

令和2年3月6日

第97回 神戸市個人情報保護審議会

市民PHRシステムの事業拡大について

(保健福祉局)

神保健健第 1325 号
令和 2 年 3 月 6 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



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

市民 P H R システムの事業拡大に伴う個人情報の収集について
(条例第 7 条「収集の制限」)

担当：保健福祉局健康部健康政策課

市民PHRシステムの事業拡大に伴う個人情報の収集について
(条例第7条「収集の制限」に関して)

◎は条例第7条第3項に該当するもの

下線は新たに収集する項目

1. 保険者から収集する項目

【対象者情報】

住所、氏名、生年月日、性別、電話番号、メールアドレス

【健診／検診情報】

実施区分、実施年月日、氏名、生年月日、性別、住所、◎健診／検診結果、◎問診結果、
◎メタボリックシンドローム判定、◎保健指導レベル（階層化）、◎医師の判定

2. 学術機関から収集する項目

【対象者情報】

個人識別符号、住所、氏名、生年月日、性別、電話番号

【学術機関のコホート研究】

◎質問票（生活習慣、睡眠、疲労、精神状態など）、◎身体機能（脳、ガス成分、筋、骨格、
血管、自律神経、感覚器など）、◎生理学検査（心電図、呼吸機能、超音波など）、◎画像検
査（レントゲン、CT、MRIなど）、◎血液／尿検査、◎要介護区分

3. 外部アプリから収集する項目

【対象者情報】

住所、氏名、生年月日、性別

【アプリ】

◎身体情報（血圧、体重、栄養、活動量、妊活、睡眠、ストレスなど）、◎生活習慣関連情
報、◎薬剤関連情報（服薬、予防接種、アレルギーなど）、◎健診／検診情報（職場健診、
妊婦健診、乳幼児健診、学校健診など）、インセンティブ情報（ポイント、抽選権、イベン
ト参加、景品、ランキングなど）、◎保健指導内容

4. 本人入力による収集

【対象者情報】

住所、氏名、生年月日、性別、メールアドレス、電話番号、緊急時連絡先、企業コード、
パスワード

【子どもの情報】

対象者の子どもの住所、氏名、生年月日、性別

【健診／検診情報】

実施区分、実施年月日、氏名、生年月日、性別、住所、◎健診／検診結果、◎問診結果、◎メタボリックシンドローム判定、◎保健指導レベル（階層化）、◎医師の判定

【アプリ】

◎身体情報（血圧、体重、栄養、活動量、妊活、睡眠、ストレスなど）、◎生活習慣関連情報、◎薬剤関連情報（服薬、予防接種、アレルギーなど）、◎健診／検診情報（職場健診、妊婦健診、乳幼児健診、学校健診など）、インセンティブ情報（ポイント、抽選権、イベント参加、景品、ランキングなど）、◎保健指導内容

【健康とくらしに関する調査】

本人の属性、くらし、経済状況、◎過去の体験について、◎健康状態について、◎食生活・運動・休養・歯について、たばこやアルコールについて、◎健診・がん検診について、地域活動などの社会参加や環境について、調査にかかる確認事項について

【フレイルチェック】

◎測定項目（ふくらはぎ周囲、咀嚼能力、嚥下能力、握力、立ち上がり速度、身長、体重）、◎質問項目（日常生活能力、運動機能、栄養状態、口腔機能、心の健康状態）

【学術機関のコホート研究】

研究への参加の同意の有無

【実証実験】

実証実験への参加の同意の有無

【その他本人入力項目】

目標設定、◎医療情報（既往症、終末期ケア、アレルギー、かかりつけ医など）、◎災害時情報（避難場所、緊急連絡先、障害、介護など）、健康イベント参加状況、各サービスの利用の有無、データの2次利用に関する同意の有無

5. 医療介護連携サービス事業者から収集する項目

【同意書】

記入日（同意日）、氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス

【入院連携シート】

提供日、入院日、事業所（施設）名、ケアマネジャー名、電話・FAX（事業所）、氏名、生年月日、年齢、性別、緊急時連絡先（氏名・続柄・住所・電話番号・備考）、家族の介護力（独居、子と同居など）、◎医療保険、◎障害等認定、住環境、経済状況、本人・家族の意向・生活目標、生活歴（職業、趣味、家庭生活など）、◎要介護度、◎日常生活自立度、介護サービス利用状況、かかりつけ医療機関、◎治療中の病気、◎既往歴、◎手術歴、◎日常生活動作の状況（食事、口腔ケア、移動方法、入浴、排泄など）、◎服薬管理、◎聴力、◎視力、◎精神・心理面での療養上の留意点、◎特記事項（特別な医療（透析、人工呼吸器、人工肛門など）、在宅移行時に推測される問

題点、介護上特に注意すべき点など)

【退院連携シート】

記入日、事業所（施設）名、ケアマネジャー名、電話番号、病院・診療所名、担当部署・担当者名、電話番号（病院・診療所）、氏名、生年月日、年齢、性別、緊急時連絡先（氏名・続柄・住所・電話番号・備考）、住所、家族の介護力（独居、子と同居など）、◎医療保険、◎障害等認定、住環境、本人・家族の退院後の生活の関する意向、生活歴（職業、趣味、家庭生活など）、◎要介護度、◎日常生活自立度、◎入院先診療科、◎入院期間、◎治療中の病気、◎病名（入院原因疾患）、◎入院中の経過予後・予測、◎今後の医学管理、◎既往歴、◎手術歴、◎本人・家族の病気・後遺症等の受け止め、◎本人・家族の医療への意向、◎退院後に必要な事柄（医療処置、禁忌事項、運動制限、栄養状態など）、◎日常生活動作の状況（食事、口腔ケア、移動方法、入浴、排泄など）、◎服薬管理、◎麻痺、◎拘縮、◎褥瘡、◎皮膚疾患、◎視力、◎聴力、◎意思伝達、◎認知（短期記憶）、◎精神・心理面での療養上の留意点、社会との関わり（家族等の交流の有無、地域近隣との交流の有無など）、◎特記事項（退院後の生活で注意すべき点、自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題など）

神保健健第 1325 号-2

令和 2 年 3 月 6 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 喜造



諮 問

神戸市個人情報保護条例第 11 条第 1 項及び第 2 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

市民 P H R システムの事業拡大に伴う個人情報の電子計算機処理について
(条例第 11 条「電子計算機処理の制限」)

担当：保健福祉局健康部健康政策課

市民PHRシステムの構築にかかる個人情報の電子計算機処理について
(条例第11条「電子計算機処理の制限」に関して)

