

平成16年度厚生労働科学研究費補助金による長寿科学研究事業 (H16-痴呆-骨折-023)  
わが国における Stroke unit の有効性に関する多施設共同前向き研究

貴施設番号: \_\_\_\_\_

## 多施設共同研究 調査票

対象:発症3日以内入院の完成型脳卒中(くも膜下出血を除く)  
年齢、性別、病型、初発/再発、重症度は問わない。

調査票番号:

入院(登録)日: 200 年      月      日

貴院ID番号: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

この表紙は事務局に送付しないで下さい。  
貴施設にて保存して下さい。

施設番号	調査票 通 番
------	---------

# 入院後 24 時間以内の診療

## 参考) TOAST 分類

本研究における脳卒中分類は、TOAST 分類<sup>1)</sup>に従います。

特 徴	梗塞サブタイプ			
	Large artery 梗塞	心原性塞栓症	ラクナ梗塞	その他の脳梗塞
臨床症候				
皮質、小脳の障害	+	+	-	+/-
ラクナ症候群	-	-	+	+/-
画像				
>1.5cm の病巣	+	+	-	+/-
<1.5cm の病巣	-	-	+/-	+/-
検査				
頭蓋外内頸動脈狭窄	+	-	-	-
塞栓源心疾患	-	+	-	-
その他の検査異常	-	-	-	+

脳主幹動脈または皮質枝に粥状硬化に基づくと思われる 50%以上の狭窄または閉塞の存在は、Large artery 梗塞を示唆する所見です。機械弁、心房細動を伴う Mitral stenosis、心腔内血栓、最近の心筋梗塞などは心原性塞栓のハイリスクです。

1) Adams HP Jr, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. Stroke 24: 35-41, 1993

-----	
施設番号	調査票 通 番

## Form A-1:登録(1)

情報が得られない場合は解答欄にアスタリスク(\*)を記入し、適切でない場合にはダッシュ(-)を記入。患者名はイニシャルのみ記入し、実名は記入しないで下さい。

### 1. 患者情報、入院病棟情報

1.1 性別  a. 男  b. 女

1.2 登録時年齢  才

1.3 発症年月日時刻 西暦 | 200 年 | 月 | 日 | 午前、午後 時 時刻のみ(まるめ)

1.4 入院年月日時刻 西暦 | 200 年 | 月 | 日 | 午前、午後 時 時刻のみ(まるめ)

1.5 発症前の Rankin scale

- 0 全く障害なし
- 1 症状あるが特に問題となる症状はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害

### 2. 脳血管障害の既往

はい いいえ/不明

はい いいえ/不明

2.1   一過性脳虚血発作の既往

2.4   くも膜下出血 の既往

2.2   脳梗塞 の既往

2.5   タイプ不明の脳卒中(出血か梗塞かも不明)

2.3   脳出血 の既往

### 3. 他の既往症

はい いいえ/不明

3.1   高血圧

3.2   糖尿病

3.3   高脂血症

3.4   狭心症または心筋梗塞

3.5   心臓弁膜症

3.6   不整脈(心房細動、その他\_\_\_\_\_)

3.7   末梢動脈疾患

3.8   その他(疾患名:\_\_\_\_\_)

### 4. 本患者の入院時診断

□a. 脳出血 ・部 位: □1. 被殻 □2. 視床 □3. 混合型(被殻,視床) □4. 皮質下  
□5. 小脳 □6. 脳幹 □7. その他(\_\_\_\_\_)

□b. 脳梗塞 ・病 型: □1.ラクナ梗塞 □2.心原性脳塞栓症 □3.Large artery 梗塞 □4.分類不能

註)入院24時間以内の情報に基づく診断です。24時間以内に判断して下さい。退院時診断と異なってもかまいません。

## Form A-2:登録(2)

### 5.入院 24 時間以内に実際に施行した補助診断

<24h に施行した。

はい いいえ/不明

- |      |                          |                          |                 |
|------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 5.1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 X 線 CT       |
| 5.2  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRI          |
| 5.3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRA          |
| 5.4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 拡散強調 MRI        |
| 5.5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 perfusion MRI |
| 5.6  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳血管撮影           |
| 5.7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 Xe-CT         |
| 5.8  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 SPECT         |
| 5.9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 PET           |
| 5.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頸部血管エコー検査       |
| 5.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経頭蓋ドプラー検査       |
| 5.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心エコー図検査         |
| 5.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経食道心エコー図検査      |
| 5.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 下肢静脈エコー検査       |
| 5.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳波検査            |
| 5.16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 長時間心電図モニター      |
| 5.17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SpO2 モニター       |

