

図1 研究地区と比較地区の設定

脳卒中患者の研究参加への登録を行う病院

- 研究地区(県北地区)
 - 岩手県立二戸病院
 - 岩手県立久慈病院
- 比較地区(盛岡地区)
 - 盛岡赤十字病院
 - 岩手県立中央病院
 - 岩手医科大学附属病院

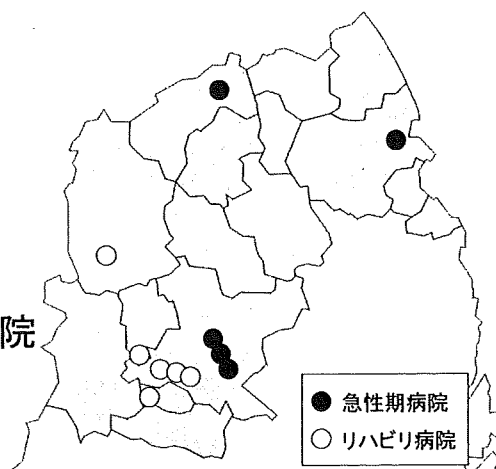


図2 登録調査

- 対象者
 - 研究地区ならびに比較地区の住民で、登録期間中に協力病院に入院した脳卒中患者
- 方法
 - リサーチナースによる同意取得と登録調査
 - 患者本人への研究の説明と同意
 - 患者本人からの聞き取りやカルテ閲覧による既往歴、生活習慣等の情報収集
 - 協力病院医師による患者登録
 - 脳卒中の診断、治療に関する項目

図3 登録期間

	病院名	登録期間	
		開始	終了
研究 地区	岩手県立二戸病院	H18年1月1日	H21年3月31日
	岩手県立久慈病院	H18年8月1日	H21年3月31日
比較 地区	盛岡赤十字病院	H19年10月1日	H20年10月31日
	岩手県立中央病院	H19年12月1日	H20年12月31日
	岩手医大附属病院	H19年10月1日	H20年10月31日

図4 登録調査項目

- 岩手県地域脳卒中登録の登録票の項目
 - － 患者個人情報: 氏名、性、生年月日、住所
 - － 脳卒中発症情報: 発症日、入退院日、病型
 - － 転帰: mRS(自立度)、転帰先
- 追加登録票の項目
 - － NIHSS: 臨床的重症度
 - － 治療・リハビリテーションの内容

