

第2回 神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）本会議

日時：令和4年4月27日（水）15:00～16:30

場所：三宮研修センター6階605号室

次 第

1 開会

2 議題

- (1) ワーキングチームからの報告
- (2) 呼吸器リハビリに関する講話
- (3) 議長提案

3 閉会

【配布資料】

次第、座席表、委員名簿、事務局名簿

資料1 ワーキングチームからの報告

資料2 呼吸器リハビリの講話資料

資料3 第1回本会議議事録

資料4 第1回ワーキング議事録

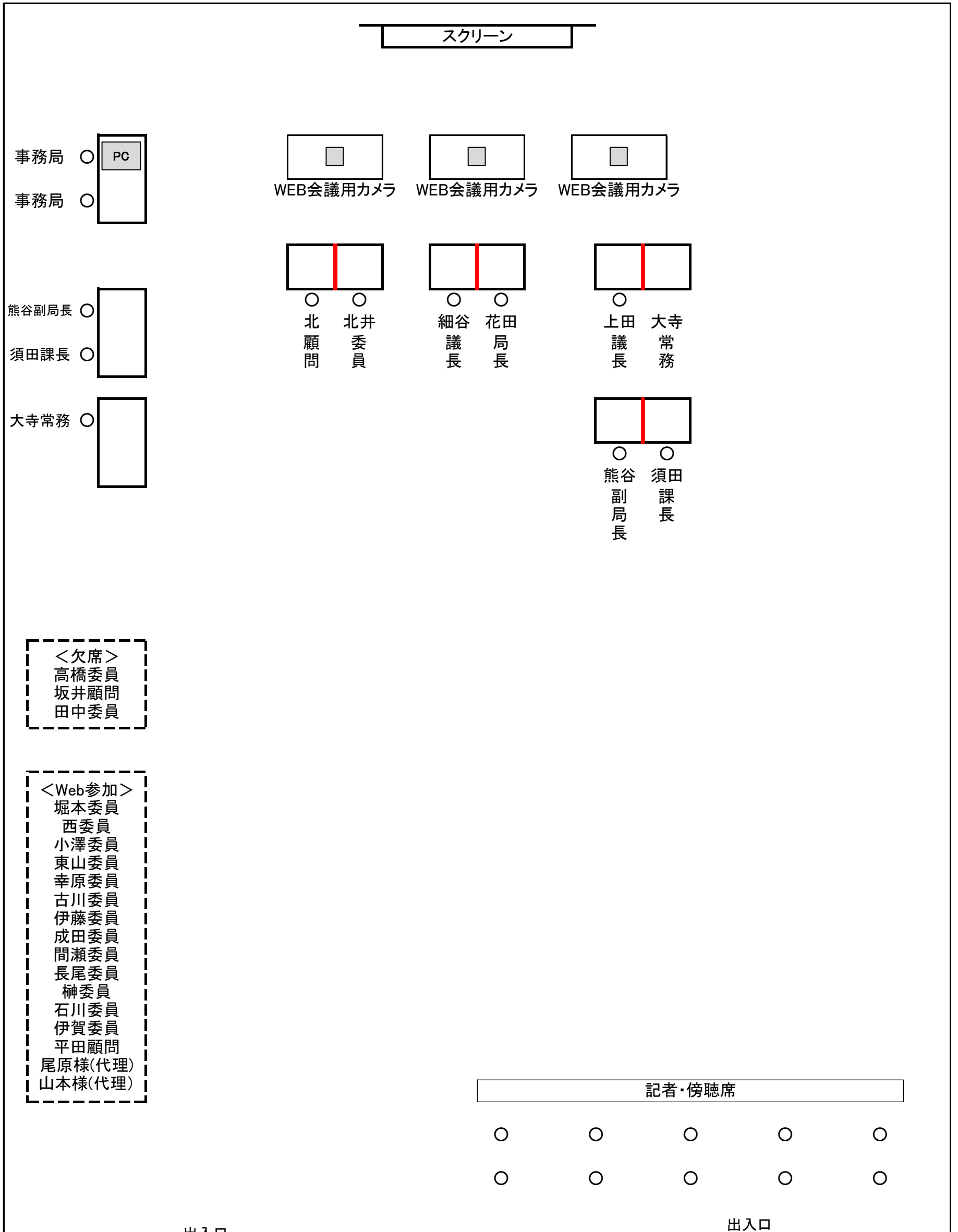
参考資料1 神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）会則

参考資料2 ワーキングチーム名簿

第2回 神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム(キュア神戸)本会議 座席表

日 時: 令和4年4月27日(水) 15:00~

場 所: 三宮研修センター6階605号室



<欠席>
高橋委員
坂井顧問
田中委員

<Web参加>
堀本委員
西委員
小澤委員
東山委員
幸原委員
古川委員
伊藤委員
成田委員
間瀬委員
長尾委員
榊委員
石川委員
伊賀委員
平田顧問
尾原様(代理)
山本様(代理)

記者・傍聴席

○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○

出入口

出入口
(封鎖)

— パーテーション

神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）本会議 委員名簿

氏 名	役 職
堀本 仁士	神戸市医師会 会長 堀本医院 院長
西 昂	神戸市民間病院協会 会長 西病院 理事長
高橋 玲比古	神戸市第二次救急病院協議会 会長 高橋病院 理事長
小澤 修一	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 院長
東山 洋	神鋼記念病院 院長
幸原 伸夫	神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション科 部長
古川 裕	神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科 部長
北井 豪	国立循環器病センター医長 神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション科 非常勤医師 ワーキングチームリーダー
伊藤 晴彦	神戸市薬剤師会 会長
成田 康子	兵庫県看護協会 会長
間瀬 教史	兵庫県理学療法士会 会長 甲南女子大学 教授(内部障害理学療法学、臨床神経生理学)
長尾 徹	兵庫県作業療法士会 会長 神戸大学 大学院保健学研究科 保健学専攻 准教授.
田中 義之	兵庫県言語聴覚士会 代表理事 神戸総合医療専門学校 言語聴覚士学科長
榊 由美子	兵庫県栄養士会 会長
石川 朗	神戸在宅呼吸器ケア勉強会 世話人代表 神戸大学 大学院保健学研究科 保健学専攻 教授.
伊賀 浩樹	神戸市ケアマネジャー連絡会 代表理事 神戸老人ホーム 理事
○北 徹	神戸市医療監 神戸市地域包括ケア推進部会長 神戸市看護大学理事長
○平田 健一	兵庫県循環器病対策協議会 会長 神戸心不全ネットワーク代表 神戸大学大学院医学研究科・内科学講座 循環器内科学分野教授
○坂井 信幸	兵庫県循環器病対策協議会 副会長 神戸広域脳卒中地域連携協議会 代表幹事 神戸市立医療センター中央市民病院 参事(企画・改革担当) 臨床研究推進センター脳血管治療研究部長
花田 裕之	神戸市健康局長
◎細谷 亮	神戸在宅医療・介護推進財団 理事長

◎ 議長 ○ 顧問

神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）本会議
事務局等名簿

事務局

	氏 名	所 属
神戸在宅医療・ 介護推進財団	大寺 直秀	常務理事
	上田 訓弘	経営企画部長
	藤本 和幸	経営企画部総務課長
	西脇 真造	経営企画部財務担当課長
	友次 健夫	経営企画部担当課長

神戸市	熊谷 保徳	健康局副局長
	須田 保之	健康局病院等調整担当課長

オブザーバー

	氏 名	所 属
	岩田 健太郎	中央市民病院 リハビリテーション技術部 主査

CURE-KOBE

*ConsortiUm of Seamless and Comprehensive
REhabilitation in KOBE*

神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム

北井 豪

Takeshi Kitai, MD, PhD

CURE-KOBE ワーキンググループリーダー
国立循環器病研究センター/神戸市立医療センター中央市民病院

CURE-KOBEの行程表 (案)

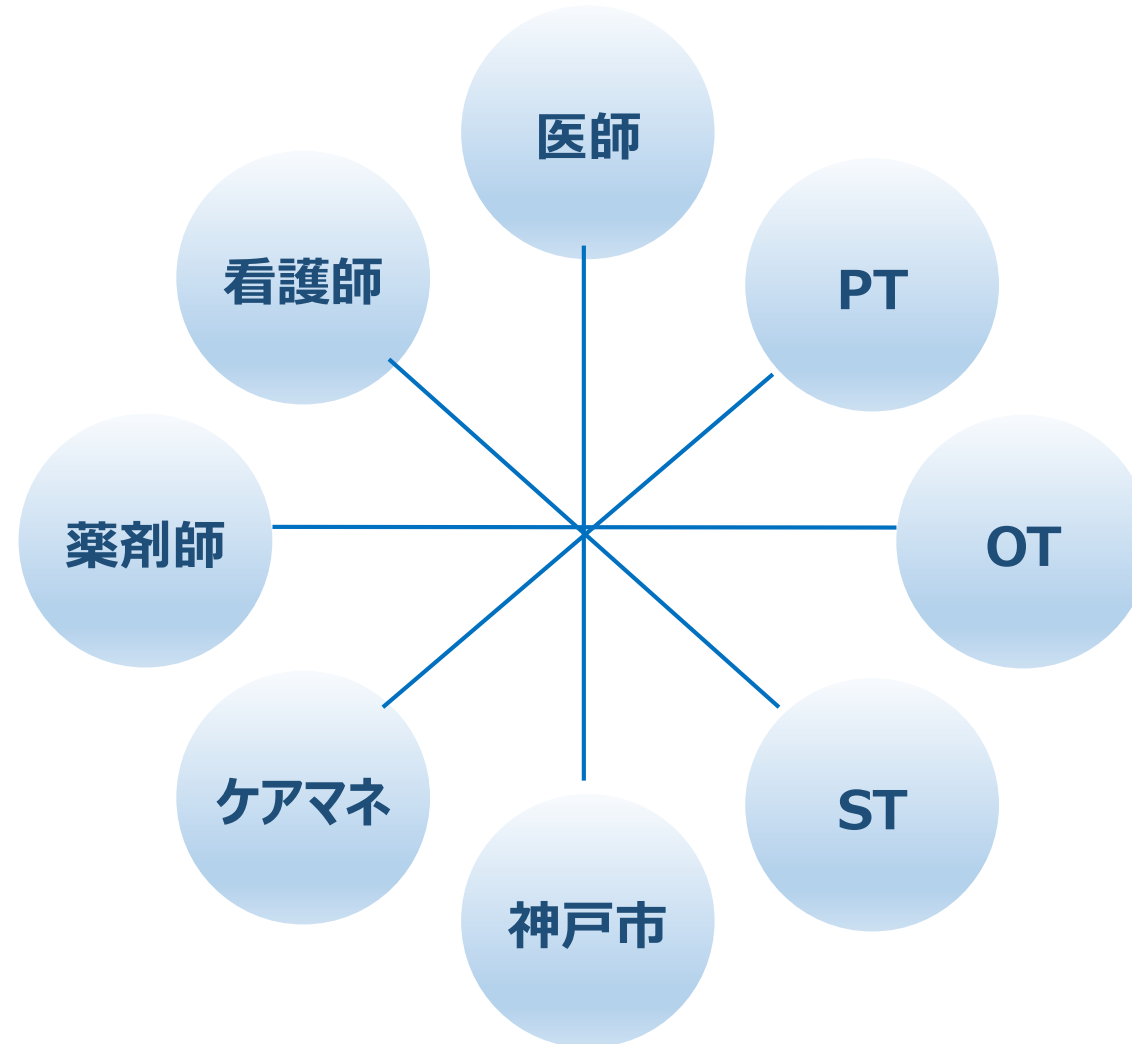
R3年度4Q	R4年度前半	R4年度後半	R5年度
地域一体化リハプログラム構築	心不全パイロット運用(コア施設)	心不全リハ本格運用* 呼吸不全プログラム構築	キュア神戸の本格運用 内部障害リハを介した地域包括ケアシステム
▲ キックオフミーティング (R4年1月)	▲ ②	▲ ③	▲ ④
	▲ ⑤	▲ ⑥	
	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の機能分化と役割分担の検討、経営的側面の検討 セラピスト・地域連携担当者・訪問看護師・ケアマネ対象の講演会と研修 情報システムのデータベース構築、アプリのカスタマイズ 		

