

◎脳卒中(データバンク)

座長 三上 真弘

3-7-9 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

¹日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科, ²(財)長寿科学振興財団リサーチ・レジデント,
³倉敷中央病院リハビリテーション科, ⁴森之宮病院リハビリテーション科,
⁵熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科, ⁶喜平リハビリテーションクリニック,
⁷厚生労働科学研究費補助金「リハビリテーション患者データバンクの開発」研究班

近藤 克則¹, 鄭 丞媛², 伊勢 眞樹³, 宮井 一郎⁴, 山鹿眞紀夫⁵, 山口 明⁶,
旭 俊臣⁷, 大串 幹⁷, 鴨下 博⁷, 原 寛美⁷, 西村 尚志⁷, 吉田 清和⁷,
寺崎 修司⁷, 豊田 章宏⁷, 小林 祥泰⁷

【目的】海外では治療成績のベンチマークがされている。日本でも医療機能評価の審査基準に「治療成績の他施設との比較」がある。本研究の目的は、リハビリテーション(リハ)患者データバンク(DB)の登録データを用いて、ベンチマーク指標を開発することである。第1報では、病院間のバラツキを捉えられる指標を検討した。【方法】厚生労働省(H19-長寿一般-028)を得てDBを開発した。2008年末までに登録された25病院(3246人)のうち回復期リハ病棟(16病院, 1288人)でかつ50例以上の登録があった5病院(n=814)を対象とした。患者の属性のバラツキが大きいため、年齢60歳以上、14日≦発症後入院日≦60日、30日≦在院日数≦180を満たす503人に絞り込んだ。いくつかの治療成績ベンチマーク指標を試作して病院間比較をした。【結果】年齢、発症前m-Rankin Scale、入院時NIH-SS、発症後リハ開始病日、入院時FIMの記憶・排便・更衣上半身を説明変数とし退院時FIMを予測する重回帰式(R²=0.71)を用いて個々の患者の退院時FIM予測値を求めた。予測値よりも実測値が良い患者(良好群)、同等群、不良群の3群に分けた。不良群(予測値-5点未満)の割合を指標とした場合5病院全体では、良好群18.3%、同等群36.6%、不良群27.9%で、不良群が最も少ない病院で14.3%、最も多い病院で35.8%と、病院間に統計学的に有意な差を認めた。(p<0.05)【結論】「患者属性を考慮した退院時FIM予測値に比べ実測値が不良である患者の割合」を治療成績の指標とした場合、病院間に有意なバラツキを認めた。

3-7-10 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

¹日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科, ²(財)長寿科学振興財団リサーチ・レジデント,
³倉敷中央病院リハビリテーション科, ⁴森之宮病院リハビリテーション科,
⁵熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科, ⁶喜平リハビリテーションクリニック,
⁷厚生労働科学研究費補助金「リハビリテーション患者データバンクの開発」研究班

近藤 克則¹, 鄭 丞媛², 伊勢 眞樹³, 宮井 一郎⁴, 山鹿眞紀夫⁵, 山口 明⁶,
旭 俊臣⁷, 大串 幹⁷, 鴨下 博⁷, 西村 尚志⁷, 原 寛美⁷, 吉田 清和⁷,
寺崎 修司⁷, 豊田 章宏⁷, 小林 祥泰⁷

【目的】病院間比較に用いる治療成績ベンチマーク指標には、医療の質を何らかの形で捉えていることが求められる。第1報で紹介した指標において上位群と下位群の病院を比べ、訓練量などリハビリテーション(リハ)プロセスにおける医療の質を反映しているか否かを検討した。【方法】厚生労働省(H19-長寿一般-028)を得て開発したリハ患者DBに2008年12月までに登録された25病院、3246人のデータのうち回復期リハ病棟でかつ50例以上登録した5病院(n=503人)を分析対象とした。年齢、発症後リハ開始病日、入院時FIMなどから退院時FIM予測値を求め、それよりも実測値が不良群(予測値の-5点未満)の割合を治療成績のベンチマーク指標とした(第1報参照)。不良群が少ない上位群(2病院, n=78人)と不良群が多い下位群(2病院, n=330人)で、訓練量などを比較した。【結果】在院日数は95.8と95.0日で差は見られなかったが、不良群が少ない上位群では、下位群に比べ訓練量が多かった。例えば、一日あたりのPT(単位数)は上位群1.9 vs 下位群1.1, OT 2.0 vs 1.2, ST 0.8 vs 0.5, 合計4.7 vs 2.8であった。また、病棟訓練実施率が88.1% vs 50.0%と高かった。【結論】治療成績ベンチマーク指標を開発し上位と下位の病院群間で比較した結果、上位群で訓練量や病棟訓練実施率が有意に多かった。今回開発した指標は、訓練量の多さなどによってもたらされた治療成績の向上など、医療の質を反映している可能性がある。今後、他の交絡要因の検討や、指標としての信頼性、さらなる妥当性の検証が必要である。

3-7-11 脳卒中データバンク(DB)とリハビリDBとのデータ連結の脳卒中地域連携パスへの応用の試み

¹熊本赤十字病院神経内科, ²熊本市立熊本市民病院神経内科, ³熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科,
⁴倉敷中央病院リハビリテーション科, ⁵日本福祉大学社会福祉学部, ⁶島根大学附属病院

寺崎 修司¹, 橋本洋一郎², 山鹿眞紀夫³, 伊勢 眞樹⁴, 近藤 克則⁵, 小林 祥泰⁶

【背景】脳卒中DBに続き、リハビリDBも作成され、データの蓄積、分析が進行中である。それぞれのDBはファイルメーカー pro.で同一のベンダーが作成し、類似の構造をもつ。我々はDB間で安全なデータの連結が可能であること、また連結を前提とした用語の再定義付けが必要であることを昨年の本学会総会で発表した。一方、昨年度より脳卒中地域連携パスが保険点数に収載された。熊本市地域は地域共通の単一連携パスとして運用している。現時点では紙に手書きしたものを患者持ち込みや郵送で運用しているため、多数例でのデータ集積と分析が困難であり、デジタル化への移行が必要である。【目的】双方のDBの連結を応用し地域連携パスのデジタル化を図り、他地域にも使用可能なモデルを作成する。【方法】地域連携パス用のファイルを新たに作成し、各DBとファイルメーカー Pro.のリレーション機能を使ってデータを移動させる。地域連携パスのファイルは暗号化した後にセキュリティが確保されたネット下でのメールを用いて施設間で連結させる。各施設の事情によりメール経由での連結ができなくても、デジタルデータを遺せば印刷して紙ベースで運用し後に各種メディアを用いて連結することも可とする。また、全面的なDBへの参加ではなく、地域連携パスファイルのみを使用する部分的なDBへの参加も可とする。【結果】地域連携パスのデジタル化が可能になった。【結論】DBのデータ連結は地域連携パスのデジタル化に有用であった。DBは地域連携パスに応用することで実用性が増し、さらに発展する可能性がある。