＊　質問 13〜18 は、質問 7. で b. 脳卒中急性期患者を積極的に受け入れていない（回復期もしくは慢性期が主である）と回答された施設のみお答えください。

質問 13.　2005 年 1 月から 2005 年 12 月の 1 年間に、貴病院または貴科に入院した脳卒中患者数は何人ですか？

□a. 1〜25 例　□b. 26〜50 例　□c. 51〜100 例　□d. 101〜200 例
□e. 201〜300 例　□f. 301〜500 例　□g. 501 例以上
実数がお分かりでしたらお教えください　（　　例）

質問 14.　2005 年 1 月から 2005 年 12 月の 1 年間に脳卒中で入院された患者さんの平均在院日数は？

□a. 7 日以内　□b. 8〜14 日　□c. 15〜21 日　□d. 22〜28 日
□e. 29〜50 日　□f. 51 日以上

質問 15.　他施設から貴施設への転院患者さんについてお尋ねします。

15. 1. 貴施設が所在する市町村内の病院から紹介される割合は

□ a. 0%　□b. 1〜10%　□ c. 11〜20%　□d. 21〜30%　□ e. 31〜40%
□ f. 41%〜50%　□ g. 51%〜75%　□h. 76%〜100%

15. 2.　転院予約をしてから実際に貴施設に入院をするまで（転院待ち）の平均日数はどれくらいですか

□a. 7 日以内　□b. 8〜14 日　□c. 15〜21 日　□d. 22〜28 日
□e. 29〜50 日　□f. 51 日以上

15. 3. 脳卒中発症から貴施設入院までの平均日数は？

□a. 14 日以内　□b. 15〜21 日　□c. 22〜28 日　□d. 29〜50 日
□e. 51 日以上

15. 4. 脳卒中発症後 2 ヶ月以上経った患者さんの紹介があった場合、どうされますか

□a. お断りする　□b. リハビリ病棟に入院してもらう　□c. 療養型病棟に入院してもらう　□d. 紹介されたことはない
□e. その他　（　　）

15.5.　他施設から貴施設へ転院依頼があった場合、転院受け入れ上、支障となるもの（受け入れできない、転院までに時間がかかる等）があれば、□に✓をつけてください（複数回答可）

□ MRSA　□ 経管栄養　□ 胃瘻　□ 気管切開　□ 人工呼吸器
□ 褥創　□ 認知症　□ 不穏　□ ワーファリン内服中
□ 自宅退院の見通しや次の転院先の確保がされていない
□ その他（　　）

質問 16.　貴施設に入院中の患者さんが急変された時（脳卒中再発、合併症など）、原則的にどのように対応されますか？

□a. そのまま対応する　□b. 院内他病棟へ転棟する
□c. 関連病院へ転院する　□d. 紹介元病院へ転院する
□e. その他（　　）

質問 17. 院内クリティカルパスを使用していますか（□a. はい　□b. いいえ）

質問 18. 貴施設から自宅退院された患者さんの退院後のフォローについてお尋ねします。

18.1. 内科的管理について、開業医に紹介している割合は

□ a. 0%　□b. 1〜10%　□ c. 11〜20%　□d. 21〜30%　□ e. 31〜40%
□ f. 41%〜50%　□ g. 51〜75%以上　□ h. 76〜100%以上

18.2. 内科的管理について、紹介元病院に逆紹介している割合は

□ a. 0%　□b. 1〜10%　□ c. 11〜20%　□d. 21〜30%　□ e. 31〜40%
□ f. 41%〜50%　□ g. 51〜75%以上　□ h. 76〜100%以上

18.3. 入院中にリハビリを行っていた患者さんのうち、退院後も外来リハビリを継続している割合は

□ a. 0%　□b. 1〜10%　□ c. 11〜20%　□d. 21〜30%　□ e. 31〜40%
□ f. 41%〜50%　□ g. 51〜75%以上　□ h. 76〜100%以上

脳卒中診療や本研究に対して、御意見等ございましたら、以下の欄に御記入ください。

貴重な時間をいただき有り難うございました。
本調査用紙を同封の返信用封筒に入れて、平成18年11月30日までに御返送ください。

本研究に関する問い合わせ
〒565-8565　大阪府吹田市藤白台5-7-1　国立循環器病センター内
「脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発に関する研究」（主任研究者　峰松一夫）中央事務局　上原敏志
Tel: 06-6833-5012, Fax: 06-6835-5267, E-mail: tuehara@hsp.ncvc.go.jp

