

入れて形式を決める

リハ実施計画書・診療情報提供書・退院時サマリーなどの付加機能により参加メリット（データ入力インセンティブ）を創出する
を基本コンセプトとした。

入力項目の選択の基本方針

共通項目の選択：基本コンセプトに加え、多くのリハ対照疾患へのDB適応も視野に入れた水平展開の緒となるDBの開発を追加コンセプトとした。そのため脳卒中や頸部骨折といった疾患とらわれず、リハ患者に共通する項目に焦点を当て、疾患特異的部分をできるだけ簡素化する必要があった。すでに作成されている脳卒中リハ患者DB ver2.3の項目を、共通部分としてできるだけ残すこととし、「頸部骨折DB」の入力項目選定にあたっては「脳卒中リハDB」と照らし合わせ、両者の共通項目となるものごと「頸部骨折DB」の特異項目とを分けた。この共通項目の分析によりリハ患者全体の分析も可能となる。

大腿骨頸部骨折患者のデータベースにふさわしい項目の検討：短期間でのDB開発および適切な「頸部骨折DB」の入力項目のため、項目の採用・検討にあたっては、すでに各地で運用されている大腿骨頸部骨折地域連携パスからリハ関連項目を抽出し、「脳卒中リハDB」の入力項目と照らし合わせ、不足分の追加を行った。

入力形式の検討：入力に際しては入力業務を簡素化するために、項目チェック方式もしくは項目選択方式を基本とし、一部のオプション項目ではテキスト入力とした。JOA股関節スケールやADL、機能障害などの各種評価項目や専門用語の注釈は参照形式をとっており、職種による変動を減少させた。さらにこれらのデータは経時的に入力ができる。またリハ実施計画書の作成

や診療情報提供書、退院時サマリーの作成も可能である。

基本ソフト

基本ソフトはファイルメーカーProを使用し、各施設の入力環境に適合するようWindowsおよびMacintosh両OSにおいて動作可能なrun-time versionで作成した。

入力項目

入力項目は、必須項目と研究目的によって設定する詳細オプション項目を設定した。

必須項目には、

基本情報：入院形式、起算日、来院年月日、主治医、リハ担当医、担当リハ専門職種など

受傷前状況：移動能力、合併症、既往症、既存骨折、活動能力、認知症など

受傷状況：受傷日、骨折型、転倒場所など
治療：手術の有無、手術までの期間、手術法など

評価項目：機能障害・能力障害評価（関節可動域、筋力、歩行能力、ADL、JOAスコアなど

合併症：合併症の有無、再手術の有無など
リハ環境：施設基準、リハ医の関与、カンファレンス状況など

訓練情報：処方日、単位数など

退院時状況・介護情報：退院日、社会的資源、退院時歩行能力、転帰、介護力などを上げた。

これら必須項目に加え、各研究目的によって設定が必要な詳細オプション項目については、テキスト入力が可能とした。

また特にアウトカムに影響をもたらすと思われる認知症については、認知症DB-WGとの連携により、MMSE、HDSRだけでなく、重症度（中核症状：記憶障害、見当識障害）とBPSD(周辺症状)の有無により評価を行った。今後認知症WGでの検討結果

との整合性を図る予定である。

C. 今後の課題と期待される成果

今後は大腿骨頸部骨折リハビリテーション関連各施設へ入力依頼を行い、データ収集を進める予定である。

現在のところ検討すべき課題、診療報酬上のメリットもあり、大腿骨頸部骨折地域連携パスは現在国内各地で用いられているが、これらパスからのデータ移行を容易にするための支援方法の検討を行う。その際、参加のインセンティブとして、運用地域だけのデータ分析に留まらず、全国的データ分析が可能となることを強調する。よりよい分析のため、また改訂される診療報酬にあわせて分析を行うためには、状況に応じ、より適切な入力項目へとなるように適宜見直しが必要である。

本DB開発により新たに期待される成果
リハ領域において患者数の多い大腿骨頸部骨折に関するデータ集積により、「脳卒中DB」と同様の研究分析だけでなく、共通項目を選択することによって、疾患非特異的カテゴリの研究分析も容易となることが期待できる。

参考文献

近藤克則、山口明、伊勢眞樹、宮井一郎、山鹿眞紀夫：大規模データベースとデータバンク 総合リハ 36 巻 1 号 23-27
2008

近藤克則：医療改革とリハビリテーション医学のエビデンス リハビリテーション医学 43 巻 651-657 2006

大腿骨頸部骨折リハビリテーション患者DBの開発 —リハビリテーション患者DBとの結合と入力支援—（平成 20 年度）

研究分担者	大串 幹	熊本大学医学部附属病院
	山鹿 眞紀夫	熊本リハビリテーション病院
研究協力者	田中 智香	熊本リハビリテーション病院
	西村 一志	やわたメディカルセンター
	島田 斉	千葉大学大学院医学研究院
	旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院
	及川 忠人	東八幡病院

研究要旨

昨年度より、脳卒中リハビリ患者DBに続く水平展開として、頸部骨折リハビリ患者DBを開発に着手し、基本仕様の決定および入力項目の選定を行い、頸部骨折リハ患者（単独）のDBを開発した。その後リハ患者DBにリハ患者台帳機能が附加されることとなり、DB仕様全体の改訂が行われた。頸部骨折DBでは脳卒中と頸部骨折に共通する項目を移行し、あわせて特異項目の見直しを行った。リハDBとの結合が図られた後、DB全体の入力支援を図るためのマニュアル作成、また水平展開拡張としての認知症DBとの連携により、DBの拡張性・冗長性向上を目的としたDB改訂を行った。

A. 研究目的

大腿骨頸部骨折（以下頸部骨折）は急性期（手術）—回復期（リハビリ）—維持期（在宅）といった地域医療連携の代表的疾患であり、リハビリ対象患者も多い。我々リハビリテーション患者DBの先行研究である脳卒中リハビリ患者DBに続く水平展開として、昨年度頸部骨折リハビリ患者DB（頸部骨折DB）開発に着手した。DBシステム構成は脳卒中リハ患者DB（脳卒中DB）の仕様を基本とし、脳卒中DBと共用可能な項目（共通項目）と、頸部骨折特異項目を分け、ver.1として頸部骨折患者単独のDBを作成した。その後リハ患者台帳機能の附加により、DB全体の改訂が行われた。頸部骨折DBにおいて、本年度はリハDBとの結合と、DB全体の入力支援を図るためのマニュアル作成、また水平展

開拡張としての認知症DBとの連携により、DBの拡張性・冗長性向上を目的としたDB改訂を行った。

B. 研究方法

本年度の研究計画として①リハ患者DBを脳卒中だけでなく頸部骨折を含めた多くのリハ対象患者DBへと発展させるため、「リハ患者台帳」機能を持たせる。②頸部骨折入力項目を、パイロット入力を行うことで見直していく。③認知症リハ患者DBの作成WGと連携し、頸部骨折DBにおける認知症DB入力項目の検討を行う。④脳卒中DBの参加入力施設に加え、頸部骨折DBについても新規の参加入力施設を増やすための入力支援を行う、をあげた。①～④の遂行のため、頸部骨折DB開発WGと認知症DB開発WGメンバーでメール連絡を取るほか、研究会班全体会議の開催にあ

