

施設番号	調査票 通 番
------	---------

入院後 7日目までの診療

-----	-----
施設番号	調査票 通 番

Form B-1: 入院 7 日目までの処置治療内容

1. 入院 7 日以内に施行した補助診断

- <7 日に施行した。
はい いいえ/不明
- | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 X 線 CT |
| 1.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRI |
| 1.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRA |
| 1.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 拡散強調 MRI |
| 1.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 perfusion MRI |
| 1.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳血管撮影 |
| 1.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 Xe-CT |
| 1.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 SPECT |
| 1.9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 PET |
| 1.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頸部血管エコー検査 |
| 1.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経頭蓋ドプラー検査 |
| 1.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心エコー図検査 |
| 1.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経食道心エコー図検査 |
| 1.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 下肢静脈エコー検査 |
| 1.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳波検査 |
| 1.16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 長時間心電図モニター |
| 1.17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SpO2 モニター |

すでに Form A-2 で、同様の設問で 24 時間以内に行った補助診断をお聞きしていますが、この項では、24 時間以内に施行したものも含めて入院直後から第7病日までに施行されているものについて御記入下さい。

2. 入院 7 日以内に施行した治療法

- <7 日に施行した。
はい いいえ/不明
- | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 2.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳圧降下剤投与 |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アスピリンまたはチクロピジン投与開始 |
| 2.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ワルファリン投与開始 |
| 2.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | オザグレルナトリウムの投与 |
| 2.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ヘパリン静注の開始 |
| 2.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アルガトロバン静注の開始 |
| 2.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | エダラボン投与 |
| 2.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 降圧療法の開始 |
| 2.9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ウロキナーゼ静注 |
| 2.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血栓溶解療法 (t-PA 静注) |
| 2.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 選択的局所血栓溶解療法 (動注) |
| 2.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 低体温療法 |
| 2.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血液希釈療法 |
| 2.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 高圧酸素療法 |
| 2.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他() |

すでに Form A-3 で、同様の設問で 24 時間以内に行った治療法をお聞きしていますが、この項でも、24 時間以内に施行したものも含めて入院直後から第7病日までに施行されているものについて御記入下さい。

施設番号	調査票 通 番
------	---------

Form B-3 第7病日のNIHSS Stroke scale

- 1A. 意識レベル：0[]清明 1[]僅かな刺激で覚醒
2[]反復刺激、痛み刺激で覚醒 3[]昏睡 →
- 1B. 質問（現在の月名と年齢）：0[]両方正解 1[]一つのみ正解
2[]両方とも不正解 →
- 1C. 命令（開閉眼と離握手）：0[]両方可能 1[]一つのみ可能 2[]両方とも不可能 →
2. 注視（水平方向のみ）：0[]正常 1[]部分的注視麻痺 2[]完全注視麻痺 →
3. 視野：0[]正常 1[]部分的半盲（四分盲を含む） 2[]完全半盲（同名半盲を含む）
3[]両側性半盲（皮質盲を含む全盲） →
4. 顔面麻痺：0[]正常 1[]軽度麻痺 2[]部分的麻痺（下半の麻痺）
3[]完全麻痺（上・下半とも） →
5. 上肢の運動（仰臥位、45° 拳上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える）
- 5.a 左上肢：
0[]下垂なし。 1[]下垂する。10秒以内に動揺。 2[]10秒以内に下がる。
3[]重力に抗する動きがない。 4[]全く動きが見られない。 →
- 5.b 右上肢：
0[]下垂なし。 1[]下垂する。10秒以内に動揺。 2[]10秒以内に下がる。
3[]重力に抗する動きがない。 4[]全く動きが見られない。 →
6. 下肢の運動（仰臥位、30° 拳上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える）
- 6.a 左下肢：
0[]下垂なし。 1[]下垂する。5秒以内に動揺。 2[]5秒以内に下がる。
3[]重力に抗する動きがない。 4[]全く動きが見られない。 →
- 6.b 右下肢：
0[]下垂なし。 1[]下垂する。5秒以内に動揺。 2[]5秒以内に下がる。
3[]重力に抗する動きがない。 4[]全く動きが見られない。 →
7. 失調：0[]なし 1[]一肢に存在 2[]二肢に存在 →
評価できないもの、四肢麻痺のものは0とする（昏睡だからこの項判定不能としない様注意）
8. 感覚：0[]正常 1[]軽度ないし中等度 2[]重度ないし完全。 →
1Aで昏睡と判定したものは2につけること（昏睡だからといってこの項判定不能としない様注意）
9. 失語：0[]失語なし 1[]軽度～中等度の失語 2[]重度の失語 3[]無言,全失語 →
1Aで昏睡と判定したものは3につけること（昏睡だからといってこの項判定不能としない様注意）
10. 構音障害：0[]正常 1[]軽度から中等度 2[]重度(理解できないほど) →
挿管中他の咽頭喉頭の問題等で評価不能の場合は9とする。それ以外は判定可能
11. 消去と無視：0[]なし 1[]両側同時刺激で無視、消去。 2[]重度の無視,消去 →

