

60～89分1件(3.4%)、90～119分5件(17.2%)、120～150分未満6件(20.7%)、150分以上4件(13.8%)、入院後撮影2件(6.9%)、後期は10分未満2件(8.0%)、10～19分1件(4.0%)、20～29分3件(12.0%)、30～39分2件(8.0%)、40～49分2件(8.0%)、50～59分0件(0.0%)、60～89分3件(12.0%)、90～119分3件(12.0%)、120～150分未満3件(12.0%)、150分以上3件(12.0%)、撮影なし2件(8.0%)、無回答1件(4.0%)であった(図表91)。

来院から暫定診断までの時間は、前期は10分未満0件(0.0%)、10～19分4件(13.8%)、20～29分3件(10.3%)、30～39分0件(0.0%)、40～49分3件(10.3%)、50～59分2件(6.9%)、60～89分1件(3.4%)、90～119分4件(13.8%)、120～150分未満7件(24.1%)、150分以上4件(13.8%)、無回答1件(3.4%)、後期は10分未満1件(4.0%)、10～19分1件(4.0%)、20～29分4件(16.0%)、30～39分3件(12.0%)、40～49分0件(0.0%)、50～59分2件(8.0%)、60～89分4件(16.0%)、90～119分2件(8.0%)、120～150分未満3件(12.0%)、150分以上4件(16.0%)、無回答1件(4.0%)であった(図表92)。

入院症例について来院から入院までの時間は、前期は10分未満0件(0.0%)、10～19分0件(0.0%)、20～29分0件(0.0%)、30～39分1件(4.5%)、40～49分1件(4.5%)、50～59分1件(4.5%)、60～89分5件(22.7%)、90～119分5件(22.7%)、120～150分未満3件(13.6%)、150分以上6件(27.3%)、後期は10分未満0件(0.0%)、10～19分0件(0.0%)、20～29分0件(0.0%)、30～39分0件(0.0%)、40～49分3件(30.0%)、50～59分1件(10.0%)、60～89分0件(0.0%)、90～119分2件(20.0%)、120～150分未満1件(10.0%)、150分以上3件(30.0%)であった(図

表93)。

#### D. 考察

平成20年度全国アンケート調査の結果から、発症7日以内の急性期脳卒中患者を受け入れ可能な施設のなかで、t-PA療法を実施している病院は、49.3%であった。一方で、平成18～19年にかけてt-PA療法を新たに実施可能となった施設は3.1%、t-PA療法の実施が不可能となった施設は4.7%であった。t-PA療法を実施していない施設が新たにt-PA療法を実施するためには、3名以上の脳卒中診療専門医師を確保すること、常勤の薬剤師を確保すること、さらにNIHSS scoreで脳神経症候を評価可能な看護師が勤務していることが重要であった。t-PA療法が実施出来なくなった施設は、3名以上の脳卒中診療専門医師が確保できず、脳卒中診療チームの整備、脳神経外科的処置の整備が不十分であった。脳卒中診療担当医師の病院間、地域間格差に起因する脳卒中患者の受け入れ体制のゆがみを是正するために、携帯端末を用いた脳卒中遠隔診療は有効であることが示唆された。

1996年に発症3時間以内の超急性期脳梗塞患者に対して、t-PA療法が米国で認可された。発症3時間以内に治療が開始されれば、3ヶ月後の転帰が改善する一方で、適応がない症例に対するt-PA療法の実施、なかでも発症3時間を超えた症例に対するt-PA療法の実施によって、脳内出血の発症は増加し転帰が悪化する。今後本邦において、適切なt-PA療法の運用を含めた脳卒中患者受け入れ体制を全国に隈無く構築するために、今回の研究から得られた結果を中心に考察をすすめたい。

本研究グループは、平成19年度の研究成果から脳卒中診療専門医師数が増加すると、よりt-PA療法が円滑に行えることを示した。さらに、

本年度の研究成果から、t-PA 療法を継続するためには、脳卒中診療専門医師数の充足が不可欠であることを明らかにした。「脳卒中診療専門医師数」が高いレベルでの脳卒中診療体制を維持していくために重要である理由は、以下の通りである。まず、本邦では、脳卒中患者の重症度、緊急度にかかわらず、あらゆる脳卒中症例は脳卒中診療基幹病院（脳卒中センター、もしくは脳卒中センターを有する救命救急センターなど）に搬送される。このことは、脳卒中診療基幹病院における脳卒中診療専門医師に対する負担が際限なく増加する危険性を孕んでいる。超急性期脳梗塞に対する t-PA 療法に焦点を絞ると、本邦における t-PA 療法の実施には、確認事項4項目、禁忌事項20項目、確認事項はすべてを満足し、1項目でも禁忌に該当する項目が存在すれば t-PA 療法は実施できない。さらに慎重投与事項（t-PA 療法適応の可否を慎重に検討すべき項目）10項目があり、1項目でも慎重投与事項に該当すれば、適応の可否を慎重に検討し、治療を実施する場合でも「リスクとベネフィット」を患者本人・家族に正確に説明し同意を得る必要がある。限られた時間内に安全かつ円滑に t-PA 療法を実施するためには、1人でも多くの脳卒中診療専門医師が治療に参加することが重要である。また t-PA の適応となる症例は、急性期脳梗塞例の約 2～5%程度であり、たとえ t-PA 療法の適応とならなくとも、脳卒中診療専門医師は、脳卒中患者に対して引き続ききめ細かな診療を継続する必要がある。さらに、脳卒中診療基幹病院における脳卒中診療専門医師は、脳卒中診療のみならず、あらゆる救急神経疾患に対応を求められている。また、慢性期脳卒中再発予防、院内および院外教育啓発活動、研修医および専修医に対する卒後教育などに、多くの人的資源が割かれる。脳卒中診療に関わる診療内、診療外業務の肥大化に対応するためには、脳卒中診療専門医

