

退院時サマリー

医学診療における退院時サマリーというものが備えるべき意義と形式を理解しておきたい。

① サマリーというもの

- 日々の診療カルテは実験記録にあたり、サマリーは論文の abstract に相当する。
- 肝腎事であるが、サマリーは日常患者診療の要約であるという当たり前の意識が欠けているのを見かける。退院時サマリーは日常内容と別の特殊事ではない。日常の診療の要約である。医師は、この患者に対する自らの日常診療の認識・行為内容をそのまま要約してサマリーとするに過ぎない。なんら身構えることもない普通の記述である。
- 診療は入院前・入院・入院後と継続しなければならない。退院時サマリーは継続診療の一部である入院診療の要約である。したがって入院前後に整合連続する記述でなければならない。日本は皆保険制度のゆえか継続診療が自然である。その保険制度がない諸国では入院診療はその場の診療で終わりがちになるためか、継続診療の概念が希薄にみえる。Weed System の POMR でも Problem List はその場の診療メモ同然で、1 回ごとの使い捨てであった（以前の聞き取り）。サマリー形式は診療様態に基づいているから、諸国を模倣して（たとえば ISO だからと言って）日本のすぐれた継続診療の意識を捨てかねない企ては避けるべきである。むしろ率先して世界に本義を示したい。
- 診療のサマリーであるから、当然なこと単なる行政上の事務書式ではない。医学記録と言っても画像や検査などの部分の単なる寄せ集めではなく、患者の総体に責任を負った医師の手になる記録である。サマリー形式は、それを満たすべき記述を要請することになるのだから、診療の質をも規定することを弁えていなければならない。US や画像の所見記録や内視鏡記録が観察すべき所見を記録するようにつくられていることと同様である。単なる便宜手段ではなく、それほど意義が大きい。

② サマリーの形式

- サマリーに記録として相応しい一定の形式を定めることができる。その形式は質を証しする。日常の診療様態に基づくから、上質な診療を記述するには上質なサマリー形式が必要となる。いっぽう杜撰な診療であればサマリー形式も杜撰で間に合う。形式を診療の向上の手立てとして定めるならば、上質の診療をわざわざ杜撰な形式として記述することは許されない。
- 上質な形式にあっては、用語・概念は明晰に定義されて曖昧・多義的にはならない。異なる内容・異なる範疇は当然ながら異なる用語で示される。これは科学一般の要請であって、さもなければ科学にならない。上質な診療ではそういった混乱は許されない。異なる範疇が同じ用語であっては、もともと杜撰な診療であったというほかはない。それを許すような形式は診療の向上を目指す意図と乖離している。

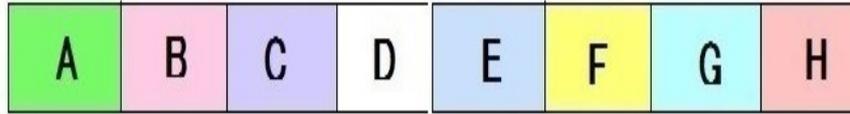
- 形式には記述の仕方に有意有効である明確な規則がなければならない。規則がなければ形式とはいえないが、乱暴な規則なら無いほうがよいに相違ない。

