

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

令和5年3月29日

1. はじめに

少子高齢化に伴う医療・介護サービスの担い手の減少が進む中で、健康・医療・介護分野のデータや ICT を積極的に活用することにより、国民一人ひとりの健康寿命の延伸や国民の利便性向上を図るとともに、医療や介護現場において、サービスの質を維持・向上しつつ、その効率化や生産性の向上を図っていくことが重要である。このため、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みや本人が電子的に把握する仕組みの在り方に関する事項等について、厚生労働省では、これまで「医療等分野情報連携基盤検討会」や「健康・医療・介護情報利活用検討会」等を設置し、検討を進めてきた。

このうち、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための医療情報ネットワークの基盤に関する議論を行うため、令和3年 11 月に本ワーキンググループが設置され、これまで計6回にわたって議論を重ねてきた。基盤構築に向けた検討については、第9回健康・医療・介護情報利活用検討会(令和4年5月 17 日)において、医療等情報利活用ワーキンググループで厚生労働省標準規格の情報拡充の計画策定に係る検討を行い、本ワーキンググループで情報基盤の具体的な仕組み、規格化及びコードの維持管理等の体制整備、電子カルテの普及を目的とした医療情報化支援基金の要綱等に係る検討を進めていくこととされたところである。

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2022」(令和4年6月7日閣議決定)において、「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」の取組を行政と関係業界が一丸となって進める方針が示された。このうち、「全国医療情報プラットフォームの創設」については、すでに整備が進んでいるオンライン資格確認等システムの拡充によって実現することとされており、国民が自身の保健医療情報を一元的に把握できるとともに、災害や次の感染症危機を含め、全国いつでもこの医療機関にかかっても必要な医療情報が共有される社会を実現するため、本ワーキンググループにおいてこれまで進めてきた医療機関等間における電子カルテ情報の共有の仕組みの検討と連携して進めていく必要があると考えられる。

以上を踏まえ、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための医療情報ネットワークの基盤の在り方及び技術的要件について、本ワーキンググループの議論をとりまとめた。

なお、詳細については、別添の参考資料も併せて参照いただきたい。

2. 全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とする目的

全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とすることで、医療機関等同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医等との情報共有・連携がより効率的・効果的に行われることにより、より質の高い切れ目のない診療やケア、災害等の緊急時における利用等を可能とする。また、国民・患者の医療情報(特に、生活習慣病関連の情報)について本人自身による活用を可能とすることにより、個人の健康維持等につなげる。

3. 基本的な考え方

(1) 交換する電子カルテ情報及び交換方式の標準化

データ交換は HL7 FHIR の規格を用いることとし、交換する電子カルテ情報としては、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡大する。

✓ 医療情報

「傷病名」、「アレルギー情報」、「感染症情報」、「薬剤禁忌情報」、
「救急時に有用な検査情報、生活習慣病関連の検査情報」、「処方情報」
(以下「6情報」という。)

✓ 上記を踏まえた文書情報

診療情報提供書、退院時サマリー(以下「2文書」という。)

なお、健診結果報告書については健診機関にオンライン資格確認等システムが導入されていない一方で、既に健診情報に関してはマイナポータルとの情報連携が進んでいるため、その運用を優先する。

(2) 全国的に電子カルテ情報を交換・共有するための仕組み (参考資料 p.2-3)

○ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)を経由した交換・共有の仕組みとしては、以下の2つが想定される。

✓ 文書情報を各医療情報提供医療機関から電子カルテ情報交換サービス(仮称)に対して医療情報を送信する仕組み(以下「PUSH 型」という。)

✓ 文書情報を電子カルテ情報交換サービス(仮称)から各医療情報提供医療機関への医療情報取得依頼をトリガーとして医療情報を取得する仕組み(以下「PULL 型」という。)

○ この点、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とともに、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に加え、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る。

○ よって、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ついて着実に取り組むこととする。

(3) 本仕組みの運用主体や運用開始時期、利用対象機関

○ 本仕組みについては、オンライン資格確認等システムを運用している社会保険診療報酬支払基金にて開発を行うこととし、運用体制については、全国医療情報プラットフォームの運用等の議論を踏まえて検討していく。

○ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)については、システムの開発後、当該システムに電子カルテ情報を登録することが可能な医療機関から順に運用を開始していく。具体的な運用開始時期に関しては、医療 DX 推進本部において 2023 年春に策定される工程表の内容を踏まえた上で判断する。

○ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)への2文書6情報の登録主体は、HL7 FHIR 規格に対応した医療機関とする。

- 電子カルテ情報交換サービス(仮称)を経由した2文書の閲覧主体は、HL7 FHIR 規格に対応した医療機関・薬局とする。
- オンライン資格確認等システムを経由した6情報の閲覧対象は、全国の医療機関・薬局及び患者本人とする。

4. メリット

全国医療情報プラットフォームで共有される情報の一部である電子カルテ情報の共有にあたっては、それぞれの関係者がメリットを実感できるような仕組みとする必要がある。

【患者】

- ✓ 紙の文書の持参忘れを防止でき、紛失による自身の情報が漏洩するリスクを防止できる。
- ✓ 文書の受け取りのための来院が不要になる。
- ✓ 患者自らが6情報を確認することができ、自身の健康管理に役立てることができる。
- ✓ 電子的に文書(診療情報提供書やその添付文書含む。)を作成することによる患者さんが文書を受け取るまでの待ち時間や、事前に紹介・受診先医療機関が文書情報を確認することによる診察前の待ち時間の短縮につながる。
- ✓ 受診の際にマイナポータル等で6情報を閲覧しながら問診に答えられることで、正確な情報の記載・回答が可能となるとともに、その場で思い出す手間が削減できる。

【医療機関等】

- ✓ 紹介先医療機関等以外への誤 FAX の防止や、紙の文書の印刷・郵送の手間及びコストの削減が可能となる。
- ✓ 6情報を参考に診療情報提供書を作成し紹介先医療機関等に提供することが可能となる。
- ✓ 患者の来院前に紹介先医療機関が文書情報を確認することが可能となる。
- ✓ 紹介元医療機関をシステム上で特定できることで、提供者が不明確な状態での文書の受け取りを防止できる。
- ✓ 救急・災害時において、正確かつ迅速に患者の6情報を把握できる。
- ✓ 地域を越えた専門性の高い医療機関との連携にもつながり、より質の高い医療の提供に資することができる。

【国等】

- ✓ 将来的に、匿名化等の処理を行ったデータ基盤を整備することで、迅速・的確な政策判断につながる可能性がある。

【保険者】

- ✓ 全国の医療機関等間で情報共有されることにより、重複検査の防止等につながる。
- ✓ 救急等で6情報を把握することで、高額治療をする際の医療費の削減につながる可能性がある。

