

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな
医療提供体制の構築のための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮本 恵宏

令和5（2023）年 3月

目 次

I. 総括研究報告

循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな 医療提供体制の構築のための研究	-----	1
--	-------	---

宮本恵宏

- 資料1 脳卒中施設アンケート解析まとめ
- 資料2 心疾患施設アンケート解析まとめ
- 資料3 心大血管リハビリテーションの動向と参加関連因子の検討
- 資料4 急性冠症候群における外来リハビリテーション
- 資料5 心不全における外来リハビリテーションの多面的効果
- 資料6 我が国における心血管病ケアの推移と地域差の現状

II. 分担研究報告

1. 健康の社会的決定要因（SDH/SDoH）の概念を踏まえたシームレスな 循環器疾患ケアの推進に向けた政策レビュー	-----	54
---	-------	----

近藤尚己

- 資料1 SDHを踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：
制度レビューデータ収集結果

2. 急性期から回復期・維持期における医療・地域連携の実態に関する文献 レビュー	-----	86
---	-------	----

眞茅みゆき

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	89
---------------------	-------	----

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
総括研究報告書

令和4年度 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築
のための研究（21FA1012）

研究代表者	宮本恵宏	国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター
研究分担者	筒井 裕之	九州大学大学院医学研究院 循環器内科学
	辻田 賢一	熊本大学大学院生命科学研究部 循環器内科学
	大屋 祐輔	琉球大学大学院 医学研究科
	近藤 尚己	京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻
	清水 敦哉	国立長寿医療研究センター 循環器内科部
	眞茅 みゆき	北里大学 看護学部
	北園 孝成	九州大学大学院 病態機能内科学（第二内科）
	岩間 亨	岐阜大学大学院医学系研究科
	飯原 弘二	国立循環器病研究センター
	安保 雅博	東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座
	下堂 蘭 恵	鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
	角田 賢	錦海リハビリテーション病院
	田村 綾子	四国大学 看護学部看護学科
	木原 康樹	神戸市立医療センター中央市民病院
	古川 裕	神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科
	山本 展誉	宮崎県立延岡病院
	中村 太志	熊本大学 病院医療情報経営企画部
	今中 雄一	京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野
	安田 聡	東北大学大学院医学系研究科
	後岡 広太郎	東北大学病院臨床研究推進センター
	中山 雅晴	東北大学大学院 医学系研究科 医学情報学分野
	竹川 英宏	獨協医科大学病院 脳卒中センター
	岩永 善高	国立循環器病研究センター 情報利用促進部
	和田 晋一	国立循環器病研究センター 情報利用促進部
	金岡 幸嗣朗	国立循環器病研究センター 情報利用促進部
研究協力者	松尾 龍	九州大学大学院 病態機能内科学（第二内科）
	岡田 明子	北里大学 看護学部
	中井 陸運	国立循環器病研究センター 情報利用促進部

住田 陽子 国立循環器病研究センター 情報利用促進部
笹原 祐介 国立循環器病研究センター 情報利用促進部

研究要旨

「循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築」により、より良い循環器病診療を実現するために、前年度に引き続いて以下の課題の検討を行った。課題 A「循環器病の急性期から回復期、慢性期へとつながる医療提供体制に対する実態調査と課題の抽出」；脳卒中、心血管疾患それぞれについて、急性期から回復期、慢性期へとつながる医療提供体制についての現状を全国アンケートおよびリアルワールドデータベースから実態可視化を進め、その課題を取り纏めた。課題 B「地域の特性に応じた診療提供体制と地域包括ケアの実態調査と課題の抽出」；地域医療の取り組みおよび地域医療ネットワークの実態調査および文献レビューを行い、現状と課題の整理を行った。

さらにこれまでの結果を踏まえ、今年度開始課題 C「地域特性にのっとったシームレスな診療提供体制構築および地域包括ケア推進のための方策の提言」の検討・作成を行った。今後この提言を踏まえて、地域を中心としたシステム・ツールを整え、人材育成や教育を通じて連携のための活動を推進していく必要がある。

A. 目的

脳卒中を含む循環器病の医療提供体制に関して、2017年に厚生労働省の「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」の報告書がとりまとめられ、急性期から回復期～維持期までの一貫した診療提供体制の構築が必要であるとされた。また、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき2020年に閣議決定された「循環器病対策推進基本計画（以下、基本計画）」にも、地域医療構想の実現に向けた取組である高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの病床の機能分化、連携に取り組み、都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めていくことが示された。

循環器病は発症・増悪時に緊急性が高いことから、これまで急性期の体制構築に重点がおかれてきたが、再発・増悪を繰り返す特徴等を考慮すると、慢性期までの医療提供体制の連携が重要である。しかし、病床機能分化が進む中での連携には様々な課題があり、その実態には地域差も懸念される。本研究では、全国の循環器病の急性期～慢性期に至る医療提供体制の実態を調査し、その連携に係る課題点を明らかにするとともに、循環器病患者に適した医療を含む地域連携・包括ケアの在り方について検討を行った。

本研究においては、日本循環器学会、日本脳卒中学会等を代表する研究者が参画し、循環器病の急性期、回復期、慢性（維持）期の医療職が協働して研究を推進する体制で、脳卒中、心血管

疾患の急性期、回復期、慢性（維持）期にわたる、介護も含んだ医療提供体制について、シームレスにつなぐ体制構築のための方策の提言作成を目指した。

B. 研究方法

今年度は、以下の2点に関する調査、検討を行い、前年度結果も統合することにより、シームレスな診療提供体制構築および地域包括ケア推進のための方策の提言作成を行った。

課題1.「循環器病の急性期から回復期、慢性期へとつながる医療提供体制に対する実態調査と課題の抽出」脳卒中、心血管疾患それぞれについて、急性期から回復期、慢性期へとつながる医療提供体制についての現状を全国アンケートおよびリアルワールドデータベース等から実態可視化を進め、その課題を取り纏めた。

課題2.「地域の特性に応じた診療提供体制と地域包括ケアの実態調査と課題の抽出」地域医療の取り組みおよび地域医療ネットワークの実態調査および文献レビューを行い、現状と課題の整理を行った。

課題3.「地域特性にのっとったシームレスな診療提供体制構築および地域包括ケア推進のための方策の提言」これまでの研究結果を議論・統合し、提言の作成を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は国立循環器病研究センター倫理審査委員会の承認を受けて行われた。

C. 研究結果

1. 急性期から回復期、慢性期へとつながる医療提供体制の現状についての全国アンケート結果の分析を行い取りまとめた。（資料1, 2）。脳卒中では、急性期、回復期施設間で地域連携パスへの評価が乖離しており改善の余地が示唆された。また、心血管疾患では、地域連携パスおよび患者教育資料の運用実態は施設間および対象疾患により大きく異なることが明らかになった。

また、JROAD や NDB などのアルワールドデータベースからは、心大血管リハビリテーション施行に関する現状が明らかになった（資料3~6）。

また、健康の社会的決定要因（SDH）に関する施策のレビューからは、現状ではSDHへの対応を促す施策は少なく、今後SDHを踏まえた診療を進める多面的な取り組みが必要と考えられた（分担研究報告書参照）。

2. 地域連携の取り組みの実態調査では、地域、疾患ごとに様々な課題があることが報告された（図1）。

地域医療ネットワーク実態調査では、みやぎ医療福祉情報ネットワークより、ネットワーク内での利用施設間における施設連携と職種連携の実態調査を通じ、その改善を図っていくことが、循環器病における急性期から回復期・慢性期にかけてシームレスな医療提供体制の実現に有用であろうとの報告があった。

さらには、文献レビューによる急性期から回復期・維持期における医療・地域連携の実態およびその際に用いられるツールおよびシステムの調査からは、

様々な医療・地域連携の形が疾患ごとに行われ、そこでは多様なツールおよびシステムが用いられている現状を抽出することができた。特に、心不全におけるICTによる連携の推進、患者が測定した情報（バイタルサインなど）と電子カルテ等の情報を連携したシステムの構築の必要性が示唆された（分担研究報告書参照）。

3. 以下の6つの提言を作成した(図2)。

1. シームレスな医療提供体制連携のための仕組みの構築
2. ICTを用いた医療提供体制連携の円滑化
3. 地域における連携を踏まえた活動の促進
4. コミュニケーションツールとして機能評価指標の活用
5. 医療提供体制連携に関わる人材と部局の役割の明確化とその確保
6. 医療提供体制連携促進に向けた患者・家族に対する教育・広報活動

D. 考察

全国の循環器病の急性期から慢性期に至る医療提供体制の連携に係る課題点を明らかにしたが、現状の実態認識の不足が根底に存在していた。本研究においては、全国規模のデータベース研究や調査にて、現状の可視化を進めた。それに基づいて全国規模でのシームレスな体制構築への道筋を示すことを目指した。また一方では、地域間での明瞭な差異が存在することも事実であり、地域医療情報ネットワークなどを活用した、地域特性を考慮したうえでの医療提供体制の連携が重要であると考えられた。

課題1ではリアルワールドデータベース（JROAD研究、JAGESプロジェクトなど）からの実態可視化により、様々な問題点が挙がり、アンケート調査からも特に地域連携パスの問題点が明らかになった。課題2からは、全国にわたる地域連携の取り組みの実態調査および文献レビューからの調査により様々な問題点を取りまとめた。

以上から患者QOLやADLの維持・向上を目標に置いたうえで、6つの「地域特性にのっとった診療提供体制構築および地域包括ケア推進のための方策の提言」を取り纏めた。その内容は多岐にわたるものになったが、これらの提言を通じて最も必要な点は、地域の特性（事情）に応じて、慢性期への連携を強化していくことである。その達成のために、有効な仕組み、ツール、共通言語、人材、教育が必要である、という趣旨である。

E. 結論

3つの課題に基づいた現状分析、問題抽出をもとに、地域の特性に応じた循環器病のシームレスな診療提供体制構築のための方策提言をまとめた。今後これらの提言を踏まえて、地域を中心としたシステム・ツールを整え、人材育成や教育を通じて連携のための活動を推進していく必要がある。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的所有権の取得状況

特になし

参考文献

1. 金岡幸嗣朗ら、循環器研修・研修関連施設における循環器疾患の医療連携. 厚生指標 2023年70巻5号 25-31.
2. Wada S, et al. Satisfaction survey for regional clinical pathway for stroke patients in acute and rehabilitation hospitals in Japan. Prog Rehabil Med. 2023 in press.
3. Kanaoka K, et al. Trends and Factors Associated with Cardiac Rehabilitation Participation: Data from Japanese Nationwide Databases. Circ J. 2022; 86:1998-2007.
4. Kanaoka K, et al. Outpatient Cardiac Rehabilitation Dose after Acute Coronary Syndrome in a Nationwide Cohort. Heart 2022;109:40-46.
5. Kanaoka K, et al. Multifactorial Effects of Outpatient Cardiac Rehabilitation in Patients with Heart Failure: A Nationwide Retrospective Cohort Study. Eur J Prev Cardiol. 2023;30:442-450.
6. Kanaka K, et al. Temporal Trends and Regional Variations in Cardiovascular Care in Japan, 2010-2019. Int Heart J. 2023;64:53-59.

表 1. 地域連携実態調査と課題検討

1. 目的と方法

脳卒中、心疾患の主要関連学会のメンバー、地域医療において中核的な役割を持つ研究分担者、協力者より広く急性期から回復期、慢性期へとつながる地域医療連携に関する取組の現状のヒヤリングを行い、課題の抽出を行った。

2. 結果とまとめ

① 脳卒中領域

- ✓ 重度の患者さんの療養型病床との協力や高次機能障害を伴う若年患者さんの連携に障壁がある
- ✓ 地域間で回復期リハ病床の差がある現状と回復期リハ病院での連携パス利用の改善の必要性
- ✓ 維持期においてはケアマネージャーに連携の中心的な役割を担っていただくことと、維持期に向けた連携のためのシートが有用
- ✓ 急性期～維持期まで全体を管理できる連携のためのパス・情報が必要
- ✓ 循環型の連携パスや地域包括ケアから急性期に向けた IT やメディカルケアステーションを用いたコミュニケーションが必要
- ✓ 医療連携システムに対する患者・家族の理解が必須であり、病気に対する認知理解も含めた広報や教育が必要

② 心不全領域

- ✓ 地域一体化のシームレスなリハビリ体制が有用、連携に係るコーディネーターや支援センターも有用
- ✓ 循環型のコミュニケーションが必要、その点で ICF の活用が有用
- ✓ リハや在宅管理の仕組みを進める必要、ICT カンファや電子カルテ共有などの仕組みが有用、FIM などの指標が必要
- ✓ 地域においては、回復期、慢性期への医療資源の配分、均てん化が必要。連携に係る人材の役割の明確化とその確保が必要

3. 総括

今後この議論を基盤にして、他の研究結果との統合を行いつつ提言へと進めていく。

表 2. シームレスな診療提供体制構築および地域医療・包括ケア推進のための方策

1. シームレスな医療提供体制連携のための仕組みの構築

循環器領域では、急性期退院後の連携を心臓リハビリテーションの更なる普及を通じて、脳卒中領域では、脳卒中地域連携パスの改善により、急性期から回復期だけでなく維持期を含む連携をシームレスな形で進めていくことが必要である。

2. ICT を用いた医療提供体制連携の円滑化

現状では、ICT を用いた医療・介護の連携は限定的である。急性期から回復期、維持期にかけての連携の重要性を鑑みると、これらの時期に共通のプラットフォームで使用が可能な情報共有のための ICT ツールの開発と運用が必要である。心不全手帳、脳卒中地域連携パスなどのツールも ICT を活用した形で運用することが望まれる。特に、地域ごとの特性に応じて、維持期にも有用性がある形での活用が求められる。

3. 地域における連携を踏まえた活動の促進

現状では、医療提供体制連携の中で、維持期での連携が不足している。維持期を念頭に置いた循環型コミュニケーションが必要である。心不全手帳、脳卒中地域連携パスも、循環型コミュニケーションツールへの発展が求められる。医療と介護とのより緊密な連携、地域コミュニティの各種サポートの活用を進めるべきである。

4. コミュニケーションツールとして機能評価指標の活用

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類)、FIM (Functional Independence Measure、機能的自立度評価法)、バーセルインデック (Barthel Index) などの機能評価指標を共通言語として医療提供体制連携に用いることで、多職種間、施設間での情報共有を効率よく行うことができる。フレイルや QOL 評価も重要であり、WHO が開発した ICOPE (Integrated Care for Older People、高齢者のための包括的ケア) などの活用も進めるべきである。標準化された指標の活用は見える化においても必須である。有用性と実現性の観点から機能評価指標を用いたコミュニケーションツールを活用していく体制づくりが望まれる。

5. 医療提供体制連携に関わる人材と部局の役割の明確化とその確保

現状では、連携に関わる職種やその役割は明確でなく、十分な人材や部局が確保されていない。連携に関わる人材の確保に対するインセンティブの設計や人材育成、部局の設置 (連携支援センターなど) が必要である。薬局や介護関連施設の医療提供体制連携に果たす役割も重要である。

資料 1 「脳卒中施設アンケート解析まとめ」

論文「Satisfaction survey for regional clinical pathway for stroke patients
in acute and rehabilitation hospitals in Japan」

Prog Rehabil Med. 2023 in press.

原著 「脳卒中急性期病院と回復期リハビリテーション病院における地域医療連携の現状」

和田晋一 1、岩永善高 1、住田陽子 1、笹原祐介 1、金岡幸嗣朗 1、竹川英宏 2、角田賢 3、

宮本恵宏 1

1. 国立循環器病研究センター 情報利用促進部

2. 獨協医科大学病院 脳卒中センター

3. 錦海リハビリテーション病院

ランニングタイトル: 脳卒中急性期/回復期病院における地域連携の現状

要旨

【目的】脳卒中急性期病院(急性期施設)と回復期リハビリテーション病棟(回復期施設)の連携

パスを用いた地域医療連携の現状を明らかにする。

【方法】脳卒中学会認定 Primary Stroke Center 施設，回復期リハビリテーション病棟協会会

員病院を対象に，それぞれ 2020 年 4 月から 2021 年 3 月に発症 7 日以内の脳梗塞，脳内出

血，くも膜下出血の診断で入院加療した症例の病診連携状況についてアンケート調査を行い，

比較検討した。急性期施設で「連携パスにより病診連携が円滑となったと感じる」，回復期施設

で「連携パスの有用性を大いに/時々感じる」と回答した施設を「連携パス有効群」と定義し， χ

2 検定を施行した。

【結果】回答を得た急性期 422 施設中 259 施設(61.4%)が脳卒中地域連携パス(連携パス)を

使用しており，回復期 233 施設中 164 施設(70.4 施設)が連携パスを使用する急性期施設と

連携していた。「不明/未回答」と回答した施設を除いた施設を除いた急性期 240 施設，回復

期 159 施設を対象とした解析では，「連携パス有効群」と回答した回復期施設は回復期施設

70 施設(44.0%)で、急性期施設 153 施設(63.8%)より有意に少なかった($P < 0.01$)。連携パス非有効群の理由を記載した回復期施設(41 施設)のうち、診療情報提供書などの他文書がわかりやすいと回答した施設は 13 施設、連携パスの意義がわからないと回答した施設は 11 施設、情報が不足していると回答した施設が 9 施設であった。

【結論】急性期、回復期施設間で地域連携パスへの評価が乖離しており改善の余地が示唆された。

【キーワード】

脳卒中、地域連携、脳卒中ケアユニット、回復期リハビリテーション病院、地域連携パス

【はじめに】

脳血管疾患は我が国の死因の3位(10万人中83.5人)を占める重大な疾患であり [1] , その発症予防や発症後転帰改善のために, 日々医療技術の進歩やデータの蓄積がなされている. 特に発症後転帰改善には, 発症早期の急性期治療の進歩だけでなく, 発症後のリハビリテーション施行・継続と再発予防としての服薬や生活習慣の指導・管理が重要となる [2][3] . したがって回復期リハビリテーション病院や維持期施設(療養病床と診療所/クリニックを含めたかかりつけ医)との連携が重要となる.

脳卒中診療における病院間の円滑な医療連携体制の構築を目標に, 現在までに各地域の特性に応じた脳卒中地域連携パス(連携パス)が各地で作成された. 連携パスは急性期施設から回復期施設を経て早期に自宅退院できるよう診療計画を作成され, 関連する全ての医療機関で多職種が患者の診療に必要な情報を共有することを目的としており, 実際に各地での試みが報告されてきた [4]-[6]. 一方で, 日本全国での連携パスの実際の運用状況や有用性, 問題点に関しては十分に明らかになっておらず, 特に回復期施設からの視点での検討報告は少ない. 今回我々は, 脳卒中急性期医療機関(急性期施設)と回復期リハビリテーション病床(回復期施設)における医療連携の現状および連携パスの使用現状を明らかにすることを目的とした全国調査を行った.