師数の増加が急務である。

脳卒中診療体制の整備、なかでも脳卒中診療チームおよび脳卒中専門看護師の脳卒中診療への積極的な参加は、新たに t-PA 療法を実施するために重要である。米国脳卒中学会では、脳卒中診療チームは multi disciplinary stroke team として、他職種間での有機的な協力体制を構築し、その中で核となる脳卒中診療専門医師の存在が重要な役割を果たすとされている。さらに脳卒中診療チームは、primary stroke center および comprehensive stroke center において、ともに必須の診療体制であり、その整備が求められている。また、t-PA 療法実施中には頻回な神経症候の評価が必須であり、NIHSS を用いた神経症候の評価が可能な脳卒中専門看護師の果たす役割は大きい。本邦においても欧米諸国と同様に脳卒中専門看護師認定制度の運用の機運が高まりつつあり、今後の展開が期待されている。

脳卒中診療専門医師数の不足、地域間格差、さらに病院間格差を解決するために、さまざまな診療支援体制の整備が試みられている。医師同乗の医療用ヘリコプターによる患者搬送システムは、島嶼および山間部の医療体制を補完するために有効であろう。また、テレビ電話を用いた遠隔医療システムの構築（テレメデスン）は、欧米において徐々に実用化されつつある。欧米の報告では、テレメデスンを用いた地域病院における急性期脳卒中診療と、脳卒中診療基幹病院における診療を比較しても、患者の転帰に差がなかった。また、テレメデスンによって診療指示を受ける地域病院では脳卒中診療基幹病院と同等に t-PA 療法を実施可能であった。一方で、固定式テレビ電話を用いた遠隔診療体制の問題点は、1) 通信システム整備にかかる費用、2) テレビ電話を設置した場所に、医療者が固定される、などである。今回我々はこのような問題点を克服するために、ビデオ

機能付き携帯電話端末を使用したテレメデスン (SMT) を整備し、SMT の実施後に入院時暫定診断と確定診断の一致率が上昇したことを示し得た。この結果から、SMT は急性期脳卒中患者を円滑に受け入れ、適切な診療を進めるための一助となりうることを明らかにした。

SMT は、過去に報告された固定式テレビ電話を用いたテレメデスンと比較し、以下の利点が挙げられる。1) 通信システムの構築に必要な費用：通信システム構築に必要な費用は、通常販売されている携帯端末リース料および通話料のみである。従来型のテレメデスンでは、テレビ電話装置費用、設置費用など環境を整備するための投資が必要であった。比較的低い初期導入コストで開始できる SMT について、質（画像、音声など診療情報）が担保されるかについては、今回の研究では地域病院および脳卒中診療基幹病院の医師から問題提起はなかった。電子機器を巡る技術改良は日進月歩であることから、携帯端末のさらなる画質向上とより安価な通信費用設定により、SMT は全国の急性期脳卒中診療において幅広く用いられる可能性を秘めている。2) 医療者は、いつでもどこでも診療情報の受け渡しが可能：従来型のテレメデスンは、地域病院ではビデオ端末がある診療室での診察および画像転送、さらに脳卒中診療基幹病院では、テレビ電話が設置してある机上での対応となり、テレメデスンの導入にあたり初期投資が必要であった。また、脳卒中診療専門医師が比較的充足している脳卒中診療基幹病院であっても、固定式テレビ電話が設置している場所に常に専属医師を固定しておくことは、脳卒中診療基幹病院における診療体制を脆弱化させる可能性があり、本邦の現状にはそぐわない。今回の研究では、頭部 MRI を含めた神経画像検査所見のみならず、身体所見、神経所見（意識障害の有無、麻痺の有無など）の情報が、SMT を受ける脳卒

中診療基幹病院の脳卒中診療専門医師に、リアルタイムに転送可能であることは、救急医療現場において大きなアドバンテージであることを示した。地域病院においては、急性期脳卒中は、救急外来のみならず、一般外来、一般病棟内、手術室内などあらゆる現場で遭遇しうる。ビデオ端末が患者および診療医師とともに時間的、空間的に移動可能であることは、発症から治療までに迅速な対応が求められている急性期脳卒中診療において極めて重要である。また、脳卒中診療専門医師は、脳卒中診療基幹病院内に勤務していなくても、24 時間 365 日地域病院から診療情報を受領し、診療方針の決定に参画することが可能である。このことは、様々な業務で多忙を極める脳卒中診療基幹病院の脳卒中診療専門医師の負担軽減に大きく寄与することであろう。

#### E. 結論

急性期脳卒中診療を実施している病院が、t-PA 療法を新規に実施する、もしくは実施を継続していくために必要な診療体制は、複数の脳卒中診療専門医師による集学的治療であることがあきらかになった。また、慢性的な医師不足、なかでも脳卒中診療専門医師数の不足を解消するための新たな施策として、SMT が有効であることを示した。SMT が脳卒中患者の転帰に及ぼす影響をあたえることを検証するために、今後さらなる大規模な前向き研究が必要と考える。

#### F. 研究発表

##### 論文発表

1. Kimura K, Iguchi Y, Shibazaki K, Iwanaga T, Yamashita S, Aoki J. IV t-PA therapy in acute stroke patients with atrial fibrillation. J Neurol Sci. 2009;276 (1-2) :6-8.
2. Kimura K, Iguchi Y, Shibazaki K,

Terasawa Y, Aoki J, Matsumoto N.  
The presence of a right-to-left shunt is associated with dramatic improvement after thrombolytic therapy in acute ischemic stroke patients. *Stroke*. 2009 40 (1) :303-5.