わせ、両 WG 合同の WG を開催し DB 開発を進めた。

C. 研究成果

①リハ患者台帳に関連して：システム構成が見直され、DB スタート画面が「リハビリ患者 DB」と変更され、疾患にかかわらず必要なリハ・データは共通の入力となり、リハ台帳としても利用可能となった。ADL (FIM、日常生活自立度など)、リハ状況 (リハ専門医の関与、訓練単位数など)、認知症などは「共通画面」に移動した。②特異項目の再評価：一方大腿骨頸部骨折に特徴的な疾患特有の項目は、パイロット版入力の結果、項目の変更や入力に関するルール決めを行った。リハ評価は移動能力を中心とし、受傷前の状態 (活動状況・移動能力・易転倒性など)、リハ後の状態を比較可能にした。③認知症 DB：認知症については、リハを進める上での障害因子となり得る認知症関連症状 (BPSD 認知症の行動・心理学的徴候) の有無を、入院時及び退院時における症状の有無を尋ねる二択の質問項目として、脳卒中 DB 及び頸部骨折 DB において、期間限定で必須入力とした。今後は結果を解析し、質問項目の再評価を行うことで、認知症のリハに関するプロフィール可能となろう。④入力支援としてのマニュアル・パンフレット作成：多施設共同利用型データバンクとして継続して成り立つためには、参加入力施設数の確保と、継続して入力できるようなサポートシステムが必要である。さらにデータの質向上のためには、適切な入力項目の選択、欠損値防止が求められる。入力の際には、チェックを行い入力するリハ関連職種や事務系スタッフの協力が不可欠であり、プログラム構成やリハの詳細・PC 操作に習熟していなくても作業可能としなければならない。これらの課題のために、ハードウェアの設定、

ダウンロード方法、具体的な入力方法を記載したマニュアル作成および、DB の紹介用のパンフレット作成を行った。

D. 考察・今後の課題

頸部骨折 DB は脳卒中 DB との連結が行われ、疾患によらないリハビリ患者 DB (リハビリ患者台帳) としての機能も付加されてきている。今後も入力支援マニュアルの拡充やより適切な入力項目の検討により、参加施設・データ数を増やすことができ、より詳細は分析が可能な他施設共同利用型 DB になることが期待できる。

E. 研究発表

1. 学会発表

①大串幹、山鹿眞紀夫、西村一志、吉田清和、旭俊臣、金澤親良、田中智香、本田佳子、水田博志、近藤克則：大腿骨頸部骨折患者データベースの開発の試み 第 1 報 概要と基本コンセプト 第 45 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題 (口演) 2008.6

②田中智香、大串幹、山鹿眞紀夫、近藤克則、旭俊臣、及川忠人、西村一志、金澤親良、中村哲雄：大腿骨頸部骨折患者データベースの開発の試み 第 2 報 基本仕様と入力項目の紹介 第 45 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題 (口演) 2008.6

③田中智香、大串幹、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、近藤克則：大腿骨頸部骨折リハビリ患者データベースの開発 第 3 報 入力支援 第 46 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題 (ポスター) ※発表予定

④大串幹、田中智香、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、近藤克則：大腿骨頸部骨折リハビリ患者データベースの開発 第 4 報 データ概要 第 46 回日

本リハビリテーション医学会学術集会. 一般演題(ポスター) ※発表予定

⑤島田齊、旭俊臣、山鹿眞樹夫、田中智香、大串 幹、西村 一志、及川 忠人、近藤克則: 認知症はリハビリの阻害因子となり得るか? -認知症患者のリハビリ患者データバンク開発に関する研究-第46回日本リハビリテーション医学会学術集会. 一般演題(口演) ※発表予定

大腿骨頸部骨折リハビリテーション患者 DB の開発 —総括：開発の経過とデータの概要—（平成 21 年度）

研究分担者	大串 幹	熊本大学医学部附属病院
山鹿 眞紀夫	熊本リハビリテーション病院	
主任研究者	近藤 克則	日本福祉大学
研究協力者	田中 智香	熊本リハビリテーション病院
	西村 一志	やわたメディカルセンター
	島田 斉	放射線医学総合研究所分子神経イメージング研究 G
	旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院
	矢野 啓明	旭神経内科リハビリテーション病院
	及川 忠人	東八幡平病院

研究要旨

平成19年度より脳卒中リハビリ患者DBに続く水平展開として、頸部骨折リハビリ患者DB開発に着手し、基本仕様決定ならびに入力項目の選択を行い、まず頸部骨折リハ患者(単独)のDB開発を行った。その後平成20年に向け、リハ患者DB全体の仕様検討においてリハ患者台帳の機能が追加されることになった。これに伴って、頸部骨折DBでは脳卒中と頸部骨折に共通する項目を台帳部分に移行し、同時に頸部骨折特異項目を再検討した。リハDBとの結合が図られた後、DB全体の入力支援を図るためのマニュアルを作成し、ホームページに公開した。さらに水平展開である認知症DB開発WGとの連携を進め、アンケートを行うなどして認知症関連の入力項目を決定した。平成21年度3月、ホームページに頸部骨折DBが公開され、データ集積が進められている。最後にこれまで集められたデータ概要について報告する。

A. 研究目的

大腿骨頸部骨折（以下頸部骨折）は急性期（手術）—回復期（リハビリ）—維持期（在宅）といった地域医療連携の代表的疾患であり、リハビリ対象患者も多い。我々はリハビリテーション患者 DB の先行研究である脳卒中リハビリ患者 DB に続く水平展開として、頸部骨折リハビリ患者 DB（頸部骨折 DB）開発を行った。DB システム構成は脳卒中リハ患者 DB（脳卒中 DB）の仕様を基本とし、脳卒中 DB と共用可能な項目（共通項目）と、頸部骨折特異項目を分け、ver.1 として頸部骨折患者単独の DB を

作成した。その後リハ患者台帳機能の附加により、DB 全体の改訂が行われた。平成 20 年度は、リハ DB との結合と、DB 全体の入力支援を図るためのマニュアル作成、さらに DB 全体の水平展開としての認知症 DB の機能を頸部骨折 DB に持たせることで、DB の拡張性・冗長性向上に貢献できる DB となることを目的に検討を行った。平成 21 年度はホームページ上に頸部骨折 DB を公開し、協力施設からの入力を募った。最終的には、頸部骨折 DB を脳卒中リハ患者 DB と同様にリハビリテーション患者 DB から入力可能にし、データ集積を行

うことである。

B. 研究方法

頸部骨折開発 WG を立ち上げ、3 年間の研究計画として、大腿骨頸部骨折手術に際してリハビリテーションを行った症例についての DB 開発およびデータ収集を行うことを目標とした。加えて、以下の項目も進めた。

リハ患者 DB を脳卒中だけでなく頸部骨折を含めた多くのリハ対象患者 DB へと発展させるため、「リハ患者台帳」機能を持たせるため、仕様の変更を行う。

データ収集を実行し、入力時の問題点を明確にし、修正する。

認知症リハ患者 DB の作成 WG と連携し、頸部骨折 DB における認知症 DB 入力項目の検討を行う。

脳卒中 DB におけるデータ入力協力施設にだけでなく新たに頸部骨折 DB についての新規の入力施設を増やすために、マニュアル作成などの入力支援を行う。

収集されたデータ概要を報告する。

をあげた。これらの遂行のため、頸部骨折 DB 開発 WG および認知症 DB 開発 WG メンバー間でメール連絡会議を行い、かつ研究会班全体会議の開催にあわせ、両 WG 合同の会議を開催し意見交換を行った。

