要介護度スコア

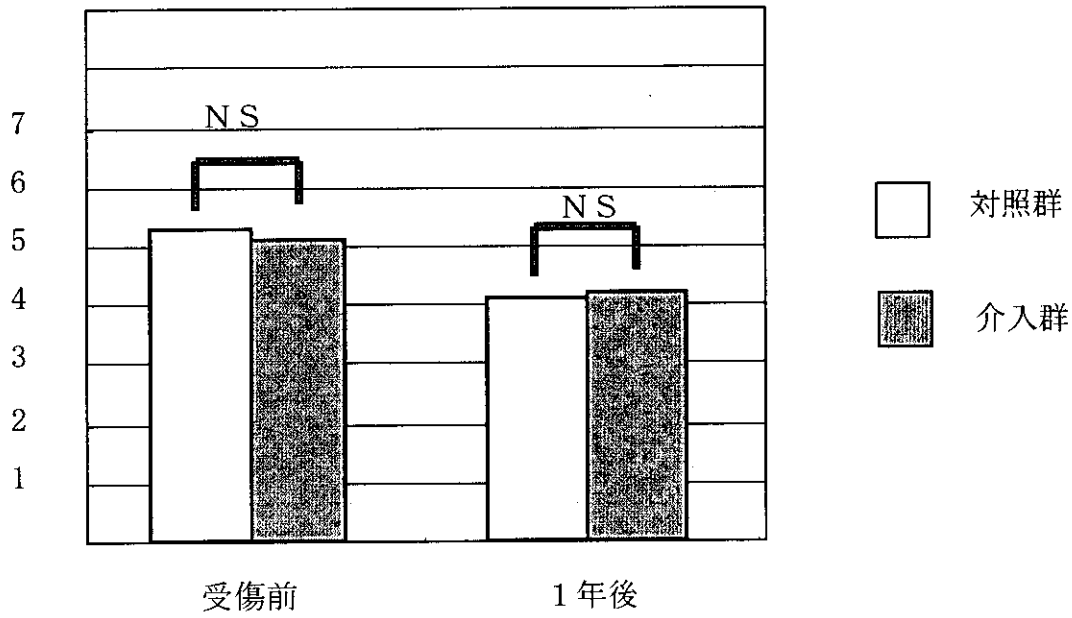

図16：対照群と介入群の受傷前と1年後の要介護度の比較：受傷前、1年後ともに、対照群と介入群に要介護度の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

ＢＡＤＬスコア

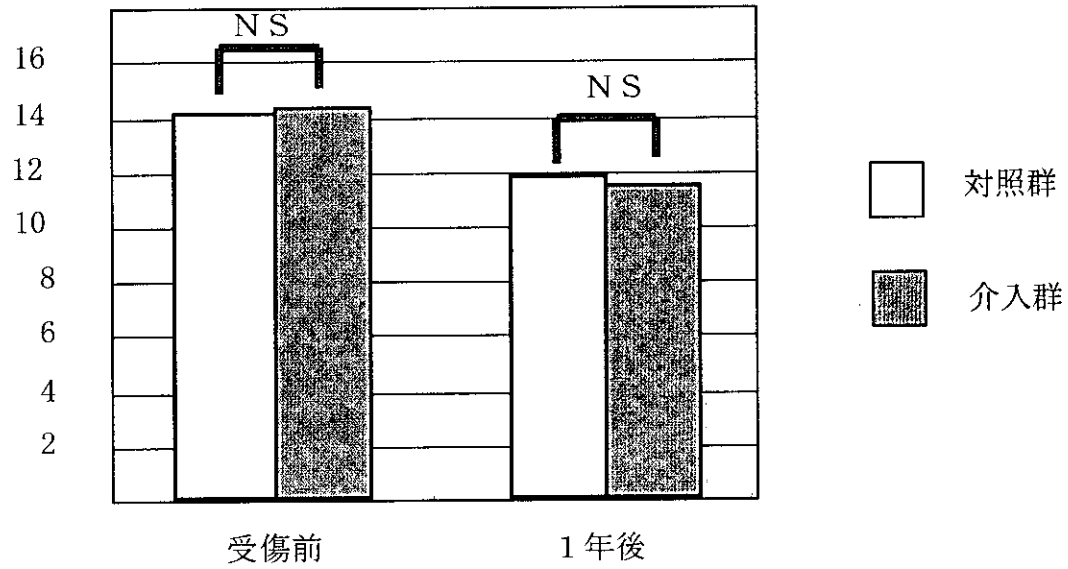

図17：対照群と介入群の受傷前と1年後のＢＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、対照群と介入群にＢＡＤＬスコアの差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

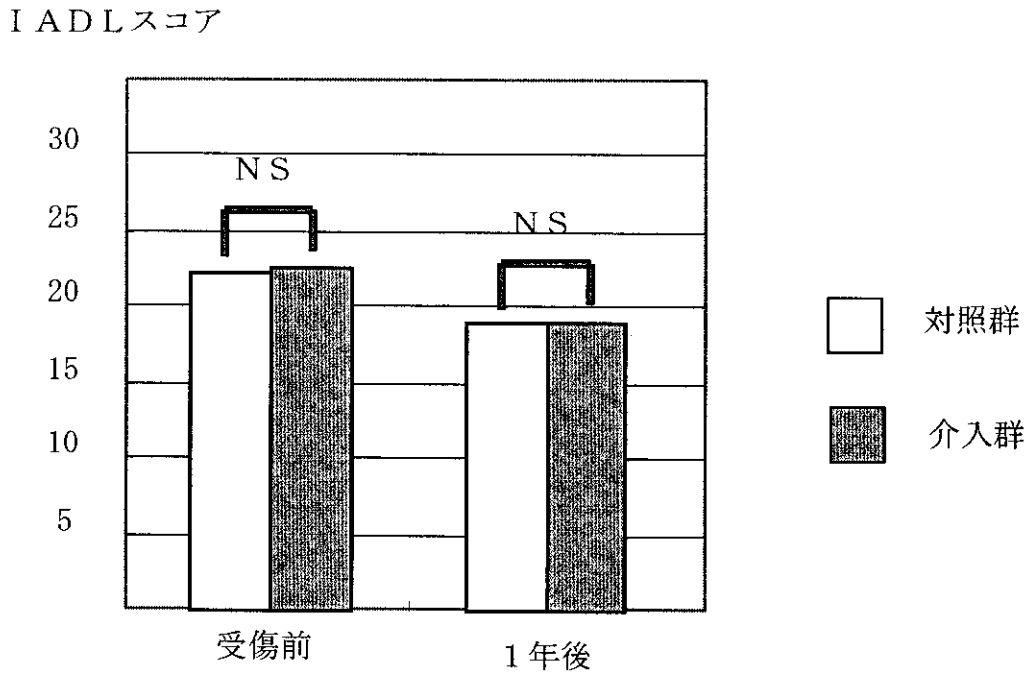

図18：対照群と介入群の受傷前と1年後のＩＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、対照群と介入群にＩＡＤＬスコアの差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

