

令和7年度第1回キュア神戸理事会 会議要旨

開催日時 2025年7月16日（水）14時～15時30分

開催場所 ハイブリッド形式 委員（Web）

（市役所21階会議室）

<荒牧（事務局）>

定刻となりましたので、令和7年度第1回神戸地域一体化リハビリテーションコンソーシアム・キュア神戸理事会を開会いたします。本日はご多忙のところご出席いただき、誠にありがとうございます。本日の進行を務めます、神戸在宅医療・介護推進財団の荒牧です。よろしくお願いいたします。

まず理事会の定足数についてご報告申し上げます。会則第13条第3項により、理事会は理事の過半数の出席により有効に成立いたします。本日は18名の理事の皆様にご出席いただいております。従いまして、本理事会は有効に成立しておりますことをご報告申し上げます。

理事会は会則第13条第2項におきまして、代表理事が議長を務めることとなっておりますが、このたび新たな任期の開始にあたり、改めて代表理事を選出する必要がございます。代表理事が選出されるまでの間は、事務局にて進行を務めさせていただきます。

それでは、会則第11条第2項の規定に基づき、理事の互選による代表理事の選出をお願いいたします。なお、立候補・推薦のいずれでも構いませんので、よろしくお願いいたします。

<堀本理事>

はい。細谷理事にお願いできないでしょうか。

<荒牧（事務局）>

ありがとうございます。他にご意見はございませんでしょうか。

それではお諮りいたします。代表理事は細谷理事でよろしいでしょうか。

ありがとうございます。挙手多数のため、代表理事は細谷理事に決定いたしました。よろしいでしょうか。

<細谷（代表理事）>

はい、ありがとうございます。代表理事にご選任いただきました、細谷でございます。

このキュア神戸ですが、リハビリテーションの地域連携を目標に始まりまして、すでに3年が経過いたしました。これまで心不全（急性呼吸不全）、その後は呼吸不全を対

象として取り組んでまいりましたが、リハビリテーションは様々な場面で分断されがちなため、それを一体化したリハビリとして構築したい、またその運用にあたっては地域医療との連携を図っていきたいという思いで進めてまいりました。

この後、またご報告いたしますが、登録患者数は300名を超えております。これはひとえに関係者の皆様のご尽力のおかげと、深く感謝申し上げます。

これからも「オール神戸」で取り組んでまいりたいと考えておりますので、理事会の皆様には、引き続きご指導ご鞭撻のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。以上、簡単ですがご挨拶とさせていただきます。

<荒牧（事務局）>

細谷代表理事、ありがとうございました。

それでは、これより議事進行は会則第13条第2項により、細谷議長にお願いしたいと存じます。細谷議長、よろしくお願いいたします。

<細谷（議長）>

はい。まず、本日の議事についてご説明いたします。そこにお示ししておりますように、まず第1に、総会を先日ほど実施いたしましたので、その報告をいただきます。続いて、議案事項に移りますが、今回は1件、議決をお願いしたい事項がございます。それは、これまでの心臓・呼吸器に続く第3のプログラムとして「PICS（ピックス）」を取り入れたいという提案でございます。こちらについては、私の方からご説明させていただきます。

その後、報告事項が3件ございます。まずは、キュア神戸におけるワーキンググループの活動について、リーダーである北井理事からご報告いただきます。次に、薬薬連携に関する中間報告として、神戸市薬剤師会の安田会長よりご報告いただきます。最後に、私の方から登録者数などに関する報告をさせていただきます。以上の順序で進行したいと思います。

それでは最初に、総会の報告につきまして、事務局からお願いいたします。

<事務局>

それでは、総会報告についてご報告いたします。

総会は、規約第20条第4項に基づき書面決議の形式で実施し、令和7年5月29日付で決議があったものとされました。

お諮りした議案は、現理事全員の再任に加え、具理事および熊谷理事のお二方を新たに理事として任命する件でございました。

書面決議の結果、皆様全員からご賛同をいただきました。

本理事会の資料として、お二人の略歴をまとめた資料（資料1）を添付しておりますので、あわせてご覧ください。

これにより、本年度から新たに具理事・熊谷理事が理事として加わることとなりました。

た。

それでは、新理事のお二人のご紹介およびご挨拶について、議長よりお願いいたします。

<細谷（議長）>

はい。それでは、新しく理事に就任されましたお二人、具先生、熊谷理事から順にご挨拶を頂戴したいと思います。

まずは具理事、よろしくお願いいたします。

<具（理事）>

甲南医療センターの具でございます。

この度、理事として加えていただき、誠にありがとうございます。

皆様とご一緒に勉強しながら、前に進んでいければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

<細谷（議長）>

ありがとうございました。具理事には、急性期病院の院長として、今後さまざまな場面でご指導をいただけるものと期待しております。

<細谷（議長）>

引き続きまして、熊谷理事、神戸市の新しい健康局長でいらっしゃる熊谷局長、よろしくお願いいたします。

<熊谷（理事・神戸市健康局長）>

4月から健康局長に着任いたしました熊谷と申します。

2022年の6月まで健康局に在籍しており、当時はコロナ対応などにあたっておりましたので、ちょうどCURE-KOBEが設立された直後まで在籍していたことになります。

その後の取り組みの進捗を拝見し、非常に多くのことを考える機会を得ております。

今後は、皆さんと共に取り組んでいきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

<細谷（議長）>

ありがとうございました。よろしくお願いいたします。

以上で、新たに就任された理事のご紹介とご挨拶を終えます。これが総会の報告となります。

<細谷（議長）>

次に、議事に移らせていただきたいと思います。

まず最初に、先ほど申し上げましたPICS対応プログラムの導入についてでございますが、私の方で画像を共有させていただきます。

はい、こちらになります。スライドをご覧ください。

PICSと申しますのは、ここにございますように「集中治療後症候群（Post-Intensive Care Syndrome）」でありまして、単独の疾患というよりも、ある種の症候群でございます。これに対してCURE-KOBEとして、本症候群を対象にしたプログラムを導入してはどうかという提案でございます。

これから内容をご説明申し上げますが、この件に関しましては、CURE-KOBEの規約に基づく理事会での決議事項にあたりますので、本理事会にてご検討の上、ご決議をいただきたいと考えております。

画面中央に表示している図が、CURE-KOBE発足当初の概念図でございます。これは当初から繰り返しご説明してまいりましたとおり、リハビリテーションの各プログラムを一体化し、一貫性をもった流れにすること、また地域医療連携を強化することを目的として掲げたものでございます。

対象疾患につきましては、まず心疾患、次に呼吸器疾患を取り上げ、これまで取り組んでまいりました。

この7月現在、循環器系で243症例、呼吸器系を加えて合計341症例が登録されております。

当初の構想としては、症例数がある程度蓄積された段階で、腎臓リハビリテーションや肝疾患リハビリテーションへと対象を広げていくというアイデアもございました。しかしながら、この3年間に於いて保険制度の整備があまり進まず、現時点では腎疾患および肝疾患に対する回復期のリハビリテーションについて保険適用がまったくなされていない状況です。