図5 追跡対象者の抽出過程

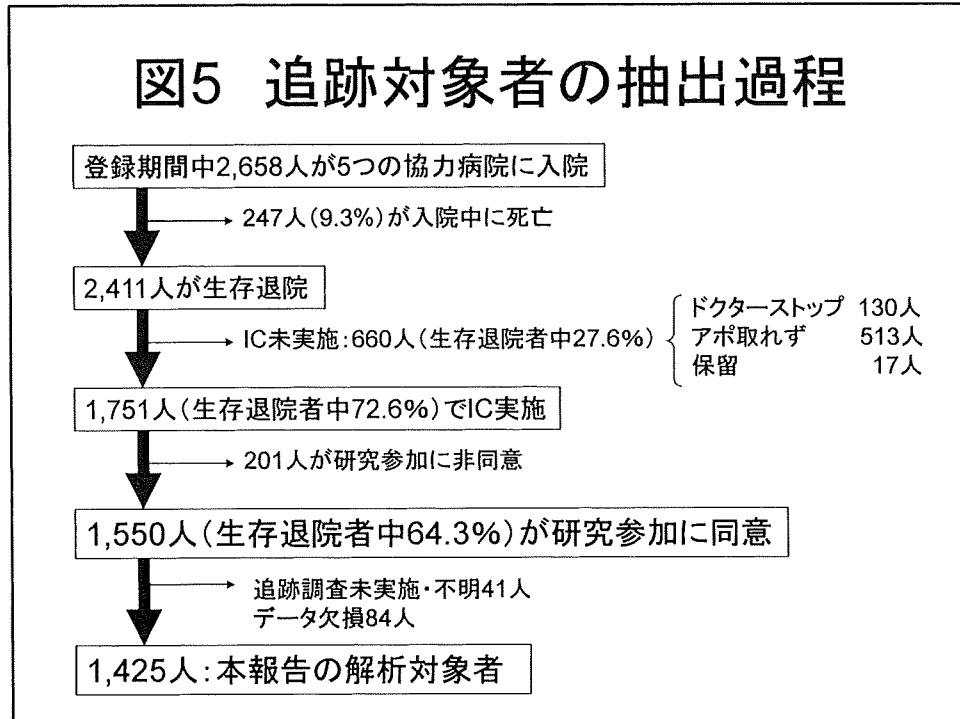


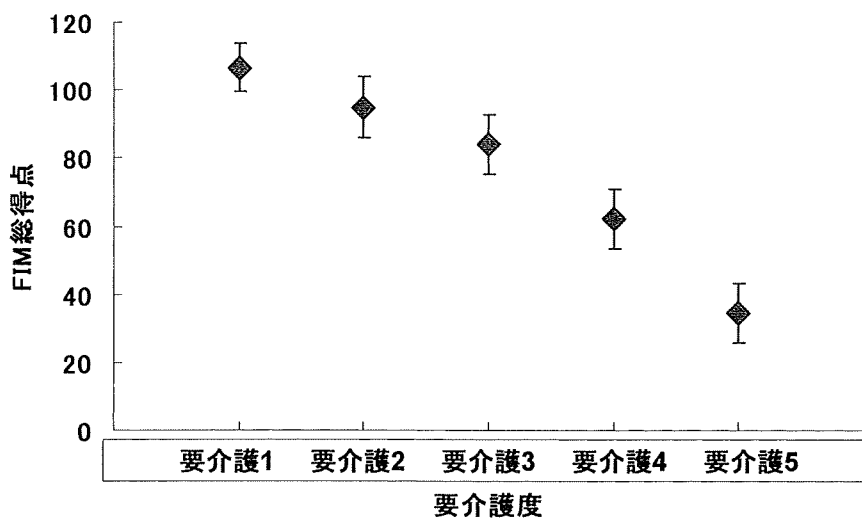
図6 予後追跡調査

- 2009年12月まで実施(平均1.7年)
- 生存・死亡に関する情報
 - リサーチナースによる病院でのカルテ調査
 - 住民票請求
- FIM, Functional Independence Measure
- 要介護認定に関する情報
 - 市町村・広域行政の介護認定情報を収集する

図7 FIMの説明

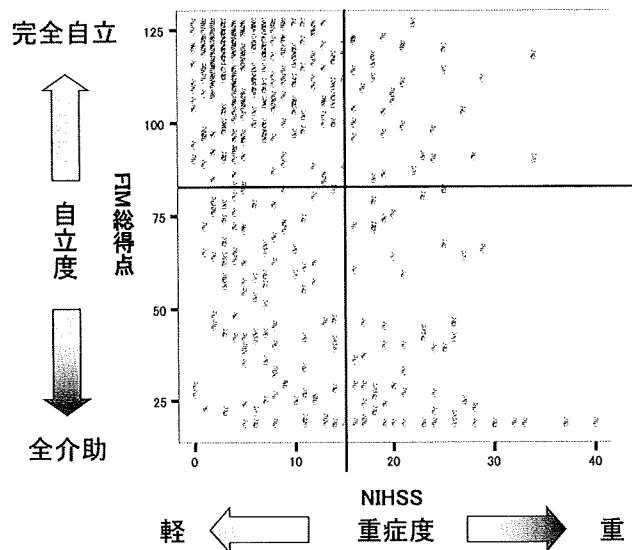
- 機能的自立度評価法
- ADL(日常生活動作)の評価法の一つ
- 運動性機能13項目と認知性機能5項目の計18項目
- 項目ごとに7段階評価する:7点(完全自立)から1点(全介助)
- 126点満点(運動:91点、認知:35点)

図8 要介護度とFIM総得点との関係*



* FIM評価と介護認定を受けた153人。ANCOVAを用いて性・年齢を調整。誤差バーは95%CI。

図9 入院時重症度と自立度の関係*



* NIHSSとFIMの両方とも評価された687人

当病院は「脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究」に協力しています

- ・脳卒中で入院された方について発症登録を行っています。
- ・同意が得られた方について、診療機関内での入院・通院状況の調査と、市町村での住民情報・介護情報の調査を行います。

以上から、入院中のデータとの関連性を検討して、地域の病院とリハビリ施設などとのあるべき連携状況の確立に役立てようとするものです。

後ほど、調査担当者が研究説明にお伺い致します。

この調査は、岩手県内の5つの病院で行っています。調査に同意された場合でも採血などの追加検査や費用の負担はありません。

また、個人情報やプライバシーは厳重に保護されます。

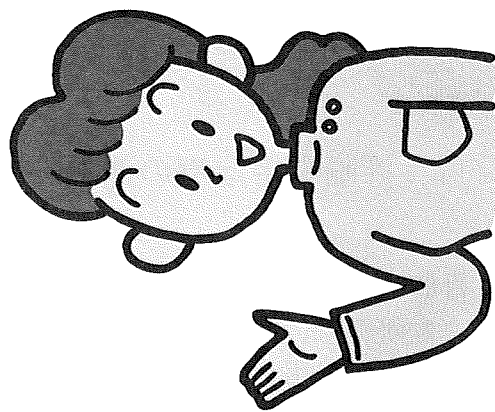
*発症登録とは、地域内で特定の病気にかかった方の情報を統計として集め、年齢ごとに罹患率などを調べて予防に役立てる仕組みのことです。

