

2 脳卒中

- 脳卒中を予防する生活習慣や再発予防及び疾患特性等について、都民・患者の理解が進むよう、取組を進めます。
- 患者が脳卒中を発症した場合に速やかに専門的な治療を受けられるよう、救急搬送・受入体制の充実を図ります。
- 急性期から在宅療養に至るまで一貫したリハビリテーションを提供します。
- 住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送れるよう、地域における医療・介護サービスの連携体制を充実します。

現 状

1 脳卒中の疾病特性

- 脳卒中は、脳の血管が詰まったり破れたりすることにより、脳細胞に血液が届かなくなることで、脳機能に障害が起きる疾患であり、「脳梗塞」、「脳出血」、「くも膜下出血」に大別されます。
- 「脳梗塞」は、動脈硬化により狭くなった脳血管に血栓ができ、血管が詰まる「アテローム血栓性脳梗塞」、脳の細い血管が主に高血圧を原因とする変化により詰まる「ラクナ梗塞」、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ、血管を塞ぐ「心原性塞栓症」の3種類に分けられます。
- 「脳出血」は、脳の細い血管が破れるもので、「くも膜下出血」は、脳動脈瘤^{りゅう}が破れ、出血するものです。

2 脳卒中の発症等の状況

- 平成 26 年の厚生労働省「患者調査」によると、都における脳卒中患者数は、約 11 万 3 千人です。
- 平成 28 年の厚生労働省「人口動態統計」によると、都民の脳卒中による死亡数は 8.7 千人となっており、死亡者全体の 7.7% を占め、死亡順位は、悪性新生物、心疾患、肺炎に次いで第 4 位となっています。
- 脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下^{えんげ}障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などが残ることがあります。
- 平成 28 年の厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因について、脳卒中は、認知症（18.0%）に次いで、第 2 位（16.6%）となっています。

3 脳卒中の医療

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる方は、速やかに専門の医療施設を受診できるように行動することが重要です。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応を行う必要があります。
- 超急性期の脳梗塞の治療として、発症後 4.5 時間以内に t-P A（組織プラスミノゲン・アクチベーター）を使用した血栓溶解療法（以下「t-P A療法」という。）を開始することが有効です。
- また、原則として発症後 8 時間以内の脳梗塞患者を対象とした血管内治療（詰まった血栓に対しカテーテルを用いて、機械的に取り除く治療法（血管内再開通療法））の有効性が示されています。
- 血管内治療も含めた脳卒中の急性期診療を 24 時間提供できる体制の確保が必要となっています。

これまでの取組

- 脳卒中の予防については、区市町村や事業者・医療保険者が取組主体となって、生活習慣改善に関する普及啓発や健診事業等を行っています。
- 都では、脳卒中医療連携について、都内全域で統一的・広域的な対応を要する事項を協議するため、平成 20 年に「東京都脳卒中医療連携協議会（以下「協議会」という。）」を設置・運営し、脳卒中に関する普及啓発、救急搬送・受入体制の構築やその評価・検証、地域連携クリティカルパス（以下「パス」という。）の活用促進に努めています。
- また、二次保健医療圏を単位とした「脳卒中医療連携圏域別検討会（以下「圏域別検討会」という。）」を設置し、地域の脳卒中医療連携を推進しています。

