

6. データ入力協力者へのデータ配布ルールの見直しは必要か？
- これまでの基準に追加して、研究の際のデータ絞込みのプロセスを明示するように求める。
 - フローチャートなど作成するのも案
 - 12月の研究会で予演会
 - <以下は2006年9月9日のWG議事録より再掲>「分担研究者ではないが、データ入力に協力してくれて、DB配布を希望した者については、以下のようにする。各病院内で使っていただく分には自由でよい。このデータを分析して、対外的に発表する場合には、以下の4つを満たすことを条件とする。①12月9日のWGに行う予行に参加して、発表予定内容について集団的に吟味する。②研究発表要旨を厚生労働科学研究費の報告書に掲載させていただく。③その代わりに、厚生労働科学研究費の研究班の研究協力者になっていただく。④発表の謝辞の中で、厚生労働科学研究費補助金を受けた研究であることを、明示していただく。このことに同意していただけた方に、データを10月に配布する」
7. 集計用マクロのこと
- 急性期脳卒中 DB では、すでに、ボタンを押すだけで、単純集計できる機能がついている（小林先生に、使わせていただくよう許諾をお願いし、ご了承いただいた）。
 - リハビリテーション患者DBに固有の項目で、入院時と退院時のADLや退院先など、リハ医から希望が多そうな項目についても、集計機能をつけるのはどうか？＝この機能付加のために研究費を使うことは妥当か？→承認された
 - 入院時の必須項目を入力すると、それらの項目から、退院時ADL予測値を出力する機能はどうか？（杏林大学の山田先生らが昨年作成した予測式の使用許諾は得てある）→承認された
 - さらに、予測式と実際の退院時ADLとを比較して、予測式を実績が上回っている率を計算する機能は悪のりか？
 - 以上の機能付加について：これこそDBの意味のあることであり、式を入れていく方向で作業に入る。9月の研究会で案を提示する
8. 次回WG日程
- 合意形成を得ながら改訂をすとなると、7-8月は改訂できない
 - 9月15日の午前中にWG、午後から全体会とする。
 - 10月27日リハ・ケア大会（埼玉）の日の夕方に東京にて
 - 2月23日（土）or3月8日
 - 東京か名古屋か大阪か？
 - 連絡を早めにしていただきたい。メーリングリストを再度見直す。

II 関連組織への説明懇談会 (11:30~12:30)

(Q1) DB データを自分の病院のデータベースとして使えないか。PC の技術的ことを教えてほしい。個人の PC に患者の個人情報を入力することは難しい。大量なデータをどうやって保存していくのか。現状は 1GB のフラッシュメモリーで対応している。

(A1) 病院内で共有サーバーを用いてファイルメーカーのマルチユーザー版を使い個人が保有する情報としない。5 回に 1 度はバックアップすることをお勧めする。

III 研究班全体会

1. 厚生行政の立場からの研究課題への期待 (12:40~13:10) 田中央吾先生

(Q1) 日本はアメリカに比べて、なぜ廃用症候群の患者が多いのか。長期入院や医療スタッフ数の減少が原因になっているのではないか。急性期治療に医療費の抑制をすることは廃用症候群の患者を増加させているのではないか。

(A1) 介護区分の低い人には、運動器、栄養、歯科ケアの充実を図っている。病院の医療費に関しては、介護施設と介護療養施設の役割分担ができていないので、将来的に介護療養施設を廃止して、在宅医療とか老人保健施設などで受け入れを増やしていく長期入院を減らしていく。

(Q2) 研究課題を学術的な視点と厚生行政の視点の 2 点から選択されているが、行政的視点から、この研究課題が進むことでどういう情報が得られて、それがどれくらい役立つのか、といった未知数を踏まえて研究を選択されているのか。試験的な選択なのか、それとも仮説をもって選択しているのか。

(A2) 研究事業のあり方は、行政政策に結びつけるものと、純粋な科学を求める 2 つがある。また老人保健事業のように行政瀬策と科学を併せ持つタイプもある。

(Q3) この DB は診療報酬改定前後の比較や実態把握に役立つと思う。次回診療報酬の改定ポイント・流れを教えて頂けると診療報酬改定前後の変化をピンポイントで把握できるが、それが将来的に可能なのか。

(A3) 診療報酬は老健局の管轄でなく保健局なので、どこまで介入していいかを答えることは難しい。

(Q4) 脳卒中の実態を把握するには DB は必須であるが、脳卒中 DB システムの必要性を行政はどう理解しているのか。

(A4) 現時点では返答はできない。しかし脳卒中 DB となると老健局担当にあるので検討に値する。

(Q5) 介護予防を重視されているが、介護保険の場合、一旦は要介護状態になった人をいうが、そのような人も対象になるのか。

(A5) 介護予備群だけでなく、要介護状態の人も対象となる。

(Q6) 急性期から回復期までの DB を作っていくにあたり、老健局は訪問リハなどの有効性を示す基礎資料を既に持っているのか。

(A6) 全く違う研究事業で、要介護状態の時系列変化に関する研究は進められている。詳

細は把握していない。

(Q7) 補助金が3分の1まで減額された理由は何か。

(A7) 研究課題は220課題と変わっていない。ただ、内閣府や総務省にアピールできるアウトカム指標がはっきりしている研究を推進している。取り消し課題は10%弱である。