### 6. 入院後 24 時間以内に実際に施行した検査、処置

<24h に施行した。

はい いいえ/不明

- |     |                          |                          |                                  |
|-----|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 6.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血液ガス分析                           |
| 6.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血糖値を測定して、その結果を得た。                |
| 6.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PT,APTT(いずれかまたは両方)を測定して、その結果を得た。 |
| 6.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TAT を測定して、その結果を得た。               |
| 6.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D dimer を測定して、その結果を得た。           |
| 6.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 弾性ストッキング着用                       |
| 6.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 喉頭咳嗽反射(タルタル酸吸入)テスト               |
| 6.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 反復唾液嚥下、水のみテスト                    |
| 6.9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | リハスタッフによる評価、リハ計画                 |

施設番号	調査票 通 番
------	---------

## Form A-3: 急性期治療内容

### 7. 入院後 24 時間以内に施行した治療

<24h に施行した。  
はい いいえ/不明

- |      |                          |                          |                    |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 7.1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳圧降下剤投与            |
| 7.2  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アスピリンまたはチクロピジン投与開始 |
| 7.3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ワルファリン投与開始         |
| 7.4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | オザグレルナトリウムの投与      |
| 7.5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ヘパリン静注の開始          |
| 7.6  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アルガトロバン静注の開始       |
| 7.7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | エダラボン投与            |
| 7.8  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 降圧療法の開始            |
| 7.9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ウロキナーゼ静注           |
| 7.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血栓溶解療法(t-PA 静注)    |
| 7.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 選択的局所血栓溶解療法(動注)    |
| 7.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 低体温療法              |
| 7.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 液希釈療法              |
| 7.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 高圧酸素療法             |
| 7.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他( )             |

### 8. 24 時間以内に施行した外科的処置

はい いいえ/不明

- |     |                          |                          |                     |
|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| 8.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 開頭血腫除去術             |
| 8.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 定位的血腫吸引術            |
| 8.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 減圧開頭術               |
| 8.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳室ドレナージ             |
| 8.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 緊急頸動脈内膜剥離術          |
| 8.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経皮的血管形成術(ステント留置を含む) |

8.7 上記以外の外科的処置  a.あり  b. なし

8.8 上記以外に行った手術の名前

### 9. 初診医師の専門科

多くの施設では、夜間、休日等は脳卒中以外を専門とする当直医師が診察することもあると思われま。本患者の初診医(発症後6時間以内を受け持った医師とお考え下さい)は、貴院における脳卒中診療担当医でしたか？

- a. はい (専門科名: )
- b. いいえ (専門科名: )

施設番号	調査票 通 番
------	---------

**Form A-4: 登録 入院時 NIHSS Stroke scale**

- 1A. 意識レベル : 0[ ] 清明 1[ ] 僅かな刺激で覚醒  
2[ ] 反復刺激、痛み刺激で覚醒 3[ ] 昏睡 →
- 1B. 質問 (現在の月名と年齢) : 0[ ] 両方正解 1[ ] 一つのみ正解  
2[ ] 両方とも不正解 →
- 1C. 命令 (開閉眼と離握手) : 0[ ] 両方可能 1[ ] 一つのみ可能 2[ ] 両方とも不可能 →
2. 注視 (水平方向のみ) : 0[ ] 正常 1[ ] 部分的注視麻痺 2[ ] 完全注視麻痺 →
3. 視野 : 0[ ] 正常 1[ ] 部分的半盲 (四分盲を含む) 2[ ] 完全半盲 (同名半盲を含む)  
3[ ] 両側性半盲 (皮質盲を含む全盲) →
4. 顔面麻痺 : 0[ ] 正常 1[ ] 軽度麻痺 2[ ] 部分的麻痺 (下半の麻痺)  
3[ ] 完全麻痺 (上・下半とも) →
5. 上肢の運動 (仰臥位、45° 挙上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える)
- 5.a 左上肢:  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。10秒以内に動揺。 2[ ] 10秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
- 5.b 右上肢:  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。10秒以内に動揺。 2[ ] 10秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
6. 下肢の運動 (仰臥位、30° 挙上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える)
- 6.a 左下肢:  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。5秒以内に動揺。 2[ ] 5秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
- 6.b 右下肢:  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。5秒以内に動揺。 2[ ] 5秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
7. 失調 : 0[ ] なし 1[ ] 一肢に存在 2[ ] 二肢に存在 →   
評価できないもの、四肢麻痺のものは0とする (昏睡だからこの項判定不能としない様注意)
8. 感覚 : 0[ ] 正常 1[ ] 軽度ないし中等度 2[ ] 重度ないし完全。 →   
1Aで昏睡と判定したものは2につけること (昏睡だからこの項判定不能としない様注意)
9. 失語 : 0[ ] 失語なし 1[ ] 軽度~中等度の失語 2[ ] 重度の失語 3[ ] 無言, 全失語 →   
1Aで昏睡と判定したものは3につけること (昏睡だからこの項判定不能としない様注意)
10. 構音障害 : 0[ ] 正常 1[ ] 軽度から中等度 2[ ] 重度 (理解できないほど) →   
挿管中他の咽頭喉頭の問題等で評価不能の場合は9とする。それ以外は判定可能
11. 消去と無視 : 0[ ] なし 1[ ] 両側同時刺激で無視、消去。 2[ ] 重度の無視, 消去 →

