

第2章

東京都脳卒中救急搬送体制実態調査の概要

1. 調査の目的

東京都脳卒中救急搬送体制について、その運用状況や課題を把握し、今後の脳卒中患者の救急搬送と急性期医療の充実に向けた検討に資する基礎資料とすることを目的とする。

2. 調査対象及び調査期間

■調査期間

平成 24 年 2 月 13 日（月曜日）8 時 30 分から平成 24 年 2 月 20 日（月曜日）8 時 30 分まで
いずれも救急隊覚知（119 番通報）時刻

■調査対象

調査期間中に、東京都脳卒中急性期医療機関及び東京都指定二次救急医療機関へ救急隊が搬送した全事案を対象とした。

医療機関 : 255 施設
(東京都脳卒中急性期医療機関、東京都指定二次救急医療機関)
救急隊 : 234 隊
(東京消防庁、稲城市消防本部)

■調査方法

搬送先医療機関の選定方法や搬送時間、救急隊の判断と確定診断、治療内容などについて、救急隊と医療機関の双方に調査を実施し、それらを突合することにより、脳卒中救急搬送の実態を分析した。

3. 回答状況

1. 回答状況

1.1. 調査対象と回収率

- ・ 救急隊：東京消防庁 233 隊、稲城市消防本部、合計 234 隊を対象とした。
- ・ 医療機関：東京都指定二次救急医療機関、東京都脳卒中急性期医療機関、計 255 施設（指定二次救急医療機関 255 施設のうち、脳卒中急性期医療機関が 159 施設）のうち、調査期間中に救急患者の受入実績があった 253 施設を対象とした。
- ・ 救急隊、医療機関ともに回収率は 100%であった。

表 1-1. 調査対象・回収状況

区 分	救急隊	医療機関
調査対象	234	255
救急搬送受入なし	N/A	2
回収救急隊／医療機関数	234	253
回収率	100%	100%

1.2. 分析対象

- ・ 東京都脳卒中救急搬送体制では、P3で紹介したとおり、救急隊が重症度判断を行い、「重症以上（例えば、意識レベルⅢ桁以上）」の場合は三次救急に搬送する。また、「中等症以下」の場合には、脳卒中疑いありは東京都脳卒中急性期医療機関に搬送し、それ以外は二次救急に搬送する。
- ・ このため本調査の主たる分析対象を、調査対象期間外、医療機関の調査票がないもの、転院搬送、転送、脳卒中疑い有無の判断者が救急隊以外の患者を除き、中等症以下の10,013例とした。また、平成22年の調査と比較に資する項目については、重症例947例を含む10,960例を分析対象とした。
- ・ なお、平成22年の数値は、東京都脳卒中救急搬送体制実態調査報告書（平成23年3月）で件数あるいは割合（%）が明記されている項目のみ示した。

表 1-2. 分析除外・対象数

区 分		救急隊	医療機関
調査票回収件数		12,680	12,011
除 外	調査対象期間外 注1)	7	10
	医療機関調査票なし	672	
	転院搬送 注2)	745	745
	転送 注3)	70	70
	救急隊以外による判断	226	226
分析対象	重症以上含む	10,960	10,960
	内) 脳卒中疑い 注4)	402	402
	内) 脳卒中 注5)	398	398
	中等症以下	10,013	10,013
	内) 脳卒中疑い 注4)	386	386
	内) 脳卒中 注5)	327	327

注1) 調査対象期間外：平成24年2月13日8時30分～同2月20日8時30分の期間外の覚知例。

該当の医療機関調査票10件の内3件は救急隊の調査票は未回収

注2) 転院搬送：調査票に転院元医療機関名の記載がある

注3) 転送：直接搬送後の転送

注4) 重症含む10,960例、または中等症以下10,013例のうち、救急隊による脳卒中疑い

注5) 重症含む10,960例、または中等症以下10,013例のうち、医療機関で脳卒中と診断された患者

参考 調査票様式 (医療機関用)

東京都脳卒中救急搬送体制実態調査 調査票(4枚つづり)

(調査期間:平成24年2月13日8時30分から平成24年2月20日8時30分まで 全救急搬送症例)