(Q8) 県の広域支援センターが取り潰しになっているが、厚生労働省はどのように考えているのか。

(Q9) 介護予防以外の方針については記していないと思う。

2. アメリカ UDSMR の到達点と日本への示唆 (13:30~13:50) 吉田清和先生

(Q1) アメリカ UDSMR は全部で何項目あるのか。疾患特異的なフォーマットはあるのか。

(A1) そんなに沢山の項目はない。疾患別のフォーマットはない。

(Q2) アメリカと比べて日本は診療報酬の体系化ができていないので、1年間継続してデータを各病院より集めることは難しい。例えば、年に4ヶ月くらいのデータ収集でおこなうことは経験的に可能か。

(A2) 始めた頃は欠損データが多かった。支払い制度とマッチされてから欠損はなくなっている。

(Q3) 診療報酬額をアメリカと日本で比較すると、アメリカは在宅での報酬額が高いように思われるが、どうなのか。

(A3) アメリカではPTOTが在宅を訪問して訓練するケースや外来通院して訓練をおこなう場合が多い。例えば、THR術後も入院は4日で、あとは在宅で訓練。

(Q4) 早期退院を急ぐと再発入院のリスクが大きいのではないか。

(A4) 早期退院を急ぐあまり、再発入院率は7~8%程度。モニタリングは最重要。

(Q5) アメリカは1日のリハビリが3時間以上とあるが、3時間の訓練に耐えられる患者の実態はどうなのか。

(A5) 多くの患者が3時間以上の訓練をおこなっている。ただし少量頻回となる対応はしている。

(Q6) 3時間もリハビリできる患者が入院しないのではないか。アキュートケアにリハ医が対応するのか。

(A6) コンサルテーションのみで他科の主治医が対応している。PTOTSTも他科の医師が処方する。アメリカでは急性期病院の中にリハビリ病棟があり、全疾患をリハ科で対応している。

(Q7) ナーシングホームのリハはどうなっているのか。

(A7) ナースが中心で訓練をおこない、医師は月1回の診察程度。リハスタッフは施設によってちがう。

(Q8) 在宅リハビリにリハ医はどう関わっているのか。

(A8) ナースやリハスタッフからの要請により対応している。基本的に地域の開業医がリ

ーダーシップをとっている。

(Q9) UDS の項目に改善点はあるのか。

(A9) 特に大きな変更はない。

3. 脳卒中急性期DBの到達点と脳卒中リハ患者DBの連結による研究の可能性

(13:30~13:50) 小林祥泰先生

(Q1) 脳卒中急性期DBと脳卒中リハ患者DBの連結とはどのようなものか。

(A1) 連携パスにデータを使うといったローカル接続のもの。患者のアナログ情報をデジタル化し、転院後も転院以前の患者データを有効利用する、DB同士の連結ではない。

(Q2) 医事課レセプトデータと診療患者データの連結は可能か。

(A2) データを連結できるようにしてある。ただし、電子カルテは通常の診断名でシステムをリンクすることは手入力が多くて手間がかかる。

(Q3) データベースの活用例にはどんなことがあるか。

(A3) 標準化したデータベースが無いと、患者の正確なデータや予後が判断できない。

(Q4) 参加病院で全患者をデータベースに登録されている病院の割合はどれくらいか。

(A4) 参加病院の半分以下である。

4. DPC研究とリハビリテーションDB (13:30~13:50) 松田晋哉先生

(Q1) DPCシステムで病院間を移動する患者データを示せるのか。

(A1) DPCシステムでは無理。対象病院内でのデータに限る。

(Q2) DPCシステムは急性期を対象としているので、亜急性期に状態の患者情報をどのように把握したらよいのか。

(A2) DPCシステムでは急性期のみに限る。

(Q3) 病院内で急性期から回復期へ添加するが、その場合のADL入院時と退院時のデータはどうなるのか。

(A3) 同じ病院内でも回復期へ移動した時点でDPCシステムから除外される。よって退院時という表現にはシステムに工夫が必要。判別できる対応を検討していく。

(Q4) DPCシステムは全ての脳卒中患者を対象とするのか、それともリハを施行している脳卒中患者を対象とするのか。

(A4) DPCシステムは病名(今回は脳卒中と大腿骨頸部骨折)で登録している。リハ施行がどうかをみるには登録後にデータを加工することで可能である。

(Q5) Barthel でなく FIM での登録は可能か。

(A5) FIM は著作権の問題があり利用は難しい。

(Q6) 必須項目の入力漏れはどうか。

(A6) 入力漏れは数%程度。入力漏れ対策としては、協力病院に書面にて必須項目の入力

を呼びかけていく。

(Q7) ICUとNCUの領域でPTOTを分けて経過をみる必要があるのか。

(A7) リハ計画書の書面に従ってシステムを作成しようとしている。医事課データも分かれているのでシステムとしては問題ない。ただし非請求分をどうするのかは問題。
(非請求分に関しても登録できるシステムを考慮していく)

5. リハビリテーションDBの開発研究の2007年基本計画(15:40~16:10)

近藤克則先生

(Q1) この研究班全体の方向として、どこまでやるのか。全リハ患者を対象として展開していくのか。あるいは脳卒中患者を中心に関連する諸疾患(骨折・認知症など)を追加する形で進めていくのか。

