

長寿医療研究開発費 2025年度 総括研究報告

移行期ケアにおける必要な診療情報と共有、多疾患併存者に対する影響、 遠隔医療の在り方に関する研究（25－25）

主任研究者 赤津裕康 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長

研究要旨

本研究は、急性疾患罹患後の虚弱高齢者における移行期ケアについて、必要な診療情報と共有方法、多疾患併存を含む高齢患者の状態像、および遠隔医療の活用可能性を明らかにすることを目的とした。研究1では、退院支援・移行期ケアに関する診療報酬制度、退院困難な要因、地域連携関連加算、および国立長寿医療研究センターにおける算定実績を整理した。研究2では、ISO/IPS、JP Core、JP-CLINS、US Core、PACIO ADI、MCC eCare Plan 等の実装ガイドを比較し、日本では診療情報提供書・退院時サマリー等の文書交換基盤が整備されつつある一方、ACP、ケア目標、代理意思決定者、機能・ADL情報を構造化して地域医療介護連携に用いる標準仕様が十分には整備されていないことを確認した。研究3では、65歳以上の連続退院患者6,437例を対象に、移行期ケアチーム（TCT）関与と入院時総合評価項目の関連を解析し、TCT関与例では認知機能低下、転倒リスク、排泄障害、介護支援専門員の有無、介護サービス利用等が多いことを示した。研究4では、在宅医療・移行期ケアに活用可能な遠隔医療を文献および国内事例から整理し、D to P、D to P with D、D to P with N、D to Dを重層的に組み合わせる意義と、安全管理・責任分担・記録管理の課題を整理した。以上より、移行期ケアの質向上には、5Msを共通言語とした情報項目の整理、電子カルテ情報共有サービス等の既存基盤への機能・ADL・ACP情報の実装、在宅療養支援後方病院と地域医療・介護事業者との双方向連携、および遠隔医療を含む安全な情報共有体制の構築が必要である。

主任研究者

赤津 裕康 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長

分担研究者

大西 丈二 国立長寿医療研究センター 地域医療連携室長

三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 客員研究員

早田 美香 国立長寿医療研究センター 看護師長

上口 賀永子 国立長寿医療研究センター 副看護師長

奥村 圭子 国立長寿医療研究センター 外来研究員

近藤 博史 日本遠隔医療協会 特任主席研究員
長谷川 高志 日本遠隔医療協会 特任上席研究員

A. 研究目的

高齢化の進展に伴い、急性疾患後に生活機能低下、認知機能低下、多疾患併存、複雑な生活背景を併せ持つ高齢患者が増加している。これらの患者では、入院治療の終了のみでは生活の再構築が完結せず、急性期病院から回復期・慢性期施設、介護施設、在宅医療・介護サービスへ移行する過程で、診療情報、機能情報、生活支援情報、本人の意向を過不足なく共有する必要がある。

本研究では、移行期ケアにおいて共有すべき情報とその情報源を制度・標準化・臨床データ・遠隔医療の各側面から検討し、地域医療介護連携に実装可能な情報共有の方向性を明らかにすることを目的とした。特に、退院支援制度と関連加算、FHIR等の情報標準、移行期ケアチーム関与例の状態像、遠隔医療の活用可能性を統合的に検討した。

B. 研究方法

本研究においては、まず研究1「退院支援と移行期ケアの現状と制度に関する研究」にて、既存の資料および先行研究を集め、退院支援と移行期ケアの現状と制度について整理した。

次に、研究2「地域医療介護連携における移行期ケアの患者情報共有に関する研究」では、ISO（国際標準化機構の国際患者サマリー（IPS）と、HL-7 FHIR（Fast Healthcare Interoperability Resources）について、移行期ケアに関する項目と進行中の議論について調べた。合わせて、介護との地域連携に必要な情報の安全管理についての知見を集め、専門職からヒアリングを行った。