右端の数値の合計点 NIHSS=  /42 点

署名 \_\_\_\_\_ 年 / 月 / 日

施設番号	調査票 通 番
------	---------

# 入院後 7日目までの診療

_____	_____
施設番号	調査票 通 番

## Form B-1: 入院7日目までの処置治療内容

### 1. 入院7日以内に施行した補助診断

<7日に施行した。  
はい いいえ/不明

- |      |                          |                          |                 |
|------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1.1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 X 線 CT       |
| 1.2  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRI          |
| 1.3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頭部 MRA          |
| 1.4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 拡散強調 MRI        |
| 1.5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 perfusion MRI |
| 1.6  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳血管撮影           |
| 1.7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 Xe-CT         |
| 1.8  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 SPECT         |
| 1.9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳 PET           |
| 1.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 頸部血管エコー検査       |
| 1.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経頭蓋ドプラー検査       |
| 1.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心エコー図検査         |
| 1.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 経食道心エコー図検査      |
| 1.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 下肢静脈エコー検査       |
| 1.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳波検査            |
| 1.16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 長時間心電図モニター      |
| 1.17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SpO2 モニター       |

すでに Form A-2 で、同様の設問で 24 時間以内に行った補助診断をお聞きしていますが、この項では、24 時間以内に施行したものも含めて入院直後から第7病日までに施行されているものについて御記入下さい。

### 2. 入院7日以内に施行した治療法

<7日に施行した。  
はい いいえ/不明

- |      |                          |                          |                    |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 2.1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳圧降下剤投与            |
| 2.2  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アスピリンまたはチクロピジン投与開始 |
| 2.3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ワルファリン投与開始         |
| 2.4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | オザグレネルナトリウムの投与     |
| 2.5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ヘパリン静注の開始          |
| 2.6  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | アルガトロバン静注の開始       |
| 2.7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | エダラボン投与            |
| 2.8  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 降圧療法の開始            |
| 2.9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ウロキナーゼ静注           |
| 2.10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血栓溶解療法(t-PA 静注)    |
| 2.11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 選択的局所血栓溶解療法(動注)    |
| 2.12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 低体温療法              |
| 2.13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血液希釈療法             |
| 2.14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 高圧酸素療法             |
| 2.15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他( )             |

すでに Form A-3 で、同様の設問で 24 時間以内に行った治療法をお聞きしていますが、この項でも、24 時間以内に施行したものも含めて入院直後から第7病日までに施行されているものについて御記入下さい。



施設番号	調査票 通 番
------	---------

## Form B-2: 第7病日までの急性期治療内容

### 3. 入院7日以内に施行した検査、処置

<7日に施行した。  
はい いいえ/不明

- |     |                          |                          |                                  |
|-----|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 3.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血液ガス分析                           |
| 3.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 血糖値を測定して、その結果を得た。                |
| 3.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PT,APTT(いずれかまたは両方)を測定して、その結果を得た。 |
| 3.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TATを測定して、その結果を得た。                |
| 3.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D dimerを測定して、その結果を得た。            |
| 3.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 弾性ストッキング着用                       |
| 3.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 喉頭咳嗽反射(タルタル酸吸入)テスト               |
| 3.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 反復唾液嚥下、水のみテスト                    |
| 3.9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | リハスタッフによる評価、リハ計画                 |

前項同様、この項も入院後から7日目までの期間に施行した検査、処置について御検討下さい。

### 4. 入院当日から第7病日までの安静度拡大と急性期リハビリテーション

4.1 安静度拡大に、座位耐性訓練(ギャッチアップ負荷試験)を行いましたか？

a.はい  b.いいえ

4.2 座位許可(ベッドの背をほぼ90°にする、端座位を許可する等。まだ離床していない。)

a. 第  病日に許可した。 b. 今も座位をとらせる事が無い c. その他

4.3 立位許可

a. 第  病日に開始した。 b. 今も立位をとらせる事が無い c. その他

(ベッドサイドに立つなど。座位保持訓練を経ずに立位許可に進んだ症例は、4.2と4.3は一病日。)

