

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）

2007年12月1日 第3回研究会

タイムテーブル（案）

9：30-9：35 本日の流れ確認（5分）

9：35-10：20 脳卒中リハ患者 DB（45分）

登録状況とデータの質管理上の課題について：2分

記入マニュアルについて（伊勢先生）：5分の説明+質疑15分で20分

改訂版の紹介（サンフュージョン）：5分+質疑10分で15分

業務統計用の基礎集計表の出力イメージ（サンフュージョン）：1分

電子カルテからの読み込みプログラムについて（山鹿先生）：1分

病院独自開発データベースからのデータの読み込みプログラムについて（豊田先生）：1分

リハビリテーション医学会の動向（園田先生）：1分

その他：3分

10：20-10：44 垂直展開と水平展開のWG関連の動向（24分）

急性期脳卒中 DB との連結（伊勢先生）：2分

維持期リハ患者 DB（山口先生）：2分

大腿骨頸部骨折リハ患者 DB の開発状況（大串・山鹿先生）：5分説明+10分質疑で15分

DB の画面イメージ紹介（サンフュージョン）

認知症リハ患者 DB（山鹿先生）：2分

その他：3分

10：44-11：00 今後の予定（16分）

研究費請求・執行上の注意：5分

1・2月退院患者のデータ登録について：5分

次回研究会と報告書について：3分

その他：3分

11 : 00-11 : 10 休憩

11 : 10-12 : 00 学会報告の予行と討論（報告 7 分，討論 10 分） 座長 山口明先生

（※以下，タイトルはすべて仮題）

近藤克則 リハ患者データバンクの開発

関口麻理子 脳卒中リハ患者 DB 登録データの概要

門 祐輔 脳卒中患者の地域連携の現状－脳卒中リハビリテーション患者データバンクに基づく検討－

12 : 00-13 : 00 昼食

13 : 00-14 : 10 学会報告の予行と討論（報告 7 分，討論 15 分） 座長 宮井一郎先生

伊勢眞樹 急性期脳卒中のリハ処方への検討

鴨下 博 入院時 BI に関する分析

山鹿眞紀夫 訓練量と ADL 改善に関する分析

14 : 10-14 : 20 休憩

14 : 20-15 : 30 学会報告の予行と討論（報告 7 分，討論 15 分） 座長 伊勢眞樹先生

白石成明 入院時データによる退院時 Barthel Index 予測

宮井一郎 回復期リハ病棟と非回復期リハ病棟との比較

近藤美菜子 自宅退院に関連する要因の研究

15 : 30-15 : 45 全体のまとめ（予備）

第 3 回研究班全体会議 議事録

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

出席者：近藤克則、伊勢眞樹、山口 明、山鹿眞紀夫、宮井一郎、鴨下 博、寺崎修司、大串 幹、豊田章宏、関口麻理子、城ヶ野晃久、田中宏太佳、門 祐輔、渋谷幸弘、岡田利佳、埴淵知哉、西村一志、及川忠人、辻 央生、園田 茂、白石成明、大塚 功、田中智香、松本大輔、西村 立、井上 勲、近藤美菜子、福村直毅、菅 俊光、高木維治、西村尚志（順不同、敬称略）

