

診療報酬、 初歩の初歩。

診療報酬を
知るための
「きほんのき」



1
診療報酬とは
国が決めた
“医療行為の
メニューと料金”

診療報酬は、「1点＝10円」という点数によって表されます。心電図検査は何点、盲腸の手術は何点、レントゲンフィルムは何点……と、医療行為にかかわるあらゆる項目に対して、1点10円の点数が付けられています。

また、診療報酬は点数によって価格を確定させるだけでなく、この医療行為はこんな内容です」という規定の意味合いもあります。

診察や治療を終えると、医療機関はその患者にかかった診療報酬の点数を合計して、医療費を割り出します。病院などで、会計の時まで支払い額が分からないのは、こんなふうに最後にまとめて計算する流れになっているためです。

そして、算出された医療費のうち、患者が支払うのは皆さんご存じの通り自己負担分のみ。加入している保険の種類によって自己負担率は異なりますが、たとえば自己負担率が3割の会社員の場合は、



2

診療報酬1点は
10円で換算する

病院や診療所の窓口で医療費の3割を支払います。

さらに、医療機関は「診療報酬明細書（レセプト）」を支払基金や国保連合会に提出し、チェックを受けた後、3カ月後に残りの7割の医療費を受け取ります。

では、診療報酬の具体的な「中身」とはいったいどんなものなのでしょう？ 次ページからご説明していきます。



3
患者の支払う金額
＝
診療報酬点数合計
×
10
×
自分が加入している
保険の自己負担率



患 者の医療費を決める根拠となる「診療報酬」。言葉はニュースなどでよく耳にはするけれど、どうもピンと来ないという人も多いのではないだろうか。

でも、自分が支払うお金に関することをよく分からないままにしておくのは、やはり不安なもの。細かい数字の話はさておき、ざっくりと診療報酬の大枠を理解しておいて、

決して損はないはず。そもそも、診療報酬とは何なのでしょう？

皆さんが自分の加入している保険証を使って診察や治療を受けることを、「保険診療」と言います。その際、かかった医療費を医療機関が割り出す根拠となる「医療行為についての国定料金表」が、診療報酬です。

専門用語や数字が並ぶ医療情報は、一般の患者にとっては、とかくわかりにくいもの。「診療報酬」もそのひとつでしょう。でも、私たち患者が支払う医療費はこれで決まるのです。知っておいて損はない、診療報酬の初歩の初歩をまとめてみました。

編集/医師35人とCOML合同委員会
事務局/ロハスメディア
監修/坂本徹 東京医科歯科大学病院院長
丸山和久 同医学部医事課長
岩瀬英一 同医学部医事課医事掛
イラストレーション/徳光和司

とてつもなく複雑な、診療報酬の仕組み。

前 のページで、診療報酬とは何かをご説明しましたが、その診療報酬の中身ですが、これがとても複雑な内容になっているのです。細部まで理解しようと思っただら、何年もみっちり勉強しなくてはならないほど。です。ここで、「診療報酬は何がどう複雑なのか」ということに絞って、大まかにご説明します。

の定義などが示されていて、その道一筋の専門家であっても解釈に悩むほどのことです。実際、厚労省自身も、点数表の運用に関する手直しを加える「疑義解釈」を、医療機関向けに追加で配布しています。さらに、薬や医療材料の価格を示した表があり、そこには1万数千に上る価格が示されています。

診療報酬は2年ごとに改定され、厚生労働大臣告示による「医科診療報酬点数表」として発表されます。

この点数表は、医療行為の種類や医療機関の規模などで約8300項目に細分化されています。さらに、診療報酬を計算するための条件や用語

も、年間32兆円にも上る国民医療費は私たち国民のお財布から出たものですから、一部の利益のために診療報酬に手心を加えるなど言語道断。その反省から、中医協委員のうち大学教授など公益委員で構成する「診療報酬改定結果検証部会」を新たに設けるなど、中医協の改革が進められています。

公益委員の3者の代表で構成され、診療報酬の内容や点数について審議と答申を行います。それを受け、2年ごとに診療報酬は改定されます。診療報酬の中身を実質的に決める力を持つ中医協ですが、昨年、その中医協を舞台に、診療報酬の引き上げを画策した汚職事件が起きました（日歯連事件）。そもそも

診療報酬、そもそも誰が決めるの？

中央社会保険医療協議会（中医協）という、厚生労働大臣の諮問機関があります。中医協は、診療側委員、支払い側委員（保険者）、



なぜ、ここまで複雑になってしまったのでしょうか？
まず、新しい技術が開発されるたびに、点数表に項目が追加されるのが大きな理由です。新しい技術が加わったからといって、それまで使っていた技術を使わなくなるわけではないからです。また、老人保健法によって、お年寄りにだ