研究3「移行期ケアをうける高齢患者の状態像に関する研究」では、高齢患者においては、入院初期における総合機能評価が重要である^{1), 2)}。国立長寿医療研究センターでは、全病院的に入院患者に対する総合評価としてADL、認知機能、転倒リスク、嚥下障害、ポリファーマシー、外出頻度、同居介護者、介護支援専門員、介護サービス利用、経済的問題、食事形態、体重減少、居住環境、要介護認定等のスクリーニングを行っている。そして、スクリーニング結果とカンファレンスを経て、必要な例に対し、退院支援を行っている。本研究では、スクリーニング結果の概況を把握し、退院後の訪問サービスを含めて実施してきた移行期ケアチーム（Transitional Care Team; 以下 TCT）関与の有無の比較分析を行い、移行期ケアが要される要因について検討した。

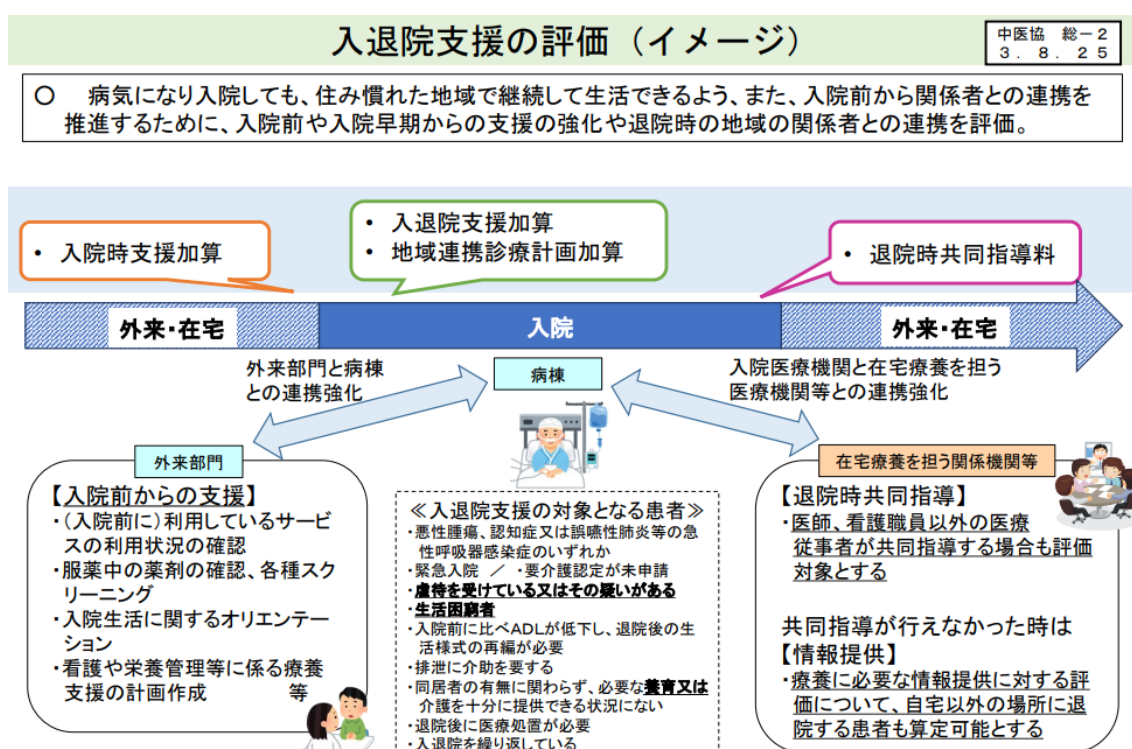
研究4は、移行期ケアに活用可能と考えられる遠隔医療の種別・事例・期待される効果について、文献調査および国内事例調査を行った。

(倫理面への配慮)