従って、PICSはこれまでのCURE-KOBEにとってはなかなか馴染みのない対象疾患という位置づけでありました。今回の提案は、この課題を何とかしたいという思いから来ております。

その背景について、スライドを2枚用意いたしましたのでご覧ください。

まず1枚目のスライドですが、こちらはICU入室患者の救命率の推移を示したものでございます。ご承知のとおり、近年はICUにおける救命率が飛躍的に向上しております。スライド中央の生存曲線をご覧くださいますと、重症敗血症（severe sepsis）やARDS（急性呼吸窮迫症候群）、多臓器不全といった重篤な状態であっても、死亡率が明らかに減少してきております。

このような傾向から、ICUからの生存者、いわゆるサバイバーが増加しており、短期的な救命だけでなく、長期的なアウトカムの改善が大きな課題となってまいりました。そこで重要になってくるのがリハビリテーションの介入であり、とりわけ「Post Intensive Care Syndrome（PICS）」がその中心的なテーマとして注目されているという状況でございます。

私自身も知らなかったのですが、PICSは身体障害だけでなく、認知機能障害や精神障害がICU退室後も持続するということが報告されています。これは米国の研究によるも

のですが、身体障害と同時に、むしろ認知障害の方がより多く出現するそうです。また、両方を併せ持つケースや、いずれかの障害を有する方が非常に多く、ICUを退室して6ヶ月後の時点でも高頻度でこれらの障害が見られるとのこと。つまり、PICSにならない人の方が圧倒的に少ないという実態があるということです。

このような状況に対して、どのように対応していくのかという点が、現在集中治療学会の中でも非常に大きな課題となっております。これは急性期医療のみで完結する問題ではなく、回復期医療の力を入れる必要がある、というのがPICS対応の基本的な考え方です。

回復期リハビリテーション病院では、365日体制で土日祝日を含めたりハビリテーションの提供が可能です。また、1日最大3時間という比較的長時間の集中的なリハビリテーション単位を提供できること、さらにPT・OT・STといった専門職が揃っている点も強みです。加えて、入院期間が比較的長いこと、退院後も生活期において継続的な治療方針を考慮できる体制があることも特徴として挙げられます。

そしてもう一点、回復期リハビリテーション病院では「廃用症候群」に対する保険適用があるという点も重要です。PICSによるADL低下だけでなく、中枢神経系の問題、すなわち脳血管障害も含む形での対応が可能であり、回復期医療機関としての関与が非常に自然であるという背景がございます。

そこで、このたび神戸では、既に包括的なリハビリテーションプログラムを保有し、かつ地域医療連携体制が確立されてきているという強みを生かし、PICSへの対応を行うことで、ICUからの重症患者に対するリハビリテーション成績やPICSの改善が期待できるのではないかと考えています。これは現時点ではワーキンググループ内での検討段階ですが、我々CURE神戸の3番目の対象とすべきリハビリテーション領域として、PICS正確には疾患というより「症候群」ではありますが、picsを取り上げたいという提案を、ここにご報告し、皆様にもご検討いただければと思っております。

なお、呼吸器疾患を対象とした際と同様に、今回もまず専門的な知識と経験を持ったメンバーによる検討チームを立ち上げたいと考えております。特に、急性期から回復期への移行、すなわち「つなぎ」の部分が非常に難しいため、この点を中心に課題や対応策を洗い出し、プログラムの構築を進め、運用へと繋げていきたいと考えております。

そのための検討チームの予定メンバーを、ここにご紹介いたします。まず、甲南医療センターの＜具 理事＞にチームリーダーをお願いしております。サブリーダーには、西記念ポートアイランド病院の＜小澤 先生＞にご就任いただく予定です。また、神戸リハビリテーション病院の＜森沢 部長＞にもご参加をお願いしております。

さらに、神戸大学病院の＜中村 先生＞はICU医療およびPICS対応に非常に精通されており、最近本会に関わっていただけるようになったことから、今回お声がけしております。加えて、高度急性期医療を担う神戸市立医療センター中央市民病院の＜救急

科・ICUスタッフ>の皆様、同院リハビリテーション部門の皆様にもご参加いただく予定です。

また、PICS対応において重要となるのは患者ケア全体の質であるため、ICU認定看護師の資格をお持ちの<看護師2名>にもご参加いただきます。そして、回復期リハビリテーション病院との連携に関しても課題が多く見込まれるため、回復期病院側からは<高田 看護師長>に加わっていただき、チーム全体で多職種連携による課題整理と対応策の検討を進めてまいります。

それでは、今回のプログラム導入に関する流れについてご説明いたします。あくまで現時点で私がコアメンバーの皆様から伺った内容を基に作成したイメージ図ではありますが、ご参考としてご覧ください。

まず対象となる患者像についてですが、ICUに入室された患者のうち、人工呼吸器を装着していた期間が48時間以上であることが1つの基準となるようです。年齢については大きく問わない方向で検討されています。また、すでにCURE-KOBEでは「新型コロナ後の呼吸不全」を対象としたリハビリプログラムを実施しており、もし対象が重複する場合は、より重症度の高いPICSの患者を優先的に対応することを想定しています。この取り組みは、フェーズごとに構造的に整理して考える必要があります。図中の緑色のラインが原疾患に対する治療の流れ、青色がリハビリテーション介入のイメージを示しております。

まず、ICU入室中は当然ながら集中治療が主たる対応となりますが、この段階でも標準的なプロトコルに基づいた早期リハビリテーションの介入が非常に重要となります。次に、「ポストICU」、すなわちICUを退出した後の段階に移行します。退室後の病棟が一般病棟であるかHCUであるかは状況によりますが、この段階でPICSのスクリーニングと診断を実施することが重要です。

PICSの診断基準については、運動機能障害、認知機能障害、精神機能障害といった三つの領域におけるスコアリングが基準化されており、これに基づきPICSと診断された場合に、以後のリハビリテーションプログラムを適用するという流れとなります。対象となる患者の障害のパターンは様々で、運動機能に障害を持つ方、認知面に課題のある方、また精神的な影響が大きい方など、それぞれに合わせた個別最適化リハビリテーション介入（Personalized Rehabilitation Intervention）が求められます。

なお、急性期から回復期にかけて同様のリハビリを継続的に実施することが基本とはなりますが、各フェーズにおいて介入の内容や強度などには一定の違いがあることも想定されており、その点も今後の設計において考慮される見込みです。

そしてもう一つ非常に重要な点として、PICSに関する長期的なフォローアップが現状ほとんど実施されていないという実態があります。先ほども円グラフを用いてご説明いたしましたが、たとえば発症から6か月後の状況こそが、本来最も注目されるべきア

