

HIS, RIS, PACS, モダリティ間予約, 会計, 照射録情報連携 指針 (JJ1017指針) バージョン3.2

規格の概要：放射線領域において、検査指示及び実施実績を、標準規格（HL7・DICOM）を用いて、国内法に則り適切に連携することを視野に入れ策定された、コード及び規格の利用方法に関する指針。

優先して整備すべき事由：

- 1、JAHIS放射線データ交換規約の推奨連携コードであり、放射線領域におけるHELICS標準の普及促進にあたり、コード自体も早急に標準とする必要がある。（当該規約は過日HELICS標準となっている。）
- 2、医療現場における連携コードの多様化を抑止し、高度な連携の実現が可能な放射線領域において、有効な情報統合モデルを早期に実現可能な状況を他領域へ見せることで、水平展開が可能となる。

範囲：放射線領域で情報連携が想定される全ての領域（HIS・RIS・PACS・モダリティ間）内。

期待される効果：

- 1、HIS・RIS・PACS・モダリティ間全てで、変換ミスや疑義照会を減らし、医療安全に資する。
- 2、モダリティで発生する、諸情報（照射条件等の照射録情報を含む）から、診療報酬算定に必要な検査実績情報まで、幅広く正確に連携可能な本指針の採用で、情報の可用性・信頼性が向上すると共に、放射線領域における情報の網羅的収集に資する。また、将来的な個人被ばく管理用途にも拡張可能。

現状及び現状に対する危機意識：現状、多くの医療機関において、個別の仕様やコードマスタが数多く乱立しており、国内における一貫性が全く取れていない状況にある。この状況は、ベンダの自由な選択や標準規格の採用を阻害する可能性があり、市場の自由競争を促す観点からも望ましくない。一方、一部の医療機関では、本指針を実際に実装し、臨床現場で安定稼動可能なことを証明している。

本指針のメンテナンスについては、公益社団法人日本放射線技術学会が関連学会・団体の協力を受けながら実施することが確定している。

その他：本指針は、他の領域（歯科・内視鏡等）からも注目を集めており、HL7やDICOMなど標準規格への整合性も完全に確保している。今秋の学会で、複数の研究発表で引用されるなど、放射線領域において、現在国内唯一のコード体系である。IHE-Jガイドラインにおいても採用が推奨されている。コードやコードセットには、構造化による拡張性（複合コード化）を確保し、統計やエビデンス解析を容易としながらも、診療報酬体系への展開を視野に入れ、日本国内で多用される、詳細オーダに対応した粒度を実現している。

退院時サマリ規格開発状況(2011年11月)

規格の開発状況

【目的】

電子化された退院時サマリーについて、サマリの作成・交換・利用が電子的に効率的に行えるよう、国際標準に基づいた標準規格を制定する。

【開発状況】

HL7CDA SIG Japanでは、HL7 Implementation Guide: CDA Release 2 – Continuity of Care Document (CCD)を翻訳し、まず、国内で一般に使われている退院時サマリをHL7CDAで記述することを試みた。

しかしながら、国内の退院時サマリとCCDでは項目に大きな差(項目の内容、項目のあるなし他)があり、対応付けは難しい。

CCDは、その前にASTMがCCRとして様式を規格化したものをHL7CDAで記述したものである。その他欧米各国は電子カルテを前提としたサマリの規格化が行われており、内容的に整理されてきており、ISO化も進められている。

現在、サマリの教育とに関わっている臨床医の参加を得て、一応、現在の紙の退院時サマリのCDA化は行っただが、項目の見直しができていない。

今後は、内科学会、診療情報管理学会の協力を得て、ISOの状況も反映し項目の見直しを行い、ITを前提とした退院時サマリの規格を完成させる予定である。

【参考】(上記マニュアルにおけるCCRの定義)

診療経過記録(CCR)は、1件以上の受診にける保健医療で、最も適切な管理、患者基本情報および臨床情報の中核をなすデータセットです。このデータは、一人の開業医、システムあるいは患者に関連する全てのデータを集める方法と、そのデータを、他の開業医、システムや施設が継続的な治療をすることを支援するために転送方法を規定しています。診療経過記録(CCR)の主要なユースケースは、特定の患者に関する適正な診療データ、属性データ、管理データをタイミングを合わせたスナップショットとして提供します。

表4

Header

- 2.1 CCR Unique Identifier
- 2.2 Language
- 2.3 Version
- 2.4 CCR Creation Date/Time
- 2.5 Patient
- 2.6 From
- 2.7 To
- 2.8 Purpose

Body

- 3.1 Pavers
- 3.2 Advance Directives
- 3.3 Support
- 3.4 Functional Status
- 3.5 Problems
- 3.6 Family History
- 3.7 Social History
- 3.8 Alerts
- 3.9 Medications
- 3.10 Medical Equipment
- 3.11 Immunizations
- 3.12 Vital Signs
- 3.13 Results
- 3.14 Procedures
- 3.15 Encounters
- 3.16 Plan of Care
- 3.17 Healthcare Providers

患者基本情報	患者識別子	患者番号
	患者属性	患者氏名 連絡先 生年月日 年齢 性別 血液型
入院時期	入院日、退院日 在院日数	
入退院経路	入院経路、紹介、退院経路、次回外来日	
診療科	入院診療科	診療科、病棟
	転科	年月日、From、To
	兼科	
	対診 入院歴	
担当医	主治医氏名	
社会歴		
家族歴		
既往歴	感染症	HCV(++)・HBV(++)・W(++)・その他
	アレルギー	
	輸血	
	血液製剤 その他既往歴	
現病歴	主訴 現病歴	
入院時所見	身体所見	
	検査所見	
プロブレムリスト		
診断	主病名	
	併発病名 合併症	
治療	手術・処置 麻酔	術式、処置名、施行日、術者
病理診断	病理診断名 病理番号 TNM分類	
転帰	1.治癒 2.軽快 3.不変 4.中止 5.その他(検査入院など) 6.悪化 7.死亡(a.入院後24時間以内・b.48時間以内)(検死・剖検) 8.その他	
入院中経過	身体所見 検査所見	
退院時方針	退院時指導 インフォームド 退院時処方	
記載責任	記載者署名 責任者署名	
患者・家族への説明		
完成日		