当センター倫理・利益相反委員会、および分担研究機関の研究倫理審査委員会の承認のもと実施した。本研究は、研究1、研究2および研究4は、既存資料、公開仕様書、先行研究および事例情報を用いた調査であり、人を対象とする臨床研究は行わず、個人情報を取り扱わなかった。研究3は国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会にて「高齢患者におけるプロブレムリストと総合機能評価、薬歴および転帰に関する後方視的研究」(No. 1777)の承認の下で実施した。すべての研究は、個人情報保護法等の法令および厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン、「国立長寿医療研究センターの保有する個人情報の保護に関する規程」を遵守して実施した。

C. 研究結果

現在、診療報酬上、入退院支援においては、入院時支援加算、入退院支援加算、地域連携診療計画加算、退院時共同指導料等がある(図1)¹⁾。



2016年度から開始された退院支援加算は2018年度から入退院支援加算と名称が変わり、算定要件として、部門の設置、人員配置のストラクチャ項目を持つほか、退院困難な要因の評価と、面談、多職種カンファランス、連携機関との面会、介護保険サービスとの連携

をプロセス項目がある。「退院困難な要因」は 2026 年度改訂で範囲が拡大されて現在、17 項目が設定されている。それらは一般的に、どこから情報が得られるかを検討したものが表 1 である。一般的に、病棟看護師が退院困難な要因をスクリーニングし、MSW や入退院支援担当看護師らと多職種で共有される場合が多いが、一部は事務的に確認ができ、担当ケアマネジャーから、介護事業所にて入院時情報連携加算の対象となる入院時情報提供書の送付を受けることができれば、多くが知られる内容である。

退院困難な要因については、松田らによる研究がみられているが²、「チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合」の内容については、社会の変化も合わせ考慮を要し、今後も研究の蓄積が必要である。

表 1. 退院困難な要因と一次情報保持者

	事務	病棟看護師	入退院支援担当	医師	ケアマネジャー
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	○	○	○	◎	○
イ 緊急入院	◎	○	○	○	○
ウ 未申請、若しくは要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていない	—	○	◎	○	◎
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害	—	◎	○	○	◎
オ 強度行動障害	—	◎	○	○	◎
カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑い	—	○	○	○	◎
キ 生活困窮者	○	○	◎	—	◎
ク 入院前に比べADLが低下	—	◎	○	○	○
ケ 排泄に介助を要する	—	◎	○	○	○
コ 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	—	○	◎	○	◎
サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要	—	○	○	◎	—
シ 入退院を繰り返している	○	○	◎	○	◎
ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる	—	○	○	◎	—
セ 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	—	—	◎	—	◎
ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている	—	—	◎	—	◎
タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難である	—	○	◎	—	◎
チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合					

さて、地域連携・移行期ケアに関連する加算としては、表 2 の事項がある。

表 2. 地域連携・移行期ケア関連加算

栄養情報連携料

衛生材料等提供加算（精神科訪問看護指示料）

衛生材料等提供加算（訪問看護指示料）

在宅患者緊急入院診療加算（１、２以外）

在宅患者緊急入院診療加算（連携医療機関（１以外））

在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（１以外）

在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（救急搬送）

在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（１以外）

在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（救急搬送）

診療情報提供料（１）

診療情報提供料（２）

診療情報連携共有料

退院後訪問指導料

退院時リハビリテーション指導料

退院時共同指導料 1（１以外）

退院時共同指導料 2

退院時診療状況添付加算

退院時薬剤情報管理指導料

退院時薬剤情報管理指導連携加算（専門病院）

退院前在宅療養指導管理料

退院前訪問指導料

転院調整加算

特別訪問看護指示加算

入退院支援加算 1（一般病棟入院基本料等）

入退院支援加算 2（一般病棟入院基本料等）

入退院支援加算 3

訪問看護指示料

連携充実加算（外来腫瘍化学療法診療料 1・イ）

また、全国の加算算定数の推移を示したのが表 3 である。

（表 3）

ここで、国立長寿医療研究センターの実績を表4に示す。なお栄養情報連携料は2024年度から新設され、それ以前のデータはない。

表4. 国立長寿医療研究センターにおける地域連携・移行期ケア関連加算（部分）

年度	2022	2023	2024
診療情報提供料（Ⅰ）	1217	1167	1590
診療情報提供料（Ⅱ）（セカンドオピニオン）	4	3	2
退院時共同指導料2	92	106	261
退院時薬剤情報管理指導料	171	58	3
退院前訪問指導料	45	93	16
栄養情報連携料	-	-	247
訪問看護指示料	4	6	2
連携充実加算	743	712	714
のべ退院数	4602	4967	5281

