

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6年11月 1.2.0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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、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
			<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
			<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 「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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 「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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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。

目次

1. はじめに	9
1.1 本書の趣旨	9
1.2 本書の前提	9
1.3 本書の構成	10
1.4 用語の定義	12
2. 電子カルテ情報共有サービスの全体像	17
2.1 提供するサービス	17
2.2 取り扱う情報	20
2.3 設計思想	35
2.4 原則	36
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	52
3.1 業務	52
3.2 機能	59
3.3 画面	98
3.4 外部インターフェイス	100
3.5 システム構成	102
3.6 セキュリティ対策	112
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	115
4.1 機能改修	116
4.2 環境設定	116
4.3 運用見直し	117
4.4 テスト・モデル事業	117
5. 医療機関等へ提供する情報等	118
5.1 文書・データ・ソフトウェア	118
5.2 説明会等	119

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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。
関連	健康診断結果報告書 HL7 FHIR 記述仕様	<ul style="list-style-type: none"> 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】 ※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	<ul style="list-style-type: none"> 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】 ※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	<ul style="list-style-type: none"> 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】 ※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	<ul style="list-style-type: none"> 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ィールを定義する実装ガイド。また、5 情

分類	資料名	概要
	ド JP-CLINS (Clinical Information Sharing Implementation Guide)	<p>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。</p> <p>【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】</p> <p>※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。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【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)】</p> <p>※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。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【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)】</p> <p>※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。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【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)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ※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。
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

用語	内容
	<p>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。</p> <p>※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。</p>
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	<p>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。</p> <p>【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）】</p>
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	<p>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。</p> <p>【参照先：厚生労働省ホームページ_電子処方箋】</p>
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 情報のやり取りを行うために使用する。別名「連携アプリケーション」。

用語	内容
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ー	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ー。
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。
情報提供サイト	
医療機関等 ONS	システムベンダ向けに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トの 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
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（救急・生活習慣病）、診療情報提供書及び退院時サマリーに記載された処方箋の 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（救急・生活習慣病）の 5 種類の情報を指す総称。

用語	内容
指定感染症 5 項目	本サービスで取り扱う感染症として指定された検体検査項目。
指定検査 43 項目	本サービスで取り扱う検査(救急・生活習慣病)として指定された検体検査項目。
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 (個人単位被保険者番号)	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番号。従来利用されてきた被保険者証記号、被保険者証番号と枝番(2桁)を組み合わせることで被保険者番号とする。
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。
CDA	HL7 CDA(Clinical Document Architecture)の略称。診療に関する文書(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。
ローカルコード/ハウスコード	施設ごとに独自に利用しているコード。
標準マスタ	電子カルテ情報の標準化を推進するために、本サービスで指定するコードセット。
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。マスタの更新日に合わせて記載されるため、薬価収載日等とは異なります。
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。
ICD10 対応標準病名マスタ	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たマスタ。厚生労働省標準規格(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 】

用語	内容
JLAC10 コード/JLAC11 コード	<p data-bbox="619 248 943 282">ージ_MEDIS 標準マスタ】</p> <p data-bbox="619 297 1439 757">臨床検査項目分類コード。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 と呼称される。本サービスでは、指定感染症 5 項目及び指定検査 43 項目に該当するこれらのコードを「電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表」という名称で公開する。なお、MEDIS が公開している JLAC10 を活用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。また、公開した臨床検査項目について、市販されている体外診断用医薬品（一部、検体検査用医療機器）に対照させた JLAC10/11 コードが収録された「臨床検査項目基本コードセット」についても MEDIS から公開されている。</p> <p data-bbox="619 772 1439 853">【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】</p> <p data-bbox="619 869 1439 949">【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】</p> <p data-bbox="619 965 1439 1046">【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】</p>
J-FAGY コード	<p data-bbox="619 1061 1439 1142">医薬品以外のアレルゲンにコードをアサインして策定したアレルゲン用語集マスタ。</p> <p data-bbox="619 1158 1439 1191">【参照先：アレルギー・不耐症に関連するアレルゲン値セット】</p>
YJ コード	<p data-bbox="619 1207 1439 1288">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、個別医薬品コード。</p> <p data-bbox="619 1303 1439 1384">個別医薬品コード（YJ コード）リストは、HELICS の医療情報標準化指針に採択されている。</p> <p data-bbox="619 1400 1265 1433">【参照先：株式会社医薬情報研究所ホームページ】</p> <p data-bbox="619 1449 1152 1482">【参照先：医薬品情報標準化推進協議会】</p>
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	<p data-bbox="619 1496 1439 1576">電子処方箋管理サービスの処方箋情報（CSV 形式）等を記録するための用法マスタ（医療機関等における用法マスタ）。</p> <p data-bbox="619 1592 1251 1626">【参照先：厚生労働省ホームページ_電子処方箋】</p>

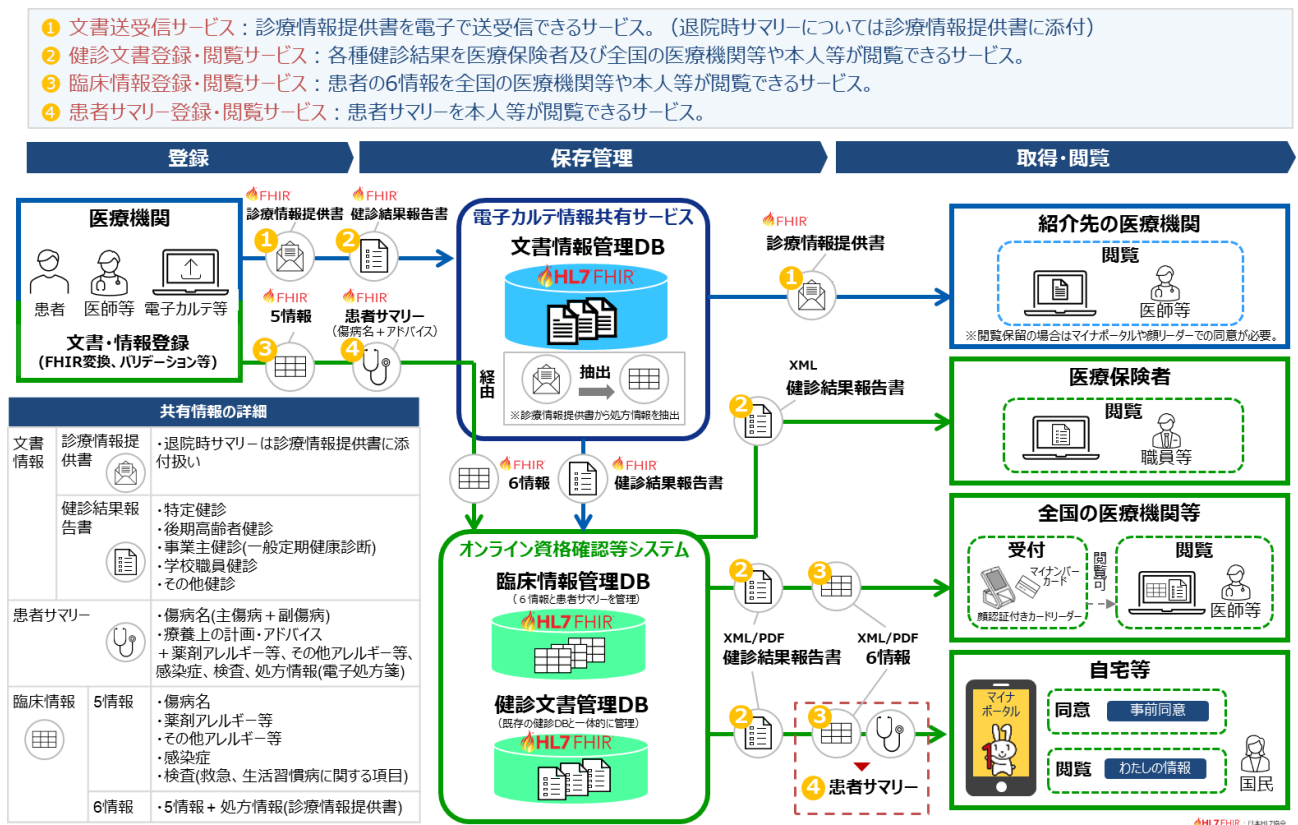
2. 電子カルテ情報共有サービスの全体像

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、医療機関等の中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(救急・生活習慣病)、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(救急・生活習慣病)
- ・ 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

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、有効な被保険者番号もしくは受給者番号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 形式の帳票として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注意ください。

② 退院時サマリー

本サービスにおける退院時サマリートの位置づけは、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。

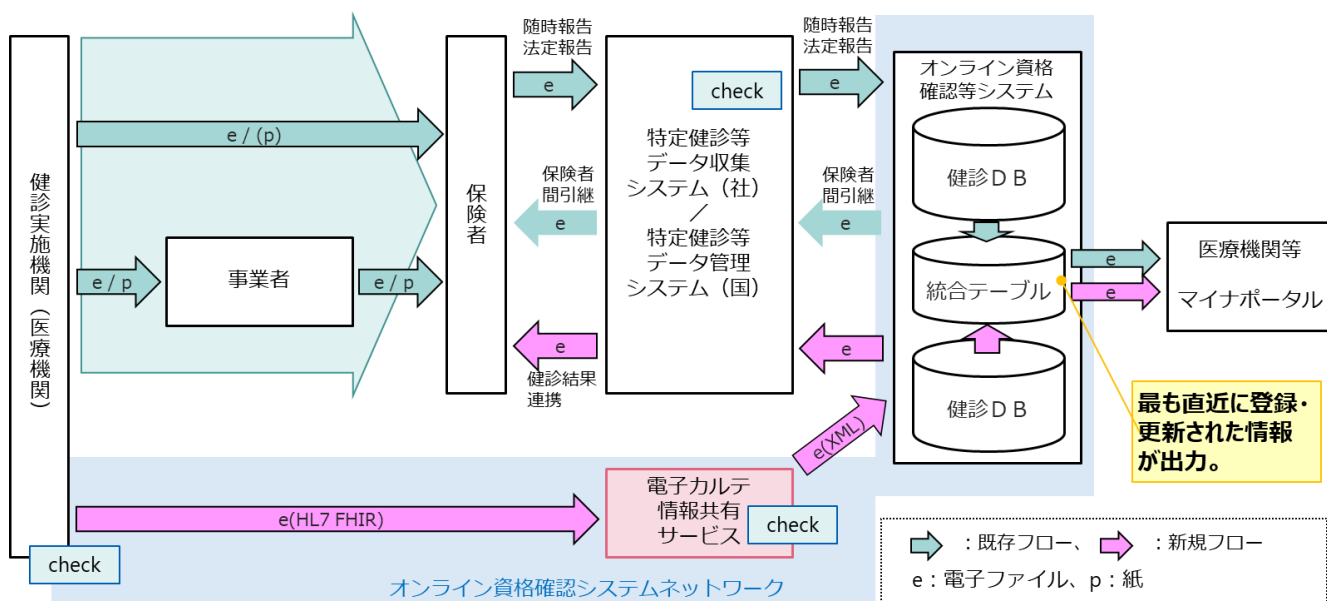
そのため、本サービスでは、文書送受信サービスの利用時に、退院時サマリーを診療情報提供書の添付文書として取り扱うことができるものとします。なお、退院時サマリー単独での送受信はできないことにご留意ください。

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形式の帳票として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となりますが、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形式の帳票として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注意ください。

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

*「保険者以外が行う特定健康診査に相当する健診」については、保険者に共有することについての本人の同意を問診票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。なお、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
- ・ 事業者提供項目と保険者提供項目との区別ができない場合（事業者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）

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(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. 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。

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

※検査結果/問診結果セクションコードに加えて、「01990：任意追加項目セクション」を使用いただくことも可能となる予定です。使用方法については、「[特定健診・特定保健指導の電子的なデータ標準様式](#)」をご参照ください。

(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形式の帳票、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 10	長期保存 フラグ ※補 13	未告知・ 未提供フラグ ※補 14	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)	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) (中間報告含む ※補 7)	本サービス登録日 から 1 年間もしくは 直近 3 回分 ※補 11	—	—	
処方	文書情報から抽出した処方情報のみ取り扱い ※補 8・9	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 12	—	—	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 帳票の傷病名には「●●の疑い」と表示されますのでご注意ください。

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注意ください。

【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）のグレード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 指定感染症 5 項目について

指定感染症 5 項目は以下の通りです。なお、PDF 帳票では、詳細表示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 3. 指定感染症 5 項目一覧

検査項目	FHIR項目名称	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)	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(コントロール比) 6. HCV抗体(希釈倍率) 7. HCV抗体(定性) 8. HCV抗体(陽性コントロール比)
02_梅毒TP抗体	1. 梅毒TP抗体(定性) 2. 梅毒TP抗体(定量、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(コントロール比) 2. HBs抗原(定性) 3. HBs抗原(希釈倍率) 4. HBs抗原(吸光度) 5. HBs抗原(定量) 6. HBs抗原(陽性コントロール比) 7. HBs抗体(定性) 8. HBs抗体(希釈倍率) 9. HBs抗体(定量)	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(コントロール比) 5. HIV-1+2抗体(定性) 6. HIV-1+2抗体(陽性コントロール比) 7. HIV-1+2抗体・p24抗原(吸光度) 8. HIV-1+2抗体・p24抗原(コントロール比) 9. HIV-1+2抗体・p24抗原(定性) 10. HIV-1+2抗体・p24抗原(定量) 11. HIV-1+2抗体・p24抗原(陽性コントロール比) 12. HIV-1抗体(希釈倍率) 13. HIV-1抗体(定性) 14. HIV-2抗体(希釈倍率) 15. HIV-2抗体(定性)

※補 5 指定検査 43 項目について

指定検査 43 項目は以下の通りです。なお、PDF 帳票では、詳細表示に記載された内容が検査項目として表示されます。

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. 指定検査 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	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)	27_血算-白血球数	○		1. 白血球数
02_アルブミン	○	○	1. アルブミン	28_血算-赤血球数	○		1. 赤血球数
03_クレアチンキナーゼ(CK)	○		1. クレアチンキナーゼ(CK)	29_血算-HbA1c(糖化HbA1c)	○	○	1. 血色素量(ヘモグロビン値)
04_AST(GOT)	○	○	1. AST(GOT)	30_血算-血小板数	○		1. 血小板数
05_ALT(GPT)	○	○	1. ALT(GPT)	31_活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	○		1. 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
06_LD(LDH)	○		1. LD(LDH)	32_プロトロンビン時間	○		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)
07_アルカリホスファターゼ(ALP)	○		1. アルカリホスファターゼ(ALP)	33_Dダイマー(DD)	○		1. Dダイマー(定量) 2. Dダイマー(定性)
08_γ-GTP(GGT)	○	○	1. γ-GT(γ-GTP)	34_尿蛋白		○	1. 尿蛋白(定性) 2. 尿蛋白(半定量)
09_コリンエステラーゼ(ChE)	○		1. コリンエステラーゼ(ChE)	35_尿糖		○	1. 尿糖(定性) 2. 尿糖(半定量)
10_アミラーゼ(AMY)	○		1. アミラーゼ(AMY)	36_尿潜血		○	1. 尿潜血(定性) 2. 尿潜血(半定量、希釈倍率)
11_クレアチン(Cre)	○	○	1. 血清クレアチン(Cre)	37_尿中蛋白/クレアチン比(P/C比)		○	1. 尿中蛋白/クレアチン比(P/C比)
12_シスタチンC(Cys-C)		○	1. シスタチンC(Cys-C)	38_尿中アルブミン/クレアチン比(A/C比)		○	1. 尿中アルブミン/クレアチン比(A/C比)
13_尿酸(UA)		○	1. 血清尿酸(UA)	39_脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)		○	1. 脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)
14_尿素窒素(BUN)	○	○	1. 尿素窒素(BUN)	40_ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)		○	1. ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
15_空腹血糖	○	○	1. 血糖(定量) 2. 空腹時血糖 3. 随時血糖	41_C反応性蛋白(CRP)		○	1. CRP(定量) 2. CRP(スコア)
16_HbA1c(NGSP)	○	○	1. HbA1c(NGSP)	42_血液型-ABO		○	1. 血液型(ABO)
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)	43_血液型-Rh		○	1. 血液型(Rh)
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_カルシウム(Ca)	○		1. カルシウム(Ca)				
24_総ビリルビン(T-Bil)	○		1. 総ビリルビン(T-Bil)				
26_直接ビリルビン(D-Bil)	○		1. 直接ビリルビン(D-Bil)				

※補 6 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。

※補 7 中間報告(分析途中)時点の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。検査の情報は報告単位で登録しますので、最終報告(確定時)が出た際には、中間報告(分析途中)の登録データと同じ Bundle リソースの identifier(Bundle.identifier)を最終報告(確定時)の登録データに設定したうえで、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。

※補8 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判断ください。

※補9 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 10 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の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せん。

※補 11 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 12 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 13 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 14 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 14. 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

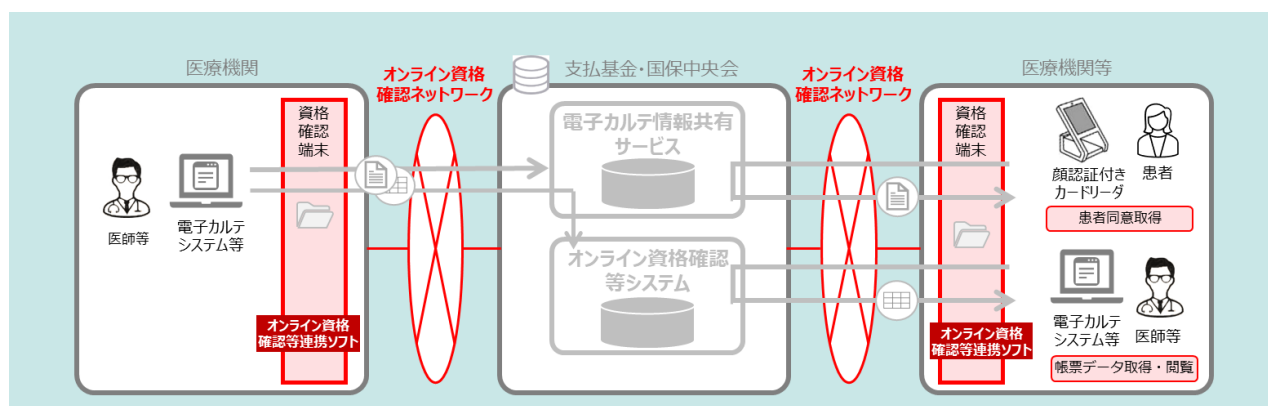
2.3 設計思想

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ーを活用した患者同意取得

図 5. 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、ドキュメントの目次構成、そのパーツに該当するリソース種別、より詳細のデータフォーマット、標準マスタ等の利用ルール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、例えば、各種リソースの組み合わせやリソース同士の紐づけを定義しておくことで、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 6. FHIR の構造イメージ



