

第3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8月10日（水）15:00～16:30

場所：Web 開催

次 第

- 1 開会
- 2 議題
 - (1) ワーキングチームからの報告
 - (2) 議長報告
 - (3) バイタルリンクのセキュリティについて
- 3 その他
 - ・診療報酬に関して
- 4 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 キュア神戸運用ルール(心不全)

資料3 議長報告

資料4 セキュリティに関する資料

資料5 診療報酬に関する資料

資料6 第2回本会議議事録

資料7 第2回ワーキングチーム議事録

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

参考資料3 呼吸不全リハビリテーション検討チーム名簿

参考資料4 個人情報保護法について

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
安田 理恵子	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
橋本 加代	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
	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	中山 裕介	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

CURE-KOBEとは？

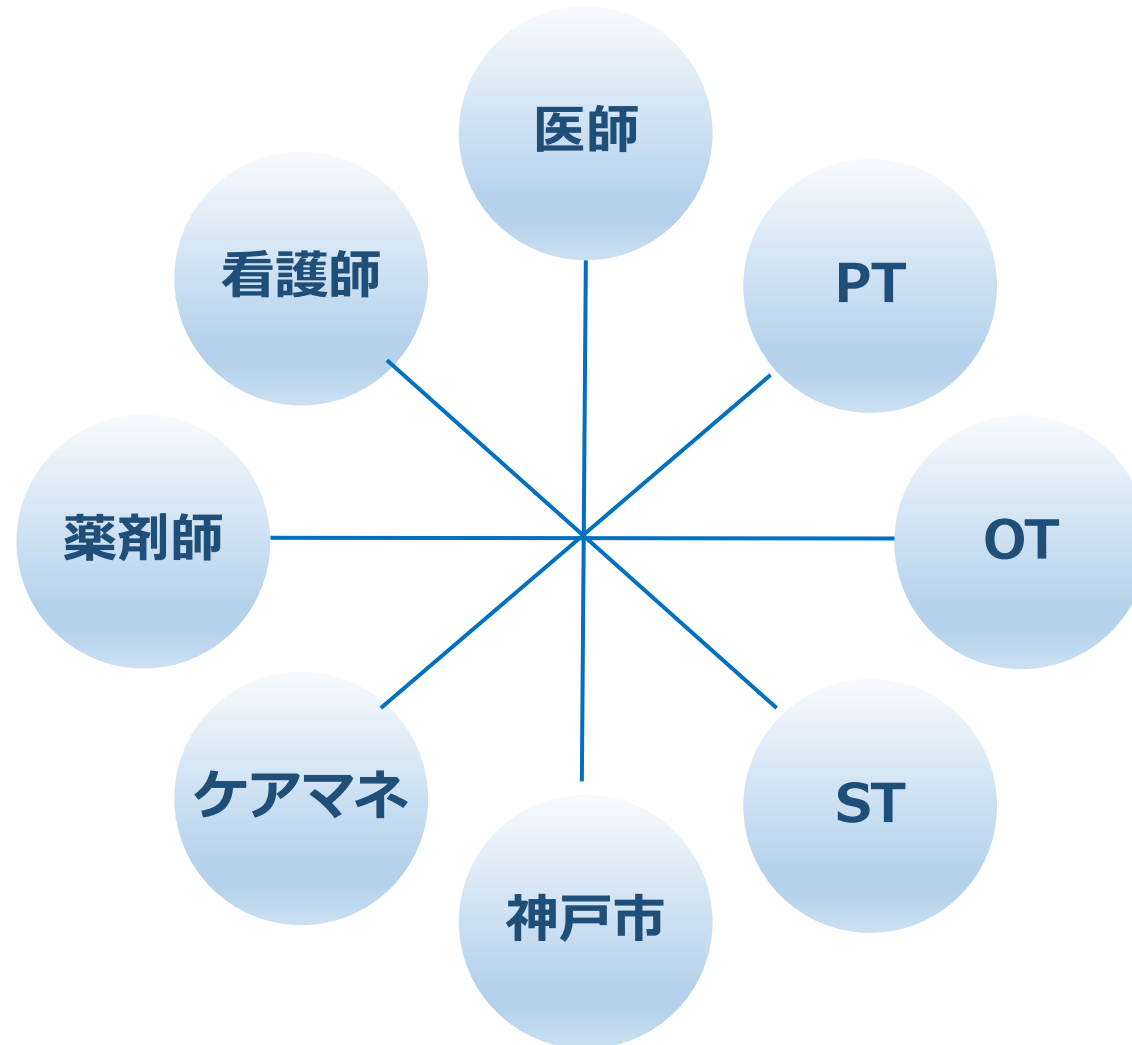
高齢者のQOL及び健康寿命の延伸のために、
疾患を問わず、急性期から回復期・生活期へとシームレスな医療連携を、
リハビリテーションを軸として多職種が介入し、
全人的地域包括ケアを実現することを目指したプロジェクト

CURE-KOBE steering committee

議長	細谷 亮	ほそたに りょう	神戸在宅医療・介護推進財団 理事長
顧問	北 徹	きた とおる	神戸市医療監
顧問	平田 健一	ひらた けんいち	兵庫県循環器病対策協議会 会長
顧問	坂井 信幸	さかい のぶゆき	兵庫県循環器病対策協議会 副会長
委員	堀本 仁士	ほりもと ひとし	神戸市医師会 会長
委員	西 昂	にし たかし	神戸市民間病院協会 会長
委員	高橋 玲比古	たかはし あきひこ	神戸市第二次救急病院協議会 会長
委員	小澤 修一	こざわ しゅういち	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 院長
委員	東山 洋	ひがしやま ひろし	神鋼記念病院 院長
委員	幸原 伸夫	こうはら のぶお	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
委員	古川 裕	ふるかわ ゆたか	神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科 部長
委員	北井 豪	きたい たけし	国立循環器病研究センター 医長

CURE-KOBE ワーキンググループ(WG)

35 名



CURE-KOBE small WG

- WG内の専門家集団をグループ化して、WG本隊を支援する小グループを設置する。

(敬称略)

生活期リハのあり方 検討グループ

持続可能な生活期リハを目指して、在宅医・訪看・訪問リハ・ケアマネ・服薬指導・行政福祉職等を一体化する。

リーダー：山根光量(Dr)

サブリーダー：村井亮介(Dr)、栄健一郎(PT)、菅澄子(神戸市)

メンバー：米谷久美子(Ns)、小塚ひとみ(薬剤)、服巻陽子(ST)、伊賀浩樹(CM)

専門職教育研修 グループ

キュア神戸に関与する全ての専門職（特に現状手薄な回復期と生活期を担うリハ職）の教育と研修計画を立案し、実行する。

リーダー：谷知子(Dr)

サブリーダー：小林成美(Dr)、井澤和太(PT)、岩崎美智子(Ns)

メンバー：塗田一雄(OT)、岩田健太郎(PT)

EHR検討グループ

地域連携に必須の双方向性情報ツールであるEHR(医療情報連携ネットワーク)を構築する。患者個人情報保護に配慮する。

リーダー：立川良(Dr)

サブリーダー：尾原信行(Dr)、北井豪(Dr)

メンバー：山根光量(Dr)、朱祐珍(神戸市)、木澤清行(PT)

尾崎朋子(Ns)、小塚ひとみ(薬剤)、加藤善久(神戸市)

広報グループ

ホームページの更新、市民啓発、行政や関係団体へのPRや資料作成を行う。

リーダー：北井豪(Dr)

サブリーダー：小林成美(Dr)、森井文恵(神戸市)

メンバー：山根光量(Dr)、鈴木佑弥(PT)

WG

リーダー：
北井 豪(Dr)

サブリーダー：
山根 光量(Dr)
山崎 初美(PHN)

生活期リハのあり方 検討グループ

リーダー 山根 光量(Dr)
サブリーダー 村井 亮介(Dr); 柴 健一郎(PT); 管 澄子(神戸市)
メンバー 米谷 久美子(Ns); 小塚 ひとみ(薬剤); 服巻 洋子(ST); 伊賀 浩樹(CM)

持続可能な生活期リハのために：患者にとってのゴールを急性期→回復期→慢性期・生活期へと共有する

現場での課題 … 情報共有・統一的な連携

「退院前カンファレンス」「外来通院患者カンファレンス」
「患者のプロファイル（背景）共有」
「ACP：アドバンスドケアプランニング」

（中央区在宅医療・介護連携推進協議会資料より）

<課題の細分化>

What: 有効な情報共有・カンファレンスとは？

How: シームレスな連携をどう実現？

When/Where: 各phase/場所での問題

Who: 対象患者、患者への各職種の関わり方

患者/医療機関・従事者**双方にメリット**のある仕組み



継続可能な地域包括連携

評価指標の設定： 連携率・再入院率・サービス導入率

必要コストの推算（人的・時間的・金銭的）

対価（診療報酬）の確保： 管理料・各種加算

中央区医療介護サポートセンター (地域包括ケアシステムの構築)

- ・在宅医療の推進
- ・代診制システム構築
- ・外国語対応についての対策
- ・小児在宅医療の推進
- ・ACPについての啓蒙

平成28年4月
発足

在宅医療推進委員会

- ・在宅医療連介護連携推進に係る会議の開催
- ・多職種連携の促進
- ・事例検討会の開催
- ・現場担当者による多職種連携の促進
- ・市民啓発(公開講座・セミナーの開催)

平成24年11月
発足

※中央区在宅医療介護 推進協議会

- ・地域ケア会議への参加
- ・健康教室等の講師
- ・医療・療養生活に関する相談等
(住民・他職種)

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、
栄養士会、リハ職種協議会、ケアマネ連絡会、
老施連、介護福祉士会、行政、病院連携部門
等

中央区あんすこドクター

平成27年1月
発足

- ・在宅医の連携と協力体制づくり
- ・在宅医療に関する相談(住民・関係職)

在宅つながるネットこうべ

平成25年11月
発足

認知症初期集中支援チーム

地域の診療所

行政及び地域
包括支援センター

神戸市中央区医師会

中央区医療介護
サポートセンター

- ・病院紹介(機能・課題・連携)
- ・病院機能の報告制度への対応

地域医療連携委員会 (病院交流会)

平成24年4月
発足

病院
地域医療連携部門

地域の病院
地域の診療所

平成26年11月
発足

中央区地域医療連携部門 連絡協議会

- ・病病連携(連携部門担当者の会)
- ・医療連携促進にかかる研修会
- ・病院・在宅等の他関係機関との連携促進
- ・担当者による世話人会開催

病院連携部門
訪問看護ステーション
施設看護師等

平成27年6月
発足

病看一訪看つながるネット中央



- ・看看連携(同職種の連携推進)
- ・入退院の支援・調整の情報交換と課題の整理
- ・訪問看護の理解
- ・在宅移行に向けた病院・訪問・施設看護職の
役割理解

中央区在宅医療・介護連携推進協議会

中央区在宅医療介護連携推進協議会参加組織

中央区医師会
中央区歯科医師会
中央区薬剤師会
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会
(神戸ブロック 中央区)
神戸市ケアマネジャー連絡会(中央区)
神戸市地域医療課
中央区保健福祉部
中央区社会福祉協議会
神戸大学病院
神戸市立医療センター中央市民病院
神戸赤十字病院
神鋼記念病院
神戸労災病院
兵庫県介護福祉士会
神戸市老人施設連盟
兵庫県栄養士会
神戸市リハ職種地域支援協議会

事務局:中央区医療介護サポートセンター

- 各職能の代表者・行政・ケアの担当者等で構成される『中央区在宅医療・介護連携推進協議会』を設置。
- 定期的に協議会を開催、地域の課題の抽出と対応策の検討、中央区における在宅医療・在宅介護の切れ目のない一体的な体制構築に向けた取組の企画・運営を行っています。
 - ・多職種事例検討会の開催
 - ・現場担当者(各専門職)による連携促進のための交流会等の企画・開催
 - ・市民啓発活動(公開講座・セミナーの企画・開催) など

中央区在宅医療・介護
連携推進協議会

神戸市中央区医師会

医療介護サポートセンター



専門職教育研修 グループ

リーダー	谷 知子(Dr)
サブリーダー	小林 成美(Dr); 井澤 和大(PT); 岩崎 美智子(Ns)
メンバー	塗田 一雄(Ns); 岩田 健太郎(PT)

役割：すべての専門職の教育と研修計画を立案し実行する

教育対象：医師・看護師・PT・OT・ST・薬剤師・管理栄養士・ケアマネジャー

(その他、MSW、地域連携室スタッフ、歯科医師、などの職種の加入も検討)

・ 現在の取り組み

多職種勉強会の開催

- 神戸リハビリテーション病院（回復期病院）：
 - ・ 心不全の基礎的知識についての講義、多職種連携を行った症例検討などの勉強会を1回/月（計3回）実施中
 - ・ 多職種（医師・看護師・OT・PT・薬剤師・栄養士）が参加
 - ・ 他病院（西記念ポートアイランドリハビリテーション病院など）の多職種スタッフもオンライン参加



このような経験を活かし、多施設を繋いだ教育プログラムを立案、実施していきたい

• 教育プログラム（素案）

講義

- 例) 循環器疾患
- 循環器疾患総論
 - 心リハ
 - 心疾患フィジカルアセスメント
 - 薬物治療
 - 栄養
 - 看護
 - 介護保険、社会福祉
 - 退院支援
 - ACP、緩和医療
- etc