【方法】

脳卒中学会，回復期リハビリテーション病棟協会の協力の下，日本全国の脳卒中学会認定 Primary Stroke Center(急性期施設) 961 施設，回復期リハビリテーション病棟協会会員病院(回復期施設)1237 施設を対象に 2021 年 10 月から 12 月にかけてアンケート調査を行った。

2020 年 4 月から 2021 年 3 月に発症 7 日以内の急性期脳梗塞，脳内出血，くも膜下出血の診断で急性期施設に入院，もしくは急性期施設より回復期施設に転院した症例について他院との連携状況についてアンケートを依頼し，Web 形式での回答を得た。急性期施設に対しては，1.連携パスの使用状況，2. 他院との連携状況を，回復期施設に対しては，3. 急性期施設との連携，4. 維持期施設との連携，5. 回復期施設退院時の体制に関するアンケートを作成した。また「その他」の選択肢と自由記載欄を有する質問に関して，自由記載の内容が他の選択肢に類似した場合はその選択肢に統一した。急性期施設アンケートで連携パスを使用することで病診連携が「円滑となった」と回答した施設または回復期施設アンケートで病診連携にあたり急性期施設で発行された連携パスの有用性を「大いに有用性を感じる」または「時々有用性を感じる」を「連携パス有効群」，急性期施設アンケートで「不便になった」「変わらない」と回答した施設または回復期施設アンケートで病診連携にあたり急性期施設で発行された連携パスの有用性を「それほど感じない」「全く感じない」を「連携パス非有効群」に分類し，連携パス有効群の割合を，連携パスを使用している全施設集団と回答施設の二次医療圏区分毎(大都市

型，地方都市型，過疎地域型)で χ^2 検定を用いて比較した．大都市型は人口が100万人以上または人口密度が2000人/km²以上、地方都市型は人口20万人以上または人口10-20万人かつ人口密度200人/km²以上、過疎地域型は大都市型にも地方都市型にも属さない地域と定義した．また，急性期施設における他院，患者/家族との情報共有の状況に関しては，連携パス使用の有無の2群間(χ^2 検定)で比較した．解析ソフトはSTATAを用いて，P<0.05を有意と判断した．

【結果】

1. 回答施設の概要

急性期 422 施設(43.9 %), 回復期 223 施設(18.0 %)より回答を得た．急性期施設，回復期施設間で，地域別に回答率に明らかな割合の差を認めなかった(P=0.31, Figure 1A, 1B)．回答施設の総病床数の内訳として，急性期施設では1000床以上の施設が16施設(3.8%)，400-999床は200施設(47.4%)，200-399床は128施設(30.3%)，199床以下は78施設(18.5%)であったのに対し，回復期施設では1000床以上の施設が1施設(0.5%)，400-999床は20施設(9.0%)，200-399床は62施設(27.8%)，199床以下は140施設(62.8%)であった．

2. 急性期，回復期施設間での連携

2-1. 急性期施設回答(Table.1)

病診連携に際して連携パスを使用している急性期施設は 259 施設(61.4 %)に対し，使用していない急性期施設は 158 施設(37.5 %)(うち回復期施設を有する施設は 59 施設)であった。連携パスを使用している急性期施設(259 施設)のうち，連携パスを使用することで病院連携が円滑になったと回答した急性期施設は 153 施設(59.1 %)であった。

連携パスを使用していない施設(158 施設)のうち，連携パスの必要性を感じないと回答した施設は 63 施設(うち回復期病床を有する施設は 32 施設)であり，使用を検討しているが地域での医療体制が整っていないと回答した施設が 50 施設であった。その他の理由として医療加算の影響が 5 施設，煩雑さ，施設要件を満たさないと回答した施設が各々4 施設であった。

2-2. 回復期施設回答(Table.1)

脳卒中連携パスを用いて連携している急性期施設が 1 施設以上あると回答した回復期施設は 164 施設(72.9 %)であった。うち急性期施設との連携に際して，連携パスを使用することの有用性を大いに感じる/時々感じると回答した回復期施設は 70 施設 (42.7 %)であった。うち 24 施設が有用性の理由を回答し，必要情報が簡単に入手可能な点と回答した施設は 12 施設，急性期施設入院中の経過がわかりやすい点と回答した施設が 7 施設，急性期施設間で記載形

式が統一されている点と回答した施設は 3 施設，その他の理由は 2 施設であった．一方，連携パスの有用性をそれほど感じない，全く感じないと回答した回復期施設は 89 施設(54.2 %)であった．うち，41 施設がその理由を記載し，診療情報提供書など他文書がわかりやすいと回答した施設は 13 施設，連携パスの意義がわからないと回答した施設は 11 施設，情報が不足していると回答した施設が 9 施設，使用頻度が少ないと回答した施設は 5 施設，記入漏れが多いと回答した施設は 4 施設であった．

現在連携パスを用いずに連携している急性期施設との医療連携に際しての，今後の連携パスの必要性については，回復期回答全施設(223 施設)のうち，128 施設(57.4%)が必要性を感じないと回答した．

2-3. 急性期/回復期施設間での統計学的比較 (Table.2)

本調査時に連携パスを使用している施設(急性期:259 施設，回復期:164 施設)を対象に，不明/未回答例(急性期: 19 施設，回復期: 5 施設)は除外して X² 検定を施行した．連携パス有効群の回復期施設は回復期施設 70 施設(44.0%)で，急性期施設 153 施設(63.8%)より有意に

少なかった($P<0.01$). 二次医療圏毎での連携パス有効群の割合について、大都市型医療圏では急性期施設 57.9%, 回復期施設 36.1% ($P<0.01$), 地方都市型医療圏では, 急性期施設 59.9%, 回復期施設 47.9% ($P=0.07$), 過疎地域型医療圏では急性期施設 59.1%, 回復期施設 33.3%($P=0.19$)であった.

3. 急性期/回復期施設と維持期施設との連携(Table.3)

連携パスを使用している急性期回答施設のうち, 自宅退院した患者に対してかかりつけ医まで大いに/時々使用していると回答した施設が 77(29.7%), 連携パスを使用していないと回答した施設は 153 施設(59.1%)であった. 一方, 連携パスを使用している急性期施設と1施設以上連携している回復期施設のうち, 療養病床, かかりつけ医との連携について, パスを大いに使用している/時々使用していると回答した回復期施設は各々91 施設(55.5%), 81 施設(49.4%), 病診連携にあたり連携パスの有用性を転院/退院時に大いに/時々感じると回答した施設は各々56 施設(34.2%), 40 施設(24.4%), 連携パスを使用していない療養病床, かかりつけ医との連携について連携パスの必要性を感じると回答した施設は各々30 施設(18.3%), 24 施設であった(14.6%).

4. 連携パスに対する印象(Table.4)

連携パスを使用している急性期施設のうち、連携パスに改善点や問題点はないと回答した施設は 139 施設 (53.7 %)に対し、項目が多く使いにくいと回答した急性期施設は 88 施設 (34.0 %), 不足する項目があると回答した急性期施設は 31 施設(12.0 %)であった(Table.2). 不足する項目として、複数の施設が 3 ヶ月後の転帰や脳梗塞急性期に施行した再開通療法, 患者の社会的背景に関する情報を挙げていた.

連携パスを使用している急性期施設 1 施設以上と連携していると回答した回復期施設のうち、連携パスに改善点や問題点はないと回答した施設は 52 施設 (31.7 %)に対し、項目が多く使いにくいと回答した施設は 45 施設(27.4%), 不足する項目があると回答した施設は 37 施設 (22.6 %)であった. 不足する項目として、患者家族を含めた社会背景を挙げた施設を複数認めた.

5. 他院/患者・家族・医療機関との状況連携

回復期施設, 療養病床, かかりつけ医との連携に関して情報共有を全例しているもしくは大体共有していると回答した急性期施設は, 回答した全施設(422 施設)のうち各々 380 施設 (90.0 %), 356 施設(84.4 %), 309 施設 (73.3%)であった(Table 4) . また, 患者, 家族に身体的障害, 高次脳機能障害の転帰, 予後の見込みに関するインフォームドコンセントについて, 全

例共有している，だいたい共有していると回答した急性期施設は各々400施設(94.8%)，381施設(90.2%)であった．これらの回答率は現在の連携パスの使用の有無の2群間の比較においても明らかな有意差を認めなかった(Table.5)．

回復期アンケートに関して，療養病床およびかかりつけ医との医療情報，予測される介護状況については全例共有している，大体共有していると回答した回復期施設は各々207施設(92.9%)，197施設(88.4%)であった．患者・家族に対する身体障害，高次脳機能障害の転帰，予後のICに関しては原則行なっている，ほぼ行なっていると回答した回復期施設は各々214施設(95.9%)，211施設(94.6%)であった(Table.6)．

【考察】

1. 本研究回答施設の概要

本研究では急性期施設は脳卒中学会認定PSCを対象とした．PSCと認定されていない施設においても発症7日以内の脳卒中を診療している可能性はあるものの，近年は多くの二次医療圏にPSCが均てん化されており，発症早期の脳卒中症例はPSCに集約される方針であることから[7]，概ね今回の調査対象症例はPSCで加療されているものと推測される．また全PSCの病床数を医師会データベースで調査した際に，1000床以上の施設が29施設(3.0%)，400-

999 床は 437 施設(45.5%), 200-399 床は 128 施設(30.3%), 199 床以下は 78 施設(18.5%)

であり、概ね本研究の回答施設と同様の割合であった[8].

医師会データベースでの検索では、回復期リハビリテーション病棟を有する施設は全国 1538 施設であり、約 8 割が本調査対象である回復期リハビリテーション病棟協会所属施設に属していると考えられた。回復期リハビリ病棟を有する施設の病床数を医師会データベースで調査した際に、1000 床以上の施設が 3 施設(0.2%) , 400-999 床は 98 施設(6.4%), 200-399 床は 423 施設(27.5%), 199 床以下は 1014 施設(65.9%)であり、本調査で回答をえた回復期施設の病床数の分布と同様であった[8]. 以上より、本調査で回答した急性期、回復期施設の概要に大きなバイアスは存在しないと考えた。

2. 連携パスの現状

2-1. 急性期、回復期施設間での連携

急性期施設においては連携パスの有用性、高い満足度が示唆されたが、回復期施設では連携パスの有用性を感じない施設が多数を占めていた。また、連携パスを使用していない施設との連携に対し、必要性を感じないと回答した施設が回復期で多数を占めた。急性期と回復期アンケートで有用性に関する質問内容が若干異なるため一概に比較は困難ではあるが、急性期と回復期で連携パスに対する印象が乖離している可能性が示唆された。

既報では連携パスを用いることでの急性期施設における在院日数が短縮し、多くの脳卒中症例を急性期施設が受け入れられるようになるなど有用性は報告されている[9][10]。回復期施設の視点では、連携パスの使用により発症後早期からのリハビリテーションにより機能回復が期待される点であるが[11]，回復期施設からみた急性期施設との連携に際して連携パスの有用性に対する報告は乏しい。今回の結果が生じた一因として、患者、家族の社会背景など退院時を見据えた回復期施設が必要とする情報を連携パスが含んでいないこと、結果的に診療情報提供書などの他文書を参照していることが推測された。しかし、一方で必要項目が容易に入手できる点を連携パスの有用性としてあげる回復期施設もあり、記入項目について急性期、回復期施設間で調整することで有用性が向上する可能性がある。また、過去に連携パスを使用していたものの、2016年の診療報酬改定時に地域連携診療計画管理料が廃止になったことや、施設要件を満たさない急性期施設では地域連携診療計画加算が算定不可となったことにより連携パスを中止した地域や施設が存在する可能性がある。しかし調査時は連携パスを使用していないものの、過去に連携パスを用いて構築した急性期、回復期間の連携が現在活用されている地域も存在するかもしれない。他にも急性期施設より早期に回復期施設に転院した症例においても、肺炎などの合併症の影響で回復期施設におけるリハビリテーション開始が遅れる可能性も考えられた[12]。

2次医療圏毎での解析においても、連携パスへの有効性に対して同様の傾向であった。2次医療圏は地理的条件、日常生活需要の充足状況、交通事情など社会的条件が考慮されるとされ[13]、今回は一般的な定義に基づいて地域の人口、人口密度により大都市型、地方都市型、過疎地域型に分類した。一般に大都市型では人口密度が高く、患者が病院受診するための移動距離が短いのに対し、過疎地域型では人口密度が低くその移動距離が長くなるなど、医療体制に地域差があると推測されるが[14]、脳卒中連携パスの有用性に与える影響は明らかではなかった。

2-2. 急性期/回復期施設と維持期施設との連携

かかりつけ医まで連携パス使用していると回答した施設は急性期、回復期施設ともに少数であり、維持期施設との連携に関しては連携パスが十分に用いられていない現状が示唆された。一因として維持期施設、特にかかりつけ医は急性期施設、回復期施設に比して施設数が多く診療科も多岐にわたるほか、院内から院外へ患者の生活行動範囲も拡大するため社会背景を考慮した診療が特に重要となる[9]。したがって、脳卒中に診療に特化した入力項目を選定した連携パスのみでは十分な情報共有が難しい可能性がある。また、連携パスに関して維持期施設の視点から評価した既報はなく、この要因について維持期施設を含めたさらなる調査が必要と考えられる。

2-3. 患者・家族との連携状況

患者本人，家族，他医療機関との情報共有の状態について，急性期施設，回復期施設問わず良好との回答が多数を占めた．急性期施設では連携パスの使用施設か否かに関わらずこの傾向は認められ，回復期においてもこれらの情報共有に際して連携パスを使用していない，必要性を感じない施設が多数であった．患者・家族との情報共有に際しての連携パスの有用性を示した報告はない．脳卒中診療における患者，家族への連携パスの有用な点として，脳卒中発症から在宅までの治療計画を作成し，患者への説明を簡略化する点がある[9]．本検討では連携パスの使用の有無にかかわらず患者，家族との情報共有が良好と回答した施設が多く，連携パスの有無によらず医療者の積極的な取り組みが示唆された[15]．

2-4. 本研究の限界

本研究では在院日数やアウトカムの傾向など客観的な指標や維持期施設，患者，家族からの視点での評価については調査をしておらず，今後これらの情報を含めた検討が必要である．また地域連携パスの内容は地域毎で異なるため，急性期，回復期ともに満足度の高い地域もあることが推測されるため，満足度の高い地域の連携パスを参考にするこゝで，日本全体の地域連携の質を高めることができる可能性がある．

【結論】

今回連携パスの使用現状について調査した。急性期，回復期施設間で地域連携パスに対する印象が乖離していたが，連携パスへの記入項目などを施設間で調整し連携を深めることで，連携パスの有用性が向上する可能性がある。実際に，急性期，回復期施設間で対面，オンラインを用いた会議を定期的に行っている地域もあり，各地域でより円滑な病診連携への試みがなされている[9]。さらに従来 of 連携パス以外の方策として，Information and Communication Technology を用いて画像情報を含めた電子カルテ上の診療情報を少ない労力で自動抽出，取り込みし他院と診療情報を共有するシステムなど地域医療連携システムの開発，普及が進められている[16][17]。これらは病診連携およびその効率向上に資する可能性があり，今後，維持期病院も含めたさらなる医療連携が必要になると考えられる。特に，2020年10月に策定された循環器病対策推進基本計画では，地域医療構想の実現に向け急性期から回復期及び維持期までの病床の機能分化，連携に取り組み，都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めていくことが示されており[18]，医療機関間での情報共有は重要なテーマと考えられる。

Reference

1. Ministry of Health Labour and Welfare, Japan. Statistics and other data, database, annual health labour and welfare report 2021, overview of the system and the basic statistics, general welfare and labour. Available from:

<https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw14/dl/01e.pdf> (Cited August 26, 2022).
2. Danseur ML. Stroke Rehabilitation. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;32:97–108.
3. Hankey GJ. Secondary stroke prevention. *Lancet Neurol* 2014;13:178–194.
4. Chawla A, Westrich K, Matter S, Kaltenboeck A, Dubois R. Care pathways in US healthcare settings: current success and limitations, and future challenges. *Am J Manag Care* 2016;22:53–62
5. Fujino Y, Kubo T, Muramatsu K, Murata A, Hayashida K, Tomioka S, et al. Impact of regional clinical pathways on the lengths of stay in hospital among stroke patients in Japan. *Med Care* 2014;52:634–640.
6. Mine Y, Fujino Y, Sabanai K, Muramatsu K, Otani M, Kubo Tatsuhiko, et al. Effectiveness of regional clinical pathways on postoperative length of stay for hip fracture patients: A retrospective observational study using the Japanese Diagnostic Procedure Combination database. *J Orthop Sci* 2020;25:127–131

7. Miyamoto S, Yamada K. Paradigm Shift in the Stroke Medical Care System. *Jpn J Neurosurg (Tokyo)* 2021;30:194-198.
8. Japan Medical analysis platform, Japan. Available from <https://jmap.jp>.
9. Hashimoto Y, Watanabe S, Hirata Y, et al. Referral system and liaison critical pathway for stroke. *Jpn J Stroke* 2009;31:491-496.
10. Saitoh M, Takahashi A, Yonematsu Y, et al. On site educational seminars and a common stroke critical path for a region provided by a stroke team for the treatment of acute and subacute stroke at non-specialized hospitals. *Jpn J Stroke* 2007;29:493-501.
11. Gagnon D, Nadeau S, Tam V. Ideal timing to transfer from an acute care hospital to an interdisciplinary inpatients rehabilitation program following a stroke: an exploratory study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:151.
12. Maeshima S, Osawa A, Ishihara A, et al. The clinical pathway for stroke rehabilitation and convalescence rehabilitation ward: from the standpoint of the acute hospital. *Jpn J Stroke* 2010;32:357-364.
13. Honno Katsumi, Muramatsu K, Matsuda S, et al. Consideration on the analysis of the secondary medical sphere of patients residence and the secondary medical sphere of

- the corresponding facility in patients with subarachnoid hemorrhage. *Jpn J Stroke* 2021 43:1-7.
14. Miyake T, Satoh E, Mitsuhashi N, et al. A study on disparity in access to medical facilities from the viewpoint of regional characteristic. *J Archit Plann* 2016;81:1971-1979.
15. Uchida K, Aoki K. Supporting Mutual Agreement among Family Members of Stroke patients on selecting the place of treatment after acute care and related factors. *Jpn Acad Nurs Sci* 2021;41:201-210.
16. Gustavsson M, Ytterberg C, Guidetti S. Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke - a grounded theory study. *Scand J Occup Ther* 2020;27:223-230.
17. Takao H, Sakai K, Mitsumura H, Komatsu T, Yuki I, Takeshita K, et al. A Smartphone Application as a Telemedicine Tool for Stroke Care Management. *Neurol Med Chir Tokyo* 2021;61:260-267]
18. Kuwabara M, Mori M, Komoto S. Japanese National Plan for Promotion of Measures Against Cerebrovascular and Cardiovascular Disease. *Circulation* 2021;143:1929-31

