退院サマリー(退院時要約)の書き方のポイント

記載項目の一覧・書き方の要点・書き上げた後の確認・14日以内の提出期限を、記事「退院サマリー(退院時要約)の書き方｜記載項目と14日以内の期限」からまとめました。最後のページは記入用の枠です。

退院サマリーには何を書く？記載項目の一覧

退院サマリーの様式は、厚生労働省の施設基準の通知と留意事項の通知には示されていません(調査基準日の時点)。項目の目安になるのが、合同委員会の「退院サマリー作成に関するガイダンス」(2019年9月)です。ガイダンスは11の項目を挙げ、9つを必須、2つを推奨としています。

項目	ガイダンスの区分と主な内容	電子カルテ情報共有サービスの主な項目	もとになる記録の例
1 基本情報	必須。患者氏名、性別、生年月日、入院日時と退院日時、予定入院か予定外入院か、記載者(記載医・担当医・主治医)、承認サマリーか否かなど	—	電子カルテの患者プロファイル情報
2 退院時診断	必須。病名(ICDコード)、登録日、転帰。発生時期とコメントは推奨	入院時診断、退院時診断	病名・プロブレムの欄
3 アレルギー・不適応反応	必須。ない場合は「なし」、不詳の場合は「不詳」と書く	アレルギー・不耐性反応	患者プロファイル情報
4 デバイス情報	推奨。体内にデバイスがある場合。ステント、ペースメーカ、人工関節など	患者が使用、装着、離脱した医療機器	患者プロファイル情報
5 主訴、または入院理由	必須。症状がない予定入院では「検査入院」などの入院理由を書く	主訴、入院理由	入院時の初期記録
6 入院までの経過	必須。患者プロフィール、現病歴、既往歴、家族歴、嗜好、常用薬、入院時身体所見、入院時検査所見など	現病歴、既往歴、家族歴、社会歴・生活習慣、入院時服薬、入院時身体所見	入院時の初期記録のテンプレート
7 入院経過	必須。入院中の経過を簡潔にまとめる	入院中経過、入院中検査結果	経過記録、検査結果
8 手術・処置情報	推奨。記載すべき手術・処置がある場合	入院中治療(手術・処置等)	手技・手術の記録
9 退院時状況	必須。身体状況、活動度、認知度など	退院時身体所見、退院時詳細(退院時転帰、退院先等)	退院前の診察・看護の記録
10 退院時使用薬剤情報	必須。退院時と退院後当面に使うすべての薬剤	退院時投薬指示	退院時処方
11 退院時方針	必須。既存症の全体を見渡した、退院後の管理の方針	退院時方針指示	医師の記載、退院支援の記録

※「ガイダンスの区分と主な内容」は、退院サマリー作成に関するガイダンス(3〜10ページ)を要約しています。「電子カルテ情報共有サービスの主な項目」は、厚生労働省の概要案内(2.1.0版、PDF 8ページ)の「退院時サマリーの主な項目」によります。対応する項目は、MedSyncが並べました。概要案内には、このほかに予防接種、患者や家族の治療意思と治療方針への同意、臨床研究参加、添付情報などの項目もあります。「もとになる記録の例」は、ガイダンスが流し込みのもとに挙げる記録を中心に整理した一般的な例で、記録の名前や置き場所は施設によって異なります。

ガイダンスは、基本情報やアレルギー、退院時処方などを電子カルテのテンプレートから流し込み、必要な加筆・修正を加える方式を勧めています。これによって、サマリーの7割以上の部分が退院時にすでにできあがる、としています。院内のテンプレートを見直すときは、この11項目と照らし合わせると、記載の漏れを防げます。

読みやすい退院サマリーの書き方は？

ガイダンスの「退院サマリー記載心得」は、書き方の要点を10項目にまとめています。主なものは次のとおりです。

1. 退院後すみやかに作成し、承認医の査読を経て、承認サマリーとして登録する。
2. 退院時診断名のリストを核にする。入院の対象となった病気だけでなく、いまの健康状態に影響している既存症も並べ、それぞれに転帰を書く。病名ごとのコメントは、全角100字程度までにとどめる。
3. アレルギー・不適応反応は必ず書き、注意を引くよう文書の上のほうに置く。
4. 退院時の投薬は、自科の退院時処方だけでなく、退院時と退院後当面に使うすべての薬剤を書く。
5. 退院時方針は、自科の外来の予定だけでなく、既存症の全体を見渡した、今後の管理の方針を書く。
6. 略語はできるだけ使わない。使うときは、初出で正式な名称を添える。
7. 10ポイント程度の文字で、A4判1枚に収めることを原則にする。

