

1. 目的

- 脳血管内治療実施のための転院搬送を円滑に行うため、脳血管内治療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。
- t-PA治療や脳血管内治療に関する医療機関の取組状況等を把握し、今後の搬送体制検討の資料とする。

2. 調査方法・時期

- 調査の発送・回収・集計は業者委託を想定。
- 東京都脳卒中急性期医療機関(A,B)宛てに郵送する。
- 回答は、原則として脳卒中診療に関わる医師に依頼する。
- 調査実施時期は、平成30年6月～7月頃を予定。

3. 調査項目

- 「★」印付の項目については、病院名を明らかにした「医療機関リスト」として、脳卒中急性期医療機関(A施設)において共有する。
- その他の項目は、搬送体制の検討に用いる。調査結果を公表する際には、個々の病院が特定されることのないようにする。

I t-PA治療について

- t-PA治療の実施状況
- 平成29年度のt-PA治療実施件数
- t-PA治療の実施可能時間帯

II 脳血管内治療について

- ★ 4. 脳血管内治療実施状況
- 5. 平成29年度の脳血管内治療実施件数
- 6. 5のうち、転院搬送の件数
- 7. 6のうち、Drip-and-Shipを実施した件数
- ★ 8. 脳血管内治療実施可能時間帯
- 9. 転院搬送に関する他院との連携関係の有無・その形態

III 脳卒中診療体制について

- 急性期脳卒中診療に関わる医師数
- 脳血管内治療専門医数(準じる経験を有する医師数)

IV 医療情報の共有について

- ICTを活用した情報共有ツール導入状況・活用状況
- ICTを活用した情報共有ツール導入に係る補助事業利用の意向

その他 自由意見

【医療機関リストのイメージ】

東京都脳卒中急性期医療機関 脳血管内治療対応医療機関リスト													〇〇部	
医療機関名	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日		日曜日・ 祝日	
	日勤帯	夜勤帯	日勤帯	夜勤帯										
A病院	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	×	×	×	×
B病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C病院	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×
D病院	○	×	○	○	○	×	×	×	○	○	○	×	○	×
E病院	○	×	×	×	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×
⋮														

【凡例】「○」・・・脳血管内治療を実施できる(オンコール含む) 「×」・・・脳血管内治療を実施できない