9：30-9：35 本日の流れ確認（近藤先生）

→会議全体の目的と流れ、リハ DB の全体状況について説明。

9：35-10：20 脳卒中リハ患者 DB

登録状況とデータの質管理上の課題について

記入マニュアルについて（伊勢先生）

→鴨下先生の資料「意見」を参照。赤字（印刷上では薄い色）が重要な箇所。

→入院中の再発の扱いをどうするか？先行研究ではそれを入院日にする、もしくは分析から除外するなど、どちらもみられる。入院中発症かどうかをわかるようにする？

→再発を別のケースとするか、それとも同じケースとするか？それが分けられるような機能を付加する必要。

→推進委員でやりとりした結果を後日お知らせします。マニュアルは書庫に収納しておく。

改訂版の紹介（サンフュージョン）

→発症後の合併症については多くの入力箇所があるが、既往症についてはどうするか？

→現バージョンの「合併症」と同じような入力画面を、「既往症」についても作成する。

→リハの予後に影響する既往症は？基本情報だけでも十分ではないか？

→推進委員で再検討します。

→NIHSS&JSS の箇所で入力ミスが多いように思う。必須項目は NIHSS だけにしてはどうか？

→実際の欠損値などを分析した上で、どこにミスが多いかを出してから判断したほうがよい。

→欠損値一覧（どの項目に多いか）を出して、次回に判断する。

業務統計用の基礎集計表の出力イメージ（サンフュージョン）

- 確定脳卒中の病名について、詳しすぎるので、リハ患者に必要な分類に再編してはどうか。
- 現在の細分類に加え、中分類大分類（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、その他）などで集計できるようにする。
- 「くも膜下出血後の脳梗塞」を追加。
- 未破裂脳動脈瘤術後の脳梗塞を小分類に作る。これらは共に大・中分類では「梗塞」とする。

病院独自開発データベースからのデータの取り込みプログラムについて（サンフュージョン）

電子カルテからの読み込みプログラムについて（山鹿先生）

- 基本情報の取り込み→サンフュージョンによる作業中：年度内に完了予定
- テンプレートによる取り込み→今回の見直しを受けて修正後に配布可能（近藤先生（事務局）を介して配布するという手続きをとる）

リハビリテーション医学会の動向（園田先生）

10：20-10：44 垂直展開と水平展開のWG関連の動向

急性期脳卒中 DB との連結（伊勢先生）

- 作業の進捗状況についての報告。（伊勢先生・寺崎先生・サンフュージョン）

維持期リハ患者 DB（山口先生）

- 作業の進捗状況についての報告。（山口先生・鴨下先生）

大腿骨頸部骨折リハ患者 DB の開発状況（大串・山鹿先生）

DB の画面イメージ紹介（サンフュージョン）

- 作業の進捗状況についての報告。（大串先生）

認知症リハ患者 DB（山鹿先生）

- 作業の進捗状況についての報告。（山鹿先生）

10：44-11：00 今後の予定

研究費請求・執行上の注意

- 注意点について報告（埴淵）。→必要書類、注意事項は書庫に掲載します。

1-2 月退院患者のデータ登録について

- 外れ値などが含まれたデータを各病院に返すので、確認してください。

次回研究会と報告書について

その他

→希望者がいれば、SPSSを用いた統計分析の講習と演習をおこなう。2/9,10(7名)もしくは2/23,24(14名)。パソコンの準備台数を確認して連絡。

11:10-12:00 学会報告の予行と討論(報告7分, 討論10分) 座長 山口明先生

(※以下, タイトルはすべて仮題)

近藤克則 リハ患者データバンクの開発

→リハ患者台帳をベースにすることについて:台帳から他のデータベースにとばせるようになれば有効。もしくは脳卒中だけ取り出すシステムがあれば使いやすい。

→基本情報を入力したらそれがリハ患者台帳になり、その中に脳卒中や大腿骨頸部骨折があるという構造がよいのではないか。

→必須項目の削減方法について、目標などを設定しないと進まないのではないか。欠損値の多さと分析結果なども踏まえて、必須項目を削減する方向。

関口麻理子 脳卒中リハ患者DB登録データの概要

→改善度:再発によりマイナスになった値を除いているが、どのようなケースを除いたのか?

除外しないデータもあわせて出したほうがよりフェアではないか。

→回復期病棟だけのケースで層別化した分析もしてみてもどうか。

→それぞれの発表が研究班全体のなかでどう位置づけられるのか議論すべき。

→自宅退院率もグラフにして示してみる。

→データ登録病院のリスト(病院の実名)も示してはどうか。

門 祐輔 脳卒中患者の地域連携の現状-脳卒中リハビリテーション患者データバンクに基づく検討-

→ADL改善率において、患者による差が大きいので、改善度を日数で割るということの意味を考えないといけない。

→リハ効率が熊本と他地域で差がないとあるが、急性期を抜きにした分析なのでトータルで見ると変わってくるのではないか。

→「急性期病院へ入院し転院する患者」と「回復期リハ病棟へ転院してくる患者」の区分は?