3. Kimura K, Iguchi Y, Shibazaki K, Aoki J, Terasawa Y. Hemorrhagic transformation of ischemic brain tissue after t-PA thrombolysis as detected by MRI may be asymptomatic, but impair neurological recovery. *J Neurol Sci*. 2008 15; 272 (1-2) : 136-42.
4. Kimura K, Iguchi Y, Shibazaki K, Kobayashi K, Uemura J, Aoki J, Yamashita S, Terasawa Y. Recanalization between 1 and 24 hours after t-PA therapy is a strong predictor of cerebral hemorrhage in acute ischemic stroke patients. *J Neurol Sci*. 2008 270 (1-2) :48-52.
5. Kimura K, Iguchi Y, Shibazaki K, Terasawa Y, Inoue T, Uemura J, Aoki J. Large ischemic lesions on DWI done prior to IV t-PA thrombolysis predict a poor outcome in acute stroke patients. *Stroke*. 2008, 39 (8) :2388-91.
6. Kimura K, Iguchi Y, Yamashita S, Shibazaki K, Kobayashi K, Inoue T. Atrial fibrillation as an independent predictor for no early recanalization after IV-t-PA in acute ischemic stroke. *J Neurol Sci*. 2008, 270 (1-2) : 48-52.
7. Kimura K, Inoue T, Iguchi Y, Shibazaki K. Kurashiki prehospital stroke scale. *Cerebrovasc Dis*. 2008, 25 (1-2) :189-91.
8. Iguchi Y, Kimura K, Shibazaki K, Iwanaga T. Increasing number of stroke specialists should contribute to utilization of IV rt-PA: Results of questionnaires from 1466 hospitals in Japan. *J Neurol Sci*. 2009 279 (1-2) :66-69.

学会発表

井口保之, 木村和美, 芝崎謙作. Stroke mobile telemedicine の臨床応用 第50回日本神経学会総会 (2009年5月 仙台市)

井口保之, 木村和美, 芝崎謙作. 超急性期脳梗塞患者の受け入れ体制の問題点 -t-PA療法対応病院の現状と課題- (2009年7月 熊本市)

G. 知的所有権の取得状況

特になし

平成 20 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)  
「超急性期脳梗塞患者の救急搬送及び急性期病院受け入れ体制に関する実態調査研究」

平成 20 年 10 月吉日

## アンケート調査のお願い

ご挨拶

院長先生待史

研究代表者：川崎医科大学 脳卒中医学

教授 木村和美

謹啓

仲秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

平成 17 年 10 月に超急性期脳梗塞に対する血栓溶解療法 (t-PA 静注療法) が認可され、現在までに全国で 8000 例を超える症例に投与されています。その一方で、皆様のご協力のもと昨年実施しました全国病院アンケートの結果、t-PA 療法実施は脳卒中診療専門医師に依存し、急性期脳卒中診療の地域格差があることが明確となりました。ご多忙のところ申し訳ございませんが、本年度も t-PA 静注療法の実態調査をお願いしたいと思っております。

貴病院において急性期脳卒中診療に携わる責任的立場の先生、お一人からご回答を平成 20 年 10 月 27 日 (月) までに頂ければ幸いです。尚、アンケートの調査結果は全体として統計解析を行うため個々の病院名や院長先生のお名前が公表されることはありません。

先生方のご協力が日本の急性期脳卒中診療をより向上させると、固く信じてやみません。今後ともご指導、ご鞭撻を賜ります様、宜しくお願い申し上げます。

謹 白

\*事務担当：小山涼子、岡本麻里、井口保之

川崎医科大学脳卒中医学 Tel&Fax：086-464-1128

Mail：stroke3@med.kawasaki-m.ac.jp

\*本アンケートのデータ入力を委託している都合上、

記入済アンケートの返信先は下記業者とさせていただきます。

社名：株式会社アイアット OEC

住所：岡山県岡山市表町 3-23-18 丸田ビル 6 階

- ※ 以下の質問事項で、該当する回答の数字に丸印をお願いいたします。  
※ お手数ですが、平成 20 年 10 月 27 日 (金) までにご返信ください。

◎ご施設名 (病院名)

〈タックシール張り付け〉

◎貴病院の設置主体を教えてください

- ①大学病院 ②国立病院・国立病院機構  
③都道府県立病院・地方独立行政法人等 ④全国規模の法人等  
⑤市町村立・組合立などの公立病院 ⑥民間病院 ⑦その他

◎ご回答者の先生が所属しておられる診療科名、またはご記入された先生の主たる専門分野をおひとつお選びください。

- ①神経内科 ②脳神経外科 ③脳卒中科 ④内科  
⑤リハビリテーション科 ⑥救急部 ⑦その他

◎貴病院において、急性期 (発症 1 週間以内) 脳卒中診療を実施していますか？

- ①急性期脳卒中診療を実施していない。  
→以下の回答は不要です。このままご返信ください。  
②急性期脳卒中診療を実施している。  
→次のページのアンケートにお進みください。

問合せ先：平成 20 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)  
「超急性期脳梗塞患者の救急搬送及び急性期病院受け入れ体制に関する実態調査研究」  
事務担当 井口保之 (川崎医科大学脳卒中医学内 Tel & Fax : 086-464-1128)

