

令和 6 年度青森県脳卒中医療状況調査 実施要領

1 目的

脳卒中急性期医療対策を検討するにあたり、青森県の脳卒中患者の状況（救急搬送、転院搬送、治療内容等）を把握する。

2 調査期間

令和 5 年 1 月 1 日から令和 5 年 12 月 31 日

3 対象患者及び調査内容

(1) 消防本部

脳血管疾患で救急搬送及び転院搬送された患者の市町村別及び疾患別の搬送件数と医療機関ごとの内訳件数

(2) 脳卒中急性期医療機関

- ①急性期脳卒中患者（症状に気付いてから 7 日以内の入院患者）の疾患別治療件数、脳卒中発症前的高血圧既往状況、脳卒中発症時の心房細動合併状況について
- ②脳卒中患者の急性期病院退院時 mRS（モディファイド・ランキン・スケール）について
- ③脳卒中患者の急性期から回復期を経由して維持期に移行した時点の転帰について

4 調査対象機関

(1) 消防本部 11 施設

青 森 圏 域：青森地域広域事務組合消防本部

津 軽 圏 域：弘前地区消防事務組合消防本部

八 戸 圏 域：八戸地域広域市町村圏事務組合消防本部

西北五圏域：五所川原地区消防事務組合消防本部、鱒ヶ沢地区消防事務組合消防本部、つがる市消防本部

上十三圏域：十和田地域広域事務組合消防本部、北部上北広域事務組合消防本部、中部上北広域事業組合消防本部、三沢市消防本部

下 北 圏 域：下北地域広域行政事務組合消防本部

(2) 脳卒中急性期医療機関（青森県脳卒中对策協議会委員所属医療機関） 11 施設

青森県立中央病院、青森市民病院、弘前大学医学部附属病院、弘前脳卒中・リハビリテーションセンター、黒石市国民健康保険黒石病院、八戸市立市民病院、八戸赤十字病院、十和田市立中央病院、つがる総合病院、むつ総合病院、青森新都市病院

5 調査様式

(1) 消防本部

様式 1 救急搬送状況調査、様式 2 転院搬送状況調査

(2) 脳卒中急性期医療機関

様式 3 脳卒中医療に関する医療機関における状況調査票

6 回答期限

調査票にとりまとめ、令和6年7月17日（水）までに、がん・生活習慣病対策課にメールにて回答する。

7 その他

調査結果については、令和6年度青森県脳卒中対策協議会で報告する。

(様式1)

救急搬送状況調査

(消防本部用調査 令和5年分)

消防本部名

記入者

E-mail

連絡先

<記入例>

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			××病院	△△病院	□□病院	その他
〇〇町	脳梗塞	100	55	20	10	15
	脳出血	30	18	12		
	くも膜下出血	15	5	8		2
	その他の脳血管疾患	40	38		2	
	総計	185	116	40	12	17

<記入要領>

- ① 令和5年(R5.1.1~R5.12.31)の、市町村別、脳血管疾患別の救急搬送件数と、医療機関ごとの内訳を御記入ください。
- ② 件数は、医療機関搬送時の初診時傷病名ことで構いません。
その際、「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」以外は、「虚血性」によるものは「脳梗塞」に、「出血性」によるものは「脳出血」に計上してください。
- ③ 搬送件数合計のうち、搬送先医療機関の内訳を御記入ください。
(搬送先医療機関の内訳は、公表しません。事務局内部においてのみ使用します。)
- ④ 外傷は入れないでください。
- ⑤ 「その他の脳血管疾患」欄は、別添「その他の脳血管疾患の例」を参考に記入してください。
また、「その他の脳血管疾患の例」にない疾患がある場合で、「その他の脳血管疾患」に該当すると思われる疾患がある場合は、計上した疾患名を御記入ください。

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				

○「その他の脳血管疾患」に計上した疾患名

・
・
・

～御協力ありがとうございました。下記あてお送りください。～

担当 青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課

健やか力推進グループ 主査 佐藤 愛美

TEL 017-734-9212 (直通) FAX 017-734-8045

E-mail emi_sato@pref.aomori.lg.jp

提出期限：令和6年7月17日(水)

(様式2)

