

第64回HL7セミナー

HL7標準規格『退院時サマリー』のご紹介

退院時サマリー標準規格

開発検討の経緯

HCI
HEALTHCARE INNOVATION

平成30年3月

豊田 建
日本HL7協会
(株式会社HCI)

HL7 Clinical Document Architecture (CDA)

- 文書構造を有する診療情報を記述するためのXMLによる言語
- 2009年11月 ISO規格 ISO/HL7 27932
- 欧米の診療文書は、基本的に、HL7 CDAで規格化されている

- 日本HL7では2007年にHL7 CDA作業グループ(SIG)を設立
 - ・ 2009年「診療情報提供書規格」を作成

〔目的〕

「保健医療分野の情報化において、国民が自身の保健医療に関する情報を、組織や地域および時間の壁を超えて有効に利用することを可能にするための標準化を行う。

文書情報交換処理規格としては国際標準であるHL7 CDA Release 2を使用し、日本の医療提供環境での個別的な状況も考慮した、実際に使用可能な規格を構築する。」

【作業範囲】

病院情報システム等から出力され、主として対外的に使用される電子的診療情報（診療関連情報を含む）について、それらの情報内容が正しく共有されることが可能になるような標準規格を制定する。

対象出力情報としては次のものがある。

診療情報提供書、セカンドオピニオンを得ることなどを目的として患者に渡される診療情報、患者自身の健康管理などを目的として患者に渡される診療情報、**退院時要約**、診断書、入院計画書、看護計画書、患者に渡されるクリティカルパス、官公庁等に提出される資料、保険会社等に提出される資料、その他

なお、文書自体の構造化が必要な場合には関係諸団体と協調しておこなう。

【作業範囲】(つづき)

標準規格の制定に当たっては、HL7 CDA Release2を基本とし、ISO/TC215などの標準化機構や、IHEなどの標準普及活動との連携も視野に入れておこなう。

将来的にシステム化の範囲が拡大することを考慮し、HL 7 CDAに必要な日本の医療提供環境に適したClinical Statementについても、標準化の対象とする。

なお、すでに稼動している関連規格については、当該規格への移行が可能になるようなガイドラインの作成を行い、当該規格の普及に努める。



HL7 Implementation Guide: CDA Release 2 – Continuity of Care Document (CCD)

A CDA implementation of ASTM E2389-05
Standard Specification for Continuity of Care Record[®] (CCR)
which may be used in lieu of ASTM ADJE2389

April 01, 2007

E2389-05 Standard Specification for Continuity of Care Record is copyright 2006 ASTM International. All rights reserved. Used by permission for the purpose of composing this document. Anyone seeking to implement E2389-05 must have acquired rights from ASTM International and must adhere to the tenets of their license agreement.



e-MS ELECTRONIC
MEDICAL SUMMARY



e-MS Clinical Document Architecture Implementation Guide

26 July 2005

Document identifier:
e-MSIG

Editors:
Frieda Kaiser, Vancouver Island Health Authority. <Frieda.Kaiser@VIHA.ca>
James Angus, Vancouver Island Health Authority <James.Angus@VIHA.ca>
Helen Stevens, Gordon Point Informatics <Helen.Stevens@gpinformatics.com>

Contributors:
Frieda Kaiser, Vancouver Island Health Authority. <Frieda.Kaiser@VIHA.ca>
James Angus, Vancouver Island Health Authority <James.Angus@VIHA.ca>
Helen Stevens, Gordon Point Informatics <Helen.Stevens@gpinformatics.com>
Brad Head, Sierra Systems <bradhead@sierrasystems.com>
Karen Kuhn, Vancouver Island Health Authority <Karen.Kuhn@VIHA.ca>

Abstract:
The Electronic Medical Summary (e-MS) Clinical Document Architecture (CDA) Implementation Guide (e-MSIG) provides background information on HL7 CDA Release 2 as well as CDA implementation specifics as they relate to the e-MS. An e-MS is a subset of patient data suitable for communication among primary health care practitioners and other health care providers for the purpose of sharing the care of a patient. The Implementation Guide outlines details on each section of the e-MS CDA including data elements with their associated vocabularies (where applicable), schemas, and both human and machine readable XML examples.

Status:
This document is a Specification of the British Columbia e-MS Project sponsored by the Ministry of Health Services and British Columbia Medical Association. It is anticipated that, after further testing and review by EMR vendors during an e-MS system trial, this specification will be submitted for adoption as a provincial health care standard by the Health Information Standards Council of BC.

