

平成23年度第2回班会議(横浜)

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(J-ASPECT)

千葉県における脳卒中急性期医療体制の現状と問題点



千葉県循環器病センター 脳神経外科

小野 純一

Chiba Cardiovascular Center

千葉県における脳卒中急性期医療体制の現状と問題点

千葉県における脳卒中の検討計画・会議

- 千葉県保健医療計画(平成20~22年度)
- 千葉県救急医療協議会
- 千葉県脳卒中リハビリテーション協議会
- 全県共用脳卒中地域連携クリニカルパス
- 千葉県脳卒中急性期医療協議会

2012/2

Chiba Cardiovascular Center

千葉県における脳卒中急性期医療体制の現状と問題点

千葉県における脳卒中の検討計画・会議

- 千葉県保健医療計画(平成20~22年度)
- 千葉県救急医療協議会
- 千葉県脳卒中リハビリテーション協議会
- 全県共用脳卒中地域連携クリニカルパス
- 脳卒中慢性期医療に関する検討会議
- 千葉県脳卒中急性期医療協議会

2012/2

Chiba Cardiovascular Center

千葉県における脳卒中急性期医療体制の現状と問題点

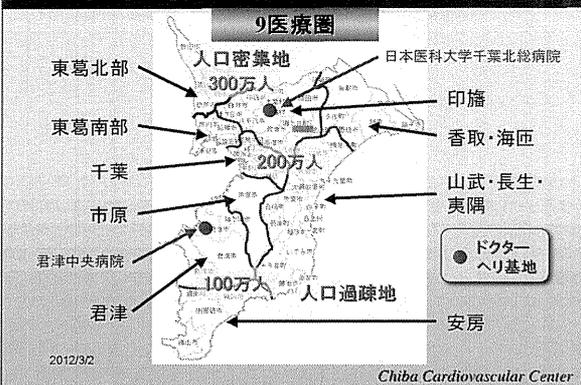
脳卒中急性期医療体制の検討

- 千葉県保健医療計画(平成20~22年度)
 - 4疾病(脳卒中), 5事業(救急医療)
 - 循環型地域医療連携システム, 全県(複数圏)対応
 - 1年延期となり, 平成23年度までの計画となった。
- 千葉県救急医療協議会
 - 2008年4~5月千葉県救急搬送全例調査
- 千葉県脳卒中急性期医療協議会
 - 医師主導(日本脳卒中協会千葉県支部)
 - 第1~3回, 千葉県の脳卒中医療の実態把握と討論

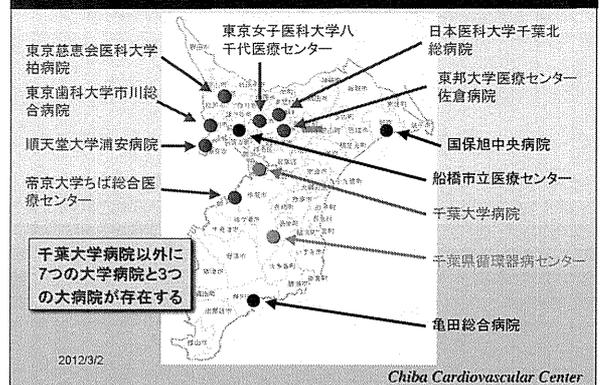
2012/2

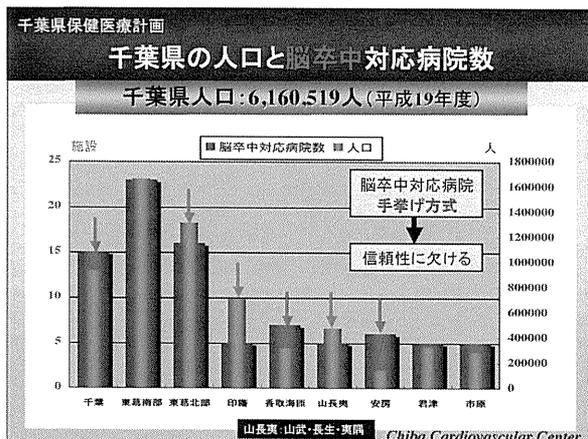
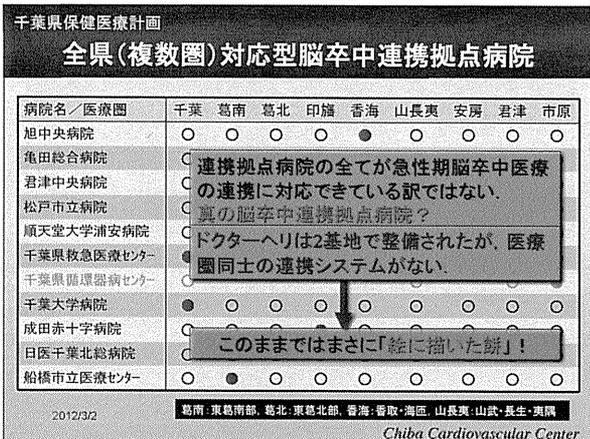
Chiba Cardiovascular Center

千葉県の医療圏と人口分布



千葉県の医療圏と人口分布





千葉県救急医療協議会

千葉県健康福祉部医療整備課

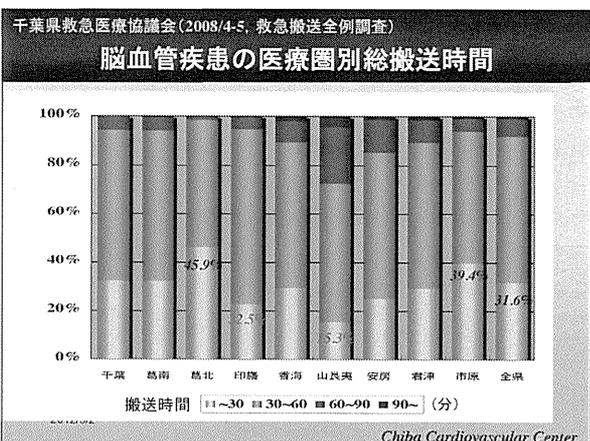
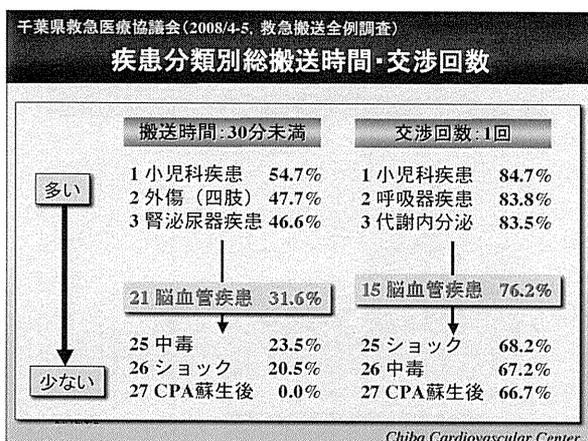
- ✓ 会長: 千葉県医師会理事(救急担当)
- ✓ 副会長: 千葉県救急医療センター長
- ✓ 委員: 第3次救急医療機関施設長

構成員は救急医が多く、脳神経外科(脳卒中)医は少ない。

千葉県立病院(循環器科、心臓科) 千葉大学病院救急医学教授

2008年4-5月千葉県救急搬送全例調査
千葉県消防局(救急隊)

2012/3/2
Chiba Cardiovascular Center



傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定

- 消防法の一部改正(平成21年10月30日施行)
- 千葉県救急業務高度化推進協議会等での検討(会長: 千葉大学名誉教授・平澤博之先生)
- 目的: 現状の医療資源や既存のルールを前提に、受入医療機関の選定困難の発生を防ぐ。
- 平成23年7月から運用予定