研究事務局（お問い合わせ先）

岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

電話019-651-5111内線3373

担当 小野田・新里



本研究は「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」(研究者代表 小川 彰 岩手医科大学医学部教授)として、厚生労働科学研究費を受けて実施しています。

資料2

『脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究』についての説明

目的

本研究は、地域における基幹病院とリハビリ施設などとの連携状況が、脳卒中を発症された方の退院後の状態にどう関係するのかを明らかにして、今後の治療法の改善やあるべき連携状況の確立に役立てようとするものです。

調査内容

脳卒中で入院された方で同意を頂いた方のデータ（氏名、住所、病歴、症状、生活習慣、検査値、治療内容）について、簡単な聞き取りと診療録から登録票に記入して保存します。今後（退院後）、診療機関（転院先を含む）を対象に入院・通院状況の調査、市町村を対象に住民情報・介護情報の調査を行って入院中のデータとの関連性を検討いたします。

退院後の調査では患者様に直接問い合わせることはありません。また、ご自宅に電話や訪問をすることもありません。ただし将来、必要に応じて、いくつかの簡単なお尋ねを郵便ですることがあります。

診療内容や医療費への影響

この調査への参加はあなたの自由意志で決めて下さい。同意しても同意しなくても、利益や不利益はありません。つまり、同意してもしなくても、検査内容や治療内容・治療法が変わることはなく、診療にかかる費用も通常と変わりません。

なお、本調査への参加に同意した後でも、いつでもその同意を撤回することができます。

個人情報に関して

本研究は個人情報保護法を遵守して行い、得られた個人情報（氏名、住所、生年月日など）は、研究事務局の岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座内に設置するデータ管理室内にて適正に施錠管理し、本研究の目的のみに使用します。本研究の評価や解析は匿名化した情報のみを用いて行いますので、個人の結果が公表されることもありません。

平成 年 月 日

「脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究」

説明者 署名

問い合わせ先

研究事務局： 盛岡市内丸 19-1 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座
講師 小野田敏行 電話 019-651-5111 内線 3373

本研究は「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」（研究者代表 小川 彰 岩手医科大学医学部教授）として、厚生労働科学研究費を受けて実施しています。

盛岡2版

「脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究」への協力に関する同意書

岩手医科大学付属病院長 鈴木 一幸 殿

主任研究者 小川 彰 殿

私は、当該研究の目的、内容、安全性および危険性等について、説明文書に基づき説明しました。

平成 年 月 日

「脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究」
説明者

氏名 _____

(署名または記名・押印)

私は、「脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究」（主任研究者 小川 彰）に関して、その目的、内容、利益及び不利益を含む下記の事項について説明文書を用いて説明を受け、理解しました。

また、同意した後であっても、いつでも同意を撤回できること、そのことによって何ら不利益を生じないこと、疑問があればいつでも質問できることについても説明を受け納得しました。

つきましては、私自身の自由意思により研究への協力に同意します。

- ・ 研究への協力の任意性と撤回の自由
- ・ 研究目的および内容
- ・ 入院中に行う調査の方法
- ・ 退院後に行う調査の方法
- ・ 研究参加者にもたらされる利益および不利益
- ・ 研究の倫理的配慮
- ・ 個人情報の保護に関すること

平成 年 月 日

氏 名 _____

代諾者 _____

続 柄 () (署名または記名・押印)

『脳卒中治療の連携と障害予防に関する研究』 調査の目的と内容

目的

本研究は、地域における基幹病院とリハビリ施設などとの連携状況が、脳卒中を発症された方の退院後の状態にどう関係するのかを明らかにして、今後の治療法の改善やあるべき連携状況の確立に役立てようとするものです。

調査内容

脳卒中で入院された方で同意を頂いた方のデータ（氏名、住所、病歴、症状、生活習慣、検査値、治療内容）について、簡単な聞き取りと診療録から登録票に記入して保存します。今後（退院後）、診療機関（転院先を含む）を対象に入院・通院状況の調査、市町村を対象に住民情報・介護情報の調査を行って入院中のデータとの関連性を検討いたします。

退院後の調査では患者様に直接問い合わせることはありません。また、ご自宅に電話や訪問をすることもありません。ただし将来、必要に応じて、いくつかの簡単なお尋ねを郵便ですることがあります。

