

図5. 疾患

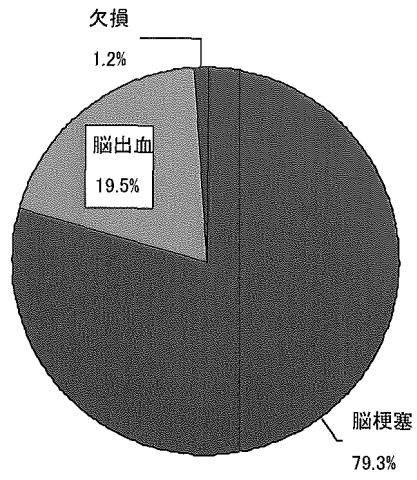


図6. 麻痺側

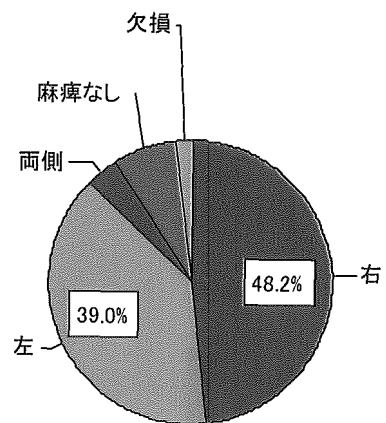


图7. 最高血压

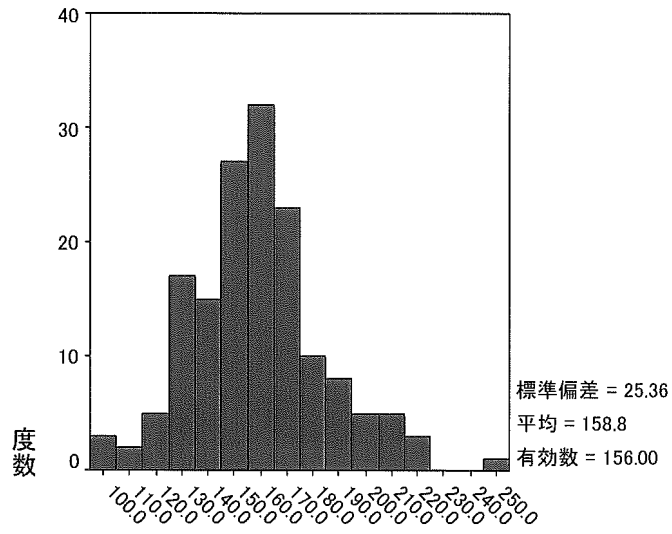


图8. 最低血压

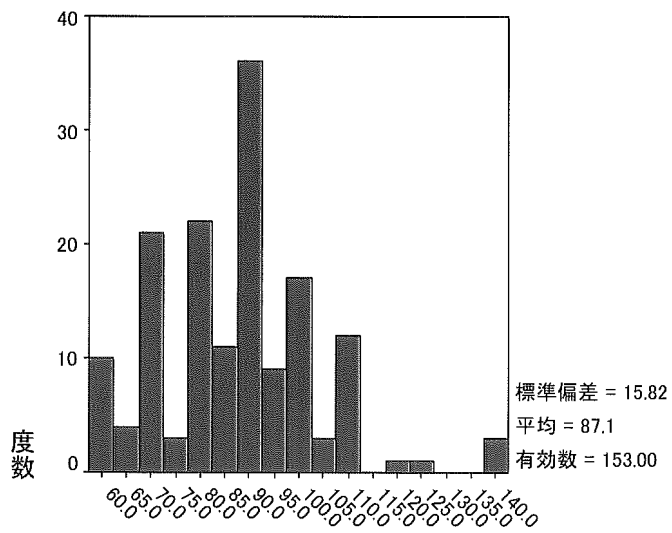


图9. 脉拍

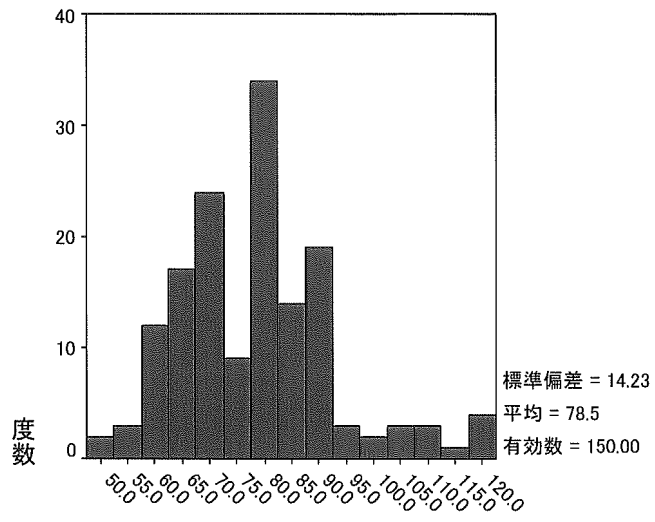


图10. 体温

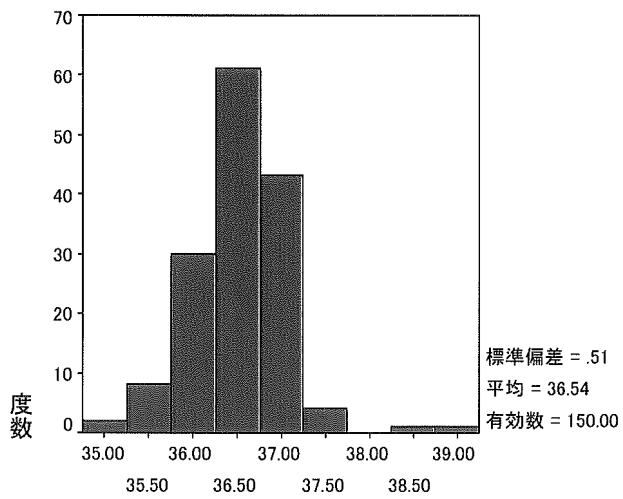


表2. 意識障害 JCS

意識レベル	度数	%	
0	105	64.02	64.02
1	13	7.93	
2	7	4.27	
3	8	4.88	17.07
10	10	6.10	
20	6	3.66	
30	2	1.22	10.98
100	2	1.22	
200	1	0.61	
300	3	1.83	3.66
欠損値	7	4.27	4.27
合計	164	100	100.00

