

電子カルテ情報共有サービスの導入に関する
保険者向け運用手引き

令和6年12月 1.1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	2024年10月11日	初版	初版作成
1.1	2024年12月23日	全体	<ul style="list-style-type: none"> 「医療機関/健診機関」の表記を、「医療機関等」に変更 「実績報告等ルート」の表記を、「随時報告等ルート」に変更
		1.3 本書の構成	<ul style="list-style-type: none"> 「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」の公開先 URL を更新 「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書 別紙_バリデーションチェックルール」「特定健診等データ収集システムマニュアル等」の公開先 URL を更新
		1.4 用語の定義	<ul style="list-style-type: none"> 「医療機関等」を追加 「随時報告等ルート」の定義の更新 「被保険者番号等」の定義の更新
		2. 本サービス経由の健診結果報告書の活用方法	<ul style="list-style-type: none"> 説明文の「事業者等」を「保険者等」に更新
		3.1 健診情報ファイルの取得方法	<ul style="list-style-type: none"> 「補足 1：電子的な標準様式の詳細」を追加 「補足 2：収集・管理システムの仕様」にデータ収集システムの仕様の参照先の追加
		3.2 ファイル・データ構造の随時報告等ルートとの差分	<ul style="list-style-type: none"> 「補足 2：健診結果報告書に記録される受診者情報（被保険者番号等）」に「健診実施日の被保険者番号等」がオンライン資格確認等システムで付加される旨を追加 「表 3 受診者情報 XML 仕様（電カル共有ルート）」について以下を更新。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 項番・インデント等の体裁を修正 ➢ 「6.13 patientRole/id」、「6.15 patientRole/id」、「6.15 patientRole/id」「6.20 patientRole/id」の選択性「M」から「O」に修正 ➢ 「6.17 patientRole/id」を追加。 ➢ 「6.20 patientRole/id」の説明を修正 「補足 3：健診結果報告書に記録される受診券情報・健診実施機関情報・結果の記録に関する情報」を追加 「補足 4：健診結果報告書に記録されるファイル作成機関の情報」を追加
		4.1 取得・閲覧するデータ	<ul style="list-style-type: none"> 「補足 1：医療機関等での登録/削除の実施に関する検知方法」を追加 「想定ケース」の詳細説明を追加
		5 スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> 「図 5 スケジュール」に特定健診データ管理システムのスケジュールを追加

目次

1. はじめに	4
1.1 本書の趣旨	4
1.2 本書の前提	4
1.3 本書の構成	4
1.4 用語の定義	5
2. 本サービス経由の健診結果報告書の活用方法	7
3. 健診結果報告書の運用方法	8
3.1 健診情報ファイルの取得方法	8
3.2 ファイル・データ構造の実績報告等ルートとの差分	8
4. 運用に係る留意事項	20
4.1 取得・閲覧するデータ	20
① 「医療機関等」で再登録/削除された際に「保険者」が取得・閲覧する場合	21
② 削除された際に「医療機関・国民（マイナポータル）」が取得・閲覧する場合	21
4.2 受診者から取得する「提供の同意」※「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」の場合	22
4.3 取り扱い可能な期間の範囲	23
5. スケジュール	24

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。）では、電子カルテ情報がオンライン資格確認システムネットワークを通じて連携されることで、全国の医療機関等が患者の同意のもとに閲覧することが可能となります。電子カルテ情報共有サービスで取り扱う文書情報として健診結果報告書（HL7 FHIR・JSON 形式）を対象としており、保険者にて取得することが可能です。

本書は、電子カルテ情報共有サービスを通じて健診結果報告書を取得可能な仕組み（以下、「電カル共有ルート」という。）を保険者が取り扱うにあたって、必要な対応や留意事項を保険者に理解いただくことを目的としています。保険者が本サービスを導入するにあたっては、事務連絡「電子カルテ情報共有サービスにおける健診結果報告書の保険者の取り扱いについて」（以下、「電カル共有事務連」という。）及び本書の内容を十分に理解した上で、保険者システムの改修及び運用の設計を実施いただくようお願いいたします。

1.2 本書の前提

本サービスを利用するにあたっては、特定健診の随時報告等においてオンラインによる接続環境が構築されていることが前提となります（随時報告等をオンラインで実施している場合は利用可能）。したがって、CD-R 等の媒体で提出されている場合はオンラインによる接続環境が利用可能かご確認ください。

なお、本書では、オンラインによる健診結果報告書の提出（随時報告等）の方法に係る説明は取り扱いません。

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。適宜、関連文書を参照ください。

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保険者向け運用手引き	本サービスを導入する保険者に対し、本サービスを用いて登録された健診結果報告書を、保険者が利用するにあたって必要な対応や留意事項を解説する文書。
関連	事務連絡「電子カルテ情報共有サービスにおける健診結果報告書の保険者の取り扱いについて」	健診関係団体に対して、本サービスを利用するにあたって健診結果報告書の取り扱いについての仕様の詳細を解説する文書。

分類	資料名	概要
関連	電子カルテ情報共有サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書	本サービスを導入する医療機関等のシステムベンダに対し、実装機能等を解説する文書。 【 厚労省 HP 】
関連	電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書 別紙_バリデーションチェックルール	医療機関等が本サービスに登録する健診結果報告書に対して行うバリデーションチェックの仕様を示した文書。 【 厚労省 HP 】
関連	特定健診等データ収集システムマニュアル等	保険者に対し、本サービスを導入し、特定健診等データ収集システムを利用するための機能等を解説する文書。 【 支払基金 HP 】
関連	特定健診等データ管理システムマニュアル等	保険者に対し、本サービスを導入し、特定健診等データ管理システムを利用するための機能等を解説する文書。 【準備中】