※ 今後全国医療情報プラットフォームの構築により、取り扱う情報及び当該情報を共有する機関が拡大する予定であり、二次利用も含め、より多くの関係者がメリットを享受できる見込み。

5. 電子カルテ情報交換サービス(仮称)の開発の方向性 (参考資料 p.4)

電子カルテ情報交換サービス(仮称)の仕様については、以下の整理とすることとする。

(1) 文書情報・6情報の取扱い

○ 文書情報・6情報の発生・登録のタイミングについて (参考資料 p.5)

- ✓ 2文書のうち診療情報提供書については、医療機関が診療後に作成し患者へ発行した文書を当該医療機関が電子カルテ情報交換サービス(仮称)に登録することで、当該システムを経由して医療機関等間で交換する。また、退院時サマリーについては、まずは診療情報提供書に添付する情報として取り扱うことを想定するが、将来的には退院時サマリーを単独で登録・共有できるシステムを構築する。
- ✓ 6情報については、外来・入院に関わらず、全ての患者の6情報を電子カルテ情報交換サービス(仮称)に登録することで、救急・災害時等の緊急時においても電子カルテ情報を医療機関等間で共有でき、また、本人も確認できるよう、オンライン資格確認等システムを経由して全国の医療機関等で閲覧でき、かつ、マイナポータルを通じて患者本人が閲覧できるシステムを構築する。

○ 文書情報・6情報の保存期間について (参考資料 p.6-8)

- ✓ 2文書については電子カルテ情報交換サービス(仮称)において保存し、6情報についてはオンライン資格確認等システムにおいて保存する。
- ✓ 診療情報提供書(退院時サマリーが添付された診療情報提供書を含む。)については、紹介先医療機関等が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)とする。
ただし、診療情報提供書の有効期限は厳密に定められていないため、まずは未受領の診療情報提供書については6か月程度保存することを念頭に置いて開発を行う。
- ✓ 6情報については、特定健診や電子カルテの保存期間等を考慮しながら、情報の性質に応じて整理を行う。例えば、傷病名について患者に未告知である情報の場合にはその旨が分かる状態で当該情報を保存でき、また、傷病名・アレルギー情報・感染症情報・薬剤禁忌情報について長期的に保存することが望ましいと医師が判断した場合には長期間保存を行う情報である旨が分かる状態で当該情報を保存できるシステムを構築する。保存期間に関しては、まずは参考資料p7において整理した方向で運用を開始することとし、運用開始後においても、運用状況や各情報の特性、保存コスト等を踏まえて柔軟に変更

できるよう考慮する。

(2) 同意取得の仕組みについて

- 電子カルテ情報の登録に関する同意（参考資料 p.9-10）
- ✓ 文書情報・6情報は、現場の負担を軽減する観点から、患者本人の同意なしで電子カルテ情報交換サービス(仮称)へ登録した上で、医師による告知状況や閲覧に関する同意取得等により閲覧可能な情報を制御する方向で検討する。

○ 電子カルテ情報の閲覧(受領)に関する同意

(文書情報の閲覧について（参考資料 p.11-14）)

- ✓ 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出する場合は、電子処方箋と同様に顔認証付きカードリーダーにて提出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。
- ✓ なお、紹介先医療機関等が閲覧できる情報の範囲については、保存期間内の情報であれば全ての情報を閲覧可能とした上で、傷病名については患者に未告知である情報の場合にはその旨が紹介先医療機関等において判別できるようなかたちで当該情報を提供できる仕組みとする。

(患者における6情報の閲覧について（参考資料 p.15）)

- ✓ 患者本人が自身の6情報を確認し、自身の健康管理に役立てることや、患者が受診前に自宅等において6情報を閲覧しながら問診を受けることができるよう、マイナポータルから6情報を閲覧できるようにする。

なお、患者が閲覧できる情報の範囲については、保存期間内又は患者が指定した期間内の情報であれば全ての情報を閲覧可能とした上で、傷病名については患者に未告知である情報の場合には当該情報の表示を制御する仕組みとする。

(全国の医療機関等における6情報の閲覧について（参考資料 p.16-19）)

- ✓ 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考慮しつつ、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。
- ✓ 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。今後電子カルテ上での表示の仕方に関しても議論を進める。
- ✓ なお、医療機関等が閲覧できる情報の範囲については、保存期間内の情報であれば全ての情報を閲覧可能とした上で、傷病名については患者に未告知である情報の場合には当該情報の表示を制御する仕組みとする。
- ✓ また、情報の不正な閲覧を抑止する仕組みとして、患者が自身の情報を閲覧した医療機

関等を確認できる仕組みも検討する。

(3)コードに関する整理について（参考資料 p.20-21）

- ✓ 電子カルテ情報(6情報)のデータコードについては、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。
- ✓ 医療従事者間の情報共有や患者の理解が円滑に進むよう、現場の負担等を踏まえ、まずは救急・生活習慣病に関するコード等に絞った上で、将来的に確実にその他の必要なコード等を含め実装できるよう今後の維持管理体制についても整理する。

(4)その他論点について（参考資料 p.22-23）

- 文書情報の発行(登録)形態について
 - ✓ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)を導入する医療機関同士の電子的なやりとりを想定し、紙の文書発行時は当該サービスへの文書情報の登録は行わないこととする。
- 患者への診療情報提供書の登録状況等の伝達方法について
 - ✓ 診療情報提供書が後日発行されるケースも考慮し、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について、マイナポータルを用いて患者への伝達を可能とするよう検討を進めることとする。
- 電子カルテ以外の部門システムによる文書情報の発行について
 - ✓ 医療機関では電子カルテと連携・未連携に関わらず文書作成ができる部門システムが利用されていることを踏まえ、まずは2文書に関しては HL7 FHIR の規格に準拠することを前提とし、文書情報を作成するシステムについては制限しないこととする。
- 文書情報の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)の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、標準規格に準拠するために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。
- 電子カルテ情報交換サービス(仮称)のセキュリティについて
 - ✓ 医療機関等がセキュリティ面からも安心して本仕組みを活用できるよう、電子カルテ情報交換サービス(仮称)のセキュリティについて検討する。

6. おわりに

- 以上の内容を踏まえつつ、厚生労働省においては、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とす

るための医療情報ネットワークの基盤となるシステムの開発に取り組んでいただくとともに、医療情報化支援基金等を活用し、電子カルテ情報の標準化を確実に進めていただきたい。

○ また、文書情報・6情報の詳細な運用面の検討を要する、あるいは医療 DX 等の他の取組との整合性の観点から考慮が必要となる以下の論点等に関しては、今後の継続課題とする。

