

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱

平成21年1月30日付20福保医政第1603号

第1 目的

脳卒中発症の疑われる患者が迅速かつ適切な急性期の治療を受けることができる体制を確保するため、東京都脳卒中急性期医療機関（以下「急性期医療機関」という。）を設置する。

第2 急性期医療機関の役割

急性期医療機関は、別紙「東京都脳卒中急性期医療機関認定基準」（以下「認定基準」という。）に基づく機能を自ら責任を持って有し、その上で東京都における脳卒中救急搬送体制に参加して脳卒中急性期医療を担う。

第3 認定等

- 1 認定を受けようとする医療機関の管理者（以下「管理者」という。）は「東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書」（別記1号様式）を知事に提出しなければならない。
- 2 知事は、別記第1号様式により新規認定の申請があった医療機関のうち、以下の要件を満たす医療機関を急性期医療機関として認定する。
 - (1) 必須項目
認定基準の1から4の項目を全て満たす医療機関を急性期医療機関として認定する。
 - (2) t-PA 治療を実施する医療機関の要件
認定基準の1から4の項目に加えて5から7の項目を全て満たす急性期医療機関については、t-PA 治療を実施する医療機関として認定する。
- 3 知事は認定を行なった場合、「東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書」（別記2号様式）により医療機関に対して、その旨を通知する。
- 4 既に申請した内容に変更が生じた場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関内容変更届」（別記3号様式）を知事に提出しなければならない。
- 5 管理者は2による認定の取消しを申し出る場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消申請書」（別記4号様式）を知事に提出しなければならない。
- 6 知事は、急性期医療機関が要件を満たさないと判断される時、又は開設者から申し出があった時は認定を取り消すことができる。
- 7 知事は、急性期医療機関の認定を取り消した時は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書」（別記5号様式）により医療機関に対して、その旨を通知する。

第4 東京都脳卒中急性期医療機関リストの掲載

東京都脳卒中急性期医療機関リストについては、「東京都保健医療計画における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関」の一覧として、東京都福祉保健局ホームページに掲載して、毎月1日付で更新する。

附 則

この要綱は、決定の日から施行する。

東京都脳卒中急性期医療機関 認定基準
 ～東京都全域における脳卒中医療連携体制の構築に向けて～

別紙

1 東京都全域における脳卒中救急搬送体制構築の考え

脳卒中については、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血があるが、脳梗塞の超急性期において適応となるアルテプラゼ(t-PA) 静注療法を含め、病態、時間経過に応じて他にも有効な手段が多々ある。従って、全ての脳卒中患者が同様に可能な限り早期に脳卒中急性期医療機関に搬送され、可能な限り、予測される後遺障害が軽減されるような適切な治療を受けることが重要である。

2 「脳卒中急性期医療機関」の認定基準

東京都脳卒中医療連携体制において、当該医療機関が責任を持って以下の条件を満たすものを「脳卒中急性期医療機関」とする。

東京都脳卒中急性期医療機関			
	認 定 基 準 項 目	必須項目	超急性期の脳梗塞患者に対して t-PA 治療を実施する場合の必須項目
1	急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を有する医師及びコメディカルスタッフが対応できること	○	○
2	頭部CTやMRIなどの画像検査や必要な臨床検査が来院から速やかに実施できる院内体制が整備されていること	○	○
3	脳卒中急性期患者を収容する専門の病床または病棟を有し、急性期リハビリテーションを行えるPTまたはOTが常勤していること	○	○
4	脳神経外科的な処置が必要な患者に対して速やかに脳神経外科専門医の診療を受けられる体制が整備されていること（脳神経外科医が常駐していない場合でもオンコール体制や連携病院への転送などにより、必要時、迅速に脳神経外科専門医にコンサルテーションできること）	○	○
5	脳卒中医療の質を確保するため、日本脳卒中学会の承認する t-PA 使用のための講習会を受講し、その証明を取得している医師が1名以上配置されており、t-PA の使用にあたっては当該医師の指導の下に実施すること。		○
6	t-PA 静注療法の適応のある患者に、来院から1時間以内に治療を実施できる院内体制が整備されていること		○
7	t-PA 静注療法を施行した場合、その後の患者管理の観点から、最短でも治療後36時間まで、副作用の発現に速やかに対応できるよう、必要な観察を継続できること		○

東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書

医療機関名		
医療機関所在地	住所	
	電話番号	

t-PA治療 実施あり(※)	連携担当医	
	氏名	-----
	診療科	-----
	電話	-----
	E-mail	-----

「東京都脳卒中急性期医療機関認定基準」に則り、t-PA治療を実施することができる場合は「○」印を付け、実施できない場合は「×」印を付けること。

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の1の規定により、上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

管理者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

公印

東京都知事 殿

本申請に関する問い合わせ先	
(担当者氏名)	(電話番号)

東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書

福保医政第 号

医療機関名

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の3の規定により、申請のあった
東京都脳卒中急性期医療機関について、下記のとおり認定する。

平成 年 月 日

東京都知事

石原慎太郎

記

- 1 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号 号
- 2 t-PA 治療実施の有無
- 3 認定年月日 平成 年 月 日

東京都脳卒中急性期医療機関内容変更届

医療機関名		
医療機関所在地	住所	
	電話番号	
東京都脳卒中急性期医療機関認定番号	— 号	

変更内容	事項	変更前	変更後

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の4の規定により、上記のとおり内容変更を申し出ます。

平成 年 月 日

管理者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

公印

東京都知事 殿

本申請に関する問い合わせ先	
(担当者氏名)	(電話番号)

東京都脳卒中急性期医療機関認定取消申請書

医療機関名		
医療機関所在地	住所	
	電話番号	
東京都脳卒中急性期医療機関認定番号	— 号	
理由		

添付書類: 東京都脳卒中急性期医療機関承認通知書

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の5の規定により、
東京都脳卒中急性期医療機関の認定の取り消しを申請します。

平成 年 月 日

管理者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

公印

東京都知事 殿

本申請に関する問い合わせ先	
(担当者氏名)	(電話番号)

(別記第5号様式)

福保医政第 号
平成 年 月 日

医療機関名

東京都知事 石原 慎太郎

東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書

下記のとおり、東京都脳卒中急性期医療機関の認定を取り消したので通知します。

記

1 名称

2 所在地

3 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号

— 号

4 t-PA治療実施の有無

5 認定取消理由

理由:

6 認定取消年月日

平成 年 月 日

東京都脳卒中急性期医療機関の申請内容変更、 取消の手續について

今後、東京都脳卒中急性期医療機関の申請内容に変更、取消があるときは下記のとおり手續き願います。

1 申請内容の変更

要綱別記第1号様式により申請した内容に変更が生じた場合、要綱別記第3号様式「東京都脳卒中急性期医療機関内容変更届」に必要事項を記入・押印して、都担当（福祉保健局医療政策部医療政策課地域医療対策係）まで提出してください。

○認定通知書の記載の変更が生じる場合（t-PA治療実施の有無等）は、認定証も都へ返却してください。後ほど、新しい内容の認定通知書を交付します。

2 取り消し

認定の取り消しを求める場合は、要綱別記第4号様式「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消申請書」に必要事項を記入・押印して、都担当まで提出してください。また、あわせて認定通知書についても返却してください。

○申請書を受けた後、都から要綱別記第5号様式「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書」を医療機関あてに交付します。

3 上記書類の提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課地域医療対策係

（電話）03-5320-4446