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
関係システム	
オンライン資格確認等システム	オンライン資格確認システム、医療情報閲覧機能（薬剤情報管理システム、診療情報管理システム、特定健診情報管理システム、医療費情報管理システム）、レセプト振替システム、マイナ在宅受付 Web サービスの総称。
特定健診等データ収集システム	社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」という。）が管理する、特定健診等データの社会保険分を取り扱うシステム。
データ収集システム	特定健診等データ収集システムの略称。
特定健診等データ管理システム	国保中央会が開発し国保連合会において管理する、国民健康保険分及び後期高齢者医療分の特定健診等データを取り扱うシステム。
データ管理システム	特定健診等データ管理システムの略称。
収集・管理システム	データ収集システム・データ管理システムの総称。
特定健診・保健指導システム	支払基金が配布するオンライン用の送受信ソフト。

用語	内容
マイナポータル	<p>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。</p> <p>本サービスにおいては、自身の健診結果報告書を参照することができる。</p>
情報・データ	
随時報告等ルート	<p>高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険者がオンライン資格確認等システムに健診結果報告書を提出する経路。なお、オンライン資格確認等システムから保険者に連携する保険者間引き継ぎの経路も含む。</p>
電カル共有ルート	<p>電子カルテ情報共有サービスを経由してオンライン資格確認システムへ健診結果報告書を連携する経路。</p>
電子的な標準様式	<p>CDA 規格（XML 形式）で記録し提出するための定義。健診結果報告書（CDA R2）を元に定義され、特定健診で用いられている。</p>
健診結果報告書	<p>電子カルテ情報共有サービスで取り扱う定義。HL7 FHIR 規格（JSON 形式）で記録された健診結果報告書。</p>
健診情報ファイル	<p>保険者が収集・管理システムを経由してオンライン資格確認等システムから取得する CDA 規格（XML 形式）で記録された健診結果報告書のデータファイル。</p>
被保険者番号等	<p>保険者番号、被保険者証等記号、被保険者証等番号、被保険者証等枝番の 4 つの情報の総称。</p>
文書 ID	<p>健診結果報告書を一意に特定するため、一意の健診結果報告書とする ID。</p>
FHIR	<p>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。電子カルテ情報共有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。</p>
その他	
医療機関等	<p>本サービスを利用する施設の総称。医療機関併設の健診実施機関を含む。</p>

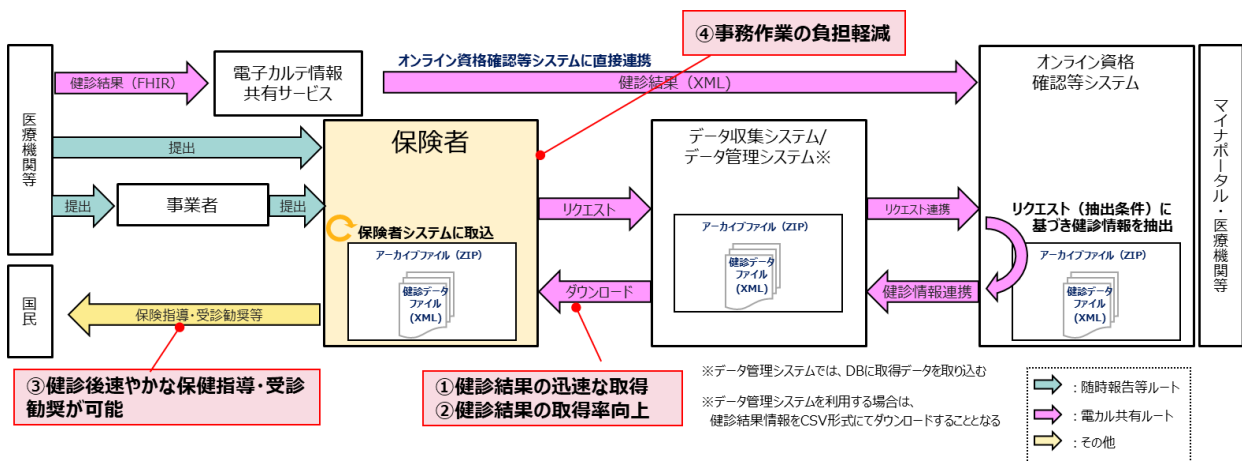
2. 本サービス経由の健診結果報告書の活用方法

本サービスを導入することで、保険者は、医療機関等が直接支払基金又は国保中央会に共有した健診結果報告書を収集・管理システムを経由して受領することが可能となります。これにより、以下のメリットを享受できます。

- ① 【健診結果報告書の迅速な取得】 随時報告等ルートのように保険者等を経由しないため、特定健診や事業者健診の結果情報を、より迅速に取得することが可能。
- ② 【健診結果報告書の取得率向上】 事業者健診および学校職員健診などの取得率向上が見込まれる。
- ③ 【健診後速やかな保健指導・受診勧奨】 より迅速な健診結果報告書の取得により、速やかな保健指導や受診勧奨が可能。
- ④ 【事務作業の負担軽減】 事務作業において、データ化のための手入力などの負担が軽減されることが見込まれる。

なお、随時報告等ルート経由は、本サービスの導入による変更はございません。

図 1 保険者の活用方法とメリット



3. 健診結果報告書の運用方法

3.1 健診情報ファイルの取得方法

保険者は、随時報告等ルート of 保険者間引継ぎと同様に、特定健診・保健指導システムのリクエスト機能またはダウンロード機能を用いて、電カル共有ルート由来の健診結果報告書を「電子的な標準様式」に変換後の XML 形式 で取得することができます。なお、リクエスト方法等の詳細については、データ収集システムとデータ管理システムで異なるため、それぞれのマニュアル等を確認ください。