③サマリーの記述

- サマリーはプロブレムリストとプロブレムの記述で構成される。
- 患者の病気の一覧表であるプロブレムリストは、プロブレムは発生の時系列で番号登録される。如何なる病気が如何ように起こって、現在如何ようにあるかという、患者の病気の全体像は時系列リストを一瞥して知ることが出来る。患者全体を歴史的に俯瞰し理解する上質な診療であれば、プロブレムリストは時系列で番号登録されている。冒頭に指摘したごとく、日常診療そのままの要約であるサマリーのプロブレムリストも必然的に時系列リストである。入院前後・施設引継ぎの継続診療にそのまま利用される。
- 時系列以外のプロブレムリストでは、その場だけのメモ様リスト、医師が関った個別の疾患リスト、医師の関心優先順リストであったりして、本来の患者の病気リストにはなり得ない。特に重要優先順リストでは、時々で重要病気は異なるので（入院当初と退院時とでも異なり得る）、番号は次々変わって患者の病気像を正しく理解するうえに著しい妨げとなる。このことは患者の全体診療を継続して実践していれば自明である。重要疾患の認知さえ医師によって異って患者の病気リストとして共用しがたい。
- プロブレムリストは当然医師が作成するものであるが、万一にもその医師が、患者総体ではなく自分が関る病気の他には関心なく他疾患の理解に困難を感じるなら、他医の資料の、番号付け秩序がないコピーが、退院時サマリーのプロブレムリストになってしまうだろう。日常診療のプロブレムリストにそもそも全体の病気が登録されていなければ、退院時サマリーのプロブレムリストは日常と別物になる。そうとなれば患者の全体的診療の埒外となって、診療の向上とは一線を画することになる。ましてや、医療情報士が諸科によるバラバラなプロブレムをコピーして退院時サマリープロブレムリストを作成する、ための便宜形式ともなれば論外である。
- プロブレムリストには登録日が記入される。病気の発生日ではない。登録日の記入によって番号はゆるがない。今夜昏睡脳症や心筋梗塞が発症しても、昨日までの番号を突然破棄して番号付けするような重大混乱は起こり得ない。あたらしい発生事件は最後の番号でリストに登録される。こうしてプロブレムリストはこの日をもってした、これらの病気がこのように起こり、このようにある、という医師の認知宣言にほかならない。こうしてプロブレムリストは処と時間を違えても永続して使われる。
- 各プロブレム（病気）は、プロブレム毎（病気毎）に入院前・入院時点・入院中の診断治療と退院時の状態で記述される。日常診療において異なる病気をそれぞれに認識できていれば、日常を要約したサマリーでも病気それぞれを別個に記述することになる。異なる病気を病気ごとに正しく認識していなければ、なにもかもを区別せずに記述するほかはない。優秀な論文形式は、即ち優秀な診療であるプロブレム毎の記述を要件とする。

図 プロブレムリストの形式規則の比較

患者の全ての病気 (歴史は時系列)



● 医師日常
全体診療リスト

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
A	B	C	D	E	F	G	H

サマリー
時系列リスト

A	B	C	D	E	F	G	H
---	---	---	---	---	---	---	---

全体診療では日常リストは時系列番号 そのままサマリーリストになる 全体像が明示される

● 優先順
サマリーリスト



悪性リンパ腫でも腎不全でもなく鼠径ヘルニア等が優先1番になり得ては次の時点で1番は変わる 全体像は明示されない その場のメモでは永続使用できない

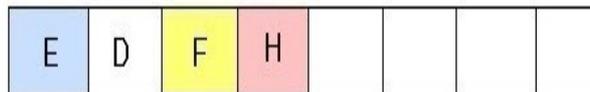
● 医師日常リストX科



Y科



事務作成
サマリーリスト



元が患者の全体像でなくて診療科・医師別リストだからサマリーはそこからの落としこみコピペになる 全体像は明示されない

下に示す退院時サマリーは過去40年間実用されてきた（一部は今様に変更）、現実診療のフィードバックを受けてない未使用の試案ではなく、医師と診療の質向上・継続診療の実用に耐えてきたことを強調しておこう。

