



第7回健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
(令和5年3月9日) 資料1 - 3 参考資料

健康・医療・介護情報利活用検討会 医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ とりまとめ（案） 参考資料

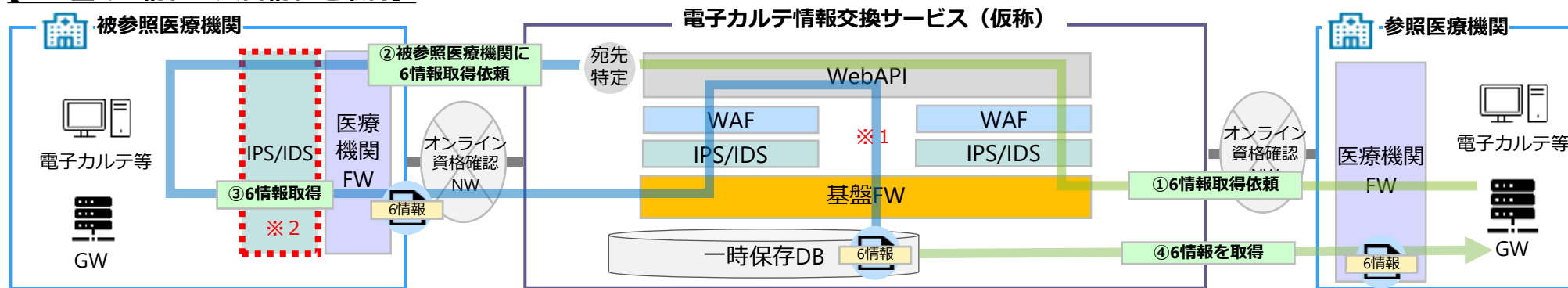
医政局 特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

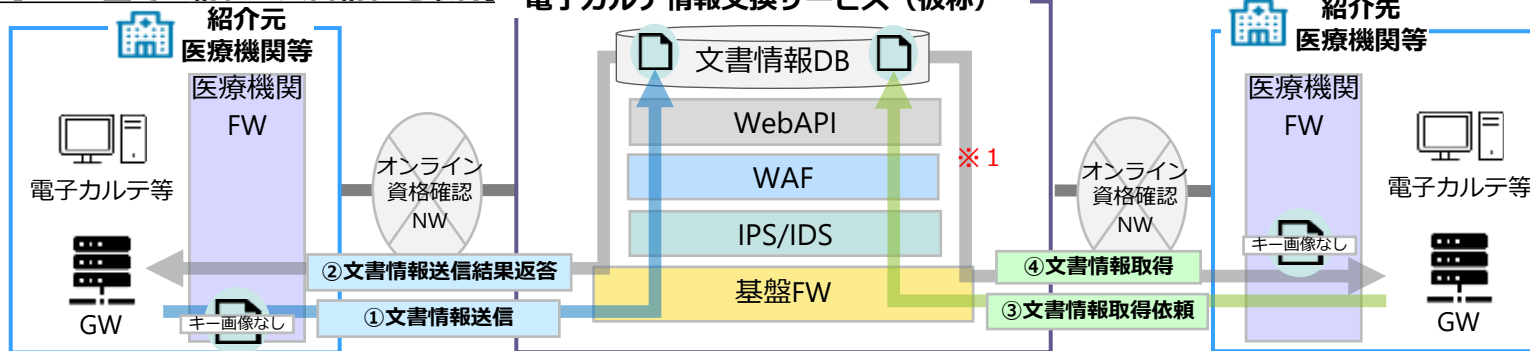
文書情報・6情報を管理する仕組み（PUSH/PULL）に関して

PULL型を整備する場合においては、PUSH型と同等のセキュリティ対策が必要となることに加え、被参照医療機関においては、標的型（DDoS）攻撃への対策として電子カルテ情報交換サービス（仮称）基盤側からの正常なリクエストであるかどうかを正確に判別できるよう、FWに加えIPS/IDSを設置する必要がある。さらに、Web-APIで応答するためのサーバ構築やIP固定サービスへの切替による整備費用の増加、及び医療機関はサーバへのセキュリティパッチ等の更新作業への対応が必要であり、費用対効果を考慮し、**まずはPUSH型で文書情報・6情報を管理する仕組みに着実に取り組む。**

【PULL型で6情報・文書情報を取得】



【PUSH型で6情報・文書情報を取得】



※1：画像情報等のバイナリデータを取得する場合は、マルウェア等の感染対策の観点から電子カルテ情報交換サービス（仮称）にてファイル無害化処理の対応が必要

※2：IPS/IDSを導入する場合、オンライン資格確認等システムや電子処方箋も含めた医療機関側のNW設計の見直しが必要

電子カルテ情報の提供の仕方における情報セキュリティ対策の比較

PUSH型／PULL型に関わらず、画像情報を送受信する場合には、マルウェア対策としてファイル無害化処理が必要となる。なお、文書情報（テキスト＋キー画像）にファイル無害化処理を実施した場合、文書情報の真正性を確保できない可能性があるため、文書情報と画像情報を分けて送信することが必要となる。

また、PULL型を整備する場合においては、PUSH型と同様に電子処方箋管理サービスと同等のセキュリティ対策が必要となることに加え、被参照医療機関においては、標的型（DDoS）攻撃への対策として電子カルテ情報交換サービス（仮称）からの正常なリクエストであるかどうかを正確に判別できるよう、FWに加えIPS/IDSを設置する必要がある。

有識者へのヒアリング結果に基づく求められる情報セキュリティ対策

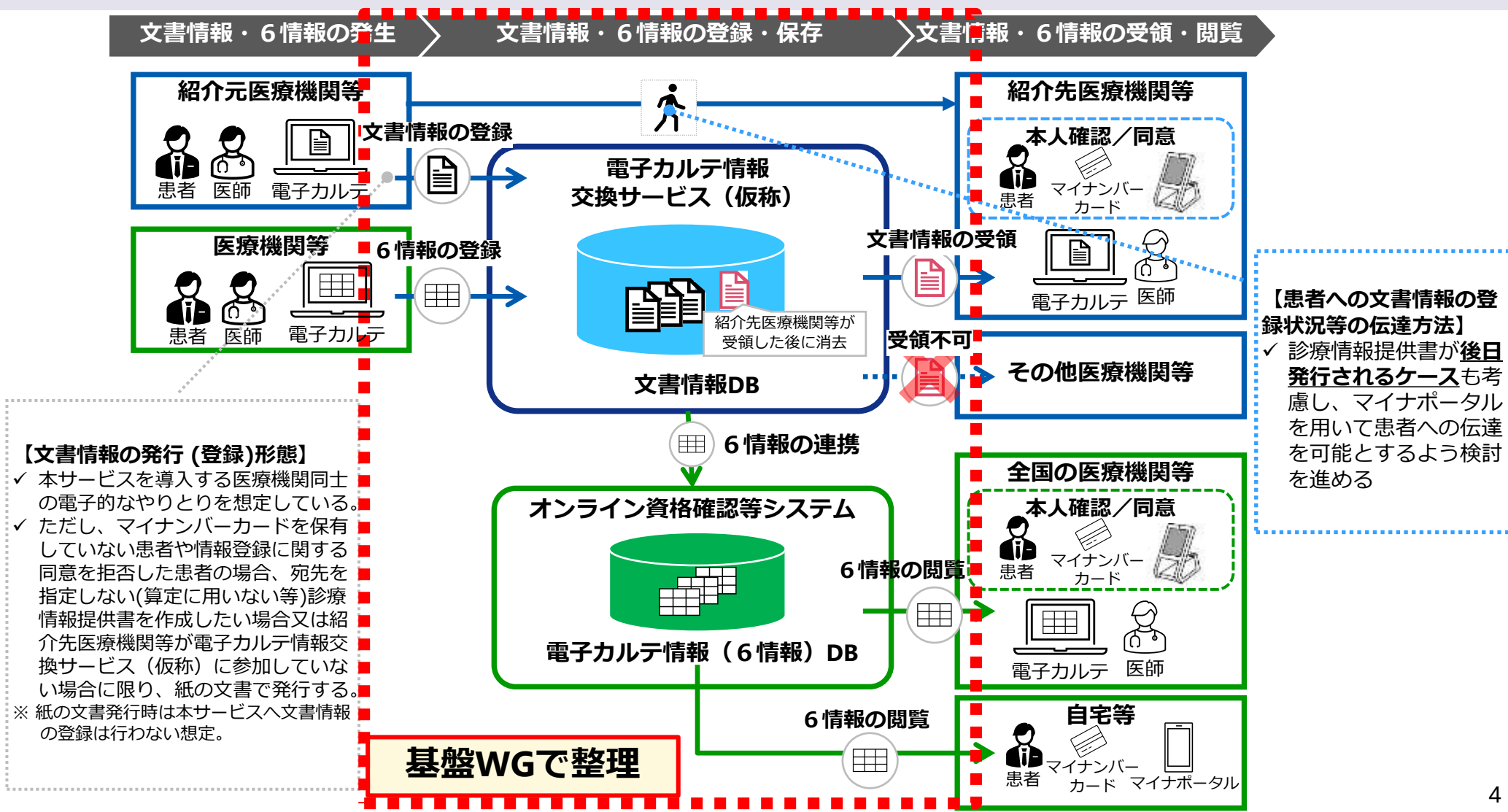
電子カルテ情報の提供の仕組み	パターン	求められる情報セキュリティ対策（最低限）		
		電子カルテ情報交換サービス（仮称）	参照側医療機関（紹介先の医療機関等）	被参照側医療機関（紹介元の医療機関等）
PUSH型	① 6情報・文書情報（テキスト）	FW・IPS/IDS・WAF	FW	FW
	② 6情報・文書情報（テキスト＋キー画像）	FW・IPS/IDS・WAF ファイル無害化	FW	FW
PULL型	③ 6情報（テキスト）	FW・IPS/IDS・WAF	FW	FW・IPS/IDS
	④ 画像情報／動画情報	FW・IPS/IDS・WAF ファイル無害化	FW	FW・IPS/IDS