4/13
 第一回ワーキング
 グループ会議

* 情報システムのデータベース構築ができ次第心不全リハから本格運用を開始するが、
 キュア神戸としての本格運用はカスタマイズしたアプリの実装ができてから開始する。

- 本会議でCURE-KOBEの運営に関して広い視野で議論し、大きな方向性を決定。6回開催予定▲
- 実務経験豊富なメンバー(30名)でWGをつくり、地域一体化リハプログラムの構築と運用の実務の中心として活動。

CURE-KOBE ワーキンググループ



CURE-KOBE ワーキンググループメンバー

医師

WGリーダー

北井 豪

国立循環器病研究センター

サブリーダー

山根 光量

山根クリニック院長

谷 知子

神戸市看護大学 教授

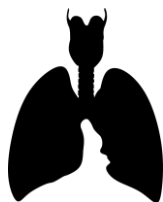


小林 成美

神戸大学医学部附属病院 特命准教授

村井 亮介

神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科



立川 良

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 医長



尾原 信行

神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科 医長

CURE-KOBE ワーキンググループメンバー



PT

木澤 清行

兵庫県理学療法士協会理事

清原 直幸

兵庫県理学療法士協会東支部支部長

戎 智史

兵庫県理学療法士協会西支部支部長

井澤 和大

神戸大学大学院保健学研究科 保健学専攻 准教授

岩田 健太郎

神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション科

沖山 努

神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 部長

梶家 慎吾

リハビリ訪問看護ステーション蕾 所長

喜田 直樹

本山リハビリテーション病院 リハビリテーション科 科長

栄 健一郎

適寿リハビリテーション病院 理事 経営本部副本部長

上野 勝弘

西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 統括科長

鈴木 佑弥

リハビリ訪問看護ステーション蕾

CURE-KOBE ワーキンググループメンバー

神戸市

山崎 初美 神戸市 健康局 保健企画担当局長
三木 竜介 神戸市 健康データ活用専門官
管 澄子 神戸市 福祉局 介護保険課担当課長

OT

塗田 一雄 兵庫県作業療法士協会 神戸ブロック長
崎本 史生 神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 主任代理

ST

服巻陽子 兵庫県言語聴覚士協会副会長
芝 さやか 兵庫県言語聴覚士協会理事

CURE-KOBE ワーキンググループメンバー

看護師/ 地域

高田 郁子	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 看護部長
米谷 久美子	神戸市立医療センター中央市民病院 地域医療連携室 課長
岩崎 美智子	兵庫県看護協会
尾崎 朋子	神戸リハビリテーション病院 総合支援相談室 室長
衣川 広美	神戸在宅医療・介護推進財団 地域包括ケア推進室担当課長

薬剤師

小塚 ひとみ	神戸市薬剤師会 常務理事
--------	--------------

ケアマネ

伊賀 浩樹	神戸市ケアマネジャー連絡会 代表理事
-------	--------------------

CURE-KOBEとは？

高齢者のQOL及び健康寿命の延伸のために、
疾患を問わず、急性期から回復期・生活期へとシームレスな医療連携を、
リハビリテーションを軸として多職種が介入し、
全人的地域包括ケアを実現することを目指したプロジェクト

CURE-KOBEの全体像

神戸広域脳卒中地域連携協議会
(Kobe Stroke Network)
2007.10.6-

脳卒中

呼吸器疾患



肝疾患

心疾患

腎疾患

神戸心不全ネットワーク
2017.