右端の数値の合計点 NIHSS= /42点

署名 _____ 年 / 月 / 日

施設番号	調査票通番
------	-------

入院 28 日目 または 退院時

参考) TOAST 分類

本研究における脳卒中分類は、TOAST 分類¹⁾に従います。

特 徴	梗塞サブタイプ			
	Large artery 梗塞	心原性塞栓症	ラクナ梗塞	その他の脳梗塞
臨床症候				
皮質、小脳の障害	+	+	-	+/-
ラクナ症候群	-	-	+	+/-
画像				
>1.5cm の病巣	+	+	-	+/-
<1.5cm の病巣	-	-	+/-	+/-
検査				
頭蓋外内頸動脈狭窄	+	-	-	-
塞栓源心疾患	-	+	-	-
その他の検査異常	-	-	-	+

脳主幹動脈または皮質枝に粥状硬化に基づくと思われる 50%以上の狭窄または閉塞の存在は、Large artery 梗塞を示唆する所見です。機械弁、心房細動を伴う Mitral stenosis、心腔内血栓最近の心筋梗塞などは心原性塞栓のハイリスクです。

1) Adams HP Jr, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. Stroke 24: 35-41, 1993

----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
施設番号	調査票	通番

Form C-2: 第 28 病日 (またはそれ以前の退院日) までの評価

1. 第 28 病日 (それ以前に退院した場合は退院日) の modified Rankin scale

- 0 全く障害なし
- 1 症状あるが特に問題となる症状はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害
- 6 死亡 (死因: _____)

2. 増悪、再発、合併症、入院期間延長につながった因子の発生 (入院後 28 病日以内についてご判断下さい)

註: わずかな事象でもリハや入院期間にすこしでも影響を与えた事象であれば記載して下さい

- 有り なし
- 2.1 脳卒中再発 (出血、梗塞) 同発現日: 第 _____ 病日
 - 2.2 神経症候の変動、増悪 同発現日: 第 _____ 病日
 - 2.3 転倒、ベッドからの転落 同発現日: 第 _____ 病日
 - 2.4 骨折 同発現日: 第 _____ 病日
 - 2.5 発熱 (38.0° 以上)
 - 2.6 誤嚥性肺炎
 - 2.7 誤嚥性以外の肺炎
 - 2.8 尿路感染
 - 2.9 狭心症
 - 2.10 心筋梗塞
 - 2.11 下肢静脈血栓症
 - 2.12 肺塞栓症
 - 2.13 精神症状 (幻覚, 妄想, 不穏, 徘徊, 抑うつ)
- 上記に対し 抑制帯使用 a. あり、 b. なし: 鎮静剤使用 c. あり、 d. なし
- 2.14 その他 (_____)

3. 28 病日 (またはそれ以前退院の場合は退院日) までに施行した外科的処置

- 3.1 a. あり b. なし

- 3.2 行った手術名 _____ 200 年 月 日
_____ 200 年 月 日

4. 28 病日 (またはそれ以前退院の場合は退院日) までに行ったリハ総日数

- 4.1 理学療法総日数: _____ 日 4.2 作業療法総日数: _____ 日
4.3 言語療法総日数: _____ 日 この内摂食機能療法: _____ 日

施設番号	調査票通番
------	-------

発症3ヶ月後の手紙（又は電話）による調査

貴施設にまだ入院中通院中の時は先生が御記入いただいても結構です。

手順と送付先の確認

3ヶ月目の評価を手紙あるいは電話で行います。調査内容は次ページのとおり簡単な内容です。3ヶ月後の調査は、以下の手順で行います。

1) 3ヶ月目調査2週間前

事務局から「****先生、御登録いただきました 調査票番号 ***-****様の3ヶ月目調査日が近付きました。同封の調査用紙を御送付下さい。」という手紙と調査票、切手が送付されますので、宛名（郵便番号、住所氏名）、差出人（各研究者）を封筒に記載して、各研究者から患者様宅へ御送付いただきます。調査票の返信用封筒は本研究事務局（国立循環器病センター）となっております。事務局に届きました調査票のコピーを後日お送りいたします。（各研究者の皆様にはお手数ですが、この方法により、患者の住所氏名等の個人情報が、中央事務局に集まらない様いたします。）