■補足 1：電子的な標準様式の詳細

- アーカイブファイルの仕様：「提出用データアーカイブ仕様（閲覧用）」を参照ください。
- 健診情報ファイルの仕様：「特定健診情報ファイル仕様説明書（閲覧用）」を参照ください。なお、一部項目の仕様については、読み替えを行っていただく必要があります。詳細は、「3.2 ファイル・データ構造の随時報告等ルートとの差分」を確認ください。

■補足 2：収集・管理システムの仕様

- データ収集システム：[支払基金 HP](#) を参照ください。
- データ管理システム：【準備中】

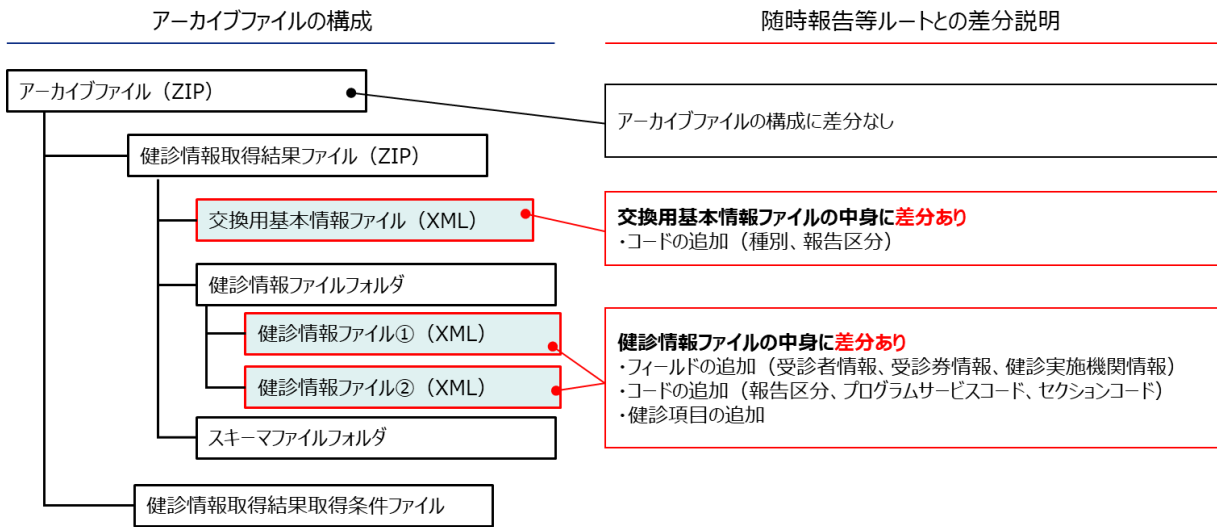
3.2 ファイル・データ構造の随時報告等ルートとの差分

収集システムよりダウンロードするアーカイブファイル（ZIP）とその内容は、「電子的な標準様式 第 4 期」に従ったデータ仕様となります。したがって、「図 2 ファイル・データ構造（イメージ）」の『アーカイブファイルの構成』に示すとおり、随時報告等ルートで取得するアーカイブファイル（ZIP）と同様の構成となっています。

ただし、交換用基本情報ファイルおよび健康情報ファイルに記録される項目については、「図 2 ファイル・データ構造（イメージ）」の『随時報告等ルートとの差分説明』で示しているとおり、随時報告等ルートと差分があります。交換用基本情報ファイルにおいては、コード（種別コード・実施区分コード）が追加されます。健診情報ファイルにおいては、フィールド、コード（報告区分コード・プログラムサービスコード・セクションコード）、及び健診項目が追加されます。詳細は、「電カル共有事務連」を参照ください。

なお、データ管理システムを利用する場合は、上記内容をデータ管理システムにて取り込み、健診結果情報を CSV 形式にてダウンロードすることとなります。

図 2 ファイル・データ構造 (イメージ)



■補足 1：健診結果報告書で利用されるコード

医療機関等が本サービスに登録する健診結果報告書で利用するコード（報告区分コード・プログラムサービスコード・セクションコード）については、「電カル共有事務連」を参照ください。

■補足 2：健診結果報告書に記録される受診者情報（被保険者番号等）

電カル共有ルートでは、随時報告等ルートとは異なり、過去の被保険者番号等（以下、「旧被保険者番号等」という。）を記録した健診結果報告書を、オンライン資格確認等システムに登録することができます。今後、旧被保険者番号等が記録された健診結果報告書は、旧被保険者番号等を発行した保険者ではなく、「健診実施日の被保険者番号等」を発行した保険者のみに連携する制御をオンライン資格確認等システムに実装します。

ファイル仕様の詳細については、「電カル共有事務連」及び「電子的な標準様式 第 4 期（特定健診情報ファイル（閲覧用）仕様説明書）」の「表 4 受診者情報 XML 仕様」を以下の「表 3 受診者情報 XML 仕様（電カル共有ルート）」と読み替えた上で参照ください。