神戸医療介護推進財団

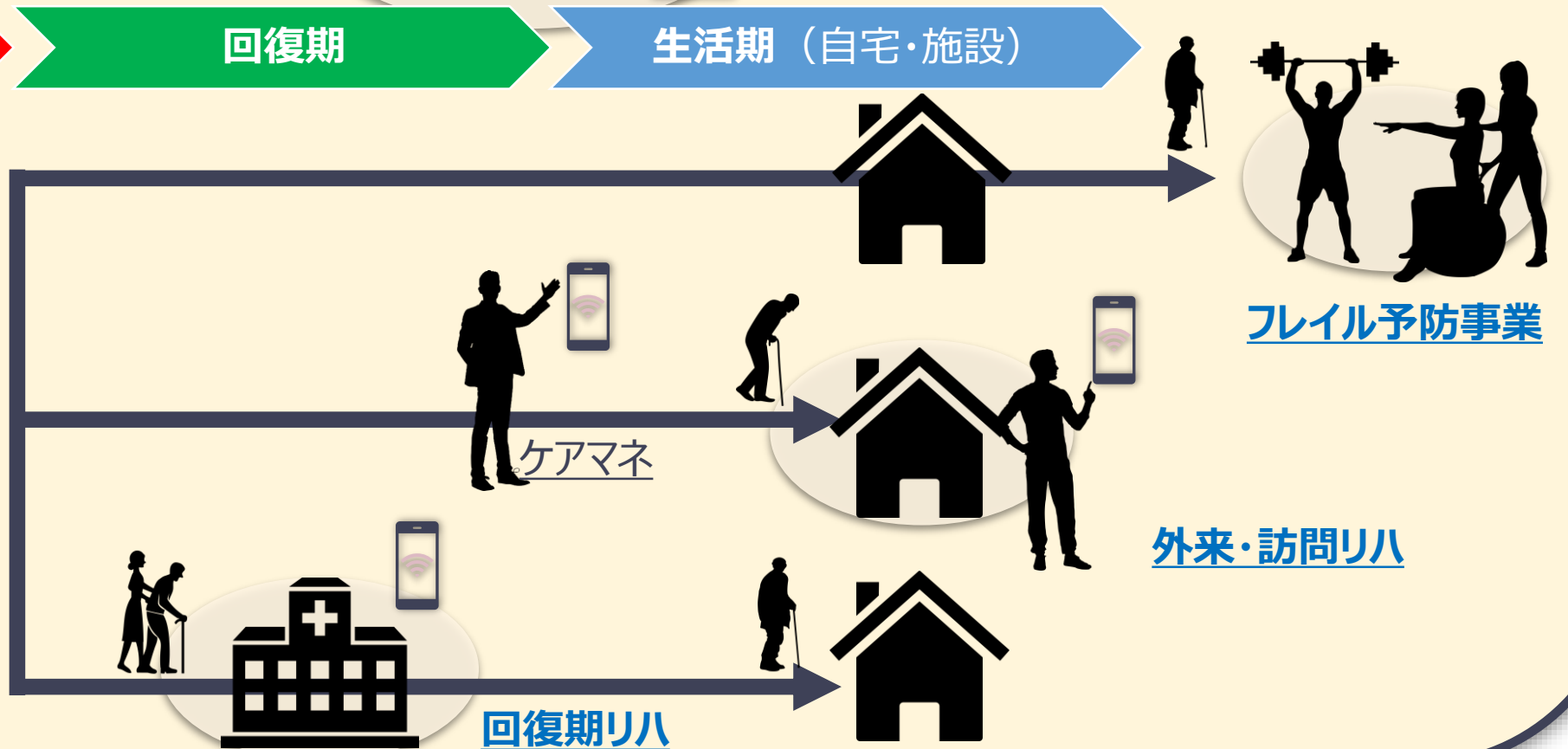
人材育成

情報共有

急性期

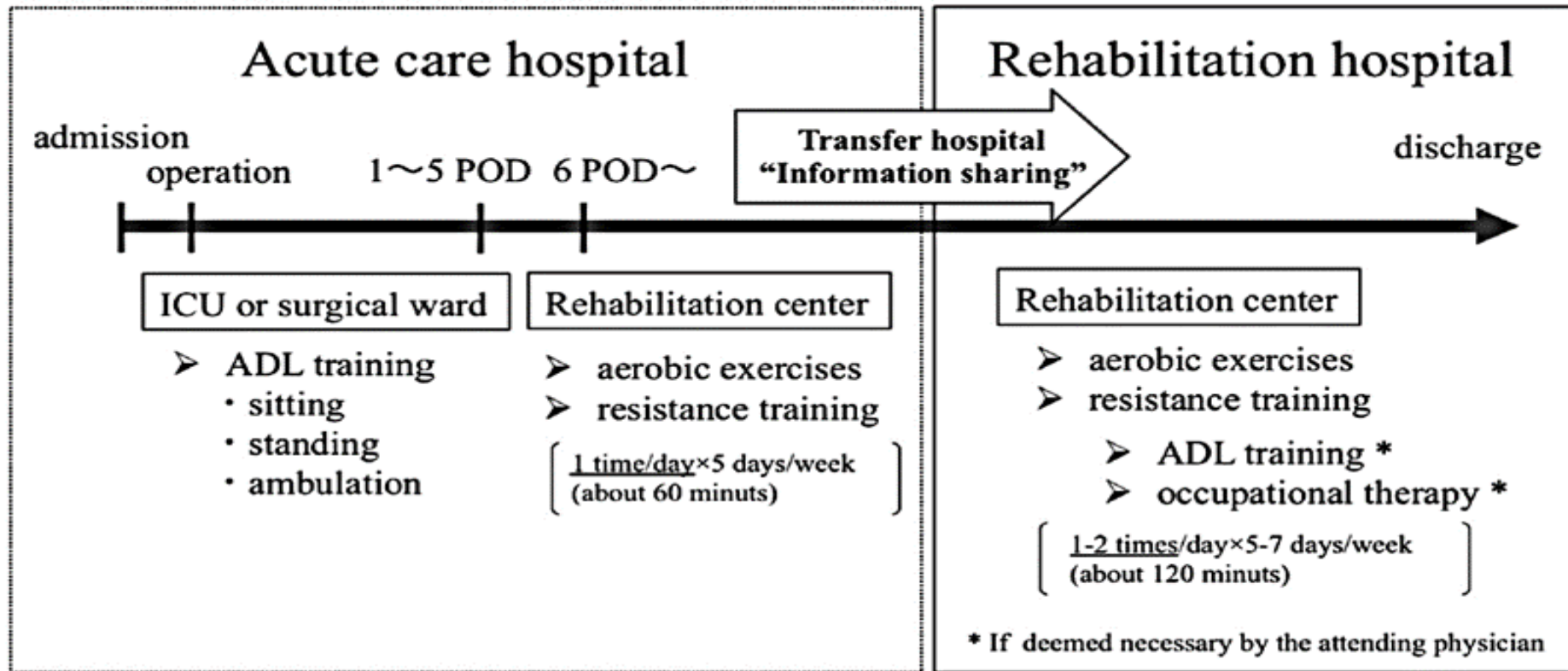
回復期

生活期（自宅・施設）



心リハプログラム運用案

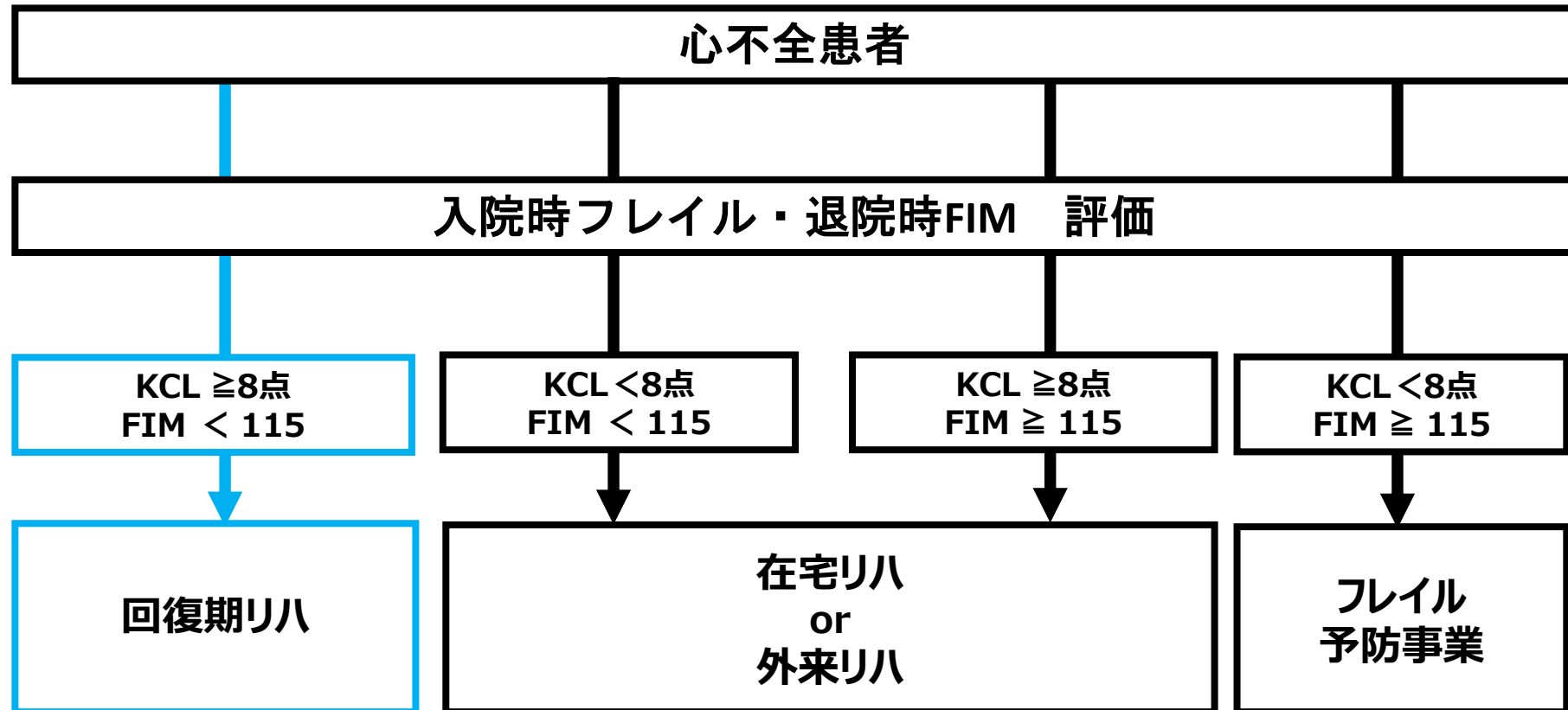
Cardiac Rehabilitation Program (between acute care hospital and rehabilitation hospital)



- 病態安定後に急性期の離床中心のプログラムから、回復期の包括的心臓リハ(疾病管理プログラム)へ

入院時フレイル・退院時FIMによるフローチャート

※ 基本チェックリスト (KCL) ≥ 8 点 : フレイル
日常生活動作 (FIM) < 115 : 廃用症候群



- 多職種で標準化した退院支援を行う

基本チェックリスト(KCL)

表7 基本チェックリスト様式例 記入日:平成 年 月 日()

氏名	住所	生年月日		
希望するサービス内容				
No.	質問項目	回答: いずれかに○をお付けください		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする

- 地域支援事業で各市区町村の**65歳**以上の要介護状態を把握するため、厚生労働省より提示
- 全**25**項目の質問で構成され、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のリスクを判定
- **8点以上**でフレイルと判定
- 一年以内の**新規要介護者**を鋭敏に予測
- **入院前**のフレイルの有無の評価が可能

日常生活動作 (Functional Independence Measure・FIM)

	評価項目	採点内容
運動項目	食事	食事が準備された状態から、口に運ぶ・咀嚼/嚥下などの動作について評価
	整容	「口腔ケア」「整髪」「洗顔」「手洗い」「髭剃り」の5項目評価各項目の介助量平均点
	清拭(洗身)	全身を10ヶ所に区切り(洗髪・背中は除外)、介助量評価
	更衣(上半身)	着衣と脱衣の平均(衣類の取り出しから評価) 入浴前後の着脱は評価対象外
	更衣(下半身)	ズボン・パンツ・靴下・靴の着脱(衣類の取り出しから評価) 入浴前後の着脱は評価対象外
	トイレ動作	衣類を下す⇒拭く⇒上げる の3項目で評価
	排尿コントロール	排尿動作「介助量」「失敗」の程度量評価 低い方で採用
	排便コントロール	排便動作「介助量」「失敗」の程度量評価 低い方で採用
	移乗(ベッド・車椅子・椅子)	ベッドからの起き上がり⇒立ち上がり⇒移乗の一連動作を評価
	移乗(トイレ)	トイレ脇についた所からの動作 (日中と夜間違う場合は低い方の評価)
	移乗(浴槽・シャワー)	浴槽を跨ぐ⇒沈み込む⇒立つ⇒出るの「しているADL」 シャワー浴:シャワー室の出入り・シャワー椅子の移乗
	移動(歩行・車椅子)	平地移動50m又は15mで評価 退院時歩行見込み:歩行評価 退院時の予測不可:車椅子と歩行で評価
	階段*	12~14段(1フロア分)又は4~6段か評価 訓練時の「できる能力」で評価 上り下りで異なる場合は低い方を採用
	認知項目	理解
表出		自分の欲求や考え方を伝え、表現する能力 音声表出(非音声である手話含む)
社会的交流		他人と折り合い、集団に参加する能力
問題解決		生活上の問題に対する問題を解決する行動 (簡単・複雑な内容に対して)
記憶		日常的に必要な事柄を覚えている 「関わり深い人物」「日常の日課」「他人からの依頼」3項目

- 他者や道具に依存しない度合いを評価する
- **認知機能**5項目、**運動機能**13項目の計**18**項目について、全介助を1点、監視を5点、道具なしで自立を7点とする7段階で評価
- 総計は126点、最低で18点
- **115点以下**で廃用症候群と診断
- 診断後**2ヶ月**以内に回復期リハ病院に転院すると、**90日**以内の入院で集中的なりハが可能

議題1

各施設/部門でCURE-KOBEを進めるにあたっての課題や問題点

[医師]

様々な併存疾患がある中で、リハビリをベースにした全人的なケアの取り組みを進めていきたい

現状では、急性期から回復期、在宅へと情報が共有できていないので、この取り組みで何とかしていきたい

急性心不全で入院する患者の約半数は、退院後にもリハビリが必要なのに受けれていない現状があるので大変重要なプロジェクトである。

議題1

各施設/部門でCURE-KOBEを進めるにあたっての課題や問題点

[看護師]

急性期や回復期病院から在宅へ戻ることが多いが、病院でしていたリハビリが在宅で十分生かされていないことが多いので情報共有はとても重要

内部障害はあまり経験がなく、今までと違う取り組みが必要と考えている。ただ具体的にはイメージがまだついていない。

地域連携をする上で情報の交換という点で日々課題を抱えており、退院支援をする中で患者さんが持つ病気は一つでは無いし、生活上の課題を持つ方もたくさんいるので日々四苦八苦している。個々の課題というよりも地域の課題を共有できることが重要。

議題1

各施設/部門でCURE-KOBEを進めるにあたっての課題や問題点

[理学療法士]

在宅でスタッフが関わる中で十分な知識や技術がないので人材育成は大きな課題

地域連携の課題の解決策がなかなか無いなかでこのような取り組みが確立されていくと働いていくスタッフや地域の患者さんが幸せになれると考えているので前向きに取り組んでいきたい。

バイタルリンクを実際に使用して、心不全の患者さんの入院が免れた事例も経験したのでどんどんネットワークが広がればよいと思っている

内部障害患者についてあらためてどのように取り組んでいくか検討していきたい

当院を退院して、退院後のリハビリが処方されていない患者の約8割の患者が、FIMが115点以下で廃用症候群と診断されることがわかった。CURE-KOBEでこの辺りの患者への取り組みをすすめていきたい

議題1

各施設/部門でCURE-KOBEを進めるにあたっての課題や問題点

[OT]

内部障害への対応がまだまだできていない現状があるが、これまでも整形疾患患者などへの介入の際に、内部障害を抱える患者が多くいたので、非常に有用な取り組みだと思ふ。

[ST]

嚥下障害を合併している高齢者が多いのでCURE-KOBEで情報共有できれば良い。

[薬剤師]

患者に関する服薬情報が提供されていない現状があり、錠剤・粉・とろみが必要か、食事はきざみ食なのか、などの食形態の情報や嚥下状態の情報を提供してもらえる体制作りが急務。訪問薬局にもスムーズに情報提供できるように、退院時カンファレンス等で情報共有していきたい

議題1

各施設/部門でCURE-KOBEを進めるにあたっての課題や問題点

[ケアマネ]

介護の立場からして、医療の先生方とまだまだ連携が足りていないと感じている。特に、内部障害の方に対するリハビリの視点が課題として残っており、リハビリの重要性をケアマネやあんしんすこやかセンターのスタッフにも発信していかないといけない

[神戸市]

バイタルリンクを使って病院と連携ができるとなると地域で支えるケアマネジャーやサービス提供事業者は非常にありがたい。

医療機関同士や在宅の支援チームがメインになると思うが、治療を中断されている方等、相手が求めなくても介入できるという行政の強みも含めて何かできることがないか考えていきたい

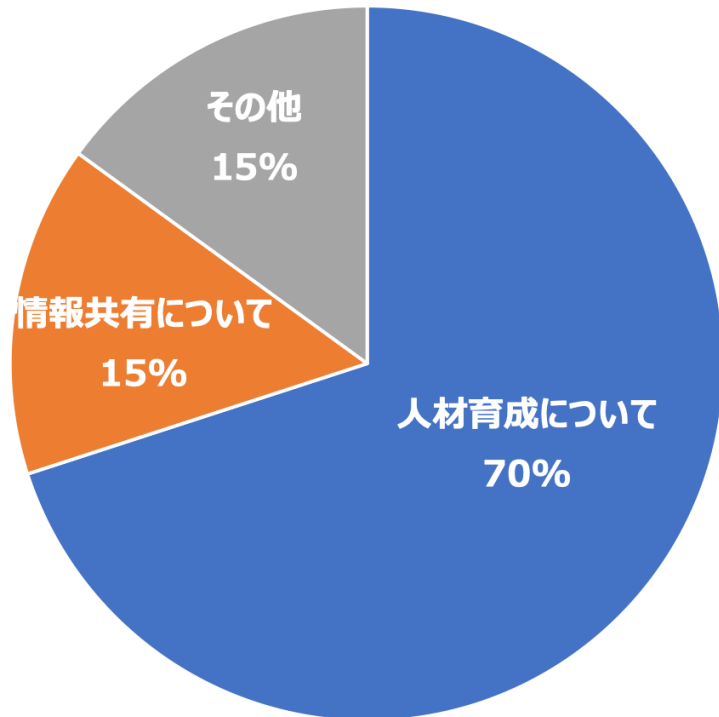
地域の中で医療と介護を広くワーキングの中で検討し、具体的に進めていくことが超高齢社会の中で効果が出していけるんじゃないかと期待しています

