

電子カルテ情報共有サービスにおける運用について

厚生労働省医政局

特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

- 1 . 3 文書 6 情報の運用上の整理について
- 2 . 情報管理に関する取り組み
- 3 . 健診情報の取扱いについて
- 4 . サービスのメリット
- 5 . 参考資料

3 文書 6 情報の運用上の整理について

3文書6情報の概要

3文書

No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	可能	不要	オンライン資格確認等システムに5年間保存
2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

6情報

No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保管フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リーダー閲覧同意区分	保存期間(電カル共有)	保存期間(オン資)
1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	レセプト電算処理マスターの傷病名コード ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号	あり	あり	傷病名+手術情報	オン資格システムにデータ移行した時点から1週間程度後に消去	5年間分
2	感染症	検査した梅毒STS、梅毒TP、HBV(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある JLAC(10/11) コード	あり	—	感染症情報		5年間分
3	薬剤禁忌(アレルギーによるもの)	診断をつけた薬剤禁忌情報(医薬品(ハイリスク))	Allergy Intolerance	YJコード	あり	—	電子カルテ情報		5年間分
4	アレルギー	診断をつけたアレルギー情報(食品・飲料、医薬品(ハイリスク除く)、環境、生物学的アレルギー等)	Allergy Intolerance	J-FAGYコード テキスト (J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する)	あり	—			5年間分
5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある JLAC(10/11) コード	—	—	1年間分 もしくは 直近3回分		
6	処方	※直接登録は行わない(文書から抽出した処方を取り扱う)	Medication Request	YJコード	—	—	100日間分 もしくは 直近3回分		

各情報に使用するコード体系について

医療機関で採用するコードについて

	コードの種類	採用する理由
傷病名	ICD10対応標準病名マスター	厚労省標準規格のため
検査、感染症	臨床検査項目基本コードセット内 JLAC10もしくはJLAC11	厚労省標準規格のため、提供されている唯一の検査コード。
薬剤禁忌	YJコード	コードが複数あり、情報共有の観点からコードの粒度を揃える必要があり、粒度の細かいものが望ましい。粒度の細かいものとしてYJコードが一定程度普及していること。 過去の薬剤の投与に応じた反応を記載し電子カルテ管理していくことを想定し、銘柄別に記載が必要なため。
アレルギー	J-FAGYコード	現在存在する唯一のアレルギーコードであること。 ※ただし、テキストも入力可能としつつ運用方法を検討していく。
処方	YJコード	診療情報提供書に記載した構造情報を抽出して共有する。 医療機関で処方した情報をもとに記載する。

※ 薬剤禁忌については、薬剤(銘柄まで)が特定できない場合に限り、一般名処方マスタ(YJコードの先頭9桁+ZZZとしたものと同義)の記載を可能とする。

※ 処方については、処方箋等で銘柄を指定しない場合に限り、一般名処方マスタの記載を可能とする。

※ 処方や薬剤禁忌で用いるYJコードは、今後マスターの提供方法を含めて検討を行う。

医療機関間の情報連携に対してこれらのコードも標準化を行いつつ電子カルテ情報共有サービスで取り扱っていくこととしてはどうか。

※医療機関で利用可能なマスターを電子カルテ情報共有サービスにて配信し、電子カルテで利用可能とする。

診療情報提供書の構造化情報について

診療情報提供書にはこれまでテキストで診療情報を記載してきたが、診療情報を医療機関間で活用する観点から6情報については構造化されたデータとして記述・共有可能となる。

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名
担当医 科 院
年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名
患者住所
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は紙面に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のファイル、検査の結果を添付すること。

- ・傷病名
- ・紹介目的
- ・既往歴
- ・検査所見
- ・治療経過
- ・現在の処方

これまでの記載方法（傷病名の一例）

テキストで記載

糖尿病、高血圧、脂質異常症

今後の電子的な記述方法（傷病名の一例）

テキストと構造化されたデータを保持

糖尿病、高血圧、脂質異常症

要素Lv1	要素Lv2	要素Lv3	多重度	型	値
Codeable Concept			0..1	CodeableCo ncept	
	coding		0..*	coding	
		system	1..1	uri	"http:....."
		code	1..1	code	"U23V"
		display	0..1	string	"糖尿病"

医療機関間においては、構造化されたデータを活用して電子カルテの記述に用いる等、活用の幅が広がることが考えられる。一方、電子カルテ情報共有サービスにおいては、5情報（傷病名、感染症、薬剤禁忌、アレルギー、検査）として別途随時登録されることから、診療情報提供書に電子的に記載された構造化情報（5情報）をオンライン資格確認等システムに格納して共有しないこととする。

一方、退院時の診療情報提供書に記載される処方情報については、退院時処方として医療機関によって一定程度整理された処方情報であり、臨床上も有用な情報であるが、電子処方箋管理サービスでも把握することが困難である。そのため、診療情報提供書に記載された処方情報については、オンライン資格確認等システムで共有を可能としてはどうか。

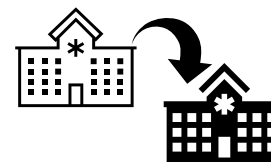
診療情報提供書の提供方法について

紹介元医療機関の診療情報提供書の送付と紹介先での閲覧については、患者の口頭同意が取れていれば紹介先に送付され、紹介先医療機関に届いた時点で診療情報提供書を閲覧可能（既存の運用の通り）とする。一方、患者の転居等によって後から紹介先を変更したい場合があることから、マイナポータルや紹介先医療機関の顔認証付きカードリーダーで、患者が同意することで紹介先が閲覧可能とする仕組みも導入する。

医療機関での運用

診療情報提供書を紹介先で閲覧するために紹介元医療機関では、

- * 診療情報提供書の記載欄にある「**紹介先が閲覧可**」を選択すること
- * 直接相手先に送付するため、医療機関の一覧から相手先**医療機関名**を選択することの2点を行うこととする。



※ 転居等で紹介先医療機関が変わる可能性がある場合は、「紹介先が閲覧可」ではなく「閲覧保留」を選択する（宛先の医療機関の選択は必要）。「閲覧保留」にすると、電子カルテ情報共有サービスに留まるため、本人が同意しなければ紹介先医療機関は閲覧できない。