国民の健康増進や国民が質の高い医療を効率よく受けることを可能にするためには、保健医療情報の共有が不可欠である。保健医療機関などに蓄積されている診療記録などの保健医療記録は膨大であり、実際にその後の診療計画や健康管理に必要な情報は、それらの要約情報である。すなわち、保健医療機関相互や国民が共有すべき保健医療情報は要約情報であり、欧米におけるEHRプロジェクトにおいては、要約情報の標準化と共有が進められている。

わが国においても、退院時サマリーや診断書、診療情報提供書など要約情報を含む書類が多数作成されているがそれらは標準化されていないばかりか、どのような要約情報が存在しているかについても十分な研究がなされていない。したがって、本研究においては、実際に使用されている保健医療に関する要約情報を収集し、構造的整理を行い、体系化することにより、今後の標準化を進める上での基盤を整備する。このことは、保健医療分野のITによる構造改革を進める上で急務である。

平成19年度

体系的に整理された保健医療情報の要約情報が含まれた書類について、各書類に含まれる共通項目と個別項目についての標準化方針を確定し実施計画を作成する。

特に文章で記述されている内容については、構造化を行い、構成要素を抽出することにより、文書間での共通項目と個別項目や構造上の相違を明確にする。

また、構造化された内容について、その妥当性を、関連する団体（臨床関係医学会、保険機関など）の協力を得て評価し、標準を作成する準備を行う。

平成20年度

関連各団体の協力を得て、整理された書類ごとに評価検討グループを組織し、構造化された内容についての評価を行い、標準案を作成する。

また、海外での事例を収集し、特にISO/TC215やHL7等の標準化の方向性との調整も行う。

平成21年度

20年度に作成された標準案を基に、HL7CDARel.2による規格を作成する。当該規格については、電子カルテシステムベンダーの協力を得て、実際にプロトタイプを構築し、各保健医療現場での実運用を得て評価を行い、最終的な標準を完成させる。

診療目的のサマリー

- a. **入院サマリー**(入院中に作成されるサマリー)
 - ウィークリーサマリー
 - 転科サマリー
 - 担当医の変更に伴うサマリー
- b. **退院時サマリー**
 - 退院時サマリー①(院内用)
 - 退院時サマリー②(診療情報提供書など院外に提供されるもの)
- c. **外来サマリー**
 - ショートサマリー(診療時に特別なエピソードがあれば作成)
 - 他科への連絡のためのサマリー
 - 長期にわたる患者に対して、一定期間で要約したもの
 - 治療が完治あるいは区切りがついた時点で要約したもの
- d. **オーダーのためのサマリー**
 - 検査オーダーなどに貼付するサマリー
- **地域連携パスにおけるサマリー**
 - (これからの課題)

診療以外の目的のサマリー

a. 研修・指導・認定

- 専門医資格取得用サマリー
- 研修指導
- 医師自身のための診療内容の整理

b. 臨床研究・公衆衛生

- 症例報告サマリー
- 治験用サマリー
- 臨床統計を作成するための要約されたデータなど(多くの退院時サマリーの表紙に記述されている)

入院サマリー(入院中に作成されるサマリー)

- **ウィークリーサマリー**

目的: 当該期間の診察に伴う思考や治療行為を整理する

内容: 当該期間の診療の要約

作成者: 患者を受け持っている医師

作成時期: 曜日を決めて記載している病院が多い

- **転科サマリー**

目的: 治療内容のプライオリティの変更に伴う転科に際して、患者の状態を伝える

内容: 当該診療科が受け持った診療内容の要約と患者家族への説明内容

次の診療科への依頼事項などを含む場合がある。

作成者: 患者を受け持っている医師

作成時期: 転科前

- 担当医の変更に伴うサマリー

目的: 受け持ちが代わるときに診療を引き継ぐため

内容: 自分が受け持った期間の診療情報の要約

作成者: 患者を受け持っている医師

作成時期: 引き継ぎ前

退院時サマリー

- 退院時サマリー①(院内用)

目的: 院内の医療従事者(外来医師)などが、1入院期間の患者の状態と診療情報を把握する※1

内容: 1入院期間の診療情報の要約※2

作成者: 患者を受け持っている医師

作成時期: 退院後速やかに(医療機能評価機構の基準は2週間)※3

※1 診療情報提供書(紹介状)の一部として、他の医療機関に提供されることがある

※2 簡単に全容が把握できることが必要(例:A4 1ページ以内)

