



はじめに

②

調査への回答

施設情報

Q01. 施設名等の基本情報、およびご連絡先についてご回答ください。

施設名 *

都道府県 *

施設代表電話番号 *

ホームページ等に記載された貴施設の代表電話番号を括弧、ハイフンなしでご記入ください。

施設ID

協力依頼メールの貴施設名前に書かれた番号をご記入ください。不明な場合は空欄で結構です。

ご連絡先

※ 記載内容について疑義がある場合、ご連絡させていただくことがございます。

ご部署 *

お名前 *

メールアドレス *

Q02. 貴施設全体の病床数について、あてはまるものをご回答ください。 *

Q03. 貴施設の学会施設認定について、あてはまるものを選択してください。（複数選択可） *

1. 日本脳卒中学会 教育研修施設
2. 日本脳卒中学会 一次脳卒中センター
3. 日本脳神経外科学会 基幹施設
4. 日本脳神経外科学会 連携施設

- 5. 日本脳神経外科学会 関連施設
- 6. 日本神経学会 教育施設
- 7. 日本リハビリテーション医学会 研修施設
- 8. 日本循環器学会 研修施設
- 9. 日本循環器学会 研修関連施設
- 0. どれにも当てはまらない

Q04. 貴施設の施設基準について届出しているものを選択してください。（複数選択可）*

- 1. 脳血管疾患等リハビリテーション料 1
- 2. 脳血管疾患等リハビリテーション料 2
- 3. 脳血管疾患等リハビリテーション料 3
- 4. 入退院支援加算 1
- 5. 入退院支援加算 2
- 6. 地域連携診療計画加算
- 0. どれも届出していない

ストラクチャ指標

Q05. 貴院の人的要因について、常勤職員数をご記入ください。

他の項目と重複していても構いません。常勤職員がいない場合は「0」をご記入ください。

1. 日本脳卒中学会専門医（人）*

2. 日本脳神経外科学会専門医（人）*

3. 日本神経学会専門医（人）*

4. 日本リハビリテーション医学会専門医（人）*

5. 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師（人）*

6. 理学療法士（人）*

7. 作業療法士（人）*

8. 言語聴覚士（人）*

9. 社会福祉士*

10. 公認心理士・臨床心理士*

Q06. 専門的治療に関して、貴施設における2019年1～12月の実施件数をご記入ください。

実施していない場合は「0」をご記入ください。

1. 急性期脳卒中入院（件）*

発症7日以内の虚血性脳卒中、非外傷性脳内出血、くも膜下出血

2. SCU加算算定（件）*

超急性期脳卒中加算（入院初日に算定）の件数をご記入ください。

3. 急性期脳血管疾患等リハビリテーション（件）*

入院してから退院までの間に「脳血管疾患等リハビリテーション料」を算定した件数と、特定集中治療室管理料の「早期離床・リハビリテーション加算」を算定した件数を合算して記載してください。

