

右上：救急車搬送あり

右下：救急車搬送なし

運転時間30分以内の人口により区分

色：人口

赤：10万人以下

橙：30万人以下

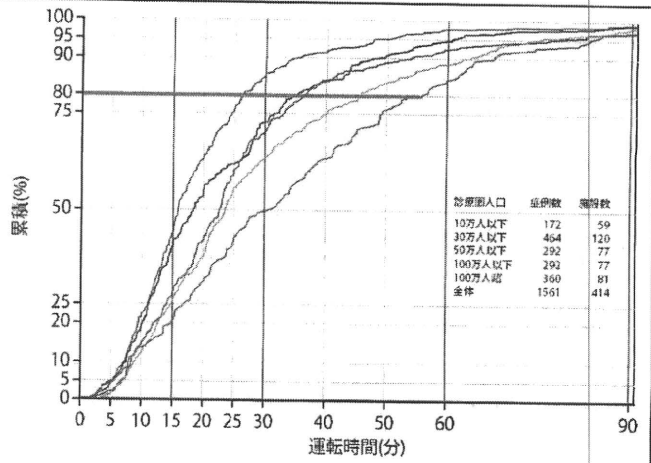
緑：50万人以下

青：100万人以下

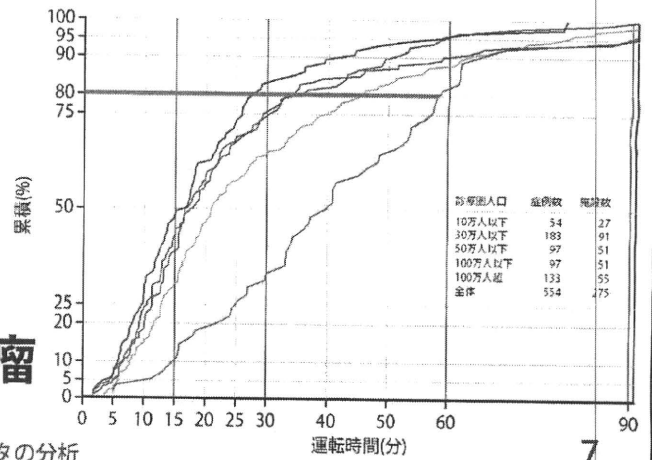
紺：100万人超

010020 : くも膜下出血/破裂脳動脈瘤

kishikaw@ncc.go.jp/20101129/飯原班/GISを利用したDPCデータの分析



010020-救急車搬送あり-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人



010020-救急車搬送なし-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人

7

右上：救急車搬送あり

右下：救急車搬送なし

運転時間30分以内の人口により区分

色：人口

赤：10万人以下

橙：30万人以下

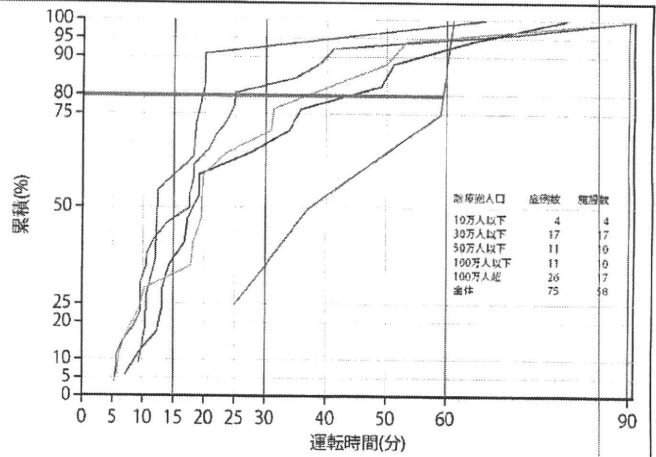
