

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱 【新旧対照表】

新	旧
決定 平成21年1月30日付20福保医政第1603号 一部改正 令和5年6月22日付5福保医救第510号 <u>一部改正 令和6年10月1日付6保医医救第723号</u>	決定 平成21年1月30日付20福保医政第1603号 一部改正 令和5年6月22日付5福保医救第510号
第1から第2まで （現行のとおり）	第1から第2まで （略）
第3 認定等 1 認定を受けようとする医療機関の管理者（以下「管理者」という。）は「東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書」（別記第1号様式）<u>及び「実績報告書」（別記第6号様式）</u>を知事に提出しなければならない。 2（1）知事は、別記第1号様式により新規認定の申請があった医療機関のうち、認定基準の1から4までの項目を全て満たす医療機関を急性期医療機関として認定する。 （2）上記（1）の認定基準を満たす急性期医療機関のうち、認定基準の5から7までの項目を全て満たす急性期医療機関については、t-PA治療を実施する医療機関として認定する。 <u>（3）上記（2）の認定基準を満たす急性期医療機関のうち、認定基準の8から11までの項目を全て満たす急性期医療機関については、機械的血栓回収療法を実施する医療機関として認定する。</u>	第3 認定等 1 認定を受けようとする医療機関の管理者（以下「管理者」という。）は「東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書」（別記1号様式）を知事に提出しなければならない。 2 知事は、別記第1号様式により新規認定の申請があった医療機関のうち、以下の要件を満たす医療機関を急性期医療機関として認定する。 （1）必須項目 認定基準の1から4の項目を全て満たす医療機関を急性期医療機関として認定する。 （2）t-PA治療を実施する医療機関の要件 認定基準の1から4の項目に加えて5から7の項目を全て満たす急性期医療機関については、t-PA治療を実施する医療機関として認定する。 （新設）

- 3 知事は認定を行なった場合、「東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書」(別記第2号様式)により医療機関に対して、その旨を通知する。
- 4 認定を受けた管理者は、毎年7月31日までに前年度の「実績報告書」(別記第6号様式)を知事に提出しなければならない。
- 5 既に申請した内容に変更が生じた場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関内容変更届」(別記第3号様式)」及び「実績報告書」(別記第6号様式)を知事に提出しなければならない。
- 6 管理者は2による認定の取消しを申し出る場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消申請書」(別記第4号様式)を知事に提出しなければならない。
- 7 知事は、急性期医療機関が要件を満たさないと判断される時、又は開設者から申出があった時は認定を取り消すことができる。
- 8 知事は、急性期医療機関の認定を取り消した時は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書」(別記第5号様式)により医療機関に対して、その旨を通知する。

第4 東京都脳卒中急性期医療機関リストの掲載

東京都脳卒中急性期医療機関リストについては、「東京都保健医療計画における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関」の一覧として、東京都保健医療局ホームページに掲載して、毎月1日付で更新する。

附 則
(現行のとおり)

附 則
(現行のとおり)

- 3 知事は認定を行なった場合、「東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書」(別記2号様式)により医療機関に対して、その旨を通知する。
(新設)
- 4 既に申請した内容に変更が生じた場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関内容変更届」(別記3号様式)」を知事に提出しなければならない。
- 5 管理者は2による認定の取消しを申し出る場合は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消申請書」(別記4号様式)を知事に提出しなければならない。
- 6 知事は、急性期医療機関が要件を満たさないと判断される時、又は開設者から申し出があった時は認定を取り消すことができる。
- 7 知事は、急性期医療機関の認定を取り消した時は、「東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書」(別記5号様式)により医療機関に対して、その旨を通知する。

第4 東京都脳卒中急性期医療機関リストの掲載

東京都脳卒中急性期医療機関リストについては、「東京都保健医療計画における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関」の一覧として、東京都保健医療局ホームページに掲載して、毎月1日付で更新する。

附 則
(略)

附 則
(略)