以下の質問事項で、該当する回答をおひとつ選び、数字に丸印をお願いいたします。

- 1-1. t-PA 療法を承認後から現在 (平成 17 年 10 月～平成 20 年 9 月) までの間に 1 例でも実施した事がありますか？  
①実施した事がある ②実施した事がない
- 1-2. t-PA 療法を承認後から現在 (平成 17 年 10 月～平成 20 年 9 月) までの間に何例実施しましたか？  
① 0 例 ② 1～5 例 ③ 6～10 例 ④ 11～25 例 ⑤ 26～50 例 ⑥ 51 例以上
- 2-1. t-PA 療法をこの 1 年間 (平成 19 年 10 月～平成 20 年 9 月) に 1 例でも実施した事がありますか？  
①実施した事がある ②実施した事がない
- 2-2. t-PA 療法をこの 1 年間 (平成 19 年 10 月～平成 20 年 9 月) に何例実施しましたか？  
① 0 例 ② 1 例 ③ 2 例 ④ 3 例 ⑤ 4 例 ⑥ 5～10 例  
⑦ 11～15 例 ⑧ 16～20 例 ⑨ 21～30 例 ⑩ 31 例以上
3. 貴施設では、t-PA 療法を原則 2 4 時間 3 6 5 日いつでも実施可能ですか？  
①可能である ②可能でない
4. 日勤帯 (平日昼間) の診療体制について、発症 24 時間以内の急性期脳卒中患者の初期対応は、どの科の医師が主に (60%以上) 担当されますか。1つお選び下さい。  
①救急部 ②脳卒中科 ③脳神経外科 ④神経内科 ⑤複数診療科 ⑥その他  
⑦脳卒中患者の受け入れは不可能
5. 当直帯 (平日夜間および休日) の診療体制について、発症 24 時間以内の急性期脳卒中患者の初期対応は、どの科の医師が主に (60%以上) 担当されますか。1つお選び下さい  
①救急部 ②脳卒中科 ③脳神経外科 ④神経内科 ⑤複数診療科 ⑥その他  
⑦脳卒中患者の受け入れは不可能
6. 発症 24 時間以内の急性期脳梗塞患者を年間 50 例以上診療していますか？  
① 50 例以上診療している ② 50 例未満の診療である
7. 脳卒中診療専門 常勤医師数 (日本脳卒中学会専門医など急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師) は何名ですか？  
① 0 名 ② 1 名 ③ 2 名 ④ 3 名 ⑤ 4 名 ⑥ 5 名 ⑦ 6 名 ⑧ 7 名 ⑨ 8 名 ⑩ 9 名  
⑪ 10 名 ⑫ 11～15 名 ⑬ 16 名以上
8. 脳卒中診療専門医師を中心とした診療チーム (日本脳卒中学会専門医など急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする多職種間の stroke team) がありますか？  
①ある ②ない

引き続き次ページへお進みください。

9. 脳神経外科的処置が迅速に行える体制が整備されていますか？  
①整備されている ②整備されていない
10. 日本脳卒中学会が承認する t-PA 使用のための講習会を受講した医師がいますか？  
①いる ②いない
11. 急性期脳卒中患者のための集中治療病棟もしくは病床 (stroke unit、stroke care unit もしくは neuro ICU) は開設していますか？  
①開設している ②開設していない
12. CT は 24 時間 365 日実施可能ですか？  
①可能である ②可能でない
13. MRI は 24 時間 365 日実施可能ですか？  
①可能である ②可能でない
14. 緊急採血検査 (血算、凝固および血糖) は 24 時間採血後 60 分以内に結果を確認できますか？  
①確認できる ②確認できない
15. 施設内に薬剤師は 24 時間配備されていますか？  
①されている ②されていない
16. NIHSS score の評価が可能な看護師は 24 時間配備されていますか？  
①されている ②されていない
17. 救急隊との連携 (Hot line の整備など) を設定していますか？  
①設定している ②設定していない
18. 今後 t-PA 療法を 1 例でも多く実施していくために最も必要と思われる事を 1つお選びください。  
①脳卒中診療専門医師数の増員 ② t-PA 療法の適応基準の見直し  
③救急隊との連携 ④ t-PA 療法を円滑に進めるための院内環境の整備  
⑤一般市民への啓発 ⑥病診連携

- 以上です。ご回答ありがとうございました。 -



# 急性期脳卒中患者受け入れ体制に関する全国病院実態調査研究

## 解析結果 図表

表 1 有効回答率

	度数	%
有効回答	1,025	69.9%
無効回答	441	30.1%
計	1,466	

表 2 設置主体

	度数	%
大学病院	56	5.9%
国立病院・国立病院機構	35	3.7%
都道府県立病院・地方独立行政法人等	62	6.5%
全国規模の法人等	88	9.3%
市町村立・組合立などの公立病院	175	18.4%
民間病院	454	47.8%
その他	45	4.7%
無効回答	35	3.7%
計	950	