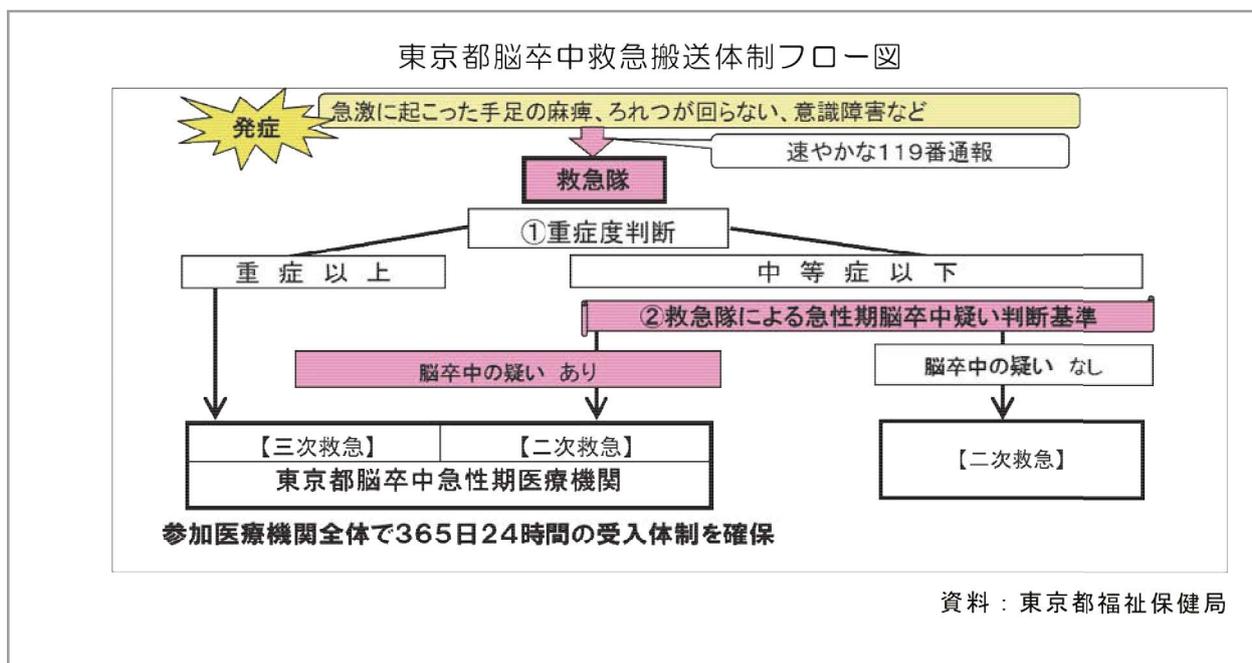
1 脳卒中に関する普及啓発

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで、高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなります。このため、都民に対し、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性、患者の周囲にいる者の適切な対応、再発予防等について普及啓発・教育等を実施する必要があります。

- 都では、都内全域を対象に、広報誌への記事掲載、インターネットへの普及啓発動画の掲載、クリアファイルの配布及びシンポジウムの開催等を行うとともに、圏域別検討会において、公開講座や講演会を開催するなど、脳卒中に関する普及啓発を図っています。

2 救急搬送・受入体制の構築

- 都では、より一層の救命や後遺症の軽減を図るため、脳卒中発症後の患者を速やかに適切な急性期医療機関に救急搬送できる仕組みとして、都独自に「脳卒中急性期医療機関」を認定し（平成29年9月現在163機関、うちt-P A実施124機関）、東京都脳卒中救急搬送体制を整備しています。
- また、救急隊が、傷病者の全身状態の観察や脈拍・呼吸状態などの確認、家族等からの情報収集等により、重症度・緊急度を判断し、速やかに救急搬送先医療機関を選定して搬送できるよう、傷病者の観察項目に、脳卒中発症が疑われる主な徴候を見極めるための判断基準（顔の歪み等）を加えています。
- 救急隊による東京消防庁の病院端末装置を活用した医療機関選定方式により、リアルタイムで病院の受入可否状況を確認できる仕組みとしています。



