

平成17年9月 11日

横浜市議会議員各位

「脳卒中から助かる会」

代表 上野 正

同 吉田 孝

この度は衆議院議員選挙のため、先生方には大変ご多忙の日々を過ごされたことと存じますが、お変わり無くお元気にてご活躍のことと存じます。

さて、脳血管医療センターの機能検討会議も8月23日に報告書をまとめ、市に提出致しました。この報告書には「脳血管医療センターが急性期医療を提供することが当面望ましい」とあり、一時は存立が危ぶまれた急性期医療が当面保持されたことはまず評価したいと存じます。これも先生方のご尽力の賜と感謝しております。

しかしながら報告書の内容については、私達脳卒中の患者や、患者予備軍である市民の立場から見ると、「これは危ない」と感じる点が多々有り、横浜市の脳卒中医療の将来という点からも問題が多いと考えるので、気付いた点をまとめてみました。御覧頂ければ幸いに存じます。

なお、脳血管医療センターの問題については、以前から私達なりに検討して参りましたが、その為の基礎知識を得たいと考えまして、大阪の国立循環器病センターの峰松一夫先生と、熊本市民病院の橋本洋一郎先生にお願いして直接ご教示を頂く機会を得ました。また、私達の質問に対して、両先生より書面によるご回答を頂くことが出来ました。

峰松一夫先生は日本の脳卒中医療界の第一人者として知られた方で、厚生労働省の脳卒中に関する研究班の責任者を務められ、今年7月のNHK「きょうの健康」で脳梗塞に関する連続講座を担当されました。

また、橋本洋一郎先生は熊本方式として知られた脳卒中の地域完結型医療を提案され実現の中心として知られた方です。日本では数少ない、脳卒中専門医とりハビリ専門医の資格を併せ持つ指導的な先生です。

以下に両先生のご回答より〔峰松1〕、〔橋本2〕などと、添付資料中の番号を記して引用させていただきます。なお、この資料はご回答の一部ですが、全文は「脳卒中から助かる会」のホームページにあり、この会の名称だけでアクセスできます。

なお、「報告書」本文がご入用でしたら御一報下さればお送り致します。

## 検討会議報告書の問題点

**問題点1**．報告書は脳血管医療センターの急性期医療のこれまでの機能、能力、実績について何も触れず、今後の急性期医療の機能についても全く不透明なままです。

脳卒中の治療では起こった初めの3時間が勝負だといわれ、急性期の治療が最も大切なことがはっきりしています。センターはこの急性期の治療に最も力をいれ、市全体の11%、1年に1500人の救急患者を受け入れて、治療の質も良く関東一と云われてきました。設備にも横浜市は300億という費用をかけています。

今後の機能を考えるには、まずこれまでどのような機能を果たしてきたかを確認し、その上でどうするかが問題になるのですが、報告書はこれについて全く述べていません。

将来についても、現在の欠点を二、三あげて改善すべきとしたあと、急性期医療を提供することが当面は望ましいと言っているだけです。

急性期医療が脳卒中治療の根本であることを考えると、一体何のための検討会議だったのかが疑われます。

これまでの脳血管医療センターの評価については、まず峰松先生のお答えによりますと、発足の時より、我が国最大、最新鋭の脳卒中専門医療機関として注目された。少なくとも首都圏、関東圏では空前の規模の施設である。鍵となる人材も神経内科や血管内治療の分野では一流と目される人材が多い(東北地方の大学の神経内科教授に転任した方も居る)。t-PA 治験等でも登録数は多い。日本脳卒中協会横浜支部が設置され、厚生労働科学研究費補助金による班研究にも参画中である。まさに首都圏随一の「総合脳卒中センター」であったと考える。

(〔峰松6〕)

なお、特に急性期医療と市内の脳卒中ユニット(SU)との連携に関しては、今後、同センターの急性期診療が健在で、かつ新しく市内数カ所に設置されるSUと適切な連携関係が結ばれば、横浜市のみならず関東圏、さらには全国をリードしうる体制となる。まさに、米国ブレインアタック・連合による「総合脳卒中センター」勧告の内容に適合するからである。(〔峰松6〕)

(SUについては問題点3の項で述べます。)

