電子カルテ情報共有サービスの導入に関する
システムベンダ向け技術解説書

令和 7 年 6 月　1.3.0 版

厚生労働省医政局

改　訂　履　歴

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
1.0.0	2024 年 2 月 5 日	初版	初版作成
1.1.0	2024 年 10 月 7 日	全体	・「薬剤禁忌/アレルギー」の表記を、「薬剤アレルギー等/その他のアレルギー等」に変更し、定義及びコードの記述ルール等を全面修正。 ・「資格確認端末経由方式」の表記を、「ファイル連携方式」に変更。 ・オンライン資格確認等連携ソフトのサーバーOS 対応に伴い、関連する記述や図表を全面修正。 ・より適切な表現への見直しや誤記の訂正等を全面修正。
		1.4 用語の定義	・「健診センター(単独)」を追加。 ・「ネットワークベンダ」を追加。 ・「SaaS 型の電子カルテシステム」を追加。 ・「医療機関等ポータルサイト」を「医療機関等向け総合ポータルサイト」に修正。 ・「健診文書」の内容を修正。 ・「臨床情報」を追加。 ・「指定感染症 5 項目」を追加。 ・「指定検査 43 項目」を追加。 ・「患者サマリー」を追加。 ・「CDA」を追加。 ・「登録年月日」を追加。 ・「削除年月日」を追加。 ・「JLAC10 コード/JLAC11 コード」の説明と参照先を追加。 ・「J-FAGY コード」の参照先 URL を変更。 ・「YJ コード」の参照先 URL を追加。 ・「一般名処方マスタ」を削除。
		2.1 提供するサービス	・「電子カルテ情報共有サービスの全体像」を更新。 ・「文書送付サービス」を「文書送受信サービス」に変更。 ・「健診文書閲覧サービス」を「健診文書登録・閲覧サービス」に変更。 ・「臨床情報閲覧サービス」を「臨床情報登録・閲覧サービス」に変更。

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			・「患者サマリー登録・閲覧サービス」を追加。 ・各サービスで取り扱い可能な情報の主体に関する説明を記載。
		2.2 取り扱う情報	・自己申告情報が登録対象外である旨を削除。 ・紹介元医療機関に返信する機能等がない旨を追加。 ・診療情報提供書について、宛先空白に関する留意内容を追加。 ・健診文書のデータフローに関する説明を追加。 ・健診文書に係る本人同意についての説明を追加。 ・健診文書について、取り扱う健診項目の詳細を追加。 ・健診文書について、交換用基本情報ファイルの取り扱いの詳細を追加。 ・健診文書について、報告区分、プログラムサービスコード、セクションコードの説明を追加。 ・臨床情報について各情報の定義に関する補足を追加、修正。 ➢ 疑い傷病名、主傷病について ➢ 薬剤アレルギー等とその他アレルギー等について ➢ 指定感染症 5 項目について ➢ 指定検査 43 項目について ➢ 処方情報の取り扱いについて ➢ 処方日について ➢ 保存期間の起算日について
		2.3 設計思想	・「Push 型」に関する説明を修正した上で、Push 型という用語を削除。
		2.4 原則	・RESTful API に関する記述を削除 ・「条件により必須」について説明を追加。 ・検査情報の単位コード識別子を、UCUM から、本サービスで設定されている単位のコード体系識別子に変更。 ・指定感染症 5 項目、指定検査 43 項目の FHIR 識別文字列を追加。 ・標準マスタの対応表を修正。 ➢ 未コード化傷病名コードを追加 ➢ 薬剤アレルギー用コード、薬剤成分アレルギー用コード、薬剤フリーテキスト用コードに修正

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			➢ 未標準化コードの使用について補足追加 ➢ 臨床検査項目基本コードセットを削除 ➢ 個別医薬品コード(YJ コード)リスト、規格別薬剤成分コードに修正 ➢ 電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法マスタについて補足追加 ➢ 電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタの JLAC10 コードを追加 ・ アレルギーで使用するマスタに関する補足を追加。 ・ 検査、感染症で使用するマスタに関する補足を追加。 ・ 標準マスタの識別子に関する補足を追加。 ・ 診療情報提供書等の文書情報について、医師の判断を経た上での登録が必要な旨を追加。
		3.1 業務	・ 健診文書の登録フロー図に、「保険者以外が行う特定健康診査に相当する健診」の場合に必要な受診者の口頭同意取得・同意情報登録のフローを追加 ・ 標準マスタの取得フロー図を、取得したいマスタのバージョンを指定できる仕様に修正。
		3.2 機能	・ 表「施設種別ごとの機能改修範囲の考え方」を修正の上、実装必須・任意・不要の考え方を追加。それに合わせて、各機能の実装必須・任意・不要に関する内容も修正。 ・ 医科歯科併設の医療機関の機能実装の補足を追加。 ・ 機能 1「送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定」に、電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタの利用例を追加。 ・ 機能 2「電子カルテシステム等から情報出力」の終了日等の扱いに関する補足を追加。 ・ 機能 3「Bundle.identifier の付与」の付番ルールを変更し、identifier の取り扱いに関する補足を追加。 ・ 機能 4「被保険者番号等の付与」に Patient リソースの identifier 付番ルールを追加。 ・ 機能 5「未告知・未提供、長期保存フラグ」の未告知フラグについて「文書情報」を実装対象に追加。 ・ 機能 6「標準マスタへのコーディング」に、利用している標準マスタのバージョン情報の記述に関する

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			補足を追加。加えて、最新時点の標準マスタへのコーディングの推奨と、当該対応をチェックする仕組みについて説明を追加。 ・ 機能 7「同意取得情報の付与」に健診文書に関する内容を追加。 ・ 機能 8 と機能 9 の記載順番を入れ替え。 ・ 機能 8「PDF 帳票ファイルの生成」に関する実装方法を明記。 ・ 機能 9「キー画像等の添付」に関する実装方法やデータ容量の上限値を明記。 ・ 機能 10「電子署名の付与」のフォーマット形式を ES-XL から ES-A に変更。 ・ 機能 11「FHIR 構造データ生成」に各文書・情報における FHIR の構造データを生成するための仕様の補足を追加。 ・ 機能 12「バリデーションチェック」について、本番運用時の医療機関側のチェックは任意である旨を追加。加えて、チェック内容の方針、チェック結果のステータス、記録条件仕様ファイルバリデータの公開方法等の詳細を追加。 ・ 機能 13「アップロード」の実装方法について、無害化処理結果の返却方式に伴う留意点を追加。 ・ 機能 16「受信文書一覧取得」について、具体的な取得方法を追加。 ・ 機能 17「ダウンロード」について、同意区分と閲覧できる対象情報を追加。加えて、健診文書について、本サービスの利用有無による閲覧内容の差異に関する説明を追加。 ・ 機能 18「表示(文書情報)」の所得情報の形式種類について追加。 ・ 機能 19「表示(臨床情報、健診文書)」の中央側における集約処理についての記述を削除。臨床情報一覧の PDF 帳票サンプルイメージを更新し、当該イメージの内容と FHIR 記述との対応図・補足説明を追加。 ・ 機能 20「電子カルテシステム等への保存」に、資格確認端末内の医療情報や患者情報の適切な削除についての方針を追加。

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			・ 機能 21「標準マスタダウンロード」は、最新版のマスタに加え、指定したバージョンの標準マスタも取得可能な仕様であることを追加。加えて、施設種別を問わず、実装任意の旨を明記。
		3.3 画面	・ 保険者以外が行う特定健康診査に相当する健診に該当する健診文書の同意入力画面について追加。
		3.4 外部インターフェイス	・ 大規模な病院等について、電子カルテシステム等サーバー上のオンライン資格確認等連携ソフトを利用したファイル連携方式か WebAPI 通信方式を採用することを推奨する旨を追加。
		3.5 システム構成	・ サーバーOS 対応のオンライン資格確認等連携ソフトについての説明を追加。 ・ FHIR 変換等の専用サーバーについて必ずしも導入する必要がない旨を追加。併せて、ハードウェア構成の検討に係る補足を追加。 ・ クラウド間接続について今後検討予定である旨を追加。 ・ ルータに関する留意事項を追加。 ・ ネットワーク構成パターン例を追加。
		4. 電子カルテ共有サービス導入に向けた医療機関等の作業	・ 電子カルテ情報共有サービス開始に向けた全体スケジュールを一部修正。
		4.4 テスト・モデル事業	・ 医療機関等システムベンダ向け接続テストの期間を修正。 ・ モデル事業の実施予定期間を修正。 ・ 医療機関等運用テストの利用データについて補足を追加。 ・ 接続検証環境の区分について修正。
		5.1 文書・データ・ソフトウェア	・ 提供する文書・データ・ソフトウェア一覧に「記録条件仕様ファイルバリデータマニュアル」を追加。 ・ 「臨床検査項目基本コードセット一覧」を「臨床検査項目基本コードセット一覧」に名称変更。 ・ 各提供予定時期について見直し修正。

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
1.2.0	2024 年 11 月 12 日	全体	・「保険者が実施する特定健診以外の健診」を「保険者が実施する特定健診等以外の健診」に名称変更。 ・「保険者以外が行う特定健診に相当する健診」を「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」に名称変更。 ・より適切な表現への見直しや誤記の訂正等を修正。
		1.3 本書の構成	・別紙として「電子カルテ情報共有サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書(患者サマリー登録・閲覧サービス編)」を追加。
		2.2 取り扱う情報	・「国保中央会」を「国保連合会」に修正。 ・「表 8. プログラムサービスコード」について「020：広域連合の保険事業」を「020：広域連合の保健事業」に修正。 ・「表 13. アレルギーの確認状況」について「アレルギー物質」を「アレルゲン」に表記変更。 ・「図 3. 指定感染症 5 項目一覧」について詳細表示内容を FHIR 項目名称に変更し、内容修正。 ・「図 4. 指定検査 43 項目一覧」について詳細表示内容を FHIR 項目名称に変更し、内容修正。
		2.4 原則	・Value の記述方法についてデータタイプ(PQ、CD)に関する説明を追加。 ・「図 10. value(検査結果値)のデータフォーマット例」について単位を UCUM コード体系識別子とする旨を追加。 ・本文中の Observation.code.display を Observation.code.coding.display に修正。 ・「表 18. 指定感染症 5 項目の FHIR 識別文字列、単位・定性値」についての列「指定感染症 5 項目」と「単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値：名称)」を追加。 ・「表 19. 指定検査 43 項目の FHIR 識別文字列、単位・定性値」についての列「指定検査 43 項目」と「単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値：名称)」を追加。空腹時血糖の FHIR 識別文字列を、CBG から FBG に変更。随時血糖の FHIR 識別文字列を BS から CBG に変更。 ・「図 11. 電子カルテ情報共有サービスへの登録タイミング例」の検査情報と感染症情報について、診

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			療日当日に登録する例を追加。
		3.2 機能	・「図 31. 臨床情報一覧の PDF 帳票サンプルイメージの表示内容と FHIR 記述との対応」について、以下内容を修正。 ➢ 薬剤アレルギー等情報とその他アレルギー等情報について、確認状況の備考欄から entered-in-error(入力エラー)を削除。 ➢ 感染症情報と検査情報について、記述された FHIR 識別文字列を FHIR 項目名称に変換して PDF に出力する旨の説明を追加。 ➢ 感染症情報と検査情報について、評価の FHIR 設定フルパスを修正。 ➢ 処方情報について、用法の FHIR 設定フルパスを修正。 ➢ 処方情報について、医薬品名称に規格別薬剤成分コードの場合の FHIR 設定フルパスを追加。
1.3.0	2025 年 6 月 10 日	全体	・より適切な表現への見直しや誤記の訂正等を修正。 ・「薬剤成分アレルギー用コード」を「剤形・規格・銘柄不明コード」に名称変更。 ・「規格別薬剤成分コード」を削除。
		1.3 本書の構成	・参照先を追加及びより適切なリンクに修正。
		1.4 用語の定義	・「連携アプリ搭載サーバー」を追加。 ・「MEDIS」の記載内容を一部修正。 ・「医療機関等 ONS」の参照先を電子カルテ情報共有サービスのトップページに修正。 ・「医療機関等向け総合ポータルサイト」の参照先を電子カルテ情報共有サービスのトップページに修正。 ・「被保険者番号等」を追加。加えて、「被保険者個人識別子」と「生活保護受給者識別子」を追加。 ・「バリデーションチェック」を追加。 ・「UUID」を追加。 ・「マスタ」を追加。 ・「標準マスタ」を追加。 ・「標準マスタファイル」を追加。 ・「標準マスタコード」を追加。 ・「ダミーコード」を追加。

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			・「UCUM 単位コード」を追加。 ・「コード表示名称」を追加。 ・「URI」及び「OID」を追加。 ・「ICD10 対応標準病名マスタ」を「標準病名履歴マスタ」に変更し、内容を一部修正。 ・「JLAC10 コード/JLAC11 コード」を「電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表(別称:共有項目 JLAC コードマスタ)」に変更し、内容を一部修正。 ・「FHIR 項目名称」、「FHIR 識別文字列」を追加。 ・「J-FAGY コード」を「J-FAGY アレルゲンコードマスタ」に変更し、内容を一部修正。 ・「個別医薬品コード(YJ コード)リスト)」の内容を一部修正。 ・「薬剤アレルギー用コードマスタ」を追加。 ・「規格・剤形・銘柄不明コードマスタ」を追加。 ・「電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ」を追加。 ・「電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタ」を追加。
		2.1 提供するサービス	・各サービスで取り扱い可能な情報の主体について、医療扶助における被保護者の健診文書登録・閲覧サービスを「対象外」から「対象」に変更。その上で、被保護者健診が本サービスの対象外である旨に修正。
		2.2 取り扱う情報	・被保険者番号を被保険者個人識別子に修正。受給者番号を生活保護受給者識別子に修正。 ・「健康増進法施行規則に基づき実施する健康診査のうち生活保護法に規定する被保護者に対して行う健康診査」が本サービス取り扱い対象外であることを追加。 ・健診文書に係る「健診種別の選択方法の考え方について」を追加。 ・健診文書に係る検査結果セクションと任意追加項目セクションの区分についての説明を追加。 ・感染症 5 項目の FHIR 項目名称と FHIR 識別文字列について、「HIV-1+2 抗体・p24 抗原(吸光度)」、「HIV-1+2 抗体・p24 抗原(定性)」、「HIV-1+2 抗

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			体・p24 抗原(定量)」、「HIV-1+2 抗体・p24 抗原(陽性コントロール比)」を削除。 ・ 感染症 5 項目の FHIR 項目名称について、「梅毒 TP 抗体(定量、陽性コントロール比)」を「梅毒 TP 抗体(陽性コントロール比)」に変更。 ・ 感染症 5 項目の FHIR 項目名称と FHIR 識別文字列について、「HBs 抗原(コントロール比)」、「HIV-1+2 抗体(コントロール比)」、「HCV 抗体（コントロール比)」を「HBs 抗原(陽性コントロール比)」、「HIV-1+2 抗体(陽性コントロール比)」、「HCV 抗体（陽性コントロール比)」に変更。 ・ 検査 43 項目の FHIR 項目名称について、「尿潜血(半定量、希釈倍率)」を「尿潜血(半定量)」に修正。 ・ 臨床情報に係る「検査結果の単位・定性値について」を追加。その上で必要に応じて単位変換が必要な旨の説明を明記。 ・ 検査項目 43 項目の検査結果について、中間報告の登録ののちに最終結果の登録を再度する際には、一連の検査結果全てについて再度登録を行う必要があることを追加。 ・ 検査項目 43 項目・感染症 5 項目の基準値について、正常値範囲のみ記述することを追記。
		2.4 原則	・ 「FHIR への準拠」に係る説明文と「図．FHIR の概要イメージ」をわかりやすさの観点から一部修正。 ・ 「臨床情報で使用する FHIR リソース」の各リンク先を追加。 ・ 指定感染症 5 項目、指定検査 43 項目について、わかりやすさの観点から「表．指定感染症 5 項目の FHIR 識別文字列、単位、定性値」、「表．指定検査 43 項目の FHIR 識別文字列、単位、定性値」を修正。その上で、「表．定性値パターン別の URI、コード、コード表示名称」を追加。 ・ 指定感染症 5 項目、指定検査 43 項目について、わかりやすさの観点から「表．定性値パターン別の URI、コード、コード表示名称」を新たに追加。 ・ 「表．標準マスタの対応表」をマスタファイル名称

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			とコード名称に分けて修正。且つ電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタを追加。 ・ マスタの補足情報として、「ダミーコードに関する補足と利用上の注意」を追加。 ・ マスタの補足情報として、「感染症、検査で使用する JLAC コードの特記ルール」について一部内容を修正。 ・ マスタの補足情報として、「JLAC10 コードと JLAC11 コードに関する補足」を追加。 ・ マスタの補足情報として、「感染症、検査におけるローカルコード／ハウスコードの取り扱い」を追加。 ・ マスタの補足情報として、「アレルギー全般で使用するマスタに関する補足」について、剤形・規格・銘柄不明コードの構成を追加。 ・ マスタの補足情報として、「薬剤アレルギー等で使用するマスタに関する補足」にて、薬剤アレルギー等で使用するマスタの使用方法を追加。 ・ マスタの補足情報として、「処方薬で使用するマスタに関する補足」を追加。 ・ マスタの補足情報として、「用法で使用するマスタに関する補足」を追加。 ・ マスタの補足情報として、「標準マスタコードの記述箇所」を追加。 ・ 「表：標準マスタと system に記述する識別子の対応表」について記録条件仕様書の記載に合わせ「表:標準マスタコードの URI」に修正。 ・ 臨床情報の登録期限について補足説明を追加。
		3.1 業務	・ 各システムフロー図に外部インターフェイス仕様書の「外部 IF_ID」を追加。 ・ 文書情報の取得・閲覧・保存フローについて、わかりやすさの観点から、同意取得のケースごとにフローを分けた。
		3.2 機能	・ 「機能 1：送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定」について、わかりやすさの観点から、全般的により丁寧な記載に見直し。 ・ 「機能 2：電子カルテシステム等から情報出力」について、「表：5 情報登録における 1 報告単位の定

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			義」に Bundle リソースの指定の仕方の補足説明を追加。 ・「機能 4 ：被保険者番号等の付与」について、わかりやすさの観点から、全般的により丁寧な記載に見直し。 ・「機能 7：同意取得情報の付与」に患者の生命、身体の保護の必要があり、同意取得が困難な場合の取り扱いについて追加。 ・「機能 7：同意取得情報の付与」に健診文書登録の際の同意取得方法について追加。 ・「機能 8：PDF 帳票ファイルの生成」について実装必須に修正。 ・「機能 11：FHIR 構造データの生成」に文書の叙述的に記述した情報の格納方法等について追記。 ・「機能 12：バリデーションチェック」のベースチェック時にコードとコード表示名称の組み合わせが正しくない場合に Warning となる旨を補足追記。加えて、アドオンチェックで標準マスタについては、同チェックで Error になる旨を明記。その他わかりやすさの観点から、一部丁寧な記載に見直し。 ・「機能 15：登録情報の削除・更新」について、過去使用した識別子を再利用しての登録リクエストはできないが、削除・変更リクエストは可能な旨を追加。加えて、表枠外に、変更リクエスト時の一時的な表示制限を注記。 ・「機能 16：受信文書一覧取得」について、「自施設宛文書情報一覧は、まだ取得していない文書のみが表示される」旨を追加。 ・「機能 17：ダウンロード」について、文書情報の再取得については、当該文書 ID が必要であることを追加。 ・「機能 18：表示（文書情報)」に叙述テキスト及びダミーコードの取り扱いについて追加。 ・「機能 19：表示（臨床情報、健診文書)」にダミーコードの取り扱い及び重複する情報の取り扱いについて追加。 ・「機能 21：標準マスタダウンロード」について、わかりやすさの観点から、「標準マスタファイルダ

版数	改訂年月日	該当箇所	内容
			ウンロード機能」に名称変更し、全般的により丁寧に記載の上、対象内容と公開先 URL を追加。
		4.4 テスト・モデル事業	・ 「医療機関等システムベンダ向け接続テスト」と「医療機関等運用テスト」の期間を修正。
		5.1 文書・データ・ソフトウェア	・ 「表．提供する文書・データ・ソフトウェア一覧」について一部内容を修正。

目次

1. はじめに 14
1.1 本書の趣旨 14
1.2 本書の前提 14
1.3 本書の構成 15
1.4 用語の定義 17
2. 電子カルテ情報共有サービスの全体像 24
2.1 提供するサービス 24
2.2 取り扱う情報 27
2.3 設計思想 47
2.4 原則 48
3. 電子カルテ情報共有サービス導入に伴う医療機関等における変更点 68
3.1 業務 68
3.2 機能 76
3.3 画面 122
3.4 外部インターフェイス 124
3.5 システム構成 126
3.6 セキュリティ対策 136
4. 電子カルテ共有サービス導入に向けた医療機関等の作業 139
4.1 機能改修 140
4.2 環境設定 140
4.3 運用見直し 141
4.4 テスト・モデル事業 141
5. 医療機関等へ提供する情報等 142
5.1 文書・データ・ソフトウェア 142
5.2 説明会等 143

1. はじめに

1.1 本書の趣旨

電子カルテ情報共有サービス（以下「本サービス」という。）の導入に関するシステムベンダ向け技術解説書（以下、「本書」という。）は、医療機関等が本サービスを導入するにあたり、医療機関等システムの開発ベンダ（以下、「システムベンダ」という。）に以下を理解いただくことを目的としています。

【2 章】電子カルテ情報共有サービスの全体像
【3 章】電子カルテ情報共有サービス導入に伴う医療機関等における変更点
【4 章】電子カルテ情報共有サービス導入に向けた医療機関等の作業
【5 章】医療機関等へ提供する情報等

医療機関等が本サービスを導入するに当たってはシステムベンダの協力が不可欠であるため、本書の内容を十分に理解した上で対応いただくようお願いいたします。

1.2 本書の前提

本サービスの導入にあたっては、既にオンライン資格確認等システムを実装していることが前提となります。また、例えば、本サービスに必要な機能の一つである電子署名の実装方式については、既にサービスインしている電子処方箋管理サービスと一部解説内容が重複しています。

そしてこれらの前提内容や重複内容については、既にオンライン資格確認等システムや電子処方箋管理サービスの技術解説書より情報公開されています。

そのため本書では、本サービス特有の内容に焦点を当ててご理解いただきやすくするために、このような内容については、可能な限り記載を省略し、必要に応じて該当資料を参照いただく構成にしています。

1.3 本書の構成

本書は、本紙、別紙及びインターネット上に公開している関連文書で構成します。本紙や別紙、関連文書の一覧を「表 1. 本書の構成」に示します。

表 1. 本書の構成

分類	資料名	概要
本紙	電子カルテ情報共有サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書	・ 本サービスを導入する医療機関等のシステムベンダに対し、実装機能等を解説する文書。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子カルテ情報共有サービス】
別紙	電子カルテ情報共有サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書(患者サマリー登録・閲覧サービス編)	・ 患者サマリー登録･閲覧サービスを導入する医療機関等のシステムベンダに対し、実装機能等を解説する文書。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子カルテ情報共有サービス】
別紙	セキュリティアセスメントに基づいたセキュリティ対策例	・ 医療機関等において、セキュリティアセスメント結果に基づいたセキュリティ対策を検討する際の参考例。 【参照先：医療機関等 ONS(ベンダ向けサイト)】
関連	健康診断結果報告書 HL7 FHIR 記述仕様	・ 健康診断結果報告書の内容を HL7 FHIR に基づいた形式で電子的に記述するための厚生労働省標準規格。 【参照先：日本医療情報学会ホームページ_医療情報の標準化に関する情報・資料など】 【参照先：健康診断結果報告書の FHIR 実装ガイド】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	診療情報提供書 HL7 FHIR 記述仕様	・ 診療情報提供書の内容を HL7 FHIR に基づいた形式で電子的に記述するための厚生労働省標準規格。 【参照先：日本 HL7 協会ホームページ_制定済標準規格】 【参照先：電子カルテ情報共有サービス（ 2 文書 6 情報作成・送信）のための FHIR 実装ガイド】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	退院時サマリーHL7 FHIR 記述仕様	・ 退院時サマリーの内容を HL7 FHIR に基づいた形式で電子的に記述するための厚生労働省標準規格。 【参照先：日本 HL7 協会ホームページ_制定済標準規格】

分類	資料名	概要
		【参照先：電子カルテ情報共有サービス（ 2 文書 6 情報作成・送信）のための FHIR 実装ガイド】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	電子カルテ情報共有サービス FHIR 実装ガイド JP-CLINS（Clinical Information Sharing Implementation Guide）	・ 2 文書 5 情報+患者サマリーで使用される FHIR リソースについてのプロファイルを定義する実装ガイド。また、5 情報を本サービスに登録する際の Bundle 仕様や、登録した情報を同定するための識別子に関する仕様も定めている。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子カルテ情報共有サービス】 【参照先：電子カルテ情報共有サービス（ 2 文書 6 情報作成・送信）のための FHIR 実装ガイド】 【参照先：FHIR Terminology（コード表等）】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	オンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書	・ オンライン資格確認等システムを導入する医療機関等のシステムベンダに対し、実装機能等を解説する文書。 【参照先：厚生労働省ホームページ_オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	電子処方箋管理サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書	・ 電子処方箋管理サービスを導入する医療機関等のシステムベンダに対し、実装機能等を解説する文書。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子処方箋（システムベンダ向け）】 ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。
関連	医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 6.0 版	・ 医療情報システムの安全管理や、民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律（平成 16 年法律第 149 号。以下「e-文書法」という。）等の法令等への適切な対応を行うため、技術的及び運用管理上の観点から所要の対策を示した文書。 【参照先：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン　第 6.0 版（令和 5 年 5 月）】 ・ ※適宜内容が更新されるので都度最新版をご参照ください。

1.4 用語の定義

本書で扱う用語を、「表２．用語の定義」に示します。

表２．用語の定義

用語	内容
関係機関・関係者	
医師等	医療機関等の職員で、本サービスを利用するエンドユーザの総称。
医療機関等	本サービスを利用する施設の総称。 本サービスでは保険診療を提供する施設を対象としている。
健診センター(単独)	保険医療機関番号を取得していない健診単独機関の総称。
医療保険者等	医療保険の被保険者や加入事務所に対して健康保険サービスを提供する主体。
国民等	日本国籍を持つ者及び在留資格が認められている外国人のうち、マイナンバーを保持する者の総称。
支払基金	社会保険診療報酬支払基金の略称。健康保険制度における診療報酬等の審査支払について、医療保険者等の委託を受けて審査支払を行う専門機関。
国保中央会	国民健康保険中央会の略称。全国 47 都道府県に設置されている国民健康保険団体連合会を会員とし、内閣府から公益認定を受けた国民健康保険の団体。
システムベンダ	医療機関等システム（電子カルテシステム、レセプトコンピュータ/医事会計システム、文書作成システム、地域連携システム、検査システム、健診システム等）の開発ベンダの総称。
ネットワークベンダ	医療機関等システムとオンライン請求回線（支払基金・国保中央会の準備する回線）をつなぐネットワークを提供するベンダの総称。
MEDIS	正式名称は「一般財団法人 医療情報システム開発センター」。HPKI 電子署名の運営や、病名コード、医薬品コード、臨床検査コード等のマスタ標準化推進事業等を展開。 また、HPKI セカンド電子証明書を利用してリモート署名を行うためのクラウドシステムの運営主体。
関係システム	
医療機関等システム/ 電子カルテシステム等	「医療機関等システム」は、医療機関等に導入されているシステム（電子カルテシステム、レセプトコンピュータ/医事会計システ

用語	内容
	ム、文書作成システム、地域連携システム、検査システム、健診システム等）の総称。 そのうち、本サービス及びオンライン資格確認等システムに対して、直接データの登録及びレスポンス要求するシステムを「電子カルテシステム等」という。 ※例えば、健診システムで発生したデータを電子カルテシステムに連携し、電子カルテシステムから本サービスにデータ登録を行う場合、健診システムは「電子カルテシステム等」に含まない。
SaaS 型の電子カルテシステム等	電子カルテシステム等のソフトウェアをインターネット経由で利用できるサービス。SaaS は、「Software as a Service」の略語。
オンライン資格確認等システム	オンライン資格確認システム、医療情報閲覧機能（薬剤情報管理システム、診療情報管理システム、特定健診情報管理システム、医療費情報管理システム）、レセプト振替システム、マイナ在宅受付 Web サービスの総称。 【参照先：厚生労働省ホームページ_オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）】
オンライン資格確認システム	保険医療機関・保険薬局や医療保険者等を、オンライン資格確認ネットワーク回線で結び、医療機関等からの照会を受けて、患者の保険資格情報等を提供する仕組み。
電子処方箋管理サービス	オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。加えて、オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、医療機関等は、電子処方箋として登録された 100 日分の処方・調剤内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認も可能。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子処方箋】
マイナポータル	行政機関が保有する自分の特定個人情報の内容（あなたの情報）やそのやり取りの記録（やりとり履歴）、自分へのお知らせ通知などを、パソコンや携帯端末を利用して閲覧することができる Web サービス。
ソフトウェア・ハードウェア・ネットワーク	
資格確認端末	医療機関から、オンライン資格確認ネットワークを経由して、オンライン資格確認等システムや電子カルテ情報共有サービス等に接続するために使用される専用端末。
オンライン資格確認等連携ソフト	支払基金が提供するアプリケーションソフトで、被保険者番号等を利用した資格確認、照会番号の登録、診療・薬剤情報・特定健診等情報の取得、電子処方箋管理サービスと電子処方箋ファイルや調剤情報提供ファイル等の各種ファイルのやり取りを行うため

用語	内容
	に使用される。本サービスにおいては、3 文書 6 情報のやりとりを行うために使用する。別名「連携アプリケーション」。
FHIR データ変換等アプリケーション	電子カルテシステム等から出力した医療情報に対して、本サービスの要件に沿った情報を付与し、FHIR 規格のフォーマットへの変換及び標準マスタにコーディングの上、登録時のバリデーションチェック等が可能な機能を搭載したアプリケーションの総称。
署名・署名検証用アプリケーション	電子署名及び署名検証の機能を実現するためのアプリケーションの総称。
顔認証付きカードリーダ	患者が、自身のマイナンバーカードの写真データを用いた顔認証、PIN 認証、医療情報閲覧同意の選択、紹介先医療機関等での対象の文書情報選択などを行うことができるカードリーダ。
オンライン資格確認ネットワーク	オンライン資格確認等システムと資格確認端末が接続する既存のネットワーク。本書では「オンライン請求ネットワーク」と同一のものとして記載。
連携アプリ搭載サーバー	オンライン資格確認等連携ソフト(サーバーＯＳ対応版)が搭載されたサーバー。物理的な本機能専用のサーバーを指しているわけではなく、あくまで概念を指す用語として本書で使用している。
情報提供サイト	
医療機関等 ONS	システムベンダ向けに電子カルテ情報共有サービスや、オンライン資格確認システム、電子処方箋管理サービス等の導入に係る情報提供することを目的としたサイト。一般公開は行っていない。 【参照先：医療機関等 ONS(ベンダ向けサイト)】
医療機関等向け総合ポータルサイト	医療機関等向けに電子カルテ情報共有サービスや、オンライン資格確認システム、電子処方箋管理サービス等の導入に係る情報提供や利用申請・補助申請を受け付けることを目的としたサイト。一般公開されている。 【参照先：医療機関等向け総合ポータルサイトホームページ】
情報・データ	
3 文書	診療情報提供書、退院時サマリー、健診文書の 3 文書を指す総称。
文書情報	診療情報提供書及び退院時サマリーの 2 文書を指す総称。
健診文書	以下種別の健康診断結果報告書を指す総称。 ・ 特定健康診査（特定健診） ・ 後期高齢者健診 ・ 事業主健診（一般定期健康診断） ・ 学校職員健診 ・ 保険者が実施する特定健診等以外の健診 ・ 保険者以外が行う特定健診等に相当する健診

用語	内容
臨床情報	6 情報および 5 情報の総称。
6 情報	傷病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、感染症、検査、診療情報提供書及び退院時サマリーに記載された処方の 6 種類の情報を指す総称。
5 情報	傷病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、感染症、検査の 5 種類の情報を指す総称。
感染症 5 項目	本サービスにおける臨床情報として指定された、5 項目の感染症検査項目。項目の詳細は、「2.2 取り扱う情報」に記載。
検査 43 項目	本サービスにおける臨床情報として指定された、43 項目の検査項目。項目の詳細は、「2.2 取り扱う情報」に記載。
患者サマリー	医師がこれまで紙などで患者に情報共有していた傷病名や療養上のアドバイス等を患者に電子的に共有するためのサマリー。
キー画像	医師等が診療目的で参照するための代表的な医用画像情報。本サービスにおいては、DICOM 形式の医用画像専用フォーマット（いわゆる生データ）ではなく、PNG・JPEG・TIFF のファイル形式に圧縮・変換したデータを指す。
被保険者番号等	被保険者個人識別子や生活保護受給者識別子といった本サービスで使用する個人識別符号の総称。
被保険者個人識別子	医療保険制度において、保険者内で個人を一意に識別するための符号。保険者等番号、被保険者証記号、被保険者証番号、被保険者証枝番を組み合わせて結合した文字列。
生活保護受給者識別子	生活保護法に基づく医療扶助の受給者を一意に識別するための符号。公費負担番号、受給者番号を組み合わせて結合した文字列。
標準化規格	
FHIR	HL7 FHIR（Fast-Healthcare-Interoperability-Resources）の略称。HL7-International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。 本サービスで取り扱う情報のデータフォーマットは、この規格に準拠する。
FHIR 記述仕様/実装ガイド（Implementation Guide）	各種医療情報・文書を FHIR に基づいた形式で電子的に記述するために FHIR リソース等のプロファイルを定義する実装ガイド。バリデーションチェックするためのルールについても記載されている。
バリデーションチェック	記述されたデータが正しい形式や範囲、定義された制約に従っているかを確認するプロセス。本サービスが不正なデータを受け入れないようにするために行われる。
CDA	HL7 CDA(Clinical Document Architecture)の略称。診療に関す

用語	内容
	る文書（Clinical Document）を電子的に交換するため、HL7 Version 3 をベースに、XML によって表現を定めた標準規格。特定健診のフォーマット等に使用されている。
UUID	Universally Unique Identifier の略称。全世界で一意となるように 36 文字の英数字で発番された識別子。Bundle 内でリソース間の参照関係を表現するために使用される。
ローカルコード／ハウスコード	医療機関等が自施設で運用しているシステムで使用しているデータ個々に付与されている独自のコード。
マスタ	システムへの入力に必要な基礎的なデータを集めたデータ集。
標準マスタ	電子カルテ情報の標準化を推進するために、本サービスが指定するマスタ。項目の詳細は、「2.4 原則」に記載。
標準マスタファイル	標準マスタを提供するためのファイル。用途としては本サービスでの使用に限る。Excel または CSV 形式で提供する。取得方法等の詳細は、「3.2 機能」に記載。 ファイルレイアウトの詳細については、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。
標準マスタコード	標準マスタファイルに収載されている、データを一意に特定するための識別符号。項目の詳細は、「2.4 原則」に記載。
ダミーコード	標準マスタに収載されていない情報等を本サービスに登録する際に限り一時的に利用する識別符号。ダミーコード自体は特定の意味をもたないため、併せて表現したい内容をテキストとして入力する必要がある。利用上の注意について、「2.4 原則」に記載。
UCUM 単位コード	The Unified Code for Units of Measure コードの略称で、測定単位について国際標準規格化された識別符号。
コード表示名称	マスタに収載されたコードに対応する表示名称。
登録年月日	各標準マスタにコードが新規追加された年月日。
削除年月日	廃版等を理由に各標準マスタからコードが削除された年月日。
URI	Uniform Resource Identifier の略称。リソースを一意に識別するための文字列。本書では、マスタの識別子として記載。
OID	Object Identifier の略称。世の中に存在する概念や物を一意に識別するための符号。本書では、マスタの識別子として記載。 本サービスでは、主に URI を採用しているが、健診文書等の一部のマスタのみ既存制度に合わせて OID を使用している。
標準病名履歴マスタ	最新版の ICD10 対応標準病名マスタの病名基本テーブルに収載している病名と、2015 年以降に廃止した病名を収載したマスタ。電子化レセプトや電子カルテの傷病名欄に登録される病名用語とそのコードを収載している。ICD10 対応標準病名マスタは、厚生

用語	内容
	労働省標準規格(HS005)に認定されている。 【参照先:一般財団法人医療情報システム開発センターホームページ_MEDIS 標準マスタ】
電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表(別称：共有項目 JLAC コードマスタ)	感染症 5 項目及び検査 43 項目に該当する JLAC10 コード及び JLAC11 コードについてそれぞれの対応関係を紐づけて収載したマスタ。本サービスで規定している単位情報や定性値情報等も収載している。 JLAC コード（Japan Laboratory Code）は、日本臨床検査医学会が制定した臨床検査項目の標準コードであり、臨床検査項目分類コード第 10 版を JLAC10、臨床検査項目分類コード第 11 版を JLAC11 と呼称している。 MEDIS が公開している JLAC10 コードを収載した臨床検査マスタは厚生労働省標準規格(HS014)に認定されている。 【参照先：一般社団法人医療データ活用基盤整備機構_JLAC センター】 【参照先：一般社団法人日本臨床検査医学会ホームページ_臨床検査項目分類コード】 【参照先：一般財団法人医療情報システム開発センターホームページ_臨床検査マスタ】
FHIR 項目名称	電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表に記載の項目で、臨床情報一覧やマイナポータル上の閲覧時に表示される名称。
FHIR 識別文字列	電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表に記載の項目で、Observation.code.coding.display に記述する文字列。
J-FAGY アレルゲンコードマスタ	「食品」、「非医薬品・食品」のカテゴリーに分けてアレルゲンのコードを収載したマスタ。 【参照先：J-FAGY アレルゲンコード】
個別医薬品コード(YJ コード)リスト	本技術解説書で説明される個別医薬品コード(YJ コード)リストは、薬価基準収載品目すべてに対して銘柄別にユニークなコードを設定している最新版の個別医薬品コード(YJ コード(Yakka Joho の頭文字))と、2019 年以降に廃止した YJ コードを収載したマスタ。 特徴としては、薬価基準における統一名収載品に対して個々の医薬品ごとにコードを付しており、医薬品個々の識別ができる。なお、薬価収載以外の医薬品(非保険薬)は対象外となっている。 本技術解説書で説明される個別医薬品コード(YJ コード)リストは、医薬品情報標準化推進協議会が公開している個別医薬品コード(YJ コード)リストと履歴有無の観点から取り扱っているコー

用語	内容
	ド数が異なることに留意すること。 医薬品情報標準化推進協議会が公開している個別医薬品コード(YJ コード)リストは、厚生労働省標準規格(HS042)に認定されている。 【参照先：株式会社医薬情報研究所ホームページ】 【参照先：医薬品情報標準化推進協議会】
薬剤アレルギー用コードマスタ	個別医薬品コード(YJ コード)リストに収載されている医薬品銘柄を薬剤アレルギーとして登録するためのマスタ。処方薬と識別できるように、「YCM」の 3 桁のメタコードを頭につけている。その続きに、YJ コード 12 桁をつけた 15 桁の構成となっている。
剤形・規格・銘柄不明コードマスタ	個別医薬品コード(YJ コード)リストに収載されている医薬品の銘柄、規格、剤型を削除した本サービス専用のマスタ。 本マスタは、薬剤アレルギー等情報の登録において、医薬品の銘柄を指定できず、規格・剤形が不明な場合に限り使用するためのコードである。よって、本マスタを独自の用途(処方時の同一成分チェック等)に活用するといった用途では利用できないことにご留意ください。
電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法マスタ （用法マスタ）	電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法コードを収載したマスタ。 本サービスで登録する処方情報についても、この用法コードを使用する。 なお、本マスタは、厚生労働省標準規格(HS027)に認定されている「処方・注射オーダ標準用法規格」とは異なるものである。 【参照先：厚生労働省ホームページ_電子処方箋】
電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ （健診項目マスタ）	本サービスで取り扱う健診項目の内容・コードや、各健診制度に対応した記述ルールを示したマスタ。電子的な標準様式 第 4 期（2024 年度～2029 年度分）上で、各健診項目に対して規定されている JLAC10 コードを収載している。 【参照先:厚生労働省ホームページ_電子カルテ情報共有サービス】
電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタ	全国の保険医療機関等の名称や、保険医療機関番号、所在地、本サービスの利用開始年月日(サービス対応有無)等を収載したマスタ。収載されている保険医療機関番号は、先頭から順に該当の都道府県番号（2 桁)、点数 表番号（1 桁)、医療機関（薬局）コード（7 桁）の 10 桁で形成されている。 本マスタは、紹介先医療機関の宛先リストの作成や紹介先医療機関の検索機能に活用いただくことを目的としている。 当面の間は、保険医療機関(医科)のみを対象としている。

