

The Journal of Tokyo Medical Association

TMA

医師と東京都医師会を結ぶ会報誌

12

2024 VOL.77
No.10

健康な
東京へ

日本医科大学 大学院医学研究科
神経内科学分野 大学院教授
木村 和美

東京都医師会 会長
尾崎 治夫

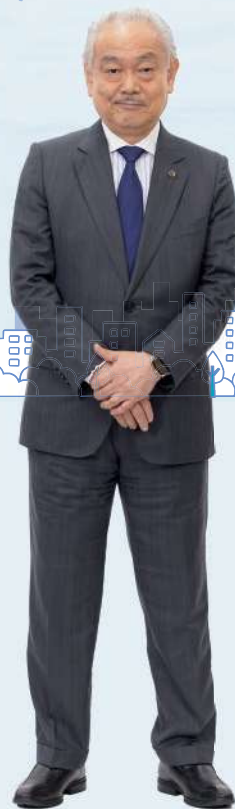




健康な東京へ



日本医科大学 大学院医学研究科
神経内科学分野 大学院教授
木村 和美



東京都医師会 会長
尾崎 治夫

超高齢社会の健康を支える東京の医療

超高齢社会を前に医療は多様な課題を抱えています。
これまで「治らない疾患」とされてきた脳卒中は
この20年で「治せる疾患」へと大きく変わりました。
しかし依然としてさまざまなリスクを有している中で、
東京の医療は都民の健康をどのように支え、
健康長寿な社会をどのように実現していくのか。
脳卒中の中で最も多い脳梗塞治療の第一人者として知られる
日本医科大学の木村和美大学院教授をお迎えして、
これからの健康と医療のあり方について
尾崎治夫会長と語り合っていました。

対談日：2024年10月3日 東京都医師会館にて

01 救急の人や自覚症状のない人を いかに早急に医療現場へつなぐことができるか

尾崎 まずは脳卒中治療の変遷を伺いたいと思います。医療現場の変化などはいかがでしょうか。

木村 これまで脳卒中治療の目的は命を救うことでした。しかし2005年にt-PA静注療法が日本で認可されてから、社会復帰をめざす治療へと大きく変貌しました。当初は投薬できるのが発症後3時間以内でしたが、現在は4.5時間以内です。それでも短く、医療現場は時短が命題でした。

そして10年後の2015年、機械的血栓回収療法(MT)の登場でさらに劇的に変わります。t-PA静注療法は大きい血管が閉塞していた場合、再開通率が10%

程度で重症の患者さんには有効ではありませんでした。ところがMTの再開通率は当時70%前後で、現在は95%ほど。t-PA静注療法では残念ながら亡くなっていた方が、今やMT治療で歩いて帰れることを経験します。

尾崎 治療には時短が求められますから、現場の対応が大変ですね。

木村 救急隊を含めてとにかく時間との戦いです。医療現場へ早急につなぐ仕組みが重要で、救急活動では主に私たちが提唱したELVOスクリーンが活用されています。

陽性であればMTが行える施設へ運ぶというのが全国的に広がっていますが、

残念ながら東京では遅れていますね。

尾崎 たしかに現場では、血栓回収が必要な脳梗塞の判定というのはまだ積極的にやってはいませんね。

ELVOスクリーン

観察事項

1 眼はどちらかを向いていますか？

質問事項

2 (時計を見せて)これは何ですか？

3 (指を4本見せて)何本ですか？

救急隊員が、脳梗塞急性期における脳主幹動脈閉塞を疑うためのスクリーン。3項目のうち1つでも異常であれば陽性であり、脳主幹動脈閉塞が疑われる。



木村 救急隊員がチェックするというのが重要です。いま東京都と話し合いをしており、来年の春頃からはじめるのではないかと考えています。

尾崎 東京都医師会は日頃から東京都や東京消防庁と密接に連携していますので、協力も要請できます。改めて先生方の主導のもとで、救急隊も含めて対応できる体制にしていくことが大事ですね。