(A1) 実際に可能であるのかという現実問題をすり合わせながら進めていく予定。まずはリハ対象疾患で一番多い脳卒中から2年前に始めた。(いくつかの障害例に特化したDBの方がいいか、リハ患者全体を対象としたDBにした方がいいかについて各WGで話し合っていたいただき、全体会で協議して方向性を決めていく)

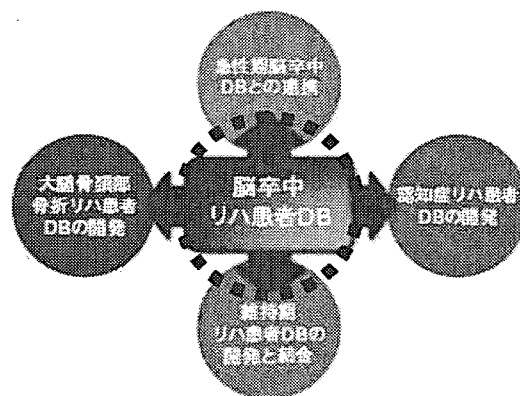
以上

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

脳卒中リハビリテーション患者 DB-WG（working group）のご案内

日時：9月15日（土）10:00～12:30

- ・DBのデータ収集状況について
- ・DB改訂に向けての論議
- ・データの活用方法について
- ・WGの今後の進め方について



場所：日本福祉大学名古屋キャンパス北館 7F 「7B 会議室」

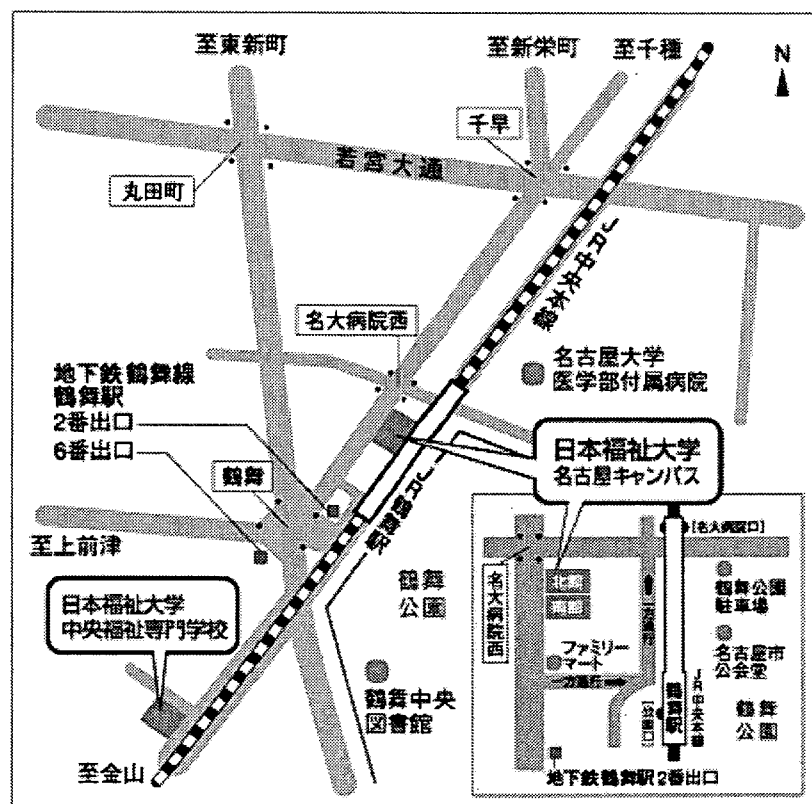
愛知県名古屋市中区千代田 5-22-35

TEL：052-242-3075 FAX：052-242-3076

■名古屋駅から：JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩2分

■中部国際空港から：名鉄常滑線→「金山」乗換→JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩2分

http://www.n-fukushi.ac.jp/top_menu/access.htm

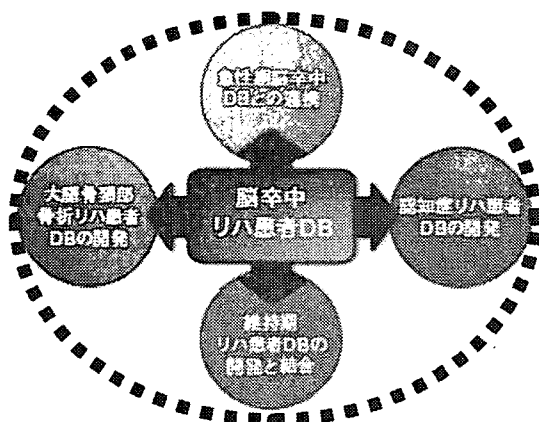


平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
 リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿一般-028）

