

様式A（6）

厚生労働科学研究費
厚生労働行政推進調査事業費

補助金事業実績報告書

令和8年 5月 29日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~
~~（国立保健医療科学院長）~~ 殿

（研究代表者又は補助金の交付を受ける研究分担者）

所属機関名	国立大学法人 東北大学
部署・職名	大学院医学系研究科 教授
氏名	中山 雅晴
自宅住所	〒980-0801 宮城県仙台市青葉区木町通 2-1-7-1102

交付決定日及び文書番号：令和7年5月27日 厚生労働省発健生0527第6号

補助事業名：令和7年度

厚生労働科学研究費
厚生労働行政推進調査事業費

 補助金（腎疾患政策研究事業）

研究課題名（課題番号）：医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究（23FD1002）

研究実施期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日まで
（3）年計画の（3）年目

上記補助事業について、厚生労働科学研究費補助金等取扱規程（平成10年4月9日厚生省告示第130号）第16条第1項の規定に基づき下記の書類を添えて報告します。

記

- 1. 収支決算書（別紙イ）
- 2. 取得設備・備品一覧表（別紙ロ）

作成上の留意事項

- 1. 宛先の欄には、規程第3条第1項の表第7号及び第23号の右欄に掲げる一般公募型及び若手育成型については国立保健医療科学院長、同表第22号の右欄に掲げる一般公募型及び若手育成型については国立医薬品食品衛生研究所長を記載する。
- 2. その他
 - (1) 手書きの場合は、楷書体で記入すること。
 - (2) 金額等は、アラビア数字で記入すること。
 - (3) 日本産業規格A列4番の用紙を用いること。各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えない。

(別紙イ)

収支決算書

(1) 総括表

(単位：円)

	直接経費内訳						間接経費	合計	
	物品費	人件費・ 謝金	旅費		その他				小計
			うち 外国旅費	うち 委託費					
(1)総事業費	226,193	2,581,659	397,370	0	437,778	0	3,643,000	1,092,000	4,735,000
(2)寄付金その 他の収入額									0
(3)差引額 (1)-(2)							3,643,000	1,092,000	4,735,000
(4)補助金対象 経費実支出額	226,193	2,581,659	397,370	0	437,778	0	3,643,000	1,092,000	4,735,000
(5)交付基準額							3,643,000	1,092,000	4,735,000
(6)補助金 所要額							3,643,000	1,092,000	4,735,000
(7)交付決定額	593,000	2,500,000	250,000	0	300,000	0	3,643,000	1,092,000	4,735,000
(8)受入済額									4,735,000
(9)返還額 (8)-(6)									0

(2) 研究者別内訳

研究者			直接経費		間接経費 譲渡額	備考
所属機関・ 部署・職名	氏名	研究者番号	交付申請書に 記載の補助金 額	実支出額		
東北大学・大 学院 医 学 系 研 究 科・教授	中山 雅晴	40375085	3,643,000	3,643,000	1,092,000	
東北大学・大 学院 医 学 系 研 究 科・准教授	宮崎 真理子	60594695	0	0	0	

東北大学・病院・教授	石井 正	00650657	0	0	0	
計	3 名		3,643,000 円	3,643,000 円	1,092,000 円	

※（２）は、研究分担者が不在の場合は削除すること。

作成上の留意事項

- 各欄の記入については、交付申請書に相当欄がある項目は、それに準ずること。また、交付決定額の各欄について、経費変更が承認された場合は、承認後の額を記入すること。
- 消耗品及び旅費において他の経費を加えて合算使用を行った場合は、「補助金対象経費実支出額」欄には、合算する他の経費の額は含まないこと。
- 「旅費」の内数として、「外国旅費」の金額を記載すること。また、外国旅費を使用した場合には、外国旅費記録書（別紙１）を添付すること。
- 「その他」の内数として、「委託費」の金額を記載すること。また、委託費が直接経費の50%を越える場合は、その理由書（様式任意）を添付すること。
- 「(1)総括表」の「(2)寄付金その他の収入額」の欄の額は、研究事業に対する指定寄付金のほか、研究事業で取得した物品のうち不用となった物品の当該年度における売払代金及び補助金の交付により生じた預金利息等も含まれること。
- 「(6)補助金所要額」欄の直接経費の小計額及び間接経費の額は、「(3)差引額」、「(4)補助金対象経費実支出額」及び「(7)交付決定額」のうち、いずれか少ない額を記入すること。なお
 - 千円未満の端数がある場合は、その端数は切り捨てること。
 - 「(6)補助金所要額」欄の間接経費の額が、直接経費の小計の30%を超える場合は30%の額とする。
 - 研究代表者は、当該研究課題に係る研究代表者及び補助金の交付を受ける研究分担者が精算を要する補助金額の総額を、精算所要額総括書（別紙２）に記載し添付すること。
- その他
 - 手書きの場合は、楷書体で記入すること。
 - 金額等は、アラビア数字で記入すること。
 - 日本産業規格A列4番の用紙を用いること。各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えない。

(別紙ロ)

取得設備・備品一覧表

(1) 補助事業において取得・製造した設備・物品（該当がない場合には「名称」欄に「該当なし」と記入すること。）

名 称	仕 様	数量	取得等年月日	製造・取得価格	設置場所（住所）	備考
該当なし						

作成上の留意事項

1. 取得設備・備品の計上について
製造又は取得した単位毎に計上する。ただし、設備・備品に組み入れられたものであっても、単体でも使用できる備品については、一品毎に内訳として計上する。
2. 製造・取得価格について
50万円以上の設備・備品を計上する（据付費及び付帯経費は除く）。
3. 計上した設備・備品を所属機関へ無償譲渡するに当たっては、「厚生労働科学研究費補助金等により取得した財産の取扱いについて」（平成14年6月28日厚科第0628003号厚生科学課長決定）に基づき、必要な事務手続に遺漏がないよう留意すること。
4. 価格が50万円以上の機械器具等を購入した場合は、次の関係書類を添付すること。
（ア）賃借が不可能な場合は、それを証明できる書類（理由書等でも可）
（イ）賃借より購入した方が安価な場合は、それぞれの額が分かる資料（見積書等）

(2) 補助事業において効用の増加がなされた設備・備品（該当がない場合には「名称」欄に「該当なし」と記入すること。）

名 称	仕 様	数量	効用の増加 年月日	設備・備品の額		設置場所（住所）	備考
				増加前	増加後		
該当なし							

作成上の留意事項

1. 効用の増加がなされた設備・備品の計上について
効用の増加がなされた設備・備品毎に計上する。ただし、設備・備品に組み入れられたものであっても、単体でも使用できる備品については、一品毎に内訳として計上する。
2. 設備・備品の額について
50万円以上の効用の増加がなされた設備・備品を計上する（据付費及び付帯経費は除く）。
3. 計上した設備・備品を所属機関へ無償譲渡するに当たっては、「厚生労働科学研究費補助金等により取得した財産の取扱いについて」（平成14年6月28日厚科第0628003号厚生科学課長決定）に基づき、必要な事務手続に遺漏がないよう留意すること。