東京都における救急隊による救急搬送先医療機関の分類、選定基準（抜粋）

救急搬送先医療機関分類		選定基準
		搬送対象傷病者・選定方法
脳卒中医療機関	急性期の脳卒中傷病者を収容する医療機関	急性期の脳卒中の疑いのある傷病者
	(1)脳卒中急性期医療機関A 脳梗塞の超急性期において適応となる血栓溶解剤 t-P A の治療が可能な医療機関 (2)脳卒中急性期医療機関B 前記以外の脳卒中急性期医療機関	(1)発症から24時間以内 ⇒脳卒中急性期医療機関Aを選定する。 (2)発症から24時間を超える場合 ⇒脳卒中急性期医療機関Bを選定する。 ただし、周辺に該当医療機関がない場合は脳卒中急性期医療機関Aを選定する。

資料：東京都福祉保健局

3 リハビリテーション医療の推進

- 都におけるリハビリテーションサービスの充実を図るため、平成12年に「東京都リハビリテーション協議会」を設置し、都及び地域におけるリハビリテーション提供体制等について検討を行っています。《再掲》
- 平成13年度から、二次保健医療圏ごとに「地域リハビリテーション支援センター(以下「支援センター」という。)」を指定し、支援センターを拠点として、リハビリテーション従事者の技術等の底上げ、かかりつけ医やケアマネジャーに対するリハビリテーション知識・技術情報の提供及び地域のリハビリテーション関係者による意見交換や情報共有のための連絡会の開催等に取り組んでいます。《再掲》
- また、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の施設・設備整備に要する費用を補助しています。《再掲》

4 地域連携体制の構築

- 都では、パスの普及を推進するため、都の標準パスを作成し、脳卒中急性期医療機関等への普及啓発に努めています。また、平成29年9月現在、都内には12のパス事務局があり、それぞれの事務局が中心となり、地域ごとに独自のパスもしくは標準パスを使用し、脳卒中の医療連携を進めており、延べ1,098医療機関がパスを活用しています。

課題と取組の方向性

<課題1>脳卒中に係る普及啓発の取組

- 脳卒中の予防には、生活習慣の改善や最大の危険因子である高血圧などの適切な治療が重要です。そのため、脳卒中を予防する生活習慣の実践や危険因子である高血圧等の診療、服薬を継続することなど、予防に関する普及啓発を行う必要があります。

- また、発症から覚知までの時間短縮を図るとともに、再発予防に向け、患者の周囲にいる家族等が適切な対応を行うための更なる普及啓発等を行う必要があります。

〔取組1〕 都民に対する脳卒中医療に係る普及啓発の推進**〔基本目標 Ⅲ〕**

- 脳卒中を予防する生活習慣、脳卒中の症状、発症時の適切な対応、再発予防等についての都民・患者の理解を促進するため、住民に身近な区市町村や医療保険者等の関係機関、圏域別検討会と連携し、地域においてきめ細かな普及啓発に取り組みます。また、ポスターやリーフレットの作成・周知、シンポジウムの開催等、引き続き広域的な普及啓発を実施していきます。

＜課題2＞ 血管内治療を含めた救急搬送・受入体制の整備

- 「東京都脳卒中急性期医療機関」の質を高めていくため、各医療機関の救急搬送患者の受入状況等の実態を把握し、検証していく必要があります。
- 救急搬送を速やかに行うためには、急性期医療機関の満床状態を回避しておく必要があります。そのため、急性期を脱した後、回復期、維持期の医療機関に速やかに転院できるよう、医療連携をさらに推進する必要があります。
- 現行の東京都脳卒中救急搬送体制はt-P A療法を想定して運用しており、二次保健医療圏を単位として医療連携の推進等に取り組んでいますが、近年有効性が示されている血管内治療も含めた救急搬送・受入体制を構築することが必要です。
- 血管内治療が実施可能な病院は限られており、また治療が実施可能な病院であっても、満床、専門医の不在及び血管撮影装置が使用できない等の様々な状況により実施できない場合があります。血管内治療が実施できない病院から、実施可能な病院への転院搬送が円滑・迅速に可能となるよう、転院搬送や医療機関間の連携の新たなルール作りが必要であり、こうした血管内治療に関する連携を都全体で取り組んで行く必要があります。
- また、円滑な転院搬送の実施に向け、医療機関間で患者の情報を迅速に共有できるよう支援することが必要です。

