

平成29年9月1日

第82回 神戸市個人情報保護審議会

重症心身障害児者医療福祉コーディネート
事業の実施について

(保健福祉局)

11

神保障第 2474 号
平成 29 年 8 月 28 日

神戸市個人情報保護審議会
会長 西村 裕三 様

神戸市長 久元 喜



諮 問

神戸市個人情報保護条例第 7 条第 2 項第 5 号及び第 3 項の規定に基づき、下記の事項について貴会の意見を求めます。

記

重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業
の実施について
(条例第 7 条「収集の制限」に関して)

担当：保健福祉局障害福祉部障害者支援課

**重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業
の実施について**
(条例第7条「収集の制限」に関して)

◎は、個人情報保護条例のうち、条例第7条第3項に該当するもの

【医療福祉コーディネート情報】

- ・氏名
- ・住所
- ・生年月日
- ・性別
- ・医療機関確認情報
- ◎ (病名、常用薬、アレルギー、バイタルサイン、手術・入院歴、在宅ケア状況
栄養摂取、てんかん、医療的ケア情報)
- ・家族(氏名、連絡先、住所)
- ◎・手帳情報(身障、療育)
- ◎・コミュニケーション状況
- ◎・視覚及び聴覚状況
- ◎・褥瘡の状況
- ◎・食事及び排泄状況
- ◎・不眠時の対処法
- ◎・姿勢及び移動、装具利用の状況
- ・予防接種
- ・就学状況
- ・福祉サービス利用状況
- ・かかりつけ医及び訪問看護事業所



神保障第 2474 号

平成 29 年 8 月 28 日

神戸市個人情報保護審議会
会長 西村裕三様

神戸市長 久元喜



諮 問

神戸市個人情報保護条例第 9 条第 1 項第 4 号の規定に基づき、下記の事項について貴会の意見を求めます。

記

重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業
の実施について
(条例第 9 条「利用及び提供の制限」に関して)

担当：保健福祉局障害福祉部障害者支援課

重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業
の実施について
(条例第9条「利用及び提供の制限」に関して)

【身体障害者手帳及び療育手帳】

- ・ 氏名
- ・ 住所
- ・ 生年月日
- ・ 性別
- ・ 保護者氏名
- ・ 保護者住所
- ・ 保護者生年月日
- ・ 保護者性別
- ・ 身体障害者種別（種別は1級）
- ・ 身体障害者障害程度（等級は1級または2級）
- ・ 知的障害者障害程度（等級はA）

重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業の実施について

1. 趣旨及び概要

重度の肢体不自由と知的障害を併せ持ち、出生時より多種多様な基礎疾患を有する重症心身障害児者（重症児者）が安全、安心して地域で過ごす事ができるように、「重症心身障害児者の医療福祉コーディネート事業」の取り組みを進めようと考えている。具体的には、遠方への外出時に緊急搬送された場合や災害時に、あるいは、高齢化等により様々な診療科での受診・入院機会が増加した場合に、本人または家族の要請を受けて、コーディネーターが、予め登録されている既往症や医療等の日常的に必要なケアの内容等を、医療機関や訪問看護事業所等に提供することにより、円滑な医療の提供につなげていく。

また、教育機関や福祉サービス事業所に対して、同様に情報提供を行うことで円滑な受け入れが可能となる。さらに、災害時においては、福祉避難所など円滑な避難対応に寄与できると考えている。

2. 実施方法

1) 情報の登録

対象と考えているのは、重症心身障害児者であり、福祉5法システムに登録されている、身体障害者手帳1級及び2級と療育手帳A判定の手帳を、両方所持されている方に障害者支援課が「情報登録書」を送付し、情報登録を依頼する。

本人または家族が趣旨に賛同し、提供に同意して「情報登録書」を記入し、かかりつけ医が、記入内容を確認のうえ、コーディネート事業の受託者である「社会福祉法人 芳友 にこにこハウス医療福祉センター」（以下、「コーディネート事業者」という。）に来所して、提出する。

2) コーディネート事業受託者による登録書の確認、登録

コーディネート事業者は、「情報登録書」の内容について、本人及び家族から確認を行い、個人情報の提供に関する同意を取り、登録する。その後、登録の完了を対象者に通知するとともに、「情報登録書」を市に提出する。

登録内容に変更が出れば、対象者からコーディネート事業者に変更の申し出を行い、変更手続きを行う。「情報登録書」の原本は、市が管理する。

3) かかりつけ医以外の病院、教育機関、福祉サービス事業所等への情報提供

コーディネート事業者は、本人または家族からの要請を受け、対象者の治療を行うことになった病院、受け入れ可能な教育機関や福祉サービス事業所等にファックスないし電子メールにて、登録者の情報を提供する。

