

例では明らかに生命予後が非使用例に比べ良かった($p < 0.030$)。高齢者あるいは種々の合併症をもつ本邦のリアルワールドの心不全患者においてもこの種の薬剤が心不全患者の生存率を改善する可能性を示した興味ある結果と考えられた。しかし、カルシウム拮抗薬、抗凝固薬の使用の有無で生命予後に大きな差異は見られなかった。

次に、心不全患者の介護状況を検討すると、心不全発症後約1年以内に介護申請し認定をうけた例が約40%あった。心筋梗塞例ではその値は約10%以内であったのと比べると高値であった。心不全による労作制限や鬱状態がその要因となった可能性があるがその詳細については今後の研究が必要と思われた。また、心不全発症後の介護認定の割合が高いことは、心不全発症の予防あるいは発症後の対策が今後重要な社会的・医療的問題となってくるものと考えられる。

心不全例でACE阻害薬あるいはアンジオテンシン受容体拮抗薬の投与は生存率を改善する可能性を示したが、要介護率は同薬使用の有無で差異はなかった。しかし、抗凝固薬使用例では明らかに要介護となる割合が低かった($p < 0.001$)。この結果は、年齢や性別を調整してもその傾向は消失しなかった。抗凝固薬の使用により脳塞栓症などの血栓塞栓症の発症率が低下したため介護に至る例が少なかった可能性が推定される。

以上をまとめると、地域ベースとした本研究で明らかになったことは、生存退院の心筋梗塞症例に比較すると心不全急性増悪の生存退院例は生命予後や介護予後は不良であること示唆された。また、心不全急性増悪例で退院時ACE阻害薬・アンジオテンシン受容体拮抗薬を投与された群では生存率が改善する可能性があり、抗凝固薬投与群では要介護となる割合が低下するものと考えられた。

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等総合研究事業）

分担研究報告書

急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明および治療効果の評価および活用に関する研究

分担研究者 喜多 義邦 滋賀医科大学社会医学講座福祉保健医学 講師

研究要旨：我々は、1989年から滋賀県高島市（旧高島郡、人口約55,000人）において脳卒中、急性心筋梗塞、突然死の発症率を明らかにする目的で医療機関における診療記録の閲覧を実施・継続している。しかし、われわれの発症登録研究は研究者が主体とするものであり、本来、地域の医療・保健・福祉行政の計画を立案するために必要な地域の疾病構造およびその推移を地域行政が主体的に継続して把握することは使命と考えられる。

われわれは、こうした視点に立って、地域において発症登録事業を行う場合に必要なシステム、資源、地域のコンセンサスづくりを行ってきた、その結果として、調査地域の自治体と登録作業および予後の解明に必要な行政情報の活用について正式な契約を結ぶことができ、具体的に作業を進めてきた。本報告では、平成17年以降の脳卒中および急性心筋梗塞の登録症例から高島市の年齢調整発症率を求めた。その結果、脳卒中および急性心筋梗塞の年齢調整発症率に男女とも大きな変動は見られなかったが、急性心筋梗塞でやや増加する傾向が見られた。また、本研究では、脳卒中および急性心筋梗塞発症者について同意を得た上で介護情報および死亡等予後に関する調査を行っている。この調査の結果、発症者の43%から同意を得ることができ、現在、介護情報および異動情報との照合を行っている。

A. 研究目的

脳卒中の死亡率は1970年をピークに減少し、1990年以降横ばいとなっている。われわれの滋賀県高島市（旧高島郡）における循環器疾患発症登録研究から、わが国の脳卒中発症者は2005年時点において年間約23万人となり、2025年には約30万人に上がることが予測されている。脳卒中は身体的機能障害を引き起こす代表的な疾患である。したがって、死亡の減少が直ちに社会支援の必要な脳卒中有病者数の減少につながるとは限らない。

介護保険が導入され、介護を要する者への社会支援が本格的に行われているが、要介護の主たる要因である脳卒中発症の予防対策を行わない限り、国民の負担は軽減されない。

こうした現状から、脳卒中発症および有病に関する現状を的確に把握し、予防対策および社会資源の的確な配置を計画的に行うことは保健衛生を担当する行政にとって極めて重要な任務といえよう。

本報告では、滋賀県高島市で実施している脳卒中および急性心筋梗塞の罹患及び有病状況を把握するシステムから平成？年から平成？年までの登録実績を用いて高島地域の発症率を示す。

B. 研究方法

1) 発症登録研究実施の背景

我々は、1989年から滋賀県高島市において脳卒中、急性心筋梗塞、突然死の発症率を明らかにする目的で循環器疾患の発症登録研究を実施・継続している。

滋賀県高島市は、琵琶湖の北西部に位置し、同地域に通ずる幹線道路は1本しかない。また、入院および救急を担当できる医療機関は市内に2施設あり、高島市の全救急搬送症例の95%以上が両医療機関に収容されるか、同施設を経由して圏外の高次医療機関へ搬送される。このような医療状況故に、我々は急性循環器疾患の悉皆的な把握が可能と考え同地域における急性循環器疾患の発症登録研究を行うこととした。

2) 調査対象

本発症登録研究の登録対象者は、滋賀県高島市に居住し、本研究班で定めた診断基準（資料1）を満足する脳卒中発症者である。同市の2000年国勢調査時の人口は男性27,312人、女性28,122人の計55,434人であった。また、65歳以上人口割合は22.3%と高齢化の進んでいる地域であり、同地域における脳卒中発症の実態は今後のわが国の姿を予測するものといえよう。

同市において発症する脳卒中患者の約90%は同市内にある2つの基幹病院を受診し、必要に応じて市外の高次機能病院に搬送されることが同地の救急搬送症例の調査から認められている。

3) 登録調査実施方法

本調査の実施に当たっては予め調査対象

としているすべての各医療機関の倫理委員会において承認を得ている。

高島市内の2つの基幹病院での登録作業は、いずれの医療機関においても、脳卒中症例の治療を担当する救急外来、内科、脳神経外科の全ての外来診療記録と入院診療記録を閲覧し、本研究班で定めた診断基準に基づいて随時登録している。また、同地域外の高次医療機関での調査は、原則として月1回程度の頻度で各病院を訪問し、予め病歴管理担当部局によって疾病名（保険病名を含む）および住所地によって抽出された外来・入院診療記録を全て閲覧し、本研究班で定めた診断基準に従って登録を行っている。