精 算 所 要 額 総 括 書
(実績報告書添付用)

研究代表者名：中山 雅晴

研究課題名：医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究
(23FD1002)

上記の研究課題について、国庫補助金の精算所要額の総額は以下のとおりである。

精算所要額（総額）：金 4,735,000円也（うち間接経費 1,092,000円）

(研究者別内訳)

① 研究者名 (研究代表者及び補助金の交付を受ける研究分担者)	② 分担した研究項目	③ 所属研究機関及び職名	④ 精算所要額(円)	⑤ うち間接経費(円)
中山 雅晴	研究統括、調査、解析	東北大学・大学院医学系研究科・教授	4,735,000	1,092,000

※研究代表者が代表して作成し、様式A（6）に添付して提出すること（補助金の交付を受ける研究分担者がいない場合も作成のうえ、提出すること）。
※当該研究課題について、研究代表者及び補助金の交付を受ける研究分担者が精算を要する補助金額の総額を記入すること。

目 次

I. 総括研究報告

医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究	1
中山 雅晴	

II. 研究成果の刊行に関する一覧表	11
--------------------	----

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

総括研究報告書

医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究

研究代表者 中山 雅晴・東北大学 大学院医学系研究科 教授

研究要旨：

本研究では、災害時に自施設における透析が不可となり他施設に透析を依頼する際、平時における患者情報の中でどの情報が共有すべき重要な項目か、またどのようにしてその情報を共有するか等について、透析医療に従事する多職種スタッフに調査を行い、明らかにすることを目的とする。さらに、透析患者側についても調査を行い、災害時に「知っておいて欲しい情報」および「自分自身でも知っておきたい情報」などを明らかにする。また、地域医療連携システム等、透析情報ネットワークを持つ地域、逆に持たない地域における全国調査も行い、文献的考察も加えながら、感染パンデミックを含む災害時における透析患者管理に必要な情報の特定とそれを支えるインフラの有様を明らかにし、課題の抽出および解決への提言へつなげていくことを目標とする。さらに、今後活用が期待されるPersonal Health Record (PHR)の利用による患者－透析施設間の情報共有の改善効果も検討する。昨年度、宮城県で行った全透析施設対象にアンケート調査を奈良県および三重県に拡大し、医療スタッフおよび患者からの意見を収集、解析した。追加で、災害時における透析時間の短縮に関して文献的考察を行い、また令和6年1月に発生した能登半島地震下の影響についてもインタビューにより情報を収集した。

研究分担者：

宮崎 真理子

東北大学 大学院医学系研究科 准教授

石井 正

東北大学 病院 教授

必要と言われる情報（US National Kidney Foundation 提案）をほぼ網羅していることも併せて報告した。

本研究では、災害時における透析患者対応を念頭に、MMWIN を始めとする地域連携システムや情報共有システムにおいて、どういった患者データを共有することが有効かについて多職種スタッフに調査を行い、項目ごとの優先度を明らかにする。また、患者側についても調査を行い、「知っておいて欲しい情報」および「自分自身でも知っておきたい情報」などを明らかにする。また、同様な透析情報ネットワークを持つ地域、逆に持たない地域における全国調査も行い、文献的考察も加えながら、感染パンデミックを含む災害時における透析患者管理に必要な情報の特定とそれを支えるインフラの有様を明らかにし、課題の抽出および解決への提言へつなげていくことを目標とする。さらに、今後活用が期待される Personal Health Record (PHR)の利用による患者－透析施設間の情報共有の改善効果も検討する。

A. 研究目的

宮城県における全県型地域医療情報ネットワーク Miyagi Medical and Welfare Information Network (MMWIN) は、災害に備えた診療情報のバックアップシステムであるとともに、平時には医療施設間の情報共有インフラとして活用されている (Ido 2019)。宮城県内約 6 割の病院が加入し、データバックアップとしての延べ人数は約 1500 万人分を超える。こういった地域連携システムの多くは採血検査や処方データの共有が中心となるが、MMWIN では文書連携を可能にしており、透析関連施設は日々の透析記録をアップロードしていることが特長である。県内の透析患者の約半数が既に登録しており、診療所－病院間におけるシームレスな連携に一役買っている (Ido 2022)。さらに、我々は MMWIN で確認できるデータが災害時の透析患者管理に

B. 研究方法

令和5年度の宮城県における調査に引き続き、令和6年度は奈良県、三重県内の透析施設の調査を行い、令和7年度は宮城、奈良、三重県との結果を比較した。本研究は医療機関のみならず患者側の視点を取り入れることで、患者管理に重要と思われるデータ項目の差異を明らかにし、患者目線を考慮した診療体制の確立のための提言へつなげる。また、対策のコストをいかに抑えながら効果を上げられるかという見地からも論点を整理する。最終年度からは透析ネットワークやEMISなどの情報連携システムについて関連各所と議論し、解決すべき問題点を明らかにする。今後整備の進む「全国医療情報プラットフォーム」における情報共有の論点も整理する。これらの検討を経て、実現可能な提言を様々な学会で提案し、共通の認識を確立する。

令和7年度には、令和6年能登半島地震時の対応について、実際に病院や施設を訪問し、当日対応した医師、看護師、臨床工学技士、事務長などと意見交換を行った。また、複数の学会で口演やポスター発表を経て、意見交換を進めた。

倫理面への配慮

本研究は侵襲性のある介入はなく、ヒトゲノムの情報も利用しない。但し、要配慮個人情報にあたる医療情報を利用することから、対象患者には事前の同意を得てから利用することを遵守する。また、データの提供や受取には日時等の管理を徹底し、終了後の保存義務期間が経過したら廃棄する。同意に関しては、不参加が対象者において不利益が生じないことや途中で撤回できる旨も説明して取得する。情報流出に関しては細心の注意を持って取り組む。

C. 研究結果

1) アンケート調査

令和5年度に東北大学医学部倫理委員会へ申請し、承認（2023-1-890）を得たアンケートをもとに、宮城県、奈良県、三重県内の全透析施設を対象としてアンケート調査を実施した。対象は、各施設の透析医・腎臓内科医のほか、臨床工学技士、看護師、薬剤師、事務員等の多職種とした。平時における患者情報の記載・管理・共有方法、災害時の対応方法とその対策、患者への連絡方法、他施設に透

