

200926061A

平成21年度 厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

一過性脳虚血発作(TIA)の診断基準の再検討、
ならびにわが国の医療環境に則した
適切な診断・治療システムの確立に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 峰 松 一 夫
(国立循環器病研究センター 脳血管内科)

平成22(2010)年3月

平成21年度 厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、
ならびにわが国の医療環境に則した
適切な診断・治療システムの確立に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 峰 松 一 夫
(国立循環器病研究センター 脳血管内科)

平成22(2010)年3月

<目 次>

I. 総括研究報告書

一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究

国立循環器病センター 峰松 一夫1

(資料)

1. 第1回全体班会議

プログラム、議事録（パート1）（パート2）、基調講演スライド.....9

2. 第2回全体班会議

プログラム、議事録、発表スライド、資料.....33

3. 日本脳卒中学会認定研修教育病院向けアンケート調査

調査用紙、結果.....85

4. TIA 後ろ向き研究調査票、Web 登録画面.....103

II. 分担研究報告書

1. 一過性脳虚血発作急性期における脳梗塞発症リスクに関する検討

国立病院機構 九州医療センター 岡田 靖.....131

2. 一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究

川崎医科大学附属病院 木村 和美.....134

3. TIA 患者における脳病変早期評価の臨床的意義に関する研究

中村記念病院 中川原 譲二.....136

4. 一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究

国立循環器病センター 飯原 弘二.....141

5. 一過性脳虚血発作（TIA）の既往を有する急性期脳梗塞患者の臨床的特徴

東京女子医科大学病院 内山 真一郎.....143

6. 一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究

岩手医科大学 小笠原 邦昭.....145

7. TIA 症例における血管病変、脳血流情報の意義についての検討
秋田県立脳血管研究センター 鈴木 明文……………147
8. 一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究
埼玉医科大学国際医療センター 棚橋 紀夫……………149
9. 一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究
東海大学 高木 繁治……………151
10. 一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究
東京都保健医療公社 荏原病院 長尾 毅彦……………153
11. 四国地方の中核施設としての検討
徳島大学 永廣 信治……………155
12. 一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究
名古屋第二赤十字病院 長谷川 康博……………157
13. 本邦における椎骨脳底動脈系の一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準と
診断システム再検討、急性期再発等の予後の検討に関する研究
広島大学・大学院 松本 昌泰……………161
14. 一過性脳虚血発作 (TIA) の診断基準の再検討、ならびにわが国の
医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究
国立循環器病センター 上原 敏志……………163

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………169

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）

総括研究報告書

一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびに
わが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究

研究代表者 峰松 一夫 国立循環器病センター リハビリテーション部長

研究要旨

海外では、近年の画像診断の進歩に伴い、TIAの診断基準の見直しが行われている。また、TIA専門クリニックでの迅速かつ体系的な外来診療が、その後の脳卒中発症を大幅に抑制するとの報告が相次いでいる。一方わが国では、循環器病研究委託費研究班（平井班）によって診断基準が改定された1990年以降、診断基準等の見直しは全くなされておらず、またTIAに関連する臨床研究も乏しい。本研究班は、① TIA診断基準の見直し、② その診断精度の検討、③ 新基準による脳梗塞リスク判定力の評価等を行う。これと並行して、④ 国内におけるTIA患者の受診動向、医療機関での診療実態、患者転帰等を調査し、⑤ わが国の医療環境に則したTIAの診断・治療ガイドラインを作成し、⑥ 診療システムの大胆な再構築を提言することを目的とする。1年目である今年度は、(1) 脳卒中専門医療機関を対象としたTIA診療に関するアンケート調査、(2) 後ろ向き患者研究、(3) 前向き登録研究の準備を行った。今回実施した脳卒中専門医療機関を対象としたアンケート調査により、国内専門施設のTIA診療はおおむね妥当であると思われたが、持続時間を1時間前後と定義した新分類や脳卒中発症予測スコアはほとんど普及していないこと、また非専門医によるTIA正診率はかなり低いと考えられていることが明らかとなった。また、現在進行中の後ろ向き研究や個別研究により、日本人におけるTIA後脳梗塞発症の予測因子（MRI 拡散強調画像陽性、ABCD²スコア高値、TIA症状の進行や動揺）が明らかになりつつある。今後、後ろ向きおよび前向き登録研究を行い、その研究成果を基盤にして、TIA診断基準の見直し、およびわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立を行う予定である。