緑：50万人以下

青：100万人以下

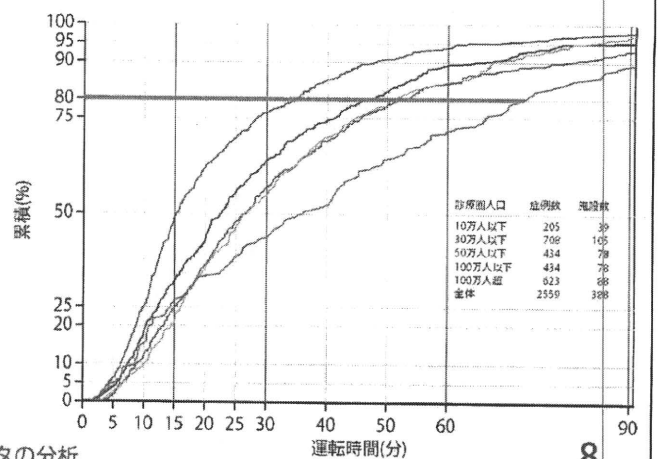
紺：100万人超

010030 : 未破裂脳動脈瘤

kishikaw@ncc.go.jp/20101129/飯原班/GISを利用したDPCデータの分析



010030-救急車搬送あり-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人



010030-救急車搬送なし-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人

8

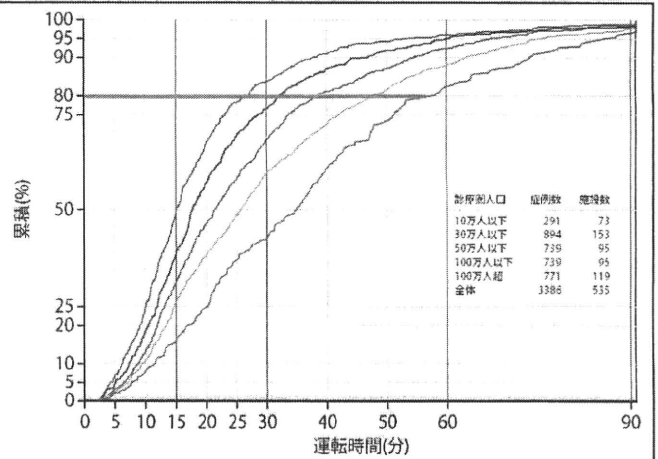
右上：救急車搬送あり
右下：救急車搬送なし

運転時間30分以内の人口により区分

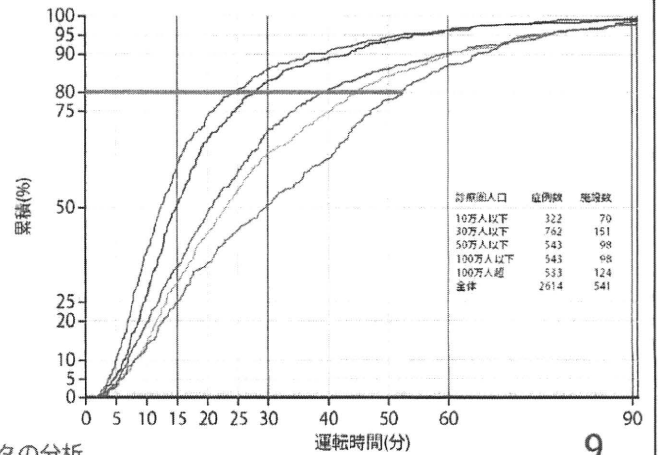
- 色：人口
- 赤：10万人以下
- 橙：30万人以下
- 緑：50万人以下
- 青：100万人以下
- 紺：100万人超