### 5. 入院当日から7病日までにPT、OT、STが行ったリハ日数(リハ科の記録を利用して調査)

5.1 PTによる治療:  a.施行した。(開始日:200 年 月 日)

b.施行していない

5.2 7日以内に行った理学療法総日数: \_\_\_\_\_ 日

5.3 OTによる治療:  a.施行した。(開始日:200 年 月 日)

b.施行していない

5.4 7日以内に行った作業療法総日数: \_\_\_\_\_ 日

5.5 STによる治療:  a.施行した。(開始日:200 年 月 日)

b.施行していない

5.6 7日以内に行った言語療法総日数: \_\_\_\_\_ 日 この内摂食機能療法: \_\_\_\_\_ 日

----- ----- -----	----- -----
施設番号	調査票 通 番

**Form B-3 第7病日の NIHSS Stroke scale**

- 1A. 意識レベル： 0[ ] 清明 1[ ] 僅かな刺激で覚醒  
2[ ] 反復刺激、痛み刺激で覚醒 3[ ] 昏睡 →
- 1B. 質問（現在の月名と年齢）： 0[ ] 両方正解 1[ ] 一つのみ正解  
2[ ] 両方とも不正解 →
- 1C. 命令（開閉眼と離握手）： 0[ ] 両方可能 1[ ] 一つのみ可能 2[ ] 両方とも不可能 →
2. 注視（水平方向のみ）： 0[ ] 正常 1[ ] 部分的注視麻痺 2[ ] 完全注視麻痺 →
3. 視野： 0[ ] 正常 1[ ] 部分的半盲（四分盲を含む） 2[ ] 完全半盲（同名半盲を含む）  
3[ ] 両側性半盲（皮質盲を含む） →
4. 顔面麻痺： 0[ ] 正常 1[ ] 軽度麻痺 2[ ] 部分的麻痺（下半の麻痺）  
3[ ] 完全麻痺（上・下半とも） →
5. 上肢の運動（仰臥位、45° 挙上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える）
- 5.a 左上肢：  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。10秒以内に動揺。 2[ ] 10秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
- 5.b 右上肢：  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。10秒以内に動揺。 2[ ] 10秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
6. 下肢の運動（仰臥位、30° 挙上、左右一肢ずつ検査する。切断、関節癒合には9点を与える）
- 6.a 左下肢：  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。5秒以内に動揺。 2[ ] 5秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
- 6.b 右下肢：  
0[ ] 下垂なし。 1[ ] 下垂する。5秒以内に動揺。 2[ ] 5秒以内に下がる。  
3[ ] 重力に抗する動きがない。 4[ ] 全く動きが見られない。 →
7. 失調： 0[ ] なし 1[ ] 一肢に存在 2[ ] 二肢に存在 →   
評価できないもの、四肢麻痺のものは0とする（昏睡だからこの項判定不能としない様注意）
8. 感覚： 0[ ] 正常 1[ ] 軽度ないし中等度 2[ ] 重度ないし完全。 →   
1Aで昏睡と判定したものは2につけること（昏睡だからといってこの項判定不能としない様注意）
9. 失語： 0[ ] 失語なし 1[ ] 軽度～中等度の失語 2[ ] 重度の失語 3[ ] 無言, 全失語 →   
1Aで昏睡と判定したものは3につけること（昏睡だからといってこの項判定不能としない様注意）
10. 構音障害： 0[ ] 正常 1[ ] 軽度から中等度 2[ ] 重度（理解できないほど） →   
挿管中他の咽頭喉頭の問題等で評価不能の場合は9とする。それ以外は判定可能
11. 消去と無視： 0[ ] なし 1[ ] 両側同時刺激で無視、消去。 2[ ] 重度の無視, 消去 →

右端の数値の合計点 NIHSS=  /42 点

署名 \_\_\_\_\_ 年 / 月 / 日

施設番号	調査票 通 番
------	---------

# 入院 28 日目 または 退院時

## 参考) TOAST 分類

本研究における脳卒中分類は、TOAST 分類<sup>1)</sup>に従います。

特 徴	梗塞サブタイプ			
	Large artery 梗塞	心原性塞栓症	ラクナ梗塞	その他の脳梗塞
臨床症候				
皮質、小脳の障害	+	+	-	+/-
ラクナ症候群	-	-	+	+/-
画像				
>1.5cm の病巣	+	+	-	+/-
<1.5cm の病巣	-	-	+/-	+/-
検査				
頭蓋外内頸動脈狭窄	+	-	-	-
塞栓源心疾患	-	+	-	-
その他の検査異常	-	-	-	+