研究2「地域医療介護連携における移行期ケアの患者情報共有に関する研究」においては、ISOが作成するIPS（International Patient Summary）は、プロブレムリスト、アレルギー、薬剤、既往・処置、検査結果、医療機器、予防接種等を中核項目とされていた。IPSは「断面（スナップショット）」としての要約に主眼があり、移行期ケアで重要となる「ケア計画」「ケアチーム」「本人の意向・ACP」を構造化して扱う仕組みは限定的であった。

HL7-FHIRについては、日本国内の実装ガイドであるJP Coreは、患者データへアクセスするための最小限の適合要件を定めるものであり、連携の当事者・依頼を表す基盤プロファイルとして、Patient（患者）、Organization（組織）、Practitioner／Practitioner Role（医療従事者・役割）、Location（場所）、Encounter（受診）、Service Request Common（紹介・依頼）等が備えられている。移行期ケアやACPの中核となるCare Plan（ケア計画）、Care Team（ケアチーム）、Goal（目標）、Consent（同意・事前指示）については、JP Coreの最新版であるv1.2.0においてACP・移行期ケア専用の十分な制約・運用仕様は未整備である。

地域医療連携の実装上の中核は、厚生労働省「電子カルテ情報共有サービス」のFHIR実装ガイド（JP-CLINS v1.11.0）である。これは健診結果報告書を除く「2文書5情報」のFHIR記述方法とプロファイルを規定するもので、(1)診療情報提供書（保険医療機関向け、文書コードHS038）、(2)退院時サマリー（HS039、診療情報提供書への添付として取り扱い）の2文書、ならびに傷病名・アレルギー・感染症・薬剤禁忌・検査・処方からなる情報（6情報のうち健診を除く5情報）と患者サマリー（療養指導情報等）を対象とす

る。送信は医療機関から電子カルテ情報共有サービス（CLINS; Clinical Information Sharing Service）へのプッシュ方式を基本とする。このうち患者サマリー（療養指導情報等）等が ACP に受け皿となりうるが、本人の意向・ケア目標・代理意思決定者を構造化する項目は現時点で備えていない。また、介護事業所との連携（ケアプラン共有等）を対象とする FHIR 標準もまだ未整備であった。

ACP に関しては、PACIO コミュニティを母体とする ADI（Advance Directive Interoperability）実装ガイドが専用標準として整備されている。現行公開版（v1.0.0 STU1、FHIR R4 準拠）は、将来の医療に関する本人の目標・選好・優先順位を表現・交換・検証する方法を定義し、本人作成の事前指示文書（Content Type 1）を対象とする。主要プロファイルとして、本人作成の事前ケア計画文書を表す Personal Advance Care Plan Composition、状況別の治療目標を表す Preference Care Plan、Personal Goal（個人の目標）、Personal Intervention Preference（個別介入への選好）、Care Experience Preference（ケア体験への選好）、Personal Priorities Organizer（優先順位の組織化）、ならびに代理意思決定に関する Participant/Participant Consent 等を備える。

