

保険診療と個別指導（医科） 第2回

診療録の記載について
～保険診療における診療録の適切な記載方法～

厚生労働省東北厚生局

2023年3月24日

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

診療録記載

診療録記載が義務である根拠

医師法等、保険医療機関及び保険医療養担当規則第22条（診療録の記載）

医師法第24条（診療録の記載及び保存）

1. 医師は、診療をしたときは、**遅滞なく**診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。
2. 診療録は五年間これを保存しなければならない。

医師法施行規則第23条（診療録の記載事項）

診療録には以下の事項を記載しなければならない。

- 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- 病名及び主要症状
- 治療方法（処方及び処置）
- 診療の年月日

療養担当規則第22条（診療録の記載）

保険医は、患者の診療を行った場合には、**遅滞なく**、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

診療録記載

診療報酬請求の根拠は診療録にある。

遅滞のない適切な記載

- 診療録の標準様式（療養担当規則第22条，**様式第1号**）

※ P 4 参照

整備・保存

- 診療録：完結の日から **5年間**（療養担当規則第9条）
- その他の記録：完結の日から **3年間**



紙媒体、電磁的記録いずれの形式でも可能

※医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版」

に準拠すること。

※R4年3月時点の最新ガイドライン

※ P 14 参照



様式第一号（二）の1（診療録第1面）

- 傷病名
- 開始
- 終了
- 転帰

4

診療録記載：診療録の様式

様式第一号（二）の2（診療録第2面）

- 年月日
- 症状・所見
- 検査結果と評価
- 診療計画
- 対処法
- 指導・管理の内容
- 検査項目
- 処方内容
- 処置・手術
- 指導料・管理料

※ 上記事項のほか、（紙カルテでは）
保険医の署名又は記名押印が必要

様式第一号（一）の2（第二十二条関係）

既往症・原因・主要症状・経過等 処方・手術・処置等

年月日	検査項目
症状・所見	処方内容
検査結果と評価	処置・手術
診療計画	指導料・管理料 の項目
対処法	
指導・管理 の内容	

診療録記載：注意点

事実に基づいて必要事項を丁寧に記載する。

診療録記載時の留意事項

- 診療の都度、**遅滞なく**必要事項の記載を十分に行う。
- 記載はインクまたはボールペン（鉛筆は不可）。
- 訂正は訂正前の文字が見えるように二重線で行う。
- 読み取れる字で書く。
- 複数の医師が同一の患者を診察する場合は、責任の所在を明確にするため、診療行為を行うごとに診察した医師の署名又は記名押印する。
- 傷病名を所定の様式に記載し、絶えず整理する。

