

共同企画

共同企画2

日本診療情報管理学会：医療情報学会・診療情報管理学会 合同企画ワークショップ ～標準化される退院時要約（退院サマリー）～

2019年11月22日(金) 09:00 ～ 11:00 D会場 (国際会議場 2階中会議室201)

[2-D-1] ～標準化される退院時要約（退院サマリー）～

渡邊 直¹、高橋 長裕²（1. 一般財団法人 医療情報システム開発センター、2. 公益財団法人 ちば県民保健予防財団 総合健診センター）

キーワード：discharge summary, standardization, healthcare information sharing, personal health record

医療資源投入の20%を占めるに過ぎない急性期医療での文書ではあっても、記載されるサマリーは、爾後の患者の診療・ケアにとって重要な情報である。高度で集約的な検査や検討が行われ、詳細な診断が下されるからであり、影響力の大きな介入（手術・手技等）が為されるためである。コンテンツ規定や記載法の標準化が待たれていたが、合同委員会による2014年以降の検討の末提出された、「HL7 CDAに基づく退院時サマリー規約」がHELICS標準として承認された（2019/6/20）。

退院サマリイの定義：退院サマリーが当該入院期間のみに視野を限定した覚書ではなく、入院という契機にそれまでの患者の健康情報を集約し、ここに入院中の新たな知見および医療介入とその結果の情報を付加して、俯瞰的かつ簡便に次の医療ケア者に伝達継承することを意図した文書であることが、まずもって規定された。

退院サマリイの構造：国際的標準化団体や監査機関でのサマリイの在り方に準拠しつつ、何を必須登録項目（最低限の伝承事項）とするかを確定することが検討の要諦であった。あらゆる診療科で利用可能とすることを前提とし、以下の項目を定めた。1. 基本情報 2. 退院時診断名列 3. アレルギー・不適応反応（4. デバイス情報）5. 主訴、または入院理由 6. 入院までの経過 7. 入院経過（8. 手術・処置情報）9. 退院時状況 10. 退院時使用薬剤 11. 退院時方針。（（）以外は必須登録項目）。さらに、記載側の省力と迅速作成を促すため、電子カルテの各テンプレートより流用入力出来る構造とした（HL7 CDA）。

退院サマリイの利活用：学会要請や、各診療科で特殊に必要なコンテンツを追加できる弾力性を規約に盛り込みつつも、とりわけ、サマリーを患者プロフィール情報の核の一つとして位置づけることを重視した。この点においては、上記の2、3、4、ならびに10がPHR基盤として重要と考えられる。

～標準化される退院時要約（退院サマリー）～

－ その構造とヘルスケアへの適用の意義 －

渡邊 直^{*1}, 高橋長裕^{*2}、

^{*1} 一般財団法人医療情報システム開発センター, ^{*2} 公益財団法人ちば県民保健予防財団総合健診センター

Standardized Discharge Summary --- Its Structure and Implication for Patients' Healthcare ---

Sunao Watanabe^{*1}, Osahiro Takahashi^{*2}

^{*1} MEDIS-DC, ^{*2} Chiba Foundation for Health Promotion & Disease Prevention

The Joint Committee for the Standardization of Discharge Summary submitted the form “the Discharge Summary Standard based on HL7 CDA” to the HELICS Council in 2018, which was successfully approved in Jun 2019.

The discharge summary is an important concise document for the information sharing among the acute-phase hospitals, where precise and exquisite examinations and diagnoses are made, and also where interventions which significantly affect patients' health status are performed, and the local community healthcare facilities.

Most importantly, a discharge summary is not a short memorandum of in-hospital period, but a complex of summarized significant past health problem lists plus additional information about the diagnoses and interventions in particular inpatient healthcare period, which should be conveyed as a concise file. In standardization process, minimally required items are determined, along the line recommended by various international accreditation organizations, and at the same time the architecture is set so that the necessary items are automatically funneled into from corresponding formats in the electrical medical record in order to facilitate and expedite the summary making. (Addition of necessary items for a particular institution is also possible by utilizing CDA architecture.)

Items of the standardized summary are: 1. basic information 2. problem list at discharge 3. allergy & adverse reaction (4. device) 5. Reason for admission 6. preadmission information 7. in-hospital course (8. intervention) 9. condition at discharge 10. medication at discharge 11. follow up plan.