赤字：画像情報の送受信に必要となるセキュリティ対策

青字：PULL型の仕組みに必要となるセキュリティ対策

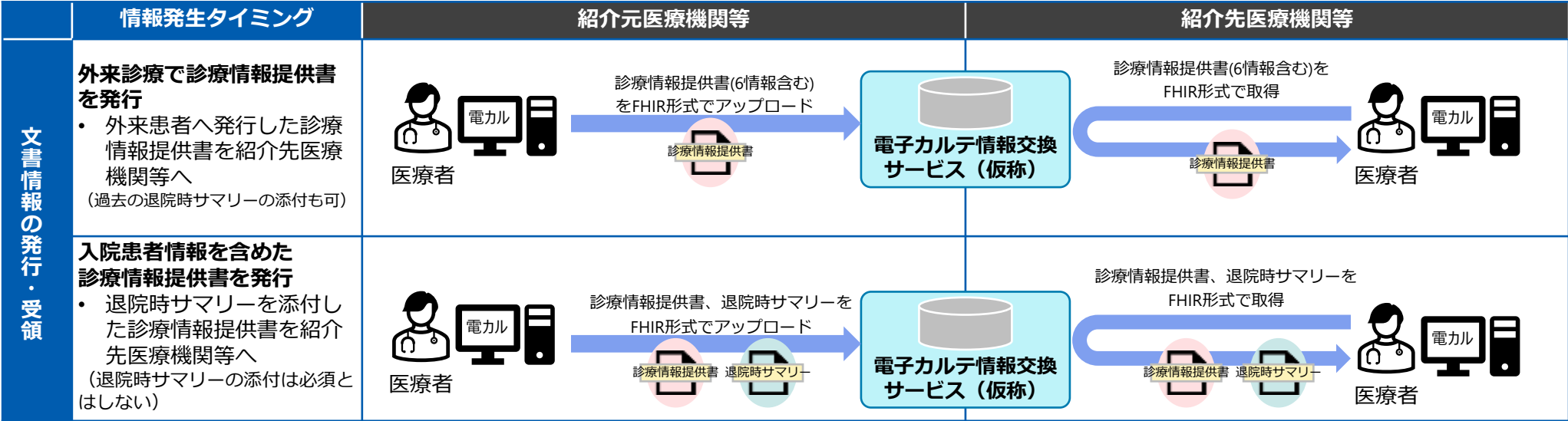
文書情報・6情報の発生・登録・保存・閲覧（受領）の全体像

文書情報・6情報の発生、受領・閲覧タイミング、及び情報の性質を踏まえ、患者への文書情報の発行の伝達方法や、電子カルテ情報交換サービス（仮称）及びオンライン資格確認等システムへの保存期間を整理した。

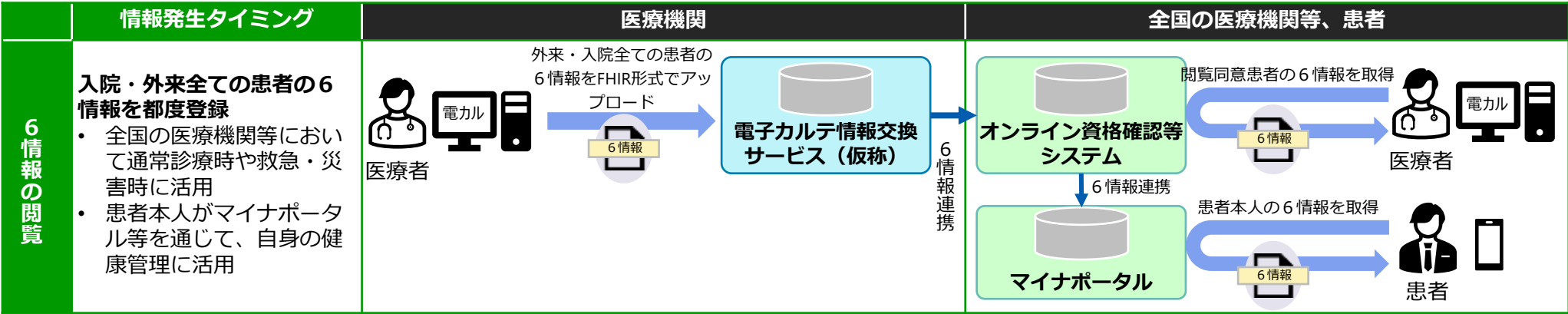


基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

①電子カルテ情報を使用している全国の医療機関等との連携（医療機関同士での救急・災害時に有用となる情報や生活習慣病関連の情報の交換等）、②患者自身による自らの医療情報の活用等のための基盤となることを想定している。



※退院時サマリー単独の取扱いに関しては引き続き検討



文書情報・6情報の保存期間について

文書情報・6情報の閲覧タイミングや情報の特性等を考慮し、電子カルテ情報交換サービス（仮称）及びオンライン資格確認等システムにおける各情報の保存期間は、それぞれ以下を基本とする。ただし、基本とする期間よりも長期間の保存が望ましいと医師が判断した場合には、長期間保存が可能となるよう整理する。

