

## I. 退院時要約

DOC  
5

## 1 記載の意義

退院時要約(サマリー)の作成については、医療法施行規則(第21条の5、第22条の3)により地域医療支援病院および特定機能病院においては、「過去二年間の退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約を備えておかねばならない」とされているが、記載事項や様式に関する規定はない。一般病院においては、退院時要約を作成する法的な義務はないが、診療録管理体制加算[A207:入院時1回100点(加算1)、または30点(加算2)]を算定するためには、「全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること」が要件の1つになっている。退院時要約は、患者の入院から退院までの、診断、経過および治療内容をまとめたものである。診療にあたるスタッフや施設間において、情報伝達の大切な手段となるばかりでなく、各種の医療統計を作成するうえで重要なデータベースとなる。退院時要約は診療録の一部とみなされ、医療機関の診療の質を知る重要な書類の1つになっている。(財)日本医療機能評価機構でも、「退院2週間以内の退院時要約の整備率が100%であること」が評価の基準とされてきた。

## 2 作成時の留意点

質の高い退院時要約が作成されていると、その後の診療情報提供書や診断書などの書類作成が容易になる。作成時には次の点に留意する。

- ①他職種も理解できるように読みやすく、わかりやすい日本語で記載する。
- ②A4判で1~2枚になるように、簡潔かつ適切に記載する。
- ③退院後、速やか(遅くとも2週間以内)に作成する。
- ④長期入院患者は、中間要約(サマリー)を作成し問題点を整理しておく。
- ⑤診療科が変更(転科)になった場合や、転院になった場合も速やかに作成する。
- ⑥救急患者として受け入れた患者が、外来処置室、手術室などで死亡した場合、診療報酬上では1日入院として扱うが、この際にも退院時要約は作成すること(入院診療計画の作成は必要ない)。

## 3 記載事項および方法

記載事項、方法に関しては法的な規定がないため、各医療機関で書式や記載マニュアルを策定し管理しているのが実情である。日本内科学会が推奨している「病歴要約」が、認定医の申請書類や、研修医の症例レポートの雛型としても使われており参考になるとよい。

同学会でもPOMR(221頁参照)による記載を推奨しており、その内容を踏まえ以下に標準的な記載事項、記載方法について記す。

【記載事項】 患者基本情報、診断名、手術、経過要約、退院時処方、退院後の治療方針

## 1) 患者基本情報

患者ID、氏名、生年月日、年齢、診療科、入院主治医名、入院日および退院日を記載する。

## 2) 診断名

主病名、副病名(合併症、併存症)を記載する。主病名は疾病統計やDPC算定基準として使われるため、○印を付けるなどして明示する。転帰は、治癒、軽快、不変、悪化、死亡から選択する。

治癒: 疾患が治った場合。

軽快: 疾患の状態が入院時よりもよくなった場合。

不変: 疾患の状態が入院時と変わらない場合。

悪化: 疾患の状態が入院時よりも悪くなった場合。

死亡: 死亡した場合。

主病名は1つで、治療を行った傷病の中で最も医療資源を投入した傷病とする。また、副病名のうち合併症(complication)とは、一般に、ある病気が原因となって起こる別の病気のことをいう。例えば、高血圧が原因で生じる脳出血や、心筋梗塞、腎不全などは高血圧の合併症といえる。一方、併存症(comorbidity)とは、因果関係のない複数の疾患が同時に存在する状態をいう。例えば、肺炎で入院した患者が持病としてもっている高血圧や腰椎ヘルニアなどである。しかし、合併症と併存症の区別が困難な場合もあり、因果関係に関係なく入院時に同時に存在する傷病を併存症とし、入院後の治療中に発症した傷病を合併症と解釈する考えもある。副病名が複数ある場合は重要なものを3つ程度選択する。

ICD分類欄がある場合は、診療情報管理士が退院時要約の整理を行う際に病名コードを記載する。

## 3) 手術

入院中に行われた手術名および手術日を記載する。

## 4) 経過要約

入院後の経過を簡潔にまとめる。主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴(生活社会歴)、入院時の主な現症、入院時の主な検査結果、プロブレムリスト、経過および問題点の項目に分けると記載しやすい。

