

当院は、当院の保有する診療情報から作成した仮名加工情報について、以下のとおり院内利用します。

1. 仮名加工情報の項目

- ・基本属性に関する情報：性別、生年月
- ・傷病に関する情報：入院年月日、退院年月日、入院経路、退院先、退院時転帰、主傷病名、主傷病 ICD10 コード、入院の契機となった傷病名、入院の契機となった傷病 ICD10 コード、医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を最も投入した傷病 ICD10 コード、医療資源を 2 番目に投入した傷病名、医療資源を 2 番目に投入した傷病 ICD10 コード、入院時併存症名、入院時併存症 ICD10 コード、入院後発症疾患名、入院後発症疾患 ICD10 コード、手術名、手術日、身長、体重、喫煙指数、入院時の意識レベル (JCS)、退院時の入院時の意識レベル (JCS)、入院時の ADL スコア、退院時の ADL スコア、発症前 Rankin Scale、退院時 modified Rankin Scale、脳卒中の発症時期、ICD10 大分類コード、ICD10 大分類名、ICD10 中分類コード、ICD10 中分類名、ICD10 小分類コード、ICD10 小分類名、ICD10 細分類コード、ICD10 細分類名、標準傷病コード、標準病名、主傷病フラグ、疑いフラグ
- ・入院中の血液検査の情報：検査結果（白血球数、赤血球数、ヘマトクリット、ヘモグロビン、血小板数、尿素窒素、クレアチニン、血糖値、HbA1c、総コレステロール、LDL コレステロール、HDL コレステロール、脳性ナトリウム利尿ペプチド、D-dimer）、検査実施年月日
- ・診療行為に関する情報：レセ ID（元データから新たに ID を付与）、明細 ID、レセ種別、診療年月、医療施設 ID、診療実日数、総点数、診療区分中分類名、診療区分小分類名、診療区分細分類名、診療点数早見表区分コード、標準化診療行為コード、標準化診療行為バージョン、標準化診療行為名、回数、同時 ID、診療区分、レセプト記載点数
- ・医薬品に関する情報：ATC 大分類コード、ATC 中分類コード、ATC 小分類コード、ATC 細分類コード、WHO-ATC コード、87 分類コード、薬価基準収載医薬品コード、個別 12 桁コード、レセプト電算コード、一般名、成分名、ブランド名、医薬品コード、医薬品名、規格単位、後発品フラグ、薬価、処方日、調剤日、1 処方あたりの 1 日投与量、投与量単位、1 処方あたりの投与日数、投薬量、剤形大分類コード、剤形大分類名、剤形中分類コード、剤形中分類名、剤形小分類コード、剤形小分類名、同時 ID、頓服フラグ、診療区分、処方金額
- ・特定健診に関する情報：健診 ID、健診実施年月日、BMI、腹囲、既往歴、自覚症状、他覚症状、収縮期血圧、拡張期血圧、採血時間（食後）、中性脂肪（トリグリセリド）、HDL コレステロール、LDL コレステロール、GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GT (γ -GTP)、空腹時血糖、随時血糖、HbA1c、尿糖、尿蛋白（定性）、ヘマトクリ

ット値、血色素量（ヘモグロビン値）、赤血球数、心電図（所見の有無）、眼底検査（キースワグナー分類）、眼底検査（シェイエ分類:H）、眼底検査（シェイエ分類:S）、眼底検査（SCOTT 分類）、喫煙、食べ方 1（早食い等）、食べ方 2（就寝前）、食べ方 3（夜食/間食）、食べ方 3（間食）、食習慣、飲酒、飲酒量、睡眠、服薬 1（血圧）、服薬 2（血糖）、服薬 3（脂質）、既往歴 1（脳血管）、既往歴 2（心血管）、既往歴 3（腎不全・人工透析）、貧血、20 歳からの体重変化、30 分以上の運動習慣、歩行又は身体活動、歩行速度、1 年間の体重変化、咀嚼機能、生活習慣の改善、保健指導の希望、血清尿酸、血清クレアチニン、総コレステロール