共有情報・情報格納場所		情報の受領・閲覧タイミング	保存期間
電子カルテ情報交換サービス（仮称）	診療情報提供書（HL7 FHIR）	患者が紹介先医療機関等を受診した時又はマイナポータル等を活用した事前送付時。	- 紹介先医療機関等が診療情報提供書を受領した後は原則消去（もしくはシステムエラー等を考慮し1週間程度保存）。受領までの間は上書き可能とする。 - 診療情報提供書の有効期限は厳密に定められていないが、保存コストを考慮し、未受領の診療情報提供書は6カ月保存。
	退院時サマリー（HL7 FHIR）	診療情報提供書に添付される場合を念頭に置いていることから、診療情報提供書と同様、患者が紹介先医療機関等を受診した時又はマイナポータル等を活用した事前送付時。	診療情報提供書に添付される場合を念頭に置いていることから、紹介先医療機関等が退院時サマリーが添付された診療情報提供書を受領した後は原則消去（もしくはシステムエラー等を考慮し1週間程度保存、未受領の場合は同様に6カ月保存）。受領までの間は上書き可能とする。※ 将来的に退院時サマリーを単独で共有することとなった場合には、別途検討する。
	6情報（HL7 FHIR）	—	オンライン資格確認システムに情報移行した時点で消去（もしくはシステムエラー等を考慮し1週間程度保存とし、その間は上書き可能とする） （6情報は紹介先医療機関等において診療情報提供書が未受領であってもオンライン資格確認等システムで閲覧可能であるため、電子カルテ情報交換サービス（仮称）では長期間の保存を想定しない。）
オンライン資格確認等システム	6情報	- 患者が一医療機関等を受診した時 - 救急・災害等の緊急時	情報の性質により利用用途が異なることを踏まえ整理（次頁参照）。

オンライン資格確認等システムにおける 6 情報の保存期間

各情報の特性を踏まえ、「傷病名」「アレルギー情報」「感染症情報」「薬剤禁忌情報」の保存期間は 5 年間程度を基本とし、保存期間が経過した場合であっても継続的に保存が必要と医師が判断した情報については、長期間保存が可能となるよう整理する。「検査情報」は時間の経過とともに変動するものであることを踏まえ、保存期間を 1 年間とする。「処方情報」は電子処方箋の処方・調剤情報の保存期間と合わせて 100 日間を基本とし、保存期間が経過した場合であっても各項目の直近 3 回程度の情報は保存が可能となるよう整理する。

共有する項目	オンライン資格確認等システムにおける 6 情報の保存期間
傷病名	- 過去の傷病歴は診療に役立つ情報であることを踏まえ、登録日（受診日）から 5 年間程度保存する。 - また、5 年を超えて保存することが望ましいと医師が判断（フラグ等で管理）した傷病名は長期間保存する。
アレルギー情報	- アレルギー情報はリスク管理の観点から有用な情報であることを踏まえ、登録日から 5 年間程度保存する。 5 年を超えて保存することが望ましいと医師が判断（フラグ等で管理）したアレルギー情報は長期間保存する。
感染症情報	感染症情報は医療従事者の感染防止の観点から手術前の感染症チェックや救急・災害時対応等において有用な情報であることを踏まえ、登録日から 5 年間程度保存する。
薬剤禁忌情報	- 薬剤禁忌情報はリスク管理の観点から有用な情報であることを踏まえ、登録日から 5 年間程度保存する。 - また、5 年を超えて保存することが望ましいと医師が判断（フラグ等）した薬剤禁忌情報は長期間保存する。
検査情報	- 検査結果は時間が経つと変動するものであることを踏まえ、登録日から 1 年間保存する。 - また、保存期間が経過した場合であっても、直近 3 回程度の検査情報を保存する。
処方情報	- 処方情報は、電子処方箋の処方・調剤情報がレセプトの薬剤情報と重複することから保存期間を 100 日としていることを踏まえ、登録日から 100 日間保存する。 - また、保存期間が経過した場合であっても、直近 3 回程度の処方情報を保存することとし、今後電子処方箋の仕組みと共に利活用目的を整理していく中で、目的に応じた保存期間を検討していく。

【参考】保存期間に関連する法令等

オンライン資格確認等システムにおける「特定健診情報」「薬剤情報」は、法令や保存コスト等を考慮し、それぞれ「5年間」「3年間」で保存されている。6情報（電子カルテ情報）についても、関連法令や保存コストも踏まえて保存期間を検討する。

オンライン資格確認等システムに保存されている情報の保存期間及び関連する法令等

健康・医療情報	保存期間	保存期間に関連する法令等
特定健診情報	5年間	【高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）】 （特定健康診査） ■ 第二十二条 保険者は、第二十条の規定により特定健康診査を行つたときは、厚生労働省令で定めるところにより、<u>当該特定健康診査に関する記録を保存しなければならない</u>。 【特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の保存】 ■ 第十条 <u>保険者は</u>、法第二十二條及び法第二十五條の規定により、特定健康診査及び特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、<u>当該記録の作成の日の属する年度の翌年度から五年を経過するまでの期間</u>又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間、当該記録を保存しなければならない。
薬剤情報	3年間	【オンライン資格確認等システムに関する運用等に係る検討結果について（令和3年4月版）*1】 ■ 薬剤情報の閲覧・保存期間は、<u>薬剤情報の利用ニーズやコスト等を考慮して、先ずは3年と設定</u>し運用を開始する。（*1:https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000726675.pdf） （参考） 【薬剤師法】 ■ 第27条 薬局開設者は、<u>当該薬局で調剤済みとなつた処方せんを、調剤済みとなつた日から三年間、保存</u>しなければならない。
6情報 （電子カルテ情報）	5年間	【医師法】 ■ 第二十四条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。 ■ 2 <u>前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは</u>、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、<u>5年間これを保存</u>しなければならない。 【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 ■ 第9条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。<u>ただし、患者の診療録にあつては、その完結の日から5年間とする。</u>

【参考】電子処方箋における文書情報及び 6 情報の電子データ登録に係る同意

電子処方箋では、紙の処方箋・電子処方箋に関わらず本人同意を都度取得せずとも、電子処方箋管理サービスに電子データを登録することについて「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の法改正により対応。

電子処方箋管理サービスへ電子データを登録することについての根拠について

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 (*1)

(*1)令和4年8月5日 厚生科学審議会 医薬品医療機器制度部会 資料1 改正医薬品医療機器法等について

- 電子処方箋に含まれる個人情報の第三者提供や要配慮個人情報の取得について、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律において、電子処方箋を、医師等が社会保険診療報酬支払基金等に提供し、社会保険診療報酬支払基金等は当該提供を受けた電子処方箋を薬局に提供すること等を規定することで、患者の本人同意を都度取得せずとも、医師等や薬剤師等の限定された関係者間における情報共有を可能とする。

薬生発0520第2号 令和4年5月20日

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律等の公布について

第2 改正の主な内容 2 電子処方箋の仕組みの整備に関する事項

(1) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の一部改正

ア 医師又は歯科医師は、患者又は現にその看護に当たっている者（以下「患者等」という。）の求めに応じて、当該患者等に対する処方箋（書面に代えて当該処方箋に係る電磁的記録を作成した場合における当該電磁的記録を含む。以下同じ。）の交付に代えて、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に対し、厚生労働省令で定めるところにより、当該処方箋を電磁的方法により提供することができるものとする。こと。（改正法：医療介護総合確保法第12条の2第1項関係）

（中略）

イ 医師又は歯科医師は、電子処方箋以外の方法により処方箋を交付した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、支払基金又は連合会に対し、当該処方箋に記載し、又は記録した情報を電磁的方法により提供することができるものとする。こと。（改正法：医療介護総合確保法第12条の2第5項関係）