C. 研究成果

①リハ患者台帳との関連

システム構成が見直され、DB スタート画面が「リハビリ患者 DB」と変更され、疾患にかかわらず必要なリハ・データは共通入力項目となった。例；ADL (FIM、日常生活自立度など)、リハ状況 (リハ専門医の関与、訓練単位数など)、認知症の有無などは「共通画面」に移動した。

②特異項目の再評価

リハ台帳部分とは別に、大腿骨頸部骨折に

特徴的な疾患特有の項目については、パイロット版入力の結果を検討し、項目の変更や入力に関するルール決めを行った。また検討結果を入力支援のためのマニュアルに反映させた。アウトカムについては、DB 全体の転帰 (退院先、在宅復帰率など) に加え、頸部骨折においては移動能力を中心とした評価とした (例；活動状況・移動能力・易転倒性などの受傷前の状態とリハ後の状態を比較可能にした)。

入力項目の例を示す。

【共通画面の入力項目】

基本情報：年齢、性別、発症日、入院日、入院経路、入院診療科、発症までの居所、退院日、退院先、介護力、介護保険申請の有無など

ADL：障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度、Barthel Index、FIM 日常生活機能評価表

認知症関連：認知症の有無・程度、BPSD の有無

合併症：発症後の合併症の有無、リハの経過に影響を与えた既往症の有無

リハ環境：入院診療科区分、リハ医の関与、病棟の状況、カンファレンス実施状況、病院の状況

訓練関連情報：処方日、訓練開始日、訓練単位数、2 週間以上の訓練中断の有無、日曜日の訓練実施の有無、自主訓練実施の有無、MSW の関わりの有無、補装具処方の有無

【大腿骨頸部骨折の入力項目】

受傷前状況：移動能力 (屋内/屋外)、併存症/既往歴、認知症、受傷前の活動状況、既往の骨折の有無、受傷機転、転倒場所

手術：骨折型、骨折側、手術の有無、

退院時：移動能力 (屋内/屋外)

合併症：再手術の有無、VTE の有無

リハ評価

JOA スコア：リハ開始時/退院時のスコア

筋力等：下肢筋力、膝伸展制限・尖足・バランス障害の有無

認知症：HDS-R、MMSE、BPSDの有無

③認知症リハ患者 DB-WG との連携

認知症については、HDS-R や MMSE の点数および中核症状の有無だけでなく、リハを進める上での阻害因子となり得る認知症関連症状（BPSD 認知症の行動・心理学的徴候）について、入院時及び退院時における症状の有無を尋ねる二択の質問項目として、脳卒中 DB 及び頸部骨折 DB の共通項目部分で期間限定の必須入力とした。さらに頸部骨折単独の項目として、リハビリテーション阻害因子（リハ遂行に影響を与えるまたはアウトカムに影響を与えると思われるもの）となる BPSD 項目を選択するために、アンケート調査を行い、結果から 6 項目（意欲発動性の低下、注意力障害、日中傾眠・昼夜逆転、不穏・せん妄、暴言・暴力、リハ拒否）を決定し、入院時と退院時の必須項目とした。解析のうえ、項目の再検討などを行う予定である。これらは認知症のリハに関する基礎データとなることが期待できる。

④入力支援としてのマニュアル・パンフレット作成

多施設共同利用型データバンクとして継続して成り立つためには、参加入力施設数の確保と、継続して入力できるようなサポートシステムが必要である。さらにデータの質向上のためには、適切な入力項目の選択とできるだけ欠損値を減らす必要がある。入力の際には、入力項目をあらかじめ調べ、適時にチェックを行うリハ関連職種や入力業務を行う事務系スタッフの協力が不可欠である。DB の詳細な構成やリハの詳細な内容また PC 操作に習熟していなくても作業が可能でなければならない。これらの課題のために、ハードウェアの設定、ダウン

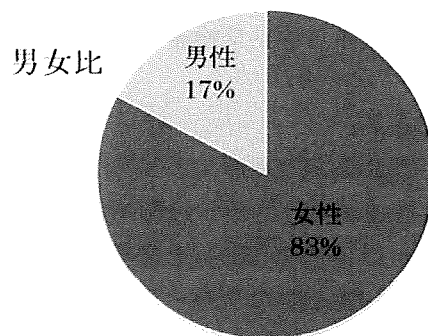
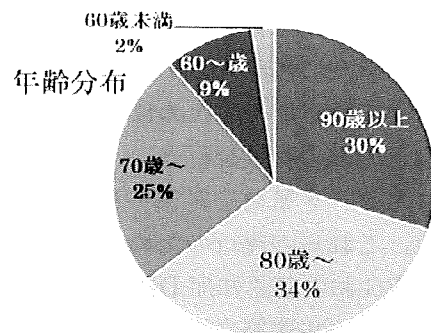
ロード方法、具体的な入力方法を記載したマニュアル作成および、DB の紹介用のパンフレット作成を行った。

D. データの概要

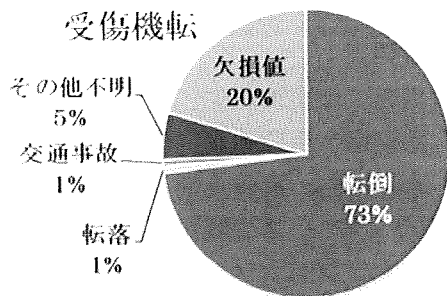
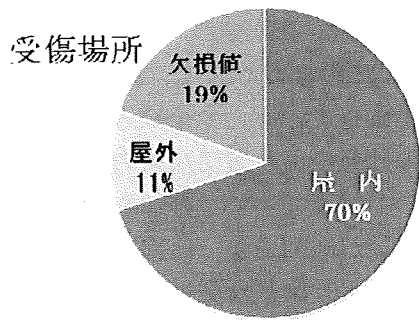
大腿骨頸部骨折 DB がホームページに公開された平成 21 年 3 月から平成 21 年 9 月までに、7 施設より 134 例のデータが得られた。

以下に各項目の基礎的な集計を示すが、データ数がまだ少ないため、統計的分析は行っていない。この結果は第 4 回リハビリテーション科専門医学術集会（下諏訪、2009. 10）にて発表した。

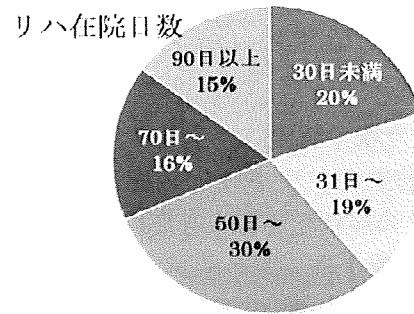
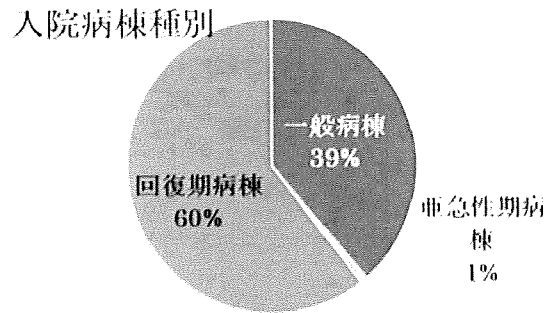
【基本情報：年齢分布、男女比】