附 則

この要綱は、決定の日（令和 6 年 1 0 月 1 日）から施行する。

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱 認定基準【新旧対照表】

新

東京都脳卒中急性期医療機関 認定基準
～東京都全域における脳卒中医療連携体制の構築に向けて～

別紙

1 東京都全域における脳卒中救急搬送体制構築の考え

脳卒中については、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血があるが、脳梗塞の超急性期において適応となるアルテプラザー（t-PA）静注療法、機械的血栓回収療法を含め、病態、時間経過に応じて他にも有効な手段が多々ある。従って、全ての脳卒中患者が同様に可能な限り早期に脳卒中急性期医療機関に搬送され、可能な限り、予測される後遺障害が軽減されるような適切な治療を受けることが重要である。

2 「脳卒中急性期医療機関」の認定基準

東京都脳卒中医療連携体制において、当該医療機関が責任を持って以下の条件を満たすものを「脳卒中急性期医療機関」とする。

東京都脳卒中急性期医療機関				
	認 定 基 準 項 目	必須項目	超急性期の脳梗塞患者に対して t-PA 治療を実施する場合の必須項目	機械的血栓回収療法を実施する場合の必須項目
1	急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を有する医師及びコメディカルスタッフが対応できること	○	○	○
2	頭部CTやMRIなどの画像検査や必要な臨床検査が来院から速やかに実施できる院内体制が整備されていること	○	○	○
3	脳卒中急性期患者を収容する専門の病床または病棟を有し、急性期リハビリテーションを行える P T または OT が常勤していること	○	○	○
4	脳神経外科的な処置が必要な患者に対して速やかに脳神経外科専門医の診療を受けられる体制が整備されていること（脳神経外科医が常駐していない場合でもオンコール体制や連携病院への転送などにより、必要時、迅速に脳神経外科専門医にコンサルテーションできること）	○	○	○
5	脳卒中医療の質を確保するため、日本脳卒中学会の承認する t-PA 使用のための講習会を受講し、その証明を取得している医師が 1 名以上配置されており、t-PA の使用にあたっては当該医師の指導の下に実施すること。		○	○
6	t-PA 静注療法の適応のある患者に、来院から 1 時間以内に治療を実施できる院内体制が整備されていること		○	○
7	t-PA 静注療法を施行した場合、その後の患者管理の観点から、最短でも治療後 36 時間まで、副作用の発現に速やかに対応できるよう、必要な観察を継続できること		○	○
8	<u>日本脳神経血管内治療学会の脳血管内治療専門医又は 3 学会認定（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会）の脳血栓回収療法実施医が常勤で配置されていること</u>			○
9	<u>「経皮経管的脳血栓回収用機器 適正使用指針」が遵守されていること（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会）</u>			○
10	<u>血栓回収療法の治療実績が原則として年間 12 例以上であることを条件とする（新規認定時は過去の実績と地域の特性を勘案して、年間の症例数が原則として平均 12 例を目安とする。過去 3 年間の実績とする。）</u>			○
11	<u>日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター（P S C）であること</u> <u>ただし、経過措置として、上記 8 から 10 までを満たす場合は、「一次脳卒中センター（PSC）であること」に準ずるものとする（経過措置は 3 年後、見直しを行うものとする）</u>			○

旧

東京都脳卒中急性期医療機関 認定基準
～東京都全域における脳卒中医療連携体制の構築に向けて～

別紙

1 東京都全域における脳卒中救急搬送体制構築の考え

脳卒中については、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血があるが、脳梗塞の超急性期において適応となるアルテプラザー（t-PA）静注療法を含め、病態、時間経過に応じて他にも有効な手段が多々ある。従って、全ての脳卒中患者が同様に可能な限り早期に脳卒中急性期医療機関に搬送され、可能な限り、予測される後遺障害が軽減されるような適切な治療を受けることが重要である。