脳卒中のリスク因子はさまざまです。高血圧については、健康診断を受けたり自分で血圧を測ったりと認識がある程度広がっており、治療に結びつきやすい環境にあります。一方で心房細動は、ほとんど症状が出ない人が知らないうちに何度も繰り返して心原性脳梗塞になるケースがあります。この心房細動を起こしているかどうかを拾い上げる仕組みが循環器系は弱い。日本医科大学の多摩永山病院

では特定健診で心房細動の検出を熱心にされています。東久留米でも5歳刻みで節目の健診では心電図をします。しかし心電図が必須の健診は少ないですね。

木村 そうですね。心房細動の自覚症状がない人への啓発は課題と言えそうです。

尾崎 たとえば近年のスマートウォッチは心電図機能が付いています。アップル製のものは臨床研究で示されているほど精度が高いんですよ。そのデータを医療機関に持ってきていただいて、心房細動の早期発見や医師との対話、抗凝固療法などの治療に結びつけるようにしていくことが大事です。

ほかのリスク因子を見ると、先進国の中で日本が非常に遅れているのがたばこ対策。欧米は健康問題や労働力の損失だと考えて熱心に対策をしますが、たばこ税が大事な日本は経済とのつな

がりが強く一向に進みません。喫煙は高血圧と並んでリスク要因別の関連死亡者数が多いわけですから、きちんとした対策が必要です。肥満は脳血管障害や心筋梗塞につながりますが、高齢者の方が痩せると今度はフレイルのリスクが高まるので、分岐点も考えながら指導していく必要があると思います。

木村先生は東京における脳卒中治療の課題についてどうお考えでしょうか。

木村 一番の課題はハイボリュームセンターが少ないことです。東京都脳卒中急性期医療機関の実態調査をしたところ、昨年1年間の脳卒中患者の入院数が301例以上の施設は31%でした。私たちの病院は年間700例ほどでおそらく一番多いと思いますが、500例以上の施設は少数だと思います(図1)。次に、t-PAの施行数は11例以下が76%で、30例以上



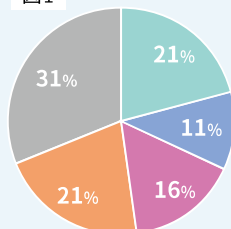
は5%しかありません(図2)。MTの施行数にいたっては0例が37%です(図3)。技術的にできない施設も含まれているためではありますが。

尾崎 患者の入院数も治療の施行数も少ないんですね。

木村 そうなんです。たとえば私たちの病院の医局員が留学していた米ピッツバーグの病院では年間350例は血栓回収をやっており、いかに日本の病院が少ないかがわかります。

脳神経外科および脳神経内科の常勤医師数も少なく、脳卒中の専門医は82%の施設が0～5人(図4)です。血管内治療は専門医が3人以上いないと対応が難しいのですが、0人の施設が37%もあります(図5)。また、医師の働き方改革が48%もの施設に影響を与えていて驚きました(図6,7)。

図1



2023.1.1～2023.12.31の脳卒中患者の入院数(単位:例)

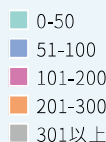
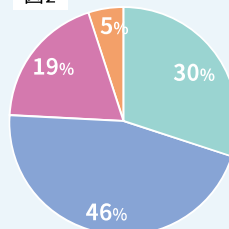


図2



2023.1.1～2023.12.31のt-PA施行数(単位:例)

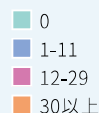
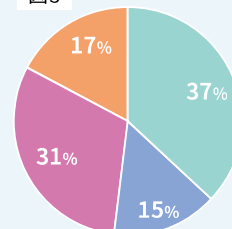


図3



2023.1.1～2023.12.31のMT施行数(単位:例)

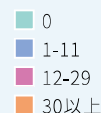
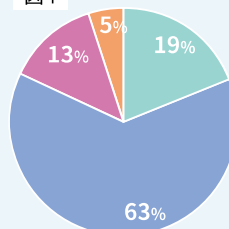