From the viewpoint of patient-centered utilization of the discharge summary, 2, 3, (8), and 10 are thought to be important and valuable items, especially when you think of the formation of personal health records (PHR).

Keywords: discharge summary, standardization, healthcare information sharing, personal health record

1. 退院サマリー標準化の意義

退院時サマリー（退院時要約）は、入院患者の退院に際して、関与する他の診療科、他の医療機関ならびにケア施設の間で効率的に情報を共有し、もって当該患者の診察、治療、ケアを適切に連携・継承できるよう、入院診療の主治医の責任において作成されるものである。

退院サマリーは急性期病院において作成されるのが通常であるが、その場では、健康に関する問題が集約され、個々について詳細な検討や正確な診断がなされ、また、影響の大きな介入が行われ、将来に向けてその効果ないし影響を残す事となるものである。

この重要性に鑑み、地域医療支援病院と特定機能病院には退院時要約を整備する法的義務も存在している（改正医療法）。また、急性期一般病床の約8割を占めるDPC対象病院はもとより、これ以外の病院でもデータ提出加算を得るために診療録管理体制加算届出が必須とされており、この中でも、全診療科・全退院患者について退院時要約の迅速作成が義務づけられており、国をあげてサマリー作成発行を促す体制となっている。さらに2016年度の診療報酬改定で規定された電子的診療情報提供加算の要件として、検歴情報、画像情報（ならびにレポート）伝達が条件とされたが、2018年度よりは退院患者に関して退院サマリーを添付することが必須となった。

電子的な退院サマリ－の標準的な構造を定め、迅速性に加えて質的にも十分な情報を提供できるような枠組みを呈示することが急務となっているのである。すなわち、電子カルテがここまで普及した（2017年で400床以上の急性期病院の

70%以上が電子カルテ化されている¹⁾）時代において、医療の投入の内容を他科専門医間・異業種・多施設間において、迅速かつ簡潔明瞭に伝達するツールとしての退院サマリーに一定の形式が存在せず、各施設、各診療科において思い通りの形式や、あるいは極端には自由記載メモ程度で済ませている場合もある、という現状を早急に是正することが求められていた。

2014年の発足以来、「退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会合同委員会」（日本医療情報学会・日本診療情報管理学会）（以下、「合同委員会」）では継続的検討や関係学会・団体との折衝を重ね、「HL7 CDAに基づく退院時サマリー規約」として2018年1月、HELICS協議会に提出した。同協議会内での審議を経て、2019年6月にHELICS標準規格としての承認を得るに至った²⁾。

2. 退院サマリ－の定義

退院サマリ－が当該入院期間のみに視野を限定した覚書ではなく、入院という契機に、それまでの患者の健康情報を総括集約し、ここに入院中の新たな知見および医療介入とその結果の情報を付加して、俯瞰的かつ簡便に次の医療ケア者に伝達継承することを意図した文書であることが、まずもって規定された。

この定義は、決してひとりよがりのものではない。国際的な標準化の諸団体において、医療記載における要約（サマリ－）の重要性についてはすでに十分な検討が行われ、以下のごとく定義が措定されている。

- 1) Continuity of Care Record --- ASTM International 2006³⁾
患者の（現行および過去の）診療情報に関して適切で適時的なコア・データセットをスナップショット的に提供するもの。一定の診療プロシージャが完了した段階で当該医療者によって記載され、次の医療者ないしケア者に伝達できるもの（電子的 or 紙媒体）
- 2) Medical Summaries⁴⁾ --- IHE XDS Medical Summary Integration Profile from the Trial Implementation 2005
特定医療ケア機関、あるいはより広範な医療ケア機関（将来的なものも含む）での用途を念頭にいた適切な患者健康情報
- 3) Health Summary Records --- ISO/TC215 Business requirements for health summary records 2008⁵⁾
標準化された患者健康情報。その主たる目的は当該患者の現行ケアにとって適切で主要な情報を一医療ケア機関から他の機関に伝達すること。HSR は”persistent interest”の動的蓄積情報であるべき。
いずれの定義においても、サマリーが伝達である、という点が基軸的に謳われていることが注目されるべきである。サマリーは当該診療に当たった医療従事者の覚え書きや専門医の特定医療を詳細に難解ないし限局利用的な略語で満たしたメモではなく、次の医療者、ケアプロバイダーに向けての、わかりやすく簡潔な情報伝達なのである。