- ✓ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)に対する国民の理解との普及に向けた取組
 - ✓ 退院時サマリーの取扱い
 - ✓ 医療機関における6情報登録時の作業負担を軽減する仕組み
 - ✓ PULL 型の仕組みの整備
 - ✓ 文書情報の真正性の確保に係る対応方法
 - ✓ 処方情報の取扱い
 - ✓ 電子カルテ情報交換サービス(仮称)の導入による効果の検証とそれを踏まえた運用の見直しを可能とする仕組み
- ※ 今後全国医療情報プラットフォームの構築により、取り扱う情報が拡大する予定であり、その内容に応じて追加的な仕組みを検討していく。

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 構成員

- 伊藤 悦郎 健康保険組合連合会常務理事
大道 道大 一般社団法人日本病院会副会長
岡崎 誠也 全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長／高知県高知市長
木倉 敬之 全国健康保険協会理事
齋藤 元彦 全国知事会社会保障常任委員会委員／兵庫県知事
尖戸 常寿 東京大学大学院法学政治学研究科教授
高倉 弘喜 国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授
◎ 中島 直樹 九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター教授
長島 公之 公益社団法人日本医師会常任理事
船橋 茂久 全国町村会副会長／青森県平内町長
古川 裕子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML COML委員バンク登録会員
○ 松田 晋哉 産業医科大学公衆衛生学教授
松村 泰志 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター院長
宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
山口 武之 公益社団法人日本歯科医師会理事
横尾 俊彦 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／
佐賀県後期高齢者医療広域連合長／佐賀県多久市長
渡邊 大記 公益社団法人日本薬剤師会副会長

(五十音順:敬称略)

(主査:◎、主査代理:○)

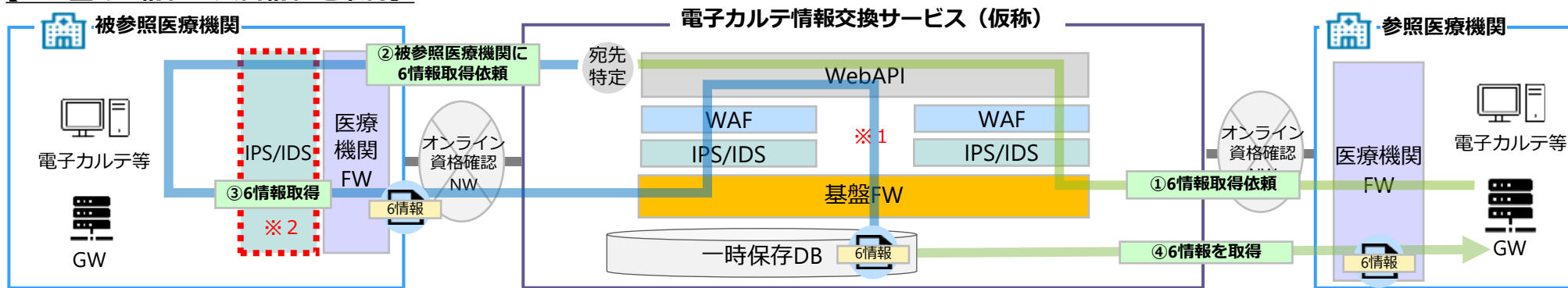
参考資料



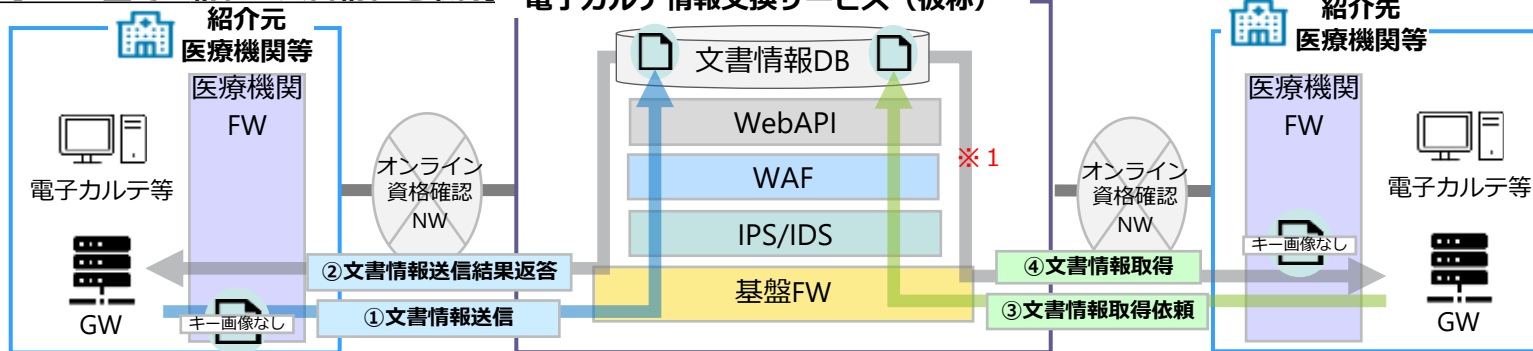
文書情報・6情報を管理する仕組み（PUSH/PULL）に関して

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に、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】

