

## 医療情報連携・保全基盤推進事業計画書

事業区分	平成24年度医療情報連携・保全基盤推進事業
------	-----------------------

施設名	
所在地	

## 1. 医療施設の概要

許可病床数（平成24年 月 日現在）							
一般	療養病床	精神	感染症	結核	計	（うちICU）	（うちCCU）
床	床	床	床	床	床	床	床
標 榜 診 療 科 名							
内科・心療内科・精神科・神経科・呼吸器科・消化器科・循環器科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・外科・整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・皮膚泌尿器科・性病科・こう門科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・気管食道科・リハビリテーション科・放射線科・歯科・その他（ ）							
一日平均外来患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					
一日平均入院患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					
年間紹介患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					

## 2. 今回の実施事業概要（具体的にご記入下さい）

・実施事業費総額（補助対象外経費を除く） \_\_\_\_\_ 円（税込）

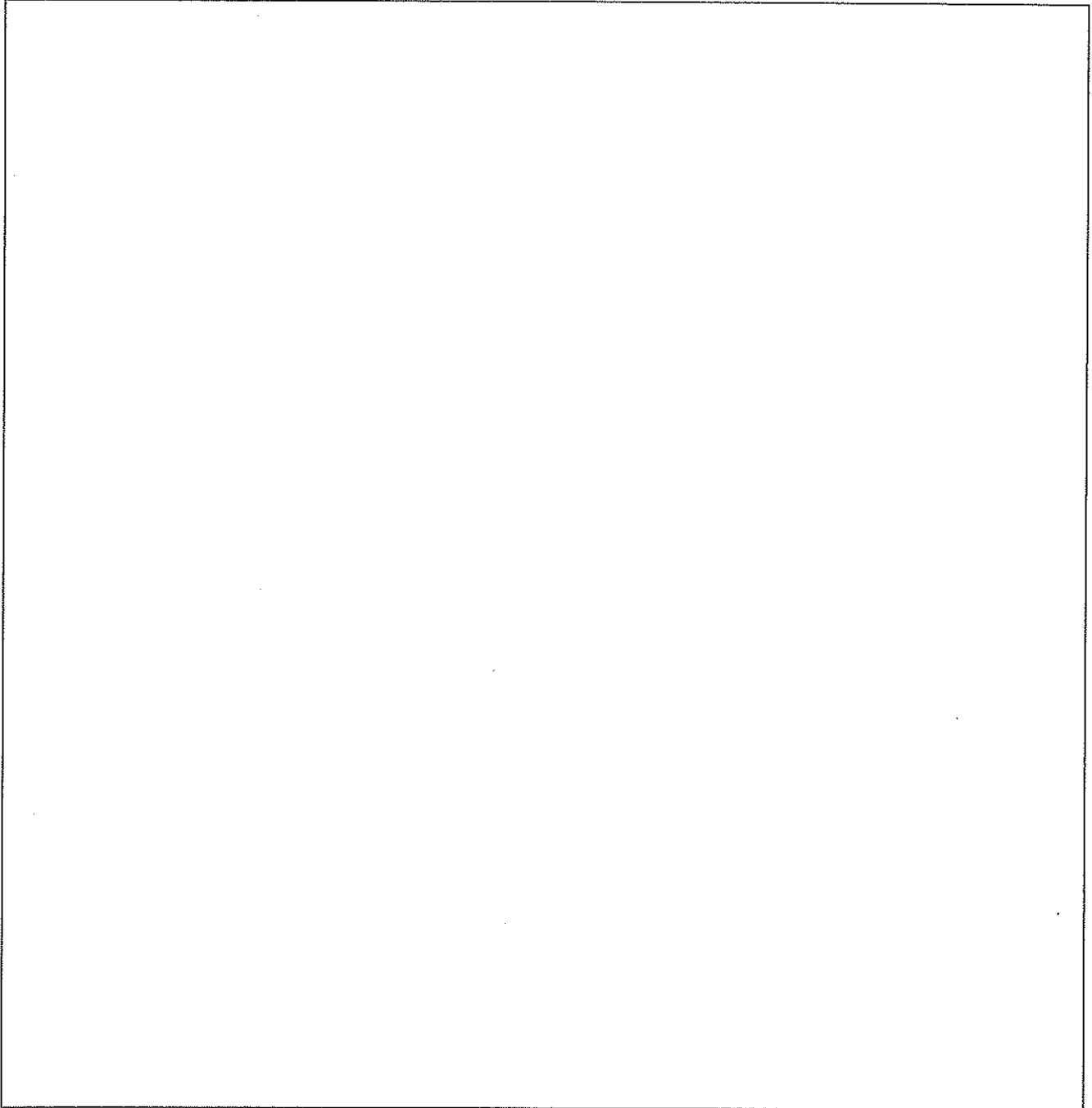
※文章にて概要を記載すること。別紙不可。

※当該事業の詳細な見積書及び別紙資料もあわせて提出願います。

1. 地域における貴施設の役割を具体的にご記入ください。

2. 連携機関（病院、診療所、薬局等）との具体的な連携内容をご記入ください。

3. 本事業にて、構築を予定しているネットワークのすがたをA4用紙5枚以内（概念、物理：別紙にて添付も可）で図示してください。施設間での患者IDの対応付けの方法についても言及してください。



4. 当該事業における連携機関数を病院、診療所ごとにご記入下さい。

連携機関数	施設	
(うち 病院	施設、診療所	施設)

5. 本事業にて、どのようなセキュリティを構築するのか、具体的にご記入ください。ネットワーク上のセキュリティに限らず、患者からの同意取得や、アクセス権限についての方針も記述してください。

6. この事業では、災害などでの医療機関内の診療システム停止時には、連携用のストレージのデータをバックアップとして参照することを想定していますが、このような場合の運用方針（だれが判断するか、アクセス権限はどうするかなど）の概略を記入してください。また、その方針を各連携機関に周知する方法についても触れてください。

7. 以下の項目について、「○」または「×」でご記入ください。

① 医療機関間で患者の診療情報を共有するにあたっては、各医療機関の情報システムから電子的診療情報をサーバーへ送信し、サーバー側で別途保存・管理する方式が取られているか。

② サーバーでの診療情報の保存・管理には、実施要綱に記載された「標準化ストレージ」の仕組みを用いているか。

③ 情報交換する際の規格として、実施要綱に記載の標準規格および用語／コード標準マスターのうち該当するものを使用しているか。

④ 医療機関間の患者IDの対応付けについて、実施要綱に記載された内容を検討しているか。

⑤ 患者診療情報提供書及び電子診療情報データ提供書（患者への情報提供）が電子的に発行されるか。

⑥ 診療情報提供書（電子紹介状）が電子的に授受されるか。

⑦ 上記⑤、⑥に際し、HPKIによる電子署名を用いるか。

⑧ 患者が自分の医療情報を閲覧できる仕組みがあるか。

⑨ 病院・診療所以外も地域連携に参加するか。

⑩ 調剤薬局での調剤情報をシステムに反映できるか。

8. 本事業で導入するデータ蓄積サーバーはどこに設置されますか。

(例：〇〇病院内サーバー室)