ウトカムであり、その経過を適切に追う必要があります。

そのため、本プログラムでは外来においても継続的に患者の状態を見守る体制を基本方針とし、長期的視点に立った設計を行ってまいります。

具体的な内容は今後さらに詰めていく必要がありますが、この取り組みは全国的にも先駆けとなるモデルケースであると考えております。

なお、参考までにご紹介いたしますと、ドイツで行われた前向き介入研究において、一定のPICS介入プログラムを実施したところ、身体機能の改善は20%、メンタル面でも20%程度の改善にとどまり、認知機能に至ってはわずか10%の改善率という結果が示されております。

これを踏まえ、我々神戸の体制では、地域の力を結集し、より包括的かつ集中的なりハビリテーションを実施することで、より高いアウトカムが得られるのではないかと考えております。

そして何よりも、本邦においてこのような体系的なPICS対応のプログラムが存在しない現状に鑑みると、我々の取り組みが全国に先駆ける重要な一歩となる可能性があるかと確信しております。

以上が、私が現時点で理解している「CURE-KOBEにおけるPICS対応プログラム」の概要となります。つたない説明ではありましたが、趣旨をご理解いただければ幸いです。それでは、ただいまの説明に関しまして、理事の皆様からご質問やご意見等ございましたら、ぜひお聞かせいただきたいと思います。

<細谷議長>

どなたでも結構ですので、挙手をなさるか、あるいはミュートを解除してご発言いただけたらと思います。いかがでございましょうか。どなたかいらっしゃいませんか。

<堀本理事>

はい。PICSの認知機能障害とか精神障害というのは、これはICUに入室してからそういう症状が出てきたケースということでしょうか？ それとも、もともとそういったものを持っている方も対象になるのでしょうか？

<細谷議長>

私もよくわかりませんが、これも少し聞いてみたのですが、完成された認知症の方は、少し対象が違うのではないかと。ある程度認知機能障害を持っている方——最近ではICUに入る高齢の方も増えてきておりますので——そういった方がICUのストレスや薬剤などの影響をきっかけに、認知機能障害を発症するのだというふうに理解しております。

たとえば、本当の認知症のように脳内のどこかに器質的な変化が起きるのかどうかという点については、まだ明確には分かっていないと理解しています。また、精神障害については、私ども外科の立場から見ておりますが、ICUに長期間入っていた方が戻っ

てくると、必ずせん妄が出るのが当たり前でして、それとは異なり、退院後にスコアを取ってみたら、明確な精神障害が確認される、というような方を指していると理解しております。

したがって、最初から症状があるのではなく、ICU治療をきっかけに発症したという方が対象になるのではないかと思います。

今の＜堀本理事＞のご指摘はまさにポイントだと思いますので、チームの方でもぜひ検討を進めていただければと考えております。先生、それでよろしいでしょうか。

はい、ありがとうございました。よろしくお願いします。はい、どうもありがとうございます。他に何かご発言ございましたら、よろしいでしょうか。

＜東山理事＞

はい、東山です。

＜細谷（議長）＞

はい、お願いします。

＜東山理事＞

はい。非常にいいアイデアだと思います。これからどんどんこういう患者さんが増えてくるので、やはり我々のところは急性期なんですけど、ICUを出てすぐからリハビリをやらなあかんというのは分かってるんですけど、なかなか現状、うちの病院では進めていないもんですから、こういう取り組みがあるとですね、連携をして、どういうことを急性期病院はICU出て1日目からしたらいいのかというのをご指導いただけると非常に助かると思います。非常にいいアイデアやと思います。

＜細谷（議長）＞

はい、ありがとうございました。いいコメントをいただきました。

＜細谷議長＞

他にご意見はございますか？ よろしいでしょうか？

はい、ないようでございます。

本件は私どもの会則により決議事項となっておりますので、今の私の説明とご議論を踏まえ、ご承認いただきたいと思います。

議長の立場からではございますが、お諮りいたします。

理事会といたしまして、本件をワーキングとして取り上げることにご賛成の方は挙手をお願いいたします。

はい、ありがとうございます。賛成多数、誠にありがとうございます。

それでは、このプログラムを一生懸命考えて進めてまいりたいと思います。

なお、あらかじめ具先生にはご説明の上、PICSプログラム検討チームのリーダーをお願いしておりましたところ、快くお引き受けいただきました。

それでは、具先生、再度ご登場いただきまして、ご挨拶をお願いできればと思います。よろしいでしょうか？

<具先生>

はい、ありがとうございます。細谷理事からこの大役を仰せつかりました。当院にもそれぞれの領域に関連する専門家が在籍しておりますので、そういった方々とも相談しながら、またPICSの先生方とも連携して、まずはプログラムをどう構築していくか、そういった点に取り組んでまいりたいと思います。以上です。

<細谷議長>

はい、ありがとうございました。

それでは、PICS検討チームにて今後検討を進めていただき、理事会には途中経過もご報告いただければと思います。よろしくお願いいたします。

これが第1番目の決議事項でございます。

<細谷議長>

では、次に報告事項に移ります。報告事項は3件ございます。

まず1件目は、ワーキングチームからの報告です。

こちらはワーキングチームのリーダーであられる北井理事よりご報告いただきます。

北井先生、ご準備よろしいでしょうか？

<北井理事>

はい、大丈夫です。皆さま、こんにちは。国立循環器病研究センターの北井です。

それでは、私の方からワーキンググループの活動報告をさせていただきます。

画面共有いたしますが、問題ないでしょうか？

<細谷議長>

はい、大丈夫です。

<北井理事>

ありがとうございます。それでは、よろしくお願いいたします。

まず冒頭に、細谷理事からご紹介がありましたが、このCURE-KOBEは現在、登録から3年目に入っておりまして、参加施設数は300を超える規模となってきております。

現在、この包括的な心不全および呼吸不全対策を進めるにあたりまして、「ワーキンググループ」を組織して活動を行っております。

そのワーキンググループの下部組織として、4つの「サブワーキング」を設けており、それぞれで個別の活動を進めております。

少し前回のご報告から時間が経っておりますので、最初にその4つのサブワーキングについてご紹介させていただきます。

まず1つ目は、「生活期リハのあり方検討グループ」です。

これは、急性期から生活期にシームレスに移行していくなかで、特に回復期から生活期にかけての連携体制が、まだ十分に確立されていないという現状を踏まえ、そこにフォーカスして検討を行っているグループです。

2つ目は、「専門職の教育研修グループ」です。

CURE-KOBEの活動の中核となる「人材育成」および「情報共有」という2つの柱のうち、主に人材育成、すなわち教育の部分を担うグループとなっております。

<北井理事>

そして3つ目が、「エレクトロニック・ヘルス・レコード（EHR）検討グループ」です。

ここは先ほどの「情報共有」という柱のうち、特にデジタル技術を活用した情報の管理・運用について検討しているグループでして、現在CURE-KOBEでは「バイタルリンク」というシステムを媒体として活用しておりますが、それをいかに効率的に運用するか、データをいかにスムーズに入力・共有・活用していくかという点について検討を重ねております。