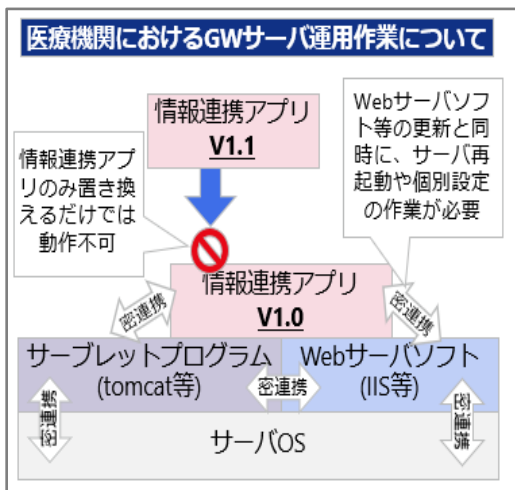


【PUSH型で6情報・文書情報を取得】



※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

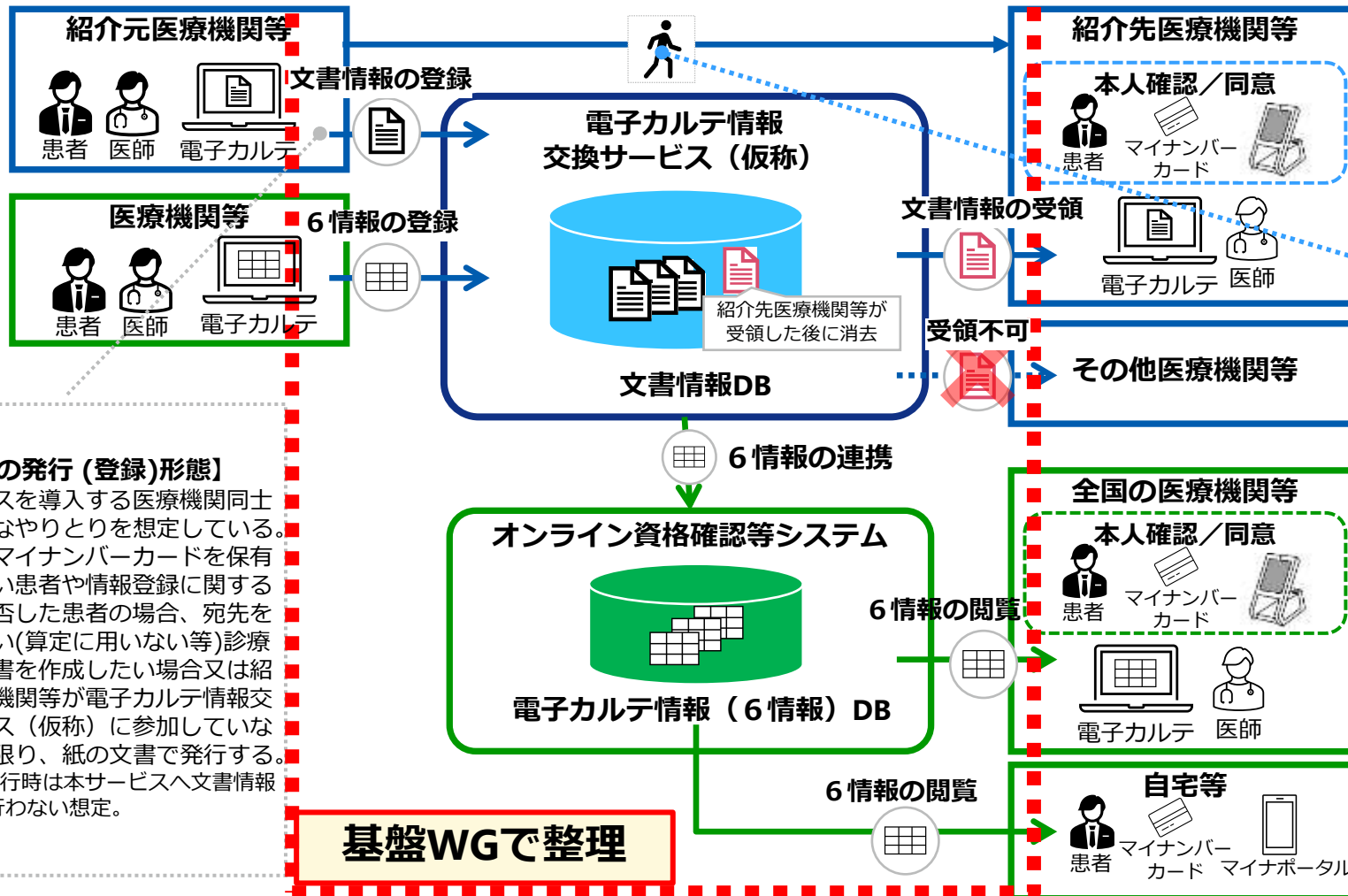
文書情報・6情報の発生・登録・保存・閲覧（受領）の全体像

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。

文書情報・6情報の発生

文書情報・6情報の登録・保存

文書情報・6情報の受領・閲覧



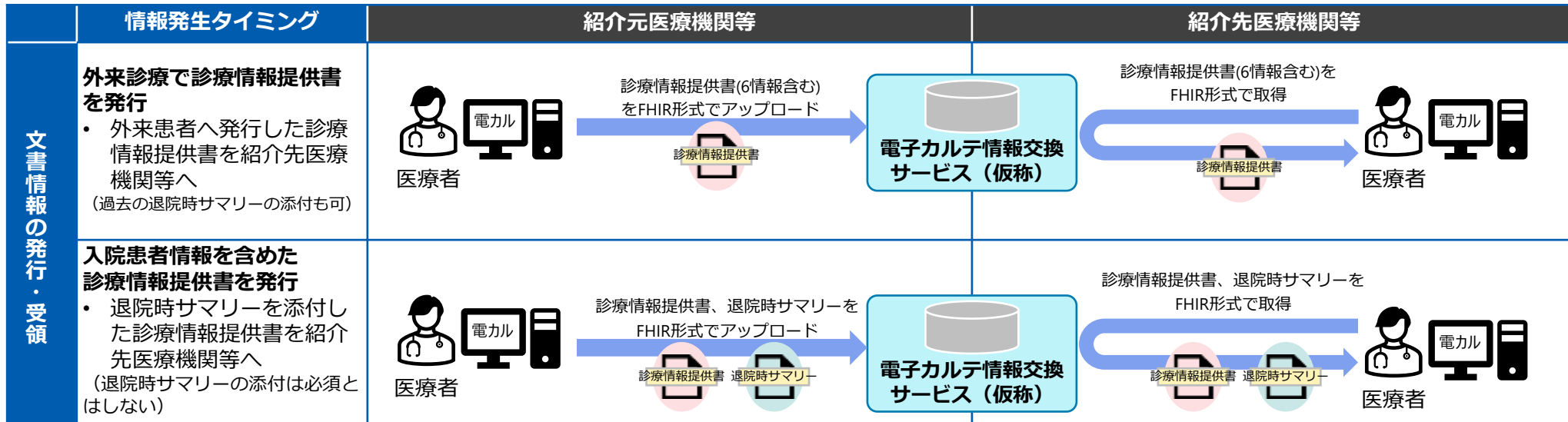
【患者への文書情報の登録状況等の伝達方法】
 ✓ 診療情報提供書が後日発行されるケースも考慮し、マイナポータルを用いて患者への伝達を可能とするよう検討を進める

【文書情報の発行（登録）形態】
 ✓ 本サービスを導入する医療機関同士の電子的なやりとりを想定している。
 ✓ ただし、マイナンバーカードを保有していない患者や情報登録に関する同意を拒否した患者の場合、宛先を指定しない(算定に用いない等)診療情報提供書を作成したい場合又は紹介先医療機関等が電子カルテ情報交換サービス（仮称）に参加していない場合に限り、紙の文書で発行する。
 ※ 紙の文書発行時は本サービスへ文書情報の登録は行わない想定。