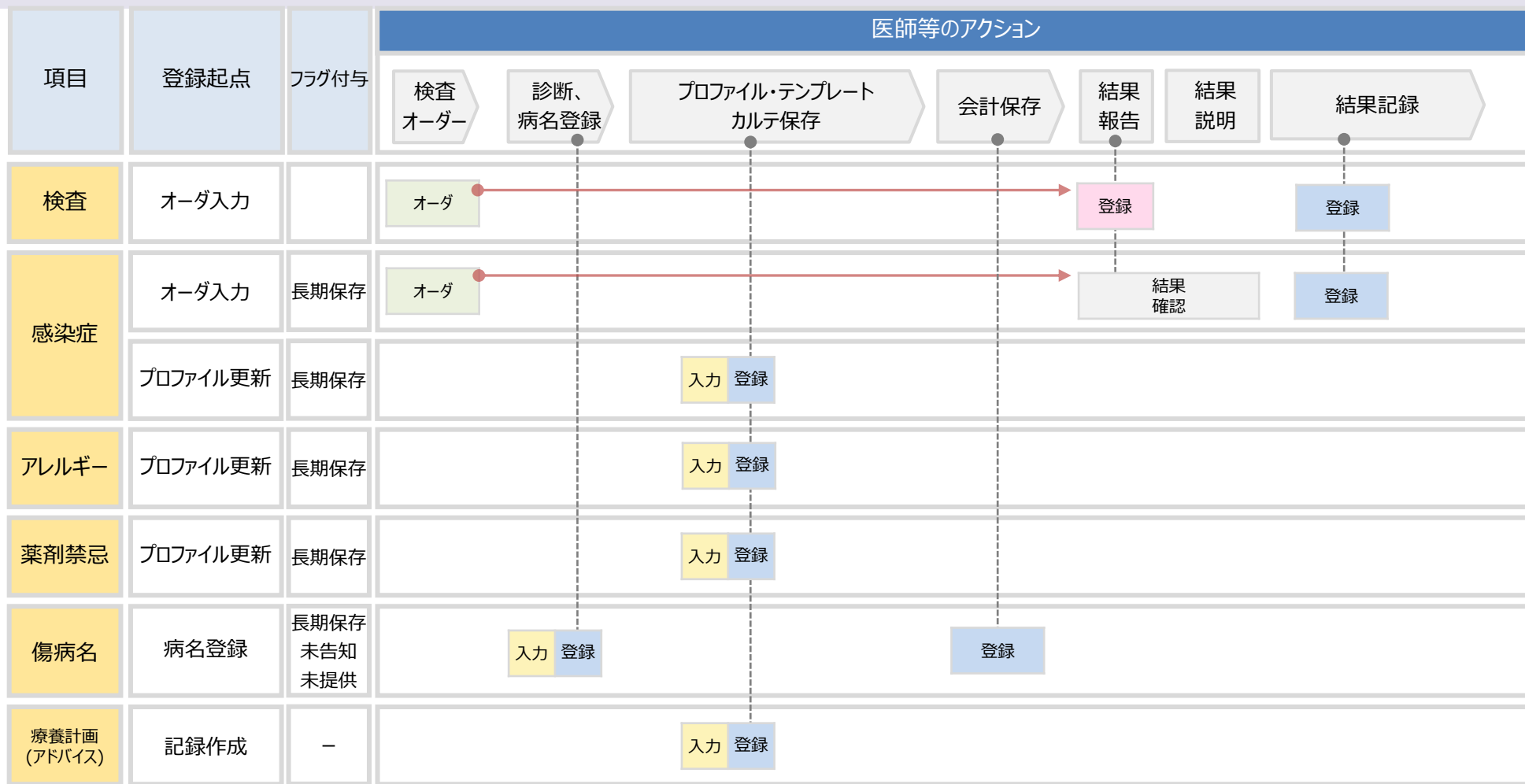
※ 電話等にて対応した場合、本人確認が出来ないため、「閲覧保留」に設定し、**マイナポータル上での同意**もしくは医療機関受診当日に**顔認証付きカードリーダーで同意**を行うことでなりすましを防ぐ（利便性の観点でマイナポータルでの同意を推奨）。

※ **電子カルテ情報共有サービスを用いることが不可能なケース（相手先が電子カルテ情報共有サービスを導入していない等）は、これまで通り紙運用。**



電子カルテ情報共有サービスへの登録方法について

救急時や災害発生時等、有事に迅速な医療情報の共有、電子カルテ情報共有サービスへの情報登録促進の観点から、電子カルテに情報が登録された後速やかに電子カルテ情報共有サービスに登録することが望ましい。医療機関の判断で登録のタイミングを決めることも可能とするが、タイミングの期限として感染症・検査は次回診療日中(夜間も可)、感染症・検査以外は診療当日中(夜間も可)としてはどうか。



感染症・検査の情報の登録に係る運用上の整理について

感染症や検査(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目等の指定された43項目の検体検査結果)情報の登録の運用については、患者の情報閲覧と医師の検査結果説明のタイミング、感染症の管理の仕組みとあわせて整理する必要があるのではないか。

運用上整理が必要な事項について

感染症・検査の情報は、検査結果が医療機関に報告された後、自動登録とした場合、医療機関の情報登録の負担の軽減や患者は迅速に検査結果を閲覧できるメリットがある一方で、患者への結果説明が後日行われる場合は、患者が検査結果を間違えて解釈するなど、適切な情報提供にならないおそれがあるのではないか。

対応(案)

- * 感染症の情報については、医師から患者に検査結果を説明した上で、情報が登録される仕組みとしてはどうか。
- * 検査の情報については、医療機関での情報登録の負担軽減の観点から、検査結果が医療機関に報告された後、自動的に登録されることとする。
(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るトラブルを回避する観点から、医療機関の判断で結果説明後に情報を登録することも選択可能とする。)

傷病名の運用上の整理について

基盤WGのとりまとめにおいては、傷病名について下記の通り整理を行い、「未告知フラグ」「長期保存フラグ」を設定することとした。

- ・ 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。
- ・ 傷病名については、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。

このほか、患者や医療機関に正確な傷病名を分かりやすく共有するために、傷病名の登録に係る運用をさらに検討する必要があるのではないか。

患者や他の医療機関に正確な傷病名の共有を行うための対応(案)

・「未告知フラグ」「長期保存フラグ」に加え、「未提供フラグ」を設ける。

傷病名を患者や他の医療機関に共有する際に、電子カルテに登録された病名を全て共有することが適さない場合も考えられる。そのため、傷病名を電子カルテ共有サービスに登録する際に、医師が「患者や他の医療機関に共有される」傷病名を整理した上で情報共有するために、「未提供フラグ」を設ける。

「未提供フラグ」の使用例：診療初期の段階で登録した病名が、診療の過程でより詳細な病名等に変更される場合
疑い病名の中で疑っている度合いの大きさにより、共有する範囲を調整したい場合