4) 予後の追跡

急性循環器疾患発症者の身体機能の予後および介護度の予後の追跡を目的とした追跡調査については、高島市の循環器疾患発症者の90%以上が治療を受ける公立高島総合病院において追跡の承諾の取得と医療情報の収集を行っている。調査の方法は以下のとおりである。

同病院の内科、循環器科、脳神経外科に入院した急性循環器疾患患者に対して、担当医師による診断がなされたのち、患者もしくは家族に対して調査担当看護師が面接し、調査説明文書により説明するとともに承諾書により同意を得た。同意の得られた患者について、高島市との契約に基づき高島市が所有する介護保険情報と突合し、日常生活動作能力、認知能力、介護度など身体機能に関する予後を同定した。また、生命予後については、悉皆登録データを同様に、高島市の住民基本台帳情報と突合し、死亡、転出およびそれぞれの発生日時を確認した。

C. 結果

1) 悉皆登録調査

本研究は1988年以降継続されているが、本報告では平成17年から平成19年に発症し、登録された症例について報告する。ただし、平成19年は平成19年4月1日から同年11月末までの登録数で年齢調整発症率を求めた。よって、平成19年の年齢調整発症率の算出については、年齢調整発症率が一様と仮定して算出された発症率に12/10を乗して求めることとした。

本調査期間（平成17年4月1日～平成19年末）の高島地域における初発登録数は、脳卒中が男女合わせて336例であり、急性心筋梗塞は、121例であった。脳卒中の病型別の初発登録数は、脳梗塞が229例、脳

出血が83例、くも膜下出血が24例であった。

男女それぞれの急性心筋梗塞および脳卒中病型別の年齢調整発症率を表1に示した。

脳卒中全病型の年齢調整発症率は、男性が平成17年の人口10万人当たり140.6から平成19年の133.8とやや減少傾向を示した。女性では明らかな傾向は見られなかった。脳卒中病型別年齢調整発症率の年次推移をみると、男性の脳梗塞でやや減少する傾向がみられるものの、女性では明らかな傾向は見られなかった。脳出血およびくも膜下出血ともに男女いずれにおいても明らかな増減を示すも傾向は認められなかった。

一方、急性心筋梗塞では、男性および女性ともにわずかに増加する傾向が見られた。

2) 身体機能予後追跡調査

分担研究者らは、平成18年12月より、公立高島総合病院において、身体機能予後、生命予後および介護度に関する追跡調査に対して患者もしくは家族より承諾を得る作業を実施している。ここでは、同意取得作業のこれまでの実績と同意者を対象として高島市介護保険情報を活用した照合作業の実績を示すこととする。

平成18年12月の作業開始から平成19年9月末までに高島総合病院に入院した登録対象疾患の患者は、急性心筋梗塞が男女合わせて3名、脳卒中が98例であった。脳卒中の病型の内訳は、脳梗塞65例、脳出血28例、くも膜下出血5例であった。これらの入院症例のうち、同意の得られた症例は、急性心筋梗塞が3例であり同意取得率は100%であった。脳卒中病型別の同意取得の内訳は、脳梗塞では同意が29例、拒否8例、死亡2例、重症例9例、聴取前退院17例であり、同意取得率は44.6%、脳出血は同意9例、拒否2例、死亡5例、重症5例、聴取前退院7例であり、同意取得率は32.1%であった。くも膜下出血では同意1例、拒否1例、死亡1例、重症2例であり、同意取得率は20%であった。脳卒中全体で見ると、同意者数42例であり同意取得率は42.9%であった。

これら同意が得られた脳卒中症例42例について、前述の介護情報との照合作業を同意取得作業終了直後の平成19年11月に行った結果、男性で10例、女性では、9例について介護情報を得ることができた。照合が可能となった症例の割合は45.2%であった。

現在、追跡作業として、本研究班の調査期間を含む1988年から現在までに登録した全登録症例について、高島市の住民基本

台帳との照合により死亡・転出およびそれらの発生年月日を確認しているところである。また、追跡調査の同意取得作業も現在継続しており、同意取得取得症例については、順次介護情報との照合を行っている。

研究発表

1. 論文発表

- 1) Kita Y, Turin TC, Rumana N, Sugihara H, Morita Y, Hirose K, Okayama A, Nakamura Y, Ueshima H: Surveillance and measuring trends of stroke in Japan: The Takashima stroke registry (1988 - present), *Int. J. Stroke* 2:129-132, 2007.
- 2) Turin TC, Kita Y, Murakami Y, Rumana N, Sugihara H, Morita Y, Hirose K, Okayama A, Nakamura Y, Ueshima H. Increase of stroke incidence after weekend regardless of traditional risk factors: Takashima Stroke Registry, Japan; 1988- 2003. *Cerebrovasc Dis* 24(4):328-337. 2007.
- 3) Turin TC, Kita Y, Rumana N, Sugihara H, Morita Y, Hirose K, Okayama A, Nakamura Y, Ueshima H. Registration and surveillance of acute myocardial infarction in Japan: monitoring an entire community by the Takashima AMI Registry. *Circ J* 71(10): 1617-1621. 2007.
- 4) Turin TC, Kita Y, Murakami Y, Rumana N, Sugihara H, Morita Y, Tomioka N, Okayama A, Nakamura Y, Abbott RD, Ueshima H. Higher stroke incidence in

the spring season regardless of conventional risk factors: Takashima Stroke Registry, Japan: 1988-2001. *Stroke* 39:745-752. 2008.