議題2

回復期病院へのアンケートから見える現状と問題点の共有

神戸市内の回復期病棟を有する18病院に対するアンケート結果

意見・要望



人材育成について

- ・ 急性期医療機関での研修体制があると良いのではないかと思います。
- ・ 回復期所属のセラピストに、かなりのボリュームの教育が必要
- ・ 人材育成の講習会など積極的に開催してほしいと思います。
- ・ 人材育成の観点から心疾患に対してのリスク管理などは研修会は定期的に行っていただきたいです。
- ・ 当院では心疾患単体というよりは、脳血管疾患や整形疾患に心疾患がベースにあることが多いです。運動負荷やリスク評価などの知見を増やせるような機会があるといいなと思います

情報共有について

- ・ 回復期に来る際のリハビリの情報が、基本動作やBI、ROMなどの脳血管や運動器と同じようになっているので、心大血管に必要なリハビリ情報の提供をしてほしい。
- ・ 連携システム支援や回復期の心リハの実状などの情報発信をして頂きたい。

治療の質向上と人材育成を目的とした 急性期病院－回復期リハビリ病院の連携

他職種カンファレンス



- ・急性期病院で行われる他職種カンファレンスに回復期リハビリ病院スタッフも参加（医師、セラピスト、看護師、地域連携室スタッフ、回復期リハビリスタッフ）



情報交換

- ・診断名、既往歴、治療経過など
- ・各検査結果（心臓超音波検査など）
- ・リハビリ評価結果（CPX、身体機能、ADLなど）
- ・運動療法の内容（運動種類、強度、頻度、運動中の循環動態の推移など）
- ・心リハ実施状況、経過
- ・生活、教育情報（心臓リハ教室参加状況など）



勉強会・症例検討会



- ・急性期病院、回復期リハビリ病院リハビリスタッフおよび在宅リハビリスタッフで心臓リハビリに関する勉強会や症例検討会を定期的実施



研修制度

- ・急性期病院セラピスト⇔回復期リハビリ病院セラピストによる心臓リハビリテーションの相互研修制度

議題3

バイタルリンクによる情報共有に関して

どのような情報を入力するか？（評価項目案）

共通評価



疾患別評価

神経系

運動器

内部障害・廃用

脳卒中

脊髄疾患

大腿骨骨折

胸椎圧迫骨折

心疾患

呼吸器疾患

THA

TKA

腎疾患

肝疾患

脊椎疾患

切断

定点評価（入院時・4週後・退院時）

共通評価

骨格筋量（SMI）

握力

膝伸展筋力

MRC（Medical Research Council Score）

SPPB

- ・4m歩行
- ・5chair stand
- ・立位バランス

ADL（FIM、BI）

基本チェックリスト

QOL（EQ-5D-5L）

GCS

MMSE

議題3

バイタルリンクによる情報共有に関して

個人情報保護に関して

- 共有する情報の種類に関わらず同意書が必須か？ (betterではあるが、mustなのか)
- 同意は、口頭同意+カルテ記載でも許容するか？
- 同意書の保管/管理などはどうするか？
- 同意が取れずにバイタルリンクを使えない症例は、CURE-KOBEの対象外としてしまってよいのか？
- データの二次利用に関する内容も含めた同意書にするのであれば、各施設の倫理委員会が必要になるか？

【様式3】

バイタルリンク利用及び個人情報取扱い同意書

システム管理者 神戸市中央区医師会長 殿

当院は、兵庫県医師会が導入し、神戸市中央区医師会がシステム管理者として運営する兵庫県医療介護連携情報ネットワーク「バイタルリンク」に参加しています。バイタルリンクは、インターネット回線を利用し、患者様の医療および介護情報を患者様の同意のもと関わる医療・介護スタッフが共有するシステムの事です。

【システムの目的】

このシステムを利用することで、病院とかかりつけの医師、看護師、ケアマネジャーなど様々な専門職の連携がスムーズになり、質の高い医療及び介護の提供をすることです。

【患者様の費用負担】

本システムの利用に関して、患者様の費用負担はありません。

【個人情報の安全対策】

患者様の情報を守るため、以下の対策を講じています。

- 暗号化を施しているインターネット回線を利用していますので不正に医療・介護情報を取得することはできません。
- 情報を閲覧する為の端末(コンピュータ等)は認証が必要であり、あらかじめ許可を得ている特定の端末以外は情報システムに接続することはできません。

【システム利用を中止したい場合】

同意後であってもバイタルリンクの利用を中止したい場合には、患者様の意思でいつでも中止することができます。その際は、同意書を提出した医療機関へご相談ください。中止をしてもその後の治療において患者様に不利益が生じることはありません。

私は、上記システムの利用と個人情報に関する事項の説明を受け、理解しましたので同意いたします。

患者（利用者）記入欄			
同意年月日	平成	年	月 日
患者氏名署名	(ふりがな)		
	(氏名) 印		
住所			
※代筆者	(氏名)	続柄	

システム同意取得医療機関記入欄	
説明者	(医療機関名)
	(氏名)

今後の課題と予定

- 心不全患者でのpilot運用（第3回本会議提案）
- スモールグループワーキングを組織して、各部署での準備を開始
 - ✓ 人材育成の教育プロジェクト素案
 - ✓ バイタルリンク運用の整備(同意書/個人情報)
 - ✓ ホームページ/ロゴなど広報を進める
- 事務局の拡充の必要性

CURE-KOBE 連携フロー(急性期～回復期～生活期)

急性期	入院日	入院 2-5日	入院 7日以内	退院前		退院日	退院後
達成目標	入院前情報 急性期治療	病棟ADLの確立 初期評価	カンファレンス 中間評価	病棟ADLの拡大 転帰先の決定と情報提供	最終評価 退院前カンファレンス	退院	カンファレンス
医師	・急性期治療 ・リハビリ処方	・急性期治療 ・病状説明	[バイタルリンク] ・疾病管理 ・他職種と情報共有	[バイタルリンク] ・転帰先の決定 ・運動処方退院後の治療方針の情報提供			
看護師	・病棟ADL (BI) ・心理状況 ・家族支援	・病棟ADLの評価 ・面接(心理機能面の 評価)	[バイタルリンク] ・病状・ADL・心理状況の把握と共有	[バイタルリンク] ・内服指導 ・ADL/心理社会面/家族支援状況			
リハビリ	・初期評価 ・入院前/病棟ADL 状況の把 (KCL)	・運動療法	[バイタルリンク] ・中間評価 (FIM) ・リハビリ状況/機能予後予測の共有	[バイタルリンク] ・最終評価・リハビリ状況/身体機能			
MSW	・介護保険の確認	・患者面談 ・退院支援の検討	[バイタルリンク] ・転帰先の選定 ・地域連携カンファレンス	・転帰先の決定 ・介護保険サービス内容調整	[バイタルリンク] ・連携施設/ケアマネへ連絡		

回復期	入院前			入院日	入院 1 週目	入院 2 週目	入院 4～8 週目		～退院日			
達成目標	急性期病院との情報共有			・初期評価 ・転院後病棟ADL確立	病棟ADL 拡大	・中間評価 カンファレンス	生活期施設 と情報提供	最終評価 退院前カンファレンス	退院			
医師	・治療方針(薬剤、酸素療法、方向性)の共有						・安静度	・運動処方の決定		・全身状態の管理 ・運動処方の再設定	[バイタルリンク] 連携施設の決定 ・退院後の治療方針の情報提供	
看護師	・病棟ADL状況 ・心理状況の共有						・病棟ADLの評価と実践 ・面接(心理機能面の評価)	・病棟ADL状況と心理状況の 把握と伝達		[バイタルリンク] 内服指導 ・状態悪化時のアクションプラン		
リハビリ	・運動療法(負荷量、プログラム)の共有						・病棟ADLを 想定した評価	・初期評価 ・運動処方		・中間評価 ・運動療法	・最終評価	
MSW	・回復期退院後の方向性 ・介護保険サービス調整状況の共有						・患者面談 ・退院支援体制の検討	・退院後の連携施設の決定 ・介護保険サービス内容の決定		・連携施設への連絡と情報提供 ・ケアマネへの連絡と情報提供		

生活期	急性期退院前		回復期入院中	回復期退院前	在宅リハ
達成目標	急性期の状況把握 退院前カンファレンス		回復期の状況把握 カンファレンス	回復期の状況把握 退院前カンファレンス	在宅リハ
看護師 リハビリ					

2022. 4.27

第2回 CURE-KOBE 会議資料

CURE-KOBEにおける 呼吸器疾患・呼吸障害の展望

神戸大学大学院保健学研究科

パブリックヘルス領域

石川 朗

呼吸リハビリテーションとは

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会，日本呼吸理学療法学会，日本呼吸器学会

呼吸リハビリテーションに関するステートメント 2018

植木 純^{1,2)} ・ 神津 玲^{1,3)} ・ 大平 徹郎^{1,4)} ・ 桂 秀樹²⁾ ・ 黒澤 一²⁾
安藤 守秀²⁾ ・ 佐野 裕子²⁾ ・ 佐野恵美香²⁾ ・ 石川 朗²⁾ ・ 高橋 仁美²⁾
北川 知佳²⁾ ・ 玉木 彰³⁾ ・ 関川 清一³⁾ ・ 吉川 雅則⁴⁾ ・ 津田 徹⁴⁾

- 1) 3学会合同呼吸リハビリテーションに関するステートメントワーキンググループ
- 2) 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会呼吸リハビリテーション委員会
呼吸リハビリテーションステートメント改訂ワーキンググループ
- 3) 日本呼吸理学療法学会
呼吸リハビリテーションステートメント改定ワーキンググループ
- 4) 日本呼吸器学会呼吸管理学術部会
呼吸リハビリテーションステートメント改訂ワーキンググループ

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

2018

呼吸リハビリテーションとは、呼吸器に関連した病気を持つ患者が、可能な限り疾患の進行を予防あるいは健康状態を回復・維持するため、医療者と協働的なパートナーシップのもとに疾患を自身で管理して自立できるように生涯にわたり継続して支援していくための個別化された包括的介入である。

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

呼吸リハビリテーションは原則として**チーム医療**であり、専門のヘルスケアプロフェッショナルすなわち、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、保健師、公認心理師、ケアマネージャー等の参加により、あるいは必要に応じて患者を支援する家族やボランティアも参加し行われるものである。

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

呼吸リハビリテーションは病態に応じて維持期（生活期）から終末期まで、急性期，回復時，周術期や術後回復期も含むシームレスな介入である。介入に際しては，評価に基づきコンディショニングを併用した運動療法を中心として，ADLトレーニングを組み入れ，セルフマネジメント教育，栄養指導，心理社会的支援等を含む包括的な個別化プログラムを作成，実践する

•

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

達成目標や行動計画を医療者と協働しながら作成し、問題解決のスキルを高め、自信をつけることにより健康を増進・維持するための行動変容をもたらすよう支援する。継続への指導は再評価に基づき行い、身体活動の向上を重視する。