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 15. 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 (参照先： 医療機関等 ONS および 医療機関等ポータルサイト)	—

■臨床情報で使用する FHIR リソース

臨床情報で使用する 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 16. 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
臨床情報リソース	
傷病名	・ Condition リソース
薬剤アレルギー等	・ AllergyIntolerance リソース
その他アレルギー等	・ AllergyIntolerance リソース
感染症	・ Observation リソース
検査(救急・生活習慣病)	・ Observation リソース
処方	・ MedicationRequest リソース
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
オーダ情報	・ ServiceRequest リソース
検査検体情報	・ Specimen リソース
医療従事者情報	・ Practitioner リソース

■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 7. Cardinality (多重度) と Must Support の記載箇所

Name	Flags	Card.	type	Description & Constraints
Condition	C	0..*	SP_Condition_eCS	診療情報における傷病名情報の格納に使用する
id		0..1	id	このアーティファクトの論理ID
meta		0..1	meta	リソースに関するメタデータ
id		0..1	string	エレメント相互参照のためのユニークID
extension		0..*	extension	実装によって定義される追加コンテンツ Slice: Unordered, Open by value:url バージョン固有の識別子 (Baajon koyū no shikibetsu-shi)
versionId		0..1	id	バージョン固有の識別子 (Baajon koyū no shikibetsu-shi)
lastUpdated	S	1..1	instant	このリソースのデータが最後に作成、更新、復写された日時。最終更新日時。YYYY-MM-DDThh:mm:ss.sss+zz:zz 例:2015-02-07T13:28:17.239+09:00 「リソースがどこから来たかを特定する」
source	S	0..1	uri	参照しているプロファイルとして次のURLを指定する。 http://jpfhir.jp/fhir/clins/StructureDefinition/JP_Condition_eCS
profile	S	1..1	canonical(StructureDefinition)	このリソースに適用されたセキュリティラベル Binding: All Security Labels (extensible): 医療プライバイシーおよびセキュリティ分類システムからのセキュリティラベル。
security		0..*	Coding	このリソースに適用されたセキュリティラベル Binding: All Security Labels (extensible): 医療プライバイシーおよびセキュリティ分類システムからのセキュリティラベル。
Slices for tag		0..*	Coding	このリソースに適用されたタグ Slice: Unordered, Open by value:this Binding: CommonTags (example): 様々なタグを表すコードで、一般的にはワークフローに関連していません。例: 「シヨーンズ博士によるレビューが必要です」。

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。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は、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 17. Cardinality (多重度) と Must Support のまとめ

	MustSupport なし	MustSupport 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 8. 「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ない。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-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.text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): 傷病名の后置修飾語
- 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 (内外区分など) 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 の記述方法

標準マスタ等のコードを、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、コードの記述に使用する標準マスタを示す識別子 (URI もしくは OID) を記述します。同様に、version には使用する標準マスタのバージョンを、code には使用する標準マスタ上の該当するコードを、display には記述するコードに対応する標準マスタ上の表示名を記述します。加えて、text には表現したいコンセプトのテキストを記述します。特に code がダミーコードの場合は、text の表現内容が display の代わりに PDF 帳票やマイナポータルに表示されますのでご注意ください。なお、ここに記載の多重度は、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 9. 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	値	説明
Codeable Concept			1..1	CodeableConcept		
	coding		1..*	Coding		
		system	1..1	uri	"http:....."	コード値のコード体系を識別するURI
		version	0..1	string	"ver.1"	使用したマスタのバージョン
		code	1..1	code	"BOEF"	コード値
		display	1..1	string	"持続腹痛"	コード体系のコードに対応する表示名
	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記述

■ Value の記述方法

検査(救急・生活習慣病)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。検査結果を valueQuantity、ValueCodeableConcept、ValueString の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』のデータタイプに示しているため、そのルールに準拠して必ず記述する必要があります。さらに、同マスタに各 JLAC コードに対して使用する単位・定性値情報を指定しているため、ルールに応じた単位・定性値を必ず記述する必要があります。そのため、必要に応じて、変換処理等を行ってください

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のでご参考ください。

検体検査の検査結果が数値(データタイプ:PQ)の場合は、valueQuantity を選択し、value に測定値、unit に表示する単位名、system に本サービスで設定されている単位の UCUM コード体系識別子、code に UCUM 単位コードを記述いただくことになります。

検体検査の検査結果が定性値(データタイプ:CD)の場合は、valueCodeableConcept を選択し、system に本サービスで設定されている定性値のコード体系識別子、code に定性値コード、display に code に対する結果文字列を記述いただくことになります。

図 10. 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	値	説明
value				0..1	String		
	valueQuantity			0..1	Quantity		
		value		1..1	decimal	100	測定値
		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
		system		0..1	uri	http://unitsofmeasure.org	単位のコード体系。 UCUMコード体系を指定。
		code		0..1	code	"mg/dL"	UCUM単位のコード
	valueCodeableConcept			0..1	CodeableConcept		
		coding		0..*	Coding		
			system	1..1	uri	http://jpfhir.jp/fhir/LaboResult/CodeSystem/JP_PosNegHold_CS	定性値のコード体系。 本サービスで設定されている定性値のコード体系を指定。 ※電子カルテ情報共有サービス対応JLACコード表を参照。
			code	1..1	code	"1"	定性値のコード
			display	1..1	string	"陽性"	結果のコードに対応する結果文字列
		text		0..1	string		※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 (指定検査43項目、指定感染症5項目では使用しない。)

■ 指定感染症 5 項目、指定検査 43 項目の FHIR 識別文字列、単位・定性値

指定感染症 5 項目と指定検査 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 に記述いただく必要があります。また、単位名は Observation.value[x].valueQuantity.unit に、UCUM 単位コードは Observation.value[x].valueQuantity.code に記述してください。

表 18. 指定感染症 5 項目の FHIR 識別文字列、単位・定性値

	指定感染症 5 項目		FHIR 識別文字列	単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値：名称)
1	梅毒 STS	1	梅毒 STS(定性)	1：陽性、2：陰性
		2	梅毒 STS(定量)	単位名：U、単位コード：U
2	梅毒 TP 抗体	1	梅毒 TP 抗体(定性)	1：陽性、2：陰性、3：判定保留
		2	梅毒 TP 抗体(定量、陽性コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
		3	梅毒 TP 抗体(半定量)	単位名：倍、単位コード：{dilution}
		4	梅毒 TP 抗体(定量)	単位名：U/mL、単位コード：U/mL
3	HBs	1	HBs 抗原(コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
		2	HBs 抗原(定性)	1：陽性、2：陰性
		3	HBs 抗原(希釈倍率)	単位名：倍、単位コード：{dilution}
		4	HBs 抗原(吸光度)	単位名：吸光度、単位コード：{absorbance}
		5	HBs 抗原(定量)	単位名：U/mL、単位コード：U/mL
		6	HBs 抗原(陽性コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
		7	HBs 抗体(定性)	1：陽性、2：陰性
		8	HBs 抗体(希釈倍率)	単位名：倍、単位コード：{dilution}
		9	HBs 抗体(定量)	単位名：mU/mL、単位コード：mU/mL
4	HCV	1	HCV 核酸増幅検査(定量)	単位名：LogU/mL、単位コード：{Log_IU}/mL
		2	HCV 核酸増幅検査(定性)	1：陽性、2：陰性
		3	HCV 抗原検査(定性)	1：陽性、2：陰性
		4	HCV 抗原検査(定量)	単位名：fmol/L、単位コード：fmol/L
		5	HCV 抗体(コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
		6	HCV 抗体(希釈倍率)	単位名：倍、単位コード：{dilution}
		7	HCV 抗体(定性)	1：陽性、2：陰性
		8	HCV 抗体(陽性コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
5	HIV	1	HIV-1(ウイルス RNA 定量)	単位名：Copies/mL、単位コード：{copies}/mL
		2	HIV-1(ウイルス RNA 定量判定)	1：陽性、2：陰性
		3	HIV-1+2 抗体(希釈倍率)	単位名：倍、単位コード：{dilution}
		4	HIV-1+2 抗体(コントロール比)	単位名：COI、単位コード：{COI}
		5	HIV-1+2 抗体(定性)	1：陽性、2：陰性

	指定感染症 5 項目		FHIR 識別文字列	単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値 : 名称)
		6	HIV-1+2 抗体(陽性コントロール比)	単位名 : COI、単位コード : {COI}
		7	HIV-1+2 抗体・p24 抗原(吸光度)	単位名 : 吸光度、単位コード : {absorbance}
		8	HIV-1+2 抗体・p24 抗原(コントロール比)	単位名 : COI、単位コード : {COI}
		9	HIV-1+2 抗体・p24 抗原(定性)	1 : 陽性、2 : 陰性
		10	HIV-1+2 抗体・p24 抗原(定量)	単位名 : COI、単位コード : {COI}
		11	HIV-1+2 抗体・p24 抗原(陽性コントロール比)	単位名 : COI、単位コード : {COI}
		12	HIV-1 抗体(希釈倍率)	単位名 : 倍、単位コード : {dilution}
		13	HIV-1 抗体(定性)	1 : 陽性、2 : 陰性
		14	HIV-2 抗体(希釈倍率)	単位名 : 倍、単位コード : {dilution}
		15	HIV-2 抗体(定性)	1 : 陽性、2 : 陰性

表 19. 指定検査 43 項目の FHIR 識別文字列、単位・定性値

	指定検査 43 項目		FHIR 識別文字列	単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値：名称)
1	総蛋白(TP)		TP	単位名：g/dL、単位コード：g/dL
2	アルブミン		ALB	単位名：g/dL、単位コード：g/dL
3	クレアチンキナーゼ(CK)		CK	単位名：U/L、単位コード：U/L
4	AST(GOT)		AST	単位名：U/L、単位コード：U/L
5	ALT(GPT)		ALT	単位名：U/L、単位コード：U/L
6	LD(LDH)		LD	単位名：U/L、単位コード：U/L
7	アルカリホスファターゼ(ALP)		ALP	単位名：U/L、単位コード：U/L
8	γ-GTP(GGT)		GGT	単位名：U/L、単位コード：U/L
9	コリンエステラーゼ(ChE)		ChE	単位名：U/L、単位コード：U/L
10	アミラーゼ(AMY)		AMY	単位名：U/L、単位コード：U/L
11	クレアチニン(Cre)		Cre	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
12	シスタチン C(Cys-C)		Cys-C	単位名：mg/L、単位コード：mg/L
13	尿酸(UA)		UA	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
14	尿素窒素(BUN)		BUN	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
15	グルコース(血糖)	1	BG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
	・空腹時血糖	2	FBG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
	・随時血糖	3	CBG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
16	HbA1c(NGSP)		HbA1c-NGSP	単位名：%、単位コード：%
17	中性脂肪(TG)	1	TG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
	・空腹時中性脂肪(TG)	2	FTG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
	・随時中性脂肪(TG)	3	CTG	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
18	総コレステロール(T-CHO)		T-CHO	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
19	HDL-コレステロール(HDL-C)		HDL-C	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
20	LDL-コレステロール(LDL-C)		LDL-C	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
21	ナトリウム(Na)		Na	単位名：mmol/L、単位コード：mmol/L
22	カリウム(K)		K	単位名：mmol/L、単位コード：mmol/L
23	クロール(Cl)		Cl	単位名：mmol/L、単位コード：mmol/L
24	カルシウム(Ca)		Ca	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
25	総ビリルビン(T-Bil)		T-Bil	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
26	直接ビリルビン(D-Bil)		D-Bil	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
27	血算-白血球数		WBC	単位名：X10 ³ /μL、単位コード：10 ³ /uL
28	血算-赤血球数		RBC	単位名：X10 ⁴ /μL、単位コード：10 ⁴ /uL
29	血算-ヘモグロビン		Hb	単位名：g/dL、単位コード：g/dL
30	血算-血小板数		PLT	単位名：X10 ⁴ /μL、単位コード：10 ⁴ /uL
31	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)		APTT	単位名：s、単位コード：s

	指定検査 43 項目		FHIR 識別文字列	単位(単位名、単位コード)・定性値(コード値：名称)
32	プロトロンビン時間	1	PT-秒	単位名：s、単位コード：s
		2	PT 比	単位名：比、単位コード：{ratio}
		3	PT-活性%	単位名：%、単位コード：%
		4	PT-INR	単位名：INR、単位コード：{INR}
33	D タイマー(DD)	1	DD	単位名：μg/mL、単位コード：ug/mL
		2	DD-定性	1：陽性、2：陰性
34	尿蛋白	1	U-TP	1：-、2：±、3：+、4：2+、5：3+、6：4+
		2	U-TP-半定量	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
35	尿糖	1	U-Glu	1：-、2：±、3：+、4：2+、5：3+、6：4+、 7：5+
		2	U-Glu-半定量	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
36	尿潜血	1	U-Bld	1：-、2：±、3：+、4：2+、5：3+、6：4+
		2	U-Bld-半定量	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
37	尿中蛋白/クレアチニン比(P/C 比)		U-P/C	単位名：g/g・Cr、単位コード：g/g{creat}
38	尿中アルブミン/クレアチニン比(A/C 比)		U-A/C	単位名：mg/g・Cr、単位コード：mg/g{creat}
39	脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)		BNP	単位名：pg/mL、単位コード：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	単位名：pg/mL、単位コード：pg/mL
41	C 反応性蛋白(CRP)	1	CRP	単位名：mg/dL、単位コード：mg/dL
		2	CRP-class	1：陽性、2：陰性
42	血液型-ABO		血液型-ABO	1：A、2：B、3：AB、4：O
43	血液型-Rh		血液型-Rh	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、以下の標準マスタで示すコードを用いて記述する必要があります。

表 20. 標準マスタの対応表

情報	標準マスタ・コード
傷病名	<p>■傷病名</p> <p>『ICD10 対応標準病名マスタの病名管理番号』、『未コード化傷病名コード(99999999)』。</p> <p>※ アレルギーの症状情報(AllergyIntolerance.reaction.manifestation 要素)についても本マスタを使用する。</p> <p>■傷病名の修飾語</p> <p>『ICD10 対応標準病名マスタの修飾語管理番号』。</p>
薬剤アレルギー等	<p>『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』。</p> <p>※ 薬剤成分アレルギー用コードは、成分名を一覧化した本サービス用のマスタであり、薬剤の銘柄を指定できない場合に限り使用する。</p>
その他アレルギー等	『J-FAGY(食品/非食品)コード』、『フリーテキスト用コード』。
感染症	<p>電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表の『JLAC10/11 コード』。</p> <p>※ 指定感染症 5 項目については、未標準化コード(9999999999999999)の使用は不可とする。</p>
検査 (救急・生活習慣病)	<p>電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表の『JLAC10/11 コード』。</p> <p>※ 指定検査 43 項目については、未標準化コード(9999999999999999)の使用は不可とする。</p>
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)	<p>■医薬品</p> <p>『個別医薬品コード(YJ コード)リスト』および『規格別薬剤成分コード*』。</p> <p>※ 規格別薬剤成分コードは、成分名と規格の組み合わせを一覧化した本サービス用のマスタであり、薬剤の銘柄を指定できない場合に限り使用する。</p> <p>■用法</p> <p>『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』。</p> <p>※ ダミーコード(0X0XXXXXXXXX0000)は標準コードに一致するものがない場合に限り使用する。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。</p>
健診文書	<p>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』</p> <p>※ 既存の制度(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 コードを使用する。よって、JLAC11 コードやその他の JLAC10 コードの使用は不可とする。</p>

■アレルギー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。例えば、セフメタゾン静注用0.5gの場合であれば、コードは、「YCM6132408F2028：セフメタゾン静注用0.5g」となります。一方、アレルギー情報を入力する際、銘柄や規格が分からない場合に、セフメタゾールナトリウムでアレルギーが出たことを表示するためのコードとして、薬剤成分名のみを示す「GCM6132408E1ZZZ：セフメタゾールナトリウム」を記述することが可能です。さらにより広範囲的な抗生物質製剤等の系統を表現をしたい場合は、「D9M000000000」の薬剤フリーテキスト用コードを入れた上で、テキストに「セフェム系」等と記載します。

表 21. 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
		頭3桁 (メタコード※)	4桁目以降	
薬剤アレルギー等	薬剤アレルギー用コード	YCM	YJコード	—
	薬剤成分アレルギー用コード	GCM	YJコードの頭9桁+ZZZ	—
	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。

※メタコード体系

1桁目：識別子（Y：薬剤アレルギー用コード、J：J-FAGY、G：薬剤成分アレルギー用コード、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：アレルギー種類（F：食品、M：医薬品、N：非食品）

■検査、感染症で使用するマスタに関する補足

割り当てられた JLAC コードから選択する際に、具体的な測定法コード（13～15桁目）が不明な場合は、998（測定法問わず）または999（その他の測定法）で代用することが可能です。また、未標準化コード(9999999999999999)は、文書情報に指定検査 43 項目や指定感染症 5 項目以外の検査項目を記述する際に利用いただくことが可能です。

表 22. 検査におけるコードの特記ルール

コード種別	使用場面
「998:測定法を問わず」	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
「999:その他の測定法」	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

■標準マスタの識別子に関する補足

以下に、標準マスタと識別子の対応表を示します。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 23. 標準マスタと system に記述する識別子の対応表