対面

オン
ライ
ン

オンデ
マ
ンド

演習

- 例)
- アセスメント演習（FIM、SPPB、6 MWT）
 - シミュレーターを用いた演習

実習

- 例)
- 半日、1日
 - 見学型/診療参加型
 - 急性期/回復期/生活期

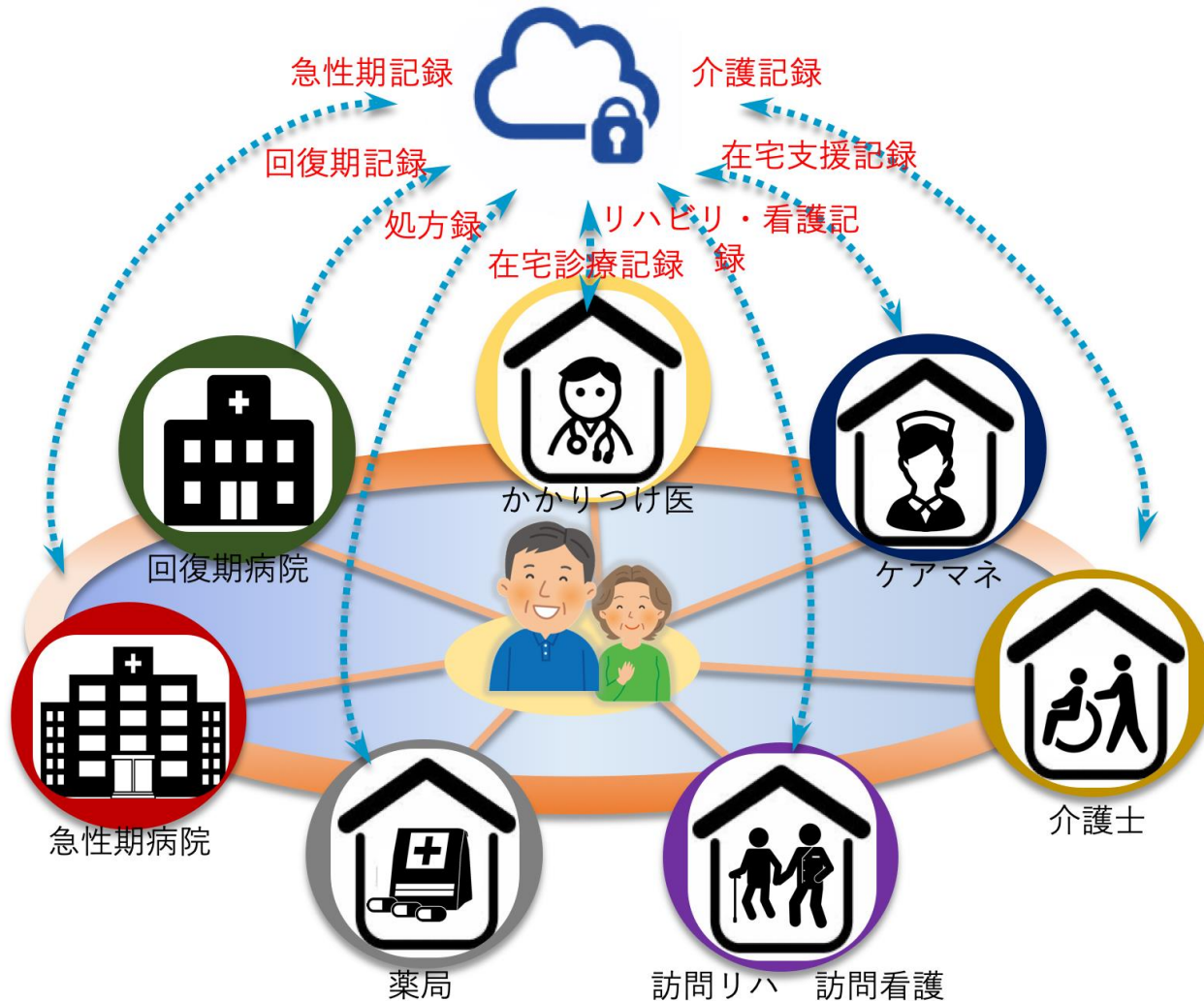
神戸市内の様々な施設で展開していく
(※職種によって必須とする)

症例検討 など

- 例)
- 担当患者について発表
 - ディスカッション

呼吸器疾患リハ、脳血管疾患リハについても適用できる
普遍的なプログラムを立案する

シームレスな医療介護連携を実現するクラウド型EHR ネットワークの構築 (Electric Health Record)



急性期から生活期までシームレスな情報共有

- ✓ 情報収集力の向上
- ✓ 業務効率化

セキュアな通信による多職種連携

- ✓ 双方向性のコミュニケーションの促進
- ✓ タイムリーな介入
- ✓ 専門的医療支援

地域包括ケアの推進
医療の質の向上

患者・家族の関与

- ✓ 慢性期管理への主体的な参加
- ✓ 治療アドヒアランス向上、行動変容

検討事項

- ・プラットフォームの選定 (Vital Link等)
- ・情報共有を基盤とした弾力的な運用
- ・CURE KOBE専用の共通フォーマットの作成
- ・各施設の既存のEMRの出力/共有方法の検討
- ・個人情報保護法/条例の遵守
- ・同意書の取得方法

目的：継続的な情報発信 (ホームページ、市民啓発、行政や関係団体へのPR)

CURE-KOBE 公式ロゴ

A案



B案



C案



キュア神戸運用ルール(心不全版)

第 1 稿 6/8/22

第 2 稿 6/9/22

第 3 稿 6/27/22

第 4 稿 7/15/22

I.	心不全患者の内科的コントロールの標準化-----	p. 2
II.	地域医療連携-----	p. 3
	キュア神戸参加医療機関情報について(別紙1)-----	p. 9
III.	リハビリテーションプログラム内容の標準化(一体化)-----	p.10
IV.	リハビリテーション評価法-----	p. 13
V.	キュア神戸における患者コンサルテーションについて(細谷私案)-----	p. 15
VI.	付) 略語一覧 -----	p. 16

I. 心不全患者の内科的コントロールの標準化

1. 急性期病院入院中

- 血行動態を安定化させ、速やかなうっ血の解除と低拍出状態からの回復を図る。必要に応じて静注治療薬や酸素投与・人工呼吸を使用する。全身状態の改善に応じて、静注治療薬から内服薬への移行、酸素投与・人工呼吸からの離脱、早期離床のためのリハビリを行う。
- 心不全の増悪因子を確認し、それに合わせた生活指導や薬物治療を行う。
- 入院中に、可能な限り心臓リハビリテーションを導入し、心不全に対する疾病教育も行う。
- 心不全の背景となる心疾患の検索を行い、心電図・心エコーや CT/MRI などの非侵襲的検査に加えて、必要に応じて冠動脈造影などの侵襲的検査も行う。
- 侵襲的な治療介入が必要と判断される場合には、リスク・ベネフィットを考慮した上で治療方針を確認し、回復期病院への連携の際に、しっかりと情報共有を行う。
- 急変時コードを含めた事前指示、ACP を可能な限り行い、話し合った内容や決定事項に関する情報共有を行う。

2. 回復期リハビリテーション病院入院中

- 急性期病院退院時の心機能や弁膜症/不整脈の状況を確認し、生活期への移行のための治療計画を立てる。特に、急性期病院からの継続した薬物療法の強化の必要性(ガイドライン推奨薬物療法: GDMT)を確認し、必要に応じて調整する。
- 入院中やリハビリ中での不整脈モニタリングを必要に応じて行い、モニタリング継続の必要性や、リハビリ強度の確認を行う。
- 生活期へ向けての生活指導/疾病教育とセルフモニタリングの指導を継続する。
- 回復期病院退院前の心不全重症度に合わせて、その後のリハビリプランの見直しを行う。
- 急性期病院での急変時コード、事前指示、ACP 内容に変更がないかの再確認を行い、変更がなくても情報をアップデートし共有する。

3. 在宅医療

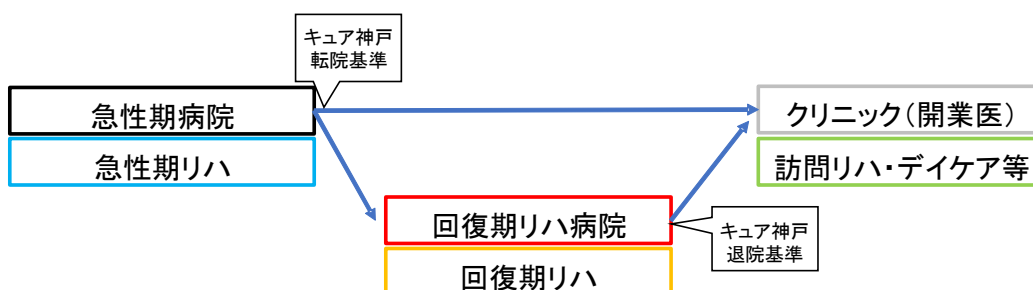
- ① 外来診療: 自覚症状や心不全増悪を示唆する検査所見を確認し、必要に応じて薬物調整や治療介入を行う。治療内容に変更があった場合は、連携先にも情報共有を行う。

- ② 患者教育と生活指導: セルフモニタリングツール(心不全手帳やバイタルリンク)の使用状況を確認し、入力介助者の必要性を再度確認する。継続した生活指導が必要な患者に対しては、服薬指導・食事指導など適宜行う。

II. 地域医療連携

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堅実に運用するためには、EHR(医療情報連携ネットワーク)の活用が必須である。キュア神戸ではバイタルリンク®を採用予定で、以下にキュア神戸におけるバイタルリンクを活用した地域医療連携についての運用則を定める。

キュア神戸施設間の地域医療連携の概要



- 急性期から回復期への転院基準はキュア神戸運用則に従い、患者紹介方法は従来通り。
- 全施設がアクセスできるバイタルリンクに施設一覧と施設基本情報をアップし、紹介や転院の参考にする。
- 患者紹介に際しては、急性期病院は転院先候補病院にバイタルリンク患者IDを伝達し、両病院で患者情報(特にリハ関連)を共有してスムーズな患者紹介を目指す。また急性期病院は紹介元クリニックにもバイタルリンク患者IDを伝達し、紹介後の当該患者情報の閲覧を可能にする。
- 急性期から在宅、回復期から在宅の流れとバイタルリンク使用方法も同様。ただし原則として、逆紹介先は、急性期への紹介元クリニックあるいはかかりつけ医とする。
- すなわち、バイタルリンクでアクセス可能な患者情報は当該医療機関に限定され(セミクローズ)、他医療機関にはオープンにされない。医療機関は紹介・転院後も当該患者情報を閲覧できる。

1. 急性期病院から回復期病院への患者紹介に関して

キュア神戸はリハ地域連携の仕組みであるので、患者紹介は現行の方法を踏襲する。可及的にカスタマイズの少ない状態でバイタルリンクを利用すべく以下の運用とする。

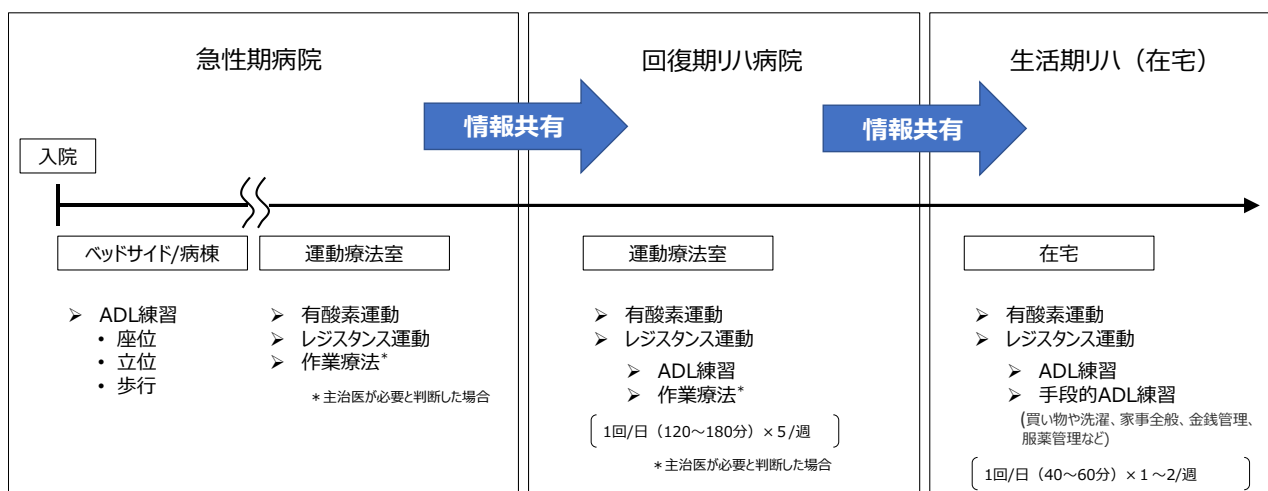
- ① 事務局は、キュア神戸参加施設の一覧と施設基本情報(別紙1)をバイタルリンク(以下VL)にアップロードし、参加施設間のスムーズな地域医療連携を図る。
- ② 急性期病院は、IC後に患者をキュア神戸(VLを通じて)に登録する。患者同意文書の1通は急性期病院が保管し、1通は事務局が保管する。事務局はVL上で施設番号とキュア神戸患者IDを付与する。患者基本情報は、急性期病院が電カルからVLにデータ移植(カスタマイズ中)あるいは手入力する。
- ③ 急性期病院は、入院時KCLとFIMならびにキュア神戸共通評価項目と心不全評価

項目（別表）を入力する。同操作を退院時に反復する。なお、VLでは、アクセス権限をもつ利用者にページ編集機能を許可しているため、急性期病院での後日入力や、回復期病院が代行入力することも可能である。

- ④ 急性期病院では、心不全治療と並行して離床を目指したADLトレーニングを実施するが、入院後1週間目をめどに筋トレと有酸素運動を主とした包括的心リハ（疾病管理プログラム）に移行する（図1）。転院あるいは退院時期の1週間前をめどに、KCLとFIMによる評価を行い、キュア神戸転院基準に則り、回復期リハビリテーション病院転院か退院在宅リハを選択する（図2）。同情報は、VLの連絡版機能を用いて事務局に連絡する。