◎は条例第11条第2項第2号に該当するもの

下線は新たに追加する項目

【対象者情報】

個人識別符号、住所、氏名、生年月日、性別、電話番号、緊急時連絡先、メールアドレス、企業コード、パスワード

【子どもの情報】

対象者の子どもの住所、氏名、生年月日、性別、個人識別符号

【健診／検診情報】

実施区分、実施年月日、氏名、生年月日、性別、住所、◎健診／検診結果、◎問診結果、◎メタボリックシンドローム判定、◎保健指導レベル（階層化）、◎医師の判定

【健康とくらしに関する調査】

本人の属性、くらし、経済状況、◎過去の体験について、◎健康状態について、◎食生活・運動・休養・歯について、たばこやアルコールについて、◎健診・がん検診について、地域活動などの社会参加や環境について、調査にかかる確認事項について

【フレイルチェック】

◎測定項目（ふくらはぎ周囲、咀嚼能力、嚥下能力、握力、立ち上がり速度、身長、体重）、◎質問項目（日常生活能力、運動機能、栄養状態、口腔機能、心の健康状態）

【本人入力項目】

目標設定、◎医療情報（既往症、終末期ケア、アレルギー、かかりつけ医など）、◎災害時情報（避難場所、緊急連絡先、障害、介護など）、健康イベント参加状況

【アプリ】

◎身体情報（血圧、体重、栄養、活動量、妊活、睡眠、ストレスなど）、◎生活習慣関連情報、◎薬剤関連情報（服薬、予防接種、アレルギーなど）、◎健診／検診情報（職場健診、妊婦健診、乳幼児健診、学校健診など）、インセンティブ情報（ポイント、抽選権、イベント参加、景品、ランキングなど）、◎保健指導内容

【研究】

研究への参加の同意の有無、◎質問票（生活習慣、睡眠、疲労、精神状態など）、◎身体機能（脳、ガス成分、筋、骨格、血管、自律神経、感覚器など）、◎生理学検査（心電図、呼吸機能、超音波など）、◎画像検査（レントゲン、CT、MRIなど）、◎血液／尿検査、◎要介護区分

【実証実験】

実証実験への参加の同意の有無

【同意書】

記入日（同意日）、氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス

【入院連携シート】

提供日、入院日、事業所（施設）名、ケアマネジャー名、電話・FAX（事業所）、氏名、生年月日、年齢、性別、緊急時連絡先（氏名・続柄・住所・電話番号・備考）、家族の介護力（独居、子と同居など）、◎医療保険、◎障害等認定、住環境、経済状況、本人・家族の意向・生活目標、生活歴（職業、趣味、家庭生活など）、◎要介護度、◎日常生活自立度、介護サービス利用状況、かかりつけ医療機関、

◎治療中の病気、◎既往歴、◎手術歴、◎日常生活動作の状況（食事、口腔ケア、移動方法、入浴、排泄など）、◎服薬管理、◎聴力、◎視力、◎精神・心理面での療養上の留意点、◎特記事項（特別な医療（透析、人工呼吸器、人工肛門など）、在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点など）

【退院連携シート】

記入日、事業所（施設）名、ケアマネジャー名、電話番号、病院・診療所名、担当部署・担当者名、電話番号（病院・診療所）、氏名、生年月日、年齢、性別、緊急時連絡先（氏名・続柄・住所・電話番号・備考）、住所、家族の介護力（独居、子と同居など）、◎医療保険、◎障害等認定、住環境、本人・家族の退院後の生活の関する意向、生活歴（職業、趣味、家庭生活など）、◎要介護度、◎日常生活自立度、◎入院先診療科、◎入院期間、◎治療中の病気、◎病名（入院原因疾患）、◎入院中の経過予後・予測、◎今後の医学管理、◎既往歴、◎手術歴、◎本人・家族の病気・後遺症等の受け止め、◎本人・家族の医療への意向、◎退院後に必要な事柄（医療処置、禁忌事項、運動制限、栄養状態など）、◎日常生活動作の状況（食事、口腔ケア、移動方法、入浴、排泄など）、◎服薬管理、◎麻痺、◎拘縮、◎褥瘡、◎皮膚疾患、◎視力、◎聴力、◎意思伝達、◎認知（短期記憶）、◎精神・心理面での療養上の留意点、社会との関わり（家族等の交流の有無、地域近隣との交流の有無など）、◎特記事項（退院後の生活で注意すべき点、自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題など）

【その他】

各サービスの利用の有無、データの2次利用に関する同意の有無

市民 PHR システムの事業拡大に伴う個人情報の収集について

1. 趣旨

本市では、誰もが健康になれるまち「健康創造都市 KOBE」を目指している。健康寿命を延伸し、社会経済的要因による健康格差を縮小していくため、市民が自らの健康情報を把握し、楽しみながら健康になれるよう、市民 PHR(Personal Health Record) システム「MY CONDITION KOBE」を 2019 年 4 月より運用している。

本システムを通じて、様々な健康関連サービスを提供予定であり、現時点では株式会社リンクアンドコミュニケーションが開発したスマートフォン向け AI 健康アプリケーション「カラダかわる Navi」が主要なサービスである。

今回、「MY CONDITION KOBE」サービスの拡充により、神戸市民の健康状態の更なる向上と災害時等の対策強化を図る。

2. 概要

(1) 入退院連携情報を活用した、介護予防及び緊急時情報共有サービス

ケアマネジャー・介護施設・医療機関の間で使用している『医療介護連携システム』は、介護サービス受給者（要介護者）の入退院の際に、介護現場での引継ぎをスムーズに行うため、患者の状況や在宅生活の要望等の情報の共有を図るためのシステムである。

このたび、患者本人の同意を得て、民間で管理しているシステムの情報*を神戸市が記録媒体経由で受領し、市民 PHR システムに入力することにより、入退院時の情報と健診データや健康行動（歩数や食事等）のデータ連結させることで、要介護に至る原因の究明及び、介護予防策の効果検証を可能とする。将来的には、救急時や災害発生時に医療機関等に速やかにデータ提供をすることによって適切な医療やケアの提供を目指す。

※医療介護連携システムで管理している情報…入院時の患者の既往歴・生活状況や、入院中の経過、退院後に必要なケア、日常生活動作（食事、口腔ケア、移動方法、入浴等）など。

【収集する情報】

同意書、入院連携シート、退院連携シート

【データ収集の流れ】

- ①医療介護情報連携システムを導入しているケアマネジャーは、介護サービス受給者に対し、「MY CONDITION KOBE」のサービス説明を行い、利用を希望する場合は同意書を用いて同意を取得する。本事業者は、同意書の情報（氏名・住所・生年月日・性別・連絡先、同意取得日）と PHRID を紐づけてサーバに保管する。
- ②神戸市は、要介護に至る原因の究明及び、予防策の効果検証を行う際に、本事業者か