表 3 受診者情報 XML 仕様（電カル共有ルート）

No	XPath	説明	多重度	選択性
6	/ClinicalDocument/recordTarget		1..1	M
6.1	patientRole	受診者情報	1..1	M
6.2	patientRole/id	整理用番号 1 ※ 1	0	X
6.2.1	@extension	「整理用番号 1」に対応する文字列。 保険者からの実績報告（匿名化前）用出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.2.2	@root	整理用番号 1 の OID。「1.2.392.200119.6.202」を設定。	1..1	M
6.3	patientRole/id	整理用番号 2 ※ 1	0	X
6.3.1	@extension	「整理用番号 2」に対応する文字列。 保険者からの実績報告（匿名化前）用出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.3.2	@root	整理用番号 2 の OID。「1.2.392.200119.6.203」を設定。	1..1	M
6.4	patientRole/id	整理用番号 3 ※ 1	0	X
6.4.1	@extension	「整理用番号 3」に対応する文字列。 保険者からの実績報告（匿名化前）用出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.4.2	@root	整理用番号 3 の OID。「1.2.392.200119.6.900」を設定。	1..1	M
6.5	patientRole/id	整理用番号 4 将来的な活用可能性を考え、何らかの個人識別番号を入れられる枠を設けておく。	0	X
6.5.1	@extension	「整理用番号 4」に対応する文字列。 保険者からの実績報告（匿名化前）用出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.5.2	@root	整理用番号 4 の OID。「1.2.392.200119.6.18010」を設定。	1..1	M
6.6	patientRole/id	整理用番号 5 将来的な活用可能性を考え、何らかの個人識別番号を入れられる枠を設けておく。	0	X
6.6.1	@extension	「整理用番号 5」に対応する文字列。 保険者からの実績報告（匿名化前）用出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.6.2	@root	整理用番号 5 の OID。「1.2.392.200119.6.18020」を設定。	1..1	M

No	XPath	説明	多重度	選択性
6.7	patientRole/id	整理用番号5のチェックコード。保険者からの実績報告（匿名化前）出力データの場合は出現させない。	0	X
6.7.1	@extension	「整理用番号5のチェックコード」の値。整理用番号5付番時の状況を表すコード。保険者からの実績報告（匿名化前）出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.7.2	@root	整理用番号5のチェックコードのOID。 「1.2.392.200119.6.21010」を設定。保険者からの実績報告（匿名化前）出力データの場合は出現させない。	1..1	M
6.8	patientRole/id	資格区分 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 保険者より国へ報告する際に利用するものであり、健診機関からの出力データには出現しない。 資格は、特定健康診査においては受診日時点、特定保健指導においては初回面談実施日時点を基準とする。 ➤ 国保においては、値が一意に定まるため、出現させなくても良い。 	0..1	O
6.8.1	@extension	「資格区分」コード文字列。数字1桁固定長とする。 ボキャブラリは、4.11 資格区分コードを参照	1..1	M
6.8.2	@root	資格区分のOID。「1.2.392.200119.6.206」を設定。	1..1	M
6.9	patientRole/id	保険者番号	1..1	M
6.9.1	@extension	「保険者番号」文字列。数字8桁固定長とする。 8桁に満たない場合には先頭のゼロをつけて8桁とする。	1..1	M
6.9.2	@root	保険者番号のOID。「1.2.392.200119.6.101」を設定。	1..1	M
6.10	patientRole/id	被保険者証等記号 被保険者証等記号が存在しない場合には、本要素は出現させない。 ただし、アップロードまたはダウンロードを行う保険者のシステムによっては「一」の1文字（シフトJISコード849F、ひらがなで「けいせん」と入	0..1	O

No	XPath	説明	多重度	選択性
		力して仮名漢字変換される罫線記号)を設定するものとして本要素を出力する必要がある場合があるので、保険者システムに確認をとること。		
6.10.1	@extension	「被保険者証等記号」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系(半角)文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。 最大 40 バイト。	1..1	M
6.10.2	@root	被保険者証等記号の OID。 「1.2.392.200119.6.204」を設定。	1..1	M
6.11	patientRole/id	被保険者証等番号	1..1	M
6.11.1	@extension	「被保険者証等番号」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系(半角)文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。	1..1	M
6.11.2	@root	被保険者証等番号の OID。 「1.2.392.200119.6.205」を設定。	1..1	M
6.12	patientRole/id	被保険者証等枝番 後期高齢者医療保険者においては本要素は出現させない。その他採番されない場合は「00」を設定する。	1..1	M
6.12.1	@extension	「被保険者証等枝番」に対応する文字列。数字 2 桁固定とする。	1..1	M
6.12.2	@root	被保険者証等枝番の OID。 「1.2.392.200119.6.211」を設定。	1..1	M
6.13	patientRole/id	保険者番号(ダウンロード保険者) アップロード時には、本要素は出現させない。	0..1	O

No	XPath	説明	多重度	選択性
		ダウンロードした保険者での名寄せを行うための項目である。		
6.13.1	@extension	「保険者番号(ダウンロード保険者)」文字列。数字 8 桁固定長とする。 8 桁に満たない場合には先頭のゼロをつけて 8 桁とする。	1..1	M
6.13.2	@root	保険者番号(ダウンロード保険者)の OID。 「1.2.392.200119.6.212」を設定。	1..1	M
6.14	patientRole/id	被保険者証等記号(ダウンロード保険者) アップロード時には、本要素は出現させない。また、ダウンロード時でも、被保険者証等記号が存在しない場合には、本要素は出現させない。ただし、受信側保険者のシステムによっては「一」の 1 文字 (シフト J I S コード 849F、ひらがなで「けいせん」と入力して仮名漢字変換される罫線記号) を設定するものとして本要素を出力する必要がある場合があるので、受信側保険者システムに確認をとること。 ダウンロードした保険者での名寄せを行うための項目である。	0..1	O
6.14.1	@extension	「被保険者証等記号(ダウンロード保険者)」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系 (半角) 文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。最大 40 バイト。	1..1	M
6.14.2	@root	被保険者証等記号(ダウンロード保険者)の OID。 「1.2.392.200119.6.213」を設定。	1..1	M
6.15	patientRole/id	被保険者証等番号(ダウンロード保険者) アップロード時には、本要素は出現させない。ダウンロードした保険者での名寄せを行うための項目である。	0..1	O