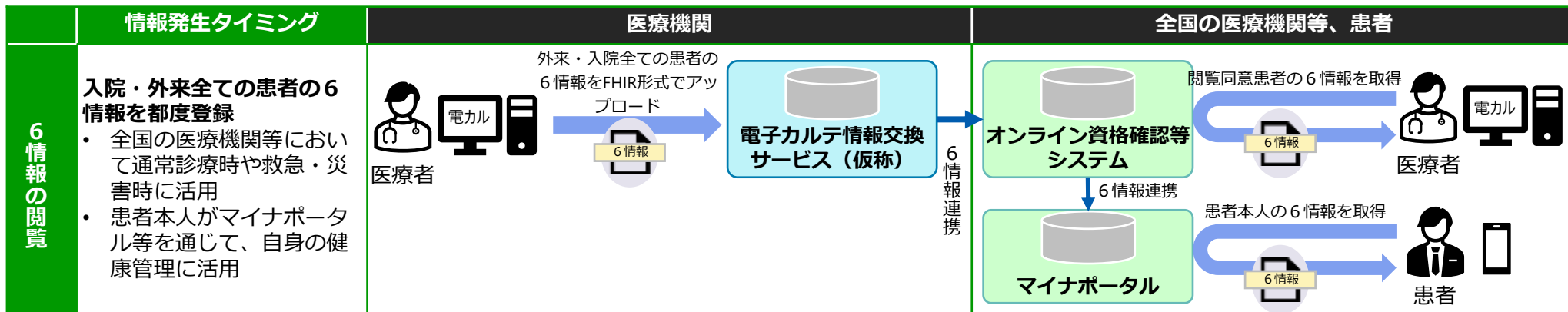
基盤WGで整理

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）	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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）	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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）	—	<ul style="list-style-type: none"> 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） <p>（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。）</p>
オンライン資格確認等システム	6情報	<ul style="list-style-type: none"> 患者が一医療機関等を受診した時 救急・災害等の緊急時 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>【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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 第二十二條 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、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。 <p>【特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の保存】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 第十条 保険者は、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、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	<p>【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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 薬剤情報の閲覧・保存期間は、薬剤情報の利用ニーズやコスト等を考慮して、先ずは3年と設定し運用を開始する。（*1:https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000726675.pdf） <p>（参考）</p> <p>【薬剤師法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 第27條 薬局開設者は、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、保存しなければならない。
6情報 （電子カルテ情報）	5年間	<p>【医師法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 第二十四條 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 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、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、5年間これを保存しなければならない。 <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 第9條 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。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。

電子カルテ情報の登録に関する同意の方向性

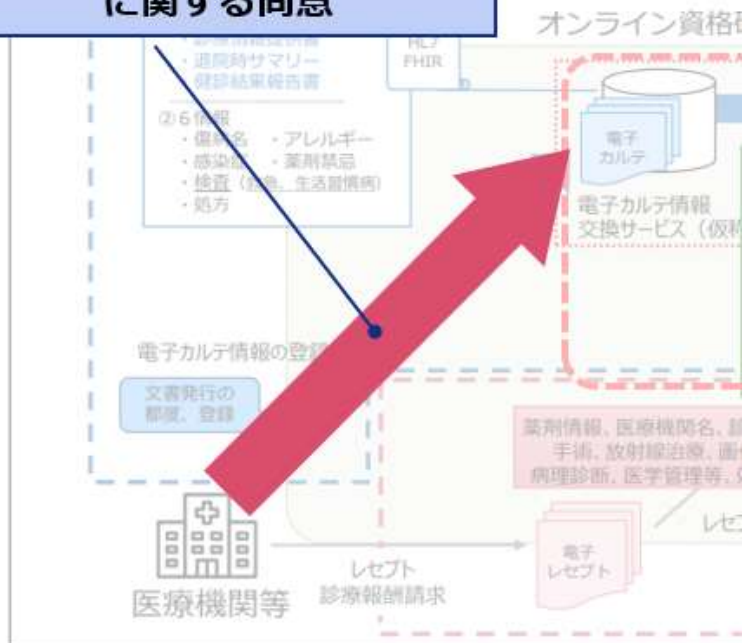
文書情報・6情報は現場の負担を軽減する観点から、患者本人の同意なしで電子カルテ情報交換サービス（仮称）へ登録した上で、医師による告知状況や閲覧に関する同意取得等により閲覧可能な情報を制御する方向で検討する。その際、法制上の扱い等との整合性を確認していく中で必要があれば、追加で検討を行うこととする。なお、今後構築するシステムとしては、技術的には文書情報から6情報を抽出できる仕組みとなるよう準備をしながら、まずは文書情報として運用することを念頭に着実に整理を進める。

第6回医療情報ネットワークの基盤に関するWG
一部（令和5年1月28日）

考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、

1. 電子カルテ情報の保存に関する同意



電子カルテ情報の登録に関する同意の方向性

- 患者・医療機関等の現場の負担軽減、及び救急・災害時を含め効果的・効率的な医療サービスを提供する観点等から、文書情報・6情報の電子データを患者本人の同意なしで電子カルテ情報交換サービス（仮称）へ登録した上で、医師による告知状況や閲覧に関する同意取得等により閲覧可能な状況を制御する方向で検討する。
- 情報の性質によって6情報を電子カルテへ登録するタイミングは各医療機関で異なることが想定されるため、電子カルテ情報交換サービス（仮称）への登録タイミングは医師又は医療機関に委ねることとする。
※ 受診日や退院日に合わせて自動的に登録される仕様や、医師が患者へ説明する前に患者等が閲覧できないよう説明後にのみ登録ボタンを押下できる仕様等を医師又は医療機関の判断で選択できる仕組みとすることを想定している。

【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法について

- 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。（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。（改正法：医療介護総合確保法第12条の2第5項関係）