2 「脳卒中急性期医療機関」の認定基準

東京都脳卒中医療連携体制において、当該医療機関が責任を持って以下の条件を満たすものを「脳卒中急性期医療機関」とする。

東京都脳卒中急性期医療機関			
	認 定 基 準 項 目	必須項目	超急性期の脳梗塞患者に対して t-PA 治療を実施する場合の必須項目
1	急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を有する医師及びコメディカルスタッフが対応できること	○	○
2	頭部CTやMRIなどの画像検査や必要な臨床検査が来院から速やかに実施できる院内体制が整備されていること	○	○
3	脳卒中急性期患者を収容する専門の病床または病棟を有し、急性期リハビリテーションを行える P T または OT が常勤していること	○	○
4	脳神経外科的な処置が必要な患者に対して速やかに脳神経外科専門医の診療を受けられる体制が整備されていること（脳神経外科医が常駐していない場合でもオンコール体制や連携病院への転送などにより、必要時、迅速に脳神経外科専門医にコンサルテーションできること）	○	○
5	脳卒中医療の質を確保するため、日本脳卒中学会の承認する t-PA 使用のための講習会を受講し、その証明を取得している医師が 1 名以上配置されており、t-PA の使用にあたっては当該医師の指導の下に実施すること。		○
6	t-PA 静注療法の適応のある患者に、来院から 1 時間以内に治療を実施できる院内体制が整備されていること		○
7	t-PA 静注療法を施行した場合、その後の患者管理の観点から、最短でも治療後 36 時間まで、副作用の発現に速やかに対応できるよう、必要な観察を継続できること		○

新旧対照表（別記様式）

新	旧																																																																																					
(別記第1号様式) 東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書 <table><tr><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td rowspan="2">医療機関所在地</td><td>住</td><td>所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">電話番号</td><td></td></tr></table><table><tr><td>t-PA治療 実施あり(※)</td><td colspan="3">連携担当医</td></tr><tr><td rowspan="4"></td><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>診療科</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr></table> 「東京都脳卒中急性期医療機関認定基準」に則り、t-PA治療を実施することができる場合は「○」印を付け、実施できない場合は「×」印を付けること。 <table><tr><td>血栓回収療法 治療実施あり (※)</td><td colspan="3">連携担当医</td></tr><tr><td rowspan="4"></td><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>診療科</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr></table> 「東京都脳卒中急性期医療機関認定基準」に則り、血栓回収療法を実施することができる場合は「○」印を付け、実施できない場合は「×」印を付けること。 東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の1の規定により、上記のとおり申請します。 年 月 日 管理者の氏名及び住所 (法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び所在する事業所の所在地) _____ 公印 東京都知事 殿 <table><tr><td colspan="2">本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)</td><td>(電話番号)</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr></table>	医療機関名				医療機関所在地	住	所		電話番号			t-PA治療 実施あり(※)	連携担当医				氏名			診療科			電話			E-mail			血栓回収療法 治療実施あり (※)	連携担当医				氏名			診療科			電話			E-mail			本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)		(電話番号)				(別記第1号様式) 東京都脳卒中急性期医療機関新規認定申請書 <table><tr><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td rowspan="2">医療機関所在地</td><td>住</td><td>所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">電話番号</td><td></td></tr></table><table><tr><td>t-PA治療 実施あり(※)</td><td colspan="3">連携担当医</td></tr><tr><td rowspan="4"></td><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>診療科</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr></table> 「東京都脳卒中急性期医療機関認定基準」に則り、t-PA治療を実施することができる場合は「○」印を付け、実施できない場合は「×」印を付けること。 東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の1の規定により、上記のとおり申請します。 年 月 日 管理者の氏名及び住所 (法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び所在する事業所の所在地) _____ 公印 東京都知事 殿 <table><tr><td colspan="2">本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)</td><td>(電話番号)</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr></table>	医療機関名				医療機関所在地	住	所		電話番号			t-PA治療 実施あり(※)	連携担当医				氏名			診療科			電話			E-mail			本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)		(電話番号)			
医療機関名																																																																																						
医療機関所在地	住	所																																																																																				
	電話番号																																																																																					
t-PA治療 実施あり(※)	連携担当医																																																																																					
	氏名																																																																																					
	診療科																																																																																					
	電話																																																																																					
	E-mail																																																																																					
血栓回収療法 治療実施あり (※)	連携担当医																																																																																					
	氏名																																																																																					
	診療科																																																																																					
	電話																																																																																					
	E-mail																																																																																					
本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)		(電話番号)																																																																																				
医療機関名																																																																																						
医療機関所在地	住	所																																																																																				
	電話番号																																																																																					
t-PA治療 実施あり(※)	連携担当医																																																																																					
	氏名																																																																																					
	診療科																																																																																					
	電話																																																																																					
	E-mail																																																																																					
本申請に関する問い合わせ先 (担当書氏名)		(電話番号)																																																																																				