※退院サマリー作成に関するガイダンス（13〜14ページ）の記載心得から、主なものを記事の言葉でまとめています。

書き上げた後に確かめる項目

ガイダンスは、退院サマリーの内容を確かめる「質の監査」の例として、20の評価項目を示しています。そこから、書き上げた後に確かめたい項目を抜き出しました。

- ☐ 退院時診断名に、主な対象の病気だけでなく、主要な既存症が挙げられている。
- ☐ 主訴、または入院理由が書かれている。
- ☐ アレルギー・不適応反応の情報が登録されている（ない場合は「なし」）。
- ☐ 現病歴に、入院に至る判断が書かれている。
- ☐ 常用薬と嗜好（特に喫煙歴）の情報がある。
- ☐ 入院経過が、事実の列挙だけでなく、判断を含めて書かれている。
- ☐ 退院時処方から、常用薬を含めた当面の処方の全体がわかる。
- ☐ 退院時方針が、患者さんの全体を見渡して書かれている。
- ☐ 不適切な略語、誤字・誤変換がない。
- ☐ 読む人の立場から見て、簡潔で読みやすく、正確である。

※ガイダンス（14ページ）の「退院サマリーの定量的評価の実例」から抜き出し、言葉を整えたものです。

記載項目の確認（11項目）

確認	項目	区分	確認	項目	区分
☐	1 基本情報	必須	☐	7 入院経過	必須
☐	2 退院時診断	必須	☐	8 手術・処置情報	推奨
☐	3 アレルギー・不適応反応	必須	☐	9 退院時状況	必須
☐	4 デバイス情報	推奨	☐	10 退院時使用薬剤情報	必須
☐	5 主訴、または入院理由	必須	☐	11 退院時方針	必須
☐	6 入院までの経過	必須			

※推奨の2項目（デバイス情報、手術・処置情報）は、体内にデバイスがある場合と、記載すべき手術・処置がある場合に書きます。

退院サマリーはいつまでに書く？14日以内の決まり

期限の決まりがあるのは、診療録管理体制加算1の施設基準です。原文は次のとおりです。

> 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。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
> 施設基準の通知(保医発0305第7号)別添3 第4 1(8)

「14日以内」は、退院日の翌日を1日目として数えます。たとえば11月1日に退院した患者さんなら、11月15日までに作成し、中央病歴管理室に提出します。割合は前月の退院患者ごとに毎月数え、9割以上が求められます。前月の退院患者が200人なら、180人以上が14日以内に提出されている必要があります(計算の例です)。

退院から、退院サマリーの提出まで

工程	すること
1 記録を集約する	基本情報、病名、アレルギー、退院時処方などを、電子カルテのテンプレートや処方の記録から集めます。
2 下書きをつくる	11の項目に沿って、入院経過や退院時方針を書き加えます。
3 承認する	承認医の査読を経て、承認サマリーとして登録します。
4 提出する	退院日の翌日から起算して14日以内に、中央病歴管理室に提出します。前月の退院患者のうち、9割以上が求められます(加算1)。

※1〜3は退院サマリー作成に関するガイダンス(9ページ・13ページ)、4は施設基準の通知 別添3 第4 1(8)によります。だれがどの工程を受け持つかは、施設によって異なります。

加算1と加算2の違い

項目	診療録管理体制加算1	診療録管理体制加算2
退院時要約の作成	全診療科で全患者について作成	全診療科で全患者について作成
期限	退院日の翌日から起算して14日以内に作成・提出された割合が、毎月9割以上。全患者について退院後30日以内の作成が望ましい	基準に期限の定めはない
診療記録管理者	年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤者。うち1名以上は専従	1名以上の専任者
疾病統計	ICDの4桁または5桁の細分類項目に沿って分類	ICDの大分類程度以上で分類
検索・抽出	決められた項目を含む電子的な一覧表で、任意の条件とコードにより速やかに検索・抽出できる。退院時要約の作成後、速やかに更新	疾病別に検索・抽出できる