3. 退院サマリーの構造

退院サマリーのコンテンツはどのように規定されるべきか？
JCI (Joint Commission International) では、病院の質を審査する機関として、診療記載における要件も厳しく規定しているが、その中で退院サマリーについては

- ・ 入院、診断および共存症の理由が含まれている。
- ・ 重大な身体上およびその他の所見が含まれている。
- ・ 診断および治療のための手順が含まれている。
- ・ 退院薬剤も含め、重要な投与薬が含まれている。
- ・ 退院時の患者の状態が含まれている。
- ・ フォローアップの指示が含まれている。
- ・ 患者の継続医療のニーズが含まれている。

ことを求めており⁶⁾、ここにもサマリーが伝達である、との規定が色濃く反映されている。その上で JCI では、このサマリーが医療継続やフォローアップの責任者にも渡されるものであるとし、事情がゆるせば患者ならびに家族も渡すべきと規定している。

種々の標準化団体において提起されたサマリーの定義、さらに JC ないし JCI の求めも考慮して、2010 年以降、米国においては、適切な診療情報の電子化に向けての政策 (Meaningful Use Strategy) において、サマリーに記載されるべき内容を common MU dataset として定め（以下の 10 項）、これらが迅速にはき出せない電子カルテシステムを使用しても Medicare/ Medicaid における優遇算定をしないことをもって質の規定と普及を図る方策を採用した。（斜字 () 内は記載の電子的 format)⁷⁾

- ① 患者氏名 性別 生年月日 人種 民族 言語
- ② 喫煙状況 (SNOMED-CT)
- ③ プロBLEM (SNOMED-CT; ICD-10)
- ④ 投薬 (RxNorm)
- ⑤ 薬アレルギー (RxNorm)
- ⑥ 検体検査値/結果 (LOINC)
- ⑦ バイタルサイン(身長・体重・血圧・BMI) (SNOMED-CT)
- ⑧ ケアプラン ゴールや指示を含む

- ⑨ 手技・手術・処置 (SNOMED-CT, ICD-10PCS)
- ⑩ 診療チーム

これらを踏まえ、合同委員会において、必要な情報を盛り込みつつ、同時にできる限り、日常的な電子カルテ記載のコンテンツから自動的な流し込み（→編集）が出来る枠組みとして記載者の負担を軽減することを念頭において、退院時要約（退院サマリー）の枠組みを確定した（表 1）。

表 1. 退院サマリーの構造

1.	基本情報	必須
2.	退院時診断（主たる疾患および既存症）	必須
3.	アレルギー・不適応反応	必須
4.	デバイス情報（装着がなされている場合）	推奨
5.	主訴、または入院理由	必須
6.	入院までの経過（現病歴・既往歴・入院時現症、等）	必須
7.	入院経過	必須
8.	手術・処置情報（手術手技が行われた場合）	推奨
9.	退院時状況（身体状況、活動度、認知度、等）	必須
10.	退院時使用薬剤情報	必須
11.	退院時方針	必須

それぞれの枠組みの format は HL7 CDA (clinical document architecture) によって規定される。その詳細については HELICS 協議会に提出の規約書を参照されたい⁸⁾。コンピュータによる調査、研究等、二次自動処理には十分コード化された CDA レベル 3 での記載が望ましいが、当規格開発時点での本邦の医療情報システムの状況を考慮すると、structured contents を強制することは臨床現場に与える影響が大きいため、これを必須にはせず、CDA レベル 2 によることを原則としている。結果的には、上記の項目の大半がテキスト形式での登録を基本とせざるを得なかったが、しかし、その中でもサマリーの基軸である退院時診断の枠、およびアレルギー・不適応反応等については、これらが特に、医療安全および患者のための後利用、さらに個々の患者にとっての personal health record の構築の重要アイテムとなることを念頭において、踏み込んだ規定を設けた。

3.1 退院時診断名（列）

退院時診断名列はサマリー中のサマリーとでも言える、核であり、入院時においてまとめられた患者の既存症、および入院中の診断・医療介入によって加えられた現病が列記される部分である。

列記されるべき病態として、当該入院中に主として対処とした疾患のみではなく、現在も当該患者に影響を及ぼしている、ないし現在も加療中である、併存する健康問題（これを「既存症」と呼ぶ）も併せ登録することが重要である。