多疾患併存者の連携については、MCC（Multiple Chronic Conditions; 複数の慢性疾患）eCare Plan 実装ガイド（v1.0.0）が、FHIR Care Plan を枠組みとしてシステム間の機械支援によるケア調整を支援する設計を採っている。ケア計画は患者とケアチームの優先課題・目標・計画された介入を統合する合意駆動型の動的計画と位置づけられ、US Core に準拠する基盤プロファイル群（Care Team、Goal、Condition 等）を再利用する。慢性腎臓病・2 型糖尿病・心血管疾患・疼痛／オピオイド使用障害・長期罹患 COVID 等を対象に、在宅・地域・診療所・研究の各場面を越えた患者中心データの集約・共有を企図しており、多疾患併存者の移行期ケアの参照モデルとして有用である。

地域医療介護連携と ACP に関する日米の実装ガイドの対応関係を表 1 に整理した。

表 1. 地域医療介護連携・ACP に関する FHIR 実装ガイドの日米対応

領域	日本	米国
実装ガイド	JP Core（Patient/ Organization/ Practitioner/ Encounter/ ServiceRequest 等。CarePlan・CareTeam・Goal・Consent の独自プロファイルなし）	US Core（CarePlan/ CareTeam/ Goal/ Encounter/ ServiceRequest/ Observation ADI Documentation 等）
連携文書・情報	JP-CLINS（診療情報提供書・退院時サマリーの 2 文書＋5 情報＋患者サマリー）	MCC eCare Plan（多疾患併存の動的ケア計画）／C-CDA on FHIR 等
ACP・事前指示	構造化標準なし（患者サマリーの療養指導情報が部分的に近接）	PACIO ADI（Personal ACP Composition/ Preference Care Plan/ Personal Goal/ 介入選好/ 代理意思決定/ POLST 等 PMO）

近年、診療情報提供書と退院時要約の規格の標準化が行われ、電子カルテ情報共有サービ

スにて、それらを含む3文書6情報が共有される基盤の構築が国によって進められている。それらの生活機能を中核的な患者情報として規格標準化を行い、情報基盤を利用し共有すべきと思われ、日本医療情報学会と日本診療情報管理学会の協議を補助し、両学会による「健康情報標準化に関するフレームとコンテンツ協議の合同委員会」の創設に貢献した。

また、情報共有においては情報安全管理が極めて重要であるが、2024年度に実施した厚生労働科学研究費補助金「介護事業所における情報の安全管理に関するガイドライン（案）作成のための調査研究」（24GA1004）を展開し、2025年度老人保健健康増進等事業「介護情報基盤の運用に向けた介護事業所におけるセキュリティ対策のための調査事業」（MS&AD インターリスク総研）に委員として参加しながら、情報の安全管理に関する研究を進めた。

続いて研究3「移行期ケアをうける高齢患者の状態像に関する研究」で得た結果を示す。

移行期ケアチームが関わった数は237例(3.7%)、関わらなかった例は6,199例(96.3%)であった。表に示す通り、認知機能に問題がある率は移行期ケアチーム群 38.0%と、非移行期ケアチーム群 24.0%に比べ有意に高かった。同様に、移行期ケアチーム群は非移行期ケアチーム群に比べ、転倒リスク、排泄障害、介護支援専門員、介護サービス利用有の率が有意に高かった。