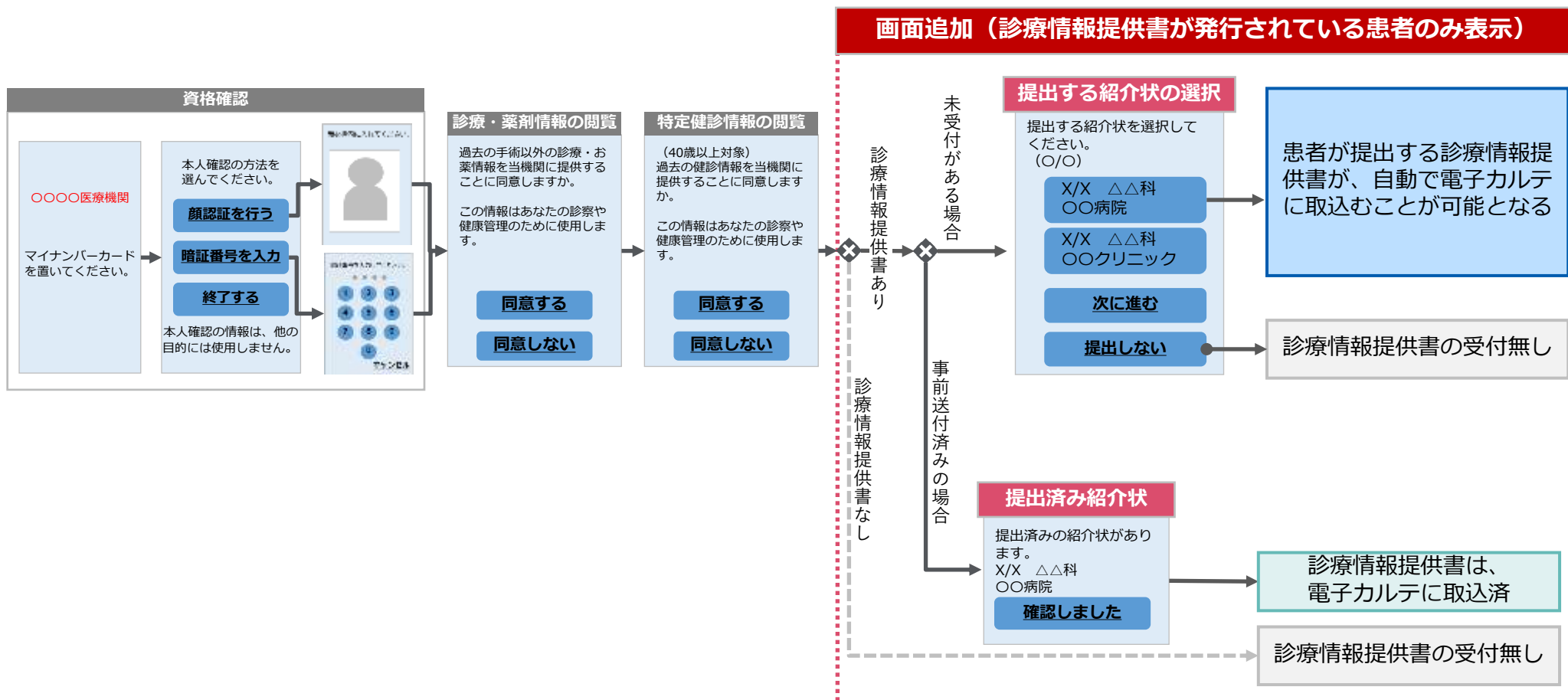
文書情報の閲覧(受領)に関する同意に関して

患者が診療情報提供書を受診日当日に紹介先医療機関等に提供する場合に、電子処方箋と同様に顔認証付きカードリーダーにて提供する文書情報を選択できる仕組みや、患者がマイナポータルを活用して文書情報を事前に紹介先医療機関等に提供できる仕組みを検討する。同時に、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」）や民間の診療予約サービスを活用して患者自身や紹介元医療機関等が文書情報を紹介先医療機関等に提供できる仕組みを整備していく。

文書情報提供パターン	概要	文書情報の提供イメージ
当日提出 全医療機関等	（顔認証付きカードリーダーで提出） ■ 患者が顔認証付きカードリーダーで紹介先医療機関等へ提供する診療情報提供書を選択する。	紹介先医療機関等 患者 マイナンバーカード 顔認証付きカードリーダー 顔認証付きカードリーダーによる提供する紹介状の選択 又は
地域医療情報連携ネットワーク/民間の診療予約サービスを利用していない医療機関等	（マイナポータルを活用） ■ 患者がマイナポータルで紹介先医療機関等へ診療情報提供書を事前送付する。 ■ 患者は提供する文書及び提供先の医療機関等を選択するのみとし、アクセスコードを意識することなく事前送付が可能な仕組みを検討する。	自宅等 患者 マイナンバーカード スマホ等 本人確認・本人同意 マイナポータル 紹介先医療機関等 被保険者番号 アクセスコード 電子カルテ情報交換サービス（仮称） 事務職員 電子カルテ等
事前送付 地域医療情報連携ネットワーク/民間の診療予約サービスを利用する医療機関等	（地域医療情報連携ネットワーク/民間の診療予約サービスを活用） ■ 地連NW/民間の診療予約サービスを活用し、紹介先医療機関等へ診療情報提供書を事前送付する。 ■ 地連NW/民間の診療予約サービスに文書情報を提供すると情報漏洩リスクが懸念されるため、「アクセスコード」を利用した仕組みとする。なお、マイナポータル自己情報取得API連携でアクセスコードを取得することで、患者はアクセスコードを意識することなく事前送付が可能な仕組みを検討する。	自宅等 診療予約サービス 患者 マイナンバーカード スマホ等 本人確認・本人同意 マイナポータル（自己情報取得API） 紹介先医療機関等 被保険者番号 アクセスコード 電子カルテ情報交換サービス（仮称） 事務職員 電子カルテ等 自身で送付 送付を依頼 紹介元医療機関等 診療予約サービス/地連NW 事務職員 診療予約用端末 被保険者番号 + アクセスコードの組合せで文書情報を取得