新

(別記第2号様式)

東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書

第 号

(開設者名)(病院名)

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の3の規定により、申請の
あった東京都脳卒中急性期医療機関について、下記のとおり認定する。

年 月 日

東京都知事

○ ○ ○ ○

記

1 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号 ー 号

2 t-PA 治療実施の有無

3 血栓回収療法治療実施の有無

4 認定年月日 年 月 日

旧

(別記第2号様式)

東京都脳卒中急性期医療機関認定通知書

第 号

(開設者名)(病院名)

東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱第3の3の規定により、申請の
あった東京都脳卒中急性期医療機関について、下記のとおり認定する。

年 月 日

東京都知事

○ ○ ○ ○

記

1 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号 ー 号

2 t-PA 治療実施の有無

3 認定年月日 年 月 日

新

(別記第3号様式及び第4号様式) (現行のとおり)

(別記第5号様式)

福保医教第 号 年 月 日	
医療機関名	
東京都知事	
東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書	
下記のとおり、東京都脳卒中急性期医療機関の認定を取り消したので通知します。	
記	
1 名 称	
2 所 在 地	
3 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号	号
4 t-PA治療実施の有無	
5 血栓回収療法治療実施の有無	
6 認定取消理由	理 由:
7 認定取消年月日	年 月 日

旧

(別記第3号様式及び第4号様式) (略)

(別記第5号様式)

福保医教第 号 年 月 日	
医療機関名	
東京都知事	
東京都脳卒中急性期医療機関認定取消通知書	
下記のとおり、東京都脳卒中急性期医療機関の認定を取り消したので通知します。	
記	
1 名 称	
2 所 在 地	
3 東京都脳卒中急性期医療機関 認定番号	号
4 t-PA治療実施の有無	
5 認定取消理由	理 由:
6 認定取消年月日	平成 年 月 日

新

旧

(別記第6号様式)

施設情報

施設名	
フリガナ	
英語表記	
所在地	〒 ー 東京都 区市町村・番地 TEL FAX
施設分類	
施設長名	
基本領域学会認定状況	
二次医療圏名	

(新設)

(1/6シート)

診療科情報

主担当診療科責任者(診療科長)	脳卒中学会 会員名	
	脳卒中専門医番号 (数字8桁)	
	診療科	
	職位	
	他学会専門医資格の有無	
	TEL	
	FAX	
副担当診療科責任者①	メールアドレス	
	脳卒中学会 会員名	
	診療科	
副担当診療科責任者②	メールアドレス	
	脳卒中学会 会員名	
	診療科	
副担当診療科責任者③	メールアドレス	
	脳卒中学会 会員名	
	診療科	
副担当診療科責任者④	メールアドレス	
	脳卒中学会 会員名	
	診療科	
副担当診療科責任者⑤	メールアドレス	
	脳卒中学会 会員名	
	診療科	