ら電子記録媒体により入退院連携シートの情報を収集する。市民 PHR システムに入力することにより、入退院時の情報と健診データや健康行動（歩数や食事等）のデータ連結させることで、要介護に至る原因の究明及び、介護予防策の効果検証を可能とする。将来的には、救急時や災害発生時に医療機関等に速やかにデータ提供をすることによって適切な医療やケアの提供を目指す。

(2) 保護者向け子どもの健康情報管理サービス

市民 PHR システムの新サービスとして、保護者向けに子どもの健康情報管理機能や健康教育機能の開発を行う。本サービスでは、保護者が自分で入力した子どもの健康情報を閲覧できるようにする（別紙 1 画面イメージ参照）。

また、登録された情報に応じて、神戸市から予防接種等の通知や健康教育コンテンツ[※]が届く。本サービス開発に伴い、保護者の情報と子どもの情報を紐づけて管理できるようにする。

※健康教育コンテンツ…健康行動を促す情報の発信

【収集する情報】

子どもの情報

(3) 利用者自身によるデータの利活用に関する管理機能

研究機関等が実施する研究や実証実験の参加者を募集する際、市民 PHR システムから募集及び参加の同意取得ができるようにする。利用者は、研究等の概要を確認し、参加を希望する場合、市民 PHR システムから研究等の概要を確認・同意の上、参加することが可能になる。（別紙 1 画面イメージ参照）

研究または実証実験は、神戸市民の健康増進に寄与すると認められるものに限る。市民の健康増進を図ることは、QOL の向上、社会的経済負担の軽減、感染症などの健康リスクの回避などにより、公益に資することが公衆衛生上認められている。また、研究については、神戸市保健事業に関する研究倫理審査員会で承認を得られたものに限る。

さらに、市民 PHR システムのサービス拡充に伴い、利用者が利用しているサービスを利用登録システムで管理する。また、市民 PHR システムで管理するデータのうち、利用者が 2 次利用してもよいデータを選択できる仕組みを利用登録システムに備えることで、利用者のデータ利用に関する意思表示を行えるようにする。（別紙 1 画面イメージ参照）

【収集する情報】

研究への参加の同意の有無、実証実験への参加の同意の有無、各サービスの利用の有無、データの 2 次利用に関する同意の有無

(4) 健康経営支援サービス

2020年1月より、市内企業の健康経営（従業員の健康管理を経営課題とし、戦略的に取り組む経営手法）をサポートするため、市民PHRシステムのサービスの一つである「カラダかわるNavi」の利用資格を、神戸市民だけではなく、神戸市内に本社、本店、支社、支店、営業所等を置く企業等の従業員（ただし、企業や保険者が神戸市とMY CONDITION KOBEへの加入契約を締結した場合に限る）にも拡大している。「カラダかわるNavi」利用者が所属する企業を管理するため、企業コードを神戸市で設定し、管理する。

【収集する情報】

企業コード

3. 効果

(1) 入退院連携情報を活用した、介護予防及び緊急時情報共有サービス

デジタル化したデータを活用し、入院や要介護に至る原因の究明及び、予防策の効果検証を可能とする。将来的には、救急時や災害発生時に医療機関等に速やかにデータを提供することによって適切な医療やケアの提供を目指す。

(2) 保護者向け子どもの健康情報管理サービス

子どもの健診データ等を電子化し保存することで、保護者は必要時に正しい情報を確認することができる。将来、子どもが成人した際も、自身の健康データを引き継ぐことが可能となり、その後の健康管理に役立てることができる。子どものうちから健康リテラシーを高めることが、将来の健康被害から身を守ることに繋がり、本人のQOLの向上が見込める。

(3) 利用者自身によるデータの利活用に関する管理機能

利用者自らデータ利用の可否を設定することにより、不本意なデータ利用を制限することが可能となる。また、自身の健康状態にあった研究や実証実験に参加することにより、健康増進に繋がる機会を増やすことができる。

(4) 健康経営支援サービス

神戸市の企業の健康経営をサポートすることで、神戸市民のみならず、神戸市で働く人も健康増進につながり、本市が目指す誰もが健康になれるまち「健康創造都市 KOBE」の推進に寄与する。

事業の拡大に伴い、システム管理上必要となる情報項目を追加することで、適正な運営並びに市民サービスの向上を行う。

4. スケジュール

(1) 入退院連携情報を活用した、介護予防及び緊急時情報共有サービス

令和2年4月以降 分析の実施、救急・災害時の医療機関等へのデータ提供サービスの開発

(2) 保護者向け子どもの健康情報管理サービス

令和2年4月以降 サービスの開発

(3) 利用者自身によるデータの利活用に関する管理機能

令和2年4月 サービス運用開始

(4) 健康経営支援サービス

令和2年1月 利用資格拡大

令和2年4月 企業コードによる管理機能の実装

5. 個人情報の保護

「神戸市個人情報保護条例」、「電子計算機処理に係るデータ保護管理規程」、「神戸市情報セキュリティポリシー」に基づき、厳格に対処する。

(1) システム上の保護

- ・本システムは「神戸市セキュリティ基本方針」、「神戸市情報セキュリティ対策基準」、総務省[ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン第1.1版]、[ASP・SaaSにおける情報セキュリティ対策ガイドライン(2008年1月発行)]に準拠する。
 - ・Webサイトは、IPA(独立行政法人情報処理推進機構)の定める「安全なウェブサイトの作り方 改訂第7版」(チェックリスト)と、神戸市の「ホームページサーバ等確認チェックリスト(第2版)」の対応項目を満たす。
 - ・端末機の操作にあたっては、ユーザーID及びパスワードの設定を行い、端末機の操作を関係職員に限定する。
 - ・職員単位でデータへのアクセスで制限を行う。
 - ・個人情報に係るデータについては端末機に保存せず、厳重に管理する。
 - ・サーバは日本国内に設置し、サーバが置かれているデータセンターは神戸市の「データセンター要件」を満たす。
 - ・外部クラウドサービスは、セキュリティレベルが確保できるものを利用する。
 - ・MY CONDITION KOBEサーバと利用登録システム開発事業者の認証基盤間は暗号化通信を用いるとともに、MY CONDITION KOBEサーバとインターネット公開サーバ間は、専用線を用いて、情報のやり取りを行う。
- また、個人情報の閲覧を行う神戸市の事務処理用パソコンとMY CONDITION KOBE DB間はLGWANネットワーク上のLGWAN-ASPサービスを利用することでセキュリティ性を