2) 4ヶ月目再調査前2週間

上記のお手紙を送付して1ヶ月を過ぎても調査票が事務局に送付されない場合は、事務局から自動的に「****先生、御登録いただきました調査票番号 ***-****様の3ヶ月目調査をお送りいただいたものと思いますが、調査票コピーがまだ事務局に届けられておりません。至急御送付下さい。すでに送付されているにも関わらず、患者様から御返事いただけていない場合には、(1)再度調査票をお送りするか、(2)電話で調査するか、いずれかの方法で調査をお願い致します。」という手紙と、調査用紙、切手が届きますので、いずれかの方法で調査をお願いします。電話調査の場合は、御自身で調査票に御記入いただき、事務局へ御送付下さい。

3ヶ月目に次のページのようなわずか1ページの内容の調査をお送りする旨、退院時に御家族を含めてお伝えいただくと共に、3ヶ月後の調査用紙送付先と宛名を下記にお書きとめ下さい。

3ヶ月目調査票の送付先と宛名

本用紙は事務局に送付しないで下さい。

この調査は、脳卒中後3ヶ月目の状況や介護についてお尋ねします。御回答いただいた結果は、個人の情報が特定できないように統計処理、加工され、より良い脳卒中医療体制の確立のため利用されます。あてはまる項目の□に、☑をつけて御回答下さい。

1. 現在のあなたの障害の程度は、以下の0から5までの段階のどれにあてはまりますか？

- 0 全く障害無し（後遺症も残っておらず、日常生活もすべて自分で可能です）
- 1 後遺症はありますが、特に日常生活を送る上で問題となる症状はありません。ほぼもと通りの「日常生活」ができています。
- 2 以前の様な日常生活は全てではできません。しかし、身の回りのことは援助を受けずにできます。歩くことも介助を受けずに一人で行えます。
- 3 身の回りのことが援助を受けなければできません。しかし、歩行は介助を受けずに一人で歩けます。
- 4 身の回りのことが援助を受けなければできません。歩行も介助を受けなければ歩けません。
- 5 寝たきりで全面的な介助を受けている状態です。介助を受けても歩くことはできません。

* 万一、この手紙が届くまでに不具合になったという場合は、その年月日と場所、お分かりになれば原因をお教え下さい。

- ・年月日 西暦 年 月 日
- ・場所 a. 御自宅 b. 病院 c. 老健施設 e. その他
- ・原因 a. 脳卒中 b. 心筋梗塞 c. がん d. 事故 e. その他

2. 現在の主な生活の場所は以下のどれですか？

- a. 御自宅 b. リハビリをしない病院 c. リハビリテーション専門病院
 d. 老健施設 e. 老人ホーム f. その他

3. 退院から本日までの状況をお尋ねします。（複数回答可）

- a. 変わらない。または、少し良くなった。
- b. 悪くなった。
- c. 脳卒中を再発した。
- d. 脳卒中以外の病気を患った。
 肺炎、 心臓病、 癌、 胃潰瘍、 その他
- e. 転倒して骨折した。

4. この調査用紙に御記入いただいた方

- a. 御本人 b. 同居の御家族 c. 主治医（外来、電話） d. その他（ ）

質問は以上です。御協力有り難うございました。

(この用紙を下敷きにしてご記入ください)

調査手順

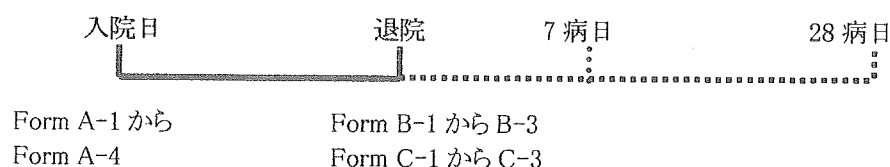
仮登録

- ・対象となる患者が入院したら、仮登録用FAXで entry して下さい。
- ・発症 3 日以内の全ての完成型脳卒中(くも膜下出血を除く)を対象とします。初発再発の有無は問いません。(完成型脳卒中:脳出血、脳梗塞で、神経脱落症状が 24 時間以上持続するもの。)