表. 移行期ケアチーム (TCT) 関与有無別の総合評価等スクリーニング

項目		全体	%	TCT有	%	TCT無	%	p
ADL低下	あり	1,743	27.1	88	37.1	1,655	26.7	n.s.
	なし	4,621	71.8	143	60.3	4,478	72.2	
ものの忘れ	あり	1,576	24.5	90	38	1,486	24	<0.001
	なし	4,766	74.1	141	59.5	4,625	74.6	
うつ症状		161	2.5	10	4.2	151	2.4	n.s.
		6,148	95.5	220	92.8	5,928	95.6	
意欲低下	あり	450	7	26	11	424	6.8	n.s.
	なし	5,811	90.3	202	85.2	5,609	90.5	
転倒リスク	あり	2,236	34.7	130	54.9	2,106	34	<0.001
	なし	4,088	63.5	101	42.6	3,987	64.3	
嚥下障害	あり	413	6.4	22	9.3	391	6.3	n.s.
	なし	5,841	90.8	202	85.2	5,639	91	
排泄障害	あり	1,450	22.5	123	51.9	1,327	21.4	<0.001
	なし	4,818	74.9	107	45.1	4,711	76	
難聴	あり	956	14.9	42	17.7	914	14.7	n.s.
	なし	5,286	82.1	182	76.8	5,104	82.3	
5種類以上の薬剤	あり	2,884	44.8	115	48.5	2,769	44.7	n.s.
	なし	3,395	52.8	112	47.3	3,283	53	
週2回以上の外出	あり	4,199	65.2	148	62.4	4,051	65.3	n.s.
	なし	1,991	30.9	75	31.6	1,916	30.9	
同居介護者の有無	あり	4,838	75.2	175	73.8	4,663	75.2	n.s.
	なし	1,344	20.9	47	19.8	1,297	20.9	
介護支援専門員	あり	1,580	24.5	87	36.7	1,493	24.1	<0.001
	なし	4,654	72.3	143	60.3	4,511	72.8	
介護サービス利用	あり	1,458	22.7	84	35.4	1,374	22.2	<0.001
	なし	4,712	73.2	140	59.1	4,572	73.8	
経済的問題	あり	136	2.1	8	3.4	128	2.1	n.s.
	なし	5,963	92.7	215	90.7	5,748	92.7	
食事形態	経口	5,569	86.5	207	87.3	5,362	86.5	n.s.
	その他	788	12.2	26	11	762	12.3	
3ヶ月以内の体重減少	あり	317	4.9	19	8	298	4.8	n.s.
	なし	5,540	86.1	195	82.3	5,345	86.2	
居住環境	自宅	5,498	85.4	220	92.8	5,278	85.1	0.033
	介護施設	431	6.7	2	0.8	429	6.9	
	その他	15	0.2	15	6.3	15	0.2	
要介護認定	未認定	4,736	73.6	153	64.6	4,583	73.9	<0.001
	要支援1	178	2.8	12	5.1	166	2.7	
	要支援2	265	4.1	11	4.6	254	4.1	
	要介護1	288	4.5	11	4.6	277	4.5	
	要介護2	360	5.6	13	5.5	347	5.6	
	要介護3	241	3.7	15	6.3	226	3.6	
	要介護4	219	3.4	14	5.9	205	3.3	
	要介護5	149	2.3	8	3.4	141	2.3	

移行期ケアチーム使用を目的変数とした回帰分析では以下の通り、排泄障害有、居住環境が持ち家以外、転倒リスク有、ADL 低下、介護サービス利用有が有意な変数として抽出された。

$$\begin{aligned}\text{移行期ケアチーム} = & 1.7372 + 0.0690 \times \text{排泄障害有} \\ & + 0.0649 \times \text{居住環境が持ち家以外} \\ & + 0.0223 \times \text{転倒リスク有} \\ & - 0.0192 \times \text{ADL 低下} \\ & + 0.0186 \times \text{介護サービス利用有}\end{aligned}$$

(調整済み $R^2 = 0.0329$, F 統計量 31.5 ($p < 0.001$))

最後に、研究 4「移行期ケアに関する遠隔医療の研究」では、高齢者の在宅医療および入院退院を跨ぐ移行期ケアにおいて活用可能な遠隔医療を体系的に把握することを目的に、文献調査と国内事例調査を行った。まず厚生労働省のオンライン診療指針・手引き書および令和 8 年度診療報酬改定を整理し、遠隔医療をめぐる制度的環境を概観した。次に PubMed 検索により 2015 年以降の関連文献 514 編を抽出し、長谷川らによる国内臨床研究の知見を加えて、移行期ケアに有益な遠隔医療について、先行研究からの知見とともに詳述した。さらに国内先進事例として東京都板橋区の医療機関の取組を調査した。映像を用いた遠隔診療は処方提案の促進・QOL の改善・急変時の迅速な意思決定に有用性が示唆される一方、遠隔連携診療料の対象疾患の制約や責任・記録・安全管理に関する制度的課題が残る。令和 8 年度改定では遠隔連携診療料の外来・訪問・入院 3 区分への再編と対象疾患の大幅拡大、在宅医療情報連携加算の ICT 要件明確化等が行われ、移行期ケアにおける遠隔医療活用の制度的基盤が前進した。