転院

搬送状況調査

(消防本部用調査 令和5年分)

消防本部名

記入者

E-mail

連絡先

<記入例>

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			××病院	△△病院	□□病院	その他
〇〇町	脳梗塞	100	55	20	10	15
	脳出血	30	18	12		
	くも膜下出血	15	5	8		2
	その他の脳血管疾患	40	38		2	
	総計	185	116	40	12	17

<記入要領>

- ① 令和5年(R5.1.1~R5.12.31)の、市町村別、脳血管疾患別の転院搬送件数と、医療機関ごとの内訳を御記入ください。
- ② 件数は、搬送元の医療機関からの連絡で、病名が判明したもので構いません。
その際、「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」以外は、「虚血性」によるものは「脳梗塞」に、「出血性」によるものは「脳出血」に計上してください。
- ③ 搬送件数合計のうち、搬送先医療機関の内訳を御記入ください。
(搬送先医療機関の内訳は、公表しません。事務局内部においてのみ使用します。)
- ④ 外傷は入れないでください。
- ⑤ 「その他の脳血管疾患」欄は、別添「その他の脳血管疾患の例」を参考に記入してください。
また、「その他の脳血管疾患」にない疾患がある場合で、「その他の脳血管疾患」に該当すると思われる疾患がある場合は、計上した疾患名を御記入ください。

市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				
市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				
市町村名	脳血管疾患 疾病名	搬送件数合計	搬送医療機関の内訳			
			病院	病院	病院	その他
	脳梗塞	0				
	脳出血	0				
	くも膜下出血	0				
	その他の脳血管疾患	0				
	総計	0				

○「その他の脳血管疾患」に計上した疾患名

・
・
・

～御協力ありがとうございました。下記あてお送りください。～

担当 青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課

健やか力推進グループ 主査 佐藤 愛美

TEL 017-734-9212 (直通) FAX 017-734-8045

E-mail emi_sato@pref.aomori.lg.jp

提出期限：令和6年7月17日(水)

その他の脳血管疾患の例

【消防機関調査用】

該当 ⇒「その他の脳血管疾患」へ記入	非該当 ⇒「記入しない」
意識障害（「脳が原因」及び「原因不明」） 一過性脳虚血発作 ウェアレンベルグ症候群 海綿状血管腫疑い 高血圧性脳症 左片麻痺 心原性脳梗塞 椎骨脳底動脈循環不全 頭蓋内出血（外傷が明らかなものを除く） 脳幹梗塞 脳血管障害 脳血管障害疑い 脳卒中 脳卒中疑い 脳卒中再発疑い 脳動脈瘤 脳貧血（「脳が原因」及び「原因不明」） 慢性脳循環不全	意識障害（脳以外が原因であることが明らかなもの） 硬膜下血腫（急性、慢性） 硬膜外血腫（急性、慢性） 頭蓋内出血（外傷性のもの） 脳梗塞後遺症 脳腫瘍 脳挫傷 脳貧血（脳以外が原因であることが明らかなもの）

(様式3)

脳卒中医療に関する医療機関における状況調査票【令和5年分】

医療機関名 _____ 記入者 _____
連絡先 _____ E-mail _____

1. 貴施設の急性期脳卒中患者（症状に気づいてから7日以内の入院患者）の疾患別治療件数についてお答えください。【令和5年（R5.1.1～R5.12.31）分】

治療件数 疾病名	入院 治療件数	内 訳 ※4					備考 ※6
		手術療法	血栓 溶解療法	血管内治療 ※5	再掲 血栓回収療法	その他	
一過性脳虚血発作 (TIA)							
脳梗塞 ※1							
再掲 心原性脳塞栓症							
脳出血							
くも膜下出血 ※2							
その他 ※3							
総計							

- ※1 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数を含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数も記載してください。
※2 「くも膜下出血」におけるコイル塞栓術は、手術療法に計上してください。
※3 「その他」の疾病には、硬膜下血腫、硬膜外血腫、各種疾病後遺症は含まないでください。
※4 内訳には、貴院において行った治療件数を記載してください（他院治療分は含めないよう注意してください）。
※5 「血管内治療」の件数には、「血栓回収療法」の件数も含めて計上してください。
※6 1名の患者につき、複数の治療を併用した場合は、備考欄に併用した治療名及び治療件数を記入してください。