注意) 3.~5.のリハビリテーション件数は、単位数や患者数ではなく、件数（延べ日数）をご記入ください。

例) 1人の患者が5単位を10日間実施している場合は10件とカウント
上記定義の件数を算出できない場合、ご入力は不要です。

4. 外来脳血管疾患等リハビリテーション（件）*

5. 回復期リハビリテーション（件）*

回復期リハビリテーション病棟において「脳血管疾患等リハビリテーション料」を算定した件数を記載してください。

Q07. インフラストラクチャについて、有無をご回答ください（2019年1~12月）。

1. 急性期脳血管疾患等リハビリテーション*

1. あり 2. なし

2. 外来脳血管疾患等リハビリテーション*

1. あり 2. なし

3. 回復期リハビリテーション*

1. あり 2. なし

4. 地域包括ケア病棟・病床*

1. あり 2. なし

5. 看護専門外来*

1. あり 2. なし

プロセス指標

Q08. 地域の医療従事者（医師・連携室看護師・訪問看護師・ケアマネジャー）との「脳卒中地域連携パス」の使用の有無をご回答ください。

また、「あり」と回答した場合は、連携パスのタイプごとの使用の有無、使用率等についてご回答ください。

脳卒中地域連携パス使用の有無 *

1. あり 2. なし

一方向型地域連携パス使用の有無 *

1. あり 2. なし

循環型地域連携パス使用の有無 *

1. あり 2. なし

（循環型：かかりつけ医と連携した定期診察・採血・投薬や検査を規定したパス）

その他地域連携パス使用の有無 *

1. あり 2. なし

脳卒中患者における「地域連携パス」の使用率（2019年） *

選択してください



脳卒中患者における「地域連携パス以外の連携ツール」の使用率（2019年） *

選択してください



Q09. 病院とかかりつけ医療機関の医療従事者の間で個別の患者の治療方針を共有していますか。

「共有している」と回答した場合は、Q10～Q12の設問にもご回答ください。 *

1. 共有している 2. 共有していない

（紹介状への治療方針の記載を含む）

Q10. 上記で「共有している」と回答した場合、医療従事者間で治療方針などの情報を共有していますか（複数選択可） *

1. 医師－医師間

2. 看護師－看護師間

3. 理学療法士－理学療法士間

4. その他

「4.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。

Q11. 病院とかかりつけ医療機関の医療従事者の間での連携ツールとして何を利用されていますか（複数選択可）*

- 1. 手帳・ノート
- 2. Excelファイル
- 3. クラウドデータベース
- 4. その他

「4.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。

Q12. 病院とかかりつけ医療機関の医療従事者の間での連携ツールで患者の個人情報を入力するのは誰ですか（複数選択可）。*

- 1. 病棟主治医
- 2. 外来主治医
- 3. 病棟看護師
- 4. リハビリスタッフ
- 5. その他

「5.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。

Q13. 急性期病院入院中の患者・家族指導の実施状況について、以下の項目の実施率をご回答ください。
(実施率は、貴施設の脳卒中患者における実施率です)

1. 脳卒中の疾患教育*

(病型と発症機序、危険因子、検査、治療の理解、救急車コール等)

2. 脳卒中危険因子の管理状況*

(血圧、脂質、血糖、BMI等)

3. セルフケアマネジメントの重要性*

(服薬、生活習慣、体重コントロール等)

4. 多職種チームによる情報提供*

(疾患管理の必要性、介護方法、ライフスタイル、福祉資源の紹介等)

5. ポリファーマシー解消の推進*

(処方見直し、内容やその理由の記載、指導等)

6. 緩和ケア*

7. ACP*

(アドバンスケアプランニング)

8. その他（自由記載）

Q14. 退院計画を立てる際に、退院後の重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価を実施していますか。*

1. 実施している 0. 実施していない

上記で「実施している」と回答した場合は、貴施設における以下のリスク評価項目について実施率をご回答ください。
(実施率は、脳卒中の対象患者における実施率です)

1. 血圧*

 ▼

2. 血液検査結果*

 ▼
(脂質、血糖、腎機能)

3. 生活習慣*

 ▼
(禁煙、禁酒)

4. 頸部血管イメージング*

 ▼
(頸部頸動脈狭窄所患者における定期的な頸部血管イメージング)

5. 頭蓋内血管イメージング*

 ▼
(頭蓋内動脈狭窄症患者における定期的な頭蓋内血管イメージング)

6. 内服コンプライアンス*

 ▼

7. 家族構成*

 ▼
(高齢独居など)

8. 脳卒中の入院歴*

 ▼

9. 心不全の入院歴*

 ▼

10. 非弁膜症性心房細動合併患者における血栓塞栓リスク*

 ▼
(CHADS₂スコア、CHA₂DS₂-VAScスコア)

11. 非弁膜症性心房細動合併患者における出血リスク*

 ▼
(HAS-BLEDスコア)

12. 転倒*

 ▼

13. アバシー・抑うつ*

 ▼

14. 嚥下障害*

 ▼

15. 脳卒中後てんかん*

 ▼

16. 認知機能*

 ▼

17. 痙縮*

 ▼

18. フレイル*

 ▼

19. サルコペニア*

 ▼

20. 栄養状態*

 ▼

21. 薬剤誘因性老年症候群と主な原因薬剤*

 ▼
(ふらつき・転倒、記憶障害、抑うつ、排尿障害・尿失禁等)

22. 高齢者総合機能評価*

 ▼

23. その他 (自由記載)

Q15. Q14に挙げた「重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価項目」の中で、かかりつけ医療機関・転院先へ情報提供（診療情報提供書、看護サマリー等）を行っている項目を選択してください。（複数選択可）*

1. 血圧 2. 血液検査 3. 生活習慣 4. 頸部血管イメージング 5. 頭蓋内血管イメージング
 6. 内服コンプライアンス 7. 家族構成 8. 脳卒中の入院歴 9. 心不全の入院歴
 10. 血栓塞栓症リスク 11. 出血リスク 12. 転倒 13. アパシー・抑うつ 14. 嚥下障害
 15. 脳卒中後てんかん 16. 認知機能 17. 痙縮 18. フレイル 19. サルコペニア
 20. 栄養状態 21. 薬剤誘因性老年症候群 22. 高齢者総合機能評価 23. その他
 99. どの項目もしていない