医療機関自由記載欄
※記載例:カルテ№等

【1枚目→医療機関記入後、都へ提出】

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄

A 傷病者氏名(カナ) _____

B 年齢 _____ 歳

C 性別 (男 女)

D 救急隊名 _____ 隊

E 覚知日時 _____ 月 日 時 分

F 医療機関到着日時 _____ 月 日 時 分

G 転院搬送の場合 → 転院元医療機関: _____

H 搬送先医療機関: _____
 転帰 (収容 転送 → 転送先医療機関: _____)

※該当するものが複数あるときは、搬送の原因となった主要な疾患名を一つだけチェックしてください。

大項目	疾病名等	コード	チェック欄	
脳神経疾患	てんかん	A001	<input type="checkbox"/>	
	急性硬膜下血腫	A002	<input type="checkbox"/>	
	慢性硬膜下血腫	A003	<input type="checkbox"/>	
	脳髄膜炎	A004	<input type="checkbox"/>	
	陳旧性脳卒中	A005	<input type="checkbox"/>	
その他の脳神経疾患 A900 <input type="checkbox"/>				
内分泌代謝疾患	低血糖	B001	<input type="checkbox"/>	
	高血糖	B002	<input type="checkbox"/>	
	甲状腺機能亢進症	B003	<input type="checkbox"/>	
	甲状腺機能低下症	B004	<input type="checkbox"/>	
	脱水	B005	<input type="checkbox"/>	
	電解質異常	B006	<input type="checkbox"/>	
	その他の内分泌代謝疾患		B900	<input type="checkbox"/>
	循環器疾患			
心不全		C001	<input type="checkbox"/>	
虚血性心疾患		C002	<input type="checkbox"/>	
不整脈		C003	<input type="checkbox"/>	
高血圧		C004	<input type="checkbox"/>	
低血圧		C005	<input type="checkbox"/>	
大動脈瘤		C006	<input type="checkbox"/>	
その他の循環器疾患		C900	<input type="checkbox"/>	
消化器疾患				
胃腸疾患		D001	<input type="checkbox"/>	
肝不全		D002	<input type="checkbox"/>	
胆石・胆のう炎		D003	<input type="checkbox"/>	
その他の消化器疾患		D900	<input type="checkbox"/>	
呼吸器疾患				
肺炎		E001	<input type="checkbox"/>	
閉塞性肺炎		E002	<input type="checkbox"/>	
その他の呼吸器疾患		E003	<input type="checkbox"/>	
筋骨格系疾患				
頸椎症		F001	<input type="checkbox"/>	
その他の筋骨格系疾患		F002	<input type="checkbox"/>	
腎泌尿器疾患				
腎不全		G001	<input type="checkbox"/>	
尿路感染症		G002	<input type="checkbox"/>	
その他の腎泌尿器疾患		G900	<input type="checkbox"/>	
産婦人科疾患				
子宮外妊娠		H001	<input type="checkbox"/>	
その他の産婦人科疾患		H900	<input type="checkbox"/>	
精神・行動障害				
認知症		I001	<input type="checkbox"/>	
その他の精神・行動障害		I900	<input type="checkbox"/>	
中毒				
アルコール		J001	<input type="checkbox"/>	
薬物		J002	<input type="checkbox"/>	
CO中毒		J003	<input type="checkbox"/>	
その他の中毒		J900	<input type="checkbox"/>	
悪性新生物				
悪性新生物		K001	<input type="checkbox"/>	
耳鼻科疾患				
耳鼻科疾患		L001	<input type="checkbox"/>	
眼科疾患				
眼科疾患		M001	<input type="checkbox"/>	
外傷				
頭部		N001	<input type="checkbox"/>	
その他の外傷		N900	<input type="checkbox"/>	
心肺停止				
心肺停止		O001	<input type="checkbox"/>	
確定診断に至らない症候名等				
痙攣		Y001	<input type="checkbox"/>	
めまい		Y002	<input type="checkbox"/>	
失神		Y003	<input type="checkbox"/>	
意識障害		Y004	<input type="checkbox"/>	
頭痛		Y005	<input type="checkbox"/>	
脱力		Y006	<input type="checkbox"/>	
その他の症状等		Y900	<input type="checkbox"/>	
その他		Z900	<input type="checkbox"/>	