（資　料　２）

インディケーター調査Pilot Study

5　－

施設番号　　調査票番号

脳卒中急性期インディケーター調査票
（ pilot study 用 ）

対象：発症3日以内入院の脳卒中（くも膜下出血を除く）もしくはTIA
年齢、性別、病型、初発／再発、重症度は問わない

入院日：　200　　年　　月　　日

貴院ID番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この調査票は事務局に送付しないで下さい。
貴施設にて保存して下さい。

5　－

施設番号　　調査票番号

1．患者情報

1－1．性別　□ a. 男　□ b. 女

1－2．年齢　＿＿＿＿＿ 歳

1－3．入院前 modified Rankin scale

□ 0 全く障害なし
□ 1 症状は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

1－4．発症時刻（不明の場合は最終未発症確認時刻）

200　年　月　日 午前、午後　時　分

1－5．来院時刻　200　年　月　日 午前、午後　時　分

2．t-PA 静注療法関連情報

2－1．発症3時間以内の来院　□ a. はい　□ b. いいえ／不明

※「a. はい」の場合、2－2．t-PA 静注療法を考慮しましたか？

□ a. はい　□ b. いいえ／不明

2－3．t-PA 静注療法施行　□ a. はい　□ b. いいえ

※「a. はい」の場合、

2－4．t-PA 静注療法開始時刻　月　日 午前、午後　時　分

2－5．来院後1時間以内に t-PA 静注療法を開始しましたか？

□ a. はい　□ b. いいえ

5　－

施設番号　　調査票番号

3．施行したプロセス

3－1．頭部CT（入院後24時間以内）　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－2．頭部MRI（入院後24時間以内）　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－3．頸部血管エコー検査（入院中）　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－4．頸部MRA（入院中）　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－5．嚥下機能評価（反復唾液嚥下、水のみテスト等）（入院後24時間以内）

☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－6．深部静脈血栓症の予防（入院中）☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

※「a. はい」の場合、

3－7．弾性ストッキング着用　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－8．間欠的空気圧迫法　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3－9．D-ダイマーの測定　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-10．上記以外の予防法　☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-11．脂質（TC、HDL-C、TG）、HbA1c（糖尿病患者のみ）の測定（入院中）

☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-12．理学療法（PT）の評価・計画（入院後3日以内）

☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-13．多職種によるカンファレンス・ゴールの設定（入院後14日以内）

☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-14．クリニカルパスの使用（入院中）

☐ a. はい　☐ b. いいえ／不明

3-15. ギャッチアップ負荷試験の施行（入院後7日以内）

□ a. はい　□ b. いいえ／不明

3-16. 抗血栓療法（入院後48時間以内、t-PAは含まない）

□ a. はい　□ b. いいえ／不明

※「a. はい」の場合、3-15. その内容は（複数回答可）

1. □アスピリン　2. □チクロピジン　3. □シロスタゾール

4. □クロピドグレル　5. □オザグレル　6. □アルガトロバン

7. □ヘパリン（低分子ヘパリン含む）　8. □ワルファリン

9. その他（　　）

5　－

施設番号　　調査票番号

4．入院時 NIH Stroke Scale

1a. 意識水準	0：完全覚醒　1：簡単な刺激で覚醒 2：繰り返し刺激、強い刺激で覚醒　3：完全に無反応	
1b. 意識障害－質問 （今月の月名および年齢）	0：両方正解　1：片方正解　2：両方不正解	
1c. 意識障害－従命 （開閉眼、手を握る・開く）	0：両方可　1：片方可　2：両方不可	
2. 最良の注視	0：正常　1：部分的注視麻痺　2：完全注視麻痺	
3. 視野	0：視野欠損なし　1：部分的半盲　2：完全半盲 3：両側性半盲	
4. 顔面麻痺	0：正常　1：軽度の麻痺　2：部分的麻痺 3：完全麻痺	
5. 上肢の運動（右） 仰臥位のときは45°で	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：重力に抗して動かない 4：全く動きがみられない	
5'. 上肢の運動（左）	0～4：同上	
6. 下肢の運動（右） 仰臥位のときは30°で	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：重力に抗して動かない 4：全く動きがみられない	
6'. 下肢の運動（左）	0～4：同上	
7. 運動失調	0：なし　1：1肢　2：2肢	
8. 感覚	0：障害なし　1：軽度から中等度　2：重度から完全	
9. 最良の言語	0：失語なし　1：軽度から中等度　2：重度の失語 3：無言、全失語	
10. 構音障害	0：正常　1：軽度から中等度　2：重度	
11. 消去現象と注意障害	0：異常なし　1：両側同時刺激で無視、消去 2：重度の無視、消去	