050030：急性心筋梗塞 /再発性心筋梗

kishikaw@ncc.go.jp/20101129/飯原班/GISを利用したDPCデータの分析



050030-救急車搬送あり-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人



050030-救急車搬送なし-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人

9

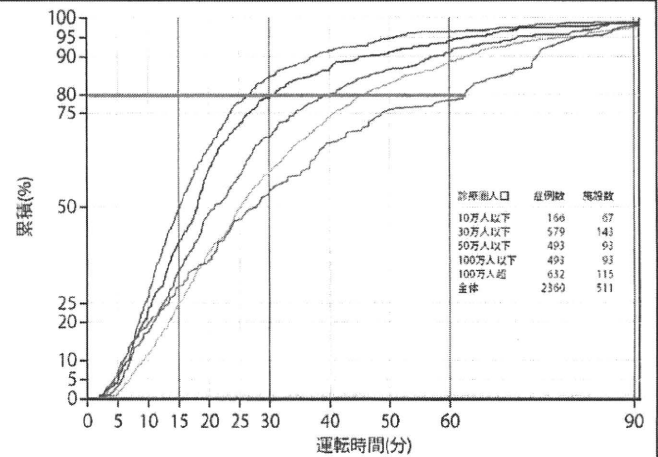
右上：救急車搬送あり
右下：救急車搬送なし

運転時間30分以内の人口により区分

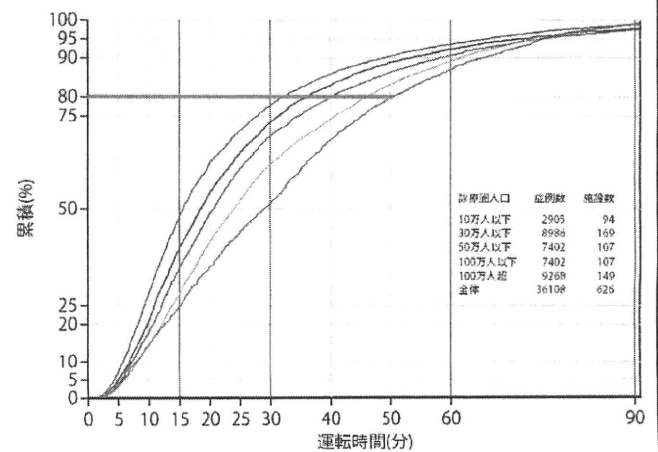
- 色：人口
- 赤：10万人以下
- 橙：30万人以下
- 緑：50万人以下
- 青：100万人以下
- 紺：100万人超

050050：狭心症

kishikaw@ncc.go.jp/20101129/飯原班/GISを利用したDPCデータ

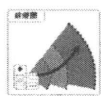


050050-救急車搬送あり-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人



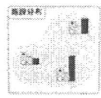
050050-救急車搬送なし-診療圏30分以内の人口：赤10万人/橙30万人/緑50万人/青100万人/紺100万人

GISを用いたDPCデータ分析



▶ 1つの病院の位置データを利用

■ その病院の診療圏がわかる



▶ 保険局DPC調査の公開データを利用

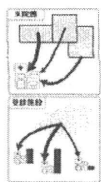
■ 複数の病院の位置データから、地域内での施設の地理的な分布がわかる



■ 複数の病院の傷病別診療実績から、地域内での傷病別のアクセシビリティがわかる



■ 特定の病院に注目すると、近隣施設の中での占有率(地域への貢献度)がわかる

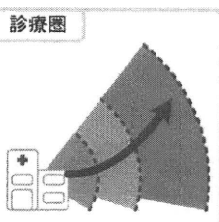


▶ 患者住所地の郵便番号データを利用

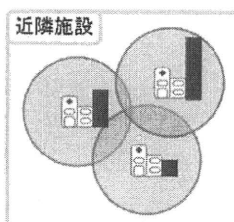
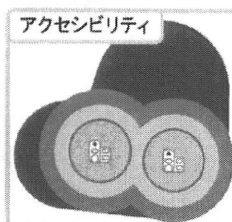
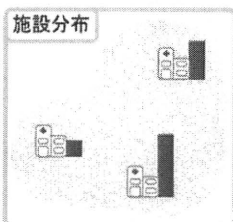
■ 病院に来院する患者の地域構成や特定の地域の患者が受診する施設がわかる

病院の位置情報 と 集計済みの診療実績 データの範囲での分析

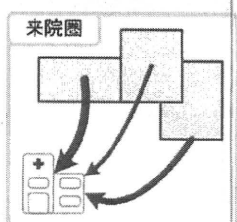
単一の
病院データ
を利用



保険局
公開データ
を利用



患者の郵便番号 データを活用した分析



地域における
医療計画への応用

地域データ
を利用

保険局公開データの制約を超えた分析が実現できる

症例数の少ないセルのマスキング

医療費に関する分析、より詳細な集計の実施



QOLを測定し、活用する

京都大学医学研究科 医療疫学
中村 文明、福原 俊一
www.epikyoto-u.jp



アウトカム指標の種類

	アウトカム	評価基準	例
医師ベース <i>Physician-based outcomes</i>	客観指標	検査異常 機能の異常 生薬	CT, MRI 認知機能 5年生存率
患者ベース <i>Patient-based outcomes</i>	症状	視覚感、失聴	症状スケール
	QOL 効用	日常生活機能への影響 価値付けしたQOL	SF-36 RDQ EQ5D, HUI, SF-6D
社会ベース <i>Society-based outcomes</i>	社会負担 経費 vs アウトカム	生産性 医療資源消費 費用対効果 CE 集団レベルで判断	病体、生産性 医療費 Yen / QALYS NNT