Figure.1 回答施設の分布

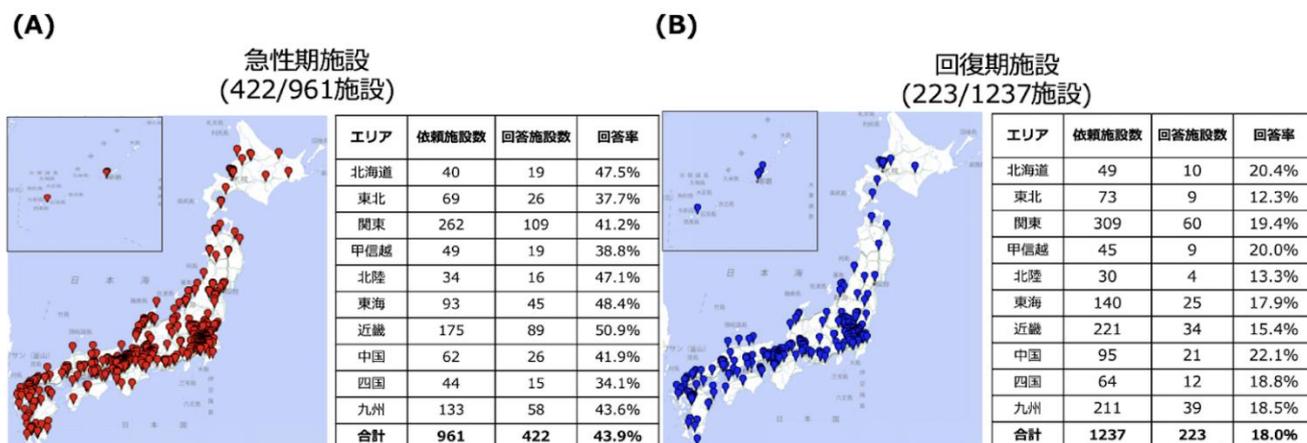


Figure.2 急性期施設における脳卒中連携パスの使用状況

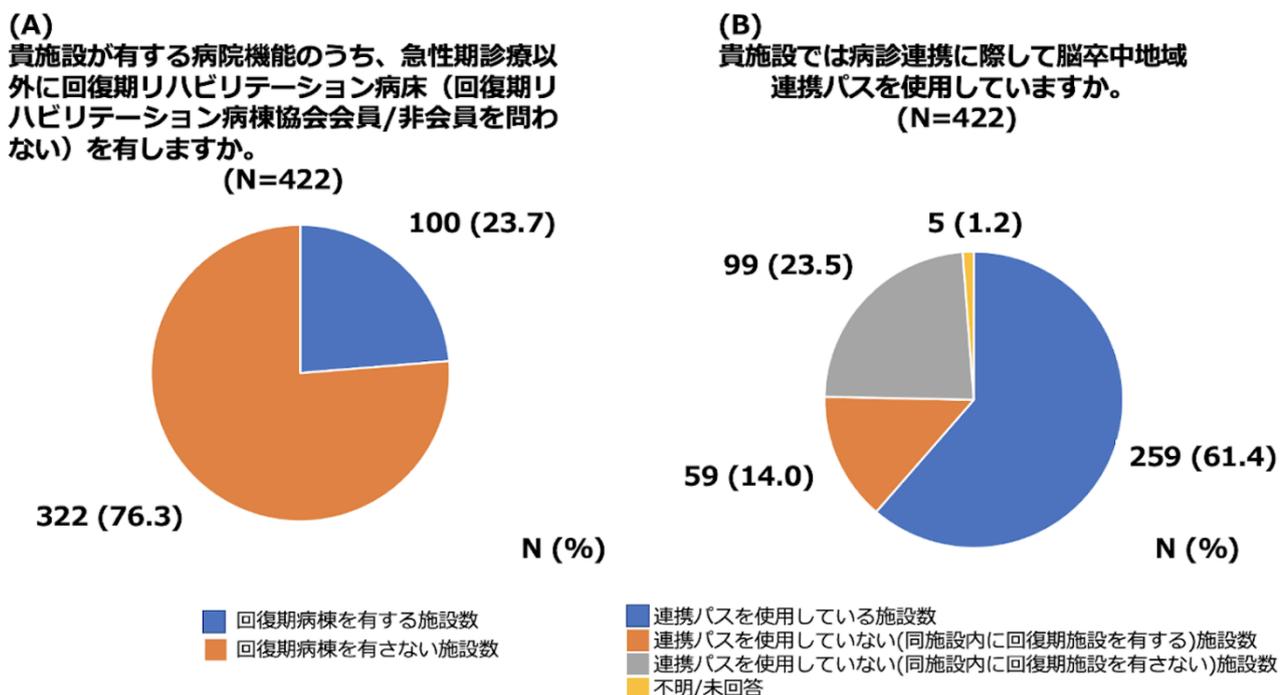


Figure.3 回復期施設における脳卒中連携パスを用いた急性期施設との連携状況

脳卒中地域連携パスで連携している脳卒中の急性期施設数と、脳卒中地域連携パスを用いずに連携している脳卒中の急性期施設数を教えてください

<パスを用いて連携している急性期施設数> (N=223) <パスを用いずに連携している急性期施設数> (N=223)

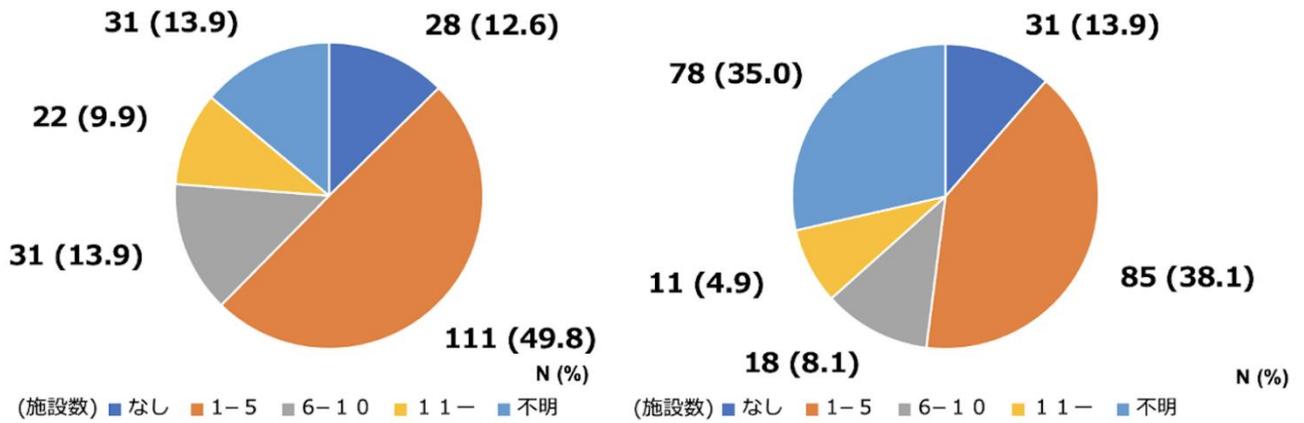


Table. 1. 急性期と回復期施設間での連携パス使用状況

急性期施設アンケート (N=422)	
Q. 連携パスを使用していますか。	
使用している	259 (61.4)
使用していない	158 (37.5)
不明	5 (1.2)
(連携パスを使用していると回答した 259 施設)	
Q. 連携パスを使用することで病診連携が円滑になったと感じますか。	
円滑になった	153 (59.1)
不便になった	8 (3.1)
変わらない	79 (30.5)
不明/未回答	19 (7.3)
(連携パスを使用していないと回答した 158 施設)	
Q. 連携パスを使用していない理由をお答えください	
使用する必要性を感じていない	63 (39.9)
使用を検討しているが地域での医療体制が整っていない	50 (31.7)
その他	26 (16.5)
不明/未回答	19 (12.0)
回復期施設アンケート (N=223)	
Q. 連携パスを使用している急性期病院 1 施設以上と連携していますか。	
連携している	164 (72.9)
連携していない	28 (12.6)
不明	31 (13.9)
Q. 連携パスを用いずに連携している脳卒中の急性期施設との医療連携に際して、脳卒中地域連携パスの必要性を感じますか。	
連携している全ての急性期施設と連携パスで連携している	15 (6.7)
必要性を感じる	38 (17.0)
必要性を感じない	128 (57.4)
不明/未回答	42 (18.8)
(1 施設以上と連携パスを使用していると回答した 164 施設)	
Q. 日常診療、病診連携にあたり急性期施設で発行された脳卒中地域連携パスの有用性を感じることはありますか。	
大いに有用性を感じる	22 (13.4)
時々有用性を感じる	48 (29.3)
それほど感じない	65 (39.6)
全く感じない	24 (14.6)
不明/未回答	5 (3.1)

N (%)

Table.2 急性期、回復期施設毎での連携パス有効群の割合

	急性期	回復期	P 値
全体	N=259	N=164	
	153 (59.1)	70 (42.7)	<0.01
二次医療圏別			
大都市型	N=95	N=61	
	55 (57.9)	22 (36.1)	<0.01
地方都市型	N=142	N=94	
	85 (59.9)	45 (47.9)	0.07
過疎地域型	N=22	N=9	
	13 (59.1)	3 (33.3)	0.19

Table.3 急性期/回復期施設と維持期施設との連携

急性期施設アンケート（連携パスを使用している N=259 施設）		かかりつけ医
Q. 自宅退院をした患者に対し、かかりつけ医まで連携パスを使用していますか。（複数回答可）		
連携パスを大いに使用している		19 (7.3)
連携パスを時々使用している		58 (22.4)
連携パスを使用していない		153 (59.1)
患者教育等の手帳、パンフレットを配布している		24 (9.3)
不明/未回答		21 (8.1)
回復期施設アンケート（連携パス使用している 1 施設以上と連携する施設: N=164）		療養病床、施設
療養病床、施設（介護老人保健施設/介護老人福祉施設）との病診連携に関する質問		
Q. 脳卒中中の急性期施設と脳連携パスで連携した場合の病診連携について（複数回答可）		
パスを大いに使用している	43 (26.2)	37 (22.6)
パスを時々使用している	48 (29.3)	44 (26.8)
パスを使用していない	60 (36.6)	72 (43.9)
患者教育等の手帳、パンフレットを配布している	4 (2.4)	3 (1.8)
その他	4 (2.4)	1 (0.6)
不明/未回答	8 (4.8)	11 (6.7)
Q. 日常診療、病診連携にあたり急性期施設で発行された連携パスの有用性を転院時に感じることはありますか。		
大いに有用性を感じる	16 (9.8)	9 (5.5)
時々有用性を感じる	40 (24.4)	31 (18.9)
それほど感じない	64 (39.0)	71 (43.3)
全く感じない	31 (18.9)	35 (21.3)
不明/未回答	13 (7.9)	18 (11.0)
Q. 連携パスの使用を行っていない療養病床との医療連携に際して、連携パスの必要性を感じますか		
連携しているすべての維持期施設と連携パスで連携している	8 (4.9)	10 (6.1)
必要性を感じる	30 (18.3)	24 (14.6)
必要性を感じない	100 (61.0)	105 (64.0)
不明/未回答	26 (23.8)	25 (15.2)

N(%)

Table.4 連携パスに対する印象

	急性期 (N=259)	回復期 (N=164)
Q. 脳卒中地域連携パスに改善点や問題点はありますか。(複数回答可)		
特に改善点や問題点はない	139 (53.7)	52 (31.7)
項目が多く使いにくい	88 (34.0)	45 (27.4)
不足する項目がある	31 (12.0)	37 (22.6)
脳卒中地域連携パスを使用していないのでわからない	1 (0.4)	10 (6.1)
不明/未回答	10 (3.9)	27 (16.5)

N(%)

Table.5 急性期施設における他院、患者家族との連携状況

	全体 (N=422)	現在連携パス 使用 (N=259))	現在連携パス 不使用 (N=158)	P-value
Q. 医療情報、予測される介護の状況について他院と情報共有していますか。				
Q.回復期施設(回復期リハビリテーション病床/地域包括ケア病床)との共有				
全例共有している	182 (43.1)	107 (41.3)	74 (46.8)	0.24
だいたい共有している	198 (46.9)	129 (49.8)	68 (43.0)	
ほぼ共有できていない	24 (5.7)	15 (5.8)	8 (5.1)	
全く共有できていない	5 (1.2)	1 (0.4)	4 (2.5)	
不明/未回答	13 (3.1)	7 (2.7)	4 (2.5)	
Q.療養病床との共有(直接療養病床転院例)				
全例共有している	145 (34.4)	88 (34.0)	56 (35.4)	0.17
だいたい共有している	211 (50.0)	126 (48.7)	85 (53.8)	
ほぼ共有できていない	45 (10.7)	34 (13.1)	10 (6.3)	
全く共有できていない	7 (1.7)	3 (1.2)	4 (2.5)	
不明/未回答	14 (3.3)	8 (3.1)	3 (1.9)	
Q.維持期施設との共有 (直接自宅退院例)				
全例共有している	96 (22.8)	54 (20.9)	41 (26.0)	0.49
だいたい共有している	213 (50.5)	134 (51.7)	79 (50.0)	
ほぼ共有できていない	70 (16.6)	48 (18.5)	21 (13.3)	
全く共有できていない	11 (2.6)	7 (2.7)	4 (2.5)	
不明/未回答	32 (7.6)	16 (6.2)	13 (8.2)	
Q. 患者・家族に身体的障害の転帰、予後の見込みについてICしていますか。				
原則全例に行っている	268 (63.5)	161 (62.2)	105 (66.5)	0.60
ほぼ行っている	132 (31.3)	85 (32.8)	46 (29.1)	
あまり行っていない	15 (3.6)	10 (3.9)	5 (3.2)	
行っていない	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.6)	
不明/未回答	6 (1.4)	3 (1.2)	1 (0.6)	
Q. 患者・家族に高次脳機能障害の転帰、予後の見込みについてICしていますか。				
原則全例に行っている	223 (52.8)	129 (49.8)	92 (58.2)	0.23
ほぼ行っている	158 (37.4)	102 (39.4)	55 (34.8)	
あまり行っていない	34 (8.1)	25 (9.7)	9 (5.7)	
行っていない	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.6)	
不明/未回答	6 (1.4)	3 (1.2))	1 (0.6)	

N (%)

Table.6 回復期施設における維持期施設（療養病床、かかりつけ医）、患者・家族との連携

	療養病床、施設との連携	かかりつけ医との連携
Q. 医療情報，予測される介護の状況について維持期施設と情報共有していますか。		
全例共有している	127 (57.0)	101 (45.3)
だいたい共有している	80 (35.9)	96 (43.1)
ほぼ共有できていない	5 (2.2)	13 (5.8)
全く共有できていない	1 (0.5)	3 (1.4)
不明/未回答	10 (4.5)	10 (4.5)
Q. 患者・家族に身体的障害の転帰、予後の見込みについてICしていますか。		患者・家族との連携
原則行なっている		145 (65.0)
ほぼ行なっている		69 (30.9)
あまり行なっていない		5 (2.2)
行なっていない		1 (0.5)
不明/未回答		3 (1.4)
Q. 患者・家族に高次脳機能障害の転帰、予後の見込みについてICしていますか。		患者・家族との連携
原則行なっている		138 (61.9)
ほぼ行なっている		73 (32.7)
あまり行なっていない		6 (2.7)
行なっていない		1 (0.5)
不明/未回答		5 (2.2)

N(%)

資料2 「心疾患施設アンケート解析まとめ」

論文「循環器研修・研修関連施設における循環器疾患の医療連携」

「厚生指標」 2023年5月 第70巻 25-31

「循環器研修・研修関連施設における循環器疾患の医療連携」

カナオカ コウシロウ 金岡 幸嗣朗^{*1}, イワナガ ヨシタカ 岩永 善高^{*2}, スミタ ヨウコ 住田 陽子^{*3}, ササハラ ユウスケ 笹原 祐介^{*3}, ワダ シンイチ 和田 晋一^{*1}, ミヤモト ヨシヒロ 宮本 恵宏^{*4}

*1. 国立循環器病研究センター情報利用促進部上級研究員

*2. 同情報利用促進部部長

*3. 同情報利用促進部専門職

*4. 同情報利用促進部オープンイノベーションセンターセンター長

原稿枚数：7枚

図表枚数：7枚

抄録：794文字

抄録

目的 循環器疾患は、急性期治療後も再発や増悪を繰り返すことが特徴であり、治療継続および予防の観点において、急性期から回復期・慢性期までの医療提供体制の連携が重要である。本研究の目的は、わが国の急性期から回復期・慢性期にかかる円滑な診療連携に係る、循環器疾患医療提供体制の連携の現状および課題点を明らかにすることである。

方法 2021年10月1日～11月30日の期間に、日本循環器学会の協力のもとに、全国の日本循環器学会専門研修・研修関連施設（1349施設）を対象にアンケート調査を行った。2020年4月から2021年3月までの期間における、各施設における医療連携の体制および取り組み、さらには同期間に入院した急性冠症候群、急性心不全患者に対する診療について、Web形式で回答を得た。

結果 調査依頼を行った1349施設のうち、759施設（56%）から回答を得た。回答があった施設のうち、572施設（75%）が何らかの診療連携の取り組みを行っているとは回答した。地域連携パスを運用している施設は、急性冠症候群では84施設（11%）、急性心不全では113施設（15%）と少数であった。地域連携パスを運用している患者の割合は、いずれの疾病群でも2割未満であった。患者教育資料を用いている施設は、急性冠症候群では177施設（23%）、急性心不全では358施設（47%）であり、運用している患者の割合は、いずれの疾病群でも8割以上と回答した施設が最も多かった。また、実際に外来心大血管リハビリテーションを行った患者の割合は、2割未満と回答した施設が最も多かった。

結論 日本循環器学会研修施設・研修関連施設を対象として、急性期から回復期・慢性期にかかる連携の実態に関するアンケート調査を行った。地域連携パスおよび患者教育資料の運用実態は施設間および対象疾患により異なることが明らかになり、今後どのような診療連携に関する取り組みをすすめていくかについて、さらに議論が必要であることが示唆された。

キーワード：循環器疾患、医療連携、地域連携パス、患者教育資料、急性冠症候群、急性心不全

I はじめに

急性心筋梗塞や心不全を含む循環器疾患はわが国の死亡の第2位であり、死亡を減少させるためにこれまで多くの取り組みが行われてきた¹⁾²⁾。循環器疾患は発症・増悪時に緊急性が高い疾患が多く、これまで一次予防とともに急性期の体制構築に重点がおかれてきたが、近年、回復期・慢性期に再発・増悪を繰り返し、再入院やそれに伴う生活の質の低下や医療費の増大が問題になっている³⁾。再発や増悪を繰り返す特徴を考慮すると、急性期から、回復期・慢性期までの医療提供体制の連携が重要であると考えられ、2020年10月に策定された循環器病対策推進基本計画においても、地域医療構想の実現に向け急性期から回復期および慢性期までの病床の機能分化、連携に組み、都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進めていくことが明示されている⁴⁾。一方で、病床機能分化が進む中での診療連携には課題があるとともに、循環器疾患に関する急性期から回復期、慢性期への連携体制の現状についてはこれまで十分な検討がされていなかった。

本研究の目的は、全国の循環器急性期医療施設にアンケート調査を行い、円滑に地域連携を進めるための、急性期から回復期・慢性期にかかる医療連携の現状および課題点を明らかにすることである。

II 方法

(1) 対象と調査方法

2021年10月1日～11月30日の期間に、日本循環器学会の協力のもとに、全国の日本循環器学会専門研修・研修関連施設(1349施設)を対象にアンケート調査を行った。2020年4月から2021年3月までの期間における、各施設における医療連携の取り組みおよび、同期間に入院した急性冠症候群、急性心不全患者に対する診療内容について、Web形式で回答を得た。1. 地域連携の取り組み、2. 地域連携パスの運用、3. 患者教育資料の運用、4. 退院時の患者情報の共有方法、5. 連携にかかわる職種、6. 退院調整カンファレンスの実施、7. 外来心大血管リハビリテーションの実施、8. 心不全の緩和ケアに関するアンケートを行った。

(2) 統計解析

各回答項目について、回答数および割合を表記した。地域、施設種別（研修施設・研修関連施設）の割合について、 χ^2 検定（有意水準5%）で評価した。

III 結果

(1) アンケート回答割合

調査依頼を行った1349施設のうち、759施設(56%)から回答を得た。地域別で回答割合に差は認めなかった(P=0.88)

(図1)。研修関連施設と比較し、研修施設の回答割合が高かった(P=0.001)。

(2) 医療連携の取り組み（連携パス・患者教育資料の運用）

地域医療連携の取り組みについて、回答があった759施設のうち、572施設(75%)が何らかの取り組みを行っているとは回答した(図2)。取り組みを行っている施設のうち、地域連携パスや患者教育資料の活用は337施設(59%)で行われていた。