高め、データを保持するゲートウェイサーバを直接閲覧するのではなく、LGWAN 公開サーバを介して閲覧する。

さらに、利用登録システム開発事業者の認証基盤との接続にあたっては、FireWall、ルータにより接続し、外部からの不正アクセス行為を受けることを防止するとともに、コンピュータウイルス等に感染することを防止する。

(2) 運用上の保護

- ・送受信されるデータは暗号化する。
- ・不正アクセス対策としてアクセス管理、ログ保存を行う。
- ・サーバからのデータの受領にあたっては、データを記録した電子記録媒体（USB メモリ等）のファイルにパスワードを設定した上で、直接手渡しすることとし、受払簿により経緯を記録して適切に管理する。
- ・電子記録媒体は施錠可能な金庫等に保管し、保存する必要がなくなれば、速やかにデータを消去する。
- ・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とともに、個人情報の適正管理について点検を行う。

(3) 外部委託にかかる個人情報の保護

委託業者との委託契約においては、個人情報の保護及び情報セキュリティの遵守について定めた委託契約約款に基づき、厳格に管理する。

6. その他

「MY CONDITION KOBE」は、2019年4月の運用開始から現在に至るまで、国立研究開発法人理化学研究所が所有するシステムを本市が賃借し、本市の責任において運用している（神戸市個人情報保護審議会諮問済、平成30年9月6日付答申第697号及び698号）。

【参考】

MY CONDITION KOBE の概要

(1) 対象者

神戸市内在住者または神戸市内に本社、本店、支社、支店、営業所等を置く企業等の従業員（ただし、企業や保険者が神戸市と MY CONDITION KOBE への加入契約を締結した場合に限る）。将来的には市内在学者も対象とする予定。

(2) 管理するデータ（今後管理するデータも含む）

神戸市保有データ：特定健診、フレイルチェック、介護、調査結果、等

保険者保有データ：健診、検診、人間ドック、等

学術機関保有データ：コホート、等

民間保有データ：活動量、栄養、休養、服薬内容、身体情報、等

個人保有データ：目標、既往症、アレルギー、生活習慣、ケアの希望、等

(3) 効果

- ・個人の健康情報が自動的に収集・可視化されることにより、労せず自身の健康状態を把握することが可能になる。
- ・アプリ経由で個人に最適化された健康アドバイスを受けることができるため、今まで健康アドバイスを受けていない方へのアプローチが可能となり、広く市民の健康増進に繋がる。
- ・ポイント等のインセンティブ付与により、健康無関心層にも健康増進に取り組む動機を与えることができる。
- ・健康関連データが保管されることにより、災害時等のためのバックアップ機能、家族の健康情報管理の役割を果たす。
- ・保健事業の効果の分析・検証が行えるようになり、科学的根拠に基づく保健事業や政策立案を推進することが可能となる。それにより、市民サービスの向上につながる。

入院連携シート

神戸市

提供日 年 月 日 入院日 年 月 日

事業所(施設)名	ケアマネジャー名	電話・FAX
----------	----------	--------

フリガナ氏名	生年月日	明大昭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------	------	---	-------	----	---	----	--

緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考
	1				
	2				

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他()	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保() CW) <input type="checkbox"/> 船員	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
--------	---	------	--	-----	--

経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()
------	---	-------	--

本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)	生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)
----------------------------	---------------------------

要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
------	---	--	------------------------

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	(備考)
---------------	---	------

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
----------------	---

介護サービス利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週) <input type="checkbox"/> 看護(/ 週)	短期入所 <input type="checkbox"/> 日 / 月
	通所	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)	
	その他		

かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在治療中の病気 ※主治医意見書等参照
	1			
	2			
	3			

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴
-----	---	-----

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ)					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他()					
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()						
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()					
排 泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 (回 / 日・週)					
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()		夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏		
	服薬状況					<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
コミュニケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()								
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()										

在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

退院連携シート

神戸市

記入者

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

氏名		生年月日	明大昭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年	月	日	年齢	歳	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住所			電話番号 (固定)	(携帯)						
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)		続柄※	住所	電話番号	備考				
	1									
	2									
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載										
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居		医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合			
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護			<input type="checkbox"/> 生保() CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員			<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
<input type="checkbox"/> その他()		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()							
退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)					

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		診療科:
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名(入院原因疾患)	
------------	--

入院中の経過 予後・予測	
--------------	--

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴
-----	---	-----

病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
	本人		

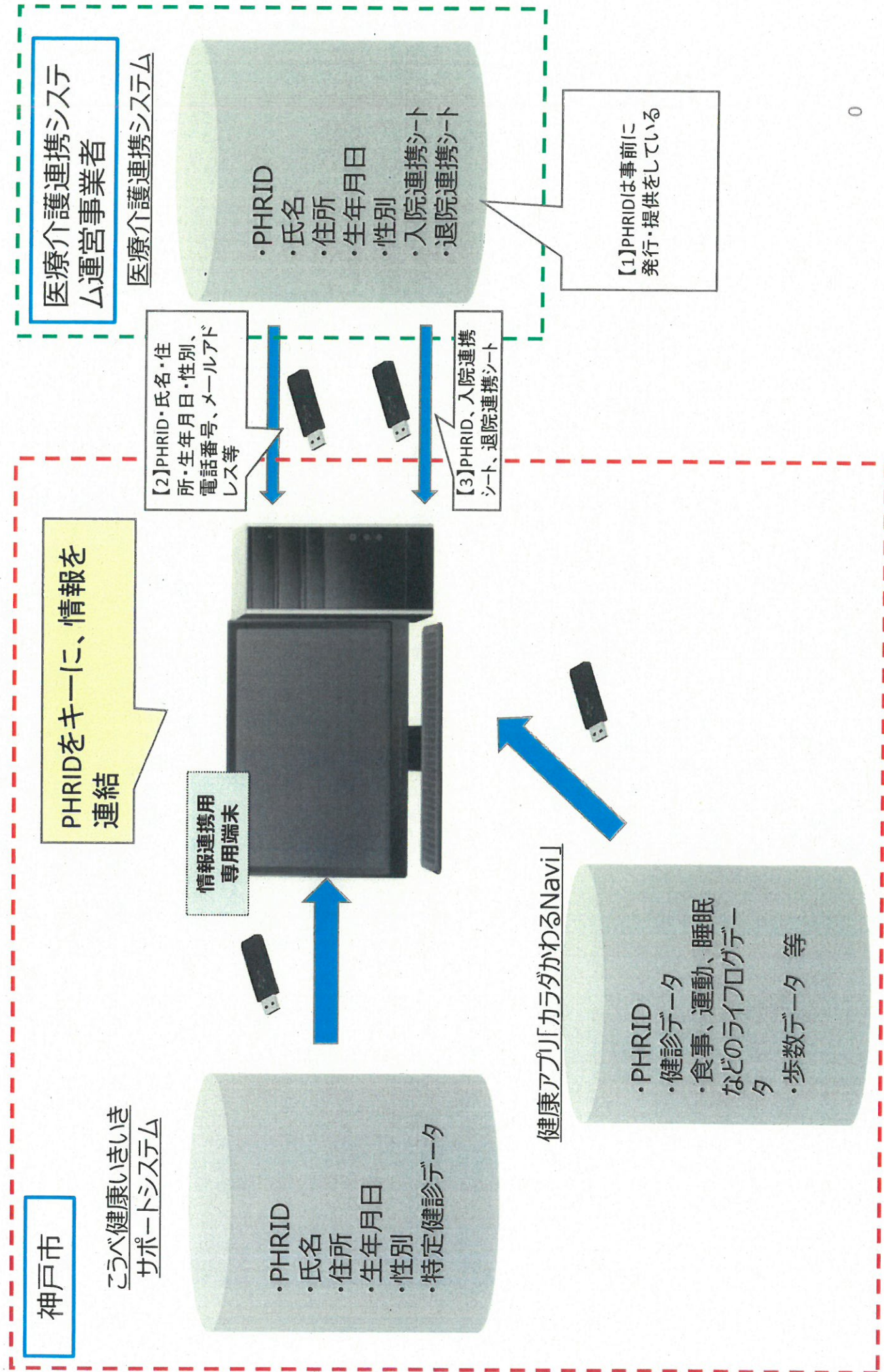
退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開				
	医療・看護・リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引				
		<input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()				

禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重
						kg

入院中の過ごし方	
----------	--

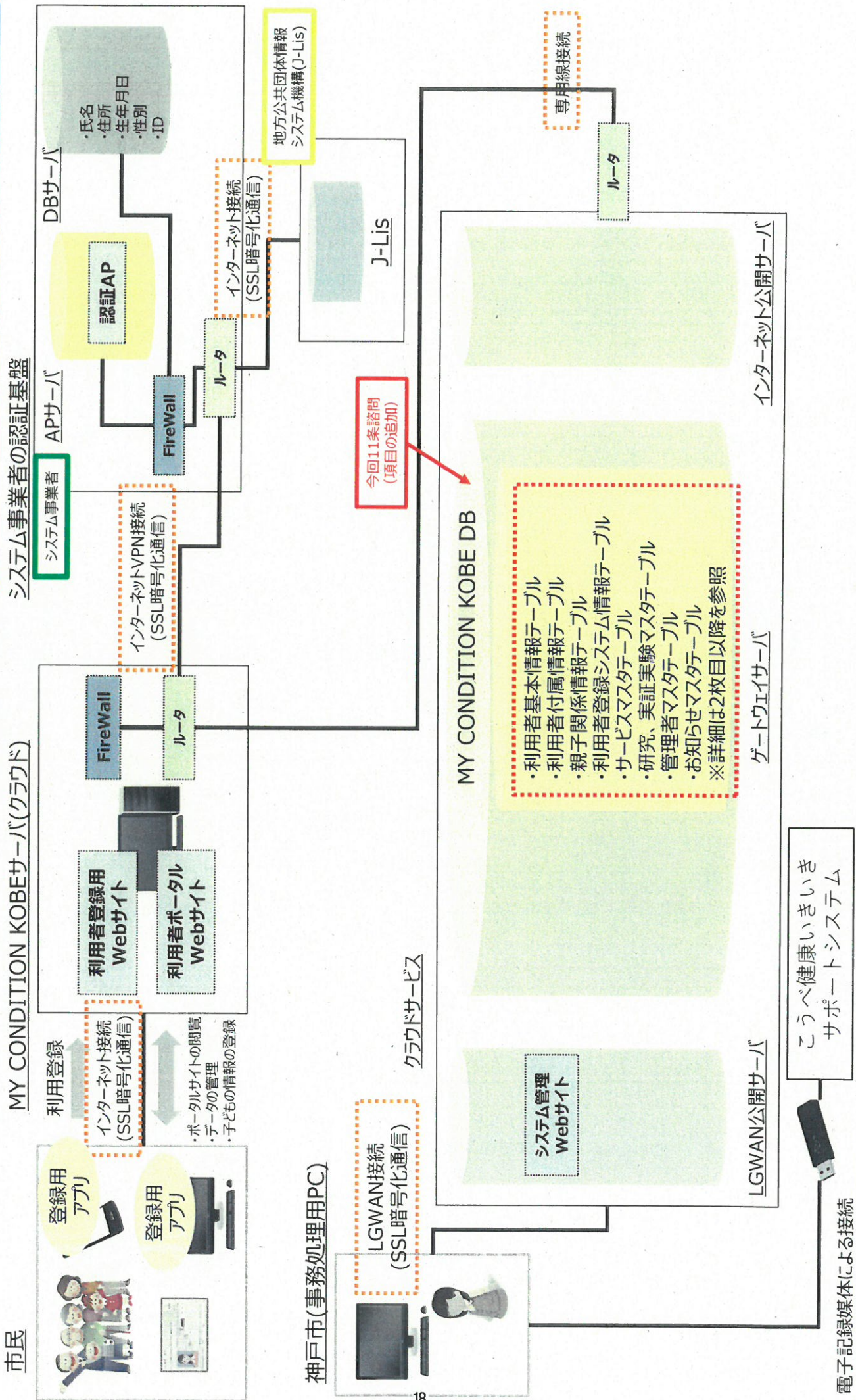
利用者氏名					
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ (日・週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 買い物 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)
褥瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特記事項()
社会との関わり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族等近親者との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域近隣との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	友人知人との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備考					

市民PHRシステムと医療介護連携システムとの連携 システム概要図



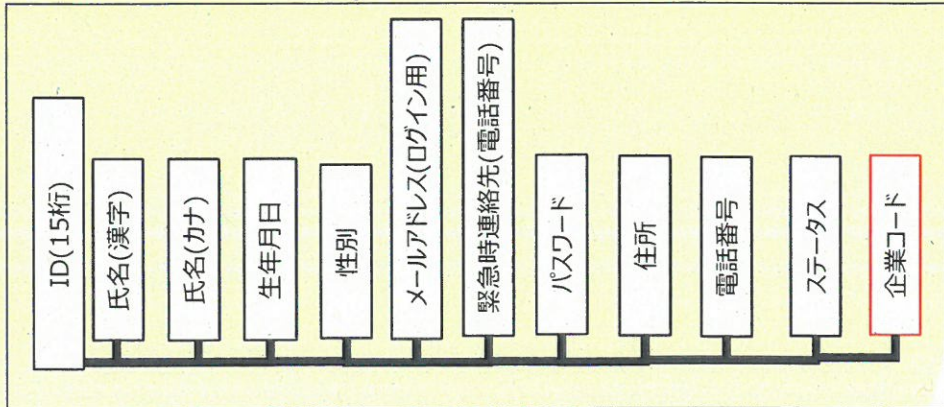
市民PHRシステム「MY CONDITION KOBE」システム概要図

H30.9.6付け第88回個人情報保護審査会諮問済(11条・12条諮問)
R2.2.20付け第96回個人情報保護審査会諮問済(12条諮問)(認証基盤への接続)