QOLとは何か？

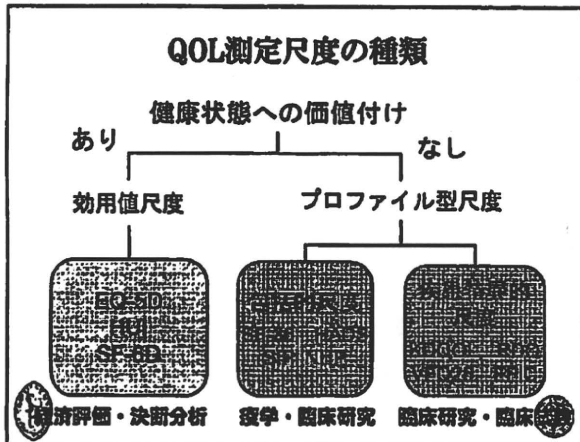
- PRO: Patient-Reported Outcomes (患者立脚型アウトカム) の一つ
 - 患者が医師の解釈を経ないで直接報告
 - 主観的な perceived outcomes
 - 健康関連QOL
 - 健康状態、疾患、症状による
 - 主観的健康感へのインパクト
 - 日常生活機能へのインパクト
 - 定量評価(計量心理学的検証)
- 国際的にコンセンサスの得られた定義が存在



測定の方法

- 主観特性: 真の値は測定できない
 - 潜在変数 latent variable の設定
 - 観測変数 observational var. を用いた測定
 - 測定値から真の値を統計的測定
- 潜在変数をどう設定するか？
 - 測定したい概念を探索・定義
 - 概念を測定可能な変数へ変換 = 概念の操作化 変数
 - 測定尺度の開発・検証





SF-36

- 包括的QOL尺度のひとつ
- 臨床研究の中で最も良く使用されるQOL尺度
- 国民標準値との比較が可能
- 8つの各ドメインのみでも使用可能
 - 身体機能
 - 日常役割機能(身体)
 - 体の痛み
 - 社会生活機能
 - 全体健康感
 - 活力
 - 心の健康
 - 日常役割機能(精神)
- 8項目のみからなるSF-8も存在

Fukuhara S, J Clin Epi 1998

QOL：何に活かせるか？

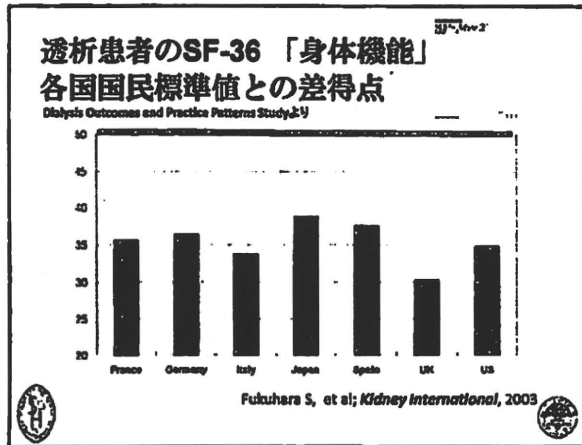
1. 治療効果のアウトカム指標として
2. 疾患(症状)の患者・社会へのburdenを定量化
3. QOLに影響する要因の同定
4. 将来のアウトカムの予測因子として
5. 疾患・病態のスクリーニング・ゲツールとして
6. 患者と医療者が協同して治療選択肢を決定する(Shared Decision Making) 際の情報源として
7. 診療場面での活用: QOLを検査値のように？

Fukuhara S, et al. Nature Clin Prac 2008

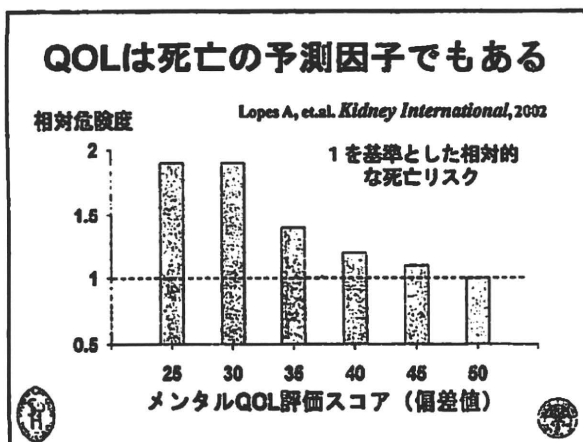
QOL：何に活かせるか？

1. 治療効果のアウトカム指標として
2. 疾患(症状)の患者・社会へのburdenを定量化
3. QOLに影響する要因の同定
4. 将来のアウトカムの予測因子として
5. 疾患・病態のスクリーニング・ゲツールとして
6. 患者と医療者が協同して治療選択肢を決定する(Shared Decision Making) 際の情報源として
7. 診療場面での活用: QOLを検査値のように？