平成23年3月30日
千葉県総務部消防地震防災課長
千葉県健康福祉部医療整備課長

2012/3/2
Chiba Cardiovascular Center

分類基準

傷病者の状況

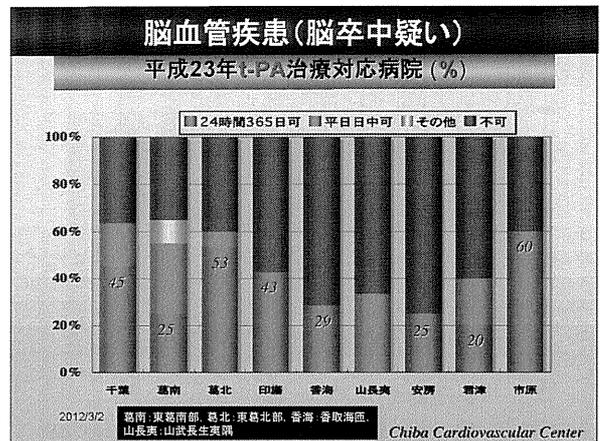
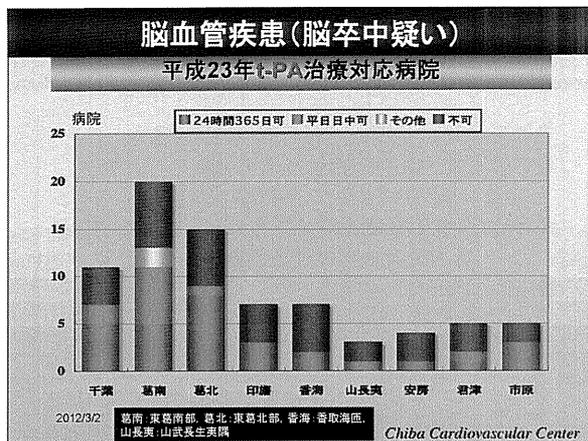
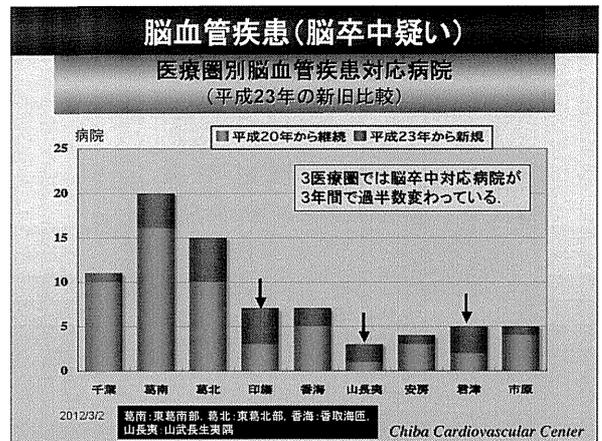
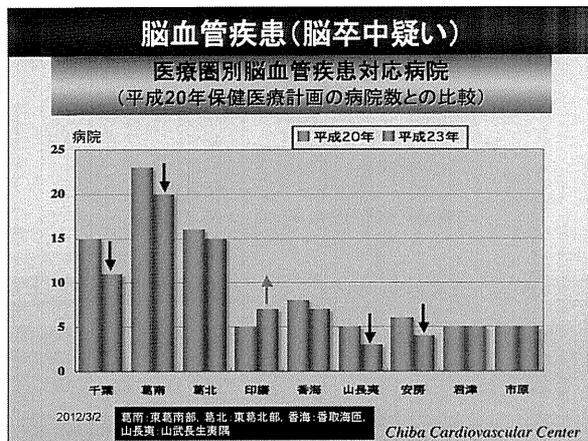
1. 緊急性 (緊急度・重症度)	1) 重篤	2) 脳血管疾患 (脳卒中疑)
	3) 循環器疾患 (急性冠症候群)	
	4) 消化管出血	5) 急性腹症
	6) 外傷 ?	7) 熱傷
	8) 中毒	9) 入院が必要な症状
2. 専門性・特殊性	1) 妊産婦: 重篤, 重症な産科疾患, 入院が必要な症状	
	2) 小児: 重篤, 重症な小児疾患, 入院が必要な症状	
	3) 指趾切断	4) 眼球单独損傷
	5) 精神科疾患	

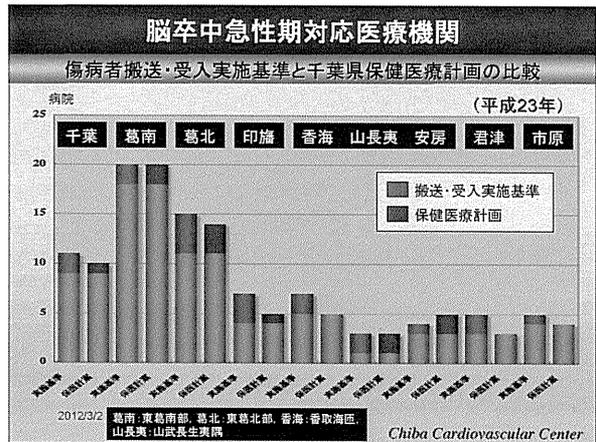
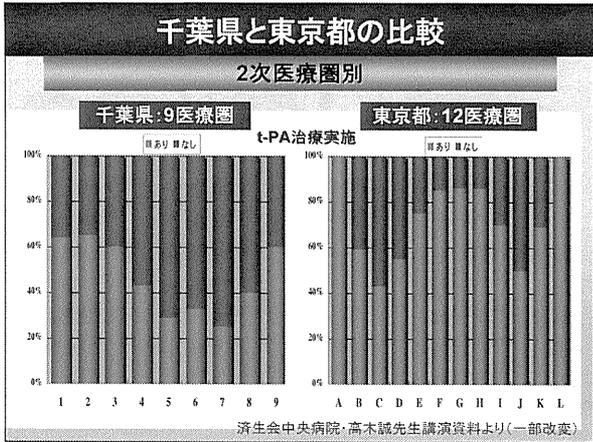
Chiba Cardiovascular Center

東京都脳卒中医療連携協議会

区分	人数	所属等
2次保健医療圏	12医療圏	済生会中央病院, 荏原病院, 都立広尾病院, 国際医療センター-戸山病院, 大久保病院, 日本大学病院, 東京女子医科大学東区センター, 都立東大病院, 青梅市立病院, 東海大学八王子病院, 国病機災害医療センター, 武蔵野赤十字病院, 西東京市医師会
圏域代表	13代表	
学識経験者	6名	昭和大学病院, 慶応義塾大学病院 (2), 共済立川病院, 東京都リハビリテーション病院, 日本医科大学病院
東京都医師会	4名	医師会 (3), 病院協会 (2) (兼任1)
東京都病院協会		
都立病院代表	1名	都立広尾病院
消防関係	4名	東京消防庁 (2), 東久留米市消防本部, 稲城市消防本部
行政関係	4名	東京都福祉保険局 (2), 練馬区保健所, 多摩立川保健所
計	32名	会長: 学識経験者, 副会長: 圏域代表

2012/3/2
済生会中央病院・高木誠先生講演資料より(一部改変)





- ### 傷病者の搬送及び受入れの実施基準
- #### 選定基準
1. 傷病者の観察の結果、当該傷病者に適した区分に属する医療機関リストの中から、搬送時間が短い医療機関を選択することを基本としつつ、傷病者の状況等を総合的に判断して、当該傷病者に適した医療機関を選定することができる。
 2. 病院群輪番制の当番となっている医療機関を考慮して選定する。
 3. 救急医療情報システム(ちば救急医療ネット)の応需情報を考慮して選定する。
 4. かかりつけ医療機関がある場合には、状況に応じてそれを考慮して決定する。
 5. 必要に応じ、管轄外への搬送を行うことができる。
 6. 重症患者等の救命のため、積極的にドクターヘリを要請し、搬送を行うこと。
- Chiba Cardiovascular Center

- ### 傷病者の搬送及び受入れの実施基準
- #### 受入医療機関確保基準
1. コーディネーターによる調整: 救急コーディネーター事業
 - ・県内の一部地域(東葛飾地域, 香取・海浜地域)
 - ・地域医療再生計画: 山武・長生・夷隅地域
 2. 救急医療情報システム(ちば救急医療ネット)の活用
 - ・応需情報: 1日2回(朝・夕)の更新
 3. 医療費未収金対策の推進
- その他の基準として、ヘリコプターの活用に関する基準等
- ・ドクターヘリ出動要請の基準
 - ・千葉市消防局ヘリコプター
- 2012/3/2
Chiba Cardiovascular Center

