

◎脳卒中2

座長 岡島 康友

1-5-1 日常生活機能評価を用いた退院時指標の予測 —リハ医学会脳卒中回復期患者データベースの分析—

<sup>1</sup>川崎医科大学リハビリテーション医学教室, <sup>2</sup>神戸学院大学総合リハビリテーション学部, <sup>3</sup>日本リハビリテーション医学会 青柳陽一郎<sup>1</sup>, 岩井 信彦<sup>2</sup>, データマネジメント特別委員会<sup>3</sup>

【目的】平成20年度の診療報酬改定で導入された「日常生活機能評価」が、退院時FIMに及ぼす影響と在宅復帰を予測する指標となるのかを検証する。【方法】リハ医学会患者データベースの脳卒中データ(2010年12月版)から回復期病棟に入院し、日常生活機能評価のデータが存在する症例728例を抽出した。退院時FIMを従属変数とし、年齢、発症後入院病日、入棟時運動FIM(FIM-M)、入棟時認知FIM(FIM-C)、病名、発症前Rankinを独立変数としステップワイズ重回帰分析を行った。上記の独立変数に入棟時日常生活機能評価を加え同様の操作を行い、予測精度を比較した。また、転帰先を従属変数(自宅退院を1, その他を0)に年齢、発症後入院病日、入棟時FIM-M、入棟時FIM-C、病名、発症前Rankin、入棟時日常生活機能評価、介護力を独立変数とし、ロジステック重回帰分析を行い、自宅退院に関連する因子を抽出した。【結果】予測精度は $R^2=0.699$ であったが、入棟時日常生活機能評価を加えると $R^2=0.731$ に上昇した。ロジステック重回帰分析で有意に影響した変数は、介護力(OR:1.333, 95%CI:1.139~1.553)、入棟時FIM-M(1.056, 1.033~1.08)、年齢(0.97, 0.95~0.99)入棟時FIM-C(1.044, 1.005~1.084)、入棟時日常生活機能評価(0.918, 0.848~0.993)であり、日常生活機能評価の付加により判別の中率は84.3%から85.2%に上昇した。【考察】日常生活機能評価は、退院時FIMや退院先の予測精度を高める可能性が示唆された。効果的な退院計画や地域連携を立案するための1つの指標になりうると思われる。

1-5-2 脳卒中再発例におけるリハビリテーション効果 —リハ医学会患者データベースの分析—

<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構東埼玉病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>日本リハビリテーション医学会 川上 途行<sup>1</sup>, 大塚 友吉<sup>1</sup>, 和田 彩子<sup>1</sup>, 堀江 温子<sup>1</sup>, 片平真佐子<sup>1</sup>, 安西 敦子<sup>1</sup>, データマネジメント特別委員会<sup>2</sup>

【目的】脳卒中のリハビリテーション(以下リハ)において再発例では難渋することが知られているが、多数症例での報告はまだ少ない。そこで回復期リハ目的で入院した脳卒中患者の脳卒中既往歴とリハ効果の関係を調査した。【対象ならびに方法】対象はリハ医学会患者データベースの登録データ(2010年12月版)(以下DB)に登録された脳卒中患者8513例(平均年齢69.1歳)である。年齢、性別、病型、発症からリハ目的入院までの期間、脳卒中の既往、合併症、入院時のBarthel Index(以下BI), modified Rankin Scale(以下mRS)について後方視的に調査した。【結果】DB中で脳卒中の既往に関する記載があった2252例中、初回発症が1595例、脳卒中の既往が一度なのが370例、脳卒中の既往が二度以上なのが119例、既往が不明なのが168名だった。平均年齢は初回発症群 $67.3 \pm 13.5$ 歳、再発群 $72.4 \pm 10.7$ 歳であり、入院時および退院時のBIは初回発症群が $41.2 \pm 29.5$ 点・ $68.2 \pm 29.8$ 点、再発群が $30.6 \pm 28.3$ 点・ $50.5 \pm 32.7$ 点で、いずれも有意に初回発症群が高かった(student t test,  $p < 0.01$ )。入院時および退院時のmRSは初回発症群が $3.5 \pm 1.2$ 点・ $2.6 \pm 1.4$ 点、再発群が $3.7 \pm 1.0$ 点・ $3.2 \pm 1.2$ 点で、いずれも有意に初回発症群が低かった(student t test,  $p < 0.01$ )。【考察】脳卒中再発例では初発例に比べて、リハ入院時のADLが低く、退院時も同様だった。脳卒中の回復期リハにおいて約1/4が再発例と大きな割合を占めていたため、今後、脳卒中再発例に対する効果的なリハ介入の検討が望まれる。

1-5-3 脳卒中の地域連携と「効率」(第三報) —脳卒中リハビリテーションデータベースに基づく検討—

<sup>1</sup>京都市民連第二中央病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>京都市民連第二中央病院神経内科, <sup>3</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>4</sup>日本福祉大学社会福祉学部, <sup>5</sup>日本リハビリテーション医学会 門 祐輔<sup>1</sup>, 中川裕美子<sup>1</sup>, 後藤 広亮<sup>1</sup>, 松瀬 里佳<sup>1</sup>, 中村 紀子<sup>2</sup>, 磯野 理<sup>3</sup>, 山鹿眞紀夫<sup>3</sup>, 近藤 克則<sup>4</sup>, データマネジメント特別委員会<sup>5</sup>

【目的】脳卒中患者の地域連携と「効率」について検討する。【方法】脳卒中リハビリテーション(以下リハ)患者データベースに登録された患者のうち、回復期リハ病棟を有する病院(27病院)に転院してきた1,699人について調査した。調査項目は、急性期病院との連携およびリハ「効率」であり、医療連携が進んでいるとされる熊本(1病院207人)と他の地域(26病院1,492人)を比較した。なお調査は「脳卒中に関する臨床研究・調査のためのガイドライン」に準拠して行った。【成績】1) 熊本の方が急性期病院から回復期リハ病棟を有する病院への転院が早く( $19.7$ 日 vs  $32.3$ 日,  $P < 0.001$ )、回復期リハ病棟を有する病院の入院期間も短い傾向であった( $86.6$ 日 vs  $92.6$ ,  $P = 0.054$ )。2) 入院時のBIに差はなく、[退院時のBI(バーセルインデックス)-入院時のBI]は熊本の方が有意に大きく( $32.6$  vs  $25.5$ ,  $P < 0.001$ )、熊本の方がBI効率[(退院時のBI-入院時のBI)/入院日数]は高い傾向であった( $0.42$  vs  $0.36$ ,  $P = 0.084$ )。3) 熊本の方が1日当たりの訓練単位数が多く、1単位数当たりのBIの改善は、熊本の方が低くなった( $0.09$  vs  $0.14$ ,  $P < 0.001$ )。4) 費用(10万円)当たりのリハ効率[(退院時のBI-入院時のBI)/(入院日数×1680+リハ単位数×250)×1000]は差がなかった( $1.40$  vs  $1.33$ ,  $P = 0.404$ )。【結論】熊本の医療連携は進んでいるが、回復期リハ病棟での「効率」は用いる指標により異なり、費用削減効果は認められなかった。