分担研究者

内山 真一郎	東京女子医科大学
小笠原 邦昭	岩手医科大学
岡田 靖	国立病院機構九州医療センター
木村 和美	川崎医科大学
鈴木 明文	秋田県立脳血管研究センター
高木 繁治	東海大学
棚橋 紀夫	埼玉医科大学国際医療センター
長尾 毅彦	東京都保健医療公社荏原病院
中川原 讓二	中村記念病院
永廣 信治	徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
長谷川 康博	名古屋第二赤十字病院
松本 昌泰	広島大学大学院
飯原 弘二	国立循環器病研究センター
上原 敏志	国立循環器病研究センター

A. 研究目的

一過性脳虚血発作(transient ischemic attack, TIA)は、早期に完成型脳梗塞を発症するリスクが高く、専門医療機関での迅速かつ適切な診断・治療が必要である。しかしながら、患者・家族が緊急を要する疾患であることに気付かずに医療機関を受診しなかったり、例え受診しても適切な診断・治療がなされずに、放置されている事例も多いと推定される。

海外では、近年の画像診断の進歩に伴い、TIAの診断基準の見直しが行われている。また、TIA専門クリニックでの迅速かつ体系的な外来診療が、その後の脳卒中発症を大幅に抑制し、医療経済的な貢献も大きいとの報告が相次いでいる。一方わが国では、循環器病研究委託費研究班

(平井班)によって診断基準が改定された1990年以降、診断基準等の見直しは全くなされておらず、またTIAに関連する臨床研究も乏しい。

本研究班は、① TIA診断基準の見直し、② その診断精度の検討、③新基準による脳梗塞リスク判定力の評価等を行う。これと並行して、④ 国内におけるTIA患者の受診動向、医療機関での診療実態、患者転帰等を調査し、⑤わが国の医療環境に則した、かつMR診断時代に相応しいTIAの診断・治療ガイドラインを作成し、⑥診療システムの大胆な再構築を提言することを目的とする。

B. 研究方法

1年目である今年度は、(1)脳卒中専門

医療機関を対象とした TIA 診療に関するアンケート調査、(2) 後ろ向き患者研究、(3) 前向き登録研究の準備を行った。

(1) 脳卒中専門医療機関を対象とした TIA 診療に関するアンケート調査

わが国の脳卒中専門施設における TIA の診療実態を把握するために、日本脳卒中学会認定研修教育病院 683 施設を対象としたアンケート調査を実施する。

(2) 後ろ向き患者研究

わが国における TIA 入院例の受診経路、臨床的特徴、および診断・治療の内容を明らかにすることを目的とした後ろ向き患者研究を行う。対象は、2008 年 1 月～2009 年 12 月の 2 年間に、研究分担者所属施設に入院した発症後 7 日以内の TIA 例である。インターネットを介した Web によるデータ入力を行う。調査内容は、性別、年齢、既往歴、家族歴、基礎疾患、発症前の治療内容、受診経路、臨床症状、ABCD²スコア、検査内容および所見、治療内容、入院中の脳・心血管系イベントの有無である。

(3) 前向き登録研究

現在、欧米およびアジア諸国で、発症後 7 日以内の TIA および軽症脳卒中患者を対象とした国際共同前向き登録調査が行われている (TIA org. registry)。本研究班でも、その調査項目・内容を踏まえた上で、わが国独自の TIA 前向き登録調査を実施する。

全国の多くの一般医療機関、並びに脳卒中専門施設の参加を求め、発症 7 日以内

の TIA 例を対象にした Web による前向き登録を行う。登録期間は 2 年間とし、1 年間の追跡調査を行う。一次評価項目を、脳卒中発症+心・大血管疾患発症+死亡とし、これらに影響を与える因子を多変量解析で明らかにする。