け適用される料金体系が生じたことも理由のひとつ。他にも、実に多種多様な追加事項があり、それらをどんどん継ぎはぎしていった結果、今の形になってしまったのです。こうなると、患者はもとより、現場で忙しく働く医師も詳細な内容まで理解することはほぼ不可能。かくして、患者も医師もその正しい価格をよく知らないまま診察や治療を進め、最後に金銭のやりとりがなされる……。これが、現状です。

現場の医師が診療報酬をすべて把握して、お金の計算をしながら治療にあたるのが患者にとつて本当にいいことなのかという疑問はあります。ですが、「何かのサービスを受けて、金額を納付した上で適正な対価を支払う」というごく一般的な感覚からしてみると、今の診療報酬の在り方に大きな違和感を感じてしまうのも事実でしょう。





受付から、薬をもらって帰るまでに
これだけの診療報酬が発生します。

高血圧で近所の診療所に通院し、
薬を2週間分院内処方してもらっている患者の場合

※社会保険本人。薬はピメノールカプセル100mgを朝晩2回、
ニューロタン50mgを1日1回、コニール4mgを1日1回服用。

医療機関の分類は
入院用ベッドの数で
決まります。

診療所 = ベッドが0~19床

病院 = ベッドが20床以上
● 20~199床(中小病院)
● 200床以上(大病院)

診療報酬は、患者がどんなタイプの医療機関にかかったかでも点数が違ってきます。その際、医療機関を分類する基準になるのは、入院用のベッドの数。施設そのものの大きさや医師の数などによって規模を分類するわけではないのです。

に通院し、薬を院内処方してもらっている」というケースの流れを図表化してみました(上)。

医師に会ってから薬を手にして帰るまでの過程で、いつの間にか全部で9項目の点数が積み上げられているのが分かります。この点数を十倍した金額に、さらに自己負担率をかけたものが患者の支払い額となります。

これだけなら、項目名と内容を覚えれば、なんとなく分かったような気にはなれそうです。しかし、実はその陰に、□□の場合は△点である」

という数多くのただし書きが潜んでいるのです。

例えば、「外来管理加算」と「継続管理加算」は、200床以上の病院(※コラム参照)では加算されません。これを知らずに、大病院から診療所に通院先を変えた人なら「なぜ同じ内容なのに支払い額が上がるのか」と思いかもしれません。

診療報酬の点数そのものは全国一律でも、その運用だけで、同じ病気や症状でも払う医療費が違う場合があるのです。

診療報酬を
積み上げて、
あなたの
医療費が
決まるまで。

今の医療費の決め方は、診療報酬を積み上げる「出来高払い」が主流です。「出来高払い」が主流です。受けた診療の内容に応じ、人件費や医療材料費などすべての費用を足して、その都度医療費が決まるおなじみの仕組みですね。

それに対し、現在一部の病院では、患者の病気や病状などによって入院1日あたりの

診療報酬点数が決まる「包括払い方式(DPC)」が導入され、そのメリット・デメリットが検証されています。さて、本題です。おなじみの「出来高払い方式」では、診療報酬点数はどのようにして積み上げられていくのでしょうか？

今号の特集1が高血圧なので、「高血圧で近所の診療所

同じ病気や症状でも、医療費が違うのはなぜ？

前

のページでも少し触れましたが、同じ症状や病気で診察や治療をしてもらっても、かかった医療機関の種類や時間帯などの理由によって、診療報酬の点数が違ってくる場合があります。当然ながら、患者の支払い額も変わってきます。

その違いを具体的に示したのが、下の図表です。肩を脱臼した大人が、違う種類の医療機関に違う時間にかかった場合、まったく同じ治療を受けても（脱臼の程度もまったく同じとします）、積み上げられていく点数は大きく異なります。

全国の医療機関で計算のために使われる診療報酬点数表はすべて同一です。そのため、

自分が払う医療費もいつでもどこでも同じと誤解している方も少なくないと思いますが、点数表には「この種類の病院なら何点」とか、「この時間なら何点」というように、細かく条件を限定された項目もぎっしり詰まっているのです。そもそも、医療サービスにおける「基本料金」と言える初診料が、診療所は274点で、20床以上の病院なら255点と、たった19点(190円)ではありますが、それぞれ違う点数に決められていたりします。