脳卒中救急医療への国循の取り組み

最先端の、その先へ。
高度専門医療研究センターとして循環器病の分野に特化し取り組んでいます。

国立循環器病研究センター
脳血管内科
豊田 一則

「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」H23 第2回班会議
2012/3/2 横浜



一般市民への啓発

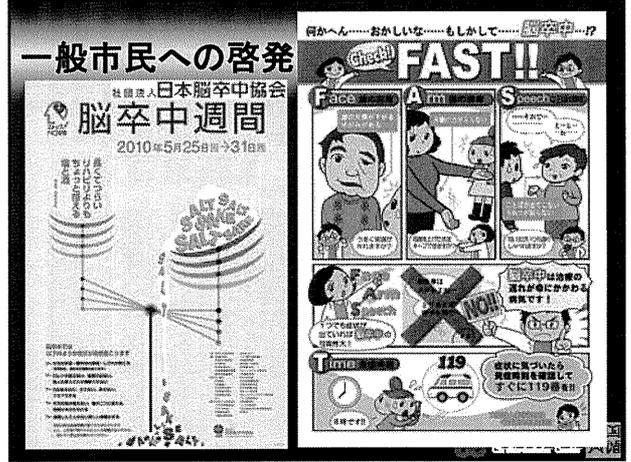
脳卒中週間

2010年5月25日(月)～31日(日)

FAST!!

Face (顔) Arm (腕) Speech (話し)

119

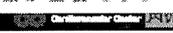


連携医師・HPでの啓発

脳梗塞急性期治療法

3時間の壁をこえて

3時間を過ぎても、専門的な救急治療が重要です。

脳血管内科の救急診療体制

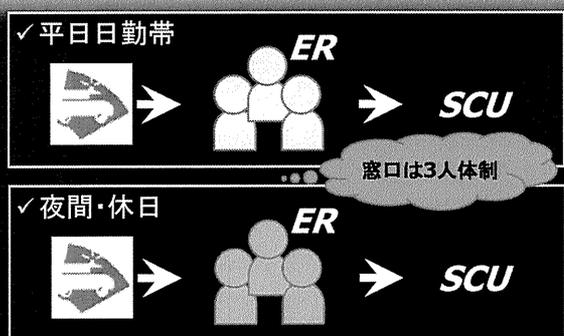
✓平日日勤帯

ER → SCU

窓口は3人体制

✓夜間・休日

ER → SCU




PSLS: Prehospital stroke life support

平成20年(2008年)5月12日

豊能二次医療圏内
救急指定医療機関 様

豊能地域メディカルコントロール協議会
豊能地域PSLSコースに伴う指導者養成講習会の開催について(ご案内)

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて、下記のとおり豊能地域PSLS指導者養成コースを開催いたします。
つきましては、今後、地球救急救命士の指導・育成の中核になります救急救命士の養成を行いますので、ご参加いただけましたら幸に存じます。

記

- 1 名称 第1回豊能地域PSLS(脳卒中病院前救護)指導者養成講習会
- 2 主催 豊能地域メディカルコントロール協議会
- 3 日時 2008年6月11日(水曜日)13:30～17:00(予定)
- 4 場所 済生会千里病院 東館3階講堂 (吹田市津雲台1-1)
- 5 参加者 豊能二次医療圏LPA実施医療機関医師等

(事務担当)
豊中市消防本部 救急課 浜西・中井
TEL: 06-6846-8413/06-6846-8412



入院・受診 心臓・脳内科

ホットライン開設

日替わりで専門医がお応えします。

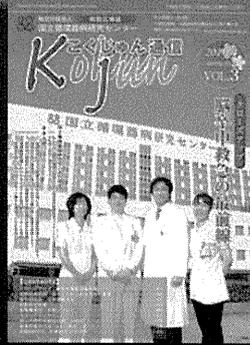
TEL: 06-7637-5120
TEL: 06-7637-5119

心臓血管内科	専門医が 曜日ごとに 担当します	脳内科
月	山本 隆	山本 隆
火	山本 隆	山本 隆
水	山本 隆	山本 隆
木	山本 隆	山本 隆
金	山本 隆	山本 隆

88 国立循環器病研究センター 病院長



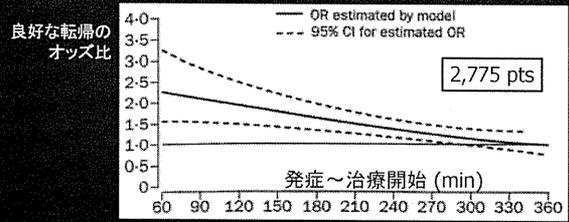
広報誌の利用



Medical Council and
Charterhouse Clinic 脳卒
内館

真の治療可能時間は?

ATLANTIS + ECASS-1&2 + NINDS

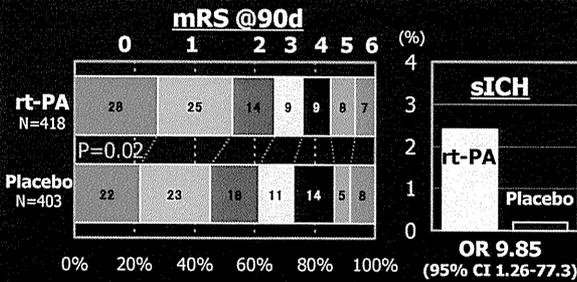


0-1.5 h	1.5-3 h	3-4.5 h	4.5-6 h
2.8 (1.8-4.5)	1.6 (1.1-2.2)	1.4 (1.1-1.9)	1.2 (0.9-1.5)

The ATLANTIS, ECASS & NINDS rt-PA Study Group Investigators:
Lancet 2004;363:768-774

Medical Council and
Charterhouse Clinic 脳卒
内館

ECASS-3 for 3 to 4.5h



Hacke W for ECASS Investigators: NEJM 2008;359:1317-29

Medical Council and
Charterhouse Clinic 脳卒
内館

「日本脳卒中学会 医療向上・社会保険 委員会 rt-PA適正治療指針改訂部会」

- ✓ 治療開始可能時間4.5hへの延長: 緊急声明?
- ✓ MRIの利用、血栓回収機器との併用、新規抗凝固薬服用者への適応、...: 適正治療指針の早期改訂

Medical Council and
Charterhouse Clinic 脳卒
内館

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

脳卒中診療におけるSCU, ICU, ERの役割

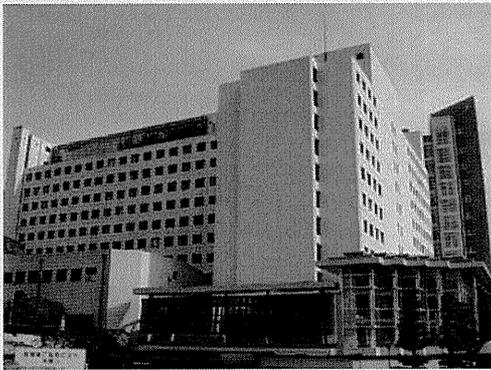
長崎大学 脳神経外科, 脳卒中センター*

永田 泉, 林健太郎, 氏福健太, 立石洋平*,
辻野 彰*, 馬場史郎, 堀江信貴, 陶山一彦

緒言

近年, 診療報酬改訂により, 特殊病床に対しては特別加算がされるようになった。脳卒中診療は脳卒中ケアユニット(SCU)を中心に行われるが, 開頭術後や意識障害の患者は集中治療室(ICU)や救命救急センター(ER)でも診療できる。長崎大学病院では2008年の病棟移転に伴い, SCU(6床)を開設し, ICUを増設(16床)した。さらに, 2010年にはER6床を開設した。特殊病床の利用状況を調査し, 開設の効果を評価した。

