

脳血管内治療に関する状況調査

- 本調査は、脳血管内治療実施のための転院搬送を円滑に行うため、各医療機関の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」を作成するとともに、東京都脳卒中医療連携協議会が、脳血管内治療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することを目的として実施するものです。
- 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、集計等の業務のうち一部を【委託業者名】に委託して実施します。
- 設問番号横に「★」印が付いている設問の回答については、脳血管内治療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 月 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】

- 本調査における脳血管内治療とは、脳血管疾患に対する経皮的なカテーテル治療のことを指します。
- 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、急性期の脳卒中診療に関わる医師が回答してください。

【提出先】

郵送の場合（同封の返信用封筒をご利用ください。）

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

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 行

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

【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		病床数	
	所在地	〒		
	回答者名		診療科・役職	
	電話番号		FAX番号	
	Eメールアドレス			

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)

01 東京都脳卒中急性期医療機関である 02 東京都脳卒中急性期医療機関ではない

「01」を選ばれた場合のみ

(問 2 へ)

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)

01 脳卒中 A 施設 02 脳卒中 B 施設

※ 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 (組織型プラスミノゲン・アクチペーター) 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

「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。

() 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。

「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)

01 365 日 24 時間可能である(オンコール含む) 02 時間や日によって可能である

「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. 脳血管内治療についてお伺いします。

★ **問 2 貴施設において、急性期虚血性脳卒中に対する脳血管内治療は実施可能ですか。(単一回答)**

01 可能である	02 可能でない
----------	----------

↓
↓

「問 2 で「01」を選ばれた場合のみ」
(問 4 へ)

問 2-1 平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日の急性期虚血性脳卒中で脳血管内治療を実施した入院患者数を記入してください。

() 人	うち転院搬送によるもの () 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 転院搬送によって脳血管内治療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。

() 病院	() 人	() 病院	() 人
() 病院	() 人	() 病院	() 人
() 病院	() 人	() 病院	() 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。

() 病院	() 人	() 病院	() 人
() 病院	() 人	() 病院	() 人
() 病院	() 人	() 病院	() 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 急性期虚血性脳卒中に対する脳血管内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)

01 365日24時間可能である(オンコール含む) 02 時間や日によって可能である

《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、脳血管内治療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)

01 連携関係がある 02 連携関係はない

《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関わ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 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

脳神経外科医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

救急医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

その他の科の医師

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 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 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

脳神経外科医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

救急医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

その他の科の医師

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 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 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

脳神経外科医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

救急医 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

その他の科の医師

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 人

() 科 () 人 【内訳】 常勤 () 人 非常勤 () 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7 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)

01 導入している

02 導入していない

※7 文字や医療画像を用いて、利用者が相互に医療情報を共有できる機能を有するアプリケーション。
(Join などのアプリケーション)

↓
《問7で「01」を選ばれた場合のみ》

問7-1 導入しているアプリケーション名を記入してください。

()

↓
《問7で「01」を選ばれた場合のみ》

問7-2 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
- ・ 医療画像を含む患者情報の共有
- ・ 空床情報の共有
- ・ その他 ()

問8 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。

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)

01 今年度中に導入したい

02 来年度以降導入したい

03 導入の意向はない

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 月 日(曜日)までにご提出下さい。