（説明文書から目的および調査内容のみ再掲）

同意取得時調査事項

◎既往歴（医師に言われたことがある）について

1. 高血圧 （ あり なし 不明 ）
2. 糖尿病 （ あり なし 不明 ）
3. 高脂血症 （ あり なし 不明 ）
4. 心筋梗塞・狭心症 （ あり なし 不明 ）
5. 脳卒中 （ あり なし 不明 ）
6. 腎臓病 （ あり なし 不明 ）
7. 足の血管が狭い （ あり なし 不明 ）

飲酒量の目安（1合相当量）

- | | |
|-------|-----------------|
| ビール | 中ビン1本（500ml） |
| | …大ビン1本なら1.3合 |
| | 350ml 缶なら0.7合 |
| 焼酎 | コップ半分（100ml） |
| | …お湯割ならコップ1杯 |
| ウイスキー | ダブル1杯（60ml） |
| ワイン | ワイングラス2杯（200ml） |
| | …普通のコップなら1杯 |

◎入院前の生活習慣について

8. 喫煙 （ あり・1日____本 ____年前にやめた 喫煙なし 不明 ）
9. 飲酒 （ 毎日____合 機会飲酒 ____年前にやめた 飲酒なし 不明 ）

※週に5日以上飲んでいた場合は毎日として下さい。合は整数で記入して下さい。
※週に4日以下で1日平均では1合に満たない場合は「機会飲酒」として下さい。

様式1 入院患者は退院時
外来往診患者は通院等終了時 } に送付して下さい。

【 県 医 師 会 用 】



脳 卒 中 患 者 登 録 票

※ 1 受付番号	※ 2 登録番号	※ 3 受付年月日	年 月 日
4 (フリガナ) 患者氏名		5 性別 1. 男 2. 女	6 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
7 患者の現住所 (電話番号)		市 町 村 ※ (電話 () -)	
8 診療形態		1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日) 9 退院年月日 平成 年 月 日	
10 臨床診断 (疑いも含む) ⑤ 変更の場合は× で消し新たに○ を付けて下さい。		1. 脳梗塞 (1. 脳血栓 2. 脳塞栓 3. 不明) 2. 脳内出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. その他 7. 不明) 3. くも膜下出血 (1. 脳動脈瘤 2. 脳動脈奇形 3. その他 4. 不明) 4. 一過性脳虚血発作 5. 病型不明の脳卒中 6. その他 ()	
11 医療機関名 診療科名 医師氏名		診療科	*
		医師名	
		※	
12 発症年月日		平成 年 月 日 1. 午前 2. 午後 時頃 発作回数 (回目)	
13 初診年月日		平成 年 月 日 1. 午前 2. 午後 時頃	
14 初診時所見		<意識レベル> (JCS) 1. つねっても反応しない (300) 2. つねると少し動く (200) 3. つねると払いのける (100) 4. 呼名にかろうじて目を開く (30) 5. 簡単な命令に応じる (20) 6. 目の前の指の数を数える (10) 7. 名前、生年月日が言えない (3) 8. 現在の月日、場所が言えない (2) 9. なんとなくおかしい (1) 10. 清明 (0) <身体所見> 1. 血 庄 — () / () mmHg 2. 脈 拍 — 1. 整 2. 不整 () /分 3. 呼 吸 — 1. 良 2. 悪 4. 対光反射 — 1. 有 2. 無 3. 不明 5. 瞳孔不同 — 1. 有 2. 無 3. 不明 6. 運動麻痺 — 1. 片 2. 四肢 3. 無 4. 不明 7. 言語障害 — 1. 有 2. 無 3. 不明 8. 頭 痛 — 1. 有 2. 無 3. 不明 9. 嘔 吐 — 1. 有 2. 無 3. 不明 10. 項部硬直 — 1. 有 2. 無 3. 不明	
15 検査・手術		1. CT 2. MRI 3. 脳血管写 4. 開頭手術 5. その他手術	
16 家族歴		(脳卒中) 1. 祖父母 2. 父母 3. 兄弟姉妹 4. 子供 5. 無 6. 不明	
17 既往歴		1. 高血圧症 2. 心疾患 3. 腎疾患 4. 糖尿病 5. 高脂血症 6. その他	
18 治療歴		降圧剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明 抗凝固剤 — 1. 服用中 2. 時々服用 3. 中断 4. 無 5. 不明	
19 発生場所及び状況		1. 屋内 1. 軽作業 2. 中労働 3. 力仕事 4. 運動 5. 食事 6. 入浴 7. 用便 2. 屋外 8. 睡眠 9. 飲酒 10. 談話 11. テレビ視聴 12. その他	
20 転 帰 (退院・通院等終了時)		1. 自立 2. 一部介護 3. 全面介護 4. ねたきり 5. 死亡 (平成 年 月 日 1. 午前 2. 午後 時 → 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死) 1. 在宅 2. 転院 (転院先) 3. 施設入所 (施設名) 4. 不明	