長崎大学病院

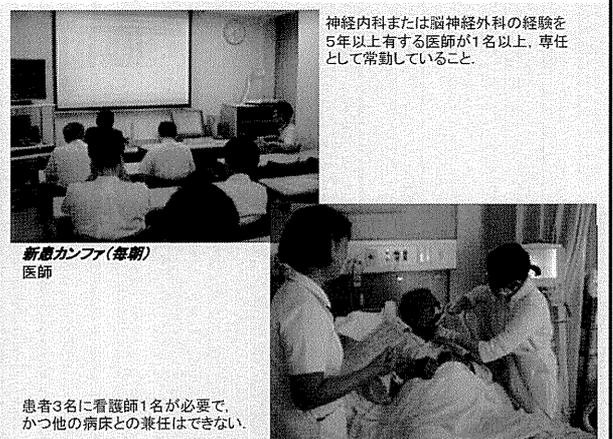


観察室

2006年



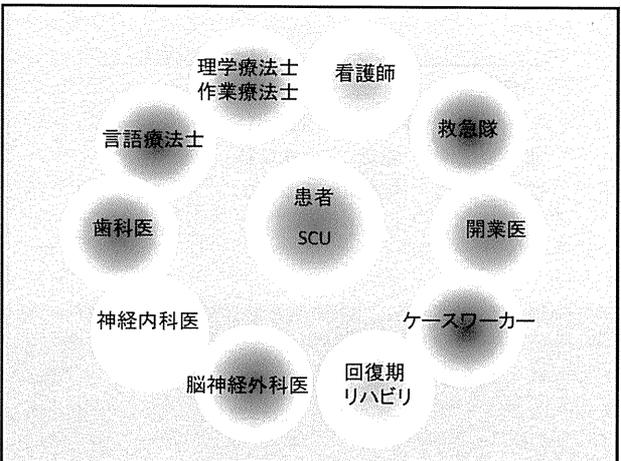
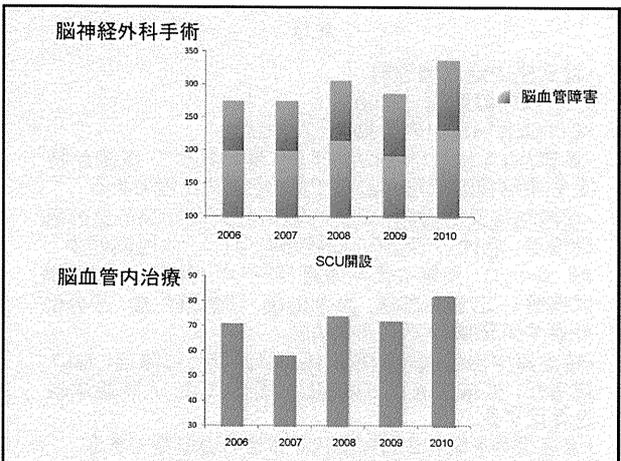
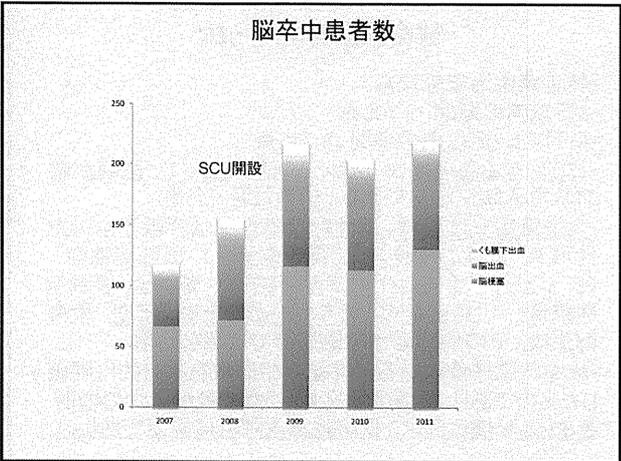
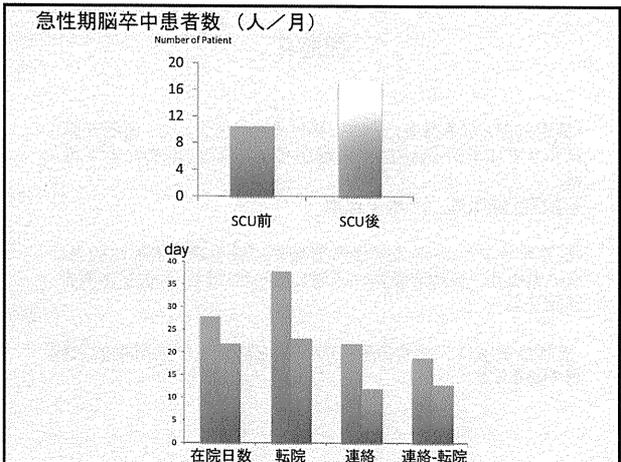
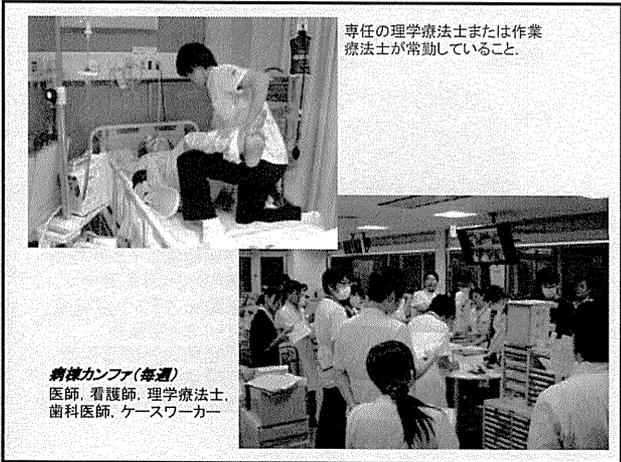
2床 看護師2名 入院基本料 1,555点



神経内科または脳神経外科の経験を5年以上有する医師が1名以上, 専任として常勤していること。

新患カンファ(毎朝)
医師

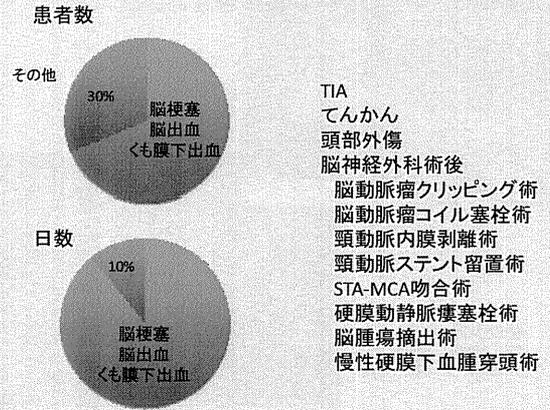
患者3名に看護師1名が必要で、かつ他の病床との兼任はできない。



問題点

- 算定対象となる患者は、次に掲げる疾患であって、医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者である。
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血 × TIA
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料を算定する。
- 当該治療室に入院する患者のうち、8割以上が脳卒中対象疾患であること。

SCU入室患者



ICU

- 特定集中治療管理料
- 7日以内の期間 9,200点
- 8日以上14日以内の期間 7,700点
- 算定となる患者は次に掲げる状態であって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者である。
- 意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は呼吸不全の急性増悪、急性心不全(心筋梗塞を含む)、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)、広範囲熱傷、大手術後、緊急蘇生後、その他外傷や破傷風等で重篤な状態
- 特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料を算定する。
- 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室である。