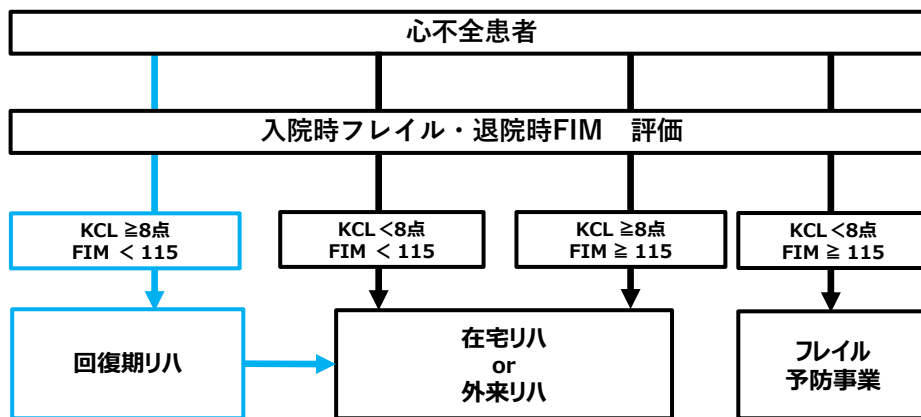
図1. 心リハプログラム運用案

心臓リハビリテーションプログラム（急性期～回復期～生活期）



- 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・生活期の包括的心臓リハ（疾病管理プログラム）へ移行する

図2.入院時フレイル・退院時FIMによるフローチャート



- キュア神戸においては、基本チェックリスト(KCL) ≥ 8 点をフレイル状態、日常生活動作(FIM) < 115 を廃用症候群と判定する。
- KCL ≥ 8 点かつFIM < 115 を急性期から回復期の転院基準とし、そうでない場合は在宅リハとなる。
- 回復期で集中的なリハ治療を行い、退院後は在宅生活期リハに移行する。

- ⑤ 急性期から回復期への患者紹介方法は従来通りの方法に準拠する。すなわち、前述の協議会参加施設の一覧と施設基本情報（別紙1）を参考にしつつ、急性期病院は回復期転院候補病院を選択する。転院候補病院にVL患者IDを伝達し、両病院間で患者情報（特にリハ関連情報）を共有し、スムーズな患者紹介を目指す。広域脳卒中連携とキュア神戸の運用を統一するために、広域脳卒中連携B票に相当する患者情報シートを作成し、pdf化してVLの連絡版機能を活用する。
- ⑥ 転院が確定した時点で、急性期病院が当該患者の転院先と日時を入力する。広域脳卒中連携のC票に相当する文書情報（診療情報提供書・医師退院時サマリー・看護サマリー・リハサマリー等）を、pdf化してVLの連絡版機能を活用する。この患者連絡シートの詳細は広域脳卒中連携と協議しつつWGで検討する。
- ⑦ 回復期病院では、転院後も包括的心のリハを継続するがリハ強度を強化する。FIMとキュア神戸共通評価項目と心不全評価項目の入力は、4週ごと退院するまで回復期病院が行う（第Ⅲ項と図3を参照）。評価項目は共通評価と疾患別評価（心不全）ともに今後WGで詳細を検討するが、施設特性にも鑑み、各々キュア神戸としての必須項目と選択項目に分ける。

評価項目(案)

共通評価

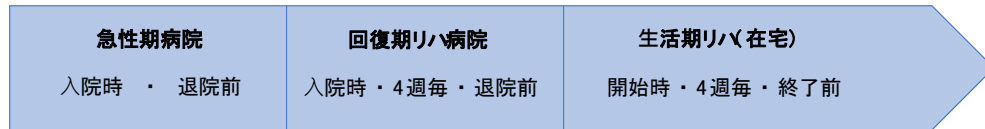
必須項目	選択項目
<ul style="list-style-type: none"> ・握力 ・MRC score ・SPPB (立位バランス4m歩行, 5Chair stand) ・6分間歩行テスト ・ADL(FIM, BI) ・基本チェックリスト ・QOL(EQ-5D-5L) 	<ul style="list-style-type: none"> ・骨格筋量(SMI) ・膝伸展筋力 ・mRS ・GCS ・MMSE

疾患別評価(心疾患)

必須項目	選択項目
<ul style="list-style-type: none"> ・6分間歩行テスト(2週毎) ・安全性チェック項目(安静時・労作時) ・意識レベル ・自覚症状 ・呼吸数 ・SpO2 ・四肢の冷感の有無 ・発汗の有無 ・腰痛、下肢痛の有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・CPX ・MPT ・HADs ・MoCA-J ・Hb ・BNP ・Na, K ・Alb



評価時期



- ⑧ 以上、患者紹介を通じて VL でアクセスできる患者情報は当該医療機関に限定され (セミクローズ)、他機関にはオープンにされないものとなる。また急性期病院は紹介元クリニックに VL 患者 ID を伝達し、回復期転院後も三者が患者情報を閲覧できるようにする。当該患者にアクセス権をもつ医療機関内でも、各職種が必要に応じて患者情報を閲覧できるので、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の進捗状況を確認できる。
- ⑨ したがって、VL では患者文書連絡機能とリハを中心とした評価項目時系列データ機能、コンサルテーション機能、患者情報の閲覧機能が主たる機能となる。これを、EHR を介した医療連携のメリットとして図4にまとめた

図4.キュア神戸運用におけるEHR利用のメリット

- 医療機関の患者紹介がスムーズに行え、その記録を残せる。
- 紹介医療機関の間で患者情報が共有される。院内各職種も患者情報を閲覧できるので、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の進捗状況を確認できる。
- 当該患者のバイタルサインなどの情報を共有できるので、回復期病院転院後や在宅復帰後の患者病態の変化に対応すべく、医療機関の間でのコンサルテーションが可能となる。
- 当該患者の基本情報や入院サマリー(診療・看護・リハ)にとどまらず、①入退院・転院・心不全転帰などの患者イベント、②KCLとFIM、③キュア神戸共通評価項目、④心不全評価項目などの時系列データが得られる。

【付記】

- ① 生活期リハ移行後には、介護保険あるいは医療保険（退院後残給付）で訪問リハ・デイケアリハを実施するわけで、できるだけ早期の介護認定を目指して、急性期病院入院中から介護保険申請に向けた主治医意見書記入などの作業を進めておく。
- ② キュア神戸における患者紹介方法については、当運用則に従うものとするが、患者紹介情報は当該医療機関に限定される（セミクローズ）。そこで、転院実績数などは本会議で定期的に事務局から統計報告を行い、患者紹介の透明性を担保する。

2. 回復期病院から在宅への患者紹介に関して

急性期と回復期に関しては上記でカバーできそうだが、急性期から在宅（クリニック・訪問リハなど）と回復期から在宅への紹介に関しては未整理事項が多く、山根先生リーダーのWG支援小グループでの検討を待ちたい。

- ① 回復期リハ病院からの在宅退院の時期は、他の疾患と同様に、回復期病院が自院の基準で判断し決定する。
- ② 回復期病院からの退院先は、基本的には、急性期への紹介元クリニックあるいはかかりつけ医への逆紹介を原則とする（Uターン）。生活期リハ支援体制や家族の都合などで、Uターンができない場合は、前述の協議会参加施設の一覧と施設基本情報を参考にして逆紹介先を決定する。
- ③ 生活期リハを担当するセラピストが在職する訪看事業所の選択に関しては、前述の協議会参加施設の一覧と施設基本情報を参考に、患者居住地やクリニック所在地なども考慮して、回復期病院とケアマネージャーが相談して決定する。
- ④ 回復期病院医療スタッフと、クリニック（開業医）・訪問リハセラピスト・訪問看護師・ケアマネージャーなどで、退院前カンファレンスを行い、当該患者がキュア神戸登録患者であることを認識したうえで、投薬などの心不全診療と包括的心リハの継続に関して議論し意思統一を図る。
- ⑤ 回復期病院は上記のカンファレンス内容と退院時サマリーを VL 連携版に添付する。回復期病院は退院決定後に退院先と退院日時を VL に入力する。
- ⑥ 生活期リハのリハプログラムに関しては今後の検討課題とするが、在宅での患者イベントは在宅医が定期的に VL 入力し、FIM とキュア神戸共通評価項目と心不全評価項目などは訪問リハセラピストが定期的に VL 入力する。これにより関連医療機関での情報共有が図れ、在宅復帰後の患者病態の変化にも迅速に対応できる。また急性期・回復期・生活期で一体化したリハプログラムのもとでの VL 時系列データが得られ、他に類をみない貴重なデータベースとなる。
- ⑦ 事務局は、登録症例の地域一体化リハビリテーション進捗状況を管理する。欠落データを最小とすべく、明らかな入力忘れがみられた場合は、当該医療機関に連絡して、後日入力を依頼する。

3. 急性期病院から転院せずに退院となる場合の患者紹介に関して

上述の回復期から在宅への流れに準じた運用と VL 入力とする。

(別紙1)

キュア神戸参加医療機関情報について

1. バイタルリンク掲載：

キュア神戸参加施設間のスムーズな地域医療連携を図るために、キュア神戸参加施設の一覧と施設基本情報をバイタルリンクにアップロードする。

2. 運用法：

- ① 民間病院協会と医師会を通じてキュア神戸参加希望施設を募る（コア施設で心不全パイロット運用しキュア神戸運用ルールの詳細をつめた後）。
- ② 基本的には手上げ方式とし、アンケートにて参加施設の基本情報を集めて、地域医療連携の基礎資料とする。
- ③ 参加施設基本情報は随時バイタルリンクにアップデートする。

3. 掲載例：

参加施設の情報粒度は民間病院協会及び医師会と協議して決定するが、以下に掲載例(案)をしめす。

キュア神戸参加医療機関一覧と施設基本情報（2022年7月改定案）

カテゴリー	キュア神戸施設番号	医療機関名	医療機関機能別	医療機関所在地	リハ応需状況									セラピスト数	
					心不全			呼吸不全			脳卒中			総数	キュア神戸研修済み
					急性期	回復期	生活期	急性期	回復期	生活期	急性期	回復期	生活期		
病院	1	A	急性期病院	中央区	◎	×	×	◎	×	×	◎	×	×	60	3
	2	B	急性期病院	須磨区	◎	○	×	○	○	×	×	×	×	50	3
	3	C	回復期リハ病院	北区	×	○	×	×	◎	×	×	◎	×	150	5
	4	D	回復期リハ病院	中央区	×	◎	×	×	△	×	×	◎	×	90	4

					外来対応疾患									備考	
診療所	101	α	クリニック	兵庫区	◎			◎			○			循環器専門医、在宅酸素も可	
	102	β	クリニック	中央区	○			○			○			在宅医、訪看併設	
	103	γ	クリニック	西区	△			×			◎			脳神経内科専門医	
	104	δ	クリニック	東灘区	△			△			×				

					生活期リハ対応疾患									セラピスト数	
訪看	201	ア	訪看ステーション	兵庫区	◎			◎			○			4	2
	202	イ	訪看ステーション	中央区	○			○			○			1	0
	203	ウ	訪看ステーション	西区	×			×			◎			2	1

					凡例：医療機関別受け入れ状況										
					◎	受け入れ可(過去実績≥10件)									
					○	受け入れ可(過去実績<10件)									
					△	受け入れ検討中									
					×	受け入れ不可									

III.

IV. リハビリテーションプログラム内容の標準化(一体化)

1. 包括的心リハの概念

「心臓リハビリテーションとは、心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制または軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムをさす」(日本心臓リハビリテーション学会)。この定義から、心臓リハビリテーションは運動療法だけではなく、患者と家族への教育、カウンセリング、栄養・食事指導、服薬指導、生活指導、禁煙指導、ストレスコントロール、職業復帰訓練などを含めた患者支援をしていかなければならない。これが包括的心臓リハビリテーション(comprehensive cardiac rehabilitation)である。

2. 有酸素運動

有酸素運動は大きな筋群を使うリズムカルで動的かつ有気的エネルギー産生でまかなえる強度の運動を一定時間行う。代表的な運動様式として、ウォーキング、自転車エルゴメータでの運動がある。ランニング、サイクリング、水泳、水中ウォーキングなども、ATレベル以下であれば有酸素運動に該当する。運動療法導入初期には、運動中の心電図や血圧のモニタリングが容易で、運動強度を調節しやすい固定式自転車エルゴメータやトレッドミルが用いられることが多い。在宅運動療法など非監視下での強度順守には、運動時脈拍モニタリングが可能となるデバイスの使用が推奨される。有酸素運動はウォームアップ、持久運動、クールダウンの流れで行う。

ウォームアップでは骨格筋のストレッチングと低強度の有酸素運動を行う。前者は骨格筋などの柔軟性を高め、整形外科的障害の予防を目的とする。後者は肺循環における換気血流マッチング、冠循環調節、動脈血管拡張(後負荷軽減)、ならびに運動筋での酸素取り込み能の改善などが目的となる。クールダウンの生理学的意義は、運動中に活性化した交感神経緊張を緩徐に低下させ、急激な副交感神経の活性化を予防することである。具体的には2~3分の低強度運動により心拍数を徐々に低下させると同時に、急激な静脈還流の減少を防ぐことにより、運動後の徐脈や血圧低下を予防する。

3. レジスタンストレーニング

心疾患患者に処方するレジスタンストレーニングは動的な筋収縮様式とし、関節運動を伴わない等尺性収縮(isometric contraction)は息こらえによるバルサルバ効果が生じやすいため推奨されない。また、運動中に呼吸を止めないよう、ゆっくりと息を吐きながら行う。機器を使用したレジスタンストレーニングは運動負荷の定量性と再現性に優れるため、多くのRCTで採用されている動的な筋収縮様式には一定の負荷量で行う等張性収縮