そして最後の4つ目が、「広報グループ」です。

CURE-KOBEの活動を外部にどう発信していくか、また内部の関係者にもどのように重要な情報を周知・共有していくかという、いわば内外への情報伝達全般を担うグループになります。

以上の4つのスモールワーキングで現在の体制を構成しております。

それぞれの活動に関しまして、このあと順にご報告させていただきたいと思います。

なお、1つ目の「生活期リハのあり方検討グループ」につきましては、これまでリーダーを務めてくださっていた先生が現在ご事情により不在となっております。そのため、このグループに関しては最後に改めてご相談・ご報告させていただければと存じます。

まずは、残る3つのグループの報告から始めさせていただきます。

<北井理事>

まず1つ目、「教育研修スモールワーキング」からの報告です。

CURE-KOBEでは、専門職をどのように教育・研修していくかが大きなテーマとなっております。特にリハビリテーションを軸としたプログラムの整備に取り組んでおります。

在宅・生活期におけるリハビリ関連職種を含めた教育研修体制の構築が目的です。

まず、講義形式の研修については、これまで全12回の講義を実施してまいりました。循環器領域から開始し、呼吸器領域、さらに全体に共通する基礎的な内容へと展開し、それぞれカテゴリごとに整理しております。

これら過去の講義については、すべてアーカイブ化されており、CURE-KOBEのホームページから登録していただくことで視聴可能となっております。

また、講義に加えて、実地での研修、いわゆる「実習」も行っております。

この教育研修グループは、講義と実習の2本柱で活動しており、当初はコロナ禍の影響により実地研修の実施が困難でしたが、1年遅れで昨年3月より実施を開始しました。現在は神戸市立医療センター中央市民病院にて継続して実地研修を行っております。

<北井理事（続き）>

こちらが、全12回の講義内容の一覧です。

循環器領域、呼吸器領域、そして両領域に関わる内部障害や評価、CURE-KOBEの概要や運用ルール、保険制度、職種別リハビリの実際など、幅広いテーマを扱っております。

この一覧は手元の資料にも記載がありますので、字が細かいかと思いますが、そちらをご確認いただければと思います。

また、これまでの講義参加者数についてですが、延べ2,000人を超える方々に受講いただいております。立ち上げとしては非常に順調だったと評価しております。

ただ、最近の4回ほどはやや参加者が減少傾向にある印象も受けております。

これは他のスモールワーキンググループも同様で、立ち上げ当初や2年目は順調に進んできた一方で、今年度・来年度に向けては、活動の方向性や手段を再考すべき時期に差しかかっていると感じております。

とくに受講者の再参加がやや停滞している現状もありますので、新たな広報手段の検討が必要であると考えております。

この点については、後ほどご紹介する広報スモールワーキングとも連携しながら、今後の改善に取り組んでまいります。

講義研修の受講に関しては、修了者に対して「修了証」を発行しております。これは受講者のモチベーション向上を目的としており、既に多くの方にお渡ししています。修了者数については、循環領域85名、呼吸領域51名、共通項目82名となっておりますが、3領域すべてを受講された方は、まだ比較的少数にとどまっております。

この点についても、広報活動を通じて周知を図る必要があると考えております。すでに受講を開始している方々への継続的な案内と、新規会員への周知を並行して進めていく予定です。

また、実習研修については、昨年度（2023年度）より開始しており、現在までに15名の方にご参加いただいております。主にPT・OT・看護師の方々が対象で、実習修了者には講義と同様に修了証を発行しています。

この実習については、皆さま普段の業務を抱えておられる中での参加となるため、で

きるだけ効率的かつ短時間で実施できるように工夫しており、「半日コース」と「1日コース」の2種類を設けて運用しております。

こちらは1日コースの実習内容の一例です。実際の急性期病院にて、集中治療を含めた急性期リハビリテーションから安定期の指導内容までを、実際にセラピストのそばに付き添って学んでいただく形式で実施しています。

実習後のアンケート結果ですが、「非常に満足」または「満足」と回答された方が大半であり、参加者の皆様には概ねご満足いただいていると感じております。アンケートに寄せられた具体的なご意見については、資料に記載しておりますので、そちらをご覧くださいと思います。

今年度の教育研修グループの今後の方針については現在も検討中ですが、座学の受講者数がやや減少傾向にあること、そして一通りの講義が既にアーカイブ化されていることも踏まえ、内容の刷新を検討しております。

たとえば、新たな内容として、最近改訂された心不全ガイドラインの解説など、過去に受講された方でも再度参加したくなるような、よりアドバンスな研修プログラムにする案が出ております。

また、先ほどのPICSの話題や、生活期における多職種連携の必要性が増していることもあり、それに関連する新たな取り組みに対する研修も求められているところです。さらに、既にうまく連携が実践されている事例も蓄積されてきておりますので、そうした症例をもとにした実践報告や症例検討を座学に組み込むことも、有効ではないかという意見も出ております。

また、実地研修についてですが、市民病院では引き続き随時対応しており、神戸リハビリテーション病院でも年末にかけて受け入れを開始する予定となっております。このようなかたちで、教育スモールワーキングは本年度も活動を継続していく方針です。

続きまして、エレクトロニカル・ヘルス・レコード（EHR）のスモールワーキングについてご報告いたします。こちらは「バイタルリンク」というデジタルデバイスを用いた情報共有が中心的な取り組みとなっております。

このCURE-KOBEでは、急性期から回復期、そして生活期へとリハビリテーションをシームレスに繋いでいくことを目指しており、その手段としてバイタルリンクを活用しています。これにより、急性期、回復期、生活期それぞれの情報をリアルタイムで確認でき、さらに経時的な変化も追えるようになっております。

また、多職種が関わるため、各職種が必要とする情報も異なってきます。そのため、

誰もが一目で必要な情報を確認できるようなテンプレートが必要と考えました。しかし、既存のバイタルリンクには十分な機能が整備されていなかったため、帝人株式会社と連携し、CURE-KOBE専用のテンプレートを新たに開発し、すでに運用を開始しております。

このテンプレートは、急性期・回復期・生活期をつなぐリハビリテーションの過程において、情報共有の円滑化を図るものであり、特に退院前カンファレンスにおいて、情報の事前共有やフィードバックに活用されています。

また、バイタルリンクは単なる情報記録ツールにとどまらず、Zoomの機能も組み込まれており、オンラインでのタイムリーなカンファレンスにも対応可能です。こうした新機能を備えたテンプレートを第1弾として、CURE-KOBEの運用に適したかたちで導入・活用が進められているところです。

このようなかたちで、スタートアップとしてはこのEHRスモールワーキングもうまく立ち上がったと考えておりますが、次のステップとしては、バイタルリンク内の情報をいかにデータベース化していくかが非常に重要な課題だと認識しております。