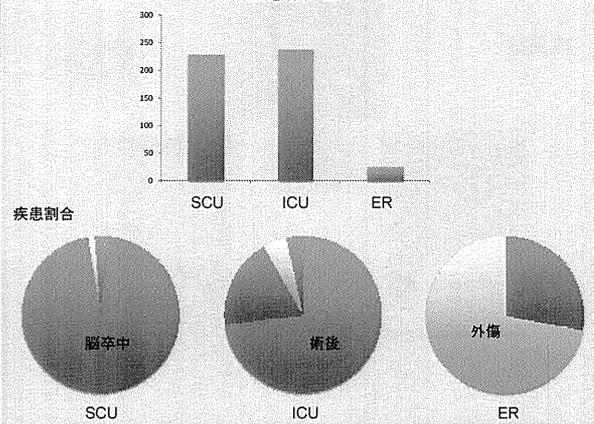
救命救急センター;ER

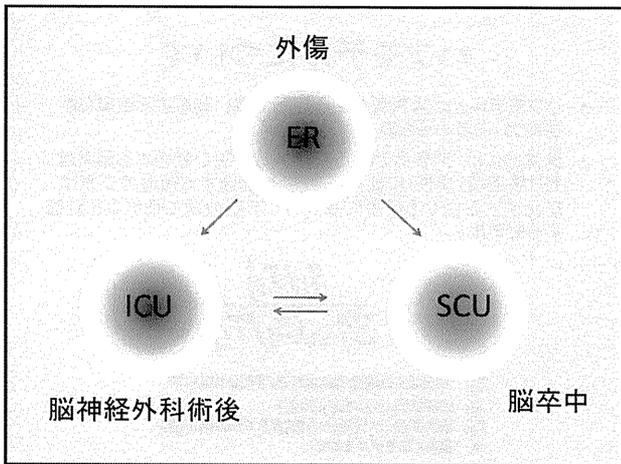
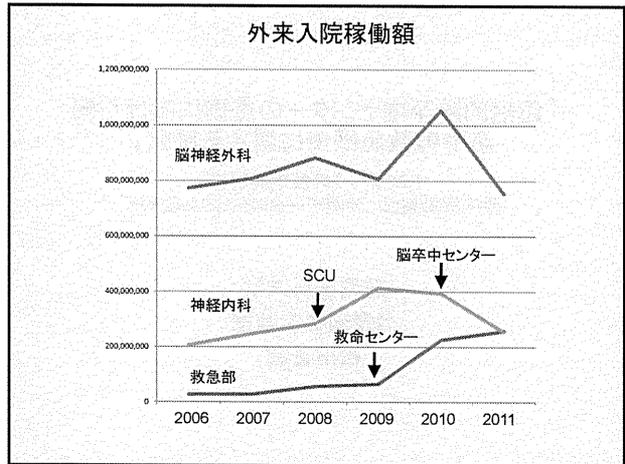
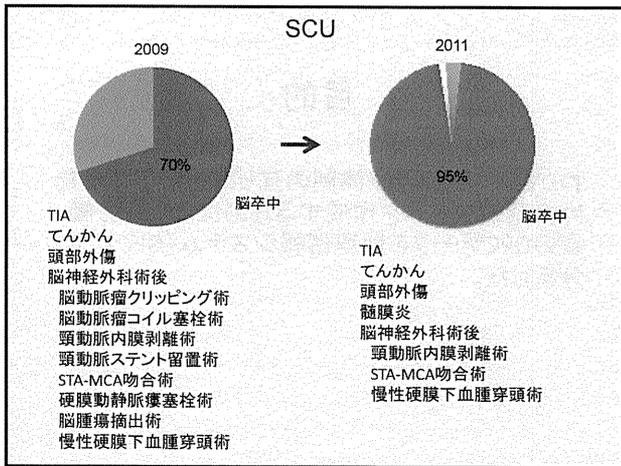
- 特定集中治療管理料
- 3日以内の期間 9,700点
- 4日以上7日以内の期間 8,775点
- 算定となる患者は次に掲げる状態であって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者である。
- 意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は呼吸不全の急性増悪、急性心不全(心筋梗塞を含む)、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)、広範囲熱傷、大手術を必要とする状態、救命蘇生後、その他外傷や破傷風等で重篤な状態
- 救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、他病棟に入院中の患者が症状の増悪をきたした場合には、救命救急入院料は算定できない。

	SCU	ICU	ER
病床数	6	16(2)	6
看護師	専任 3:1	混合 2:1	混合 2:1
理学療法士	常勤	非常勤	非常勤
入院管理料	5,700	9,200	9,700



入室患者数 2011





結語

1. SCUを開設することで、脳卒中患者は増加した。
2. SCUには多職種が関与することになり、包括的診療が可能となった。
3. ICUやERを活用することで、SCUは脳卒中診療に特化することができた。

「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」

DPCデータの疫学的解析
-厚生労働省DPC公開データのGISによる分析-

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

目的

わが国の救急医療体制の在り方を検討するための基礎データを作成するために、厚生労働省のDPCデータを地理情報システム(GIS)により分析した。

資料及び分析方法

- 平成22年度厚生労働省公開DPCデータから、神経系(MDC01)、循環器系(MDC05)の施設別救急搬送による入院データをGIS(パスコ社 Market Planner)に取り込み、修正ハフモデルを用いて、運転時間距離(高速道無)による患者吸引率を求めた。
- なお、人口については平成17年度国勢調査結果1kmメッシュデータ、各施設の患者吸引力はMDC01、MDC05それぞれの救急車搬送による入院患者数を用いた。

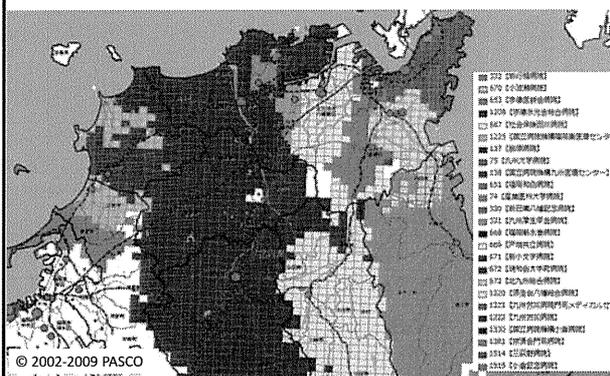
ハフモデルについて

- ハフモデルとは消費者がある店舗で買い物をする確率(集客能力)を求めるもの
- 具体的には「消費者がある商業施設で買い物をする確率は売り場面積(規模)に比例し、そこへ到達する距離の二乗に反比例する」という仮説に基づいて下記の式で吸引率を計算するモデル。

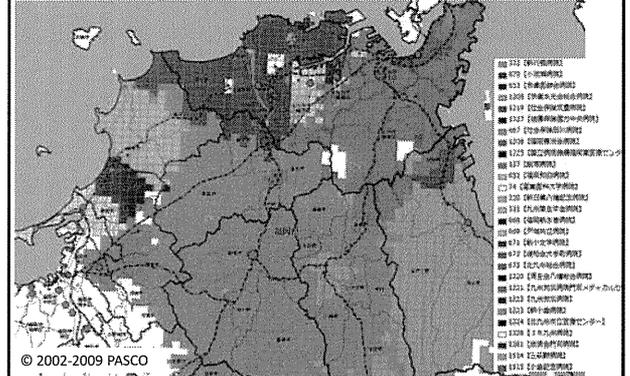
$$P_{ij} = \frac{S_j / T_{ij}^\lambda}{\sum_{j=1}^n (S_j / T_{ij}^\lambda)}$$

P_{ij} : 居住地*i*の消費者における、店舗*j*の吸引率
 S_j : 店舗*j*の売り場面積(売り場面積など)
 T_{ij} : 居住地*i*から店舗*j*までの移動距離
 λ : 定数(本モデルでは2)

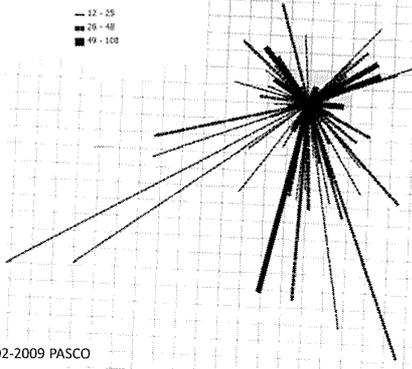
福岡県北部におけるMDC01救急車入院のハフモデルによる分析(H22年度症例数ベース)



福岡県北部におけるMDC05救急車入院のハフモデルによる分析(H22年度症例数ベース)



救急車搬送のハフモデルによる分析結果と
実際の搬送圏域の比較(ダミーデータ)