調査群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－１

低実行群　リハビリテーションメニューの実行が週２日以下

高実行群　リハビリテーションメニューの実行が週３日以上

歩行能力スコア

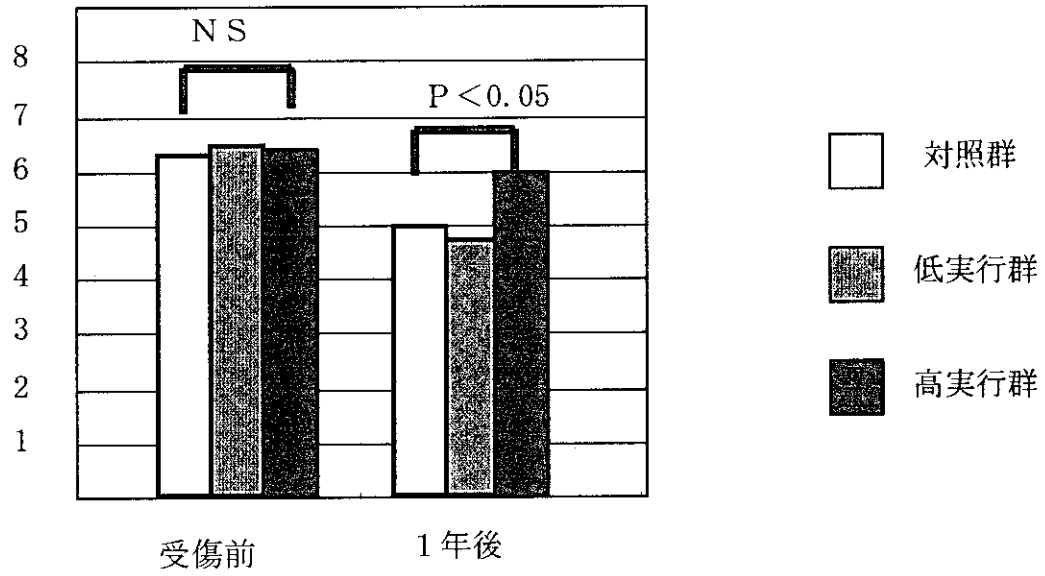

図19：対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の歩行能力の比較：受傷前は歩行能力の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群と低実行群に比較して歩行能力が有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

厚生省日常生活自立度

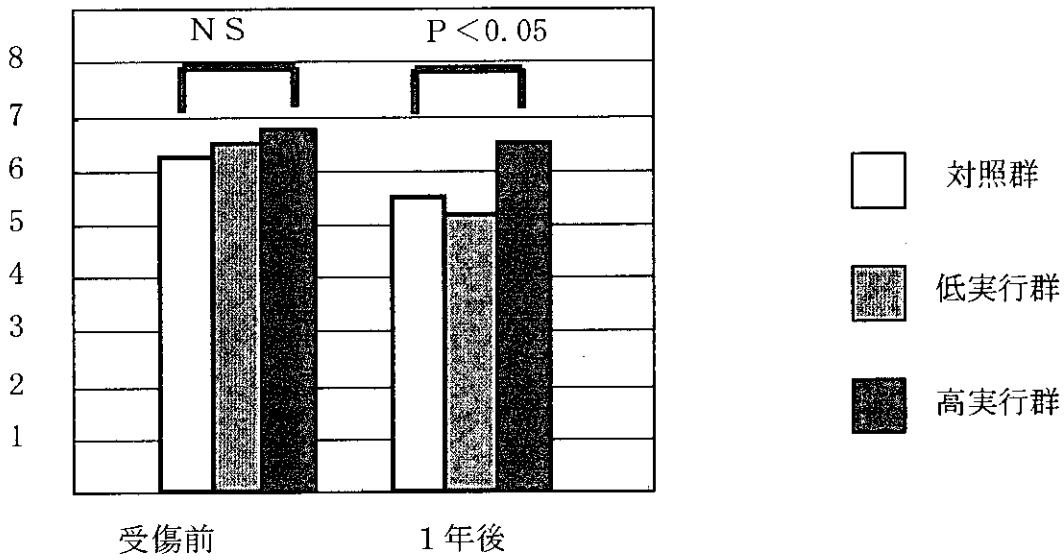

図20：対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の厚生省日常生活自立度の比較：受傷前は厚生省日常生活自立度の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群と低実行群に比較して厚生省日常生活自立度が有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

調査群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－2
低実行群　リハビリテーションメニューの実行が週２日以下
高実行群　リハビリテーションメニューの実行が週３日以上

要介護度スコア

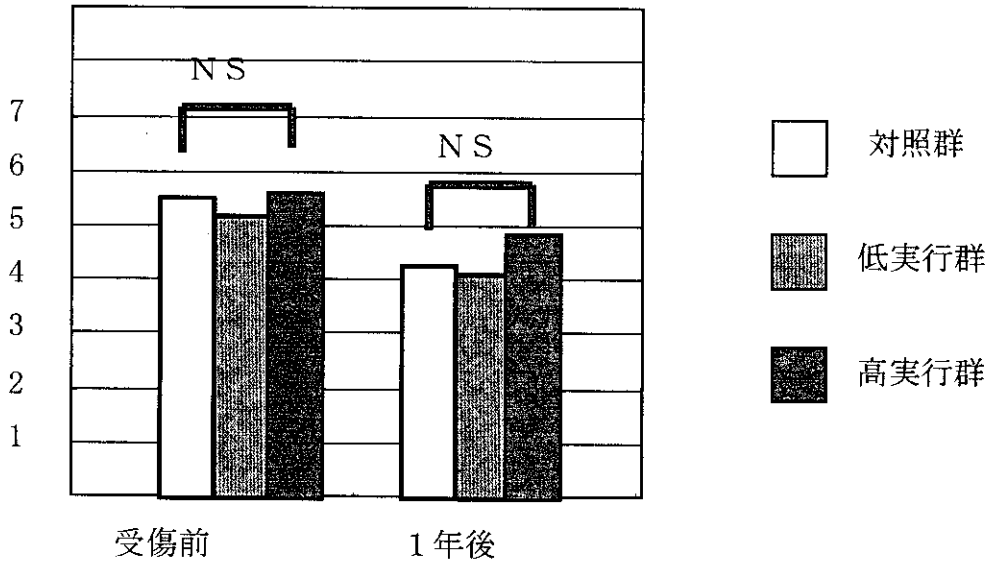

図21：対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の要介護度の比較：受傷前、1年後ともに、対照群、低実行群、高実行群の間に要介護度の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

ＢＡＤＬスコア

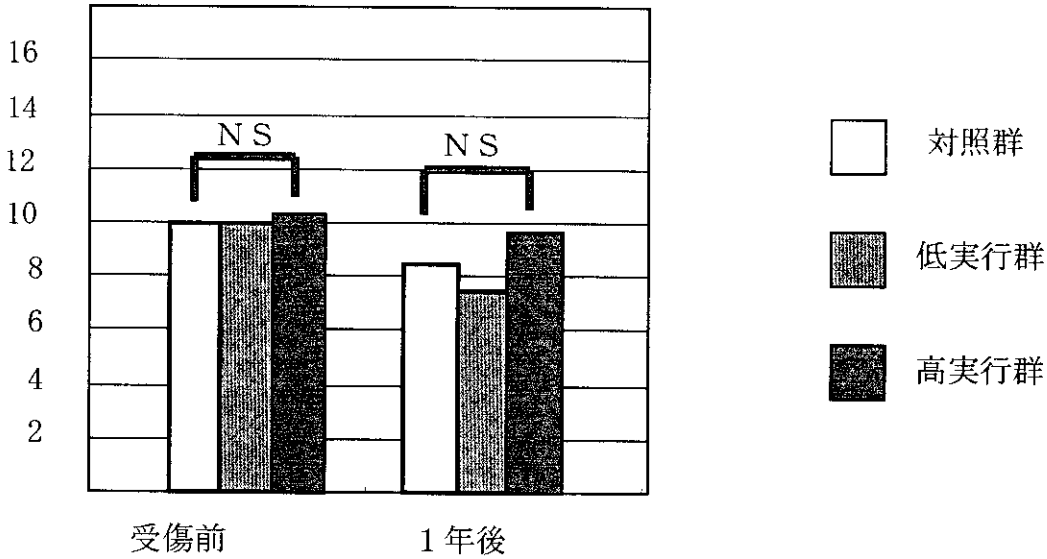

図22：対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＢＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、対照群、低実行群、高実行群の間にＢＡＤＬスコアの差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－３
低実行群　リハビリテーションメニューの実行が週２日以下
高実行群　リハビリテーションメニューの実行が週３日以上