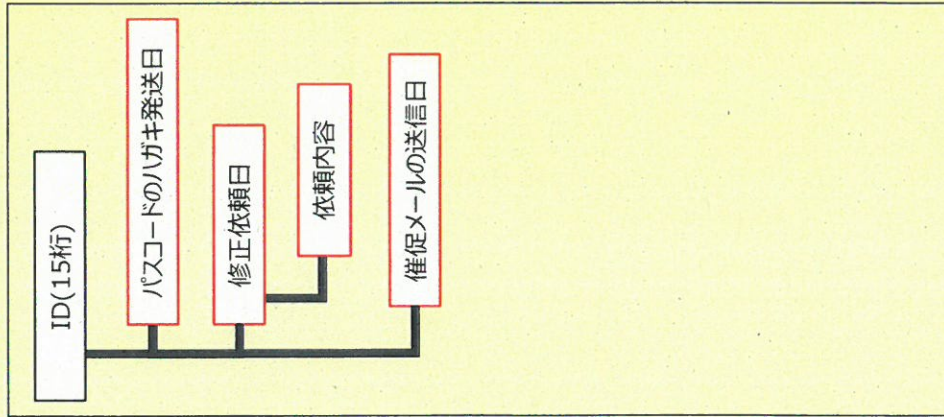


MY CONDITION KOBE DB

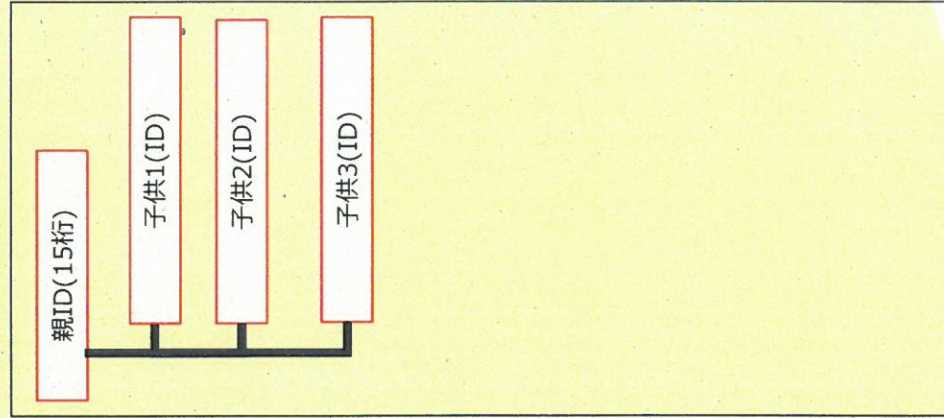
・利用者基本情報テーブル



・利用者付属情報テーブル



・親子関係情報テーブル



①利用者基本情報テーブル

- ・ID⇒15桁
- ・氏名(漢字)⇒全角
- ・氏名(カナ)⇒全角
- ・生年月日(西暦)⇒YYYYMMDD
- ・性別⇒1:男、2:女、3:その他
- ・メールアドレス(ポータルログイン用)⇒文字の桁数制限
- ・パスワード(ポータルログイン用)
- ・住所⇒全角
- ・電話番号⇒半角でハイフン無し
- ・ステータス⇒1:利用有、2:利用無、3:転居、4:死亡
- ・企業コード

※利用者の登録時の個人情報を保存。

②利用者付属情報テーブル

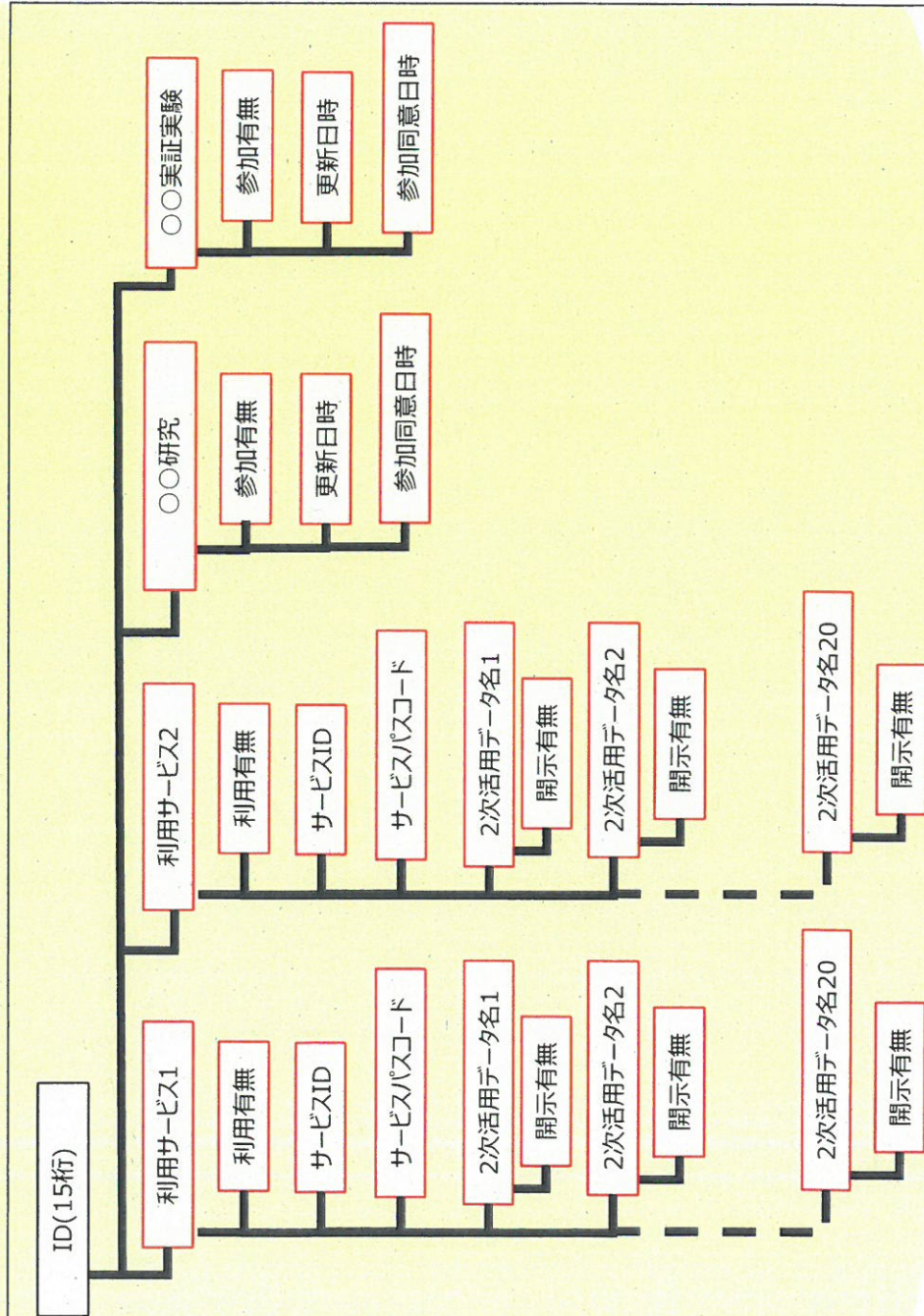
- ・ID⇒15桁
 - ・パスワードのハガキ発送日⇒YYYYMMDD
 - ・修正依頼日⇒YYYYMMDD
 - ・修正内容⇒100文字程度
 - ・催促メールの送信日⇒YYYYMMDD
- ※市役所側で、利用者を管理するための情報。