第 2 回 研究班全体会議のご案内

日時：9月15日（土）13:30～16:00

- ・各 WG の進捗状況と今年度研究計画についての報告
- ・研究班全体の今後の計画について



場所：日本福祉大学名古屋キャンパス北館 7F 「7B 会議室」

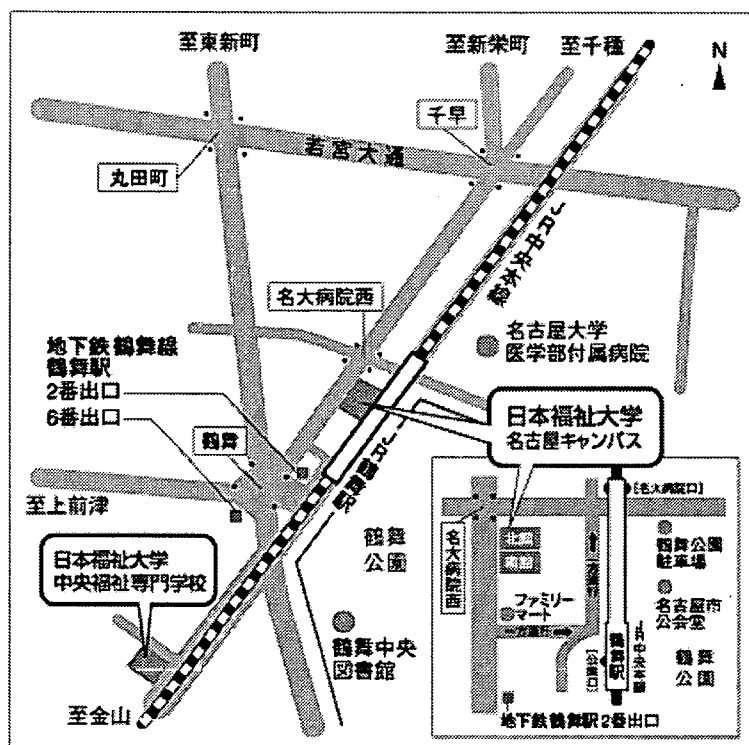
愛知県名古屋市中区千代田 5-22-35

TEL：052-242-3075 FAX：052-242-3076

■名古屋駅から：JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩 2 分

■中部国際空港から：名鉄常滑線→「金山」乗換→JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩 2 分

http://www.n-fukushi.ac.jp/top_menu/access.htm



平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
リハビリテーション患者データベース（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

第 2 回研究班全体会議タイムスケジュール

研究班全体会議（13:30～16:00）

各 WG の進捗状況と今年度研究計画についての報告

- | | | |
|-------------|---------------------|---------|
| 13:30-13:50 | 1. 脳卒中（回復期）リハ患者 DB | （近藤克則） |
| 13:50-14:10 | 2. 脳卒中急性期患者 DB との連結 | （伊勢真樹） |
| 14:10-14:30 | 3. 維持期リハ患者 DB の開発 | （山口 明） |
| 14:30-14:50 | 4. 大腿骨頸部骨折患者 DB の開発 | （山鹿真紀夫） |
| 14:50-15:10 | 5. 認知症患者 DB の開発 | （山鹿真紀夫） |

（休憩 10 分）

15:20-16:00 研究班全体の今後の計画について

研究班 研究協力者リスト

氏名	所属	9/15第二回会議への出席	メーリングリスト[rehabdb-ml3]への登録
近藤克則	日本福祉大学	出席	○
伊勢真樹	倉敷中央病院	出席	○
山口 明	喜平リハビリテーションクリニック	出席	○
山鹿真紀夫	熊本リハビリテーション病院	出席	○
宮井一郎	森之宮病院	出席	○
西村尚志	森山病院リハセンター	出席	○
嶋下 博	東京都保健医療公社・多摩北部医療センター	出席	○
寺崎修司	熊本赤十字病院	出席	○
大串幹	熊本大学医学部付属病院	出席	○
豊田章宏	中国労災病院	出席	○
城ヶ野晃久	熊本リハビリテーション病院	出席	○
田中宏太佳	日本リハ医学会社会保険等委員長 中部労災病院	出席	○
西村 崇	弘前脳卒中センター	出席	○
渋谷幸弘	サンフュージョンシステムズ	出席	○
岡田利佳	サンフュージョンシステムズ	出席	○
埴淵知哉	日本福祉大学	出席	○
西村一志	やわたメディカルセンター	出席	○
及川忠人	東八幡平病院	出席	○
旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院	出席	○
園田 茂	日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員長 藤田保健衛生大学	出席	○
小寫健一	日本福祉大学高浜専門学校	出席	○
大塚 功	相澤病院	出席	○
田中智香	熊本リハビリテーション病院	出席	○
松本大輔	名古屋大学大学院	出席	○
西村 立	聖隷三方原病院	出席	○
辻 央生	旭神経内科リハビリテーション病院	出席	○
井上 勲	千里リハビリテーション病院開設準備室	出席	○
中村哲雄	千葉労災病院		○
小林祥泰	島根大学医学部付属病院		○
藤島一郎	聖隷三方原病院		○
林 拓男	公立みつき総合病院		○
松本亜紀	岡山光南病院		○
福田道隆	黎明郷		○
白石成明	日本福祉大学		○
原 寛美	相澤病院リハビリテーションセンター		○
吉田清和	関西医科大学		○
関口麻理子	船橋二和病院		○
山田 深	杏林大		○
川手信行	昭和大学		○
大仲功一	茨城県立大学		○
田中尚文	東北大学		○
安保雅博	東京慈恵会医科大学		○
稲川利光	NTT関東病院リハ		○
栗原正紀	？		○
山本美和	船橋二和病院		○
門 祐輔	京都民医連第二中央病院		○
柳原幸治	東京都リハビリテーション病院		○
水野勝広	東京都リハビリテーション病院		○
中崎喜英	倉敷中央病院		○
土生晃之	和歌山生協病院		○
廣澤隆行	公立みつき総合病院		○
菅 俊光	関西医科大学		○
宮里好一	沖縄リハビリテーションセンター病院		○
中間浩一	よみうりランド慶友病院		○
倉富真	緑生館		○
金澤親良	青磁野リハビリテーション病院		○
渡部 進	熊本機能病院		○
藤井博之	柳原リハビリテーション病院		○
秋田 望	倉敷平成病院（医療情報室）		○
関八州彦	倉敷平成病院		○
安部泰昌	倉敷リハビリテーション病院		○