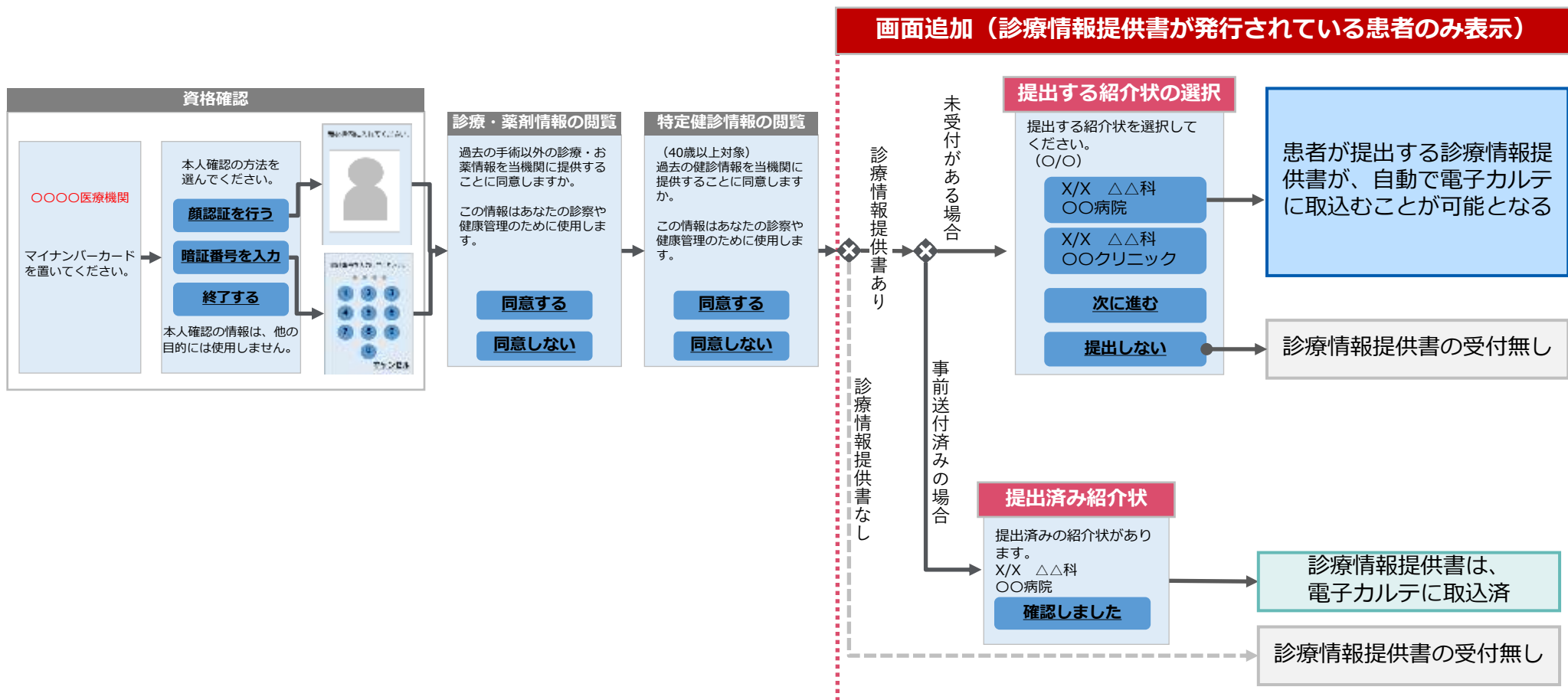
文書情報の閲覧(受領)に関する同意に関して

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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>紹介先医療機関等</p> <p>患者、マイナンバーカード、顔認証付きカードリーダー</p> <p>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</p> <p>又は</p>
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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>自宅等</p> <p>患者、マイナンバーカード、スマホ等</p> <p>本人確認・本人同意</p> <p>マイナポータル</p> <p>紹介先医療機関等</p> <p>電子カルテ等</p> <p>電子カルテ情報交換サービス(仮称)</p> <p>文書情報一覧</p> <p>被保険者番号、アクセスコード</p> <p>アクセスコード</p> <p>事務職員</p>
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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<p>自宅等</p> <p>診療予約サービス</p> <p>患者、マイナンバーカード、スマホ等</p> <p>本人確認・本人同意</p> <p>マイナポータル (自己情報取得API)</p> <p>紹介先医療機関等</p> <p>電子カルテ等</p> <p>電子カルテ情報交換サービス(仮称)</p> <p>文書情報一覧</p> <p>被保険者番号、アクセスコード</p> <p>アクセスコード</p> <p>事務職員</p> <p>電子カルテ等</p> <p>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</p> <p>自身で送付</p> <p>送付を依頼</p> <p>紹介元医療機関等</p> <p>診療予約サービス/地連NW</p> <p>事務職員、診療予約用端末</p> <p>アクセスコード</p>