- ・医療保険資格情報：医療レセプトデータ観察開始年月、観察終了年月、途中離脱フラグ、観察終了理由、適用終了日、適用終了理由、資格取得事由、資格取得年月日、資格喪失事由、資格喪失年月日、消除異動日、消除届出日
- ・介護サービスに関する情報：サービス提供年月、事業所番号、生年月、性別、要介護度、被保険者情報認定有効期間開始年月日、被保険者情報認定有効期間終了年月日、居宅サービス計画作成区分コード、居宅サービス計画事業所番号（居宅介護支援事業所等）、開始年月日、中止年月日、中止理由・入所（院）前の状況コード、入所（院）年月日、退所（院）年月日、入所（院）実日数、外泊日数、退所（院）後の状態コード、保険給付率、公費 1 給付率、公費 2 給付率、公費 3 給付率、合計情報（決定後）保険サービス単位数、合計情報（決定後）保険請求額、合計情報（決定後）保険利用者負担額、審査年月、サービス種類コード、サービス項目コード、単位数、日数・回数、摘要、福祉用具販売年月日、福祉用具商品名、福祉用具種目コード、福祉用具製造事業者名、福祉用具販売事業者名、販売金額、摘要（品目コード）
- ・要介護認定情報（基本調査票以外の情報）：認定申請日、申請種別コード、取下区分コード、被保険者資格区分コード、前回申請種別コード、前回認定審査会結果、前回有効期間開始、前回有効期間終了、主治医医療機関コード、意見書依頼日、意見書入手日、意見書「短期記憶」、意見書「認知能力」、意見書「伝達能力」、意見書「食事行為」、意見書「認知症高齢者の日常生活自立度」、調査依頼日、調査実施日、一次判定日、一次判定結果、二次判定日、二次判定結果、認定有効期間（開始）、認定有効期間（終了）、特定疾病コード、現在のサービス区分コード、現在の状況、申請区分（申請時）コード
- ・前回分と今回分の基本調査票以外の情報：麻痺（左上肢）、麻痺（右上肢）、麻痺（左下肢）、麻痺（右下肢）、麻痺（その他）、拘縮（肩関節）、拘縮（股関節）、拘縮（膝関節）、拘縮（その他）、寝返り、起き上がり、座位保持、両足での立位、歩行、歩行、片足での立位、洗身、つめ切り、視力、視聴、移乗、移動、えん下、食事摂取、排尿、排便、口腔清潔、洗顔、整髪、上衣の着脱、ズボン等の着脱、外出頻度、意志の伝達、毎日の日課を理解、生年月日をいう、短期記憶、自分の名前をいう、今の季節を理解、

場所の理解、徘徊、外出して戻れない、被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、同じ話をする、大声を出す、介護に抵抗、落ち着きなし、一人で出たがる、収集癖、物や衣類を壊す、ひどい物忘れ、独り言・独り笑い、自分勝手に行動する、話がまとまらない、薬の内服、金銭の管理、日常の意志決定、集団への不適応、買い物、簡単な調理、点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、虐待の看護、経管栄養、モニター測定、褥瘡の処置、カテーテル、障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度

2. 利用者の範囲

筑波大学医学医療系、筑波大学附属病院、筑波大学ヘルスサービス開発研究センター、筑波大学サイバニクス研究センターに所属がある者のうち、筑波大学附属病院 臨床研究倫理審査委員会にて承認を受けた者

3. 利用目的

- (1) 脳卒中の診断を受けた方における急性期治療後の生活自立度の尺度である modified Rankin Scale (mRS) の代わりに、介護認定調査情報の項目を用いることの妥当性を検証すること。
- (2) 脳卒中の診断を受けた方における、急性期治療後の転帰（日常生活自立度、合併症の発生、再発、死亡等）の実態の把握と予測モデルを構築すること。