Fukuhara S, et al. Nature Clin Prac 2008



- ### QOL：何に活かせるか？
1. 治療効果のアウトカム指標として
 2. 疾患(症状)の患者・社会へのburdenを定量化
 3. QOLに影響する要因の同定
 4. 将来のアウトカムの予測因子として
 5. 疾患・病態のスクリーニングツールとして
 6. 患者と医療者が協同して治療選択肢を決定する (Shared Decision Making) 際の情報源として
 7. 診療場面での活用: QOLを検査値のように？
- Fukuhara S, et al. *Nature Clin Prac* 2008



- ### QOLを用いた リサーチ・クエスチョン
1. リサーチ・クエスチョン (例)
医療者のQOLの特異的ドメインを測定・記述する
- 活力 (Vitality)
- 心の健康 (Mental Health)
 2. リサーチ・クエスチョン
医療者のQOLの特異的ドメイン低下を来す要因の同定と検証
 3. リサーチ・クエスチョン
医療者の低QOLは、バーンアウトや患者診療アウトカム(生存率など)を予測するか？

Selected References

1. Fukuhara S, Ware JE, Kosinski M, et al: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 1045-53, 1998
2. Lopes AA, Bragg J, Young E, et al: Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 62:199-207, 2002
3. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, et al: Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int* 64:1903-10, 2003
4. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, et al: Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 64:339-49, 2003
4. Lopes AA, Justin AM, Young EW, et al: Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 68:2047-53, 2004



Selected References

5. Chin K, Fukuhara S, Takahashi K, et al.: Response shift in perception of sleepiness in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome before and after treatment with Nasal CPAP. *Sleep*, 27(3):460-483, 2004
6. Fukuhara S, Green J, Albert J, et al: Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney Int* 70:1668-72, 2006
7. Takahashi N, Kiuchi S, Konno S, et al. Discrepancy between disability and the severity of low-back pain: demographic, psychologic, and employment-related factors. *Spine*, 31:331-39, 2006
8. Fukuhara S, Yamazaki S, Hayashino Y, et al: Measuring health-related quality of life in patients with end-stage renal disease: why and how. *Nature Clin Prac*, 3, 2007
9. Brazier J, Fukuhara S, et al: Estimating a preference-based index from the Japanese SF-36. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009 (in press)



燃え尽き症候群

- 燃え尽き症候群の定義(Maslach)
長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失等を伴うもの(J Occup Behav 1981; 2: 99-113.)
- 測定にはMaslach Burnout Inventory(MBI)が一般的に用いられる。(資料1)

QOL測定

- SF-36(36項目)
- SF-8(上記中8項目、先行研究で使用)(資料2)

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最悪の状態 で ない	かなり悪い	悪い	まあまあ 悪い	良い	かなり良い	最良の状態 で ない
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

目的

- 包括的脳卒中センターの整備のための人的資源の将来の適正配分が必要
- 医師の立ち去り型の燃え尽き症候群など、現在の脳卒中医療に携わる人材の疲弊度を測定する。

方法

- 脳卒中専門医、脳外科専門医全員を対象としてアンケート調査により、脳卒中治療に携わる医師のQOL、燃え尽き症候群の頻度を測定する。
- 疲弊度の測定
QOL測定—SF-8(SF-36の短縮版)にSF-36中のMental healthに関わる質問を追加して測定(案)
燃え尽き症候群—日本版MBI
抑うつ傾向—2-item Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD)?など(要検討)

方法

- 救急搬送に関する後ろ向き調査の施設要因に関する調査と平行して行う
- アンケートは無記名
- 質問紙作成などに関してはSF-36などの著作権を管理する健康医療評価機構の協力を得る
- 疲弊度に関連する要因として当直数、労働時間、手術件数、手術従事時間、(一週あたり)、家族と過ごす時間などを合わせて調査
- 調査は可能な限り今年度中に行う