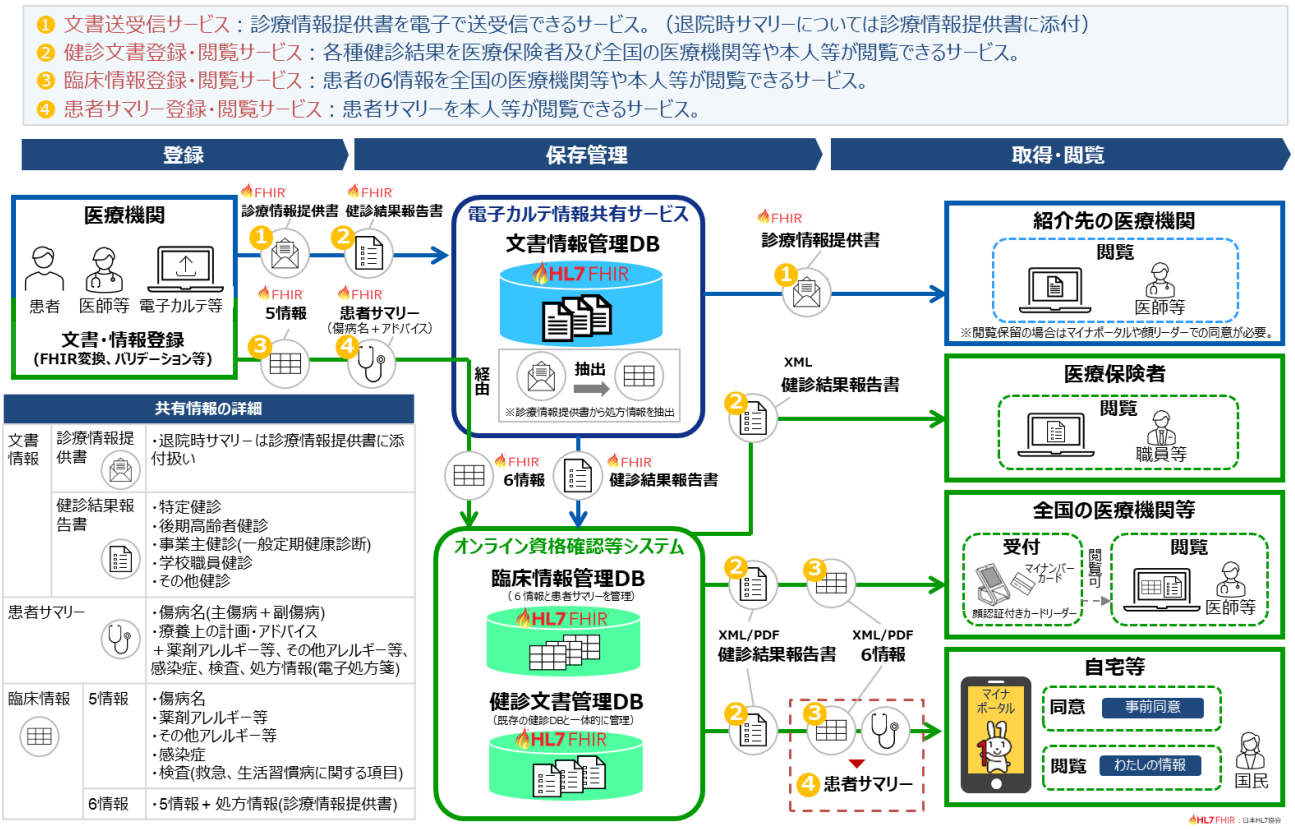
2. 電子カルテ情報共有サービスの全体像

2.1 提供するサービス

本サービスが提供するサービスは以下の通りです。

まず、診療情報提供書（退院時サマリー）を医療機関等が電子上で送受信できます。また、健康診断結果報告書を実施主体（医療保険者等）や全国の医療機関等に共有することができます。さらに、オンライン資格確認等システムと連携することにより、本人の同意のもとで、臨床情報及び健康診断結果報告書を全国の医療機関等で取得・閲覧可能となることや、国民等がマイナポータル上で確認できます。

図 1. 電子カルテ情報共有サービスの全体像



以下に、4 つのサービス内容についての概要を示します。

(1)文書送受信サービス

従来、医療機関等が紙や FAX でやり取りしていた診療情報提供書や退院時サマリーを、セキュリティ保護が確保された環境で、医療機関等の間で電子的に送受信することができます。紹介状の印刷や FAX 送付の手間の削減や、閲覧の際のデータ化の手間も削減でき、従来よりもタイムリーに閲覧可能になります。また、診療情報の確認時間が削減でき、診療の質の向上に貢献することができます。なお、本サービスの利用にあたっては、紹介元医療機関、紹介先医療機関それぞれが本サービスを利用できていることが前提となります。紹介先医療機関の利用状況の確認方法については、項番 3.2「機能」をご参照ください。

(2)健診文書登録・閲覧サービス

医療機関から健診文書を本サービス経由で、オンライン資格確認等システムに登録し、健診種別ごとの直近の結果を全国の医療機関や医療保険者等および健診の受診者本人が取得・閲覧できます。これにより、医療機関ではより迅速に多くの健診結果を閲覧することが可能になり、より質の高い安全な医療の提供が可能となります。また、医療保険者の健診取得率向上や保健事業への活用が見込めます。

(3)臨床情報登録・閲覧サービス

臨床情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、診療情報提供書及び退院時サマリーに記載された処方）を全国の医療機関等や患者本人が取得・閲覧することができます。問診や患者の自己申告と比べ、正確な情報を即座に得ることができるため、迅速な受け入れ判断や、より質の高い診察、処方、服薬指導をすることが可能になります。また、将来的には、他サービス（Web 問診サービスといった各医療機関等で独自に提供しているサービス等）との連携による医療機関内の業務効率化や、閲覧できる情報の拡充による他施設との連携の加速化も見込めます。

(4) 患者サマリー登録・閲覧サービス

医師がこれまで紙などで患者に情報共有していた療養上のアドバイスを電子的に共有する仕組みです。

- 療養上の計画・アドバイス
- 指導日に登録または更新（確認）した傷病名
- 臨床情報登録・閲覧サービスとして登録された感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査
- 電子処方箋管理サービスを用いて登録された院外処方箋の情報

の組み合わせによって整理された患者サマリー(Patient Summary) を、マイナポータル上で国民等にわかりやすく情報提供します。これにより、国民等が自分の病態を把握し、医師から診療時に受けたアドバイスを再確認することができる他、他院への受診時や救急搬送時に医療者に対して情報共有することが可能になります。なお、患者サマリーはあくまで患者に共有するためのものであり医療機関が直接取得・閲覧することはできませんが、患者の了解のもと、患者が自身のマイナポータルの画面の患者サマリーを医師に見せることは妨げません。なお、患者サマリー登録・閲覧サービスに係る技術解説については、別冊として示すため、本書では取り扱いません。

なお、上記 2.1 の(1)~(4)のサービスが対象とするのは、下表のとおりです。また、これらのサービスは 24 時間 365 日利用可能です。

表 3. 各サービスで取り扱い可能な情報の主体

	被保険者 及び被扶養者	医療扶助における 被保護者
(1)文書送受信サービス	対象	対象
(2)健診文書登録・閲覧サービス	対象	対象 (一部健診は対象外※)
(3)臨床情報登録・閲覧サービス	対象	対象
(4)患者サマリー登録・閲覧サービス	対象	対象

※「被保護者健診」、「特定健康診査（特定健診)」、「後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診)」、「事業主健診（一般定期健康診断)」、「学校保健安全法、及び労働安全衛生法に基づく職員健診」、「保険者が実施する特定健診等以外の健診」は対象外

2.2 取り扱う情報

(1)原則

本サービスで取り扱う情報は、医療保険適用の診療等で生じたものを原則とします。ただし、電子カルテシステム等の仕様上、労災、自由診療、自賠責等、医療保険適用外の診療時に生じた情報と、医療保険適用の診療時に生じた情報との区別が難しい場合、有効な被保険者個人識別子もしくは生活保護受給者識別子が付与されていれば、本サービスへの登録は可能です。

(2)3 文書の概要

① 診療情報提供書

本サービスで取り扱う診療情報提供書は、別の保険医療機関に対して、患者紹介や退院患者紹介を目的に情報提供することを前提としています。

一方、返書については、現行の医療機関の運用実態として、診療情報を伴わない、いわゆる返事のみの記載となっているケースもあることから、当面の間は、本サービスの対象外となります。そのため、紹介元医療機関に返信する機能等は用意されておりません。

また、本サービスでは、診療報酬の別紙様式 11(保険医療機関等への診療情報提供)の用途に沿った診療情報提供書のやり取りに対応しているため、その他の様式の診療情報提供書に関しては対象外となります。様式 11 との対応関係については、診療情報提供書 HL7 FHIR 記述仕様をご参照ください。加えて、本サービスでは、宛先を空白とした送付はできないことにご留意ください。

なお、診療情報提供書は、JSON 形式の構造情報として閲覧できるとともに、紹介元医療機関で生成された PDF 帳票ファイルを閲覧することも可能です。

表 4. 診療情報提供書の対象様式

診療情報提供書の様式		本サービスの対象
様式 11	保険医療機関等への診療情報提供書	対象
様式 12	市町村への情報提供に用いる診療情報提供書	対象外
様式 12 の 2	市町村への情報提供に使用/患者が 18 歳以下の場合	対象外
様式 12 の 3	市町村への情報提供に使用/患者が子供の養育者の場合	対象外
様式 12 の 4	指定居宅介護支援事業者等への情報提供に使用	対象外
様式 13	介護老人保健施設・介護医療院への情報提供に使用	対象外
様式 14	学校等への情報提供に使用	対象外
様式 14 の 2	保育所等への情報提供に使用	対象外
様式 14 の 3	学校等への情報提供に使用	対象外

診療情報提供書等の文書情報は、紹介先医療機関が一度取得した時点から 7 日間は再取得可能です。また、紹介先医療機関が未取得の状態であれば最大 180 日間本サービス上に保存されます。これらの期間を超過すると、文書情報の取得ができなくなることにご留意ください。

② 退院時サマリー

本サービスにおける退院時サマリーの位置づけは、入院患者の退院に際して、関与する他の医療機関等との間で効率的に情報を共有することで、当該患者の診察、治療、ケアを適切に連携・継承できることを目的としています。

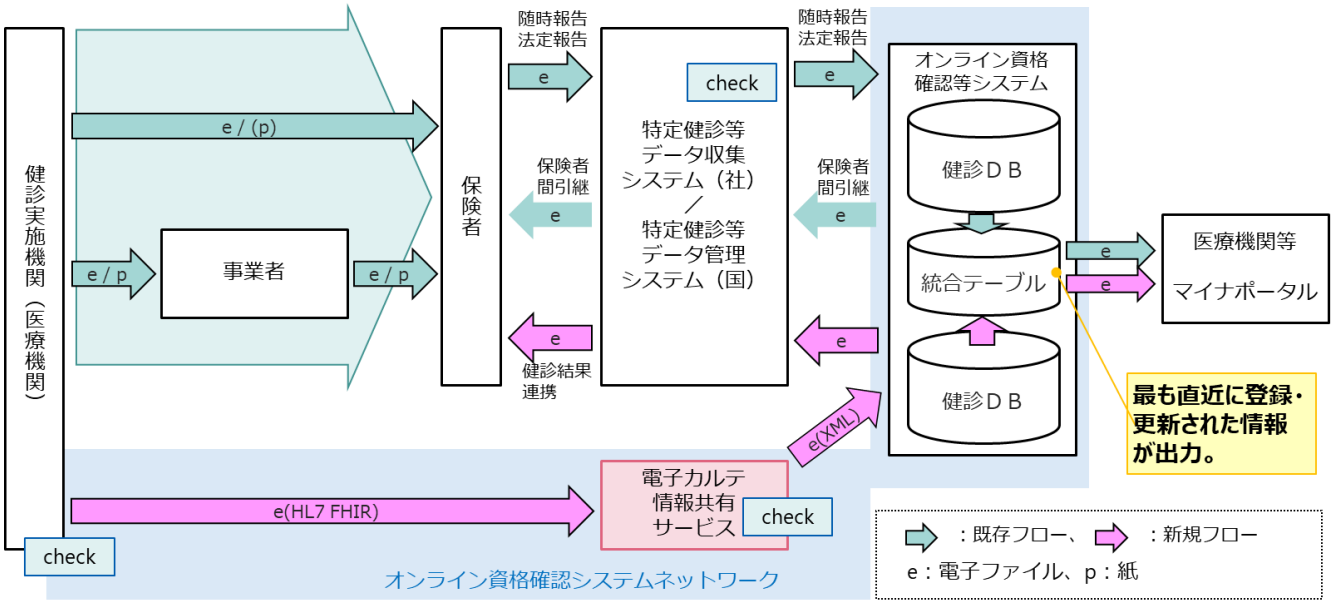
そのため、本サービスでは、文書送受信サービスの利用時に、退院時サマリーを診療情報提供書の添付文書として取り扱うことができるものとします。なお、退院時サマリー単独での送受信はできないことにご留意ください。

なお、退院時サマリーは、JSON 形式の構造情報として閲覧できるとともに、紹介元医療機関で生成された PDF 帳票ファイルを閲覧することも可能です。

③　健診文書

本サービスでは、保険者を経由せず、医療機関(健診機関)から直接支払基金に対して、健診文書の登録が可能になります。その際、同一日に実施した健診内容について、本サービスを用いて登録された健診結果と、保険者によって登録された健診結果（随時報告、法定報告）が重複して登録されることになりますが、オンライン資格確認等システム側でマージ処理を行うため、全国の医療機関等及びマイナポータルでは、各健診項目ごとに最も直近に登録・更新された情報が閲覧できるようになります。

図 2.　健診文書のデータフロー



保存期間は、従来通り登録後 5 年間保存されます。また、健診文書は、従来の仕組みに合わせ、XML 形式の構造情報もしくは PDF 帳票ファイルを閲覧することが可能です。

本サービスで取り扱う健診文書の種別及び項目は、以下の通りです。なお、本サービスで取り扱う健診文書は、「第 4 期 特定健診」が開始された「2024 年 4 月 1 日以降」に実施したものに限定されますのでご留意ください。

表 5. 電子カルテ情報共有サービスで取り扱う健診文書種別

健(検)診種別	本サービスの登録対象
特定健康診査（特定健診）	対象
後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診）	対象
事業主健診（一般定期健康診断）	対象
学校保健安全法、及び労働安全衛生法に基づく職員健診	対象
保険者が実施する特定健診等以外の健診	対象
保険者以外が行う特定健診等に相当する健診	対象
健康増進法施行規則に基づき実施する健康診査のうち生活保護法に規定する被保護者に対して行う健康診査	対象外
健康増進法に基づき自治体が制度として実施する検診	
胃がん検診	対象外
肺がん検診	対象外
大腸がん検診	対象外
乳がん検診	対象外
子宮頸がん検診	対象外
肝炎ウイルス検診	対象外
骨粗しょう症検診	対象外
歯周疾患検診	対象外
母子保健法に基づき自治体が制度として実施する健診	
妊婦健診	対象外
乳幼児健診	対象外

表 6. 電子カルテ情報共有サービスで取り扱う健診項目

種別	健診項目
診察	既往歴、業務歴、自覚症状、他覚症状
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	AST（GOT)、ALT（GPT)、γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪、随時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、Non-HDL コレステロール
血糖検査	空腹時血糖、HbA1c、随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
血液学検査(貧血検査)	ヘマトクリット値、血色素量（ヘモグロビン値)、赤血球数
その他	採血時間*、心電図、眼底検査、血清クレアチニン（eGFR)、視力、聴力、胸部エックス線検査、喀痰検査
医師の判断	医師の診断（判定)、メタボリックシンドローム判定、保健指導レベル
質問票	標準的な質問票、後期高齢者の質問票

*採血時間は、医療機関等システム、マイナポータルには共有されません。

その他、健診文書についての留意点について以下に記述します。

1.交換用基本情報ファイルの取り扱いについて

交換用基本情報ファイルに相当する情報は、本サービスで自動生成します。そのため、保険者に対して提出している交換用基本情報ファイルを医療機関(健診機関)側で記録いただく必要はありません。

2.決済情報の取り扱いについて

特定健診を集合契約等で実施している場合、既存の運用では、健診機関は代行機関(支払基金・国保連合会)に対して、健診情報と併せて決済情報も提出していますが、本サービスでは、決済情報の取り扱いは行いません。

3.報告区分について

報告区分については、以下のコードを適用してください。なお、既存の運用では、健診機関は代行機関(支払基金・国保連合会)に対して、登録した健診文書の削除依頼を行いたい場合、報告区分の下一桁を 9 に変更する運用となっていますが(例えば、特定健診の場合、報告区分を 10 から 19 に変更)、本サービスでは、医療機関(健診機関)からの削除依頼後、これらの情報を自動修正するため、報告区分コードを変更いただく必要はありません。

表 7. 報告区分コード

健(検)診種別	報告区分
特定健康診査（特定健診）	10：特定健診情報
後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診）	10：特定健診情報
事業主健診（一般定期健康診断）	41：事業者健診
学校保健安全法、及び労働安全衛生法に基づく職員健診	41：事業者健診
保険者が実施する特定健診等以外の健診	80：保険者が実施する特定健診等以外の健診
保険者以外が行う特定健診等に相当する健診	70：保険者以外が行う特定健診等に相当する健診

4.プログラムサービスコードについて

プログラムサービスコードについては、以下のコードを適用してください。

表 8. プログラムサービスコード

健(検)診種別	プログラムサービス
特定健康診査（特定健診）	010：特定健康診査
後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診）	020：広域連合の保健事業
事業主健診（一般定期健康診断）	030：事業者健診(労働安全衛生法に基づく健診)
学校保健安全法、及び労働安全衛生法に基づく職員健診	040：学校健診(学校保健法に基づく職員健診)
保険者が実施する特定健診等以外の健診	080：保険者が実施する特定健診等以外の健診
保険者以外が行う特定健診等に相当する健診	070：保険者以外が行う特定健診等に相当する健診

5.健診種別の選択方法の考え方について

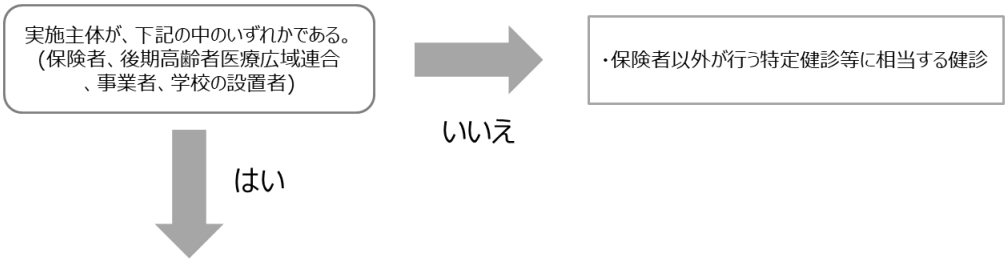
報告区分コード及びプログラムサービスコードを適用するにあたり、どの健診種別かを選択する必要があります。以下の図に選択方法のフローとマトリクスを参考として示しておりますので、健診を実施する医療機関が受診者ごとに適切な健診種別を選択できるように実装してください。

なお、「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」については、支払基金および保険者に共有することについての本人の同意を口頭あるいは問診票等で取得することとし、同意を取得できた場合にのみ、本サービスへの登録対象となります。

また、以下のような健診種別/項目の特定が難しいケースでは、上記と同様の同意を取得することで、「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」として本サービスに登録することが可能です。詳細は、項番 3.2「機能」をご参照ください。

- ✓ 事業主健診の対象となる労働者かどうかの判別が難しい場合
- ✓ 事業者に提供する項目と保険者に提供する項目との区別ができない場合（事業者に提供していない健診項目を事業主健診として保険者に提供することはできません）

図 3. 健診種別の選択方法フロー/マトリクス図



以下の中から当てはまるものを選択してください。

	医療保険の被保険者・被扶養者 (実施主体：保険者、後期高齢者医療広域連合)	労働者 (実施主体：事業者)	うち学校職員 (実施主体：学校の設置者)
39歳未満	・保険者が実施する特定健診等以外の健診	・事業主健診（一般定期健康診断）	・学校保健安全法、及び 労働安全衛生法に基づく職員健診
40歳以上74歳	・特定健康診査（特定健診） ・保険者が実施する特定健診等以外の健診		
75歳以上	・後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診）		

6.セクションコードについて

セクションコードについて、以下のコードを適用してください。なお、FHIR で健診文書を記述する際は、既存の CDA と異なり、検査結果セクションと問診結果セクションとで使用するコードを分けている点にご留意ください。任意追加項目セクションは、法令もしくは制度に基づいて実施された健診において、当該制度に定められていない項目を記述する場合に適用するものです。

各検査項目についてどのセクションコードを適用するかの詳細は、「電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ」を確認してください。

表 9. セクションコード

健(検)診種別	セクションコード
特定健康診査（特定健診）	01011：特定健診検査結果セクション 01012：特定健診問診結果セクション 01990：任意追加項目セクション(※)
後期高齢者医療健康診査（後期高齢者健診）	01021：広域連合保健事業検査結果セクション 01022：広域連合保健事業問診結果セクション 01990：任意追加項目セクション(※)
事業主健診（一般定期健康診断）	01031：事業者健診検査結果セクション 01032：事業者健診問診結果セクション 01990：任意追加項目セクション(※)
学校保健安全法、及び労働安全衛生法に基づく職員健診	01041：学校職員健診検査結果セクション 01042：学校職員健診問診結果セクション 01990：任意追加項目セクション(※)
保険者が実施する特定健診等以外の健診	01081：保険者が実施する特定健診等以外の健診検査結果セクション 01082：保険者が実施する特定健診等以外の健診問診結果セクション 01990：任意追加項目セクション(※)
保険者以外が行う特定健診等に相当する健診	01071：保険者以外が行う特定健診等に相当する健診検査結果セクション 01072：保険者以外が行う特定健診等に相当する健診問診結果セクション

(3)6 情報(臨床情報)の概要

本サービスで取り扱う臨床情報の概要は、以下の通りです。なお、本サービスで取り扱う情報は、医療機関における診療や検査等を通じて本サービスに登録すべきと判断した情報を原則としております。なお、臨床情報は、PDF 帳票ファイル、帳票レイアウト用に加工された XML 形式の構造情報のいずれかを取得して閲覧することが可能です。

表 10. 臨床情報の概要

概要	登録対象	通常の保存期間 ※補 11	長期保存フラグ ※補 14	未告知・未提供フラグ ※補 15	文書抽出対象
傷病名	診断をつけた傷病名 ※補 1	本サービス登録日から 5 年間	対象	対象	—
薬剤アレルギー等	薬剤アレルギー等（医薬品、生物学的製剤）※補 2	本サービス登録日から 5 年間	対象	—	
その他アレルギー等	薬剤以外のアレルギー等（食品・飲料、環境等） ※補 3	本サービス登録日から 5 年間	対象	—	
感染症	以下の分析物に関する検査結果※補 4 ・梅毒 STS ・梅毒 TP 抗体 ・HBs　・HCV　・HIV	本サービス登録日から 5 年間	対象	—	
検査	救急・生活習慣病に関わる 43 項目(※補 5)の検体検査結果(※補 6・7) (中間報告含む ※補 8)	本サービス登録日から 1 年間もしくは直近 3 回分 ※補 12	—	—	
処方	文書情報から抽出した処方情報のみ取り扱い ※補 9・10	文書情報の本サービス登録後から 100 日間もしくは直近 3 回分 ※補 13	—	—	診：有 退：有 健：無

診：診療情報提供書、退：退院時サマリー、健：健診文書

※補 1　疑い傷病名、主傷病について

傷病名については、診断をつけていることを原則としながらも、疑い傷病名についても登録することが可能です。疑い傷病名を登録したい場合は、Condition リソースの verificationStatus を「unconfirmed」に設定してください。そのため、本サービスでは diseasePostfixModifier に修飾語管理番号「27000001：の疑い」を設定する運用は推奨していません。但し、修飾語管理番号「27000001：の疑い」が設定されている場合も、PDF 帳票ファイルの傷病名には「●●の疑い」と表示されますのでご留意ください。

また、患者や医療機関等に分かりやすい形で情報共有する観点から、Condition リソースの DiagnosisType に「principal」と設定することで、主傷病を表現することも可能です。

※補 2　薬剤アレルギー等の定義について

本サービスにおける薬剤アレルギー等については、患者特有のアレルギー情報について記載することとし、病名禁忌や妊娠等の状態による禁忌は取り扱わないものとします。例えば、過去にアレルギー反応があった医薬品や生物学的製剤、アレルギー以外の機序による医薬品や生物学的製剤への不耐症などが該当します。そのため、一般的に、医療用医薬品の添付文書の中で、対象の患者に対して当該医薬品の使用を禁ずることを「禁忌」として記載・呼称されていますが、それらを一律登録対象とするものではないことにご留意ください。

※補 3　薬剤アレルギー等とその他アレルギー等について

【識別(Category)について】

その他アレルギー等は、薬剤アレルギー等に該当するもの以外が該当します。例えば、食品・飲料、環境に関するアレルギーやアレルギー以外の機序による食品・飲料、環境への不耐症なども対象となります。なお、薬剤アレルギー等とその他アレルギー等それぞれに「等」をつけているのは、必ずしもアレルギーの作用機序で生じない不耐症に関しても取り扱うことを示すためです。薬剤アレルギー等とその他アレルギー等の識別を行うため、以下の表に沿った AllergyIntolerance.category 要素を記述してください。

表 11. 薬剤アレルギー等とその他アレルギー等の識別方法

識別	category 要素	備考
薬剤アレルギー等	・medication ・biologic	薬剤は medication で入れる（※biologic は別途検討するため当面使用しない）
その他アレルギー等	・food　・environment ・値なし(要素なし)	—

※但し、biologic を使用し、データ登録した場合も、当該薬剤アレルギー情報は、医療機関等システム、マイナポータルに共有されてしまうためご留意ください。

【重症度（Criticality）について】

薬剤アレルギー等とその他アレルギー等に関して、臨床的反応性の「重症度」に応じ、high、low、unable-to-assess のいずれかに分類して記述してください。重症度の判断基準には Common Terminology Criteria for Adverse Events（以下、CTCAE）の Grade 分類をご参考ください。

表 12. アレルギーの重症度について

選択肢	説明
high（高）	重症または医学的に重大な有害事象のため、原則、投与、摂取、暴露が不可の場合（CTCAE Grade 3 以上の有害事象を想定）
low（低）	中等症以下の有害事象のため、投与、摂取、暴露は避けるべき、投与、摂取、暴露する場合は慎重な対応が求められる場合（CTCAE Grade 2 以下の有害事象を想定）
unable-to-assess（評価不能）	重症度の評価ができないもの

【確認状況（Verification Status）について】

登録する情報の「確からしさ」を入力する項目です。unconfirmed、confirmed、refuted、entered-in-error のいずれかを記述してください。この情報は、例えば、アレルギー不耐症情報を有する薬剤について、使用せざるを得ないと考えられる状況に遭遇した場合に、リスクベネフィットを考える上で重要な情報となります。

表 13. アレルギーの確認状況について

選択肢	説明
unconfirmed（未確認）	アレルゲン・被疑薬として疑わしいが、確たる証拠に乏しい場合
confirmed（確認済み）	内服テストやパッチテストにより確かにアレルゲン(被疑薬等)であることが確認されている場合。もしくは臨床的経過からアレルゲン・被疑薬の可能性が高い場合
refuted（再評価後に否定）	再評価により、アレルゲン・被疑薬の可能性は低いと考えられている場合
entered-in-error（誤記載）	入力エラーのため無効

※補 4　感染症 5 項目について

感染症 5 項目は梅毒、HBV、HCV、HIV に関する以下の検査結果を対象としています。なお、PDF 帳票ファイルでは、FHIR 項目名称に記載された内容が検査項目として表示されます。検査結果が、正常値(陰性)の情報も登録できます。

項目は今後の検討により随時見直される可能性があるため、柔軟に医療機関が拡張可能な仕様とし、追加のシステム改修が発生しないようにご留意ください。

図 4.　感染症 5 項目一覧

検査項目	FHIR項目名称
01_梅毒STS	1. 梅毒STS(定性) 2. 梅毒STS(定量)
02_梅毒TP抗体	1. 梅毒TP抗体(定性) 2. 梅毒TP抗体(陽性コントロール比) 3. 梅毒TP抗体(半定量) 4. 梅毒TP抗体(定量)
03_HBs	1. HBs抗原(定性) 2. HBs抗原(希釈倍率) 3. HBs抗原(吸光度) 4. HBs抗原(定量) 5. HBs抗原(陽性コントロール比) 6. HBs抗体(定性) 7. HBs抗体(希釈倍率) 8. HBs抗体(定量)
04_HCV	1. HCV核酸増幅検査(定量) 2. HCV核酸増幅検査(定性) 3. HCV抗原検査(定性) 4. HCV抗原検査(定量) 5. HCV抗体(希釈倍率) 6. HCV抗体(定性) 7. HCV抗体(陽性コントロール比)
05_HIV	1. HIV-1(ウイルスRNA定量) 2. HIV-1(ウイルスRNA定量判定) 3. HIV-1+2抗体(希釈倍率) 4. HIV-1+2抗体(定性) 5. HIV-1+2抗体(陽性コントロール比) 6. HIV-1抗体(希釈倍率) 7. HIV-1抗体(定性) 8. HIV-2抗体(希釈倍率) 9. HIV-2抗体(定性)

※補 5　検査 43 項目について

本サービスにおける検査情報としては、「救急での医療機関受診時に、これまでの健康･医療情報を適切に把握する必要がある項目」と「生活習慣病について医療機関が参照したり、患者が自己管理をするために有用な項目」に関する 43 項目の検査結果を対象としています。なお、PDF 帳票ファイルでは、FHIR 項目名称に記載された内容が検査項目として表示されます。検査結果が、正常値(陰性)の情報も登録できます。

項目は今後の検討により随時見直される可能性があるため、柔軟に医療機関が拡張可能な仕様とし、追加のシステム改修が発生しないようにご留意ください。

図 5. 検査 43 項目一覧

検査項目	救急時有用項目	生活習慣病関連項目	FHIR項目名称
01_総蛋白(TP)	○	○	1. 総蛋白(TP)
02_ｱﾙﾌﾞﾐﾝ	○	○	1. アルブミン
03_ｸﾚｱﾁﾝｷﾅｰｾﾞ(CK)	○		1. クレアチンキナーゼ(CK)
04_AST(GOT)	○	○	1. AST(GOT)
05_ALT(GPT)	○	○	1. ALT(GPT)
06_LD(LDH)	○		1. LD(LDH)
07_ｱﾙｶﾘﾌｫｽﾌｧﾀｰｾﾞ(ALP)	○		1. アルカリホスファターゼ(ALP)
08_γ-GTP(GGT)	○	○	1. γ-GT(γ-GTP)
09_ｺﾘﾝｴｽﾃﾗｰｾﾞ(ChE)	○		1. コリンエステラーゼ(ChE)
10_ｱﾐﾗｰｾﾞ(AMY)	○		1. アミラーゼ(AMY)
11_ｸﾚｱﾁﾆﾝ(Cre)	○	○	1. 血清クレアチニン(Cre)
12_ｼｽﾀﾁﾝC(Cys-C)		○	1. シスタチンC(Cys-C)
13_尿酸(UA)		○	1. 血清尿酸(UA)
14_尿素窒素(BUN)	○	○	1. 尿素窒素(BUN)
15_ｸﾞﾙｺｰｽ(血糖)	○	○	1. 血糖(定量) 2. 空腹時血糖 3. 随時血糖
16_HbA1c(NGSP)	○	○	1. HbA1c(NGSP)
17_中性脂肪(TG)		○	1. 中性脂肪(TG) 2. 空腹時中性脂肪(TG) 3. 随時中性脂肪(TG)
18_総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ(T-CHO)		○	1. 総コレステロール(T-CHO)
19_HDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ(HDL-C)		○	1. HDL-コレステロール(HDL-C)
20_LDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ(LDL-C)		○	1. LDL-コレステロール(LDL-C)
21_ﾅﾄﾘｳﾑ(Na)	○		1. ナトリウム(Na)
22_ｶﾘｳﾑ(K)	○	○	1. カリウム(K)
23_ｸﾛｰﾙ(Cl)	○		1. クロール(Cl)
24_ｶﾙｼｳﾑ(Ca)	○		1. カルシウム(Ca)
25_総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ(T-Bil)	○		1. 総ビリルビン(T-Bil)
26_直接ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ(D-Bil)	○		1. 直接ビリルビン(D-Bil)

検査項目	救急時有用項目	生活習慣病関連項目	FHIR項目名称
27_血算-白血球数	○		1. 白血球数
28_血算-赤血球数	○		1. 赤血球数
29_血算-ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	○	○	1. 血色素量(ヘモグロビン値)
30_血算-血小板数	○		1. 血小板数
31_活性化部分ﾄﾛﾝﾎﾞﾌﾟﾗｽﾁﾝ時間(APTT)	○		1. 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
32_ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ時間	○		1. プロトロンビン時間(PT-秒) 2. プロトロンビン時間(PT比) 3. プロトロンビン時間(PT-活性) 4. プロトロンビン時間(PT-INR)
33_Dﾀﾞｲﾏｰ(DD)	○		1. Dダイマー(定量) 2. Dダイマー(定性)
34_尿蛋白		○	1. 尿蛋白(定性) 2. 尿蛋白(半定量)
35_尿糖		○	1. 尿糖(定性) 2. 尿糖(半定量)
36_尿潜血		○	1. 尿潜血(定性) 2. 尿潜血(半定量)
37_尿中蛋白/ｸﾚｱﾁﾆﾝ比(P/C比)		○	1. 尿中蛋白/クレアチニン比(P/C比)
38_尿中ｱﾙﾌﾞﾐﾝ/ｸﾚｱﾁﾆﾝ比(A/C比)		○	1. 尿中アルブミン/クレアチニン比(A/C比)
39_脳性Na利尿ﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ(BNP)	○		1. 脳性Na利尿ペプチド(BNP)
40_ﾋﾄ脳性ﾅﾄﾘｳﾑ利尿ﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ前駆体N端ﾌﾗｸﾞﾒﾝﾄ(NT-proBNP)	○		1. ヒト脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
41_C反応性蛋白(CRP)	○		1. CRP(定量) 2. CRP(スコア)
42_血液型-ABO	○		1. 血液型(ABO)
43_血液型-Rh	○		1. 血液型(Rh)

※補 6　検査結果の単位・定性値について

感染症 5 項目及び検査 43 項目の検査結果については、標準化を推進する観点から、本サービスで使用可能な単位と定性値を規定しています。

表 14. 感染症 5 項目で規定している単位・定性値

	感染症 5 項目		FHIR 項目名称	単位/定性値	単位もしくは定性値
1	梅毒 STS	1	梅毒 STS(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		2	梅毒 STS(定量)	単位	U
2	梅毒 TP 抗体	1	梅毒 TP 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」「判定保留」
		2	梅毒 TP 抗体(陽性コントロール比)	単位	COI
		3	梅毒 TP 抗体(半定量)	単位	倍
		4	梅毒 TP 抗体(定量)	単位	U/mL
3	HBs	1	HBs 抗原(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		2	HBs 抗原(希釈倍率)	単位	倍
		3	HBs 抗原(吸光度)	単位	吸光度
		4	HBs 抗原(定量)	単位	U/mL
		5	HBs 抗原(陽性コントロール比)	単位	COI
		6	HBs 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		7	HBs 抗体(希釈倍率)	単位	倍
		8	HBs 抗体(定量)	単位	mU/mL
4	HCV	1	HCV 核酸増幅検査(定量)	単位	LogU/mL
		2	HCV 核酸増幅検査(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		3	HCV 抗原検査(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		4	HCV 抗原検査(定量)	単位	fmol/L
		5	HCV 抗体(希釈倍率)	単位	倍
		6	HCV 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		7	HCV 抗体(陽性コントロール比)	単位	COI
5	HIV	1	HIV-1(ウイルス RNA 定量)	単位	copies/mL
		2	HIV-1(ウイルス RNA 定量判定)	定性値	「陽性」「陰性」
		3	HIV-1+2 抗体(希釈倍率)	単位	倍
		4	HIV-1+2 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		5	HIV-1+2 抗体(陽性コントロール比)	単位	COI
		6	HIV-1 抗体(希釈倍率)	単位	倍
		7	HIV-1 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
		8	HIV-2 抗体(希釈倍率)	単位	倍
		9	HIV-2 抗体(定性)	定性値	「陽性」「陰性」

表 15. 検査 43 項目で規定している単位・定性値

	検査 43 項目		FHIR 項目名称	単位/定性値	単位もしくは定性値
1	総蛋白(TP)		総蛋白(TP)	単位	g/dL
2	アルブミン		アルブミン	単位	g/dL
3	クレアチンキナーゼ(CK)		クレアチンキナーゼ(CK)	単位	U/L
4	AST(GOT)		AST(GOT)	単位	U/L
5	ALT(GPT)		ALT(GPT)	単位	U/L
6	LD(LDH)		LD(LDH)	単位	U/L
7	アルカリホスファターゼ(ALP)		アルカリホスファターゼ(ALP)	単位	U/L
8	γ-GTP(GGT)		γ-GT(γ-GTP)	単位	U/L
9	コリンエステラーゼ(ChE)		コリンエステラーゼ(ChE)	単位	U/L
10	アミラーゼ(AMY)		アミラーゼ(AMY)	単位	U/L
11	クレアチニン(Cre)		血清クレアチニン(Cre)	単位	mg/dL
12	シスタチン C(Cys-C)		シスタチン C(Cys-C)	単位	mg/L
13	尿酸(UA)		血清尿酸(UA)	単位	mg/dL
14	尿素窒素(BUN)		尿素窒素(BUN)	単位	mg/dL
15	グルコース(血糖)	1	血糖(定量)	単位	mg/dL
	・空腹時血糖	2	空腹時血糖	単位	mg/dL
	・随時血糖	3	随時血糖	単位	mg/dL
16	HbA1c(NGSP)		HbA1c(NGSP)	単位	%
17	中性脂肪(TG)	1	中性脂肪(TG)	単位	mg/dL
	・空腹時中性脂肪(TG)	2	空腹時中性脂肪(TG)	単位	mg/dL
	・随時中性脂肪(TG)	3	随時中性脂肪(TG)	単位	mg/dL
18	総コレステロール(T-CHO)		総コレステロール(T-CHO)	単位	mg/dL
19	HDL-コレステロール(HDL-C)		HDL-コレステロール(HDL-C)	単位	mg/dL
20	LDL-コレステロール(LDL-C)		LDL-コレステロール(LDL-C)	単位	mg/dL
21	ナトリウム(Na)		ナトリウム(Na)	単位	mmol/L
22	カリウム(K)		カリウム(K)	単位	mmol/L
23	クロール(Cl)		クロール(Cl)	単位	mmol/L
24	カルシウム(Ca)		カルシウム(Ca)	単位	mg/dL
25	総ビリルビン(T-Bil)		総ビリルビン(T-Bil)	単位	mg/dL
26	直接ビリルビン(D-Bil)		直接ビリルビン(D-Bil)	単位	mg/dL
27	血算-白血球数		白血球数	単位	X10*3/μL
28	血算-赤血球数		赤血球数	単位	X10*4/μL
29	血算-ヘモグロビン		血色素量(ヘモグロビン値)	単位	g/dL
30	血算-血小板数		血小板数	単位	X10*4/μL

	検査 43 項目		FHIR 項目名称	単位/定性値	単位もしくは定性値
31	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)		活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	単位	s
32	プロトロンビン時間	1	プロトロンビン時間(PT-秒)	単位	s
		2	プロトロンビン時間(PT 比)	単位	比
		3	プロトロンビン時間(PT-活性)	単位	%
		4	プロトロンビン時間(PT-INR)	単位	INR
33	D ダイマー(DD)	1	D ダイマー(定量)	単位	μg/mL
		2	D ダイマー(定性)	定性値	「陽性」「陰性」
34	尿蛋白	1	尿蛋白(定性)	定性値	「－」「±」「＋」「2＋」「3＋」「4＋」
		2	尿蛋白(半定量)	単位	mg/dL
35	尿糖	1	尿糖(定性)	定性値	「－」「±」「＋」「2＋」「3＋」「4＋」「5＋」
		2	尿糖(半定量)	単位	mg/dL
36	尿潜血	1	尿潜血(定性)	定性値	「－」「±」「＋」「2＋」「3＋」「4＋」
		2	尿潜血(半定量)	単位	mg/dL
37	尿中蛋白/クレアチニン比(P/C 比)		尿中蛋白/クレアチニン比(P/C 比)	単位	g/g･Cr
38	尿中アルブミン/クレアチニン比(A/C 比)		尿中アルブミン/クレアチニン比(A/C 比)	単位	mg/g･Cr
39	脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)		脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)	単位	pg/mL
40	ヒト脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント(NT-proBNP)		ヒト脳性 Na 利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	単位	pg/mL
41	C 反応性蛋白(CRP)	1	CRP(定量)	単位	mg/dL
		2	CRP(スコア)	定性値	「陽性」「陰性」
42	血液型-ABO		血液型(ABO)	定性値	「A」「B」「AB」「O」
43	血液型-Rh		血液型(Rh)	定性値	「－」「＋」