- 5) Rumana N, Kita Y, Turin TC, Murakami Y, Sugihara H, Morita Y, Tomioka N, Okayama A, Nakamura Y, Abbott RD, Ueshima H. Trend of increase in the incidence of acute myocardial infarction in a Japanese population: Takashima AMI Registry, 1990-2001. *Am J Epidemiol* (In press)

D. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

表1 脳卒中病型別、性別、調査年別の登録数と年齢調整発症率(人口10万人対)

全脳卒中		平成17年	平成18年	平成19年
男性	登録数(人)	69	64	54
	年齢調整発症率	140.6	121.5	133.8
女性	登録数(人)	53	47	49
	年齢調整発症率	68.6	55.0	74.0
脳梗塞				
男性	登録数(人)	55	45	41
	年齢調整発症率	107.5	84.7	94.0
女性	登録数(人)	32	28	28
	年齢調整発症率	38.1	27.3	38.4
脳出血				
男性	登録数(人)	12	15	11
	年齢調整発症率	27.6	30.4	31.2
女性	登録数(人)	16	13	16
	年齢調整発症率	19.9	13.8	23.3
くも膜下出血				
男性	登録数(人)	2	4	2
	年齢調整発症率	5.6	6.3	8.6
女性	登録数(人)	5	6	5
	年齢調整発症率	10.7	13.9	12.4
急性心筋梗塞				
男性	登録数(人)	22	26	23
	年齢調整発症率	47.5	53.2	50.6
女性	登録数(人)	11	22	17
	年齢調整発症率	15.1	23.0	25.1

高島循環器疾患発症登録研究 発症登録票記載要領

施設登録番号	登録施設名
1	公立高島総合病院
2	マキノ病院
3	今津病院
4	大津赤十字病院
5	大津赤十字志賀病院
5	滋賀県立成人病センター
6	滋賀医科大学付属病院

登録対象者

滋賀県高島市在住の方で下記に示すの脳卒中患者(発症後7日以内の患者)・急性心筋梗塞・急性死

を発症した患者を対象とする。

- ・脳卒中について
病型別に臨床診断を取得する。
- ・急性心筋梗塞について
診断は統合研究 JALS (Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study) に準拠した。すなわち急性心筋梗塞症の診断は、次の2段階からなる。
第一段階：統合研究基準(=改変 MONICA 基準)に準じた診断を行う。
第二段階：医療実態に即した臨床情報を加味した診断(最終診断)を行う。
- ・急性死について

登録対象疾患

脳卒中・心筋梗塞・急性死のすべて登録患者データの
発症情報(P2)を登録します

心筋梗塞登録 ⇒P 4 へ

* 心筋梗塞の初発・再発共に登録

脳卒中登録 ⇒P 8 へ

* 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の初発・再発共に登録

登録の重複の有無は、登録事務局にて確認しますので連続症例で登録してください。

発症情報登録について

すべての脳卒中、心筋梗塞、急性死の患者を対象とします。

急性死とは・・・

死亡の原因となる疾患が特定できない
発症後24時間以内の死亡例をいいます。

*心筋梗塞・狭心症などの虚血性心疾患の既往があり、虚血性心疾患以外に死亡となる原因が特にならないもの

*心筋梗塞・狭心症などの虚血性心疾患の既往が明らかではないが、その他の死亡の原因となる疾患も特にならないもの

★ 除外基準：PTCAなどで心筋梗塞に至らなかった場合や心不全・呼吸不全・循環不全多臓器不全などによる死亡。原因となる疾患ががんなど特定できるもの。

下記に示す発症情報は、同意書の有無に関わらず記入する各疾患の共通項目です。

臨床診断の項目に関しては、脳卒中、心筋梗塞、急性死それぞれの診断根拠に基づいて記入する。

発症情報

網掛け部分については重複の確認に使用するためのもので、各基幹病院内に保管する項目です。

登録医療機関		記入者	
登録日	200 年 月 日	登録番号	(事務局入力)
施設内患者ID		(フリガナ)	性 <input type="checkbox"/> 男
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者氏名	別 <input type="checkbox"/> 女
住 所	滋賀県 高島市		
発症日時 (西暦)	200 年 月 日 時(24時制)	入院日時 (西暦)	200 年 月 日 時(24時制)
入院経路	<input type="checkbox"/> 直送 <input type="checkbox"/> 転送(病院名) <input type="checkbox"/> 院内発症 <input type="checkbox"/> 不明		
退院日	200 年 月 日	転帰	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡
発作回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明	前回発症日	年 月 日

以下に発症情報記入に関する詳細な注意点を記載します

- *登録医療機関名 先に示しました医療機関の名称、医療施設番号をご記入ください。
- *記入者 登録票記入者の氏名をご記入ください。
- *登録日 各施設にてご記入ください。(西暦で記入)

- *登録番号 各医療機関においての重複のない連続番号を記入します。
- *施設内患者ID 各施設にて使用しているカルテ番号をご記入ください。
(記入されたID番号は各施設内に留める)
- *患者氏名 氏名は楷書で記入し、フリガナを付してください。
- *性別 該当する項目にチェックしてください。
- *生年月日 生年月日は年号を選択し記入、もしくは西暦でご記入ください。
- *住所 楷書で“高島市”以下を所定欄にご記入ください。
- *発症年月日 発症年月日を西暦で、発症時間(24時間制)でご記入ください。
 - ・心筋梗塞の場合：20分以上続く胸痛があった時点が発症時間とし、幾度か20分以上続く症状がある場合は、最初の発作時間を発現時点とする。症状が不明瞭な場合は、受診のきっかけとなった症状の発現時点とする。
 - ・脳卒中の場合は、24時間以上持続する症状発現の最初の時点とする。起床時に初めて症状が発見された場合は起床時を発症時とする。
 - ・他疾患で入院中にそれぞれの疾患を発症した場合は、発症した日を発症日としてご記入ください。
- *入院年月日 入院年月日は西暦で、入院時間(24時間制)もご記入ください。
 - ・他疾患で入院中にそれぞれの疾患を発症した場合は、発症した日を発症日として入院年月日も転科された日時をご記入ください。
- *入院経路 入院の経路のいずれかの項目にチェックをする。
 - ・ドクターカーでの転送の場合は病院名に“ドクターカー”と記載する。
- *退院年月日 退院年月日を西暦でご記入ください。
 - ・他科へ転科した場合に、治療が継続している場合はすべての治療終了の退院日をご記入ください。
- *転帰 該当する項目にチェックしてください。
- *発作回数 該当する項目にチェックしてください。
ただし入院中に再発した例(1ヶ月以内(30日以内))については、一連の病態と考え、新規登録対象となりません。
- *前回発症日 西暦でご記入ください。