図11. 見当識障害

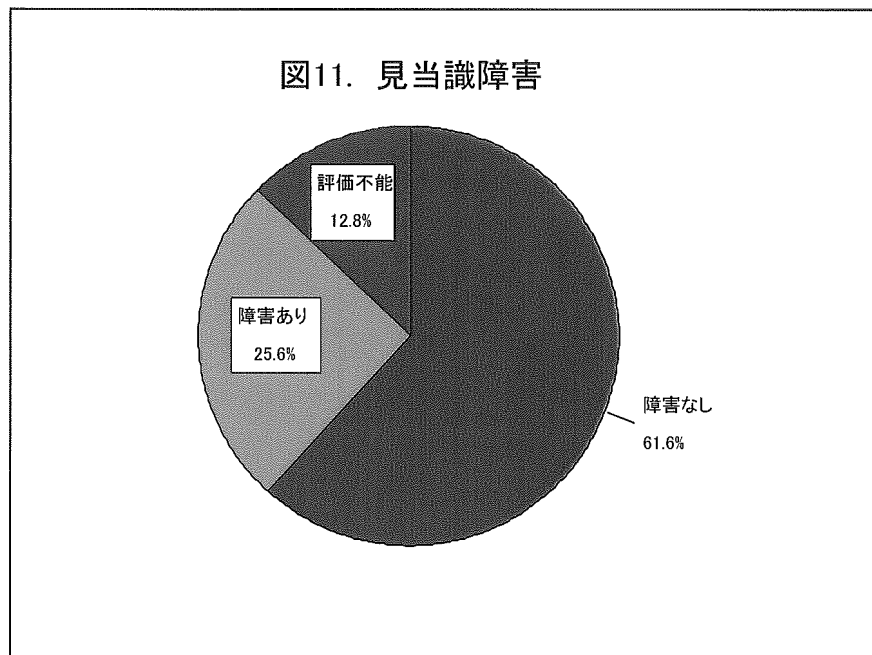


図12. 眼球運動

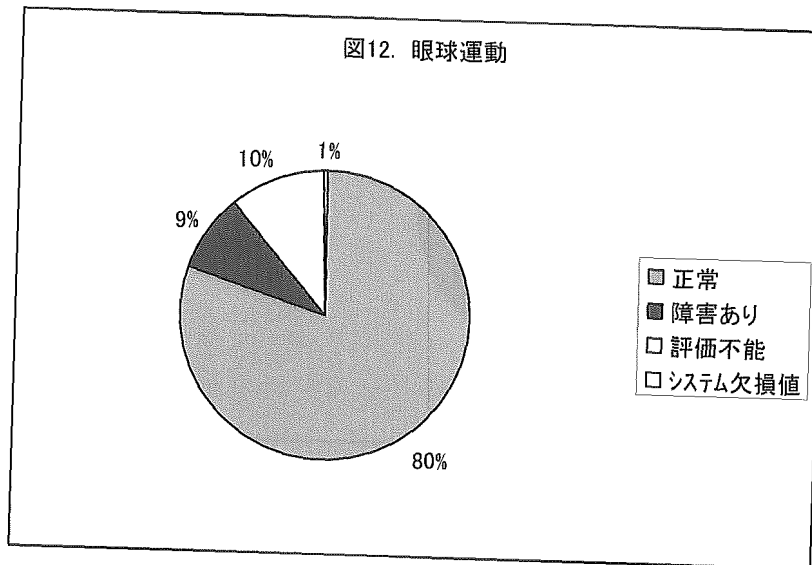


図13. 視野欠損

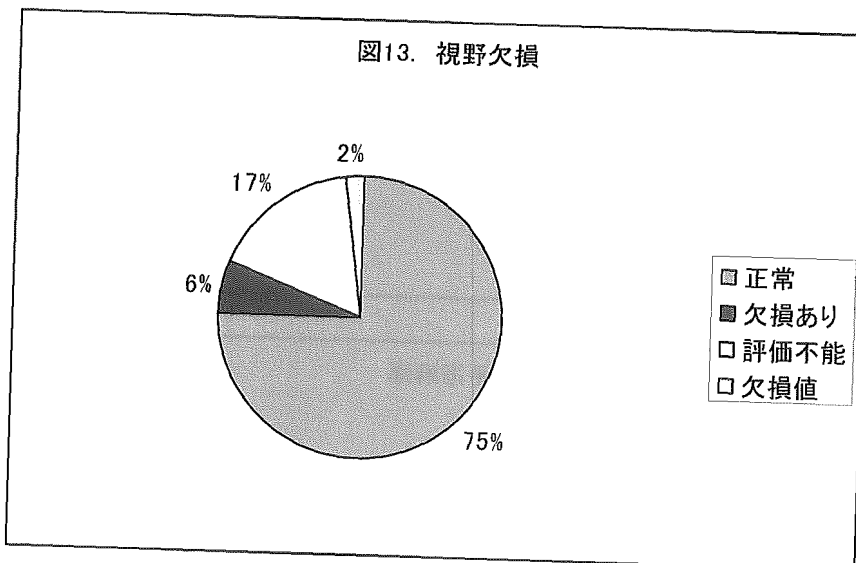


図14. 顔面神経麻痺

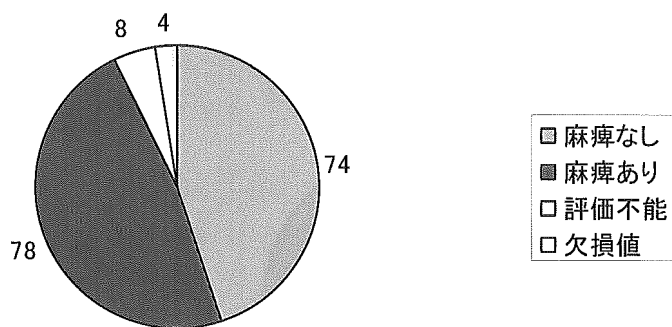


図15. 患側上肢麻痺

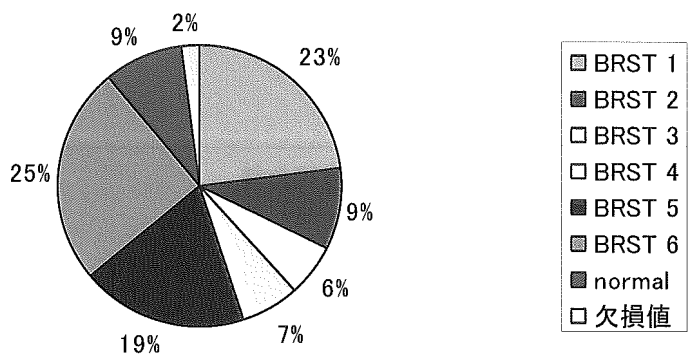


図16. 患側手指麻痺

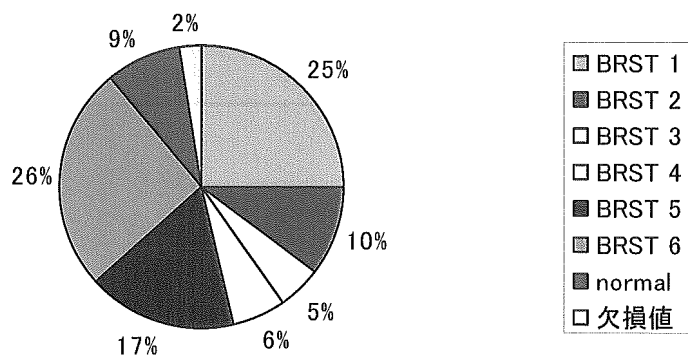