検討仮説

- 脳卒中診療医は疲弊しているか
- 労働時間、当直数など疲弊につながる要因の関連性は？
- 疲弊しないですむためには、施設あたりどれだけの医師数が必要か
- DPC、救急搬送による予後調査で患者アウトカム(24時間死亡、一か月予後など)に相関するか？
- 施設要因(専門医数等との関連は)
- 医療過誤との関連？

何が影響をあたえる要因か？

施設に関わる要因—基幹施設ごとの調査必要

- 搬送時間帯別の平均対応可能医師数(平日、休日、昼、深夜など)
- 総病床数
- 脳外科、神経内科ベッド数
- 医師数、専門医数、平均経験年数
- 医師の労働時間、当直回数
- 受け入れルールの有無

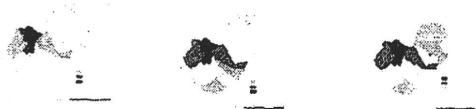
解析方法

3アウトカムに対する予後規定因子の検討

- 一般化線形モデルによる分析(搬送データと市町村データ、DPCと搬送データ)
- Difference in Difference(DID)、k-means neighbourによる市区町村ごとのProgram Evaluation
- 空間疫学的手法-空間補完、確率地図,Empirical Bayes etc.

確率地図

• ホーチミン市における1992年コレラ流行



1) raw rate

2) Relative Risk

3) Probability (Pearson Model)

市区町村別
搬送時間 × 死亡率の分布
循環器救急二次施設の分布
心疾患(高血圧以外)



死亡率	時期
0.2%	<30min
0.2%	30min
0.2%	30min
0.2%	30min
●	循環器救急二次施設

疲弊度地図？

(資料 4)

アンケート調査

「脳卒中診療施設調査」

--	--	--	--

脳卒中診療施設調査ご協力のお願い

(J-ASPECT Study)

- 私どもは、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究」(主任研究者 国立循環器病研究センター 脳血管部門長 飯原弘二)をもとに、次世代の脳卒中センターの機能(一次センターと包括的センター)に応じた適正な配備を提言するための研究を行っております。
- 現在のところ、当研究課題について、脳卒中患者の救急医療体制の現状を把握するための調査を予定しております。
- 今回の調査では、脳卒中の症例数の多い病院を対象として、施設ごとの診療体制の現況を把握することを目的としております。皆さまにぜひ施設調査へのご協力をいただきたくお願い申し上げます。
- ※ ご回答はすべて「〇〇という回答が△△パーセント」というように統計的に処理します。施設のお名前や個人的な情報が出ることは絶対にございません。また、結果を研究目的以外に使用することは絶対にありません。

【調査実施機関】

国立循環器病研究センター 脳神経外科

【連絡・お問合せ先】

〒565-8565 大阪府吹田市 5 丁目 7 番 1 号

国立循環器病研究センター 脳神経外科

電話: 06-6833-5012

FAX: 06-6836-2876

E-mail: J-ASPECT@hsp.ncvc.go.jp

- このアンケートは、施設の脳卒中診療担当科の代表の先生がお答えください。

※このアンケートは、貴施設の脳卒中診療担当科長がお答えください。

貴施設・ご回答いただく先生について(問 1～3)

問1. 貴施設名をご記入ください。

病院

問2. ご回答いただく先生の診療科に、当てはまるものに○をつけてください。(1つだけ○印)

1. 脳神経外科	4. 救急科
2. 神経内科	5. その他()
3. 脳卒中内科	

問3. 貴施設全体の病床数は何床ですか。当てはまるものに○をつけてください。(1つだけ○印)

1. 20～49	2. 50～99	3. 100～299	4. 300～499	5. 500床以上
----------	----------	------------	------------	-----------

A : 脳卒中の診療体系について(問 4～20)

問4. 脳卒中の診療を主とする常勤の医師は何名ですか。人数をご記入ください。(2年間の初期研修医は除きます。職名上は非常勤であってもフルタイムで働く医師は含みます。)

名

問5. 問4でお答えいただいた医師のうち、女性医師は何名ですか。人数をご記入ください。

名

問6. 常勤の医師の専門医取得状況について、年代ごとにそれぞれの人数をご記入ください。(同一人物が2つ以上の資格を持っている場合、それぞれを1名としてご記入ください。)

