

【規格名】

(和文名)

HL7 CDA に基づく退院時サマリー規約 Ver.1.0

(英文名)

Standard Specification for
Discharge Summary which based on
HL7 CDA Release 2, Ver.1.0

【規格の目的 (ユースケースを含む)】

我が国における「退院時サマリー」の記述内容は医療機関によって異なっており、大学病院などにおける「症例報告的文書」や大規模病院における「院内の外来担当医師への情報提供」などがある。

本規格における「退院時サマリー」は、異なる医療機関の間で、当該患者に関する退院後のケアを適切に行えるよう必要最小限の情報を、ケアを担当する医療者に伝達するための文書(電子化された文書も含む)である。

なお、診療科によっては、特有の表現、図表などが使われることがあるが(産科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科等)、それらについては添付することを想定している。

本規格は、まず「退院時サマリー」に記述すべき項目について体系的に整理している。

また、各項目の記載方法についても定めている。国際的な規格との整合性も図りながら、現在の医療現場で記述が可能であるよう日本特有の状況も反映している。

「退院時サマリー」が電子的に交換されることを前提に、電子的記述方法も定めた。「退院時サマリー」の場合、医療者が直接読むケースが多いため可視性を重要視し、HL7 CDA R2 (ISO/HL7 27932) に準拠して規格を定めている。

このような規格により、作成時の文書様式と、受取時の文書様式(画面表示や印刷様式)は同じである必要はな

く、従来から当該医療機関で用いている様式に近い形で使用が可能になる。各項目のコード化や数値表現についても、現在多くの医療機関で対応可能な範囲で定めており、電子カルテシステムとの相互の自動転載にも配慮している。

したがって、本規格は、既に稼働している全国で 160 以上の地域医療連携システムなどに用いられることを想定している。

【規格の適応領域】

本規約作成において特に留意したことは、文書化の基本である必要な事象を必要な人に確実に伝える事を重視し、そのために書くべきところに必要な事を簡潔に記載し、読み手は確実に内容を把握することができることを目指した。

そのためには書くことを整理し、行間に曖昧な情報を記載しないようにする、書き手の負荷も、読み手の負荷も最小限にすることに配慮した。

本規格の制定においては、日本診療情報管理学会と日本 POS 医療学会、日本医療情報学会で、「サマリー等の診療記載に関する標準化推進合同委員会」を組織し、内容を検討した。特に記述すべき項目については、各学会や日本病院会などがサマリーの記述に関する教育や教材との整合性にも考慮し、国際的な規格との整合性を図るよう配慮した。

そのために、各項目については、M(記述が必須)、R(記述が望ましい)、O(記述は任意)に分類しているが、国際的な規格では、M(記述が必須)とO(記述は任意)の2種類の分類である。我が国の現状に配慮し、M(記述が必須)をR(記述が望ましい)に一部変更している。

記載内容は、日頃より退院時サマリーを作成しているベテラン医療従事者にとって、規約で固定枠を要求し記

載内容を強制することがないように自由記載を許している。一方、初心者、本規約の適合を試みられる作成者にとっては、オプション部分を活用することで記載内容、記載位置を規定した。これらは今後の改訂を考慮し記載項目を整理したものである。

本規約書を作成するにあたっては、**JAHIS 診療文書構造化記述規約共通編 Ver.1.0**に則ることを基本としている。

退院時サマリーの構成は、**CDA 標準ヘッダ**には、文書タイトル、作成期日、文書 ID、バージョン番号などを規定した。ヘッダ本文には、保護者・連絡先などを含む患者情報（一部ボディで記載する内容がある）、作成者情報、本サマリーの管理保管責任を負う組織、本退院時サマリーを情報連携として使用する際の情報提供先相手、記載承認者および法的に記載に責任を負う者の情報、入院時担当した医師の情報および入退院時情報を記載する。ボディ部は、初版では **Narrative** 記載を重視し、**Clinical statement** によるコード化による構造化部は次版以降に委ねている。ボディ部にはプロブレムリスト、アレルギー情報、入院経過、退院時の状態、退院時投薬指示、退院時の方針を必須とし、現病歴などの諸情報、手術・処置情報、各種検査情報、医療機の使用情報、感染症・予防接種歴、事前指示はオプションとした。プロブレムリストには、可能な限り **Narrative** 部とはいえ **ICD** コードでの記載を行うことを要求している。ま

た、特にアレルギーについてはその確認日、確認者を必須とし情報漏れがないように規定している。現病歴、主訴、入院理由、既往歴、家族歴、社会歴、身体所見はその記載項目に関してオプションとしている。これは既に臨床現場で退院時サマリーを記載、利用している方々に、従来の習慣を踏襲する意味で自由記載も許している。しかし、初心者を含め次版以降で分類記載を目指す意味でもカテゴリー分類記載を推奨している。画像、検体検査データなどは要約として **CDA** ボディに直接記載できるが、客観的情報として意味を持つことが多いため、コンピュータなどから自動収集が可能なシステムを利用できる場合には、詳細データ、画像情報などを添付書類として外部参照できる。

【関連他標準との関係】

- ・ **JAHIS**、**JIRA** 及び日本 **HL7** 協会が制定した「**JAHIS 診療文書構造化記述規約 共通編 Ver.1.0**」をベースとしている。
- ・ **ISO27932 (HL7 CDA R2)** に準拠しており、国際規格との整合性は計られている。

【規格の入手方法】

- ・ 日本 **HL7** 協会ホームページ (<http://www.hl7.jp/library/>) よりダウンロード

【メンテナンス状況】

- ・ 日本 **HL7** 協会 **CDA** 作業グループがメンテナンスを行う。