地域連携パスを運用している施設は、急性冠症候群では84施設(11%)、急性心不全では113施設(15%)であった(表1)。運用している施設における地域連携パスを運用している患者の割合は、いずれの疾病群でも、2割未満と回答した施設が最も多かった。地域連携パスを運用している施設のうち、パスが有効に利活用されているとは回答した施設は、急性冠症候群、急性心不全いずれも約半数程度であった。パスを使用する患者の背景は、急性冠症候群では、社会(職場)復帰予定の患者に、急性心不全では高齢患者、重症/低心機能の患者に、より使用されていた。運用していない施設のうち、今後のパスの導入予定について、急性冠症候群、急性心不全いずれも半数以上で導入予定はないと回答した。

患者教育資料を用いている施設は、急性冠症候群では177施設(23%)、急性心不全では358施設(47%)であり、地域連携パスを運用している施設より高い割合であった(表1)。患者教育資料を運用している施設における、

実際に運用している患者の割合は、いずれの疾病群でも、8割以上と回答した施設が最も多かった。患者教育資料を運用している施設の多くが、資料が有効に利活用されていると回答した。患者教育資料を使用する患者の背景は、地域連携パスを運用する患者背景と類似していた。運用していない施設のうち、半数以上の施設が今後の患者教育資料の導入予定はないと回答した。

(3) 情報共有の方法・職種・具体的な取り組み

退院/転院時の患者情報の共有方法は、診療情報提供書(748施設 [99%])が最も多く、看護サマリ(589施設 [78%])やリハビリテーションサマリ(432施設 [57%])がそれに続いていた(表2)。電子カルテ情報の直接共有・閲覧ができると回答した施設は(152施設 [20%])であった。

心疾患について、約8割の施設で、専任の退院支援を行う職種がいると回答した。研修病院(494施設 [83%])では研修関連病院(114施設 [70%])と比較して高い割合であった($P < 0.01$)。2021年4月1日時点で約4割の施設が病院に心不全療養指導士がいると回答した。

急性冠症候群患者に対する退院調整カンファレンスは約半数、急性心不全に対する退院調整カンファレンスは大部分の施設で行っていた。実際にカンファレンスを行っている患者の割合は、急性冠症候群、急性心不全いずれにおいても、8割以上と回答した施設が最も多かった。半数以上の退院調整カンファレンスに参加する職種は院内の医師、看護師、ソーシャルワーカーが多く参加する一方で、退院(転院)先の医療者が参加する割合は少なかった。

外来心大血管リハビリテーションを行っていた施設は(441施設 [58%])である一方で、実際に心大血管リハビリテーションを行った患者の割合は、急性冠症候群・急性心不全いずれにおいても、2割未満と回答した施設が最も多かった。

約半数の施設で、入院中の急性心不全患者に対して緩和ケアを行っていた。緩和ケアを行っている施設のうち、実際に入院中に緩和ケアに移行した心不全患者は、半数以上の施設で年間1~10人であった。

IV 考察

(1) 地域連携パスおよび患者教育資料の運用の現状

地域連携パスの運用割合は低く、地域連携パスを実際に運用している施設においても、地域連携パスを運用している患者の割合にばらつきがあった。脳卒中などでは地域連携パスが有効に利活用されているという報告があるが⁵⁾、著者らの循環器疾患における調査では、地域連携パスを運用している施設において、有効に利活用されていると回答した施設は、いずれの疾患においても半数程度であった。また、パスを運用していない施設において、パスの導入予定が「ない」と回答した施設は、「ある」と回答した施設より多かった。これらのことから、循環器疾患における地域連携パスは、比較的限られた施設で、対象患者や目的を絞っての運用が行われていることが推測され、脳卒中の地域連携パスのように、多くの施設で、一律に地域連携パスを運用していく取り組みが有用かどうかについては、慎重に判断をすすめていく必要があると考えられた。循環器疾患患者に対して地域連携パスが十分に運用されていない理由としては、退院後、直接社会復帰する患者の割合が高く⁶⁾、転院での病院間の連携を要する患者がそれほど多くないことが一因と考えられるが、どのような患者に積極的に地域連携パスを運用していく必要があるかについても、今後議論が必要となると考えられる。

地域連携パスと比較して、患者教育資料は、運用している施設の割合は高く、より多くの患者に運用されている結果であった。運用している施設のうち、有効に利活用されていると回答した施設の割合も、地域連携パスより高く、患者教育資料の運用は医療者側にとっても有益な医療連携の手段であると認識されていると考えられた。自宅退院となる患者においては、疾病の増悪を減少させるための、患者自身や家族による疾病管理が重要であり、これらの資料の活用は重要な役割を担っていると推察される。

(2) 情報共有の方法・職種・具体的な取り組みの実態

施設間の情報共有の方法は、診療情報提供書が中心であるが、今後は電子カルテ情報の閲覧等のシステムづくりが転院、他の施設への再入院時には重要になると考えられるが、まだ十分には普及していない現状が明らかとなった。

大部分の施設で、専任で退院支援を行う職種が「いる」と回答した。退院調整カンファレンスを実施している施設の割合は、急性冠症候群患者と比較して心不全患者で高く、心不全における多職種での退院支援の重要性が示唆された。退院調整カンファレンスの有用性についてはこれまで報告があるが⁷⁾、今回の調査からも、退院調整カンファレンスは、8割以上の患者に行っていると答えた施設も多い一方で、半数以下の施設も一定数みられ、施設間でばらつきが認められた。退院調整カンファレンスは、自施設のスタッフのみで行う施設が大部分であり、今後は、自施設のスタッフの拡充やカンファレンス施行の環境整備、および退院後の他施設スタッフの協力が必要となると考えられ、オンライン会議など活用して、より円滑な診療連携を進めていく必要があると考えられる。

退院後の心臓リハビリテーションを実施している施設は一定数みられるが、生存退院患者の中で退院後にリハビリテーションを受けた患者は少ない。これまでの報告からも、退院後のリハビリテーション実施割合は全国的にも低いことが報告されており⁸⁾⁹⁾、今後は退院後のリハビリ普及をすすめていく必要があり、それを中心に円滑な医療提供体制の連携を進めていくことは、循環器疾患診療の向上に資するものと考えられる。

V 結語

著者らは、日本循環器学会研修施設・研修関連施設を対象として、急性期から回復期・慢性期にかかる診療連携の実態に関するアンケート調査を行った。地域連携パスおよび患者教育資料の運用実態は施設・疾患ごとにおいて異なっており、診療連携に関する取り組みをいかに進めていくべきかについて、今後さらに議論する必要がある。

謝辞

アンケート調査にご協力いただきました、日本循環器学会および日本循環器学会研修・研修関連施設に厚く御礼申し上げます。

また、本研究は厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究(21FA1012)」にて施行されました。

研究分担者の皆様に感謝申し上げます。

文献

- 1) 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf>) 2022.7.1.
- 2) 日本脳卒中学会, 日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画 (https://www.j-circ.or.jp/five_year/files/JCS_five_year_plan_2nd.pdf) 2022.7.1.
- 3) 筒井 裕之, 磯部 光章, 伊藤 宏, 他. 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版) (https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf) 2022.7.1.
- 4) 磯部光章. 【脳卒中・循環器病対策基本法-今後の展開】基本法の3つの理念とその意義. 医学のあゆみ;2021;278:261-264.
- 5) 橋本洋一郎. 地域連携パス 熊本脳卒中地域連携(K-STREAM)の取り組み. 日本クリニカルパス学会誌 2020;22:93-97.
- 6) Kanaoka K, Okayama S, Nakai M, et al. Hospitalization costs for patients with acute congestive heart failure in Japan. *Circ J.* 2019;83:1025-1031. doi: 10.1253/circj.CJ-18-1212.
- 7) 衣笠良治. 再入院予防を目的とした心不全患者に対する退院前介入. *心臓* 2017; 49(3):301-304.
- 8) Kanaoka K, Iwanaga Y, Fukuma N, et al. Trends and factors associated with cardiac rehabilitation participation — Data from Japanese nationwide databases —. *Circ J.* 2022 doi: /10.1253/circj.CJ-22-0095.
- 9) Kanaoka K, Iwanaga Y, Nakai M, et al. Outpatient cardiac rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort. *Heart.* 2022 doi: 10.1136/heartjnl-2021-320434.

表 1. 地域連携パスおよび患者教育資料の運用について

	地域連携パス		患者教育資料	
	急性冠症候 群	急性心不全	急性冠症候群	急性心不全
A. 自施設で運用していますか (N=759)				
運用している	84 (11)	113 (15)	177 (23)	358 (47)
運用していない	671 (88)	643 (85)	580 (76)	399 (53)
不明/未回答	4 (0.5)	3 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
B. 運用している場合				
	(N=84)	(N=113)	(N=177)	(N=358)
1. 生存退院した患者のうちどれくらいの患者に運用していますか				
2割未満	29 (35)	53 (47)	20 (11)	49 (14)
2割-4割未満	17 (20)	20 (18)	16 (9.0)	55 (15)
4割-6割未満	5 (6.0)	11 (9.7)	20 (11)	63 (18)
6割-8割未満	10 (12)	8 (7.1)	23 (13)	67 (19)
8割以上	17 (20)	12 (11)	88 (50)	108 (30)
不明/未回答	6 (7.1)	9 (8.0)	10 (5.6)	16 (4.5)
2. 有効に利活用されていると思いますか				
思う	42 (50)	65 (58)	139 (79)	297 (83)
思わない	40 (48)	44 (39)	36 (20)	57 (16)
不明/未回答	2 (2.4)	4 (3.5)	2 (1.1)	4 (1.1)
3. どのような患者さんに運用していますか (複数選択可)				
社会(職場)復帰予定の患者	52 (62)	55 (49)	102 (58)	166 (46)

重症/低心機能の患者	37 (44)	63 (56)	100 (57)	212 (59)
退院後リハビリ目的で紹介する患者	33 (39)	52 (46)	68 (38)	144 (40)
高齢患者	28 (33)	73 (65)	80 (45)	203 (57)
多剤内服している/併存症が多い患者	27 (32)	44 (39)	72 (41)	145 (41)
ADL が自立していない患者	16 (19)	36 (32)	55 (31)	122 (34)
その他	8 (9.5)	8 (7.1)	13 (7.3)	25 (7.0)
C. 運用していない場合、導入予定はありますか	(N=671)	(N=643)	(N=580)	(N=399)
ある	94 (14)	209 (33)	81 (14)	130 (33)
ない	569 (85)	432 (67)	491 (85)	268 (67)
不明/未回答	8 (1.2)	2 (0.3)	8 (1.4)	1 (0.3)

表 2. 情報共有の方法・職種・具体的な取り組み

A. 退院/転院先の医療機関との患者情報の共有方法等の連携について	
どのような方法で、個々の患者さんの情報共有等の連携を行っていますか (複数選択可, N=759)	
診療情報提供書	748 (99)
看護サマリー	589 (78)
リハビリテーションサマリー	432 (57)
退院前カンファレンス	308 (41)
病診連携の会等の機会を利用した情報交換	294 (39)
電子カルテ情報(全部または一部)を直接共有・閲覧	152 (20)
B. 心疾患に関わる職種について (N=759)	
1. 専任で退院支援を行う看護師あるいはソーシャルワーカーはいますか	
いる	607 (80)
いない	147 (19)
不明/未回答	5 (0.7)
2. 2021年4月1日時点で、心不全療養指導士は院内にいますか	
いる	298 (39)
いない	455 (60)
不明/未回答	6 (0.8)
C. 退院調整カンファレンスについて	
1-1. 急性冠症候群患者に対して入院中に退院調整カンファレンスを行っていますか (N=759)	
行っている	364 (48)
行っていない	390 (51)
不明/未回答	5 (0.7)
1-2. 行っている場合、何割程度の急性冠症候群患者にカンファレンスを行っていますか (N=364)	

2割未満	69 (19)
2割-4割未満	56 (15)
4割-6割未満	43 (12)
6割-8割未満	27 (7.4)
8割以上	145 (40)
不明/未回答	24 (6.6)

2-1. 急性心不全で入院した患者に対して入院中に退院調整カンファレンスを行っていますか (N=759)

行っている	564 (74)
行っていない	191 (25)
不明/未回答	4 (0.5)

2-2. 行っている場合、何割程度の急性心不全患者にカンファレンスを行っていますか (N=564)

2割未満	113 (20)
2割-4割未満	103 (18)
4割-6割未満	89 (16)
6割-8割未満	54 (9.6)
8割以上	177 (31)
不明/未回答	28 (5.0)

D. 外来心臓リハビリテーションについて

1. 2020年度に、貴施設で外来リハビリテーションを行っていましたか (N=759)

行っていた	441 (58)
行っていなかった	314 (41)
不明/未回答	4 (0.5)

2-1. 行っていた場合、生存退院した急性冠症候群患者のうち、何割程度に心臓リハビリを行っていましたか (N=441)

2割未満	176 (40)
2割-4割未満	79 (18)
4割-6割未満	36 (8.2)
6割-8割未満	35 (7.9)
8割以上	95 (22)
不明/未回答	20 (4.5)

2-2. 行っていた場合、生存退院した急性心不全患者のうち、何割程度に心臓リハビリを行っていましたか (N=441)

2割未満	214 (49)
2割-4割未満	84 (19)
4割-6割未満	40 (9.1)
6割-8割未満	22 (5.0)
8割以上	68 (15)
不明/未回答	13 (2.9)

3. 2020年度時点で、外来リハビリテーションが可能な施設(クリニックを含む)への紹介を行っていましたか (N=759)

行っていた	164 (22)
行っていなかった	590 (78)
不明/未回答	5 (0.7)

4-1. 行っていた場合、外来リハビリテーションが可能な紹介施設(病院)はありますか (N=164)

ある	146 (89)
ない	16 (9.8)
不明/未回答	2 (1.2)

4-2. 外来リハビリテーションが可能な紹介施設(クリニック)はありますか (N=164)

ある	117 (71)
----	----------

ない	45 (27)
不明/未回答	2 (1.2)

E. 心不全の緩和ケアについて

1. 貴施設に入院した急性心不全患者に対して緩和ケアを行っていますか

(N=759)

行っている	402 (53)
行っていない	355 (47)
不明/未回答	2 (0.3)

2. 行っている場合、貴院に入院した心不全患者のうち、心不全終末期に対する

緩和ケア(自院、他院)に移行した患者は年間何人程度ですか (N=402)

0人	6 (1.5)
1~10人	268 (67)
11~20人	42 (10)
21人以上	17 (4.2)
不明	69 (17)

	依頼 施設数	回答 施設数	%
北海道・東北地方	166	94	57
関東地方	360	194	54
中部地方	217	123	57
関西地方	261	149	57
中国地方	80	42	53
四国地方	61	36	59
九州地方・沖縄地方	204	121	59

χ^2 検定 P=0.88

	依頼 施設数	回答 施設数	%
研修施設	1,013	595	59
研修関連施設	336	164	49

χ^2 検定 P=0.001



図 1. アンケート回答施設

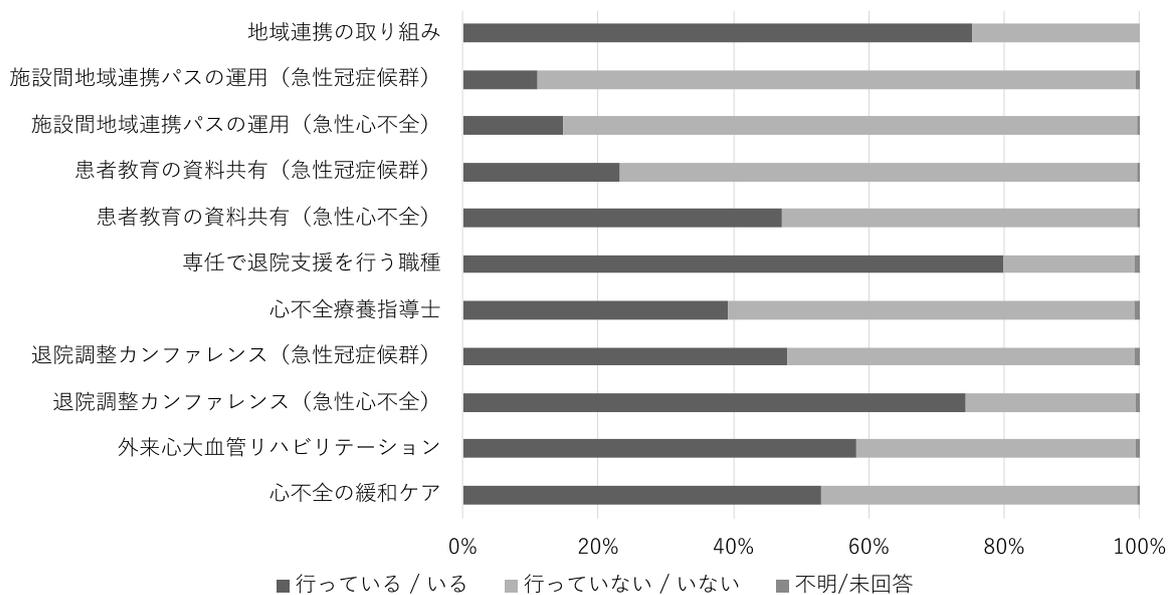


図 2. アンケート集計概要

N(%)

資料 3 「心大血管リハビリテーションの動向と参加関連因子の検討」

論文 「Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Participation」

Circulation Journal. 2022;86:1998-2227.



Circulation Journal
Circ J 2022; 86: 1998–2007
doi: 10.1253/circj.CJ-22-0095

ORIGINAL ARTICLE
Population Science

Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Participation — Data From Japanese Nationwide Databases —

Koshiro Kanaoka, MD, PhD; Yoshitaka Iwanaga, MD, PhD; Nagaharu Fukuma, MD, PhD;
Michikazu Nakai, PhD; Yoko Sumita; Yuichi Nishioka, MD, PhD;
Katsuki Okada, MD, PhD; Tatsuya Noda, MD, PhD; Yasushi Sakata, MD, PhD;
Tomoaki Imamura, MD, PhD; Yoshihiro Miyamoto, MD, PhD

Background: Few studies have comprehensively evaluated the trends and factors associated with CR participation across major cardiovascular diseases in Japan.

Methods and Results: This study performed a nationwide cross-sectional study using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan and the Japanese Registry of All Cardiac and Vascular Diseases and the Diagnosis Procedure Combination database. This study described the nationwide trends and evaluated patient- and hospital-level associated factors of CR participation for patients with acute heart failure (AHF), acute coronary syndrome (ACS), acute aortic dissection (AAD), peripheral artery disease (PAD), and after cardiovascular surgery using mixed-effect logistic regression analysis. Although the annual number of patients who underwent CR has increased during the study period, the total number of patients participating in outpatient CR was lower than that of inpatient CR. The outpatient CR participation rate was lower for patients with AHF (3.5%), AAD (3.2%), and PAD (1.7%), compared with ACS (7.9%) and after surgery (9.4%). Age, sex, body mass index, Barthel index, Charlson comorbidity index, and institutional capacity were identified as significant associated factors of CR participation in inpatient and outpatient settings.

Conclusions: Participation in outpatient CR was still low, and higher age, multi-comorbidity, and low institutional capacity contributed to the lower outpatient CR participation rate. Identification of the associated factors may help cardiologists to increase CR participation.