貴院のカルテ (整理) 番号 _____

〔留意事項〕

1. 脳卒中患者登録票は患者の退院時または通院等終了時に記入し、提出して下さい。
2. ※印の部分は記入の必要はありません。

資料5

様式1 入院患者は退院時
外来・往診患者は適宜 } に送付して下さい。

【岩手県医師会用】



脳卒中患者登録票

*1 受付番号		*2 登録番号		*3 受付年月日		年	月	日
フリガナ				5 性別	6 生年月日			
4 患者氏名				1. 男 2. 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生			
7 患者現住所	市 町 村			※				
8 診療形態					9 退院年月日			
1. 外来(往診) 2. 入院(平成 年 月 日)					平成 年 月 日			
10 臨床診断	1. 脳梗塞 (1. アテローム血栓性脳梗塞 2. 心原性脳塞栓 3. ラクナ梗塞 4. その他・不明) 2. 脳出血 (1. 被殻 2. 視床 3. 脳橋 4. 小脳 5. 皮質下 6. 混合型 7. その他・不明) 3. くも膜下出血 (1. 破裂脳動脈瘤 2. その他・不明) 4. 脳動静脈奇形 (AVM) 5. もやもや病 6. その他 () 7. 不明							
11 医療機関名 (所在地) (電話番号) 診療科名 医師名 貴院カルテ番号	医療機関名			診療科	科※			
				医師名				
				貴院カルテ番号				
				※				
12 発症年月日	平成 年 月 日 時 分頃 (24時間表示で記入) 月日・時間不明							
13 初診年月日	平成 年 月 日 時 分頃 (24時間表示で記入)							
14 画像診断	1. あり 2. なし			15 手術治療	1. あり 2. なし			
16 脳卒中既往歴	1. あり (1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. その他) 2. なし 3. 不明							
17 転帰	1. 全く症状なし 2. 症状はあるが特に問題となる障害なし (通常の日常生活及び活動は可能) 3. 軽度の障害 (以前の活動は出来ないが、介助なしに歩行可能) 4. 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが、介助なしに歩行可能) 5. 比較的高度の障害 (介助なしに歩行や日常生活を行うことが困難) 6. 高度の障害 (寝たきり、失禁、常に看護や注意が必要) 7. 死亡 平成 年 月 日 時 1. 脳卒中死 2. 非脳卒中死 (24時間表示で記入)							
18 退院後の状況	1. 在宅 (通院先:) 2. 転院 (病院名:) 3. 施設入所 (施設名:) 4. 不明							

留意事項 1 この登録情報は、岩手県地域脳卒中登録事業の目的以外には使用しません。
 2 この登録票に基づいて、直接患者に問い合わせることはありません。
 3 記入方法の詳細については、冊子「岩手県地域脳卒中登録の手引き」をご覧ください。
 4 ※印の部分は記入の必要はありません。

脳卒中患者追加登録票

21 (項目 21~24 は調査員が記載します)

説明と同意 平成 年 月 日 1. 同意あり 2. 同意なし 担当者 _____
2. の場合、以下記載は不要です。

22

今回発作前ADL (m-Rankin Scale) Grade: 0 1 2 3 4 5

modified Rankin Scale
0: 全く症状なし
1: 通常の日常生活可能
2: 介助なしに自分のことができる
3: 介助なしに歩行可能
4: 介助なしの歩行や生活は困難
5: 寝たきりなど高度の障害
6: 死亡

24

危険因子 高血圧 糖尿病 (HbA1c= %) 高脂血症 心房細動
喫煙 (吸う 本 やめた (年前) 吸わない)
多量飲酒 (3合以上) その他の既往歴・病態 ()

25

重症度スコア (NIHSS / WFNS) 点 (入院 日目) 入院当日は1日目として下さい。
脳梗塞・脳出血... NIHSS くも膜下出血... WFNS

26

診断 脳梗塞 アテローム血栓性 心原性塞栓 ラクナ
動脈解離 分類不能・その他
出血性疾患 脳実質内出血 SAH
その他 ()

27

脳梗塞・脳出血の主病巣 (右 左) (大 中 小) (テント上 テント下)
(今回の発作に限る) 大脳皮質(下) 基底核・視床・内包・放線冠 中脳 橋
延髄 小脳 脳室 その他 ()