© 2002-2009 PASCO

参考: 都道府県別に見た脳梗塞救急車搬送例の平均移送距離

	度数	平均値	標準偏差	実効係数	度数	平均値	標準偏差	実効係数		
1北海道	1430	8.7	9.4	107.0%	25	進賀	425	9.2	6.8	74.4%
2青森	362	8.0	7.9	98.7%	26	京都	456	5.6	5.6	99.1%
3岩手	424	11.9	9.4	78.8%	27	大阪	2532	5.2	4.4	84.4%
4宮城	439	11.3	9.0	79.5%	28	兵庫	1287	7.6	6.8	90.3%
5秋田	88	10.1	11.1	109.3%	29	奈良	183	10.7	9.6	89.5%
6山形	585	10.7	8.7	81.6%	30	和歌山	166	10.2	9.4	91.9%
7福島	678	12.6	9.8	77.8%	31	鳥取	212	11.3	9.5	83.8%
8茨城	526	13.3	8.2	61.7%	32	島根	171	12.6	9.2	73.3%
9栃木	432	12.3	9.0	72.7%	33	岡山	617	11.9	8.7	73.5%
10群馬	456	10.0	7.8	78.1%	34	広島	539	8.8	7.2	82.2%
11埼玉	1331	7.1	5.8	81.5%	35	山口	428	10.2	8.2	80.4%
12千葉	1332	8.6	7.6	88.4%	36	徳島	263	9.7	7.8	80.4%
13東京	2926	5.3	4.2	79.1%	37	香川	241	9.2	7.3	78.6%
14神奈川	1849	6.0	4.9	81.2%	38	愛媛	124	9.6	8.4	86.5%
15新潟	364	11.1	8.5	76.0%	39	高知	228	14.6	11.6	79.0%
16富山	317	7.7	6.8	88.8%	40	福岡	2118	7.2	6.4	87.9%
17石川	480	9.1	8.6	94.4%	41	佐賀	276	10.8	7.6	70.8%
18福井	305	10.4	8.3	79.9%	42	長崎	551	8.6	8.2	95.3%
19山梨	57	7.1	5.7	80.5%	43	熊本	746	11.2	9.9	88.2%
20長野	723	9.9	8.1	82.6%	44	大分	370	11.7	10.5	89.8%
21岐阜	551	8.2	7.3	89.1%	45	宮崎	46	10.5	8.7	82.6%
22静岡	1252	7.5	5.9	78.9%	46	鹿児島	352	9.7	8.5	87.8%
23愛知	1412	6.5	5.0	76.8%	47	沖縄	369	6.6	5.7	86.5%
24三重	613	11.0	9.1	82.1%	合計	31632	8.3	7.6	91.1%	

資料: 松田晋哉「救急搬送例の搬送距離に関する地域差の分析(平成23年度平成23年度厚労科学研究補助金「診断計分画の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究」報告書」研究代表者 伏見清美)

(資料 3)

全国調査①

「脳卒中診療施設調査」

脳卒中診療施設調査

研究方法

日本脳神経外科学会教育訓練施設、日本脳卒中学会研修教育施設、合計 1381 施設を対象に、包括的脳卒中センターの推奨要件に関するアンケート調査を行った。アンケートの回答項目は、Alberts MJ et al. (Stroke 2005) らによって報告された、包括的脳卒中センターの推奨要件に基づき、専門的な人員(Personnel)、診断技術(Diagnostic)、外科・介入治療(Surgical)、インフラストラクチャー(Infrastructure)、教育・研究プログラム(Education)に関する 5 つの大項目とその中の小項目に分けられる。欧米の推奨要件に該当する項目がない場合には、本邦の実情に合わせ項目を規定し、診療施設調査の評価項目から包括的脳卒中センターの推奨要件を充足する要素を合計して、各施設別にスコアを算出した。

脳卒中に関連する外科治療、血管内治療、t-PA 静注療法 of 平成 21 年 1 年間における診療実績についても調査を施行した。

診療施設の地理的要因に関しては、包括的な都市圏分類として金本、徳岡らによった提唱された新しい都市圏分類を採用し、日本の脳卒中診療施設の配置を、「大都市中心」、「大都市郊外」、「小都市中心」、「小都市郊外」の 4 つに分類し、包括的脳卒中センターの推奨要件の充足状況について検討を行った。

研究結果

日本脳神経外科学会、神経学会の教育訓練施設を対象に診療施設調査を行い、751 施設から回答を得た（回答率 54%）。

都市圏分類は、平成 17 年度の国勢調査の結果をもとに設定した。この都市圏分類では、人口の 45%が大都市中心に、39%が大都市郊外に、7%が小都市中心に、2%が小都市郊外に分布する。アンケートの送付先の施設の分布は、49%が大都市中心に、32%が大都市郊外に、11%が小都市中心に、2%が小都市郊外であり、人口の分布に近い。アンケートの回答率は、大都市中心 56%、大都市郊外 55%に、小都市中心 57%、小都市郊外 39%であり、小都市郊外（人口の 2%）を除き、同様の回答率であり、本施設調査の結果は、本邦全体の診療施設の状況を、都市圏分類別にほぼ均等に反映しているものと考えられる。

本診療施設調査は、本邦の脳卒中治療（外科治療、血管内治療）のどの程度を把握しているかについて、日本脳神経外科学会の平成 21 年の全数調査の結果と比較した。その結果、J-ASPECT Study 診療施設調査に参加した施設において、脳動脈瘤クリッピング術で 64%、コイル塞栓術で 67%、頸動脈血栓内膜剥離術で 76%、頸動脈ステント留置術で 77%、頭蓋内外バイパス術で 69%、開頭血腫除去で 72%と、外科治療、血管内治療の本邦の約 68%の施行がされている。

したがって、J-ASPECT Study 診療施設調査の結果は、人口の約 56%、本邦の脳卒中治療に関する教育訓練施設の 54%、外科治療、血管内治療の約 68%の現状を把握しているものと捉えることができる。

	送付	回答	回答率	人口
大都市	1,121	622	55.5%	106,681,629
大都市_中心	681	382	56.1%	57,220,598
大都市_郊外	440	240	54.5%	49,461,031
小都市	188	102	54.3%	13,501,354
小都市_中心	157	90	57.3%	9,124,456
小都市_郊外	31	12	38.7%	4,376,898
その他	72	27	37.5%	7,556,267

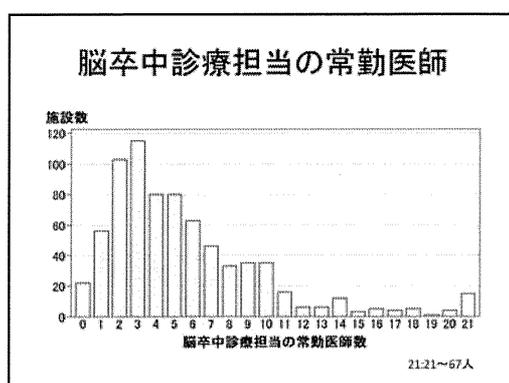
計)751

問 3: アンケート回答施設の全体病床数の分布を示す。300-499 床 (34%)、100-299 床 (31%)、500 床以上 (28%) の施設が、約 94%を占めた。