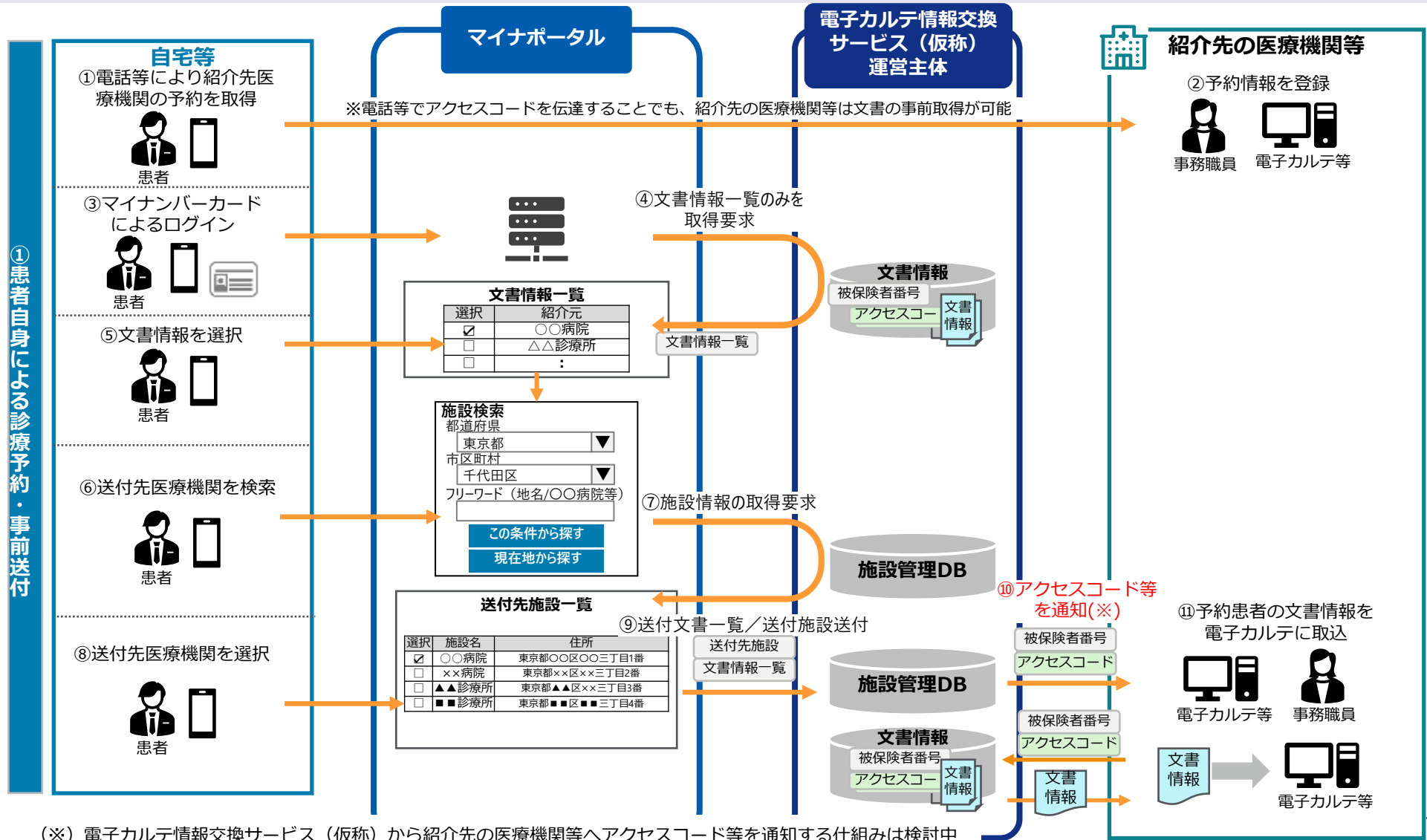
当日文書情報を提出する場合

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、患者自らが提供要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ります。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ります。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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ります（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	<ul style="list-style-type: none"> 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ります。 ※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 ^(※)	<ul style="list-style-type: none"> 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）する必要があります。 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ります。
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	<ul style="list-style-type: none"> 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ります。 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

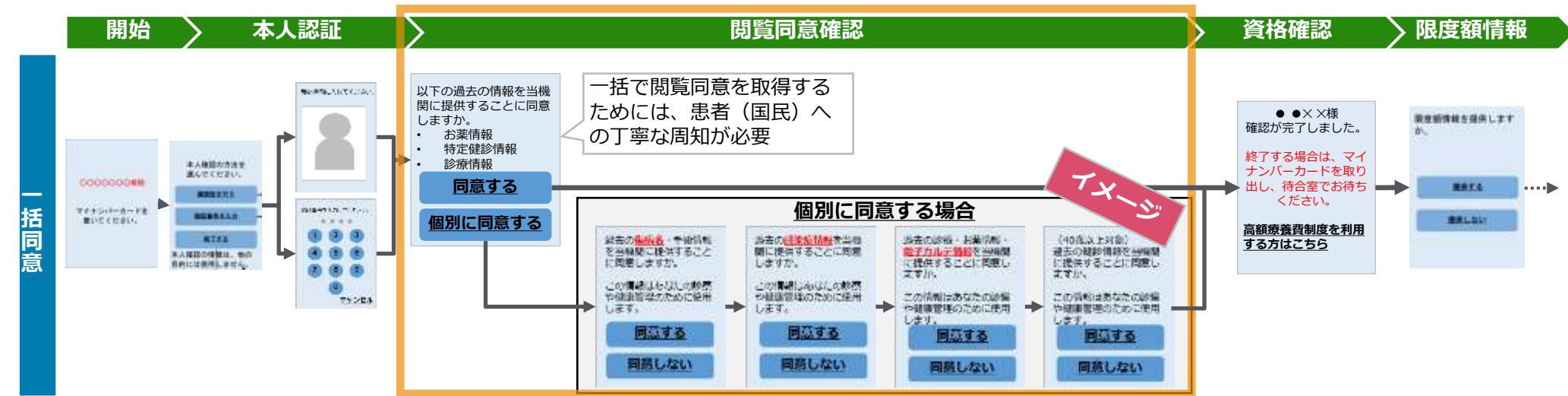
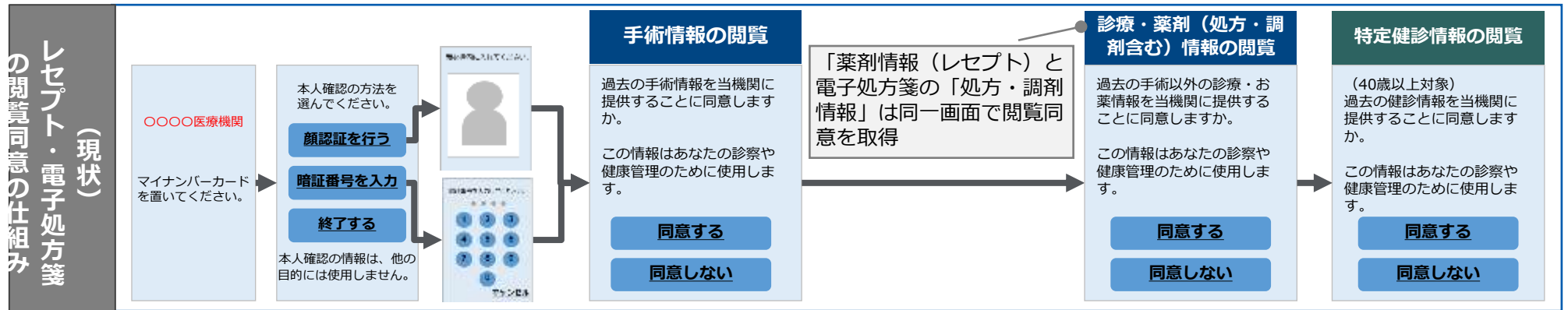
出所：デジタル庁「マイナポータルの機能追加について」（令和3年10月）

(https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/494e7749-cb53-4bdd-aeeb-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考慮しつつ、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ついても考慮し、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	<p>資格確認端末で閲覧するパターン</p> <p>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。</p>
	<p>閲覧用端末で閲覧するパターン</p> <p>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。</p>
導入済み	<p>電子カルテシステム/調剤システムで閲覧するパターン</p> <p>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。</p>

■ 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

出所：オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト「ご存知ですか？オンライン資格確認で、特定健診・薬剤・診療情報が閲覧できます！」
<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/download/post-18.html> に基づき作成

【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）



出所：厚生労働省 第13回健康・医療・介護情報活用検討会 資料1『救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み（Action1）」について』より引用
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29667.html

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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)