※その他の場合は詳細をご記入ください。

医療機関記入欄

A 医療機関名 _____

B 診療科名 _____

C 担当医師(カナ) _____

D 確定診断 ※入院の場合は入院1週間後の又は退院時の診断。
 外来のみの場合は外来診療終了時点の診断。
 脳卒中でない
 脳卒中である(外傷性を含まない)
 ※左欄の疾病名等にチェックする。以下の記入は不要。

E 脳卒中の種類
 TIA ※24時間以内に症候が消失したもの。画像所見は問わない。
 脳梗塞
 脳出血
 くも膜下出血

F 発症日時 { 明らかな場合 } _____ 月 日 時 分
 { 推定できる場合 }
 →推定理由: 最終無事確認時刻
 就寝時刻
 その他 ()
 不明

G CTもしくはMRIをとった場合の開始時刻 _____ 月 日 時 分
 ※CTもしくはMRIのうち、先に行った検査の開始時刻を記入すること。

H 治療内容(入院後1週間以内に実施)

1 t-PA静注療法 有 →開始時刻 _____ 月 日 時 分
 (脳梗塞のみ) 無 →理由(複数回答可)
 適応時間を越えていたため
 軽症又は症状の急激な改善
 禁忌の項目があったため
 慎重投与の項目があったため
 本人・家族の同意が得られなかったため
 その他 ()

2 脳血管内治療 有 無

3 脳外科手術 有 無

I 転帰
 外来診療のみの場合 → 外来診療終了時点の転帰
 1 病状(発症時と比較して)
 改善 不変 増悪 死亡
 2 状況
 外来診療後、帰宅
 転送 (理由 脳外科手術が必要
 その他の専門的治療が必要
 その他)
 ※転送先医療機関名 _____

入院した場合 → 入院1週間後の転帰 又は 退院時の転帰
 1 リハビリ開始日 _____ 月 _____ 日
 ※脳血管疾患等リハビリテーション料等の算定開始日
 2 病状(入院時と比較して)
 改善 不変 増悪 死亡
 3 状況
 入院中 退院
 転院 (理由 脳外科手術が必要
 その他の専門的治療が必要
 その他)
 ※転院先医療機関名 _____

※救急隊記入後、1枚目、2枚目を医療機関へ渡す。 ➡

※医療機関記入後、1枚目を都へ提出。
 2枚目は医療機関で保管してください。

東京都脳卒中救急搬送体制実態調査 調査票(4枚つづり)

(調査期間:平成24年2月13日8時30分から平成24年2月20日8時30分まで 全救急搬送症例)

【3枚目→医療機関記入後、都へ提出】

医療機関自由記載欄
※記載例:カルテ№等

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄

A 傷病者氏名(カナ) _____

B 年齢 _____ 歳

C 性別 (男 女)

D 救急隊名 _____ 隊

E 覚知日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

F 医療機関到着日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

G 転院搬送の場合 → 転院元医療機関: _____

H 搬送先医療機関: _____
 転帰 (収容 転送 → 転送先医療機関: _____)

※H「搬送先医療機関」転帰で転送の場合のみ、以下の記載不要。

I 事故概要・発症情報

・突然の激しい頭痛の有無 (無 有 不明)
 ・突然の意識障害の有無 (無 有 不明)
 ・突然の激しいめまいの有無 (無 有 不明)

J 重症度判断 ※必須項目
 重症以上と判断
 中等症以下と判断

K 中等症以下の場合: 脳卒中判断(疑いを含む)
 1 判断者 救急隊 救急隊以外(医師)
 2 判断内容 脳卒中と判断した 脳卒中と判断しなかった

L 観察項目

1 JCS 清明 1 2 3 10 20 30 100 200 300)
 2 呼吸 _____ 回/分 →性状: 正常 異常)
 3 脈拍 _____ 回/分 →性状: 整 不整)
 4 血圧 _____ / _____ mmHg)
 5 SPO2 _____ % 心電図 (整 不整)
 6 顔貌 (正常 異常 →性状:蒼白・紅潮・無表情・チアノーゼ)
 7 CPSS 顔面のゆがみ (無 有 不明)
 上肢の麻痺 (無 有 不明)
 言語障害の有無 (無 有 不明)