退院時サマリー（サンプル）

●●●科 主治医●●●●

入院日；X+1/1/24 退院日；X+1/5/16 在院日数；113日

DPC記号 ◎主要な傷病名 ○入院時併存傷病名 ☆入院の契機となった傷病名

△入院後発症傷病名 ¥医療資源を最も投入した傷病名

プロブレムリスト

DPC	#	傷病名	プロブレム	登録年月日	コメント
	○ # 1	高血圧症		X-1/08/02	β-blocker 良好血圧
	○ # 2	変形性頸椎症		X-1/08/02	慢性肩こり
	○ # 3	大腸がん		X-1/08/02	S結腸がんポリープ 切除後再発なし 定期CF観察
	○ # 4	前立腺肥大症		X-1/11/01	残尿なし PSA<4 α-ブロッカー
	○ # 5	睡眠時無呼吸症候群		X-1/11/01	CPAP AHI 61.3
¥ ☆ ◎	# 6	特発性肺胞毛細管炎 (Isolated Pauci-Immune Pulmonary Capillaritis)		X/10/12	M-PSL 大量療法で寛解 PSL+AZA で維持
	△ # 7	気胸		X+1/02/06	治癒 X+1/02/15
	△ # 8	グラム陰性桿菌菌血症		X+1/02/27	治癒 X+1/03/09
	△ # 9	カニュレ外傷性縦隔気腫		X+1/03/06	治癒 X+1/03/16
	△ # 10	胆石症		X+1/03/17	砂泥状 無症状
	△ # 11	ESBL産生大腸菌 慢性前立腺炎		X+1/04/01	ESBL大腸菌保菌

番号と登録日を一瞥して医師ならば全体像は容易にわかる。他施設への報告紹介でも瞬時に了解される。近年のDPC表記は医療情報事務処理の便宜である。

〔#1#2の既存のところへ#3が発見されて手術処置に成功した。その折に#4#5が気づかれて管理中である。そして既存疾患とは別件の重篤な#6が急性発症したが無事に寛解して維持治療に移行した。#7#8#9の急性合併症は入院中に治癒した。そして現在、#6の重大疾患に加えて、#1#2#3#4#5とともに、さらに#10#11の憂慮される疾患が併存している。〕

プロブレムの記述

(平易なプロブレム患者ではサマリー記述は原則 A4 一枚とするが、この例のような複雑患者では複数枚記述もやむをえない。他施設・他医への転医紹介でなければ、【入院まで】の記述を前回入院サマリー参照として省略し得る)

1 高血圧症

【入院まで】近医で降圧薬内服中(アムロジウム+メイト).

【入院】#6で内服中止. 血圧 110-135/70-95 と安定. 退院後はメイト 1T/日再開.

2 変形性頸椎症

【入院まで】機会ある毎に頸椎牽引. 近医 X-2/10 脊椎 MRI: 頸椎全体に椎体椎間板変性・脊柱管狭窄.

3 大腸がん

【入院まで】兄妹に肺がん・大腸がん. X-1/6CF 肺がん; Rs18mm(tubular adenoca. Margin +). X-1/8/24 腹腔鏡下高位前方切除術・残存腫瘍(-). 術直後縫合不全で局所腹膜炎. 保存的抗生剤治療で治癒. 以後年 1 回再発肺がんの肺がん. CEA 1.7ng/ml. 便秘薬適宜使用.

4 前立腺肥大症

【入院まで】X-1/3 腹部 CT: 前立腺 33.6*37.4*34.1 mm. 以後ほぼ横ばい. 高感度 PSA 2~4.

【入院】排尿時きれ悪い. 白血球・細菌尿. X+1/2/24 より αブロッカー内服. 残尿なし. #8 で PSA 5~6, その後は PSA 2~3. 1/7(4)2T 内服.

5 睡眠時無呼吸症候群

【入院まで】以前 CPAP 使用.

【入院】夜間無呼吸・低酸素(SpO2 80%台). X+1/4/3 呼吸モニター; AHI 61.3(Apnea/Hypo45.7/15.6)・平均/最小 SpO2 92.5/72.0%. CPAP 導入. 5/7CPAP 装着下呼吸モニター:AHI21.3(Apnea/Hypo5.4/15.9)・平均/最小 SpO2 96.1/83.0%.