脳主幹動脈または皮質枝に粥状硬化に基づくと思われる 50%以上の狭窄または閉塞の存在は、Large artery 梗塞を示唆する所見です。機械弁、心房細動を伴う Mitral stenosis、心腔内血栓、最近の心筋梗塞などは心原性塞栓のハイリスクです。

1) Adams HP Jr, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. Stroke 24: 35-41, 1993

----- ----- -----	
施設番号	調査票 通 番

## Form C-1 第 28 病日 (または 28 日以前の退院日) の Barthel Index

- 患者の能力を最もよく表す段階のものを記録。●最も有用な情報を用いる(両親、友人、親類、介助者等)
- 達成可能であるという事では無く、現にしている事を評価●直接的な観察は必要では無い
- 過去 1-2 日間の行動によって適切と思われる患者の評価を行う。●患者が監視を必要とせずに補助具を使用できる場合は自立していると評価する。●配点の条件を満たさないもの(全介助)には0点を与える。

### 食事

- 10 自立。手の届くところに食物をおけば、トレイあるいはテーブルから一人で摂食可能。必要なら、介助機具をつける事ができ、適切な時間内に食事が終わる。
- 5 食物を切る等、介助が必要。

### 移動(車イスからベッドへ行って帰る)

- 15 自立。車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。ふたたび起きて、車椅子を適切な位置に置いて、腰掛ける動作がすべて自立。
- 10 どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要。
- 5 座る事はできるが、移動は全介助。

### 整容

- 5 自立(洗面、歯磨き、整髪、ひげそり)

### トイレ動作

- 10 自立。衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる。
- 5 部分介助。体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助。

### 入浴

- 5 自立。(浴槽につかる。シャワーを使う)

### 歩行

- 15 45m 以上平地歩行可。補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可。
- 10 介助や監視が必要であれば、45m 平地歩行可。
- 5 歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも 45m は移動できる。

### 階段昇降

- 10 自立。てすり、つえなどの使用はかまわない。
- 5 介助または監視を要する。

### 着替え

- 10 自立。靴、ファスナー、装具の着脱を含む。
- 5 部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる。

### 排便コントロール

- 10 失禁なし。浣腸、坐薬の取り扱いも可能。
- 5 時に失禁あり。浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する。

### 排尿コントロール

- 10 失禁なし
- 5 時に失禁あり。収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む。

合計点: Barthel Index

--

点

署名 \_\_\_\_\_

年/ 月/ 日 \_\_\_\_\_

施設番号	調査票 通 番
------	---------

## Form C-2: 第 28 病日 (またはそれ以前の退院日) までの評価

### 1. 第 28 病日 (それ以前に退院した場合は退院日) の modified Rankin scale

- 0 全く障害なし
- 1 症状あるが特に問題となる症状はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害
- 6 死亡 (死因: \_\_\_\_\_)

### 2. 増悪、再発、合併症、入院期間延長につながった因子の発生 (入院後 28 病日以内についてご判断下さい)

注: わずかな事象でもリハや入院期間にすこしでも影響を与えた事象であれば記載して下さい

- |      | 有り   | なし                       |                            |                  |
|------|--|--------------------------|----------------------------|------------------|
| 2.1  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 脳卒中再発 (出血、梗塞)              | 同発現日: 第 _____ 病日 |
| 2.2  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 神経症候の変動、増悪                 | 同発現日: 第 _____ 病日 |
| 2.3  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 転倒、ベッドからの転落                | 同発現日: 第 _____ 病日 |
| 2.4  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 骨折                         | 同発現日: 第 _____ 病日 |
| 2.5  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 発熱 (38.0° 以上)              |                  |
| 2.6  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 誤嚥性肺炎                      |                  |
| 2.7  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 誤嚥性以外の肺炎                   |                  |
| 2.8  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 尿路感染                       |                  |
| 2.9  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 狭心症                        |                  |
| 2.10 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 心筋梗塞                       |                  |
| 2.11 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 下肢静脈血栓症                    |                  |
| 2.12 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 肺塞栓症                       |                  |
| 2.13 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | 精神症状 (幻覚, 妄想, 不穏, 徘徊, 抑うつ) |                  |
|      | 上記に対し 抑制帯使用 <input type="checkbox"/> a. あり、 <input type="checkbox"/> b. なし: 鎮静剤使用 <input type="checkbox"/> c. あり、 <input type="checkbox"/> d. なし |                          |                            |                  |
| 2.14 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | その他 ( _____ )              |                  |