新	旧																																								
(2/6シート)																																									
インフラストラクチャー(申請年の4月1日時点)(遠隔画像診断支援のみ前年1-12月) <table> <tr> <td>SCUも含むストロークユニット(SU)病床数</td><td>床</td></tr> <tr> <td>SCUのみの病床数</td><td>床</td></tr> <tr> <td>ICU病床数</td><td>床</td></tr> <tr> <td>rt-PA静注療法</td><td></td></tr> <tr> <td>脳血管外科手術</td><td></td></tr> <tr> <td>脳血管内治療</td><td></td></tr> <tr> <td>多職種からなる急性期脳卒中チーム</td><td></td></tr> <tr> <td>脳卒中ケア手順書</td><td></td></tr> <tr> <td>薬剤師 24時間常駐</td><td></td></tr> <tr> <td>臨床検査技師 24時間常駐</td><td></td></tr> <tr> <td>診療放射線技師 24時間常駐</td><td></td></tr> <tr> <td>リハビリテーション 早期評価と開始</td><td></td></tr> <tr> <td>救急隊から脳卒中担当医へのホットライン</td><td></td></tr> <tr> <td>遠隔画像診断支援 送信実績(前年1-12月)</td><td>件</td></tr> <tr> <td>遠隔画像診断支援 受信実績(前年1-12月)</td><td>件</td></tr> <tr> <td>摂食機能評価チーム</td><td></td></tr> <tr> <td>栄養サポートチーム加算</td><td></td></tr> <tr> <td>深部静脈血栓症リスク評価体制</td><td></td></tr> <tr> <td>脳卒中データベース</td><td></td></tr> <tr> <td>超急性期脳卒中加算を1件以上取得したか</td><td></td></tr> </table>		SCUも含むストロークユニット(SU)病床数	床	SCUのみの病床数	床	ICU病床数	床	rt-PA静注療法		脳血管外科手術		脳血管内治療		多職種からなる急性期脳卒中チーム		脳卒中ケア手順書		薬剤師 24時間常駐		臨床検査技師 24時間常駐		診療放射線技師 24時間常駐		リハビリテーション 早期評価と開始		救急隊から脳卒中担当医へのホットライン		遠隔画像診断支援 送信実績(前年1-12月)	件	遠隔画像診断支援 受信実績(前年1-12月)	件	摂食機能評価チーム		栄養サポートチーム加算		深部静脈血栓症リスク評価体制		脳卒中データベース		超急性期脳卒中加算を1件以上取得したか	
SCUも含むストロークユニット(SU)病床数	床																																								
SCUのみの病床数	床																																								
ICU病床数	床																																								
rt-PA静注療法																																									
脳血管外科手術																																									
脳血管内治療																																									
多職種からなる急性期脳卒中チーム																																									
脳卒中ケア手順書																																									
薬剤師 24時間常駐																																									
臨床検査技師 24時間常駐																																									
診療放射線技師 24時間常駐																																									
リハビリテーション 早期評価と開始																																									
救急隊から脳卒中担当医へのホットライン																																									
遠隔画像診断支援 送信実績(前年1-12月)	件																																								
遠隔画像診断支援 受信実績(前年1-12月)	件																																								
摂食機能評価チーム																																									
栄養サポートチーム加算																																									
深部静脈血栓症リスク評価体制																																									
脳卒中データベース																																									
超急性期脳卒中加算を1件以上取得したか																																									
(3/6シート)																																									

新

旧

人的資源(申請年の4月1日時点)