※「未提供フラグ」を付与した病名は本人と医療機関ともに閲覧不可となる。

・患者・医療機関に分かりやすい形で共有する観点から、主傷病の設定を行うことができることとする。

⇒システム要件としては上記としつつ、入力方法等の運用や関係者への周知についてはアカデミアや関連団体、学会等と連携し、今後検討を行う。

傷病名の運用上の整理について

電子カルテへの医師の入力のイメージ

主傷病はわかりやすさの観点から共有する

登録日	終了日	病名	未提供	未告知	長期保存
2022/11/15		(主)高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2023/01/12		糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2023/01/19		1型糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2024/01/09		糖尿病性腎臓病 疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2024/01/09		慢性糸球体腎炎 疑い	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・未提供を設定したものは情報を共有しない

	未告知フラグ	未提供フラグ
患者	提供されない	提供されない
医療機関	提供される	提供されない

患者・他の医療機関の閲覧イメージ



登録日	医療機関名	傷病名	主	長期保存
2022/11/15	A病院	高血圧症	主	○
2023/01/19	A病院	1型糖尿病		○
2024/01/09	A病院	糖尿病性腎臓病 疑い		

傷病名の表示の仕方について

現病歴と終了病名の区別して取り扱うこととする。

イメージ

■ 現病歴

並び順：①登録日、②医療機関名

登録日	医療機関名	傷病名	主	長期保存
2019/11/23	A病院	高血圧症	主	○
2023/10/23	Bクリニック	慢性腎不全	主	○
2023/10/23	Bクリニック	高血圧症		○
2023/11/10	C診療所	白癬	主	
2023/11/13	Bクリニック	2型糖尿病・腎合併症あり	主	○

イメージ

■ 終了病名

並び順：①登録日、②終了日、③医療機関名

登録日	終了日	医療機関名	傷病名	主	長期保存
2019/02/04	2019/02/09	A病院	インフルエンザA型	主	
2021/10/15	2021/10/30	D医療センター	COVID-19	主	
2021/10/15	2021/10/30	D医療センター	急性咽頭炎		

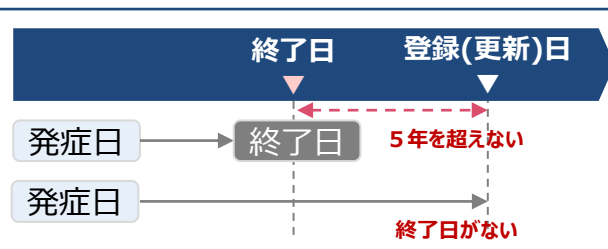
5 情報の登録対象と閲覧・削除対象について

医療機関は病名登録の際に登録されている病名を全更新する（今回付与した病名だけでなく過去に付与した傷病名も送る）。登録の範囲は、医療機関の運用で診療科単位や施設単位等設定する。

■ 傷病名、アレルギー、薬剤禁忌、感染症(プロフィール単位)

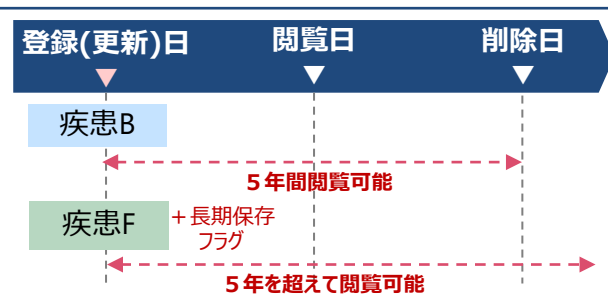
登録

- 登録日時時点で、終了日が5年を超えないものを対象とする。
- 終了日が入っていないものは対象とする。



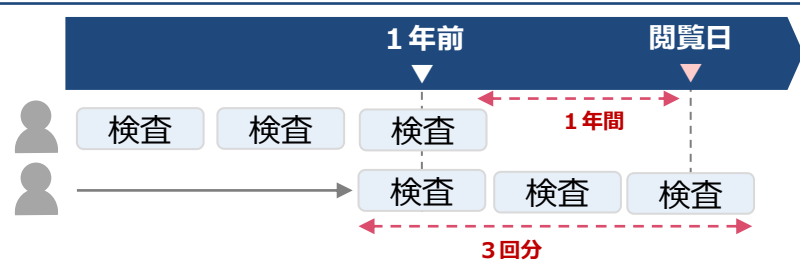
閲覧・削除

- 登録日から5年以内のものを閲覧対象とする。
- 「長期保存フラグ」のついているものは5年を超えても閲覧可能とする。



■ 検査、感染症(オーダ単位)の場合

- 閲覧時点で見れるものは1年分もしくは3回分の情報となる。



薬剤禁忌・アレルギーの運用上の整理について

電子カルテ情報共有サービスにおける薬剤禁忌については、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する。下記課題については、システム開発と並行して検討を行う予定。

	課題	対応(案)															
①	薬剤禁忌(アレルギーによるもの)の定義	<p>下記の要素(category要素=medication、criticality要素=high)を指定した場合を薬剤禁忌(アレルギーによるもの)として扱う。</p> <table border="1" data-bbox="779 508 1819 801"> <thead> <tr> <th data-bbox="779 508 1094 554">識別</th> <th data-bbox="1094 508 1442 554">category要素</th> <th data-bbox="1442 508 1819 554">criticality要素</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="779 554 1094 605">薬剤禁忌情報</td> <td data-bbox="1094 554 1442 605">medication</td> <td data-bbox="1442 554 1819 605">high</td> </tr> <tr> <td data-bbox="779 605 1094 651" rowspan="4">アレルギー情報</td> <td data-bbox="1094 605 1442 651">medication</td> <td data-bbox="1442 605 1819 651">high以外(値なし含む)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1094 651 1442 696">medication以外</td> <td data-bbox="1442 651 1819 696">high</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1094 696 1442 748">medication以外</td> <td data-bbox="1442 696 1819 748">high以外(値なし含む)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1094 748 1442 801">値なし(要素なし)</td> <td data-bbox="1442 748 1819 801">値なし(要素なし)</td> </tr> </tbody> </table> <p>criticality要素をhighとする基準(アナフィラキシー等の症状の有無等)については、運用面での観点から検討が必要。薬剤禁忌・アレルギーを判断した情報源(自己申告を含めるか)も含めて関係団体と運用面での検討を行い、一定の方向性を示す予定。</p>	識別	category要素	criticality要素	薬剤禁忌情報	medication	high	アレルギー情報	medication	high以外(値なし含む)	medication以外	high	medication以外	high以外(値なし含む)	値なし(要素なし)	値なし(要素なし)
識別	category要素	criticality要素															
薬剤禁忌情報	medication	high															
アレルギー情報	medication	high以外(値なし含む)															
	medication以外	high															
	medication以外	high以外(値なし含む)															
	値なし(要素なし)	値なし(要素なし)															
②	アレルギー情報の入力方法(情報の粒度等)	<p>薬剤禁忌の情報を入力するうえでの記載ルール(患者の反応の程度や症状等) J-FAGYを運用するうえでのルール(記載の粒度感等)については、医療安全や医療情報の管理の観点から検討を行い一定の方向性を示す予定。</p>															
③	薬剤情報の粒度	<p>系統、一般名、薬剤名等、様々な粒度で現場では入力されている。 (例)セフェム系 薬剤の系統については現状マスターがないため、アレルギー情報にテキスト入力を行うことで対応してはどうか。</p>															