### 3. 28 病日 (またはそれ以前退院の場合は退院日) までに施行した外科的処置

- 3.1  a. あり  b. なし

- 3.2 行った手術名 \_\_\_\_\_ 200 年 月 日  
\_\_\_\_\_ 200 年 月 日

### 4. 28 病日 (またはそれ以前退院の場合は退院日) までに行ったリハ総日数

- 4.1 理学療法総日数: \_\_\_\_\_ 日      4.2 作業療法総日数: \_\_\_\_\_ 日

- 4.3 言語療法総日数: \_\_\_\_\_ 日      この内摂食機能療法: \_\_\_\_\_ 日

施設番号	調査票 通番
------	--------

## Form C-3: 退院時の評価 (病棟移動と転帰)

### 5. 入院後の病棟移動

貴施設の脳卒中受け入れ病棟についてはすでに調査済みですので、貴院で実際に入院した病棟名を記載して下さい。転棟した場合は、転棟病棟名を順に記載して下さい。

転棟年月日	病棟名
入院日 ~	
~	
~	
~	
~	
~	

### 6. 本患者に、クリティカルパスが使用されましたか？

- a. はい     b. いいえ     e. 不明

### 7. 多職種による評価と問題の解決

退院までの間、この患者の問題を解決するために、多職種が参加するカンファレンスが少なくとも1回開かれ、かつその結果が診療録に記載されていますか？

- 7.1     a. はい     b. いいえ     e. 不明

- 7.2 「はい」の場合その参加職種は:  a. 医師、 b. 看護師、 c. PT、 d. OT、 e. ST、 f. MSW、  
 g. 栄養士、 h. 薬剤師、 i. その他(                    )

### 8. 退院年月日、退院時臨床診断

8.1 退院日 西暦 | 200    年 |    月 |    日 |

8.2 今回入院の原因となった脳卒中の退院時診断

- a. 脳出血・部位:  1. 被殻     2. 視床     3. 混合型(被殻, 視床)     4. 皮質下  
 5. 小脳     6. 脳幹     7. その他(                    )
- b. 脳梗塞・病型:  1. ラクナ梗塞     2. 心原性脳塞栓症     3. Large artery 梗塞  
 4. 分類不能の脳梗塞

### 9. 閉塞性脳主幹動脈病変(50%以上)の有無(退院時までのデータで判断)

- a. あり     b. なし     e. 不明

### 10. 退院先

- a. 自宅     b. リハ専門病院へ転院     c. リハ専門病院以外への転院  
 d. 老健施設     e. その他(                    )

(これで入院中の調査は全て終了です。調査票を事務局に送付して下さい。)

# 発症3ヶ月後の手紙（又は電話）による調査

貴施設にまだ入院中通院中の時は先生が御記入いただいても結構です。

## 手順と送付先の確認

3ヶ月目の評価を手紙あるいは電話で行います。調査内容は次ページのと通りの簡単な内容です。3ヶ月後の調査は、以下の手順で行います。

### 1) 3ヶ月目調査2週間前

事務局から「\*\*\*\*先生、御登録いただきました 調査票番号 \*\*\*-\*\*\*\*様の3ヶ月目調査日が近付きました。同封の調査用紙を御送付下さい。」という手紙と調査票、切手が送付されますので、宛名（郵便番号、住所氏名）、差出人（各研究者）を封筒に記載して、各研究者から患者様宅へ御送付いただきます。調査票の返信用封筒は本研究事務局（国立循環器病センター）となっております。事務局に届きました調査票のコピーを後日お送りいたします。（各研究者の皆様にはお手数ですが、この方法により、患者の住所氏名等の個人情報が、中央事務局に集まらない様いたします。）

### 2) 4ヶ月目再調査前2週間

上記のお手紙を送付して1ヶ月を過ぎても調査票が事務局に送付されない場合は、事務局から自動的に「\*\*\*\*先生、御登録いただきました調査票番号 \*\*\*-\*\*\*\*様の3ヶ月目調査をお送りいただいたものと思いますが、調査票コピーがまだ事務局に届けられておりません。至急御送付下さい。すでに送付されているにも関わらず、患者様から御返事いただけていない場合には、(1)再度調査票をお送りするか、(2)電話で調査するか、いずれかの方法で調査をお願い致します。」という手紙と、調査用紙、切手が届きますので、いずれかの方法で調査をお願いします。電話調査の場合は、御自身で調査票に御記入いただき、事務局へ御送付下さい。