図4



脳卒中専門医の数(単位:人)

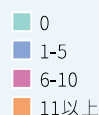
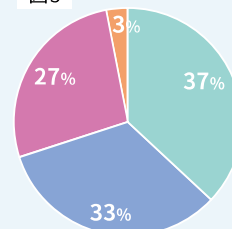


図5



脳神経血管内治療専門医の常勤医師数(単位:人)

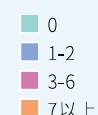
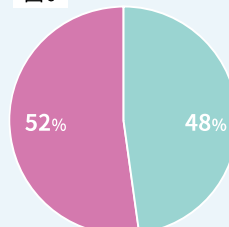


図6



医師の働き方改革の影響を受けていますか?



図7

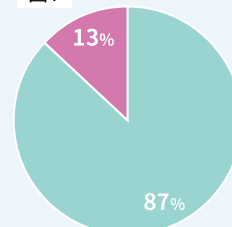
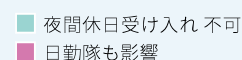


図6で「はい」の場合、どのような影響を受けていますか?





尾崎 東京の現状ということですが地方都市みたいですね。少し集約する必要があるように思いました。

木村 そのように機能や人材を集約した大きなハイボリュームセンターを東京につくり、そこに患者さんを集めて血栓回収の治療をしていくとよいのではないかと私は考えています。

そしてもうひとつ大きな課題は、ほかの病院をまとめる病院がないことです。大阪には国立循環器病研究センターがあります。東京は循環器であれば榊原記念病院が中核を担っていて、東京都CCUネットワークという素晴らしい機構もあります。ところが脳卒中に関しては、もちろん東京都は医療提供体制を整えるため取り組んでいますし、私たち医師も委員会などで活動していますが、それを先導する病院がなく、まとまりに欠けています。地方では、先ほど話した救急隊との連携や病院間の体制がうまくできており、ぜひ東京でもストロークネットワークを構築してほしいと思っています。

尾崎 以前、佐賀県医師会の会場で脳卒中で倒れられた方がいました。すぐ病院に運ばれて血栓回収をして、倒れる前と同じくらい元気になられた。東京ならそううまくいかないんじゃないかと思いましたね。それが特殊例ではなくて、先生がおっしゃるように地方はシステムができています。東京でも拠点や体制について協力して進めてまいりましょう。



02 地域や多職種がしっかりと連携して働く人の社会復帰を支えていく

尾崎 医師の数が少ないというお話がありましたが、人材育成の話題に移りましょう。いま神経内科に進む先生の動向はどうでしょうか。

木村 年間で神経内科専門医になるのが200人前後で、昔は300人いましたから減っていますね。診療科が細分化したのが原因かと思います。このほど神経内科の会員数がようやく1万人になりました。循環器科は3万人でしたでしょうか。循環器の内科には優秀な方や名医が多い印象です。どこの大学でも内科系では循環器系の方が一番多く、学生に魅力的なんですよ。

尾崎 循環器は見た目が派手だからというのはあるかもしれません。昔は心筋梗塞の治療でも不整脈だけにしろと上の先生に言われたものです。それが血管内治療が当たり前になったいまは、心筋梗塞になりかけても元に戻せるというモチベーションがあります。

もちろん脳の場合は心臓とは違うと思います。しかし先生が最初におっしゃったように、脳卒中は命は助かるけど麻痺

などの後遺症が残ってしまう、という時代ではない。現代の治療によって、発作前の状態まで回復できるということがもっとクローズアップされれば、その道に進もうと考える人が増えるかもしれません。

木村 おっしゃるとおりです。ただ全国で血管内治療を実施しているのは9割方が脳神経外科です。もちろん内科でも血栓溶解はできますが、血栓回収を内科で行っているのは東京で私たちの病院と少数です。実際にやれる脳神経内科医は少ないんです。