28

くも膜下出血の主病巣 (今回の発作に限る) 内頸動脈系 椎骨脳底動脈系 その他

29

内服治療 抗血小板薬 (アスピリン・チクロピジン等) 抗凝固薬 (ワルファリン等) 降圧薬

30

点滴治療 抗脳浮腫薬 降圧薬 サグレルNa アマトロハン エダホン
tPA 静注 (発症後 時 分) ロキセゼ静注 ヘパリン

31

外科治療 開頭動脈瘤クリッピング 血管内塞栓術

32

特殊治療 開頭血腫除去術 (入院後 日目) 減圧開頭術 (入院後 日目)
選択的血栓溶解療法 (動注) 低体温療法 (入院後 日 ~ 日)
高圧酸素療法 (入院後 日 ~ 日)

33

リハビリ 理学療法士 (PT) による (入院後 日より)
作業療法士 (OT) による (入院後 日より)
言語療法士 (ST) による (入院後 日より)

追跡調査表		(氏名)	
調査表記入日 平成 年 月 日		ID	
		カルテID	
登録対象期間 平成 年 月 日から		参考カルテ 平成 年 月 日	
外来通院・転院・施設入所情報			
1	外来通院	1. あり 2. なし	/
	1. 自宅 2. 施設 (施設名)		
	外来通院先病院名 ()所在地 ()		
	外来通院先病院での最終生存確認年月日		平成 年 月 日
2	病院・診療所転院	1. あり 2. なし	/
	転院年月日		平成 年 月 日
	病院名 ()所在地 ()		
	転院先病院等での最終生存確認年月日		平成 年 月 日
3	施設入所	1. あり 2. なし	/
	施設入所年月日		平成 年 月 日
	施設名 ()所在地 ()		
	外来診療医療機関名 ()所在地 ()		
	施設での最終生存確認年月日		平成 年 月 日
メモ		記入者	

追跡調査表			(氏名)
調査表記入日 平成 年 月 日			ID
			カルテID
登録対象期間 平成 年 月 日から			参考カルテ 平成 年 月 日
死 亡			死亡年月日
1	死亡(原因問わず)	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
2	心疾患死亡	1. あり 2. なし	メモ: 具体的病名記入
a	冠動脈疾患 (心筋梗塞を含む)	1. あり 2. なし	
b	心不全 (冠動脈疾患をのぞく)	1. あり 2. なし	
c	突然死	1. あり 2. なし	
d	その他の心疾患死亡	1. あり 2. なし	
3	大動脈疾患による死亡	1. あり 2. なし	
4	脳血管疾患による死亡	1. あり 2. なし	(1.ありの場合、下記1~4のいずれか記入)
	1. 脳梗塞による死亡		2. 脳出血による死亡
	3. くも膜下出血による死亡		4. その他の脳血管疾患死亡
5	急性(慢性)動脈閉塞死亡	1. あり 2. なし	
6	肺血栓塞栓症による死亡	1. あり 2. なし	
7	悪性新生物による死亡	1. あり 2. なし	
診断名()			ICD10コード()
8	肺炎による死亡	1. あり 2. なし	メモ: 具体的病名記入
9	肺炎以外の感染症による死亡	1. あり 2. なし	
10	その他の死亡	1. あり 2. なし	
11	不明	1. あり 2. なし	
疾患発症			
心疾患			発症年月日
1	心筋梗塞症	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
2	心筋梗塞症以外の冠動脈疾患	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
3	心臓弁膜症	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
4	心不全	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
5	心房細動	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
動脈疾患			発症年月日
1	急性大動脈解離	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
2	真性大動脈瘤	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
3	閉塞性動脈硬化症	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
4	その他の動脈疾患	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
脳血管疾患			発症年月日
1	脳梗塞	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
2	脳出血	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
3	くも膜下出血	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
4	一過性脳虚血発作TIA	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
5	その他の脳血管疾患	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
診断名()			ICD10コード()
悪性新生物			発症(あるいは診断)年月日
1	悪性新生物	1. あり 2. なし	平成 年 月 日
診断名()			ICD10コード()
メモ			記入者

追跡調査票 v2

調査年月日 H21年 月 日 記入者 _____



ID 999

STR AMI CHF

カナ氏名 性別 住所

漢字氏名 新住所

生年月日

属性情報の修正がある場合、修正内容を赤字で直接記載

発症年月日 初診年月日 入院年月日 病院 転帰年月日 転帰 転帰先

STR_1

STR_2

STR_3

AMI_1

CHF_1

CHF_2

参照カルテ カルテ あり なし (カルテがない場合は一覧リストにその理由を記載)

#FIM照会日 #FIM返送日 カルテ番号 _____

既退院の場合、FIM結果を検索して裏面に転記 在院中 転記完了 転記未完了(理由 _____)