析患者を依頼する方法、患者情報の共有内容に関する意見、地域連携システムや全国医療情報プラットフォームの活用、災害時に必要と思われる患者情報の内容などについて回答を得た。回答は、宮城県71施設から有効回答383名、奈良県54施設から有効回答227名、三重県61施設から有効回答168名であった。

今年度は、三重県における調査結果を解析した。職種の内訳は、医師6%、看護師57%、臨床工学技士35%、事務担当2%であった。全体としての職歴は 20.3 ± 11.4 年（平均±標準偏差）であり、そのうち透析に関わった年数は 12.9 ± 10.0 年であった。災害経験がある回答者は8%で、具体例として、東日本大震災のほか、大阪府北部地震、阪神・淡路大震災、能登半島地震が挙げられた。

院内における患者情報は、電子カルテ、紙カルテ、透析記録、患者カード、透析機器からのデータ等により共有されていたが、その内容を患者と共有している割合は全体で39%であった。また、災害発生時に患者との情報共有手段として想定しているものは、貼り紙、ホームページ、伝言サービスなどが中心であり、メールやSNSによる直接のやり取りは稀であった。

自施設で透析実施が困難となった際に依頼する施設が決まっていると回答した医療者は17%（系列施設8%、地域中核病院8%、その他1%）であり、災害時に決めるという回答は35%を占めた。想定訓練は43%の施設で行われていた。他院に透析を依頼する際の共有情報と伝達手段については、「情報は決まっており、手段も確立している」という回答が40%、「情報は決まっているが、手段は定まっていない」という回答が27%、「手段は確立しているが、情報は定まっていない」という回答が4%であった。

共有すべき情報としては、透析情報（ドライウエイト、抗凝固薬、ダイアライザ等）のほか、感染症、禁忌薬、アレルギー情報へのニーズも高かった。透析時に必要な情報として「過去3回分の透析記録と採血検査結果」が必要であるという意見には、回答者の92%が同意した。また、日本透析医会災害時情報ネットワークについては、74%が活用していると回答した。マイナポータルや全国医療情報プラットフォームにおける透析情報の共有については72%が、地域連携ネットワークにお

ける情報連携については 81%が有用であると回答した。また、PHR についても、76%がその有用性に期待していた。令和 6 年 1 月の能登半島地震を受け、災害対応の見直しを改めて検討するという回答は 88%にみられた。

透析患者も対象として、各施設にアンケート調査への協力を依頼し、多くの回答を得た。以下に、三重県における患者対象調査の解析結果を示す。有効回答数は 134 名であった。質問内容は、医療情報の把握状況、被災時の対応や他施設での透析経験の有無、情報共有を希望する項目、透析施設の災害対策に関する意見、PHR、地域連携システムおよび全国医療情報プラットフォームに対する認知度や期待などであった。

回答者の年齢は 64.6 ± 10.9 歳で、男性が約 65%であった。透析年数は 12.1 ± 10.2 年であった。透析回数は、週 3 回・1 回あたり 4 時間が最多であった。9%の回答者に被災経験があったが、通院施設で透析を受けることができなかった経験はなかった。情報伝達の手段としては、お薬手帳の所持が最多 (90%) であり、透析患者カード (48%)、自分の透析記録 (34%) が続いた。他施設に紹介される際に、情報が正しく伝わっているか気になると回答した人は 63%に上った。知ってほしい情報としては、普段の透析条件が最多 (90%) で、次いで薬剤 (56%)、ドライウェイト (33%) であった。

普段使用しているメールやソーシャルネットワークサービスについては、メールが 51%、LINE が 67%と利用率が高かった。また、災害時にもこれらを介した連絡を望む回答者は 76%であった。マイナポータルや全国医療情報プラットフォームについて、知っている、もしくは利用している人は 46%であり、透析情報の共有については、77%が「絶対に必要」または「どちらかという必要」と回答した。地域連携ネットワークについても 84%が有用と回答し、PHR における透析情報の共有には 65%が同意した。

今回の能登半島地震をみて不安を覚えた人は 67%であった一方、通院施設を信頼しているため特に意識の変化はないという意見も 29%みられた。

現在、三重県の解析結果を宮城県および奈良県の結果と比較し、論文を投稿中である。当初の計画どおり、透析患者に必要な情報の同定、その共有方法、訓練ではない現実的な

検証の有無、透析の継続や患者移送を支えるインフラとサポート体制の有無、コストパフォーマンスを考慮した将来的な準備、全国における均てん化の方法、患者目線との比較や満足度、情報伝達方法、高齢者や社会的弱者への対応などへ展開できるよう取り組み、学会における議論や提言を進めていく。

2) 能登半島地震における対応

令和 6 年度には、能登半島地震で対応した透析施設の医師へオンラインインタビューを行い、今回の研究で得られた知見に意見を求めた。ご多忙のところ快く対応していただき、心より感謝申し上げます。地震発生時には、紹介状や FAX を用いて情報を提供し、看護サマリが、入院や血管アクセス部位および透析におけるトラブルなど、半年以内に起きたイベントを中心に確認ができたことが大変有用であったと回答があった。また、地域連携システムに加入している施設に関しては、システムにより薬剤情報などで確認した例の提示があった。また、医師間の個別連絡が有益である旨も伝えられた。透析患者受け入れにあたり、透析時間は 4 時間から 3 時間へと短縮し、ダイアライザーや抗凝固剤は問題がない限り一律に対応したという回答があった。その際、東日本大震災において宮城県内の透析施設が行ったやり方を踏襲したとのことであった。今年度は、公立能登総合病院やみずほ病院、田谷泌尿器科医院に伺い、震災時の対応について当日対応した医師、看護師、臨床工学技士、事務長などと議論を深めた。また、災害対応の際に受け入れを望む施設と対応できる施設におけるマッチングに関しては、金沢医大腎臓内科古市教授主導でアプリケーションが開発され、概要を伺った。情報共有に関しても透析記録のクラウドへのアップロードを検討中とのことであり、本研究に関する意見交換を進めることができた。

日付	形式	対象者	所属	主な聴取事項
2025/10/30	訪問	越野慶隆先生、猪坂幸司様、古市賢吾先生	みずほ病院 金沢医科大学	石川県透析連絡協議会の訓練、振り分けシステム、通信手段の検討
2025/10/30	訪問	上木修先生、山端潤也先生他	公立能登総合病院	被災地側の状況、地域医療支援・看護部門の視点
2025/10/31	訪問	田谷正樹先生、木下正樹様、天野俊樹様	田谷泌尿器科医院	加賀地域の受け入れ・支援側の運用