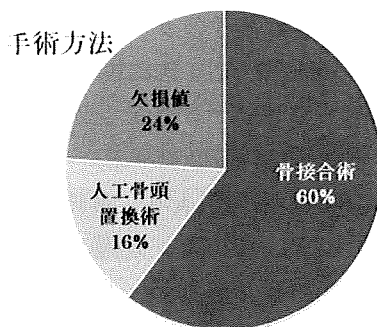
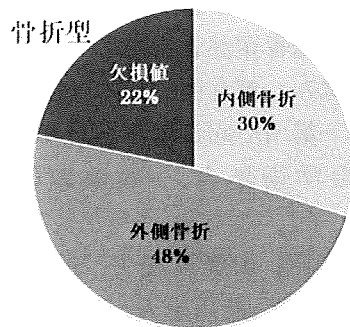
【受傷時情報：受傷場所、受傷機転】



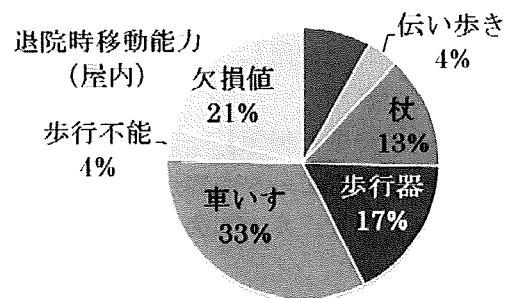
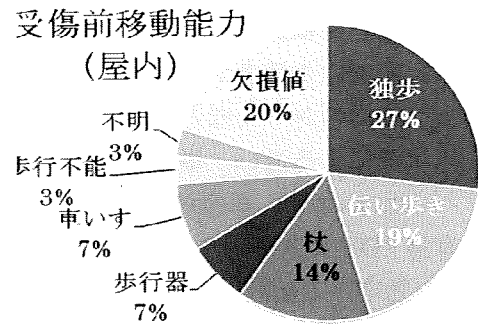
【入院病棟情報：病棟種別、在院日数】



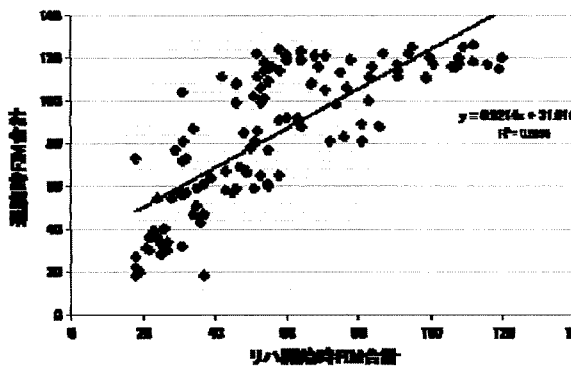
【手術関連情報：骨折型、手術法】



【移動能力の変化】



【FIM の変化】



E. 考察・今後の課題

リハ介入効果のアウトカム分析には、患者・データの層別化を行う必要がある

【層別化の例】

患者の入院形式の違い：直接入院手術からリハ・急性期手術→転入院リハ

地域医療連携の差異：転入院に関して、連携が確立されている地域とそうでない地域との比較

事故での受傷と易転倒性の検討：受傷前居住場所（自宅での生活者か施設生活者か）、受傷前歩行能力のレベルなど

リハ介入状況による違い：単位数の量、運動器リハとしての PT 訓練だけでなく OT 訓練の有無（OT 介入理由や目的について、OT 訓練の効果）の検討

認知症の有無、リハ阻害因子の有無

さらに本 DB においては、リハビリ関連の DB である特色を出し、以下のような発展性が期待できる。

【本 DB の特徴と課題】

診療報酬関連のデータ収集が可能であり、改定にともなう、リハへの影響を調べることができる。

頰部骨折 DB と地域連携クリニカルパスから得られるデータとの差異としては、パスのフェーズにとらわれないこと、包括されないデータであること、リハ関連項目を主

体としていることなどの特性があり、今後ともこの特性を活かした分析戦略必要である。

現在（平成 22 年 3 月）まで、約 170 例のデータが集まっている。今後は入力支援マニュアルの拡充やより適切な入力項目の検討を継続して行うことで、参加施設および入力データ数が増加でき、他施設共同利用型 DB としてより詳細な分析が可能になることが期待される。

F. 研究発表

1. 学会発表

① 大串幹、山鹿眞紀夫、西村一志、吉田清和、旭俊臣、金澤親良、田中智香、本田佳子、水田博志、近藤克則：大腿骨頸部骨折患者データベースの開発の試み 第 1 報 概要と基本コンセプト 第 45 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題（口演）2008.6

田中智香、大串幹、山鹿眞紀夫、近藤克則、旭俊臣、及川忠人、西村一志、金澤親良、中村哲雄：大腿骨頸部骨折患者データベースの開発の試み 第 2 報 基本仕様と入力項目の紹介 第 45 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題（口演）2008.6

島田斉、旭俊臣、山鹿眞紀夫、田中智香、大串幹、西村一志、及川忠人、近藤克則：認知症はリハビリテーションの阻害因子となり得るか？ 認知症患者のリハビリテーション患者データバンク開発に関する研究 第 46 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題（口演）2009.6

田中智香、大串幹、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、近藤克則：大腿骨頸部骨折リハビリ患者データバンクの開発 第 3 報 入力支援 第 46 回日本リハビリテーション医学会学術集会、一般演題（ポスター）2009.6

大串幹、田中智香、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、近藤克則：大腿骨頸部骨折リハビリ患者データバンクの開発 第4報 データ概要 第46回日本リハビリテーション医学会学術集会. 一般演題(ポスター) 2009.6

近藤克則、鄭丞媛、伊勢眞樹、宮井一郎、山鹿眞紀夫、山口明、旭俊臣、大串幹、鴨下博、原寛美、西村尚志、吉田清和、寺崎修司、豊田章宏、小林祥泰：リハビリテーション患者データバンク登録データを用いた病院間比較(第1報)治療成績ベンチマークの開発. 第46回日本リハビリテーション医学会学術集会. 一般演題(口演) 2009.6

近藤克則、鄭丞媛、伊勢眞樹、宮井一郎、山鹿眞紀夫、山口明、旭俊臣、大串幹、鴨下博、西村尚志、原寛美、吉田清和、寺崎修司、豊田章宏、小林祥泰：リハビリテーション患者データバンク登録データを用いた病院間比較(第2報) ベンチマーク指標の妥当性第46回日本リハビリテーション医学会学術集会. 一般演題(口演) 2009.6

大串幹、田中智香、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、本田佳子、水田博志、近藤克則、：大腿骨頸部骨折リハ患者データバンクの開発とデータ概要 第4回リハビリテーション科専門医会学術集会 2009. 10

大串幹、田中智香、山鹿眞紀夫、西村一志、旭俊臣、及川忠人、島田斉、本田佳子、鄭丞媛、近藤克則：大腿骨頸部骨折リハビリDBの開発—第6報—在院日数関連因子の状況：多施設共同研究第47回日本リハビリテーション医学会学術集会、2010. 5 発表予定

Hitoshi Shimada, MD, PhD, Toshiomi Asahi, MD, Miki Ohgushi, MD, PhD, Chika Tanaka, MD, Sunwon Jeong, Hitoshi Nishimura, MD, PhD, Tadato Oikawa, MD, Makio Yamaga, MD, PhD,

Katsunori Kondo, MD, PhD.: Obstructive factors of the physical rehabilitation in elderly patients with cognitive decline. The Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease (ICAD) 2010.7 発表予定