図17. 患側下肢麻痺

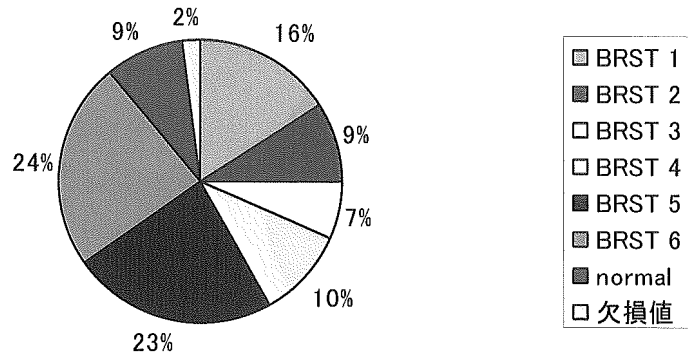


図18. 失調

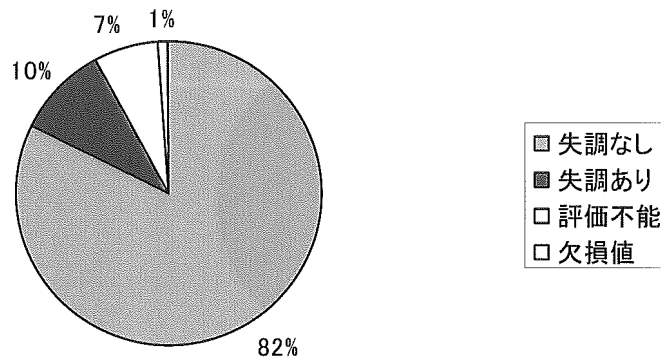


図19. 脳卒中の既往

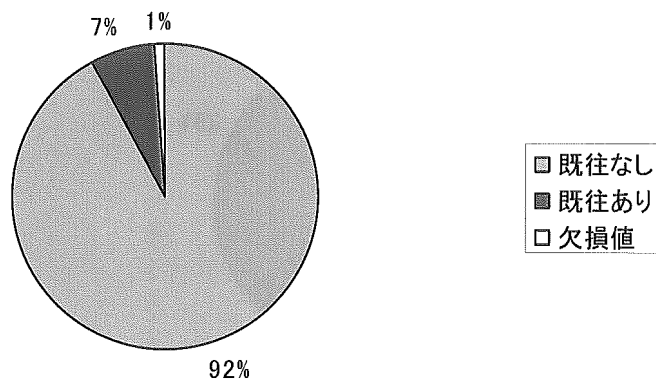


図20. 糖尿病の合併

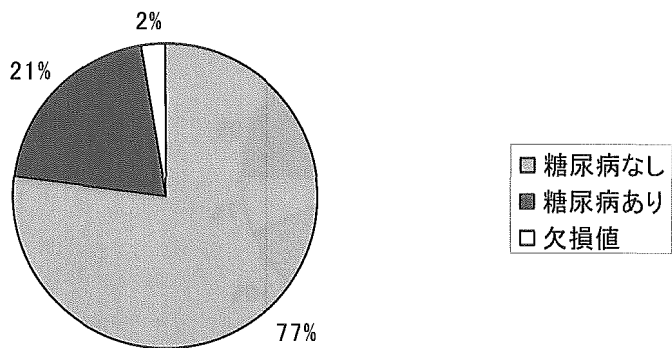


図21. 高脂血症の合併

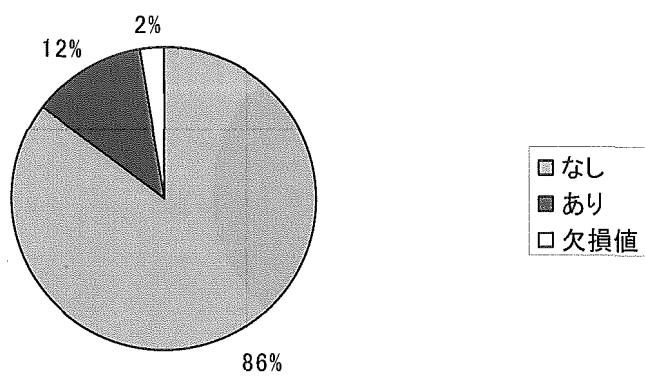


図22. 高血圧の合併