(isotonic contraction) と一定の関節速度で行う等速性収縮 (isokinetic contraction) がある。等速性収縮は特殊な機器を用いる必要があるため、臨床では機器、重錘、ゴムバンドなどを用いた等張性収縮によるトレーニングが採用される。スクワットやカーフレイズなどの自重トレーニングは肢位によって負荷が変化するため、方法の詳細な指導が重要となる。導入初期は低強度で回数を増加させ、その後に負荷強度を漸増させる。特に慢性心不全患者、高齢患者、抑うつ傾向にある患者では、低強度から開始して2週間程度かけて徐々に時間や強度を漸増していくことが望ましい。十分な強度でトレーニングできない場合は、回数漸増で効果発現を目指すことも考慮してよい。

4. 急性期病院と回復期リハビリテーション病院での実施

急性期の心リハはICU・CCUまたは病棟において監視下で実施される。その目標は、食事・排泄・入浴など身の回りの生活が安全に行えるようになること（日常生活動作ADLの自立）、二次予防教育を開始することである。この時期に安静臥床期間が長くなると、運動耐容能の低下、フレイルの進行を来すため、急性期治療と並行して、ベッドサイドから離床プログラムを開始し、早期の運動療法につなげていく。この時期の最後に6分間歩行試験を実施し、300m以上歩行可能であれば離床プログラムから運動療法プログラムに移行する。離床プログラムと並行して患者教育を行うことも重要である。患者本人が自らの病態について理解することは、その後の生活指導、冠危険因子の管理に役立つばかりでなく、心リハへの意欲を持たせることにもつながる。

回復期の心リハは離床してから社会復帰以降、状態が安定するまでと定義される。前期回復期心リハは、入院中に心リハ室において監視下で開始され、退院後は外来心リハ室での監視下運動療法に引き継がれる。後期回復期心リハは、外来での監視下運動療法と在宅非監視下運動療法が併用されるが、低リスク例では運動療法については在宅非監視下のみでも可能である。最終的には運動プログラムを自己管理できるよう指導する。心肺運動負荷試験（CPX）により運動耐容能を評価して、重症度からみたリスクに基づいて運動処方を作成し、治療や心リハの方針を立てる。回復期心リハは、運動療法、禁煙指導、食事療法、冠危険因子の適切な治療に加え、精神的評価、復職指導、心理的サポートといった包括的な疾病管理プログラムが重要である。

5. 運動療法中の中止基準

絶対的中止基準

- ・ 患者が運動の中止を希望
- ・ 運動中の危険な症状を察知できないと判断される場合や意識状態の悪化
- ・ 心停止、高度徐脈、致死的不整脈（心室頻拍・心室細動）の出現またはそれらを否定できない場合
- ・ バイタルサインの急激な悪化や自覚症状の出現（強い胸痛・腹痛・背部痛、てんかん

発作、意識消失、血圧低下、強い関節痛・筋肉痛など）を認める

- 心電図上、Q波のない誘導に1 mm以上のST上昇を認める（aVR、 aVL、 V1 誘導以外）
- 事故（転倒・転落、打撲・外傷、機器の故障など）が発生

相対的中止基準

- 同一運動強度または運動強度を弱めても胸部自覚症状やその他の症状（低血糖発作、不整脈、めまい、頭痛、下肢痛、強い疲労感、気分不良、関節痛や筋肉痛など）が悪化
- 経皮的動脈血酸素飽和度が90%未満へ低下または安静時から5%以上の低下
- 心電図上、新たな不整脈の出現や1 mm以上のST低下
- 血圧の低下（収縮期血圧<80 mmHg）や上昇（収縮期血圧 \geq 250 mmHg、拡張期血圧 \geq 115 mmHg）
- 徐脈の出現（心拍数 \leq 40/min）
- 運動中の指示を守れない、転倒の危険性が生じるなど運動療法継続が困難と判断される場合

6. 外来心臓リハビリテーション

外来心リハは運動療法を中心に、服薬指導、食事指導、生活活動指導、カウンセリング、冠危険因子の是正、急性増悪因子の管理を行う疾病管理プログラムでもある外来心リハにおける疾病管理のアウトカムは、生命予後改善、再入院予防、身体的機能低下の予防であり、そのためには患者とその家族が日常生活のなかで適切な自己管理行動（セルフマネジメント）を継続できるように支援することが重要である。外来心リハは、多職種（医師、看護師、理学療法士、健康運動指導士、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士/公認心理師など）によるチーム医療により展開される包括的心リハであり、疾病管理を効果的に運用するためのシステムとして有用である。また、患者にとって外来心リハは監視型リハであり、多職種から運動療法中やその前後に身体状態の観察や指導を適宜受けることが可能であることから、必要な生活習慣指導を受ける場としても理想的である。心リハスタッフは、外来心リハ（後期回復期心リハ）の導入時には、冠危険因子、心機能、運動耐容能の評価を行い、また患者と一っしょに心リハの目的の確認を行うとともに、生活習慣に関する情報収集と評価、相談・支援・指導を実施する。毎回の心リハ外来受診時には、運動前後と運動中の身体症状などのセルフモニタリングと日常生活についての教育的支援を行う。

V. リハビリテーション評価法

1. キュア神戸共通評価項目

必須項目

- ・ 握力
- ・ MRC score
- ・ SPPB (立位バランス,4m 歩行,5Chair stand)
- ・ 6 分間歩行テスト
- ・ ADL(FIM,BI)
- ・ 基本チェックリスト
- ・ QOL(EQ-5D-5L)

選択項目

- ・ 骨格筋量(SMI)
- ・ 膝伸展筋力
- ・ mRS
- ・ GCS
- ・ MMSE

2. 心不全評価項目

必須項目

- ・ 6 分間歩行テスト(2 週毎)
- 安全性チェック項目(安静時・労作時)
- ・ 意識レベル
 - ・ 自覚症状
 - ・ 呼吸数
 - ・ SpO₂
 - ・ 四肢の冷感の有無
 - ・ 発汗の有無
 - ・ 腰痛、下肢痛の有無

選択項目

- ・ CPX
- ・ MPT
- ・ HADs
- ・ MoCA-J

- ・ Hb
- ・ BNP
- ・ Na.K
- ・ Alb

3. 評価時期

急性期病院(入院時・退院時)

回復期(入院時・4週毎・退院前)

生活期(開始時・4週毎・終了時)

VI. キュア神戸における患者コンサルテーションについて(細谷私案)

キュア神戸では、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の運用の過程で、各々に関わる医療機関の機能分化と相互連携を図ることを目的の一つとしている。そこで、回復期病院転院後や在宅復帰後の患者病態の変化に対応すべく、医療機関の間でのコンサルテーションにバイタルリンクを活用したい。

1. VLのバイタルデータ管理機能の利用

VLには一般的なバイタルサインなどを入力すると、時系列でグラフ表示される機能がある。患者ごとの基準値を設定しておく、上限値や下限値から外れたデータは赤字表示されウオーニングが出る。心不全では、体温・血圧・脈拍・体重・SpO₂・BMI・尿測中尿量などが指標となりそうで、これを病棟看護師（訪問看護師）の入力業務としたい（入力項目の選定と入力インターバルなど運用細則は今後の検討課題）。

2. コンサルテーションの運用法

VLにバイタルデータが入力されていると関係者が情報共有できるので、何らかの患者病態の変化が観察された際に、適切な医師へのコンサルテーションのツールとして使える。コンサルテーションは、①回復期病院の主治医から急性期病院専門医、②訪問看護師からクリニック主治医などが想定される。VLのチャット機能でコンサルトしたり、zoom 会議機能でカンファレンスを行うことも可能である。回復期病院入院中は、胸部写真と心電図（あるいは心エコー）が必須の追加検査となろうが、検査結果を如何に添付するかは今後の検討課題である。

3. 患者増悪時の対応

コンサルトを受ける側の医師が24時間体制であることが望ましい。コンサルテーションによって、患者病態の変化に対応した投薬変更やリハメニューの調整などが得られれば患者に益するところが大きい。入院を要するような急性増悪を未然に防ぐことが肝要であるが、もし入院適応の場合でも可及的速やかな対応が可能となる。

4. 在宅患者の回復期病院への教育入院

急性増悪までは至らなくとも、クリニック主治医の判断で、回復期病院での短期間再入院（教育入院）の適応があれば回復期病院が対応する運用としたい。この一連の運用策によって、未コントロール心不全患者の急性増悪による急性期病院への救急搬送入院を1例でも減少させたい。

略語一覧

A

・ADL : Activities of Daily Living 日常生活動作

B

・BI : Barthel Index バーセルインデックス

C

・CPX : Cardiopulmonart exercise testing 心肺運動負荷試験

D

F

・FIM : Functional Independence Measure 機能的自立度評価法

E

・HER : Electronic Health Record 医療情報基盤

・EQ-5D-5L : EuroQol 5 dimensions 5-level 健康関連 QOL を測定するために
開発された包括的な評価尺度

G

・GCS : Glasgow Coma Scale グラスゴー・コーマ・スケール

H

・HADs : Hospital Anxiety Depression Scale 身体症状をもつ患者の不安と抑うつ状
態を評価

I

J

K

・KCL : 基本チェックリスト

L

M

- MMSE : Mini Mental State Examination ミニメンタルステート検査
- MoCA-J : Montreal Cognitive Assessment-Japanese version
- MPT : Maximum Phonation Time 最大発声持続時間
- MRC score : Medical Research Council Score 四肢筋力評価
- mRS : modified Rankin Scale 脳血管患者機能自立評価

N

O

P

Q

- QOL : Quality of Life 生活の質

R

S

- SMI : skeletal muscle mass index 四肢骨格筋量
- SPPB : Short Physical Performance Battery

T

U

V

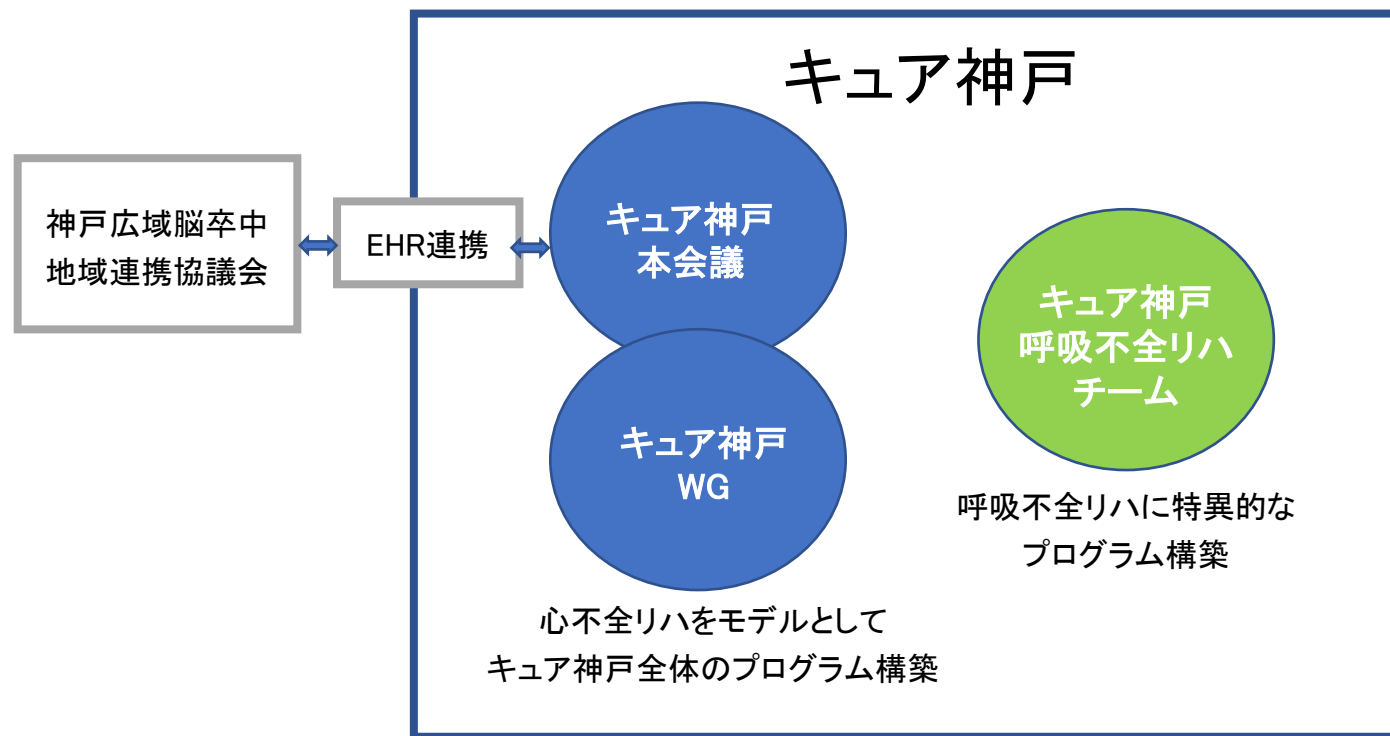
W

X

Y

Z

議長報告：呼吸不全リハ検討チームの立ち上げ



● 呼吸器不全リハ検討チームのメンバー

- リーダー：富井啓介(中央市民副院長) サブリーダー：石川 朗(神戸大学保健学)、立川 良(中央市民呼吸器内科、WGメンバー)
メンバー：大塚浩二郎(神鋼記念呼吸器内科)、池田顕彦(神戸平成病院)、岩本善高(岩本診療所・こうべ往診クリニック)、
岩田健太郎(中央市民リハ科)、沖侑太郎(神戸大学保健学)、別府聖子(神戸大学、慢性呼吸器疾患看護認定看護師)