私たちの取り組みによって蓄積されている情報は非常に貴重なものであり、これをしっかりと収集・解析・アウトプットしていくことが、今後の活動において大きな意味を持つと考えています。

そこで、電子的なデータ共有、いわゆるEDC（Electronic Data Capture）として「REDCap（レッドキャップ）」というシステムを用い、バイタルリンクからエクスポートされたデータをREDCapに蓄積し、解析に繋げていくというプロトコルを構築しています。

このREDCap運用は、学術支援部門との連携のもとで進めており、現在、バイタルリンクからREDCapへのスムーズな移行方法について協議を重ねている段階です。

データ移行の概要としては、入力は引き続きバイタルリンクで行い、REDCapに対してはCSV形式でエクスポートされたデータをインポートする方式を採用し、重複入力などの手間を可能な限り省くよう配慮しております。

今年度のEHRスモールワーキンググループの主な目標としては、このバイタルリンクのデータを段階的にREDCapへ移行し、解析可能な状態にデータをクレンジングして整備していくことです。

また、当初計画していた収集項目の見直しが必要となる場合には、適宜修正を行いながら進めてまいります。

今後、PICSグループの活動が始まれば、それに応じた項目の改定も必要になるため、そちらとも並行して対応していく予定です。

そして3つ目の報告事項として、広報スモールワーキンググループの活動についてで

す。

まず第一に、ホームページの構築と情報発信が主な活動内容となります。

すでにホームページは立ち上がっており、現在も立ち上げ当初から少しずつ改定を加えております。

トップページには「リハビリを軸に、多職種がつなぐシームレスなケアで健康長寿をサポート」といったキャッチコピーを掲載し、CURE-KOBEが大切にしている理念が一目で伝わるような構成にしております。

また、教育研修グループにおいては、多くの受講者からの申し込みがあり、それぞれ誰がどの講義を受講したかといった情報をデータベース化するのが非常に困難であるという課題がありました。

この課題に対応するため、ホームページ上に「研修受講登録リンク」を設け、受付プログラムおよび受講者管理のシステムを導入することにより、数年間かけて運用可能な仕組みとして立ち上げてまいりました。

ホームページのコンテンツには、「CURE-KOBE」に関する運用ルール、ICTを活用した情報共有の要点など、事業の内容に関する情報を掲載しており、登録事業者一覧も地図と連動して閲覧できる仕組みを構築しております。

また、教育研修グループでは「研修受講者専用ページ」も整備し、ここからは過去の講義アーカイブ動画を視聴可能としています。

さらに、個々の受講者が自身の受講履歴を確認・管理できるような個別ページも用意しております。

広報グループとしては、当然ながらCURE-KOBEの認知拡大を目指しており、今後はさらにホームページの内容を充実させていくとともに、各所に設置してもらえるようなリーフレットの作成も検討しています。

また、外部への発信に加えて、内部の登録状況や、教育研修グループで取り上げられた好事例の紹介、症例の提示、あるいはスモールワーキングごとの活動報告、新たな施設の参画など、そうした情報をまとめて共有する「ニュースレター」の発行も計画しています。

このような内部向けの情報共有を通じて、CURE-KOBE全体の一体感を高め、今年度はこれらの取り組みを進めていきたいと考えております。

広報グループの今期の目標については、以上のような内容となります。

以上、スモールワーキングとして、「生活期リハのあり方ワーキンググループ（WG）」「教育」「EHR」「広報」の4つについてご報告させていただきました。

一方で、最上段に記載しております「生活期」に関しましては、冒頭でも申し上げました通り、リーダーの先生が不在の状況が続いており、現在、活動が一部停滞してい

る状況です。しかしながら、この在宅を中心とした生活期の支援というのは、CURE-KOBEにおけるセカンドステップとして非常に重要な領域であると認識しており、改めて体制を整え、しっかりと動かしていきたいと考えております。

そこで、現在真星病院にご勤務されており、かつて中央市民病院や姫路循環器疾患センターにもご在籍されていた大石先生が、この生活期リハのあり方ワーキンググループにご参加くださる意向を示されております。大石先生は、急性期から回復期、生活期まで一貫した知識とご経験をお持ちでいらっしゃいますので、ぜひこの生活期リハのあり方ワーキンググループのリーダーとしてご推薦させていただきたく、皆様のご承認を賜れればと存じます。

また、全体のスモールワーキンググループの中でサブリーダーが不在となっておりますが、呼吸グループおよびEHRグループをリードしていただいている立川先生にサブリーダーとしてご参画いただければと考えております。併せてご確認・ご承認をお願い申し上げます。

以上、私からの報告となります。ご質問がありましたら、どうぞよろしくお願いいたします。

<細谷議長>

はい、ありがとうございます。ご質問やご意見などございましたら、どなたかがででしょうか。ご発言いただける方は挙手、あるいはそのままご発言いただいて構いません。

<細谷議長>

内容につきましては、非常に包括的かつ詳細にご説明いただきました。特に教育研修に関しては、我々CURE-KOBEに関わる専門職すべてに対して、非常に有意義な学びの機会を提供していただいております。感謝申し上げます。

また、最後に触れられていた、サブリーダーの立川先生、ならびに生活期の大石先生のお二人には、今後ますますご活躍いただきたいと思っております。

特に大石先生もお感じのように、「生活期」というのは非常に難しい分野でして...

ですので、大きな課題を設定し、それに対して課題解決型のワーキンググループとして進めていく、といったような形も一つの案かと思えます。その点につきましても、また皆様におかれましてはご検討いただければと存じます。

また、先ほど途中でも触れられました「薬薬連携」につきましては、このあと安田先生よりご報告いただく予定となっております。

それでは、どなたかご質問やご意見などございますでしょうか？よろしいでしょうか？

<細谷議長>

それでは、ワーキンググループの第一報告は以上とさせていただきます。

引き続きまして、報告事項2「薬薬連携に関する進捗報告」について、安田理事よりご報告をお願いしたいと思います。安田会長、ご準備はよろしいでしょうか？

<安田理事>

はい、聞こえておりますでしょうか？大丈夫ですか？ありがとうございます。神戸市薬剤師会の安田でございます。

あくまでも現段階では中間報告という位置付けではございますが、少し内容をご紹介しますさせていただければと思います。

それでは説明に入らせていただきます。

先ほど先生からもお話がありましたように、生活期における「薬薬連携」を活用した取り組みについて、その運用の概要をご説明させていただきます。

まず、薬薬連携について説明するにあたり、実際に現場でこれを運用していくとなると、さまざまな課題が浮かび上がってまいります。特にサービスベースで継続的に実施することが難しいという現実もございます。

そこで一点、皆様に改めてご説明したいのが、令和6年度の診療報酬・調剤報酬改定についてです。この改定におきまして、「かかりつけ薬剤師・薬局」の評価項目が見直され、新たに「慢性心不全患者に対する調剤後フォローアップ」の評価が新設されました。