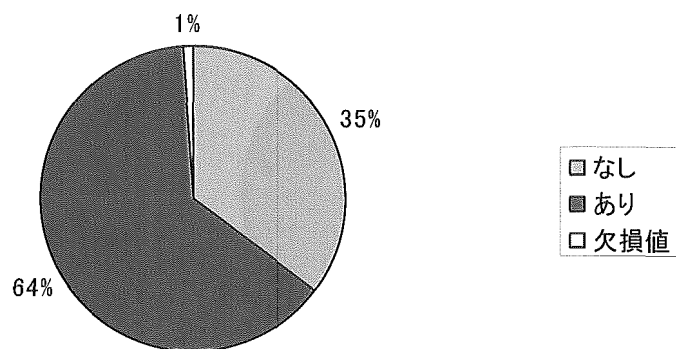




図23. 心房細動の合併

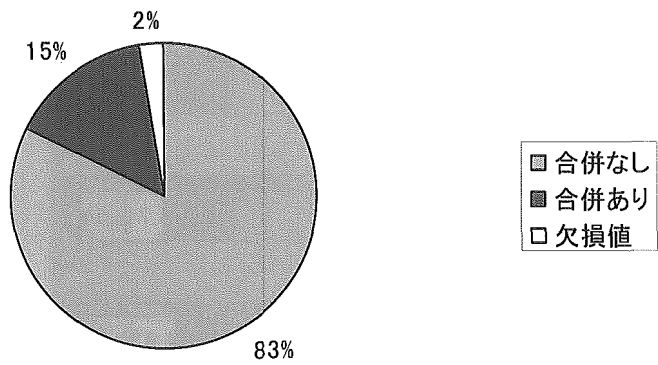


図24. 虚血性心疾患の合併

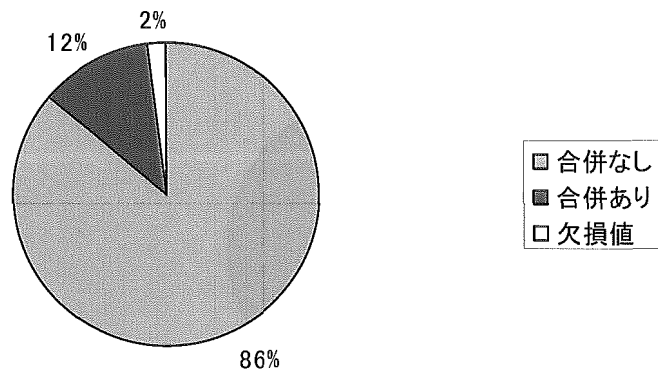
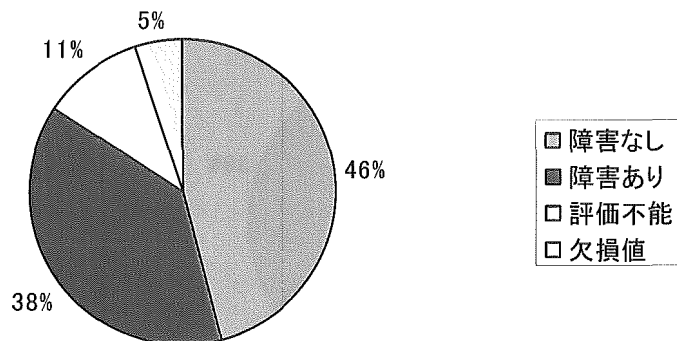


図25. 感覚障害



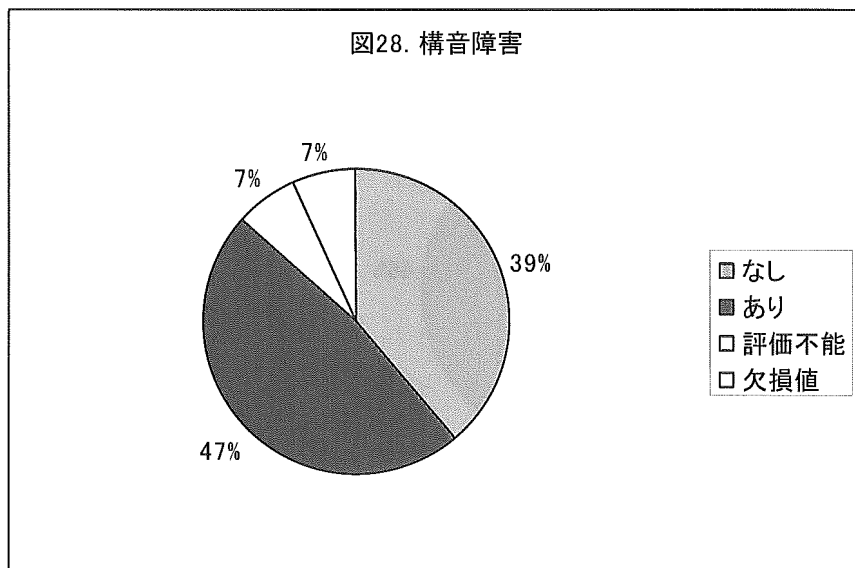
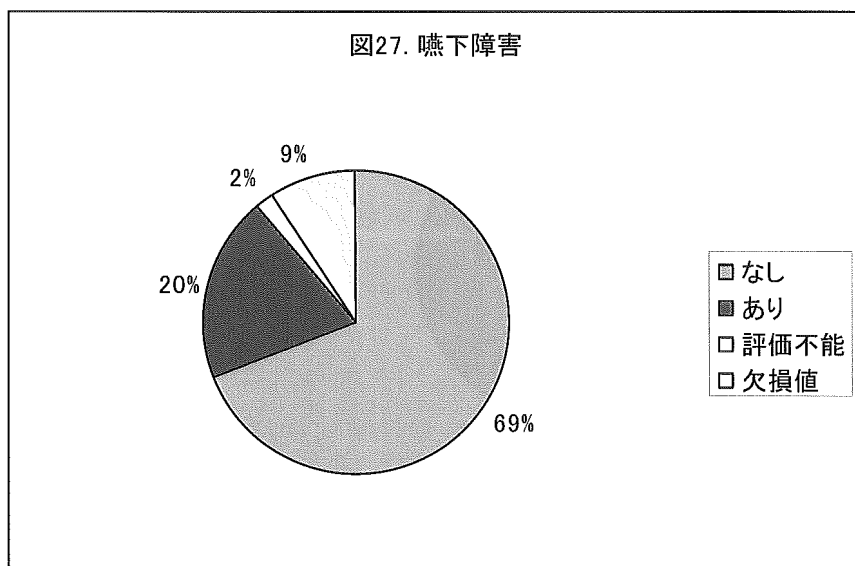
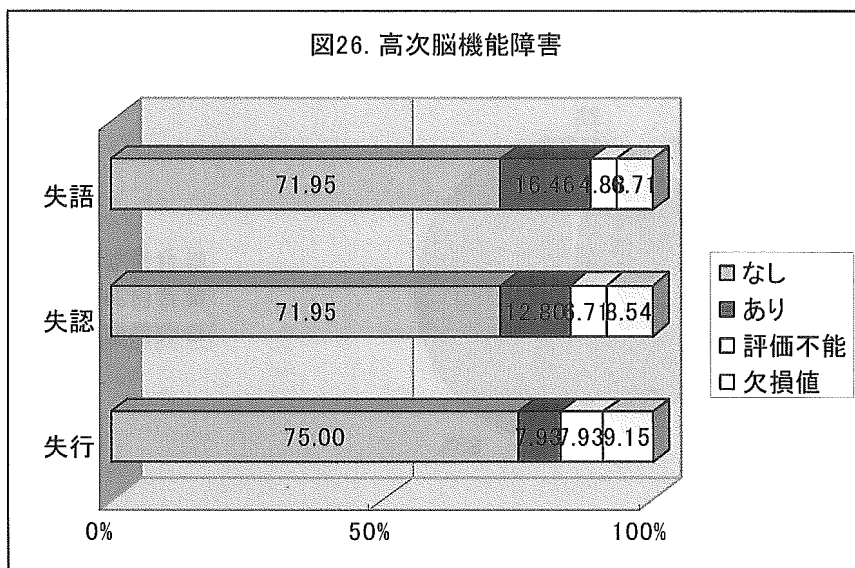