Key Words: Acute aortic disease; Acute coronary syndrome; Acute heart failure; Cardiac rehabilitation; Cardiovascular surgery

Despite considerable advancement in pharmacological and procedural therapies, cardiovascular diseases are still the major causes of morbidity and mortality worldwide.^{1,2} In 2020, cardiovascular diseases were the second leading cause of death in Japan, accounting for about one-quarter of total deaths.³ Cardiac rehabilitation (CR) is an evidence-based intervention that is associated with a reduction in mortality, rehospitalization, and improved quality of life, in patients with cardiovascular diseases such as acute coronary syndrome (ACS) and acute heart failure (HF).^{4,5} CR is a multidisciplinary intervention to prevent recurrent events, including patient assessment, exercise therapy, optimizing medical therapies,

Editorial p 2008

dietary modification, and psychological counseling. The delivery of these comprehensive CR programs is strongly recommended in current guidelines for inpatient and outpatient settings.⁶⁻⁹

Despite the proven effectiveness and guideline recommendations of CR for the secondary prevention of cardiovascular diseases, the participation in CR remains low and regional variation exists globally.^{10,11} In addition, compared to inpatient CR, referrals for outpatient CR were lower in patients with HF and with coronary artery disease (CAD)

Received February 27, 2022; revised manuscript received April 16, 2022; accepted April 19, 2022; J-STAGE Advance Publication released online May 27, 2022 Time for primary review: 13 days

Department of Medical and Health Information Management (K.K., Y.I., M.N., Y. Sumita), Open Innovation Center (Y.M.), National Cerebral and Cardiovascular Center, Suita; Department of Cardiovascular Medicine (K.K.), Department of Public Health, Health Management and Policy (Y.N., T.N., T.I.), Nara Medical University, Kashihara; School of Nursing, Japanese Red Cross Toyota College of Nursing Toyota Japan, Toyota (N.F.); and Department of Transformative System for Medical Information (K.O.), Department of Cardiovascular Medicine (Y. Sakata), Osaka University Graduate School of Medicine, Suita, Japan
Mailing address: Koshiro Kanaoka, MD, PhD, Department of Medical and Health Information Management, National Cerebral and Cardiovascular Center, 6-1 Kishibe-Shimmachi, Suita 564-8565, Japan. E-mail: kanaokak@nccvc.go.jp

All rights are reserved to the Japanese Circulation Society. For permissions, please e-mail: cj@j-circ.or.jp
ISSN-1346-9843



資料 4 「急性冠症候群における外来リハビリテーション」

論文 「Outpatient Cardiac Rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort」

Heart. 2022;109:40–46.

Healthcare delivery, economics and global health

Original research

Outpatient cardiac rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort

Koshiro Kanaoka ¹, Yoshitaka Iwanaga,¹ Michikazu Nakai,¹ Yuichi Nishioka,² Tomoya Myojin,² Shinichiro Kubo,² Katsuki Okada,³ Tsunenari Soeda,⁴ Tatsuya Noda,² Yasushi Sakata,⁵ Yoshihiro Miyamoto,¹ Yoshihiko Saito ⁴, Tomoaki Imamura²

¹Department of Medical and Health Information Management, National Cerebral and Cardiovascular Center, Suita, Japan

²Department of Public Health, Nara Medical University, Kashihara, Japan

³Department of Transformative System for Medical Information, Osaka University Graduate School of Medicine, Suita, Japan

⁴Department of Cardiovascular Medicine, Nara Medical University, Kashihara, Japan

⁵Department of Cardiovascular Medicine, Osaka University Graduate School of Medicine, Suita, Japan

Correspondence to

Dr Tomoaki Imamura, Department of Public Health, Nara Medical University, Kashihara, Japan; imamura@naramed-u.ac.jp

Received 10 October 2021
Accepted 18 January 2022

ABSTRACT

Objective Cardiac rehabilitation (CR) is effective in patients with acute coronary syndrome (ACS); however, CR programmes have not been fully implemented. This study aimed to reveal the current practice of outpatient CR and the dose–effect relationship of CR in real-world settings.

Methods We performed a nationwide retrospective cohort study using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. Patients with ACS who underwent percutaneous coronary intervention between April 2014 and March 2018 were included. We analysed the implementation rate and dose of outpatient CR and the association between dose and outcomes.

Results Out of 202320 patients who underwent percutaneous coronary intervention for ACS, a total of 20444 (10%) underwent outpatient CR. The median (IQR) number of total CR sessions was 9 (3–17), and the median (IQR) duration for each session was 60 (42–60) min. Patients were divided into four groups according to the total number of sessions (≤ 9 times or ≥ 10 times) and the duration per session (< 50 min or ≥ 50 min). Compared with the low-number/short-duration group, the adjusted HR for all-cause mortality was 1.00 (95% CI 0.80 to 1.24, $p=0.97$) in the low-number/long-duration group, 0.63 (95% CI 0.46 to 0.87, $p=0.005$) in the high-number/short-duration group and 0.74 (95% CI 0.60 to 0.92, $p=0.008$) in the high-number/long-duration group, respectively.

Conclusion We found that the participation rate for outpatient CR after ACS was low and the doses of sessions vary in real-world settings. A higher number of total sessions of outpatient CR is associated with a better prognosis irrespective of the session's duration.

INTRODUCTION

The incidence of acute mortality due to acute coronary syndrome (ACS) has improved in recent decades,¹ and more attention is being paid to secondary prevention, including medical therapy and rehabilitation. Cardiac rehabilitation (CR) is a multidisciplinary intervention for prevention of recurrent events. It includes exercise therapy, dietary modification, lipid control, psychological counselling and optimising medical therapies.² It is an evidence-based intervention that is associated with a reduction in mortality and rehospitalisation in patients with ACS, with a class I recommendation

from the American Heart Association, American College of Cardiology and European Society of Cardiology.^{2–4}

A previous study reported a wide variation in the duration and number of sessions of CR around the world⁵; however, the participation rate and the number of CR sessions remain low.⁶ Additionally, some meta-analyses have reported that CR has a dose–response relationship in patients with ACS.^{7,8} However, most randomised control studies, which were performed before the 2010s, and practice patterns for ACS, including primary percutaneous coronary intervention (PCI) and optimal medical therapies, have changed. There are few reports on the impact of the differences between guideline-recommended and real-world CR practice on the prognoses of patients with ACS in the current treatment patterns. To confirm the current status of outpatient CR and to clarify the association between dose of CR and long-term mortality in patients with ACS in current clinical practice, large cohort studies in a real-world setting are needed.

We aimed to describe the current, real-world practice pattern for CR after ACS and we investigated the relationship between dose of outpatient CR and mortality using a nationwide administrative database that covers almost all Japanese residents.

METHODS

Source of data

Data were extracted from the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB) between April 2013 and March 2019. The NDB is a Japanese administrative claims data that include claims on inpatient or outpatient services and prescriptions, and the data were provided by the Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. Japan has a universal health coverage system, and NDB covers approximately 98% of data on healthcare services provided by healthcare institutions, regardless of type of insurance.⁹ The NDB includes anonymised personal identification variables of patients and allows for each patient to be followed up longitudinally using an individual claims data system with a patient matching technique in the NDB database.^{10,11} The NDB includes the following information: (1) sex, (2) age group (5-year groups), (3) diagnostic codes based on the 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) codes and outcome categories, and (4) codes for medical



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Kanaoka K, Iwanaga Y, Nakai M, et al. Heart Epub ahead of print. [please include Day Month Year]. doi:10.1136/heartjnl-2021-320434

BMJ

Kanaoka K, et al. Heart 2022;0:1–7. doi:10.1136/heartjnl-2021-320434



Heart: first published as 10.1136/heartjnl-2021-320434 on 3 March 2022. Downloaded from <http://heart.bmj.com/> on March 9, 2022 at Nara Medical University. Protected by copyright.

資料5 「心不全における外来リハビリテーションの多面的効果」

論文「Multifactorial effects of outpatient cardiac rehabilitation in patients with heart failure: a nationwide retrospective cohort study」
Eur J Prev Cardiol. 2023;30:442-450.



European Journal of Preventive Cardiology (2023) 30, 442–450
<https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac274>

FULL RESEARCH PAPER

Cardiac rehabilitation

Multifactorial effects of outpatient cardiac rehabilitation in patients with heart failure: a nationwide retrospective cohort study

Koshiro Kanaoka^{1,2}, Yoshitaka Iwanaga¹, Michikazu Nakai^{1,3},
Yuichi Nishioka⁴, Tomoya Myojin⁴, Shinichiro Kubo⁴, Katsuki Okada^{5,6},
Tatsuya Noda⁴, Yasushi Sakata⁵, Yoshihiro Miyamoto⁷, Yoshihiko Saito^{2,8},
and Tomoaki Imamura^{4*}

¹Department of Medical and Health Information Management, National Cerebral and Cardiovascular Center, Kishibe-Shimmachi 6-1, Suita, Osaka 564-8565, Japan; ²Department of Cardiovascular Medicine, Nara Medical University, Shijo-cho 840, Kashihara, Nara 634-8521, Japan; ³Department of Biostatistics, National Cerebral and Cardiovascular Center, Kishibe-Shimmachi 6-1, Suita, Osaka 564-8565, Japan; ⁴Department of Public Health, Health Management and Policy, Nara Medical University, Shijo-cho 840, Kashihara, Nara 634-8521, Japan; ⁵Department of Cardiovascular Medicine, Osaka University Graduate School of Medicine, Yamadaoka 1-1, Suita, Osaka 565-0871, Japan; ⁶Department of Medical Informatics, Osaka University Graduate School of Medicine, Yamadaoka 1-1, Suita, Osaka 565-0871, Japan; ⁷Open Innovation Center, National Cerebral and Cardiovascular Center, Kishibe-Shimmachi 6-1, Suita, Osaka 564-8565, Japan; and ⁸Nara Prefecture Sekwa Medical Center, Minuro 1-14-16, Sango-cho, Ikoma, Nara 636-0802, Japan

Received 19 July 2022; revised 10 November 2022; accepted 14 November 2022; online publish-ahead-of-print 15 November 2022

See the editorial comment for this article 'Editorial 'Outpatient cardiac rehabilitation in patients with heart failure: real world news'', by L. Bencivenga, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad008>.

Aims

Although cardiac rehabilitation (CR) is a strongly recommended therapy, no large study has assessed the effects of outpatient CR in patients with heart failure (HF) in real-world settings. Therefore, this study aimed to investigate the multifactorial effects of outpatient CR in patients with HF using a nationwide database.

Methods and results

This nationwide retrospective cohort study was performed using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. Patients with acute HF who underwent inpatient CR between April 2014 and March 2020 were included. The association between outpatient CR participation and all-cause mortality, rehospitalization for HF, use of medical resources, and medical costs was analysed using propensity score matching analysis. Of 250 528 patients, 17 884 (7.1%) underwent outpatient CR. After propensity score matching, the CR (+) group was associated with a reduction in the risk of all-cause mortality [hazard ratio (HR): 0.64, 95% confidence interval (CI): 0.60–0.68, $P < 0.001$] and rehospitalization for HF compared with the CR (–) group (HR: 0.87, 95% CI: 0.82–0.92, $P < 0.001$). The proportion of guideline-based medication use for HF at 1 year was higher in the CR (+) group than in the CR (–) group. The total medical costs from the index hospitalization to 1.5 years after admission were similar between the groups.

Conclusion

Outpatient CR participation after discharge from HF was associated with reduced mortality and rehospitalization for HF without increasing medical costs.

Keywords

Cardiac rehabilitation • Heart failure • Mortality • Medical costs

Introduction

Heart failure (HF) is a leading cause of hospitalization and an important public health problem because of its high prevalence (>2.5% in USA and >1.5% in Japan), especially among older individuals.^{1–4} Patients with HF have limited exercise capacity because of their symptoms, and patients discharged with HF are less likely to be active,

leading to an increase in the number of rehospitalizations and worsening exercise capacity.^{5–7}

Cardiac rehabilitation (CR) is a strongly recommended therapy in patients with HF.^{8–10} In addition to physical exercise, a comprehensive CR program includes cardiovascular risk factor management, patient education, guideline-based medications, and close follow-up at specialized facilities.¹¹ This comprehensive approach improves physical function

* Corresponding author. Email: imamura@naramed-u.ac.jp

© The Author(s) 2022. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

資料6 「我が国における心血管病ケアの推移と地域差の現状」

論文 「Temporal Trends and Regional Variations in Cardiovascular Care in Japan, 2010-2019」

Int Heart J. 2023;64:53-59.

CLINICAL STUDY

Temporal Trends and Regional Variations in Cardiovascular Care in Japan, 2010-2019

Koshiro Kanaoka,^{1,2} MD, Yoshitaka Iwanaga,¹ MD, Michikazu Nakai,¹ PhD, Yoko Sumita,¹,
Yoshihiko Saito,² MD and Yoshihiro Miyamoto,³ MD

Summary

Cardiovascular diseases are a major cause of mortality worldwide. Nonetheless, the current trend in cardiology hospitals in Japan has not been comprehensively explored.

This descriptive study used the Japanese Registry of All Cardiac and Vascular Diseases database during 2010-2019. The nationwide 10-year trend in cardiovascular medical care systems was described in detail corresponding to the regions in Japan.

Cardiovascular facilities and the number of cardiology beds, hospitalized patients, and cardiologists increased during 2010-2019. There were regional differences in the number of patients and cardiologists per bed, but the differences in the number of hospitalized patients per cardiologist decreased among the regions. Of the three major acute cardiovascular diseases, patients hospitalized with heart failure per cardiologist have been increasing. However, the in-hospital mortality rates have not changed over the last decade (8.6% for acute myocardial infarction, 7.7% for heart failure, and 12.7% for acute aortic dissection in 2019).

There was an increasing trend in the availability of cardiovascular care resources in Japan during 2010-2019. This study provides a comprehensive summary of the current cardiovascular care and the follow-up required in the future.

(Int Heart J 2023; 64: 53-59)

Key words: Cardiovascular disease, Medical care, Mortality, JROAD

Cardiovascular diseases (CVDs) are among the leading causes of morbidity and mortality in Japan as observed worldwide.^{1,3)} Japan is a rapidly aging society, with the older population (age ≥ 65 years) accounting for 28.8% of the total population. In 2020, life expectancy at birth was 81.4 years for men and 87.5 years for women. In this rapidly aging society in Japan, CVDs such as myocardial infarction, heart failure, and stroke require long-term care and are the leading causes of death among older adults aged ≥ 75 years.

A few studies from the United States reported a marginal decrease in age-adjusted mortality rates due to acute CVDs subsequent to lifestyle modification, improved emergency response, use of evidence-based treatment, and medical therapies in the first decade of the 21st century.^{4,5)} By contrast, another study from the United States revealed that the rate of decline in cardiovascular mortality flattened in the 2010s compared with that in the 2000s.⁶⁾ However, no comprehensive exploration of the current trends in CVDs and the related medical resources in Japan has been conducted.

There is a necessity to evaluate the medical resources

available for the management of CVDs and to identify the required distribution patterns for achieving the goal of decreasing mortality and extending healthy life expectancy of patients with CVDs. This study aimed to clarify the trends and regional variations in the cardiovascular care system, including available care resources, burdens, and outcomes related to CVDs in Japanese cardiology hospitals during 2010-2019 using a nationwide hospital-based registry.

Methods

Ethics approval: The Institutional Review Board of the National Cerebral and Cardiovascular Center waived the need to obtain ethical approval because the extracted data did not include personal information.

Source of data: Data were extracted from the Japanese Registry of All Cardiac and Vascular Diseases (JROAD) database during 2010-2019. The JROAD is a hospital-based registry launched in 2004 by the Japanese Circulation Society (JCS) to assess the clinical functioning of all cardiovascular training facilities in Japan.^{7,8)} In Japan, the

From the ¹Department of Medical and Health Information Management, National Cerebral and Cardiovascular Center, Osaka, Japan, ²Department of Cardiovascular Medicine, Nara Medical University, Nara, Japan and ³Open Innovation Center, National Cerebral and Cardiovascular Center, Osaka, Japan.

This research was funded by the Labor Research Grant (Grant Number: 21FA1012) from the Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan.

Address for correspondence: Koshiro Kanaoka, Department of Medical and Health Information Management, National Cerebral and Cardiovascular Center, 6-1 Kishibe-Shimmachi, Suita, Osaka 564-8565, Japan. E-mail: kanaokak@ncvc.go.jp

Received for publication August 16, 2022. Revised and accepted October 31, 2022.

Released in advance online on J-STAGE January 31, 2023.

doi: 10.1536/ihj.22-445

All rights reserved by the International Heart Journal Association.

健康の社会的決定要因（SDH/SDoH）の概念を踏まえた
シームレスな循環器疾患ケアの推進に向けた政策レビュー

研究分担者 近藤 尚己（京都大学大学院医学研究科社会疫学分野）
研究協力者 櫻井 広子（京都大学大学院医学研究科社会疫学分野，済生会岩泉病院，一般
社団法人 医局につぼん）
結城 由恵（西淀病院）
鈴木 新（西淀病院）
大中 湖月（西淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室）
前田 元也（西淀病院）
野口 愛（千北診療所）
岩瀬 翔（新島村国民健康保険式根島診療所）
杉山 賢明（医療法人社団やまと やまと在宅診療所一関，一般社団法人みんなの健康らば，東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野）
近藤 克則（千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター 研究所
老年学・社会科学研究センター）

研究要旨

【目的】健康の社会的決定要因(SDH・SDoH)の重要性の認識が広がり、医療機関における SDH への対応方策が各国で検討されている。日本における SDH を踏まえた診療を促す制度改革の可能性を探るために、政策レビューを行った。

【方法】診療所、病院、在宅ケア、社会疫学研究に携わる 10 名により現行の診療報酬制度のスクリーニングを行い、レビューする制度を決定した。「加算要件に含まれている SDH の要素」「SDH の評価と方法」「加算を算定している対象機関の割合」「加算点数」等の情報を抽出した。それぞれの施策について「SDH に関する課題」「改善提案」を作成し検討した。また、SDH に関する先駆的な臨床活動の事例収集を行った。

【結果】8 件の施策をレビューした。加算要件に含まれる SDH 要素の有無については、「①明確に含まれる」が 2 件（「入退院支援加算」「こころの連携指導料」等）、「②解釈すれば含まれる」が 7 件、「③全く含まれない」が 1 件（特定疾患療養管理料）であった。「①明確に含まれる」施策はいずれも令和 4 年に制定されたものであった。課題として、既に SDH 要素が含まれている施策も、その評価が必須の要件となっていないこと、地域支援者との連携が求められていないこと、継続評価がないことなどが指摘された。

【結語】SDH への対応を促す施策は少ないが、明確に SDH が意識されている施策も見出された。施策改定の方角性として、1) SDH 評価項目の明確化、2) SDH 評価のタイミング、3) 連携候補となる機関へのインセンティブが考えられた。先駆的に取り組む団体・自治体活動を参考にし、その活動の均てん化に向けた施策の検討も重要である。

A. 研究目的

健康の社会的決定要因(SDH)とは、人々の健康に影響を与える社会背景の総称であり、一般に所得、教育、就業、生活環境、社会環境などが含まれる(尾島, 2013)。世界保健機構(WHO)は 2008 年に健康の社会的決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health: CSDH)から報告書を発表し、各国で健康格差を数量的に評価し、多様な機関や専門職同士の連携を推進すること、そのような連携により人々の生活環境を整えていくことを推奨している(Commission on Social Determinants of Health 2008)。