呼吸リハビリテーションは息切れを軽減、健康関連QOLやADL、不安・抑うつを改善させ、入院回数・日数を減少させる等の有益な治療介入であり、適応のあるすべての呼吸器に関連した病気を持つ患者に実施される必要がある。

呼吸リハビリテーションの 現状と課題

呼吸リハビリテーションの現状と課題

1. 基礎疾患としてのCOPD
2. 繰り返される高齢者肺炎（誤嚥性肺炎）
3. シームレスな介入が未実施：回復期
4. 地域包括ケアシステムの現状

Smoking and severe illness in hospitalized COVID-19 patients in Japan

国立国際医療研究センター(NCGM)

International Journal of Epidemiology, 2021, 1–10

- 背景

生活習慣とCOVID-19との関連をみた研究はあまり行われておらず、喫煙のCOVID-19の影響に関して一貫した結果はまだ得られていない。喫煙状態がCOVID-19の重症度に及ぼす影響を調べるために、日本で入院していたCOVID-19患者のデータの大規模レジストリ (COVIREGI-JP) を用い、研究を実施。

Smoking and severe illness in hospitalized COVID-19 patients in Japan

国立国際医療研究センター(NCGM)

• 方法

20~89歳のCOVID-19入院患者17,666人（男性10,250人、女性7,416人）を対象とした。COVID-19の重症度（0~5）を、入院中に行った最も重い治療（もしくは死亡）で分類した。重症度3/4/5（侵襲的人工呼吸／体外式膜酸素投与／死亡）と、重症度5（死亡）の喫煙状況を、多重ロジスティック回帰を用いて重症度0（酸素投与なし；基準群）と比較した。喫煙状況は、非喫煙者、過去喫煙者、現在喫煙者、不明を4つのグループに分け、性別、年齢、入院時期、併存疾患で調整したオッズ比（OR）および95%信頼区間（CI）を求めた。

Smoking and severe illness in hospitalized COVID-19 patients in Japan

国立国際医療研究センター(NCGM)

• 結果と考察

男性の過去喫煙者では、重症度3/4/5および重症度5（重症度0を基準とした場合）のCOVID-19重症化リスクは有意に増加していた（年齢、入院時期を調整したOR（95%CI）=1.51（1.18-1.93）、1.65（1.22-2.24））。併存疾患で調整すると、ORは弱くなった。女性についても同様の傾向がみられた。現在喫煙者では、男女ともに重症度3/4/5、重症度5の有意なリスク増加はみられなかった。

COVID-19の重症度は、喫煙そのものよりも、喫煙によって引き起こされる併存疾患と関連していた。したがって、禁煙は喫煙関連疾患を予防するための重要な要素であり、COVID-19の重症化リスクを低減するための重要な要素であると考えられる。

COPDを 知ってほしい まずは禁煙から



「禁煙」は、COPD（慢性気管支炎）の予防と治療に最も効果的な方法です。禁煙することで、肺のダメージを減らし、症状の悪化を防ぐことができます。また、禁煙することで、心臓病や糖尿病などの他の健康問題のリスクも減ります。禁煙は、健康を回復し、生活の質を向上させるための重要なステップです。

桂歌丸 師匠を悼んで

7月2日に桂歌丸師匠が永眠されました。師匠は慢性閉塞性肺疾患（COPD）による呼吸不全に苦しんでこられました。治療を続けながら頑張る姿を皆さまに示すことで、この病気の啓発活動にご尽力くださりました。

ご冥福をお祈りいたしますと同時に、日本呼吸器学会を代表いたしますして、歌丸師匠のこれまでのご活動に感謝申し上げます。

平成30年 7月 3日

日本呼吸器学会 理事長 長谷川好規

基礎疾患としてのCOPD

COPDの認知度

健康日本21（第2次）

2011年：25.2%

→ 2022年における認知度の目標：80%

2019年：27.8%

基礎疾患としてのCOPD

日本におけるCOPD 疫学調査

NICE study

(Nippon COPD Epidemiology Study 2001年)

- 40 歳以上の有病率：8.6%
- 40 歳以上の罹患数：約530 万人

→ 厚生労働省の統計：26.1万人（2014年）

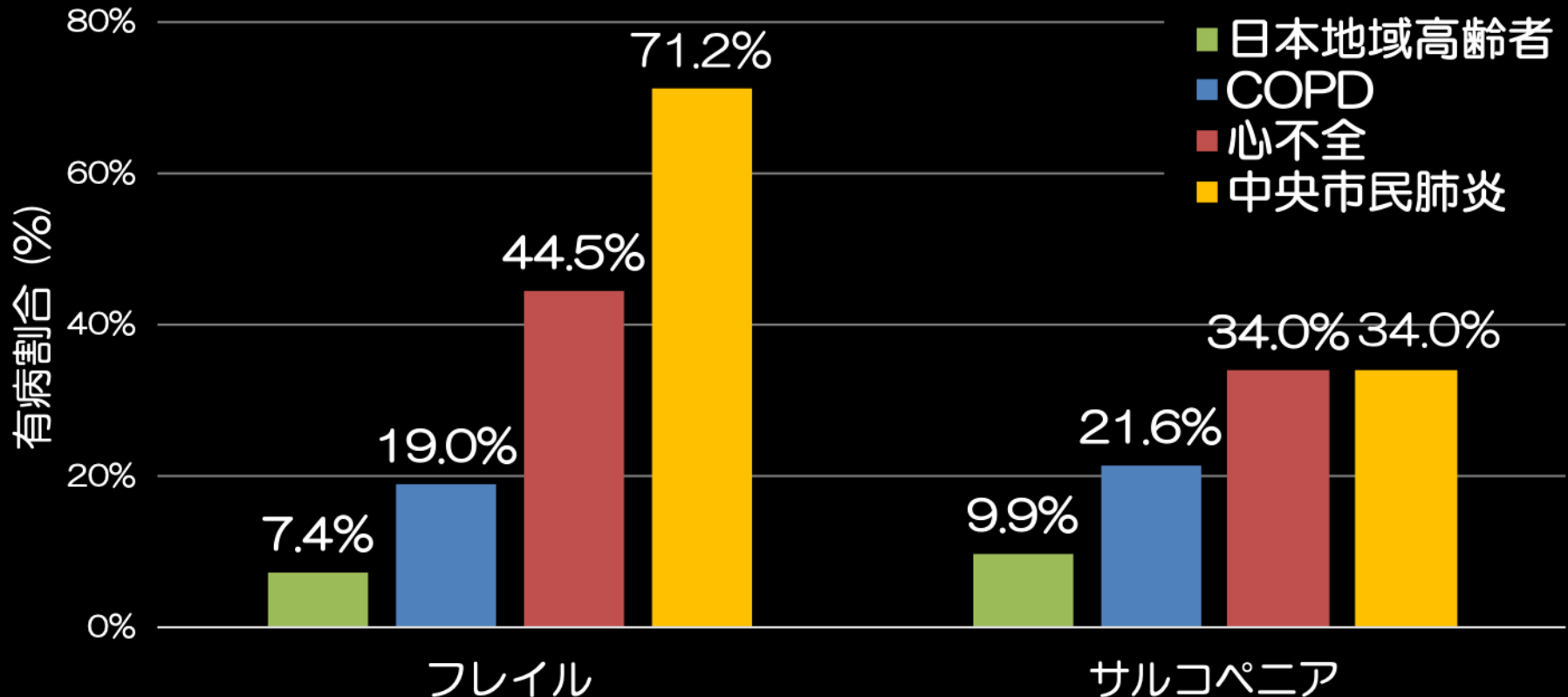
95%以上が未診断・未治療

フレイル

加齢に伴う心身の活力低下、複数の慢性疾患の併存などの影響により生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態
一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像



メタアナリシス、当院における 心不全・COPDのフレイルとサルコペニア有病割合



肺炎高齢者とフレイル(基本チェックリスト)

基本チェックリスト 質問項目とリスク判定基準

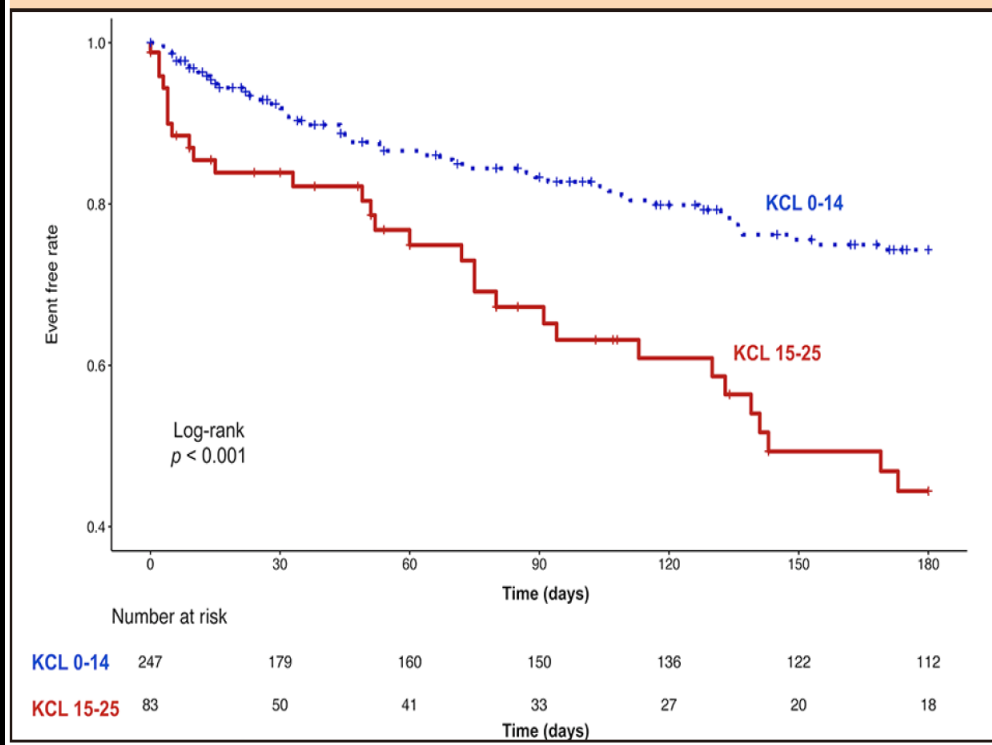
No.	質問項目
1	バスや電車で1人で外出していますか
2	日用品の買い物をしていますか
3	預貯金の出し入れをしていますか
4	友人の家を訪ねていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
8	15分間位続けて歩いていますか
9	この1年間に転んだことがありますか
10	転倒に対する不安は大きいですか
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか
12	BMI(体格指数)が18.5未満ですか
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか
14	お茶や汁物等でむせることがありますか
15	口の渇きが気になりますか
16	週に1回以上は外出していますか
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
20	今日が何月何日かわからない時がありますか
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする

すべての質問に「はい」「いいえ」で答えます。

肺炎患者の67%がフレイル
(基本チェックリスト>7点)

その中でもより基本チェックリストの高い患者では急性期退院後の再入院や死亡のリスクが高い

Figure 3. Kaplan-Meier analysis plot for readmission or death stratified by frailty status