2. 貴施設の急性期脳卒中患者（症状に気づいてから7日以内の入院患者）についてお答えください。
なお、(1)、(2)の合計欄は、1の各疾病の合計と同数となるように集計してください。

(1) 脳卒中発症前の高血圧既往状況について

高血圧 既往状況 疾病名	高血圧 既往あり	内 訳				高血圧既往なし	不明	合計
		服薬中	服薬中断	服薬なし	不明			
一過性脳虚血発作 (TIA)	0							0
脳梗塞 ※7	0							0
再掲 心原性脳塞栓症	0							0
脳出血	0							0
くも膜下出血	0							0

- ※7 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数も含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数を記載してください。

【定義】高血圧既往あり：発症前から高血圧症であることが明らかなもの

- 服薬中：発症前から降圧剤を服薬中であることが明らかなもの
服薬中断：発症前に降圧剤の処方があるが、発症時点で服薬していないことが明らかなもの
服薬なし：発症時点で降圧剤を服薬していないことが明確なもの
不明：降圧剤の服薬あり・なしを断定できないもの

高血圧既往なし：発症前の血圧が高血圧症に該当していなかったことが明らかなもの

(2) 脳卒中発症時の心房細動合併状況について

心房細動 合併状況 疾病名	心房細動あり	内 訳			心房細動 確認できず	合計
		発症前から指摘あり	発症後確認	治療あり 治療なし		
脳梗塞	0					0

【定義】心房細動あり：心電図上、心房細動が確認できたものや現在も治療していることが明らかなもの

- 発症前から指摘あり
治療あり：抗凝固療法等による治療が明確なもの
治療なし：指摘されていても未受診等により治療していないもの
発症後確認：発見される機会がなく、初めて明らかになったもの

（３）脳卒中患者の急性期病院退院時mRSについて

※表を埋めなくても、個人情報を除き、患者毎に疾病名とmRSがわかるデータを提供していただければ事務局で集計します。

※急性期病院入院中に死亡した患者（mRS 6）は、【死亡】の欄にご記入ください。

【急性期から回復期移行時】※8

疾病名	mRS								計
	0	1	2	3	4	5	6	不明	
脳梗塞 ※9									0
再掲 心原性脳塞栓症									0
脳出血									0
くも膜下出血									0

※8 「急性期から回復期移行時」とは、急性期病棟から回復期病棟への転科、リハビリ病院・老健施設等への転院を指します。

※9 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数を含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数も記載してください。

【急性期から維持期移行時】※10

疾病名	mRS								計
	0	1	2	3	4	5	6	不明	
脳梗塞 ※11									0
再掲 心原性脳塞栓症									0
脳出血									0
くも膜下出血									0

※10 「急性期から維持期移行時」とは、急性期病棟から自宅や療養施設等への退院を指します。

※11 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数を含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数も記載してください。

【死亡】

疾病名	mRS
	6
脳梗塞 ※12	
再掲 心原性脳塞栓症	
脳出血	
くも膜下出血	

※12 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数を含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数も記載してください。

（４）脳卒中患者の急性期から回復期を経由して維持期に移行した時点の転帰について

（※弘前脳卒中・リハビリテーションセンター、青森県立中央病院、青森市民病院、青森新都市病院のみ回答）

疾病名	転帰	自宅等 ※12	転院 ※13 〔施設、 リハビリ病院等〕	死亡	不明	合計
脳梗塞 ※14						0
再掲 心原性脳塞栓症						0
脳出血						0
くも膜下出血						0

※12 「自宅等」には、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）を含みます。

※13 「転院」とは、上記※11以外の施設やリハビリ病院等へ移ったものを指します。

※14 「脳梗塞」の件数には、「心原性脳塞栓症」の件数を含めて計上し、別途「心原性脳塞栓症」の件数も記載してください。

～御協力ありがとうございました。御記入いただいた調査票は下記までお送りください。～

担当 青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課

健やか力推進グループ 主査 佐藤 愛美

TEL 017-734-9212（直通） FAX 017-734-8045

E-mail emi_sato@pref.aomori.lg.jp

提出期限：令和6年7月17日（水）