日本においては、循環器疾患は依然として死因の上位を占めており、今後の高齢化に伴い心不全患者のさらなる増加が懸念されることから、二次予防だけでなく、一次予防の重要性が再認識されている(Shimokawa ほか 2015)。これまで、心不全を含む循環器疾患の予防として血圧・血糖の適性コントロールや食事、運動、喫煙、飲酒といった個人の健康習慣に対するエビデンスが蓄積されてきた。近年では、SDH の要素である社会的孤立(Leigh-Hunt ほか 2017)や低い社会経済的地位が心血管疾患のリスクを高めることがわかってきており、ガイドラインへも記載されるようになってきた(Heidenreich ほか 2022)。日本でも、今後さらに増加する心不全患者を含む慢性疾患患者への一次予防、さらには三次予防への対応は急性期病院から地域へという動きが高まっている。

社会的孤立や社会経済的地位などの SDH 課題に対応するための主に医療機関を起点とした取り組みとして、社会的処方があり、英国では全国的に展開されている(NHS イングランド)。日本でも、自主的な活動が広がってきており、厚生労働省によるモデル事業も 2021 年度より実施されるなど、有益な実装法について

の模索が始まっている。社会的処方の第一段階である、医療機関での患者の把握と紹介に関しては、単一の医師会でのアンケート調査ではあるが医師の 65%が「何らかの支援の窓口に繋げる必要を感じた患者がいる」と回答している。一方、「地域の社会資源に紹介したことがある」と回答したのは 24%に留まっている(一般社団法人とまちづくり研究所 2020)。

このように、医療現場での SDH への認識の重要性が高まってはいるが、先進的に取り組んでいる医療機関は一部に留まっている。日本の医療介護制度の大部分は診療報酬制度により制御されていることから、同制度の改定により、SDH を踏まえた診療を促すことが可能となる。ところが、現在運用されている診療報酬制度の中に、どの程度 SDH を踏まえた診療の普及と質向上を促すものが含まれているかは明らかになっていない。

そこで本研究では、現行の診療報酬制度の中で SDH 要素を含んでいる・含みうるものがどの程度あるかをレビューし、その結果を分析すること、そして先駆的な活動事例を収集・分析することで、今後どのような施策改定を行うことで SDH を踏まえた効果的な診療の普及と均てん化を推進し得るかを検討・提案した。

B. 研究方法

研究会の開催

研究分担者が呼びかけ人となり、研究者、病院・診療所・在宅での勤務経験のある臨床家(医師、看護師)を含む研究会メンバーを募り、計 3 回の研究会を実施した。

第一回研究会(近藤尚、近藤克、櫻井、結城、鈴木、大中、前田)にて、候補となり得る施策のスクリーニングを行った。スクリーニング候補となる施策は網羅的ではなく、研究会参加者の経験や知識を踏まえて提案されたものと

した。

第二回までに、研究担当者それぞれに担当の施策を割り振った。担当した施策について共通のレビューシートを用いてデータ抽出した。抽出したデータは、「制度名」「診療場面の分類(入院・外来・在宅)」「加算要件」「加算要件に含まれているSDHの要素」「SDHの評価と方法」「加算を算定している対象機関の割合」の項目について調べ、「SDHに関する課題」「改善提案」であった。

また、日本の各地域で行われているSDHや社会的処方に関連する先進的な取り組みについてレビューを実施した。(岩瀬)

第二回の研究会(近藤尚、櫻井、岩瀬、結城、野口、大中、前田)ではそれぞれが持ち寄ったレビューシートと、概要を表にまとめ各施策の現状把握と検討を行った。更なる検討のため、レビューシートに該当となった制度の「導入年と変遷の経緯」、「加算点数」、「制度評価結果」としてSDHの要素が「①明確に含まれる、②解釈すれば含まれる、③全く含まれない」の3項目を追記することで合意を得た。

第三回(近藤尚、櫻井、岩瀬、結城、杉山、野口、大中、前田)では、第二回同様にレビューシートと概要をまとめた表を参考に、各施策の改善提案について議論を行い、その後は電子メール等での議論を行い結論を得た。

(倫理面への配慮)

本研究は人を対象にせず、既に公開されているデータ・文献をもとに行ったため、倫理審査は実施していない。

C. 研究結果

今回のレビュー対象となった施策は8つであった。対象となった施策は、「入退院支援加算」「退院前訪問指導料」「退院時共同指導料」「退

院後訪問指導料」「総合機能評価加算」「特定疾患療養管理料」「介護支援等連携指導料」「こころの連携指導料」である。各施策について概要を表1にまとめる。

診療場面の分類としては、入院に関する施策が6件、外来が2件であった。在宅に関する施策は今回含まれなかった。

加算要件に含まれるSDH要素の有無については、制度評価結果として「①明確に含まれる」が2件、「②解釈すれば含まれる」が7件、「③全く含まれない」が1件であった。SDH要素が明確に含まれると判断した「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」はいずれも令和4年に改定または導入された施策であった。一方、「③全く含まれない」に該当した特定疾患療養管理料は1992年に前身である特定疾患指導料が新設されて以来、大きな制度変更はなされていない。

加算要件に含まれるSDH要素は、「経済困窮」「孤立」「住環境」が「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」で共通していた。入退院支援加算では上記以外にも、「虐待」「ヤングケアラー」などの項目も含まれていた。他、6件の施策の加算要件内にはSDHを意識した項目は見つけられなかった。

加算を得るためのSDHの評価と方法に関して、「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」のいずれにおいても、複数の加算要件の一つとしてSDH要素が含まれるため、SDH要素の評価は必須とはなっていなかった。「入退院支援加算」は14個ある「退院困難な要因」のいずれかに該当し要件を満たせば算定でき、「こころの連携指導料」も加算要件である精神状態の評価において、医療者が用いるスクリーニングツールによってはSDHの要素を検討していなくても加算が取れる状況となっている。

加算要件に施設内の医師の講習受講が必要

なもの「総合機能評価加算」「こころの連携指導料」の2件であった。

各加算の普及状況について

データが利用可能なものについて加算を算定している対象機関の割合のデータを得た。入退院支援加算は急性期一般入院において算定率が90%を超えていた(厚生労働省 2021)が、地域包括ケア病棟(75%)や回復期リハビリテーション病棟への入院(68%)では低下していた。令和2年の改正で入退院支援加算に含まれるようになった総合機能評価加算は、24~30%程度の算定率であった(松田 2018; 厚生労働省 2022)。他、退院時共同指導料は50%程度の算定率(厚生労働省 2018)であったが、介護支援等連携指導料(35.9%)(式 2016)、特定疾患療養管理料(33.3%)(前田 2021)、退院前訪問指導料(10~20%)(厚生労働省 2018)、退院後訪問指導料(10%未満)(厚生労働省 2018)と利用している医療機関は限られていた。こころの連携指導料は令和4年に導入されたため、現時点での算定率は不明であった。

現行の施策に関するSDHへの課題と対応

現時点でSDH要素が含まれている施策も、その評価が必須の要件となっておらず、課題抽出に力点がおかれ、地域支援者との連携やその後の継続評価が実際には行われにくい。そのため、行わずとも加算を得られる可能性がある。例えば、入退院支援加算は急性期病院側での加算は取れても、退院後の支援に関わる在宅、外来部門や地域包括支援センターなどはない。このことから、協力機関へのインセンティブも付与する、といった改定案が議論された。

解釈によってはSDH要素を含み得る現行施策に関しては、「(ADLや認知機能など)評価を行って支援につなげる」内容が多く、その内

容にSDH項目を明記することが提案として上がった。研究会の議論の中で、SDH要素の中でもすでに「入退院支援加算」や「こころの連携指導料」に取り入れられている「経済状況」「社会的孤立」の把握と支援を他の施策に盛り込んでいくことが提案として挙げられた。

SDHに関する先進事例

検討会では、SDHに対応する先進的な取り組みとして「おおた高齢者見守りネットワーク(みま～も)」「暮らしの保健室」「コミュニティナース・コミュニティドクター」事業が提示された。いずれも現状では既存の医療介護制度とは独立して行われている事業であり、地域資源と住民をつなげる役割をボトムアップで実践している活動であった。その一方で、全国に広がりを見せているこれらの活動の運営母体や資金調達は各主催者に委ねられており、暮らしの保健室の文献レビューでは67%の団体が「運営資金の調達」を課題と捉えている報告もあり(久保田 他 2018)これらの民間活動団体への活動支援や新たな活動への参加を促す制度的措置の余地が示唆された。

D. 考察

本研究では、SDHや社会的処方を踏まえた診療に向けた医療・介護機関へのインセンティブを実装し得る現行の8施策について検討を行い、既にSDH要素が含まれている施策は2件であった。

研究会での議論から、改善提案を3つにまとめる。1) SDH評価項目の明確化、2) SDH評価のタイミング、3) 関連機関へのインセンティブの検討である。

1) SDH評価項目の明確化

レビューを行った施策の中で、「②解釈すれ

ば SDH 要素を含む」、「③全く含まれない」と判断した 6 施策に関しては、医療機関側でスクリーニングまたは評価する SDH 要素を明確化して加算要件に追記することが改善提案としてなされた。現在の加算要件内にも“患者の心身の状態(介護支援等連携指導料)”、“患者の病状、患家の家屋構造、介護力(退院前訪問指導料)”といった文言は含まれているため、評価すべき要素を明確化することで課題を見える化できる可能性がある。一方、課題解決に繋がられない状態での SDH 要素の評価は患者側にも侵襲的であり、医師側にとってもバーンアウトなどのリスクを高める可能性があるため(Kung ほか 2019)、「SDH 評価後」の連携先やセーフティネットを同時に整備していくことが重要である。そこで本研究では、具体的支援策につなげやすい「経済状況」と、COVID-19 でより問題視された「社会的孤立」についての評価を行うことを提案した。プライマリケアにおいて、社会的孤立に関して質問されることに不快感はないと答えた患者は 93%にもものぼるという調査報告もあり(Tung ほか 2021)スクリーニングとしても取り入れやすい。

2) SDH 要素の評価のタイミング

今回評価した施策は入院に関わるものが多かった。その中で、入院中に評価した SDH 要素が、地域連携を行った結果、どのように支援に繋がったのかが不明瞭であるという議論がなされた。入院中に SDH 評価を行って終わりではなく、その後の支援プロセスや結果を見える化していくためには、外来や訪問看護などを含む在宅医療の従事者、地域包括ケアにかかわる機関や専門職側にも SDH 視点での評価や支援に協力してもらう必要がある。現在「入退院支援加算」の一部として組み込まれている「総合評価機能加算」に関しては、医師側の講習受講

が必須となっているものの、加算点数も 50 点と低く、入退院支援加算で行う評価と重複する部分が多い。入院時だけではなく外来や在宅の場でも SDH 要素を把握することが医療機関にとってインセンティブになるよう、評価の場を多様化する視点も必要である。

先進的な取り組みとしては、医師間の診療情報提供書内に SDH 要素を含める地域もある(一般社団法人 人とまちづくり研究所 2020)。その点では、令和 4 年から施行された「こころの連携指導料」は、医師側の講習受講が必須ではあるものの、外来通院時の SDH 要素評価を推奨しており先駆的であると言える。

3) 関連機関へのインセンティブ

2) ですでに述べたように、現行では入院時以外に SDH 評価を行ったとしても、訪問看護や在宅診療といった介護福祉連携の職種、さらに先述した先進的な民間団体の SDH に関する地域活動への加算(運営資金支援)は少ない。多職種のカンファレンスに参加した際に、病院以外もメリットがあるような制度設計を議論していくことが望ましい。

本研究の限界として、短期間で行われた議論をもとに施策の洗い出しを行っており、SDH 要素が含まれている・含みうる施策が漏れている可能性は否定できない。一方で、関係者は病院、診療所、在宅に関わる分野からそれぞれ参加しており、現行の施策が本研究で提案した内容から大きく乖離しているとは考えにくい。

E. 結論

経済困窮や孤立といった SDH 要素を意識した内容の施策がここ数年で改定・新設されている一方で、その数は少なく、内容についても介護福祉分野と協働した地域連携や、SDH 要素のスクリーニングをどう行うかについての

課題があることがわかった。今回レビューを行った施策の中には、解釈によっては加算要件にSDHを含みうるものも散見され、患者に対し、制度の棲み分けも検討しながら、どのSDH要素を外来・入院・在宅のタイミングで把握していくべきかの議論を継続していくべきである。また、スクリーニングや施設間の連携を推奨するにあたっては、加算要件内の必須研修の裾野拡大や関係機関の負担に応じたインセンティブの設定も勘案することを推奨する。

これらの施策改定の影響は必ずしも期待通りとはならず、地域活動や介護予防施策等を不適切に医療化する可能性も指摘されている(西 2020)ことから、施策導入後の継続評価と改善が必須である。

【参考文献】

- Commission on Social Determinants of Health. 2008. 「Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health : Final Report of the Commission on Social Determinants of Health」. *Comblant Le Fossé En Une Génération : Instaurer l'équité En Santé En Agissant Sur Les Déterminants Sociaux de La Santé : Rapport Final de La Commission Des Déterminants Sociaux de La Santé*, 247.
- Heidenreich, Paul A., Biykem Bozkurt, David Aguilar, Larry A. Allen, Joni J. Byun, Monica M. Colvin, Anita Deswal, ほか. 2022. 「2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines」. *Circulation* 145 (18): e895–1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
- Kung, Alina, Telly Cheung, Margae Knox, Rachel Willard-Grace, Jodi Halpern, J. Nwando OlayiwolaとLaura Gottlieb. 2019. 「Capacity to Address Social Needs Affects Primary Care Clinician Burnout」. *The Annals of Family Medicine* 17 (6): 487–94. <https://doi.org/10.1370/afm.2470>.
- Leigh-Hunt, N., D. Bagguley, K. Bash, V. Turner, S. Turnbull, N. ValtortaとW. Caan. 2017. 「An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness」. *Public Health* 152 (11月): 157–71. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.
- NHS イングランド» 社会的処方. 日付なし. 参照 2023年5月9日. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>.
- Shimokawa, Hiroaki, Masanobu Miura, Kotaro NochiokaとYasuhiko Sakata. 2015. 「Heart Failure as a General Pandemic in Asia」. *European Journal of Heart Failure* 17 (9): 884–92. <https://doi.org/10.1002/ejhf.319>.
- Tung, Elizabeth L., Emilia H. De Marchis, Laura M. Gottlieb, Stacy Tessler LindauとMatthew S. Pantell. 2021. 「Patient Experiences with Screening and Assistance for Social Isolation in Primary Care Settings」. *Journal of General Internal Medicine* 36 (7): 1951–57. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06484-9>.
- 一般社団法人 人とまちづくり研究所. 2020. 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業」. 日付なし. 参照 2023年4月12日. <https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/pdf03.pdf>.

尾島 et, al, 健康の社会的決定要因に関する研究. 2013. 参照 2023年4月29日.

http://sdh.umin.jp/houkoku/2013_bw.pdf.

久保田 千代美, 碓田 智子. 2018. 地域での生活継続を支援する「暮らしの保健室」の役割と活動に関する調査研究. 都市在宅学 103号: 108-113

https://www.jstage.jst.go.jp/article/uhs/2018/103/2018_108/_pdf/-char/ja.

厚生労働省. 2018. 平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進. 参照 2023年5月3日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000561559.pdf>.

厚生労働省. 2021. 中医協 総-2 3.8.25資料.) 000963385.pdf (mhlw.go.jp) 参照 2023年5月3日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000963385.pdf>.

厚生労働省. 2022. 「第7回NDBオープンデータ, 入院基本料 性年齢別算定回数」.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html.

式恵美子. 2016. "地域連携室の活動に関する研究—退院調整に焦点をあてて—." 国際医療福祉大学審査学位論文(博士).

前田. 2021. 日医総研リサーチ・レポート

No.115, p13-15. 参照 2023年5月3日.

<https://www.jmari.med.or.jp/download/RR115.pdf>.

西 智弘. 2020. 「社会的処方」～まちづくりの視点から～. 日本医事新報 No. 5042 p12-13. 参照 2023年5月9日. https://mol-medicalonline-jp.kyoto-u.idm.oclc.org/library/journal/download?GoodsID=af9mdcla/2020/005042/005&name=0012-0013j&UserID=54.66.17.246&base=jamas_pdf

松田 晋哉, 藤本 賢治, 藤野 善久, 2019. 医療・介護のビッグデータ分析 在宅医療・介護連携の質の評価のための研究, 社会保険旬報(1343-5728)2742号 Page18-21

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

表1. レビューを行った施策

制度名	分類	導入年（改訂）	加算点数	SDH 要素 の有無*1	含まれる SDH 要素	改善提案
入退院支援加算	入院	2008(2022)	700(一般病棟)/1300(療養病棟)	○	経済困窮、住環境、虐待、ヤングケアラー	施設要件の連携先に福祉分野も含める 多職種カンファレンス内容の充実
総合機能評価加算	入院	2008(2020)	50	△	N/A	スクリーニングでの SDH 要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化
退院前訪問指導料	入院	1990(2018)	580	△	N/A	療養管理上で必要な SDH 要素の検討と加算要件への明記（孤立、住環境、経済状態、家族状況など）(以下、*2 として表記)
退院時共同指導料	入院	2006(2018)	400	△	N/A	(*2)
退院後訪問指導料	入院	2018	580	△	N/A	(*2)
介護支援等連携指導料	入院	2010	400	△	患者の心身の状態	(*2)
特定疾患療養管理料	外来	1958(1992)	225(診療所)/147(100床未満)/87(100床以上)	×	N/A	社会的課題（社会的孤立・経済的困窮）に介入し、地域や社会資源につなげることを評価した加算をつける
こころの連携指導料	外来	2022	350(紹介側)/500(精神科)	○	社会的孤立、経済困窮、住環境	スクリーニング項目内での SDH 要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化

*1 ○：既に SDH 要素が加算要件内に含まれている △：解釈によって SDH の要素を含みうる
×：SDH 要素を含まない

資料

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビュー
データ収集結果（8 施策から抽出した情報一覧）

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 A246 入退院支援加算 1、2	分類（複数可） 入院	担当者名
----------------------------	----------------------	------

現状把握

入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである

○加算要件：施設基準・算定要件あり

<施設基準> ①「連携機関」が 25 か所以上、それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面（ビデオ通話可）し情報共有の実施 ②介護支援専門員との連携実績（介護支援専門員等指導料算定回数実績） ③入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を各病棟に専任で配置。

<算定要件> ①介護原則として入院後 3 日以内（入退院支援加算 2 にあっては入院後 7 日以内）に退院困難な要因を有している患者を抽出し早期に面談 ②入院後 7 日以内に多職種カンファレンスを実施し退院支援計画書の作成に着手する。

○加算要件に含まれている SDH の要素： 退院困難な要因下線の部分
経済困窮・孤立・住環境・その他（虐待、患者の生活様式の再編）

OSDH の評価と方法：以下のスクリーニングから算定要件②を実施し支援に繋げる。

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない こと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

○加算点数

- ・一般病棟入院基本料等の場合 700 点
- ・療養病棟入院基本料等の場合 1300 点

○履歴

制度導入年

改訂年とその内容

- H20 年（2008 年）後期高齢者退院調整加算退院調整加算⇒H22 廃止
- H22 年（2010 年）急性期病棟等退院調整加算・慢性期病棟等退院調整加算⇒H24 廃止
- H24 年（2012 年）退院調整加算【新】⇒H28 廃止
- H28 年（2016 年）退院支援加算【新】
- H30 年（2018 年）入退院支援加算 変更（入院時支援加算 新設）
- R2 年（2020 年）（入院時加算 1、2 変更）
- R4 年（2022 年）●人員配置要件緩和
- 入退院支援加算 1