議長報告：心不全パイロット運用について

●パイロット運用参加施設一覧

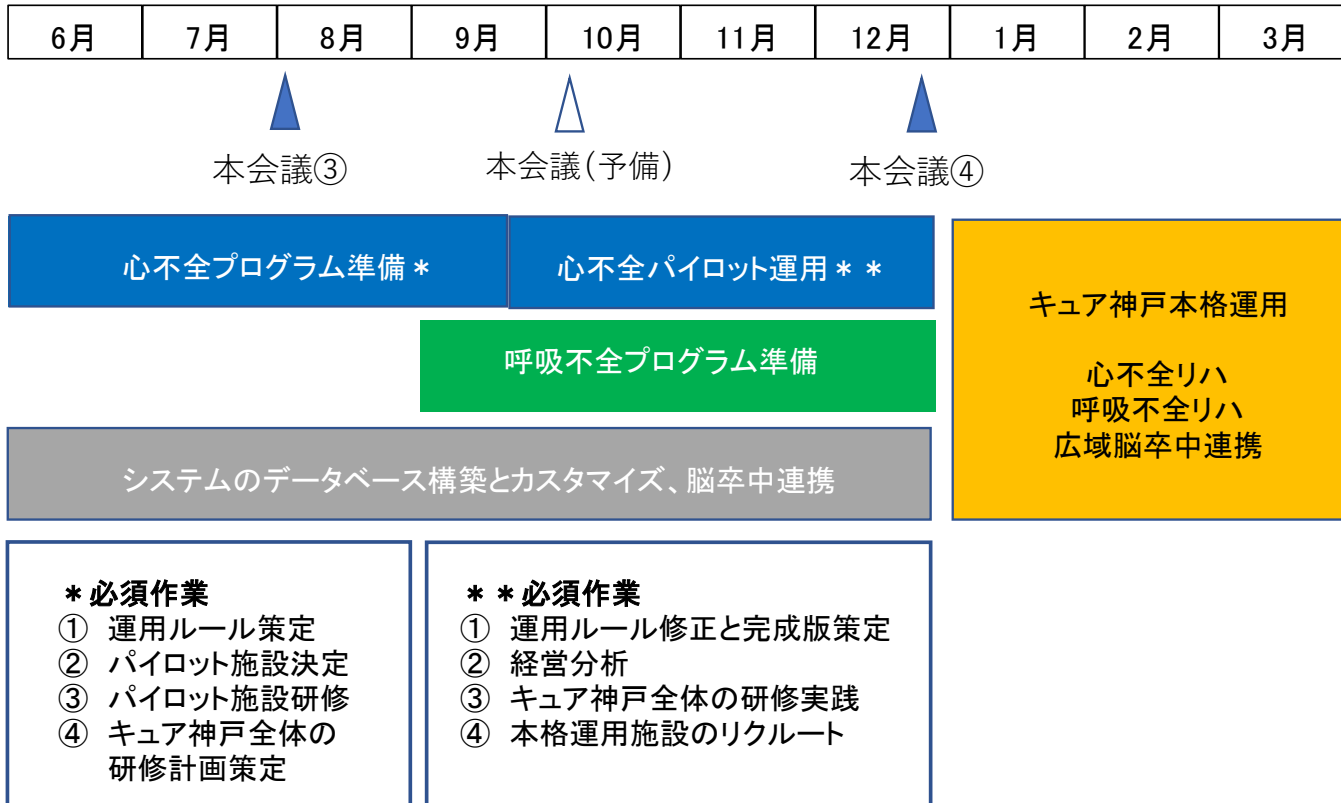
	中央区	東灘区	灘区	北区	兵庫区	長田区	須磨区	垂水区	西区
急性期病院 (1)	中央市民病院								
回復期病院 (5)	西記念リハ病院	本山リハ病院 六甲アイランド病院		神戸リハ病院		適寿リハ病院			
クリニック * (16)	3	3	4	0	2	1	1	2	0
ステーション * (7)	しあわせ訪問看護 ステーション	訪問看護ステーション ひより	0	訪問看護ステーション リ・ホーム	リハビリ訪問看護ステーション 蓄	適寿 訪問看護ステーション	もみじ 訪問看護ステーション	0	たまつ 訪問看護ステーション

* クリニックは心不全ネットワーク施設中心に依頼中。クリニックとステーションは欠損地域あり、パイロット運用開始までに充足させる。

●キュア神戸地域医療連携の原則(パイロット運用でも準拠)

- ① 転院はキュア神戸参加施設の中から転院先を決定
- ② 退院先の基本は、a) 急性期病院への紹介元クリニックあるいはかかりつけ医への逆紹介を原則とする(Uターン)。b) 家族都合や開業医専門性などでUターンができない場合、キュア神戸参加施設の中から逆紹介先を決定。
- ③ 事業所の選択に関しては、患者居住地やクリニック所在地なども考慮して決定する。その際、a) クリニック指定あるいは患者希望の事業所は優先し、b) そうでない場合、キュア神戸参加施設の中から決定。
- ④ 病院スタッフ・クリニック・訪問看護師・訪問リハセラピスト・ケアマネージャーなどのチームで退院前カンファレンスを必ず行って、当該患者がキュア神戸登録患者であることを認識した上で、投薬などの心不全診療と包括的心リハの継続に関して議論し意思統一を図る。

議長報告: スケジュールの変更



キュア神戸参加医療機関一覧と施設基本情報（2022年7月改定案）

医療機関機能別	キュア神戸施設番号	医療機関名	医療機関所在地	応需状況 			セラピスト数 	
				心不全	呼吸不全	脳卒中	総数	キュア神戸研修済み
急性期病院	1	A	中央区	◎	◎	◎	60	3
	2	B	須磨区	◎	○	×	50	3

回復期病院	53	C	北区	△	◎	◎	150	5
	54	D	中央区	◎	○	◎	90	4

- キュア神戸登録患者の紹介目的の非公開施設情報で、キュア神戸アプリでのみ使用。
- 参加施設にアンケート調査（手上げ方式）

				外来対応疾患 			備考 
				心不全	呼吸不全	脳卒中	
診療所	101	α	兵庫区	◎	◎	○	循環器専門医、在宅酸素も可
	102	β	中央区	○	○	○	在宅医、訪看併設
	103	γ	西区	△	×	◎	脳神経内科専門医
	104	δ	東灘区	◎	△	×	-

凡例：医療機関別受け入れ状況

◎	受け入れ可（過去実績≥10件）
○	受け入れ可（過去実績<10件）
△	受け入れ検討中
×	受け入れ不可

				生活期リハ対応疾患			セラピスト数 	
				心不全	呼吸不全	脳卒中	総数	キュア神戸研修済み
訪看	201	ア	兵庫区	◎	◎	○	4	2
	202	イ	中央区	○	○	○	1	0
	203	ウ	西区	×	×	◎	2	1

大切な情報を守るために- 2要素認証を採用

厚生労働省『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版』

6.5 技術的安全対策

(1) 利用者の識別・認証

” 認証強度の考え方として、現状において、医療情報システムにアクセスする端末ごとに二要素認証を追加実装することは、医療機関等の負担が増加すると考えられる。このような技術は、**本来システムにあらかじめ実装されているべき**であり、今後、認証に係る技術の端末への実装状況等を考慮し、**できるだけ早期に対応することが求められる**”

2. 認証・パスワードの対応

- ◆ 令和9年度時点で稼働している医療情報システムを、今後、新規導入又は更新に際しては、二要素認証又はこれに相当する対応を最低限のガイドラインとして記載。
- ◆ 安全と考えられる推定困難なパスワードに関する要件化。

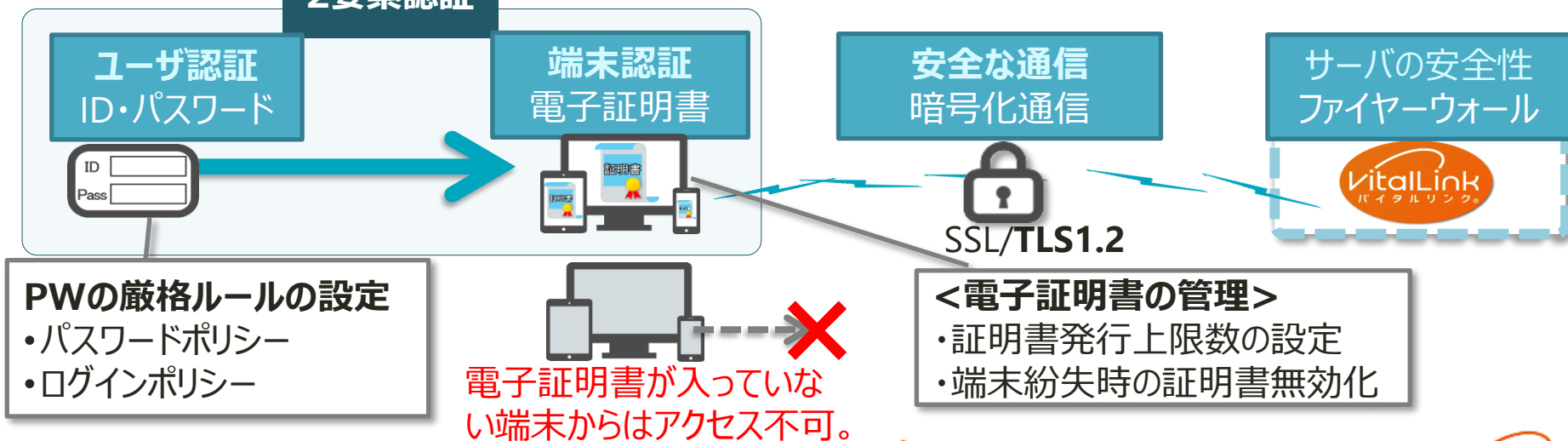
ID・パスワード認証

ID・パスワード認証+他認証(カード等)

多要素認証の安全性

バイタルリンクは、「ID・パスワード」+「電子証明書」による二要素認証を採用

2要素認証



バイタルリンクのセキュリティに関して

三木竜介先生(WG医療情報アドバイザー)

1. バイタルリンクは帝人ファーマ株式会社が提供する医療機関向けの情報共有のためのクラウドサービスで、システム管理運営は関連会社のインフォコム。
2. 厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した「医療機関のサイバーセキュリティ対策チェックリスト」の提出を依頼し、帝人ファーマの監査体制とインフォコムのサイバーセキュリティ対策につき評価した。
3. 精査の結果、十分なサイバーセキュリティ対策がとられていると判断される。同システムはキュア神戸が利用する健康・医療・介護情報システムとして問題ないと思う。

回復期・生活期のリハビリテーション と診療報酬

2022年8月10日(水) 第3回キュア神戸本会議

心臓リハビリテーションの回復期病棟のニーズ

1. 回復期病棟

1.1 回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3 問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として、前述のような保険算定上の課題が存在する。さらに、回復期病院を対象とした調査によれば⁷¹⁰⁾、心リハを実施していない施設のうち、循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが、循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり、専門医の存否のみが原因ではない。

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる。一方で、心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し、緊急時には即時対応が迫られるため、急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される。つまり、回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている。

ある。1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで、急性期治療に伴って、デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる。2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで、入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる。これらの患者では、心血管疾患の平均在院日数となる約2週間⁷⁰⁴⁾での歩行退院は実現困難であり¹⁸⁹⁾、リハの成果が達成できないばかりでなく、急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く。特にフレイル超高齢患者は、身体能力の低下により外来心リハ

心リハの実践において、入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも、回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう。

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関する ガイドライン

JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会 日本胸部外科学会 日本循環器看護学会
日本小児循環器学会 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会 日本理学療法士協会 日本臨床スポーツ医学会

現状、御議論のように**回復期リハビリテーションに対して心疾患というのは明記されていないくて、廃用ということで行われているという状況**です。

それを考えますと、例えば心血管リハというのを回復期リハの中で明記いたしますと、やはり心リハを実施する場として、退院後も外来リハにつなげない場合のルートとして見えてくるというメリットは大きいのではないかと。それから、逆に廃用だけと考えるのとちょっとリハのやり方も違いますし、やはりリスクもありますので、その辺は心リハであるということ意識するというのは重要で、そうでないと危険もあります。

ただ、心リハだから危ないので、心臓の患者さんだからただ寝かせておけばいいわけでは決してありませんから、高齢者に心リハをやるとういというエビデンスは出ているので、そういう意味では今のようやり方ではなくて明記するのがいいのではないかと。

回復期リハビリテーションを要する状態 (別表第9の2)

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手術後、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後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若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
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
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
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
6. 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

2022年度改定での新設

6. 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

(算定開始日から起算して90日以内)

※施設基準（心大血管疾患リハ料 I）

届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

➡回復期リハ病院では、循環器内科医・心臓血管外科医の配置が障壁

回復期リハビリテーションを要する状態 (別表第9の2)

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手術後、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後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若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
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
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
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
6. 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

肺炎等の治療時の安静による廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

⇒「肺炎等」には、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患」も含まれる（厚労省回答）

➡心不全は「肺炎等」に含まれるとされ、回復期リハ病棟では廃用症候群で算定されている

	脳血管疾患	廃用症候群	運動器	呼吸器	心大血管疾患	がん
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下をきたしているもの（FIM115点以下）	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮等	肺炎・無気肺 開胸手術後 脳梗塞 慢性閉塞性肺疾患であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開診術後 慢性心不全で左室駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 等	食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん 骨軟部腫瘍 脳腫瘍 血液腫瘍 がん患者で化学療法を行う予定 緩和ケア主体の末期がんの患者
リハビリテーション料 (1単位/20分)	245点	180点	185点	175点	205点	200点
初期加算 (起算日から14日)	45点					加算なし
早期加算 (起算日から30日)	30点					加算なし
標準的算定日数	発症・手術・急性増悪から150日	発症・手術・急性増悪から90日	発症・手術・急性増悪から90日	治療開始日から90日	治療開始日から150日	治療前から算定可能 期限なし

回復期リハビリ病棟退棟後
(生活期)

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (医療保険)

医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合に算定する。

※主治医の指示を1カ月に1回受ける必要あり

原則、週6単位まで算定可能。ただし、退院の日から3か月以内は週12単位まで算定することができる

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1単位20分)