D. 考察と結論

本研究は、退院支援制度、情報標準、単施設の高齢患者データ、遠隔医療の制度・文献・事例を統合し、移行期ケアに必要な情報共有の構成要素を整理した点に意義がある。研究 1 で整理した退院困難な要因は、疾患名や医療処置だけでなく、ADL、排泄、家族・介護者、経済状況、意思決定支援、介護保険サービスとの接続を含んでおり、移行期ケアが医療情報のみでは完結しないことを示している。したがって、病院側の入院時スクリーニングと、ケアマネジャー・訪問看護・介護事業所からの入院時情報提供を組み合わせ、入院早期から退院後生活を見据えた情報収集を行うことが重要である。

国立長寿医療研究センターは在宅療養支援後方病院であり、緊急時、入院を希望する病院として当センターを事前に登録した場合、当センターの医療機能の範囲外の場合を除き、原則として断ることなく入院を受け入れる仕組みとして、N 登録を開始した。N 登録は 2026 年 5 月現在、登録医療機関数 35 件、登録患者数 32 件となっている。N 登録は、病院と在宅診療医の間で患者情報を事前に共有し、急変時の受入れと意思決定支援を円滑化する取

組であり、在宅療養支援後方病院における移行期ケア実装モデルとして位置づけられる。

移行期ケアにおける情報共有を進めるうえで、高齢者医療の枠組みである 5Ms、すなわち Mind（認知・気分・せん妄）、Mobility（移動能力・生活機能）、Medications（薬剤・ポリファーマシー）、Multicomplexity（多疾患併存・複雑な生活背景）、Matters Most（本人にとって最も重要な価値観・意思）は、退院困難な要因、TCT 関与例の特徴、ACP、遠隔医療で共有すべき情報を統合する共通言語として有用である。特に、本人の意向やケア目標を Matters Most として構造化し、認知機能・ADL・排泄・転倒リスク等を Mind および Mobility に対応づけて共有することは、急性期から在宅・施設への移行における実践的な情報設計につながる。

総合評価は診療報酬制度に組み込まれたこともあって広く普及したが、結果の活用についてはなお課題を残している。高齢者においては退院後に在宅サービスが必要になる場合も多く、入院中に行った評価結果を適切に在宅チームへ引き継ぐことが重要である。本研究では、TCT が関わった例では、認知機能低下、転倒リスク、排泄障害、要介護認定、介護支援専門員、介護サービス利用といった項目が多かった。これらは、退院後の生活環境調整、介護サービス導入、服薬・栄養・排泄・転倒予防を含む包括的支援の必要性を示す指標と考えられる。

回帰分析では、排泄障害、居住環境、転倒リスク、ADL 低下、介護サービス利用が TCT 関与と関連する変数として抽出された。ただし、調整済み R^2 は 0.0329 と小さく、TCT 関与の判断は本研究で投入したスクリーニング項目のみでは十分に説明できない。したがって、これらの項目は TCT 関与を機械的に決定する因子ではなく、入院早期に注意すべきリスク項目として解釈するのが妥当である。今後は、疾患、入院経路、退院先、在院日数、家族介護力、地域資源、患者本人の希望等を含む多変量モデルにより、移行期ケアの必要性をより精緻に評価する必要がある。