上記の通り、本サービスで利用可能な単位・定性値を限定しているため、医療機関等システム/電子カルテシステム等側でこれらとは異なる単位・定性値を使用している場合は、数値を含めて適切に変換してください。なお、当該変換処理をどのシステムで行うかは、医療機関等のシステム構成や検査・感染症結果の取り扱いに合わせて検討ください。以下に単位・定性値が異なる例を記載します。

表 16. 単位・定性値の違いについて

	医療機関等システム側で 使用している単位・定性値(例)	本サービスで 規定している単位・定性値
例 1 感染症検査の定性値	「(+)」「(−)」	「陽性」「陰性」
例 2 アルブミンの単位	mg/dL	g/dL
例 3 Na、K、Cl、Ca の単位 (電解質関連)	mEq/L	mmol/L
例 4 赤血球数の単位	X10*6/μL	X10*4/μL
例 5 血小板数の単位	万/mm3	X10*4/μL

※補 7　検査結果の基準値範囲について

検査結果を数量で記述する場合、検査値の基準値範囲は Observation リソースの referenceRange(基準値範囲)に登録いただく必要があります。基準値範囲は、試薬・検査機器、測定方法、性差や学会のガイドライン等の違いによって値が異なる(例えば、HbA1c の場合、HPLC 法、酵素法、免疫凝集比濁法などの違いで、値に差異が出る)場合があり、医師が経時比較等をする上での重要な情報となります。そのため、医療機関等システム/電子カルテシステム等で、当該情報を保持している場合には、必ず記述してください。なお、正常値範囲・異常値範囲といったように複数の基準値範囲を医療機関等システム/電子カルテシステム等で保持している場合は、正常値範囲のみ記述ください。

※補８　中間報告(分析途中)を含んだ検査結果の取り扱いについて

本サービスでは、中間報告(分析途中)時点の検査結果も登録対象とします。中間報告(分析途中)時点の検査結果を含む一連の検査の結果を登録した場合は、その後、最終報告(確定時)の結果がでたら、一連の検査の結果全てについて中間報告時の登録データと同じ Bundle.identifier を設定したうえで、本サービスに更新要求を行ってください。更新要求を受けた本サービス側で、中間報告(分析途中)時の登録データを削除し、最終報告(確定時)のデータに置き換えます。なお、中間報告のものは、Observation.status 要素に「preliminary」を、確定のものは同要素に「final」もしくは「corrected」を記述してください。

※補９　処方情報の取り扱いについて

本サービスでは、医療機関から登録された診療情報提供書および退院時サマリーに構造化情報として記述された処方情報を抽出処理し、臨床情報として全国の医療機関等や本人が閲覧できるようにします。一方で、処方情報単体の登録は、既に稼働している電子処方箋管理サービスで、実現しているため、本サービスの対象外となることをご留意ください。

文書情報の一部として構造化された処方情報が対象となるため、「持参薬処方」も含まれます。持参薬の情報を記述したい場合は、薬剤使用区分を示す MedicationRequest.category.code 要素に「BDP:持参薬処方」を記述することで識別できます。

なお、本サービスで使われる MedicationRequest プロファイルでは、注射点滴手法による注射薬剤は、指示の仕方や指示する項目が内服・外用と大きく異なるという理由から、基本的には取り扱い対象外となっております。一方で、処方箋によって処方される自己注射剤等については、取り扱い可能ですので、それらの設定は、医療機関等システム/電子カルテシステム等でご判断ください。

※補 10　処方日について

処方日は MedicationRequest.authoredOn 要素に記述することが必須です。基本的には処方オーダーを行った日付を記述するか、持参薬の場合は持参薬鑑別等のタイミングで電子カルテシステム等に当該情報を記録した日付を記述してください。但し、電子カルテシステム等上、当該日付が明確でない場合は、文書情報(診療情報提供書や退院時サマリー)の作成日を記述してください。

※補 11　保存期間の起算日について

保存期間の起算日は、本サービスに登録した日付となります。なお、既に登録済みである Bundle リソースの identifier 識別情報を持つ一報告単位データを、傷病名やアレルギー等の追加、ステータス変更等に伴って一部修正し、同じ identifier 識別情報をつけて更新した場合、修正箇所に限らず、過去に登録された一報告単位データは一式削除されて最後に登録されたものに上書き更新されます。この場合は、起算日についても最後に登録された日付に一式更新されます。

※補 12　検査の情報の保存期間について

「1 年間分もしくは直近 3 回分」とは、「本サービスへの登録日について、直近 3 回分の情報については期間に関わらず、保存されること。直近 4 回目より過去の情報については登録から 1 年間を経過したタイミングで自動削除されること」を指します。

※補 13　処方情報の保存期間について

「100 日間分もしくは直近 3 回分」とは、「本サービスへの登録日について、直近 3 回分の情報については期間に関わらず、保存されること。直近 4 回目より過去の情報については登録から 100 日間を経過したタイミングで自動削除されること」を指します。

※補 14　長期保存フラグについて

傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等については、通常の保存期間を 5 年間としておりますが、長期の保存によって患者の利益となる有用な情報(生涯患う可能性の高い「遺伝性疾患」や「慢性疾患」等)については、長期保存フラグを付与することで、長期間オンライン資格確認等システム上で保存できるようにします。なお、長期保存の要否については、医師等の判断を伴うことを前提とするため、デフォルト設定等で、無作為に付与されることのないような仕様で構築してください。長期保存に係る具体的な保存期間等の仕様については、別途医療機関等 ONS や医療機関等ポータルサイトで周知します。

※補 15　未告知・未提供フラグについて

傷病名については、必要に応じて「未告知フラグ」や「未提供フラグ」を付与いただく必要があります。

<未告知フラグについて>

電子カルテシステム等に登録済みの傷病名ではあるものの、医師等がその病気の説明をまだ患者本人に対して十分に説明していない段階であり、この傷病名情報を患者に提供する際には特別の配慮を必要とするものについては、「未告知フラグ」を付与する必要があります。なお、未告知フラグがついた傷病名については、全国の医療機関等が取得・閲覧する際には、傷病名称に未告知である旨も併せて表示させます。一方で、患者本人がマイナポータルで閲覧する場合には、未告知フラグがついた傷病名については、表示されない(未告知傷病名の存在があることも表示しない)ように制御を行います。

＜未提供フラグについて＞

電子カルテシステム等に登録済みの傷病名ではあるものの、共有が適さないと医師が判断するものについては、「未提供フラグ」を付与する必要があります。本フラグが付与された傷病名については、本サービスに登録されても全国の医療機関等、患者本人ともに閲覧不可となるよう制御を行います。

表 17. 未告知・未提供フラグの制御対象

未告知フラグ	未提供フラグ	全国の医療機関等	患者本人
あり	あり	閲覧不可	閲覧不可
なし	あり	閲覧不可	閲覧不可
あり	なし	閲覧可(未告知である旨も併せて表示)	閲覧不可
なし	なし	閲覧可	閲覧可

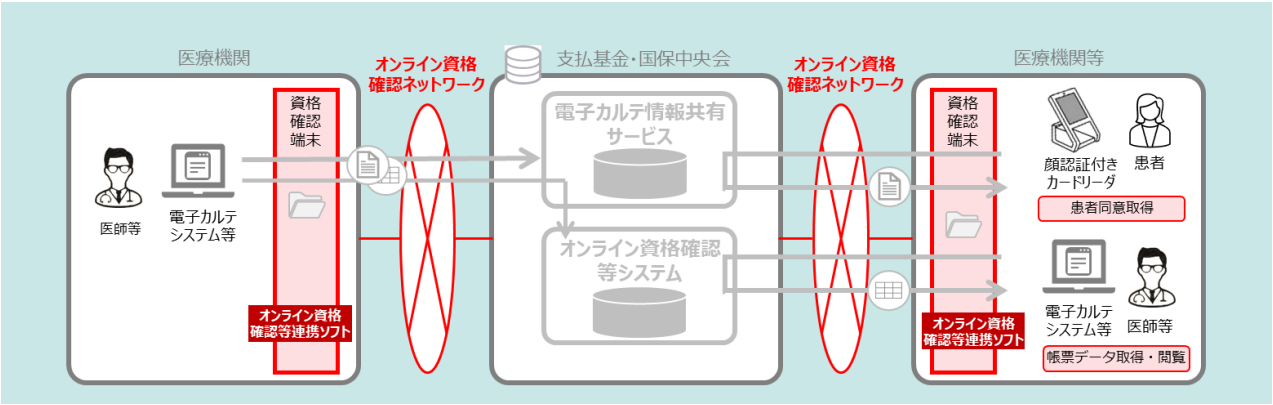
2.3 設計思想

本サービスは、既存のオンライン資格確認等システムを最大限に活用した仕組みとなっています。そのため、本サービスの利用にあたっては、オンライン資格確認システムの導入が前提となります。また、本サービスのシステム構成としては、医療機関側の負担を軽減させる観点から、「2.2 取り扱う情報」で記載した対象情報を各医療機関等から本サービスに対して登録し、それらの情報を一元的に保持する構成としています。

オンライン資格確認の仕組みを活用したポイントは主に以下の 4 点となります。

・オンライン資格確認等連携ソフトを活用したデータ連携(※Web API 方式による実装も可能。)
・オンライン資格確認ネットワークを介したシステム接続
・オンライン資格確認等システムの医療情報閲覧機能を活用した臨床情報、健診文書の取得・閲覧
・顔認証付きカードリーダを活用した患者同意取得

図 6. 電子カルテ情報共有サービスの設計思想イメージ



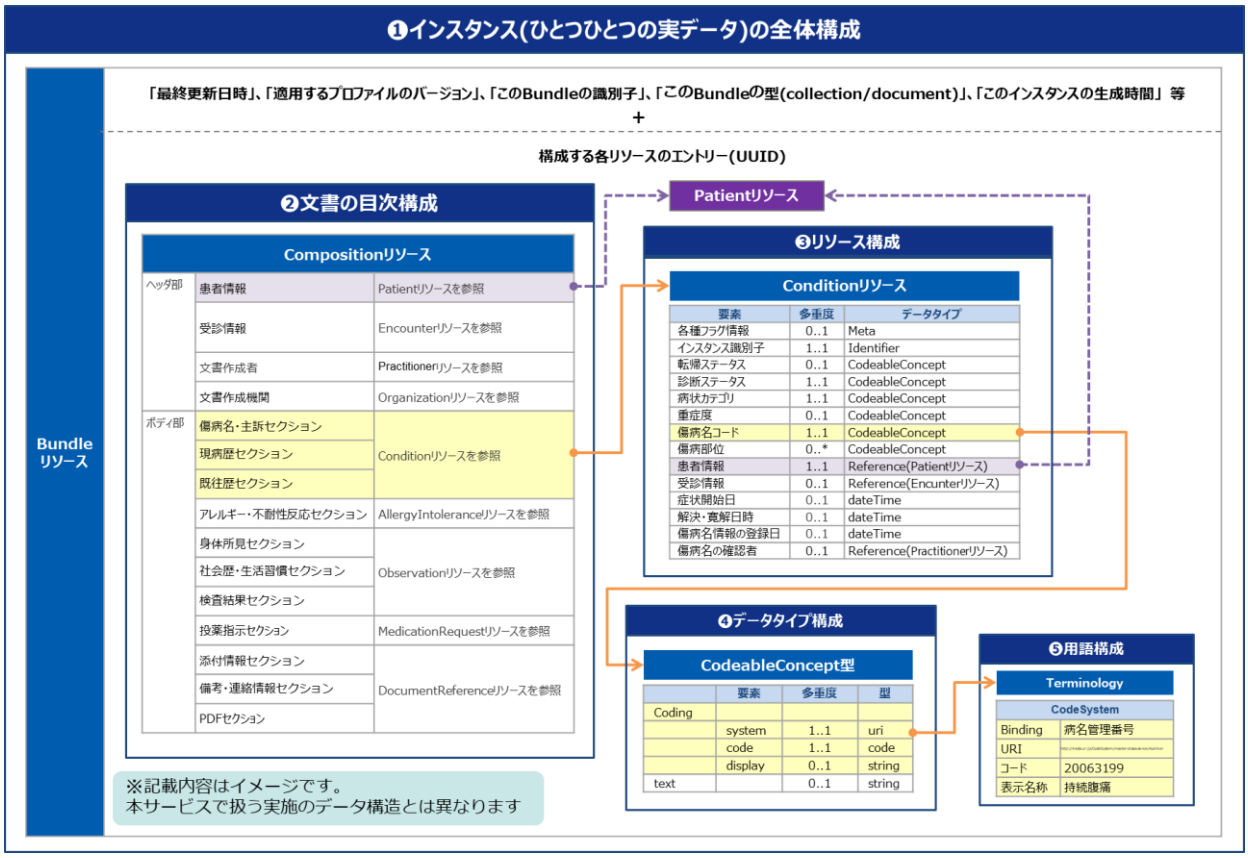
2.4 原則

本サービスを導入するにあたっては、以下 3 つの原則に準拠する必要があります。

(1)FHIR への準拠

FHIR では、インスタンス(ひとつひとつの実データ)の全体構成から、文書の目次構成、リソース構成、データタイプ構成、用語構成に至るまで、様々な階層でデータレイアウトの構造や拡張定義、記述上の制約、使用できるマスタ等を規定することによって、電子カルテ情報等の標準化を実現させる仕組みとなっています。これにより、規定した定義に沿って各種リソースを組み合わせたり関連性を紐づけることで、診療情報提供書や退院時サマリーといった型にはめにくい複雑な文書情報についても、精緻に表現することが可能になります。

図 7. FHIR の概要イメージ



以上の特徴を踏まえ、各医療機関等は、本サービス上で取り扱う医療情報について、指定された FHIR 記述仕様/実装ガイドに準拠したデータモデルで出力し、かつ JSON 形式でデータ生成する必要があります。

■準拠する FHIR 記述仕様/実装ガイド

3 文書 6 情報に関して、準拠が必要な FHIR 記述仕様/実装ガイドを示します。

表 18. 準拠する FHIR 記述仕様/実装ガイド

情報	FHIR 記述仕様/実装ガイド	厚労省標準規格
健診文書	健康診断結果報告書 HL7 FHIR 記述仕様	該当
診療情報提供書	診療情報提供書 HL7 FHIR 記述仕様	該当
退院時サマリー	退院時サマリーHL7 FHIR 記述仕様	該当
臨床情報	電子カルテ情報共有サービス FHIR 実装ガイド	—

■臨床情報で使用する FHIR リソース

臨床情報で使用される FHIR リソースと関連する FHIR リソースを示します。なお、文書情報に使用するリソース情報を含めていないため、本サービスで使用するすべてのリソースを網羅的に記載したものではないことにご留意ください。

表 19. 臨床情報等と FHIR リソースの対応表

情報	FHIR リソース
患者情報リソース	
患者情報	・Patient リソース(JP_Patient_eCS)
臨床情報リソース	
傷病名	・Condition リソース(JP_Condition_eCS)
薬剤アレルギー等	・AllergyIntolerance リソース(JP_AllergyIntolerance_eCS)
その他アレルギー等	・AllergyIntolerance リソース(JP_AllergyIntolerance_eCS)
感染症	・Observation リソース(JP_Observation_LabResult_eCS)
検査	・Observation リソース(JP_Observation_LabResult_eCS)
処方	・MedicationRequest リソース(JP_MedicationRequest_eCS)
臨床情報の各リソースに埋め込まれるリソース	
来院・入院情報	・Encounter リソース(JP_Encounter-eCS)
オーダ情報	・ServiceRequest リソース(JP_ServiceRequest)
検査検体情報	・Specimen リソース(JP_Specimen)
医療従事者情報	・Practitioner リソース(JP_Practitioner_eCS)

■入力必須項目の考え方

FHIR 記述仕様/実装ガイドを参照するにあたっての補足知識として、Cardinality(多重度) （下

図で「Card.」と記載している箇所）と Flags の一つである Must Support について解説します。これらは、必須入力項目を規定するものです。

図 8. Cardinality（多重度）と Must Support の記載箇所

参照元：電子カルテ情報共有サービス FHIR 実装ガイドの Condition リソース

（医療機関等 ONS および医療機関等ポータルサイトより参照可能）

Cardinality（多重度）では、「0..1、0..*、1..1、1..*」などと表現されます。左の値は、データ入力すべき要素数の下限を、右の値は、データ入力すべき要素数の上限を示しております。「*」は 2 以上を指します。

よって、「0..1、0..*」は任意項目、「1..1、1..*」は必須項目となります。なお、Cardinality(多重度)は、要素が存在するか否かだけがバリデーションチェックされるため、その内容が有効な中身かどうかについてを、担保するものではありません。

一方、Must Support では、対象の要素に S (S)マークが付与されています。この要素に関する値が存在する場合は、必ず登録しなければならないことを示しておりますので、システム上は、該当する要素を記述して本サービスに登録できるようにしてください。

なお、こちらは有効なデータを要求されるものですが、バリデーションチェックで要素の有無や有効性を識別できるものではありません。それぞれをまとめた内容を以下に示します。

表 20. Cardinality（多重度）と Must Support のまとめ

	Must Support なし	Must Support あり
Cardinality（多重度）が任意「0..1、0..*」	このエレメントを登録してもよい。	このデータエレメントに関する有効な情報を有する場合、登録しなければならない。
Cardinality（多重度）が必須「1..1、1..*」	このデータエレメントに関する何かしらの情報を、必ず登録しなければならない。	このデータエレメントに関する有効な情報を、必ず登録しなければならない。

また、FHIR 記述仕様/実装ガイドの中の、各リソースプロファイルの説明頁に、「条件により必須」と示されている項目については、Cardinality（多重度）が任意「0..1、0..*」となっているものの、条件内容に応じて、必須項目として取り扱う必要があることにご留意ください。特に、「電子カルテ情報共有サービスでは必須」と記載されているものについては、バリデーションチェックの対象にもなるため、必ず必要な情報を記述してください。

図 9.「条件により必須」の記載箇所

4 プロファイル定義における必須要素と推奨要素

- 必須要素は、その要素が必ず１個以上出現しなければならない要素。FHIR仕様ではMust Supportフラグを設定している。
- 推奨要素は、送信側はシステムに値が存在しているなら、値を格納した要素が必ず１個以上出現しなければならず、受信側は必ずその値を格納しなければならない要素。FHIR仕様ではMust Supportフラグを設定している。

4.1 必須要素

- resourceType：リソースタイプ "Condition"
- meta.lastUpdated：最終更新日時
- meta.profile：プロファイルURL、バージョン併記必須。
- identifier：インスタンス識別ID
- verificationStatus：入力された臨床的状態に対する検証状況。コード化必須。疑い病名の場合には、unconfirmedを設定し、それ以外の場合には通常confirmedを設定する。
- category：臨床的状態に割り当てられたカテゴリー。problem-list-item （プロブレムリスト） encounter-diagnosis （診察時点での診断名）のいずれかを設定する。電子カルテ情報共有サービスでは'encounter-diagnosis'を設定すること(display name は"Encounter Diagnosis")。
- code：傷病名のコードと名称。code.texはコード化の有無にかかわらず病名入力文字列を必ずそのまま設定する。コード化は必須(電子カルテ情報共有サービスでは、ICD10対応標準病名マスタの「病名管理番号」だけが使用できる)。
  - .coding：コード化された情報
  - .coding.system：コード化に用いたコードシステムURL
  - .coding.code：コード化に用いたコード
  - .coding.display：コード化に用いたコードの表示名
  - .text：傷病名情報のテキスト記述
- subject：患者のFHIRリソースへの参照。

4.2 条件により必須

- meta.tag ("LTS")：電子カルテ情報共有サービス（5情報のひとつとして送信される場合）、長期保存フラグの設定する場合に必須。
- meta.tag ("UNINFORMED")：電子カルテ情報共有サービス（同）で未告知フラグを設定する場合に必須。
- meta.tag ("UNDELIVERED")：電子カルテ情報共有サービス（同）で未提供フラグを設定する場合に必須。
- contained (JP_Encounter)：電子カルテ情報共有サービス（同）では必須。傷病名登録時の入院外来区分情報
- extension (eCS_InstitutionNumber)：電子カルテ情報共有サービス（同）では必須。医療機関番号１０桁
- extension (eCS_Department)：電子カルテ情報共有サービス（同）では必須。診療科名称（とコード）
- extension (eCS_DiagnosisType)：電子カルテ情報共有サービス（同）で、主傷病名フラグのある傷病名には設定必須。
- clinicalStatus：臨床的状態(傷病の状態)のコード化情報。コード化必須。ただし、verificationStatus要素が'entered-in-error'であれば、本要素は存在してはならない。abatementDateTime要素に日付が設定されている場合にはその時点での状態を設定し、同要素がない場合にはactiveを設定する。
- code.extension (JP_Condition_DiseasePrefixModifier_eCS)：傷病名の前置修飾語
- code.extension (JP_Condition_DiseasePostfixModifier_eCS)：傷病名の前置修飾語
- encounter：電子カルテ情報共有サービス（同）では必須。この情報を記録したときの受診情報（入外区分など）を記述しているEncounterリソースへの参照。ただし、２文書（診療情報提供書、退院時サマリー）で記述される場合には必須ではない。
- onsetDatetime：電子カルテ情報共有サービス（同）では、病名開始日をdateTime型で記述することが必須。
- abatementDateTime：電子カルテ情報共有サービス（同）では、病名終了日や転帰日がある場合には、dateTime型で記述することが必須。

参照元：電子カルテ情報共有サービス FHIR 実装ガイドの Condition リソース

（医療機関等 ONS および医療機関等ポータルサイトより参照可能）

■CodeableConcept(標準マスタ)の記述方法

標準マスタに収載されたコードを、FHIR で記述する際には、CodeableConcept というデータ型で記述いただく必要があります。以下に CodeableConcept のデータフォーマット例を示しますのでご参考ください。

- system にはコードが収載されたマスタを示す識別子（URI もしくは OID）を記述します。
- version には使用する標準マスタのバージョンを記述します。
- code には使用するマスタ上の該当するコードを記述します。
- display には標準マスタコードに対応するコード表示名称を記述します。
- text には表現したいコンセプトのテキストを記述します。code がダミーコードの場合は、text の表現内容が display に記述したコード表示名称の代わりに PDF 帳票ファイルやマイナポータルに表示されますのでご留意ください。

なお、表に記載の多重度等の表記は、あくまで例示のため、詳細は FHIR 記述仕様/実装ガイドをご参照ください。

図 10. CodeableConcept のデータフォーマット例

要素Lv1	要素Lv2	要素Lv3	多重度	型	例示	記述方法の説明
CodeableConcept			1..1	CodeableConcept		
	coding		1..*	Coding		
		system	1..1	uri	"http://medis.or.jp/CodeSystem/master-disease-keyNumber"	標準マスタを識別する識別子(URIもしくはOID)を記述。
		version	0..1	string	“20240601”	使用する標準マスタのバージョンの文字列を記述。
		code	1..1	code	"20063199"	標準マスタのコードを記述。
		display	1..1	string	"持続腹痛"	標準マスタのコード表示名称を記述。
	text		1..1	string	"長く続く腹部の痛み"	表現したいコンセプトのテキストを記述。 ※ codeがダミーコードの場合は、textの内容がdisplayの代わりにPDF帳票やマイナポータルに表示されます。

■Value(検査結果)の記述方法

検査及び感染症の検査結果を FHIR で記述する際には、value というデータ型で記述いただく必要があります。臨床情報の検査結果については、valueQuantity、ValueCodeableConcept を使用します。いずれの型で記述するかについては、『電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表』のデータタイプ列に示しています。また、同マスタに使用可能な単位・定性値を規定しているため、必要に応じて、変換処理を行ってください。

以下に Observation リソースの value(検査結果値)のデータフォーマット例を示します。

検査結果が数値(データタイプ：PQ)の場合は、valueQuantity を選択し、

- value には測定値を記述します。
- unit には表示する単位名称を記述します。
- system には UCUM 単位コードが収載されたマスタを示す識別子（URI）を記述します。
- code には UCUM 単位コードを記述します。

次に、検査結果が定性値(データタイプ：CD)の場合は、valueCodeableConcept を選択し、

- system には定性値コードが収載されたマスタを示す識別子（URI）を記述します
- code には使用するマスタ上の該当する定性値コードを記述します
- display には定性値コードに対応するコード表示名称を記述します。

なお、検体不良（検体不足、凝固）や検査機器エラーなどで結果が得られなかった場合は、value は出現しません。詳細は FHIR 記述仕様/実装ガイドをご参照ください。

図 11. value(検査結果値)のデータフォーマット例

要素Lv1	要素Lv2	要素Lv3	要素Lv4	多重度	型	例示	説明
value				0..1	String		
	valueQuantity			0..1	Quantity		
		value		1..1	decimal	100	測定値を記述。
		comparator		0..1	code	">"	実際の値が、value要素値よりも大きい、あるいは小さい場合にその記号(“<” “<=” “>=” “>”のいずれか)を記述。
		unit		0..1	string	“mg/dL”	表示する単位名称を記述。
		system		0..1	uri	http://unitsofmeasure.org	UCUMコード体系を識別する識別子(URI)を記述。
		code		0..1	code	“mg/dL”	UCUM単位コードを記述。
	valueCodeableConcept			0..1	CodeableConcept		
		coding		0..*	Coding		
			system	1..1	uri	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_PosNegHold_CS	定性値コードが収載されたマスタを示す識別子（URI）を記述。
			code	1..1	code	“1”	定性値コードを記述。
			display	1..1	string	“陽性”	定性値コードに対応するコード表示名称を記述。
		text		0..1	string		検査43項目、感染症5項目では使用しない。
	valueString			0..1	string	“所見無し”	文字型の検査結果の場合に使用する。(検査43項目、感染症5項目では使用しない。)
	valueDateTime			0..1	dateTime	“2025-01-01“	日付で表現される結果の場合に使用する(検査43項目、感染症5項目では使用しない。)

■感染症 5 項目、検査 43 項目の記述方法

感染症 5 項目と検査 43 項目では、電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表に記載の FHIR 識別文字列を、Observation.code.coding.display に記述してください。

また、検査結果が数値の場合は、単位名称を Observation.value[x]:valueQuantity.unit に、UCUM 単位コードを Observation.value[x]:valueQuantity.code に記述してください。

表 21、表 22 に記載の定性値コードの詳細については、表 23 をご確認ください。

表 21. 感染症 5 項目の FHIR 識別文字列、単位、定性値

	感染症 5 項目		FHIR 識別文字列	単位名称	UCUM 単位コード	定性値コード
1	梅毒 STS	1	梅毒 STS(定性)	−	−	パターン A 参照
		2	梅毒 STS(定量)	U	U	−
2	梅毒 TP 抗体	1	梅毒 TP 抗体(定性)	−	−	パターン B 参照
		2	梅毒 TP 抗体(定量、陽性コントロール)」	COI	{COI}	−
		3	梅毒 TP 抗体(半定量)	倍	{dilution}	−
		4	梅毒 TP 抗体(定量)	U/mL	U/mL	−
3	HBs	1	HBs 抗原(定性)	−	−	パターン A 参照
		2	HBs 抗原(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		3	HBs 抗原(吸光度)	吸光度	{absorbance}	−
		4	HBs 抗原(定量)	U/mL	U/mL	−
		5	HBs 抗原(陽性コントロール比)	COI	{COI}	−
		6	HBs 抗体(定性)	−	−	パターン A 参照
		7	HBs 抗体(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		8	HBs 抗体(定量)	mU/mL	mU/mL	−
4	HCV	1	HCV 核酸増幅検査(定量)	LogU/mL	{Log_IU}/mL	−
		2	HCV 核酸増幅検査(定性)	−	−	パターン A 参照
		3	HCV 抗原検査(定性)	−	−	パターン A 参照
		4	HCV 抗原検査(定量)	fmol/L	fmol/L	−
		5	HCV 抗体(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		6	HCV 抗体(定性)	−	−	パターン A 参照
		7	HCV 抗体(陽性コントロール比)	COI	{COI}	−
5	HIV	1	HIV-1(ウイルス RNA 定量)	copies/mL	{copies}/mL	−
		2	HIV-1(ウイルス RNA 定量判定)	−	−	パターン A 参照
		3	HIV-1+2 抗体(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		4	HIV-1+2 抗体(定性)	−	−	パターン A 参照
		5	HIV-1+2 抗体(陽性コントロール比)	COI	{COI}	−
		6	HIV-1 抗体(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		7	HIV-1 抗体(定性)	−	−	パターン A 参照

	感染症 5 項目		FHIR 識別文字列	単位名称	UCUM 単位コード	定性値コード
		8	HIV-2 抗体(希釈倍率)	倍	{dilution}	−
		9	HIV-2 抗体(定性)	−	−	パターン A 参照

表 22. 検査 43 項目の FHIR 識別文字列、単位、定性値

	検査 43 項目		FHIR 識別文字列	単位名称	UCUM 単位コード	定性値コード
1	総蛋白(TP)		TP	g/dL	g/dL	−
2	アルブミン		ALB	g/dL	g/dL	−
3	クレアチンキナーゼ(CK)		CK	U/L	U/L	−
4	AST(GOT)		AST	U/L	U/L	−
5	ALT(GPT)		ALT	U/L	U/L	−
6	LD(LDH)		LD	U/L	U/L	−
7	アルカリホスファターゼ(ALP)		ALP	U/L	U/L	−
8	γ-GTP(GGT)		GGT	U/L	U/L	−
9	コリンエステラーゼ(ChE)		ChE	U/L	U/L	−
10	アミラーゼ(AMY)		AMY	U/L	U/L	−
11	クレアチニン(Cre)		Cre	mg/dL	mg/dL	−
12	シスタチン C(Cys-C)		Cys-C	mg/L	mg/L	−
13	尿酸(UA)		UA	mg/dL	mg/dL	−
14	尿素窒素(BUN)		BUN	mg/dL	mg/dL	−
15	グルコース(血糖)	1	BG	mg/dL	mg/dL	−
	・空腹時血糖	2	FBG	mg/dL	mg/dL	−
	・随時血糖	3	CBG	mg/dL	mg/dL	−
16	HbA1c(NGSP)		HbA1c-NGSP	%	%	−
17	中性脂肪(TG)	1	TG	mg/dL	mg/dL	−
	・空腹時中性脂肪(TG)	2	FTG	mg/dL	mg/dL	−
	・随時中性脂肪(TG)	3	CTG	mg/dL	mg/dL	−
18	総コレステロール(T-CHO)		T-CHO	mg/dL	mg/dL	−
19	HDL-コレステロール(HDL-C)		HDL-C	mg/dL	mg/dL	−
20	LDL-コレステロール(LDL-C)		LDL-C	mg/dL	mg/dL	−
21	ナトリウム(Na)		Na	mmol/L	mmol/L	−
22	カリウム(K)		K	mmol/L	mmol/L	−
23	クロール(Cl)		Cl	mmol/L	mmol/L	−
24	カルシウム(Ca)		Ca	mg/dL	mg/dL	−
25	総ビリルビン(T-Bil)		T-Bil	mg/dL	mg/dL	−
26	直接ビリルビン(D-Bil)		D-Bil	mg/dL	mg/dL	−

	検査 43 項目		FHIR 識別文字列	単位名称	UCUM 単位コード	定性値コード
27	血算-白血球数		WBC	X10*3/μL	10*3/uL	−
28	血算-赤血球数		RBC	X10*4/μL	10*4/uL	−
29	血算-ヘモグロビン		Hb	g/dL	g/dL	−
30	血算-血小板数		PLT	X10*4/μL	10*4/uL	−
31	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)		APTT	s	s	−
32	プロトロンビン時間	1	PT-秒	s	s	−
		2	PT 比	比	{ratio}	−
		3	PT-活性%	%	%	−
		4	PT-INR	INR	{INR}	−
33	D ダイマー(DD)	1	DD	μg/mL	ug/mL	−
		2	DD-定性	−	−	パターン A 参照
34	尿蛋白	1	U-TP	−	−	パターン C 参照
		2	U-TP-半定量	mg/dL	mg/dL	−
35	尿糖	1	U-Glu	−	−	パターン D 参照
		2	U-Glu-半定量	mg/dL	mg/dL	−
36	尿潜血	1	U-Bld	−	−	パターン C 参照
		2	U-Bld-半定量	mg/dL	mg/dL	−
37	尿中蛋白/クレアチニン比(P/C 比)		U-P/C	g/g･Cr	g/g{creat}	−
38	尿中アルブミン/クレアチニン比(A/C 比)		U-A/C	mg/g･Cr	mg/g{creat}	−
39	脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)		BNP	pg/mL	pg/mL	−
40	ヒト脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント(NT-proBNP)		NT-proBNP	pg/mL	pg/mL	−
41	C 反応性蛋白(CRP)	1	CRP	mg/dL	mg/dL	−
		2	CRP-class	−	−	パターン A 参照
42	血液型-ABO		血液型-ABO	−	−	パターン E 参照
43	血液型-Rh		血液型-Rh	−	−	パターン F 参照

検査結果が定性値の場合は、Observation.value[x]:valueCodeableConcept.coding 要素に、以下の URI を system に、コードを code に、コード表示名称を display にそれぞれ記述してください。

表 23. 定性値パターン別の URI、コード、コード表示名称

パターン	URI	コード	コード表示名称
パターン A	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_PosNegHold_CS	1	陽性
		2	陰性
パターン B	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_PosNegHold_CS	1	陽性
		2	陰性
		3	判定保留
パターン C	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_Urine_Code_CS	1	−
		2	±
		3	+
		4	2+
		5	3+
		6	4+
パターン D	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_Urine_Code_CS	1	−
		2	±
		3	+
		4	2+
		5	3+
		6	4+
		7	5+
パターン E	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_BldABO_CS	1	A
		2	B
		3	AB
		4	O
パターン F	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_BldRh_CS	1	+
		2	−

(2)標準マスタの利用

本サービス上で取り扱う臨床情報（文書情報に内包されるものも含む）と健診文書は、以下の標準マスタコードを用いて記述する必要があります。

表 24. 標準マスタの対応表

<table>
<tr><th colspan="2">情報</th><th>標準マスタファイル名称</th><th>標準マスタコード名称</th></tr>
<tr><td rowspan="2">傷病名</td><td>傷病名</td><td>標準病名履歴マスタ
※ICD10 対応標準病名マスタから作成</td><td>病名管理番号</td></tr>
<tr><td>修飾語</td><td>修飾語マスタ
※ICD10 対応標準病名マスタから作成</td><td>修飾語管理番号</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">薬剤アレルギー等</td><td>薬剤アレルギー用コードマスタ</td><td>YCM+YJ コード</td></tr>
<tr><td>剤形・規格・銘柄不明コードマスタ</td><td>剤形・規格・銘柄不明コード</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">その他アレルギー等</td><td rowspan="2">J-FAGY アレルゲンコードマスタ</td><td>JFAGY 食品コード</td></tr>
<tr><td>JFAGY 非食品・非医薬品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">感染症、検査</td><td rowspan="2">電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表
(共有項目 JLAC コードマスタ)</td><td>JLAC10 コード</td></tr>
<tr><td>JLAC11 コード</td></tr>
<tr><td rowspan="2">処方</td><td>医薬品</td><td>個別医薬品コード(YJ コード)リスト</td><td>YJ コード</td></tr>
<tr><td>用法</td><td>電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法マスタ
(用法マスタ)</td><td>厚生労働省電子処方箋用法コード</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診文書</td><td>電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ
(健診項目マスタ)</td><td>JLAC10 コード</td></tr>
<tr><td colspan="2">宛先医療機関等</td><td>電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタ</td><td>保険医療機関番号</td></tr>
</table>

■ダミーコードに関する補足と利用上の注意

本サービスにおいて、ダミーコードと位置付けているものは以下の通りです。これらのダミーコードの一部は標準マスタファイルに収載されず外だしとなっているものもあるため、必要に応じて医療機関等システム側で取り込みを行ってください。ダミーコードを使用する場合は、

- code にはダミーコードのコード値を記述します。
- display にはダミーコードのコード表示名称を記述します。
- text には表現したいテキスト内容を記述します。

なお、ダミーコードの使用は、以下の利用場面に記載の通り、特殊な場合に限ります。原則としては、標準マスタに収載されたコードを使用してください。

また、ダミーコード自体には特定の意味をもたないため、ダミーコードと特定の内容を紐づけて医療機関等システム側で保持しない仕組みとしてください。ダミーコードを特定の内容に紐づけてしまうと、登録した医療機関が伝達したい内容とは異なる表示がされてしまうため、十分注意してください。

表 25. 本サービスにおけるダミーコードと利用場面

情報	ダミーコード名称	コード値	コード表示名称	標準マスタファイルへの収載	利用場面
傷病名	未コード化傷病名コード	99999999 (8 桁)	未コード化傷病名	収載	標準マスタに登録されていない独自傷病名を登録する場合。
薬剤アレルギー等	薬剤フリーテキスト用コード	D9M000000000	医薬品ダミーコード	未収載	剤形・規格・銘柄が不明である場合。薬剤アレルギーに係る広範囲の系統を表現したい場合など。
その他アレルギー等	フリーテキスト用コード(食品)	D9F000000000	食品ダミーコード	収載	標準マスタに登録されていないアレルギー・不耐症に関連するアレルギー原因物質を登録する場合。
	フリーテキスト用コード(非食品)	D9N000000000	非食品・非医薬品ダミーコード	収載	
感染症、検査	未標準化コード	99999999999999999 (17 桁)	未標準化コード項目 (JLAC)	未収載	文書情報に検査 43 項目及び感染症 5 項目以外の検査項目を記述する場合。
用法	ダミーコード	0X0XXXXXXXXX0000	ダミー用法コード	未収載	標準マスタに登録されていない独自用法名を登録する場合。使用方法の詳細は、「医療機関等において用法マスタを準備する際の留意点等」をご参照ください。

■JLAC コードの測定法に関する特記ルール

具体的な測定法が不明な場合は、JLAC10 コードの 13～15 桁目を「998：測定法問わず」または「999：その他の測定法」としてください。また、JLAC11 コードの場合は、13～15 桁目を「000：その他の測定法」としてください。なお、JLAC11 に関しては、検査試薬から測定法を特定できるように設計されているため、例えば外注検査で測定法がわからない場合には、外注検査機関に検査試薬が何かを確認する等して、適切な測定法コードを付番してください。

表 26. 感染症、検査における測定法コードの特記ルール

	JLAC10	JLAC11	使用場面
測定法を問わず	998	—	測定法 3 桁のコーディングが正しくできない/わからない場合(例：外注検査等で医療機関側で検査試薬や測定法が把握できない場合等) ※JLAC11 は、「測定法を問わず」に該当するコードはない。
その他の測定法	999	000	掲載されているコードと測定法が異なると考えられる場合(例：新しく出た試薬や測定法がマスタに収載されるまでの間等)

■JLAC10 コードと JLAC11 コードに関する補足

感染症、検査情報を登録する際は、電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表に収載された JLAC10、JLAC11 のいずれのコードでも利用可能です。但し、JLAC10 は、各要素構造の自由度が高いため、同じ意味の検査であるにも関わらず、複数パターンのコードのつけ方が存在しており、コードの不統一や重複が生じてしまいます。そのため、既に医療機関が JLAC10 を採用している場合でも、本サービスで取り扱う標準マスタコードとして定める JLAC10 コードとは採番が異なる可能性があります。加えて、今後新しい検査項目や測定方法等が出たとしても、新たな JLAC10 コードは採番されません。一方、JLAC11 は、上記の不統一・重複コードの発生を解消した構造となっています。また、体外診断用医薬品を特定できることで、コードから検査値の比較が適切かどうかを判断することにも活用できます。以上の違いがあることから、現在 JLAC コードを使用していない医療機関に関しては、可能な限り JLAC11 を採用してください。

表 27. JLAC10 と JLAC11 の構成（例：空腹時血糖）

	第 1 要素	第 2 要素	第 3 要素	第 4 要素	第 5 要素
JLAC10	分析物	識別	材料	測定法	結果識別
	3D010	1300	022	271	01
	グルコース	空腹時	血漿	可視吸光光度法	定量値
JLAC11	測定物	識別	材料	測定法	結果単位
	C4001	1337	243	001	85
	グルコース	空腹時（絶食 10 時間以上）	血漿(ヘパリン入り)	可視吸光光度法_コレステックLDX カセット	mg/dL

■感染症、検査におけるローカルコード／ハウスコードの取り扱い

感染症 5 項目、検査 43 項目については、標準マスタコードの他に施設固有のローカルコード／ハウスコードも必ず記述する必要がありますのでご留意ください。記述方法の詳細についてはFHIR 記述仕様/実装ガイドをご参照ください。