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

介護保険によるリハビリテーション

1. 訪問リハビリテーション

307単位（1回/20分につき）

2. 訪問看護ステーションからのリハビリテーション

209単位(1回/20分につき)

3. 共通： 1回20分で週6単位までの利用が可能 指示書は最低3か月に1回

まとめ

- ✓ **令和4年度診療報酬改定にて、回復期リハを要する状態に心疾患が追加**
- ✓ **心不全は「肺炎等」に含まれるとされ、回復期リハ病棟では廃用症候群で算定**
- ✓ **急性期退院後の生活期のリハは、状況に応じて医療保険・介護保険のいずれかを適用する**

診療報酬に関するQ&A

- Q1) 回復期リハ病棟入院料1を算定する要件に廃用症候群があり、心不全も含まれる。
この場合、廃用症候群リハ料を算定し1日9単位まで認められる。
➡この解釈で正しいでしょうか？
- Q2) 22年度改定で算定要件に心疾患が明記され、その場合は心大血管リハを算定できるが、より厳しい要件が設定されている。
➡キュア神戸参加の回復期病院における努力目標。
- Q3) 生活期リハに関しては、医療保険あるいは介護保険でカバーされるが、医師の指導とリハ指示あるいはリハを明記したケアプランが必要である。
➡この理解で正しいでしょうか？

第 2 回キュア神戸本会議（要旨）

開催日時：令和 4 年 4 月 27 日（水）15 時～16 時 30 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 6 階 605 号室)

出席者：別紙

1. 構成員(新任紹介)について

- ・会則規程に則り任命
市医師会：置塩委員から堀本委員に変更
新任：東山委員（神鋼記念病院）

2. 議事

(1) ワーキングチームからの報告(北井委員)

- ・キュア神戸ワーキンググループのメンバーの選定に関して、医師だけであれば、コンセプトから外れるため、医師、看護師、薬剤師、PT、OT、ST、ケアマネ、神戸市の行政のバックアップも入って、みんなで力を合わせてやっていかないと上手くいかない。
各方面のメンバーに集まっていただいてグループを立ち上げた。
- ・話を進めていく中で、上記メンバーで抜けている領域や、入っていただいた方が良いメンバーは適宜拡充していく。
- ・キュア神戸の目的は、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、全人的な地域包括ケアを実現することを目指したプロジェクトである。
- ・人材育成・情報共有について、特に地域で働いている方(在宅)は、急性期病院の先進的な医療が進んでいるので、治療であったり、急性期のリハビリテーションがどうしているかということを知りたいと地域の皆さまと知識の共有をすることが大事。逆に急性期病院で働く人は、現在地域でどこまでの理想図があって、どのようなことが可能なのかということを知っておくことが連携において必須である。人材育成が必要。
- ・情報をいかに共有していくかが非常に大事。電子カルテなど IT 化されており、様々な情報があふれており、その中で必要な情報を必要な時に取り出せるように上手く繋いでいく。

【質疑】

- Q. 人材育成、情報共有をどう解決するか
- A. 多職種でのカンファレンスを行う。Web でつなぐことが容易いので、回復期リハビリ病院のスタッフも急性期病院のカンファレンスに参加する。
顔が見える関係になるので、情報を直接しゃべりながら交換できる。スムーズになる。
- Q. バイタルリンク(医療介護情報共有システム)は、どのような情報を入力するか？

A. 疾患によってそれぞれ細かい評価項目が違うので、共通の評価項目とそれぞれの疾患別の評価項目に分けて考える。

共通項目は多ければ多いほど良いが、入力の手間があるので、必要な項目に絞る必要がある。

Q. 個人情報の問題が超えないといけない壁である。

A. 同意書を取れば問題ない。口頭でもよいのか？ 同意書を保管する必要があるのか？ など考えないとけない

【各委員の意見】

- ・急性期、回復期、在宅の一連の流れでやっていけるようにするのが一番である。
- ・段々と心不全の患者さんも入院するばかりで悪くなっている。外来でこれから対処しなくてはいけないと感じている。
- ・バイタルリンクを使うこと自体、文書同意が必要で厄介である。出来るだけ簡単に参加して頂けるように工夫してもらいたい。参加している病院の院内で、患者さんの目に留まるようなところに掲示し、広く知ってもらえるようにしたら、参加のハードルも一段と下がると考える。
- ・人材育成が非常に遅れていると感じる。薬剤師は病棟から情報が入らないので、ただ一枚の処方箋だけで判断していかなければならない。在宅医療は本当に難しい。カンファレンスにわからなくても入れてもらって聞くことが一番大切。出来る限りカンファレンスと一緒に参加できる機会を作ってほしい。
- ・急性期の病院から回復期、在宅へと繋がっていくが、なかなか繋ぎの部分と全体でこの患者さんをどうしていくかというところがまだまだ不十分だと感じる。個々の所ではそれぞれスタッフが頑張っているが、患者さんからすると、自分自身のいる場所が変わるだけで、その他は何も変わらない。対応してくれる人、ケアの仕方が変わったりと難しい一面がある。これらを一連のものとして一人の患者さんにシームレスに関わっていくことは大事だと感じる。
- ・バイタルリンクを脳卒中連携でも利用しようと考えている。うまく稼働すれば日本でもモデルケースになると思うので、頑張っていけたらと思う。
- ・心臓血管リハを診療報酬として取得しているのは神戸市内で17%とかなり少なく、3施設である。その中で心臓リハビリテーション指導士として在籍をしているのが22%である。人材育成をしっかりとケアしていかなければならない。今後、心臓血管リハのリハ料を取得していきたいと前向きに考えている施設が思ったより少ないという現実がある。しっかりと受け入れ体制が出来ないと、結局今までと同様に在宅に帰って、在宅で十分リハができずにまた再入院と今までと変わらない流れになる。個々に対する人材育成、体制づくりをしっかりと組んでいきたい。
- ・回復期リハ病棟において、急性期から流れてくるリハをキャッチ出来るだけの人材やノウハウをしっかりと研修して頂く必要がある。患者さんが流れてくれば真摯に対応する、受け入れる、しっかりと対応するだけの技術、研修が望まれる。
- ・リハビリが極めて重要な項目だと改めて実感した。地域連携ケアシステムの推進から令和4年度に診療報酬改定があり、入院栄養管理体制加算が新設された。
- ・知識不足もあり、視点が薄い。「リハビリから自立支援の生活はどういうものなのか」ということをこれからケアマネージャーの方にも勉強していただく。特に内部障害の心疾患の方々につ

いてはかなり知識不足がある。脳梗塞や整形外科の患者さんに対するリハビリの必要性はよく理解しているが、内部障害の方々に対するリハビリの必要性については、患者本人の訴えがなければケアプラン上に載せることが難しいので、先生方からご指示を頂けたらと思う。

- ・細谷委員を中心としたこのキュア神戸で一番大事な箇所は、1つの疾患が包括していることから始めるということ。心不全が具体的な例である。

人材育成が大事。急性期なら急性期、回復期なら回復期の事しか知らないもので、急性期、回復期共に、そこに関わる方々がその知識を共有するということが大切である。

- ・キーワードは「人材育成」と「情報共有」である。

人材育成に関しては、循環器学会や脳卒中学会もかなり頑張っており、循環器学会では心不全療養指導士制度が始まり、毎年1700人以上の方が受験して合格している。

急性期や回復期病院でこの資格を取っている人がいるので、その方々のネットワークを使用し、カンファレンスや勉強会など取り組んでいけば良いと思う。

脳卒中学会では、脳卒中療養相談指導士を作った。患者さんやご家族の方の相談に乗れる資格で、ソーシャルワーカーや看護師等が取得可能。

そういった制度を生かして人材育成をしていただきたい。

行政の方がサポートしているので、カンファレンスや人材育成の取り組みを進めてほしい。

情報共有に関しては、バイタルリンクにすごく期待している。全国で色々な場所で使われているので、一番運用しやすい形で、現場の方々を使いやすい形でバイタルリンクを進めてほしい。

北井先生にご検討いただきたいことで、基本チェックリストの中で認知症や鬱の点数が大きいので、メンタルや認知症のところの介入を心不全に関してどのように取り組んでいくかをワーキングでご検討いただきたい。

- ・現在コロナ対策に取り組んでいる中で、基礎疾患がある方のリスクについて改めて再認識しているところである。現在のオミクロン株については、上気道までの症状ということで、コロナ特有の肺の重症化の方は少ないが、高齢者の方はコロナにかかったことによって、内部障害等の基礎疾患の悪化で重症になり、お亡くなりになる場合がある。

感染症の観点からも、今回の一体化の取り組みを早く進めて、基礎疾患をできるだけ軽減できるように一緒に取り組んでいきたい。

- ・入院時からの評価は重要なものである。キュア神戸の取り組みは、急性期病院においても診療のレベルアップにつながる。回復期の包括的心リハの概念は発想として新しく、急性期病院としても回復期病院にスムーズな連携ができれば大いに助かる。患者・家族も納得してもらえらると思う。

- ・導入にあたっては「オール神戸で、開口は広く、敷居は低く」でお願いしたい。

(2) 呼吸器リハビリに関する講話(石川委員)

- ・呼吸器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は原則として、チーム医療である。
急性期から回復期、維持期、生活期までチームレスな介入が呼吸リハビリテーションで非常に重要である。

(3) 議長提案

- 呼吸不全検討チームを出来るだけ早く立ち上げたいが、現在コロナの状況で、呼吸器内科の先生が多忙なため、状況を見て、呼吸器内科の先生が入れる状況になれば進めていく。
- 神戸脳卒中連携協議会から一緒にしないかと依頼があったため、できるだけ早く連携してシステム構築をおこなう。
- ワーキングの素案をブラッシュアップして第三回の本会議で提出したい。
ルールブックが必要。多くの医療機関の多職種の方々が参加するので、誰がどこで何をどこまでして、どういう入力をするかというルールがなければ混乱してしまうため。
- 診療報酬の改定とその解釈について講演を予定している。経営問題の解決なしにはキュア神戸は画餅に帰す。

第 2 回神戸一体化リハビリテーションコンソーシアム (CURE-KOBE 神戸)

ワーキンググループ会議 議事録

日時：令和 4 年 8 月 4 日(木)18 時 00～19 時 10 分 WEB(zoom)にて実施

出席者：

(ワーキングリーダー) 北井 豪

(サブリーダー) 山根 光量

(医師) 小林 成美、立川 良、谷 知子、村井 亮介

(看護師) 岩崎 美智子、尾崎 朋子、衣川 広美、高田 郁子、米谷 久美子

(理学療法士) 井澤 和夫、上野 勝弘、戎 智史、沖山 努、梶家 慎吾、喜田 直樹、木澤 清行、
清原 直幸、柴 健一郎、鈴木 佑弥

(作業療法士) 崎本 史生、

(言語聴覚士) 服巻 陽子

(薬剤師) 小塚 ひとみ

(管理栄養士) 山本 育子

(ケアマネジャー) 伊賀 浩樹

(神戸市) 管 澄子

(アドバイザー) 三木 竜介

欠席者：

(サブリーダー) 山崎 初美

(神戸市政) 朱 裕珍、森井 文恵

(医師) 尾原 信行

(言語聴覚士) 芝 さやか

(作業療法士) 塗田 一雄、

1. 開会の挨拶と CURE-KOBE 全体像の説明(北井豪) [スライド資料 参照]

2. Small Working Group (SWG) の設置について [スライド資料 参照]

北井：生活期のあり方検討グループ、専門職教育研修グループ、HER 検討グループ、広報グループの4つを作成し、割り振りさせていただきました。この他にも疾患別で心不全や、呼吸器、脳卒中の小グループや栄養の小グループ等も考えている。現在 SWG に名前が載掲載されていないメンバーも今後入っていただくことになるので、ご協力をお願いしたい。

3. 各 SWG リーダーから概要説明 [スライド資料 参照]

【生活期リハのあり方検討グループ】

村井：このSWGで持続可能な生活期リハのためにゴールを急性期から回復期、慢性期・生活期へと繋いでいくことが大事と考えている。現場での課題は情報共有、フォーマットに沿った連携が必要ではないかと考えている。患者さんの背景の共有や、ゴールが設定されていなくて何のために今後やっていくのか、アドバンスドケアプランニング(ACP)のように患者さんが何を望んでいるのかを見定めていくことが重要であるが現場では難しい。これらの課題を抽出してここに焦点をあてて検討していくことが第一歩であると考えている。最終的に患者さんにとってメリットがあることはもちろん、医療機関、従事者側にもメリットがないと持続困難と考えるため、評価指標を設定しておくこと、コストの概要が現実的な範囲で可能あること。報酬として管理料や加算が取れるような仕組みを作っていくことが重要であると考えている。

山根：地域連携をいかにして行なっていくのがキュア神戸の根幹となる。中央区医療介護サポートセンターの概要のような形作ったものが必要で、活用して繋がっていくのが良いと考えている。中央区在宅医療・介護連携推進協議会の事業をキュア神戸の事業と連携してやっていけば広がっていくのではないかと。介護と医療のリハについてもSWGで進めていきたい。

北井：この SWG はキュア神戸の根幹をなすところを形作っていただくところになる。ご紹介いただいたように中央区の医師会でもこれだけしっかりとしたことをされている。神戸市のサポートもある、いろんなところと競合するのではなく協働して行けるような仕組みをつくっていききたい。連携をして現状の問題点を抽出しながら神戸市の行政とも相談しながら神戸市モデルを作成し、最終的には良いケアにつなげていければよいと思っている。(北井豪)