日本脳卒中学会 専門医(脳神経外科所属)	名
日本脳卒中学会 専門医(脳神経内科所属)	名
日本脳卒中学会 専門医(脳神経外科・脳神経内科以外に所属)	名
日本脳卒中学会 専門医(合計)	名
日本脳卒中学会 指導医	名
日本脳神経外科学会 専門医	名
日本神経学会 神経内科専門医	名
日本脳卒中の外科学会 技術認定医	名
日本脳卒中の外科学会 技術指導医	名
日本脳神経血管内治療学会 専門医(指導医を含む)	名
上記の具体的な氏名を記載	
日本脳神経血管内治療学会 指導医のみ	名
上記の具体的な氏名を記載	
経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針による脳血栓回収療法実施医	名
上記の具体的な氏名を記載	
日本内科学会 内科専門医 (主治医あるいは担当医として入院後も脳卒中診療にあたる医師の数のみ計上)	名
日本内科学会 認定内科医 (主治医あるいは担当医として入院後も脳卒中診療にあたる医師の数のみ計上)	名
日本内科学会 総合内科専門医 (主治医あるいは担当医として入院後も脳卒中診療にあたる医師の数のみ計上)	名
日本リハビリテーション医学会 専門医	名
日本救急医学会 専門医	名
日本医学放射線学会 放射線科専門医	名
日本医学放射線学会 放射線科診断専門医	名
日本神経内視鏡学会 技術認定医	名
脳卒中リハビリテーション認定看護師	名
日本脳神経超音波学会 認定検査師	名
理学療法士(施設全体数)	名
作業療法士(施設全体数)	名
診療放射線技師(施設全体数)	名
言語聴覚士(施設全体数)	名

医療安全管理、医療倫理に対する組織

医療安全管理、医療倫理に対する組織(委員会など)

新

旧

外科・介入治療実績(前年1～12月)

rt-PA静注療法単独 前年1～12月合計	件
うち3ヵ月(90日)後mRS0-2	件
うち3ヵ月(90日)までの死亡	件
うち退院時mRS0-2	件
うち入院中の死亡	件
不明	件
Door to needle(患者来院からrt-PA静注開始までの時間)	
前年1～12月平均値(分)	分
前年1～12月中央値(分)	分
機械的血栓回収療法(tPA事前投与も含む) 前年1～12月合計	件
機械的血栓回収療法(tPA事前投与も含む) 前々年1～12月合計	件
機械的血栓回収療法(tPA事前投与も含む) 前々々年1～12月合計	件
うち3ヵ月(90日)後mRS0-2	件
うち3ヵ月(90日)までの死亡	件
うち退院時mRS0-2	件
うち入院中の死亡	件
不明	件
Door to puncture(患者来院から動脈穿刺までの時間)	
前年1～12月平均値(分)	分
前年1～12月中央値(分)	分
破裂脳動脈瘤に対する直達手術	件
破裂脳動脈瘤に対するコイル塞栓術	件
頸動脈血栓内膜剥離術	件
頸動脈ステント留置術	件
開頭脳内血腫除去術	件
内視鏡下脳内血腫除去術	件
バイパス手術	件
脳梗塞に対する外減圧術	件
リハビリテーション新規患者数(急性期リハ患者数)	名

(5/6シート)

新

旧

S施設に申請する際には、下記項目に記載をお願いします。必須項目となります。

A・B施設に申請する際には、下記項目への記載は任意となります。

入院診療実績(前年1～12月)

※検査入院は含みません。下記に記載した疾患以外は計上不要です。
※一人の患者に対して一つの疾患のみを割り当て下さい。

脳梗塞(発症7日以内)(一過性脳虚血発作は含まない)	件
脳内出血(発症7日以内)	件
くも膜下出血(発症7日以内)	件
上記以外の急性期脳卒中(発症7日以内)(外傷性は除く)	件
急性期脳卒中(発症7日以内)(一過性脳虚血発作は含まない)	件
一過性脳虚血発作(発症7日以内)(Tissue-based definitionに基づき急性梗塞の所見のあるものは脳梗塞とする)	件
AVM	件
もやもや病	件
脳静脈血栓症	件
無症候性脳血管病変	件
未破裂脳動脈瘤	件
脳卒中関連疾患全体①	件
脳卒中関連リハビリテーション(急性期リハではなく、回復期or慢性期リハ目的で外来のみは含まない)	件
脳卒中関連疾患全体②	件
急性期脳卒中(発症7日以内)の30日以内の入院死亡	件
急性期脳卒中(発症7日以内)の30日以内の入院死亡率	
脳卒中関連疾患 剖検数	件
Telestroke実施件数	件

(6／6シート)