（順不同、敬称略）

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

脳卒中リハビリテーション患者 DB-WG、第 2 回研究会議 議事録

2007 年 9 月 15 日 10:00-16:00

会場：日本福祉大学名古屋キャンパス北館 7 階（7B 会議室）

I. 研究会に関連する動きについて

1. リハ医学会の動き（園田先生より）

研究調査のためのガイドライン策定委員会で学会としてのデータマネジメントのあり方の検討を始めた。このデータバンクについて、直接、yes/no と言うのは次の段階。データ収集をおこなうのであれば、どんな条件や準備が必要か、基礎的なところから議論している。それがまとまったら理事会での検討をお願いする。

2. リハビリテーション専門医会の動き（園田先生より）

専門医が研究の中心となり、エビデンス作りに取り組む話がある程度。具体的な動きはない。

3. 全国回復期リハ病院協会（宮井先生より）

問題点は 2 つ、1 つ目に、データ入力項目数が多いと入力作業に時間を要すこと。現在の回復期リハ病院協会では病院施設情報を入力する作業は 1 例 5 分程度、データ項目数が多いと作業時間が増加するが、妥当な作業時間で抑えられるか。2 つ目に、今までに回復期リハ病院協会では蓄積した情報を活用できるのか、協会では活用しているデータフォーマットと、この研究会で利用される DB との互換性は大丈夫か。

4. 全国リハ施設病院協会（山鹿先生より）

協会に所属する全ての施設に協力をお願いすることは困難で有志のみ。協会は、今年度 4 月から認知症等の検討委員会が発足、協会と本研究会の認知症 WG との情報交換は可能。本日も、旭・及川両先生にご参加いただいた

5. DPC の質問状況（近藤先生より）

DPC よりリハビリテーション調査項目に関する質問あり。具体的な質問内容は別紙参照。

II. DB 収集状況について（近藤先生より）

現時点でサンプリングに届いているデータ数は 1800 例。今後の見込みは 2000 例を超える勢い。しかし、必須項目を入力していない欠損値のあるデータが多く、全入力しているデータは 900 例程度。データ入力締め切りを 9 月末日まで延長する。それまでに、未提出の先生方はよろしく、提出済み先生方も欠損値をなくすことに努力して欲しい。データ入力謝金は、欠損値のないことが条件となっている

III. DB 改定に向けての意義

1. 必須項目の削減検討。

①転入院について

患者が途中で転科する場合、入力情報をどうするのか、主たる病棟先をどうするか。

→（時間の都合上、メーリングリストで後日検討、次回会議に持ちこし）

②modified Rankin Scale の表示の変更について：急性期の脳卒中 DB の小林先生にも確認して修正の方向

③認知障害の項目について、認知症老人について

・ 認知症に対する入力が多くて空白が目立つ。

→ 評価不能欄を作成することで対処する。また日常生活自立度についても同様に評価不能欄を設ける。

・ 認知症項目をもう少し幅広い定義を用いてはどうか。例えば、認知機能障害とか高次脳機能障害の定義を使い、意識障害との判別がつく入力形式に変更してはどうか。

→（時間の都合上、メーリングリストで後日検討、次回会議に持ちこし）

・ 急性期で意識障害のある状態をどうするか。

④機能障害の項目について

・ 麻痺側という表示では、失調症等の麻痺以外の場合には適切でない→障害側という表示の方がよさそう

・ 麻痺側の所の選択肢が多すぎて大変

→ J S S（日本脳卒中ストロークスケール）との関連など他項目との関係があるから、脳卒中DBに確認してから表示を変更する方向で進める。具体的には、右側か左側か、左と右の麻痺あり・問題なし・評価不能の5つくらいでどうか

・ DPCとの論議の中で、摂食嚥下の状態がわかる項目を入れた方がよいという話があった。UDSの4段階を参考に作ったか、入力項目に該当するかどうか。

→とりあえずオプション項目に同様な項目を入れることを次回に提案する。

⑤基本情報について

・ 合併症、既往歴の入力が曖昧。発症前か後か、どちらの合併症か、判断がつかない。

→既往の項目で判断つくよう表示を工夫する。（後日に提案）

・ 急性期情報が1つしか入らない。

→脳卒中DBにあわせて3つ入るように改善する。

・ 超急性期患者で意識状態や全身状態の不良により評価不能な患者への入力はどうするか。

→ 評価不能ボタンを新設。

⑥ADL項目について

- ・ 入院時と退院時の情報が必須であること。実施計画書の情報は月に1回あるはず昨日、大腿骨頸部骨折WGより、転病棟時の情報も欲しいとの要望があった。
- 転病棟の情報は、必須項目に挙げることで決定。
- ・ BarthelとFIMの所、入力時間を短縮するため、全項目全介助状態にあるものは自動計算できないか。
- 全介助状態の計算ボタンを新設することで決定。
- ・ 死亡例をどうやってわかるようにするのか。
- 基本情報の死亡者は、ADLなど各項目も死亡情報が自動転送されることで決定。
- ・ 土曜日に訓練を実施している病院と、やっていない病院をどのように区別するか。
- 各病院によって診療日は不定。土曜日の訓練有無では診療日を判断できない。
- 土曜日の訓練を、日曜、祝日、他の休診日といった区別ができるボタンに変更。