6 特発性肺胞毛細管炎 Isolated Pauci-Immune Pulmonary Capillaritis

【入院まで】外科の#3ルーチン胸部 CT(X/3): 両側下葉に数 mm 結節 3 個. X/10: 左下葉 5-16mm 結節多発. 当科転科. βD グルガン <=5.0・T-SPOT(-). 新鮮血痰咯血出現. 11/30 入院. 結節~スリガ影が当初左葉,じきに両葉に広範に出現. BF: 気管・気管支粘膜異常なし. 細胞診: 扁平上皮・円柱状上皮・組織球・好中球・リンパ球少数. 造影 3DCT: 異常血管なし. 酸素と安静・CTR 点滴. いったん血痰消失. スリガ影吸収不良で器質化線維化傾向. 12/21 より PSL30mg/日内服. 陰影改善. PSL 漸減. X+1/1/8 退院. PSL10mg/日・テドール 400mg/日・リン酸ゲイ 20mg/回頓用. 1/11PSL 終了. 1/13 より血痰. 右肺粒状影・右下肺全体スリガ影. 1/20 より新鮮血痰頻回. 1-2 歩で頻呼吸. 1/24 救急車で来院.

		前回入院		PSL 開始前日		
	X/11/10	11/30	12/14	12/20	12/25	X+1/1/4
WBC	6.7	8	7.2	6.4	9	10
Neu	61.4	72.3	74.3	67	81.3	80.8
Eo	1.2	0.6	3.2	4.1	0.1	0.5

Ly	29.8	16.3	14.3	21.3	12.3	10.8
Hb	14.1	11.8	11.9	11.4	11.4	13.1
MCV	98.8	96.4	96.4	95.7	93.8	94.1
Plt	18	22.9	35.2	28.7	23.6	22.4
TP	6.9	6.5	6.3	6	6.3	6.3
Alb	4.2	3.2	2.9	2.8	3.1	3.4
Cr	0.81	0.78	0.68	0.82	0.67	0.66
CRP	0.16	9.11	7.82	1.42	0.55	0.19
FIB		533	601		312	251
D-dimer		2	1.6		1.1	

【入院時(救急来院時)】 X+1/1/24

BT36.8, BP115/73, HR106・整, RR28, SpO2 95%(O2リザーバ-10L).

呼吸音(前胸部のみ):coarse crackle, 心音:正.

胸部CT: 左 15mm程度胸水, 左上・舌区斑状すりガラス影が散在, 右上葉内側・中下葉びまん性にすりガラス影,一部結節状, 縦隔に小LN 散在.

(X+1/1/24)

血液ガス(O2リザーバ-10L): pH7.452 pCO2 32.2 pO2 79.4 HCO3- 22.2.

WBC 8400(N 83.9 Eo 0.2 Ba0.2 Mo 8.0 Ly7.7) Hb 11.7 MCV 94.2 Plt26.6

TP 5.9 Alb 2.8 ALT 48 ALP 256 LDH 302 CK 148 Cr 0.68 Na 136 K 3.7 CL 103

CRP 17.87 Glu 136 HbA1c 6.1 PTINR 1.21 APTT(秒) 35.5 FIB 667 D-ダイマー 1.3

検尿(カテーテル尿):1.021 pH6.0 P1+ G- OB- Ur2+ Ket2+ WBC10-19 RBC<1

(X+1/1/25) IgG 637 IgA 240 IgM 29 PR3-ANCA<1.0 MPO-ANCA<1.0 RF 4 ANA<5.0 抗GBM抗体<2.0 CH50>60.0 C3 131 C4 40 抗カサリチンβ2GP1抗体<1.2 抗カサリチン抗体IgG<8