図29. 入院中の脳卒中急性増悪

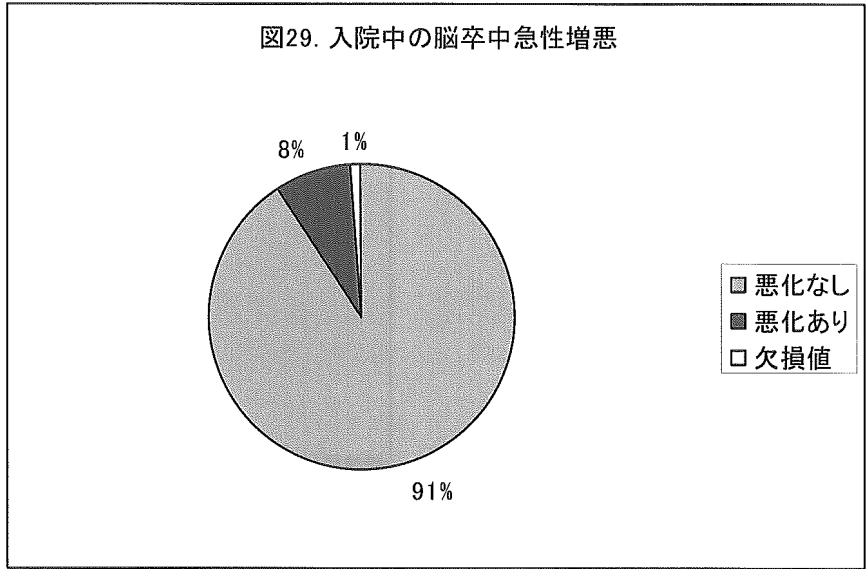


図30. 初期評価Barthel index

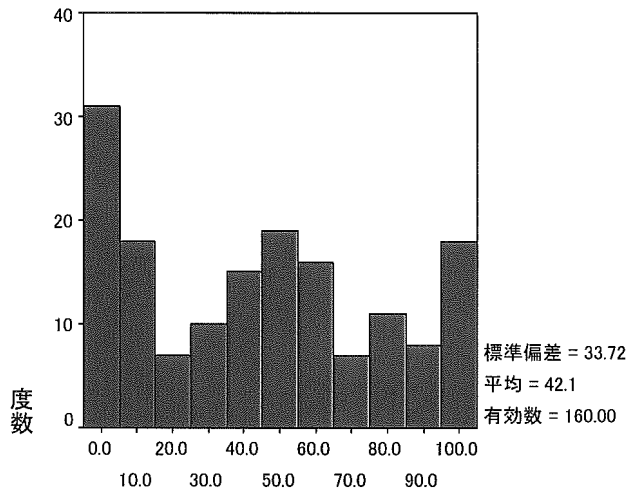


図31. 退院時Barthel index

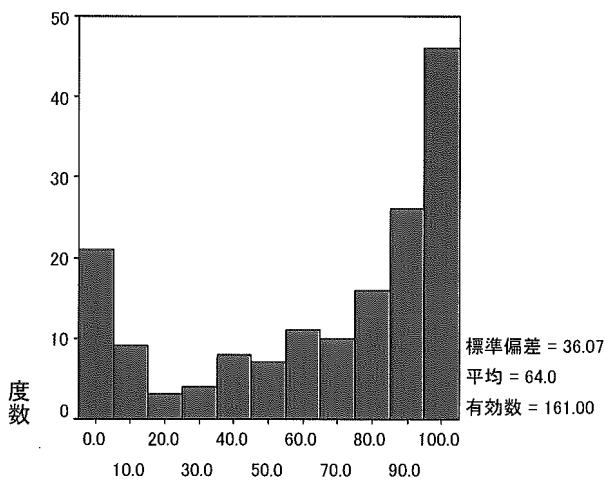


図32. 入院日数

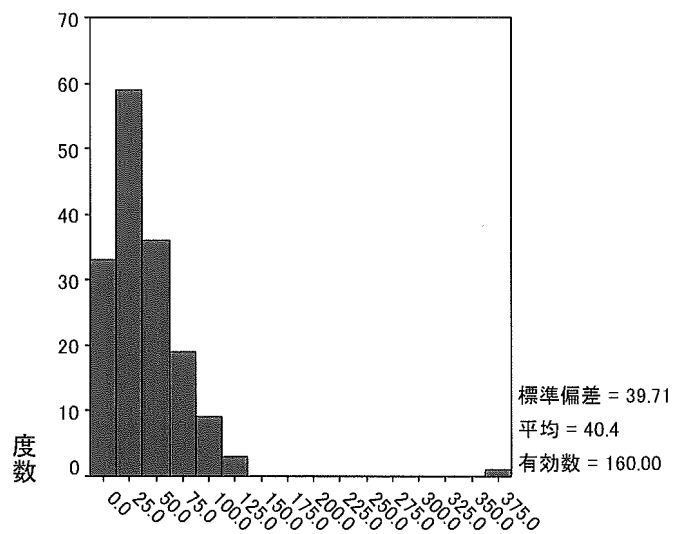


表3. 病院-退院時転帰

病院	退院時転帰			合計
	在宅	施設	死亡	
A	44	20	2	66
B	26	19	0	45
C	29	17	5	51
合計	99	56	7	162

図33. 病院別退院時転帰

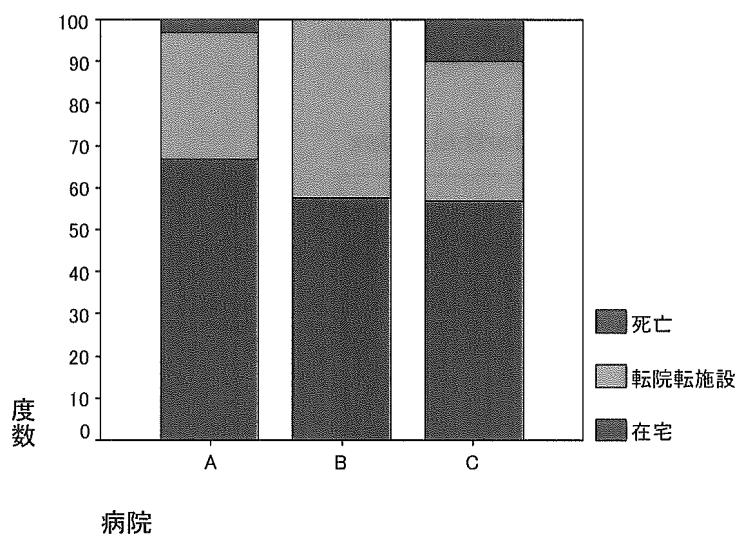


图34. 初期評価 Barthel index

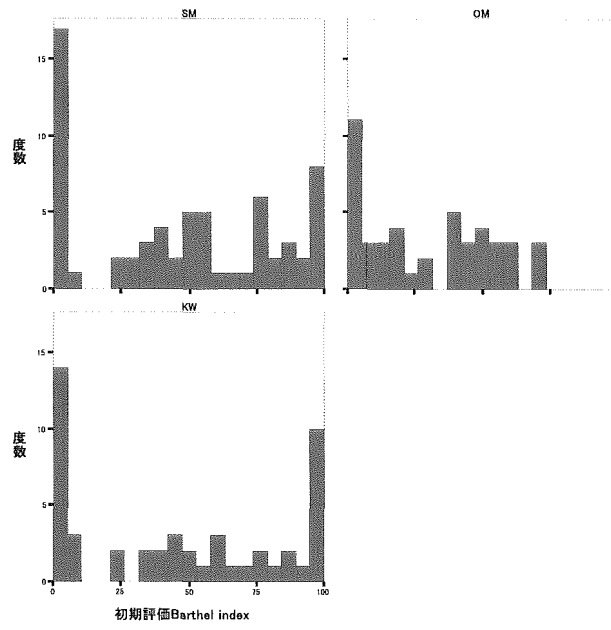


图35. 退院時 Barthel index score

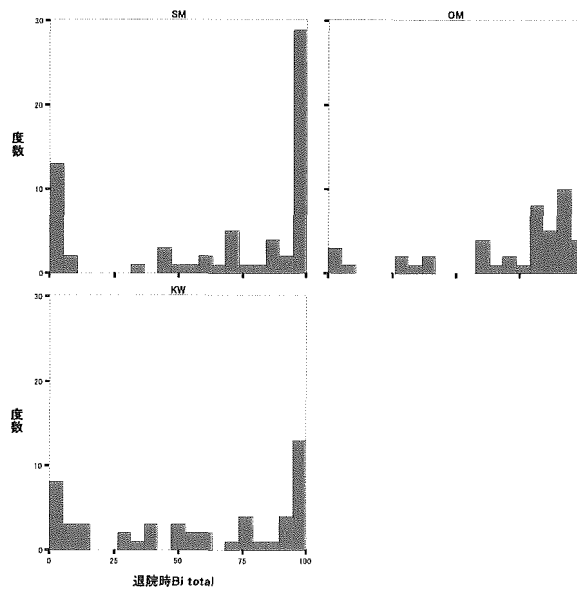


表4. 回帰係数

	非標準化係数		有意確率	B の 95% 信頼区間		共線性の統計量	
	B	標準誤差		下限	上限	許容度	VIF
(定数)	71.56	12.59	0.00	46.54	96.57		
初期BI	0.71	0.07	0.00	0.58	0.85	0.67	1.50
年齢	-0.57	0.16	0.00	-0.88	-0.26	0.78	1.29
嚥下障害(なし)	18.45	5.05	0.00	8.43	28.48	0.76	1.31
脳梗塞	-12.77	4.37	0.00	-21.46	-4.09	0.94	1.06
高脂血症	-10.81	4.88	0.03	-20.50	-1.12	0.90	1.12

表5. 分散分析と寄与率

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	84709.48	5.00	16941.90	59.80	0.00
残差	25215.26	89.00	283.32		
全体	109925	94.00			

R	R2 乗
0.88	0.77

表6. 退院時Barthel indexの実測値と予測値

	患者数	退院時BI実測値(95%EI)	退院時BI予測値
病院A	55	81.9 - 91.2	68.2
病院B	38	89.2 - 100.4	60.9
病院C	49	51.4 - 61.3	62.0