8 下肢の麻痺 (無 有 不明)
 9 嚥下障害の有無 (無 有 不明)
 10 瞳孔の大きさ (右 _____ mm 左 _____ mm)
 11 対光反射 右(正常 にぶい 反射なし)
 左(正常 にぶい 反射なし)
 12 偏視 (無 有 →性状:)
 13 眼瞼下垂 (無 有 不明)
 14 外傷 (無 有 →部位:)

15 その他の症状
 嘔気 嘔吐 痙攣 失禁 冷汗 痺れ(感覚障害)
 垂涎 視覚(視力・視野)障害 その他()

16 既往症の有無 (無 有 不明)
 →有の場合(複数回答可):
 脳卒中 (→ 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 不明)
 高血圧症 糖尿病 心疾患
 その他()

M 搬送先医療機関を選定した理由
 三次救急医療機関 脳卒中A 脳卒中B
 二次救急・その他(→科目:)

N 医療機関選定者
 救急隊 警防本部 医師 ()
 傷病者・家族等 (→理由: かかりつけ希望 特定の医療機関希望)

O 医療機関選定回数・所要時間 箇所 分

P 医療機関連絡経過 ※脳卒中急性期医療機関を選定した場合のみ記入

1 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 2 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 3 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 4 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 5 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本

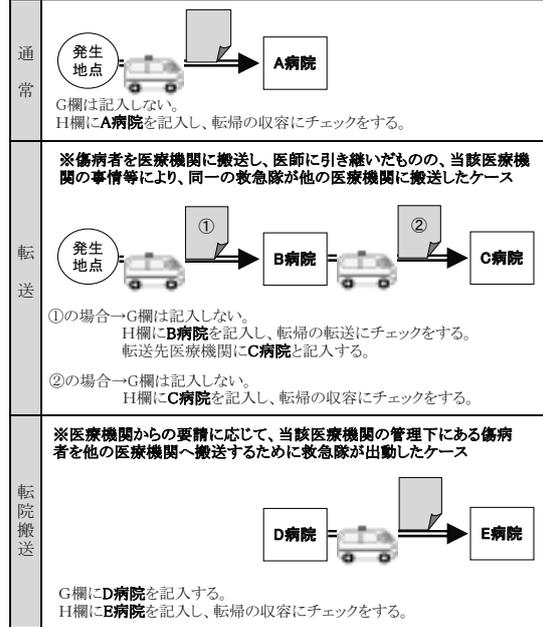
＜記入上の注意事項＞

※E欄、F欄の時間数は0～24で記入すること。

○ 14時 × 午後2時

※F欄は医師への引き継ぎ時間を含まない。

※G欄、H欄は以下のとおり記入すること。



※I欄は事故の概要、傷病者の状況等を簡潔に記入すること。

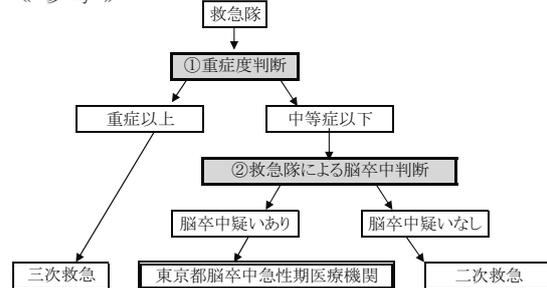
※K欄は、傷病者の症状等により脳卒中かどうかの判断について記入する。

例)現場にいた往診医師が脳卒中と判断した。

→判断者は救急隊以外(医師)にチェックする。

判断内容は脳卒中と判断したにチェックする。

＜参考＞



※M欄は、どの医療機関を選定したかを記入する。

例)三次救急医療機関でもあるF病院を、脳卒中A病院として選定した。

→脳卒中Aにチェック

例)脳卒中A病院でもあるG病院を、外科病院として選定した。

→その他にチェックし、診療科目名を「外科」と記入する。

※N欄は、誰が医療機関を選定したかを記入する。

※P欄で、6件以上の医療機関に連絡をとった場合は別紙に記入すること。

※救急隊記入後、3枚目を都へ提出。
 4枚目は救急隊で保管。