

エビデンスとロールモデルから示されるリハ科専門医の存在意義 座長 下堂 蘭 恵・大串 幹

1. 日本リハビリテーション・データベース協議会(JARD)のデータベースで何ができるか?

千葉大学予防医学センター

近藤 克則

【目的】日本リハビリテーション・データベース協議会(Japanese Association for Rehabilitation Database 以下, JARD, <http://square.umin.ac.jp/JARD/>)は、「リハビリテーションに関わるデータベースを構築・運用し、もってリハビリテーション医学・医療の質の向上に資すること」を目的に、リハビリテーション患者のデータベースを開発してきた。本報告では、その到達点と課題を報告する。【方法】JARD データベース開発の経緯：日本リハビリテーション医学会からの呼びかけに日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会が応え、2012年9月4日にJARDは設立された。そのプロトタイプとなったデータベースは、厚生労働科学研究費補助金を受けたリハビリテーション科専門医の有志が開発し、累積登録患者数が5000例を超えた2009年度から日本リハビリテーション医学会データマネジメント特別委員会の手で改訂・運用され、さらにそのデータ資産をリハビリテーション医療界の共有財産とすべく、JARDによる共同運営体制へと移行した。エビデンスづくりのためデータの2次利用を呼びかけた。【結果】次のようなシステムが開発でき、2014年度末までに累積で80以上の病院から累積で2万例を超える患者データが登録された。データ・マネジメント・システム：1)データ入力と集計、2)医療の質の把握・分析、3)エビデンスづくりの3段階で運用されている。1)データ入力と集計：データベースは、JARDのウェブサイトから無料でダウンロードできるようにした。少項目の基本情報からなるリハ患者台帳作成機能と、より詳細なデータを入力できる脳卒中(一般病棟)、脳卒中転入院(回復期リハ病棟)、大腿骨頸部骨折、脊髄損傷用の疾患・障害別データベースで構成されている。入力項目は、必須項目とオプション項目とからなる。基本情報、リハ環境、ADL評価、合併症/既往症、退院時情報など12領域で、必須項目数で計41~66項目からなる。各病院内では電子カルテと同じように個人情報を含むデータベースとして運用し、データ提出時には個人情報を削除する。2)医療の質の把握・分析：臨床指標を病院間比較することで、全体の中における各病院の相対的特徴が分かるフィードバック・レポートを作成して各病院に返却している。その結果を活用することで各病院のリハ医療の質の把握や分析が可能となる。3)エビデンスづくり：JARDの研究課題公募への申請者や50例以上の患者データの提出などの条件を満たした者は、登録データの二次利用ができる。多施設の患者データを活かした「よくデザインされた比較研究」でエビデンスづくりを進められている。治療成績の良い(医療の質が高い)リハ・プログラムの特徴などを明らかにした研究の成果が、査読を経た原著論文として発表され始めている。今後の課題：データ入力の段階、医療の質の把握・分析の段階、エビデンスづくりなど多くの課題が残されている。【結論】まだ多くの課題を残すものの、JARDデータベースを用いることで、2万人のリハビリテーション患者データを活用して医療の質の把握・分析、エビデンスづくりへの活用などができる。より多くの専門医による患者データ登録とデータの二次利用によるエビデンスづくりが期待される。

2. 脳卒中急性期へのリハ科専門医の関与と機能改善の関連：
日本リハデータベースを用いた後ろ向き研究

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座

木下 翔司, 安保 雅博

【背景】脳卒中患者に対する急性期リハビリテーション(リハ)は広く推奨されている。しかし脳卒中急性期リハにリハ科専門医が関与することが機能予後に与える影響は明らかではない。

【方法】日本リハ・データベースに登録された、2005年1月から2013年12月の間に19の急性期病院に入院しリハが実施された脳卒中患者を解析対象とした。リハ科専門医が主治医として関与した群(リハ科専門医群)と非専門医が主治医であった群(非リハ科専門医群)の患者特性および治療効果を比較した。さらにリハ科専門医の関与とFIM effectivenessとの関連を評価するため、一般化推定方程式を併用して多重線形回帰分析を施行した。同様にして、自宅退院を従属変数として多重ロジスティック回帰分析を施行した。

【結果】3,838名が解析対象となり、そのうち814名(21.2%)の主治医はリハ科専門医であった。リハ科専門医群では、一日あたりの訓練時間および定期的カンファレンスの頻度が有意に多く、またリハ開始までの日数が有意に少なかった。死亡率には2群で有意差は認めなかった。FIM effectivenessはリハ科専門医群で0.519、非専門医群で0.442であり、自宅退院率はそれぞれ51.5%、47.1%であった。多重線形回帰分析の結果、リハ科専門医群ではFIM effectivenessは有意に高かった(coefficient: 0.35; 95% CI: 0.012-0.059; $p < 0.005$)。さらに多重ロジスティック回帰分析の結果、リハ科専門医群は有意に自宅退院する割合が高かった(odds Ratio; 1.24, 95% CI: 1.08-1.44; $p < 0.005$)。

【結論】今回用いたデータに基づけば、本研究により脳卒中急性期リハにリハ科専門医が主治医として関与することが脳卒中患者の良好な機能予後に結びつく可能性が示唆された。リハ科専門医が急性期から主治医として関わることで、リハの質と量が向上し、患者機能予後が改善すると推察された。

【文献】1) Kinoshita S, Kakuda W, Momosaki R, et al. Clinical management provided by board-certified physiatrists in early rehabilitation is a significant determinant of functional improvement in acute stroke patients: A retrospective analysis of Japan Rehabilitation Database. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015. (in press)