認知症リハビリテーション患者DBの開発の意義と課題（平成 19 年度）

分担研究者	山鹿眞紀夫	熊本リハビリテーション病院副院長
研究協力者	及川忠人	東八幡平病院理事長
	旭俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院理事長

研究要旨

高齢者の地域リハビリテーション（以下リハ）体制の構築をめざし、2005 年より脳卒中リハ患者データバンクの開発を進め、2006 年度には DB 改定 ver2.1 の段階で全国 16 病院・約 650 例の患者データが登録され、分析・検討が進められてきた。このような多施設共同でのデータ蓄積を継続的に行っていく事で、患者の実態把握や医療制度改革による変化、効率的なリハ提供体制やより効果の大きいリハ・プログラムの検討など様々な視点からのデータに基づく客観的な研究が可能となる。

急速な高齢社会の進行の中で、認知症は社会的にも大きな問題となってきた。認知症に対しては、医療・介護の様々な段階での介入が必要とされるが、その方法論は確立されているとは言い難く、認知症に対する評価尺度やリハ・アプローチ等も未だ十分確立されていない。現在、様々な試みが手探りで進められている状態である。そこで、これまで開発を進めてきた脳卒中リハ患者 DB をベースに、新たに認知症患者リハ DB を構築するため、認知症患者に対するリハの現状及び課題について検討を行った。

A. 認知症リハ DB が必要とされる背景

認知症は介護状態に陥る 3 大原因疾患の一角を占めており^①、日常生活動作（ADL；Activities of Daily Living）障害のみならず、介護者の負担の程度や社会資源の利用度、QOL（Quality of life）などを考慮することが必要とされている^②。現在約 160 万人の認知症高齢者が医療・介護を受けているが、20 年後は 300 万人に達すると予想されている^③。

高齢者リハビリテーション（以下リハ）研究会において、「1 人の人間の要介護状態となる原因疾患の発症、疾患の治療と並行したリハ、そして退院・在宅復帰するまでの過程をみると、制度上は医療保険と介護保険のリハが提供されることになるが、これらのリハは連続性が確保される必要がある。医療保険と介護保険の制度に分かれることによって、それぞれ提供されるリハに制度上の差異があるかのごとく考えられやすいが、リハの目的や目標に差異があって

はならない。」事が提言されている。

認知症に対する適切なリハ・アプローチ方法を構築して、生活機能を維持・改善し、在宅支援体制を整備していくには、急性期－亜急性期（回復期）－維持期医療機関・施設、そして診療所や在宅支援機関の、連結された、そして、連続した情報を蓄積していくシステムが必要である。これまで開発を進めてきた脳卒中リハ患者 DB をベースに、認知症リハ DB を構築していくための準備として本年度は認知症に対するリハの現況把握及び課題の検討を行った。

B. 認知症の診療の現状及び問題点について

血管性認知症及びアルツハイマー病の病型と症状及び受診医療機関を考えると（表 1, 2）、診療所（かかりつけ医）や認知症専門医（神経内科、老年科、脳神経外科、精神科等）だけではなく、階段状あるいは急性増悪時（図 1, 2）には救急病院での対応が必要となる^④。しかし、実際の受け入れに

においては体制が整っておらず、「精神科救急問題」の一つとして社会問題となってきた。更に、寝たきりの原因疾患の一つでもある大腿骨頸部骨折患者においても認知症が医療・介護の現場で大きな問題となっており、認知症リハにおいて大きな役割を担う回復期リハ病棟においても、転倒対策やチューブ自拔などの安全管理面やBPSD (Behavior and psychological symptoms of dementia : 認知症疾患に伴う行動障害と精神症状 ; 問題行動)) に対応するための職員の負担増加が重要な問題となってきた。

表 1. 血管性認知症の病型と症状および受診医療機関

病型	多発性脳性腔洞症 (多発性脳性腔洞症)	大動脈下血管性認知症 脳卒中(大動脈系)による認知症	脳内血管性認知症 脳内血管性認知症	脳脊髄血管性認知症 脳脊髄血管性認知症	脳小血管性認知症 脳小血管性認知症	
症状	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書 失算 失行 失認 失算 失語 失読 失書	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書	歩行障害 尿失禁 失音 失用 失行 失認 失算 失語 失読 失書
受診医療機関	脳神経科 (脳外科) 神経内科 リハビリテーション 病棟	脳神経科 (脳外科) リハビリテーション 病棟	脳神経科 (脳外科) 神経内科 リハビリテーション 病棟	脳神経科 (脳外科) 神経内科 リハビリテーション 病棟	脳神経科 (脳外科) 神経内科 リハビリテーション 病棟	

表 2. アルツハイマー病の病型と症状および受診医療機関

病型	初期	中期	後期	終末期	
症状	記憶障害 (軽度) 同じことを何度も繰り返す 物忘れが多くなる 物忘れが多くなる 物忘れが多くなる 物忘れが多くなる 物忘れが多くなる	記憶障害 (中等度) BPSD (怒怒、徘徊、不眠、暴言、暴力)	記憶障害 (重度) 歩行障害 失物 失行 失認 失算 失語 失読 失書	記憶障害 (最重度) 歩行障害 失物 失行 失認 失算 失語 失読 失書	記憶障害 (最重度) 歩行障害 失物 失行 失認 失算 失語 失読 失書
受診医療機関	認知症 (かかりつけ医) 認知症専門医 (認知症科、老年科、脳外科、精神科)	認知症 (かかりつけ医) 認知症専門医 (認知症科、老年科、脳外科、精神科)	認知症 (かかりつけ医) 認知症専門医 (認知症科、老年科、脳外科、精神科)	認知症 (かかりつけ医) 認知症専門医 (認知症科、老年科、脳外科、精神科)	認知症 (かかりつけ医) 認知症専門医 (認知症科、老年科、脳外科、精神科)

図 1. 血管性認知症の急性発症後の生活機能変化

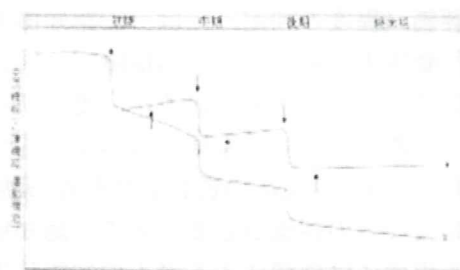


図 1 血管性認知症の急性発症後の生活機能変化

図 2. 血管性認知症の階段状および緩徐進行後の生活機能変化

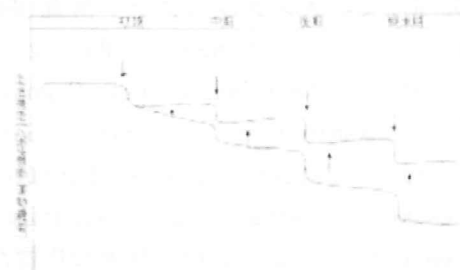
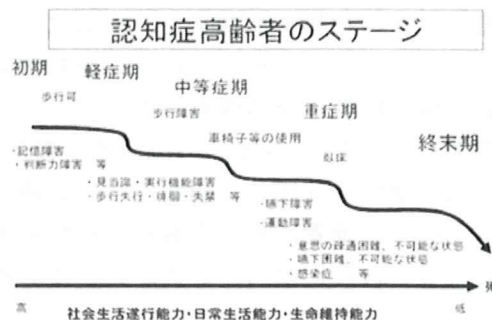