以下要点をまとめると、調査内容からは、患者の直接来院を前提とした従来運用だけでは、停電・通信途絶・交通制約・受け入れ先調整の遅延に対応しきれないことが示された。円滑な透析継続には、患者情報サマリの標準化、紙と IT の併用、複数の連絡手段、受け入れ施設の状況把握、振り分け支援システムの実装が重要である。インタビューに共通した観点をまとめたものを以下に示す。項目としては、情報共有、患者振り分け、透析条件、今後の準備に分けられる。

観点	要点
情報共有	紹介状・FAX・LINE・MCA 無線・ID-Link 等が併用された。停電時には電子カルテが使えず、代替案が必要であった。
患者振り分け	能登から約 400 人が対象となり、県・DMAT・透析連絡協議会等による輸送・受け入れ調整が行われた。最終判断は人が担う前提で、支援システム化が検討されている。
透析条件	透析時間短縮、ダイアライザーや抗凝固薬の統一など、災害時運用として条件を簡略化・標準化する場面があった。
今後の準備	患者カード・透析手帳・電子サマ리를最新化し、災害時に患者・施設双方が参照できる仕組みを整える必要がある。

災害に備えた体制整備が必要であり、実災害では行政や DMAT との連携や輸送手段の確立などが重要であることを強調された。また、災害時の紹介状作成や受け入れ判断を迅速化するため、平時から以下の情報をサマリ化し、紙と電子の両方で更新・保管することが望ましいとの意見があった。具体的な項目を列挙する。

- ① 基本情報：氏名、生年月日、連絡先、緊急連絡先、避難先、かかりつけ透析施設、主治医、家族・キーパーソン。
- ② 透析条件：透析曜日・時間、透析モード、透析時間、透析膜、ダイアライザー、ドライウェイト、抗凝固薬、穿刺条件、透析中に必要な処置。
- ③ 医療情報：病名リスト、投薬内容、アレルギー、感染症情報、直近の血液検査、

直近の入院・血管アクセス・トラブル歴。

- ④ 看護・生活情報：ADL、自立歩行可否、認知機能、コミュニケーション上の配慮、介助者の有無、車椅子・歩行器、通院手段。
- ⑤ 災害時情報：患者の被災状況、自宅の状況、避難場所、長期滞在見通し、帰宅・転院可能性。
- ⑥ 更新管理：最終更新日、更新者、災害時に参照する紙媒体の所在、電子版へのアクセス方法。

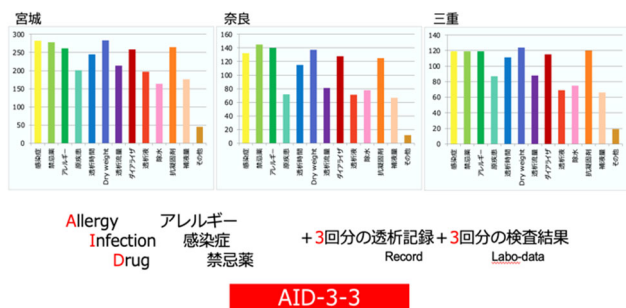
また、「災害に対する備え」としては以下のようにまとめられた。

- ① 患者携行ツールを標準化する：透析条件を記した手帳・カードを患者が常時携行し、月次または条件変更時に更新する。停電・通信途絶時にも読める紙媒体を残す。
- ② 電子情報は「災害時に開ける」設計にする：クラウド保管や地域共有システムを整備するだけでなく、非常時の権限、ログイン方法、オフライン時の閲覧、写真登録の手順を実地訓練で確認する。
- ③ 連絡手段を多重化する：電話、メール、LINE 等の SNS、FAX、MCA 無線、衛星通信を組み合わせる。施設間連絡と患者連絡を分け、連絡不能者への追跡手順を定める。
- ④ 受け入れ調整はシステム支援＋人の判断にする：振り分けアプリは候補提示と情報集約に活用し、医療的妥当性、移動可能性、家族・介護状況、地域事情を踏まえた最終判断は担当者が行う。
- ⑤ 訓練は入力・権限・復旧まで確認する：単なる連絡訓練ではなく、スプレッドシートへの入力、誤入力時の修正、閲覧モード解除、通信断時の代替手段、バックアップ出力まで検証する。
- ⑥ 急性期後の長期避難を計画に組み込む：2 週目以降は病床、後方支援病院、介護施設、料金・ルール、移動困難者の対応が問題化するため、慢性期の受け入れ・再振り分け計画を事前に整備する。

3) 提言

これまでの検討を踏まえて、災害時の情報共有のために常日頃準備するものを整理すると、アレルギー情報 (Allergy)、感染症情報 (Infection)、禁忌薬 (Drug) + 直

近 3 回分の透析記録および直近 3 回分の採血検査結果としてまとめられ、AID-3-3 という名前をつけ、啓蒙していくことを提言する。



本項目は、電子カルテを介して、アレルギー、感染症、禁忌薬の情報を集めることが可能であり、地域連携システムもその一助となり、PHR もその観点から情報を収集することが必要である。また、紙媒体であれば、透析情報の他にこれらを含める患者カードや透析カードの確立が望ましい。3 回の透析記録および検査結果に関しては、紙で出力している施設も多いと思われるが、採血検査結果は、全国医療情報プラットフォーム、地域医療連携システム等で既に共有可能である。もちろん紙媒体で患者さんに提供している施設も多い。問題は透析情報であるが、厚生労働省科研費岡田班（HL7 FHIR を用いた汎用性の高い情報利活用の方法論の確立と実装に向けた課題整理と対応策の検討に関する研究）が全国医療情報ネットワークで共有するための FHIR フォーマットを策定しており、標準化されている。前述のように MMWIN でも透析記録をシステムにアップロードしており、必要な時に該当施設もしくは受け入れ施設が適宜ダウンロードできる仕組みになっており、横展開は十分可能である。

また、近年普及が期待される PHR にも AID3-3 の情報を保持することが望まれる。研究代表者は既に開発した PHR においてアレルギー、感染症、禁忌含む薬剤情報の他に、透析条件を含めることを実現している。

A. 考察

1) アンケート調査

今年度は、奈良県と三重県内の透析施設にアンケートを行い、貴重な回答を医療関係者のみならず患者側からも得ることができたことに対して協力施設の方々に深く感謝する。解析は三重県に対して行った。通常の情報共有の手段として、院内において患者情報は電子カルテ、透析記録、患者カード、地域連携システム、透析機器からのデータ等共有するが、その内容を患者と共有している割合は 3 割程度であることがわかった。現段階では、共有する医療情報が少ないことを示している。情報共有媒体としてはお薬手帳の所有が 9 割近くを占めており、調剤情報が情報共有の典型例である。