C. 研究結果

(1) 脳卒中専門医療機関を対象とした TIA 診療に関するアンケート調査

2009 年 11 月上旬にアンケート調査用紙を郵送した。回収率は 72.3%であった。日常診療で用いている TIA の定義は、「症状持続時間が 24 時間以内で、画像上の梗塞巣を問わない」との回答が 48%、「症状持続時間が 24 時間以内で、画像上、梗塞を認めない」が 42%であった。「非脳卒中専門医から TIA 疑いで紹介された患者のうち、実際に TIA である割合はどれくらいと思われますか？」の質問に対し、約 8 割の施設が 50%以下と回答し、誤診される症状として、失神 (51.6%)、めまい (27.5%) の回答が多かった。発症 24 時間以内の TIA 患者が来院した場合の入院の適応方針については、「原則として全例、当日に入院させる」が 60.5%と最も多く、「ABCD²スコアなどの脳卒中発症予測スコアを用いて判断する」と答えたのは 7.3%のみであった。抗血栓療法については、65.4%の施設が、「原因精査を行った上で、24 時間以内に抗血小板療法もしくは抗凝固療法を開始する」と回答し、非弁膜症性心房細動を認めた場合、94.6%の

施設が「ワルファリン内服を開始する」と回答した。

(2) 後ろ向き患者研究

Web データ入力システムの作成構築および倫理委員会申請を行い、2010年4月からデータ入力を開始する予定である。これらの作業に平行して、各施設での後ろ向き検討はすでに開始されている。その結果、TIA 症状の進行や動揺はその後の脳卒中発症の有意な予測因子であることが報告され (Nakajima, et al; Cerebrovasc Dis 2010; 221-227)、また、MRI 拡散強調画像陽性例や ABCD² スコアの高い例は、その後に脳梗塞を発症しやすいことも明らかとなった。TIA の既往のある脳梗塞例は既往のない例と比べて、アテローム血栓性梗塞の比率が有意に高く、退院時の転帰不良例が多いことも示された。

(3) 前向き登録研究

前向き登録研究については、全国の多くの一般医療機関ならびに脳卒中専門施設の参加を求めて Web 登録調査を行うための準備を進めているところである。

D. 考察

近年の画像診断の進歩により、TIA を含めた虚血性脳卒中の診断が大きく変化した。2002年、米国 TIA ワーキンググループは、“神経症状がより短期間 (従来は 24 時間以内)、典型的には 1 時間以内に消失し、かつ画像上脳梗塞巣が認められないもの”とする新しい定義を提案し、2006

年の AHA/ASA “脳梗塞および TIA 患者の再発防止のためのガイドライン”にもこの定義が記載されている。

最近の研究により、TIA は、従来考えられていた以上に短期日 (90 日以内に 15~20%、うち約半数が 2 日以内) で完成型脳梗塞を発症するリスクが高いことが明らかにされた。また、TIA や軽症脳卒中に特化した専門クリニック、24 時間体制で TIA を受け入れるシステム (SOS-TIA) などの新しい診療体制による脳卒中発症リスクの劇的改善 (抑制率 80%以上) や在院日数および入院費用の抑制も報告され、TIA の早期診断と治療の重要性が叫ばれている。一方、わが国においては TIA に関する研究が乏しく、TIA 診療の実態も明らかではなかった。今回我々が実施した脳卒中専門医療機関を対象としたアンケート調査により、国内専門施設の TIA 診療はおおむね妥当であると思われたが、持続時間を 1 時間前後と定義した新分類や脳卒中発症予測スコアはほとんど普及していないこと、また非専門医による TIA 正診率はかなり低いと考えられていることが明らかとなった。また、後ろ向き研究や個別研究により、日本人における TIA 後脳梗塞発症の予測因子 (MRI 拡散強調画像陽性、ABCD² スコア高値、TIA 症状の進行や動揺) が明らかになりつつある。

E. 結論

今後、後ろ向きおよび前向き登録研究を行い、その研究成果を基盤にして、TIA

診断基準の見直し、およびわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

研究成果の一覧表参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料 1)

第1回全体班会議

プログラム

議事録 (パート1) (パート2)

基調講演スライド

平成 21 年度 厚生労働科学研究費補助金による
「TIA の診断基準の再検討、ならびにわが国の医療環境に則した
適切な診断・治療システムの確立に関する研究」班

平成 21 年度 第 1 回全体班会議

日 時

平成 21 年 6 月 27 日 (土) および 7 月 3 日 (金)
12:00~16:00 (12:00~13:00 昼食および個別ディスカッション)