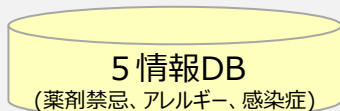
情報管理に関する取り組み

Patient Summaryの表示方法

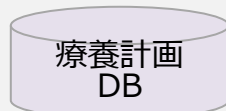
マイナポータルを通じて患者にわかりやすく診療情報を連携する仕組みとしてPatient Summaryを導入する。

オンライン資格確認等システムに保存される医療情報

約5年間保存



6か月間保存

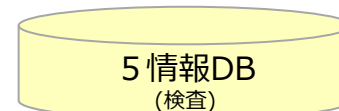


外来記録記載の
医療機関コードと受診日
から対象情報を抽出

100日間保存



1年間もしくは直近3回分保存



<療養計画を軸として表示させる情報>

プロフィール情報

薬剤禁忌 (アレルギーによるもの)

22/10	禁忌医薬品1	長期保存
22/10	禁忌医薬品2	長期保存
⋮		

アレルギー

23/01	アレルギー-1	長期保存
22/07	アレルギー-2	長期保存
⋮		

感染症

23/01	梅毒STS(RPR法)	(-)	長期保存
23/01	HBs(B型肝炎)	(+)	長期保存

前回受診日：2023年7月10日

医療機関名	Aクリニック
医師氏名	厚生 太郎

主傷病名

胃の悪性新生物<腫瘍>	▼
胃体部癌	

副傷病名

潰瘍性大腸炎	▼
潰瘍性大腸炎性関節炎	

療養上の計画・アドバイス

- ・内服を継続しましょう。
- ・1日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
- ・〇〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

おくり情報

アトルバスタチン錠 10mg「サンド」	1錠	28日分	1日1回夕食後
ファミチジン錠 10mg「NP」	2錠	28日分	1日2回朝夕食後
ノルバスク錠5mg	1錠	28日分	1日1回夕食後
⋮			

医療機関／医師毎に外来診療計画書と処方情報を紐付ける必要があることから薬剤レセプトではなく、電子処方箋の処方DBから情報連携する。
なお、電子処方箋の保存期間が100日であることから処方については情報連携する期間を100日とする。

代表的な検査項目結果

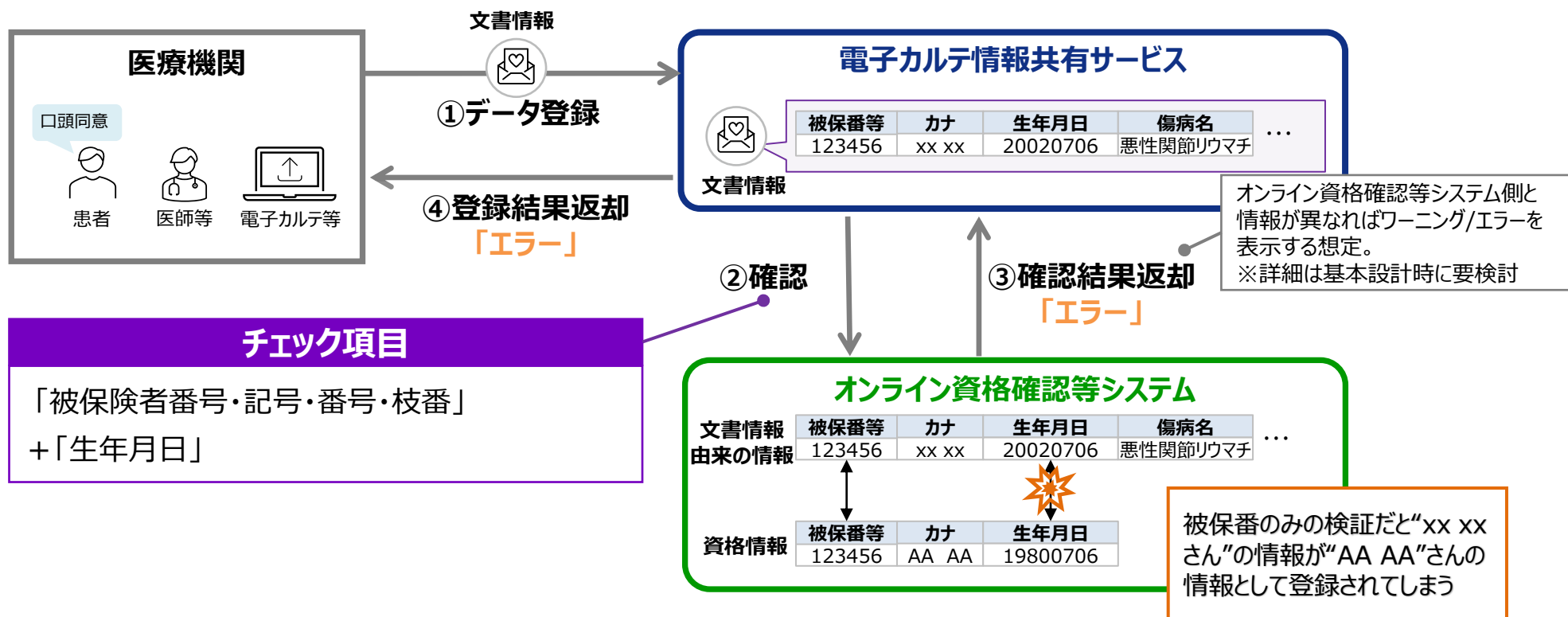
	ステータス	検査結果	基準値 (下限-上限)
肝機能			
GOT(IU/L)	確定報告	XXX(H)	XX-XX
GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
Γ-GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
血糖			
空腹時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
HbA1c(%)	確定報告	XXX	XX-XX
随時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
尿			
尿糖(mg/dL)	中間報告	XXX	XX-XX

※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

正確に患者を登録するための取り組みについて

電子カルテ情報共有サービスにデータを登録する際の誤紐付けを防止するため、「被保番等」に加えて「生年月日」等を用いたデータ登録の正確性チェックを実施することとする。

▶▶ データ登録時の正確性チェックイメージ



顔リーダーの改修事項について

基盤WGや医療等WGでこれまで検討を踏まえ、顔リーダーの閲覧同意に係る画面遷移を示す。患者は各医療機関毎に同意を設定する。

開始 → 本人認証 → 閲覧同意確認 → 資格確認

〇〇〇〇〇〇病院
マイナンバーカードを置いてください。

本人確認の方法を選んでください。

顔認証を行う

暗証番号を入力

終了する

本人確認の情報は、他の目的には使用しません。

顔を枠内に入れてください。

暗証番号を入力してください。

1 2 3
4 5 6
7 8 9

(1)包括同意・同意継承

同意方法の確認

以下の過去の医療情報を当医療機関に提供することに同意しますか。
・手術・傷病名
・感染症
・...