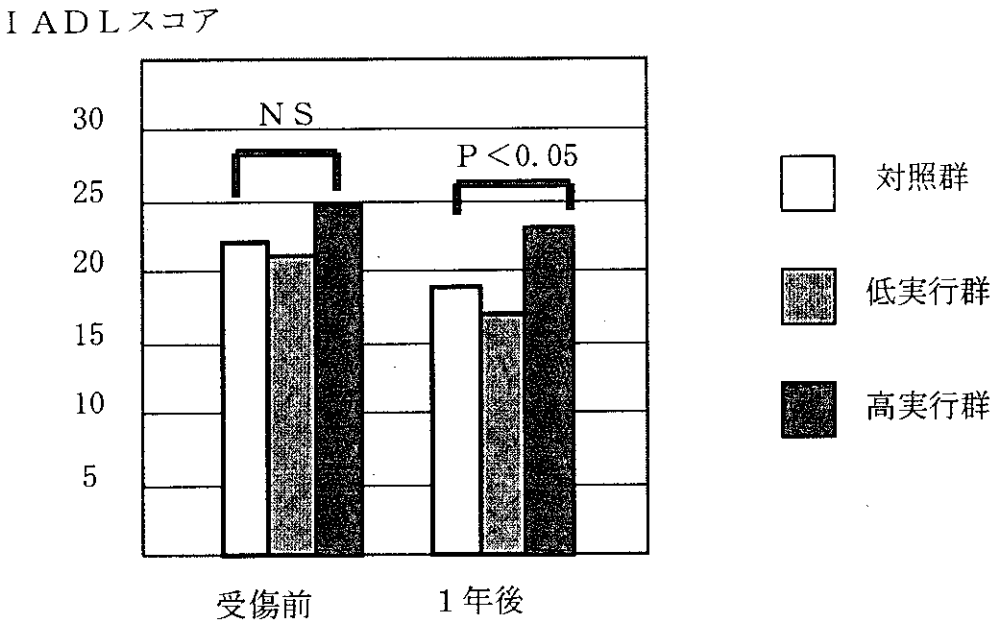

図23：対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＩＡＤＬスコアの比較：受傷前は厚生省日常生活自立度の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群と低実行群に比較してＩＡＤＬスコアが有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

痴呆症例を除いた場合の対照群、低実群、高実行群の受傷前と1年後の

ＡＤＬスコアの比較－1

歩行能力スコア

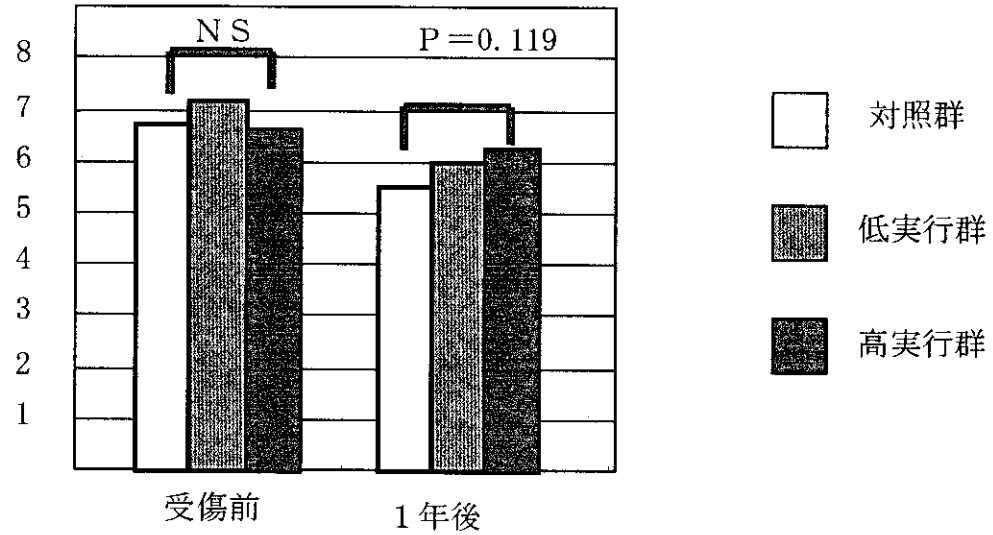

図24：痴呆症例を除いた場合の対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の歩行能力の比較：受傷前は歩行能力の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群に比較して歩行能力が改善傾向にあった（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

厚生省日常生活自立度

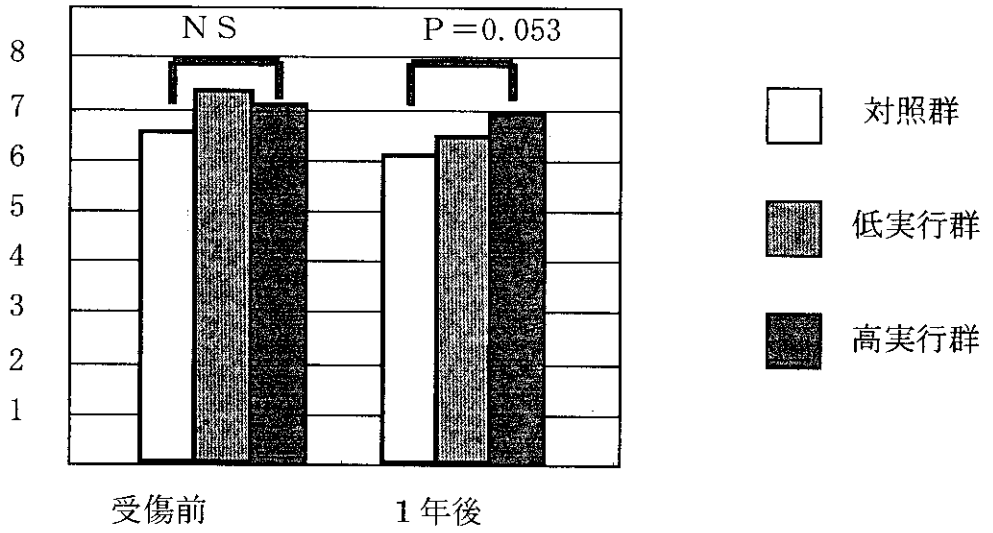

図25：痴呆症例を除いた場合の対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の厚生省日常生活自立度の比較：受傷前は厚生省日常生活自立度の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群に比較して歩行能力が改善傾向にあった（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