13:00-14:10 学会報告の予行と討論(報告7分, 討論15分) 座長 宮井一郎先生

伊勢眞樹 急性期脳卒中のリハ処方 of 検討

→確認 倉敷中央病院のデータのみで分析。

→昨年まではリハ科医、今年は脳卒中医(パスの整備や連携の成果として)が処方するようになった。その比較をした。

→入院時FIMが脳卒中医の方が高い結果。ADLが低くてもリハ科医はリハ処方するのか、それとも入院してきた患者全体の差か?

→処方日リハ科医、脳卒中医で差があるが、在院日数やADLに大きな差が無い。早く出す必要

- がないのか？今回は平均入院期間 15 日程度の比較であるので・・・
- ヒストリカルな研究であるが年々リハ処方は早くなってきていること、比較しているのが異なる集団ではないかを考慮する必要がある。倉敷はパスが充実している。
 - 合併症の差は

鴨下 博 入院時 BI に関する分析 階層化について

階層化についての問題点についてまとめた

→発症前の Rankin スケールで 5 であるが入院時 NIHSS が 0-4 の方がみえる。どう解釈するか？

おそらく入院時の Rankin スケールが間違えている。

→不自然な数はアラームできるようにならないか？ サンフュージョン「可能である。」
パニック値は省く程度のアラームは必要ではないか。死亡の自宅退院、転院などもある。

山鹿眞紀夫 訓練量と ADL 改善に関する分析

- 総訓練量でみると入院期間も関連してくるので、1日当たりのみで分析だけでいいのでは？
一般病院だと訓練量 0 でも急激に改善するものが含まれてくる。たとえば入院期間 2 週間以下と以上に分けるとかを検討してもいいのかも？
- 総訓練量も意味がある。ゆっくりと長くやるのがいいのか？短期集中化とかを見るうえで両方あったほうがいい。
- 95%信頼区間、線型の問題などがある。
- 重症度、疾患別などは区分が必要か
- プラトーと退院時では期間が違いこれが訓練量と改善

14 : 20-15 : 30 学会報告の予行と討論（報告 7 分、討論 15 分） 座長 伊勢眞樹先生

白石成明 入院時データによる退院時 Barthel Index 予測

- 発症後入院日数は変数に入れなかったのか？ →入れたが、ステップワイズでは除去された
- BI の予測値が 100 を上回るというのはどういうことか？ →関数で求めるのであり得る。
- 発症から何日目の BI かによって違ってくるのではないか？
- ステップワイズ法を用いているが、先行研究と比べてどこが違うのか？ →病棟種別というのは日本でしかないのが新しい。
- 次のステップとしては残差が何で説明されるのかを探索すること。

宮井一郎 回復期リハ病棟と非回復期リハ病棟との比較

- 分析方法と解釈について
- 一般病棟で 2.6 単位以上が説明変数としてなっているが、例えばある方が回復しそうだからたくさんリハを行ったというケースもあると思われるがどうか？それは結果しかみていないのでありうる事である。

→急性期、リハ病院との比較を行うともっと意味がある。

近藤美菜子 自宅退院に関連する要因の研究

→まとめの意味。日常生活自立度の記号についての意味。

→介護力と自宅退院ではあまり関連がない結果であるが？介護力がほとんどない方でも自宅退院がおおい状況。軽い方だとむしろ回復期でもさらにリハをとという方がいるのではないか？制度上の問題があるか？

→若い方などは職業リハを行うために施設転帰となっている可能性がある。このような研究ではそれらの方をどのように位置づけるかが問題となる。年齢で大きく転帰がことなり、年齢で層別化するとよいか。高齢者では施設から紹介され施設へ帰るひとなどやはり多いと思われる。

→転帰のグラフは折れ線となっているが誤解を受ける？それぞれn数も違うので・・・

→パスができているところでは介護力に関係なく転院や施設となることがある。

15:30-15:45 全体のまとめ（予備）

→今後はデータクリーニングを事務局で行い、CSVファイルにして配布を考えている。spssなどに取り込みやすいので。データ欠損値や異常値を病院別にまとめて1月くらいに配布しますので再度欠損値、矛盾値などを確認してください。

→欠損なしのデータに謝金をお支払いしますので欠損値なしにさせていただくようお願いします。

→統計勉強会は2月位に開催を予定。