

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

看護と歯科口腔ケア分野の医療情報標準化と FHIR 仕様策定に関する研究

研究代表者 大江 和彦 国立大学法人東京大学医学部附属病院 教授
研究分担者 秋山 智弥 国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学
医学部附属病院・教授)

研究目的：看護、栄養、歯科口腔の3領域において、標準化が必要な文書・情報等を検討し、次世代の標準規格である HL7FHIR 等に適用可能な規格を策定することを目的とする。

研究方法：看護領域において、(1) 診療報酬算定における別紙様式 50「看護及び栄養管理等に関する情報」をもとに標準化を検討した。(2) 栄養管理、在宅訪問栄養食事指導時の栄養情報、介護報酬で活用している様式を中心に標準化を検討した。(3) 歯科口腔ケア領域では、診療情報提供書、特に周術期等口腔機能管理にかかる情報を HL7 FHIR 形式で交換することを前提として調査、検討を行った。

結果と考察：看護情報の標準化は、継続看護の推進に大きく繋がるものであり、保健医療介護の情報の利活用とともに、国民一人ひとりの健康増進、疾病予防・重症化予防、重度化予防・介護予防に寄与することができる。今後、看護情報における処置や医療挿入物等へのケアについて適切な粒度のリリースについて検討し、FHIR 準拠仕様の策定を進め、profile に基づき validation を実施していく必要がある。栄養情報の標準化では、電子カルテ等との連結、国のデータベースに蓄積に繋げるためにも栄養コードの整備が必要である。これにより、健診・医療・介護の情報との連携により利活用とともに、国民一人ひとりの健康増進、疾病予防・重症化予防、介護予防・重度化予防に寄与することができる。また歯科口腔ケア分野の診療情報提供書では「歯」や「歯式」の情報を扱うことから、標準歯式コード仕様をはじめとする歯科関連の既存標準コードの FHIR 記述仕様に対応できる仕様について早急に改訂を含む策定を行い、周術期の医科歯科連携でもこれらの情報を円滑に相互利用できる状況を作る必要がある。

研究分担者

・秋山智弥

国立大学法人東海国立大学機構

名古屋大学医学部附属病院・教授

・井田有亮

国立大学法人東京大学医学部附属
病院・講師

・鈴木志保子

公立大学法人神奈川県立保健福祉
大学・教授

・利光久美子

国立大学法人愛媛大学医学部附属
病院・栄養部長

研究協力者

青木美和 東京大学大学院医学
系研究科医療情報学分野

細野純 細野歯科クリニック

吉江悟(一社)Neighborhood Care

などを含めた看護領域、歯科口腔ケア領域、などの領域においては、口腔診察情報の標準化など一部で標準化が進められているが、情報連携の観点ではまだ医療情報の標準化が進んでおらず、情報システム等で連携することが不十分である。

看護、栄養、歯科口腔の3領域は密接、医療、看護、介護連携において密接に関連する情報であり、重なる情報項目も多いことから一体的に検討することにより、保険医療機関、歯科診療期間、介護施設等との相互間の健康医療介護情報の連携を効率的に実施できる。そこで、これらの重要な領域において、標準化が必要な文書・情報等を検討し、次世代の標準規格であるHL7 FHIR 等に適用可能な規格を策定することを目的とする。

A. 研究目的

国のデータヘルス改革において、健康医療情報のデータ報告・提供、実施計画書、専門チーム記録などをその発生源を起点として、標準的なデータ形式で効率的に集積し必要な組織や関係者が共有できる情報基盤の確立が必要不可欠である。

一方、昨今、新しいデータ交換手法HL7 FHIR が次世代医療情報標準規格として注目されており、申請者らは電子化処方箋、特定健診結果、退院時サマリ、診療情報提供書について、FHIR標準仕様案を令和2年度厚労科研班で策定し、これらは平成3年度末に厚生労働省標準に認定された。

こうした中で、訪問看護や栄養管理

B. 研究方法

(1) 看護領域において、診療報酬算定における別紙様式50「看護及び栄養管理等に関する情報」をもとに標準化を検討した。(2) 栄養管理、在宅訪問栄養食事指導時の栄養情報、介護報酬で活用している様式を中心に標準化を検討した。(3) 歯科口腔ケア領域では、診療情報提供書、特に周術期等口腔機能管理にかかる情報をHL7 FHIR形式で交換することを前提として調査、検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究では特段の配慮が必要な研究事項はない。

C. 研究結果

C.1 看護情報の標準化

診療報酬算定における別紙様式 50「看護及び栄養管理等に関する情報(1)」に基づき、データ項目を整理し、昨年度作成したリソース対応表をもとに、医療情報および看護情報の専門家との議論を通して点検を行った。様式 50(1)の項目の分類としては以下である。