■アレルギー全般で使用するマスタに関する補足

薬剤アレルギー等やその他アレルギー等の標準マスタの付番ルール及び記述ルールは以下の通りです。

表 28. アレルギーにおけるコードの記述ルール

情報	使用する標準マスタ	コードの記述ルール		備考
		先頭 3 桁（メタコード※1）	4 桁目以降	
薬剤アレルギー等	YCM+YJ コード	YCM	YJ コード	—
	剤形・規格・銘柄不明コード	GCM	YJ コードベースの先頭 9 桁+ZZZ(※2)	—
	薬剤フリーテキスト用コード	D9M	000000000	テキストで薬剤アレルギー等を記載する。
その他アレルギー等	J-FAGY コード	J9F or J9N	該当する JFAGY コード	—
	フリーテキスト用コード	D9F or D9N	000000000	テキストでその他アレルギー等を記載する。

※1 メタコード体系

1 桁目：識別子（Y：YCM+YJ コード、J：J-FAGY、G：剤形・規格・銘柄不明コード、D：フリーテキスト用コード）

2 桁目：コード桁数（36 進数）

3 桁目：アレルゲン種類（F：食品、M：医薬品、N：非食品）

※2 剤形・規格・銘柄不明コードは、YJ コードの先頭 9 桁（薬効分類番号、投与経路及び成分、剤形、薬効分類・投与経路及び成分・剤形による同一分類内の規格単位ごとの番号を示す）と、薬価基準収載医薬品コードの先頭 9 桁（薬効分類番号、投与経路及び成分、剤形、薬効分類・投与経路及び成分・剤形による同一分類内の規格単位ごとの番号を示す）とを突合し、薬価基準収載医薬品コードに記載されている「成分名」をコード表示名称として作成しています。なお、1 つの「成分名」に対して一意のコードとなるよう重複排除処理しているため、すべての YJ コードの下 3 桁を ZZZ に変換したコード体系ではありません。

■薬剤アレルギー等で使用するマスタに関する補足

医薬品の銘柄が判明している場合は、必ず YCM+YJ コードを使用して記述してください。一方、剤形・規格・銘柄が不明な場合に限り、剤形・規格・銘柄不明コードを使用して記述することが可能です。さらに、より広範囲の系統情報を表現をしたい場合は、薬剤フリーテキスト用コードを使用し、テキスト欄に「セフェム系」等と記述することが可能です。

以下に各マスタを使用するユースケースとコード及び表記例を示します。

表 29. 薬剤アレルギー等コードの使用方法

ユースケース	コード例	コード表示名称
銘柄が判明している場合	YCM6132408F2028 (YCM+YJ コード)	セフメタゾン静注用０．５ｇ
剤形・規格・銘柄が不明な場合	GCM6132408E1ZZZ (剤形・規格・銘柄不明コード)	セフメタゾールナトリウム
広範囲の系統を表現したい場合	D9M000000000 (薬剤フリーテキスト用コード)	セフェム系

■処方薬で使用するマスタに関する補足

医薬品の銘柄が判明している場合は、必ず YJ コードを使用して記述してください。一方、「薬価収載以外の医薬品を処方している」、「一般名処方で院外処方している」等の理由で YJ コードの指定ができない場合は、標準コードを用いず Composition.section.section.text 要素に叙述的に処方情報を記述してください。但し、叙述的に記述された処方情報は臨床情報一覧に出力されませんのでご注意ください。

■用法で使用するマスタに関する補足

<用法コードについて>

用法については、必ず電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法マスタの厚生労働省電子処方箋用法コードを使用して記述してください。なお、本マスタに収載される、「標準コード」、「汎用コード」、「ダミーコード」、「拡張コード」のうち、「ダミーコード」と「拡張コード」を使用する場合は、Dosage.timing.code.text 要素に具体的な回数やタイミング等を含めた正確な用法内容を必ず記述してください。Dosage.timing.code.text 要素には、用法内容の完全な文字列を記述いただく必要があります。参考までに「拡張コード」を使用する場合の例を以下の表に記載します。

表 30.「拡張コード」を利用する際の Dosage.timing.code.text 要素の記述例

利用する拡張コード	Dosage.timing.code.text 要素の記述例	備考
2B7X000000000000 （用法名称「１日〇回　塗布」に該当するコード）	１日５回　塗布	〇に入る数字「５」だけ記述するのではなく、用法内容の完全な文字列「１日５回　塗布」を記述する。

それぞれのコードの定義は、「医療機関等において用法マスタを準備する際の留意点等」をご参照ください。

<用法区分コードについて>

投与方法の基本用法区分については、「JAMI 用法コード表基本用法２桁コード」と JAMI 用法コード表基本用法１桁コード」の２種類があります。

上記の１桁コードでは、「1：内服、2：外用、3：注射、4：注入」といった大区分が表現できるのに対して、２桁コードではさらに１段階詳しく、内服の中の「10：経口、11：舌下」、外用の中の「2A：貼付、2B：塗布、2C：湿布」等といった詳細区分を表現することができます。

本サービスでは、２桁コードを優先し、２桁コードで記述できない場合に、１桁コードを使用してください。

なお、用法区分コード(1 桁・2 桁)は、用法コードの頭１桁・２桁と合致する

<補足用法コードについて>

不均等投与や隔日投与、曜日指定投与の内容を記述したい場合は、「JAMI 標準用法規格補足用法コード」を使用してください。なお、本サービスでは、「JPFHIR Terminology Package URL」サイトに掲載のコードのみを取り扱っていることにご留意ください。

■標準マスタのコード記述箇所

本サービスにおいて、標準マスタのコードを記述する箇所は以下の通りです。詳細は、FHIR記述仕様/実装ガイドをご確認ください。

表 31. 標準マスタコードの記述箇所

情報		FHIR 設定フルパス
傷病名	傷病名	■傷病名を記述する場合 Condition.code.coding:medisRecordNo.code
		■アレルギー症状を記述する場合 (本サービスではアレルギー症状を記述する際に傷病名と同じく病名管理番号を使用する。) AllergyIntolerance.reaction.manifestation.coding.code
	前置修飾語	Condition.code.extension.diseasePrefixModifier.coding.code
	後置修飾語	Condition.code.extension.diseasePostfixModifier.coding.code
薬剤アレルギー等、 その他アレルギー等		AllergyIntolerance.code.coding.code
感染症、検査		Observation.code.coding:XXX.code ※「XXX」は、FHIR 識別文字列ごとに一意の文字列が入る。
処方	医薬品	■YJ コードで記述する場合 MedicationRequest.medication[x].coding:codingYJ.code
	用法	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.timing.code.coding:mhw_prescription_yoho.code
健診文書		Observation.code.coding.code
宛先医療機関等		■紹介先医療機関の宛先を記述する場合 Organization.identifier:medicalInstitutionCode.value

■標準マスタコードの URI

以下に示す標準マスタコードの URI を code.coding.system 要素に記述してください。なお、電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表は JLAC10・11 コードを両方含むフォーマットで提供しますが、識別子は 4 区分設定されています。本サービスではこれらの識別子で「感染症情報か検査情報か」並びに「JLAC10 か JLAC11 か」を判断するため、必ず該当の識別子を正しく設定してください。

表 32. 標準マスタコードの URI

情報		標準マスタコード		URI
傷病名	傷病名	病名管理番号		http://medis.or.jp/CodeSystem/master-disease-keyNumber
		未コード化傷病名コード		
	修飾語	修飾語管理番号		http://medis.or.jp/CodeSystem/master-disease-modKeyNumber
薬剤 アレルギー等		YCM+YJ コード		http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/YCM/JP_JfagyMedicationAllergen_CS
		薬剤フリーテキスト用コード		
		剤形・規格・銘柄不明コード		http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/GCM/JP_JfagyMedicationAllergen_CS
その他 アレルギー等		JFAGY 食品コード		http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/JP_JfagyFoodAllergen_CS
		フリーテキスト用コード(食品)		
		JFAGY 非食品・非医薬品コード		http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/JP_JfagyNonFoodNonMedicationAllergen_CS
		フリーテキスト用コード(非食品)		
感染症、検査		JLAC10 コード	感染症 5 項目の場合	http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC10/JP_CLINS_ObsLabResult_InfectionLabo_CS
			検査 43 項目の場合	http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC10/JP_CLINS_ObsLabResult_CoreLabo_CS
		JLAC11 コード	感染症 5 項目の場合	http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC11/JP_CLINS_ObsLabResult_InfectionLabo_CS
			検査 43 項目の場合	http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC11/JP_CLINS_ObsLabResult_CoreLabo_CS
		未標準化コード		http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JP_CLINS_ObsLabResult_Uncoded_CS
処方	医薬品	個別医薬品コード(YJ コード)リスト		http://capstandard.jp/iyaku.info/CodeSystem/YJ-code
	用法	厚生労働省電子処方箋用法コード		http://jpfhir.jp/fhir/core/mhlw/CodeSystem/MedicationUsage_ePrescription
		ダミーコード		http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JP_CLINS_MedicationUsage_Uncoded_CS
健診文書		JLAC10 コード		urn:oid:1.2.392.200119.6.1005
宛先医療機関等		保険医療機関番号		http://jpfhir.jp/fhir/core/IdSystem/insurance-medical-institution-no

(3)速やかな登録・取得

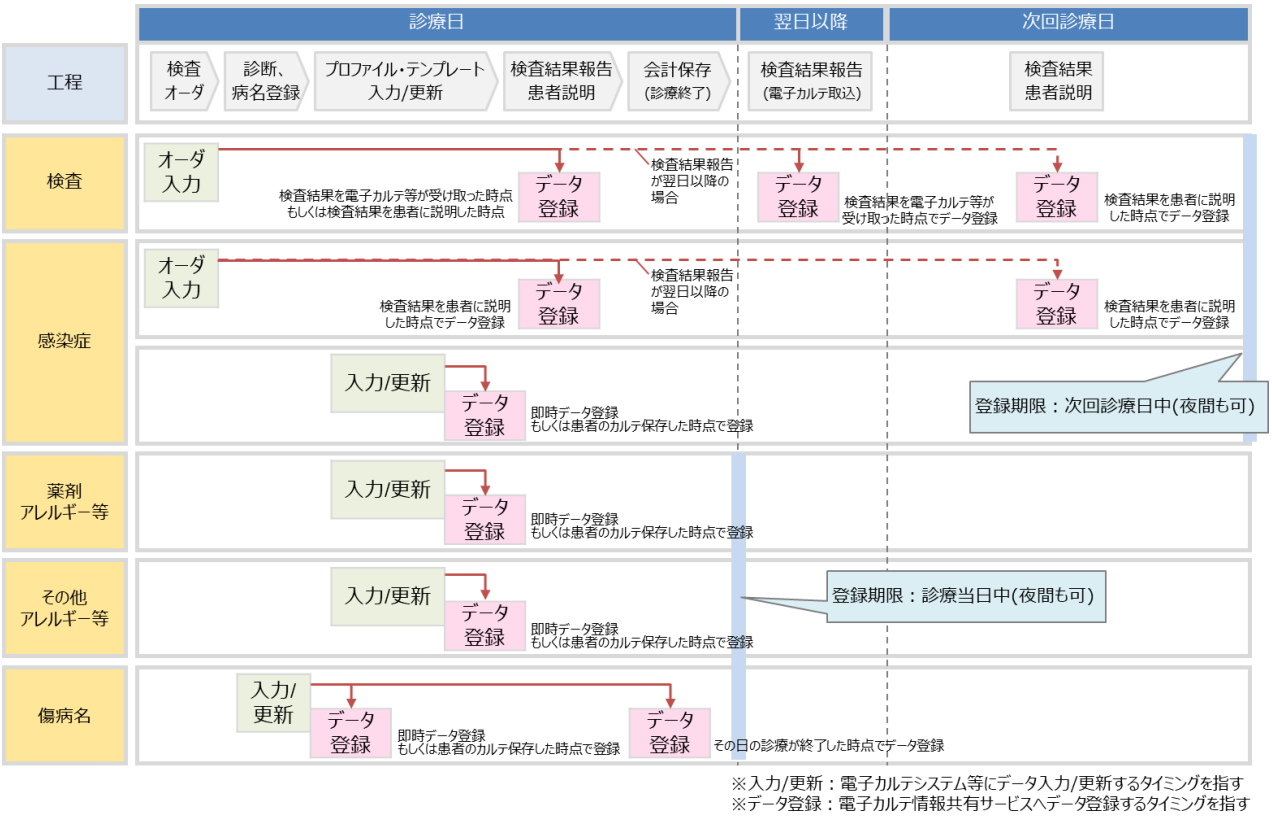
本サービスは、標準化された電子カルテ情報を様々なステークホルダー間でタイムリーに共有できる未来を目指しています。また、本サービスでは、できる限り直近の情報を医師等が確認できるようにすることが重要です。そのため、電子カルテシステム等の改修を行うにあたっては、速やかな情報登録・取得が可能となるよう検討ください。

一方で、1日あたりの患者数の多い医療機関の場合、診療時間中のネットワーク輻輳が生じてしまうと、通常業務に支障が出ることが考えられます。

医療機関等の診療特性や規模を踏まえ、具体的な登録タイミングについては医療機関の判断に委ねるものとしますが、臨床情報の登録期限としては、感染症・検査については、「次回診療日中(夜間も可)」、傷病名・薬剤アレルギー等・その他アレルギー等については、「診療当日中(夜間も可)」とします。なお、登録期限を過ぎて登録してもエラーにはなりません。

また、健診文書については、結果が揃い次第、速やかに登録を行ってください。

図 12. 電子カルテ情報共有サービスへの登録タイミング例



併せて、本サービス利用に伴う、医師等の業務負荷軽減についても検討する必要があります。例えば、患者のカルテ画面を閉じたタイミングで薬剤アレルギー等やその他アレルギー等のプロ

ファイル情報が本サービスに登録処理される仕組みや、検査の実施結果が部門システムから電子カルテシステム等に返却されたタイミングで登録処理する仕組みを取り入れていただくことも可能です(※トラブル回避の観点から、医療機関の判断で結果説明後に情報登録することも選択可能です)。

一方、感染症については、患者が医師からの説明の前に、検査結果を閲覧することによって誤った解釈をもたらす可能性があるため、医師から患者に検査結果を説明した後の情報登録に限定します。また、傷病名についても、未告知・未提供フラグを付与していない状態で、登録処理されてしまうと、誤って本人が認知していない傷病名がマイナポータル上で閲覧できてしまう恐れがあるため、医師の判断を経た上での登録が必要です。

同様に、診療情報提供書等の文書情報についても、多職種の職員が連携しながら準備・作成・発行を行う運用が想定されますが、必ず医師の判断を経た上での登録を行ってください。

3. 電子カルテ情報共有サービス導入に伴う医療機関等における変更点

3.1 業務

本サービスを利用するにあたっての基本的なシステムフローを示します。

サービス種別	基本的なフロー
文書送受信サービス	文書情報の登録
	文書情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）
	文書情報の取得・閲覧・保存
臨床情報登録・閲覧サービス	5 情報の登録
	5 情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）
	臨床情報一覧の取得・閲覧・保存
健診文書登録・閲覧サービス	健診文書の登録
	健診文書の登録履歴照会、編集（削除・更新）
	健診文書の取得・閲覧・保存
その他	標準マスタファイルの取得

※以下の図では、オンライン資格確認等連携ソフトを活用した、資格確認端末を経由するファイル連携方式の場合の例を示しております。

サーバーOS 対応のオンライン資格確認等連携ソフトを採用する場合は、【資格確認端末】を【電子カルテサーバー等】に読み替えて参照ください。

Web API 通信方式を採用する場合は、端末内ハードディスクを割愛したうえで、【資格確認端末】を【電子カルテシステム等】に読み替えて参照ください。

「OQS-IF-XXX」、「CIP-IF-XXX」、「TKK-IF-XXX」、「CIS-IF-XXX」と記載している内容は、外部インターフェイス仕様書の「外部 IF_ID」になります。なお、OQS はオンライン資格確認システム、CIP は臨床情報管理機能(オンライン資格確認等システムの一機能)、TKK は特定健診情報管理機能(オンライン資格確認等システムの一機能)、CIS は電子カルテ情報共有サービスとのインターフェイスであることを示しています。

図 13. 文書情報の登録フロー（一例）

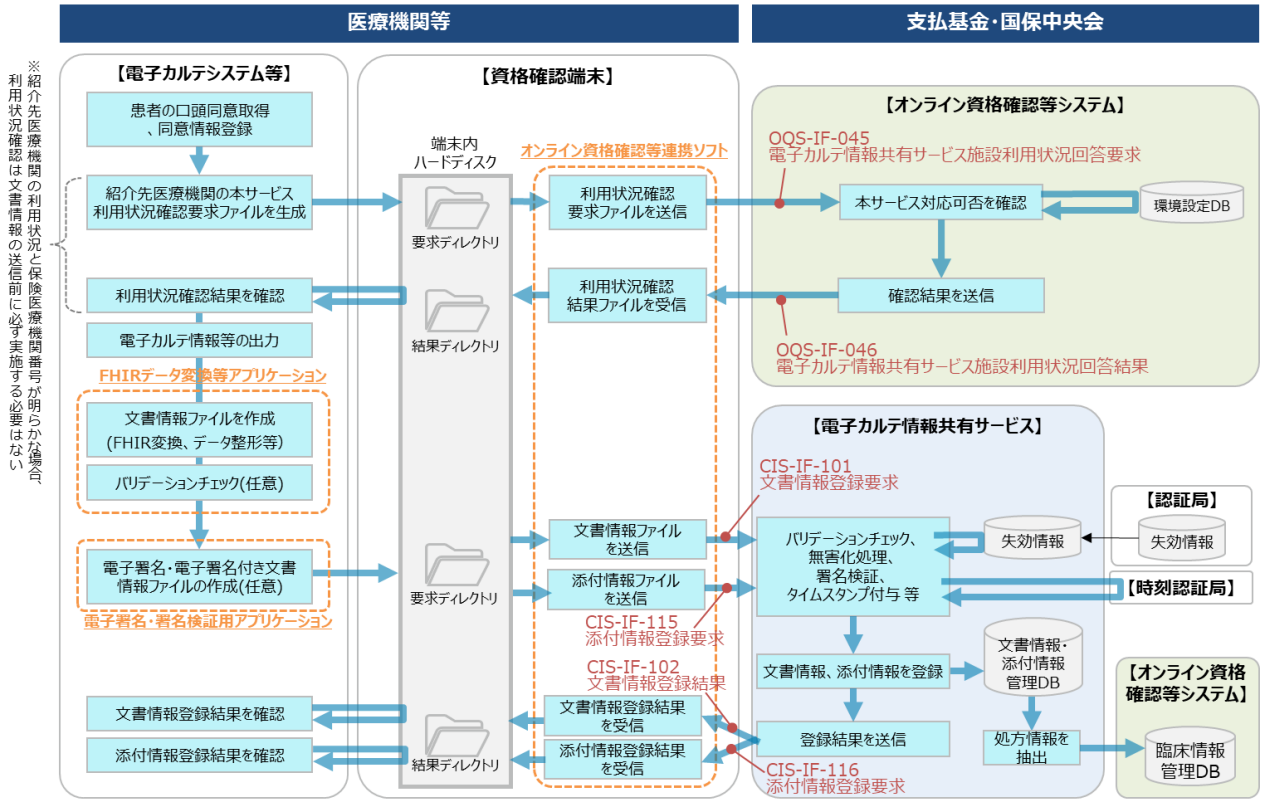


図 14. 文書情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

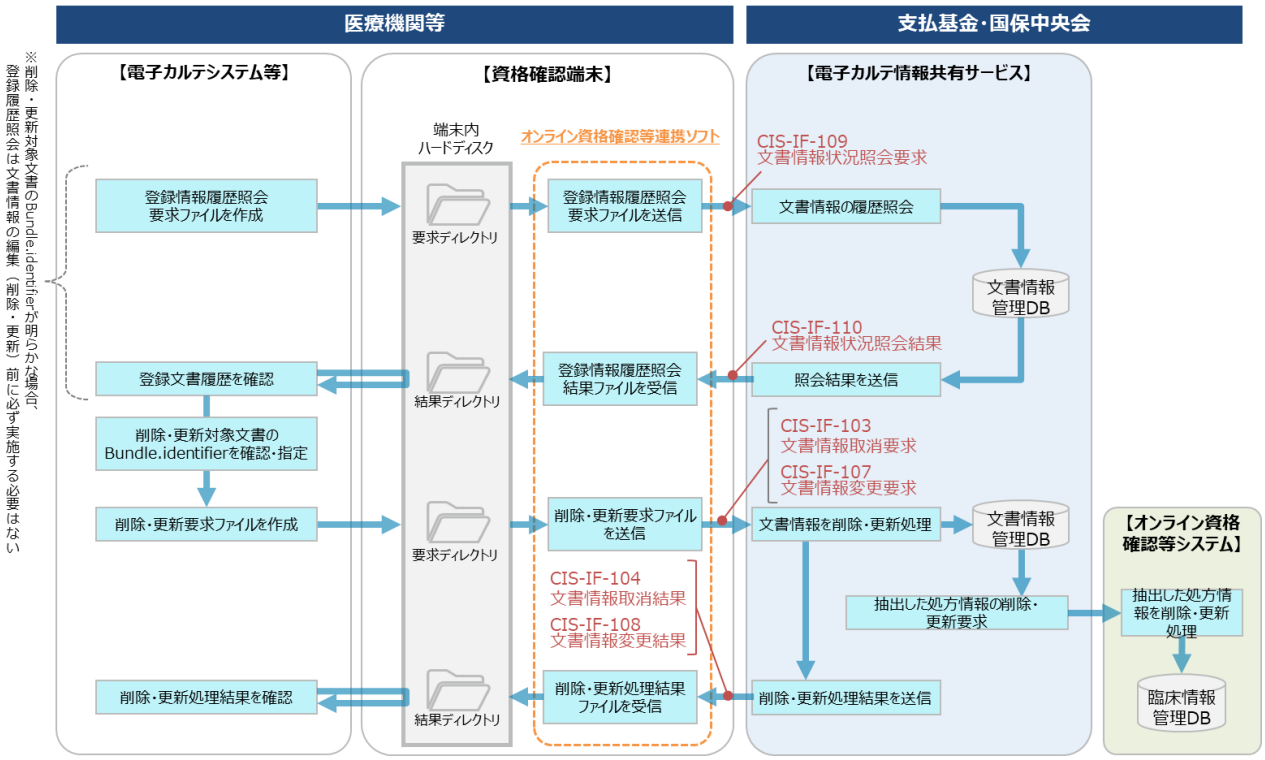
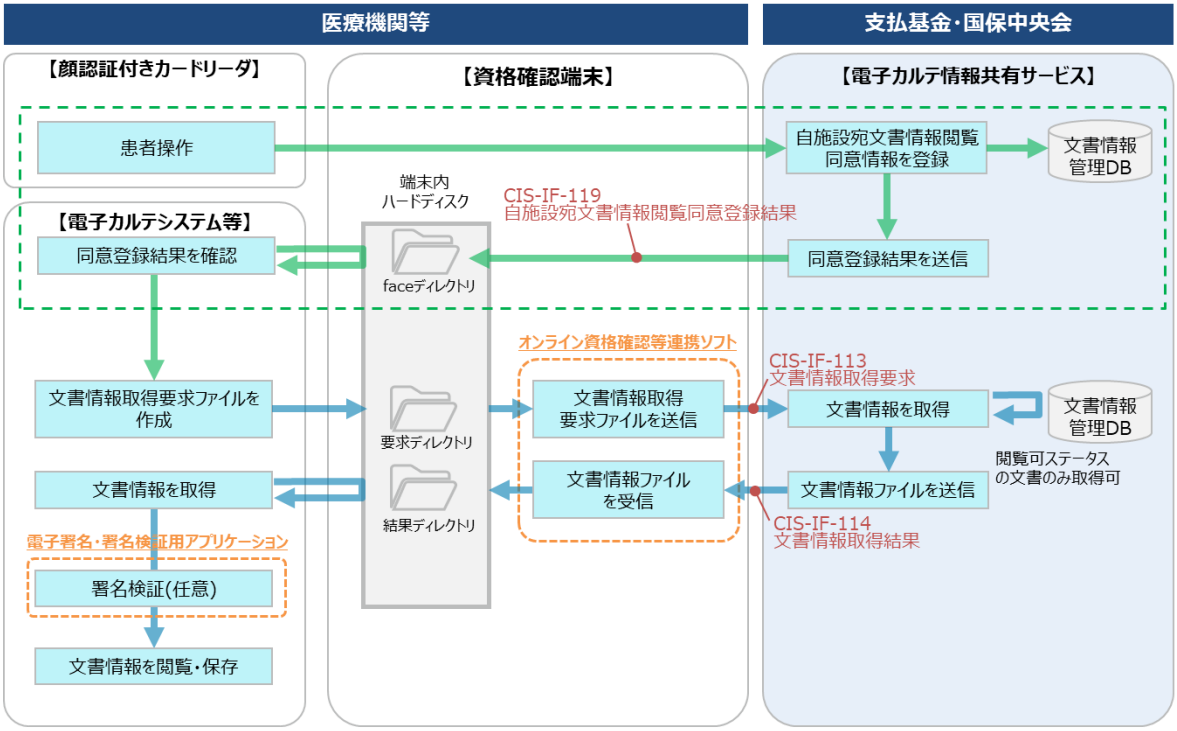


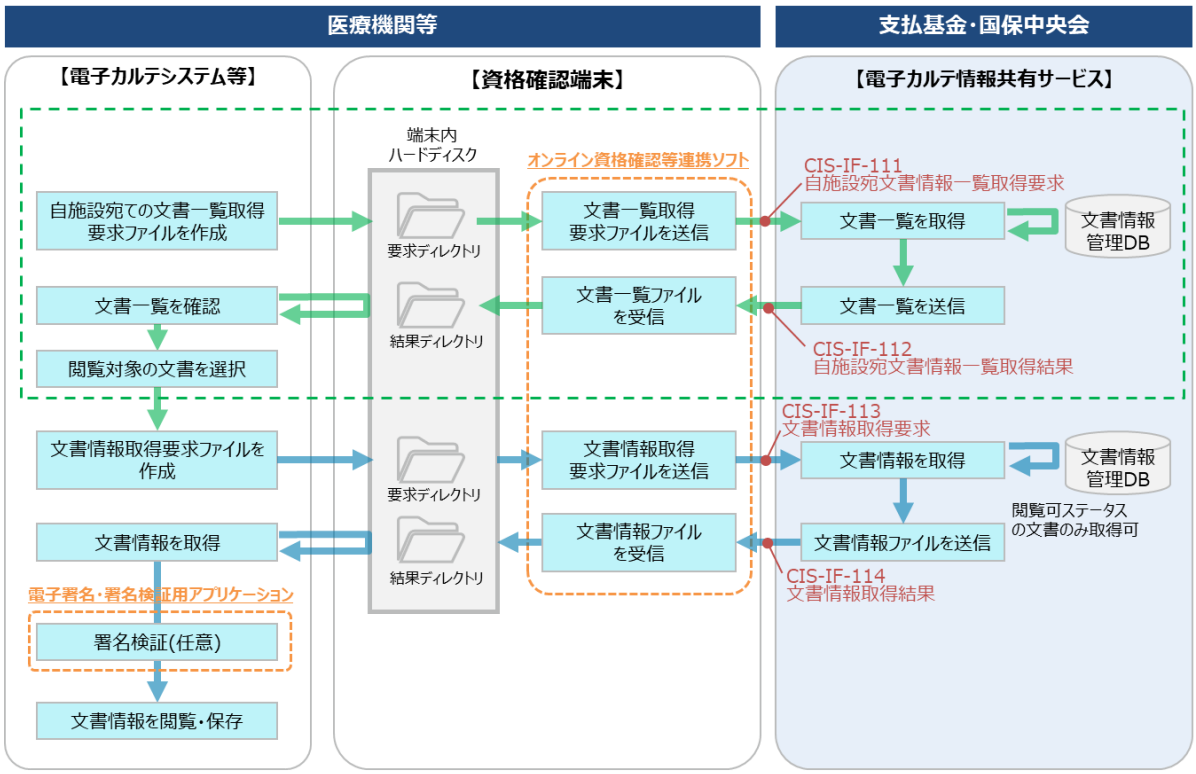
図 15. 文書情報の取得・閲覧・保存フロー

紹介先医療機関の顔認証付きカードリーダで閲覧同意登録が行われているケース（一例）



緑矢印	紹介先医療機関の顔認証付きカードリーダで閲覧同意登録が行われているケース特有のフロー

図 16. 文書情報の取得・閲覧・保存フロー
紹介元医療機関で提供に関する口頭同意が取れているケース、または、
マイナポータルを用いた事前同意が取れているケース（一例）