※施設基準の通知 別添3 第4 1・2を要約しています。どちらの区分にも、診療記録の保管・管理、中央病歴管理室の設置、規程の明文化、患者さんへの診療情報の提供などの共通の基準があります。令和8年度の改定(2026年6月1日適用)で、診療録管理体制加算は3つの区分から2つの区分に整理されました(改定前の加算1と加算2が新しい加算1に、改定前の加算3が新しい加算2に対応)。

出典

・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(日本医療情報学会・日本診療情報管理学会)「退院サマリー作成に関するガイダンス」(2019年9月25日) https://www.jami.jp/wp-content/uploads/2023/11/dischargeSummary2019.pdf(3〜10ページ・13〜14ページ)
・厚生労働省「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日 保医発0305第7号) https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001757361.pdf(前文・表4・別添3 第4)
・厚生労働省医政局「電子カルテ情報共有サービス 概要案内」(2.1.0版、令和8年7月) https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001457777.pdf(PDF 8ページ)

この資料は、株式会社MedSyncが記事「退院サマリー(退院時要約)の書き方｜記載項目と14日以内の期限」(https://medsync.co.jp/taiin-summary/)の表と文を、配布用に組み直して作成したものです。ガイダンスの内容は要約・抜粋して言葉を整えたもので、ガイダンスの作成者・厚生労働省が作成したものではありません。記入の参考としてまとめたものです(調査基準日:2026年11月20日)。算定・届出にあたっては、厚生労働省の最新の通知・事務連絡もあわせてご確認ください。

退院サマリーの下書きをMS-AIに任せられるか、ご相談ください

MedSyncの「MS-AI」は、記録から書類をつくり、送るところまで進める医療機関向けAIです。MS-AIの業務自動化AIは、診療記録を整理・要約し、退院サマリーの下書きを作成します。MS-AIがつくるのは、記録にある内容を退院サマリーの項目に沿って整えた下書きです。AIが診断や退院後の方針を決めるものではありません。下書きは、院内で確かめて直したうえで、退院サマリーとして登録する流れです。患者情報を含めずにご相談いただけます。1か月のトライアルで、実際の業務でお試しいただけます。

https://medsync.co.jp/ms-ai/ ／ ご相談:https://medsync.co.jp/contact/#msai

退院サマリー（退院時要約） 記入用

1 基本情報（必須） 患者氏名、性別、生年月日、入院日時と退院日時、予定入院か予定外入院か、記載者（記載医・担当医・主治医）、承認サマリーか否かなど			
医療機関名		患者ID	
患者氏名		フリガナ	
性別		生年月日（退院時年齢）	
入院日時		退院日時	
記載者（記載医・担当医・主治医）		予定入院／予定外入院	
承認サマリーか否か		サマリーのversion情報	

2 退院時診断（必須） 病名（ICDコード）、登録日、転帰。発生時期とコメントは推奨

#・病名	ICDコード	登録日	転帰	発生時期（推奨）	コメント（推奨・全角100字程度まで）
#1					
#2					
#3					
#4					

3 アレルギー・不適応反応（必須） ない場合は「なし」、不詳の場合は「不詳」と書く

4 デバイス情報（推奨） 体内にデバイスがある場合。ステント、ペースメーカ、人工関節など

5 主訴、または入院理由（必須） 症状がない予定入院では「検査入院」などの入院理由を書く

6 入院までの経過（必須） 患者プロフィール、現病歴、既往歴、家族歴、嗜好、常用薬、入院時身体所見、入院時検査所見など

患者プロフィール	
現病歴	
既往歴	
家族歴	
嗜好	
常用薬	
入院時身体所見	
入院時検査所見	

7 入院経過（必須） 入院中の経過を簡潔にまとめる

8 手術・処置情報（推奨） 記載すべき手術・処置がある場合

9 退院時状況（必須） 身体状況、活動度、認知度など

10 退院時使用薬剤情報（必須） 退院時と退院後当面に使うすべての薬剤

11 退院時方針（必須） 既存症の全体を見渡した、退院後の管理の方針

※項目と区分は、退院サマリー作成に関するガイダンス（3～10ページ）の11項目（必須9・推奨2）を、記事の表のとおりに並べました。基本情報の欄は、ガイダンス4ページで必須とされている項目です。転帰は、軽快・不変・悪化・死亡の中から選ぶことを原則とする、とされています（同5ページ）。院内の様式に合わせて調整してお使いください。入力して使う場合は、同じ項目のExcelファイル（記入用・チェック表・提出期限の管理）をお使いください。