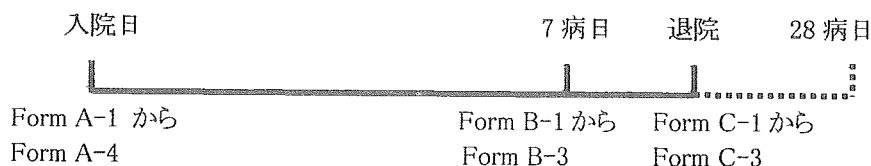
調査

調査は、入院時の評価 (Form A-1 から A-4)、第 7 病日目の評価 (Form B-1 から B-3)、28 病日または退院時評価 (Form C-1 から C-3)、追跡調査 3ヶ月目 (手紙または電話による追跡調査)からなっています。

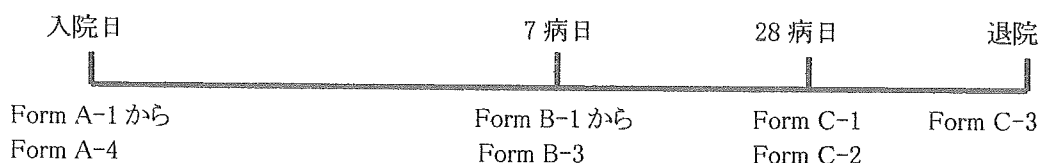
- ・7 病日以前に退院した患者は、退院時に Form B-1 から B-3、Form C-1 から C-3 の該当する項目に記入し事務局に送付します。



- ・7 病日以降 28 病日以前に退院した患者は、第 7 病日に Form B-1 から B-3 を評価し、退院時に Form C-1 から C-3 を記載して事務局に送付します。



- ・28 病日以降の退院では、第 7 病日に Form B-1 から B-3 を評価し、28 病日に Form C-1、C-2、退院日に Form C-3 を完成させ、事務局へ送付します。



3ヶ月目の調査は、手紙あるいは電話での追跡調査となります。調査の時期が近付いたら、事務局から手紙送付のお願いが届きますので、お送りいただきます。

平成16年度厚生労働科学研究費補助金による長寿科学研究事業（H16-痴呆-骨折-023）
わが国における Stroke unit の有効性に関する多施設共同前向き研究

主任研究者：峰松 一夫

事務局 国立循環器病センター、内科脳血管部門
〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7-1
電話 06-6833-5012; fax06-6835-5267

<参加施設への3ヶ月目調査依頼の手紙>

〇〇△病院

〇〇△ 先生 御侍史

発症3ヶ月目の調査

御登録いただきました調査票番号 <01-01> 様（御入院日：2005/1/1）の3ヶ月目調査日が近付きました。

3ヶ月目の評価は、手紙あるいは電話で行います。（御入院中あるいは外来通院中の患者様の場合は、問診により、先生御自身で御記入いただくことも可能です。）

手紙をお送りいただく場合は、同封の「いかがお過ごしですか？」と「発症3ヶ月目の調査用紙」各1枚を貴施設の封筒に入れ、宛名（郵便番号、住所氏名）、差出人（各研究者の所属氏名）を記載して、各研究者から患者様宅へ御送付いただきます。調査票の返信用封筒は本研究事務局（国立循環器病センター）となっております。事務局に届きました調査票のコピーを後日お送りいたします。（各研究者の皆様にはお手数ですが、この方法により、患者の住所氏名等の個人情報、中央事務局に集まらない様いたしておりますので、ご諒承下さい。）

尚、送付対象患者様が、院内死亡されている場合や、まだ御入院中の場合（この場合は担当医が御記入下さい）は送付されませんよう、何卒御確認の上御送付下さいますようお願い申し上げます。

御不明の点等ございましたら、何なりと御連絡下さい。

国立循環器病センター

峰松 一夫（主任研究者）

長谷川泰弘（事務局）

e-mail : ●●●●●@●●●●●.●●●●●

<参加いただいた患者様への手紙>

いかがお過ごしですか？

-----脳卒中発症3ヶ月後の調査-----

脳卒中を発症され、約3ヶ月がたちました。いかがお過ごしでしょうか、お伺い申し上げます。脳卒中は日本人死因の第3位であり、また“ねたきり”となる原因の約4割を占める病気でもあります。適切な治療、管理による脳卒中の制圧が益々重要となりつつあります。