また、橋本洋一郎先生によれば、

CT/MRI,超音波検査、脳血管造影検査が二四時間稼働でき、また、神経内科医、脳神経外科医、脳血管内治療医が二四時間脳卒中急性期例に対応出来る病院は全国的に少なく、センターは特異な存在です。横浜の病院の中では、学会などでの発表も一番多く、医療内容が公開されており、大阪の国立循環器病センター、秋田県立脳血管研究センター、札幌の中村記念病院、済生会熊本病院(脳卒中センター)などと並ぶ、日本にとって無くてはならない脳卒中センターと思っています。(〔橋本1〕)

日本の脳卒中医療界で指導的な先生方から見てもセンターが横浜だけでなく、日本の中でも宝のような存在であることが判ります。

将来の機能を考えるためには、このような現在の事実から出発しなくてはならなかった筈です。

両先生のお答えの中にもありましたが、私達患者や市民がセンターについて特に有り難いと思っていることが三つあります。

- [ ] 毎日24時間脳卒中専門の医師とMRI等最新の機器が常時待機している。
- [ ] 必要な場合、最新の高度な急性期治療が受けられる。
- [ ] 救急患者を断ることなく受け入れる開かれた医療体制である。

この内、[ ]だけでも実現されている病院は横浜市にはセンター以外一つもないのです。(第4回検討会議議事録20～21頁)

[ ]についても脳梗塞の強力な特效薬t-PAが解禁されたとき、使いこなせる病院はセンターの他は幾つもないといわれます。(資格のある病院は4つとも云うのですが使いこなせる点ではどうでしょうか?)

この点を考えますと、報告書の救急に関する箇所は全く納得が行きません。

**問題点2** .これまで脳血管医療センターが市内で最多の救急患者を受け入れ、治療の成績も良かったのですが、報告書はセンターなどの専門病院の救急を出来るだけ受け難くし、患者をまず総合病院に送らせようとしています。これでは手遅れになる可能性が大きいのです。

これがマニュアル化されれば犠牲者が続出するでしょう。

報告書には次のように書いてあります：

- (1) 脳卒中の救急患者は、救急隊の判断でセンターなどの専門病院に搬送しても良い、然し判断が難しい場合もあるから、まず総合病院に送るのがよい。脳卒中の疑いがあればその段階で脳卒中専門医が診るなどすればよい。(3頁下)
- (2) 患者などがセンターなどの脳卒中専門病院に直接来院した場合、他の病気と判って他の病院に搬送の可能性もあるから、一義的には総合病院に行くのが良い。(4頁上)

ところが、横浜市内では[ ]の毎日24時間脳卒中専門の医師とMRI等が待機している総合病院は一つもありません。夜間など当直が脳卒中専門の医師でなければ朝まで待たされて手遅れになってしまいます(3時間どころではない)。

検討会議で現代の脳卒中医療に精通した委員は篠原幸人委員唯一人ですが、この報告の「たたき台」に対する同委員の書面による意見(第6回検討会議資料のD委員意見)によれば、

「(1)(2)のような考えは間違いである。脳卒中は発症後3時間以内に治療を始めることが世界の常識で、他院を経て専門病院に行ったのでは手遅れになる。脳卒中でないと判ってから他院へ送っても遅くはない」、また「(2)のような事を書く**と横浜市は物笑いの種になる**」

実際、これまでセンターが受け入れた救急患者は何千人にも達しますが、センターで他の病気と判って転送された患者が手遅れになったという話は聞いたことがありません。(1)、(2)は経験的にも理論的にも間違っているのでは無いでしょうか?

横浜市は物笑いの種になっても平気なのかも知れませんが、死んだり、重い障害を負った患者

はどうしてくれるのでしょうか？

まず総合病院に送れという救急対応が制度化されたり、マニュアル化されたら恐ろしいことです。

(3) 報告書にはセンターでの救急患者の受け入れについて、当面はとした上で、南部保健医療圏の患者を中心にと限定し、さらに十分訓練された救急隊が脳卒中の疑いがあると判断した場合には、直接センターで受け入れることも考えられるとあります。(5頁下)

今までは患者や家族が症状に気付き、センターに直接電話で問い合わせると症状などを問診してくれて、「すぐいらっしゃい」と云われて診察して頂けました。これで命が助かった患者も多いのです。これがやめになれば、治療が遅れる事は確実です。

また南部を中心にという制限も理解できない事です。現在〔 〕の24時間待機の脳卒中对応のある病院はセンター以外に市内には全く無く、〔 〕の高度の治療を受けられるところもごく少ない。この状態で南部以外の横浜市民はどうしてセンターの救急の利用から閉め出されなくてはならないのでしょうか？センター設立の為に300億の税金は南部以外の市民も払ってきた筈です。