看護及び栄養管理等に関する情報(1)：

文書情報、患者基本情報、生活等の状況、医療処置・挿入物等の状況、服薬管理情報、処方情報

これらのデータ項目について昨年整理したものをさらに点検し修正した。HL7FHIR リソースと要素を対応づけた詳細については結果 1 以下に示す。傷病名、既往歴については、JP Core を策定している FHIR 実装ワーキングで提案された JP Core のリソースである JP_Condition_diagnosis に変更した。また、アレルギーの項目についても JP_AllergyIntolerance リソースに変更した。上記以外の項目についても JP Core に存在するリソースを活用するものとした。

文書情報：Composition、Practitioner、Organization

基本情報：Patient、Encounter、

JP_Condition_diagnosis、

ClinicalImpression、

JP_AllergyIntolerance、Coverage、

CareTeam、Organization、

RelatedPerson、Condition、

ServiceRequest、CarePlan、

QuestionnaireResponse | Consent、

Goal、RiskAssessment

生活等の状況：Observation、

Procedure

医療処置・挿入物等の状況：

Observation、Procedure、Device、

DeviceUseStatement

服薬管理情報：Observation、

MedicationAdministration

処方情報：MedicationStatement

看護情報提供書のデータは項目の明文化されていない項目、つまり記載内容が書き手に任されていた部分を明文化したことで項目数が増え、全 139 項目になった。大分類としては 6 つに設定された。整理した FHIR リソースの種類は、26 リソースであった。

「継続する看護上の問題等」は Condition リソースとしたが、看護上の問題という特異性があるため、看護情報提供書でよく使用される問題をまとめる役割を担う JP_Condition_Nursing のようなリソースの提案が考えられた。既存の看護用語集として、電子的な活用可能な用語集では、看護診断 NANDA が 1 つの候補となり得ると考えられた。看護問題に関連したターミノロジーとしての整備も今後必要になる。

「ケア時の具体的な方法や留意点」の項目については ServiceRequest リソースまたは CarePlan リソースが該当するものと思われた。また、様式 50(1)の「生活等の状況」については、「安全対策」以外の項目であればターミノロジーとして ICF が望ましいと考えられた。ICF で安全対策について表現する場合は、安全対策は各項目の中に包含

される記述になる。例えば歩行の項目における安全対策、移乗における安全対策という各項目の付加的な情報として取り扱うことが可能である。各項目に対する ICF コードを示す。

<生活等の状況>

【清潔】

入浴：d 510

口腔ケア：d5201

更衣：d5201

【活動】

座位：d4153

移乗：d420

移動：d455（歩行= d450、用具を用いて移動：d465）

【排泄】

排泄：d530

【食事】

食事：d55、飲水：d560

【睡眠】

睡眠：

【精神状態】

精神機能：b1（全般的精神：b110, b114, b117, b122, b126, b130, b139、個別的機能：b140-b189）

麻痺：手と腕の使用 = d445、足の使用 = d450

言語障害：

d310, d315, d320, d325, d329, d330, d335, d340, d345, d349

構音障害：d330, b320

失語：d310, d315, d335, d340, d345

視力障害：b210

聴力障害：b115

補聴器使用：e1251

安全対策：d7101（対人関係における安全対策）

転倒転落予防などの安全対策：異なる場所での移動=d460、環境要因＝

e115, e120

日常生活自立度や認知症自立度などの「自立度」に関連した項目については、複数の観察に基づいて看護師や他医療従事者らが患者状態のリスクを判断する意味が包含されているため、RiskAssesment リソースに適合するとした。「医療処置や挿入物等の状況」については、ストマ処置や点滴挿入経路などの処置が必要な状態とその方法は、Condition と Procedure 等の複数のリソースの塊として情報交換していると捉えられた。看護情報提供書を FHIR 形式で送信した後、受取施設にてその FHIR リソースを活用して看護計画や看護指示を策定できるような再利用を行うために中程度の Clinical Module に準ずる粒度のリソースが必要ことがわかった。

看護、介護、歯科口腔衛生、栄養等に係る様式を整理した結果は表 2-1、表 2-2、表 2-3 に示した。看護情報を中心に情報の受け手、提供、目的について整理した結果は表 3 に示した。具体的には、様式 50(1) 看護情報提供書では「日常生活自立度」という項目があるが、別紙様式 5 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書では「危険因子の評価：障害高齢者の日常生活自立度」と表記されており、項目名称が表記揺れしていた。同様に、様式 50(1) 看護情報提供書では、「生活等の状況：移乗」という項目が存在するが、別紙様式 5 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書では「危険因子の評価：基本動作：座位での乗り移り」という表現になっている。

さらに、様式 50(1) 看護情報提供書では存在しない、「ADL：整容」という項

目が別紙様式 1 訪問看護の情報提供書では存在する。様式 50(1)看護情報提供書では、医療処置としてストマ処置や創傷処置という項目が存在するが、訪問看護計画書の様式ではそれらを示す項目は「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」と記述され、訪問看護報告書では、「衛生材料等の使用量および使用状況：衛生材料の名称・使用交換頻度・使用料」という関連した項目が存在している。

なお歯科、介護、リハビリの一部文書においては運用について不明な部分がある。そのため、今後必要に応じて実務を行っている関係者への聞き取りなどを通して明確にしていく必要がある。