⑦リハ環境について

- ・ 入院診療科を表す項目は必要ないのではないか。リハ医の関わりの有無でみたらどうか。また、入院病棟の種別は必要だろうか。
- 病院形態による違いから意見は異なる。データをどう活用するかによっても入力方法が変わってくる。(対応は保留、次回に持ち越し)

⑧PT OT 訓練について

- ・ 訓練中止(終了)欄がないと、入院日数に対するリハ単位数が少なくなってしまう。単位数を統計的に処理すると、見かけ上、訓練の実施期間が短縮されてしまう。訓練中止欄と、早期終了ボタンを新設してはどうか。
- PT OT STの各部門に訓練終了日を新設することを検討したが、必須入力項目が増えてしまう。そのような患者はあまり多くないのではないか、などの意見が出て、保留とした
- ・ PT OT STの3部門のうち、2部門のみ処方した場合はどのように入力するのか。
- 訓練を処方していない部門に、「処方なし」のボタンを新設する。

⑨退院時の情報

- ・ 身体障害手帳の項目は、どういう表現がよいか。
- 手帳ある・なしで表現する。また、「(申請を含む)」という表現を追加で同意。

2. データ提出病院の拡大促進策 (近藤先生)

①協力病院への謝金の予算報告

- ・ 1事例1000円
- ・ 1病院20万円を上限とした謝金を払う。(年間予算300万円が上限額)

②各病院の医事課システムとの共有はどうなっているか。

- ・電子カルテのソフトメーカーに依存する。現在、熊本リハビリテーション病院（山鹿先生）が、検討中

③DBに参加する方法は、紙面を送付するアナログ方法は可能でしょうか。

- 多数の病院が参加してくれるのであれば、入力作業をパンチ業者に委託することは可能、詳細は、後日メーリングリストで連絡。

3. データ研究の質確保について

- ・選択バイアスを減らすため入力方法に検討が必要。

→昨年度と同様、入力は1ヶ月以上の連続したものをお願いすることで同意。

- ・各病院へのデータフィードバック方法はどうか

→6・7月分と1・2月分の、4ヶ月分以上入力をして頂いている病院へ結合したデータをフィードバックすることで同意。

- ・次回12月の会議は学会発表の予行演習、ディスカッションをおこなう。その内容を反映させて学会等へ出題準備する。

4. データの活用方法

①各病院の年間業務統計を出して所属する病院の実績を振り返ることが可能。また、他病院との比較も可能。

→既に、サンフュージョン（渋谷さん）の方で、脳卒中DBの集計機能を作成している。それを移植させていただく方向を確認した

②現時点でのデータ活用の参考例

・新たに作成した登録データを利用した退院時FIM予測値算出機能の説明（渋谷さん）

- ・全国集計と当院の比較（鴨下先生）、*詳細は資料参照 pp10～16
- ・診療報酬改定への要望事項の提案（田中先生）

③医学的なエビデンスづくり

- ・DB利用すると、どの程度のこと検証できるのか、実例を増やす必要性。
- ・学会発表を通じてDBへの参加・拡大を図りたい。
- ・2008年の学会発表（リハ医学会）への分担を決めたい。演題締め切りが来年1月、期限に間に合わせるためには、あと1ヶ月程度で分担を決めたい。
- ・学会発表に向けて、研究対象データの絞り込みプロセスを共通化しないと、同じデータを使っているはずなのに、対象者数も発表者によってばらつくことになる。

→共有することで一致、ひな形を宮井先生に作ってもらい示していただく

学会発表の役割分担

データバンクのコンセプト

近藤先生

入力されているデータの概要	関口先生
患者が異なる群で個別化するための基礎的検討 (C-1、う)	鴨下先生
〃	(C-1、あ) 宮井先生
〃	(C-2、か) 田中先生、中部労災病院
訓練量とアウトカム (E-8)	山鹿先生
大腿骨頸部骨折 DB の開発	大串先生
急性期のリハ効果 (F-13)	伊勢先生

以上、演題の担当を一部決定。他演題は、後日メールにて順次決めていく。

- ・良質なエビデンスを作るには 1 万人くらいのデータが欲しい。多くの人に入力を得るには、どうしたよいか、専門医、非専門医という選択だと協力してくれない病院が出るのではないか(鴨下先生)

→主治医、専従医、リハ医などにしても具体的に何を指すのか曖昧 (近藤先生)

→項目について決められず、保留。

5. WGの今後の進め方について

- ・ 9 月末日 データ提出締め切り
- ・ 10 月 7 日 各研究員に結合データが送付される。
- ・ 10 月 27 日 研究会推進会議にて、各担当で演題が重なっていないかを検討する。
- ・ 12 月 1 日 学会発表にむけた各研究員の進捗状況報告
- ・ 2 月 23 日 研究班全体会議。学会にむけた抄録を報告書に盛り込む。

研究班全体の今後の計画について (近藤先生)