結局、患者が手遅れになろうがどうなろうが、センターの救急を出来るだけ利用できないようにして総合病院に救急患者を送り込もうとしています。

そのためには世界の常識も、脳卒中専門家の意見も、センターが何千という人を救ってきた実績もすっかり押さえ込まれて、こうした結論が出てきました。

一体何のためでしょう？

**問題点3** . 報告書では、急性期治療充実が切実な問題とは考えられていません。

唯一の具体策のストローク・ユニット(SU)も、内容は移動型のもので、大都市横浜の急性期医療を支えるには不向きのものです。

(1) 検討会議の認識では、横浜市急性期医療は「必ずしも満足の行く状況とは言い切れず」などということです。

ところが、実際には「今、一番問題なのは、脳卒中の発症直後の超急性期・急性期の脳卒中診療です。」(橋本1)

これは急性期医療の進歩によって、発症後3時間以内とも6時間以内とも云われる超急性期に良い治療を受けられれば、昔なら死んだ命が助かり、治療の予後も大変良くなった。

然し、手遅れにならない為には〔 〕の24時間待機体制、〔 〕の良い治療には高度、高額な設備と、高い能力と資格のある医師を中心とするスタッフを調える等が切実な問題となります。

横浜では脳血管医療センターだけが〔 〕の待機体制と〔 〕のための300億をかけた高度、高額な設備、全国的にも高い能力を持つ神経内科医師団を含むスタッフを備えています。

ただ、センターの救急は首都圏一と言ってもまだ全市の11%で、これを増やすための充実や宣伝などが問題解決のひとつの方法でしょう。第2回の検討会議では経済的な動機からですが、救急患者11%を増やす可能性のあることが指摘されていました。

もちろん、これだけでは限界があり、〔 〕,〔 〕の能力を持った病院を(一つでも二つでも)

市内に着実に増やす必要がありますが、報告書はこれについて全く触れていません。

(2) 実は、7回あったどの会議でも〔 〕の24時間待機体制の整備や、医師の能力や医療の内容などが話題にもなっていませんでした。会議の目的が脳血管医療センターの機能検討にあったことを考えると驚くべき事としか言えません。時代離れた認識による検討を本に医療行政が進められたのでは、患者や市民は助かりません。

検討会議全8人の構成は医師4人(脳卒中専門医1、総合病院の脳外科医1、リハビリ病院長1、医療システム学1)、看護師1人、評論家3人で、この内現代の脳卒中医療に精通した委員は脳卒中学会理事長の篠原幸人委員唯一人で、それも全会議への出席は不可能でした。

救急問題や、急性期、ストローク・ユニットなどの検討に不備や弱点があるのはこの構成も一つの原因と見られます。

(3) 報告書には、ストローク・ユニット(脳卒中ユニット、SU)を市民病院、市大病院、地域中核病院などの総合病院に整備するとしています。

ところが、報告書のストローク・ユニットの内容を見ると、「専門病棟や専用設備のない、診療スタッフが必要に応じて集まって共通の方針でチーム医療をおこなうもの」とあります。これは移動型脳卒中チームで(〔峰松表1〕)と呼ばれるもので、ストローク・ユニットの中に含めない専門家もいます。小都市などで患者数も少なく、予算も苦しい中で有効な治療を目指す軽便タイプです。

「移動型」SU の設置は一步前進ではありますが、これでは〔 〕の24時間待機体制は事実上不可能、〔 〕の高度先進医療には困難が大きいのです。

350万都市横浜の急性期医療を支えるには移動型のSUでは無理で、脳血管医療センターの他に専用の病棟とスタッフを備えた「専用病棟型」のストローク・ユニットが必要になります。(〔峰松2a、表1D〕)

これならば〔 〕とある程度〔 〕も可能、実績を積みれば強力な特效薬 t-PA の使用も可能となります。今後全国的に整備されていく方向にあり、(1)で挙げた問題の着実な解決につながるでしょう。

横浜の総合病院にSUを新設する場合、移動型の場合はなおさらですが、専門病棟型でも限界はあります。

「我が国の総合病院は、欧米のみならず東アジア諸国(韓国、台湾、中国)の其れと比べても零細である。これら諸外国の総合病院は1000~2000床を越す大規模病院のことが多い。従来の「安静と点滴」が中心であった脳卒中治療の時代ならいざ知らず、高度化した脳卒中急性期診断・治療に対応ができる人材や診療システムを、こうした(せいぜい数百床)の零細病院に準備、展開することは容易ではない。(〔峰松1〕)