診療録記載：指導における主な指摘事項の傾向

令和3年度に東北6県で実施した医科の個別指導と新規個別指導で、傷病名に関する指摘が最も多く、約70%の保険医療機関に対して行った。

1. 診療録

2. 傷病名

3. 基本診療料

4. 医学管理等

5. 在宅医療

6. 検査・画像診断・病理診断

7. 投薬・注射、薬剤料等

8. リハビリテーション

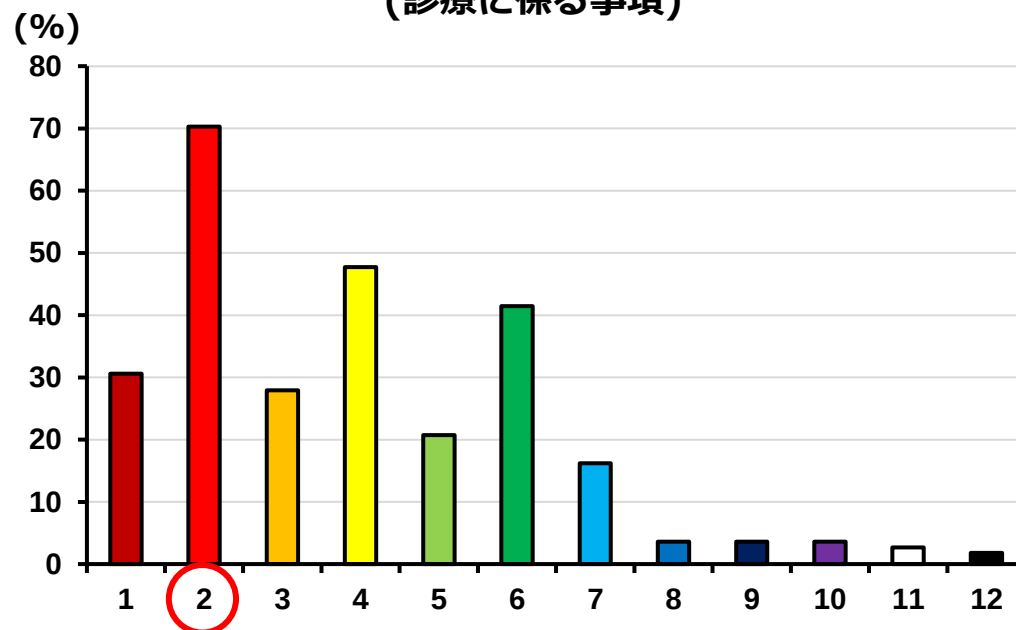
9. 精神科専門療法

10. 処置

11. 手術

12. その他

指摘があった医療機関の割合
(診療に係る事項)



* 令和3年度に東北6県で実施した医科の新規個別指導及び個別指導（計111保険医療機関）で指摘があった割合

診療録記載：指導における頻出指摘事項①

頻出指摘事項

東北6県の医科保険医療機関において共通して認められる要改善事項

診療録第1面（療担規則様式第一号（二）の1）の記載内容

- 傷病名・開始および終了年月日・転帰について記載がない又は不十分である。

診療録第2面（療担規則様式第一号（二）の2）の記載内容

- 症状・所見・検査結果と評価・診療計画・対処法・検査項目・処方内容・処置・手術などのほか、算定した指導料・管理料の項目と指導・管理内容について記載がない、不十分である又は画一的である。

診療録記載：指導における頻出指摘事項②

頻出指摘事項

東北6県の医科保険医療機関において共通して認められる要改善事項

診療録の記載方法、記載内容

- 診療録は保険請求の根拠であることを認識し、必要な事項を十分に記載すること。
- 医師の診察に関する記載がない、あるいは乏しい。
- 判読困難な記載や略語を用いた記載がある。
- 診療を行った保険医が署名又は記名押印を行っていない。
- 複数の保険医が従事する保険医療機関においては、診療の責任の所在を明確にするために、診療を担当した保険医は診療録を記載した後、署名又は記名押印すること。
- 医学的に妥当とは考えられない傷病名・単なる状態や傷病名ではない事項・部位や急性・慢性の記載がない傷病名・長期にわたる急性疾患等の傷病名・類似の傷病名を記載している。
- 「既往症、原因、主要症状、経過等」欄と「処方、手術、処置等」欄とは区別して記載すること。
- 保険診療の診療録と保険外診療（予防接種等）の診療録とを区別して管理していない。
- 傷病手当金に係る意見書を交付した場合であるにもかかわらず、労務不能に関する意見欄への記載がない。

診療録記載：不適切な記載例①

診療録第1面では、適切な傷病名を記載するとともに、診療の流れや経過が分かるように開始および終了年月日、および転帰を記載する。

不適切な診療録の一例（診療録第1面）

	傷病名	開始	終了	転帰
①→	高血圧症 2型糖尿病	令和2年 1月12日	年 月 日	治癒・死亡・中止
②→	発熱	令和2年 2月10日	令和2年 2月12日	治癒・死亡・中止
③→	肝機能障害の疑い	令和3年 4月 6日	令和3年 4月 20日	治癒・死亡・中止

- ① 傷病名は同一の記載欄に1つの傷病名を記載する必要がある。
- ② 「発熱」は患者さんが訴えている症状なので、「発熱を来した傷病名」の記載が必要である。
- ③ 「疑い」病名の転帰の記載が漏れている。