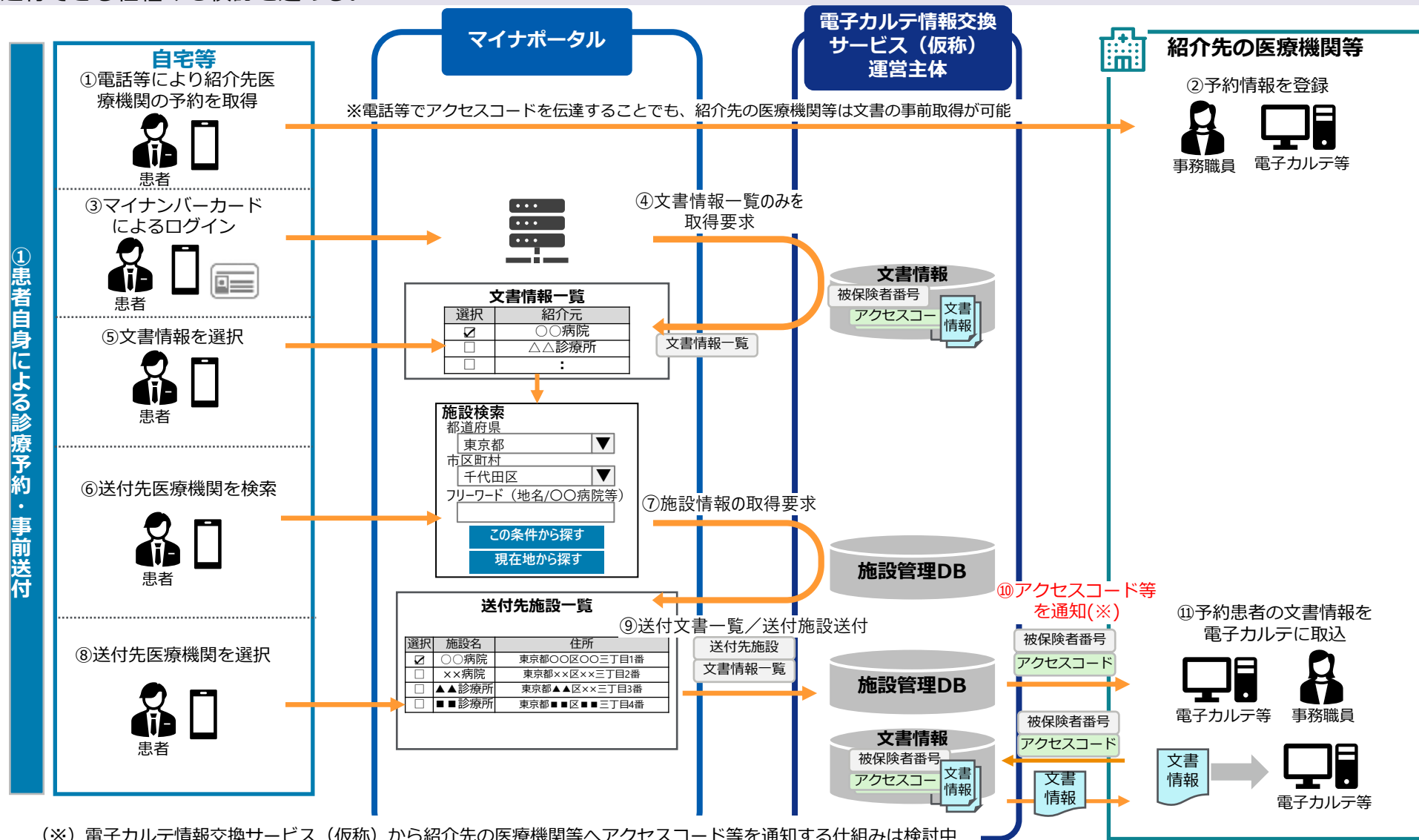
当日文書情報を提出する場合

診療情報提供書が発行される患者は、資格確認時に診療情報提供書が発行されている患者のみ顔認証付きカードリーダーに画面を追加表示し、患者自らが提供可否を判断できることとする。なお、顔認証付きカードリーダーで対応可能な範囲を考慮し、電子処方箋の画面遷移を参考にしたイメージは以下を想定する。



文書情報の受領「マイナポータル」を活用した事前送付の仕組み

民間の診療予約サービスを利用していない医療機関に対しては、患者がマイナポータルから紹介先の医療機関等へ診療情報提供書を事前送付できる仕組みも検討を進める。



(※) 電子カルテ情報交換サービス（仮称）から紹介先の医療機関等へアクセスコード等を通知する仕組みは検討中

文書情報の受領 紹介先の医療機関等へのアクセスコード等の通知方法について

患者がマイナポータルから紹介先の医療機関等へ診療情報提供書を事前送付するためには、紹介先の医療機関等へアクセスコード等を通知する必要がある。以下のとおり、アクセスコードを通知する方法はいくつかあるが、実現容易性やセキュリティの観点を考慮する必要がある。

紹介先の医療機関等に対するアクセスコードの通知方法（例）

通知概要	通知方法	課題・懸念点等
患者が紹介先の医療機関等へ口頭等で伝達	電話、FAX	紹介元医療機関においては、患者へアクセスコード等を記載した用紙を提供する必要がある（紙が残る）。
電子カルテ情報交換サービス（仮称）から紹介先の医療機関等へ電子的に通知	WEB API通知	紹介先の医療機関等において、アクセスコード等を受領するための専用WEBサーバを整備する必要がある。 ※医療機関等はPULL型への対応と同等の仕組みの整備（サーバ等）が必要
	Eメール通知 ^(※)	- 紹介先の医療機関等のEメールアドレスを収集・管理（アドレス変更時も含め）する必要がある。 - メール本文にアクセスコード等を記載すると、情報漏洩リスクが懸念されるため、メールでの通知とは別にアクセスコード等は別に通知するための仕組みを整備する必要がある。
紹介先の医療機関等から電子カルテ情報交換サービス（仮称）へ自院宛ての文書情報の有無を一定間隔で確認	連携アプリケーションにてポーリング	- 資格確認端末の連携アプリケーションの改修、及び医療機関等においてアクセスコード等を、電子カルテ等で受け取る仕組みの整備が必要となる。 - 全国の医療機関等が電子カルテ情報交換サービス（仮称）へ一定間隔でポーリングすることになるため、オンライン資格確認ネットワークの負荷が発生しないよう、医療機関等毎にポーリング間隔を調整する必要がある。 - ポーリング間隔が長い場合（数時間に1回等）、紹介先の医療機関等がアクセスコード等を受領・院内システムへ文書情報を取込む前に、患者が来院してしまう可能性がある。

（※）AWSでは、マネージドサービスであるAWS SES利用を想定。デフォルトでメール送信件数 200件/日の制限があるが上限緩和（1万件/日以上）が可能。

患者がマイナポータルで 6 情報を閲覧可能とする仕組み

患者本人によるマイナポータルにおける 6 情報の閲覧については、デジタル庁の閲覧方法の検討と足並みを揃えて対応する。傷病名（告知済み）、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報については登録された保存期間内の情報であれば全ての情報を閲覧可能とする。



6 情報の提供方法

情報	提供方法（案）	備考
傷病名	保存期間内の情報全てを提供	医療機関側における了解の下で情報を登録する運用とすることで、患者への告知を前提とした提供を想定
アレルギー情報		厚生労働省標準規格で採用されているコードがないことから、テキストデータでの提供を想定
感染症情報		梅毒STS（RPR法）、梅毒TP抗体、HBs、HCV、HIVの感染症情報の提供を想定
薬剤禁忌情報		厚生労働省標準規格では症状や重症度、制限情報等も含めたコードがないことから、テキストデータでの提供を想定
検査情報	患者が期間指定を行い提供	生活習慣病関連、救急時に有用な項目の提供を想定
処方情報		薬剤情報（処方・調剤情報含む）は、電子処方箋管理サービスの今後の運用を踏まえて引き続き検討