情報		使用する標準マスタ	system に記述する標準マスタの識別子
傷病名	傷病名	ICD10 対応標準病名マスタの病名管理番号	http://medis.or.jp/CodeSystem/master-disease-keyNumber
	修飾語	ICD10 対応標準病名マスタの修飾語管理番号	http://medis.or.jp/CodeSystem/master-disease-modKeyNumber
薬剤 アレルギー等		薬剤アレルギー用コード (薬剤フリーテキスト用コード含む)	http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/YCM/JP_JfagyMedicationAllergen_CS
		薬剤成分アレルギー用コード	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 (フリーテキスト用コード含む)	http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/JP_JfagyFoodAllergen_CS
		JFAGY (非食品) コード (フリーテキスト用コード含む)	http://jpfhir.jp/fhir/core/CodeSystem/JP_JfagyNonFoodNonMedicationAllergen_CS
検査 (救急・生活 習慣病) 、感染症		電子カルテ情報共有サービス対応 JLAC コード表	(指定検査 43 項目の JLAC10 コード) http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC10/JP_CLINS_ObsLabResult_CoreLabo_CS
			(指定検査 43 項目の JLAC11 コード) http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC11/JP_CLINS_ObsLabResult_CoreLabo_CS
			(指定感染症 5 項目の JLAC10 コード) http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC10/JP_CLINS_ObsLabResult_InfectionLabo_CS
			(指定感染症 5 項目の JLAC11 コード) http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JLAC11/JP_CLINS_ObsLabResult_InfectionLabo_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
		規格別薬剤成分コード	http://capstandard.jp/CodeSystem/KikakubetsuYakuzaiSeibun
	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	http://jpfhir.jp/fhir/core/mhlw/CodeSystem/MedicationUsage_ePrescription (ダミーコードを用いる場合) http://jpfhir.jp/fhir/clins/CodeSystem/JP_CLINS_MedicationUsage_Uncoded_CS
健診文書		電子カルテ情報共有サービス向け健診マスタ	(JLAC10 コード) urn:oid:1.2.392.200119.6.1005

(3)速やかな登録・取得

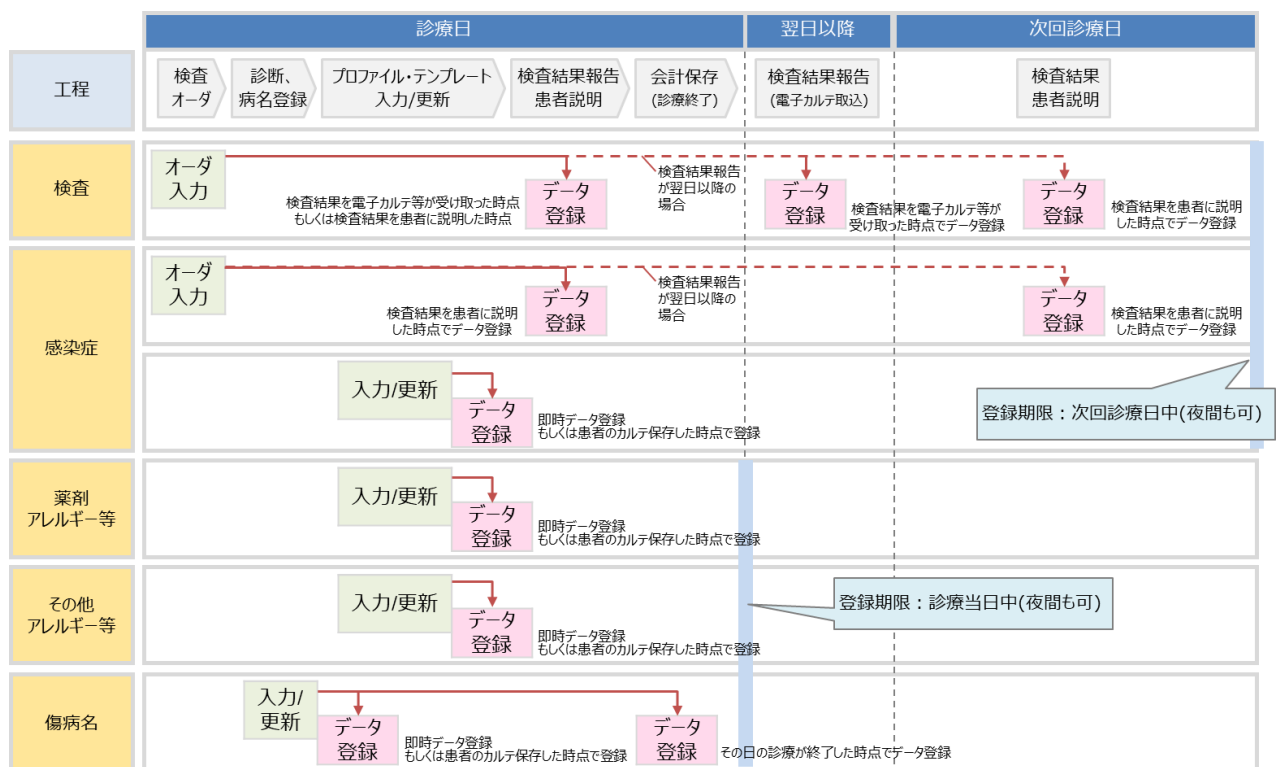
本サービスは、標準化された電子カルテ情報を様々なステークホルダー間でタイムリーに共有できる未来を目指しています。また、本サービスでは、できる限り直近の情報を医師等が確認できるようにすることが重要です。そのため、電子カルテシステム等の改修を行うにあたっては、速やかな情報登録・取得が可能となるよう検討ください。

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可能性があります。

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(救急、生活習慣病)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。

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 11. 電子カルテ情報共有サービスへの登録タイミング例



※入力/更新：電子カルテシステム等にデータ入力/更新するタイミングを指す
 ※データ登録：電子カルテ情報共有サービスへデータ登録するタイミングを指す

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(救急、生活習慣病)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。