痴呆症例を除いた場合の対照群、低実群、高実行群の受傷前と1年後の
ＡＤＬスコアの比較－2

要介護度スコア

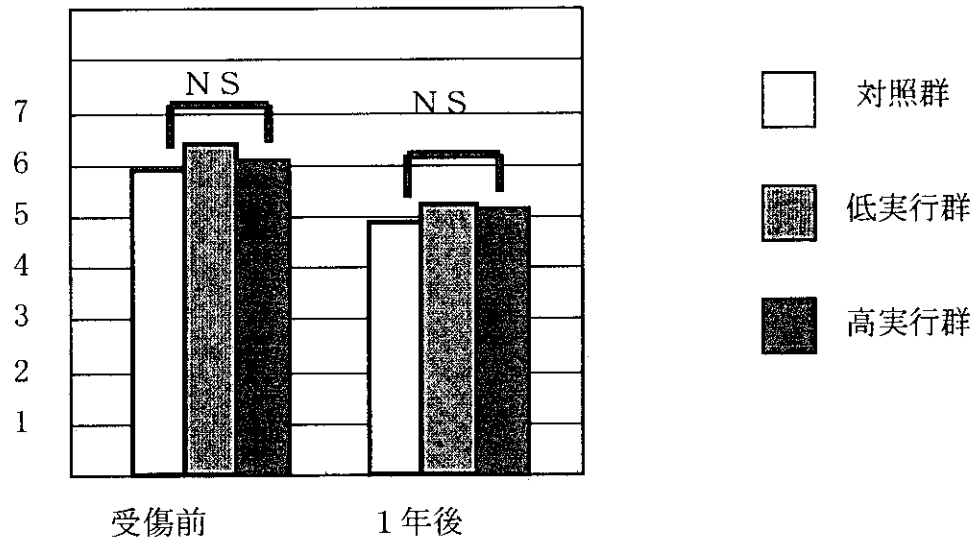

図26：痴呆症例を除いた場合の対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後の要介護度の比較：受傷前、1年後ともに、対照群、低実行群、高実行群の間に要介護度の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

ＢＡＤＬスコア

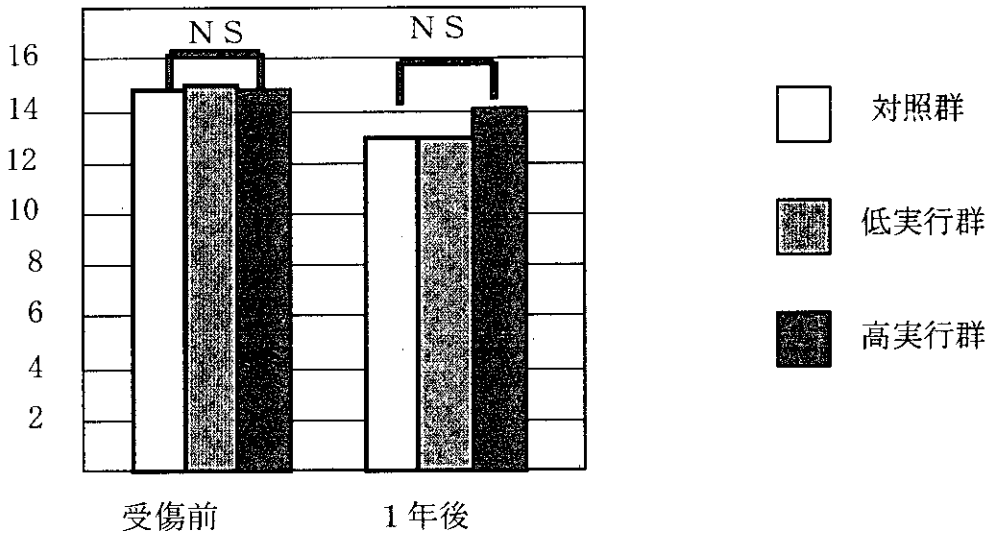

図27：痴呆症例を除いた場合の対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＢＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、対照群、低実行群、高実行群の間にＢＡＤＬスコアの差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

痴呆症例を除いた場合の対照群、低実群、高実行群の受傷前と1年後の

ＡＤＬスコアの比較－３

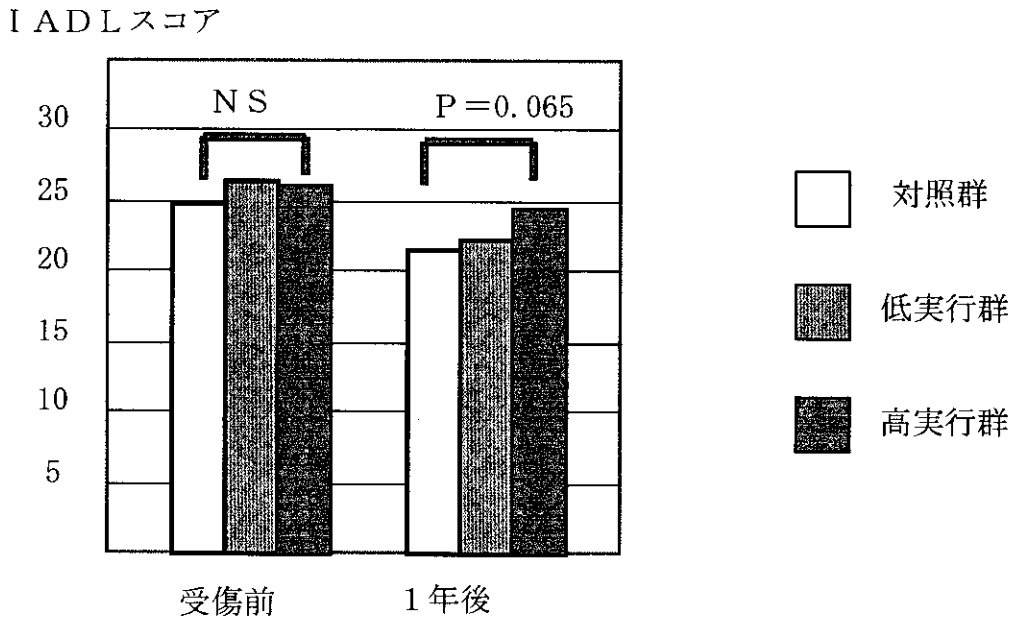

図28：痴呆症例を除いた場合の対照群、低実行群、高実行群の受傷前と1年後のＩＡＤＬスコアの比較：受傷前は歩行能力の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群に比較してＩＡＤＬスコアが改善傾向にあった（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－１