【専門職教育研修グループ】

谷：役割としてすべての専門職の教育と研修計画を立案し実行する。教育対象は医師・看護師・PT・OT・ST・薬剤師・管理栄養士・ケアマネジャー、それ以外にMSW、地域連携室スタッフ、歯科医師等の職種の加入も検討している。まずはどの職種であっても疾患に対しての共通の知識やリハビリ等の知識の研修を考えている。現在の取り組みとして、多職種向けの勉強会の開催を神戸リハビリテーション病院で月一回実施中。この経験を活かし、キュア神戸の中で、多施設を繋いだ教育プログラムを立案、実施していきたい。開業医とその他職種勉強会もコラボレーションして、シ

ームレスに繋いでいけるよう一度検討を行なっていきたい。素案としては、講義、アセスメント等の演習、実習(急性期だけでなく回復期病院も含めて、職種によっては必須)、症例検討を考えている。演習や実習の実際については SWG で検討していきたい。

北井：人材育成は大事で、地域で目的を一つにして知識レベルをどんどん上げて交流を深めていく。講義とリハに関しては実習が必要になってくるので、こういった内容、プログラムをどこで行うかを含めて議論していただきたい

【EHR 検討グループ】

立川：電子医療記録、個人の診療情報を電子媒体に記録してその情報を各医療機関で共有することで活用する仕組みになる。様々な施設や医療のフェーズ上においてクラウド上で共有していつでも閲覧できて各施設で連携できるイメージ。目的として一つ目は急性期から生活期までシームレスな情報共有。段階的に発展させると通信機能としてセミクローズな状態での情報交換ができる機能がこのシステムにはついているのでこれを活用して各施設間あるいは多職種間でコミュニケーションを向上させる目的もある。さらに、慢性期の管理に本人や家族も積極的に関与してアドヒアランス向上や行動変容が期待できる。これが地域包括ケアの推進や医療の質の向上に繋がっていくのがこのシステムの目的。SWG で VitalLink を軸としてプラットフォームの選定を行い、生活期の SWG と協働してどの情報を共有すべきかピックアップして、どうやって行なっていくのかを落とし込んでいくのがこの SWG の目的。まずはどの施設でも参照する情報を基に各施設連携を確立させることが第一歩になる。その上で情報交換機能やリハビリの記録、看護介護記録をどこまで共有するのか運用面と連携していく。教育とも連携して講義等可能であればこのシステムに落とし込んで WEB 講義という形でできたら効率が良いと考える。また、リハビリの共通するフォームを作成してどう共有するかを検討。各施設の電子カルテは個人情報の壁があり、リンクするのが難しいのでサマリを出力して PDF で共有するのが妥当な形になるのではないかと、情報共有の方法を検討していく。個人情報同意書についてどこで作ってどこで取得するか決めていく必要がある。

北井：各 SWG が独立しているのではなくオーバーラップしている部分が多いので相互に情報共有しながら作り上げていければ良いと考えている

【広報グループ】

北井：キュア神戸の取り組みは参加施設へ広めていくが、新しい取り組みなので市民や患者に啓発したり、行政や他団体にもアピールして、医療介護の連携の保険点数につながるようにする方法を作っていく。まずはホームページを作っていく。キュア神戸の公式ロゴ案があるのでチャット機能で3案から投票していただく。本会議でも伺って最終決定していく。今後 SWG の活動を行なっていくにあたりメールアドレスの共有を行うので了承いただきたい。

4. 個人情報に関する留意点について〔個人情報資料参考〕

三木：これまで頂いた質問とテクノロジーを使って医療情報を共有することについて気を付けておくべきことをまとめた。資料を後で共有するのでご覧いただきたい。

気になった点として、まず一つめは令和3年度改正案が令和4年に施行されている状態で、個人情報保護法の改正について、これまではそれぞれ違う組織体ごとに取り決められていたものが、個人情報保護法というひとつの枠組みのなかで、現在は同じルールでやるので、地方公共団体がやらない限りは同じルールで行うので大丈夫ということがわかりました。もう一つは、学術研究に関して今までは公益性の高い研究を行いやすいようにと、本人の同意が免除される3つのルールが設定されていたのですが、個人情報保護法の改定に伴って倫理指針が変更されていて、要配慮個人情報の取得では同意取得が原則とかかかっているもので、例外規定に頼るのではなくて、患者の情報を共有して研究を目的に使用するのであれば、同意を取得することがよいという結論にいたった。キュア神戸に関する質問について、様々な参加施設がありますが個人情報保護法は一つのルールの下でよいという結論に至りました。キュア神戸という団体を作るにあたって目的を作る必要がある。①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と②事業で得られたデータを学術研究で利用し新たな知見を得るという目的がありますが、事業をやっていくうえで②は絶対についてくることになると思う。キュア神戸という事業で集まったデータを、一体化リハビリテーションをやったときに本当に効果があったのかという疑問に答える必要があり、検証するために医学系研究を行う必要があります。そのため、①と②の視点でシームレスの連携を行うのが事業の目的ということを示す必要があると思う。ですから、定款に定めるために次の本会議で測って、シームレスに行うことが事業の目的であって、それを検証する研究ももう一つの目的ですよって言うことをどこかに明記する必要があると思う。3つ目は、①のシームレスなりハビリの連携は現行の運用を変える必要はないと思います。要配慮個人情報の利用の観点では②について別途同意を取った方がよいと考えている。院内掲示もなくはないが、書面でなくてもよいので、退院時カンファレンスのときなどに同意をとりましたという記録を残したほうがいいです。4つ目は、バイタルリンクの利用は認められているのか？本会議までに説明できるようにしておく。

【質問】

Q. 患者に同意を取るときにリハを受けたいが研究には参加したくないという選択肢はあり得るでしょうか？(小林)

A. ありえます。民間ですとこのデータがないとこのサービスは提供できませんということはあると思いますが、キュア神戸の趣旨から考えると、それって駄目だろうと患者さんの考えに沿って取り組んでいただけたらと思います。(三木)

・個人的には大事なデータベースでは間違いはないが、研究を前面に出すのではなく、どちらかというと連携を優先させていきたいですのでその辺の落としどころを見つけていきたい。(北井)

Q. 同意書としては2本立てというのか、参加するひとは、かつ研究目的の利用についてはこちらもチェックしてくださいねというような形になるでしょうか。(立川)

A. おそらく同意書の中には事業の目的には、シームレスな連携をするためにデータを共有する、効果を検証するためにデータを利用する可能性がある、この2つを記入しておいて同意が得られるようにしておけばいいと思います。(三木)

Q. 同意に関してですが、中央市民病院で最初に同意をとっておけば、どこまでの範囲が有効範囲か有効期限になるのか教えていただきたいです。(村井)

A. 同意書の書きぶりだと思いますが、運用していくことを考えると、一番最初に同意を得るとそれ以降はバイタルリンクの中にあるデータは利用可能だというふう整理するのがいいのではと思います。その論点はとても大事で。キュア神戸に入っていない組織からバイタルリンクにいれられたデータは使用していいのかなど決めていく必要があると思います。また、バイタルリンクのつくりにもよる、個人単位でバイタルリンクに情報をつなげるというシステムであれば、そういったことを払しょくする必要があるが、病院単位というデータの持ち方であればあればそういった懸念はなくなると思います。そこは帝人ファーマさんと詰めていく必要があると思います。(三木)

- ・ 法律的な問題と、各病院の規定の問題がある。中央で通っても神戸大学病院の倫理では通さないといけないうことになってしまうことがある。今考えているのは、中央一括の倫理で、例えば中央市民で通して共通の同意書をとることができるので、そのあたりも相談して現場の負担のない形を考えている。

- ・ 帝人ファーマに確認しているところですが、契約主体は法人対法人でしているが、データの入力は患者に頼まれて、病院が代理で入力していますよという書きぶりになっていると同意を得ていますよねということで、なんら問題はないですが、病院が病院の意思でデータを入力していますよという書きぶりになっていると病院側が同意しないと入力できなくなるってことがありえるので、これから考えていく必要があると思います。(三木)

5. 質疑応答

意見：各区にある医療介護サポートセンターの活用を本会議でも議題に出していただいても良いが、行政の案件としてサポートセンターへの人員配置や増員等来年度の予算要望もしていただきたい
(山根)

返答：業務上はよく連携をさせていただくが所管としては福祉局ではなく地域医療課となるので意見としていただき、また相談しておく。(管)

6. 今後の予定と閉会の挨拶

今後の予定にあたって、8月10日に本会議を行った後、SWGの活動を開始していく予定。リーダーよりコンタクトがあるのでご協力いただきたい。その後10月か11月に第三回WG会議を行なっていきたい。運用してみて年内に延期の可能性もあり。2023年1月には本格運用を開始していく予定としたい。

お忙しいところ本当にありがとうございました。このプロジェクトは壮大なものになっているが、実際に絵空事に終えないよう着実に進めていく為に最初の準備段階が大切なので、皆さんの意見をいれていいものにできればと思っている。引き続きよろしく願いいたします。(北井)

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。

（目的）

第2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3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の構築・運用
- （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の促進
- （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の促進
- （4）その他、本協議会の目的を達成するための事業

（会議）

第4条 会議は運営に関する大きな方向性を決定する本会議及び具体的な取り組みを検討するワーキングチームにより行う

（委員）

第5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。

（事務局）

第6条 本協議会の事務局は神戸在宅医療・介護推進財団及び神戸市が務める。

附 則

この会則は、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科 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 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 室長
尾原 信行	神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科 医長
梶家 慎吾	リハビリ訪問看護ステーション蓄 所長
管 澄子	神戸市 福祉局 介護保険課担当課長
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
◎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 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 蕾
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 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
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
山本 育子	兵庫県栄養士会 副会長 神戸大学医学部付属病院
□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 地域医療連携室 課長

◎はリーダー、○はサブリーダー、□はアドバイザー

キュア神戸にかかる呼吸不全リハビリテーション検討チーム 構成員

氏名	所属等	役職等
◎ 富井 啓介	神戸市立医療センター中央市民病院	副院長・呼吸器内科部長
○ 石川 朗	神戸大学	大学院保健学科研究科 教授 在宅呼吸器ケア勉強会 世話人代表 キュア神戸本会議委員
○ 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 キュア神戸WGチーム員
大塚 浩二郎	神鋼記念病院	部長・呼吸器内科科長
池田 顕彦	神戸平成病院	
岩本 善嵩	岩本診療所・こうべ往診クリニック	院長
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 キュア神戸WG事務局
沖 侑太郎	神戸大学	神戸大学保健学科特命助教授
別府 聖子	神戸大学医学部付属病院	慢性呼吸器疾患看護認定看護師 難病認定看護師

◎リーダー

○サブリーダー

2022/06/13のミーティングでの質問に対する、参考QA集

<出典>

[「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ & A（事例集）](#)

https://www.ppc.go.jp/personalinfo/faq/iryokaigo_guidance_QA/#q1-2

【総論】

<ガイダンスの趣旨、対象範囲等>

- Q1-2

個人情報保護法では、個人情報取扱事業者としてどのようなことに取り組むことが定められていますか。

A 1 - 2

医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いについては、法令上大きく分けて次の取組が必要となります。

① 個人情報の取得・利用

（例）利用目的を特定して、その範囲内で利用する利用目的を通知又は公表する

② 個人データの保管

（例）漏えい等が生じないように、安全に管理する従業員・委託先にも安全管理を徹底する

③ 個人データの第三者提供

(例) 第三者に提供する場合は、あらかじめ本人の同意を得る第三者に提供した場合・第三者から提供を受けた場合は、原則一定事項を記録する

④ 保有個人データに関する開示請求等への対応

(例) 本人から開示等の請求があった場合は、これに対応する苦情等に適切・迅速に対応する

一方、個人情報の保護に関する考え方は、社会情勢や患者・利用者等の意識の変化に対応して変化していくものと考えられます。このため、各事業者においては、ガイダンスの趣旨を踏まえた個人情報の適切な取扱いに取り組むとともに、引き続き不断の検証と改善が求められるものと考えます。

● Q1-3

国や独立行政法人、自治体が設置する医療機関や介護施設は、このガイダンスの対象にはならないのですか。

A 1 - 3

国の行政機関については「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」、国立病院機構など独立行政法人については「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」、県立病院や県立の特別養護老人ホームなど自治体の医療機関や介護施設については各自治体の条例がそれぞれ適用されます。

これらの医療機関や介護施設については個人情報保護法や本ガイダンスの直接の対象には当たりませんが、医療・介護分野における個人情報保護の精神や考え方は設立主体を問わず同一であることから、これらの事業者も本ガイダンスに十分配慮していただくことが望ましいと考えます。(参照：ガイダンス p 2)

● Q1-5

本ガイダンスの対象となる「介護関係事業者」に含まれる事業者の範囲を教えてください。

A 1 - 5

本ガイダンスの対象となる「介護関係事業者」とは、介護保険制度によるサービスを提供する事業者だけでなく、高齢者福祉サービス事業を行う者は広く含まれます。具体的には、特別養護老人ホームなどの介護保険施設や、訪問介護事業所などの居宅サービス事業を行う者、居宅介護支援事業を行う者だけでなく、介護保険の指定を受けずに有料老人ホームを経営する者や、養護老人ホーム、ケアハウス等も、広く「介護関係事業者」に該当し、本ガイダンスを守っていただくことが必要です。

<用語の定義>

● Q2-1

「個人情報」「個人データ」「保有個人データ」とは、どのようなものですか。

A2-1

「個人情報」「個人データ」「保有個人データ」の定義についてはそれぞれ以下のとおりとなっています（参照：ガイダンス p 6、p 12、p 13）。

これらの用語は、個人情報保護法における個人情報取扱事業者の義務等の規定で使い分けられていますので、具体的な義務等に応じた取扱いが必要となります。

①個人情報

「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）、又は個人識別符号が含まれるものをいいます。

この「個人に関する情報」とは、氏名、性別、生年月日、顔画像等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表す全ての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や、映像、音声による情報も含まれ、暗号化等によって秘匿化されているか否かを問いません。

また、個人情報保護法では、死者に関する情報は対象ではありませんが、死者に関する情報が同時に遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存する個人に関する情報となり法律の対象となります。