図 12. 文書情報の登録フロー（一例）

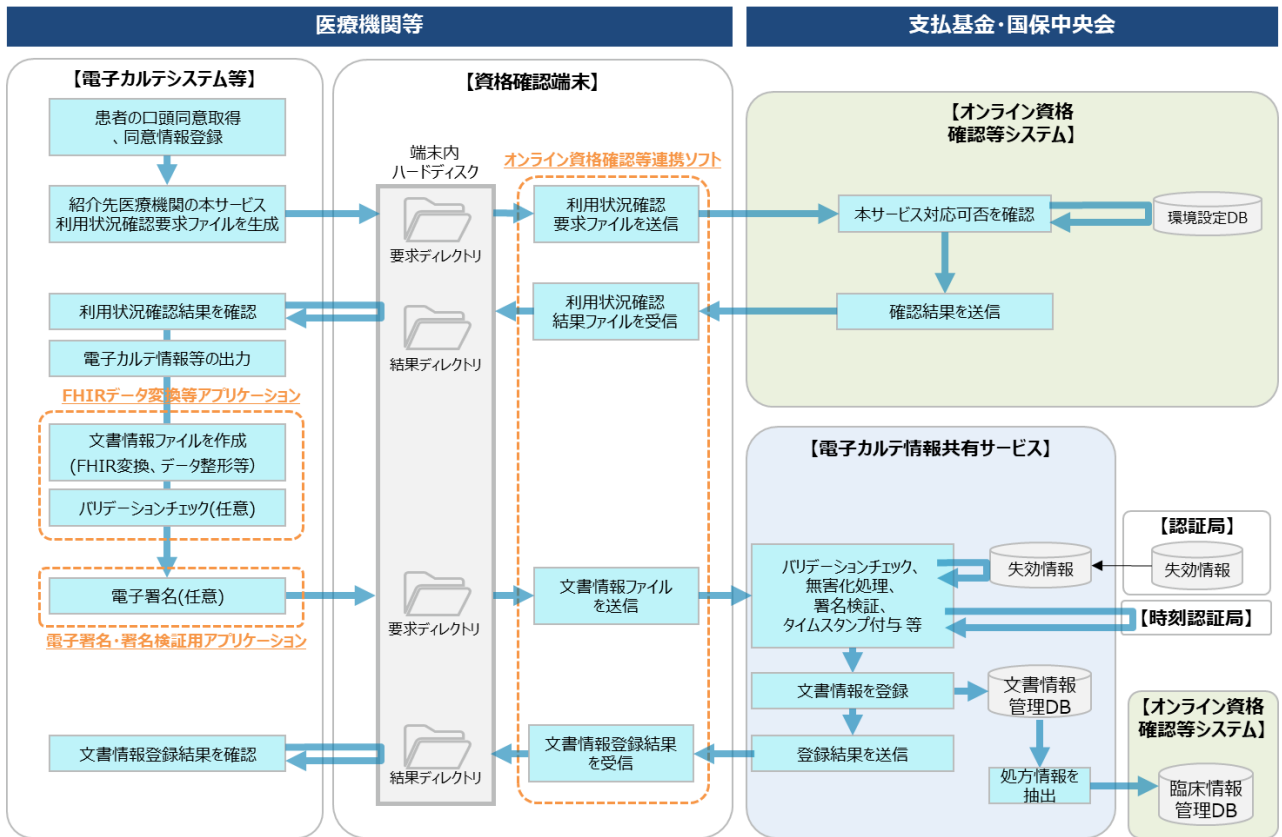


図 13. 文書情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

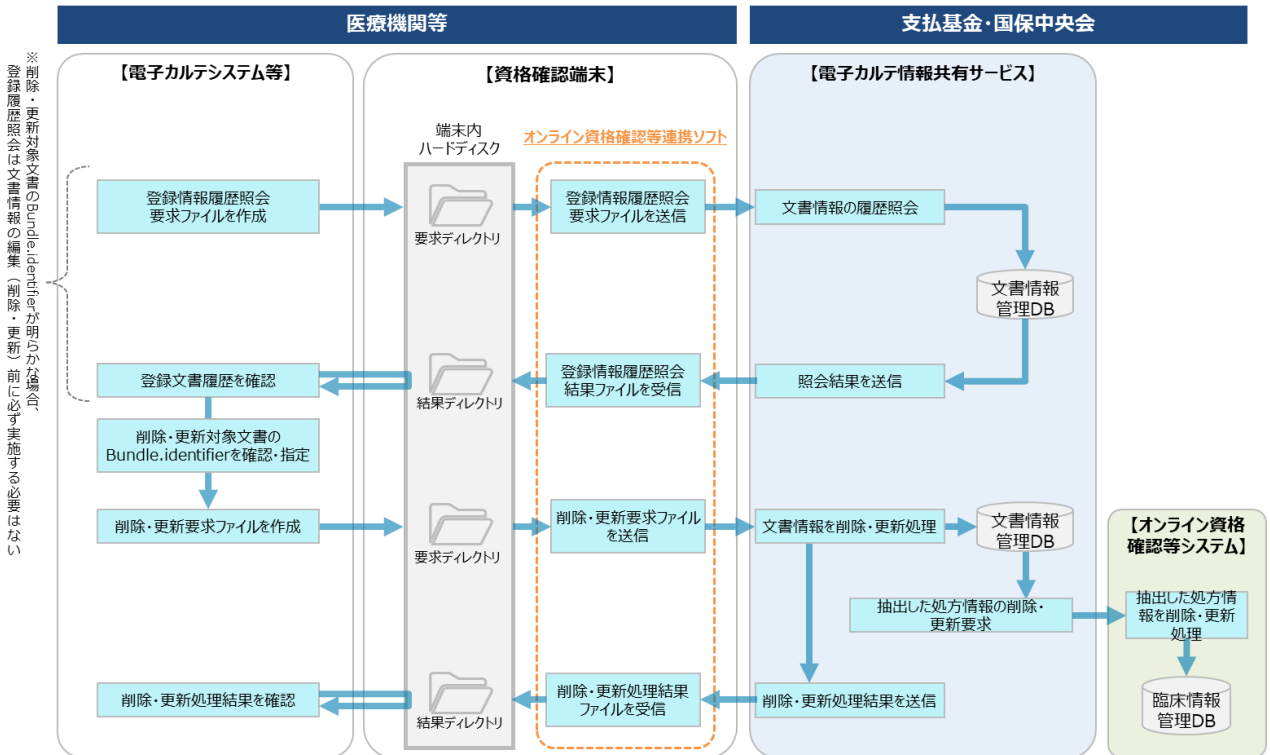


図 14. 文書情報の取得・閲覧・保存フロー（一例）

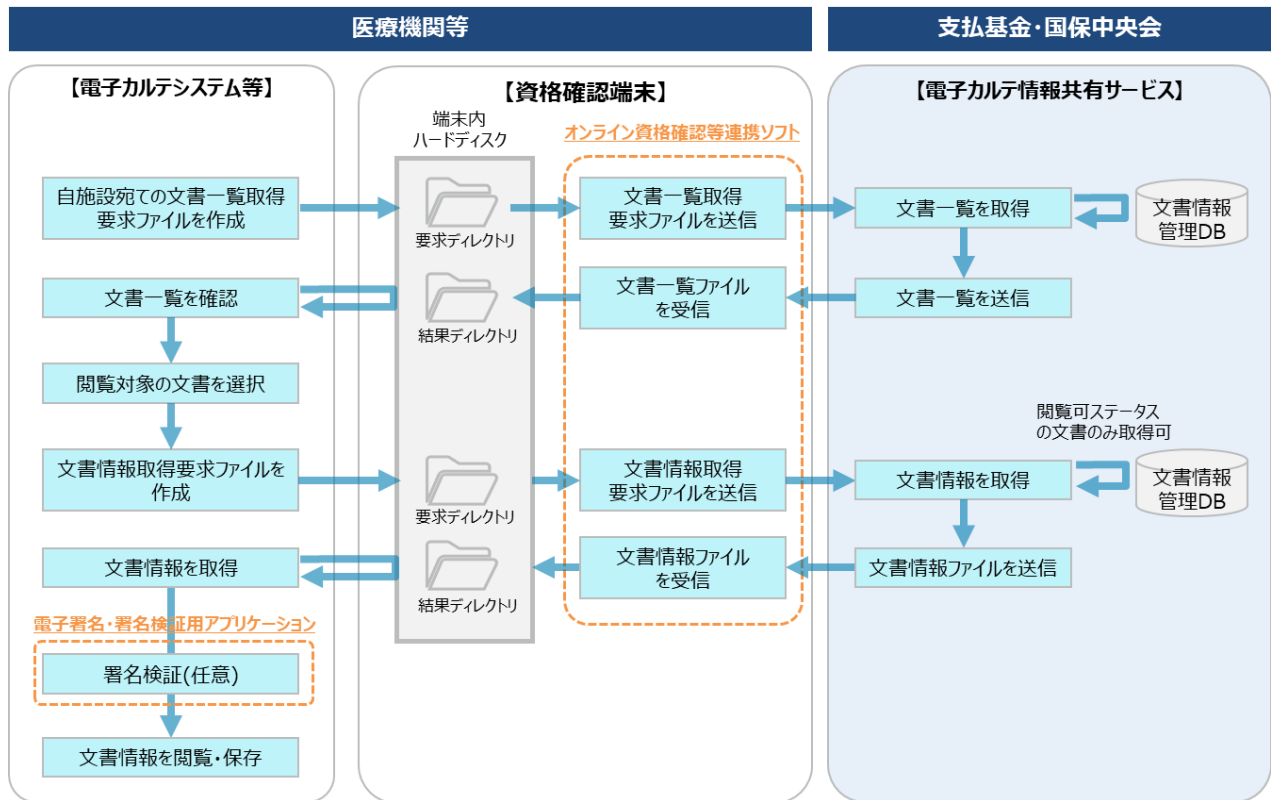


図 15. 5 情報の登録フロー（一例）

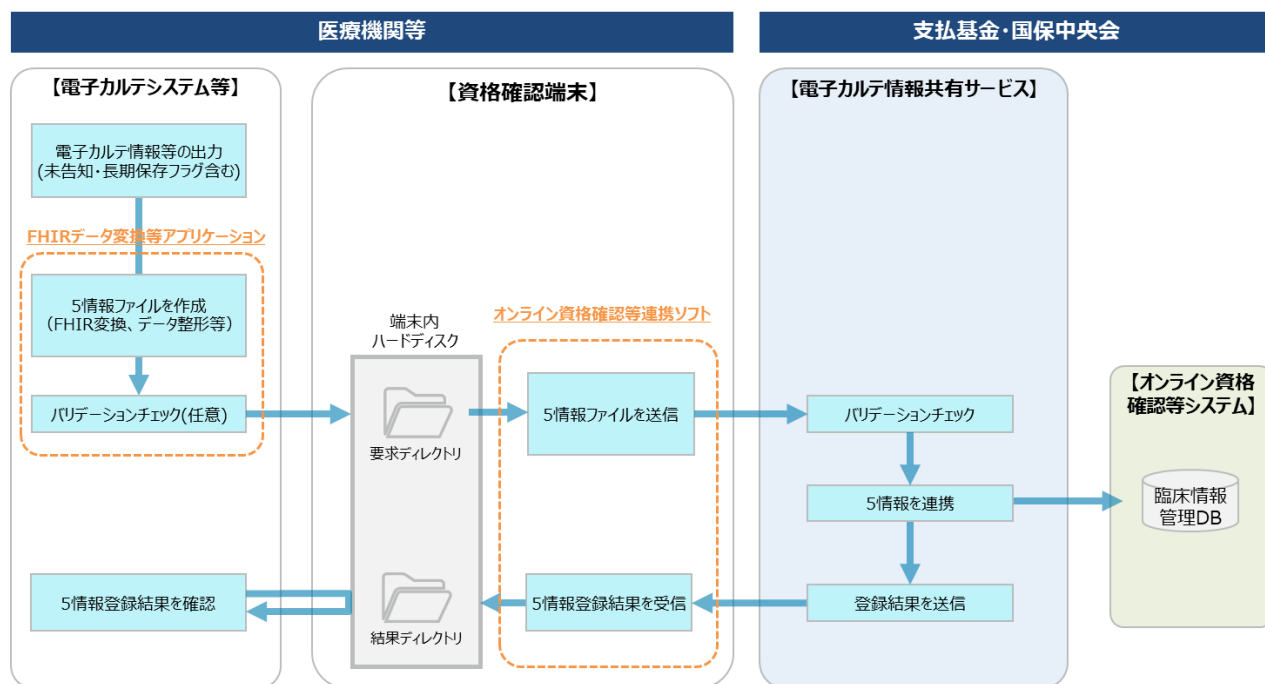


図 16. 5 情報の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

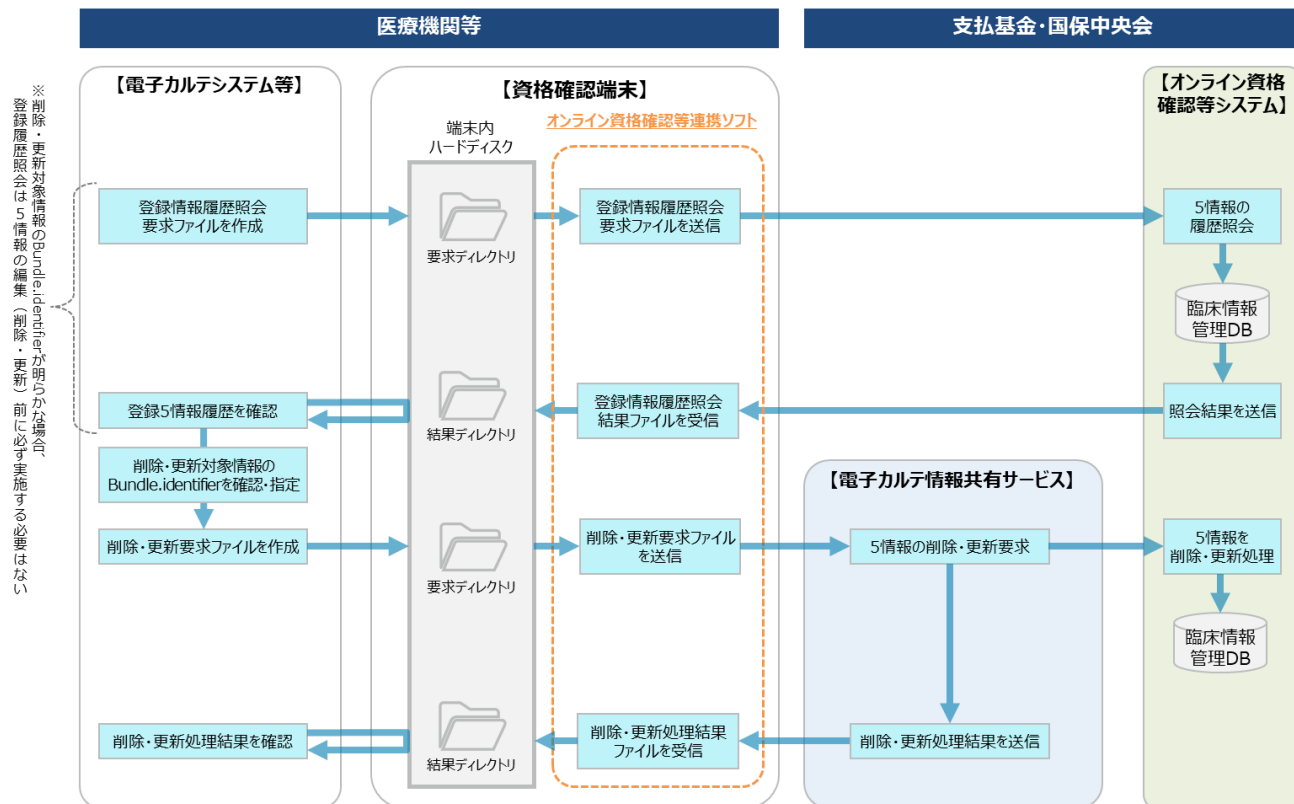


図 17. 臨床情報一覧の取得・閲覧・保存フロー（一例）

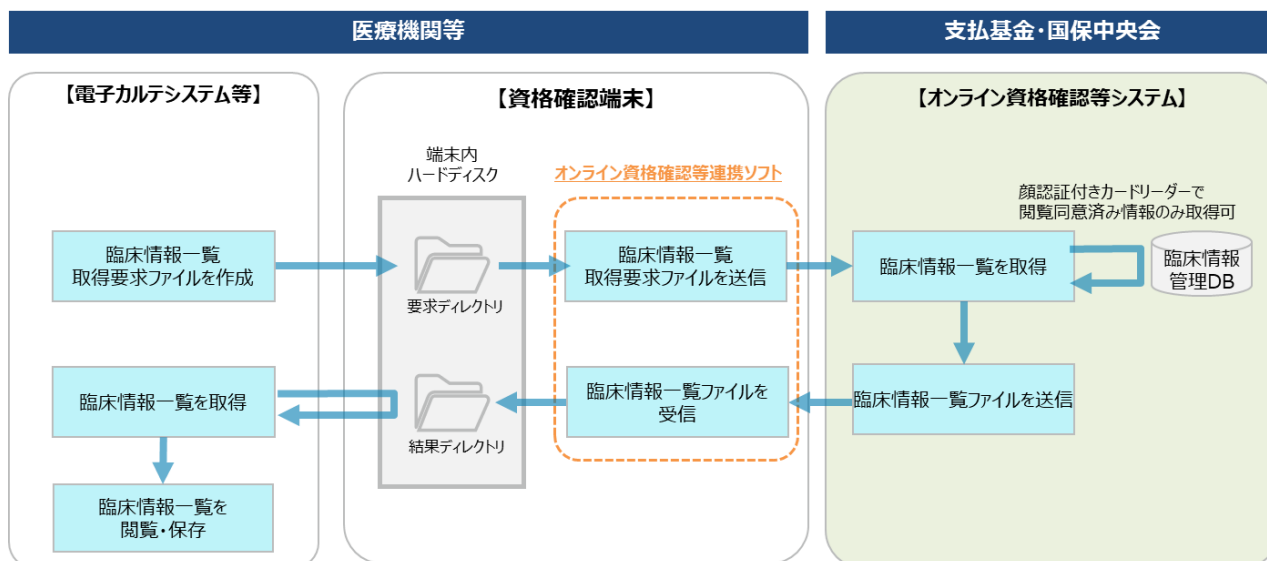


図 18. 健診文書の登録フロー（一例）

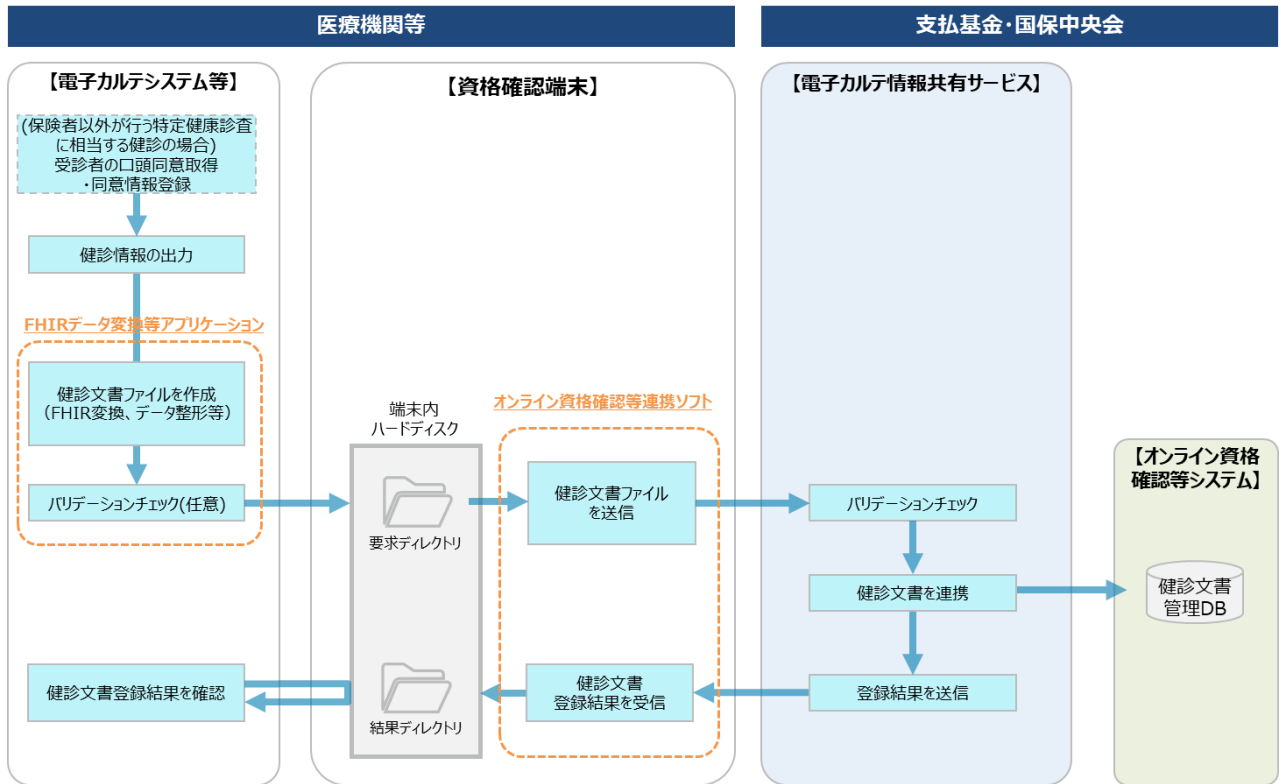


図 19. 健診文書の登録履歴照会、編集（削除・更新）（一例）

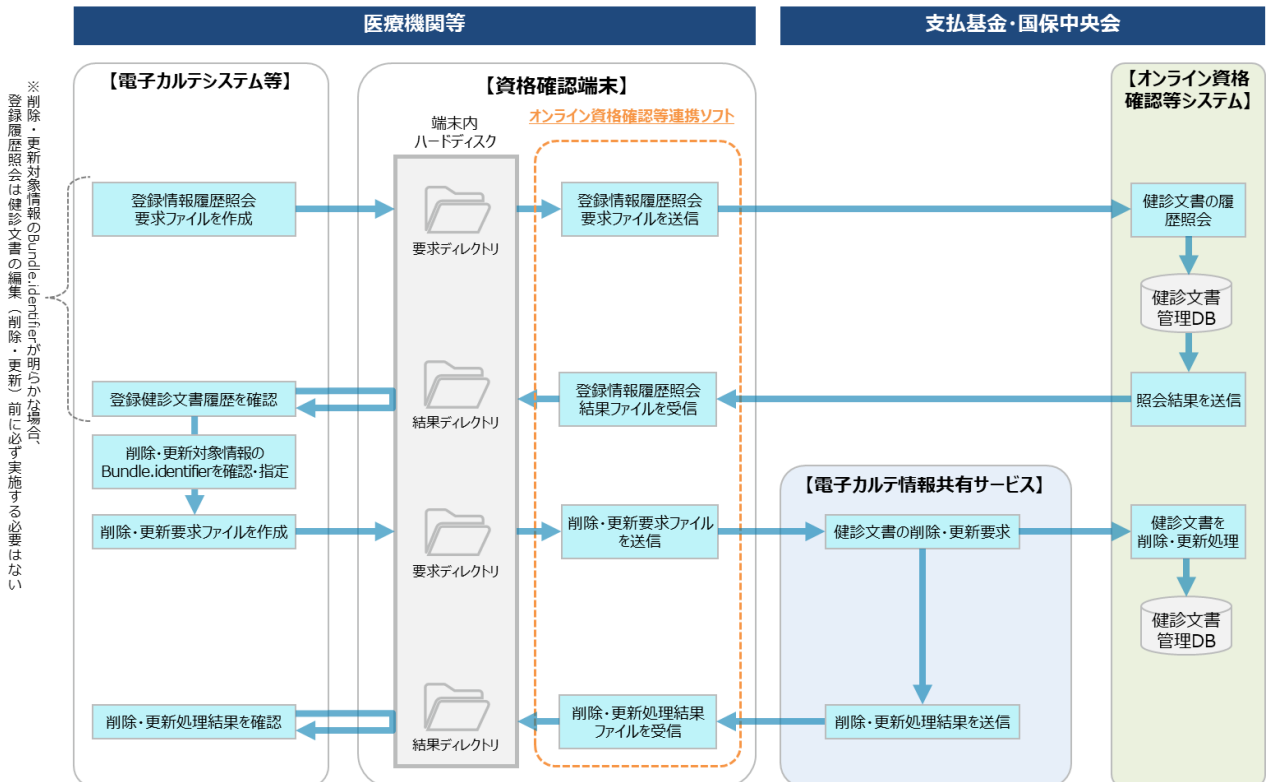


図 20. 健診文書の取得・閲覧・保存フロー（一例）

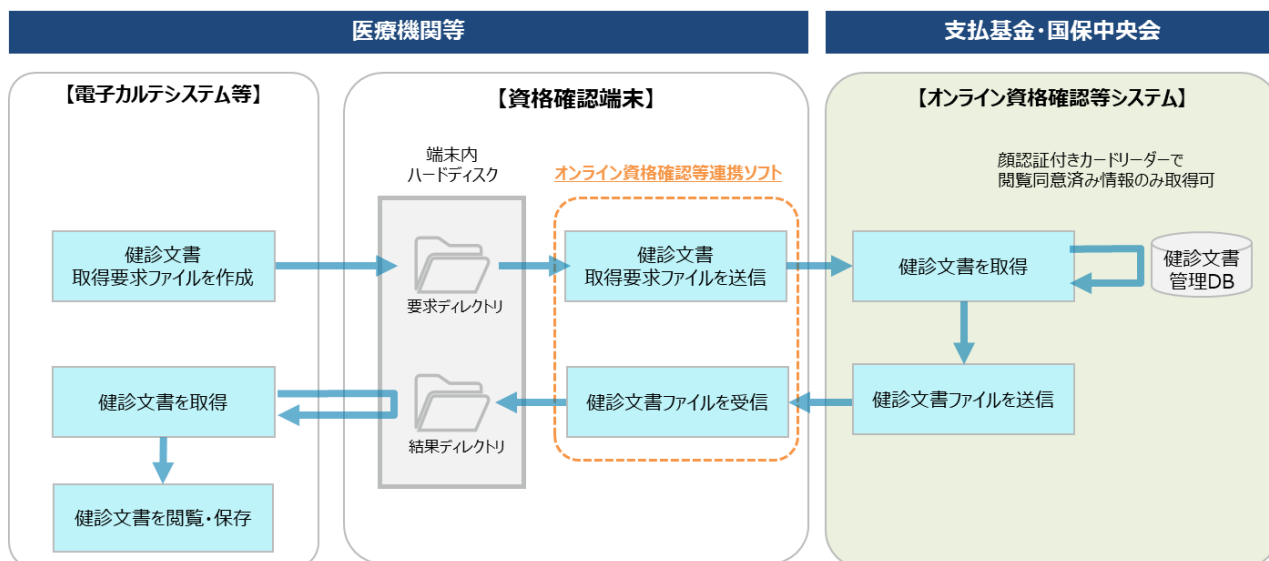
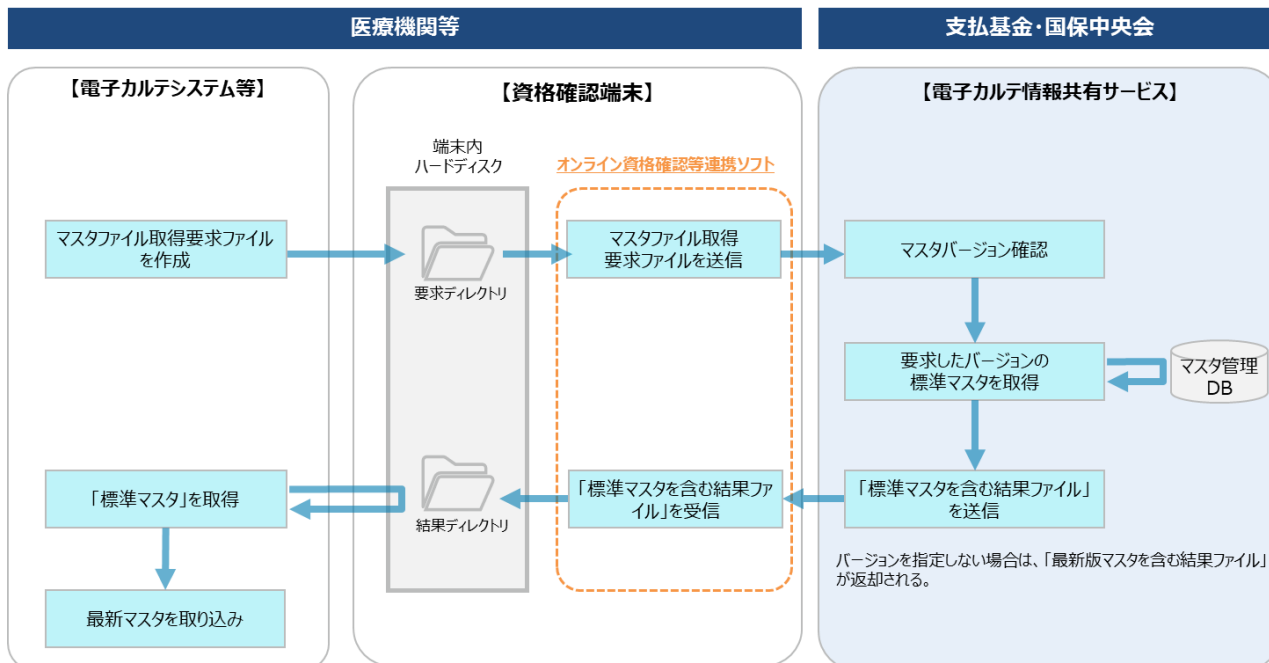


図 21. 標準マスタの取得フロー（一例）



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、保険医療機関(歯科)の電子証明書及び各ファイルに記述される医療機関コードを使用して、保険医療機関(医科)に記載している機能を実装・利用いただくことも可能です。

表 24. 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)	保険医療機関(医科)	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
	健診実施	健診未実施			
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 25. サービス別改修機能項目対応表

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

(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オンライン資格確認等システムに紹介先医療機関等の検索キー情報（医療機関名、医療機関名(カナ)、電話番号、郵便番号、住所）を含む「利用状況確認要求ファイル」を登録すると、オンライン資格確認等システムから利用状況確認結果および紹介先医療機関等の保険医療機関番号（10桁）等が返却されます。そのうちの医療機関名、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。取得した保険医療機関番号（10桁）は、文書情報の宛先に使用するため、紹介先セクションに自動付与されることが望ましいです。

なお、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、且つ紹介元医療機関の電子カルテシステム内で、該当医療機関等の保険医療機関番号（10桁）を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、本サービスの対応状況は、資格確認端末の環境設定でいつでも ON/OFF できるものであることから、紹介先医療機関等が診療状況の都合等で、一時的に OFF 設定しているケースも考えられますので、運用上の考慮が必要となることをご留意ください。

また、本サービスにおいて、全国の保険医療機関(保険医療機関番号（10桁）つき)が一覧で掲載されたマスタの提供を行う予定であり、そのマスタを活用して、紹介先候補医療機関のリスト機能や検索機能を独自に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に、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、次ページの表のとおり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注意ください。

表 26. 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。
感染症	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 <p>※ 感染症情報に使用する標準コードを JLAB10/11 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、患者プロフィー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、JLAB10/11 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。</p>
薬剤アレルギー等	<ul style="list-style-type: none"> 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
その他アレルギー等	<ul style="list-style-type: none"> 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
検査(救急・生活習慣病)	<ul style="list-style-type: none"> 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。