No	XPath	説明	多重度	選択性
6.15.1	@extension	「被保険者証等番号(ダウンロード保険者)」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系 (半角) 文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。	1..1	M
6.15.2	@root	被保険者証等番号(ダウンロード保険者)の OID。「1.2.392.200119.6.214」を設定。	1..1	M
6.16	patientRole/id	被保険者証等枝番(ダウンロード保険者)アップロード時には、本要素は出現させない。後期高齢者医療保険者においては本要素は出現させない。その他採番されない場合は「00」を設定する。 ダウンロードした保険者での名寄せを行うための項目である。	0..1	O
6.16.1	@extension	「被保険者証等枝番(ダウンロード保険者)」に対応する文字列。数字 2 桁固定とする。	1..1	M
6.16.2	@root	被保険者証等枝番(ダウンロード保険者)の OID。「1.2.392.200119.6.215」を設定。	1..1	M
6.17	patientRole/id	保険者番号(健診実施日の保険者)電子カルテ情報共有サービスにおいて、健診の受診者が加入している保険者 (健診実施日時点) の被保険者番号等を記録するための項目である。	1..1	M
6.17.1	@extension	「保険者番号(健診実施日の保険者)」文字列。数字 8 桁固定長とする。 8 桁に満たない場合には先頭のゼロをつけて 8 桁とする。	1..1	M
6.17.2	@root	保険者番号(健診実施日の保険者)の OID。「1.2.392.200119.6.216」を設定。	1..1	M
6.18	patientRole/id	被保険者証等記号(健診実施日の保険者)電子カルテ情報共有サービスにおいて、健診の受診者の被保険者証等記号(健診実施日の保険者)を記録するための項目である。	0..1	O

No	XPath	説明	多重度	選択性
6.18.1	@extension	「被保険者証等記号(健診実施日の保険者)」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系 (半角) 文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。最大 40 バイト。	1..1	M
6.18.2	@root	被保険者証等記号(健診実施日の保険者)の OID。 「1.2.392.200119.6.217」を設定。	1..1	M
6.19	patientRole/id	被保険者証等番号(健診実施日の保険者)電子カルテ情報共有サービスにおいて、健診の受診者の被保険者証等番号(健診実施日の保険者)を記録するための項目である。	0..1	M
6.19.1	@extension	「被保険者証等番号(健診実施日の保険者)」に対応する文字列。全角だけからなる文字列または半角だけからなる文字列のどちらかとする。英数字だけの場合には 1 バイト系 (半角) 文字だけから構成するか、または全角文字だけから構成する。記号または仮名漢字を含む場合には英数字を含めすべて全角文字だけから構成するものとする。なお、いずれの場合にも、全角空白を含めないこととする。	1..1	M
6.19.2	@root	被保険者証等番号(健診実施日の保険者)の OID。 「1.2.392.200119.6.218」を設定。	1..1	M
6.20	patientRole/id	被保険者証等枝番(健診実施日の保険者) 電子カルテ情報共有サービスにおいて、健診の受診者の被保険者証等枝番(健診実施日の保険者)を記録するための項目である。	0..1	O
6.20.1	@extension	「被保険者証等枝番(健診実施日の保険者)」に対応する文字列。数字 2 桁固定とする。	1..1	M
6.20.2	@root	被保険者証等枝番(健診実施日の保険者)の OID。 「1.2.392.200119.6.219」を設定。	1..1	M
6.21	patientRole/addr/	受診者住所情報	1..1	M

No	XPath	説明	多重度	選択性
6.21.1	text()	「受診者住所」に対応する受診券裏面に記入された受診者の住所を2バイト系だけからなる文字列で記録。郵便番号を含まず、空白を含めない。最大 80 バイト。	1..1	M
6.22	patientRole/addr/postalCode	受診者の郵便番号	1..1	M
6.22.1	text()	「受診者郵便番号」に対応する半角文字列。書式は、「###-####」([0-9]{3}-[0-9]{4})。ハイフンを含む)。8 バイト固定。	1..1	M
6.23	patientRole/patient	受診者個人情報	1..1	M
6.24	patientRole/patient/name	受診者の氏名	1..1	M
6.24.1	text()	「受診者カナ氏名」に対応する全角カタカナ文字列で空白を含まない。姓と名の間にも空白をあけないこと。最大 40 バイト。	1..1	M
6.25	patientRole/patient/ administrativeGenderCode	「受診者の性別」コード。	1..1	M
6.25.1	@code	受診者の性別コード 男=「1」、女=「2」。	1..1	M
6.25.2	@codeSystem	受診者の性別コードのコード体系を識別するOID。「1.2.392.200119.6.1104」を設定。	0..1	O
6.26	patientRole/patient/birthTime	受診者の生年月日。	1..1	M
6.26.1	@value	「受診者の生年月日」。書式は数字半角文字列で「YYYYMMDD」。	1..1	M

■補足 3：健診結果報告書に記録される受診券情報・健診実施機関情報・結果の記録に関する情報

電カル共有ルートでは、随時報告等ルートとは異なり、受診券情報の「有効期限」・「受診券を発行した保険者の保険者番号」、健診実施機関情報の「連絡先」「所在地」「所在地郵便番号」及び健診結果項目の「結果の記録に関する情報」が記録された健診結果報告書が保険者に連携されます。ファイル仕様の詳細については、「電カル共有事務連」及び「電子的な標準様式 第 4 期（特定健診情報ファイル（閲覧用）仕様説明書）」の「表 9 受診券情報の XML 仕様」・「表 11 健診実施情報 XML 仕様」・「表 18 検査結果項目パターン①② XML 仕様」をそれぞれ以下の「表 4 受診券情報 XML 仕様（電カル共有ルート）」・「表 5 健診実施情報 XML 仕様（電カル共有ルート）」・「表 6 検査結果項目パターン①② XML 仕様（電カル共有ルート）」と読み替えた上で参照ください。