これら現病ならびに既存症は、原則として疾患名（病名）として表記され、その名辞には ICD code（現状では ICD-10 code）が付けられる。その構造は図 1 に示すごとく、番号（#）、病名（プロBLEM名）、ICD code、発生時期、登録日ならびにコメントからなる、spreadsheet 型の構造で提供されることを想定する。（free text での登録も例外的に許容するが、その場合には ICD code は null となる。）

これらの構成のうち、#、診断名（退院時診断）、ICD code、登録日、転帰は必須登録項目であるが、ICD code については必ずしも表示画面に頭前させなくてよい。（図 1、図 2 の例

#	退院時診断		ICD-10	発生時期	登録日	転帰	コメント
1		急性心筋梗塞(前壁中隔)	I21.0	2018/2/1	2018/2/1	軽快	LAD#6 にstent (Xience). Peak CK-MB250 退院時LVEF 55% (中隔～心尖部akineti)
1	b	非持続性心室頻拍	I47.2	2018/2/2	2018/2/2	軽快	発症期:6連発以上の繰返し→amiodarone錠投与
2		本態性高血圧症	I10	2007年頃	2018/2/1	不変	
3		脂質異常症	E78.5	2007年頃	2018/2/1	不変	

図 1 退院時診断名(列)

退院サマリー(消化器外科入院時)

#	退院時診断	ICD-10	発生時期	登録日	転帰	コメント	
1	右外ソ径ヘルニアの術後	K40.9 Z92.4	2016/1/21	2016/1/21	軽快	Herniorrhaphy 人工膜使用(UPPM) 日本ヘルニア分類 I-2	
2	穿孔性腹膜炎の術後	K65.0 Z92.4	2001/2月頃	2016/1/22	不変	虫垂炎穿孔による。虫垂切除,ドレナージ	
3	陳旧性心筋梗塞(前壁)	I21.0	2008/8/4	2010/11/15	不変	LAD#6閉塞→PCI(stent留置) max CK-MB 350 IU/L	
3	b	慢性心不全	I50.9	2009年頃	2011/4/8	不変	LVEF35% (2011/5月の心エコー) ARB, 利尿剤投与で外来コントロール
4	高血圧症	I10	1980年頃	2011/4/8	不変	1990年頃から降圧剤内服	
5	2型糖尿病	E11.8	2000年頃	2011/4/8		2001年から経口糖尿病薬内服	
6	脂質異常症	E78.5	2005年頃	2010/11/15	不変	2010年頃よりスタチン開始	

↓
発生時期で sort すると当該患者の主要既存症が時系列(下記例では reverse chronological order)で俯瞰できる。健康情報の、一つの核的簡潔情報の表示である。(personal health record (PHR)の主要な一核)

#	退院時診断		ICD-10	発生時期	登録日	転帰	コメント
1		右外ソ径ヘルニアの術後	K40.9 Z92.4	2016/1/21	2016/1/21	軽快	Herniorrhaphy 人工膜使用(UPPM) 日本ヘルニア分類 I-2
3	b	慢性心不全	I50.9	2009年頃	2011/4/8	不変	LVEF35% (2011/5月の心エコー) ARB, 利尿剤投与で外来コントロール
3		陳旧性心筋梗塞(前壁)	I21.0	2008/8/4	2010/11/15	不変	LAD#6閉塞→PCI(stent留置) max CK-MB 350 IU/l
6		脂質異常症	E78.5	2005年頃	2010/11/15	不変	2010年頃よりスタチン開始
2		穿孔性腹膜炎の術後	K65.0 Z92.4	2001/2月頃	2016/1/22	不変	虫垂炎穿孔による。虫垂切除, ドレナージ
5		2型糖尿病	E11.8	2000年頃	2011/4/8		2001年から経口糖尿病薬内服
4		高血圧症	I10	1980年頃	2011/4/8	不変	1990年頃から降圧剤内服

図 2 退院時診断名(列)の活用

では ICD code も表記されているが、一般表示モード(印刷モード)では表示されないことがむしろ普通と考えられる。)

(診断番号) (relation の観点や categorization の観点から、3 階層が用意される)は、当該入院中に主として対象とした疾病を先頭に、以下主治医の判断により順列をつけてゆくことが通常であるが、その順列に拘泥することは必要ない。のちの参照で、例えば外来管理においてこの診断名列を流用参照する場合など、その外来診療科にとっての重要性から # をつけ直すことも可能である。

