

○用語集

参考資料1: レセプトとは

○レセプトとは？

レセプトとは「診療報酬明細書」の通称で、医療機関が「医療」という商品を買った対価としての費用請求書です。省令により様式や手続きが定められています。

○レセプトには何が書かれているのか？

- ・どのような病気に、どのようなサービスを提供したかが詳細に記載されています。
- ・何らかの医療サービスが行われた場合、根拠となる傷病名がすべて記載されています。
- ・行われた医療サービスについて、料金が点数で表されています。

○レセプトに書かれている具体的内容は？

- ・入院なのか、外来なのか ⇒ 診療の種類:入院なのか入院外(外来・往診)なのか？
- ・何月何日の診療内容なのか？ ⇒ 診療月
- ・医療機関の所在地は ⇒ 都道府県番号:医療機関が所在する都道府県が番号で記載
- ・どこの医療機関なのか⇒ 医療機関コード:(医療機関ごとに固有の7桁のコードがあります)
- ・国保なのか、社保なのか？制度は(老人？退職？) ⇒ 保険種別:社保・国保なのか、公費なのか？老人医療なのか退職者医療なのか？
- ・給付割合:10割、9割、8割、7割
- ・区分:01 精神病棟、02 結核病棟等
- ・被保険者の氏名、性別、生年月日
- ・特記事項:01～14 まで分類あり。例:コード 02(長)は、高額長期疾病にかかる特定疾病受領証(ほとんどが慢性腎不全による人工透析)が提出された場合、記載が行われる。
- ・傷病名:この診療内容のもとになった病気は何か
- ・診療開始日:いつから医療がはじまっているのか
- ・診療実日数:何日分の医療費なのか
- ・診療行為:診療内容のうち何にお金がかかっているのか(薬剤、手術、検査、入院等)

参考資料2： 支払基金(社会保険診療報酬支払基金)とは

保険診療を行った医療機関では、医療費(診療報酬)を保険者から受け取ることになるが、この医療費の請求は保険者に直接行うわけではなく、政府管掌健康保険や組合管掌健康保険などの被用者保険では、社会保険診療報酬支払基金に対して行うことになっている。

支払基金は健康保険(日雇特例被保険者および特例退職被保険者の保険を含む。)、船員保険、各種共済組合(特例退職組合員の保険を含む。)などの職域保険の患者の医療費について、それぞれの保険者から委託を受けて、医療機関から提出された診療報酬の請求内容の審査とその支払いを行っている。

また、老人保健法および医療費の公費負担を定めた法律(生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法、母子保健法、線描者特別援護法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、結核予防法、防衛庁職員給与法、精神保健福祉法、麻薬取締法等)などの患者にかかる医療費についても、都道府県・市区町村などから委託を受けて、診療報酬の請求内容の審査とその支払いを行っている。

支払基金ではこのほか、訪問看護療養費に関する審査・支払い、老人保健関係業務、退職者医療関係業務および介護保険の介護給付金と介護給付費交付金に関する業務を行っている。

支払基金は東京都に本部があり、各都道府県ごとに支部が設けられている。

社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百二十九号)

第一章 総則

第一条 社会保険診療報酬支払基金(以下基金という。)は、政府若しくは健康保険組合、市町村若しくは国民健康保険組合、法律で組織された共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団(以下保険者という。)が、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)、共済組合に関する法律又は私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二百四十五号)の規定に基づいてなす療養の給付及びこれに相当する給付の費用について、療養の給付及びこれに相当する給付に係る医療を担当する者(以下診療担当者という。)に対して支払うべき費用(以下診療報酬という。)の迅速適正な支払をなし、あわせて診療担当者より提出された診療報酬請求書の審査を行うことをもつて目的とする。

第二条 基金は、これを法人とする。

第三条 基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く。

2 基金は、前項に定めるものの外、必要の地に従たる事務所の出張所を置くことができる。

参考資料3： 国民健康保険団体連合会(国保連)とは

国民健康保険加入者の保険診療を行った医療機関では、医療費の請求は直接保険者に行うわけではなく、国民健康保険団体(国保連)に対して行うことになっている。

国保連は国保事業の実施者である保険者を会員とし、保険者の共同の目的を達成するため、診療報酬の審査支払業務・保健事業・国保事業の調査研究・広報活動を行っている。また平成12年度から介護報酬の審査支払業務及び介護保険サービスの相談・指導・助言(苦情処理)業務も行っている。

○国民健康保険法(昭和十三年法律第六十号)

第一章 総則

(この法律の目的)

第一条 この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。

第八十二条 保険者は、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 保険者は、被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、保険給付のために必要な事業、被保険者の療養又は出産のための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる。