【入院】挿管人工呼吸管理. 尿カテーテル留置. 1/24BF:気管・気管支粘膜異常なし・中葉から間欠的に新鮮血・右B3bよりBAL(43/150ml 淡々血性). BAL液:Alb 12.4 mg/dl 細胞数29000/ml(Nt83 組織球3 Ly4 Eo0). 同日夕 38.6度. CTRX2g/日開始(1/29終了). 1/25-26 mPSL40mg/日点滴. 1/27-29 mPSL500mg/日点滴. 1/30よりPSL30mg/日内服. 1/26よりリソリファール(15)1T/日内服以後継続. 経鼻経管栄養開始継続(2000kcal/日へ漸増). 血痰は1/26激減, 2/2以降なし.1/27胸部Xp:肺野改善. 1/28より白色痰. 2/1胸部Xp:肺門から右中下末梢へ索状~板状影出現. 胸部CT:上葉はすりガラス影各処に散在するも全体に改善・中葉やや改善・下葉肺底部除き斑状影. 痰細胞診:リンパ球多数・好中球少数・組織球・扁平上皮. 同日よりPSL60mg/日へ増量. 以後2週間毎に漸減.

急性発症増悪・高齢・(ステロイド著効)より特発性肺アヘジテローシスを否定. 特発性肺胞毛細管炎 Isolated Pauci-Immune Pulmonary Capillaritis と診断. 多血管炎なし. 経過中認めた側方複視は老齢外眼筋不全, 腓骨神経麻痺は圧迫性麻痺で, 血管炎の単神経傷害ではないと判断.

FiO2 60%~50%・SpO2 92-97%で推移. 2/3 気切. 2/6よりST合剤1T/日内服以後継続. SpO2

安定徐々にFiO2減量。咳・喘鳴頻回に強度(#7)。2/27呼吸器離脱しSpO2 97-100%(酸素3L)。
2/27痰培:S.maltophilia・H.influenza・S.aureus・E.cloacae。胸部Xp:右上・下肺野淡く透過性低下。胸部CT:前回胸部CT(2/1)で斑状影の部位に一致してリガマ影・左右上肺野に最大40mmのプラーク。同日BF:気管・気管支粘膜萎縮・右S3よりBAL(45/150ml透明~白濁)。BAL液:Alb 1.1 mg/dl・細胞数569000/ml(組織球98% N2%)・鉄染色でヘビデリ貪食組織球70%。TTA培養:a溶連菌。#8発症したが治癒。#9発症したが処置で治癒。経鼻カテーテル抜去し経口摂取。3/18体重58.5kg(入院時より約15kg減)。この頃以後労作時SpO2低下あるも安静時SpO2 95-97%(RA)。
3/20ムン50mg開始。3/23胸部Xp:わずかな線状影。診察上呼吸音清。肺肝境界5肋間,呼吸変動なし。#10に手術要する可能性考慮。3/27PSL30mgへ漸減。4/7ムン100mgへ増量。採血上汎血球減少(macrocyclic dyserythropoiesis・N最低1400/μl)。4/27ムン一旦中止。血球増加傾向を確認して5/9よりムン50mg再開。同日よりPSL15mg継続中。

#7 気胸(治癒)

【入院】X+1/2/6胸部Xp:右気胸・8Frドレーンカテーテル挿入(2/15抜去)。咳・喘鳴の気圧外傷気胸。

#8 グラム陰性桿菌菌血症(治癒)

【入院】尿混濁。X+1/2/27悪寒戦慄。BT39.1。検尿:P2+ G- OB3+ RBC>100 WBC>100 桿菌+++。血液・尿・喀痰培養採取後MEPM3g/日開始。翌日には解熱。尿カテーテル抜去し自排尿。排尿時痛・残尿感なし。血液培養2セット4本よりGNR(ESBL産生E.coli)。尿培:ESBL産生E.coli。抗生剤は3/9終了。同日検尿:RBC- WBC<1 桿菌-。

#9 カニューレ外傷性縦隔気腫(治癒)