C.2 栄養領域の標準化

栄養領域では、栄養データは、介護に関わる栄養情報と医療・介護における栄養情報の連携を軸として整理し、大分類を 8 つに設定し、項目の必須・選択の位置づけについては、必須 695 項目、選択 112 項目、全 807 項目とした。介護における栄養データスタイルは、ID 型 25、コード 314、数値 291、文字列 151 に設定し、HL7 FHIR のカテゴリーに合わせて整理した。詳細は分担報告書を参照されたい。

C.3 歯科口腔領域の標準化

歯科口腔領域では、周術期等口腔機能管理においてあらたに HL7 FHIR 形式として定めるべき事項として、診療情報提供書 HL7 FHIR 記述仕様に(1)紹介目的セクションで使用される ReasonCode に「周術期等口腔機能管理」を追加、(3)周術期等口腔機能管理依頼の場合は、診療方針指示セクション

への治療方針の記載を必須、(3)周術期口腔機能管理計画、周術期口腔機能管理計画の各ドキュメントを定義する Bundle リソースの新設が必要であった。

詳細は分担報告書を参照されたい。

D. 考察

近年、在院日数が短縮され、継続看護の必要性が高まっている。継続看護を行う上で患者情報の共有が肝要である。昨年度より引き続き、看護情報提供書にあたる診療報酬算定における別紙様式 50「看護及び栄養管理等に関する情報(1)」について検討した。看護情報提供書とは、継続的な看護の提供を目的に患者への意思決定支援の情報や引き続き必要な医療処置・看護介入、社会資源の活用状況、患者・家族の意向等を看護職員が記載し、他施設に提供する記録である。これらが電子的に相互運用できることで継続看護の情報連携の効率化や看護ケアデータの蓄積と利活用につながると考えられる。重要な点は、FHIR 形式で電子的なやりとりをして情報を受け渡すだけでなく、FHIR で受け取った情報をさらに一次利用・二次利用することである。例えば、FHIR 形式で受け取った看護情報提供書を、リソースごとに分解し、院内の電子カルテに取り込んだ後、看護計画や看護指示を記載するときの部品として再利用できるようにすることである。これにより情報提供書から電子カルテや看護計画、看護指示への転記作業が軽減されることに繋がる。また、受け取った部品をそのまま看護計画に取り込んだり、患者状態に応じて一部修正をして活用したりすることで、これまでの看護ケアの

取り組みのデータが蓄積されていく。FHIR リソースとのマッピングについて、HL7FHIR リソースと要素を対応づけた結果は表 1 に示した。昨年度の成果を踏まえ改訂したが、未だ含まれる情報には複数のリソースにも対応付けられるものも含まれていた。基本的には 1 つの項目に対して FHIR リソースを複数付与することはできないため、看護情報の粒度としては Condition や Procedure という基礎的なリソースと CarePlan リソースのような抽象度の高いリソースの中間に位置するリソースが必要であると考えられた。中程度の粒度のリソースを含む FHIR 形式の看護情報提供書であれば、次に患者管理を行う施設内の看護師は患者の看護計画や看護指示を立てる際に、引き継がれた情報を効率的に再利用できるようになる。HL7FHIR において現在 Clinical Module リソースといった中間リソースが必要であるとされているもののリソースの開発は進んでいないのが現状である。看護や介護、コメディカル分野における情報の扱いやすい粒度のリソースについて先駆的に検討を進め、提案していくことも重要である。これらを踏まえて、新規リソースの構築を進めつつ FHIR 仕様書を策定していく必要があると考えられる。患者の目標や希望についての項目は Goal リソースとしたが、Goal リソースには法的な事前指示については含まれていない。しかし「家で死にたい」といった内容については Goal リソースで表現することが議論されている。現在、JP Core においてもアドバンス・ケア・プランニングについての議論が始まっている。日本の臨床現場におい

てもよりアドバンス・ケア・プランニングが進められていくと考えられるが、これら事前指示については、都度議論されたことが蓄積されていくような情報共有が必要である。事前指示については引き続き日本での取り組み状況に合わせて検討をしていく必要がある。さらに検討が進められる中で対象となる項目や情報に付与されるリソースが変化しても、きちんと情報が継続して取得できるようなマッピング表やバージョンの管理も肝要である。

看護情報提供書における項目では明確に書くべき内容を定義されていない項目ややどの観点から考えるかによって該当する項目やリソースが変わりうる可能性のある区別し難い項目が存在する。それらについては FHIR 仕様書の検討で得られた課題を次の様式 50(1) 自体の改訂につなげていく必要がある。例えば「移動」についてみると、転院時の移動を指しているのか、日常生活における移動について指しているのかという書き手に任された項目が存在する。厳密な項目定義がなされないため叙述記録としては情報を提供する側が必要だと考えた軸から記載することができる。そのため書き手の自由度は高く書きやすいというメリットがある。しかしながら、情報の受け手が同じ文脈で理解できない項目が存在するためコミュニケーションによる齟齬が発生する。具体的には、看護情報提供書では日常生活動作「移動」は自立歩行という記載であっても、転院時に状態悪化などにより患者はストレッチャーで移動してくる事例がある。このような場合、ベッド環境の再調整やマット変更等の