3 組合は、前二項の事業に支障がない場合に限り、被保険者でない者に当該事業を利用させることができる。

4 厚生労働大臣は、第一項の規定により保険者が行う健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

5 前項の指針は、健康増進法(平成十四年法律第百三号)第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

第七章 国民健康保険団体連合会

(設立、人格及び名称)

第八十三条 保険者は、共同してその目的を達成するため、国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)を設立することができる。

2 連合会は、法人とする。

3 連合会は、その名称中に「国民健康保険団体連合会」という文字を用いなければならない。

4 連合会でない者は、「国民健康保険団体連合会」という名称又はこれに類する名称を用いてはならない。

(設立の認可等)

第八十四条 連合会を設立しようとするときは、当該連合会の区域をその区域に含む都道府県を統轄する都道府県知事の認可を受けなければならない。

2 連合会は、設立の認可を受けた時に成立する。

3 都道府県の区域を区域とする連合会に、その区域内の三分の二以上の保険者が加入したときは、当該区域内のその他の保険者は、すべて当該連合会の会員となる。

(保健事業等に関する援助等)

第一百四条 連合会及び第四十五条第六項に規定する厚生労働大臣が指定する法人(以下単に「指定法人」という。)は、国民健康保険事業の運営の安定化を図るため、市町村が行う第八十二条第一項及び第二項に規定する事業、療養の給付等に要する費用の適正化のための事業その他の事業(以下この条において「保健事業等」という。)に関する調査研究及び保健事業等の実施に係る市町村相互間の連絡調整を行うとともに、保健事業等に関し、専門

的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供その他の必要な援助を行うよう努めなければならない。

参考資料4：医療費の3要素とは

「医療費の3要素」とは

「受診率」、「1件当たり受診日数」、「1日当たり診療費」を指す。

・受診率：単位人口当たりの、一定期間内(通常1ヶ月)における診療報酬明細書(レセプト)の件数を受診率という。100人当たり、もしくは1人当たりの件数として表されることが多い。受診率が全国平均より高い場合、医療機関にかかる者の割合が多いことを示し、また受診率の伸び率が高い場合は、医療機関にかかる者の割合が増えていることを示している。

・1件当たり受診日数：1ヶ月を単位としたときのある疾病の治療のために医療機関に通った日数(または入院した日数)を示し、診療実日数をレセプト件数で割った値。この指標が大きいほど、概ね入院外の場合には通院頻度が高く、入院の場合には入院期間が長いものと考えられる。

・1日当たり診療費：医療費の1日当たりの単価を示し、医療費総額を診療実日数で割った値。1日当たり診療費が高いということは、入院外の場合、1回の外来診療でかかる医療費が高く、入院の場合は1日にかかる費用が高いという事である。

$$\begin{aligned} \text{診療費総額} / \text{人} &= \text{一人当たり診療費} \\ &= \text{受診率(一人あたり)} \times \text{1件あたり受診日数} \times (\text{診療費総額} / \text{日}) \\ &= (\text{件} / \text{人}) \quad \times \quad (\text{日} / \text{件}) \quad \times (\text{診療費総額} / \text{日}) \end{aligned}$$

注)件数とは医療機関の作成する診療報酬明細書(レセプト)の件数のことで、患者1人につき1つの医療機関で毎月1枚作成される。

国民衛生の動向 2006年 p205、206より抜粋

・受診率

1人当たりの診療報酬明細書の数を受診率という。これは1月に2つの医療機関に行っている人は2、全く行っていない人は0というような数値の平均値になっているため、医療機関にかかる割合を示す指標といえる。制度別1人当たりの受診率で見ると、ほぼ6~8の数値となっているが、入院を見ると0.1~0.2で、なかでも国保が高いことが目立つ。これは国保の年齢構成が高齢者に偏っていることが要因として考えられる。(なお、受診率は、100人当たりの率を用いる場合も多い)。

・1件当たり受診日数

1か月を単位としたときに患者が医療機関を訪問する平均通院回数(入院では、平均入院日数)を示す値で、平成14年度の1件当たり受診日数は2~3日(入院では11~18日)である。なお、年齢階級別では、高年齢層の1件当たり受診日数は、他の年齢層よりも多い。国保の入院の日数が多いのは、受診率と同様の要因が考えられる。

・1日当たり医療費

患者が医療機関で治療を受けたときにかかった1日当たりの総費用であり、保険給付額、公費負担制度による給付額、患者が窓口で支払う額が含まれている。

平成14年度は、約7,000~9,000円の額であって、なかでも国保は高い。入院費用が1日約21,000~33,000円なので、入院の割合が多いか少ないかによって全体の1日当たりの医療費は左右される。つまり国保では入院の割合が高いことが、1日当たり医療費が高くなる要因となっている。1日当たり医療費の増加要因としては、診療報酬の改定や人口の高齢化、診療内容の変化(薬の使い方の変化を含む)などがあげられる。