〔取組2〕 救急搬送・受入体制の充実を図る**〔基本目標 Ⅱ〕**

- 「東京都脳卒中急性期医療機関」における救急搬送患者の受入状況等を協議会等で評価・検証し、東京都脳卒中救急搬送体制の充実を図ります。
- 血管内治療などの専門的な治療が円滑・迅速に可能となるよう、転院搬送・医療機関間連携の新たなルール作りを行うとともに、ICT等を活用した連携ツールの整備など医療機関間の情報共有を支援し、脳卒中の急性期診療体制を都全体で確保する取組を進めます。

＜課題3＞一貫したリハビリテーションの実施が必要

- 後遺症を軽減し、療養生活の質を高めるには、急性期から維持期を通じ、患者の状態等に応じた一貫したリハビリテーションを実施し、合併症の予防や機能回復、日常生活動作の維持・向上を図る必要があります。《再掲》

〔取組3〕一貫したリハビリテーションの推進《再掲》

〔基本目標 II、IV〕

- 急性期の病態安定後、速やかに回復期、維持期の診療に移行できる連携体制の充実を図ります。
- 各リハビリテーション期において患者の様々な疾病や病態に応じた適切かつ円滑なリハビリテーション医療の提供を推進します。
- 現場経験が少ない若手理学療法士等の知識・技術等の底上げを図るなど、支援センターが得意とする実践的なリハビリテーションに係る知識・技術情報を提供していきます。

(1) 急性期リハビリテーション

- 急性期病院での治療後、リハビリテーションの必要な患者が、早期に回復期リハビリテーション病棟等への転院ができるよう、急性期病院と回復期リハビリテーション病棟を有する病院間で脳卒中地域連携パス等の更なる普及を図ります。
- また、急性期病院において、回復期リハビリテーション病棟を有する各病院の情報等を把握できるよう、適宜情報提供します。

(2) 回復期リハビリテーション

- 回復期機能の充実に向け、引き続き、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟等の施設・設備整備に要する費用について病院に対して補助を行います。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院と維持期リハビリテーションを提供する、かかりつけ医、福祉施設間の脳卒中地域連携パス等の更なる普及を図るとともに、在宅でリハビリテーションを受ける患者に関わる医師、訪問看護師、介護支援専門員及び介護職等の連携強化を支援していくことにより、退院後も引き続きリハビリテーションが必要な患者を支援します。

(3) 維持期リハビリテーション

- 診療所の医師であるかかりつけ医にリハビリテーション医療の普及啓発を図ること、在宅等に退院した患者の在宅リハビリテーションの充実を図っていきます。合わせて、かかりつけ医へのリハビリテーション提供医療機関に関する情報提供を行っていきます。

- 理学療法士等を対象として、訪問リハビリテーションの知識・技術の向上と介護支援専門員など多職種との理解と連携に関する研修を実施し、訪問リハビリテーション人材を養成します。
- 訪問又は通所リハビリテーション事業所に対して介護支援専門員との意見交換の場を提供するとともに、介護支援専門員に対してリハビリテーションの知識・技術等に関する研修を実施することにより、訪問・通所リハビリテーションの利用促進を図ります。

＜課題4＞地域連携体制の構築

- 脳卒中地域連携パスの参加医療機関は徐々に増えてきており、今後もこれまで培ってきたパス活用実績を基盤に、より一層の医療連携に取り組む必要があります。
- 療養生活の質を高めるため、急性期を脱した後も、適切なリハビリが実施され、円滑に在宅療養へつなげることが可能な地域連携体制を構築する必要があります。