やや小規模の専用病棟型SUになりますが、脳血管医療センターのような人材育成や高度の急性期治療を担える大規模SUを持つ施設と連携すれば十分な機能を発揮できます。これにより、先ほども引用しましたが、

「今後、同センターの急性期診療機能が健在で、かつ新しく市内数ヶ所に設置されるSUと適切な連携関係が結ばれば、横浜市のみならず関東圏、さらには全国をリードする体制となろう。まさに、米国ブレイン・アタック連合による「総合脳卒中センター」勧告

の内容に適合するからである。(〔峰松6〕)

しかし、当面の現実問題として一番心配なのは、

市内の総合病院に軽便タイプの移動型 SU を設けたことで、「横浜市の急性期診療体制は整った」などと言って、脳血管医療センターの急性期を減らしたり、潰したりして、回復期リハビリ施設に変え、

「病院間の連携」だと云って、総合病院の移動型 SU で急性期治療を受けた患者のリハビリを脳血管医療センターに引き受けさせる。 ことです。――

これでは〔 〕、〔 〕を備えた一番優れた病院の存在が危うくなり、2段階は劣る急性期治療を行う病院の患者のリハビリを、2段階優れた急性期治療の機能を持つ病院を潰したり、機能を縮めたりして担当させる ということになります。――

このようなことは絶対にあってはならないし、患者、市民としてこうしたことが無いことを切望します。

**問題点4** . 報告書は、横浜市の脳卒中医療上最大の問題点は市内の回復期リハビリ病床の不足であると述べていますが、根本的な対策は出していません。

一方、脳血管医療センターの急性期用病床を回復期リハビリ病床に転用する準備が盛り込まれています。

(1) 最大の問題点は急性期医療充実だと考えますが、回復期リハビリ病床の適正規模より千数百床の不足(第4回検討会議議事録)を補うことは重要なことです。報告書には今後の見通しも、根本的な対策も全く出ていませんが、橋本洋一郎先生によれば、

急性期医療の進歩により医療技術も設備も高度、高額のものとなり、「特定の病院に患者さんが集中するようになってきます。そうなれば(急性期医療を維持できなくなった病院が)地域に密着したりリハビリテーションを提供することになると思っています。(〔橋本1〕)

なお、これに関連して、本年8月26日の市会常任委員会で横浜市衛生局が回復期リハビリ病床確保のため、市内の民間病院への誘導策を検討中と発表しています。これは以上の方向に沿ったもので、これに市外の病院との連携を加えれば根本的な解決に繋がると期待されます。

(2) 一方、報告書には「センター3階の急性期病棟の81床についても回復期リハビリ病床の施設基準取得の検討が必要」と診療単価の問題と絡めて事のついでのように書いてあります。

然し、これはセンターの基本に関わる重大問題です。いまセンターの急性期用病床は110床であり、81床は約3/4に当たります。

センターで現在〔 〕の24時間専門の医師とMRIが待機する診療が出来るのも、110床という急性期用病床に支えられた大型で質の高い医師団があるためです。基礎となる病床が大幅に失われれば医師団は維持できなくなり、小型の専用病棟型のSUとしても存立が危うくなります。これまで横浜市が300億をかけて設備を整え、全国的に見ても優秀な医師団が何千と

いう人を救ってきたものを何故潰そうとするのか？

一方、これ程貴重な急性期用病床を失って得られる回復期リハビリ病床は市内の不足分の1/15にもなりません。

橋本洋一郎先生も先ほどの文章に続けて

このように今後、多くのリハビリテーション専門病院が誕生してくることが予想される中で(中略)さらに100床の回復期リハビリ病床が増えても、焼け石に水ではないでしょうか。(センターは)もっと急性期医療、脳卒中専門医療に特化した病院になるべきだと思います。(橋本1)