心筋梗塞 臨床情報登録について

心筋梗塞を登録します。初発・再発ともに登録してください。

急性心筋梗塞発症登録の定義・・・

「胸痛」「心電図異常」「心筋異常」などMONICA基準に基づいて臨床診断された心筋梗塞を登録する。(MONICA基準の参考文献：Circulation 1994;90:583-612)

- ① 異常 Q 波の出現および確実な non-Q wave infarction
(冠動脈インターベンションを施行した場合には、MONICA 基準にはこだわらない)
- ② 定型のおよび非定型の胸部症状を有し、虚血性心電図変化があり、かつ心筋逸脱酵素の上昇 (CPK で正常上限の 2 倍以上) を伴うもの
- ③ 定型の胸部症状および心筋逸脱酵素の上昇 (CPK で正常上限の 2 倍以上) を伴うもの
- ④ 冠動脈造影所見で急性心筋梗塞と診断したもの
- ⑤ 急性死 (内因性心肺停止例) においてはその発症状況から確実に急性心筋梗塞であったと断定できるもの
- ⑥ 確実な剖検所見：組織学的な新鮮梗塞所見、ないし最近生じた冠動脈閉塞所見

★ 除外基準：PTCA などで心筋梗塞に至らなかった不安定狭心症と臨床的に心筋炎、心外膜炎と診断されたものは登録の対象外とします。

発症情報の臨床診断について

臨床診断	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞 (MI) <input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞 (MI) <input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 内因性突然死 (<input type="checkbox"/> 発症 1 時間以内 <input type="checkbox"/> 発症 24 時間以内 <input type="checkbox"/> 不明)
* 臨床診断：診断根拠のいずれかの項目をチェック 内因性急性死の場合は発症後の経過時間にて項目をチェック	

臨床情報について

⇒臨床情報は患者説明終了後同意取得状況にチェック後、臨床情報に記入する。

各項目についての記載方法について

- * 身長・体重 入院時に最も近いもので整数値で記入
- * 喫煙歴 該当項目にチェック
- * 飲酒 該当項目にチェック
 ただし飲酒量は一日平均飲酒量を清酒換算で表記する。
 清酒 1 合 ≒ ビール 350ml 缶 2 本 ≒ ビール大ビン 1 本 ≒ ワイングラス (110ml) 2 杯 ≒ 焼酎 (25%) 0.5 合 ≒ ウイスキーシングル (30ml) 2 杯

* 既往歴 該当項目にチェック

高脂血症	総コレステロール値	220 mg/dl 以上
高血圧	SBP	140 mmHg 以上 or DBP 90 mmHg 以上
高尿酸血症		7.0mg/dL 以上
糖尿病	空腹時血糖	126 mg/dl 以上

★既往歴に関連する発症前までの内服薬、治療の有無について該当項目にチェックする。

★脳卒中、腎疾患（慢性腎不全、クレアチニン 1.3mg/dl 以上）ASO（下肢閉塞性動脈硬化症）、AAA（腹部大動脈瘤）の既往歴の該当項目にチェックする。

* 梗塞部位 該当項目にチェック

中隔は、前壁に含まれます

* 初期 Killip 分類（入院初期の分類を記入） 該当項目にチェック

<Killip 分類>

- 1 度: 心不全の症状なし：肺野に湿性ラ音なし。Ⅲ音なし。
- 2 度: 心不全あり：全肺野の 50%以下で湿性ラ音あり。Ⅲ音聴取。
- 3 度: 肺水腫を伴う重症心不全：全肺野の 50%以上で湿性ラ音あり。
- 4 度: 心原性ショック

* 急性期治療

急性期抗血小板薬治療、急性期抗凝固薬治療、再灌流療法の該当する項目にチェックしてください。（複数選択可）

その他の治療の該当する項目にチェックしてください。（複数選択可）

★血栓吸引療法を実施した場合は、その他の治療のその他の項目にチェックをする。

* 退院時 NYHA 心機能分類

該当する項目にチェックしてください。

- 1 度: 心疾患があるが、身体活動には特に制約がなく、日常労作により、特に呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの。
- 2 度: 心疾患があり、身体活動には特に制約されるもの。
安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうち、比較的強い労作（例えば階段昇降、坂道歩行など）によって、上記の愁訴が発言するもの。
- 3 度: 心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの。
安静時には愁訴はないが、比較的軽い日常労作でも、呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの主訴が出現するもの。
- 4 度: 心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などが出現し、また心不全症状、または、狭心症症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの。

診断根拠について

(A) 胸痛について

- ・定型的: 「定型的」な胸痛とは、20 分以上続く胸痛をいう。
- ・非定型的: 「非定型的」な症状とは、非典型的胸痛、急性左心不全、ショック、失神のいずれ

かをいう。

(B) 心電図異常について

- ・ 確実：「確実」な心電図異常とは、①最低 2 枚以上の心電図から異常 Q 波の出現、②又は一日以上続く障害電流（ST-T 異常）の経時的変化があるものをいう。
- ・ 不確実：「不確実」な心電図異常とは、①異常 Q 波又は ST-T 異常が、経時的に確認できないもの（1 枚の心電図しかない場合を含む）、又は②異常 Q 波や ST-T 異常が確実な所見でないもの（可能性の高い心電図虚血性心電図が該当）。
- ・ 心電図上に異常 Q 波又は ST-T 異常が記録されていない
- ・ 心電図記録なし又は不明

(C) 心筋酵素について

- ・ 異常：発症 72 時間以内に正常値の 2 倍以上の上昇
- ・ 正常値の 2 倍未満、又は他の疾患が原因の上昇
- ・ 測定なし又は不明

(D) 剖検について

- ・ 確実な所見：組織的に新鮮梗塞所見ないし最近起こった冠閉塞があるものをいう。
- ・ 可能性のある所見：①急性又は慢性の冠閉塞・狭窄がある、②慢性虚血性心疾患の明らかな既往があり、他に原因となる弁膜症・心筋炎などが無い場合をいう。
- ・ 虚血性心疾患の所見なし
- ・ 剖検なし、不明又は生存