3ヶ月目に次のページのようなわずか1ページの内容の調査をお送りする旨、退院時に御家族を含めてお伝えいただくと共に、3ヶ月後の調査用紙送付先と宛名を下記にお書きとめ下さい。

### 3ヶ月目調査票の送付先と宛名

本用紙は事務局に送付しないで下さい。

この調査は、脳卒中後3ヶ月目の状況や介護についてお尋ねします。御回答いただいた結果は、個人の情報が特定できないように統計処理、加工され、より良い脳卒中医療体制の確立のため利用されます。あてはまる項目の□に、☑をつけて御回答下さい。

1. 現在のあなたの障害の程度は、以下の0から5までの段階のどれにあてはまりますか？

- 0 全く障害無し（後遺症も残っておらず、日常生活もすべて自分で可能です）
- 1 後遺症はありますが、特に日常生活を送る上で問題となる症状はありません。ほぼもと通りの日常生活ができています。
- 2 以前の様な日常生活の全てはできません。しかし、身の回りのことは援助を受けずにできます。歩行も介助を受けずに一人で歩けます。
- 3 身の回りのことが援助を受けなければできません。しかし、歩行は介助を受けずに一人で歩けます。
- 4 身の回りのことが援助を受けなければできません。歩行も介助を受けなければ歩けません。
- 5 寝たきりで全面的な介助を受けている状態です。介助を受けても歩くことはできません。

\* 万一、この手紙が届くまでにおいなくなりになったという場合は、その年月日と場所、お分かりになれば原因をお教え下さい。

- ・年月日 西暦 年 月 日
- ・場所  a. 御自宅  b. 病院  c. 老健施設  e. その他
- ・原因  a. 脳卒中  b. 心筋梗塞  c. がん  d. 事故  e. その他

2. 現在の主な生活の場所は以下のどれですか？

- a. 御自宅  b. リハビリをしない病院  c. リハビリテーション専門病院
- d. 老健施設  e. 老人ホーム  f. その他

3. 退院から本日までの状況をお尋ねします。（複数回答可）

- a. 変わらない。または、すこし良くなった。
- b. 悪くなった。
- c. 脳卒中を再発した。
- d. 脳卒中以外の病気を患った。  
 肺炎、 心臓病、 癌、 胃潰瘍、 その他
- e. 転倒して骨折した。

4. この調査用紙に御記入いただいた方

- a. 御本人  b. 同居の御家族  c. 主治医（外来、電話）  d. その他（ ）

質問は以上です。御協力有り難うございました。



(この用紙を下敷きにしてご記入ください)

## 調査手順

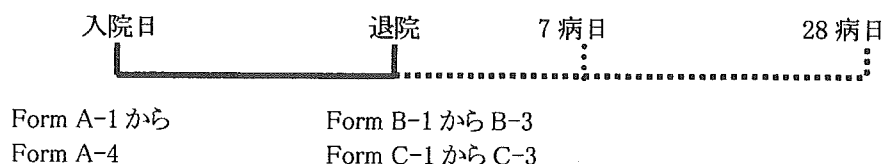
### 仮登録

- ・対象となる患者が入院したら、仮登録用FAXで entry して下さい。
- ・発症 3 日以内の全ての完成型脳卒中(くも膜下出血を除く)を対象とします。初発再発の有無は問いません。(完成型脳卒中:脳出血、脳梗塞で、神経脱落症状が 24 時間以上持続するもの。)

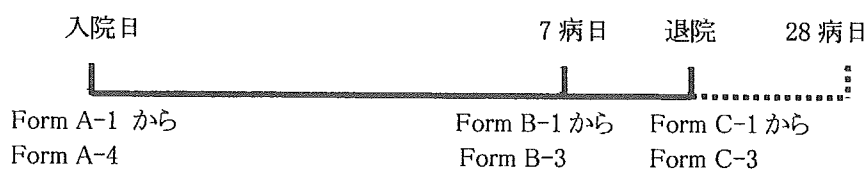
### 調査

調査は、入院時の評価 (Form A-1 から A-4)、第 7 病日目の評価 (Form B-1 から B-3)、28 病日または退院時評価 (Form C-1 から C-3)、追跡調査 3ヶ月目 (手紙または電話による追跡調査)からなっています。

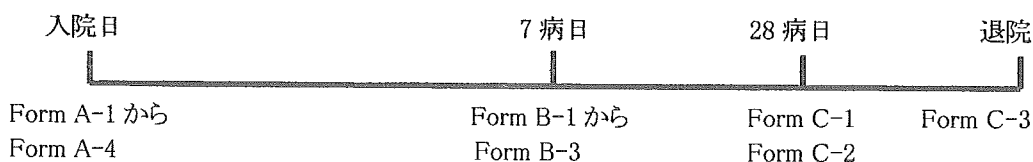
- ・7 病日以前に退院した患者は、退院時に Form B-1 から B-3、Form C-1 から C-3 の該当する項目に記入し事務局に送付します。