※3 少なくとも次回の外来受診までに作成されている必要がある。

- 退院時サマリー②(診療情報提供書など院外に提供されるもの)

目的: ケアの継続のため、他の医療機関に患者の診療情報を伝える

内容: 当該病院で受け持った期間の診療情報の要約

作成者: 患者を受け持っている医師

作成時期: 退院時

平成19－21年度厚生労働科学研究「保健医療要約情報の標準化」より

サマリー(診療情報要約)の定義

患者の特定期間の状態を、他の医療者に簡潔に伝えるために、必要な患者情報をまとめたもの。

標準規格制定の流れ



病院情報システムから既存情報の取込

電子カルテなどの既存のシステム上にすでに記録されている既存情報は自動的に取り込めることを指向している。そのために、以下について計画している。

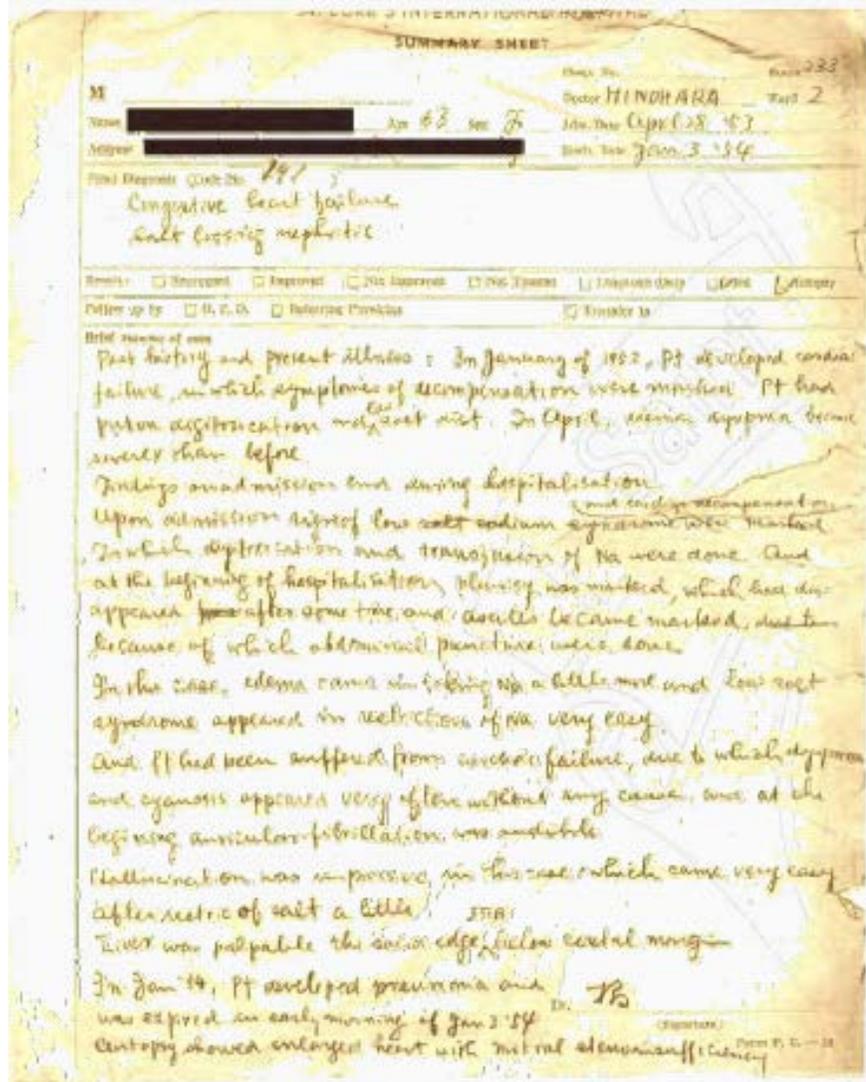
- ① 既存の電子カルテシステムの改修が必要となるので、保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）の協力を求める。
- ② 入院時の情報など、「退院時要約」への取込が必要な情報については、記載のためのテンプレート化を進める。
- ③ データの標準化のために、SS-MIX標準化ストレージの利用も考慮する。

電子情報としての相互互換性

電子化された「退院時要約」が活用されるためには、記録されている情報が標準化されていないといけない。

国際規格との整合性

ISO/TC215(保健医療情報の標準化)においても、国際的にサマリーの標準化が進められている。それらの規格との整合性に配慮する。



良い退院時サマリーは、優れた診療の結果である。