場 所

国立循環器病センター 新館講堂

～ プログラム ～

13:00~13:10 挨拶

主任研究者 峰松一夫

13:10~14:40

1. 研究班員の自己紹介
2. 基調講演 (30 分)

「TIA に関する最近の動向について」

東京女子医科大学 神経内科 内山真一郎 教授

3. 全体の研究方針

14:40~14:50 休憩

14:50~15:55

- 4 各分担の研究方針
5. 討論 (特に国際共同登録調査との兼ね合い、ワーキンググループ編成について)

15:55~16:00 事務連絡

* 7 月 3 日の班会議では、内山真一郎教授の基調講演の内容について事務局が代理でプレゼンテーションを行います。

平成 21 年度 厚生労働科学研究費補助金による

「TIA の診断基準の再検討、ならびにわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの
確立に関する研究」班

平成 21 年度 第 1 回全体班会議（パート 1）議事録

日時：平成 21 年 6 月 27 日

場所：国立循環器病センター 新館講堂

出席者：内山真一郎（東京女子医科大学）、水野聡子（東京女子医科大学）、高木繁治（東海大学）、中川原譲二（中村記念病院）、長谷川康博（名古屋第二赤十字病院）、安井敬三（名古屋第二赤十字病院）、長尾毅彦（荏原病院）、金丸拓也（荏原病院）、峰松一夫（国立循環器病センター）、中島隆宏（国立循環器病センター）、宮城哲哉（国立循環器病センター）、藤並潤（国立循環器病センター）、上原敏志（国立循環器病センター）横田千晶（国立循環器病センター）、金井治香（国立循環器病センター）、神吉章子（国立循環器病センター）

1. 基調講演

「TIA に関する最近の動向について」内山真一郎先生（スライド参照）

（質疑応答）

峰松：出てきた study のデータを解釈する上で、TIA の従来の定義を用いているのか新しい定義を用いているのかによって全く意味が異なると思います。内山先生ご自身は、TIA、vascular syndrome, minor stroke などの名称の使い分けをどのようにお考えでしょうか？

内山先生：国際共同登録研究の inclusion criteria は、発症後 7 日以内の TIA または minor stroke とし、この場合の TIA の定義は従来の 24 時間以内ということになるでしょう。つまり、TIA と minor stroke を区別しないで幅広くとって、その中で、症状の持続時間、DWI 所見、頸動脈エコー所見などを解析していき、どのような TIA の定義が妥当なのかを議論することになると思います。本研究班の前向き登録研究では、inclusion criteria を必ずしも同じにしなくてもいいと思います。

峰松：九州医療センターの岡田先生が福岡マイナーストローク研究会を立ち上げて TIA や minor stroke のデータを収集しているそうなので今度聞いてみます。研究対象をどの範囲で進めていく

かは非常に critical な問題です。いわゆる最近の TIA 基準になってくると、1 時間以内でしかも画像に出ていないというものになり、すごく小さい集団になってしまいます。それは、たぶん TIA ではないものまで含んでしまいそうなどころがあつて、それをどう切り分けるかといったことも問題です。従来 TIA と言っていた、厳密な TIA から外れる残りの症例はかなり重要だと思います。

内山先生：そうであれば、緩やかな inclusion criteria の方がむしろ practical には有用な情報が解析できるのではないかという印象です。

峰松：日本ではどんなデータが出ると予想されますか？

内山先生：やってみないと分からないですけれども、日本は日常診療の医療水準が高いです。血管イベントのリスクも大抵の study で低いです。特にイギリスでは医療保険が厳しくて高度な医療を受けられていないことが多く、イギリスとはかなり違ったデータが出てくる可能性があります。

2. 全体の研究方針

事務局（上原）から班全体の研究方針の説明（スライド参照）

これは、研究申請書を提出する際に事務局が提案した研究方針案であり、決定したものでない。班員の先生方から問題点など自由なご意見をいただき修正したい。

（1）研究全体の流れ

峰松：実態調査に関しては、均てん化班の仕事とオーバーラップするところもあるので、いっしょにやれるところは共同で行う。

中川原先生：一般医に対する実態調査に関して、北海道全体では難しいが、札幌という範囲であれば医師会を介して調査可能である。

長尾先生：東京では、実態調査はシステムアンケートの形で可能である。一般医が診た TIA の診断精度がどの程度なのか、negative TIA というべきものが実際どれくらい専門病院に運ばれてきているのかをはっきりさせることが大事である。