<<○△病院>>は、正式名称を「わが国におけるStroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」と呼ぶ研究に参加しております。この研究は、日本国内で脳卒中治療を行っている病院が協力して、脳卒中治療の良い成績を出すためには、どのような条件が必要かを明らかにするために行われています。

お忙しい中恐縮ですが、同封のアンケートにお答えいただき、返信用封筒にて御送付いただきます様お願い申し上げます。なお、差出人のお名前や住所を記載していただく必要はありません。

本調査によって、患者さま個人に関する情報は一切明らかにされませんので御安心下さい。この研究に関する情報は、個人の特定ができない形で、この研究を計画した研究事務局（大阪の国立循環器病センター内にあります）に送られ、電子化された後、当院に返送されます。脳卒中診療に関する御意見等ございましたら御記入下されば、今後の診療に役立てたいと存じます。

なお、本調査に関するお問い合わせは、下記までお願い致します。

本調査に関するお問い合わせ先

〒●●●-●●●● <<住所>> (←参加施設住所)

<<○△病院>> (←参加施設責任者所属氏名)

または中央事務局

〒565-8565大阪府吹田市藤白台5丁目7-1

国立循環器病センター、内科脳血管部門

Stroke Unit 研究班事務局

電話●●-●●●●-●●●● ; fax●●-●●●●-●●●●

発症3ヶ月目の調査

調査用紙

この調査は、脳卒中後3ヶ月目の状況や介護についてお尋ねします。御回答いただいた結果は、個人の情報が特定できないように統計処理、加工され、より良い脳卒中医療体制の確立のため利用されます。あてはまる項目の口に、をつけて御回答下さい。

御回答いただきました調査用紙は、返信用封筒にて御返送お願い申し上げます。

施設番号、調査票番号
シール添付欄

本調査に関するお問い合わせ先

平成16年度厚生労働科学研究費補助金による長寿科学研究事業（H16-痴呆・骨折-023）
わが国におけるStroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究

事務局 国立循環器病センター、内科脳血管部門
〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7-1
電話 06-6833-5012 ; fax06-6835-5267

この調査は、脳卒中後3ヶ月目の状況や介護についてお尋ねします。御回答いただいた結果は、個人の情報が特定できないように統計処理、加工され、より良い脳卒中医療体制の確立のため利用されます。あてはまる項目の□に、☑をつけて御回答下さい。

1. 現在のあなたの障害の程度は、以下の0から5までの段階のどれにあてはまりますか？

- 0 全く障害無し（後遺症も残っておらず、日常生活もすべて自分で可能です）
- 1 後遺症はありますが、特に日常生活を送る上で問題となる症状はありません。ほぼもと通りの日常生活ができています。
- 2 以前の様な日常生活の全てではできません。しかし、身の回りのことは援助を受けずにできます。歩くことも介助を受けずに一人で歩けます。
- 3 身の回りのことが援助を受けなければできません。しかし、歩行は介助を受けずに一人で歩けます。
- 4 身の回りのことが援助を受けなければできません。歩行も介助を受けなければ歩けません。
- 5 寝たきりで全面的な介助を受けている状態です。介助を受けても歩くことはできません。

* 万一、この手紙が届くまでにお亡くなりになったという場合には、その年月日と場所、お分かりになれば原因をお教え下さい。

・年月日 西暦 | 年 | 月 | 日 |

・場所

a. 御自宅 b. 病院 c. 老健施設 d. その他

・原因

a. 脳卒中 b. 心筋梗塞 c. がん d. 事故 e. その他

2. 現在の主な生活の場所は以下のどれですか？

- a. 御自宅 b. リハビリをしない病院 c. リハビリテーション専門病院
- d. 老健施設 e. 老人ホーム f. その他

3. 退院から本日までの状況をお尋ねします。（複数回等可）

- a. 変わらない。または、すこし良くなった。
- b. 悪くなった。
- c. 脳卒中を再発した。
- d. 脳卒中以外の病気を患った。
 肺炎、 心臓病、 癌、 胃潰瘍、 その他
- e. 転倒して骨折した。

4. この調査用紙に御記入いただいた方

- a. 御本人 b. 同居の御家族 c. 主治医（外来、電話） d. その他（ ）

なにか脳卒中の診療に関して御意見等ございましたら御記入下さい。

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten input. It occupies the central portion of the page.