業務が増加する。

各様式は情報の受け手、提供元、目的が異なるため粒度や項目名が異なっている。今回、各様式の項目名等について整理を進めたが、チーム医療を実施する上で共通項目として必要な項目については、同じ意味を持つ項目であることがわかるような意味的な相互運用可能とする整理が求められる。したがって、歯科口腔ケアや栄養、リハビリ等他分野との連携や突合などのさらなる検討が必要である。

介護データについては取り扱う情報を想定することはできたがコード化まで行うことができなかった。今後において、電子カルテの標準化や健診、介護等との情報連結を行うために、看護と歯科口腔ケア分野等も踏まえた介護分野との突合など、更なる検討が必要であると考えられる。

今後、診療情報提供書に関して、歯科口腔ケア分野では「歯」や「歯式」の情報を扱うことから、標準歯式コード仕様をはじめとする歯科関連の既存標準コードの FHIR 記述仕様に対応できる仕様について早急に改訂を含む策定を行い、周術期の医科歯科連携でもこれらの情報を円滑に相互利用できる状況を作る必要がある。

E. 結論

看護情報の標準化は、継続看護の推進に大きく繋がるものであり、保健医療介護の情報の利活用とともに、国民一人ひとりの健康増進、疾病予防・重症化予防、重度化予防・介護予防に寄与することができる。今後、看護情報における処置や医療挿入物等へのケアについて適切な粒度のリソースについ

て検討し、FHIR 準拠仕様の策定を進め、profile に基づき validation を実施していく必要がある。

栄養情報の標準化では、電子カルテ等との連結、国のデータベースに蓄積に繋げるためにも栄養コードの整備が必要である。これにより、健診・医療・介護の情報との連携により利活用とともに、国民一人ひとりの健康増進、疾病予防・重症化予防、介護予防・重度化予防に寄与することができる。

また歯科口腔ケア分野の診療情報提供書では「歯」や「歯式」の情報を扱うことから、標準歯式コード仕様をはじめとする歯科関連の既存標準コードの FHIR 記述仕様に対応できる仕様について早急に改訂を含む策定を行い、周術期の医科歯科連携でもこれらの情報を円滑に相互利用できる状況を作る必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

青木美和，三谷知広，関雅子，鈴木進，大江和彦．看護師の臨床判断を支援するシステムに必要なマスター構造の考察．医療情報学．2023;43(Suppl.):504-507．第43回医療情報学連合大会（第24回日本医療情報学会学術大会）．神戸．2023年11月．

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1-1 看護及び栄養管理等に関する情報(1)のデータ項目の FHIR へのマッピング 改訂版