血栓塞栓症は、非弁膜症性心房細動合併患者に対するCHADS2スコア、CHA2DS2-VAScスコアの評価です。
出血リスクは、非弁膜症性心房細動合併患者に対するHAS-BLEDスコアの評価です。

Q16. Q14に挙げた「重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価項目」の中で、地域連携バス等の連携ツールに記載している項目を選択してください。（複数選択可）*

1. 血圧 2. 血液検査 3. 生活習慣 4. 頸部血管イメージング 5. 頭蓋内血管イメージング
 6. 内服コンプライアンス 7. 家族構成 8. 脳卒中の入院歴 9. 心不全の入院歴
 10. 血栓塞栓症リスク 11. 出血リスク 12. 転倒 13. アパシー・抑うつ 14. 嚥下障害
 15. 脳卒中後てんかん 16. 認知機能 17. 痙縮 18. フレイル 19. サルコペニア
 20. 栄養状態 21. 薬剤誘因性老年症候群 22. 高齢者総合機能評価 23. その他
 99. どの項目もしていない

血栓塞栓症は、非弁膜症性心房細動合併患者に対するCHADS2スコア、CHA2DS2-VAScスコアの評価です。
出血リスクは、非弁膜症性心房細動合併患者に対するHAS-BLEDスコアの評価です。

Q17. Q14に挙げた「重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価項目」の中で、「ハイリスク群」と判断する根拠となる項目を選択してください。（複数選択可）*

1. 血圧 2. 血液検査 3. 生活習慣 4. 頸部血管イメージング 5. 頭蓋内血管イメージング
 6. 内服コンプライアンス 7. 家族構成 8. 脳卒中の入院歴 9. 心不全の入院歴
 10. 血栓塞栓症リスク 11. 出血リスク 12. 転倒 13. アパシー・抑うつ 14. 嚥下障害
 15. 脳卒中後てんかん 16. 認知機能 17. 痙縮 18. フレイル 19. サルコペニア
 20. 栄養状態 21. 薬剤誘因性老年症候群 22. 高齢者総合機能評価 23. その他
 99. どの項目もしていない

血栓塞栓症は、非弁膜症性心房細動合併患者に対するCHADS2スコア、CHA2DS2-VAScスコアの評価です。
出血リスクは、非弁膜症性心房細動合併患者に対するHAS-BLEDスコアの評価です。

Q18. 急性期退院後の重症化、再発、QOL低下予防のための取り組み実施の有無をご回答ください（2020年1月以前）*

1. 実施している 0. 実施していない

上記で「実施している」と回答した場合は、以下に挙げた取り組みについて貴施設の「入院中における」対象患者の実施率をご回答ください。

1. 退院前教育 *

選択してください



(緊急対処、危険因子のセルフマネジメントと二次予防行動への動機づけ等)

2. 他医療機関との遅滞ない情報共有 *

選択してください



(かかりつけ医療機関、転院先の間での急性期診療情報・看護記録の地帯ない共有)

3. 退院後の十分なリハビリテーション継続のための支援 *

選択してください



4. 連携パスの定期的勉強会 *

選択してください



(かかりつけ医、訪問看護師等との連携パスの定期的な勉強会、情報共有)

5. 個別患者に関する定期的会合 *

選択してください



(かかりつけ医、訪問看護師等との個別患者に関する定期的な会合)

6. 多職種による服薬指導・ポリファーマシー対策 *

選択してください



7. 多職種による栄養指導 *

選択してください



以下に挙げた取り組みについてそれぞれ貴施設の「外来における」対象患者の実施率をご回答ください。

8. 退院後早期の医療従事者から患者への電話フォローアップ *

選択してください



9. 退院後の定期的なウェブサイトを紹介した患者との会話 *

選択してください



10. セルフケアマネジメント・ツールを活用した患者管理 *

選択してください



11. 外来やリハビリにおける多職種による患者教育 *

選択してください



12. 定期的な脳卒中専門医による外来受診 *

選択してください



13. 脳卒中合併症に関する定期的な外来での評価 *

選択してください



(脳卒中合併症とは、転倒、アパシー、抑うつ、嚥下障害、てんかん、認知症等)

14. 多職種による脳卒中専門クリニック受診 *

選択してください



15. 脳卒中専門看護師外来受診 *

選択してください



16. 退院後早期の外来リハビリテーション *

選択してください



17. 退院後早期の訪問・通所リハビリテーション *

選択してください

18. 遠隔モニタリング *

選択してください

19. 訪問診療 *

選択してください

20. 訪問看護 *

選択してください

21. その他の介入（自由記載）

Q19. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下のハイリスク群」に対して、COVID-19感染症の影響で2020年1月以降「頻度が増加した取り組み」はありますか。 *