下部の図をご覧くださいますと分かりやすいかと思います。これは薬局薬剤師向けに作成された解説図になりますが、図の中央に薬局薬剤師が配置されており、その周囲に連携の関係性が描かれております。

この慢性心不全患者に対する調剤後フォローアップは、「医師からの指示」や「退院時の依頼書」に基づくもの、あるいは「患者またはご家族からの求め」があった場合に実施されるもので、いずれにしても「必ず医師の了解を得た上で、医療機関と連携してフォローアップを行う」ことが前提とされています。

<安田理事>

このフォローアップに関しましては、対面でなくても構いません。電話による様子の聞き取りなども含めて評価の対象となる仕組みです。そして、その情報を医療機関のドクターヘフィードバックし、場合によっては再診勧奨などを行うことで評価へとつながっていく、という構成になっております。

ここでお伝えしたいのは、この評価に点数がつくということ自体が目的ではない、という点です。私たち薬局薬剤師にとっては、こうしたフォローアップを「実施した」という実績そのものが、今後の活動において非常に重要な意味を持つと考えております。

次に、この「慢性心不全患者に対する指導」とは具体的にどのようなものかという点

ですが、現在、日本心不全学会と日本薬剤師会が共同で策定した「薬剤師による心不全服薬管理指導の手引き 第1版」というガイドラインがございます。

この手引きは、日本心不全学会が中心となって内容を議論・作成した正式な資料であり、内容についてもきちんとした根拠に基づいて整備されております。

このガイドラインを活用した研修事業が、昨年の10月頃から日本薬剤師会の研修事業の一環として進められることになり、「兵庫県薬剤師会において実施してほしい」との依頼を受けました。

そこで兵庫県薬剤師会としても、神戸市薬剤師会においてこの研修を担当することとし、私たちの会で取り組ませていただくこととなりました。

この図は、その際の事業実施の流れを示したものです。

まず、事前に参加を希望する薬剤師を募り、その参加者に対して「心不全患者に対するフォローアップの理解度」についてのアンケート（事前アンケート）を実施しました。その後、Eラーニング形式にて研修を受講していただく、という流れになっています。

そして、先ほど紹介いたしました「薬剤師による心不全管理指導の手引き」については、対象となる薬剤師全員に配布させていただきました。これと並行して、Eラーニングを受講していただき、その後に集合形式の研修会を受講していただく、という形を取りました。

研修を終えた後には、実際に心不全患者へのフォローアップを実施し、さらにポストアンケートにご回答いただくことで、一連の流れを完了する、という流れを構築しました。

これらの取り組みは、昨年の11月～12月にかけて実施した事業となっております。こちらのスライドには、その当時の研修内容が記載されています。

実は神戸市薬剤師会においては、心不全患者に対する町中での指導、いわゆる外来フォローアップの取り組みを、すでに一昨年あたりから定期的に行っておりました。その際にご講演いただいた中央市民病院薬剤部の先生方や、循環器内科の立場から小田島先生にお話しいただいた内容が非常に分かりやすかったため、今回も再度ご登壇をお願いし、講演を実施していただきました。

これらの講義を通じて研修を無事に修了した薬剤師が在籍する薬局のリストも、現在作成中でございます。地域によっては若干の偏りがあるものの、市内全域を比較的まんべんなくカバーできているのではないかと考えております。

こちらの一覧に記載されている薬局には、一連の研修を最後まで受講し終えた薬剤師が1名、もしくは複数名在籍している状況です。

この研修は「心不全に関する研修修了薬局」として、神戸市薬剤師会の会員事業として実施させていただいております。そのため、研修対象は会員薬局に限定されてお

ます。

そうした意味では、会員外薬局（非会員薬局）への情報提供や、今後の体制強化・底上げといった観点から見ても、非会員がこの取り組みに加わりにくい点は、現時点での1つの課題として捉えております。

現在、研修を修了した薬剤師が在籍する薬局は、神戸市内全域でおよそ60店舗にのぼっております。研修を受講した薬剤師数は77名です。

なお、先ほど説明した「調剤報酬上の評価」とはルールが異なります。今回の研修は報酬算定の要件とは別で行われており、あくまで独自の取り組みとして患者さんへのフォローアップや服薬指導の実績を集めてまいりました。

その結果、すでに50件を超えるフォローアップの報告が上がってきており、これは実質的な活動成果と考えております。これらの事例は医師の指示に基づくものではなく、薬剤師の自発的な取り組みによるものです。

つまり、この研修を受けたことにより、薬剤師が心不全患者のフォローアップに取り組む際の心理的なハードルがかなり下がったのではないかと感じております。

この50数件の報告の中には、1薬局あたり複数件フォローアップを実施しているところもあり、引き続き活動は継続されています。なお、現在は新たなデータ収集は行っておりませんが、現場では着実に実践が続いている状況です。

今回の話に関連する「調剤後薬剤管理指導料」についても触れておきます。これは、急性期で入院された心不全患者に対し、退院前のカンファレンスから退院後の外来通院までを見据えて、薬剤師がどのように関与できるかが重要なポイントとなっています。

病院の薬剤師が提供する患者情報フォーマットなどをもとに、薬局薬剤師が患者の状態変化を把握・聴取し、変化を疑った場合には医師への報告や受診勧奨につなげるといった関わりが求められるのではないかと考えております。

このように、薬局薬剤師がフォローすることで十分対応可能なケースもあれば、医療機関への受診が必要と判断されるケースもあります。その見極めや関わり方を研修を通して習得し、地域医療の一端を担うことができるような体制を今後さらに強化していきたいと考えております。

現在、薬剤管理サマリーの作成については、すでに実施されている施設が多く、特段の課題なく進行しているものと認識しております。今後の課題は、この薬剤管理サマリーをいかに保険薬局と共有していくか、特に退院時にどのように連携を図るかという点にあると考えております。

こちらが実際の薬剤管理サマリーの一例です。すでにお使いの施設もあるかと思いますが、多職種の意見も踏まえて、病院の薬剤師の方が作成される内容となっております。

す。

患者さんが外来に移行されるにあたって、特に在宅療養に移行するケースでは、ケアマネジャーや訪問看護、ヘルパーなどの支援が得られる状況が多いかと思います。一方で、退院後すぐに外来に移行される方、すなわちご自身で生活されている方々については、そうした支援の手が届きにくくなります。

そのような方々に対して、私たち薬局薬剤師が、調剤のタイミングのみならず、電話での聞き取りや「お時間があればお立ち寄りください」といったかたちで関与できることが重要だと考えています。

このような関わりの中で、症状やセルフケアの状況を評価し、フォローアップシートを作成し、得られた情報を関係職種にフィードバックしていく。これが我々の果たすべき役割と捉えております。

フォローアップシートは、薬局薬剤師が収集・確認した情報を、医師や病院薬剤師などに共有するためのものです。場合によっては、病院の薬剤師に戻すかたちでのフィードバックになることも想定されます。