1. お知らせ・関連情報

①長寿科学振興財団の海外視察研究員募集 締切：9月28日 希望者いれば申し出てください

②「診療報酬リハビリに、成果方式導入へ」サンケイ新聞

③日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・日本リハビリテーション連携パス策定委員会編：脳卒中リハビリテーション連携パス 基本と実践のポイント。(医学書院, 2007) にデータベース開発と活用を紹介した。

2. 各分担班の計画 (近藤先生)

- ・脳卒中学会にも発表してはどうか (鴨下先生)
- ・リハ医学会へは 8 演題予定。(2008.1 締め切り)
- ・他研究組織との研究連携について (鴨下先生)

→老健局からも依頼を受けた。他研究組織との連携を図り、研究の整合性を保ってほしい。(山口先生)

→DB 研究会に里宇先生を招いてはどうか

3. その他 (近藤先生)

- ・今回の DB ソフト検討から集計機能を追加した Ver.3.0 にアップグレードする。
- ・データ欠損値を無くしたデータを 9 月末までにサンフュージョンへメールしてください。
- ・データフィードバックを希望された先生方は、mailing list で申し込んでもらう。その先生方には、サンフュージョンから 10 月 7 日に送付される。
- ・リハ学会への演題に向けた分析希望の申し出期限は 10 月 26 日までとします。
- ・次回会議は、12 月 1 日(土)、会場は名古屋で決定。
- ・次々回会報は、2 月 23 日(土)を予備日とする。
- ・3 月 22 日、全体会報告会は今年度報告書の締め切り、来年度の活動提案など。

以上

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
リハビリテーション患者データベース（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

推進委員会

日時：10/27（土）18:00～21:00

場所：東京八重洲ホール 102 会議室

議題：

■会議の運営・スケジュールについて

- ・2/23 会議の開催／中止の確定
- ・12/1 会議の運営（タイムスケジュールおよび内容）

■学会発表の分担、共同演者について

その後、要望は寄せられていません。DB 開発上、誰かがやるべき分析を、誰かにお願いすることについて、ご相談したいと思います

■作業の進捗状況確認

- ・サンフュージョンのシステム構築作業具合
- ・病院システムと脳卒中リハDBの連結状況（山鹿先生）
- ・脳卒中DBの連結システム、記入マニュアルの進捗状況（伊勢先生）
- ・他の近似の課題をもつ研究班と連絡（合同ワークショップ、市民公開講座）（山口先生）
- ・12月1日までに報告者に示すフローチャートのひな形（宮井先生）

■今年度の予算執行および経理上の注意点について（山口先生+埴淵）

- ・データ入力謝金・開発援助費
- ・年度内の旅費および謝金の執行
- ・委託費（サンフュージョン参加の場合）

■その他

- ・初年度中間報告（文書？口頭ヒヤリング？）、多分1月
- ・電子カルテからDBへのデータ取り込み作業

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿一般-028）

推進委員会 議事録

日時：10/27（土）18:00～21:00

場所：東京八重洲ホール 102 会議室

出席者：近藤、山口、山鹿、伊勢、宮井、埴淵

議題

■会議の運営・スケジュールについて

・2/23 会議の開催／中止の確定

→中止。12/1 以降は 3/22 のみとする。

・12/1 会議の運営（タイムスケジュールおよび内容）

→開始時間（前回より 30 分繰上げ）：9:30 開始～15:30 終了

→最初に①会議（1 時間程度）、その後で②予行

9:30-11:00

①-1 記入マニュアルについて

-2 クリーニング

-3 サンフュージョン

-4 研究費の執行について

-12:00, 13:00-15:00

②予行×8人+1（近藤、関口、中部労災、山鹿、伊勢、鴨下、宮井、白石、+門）

（山鹿先生の発表を早めにして、15:30 以降も可能ならばおこなう）

■学会発表の分担、共同演者について

→白石先生に分析していただく（D-3）

→データクリーニングについて

・解析の前に、入力データのクオリティコントロールが必要。データクリーニングをどうするか（資料：「データクリーニング手順」、「データクリーニングシートの作成例」）。

・出力データに番号（CD に入ったデータの順序のまま上からつけた番号）を付与し、欠損・外れ値・異常値の扱いを決めていく

・今年度の発表に関連して、各先生にデータを見ていただいて、問題点を共有する。

・11 月に分析していただいて、宮井先生作成のフォーマットに、12/1 までに分析して気づいたものを ML に流していただき、会議で問題点と処置を提案していただく。1 月中をめ

どにルール作りを進める。その後、1-2月の入力までに、おかしいデータと処置方法のリストを各病院に配布して、修正してもらう。

- ・メンバーとしては、推進委員の5名か、さらに絞ってそのうち2,3名くらいか。
- ・今回(12月)の発表では、「データクリーニング手順」をスライドに入れて、どのデータを用いたのかを明示していただくようにする。

■作業の進捗状況確認

- ・サンフュージョンのシステム構築作業具合

→順調。今のところ特に新たな問題なし。

- ・病院システムと脳卒中リハDBの連結状況(山鹿先生)

→8月に熊本リハビリテーション病院にサンフュージョンに来てもらって、出力データを見もらった。リハDBに入力したら、同時にDPCにも入力されるようになった。→12月にサンフュージョンに持ってきてもらって配布していただく。