転帰は必須登録であるが、現病ならびに既存症について、それぞれ軽快(治癒を含む)、不変、悪化、死亡の中から選択する形としている。

発生時期については、必須登録項目ではないが、これを記載することが強く推奨される。慢性疾患のために発生日が明確でないことがむしろ普通であるため、～頃という蓋然的発生時期の登録を可能とする。不詳な場合や未記載の場合は空白表記となるが、これは日時形式の登録としては 0000/00/00 (YYYY/MM/DD)となる。また 2008 年頃は 2008/00/00 の登録であり、2012 年 3 月頃は 2012/03/00 の登録となる。

この病名列に発生時期を可及的にきちんと登録し、さらにコメントを適切に記載することにより、図 2 のごとく、発生時期 sort (並べ替え)することで、当該患者の簡潔な short summary を得ることとなり、退院後の慢性期医療・ケアにおけるエッセンス情報取得源と出来る。さらには、当該患者の personal health record (PHR)の主要な一核となり得るのである⁹⁾。

3.2 アレルギー・不適応反応

医療安全の観点から、記載を必須とする。食品や薬剤、処置材料などに対してアレルギーや不適応反応 (adverse reaction)がない場合は、“なし”、不詳な場合は”不詳“を必ず記載する。記載にあたっては登録者と登録日を明かにし、さらに”あり“の場合は、発生時期、症状、および確認方法(本人ないし親族申告か、医師・看護師等医療従事者が確認した場合か)について記載する。アレルギー・不適応反応が複数ある場合はそれぞれについて、上記の記載を列記する(図 3, 図 4)。

この項目の記載にあたっては、電子カルテシステムの患者プロフィール情報 (PPI) テンプレート内に構造を作成し、この部分に項目を入力→その流し込みによって退院時要約内のアレルギー・不適応反応の情報が登録されることを前提とする。退院時要約のみに登録されると、電子カルテ閲覧の際、重要情報として検出されにくくなる懸念があるためである。

3.3 退院サマリーの実例

図 5 に退院サマリーの実例をしめた。

- ✓ 冒頭の基礎情報部分には氏名、カナ、ID、生年月日、年齢、性別、入退院日、連絡先、診療科、記載医、承認医、定例か予定外入院か、サマリーの版などが記載されるが、これらは電子カルテの当該基礎情報からの流し込みで登録されることとなる。
- ✓ 診断名についても、サマリー内で独自に記載するのではなく、電子カルテ内の病名表記列ないし、プロブレム表記列から自動流し込みできるようになされることを想



図3 アレルギー・不適応反応 の記載構造

実際の表示例 1

アレルギー・不適応反応		なし			
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
			2018/2/2		

実際の表示例 2

アレルギー・不適応反応		あり			
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
クラビット	発疹・嘔気	2012年頃	2018/2/2	☒ 本人・家族申告 ☐ 医療従事者確認	
アルコール綿	発赤	2018/2/1	2018/2/2	☒ 本人・家族申告 ☒ 医療従事者確認	
アレルギー・不適応反応		不詳			
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
			2018/2/2		ロキソニンにて浮腫発生との自己申告あり(2013年頃)。しかし内服にて浮腫発生なし(2018/2月)

実際の表示例 3

アレルギー・不適応反応		あり			
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
そば	発疹	不詳	2010/6/14	☒ 本人・家族申告 ☐ 医療従事者確認	入院中の食事に留意

図4 アレルギー・不適応反応 の表示例

定している。逆に言えば、そのような構造で、病名列記載ならびにプロブレム列記載が出来るように電子カルテ構造が構築されることが望まれる。

- 「入院までの経過」欄は、患者プロフィール、現病歴、既往歴(既存症は「最終診断名」列に記載されるのであり、ここでは、過去に罹患ないし経験されたが、現在の患者の健康状態に有意に影響を及ぼさない履歴が記載される)、家族歴、嗜好、常用薬、現症、入院時ないし直近の検査所見などが順を追って記載されるべき部分である。しかし、たとえば、「右白内障手術(2011/5月)既往あり、今回左加齢性白内障についての治療目的で入院」というような単純記載も許容される。同枠については、blank box (free text 形式)とし、通常は電子カルテ内の「入院時初診所見」等のテンプレートからの自動流し込みによって満たされることが想定される。
- 「入院経過欄」:入院中の経過をまとめた text 文書。複雑な経過や担当医の判断が詳細に記載されることもあるが、逆に、「2018年〇月〇日、予定通り、前立腺生検を実施した。合併症なく経過し、翌日退院。」といった簡略な記載も十分にあり得る。
- 「退院時投薬」:当該科で処方した退院処方のみではなく、他の複合疾患もふまえ、退院後早期に使用され