図 2 血管性認知症の階段状および緩徐進行後の生活機能変化

認知症の進行に伴い生活機能の低下が起こった際、それを如何にして元に戻して行くのか (図 1, 2, 3) ? 近年開発の進んでいる薬物治療と併せて、リハの役割は非常に大きいものと考えられる^⑥。しかし、現場では様々な認知症リハの取り組みが模索され、その効果が報告されてきてはいるものの^{⑦~⑩}、未だに明確な位置づけがされていない。このためにも、認知症リハDBによる全国的なデータ集積が必要である。

図 3. 認知症高齢者のステージ



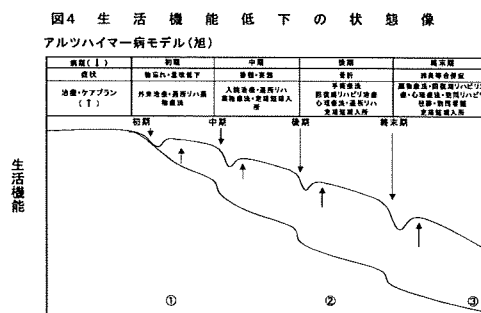
DB構築に当たっては、統一された評価尺度によるデータ集積が必要となる。認知症の評価（程度の判定）には、①認知機能、②行動障害、精神症状、感情障害、③日常生活活動などが求められるが、更にリハを行うに際しては、④家族の負担度、⑤介護資源の利用、⑥生活の質および患者・家族の満足度などの評価が必要である。認知症の障害程度には柄澤による老人の知能障害の臨床的評価基準が用いられてきたが、現在の介護保険では厚生省の痴呆老人の日常生活自立度判定基準が用いられている。また、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)、ミニメンタルステート検査(MMSE)、CDR (Clinical Dementia Rating)、COGNISTAT (Neurobehavioral Cognitive Status Examination)、SIB (Severe Impairment Battery)、FAS (Functional Assessment staging)、ADAS (Alzheimer's Disease Assessment S など様々な指標が使われているが、評価（程度の判定）が広範な面に及ぶため、国内的にも国際的にも広くコンセンサスが得られた指標は確立されていない。

C. 認知症のリハビリテーションについて

認知症のリハに関する理念として日本リハビリテーション病院・説協会の「認知症等検討委員会」では、「認知症のリハビリテーションとは、認知症の種々の中核症状・周辺症状などによる生活障害を改善するために行う総合的なリハビリテーション・アプローチである」と定義づけている。

即ち、生活機能とその障害を適切に評価する事がリハ・アプローチにつながる。生活機能低下の状態を把握して、病気に応じたリハを行う必要がある(図4)。認知機能障害や精神症状、身体機能障害などの「心身機能」の障害、「活動」の制限や「参加」の制約を適切に評価し、適切なりハ訓練や生活指導、介護者に対する教育、社会資源の活用等を含めた幅広い介入が必要である。

図4. 生活機能低下の状態像



D. 認知症に対するリハ介入効果について

筆者らがこれまで行ってきた認知症に対するリハ介入効果の検討を提示する。

(1). 認知症に対する入院デイケアの効果^⑥

回復期リハ病棟における認知症症例の問題点として、①. 入院の目的、リハ訓練の必要性、訓練の内容についての理解が乏しいためリハ訓練実施が困難であること、②. 夜間不眠、夜間不穏によりベット上で動き出し危険性が大きいこと、③. 日中、車椅子から立ち上がり転倒することがあること、④. 排尿、排便、入浴、更衣の際、看護・介護を拒否することなどがある。このような患者に対し入院デイケアを行い、その変化を検討した。

入院デイケアの目的は、①. BPSD (Behavior and psychological symptoms of dementia : 認知症疾患に伴う行動障害と精神症状 ; 問題行動) の軽減を図る、②. 意欲、日中臥床傾向の改善を図る、③. 立ち上がりから転倒を予防する、④. 日中のリハ訓練時間の増大を図る、⑤. 残存機能の改善・向上を図る、⑥. 看護・介護負担の軽減を図ることである。

表3に示す入院デイケアプログラムを行い、施行前及び施行後3ヶ月での変化について検討した。対象患者は129名で、脳血管障害50名、骨折19名、廃用症候群60名であり、合併する認知症疾患はアルツハ

イマー病 31 名、脳血管性認知症 16 名であった。評価項目は、ADL (BI;Barthal index), HDS-R, BPSD (大声、立ち上がり、多動、暴力、不眠など)、表情変化、デイケア出席状況、転倒回数、看護・介護負担調査票である。

表 3. 入院デイケアプログラム

入院デイケアプログラム

集団体操 (上半身体操・下半身体操)
専体のゲーム、認知症的ゲーム、パソコンハビリ、園遊会、音楽療法、料理、手芸等、季節行事 (花見、七夕、クリスマス等)、冬の日考
入院デイケアと朝夕のケア
9:00~11:00 集団体操、談話、音楽
13:00~14:00 デイケア
14:00~16:00 デイケア
18:00~20:00 集団体操、談話、音楽
◆デイケア参加スタッフ
看護士、作業療法士、言語療法士、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、看護師、保健士、作業療法士、ボランティア

入院デイケア施行により、BI の改善は見られ ADL・動作能力は改善しているが、HDS-R ではアルツハイマー病 12 点→14 点、脳血管性認知症 15 点→16 点とあまり変化は見られなかった (表 4)。しかし、BPSD の軽減は得られており、表情変化の改善や転倒回数の減少など入院デイケアによる介入効果が確認された (表 5, 6, 7)。その結果、看護・介護負担度も改善され、職員の負担軽減が得られていた (表 8)。

表 4. 入院デイケアによる認知症合併患者の BI, HDS - R 変化

認知症合併患者の BI, HDS-R 変化

	BI		HDS-R	
	入院時	退院時	入院時	退院時
アルツハイマー病	22	34	12	14
脳血管性認知症	27	40	15	16

表 5. 入院デイケア観察評価 (BPSD の変化)

入院デイケア観察評価 BPSD の変化

項目	開始時	終了時	変化
01	0	0	0
02	0	0	0
03	0	0	0
04	0	0	0
05	0	0	0
06	0	0	0
07	0	0	0
08	0	0	0
09	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0

表 6. 入院デイケア観察評価 (表情の変化)

表情の割合

声を叫びて泣く	0
顔を赤くしてほくそ笑む	4
ほくそ笑む	2
何か事情によって変化がある	0
無表情	0

入院デイケアの表情変化

開始時	終了時
0	0

表 7. 入院デイケアによる転倒回数の変化

転倒回数

開始時	終了時
16 回	11 回

表 8. 入院デイケアによる看護・介護負担の変化

看護・介護負担調査票

項目	開始時	終了時	変化
1. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
2. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
3. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
4. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
5. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
6. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
7. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
8. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
9. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
10. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
11. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
12. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
13. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
14. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
15. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
16. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
17. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
18. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
19. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0
20. 認知症の進行により介護が増える	0	0	0

看護・介護負担

開始時	終了時
240	207

表 9. (2). 特定高齢者および要支援者への介護

予防プログラムの介入効果

熊本県菊池圏域において筆者の所属する地域リハ広域支援センターが関与して行った特定高齢者および要支援者への介護予防プログラム[®]の介入効果検証の結果について提示する。