災害時自施設で透析が不可になった際、他院に透析を依頼する際は、情報も決まっており、手段も確立しているという回答が 40%、情報は決まっているが手段が定まっていないという回答が 27%、逆に手段は確立しているが情報は定まっていないというのが 4%にみられた。自施設で透析が不可となった際に依頼する施設に関しては決まっていると答えた医療者が 17%で、災害時に決めるという回答は 35%を占めた。想定訓練は 43%が行っていた。患者情報に関しては、災害時にまず来院してもらうことが一般的であった。情報の項目に関しては、医療側は透析情報の他、感染症やアレルギー、禁忌薬情報などを重視視していた。また、透析時に必要な情報として過去 3 回の透析記録と採血検査結果という意見には、回答者の 92%が支持した。一方で患者側は自分の情報がきちんと伝達されているか不安を覚えるという声が 63%もあり、伝達内容と状況の可視化が望まれる。全国医療情報プラットフォームやマイナポータルを介する透析情報の共有に関して、医療関係者側からも患者側からも望む声が多かった。また、PHR についても希望する人は半数以上であった。今回の能登半島地震を受け、災害対応の見直しを改めて考えるという回答が医療側で 88%も得られた。改めて見直しが各施設で行われるものとする。

2) 能登半島地震における対応

本調査では、令和 6 年能登半島地震における透析医療継続の実際について、被災地側および受け入れ側の医療関係者から聞き取りを行った。その結果、災害時には停電、通信途絶、交通制限、受け入れ先調整の遅れなどにより、通常時と同じ運用では透析医療の継続が困難となることが示された。特に重要であったのは、患者情報の迅速な共有である。紹介状、FAX、看護サマリ、LINE、MCA 無線、地域連携システムなどが併用されており、直近の入院歴、血管アクセスの状況、透析中のトラブル、ADL などを確認できる看護サマリは、受け入れ判断に有用であった。一方で、停電や通信障害により電子カルテが使用できない可能性もあるため、患者情報は電子媒体だけでなく、紙媒体としても整備しておく必要がある。患者の振り分けでは、透析可能枠だけでなく、患者の病状、移動手段、介護状況、避難先などを総合的に判断する必要があった。振り分け支援システムは情報集約や候補提示に有効と考えられるが、最終判断は医療者や調整担当者が行う体制が望ましい。また、災害時には限られた医療資源の中で多くの患者を受け入れるため、透析時間の短縮や使用資材の標準化など、透析条件を簡略化する対応が行われていた。ただし、アレルギー、抗凝固薬の禁忌、血管アクセスの問題など、個別対応が必要な患者を把握できる情報整備が前提となる。

以上より、災害時の透析医療継続には、患者情報サマリの標準化、紙と電子の併用、連絡手段の多重化、受け入れ施設の状況把握、振り分け支援システムの整備が重要である。また、平時から患者カードや透析手帳を最新化し、実際に使用できるかを訓練で確認しておく必要がある。発災直後だけでなく、避難生活が長期化した場合の再振り分けや後方支援体制も含めた計画づくりが、今後の透析災害対策において重要である。

さらに、本研究で扱っている内容に関して、能登半島地震の経験を踏まえても同意できることを関係者から確認できたことは大きな収穫であった。また、情報共有のためのツールを開発しており、その具体的な運用方法と課題についてヒアリングできたことも有意義であった。詳細や実績については今後公表されるものと思われる。東日本大震災での経験や知見が活かされているとのコメントから、今

回の能登半島地震で培われた方法が全国へ伝わり、未知なる災害への対策となることを期待する。

3) 提言

本検討では、災害時の透析医療継続に必要な情報共有項目として、アレルギー情報、感染症情報、禁忌薬に加え、直近 3 回分の透析記録および直近 3 回分の採血検査結果を整理し、これらを「AID-3-3」として標準化・啓発していくことを提言した。

災害時には、患者が通常の透析施設で治療を受けられず、他施設で一時的に透析を受ける場面が想定される。その際、受け入れ施設が迅速かつ安全に透析を開始するためには、患者の基本的なリスク情報と直近の透析状況を短時間で把握できることが重要である。特に、アレルギー、感染症、禁忌薬は安全管理上不可欠であり、直近の透析記録や採血結果は、透析条件の調整や患者状態の評価に有用である。

AID-3-3 の情報は、電子カルテ、地域医療連携システム、全国医療情報プラットフォーム、PHR などを活用することで共有可能である。一方で、停電や通信障害が発生する災害時には、電子情報だけに依存することは不十分であり、患者カードや透析カードなどの紙媒体にも同内容を反映させる必要がある。紙と電子の双方で情報を保持することで、災害時の情報途絶に対する備えを強化できる。

また、透析記録については、FHIR フォーマットの整備や MMWIN での実装例が示すように、標準化と横展開が可能な段階にある。今後は、各施設が AID-3-3 を日常診療の中で更新・管理し、災害時に患者本人、かかりつけ施設、受け入れ施設が速やかに参照できる体制を構築することが求められる。

加えて、PHR に AID-3-3 の情報を保持することは、患者自身が災害時に必要情報を携行・提示できる点で有用である。透析患者の安全な治療継続を実現するためには、AID-3-3 を災害時情報共有の共通基盤として位置づけ、平時からの更新、標準化、訓練、普及啓発を進めることが重要である。

B. 結論

本研究により、災害時の透析医療継続には、患者情報を迅速かつ確実に共有できる体制整備が不可欠であることが明らかとなった。

特に、アレルギー情報、感染症情報、禁忌薬、直近 3 回分の透析記録および採血検査結果を「AID-3-3」として標準化し、平時から更新・共有することが重要である。今後は、紙媒体と電子媒体、地域連携システム、PHR 等を組み合わせ、患者・透析施設・受け入れ施設が災害時に必要情報を確実に参照できる仕組みを構築する必要がある。