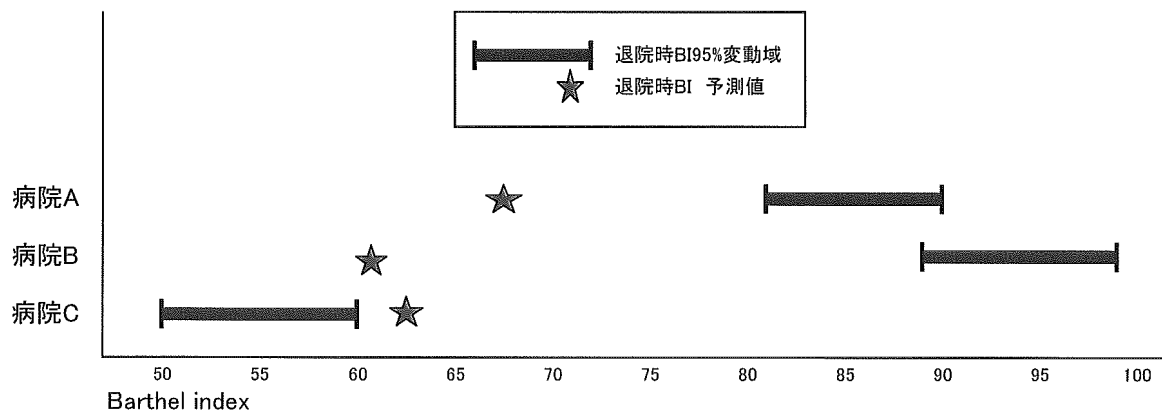


図36. 退院時 Barthel index; 予測値と実際の値の対比

表7. 病院別入院日数

	n	平均値	標準偏差	有意差
病院A	65	54.60	54.90	A-C*
病院B	45	42.00	18.38	B-C*
病院C	50	20.34	14.03	

ANOVA \* p < 0.05

資料 調査票

No.	才 ( 男・女 / 未婚・既婚 )											
同居人数：( 人・無 )		配偶者：( 有・無 / 生存中 死別 )										
発症年月日	年	月	日	当院入院年月日	年	月	日					
紹介元病院	無・有											
初診入院病院	当院・紹介元病院に同じ・その他											
病 名：脳梗塞・脳出血（くも膜下出血は対象外。初発例を対象とし、脳卒中再発も対象外）												
麻 痺 側：(右・左・両側・無)												
今 回 の 発 症 前 に 身 体 障 害		無 (日常生活に支障のない程度の軽微の障害は「無」に含める)										
		具体的										
入 院 日 目	最高血圧		最低血圧				脈拍			体温		
	意識（覚醒度）		JCS： 0 1 2 3 10 20 30 100 200 300									
	見当識障害		無 ・ 有 ・ 評価不能									
	眼球運動		正常 ・ 障害有 ・ 評価不能									
	視野欠損		無 ・ 有 ・ 評価不能									
	顔面麻痺		無 ・ 有 ・ 評価不能									
	運 動 障 害	上肢	患 側	I	II	III	IV	V	VI	無 (BRST)		
			非患側	0	1	2	3	4	5	(筋力)		
	手 指	患 側	I	II	III	IV	V	VI	無 (BRST)			
			非患側	0	1	2	3	4	5	(筋力)		
	下 肢	患 側	I	II	III	IV	V	VI	無 (BRST)			
			非患側	0	1	2	3	4	5	(筋力)		
	四肢失調症		無 ・ 有 ・ 評価不能									
	脳卒中の既往		無 ・ 有 (病名： ) TIA を含む									
	糖尿病合併		無 ・ 有									
高脂血症		無 ・ 有										
高血圧症合併		無 ・ 有 (明らかな高血圧の既往があるものを含む)										
心房細動合併		無 ・ 有 (過去の心房細動の既往も含む)										
狭心症 / 心筋梗塞 / 心不全 などの合併							無 ・ 有					