では、なぜこんな違いがあるのでしょうか。それは、厚生労働省が診療報酬という「価格」の上下によって、日本の医療サービス供給の質と量をコントロールしているからです。例えば、ある医療サービスの底上げを図りたいと思った時、ごくシンプルな方法のひとつは診療報酬の点数をポイントで上げること。それ

何の点数がどう違ってくる？

【例】草野球で肩を脱臼した大人が、医療機関で道具を使わず医師の手で治してもらった場合

case A

平日午後2時に診療所の初診外来にかかった時

case B

日曜日の午後8時過ぎに、中小病院（20～199床）の救急外来にかかった時



1. 診察	
初診料	255点
休日加算	250点
2. レントゲンを1枚単純撮影（※すべてAと同じ点数）	
撮影料	65点
写真診断料	85点
フィルム料(半切)	18点
時間外緊急院内画像診断加算	110点
3. 治療	
道具を使わず、しかるべき処置で脱臼を治す	
関節脱臼非観血的整復術	1580点×1.8
診療報酬点数合計：3627点	

1. 診察	
初診料	274点
2. レントゲンを1枚単純撮影（※すべてBと同じ点数）	
撮影料	65点
写真診断料	85点
フィルム料(半切)	18点
3. 治療	
道具を使わず、しかるべき処置で脱臼を治す	
関節脱臼非観血的整復術	1580点
診療報酬点数合計：2022点	

によって、該当する医療現場のモチベーションと、医療サービスの質の向上が期待できるといえる考え方です。でも、この方式は日本が伸び盛りだった時代には有効でしたが、医療費削減が急務の今、そう簡単にはいかなくなっています。限られた範囲の中で点数を上げ下げし、効率を追求せざるを得ない状況が、

診療報酬をより複雑にしています。診療報酬の点数は、表面だけ見ると単なる細かい値段表ですが、その実態は医療サービスをコントロールする「設計図」だと言えます。新聞やテレビで盛んに報道される診療報酬関連ニュースの多くは、この「設計」の是非に関することなのです。

自分の払った医療費を 知るためのヒント。

診 療報酬の仕組みについて大づかみでご説明してきました。でも、やはり最も気になるのは自分が支払う医療費のことでしょう。

自分の医療費を知るための第一歩が、医療機関の窓口でもらう明細入り領収書をチェックしてみる事です。

明細の項目は「投薬料」「検査料」など大きく分類されていますが、およそ何にどれだけのお金がかかっているかは把握できるでしょう。

なお、医療機関に明細入り領収書の発行が義務付けられているわけではないので、一部の診療所や病院では明細入

り領収書をもらえないこともあります。もし詳細な内訳を知りたいという場合は、自分の使っている保険証の発行元（保険者）に、診療報酬明細書（レセプト）の開示を請求します。レセプトには、すべての診療報酬項目と点数が記載されています。

診療明細兼領収書(例)

氏名		様	発行日	
診療料	点	特定療養費	円	
指導料	点	文書料	円	
在宅料	点	材料費	円	
投薬料	点	その他	円	
注射料	点			
処置料	点	保険適用外金額	円	
手術料	点			
検査料	点	内消費税額	円	
X線料	点	領収金額	円	
その他	点			
合計点数	点			
一部負担金額	円			
保険適用金額	円			



「指導料」って、何を指導してくれたの？

初診料や再診料は、いわば基本料金。そこに、病気ごとの医師の“技術料”という意味合いで加算されるのが「指導料」です。代表的なのが、いわゆる慢性疾患で通院している患者に対し、医師が食事や運動、薬の飲み方などを指導・管理した時に追加される「特定疾患療養指導料」です。他にも「生活習慣病指導管理料」や「小児科療養指導料」、「特定薬剤治療管理料」など、診察の内容に応じて点数が決まっています。“何度も通っているけれど、最近は先生に何か指導された覚えはないぞ”と思う場合もあるかもしれません。それは、解釈上は指導ではなく“管理”を行ったということになっているのです。

保険外の項目にある「特定療養費」って？

明細入り領収書の「保険外」の項目のところに入っているのが「特定療養費」。混合診療は認められていないので、保険診療と保険外診療は同時にはできないのでは？と疑問に思う方もいらっしゃるでしょう。特定療養費とは、1984年の健康保険法改正によって“この医療行為に限っては、診察や検査など一般的な保険診療と同時に患者の自費による医療サービスをしてよい”と決められたもの。いわば、国が認めた混合診療の特例と言えます。「高度先進医療」や「特別の療養環境の提供（特別室）」、「前歯部の金属材料差額」など、付加価値の高い16種類の項目が定められています。ただし、自費診療ですから、医療機関によって価格が違ってきます。