歩行能力スコア

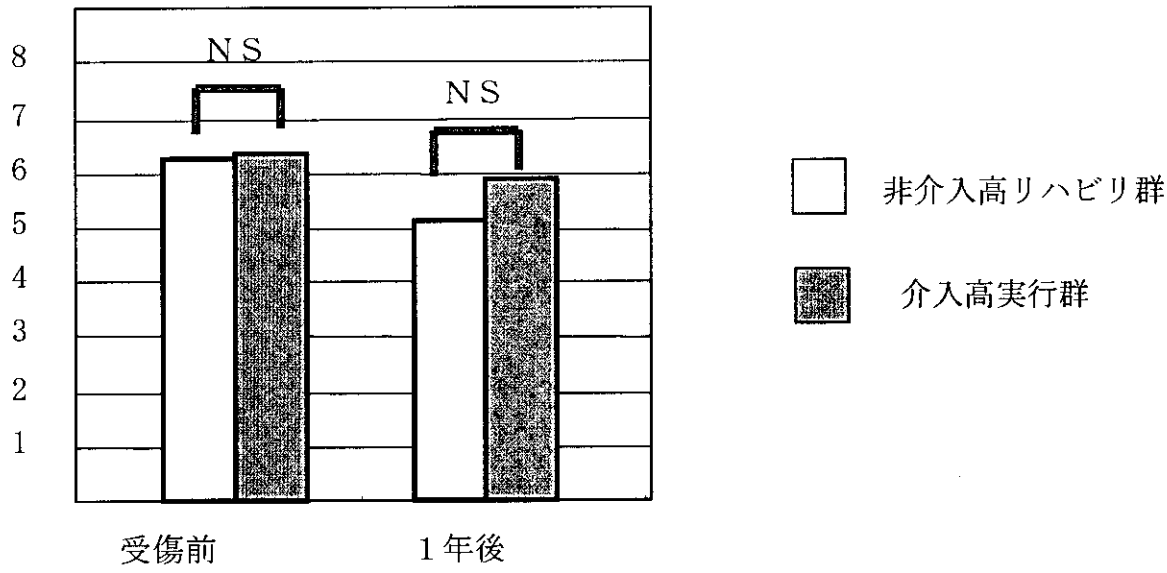

図29：非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後の歩行能力の比較：受傷前、1年後ともに、非介入高リハビリ群と介入高実行群に歩行能力の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

厚生省日常生活自立度

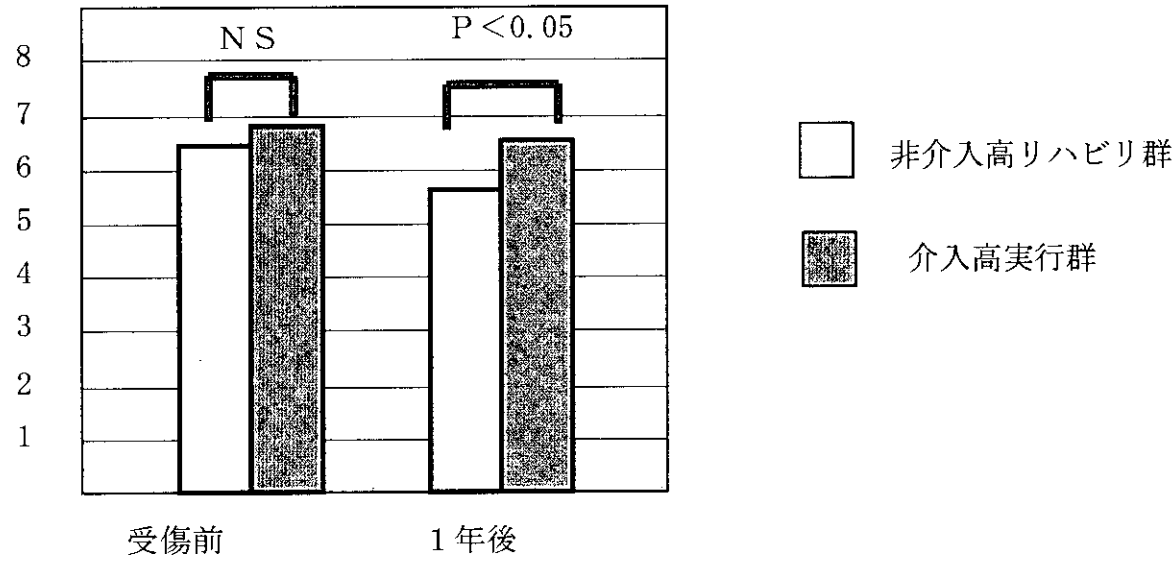

図30：非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後の厚生省日常生活自立度の比較：受傷前は歩行能力の差は見られなかったが、1年後は、介入高実行群は、非介入高リハビリ群に比較して厚生省日常生活自立度が有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－2

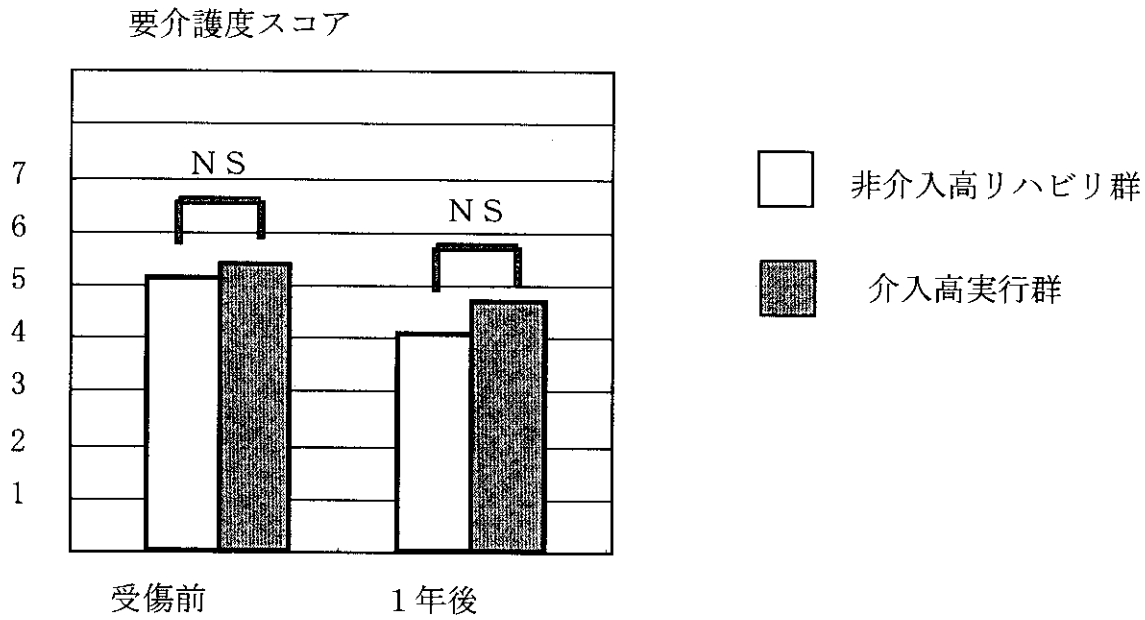

図31：非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後の要介護度の比較：受傷前、1年後ともに、介入高実行群と非介入高リハビリ群に要介護度の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