るすべての薬剤を列記すべきである。

- 「退院時の状態」:特に生活機能情報(ADL や立位や歩行可能か、など)が重要である。code 化された機能評価の標準化が待望されるが、現段階においてはblank box 内への text 記載にとどめている。
- 「退院時方針」:当該科の診療としての予定にとどまらず、患者の既存症全体を俯瞰し、どのような管理を今後受けてゆくことになるのかについての情報を登録する。
- この他、学会の要請や、当該科として特に登録しておきたい分類、stage などの記載を必要とする場合は、XML によって追加登録する自由度がある。規約書⁸⁾を参照されたい。

4. 考察

2015 年問題、と言われるように、超高齢社会となり、多くの受療者が複数の慢性疾患を抱えて生活している時代となった。急性期疾患を扱ってこれを治癒せしめればそれで解決、というような健康管理は例外となり、治るということではなくコントロールすべき複数病態をかかえて、生活機能にも一定の制限が出た人々の状況を的確に捉えて管理を行う事が必須となっているのである。患者の健康情報についても、この観点からの把握が得られるような情報として伝えられ、共有されることが求められる。

氏名	雛形 二郎	患者ID	76-54-32-1	生年月日	1955/12/9	退院時年齢	62歳	性別	男
かな	ひながた じろう	住所	〒×××-〇〇〇〇 東京都△△市●●町 ××			電話	****-****-****		
入院日	2018/7/3	退院日	2018/7/4	入院種別	定例	今回含め	3回目入院		
診療科	泌尿器科	担当医	田丸 康平／山崎 宗一郎			主治医	山崎 宗一郎		
version	2版（2018/7/15）	記載者	田丸 康平	承認	済	承認者	山崎 宗一郎		

アレルギー・不適応反応	あり								
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法			コメント		
ヨード造影剤	発疹・嘔気	2013/1/12	2013/1/12	☒ 本人・家族申告 ☒ 医療従事者確認					

デバイス情報		
デバイス	装着日	コメント
冠動脈ステント	2013/1/12	Endeavor [®] 3.0 × 18 to RCA#1

#	退院時診断	ICD-10	発生時期	登録日	転帰	コメント
1	前立腺肥大症	N40	2012年頃	2012/3/10	軽快	2018/7/3生検→glandular hyperplasia
2	労作性狭心症の術後	I20.9 Z95.5	2013/1/12	2012/1/12	不変	2012年から狭心症；2013/1/12 PCI（RCA#1）
3	高血圧症	I10	2010年頃	2012/10/3	不変	2013年PCI後より降圧剤開始
4	脂質異常症	E78.5	2003年頃	2012/10/3	不変	2013年PCI後よりスタチン開始