安井先生：当施設の救急カルテをみると、一般医から TIA と言われて来院した患者の大体 5～6 分の 1 が神経内科からみても TIA である。しかし、我々のスタンスからすると、本当の TIA だけを紹介しろと言うよりも、空振り大賛成という方がいいのではないか。

峰松：t-PA と同じように、あまり厳しくすると本物を連れてきてもらえないという問題がある。非専門医の TIA 診断精度は悪いというのが現状であり、非専門医と専門医との診断の乖離をある程度明確にする作業をまずやらなければならない。

前向き研究では、登録対象をどうするかによって相当違いが出る。登録対象の窓口を広くして、それぞれ区分けして検討する必要がある。

後ろ向き研究では、TIA 診断例で症例を集めると、TIA が先行して脳卒中を起こした例は脳卒中の診断で登録されている場合が多いため漏れてしまう。したがって、虚血性脳卒中さらには TIA 疑い例も研究対象にしないといけないことになり大変である。

(2) 実態調査（一般市民、救急隊、非専門医を対象）

峰松：救急隊の意識はものすごく高く、他の班、特に木村班でも詳しいデータをとっているの
で、救急隊への実態調査は十分できると思う。

日本脳卒中協会にも協力をお願いします。

診療所・病院に関しては、地域別に検討し、全国でも比較できるような形にしたい。詳しい内容はワーキンググループの先生方に検討をお願いしたい。

(3) 実態調査（専門病院を対象）

峰松：一番やりやすい課題だと思う。事務局がアンケートの原案を作成し、班員の OK が出れば事務局から郵送する。

(4) 後ろ向き研究

峰松：事務局で後ろ向き研究の準備を行う。本研究班に参加されている施設に後ろ向き登録をお願いします。関連施設に協力を求めることも可能である。

内山先生：TIA を起こしてからどのくらいで TIA を再発したのか、どれくらいで入院したのかも調査する。

中川原先生：TIA を脳梗塞の病型（アテローム血栓性、心原性、ラクナ、その他）に分類することも必要ではないか。

内山先生：前提条件として調査項目に病型を選択させるやり方は反対である。心房細動の有無、頸動脈狭窄病変の有無などを調査項目に入れて調査した上で、解析はこのグループでやるということにした方がいいと思う。

高木先生：入院せずに帰宅した TIA 例をなんとかくみ取りたいが、チェックするのが大変である。

峰松：入院しなかった TIA 例を後ろ向き調査するのは難しい。脳卒中専門病院を対象としたアンケート調査で、入院させる割合などを調査項目に入れて、ある程度のデータを得るようにしたい。

後ろ向き調査については、年度末に結果を出せるようにしたい。

(5) 前向き登録調査

峰松：来年度早々から登録を開始したい。国際共同登録研究との兼ね合いもあるので、内山先生に中心になっていただきたい。国際共同登録研究の調査項目は非常に詳しいのでキーのところを共通項目として残したい。国際共同研究に参加しない施設にも本研究班の登録には参加していただく。

国際共同研究のように5年間の追跡は難しい。事務局原案では登録期間を1年としているが、登録期間を2年にして、最初の1年間で登録した症例を1年間追跡したデータを出し、その後の追跡は別の研究班に引き継ぐことも検討する。

内山先生：登録対象は TIA に限ってもいいのではないか。

中川原先生：症例数、連続性などから考えても minor stroke も入れた方がいいのではないか。

峰松：TIA か minor stroke か分からないケースもあると思うので、minor stroke も含めて対象症例を広めにとって、後から TIA だけくみ取れるような仕組みにしておけばいいのではないか。

(6) 診断基準見直しや診療ガイドライン作成に関するコンセンサス会議

峰松：脳卒中学会、神経学会、脳外科学会など関連する学会の方にも加わっていただいてガイドラインを出したい。

(7) その他

高木先生：前向き登録の際、インフォームドコンセントは必要か？

峰松：一般的には、日常診療でやっていることであれば必要ないが、日常診療を逸脱する場合は必須である。二段構えでやることも可能である。しかし、病院によっても違うので各施設の判断に任すことになるだろう。