SEQ	必須・選択	区分名称(中分類)	区分名称(小分類)	項目表示名(選択詳細項目あり)	FHIR Resource	FHIRpath	データタイプ	コード内容
1	必須	基本情報	基本情報	書類年月日	Composition	event.preiod.start/date	文字列(日付型)	
2	必須	基本情報	基本情報	患者氏名	Patient	name	文字列	
3	必須	基本情報	基本情報	ふりがな	Patient	name	文字列	
4	必須	基本情報	基本情報	性別	Patient	gender	コード	1:男性, 2:女性
5	必須	基本情報	基本情報	生年月日	Patient	birthDate	文字列(日付型)	
6	選択	基本情報	入院日	入院日	Encounter	period.start	文字列(日付型)	
7	選択	基本情報	入院日	退院(予定)日	Encounter	period.end	文字列(日付型)	
8	選択	基本情報	基本情報	主な傷病歴	JP_Condition_diagnosis	DocumentReference	選択	
9	選択	基本情報	基本情報	主な傷病歴	JP_Condition_diagnosis	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	標準病名マスター
10	選択	基本情報	基本情報	主な既往歴	JP_Condition_diagnosis	DocumentReference	選択	
11	選択	基本情報	基本情報	主な既往歴	JP_Condition_diagnosis	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	標準病名マスター
12	選択	基本情報	基本情報	入院中の経過	ClinicalImpression	DocumentReference	選択	
13	選択	基本情報	基本情報	入院中の経過	ClinicalImpression	code, valueCodeableConcept summary, string note, Annotation	文字列, コード	標準病名マスター
14	必須	基本情報	基本情報	アレルギー	JP_AllergyIntolerance	extension	選択(チェックした場合はテキスト記載する)	無し; 薬剤; 食物; その他
15	選択	基本情報	基本情報	アレルギー-薬物	JP_AllergyIntolerance	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	※HL7に準拠
16	選択	基本情報	基本情報	アレルギー-食物	JP_AllergyIntolerance	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	※HL7に準拠
17	選択	基本情報	基本情報	アレルギー-その他	JP_AllergyIntolerance	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	※HL7に準拠
18	必須	基本情報	ケア情報	継続する看護上の問題等	Condition JP_Condition_Nursing	code, valueCodeableConcept note	文字列, コード	NANDA-NIC-NOC, SNOMED-CT, MEDIS 看護マスター-観察編-行為編, 自作のコード表
19	必須	基本情報	ケア情報	ケア時の具体的な方法や留意点	ServiceRequest CarePlan	code, valueCodeableConcept note	文字列	NANDA-NIC-NOC, SNOMED-CT, MEDIS 看護マスター-観察編-行為編, 自作のコード表
20	選択	基本情報	ケア情報	病状等の説明内容と受け止め 医師の説明	Consent	note	文字列	
21	選択	基本情報	ケア情報	病状等の説明内容と受け止め 患者	Consent	note	文字列	
22	選択	基本情報	ケア情報	病状等の説明内容と受け止め 家族	Consent	note	文字列	
23	選択	基本情報	ケア情報	今後の希望・目標や大切にしていること 患者	Goal	note	文字列	
24	選択	基本情報	ケア情報	今後の希望・目標や大切にしていること 家族	Goal	description, valueCodeableConcept note	文字列	
25	選択	基本情報	基本情報	家族構成(同居者の有無、キーパーソン等)	RelatedPerson	name, HumanName relationship, valueCodeableConcept	文字列	
26	選択	基本情報	基本情報	同居者の有無				
27	選択	基本情報	基本情報	キーパーソン				
28	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先1 氏名	JP_Patient	contact.name	文字列, コード	
29	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先1 続柄	Patient	contact.relationship	文字列	
30	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先1 連絡先(電話)	Patient	contact.telecom contact.address	数値, 文字列	
31	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先1 連絡先(メールアドレス)	Patient	contact.telecom		
32	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先1 連絡先(その他)	Patient	contact.telecom		
33	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先2 氏名	Patient	contact.name	文字列	
34	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先2 続柄	Patient	contact.relationship	文字列, コード	
35	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先2 連絡先(電話)	Patient	contact.telecom contact.address	数値, 文字列	
36	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先2 連絡先(メールアドレス)	Patient	contact.telecom		
37	選択	基本情報	基本情報	緊急連絡先2 連絡先(その他)	Patient	contact.telecom		
38	選択	基本情報	基本情報	介護者等の状況 介護者	CareTeam	name	文字列	
39	選択	基本情報	基本情報	介護者等の状況 協力者	CareTeam	name	文字列	
40	選択	基本情報	基本情報	介護者等の状況 対応可能な時間	CareTeam	participant.period code, valueCodeableConcept	コード	24時間; 日中のみ; 夜間のみ; 独居・介護者や協力者がいない
41	必須	基本情報	身体状況	日常生活自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	J1; J2; A1; A2; B1; B2; C1; C2;
42	必須	基本情報	身体状況	認知症自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	正常; I; II a; II b; III a; III b; IV; M
43	必須	基本情報	社会資源	要介護認定	Coverage RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	なし; 申請中; 要支援状態区分1; 要支援状態区分2; 要介護状態区分1; 要介護状態区分2; 要介護状態区分3; 要介護状態区分4; 要介護状態区分5;
44	選択	基本情報	社会資源	介護支援専門員	CareTeam	name	文字列	
45	選択	基本情報	社会資源	訪問看護ステーション	CareTeam		文字列	
46	選択	基本情報	社会資源	訪問診療医療機関	CareTeam		文字列	
47	必須	基本情報	社会資源	障害手帳	Coverage	code, valueCodeableConcept	コード(有りにチェックした場合はテキスト記載)	有, 無
48	選択	基本情報	社会資源	障害手帳 区分	Coverage	code, valueCodeableConcept	文字列, コード	身体障害者手帳(種別毎1-7級); 療育手帳(知的障害); 精神障害者保健福祉手帳