	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
日本脳神経外科学会専門医	名	名	名	名	名
日本神経学会(神経内科)専門医	名	名	名	名	名
日本救急医学会専門医	名	名	名	名	名
日本リハビリテーション医学会専門医	名	名	名	名	名
日本脳卒中学会専門医	名	名	名	名	名
日本脳神経血管内治療学会専門医	名	名	名	名	名

問7. 各治療法を術者として行える医師は何名ですか。それぞれの人数をご記入ください。

1.	t-PA 静注療法実施例	名
2.	経動脈的血栓溶解術 / 経皮的血管形成術施行例	名
3.	頸動脈内膜剥離術	名
4.	頸動脈ステント留置術	名
5.	頭蓋内外バイパス手術	名
6.	脳動脈瘤クリッピング術	名
7.	脳動脈瘤コイル塞栓術	名
8.	開頭脳内血腫除去術	名
9.	定位的脳内血腫除去術	名
10.	内視鏡下脳内血腫除去術	名

【問8～12は、脳卒中患者の入院後の診療を担当する医師についての質問になります。】

問8. 脳梗塞の診療を担当する医師について、当てはまるものに○をつけてください。(いくつでも○印)

1. 日本脳神経外科学会専門医	4. 日本神経学会(神経内科)専門医
-----------------	--------------------

- | | |
|--------------------|----------------|
| 2. 日本脳卒中学会専門医 | 5. 1.~4. 以外の医師 |
| 3. 日本脳神経血管内治療学会専門医 | |

問9. 非外傷性頭蓋内出血の診療を担当する医師について、当てはまるものに○をつけてください。(いくつでも○印)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 日本脳神経外科学会専門医 | 4. 日本神経学会(神経内科)専門医 |
| 2. 日本脳卒中学会専門医 | 5. 1.~4. 以外の医師 |
| 3. 日本脳神経血管内治療学会専門医 | |

問10. くも膜下出血の診療を担当する医師について、当てはまるものに○をつけてください。(いくつでも○印)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 日本脳神経外科学会専門医 | 4. 日本神経学会(神経内科)専門医 |
| 2. 日本脳卒中学会専門医 | 5. 1.~4. 以外の医師 |
| 3. 日本脳神経血管内治療学会専門医 | |

問11. 非外傷性頭蓋内出血で保存的治療を行う場合、担当する医師について、当てはまるものに○をつけてください。(いくつでも○印)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 日本脳神経外科学会専門医 | 4. 日本神経学会(神経内科)専門医 |
| 2. 日本脳卒中学会専門医 | 5. 1.~4. 以外の医師 |
| 3. 日本脳神経血管内治療学会専門医 | |

問12. くも膜下出血で保存的治療を行う場合、担当する医師について、当てはまるものに○をつけてください。(いくつでも○印)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 日本脳神経外科学会専門医 | 4. 日本神経学会(神経内科)専門医 |
| 2. 日本脳卒中学会専門医 | 5. 1.~4. 以外の医師 |
| 3. 日本脳神経血管内治療学会専門医 | |

問13. 他職種からなる急性期脳卒中チーム (acute stroke team) は、貴病院に存在しますか。

0. いいえ → 「いいえ」を選択された場合、問 15 へお進みください
1. はい → 「はい」を選択された場合、下の 問 14 へお進みください

【急性期脳卒中チームが存在する場合】

問14. 急性期脳卒中チームを構成するメンバーについて、それぞれの人数をご記入ください。(同一人物が2つ以上の資格を持っている場合、それぞれを1名としてご記入ください。)

1.	日本脳神経外科学会専門医	名
2.	日本脳卒中学会専門医	名
3.	日本脳神経血管内治療学会専門医	名
4.	日本神経学会(神経内科)専門医	名
5.	日本救急医学会専門医	名
6.	脳卒中治療を担当する、上記1~5の学会未専門医	名
7.	(神経)放射線科医	名
8.	日本リハビリテーション医学会専門医	名
9.	理学療法士(PT)	名
10.	作業療法士(OT)	名
11.	言語聴覚士(ST)	名