C. 健康危険情報

間違った医療情報に基づく医療行為は重大な危険を伴うため細心の注意をもって取り組む。現在までのところ特に問題は生じていない。

D. 参考文献

1. 維持血液透析ガイドライン：血液透析処方透析会誌 46：587-632, 2013.
2. Shinzato T, Nakai S, Akiba T, Yamazaki C, Sasaki R, Kitaoka T, Kubo K, Shinoda T, Kurokawa K, Marumo F, Sato T, Maeda K. Survival in long-term haemodialysis patients: results from the annual survey of the Japanese Society for Dialysis Therapy. *Nephrol Dial Transplant*. 1997 May;12(5):884-8.
3. 日本透析医学会編. 血液透析患者の 6 年間の生命予後に関する因子. わが国の慢性透析療法の現況 日本透析医学会, 2000 ; 994-1000.
4. 鈴木一之, 井関邦敏, 中井滋, 守田治, 伊丹儀友, 椿原美治. 血液透析条件・透析量と生命予後—日本透析医学会の統計調査結果から—. *透析会誌* 2010 ; 43 :
5. Lacson E Jr, Brunelli SM. Hemodialysis treatment time: a fresh perspective. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011 Oct;6(10):2522-30.
6. T Tentori F, Zhang J, Li Y, Karaboyas A, Kerr P, Saran R, Bommer J, Port F, Akiba T, Pisoni R, Robinson B. Longer dialysis session length is associated with better intermediate outcomes and survival among patients on in-center three times per week hemodialysis: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant*. 2012 Nov;27(11):4180-8.
7. 峰島三千男、甲田豊、山川智之、喜田智幸、若井陽希、深澤瑞也、大濱和也、安田香、政金生人、川西秀樹、前田利朗、友雅司、中元秀友. 頻回・長時間透析の現状と展望 *透析会誌* 52 (9) : 497~531, 2019
8. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(5):884-930.
9. Brunelli SM, Chertow GM, Ankers ED, Lowrie EG, Thadhani R. Shorter dialysis times are associated with higher mortality among incident hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2010;77(7):630-6.
10. Flythe JE, Curhan GC, Brunelli SM. Shorter length dialysis sessions are associated with increased mortality, independent of body weight. *Kidney Int*. 2013 Jan;83(1):104-13.
11. Ashby D, Borman N, Burton J, Corbett R, Davenport A, Farrington K, Flowers K, Fotheringham J, Andrea Fox RN, Franklin G, Gardiner C, Martin Gerrish RN, Greenwood S, Hothi D, Khares A, Koufaki P, Levy J, Lindley E, Macdonald J, Mafrici B, Mooney A, Tattersall J, Tyerman K, Villar E, Wilkie M. Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC Nephrol*. 2019 Oct 17;20(1):379.
12. Saran R, Bragg-Gresham JL, Levin NW, Twardowski ZJ, Wizemann V, Saito A, Kimata N, Gillespie BW, Combe C, Bommer J, Akiba T, Mapes DL, Young EW, Port FK. Longer treatment time and slower ultrafiltration in hemodialysis: associations with reduced mortality in the DOPPS. *Kidney Int*. 2006 Apr;69(7):1222-8.
13. Hartley GH, Goodship TH, Hoenich NA, Hawkins T, Fawcett PR, McHugh MI, Tapson JS. Is decreased treatment time in hemodialysis patients harmful if solute clearance is maintained? *Int J Artif Organs*. 2002 Sep;25(9):844-51.
14. Dember LM, Lacson E Jr, Brunelli SM, Hsu JY, Cheung AK, Daugirdas JT, Greene T, Kovesdy CP, Miskulin DC, Thadhani RI, Winkelmayer WC, Ellenberg SS, Cifelli D, Madigan R, Young A, Angeletti M, Wingard RL, Kahn C, Nissenson AR, Maddux FW, Abbott KC, Landis JR. The TiME Trial: A Fully Embedded, Cluster-Randomized, Pragmatic Trial of Hemodialysis Session Duration. *J Am Soc Nephrol*. 2019 May;30(5):890-903.
15. 関田憲一. 阪神・淡路大震災後 1 年間の兵庫県下の維持透析患者の死亡状況-兵庫県透析医会第 3 回アンケート集計結果より *透析会誌* 30 (5): 309~314, 1997
16. <https://www.asahi-net.or.jp/~WG8Y-KUD/KD/2010jinyukai.pdf>
17. 一般社団法人日本透析医学会 東日本大

震災学術調査ワーキンググループ 東日本大震災学術調査報告書－災害時透析医療展開への提言

18. 県腎臓病患者連絡協議会まとめ 熊本日々新聞 2016年9月12日
19. 久木山厚子 医療施設における地震対策を考える－熊本地震の経験から－*Clinical Engineering* 29巻9号 pp.765-769.
20. Anderson AH, Cohen AJ, Kutner NG, Kopp JB, Kimmel PL, Muntner P. Missed dialysis sessions and hospitalization in hemodialysis patients after Hurricane Katrina. *Kidney Int.* 2009 Jun;75(11):1202-1208.
21. Kutner NG, Muntner P, Huang Y, Zhang R, Cohen AJ, Anderson AH, Eggers PW. Effect of Hurricane Katrina on the mortality of dialysis patients. *Kidney Int.* 2009 Oct;76(7):760-6.
22. Kelman J, Finne K, Bogdanov A, Worrall C, Margolis G, Rising K, MaCurdy TE, Lurie N. Dialysis care and death following Hurricane Sandy. *Am J Kidney Dis.* 2015 Jan;65(1):109-15.
23. Lurie N, Finne K, Worrall C, Jauregui M, Thaweethai T, Margolis G, Kelman J. Early Dialysis and Adverse Outcomes After Hurricane Sandy. *Am J Kidney Dis.* 2015 Sep;66(3):507-12.
24. Vanholder R, Sükrü Sever M, Lameire N. Kidney problems in disaster situations. *Nephrol Ther.* 2021 Apr;17S: S27-S36.
25. Solez K, Bihari D, Collins AJ, Eknayan G, Eliahou H, Fedorov VD, Kjellstrand C, Lameire N, Letteri J, Nissenson AR, et al. International dialysis aid in earthquakes and other disasters. *Kidney Int.* 1993 Sep;44(3):479-83.
26. He Q, Wang F, Li G, Chen X, Liao C, Zou Y, Zhang Y, Kang Z, Yang X, Wang L. Crush syndrome and acute kidney injury in the Wenchuan Earthquake. *J Trauma.* 2011 May;70(5):1213-7; discussion 1217-8.
27. Gibney RT, Sever MS, Vanholder RC. Disaster nephrology: crush injury and beyond. *Kidney Int.* 2014 May;85(5):1049-57.
28. Vanholder R, van der Tol A, De Smet M, Hoste E, Koç M, Hussain A, Khan S, Sever MS. Earthquakes and crush syndrome casualties: lessons learned from the Kashmir disaster. *Kidney Int.* 2007 Jan;71(1):17-23.
29. Vanholder R, Sükrü Sever M, Lameire N. Kidney problems in disaster situations. *Nephrol Ther.* 2021 Apr;17S:S27-S36.
30. Mendonca S, Bhardwaj S, Sreenivasan S, Gupta D. Is Twice-weekly Maintenance Hemodialysis Justified? *Indian J Nephrol.* 2021 Jan-Feb;31(1):27-32.
31. Sever MS, Ereğ E, Vanholder R, Kalkan A, Güney N, Usta N, Yılmaz C, Kutanis C, Turgut R, Lameire N. Features of chronic hemodialysis practice after the Marmara earthquake. *J Am Soc Nephrol.* 2004 Apr;15(4):1071-6.
32. 根木茂雄、龍田浩一、重松隆 災害時の透析医療と危機管理 *日腎会誌* 2013 ; 55 (4) : 534－538.
33. 山川智之ら. 慢性腎臓病患者（透析患者等を含む）に特有の健康課題に適合した災害時診療体制の確保に資する研究 総合研究報告書
34. 三重県「災害時の透析マニュアル」令和4年4月
35. 山上征二 害時透析医療-システム総論 透析会誌 28(7):1041-1048, 1995
36. Ghanbari, V., Ardalan, A., Zareian, A., Nejati, A., Hanfling, D., & Bagheri, A. (2019). Ethical prioritization of patients during disaster triage: A systematic review of current evidence. *International emergency nursing*, 43, 126-132.
37. Lempert, K., & Kopp, J. (2019). Renal Failure Patients in Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 13, 782-790.
38. 日本透析医会災害時情報ネットワーク <https://www.saigai-touseki.net/>
39. Wolfe RA, Ashby VB, Daugirdas JT, Agodoa LTC, Jones CA, Port FK. Body size, dose of hemodialysis, and mortality. *Am J Kidney Dis* 2000 ; 35 : 80-8.
40. Leavey SF, McCullough K, Hecking E, Goodkin D, Port FK, Young EW. Body mass index and mortality in healthier as compared with sicker haemodialysis patients : results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2001 ; 16 : 2386-94.
41. Port FK, Ashby VB, Dhingra RK, Roys EC, Wolfe RA. Dialysis dose and body mass index are strongly associated with survival in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2002 ; 13 : 1061-6.
42. 東日本大震災の透析患者への影響と震災の備えに関する調査 https://www.zjk.or.jp/material-book/download/7_53958cb5e2f85/upload/20140609-193109-4826.pdf
43. 栃木県災害時透析医療ガイドライン 令和