こちらにお示ししているのは、「心不全フォローアップ」に関するステップを図式化したものです。最初に患者情報の把握と同意取得を行い、聞き取りに基づいてアセスメントを実施し、その結果を関係者にフィードバックする。このサイクルを繰り返すことで、自立されている患者さんに対しても目が行き届く体制が整っていくと考えております。

我々が得た情報は、必要に応じて病院側と共有します。たとえば「今日薬を飲み忘れた」「最近体重が減っている」といった些細な訴えでも、薬局薬剤師が一時対応し、必要であれば「それは受診しましょう」と促す。そういった判断を、ステップを踏んでしっかり見極めることが大切です。

このように、生活期において薬局薬剤師がゲートキーパーとしての役割を担い、フォローアップの一翼を担うことは非常に意義深いと考えております。今後もこの「薬薬連携」の取り組みを、より効果的に活用していきたいと思っております。

これまでも、私ども薬局の薬剤師は、病院薬剤師の先生方に対し、紹介や助言をお願いするなど、顔の見える関係のもとで学ばせていただいております。こうしたやりとりを今後もうまく広げていけたらと感じているところです。ただし、先ほども申し上げましたように、現時点ではまだ「中間報告」の段階であり、多くの課題が残されている状況です。

CURE-KOBEにおける薬薬連携において、回復期病院から生活期に移行される際、「どこかの薬局をかかりつけとするか」を決めるつなぎの部分 중요합니다。この責任を誰が担うのかも1つの論点です。

すでに薬局リストは作成済みですので、「この中にあなたの薬局はありますか？」と患

者さんに確認いただけるのが最も望ましい形かと考えています。もし、リスト内に該当薬局がない場合や、かかりつけ薬局を決めていない患者さんに対しては、「この薬局であれば安心ですよ」と紹介し、適切なかたちで繋いでいくことが望ましいと思われます。

生活期において、訪問看護や介護サービスを利用していない患者さんにとっては、薬局薬剤師の関与が非常に重要です。処方せんを持って来局されるタイミング以外にも、「お薬が変わったから一度電話しますね」といったかたちで、継続的に関わることが私たちの強みだと考えています。

また、かかりつけ薬局の設定が難しい事例については、キュア神戸事務局および神戸市薬剤師会と連携しながら、「この薬局ではどうですか？」といった提案を行っていく体制も整えていければと考えています。

次に、情報共有ツールの課題ですが、バイタルリンクの登録・入力が重要な課題のひとつとなっています。バイタルリンクの性質上、薬局と医療機関のペアが確定すれば、キュア神戸事務局のほうで迅速に登録作業を進めていただける体制が整っております。ただし、双方の登録が完了しアクセス可能となるまでの間は、紙ベースでの情報共有が一部残る見込みです。

また、かかりつけ薬剤師は、バイタルリンク上の情報を急性期病院の薬剤部ともしっかりと共有し、双方向での情報共有に努める必要があります。

実際に、私たち薬局で服薬指導を行っておりますと、入院前と入院後で処方内容が大きく変わることがしばしばあります。その変化の理由や過程を理解しているかどうか、今後の服薬管理や服薬指導に大きな意味を持ちます。したがって、回復期病院薬剤部のみならず、急性期病院薬剤部とも双方向で情報共有を行うことが極めて重要だと認識しています。

最後に、紙ベースからバイタルリンクへと移行していく中で、その運用ルール等については、今後さらに詳細を詰めていく必要があると考えております。以上、まとまりのない説明となってしまい恐縮ではございますが、私からの報告は以上です。

補足資料として、日本心不全学会から出ている「心不全指導の手引き 第1版」を共有しております。お時間のある際にご確認いただければと思います。なお、手引き内の解説動画（約40分）も、先ほどお示しした研修を終了した薬局の薬剤師向け研修プログラムの一部として取り入れております。

研修実施前後のアンケート結果では、すでに一定の取り組みを行っていた薬剤師においても意識の変化が見られ、ボトムアップの効果が確認できたと感じております。以上で私からの報告は終了とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。ご意見等ございましたらよろしくお願いいたします。

<細谷議長>

安田理事、ありがとうございました。ご説明は非常に明快でよく理解できましたが、ご質問やご意見がある方はどうぞご発言ください。

<北井理事>

ありがとうございます。北井です。非常に分かりやすいご説明と、神戸での素晴らしい取り組みの共有をありがとうございました。

日本心不全学会側として、「心不全薬剤管理シート」を手引きの中で紹介させていただいておりますが、現時点であまり活用されていないという実情も把握しております。

これについて学会内でもどのように進めていくか検討中です。実際、現場で使用されているかについて伺いたいのですが、例えば薬剤指導を行う際、今の基準ではLVEFなどの情報がないと指導が難しいという声を薬局側から多く頂いております。

処方内容の把握が困難であることも含めて、どのように対応されているのか、ぜひご教示いただきたいと思います。

<安田理事>

おそらく、北井先生がご指摘された状況が現実に近いと思われます。現場では独自のシートを作成して対応している薬局もありますが、神戸市全体で統一されたシートがあると薬局側としても非常に使いやすいと思います。

また、生活期における療養が長期化することを考えると、医師会の先生方も巻き込んでいく必要があると感じており、管理シートの見直しも今後の課題だと思います。

<北井理事>

ありがとうございます。薬局側からの薬剤指導は、学会としても非常に重要なツールだと考えています。こうした情報共有の仕組みがうまく機能することで、「神戸モデル」としてCURE-KOBEから全国に発信できると素晴らしいと思います。ありがとうございました。

<細谷議長>

ありがとうございます。他にご意見、ご質問はございますか。

<細谷議長>

皆さまご存じのとおり、この分野は非常に難しいです。また、心不全患者の急性増悪による入院を防ぐというのは、我々CURE-KOBEの大きな目的のひとつでもあります。生活期における薬薬連携において、キーパーソンとなるのは間違いなく地域の薬剤師です。薬剤師会としての研修の実施や、CURE-KOBEにおける運用ルールの整備など、両面からの検討が進められており、大変心強く感じております。北井先生からも「個別モデルを構築してほしい」とのご意見がありましたが、ぜひこのまま進めていただければと思います。ありがとうございました。

他にご意見等がなければ、報告事項2「薬薬連携」は以上とさせていただきます。

続いて、報告事項3に移ります。こちらは私の方からお伝えいたします。

今回ご覧いただきたいのは、毎年ご提示している「1年後の患者数」の集計結果です。

まずは参加病院のデータについてご説明いたします。スライドをご覧ください。

左側は心不全患者243例に関するデータです。上段は急性期病院、下段は回復期病院の分布となっており、右側の緑枠は呼吸不全患者98例を示しております。同様に、上段が急性期、下段が回復期病院です。