3. 各分担研究の研究方針

班全体の研究方針を聞いた上で、分担研究として計画していること、ご意見等を順番にお話していただいた。

内山先生：Japan Primary Prevention Project with Aspirin (JPPP) のイベント評価など他の study のデータ照会・解析を行いたい。データを使用できるかどうか交渉したい。

峰松：JPPP では、非脳卒中専門医がイベントとして TIA の評価も行っているが、TIA の誤診例がかなり多い。

水野先生：TCD など超音波検査による検討を行いたい。前向き研究にも積極的に参加したい。

内山先生：MES が TIA の additional risk factor になるかどうかにも興味がある。

安井先生：（スライドにより名古屋第二赤十字病院のデータを呈示）名古屋第二赤十字病院では、24 時間体制で MRI 検査を行い、DWI 冠状断もルーチンで撮像している。特に脳幹梗塞の場合、横断像に冠状断像を加えることにより DWI 陽性率が高くなる（脳幹梗塞に限定した場合、DWI 陽性率は横断像のみでは 74.5%、横断像+冠状断像では 96.5%）。

また、DWI を撮影する時間も重要である（初回 DWI 陰性、再検査で陽転化する例がある）。

1 年後アンケートによる ADL 評価、救急外来で全例検査している TAT, D-dimer や経食道心エコー所見のデータがあるので、それらのデータを用いて検討したい。

長谷川先生：後ろ向き研究、前向き研究のデータをきっちり出していきたい。

高木先生：TIA と血小板機能との関係を検討したい。TIA と minor stroke で血小板機能に違いがあるかどうかにも興味がある。

長尾先生：荏原病院では、頭部 MRI 検査時には頭痛、認知障害、meta 疑い例なども含め全例 DWI を撮像しているが、その中で、無症状や曖昧な症状であるのに予期せず DWI 陽性である症例がある。最近、TIA の定義、概念で迷うことがある。臨床診断での TIA と画像診断での TIA を分けた方がいいと考えている。

東京で一番多い“TIA もどき”は失神である。循環器科との連携、循環器科医の TIA、失神に対する認識などを知りたい。

SWI や T2*で塞栓子を確認できることがあり、塞栓性機序によると思われる TIA の診断など画像診断について検討したい。

Af のある TIA 例に対する治療について、ヘパリンの使用を含めて急性期に抗凝固療法をした場合のデータを出したい。(欧米では、アスピリンを飲ませて次の外来で診るという対応であるが、それでいいのかという気がする)

4. まとめ

峰松：厳密な意味での TIA にしぼって検討するよりも、いわゆる“TIA もどき”も含めた広い範囲で検討していくのがいいだろうというのが今回の会議の共通意見となった。7月3日の班会議で他のメンバーとも議論し、その結果をまとめた上で、班員の先生方にアンケートを取りながらワーキンググループの編成などを行いたい。

5. 事務連絡

上原：度々お集りいただくことが難しいため、メールなどで連絡を取り合っていきたい。

峰松：年度末に年間の研究業績、会計報告を提出していただく。

研究費はなるべく早く処理していただきたい(年度末にまとめて処理することのないように)。

班全体としての研究費が大きく削られたため、分担研究費が予想よりも少なくなっている。もし分担研究費の追加が必要な場合、中央経費等での対応も可能なので連絡してください。

来年1,2月あたりに班員全員が集まって成果発表会を行いたい。日程はできるだけ早く決定したい。

(文責 上原)

平成 21 年度 厚生労働科学研究費補助金による
「TIA の診断基準の再検討、ならびにわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの
確立に関する研究」班