問15. Stroke Care Unit / Stroke Unit (SCU / SU) は整備されていますか。

0. いいえ → 「いいえ」を選択された場合、下の 問 16 へお進みください
1. はい → 「はい」を選択された場合、次ページ 問 17 へお進みください

【SCU / SU が整備されていない場合】

問16. 急性期脳卒中患者は、どこで対応されていますか。当てはまるものに○をつけてください。

1. 集中治療室(ICU)で対応
2. ハイケアユニット(HCU)で対応
3. 一般病床で対応

問17. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準* を満たしていますか。当てはまるものに○をつけてください。

0. いいえ 1. はい

* 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準」の詳細は、最終頁の〈質問項目に関する資料〉をご参照ください。

問18. 超急性期脳卒中加算に関する施設基準* を満たしていますか。当てはまるものに○をつけてください。

0. いいえ 1. はい

* 「超急性期脳卒中加算に関する施設基準」の詳細は、最終頁の〈質問項目に関する資料〉をご参照ください。

問19. 救急医療管理加算に関する施設基準* を満たしていますか。当てはまるものに○をつけてください。

0. いいえ 1. はい

* 「救急医療管理加算に関する施設基準」の詳細は、最終頁の〈質問項目に関する資料〉をご参照ください。

問20. 薬剤師の常時配置を行っていますか。当てはまるものに○をつけてください。

0. いいえ 1. はい

B：脳卒中の救急診療体制について（問 21～28）

【問 21 及び 22 は、日勤時間内の救急診療体制についての質問です。】

問21. 日勤時間内の脳卒中救急搬送の受け入れは、どのような体制ですか。当てはまるものに○をつけてください。（1つだけ○印）

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. 原則として常時、受け入れ可能 | 4. かかりつけ患者のみ |
| 2. 病院群輪番制にて担当日のみ受け入れ可能 | 5. その他() |

3. カレンダー方式

問22. 日勤時間内に脳卒中患者(疑い例を含む)が搬送された場合の初期対応について、当てはまるものに○をつけてください。

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 救急科医(研修医を含む)が原則として全ての患者を対応する | 4. 神経内科医又は脳神経外科医が原則として対応する |
| 2. 神経内科医が原則として全ての患者を対応する | 5. その他の医師が対応 |
| 3. 脳神経外科医が原則として全ての患者を対応する | |

【問 23 及び 24 は、時間外の救急診療体制についての質問です。】

問23. 時間外の脳卒中救急搬送の受け入れは、どのような体制ですか。当てはまるものに○をつけてください。(1つだけ○印)

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1. 原則として常時、受け入れ可能 | 4. かかりつけ患者のみ |
| 2. 病院群輪番制にて担当日のみ受け入れ可能 | 5. その他() |
| 3. カレンダー方式 | |

問24. 脳卒中患者(疑い例を含む)が搬送された場合の初期対応について、当てはまるものに○をつけてください。

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 救急科医(研修医を含む)が原則として全ての患者を対応する | 4. 神経内科医又は脳神経外科医が原則として対応する |
| 2. 神経内科医が原則として全ての患者を対応する | 5. その他の医師が対応 |
| 3. 脳神経外科医が原則として全ての患者を対応する | |

問25. 脳卒中診療の担当医の当直体制について、当てはまるものに○をつけてください。(1つだけ○印)

1. 脳神経外科医が毎日当直している 2. 神経内科医が毎日当直している 3. 脳神経外科医 かつ／又は 神経内科医が毎日当直している 4. 脳卒中診療の担当医が毎日当直していない	→	1～3 を選択された場合 問 27 へお進みください
	→	4 を選択された場合 下の 問 26 へお進みください

【「4.脳卒中診療の担当医が毎日当直していない」を選択された場合】

問26. 脳卒中診療担当科の医師への時間外への連絡は可能ですか。当てはまるものに○をつけてください。(1つだけ○印)

1. 脳神経外科医への連絡が常時可能である	3. 脳神経外科医又は神経内科医への連絡が常時可能である
2. 神経内科医への連絡が常時可能である	4. 脳卒中診療の担当医への連絡が常時できるとは限らない

問27. 脳卒中診療の担当医の1ヵ月間の一人当たりの平均当直回数をご記入ください。

一人あたり平均当直回数 回／月

問28. 脳卒中診療の担当医の1週間の一人当たりの時間外呼び出し回数をご記入ください。

一人あたり平均呼び出し回数 回／週

C : 脳卒中リハビリテーションについて(問 29～34)

問29. 急性期脳卒中リハビリテーションは施行されていますか。当てはまるものに○をつけてください。