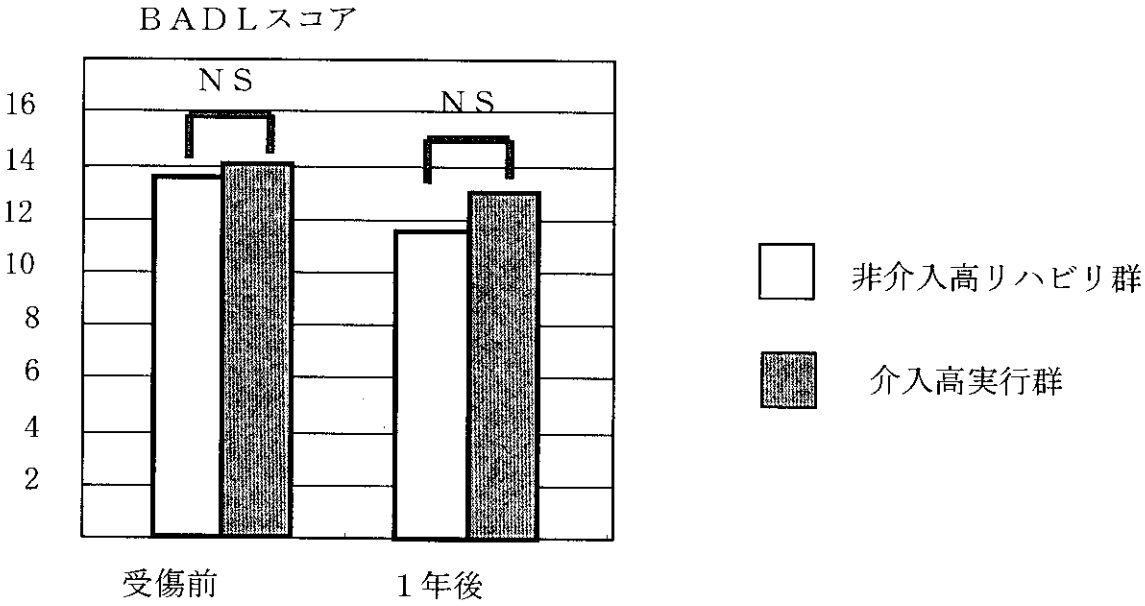

図32：非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後のＢＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、介入高実行群と非介入高リハビリ群にＢＡＤＬスコアの差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－3

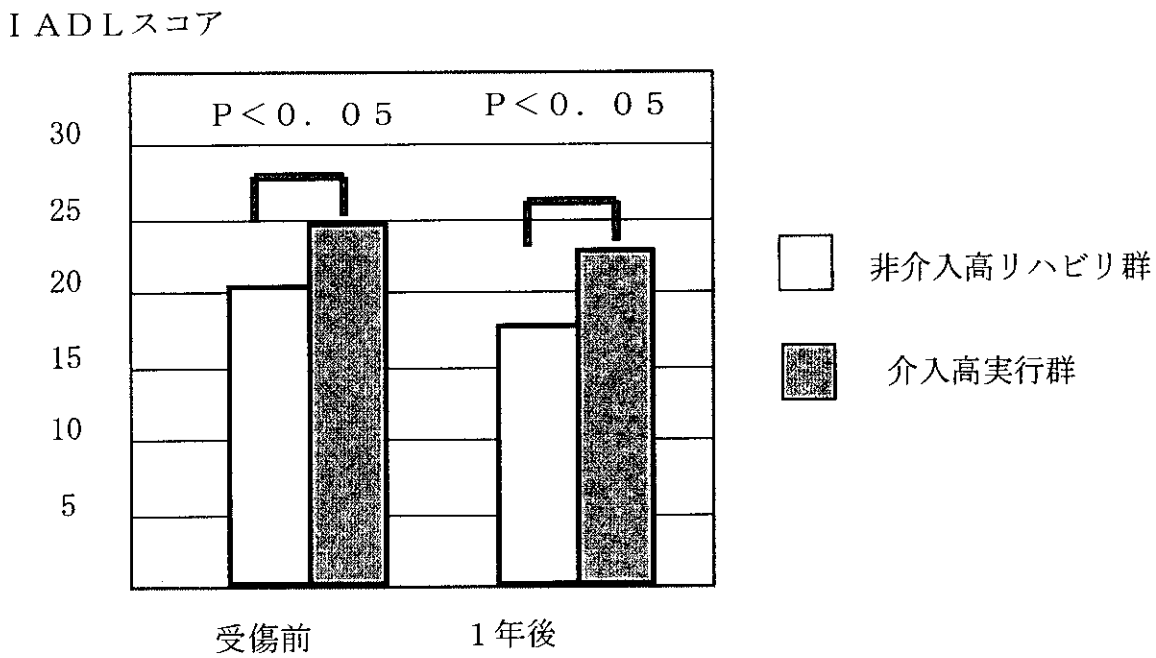

図33：非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後のＩＡＤＬスコアの比較：受傷前、1年後ともに、介入高実行群は、非介入高リハビリ群に比較して厚生省日常生活自立度が有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

歩行能力スコア

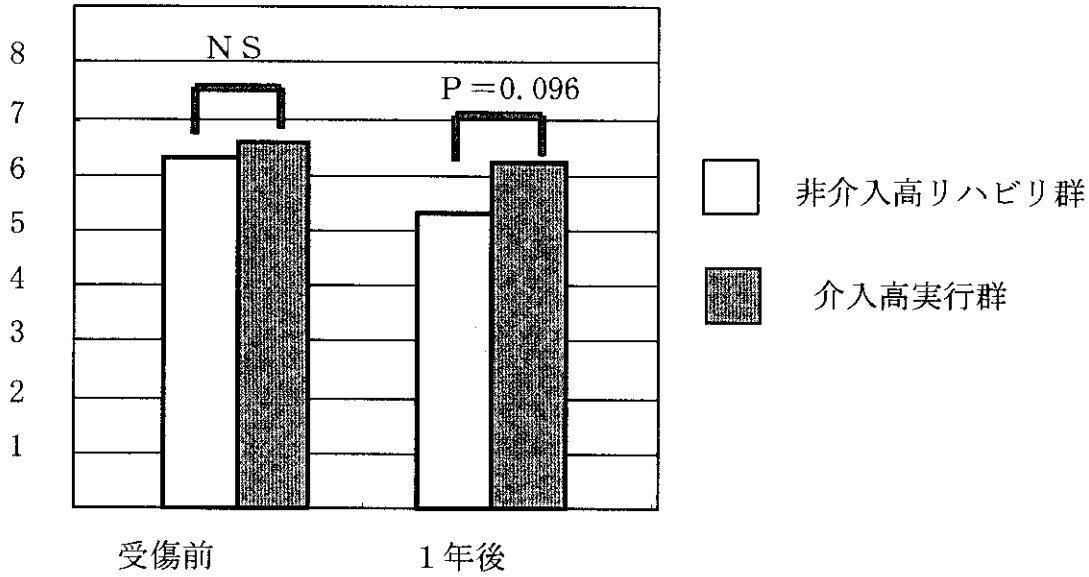

図34：痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の受傷前と1年後の歩行能力スコアの比較：　受傷前は歩行能力の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群に比較して歩行能力が改善傾向にあった（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