3. 送付対象者 約800人

4. 効果

1) コーディネートにおいて使用する「情報登録書」の作成

重症心身障害児者は、原疾患や心身の状態が様々であるため、本人の状況やこれまでの既往歴や手術歴等、医療提供にかかる初歩的かつトータル情報の提供が欠かせない。そこで、高齢化等により様々な診療科での受診・入院機会が増加した場合や遠方への外出時に緊急搬送された場合、災害時も含めて、診療経過等も含めた最新の医療情報等を、市と本人とコーディネート事業者が共有することで、必要時に医療情報等の提供が行われ、結果として、円滑な医療の提供につながると考えている。

2) 重症心身障害児者に対する保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整

医療機関のみならず、訪問看護事業所や福祉サービス提供事業所、教育機関は、予め「情報登録書」にて医療的重症度や日常ケアが整理できており、受け入れ側に対象者の最新情報の提供を行うことで、サービスの受け入れが可能となる。また、受け入れのための準備も、事前に行えるため、円滑なサービス提供が可能になる。

5. 実施計画

平成 29 年 9 月中旬	対象者あて、情報登録書の作成依頼を開始
同 下旬	対象者から医療機関に、医療機関確認情報を開始
9 月下旬～10 月初旬	情報登録書の内容を確認、登録を開始

6. 個人情報の保護

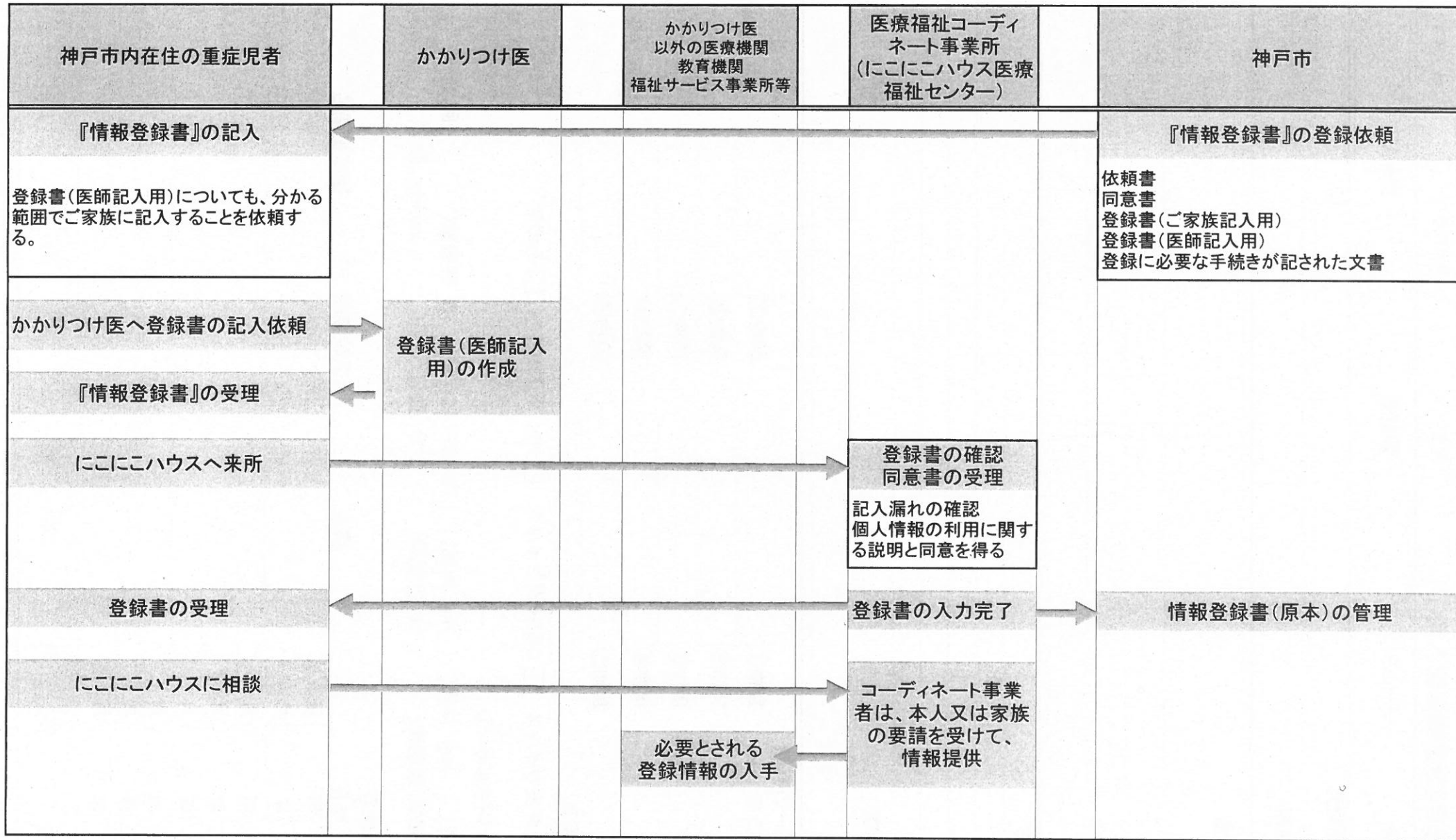
「神戸市個人情報保護条例」に基づき、厳格に対処する。

また、コーディネート事業の委託にあたっては、事業者は委託契約書の中で、「神戸市個人情報保護条例」「神戸市情報セキュリティポリシー」を遵守することを明記し、個人情報の適正な取り扱いを徹底させる。