尾崎 そうなのですか。循環器であればカテーテル治療は内科で、バイパスなどの手術になると心臓外科で行いますから、やや違う部分ですね。

木村 脳神経内科でやるにしても、血管内治療の専門医は、脳神経外科で勉強や研修をしないと取得できないシステムになっているためです。全国で年間200人ほど取得していますが、東京に置き換えると年間20人しか増えない計算です。それを各病院で割ると考えると、人材を

増やすのは非常に難しい問題です。

尾崎 東京は日本のおよそ1/10のスケールですからね。そうした人材や機能を東京で集約するという話がありましたが、今後は高齢者数も飛躍的に増加します。発作を起こしても幸い軽く済んでリハビリを受けて、回復するレベルまで持っていけるように、急性期の治療ができる拠点はある程度の数や規模を明確に設定してつくっていかないとはいけませんね。

都民に対して脳卒中やフレイルへの意識を啓発することも大事です。たとえば無症状のうちから予防すれば少なくとも心房細動が原因で脳梗塞になることは防げますから。脳卒中は寝たきりや転倒や認知症の原因でもあること、実際に脳梗塞を起こすとフレイルや要介護になる恐ろしさがあることを伝えていくことが重要です。

また、いま東京都では地域の在宅診療の強化事業を行っています。24時間在宅で見守れる体制づくりに、東京都医師会に48あるうちの32の地区医師会が手を

挙げています。そこにIT技術を投入して情報共有も行います。これは3年間の事業で、以後は区市町村の事業として継続してもらうよう話を進めています。そこには心臓病や脳卒中のリハビリを担う理学療法士の方がいないといけません。さらに、ある程度リハビリの知識を持ったドクターにも入ってほしいと思っています。

地域密着型の中小病院でt-PAや血栓回収は無理にしても、急性期であってもラクナ梗塞などの軽い症例はある程度診ながらリハビリにつなげていけば、重い後遺症を残さないで済む人があるはず。早期に病院につなげられるか、そして地域にスムーズに戻せるかというのも大事だと思います。

木村 会長がおっしゃったことは社会復帰に関してとても大事だと認識していますが、そのための組織はありませんでした。それではじまったのが厚生労働省主導の脳卒中・心臓病等総合支援センターという事業です。今年、私たちの病院と神原記念病院と武蔵野赤十字病院の3病院

合同チームが東京都のモデル事業病院に選定されました。「東京都民の脳卒中・心臓病等の予防・早期発見、患者の予後とQOLの改善、健康寿命の延伸」を目的として、多くの職種をまとめていきます。

脳に関しては、東京にある13の二次医療圏ごとに推進する計画ですが、まずは私たちの病院がある区中央部をモデル地域として、そこでの好例を広げていくという発想で取り組んでいます。

尾崎 あとはもとの会社に復帰できるかというフォローも大事です。いま産業医学では、仕事と治療の両立支援に2年ほど前から力を入れています。1,000人以上の労働者がいる会社には専属産業医がおり、50人未満の会社であれば地域産業保健センターが診ています。そうした産業医の先生と、実際に脳卒中の治療をされている先生や地域の診療所の先生が連携して、働く人を社会復帰につなげる仕組みは形になりつつあります。そのつながりをこれからより確かなものにしたいと考えています。





03 医師会と大学病院のつながりが 新しい視点から東京を元気にしていく

尾崎 大学や病院にいらっしゃる先生として、医師会との関わり方についてはいかがですか。

木村 私は医師会と病院がつながることはとても大事だと思っています。かつて岡山県倉敷市にある川崎医科大学附属病院にいたとき、川崎医大から倉敷医師会に理事を一人出していて私が入っていました。医師会の先生と頻繁にお会いして気心が知れると、医師会の活動が理解できるし、大学のこともわかってくれる。一緒に研究もやって、いい論文がいくつも出ました。そういうことができたんですね。ですから医師会の先生方と大学が手を結んで何かできればいいと常々思っているのですが、東京ではそのあたりどうなのでしょう。