情報標準の観点からは、日本では JP-CLINS により診療情報提供書・退院時サマリー等の共有基盤が整備されつつあるが、ACP、ケア目標、代理意思決定者、ケアチーム、機能・ADL 情報を構造化して共有する仕様は十分ではない。一方、米国では PACIO ADI、PFE、MCC eCare Plan 等により、本人の意向、機能評価、ケア計画、多疾患併存者の動的なケア調整を FHIR 上で表現する方向が示されている。日本においても、既存の 3 文書 6 情報の基盤を踏まえつつ、生活機能、ACP、介護側アセスメントとの接続を標準化することが重要である。

遠隔医療は、退院前後の情報共有、在宅主治医・専門医・訪問看護師間の連携、退院後フォローアップ、急変時のトリアージ、多職種カンファレンスの実施において、移行期ケアを補完する手段となりうる。令和 8 年度診療報酬改定により、遠隔連携診療料の再編、対象疾患の拡大、在宅医療情報連携加算における ICT 要件の明確化が行われ、制度的基盤は前進した。ただし、遠隔医療は対面診療や地域の実地支援を置き換えるものではなく、責任分担、記録、本人確認、情報安全管理、患者・家族のデジタルアクセスを確認したう

えで、D to P、D to P with D、D to P with N、D to D を適切に組み合わせる必要がある。
以上より、移行期ケアの質向上には、5Ms に基づく情報項目の標準化、病院・在宅・介護
間の双方向情報共有、ACP と機能・ADL 情報の構造化、遠隔医療を含む安全な連携体制の
実装が不可欠である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kawamura K, Akatsu H, et al. Relationship Between Depressive Moods and Oral Frailty in a Frailty Outpatient Clinic: A Cross-Sectional Study. Gerontology. 2025 Dec 15:1-18.
- 2) Takagi S, Akatsu H et al. Low plasma lysophosphatidylcholine levels are associated with reduced handgrip strength in older outpatients. Geriatr Gerontol Int. 2025 Dec 8.
- 3) Naoki Takashi, Misaki Fujisawa, Tomoko Ohura, Joji Onishi, Shosuke Ohtera. Variation in transitional care implementation patterns for older adults with stroke in Japan: A retrospective observational study. Medicine 105(13):p e48161, 2026.
- 4) Naoki Takashi, Joji Onishi, Misaki Fujisawa, Tomoko Ohura, Shosuke Ohtera. Association Between In-Hospital Applications for Long-Term Care Services and Hospital Length of Stay Among Older Adults: Ecological Cross-Sectional Study. JMIR Formative Research. 8:9:e76782 2025
- 5) 大西丈二. レセプトに基づく質指標に関するナラティブ・レビュー研究. レセプト論考;第8号, 2026

2. 学会発表

- 1) 大西丈二、赤津裕康、三浦久幸. 病院移行期ケアチーム関与と高齢者総合評価. 第 36 回日本老年医学会東海地方会（名古屋市）. 2025 年 4 月
- 2) 大西丈二. 介護 DB オープンデータを用いた要介護認定申請の地域差に関する分析. 日本老年社会学会第 67 回大会（千葉市）. 2025 年 6 月
- 3) Joji Onishi, Hisayuki Miura, Takashi Hasegawa, Hiroshi Kondo, Shosuke Ohtera. A Nationwide Survey on Recognition and Current Status of Information Security. Management in Japanese Long-Term Care Providers. Med Info 2025. Taipei, Taiwan, 11/8/2025
- 4) 大西丈二. コアな診療情報を確実に共有するための手立て. 第 51 回日本診療情報管理学会学術大会（さいたま市）. 2025 年 8 月

5) 大西丈二. 在宅介護サービスに関する東・東南アジアの制度について. 第 8 回日本レセプト学会国内学術大会 (大阪市) . 2025 年 10 月

6) 大西丈二. 在介護事業所における情報安全管理について (従業員調査から). 第 28 回日本医療マネジメント学会学術大会 (名古屋市) . 2026 年 5 月

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

¹ 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会 (第 486 回) 資料. 入院 (その 1). 令和 3 年 8 月 25 日

² 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究 (研究代表者 松田晋哉). 急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性和職員配置等の指標の開発に係る研究. 2020