図1 有効回答率

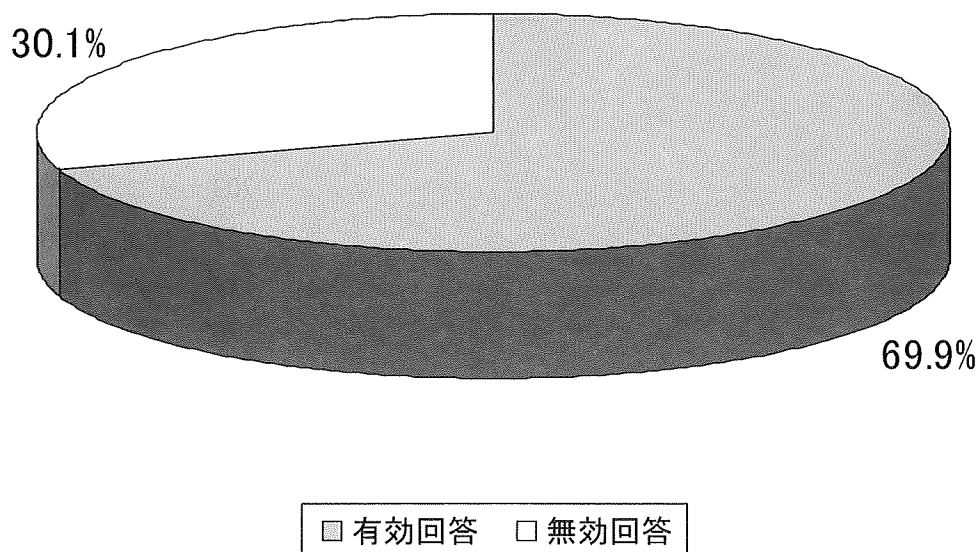
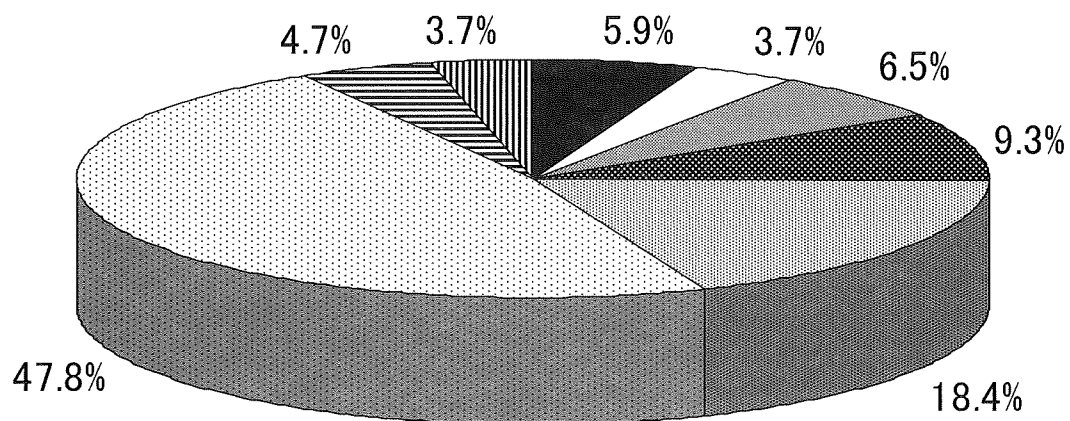


図2 設置主体



■ 大学病院	□ 国立病院・国立病院機構
■ 都道府県立病院・地方独立行政法人等	■ 全国規模の法人等
■ 市町村立・組合立などの公立病院	■ 民間病院
■ その他	■ 無効回答

表3 回答者の専門領域

	度数	%
神経内科	154	16.2%
脳神経外科	455	47.9%
脳卒中科	17	1.8%
内科	203	21.4%
リハビリテーション科	12	1.3%
救急部	14	1.5%
その他	70	7.4%
無効回答	25	2.6%
計	950	

表4 急性期（発症1週間以内）脳卒中診療を実施

	度数	%
急性期脳卒中診療を実施している	950	92.7%
急性期脳卒中診療を実施していない	75	7.3%
計	1,025	

図3 回答者の専門領域

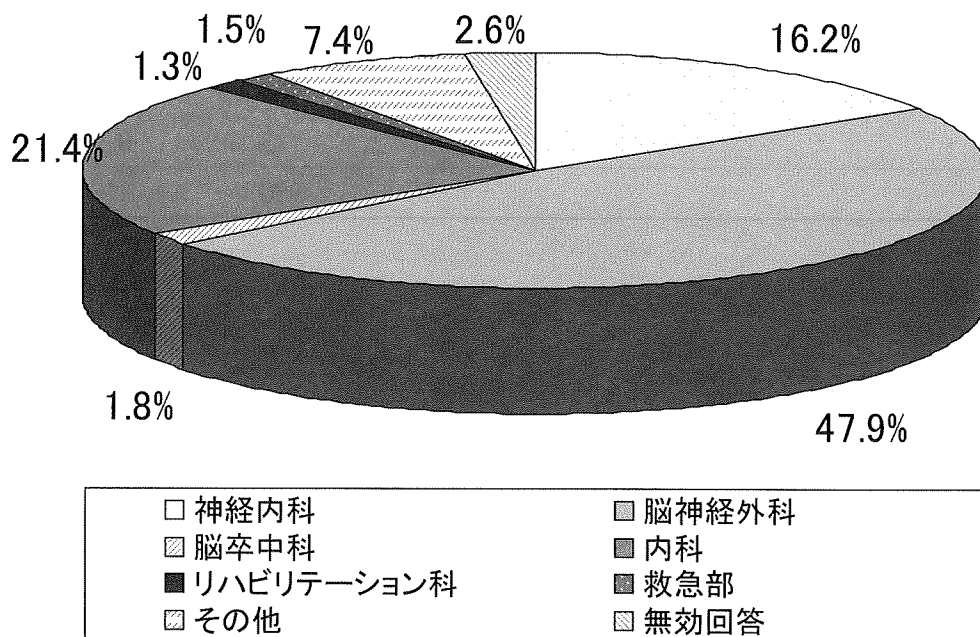
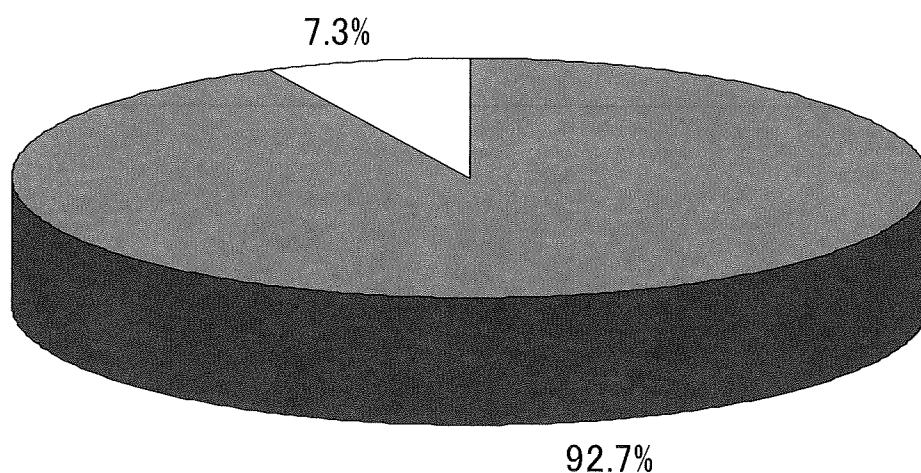