COPD + フレイルへの運動療法の効果

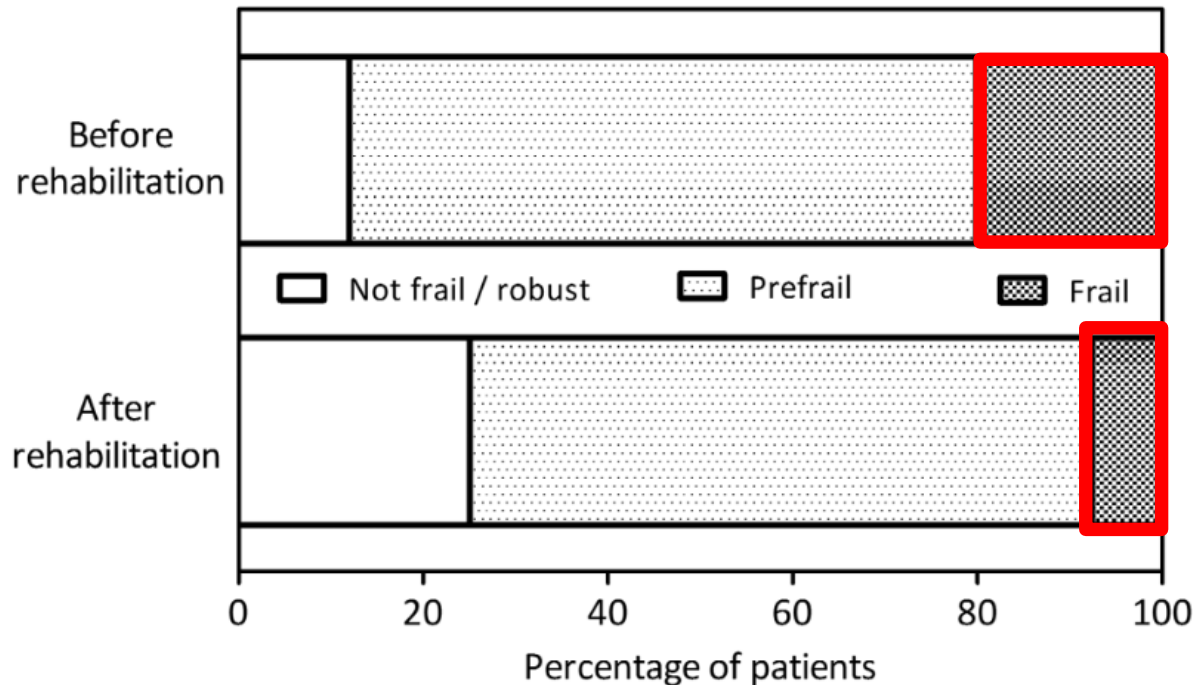
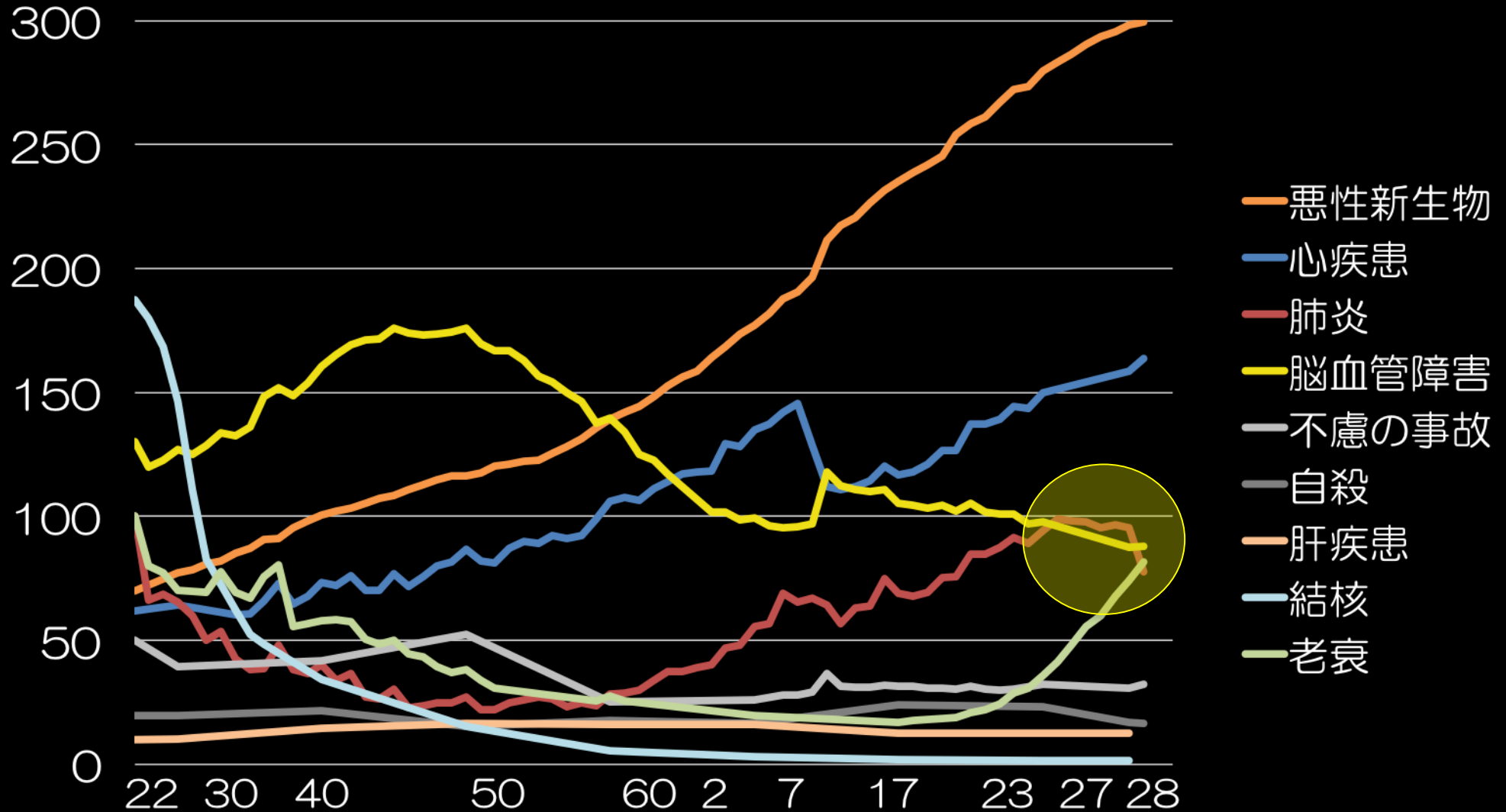


Figure 3 Patients with COPD grouped according to Fried's frailty criteria before and after pulmonary rehabilitation (n=574). Overall, rehabilitation led to a shift away from physical frailty towards a more robust state.

安定期COPD患者の25%がフレイル。
8週間の呼吸リハビリにより、呼吸困難、身体機能、身体活動、QoLの改善を認めた。
介入前にフレイルだった患者の61%がフレイル状態を脱却した。

Maddocks M, et al. *Thorax*. 2016

死因別での死亡率推移



西日本のある県における介護施設・福祉施設からの DPC入院症例の概要（H28年度研究班データ）

入院契機DPC名称	%	累積%	女性割合	平均年齢	平均在院 日数	救急車搬送 割合	死亡退院 割合	24時間以内 死亡割合	出来高換算 1日当たり 平均医療費
51,577人	100.0		67.6	84.9	24.2	39.7	11.4	2.4	50,461
誤嚥性肺炎	13.9	13.9	57.9	86.4	28.4	47.6	15.0	1.5	40,227
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	9.1	23.0	60.9	85.7	25.7	36.2	14.9	1.2	39,219
股関節大腿近位骨折	7.4	30.4	83.7	87.1	29.4	46.6	2.3	0.1	60,690
心不全	5.8	36.2	75.5	88.7	26.3	43.9	17.1	2.2	44,478
腎臓または尿路の感染症	5.1	41.3	74.4	86.0	22.4	35.1	5.2	0.4	38,266
脳梗塞	3.9	45.2	72.7	86.0	31.1	58.2	8.1	0.4	53,197
該当なし	3.1	48.3	67.6	84.6	21.5	47.0	10.7	2.0	47,874
胆管（肝内外）結石、胆管炎	2.4	50.7	71.5	86.8	19.6	25.1	5.6	0.6	56,685
ヘルニアの記載のない腸閉塞	1.9	52.6	60.4	82.4	21.8	36.7	10.1	2.9	47,844
徐脈性不整脈	1.9	54.5	67.2	86.5	9.7	66.8	53.9	45.5	121,496
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症	1.8	56.3	72.8	84.9	17.7	41.6	7.1	1.3	45,959
てんかん	1.6	57.9	56.9	77.0	17.7	82.5	3.6	0.4	51,790
呼吸不全（その他）	1.4	59.3	63.8	87.0	21.6	68.2	24.5	4.6	49,478
頭蓋・頭蓋内損傷	1.3	60.6	59.2	84.4	16.8	61.3	7.1	1.5	58,784

介護施設から搬送される患者の4人に1人は肺炎（誤嚥性肺炎を含む）
肺炎の死亡退院割合は15%、1日当たり入院コストは約5万円
入院期間は約4週間

高齢者肺炎 誤嚥性肺炎が80%を占める

Teramoto S, et al. *J Am Geriatr Soc*, 2008.

食事時の誤嚥

夜間睡眠中の唾液誤嚥



健常高齢者においても喉頭侵入83%，誤嚥28%認める

Susan G. Butler, et al. *The Laryngoscope*. 2010

なぜ肺炎にならない??

誤嚥性肺炎 (aspiration pneumonia)

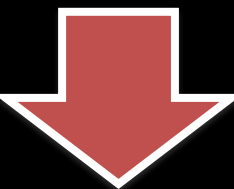
誤嚥を繰り返すことで生じる肺炎

抵抗

嚥出力
体力・免疫力

侵襲

誤嚥の量・内容



肺炎

誤嚥＝誤嚥性肺炎ではない！

誤嚥性肺炎の発生機序と予防

抵抗

- 喀出力（咳嗽力）の低下 → 腹筋筋力・胸郭可動域トレーニング
咳嗽の介助
- 体力の低下 → 運動療法 + 身体活動量の向上
食事療法
- 免疫力の低下 → 肺炎球菌ワクチン
インフルエンザワクチン接種の推奨

侵襲

- 誤嚥の量 → 食事姿勢の検討
食事形態の検討
- 内容（夜間の唾液）
1) なぜ誤嚥するのか → 睡眠薬大量服用の再考
日内リズム：circadian rhythm の確立
2) たとえ誤嚥しても → 口腔ケア（就寝前）の徹底

回復期リハビリテーション病棟対象疾患

対象疾患	発症又は手術から入院	入院期間
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症又は手術後、義肢装着訓練を要する状態	2ヶ月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷		180日
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	2ヶ月以内	90日
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日

回復期リハ病棟で呼吸器疾患患者を受け入れにくい理由 単価が低い

疾患別リハビリテーション点数表 【平成30年度診療報酬改定対応】

	脳血管疾患	運動器	廃用症候群	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日	150日	90日
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	維持期リハ(*1) 147点	維持期リハ(*1) 111点	維持期リハ(*1) 108点		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	維持期リハ(*1) 120点	維持期リハ(*1) 102点	維持期リハ(*1) 88点		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	—	—
	維持期リハ(*1) 60点	維持期リハ(*1) 51点	維持期リハ(*1) 46点		

(*1) 要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合は所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

回復期リハ病棟で呼吸器疾患患者を受け入れにくい理由 その他色々

回復期リハ病棟

実績指数

FIMが低いうち
早めに入院受入れ

呼吸器疾患の人
早めを受け入れる
と病態不安定？

できるだけ
入院期間を短縮

運動FIM利得
(退院時FIM—入院時FIM)