- ・7 病日以降 28 病日以前に退院した患者は、第 7 病日に Form B-1 から B-3 を評価し、退院時に Form C-1 から C-3 を記載して事務局に送付します。



- ・28 病日以降の退院では、第 7 病日に Form B-1 から B-3 を評価し、28 病日に Form C-1、C-2、退院日に Form C-3 を完成させ、事務局へ送付します。



3ヶ月目の調査は、手紙あるいは電話での追跡調査となります。調査の時期が近付いたら、事務局から手紙送付のお願いが届きますので、お送りいただきます。

平成16年度厚生労働科学研究費補助金による長寿科学研究事業（H16-痴呆・骨折-023）  
わが国における Stroke unit の有効性に関する多施設共同前向き研究

主任研究者：峰松 一夫

事務局 国立循環器病センター、内科脳血管部門  
〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7-1  
電話 06-6833-5012; fax06-6835-5267

<参加施設への3ヶ月目調査依頼の手紙>

〇〇△病院  
〇〇△ 先生 御侍史

発症3ヶ月目の調査

御登録いただきました 調査票番号 <01-01> 様（御入院日：2005/1/1）  
の3ヶ月目調査日が近づきました。

3ヶ月目の評価は、手紙あるいは電話で行います。（御入院中あるいは外  
来通院中の患者様の場合は、問診により、先生御自身で御記入いただくこと  
も可能です。）

手紙をお送りいただく場合は、同封の「いかがお過ごしですか？」と「発  
症3ヶ月目の調査用紙」各1枚を貴施設の封筒に入れ、宛名（郵便番号、  
住所氏名）、差出人（各研究者の所属氏名）を記載して、各研究者から患  
者様宅へ御送付いただきます。調査票の返信用封筒は本研究事務局（国立循  
環器病センター）となっております。事務局に届きました調査票のコピーを  
後日お送りいたします。（各研究者の皆様にはお手数ですが、この方法によ  
り、患者の住所氏名等の個人情報が、中央事務局に集まらない様いたしてお  
りますので、ご諒承下さい。）

尚、送付対象患者様が、院内死亡されている場合や、まだ御入院中の場合  
（この場合は担当医が御記入下さい）は送付されませんよう、何卒御確認の  
上御送付下さいますようお願い申し上げます。

御不明の点等ございましたら、何なりと御連絡下さい。

国立循環器病センター  
峰松 一夫（主任研究者）  
長谷川泰弘（事務局）  
e-mail : ●●●●@●●●●.●●●●.

<参加いただいた患者様への手紙>

## いかがお過ごしですか？

-----脳卒中発症3ヶ月後の調査-----

脳卒中を発症され、約3ヶ月がたちました。いかがお過ごしでしょうか、お伺い申し上げます。脳卒中は日本人死因の第3位であり、また“ねたきり”となる原因の約4割を占める病気でもあります。適切な治療、管理による脳卒中の制圧が益々重要となりつつあります。

<<○△病院>>は、正式名称を「わが国におけるStroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」と呼ぶ研究に参加しております。この研究は、日本国内で脳卒中治療を行っている病院が協力して、脳卒中治療の良い成績を出すためには、どのような条件が必要かを明らかにするために行われています。

お忙しい中恐縮ですが、同封のアンケートにお答えいただき、返信用封筒にて御送付いただきます様お願い申し上げます。なお、差出人のお名前や住所を記載していただく必要はありません。

本調査によって、患者さま個人に関する情報は一切明らかにされませんので御安心下さい。この研究に関する情報は、個人の特定ができない形で、この研究を計画した研究事務局（大阪の国立循環器病センター内にあります）に送られ、電子化された後、当院に返送されます。脳卒中診療に関する御意見等ございましたら御記入下されば、今後の診療に役立てたいと存じます。

なお、本調査に関するお問い合わせは、下記あてお願い致します。

### 本調査に関するお問い合わせ先

〒●●●-●●●● <<住所>> (←参加施設住所)

<<○△病院>> (←参加施設責任者所属氏名)

または中央事務局

〒565-8565大阪府吹田市藤白台5丁目7-1

国立循環器病センター、内科脳血管部門

Stroke Unit 研究班事務局

電話●●-●●●●-●●●● ; fax●●-●●●●-●●●●