〔取組4〕地域連携体制の充実

〔基本目標Ⅱ、Ⅲ〕

- 圏域別検討会において、地域の脳卒中に係る医療機能の把握と情報共有、急性期から在宅療養に至るまでの連携、パスの活用促進及び地域の住民や医療従事者に対する普及啓発活動等について検討・充実を図ります。
- 地域リハビリテーションニーズを踏まえ、支援センターの機能・役割や設置規模について検討を行い、地域リハビリテーション支援体制の充実に取り組みます。
《再掲》
- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、主治医、副主治医制の導入、在宅医と訪問看護ステーション等との連携等による24時間の診療体制の確保、地域包括ケア病棟等を活用した病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などの取組を推進します。
《再掲》
- 地域の医療・介護関係者が、在宅療養患者の体調の変化や服薬状況等の情報をICTを活用して効果的に共有するなど、在宅療養患者の療養生活を支えるための情報共有・多職種連携の取組を推進します。《再掲》
- 入院医療機関における入退院支援の取組を更に進めるとともに、入院時（前）からのかかりつけ医、地域の医療機関、介護支援専門員等、多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。《再掲》

事業推進区域

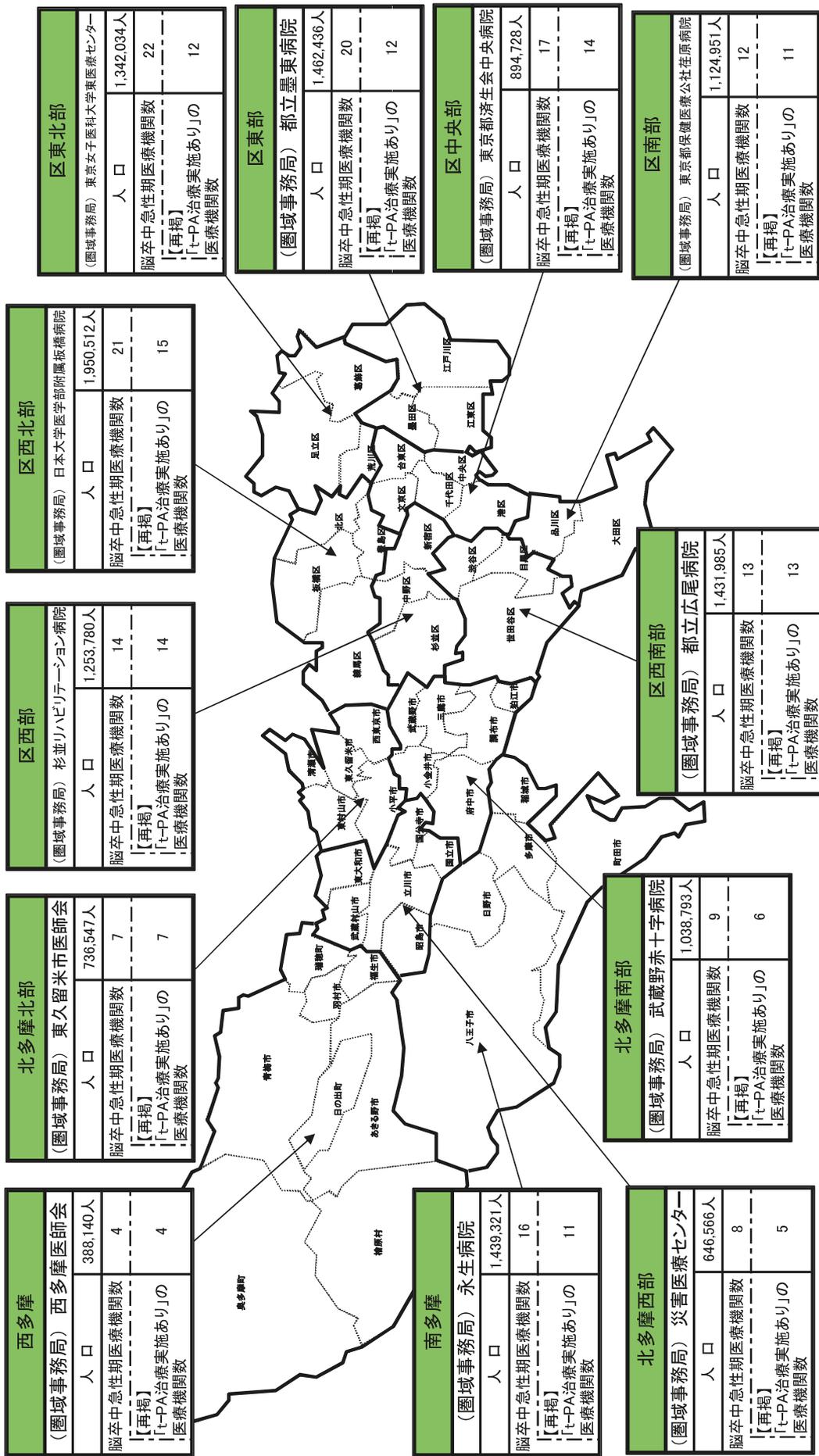
- 高度な専門的医療：都全域
- 入院医療：広域な区域（複数の区市町村、生活圏、二次保健医療圏等）
- 予防、初期医療、在宅療養：区市町村