表 4 受診券情報 XML 仕様 (電カル共有ルート)

No	XPath	説明	多重度	選択性
9	/ClinicalDocument/participant		0..1	O
9.3	time	受診券の有効期間	0..1	O
9.4	time/high	有効期間の終了日すなわち有効期限	0..1	O
9.4.1	@value	「受診券有効期限」、書式は“YYYYMMDD”。	0..1	O
9.5	associatedEntity	受診券と発行者の識別情報。	0..1	O
9.5.1	@classCode	HL7 ポキャブラリドメイン RoleClass から「IDENT」を設定。	0..1	O
9.6	associatedEntity/id	受診券整理番号	0..1	O
9.6.1	@extension	「受診券整理番号」に対応する文字列。数字 11 桁固定。(通知別表 5 参照)	0..1	O
9.6.2	@root	受診券整理番号のための OID。 「1.2.392.200119.6.209.nnnnnnnnn」を設定。ここで nnnnnnnnn は XML 仕様 No.9.8.1 に記述される保険者番号 8 桁の先頭に 1 をつけて 9 桁とした番号。OID 表も参照のこと。	0..1	O
9.7	associatedEntity/scopingOrganization	受診券を発行した保険者の保険者情報。	0..1	O
9.8	associatedEntity/scopingOrganization/id	受診券を発行した保険者の保険者番号。	0..1	O
9.8.1	@extension	「(受診券を発行した) 保険者番号」。送信側 (ファイル作成側) は recordTarget(XML 仕様 No.6)の中で記述される保険者番号 8 桁と同一番号を設定する。省略はできない。ファイル受信側では無視してよく、仮に本属性が recordTarget(XML 仕様 No.6)の中で記述される保険者番号と異なっていた場合にも無視してよい	0..1	O
9.8.2	@root	保険者番号の OID。「1.2.392.200119.6.101」を設定。	0..1	O

※No.9.1-9.3 は読み替えが不要のため省略

表 5 健診実施情報 XML 仕様 (電カル共有ルート)

No	XPath	説明	多重度	選択性
10	/ClinicalDocument/documentationOf		1..1	M

No	XPath	説明	多重度	選択性
10.10	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/telecom	健診実施機関の連絡先情報。	1..1	M
10.10.1	@value	電話番号。「tel:」で始まる文字列で数字だけとし、ハイフンやカッコなど区切り文字を含まない。例： "tel:0312345678" 「tel:」の4バイトを含めて最大15バイト。	1..1	M
10.11	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr	健診実施機関の所在地情報。	1..1	M
10.11.1	text()	「健診実施機関住所」に対応する住所を全角文字列で記録。郵便番号を含まず、空白を含めない。 最大80バイト。	1..1	M
10.12	serviceEvent/performer/assignedEntity/representedOrganization/addr/postalCode	健診実施機関の所在地郵便番号情報。	1..1	M
10.12.1	text()	「健診実施機関郵便番号」に対応する半角文字列。 書式は、「###-####」([0-9]{3}-[0-9]{4})。ハイフンを含む)。8バイト固定。	1..1	M

※No.10.1-10.9 は読み替えが不要のため省略

表 6 検査結果項目パターン①② XML 仕様 (電カル共有ルート)

No	XPath	説明	多重度	選択性
11.7	/ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry (一連検査グループレベルまたは、一連検査グループに属さない項目のエントリの場合)、または /ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry/observation/entryRelationship (一連検査グループを構成する各項目のエントリの場合)		1..*	M
11.14	observation/author	結果の記録に関する情報 医師の所見など、一部の情報項目についてのみ、所見記載者の氏名を格納するため出現する。	0..1	O

※No.11.8-11.13、11.15-11.21 は読み替えが不要のため省略

■補足 4：：健診結果報告書に記録されるファイル作成機関の情報

電カル共有ルートでは、随時報告等ルートとは異なり、保険者を經由せずにオンライン資格確認等システムに登録されます。そのため、ファイル作成機関の情報の「ファイル作成機関番号」に記録される情報は、「保険者番号 (8桁)」ではなく「医療機関コード (10桁)」となります。

ファイル仕様の詳細については、「電カル共有事務連」及び「電子的な標準様式 第4期（特定健診情報ファイル（閲覧用）仕様説明書）」の「表6 作成機関情報 XML 仕様」を以下の「表7 作成機関情報 XML 仕様（電カル共有ルート）」と読み替えた上で参照ください。

表7 作成機関情報 XML 仕様（電カル共有ルート）

No	XPath	説明	多重度	選択性
7	/ClinicalDocument/author		1..1	M
7.5	assignedAuthor/ representedOrganization/id	ファイル作成機関の番号	1..1	M
7.5.1	@extension	「ファイル作成機関番号」に対応する文字列。 半角数字 10 桁固定。	1..1	M
7.5.2	@root	ファイル作成機関のための OID を設定。 健診機関: 「1.2.392.200119.6.102」	1..1	M