(E) 心虚血既往について

- ・ 陳旧性心筋梗塞、労作性狭心症又は有意な冠動脈狭窄・閉塞がある
- ・ 該当する虚血性心疾患の既往歴なし又は不明

(F) 次の (1) ~ (3) が認められた場合には、確実な心筋梗塞症と診断する。

ただし、万が一 (4) に示すように他の疾患が原因と考えられる場合は、最終診断は心筋梗塞症なしとなる。

- (1) 急性期の冠動脈造影検査 (CAG) により、冠血栓の確認、又は心電図異常 (ST 上昇又は高い T) の部位に一致した冠閉塞又は実測 75% 以上 (AHA90% 以上) の狭窄 (Spasm は除外)。
- (2) 症状 (定型的または非定型的) があり、心エコーで心電図異常 (ST 上昇又は高い T) の部位に一致した局在的な壁運動異常。
 - ★壁運動異常の重症度：正常：normokinesis
収縮低下：hypokinesis ・ ・ 軽度の低下：mild hypokinesis
高度の低下：severe hypokinesis
 - 無収縮：akinesis
 - 逆運動：dyskinesis

(3) 突然死症例で、CT (死亡前後を問わない) や剖検等によって確認された心破裂。

(4) 統合研究基準の A~D 及び (1)~(3) の各所見の原因として、他の疾患が考えられる場合 (心外膜炎等)、又は临床上「心筋梗塞症なし」が妥当と判断される場合 (定型的な

脳卒中臨床情報登録について

登録について同意取得可能であった

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・病型不明の脳卒中を登録します。

初発・再発ともに登録してください。

脳卒中発症登録の定義・・・

① 神経症状

(運動障害・感覚障害・失語・半盲・複視・失調・失認・意識障害) が出現

② 症状が 24 時間以上持続したものをいいます。

★注意点：①TIA を繰り返していて続いて脳梗塞を引き起こした場合は、脳梗塞をおこした時点を発症時点とします。

②発症後 1 ヶ月 (30日以内) 以内の再発症例は、新規登録の対象としません。

③病型が明らかではない 24 時間以内に死亡した場合も、可能性のある脳卒中として登録します。

★除外基準：①症状が 24 時間に満たないもの (TIA) や腫瘍性の疾患・外傷性疾患・硬膜外血腫・硬膜下血腫・医原性の疾患は登録の対象外とします。

②たまたま撮影した CT 検査 (人間ドック等) で見付き、急性発症が明瞭でない場合 (無症候性脳梗塞) は登録対象外とします。

発症情報内臨床診断について・・・

臨床所見から脳卒中であることがほぼ確実な症例を登録します。

発症情報の臨床診断について

臨床診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> 動脈解離 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出血性疾患 (<input type="checkbox"/> 脳実質内出血 <input type="checkbox"/> SAH <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 可能性のある脳卒中 <input type="checkbox"/> 除外
<p>* 臨床診断：臨床所見から脳梗塞、出血性疾患のいずれかにチェック。 脳梗塞、出血性疾患、可能性のある脳卒中の中から詳細な病型をチェック。 出血性脳梗塞 (脳塞栓) は脳梗塞に分類する。</p>	

臨床情報について

⇒臨床情報は患者説明終了後同意取得状況にチェック後、臨床情報に記入する。

各項目についての記載方法について

*身長・体重 入院時に最も近いもので整数値で記入

*喫煙歴 該当項目にチェック

*飲酒 該当項目にチェック

ただし飲酒量は一日平均飲酒量を清酒換算で表記する。

清酒1合≒ビール350ml 缶2本≒ビール大ビン1本≒ワイングラス

(110ml) 2杯≒焼酎(25%)0.5合≒ウイスキーシングル(30ml)2杯

*既往歴 該当項目にチェック

高脂血症 総コレステロール値 220 mg/dl 以上

高血圧 SBP 140 mmHg 以上 or DBP 90 mmHg 以上

糖尿病 空腹時血糖 126 mg/dl 以上

★心房細動および既往歴に関連する発症前までの内服薬、治療の有無について該当項目にチェックする。脳梗塞、脳出血、SAH、未破裂動脈瘤、心筋梗塞の既往歴の該当項目にチェックする。

★その他脳卒中の原因となる病態がある際は、カッコ内に記載する。

*今回発作前 ADL スコア・退院時 ADL スコア

ADL (Modified Rankin Scale) スコアの内容については以下の表に記載するので参考にする。

Modified Rankin Scale

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. | 全く障害なし |
| <input type="checkbox"/> 1. | 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能 |
| <input type="checkbox"/> 2. | 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる |
| <input type="checkbox"/> 3. | 中等度の障害。何らかの介助を要するが、介助なしに歩行可能 |
| <input type="checkbox"/> 4. | 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 5. | 高度の障害。ベッドの上の生活、失禁、常に介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 6. | (死亡) |

*入院時・再重症時スコア

脳梗塞・脳出血は NIHSS スコア

くも膜下出血は WFNS スコアにて点数を記載する。

くも膜下出血：WFNS スコアシート

重症度	GCS 得点	主要な局所神経脳神経症状(失語または片麻痺)
I	15	なし
II	14-13	なし
III	14-13	あり
IV	12-7	有りまたはなし
V	6-3	有りまたはなし

前述のスコアシートの GCS 得点は下記の表の点数を合計する

Glasgow Coma Scale (最良の反応を用いる)

A. 開眼	自発的に開眼する	E4
	言葉により開眼する	3
	痛み刺激により開眼する	2
	開眼しない	1
B. 言葉による応答	見当識あり	V5
	錯乱状態	4
	不適當な言葉	3
	理解不能な状態	2
C. 運動器による応答	命令に従う	M6
	痛み刺激部位に手足がくる。	5
	四肢を屈曲する	
	逃避反応	4
	異常屈曲	3
	四肢を伸展する	2
全く動かさない	1	

脳梗塞・脳出血：NIHSS スコアシート及び解説 (参考文献：Stroke：Leyden P, et al：1994;25:2220-2226.)