(1) 運用上の保護

- ① 当課で保有する帳票は、施錠可能なキャビネット等に保管し、保存年限を経過した帳票、あるいは情報登録を廃止した帳票は、シュレッダーや焼却処分など確実かつ速やかに破棄する。
- ② 個人情報の適正な取り扱いを確保するために、関係職員に対して必要な研修及び指導を行う。

神戸市重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業の流れ



情報登録書(医療機関記入用①)

氏名() 生年月日() 性別()

登録番号 受付日 登録日 更新日

登録者連絡先

登録者住所

病名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

内服薬

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

外常用薬

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

アレルギーの有無
 無 有 →

食物①	<input type="text"/>	薬物①	<input type="text"/>
食物②	<input type="text"/>	薬物②	<input type="text"/>
食物③	<input type="text"/>	薬物③	<input type="text"/>
食物④	<input type="text"/>	薬物④	<input type="text"/>
食物⑤	<input type="text"/>	薬物⑤	<input type="text"/>

感染性疾患

B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス HIV MRSA その他()

現在のバイタルサイン

身長()cm 体重()kg 体温()°C SPO2()% 呼吸数()回/分
 心拍数:睡眠時()/分 覚醒時()/分 血圧:最高()mmHg 最低()mmHg

手術・入院歴

年月	病名	入院期間	医療機関名
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

輸血歴 年 月 年 月 年 月

情報登録書(医療機関記入用②)

氏名() 生年月日() 性別()

呼 吸 在 宅 ケ ア	喘息の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 最近の入院(年 月) 治療法()
	肺炎の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 最近の入院(年 月) 治療法 → <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管挿管
	吸引	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内 → 回数 <input type="radio"/> 体調不良時のみ <input type="radio"/> 6回/日未満 <input type="radio"/> 6回/日以上 <input type="radio"/> 1回/時間以上
	吸入	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 治療法() 回数 <input type="radio"/> 6回/日未満 <input type="radio"/> 6回/日以上
	酸素投与	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 体調不良時のみ <input type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 → ()L/分 開始時期(年 月)
	鼻咽頭エアウェイ	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
	単純気管切開	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> カフ無カニューレ <input type="radio"/> カフ有カニューレ <input type="radio"/> カニューレ無 →製品() サイズ() 手術時期(年 月)
	喉頭分離術	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> カフ無カニューレ <input type="radio"/> カフ有カニューレ <input type="radio"/> カニューレ無 →製品() サイズ() 手術時期(年 月)
	腕頭動脈離断	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 手術時期(年 月)
	人工呼吸器	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 侵襲的(気管切開有) <input type="radio"/> 非侵襲的(気管切開無) →呼吸器種類() →使用時間 <input type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 使用開始時期(年 月) →呼吸器条件 <input type="radio"/> 従圧式 <input type="radio"/> 従量式 →吸気圧() →一回換気量()ml →PEEP() →PEEP() →回数()回 →回数()回
排痰補助器	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> IPV	
栄 養	胃食道逆流症の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="checkbox"/> 内科的治療 <input type="checkbox"/> 噴門形成術 →手術時期(年 月)
	経口	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 食形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース・ミキサー
	経管	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 経鼻 <input type="radio"/> 胃ろう <input type="radio"/> 経腸 →tube種類() サイズ()Fr シャフト長() 開始時期(年 月) 胃ろう造設時期(年 月) 栄養剤種類() 注入量()ml × ()回 () 注入量()ml × ()回 () 注入量()ml × ()回
	てんかん発作	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 日1回以上 <input type="radio"/> 週1回以上 <input type="radio"/> 月1回以上 <input type="radio"/> 年1回以上
てんかん	屯用薬剤の使用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 薬剤()使用頻度()	
てんかん重積の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 入院既往 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
そ の 他 の 医 療 的 ケ ア	VPシャント	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 最終入替時期(年 月)
	導尿	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> バルン留置 <input type="radio"/> 間歇導尿 → 導尿回数 <input type="radio"/> 3回以上/日 <input type="radio"/> 3回未満/日 開始時期(年 月)
	人工肛門	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 設置時期(年 月)
	中心静脈栄養	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → ポート埋込 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 開始時期(年 月) 最終入替時期(年 月)
その他	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → ()	
現時点での希望されない医療的処置	<input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 経管栄養 確認日()	
その他の特記すべき事項		

