

## ◎地域リハ1

座長 本田 哲三

## I-5-7 診療報酬改定に伴う脳卒中リハ状況の変化について—脳卒中リハ患者データバンク(DB)による検討—

<sup>1</sup>熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>日本福祉大学社会福祉学部, <sup>3</sup>喜平リハビリテーションクリニック,<sup>4</sup>倉敷中央病院リハビリテーション科, <sup>5</sup>森之宮病院リハビリテーション科,<sup>6</sup>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」研究班山鹿真紀夫<sup>1</sup>, 近藤 克則<sup>2</sup>, 山口 明<sup>3</sup>, 伊勢 真樹<sup>4</sup>, 宮井 一郎<sup>5</sup>, 田中 智香<sup>1</sup>, 原 寛美<sup>6</sup>,門 祐輔<sup>6</sup>, 鳴下 博<sup>6</sup>, 旭 俊臣<sup>6</sup>, 大串 幹<sup>6</sup>, 西村 尚志<sup>6</sup>, 吉田 清和<sup>6</sup>, 寺崎 修司<sup>6</sup>,豊田 章宏<sup>6</sup>, 小林 祥泰<sup>6</sup>, 及川 忠人<sup>6</sup>, 西村 一志<sup>6</sup>, 鄭 丞媛<sup>2</sup>

**【目的】**2005年よりリハ患者DB(厚労科研)開発を行い多施設共同での登録を進めてきた。この間2006/2008年診療報酬改定においてリハ診療制度の大幅な変更;疾患別リハ体系、一日当りのリハ施行単位量の増加(6→9単位/日),算定期日数制限、発症から回復期リハへの入院期間や入院期間の短縮、早期リハ加算の復活、ADL加算廃止、地域連携バスの脳卒中の拡大、回復期リハへの成果主義の導入等が行われた。そこで、診療報酬改定に伴う脳卒中リハ状況の変化について検討した。**【方法】**リハ患者DBに2009年9月までに登録された30施設・4451例中主要項目に欠損のない4405例において、発症から入院までの期間、平均在院日数、入院-退院時のm-RS、BI、FIM、自宅退院率、リハ単位数、スタッフ数の改訂前後での推移を一般(急性期)病床・回復期リハ病床で検討した。**【結果】**平均在院日数は、一般病床では43.2→30.2→30.9日と短縮、回復期病床では87.2→92.0→94.8日と延長し、発症から入院までの期間は、各々5.6→4.0→2.0日、46.8→32.3→30.8日と短縮していた。入院-退院時のm-RS、BI、FIMは、一般病床では変化なく、回復期病床では入院時は重症化していたが退院時では変化なく改善していた。自宅退院率は大きな変化なかった。リハスタッフ数はおおむね増加傾向で、施行単数も増加していたが4.5単位/日に留まっていた。**【結論】**診療報酬改定に伴い脳卒中リハ状況は変化しているが、まだリハ提供体制は不十分である。

## I-5-8 脳卒中地域連携バス導入のリハビリテーションに対する影響

一般演題(5月20日)

<sup>1</sup>兵庫県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院内科,<sup>2</sup>兵庫県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院神経内科,<sup>3</sup>兵庫県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院リハビリテーション科,<sup>4</sup>兵庫県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院循環器科高田 俊之<sup>1</sup>, 北恵詩穂里<sup>3</sup>, 上野 正夫<sup>2</sup>, 奥田 志保<sup>2</sup>, 高野 真<sup>2</sup>, 友田 洋二<sup>2</sup>,金澤 成雄<sup>4</sup>, 中村 知子<sup>1</sup>, 早川みち子<sup>1</sup>, 中野 恒一<sup>3</sup>

**【目的】**本院は昨年より脳卒中地域連携バスを導入している。導入前後における各臨床因子の変化を検討しバス導入がリハビリテーションに及ぼす影響について解析を行った。**【方法】**導入前の入院330名、導入後のバス入院201名について年齢、発症から入院の期間、在院日数、入、退院時FIMおよびその差、社会復帰率の各項目を統計学的に比較検討行った。**【結果】**バス導入前後で発症から入院までの期間、年齢、FIMの改善については有意差を認めたが他の因子については認めなかつた。より詳細な分析を行うため身体障害の重症度で重症群と軽、中等症群に分け同様の解析を行つた。軽、中等症群では在院日数に差はないものの転院までの期間は短縮し、結果全入院期間としては有意な短縮を認めた。また入院時FIMは導入前より有意に低下したが退院時FIMには有意差はなく、獲得したADLは導入前後で変わらないものの、より短期で同等のリハビリ効果が得られる事が示唆された。重症群では入、退院時FIMに差は無いものの在院日数の延長、社会復帰率の有意な低下を認め逆に治療効果は低下している事が示唆された。導入後の退院時FIMは38.31+0.751[入院時FIM]+0.105[在院日数]-0.164[入院までの期間]で示される重回帰分析にて類推され、その推定値と実測値の間に有意な相関が認められた。**【まとめ】**脳卒中地域連携バス導入に伴い発症から回復期病棟入院までの期間は有意に短縮しリハビリテーションへの様々な効果が認められ、これはバス導入に伴う入院までの期間の短縮が大きな影響を与えていたと考えられた。

## I-5-9 兵庫県中播磨圏域における地域連携バス導入後の改善点と問題点

<sup>1</sup>兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターリハビリテーション西播磨病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>姫路中央病院神経内科,<sup>3</sup>新日鐵広畑病院リハビリテーション科, <sup>4</sup>石川病院リハビリテーション科逢坂 悟郎<sup>1</sup>, 加藤 順一<sup>1</sup>, 東 靖人<sup>2</sup>, 白井 雅宣<sup>3</sup>, 寺本 洋一<sup>4</sup>

**【目的】**兵庫県中播磨圏域における脳卒中地域連携を促進するため、平成18年10月に『中播磨シームレスケア研究会』を結成し、平成20年1月から脳卒中地域連携バスを導入した。現在、計画管理病院は9病院、連携病院は13病院である。また、地域連携バスを運用した患者の医療情報は、匿名化した上で連続集積している。今回は、地域連携バス導入後の病院ネットワーク全体の成熟度や課題を探るため、バス導入直後の4ヶ月と翌年の同時期の状況を比較した。**【方法】**バス導入直後の平成20年1月から4月発症の脳卒中患者82名(脳梗塞50名、脳出血25名、SAH7名:70.3才、H20群)と、平成21年の同時期発症の脳卒中患者151名(脳梗塞98名、脳出血49名、SAH4名:71.5才、H21群)を比較検討した。**【結果】**H20群とH21群の比較では、発症から連携病院へ紹介までの日数は平均8日短縮し、発症から転院までは7日、総入院日数は7日短縮した( $P<0.05$ )。連携病院入院時のFIM平均は、H20群が70点、H21群が68点と著変なかった(n.s.)が、入院中のFIM利得は22点から16点へ、FIM効率は0.23から0.18とともにH21群で低下した( $P<0.05$ )。在宅復帰率は、71%、72%と著変なかった。**【結論】**地域連携バス導入による患者紹介システムの成熟により、計画管理病院での入院期間や総入院期間は短縮した。しかし、連携病院におけるFIM利得など質の面での低下を認めた。これは以前に比べ早期に転院してくる脳卒中患者に連携病院が対応できなかつた可能性があり、今後は連携病院側の医療技術向上が求められる。