÷

入院日数／上限日数

運動FIMが入院時から
いくら増えたか

上限日数よりどれだけ
早く退院したか

退院までにできるだけ
自立度アップ
退院時FIMを上げる

呼吸器疾患の人は
入院長引く？

呼吸器疾患の人は
入院時FIM高い？

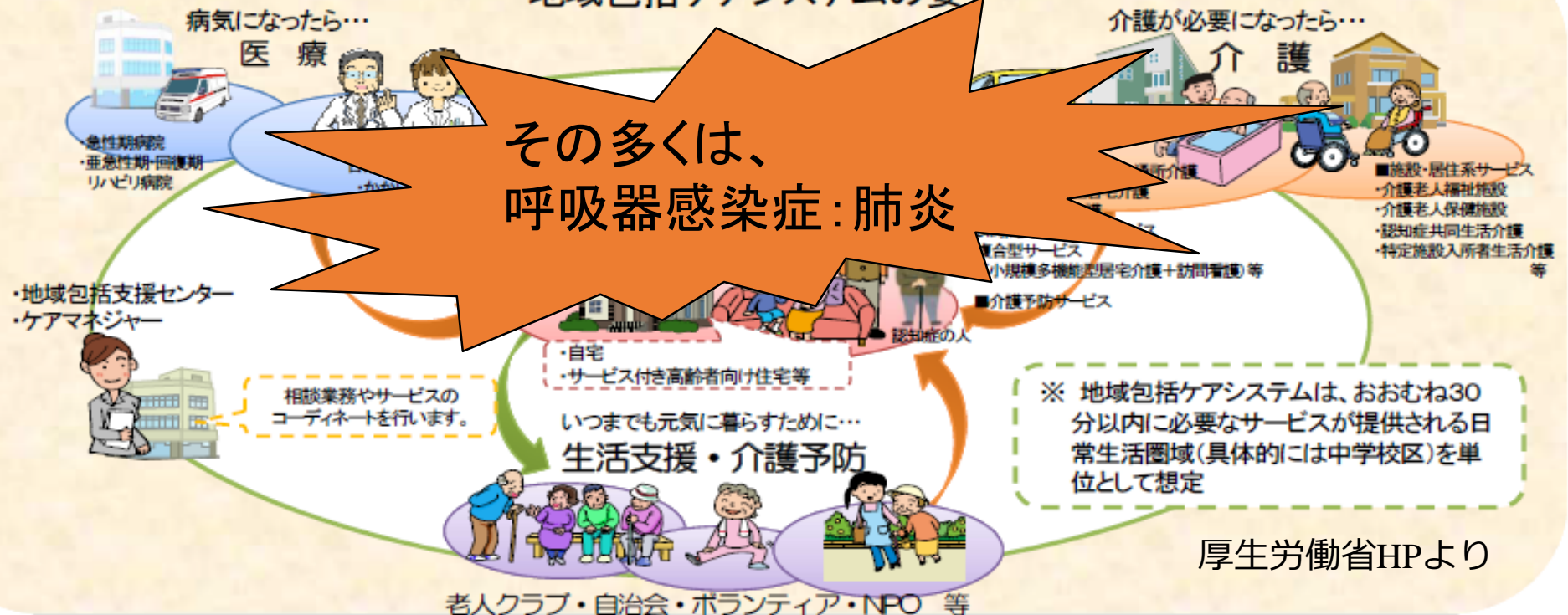
医師がいない

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。

地域包括ケアシステムの姿



呼吸リハビリテーションに関するステートメント

2018

将来の課題

8) 地域連携・地域包括ケアシステム

慢性呼吸器疾患の管理のためには呼吸リハビリテーションを含んだ包括的医療システムの整備が重要で、地域における医療連携は欠かせない。呼吸器専門医の施設において呼吸リハビリテーションの導入を行い、在宅でのプログラム継続を促し、地域の施設と連携して外来リハビリや、介護保険を利用した通所リハビリ、訪問リハビリ等のサービス利用を検討する。

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

2018

将来の課題

8) 地域連携・地域包括ケアシステム

患者が居住地のサービスを利用し生活していくことが理想であり、地域包括ケアシステムにおいても医療・介護・予防・住まい・生活支援、5つのサービス提供が30分で受けられる範囲で包括的に切れ目なく提供されることを目指している。しかし地域包括ケアシステムは主に脳血管障害や運動器疾患等に関して論じられ、内部障害のシステム構築は皆無の状態である。

呼吸リハビリテーションに関するステートメント

2018

将来の課題

8) 地域連携・地域包括ケアシステム

地域包括ケアの確立にはサービス提供できる施設や人材の育成の充実が必要と思われるが、呼吸器障害をもつ患者が利用できる施設や人材はまだ不足している。また慢性呼吸器疾患の病態が理解されておらず介護保険における介護度が適切に評価されていない、在宅酸素療法機器管理指導の不充分さ、実際の日常生活への指導がされていない等、地域での呼吸器障害の理解はまだ不十分である。呼吸リハビリテーションは医療だけでなく介護分野においても浸透していくことも急務である。

CURE-KOBEにおける 呼吸器疾患・呼吸障害への提案

神戸在宅呼吸ケア勉強会

《活動内容》

定例勉強会年間全12回

2013年度～2019年度

(研修終了生 約400名)

フォローアップ研修 全6回実施

* 定例勉強会受講終了者のみが対象

研究発表

第2回 日本訪問リハビリテーション協会学術大会

第6回 日本訪問リハビリテーション協会学術大会

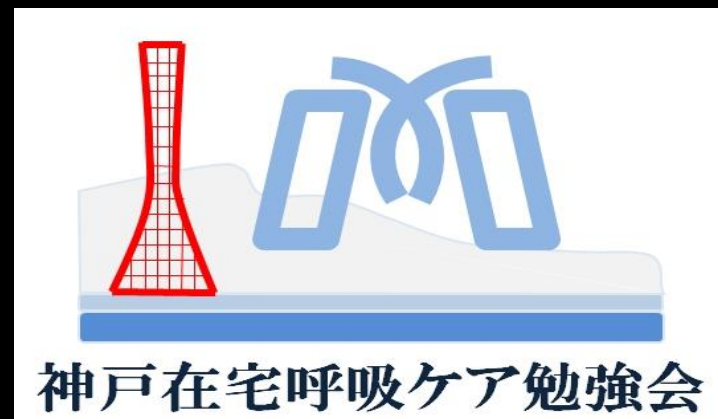
第50回 日本理学療法学会学術集会

第25回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会

在宅COPDケアポケットマニュアル作成

兵庫県地域連携MAP作成

**神戸在宅呼吸ケア勉強会・ひょうご呼吸ケアネットワーク
合同研修会の再開**



回復期におけるシームレスな介入

神戸リハビリテーション病院 呼吸器疾患患者実績

- 患者数：8例（R3.11現在）
- 在院日数：58.4日（最短:17日 最長:90日）
- 在宅復帰率：87.5%（7/8）

➤ 実績指数：**65.6**

➤ R2年度平均：**48.0**

（回復期病棟 60床：脳血管・運動器疾患）

※実績指数 \geq 40が施設基準の必要項目

CURE-KOBEにおける呼吸リハビリテーション

意義と期待される効果

- 高齢者の多くは基礎疾患として呼吸器疾患の合併
- 呼吸器疾患におけるフレイルの合併
- シームレスな介入
 - 肺炎の予防、フレイル改善
 - 再入院の減少
 - 医療費の抑制
 - 健康寿命の延伸

第一回キュア神戸会議 要旨

開催日時：令和4年1月12日(水) 14時～15時43分

開催場所：ハイブリッド形式 委員(Web)

事務局(三宮研修センター805号室)

出席者：別紙

【内容】

1. 委員紹介

2. 議長及び顧問の選任

3. 挨拶

○細谷理事長挨拶

- ・今後、超高齢社会を迎える。2040年の推計では、高齢化率が30%を超え、神戸市北区では40%を超える。このため医療・介護の地域包括ケアシステムをきっちりと作っていかないといけない。リハビリテーション医療が今後ますます必要となってくる。

○花田局長挨拶

- ・第6波、コロナの85%がオミクロン株に置き替わっている。感染拡大しているが、重傷者は一人も出ていない。軽症が94%。重症化度合は減少している。
- ・2025年に団塊の世代の方々が後期高齢者になる。次の問題は、2025年問題の方々のジュニアの人たちが後期高齢者になる2040年問題。それを目指して健康寿命を延ばしていく。きっちりとリハビリをすれば、死亡や再入院する確率が半分になる。今後、リハビリが一番力を入れていかないといけない分野。

4. 議題

(1) 協議体の設立経緯等について(細谷議長)

- ・急性期・回復期・生活期リハビリテーションを包括する一体化プログラムを構築し運用する。
- ・一体化プログラムを通じて各々に関わる医療機関の機能分化と相互連携を図る。
- ・関係するセラピスト・医師・看護師・地域連携担当職などの教育育成と相互連携を図る。
- ・全ての疾患別リハを対象とするが、当面は一体化プログラムが未熟な内部障害リハ、特に心不全をモデル事業とする。
- ・一体化プログラムによって医療者のみならず患者本人が病態とリハビリテーションの見通しを持つことができ、行動変容を期待する。

(2) 一体化リハビリテーションプログラムの概要について(北井委員)

- ・高齢者は多重障害で、様々な疾患を抱えているので、包括的に高齢者医療として提供できるようなシステムがこのキュア神戸。
- ・バイタルリンク（クラウド型地域連携システム）のアプリがあり、パソコンでもスマ

ートフォンでも利用ができる。患者さんの日々の血圧、心拍数、体重、症状の質問の項目を点数化して、このアプリに表示させることができる。さらに、なにか問題ができたときに、テキストメッセージを介して、いつでもリアルタイムに情報共有ができる。回復期に移った後に急性期に連絡を取ることもできるし、その先の在宅にいった後に通院型のリハビリをしているときに急性期病院あるいはかかりつけの先生とコンタクトを取るということが可能になっている。

(3) 各委員の意見

- 15年ほど問題だと思っているのは、シームレスな呼吸リハビリテーションと言われているが、残念ながら非常に回復期が遅れている。
大きく2つ原因があると思う。
①診療報酬の問題
回復期においては、呼吸器の算定が一番低い。
②Fimの問題
短期間で成果を上げなければならないので、対象疾患として呼吸器が乗ってこない。
まずは、心不全からということだが、呼吸器プログラムについても並行して行ってもらいたい。
- 病院から退院してくるときに、何も状況がわからない。
あとで、開業医の先生が病院の処方箋を見てその薬を出すだけで、症状がまったくわからない。色々なデータがあるが、私達は手にすることはない。ただ薬を出すような感覚で、薬物療法でありながら、なにも連携が取れていないのが現状である。
- 開業医の医師は高齢の医師も多く、アプリをうまく使いこなせるか心配である。
県の医師会は利用しているが、神戸市は色んな理由があり、バイタルリンクを使用していなかったなので、今回に期待している。
- このプログラムは一人の患者に円を描いて関わりある人がみていくプログラムである。
一番問題になるかもしれないのが、個人情報結構広い人たちに知られてしまうということ。個人情報は大切だが、患者さんをよくすることを第一と考えた医療体制が一番重要だと思っている。
- 生活期リハが遅れている。循環器でリハビリテーションの成果を発表しようとすれば、問題点となるのは、比例尺度である。
- どんな病気になられるかわからないのと、結局担い手は同じなので、神戸市の中で色々なリハが必要な患者さん達を一つにまとめて、みんなで協力して健康寿命を延ばすというコンセプトのほうがすっきりする。
- フレイルチェックの中で今、高齢者の食支援や認知症対策予防における食支援、在宅訪問栄養指導ということが、先生の指示がないと動けない状態である。
- 回復期リハビリをしている病院との連携、どういった形で心リハを続けてやっていただけなのか、病院間の情報共有が足りないと感じる。心リハに関して、それぞれ