緑矢印	紹介元医療機関で提供に関する口頭同意が取れているケース、マイナポータルを用いた事前同意が取れているケース特有のフロー

図 17. 5 情報の登録フロー（一例）

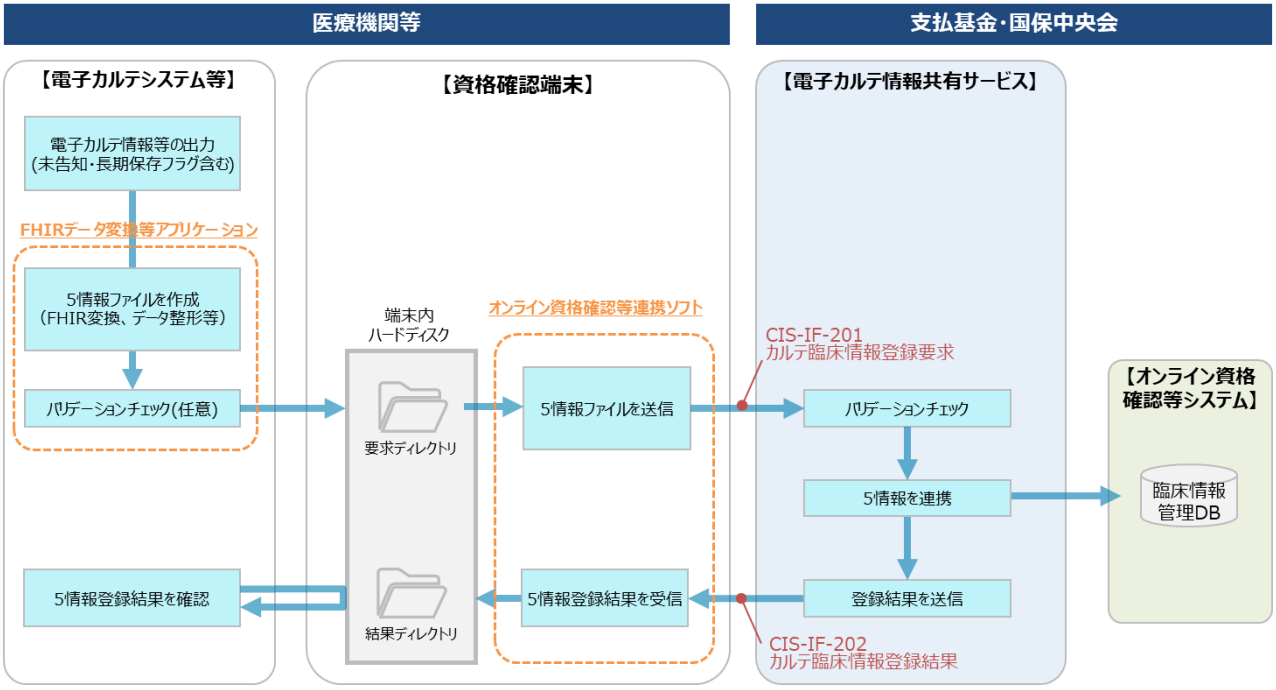


図 18. 5 情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

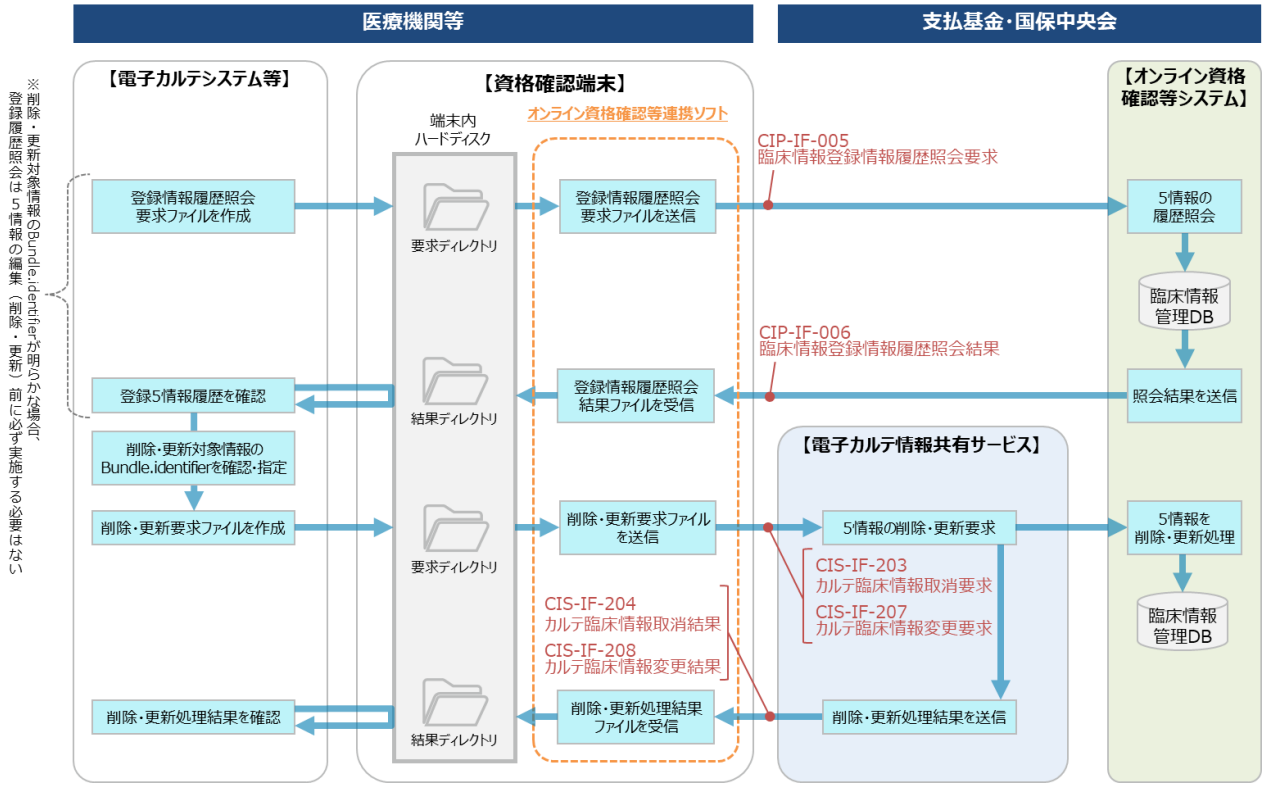


図 19. 臨床情報一覧の取得・閲覧・保存フロー（一例）

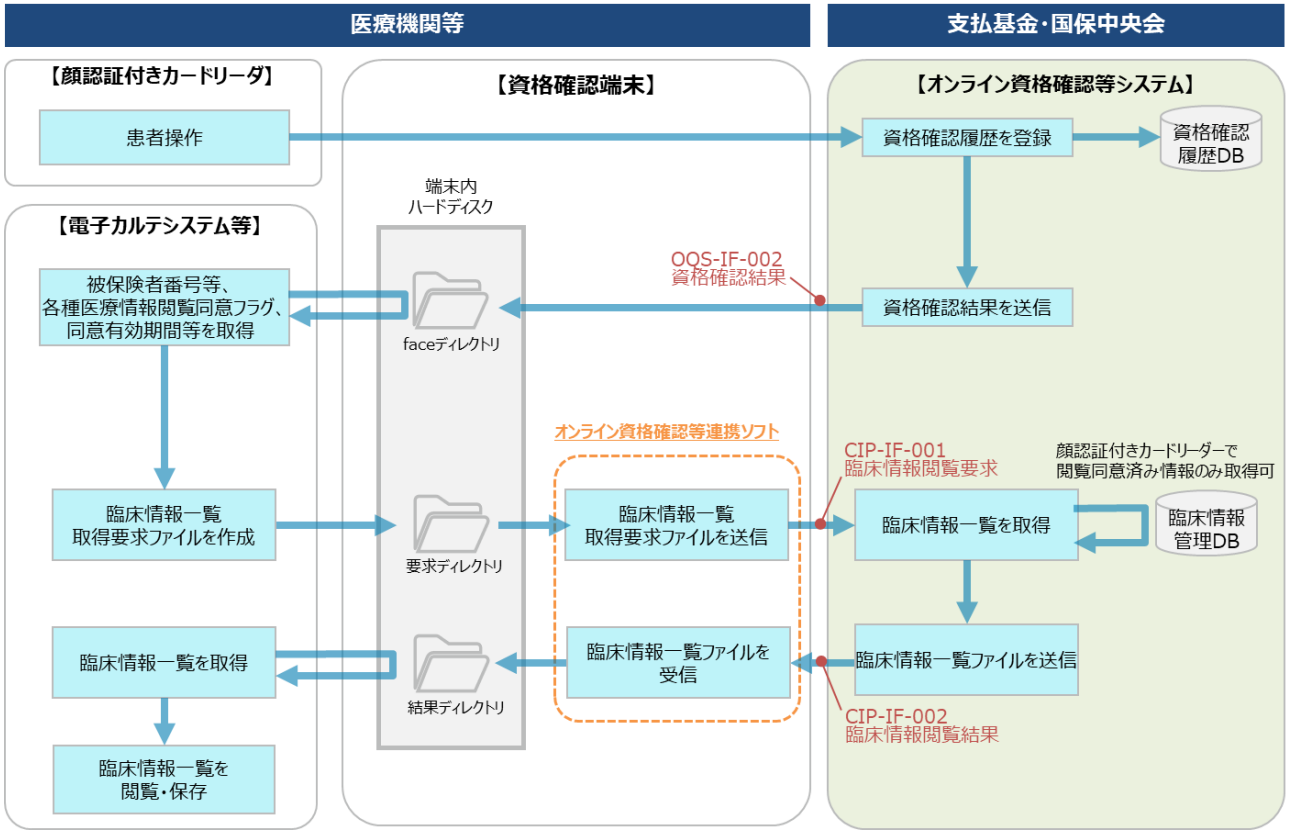


図 20. 健診文書の登録フロー（一例）

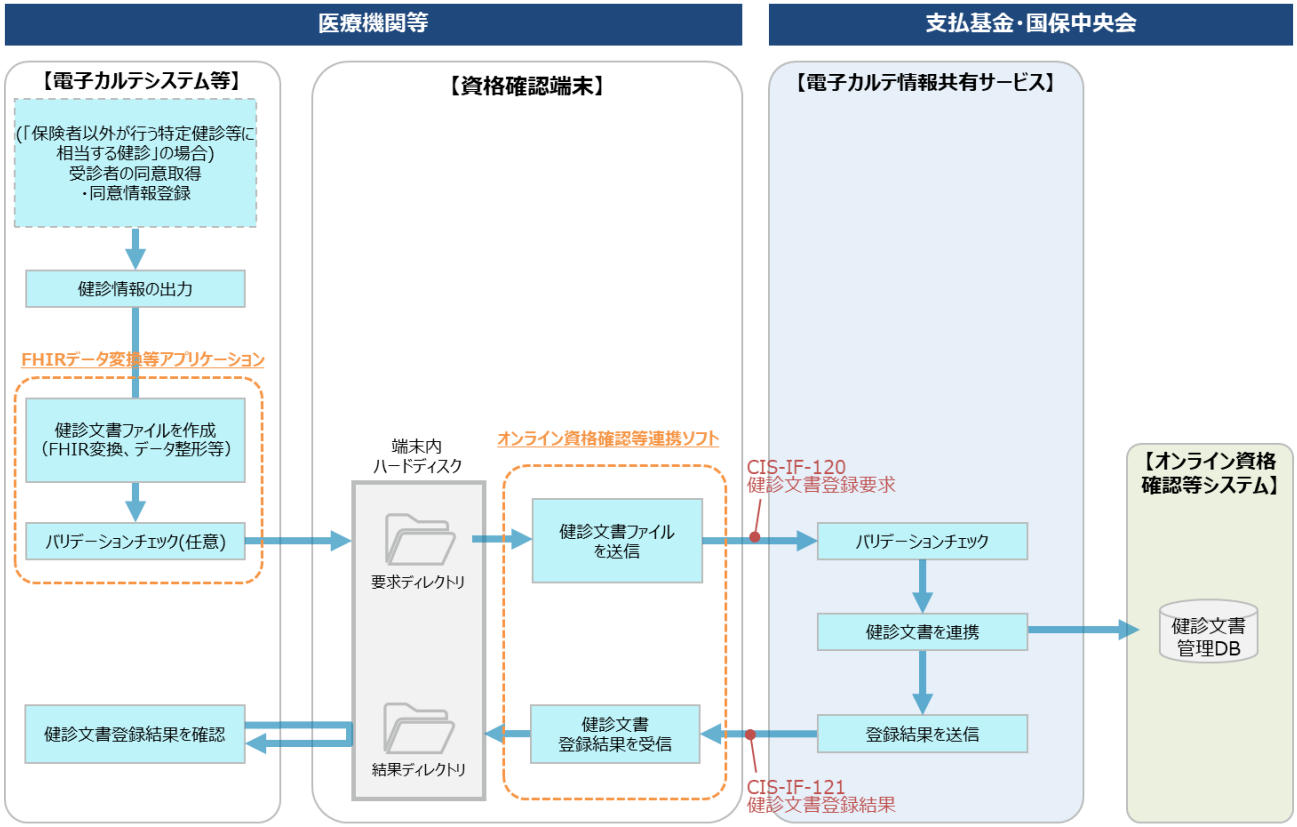


図 21. 健診文書の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

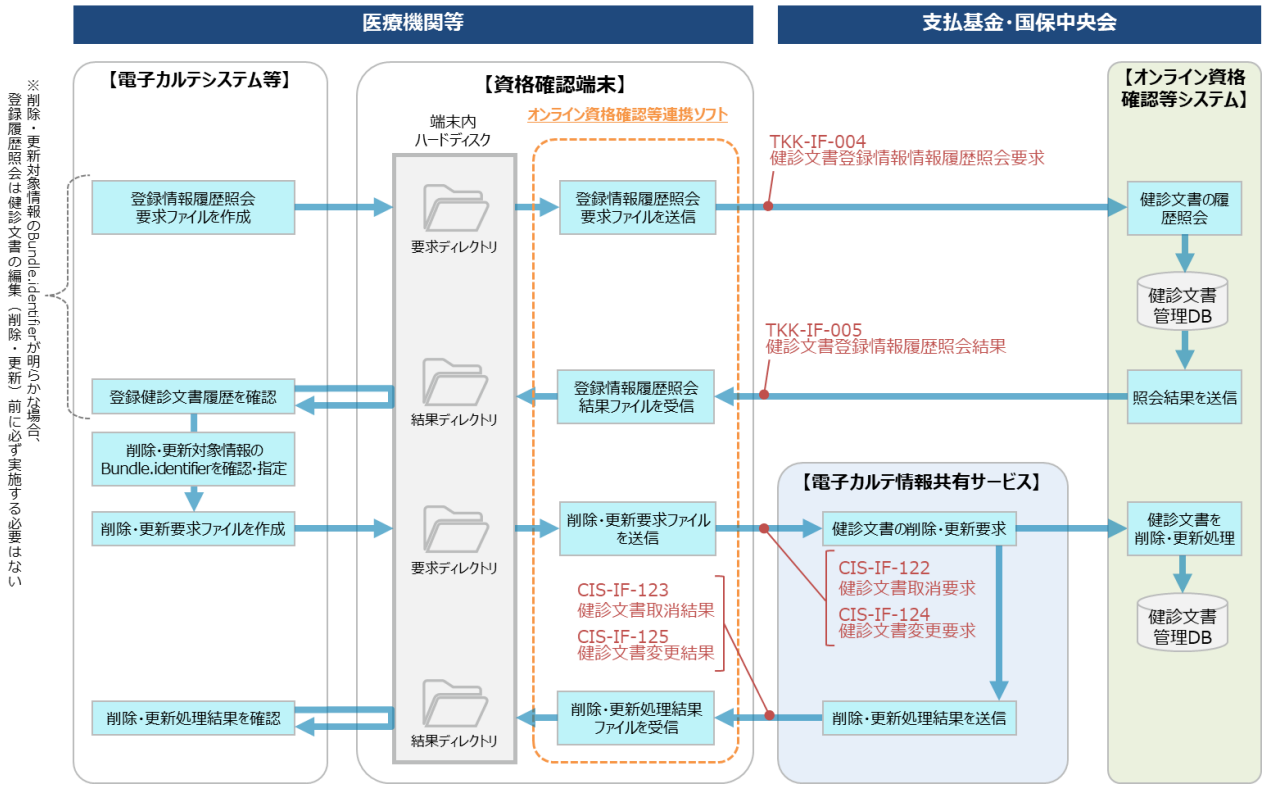


図 22. 健診文書の取得・閲覧・保存フロー（一例）

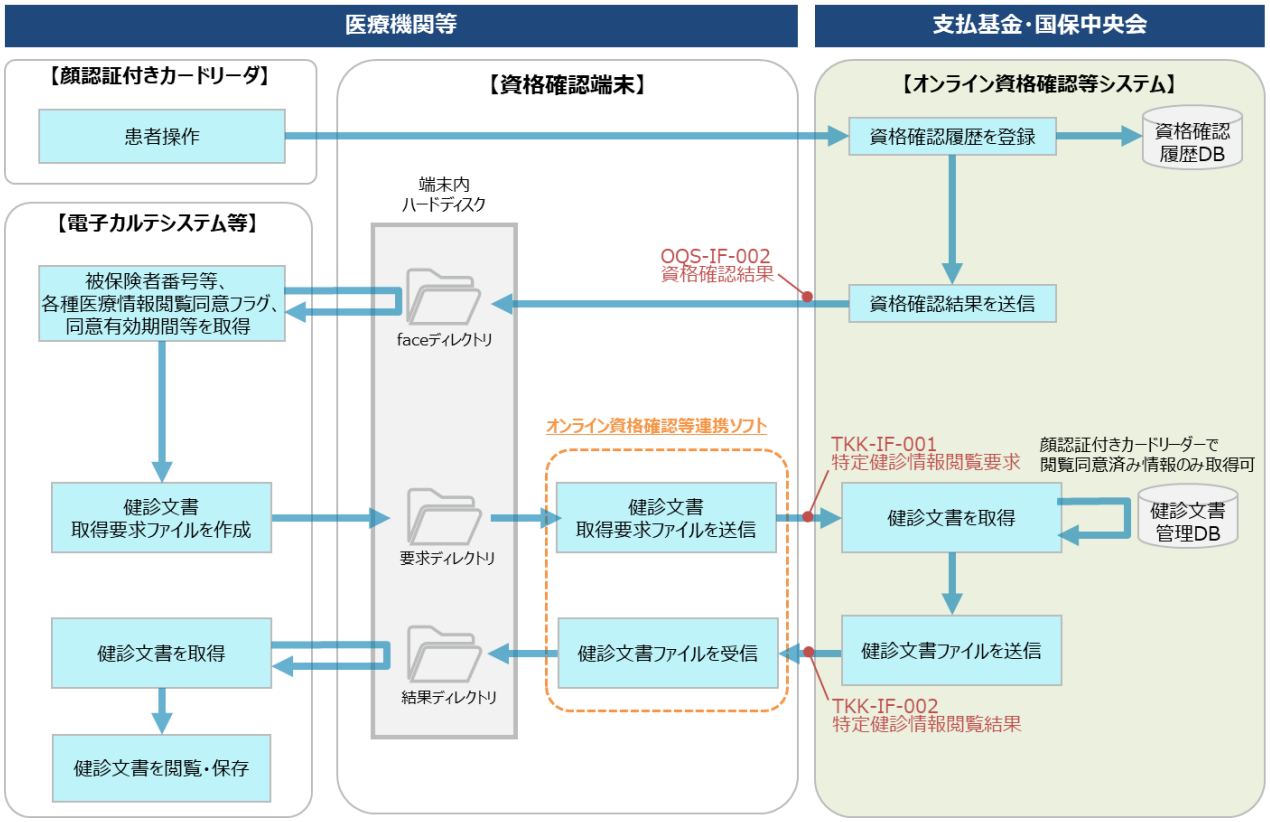
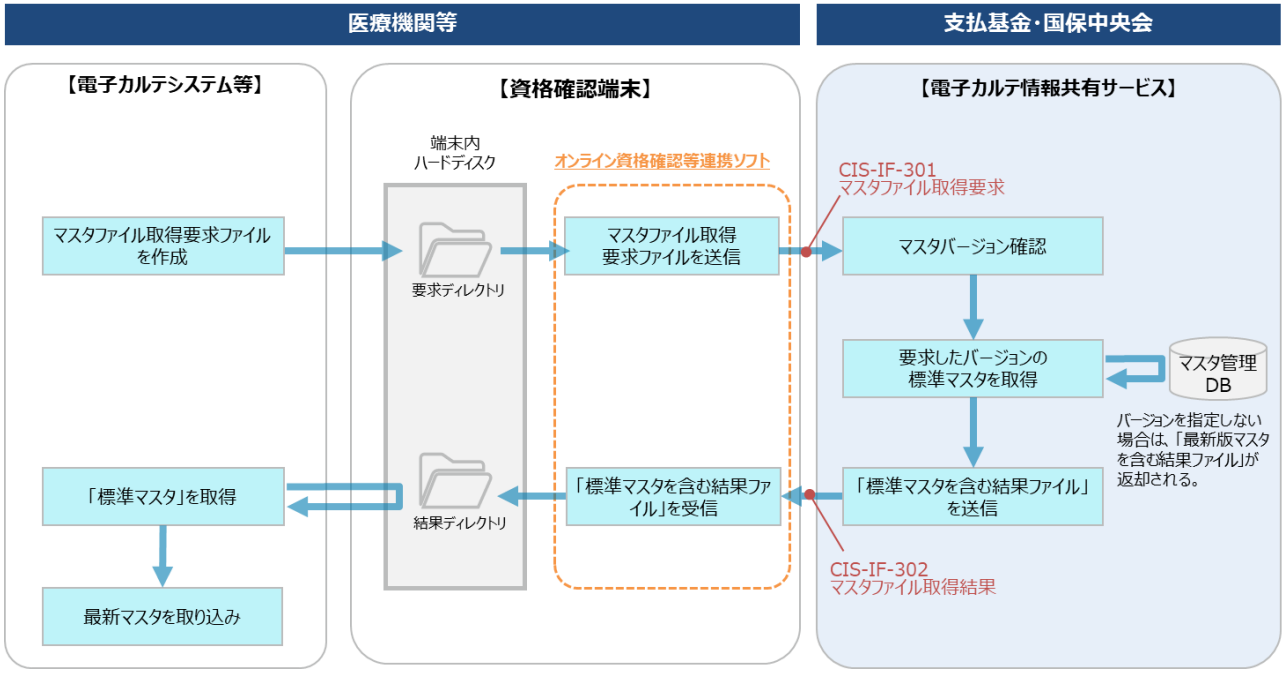


図 23. 標準マスタファイルの取得フロー（一例）



3.2 機能

電子カルテシステム等の機能改修にあたっては、本サービスで取り扱う対象情報それぞれの登録・照会・編集（削除・更新）機能と、取得・閲覧・保存機能のすべての実装を原則とします。但し、部分的な機能実装しかできない施設もあるため、以下に、施設種別ごとの機能改修範囲の考え方を示します。なお、医科歯科併設医療機関については、電子証明書に格納される保険医療機関番号及び要求ファイルに記述される保険医療機関番号が「医科」のものでも「歯科」のものでも、保険医療機関(医科)に記載の各機能を利用いただくことが可能です。

表 33. 施設種別ごとの機能改修範囲の考え方

機能	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター （単独）
文書情報の 登録・照会・編集	実装必須	実装必須	実装不要	実装不要	実装不要
（うち電子署名）	実装任意	実装任意	実装不要	実装不要	実装不要
文書情報の 取得・閲覧・保存	実装必須	実装必須	実装不要	実装不要	実装不要
（うち署名検証）	実装任意	実装任意	実装不要	実装不要	実装不要
臨床情報の 登録・照会・編集	実装必須	実装必須	実装不要	実装不要	実装不要
臨床情報の 取得・閲覧・保存	実装必須	実装必須	実装必須	実装必須	実装不要
健診文書の 登録・照会・編集	実装必須	実装不要	実装不要	実装不要	実装不要
健診文書の 取得・閲覧・保存	実装必須	実装必須	実装必須	実装必須	実装不要

※実装必須・任意・不要の補足説明

- 実装必須：本サービスは医療機関(医科)間での情報連携を主要な目的としているため、医療機関(医科)については登録と取得を一式で実装することを求める。また、医療機関(歯科)や薬局においても本サービスを利用する場合には臨床情報と健診文書の取得について実装することを求める。
- 実装任意：電子署名については、本サービスを普及させ医療 DX を推進していく観点等も合わせて考慮する必要があることから、当面の間、実装必須とはしない。
- 実装不要：機能的に実現できない、または、提供サービスの特性上利用ケースが想定されない。

次に電子カルテシステム等側で改修が必要な機能群を示します。

表 34. サービス別改修機能項目対応表

<table>
<tr><th colspan="2">機能群</th><th>文書情報</th><th>臨床情報</th><th>健診文書</th></tr>
<tr><td colspan="5">(1)登録機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定</td><td>機能 1</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>電子カルテシステム等から情報出力</td><td colspan="3">機能 2</td></tr>
<tr><td></td><td>Bundle.identifier の付与</td><td colspan="3">機能 3</td></tr>
<tr><td></td><td>被保険者番号等の付与</td><td colspan="3">機能 4</td></tr>
<tr><td></td><td>未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの付与</td><td>—</td><td>機能 5</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>標準マスタへのコーディング</td><td colspan="3">機能 6</td></tr>
<tr><td></td><td>同意取得情報の付与</td><td>機能 7</td><td>—</td><td>機能 7</td></tr>
<tr><td></td><td>PDF 帳票ファイルの生成</td><td>機能 8</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>キー画像等の添付</td><td>機能 9</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>電子署名の付与</td><td>機能 10</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>FHIR 構造データ生成</td><td colspan="3">機能 11</td></tr>
<tr><td></td><td>バリデーションチェック</td><td colspan="3">機能 12</td></tr>
<tr><td></td><td>アップロード</td><td colspan="3">機能 13</td></tr>
<tr><td colspan="5">(2)照会機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>登録情報の履歴照会</td><td colspan="3">機能 14</td></tr>
<tr><td colspan="5">(3)編集機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>登録情報の削除・更新</td><td colspan="3">機能 15</td></tr>
<tr><td colspan="5">(4)取得機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>受信文書一覧取得</td><td>機能 16</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>ダウンロード</td><td colspan="3">機能 17</td></tr>
<tr><td colspan="5">(5)閲覧機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>表示</td><td>機能 18</td><td colspan="2">機能 19</td></tr>
<tr><td colspan="5">(6)保存機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>電子カルテシステム等への保存</td><td colspan="3">機能 20</td></tr>
<tr><td colspan="5">(7)その他機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>標準マスタファイルダウンロード</td><td colspan="3">機能 21</td></tr>
</table>

（1）登録機能群

機能 1：送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	―	―

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	―	―	―	―	―
健診文書	―	―	―	―	―

■機能説明

紹介先医療機関等に文書情報を送付するためには、紹介先医療機関等も本サービスを導入している必要があります。本機能は、医師等が文書情報を送付する前に、送付先である紹介先医療機関等が本サービスを導入しているか否かを確認するものです。

電子カルテシステム等から紹介先医療機関を照会するための検索キー情報（都道府県コード、保険医療機関番号(医科)、医療機関名、医療機関名(カナ)、電話番号、郵便番号、所在地）を埋め込んだ「利用状況確認要求ファイル」をオンライン資格確認等システムに対して要求すると、医療機関情報リストが返却されます。医療機関名、医療機関名(カナ)、住所についてはあいまい検索も可能ですが、検索結果が 100 件を超えたらエラーとなるためご留意ください。医療機関情報リストに含まれる項目は以下の通りです。詳細は、「外部インターフェイス仕様書」を参照してください。

表 35. 医療機関情報リストの項目

医療機関情報リストの項目
医療機関コード(保険医療機関番号(医科))、医療機関名、医療機関名（カナ）、電話番号、郵便番号、所在地、電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグ、医療扶助利用有無区分

返却される医療機関情報リストの中には、本サービスを導入・利用していない施設も含まれるため、「電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグ」が「利用しない」となっている医療機関を画面表示しない、もしくは宛先設定できないように実装してください。「電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグ」は、医療機関等が医療機関等ポータルサイトから登録した本サービスの運用開始日以降で、且つ資格確認端末の環境設定画面で本サービスを「利用する」に設定している場合に、当該フラグが「利用する」になる仕様となっています。なお、24 時までに資格確認端末の環境設定を変更し再起動すると、翌日午前 7 時以降に当該フラグに反映されます。

また、返却される医療機関リストに入っている医療機関コードは、医科の保険医療機関番号だけですが、医科歯科併設医療機関を宛先にする場合、歯科の保険医療機関番号を宛先にしても登録することは可能です。

表 36. 電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグが「利用する」となる条件

電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグが「利用する」となる条件
✓ 医療機関等が、医療機関等ポータルサイトから登録した、本サービスの運用開始日以降であること。
✓ 資格確認端末の環境設定画面で本サービスを「利用する」に設定していること。

紹介先医療機関等が本サービスの運用を開始していることが明らかであり、保険医療機関番号が管理できている場合は、文書情報の送付前に、必ずしも本機能を利用する必要はございません。ただし、本サービスの利用状況は、紹介先医療機関等が自施設の診療状況や医療機関等システムの点検や更新・切り替えタイミング等の都合で、いつでも ON/OFF 切り替えできることから、運用上の考慮が必要となることをご留意ください。

保険医療機関番号は、紹介先情報セクションが参照する Organization.identifier:medicalInstitutionCode.value 要素に記述してください。保険医療機関番号は、医療機関職員による手入力ではなく、本機能から取得した番号をシステム側で自動付与されることが望ましいです。

標準マスタファイルの一つである、「電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタ」に、全国の医療機関等の保険医療機関番号や電子カルテ情報共有サービス利用有無フラグが一式収載されているので、そのマスタを活用し、予め紹介先の候補となる医療機関リストの作成や、独自の検索機能を実装いただく等の工夫をしていただいてもかまいません。

機能 2：電子カルテシステム等から情報出力

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

本サービスに登録する情報を、医師等が二重入力することがないよう、電子カルテシステム等に保存されている情報から必要な情報が出力できるようにする必要があります。

また、各施設によって、部門システム（文書作成システム、地域連携システム、検査システム、健診システム等）の有無や、SS-MIX2 ストレージまたは診療 DWH の有無等、医療機関等システムの構成は多種多様に存在しています。そのため、どの医療機関等システム(データベース)からデータを出力するかについては、医療機関等と相談の上、ご検討ください。

5 情報については、一度にデータ登録できる範囲を、次頁の表のとおり 1 報告単位のデータとして規定しています。但し、症状や状態が消失後も長期間にわたって保存しておく必要があると医師等が判断した場合には、長期保存フラグを付与することで、終了日等から 5 年以上経過した情報を登録いただいてもかまいません。なお、本サービス側では、終了日等が 5 年以内かどうかのバリデーションチェックは行いませんのでご留意ください。

表 37. 5 情報登録における 1 報告単位の定義

情報	1 報告単位の定義
傷病名	・ 1 患者にその時点で登録されているか過去に登録されていたすべての傷病名情報のうち、終了日等が 5 年以内のもの、および終了日等が存在しない、診断した傷病名情報のすべて。（パターンα）
感染症	・ 1 患者の 1 回の検査結果報告で報告された一連の検査の結果。（パターンβ） ・ 1 患者にその時点で登録されているか過去に登録されていたすべての感染症情報のうち、終了日等が 5 年以内のもの、および終了日等が存在しない感染症情報のすべて。（パターンα） ※ 感染症情報に使用する標準コードを JLAC10/11 と定めているため、基本的には、一連の検査の結果として得られた感染症情報を対象とした登録を推奨しております。一方で、電子カルテシステム製品の中には、患者プロファイルとして感染症情報を保持するケースもあるため、これらの感染症情報においても、JLAC10/11 にコーディングいただき Observation リソースとして出力いただくことで、過去に登録されていたすべての感染症情報を登録いただくことも可能としております。
薬剤アレルギー等	・ 1 患者にその時点で登録されているか過去に登録されていたすべての薬剤アレルギー等情報のうち、終了日等が 5 年以内のもの、および終了日等が存在しない薬剤アレルギー等情報のすべて。（パターンα）
その他アレルギー等	・ 1 患者にその時点で登録されているか過去に登録されていたすべてのその他アレルギー等情報のうち、終了日等が 5 年以内のもの、および終了日等が存在しないその他アレルギー等情報のすべて。（パターンα）
検査	・ 1 患者の 1 回の検査結果報告で報告された一連の検査の結果。（パターンβ）

※終了日等とは、削除日、転帰日、完了日などが記述され、その患者に登録されていた上表に記載の 5 情報がなくなった(消失した)とされた日を指します。

※終了病名とは、終了日等が記述された傷病名を指します。

※「その時点」とは、本サービスに情報を登録するために電子カルテシステム等から情報出力を行う時点を指します。
※パターンαは、本サービスに情報登録をおこなう時点で医療機関等システムに登録済みのデータを一括して登録いただく形式です。Bundle.identifier は、登録ごとに新しく発番したものでも、前回登録時の Bundle.identifier を再利用して情報を更新する形でも構いません。一方で、パターンβは、検査結果報告ごとに新しい Bundle.identifier を採番して登録いただく形式です。
※表では、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等を分けて記載していますが、区分せず 1 つの Bundle リソースにまとめて登録できます。感染症、検査も同様に、区分せず 1 つの Bundle リソースにまとめて登録できます。

機能 3：Bundle.identifier の付与

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

登録情報の識別子情報を Bundle.identifier 要素に記述し、電子カルテシステム等でこれらの識別子情報を保存・管理する必要があります。この識別子情報は、1 医療機関の中で他の登録情報と重複しないように一意に発番してください。加えて、登録済みデータの削除・更新のキー情報にもなるため、登録後にインスタンス内容の追加・修正等の変更があったとしても、識別子情報そのものは不変とすることにご留意ください。

いずれの情報･文書においても Bundle.identifier の付番ルールは『①保険医療機関番号(10 桁)、②発行年（4 桁)、③報告単位のデータが医療機関内において発行年で一意となる番号（半角英数字 36 桁/可変長)、を半角ハット記号（^）で連結した文字列』とします。

②の「発行年」は、Bundle リソースを新規生成した西暦(年)を指しています。また、③の「医療機関内」は、同一施設内の複数システムで番号が重複することがないように、システムごとに予め頭文字の採番ルールを決めておく等の考慮をしておく必要があります。

健診文書を登録する際、Bundle.identifier 要素には、本サービスに対してデータ登録を行う保険医療機関番号を付番し、Organization.identifier 要素には、実際に健診を行った保険医療機関番号または健診機関・保健指導機関コードを記述してください。

詳細は、医療機関等 ONS および医療機関等ポータルサイトをご確認ください。

機能 4：被保険者番号等の付与

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

患者識別情報として、被保険者個人識別子もしくは生活保護受給者識別子を指定 URI とともに Bundle リソース内の先頭の entry に記述される Patient.identifier 要素に記述してください。

付番方法としては、以下表の 4 要素を半角コロン(文字コード 1 6 進数 5A）で結合した文字列になります。なお、生活保護受給者識別子は、第 1 要素に公費負担者番号、第 3 要素に受給者番号とし、第 2 要素と第 4 要素は省略の扱いですが、長さゼロの文字列として 4 要素を結合する仕様のため、常に半角コロンは 3 つ必要なことにご留意ください。識別子については、最新のものでなくても、過去に有効であった識別子から登録可能です。記述仕様を本書では網羅的に記載していないため、詳細については FHIR 記述仕様/実装ガイドを必ずご確認ください。

表 38. 被保険者個人識別子と生活保護受給者識別子の URI

	URI
被保険者個人識別子	http://jpfhir.jp/fhir/clins/Idsystem/JP_Insurance_memberID
生活保護受給者識別子	http://jpfhir.jp/fhir/clins/Idsystem/JP_PublicPayer_memberID

表 39. 被保険者個人識別子と生活保護受給者識別子を構成する 4 要素

	第 1 要素	第 2 要素	第 3 要素	第 4 要素
被保険者個人識別子	保険者等番号	被保険者証（手帳）等の記号	被保険者証(手帳)等の番号	被保険者証等枝番
生活保護受給者識別子	公費負担者番号	(省略)	受給者番号	(省略)

機能 5：未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの付与

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	—

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須 (未告知フラグのみ)	必須 (未告知フラグのみ)	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

医師が患者に対して傷病名を告知していない場合には、Condition リソースの meta.tag:uninformed に未告知フラグを記述する必要があります。未告知フラグについては、文書情報内の Condition リソースにも付与することができますが、「表 17. 未告知・未提供フラグの制御対象」に記載する、閲覧制御のための識別情報としては使用されないことにご留意ください。

また、電子カルテシステム等に登録済みの傷病名ではあるものの、共有が適さないと医師が判断する場合には、Condition リソースの meta.tag: undelivered に未提供フラグを記述する必要があります。

さらに、通常の保存期間を越えて長期にわたって情報保存したい場合には、「傷病名」、「感染症情報」、「薬剤アレルギー等情報」、「その他アレルギー等情報」の各リソースの meta.tag: lts に長期保存フラグを記述する必要があります。

記述方法については、いずれのフラグも医療機関等 ONS および医療機関等ポータルサイトをご確認ください。

機能 6：標準マスタへのコーディング

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

ローカルコード／ハウスコードを使用している場合、「表 24.標準マスタの対応表」に示した標準マスタコードに変換する必要があります。変換した標準マスタコードは各リソースの CodeableConcept 内に記述します。CodeableConcept.coding.version 要素には、世代管理ができるよう利用した標準マスタのバージョン情報を記述できます。

また、以下の標準マスタ（「表 24. 標準マスタの対応表」を参照）のコードに関しては、本サービスが管理する最新時点のマスタでバリデーションチェックを行うため、その時点で廃版されている場合は、Warning として表示されます。

- 傷病名、傷病名の修飾語
- 感染症
- 検査
- 処方（診療情報提供書及び退院時サマリーに記載する処方）の医薬品
- 処方（診療情報提供書及び退院時サマリーに記載する処方）の用法

すなわち、初回登録時にバリデーションチェックの結果が Success であったとしても、更新したタイミングで、そのコードに対して標準マスタ内のカラムに削除日が出現している場合は、Warning となるためご留意ください。そのため、標準マスタ上、コードが新たに振りなおされるようなケースについては、一度旧来コードでコーディングしたものであっても、移管先の新規コードに取り換えられるようにマッピング及び変換処理してください。

図 24. 標準マスタコードのバリデーションチェック結果イメージ

なお、標準マスタのコードを記述した上で、ローカルコード／ハウスコードを併記することも可能です。記述方法については、それぞれの FHIR 記述仕様/実装ガイドをご確認ください。

機能 7：同意取得情報の付与

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	―	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	―	―	―	―	―
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

文書情報と健診文書において、医療機関等システム/電子カルテシステム等に同意情報を記録する必要があります。

まず、文書情報を紹介先医療機関等に提供する際は、同意情報の記録を電文ファイルに埋め込む形で文書情報を登録してください。同意の取得方法は、3 パターン(図 25 参照)あり、医師等が患者本人に閲覧同意有無、及び同意する場合に閲覧可能になるタイミングを確認します。

患者が利用パターン 1 を選択した場合、文書情報に同意のステータス『紹介先が閲覧可』を付与することで、紹介先医療機関等における閲覧を許可します。また、患者の生命、身体の保護の必要があり、同意取得が困難な場合は、個人情報保護法第 27 条第 1 項第 2 号の例外規定に基づき、医師の判断で登録が可能のため、利用パターン 1 と同様の処理となります。医師等が操作に困らないよう、UI 検討時にご留意ください。

一方で、患者の転居等によって後から紹介先を変更したいなどの理由で、患者が同意パターン 2、3 を選択した場合、同意のステータスは「閲覧保留」となります。
いずれのパターンにおいても、一度「取得済」ステータスになったものを、「閲覧保留」のステータスに戻すことはできませんのでご留意ください。

なお、利用パターン 2 、3 には、利用者証明用電子証明書が格納されているマイナンバーカードが必要になります。マイナンバーカードを発行していない患者は、後日同意ができないため、パターン 1 を選択しない限り、紹介先医療機関等における閲覧ができません。医師等が同意有無を患者に確認する際にその点を把握できるよう、UI 検討時にご留意ください。

閲覧同意の単位としては、全てまたは複数の医療機関宛ての診療情報提供書に対して一括で確認するものではなく、登録する診療情報提供書単位で、都度確認が必要です。

ステータスについては、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

図 25. 文書情報の閲覧同意パターン

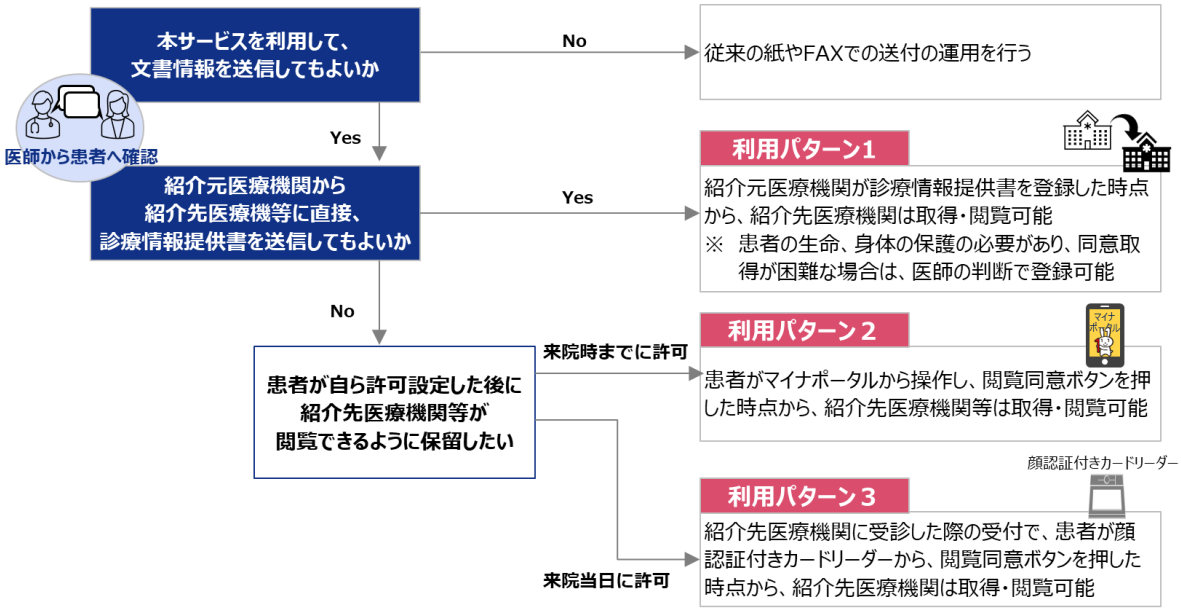
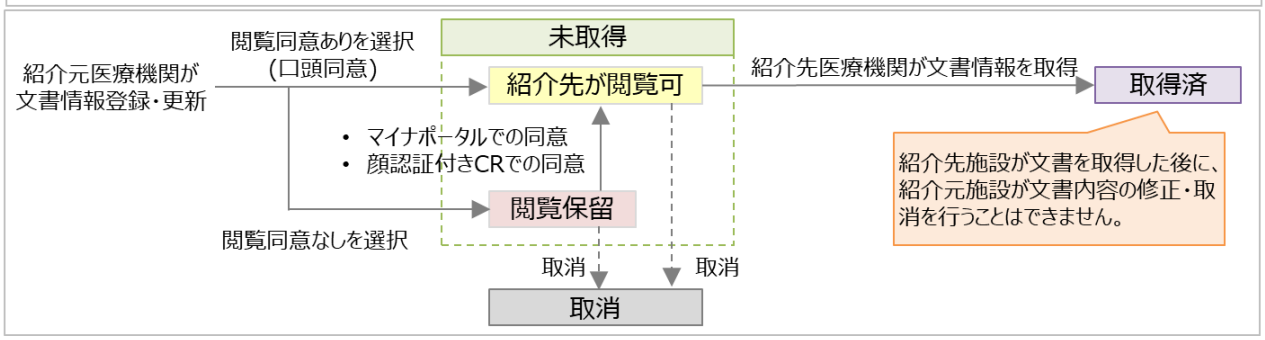


図 26. 同意区分と文書情報ステータスの考え方

文書情報ステータス(コード識別ＩＤ：CISCD002)
※他にも文書情報登録完了できるまでのステータスがあるが本表では割愛。

診療情報提供書閲覧同意区分(コード識別ＩＤ：CISCD001)	未取得	取得済	取消
閲覧同意なし	閲覧保留	－	取消
閲覧同意あり（紹介元）	紹介先が閲覧可	取得済	取消
閲覧同意あり（紹介先）	紹介先が閲覧可	取得済	取消
閲覧同意あり（マイナポータル）	紹介先が閲覧可	取得済	取消



		説明
未取得	紹介先が閲覧可	患者同意が確認されてから、紹介先医療機関が取得するまでの間
未取得	閲覧保留	患者同意が未確認の間 • 患者がマイナポータル操作を通じて、「紹介先が閲覧可」にステータスを変更させることが可能。 • 紹介先医療機関の顔認証付きカードリーダー操作を通じて、「紹介先が閲覧可」にステータスを変更させることが可能。 • 紹介元医療機関が患者から同意を取りなおして再登録することで「紹介先が閲覧可」にステータスを変更させることが可能。
取消		同意ステータスが「紹介先が閲覧可」か「閲覧保留」の間に、紹介元医療機関が取消操作を行った場合
取得済		患者同意の上で、紹介先医療機関が当該文書を取得した後 ➡取得済ステータスに遷移した後は１週間程度で、当該文書を削除する。

次に、健診文書については、「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」に該当する健診結果を本サービスに登録する場合に限り、受診者の同意が必要となります（「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」に該当しない、その他の対象健診については、同意取得は必要ありません）。

そのため、口頭あるいは問診票等で、受診者から提供に関する同意取得を行い、その記録を電文ファイルに埋め込む形で健診文書を登録してください。なお、同意取得するにあたっての質問内容は、「マイナポータルで健診結果を閲覧できるようにするために社会保険診療報酬支払基金に健診結果を提供すること、それらのシステムに提供された健診結果を保健事業への活用のために保険者へ提供することに同意しますか。（なお、特定健診情報として活用できる項目については特定健診項目とみなします）」としてください。

提供同意情報の記述方法については、外部インターフェイス仕様書をご確認ください。

機能 8：PDF 帳票ファイルの生成

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	—	—

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

本サービスが準拠する FHIR 記述仕様/実装ガイドが更新された場合に、更新前の FHIR 記述仕様/実装ガイドにしか対応していない紹介先医療機関等でも更新後の FHIR 記述仕様/実装ガイドに準拠した内容を容易に表示できるように、文書情報全体を PDF 化した帳票ファイルを生成することを必須とします。

PDF 帳票ファイルの登録にあたっては、機能 9 に記載の方法で文書情報への添付処理を行うため、機能 9 に定められたファイル命名規則に準じて PDF 帳票のファイル名を設定し、PDF セクションの DocumentReference.content.attachment.url 要素に記述する必要があります。

なお、PDF 帳票ファイルの添付は、構造情報セクションで記述された情報を目視確認できるようにするためのあくまで補助的な情報であり、データ登録にあたって、FHIR 形式の構造情報は必ず必要です。そのため、構造情報セクションに意味のある情報を記述せずに、PDF 帳票ファイルだけを登録する運用は許容されないのでご留意ください。

機能 9：キー画像等の添付

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	—	—

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

文書情報（診療情報提供書や退院時サマリー）とともに添付情報ファイル（PNG・JPEG・TIFF 形式のキー画像や PDF 形式の各種検査レポート等）や機能 8 で生成した PDF 帳票ファイルを本サービスに登録するにあたっては、以下の図 27 に示す通り、「文書情報登録要求ファイル」と「添付情報登録要求ファイル」の 2 つの登録要求ファイルに分割して登録を行う必要があります。また、文書情報と添付情報の紐づけは、各添付情報ファイルのファイル名で行いますので、1 つの文書情報に重複した添付情報ファイル名を含めないようにご留意ください。

なお、それぞれの登録要求ファイルの 1 ファイル当たりのデータ量は、「文書情報登録要求ファイル」が 6MB、「添付情報登録要求ファイル」が 10MB を上限としているため、規定値を超えるデータ登録ができないように制御するなどの工夫を行ってください。

添付情報ファイル名の命名規則等、詳細仕様については、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」をご確認ください。

図 27. 文書情報と添付情報の登録イメージ

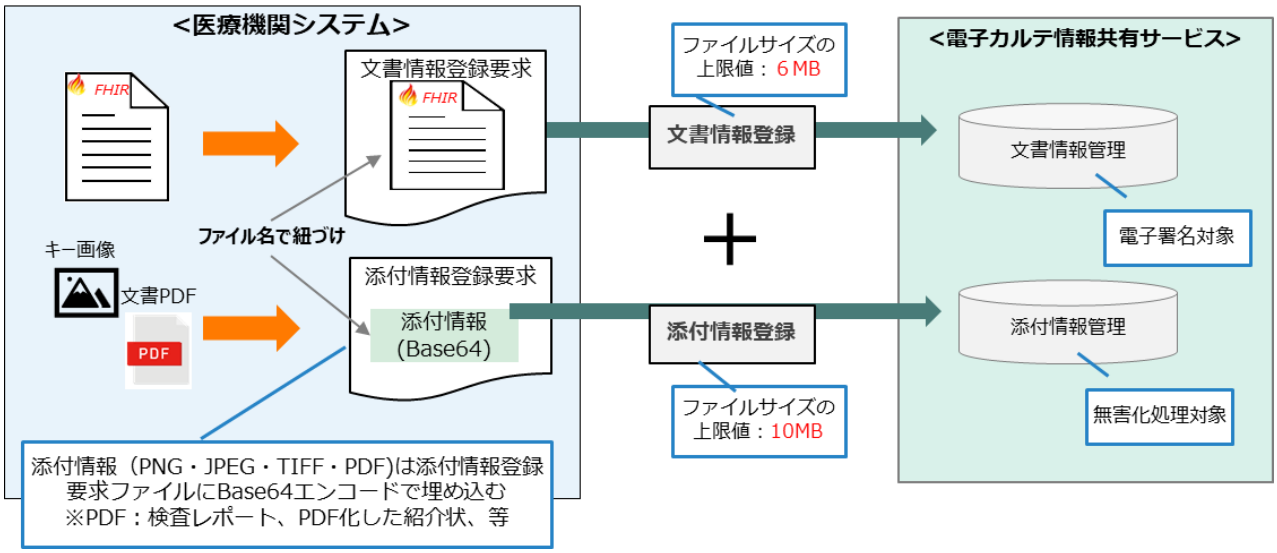
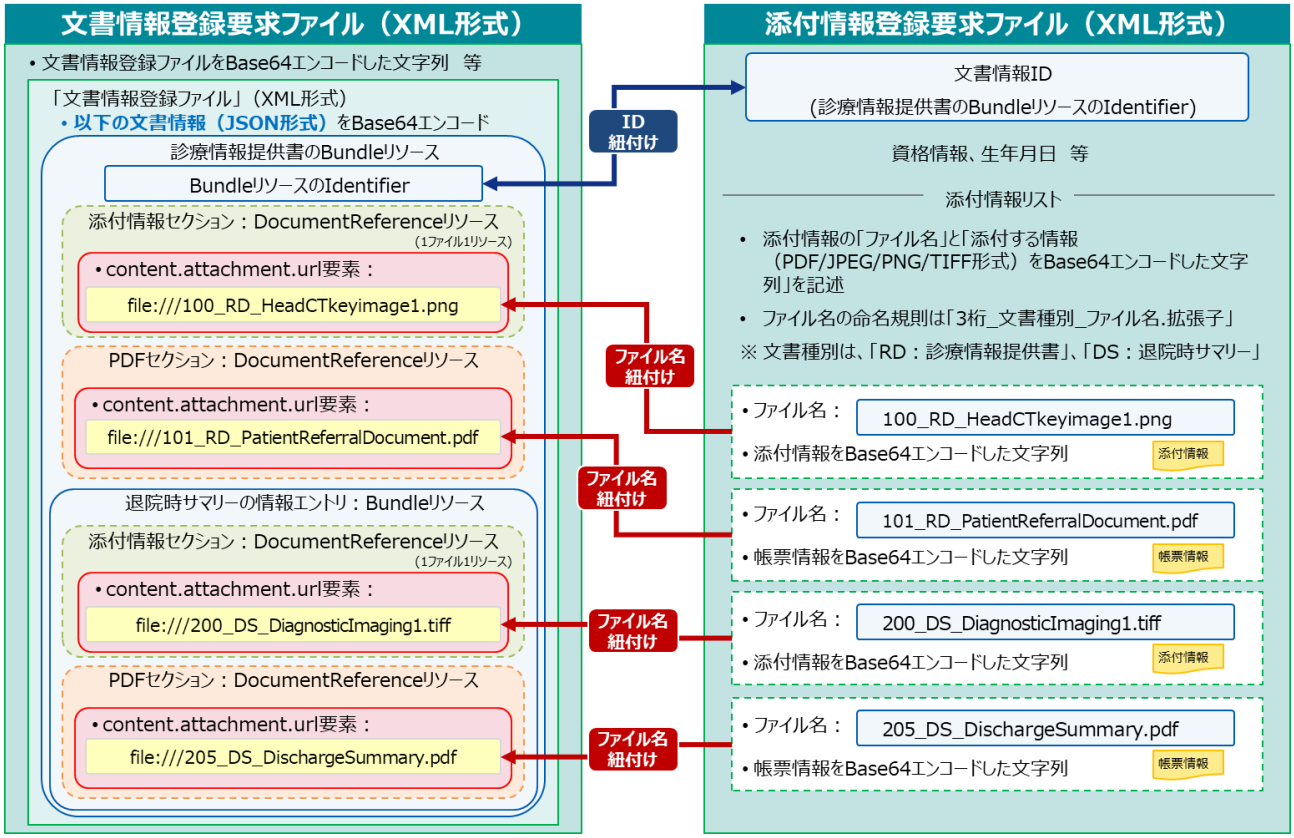