→サンフュージョンに依頼して電子カルテの情報の取り込み作業を進めている。今年度中にはできそう。他病院での可能性については、同一の電子カルテ会社であればすぐにできると思われる。

→電子カルテのバージョンによってインターフェースは変わるがそれほど大きくは変わらない。

- ・脳卒中DBの連結システム、記入マニュアルの進捗状況(伊勢先生)

(連結)

→電子カルテに入力→リハDBに入るように進めている。

→脳卒中(急性期)DBとリハDBの連結。急性期の脳卒中DBを使っているところが倉敷には無い。今は止まっている。→寺崎先生に依頼して進めていただく

→豊田先生の病院で、脳卒中DBからリハDBへの取り込みプログラムを(サンフュージョンが)作成中か?(その後確認したところ、病院独自のデータベースからの取り込みソフトでした)

→小林先生に承諾をとって、脳卒中DBの50例とかを、実際に使えるかどうか利用させていただいてはどうか?伊勢先生から小林先生に連絡して頂く。

(記入マニュアル)

→データのクリーニング(修正)までにマニュアルを作成する。一次案として12月の議題に入れることは可能。その前にメーリングリストに流す。

- ・他の近似の課題をもつ研究班と連絡(合同ワークショップ、市民公開講座)(山口先生)

→里宇先生の班(厚生労働科研、鴨下先生が仲介)とは連携を取るように、厚生労働省の

田中先生よりコメントあり。鴨下先生からは、一度合同会議を開催してはどうかという提案あり。他に、峰松班（厚生労働科研）、浜村班（老健事業推進費等補助金）。

→垂直・水平展開については、力を分散させないためにも、方向性を絞ることもありうるかもしれない。認知症と慢性期については評価の定まった評価尺度がない段階であれば、データベースの開発やデータ入力は困難かもしれない。

→モデル地区を二つくらい見てみて、どうかというのを報告していただくといった、報告書のイメージを山口先生に作っていただく。

■今年度の予算執行および経理上の注意点について（山口先生+埴淵）

（山口先生）

→ノート PC などは買ってはいけない（PC は通常機関に備えておくべき備品にあたる。備品の購入は不可）。

→通帳：「利子と自己負担」は明確に 0 円とする。

→データ入力謝金・開発援助費の内規を改定する。謝金の取扱については経理担当者と一緒に相談する。援助費は、ソフトウェア購入の実費を支給することとする。

→年度内の旅費および謝金の執行について、分担研究者については二月中に終える。

2 月中に執行・解約まで済ませることを、電話で徹底したほうがよい。

→書類提出の期日を決めて連絡する（最後の会議の領収書など）。

■その他

・初年度中間報告（文書？口頭ヒヤリング？）、多分 1 月

→たぶん初年度は文書のみ。

以上

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

第 3 回 研究班全体会議のご案内

日時：12月1日（土）9:30～15:45

場所：日本福祉大学名古屋キャンパス北館 7F 「7B 会議室」

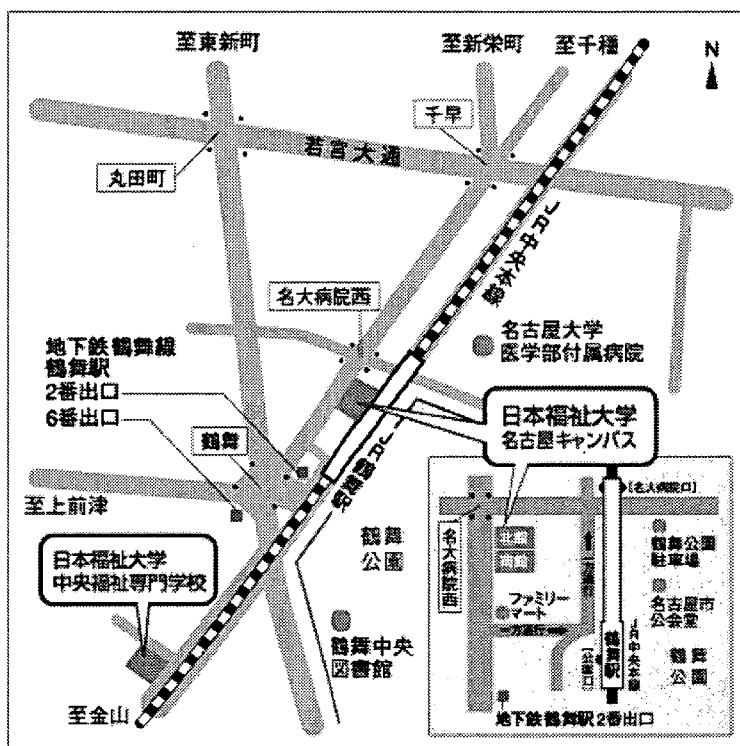
愛知県名古屋市中区千代田 5-22-35

TEL：052-242-3075 FAX：052-242-3076

■名古屋駅から：JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩 2 分

■中部国際空港から：名鉄常滑線→「金山」乗換→JR 中央本線→「鶴舞」下車 徒歩 2 分

http://www.n-fukushi.ac.jp/top_menu/access.htm



内容：

- ・脳卒中リハ患者 DB
- ・垂直展開と水平展開の WG 関連の動向
- ・今後の予定
- ・学会報告の予行と討論

(※詳細はタイムテーブルをご覧ください)