※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)とされた日を指す。

※終了病名とは、終了日等が記述された傷病名を指す。

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、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(^)で連携した文字列』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

対象患者の識別情報として、被保険者番号を Patient リソースの identifier 要素 (Patient.identifier) に記述する必要があります。付番ルールとしては、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、被保険者証等枝番の各情報を半角コロンで結合した文字列とします。

また、医療扶助における被保護者については、保険者等番号を公費負担者番号に、被保険者証 (手帳) 等の記号を受給者番号に置き換えた文字列となりますのでご注意ください。

表 27. Patient.identifier の記述方法

対象者	付番ルール
被保険者及び被扶養者	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
医療扶助における被保護者	公費負担者番号::受給者番号:

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 14. 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 20.標準マスタの対応表」に示した標準マスタに変換する必要があります。変換した標準マスタは各リソースの 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 20. 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（救急・生活習慣病）
- ・ 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、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 となるためご注意ください。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 22. 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、受診者または患者から同意取得を行い、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、患者本人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 23 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。ステータスについては、「[外部インターフェース仕様書](#)」を参照してください。

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注意ください。

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。

図 23. 文書情報の閲覧同意パターン

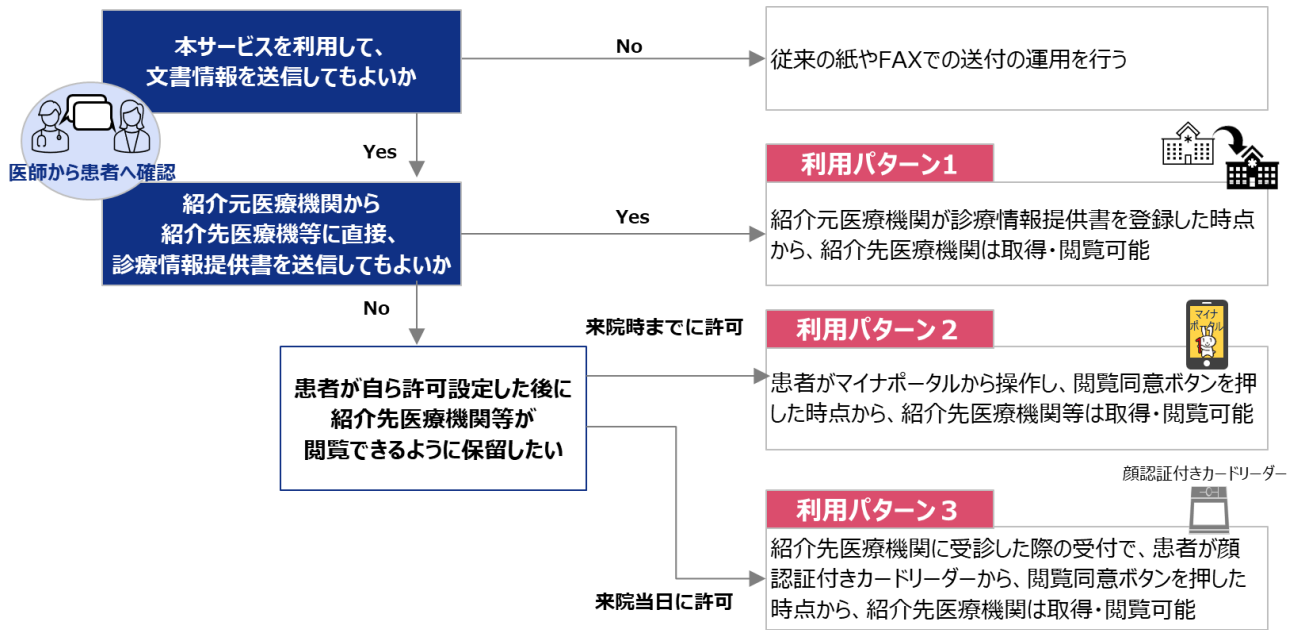


図 24. 同意区分と文書情報ステータスの考え方

文書情報ステータス(コード識別 I D : CISC002)
※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。

	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

紹介元医療機関が文書情報登録・更新

閲覧同意ありを選択 (口頭同意) → 未取得 (紹介先が閲覧可) → 紹介先医療機関が文書情報を取得 → 取得済

マイナポータルでの同意
顔認証付きCRでの同意

閲覧同意なしを選択 → 未取得 (閲覧保留) → 取消

未取得 (紹介先が閲覧可) → 取消

未取得 (閲覧保留) → 取消

取得済 → 取消

紹介先施設が文書を取得した後に、紹介元施設が文書内容の修正・取消を行うことはできません。

		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
	閲覧保留	患者同意が未確認の間 <ul style="list-style-type: none"> 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」が「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、問診票記載のタイミング等で、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に登録してください。なお、同意取得するにあたっての質問内容は、「健診結果を特定健診等情報として活用できるように保険者に結果を共有し、マイナポータルで閲覧可能とすることに同意しますか。」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

紹介先医療機関等が容易に内容を表示できるように、可能な限り文書情報全体を PDF 化した帳票ファイルの生成を強く推奨します。

PDF 帳票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、帳票レイアウト PDF の添付は、構造情報セクションで記述された情報の必須セクションの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、帳票レイアウト PDF だけを登録する運用は許容されないのでご注意ください。

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 25 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注意ください。

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 25. 文書情報と添付情報の登録イメージ

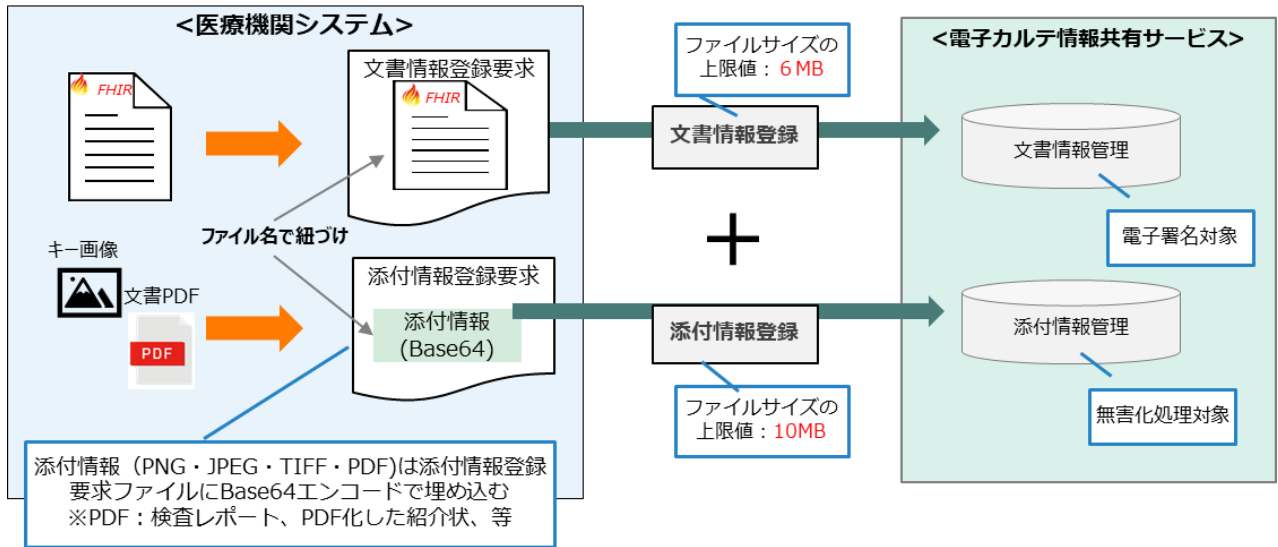
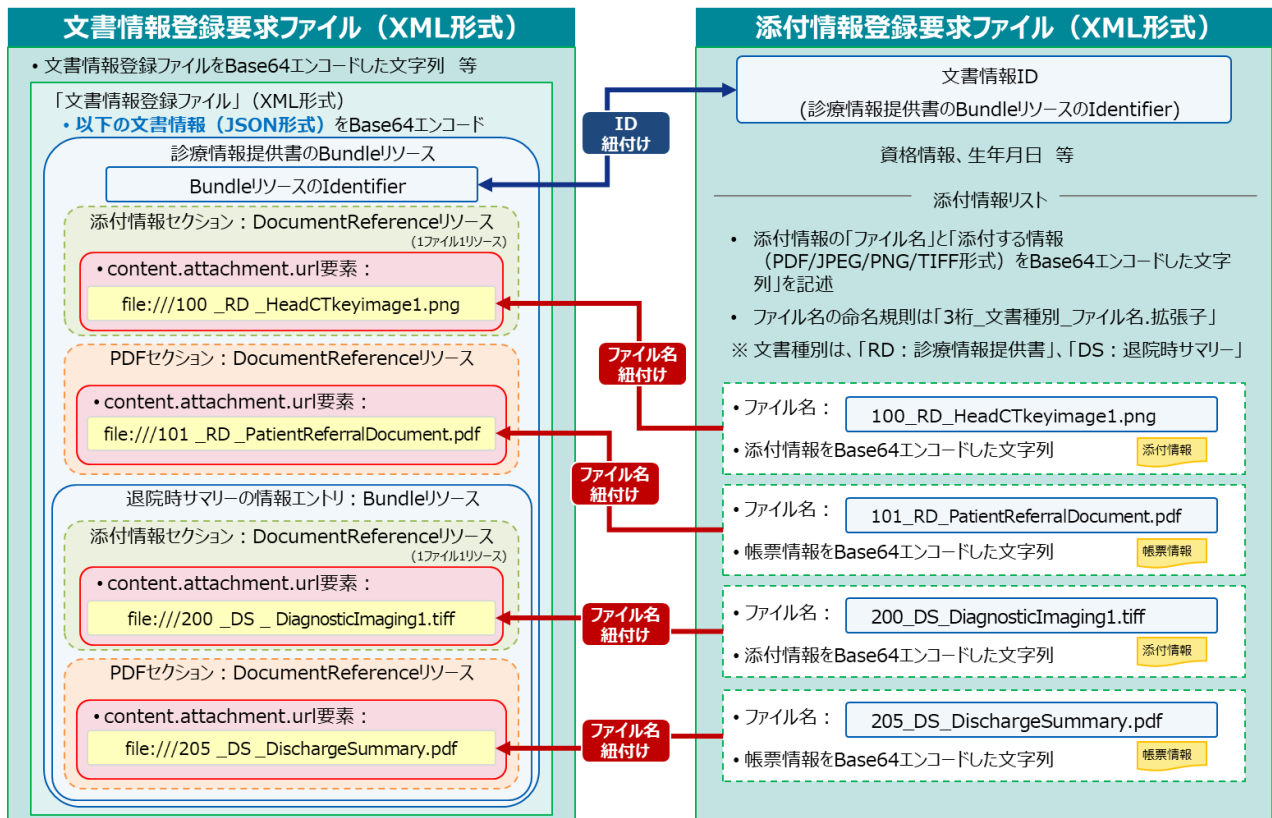


図 26. 「文書情報登録要求ファイル」と「添付情報登録要求ファイル」の紐づけイメージ



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

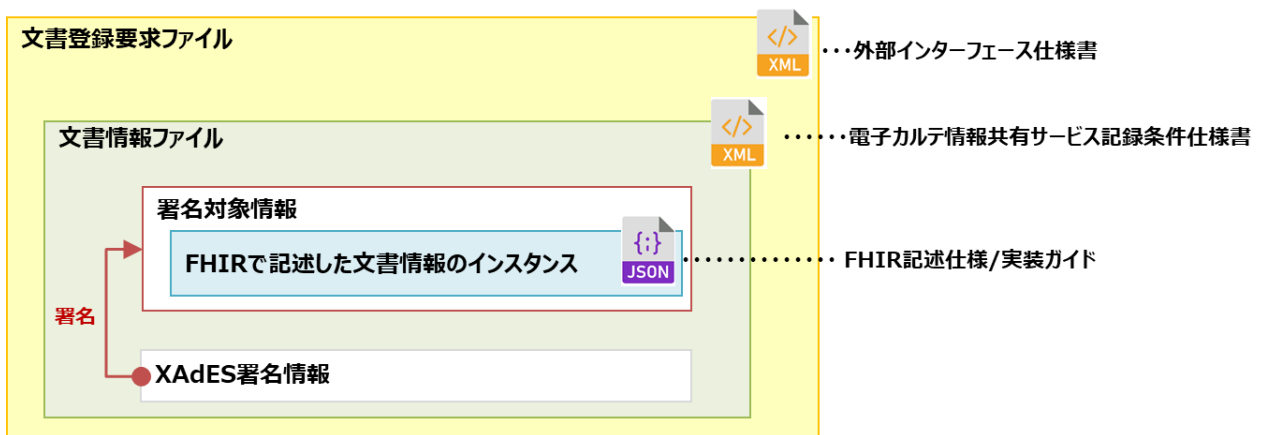
	保険医療機関(医科) 健診実施	保険医療機関(医科) 健診未実施	保険医療機関(歯科)	薬局	健診センター (単独)
文書情報	任意	任意	不要	不要	不要
臨床情報	—	—	—	—	—
健診文書	—	—	—	—	—

■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 27. 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、ご注意ください。

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。

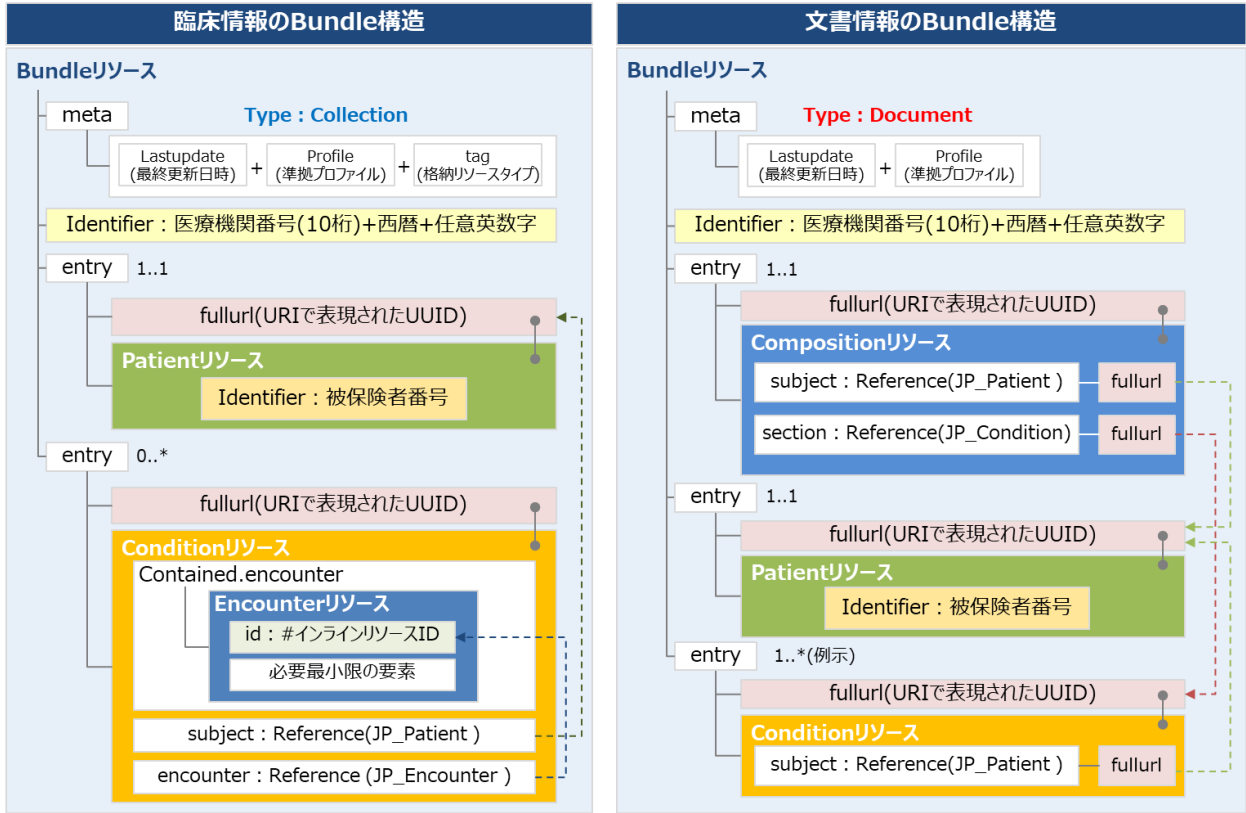
臨床情報については、Bundle.meta.tag.code 要素に格納するリソースタイプを指定する必要があります。1 回で登録するひとつの Bundle リソースに、AllergyIntolerance リソース、Condition リソース、Observation リソースを混在させることはできないためご注意ください。

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 28. 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。

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)、⑥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](#)」をご確認ください。

表 28. 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	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 【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。 ✓ 【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)、Slice(定義した順序)、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	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 【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報告単位の水素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) ✓ 【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

区分	チェック方針
	<p>状態で登録されているか。（「機能 8：キー画像等の添付」を参照）</p> <p>✓ 【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）</p>
	<p>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。</p> <p>✓ 【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。</p> <p>✓ 【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。</p>
	<p>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。</p> <p>✓ 【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。</p> <p>✓ 【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。</p>
	<p>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 20. 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。</p> <p>✓ 【標準マスタ】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。）</p> <p>✓ 【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。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病名、傷病名の修飾語 ・感染症 ・検査（救急・生活習慣病） ・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、用法

区分	チェック方針
	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 【検査結果のデータ型】臨床情報の検査(救急・生活習慣病)、感染症情報で指定される各検査項目に対して、それぞれ適切な型 (valueQuantity、valueCodeableConcept、valueString)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】上記の検査項目(測定値)に対して、それぞれの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 が出ないように十分検証を行ってください。

表 29. 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られ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)を所定のフォルダに配置し、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、保険者の実施する特定健康診査以外の健診、保険者以外が行う特定健康診査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