リハビリを担当する他の病院と連携して、センターの急性期病床を増大させることこそ多数患者を救い、横浜市の脳卒中医療の水準を上げる道では無いでしょうか？

**問題点5** . 報告書は、脳血管医療センターが病気の治療を二の次にして、予防、医療、介護についての情報提供を優先せよと求めています。

これは患者や市民にとって大きな危険と損害を招くことで、筋違いの事でもあります。

(1) 報告書は、14年前にまとめたセンターの基本構想(「友愛病院基本構想」)の中に情報提供の機能が入っていたからとして、

1. 情報提供機能などが「直接の医療提供よりさらに重要」(7頁下)
2. 「救急と急性期治療の分野に集中してしまった」(8頁後半)
3. (行政との連携を常に意識し、予防、医療、介護に関して)「情報提供していく機能を中心として運営していくべき」(9頁上)

等と主張しています。

センターが病気の治療を二の次にして情報提供を主にせよというのですが、センターが〔 〕の24時間脳卒中専門の待機体制と〔 〕の高度な治療の出来る横浜市で唯一つの病院であることを考えると、これ程乱暴な話はありません。

(1) しかも、「友愛病院基本構想」(報告書資料23)を直接見てみるとセンターの「基本的機能」はやはり病院として患者を治療することで、情報の提供ではありません。情報提供はその他の5つの機能の一つで、其れも脳血管医療センターの中に「情報センター」を設置して、その「情報センター」が情報関係を受け持つというものです。

検討会議はこの点を無視して脳血管医療センター自体が病院本来の病気の治療を二の次にするような筋違いの主張をしています。

不注意か故意かは判りかねますが、患者や市民の生命と健康の事をまじめに考えれば、このような主張が出てくる筈が無いと思います。

(3) もちろん、センターは専門病院として予防、医療、介護に関係しているので、行政に有効な情報を提供する事は出来ます。

しかし、予防、介護はもともと衛生局、福祉局などの本務で、これは脳卒中に限った問題ではありません。しかも現在は、高齢化社会の到来と共に医療も含めて財政面からも、実施面からも、縦割り行政再編の面からも激しい流動の渦中にあります。

これらの関連業務は、他の医療分野も含めた行政の本格的な取り組みの中で、あくまでも専門病院としての立場から協力を図るべき事柄です。

なお、この項で取り上げた情報提供問題は、検討会議の最終段階で持ち込まれ、ろくに具体的検討を経ないまま報告書に載せられたため、大変不備で乱暴な主張が目立ちます。

**問題点6** . 医療事故や、事故隠蔽の再発防止という患者にとっては切実な問題が検討されずに終わりました。

その一方、内部の人間関係に大きな問題があるなど意味不明で、検討会議として調査も確認もない内容が報告書に盛り込まれるなど、不明朗なものを感じさせられます。

一昨年センターで外科医達がルール違反の手術で事故を起こし、管理部門と外科部門が隠蔽していたのが昨年発覚しました。患者にとっては大変不安なことで、再発防止が運営上の重要な問題として検討されるかと期待しましたが無駄でした。

一方、人間関係に大きな問題があるなどと、個人的な感想とも受け取れる発言が一、二の委員からなされたのがそのまま報告に載りました。意味不明の上、検討会議としての調査も確認もいままで、いかにも奇妙なことです。

**問題点7** . 検討会議は、センターの赤字が急性期、リハビリ、老健などどの部門からどの程度出ているのかを全く明らかにすることなく終わりました。対策の概要も出せませんでした。

センターの赤字は検討会議発足当時は大いに喧伝され、機能再検討の理由にも挙げられました。

これが不明のまま終わったとなると、赤字問題のあの騒ぎは一体何のためだったのでしょうか。

## むすび

横浜市の脳卒中の患者や一般の市民は脳血管医療センターの救急と急性期医療を頼りにしてきました。

それは脳卒中専門の24時間待機体制があるのはここだけで、しかも高度の治療が受けられるからです。

医院や、小規模クリニックの先生方もセンターを頼りにしておいでです。

「危ないと思った患者さんをセンターに送ると、良い治療をして帰してくれる。後は我々で十分見てあげられる。センターの救急が無くなったらどうしたものか？」

検討会議ご推奨の総合病院は事情が違うのでしょうか。もしセンターの救急と急性期が無くなったり縮小したりすれば、救急車やタクシーでお客はどんどん舞い込みます。(急性期医療は割が良いのです。儲からないリハビリはセンターに任せて…)



然し、検討会議お勧めの移動型ストローク・ユニットでは、24時間体制は敷けません。センターのような最新の高度医療も困難です。手遅れは続出し、治療の質も低下します。

もしこうなったら？

総合病院は喜ぶのかも知れませんが、患者や市民はどうなるのでしょうか？