③親子関係情報テーブル

親が子供関係のサービスを登録した場合を想定

MY CONDITION KOBE DB

・利用者登録システム情報テーブル



④利用者登録システム情報テーブル

- ・ID⇒15桁(独自に附番想定)
- ・利用サービス1⇒サービス名
- ・利用有無⇒利用サービス1の利用状況
- ・サービスID⇒サービス毎の識別用ID
- ・サービスパスワード⇒サービス毎のパスワード
- ・2次活用データ名1⇒データ名称orデータ項目を想定
- ・開示有無⇒該当データの開示有無
- ・2次活用データ名2⇒データ名称orデータ項目を想定
- ・開示有無⇒該当データの開示有無
- ・2次活用データ名20⇒データ名称orデータ項目を想定
- ・開示有無⇒該当データの開示有無
- ※2次活用データとしては、最大20を想定

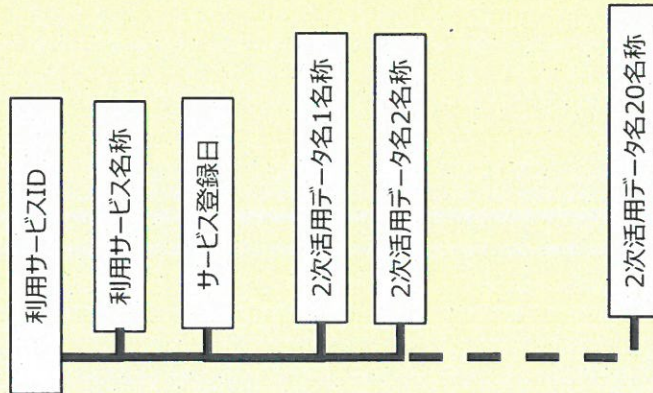
- ・○○研究⇒モニター募集する研究の名称
- ・参加有無⇒参加有無
- ・更新日時⇒参加有無を更新した日時
- ・参加同意日時⇒参加有無を選択した日時
- ※一度、参加有にしたり人が参加無にした場合がわかるような想定

- ・○○実証実験⇒モニター募集する実証実験の名称
- ・参加有無⇒参加有無
- ・更新日時⇒参加有無を更新した日時
- ・参加同意日時⇒参加有無を選択した日時
- ※一度、参加有にしたり人が参加無にした場合がわかるような想定

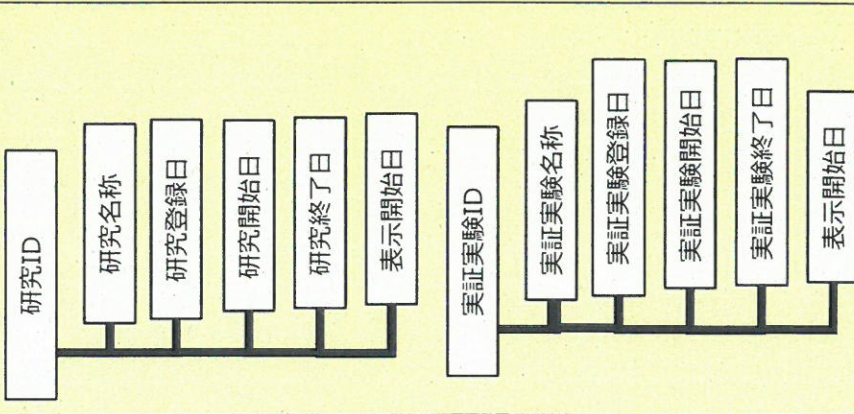
※利用サービスの管理、2次活用データの管理
実証実験の参加同意の管理などで、利用者のシステム情報の管理。

MY CONDITION KOBE DB

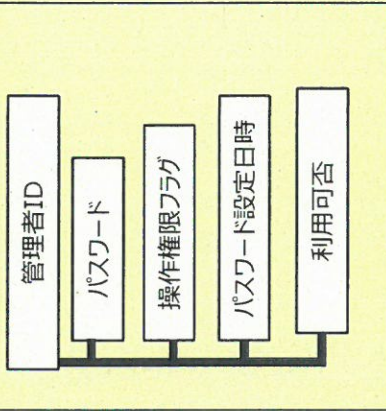
・サービスマスターテーブル



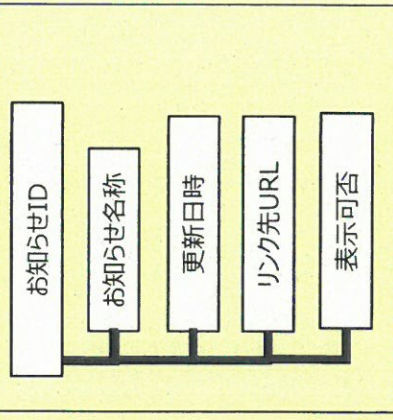
・研究、実証実験マスターテーブル



・管理者マスターテーブル



・お知らせマスターテーブル



- ④ サービスマスターテーブル
- ・利用サービスID⇒利用サービス識別ID
 - ・利用サービス名称⇒利用者ポータルWeb表示用
 - ・サービス登録日⇒システム管理Webで登録した日
 - ・2次活用データ名1名称⇒利用者ポータルWeb表示用
 - ・2次活用データ名2名称⇒利用者ポータルWeb表示用
 - ・2次活用データ名20名称⇒利用者ポータルWeb表示用