心不全の243例はすべて神戸中央市民病院からのデータであり、回復期病院としては、西記念ポートアイランドリハビリテーション病院が90例、神戸リハビリテーション病院が35例、神戸平成病院が27例、そして六甲アイランド病院も多数の患者を受け入れていただいております。

呼吸不全の88例については中央市民病院が主で、10例を神鋼記念病院が受け入れております。回復期病院としては、神戸リハが40例、西記念ポートアイランドが26例、神戸平成病院が8例といった分布です。

この数字をご覧いただくとお分かりのように、CURE-KOBEは中央市民病院のための仕組みではありませんが、現状としては中央市民病院からの症例が多くを占めております。

この背景には、CURE-KOBE開始当初、回復期病院の受け入れ体制が不明確であったことが影響しています。そのため、まずは急性期病院を絞って開始しました。現在では回復期病院の診療体制が整い、治療成績も向上してきており、受け皿が広がってきました。それに伴い、現在は急性期病院からの参加依頼も増加傾向にあります。

最近では、神戸日赤病院から急性期病院としての参加表明があり、手続きが完了しています。神戸大学病院は現在、バイタルリンクの最終登録作業中です。西神戸医療センターについても、西部地区での拠点確保を検討している状況です。

また、呼吸不全患者に関しては神戸大学が登録作業中であり、今後さらなるバランスの取れた体制が整っていくことを期待しております。

続いて、症例数の推移です。こちらは6月末時点での累積症例数となっております。青色が循環器疾患、オレンジが呼吸器疾患です。呼吸器は循環器より数カ月遅れて開始されたため、開始時期にズレがあります。

現在の累積症例数は心不全で243例、呼吸不全で98例、合計で341例です。ご覧いただければお分かりの通り、この1年でカーブが加速しており、順調に進めば今後1年で500例を超える蓄積が見込まれます。これもひとえに、関係者の皆様、現場でご尽力いただいている方々のおかげです。

また、北井先生からもご言及がありましたように、今後はデータ解析の準備も進めていきたいと考えております。前回の理事会でもご紹介しましたが、学術支援を担うチームを中央市民病院の木原先生にリーダーとしてご協力いただくことになっており、

朱先生にもご参加いただく予定です。

中央市民病院の臨床研究推進センターを中心に、進めていく所存です。

なお、バイタルリンクについて繰り返しになりますが、これはあくまで情報入力と共有のツールであり、連携している施設間でしか情報が見られないよう設計されています。他施設の患者情報にはアクセスできない仕様ですので、ご安心ください。

したがって、データを適切に移植し、大規模なデータベースをまずは正確に構築・活用する必要があると考えております。そのためには、一元的な管理体制を整備し、不適切な改変や汚染が起こらないよう、サポートチーム内に厳密に管理された保管環境を整備したいと考えています。

このデータは、我々が最適と考える治療方法に基づいて得られた、いわゆる「リアルワールドデータ」であり、コントロールスタディではありません。したがって、実データの解析にあたっては、統計解析に精通した専門家の参画を得て、適切な統計処理を行っていきたいと考えております。

また、本データベースを用いて研究を行いたいという希望も多く寄せられると予想されますので、研究を希望される方にはプロポーザルをご提出いただき、それに基づいてデータを提供する形で、研究を支援する体制が望ましいと考えております。

本事業は多施設共同で実施しているため、研究プロトコルの策定、学会発表、論文作成などについても、サポートチームで全面的に支援してまいります。すでに活動報告の件数は500例を超えておりますが、今後、データベースの整備が進み、各施設でも統計処理がなされることで、理事会に対しても十分な報告が可能になると考えております。

なお、このデータはすべての施設・関係者で共有されるものではありませんが、あらかじめ申し上げておきたいのは、すべての症例が急性期から回復期、生活期へと一貫して移行するわけではないという点です。途中で中止となるケース、回復期に進めずに重症化されるケース、回復期を退院できずに再入院となるケースなど、さまざまな経過が存在します。

そうした症例も含めてITT（Intention-to-Treat）解析により、我々が実施している治療がどのような効果をもたらしているのかを評価していきたいと考えています。具体的には、リハビリテーションの効果としてADLの改善が得られるか、薬剤・医療連携を通じて急性期再入院の予防につながっているか、といった点について、今後しっかりと検証してまいります。

これらは学術支援の中核的な取り組みであり、大いに期待しているところです。

最後に一点、講演会の開催についても検討が進められております。先ほど北井先生からも教育研修の重要性についてご発言がありましたが、現在、内部障害全般や各専門分野における知識の向上を目的とした自治研修が始まっており、着実に人材の底上げにつながっていると感じております。

CURE-KOBEの目的の一つに「教育・研修」が掲げられており、この流れは非常に好ましいと受け止めております。さらに、職種横断的、あるいは急性期から回復期、生活期といったフェーズを横断した連携についても、今後さらに議論を深め、教育研修の発展に資するような講演会を実施したいと考えております。

内容はまだ未定の部分が多いものの、今年の秋頃を目処に、可能であれば400名規模の参加を想定し、ハイブリッド形式で開催したいと考えております。

以上で私からのご説明は終わりとなります。この報告内容について、ご意見やコメント等がございましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。どなたでも結構です。よろしいでしょうか？

はい、ありがとうございます。それでは、用意した議題は以上となります。

最後になりますが、本日は理事の皆様には10数名お集まりいただいておりますので、全体を通して何かご質問やご感想、コメント等がございましたらお願いいたします。

あらためて、よろしいでしょうか？

はい、ありがとうございます。それでは、これにて本日の議事を終了といたします。

ご協力ありがとうございました。

それでは、事務局よりお願いいたします。

<事務局>

はい。議長、進行ありがとうございました。最後に、熊谷理事より閉会のご挨拶を申し上げます。

<熊谷理事>

神戸市健康局の熊谷でございます。令和4年1月にCURE-KOBEが設立されてから3年半が経過しました。急性期・回復期・生活期を一貫して支える地域一体型のリハビリテーションプログラムの運用が開始され、循環器疾患領域を中心に着実に症例を積み重ねており、登録施設も増加していることを大変うれしく感じております。

この取り組みにご協力いただいている関係者の皆様に、あらためて深く感謝申し上げます。

神戸市健康局では、健康寿命の延伸を重要課題として位置づけており、CURE-KOBEの活動は、これまで十分に組み込まれてこなかった三次予防の推進として、極めて重要な役割を果たすと認識しております。

本日も、PICS対応プログラムの導入や薬薬連携の中間報告などをご説明いただきましたが、今後も対象疾患や実施施設の拡大を図り、地域一体型リハビリテーションプログラムの運用がさらに広がっていくことを期待しております。

引き続き、皆様のご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

理事の皆様におかれましては、本日の円滑な進行にご協力いただき、誠にありがとうございました。次回の開催日程につきましては、改めて事務局よりご連絡申し上げます。

以上をもちまして、令和7年度第1回 神戸地域一体型リハビリテーションコンソーシアム理事会を閉会いたします。