合計点：

検者 _____　200　年　月　日

5　－

施設番号　　調査票番号

5．退院、転院に関する情報

5-1. 退院日　200　　年　　月　　日

5-2. 在院日数 _____ 日

5-3. 退院、転院先

☐ a. 自宅　☐ b. リハ専門病院転院　☐ c. リハ専門病院以外への転院

☐ d. 療養型病院転院　☐ e. その他（　　）

5-4. 退院時 modified Rankin scale

☐ 0 全く障害なし
☐ 1 症状は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

6. 今回入院の原因となった脳卒中の退院時診断

☐ a. 脳出血・部位：☐1. 被殻　☐2. 視床　☐3. 混合型（被殻、視床）
☐4. 皮質下　☐5. 小脳　☐6. 脳幹　☐7. その他

☐ b. 脳梗塞・病型：☐1. ラクナ梗塞　☐2. 心原性脳塞栓症
☐3. Large artery 梗塞　☐4. 分類不能の脳梗塞

☐ c. 一過性脳虚血発作（TIA）

5　－

施設番号　　調査票番号

7．その他の情報

7-1. 心房細動（発作性を含む）　□a. あり　□b. なし／不明

※「a. あり」の場合、 7-2. 退院時にワルファリン治療を行っていますか？

□a. はい　□b. いいえ／不明

7-3. 入院時点での喫煙　□a. あり　□b. なし／不明

※「a. はい」の場合、7-4. 入院中に禁煙指導を行いましたか？

□a. はい　□b. いいえ／不明

7-5. 患者さん本人もしくは家族に対して、入院中に脳卒中に関する教育を行いましたか？

□a. はい　□b. いいえ／不明

コメント：

（資　料　３）

第１回班会議
プログラム　議事録

平成18年度厚生労働科学研究費補助金による

脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発に関する研究

第1回班会議

日時：平成18年5月12日（金）　9:00 ～ 11:00

場所：京王プラザホテル　本館5階　こすもす

～ プログラム ～

9:00 ～ 9:10　ごあいさつ　主任研究者　峰松一夫

9:10 ～ 9:30　基調講演

『脳卒中地域医療におけるインディケーターおよび監査について』

聖マリアンナ医科大学神経内科　長谷川泰弘

9:30 ～ 10:45　ディスカッション

『本研究班の研究計画・方法について』

（討議内容の詳細については別紙参照）

10:45 ～ 11:00　事務連絡

平成18年度厚生労働科学研究費補助金による

脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発に関する研究

第1回班会議　議事録

日時：2006年5月 12日（金）9:00〜10:45

場所：京王プラザホテル　本館5階　こすもす

参加者

峰松一夫、成冨博章、長束一行、豊田一則、上原敏志（国立循環器病センター）

安井信之、鈴木明文（秋田県立脳血管研究センター）

長谷川泰弘（聖マリアンナ医科大学）

岡田靖、齋藤（国立病院機構九州医療センター）

徳永梓、中澤有子（秘書）

9:00〜9:10

主任研究者からのご挨拶　　主任研究者　峰松一夫

9:10〜9:30

基調講演

「脳卒中地域医療におけるインディケーターおよび監査について」

長谷川泰弘先生（聖マリアンナ医科大学神経内科教授）

脳卒中地域医療におけるインディケーターおよび監査の意味について理解の統一を図るために、まず長谷川先生に上記題目で基調講演をしていただいた。すでにインディケーターや監査システムが確立しつつある欧米（イギリス、デンマーク、米国）の現状を紹介しながら、インディケーターおよび監査の意味や選定方法などについて分かりやすく説明していただいた。

9:30〜10:45

ディスカッション

参加者全員で本研究班の研究計画・方法について討論した。

1）先行研究である Stroke unit 研究の最終分析、公表を行う。その結果をインディケーター選定時の参考データにする。

2）平成１０年度厚生科学研究「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究（J-MUSIC)」（主任研究者　山口武典）のアンケート調査を参考にした脳卒中診療体制の follow-up 調査を実施する。８年間の診療体制の変化を比較する。新たな展開としての t-PA 承認、SU 診療加算、リハ点数の変更などの影響についても調査を試みる。