## a. 主訴

患者の訴える症状を記載する。複数ある場合は、代表的なものを3つ程度選ぶ。

## b. 現病歴

症状の出現から、受診までの経過を時系列で記載する。主訴に関連した病状で、他院での診察歴がある場合は、病名および治療内容を記載する。時間経過に沿った記述と、5W1Hを念頭におくと文章をまとめやすい。すなわち、When(いつから)、Where(どこで、



何をしているときに)、Who(誰が)、What(何の、症状が)、Why(どうして、発症・受傷したか)、How(どのように、症状が変わってきたか)を簡潔に記載する。

#### c. 既往歴

過去の疾患の治療歴、手術歴、予防接種歴、アレルギーの有無、現在服用中の薬剤について記載する。

#### d. 家族歴

病気に関係する家族の疾患および死因を記載する。また、遺伝性疾患、感染性疾患およびアレルギー疾患があれば記載する。

#### e. 生活歴(生活社会歴)

職業、喫煙歴、飲酒歴、月経および出産歴について記載する。

#### f. 入院時の主な現症

異常を認めた主な身体所見について記載する。

#### g. 入院時の主な検査所見

診断の根拠となった検査、画像所見について記載する。陰性所見についても、鑑別診断のため必要な所見は記載する。

#### h. プロブレムリスト

診療上の問題点を、#(ナンバー)を付けて列挙する。入院時に診断がついているものは診断名をプロブレムとして採用してもかまわない。入院時に診断がついていないものは、入院の原因となった主な症状、所見をプロブレムとして挙げる。複数ある場合は、主なもの3つ程度にまとめる。

病名の例：#1 くも膜下出血、#2 高血圧、#3 糖尿病、など。

症状の例：#1 発熱、#2 意識障害、#3 心窩部痛、など。

所見の例：#1 高K(カリウム)血症、#2 蛋白尿、#3 胸部異常陰影、など。

#### i. 経過および問題点

それぞれのプロブレムごとに、入院後の治療経過を簡潔にまとめる。特に、①入院後に行われた主な検査の結果と、それらに対する分析・評価の内容、②行われた治療内容とその効果、および予後の見通し、③副作用や合併症の有無、に着目してまとめる。治療効果については、改善がみられた症状や画像所見、検査データなどについて数値を用いて具体的に記述する。さらに、退院時に未解決の問題があれば記載しておく。プロブレムごとに経過を整理することで、受診から診断、治療に至るまでの主治医の思考過程が明らかになり、第三者にもわかりやすい記録となる。

#### 5) 退院時処方

退院時に処方された薬を、用量、用法を含めて記載する。

#### 6) 退院後の治療方針

退院後の治療方針を外来(通院、訪問診察)、転科(入院継続)、転院(外来、入院)、施設入所、終了などに分けて記載する。

日本内科学会推奨の病歴要約である。  
各医療機関で参考にして記載内容、様式を決める。

## 病歴要約

### 様式例1

提出 No. \_\_\_\_\_

分野名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

患者 ID. \_\_\_\_\_

入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者年齢 \_\_\_\_\_ 歳、 性別 男性・女性

退院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受持期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

転帰：☐治癒 ☐軽快 ☐転科(手術 有・無) ☐不変 ☐死亡(剖検 有・無)

フォローアップ：☐外来で ☐他医へ依頼 ☐転院

確定診断名(主病名および副病名)