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日

病院の名称
所在地

診療担当科名
医師氏名

印

情報登録書(ご家族記入用①)

氏名() 生年月日() 性別()

同居家族 父 母 兄 姉 弟 妹 その他()

主な介護者 父 母 兄 姉 弟 妹 その他()

身体障がい者手帳 無 有 →()級 療育手帳 無 有 →等級()

コミュニケーション(i~VIIのいずれかを選択)

- I: 簡単な会話ができる
- II: 有意語がある
- III: 要求やyes/noの表出ができる
- IV: 簡単な言葉かけを理解する
- V: 呼びかけに反応する
- VI: 快・不快の表現をする
- VII: 無反応

視覚 見える 見えない(見えにくい) → 右 左 両方 → 義眼 眼鏡等

聴覚 聞こえる 聞こえない(聞こえにくい) → 右 左 両方 → 補聴器

褥瘡 無 有 → 部位()

→ 処置の内容 ()

食事方法 自力摂取 部分介助 全介助

食事姿勢 車イス ベッド 立位台 臥位 その他()

水分形態 液体状 ゼリー状 とろみ状

排尿回数()回/日 排便回数()回/()日 排便 可 不可 浣腸 可 不可

排泄方法 トイレ誘導 オムツパッド交換 導尿 尿器 その他()

夜間の姿勢 仰臥位 左側臥位 右側臥位 腹臥位

体位交換 無 有 →()時間毎

不眠時の対処法 ()

可能な姿勢と移動 寝返り 腹這い 自力座位 つかまり立ち 手引き歩行 車イス自走
 四つ這い 膝立ち歩き 腹臥位 自力での立位 自力歩行

使用している装具等 車いす 歩行器 クラッチ 靴型装具 コルセット
 座位保持装置 SRC 長下肢装具 インソール その他
 立位台 杖 短下肢装具 頭部保護帽 ()

<予防接種>

疾患名	予防接種1回目				予防接種2回目	
	罹患	接種	接種日	接種	接種日	
麻疹	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		
風疹	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		
水痘	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		
流行性耳下腺炎	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		

情報登録書(ご家族記入用②)

氏名() 生年月日() 性別()

<就学状況> 学校名をすべてご記入ください

- 就学前() 在籍 卒業
- 小学校() 在籍 卒業
- 中学校() 在籍 卒業
- 高校() 在籍 卒業

<福祉サービスの状況等>

障がい支援区分 無 有 → 1 2 3 4 5 6 有効期間()

利用中のサービス内容及び事業所

サービス名	事業所名	電話番号

サービス等利用計画(障がい児支援利用計画作成)

無 有 → 事業所名()

<かかりつけ医>

医療機関名	担当科	担当医	電話番号

<訪問看護事業所等>

事業所名	電話番号

情報登録書（ご家族記入欄③）

本人	<p>○氏 名 ()</p> <p>○生年月日 ()</p> <p>○性 別 ()</p>
家族	<p>○氏 名 () 本人以外に連絡が取れる方をご記入ください</p> <p>○連絡先 () 連絡先が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。</p> <p>○住 所 () () 住所が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。</p>

「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

「情報登録書」登録ご希望の皆様

神戸市保健福祉局障害福祉部障害者支援課

重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業所

社会福祉法人芳友 にこにこハウス医療福祉センター

「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

神戸市では、「重症心身障害児者の医療コーディネート事業」を実施するにあたり、「情報登録書」を個別に作成し、緊急入院受け入れのコーディネートを進めて行く予定です。この「情報登録書」はかかりつけ医ではない病院や診療科の受診を要する際にも有用であると考えます。さらに福祉、介護、教育機関との連携や災害時の利用も目指すものです。登録された皆様の個人情報を厳重に取り扱った上で、以下のように利用させていただきます。

- 重症心身障害児者医療福祉コーディネート事業所として、社会福祉法人芳友にこにこハウス医療福祉センターが「情報登録書」の登録・更新を行います。
- 医療機関や福祉サービス事業所を利用される際に、ご本人または家族より「情報登録書」をご提出ください。
- ご本人または、ご家族の要請があれば、本事業所から医療機関や教育機関、福祉サービス事業所等に「情報登録書」の情報を提供します。
- 登録された情報は、匿名化した上で、神戸市において今後の医療福祉サービス向上のために一部を活用します。

私及び家族の個人情報の取り扱いについて、説明を受け、利用することに同意いたします。

年 月 日

説明者 _____

氏名(本人) _____

(家族・代理人の同意)

氏名(同意者) _____ (自署)