図 28. 「文書情報登録要求ファイル」と「添付情報登録要求ファイル」の紐づけイメージ



機能 10：電子署名の付与

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象 (診療情報提供書のみ)	—	—

■実装必須・任意・不要

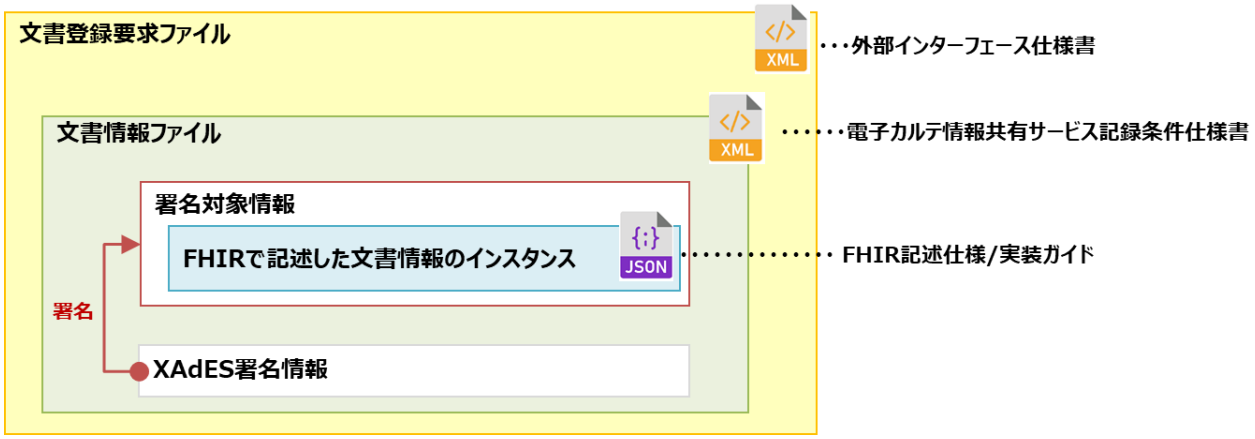
	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	任意	任意	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

診療情報提供書の電子署名は電子処方箋管理サービスと同様、「HPKI」を用いて付与します。署名プロファイルは「XAdES」、署名データ形式は「内部 Detached」としています。紹介元医療機関は、ES フォーマットで署名を行い、データ登録時に、本サービス側で署名検証を実施しタイムスタンプ等を付与したのち、ES-A フォーマットに更新します。

なお、署名情報は以下の図の通り、文書情報ファイルとして XML 形式で記述されるため、本サービスでは、Bundle. Signature 要素は使用しないことにご留意ください。具体的な記述方法については、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」をご確認ください。

図 29. 文書情報の署名構造と関連ドキュメント



機能 11：FHIR 構造データ生成

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

電子カルテシステム等から出力・加工した情報を、対応する FHIR 記述仕様/実装ガイドが規定するフォーマットに変換する必要があります。

臨床情報と文書情報/健診文書では、FHIR の構造データを生成するための仕様が異なります。以下に代表的な内容について記載しますので、ご留意ください。

臨床情報の Bundle.type には「collection」を、文書情報/健診文書の Bundle.type には「document」を指定してください。主な違いとして、臨床情報は、リソースデータ同士の相互参照が Patient リソースだけ許容されているのに対して、文書情報/健診文書は、リソースデータ同士が特に制限なく相互参照できます。なお、上記の制約があることから、臨床情報の各リソースに対して、外来受診・入院歴情報や医療者情報、オーダ情報、検体情報等の付帯情報を記述する場合には、相互参照の代わりに contained 要素に埋め込む形で格納してください。

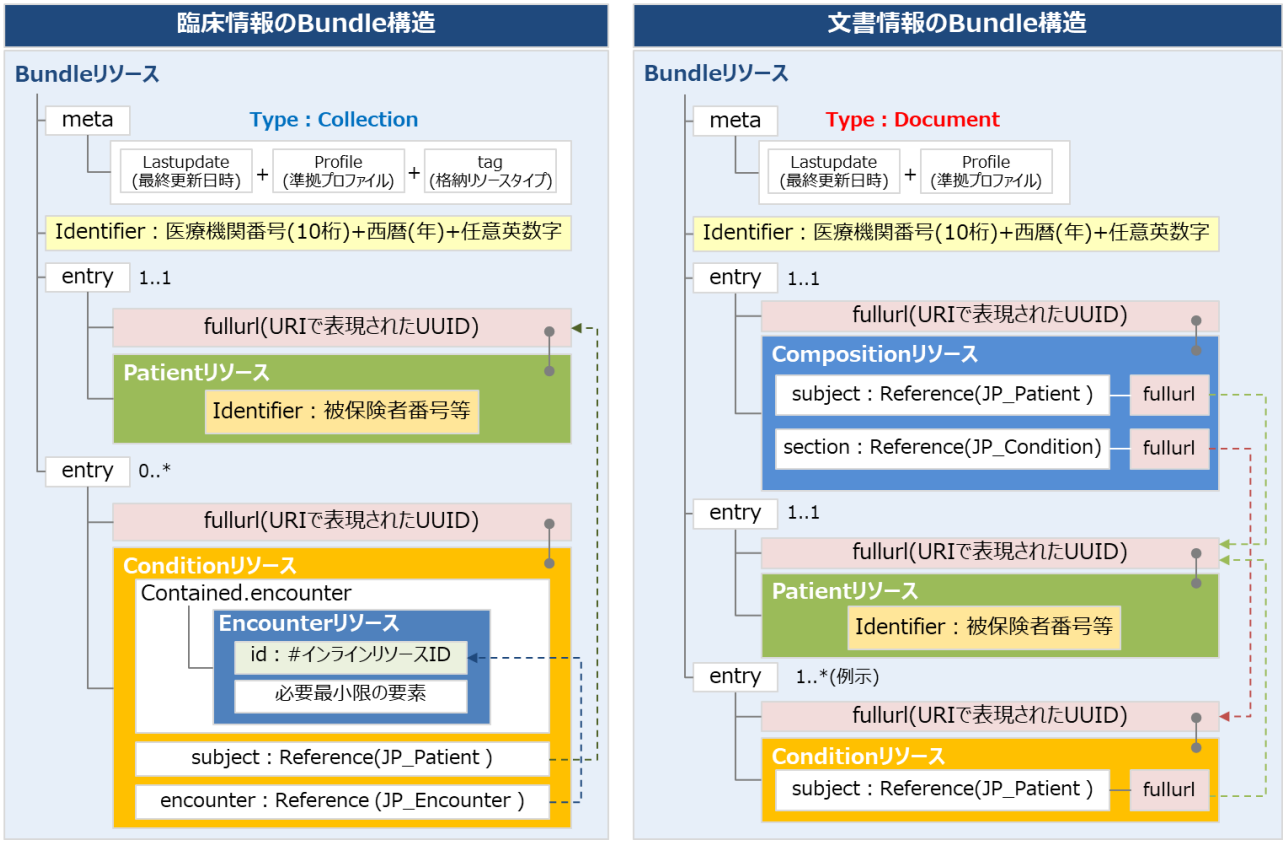
臨床情報については、Bundle.meta.tag.code 要素に格納するリソースタイプを指定する必要があります。1 回で登録するひとつの Bundle リソースに、AllergyIntolerance リソース、Condition リソース、Observation リソースを混在させることはできないためご留意ください。

また、Bundle リソースから各種リソースを紐づけるために使用される UUID（Universally Unique IDentifier）は、1 回で登録するひとつの Bundle インスタンスの中に同一の UUID が存在しないようにしてください。

なお、文書情報については、必ずしも FHIR リソースを用いた構造的記述だけでは十分に表現できない場合もあるため、Composition.section.section.text 要素に叙述的に記述した情報を格納することも可能です。また、文書情報には、CDA 参照セクションがありますが、本サービスでは、FHIR に準拠した構造データであることを必須要件としているため、CDA 規格のデータは使用できません。

具体的な Bundle 構造やプロファイル仕様、contained 要素の記述方法、文書の叙述的に記述した情報の格納方法等については、それぞれの FHIR 記述仕様/実装ガイドをご確認ください。

図 30. 臨床情報と文書情報の Bundle 構造のイメージ



機能 12：バリデーションチェック

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

バリデーションチェックとは、3 文書 6 情報に関する本サービスへの登録情報が、対応する FHIR 記述仕様/実装ガイドに準拠したデータ構造・形式・条件等に沿っているかや、必須項目が入力されているか等を確認するものです。バリデーションチェックの考え方等の概要については、「バリデーションチェックの説明資料」をご参考にしてください。

本サービスでは、HL7 FHIR(Release4) 公式サイトの Validating Resources (https://hl7.org/fhir/r4/validation.html)に記載される、①構造(Structure)、②多重度(Cardinality)、③データ型(Value Domains)、④コード系(Coding/CodeableConcept bindings)、⑤制約(Invariants)、⑤プロファイル(Profiles)に係る FHIR で記述した情報全体に対する基礎的なチェックをベースチェックと呼称し、本サービス特有の Business Rules に対する専門的なチェックをアドオンチェックと呼称します。

主なチェック方針については以下の通りです。なお、全量を網羅した記載ではないため、詳細仕様については、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」と「バリデーションチェックルール」をご確認ください。

表 40. バリデーションチェック方針

区分	チェック方針
ベースチェック	FHIR の構造データとしての品質を担保するために、HL7 FHIR(Release4)公式サイトで公開されている以下の基礎的なチェックを行う。 ✓ 【構造(Structure)】ソース内のすべてのコンテンツが仕様に基づいて記述されており、余分な要素が出現していないか。 ✓ 【多重度(Cardinality)】すべてのプロパティの要素の個数(最小と最大)が定義された多重度に反していないか。 ✓ 【データ型(Values Domains)】すべてのプロパティの値が、定義されたデータ型の仕様に準拠しているか。 ✓ 【コード系(Coding/CodeableConcept bindings)】Coding/CodeableConcept 型で指定される code と display が FHIR 記述仕様/実装ガイドの IG パッケージで定義された CodeSystem に存在する有効なものか。(※コードと表示名称の組み合わせが正しくない場合は Warning となる。標準マスタについてはアドオンチェックで別途チェックされる。) ✓ 【制約(Invariants)】値が、定義された制約(Constraints)に準拠しているか。 ✓ 【プロファイル(Profiles)】リソース内の全てのプロパティが、FHIR 記述仕様/実装ガイドに記載されたプロファイルで定められた、固定値、Extension(拡張定義)、Slicing(サブリスト内の定義・制約の分割)、値の最小値/最大値等に準拠しているか。
アドオンチェック	本書において、登録データを受け付けるために準拠しなければならない仕様を設けているため、以下のチェックを行う。 ✓ 【条件付き必須項目】FHIR 記述仕様/実装ガイドで、条件付き必須と指定された項目の要素が条件に従って記述されているか。 ✓ 【疑い傷病名】Condition リソースの verificationStatus が「confirmed」になっているにも関わらず、diseasePostfixModifier に修飾語管理番号「27000001：の疑い」が設定されていないか。(※該当した場合はチェック結果が Warning となる。) ✓ 【identifier】登録済みデータの削除・更新のキー情報となる Bundle.identifier 要素が『①保険医療機関番号（10 桁)、②発行年（4 桁)、③報告単位のデータが医療機関内において発行年で一意となる番号（半角英数字 36 桁/可変長)、を半角ハット記号（^）で連携した文字列』の形で正しく記述されているか。(「機能 3：Bundle.identifier の付与」を参照)

区分	チェック方針
	✓ 【添付情報】文書情報に関して、添付情報（PNG・JPEG・TIFF 形式のキー画像や PDF 形式の各種検査レポート等）を「文書情報登録要求ファイル」と「添付情報登録要求ファイル」の 2 ファイルに分割し、ファイル名で紐づけさせた状態で登録されているか。（「機能 9：キー画像等の添付」を参照） ✓ 【meta.tag】臨床情報に関して、1 回で登録するひとつの Bundle リソースに、AllergyIntolerance リソース、Condition リソース、Observation リソースを混在させていないか。（機能 11：「FHIR 構造データ生成」を参照）
	複数の医療機関から登録された患者データを、オンライン資格確認等システム上で管理されている資格情報(被保険者番号等や氏名、生年月日、性別、住所等)で紐づけ処理しているため、以下のチェックを行う。 ✓ 【被保険者個人識別子】オンライン資格確認システム上で有効とされている被保険者個人識別子が記述されているか。 ✓ 【生年月日】オンライン資格確認システム上で登録されている生年月日が記述されているか。
	本サービスに接続できる医療機関をオンライン資格確認等システム上で管理されている保険医療機関番号で一元処理しているため、以下のチェックを行う。 ✓ 【電子証明書との整合】Bundle.identifier 要素に記述される保険医療機関番号と登録端末/サーバーにインストールされた電子証明書（機関認証用）の医療機関コードとが一致するか。 ✓ 【リソース間の整合】Bundle された各リソースの eCS_InstitutionNumber に記述された保険医療機関番号がすべて一致するか。
	本サービスでは、医療情報の標準化を推進するために、標準マスタコード（「表 24. 標準マスタの対応表」を参照）を使用することを求めているため、以下のチェックを行う。 ✓ 【標準マスタコード】臨床情報が本サービスで指定する標準マスタコードで記述されているか。（標準マスタコードを使わず、指定していない他のコードだけで記述されていないか。） ✓ 【コード表示名称】標準マスタコードとそのコード表示名称が code と display に正しい組み合わせで記述されているか。（※コードと表示名称の組み合わせが正しくない場合は Error となる。）

区分	チェック方針
	✓ 【廃版コード】以下の臨床情報について、最新の標準マスタ上、既に廃版となったコードで記述されていないか。（※該当した場合はチェック結果がWarning となる。） ・傷病名、傷病名の修飾語 ・感染症 ・検査 ・処方（診療情報提供書及び退院時サマリーに記載する処方）の医薬品 ・処方（診療情報提供書及び退院時サマリーに記載する処方）の用法
	本サービスでは、医療情報の標準化を推進するために、検査結果の統一的な記述方法の準拠を求めているため、以下のチェックを行う。 ✓ 【検査結果のデータ型】検査 43 項目、感染症 5 項目に定義されている各検査項目に対して、それぞれ適切な型(valueQuantity、valueCodeableConcept)が選択されているか。 ✓ 【基準値の入力】上記の検査項目の型に応じた適切な基準値（上限値・下限値あるいはテキスト）が記述されているか。 ✓ 【検査値の単位】定量値の測定結果に対して、それぞれの検査項目に対して指定された適切な単位が記述されているか。

バリデーションチェックの結果として以下の 5 つのステータスが表示されます。「Error」もしくは「Fatal」が表示された場合には、登録した Bundle 一式が本サービスに登録されないことを示しているため、エラーメッセージが返却されます。また、「Warning」が表示された場合には、本サービスに登録することは可能ですが、望ましくない形式もしくは情報が含まれているため、警告メッセージが返却されます。電子カルテシステム等においては、テスト段階で、表示されたエラー内容をすべて修正し、本番運用で Error、Fatal、Warning が出ないよう十分検証を行ってください。

表 41. バリデーションチェック結果のステータス一覧

ステータス	説明
Success	チェックが問題なく正常に完了したことを示す。
Information	チェックが問題なく正常に完了したことを示す。 (情報の修正や再登録等の対応を喚起しないレベルでの注意事項や補助的なメッセージが表示される)。
Warning	チェックを行った結果、登録処理を受け付けないほどの重要な問題ではないが、最適でない形で登録されてしまっていることを示す。
Error	チェックを行った結果、重要な問題を検知し、登録処理を受け付けられないことを示す。
Fatal	チェックを行った結果、重要な問題を検知し、登録処理を受け付けられないことを示す。 (チェック途中であったとしても、検知した時点で処理を終了し、以降のチェックは行わない)。

バリデーションの実施方法としては、バリデータ(記述したインスタンスが FHIR の基本仕様及び FHIR 実装ガイドの定義に適合しているかどうかを検証するためのツール)と IG パッケージ(定義を規定したリソース群(StructureDefinition 等の定義系リソースの JSON 形式ファイル)の集合体)を所定のファルダに配置し、読み込むことで利用することができます。詳細は、FHIR 記述仕様/実装ガイドをご参照ください。

本サービス側でバリデーションチェックを行うため、本番運用時の医療機関側のバリデーションチェックの実施は任意とします。ただし、システム構築時や、仕様変更時（バージョンアップ）等には、開発環境下のオフラインテストおよび接続検証環境下のテストで、バリデーションチェックを必ず行ってください。

なお、開発環境下のオフラインテストで利用できる「記録条件仕様ファイルバリデータ」を本サービス側から提供します。また、「記録条件仕様ファイルバリデータ」のソースコードも併せて公

開しますので必要に応じてご活用ください。

また、健診文書のバリデーションチェックについては、現在、特定健診の結果を健診実施機関が保険者に提出する際に行われるエラーチェックと同等のものとするため、特定健診と後期高齢者健診については、特定健診の法定報告時に行われる事務点検等チェックと同等のチェックを行います。一方、事業者健診、学校職員健診、保険者が実施する特定健診等以外の健診、保険者以外が行う特定健診等に相当する健診については、既存の事業者健診(40 歳未満)と同等のチェックを行います。

但し、いくつか既存のチェック項目と異なる点があるため、詳細仕様については、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」及び「電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ」をご確認ください。

健診文書については、他のバリデーションチェックよりもエラー表示が多くなることが想定されるため、UI 検討時にご留意ください。

機能 13：アップロード

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

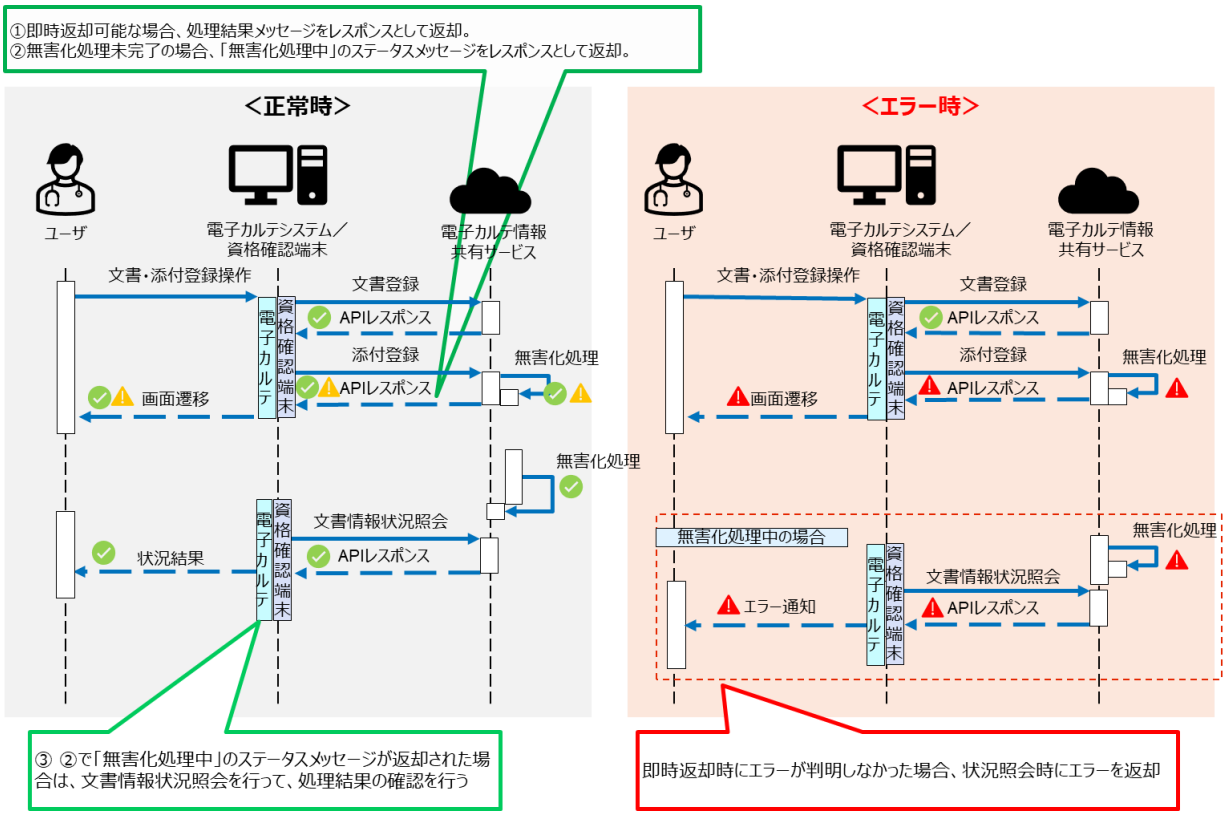
ファイル連携方式を採用している場合は、オンライン資格確認等連携ソフトがデータの登録処理を担いますので、電子カルテシステム等側では、登録要求ファイルの作成と資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダへの格納、資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダに格納される結果ファイルの読み込みに係る機能の実装が必要です。

Web API 通信方式の場合は、直接本サービスの提供 API を呼び出して、データ登録する必要があります。

本サービス側の受付処理が完了すると、登録結果(有効な被保険者番号等と正しい生年月日がない場合は、登録結果としてエラーが返されますのでご注意ください。)が返ってくるため、電子カルテシステム等側で「登録結果の取得」を行います。

この時、本サービス側で添付情報に対して無害化処理(バイナリデータ中に含むマルウェア等の不正データを取り除く処理)を行うため、添付するデータサイズが大きいと登録結果の取得まで時間を要する可能性があります。登録要求ファイルのアップロード後、無害化処理に数秒以上の時間を要する際には、「無害化処理中」の旨を示す API レスポンスとして返しますので、それを起点に画面遷移を行う等、ユーザの体感待ち時間が少なくなるように実装ください。実装方法は限定しないので、例えば、上記の API レスポンスを待たず、文書登録時点で画面遷移し、バックグラウンドで処理を実行する等の運用でもかまいません。登録結果が成功かエラーかについては、文書情報状況照会することで確認ができます。その際には、ユーザが速やかにエラーに気づき、再登録の作業ができるような工夫を検討し、実装ください。

図 31. 無害化処理結果の返却方式



なお、以下に電子カルテシステム等で未然に防ぐことのできる無害化処理エラーケースを例示しますので、これらの登録ができないような制御をかける等の工夫も併せて検討ください。

・添付情報ファイルの容量が 0 バイトの場合

・登録要求ファイルの容量が上限を超過している場合

・データの添付漏れ、添付数誤り、ファイル名誤りをしている場合

・本サービスで対象外の拡張子ファイルを添付している場合

（2）照会機能群

機能 14：登録情報の履歴照会

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

登録した文書情報の同意ステータスや、登録情報の履歴、取得状況等を本サービスまたはオンライン資格確認等システムに照会します。照会する場合は、対象情報を指定する識別子（Bundle.identifier）を含んだ照会要求ファイルを作成し、本サービスまたはオンライン資格確認等システムへ登録する必要があります。

照会対象の情報が特定され次第、本サービスまたはオンライン資格確認等システムから照会結果が返却されるため、電子カルテシステム等において照会結果ファイルを取得します

要求・結果ファイルの詳細については、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

（3）編集機能群

機能 15：登録情報の削除・更新

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	不要	不要	不要
健診文書	必須	不要	不要	不要	不要

■機能説明

誤った情報を登録してしまった場合や修正を加えたい場合等に、登録済みの情報を削除・更新する機能です。削除・更新を行う場合は、登録済みの対象情報を指定する識別子（Bundle.identifier）を要求ファイルに付与する必要があります。なお、削除・更新要求は Bundle された 1 報告単位もしくは 1 文書単位で実施可能です。識別子の詳細については、医療機関等 ONS および医療機関等ポータルサイトをご確認ください。

上記の通り、削除・更新するためには、「登録済みの対象情報を指定する識別子」が必要なため、登録医療機関等における電子カルテシステム等で、本サービスに登録した日時を起点として最低 5 年間は当該識別情報を保存する必要があることにご留意ください。

要求・結果ファイルの詳細については、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

なお、以下の表に示す通り、過去使用した識別子（Bundle.identifier）を再利用しての登録リクエストはできませんが、削除・変更リクエストは可能です。過去使用した識別子（Bundle.identifier）を再利用して削除・変更を行った場合の、削除・変更範囲は以下の表のとおりです。

表 42. 過去使用した識別子（Bundle.identifier）を再利用した登録・削除・変更について

2 回目の リクエストパターン	2 回目の リクエストの結果	削除・変更範囲
1 回目の登録と同じ識別子を利用して登録	登録エラー （すでに利用した識別子を用いて登録リクエストを行うことはできないため）	—
1 回目の登録と同じ識別子を利用して削除	削除される	1 回目に登録した情報が削除される
1 回目の登録と同じ識別子を利用して変更	変更される	1 回目に登録した情報が削除され、2 回目に登録された情報が保存される（※）

※臨床情報については、登録済みのデータを削除したのちに新しいデータを保存するという 2 段階の処理が発生するため、当該処理が完了するまでの数秒間、臨床情報一覧で表示される情報のうち、処理対象の臨床情報のみ表示がされなくなります。

（4）取得機能群

機能 16：受信文書一覧取得

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	—	—

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

取得したい文書情報を選択・特定するための自施設宛文書情報一覧を取得・表示する機能です。文書の取得方法としては 2 種類あります。

一つ目の方法としては、電子カルテシステム等から自施設宛文書情報一覧取得要求を行うことで、自施設宛文書情報一覧を取得し、その一覧の中に含まれる文書情報 ID 等を基に閲覧したい文書情報をダウンロードする方法です。主に紹介元医療機関で提供に関する口頭同意が取れているケースとマイナポータルを用いた事前同意が取れているケースを想定しています。なお、自施設宛文書情報一覧は、まだ取得していない文書のみが表示されることに留意ください。

もう一つの方法としては、来院当日に顔認証付きカードリーダで閲覧同意登録を行った結果情報に含まれる文書情報 ID 等を基に当該文書情報をダウンロードする方法です。具体的には、患者が顔認証付きカードリーダの操作を完了すると、顔認証付きカードリーダで取得された患者の閲覧同意情報が本サービスに送られ、該当する文書情報の同意のステータスが『紹介先が閲覧可』に更新されます。当該更新処理結果として、同意登録結果ファイルが自動的に資格確認端末内の指定されたディレクトリに格納されますので、電子カルテシステム等はその同意登録結果ファイルを取り込み、文書情報取得要求に必要な文書 ID を取得してください。

なお、自施設宛文書情報一覧では、同意区分が、閲覧同意なし(閲覧保留)のステータスの場合でも表示されます。そのため、「閲覧同意なし」区分の文書に対しては文書情報取得要求を行ってもエラーとなるので、医師等が取得要求するためのボタンを押下できないようにする等、画面の制御を行ってください。

また、「一定間隔で文書情報を自動取得できる仕組み」や、「資格確認端末内に自動格納される自施設宛文書情報閲覧同意登録結果を常駐監視しファイル取込ができる仕組み」等、紹介先医療機関の医師等が、診療に必要な文書情報を見落とさないようにするための工夫を行ってください。

機能 17：ダウンロード

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	必須	必須	不要
健診文書	必須	必須	必須	必須	不要

■機能説明

ファイル連携方式を採用している場合は、オンライン資格確認等連携ソフトがデータの取得処理を担いますので、電子カルテシステム等側では、資格が有効な最新の被保険者番号等が記述された取得要求ファイルの作成と資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダへの格納、資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダに格納される結果ファイルの読み込みに係る機能の実装が必要です。

Web API 通信方式の場合は、文書情報については本サービス、臨床情報と健診文書についてはオンライン資格確認等システムの提供 API を直接呼び出して、データ取得する必要があります。

各情報を取得する場合は、資格が有効な最新の有効な被保険者番号等が記述された取得要求ファイルを作成し、本サービスまたはオンライン資格確認等システムへ登録する必要があります。要求・結果ファイルの詳細については、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

なお、文書情報については、「紹介先が閲覧可」ステータスとなっていれば、登録日から 180 日間ダウンロードすることが可能です。一度取得しても、7 日間は再取得が可能ですが、それ以降は再取得ができなくなるため、ご注意ください。また、再取得は 1 回目の取得と同じ文書 ID で実施いただきますが、当該文書 ID が判らない場合には再取得できませんのでご注意ください。

また、診療情報提供書のファイルは JSON 形式で取得でき、紹介元医療機関が添付した PDF 帳票ファイルも確認できます。

一方、臨床情報と健診文書の取得にあたっては、顔認証付きカードリーダ操作後、同意有無や同意日等の情報ファイルが、資格情報とともに資格確認端末内の所定のフォルダに格納されます。そのため、医療機関等システム/電子カルテシステム等は、これらの情報を取得し、閲覧同意後 24 時間に限り、対象情報をダウンロードすることが可能です。同意区分と閲覧できる対象情報は以下の通りです。

表 43. 同意区分と閲覧できる対象情報

同意区分	顔認証付きカードリーダ表示	閲覧できる対象情報
手術・傷病名・感染症情報	過去の手術情報・傷病名情報・感染症検査結果を当機関に提供することに同意しますか。	■電子レセプト抽出情報 ・ 手術情報 ■臨床情報 ・ 傷病名情報 ・ 感染症情報
診療・お薬情報	過去の診療情報(感染症を除く検査結果、アレルギー等)・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。	■電子レセプト抽出情報 ・ 診療情報 ・ 薬剤情報 ■臨床情報 ・ 検査情報 ・ 薬剤アレルギー等情報 ・ その他アレルギー等情報 ・ 処方情報(診療情報提供書、退院時サマリーに記載のあった内容のみ) ■電子処方箋抽出情報 ・ 処方箋情報 ・ 調剤結果情報
健診文書	過去の健診情報を当機関に提供することに同意しますか。	・ 健診情報

健診情報は、資格確認端末の環境設定情報画面で、本サービスを「利用する」と設定している場合は、「2.2 取り扱う情報」に記載の内容が過去 5 年分(一年に複数回健診を受診している場合はその数だけ)取得できます。一方、本サービスを「利用しない」と設定している場合は、従来通り、保険者が随時提出もしくは法定報告した過去 5 年の計 5 回分の特定健診（75 歳以上であれば後期高齢者健診）及び 40 歳未満の事業者健診情報が取得できます。

また、既存のオンライン資格確認等システムの医療情報閲覧機能と同様の XML 形式もしくは PDF 帳票ファイルを取得できます。これらのファイル形式の詳細については、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

（5）閲覧機能群

機能 18：表示（文書情報）

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	—	—

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■機能説明

本サービスから文書情報ファイルを取得後、電子カルテシステム等において電子署名機能を実装している場合は、診療情報提供書の署名検証を行った上で、FHIR 形式で構造化された情報を電子カルテシステム等の画面ビューワーに表示させる必要があります。

表示をするにあたっては、表 18 で示す本サービスで取り扱う FHIR 記述仕様/実装ガイドに記載された要素（エレメント）によって表現された内容を漏れなく表示してください。特に、紹介元医療機関からの伝達内容について見落としや確認漏れ、解釈の誤りが発生しないように実装してください。

例えば、FHIR リソースを用いた構造情報と Composition.section.section.text 要素に格納された叙述的テキスト情報の両方が記述されている場合は、叙述的テキスト情報が FHIR リソースを用いた構造情報を補足する役割を持つため、両方の情報を必ず表示するようにしてください。

また、紹介元医療機関がダミーコードを使用した場合、code.coding.display 値は、ダミーコードを示す文字列が表示されるため、ダミーコードであることを識別し、code.text 値を表示してください。

なお、表 18 で示す FHIR 記述仕様/実装ガイドに記載されていない要素（エレメント）は本サービスの取り扱い対象外です。取り扱い対象外の要素（エレメント）を使って表現された情報は、仮に本サービスに登録された場合でも、当該情報を取得した医療機関側で表示されないことを前提としてください。したがって、紹介先医療機関等に伝達すべき情報は本サービス取り扱い対象の要素（エレメント）のみを用いて表現するようにしてください。

表 44. 取得情報の形式種類

	PDF 形式	XML 形式	FHIR で構造化された JSON 形式
文書情報	紹介元医療機関が添付した PDF 帳票ファイルは取得可能	—	取得可能

機能 19：表示（臨床情報、健診文書）

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
―	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	―	―	―	―	―
臨床情報	必須	必須	必須	必須	不要
健診文書	必須	必須	必須	必須	不要

■機能説明

オンライン資格確認等システムから取得した情報を、電子カルテシステム等の画面ビューワーに表示させる必要があります。

XML 形式で取得した情報については、部分抜粋した情報のみを表示してしまうと誤解につながる可能性があるため(例えば、検査情報の結果のみを表示して、基準値等の付帯的な情報を表示しない等。)、取得した項目すべてを画面表示できるように実装してください。

また、登録医療機関がダミーコードを使用した場合、外部インターフェイス仕様書の XML レイアウト「臨床情報閲覧結果」に記載の各 code 値/display 値は、ダミーコードを示すコード/表示名称が表示されます。そのため、取得したコードを医療機関等システム内で保持するマスタと照合して名称を画面表示する仕様となっている場合は、都度ダミーコードか否かを判断して、ダミーコードの場合は、テキスト内容(タグ名は、傷病名が「SbName」、薬剤アレルギー等が「YkName」、その他アレルギー等が「ArName」)を表示させてください。また、上記のテキスト内容を表示する際は、文字数(外部インターフェイス仕様書上の最大文字数はそれぞれ 100 文字)を制限せず全て表示してください。

また、異なる識別子（Bundle.identifier）を利用して登録された情報のなかに重複する情報があっても、重複した状態で表示されます。例えば、A 病院から登録された Z 病名と B 病院から登録された Z 病名は、開始日付等の情報が同じでも、重複削除されることなくそれぞれ表示されます。

表 45. 取得情報の形式種類

	PDF 形式	XML 形式	FHIR で構造化された JSON 形式
臨床情報	取得可能	取得可能	―
健診文書	取得可能	取得可能	―

次頁に、臨床情報一覧の PDF 帳票ファイルサンプルイメージを掲載します。画面ビューワーの表示内容をご検討いただく参考としてご確認ください。

図 32. 臨床情報一覧の PDF 帳票ファイルサンプルイメージ

臨床情報一覧

作成日：2024年10月22日　1/1頁

氏名カナ	ｵﾉ ﾀﾛｳ					保険者番号	12345678
氏名	小野　太郎					被保険者証等記号	1234567
						被保険者証等番号	12345
生年月日	1980年4月7日	性別	男	年齢	44歳	枝番	00

◆注意◆　検索できた臨床情報が多いため、出力件数を制限しました。
最大出力件数：XXXX件
※検査情報は出力件数に含まれていません

傷病名

閲覧同意：あり

病名

病名開始日	傷病名		登録医療機関名	長期保存
2024年08月24日	主　インフルエンザ		△△内科クリニック	
2020年04月21日	前立腺癌の疑い	未告知	□□大学病院	
2016年05月30日	主　2型糖尿病		××病院	○
2012年06月20日	高血圧症		△△内科クリニック	

終了病名

病名開始日	終了日	傷病名	登録医療機関名	長期保存
2023年06月20日	2023年07月03日	急性腎盂腎炎	××病院	
2022年01月09日	2022年01月23日	主　膀胱癌の術後	□□大学病院	
2021年06月09日	2021年07月09日	主　急性副鼻腔炎	△△内科クリニック	
2014年10月27日	2014年11月10日	主　後頭部外傷・頭蓋内に達する開放創合併あり	◇◇医療センター	○

感染症情報

閲覧同意：あり

検体採取日時	検査項目	基準値	検査結果		登録医療機関名	長期保存
2024年10月21日15時10分	梅毒TP抗体(定性)	陰性	判定保留		○○クリニック	
2024年10月21日15時10分	HBs抗原(定量)	～0.03U/mL	0.04U/mL	H	○○クリニック	
2023年04月07日11時00分	HBs抗体(定性)	(—)	陰性		◇◇診療所	
2010年07月08日10時30分	HIV-1+2抗体(定性)	陰性	陽性		××病院	○

薬剤アレルギー等情報

閲覧同意：あり

登録日	薬剤名	重症度	症状	確認状況	登録医療機関名	長期保存
2023年9月22日	ロキソプロフェンナトリウム水和物	低			□□大学病院	
2023年7月20日	バンコマイシン点滴静注用0.5g	低	皮膚そう痒症	再評価後に否定	××病院	
2012年6月22日	セフトリアキソンナトリウム静注用1g	高	全身薬疹	確認済み	××病院	○
	セフェム系	低		未確認	○○クリニック	○

その他アレルギー等情報

閲覧同意：あり

登録日	カテゴリ	アレルギー	重症度	症状	確認状況	登録医療機関名	長期保存
2023年7月20日	環境	スギ	低	鼻炎	再評価後に否定	××病院	
2022年9月20日		ネコ				◇◇診療所	
2012年6月22日	食品	食用鳥卵	高	アナフィラキシーショック	確認済み	××病院	○
	食品	落花生	低	そう痒症	未確認	××病院	○

検査情報

閲覧同意：あり

	最新 採取日時：2024年10月21日15時10分 実施機関：○○クリニック			前回 採取日時：2024年8月17日09時00分 実施機関：○○クリニック			前々回 採取日時：2024年04月20日09時00分 実施機関：××病院		
検査項目	基準値	結果		基準値	結果		基準値	結果	
総蛋白(TP)	6.6～8.1 g/dL	5.6 g/dL	L 中間	6.6～8.1 g/dL	7.6 g/dL	確定	6.5～7.9 g/dL	6.8 g/dL	確定
アルブミン	3.0～5.0 g/dL	4.2 g/dL	中間	3.0～5.0 g/dL	4.6 g/dL	確定	3.9 g/dL～	4.3 g/dL	確定
γ-GT(γ-GTP)							4.0～67 U/L	421 U/L	H 確定
総コレステロール(T-CHO)	120～219 mg/dL	210 mg/dL	中間	120～219 mg/dL	253 mg/dL	H 確定			
総ビリルビン(T-Bil)							0.20～1.20 mg/dL	1.27 mg/dL	確定
血算-白血球数	3.3～8.6 X10*3/μL	5.0 X10*3/μL	中間				3.3～9.0 X10*3/μL	4.9 X10*3/μL	確定
血算-赤血球数	435～555 X10*4/μL	500 X10*4/μL	中間	435～555 X10*4/μL	510 X10*4/μL	確定	430～570 X10*4/μL	524 X10*4/μL	確定
プロトロンビン時間(PT-活性)							70～140 %	97 %	確定
尿蛋白(定性)				(—)	±	確定			
CRP(定量)	0.00～0.40 mg/dL	0.02 mg/dL	中間						
血液型(ABO)					AB	確定		AB	確定

処方情報（診療情報提供書、退院時サマリに記載のあった内容のみ）

閲覧同意：あり

処方日	医療機関名	文書区分	用法区分	RP	・医薬品名称(成分名)/１回用量/調剤指示/補足指示<持参薬かどうか> 【用法/投与日数】
2024年07月20日	××クリニック	外来時	内服	1	・リーゼ錠5mg(クロチアゼパム)/１錠//
					【不安時/10日分】
2024年07月01日	○○病院	入院中	経口	1	・プレドニゾロン錠5mg(プレドニゾロン)///不均等・１回目・４錠、不均等・2回目・2錠、不均等・3回目・1錠
					【1日3回朝昼夕食後/28日分】
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	経口	1	・オルメサルタンOD錠20mg(オルメサルタンメドキソミル) /1錠/一包化指示/<持参薬>
					・エルデカルシトールカプセル0.5μg (エルデカルシトール) /1カプセル/一包化指示/<持参薬>
					【1日1回朝食後/56日分】
			経口	2	・メトクロプラミド錠5mg(メトクロプラミド)/1錠/粉砕指示/
					【1日3回朝昼夕食前/56日分】
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	貼付	1	・ロキソプロフェンテープ100mg(ロキソプロフェンナトリウム水和物) /1枚//
					【1日1回/8日分】