尾崎 東京都医師会の理事としては大学医師会の先生は一人です。これは

12の大学医師会が東京都医師会に直結していて、12人の理事を出してもらうというのも変な話だからです。その代わり東京には地区医師会が48あり、たとえば三鷹にある杏林大学の先生は三鷹市医師会の理事になられています。おそらく倉敷医師会もこういう形かと思います。日本医大の先生に文京区医師会に入っていただくということも考えられます。あるいは地域連携で、地区医師会の先生と病院の先生に必ず一緒になっていただくという関係ができそうですし、そうした工夫が必要かもしれませんね。

木村 なるほど、そうしたつながりで連携していけると非常にいいですね。

尾崎 日本医大の弦間昭彦学長も東京都医師会の理事をされていました。野中博前会長の時代で私が副会長のときで

す。医師会活動について理解を深め、認識を新たにされていました。

木村 それは存じ上げませんでした。医師会がどのような活動をしているか、どのような組織なのか、大学の先生は特に知らないですから、もっとつながりができればと思いますね。

尾崎 たとえば地域医療推進委員会や救急委員会といった各種委員会が医師会の中にあります。そこに大学の先生方に入っていただくと、実際に救急現場や行政、東京消防庁の方々が出席されるので、そこで発言していただければ活動にもっと動きが出てきますね。

木村 行政とのやりとりや実現までのステップが早いんですね。そうした活動に加えて、都民の方に対する健康長寿への知識や意識を啓発していく事業も重要です。禁煙の推進が脳卒中を減らすことに



つながりますし、もし脳卒中を起こしても4.5時間以内であればt-PA静注療法もMTもある、そういう治療があることを専門医の立場から発信することが大事だと思います。

課題はその啓発の仕方です。岡山県にいたときに、NHKと1年間組んで啓発事業をやりました。毎週水曜日の夕方6時のテレビ番組内に15分ほど時間をもらって、さまざまな方に出演いただきました。その啓発事業の前後で、岡山県と隣の広島県の2,000人の方にそれぞれ脳卒中中の知識調査を電話で行いました。結果としては、事業を行った岡山県では1年後に知識レベルが上がっていて、広島県は全く変わっていませんでした。

市民講座などもよく行われますが、1回だけでは興味も知識の吸収もなかなか続きません。テレビ番組で何回も継続して啓発することはとても効果が高いんですね。会長がおっしゃったように、自覚症状のない心房細動に関しても、自分で脈をとってケアしましょうということを伝えるテレビ番組があると習慣化によって予防につながり、経済効果も期待できると思います。岡山県では番組の間に流すコマーシャルも制作しました。そうした取り組みが東京でもできると効果があると考えています。



尾崎 さまざまな視点から考えていきたいですね。いま健康寿命を延ばすと国の医療費削減につながるという議論がされていますが、これは間違いです。その後の終末期にかかる医療費は同じですから医療費削減にはあまりつながりません。ただ、75歳でも働ける人がたくさんいる元気な社会の方がこれからの時代には経済的にもいいという意味では必要だと思います。

しかし、コロナ禍でみんな外に出なくなりました。高齢者のコミュニケーションを保っていた場所、集まって飲食するお店やお稽古事をするところなどがなくなってしまった。それがコロナが収束に向かい、これからそういう場を復活させよう、外に出て身体を動かして元気を取り戻そうとしたら、今度はこの猛暑で

す。いま10月ですが30度ですよ。5月の終わり頃からずっと暑かった。そして過ごしやすい春と秋が短くなり、すぐに冬になります。夏は暑くて冬は寒いから外に出ようにも高齢者の方にとってはなかなか厳しい。そうした温暖化や気候変動という地球規模の課題があります。

これからの超高齢社会に向けて、さまざまな問題が山積みです。明るい話題は少ないかもしれません。しかし、だからこそこの東京から日本を元気にしていくために、本日は先生から貴重なご意見をたくさんいただきました。医師会も真摯に取り組んでいこうと思います。今後の健康と医療について議論を深めるお時間をいただき、ありがとうございました。