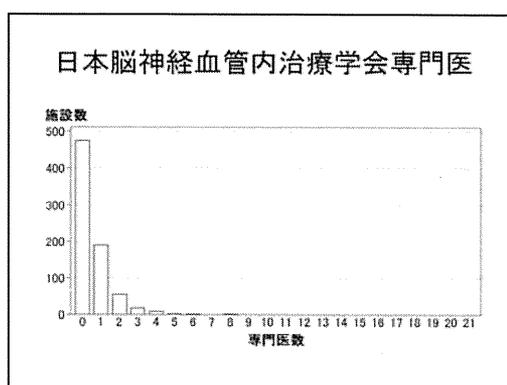
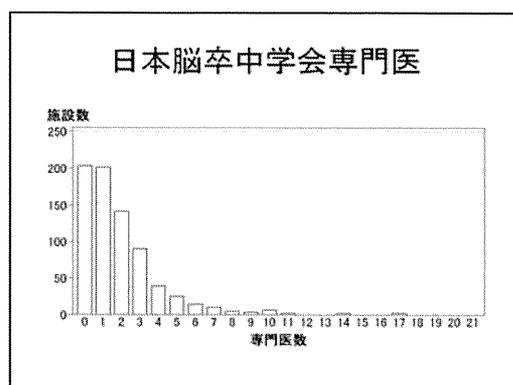
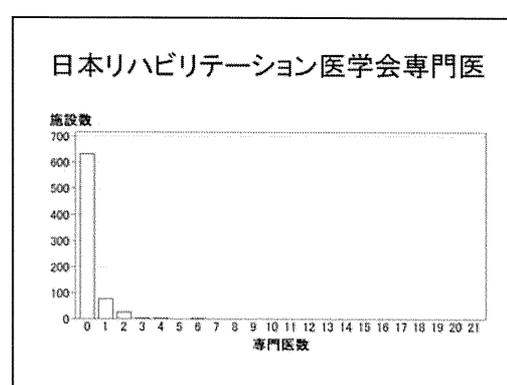
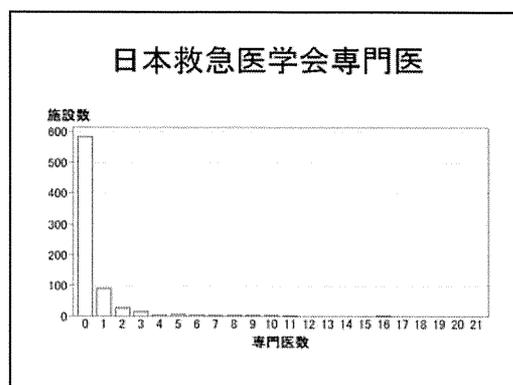
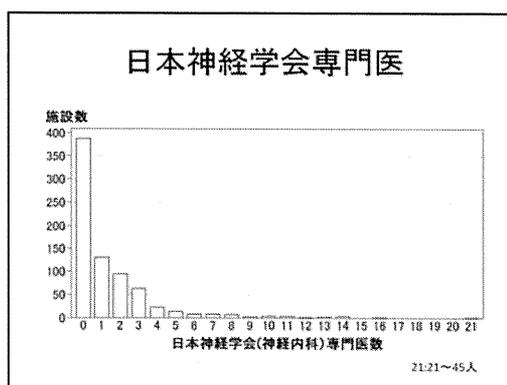
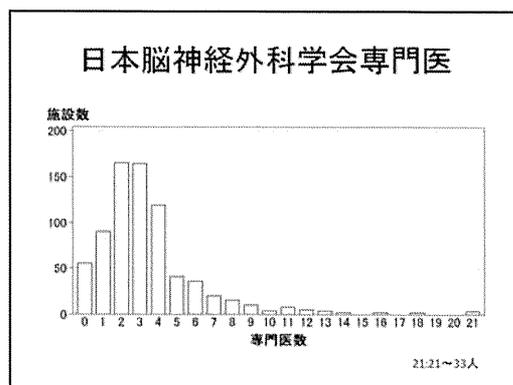
推奨要件の充足度について

包括的脳卒中センターの要件の充足率を、5 つの大分類：専門的な人員 (Personnel)、診断技術(Diagnostic)、外科・介入治療(Surgical)、インフラストラクチャー(Infrastructure)、教育・研究プログラム(Education)別に検討した。

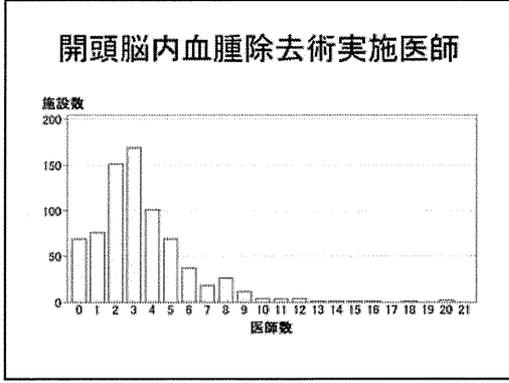
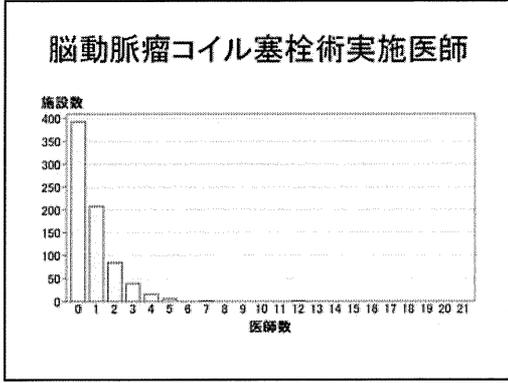
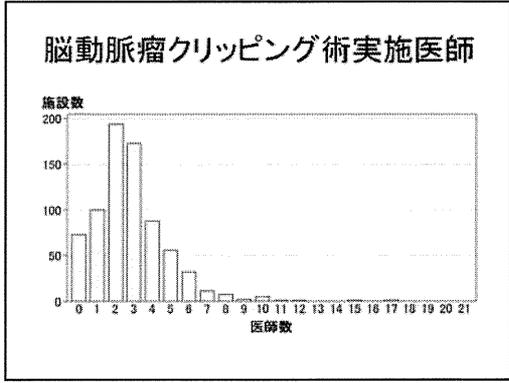
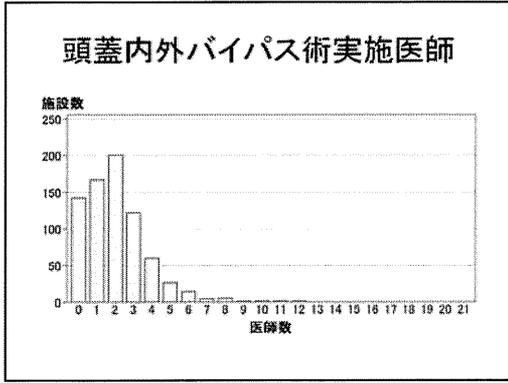
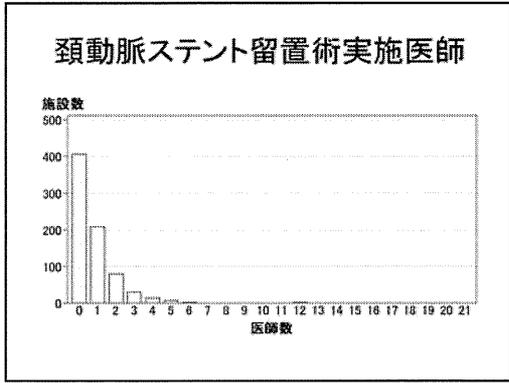
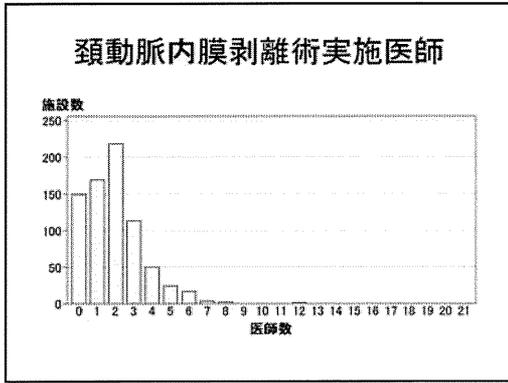
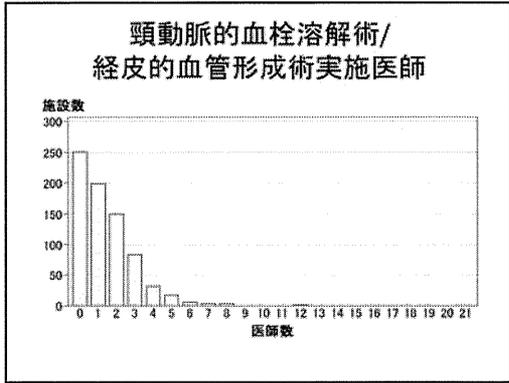
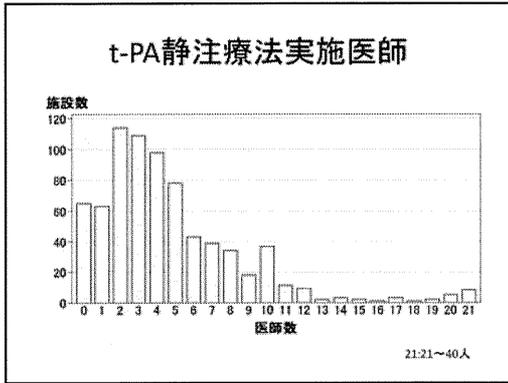
問 4: 人的資源を医師数の中央値 (四分位、範囲) で示す。脳卒中診療を主とする常勤医師 (問 4) は 4 (3-7, 0-67) であった。