本ガイドは、医療・介護関係事業者が保有する医療・介護関係の個人情報を対象とするものであり、診療録等の形態に整理されていない場合でも、患者の氏名等が書かれたメモ等であれば個人情報に該当します。

②個人データ

「個人データ」とは、「個人情報データベース等」を構成する個人情報をいいます。この「個人情報データベース等」とは、特定の個人情報をコンピュータを用いて検索することができるように体系的に構成した個人情報を含む情報の集合体、又はコンピュータを用いていない場合であっても、紙面で処理した個人情報を一定の規則（例えば、五十音順、生年月日順など）に従って整理・分類し、特定の個人情報を容易に検索することができるよう、目次、索引、符号等を付し、他人によっても容易に検索可能な状態においているものをいいます。

したがって、診療録等の診療記録や介護関係記録については、通常、媒体の如何にかかわらず、体系的に整理され、特定の個人情報を容易に検索できる状態で保有していることから、「個人データ」に該当します。

③保有個人データ

「保有個人データ」とは、個人データのうち、個人情報取扱事業者が、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有するものをいいます。したがって、委託を受けて取り扱っている個人データや、個人情報のうち体系的に整理されていないものについては、「保有個人データ」には該当しません。

● Q2-3

医療・介護関係事業者が取り扱う「個人識別符号」には、具体的にどのようなものがありますか。

A2-3

「個人識別符号」とは、その情報単体から特定の個人を識別することができるものとして政令で定められた文字、番号、記号その他の符号をいい、これに該当するものが含まれる情報は個人情報となります。

医療・介護関係事業者が取り扱う「個人識別符号」の具体的な内容としては、例えば細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列

（※）、に基づく保険者番号や被保険者等記号・番号、介護保険法に基づく被保険者証の記号、番号及び保険者番号などがあります。

なお、上記の保険者番号及び被保険者等記号・番号や、被保険者証の記号、番号及び保険者番号については、それぞれこれらの記号、番号等が全て含まれる情報が、個人識別符号に該当します。

※個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）においては、「細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列」のうち、個人識別符号に該当するものは、ゲノムデータ（細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列を文字列で表記したもの）のうち、全

核ゲノムシーケンスデータ、全エクソームシーケンスデータ、全ゲノム塩基多型（single nucleotide polymorphism：SNP）データ、互いに独立な40箇所以上のSNPから構成されるシーケンスデータ、9座位以上の4塩基単位の繰り返し配列（short tandem repeat：STR）等の遺伝型情報により本人を認証することができるようにしたもの」とされている。

● Q2-4

医療・介護関係事業者において取り扱う「要配慮個人情報」には、具体的にどのようなものがありますか。

A2-4

「要配慮個人情報」とは、不当な差別や偏見その他不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして法律、政令及び規則で定める記述が含まれる個人情報をいいます。要配慮個人情報の取得や第三者提供には、原則として本人の同意が必要であり、法第23条第2項の規定による第三者提供（オプトアウトによる第三者提供）は認められておりません。

医療・介護関係事業者が取り扱う「要配慮個人情報」の具体的な内容としては、診療録等の診療記録や介護関係記録に記載された病歴、診療や調剤の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た診療情報や調剤情報、健康診断の結果及び保健指導の内容、障害（身体障害、知的障害、精神障害等）の事実、犯罪により害を被った事実などがあります。

● Q2-7

死亡した個人の情報については、「個人情報」に該当せず、個人情報保護法の対象にはなりませんが、どのように取り扱うべきですか。

A2-7

本ガイドスでは、患者・利用者が死亡した後においても、事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、情報の漏えい等の防止のため、生存する個人の情報と同様の安全管理措置を講ずるよう求めています（参照：ガイドス p 2）。

また、患者・利用者が死亡した際に、遺族に対して診療情報・介護関係記録を提供する場合には、厚生労働省において平成15年9月に作成した「診療情報の提供等に関する指針」の「9 遺族に対する診療情報の提供」の取扱いに従って提供を行うことを求めています（参照：ガイダンスp4）。

● Q2-11

「匿名化」された情報は、個人情報に該当しますか。

A2-11

「個人情報の匿名化」は法律上の用語ではなく、従来から医療・介護の実務においてそのような取扱いがされてきたところであり、本ガイダンスにおいては、医療・介護関係事業者の個人情報の取扱いにおける「個人情報の匿名化」の考え方について示しています。

ただし、個人情報から氏名等の特定の個人を識別することができる情報を削除したとしても、医療・介護関係事業者内で得られる他の情報と照合することにより、特定の患者・利用者等を識別することができる場合には、その情報は個人情報に該当する場合があります。このため、個人情報に該当するか否かについては、情報を保有する医療・介護関係事業者において個別の事例に応じて判断することとなりますが、判断に迷う場合には、個人情報保護法上、同法第76条の適用を受ける場合（大学病院等における学術研究目的での利用について通知・公表している場合等）を除き、個人情報に該当するものとして取り扱うことが望ましいと考えられます。

● Q2-12

「匿名化」された情報と「匿名加工情報」との違いは何でしょうか。

A2-12

「匿名化」は、個人情報から、氏名、生年月日、住所、個人識別符号等、個人を識別することができる情報を取り除くことですが、症例や事例により、匿名化を行ってもなお特定の個人が識別できる場合には個人情報に該当することもあり得ます。

他方、「匿名加工情報」については、個人情報と個人情報の区分に応じた定められた措置を講じて特定の個人を識別することができないように加工して得られる個人に関する情報であって、当該個人情報を復元して特定の個人を再識別することができないようにしたものであり、個人情報保護委員会規則で定める基準に従って加工する必要があります。（「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（匿名加工情報編）」（平成28年個人情報保護委員会告示第9号）参照）

<本人の同意>

- Q3-1

本人の同意を得る場合には、文書で同意を得る必要がありますか。

A3-1

医療機関等については、本人の同意を得る方法について法令上の規定はありません。このため、文書による方法のほか、口頭、電話による方法なども認められます。このため、同意を求める内容や緊急性などを勘案し、それぞれの場面に適切な方法で同意を得るべきと考えます。

介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等において利用者または家族の個人情報を使用する場合は、利用者及び家族から文書による同意を得ておく必要があることに留意が必要です。（参照：ガイダンスp35）

<個人情報を研究に利用する場合の取扱い>

- Q4-1

患者・利用者の個人情報を研究に利用する場合、匿名化する場合であっても、本人の同意が必要ですか。

A4-1

大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究の用に供する目的で個人情報等を取り扱う場合は、個人情報保護法の適用を受けません。

ただし、医学研究分野に関しては、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイダンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究は、当該指針の内容に従う必要があります。これらの指針において、研究を実施するに当たり、原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があるとされていますが、一定の条件を付してインフォームド・コンセントを必ずしも要しない場合についても規定しています。

● Q4-2

個人情報保護法では、学術研究を目的とする機関やそこに属する者等が学術研究の用に供する目的で個人情報を取り扱う場合は、個人情報取扱事業者の義務等が課せられないとされていますが、大学病院（又は大学病院の医師）が取得した個人情報については、本人の同意を得ずに研究に利用して良いのでしょうか。

A 4 - 2

大学病院（又は大学病院の医師）（注：個人情報保護法の適用に基づきここでは私立大学をいいます。）、その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究に供する目的で個人情報等を取り扱う場合には、個人情報保護法における個人情報取扱事業者の義務等が課せられないとされています。

ただし、医学研究分野に関しては、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイダンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究は、当該指針の内容に従って手続きを行う必要があります。原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があることについてはA 4 - 1のとおりです。

- Q4-3

患者の紹介元の医師から、研究のみの目的で利用するため、紹介患者の診療情報等を提供してほしいとの依頼があった場合は、どのように対応すればよいでしょうか。

A 4 - 3

患者の診療情報等は個人データに該当するため、第三者提供及び利用目的の変更に当たっては、原則として本人の同意が必要です。また、第三者提供に当たり黙示の同意が得られていると考えられるのは、本人への医療の提供のために必要な範囲に限られます（参照：ガイドンス p 34～35）。したがって、大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究の用に供する目的以外で個人情報を取り扱う場合は、原則として、本人の同意を得る必要があります。

また、医学研究分野の場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイドンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究であれば、診療情報等を提供する医師についても、当該指針が適用されます。これらの指針において、研究を実施するに当たっての手続きが定められており、原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があることについてはA 4 - 1のとおりです。

<個人情報に関する相談体制>

- Q5-1

個人情報に関する相談体制はどのようにすべきでしょうか。

A 5 - 1

個人情報保護法第35条では、医療・介護関係事業者は個人情報の取扱いに関して患者・利用者等から苦情の申し出があった場合、適切かつ迅速な対応に努めなければならないとされています。

また、個人情報の取扱いに関して、本ガイドンスでは、患者・利用者等が疑問に感じた内容を、いつでも、気軽に問合せできる窓口機能等を確保することが重要であるとしています。（参照：ガイドンス p 3）

【各論】

<利用目的の通知等>

- Q2-1

別表2の「患者への医療の提供に必要な利用目的」や「介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的」は、個人情報保護法第18条第4項第4号の「取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合」に該当すると考えられるので、このような利用目的は本人に通知又は公表しなくてもいいのではないのでしょうか。

A2-1

医療・介護関係事業者においては、本ガイドンスの別表2に示すように、患者・利用者に関する情報を様々な目的で利用します。別表2に掲げる内容には、取得の状況からみて明らかな利用目的と考えられる事項もありますが、本ガイドンスでは、患者・利用者等に利用目的をわかりやすく示す観点から、このような利用目的についても院内掲示等により公表することを求めています（参照：ガイドンス p 21）。

また、医療機関等において、他の医療機関等へ黙示による同意に基づき情報提供を行う場合には、あらかじめ院内掲示等により、その利用目的や、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求めることができること等について公表することが前提となっています。（参照：ガイドンス p 33～35）

なお、介護関係事業者において、サービス担当者会議等に使用するために他の介護関係事業者に情報提供を行う場合は、介護保険法に基づく指定基準により、事業所内への掲示によるのではなく、サービス利用開始時に適切に利用者から文書による同意を得ておく必要があることに留意が必要です。（参照：ガイダンス p 3 5）

● Q2-7

患者の診療記録や調剤記録等を他の医療機関等から取得する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。

A2-7

医療機関等が要配慮個人情報¹を第三者提供の方法により取得した場合、提供元が個人情報保護法第17条第2項及び第23条第1項の規定に基づいて本人から必要な同意（要配慮個人情報の取得及び第三者提供に関する同意）を取得していることが前提となるため、提供を受けた当該医療機関等が、改めて本人から同法第17条第2項の規定に基づく同意を得る必要はないものと解されます。（参照：ガイダンス p 2 3）

● Q2-8

患者の診療記録等を他の医療機関等へ提供する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。

A2-8

他の医療機関等への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考えられます。なお、傷病の内容によっては、患者の傷病の回復等を目的とした場合であっても、個人データを第三者提供する場合は、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求められる場合も考えられ、その場合、医療機関等は、本人の意思に応じた対応を行う必要があります。（参照：ガイダンス p 3 4）

<個人データの第三者提供>

● Q4-10

病診連携の一環として、紹介を受けた患者の診療情報、検査結果、所見等を紹介元医療機関に対して情報提供を行っていますが、実施に当たっての留意点は何ですか。

A 4 - 10

紹介元医療機関に対する患者への医療の提供のために必要な情報提供は、「他の医療機関等との連携を図ること」に該当し、本ガイドンス34ページに示す院内掲示を行っている場合には、本人の黙示による同意が得られているものと考えます（当該内容の利用目的を院内掲示していない場合には本人の同意を得ることが必要です）。

なお、情報提供の方法は、書類の郵送、電子ディスクの郵送、通信回線による電子送信等、様々な方法が考えられますが、いずれの場合でも安全管理措置の徹底が必要です。

● Q4-14

介護保険施設の入所者が、他の介護保険施設に移動する際に、移動先の施設の求めに応じて入所者の個人情報の提供を行う場合は、本人の同意は必要なのでしょうか。

A 4 - 14

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設については、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」などそれぞれの指定基準において、「居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。」とされています。（例：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第30条第3項）

このため、移動先の施設から、利用者の心身の状況等の個人情報を求められた場合については、指定基準に基づいて、あらかじめ文書により入所者の同意を得る必要があります。

● Q4-16

高齢者虐待事例の解決に当たって、担当ケアマネジャーなどの関係機関に高齢者の個人情報を提供する場合、高齢者本人の同意を得ることが難しいケースがありますが、高齢者本人の同意が得られないと情報提供はできないのでしょうか。

A 4 - 16

高齢者虐待については、市町村、担当ケアマネジャーや介護サービス事業者が十分に連携して解決に当たることが必要です。事案によっては高齢者本人の同意を得ることが困難なケースが考えられますが、高齢者本人の生命、身体、財産の保護のために必要である場合は、個人情報保護法第23条第1項第2号（人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき）に該当するものとして、高齢者本人の同意が得られなくても、関係機関に情報提供を行うことが可能です。

● Q4-32

医療・介護関係事業者において、確認・記録義務が適用されないのは、どのような場合でしょうか。

A 4 - 32

個人データの第三者提供について適正な取扱いが確保されるよう、個人データを第三者提供する場合及び第三者から個人データを受領した場合には、一定事項を確認・記録する必要があります。

ただし、国、地方公共団体、独立行政法人等へ提供する場合（個人情報保護法第2条第5項各号に該当）、法令に基づいて個人データを提供する場合（同法第23条第1項1号に該当）、検体検査業務の委託その他の業務委託の場合（同法第23条第5項第1号に該当）、他の医療機関、介護サービス事業者等と連携する場合（本

人に代わって提供)、家族等へ病状説明を行う場合(本人と一体と評価できる関係にある者に提供)などの場合については、確認・記録義務が適用されないこととなっています。