3）すでにインディケーターで評価するシステムが確立しつつある欧米・豪州各国を視察して、インディケーターによる評価および監査システムの実態を調査し、それらを参考にする。

4）４地域共通のインディケーターを２０項目程度選定し、各地域に分かれて予備調査を行う。参加協力の得られた施設に対してインディケーター項目を調査する。４地域の解析結果をまとめ、地域による差異やその原因を明らかにした上で、全国に普遍化できるインディケーターを選定する。最終年度には、日本全国の医療機関（無作為抽出でもよい）を対象に監査をやってみたい。各地域ごとに現状や実際調査を行う場合の問題点などについて意見を述べていただいた。

5）４つのモデル地域は都市部が多いため、日本全体の状況を把握するためには、地方の種々の地域にも参加してもらう必要性が提案された。各地域の研究協力施設、各地域以外の研究協力施設について選定する。

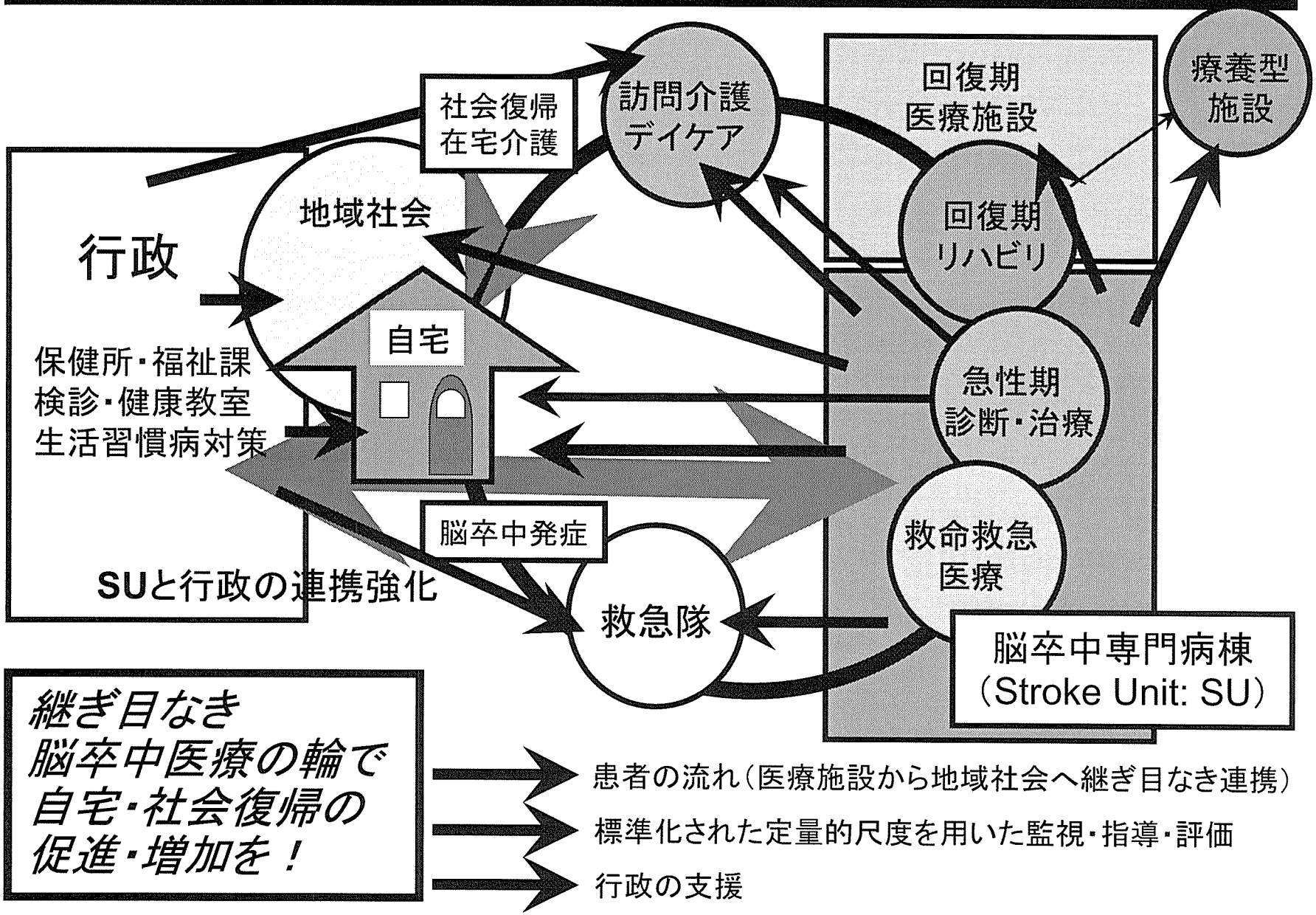
6）日本脳卒中学会（特に医療向上・社会保険委員会、ブレインアタック・キャンペーン委員会)、日本脳卒中協会、日本脳神経外科学会（脳卒中の外科学会)、日本神経学会、日本神経治療学会、日本リハビリテーション医学会、