全て同意する

個別に選択する

同意情報の引き継ぎ

過去の医療情報等の提供に関する同意について、事前もしくは前回登録した内容を引き継ぎますか。

引き継ぐ

選択しなおす

(1)初めての場合は同意方法確認画面、次回以降は同意情報引き継ぎ画面となる。
※医療機関の取得設定の変更や電子カルテ情報共有サービスの対応で(2)個別同意の項目が変更になる場合は、「同意方法の確認」で選択する。

医療機関は、取得する情報について利用の有無を選択できる。

閲覧同意の利用有無(情報の利用有無)

* 手術・傷病名情報: 利用する

* 感染症情報: 利用する

* 薬剤・処方情報: 利用する

* 診療・アレルギー・お薬禁忌・検査情報: 利用する

* 健診情報: 利用する

* 特定疾病療養受療証: 利用する

電子カルテ情報共有サービス関連項目

* 電子カルテ情報共有サービス: 利用する

(2)6情報閲覧同意追加・変更 (電子カルテ情報共有サービス導入済)

文言変更	新規追加	文言変更	お薬	健診
手術・傷病名	感染症	診療・アレルギー・お薬禁忌・検査・お薬		
過去の手術情報を当機関に提供することに同意しますか。	過去の感染症情報を当機関に提供することに同意しますか。	過去の診療・アレルギー・お薬禁忌・検査・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。	過去のお薬情報を当機関に提供することに同意しますか。	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。
同意する 同意しない	同意する 同意しない	同意する 同意しない	同意する 同意しない	同意する 同意しない

どちらか

(2)個別同意については、各画面毎に同意設定する。

(2)6情報閲覧同意追加・変更 (電子カルテ情報共有サービス未導入)

手術	診療・お薬	お薬	健診
過去の手術情報を当機関に提供することに同意しますか。	過去の手術以外の診療・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。	過去のお薬情報を当機関に提供することに同意しますか。	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。
同意する 同意しない	同意する 同意しない	同意する 同意しない	同意する 同意しない

どちらか

(3)診療情報提供書提供同意 (電子カルテ情報共有サービス導入済)

診療情報提供書受付

提出する紹介状をすべて選択してください。1/X

発行日 XX/XX
〇〇病院 △△科

発行日 XX/XX
〇〇病院 ▲▲科

次ページへ

●●×様 確認が完了しました。

終了する場合は、マイナンバーカードを取り出し、待合室でお待ちください。

(3)同意のない診療情報提供書について閲覧同意を個別に設定する。診察の際、同意を行ってれば、表示しない。受診した医療機関の対象の紹介状のみ表示

健診情報の取扱いについて



医療機関及び保険者に共有する健診内容について（案）

- 電子カルテ情報共有サービスにおいて、医療機関に共有し、マイナポで閲覧できる健診項目については、各健診に関する法令等で必須とされている項目を基本とする。
- 保険者に共有する項目については、以下のとおりとする。
 - ・ 保険者が実施する健診は、項目の絞り込みは行わず、当該健診結果を保険者に共有する
 - ・ 事業者が実施する健診は、特定健診に関する項目に絞って、保険者に共有する
- 人間ドック等のその他の健診については、実施主体にかかわらず、医療機関及び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、共有する。
 - その場合にも、
 - ・ 医療機関での共有・マイナポでの閲覧の対象となる項目は、特定健診・事業主健診の必須項目を基本とし、
 - ・ 保険者には、特定健診の項目のみを共有することとする。

実施主体／健診種別 ※1		医療機関・マイナポ(国民)に共有・閲覧する健診項目	保険者に共有する健診項目
保険者	特定健診 後期高齢者健診	制度上の必須項目等に限定する (特定健診項目＋事業主健診項目) →スライド21の ①	項目の絞りこみは行わない (健診機関より提供されたファイルをXMLに変換し提供)
	保険者の実施するその他健診		
事業者	事業主健診（定期健康診断） 学校職員健診		特定健診の必須項目等を共有 (当該項目をXMLに変換し提供)
人間ドック等のその他健診 ※2			→スライド21の ②