質問は以上です。御協力有り難うございました。

(資料 6)

拡大班会議

第1回

Stroke Unit 研究班 拡大班会議

とき:平成17年1月14日(金) 午後1時から4時
ところ:国立循環器病センター図書館講堂(大阪吹田)

厚生労働科学研究費による「わが国におけるStroke Unit の有効性に関する多施設共同前向き研究」

1:00～1:20 研究方針の説明(事務局)、質議

1:20～1:45 調査方法の説明(事務局)、質議

1:45～2:15

特別講演

座長 成富 博章

『デンマークのSUから見た日本のSUのあり方』

日本脳卒中協会事務局長

中山クリニック院長 中山 博文 先生

2:15～2:25 休憩

2:25～3:55

パネルディスカッション

座長 畑 隆志 峰松一夫

『日本のSUのあるべき姿と普及における問題点』

1.「どのようにstroke unitを立ち上げるか？」

秋田県立脳血管研究センター所長 安井 信之

2.「静注血栓溶解療法を視野に入れた日本のStroke Unitのあり方」

九州医療センター統括診療部長 岡田 靖

3.「脳卒中急性期リハビリの理想と現実と対策」

中国労災病院勤労者リハセンター長 豊田 章宏

4.「SCUの看護はどうあるべきか」

国立循環器病センター看護部長 豊田 百合子

3:55～4:00 事務連絡



交通

1 鉄道

地下鉄御堂筋線・北大阪急行線千里中央下車
千里中央駅から 阪急バス東生田地行循環器病センター前下車(15分)
または タクシー(3.4km, 10分)

阪急電鉄千里線北千里駅下車
北千里駅から 阪急バス東生田地行循環器病センター前下車(5分)
または タクシー(1.3km, 3分)、徒歩(15分)

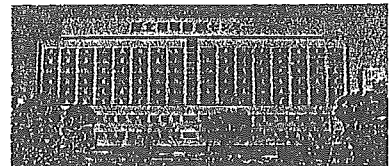
京海線・新幹線新大阪駅下車
新大阪駅から 地下鉄御堂筋線千里中央→千里中央下車(18分)

1 航空機利用

大阪国際空港(伊丹)から 大阪モノレール千里中央駅下車(12分)

1 自動車利用

名神高速道路沿線から 吹田ICより約10分
茨木ICより国道171号環今宮を経て約20分
近畿自動車道沿線から 吹田ICより約10分
中国自動車道沿線から 中国池田ICより中央環状線千里中央を経て約20分



◆お問い合わせ
国立循環器病センター-内科脳血管部門(長谷川、徳永)
TEL:06-6833-5012(Ext2462) FAX:06-6835-5287

<http://stroke-unit.jp>

厚生労働科学研究費補助金による

わが国における Stroke Unit の有効性に関する多施設共同前向き研究
第2回拡大班会議

「t-PA 静注療法承認後の脳卒中診療と Stroke Unit の役割」

日時：平成18年2月11日（土） 13:00 ～ 16:00

場所：国立循環器病センター図書館講堂

～ プログラム ～

- | | | | |
|----------------------|-----------------|----------------|--------------------|
| 13:00 ～ 13:10 | ごあいさつ | 主任研究者 | 峰松一夫 |
| 13:10 ～ 13:40 | 研究成果の報告 | | |
| | | 座長 | 国立病院機構九州医療センター 岡田靖 |
| 1) 研究班全体の活動報告 | 事務局 | | 上原敏志 |
| 2) リハビリの立場から | 中国労災病院勤労者リハセンター | | 豊田章宏 |
| 3) 看護の立場から | 国立循環器病センター | | 豊田百合子 |
| 13:40 ～ 14:00 | 基調講演 | 座長 | 国立循環器病センター 成富博章 |
| | 『t-PA 時代を迎えて』 | 国立循環器病センター名誉総長 | 山口武典 |
| 14:00 ～ 14:10 | 休憩 | | |
| 14:10 ～ 15:50 | パネルディスカッション | | |
| | | 座長 | 聖マリアンナ医科大学 長谷川泰弘 |
| 1) 「J-ACT の意義と限界」 | 東北大学 | | 森悦朗 |
| 2) 「SU における画像診断」 | 中村記念病院 | | 中川原譲二 |
| 3) 「動注法について」 | 横浜市立脳血管医療センター | | 植田敏浩 |
| 4) 「アルテプラーゼ静注法と診療体制」 | | | |
| | | 秋田県立脳血管研究センター | 安井信之 |
| 15:50 ～ 16:00 | 事務連絡 | | |