図4 急性期（発症1週間以内）脳卒中診療を実施



■ 急性期脳卒中診療を実施している      □ 急性期脳卒中診療を実施していない

表5 t-PA療法実施（承認後から～平成20年9月まで）対応状況

	度数	%
実施したことがある	484	50.9%
実施したことがない	463	48.7%
無効回答	3	0.3%
計	950	

表6 t-PA療法実施例（承認後から～平成20年9月まで）

	度数	%
0例	434	45.7%
1～5例	157	16.5%
6～10例	108	11.4%
11～25例	137	14.4%
26～50例	75	7.9%
51例以上	33	3.5%
無効回答	6	0.6%
計	950	

図5 t-PA療法実施対応状況  
(承認後から平成20年9月まで)

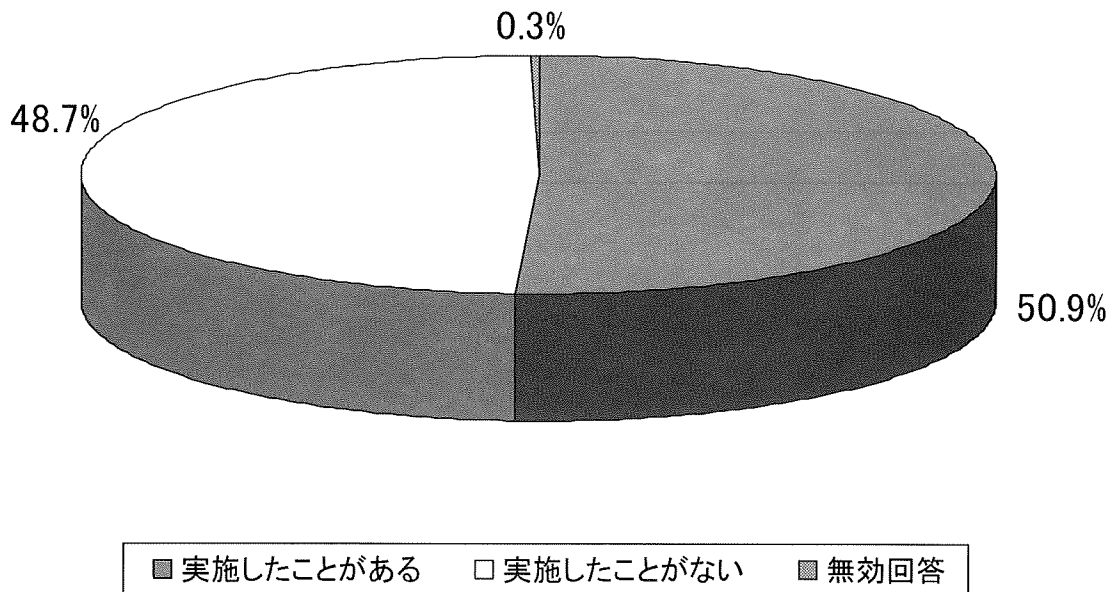


図6 t-PA療法実施例  
(承認後から平成20年9月まで)

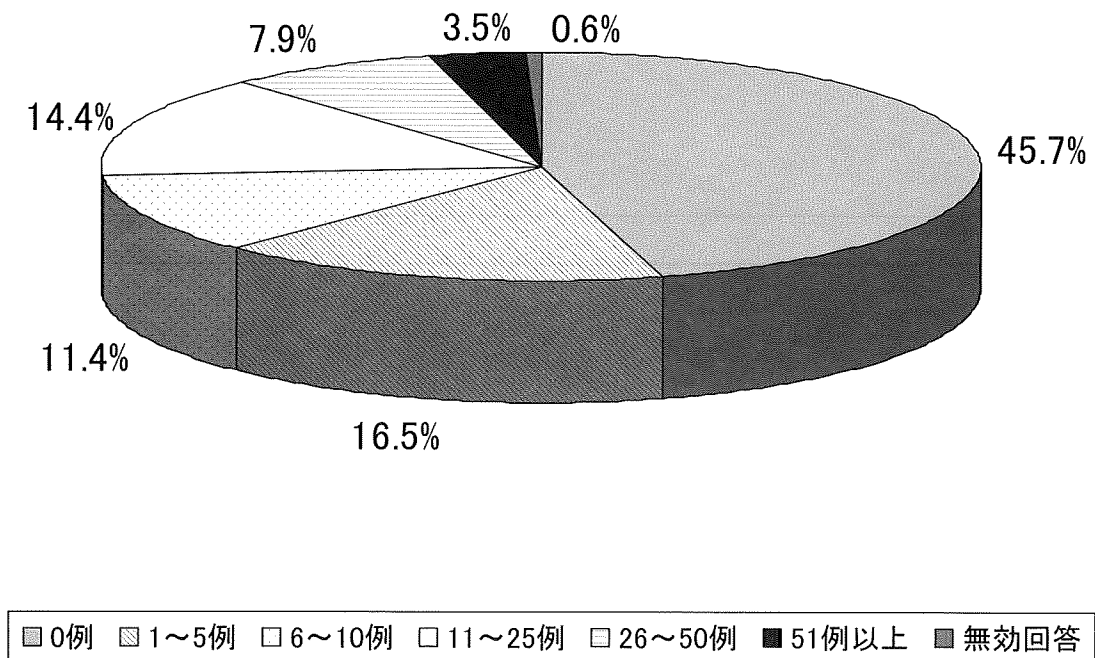


表7 t-PA療法実施（平成19年10月から～平成20年9月まで）対応状況

	度数	%
実施したことがある	466	49.1%
実施したことがない	479	50.4%
無効回答	5	0.5%
計	950	

表8 t-PA療法実施例（平成19年10月から～平成20年9月まで）

	度数	%
0例	480	50.5%
1例	66	6.9%
2例	54	5.7%
3例	57	6.0%
4例	43	4.5%
5～10例	140	14.7%
11～15例	45	4.7%
16～20例	22	2.3%
21～30例	23	2.4%
31例以上	8	0.8%
無効回答	12	1.3%
計	950	