- [算定要件] イ 一般病棟入院基本料等の場合 600⇒700 点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1200⇒1,300 点

[施設基準]・「連携機関」の数が 25 以上であること。

- ・それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し 情報の共有等を行っていること

- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算 1 及び 2 の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算 1 及び 2 の対象患者にシ及びスを追加

○制度評価結果

入退院支援部門を設置し、連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

Ⅲ－１－① | 入退院支援の推進 | 2022 年度 診療報酬 データベース (shinryo-hoshu.com) 中医協資料

- ・ 3 段階評価 (①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない)
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：

入退院支援加算 1 又は 2 の届け出：急性期一般入院料 1 (454 機関) の 91%、特定機能病院入院基本料 (48 機関) 100%、地域包括ケア病棟入院料 (471 機関) の 75%、回復期リハビリテーション病棟入院料 (341 機関) の 68%

入退院支援加算の算定状況は増加している。

(中医協 総-2 3.8.25 資料.) [000963385.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/content/000963385.pdf) P93~

分析・評価

OSDH に関する課題：

- ・ SDH の要素となる課題を抽出していたとしても地域支援者へ繋がっていない
加算算定が増加し、平均在院日数の短縮が促進されている。その要因としては、DPC も関連していることも考えられる。その結果、療養先を選定することに注力し、患者・家族の意向も踏まえた支援や、SDH の要素となる課題を抽出しても繋げるに至らず、退院後に問題が発覚し、結果として病院が丸投げしている状況となっている状況も考えられる。
- ・ 十分な退院支援・調整を実施するための時間確保困難
退院困難な要因の該当は「緊急入院」「ADL の低下」が多く、SDH の要素となる項目の該当は少ない (調査の回答は 1 択のみ)。病院側は明確な困難要因に偏りがちであり、SDH の要素となる項目については、患者・家族と面談を十分に確保できないことも一因であるが、スクリーニングを実施する側はその項目の意味するところを理解しておく必要がある。Ⅲ－１－① | 入退院支援の推進 | 2022 年度 診療報酬 データベース (shinryo-hoshu.com) 中医協資料 P51.53

○改善提案：

- ・ 福祉分野へ連携を誘導する：病院からの連携先【25 カ所】に福祉関連の施設も含める。
施設要件①に地域包括支援センター、障がい者基幹センター、社協等も含める
- ・ カンファレンス内容充実、相互理解と関係構築
算定要件②の多職種カンファレンスに、訪問看護、ケアマネ、地域包括相談員⇒包括へ確認や障がい者支援相談員等がスーパーバイズの立場での参加を要件にする。しかし多職種カンファレンスは各病棟で実施されるため、地域側のマンパワーが追いつかない。そのため、病院と地域で週 1～数回のカンファレンスを実施を要件してはどうか。また、在宅医療・介護連携支援事業のコーディネーター※もカンファレンスに参加することも要件にしてはどうか (第 8 期医療計画において、この推進事業が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、実態把握を進めるようである)

⇒制度が複雑である地域連携を担う退院支援看護師は、在宅等を経験していることが望ましいが、実際は病院内の中堅リーダー以上の夜勤ができない看護師が配置されていることが散見される。

※コーディネーターは、介護保険の包括的支援事業4事業のうちの1つであり、地域ケア会議や地域の居場所作りをする生活支援コーディネーターとも地域課題を共有しているので、SDHのスクリーニングアセスメントは可能であり、繋げることもできる。その際のインセンティブは委託料のアップくらいか。事業タスクには「切れ目のない連携体制の構築・入退院の場面」に該当する。

- インセンティブの課題について

訪問看護は、生活困窮へ直接的な支援はしないが、社会的孤立に関しては精神訪問看護等で支援はある
また、医療保険と介護保険の両方からインセンティブ付与が可能である。加えて社会資源も熟知しているので、必要な資源に繋げる機能も果たせる。

上記の多職種カンファレンスへの参加は、訪問看護ステーション連絡会等で手分けをすれば、各病棟への参加も不可能ではないと考える。訪問看護は、日本訪問看護ステーション財団や日本看護協会から下部組織的な地域毎に連絡会等もあるため)

- 在宅療養スクリーニング：外来や診療所からのスクリーニングで地域支援に繋げる

現在は「入院時支援加算」として予定入院患者を外来から支援する加算の算定要件として「退院困難な要」のスクリーニングを実施しているが、あくまでも「入院」である。在院日数短縮される中での支援には限界があるため、外来通院時からのスクリーニングと支援にシフトチェンジができないか。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 B007 退院前訪問指導料 580点	分類（複数可） 入院	担当者名
---------------------------	---------------	------

現状把握

○加算要件：施設基準なし

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (4) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（家族の介護力）
 具体的な言及なし

○SDHの評価と方法：
 具体的記載なし

○加算点数

580点（1回の入院につき1回退院時算定。ただし、入院後早期（14日以内）に訪問指導を行った場合、最終目的としての再度訪問指導を行う場合は2回算定可能）

○履歴

制度導入年

平成2年（1990年）新設

改訂年とその内容

平成18年（2006年）点数改定 410点

平成24年（2012年）点数改定 555点 退院当日の訪問指導についても算定可能

平成30年（2018年）点数改定 580点 保健師・看護師でも算定可

○制度評価結果

- 3段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：退院前訪問指導料は1～2割程度の施設で算定
PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

○OSDHに関する課題：SDHの要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、IADLの動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

具体的な必須アセスメント項目を挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
B005 退院時共同指導料2 400点	入院	

現状把握**○加算要件：施設基準なし**

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の三に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。（以後省略）
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。
- (4) 退院時共同指導料1（以後省略）
- (5) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料2の「注4」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。
- (6) （省略）
- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。
- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当

該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

- (10) (9)における共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。
- (12) 退院時共同指導料2の「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式50を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。
- (13) (8)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、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」に対応していること。
- (14) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- (15) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（家族の介護力）
具体的な言及なし

○OSDHの評価と方法：
具体的記載なし

○加算点数

○履歴

制度導入年 平成18年（2006年）

改訂年とその内容

平成18年 退院時共同指導加算 290点 寝たきり老人退院時共同指導 600点

平成20年 退院時共同指導料2 300点

平成28年 退院時共同指導料2 400点

平成30年 特別な関係との連携でも算定可能になった。

多機関共同指導加算として2,000点

退院時共同指導の共同する職種が拡大

ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能

○制度評価結果

- ・ 3段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：退院時共同指導料は急性期一般入院料1や特定機能病院で半数以上は算定されいている。

PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

○SDHに関する課題：SDHの要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、IADLの動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

具体的な必須アセスメント項目を挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 B007-2 退院後訪問指導料 580点	分類（複数可） 入院	担当者名
--------------------------------	---------------	------

現状把握

○加算要件：

通知

- (1) 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。
- (2) 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
- (3) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (4) 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (5) 「注2」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (6) （省略）
- (7) 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「C013」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。
- (8) 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

施設基準

第11の6 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第8に掲げる状態の患者」又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（ ）
具体的な言及はない

OSDHの評価と方法：

具体的な記載なし

○加算点数 580点

○履歴

制度導入年 平成 28 年 (2016 年)

改定年とその内容

○制度評価結果

- ・ 3 段階評価 (①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない)
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案)

○加算を算定している対象機関の割合：退院後訪問指導料を算定した施設は 1 割に満たなかった。
PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

OSDH に関する課題：SDH の要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、I ADL の動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

必須アセスメント項目を具体的に挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 総合機能評価加算	分類（複数可） 入院	担当者名
-----------------	---------------	------

現状把握**○加算要件：**

入退院支援加算要件内に記載された関連部分を抜粋

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

(23) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者又は65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で、当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。

(24) 「注8」に規定する総合機能評価加算は、患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。

(25) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意すること。

(26) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（ ）
加算要件内には明記されていない。

○SDHの評価と方法：

高齢者の総合的な機能評価の実施において、関係学会の一つである日本老年医学会などでは複数のチェックリストやスクリーニングツールをHP上に掲載しているが、明確な評価方法の指定はない。

また評価は既定の講習会受講を算定要件としている。

○加算点数

要件を満たした場合には、入退院支援加算+50点

○履歴

制度導入年 2020年

改定年とその内容

平成 20 年 後期高齢者医療制度制定の際に、後期高齢者総合評価加算

平成 22 年 総合評価加算に名称変更

令和 2 年の診療報酬改訂にて入退院支援加算の項目に組み込まれた。

○制度評価結果

- 3段階評価 (②解釈すれば含まれる)
- ②解釈されれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案)

特定のスクリーニングツールや項目についての指定はない状況となっている。2019 年のレセプトデータ調査でも、地域差はあるが、普及率は高いとは言えない。

○加算を算定している対象機関の割合：

西日本を対象にレセプトデータを調べた研究では、前身である総合評価加算の算定は 24%(4.4~38.6)であった(松田, 2019)

ナショナルデータベースによると、入退院支援加算 1 が 300 万回算定されているにもかかわらず、総合機能評価加算は 90 万回しか算定されておらず、利用は 3 割。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html

分析・評価

OSDH に関する課題：

総合評価加算をとっている医療機関であれば、退院支援の一環として家族状況や経済状況の把握はなされている可能性が高いが、加算にあたっての必須項目とはなっていない。

評価にあたり、講習会受講が必要となっている。

○改善提案：

スクリーニングする項目に経済状況や家族状況、社会的支援の有無について把握することを明記してはどうか。講習会受講の簡易化し、講習会内で SDH についても学べるようにする。

参考文献：

松田 晋哉, 藤本 賢治, 藤野 善久, 2019. 医療・介護のビッグデータ分析 在宅医療・介護連携の質の評価のための研究, 社会保険旬報(1343-5728)2742 号 Page18-21

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
介護支援等連携指導料（B005-1-2）	入院	

現状把握**○加算要件：**

- (1) 入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) (略)
- (4) 初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
- (5) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。
- (6) ～ (8) (略)

○加算要件に含まれている SDH の要素：「患者の心身の状態等」（経済困窮・孤立・住環境・近隣環境などの具体的な言及はない）

○SDH の評価と方法：評価と方法について具体的な言及はなし

○加算点数 400 点

○履歴

制度導入年 2010 年（当初の名称は介護支援連携指導料）

改定年とその内容

2020 年改定 ビデオ通話を介した指導も可となる

2018 年改定 「介護支援連携指導料」が「介護支援等連携指導料」に変更。点数も 300 点から 400 点に変更。退院後に「介護サービス」導入が必要と思われる方が対象だったが、そこに「障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援」が必要な方にも対象が拡大された。

○加算を算定している対象機関の割合：35.9%（*1）

*1：式（2015）における 2012 年のアンケート調査に回答した 81 病院での割合

file:///C:/Users/kik16/Downloads/32206AS274.pdf

○制度評価結果

・ 3段階評価 （ ②解釈すれば含まれる ）

・ 改善提案

社会的処方促すために「経済困窮」や「孤立」という具体的な文言を入れる。

分析・評価

OSDHに関する課題：「患者の心身の状況等の総合的な評価」を踏まえて支援に繋げるというのが加算の趣旨であり、SDHの要素を含めることは可能と思われるが、具体的な言及はないためSDHの要素に立ち入らない医療機関も出てくるとと思われる。

○改善提案：社会的処方促すために「経済困窮」や「孤立」という具体的な文言を入れる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
B000 特定疾患療養管理料	外来	

現状把握

糖尿病や高血圧性疾患に代表される生活習慣病等の慢性疾患について、地域のプライマリケア機能を担うかかりつけ医師による計画的な療養上の管理を評価したものです。治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定可能です。診療所、100床未満病院、200床未満病院で点数が異なり、医療機関の規模が小さくなるほど高い点数が設定されています。200床以上の病院では算定できない。

○加算要件：**医療機関の規模と定める疾患のみで、他の加算要件はなし**

厚生労働大臣が定める疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂結晶
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 不整脈
- 心不全
- 脳血管障害
- 一過性脳虚血発作及び関連症候群
- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
- 詳細不明の慢性気管支炎
- その他の慢性閉塞性肺疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 喘息発作重積状態
- 気管支拡張症
- 胃潰瘍
- 十二指腸潰瘍
- 胃炎及び十二指腸炎
- 肝疾患（経過が慢性なものに限る）
- 慢性ウイルス肝炎
- アルコール性慢性膵炎
- その他の慢性膵炎
- 思春期早発症
- 性染色体異常

- (1) 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したも

のであり、許可病床数が 200 床以上の病院においては算定できない。

- (2) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。
- (3) 第 1 回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A 0 0 0」初診料（「注 5」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して 1 か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1 か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注 1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) 区分番号「A 0 0 0」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して 1 か月を経過した日が翌々月の 1 日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注 1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、2 以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (8) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。
- (9) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあつては算定できない。
- (10) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (11) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成 27 年総務省告示第 35 号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。
- (12) 「注 5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

○加算要件に含まれている SDH の要素：

具体的な SDH 的要素の記載はなし

治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理

OSDH の評価と方法：

なし

○加算点数

- 1 診療所の場合 225 点
- 2 許可病床数が 100 床未満の病院の場合 147 点
- 3 許可病床数が 100 床以上 200 床未満の病院の場合 87 点

○履歴

制度導入年、改定年とその内容

1958 年「慢性疾患指導料」。1992 年「特定疾患指導料」が新設。これが現在の「特定疾患療養管理料」でかかりつけ医の指導管理への評価としてスタート。

○制度評価結果

不明

- ・ 3 段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）

○加算を算定している対象機関の割合

13^15 P13～15 参照。

診療所再診料算定回数に対する特定疾患療養算定回数の割合は 2020 年度は 33.3%。月 2200 万回。厚生労働省「社会診療医療行為別統計」から作成。加算要件が病床数以外にはないので、非常に算定しやすい。

分析・評価

○OSDH に関する課題：

現在外来にて主に服薬指導、運動指導、栄養指導を行うことで算定されているが SDH 的要素の記載はない。服薬、運動、栄養等の療養上の管理の「等」の部分に SDH 的視点が入れられないか。

○改善提案：

SDH 的視点。

安定した療養管理していく上では住環境の評価整備、経済状況の把握介入、生活を援助してくれる人とのつながり（家族も含めて）の把握介入が必要ではないか。

そこを評価し、介入した場合は特定疾患療養管理料に加算を提案する。

【経済的困窮の場合】

- ① スクリーニングをおこなう
- ② 窓口負担の軽減につなげる （生活保護、無料低額診療事業、障がい手帳など）

【社会的孤立】

- ① 患者の社会的課題をスクリーニングする
- ② 地域（市民団体、NPO 法人、企業など）につなげる
- ③ 社会的処方をおこなった後も継続してかかわっていく

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 こころの連携指導料	分類（複数可） 外来	担当者名
------------------	---------------	------

現状把握

○加算要件：

こころの連携指導料(I)

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又は K-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (3) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。
- (4) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (5) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、別に算定できない。
- (6) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2) 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。

こころの連携指導料(II)

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（III）の費用は、別に算定できない。
- (5) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

適切な研修について：

- ・ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
- ・ 厚生労働大臣 指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する「自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）」
- ・ 日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース
- ・ 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

○加算要件に含まれている SDH の要素：経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（医療者により生活上の課題と認識されたもの）

○SDH の評価の方法：スクリーニングツールの一つである SADPersons スケールには配偶者の有無、社会的援助の有無、慢性疾患の有無、喪失体験の有無などの項目が含まれているが、その他には SDH に特化した項目は含まれていない。当該患者の生活上の課題については項目について明確に記載されていない。

加算を算定している対象機関の割合：令和 4 年度に新設の制度でありデータなし。

○加算点数

I（かかりつけ医側）：350 点

II（紹介受けた側）：500 点

○履歴

制度導入年 令和 4 年

改定年とその内容

○制度評価結果：令和 4 年度から新設された制度。算定には紹介側の研修受講歴が必要である。適切な研修に関しては、まだ開催回数が 1、2 回のものもあり、又、一回の研修の参加者が数十名単位であることから認知や普及には時間がかかる可能性がある。加算要件には“地域社会からの孤立等”の文章記載があるが、診療録に記載する具体的な内容について言及はない。スクリーニングに必要なツールは SDH 要素を含むもの（SADPersons スケール）と、そうでないものが混ざっている。

分析・評価

○制度評価結果

- ・ 3段階評価 （ ①SDH項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○SDHに関する課題：

患者の生活課題の記載が加算要件となっているため、幅広いSDH項目が該当しうるが、診療録に記載すべき内容が項目化・明確化されていない。スクリーニングツールには、SDH項目が入るものと入らないものがあるため、医療機関によって患者の生活課題を把握する範囲には差が出る可能性がある。

○改善提案：

診療録に記載する生活上の課題の大枠の作成、もしくはスクリーニングの一環として確認すべきSDH項目（経済困窮、孤立など）を明記してはどうか。

研修会の受講が必須であり、かかりつけ医への普及には時間がかかる可能性があるためオンラインなどでの受講回数を増やす・該当講習会を増やすなどの対応が望まれるかもしれない。

一部の医療機関でやられている実質的な SDH に対応する医療行為（社会的処方など）の取組のうち、診療報酬に結び付いていない取り組み

担当者名

事例考察の要素は下記の通り

- 活動の概要
- SDH の要素
- SDH の評価と方法
- 制度評価（普及率・診療報酬に結びつかない原因考察）
- SDH に関する課題
- 改善提案

<事例① おおた高齢者見守りネットワーク（みま～も）>

- 活動の概要 <http://mima-mo.net/>

急速に高齢化が進んでいく大都市部において、地域包括支援センターが介護保険制度の枠組みの中だけで一つの相談に「もぐらたたき」的に対応しているだけでは、高齢者が安心して暮らせる地域などでできていかない。今こそ、個別対応に追われるだけの状況を打開して、地域住民と地域で働く医療・保健・福祉専門職がつながり合い、高齢者を支え合うシステムづくり、まちづくりに着手しよう。

大田区地域包括支援センター入新井の職員を中心に、12 名の福祉専門職と地元の老舗百貨店であるダイシン百貨店の社員 3 名で平成 20 年 4 月に団体の前身となる「大田北高齢者見守りネットワークをつくる会」を立ち上げた。

活動は多岐にわたり、関係機関と高齢者をつなぐための「地域づくりセミナー」、高齢者の安心を担保し関係者の支援を迅速にする「SOSみま～もキーホルダー登録システム」、高齢者等が気軽に集まれて楽しめる「みま～もレストラン（みま～もステーション）」などの取り組みがある。

- SDH の要素

これら中で、医療機関・保険制度に関わる可能性のある取り組みは、「地域づくりセミナー」及び「まちづくりが元気！おおた登録事業」と考える。

「地域づくりセミナー」は、参加者がサービスの対象者及び予備軍となる 70-80 歳代の高齢者で 7 割を締め、地域全体での見守りの重要性や「気づき」の視点について学ぶことを目的としている。登壇者に医療機関（牧田総合病院や地元の薬局・福祉道具店）が多く選出され、参加者は「セミナー登壇者はこの地域の専門家であり、私に何かあっても、この人たちが支えてくれる」という感覚が醸成され、地域の医療機関・福祉機関を実際に必要とする前から身近に感じられるという点で孤立対策の要素が大きいと考える。

「まちづくりが元気！おおた登録事業」とは、元気なうちから住民が介護事業所・施設など専門機関と直接つながるツールとして開始された。事業内容は 3 点あり、①登録した企業・事業所が「ま