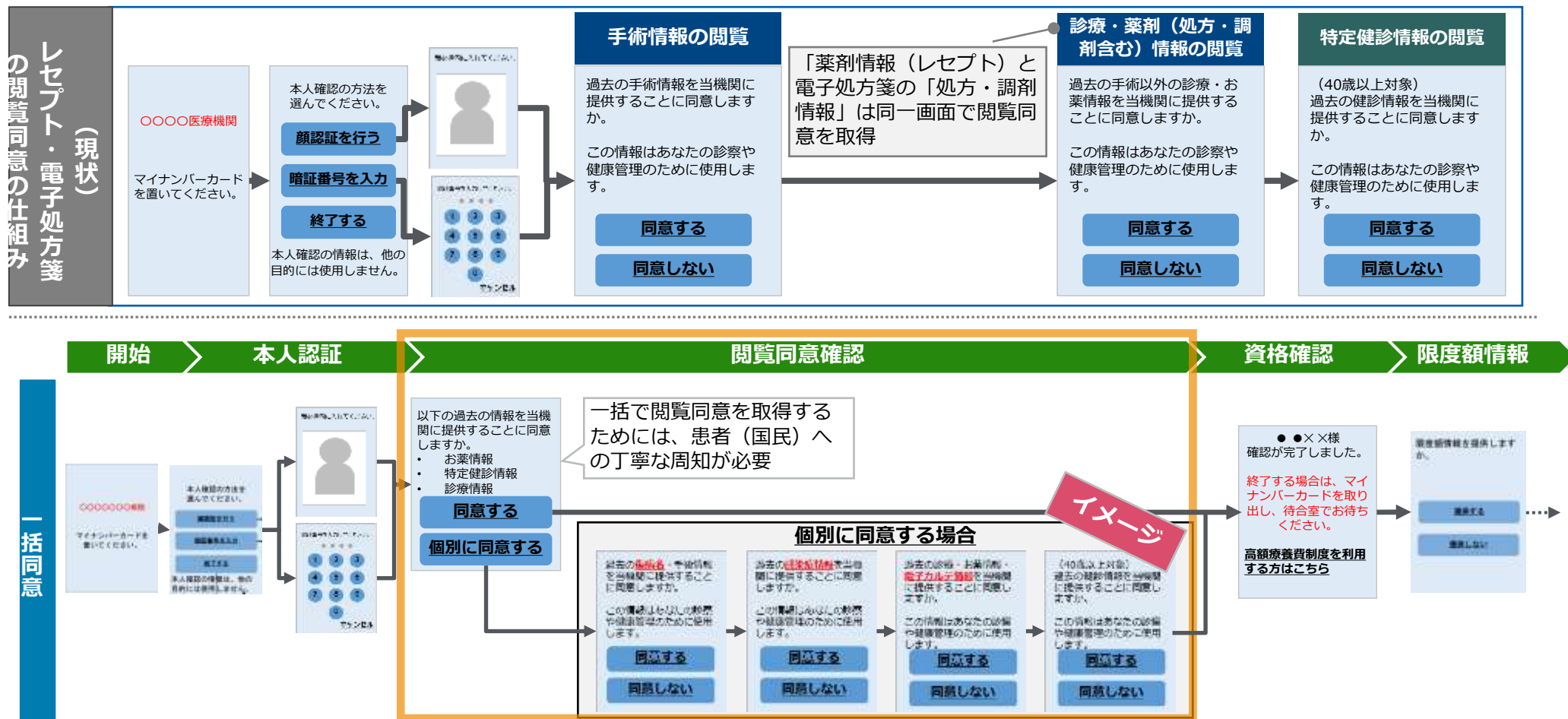
出所：デジタル庁「マイナポータルの機能追加について」（令和 3 年10月）

(https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/494e7749-cb53-4bdd-ae6b-49c26d5edbf5/20211126_myna_portal_01.pdf) に基づき作成

全国の医療機関等における6情報の閲覧に関する同意

まずは顔認証付きカードリーダー使用時に同意を取得する仕組みとして、各情報の閲覧に一括で同意する仕組みなどを検討しつつ、患者の利便性を確保できる仕組みについても引き続き検討を進めることとしたい。

全国の医療機関等における閲覧同意に係る顔認証付きカードリーダーの画面遷移イメージ



全国の医療機関等における6情報の閲覧方法

全国の医療機関等におけるオンライン資格確認等システムからの6情報の閲覧については、医療機関等のシステム開発に係る負担を考慮し、まずは特定健診情報や薬剤情報等の閲覧と同様に、XML/PDFのファイル形式で医療機関等へ提供することとする。今後FHIR規格の普及度合いを加味して、電子カルテ上での表示の仕方に関しても考慮し、一体的な議論を進める。閲覧に関しては、まずは検査情報・処方情報は直近3回を表示し、その他の情報に関しては一覧として確認できるよう考慮する。

特定健診情報・薬剤情報・診療情報の閲覧パターン

電子カルテ	閲覧パターン
未導入	資格確認端末で閲覧するパターン 受付に設置されている資格確認端末で患者の薬剤情報等を閲覧できます。また、結果を紙に印刷等して、閲覧することができます。 
	閲覧用端末で閲覧するパターン 診察室等にて、新たに薬剤情報等閲覧用端末（パソコン）を設置し、閲覧用端末で患者の薬剤情報等を照会し、閲覧することができます。 
導入済み	電子カルテシステム/調剤システムで閲覧するパターン 診察室等にて、現在ご利用の電子カルテ等のパソコンで、患者の薬剤情報等を閲覧することができます。 

■ 現状の特定健診情報や薬剤情報等の連携ファイル形式

電子カルテ未導入施設における紙への印刷や閲覧用端末（パソコン）での閲覧、及び電子カルテ導入施設におけるデータ加工を経由した閲覧を想定し、XML/PDFのファイル形式で提供されている。

共有する情報	ファイル形式	備考
特定健診情報	XML/PDF	・40歳以上の患者のみ閲覧可能 ※75歳以上は高齢者健診情報
薬剤情報 （処方・調剤情報含む）		・薬剤情報（レセプト）と処方・調剤情報をまとめて閲覧可能
診療情報		・手術情報は個別の同意取得時に閲覧可能

■ XML/PDFのファイル形式で連携するメリット

オンライン資格確認等システムの仕組みを踏襲し、XML/PDFファイル形式で連携することにより、医療機関等において以下のメリットが見込まれる。

【医療機関等におけるメリット】

- ・電子カルテ情報の閲覧に係るシステム整備の期間短縮
- ・医療機関等・ベンダーの改修コストの低減
- ・電子カルテ未導入施設においても従来通りの閲覧が可能

【参考】現状の特定健診情報・診療／薬剤情報のPDFファイルイメージ

現状のオンライン資格確認等システムから閲覧可能な特定健診情報、診療／薬剤情報の連携ファイルのPDFイメージは以下となる。

特定健診情報

特定健診情報							
実施日		2020/04/01					
既往歴 (医師記載)		最大文字数128文字123456789012345678901234567890123 45678901234567890123456789012345678901234567890123456 789012345678901234567890123456789012345678					
自覚症状 (医師記載)		めまいがする					
他覚症状 (医師記載)		めまいがする					
実施日		受診勧奨 判定値*1	2020/04/01	2019/05/01	2018/06/01	2017/07/01	2016/08/01
基本項目	身長		169.0	168.0	167.0	166.0	165.0
	体重		60.0	57.5	55.0	52.5	50.0
	腹囲		60.0 ※	57.5 ※	55.0 ※	52.5	—
	内臓脂肪面積*2		40.0	37.5	35.0	32.5	30.0
	BMI		21.0	20.4	19.7	19.1	18.4
	収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 160 ※	▲ 149 ※	138	▲ 147	▲ 156
	拡張期血圧	▲ 90 以上	▲ 110 ※	▲ 99 ※	88	▲ 107 ※	▲ 106 ※
	中性脂肪	▲ 300 以上	▲ 301	▲ 300	299	298	297
	HDL-コレステロール	▽ 34 以下	36	35	▽ 34	▽ 33	▽ 32
	LDL-コレステロール	▲ 140 以上	▲ 140 ※	▲ 144 ※	▲ 143	▲ 142	▲ 141
詳細項目	Non-HDLコレステロール*3	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
	GOT (AST)	▲ 51 以上	48	49	50	▲ 51	▲ 52
	GPT (ALT)	▲ 51 以上	48	49	50	▲ 51	▲ 52
	γ-GT (γ-GTP)	▲ 101 以上	99 ※	100	▲ 101	▲ 102	▲ 103
	空腹時血糖*4	▲ 126 以上	—	113 ※	110 ※	▲ 130	117 ※
	HbA1c*4	▲ 6.5 以上	6.1 ※	5.9 ※	5.6 ※	5.4 ※	5.3 ※
	随時血糖*4	▲ 126 以上	—	119 ※	125	111 ※	109 ※
	尿糖		(+++)	(++)	(+)	(±)	(-) ※
	尿蛋白		(-)	(+++)	(++)	(+)	(±) ※
	赤血球数		490	480	470	460	—
血液	血色素量	▽ 男12.0以下 ▽ 女11.0以下	▽ 11.8	▽ 11.9	▽ 12.0	12.1	—
	ヘマトクリット値		46.9	46.8	46.7	46.6	—
	血清クレアチニン値		1.10	1.09	1.07 ※	1.06	1.05
	eGFR	▽ 45.0 未満	45.2	45.1	45.0	▽ 44.9	▽ 44.8