主訴または入院理由	検査入院（前立腺生検）
-----------	-------------

入院までの経過（現病歴・既往歴・入院時現症、等）	<profile> 家族構成：妻と独立した息子 キーパーソン：妻 ADL：全自立 ○○病院・産婦人科医（部長） <現病歴> 2012年より前立腺肥大症（BPH）の診断で当科外来にて内服治療。PSAは正常値であったが前立腺触診にて前立腺癌が疑われたため、生検を企画され、今回の入院となった。 <既往歴>主要既存症については上記診断名リスト参照 この他、既往歴として：2005年：痔核手術（当院消化器外科） <常用薬> ハルナール0.2mg/1回アサ プレミネットLD1錠/1回アサ アダラートL20mg/2回アサユウ リヒトール5mg/1回ユウ バイアスピリンmg/1回アサ バリエット10mg/1回アサ ラキソベロン液 適宜 レントルミン0.25mg/1回HS <嗜好> 喫煙：20本×15年（35歳より禁煙） 飲酒：機会飲酒 <家族歴> 父：高血圧、脳出血で他界 母：くも膜下出血で他界 <入院時現症> 身長：172cm 体重：75kg 体温：36.0度 有意症状なし 血圧：134/82mmHg 脈拍：76/min 整 呼吸数：14/min SpO2 98%（room air） 心雑音なし、呼吸音正常 <入院時検査所見> WBC 6300/μL Hb13.7g/dL Plt28万/μL TP7.1g/dL Alb4.9g/dL BUN14.3mg/dL Cr 0.69mg/dL T-Bil 1.05mg/dL AST21 IU/L ALT 20 IU/L Alp 235 IU/L LDH 155 IU/L Na 140mEq/L K 4.2 mEq/L CRP<0.04mg/dL PT-INR 1.1 APTT 25.2sec VDRL(-) TPHA(-) HBsAg(-) HCVAb(-) HIV(-) PSA 2.89 ng/mL <画像診断> Chest XP：心拡大無し 肺野に異常を認めず。心電図：SR HR80 p-QRS-T波形正常 腹部造影MRI 前立腺左後方の辺縁域に径16mmほどのT2WIでの低信号領域が認められる。 造影T1WIのダイナミックスタディーにて明らかな精嚢浸潤を示唆する造影増強なし。被膜外進展は明かではない
--------------------------	---

入院経過	循環器内科担当医へのコンサルテーションの上、バイアスピリンを入院前1週間から止薬、入院当日に下記手技（生検）を実施、発熱や出血の併発症を認めず、検査翌日の独歩退院となった。
------	--

手術・手技				
実施日時	内容	code	術者／助手	コメント
2018/7/3	経直腸的前立腺針生検	D413	田丸 康平／山崎 宗一郎	術中所見：左尖部辺縁域の一部でstony hardの結節あり、低エコー 病理： glandular hyperplasia

退院時状況	全身状態良好。出血の懸念なく、退院日よりバイアスピリン復活。入院中血圧変動や胸部症状の出現なし。
-------	--

退院時投薬	当科からの追加なし。常用薬の継続内服を指示。
-------	------------------------

退院時方針	2018/7/17 泌尿器科 山崎先生外来 2018/8/22 循環器内科 △△先生外来
-------	--

図 5 標準化退院サマリーの実例（泌尿器科）

ここから、退院サマリーの位置づけも、単純な入院中の治療要約では意味がないものとなっていること、退院時点での患者の包括的な健康状態（疾病状態）の要約のとりまとめであることを、記載者側（急性期病院の医師たち）が十分に認識し、サマリー記載を担当する研修医に指導し、複数の多職種多専門に渡る次の健康管理の担い手にわかりやすく、かつ簡潔に、しかも迅速に伝えるツールとして完成させることをしないと、3節で詳述した構造をいかに作り上げようが、その内容が乏しいものとなることは自明である。

臨床実践における教育には診断能力や技術の取得ももちろん重要であるが、情報伝達におけるこの深い理解とノウハウの獲得も同じほど大切であり、求められている事を、重ねて強調しておきたい。病院のもつ機能として、その質の高さを示す重要な指標の一つが、退院サマリーの内容の質で測られる、といっても決して過言ではない。

一方で、平均在院日数が14日を下回る情勢となり、急性期病院では、ますます多くの患者をめまぐるしく入退院させつつ、診療・手技的介入・記録作成を行うことを強いられてきているのも事実である。サマリーを記載登録することに *de novo* に精力を割くことをできる限り減じて、電子カルテの患者基礎情報や *PPI*（患者プロフィール情報）、入院時初診記録や手技情報、処方情報などの構造から自動的に流し込みが出来る構築を進め、それにより日常的な経過記録入力が確実になされることで、7～8割以上のサマリー内容が自動的に形成されるようにしなければならない。このためにも、このたび標準化がなったサマリー構造を、電子カルテ作成者（電子カルテベンダー）が十分に理解し、サマリーにつながる有機的な電子カルテのテンプレート構造を構築することが強く期待されるのである。

後利用として、退院サマリー内の退院時診断名列は、発生日ないしコメントがきちんと登録されていれば、貴重な患者の疾病履歴の簡便閲覧ツールとなることは3節にて説明した。この他、アレルギー・不適応反応の情報や、装着挿入がなされている場合のデバイス情報、投薬情報なども患者の慢性期健康管理の基本情報の核としてきわめて重宝となるであろう。この観点からは、これらの退院サマリー内項目が、そのまま各患者の *personal health record*（PHR）の主要アイテムとなり得ることも押さえておきたい。