5年9月

E. 研究発表：

論文発表

1. Nakayama M, Ido K, Miyazaki M, Ishii T. Questionnaire Survey of Dialysis Patients and Medical Professionals Regarding Information Sharing During Disasters. Prehospital and Disaster Medicine. 2026 Mar; 41(S1): s40–s41.
2. Kawamura T, Kohno J, Kikuchi A, Arita R, Takayama S, Ishii T. Factors involved in the improvement of prolonged symptoms in patients with COVID-19 treated with Japanese traditional (Kampo) medicine: A single-center, prospective, observational study. Medicine. 2026 Mar; 105(12): e48084.
3. Ono R, Arita R, Takayama S, Kikuchi A, Akaishi C, Ishii T. Integrative strategy for Long COVID neuropsychiatric symptoms: A case report on Kamikihito and Bupleurum-Scutellaria formulas guided by pharmacological rationale. Explore (New York, N.Y.). 2026 Feb; 22(3): 103353-103353.
4. Nakano H, Inokuchi R, Inoue Y, Sekino M, Kakihana Y, Hattori N, Miyazaki M, Tokuhira N, Fujitani S, Toda Y, Ohchi Y, Morimatsu H, Ichiba S, Masuda Y, Nishida O, Abe T, Moriguchi T, Satoh K, Idei M, Nagata H, Doi K. Current Status of Continuous Renal Replacement Therapy in Japanese Intensive Care Units: A Multicenter Retrospective Observational Study. Blood Purif. 2026;55(1):1-12.
5. Kim SG, Chao CT, Vareesangthip K, Fung W, Miyazaki M, Ishigaki S, Kim J, Lee D, Park HC, Lee YK, Yoo KD; Korean Society of Nephrology Disaster Preparedness and Response Committee. From Dialysis to Destinations: Safe Travel Strategies for Patients With CKD. Kidney Int Rep. 2025 Oct 4;10(12):4162-4173.
6. Kobayashi S, Shiokawa Y, Nakayama M, Imai T, Ohe K. Design of an HL7 FHIR Profile for Electrocardiogram Data Exchange in Japan. Studies in health technology and informatics. 2025 Aug; 329: 1568-1569.
7. Chiba Y, Takahashi R, Makino R, Yoshida M, Okamoto K, Nagasawa T, Kato I, Ito S, Tanaka T, Miyazaki M. Influence of infection control for COVID-19 on nutrition in relatively healthy Japanese HD patients: a retrospective observational study. Clin Exp Nephrol. 2025 Jul;29(7):961-973

8. 宮崎真理子, 柴田浩明, 庄内千紘, 村田清仁. 巨大地震後の血液浄化療法のニーズと臨床工学技士に期待される役割. 日本血液浄化技術学会雑誌 33 (1) 61-62, 2025.

学会発表

1. Nakayama M. Handling of Nursing Care Information in Personal Health Records. MIE2026, 2026/5/25-28, Poster.
2. Mariko Miyazaki, Tetsuhiro Tanaka, Taizo Hirata, Jun Minakuchi, Manabu Tashiro, Masaaki Nakayama, Tomonari Sasaki, Sho Kato, Takayoshi Asakura, Masaomi Nangaku, Toshio Miyata. Development of an artificial intelligence(AI)-based software as a medical device(SaMD) to support the optimal ultrafiltration planning in hemodialysis treatment. WCN 2026. 2026/03/28, poster.
3. 中山 雅晴. 透析医療を確保する災害時広域連携の進歩と課題「災害時における透析情報の共有—アンケート調査から」. 第31回日本災害医学会総会・学術集会記念大会. 2026/3/20, 口演・シンポジウム.
4. 宮崎真理子. 透析医療を確保する災害時広域連携の進歩と課題「実際の大災害と大規模地震時医療活動訓練における透析患者の広域搬送で得られた課題」. 第31回日本災害医学会総会・学術集会記念大会. 2026/3/20, 口演・シンポジウム.
5. 丹野佳郎, 菅野武, 江川新一, 石井正. 「災害薬事」を科学する 2「東日本大震災石巻医療圏災害薬事コーディネーションシステム（メロンパンシステム）を基にした将来の災害時医薬品供給体制構築について」. 第31回日本災害医学会総会・学術集会記念大会. 2026/3/20, 口演.
6. Miyazaki M, Kimura T, Nakayama M, Tanaka T. Disaster prevention measures for dialysis treatment built up from the devastating disaster in Miyagi Prefecture, Tohoku region, Japan. APCN X TSN 2025. 2025/12/7, poster.
7. Nakayama M, Ido K, Miyazaki M, Ishii T. Disaster-Ready Hemodialysis Information Sharing: What to Share and How to Communicate. AMIA (アメリカ医療情報学会) 2025 Annual Symposium. 2025/11/17, Poster.
8. Hiro Putra Faisal, Nakayama M. Visualising Health Data in FHIR Format for Decision Making: Developing A Dashboard Application for Disaster Management in Indonesia. AMIA

(アメリカ医療情報学会) 2025 Annual Symposium. 2025/11/17, Poster.