表 1-2 看護及び栄養管理等に関する情報(1)のデータ項目の FHIR へのマッピング 改訂版

SEQ	必須・選択	区分名称(中分類)	区分名称(小分類)	項目表示名(選択詳細項目あり)	FHIR Resource	FHIRpath	データタイプ	コード内容
49	選択	生活等の状況	清潔	入浴の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
50	選択	生活等の状況	清潔	一部介助方法	Procedure	note	文字列	
51	選択	生活等の状況	清潔	全介助の方法	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	シャワー浴; 機械浴; 清拭
52	選択	生活等の状況	清潔	最終入浴日	Procedure	performedDatetime	文字列(日付型)	
53	選択	生活等の状況	清潔	口腔ケアの自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
54	選択	生活等の状況	清潔	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
55	選択	生活等の状況	清潔	更衣の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
56	選択	生活等の状況	清潔	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
57	選択	生活等の状況	活動	座位の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
58	選択	生活等の状況	活動	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
59	選択	生活等の状況	活動	移乗の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
60	選択	生活等の状況	活動	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
61	選択	生活等の状況	活動	方法	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	T杖・松葉杖; 歩行器; 車椅子; 車椅子自走; ストレッチャー
62	選択	生活等の状況	活動	移動の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
63	選択	生活等の状況	活動	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
64	選択	生活等の状況	活動	方法	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	T杖・松葉杖; 歩行器; 車椅子; 車椅子自走; ストレッチャー
65	選択	生活等の状況	排泄	排泄の自立度	RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	自立; 一部介助; 全介助
66	選択	生活等の状況	排泄	部分介助方法	Procedure	note	文字列	
67	選択	生活等の状況	排泄	方法	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	トイレ; ポータルトイレ; 尿器; 便器; バッド; おむつ; 自己導尿
68	選択	生活等の状況	排泄	排泄機能障害	Condition RiskAssesment	code, valueCodeableConcept	コード	尿意がない; 尿失禁; 便意がない; 便失禁
69	選択	生活等の状況	排泄	排便回数	Observation		数値	
70	選択	生活等の状況	排泄	最終排便	Observation		文字列(日付型)	
71	選択	生活等の状況	食事	食事 介助方法	Procedure	note	文字列	
72	選択	生活等の状況	睡眠	睡眠	Observation	code, valueCodeableConcept	コード	特記事項なし; その他
73	選択	生活等の状況	睡眠	その他	Observation	note	文字列	
74	選択	生活等の状況	精神状態	精神状態	Observation Condition	code, valueCodeableConcept	コード	特記事項なし; 抑うつ; せん妄; その他; 認知症
75	選択	生活等の状況	精神状態	その他	Observation Condition	note	文字列	
76	選択	生活等の状況	精神状態	認知症の症状・行動等	Observation		文字列	
77	選択	生活等の状況	運動機能障害	運動機能障害	Condition	code, valueCodeableConcept	コード	麻痺; 言語障害; 視力障害; 聴力障害
78	選択	生活等の状況	運動機能障害	運動機能障害	Condition	bodySite		
79	選択	生活等の状況	運動機能障害		Condition	code, valueCodeableConcept	コード	右上肢; 左上肢; 右下肢; 左下肢
80	選択	生活等の状況	運動機能障害	言語障害	Condition	code, valueCodeableConcept	コード	構音障害; 失語症
81	選択	生活等の状況	運動機能障害	視力障害	Condition	code, valueCodeableConcept	コード	右; 左
82	選択	生活等の状況	運動機能障害	聴力障害	Condition	code, valueCodeableConcept	コード	右; 左
83	選択	生活等の状況	運動機能障害	補聴器使用	DeviceUseStatement	code, valueCodeableConcept	コード	有; 無
84	選択	生活等の状況	安全対策	安全対策方法	Procedure	note	文字列	

表 1-3 看護及び栄養管理等に関する情報(1)のデータ項目の FHIR へのマッピング 改訂版

SEQ	必須・選択	区分名称(中分類)	区分名称(小分類)	項目表示名(選択詳細項目あり)	FHIR Resource	FHIRpath	データタイプ	コード内容
85	必須	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与の有無	Procedure	valueBoolean	コード	有; 無
86	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与経路の種類	Procedure		コード	PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル); CVC(中心静脈カテーテル); 末梢静脈ライン; 静注CVポート
87	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与 挿入部位	Procedure	bodySite	文字列	
88	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与 サイズ	Procedure		文字列	
89	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与 最終交換日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
90	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与 最終ロック日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
91	選択	医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	点滴投与 交換頻度	Procedure	performedRange	文字列	
92	必須	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養の有無	Procedure	valueBoolean	コード	有; 無
93	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養の種類	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	経鼻; 胃瘻; 経瘻; その他
94	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	その他の詳細	Procedure		文字列	
95	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養カテーテルのサイズ(Fr)	Procedure		数値	
96	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養カテーテルのサイズ(cm)	Procedure		数値	
97	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養カテーテルの挿入日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
98	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養カテーテルの最終交換日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
99	選択	医療処置・挿入物等の状況	経管栄養	経管栄養カテーテルの交換頻度	Procedure	valueRange	文字列, コード	回/日, 回/時間, 回/週
100	必須	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	膀胱留置カテーテルの有無	Procedure	valueBoolean	コード	有; 無
101	選択	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	種類	Procedure		文字列, コード	
102	選択	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	サイズ	Procedure	valueQuantity	数値	
103	選択	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	固定水	Procedure	valueQuantity	数値	
104	選択	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	最終交換日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
105	選択	医療処置・挿入物等の状況	膀胱留置カテーテル	交換頻度	Procedure	valueRange	文字列, コード	
106	必須	医療処置・挿入物等の状況	透析	透析の有無	Procedure		コード	有; 無
107	選択	医療処置・挿入物等の状況	透析	透析の頻度	Procedure	performedRange	数値	
108	選択	医療処置・挿入物等の状況	透析	透析シャントの有無	Observation	valueBoolean	コード	有; 無
109	選択	医療処置・挿入物等の状況	透析	透析シャントの部位	Observation	bodySite	文字列, コード	