図 33. 臨床情報一覧の PDF 帳票ファイルサンプルイメージの表示内容と FHIR 記述との対応

傷病名

閲覧同意：あり

病名

病名開始日 1	傷病名 3		登録医療機関名 4	長期保存 5
2024年08月24日	主　インフルエンザ		△△内科クリニック	
2020年04月21日	前立腺癌の疑い	未告知	□□大学病院	
2016年05月30日	主　2型糖尿病		××病院	○
2012年06月20日	高血圧症		△△内科クリニック	

2 終了病名

病名開始日 1	終了日 2	傷病名 3	登録医療機関名 4	長期保存 5
2023年06月20日	2023年07月03日	急性腎盂腎炎	××病院	
2022年01月09日	2022年01月23日	主　膀胱癌の術後	□□大学病院	
2021年06月09日	2021年07月09日	主　急性副鼻腔炎	△△内科クリニック	
2014年10月27日	2014年11月10日	主　後頭部外傷・頭蓋内に達する開放創合併あり	◇◇医療センター	○

A：未提供フラグがついた傷病名は出現させない

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス	出現	入力	データ型	表示に関する備考
1	病名開始日	Condition.onsetDateTime	M	条件付き必須	dateTime	・日付は、年や年月だけ出力されることもあり。 ・終了日が入っている傷病名は終了病名欄に記載。 ・日付の新しいものから順に表示。
2	終了日	Condition.abatementDateTime	O	条件付き必須	dateTime	
3	傷病名	Condition.code.coding:medisRecordNo.display ※ダミーコードが記述された場合はCondition.code.text	M	入力必須	string	・「病名管理番号コード」のコード表示名称を表示。 ・「前置修飾語＋傷病名＋後置修飾語」の形式で表示。 ・修飾語が複数あった場合は連結して表示。(順序は、MEDISが公開している接続位置区分の考え方に準拠。) ・ダミーコードが記述されている場合、text値を表示。 ・「verificationStatus」が【Unconfirmed】で、且つ「修飾語コード」が【27000001：の疑い】の場合に限り、「疑い」の修飾語は表示しない。(verificationStatusの表現と内容が重複するため)
	(前置修飾語)	Condition.code.extension.diseasePrefixModifier.coding.display	O	条件付き必須	string	
	(後置修飾語)	Condition.code.extension.diseasePostfixModifier.coding.display	O	条件付き必須	string	
	疑い	Condition.verificationStatus.coding.code	O	入力必須	code	・【unconfirmed】が記述されている場合、傷病名に続けて「の疑い」を表示。
	主傷病	Condition.extension:eCS_DiagnosisType.coding.code	O	条件付き必須	code	・【Principal】が記述されている場合、傷病名の先頭に「主」を表示。
	未告知	Condition.meta.tag:uninformed.code	O	条件付き必須	code	・【UNINFORMED】が記述されている場合、傷病名欄の末尾に「未告知」を表示。
4	登録医療機関名	Condition.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	・医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
5	長期保存	Condition.meta.tag:lts.code	O	条件付き必須	code	・【LTS】が記述されている場合、長期保存欄に「○」を表示。
A	未提供	Condition.meta.tag:undelivered.code	–	条件付き必須	code	・【UNDELIVERED】が記述されているConditionリソースの内容は、一切PDF帳票に表示されない。

感染症情報

閲覧同意：あり

検体採取日時 1	検査項目 2	基準値 3	検査結果 4	5	登録医療機関名 6	長期保存 7
2024年10月21日15時10分	梅毒TP抗体（定性）	陰性	判定保留		○○クリニック	
2024年10月21日15時10分	HBs抗原（定量）	～0.03U/mL	0.04U/mL	H	○○クリニック	
2023年04月07日11時00分	HBs抗体（定性）	(—)	陰性		◇◇診療所	
2010年07月08日10時30分	HIV-1+2抗体（定性）	陰性	陽性		××病院	○

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス		出現	入力	データ型	表示に関する備考
1	検体採取日時	Observation.effectiveDateTime		M	入力必須	dateTime	・日付は、YYYY年MM月DD日あるいはYYYY年MM月DD日hh時mm分の形式で表示。 ・日付の新しいものから順に表示。
2	検査項目	Observation.code.coding:XXX.display		M	入力必須	string	・感染症5項目のJLAC10コードもしくはJLAC11コードのコード表示名称(FHIR識別文字列)をFHIR項目名称に変換して表示。
3	基準値	下限値	Observation.referenceRange.low.value +Observation.referenceRange.low.unit	O	推奨	decimal	・数値結果の場合 「low.value+low.unit+"～"+high.value+high.unit」の形式で表示。 (low.unitとhigh.unitが重複している場合は、low.unitを省略)
		上限値	Observation.referenceRange.high.value +Observation.referenceRange.high.unit				
		その他テキスト	Observation.referenceRange.text			string	・定性結果の場合に表示。
4	検査結果	数値結果	Observation.value.valueQuantity.value +Observation.value.valueQuantity.comparator +Observation.value.valueQuantity.unit	M	条件付き必須	decimal code string	・「comparator+value+unit」の形式で表示。
		定性結果	Observation.value.valueCodeableConcept.coding.display			string	・定性結果の場合、定性値のコード表示名称を表示。
5	評価	Observation.interpretation.coding.code		O	推奨	string	・【H『High』、L『Low』】を表示。Normalは記述されていても表示しない。
6	登録医療機関名	Observation.extension:eCS_InstitutionNumber.value		M	条件付き必須	string	・医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
7	長期保存	Observation.meta.tag:lts.code		O	条件付き必須	code	・【LTS】が記述されている場合、長期保存欄に「○」を表示。

薬剤アレルギー等情報

閲覧同意：あり

登録日 1	薬剤名 2	重症度 3	症状 4	確認状況 5	登録医療機関名 6	長期保存 7
2023年9月22日	ロキソプロフェンナトリウム水和物	低			□□大学病院	
2023年7月20日	バンコマイシン点滴静注用0.5g	低	皮膚そう痒症	再評価後に否定	××病院	
2012年6月22日	セフトリアキソンナトリウム静注用1g	高	全身薬疹	確認済み	××病院	○
	セフェム系	低		未確認	○○クリニック	○

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス	出現	入力	データ型	表示に関する備考
1	登録日	AllergyIntolerance.recordedDate	O	推奨	dateTime	• 日付は、年や年月だけ出力されることもあり。 • 日付の新しいものから順に表示。(空白の場合は、日付あり情報の下部に表示)
2	薬剤名	AllergyIntolerance.code.coding.display ※ダミーコードが記述された場合は AllergyIntolerance.code.text	M	入力必須	string	• 「YCM+YJコード」、「剤形・規格・銘柄不明コード」のコード表示名称を表示。 • ダミーコードが記述されている場合、text値を表示。
3	重症度	AllergyIntolerance.criticality	O	–	code	• 【低(low)、高(high)、評価不能(unable-to-assess)】のいずれかを表示。
4	症状	AllergyIntolerance.reaction.manifestation.coding.display ※ダミーコードが記述された場合は AllergyIntolerance.reaction.manifestation.text	O	–	string	• 「病名管理番号コード」のコード表示名称を表示。 • ダミーコードが記述されている場合、text値を表示。 • 症状が複数あった場合は羅列して表示。
5	確認状況	AllergyIntolerance.vertificationStatus.coding.display	O	推奨	string	• 【未確認(Unconfirmed)、確認済み(Confirmed)、再評価後に否定(Refuted)】のいずれかを表示。
6	登録医療機関名	AllergyIntolerance.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	• 医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
7	長期保存	AllergyIntolerance.meta.tag:lts.code	O	条件付き必須	code	• 【LTS】が記述されている場合、長期保存欄に「○」を表示。

その他アレルギー等情報

閲覧同意：あり

登録日 1	カテゴリ 2	アレルギー 3	重症度 4	症状 5	確認状況 6	登録医療機関名 7	長期保存 8
2023年7月20日	環境	スギ	低	鼻炎	再評価後に否定	××病院	
2022年9月20日		ネコ				◇◇診療所	
2012年6月22日	食品	食用鳥卵	高	アナフィラキシーショック	確認済み	××病院	○
	食品	落花生	低	そう痒症	未確認	××病院	○

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス	出現	入力	データ型	表示に関する備考
1	登録日	AllergyIntolerance.recordedDate	O	推奨	dateTime	• 日付は、年や年月だけ出力されることもあり。 • 日付の新しいものから順に表示。(空白の場合は、日付あり情報の下部に表示)
2	カテゴリ	AllergyIntolerance.category	O	条件付き必須	code	• 【食品(food)、環境(environment)】のいずれかを表示。記述がない場合は、空欄。
3	アレルギー	AllergyIntolerance.code.coding.display ※ダミーコードが記述された場合は AllergyIntolerance.code.text	M	入力必須	string	• 「JFAGY食品コード」もしくは「JFAGY非食品・非医薬品コード」のコード表示名称を表示。 • ダミーコードが記述されている場合、text値を表示。
4	重症度	AllergyIntolerance.criticality	O	–	code	• 【低(low)、高(high)、評価不能(unable-to-assess)】のいずれかを表示。
5	症状	AllergyIntolerance.reaction.manifestation.coding.display ※ダミーコードが記述された場合は AllergyIntolerance.reaction.manifestation.text	O	–	string	• 「病名管理番号コード」のコード表示名称を表示。 • ダミーコードが記述されている場合、text値を表示。 • 症状が複数あった場合は羅列して表示。
6	確認状況	AllergyIntolerance.vertificationStatus.coding.display	O	推奨	string	• 【未確認(Unconfirmed)、確認済み(Confirmed)、再評価後に否定(Refuted)】のいずれかを表示。
7	登録医療機関名	AllergyIntolerance.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	• 医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
8	長期保存	AllergyIntolerance.meta.tag:lts.code	O	条件付き必須	code	• 【LTS】が記述されている場合、長期保存欄に「○」を表示。

検査情報

閲覧同意：あり

	最新			前回			前々回		
	採取日時 1 ： 2024年10月21日15時10分			採取日時 1 ： 2024年8月17日09時00分			採取日時 1 ： 2024年04月20日09時00分		
	実施機関 2 ： ○○クリニック			実施機関 2 ： ○○クリニック			実施機関 2 ： ××病院		
検査項目 3	基準値 4	結果 5	6 7	基準値 4	結果 5	6 7	基準値 4	結果 5	6 7
総蛋白(TP)	6.6～8.1 g/dL	5.6 g/dL	L 中間	6.6～8.1 g/dL	7.6 g/dL	確定	6.5～7.9 g/dL	6.8 g/dL	確定
アルブミン	3.0～5.0 g/dL	4.2 g/dL	中間	3.0～5.0 g/dL	4.6 g/dL	確定	3.9 g/dL～	4.3 g/dL	確定
γ-GT(γ-GTP)							4.0～67 U/L	421 U/L	H 確定
総コレステロール(T-CHO)	120～219 mg/dL	210 mg/dL	中間	120～219 mg/dL	253 mg/dL	H 確定			
総ビリルビン(T-Bil)							0.20～1.20 mg/dL	1.27 mg/dL	確定
血算-白血球数	3.3～8.6 X10*3/μL	5.0 X10*3/μL	中間				3.3～9.0 X10*3/μL	4.9 X10*3/μL	確定
血算-赤血球数	435～555 X10*4/μL	500 X10*4/μL	中間	435～555 X10*4/μL	510 X10*4/μL	確定	430～570 X10*4/μL	524 X10*4/μL	確定
プロトロンビン時間(PT-活性)							70～140 %	97 %	確定
尿蛋白(定性)				(—)	±	確定			
CRP(定量)	0.00～0.40 mg/dL	0.02 mg/dL	中間						
血液型(ABO)					AB	確定		AB	確定

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス		出現	入力	データ型	表示に関する備考
1	採取日時	Observation.effectiveDateTime		M	入力必須	dateTime	・日付は、YYYY年MM月DD日あるいはYYYY年MM月DD日hh時mm分の形式で表示。
2	実施機関	Observation.extension:eCS_InstitutionNumber.value		M	条件付き必須	string	・医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
3	検査項目	Observation.code.coding:XXX.display		M	入力必須	string	・検査43項目のJLAC10コードもしくはJLAC11コードのコード表示名称(FHIR識別文字列)をFHIR項目名称に変換して表示。 ・「電子カルテ情報共有サービス対応JLACコード表」で規定した並び順に表示。
4	基準値	下限値	・Observation.referenceRange.low.value +Observation.referenceRange.low.unit	O	推奨	decimal	・数値結果の場合「low.value+low.unit+"～"+high.value+high.unit」の形式で表示。 (low.unitとhigh.unitが重複している場合は、low.unitを省略)
		上限値	・Observation.referenceRange.high.value +Observation.referenceRange.high.unit				
		その他テキスト	Observation.referenceRange.text			string	・定性結果の場合に表示。
5	結果	数値結果	・Observation.value.valueQuantity.value +Observation.value.valueQuantity.comparator +Observation.value.valueQuantity.unit	M	条件付き必須	decimal code string	・「comparator+value+unit」に加工して出力。
		定性結果	・Observation.value.valueCodeableConcept.coding.display			string	
6	評価	Observation.interpretation.coding.code		O	推奨	string	・【H『High』、L『Low』】を表示。Normalは記述されていても表示しない。
7	ステータス	Observation.status.coding.code		M	条件付き必須	string	・【preliminary：中間、final/corrected：確定】を表示。その他のステータス(cancelled等)が記述されているObservationリソースの検査項目内容は、一切PDF帳票に表示されない。

処方情報（診療情報提供書、退院時サマリに記載のあった内容のみ）

閲覧同意：あり

1 処方日	2 医療機関名	3 文書区分	4 用法区分	5 RP	・医薬品名称(成分名)/1回用量/調剤指示/補足指示<持参薬かどうか> 6 【用法/投与日数】7
2024年07月20日	××クリニック	外来時	内服	1	・リーゼ錠5mg(クロチアゼパム)/ 1錠// 【不安時/10日分】
2024年07月01日	○○病院	入院中	経口	1	・プレドニゾロン錠5mg(プレドニゾロン)///不均等・1回目・4錠、不均等・2回目・2錠、不均等・3回目・1錠 【1日1回夕食後/28日分】
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	経口	1	・オルメサルタン0D錠20mg(オルメサルタンメドキソミル) /1錠/一包化指示/<持参薬> ・エルデカルシトールカプセル0.5μg (エルデカルシトール) /1カプセル/一包化指示/<持参薬> 【1日1回朝食後/56日分】
			経口	2	・メトクロプラミド錠5mg(メトクロプラミド)/1錠/粉砕指示/ 【1日3回朝昼夕食前/56日分】
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	貼付	1	・ロキソプロフェンテープ100mg(ロキソプロフェンナトリウム水和物) /1枚// 【1日1回/8日分】

A:同一医療機関で同一日処方の識別

B:同一Rp番号薬剤順ごとに表示

M(mandatory)：必須　O(optional)：任意

No	項目	FHIR設定フルパス	出現	必須/任意	データ型	表示に関する備考
1	処方日	MedicationRequest.authoredOn	M	入力必須	dateTime	・日付は、YYYY年MM月DD日の形式で表示。 ・日付の新しいものから順に表示。
2	医療機関名	MedicationRequest.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	・医療機関等マスタに基づく施設名称を表示。
3	文書区分	Composition.category.coding.code	M	入力必須	string	・【入院時(ADMISSION)、入院中(INPATIENT)、退院時(DISCHARGE)、外来時(OUTPATIENT)】のいずれかを表示。
4	用法区分	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.method.coding:unitDigit1/2.display	O	–	string	・用法区分2桁コード＞用法区分1桁コードの優先順位でコード表示名称を表示。
5	RP	MedicationRequest.identifier:rpNumber.value	M	入力必須	string	・RP番号を表示。
6	医薬品名称	MedicationRequest.medication[x].coding:codingYJ.display ※規格別薬剤成分コードの場合は、 MedicationRequest.medication[x].coding:codingKYS.display	M	入力必須	string	・「個別医薬品コード(YJコード)リスト」のコード表示名称を表示。
	成分名	–	M	–	string	・オンライン資格確認システムが保持するマスタから表示。
	1回用量	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.doseAndRate.doseQuantity.value +Dosage.doseAndRate.doseQuantity.unit	O	–	decimal string	・「value+unit」の形式で表示。 ・「補足用法コード」の1桁目が「不均等指示」の場合は表示しない。
	調剤指示	MedicationRequest.dispenseRequest.extension.instructionForDispense.coding.display	O	–	string	・【別包指示、一包化指示、混合指示、粉砕指示】のいずれかを表示。 ・複数あった場合は羅列して表示。
	補足指示	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.additionalInstruction.coding.display	O	–	string	・「補足用法コード」のコード表示名称を表示。 ・複数あった場合は羅列して表示。
	持参薬かどうか	MedicationRequest.category.coding.code	O	推奨	string	・【BDP:持参薬処方】が記述の場合、「<持参薬>」を表示。
7	用法	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.timing.code.coding:mhw_prescription_yoho.display ※ダミーコード、拡張コードが記述された場合は Dosage.timing.code.text	M	入力必須	string	・厚生労働省電子処方箋用法コードのコード表示名称を表示。 ・ダミーコード、拡張コードが記述されている場合、text値を表示。
	投与日数	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.timing.repeat.boundsDuration.value +Dosage.timing.repeat.boundsDuration.unit	M	入力必須	decimal string	・「value+unit」の形式で表示(単位は日数のみ)
A	オーダ識別番号	MedicationRequest.identifier:requestIdentifierCommon.value	–	–	string	・同一医療機関で且つ同一日に行われた複数の処方を識別するために使用。
B	同一RP番号薬剤順	MedicationRequest.identifier:orderInRp.value	–	入力必須	string	・同一RP番号薬剤順の並びで表示。

（6）保存機能群

機能 20：電子カルテシステム等への保存

■対象範囲

文書情報	臨床情報	健診文書
対象	対象	対象

■実装必須・任意・不要

	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	必須	必須	不要	不要	不要
臨床情報	必須	必須	必須	必須	不要
健診文書	必須	必須	必須	必須	不要

■機能説明

本サービスおよびオンライン資格確認等システムから取得した 3 文書 6 情報は、要配慮個人情報であり、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 6.0 版」への準拠の下、漏洩や改ざん等がないように保存する必要があります。

また、資格確認端末を用いたファイル連携方式を採用する場合には、電子カルテシステム等への保存後、医療情報や患者情報が資格確認端末内のディレクトリに残置されないように適切に削除処理を行ってください。

（7）その他機能群

機能 21：標準マスタファイルダウンロード

■機能説明

マスタ区分とマスタバージョンを記述したマスタファイル取得要求ファイルを生成し、電子カルテシステム等から本サービスへ要求することで、標準マスタファイルをダウンロードする機能です。詳細のファイルレイアウトについては、「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。マスタバージョンを指定しない場合は、最新版の標準マスタファイルが返却されます。

各種マスタが更新された際は、医療機関等 ONS や医療機関等ポータルサイト等に更新した旨を掲載の上、医療機関等 ONS に登録いただいたメールアドレス宛てに通知します。

なお、本サービスへの情報登録にあたり標準マスタへのコーディングは必須となりますが、これらの標準マスタファイルは医療機関等ポータルサイトや各専用サイト等のインターネット上にも公開されているため、ダウンロード機能については、必ずしも実装必須ではありません。

以下にダウンロード機能の対象マスタと、インターネット公開先 URL を示します。

表 46. 標準マスタファイルのダウンロード機能対象とインターネット公開先 URL

情報		標準マスタファイル	ダウンロード機能	インターネット公開先 URL
傷病名	傷病名	標準病名履歴マスタ	対象	MEDIS サイト
	修飾語	修飾語マスタ	対象	医療機関等ポータルサイト
薬剤アレルギー等		薬剤アレルギー用コードマスタ	対象	医療機関等ポータルサイト
		剤形・規格・銘柄不明コードマスタ	対象	医療機関等ポータルサイト
その他アレルギー等		JFAGY アレルゲンコードマスタ	対象	JFAGY アレルゲンコードサイト
感染症、検査		電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表(共有項目 JLAC コードマスタ)	対象	医療機関等ポータルサイト
処方	医薬品	個別医薬品コード(YJ コード)リスト　※	対象	医療機関等ポータルサイト
	用法	電子処方箋管理サービスの処方箋情報等を記録するための用法マスタ	対象外	医療機関等ポータルサイト(電子処方箋)
健診文書		電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ(健診項目マスタ)	対象	厚生労働省 電子カルテ情報共有サービスサイト
宛先医療機関等		電子カルテ情報共有サービス向け医療機関等マスタ	対象外	医療機関等ポータルサイト(準備中)

※医薬品情報標準化推進協議会が公開している「個別医薬品コード(YJ コード)リスト」とは履歴有無の観点から取り扱っているコード数が異なることに留意すること。

3.3 画面

本サービスの導入に伴い、「3.2 機能」を実現するための画面を、システムベンダにおいて開発いただく必要があります。各システムベンダにおいて必要な画面設計・開発を行ってください。画面は、ユーザである医師等の負担が最小限となる UI であることが前提です。

以下に改修機能項目別画面開発対応表例と、画面概要一覧を示しますが、システムベンダによって画面構成はさまざまであるため、各社で本サービスを運用するにあたって必要な画面構成を十分に検討の上、設計・開発を行ってください。

表 47. 改修機能項目別画面開発対応表例

<table>
<tr><th colspan="2">機能群</th><th>文書情報</th><th>臨床情報</th><th>健診文書</th></tr>
<tr><td colspan="5">(1)登録機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定</td><td>要 1</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>電子カルテシステム等から情報出力</td><td colspan="3">—</td></tr>
<tr><td></td><td>Bundle.identifier の付与</td><td colspan="3">—</td></tr>
<tr><td></td><td>被保険者番号等の付与</td><td colspan="3">—</td></tr>
<tr><td></td><td>未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの付与</td><td colspan="2">要 2</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>標準マスタへのコーディング</td><td colspan="3">要 3</td></tr>
<tr><td></td><td>同意取得情報の付与</td><td>要 4</td><td>—</td><td>要 5</td></tr>
<tr><td></td><td>PDF 帳票ファイルの生成</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>キー画像等の添付</td><td>要 6</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>電子署名の付与</td><td>要 7</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td></td><td>FHIR 構造データ生成</td><td colspan="3">—</td></tr>
<tr><td></td><td>バリデーションチェック</td><td colspan="3">要 8</td></tr>
<tr><td></td><td>アップロード</td><td colspan="3">要 9</td></tr>
<tr><td colspan="5">(2)照会機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>登録情報の履歴照会</td><td colspan="3">要 10</td></tr>
<tr><td colspan="5">(3)編集機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>登録情報の削除・更新</td><td colspan="3">要 11</td></tr>
<tr><td colspan="5">(4)取得機能群</td></tr>
<tr><td></td><td>受信文書一覧取得</td><td>要 12</td><td>—</td><td>—</td></tr>
</table>

機能群		文書情報	臨床情報	健診文書
	ダウンロード	要 13		
(5)閲覧機能群				
	表示	要 14	要 15	
(6)保存機能群				
	電子カルテシステム等への保存	—		
(7)その他機能群				
	標準マスタファイルダウンロード	—		

表 48. 画面概要一覧

No.	画面概要
要 1	・「紹介先医療機関の本サービス利用状況確認」のリクエスト画面 ・「紹介先医療機関の本サービス利用状況確認」の結果表示画面
要 2	・未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの選択画面
要 3	・ローカルコード／ハウスコードと標準マスタのコーディング管理画面
要 4	・診療情報提供書の同意ステータス入力画面
要 5	・「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」に該当する健診文書の同意入力画面
要 6	・添付するキー画像の選択画面
要 7	・電子署名用の PIN 入力画面
要 8	・バリデーションチェックの検証結果(エラー内容含む)画面
要 9	・アップロードリクエスト画面 ・アップロード結果画面(無害化処理ステータス、エラー含む)
要 10	・「登録情報の履歴照会」のリクエスト画面 ・「登録情報の履歴照会」の結果表示画面
要 11	・「登録情報の削除・更新」のリクエスト画面 ・「登録情報の削除・更新」の結果表示画面
要 12	・「受信文書一覧取得」のリクエスト画面 ・「受信文書一覧取得」の結果表示画面
要 13	・ダウンロードリクエスト画面 ・ダウンロード結果画面(エラー含む)
要 14	・FHIR 構造で提供される文書情報を閲覧表示できる画面
要 15	・XML または PDF で提供された臨床情報及び健診文書を閲覧表示できる画面

3.4 外部インターフェイス

インターフェイス一覧、データレイアウト、業務コード一覧、業務コード仕様、処理結果コード等については、支払基金が別途提供する「外部インターフェイス仕様書」をご確認ください。

また、電子カルテシステム等から本サービスに接続し、データ連携するための方式は、以下の二方式から選択できます。なお、資格確認端末に接続できるセッション数の制限（最大 20 セッション）等を踏まえ、大規模な病院等では資格確認端末を経由させず、電子カルテシステム等サーバー上のオンライン資格確認等連携ソフトを利用したファイル連携方式か Web API 通信方式を採用することを推奨いたします。

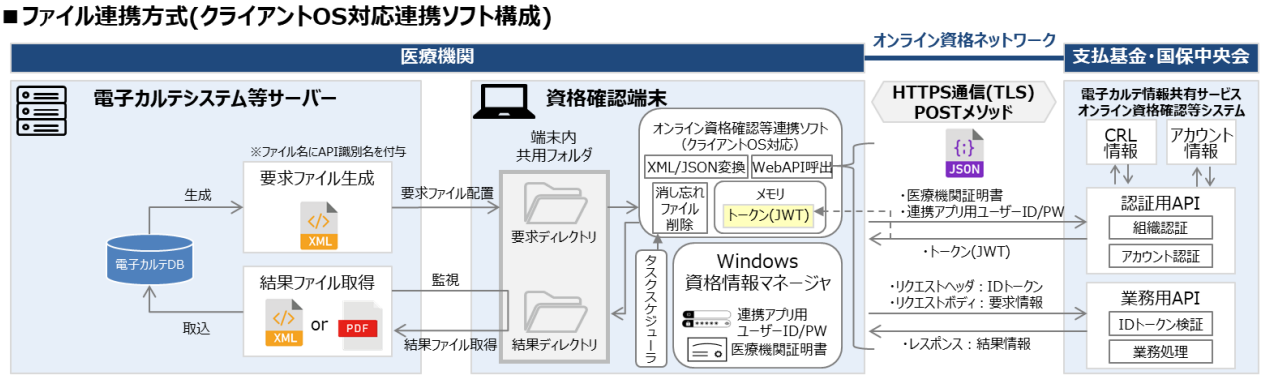
SaaS 型の電子カルテシステム等についても、Web API 通信する場合は、施設内の電子証明書（機関認証用）の入った端末もしくはサーバーを経由した接続が現状では必要となりますのでご留意ください。なお、電子カルテシステム等のサーバーが配置されているクラウド上のデータセンターから電子カルテ情報共有サービスへ直接接続する仕組みは今後検討予定です。

表 49. ファイル連携方式と Web API 通信方式の説明

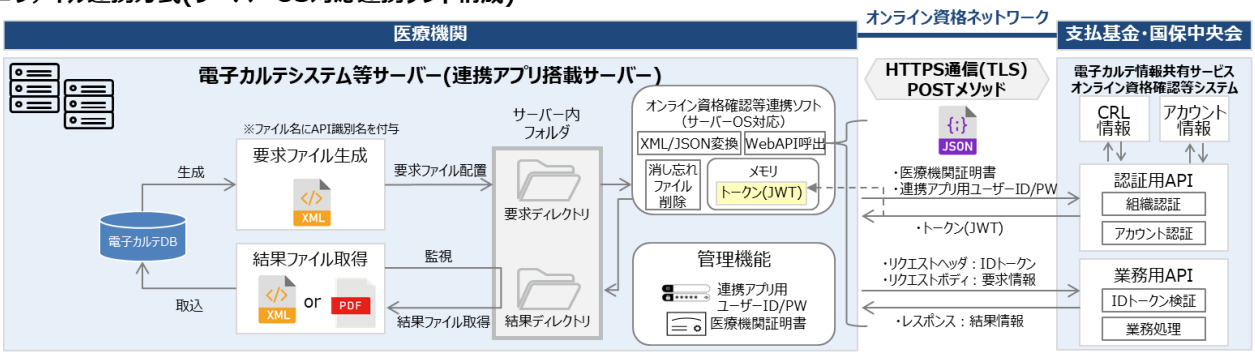
方式	説明
ファイル連携方式	オンライン資格確認等連携ソフトを用いた連携方式。 以下の要領でデータの送受信を行う。 ①以下に示す所定のフォルダに対して要求ファイルを配置する ・電子カルテシステム等からネットワークで接続した資格確認端末 ・電子カルテシステム等のサーバー ②オンライン資格確認等連携ソフトが、本サービスで用意されている各種 API を呼び出し、要求ファイルの送信と結果ファイルの受信を行う ③所定のフォルダに格納された結果ファイルを取得する
Web API 通信方式	電子カルテシステム等の端末またはサーバーから本サービスが提供する API を直接呼び出す連携方式 ※ カードレス電子署名を行う場合は、オンライン資格確認ネットワークを経由し、MEDIS が提供する鍵管理サービスに Web API 通信で接続する必要があります。 ※ Web API 通信方式を採用する場合は、本サービス用に新たに IP アドレスが追加されますので、医療機関等においては、当 IP アドレスへの接続を行うため適宜ネットワーク機器（ルータなど）の再設定を実施いただく必要があります。

図 34. ファイル連携方式と Web API 通信方式の概念図

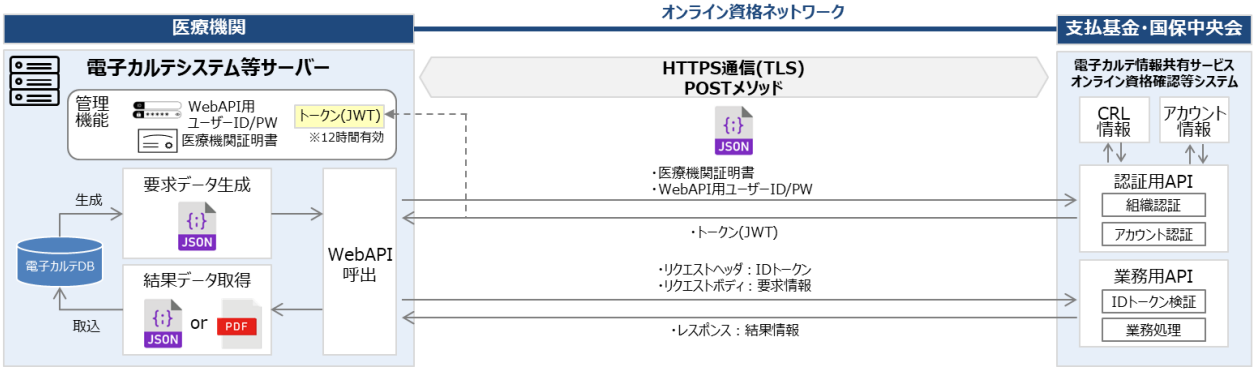
■ファイル連携方式(クライアントOS対応連携ソフト構成)



■ファイル連携方式(サーバーOS対応連携ソフト構成)



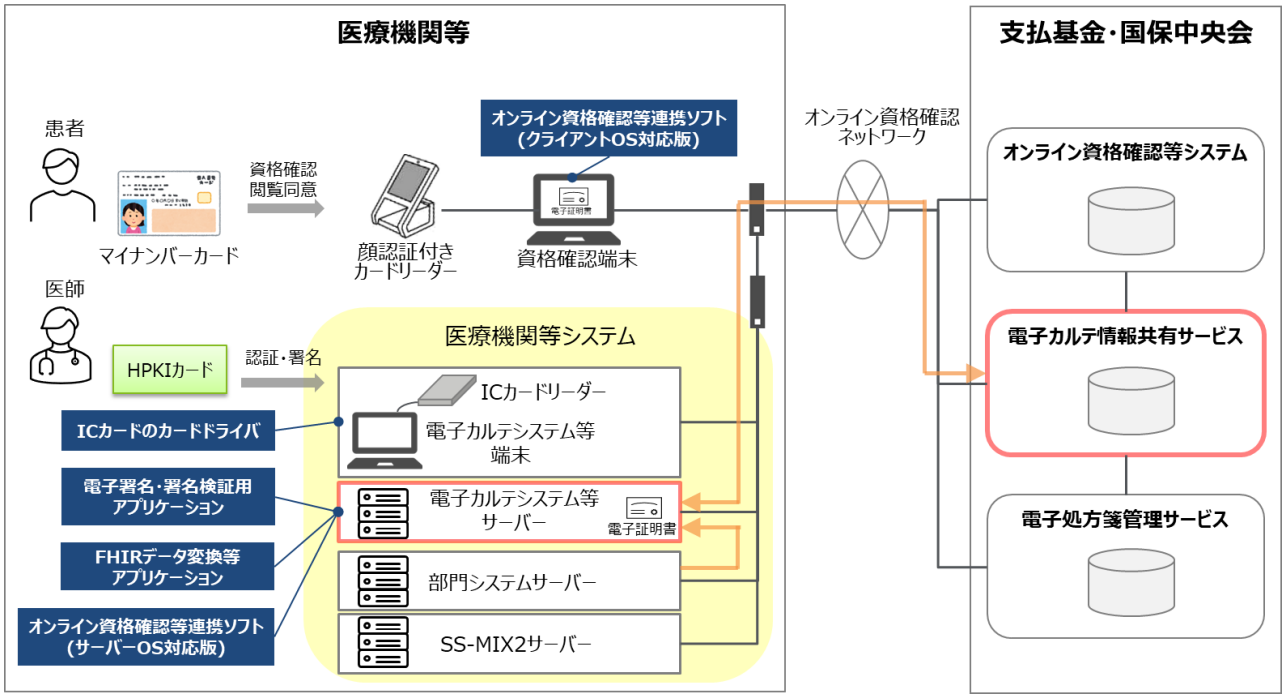
■WebAPI通信方式



3.5 システム構成

本サービスを導入した場合の代表的なシステム構成を、「図 35. 電子カルテ情報共有サービス導入後のシステム構成イメージ例」に示します。

図 35. 電子カルテ情報共有サービス導入後のシステム構成イメージ例



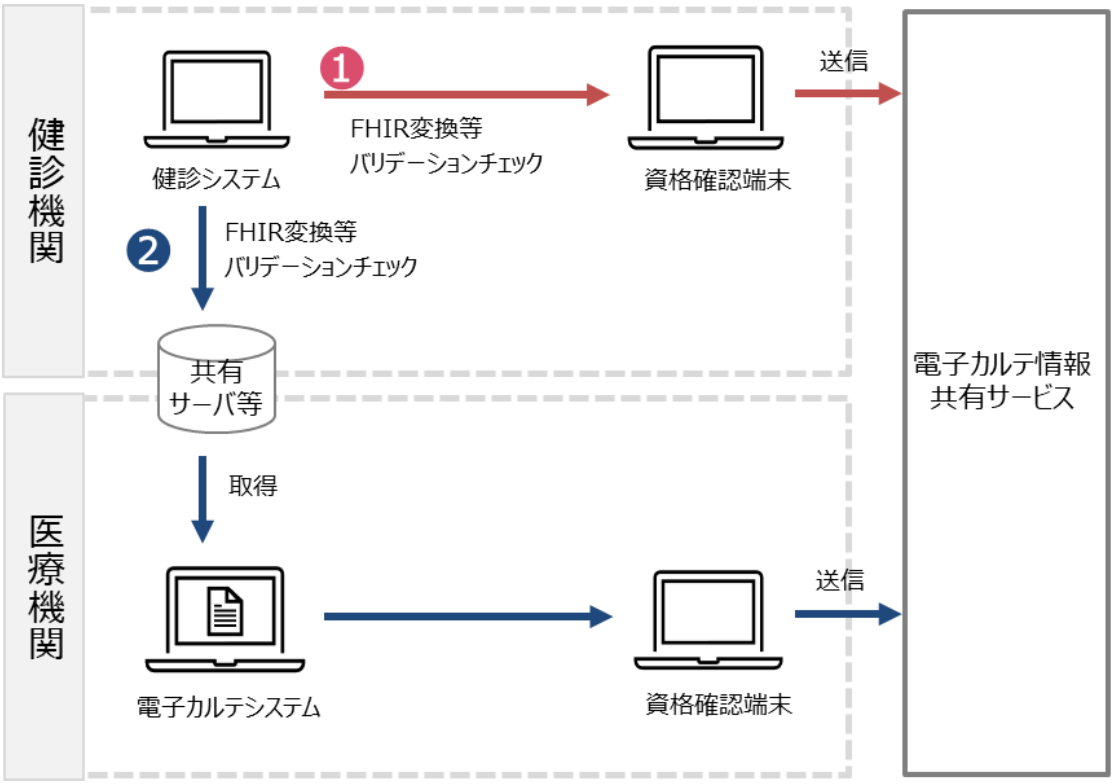
なお、各施設によって、部門システム（文書作成システム、地域連携システム、検査システム、健診システム等）の有無や、SS-MIX2 ストレージまたは診療 DWH の有無等、医療機関等システムの構成は多種多様に存在しています。そのため、どの医療機関等システム(データベース)からデータを出力し、どのシステム上で FHIR 変換等を行い、どのシステムが I/F となって、本サービスにデータ登録するかの経路について医療機関等と相談の上、ご検討ください。

ご参考として、健診機関併設医療機関における健診システムから本サービスまでのデータ登録ルートについて例示します。健診機関と併設医療機関とではネットワークが分離されているケースもあります。そのため、このようなケースの場合には以下の 2 パターンの対応方法が考えられます。

1 つ目の対応方法：健診機関に新たに資格確認端末を設置し、健診機関の健診システムから直接本サービスにデータ登録するパターン。

2 つ目の対応方法：健診機関と医療機関との間に設けた共有サーバー等を経由して医療機関の電子カルテシステムから、本サービスにデータ登録するパターン。

図 36. 健診システムから電子カルテ情報共有サービスへのデータ登録ルート例



(1) ソフトウェア構成

① FHIR データ変換等アプリケーション

医療機関等システムから出力した（または連携された）情報を、「3.2 機能」で示した内容に基づき、本サービスに適合したデータ形式に変換・整形・検証するためのアプリケーションが必要になります。当該アプリケーションについては、電子カルテシステム等を提供しているシステムベンダで独自に開発・実装いただくことを想定しておりますが、他事業者が提供するモジュールやアプリケーションを組み合わせたり、一部機能を代替させる等で導入いただくことも可能です。また、今後、本アプリケーション機能を提供する事業者が現れた場合には、そのサービスを購入・利用いただくことも可能です。

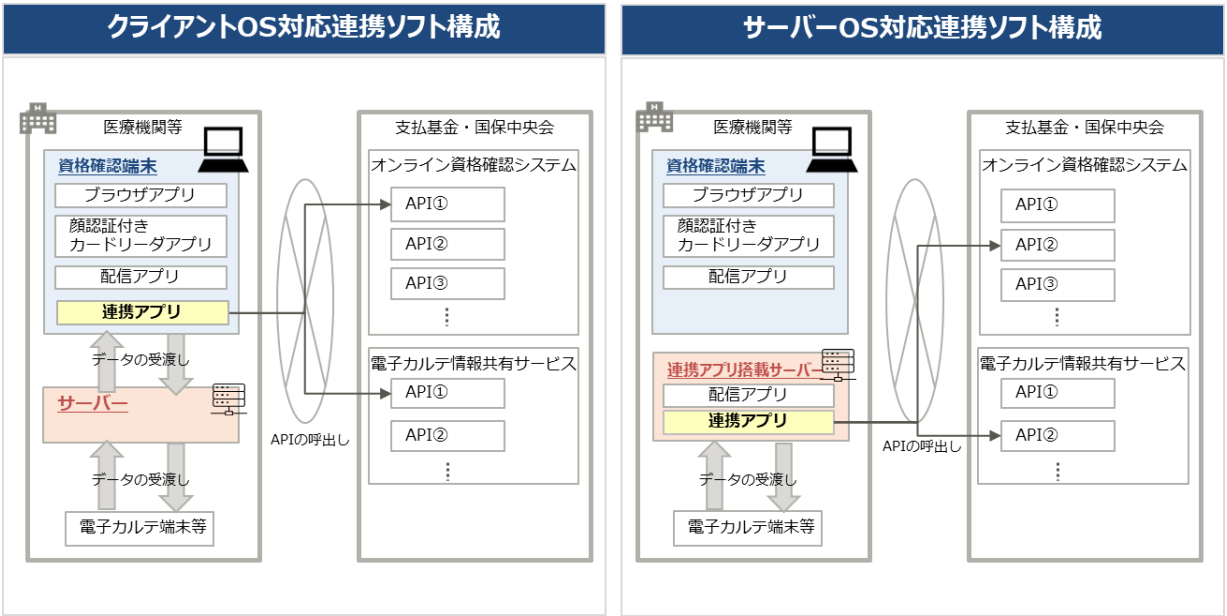
② オンライン資格確認等連携ソフト

ファイル連携方式を採用する場合は、支払基金から提供されるオンライン資格確認等連携ソフトが必要となります。

なお、本ソフトはこれまでクライアント OS にしか対応しておりませんでしたが、新しくサーバーOS にも対応いたします。本ソフトを電子カルテシステム等のサーバーに適用することで、資格確認端末を経由せず、当該サーバーと本サービス間でファイル連携を行うことが可能となります。