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
取組 1 取組 2	脳梗塞に対する t-P A による血栓溶解療法の実施件数	1,175 件 (平成 27 年度)	増やす
取組 1 取組 2	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数	828 件 (平成 27 年度)	増やす
取組 3 取組 4	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	運動器 892 施設 脳血管 537 施設 呼吸器 319 施設 がん 117 施設 心大血管 86 施設 (平成 29 年 9 月現在)	増やす
取組 3	回復期リハビリテーション病棟の病床数	7,057 床 (10 万人当たり 51.4 床) (平成 29 年 9 月現在)	増やす

東京都脳卒中急性期医療機関数と圏域事務局（二次保健医療圏別）

平成29年9月1日現在



西多摩 (圏域事務局) 西多摩医師会		人口	388,140人	脳卒中急性期医療機関数	4	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	4
北多摩北部 (圏域事務局) 東久留米市医師会		人口	736,547人	脳卒中急性期医療機関数	7	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	7
区西部 (圏域事務局) 杉並リハビリテーション病院		人口	1,253,780人	脳卒中急性期医療機関数	14	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	14
区西北部 (圏域事務局) 日本大学医学部附属板橋病院		人口	1,950,512人	脳卒中急性期医療機関数	21	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	15
西多摩 (圏域事務局) 永生病院		人口	1,439,321人	脳卒中急性期医療機関数	16	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	11
北多摩南部 (圏域事務局) 武蔵野赤十字病院		人口	1,038,793人	脳卒中急性期医療機関数	9	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	6
区西南部 (圏域事務局) 都立広尾病院		人口	1,431,985人	脳卒中急性期医療機関数	13	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	13
区東部 (圏域事務局) 都立墨東病院		人口	1,462,436人	脳卒中急性期医療機関数	20	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	12
区中央部 (圏域事務局) 東京都済生会中央病院		人口	894,728人	脳卒中急性期医療機関数	17	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	14
区南部 (圏域事務局) 東京都保健医療公社荏原病院		人口	1,124,951人	脳卒中急性期医療機関数	12	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	11
12圏域合計		人口	13,709,793人	脳卒中急性期医療機関数	163	脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 「t-PA治療実施あり」の 医療機関数	124

【凡 例】
 ○脳卒中急性期医療機関数…「東京都脳卒中急性期医療機関」として東京都が認定した医療機関の数
 ○「t-PA治療実施あり」の医療機関数…「東京都脳卒中急性期医療機関」のうち、t-PA治療を実施する場合がある医療機関の数
 ○人口…都総務局「東京都の人口（推計）」（平成29年8月1日現在）による

※各医療機関の名称については、東京都福祉保健局ホームページを御参照ください。