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

【主訴】

【現病歴】

【既往歴】

【生活社会歴】

【家族歴】

【主な入院時現症】

【主な検査所見】

入院までの経過を、主訴、現病歴、既往歴、生活(社会)歴、家族歴、主な入院時現症、主な検査所見の見出しを付けて記載する。

プロブレムリスト

#1 \_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

【入院後経過と考察】

#1 \_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

入院後の経過と考察をプロブレムリストの#(ナンバー)ごとに記載する。

【退院時処方】

退院時に処方された薬を、用量、用法を含めて記載する。

【総合考察】

記載者：現病院名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

教育責任者：病院名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

⑧

## 退 院 時 要 約

## (1)患者

ID  
氏名  
生年月日

性別  
年齢 歳

診療科  
科  
主治医  
入院日 平成 年 月 日  
退院日 平成 年 月 日

## (2)主病名 及び 副病名

転 帰

ICD分類

1  
2  
3

## (3)手術日

平成 年 月 日 術式

## (4)経過要約

【主訴】～【入院後経過】の標題を付けてまとめる。

【主訴】

【現病歴】

【既往歴】

【家族歴】

【生活歴】

【主な入院時現症】

【主な検査所見】

【プロブレムリスト】

#1  
#2

【入院後経過】

#1

#2

## (5)退院時処方

## (6)今後の治療方針

記載者署名	科長検印



## 退院時要約

## (1)患者

ID 8□0□3□  
氏名 □沢 □人 様 性別 男  
生年月日 昭和33年□月□日 年齢 51歳

診療科 内科  
主治医 日本 太郎  
入院日 平成21年5月2日  
退院日 平成21年6月1日

## (2)主病名 及び 副病名

転 帰

ICD分類

1 肺炎(主)

治癒

J189

2 2型糖尿病

軽快

E11

## (3)手術日

術式

## (4)経過要約

【主訴】 咳、発熱

【現病歴】 本年4月末から、咳、咽頭痛が出現。4/27に近医を受診し、上気道炎の診断で処方を受けていた。その後も症状は改善せず咳も強く、黄色痰、頭痛も出現した。38.6℃の発熱と食欲低下もみられたため、5/2当院を受診した。

【既往歴】 腰椎ヘルニア手術(49歳、当院)

【家族歴】 特になし 【生活歴】 職業:会社員、喫煙:15本/日、飲酒:ビール500ml/日

【主な入院時現症】 体温38.2℃、血圧:152/94、脈拍:114/分整、SpO<sub>2</sub> 91%(RA)、意識清明、顔面:苦悶様、咽頭発赤あり、頸部リンパ節腫脹なし、両肺野で湿性ラ音聴取【主な検査所見】 WBC 12,100、好中球 76.0%、CRP 14.5、AST 32、ALT 35、 $\gamma$ -GTP 76、BS 218、HbA<sub>1c</sub> 8.5%、マイコプラズマ抗体:陰性、尿中肺炎球菌抗原:陰性  
胸部Xp:左上肺野に浸潤影あり  
胸部CT:左肺舌区に気管支透瞭像を伴う浸潤影あり。両肺に広範な斑状影あり。

【プロブレムリスト】 #1 肺炎 #2 糖尿病

## 【入院後経過】

#1 細菌性肺炎の診断で、血液、痰培養を提出後に、ユナシンS点滴(1回3g、1日2回)にて治療を開始した。鼻カテにて酸素1L吸入し、ネブライザーにて痰の排泄を促した。その後も、依然として咳が続き、胸部Xp所見に改善がなく、CRPも9.0前後と高値が続くため、抗生剤をモダシン注(1回1g、1日2回)とダラシンS注(1回600mg、1日2回)の併用に変更した。血液、痰培養では起炎菌は同定できなかった。その後、解熱がみられ、咳嗽、痰も減少し、WBC、CRPも正常化し経口摂取も可能となった。胸部CT所見も改善がみられた。

#2 2年前の腰椎ヘルニア手術時に、糖尿病を指摘され、食事・運動療法を指示されていたが、不規則な生活が続き放置していた。身長173cm、体重82kg(標準体重66kg)と肥満あり。食事開始後から経口糖尿病薬の内服を開始し、入院中のカロリーは1,600Kcal/日とした。眼底:網膜症なし。検尿:蛋白(-)、潜血(-)。四肢腱反射:正常。栄養指導実施済み。退院時、FBS120~140mg/dlにコントロールされ治療継続のため、〇〇医院に紹介とした。

## (5)退院時処方

アマリール(1)、1錠、分1、朝食後  
ベイスン(0.3)、3錠、分3、朝・昼・夕食直前

デバス(0.5)、1錠、分1、夕食後

## (6)今後の治療方針

近医紹介(〇〇医院)

記載者署名	科長検印
日本 太郎	

日本〇〇総合病院

## 退院時要約

様式例2

患者ID		診療科	科
氏名	様	性別	
生年月日	年 月 日	歳	
主病名(○) 及び 副病名		転 帰	ICD分類
1			診療情報管理士記入欄
2			
3			