診療／薬剤実績

診療／薬剤実績						
診療／薬剤		入外 等 区分 *1	診療 項目	診療行為名／薬剤品名 (成分名)		数量／日数／回数*3
年月	日		識別	{ 用法 } *2 / < 1 回用量 > *2 / { 用法等の特別指示 } *2		
22年7月 19日 資格クリニック						
外来	医学 管理	1.	薬剤情報提供料			1回
		2.	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イウキ」 1mg (ゲンタマイシン硫酸塩)	10g	1処方分	
	検査 医理	3.	T-M (組織切片)	1臓器	1回	
		4.	病理診断料			1回
22年6月 18日 資格医院						
外来	医学 管理 画像 診断	1.	特定疾患療養管理料 (診療所)			1回
		2.	電子画像管理加算 (単純撮影)			1回
		3.	単純撮影 (イ) の写真診断	1枚	1回	
		4.	CT撮影 (16列以上64列未満マルチスライス型機器)			1回
		5.	コンピューター断層診断			1回
		6.	単純撮影 (デジタル撮影)	1枚	1回	
		7.	電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料)			1回
オンライン薬局 (資格医院)						
処方	内服	1.	肉) マイスリー錠5mg (ゾルピデム塩酸塩) 【1日1回就寝前服用】	1錠	14日分	
		2.	クラビット錠250mg (レボフロキサシンとして) (レボフロキサシン水和物) 【1日2回頓夕食後服用】	2錠	7日分	
	内服	3.	肉) リーゼ錠5mg (クロチアゼパム) 《1回用量:1錠》 / [不安時]	10錠	1処方分	
8日 オンライン薬局 (資格医院)						
処方	内服	1.	ノルバスク錠5mg (アムロジピンベシル酸塩) 【1日1回夕食後服用】	1錠	28日分	

【参考】救急時における6情報の閲覧方法

救急時においては患者本人の意思確認ができない場合を想定し、予め救急時における医療情報の閲覧を可能とする医療機関及び医療従事者のアカウントを限定し本人同意なしで患者の医療情報へアクセス可能な仕組みが既に検討されている。そのため、救急・災害時における6情報の閲覧についても同様の仕組みを活用することを想定する。

救急時における患者の医療情報閲覧の仕組み（検討中）



電子カルテ情報交換サービスで取り扱うコードについて

電子カルテ情報のデータコードについては、コードの普及状況を鑑みながら、原則、厚生労働省標準規格として採用されているコードを使用することとし、各情報の共有（登録・閲覧）に当たっては、以下の方向性で電子カルテ情報交換サービス（仮称）の整備を進めていくこととする。

#	共有する項目	共有方法の方向性
1	傷病名	- 厚生労働省標準規格「HS005 ICD10対応標準病名マスター」等で活用されているレセプト電算コードを用いて共有可能とする。 - 但し、医療現場での情報活用の有用性を考慮し、電子カルテ情報交換サービス（仮称）上でレセプト電算コードからICD-10コードへ変換して共有することも可能とする。
2	アレルギー情報	- 厚生労働省標準規格で採用されているコードがないことから、まずはテキストデータで共有可能とする。 - 厚生労働科学研究においてコードの検討が進められている点を考慮し、将来的なコードによる共有を視野に入れ、整備する。
3	感染症情報	厚生労働省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコードで共有可能とする。
4	薬剤禁忌情報	医療用医薬品に関しては電子処方箋管理サービスで利用する医薬品コード（レセプト電算コード、YJコード、一般名コード）を用いて共有可能とするが、詳細な記載が必要なケースも想定されることから、テキストデータによる共有も可能とする。
5	検査情報	- 厚生労働省標準規格「HS014 臨床検査マスター」等で活用されているJLACコードで共有可能とする。 - まずは救急・生活習慣病に関するコードに絞って共有を可能とする。
6	処方情報	- 厚生労働省標準規格「HS001 医薬品HOTコードマスター」を活用することを想定するが、医療機関の負担を踏まえ、まずは電子処方箋管理サービスで利用する医薬品コード（レセプト電算コード、YJコード、一般名コード）を用いて共有可能とする。 - 但し、今後、処方情報の使用目的を整理し、厚生労働省標準規格「HS001 医薬品HOTコードマスター」の活用も検討する。

臨床検査マスタ

「測定法コード」等に関しては、医療機関等間で登録する負担等も加味して、今回対象とする「生活習慣病関連の項目」、「救急時に有用な項目」の測定法コードについては、「998（方法問わず）」に統一する等のルール化も検討する。

臨床検査マスタ（JLAC10）の課題

アルブミン（可視吸光度法(BCG法、BCP改良法)）の例

3A015 - 0000 - 023 - 271 - 01

- 測定法コードを決定する手順が確立されておらず、医療機関で用いられる分類とJLAC10の分類で、粒度や用語が異なるため、測定法コードの付番が困難^(*)

アルブミン（その他）の例

3A015 - 0000 - 023 - 999 - 01

アルブミンの例（測定法を問わず）

3A015 - 0000 - 023 - 998 - 01

A B C D E

(*)指摘されているJLAC10 及び臨床検査マスタの問題点について

医療等分野の標準化についての現状及び今後の課題に関する調査研究 一式 最終報告書（令和4年3月25日）

A ：分析物コード（5桁）	検査対象物質を5桁の文字列により分類する。一部例外として“反応名”を“物質名”に代えて適用する場合がある（潜血反応等）。
B ：識別コード（4桁）	分析物を検査内容に沿って細分する必要がある場合に4桁の数値により分類する（ウイルス抗体価の分類等）。細分が不要な場合は「0000」を設定する。
C ：材料コード（3桁）	同一項目における検査材料の別を3桁の数値により分類する。
D ：測定法コード（3桁）	同一の項目における測定法の別を3桁の数値により分類する。
E ：結果識別コード（2桁）	一つの検査項目において結果が単独あるいは複数を問わず、結果表現の別を2桁の数値により分類する。

【（参考）JLAC11の構成】

- コードの桁数構成は変更せずに、「識別コードの体系を変更」、「測定法コードを測定物コードに対応して定義」、「結果識別コードを廃止し、代わりに単位コード」を導入。
- コードの採番を容易にすることや、項目名の検索時のキーワードとして利用するため、測定物コード、識別コード、材料コードの12桁に対応したJLAC検査名称を設定。

JLAC検査名称

分析物（5桁）

識別（4桁）

材料（3桁）



測定法（3桁）



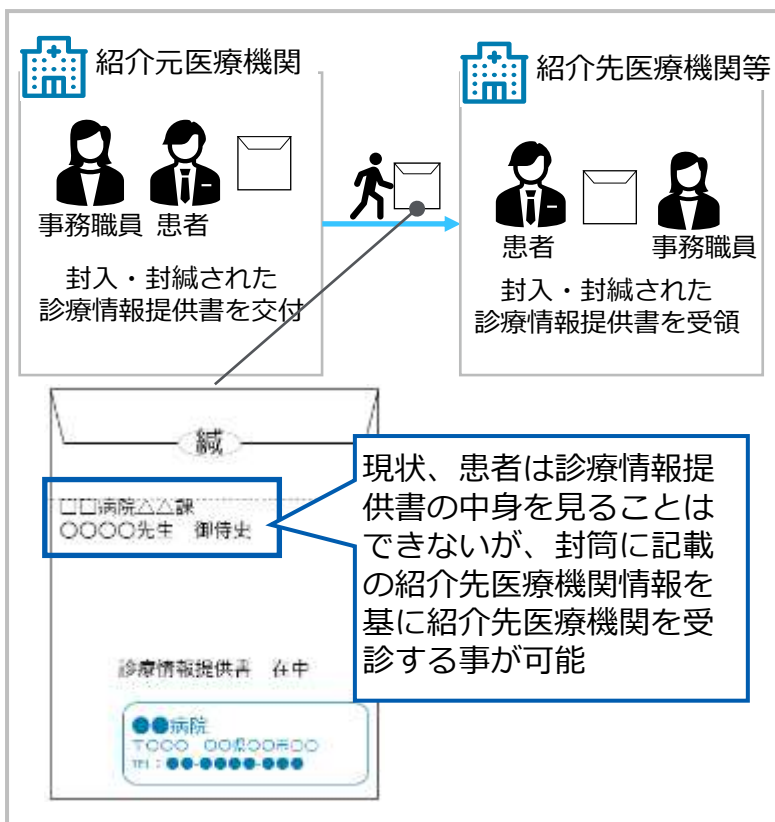
結果単位（2桁）

- JLAC11 は、JLAC10 と同様 17 桁
- 新たに“JLAC 検査名称”を設定
- 基本的構成は、JLAC 検査名称（測定物 + 識別 + 材料 = 12 桁） + 測定法（3 桁） + 結果単位（2 桁）
- 測定法コードは、JLAC 検査名称に対応する固有コードとする
- JLAC10 での結果識別コードは結果単位コードとし、測定値に関する単位をコード化