入院日 H 年 月 日 在院中

退院日 H 年 月 日 在宅(通院先: _____) 転院(入院先: _____)

死亡日 H 年 月 日 入所(入所先: _____) 転帰不明

最終受診日 H 年 月 日 (最終受診日は退院後も受診している場合のみ記入)

在院中の* 脳梗塞 脳出血 SAH TIA 他脳血管疾患 _____

疾患発症 心筋梗塞 心筋梗塞以外の冠動脈疾患 心臓弁膜症 心不全 心房細動

急性大動脈解離 真性大動脈瘤 その他の動脈疾患

悪性新生物 _____

それぞれについて発症日時(24時間制、正午は12)を記入すること(判断に迷う場合には具体的な状況を記載)

*急性期病院退院後から今回調査医療機関入院までに起こった疾患も含む

疾患名:状況等の補足情報

発症日1 H 年 月 日 時 (_____)

発症日2 H 年 月 日 時 (_____)

発症日3 H 年 月 日 時 (_____)

死亡の場合 脳血管疾患(脳梗塞 脳出血 SAH 他脳血管疾患 _____)

死因を記載 心疾患 (冠動脈疾患 心不全 突然死 他心疾患 _____)

大動脈疾患 急性(慢性)動脈閉塞 肺血栓塞栓症

悪性新生物 _____ 肺炎 肺炎以外の感染症 その他 _____

必要に応じて具体的な病名や状況等を記載

調査上の備考情報(自由記載):

厚生労働科学（保健科学総合）研究「介護福祉を促進した障害者福祉推進体制が運動機能障害者予防に及ぼす影響に関する大規模研究」 主任研究者 小川 彰 岩手医科大学 学長

氏名	FIM評価票		入院後初回FIM		退院前最終FIM	
	日付・評価者	評価者	入院日	評価者	退院日	評価者
	評価項目	点	コメント	点	コメント	点
運動項目	セルフケア	食事 整容 清拭 更衣・上半身 更衣・下半身 トイレ動作	それやく、嚥下を含めた食事動作 口腔ケア、整容、手洗い、洗顔など 風呂、シャワー、などで首から下（背中以外）を洗う 腰より上の更衣および義肢装具の装着 腰より下の更衣および義肢装具の装着 衣服の着脱、排泄後の清潔、生理用具の使用 排尿の管理、器具や薬剤の使用を含む 排便の管理、器具や薬剤の使用を含む それぞれの間の移乗、起立動作を含む 便器へ（から）の移乗 浴槽、シャワー室へ（から）の移乗 屋内での歩行・車椅子移動			
	排泄	排尿管理				
	コントロール	排便管理				
	移乗	ベッド・椅子・車椅子 トイレ 浴槽・シャワー				
	移動	歩行・車椅子 主な移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	階段					12-14段の階段昇降
	認知	理解				聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解
	コミュニケーション	表出				言語的または非言語的表現
	社会的認知	社会的交流				他患、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応
	問題解決	問題解決				日常生活上での問題解決、適切な決断能力
記憶	記憶				日常生活に必要な情報の記憶	
合計点						

		退院時の転帰		在宅(通院先)		転院(入院先)		施設入所		その他	
採点基準	運動項目	採点基準		採点基準		採点基準		採点基準		採点基準	
		介助者	手出し	介助者	手出し	介助者	手出し	介助者	手出し		
7: 完全自立	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮	不要	不要								
6: 修正自立	監視、指示、促し	不要	不要								
5: 監視・準備	75%以上自分で行う	必要	必要	5: 監視・準備	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
4: 最小介助	50%以上、75%未満自分で行う	必要	必要	4: 最小介助	必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
3: 中等度介助	25%以上、50%未満自分で行う	必要	必要								
2: 最大介助	25%未満しか自分で行わない	必要	必要								
1: 全介助		必要	必要								

※備考などありましたら裏面にご記入願います。

平成〇〇年〇月〇日

〇〇〇病院ご担当様

厚生労働科学研究「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」
主任研究者 小川 彰（岩手医科大学医学部教授）

F I M照会状

厚生労働科学研究「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」にはご理解とご協力を頂きありがとうございます。

貴院に転院されました 〇〇〇〇 様(男・女 歳)につきましては、
〇〇〇〇〇 病院において研究の趣旨説明を行い、今後の医療機関における情報の取得
についての同意を文書にて得ております。つきましては、この方の予後の機能評価として
貴院入院後初回のF I Mおよび退院（もしくは他院転院）直近のF I Mの各項目について、
同封しました調査票にてお知らせ下さいますようお願い申し上げます。