<NIHSS シート使用の手引き>

1 a. 意識水準

この全般的な反応性の測定は、脳卒中患者が最初に診察を受けるベッドサイドにおいて、医師の働きかけに対する患者の反応によって評価される。医師は患者を刺激（ゆすったり、たたいたり）し、最良の意識レベルを決定するべきである。時には、つねるといような、より侵襲的な刺激が意識レベル判定のため必要となるかもしれない。挿管、言語障害または口腔外傷などにより評価が妨げられたとしても、患者の反応によって3点までのいずれかと判定する。

0 = 清明 --- 患者は完全に覚醒し的確に反応する。
 1 = 傾眠 --- 患者はぼんやりしているが、軽度の刺激で覚醒する。患者は指示したことに従い返答し、反応する。

2 = 昏迷 --- 患者はぐったりしていて、注意を向けさせるには繰り返し刺激しなければならない。患者が指示に従う動きを示すのに痛みや強い刺激が必要である。

3 = 昏睡 --- 患者は昏睡状態で反射的もしくは自律的な反応しか示さない。あるいは、無反応である。

1 b. 意識水準一質問

ここでは、患者に次の2つの質問を行い、評価する。「今月は何月か?」「年齢は何歳か?」 返答は正確でなければいけない。近似した答え（たとえば年齢が1歳違ってても）不正解とする。もし患者が最初に間違った答えをした後訂正したとしても、不正解とする。「今、何時か?」「ここはどこか?」といった他の見当識に関する質問で置き換えてはならない。失語症の場合でも言語的な正確度の観点から判断する。

NIHSS記載シート

記入者氏名 () ()	
患者識別コード () ()	
1a. 意識水準	<input type="checkbox"/> 0:完全覚醒 <input type="checkbox"/> 1:簡単な刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 2:繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 3:完全に無反応
1b. 意識障害一質問 (今月の月名及び年齢)	<input type="checkbox"/> 0:両方正解 <input type="checkbox"/> 1:片方正解 <input type="checkbox"/> 2:両方正解 <input type="checkbox"/> 3:両側性半盲
1c. 意識障害一従命 (閉閉眼、「手を握る・開く」)	<input type="checkbox"/> 0:両方可 <input type="checkbox"/> 1:片方可 <input type="checkbox"/> 2:両方不可
2. 瞳孔の注視	<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:部分的な注視麻痺 <input type="checkbox"/> 2:完全な注視麻痺
3. 視野	<input type="checkbox"/> 0:視野欠損なし <input type="checkbox"/> 1:部分的半盲 <input type="checkbox"/> 2:完全半盲 <input type="checkbox"/> 3:両側性半盲
4. 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽度の麻痺 <input type="checkbox"/> 2:部分的麻痺 <input type="checkbox"/> 3:完全麻痺
5a. 上肢の運動(右) *仰臥位ときは45度右上肢 <input type="checkbox"/> 9:切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0:90度*を10秒間保持出来る(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2:90度*の半上または保持ができない <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
5b. 上肢の運動(左) *仰臥位ときは45度右上肢 <input type="checkbox"/> 9:切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0:90度*を10秒間保持出来る(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2:90度*の半上または保持が出来ない <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
6a. 下肢の運動(右) <input type="checkbox"/> 9:切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0:30度を5秒間保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:30度を保持できるが、5秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2:重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
6b. 下肢の運動(左) <input type="checkbox"/> 9:切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0:30度を5秒間保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:30度を保持できるが、5秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2:重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
7. 運動失調 <input type="checkbox"/> 9:切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0:なし <input type="checkbox"/> 1:1肢 <input type="checkbox"/> 2:2肢
8. 感覚 <input type="checkbox"/> 9:失語	<input type="checkbox"/> 0:障害なし <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度 <input type="checkbox"/> 3:無言、全失語
9. 鼻良の言語	<input type="checkbox"/> 0:失語なし <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度の失語
10. 構音障害 <input type="checkbox"/> 9:構音または身体的障害	<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度
11. 消去現象と注意障害	<input type="checkbox"/> 0:異常なし <input type="checkbox"/> 1:視覚、聴覚、聴覚、視空間または自己身体に対する不注意、あるいは一つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象 <input type="checkbox"/> 2:重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意
NIHSS (右欄の点数の総合計) _____ 点	

0=2問とも正解

1=1問のみ正解---挿管、口腔外傷、構音障害などで患者が会話できない場合を含める。

2=2問とも不正解---失語、重度の意識障害を含める。

1 c. 意識水準---従命

患者に次の2つのことを命じて正しく従えるか否か評価する。「目の開閉」「手を握る・開く」最初に示した反応で評価すること。患者が失語症で言語的な命令に従えないなら、ジェスチャーでこれらの動作を示し、それを真似られる否かで判断する。麻痺のために十分に拳ができなくとも実行しようとする動きがみとればよしとする。切断などの身体的障害がある場合、他の身体部分を動かす1段階命令に置き換えて最初の企画のみを評価すること。

0=2つ命令に正しく応じる。

1=1つの命令にのみ応じる。

2=2つの命令とも遂行不可。

2. 注視

安静時の眼球位置と追視時の目の動きをテストする。まず安静時の眼球位置を見て、随意的な左右への眼球運動を観察する。次に患者に左右を見るように指示する。水平眼球運動のみをテストする。垂直眼球運動、眼振、skew deviation は評価しない。命令に反応できない患者では反射性眼球運動（oculocephalic または oculovestibular）をテストするが、caloric test は行わない。患者が斜視のような眼球位置の問題があっても、正中を越えて左右を見ようとしていれば正常な反応とする。眼球運動に関する脳神経（III, IV, VI）の障害を有し十分な追視ができないときは、1点とする。共同偏視がありしかも反射的な動きも見られない場合には、2点とする。失語があっても、視線を合わせ、患者の周囲を左右に動くことで注視障害を検出できることもある。

0=正常 ---患者は正常は水平眼球運動が可能。

1=部分的注視麻痺---患者は水平性眼球運動が完全には一眼または両眼でできない。

2=強い眼球偏位---患者は右もしくは左への共同偏視を示し、しかも反射性にも動きがない。

3. 視野

両眼の視野を検査する。たいていは医師が患者の視野の上下左右の4分画に示した指の数を言わせる。個々の目を各々手テストする。患者が言葉で答えられない場合には医師は4分画における視覚刺激への反応をチェックするか患者に見えた指の数を実際に患者の手の指を上げて示させる。1/4 盲は1点とする。半盲（左右いずれかの上下とも）は2点とする。もし元来の眼病のため患者の単眼の視野が欠損している際は、他眼の視野で判定する。全盲はいかなる理由であれ3点とする。