⑤ 研究、実証実験マスターテーブル

- ・研究ID⇒研究識別ID
- ・研究名称⇒利用者ポータルWeb表示用
- ・研究登録日⇒システム管理Webで登録した日
- ・研究開始日⇒研究の参加申し込み開始日
- ・研究終了日⇒研究の参加申し込み終了日
- ・表示開始日⇒利用者ポータルWeb表示開始日
- ・実証実験ID⇒実証実験識別ID
- ・実証実験名称⇒利用者ポータルWeb表示用
- ・実証実験登録日⇒システム管理Webで登録した日
- ・実証実験開始日⇒実証実験の参加申し込み開始日
- ・実証実験終了日⇒実証実験の参加申し込み終了日
- ・表示開始日⇒利用者ポータルWeb表示開始日


⑥ 管理者マスターテーブル

- ・管理者ID
- ・パスワード⇒一度利用したものの再利用できない
- ・操作権限フラグ
- ・パスワード設定日時⇒6ヶ月毎に更新が必要
- ・利用可否⇒アカウント有効無効設定

⑦ お知らせマスターテーブル

- ・お知らせID⇒お知らせ識別ID
- ・お知らせ名称⇒利用者ポータルWeb表示用
- ・更新日時
- ・リンク先URL
- ・表示可否⇒利用者ポータルWeb表示への表示可否

子どももの情報閲覧サービス（画面イメージ）



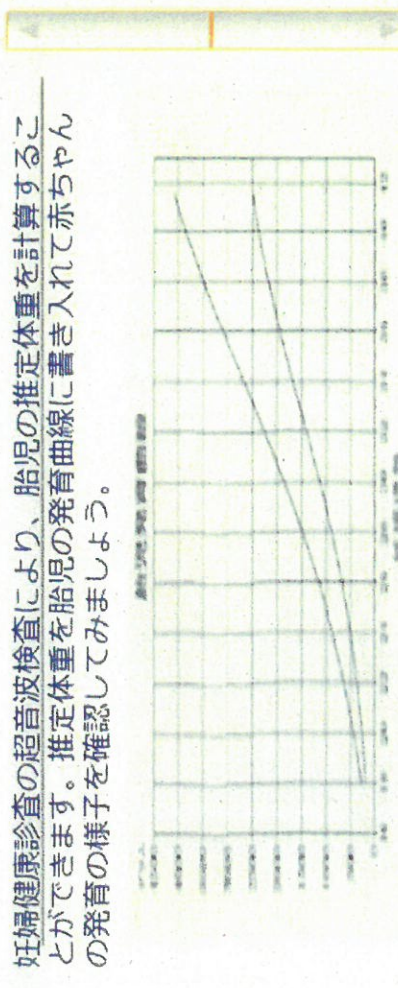
母子健康手帳詳細

太郎さんのマイカルテ

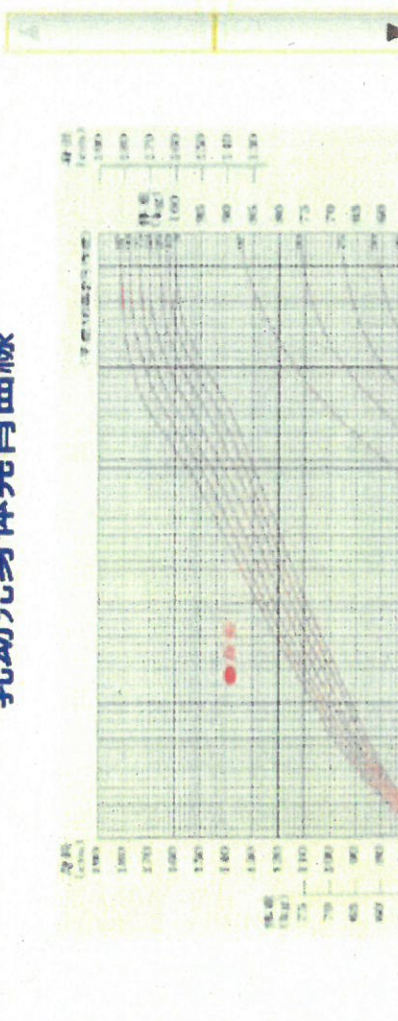
母子健康手帳読み物

胎児の発育について

妊婦健康診査の超音波検査により、胎児の推定体重を計算することができ、推定体重を胎児の発育曲線に書き入れて赤ちゃんの発育の様子を確認してみましょう。



乳幼児身体発育曲線



神戸市におけるヘルスケア関連の実証実験／研究開発を行う事業者の要件

項目	内容	備考
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸市民の健康増進に寄与すること ・事業展開・広告知の際には神戸市との連携事業である旨を明示すること ・新規にヘルスケア関連の製品やサービスを創出すること、または既存のヘルスケア関連の製品やサービスの質を向上させること 	事業に健康増進の目的がなく、専ら利益追求があると認められる場合は、当該実証実験または研究を実施することはできない（後に判明した場合には中止を求められることができる）
利益還元	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸市民に対して一定の利益を還元すること。以下に例を示すがこれらに限られない。 例1）当該実証実験または研究で得られた製品やサービスを、一定期間、市民に無料または安価で提供する（若しくは得られた製品やサービスに係る知的財産権について市民サービスに実施する範囲で市に非独占的な利用許諾をする） 例2）市民へ教育の機会を提供する 例3）当該実証実験または研究の結果について、十分なフィードバック情報を市又は市民に提供すること 	
学術機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・学術機関との共同研究として実施すること 	
経営面の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・法人格を持つこと ・賠償請求に対応できる能力があることまたはサイバー保険に加入していること ・別紙に示す要件を有していること 	
業務能力	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー及びセキュリティに関するポリシーを策定していること ・匿名加工データは原則対象としないが、仮に匿名加工データを利用する場合には原則として ISMS 又は Pマークの取得を要する 	
データの管理	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者側で匿名加工データの取り扱いが原則しない ・学術機関から分析後のデータの提供を受けることはできる ・分析後のデータであっても、神戸市の事前の承諾なし 	分析後のデータには個人情報を含まない

	<p>に第三者に提供しないこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データの利用状況を神戸市に報告すること ・当該実証実験または研究において、データの漏洩、紛失等の事故が発生した場合には、当該事故原因の究明及びその解決のために神戸市に協力すること 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸市の社会的評価を低下させるものでないこと ・神戸市の政治的公平性を担保するとともに、事業者も当該実証実験または実験において一定の政治的立場に基づく活動を実施しないこと ・連携先学術機関及び神戸市の倫理審査委員会の承認を得ること 	