※No.7.1-7.4、7.6-7.9 は読み替えが不要のため省略

■補足5：健診結果報告書に対して実施されるバリデーションチェック

本サービスでは、随時報告等ルートの事務点検チェックと同様に、医療機関等から登録される健診結果報告書に対してバリデーションチェックを実施します。バリデーションチェックでは、健診結果報告書が定められた記述仕様で記録されているかを担保するために、データ構造・形式・条件等に沿っているか、必須項目が入力されているか等を確認します。なお、バリデーションチェックの結果は、健診結果報告書の登録元の医療機関等へ返却されるため、保険者には連携されません。チェックルールの概要は「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」に記載されている「3.2 機能」の「機能 12：バリエーションチェック」、詳細は「電子カルテ情報共有サービス記録条件仕様書 別紙_バリデーションチェックルール」を参照ください。

4. 運用に係る留意事項

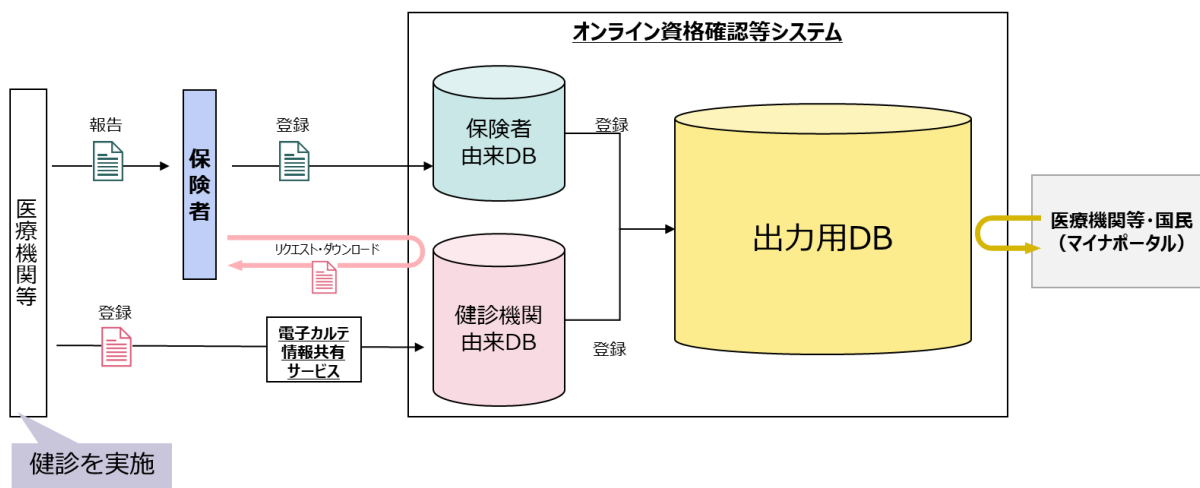
4.1 取得・閲覧するデータ

本サービス開始後は、同一健診に対して、随時報告等ルート由来と電カル共有ルート由来の2健診結果報告書が存在する場合があります。保険者システムの改修や運用中の問い合わせ対応のために、両者のデータの流れや取り扱いを理解いただく必要があります。

電カル共有ルート由来の健診結果報告書（FHIR）は「健診機関由来 DB」に、随時報告等ルート由来の電子的な標準様式は「保険者由来 DB」に登録され、それぞれ別の DB で管理されます。そのため、「保険者由来 DB」と「健診機関由来 DB」に登録されている健診結果報告書の内容に齟齬が生じないように、医療機関等で健診結果報告書の削除/再登録等が生じた場合、必要に応じて保険者において収集・管理システムから再取得等を行ってください。

なお、医療機関・国民（マイナポータル）が取得・閲覧する健診結果報告書は、「健診機関由来 DB」「保険者由来 DB」に登録されたデータのマージ処理を行い「出力用 DB」に登録されたものです。「出力用 DB」に登録される健診結果報告書は、「被保険者番号等」「健診実施日」単位で管理されるため登録日が新しいデータ（以下、「新データ」という。）は、古いデータ（以下、「旧データ」という。）を上書きして登録されます。上書きは健診項目単位で行うため、新データより旧データの方が、健診項目が多い場合、差分となる項目はそのまま残ります。

図 3 データフローと DB（イメージ）



■補足 1：医療機関等での登録/削除された場合について

電カル共有ルートでは、医療機関等が登録した健診結果報告書を修正・削除された場合、健診情報のダウンロード機能から更新・削除された健診情報を取得することが可能です。

■補足 2：再登録・削除に係る仕組み

前述のとおり、本サービス開始後は同一健診に対して 2 健診結果報告書が存在するため、取得元の区別が必要となります。削除リクエストまたは再登録リクエストを行った場合は以下にご留意ください。

① 「医療機関等」で再登録/削除された際に「保険者」が取得・閲覧する場合

「健診機関由来 DB」では、健診結果報告書を「被保険者番号等」「健診実施日」及び「文書 ID」の複合キー（以下、「文書特定キー」という。）を用いて管理します。したがって、医療機関等で、一度登録した健診結果報告書に修正等を行い、「再登録(※1)」した場合は、修正前のデータ（以下、「登録データ」という。）と再登録したデータ（以下、「再登録データ」という。）の文書特定キーが同じである限り、「健診機関由来 DB」では登録データと再登録データは同一のデータとして取り扱われます(※2)。そのため、保険者には最新のデータである「再登録データ」が連携され、登録データは連携されません。

なお、医療機関等で、一度登録した文書を削除した場合は、ダウンロード条件の「登録・削除区分」を指定することで、「削除データ」を取得することができます。ダウンロード条件等の詳細は、収集・管理システムのそれぞれの仕様を確認ください。

※1 再登録処理では、削除処理と登録処理が実施される。一度登録したデータを修正・更新する際に行われる処理。

※2 実施区分・報告区分等の「文書特定キー以外」の項目が変更されたとしても、上記の通り文書特定キーが同じである限り、登録データと再登録データは同一のデータとして扱われます。