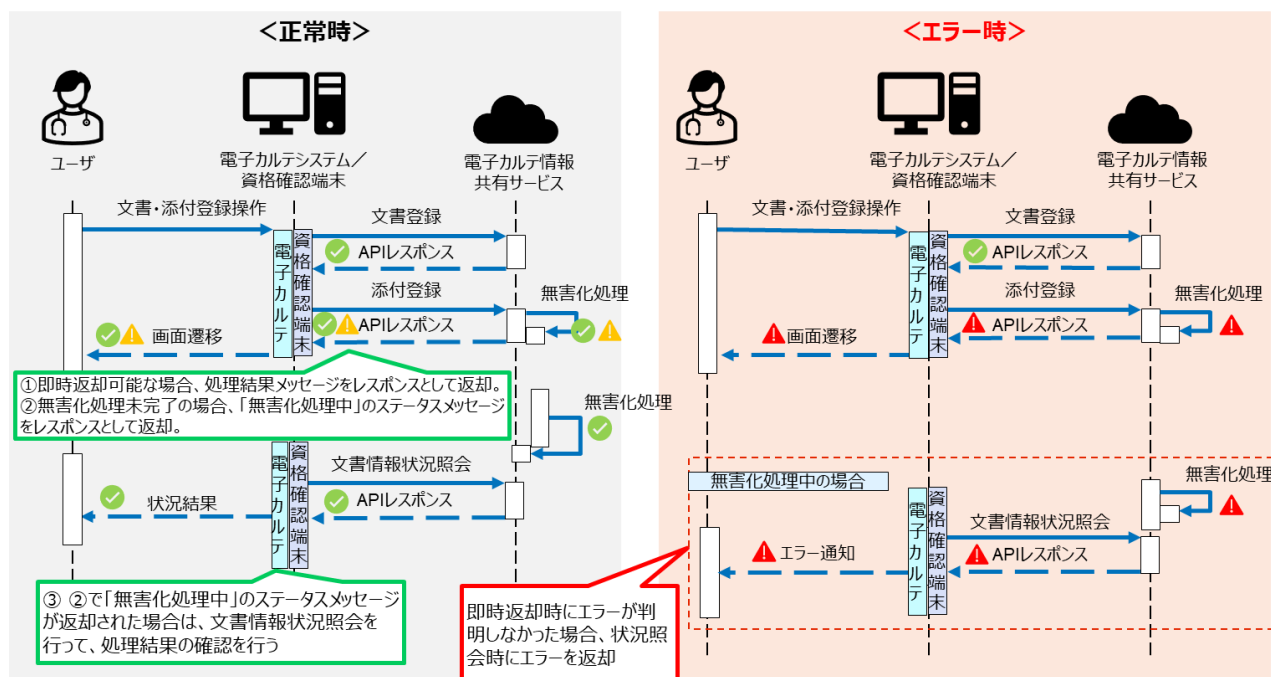
ファイル連携方式を採用している場合は、オンライン資格確認等連携ソフトがデータの登録処理を担いますので、電子カルテシステム等側では、登録要求ファイルの作成と資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダへの格納、資格確認端末または電子カルテシステム等サーバー上の共有フォルダに格納される結果ファイルの読み込みに係る機能の実装が必要です。

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 29. 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。

(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。

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ー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ーの操作を完了すると、同意登録結果ファイルが自動的に資格確認端末内の結果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、閲覧同意のあり/なしに関わらず表示されます。但し、「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。

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。

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、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、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、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 形式の診療情報提供書も確認できます。

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ー操作後、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。なお、閲覧できる対象情報の詳細については、[医療機関等ポータルサイト](#)で周知します。

表 30. 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ー表示	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 電子レセプト抽出情報 <ul style="list-style-type: none"> ・ 手術情報 ■ 臨床情報 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 電子レセプト抽出情報 <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報 ・ 薬剤情報 ■ 臨床情報 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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形式で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。

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、FHIR形式で構造化されたすべての情報を取り扱えるように実装してください。

表 31. 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帳票レイアウト PDF 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も記述されたすべての情報を画面表示できるように実装してください。

表 32. 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 30. 臨床情報一覧の PDF 帳票サンプルイメージ

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		
生年月日	1980年4月7日	性別	男	年齢	44歳	枝番	00
<p>◆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</p>							
傷病名				閲覧同意：あり			
病名	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 膵臓癌の術後		□□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)	~0.03IU/mL	0.04IU/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	【成分名】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			
検査項目	最新		前回		前々回		
	採取日時	結果	採取日時	結果	採取日時	結果	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	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	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	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	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	確定
プロトロンビン時間(PT-活性)					70~140 %	97 % 確定	確定
尿蛋白(定性)			(-)	± 確定			
CRP(定量)	0.00~0.40 mg/dL	0.02 mg/dL 中間					
CRP(スコア)					陰性	陽性 確定	確定
血液型(ABO)				AB 確定		AB 確定	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>		
2024年07月20日	××クリニック	外来時	内服	1	【用法/投与日数】		
					・リーゼ錠5mg(クロチアゼパム)/1錠//		
2024年07月01日	○○病院	入院中	経口	1	【不安時/10日分】		
					・プレドニゾン錠5mg(プレドニゾン)///不均等・1回目・4錠、不均等・2回目・2錠、不均等・3回目・1錠		
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	経口	1	【1日3回朝食後/28日分】		
					・オルメサルタン00錠20mg(オルメサルタンメドキシミル)/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>		
			経口	2	【1日1回朝食後/56日分】		
					・メトクロプラミド錠5mg(メトクロプラミド)/1錠/粉砕指示/		
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	貼付	1	【1日3回朝食前/56日分】		
					・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 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

傷病名

閲覧同意：あり

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	□□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	

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	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	・ 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より表示名称を出力 ・ 「前置修飾語+傷病名+後置修飾語」に加工して出力 ・ 修飾語が複数あった場合は連結して表示。(順序は、MEDISが提示している接続位置区分のルールに従ふ) ・ ダミーコード(99999999)：未コード化(傷病名)の場合は、displayでなくtextのみを加工処理せず出力。
	(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	・ verificationStatusが【Unconfirmed】で、目付修飾語の疑いコード(2700001：の疑い)が入っている場合に限り、疑いコードは出力させない。(verificationStatusの表現と重複するため)
	疑い	Condition.verificationStatus.coding.code	O	入力必須	code	・ 【unconfirmed】の場合に「傷病名+の疑い」で出力。
	主病名	Condition.extension:eCS_DiagnosisType.coding.code	O	条件付き必須	code	・ 【Principal】の場合に傷病名欄の先頭に「主」を出力。
	未告知	Condition.meta.tag:uninformed.code	O	条件付き必須	code	・ 【UNINFORMED】の場合に傷病名欄の末尾に「未告知」を出力。
4	登録医療機関名	Condition.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	・ 保険医療機関コードに基づく機関名称を出力。
5	長期保存	Condition.meta.tag:lts.code	O	条件付き必須	code	・ 【LTS】の場合に長期保存欄に「○」を出力。
A	未提供	Condition.meta.tag:undelivered.code	-	条件付き必須	code	・ 【UNDELIVERED】の場合には出現させない。

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	・ YYYY年MM月DD日hh時mm分の形式で出力。 ・ 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	・ 記述されたFHIR識別文字列をFHIR項目名称に変換して出力 ・ 本サービスで取り扱う指定感染症5項目に該当するJLACコードが付番された場合のみ出力。
3	基準値	下限値 Observation.referenceRange.low.value +Observation.referenceRange.low.unit	O	推奨	decimal	・ 「low.value+low.unit+“~”+high.value+high.unit」に加工して出力。
		上限値 Observation.referenceRange.high.value +Observation.referenceRange.high.unit				
	その他テキスト			string	・ 定性検査の場合に出力。「陰性」等。	
4	検査結果	数量結果の場合 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
		コード結果の場合 Observation.value.valueCodeableConcept.coding.display			string	
		テキストの場合 Observation.value.stringValue			string	
5	評価	Observation.interpretation.coding.code	O	推奨	string	・ 【H【High】、L【Low】】のみ表示。Normalは出力しない。
6	登録医療機関名	Observation.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	・ 保険医療機関コードに基づく機関名称を出力。
7	長期保存	Observation.meta.tag:lts.code	O	条件付き必須	code	・ 【LTS】の場合に長期保存欄に「○」を出力

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	【成分名】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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤アレルギー用コード、薬剤成分アレルギー用コードより表示名を出力。 【D9M000000000:医薬品アレルギーダミーコード】の場合は、displayでなくtextを出力。
3	重症度	AllergyIntolerance.criticality	O	—	code	<ul style="list-style-type: none"> 【Low Risk(低)、High Risk(高)、Unable to Assess Risk(評価不能)】のいずれか選択したものを表示。
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	<ul style="list-style-type: none"> 病名管理番号コードより表示名称を出力。 ダミーコード【999999999：未コード化傷病名】もしくはコードがない場合は、displayでなくtextを出力。 症状が複数あった場合は羅列して表示。
5	確認状況	AllergyIntolerance.verificationStatus.coding.display	O	推奨	string	<ul style="list-style-type: none"> 【Unconfirmed(未確認)、Confirmed(確認済み)、Refuted(再評価後に否定)】のいずれか選択したものを表示。
6	登録医療機関名	AllergyIntolerance.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	<ul style="list-style-type: none"> 保険医療機関コードに基づく機関名を出力。
7	長期保存	AllergyIntolerance.meta.tag:its.code	O	条件付き必須	code	<ul style="list-style-type: none"> LTSの場合に長期保存欄に「○」を出力。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 【food(食品)、environment(環境)】のいずれか選択したものを表示。指定(選択)なしの場合は、ブランク。 medication(医薬品)、biologic(バイオロジック物質)の場合は、薬剤アレルギー等として取り扱うので出現させない。
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	<ul style="list-style-type: none"> J-FAGY(食品/非食品)コードより表示名を出力。 【D9F000000000:食品アレルギーダミーコード、D9N000000000:非食品アレルギーダミーコード】の場合は、displayでなくtextを出力。
4	重症度	AllergyIntolerance.criticality	O	—	code	<ul style="list-style-type: none"> 【Low Risk(低)、High Risk(高)、Unable to Assess Risk(評価不能)】のいずれか選択したものを表示
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	<ul style="list-style-type: none"> 病名管理番号コードより表示名称を出力 ダミーコード【999999999：未コード化傷病名】もしくはコードがない場合は、displayでなくtextを出力。 症状が複数あった場合は羅列して表示。
6	確認状況	AllergyIntolerance.verificationStatus.coding.display	O	推奨	string	<ul style="list-style-type: none"> 【Unconfirmed(未確認)、Confirmed(確認済み)、Refuted(再評価後に否定)】のいずれか選択したものを表示
7	登録医療機関名	AllergyIntolerance.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	<ul style="list-style-type: none"> 保険医療機関コードに基づく機関名を出力。
8	長期保存	AllergyIntolerance.meta.tag:its.code	O	条件付き必須	code	<ul style="list-style-type: none"> LTSの場合に長期保存欄に「○」を出力

検査情報

閲覧同意：あり

検査項目 3	最新				前回				前々回			
	採取日時 1 : 2024年10月21日15時10分 実施機関 2 : ○○クリニック				採取日時 1 : 2024年8月17日09時00分 実施機関 2 : ○○クリニック				採取日時 1 : 2024年04月20日09時00分 実施機関 2 : ××病院			
	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								
CRP(スコア)									陰性	陽性		確定
血液型(ABO)						AB		確定	AB	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	YYYY年MM月DD日hh時mm分の形式で出力。
2	実施機関	Observation.extension:eCS_InstitutionNumber.value	M	条件付き必須	string	保険医療機関コードに基づく機関名称を出力。
3	検査項目	Observation.code.coding:XXX.display	M	入力必須	string	記述されたFHIR識別文字列をFHIR項目名称に変換して出力 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。(時期が異なる検査も同じFHIR項目名称であれば同行に出力させる) 本サービスで取り扱う指定検査43項目に該当するJLACコードが付番された場合のみ出力。
4	下限値	Observation.referenceRange.low.value +Observation.referenceRange.low.unit	O	推奨	decimal	「low.value+low.unit+「~」+high.value+high.unit」に加工して出力
	上限値	Observation.referenceRange.high.value +Observation.referenceRange.high.unit				
	その他テキスト	Observation.referenceRange.text			string	定性検査の場合に出力。「陰性」等。
5	数量結果の場合	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。
	コード結果の場合	Observation.value.valueCodeableConcept.coding.display				
	テキストの場合	Observation.value.valueString			string	
6	評価	Observation.interpretation.coding.code	O	推奨	string	【H『High』、L『Low』】のみ表示。Normalは出力しない。
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】のみ表示 ※コードから表記名称の加工出力処理が必要。

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	2	3	4	5	6
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<持参かどうか>
2024年07月20日	××クリニック	外来時	内服	1	【用法/投与日数】 ・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	・ブレドニゾン錠5mg(ブレドニゾン)///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00錠20mg(オルメサルタンメドキシミル) / 1錠/一包化指示<持参> ・エルデカルシトルカプセル0.5μg(エルデカルシトル) / 1カプセル/一包化指示<持参> 【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	YYYY年MM月DD日の形式で出力。 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	保険医療機関コードに基づく機関名称を出力。
3	文書区分	Composition.category.coding.code	M	入力必須	string	【入院時、入院中、退院時、外来時】のいずれかが選択したものを表示。 ※コードから表記名称の加工出力を行う。
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出力。
5	RP	MedicationRequest.identifier:rpNumber.value	M	入力必須	string	RP番号順に出力。
6	医薬品名称	MedicationRequest.medication[x].coding:codingY1.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(Y1コード)リスト、規格別薬剤成分コードより表示名称を出力。
	成分名	-	M	-	string	オンライン資格確認システムマスクを使用して設定。
7	1回用量	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.doseAndRate.doseQuantity.value +Dosage.doseAndRate.doseQuantity.unit	O	-	decimal string	「value+unit」に加工して出力。 補足用法コードの1桁目が「不均等指示」の場合は、出現させない。
	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	補足用法コードより出力。複数あった場合は羅列して表示。
	持参かどうか	MedicationRequest.category.coding.code	O	推奨	string	「BDP:持参薬処方」の場合に出力。
7	用法	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.timing.code.coding:mhwh_prescription_yoho.display ※ゲームコードが記述された場合は Dosage.timing.code.text	M	入力必須	string	RP単位で一括して出力。 電子処方箋用法コードより出力。 【XXXXXXXXXXXX000:ゲームコード】の場合は、displayでなくtextを出力。
	投与日数	MedicationRequest.dosageInstruction ・Dosage.timing.repeat.boundsDuration.value +Dosage.timing.repeat.boundsDuration.unit	M	入力必須	decimal string	RP単位で一括して出力。 「value+unit」に加工して出力(単位は日数のみ)
A	オーダ識別番号	MedicationRequest.identifier:requestIdentifierCommon.value	-	-	string	同一医療機関で同日処方の識別をするために使用。
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。

(5) 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。

(6) その他機能群

機能 21：標準マスタダウンロード

■機能説明

標準マスタについては、本サービスで配信し、電子カルテシステム等で利用可能となります。配信するマスタの対象などの詳細は別途お知らせします。

取得方法としては、最新版の標準マスタを取得するパターンと指定したバージョンの標準マスタを取得するパターンの2通りがあります。

前者については、各標準マスタのバージョンを指定しないマスタファイル取得要求ファイルを電子カルテシステム等から本サービスへ登録すると、「最新版マスタを含む結果ファイル」が返却されます。

後者については、特定のバージョンを指定したマスタファイル取得要求ファイルを電子カルテシステム等から本サービスへ登録することで、該当のマスタを含む結果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は[医療機関等 ONS](#) 等のサイトからインターネット経由でもダウンロードできるため、上記の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。

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 33. 改修機能項目別画面開発対応表例

機能群		文書情報	臨床情報	健診文書
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	要 1	—	—
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	要 2	—	
6	標準マスタへのコーディング	要 3		
7	同意取得情報の付与	要 4	—	要 5
8	PDF 帳票ファイルの生成	—	—	—
9	キー画像等の添付	要 6	—	—
10	電子署名の付与	要 7	—	—
11	FHIR 構造データ生成	—		
12	バリデーションチェック	要 8		
13	アップロード	要 9		
照会機能群				
14	登録情報の履歴照会	要 10		
編集機能群				
15	登録情報の削除・更新	要 11		
取得機能群				
16	受信文書一覧取得	要 12	—	—
17	ダウンロード	要 13		

機能群		文書情報	臨床情報	健診文書
閲覧機能群				
18・19	表示	要 14		要 15
20	電子カルテシステム等への保存		—	
その他機能群				
21	標準マスタダウンロード		—	

表 34. 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
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、電子カルテ情報共有サービス運営主体が別途提供する「[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。

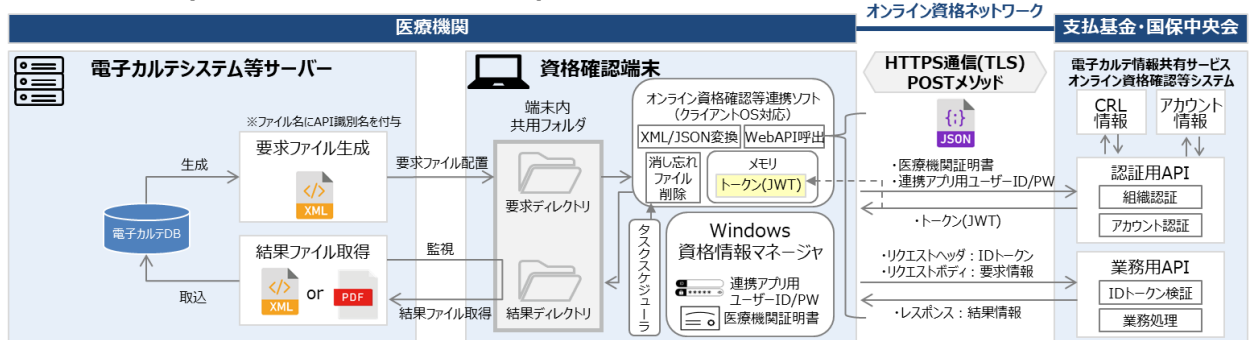
SaaS 型の電子カルテシステム等についても、Web API 通信する場合は、施設内の電子証明書（機関認証用）の入った端末もしくはサーバーを経由した接続が現状では必要となりますのでご注意ください。なお、電子カルテシステム等のサーバーが配置されているクラウド上のデータセンターから電子カルテ情報共有サービスへ直接接続する仕組みは今後検討予定です。