【入院】常時咳・白色痰多く日中夜間問わず吸痰頻回。気切挿管の刺激によると考え、3/3気管カニューレ(トキカ)抜去し気管孔保持用カニューレ(レイト)へ変更。咳・痰激減。3/5胸部CT:多発プラーク・気切部瘻孔壁にカニューレ鏝部が引っかかり、同部位より縦隔気腫(心臓直上まで)皮下気腫(鎖骨上)。カニューレ抜去。瘻孔を連日消毒・ポロキサゲイン軟膏塗布。瘻孔縦隔感染なく縦隔皮下気腫消失、瘻孔閉鎖した。

#10 胆石症

【入院まで】X/12/1腹部US:胆嚢胆管異常なし。

【入院】X+1/3/17腹部US:胆嚢debris・胆嚢体部壁不整肥厚(広基性結節?)可動性なし。造影CT:胆嚢debris・胆嚢壁一部軽度肥厚で結節不明。MRCP:胆嚢内debris・ホリブ状の小結節多発。無症状。砂泥状結石と判断。発症にPSL・高カリ食との関連を疑うがメカニズムは判らない。今後も定期フォロー。

#11 ESBL産生大腸菌慢性前立腺炎

【入院】#8後の3/28尿:RBC1-4 WBC50-99 桿菌++。4/1早朝悪寒戦慄。BT38.1。前立腺触診後20分以内に再度悪寒戦慄。BT39.2,尿:RBC5-9 WBC>100 桿菌+++。血液・尿培養採取後MEPM 3g/日開始。翌日解熱。血液・尿培養:ESBL産生E.coli。MEPM計13日使用後4/14よりFOM3g/日内服継続。尿WBC<1-4。4/30前立腺マッサージ直後尿:RBC- WBC>100 性腺分泌物+。以後ほぼ連日前立腺マッサージ施行(マッサージ後尿培養:ESBL産生E.coli $10^3 \sim 10^4$)。菌血症は制圧したが前立腺炎として慢性化。前立腺慢性炎症の機序詳細は知られていず、易感染状態下の多剤耐性菌保菌状態を憂慮する。

【退院】 X+1/5/16 食思良好. 便秘薬適宜. 独歩退院. 当科（主治医）通院.

Tx: プレートリン15mg（朝10 昼5）/日・仏シ 50mg/日・リ-フ(4)2T/日・メソト 1T/日・
テソアソール(15)1T/日. プルシド適宜頓用. CPAP 使用.

	PSL60mg	AZA50mg 前日	AZA100 mg	PSL25 mg	AZA 中止 5日後	AZA 再開前日	AZA50mg
	X+1/2/1	3/19	4/7	4/16	5/2	5/8	5/13
WBC	10.7	9.2	11.0	7.6	2.7	6.5	7.1
Hb	12.0	11.2	13.3	11.0	9.9	10.5	10.3
MCV	93.4	97.4	100.0	100.6	106.3	108.3	109.3
Plt	18.0	14.1	19.6	15.2	17.8	28.2	23.7
Band	1.0		2.0	1.0	2.0	2.0	0.0
Seg	80.0		78.0	80.0	49.0	53.0	61.0
Eo	3.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ly	8.0		13.0	11.0	37.0	21.0	25.0
My	2.0		1.0	1.0	1.0	0.0	1.0
MMy	1.0		0.0	0.0	0.0	1.0	1.0
ALT	73	39	57	53	21		26
ALP	379	155	278	209	176		166
LD	259	289	369	464	314		310
TP	5.2	5.0	6.1	5.2	5.5		5.8
Alb	2.2	2.9	3.7	3.0	3.5		3.4
Cr	0.49	0.52	0.52	0.43	0.54		0.55
Na	138	142	144	142	146		143.
K	4.7	4.9	4.4	4.0	4.3		4.2
Cl	101	106	105	105	108		107
LDL				139			158
CRP	4.21	0.12	0.08	0.37	0.08		0.02
FIB	154						
IgG							490
IgA							161
IgM							15