表 1-4 看護及び栄養管理等に関する情報(1)のデータ項目の FHIR へのマッピング

SEQ	必須・選択	区分名称(中分類)	区分名称(小分類)	項目表示名(選択詳細項目あり)	FHIR Resource	FHIRpath	データタイプ	コード内容
110	必須	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	呼吸管理の有無	Procedure	valueBoolean	コード	有; 無
111	必須	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	吸引の有無	Procedure	valueBoolean	コード	有; 無
112	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	吸引の回数	Procedure	valueQuantity	数値	
113	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	酸素療法 種類	Procedure	code, valueCodeableConcept	コード	なし; 経鼻; マスク; その他
114	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	その他 詳細	Procedure	note	文字列	
115	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	酸素療法 酸素設定	Procedure	focalDevice.action	文字列, コード	
116	必須	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	気管切開 有無	Observation	valueBoolean	コード	
117	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	気管切開 気管内チューブ	Procedure	valueQuantity	数値	
118	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	気管切開 最終交換日	Procedure	valueDateTime	文字列(日付型)	
119	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	気管切開 交換頻度	Procedure	valueRange	文字列, コード	
120	必須	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	人工呼吸器 有無	Procedure	Reference(Observation.valueBoolean)	コード	
121	選択	医療処置・挿入物等の状況	呼吸管理	人工呼吸器 設定モード	Procedure		文字列, コード	
122	必須	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	創傷処置の有無	Procedure	valueBoolean	コード	
123	必須	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	褥瘡 有無	Observation	valueBoolean	コード	
124	選択	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	褥瘡の部位・深度・大きさ等	Observation	valueString code, valueCodeableConcept	文字列, コード	DESIGN-R
125	選択	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	褥瘡のケア方法	Procedure	note	文字列	
126	必須	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	手術創の有無	Observation	valueBoolean	コード	
127	選択	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	手術創の部位	Observation	bodySite	文字列, コード	有; 無
128	選択	医療処置・挿入物等の状況	創傷処置	手術創 ケア方法	Procedure	note	文字列	
129	必須	医療処置・挿入物等の状況	ストーマ処置	ストーマ処置 有無	Procedure	valueBoolean	コード	
130	選択	医療処置・挿入物等の状況	ストーマ処置	ストーマ処置 種類	Procedure		文字列, コード	有; 無
131	選択	医療処置・挿入物等の状況	ストーマ処置	ストーマ処置 サイズ	Procedure		数値	
132	選択	医療処置・挿入物等の状況	ストーマ処置	ストーマ処置 最終交換日	Procedure	performedDateTime	文字列(日付型)	
133	選択	医療処置・挿入物等の状況	ストーマ処置	ストーマ処置 交換頻度	Procedure	performedRange	文字列	
134	必須	服薬管理	服薬管理	服薬管理 自立度	MedicationAdministration	valueCodeableConcept	コード	自立; 要確認・見守り; 一部介助
135	選択	服薬管理	服薬管理	服薬管理 一部介助方法	MedicationAdministration		文字列	
136	必須	その他	その他	他院処方箋 有無	MedicationAdministration	Reference(MedicationRequest)	コード	有; 無
137	選択	その他	その他	他院処方箋(処方内容)	MedicationAdministration	Reference(MedicationRequest)	文字列	
138	必須	基本情報	基本情報	看護情報提供書 記入者氏名	Composition.author.reference.Practitioner	name	文字列	
139	必須	基本情報	基本情報	看護情報提供書 照会先	Composition.author.reference.Organization	name	文字列	

表 2-1 看護、介護、歯科口腔衛生、栄養等に係る診療報酬算定様式 1

No.	書式名称
1	訪問看護計画書
2	精神科訪問看護計画書
3	訪問看護報告書
4	精神科訪問看護報告書
5	訪問看護記録書Ⅰ
6	精神科訪問看護記録書Ⅰ
7	訪問看護記録書Ⅱ
8	精神科訪問看護記録書Ⅱ
9	訪問看護の情報提供書
10	褥瘡対策に関する看護計画書
11	訪問看護指示書
12	精神科訪問看護指示書
13	特別訪問看護指示書/在宅患者訪問駐車指示書
14	精神科特別訪問看護指示書/在宅患者訪問注射指示書
15	居宅サービス計画書(1)
16	居宅サービス計画書(2)
17	週間サービス計画表
18	サービス担当者会議の要点
19	居宅介護支援経過
20	サービス利用票
21	入院時情報提供書
22	退院・退所情報記録書
23	別紙様式50 看護及び栄養管理等に関する情報(1)
24	別紙様式50 看護及び栄養管理等に関する情報(2)
25	別紙様式42 入院時訪問指導に係る評価書
26	リハビリテーション実施計画書
27	リハビリテーション実施計画書
28	介護職員等喀痰吸引等指示書
29	科学的介護推進情報
30	科学的介護推進情報(既往歴情報)
31	科学的介護推進情報(服薬情報)
32	栄養・摂食嚥下情報
33	栄養ケア計画等情報
34	口腔衛生管理情報
35	口腔機能向上サービス管理情報
36	興味関心チェック情報
37	生活機能チェックシート
38	個別機能訓練計画情報
39	リハビリテーション計画書(医療介護共通部分)
40	リハビリテーション計画書(介護)
41	リハビリテーション会議録(様式3情報)
42	リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票(様式4情報)
43	生活行為向上リハビリテーション実施計画書(様式5情報)
44	褥瘡マネジメント情報
45	排せつ支援情報
46	自立支援促進情報
47	薬剤変更情報
48	薬剤変更情報(既往歴情報)
49	ADL維持等情報
50	その他情報
51	NPI評価尺度情報