手術日 平成 年 月 日 術式

主 訴			
現病歴			
既往歴	家族歴	生活歴	
主な入院時現症			
主な検査所見			

プロブレムリスト

#1	#2	#3
----	----	----

入院後経過

#1	入院後の経過は、プロブレムリストの#(ナンバー)ごとに簡潔にまとめる。
#2	
#3	

退院時処方

--	--

今後の治療方針

--

死亡退院の場合

直接死因	死亡時間	剖検	有 無
------	------	----	-----

記載者署名

科長検印

日本〇〇総合病院

## 退院時要約

&lt;も膜下出血

患者ID	□9□6□8	診療科	脳神経外科
氏 名	□下 □介 様	性別	男
生年月日	昭和26年□月□日	56 歳	
主治医	日本 五郎	入院日	平成19年7月24日
退院日	平成19年10月1日		

主病名(○) 及び 副病名	転 帰	ICD分類
① <も膜下出血	軽快	1609
2 高血圧症	軽快	110
3		

手術日 平成19年7月25日

術式 脳動脈瘤クリッピング術

主 訴	頭痛、嘔吐
現病歴	平成15年に検診で高血圧を指摘され、近医にて治療を開始したが、1年ほど前から自己判断で中断し放置していた。本年7/24夕、家人とテレビを見ていて、突然の激しい頭痛とともに2回嘔吐した。直後から意識が悪くなり、呼びかけに対しても反応がないため、妻が救急搬送を要請した。
既往歴	高血圧(平成15年 〇〇医院) 家族歴 特になし 生活歴 喫煙なし、飲酒:日本酒1合/日
主な入院時現症	意識:GCS=E3V3M5、JCS-20、血圧:202/102、脈拍:86/分 整、SpO <sub>2</sub> 96%(酸素3l) 瞳孔:右>左、対光反射:右でやや鈍、心肺:異常なし
主な検査所見	AST 27、ALT 33、γ-GTP54、TC 226、TG 184、LDL-C 152、BUN 19.6、Cre 0.7、UA 3.9、 BS 146、HbA <sub>1c</sub> 5.8、WBC 11,200、Hb 14.1、Plt 24.6×10 <sup>4</sup> 頭部CT:<も膜下出血(Fisher: group 3) CTアンギオ:前交通動脈(Acom)に右側を向く3mm大の動脈瘤あり

プロブレムリスト

#1	意識障害	#2	高血圧	#3
----	------	----	-----	----

入院後経過 手術後から 脳動脈瘤クリッピング術後、経過

#1	頭部CT・アンギオ所見から、<も膜下出血(Hunt & Kosnik: Grade 3)の診断で、7/25に脳動脈瘤クリッピング術を行った。術中は再破裂予防のため低血圧麻酔とし、特にトラブルなく終了した。脳槽ドレーンを留置。術後は、脳血管れん縮予防のため、血圧をやや高め(140~160/)に維持し、補液量も3,000ml/日(hypertensive, hypervolemic)とし、人工呼吸器管理とした。さらにキサンボン、エリルを併用した。WBC、CRP高値が続いたため、術後髄膜炎を疑い、抗生剤はロセフィンとカルベニンの2剤を併用した。経過は良好で、術後15日目には意識レベルもJCS-3まで改善し、呼吸状態も安定したため抜管した。術後20日目から経口摂取を開始した。水頭症の出現も認められなかった。高次脳機能も、長谷川スケールで17点(9/1)から26点(9/28)に改善した。退院時CTでは、右の前頭葉底部に血腫または血管れん縮によると思われる低吸収域を認めたが、軽度の左半身麻痺を残す程度で独歩退院となった。
#2	身長168cm、体重76kg BMI27と肥満を認めた。胸部写真にてCTR 56%、心電図(V5、V6)にて心肥大を認めた。経口摂取開始と同時に内服治療を開始した。心エコーでは、弁膜症はなく心機能も正常範囲であった。退院時には血圧は130/80前後にコントロールされた。塩分制限を6g/日とし、栄養指導を行った。

退院時処方

プロプレス(8)、1錠、分1、朝食後 ノルバスク(5)、1錠、分1、朝食後 サアミオン(5)、2錠、分2、朝・夕食後 ガストローム顆粒2包、分2、朝・夕食後	レンドルミンD錠(0.25)、1回1錠、不眠時
---	-------------------------

今後の治療方針

外来にて継続
--------

死亡退院の場合

直接死因	死亡時間	剖検
------	------	----

記載者署名

科長検印

日本 五郎

日本〇〇総合病院