0=視野障害なし

1=部分半盲---両眼の部分的な視野欠損。1/4 盲や扇形の視野欠損(sectornopia)が含まれる。

2=完全半盲---両眼の広範な半盲。同名性半盲を含める。

3=両側性半盲---両眼の両側性の半盲。皮質盲を含める。

4. 顔面の動き（顔面麻痺）

患者の顔面を観察し自発的な顔面の動きで評価する。患者にしかめ面や笑顔をさせたり、えくぼを作らせたり、

逆らって閉眼させたりもして評価する。失語症で指示に従えない患者では、医師がジェスチャーで示し患者に真似をさせる。意識障害の患者では痛み刺激を加えた際のしかめ面で判定しても良い。顔面外傷、挿管、包帯などで顔面が隠れているときには、可能な限り障害物を取り去って検査する。

0＝正常な顔面の動き---対称的な動きあり

1＝軽度の麻痺---非対称な顔面の動きもしくは安静時の顔面の非対称。これは自発的な笑みにより気づかれる程度のものである。

2＝部分麻痺---一側の「核上性」顔面麻痺。自発的にも強制的にも見られ、とくに口の部分で明らかである。眼輪筋や額の筋の動きは正常。

3＝完全麻痺---口周囲眼輪筋および額の筋の麻痺。一側または両側の完全な「核下性」顔面麻痺。

5. 運動機能—上肢（左右）

患者は体の前面に（座位なら）90度または（臥位なら）45度上肢を伸展挙上を命じられる。10秒間その状態を保持するが、医師は10まで声に出して数え患者に保持するよう促す。—上肢が麻痺しているなら、最初に「正常な」上肢をテストしてもよい。失語の患者では指示は言葉によらなくてもいいし、ジェスチャーで示してもよい。上肢をすでに述べた最初の位置にとるよう手助けしてもよい。患者が関節炎や脳卒中と関連しない疾患による上肢の運動制限を有する際は医師は「最良」の運動機能を判断すべきである。意識障害の患者では侵害刺激に対する反応で判定する。十分に自発的な動作の反応があれば0点と判定してよい。もし、屈曲や伸展のような反射的な反応しかみられなければ4点とする。もし上肢がないか完全に切断されていたり、肩関節が癒着している場合には、9点（判定不能）とする。

0＝動揺なし---患者は10秒間上肢を伸展挙上保持できる。

1＝動揺あり---10秒間伸展挙上していられるが、動揺がみられる。中間的な位置まで下がってくる場合もこの点数となる。

2＝重力に抗した動きあり---患者は10秒間保持できないが重力に抗した動きはみられる。

3＝重力に抗した動きなし---患者はベッドから離して上肢を持ち上げられないが、動きはみられる。検者が患者の上肢を正しい位置に上げててもその位置を保てない。

4＝動きなし---全く上肢の動きなし。

9＝判定不能---上記のとおり。理由を記載して加点しない。

6. 運動機能—下肢（左右）

仰臥位の患者はベッド上30度以下肢を伸展挙上保持するよう指示される。この位置で5秒間保持しなければならない。医師は声にだして5つ数えて患者に保持するよう促す。もし右下肢が麻痺しているなら、検者は最初「正常」な左下肢を評価してもよい。患者は言葉での命令に感じられないなら、非言語的な指示でもよいし、上記のように下肢の位置を取らせてテストしてもよい。意識障害の患者では侵害刺激に対する反応で判定する。十分に自発的な動作の反応があれば0点と判定してよい。もし屈曲や伸展のような反射的な反応しかみられなければ4点とする。もし下肢が完全に切断されていたり、股関節が癒着している場合には、9点（判定不能）とする。

0＝動揺なし---患者は5秒間下肢を伸展挙上保持できる。

1＝動揺あり---5秒間伸展挙上していられるが、動揺がみられる。

2＝重力に抗した動きあり---患者は5秒間保持できないが重力に抗した動きはみられる。

- 3＝重力に抗した動きなし---患者はベッドから離して下肢を持ち上げられないが、動きはみられる。検者が患者の下肢を正しい位置に上げてその位置を保てない。
- 4＝動きなし---全く下肢の動きなし。
- 9＝判定不能---上記のとおり。理由を記載して加点しない。

7. 運動失調

この項目は患者に一侧小脳半球病巣に基づく症候が見られるかを判定するためにある。また、感覚ないし運動機能障害に関連した四肢の動きの異常を捉えることをも目的とする。失調は、指―鼻試験(finger to nose test: FNT)と踵―脛試験によりチェックする。医師は「正常」側をまずテストする。その動作は良好で、スムーズ、正確かつ拙劣でない。測定障害(dysmetria)や巧緻性障害(dyssynergia)はない。患者が一肢の測定障害や巧緻性障害を呈する時には1点とする。患者が一侧の上下肢における測定障害や巧緻性障害を呈する時、あるいは両側で見られる時には、2点とする。全盲の患者では上肢を伸展した位置から人差し指の先を自分の鼻先に触れるまでの上肢の動きで評価する。患者が完全麻痺を呈する(運動機能が4点)場合や、四肢の欠損や完全切断、関節癒着の場合、あるいは昏睡時(1a＝3点)の場合、この項目の得点は9点(判定不能)とする。

0＝失調なし---患者は指―鼻試験と踵―脛試験ともにスムーズでかつ正確に実行できる。

1＝一側の上肢または下肢で失調あり---患者は指―鼻試験または踵―脛試験をいずれかのみ良好に実行できる。

2＝一側の上下肢または両側で失調あり。

9＝判定不能---上記の通り。理由を記載して加点しない。

8. 感覚障害

患者は全ての四肢の近位部において針で検査され、刺激がどう感じるかに答えて評価される。患者は「刺激が鋭いか鈍いか、左右差がないか」を聞かれる。脳卒中による感覚障害のみが異常と判定される。通常、これは半側感覚障害にあたる。末梢神経障害などによる、脳卒中によらない感覚障害は異常と判定しない。患者が意識障害や無視、失語ないし感覚の度合いを言葉で表現できない場合は、しかめ面や逃避のような患者の非言語的な反応によって判断する。患者が刺激に反応する場合には0点とする。左右の刺激に対する反応を比較する。患者が一側で侵害刺激に反応しないなら、2点をつける。昏睡患者は、2点とする。従って重度の意識障害のある患者でも評価すべきである。