+

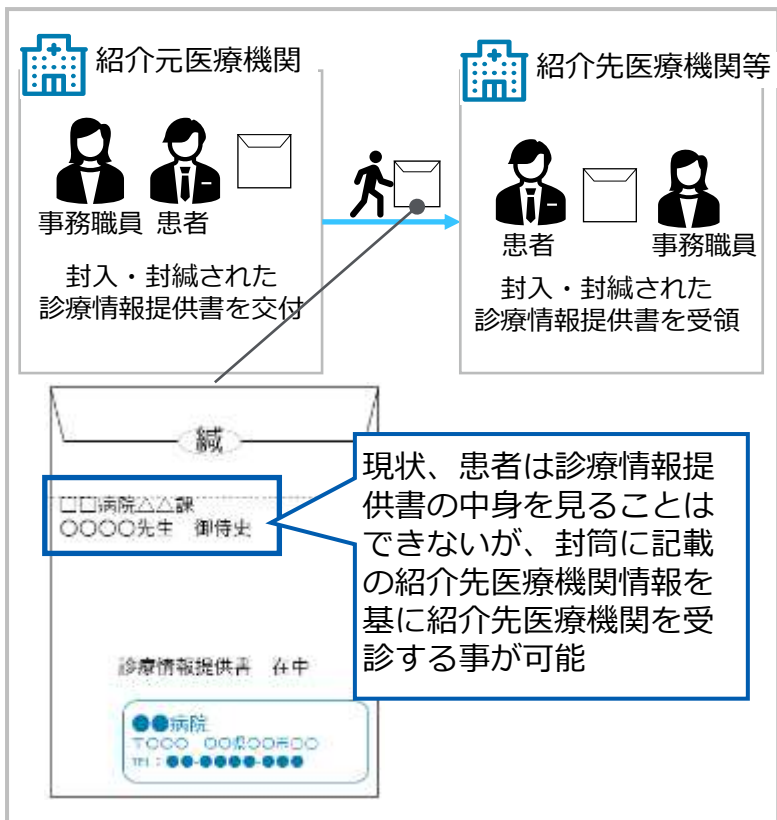
結果単位
(2桁)

- 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
- JALC10 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

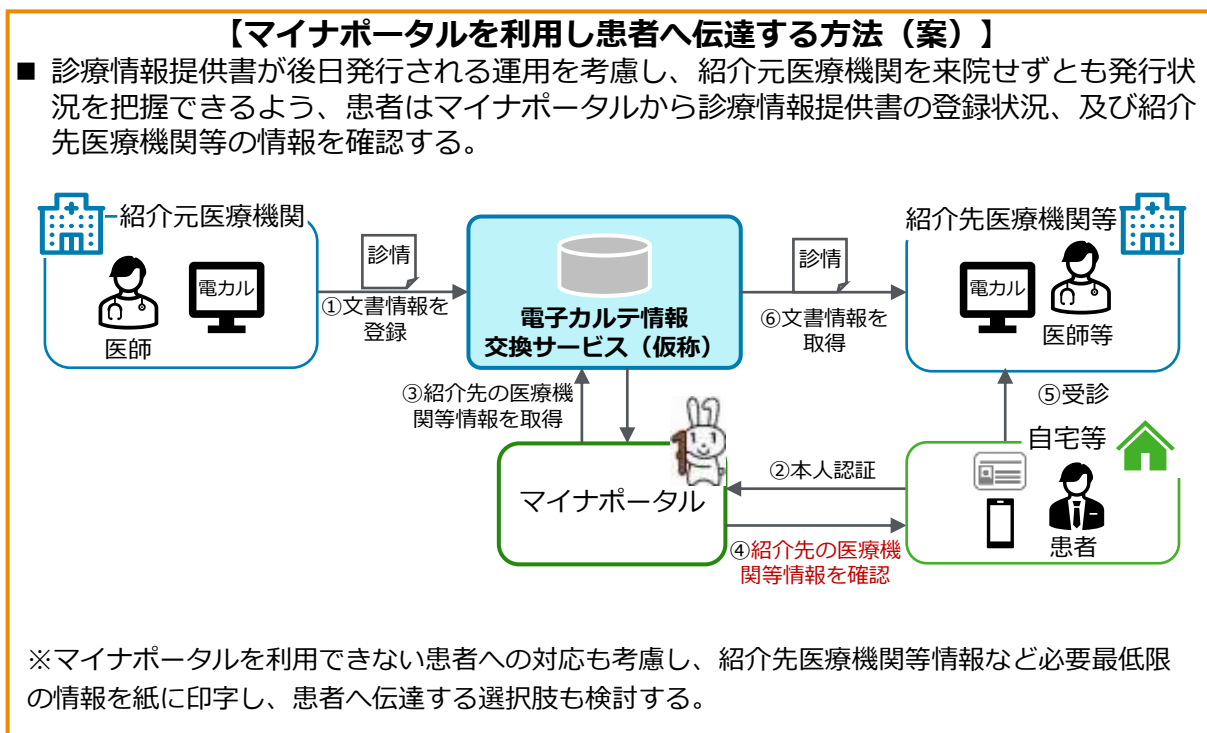
電子的な診療情報提供書発行時の患者への伝達方法

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)



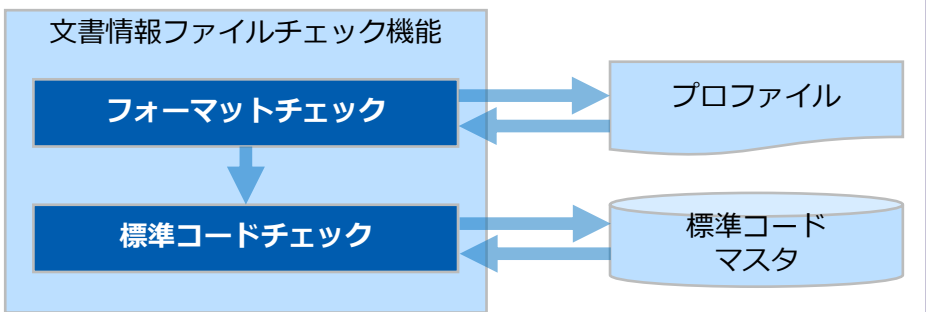
患者へ診療情報提供書の発行状況、紹介先の医療機関等情報の伝達方法 (紹介状が作成されているかの確認等)



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）

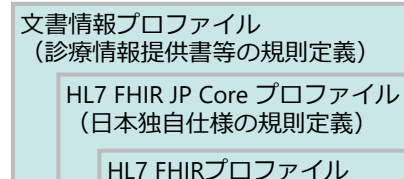


■ プロファイルについて

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。



■ 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
文書情報提供書、検査情報提供書エントリ	Observation リソース	0..*
文書作成機関、文書管理責任機関、総合医療機関、総合先診療科、総合元医療機関、総合元診療科情報エントリ	Practitioner リソース	0..*
文書作成機関、文書管理責任機関、総合先診療科、総合先診療科、総合元医療機関、総合元診療科情報エントリ	Organization リソース	0..*
総合目的情報エントリ	Encounter リソース	0..*
傷病名・主病、現病名、既往歴、感染症情報エントリ	Condition リソース	0..*
身体所見、社会・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	MedicationRequest リソース	0..*
処方箋情報エントリ	Prescription リソース	0..*
現在の処方方針情報エントリ	Card/Plan リソース	0..*
手術記録、輸血治療歴、処置治療情報エントリ	Procedure リソース	0..*
臨床試験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..*

抜粋：診療情報提供書HL7 FHIR記述仕様