入院 7 日目	感覚障害	無 ・ 有 ・ 評価不能			
	高次脳機能障害	痴呆の合併	無 ・ 有 (スコア ) ・ 評価不能		
		失行	無 ・ 有 ・ 評価不能	口部顔面失行 肢節運動失行 観念運動失行 観念失行 着衣失行 道順障害	
		失認	無 ・ 有 ・ 評価不能	左右認知障害 地誌の失見当 手指認知障害 道順障害 半側視空間無視	
		失語	無 ・ 有	〔 全失語・理解良・理解不良・ 発話良・換語困難 〕 ・ 評価不能	
		その他			
	嚥下障害	無 ・ 有 (経口可 経管 DIV 併用 経管のみ DIV のみ) ・ 評価不能			
構音障害	無 ・ 有	〔 通常の会話可能 話題を知っていると聞き取れる 殆ど聞き取れない 〕		・ 評価不能	
画像診断 病巣部位 (所見のあるところ全て: 最大主病巣の大きさ _____ ) 前頭葉 (左/右) 頭頂葉 (左/右) 視床 (左/右) 小脳 中大脳動脈領域 (左/右) 放線冠 (左/右) 側頭葉 (左/右) 後頭葉 (左/右) 被殻 (左/右) 橋 多発性 その他 ( 月 日撮影)					
入院第7日目の Barthel Index 評点 ( 月 日)					
食 事		入 浴		排 便	
移 乗		歩 行		排 尿	
整 容		階段昇降		合 計	
トイレ		更 衣		評点基準の詳細は別紙	

入院第7日目 FIM 評点 ( 月 日)					
食 事		排 尿		階 段	
整 容		排 便		理 解	
入 浴		ベット/椅子/車椅子		表 出	
更衣 (上半身)		トイレ		社会的交流	
更衣 (下半身)		風呂・シャワー		問題解決	
トイレ動作		歩行、車椅子		記 憶	



<退院時情報>

当院退院年月日	西暦 年 月 日				
当院退院時転帰 1~4に○印	1. 自宅に戻る 2. 病院/施設に転院・入所 → 3. 急性合併症のため他病院転院 疾患名 ( ) 4. 死亡		転院後のADL改善の見込み 1. 改善を見込んで、転院 2. 改善が見込まれず、転院 3. 改善見込み不明		
入院中の脳梗塞・脳出血の病状悪化 (有 無)					
入院中の合併症  入院期間中、治療に影響を及ぼした疾患を5件まで列記	合併症数 件				
	具体的病名	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
退院時の Barthel Index 評点 ( 月 日) 第__回目					
食 事		入 浴		排 便	
移 乗		歩 行		排 尿	
整 容		階段昇降		合 計	
トイレ		更 衣		評点基準の詳細は別紙	

退院時の FIM 評点 ( 月 日)					
食 事		排 尿		階 段	
整 容		排 便		理 解	
入 浴		ベット/椅子/車椅子		表 出	
更衣 (上半身)		トイレ		社会的交流	
更衣 (下半身)		風呂・シャワー		問題解決	
トイレ動作		歩行、車椅子		記 憶	

## Barthel Index

### 【食事】

- 10=自立：患者は、手の届くところに誰かが食物を置いてやれば、トレイやテーブルから食物をとって食べる。患者は必要があれば自助具をつけて食物を切り、塩や胡椒を用い、パンにバターをつける等をおこなわなければならない。これを応分の時間内に終えなければならない。
- 5=部分的介助：何らかの介助が必要である(上記の食物を切る等)
- 0=全介助

### 【移乗】

- 15=自立：この活動のすべての相が自立。患者は車椅子に乗って安全にベッドに近づき、ブレーキを掛け、フットレストを上げ、安全にベッドに移り、横になる。ベッドの端で座位となり、安全に車椅子に戻るのに必要ならば車椅子の位置を変え、車椅子に戻る。
- 10=軽度介助、監視：この活動のいずれかの段階で、わずかの介助を要する。あるいは安全のために患者に気付かせてあげるか、監視を要する。
- 5=要介助：患者は介助なしに座位になれるが、ベッドからは持ち上げてもらう、或いは移乗にかなりの介助を要する。
- 0=全介助、或いは不能

### 【洗面・整容】

- 5=自立：患者は手と顔を洗い、髪をとかし、歯を磨き、鬚を剃ることができる。どのようなカミソリを使用してもよいが、引出しや戸棚から取り出し、歯を交換したり、ソケットに接続することは介助なしに出来なければならない。女性は化粧を行っていたのであれば化粧が出来なければならないが、頭髪を結んだり髪型を作らなくてもよい。
- 0=部分介助または全介助

### 【トイレ】

- 10=自立：患者はトイレの出入り、衣類の着脱ができ、衣類を汚さず、介助なしにトイレトーパーを使うことができる。必要なら手すり等の安定した支えを利用してもよい。トイレの代わりに便器を使用することが必要であれば、患者は便器を椅子のしたに置き、空にし、綺麗にすることが出来なければならない。
- 5=部分介助：患者はバランスが悪いため、或いは衣類の処理やトイレトーパーの扱いに介助を要する。
- 0=全介助または不能

### 【入浴】

- 5=自立：浴槽、シャワー、スポンジ(簡単な沐浴、スポンジで洗い流す)のいずれかを使用できる。どの方法であっても、他人がいない条件で必要なすべての段階を自分で行なわなければならない。
- 0=部分介助または全介助

### 【歩行】

- 15=自立：少なくとも 45m 介助或いは監視なしで歩く

ことが出来る。患者は装具或いは義足をつけ、クラッチ、杖或いは固定型歩行器を使用してもよいが、車輪型歩行器の使用は認めない。装具を使用するときは自分で締めたり、緩めたり出来なければならない。立位をとることや座することも出来、機械的装具を使うところに置き、座る時は片付けることが出来なければならない。

- 10=介助歩行：患者は上記事項のいずれかに介助或いは監視を要するが、わずかの介助で少なくとも 45m は歩くことができる。
- 5=歩行不能の場合、車椅子の駆動：患者は歩くことが出来ないが、車椅子を一人で駆動することが出来る。角を曲がる、向きを変える、テーブルやベッド、トイレット等へと車椅子を操作できなければならない。少なくとも 45m は移動できなければならない。
- 0=不能