表 2-2 看護、介護、歯科口腔衛生、栄養等に係る診療報酬算定様式 2

No.	書式名称
52	別紙様式1 歯科疾患管理料に係る管理計画書(初回用)
53	別紙様式2 歯科疾患管理料に係る管理計画書(継続用)
54	日歯様式1
55	日歯様式2 クラウン・ブリッジ維持管理・義歯管理
56	日歯様式3 歯科衛生実地指導1・訪問歯科衛生指導 口腔衛生管理
57	日歯様式5 訪問歯科衛生指導 訪問歯科衛生指導説明書
58	学会様式別添3 管理計画書
59	学会様式別紙1「口腔機能発達不全症」チェックリスト(離乳完了前)
60	日歯様式4 歯科疾患在宅療養管理・退院時共同指導 歯と口・口腔機能の治療管理
61	医科様式50 看護及び栄養管理等に関する情報(1)
62	別紙様式11 診療情報提供書 I
63	都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (居宅療養管理指導：歯科医師)
64	歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画
65	特掲診療料施設基準様式21の2 地域医療連携体制加算情報提供文書
66	特掲診療料施設基準様式21の3 地域医療連携体制加算情報提供文書
67	別紙様式12 診療情報提供書 II
68	別紙様式12の2 診療情報提供書 II (小児)
69	別紙様式12の3 診療情報提供書 II (乳幼児)
70	医科様式別紙様式49 職場復帰の可否等について主治医意見書
71	医科様式別紙様式49の2 治療状況や就業継続の可否等について主治医意見書
72	口腔衛生管理体制についての計画
73	別紙様式3 口腔衛生管理加算 様式(実施計画)
74	都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (医師)
75	口腔機能向上サービスに関する計画書
76	経口移行・経口維持計画
77	別紙様式6 口腔・栄養スクリーニング様式
78	科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)
79	科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)
80	別紙様式1-1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (施設系)
81	別紙様式1-1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (施設系)
82	別紙様式1-1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (施設系)
83	別紙様式1-1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (施設系)
84	別紙様式1-2 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (通所系)
85	別紙様式1-2 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (通所系)
86	別紙様式1-2 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (通所系)
87	別紙様式1-2 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (通所系)
88	別紙様式1-3 リハビリテーションアセスメントシート
89	別紙様式1-4 個別機能訓練アセスメントシート
90	別紙様式1-5 口腔衛生管理加算の実施記録
91	別紙様式1-6 口腔機能向上加算の実施記録
92	別紙様式 2-1 興味関心チェック情報
93	別紙様式2-2-1 リハビリテーション計画書
94	別紙様式2-2-2 リハビリテーション計画書
95	別紙様式2-3 リハビリテーション会議録(訪問・通所リハビリテーション)
96	別紙様式2-4 リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票
97	別紙様式2-5 生活行為向上リハビリテーション実施計画
98	別紙様式2-6 診療情報提供書
99	別紙様式2-7 ケアマネジメント連絡用紙
100	別紙様式2-8 リハビリテーションマネジメントアセスメント上の留意点
101	別紙様式2-9 リハビリテーション実施計画書(1)
102	別紙様式2-9 リハビリテーション実施計画書(2)

表 2-3 看護、介護、歯科口腔衛生、栄養等に係る診療報酬算定様式 3

No.	書式名称
103	様式3-4 (地域密着型)通所介護計画書
104	別紙様式4-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)
105	別紙様式4-2 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)
106	別紙様式5-1 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)
107	別紙様式5-2 栄養ケア計画書(通所・居宅)
108	別添3 管理計画書
109	栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設)
110	栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (通所・居宅)
111	栄養ケア計画書 (通所・居宅)
112	在宅訪問栄養食事指導指示箋・報告書
113	別紙様式6 口腔・栄養スクリーニング様式
114	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設)
115	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅)
116	栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設)
117	入院診療計画書
118	入院診療計画書 (入院時支援加算 必須)
119	栄養管理計画書
120	別紙様式5 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書
121	別紙様式3 緩和ケア実施計画書
122	食事箋
123	栄養指導箋
124	別紙様式23 リハビリテーション実施計画書
125	別紙様式21 リハビリテーション実施計画書
126	別紙様式21の6 リハビリテーション実施計画書
127	別紙様式4 褥瘡発生と関連のあるリスク
128	別紙様式5 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
129	別紙様式6 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書
130	別紙様式7 自立支援促進に関する評価・支援計画書
131	周術期口腔機能管理