※1 実施主体の判別は報告区分コード等を用いる。 ※2 本人の同意を問診票で取得する。同意が取得できない場合はオン資に格納しない。

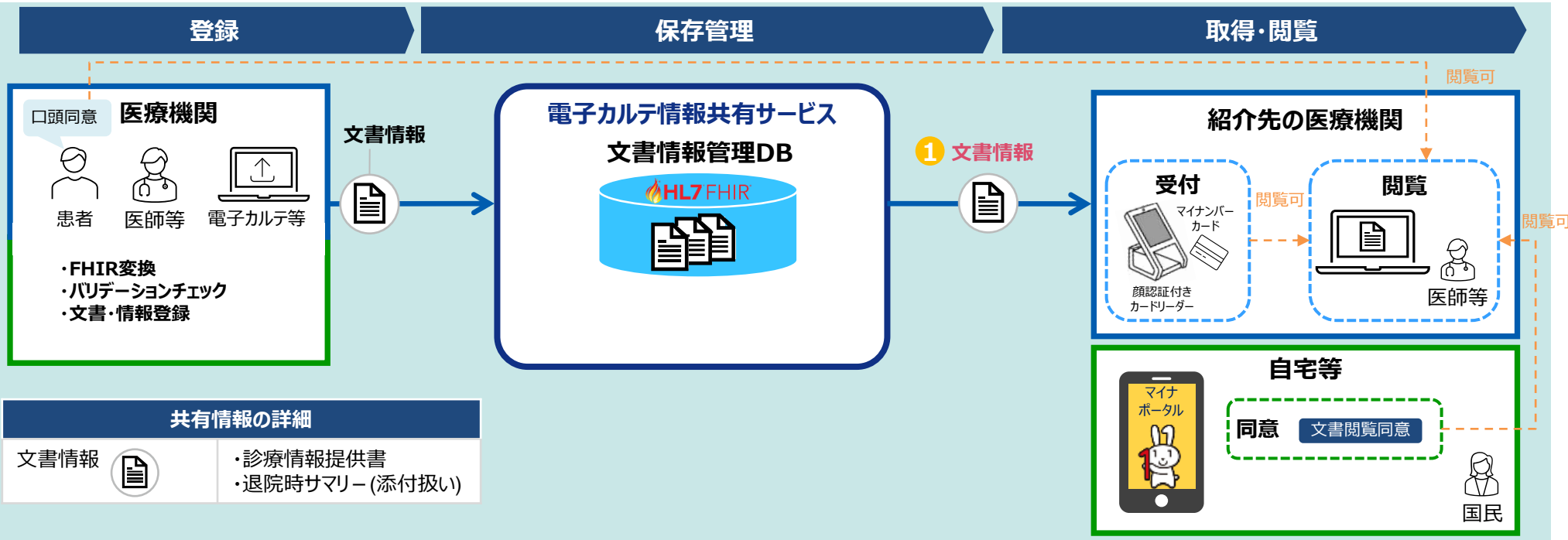
4

サービスのメリット

3つの提供サービスの概要・メリット

「①文書送付サービス」の仕組み

紹介元の医療機関が登録した診療情報提供書・退院時サマリーを、紹介先の医療機関等が取得できるサービス。当該文書情報が閲覧するためには、提供時に患者に口頭で同意を得たことを登録することで相手先医療機関で閲覧可能となる仕組み。



メリット①

電子化によるコスト削減・効率化

- 従来の紙・FAXでの発行・送付にかかるコストが削減可能。
- リアルタイムでの送受信により、従来の紙・FAXよりも紹介業務の効率化が可能。

メリット②

確実な文書の共有による安全な文書管理

- 従来の紙・FAXよりも漏洩のリスクが低く、安全な共有が可能。患者の持参忘れも防止可能。

メリット③

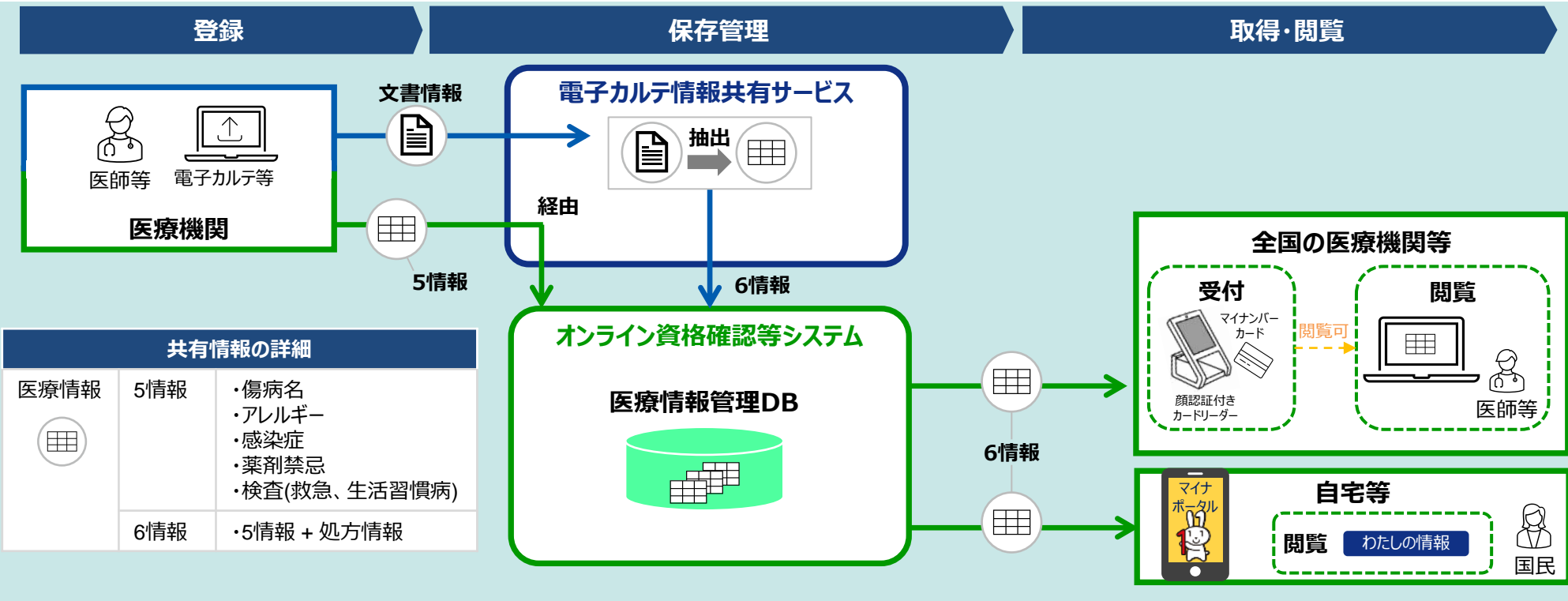
標準化による情報共有のしやすさ

- 共通のデータフォーマットでやり取りすることで、構造データの診療への応用や、記載内容に関する疑義照会の件数や時間の削減が期待。

3つの提供サービスの概要・メリット

「②6情報閲覧サービス」の仕組み

6情報（傷病名・アレルギー・薬剤禁忌・感染症・検査・処方）を全国の医療機関等や患者本人が取得・閲覧できるサービス。医療機関が当該情報を閲覧するには、原則患者の閲覧同意（顔認証付きカードリーダー）が必要であり、一般外来の場合、閲覧できる時間は、同意後24時間以内とする。