日本救急医学会など関連学会と協力しながら研究を進めていく。

7）モデル地域個別にプロジェクトを計画し予算が必要かどうかは後日アンケートで調査する。

以上、活発な討論を通じて、主任研究者、分担研究者、研究事務局の認識を共通することができた。

脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発



継ぎ目なき
脳卒中医療の輪で
自宅・社会復帰の
促進・増加を！

（資　料　４）

第２回班会議
プログラム　議事録

平成18年度厚生労働科学研究費補助金による

脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発に関する研究

第2回班会議

日時：平成18年10月20日（金）　15:00 ～ 17:00

場所：国立循環器病センター　第2会議室

～ プログラム ～

15:00 ～ 15:05　ごあいさつ　主任研究者　峰松一夫

15:05 ～ 15:25

1．Stroke unit 研究の最終解析および indicator の選定について

長谷川泰弘　先生

15:25 ～ 16:00

2．『本研究班全体の進捗状況・今後の研究計画について』

事務局からの報告および質疑応答

16:00 ～ 16:10　休憩

16:10 ～ 16:50

3．『各モデル地域の進捗状況・今後の計画について』

各分担研究者からの報告および質疑応答（発表5分、質疑応答5分）

16:50 ～ 17:00　事務連絡

平成18年度厚生労働科学研究費補助金による

脳卒中地域医療におけるインディケーターの選定と監査システム開発に関する研究

第2回班会議

日時：平成18年10月20日　15～17時
於：国立循環器病センター第2会議室

参加者
峰松　一夫、長束　一行、上原　敏志、尾谷　寛隆、川口　桂子、
佐藤　祥一郎、古田　興之介　（国立循環器病センター）
安井　信之、鈴木　明文　（秋田県立脳血管研究センター）
岡田　靖、湧川　佳幸　（国立病院機構九州医療センター）
長谷川　泰弘　（聖マリアンナ医科大学）
徳永　梓、中澤　有子（秘書）

［議事録］

【ごあいさつ】
（Dr.峰松）5月12日に京王プラザホテルで打ち合わせして以来、第2回目になりますが、お忙しいところお集まり頂きありがとうございます。日本の医療の崩壊が始まっているような感じですが、脳卒中医療も是非この会で、政府行政などに求めて対策を練る、ひとつの手助けとなるデータを作ってゆく必要がある。今日はまず、先行研究のSU研究のデータ解析の結果が、Dr.長谷川によってまとまりつつある。これを利用して、この研究班の目的である地域医療の指標を選定してどう応用してゆくか。そして、急性期病院だけでなく回復期病院も含めた全国アンケート調査内容をチェックすることを計画している。また、それぞれの地域での脳卒中医療の工夫などを発表して頂いて、良い所を互いに取り入れて欲しいと思っている。国立循環器病センターでは、2週間毎にコメディカルにも入ってもらって会議し、大阪府看護協会なども反応を示してきている。活動は新聞にも掲載予定となるほど活発になってきている。この2時間を有意義に使って議論していきたいと思っています。まず、Dr.長谷川からSU研究の最終解析結果を報告していただいて今後の方針を示して頂きたいと思います。

【Stroke Unit 研究の最終解析およびIndicatorの選定について】
(Dr.長谷川)　インディケーターというのは、あなたのところの医療は良いですよ、悪いですよ、という指標であり、リトマス試験紙のようなものです。つまり、何度やっても同じになって、日