0＝正常---針(ピン)に対する感覚障害が検出されない。

1＝部分的障害---軽度から中等度のピン刺激への反応の低下が認められる。一肢以上にみられる。

2＝重度の障害---患者はピン刺激を受けたと気づかないほどの高度の感覚障害あり。患者一側上下肢で侵害刺激に反応しない。昏睡患者(項目1＝3)はここに含める。

9. 言語障害

患者の言語機能に関しては、一定の物品を同定し一連の文章(添付資料とする)を読むことによって評価する。患者の言語理解については医師がこの項目以前までの神経学的診察を行う中で多くの情報が得られている。医師は適当な時間を取って患者に紙に書かれた物品を同定させる。最初の応答のみを判定する。もし患者が物品の同定を誤り後に自己修正しても、応答は正常でないとする。次に医師は患者に一連の文章の書かれた紙を見せる。検者は患者に最低3つの文章を読むよう命じる。最初に患者の読む応答を評価する。もし患者が文章を

間違っ読み後に自己修正しても、応答は正常でないとする。もし患者が視力障害を有しそのために物品の視覚的な認知や朗読に支障を来たすならば、検者は患者の手に物品を持たせてその同定ができるかで判断し、また、患者が自発的な会話ができるかおよび文章を復唱することができるかによって判断する。検者がこれらの応答が正常と判断するならば0点とする。患者が挿管されていたり発語できないときには検者は患者の筆記をチェックする。

0＝失語なし---患者は文章を正しく読め、紙に書かれた物品を正しく呼称できる。

1＝軽度ないし中等度の失語---患者は軽度から中等度の物品呼称の誤り、語想起障害、換語障害もしくは軽度の理解もしくは言語表出の障害を有する。

2＝重度の失語---患者は重度の失語を有し物品呼称や朗読ができない。Broca失語もしくはWernicke失語を呈する患者がここに該当する。

3＝無言---言語的な課題に対し無反応である。昏睡患者はここに含める。

10. 構音障害

基本的な評価法は患者に紙に書かれた標準的な一連の言葉を読み発音させることによる。患者が視覚障害のため言葉を読めないならば、医師が言った言葉を患者に復唱させる。患者が重度の失語であれば、自発的な発話における構音の明瞭さによって評価する。もし患者が無言、昏睡もしくは挿管中の場合、この項目は9点（判定不能）とする。

0＝正常な語音---患者は言葉を明瞭に発音し、構音における問題はみられない。

1＝軽度ないし中等度の構音障害---軽度ないし中等度の構音のゆがみを認める。何らかの困難はあるものの理解可能である。

2＝重度ないしほぼ理解不能---患者の発話は極めて不明瞭で理解しがたい。

9＝判定不能---上記の通り。理由を記載して加点しない。

11. 無視（消去現象および注意障害）

無視の存在は、患者が左右同時に加えた皮膚刺激および視覚刺激を認知できるかによって評価する。視覚刺激は標準化された絵を用いる。患者にその絵を見せて描かれている内容を表現させる。医師は患者にその絵を端から端まで見て、絵の中の左右各々の特徴をつかむように促す。医師は（視覚異常のある場合には）患者が視覚障害を補って絵をみるように促してよい。患者が一侧の絵の部分を認知しないなら、結果は異常とする。次に医師は上肢または下肢の両側同時触知を認識できるか評価する。このテストは患者を閉眼させて行う。患者が一方の感覚刺激を無視するなら異常と判定する。患者が重度の視覚障害を持ち皮膚刺激が正常なら、得点は0である。患者が失語症で絵の内容表現ができなくても両側への注意を向けていれば、0点とする。視空間無視や病態失認があれば無視がある根拠となる。

0＝無視はない---患者は左右両側同時皮膚刺激を認識することができ、絵の中の左右のイメージを同定できる。

1＝部分的無視---患者は左右両側同時皮膚刺激あるいは両方同時視覚刺激のいずれかの認識できない。（高度の視覚障害や失語はない場合）

2＝完全無視---患者は両側同時皮膚刺激および両側同時視覚刺激のいずれも認識できない。また一方の手を認識しない、あるいは空間の一方にしか注意を向けない。

*診断根拠 該当する項目をチェック（複数選択可）

*脳梗塞・脳出血の主病巣

各項目、該当する項目をチェック

左右の項目をチェック

大きさについては下記の基準でCHECK

脳梗塞の場合：径 15mm 未満、15mm以上～1/2 葉未満、1/2 葉以上、不明

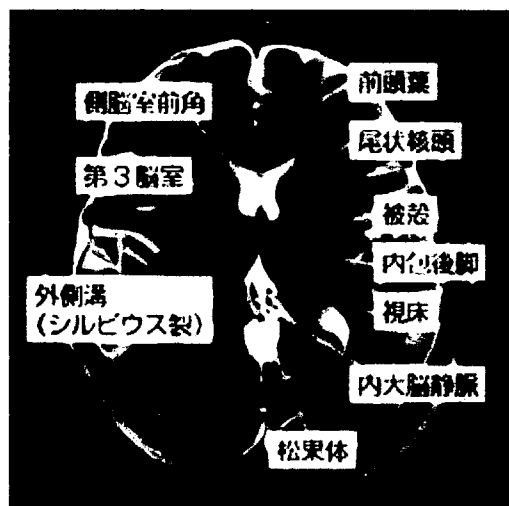
脳出血の場合：最大径 2cm 未満、最大径 2～6cm、最大径 6cm 以上

★ 病巣の大きさについて（脳梗塞）原則として病巣の体積にて判断する。

1/2 以上とは、病変が一番大きいスライスで、前・側・後頭葉いずれかの面積の1/2 以上の占拠を目安として判断する。病変が側頭葉の下の方を大きく占めているが、上の方に全くない場合は体積として1/2 以上にはならない。

詳細部位の項目をチェック

注意点：出血性梗塞は、脳出血ではなく、脳梗塞として登録してください。



*くも膜下出血の主病巣 各項目、該当する項目をチェック

：内頸動脈系にチェックをした場合のみ詳細部位にもチェックする