メリット①

患者の医療情報を踏まえた質の高い診療

- 問診や患者の申告と比べて正確な情報を得ることができ、救急時に利用できる情報の拡大や質の高い診療等への活用が可能になる。

メリット②

患者本人の健康維持に貢献

- 患者自らが6情報を迅速に電子的に確認することができ、患者本人の健康状態の把握に貢献。

メリット③

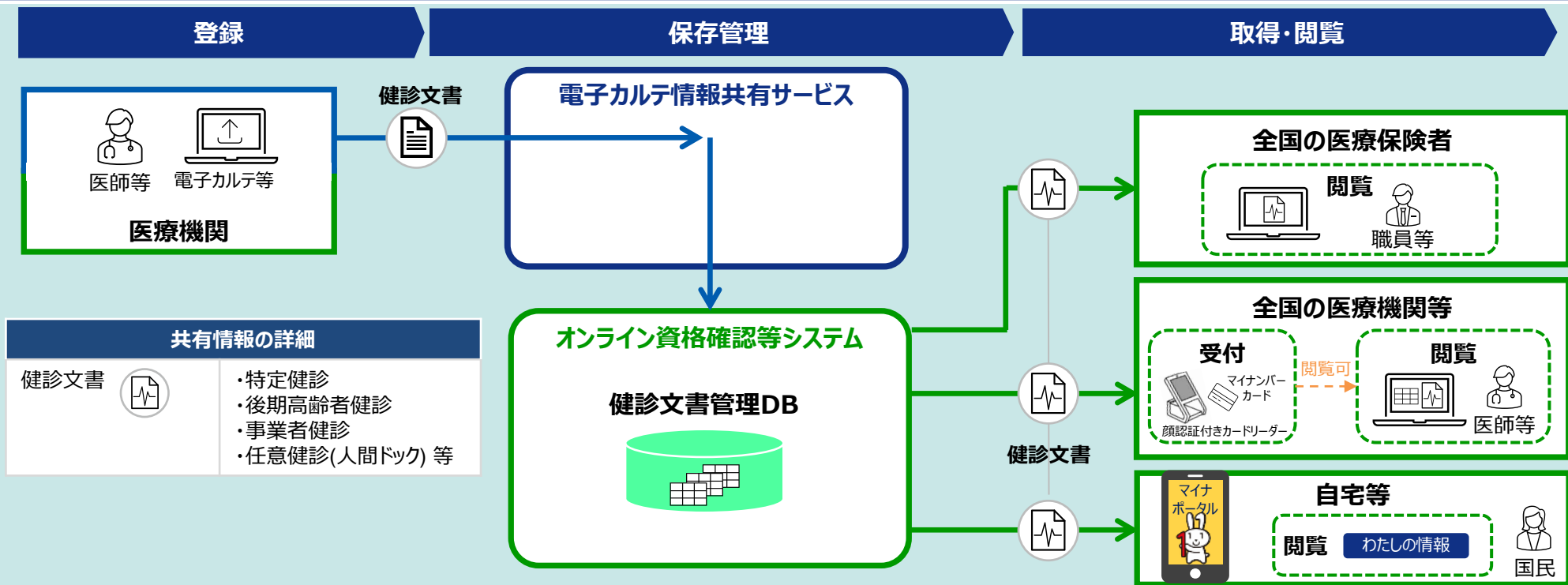
今後の更なる医療情報共有に貢献

- 本サービスが発展し更なる医療情報の共有が進めば、問診の効率化等の他、様々なサービスとの組み合わせによって患者の利便性向上も期待。

3つの提供サービスの概要・メリット

「③健診文書閲覧サービス」の仕組み

従来の事業者・保険者経由の健診結果登録とは別に、医療機関から直接、各種健診文書をオンライン資格確認等システムに登録でき、各健診種別ごとの直近の結果を全国の医療機関及び医療保険者等や患者本人が取得・閲覧できるサービス。



メリット①

健診結果の活用頻度向上による質の高い診察・処方

- ・健診結果を持参し忘れて、体調悪化による急な受診であっても、医療機関等は健診結果を閲覧することができ、より質の高い診察や処方を行うことが可能になると期待。

メリット②

患者本人の健康維持に貢献

- ・患者自らがこれまでより健診結果を迅速に電子的に確認することができ、患者本人の健康状態の把握に貢献。

(参考) 健診結果報告書の取扱いと運用の整理について (関係者のメリット)

電子カルテ情報共有サービスで健診結果を取り扱うこととした場合、国民(患者)、医療機関、保険者等に具体的にどのようなメリットがあるか整理。システムベンダ側のメリットについて検討する。

国民(患者)、医療機関、保険者のメリット

国民(患者)	医療機関等(健診機関)	保険者	医療機関等ベンダ
①特定健診だけでなく、事業者健診や人間ドックの結果をマイナポータルで閲覧できるので、自身の健康管理や疾病予防に役立てることができる。	①より迅速に多くの健診結果を医療機関が閲覧することが可能になり、より質の高い安全な医療を提供できるようになる。	①健診結果の迅速な取得 特定健診や事業者健診の結果情報をこれまでよりも迅速に取得することができる。 ※保険者によって異なるが、いくつかの保険者に聞いたところ、現在は、結果取得まで1~3か月を要している場合が多い。	①各保険者独自のチェックルールやファイル形式で提供する必要がなくなる。
②より迅速に多くの健診結果を医療機関が閲覧することが可能になり、より質の高い安全な医療を受けることができるようになる。	②マイナポータルの閲覧に対応した医療機関が選択されることで健診者が増える可能性がある	②健診結果の取得率向上 事業者健診や人間ドックの結果の取得率が向上する。また、被扶養者やパート従業員の取得率も向上。 ※現在、制度上は、事業者健診等の結果を保険者が取得することは可能となっているが、取得までに時間を要している。	②事業者や保険者からデータの修正依頼が来て対応していたものが、バリデーションチェックによって一定減少する可能性がある。
③より多くの健診結果を医療機関が閲覧することが可能になることで、重複検査を回避できる場合がある。	③現在、健診を実施した医療機関から保険者や事業者には、紙媒体で結果報告書が提出される場合がある。電カル共有サービスの普及により、紙媒体での提出が減少することが考えられる。	③健診後速やかな保健指導・受診勧奨が可能 これまでよりも早く健診結果を取得できるので、速やかな保健指導や受診勧奨が可能。	
④毎年の健診結果を紙で保存する必要がなくなる。		④電子化の手間(パンチ代)の削減 現在は、事業者健診や人間ドックは紙媒体等で保険者に提出されることがあるが、電カル共有サービスが普及すれば、紙媒体を保険者で電子化する手間がなくなる	