平成 21 年度 第 1 回全体班会議 (パート 2) 議事録

日時：平成 21 年 7 月 3 日

場所：国立循環器病センター 新館講堂

出席者：棚橋紀夫 (埼玉医科大学国際医療センター)、小笠原邦昭 (岩手医科大学)、飯原弘二 (国立循環器病センター)、岡田靖 (国立病院機構九州医療センター)、森真由美 (国立病院機構九州医療センター)、木村和美 (川崎医科大学)、岩永健 (川崎医科大学)、永廣信治 (徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部)、里見淳一郎 (徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部)、松本昌泰 (広島大学)、鈴木明文 (秋田県立脳血管研究センター)、中瀬泰然 (秋田県立脳血管研究センター)、峰松一夫 (国立循環器病センター)、上原敏志 (国立循環器病センター)、中島隆宏 (国立循環器病センター)、宮城哲哉 (国立循環器病センター)、藤並潤 (国立循環器病センター)、徳永梓 (国立循環器病センター)、金井治香 (国立循環器病センター)、渡邊順子 (国立循環器病センター)、神吉章子 (国立循環器病センター)

1. 基調講演

「TIA に関する最近の動向について」内山真一郎先生 (ビデオ上映)

峰松：岡田先生、TIA との絡みで福岡 minor stroke 研究に関して説明していただけますか。

岡田先生：以前、minor stroke に対する注意喚起ということで、NIHSS 4 点以下の非心原性脳梗塞に関して 7 施設で登録を行い、増悪の頻度などを検討しました。しかしながら 2 年経過した時点で Fukuoka Stroke Registry (FSR) が始まったので、その時点で minor stroke の新規登録を中止しております。今は FSR で年間 1000 例ぐらい登録されています。その中で、転帰などをクリニカルコーディネーターが 3 か月後まで調査をしたデータが蓄積されています。TIA は入院例だけを登録していますが、全脳卒中の 6% くらいです。脳卒中データバンクのデータよりも少し高かったように思います。脳卒中に占める TIA 入院例の割合というのは、hospital bias がありますが、地域の認識の高さを表すでしょう。しかし、その予後、TIA の亜分類・メカニズムの分析は進んでいないというのが実情です。

2. 全体の研究方針

事務局（上原）から班全体の研究方針の説明（スライド参照）

これは、研究申請書を提出する際に事務局が提案した研究方針案であり、決定したものではない。班員の先生方から問題点など自由なご意見をいただき修正したい。

峰松：前回の議事録の補足をする。私が担当している他の研究班と重なってくる部分があるので、重複しないようにアンケート調査をしたい。中川原先生、長尾先生から、それぞれの地域で方法は異なるものの、アンケートの実施は可能であるというお話を頂いた。その他には、TIAの診断精度の問題が議論された。開業医の先生方の診断がかなりあいまいで、1/5～1/6しか本物ではないというのが現状であろうが、その点も明確にしないといけないだろうという話があった。

（1） 実態調査（専門病院を対象）

峰松：実態調査として、最初に専門医療機関を対象としたアンケートを実施するが、これは比較的問題なさそうである。事務局で出来るだけ答えやすいアンケートを作り、皆さんに添削していただくと思う。

（2） 実態調査（一般市民、救急隊、非専門医を対象）

峰松：一般市民、救急隊、一般医への調査であるが、救急隊の意識は高いので、救急隊の実態調査は十分できるのではないかという意見があった。日本脳卒中協会にもお願いして、他の研究班とも相乗りしながら工夫したいと思う。調査内容に対するワーキンググループを作った上で、中身を検討していただきたい。

実態調査に関して前回の議論の中で木村先生の名前を出しましたが、木村先生、何かご意見いただけますか？

木村先生：私共の研究の中に、市民に対して「TIAだったらどうするか」というものはある。しかし、救急隊や一般医に対してはなかったように思う。恐らく、この中で一番重要なのは一般医の先生方である。実はほとんどTIAの診断が間違っているし、TIAと診断しても翌日紹介するというのが一般的になっているようなので、そこを何とかしないといけない。

峰松：アクセスしやすい開業医の先生方を中心に、どんな患者さんをTIAと思っているか、といったようなアンケートをしたいと思う。これに関連して内山先生から、Japan Primary Prevention Project with Aspirin (JPPP) に働きかけてTIAに関するデータ解析をやりたいというコメントがあった。どういった例を開業医の先生方がTIAと判断しているのか、などのデータが比較的すぐ出るのではないかという話だった。松本先生、どう思いますか？

松本先生：対象がJPPP参加者という限られた集団ということになるが、比較的志の高い人が参