9. 宮崎真理子. 検証と訓練から災害時の血液浄化の備えをしよう. 第 11 回北海道・東北臨床工学会 2025/11/15, 基調講演
10. 宮崎真理子. 自分の健康を守りながら、医師・医療者として働くために「多様性の尊重が未来への扉を開く」. 第 55 回日本腎臓学会東部学術大会. 2025/9/28, 口演.
11. 中山 雅晴, 宮崎 真理子, 井戸 敬介, 石井 正. 医療者および患者からみた災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備. 第 70 回日本透析医学会学術集会・総会. 2025/6/29, 口演.
12. 宮崎真理子, 岡田美保子, 菊地勘, 峰島三千男, 山川智之, 長沼俊秀. 透析情報標準 HL7 FHIR 規格「透析医療情報の標準化推進がもたらす透析医療連携の今後」. 第 70 回日本透析医学会学術集会・総会. 2025/6/29, 口演.
13. 菊地勘, 長沼俊秀, 峰島三千男, 山川智之, 宮崎真理子, 岡田美保子. 透析情報標準 HL7 FHIR 規格「透析医療におけるデジタルトランスフォーメーション (DX) の現状と今後への期待」. 第 70 回日本透析医学会学術集会・総会. 2025/6/29, 口演.
14. 宮崎真理子, 鶴屋和彦. 透析医療における医療安全のための提言「重大インシデント後の医療機関における組織的対応」. 第 70 回日本透析医学会学術集会・総会. 2025/6/28, 口演.
15. Mariko Miyazaki. Building a Robust Network and Advancing Disaster-Resilient Equipment and Protocol for Dialysis Facilities. KSN 2025, 2025/6/21, Invited Lecture by Disaster Response Committee.
16. 石井正. 過去の大災害を知り、次の大災害に備える「東日本大震災時の宮城県石巻医療圏における災害対応経験」. 第 98 回日本産業衛生学会. 2025/5/16, 口演.
17. Nakayama M, Ido K, Miyazaki M, Ishii T. Questionnaire Survey of Dialysis Patients and Medical Professionals Regarding Information Sharing During Disasters. WDEM (世界災害救急医学会) 2025, 23rd Congress on Disaster and Emergency Medicine. 2025/5/4, Poster.
18. 宮崎真理子*1, 柴田浩明, 庄内千紘, 村田清仁. 巨大地震後の血液浄化療法のニーズと臨床工学技士に期待される役割. 第

51 回 日本血液浄化技術学会学術大会・総会, 2025/4/12, 災害対策委員会企画基調講演

19. 石井正. 大震災が外科医療にもたらしたものの「東日本大震災対応時に役立った, 外科修練時に学んだ「行動原則」」. 第 125 回日本外科学会定期学術集会. 2025/4/11, 口演.

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表（令和 7 年度）

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

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
Nakayama M, Ido K, Miyazaki M, Ishii T.	Questionnaire Survey of Dialysis Patients and Medical Professionals Regarding Information Sharing During Disasters.	Prehospital and Disaster Medicine.	41(S1)	s40-s41	2026
Kawamura T, Kohno J, Kikuchi A, Arita R, Takayama S, <u>Ishii T.</u>	Factors involved in the improvement of prolonged symptoms in patients with COVID-19 treated with Japanese traditional (Kampo) medicine: A single-center, prospective, observational study.	Medicine.	105(12)	e48084	2026
Ono R, Arita R, Takayama S, Kikuchi A, Akaishi C, <u>Ishii T.</u>	Integrative strategy for Long COVID neuropsychiatric symptoms: A case report on Kamikihito and Bupleurum-Scutellaria formulas guided by pharmacological rationale.	Explore (New York, N.Y.).	22(3)	103353-103353	2026

Nakano H, Inokuchi R, Inoue Y, Sekino M, Kakihana Y, Hattori N, <u>Miyazaki M</u> , Tokuhira N, Fujitani S, Toda Y, Ohchi Y, Morimatsu H, Ichiba S, Masuda Y, Nishida O, Abe T, Moriguchi T, Satoh K, Idei M, Nagata H, Doi K.	Current Status of Continuous Renal Replacement Therapy in Japanese Intensive Care Units: A Multicenter Retrospective Observational Study.	Blood Purif.	55(1)	1-12	2026
Kim SG, Chao CT, Vareesangthip K, Fung W, <u>Miyazaki M</u> , Ishigaki S, Kim J, Lee D, Park HC, Lee YK, Yoo KD; Korean Society of Nephrology Disaster Preparedness and Response Committee.	From Dialysis to Destinations: Safe Travel Strategies for Patients With CKD.	Kidney Int Rep.	10(12)	4162-4173	2025
Kobayashi S, Shiokawa Y, <u>Nakayama M</u> , Imai T, Ohe K.	Design of an HL7 FHIR Profile for Electrocardiogram Data Exchange in Japan.	Studies in health technology and informatics.	329	1568-1569	2025
Chiba Y, Takahashi R, Makino R, Yoshida M, Okamoto K, Nagasawa T, Kato I, Ito S, Tanaka 2. T, <u>Miyazaki M</u> .	Influence of infection control for COVID-19 on nutrition in relatively healthy Japanese HD patients: a retrospective observational study.	Clin Exp Nephrol.	29(7)	961-973	2025
宮崎真理子, 柴田浩明, 庄内千紘, 村田清仁.	巨大地震後の血液浄化療法のニーズと臨床工学技士に期待される役割.	日本血液浄化技術学会雑誌	33(1)	61-62	2025

令和 8 年 3 月 5 日

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 富永 悌二

次の職員の令和 7 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 腎疾患政策研究事業

2. 研究課題名 医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究

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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	東北大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☒ 無 ☐ (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 富永 悌二

次の職員の令和 7 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 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学病院・教授
(氏名・フリガナ) 石井 正 イシイ タダシ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	東北大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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。

令和8年3月26日

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 富永 悌二

次の職員の令和7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 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 医療者および患者の視点から見た災害に備えた透析患者の情報管理と体制整備に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 宮崎 真理子・ミヤザキ マリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	東北大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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。