② 削除された際に「医療機関・国民（マイナポータル）」が取得・閲覧する場合

医療機関等又は保険者が一度登録した健診結果報告書を削除した場合、「出力用 DB」では削除対象と同じ「被保険者番号等」「健診実施日」のデータを削除したうえで、削除前に存在した削除対象の健診結果報告書以外の最新データを復元させます。したがって、健診結果報告書が削除された際、医療機関・国民（マイナポータル）は、削除前に存在した削除対象の健診結果報告書以外の最新の健診結果報告書を取得・閲覧することになります。

「図 4 医療機関等で削除処理を行った際に、医療機関・国民（マイナポータル）が取得・閲覧する

健診結果報告書の例」では、補足説明として以下のケースにおいて「医療機関・国民（マイナポ

ータル)」が取得・閲覧する健診結果報告書を説明します。

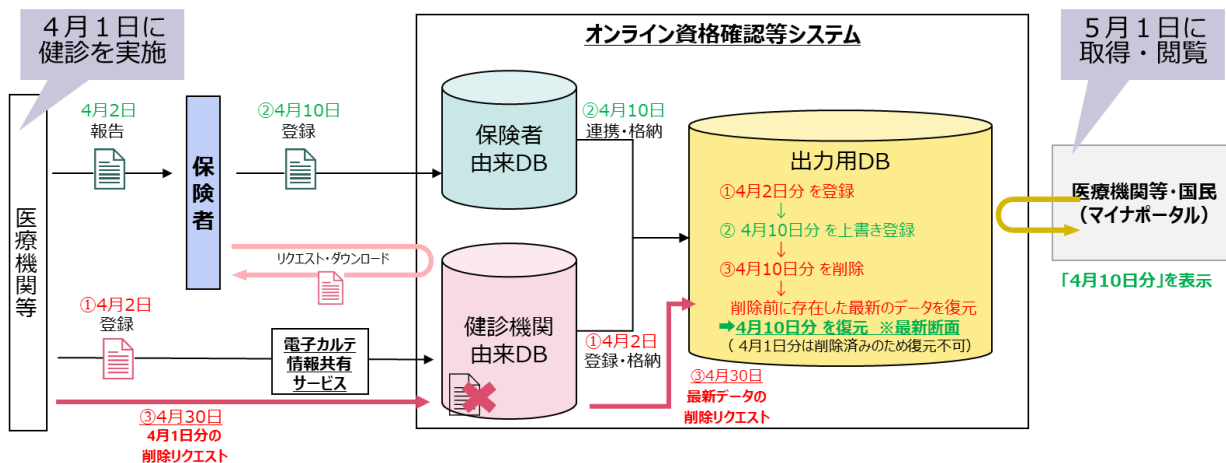
■想定ケース：医療機関・国民（マイナポータル）が「4月1日に実施した健診結果報告書」を、5月1日に取得・閲覧する場合

【過程】5月1日までに医療機関等及び保険者が実施した処理及びシステム上のデータ処理：

- ① 4月2日：医療機関等が、4月1日実施の健診結果報告書を電カル共有ルートでオンライン資格確認等システム（健診機関由来 DB）に登録。健診結果報告は出力用 DB に連携・格納される。
- ② 4月10日：保険者が、4月1日実施の健診結果報告書を随時報告ルートでオンライン資格確認等システム（保険者由来 DB）に登録。健診結果報告は出力用 DB に連携・格納される（①で格納されたデータを上書きする）。
- ③ 4月30日：医療機関等が、4月1日実施の健診結果報告書を電カル共有ルートで削除処理を行い、オンライン資格確認等システム（健診機関由来 DB）の当該健診結果報告書を削除する。出力用 DB の当該健診結果報告書が削除され、削除前に存在した削除対象の健診結果報告書以外の最新データ（②で格納されたデータ）が復元される。

【結果】5月1日に医療機関・国民（マイナポータル）が取得・閲覧する健診結果報告書：4月10日に保険者が登録した健診結果報告書

図 4 医療機関等で削除処理を行った際に、医療機関・国民（マイナポータル）が取得・閲覧する健診結果報告書の例



※イメージ図のため収集・管理システム等の記載は省略する
※上図では、全て同一の受診者、且つ、健診実施日の健診結果に係る処理である
※①②③において、受診者の被保険者番号等に差異がないケースを想定

4.2 受診者から取得する「提供の同意」※「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」の場合

保険者以外が実施する人間ドッグや任意健診の結果は、「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」

として保険者が取得することが可能です。ただし、保険者が「保険者以外が行う特定健診等に相当する健診」を取得・閲覧するためには、医療機関等が、受診者から保険者への提供の同意を取得し、同意情報を記載する必要があります。本サービスでは、健診結果報告書を登録する際に、「提供の同意」が「同意あり」に設定されているものを、オンライン資格確認等システムに登録します。

医療機関等における「提供の同意」の取扱いの詳細は、「技術解説書」に記載されている「3.2 機能」の「機能7：同意取得情報の付与」を参照ください。なお、「提供の同意」は、電子カルテ情報共有サービス・オンライン資格確認等システムでの制御に用いる情報として管理されるため、保険者には連携されません。

4.3 取り扱い可能な期間の範囲

本サービスで取り扱う健診結果報告書の各項目は、「電子的な標準様式 第4期」に準拠させるため、医療機関等が電カル共有ルートで登録する健診結果報告書は、「第4期 特定健診」を開始した「2024年4月1日以降」に実施したものに限定されます。したがって、保険者は「第3期 特定健診」等以前の健診結果報告書を取得することはできません。

5. スケジュール

本サービスの運用開始に向けたスケジュールを「図 5 スケジュール」で示します。

図 5 スケジュール