熊本県菊池郡菊陽町ふれあいいきいきサロン参加者で、「筋力」「バランス能力」「歩行能力」のうちいずれかに身体機能低下がみられる高齢者40名を対象として、介護予防体操（「いすに座ってできるきくちゃん体操」）の介入効果を検討した。3ヶ月間の介入期間において、週に1回介入するグループ（A群：強力介入群20名）、1ヶ月に1回介入するグループ（B群：標準介入群20名）、身体機能測定のみを行うグループ（C群：コントロール群20名）の3群を設定した。

評価項目は、①. 痛み（VAS: Visual Analog Scale）、②. QOL（SF-36ver. 2）、③. 自己効力感（FES: Fall Efficacy Scale）、④. 身体機能（通常歩行速度、開眼片足立ち、握力、長座位体前屈、TUG: Time up and go）、⑤. 生活機能低下リスク（厚生労働省「基本チェックリスト」を使用し、IADL、運動器、栄養改善、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつリスク該当数を算出）、⑥. 抑うつ（GDS5）、⑦. 生活機能（老研式活動能力指標の知的能動性および社会的役割を使用）である。

介護予防プログラムの介入の結果をみると、A群：強力介入群において各項目で介入効果が認められ、B群：標準介入群での効果は少なかった。痛みで有意な改善のほか、開眼片足立ち、長座位体前屈、TUGにおいて有意な改善を認め、QOL（身体機能、活力、社会的役割）において改善傾向がみられた（図5, 6, 7）。また、うつ項目の減少や認知症該当項目の維持が認められた（表9）。一方、コントロール群においては、むしろいくつかの項目での悪化傾向が認められ、身体機能だけでなく精神機

能の低下もみられた。介護予防プログラムにより身体面だけでなく精神面においても介入効果が確認された。

図5. 5m歩行速度と開眼片足立ちの変化

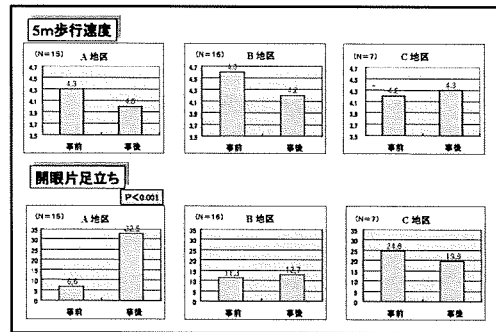


図6. 握力、長座位体前屈の変化

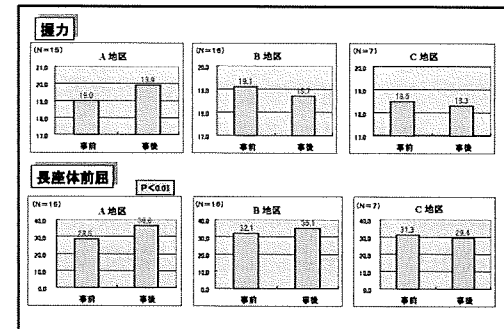


図7. TUG、うつ該当項目の変化

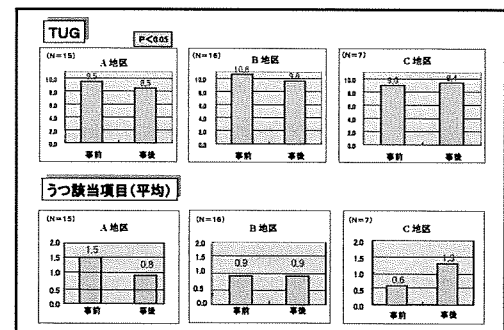


表 9. 介護予防プログラム介入前後での各項目の変化

A群：強力介入群

項目	事前		事後		漸近有意確率
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
主観的健康感	2.6	0.51	2.7	0.61	0.5637
IADL該当項目	1.2	1.08	0.9	1.25	0.1597
運動器該当項目	2.3	1.33	2.5	1.25	0.6094
栄養改善該当項目	0.3	0.46	0.2	0.41	0.7055
口腔機能該当項目	0.8	0.77	1.1	0.96	0.2850
閉じこもり該当項目	0.3	0.46	0.3	0.49	0.5637
認知症該当項目	0.7	0.70	0.7	0.88	1.0000
うつ該当項目	1.5	1.55	0.8	1.32	0.1530
生活機能該当項目	5.5	2.97	5.7	3.02	0.8491
身体機能得点	3.9	1.28	2.0	1.51	0.0028
GDS5	1.1	1.60	1.1	1.60	0.6604
知的能動性	3.1	1.13	3.3	1.10	0.5271
社会的役割	4.0	0.00	4.0	0.00	1.0000

B群：標準介入群

項目	事前		事後		漸近有意確率
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
主観的健康感	2.7	0.48	2.8	0.66	0.2546
IADL該当項目	1.6	1.09	1.3	1.06	0.2955
運動器該当項目	1.7	1.20	2.3	1.18	0.0067
栄養改善該当項目	0.3	0.58	0.3	0.58	0.4142
口腔機能該当項目	0.6	0.81	0.4	0.81	0.5271
閉じこもり該当項目	0.6	0.73	0.7	0.79	1.0000
認知症該当項目	0.7	0.79	0.9	0.89	0.3173
うつ該当項目	0.9	1.34	0.9	1.09	1.0000
生活機能該当項目	5.3	3.00	5.8	2.98	0.3784
身体機能得点	3.6	1.82	3.2	2.04	0.4076
GDS5	0.8	1.28	0.6	1.15	0.3363
知的能動性	2.8	1.06	3.0	1.10	0.3046
社会的役割	4.0	0.00	4.0	0.00	1.0000

C群：コントロール群

項目	事前		事後		漸近有意確率
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
主観的健康感	2.9	0.38	3.1	0.69	0.1573
IADL該当項目	0.6	0.53	0.7	0.95	0.5637
運動器該当項目	1.3	1.11	1.4	1.13	0.7055
栄養改善該当項目	0.3	0.49	0.3	0.49	0.3173
口腔機能該当項目	0.3	0.76	0.4	0.53	0.5637
閉じこもり該当項目	0.3	0.49	0.1	0.38	1.0000
認知症該当項目	0.4	0.79	0.6	0.79	0.3173
うつ該当項目	0.6	1.13	1.3	1.60	0.2568
生活機能該当項目	3.1	2.12	3.6	2.51	0.7316
身体機能得点	2.7	0.95	1.7	1.80	0.2568
GDS5	0.1	0.38	0.6	0.79	0.1025
知的能動性	3.1	1.21	3.0	1.00	0.5637
社会的役割	4.0	0.00	4.0	0.00	1.0000

E. 結語

認知症に対しては、医療・介護の様々な段階での介入が必要とされ、急速な高齢社会の進行の中で、大きな問題となってきた。認知症の進行に伴い生活機能の低下が起こった際、リハの役割は非常に大きい。認知症のリハとは、認知症の種々の中核症状・周辺症状などによる生活障害を改善するために行う総合的なアプローチであると考えられ、現場では様々な認知症リハの取

り組みが模索されているものの、未だに明確な位置づけがされていない。このためにも、認知症リハ DB による全国的なデータ集積が必要である。

今年度の検討を踏まえて、次年度はこれまで開発を進めてきている脳卒中リハ患者 DB をベースに、共通情報項目の整備や新たに認知症に必要な項目の絞込みを進め、先ず認知症リハにおいて大きな役割を担う回復期リハ病棟における認知症リハの現状と効果を検討するための認知症患者リハ DB を構築していく予定である。