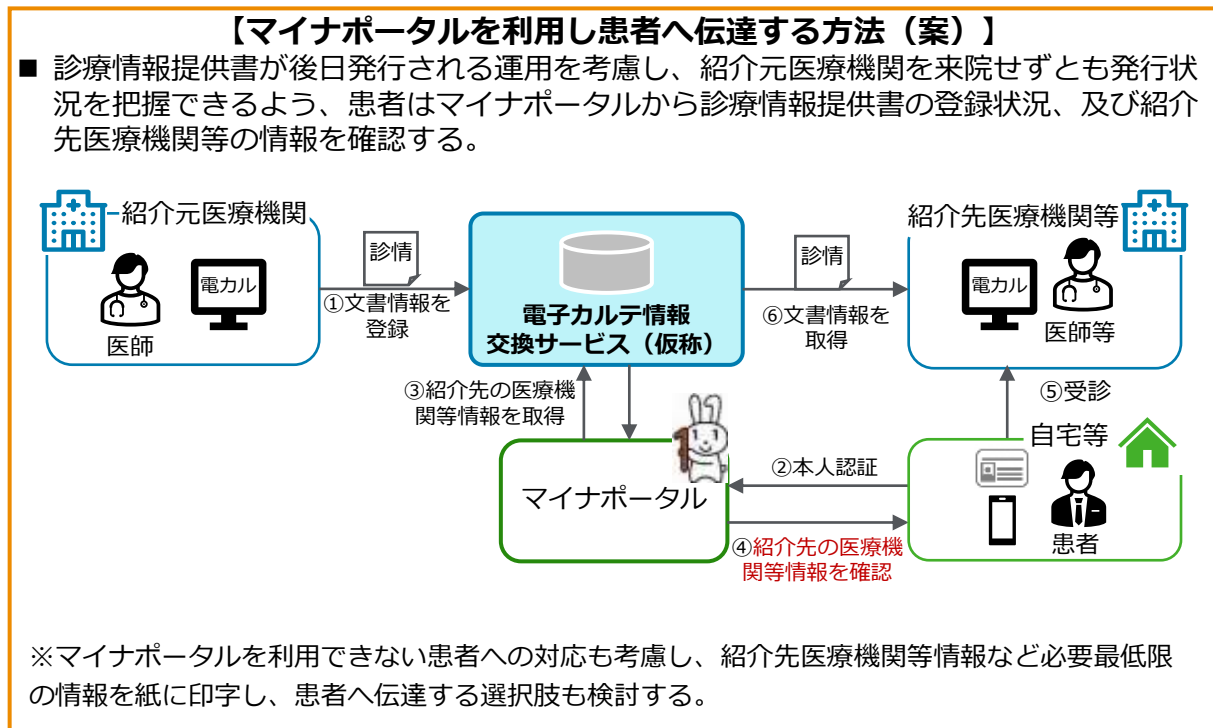
電子的な診療情報提供書発行時の患者への伝達方法

現状、患者は診療情報提供書が封入された封筒に記載の紹介先医療機関情報や予約票を基に受診していることを踏まえ、患者の利便性が損なわれないよう、電子の診療情報提供書が発行された場合でも紹介先医療機関等の情報を患者に伝達する。また、診療情報提供書が後日（診療日以降）発行される場合であっても患者が紹介元医療機関へ再度来院しなくても済むように、マイナポータルから自身の診療情報提供書の登録状況、及び紹介先医療機関等の情報（どの医療機関に行くか）を確認できることとする。

患者へ伝達する必要がある情報 （紹介先病院の名前や住所）



患者へ診療情報提供書の発行状況、紹介先の医療機関等情報の伝達方法 （紹介状が作成されているかの確認等）



文書情報を電子カルテ情報交換サービス（仮称）へ登録時の形式チェックについて

医療機関側システムベンダーにより、電子カルテ情報交換サービス（仮称）を導入前にテスト環境で文書情報・6情報ファイル形式の検証を実施することが前提ではあるが、運用開始後においても電子カルテ情報交換サービス（仮称）への登録時に形式チェックを行う仕組みを整備する必要がある。

電子カルテ情報交換サービス（仮称）

文書情報ファイルチェック機能

フォーマットチェック

プロファイル

標準コードチェック

標準コード
マスタ

■ プロファイルについて

何の情報をどのようなJSONキー名称で記載するか、どのようなコードを使用するか、どのような構造で表現するか等の規則を定義されている。

FHIRの既定となるHL7 FHIRプロファイルがあり、規定の情報に追加する場合（カナ氏名、文書情報の構造の規則定義の追加等）は、新たなプロファイルを作成・追加することで運用が可能となる。

文書情報プロファイルの場合、診療情報提供書HL7 FHIR記述仕様の内容をプログラムで処理出来るようにJSON形式で記述されている。

文書情報プロファイル
（診療情報提供書等の規則定義）

HL7 FHIR JP Core プロファイル
（日本独自仕様の規則定義）

HL7 FHIRプロファイル

■ フォーマットチェック(例)

文書情報・6情報ファイルの記述内容が、プロファイルの定義情報に合致しているかのチェックを行う。

➢ 構造のチェック

文書情報ファイルに患者情報エントリが含まれていて、エントリ内はPatientリソースとなっているか。

検査情報リソースにStatusのキーが含まれているか 等

➢ プロパティのチェック

検査情報リソースにStatusの値が「registered | preliminary | final | amended +」のいずれかになっているか 等

➢ 多重度のチェック

文書情報ファイルに処方指示情報エントリが、0または複数リソース含まれているか
検査情報リソース内にStatusが1つしかないか 等

■ 標準コードチェック(例)

標準コードマスタに各種標準コードを登録し、文書情報・6情報ファイルのコードが正しい標準コードを設定しているかチェックを行う。

➢ 傷病名：ICD-10コード・レセ電算コード

➢ 検査情報、感染症情報：JLACコード

➢ 薬剤情報：レセプト電算コード、YJコード、一般名コード

エントリ/entryで表現する情報	使用されるリソース	リソースの多重度
Bundleに含まれる全リソース	Container リソース	1..1
患者情報エントリ	Patient リソース	1..1
文書作成機関、文書管理責任者、紹介先機関、紹介元医療機関情報エントリ	Practitioner リソース	0..*
文書作成機関、文書管理責任者、紹介先医療機関、紹介元医療機関、紹介元診療科情報エントリ	Organization リソース	0..*
紹介目的情報エントリ	Encounter リソース	0..*
傷病名・主訴、現病歴、既往歴、感染症情報エントリ	Condition リソース	0..*
身体所見、社会歴・生活習慣、検査結果情報エントリ	Observation リソース	0..*
アレルギー・薬剤反応情報エントリ	AllergyIntolerance リソース	0..*
家族歴情報エントリ	FamilyMemberHistory リソース	0..*
処方指示情報エントリ	MedicationDispense リソース	0..*
処方情報エントリ	Medication リソース	0..*
現在の処方方針情報エントリ	CarePlan リソース	0..*
手術記録、輸血治療、処置治療情報エントリ	Procedure リソース	0..*
検査結果報告書情報エントリ	ImagingStudy リソース	0..*
各種診断・検査報告書情報エントリ	DiagnosticReport リソース	0..*

構造のチェック

多重度のチェック

```
"resource":{"resourceType":"Observation",
"status":"final",
"code":{
"code":"3A0150000237101",
"display":"アレルギー"}
}
```

検査情報
FHIR記載

構造・プロパティ・多重度の
チェック

標準コードのチェック

抜粋：診療情報提供書HL7 FHIR記述仕様