2019年6月に *HELICS* 協議会にて承認された標準化退院サマリー規約⁹⁾においては、患者情報の核は、あくまでも当該患者の有する既存症ならびに主要疾患の名辞（退院時診断名列）である。この部分については各プロブレムに関して *ICD-10* による *coding* がなされおり、施設内での疾病把握や施設間、ひいては国内的国際的な疾病検討、疫学検討の元として出来る利点を要する。しかし、この病名列のみを持って各人の健康管理、診療ないしケアを行う必要十分なアイテムとは言えないことが明白となっている。すなわち、これら複合的な既存症の存在を前提に帰結している各人の生活機能のレベルがどうであるのかを、標準的な項目として措置し、それを標準的な方法で評価しつつ表示、伝達する手立てがないと、ヘルスケアが出来ない時代なのである。このための生活機能評価の標準化が、次の、しかし喫緊の課題として、目の前に横たわっている。

2022年頃からの本格的実用が目途されている *ICD-11* には *V* 章が追加され、この中では患者の生活機能が *ICF* に準拠した形で *code* 提供されている¹⁰⁾。その評価法（0～4の5段階評価）についても *ICF* の方法を採用している。このタイミン

グを踏まえて、合同委員会では、*next step* として、この「生活機能の標準的評価法」について検討を進めてゆこうとしている。ひとつの雛形（*ICF* 準拠）の例を図6に示した。

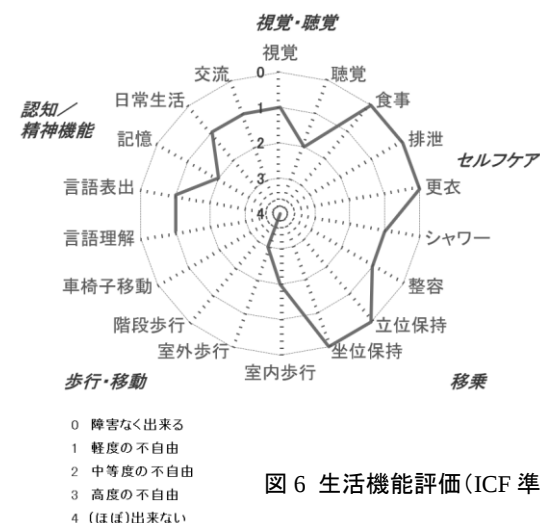


図6 生活機能評価（*ICF* 準拠）の一例

※ 利益相反（COI）

Authors declare no conflicts of interests.

参考文献

- 1) JHIS: オーダリング・電子カルテシステム 病院導入状況調査報告書 [2017年(H29年)調査版].
- 2) *HELICS* 協議会: 「医療情報標準化指針」一覧. [http://helics.umin.ac.jp/helicsStdList.html (cited 2019-Aug-5)].
- 3) ASTM: E2369-12, 2012 Standard Specification for Continuity of Care Record (C2), p1.
- 4) IHE: Medical Summaries Profile. The Cross-Enterprise Sharing of Medical Summaries (XDS-MS), 2008. [http://wiki.ihe.net/index.php?title=Medical_Summaries_Profile (cited 2019-Aug-5)].
- 5) ISO/TC215 subcommittee report: (WG8 N606) Business requirements for health summary records. Part1. Requirements and Part2. Environmental scan, 2008; p18-21
- 6) Joint Commission International: Accreditation Standards for Hospitals. 5th Edition. 2013; Standard ACC.3.2 (p38-39).
- 7) Mostashari F: Meaningful Use Stage 2: A Giant Leap in Data Exchange. [https://www.healthit.gov/buzz-blog/meaningful-use/meaningful-use-stage-2 (cited 2019-Aug-5)].
- 8) 日本 HL7 協会: HL7 CDA に基づく退院時サマリー規約. 2019; [http://www.hl7.jp/library/item/HL7J-CDA-007.pdf (cited 2019-Aug-5)].
- 9) 渡邊 直, 日野原重明: 電子カルテ時代の POS. 医学書院, 2012; p109-133.
- 10) WHO: ICD-11 for mortality and morbidity statistics. (version 04/2019). [https://icd.who.int/browse11/l-m/en (cited 2019-Aug-5)].