厚生省日常生活自立度

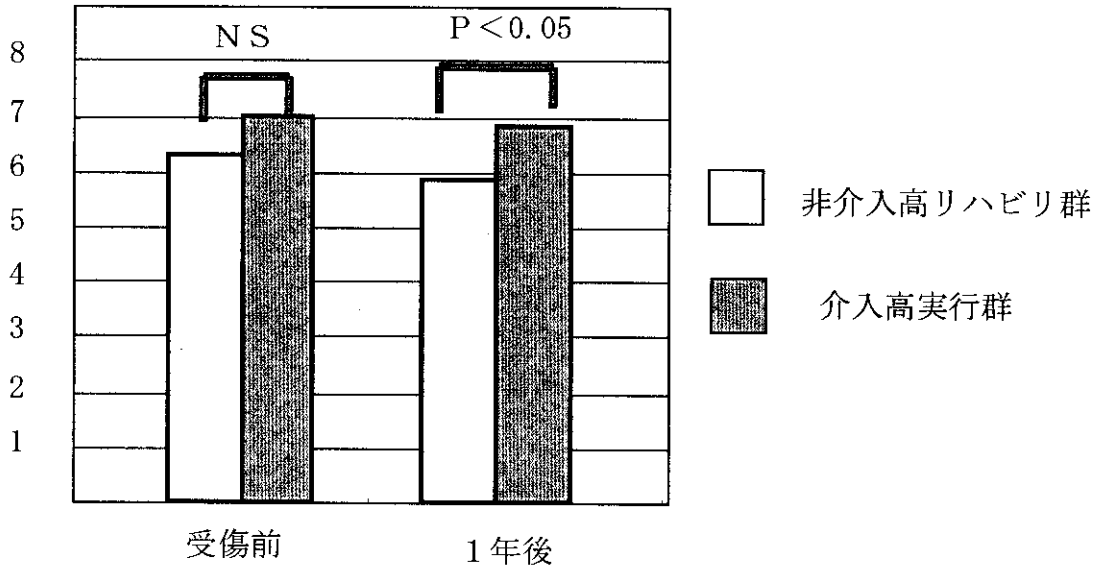

図35：痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の受傷前と1年後の厚生省日常生活自立度の比較：　受傷前は日常生活自立度の差は見られなかったが、1年後は、高実行群は、対照群に比較して有意に歩行能力が改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の
受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－2

要介護度

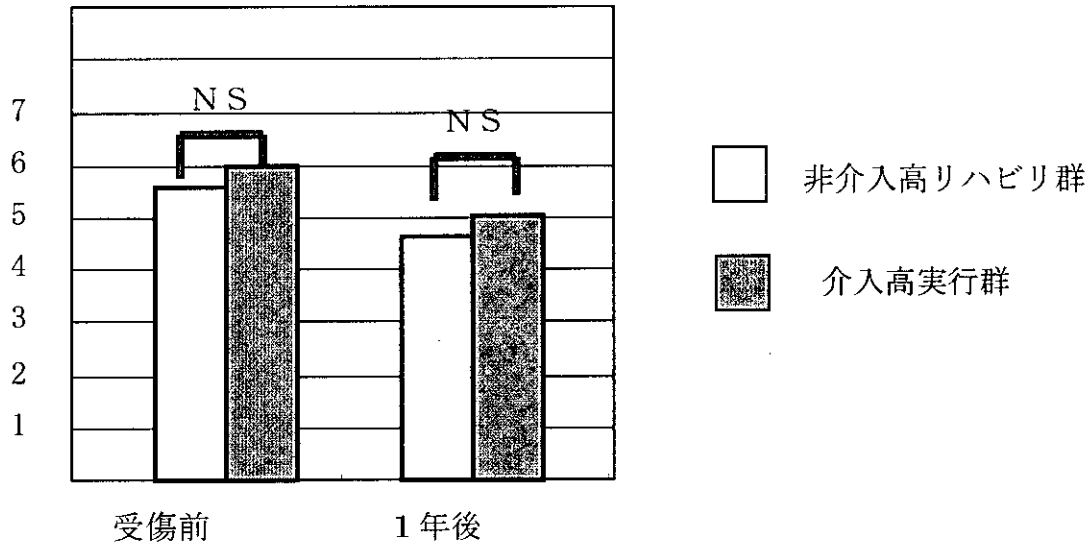

図36：痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と介入高実行群の受傷前と1年後の要介護度の比較：受傷前、1年後ともに、介入高実行群と非介入高リハビリ群に要介護度の差は見られなかった（ＮＳ：Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定において危険率５％で有意差なし）。

ＢＡＤＬスコア

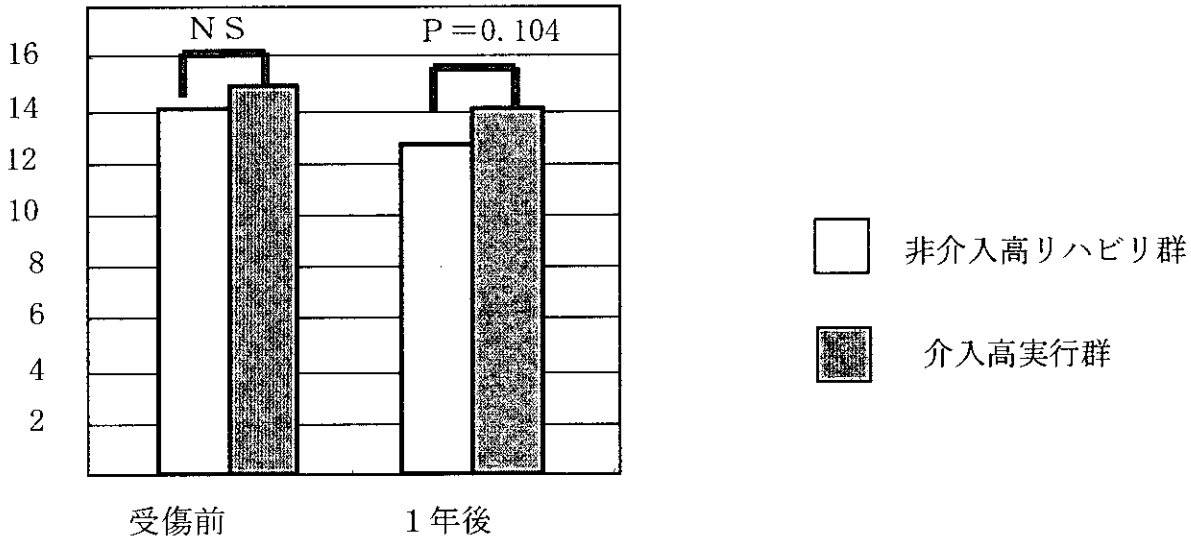

図37：痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の受傷前と1年後のＢＡＤＬスコアの比較：　受傷前はＢＡＤＬの差は見られなかったが、1年後は、介入高実行群は、非介入高リハビリ群に比較してＢＡＤＬが改善傾向にあった（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の
受傷前と1年後のＡＤＬスコアの比較－3