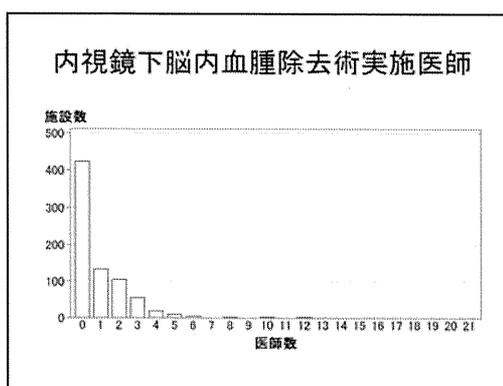
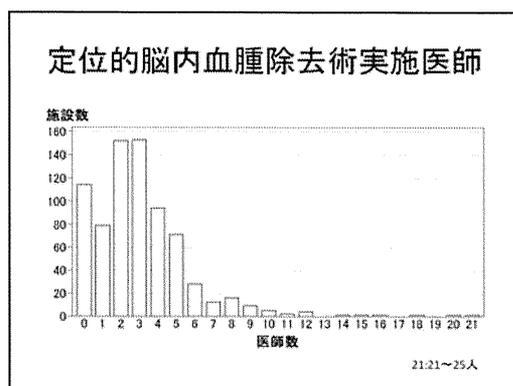


問 6. 常勤の医師の専門医取得状況について



問 7. 脳卒中治療を担当する術者数：t-PA 静注療法 4 (2-6, 0-40)、経動脈の血栓溶解術・経皮的血管形成術 頸動脈血栓内膜剥離術 2 (1-3, 0-12)、頸動脈ステント留置術 1 (0-1, 0-12)、頭蓋内外バイパス術 2 (1-3, 0-12)、脳動脈瘤クリッピング術 3 (2-4, 0-17)、脳動脈瘤コイル塞栓術 1 (1, 0-1, 0-12)、開頭脳内血腫除去術 3 (2-4.5, 0-20)、定位的脳内血腫除去術 3 (2-4, 0-25)、内視鏡下脳内血腫除去術 0 (0-2, 0-12) であった。





問 8. 脳梗塞の診療担当医（重複回答可）

日本脳神経外科専門医が 644 施設（85.7%）、日本脳卒中学会専門医が 505 施設（67.2%）、日本脳神経血管内治療学会専門医が 224 施設（29.8%）、日本神経学会専門医が 362 施設（48.2%）、その他の医師が 270 施設（35.9%）であった。

問 9. 非外傷性脳内血腫の診療担当医（重複回答可）

日本脳神経外科専門医が 701 施設（93.3%）、日本脳卒中学会専門医が 472 施設（62.9%）、日本脳神経血管内治療学会専門医が 211 施設（28.1%）、日本神経学会専門医が 181 施設（24.1%）、その他の医師が 213 施設（28.3%）であった。

問 10. くも膜下出血の診療担当医（重複回答可）

日本脳神経外科専門医が 703 施設（93.7%）、日本脳卒中学会専門医が 439 施設（58.4%）、日本脳神経血管内治療学会専門医が 231 施設（30.8%）、日本神経学会専門医が 53 施設（7%）、その他の医師が 162 施設（21.5%）であった。

問 11. 非外傷性脳内血腫で保存的治療を行う場合の担当医（重複回答可）

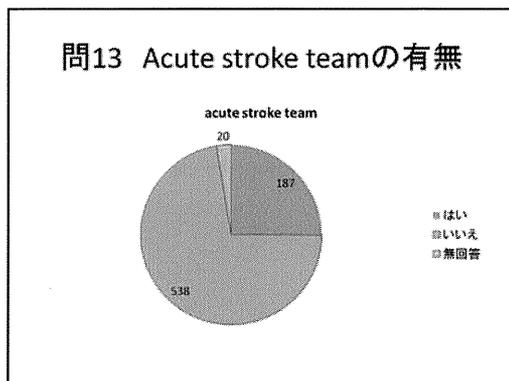
日本脳神経外科専門医が 683 施設（90.9%）、日本脳卒中学会専門医が 470 施設（62.6%）、日本脳神経血管内治療学会専門医が 207 施設（27.6%）、日本神経学会専門医が 203 施設（27%）、その他の医師が 235 施設（31.3%）であった。

問 12. くも膜下出血で保存的治療を行う場合の担当医（重複回答可）

日本脳神経外科専門医が 700 施設（93.2%）、日本脳卒中学会専門医が 441 施設（58.7%）、日本脳神経血管内治療学会専門医が 212 施設（28.2%）、日本神経学会専門医が 75 施設（10%）、その他の医師が 197 施設（26.2%）であった。

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

存在すると回答した施設は、188 施設（25.8%）であった。



問 14. 急性期脳卒中チームを構成するメンバーの構成人数（中央値、四分位、範囲）：

日本脳神経外科学会専門医：	4, 3-5, 0-33
日本脳卒中学会専門医:	3, 2-4, 0-17
日本脳神経血管内治療学会専門医:	1, 1-2, 0-13
日本神経学会（神経内科）専門医:	2, 1-3, 0-14
日本救急医学会専門医:	1, 0-2, 0-16
脳卒中治療を担当する、上記 1～5 の学会未専門医:	2, 1-3, 0-18
（神経）放射線科医:	1, 0-1, 0-8
日本リハビリテーション医学会専門医:	1, 0-1, 0-6
理学療法士（PT）：	6, 3-9, 0-35
作業療法士（OT）：	3, 1-5, 0-30
言語聴覚士（ST）：	2, 1-3, 0-10

問 15-17. Stroke Care Unit / Stroke Unit（SCU / SU）の整備：

131 施設（17.7%）にあり、SCU がない場合、急性期脳卒中患者の対応病床は、ICU が 312 施設（50.3%）、HCU が 199 施設（32.1%）、一般病床が 284 施設（45.8%）であった。

SCU がある施設の内、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取得

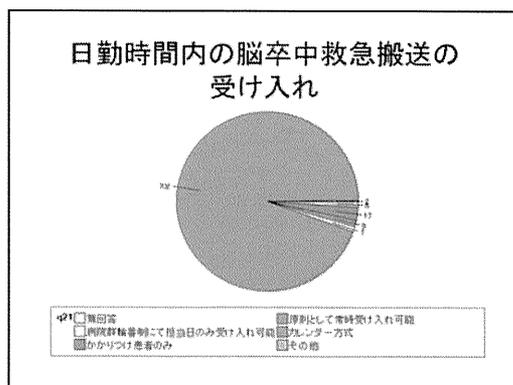
している施設は、53 施設（37.1%）に過ぎない。

問 18. 超急性期脳卒中管理加算：	454 施設（60.5%）
問 19. 救急医療管理加算：	666 施設（88.7%）
問 20. 薬剤師の常時配置：	503 施設（67%）

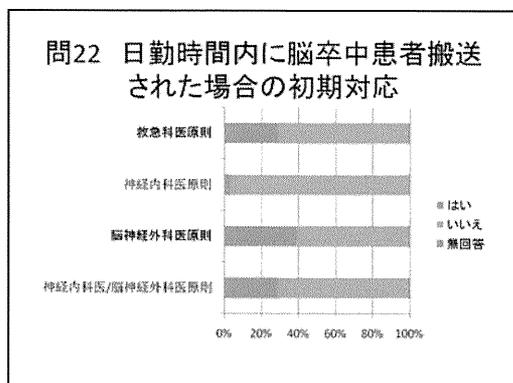
B. 脳卒中の救急医療体制について

問 21. 日勤時間内の脳卒中救急搬送の受け入れ体制：施設数（%）

原則として常時、受け入れ可能：	708（94.3%）
病院群輪番制にて担当日のみ受け入れ可能：	7（0.9%）
カレンダー方式：	9（1.2%）
かかりつけ患者のみ：	17（2.3%）
その他：	8（1.1%）



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



問23. 時間外の脳卒中救急搬送の受け入れ体制：施設数（%）

原則として常時、受け入れ可能：	614（81.8%）
-----------------	------------