診療録記載：不適切な記載例②

診療録第2面の左欄には、症状、所見、検査所見、診断およびその評価と治療・管理方針、を記載する。

不適切な診療録の一例（診療録第2面）

① 症状・身体所見・診断と治療方針の記載不足、保険医印の不足

記載例

3日前から咽頭痛・倦怠感・微熱
咽頭部：発赤あり、頸部リンパ節
腫脹なし、呼吸音正常。
急性咽頭炎として消炎鎮痛剤と
うがい薬で経過観察とする。
保険医印

既往症・原因・主要症状・経過等

令和3年2月10日
体温37.6℃ 血圧134/82
熱っぽい。

① この部分は空欄
になっている。

処方・手術・処置等

消炎鎮痛薬〇〇〇 500mg錠
1日2回 3日分
うがい薬△△△ 30mL
水で希釈してうがいする、
1日4回
保険医印

診療録第2面左欄に詳しい症状および経過・身体所見・診断と治療方針が記載されていない。
保険医の署名や記名押印がない。

診療録記載：不適切な記載例③

診療録第2面の左欄には、症状、所見、検査所見、診断およびその評価と治療・管理方針、右欄には、処方内容、検査項目、処置・手術、指導・管理料を記載する。

不適切な診療録の一例（診療録第2面）

②特定疾患(高血圧症)の管理内容
の記載不足、保険医印の不足

記載例

特定疾患療養管理：
食物の減塩は継続 降圧薬は現在
の種類・量で継続とする。 保険医印

既往症・原因・主要症状・経過等

令和2年3月9日
体温36.6℃ 血圧132/80 mmHg
発熱は3日で、咽頭痛は1週間で回復
咽頭の発赤なし、呼吸音は正常
血圧は安定しているため、降圧薬は
現在の量で継続。

② この部分が空欄に
なっている。

処方・手術・処置等

降圧薬〇〇〇 5mg錠
1日1回朝食後 28日分
特定疾患療養管理料
保険医印

②特定疾患療養管理料の算定に必要な管理内容が記載されていない。

診療録記載：不適切な記載例④

診療録第2面の左欄には、症状、所見、検査所見、診断およびその評価と治療・管理方針、右欄には、処方内容、検査項目、処置・手術、指導・管理料を記載する。

不適切な診療録の一例（診療録第2面）

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
令和2年3月9日 体温36.6℃ 血圧132/80 mmHg 発熱は3日で、咽頭痛は1週間で回復 咽頭の発赤なし、呼吸音は正常 血圧は安定しているため、降圧薬は 現在の量で継続。	降圧薬〇〇〇 5mg錠 1日1回朝食後 28日分 特定疾患療養管理料 保険医印
令和3年4月6日	超音波検査（消化器） 生化学検査：AST, ALT, LDH, ALP 保険医印

記載例

特定疾患療養管理：
食物の減塩は継続 降圧薬は現在の
種類・量で継続とする。 保険医印

② この部分が空欄
になっている。

③ 検査の根拠・結果・所見・評価
の記載不足。超音波検査の画像が
添付されていない。保険医印の不足

③ この部分が空欄
になっている。

③ 検査の根拠・所見・評価が記載・添付されていない。
超音波検査の画像が添付されていない。

診療録記載：電子カルテ

電子カルテに求められる条件

医療情報の電子化：「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版」に準拠すること

※R4年3月時点の最新ガイドライン

見読性の確保

必要に応じ電磁的記録に記録された事項を出力することにより、直ちに明瞭かつ整然とした形式で使用に係る電子計算機その他の機器に表示し、及び書面を作成できるようにすること。

真正性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること。

保存性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること。

医療情報システム（電子カルテ等）の注意点

- ・ 使用前にログアウトの状態であることを確認。
- ・ 長時間離席する際には、ログアウト、クリアスクリーン等の対策を実施する。