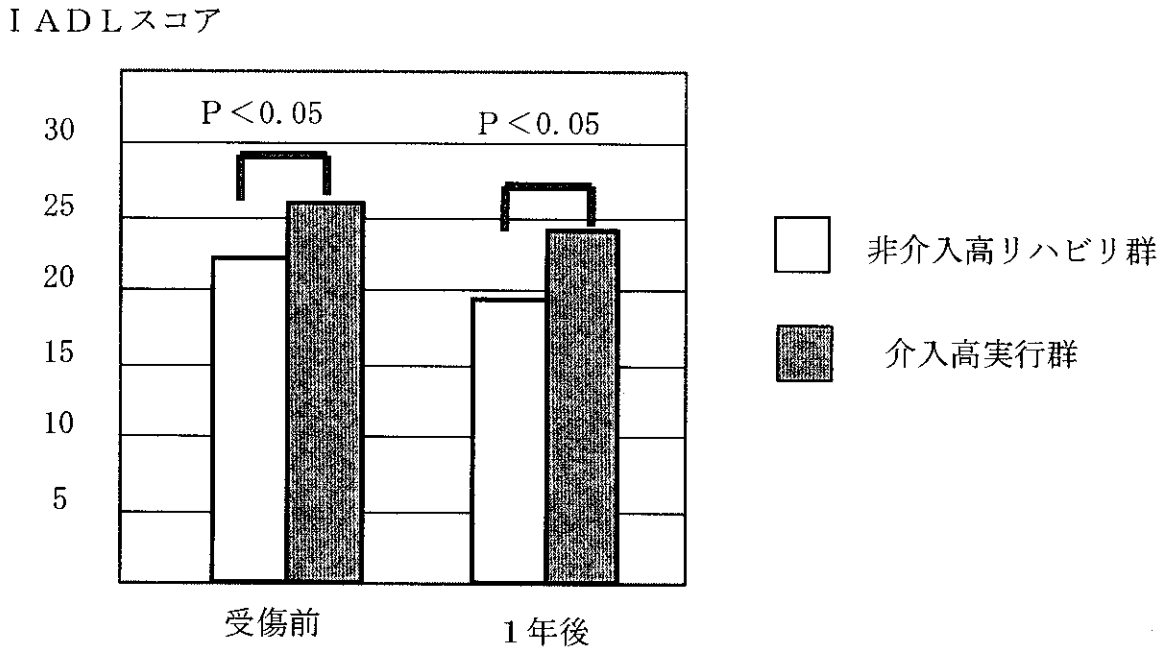

図38：痴呆症例を除いた場合の非介入高リハビリ群と高実行群の受傷前と1年後の歩行能力スコアの比較：　受傷前、1年後ともに、高実行群は、対照群に比較して歩行能力が有意に改善していた（Ｗｉｌｃｏｘｏｎ順位和検定）。

表２：　1年後アンケートのＡＤＬ以外の結果－総数315例）

定期的リハビリテーション	していない	１８１例	57.6%
	週に１、２日	７３例	23.2%
	週に３日以上	５４例	17.1%
	（うち本リハビリメニュー）	（２５例）	
ウォーキング	していない	１８６例	59.2%
	週に１、２日	２８例	8.9%
	週に３日以上	８８例	28.0%
骨粗鬆症薬の服用	服用していない	２３７例	75.5%
	服用している	６６例	21.0%
再転倒の有無	なし	２４７例	78.7%
	１回	３８例	12.1%
	２回以上	２５例	8.0%
1年以内再骨折の有無	なし	２９２例	93.0%
	あり	２０例	6.4%

（資料1）症例エントリー時資料

A　患者説明書

B　同意書

C　エントリー時アンケート

　－エントリー時用

　－フォローアップ用

D　大腿骨頸部骨折チャート

多施設による大腿骨頸部骨折の在宅リハビリテーションに関する研究へのご協力のお願い

1．調査の目的

あなたが受傷された大腿骨頸部骨折は、骨そしょう症が原因で起きる骨折の中で最も身体への影響が大きな骨折です。日本では、１年間に約10万人の方がこの骨折を受傷しています。

この骨折を起こすと、治療が順調に進んでも、歩けなくなったり、寝たきりになったりすることがあります。これは、寿命を縮めることにもつながります。実際の統計でも、脳卒中や痴呆とならんで、大きな寝たきりの原因となっています。

そこで、この度、多くの大腿骨頸部骨折後の患者さんについて、退院後の生活の様子や運動機能を調査し、在宅でのリハビリテーションにより運動機能や日常生活がどれくらい改善されるかを確かめることに致しました。

2．運動機能の評価とリハビリテーションの方法

入院中に、骨折前の身体の動きや生活の様子、痴呆の有無などについての簡単なアンケートまたは面談を行います。これは、主治医または担当調査助手によって行われます。ご家族に電話でお聞きする場合もあります。

治療やリハビリテーションが終わり、退院後約3ヶ月の時点で、日常生活の様子についてのアンケートをお送りします。これに回答の上、返送して頂きます。

この後、半数の方々には、自宅で行っていただくリハビリテーションの説明のためのパンフレットやビデオテープをお送りします。メニューは、8種類ほどの運動で15分程度でできる量です。この説明に従って、ご自宅で筋肉の力をつけたり、関節の動きをよくする運動を行っていただきます。１～２ヶ月ごとに、郵便や電話で、運動がきちんと行われているかについてのお問い合わせをいたします。

残りの半数の方々には、現在気をつけるべき合併症や一般的な注意事項を説明したパンフレットをお送りします。

どちらの方々にも、6ヶ月ごとに、アンケートと運動機能評価を行います。

これらの調査結果は、あなたの骨折の診断や治療に関する情報とともに統計としてまとめられ、厚生労働省に報告したり、論文として発表されることになります。

また、調査結果のコンピュータへの入力や分析は、主に東京都老人医療センターで行われ、一部、（財）日本公定書協会・臨床研究支援センターに委託されます。

3．プライバシーの保護

調査結果については、個人のプライバシーは厳密に保護されます。調査結果の報告や発表の場合も、個人名はもちろん、本人とわかる可能性のある情報はいっさい明かされません。

4．調査にご協力いただけなかった場合

調査にご協力いただけなかった場合でも、何ら不利益を得ることはありません。また、一度同意をされた後でも、後日取り消すことも可能です。

5．費用について

この研究は、厚生労働省による科学研究費により行われています。従って、説明のパンフレットやビデオテープなどを含めて、費用は一切かかりません。

6．参加施設について

東京都老人医療センター	整形外科
東京都多摩老医センター	整形外科
社会保険中央病院	整形外科
日本赤十字赤医療センター	整形外科
武蔵野日赤医療センター	整形外科
大宮日赤医療センター	整形外科
茨城県立中央病院	整形外科
湯河原厚生年金病院	整形外科
焼津市立病院	整形外科
国立国際医療センター	整形外科
旭中央病院	整形外科

以上の趣旨をご理解いただき、この調査にご協力いただけるようでしたら、別紙同意書にご署名をお願いします。

ご質問などは、担当の受け持ち医または下記にご連絡下さい。

東京都老人医療センター　整形外科医長　石橋英明
〒173-0015　東京都板橋区栄町35-2　電話　03-3964-1141
（整形外科の石橋あて）

今回の調査の流れは、下記のようになります。

大腿骨頸部骨折の治療、リハビリテーション

↓

自宅、施設への退院、他の病院への転院

↓

骨折から約３ヶ月後に自宅（または施設、家族の方）へアンケート郵送調査

↓

在宅リハビリメニューをお送りする方、しない方を、事務局で無作為に決めさせて頂きます。

在宅リハビリメニューをお送りする方

お送りします ↓

・運動パンフレット
・説明ビデオテープ
・骨折に関する情報パンフレット

在宅リハビリメニューをお送りしない方

お送りします ↓

・骨折に関する情報パンフレット

骨折から６ヶ月後アンケート郵送調査

↓

骨折から１年後アンケート郵送調査

→ 終了またはアンケート調査の継続

同意書

参加施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

東京都老人医療センター　整形外科

石橋　英明＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

わたしは、貴施設で行われる「多施設による大腿骨頸部骨折の在宅リハビリテーションに関する研究」について、十分な説明を受け、その趣旨を理解しました。その上で、この調査に協力することに同意いたします。

氏名：

平成　　年　　月　　日