なお、お送り頂きました個人情報は下記事務局内データ管理室内に厳重に保管し、第三者への開示は行いません。また、研究上の解析や評価は全て匿名化して行いますことを申し添えます。

本調査に関しましてご不明の点がございましたら研究事務局までお問い合わせ願います。

研究事務局： 盛岡市内丸 19-1 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座
担当 小野田敏行、新里朋子
電話 019-651-5111 内線 3373
FAX 019-623-8870
e-mail onodat@iwate-med.ac.jp

氏名

厚生労働科学（保健科学総合）研究「介護情報を活用した障害者中核施設職員が活動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」 主任研究者 小川 裕 岩手医科大学教授

F I M 評価票		日付・評価者	H / .	コメント	評価内容
評価項目		点			
運動項目	セルフケア	食事			そしゃく、嚥下を含めた食事動作
	整容	清拭			口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔など
		更衣・上半身			風呂、シャワー、などで首から下（背中以外）を洗う
		更衣・下半身			腰より上の更衣および義肢装具の装着
		トイレ動作			腰より下の更衣および義肢装具の装着
	排泄	排尿管理			衣服の着脱、排泄後の清潔、生理用具の使用
	コントロール	排便管理			排尿の管理、器具や薬剤の使用を含む
	移乗	ベッド・椅子・車椅子			排便の管理、器具や薬剤の使用を含む
		トイレ			それぞれの間の移乗、起立動作を含む
		浴槽・シャワー			便器へ（から）の移乗
認知項目	移動	歩行・車椅子			浴槽、シャワー室へ（から）の移乗
		主な移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子		屋内での歩行・車椅子移動
		階段			12-14段の階段昇降
	コミュニケーション	理解			聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解
	社会的認知	表出			言語的または非言語的表現
		社会的交流			他患、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応
		問題解決			日常生活上での問題解決、適切な決断能力
		記憶			日常生活に必要な情報の記憶
		合計点			

採点基準	運動項目		採点基準	認知項目	
	介助者	手出し		介助者	手出し
7：完全自立	不要	不要			
6：修正自立	不要	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮			
5：監視・準備	必要	監視、指示、促し	5：監視・準備	必要	監視、指示、促し
4：最小介助	必要	75%以上自分で行う	4：最小介助	必要	90%より多く自分で行う
3：中等度介助	必要	50%以上、75%未満自分で行う			75%以上、90%以下自分で行う
2：最大介助	必要	25%以上、50%未満自分で行う			
1：全介助	必要	25%未満しか自分で行わない			

資料 1 1

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」に伴う要介護認定情報の提供に関する覚書

〇〇広域連合長〇〇（以下甲という）と厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業による「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」研究代表者小川彰（以下乙という）は、標記調査研究事業に伴う要介護認定資料の提供について、下記の通り覚書を交換する。

記

- 1 乙は甲に対して、厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」被検者に係る要介護認定資料のうち、その使用に関し被験者の同意を得た資料の提供について請求することができる。
- 2 乙が甲に対して請求できる項目は甲乙協議のうえ別途定める。
- 3 甲は乙の請求に係る要介護認定資料について乙に提供することができる。
- 4 資料の提供期間は平成21年1月〇〇日から平成21年3月31日までとする。
- 5 甲と乙の双方が必要と認める場合は資料の提供期間を延長できるものとする。
- 6 乙は甲が提供した資料により知り得た個人情報等についてはこれを他に漏洩することのないよう細心の注意を払い万全を期するものとする。
- 7 乙は甲が提供した資料は「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」の目的以外には使用せず、また、第三者への資料の提供は行わないものとする。
- 8 本覚書に定め無き事項、または本覚書に疑義が生じた事項については、その都度、甲乙協議のうえ決定するものとする。

以上のとおり覚書を交換した証として、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各1通を保有する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

甲 岩手県〇〇市町村〇〇
〇〇広域連合長

〇〇 〇〇

乙 岩手県盛岡市内丸19-1
厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防
に及ぼす影響に関する大規模研究」
研究代表者者

小川 彰

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岩手県立〇〇病院
院長 〇〇 〇〇 殿

誓約書

「介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究」の予後追跡調査事業に係る業務として、貴院の医療情報を閲覧し、対象例の登録票への記載を行います。この作業は貴院の指定する作業場所でのみ行い、作業によって知りえた情報は守秘いたします。また、作業で作成した登録票および個人情報を含む記録は、研究担当者が責任を持って指定された場所に管理保存し、研究以外の目的には使用しないことを誓約致します。

介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究
介護情報を活用した脳卒中治療連携体制が運動機能障害予防に及ぼす影響に関する大規模研究
事業に係る業務担当