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「頻度が増加した取り組み」を選択してください。（複数選択可） *

1. 退院前教育 2. 他医療機関との遅滞ない情報共有 3. 退院後リハビリテーション継続支援
 4. 連携パスの定期的勉強会 5. 個別患者に関する定期的会合 6. ポリファーマシー対策 7. 栄養指導
 8. 退院後早期の電話フォローアップ 9. 定期的なウェブサイトを紹介した患者との会話
 10. セルフケアマネジメント・ツールを活用した患者管理 11. 外来やリハビリにおける患者教育
 12. 定期的な脳卒中専門医による外来受診 13. 脳卒中合併症に関する定期的な外来での評価
 14. 脳卒中専門クリニック受診 15. 脳卒中専門看護師外来受診 16. 退院後早期の外来リハビリテーション
 17. 退院後早期の訪問・通所リハビリテーション 18. 遠隔モニタリング 19. 訪問診療 20. 訪問看護
 21. その他

Q20. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下のハイリスク群」に対して、COVID-19感染症の影響で2020年1月以降「頻度が減少した取り組み」はありますか。 *

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「頻度が減少した取り組み」を選択してください。（複数選択可） *

1. 退院前教育 2. 他医療機関との遅滞ない情報共有 3. 退院後リハビリテーション継続支援
 4. 連携パスの定期的勉強会 5. 個別患者に関する定期的会合 6. ポリファーマシー対策 7. 栄養指導
 8. 退院後早期の電話フォローアップ 9. 定期的なウェブサイトを紹介した患者との会話
 10. セルフケアマネジメント・ツールを活用した患者管理 11. 外来やリハビリにおける患者教育
 12. 定期的な脳卒中専門医による外来受診 13. 脳卒中合併症に関する定期的な外来での評価
 14. 脳卒中専門クリニック受診 15. 脳卒中専門看護師外来受診 16. 退院後早期の外来リハビリテーション
 17. 退院後早期の訪問・通所リハビリテーション 18. 遠隔モニタリング 19. 訪問診療 20. 訪問看護
 21. その他

Q21. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下の『ハイリスク群』」に対して、「個別化または強化した取り組み」を実施しているものがありますか。 *

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「個別化または強化した取り組み」を実施した項目を選択してください。（複数選択可） *

1. 退院前教育 2. 他医療機関との遅滞ない情報共有 3. 退院後リハビリテーション継続支援
 4. 連携パスの定期的勉強会 5. 個別患者に関する定期的会合 6. ポリファーマシー対策 7. 栄養指導

- 8. 退院後早期の電話フォローアップ
- 9. 定期的なウェブサイトを紹介した患者との会話
- 10. セルフケアマネジメント・ツールを活用した患者管理
- 11. 外来やリハビリにおける患者教育
- 12. 定期的な脳卒中専門医による外来受診
- 13. 脳卒中合併症に関する定期的な外来での評価
- 14. 脳卒中専門クリニック受診
- 15. 脳卒中専門看護師外来受診
- 16. 退院後早期の外来リハビリテーション
- 17. 退院後早期の訪問・通所リハビリテーション
- 18. 遠隔モニタリング
- 19. 訪問診療
- 20. 訪問看護
- 21. その他

アウトカム指標

Q22. 脳卒中患者を対象として、外来や地域連携等を通して退院後のアウトカムを評価していますか。*

1. 評価している 2. 評価していない

上記で「評価している」と回答した場合、評価の実施時期と貴施設における以下の項目の対象患者の実施率をご回答ください。

評価の実施時期*

1. modified Rankin Scale*

2. ADL*

3. IADL*

4. 健康関連QOL*

5. 疾患特異的QOL*

6. 介護者の負担感*

7. 脳卒中再入院率*

8. 肺炎・転倒等の再入院率*

9. 死亡*

10. 医療資源利用*

11. 認知機能*

(救急外来受診、リハビリテーション施設、介護施設入院)

12. その他評価を実施しているアウトカム（自由記載）

Q23. 現在、貴施設が実施している脳卒中の再発・重症化予防のための方策や多職種連携において「成果を上げていると評価できる点」、および「困難と感じている点や未解決の課題」がございましたらご記入ください。

「成果を上げていると評価できる点」（自由記載）

「困難と感じている点や未解決の課題」（自由記載）

← 戻る ✓ 確認 || 一時保存