### 【階段昇降】

- 10=自立：介助或いは監視なしに安全に階段の昇降が出来る。必要であれば手すりや杖、クラッチを使用すべきである。階段昇降に際して杖やクラッチを持っていられなければならない。
- 5=介助または監視を要する：上記項目のいずれかに介助或いは監視を必要とする。
- 0=不能

### 【更衣】

- 10=自立：すべての衣類を着脱し、ボタン等を掛け、靴紐を結ぶことができる(このための改造を行っていないのであれば)。この活動はホルセツトや装具が処方されていれば、それらを着脱することを含む。必要であればズボン吊りやローファー(靴)、前開き衣類を使用してもよい。
- 5=部分介助：衣類を着脱し、ボタンを掛ける等に介助を要する。少なくとも半分は自分で行なう。応分の時間内終わらなければならない。
- 0=上記以外

### 【排便】

- 10=自立・失禁なし：排便のコントロールが出来て、失敗することがない。必要な時には座薬や浣腸を使用できる(排便訓練を受けた脊髄損傷患者に関して)。
- 5=時に失禁：時に失敗することあり。座薬や浣腸に介助を要する。
- 0=上記以外

### 【排尿】

- 10=自立・失禁なし：日夜、排尿のコントロールが出来る。集尿器と装着式集尿袋を使用している脊髄損傷患者は、それらを一人で身に付け、きれいにし、集尿袋を空にし、日夜とも陰股部が乾いていなければならない。
- 5=時に失敗する。或いは便器の使用が間に合わない。トイレに時間以内につけられない。集尿器などに介助を要する。
- 0=上記以外

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
総括研究報告書

各論 3

リハビリテーション病院機能評価スタンダード（改訂 2 版）の開発

太田久彦<sup>1</sup> 小林順子<sup>2</sup> 木村哲彦<sup>1</sup> 比留間ちづ子<sup>3</sup> 羽生耀子<sup>4</sup>  
及川忠人<sup>5</sup> 長谷川 幹<sup>6</sup> 大田仁史<sup>7</sup> 橋谷美智子<sup>8</sup> 粟屋典子<sup>9</sup>  
児玉千恵美<sup>10</sup> 村松勝美<sup>11</sup> 高橋邦泰<sup>12</sup> 高倉保幸<sup>13</sup> 赤坂清和<sup>13</sup>  
草野修輔<sup>13</sup> 陶山哲夫<sup>13</sup> 郡司篤晃<sup>14</sup> 岩崎 榮<sup>15</sup>

- 1 日本医科大学医療管理学 2 日本リハビリテーションネットワーク研究会  
3 東京女子医科大学リハビリテーション部 4 臨床福祉専門学校  
5 東八幡平病院 6 桜新町リハビリテーションクリニック  
7 茨城県立医療大学附属病院 8 日本リハビリテーション専門学校  
9 大分県立看護科学大学 10 医療法人財団慈生会野村病院看護部  
11 青梅市立総合病院 12 国際医療福祉大学保健学部  
13 埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション部  
14 聖学院大学総合研究所 15 日本医科大学

研究要旨

平成 12 から 13 年度の評価スタンダード開発及び病院訪問調査の経験に基づき、専門家委員会のメンバーによる改訂作業が行われている。メンバーによる意見集約を経て、平成 15 年 3 月「リハビリテーション病院機能評価スタンダード第 2 版（暫定）」が完成した。

A. 研究目的

病院の Quality of Healthcare を評価するアプローチ方法として、A. Donabedian により「構造」「過程」「結果」の面からの評価方法が取り上げられている。評価のための基準、即ち、評価スタンダードによって評価できるのは、主に病院の「構造」的側面と言える。現在、米国の

JCAHO やわが国の（財）日本医療機能評価機能による病院認定事業は、このような評価スタンダードに基づく第三者評価である。一方、日本リハビリテーション病院施設協会では、自己評価用に「リハビリテーション機能評価表」を作成し、会員病院での調査結果を改訂の度に公表している。

私どもは、リハビリテーション医療に従事している医師・看護師及び療法士から成る専門家委員会を組織し、平成12年度～13年度の2年間において、『リハビリテーション病院機能評価スタンダード第1版』を開発し、3病院での訪問調査を行った。スタンダード第1版の開発とその実地運用経験を踏まえて、スタンダードの改訂を試みた。

## B. 研究方法

第1版開発時と同様にデルファイ法に準じて専門家委員会のメンバーに改訂に関するアンケートを行い、意見集約を行うことで改訂版を開発した。

## C. 研究結果

委員会メンバーから指摘された改訂点をいくつか列記する。(但し、個々の評価項目に関する指摘は除いてある)：

- ・複数の項目で同類の質問が繰り返されている場合の集約化
- ・評価者により解釈が多岐に亘ってしまう曖昧な言葉を避ける
- ・看護師の評価項目の不足
- ・評価基準の構造の簡素化
- ・下位評価項目のスコアを上位評価項目のスコアに積み上げない

上記のような点を克服した改訂版が平成15年3月に開発された。

意見集約は現在まだ進行中であるため、今回報告する改訂版は「(暫定)第2版」である。改訂版評価スタンダードの内容は資料を参照されたい。

## D. 考察

Quality of Healthcareの客観的な評価のために第三者評価が行われているが、Quality of Healthcareにおける第三者評価の信頼性は確立していないのが現状である。評価は各項目の評点基準に基づいて行われるが、判断には評価者の内在的な判断基準が持ち込まれる。評点基準として明記される部分が少なければ少ないほど、評価者の内在的判断基準に依存するようになってしまう。しかし、内在的判断基準が入り込む余地のないような評点基準を作ることには不可能である。このような事情は、病院認定を事業として行っている団体においても同様である。米国作業療法士協会では1992年に、病院の作業療法士の教育プログラムを第三者評価することに関して、その妥当性と信頼性の検討を行っている。その結果によると、サーベイヤーの訪問評価では、特に訪問初日の評価では40%台の一致率しかないことが報告されている。しかし、このような評価者間の評価の食い違いは、これまであまり検討されてこなかったのが現状である。

日本リハビリテーション病院施設協会で作成している「リハビリテーション機能評価表」は、自己評価のために使用されている。客観的評価のように見えて、実は客観性の保証されていないにも関わらず病院認定事業の手段として普及している第三者評価に対して、自己評価法はこれまで殆ど研究されていない。その評価能力は、今後一層の研究されなければならないものである。私どもの研究において、少数例ではあるが、自己評価による病院評価を試みた。これに関しては、総合研究報告書において報告する。