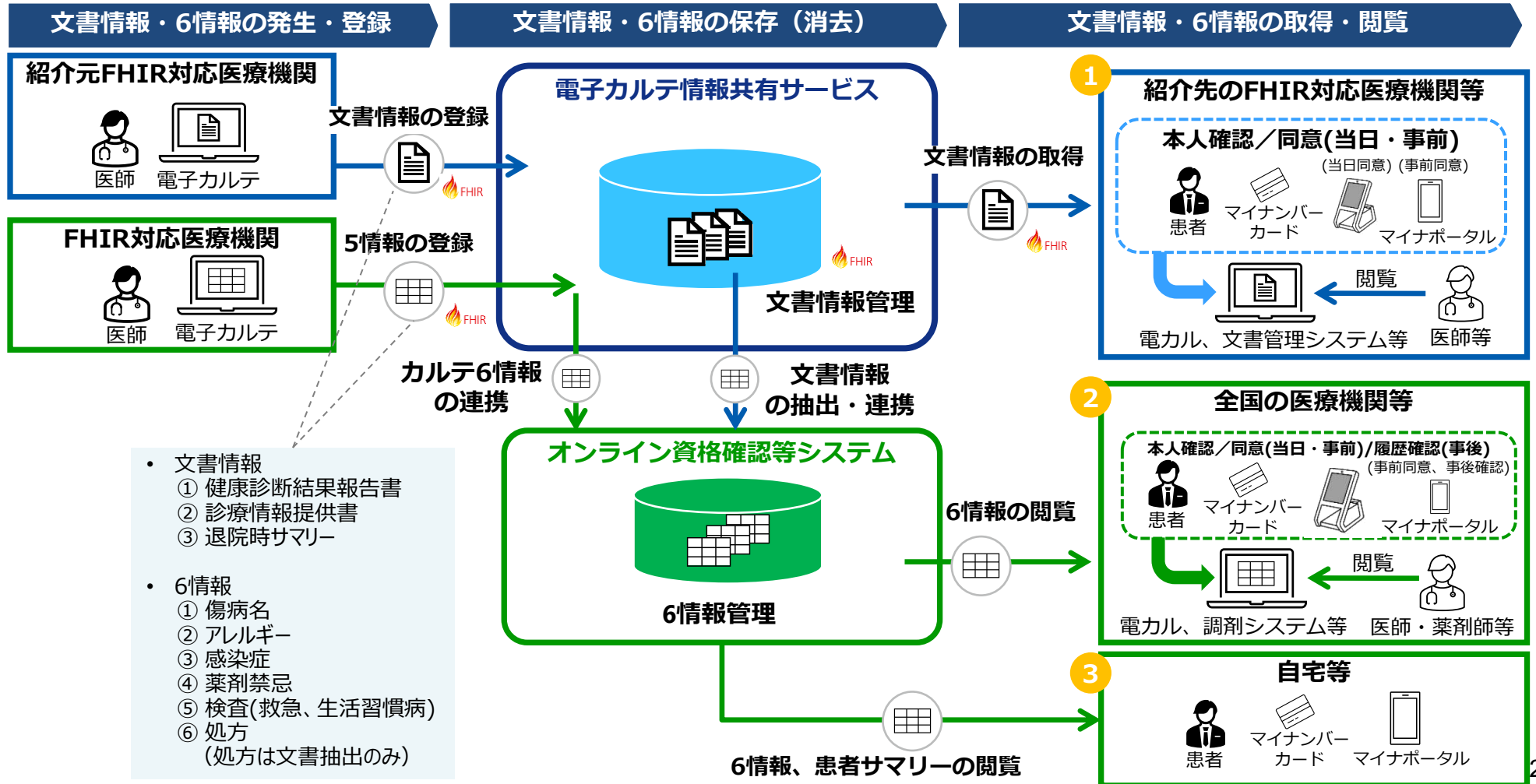
参考資料

5

(参考) 電子カルテ情報共有サービスの概要

本仕組みで提供するサービス

- ① 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- ② 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- ③ 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス



(参考)電子カルテ情報共有サービスの経緯

時期	公開元	電子カルテ情報共有サービス関連の経緯
2019/11	標準的医療情報システムに関する検討会	Web API及び国際標準規格HL7 FHIRへの対応が明記される。
2020/7	データヘルス改革（閣議決定）	「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」（厚生労働省データヘルス改革推進本部） ⇒電子カルテ内の情報について、相互運用性に向けた次世代標準規格の開発・活用を含めた標準化を目指す。
2020/10	健康・医療・介護情報等利活用検討会	電子カルテ等の標準化範囲として、4文書(①診療情報提供書、②退院時サマリー(画像含む)、③電子処方箋、④健診結果報告書)、6情報(①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤併用禁忌情報、⑤救急時に有用な検体検査結果等の情報、⑥生活習慣病関連の情報)が候補に挙げられる。
2021/6	データヘルス改革推進本部	データヘルス改革に関する工程表の中に、「医療機関間における情報共有を可能にするための電子カルテ情報等の標準化」についてのスケジュールが示される。 <2021年-2022年> <ul style="list-style-type: none"> 全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方(※)をIT室(デジタル庁)とともに調査検討し、結論を得る ※主体、費用、オンライン資格確認等システムや政府共通基盤との関係、運用開始時期、医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方 <2023年以降> 上記(原文は「左記」)を踏まえたシステムの課題整理・開発
2021/7	健康・医療・介護情報等利活用検討会	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の設置について報告される。
2021/11	医療情報ネットワークの基盤に関するWG	全国的に、電子カルテ内の、文書情報(診療情報提供書、退院時サマリー)及び医療情報(6情報)を閲覧可能とするための基盤のあり方の調査・検討開始
2021/12	医療情報ネットワークの基盤に関するWG	HELICS協議会の要請により、「処方箋データHL7FHIR記述仕様」の名称が、「処方情報HL7FHIR記述仕様」に変更されたため、電子処方箋の区分を「文書」から「情報」に変更。(3文書7情報へ修正)
2022/3	厚生労働省標準規格	厚生労働省標準規格に3文書1情報が採択。 <ul style="list-style-type: none"> ・HS036 処方情報 HL7 FHIR 記述仕様 ・HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR 記述仕様 ・HS038 診療情報提供書 HL7 FHIR 記述仕様 ・HS039 退院時サマリー-HL7 FHIR 記述仕様 ⇒以後は、3文書6情報(検査(救急、生活習慣病)に集約化)として表記。
2022/5	医療情報ネットワークの基盤に関するWG	オンライン資格確認等システムの基盤を活用した実装方法(イメージ)が提示。同様の資料が、健康・医療・介護情報等利活用検討会(9回目)、医療部会(88回目)、医療保険部会(151回目)にも提示。
2022/5	健康・医療情報システム推進合同PT	「医療DX令和ビジョン2030」の提言が公表。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が明記。⇒その後、骨太の方針2022にも記載。
2022/6	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)	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を進めることで、全国いっど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にあたり、既に進めてきた電子カルテ情報(文書情報、医療情報(6情報))の共有の仕組みの検討と連携する必要性が示唆。
2022/9	「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム	「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)が示される。また、「電子カルテ・医療情報基盤」タスクフォースの設置案が提示される。
2022/10	医療DX推進本部	2023年春までに、医療DX工程表の策定が行われることが明示される。
2022/11	医療情報ネットワークの基盤に関するWG	電子カルテ情報の提供の仕方について3文書6情報の対応の方向性や、Pull型/Push型等の検討が行われる。
2023/3	医療情報ネットワークの基盤に関するWG	全国的に電子カルテ情報を交換・共有するための仕組み(電子カルテ情報共有サービス)の構築を進め、2025年春の運用開始を目指す。
2023/5	医療等情報利活用WG	処方情報の取扱いについて議論される。
2023/9	医療等情報利活用WG	健診結果報告書、患者サマリー、処方情報の取扱い、マイナポータルの同意機能の権限設定について議論される。技術解説書(案)が公表される。

(参考) 運用開始までのロードマップ