表 35. ファイル連携方式と Web API 通信方式の説明

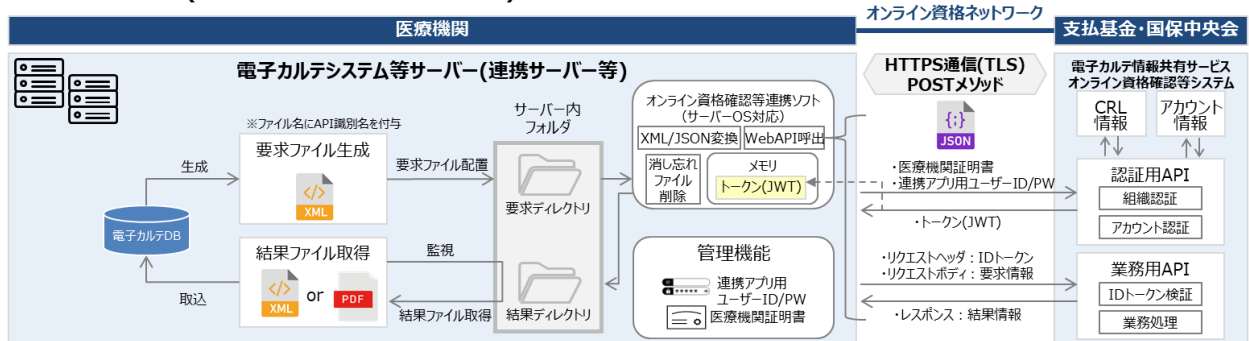
方式	説明
ファイル連携方式	<p>オンライン資格確認等連携ソフトを用いた連携方式。</p> <p>以下の要領でデータの送受信を行う。</p> <p>①以下に示す所定のフォルダに対して要求ファイルを配置する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテシステム等からネットワークで接続した資格確認端末 ・電子カルテシステム等のサーバー <p>②オンライン資格確認等連携ソフトが、本サービスで用意されている各種 API を呼び出し、要求ファイルの送信と結果ファイルの受信を行う</p> <p>③所定のフォルダに格納された結果ファイルを取得する</p>
Web API 通信方式	<p>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</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

図 32. ファイル連携方式と Web API 通信方式の概念図

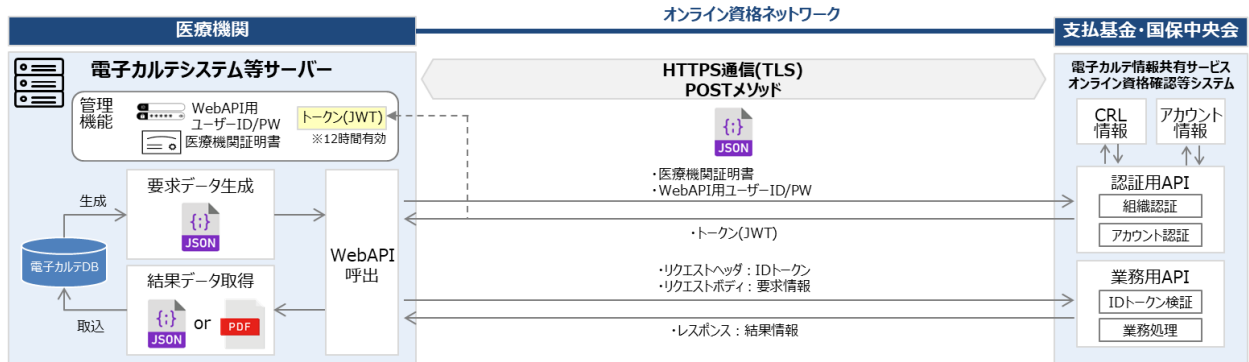
■ ファイル連携方式(クライアントOS対応連携ソフト構成)



■ ファイル連携方式(サーバーOS対応連携ソフト構成)



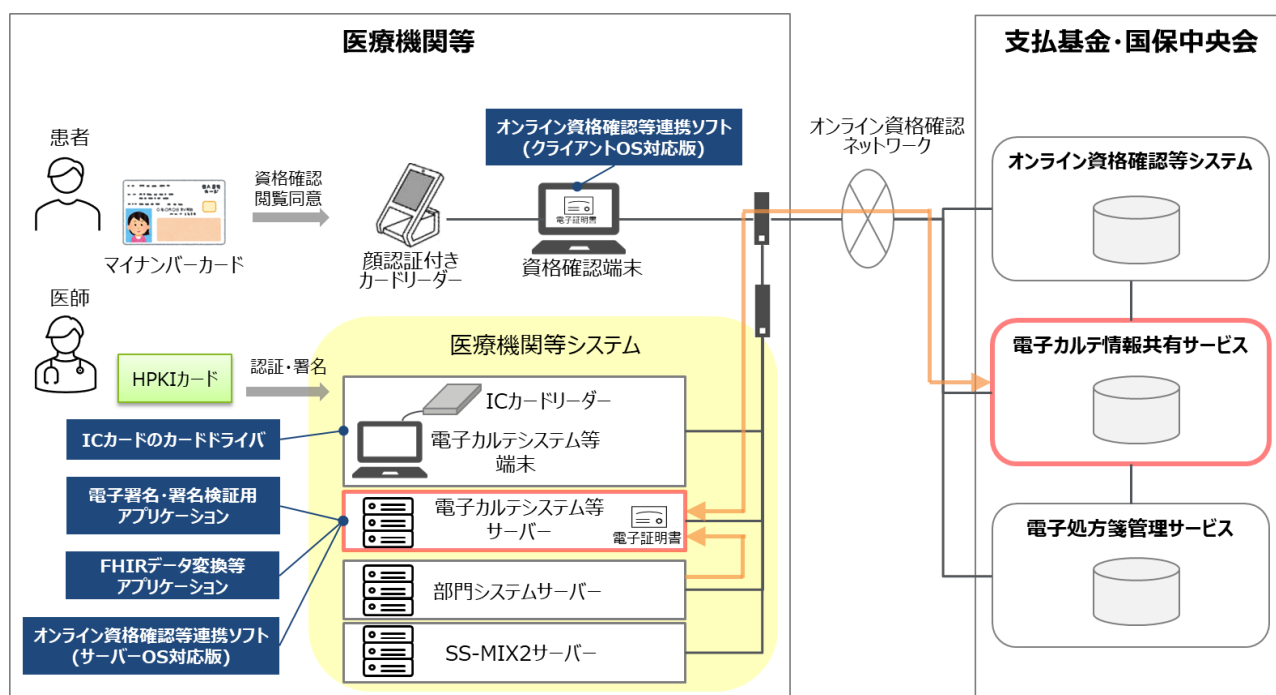
■ WebAPI通信方式



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 33. 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 33 . 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



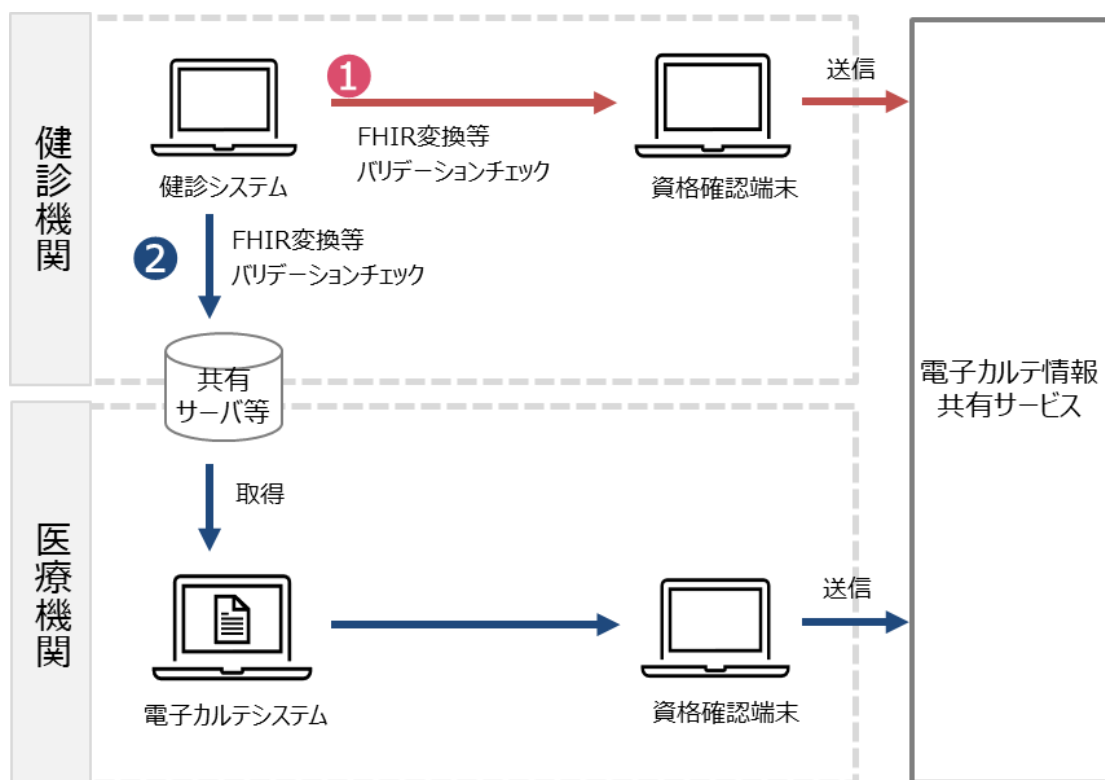
なお、各施設によって、部門システム（文書作成システム、地域連携システム、検査システム、健診システム等）の有無や、SS-MIX2 ストレージまたは診療 DWH の有無等、医療機関等システムの構成は多種多様に存在しています。そのため、どの医療機関等システム(データベース)からデータを出力し、どのシステム上で FHIR 変換等を行い、どのシステムが I/F となつて、本サービスにデータ登録するかの経路について医療機関等と相談の上、ご検討ください。

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 34 . 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。

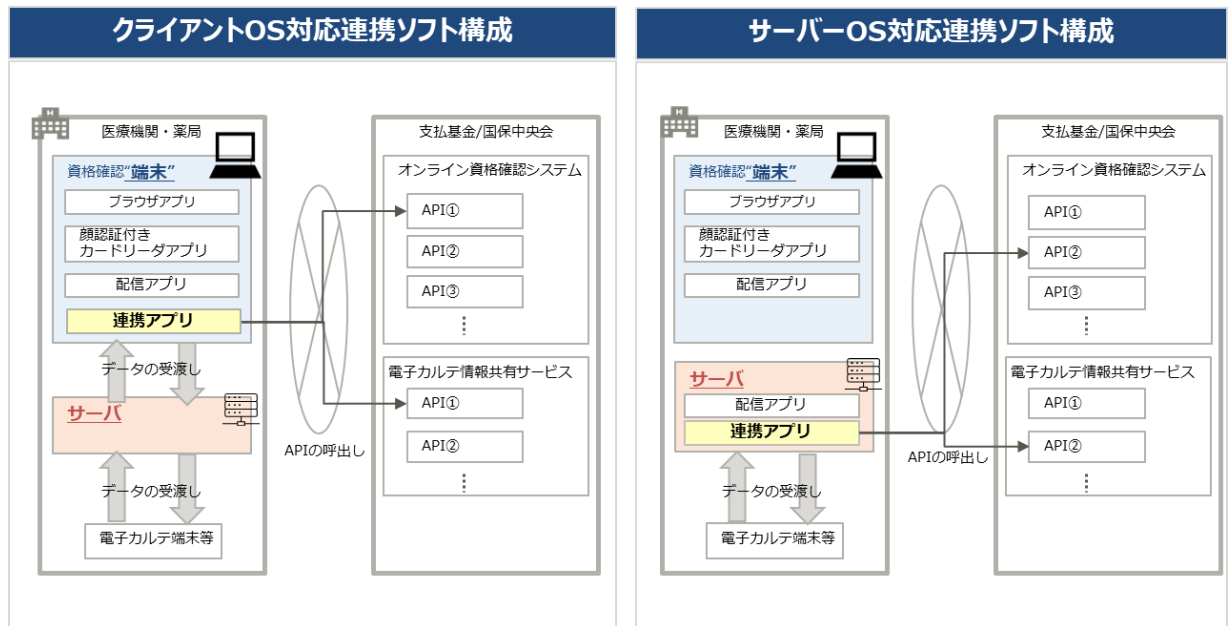
② オンライン資格確認等連携ソフト

ファイル連携方式を採用する場合は、電子カルテ情報共有サービス運営主体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 にしか対応していませんでしたが、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 35 . 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 36. 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。

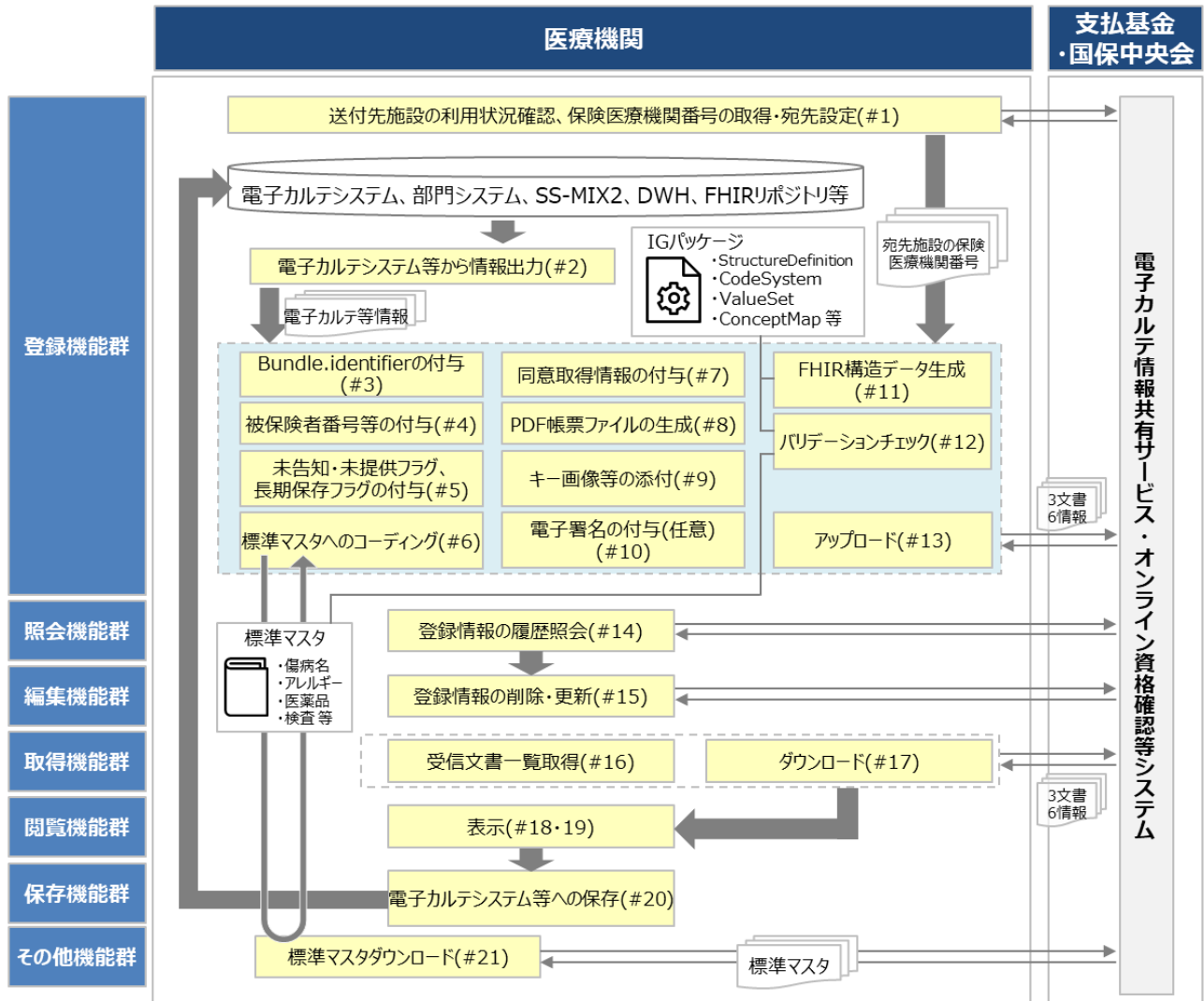
資格確認端末を用いたファイル連携方式を採用した場合、資格確認端末に接続できるセッション数が、Windows OS の制約により最大 20 セッションとなりますので、電子カルテシステム等の端末台数や使用状況によっては、複数の資格確認端末と電子証明書（機関認証用）をご用意いただく必要が発生します。

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)が搭載された連携サーバー等、Web API 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

図 36 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 36. 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 37. 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 37. 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、図 76 で示した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 38. 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 37. 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 38. 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	標準マスタダウンロード	●		・標準マスタ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