F. 文献

- ①矢富直美：介護予防をめぐる～認知症予防。総合リハ 34:1047-1053, 2006.
- ②下村辰雄：認知症のリハビリテーション～リハビリテーション。総合リハ 34:231-237, 2006.
- ③岡島重孝：認知症（痴呆性）高齢者の医療と介護。Geriatric Medicine. 43 : 1329-1333, 2005.
- ④古川勝敏, 他：認知症のリハビリテーション～診断。総合リハ 34:219-24, 2006.
- ⑤旭俊臣：認知症を医学はどう支えるか。地域リハビリテーション 2, 984-991, 2007.
- ⑥和田健二, 他：認知症のリハビリテーション～治療。総合リハ 34:225-30, 2006.
- ⑦Teri L, et al: Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. JAMA 290 (15): 2015-2022, 2003.
- ⑧ Acevedo A., et al: Nonpharmacological cognitive intervention in aging and dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2007 Dec; 20(4): 239-49.
- ⑨Wallis GG, Baldwin mM, Molaschi M, et al: Reality Orientation Therapy: a controlled trial. Br J Med Psychol 56 : 271-277, 1983.
- ⑩川島隆太：痴呆患者に対するリハビリテーション。汎用化可能な痴呆患者に対する

リハ内科 95(5):901-904, 2005.

⑪WellsJL.etal:State of the art in geriatric rehabilitation,PartII: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phys Med Rehabil 184(6)890-897, 2003.

⑫ WellsJL.etal:State of the art in geriatric rehabilitation , PartII : clinical challenges. Arch Phys Med Rehabil 84(6)898-903, 2003.

⑬熊本県菊池地域リハビリテーション広域支援センター：長寿きくちゃん体操,
<http://www.marutakai.or.jp/kcr/html/kikucyan.htm>.

認知症リハビリテーション患者DBの開発 ーリハ障害因子項目の絞込み過程を中心にー（平成20年度）

研究協力者 島田 斉 千葉大学大学院医学研究院 神経内科学
田中 智香 熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション科
旭 俊臣 旭神経内科リハビリテーション病院 院長
西村 一志 やわたメディカルセンター リハビリテーション科
及川 忠人 東八幡平病院 院長
分担研究者 大串 幹 熊本大学医学部附属病院リハビリテーション部 助教
山鹿 眞紀夫 熊本リハビリテーション病院 副院長

研究要旨

【目的】認知症患者のリハビリテーション(リハ)患者データベースを作成するにあたり、リハの障害因子となり得る認知症関連症状について検討した。

【対象・方法】予備調査として、『認知症に関連した症状で、どのような症状がリハの障害因子になり得るか』に関して、認知症を有する患者のリハに従事する病院の全職員から抽出した32人を対象に個別の聴き取り調査を行い、更に医中誌とPubMedによる文献検索を行った。予備調査の結果から、匿名、自記入式で、五者択一の選択回答式の質問全30問と、自由回答式の質問1問からなる『認知症を持つ患者さんのリハビリに関するアンケート』を作成し、4つのリハ病院にて同一のアンケート調査を実施し、これらの結果を解析した。

【結果】事前の予備調査では、認知症の中核症状である記憶障害に関連する項目と、様々な周辺症状に関する項目が、リハの障害因子として疑われた。文献検索においては、認知症がリハの障害因子となり得ると結論する数多くの文献を認めたが、実際にどのような症状がリハの妨げになるかという観点で考察された報告は皆無であった。アンケート調査の結果からは、1.意欲・発動性の低下、2.注意力の障害、3.日中傾眠・昼夜逆転、4.不穏・譫妄、5.暴言暴力、6.リハ拒否、の六項目が、特にリハの障害因子となり得る症状として疑われた。

【結論】認知症患者のリハ患者データベース開発の基礎となる、リハの障害因子となり得る認知症関連症状が明らかとなった。

A. 背景・研究目的

近年の高齢化社会の進展に伴い、本邦における認知症患者は急増しており、その診療・介護負担の増加は、深刻な社会問題となっている。リハビリテーション(リハ)の現場においても、認知症を有する高齢患者のリハや、その後の社会復帰は大きな問題となっている。

我々は平成19年度の本研究事業において、認知症に対するリハの現状把握及

び課題の検討を行った。その結果、認知症に対して様々なリハの取り組みが模索されているものの、未だに明確な位置づけがされていない現状が明らかになり、今後認知症リハ患者データベース(DB)による全国的なデータ集積を行っていく事が必要と考えられた。

昨年度の成果を踏まえ、実際に認知症リハ患者DBを作成するにあたり、大きく二つの問題があると考えられた。一つは認

知症リハ患者 DB を作成、活用するにあたっての作業仮説がどのようなものか、という問題であり、もう一つは DB における適当な入力項目数はどの程度であるか、という問題である。

『認知症のリハ』が示す内容は多様である。認知症患者の認知機能低下自体に対するリハ的なアプローチを示す場合もあれば、認知症を有する患者の身体的リハを意味する場合もある。認知症リハ患者 DB の作成にあたっては、まず我々の作業仮説を明らかにし、研究対象を明確にする事が必要不可欠であり、DB における適当な入力項目数も、設定した対象に負うと考えられた。

リハ DB を用いて認知症患者の認知機能低下に対するリハの効果を実証する為には、少なくとも次の二つの問題点が挙げられる。すなわち、対象とする認知症患者の診断の精度にばらつきが大きいと予想される事と、認知機能低下に対するリハの効果の指標となる、簡便で広く用いられている評価手法やバイオマーカーが確立していない事である。前者については、DB を入力する利用者が必ずしも認知症の診断に精通した医師ではない事から、後に疾患名による層別化を行う際に、データの信頼性に問題があると考えられる。また後者については、そもそも認知機能に対するリハの効果の実証自体が困難となる可能性が大きく、DB を用いた検討対象とするには、現状では時期尚早と言わざるを得ない。

既述の事柄を鑑みて、本研究事業における我々の研究対象は、『認知症(認知機能低下)を有する患者の身体的リハの効果』とし、作業仮説を『(特定の)認知症関連症状の有無が、認知症を有する患者の身体的リハの転機に影響する』とした。また、本研究対象である認知症を有する患

者とは、必ずしも特定の認知症の診断を満たす患者だけでなく、広く認知機能低下をきたしている患者を含める事とした。

上記の作業仮説の元、認知症リハ患者 DB を作成するにあたり、本年度は認知症を有する患者において、リハの阻害因子となり得る認知症関連症状について検討した。

B. 研究方法

認知症を有する患者のリハの阻害因子となり得る項目を絞り込む為に、下記の如く手順で予備調査並びにアンケート調査を行った。(Fig.1)

1.予備調査

『認知症に関連した症状で、どのような症状がリハビリの阻害因子になり得るか』に関して、認知症を有する患者のリハに従事する病院の全職員から抽出した 32 人を対象に個別の聴き取り調査を行い、また回復期病棟の看護スタッフと、リハスタッフ間でミーティングを開き、討議された結果も参考にした。(Fig.2)

更にリハ阻害因子としてどのような認知症関連症状が疑われているかに関して、医中誌と PubMed による文献検索を行った。(Fig.3)

2.アンケート調査

予備調査の結果を元に、匿名、自記入式で、五者択一の選択回答式の質問全 30 問と、自由回答式の質問 1 問からなる『認知症を持つ患者さんのリハビリに関するアンケート』(Fig.2)を作成し、4 つのリハ病院にて同一のアンケート調査を実施し、これらの結果を解析した。

C. 研究結果

1.予備調査の結果