図7 t-PA 療法実施対応状況  
(平成19年10月～平成20年9月まで)

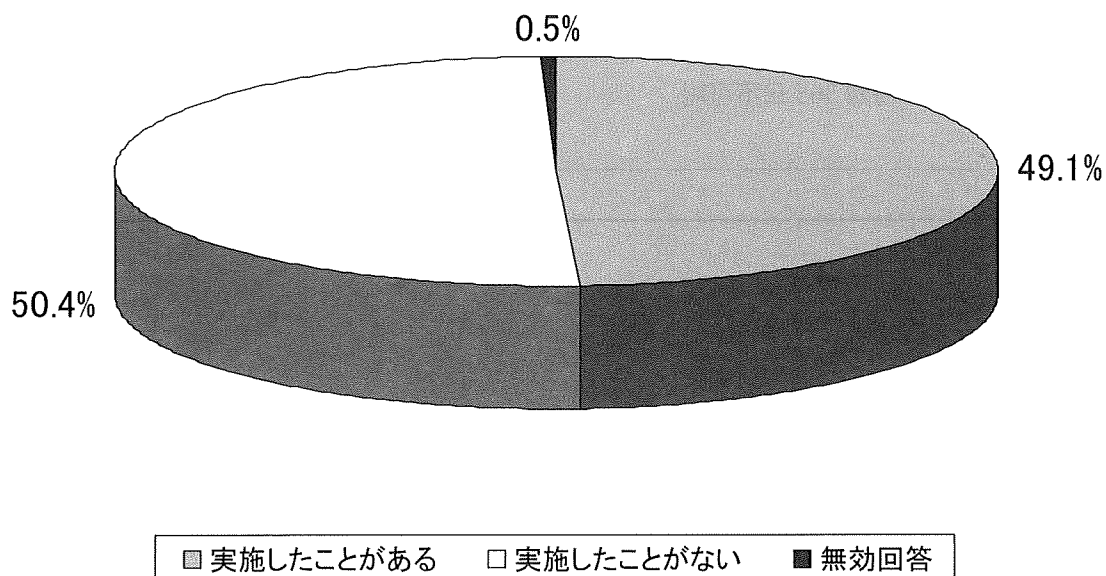


図8 t-PA 療法実施例  
(平成19年10月～平成20年9月まで)

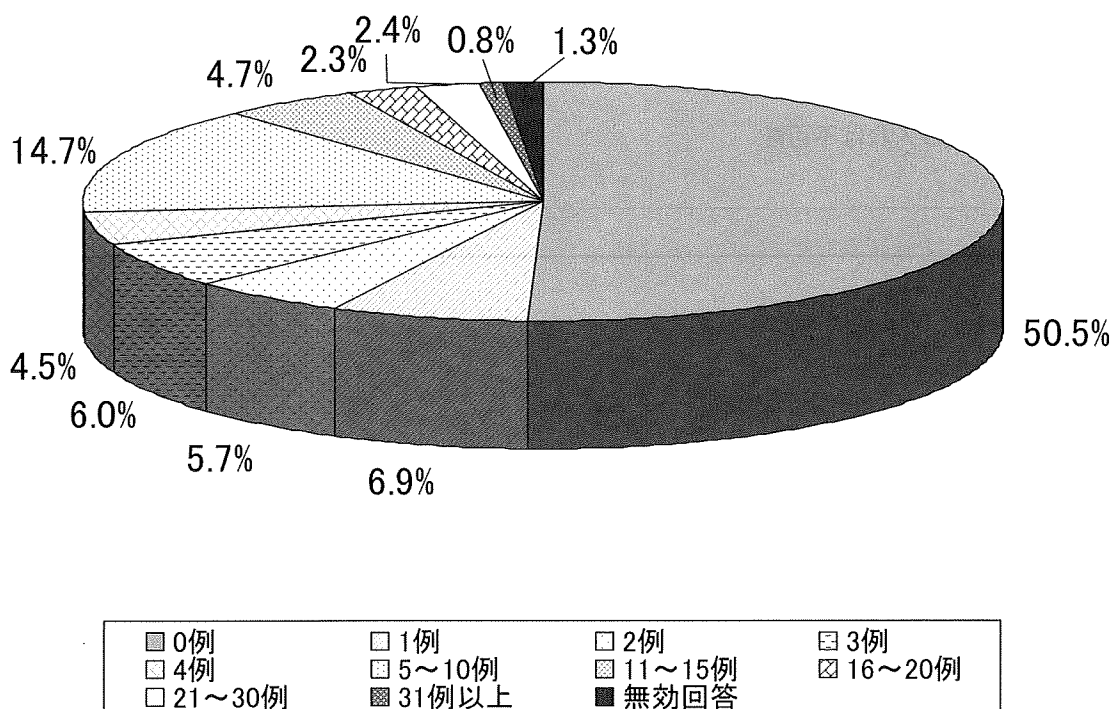


表 9 t-PA 静注療法実施体制

	度数	%
t-PA 静注療法 24 時間 365 日可能	442	46.5%
t-PA 静注療法 24 時間 365 日不可能	503	52.9%
無効回答	5	0.5%
計	950	

表 10 日勤帯（平日昼間）  
発症 24 時間以内の急性期脳卒中患者の初期対応担当診療科

	度数	%
救急部	61	6.4%
脳卒中科	22	2.3%
脳神経外科	380	40.0%
神経内科	142	14.9%
複数診療科	123	12.9%
その他	178	18.7%
脳卒中患者受け入れは不可能	21	2.2%
無効回答	23	2.4%
計	950	

