急性期脳梗塞に対する血栓回収療法(脳血管内治療)

に関する状況調査

* 本調査は、急性期脳梗塞患者に対して血栓回収療法が適切に施行されるべく、当該急性期脳梗塞患者の転院搬送を円滑に行うため、各医療機関の血栓回収療法への対応状況を調査し、転院搬送先を選定するための「医療機関リスト」を作成することが目的です。また、東京都脳卒中医療連携協議会が、血栓回収療法に関する院内体制や治療実績を把握し、搬送体制を検討する際の参考として使用いたします。
* 御回答いただいた内容については、取扱に十分注意するとともに、上記調査の目的以外には使用致しません。
* 本調査の発送、回収、集計等の業務は東京都福祉保健局が行います。
* 設問番号横に「★」印が付いている設問の回答については、血栓回収療法実施のための転院搬送の際に、転送先医療機関選定の手段として活用するため、「医療機関リスト」とした上で東京都脳卒中急性期医療機関（Ａ施設）において共有します。その他の設問の回答は、公表する際に個々の病院が特定されることのないようにいたします。
* 本調査により作成する「医療機関リスト」は、あくまでも転送搬送先を選定するための参考として利用することを想定しています。そのため、本調査において「治療実施可能」と回答した時間帯について、必ず治療を行える体制を整えることを要求するものではありません。
* 回答期限は平成３０年１１月２日（金曜日）といたします。御多用の折、誠に恐縮ですが、御協力のほどお願い致します。

【回答に際しての注意事項】

* 本調査における血栓回収療法とは、急性期脳梗塞患者に対してステントリトリーバーもしくは吸引カテーテルを用いた経皮的なカテーテル治療のことを指します。待期的な頚動脈ステント留置術や出血性疾患(脳動脈瘤や脳動静脈奇形など)に対する血管内治療は含みません。
* 各設問は、平成３０年４月１日を基準日として御回答下さい。
* 本調査は、回答内容に医学的正確性を担保する必要があることから、原則として、急性期脳梗塞患者に対する血栓回収療法を施行もしくは関与する医師が回答してください。

【提出先】

　メールの場合（東京都のホームページから回答フォームをダウンロードしてご提出ください。）

　　　　　　　　　　　S0000298@section.metro.tokyo.jp

　ファクシミリの場合　03-5388-1436　※番号のお間違えのないようご注意ください。

　郵送の場合（恐れ入りますが、郵送料を御負担いただきますようお願い致します。）

　　　　　　　　　　　〒163-8001　東京都福祉保健局 医療政策部 医療政策課 地域医療対策担当 宛　（住所不要）

【調査内容に関するお問い合わせ先】

　東京都福祉保健局医療政策部医療政策課地域医療対策担当　小黒・清野

　TEL：03-5320-4417（平日：9時～17時45分） FAX：03-5388-1436（終日）

 E-mail：Daisaku\_Kiyono@member.metro.tokyo.jp

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回答者 | 病院名 | 病院名を入力 | 病床数 | 病床数を入力　　床 |
| 所在地 | 〒郵便番号を入力病院所在地を入力 |
| 回答者名 | 回答者名を入力 | 診療科・役職 | 診療科・役職を入力 |
| 電話番号 | 電話番号を入力 | ＦＡＸ番号 | FAX番号を入力 |
| Ｅメールアドレス | Ｅメールアドレスを入力 |

|  |
| --- |
| １．t-PA治療についてお伺いします。 |

|  |
| --- |
| 問1　貴施設は東京都脳卒中急性期医療機関ですか。（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　02の場合

（問２へ）

≪問1で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問1-1　貴施設は脳卒中A施設、脳卒中B施設のどちらの施設ですか。（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

※１　脳卒中A施設：脳梗塞の超急性期において適応となる血栓溶解剤t-PA（組織型プラスミノーゲン・アクチべーター）の治療が可能な医療機関

※２　脳卒中B施設：脳卒中A施設以外の脳卒中急性期医療機関

≪問1-1で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問1-2　平成29年4月1日～平成30年3月31日のt-PA治療を実施した入院患者数を記入してください。 |
| （　ここをクリックして入力　人） |

 （注）同一人が複数回入院した場合は、複数人としてカウントしてください。

≪問1-1で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問1-3　 t-PA治療の実施可能状況は下記のうちどちらですか。（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　02の場合

≪問1-3で「02」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問1-4　 実施可能時間帯について記載してください。 |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 |
| 日勤帯 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜勤帯 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　【凡例】○：可能である（オンコール含む）　×：可能でない

|  |
| --- |
| ２．血栓回収療法についてお伺いします。 |

★

|  |
| --- |
| **問2　貴施設において、急性期脳梗塞に対する血栓回収療法は実施可能ですか。****（単一回答）** |
| 回答を選択してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　02の場合

（問３へ）

≪問2で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問2-1　平成29年4月1日～平成30年3月31日の急性期脳梗塞で血栓回収療法を実施した入院患者数を記入してください。 |
| （　ここをクリックして入力。　人）うち転院搬送によるもの（　ここをクリックして入力。　人） |

（注）同一人が複数回入院した場合は、複数人としてカウントしてください。

≪問2-1で転院搬送によるものが1人以上ある場合≫

|  |
| --- |
| 問2-2　 転院搬送によって血栓回収療法を実施した入院患者の転送元医療機関別受け入れ人数を記入してください。 |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |

（注）同一人が複数回入院した場合は、複数人としてカウントしてください。

≪問2-1で転院搬送によるものが1人以上ある場合≫

|  |
| --- |
| 問2-3　 問2-2で回答した入院患者のうち、Drip-and-Ship※３を実施した患者数を記入してください。 |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |
| （　入力項目　）病院 | （　入力項目　人） | （　入力項目　）病院 | （入力項目　人） |

（注）同一人が複数回入院した場合は、複数人としてカウントしてください。

　※３　Drip-and-Ship：t-PA治療を開始した上で、より専門的な治療が可能な施設に患者を搬送すること。

≪問2で「01」を選ばれた場合のみ≫

★

|  |
| --- |
| **問2-4　急性期脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能状況は下記のうちどちらですか。（単一回答）** |
| 回答を選択してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　02の場合

≪問2-4で「02」を選ばれた場合のみ≫

★

|  |
| --- |
| **問2-5　 実施可能時間帯について記載してください。** |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 |
| 日勤帯 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜勤帯 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　【凡例】○：可能である（オンコール含む）　×：可能でない

|  |
| --- |
| 問3　貴施設において、急性期脳梗塞に対する血栓回収療法のための転院搬送に関して、他院との連携関係※４がありますか。（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　02の場合

（問４へ）

≪問3で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問3-1　具体的な連携形態について記入してください。 |
| 【連携先病院】【連携方法】 |

　※４：　ここでの「連携関係」とは、脳卒中診療に精通した医師による診断支援を行う関係を有していることや、転院搬送に係る取決めが病院間でなされていることなど、日頃から転院搬送を迅速に行える体制が整っている関係をいいます。

|  |
| --- |
| ３．脳卒中診療に関する体制についてお伺いします。 |

|  |
| --- |
| 問4　貴施設における急性期脳卒中診療に主に従事する以下の医師数は何人ですか。（重複のないようにご記入ください。） |
| 神経内科医 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 脳神経外科医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 救急医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| その他の科の医師 |  |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |

（注）非常勤とは、常勤でなくても週に１回以上の診療を行っている場合を指すものとする。

|  |
| --- |
| 問5　問4で回答していただいた医師数の中で脳血管内治療専門医※５の医師数は何人ですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（重複のないようにご記入ください。） |
| 神経内科医 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 脳神経外科医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 救急医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| その他の科の医師 |  |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |

※５　脳血管内治療専門医：ここでは日本脳神経血管内治療学会の指導医及び専門医を指すものとする。

（注）非常勤とは、常勤でなくても週に１回以上の診療を行っている場合を指すものとする。

|  |
| --- |
| 問6　問4で回答していただいた医師数の中で脳血管内治療専門医に準じる経験を有する医師※６の医師数は何人ですか。（重複のないようにご記入ください。） |
| 神経内科医 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 脳神経外科医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| 救急医　 （人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| その他の科の医師 |  |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |
| （診療科名）科（人数人） | 【内訳】常勤（人数人）非常勤（人数人） |

※６　脳血管内治療専門医に準ずる経験を有する医師：ここでは、「経皮経管的脳血栓回収用機器　適正使用指針　第２版　2015年４月」に規定されている専門医試験受験資格に相当する経験、すなわち100例の脳血管内治療（うち術者20例、血行再建術15例）の経験を有する医師を指すものとする。

（注）非常勤とは、常勤でなくても週に１回以上の診療を行っている場合を指すものとする。

|  |
| --- |
| ４．医療情報の共有についてお聞きします。 |

|  |
| --- |
| 問8　貴施設では、脳卒中診療に際してICTを活用した情報共有ツール※７を導入していますか。（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

　　　※７　PACSからの医療画像や文字を用いて、利用者が相互に医療情報を共有できる機能を有するコミュニケーションプラットフォームとしてのアプリケーション。（Joinなどのアプリケーション）

　　　　　　注　地域で電子カルテ情報等を共有する仕組みであるEHR（Electronic Health Record）とは異なる。

≪問8で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問8-1　導入しているアプリケーション名を記入してください。  |
| （アプリケーション名を入力） |

≪問8で「01」を選ばれた場合のみ≫

|  |
| --- |
| 問8-2　具体的な活用方法について当てはまるものに○を付けてください。　　（複数回答可） |
| 　・　脳卒中診療に精通している医師による診断支援（　院内の医師のみ　/　他院の医師を含む　）　・　医療画像を含む患者情報の共有（　院内のみ　/　他院を含む　）　・　空床情報の共有　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 問9　東京都では、ICTを活用した情報共有ツールを利用して、転院搬送時の画像情報等の共有などの脳卒中医療連携に活用する医療機関に対し、導入に係る初期費用の一部を補助する補助事業を実施します。（詳細は別紙参照）　　　貴施設では、補助金を活用して、ツールを導入する意向はありますか。　　（単一回答） |
| 回答を選択してください。 |

|  |
| --- |
| その他自由意見 |

|  |
| --- |
| 東京都の脳卒中医療連携推進事業に関して、御意見がございましたら、御自由にお書きください。 |
|  |

設問は以上です。お忙しいところご協力いただき、誠に有難うございました。

　平成３０年１１月２日（金曜日）までにご提出下さい。