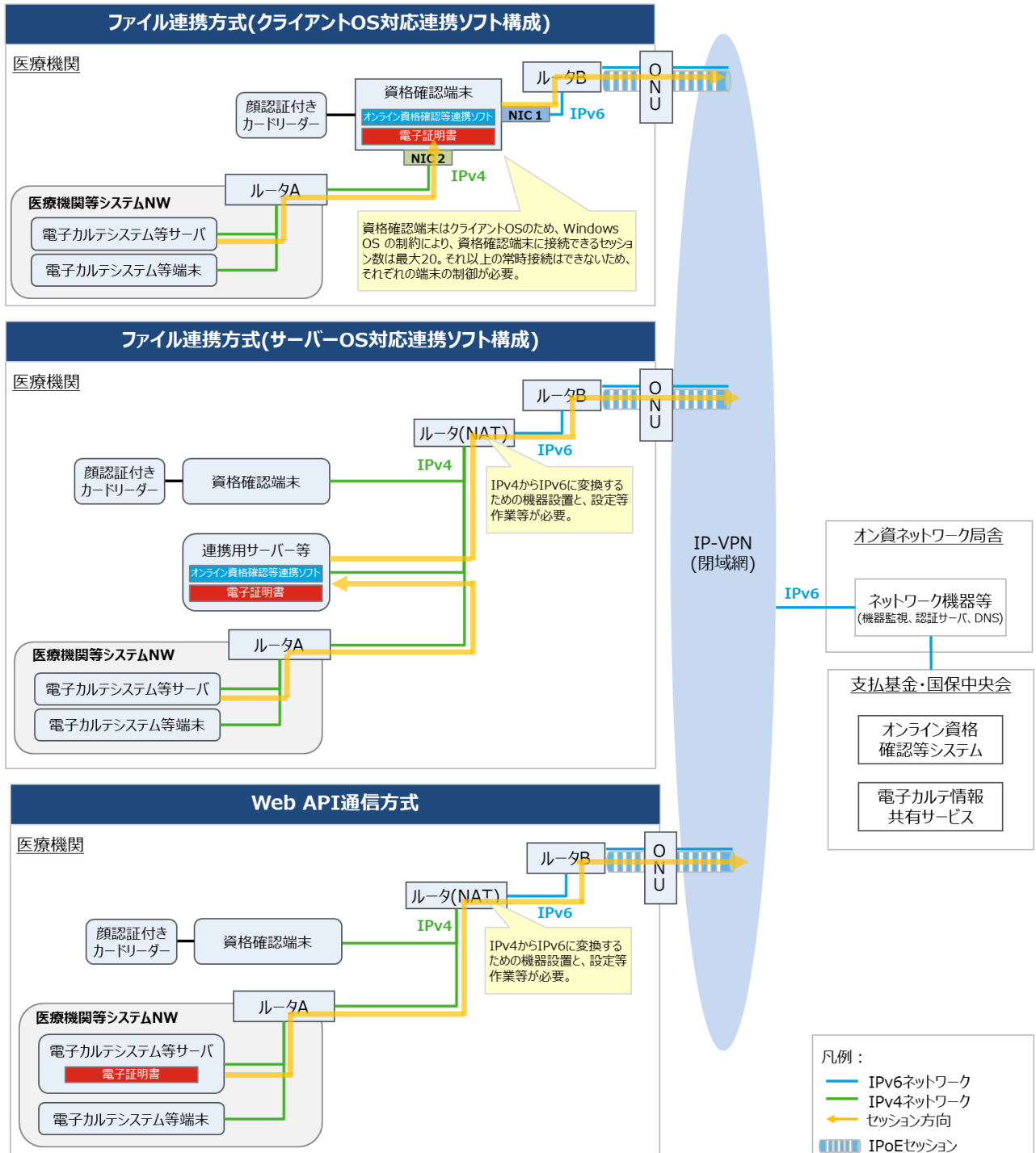
オンライン資格確認ネットワークの接続方式で採用されている、「IP-VPN 接続方式（光回線に限る）」または「IPsec+IKE 接続方式」のいずれかの方式から選択できます。それぞれの接続方式に応じたネットワーク連携のパターンについては、オンライン資格確認等システム及び電子処方箋管理サービスと同様の内容になりますので、「[オンライン資格確認等システムの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書](#)」及び「[電子処方箋管理サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書](#)」より詳細内容をご確認ください。加えて、「[オンライン資格確認等システムとの接続に係るネットワーク連携のパターンの参考例](#)」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 39、40 に示します。図に記載のルータに関しては、表 38 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 38. 設置ルータに関する留意事項

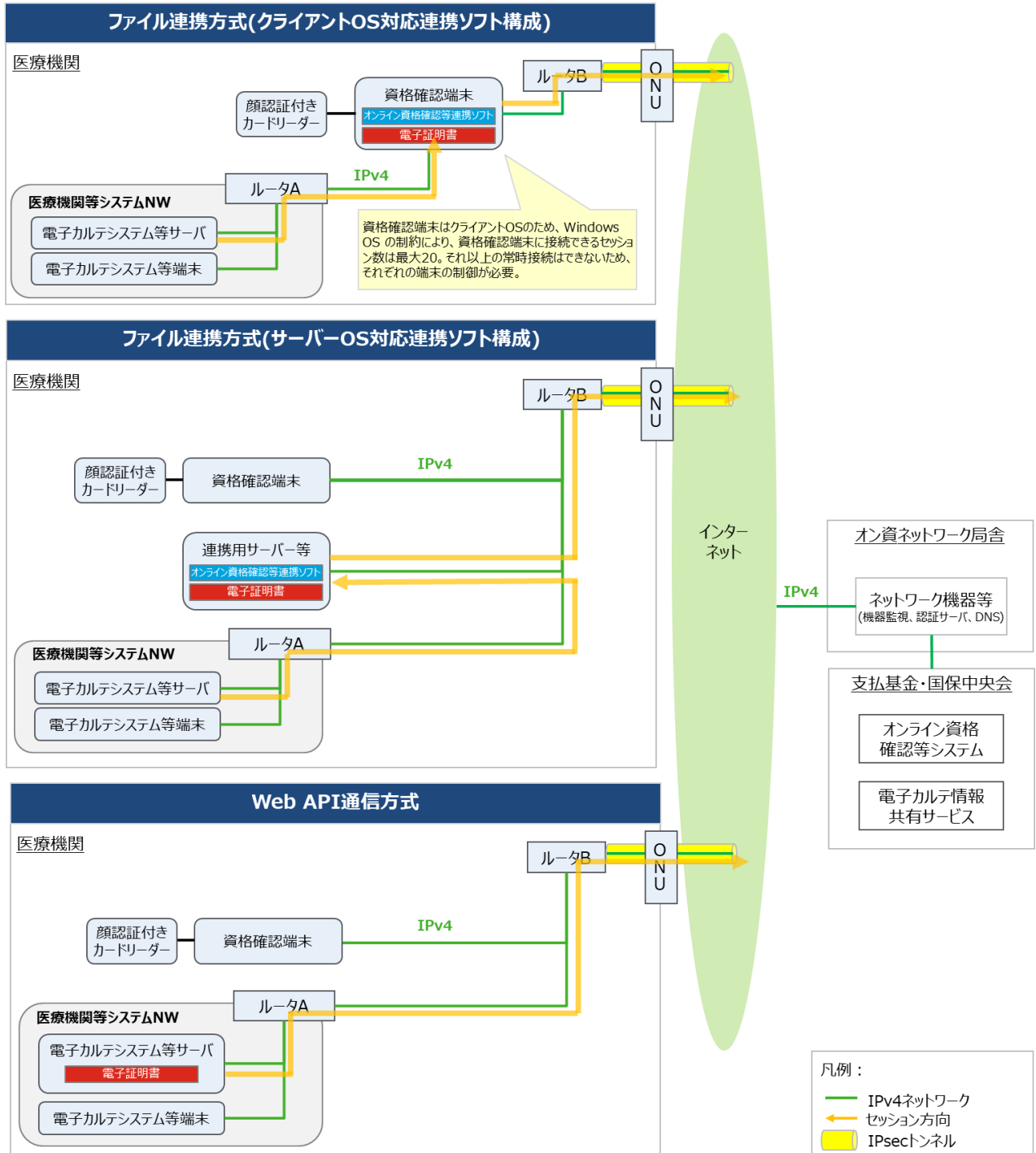
ルータ種別	留意点
ルータ A	電子カルテシステム等(サーバ/端末)を起点に資格確認端末や連携サーバ等に対してレスポンスを求める通信を許可すること。 資格確認端末及び連携サーバ等を起点に電子カルテシステム等(サーバ/端末)に対してレスポンスを求める通信を拒否すること。
ルータ B	外部ネットワークからの通信(電子カルテシステム等からの登録(要求)情報に対する戻り(結果)情報以外)を制限すること。 電子カルテシステム等からは特定の接続先のみアクセスできるよう通信許可設定を実施し、不正な外部への接続を制限すること。

図 39. 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 40. 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

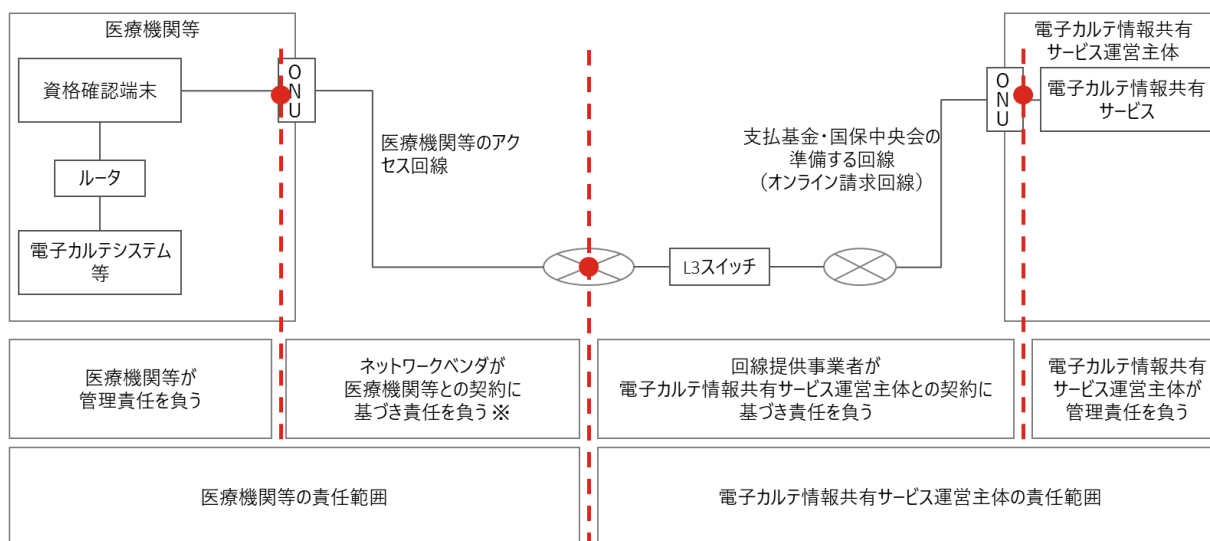
本サービスで扱う医療情報は要配慮個人情報であり、漏洩や改ざん等が発生しないよう、十分な対策を行う必要があります。以下にセキュリティ対策に係る主要事項を記載していますが、各医療機関等のセキュリティ対策の現状を鑑み、セキュリティ対策が十分かどうかの確認及び必要な対策について各システムベンダが医療機関等と相談の上、責任をもって対応ください。

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 41. 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 42. 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）

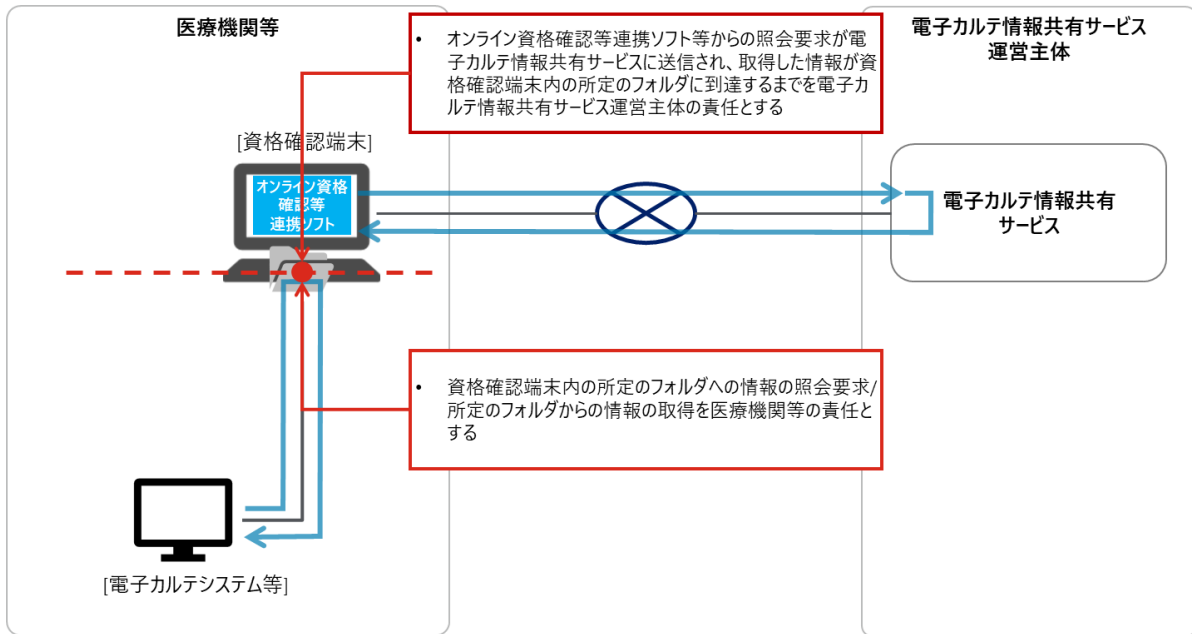
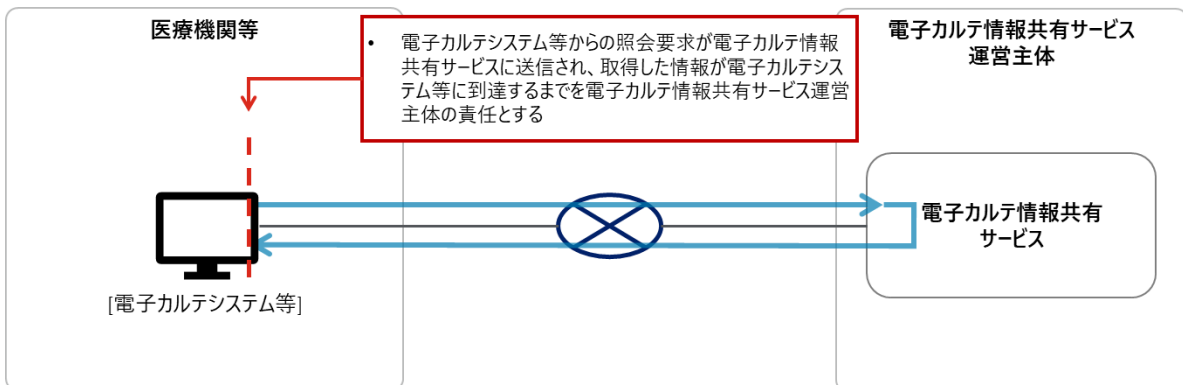


図 43 . 情報到達点の責任分界（Web API 通信方式の場合）



(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・否認防止の観点が必要であり、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、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。

なお、電子署名は本サービスの普及状況や、今後の HPKI を含めた電子署名の状況等を踏まえて、再度取扱いを検討することといたします。

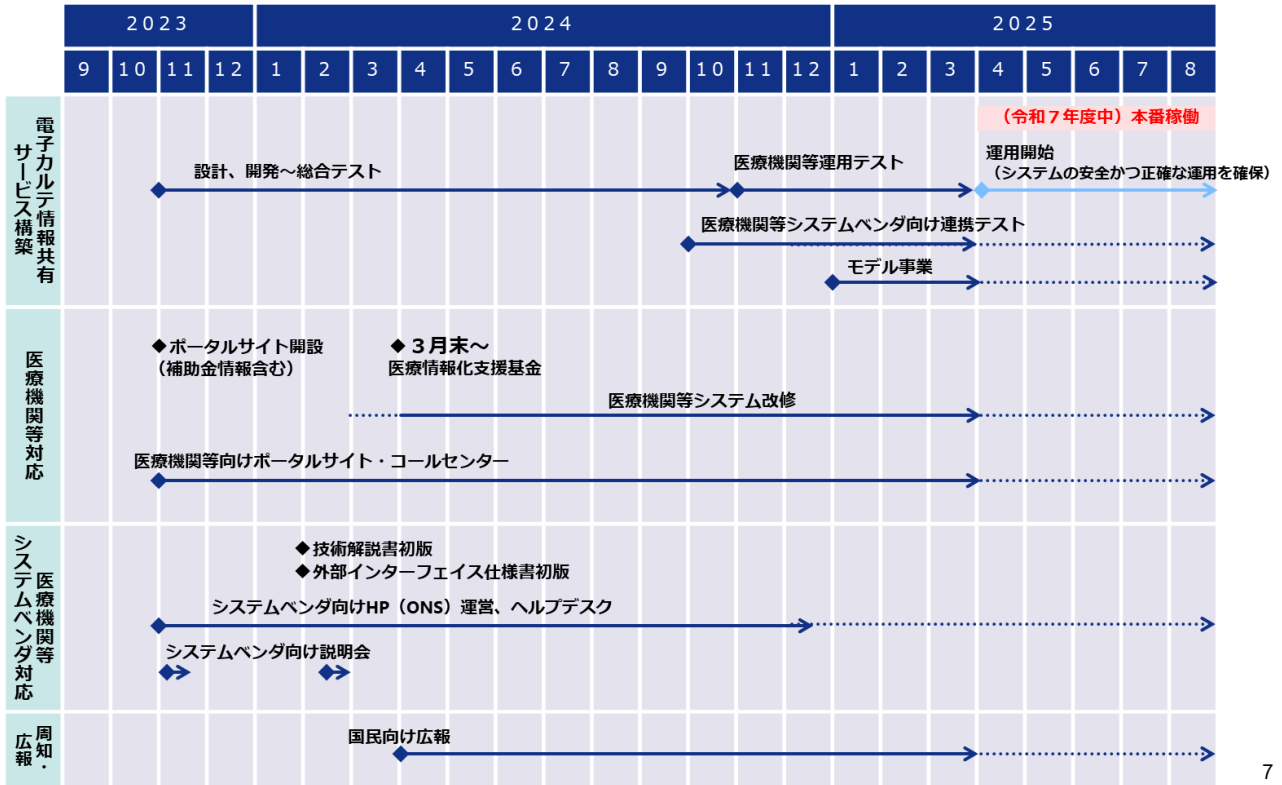
(4) セキュリティパッチ等の配信について

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がある作業を説明します。全体スケジュールを「図44. 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」に示します。

図44. 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



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 39. ネットワーク設定の主な対応に示します。

表 39. 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、別途周知します。

② IC カードリーダー及び IC カードリーダードライバの設置

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 カードリーダー及び IC カードリーダー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。電子カルテ情報共有サービス運営主体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 40. 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10月以降	2024年11月以降	2025年1月以降順次開始予定 (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 <small>(実在の患者データである必要がある場合は、 予め支払基金にお問い合わせください。)</small>	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

厚生労働省及び電子カルテ情報共有サービス運営主体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 41. 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 1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データ記述方法や電子署名方法を定めた文書。	医療機関等 ONS	令和6年 1月～
3	文書	バリデーションチェックリスト	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内容を定めた文書。	医療機関等 ONS	令和6年 10月～
4	文書	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 10月～
5	文書	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。	医療機関等ポ ータルサイト	令和6年 10月～
6	文書	運用マニュアル	本サービス利用開始後の医療機関等の具体的な業務運用方法等。	医療機関等ポ ータルサイト	令和6年 10月～
7	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 10月～
8	文書	記録条件仕様ファイルバリデータマニュアル	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のマニュアル。	医療機関等ポ ータルサイト	令和6年 11月～
9	データ	電子カルテ情報共有サービス対応 JLACコード表	厚生労働省が定める本サービス向けの検査と感染症のコード表。	医療機関等 ONS	令和6年 10月～
10	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。	医療機関等 ONS	令和6年 10月～

No	区分	項目	概要	参照先	提供予定 時期
			「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。		
11	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6年 11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。