図9 t-PA 静注療法実施体制

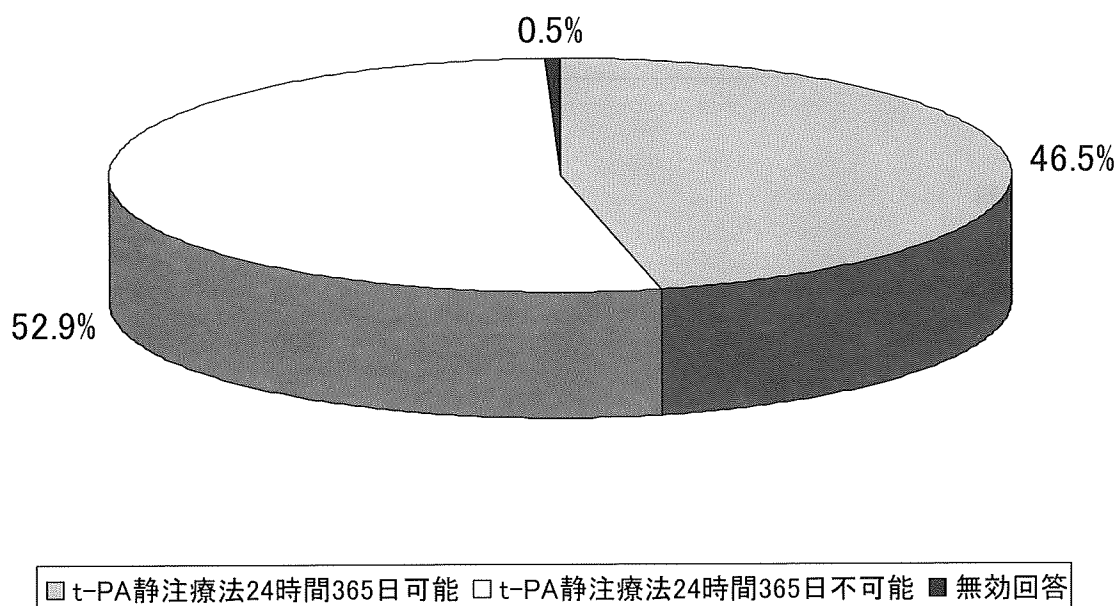


図10 日勤帯（平日昼間）発症 24 時間以内の急性期脳卒中患者の初期対応担当診療科

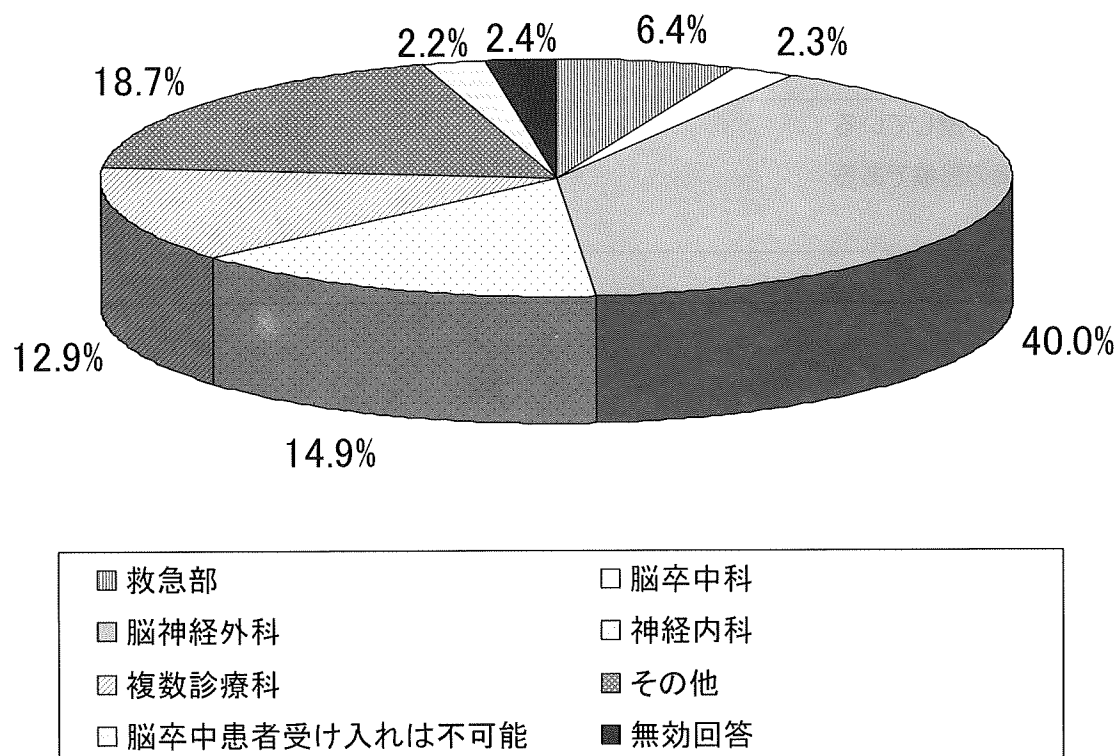


表 11 当直帯（平日夜間および休日）  
発症 24 時間以内の急性期脳卒中患者の初期対応担当診療科

	度数	%
救急部	96	10.1%
脳卒中科	16	1.7%
脳神経外科	245	25.8%
神経内科	69	7.3%
複数診療科	226	23.8%
その他	200	21.1%
脳卒中患者受け入れは不可能	76	8.0%
無効回答	22	2.3%
計	950	

表 12 発症 24 時間以内の急性期脳梗塞患者を年間 50 例以上診療していますか

	度数	%
50 例以上診療している	518	54.5%
50 例未満の診療である	425	44.7%
無効回答	7	0.7%
計	950	