その場合、資格確認端末に搭載されている電子証明書（機関認証用）とは別に、電子カルテシステム等サーバーにも別途同様の電子証明書（機関認証用）を発行・インストールしていただく必要があることにご留意ください。

図 37. オンライン資格確認等連携ソフトの対応 OS の違いによる構成例



サーバーOS の種類としては当面の間、以下を予定していますが、今後拡大していく予定です。最新の詳細内容については、医療機関等 ONS にてお知らせしています。

表 50. オンライン資格確認等連携ソフトの対応サーバーOS

No.	対応 OS	サポート期限
1	Windows Server 2019　Standard エディション	2029 年 1 月
2	Windows Server 2022　Standard エディション	2031 年 10 月

③　電子署名・署名検証用アプリケーション

本サービスに登録する診療情報提供書へ電子署名を付与したい場合または受信した診療情報提供書の真正性を検証したい場合は、電子署名・署名検証用のアプリケーションが必要となります。

電子署名を行う方法としては、ローカル署名又はカードレス署名の 2 通りあります。

ローカル署名を選択した場合は、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」に定めた方法で、電子署名の機能をシステムベンダが独自で実装いただくか、または電子署名関連事業者が提供する「署名共通モジュール」を購入していただくかを選択できます。

カードレス署名を選択した場合は、一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）が提供する仕様に沿って機能を独自で実装いただくか、または同団体が提供する「HPKI カードレス署名モジュール」を組み込んで実装いただくかを選択できます。

署名検証については、「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書」に定めた方法で、署名検証機能をシステムベンダが独自で実装いただくか、または電子署名関連事業者が提供する「署名共通モジュール」を購入してください。

上記の仕組みは、概ね電子処方箋管理サービスと同様の内容となります。「電子処方箋管理サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」に、より詳細の説明を記載しておりますので、併せてご確認ください。その他の詳細については、医療機関等 ONS にてお知らせしています。

(2) ハードウェア構成

①　本サービスが提供する API と接続する端末/サーバー

本サービスが提供する API と接続する端末/サーバーには、オンライン資格確認用の電子証明書（機関認証用）をインストールする必要があります。

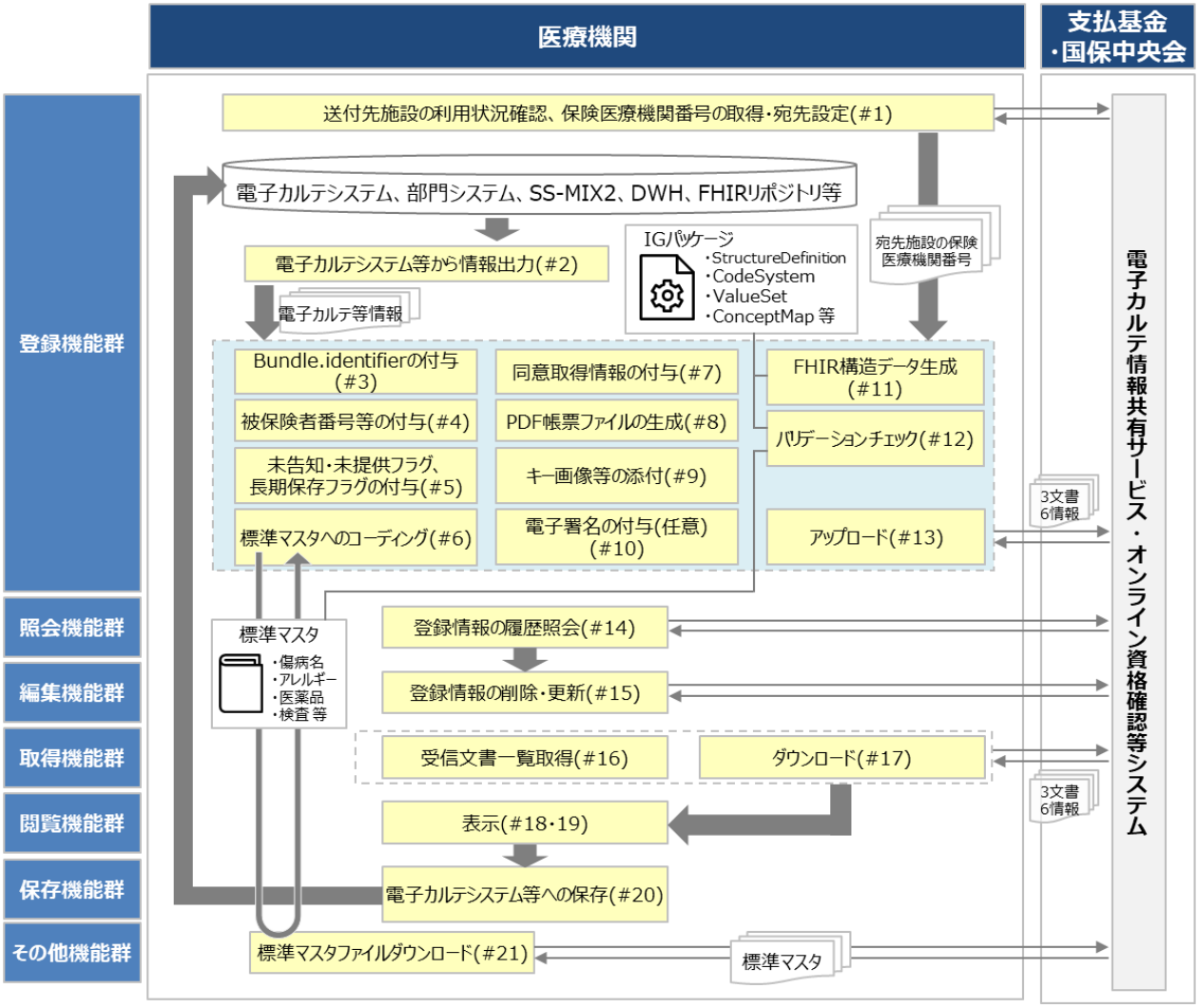
資格確認端末を用いたファイル連携方式を採用した場合、資格確認端末に接続できるセッション数が、Windows OS の制約により最大 20 セッションとなりますので、電子カルテシステム等の端末台数や使用状況によっては、複数の資格確認端末と電子証明書（機関認証用）をご用意いただく必要が発生します。

大規模病院等においては、電子カルテシステム等端末が数百台に及ぶケースがあるため、それらの医療機関については、電子カルテシステム等端末が接続するサーバー(ファイル連携方式の場合はオンライン資格確認等連携ソフト(サーバーＯＳ対応版)が搭載された連携アプリ搭載サーバー等、ＷｅｂＡＰＩ通信方式の場合は直接本サービスが提供する API に接続するサーバー)に 1 ライセンス分の電子証明書（機関認証用）をインストールして接続する構成を推奨します。

② FHIR 変換等の専用サーバー

以下の図に示す対象範囲を実装するにあたり、FHIR 変換等の専用サーバー（以下、「FHIR サーバー」という。）を必ずしも導入する必要はございません。なお、医療機関等の規模やシステム構成によって条件が異なるため、FHIR データ変換等アプリケーションを実行するための専用サーバーの導入が必要な場合にのみ、各施設の運用に合わせてご検討ください。

図 38. 電子カルテ情報共有サービスにおける医療機関側の実装対象範囲



※各番号は、「3.2. 機能」で説明した機能番号を指しています。

また、FHIR サーバーを導入する場合、本サービスの利用にあたってはファサード型で差し支えありませんが、利用目的に応じてリポジトリ型を選択いただいた場合でも本サービスを利用いただくことは可能です。

表 51. FHIR サーバーにおけるファサード型とリポジトリ型の説明

タイプ	説明
ファサード型	電子カルテシステム等のデータを本サービスに登録するタイミングで都度 FHIR 変換する方式。
リポジトリ型	本サービスに登録するタイミングとは関係なく、電子カルテシステム等のデータをあらかじめ FHIR 変換し、変換したデータをリポジトリ（保存領域）にデータとして保存しておく方式。

③　ハードウェア構成の検討に係る補足

本サービスに必要な機能について、既存の電子カルテシステム等を直接改修する方法と、新たに FHIR 変換等のサーバーを構築して実装する方法、並びにその組み合わせによる実装方法が考えられます。

本サービスを運用するにあたって最適なハードウェア構成を各社に検討いただくための参考として、以下に「図 39. 本サービスに必要な機能の導入パターン例」を示します。
なお、ここで言うフロントエンド機能は画面操作(UI)に影響する機能を示し、バックエンド機能はユーザの操作性に影響しない機能を示します。

また、参考として、「3.2. 機能」で説明した各機能が、フロントエンド機能・バックエンド機能のいずれに該当するかを以下の「図 40. フロントエンド機能・バックエンド機能のマッピング例」に例示します。

図 39. 本サービスに必要な機能の導入パターン例

サーバー	導入パターン１		導入パターン２		導入パターン３	
	フロントエンド機能	バックエンド機能	フロントエンド機能	バックエンド機能	フロントエンド機能	バックエンド機能
既存のサーバーを改修	●	●	●			
新規でサーバーを導入				●	●	●

図 40. フロントエンド機能・バックエンド機能のマッピング例

#	機能群	機能	機能種別		補足（機能と関連する画面等）
			フロントエンド機能	バックエンド機能	
1	登録機能群	送付先施設の利用状況確認、保険医療機関番号の取得・宛先設定	●		・「紹介先医療機関の本サービス利用状況確認」のリクエスト・結果表示画面
2		電子カルテシステム等から情報出力		●	
3		Bundle.identifierの付与		●	
4		被保険者番号等の付与		●	
5		未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの付与	●		・未告知・未提供フラグ、長期保存フラグの選択画面
6		標準マスタへのコーディング	●		・ローカルコード／ハウスコードと標準マスタのコーディング管理画面
7		同意取得情報の付与	●		・診療情報提供書の同意ステータス入力画面 ・「保険者以外が行う特定健康診査に相当する健診」に該当する健診文書の同意入力画面
8		PDF帳票ファイルの生成		●	
9		キー画像等の添付	●		・添付するキー画像の選択画面
10		電子署名の付与	●		・電子署名用のPIN入力画面
11		FHIR構造データ生成		●	
12		バリデーションチェック		●	
13		アップロード	●※1	●※2	・アップロードリクエスト・アップロード結果画面 ・※１：医師等の任意のタイミングでアップロードする場合 ・※２：時間設定をするなどしてバッチ処理によりアップロードする場合
14	照会機能群	登録情報の履歴照会	●		・「登録情報の履歴照会」のリクエスト・結果表示画面
15	編集機能群	登録情報の削除・更新	●		・「登録情報の削除・更新」のリクエスト・結果表示画面
16	取得機能群	受信文書一覧取得	●		・「受信文書一覧取得」のリクエスト・結果表示画面
17		ダウンロード	●		・ダウンロードリクエスト・ダウンロード結果画面
18	閲覧機能群	表示（文書情報）	●		・FHIR構造で提供される文書情報を閲覧表示できる画面
19		表示（臨床情報・健診文書）	●		・XMLもしくはPDFで提供された6情報及び健診文書を閲覧表示できる画面
20	保存機能群	電子カルテシステム等への保存	●		・カルテ等の患者情報表示画面
21	その他機能群	標準マスタファイルダウンロード	●		・標準マスタファイル取得のリクエスト画面・結果表示画面

本サービスに必要な最小限の機能構成について医療機関へ説明したうえで、改修の範囲を協議してください。

(3) ネットワーク構成

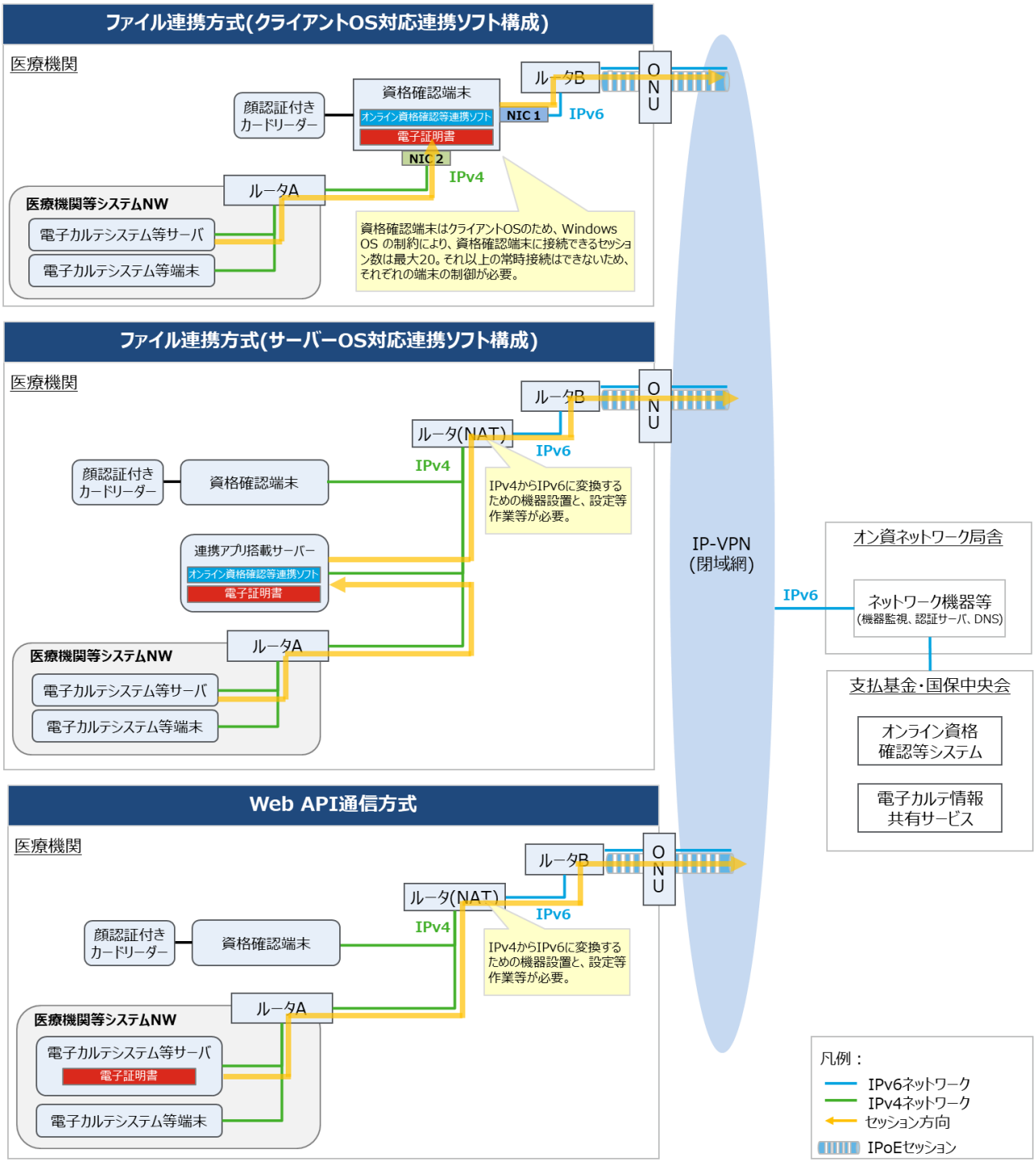
オンライン資格確認ネットワークの接続方式で採用されている、「IP-VPN 接続方式（光回線に限る）」または 「IPsec+IKE 接続方式」のいずれかの方式から選択できます。それぞれの接続方式に応じたネットワーク連携のパターンについては、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になりますので、「オンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」及び「電子処方箋管理サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」より詳細内容をご確認ください。加えて、「オンライン資格確認等システムとの接続に係るネットワーク連携のパターンの参考例」も公開されておりますので、併せてご参考ください。なお、これらの記載内容は、一般的に想定される例を示しているものであるため、実際の導入にあたっては医療機関等の実状に応じてご検討ください。特に「IP-VPN 接続方式」を採用している医療機関は、IPv6 接続設定及び IPv4 から IPv6 に変換するための NAT/NAPT 等の対応が必要になりますのでご留意ください。「オンライン資格確認等システム接続ガイド(IP-VPN 接続方式)」も併せてご参考ください。

セキュリティ等の観点から、各施設のネットワーク構成パターン例における留意点を図 41、42 に示します。図に記載のルータに関しては、以下表のように、ルーティングを限定させるアクセス管理が必要です。但し VLAN 機能等でネットワークを分離した上で同水準のセキュリティが満たされている場合は、必ずしもこの構成でルータを設置する必要はありません。

表 52. 設置ルータに関する留意事項

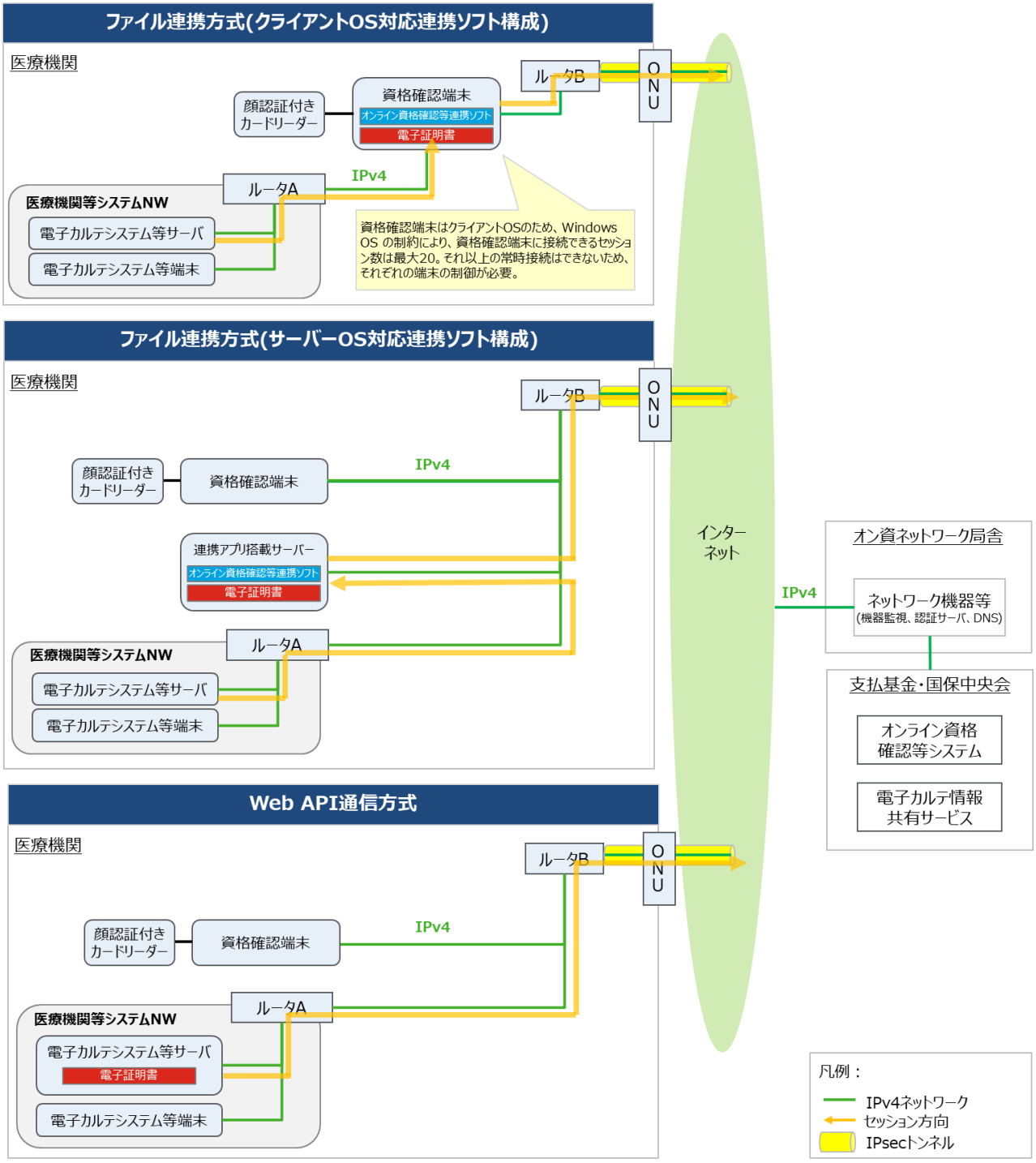
ルータ種別	留意点
ルータ A	電子カルテシステム等(サーバー/端末)を起点に資格確認端末や連携アプリ搭載サーバー等に対してレスポンスを求める通信を許可すること。 資格確認端末及び連携アプリ搭載サーバー等を起点に電子カルテシステム等(サーバー/端末)に対してレスポンスを求める通信を拒否すること。
ルータ B	外部ネットワークからの通信(電子カルテシステム等からの登録(要求)情報に対する戻り(結果)情報以外)を制限すること。 電子カルテシステム等からは特定の接続先のみアクセスできるよう通信許可設定を実施し、不正な外部への接続を制限すること。

図 41. ネットワーク構成パターン例（IP-VPN 通信の場合）



※上図は、電子カルテシステム等サーバーから本サービスへの通信に対して最低限必要なネットワーク構成を例示したもののため、顔認証付きカードリーダーを起点とした資格情報の取得や、各端末/サーバーに搭載されるアプリケーションや電子証明書を網羅した記載ではありません。

図 42. ネットワーク構成パターン例（IPsec+IKE(ルータ型)通信の場合）



※上図は、電子カルテシステム等サーバーから本サービスへの通信に対して最低限必要なネットワーク構成を例示したもののため、顔認証付きカードリーダーを起点とした資格情報の取得や、各端末/サーバーに搭載されるアプリケーションや電子証明書を網羅した記載ではありません。

3.6 セキュリティ対策

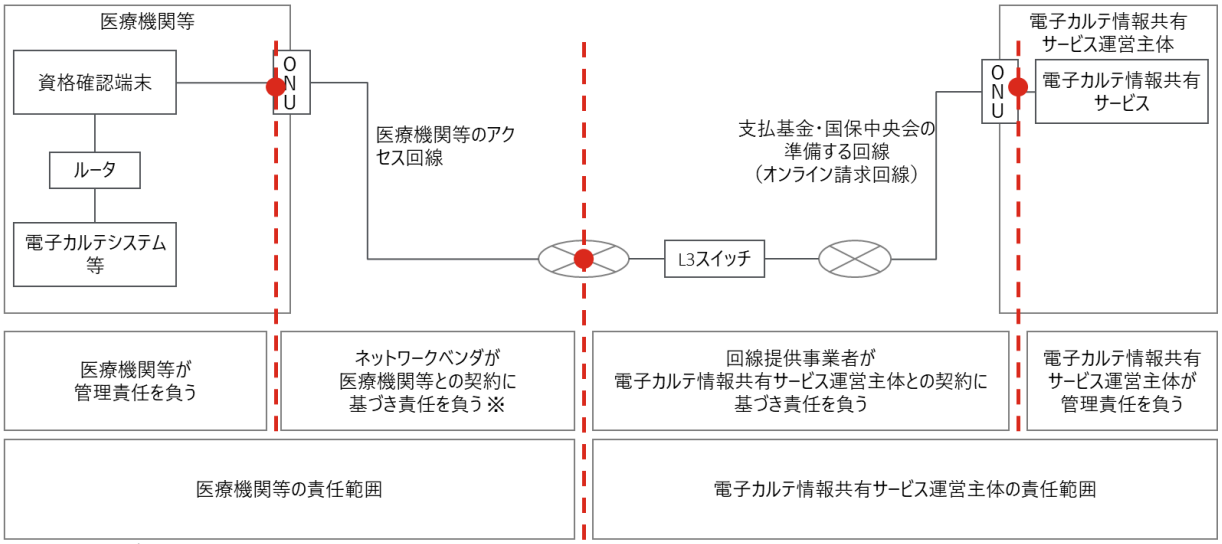
本サービスで扱う医療情報は要配慮個人情報であり、漏洩や改ざん等が発生しないよう、十分な対策を行う必要があります。以下にセキュリティ対策に係る主要事項を記載していますが、各医療機関等のセキュリティ対策の現状を鑑み、セキュリティ対策が十分かどうかの確認及び必要な対策について各システムベンダが医療機関等と相談の上、責任をもって対応ください。

なお、本節内で『オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になります。』と記載している箇所については、「オンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」及び「電子処方箋管理サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」より詳細内容をご確認ください。

(1) 責任分界について

医療機関等と電子カルテ情報共有サービス運営主体の責任分界は、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様、以下のとおりとなります。

図 43. 通信経路の責任分界



※ネットワークベンダの責任範囲は、医療機関等ごとの契約内容等に応じて変わることから、上記は例示の位置づけ。

図 44. 情報到達点の責任分界（資格確認端末を経由したファイル連携方式の場合）

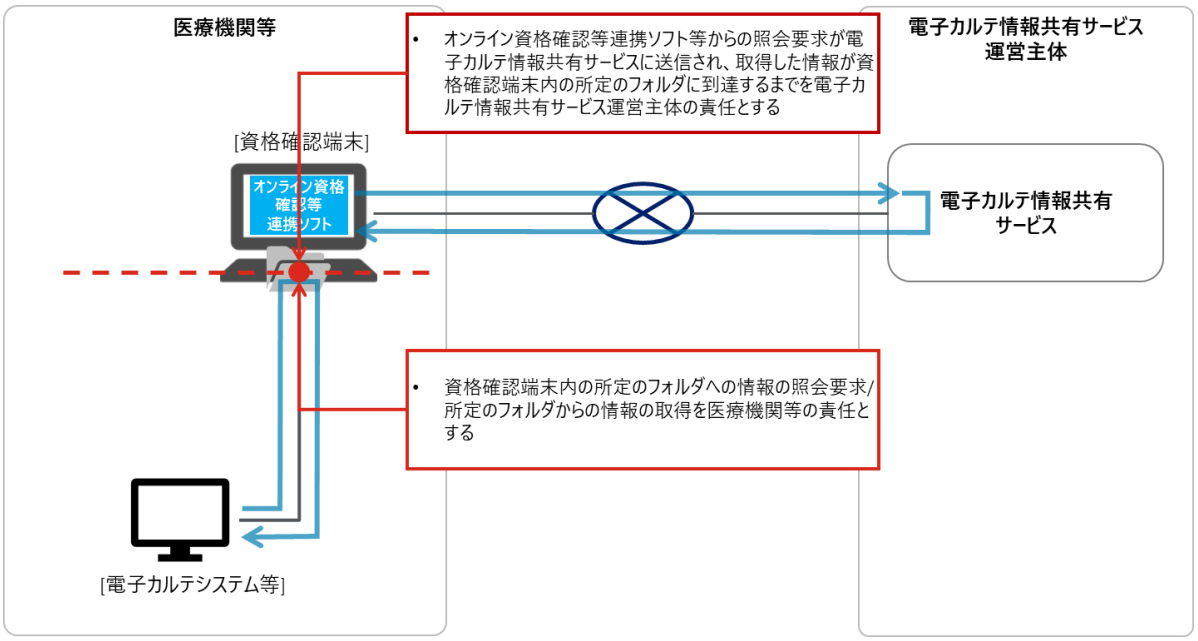
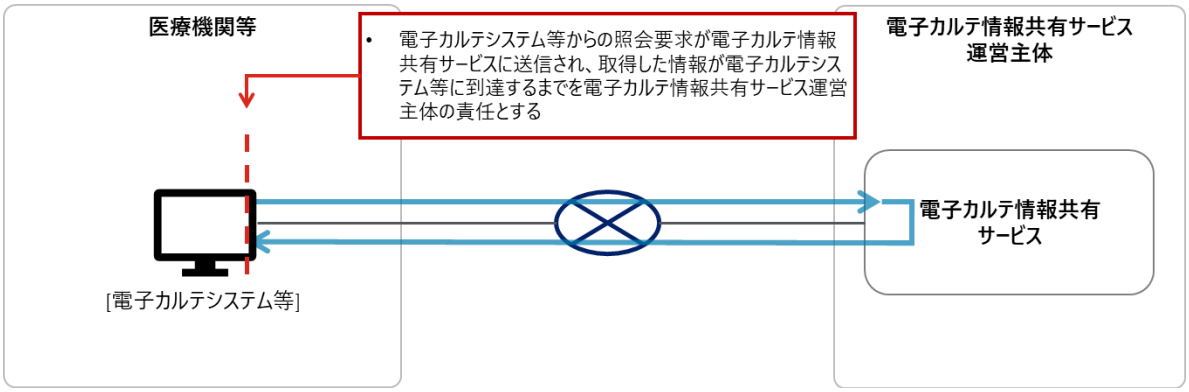


図 45. 情報到達点の責任分界（Web API 通信方式の場合）



(2) セキュリティ対策について

① 本サービスにおけるセキュリティ対策

本サービス(サーバー側)のセキュリティ対策は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 6.0 版」に準拠した上で、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になります。

② ネットワークにおけるセキュリティ対策

オンライン資格確認ネットワークにおけるセキュリティ対策においては、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になります。

③　医療機関等におけるセキュリティ対策

医療機関等においては、まず「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 6.0 版」に準拠いただく必要があります。

そのうえで、本サービスの利用にあたって取り組むべき医療機関等におけるセキュリティ対策例を「別紙 セキュリティアセスメントに基づいたセキュリティ対策例」に示していますのでご確認の上、対応してください。

詳細については、医療機関等 ONS 等にて公開させていただきます。

(3) 電子署名の付与について

診療情報提供書の電子的な情報連携を行う際には、情報の改ざん防止だけでなく、なりすまし・否認防止の観点が重要であり、セキュリティ事案が発生した際の「責任の所在」を明確化するためにも、電子署名を行うことは重要です。

一方で、電子署名の取り扱いについては、本サービスにおいては医療機関の判断で電子署名を行わなくても共有可能とします。

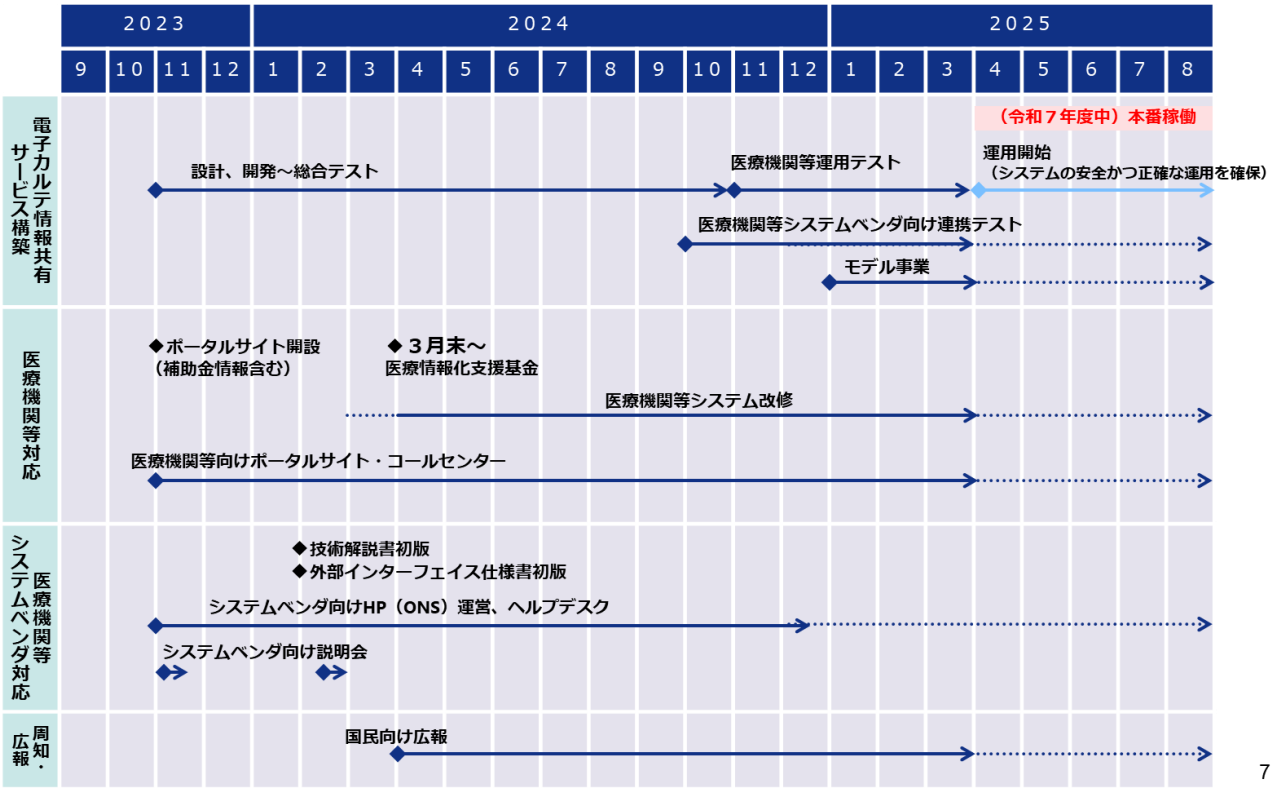
(4) セキュリティパッチ等の配信について

資格確認端末の Windows セキュリティパッチ及びオンライン資格確認等連携ソフト等の配信方法については、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になります。

4. 電子カルテ共有サービス導入に向けた医療機関等の作業

令和 7 年度中の本サービスの運用開始に向けて、医療機関等のシステムベンダが対応する必要のある作業を説明します。全体スケジュールを以下の図に示します。

図 46. 電子カルテ情報共有サービス開始に向けた全体スケジュール



7

4.1 機能改修

本サービスを導入するために必要な機能を、「3.2 機能」を基に機能改修し、医療機関等に導入している既存の電子カルテシステム等に適用します。

4.2 環境設定

(1) ネットワーク設定

本サービスに接続するために、本サービスの IP アドレスの設定等、ネットワーク機器（ルータ等）の設定作業を実施します。ネットワーク設定の主な対応について以下表 53. ネットワーク設定の主な対応に示します。

表 53. ネットワーク設定の主な対応

主な対応	補足
本サービスとの接続設定	本サービスの IP アドレスを利用し、ネットワーク機器（ルータなど）の設定を行う。
セキュリティ機器等の URL 接続制限の解除（必要に応じて）	Web API 通信を行う際に、所定の URL への接続許可設定を行う。
電子カルテシステム等と資格確認端末/連携アプリ搭載サーバーとの接続設定 （必要に応じて）	ルータ等の設定を行い、電子カルテシステム等と資格確認端末/連携アプリ搭載サーバーとの接続設定を行う。（オンライン資格確認等システム対応済みでも、電子カルテシステム等と資格確認端末/連携アプリ搭載サーバーとの間の接続が未完了の場合）

(2) 端末の設定

① 資格確認端末の設定

資格確認端末を経由したファイル連携方式を採用する場合は、資格確認端末に、オンライン資格確認等連携ソフトをインストールしていただく必要があります。加えて、既にオンライン資格確認等連携ソフトがインストールされている場合においても、アップデート作業が必要となります。設定手順については、「連携アプリケーション導入手順書」ならびに「連携アプリケーション操作手順書」をご確認ください。

② IC カードリーダ及び IC カードリーダドライバの設置

診療情報提供書にローカル署名を付す場合には、当該文書を作成する端末に IC カードリーダ及び IC カードリーダドライバが必要になります。

4.3 運用見直し

新規に追加となる業務・適用する機能を踏まえて、医療機関等において、現行業務フロー及びセキュリティポリシー等の規定を必要に応じて変更する必要があります。支払基金・国保中央会が公開する運用マニュアルを基に、運用フロー・運用手順等の見直しを行ってください。

4.4 テスト・モデル事業

本サービスを正常かつ安定的に運用できるよう、医療機関等システムベンダ向け接続テスト、医療機関等運用テスト、モデル事業の実施を予定しています。それぞれの概要を、以下に示します。

表 54. テスト・モデル事業の実施概要(予定)

	医療機関等システムベンダ向け接続テスト	医療機関等運用テスト	モデル事業
目的	電子カルテシステム等（パッケージソフト）が本サービスと正常に連携し、3 文書 6 情報を正確に処理できることを確認する。	医療機関等で想定される本サービスに関わるすべての業務シナリオが正常に実施できることを確認する。	医療機関等で正常に本サービスを導入・運用できるかを確認する。併せて、課題の早期発見及び先進的な取組事例等の収集を行う。
対象	申出のあったシステムベンダ	医療機関等	医療機関等(地域選定)
期間	2024 年 12 月 27 日以降	2025 年 1 月以降	2025 年 2 月以降 (終了時期は検討中)
利用データ	テストデータ	テストデータ (実在の患者データである必要性がある場合は、予め支払基金にお問い合わせください。)	本番データ
実施概要	フェーズ 1 として、外部インターフェイス仕様書の定義に沿ったデータの書き出し・取り込みができるかをオフラインで確認する。 フェーズ 2 として、オンライン（本サービスと接続）で実施する。	医療機関において、①文書送受信サービス、②健診文書登録・閲覧サービス、③臨床情報登録・閲覧サービスそれぞれの業務プロセスが正常に実行できるかを検証する。	医療機関単位で正常に本サービスを導入・運用できるかをオンライン資格確認等システム等の既存システムを含めて検証する。 ベンダおよび医療機関等から技術的な問い合わせに対して、必要な調査・対応を行う。
環境	接続検証環境 (本番環境と同じ構成)	接続検証環境 (本番環境と同じ構成)	本番環境

5. 医療機関等へ提供する情報等

5.1 文書・データ・ソフトウェア

支払基金･国保中央会から医療機関等へ提供する文書･データ･ソフトウェアを以下に示します。

表 55. 提供する文書・データ・ソフトウェア一覧

No	区分	項目	概要	参照先	提供予定時期
1	文書	外部インターフェイス仕様書	電子カルテシステム等が本サービスと連携する際のファイルレイアウト、処理結果コード等。	医療機関等ONS	令和 6 年 2 月～
2	文書	記録条件仕様書	本サービスを利用するにあたっての要求ファイル作成方法やキー画像等の添付方法、電子署名方法、バリデーションチェックが準拠するプロファイルのバージョン、プロファイルの世代管理等について定めた文書。	医療機関等ONS	令和 6 年 2 月～
3	文書	バリデーションチェックルール	本サービスに登録するファイルに対して行うバリデーションチェックルールを定めた文書。記録条件仕様書の別紙として公開している。	医療機関等ONS	令和 6 年 10 月～
4	文書	バリデーションチェックの説明資料	電子カルテ情報共有サービスの構築にあたり、FHIR の記述仕様に係るチェック仕様、およびそのシステム実装方法を整理し、電カル共有サービスにおけるバリデーションの考え方やチェック内容について説明した文書。	医療機関等ONS	令和 6 年 12 月～
5	文書/データ	システムベンダ、外部システムベンダ向け接続テスト計画書	本サービスと正常に接続できることを確認する接続テストのシナリオやテスト環境、テストデータ等。	医療機関等ONS	令和 6 年 11 月～
6	文書/データ	システムベンダ向け運用テスト計画書	本サービス開始に向けた最終ステップとして実施する運用テストのシナリオやテスト環境、テストデータ等。	医療機関等ONS	令和 6 年 11 月～
7	文書	運用マニュアル	本サービスを導入した医療機関等の職員向けに、業務の流れや留意事項等を記載した文書。	医療機関等ポータルサイト	令和 7 年 4 月～

No	区分	項目	概要	参照先	提供予定時期
8	文書	利用規約	本サービスに係る利用規約例等。	医療機関等ポータルサイト	令和 6 年 12 月～
9	ソフトウェア	オンライン資格確認等連携ソフト	本サービスとデータ送受信するためのアプリケーションソフト。 「オンライン資格確認等連携ソフト設定手順」も併せて公開予定。	医療機関等 ONS	令和 6 年 10 月～
10	ソフトウェア	記録条件仕様ファイルバリデータ	医療機関等ベンダ向け接続テストで利用する記録条件仕様ファイルバリデータとそのソースコード。 FHIR 記述仕様/実装ガイド(Implementation Guide)に従ってデータが作成されているかをチェックするためのツール。	医療機関等 ONS	令和 7 年 3 月～

5.2 説明会等

本サービスの導入に向けて必要な対応等を周知するため、システムベンダ向け及び医療機関等向けに説明会を行います。また、医療機関等 ONS 上にサービスデスクを設置し、本書や説明会における説明内容等に対する問合せ Web フォームにより行えるようにする予定です。

説明会及び問合せフォームについては、別途お知らせします。