ちづくりに向け、自分たちにできることは何か」を話し合い、地域へのメッセージとしてステッカーに記入し、地域住民の目の届く所に掲示する。②地域の高齢者に役立つ情報をまとめた「フリーペーパーみま〜も」を加盟店で発行し配布する。③専門機関同士の交流・連携の目的で、年2回程度、登録機関の情報交換会を開催する。

①は「お食事と一緒に地域の情報をお持ちいたします！」（配食サービス）や「趣味を共有してみませんか？ちょっとしたスペースあります！」（デザイナーズ）など、住民がサービス利用者になる前から地域資源を認知し繋がることができ、近隣環境や住環境の改善、また経済困窮者においてもステッカーを見ることで頼りやすい環境を築けている。さらに、③を通して医療・福祉機関と地域資源となる様々な団体が顔の見える関係となり、退院支援や孤立支援の際に必要な社会的処方先をストックすることができる。

○SDHの評価と方法

上記のSDH要素を客観的かつ経年的に評価する方法は、筆者の調査した範囲では確認できなかった。「地域づくりセミナー」は年12回開催され、「まちづくりが元気！おた登録事業」では掲載可能な協賛団体だけで大田区内に59団体ある（2019年）。実際にどのような効果が見られたかは、ケース報告に留まっていると考える。

○制度評価（普及率・診療報酬に結びつかない原因考察）

おた高齢者見守りネットワーク（以下、みま〜も）は、多種多様な地域資源同士を有機的に繋げ、医療介護サービスを必要とする前から地域住民が地域資源を認知し繋がるという点で重要な意味を持ち拡大してきた。現在は大田区に限らず、11の地域でみま〜ものシステムが取り入れられ、「高齢者見守りキーホルダー」に限ると59の自治体で導入されている。

一方で「地域資源同士が有機的に繋がる」という中立的立場を持つ任意団体みま〜もの構造的特徴から、診療報酬を算定する医療機関と強く結びつくことが難しいという問題がある。みま〜もは地域の中でプラットフォームとして機能し、医療機関も地域の小売店も大企業の営業所も対等に参加することが重要であり、医療機関に紐付いた診療報酬の要素が強くなると均衡が保てない可能性が考えられる。

○改善提案

みま〜もそのそのもののシステムに診療報酬・算定基準を設定せず、結果として患者のケアトランジションが潤滑になる点や、情報提供を福祉・民間・行政間で行う点に加算を設定することで、医療機関が地域に参加するモチベーションに繋がると考える。

また、個人の疾患に基づいた診療報酬制度そのものを脱却し、住民が健康なうちに医療・福祉専門職と対話を重ね繋がる行為にわずかでも診療報酬を算定できれば、住民と繋がる方法を求め地域に出ていく医療機関も増えるだろう。

<事例② 暮らしの保健室>

○活動の概要 <https://kuraho.jp/>

筆者が経験した、医師・医療機関主導型の暮らしの保健室をベースに紹介する。

①神奈川県川崎市（一般社団法人プラスケア）

②福井県福井市（オレンジホームケアクリニック）

○SDHの要素

○SDHの評価と方法

○制度評価（SDH要素・診療報酬に結びつかない原因考察）

○SDHに関する課題

○改善提案

<事例③ コミュニティナース・コミュニティドクター>

○活動の概要 <https://community-nurse.jp/>

○SDHの要素

○SDHの評価と方法

○制度評価（SDH要素・診療報酬に結びつかない原因考察）

○SDHに関する課題

○改善提案

<事例④ ほっちのロッジ>

<https://hotch-l.com/>

<事例⑤ ヨリドコ小野路宿>

<https://machida-hospital.com/facility/yoridoko>

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

急性期から回復期・維持期における医療・地域連携の実態に関する文献レビュー

研究分担者 眞茅 みゆき 北里大学看護学部 教授
研究協力者 岡田 明子 北里大学看護学部 助教

研究要旨

本研究は、わが国の医療・地域連携および、諸外国における医療情報交換の実態を明らかにするために文献レビューを実施した。検索エンジンは、国内の医療・地域連携に関する文献は医中誌 Web、諸外国における医療情報交換に関する文献は PubMed を使用した。分析には、Nvivo を使用した。わが国の医療・地域連携に使用されている主なツールおよび方法は、診療情報提供書や看護サマリー、報告書、お薬手帳などの「紙媒体」、ID-link や HumanBridge などの活用による「ICT」、退院前カンファレンスや在宅カンファレンスなどの「カンファレンス」などであった。疾患別では、脳卒中は紙媒体および ICT による地域連携パスを活用した連携、心不全は紙媒体を中心とした心不全手帳や記録手帳、地域連携パスシートを活用した連携が実施されていた。諸外国における ICT による医療情報連携については、フランスやイングランドでは国単位で、米国では州単位で連携システムが構築されていた。また、米国の一部の州やフランスでは、医療情報交換システムに患者もアクセスすることができる体制が構築されていた。本研究の結果、心不全における ICT による連携の推進、患者が測定した情報（バイタルサインなど）と電子カルテ等の情報を連携したシステムの構築の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究は、循環器疾患における今後の医療・地域連携体制のあり方への示唆を得るために、わが国で実施されている医療・地域連携の実態について文献レビューを実施した。本研究では、以下の4点を明らかにすることを目的とした。

- ①わが国で実施されている急性期から回復期・維持期における医療・地域連携の実態
- ②心不全を対象とした医療・地域連携の実態
- ③脳卒中を対象とした医療・地域連携の実態
- ④海外における医療情報交換 (Health Information Exchange) の実態

B. 研究方法

1. 文献検索方法

検索時期は、目的①は2022年2月、目的②～④は2022年11月であった。検索エンジンおよび検索キーワードは、目的①～③については医中誌 Web を用い、①「情報」「システム」「地域連携」②「心不全」「地域連携」③「脳卒中」「地域連携」を AND で結び検索を実施した。④については PubMed を用い、「Health information exchange」および「Information sharing」をキーワードとして文献を検索した。

2. 分析方法

目的①については、わが国における医療・地域連携の実態の全体像を明らかにするために、対象論文の分析には Nvivo を使用した。Nvivo を用い、分析対象論文から医療・地域連携に関する記述内

容を抽出し、抽出された用語の類似性によりカテゴリーに分類した。その後、Nvivo の階層ツールを用いて、わが国における医療・地域連携の実態を可視化した。

目的②～④については、それぞれの疾患および諸外国において医療・地域連携に使用されているツールあるいはシステムについて、分析対象論文を精読しナラティブに分析を行った。

C. 研究結果

1. わが国で実施されている急性期から回復期・維持期における医療・地域連携の実態

わが国において医療・地域連携に使用されているツールもしくは方法は「紙媒体」「ICT」「カンファレンス・会議」「電話・FAX」「遠隔医療システム」「メール」「CD-R」の6種類に分類された。「紙媒体」で使用されている具体的なツールとしては、お薬手帳、情報共有シート、診療情報提供書、地域連携パス、看護サマリー、報告書などが抽出された。「ICT」では、連携のためのシステムとしてID-LinkやHumanBridge、メディカルケアステーション、バイタルリンク、電子@手帳を使用している地域が存在した。また、島根県や鳥取県、熊本県などの県単位、あるいは新潟県佐渡市や大分県臼杵市などの市町村単位で、独自のシステムを構築しICTによる医療・地域連携を実施している地域が存在した。「カンファレンス・会議」については、退院前カンファレンス、在宅ケアカンファレンス、情報交換会、地域ケア会議など、病院や地域で様々なカンファレンスが開催され、対面での連携を図っていることが示された。

2. 心不全を対象とした医療・地域連携の実態

心不全の医療・地域連携を積極的に行っている地域として、広島県では県全体で急性期、回復期、維持期にかけての連携システムが構築されており、病院だけでなく地域においても継続的な医療・介護が提供できる体制が整備されていた。

心不全で使用されている連携ツールとしては、紙媒体が多く使用されていた。紙媒体の例としては、心不全手帳、心不全記録用手帳、地域連携パスシートなどがあり、心不全手帳や記録手帳は地域ごとに独自の手帳を作成し、連携に活用していた。ICTを活用した例として、長崎県では県で運用しているネットワークシステムを用い、心不全の医療・地域連携が実施されていた。また、心不全手帳や記録手帳をICT化する試みも報告されていた。

3. 脳卒中を対象とした医療・地域連携の実態

脳卒中では、地域連携パスを中心とした連携が実施されていた。地域連携パスは、紙媒体での運用だけでなく、ICT の連携システムに地域連携パスを掲載することで連携を図っている地域が存在した。ICTによる連携では、県や地域で導入をしているID-linkやNet4Uなどのシステムを活用していた。

地域連携パスが一方向性にならないための工夫として、急性期用、回復期用、生活期用など病期に応じたシートを作成し、病院と地域の2人主治医制とするなど、循環型の地域連携を図る体制が構築されていた。

4. 海外における医療情報交換 (Health Information Exchange) の実態

Health information exchange (HIE) を活用している代表的な国として、イングランド、フランス、米国が挙げられた。イングランドでは、国レベルで医療情報連携基盤 (Spine) が構築され、医療者間での情報連携が図られていた。ただし、共有できる情報は、処方箋や診療記録、紹介状などに限定されていた。フランスも国レベルでの情報共有システム (DMP) が構築されていた。DMPの所有権は患者に属し、医療従事者だけでなく、患者自身も閲覧することが可能である。DMPは、全国の医療機関で使用している電子カルテとの互換性が義務付けられており、医療従事者が個人情報を利用

する場合は、本人の許諾が必要となる。米国では、州単位で ICT ネットワークシステムが構築されていた。最大規模の HIE はニューヨーク州の Healthix であり、病院、長期ケア施設、健康保険会社、診療所など様々な施設が連携を図ることができる。カンザス州で使用している KHIN は、患者自身が医療情報を集約して管理することを目的としており、医療従事者だけでなく患者もアクセスすることが可能である。また、ポータルサイトより Patient Health Record (PHR) の入力や共有をすることも可能なシステムである。

D. 考察

本研究の結果、わが国における医療・地域連携に使用しているツールは、紙媒体を用いた連携が多いものの、ICT による連携を実施している地域も複数存在することが明らかとなった。ICT による連携システムは、県単位あるいは市町村単位で運用されていることが多い。心疾患や脳卒中などの循環器疾患を対象とした ICT による連携を推進するためには、県や市町村ですでに運用しているシステムに、疾患独自の連携ツールを搭載し運用することが有効な方法の 1 つであると考えられる。一方、現在のわが国における ICT による連携システムは、県や市町村内に限定されたシステムである。しかしながら、転居後の継続性のある医療の提供や医療や介護の地域格差を最小限にするためにも、今後は地域を横断した ICT 連携システムの構築が求められる。

心不全では紙媒体による連携が中心であった。心不全において急性増悪を早期発見し、再入院を予防するためには、患者や介護者が記録する血圧や脈拍、症状などの PHR を活用した連携が不可欠であり、実際に心不全手帳や記録手帳を用いた連携が図られていた。わが国で運用されている ICT による連携システムは、患者の閲覧および入力や、PHR との連携ができないシステムとなっており、そのことが心不全における ICT による連携の推進

に影響している可能性がある。米国では、PHR と電子カルテを連携した情報共有システムを構築している地域もあり、わが国においても今後の開発が待たれる。

E. 結論

本研究の結果、わが国と諸外国における医療・地域連携の実態が明らかとなった。脳卒中では地域連携パスの ICT 化の取り組みが進んでいるが、心不全では紙媒体による医療・地域連携が中心であった。今後、PHR との連携も含めた循環器疾患における ICT による医療・地域連携システムの構築が求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

Okada A, Tsuchihashi-Makaya M, Miyamoto Y. Current status and issues of the information sharing for regional medical cooperation in patients with cardiovascular disease. 第 87 回日本循環器学会学術集会プログラム集. P330, 2023.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
筒井裕之	HFpEF(拡張不全)	伊藤浩山 下武志編	循環器疾患 最新の治療20 22-2023	南江堂	東京	2022	69-74
筒井裕之	循環器疾患 最近 の動向	福井次矢, 高木誠, 小 室一成編:	今日の治療指 針 私はこう 治療している	医学書院	東京	2022	348-351
筒井裕之	循環器疾患患者の みかた	矢崎義雄, 小室一成編	内科学 第12 版	朝倉書店	東京	2022	3-5
岩間 亨	くも膜下出血.	福井次矢, 高木 誠, 小室一成	今日の治療指 針2023年版	医学書院	東京	2023	915-916
岩間 亨	脳塞栓症予防の心 臓手術-卵円孔開 存閉鎖術, 左心耳 閉鎖術-	西山和利	「発展する脳 卒中診療の最 前線」別冊・ 医学のあゆみ	医歯薬出 版株式会 社	東京	2023	125-130
江頭裕介, 岩間 亨	XVII脳出血総論 病因.	北園孝成	最新臨床脳卒 中学 下 第2 版-最新の診 断と治療-	日本臨牀 社	東京	2022	251-257

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岩間 亨	脳塞栓症予防の心臓手 術 -卵円孔開存閉鎖 術, 左心耳閉鎖術-	医学のあゆみ	280	1093-1098	2022
平野照之, 岩間 亨, 森岡基浩	バイパス術の将来-内 科・外科の立場から.	No Shinkei G eka	50	713-718	2022
Ido K, Miyazaki M, Nakayama M.	Hemodialysis Record Sharing: Solution fo r Work Burden Reduct ion and Disaster Pre paredness	JMIR Formati ve Research	6	e32925	2022
金岡幸嗣朗ら	循環器研修・研修関連 施設における循環器疾 患の医療連携.	厚生 の 指標	70	25-31	2023

Kanaoka K, et al.	Trends and Factors Associated with Cardiac Rehabilitation Participation: Data from Japanese Nationwide Databases.	Circ J.	86	1998–2007	2022
Kanaoka K, et al.	Outpatient Cardiac Rehabilitation Dose after Acute Coronary Syndrome in a Nationwide Cohort.	Heart.	109	40–46	2022
Kanaoka K, et al.	Quality indicators for acute cardiovascular diseases: A scoping review.	BMC Health Serv Res.	22	862	2022
Nakai M, et al.	Age-dependent association of discharge heart-failure medications with clinical outcomes in a super-aged society	Biomed Pharmacother.	155	113761	2022
Nakai M, et al.	Contemporary use of SGLT2 inhibitors in heart failure patients with diabetes mellitus: A comparison of DPP4 inhibitors in a nationwide electric health database of the superaged society.	Cardiovasc Diabetol.	21	157	2022
Kanaoka K, et al.	Multifactorial Effects of Outpatient Cardiac Rehabilitation in Patients with Heart Failure: A Nationwide Retrospective Cohort Study.	Eur J Prev Cardiol.	30	442–450	2023
Kanaoka K, et al.	Temporal Trends and Regional Variations in Cardiovascular Care in Japan, 2010-2019.	Int Heart J.	64	53–59	2023
Kanaoka K, et al.	Hospital- and Patient-level Analysis of Quality Indicators in Acute Coronary Syndrome Care: A Nationwide Database Study.	Can J Cardiol.	39	515–523	2023

Wada S, et al.	Satisfaction survey for regional clinical pathway for stroke patients in acute and rehabilitation hospitals in Japan.	Prog Rehabil Med.		In press	2023
Nakai M, et al.	Impact of seasonal variation on hospital admission and in-hospital mortality of acute cardiovascular diseases; a contemporary nationwide database study.	Ann Epidemiol.	-	In press	2023

厚生労働大臣 殿

機関名 国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) オープンイノベーションセンター・センター長

(氏名・フリガナ) 宮本 恵宏・ミヤモト ヨシヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立循環器病研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人九州大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 石橋 達朗

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
- 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究院・教授
(氏名・フリガナ) 筒井 裕之・ツツイ ヒロユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人熊本大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 小川 久雄

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院生命科学研究部・循環器内科学・教授
(氏名・フリガナ) 辻田 賢一 (ツジタ ケンイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	熊本大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 琉球大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 西田 睦

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 琉球大学大学院医学研究科循環器・腎臓・神経内科学講座 教授
(氏名・フリガナ) 大屋 祐輔 (オオヤ ユウスケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 医学研究科長

氏 名 伊佐 正

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 近藤 尚己 (コンドウ ナオキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

所属研究機関長 機関名 国立研究開発法人
職名 国立長寿医療研究センター
理事長

氏名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 循環器内科部・部長
(氏名・フリガナ) 清水 敦哉・シミズ アツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北里大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 島袋香子

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 北里大学看護学部・教授
(氏名・フリガナ) 眞茅みゆき・マカヤミユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人九州大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 石橋 達朗

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究院・教授
(氏名・フリガナ) 北園 孝成・キタゾノ タカナリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職 名 機構長

氏 名 松尾 清一

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 岐阜大学大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 岩間 亨・イワマ トオル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	岐阜大学大学院医学系研究科 医学研究等倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年5月8日

厚生労働大臣 殿

国立研究開発法人
機関名 国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院・病院長
(氏名・フリガナ) 飯原 弘二・イイハラ コウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立循環器病研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年5月9日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京慈恵会医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 松藤 千弥

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 東京慈恵会医科大学 医学部・主任教授
(氏名・フリガナ) 安保 雅博

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年5月9日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人鹿児島大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 佐野 輝

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医歯学域医学系 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 下堂 薫 恵 ・ シモドウゾノ メグミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 錦海リハビリテーション病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 角田 賢

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院長

(氏名・フリガナ) 角田 賢 (スミタ サトシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	錦海リハビリテーション病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 四国大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 松重 和美

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 四国大学看護学部看護学科・教授
(氏名・フリガナ) 田村綾子・タムラアヤコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年4月5日

厚生労働大臣 殿

機関名 地方独立行政法人神戸市民病院機構

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 橋本 信夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 神戸市立医療センター中央市民病院・病院長
(氏名・フリガナ) 木原 康樹 (きはら やすき)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 神戸市立医療センター中央市民病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 木原 康樹

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 循環器内科 部長

(氏名・フリガナ) 古川 裕 (フルカワ ユタカ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

今後、分担研究者古川が参加する地域リハ連携診療の成果を観察研究として報告する予定であり、未申請。

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 宮崎県立延岡病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 寺尾公成

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 宮崎県立延岡病院 循環器内科 主任部長

(氏名・フリガナ) 山本 展誉 ヤマモトノブヤス

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	宮崎県立延岡病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人熊本大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 小川 久雄

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院 医療情報経営企画部 教授
(氏名・フリガナ) 中村 太志 (ナカムラ タイシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	熊本大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 伊佐 正

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 教授

(氏名・フリガナ) 今中 雄一 (イマナカ ユウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東北大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 大野 英男

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 安田 聡・ヤスダ サトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した。)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 東北大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 大野 英男

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
- 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学病院・特任准教授
(氏名・フリガナ) 後岡 広太郎・ノチオカ コウタロウ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した。)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東北大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 大野 英男

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期から回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 中山 雅晴・ナカヤマ マサハル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した。)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 吉田 謙一郎

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 竹川 英宏 (タケカワ ヒデヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 情報利用促進部・客員部長
(氏名・フリガナ) 岩永 善高・イワナガ ヨシタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立循環器病研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 情報利用促進部・客員研究員
(氏名・フリガナ) 和田 普一・ワダ シンイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立循環器病研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 情報利用促進部・上級研究員

(氏名・フリガナ) 金岡 幸嗣朗・カナオカ コウシロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立循環器病研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。