のリハビリ病院でどこまでやっていただけるかということで情報のやり取りも大事だと感じる。

- 訪問に携わっている言語聴覚士は県下でも非常に数が少ない。全国でもSTが4万人弱しかいない、兵庫県でも900人ぐらいしかいない。訪問を専門にしているSTは100名いるかどうか。今後、啓発・啓蒙をやっていきながら、自分たちが直に関われなくても、関係職種でなんとか連携をとってやっていけないだろうかということが今後の課題。
- リハ職は大多数が病院勤務であって、医師の指示でリハを担当している。リハ職が一生懸命頑張ったとしても、力の加減は施設内に影響を及ぼすのが精一杯、申し送りの時に影響を及ぼすのが精一杯。だが、今回は医師の先生方や行政の力を借りることで必ず動き出し、成果がでると感じる。
- 連携していくために、看護では紙ベースで看護サマリーを使っているが、なかなか在宅の方から見れば、役に立たない情報ばかりといわれている。なので、紙ではなく、今回のwebを使ってタイムリーに情報共有ができるということは非常に素晴らしいと感じる。

急性期の病院の看護師はおうちで患者さんが回復したという状況がわからないので、webを使ったフィードバックを受けることで、自分達関わった人がこんなに元気になったということを知れることで、看護のやりがいにも繋がる。

- 日本の平均寿命は長寿になっているが、健康寿命との乖離が激しい。その乖離を埋めることが医療費の削減にも繋がり、QOLの改善、日本の生活が変わっていく。リハビリテーションをすれば絶対に良いということの実感を持っているが、どの程度いまリハビリテーションが実施されていて、それによってどのぐらい再入院が防げていて、本当に健康寿命が伸びるのかというデータが全くない状態である。
- 心不全の増加による医療の圧迫が社会的な問題で、行政も参画すべきなので、神戸市にも経済的に支援してほしいとお願いしたことがある。その頃は機が熟してなく、様々な病気がある中で心不全の支援だけをするのが難しいと返事を頂いた。今回は神戸市も主導的立場で今回の大きな社会的意義のある取り組みを行っていただくことは光栄であると感じる。
- 理学療法士会としてはいくつかの問題点を持っている。

①在宅でのケア

現状、理学療法士で、在宅で勤務しているのは全国的に2%程度しかいない。

在宅で働ける場が十分でない。

- ②在宅で勤務しているセラピストが脳卒中や頸部骨折等のケアに携わることが多く、心臓や肺の疾患を診ている経験豊富なセラピストが特に少ない。

それに対する研修やトレーニングを理学療法士会としても全面的に協力してこの事業に積極的に関わりたい。

(4) 質疑

Q.呼吸器の先生が委員として少ないという印象を受けた。ぜひ中央市民の富井先生並びに北播磨に行かれている西村先生に委員に入っていたらと考える。

A.細谷議長

- ・ワーキングの方に1名立川先生が入っている。今後、本格的に呼吸器リハのことを考えるときには委員を追加していこうと考えている。

5. 今後のスケジュールについて

開催時期 (予定)	回	主な議題
令和4年 4月頃	第1回	今後の進め方の検討
令和4年 7月頃	第2回	地域一体化リハビリテーションプログラム素案(心不全)の検討 (ワーキンググループからの提案)
令和4年 10月頃	第3回	地域一体化リハビリテーションプログラム原案(心不全)の検討 (パイロット運用実施に向けて)
令和5年 1月頃	第4回	地域一体化リハビリテーションプログラム修正案(心不全)の検討 (パイロット運用実施を受けて)

6. 閉会挨拶

北顧問

- ・財団の将来像の中で、このコンソーシアムというアイデアを立ち上げて、ここまで様々な職種のご了解を得て立ち上げたことはお見事である。
呼吸不全あるいは認知症等にも段階を追って進んでいくと思うし、今までの脳卒中や整形領域はもちろんのこと、高齢者の複合的な疾患に対して、リハビリテーションを通して、神戸市民の健康に資する活動を神戸市全体で行うことは大変意義がある。

令和4年4月16日

キュア神戸 第1回ワーキング会議メモ

日時：令和4年4月13日(水)19時00～20時40分 WEB(zoomにて実施)

出席者：別紙

1. 内容

(1) 開会の挨拶とCURE KOBE全体像の説明(北井リーダー) [資料1参照]

(2) ワーキングメンバー自己紹介

(3) 回復期病棟の心臓リハビリテーションについてのアンケート結果説明。
人材教育と情報共有のための共通評価とバイタルリンクについての説明
(岩田委員) [資料2参照]

(4) ディスカッション

①各施設でCURE KOBEを進めるにあたっての課題(人材育成の方法について)

(木澤委員) 以前、人材育成という形で研修会に参加して、在宅で内部障害の底上げになり勉強になった。在宅でリスクの部分をどのように回避していくのが一番不安なのでリスク管理は人材育成の重要な部分であると思っている。

(北井リーダー)

またプラットフォーム案をメールで案内させていただくのでご意見いただきたい。レクチャーの部分でお願いすることもあるので皆様ご協力いただきたい。

(谷委員) 回復期病院勤務時に看護師より心不全の講義をしてほしいと依頼あり。病院内でレクチャーを行い、体制を整えていくことは一つの方法であると思っているのですすめていってもよいのか?

(北井リーダー)

一人で行っていただくと負担も大きいのでCURE KOBE全体で担って人材育成を進めていければと思う。

②情報共有について共通評価項目の提案

(尾原委員) 脳卒中の立場より modified Rankin Scale (mRS) を加えていくと、データ収集に有効ではないか。

③各施設におけるバイタルリンク利用開始時の個人情報や同意書について

(三木オブザーバー)

同意書は必ず必要になるので基本的には退院時カンファレンス時に説明し同意をいただき、イレギュラーなケースについては随時議論していければ良いと思う。

(村井委員) 一人の患者さんに一つのアカウントを付与することになるが、様々な病院に入院していく過程で複数のIDを持ってしまう可能性があることについてどのように考えていくのか。

→統合できるか確認する(事務局)

(小林委員) 個人情報の入力アプリのクラウドに直接アップされるのか。個人の端末にデバイスに個人情報が残らないのか。

→情報の入力は一直接アップされるが、画像については端末に残っている可能性はある(三木オブザーバー)

2. その他

今後のスケジュールについて [資料3参照]

まずは、心不全ネットワークの経験を活かし、パイロット運用として中央市民病院の心不全患者を7月から運用し、事例検討を重ねて後半には他病院にも拡げていければと考えている。来年度からは疾患を拡げて運用を始める予定。

神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）

会則

（名称）

第1条 本協議会は、神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）と称する。

（事務局）

第2条 協議会の事務局を次の所在地におく。

- （1）兵庫県神戸市北区しあわせの村1-18（神戸リハビリテーション病院）
- （2）兵庫県神戸市中央区加納町6-5-1（神戸市役所健康局）

（会期）

第3条 本協議会の年度会期は、毎年4月1日より翌年の3月31日までとする。

（目的）

第4条 本協議会は、今後迎える超高齢化社会や多疾患・重複障害という疾病構造の変化等を踏まえ、リハビリテーションの分野においてこれまでの疾患別・病期別から全身・全体像を把握するリハビリテーションモデルの構築が求められていることを鑑み、神戸市域において包括的一体化リハビリテーションプログラムを構築するとともに、切れ目のない多職種による地域における一体化リハビリテーションの普及をめざし、地域包括ケアシステムに資する取り組みを推進するために設置する。

（事業）

第5条 本協議会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- （1）急性期・回復期・生活期リハビリテーションを包括する一体化プログラムを構築し運用する。
- （2）一体化プログラムを通じて各々に関わる医療機関の機能分化と役割分担を図る。
- （3）関係するセラピスト・医師・看護師・地域連携担当職などの教育育成と相互連携を図る。
- （4）すべての疾患別リハビリテーションを対象とし、一体化リハビリテーションプログラムによって医療者のみならず患者本人が病態とリハビリテーションの見通しを理解し、行動変容が生まれる事により再入院の低下や健康寿命の延伸を図る。
- （5）その他、本協議会の目的を達成するための事業

（構成）

第6条 会議は運営に関する大きな方向性を決定する本会議と具体的な取り組みを検討するワーキングチームから構成する。

(委員)

第7条 本会議及びワーキングチームの委員は神戸在宅医療・介護推進財団理事長が任命する。

- 2 本会議に議長及び顧問を置き、委員の互選により選任する。
- 3 委員の任期は2年間とし、再任を妨げない。
- 4 補欠により就任した委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会則の変更)

第8条 本会則の変更は、委員の過半数の同意をもって改正することができる。

(補足)

第9条 この会則の施行に必要な細則は議長が本会議に諮って定めるものとする。

附 則

この規定は、令和4年1月12日から施行する。

神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム（キュア神戸）

ワーキングチーム 委員名簿

(50 音順・敬称略)

氏 名	役 職
伊賀 浩樹	神戸市ケアマネジャー連絡会 代表理事
井澤 和大	神戸大学大学院保健学研究科 保健学専攻 准教授
岩崎 美智子	もみじ訪問看護ステーション 所長
岩田 健太郎	神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション技術部 主査
上野 勝弘	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 統括科長
戎 智史	兵庫県理学療法士協会西支部支部長 名谷病院 リハビリテーション科 主任
沖山 努	神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部長
尾崎 朋子	神戸リハビリテーション病院 総合支援相談室長
尾原 信行	神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経内科 医長
梶家 慎吾	リハビリ訪問看護ステーション蓄 所長
喜田 直樹	本山リハビリテーション病院 リハビリテーション科長
◎北井 豪	国立循環器病センター医長 神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション科 非常勤医師
木澤 清行	兵庫県理学療法士協会理事 リハビリ訪問看護ステーション蓄
衣川 広美	神戸在宅医療・介護推進財団 地域包括ケア推進室 担当課長
清原 直幸	兵庫県理学療法士協会東支部支部長 神戸マリナーズ厚生会病院 リハビリテーション科長
小塚 ひとみ	神戸市薬剤師会 常務理事
小林 成美	神戸大学医学部附属病院 特命准教授(医科学分野)
栄 健一郎	適寿リハビリテーション病院 理事 経営本部副本部長

崎本 史生	神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 主任代理
芝 さやか	兵庫県言語聴覚士協会理事 しあわせ訪問看護ステーション 主任代理
鈴木 佑弥	リハビリ訪問看護ステーション 菅
高田 郁子	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 看護部長
立川 良	神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 医長
谷 知子	神戸市看護大学 教授 神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科 非常勤医師
塗田 一雄	兵庫県作業療法士協会 神戸ブロック長 介護老人保健施設リハ・神戸 リハビリテーション部 主任
服巻 洋子	兵庫県言語聴覚士協会副会長 荻原みさき病院リハビリテーション部 部長
管 澄子	神戸市 福祉局 介護保険課担当課長
□三木 竜介	神戸市 健康データ活用専門官
村井 亮介	神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科 医師
○山根 光量	山根クリニック院長
山崎 初美	神戸市 健康局 保健企画担当局長
米谷 久美子	神戸市立医療センター中央市民病院 地域医療連携課長

◎はリーダー、○はサブリーダー、□アドバイザー

事務局：岩田 健太郎（兼） 中央市民病院リハビリテーション技術部 主査
前川 健一郎 神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 主任