

用語の解説

注1 関係条文は、健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）による改正後のものである。

注2 平成25年4月1日現在のものである。

1. 全国健康保険協会管掌健康保険

事業所

健康保険法（以下、「法」とする。）第3条第3項において定義されている、健康保険が適用されている事業所のことである。すなわち、法第3条第3項の1に掲げられている事業の事業所であって、常時5人以上従業員を使用するもの、及び国、地方公共団体又は法人の事業所であって、常時従業員を使用するものことである。

ここでいう事業所とは、一定の目的のもとに継続的に事業を行う場所であって、必ずしも同一区画の場所を指しているわけではなく、例えば本店と支店といった複数区画の事業所でも、一括して健康保険が適用されている場合は、1事業所としている。

強制適用事業所

上記の事業所の定義に該当する事業所のことである。

任意適用事業所

上記の事業所の定義に該当しない事業所、すなわち常時使用する従業員が5人未満の個人事業所等についても、法第31条及び健康保険法施行規則（以下、「則」）の規定に基づき、一定の手続きをして年金事務長の認可をうければ健康保険の適用をうけることができる。このような事業所を任意適用事業所という。

被保険者

被保険者とは、社会保険によって「保険される者」のことである。つまり、病気、けが、出産、死亡等の事故がおこったとき、その事故による経済的損失を保険される者をいう。

また、社会保険は人的保険であって、個人の経済的欠乏も多人数の結合によって救済しようとするものであるから、被保険者は、すべて個人である。法人等が被保険者になることはない。

健康保険においては、適用事業所に使用される者が被保険者となる。

強制適用被保険者

強制適用事業所に使用される被保険者のことである。

任意適用被保険者

任意適用事業所に使用される被保険者のことである。

任意継続被保険者

法第3条第4項の規定に基づき、被保険者が退職等によって被保険者の資格を喪失した後であっても、一定の条件のもとに個人で任意に被保険者の資格を継続することができる。これを任意継続被保険者という。

被扶養者

被扶養者とは、被保険者に扶養されている者のことで、自身に保険事故が生じたとき家族給付を受けることができる者のことである。なお、国民健康保険では、家族も被保険者とされ、いわゆる家族給付といった考え方はない。また、厚生年金保険及び国民年金等では、被保険者に扶養されている家族は、遺族給付を受けることはあっても、家族自身に保険事故が生じた場合の給付は行われない。

加入者

被保険者及び被扶養者のことである。

義務教育就学前（平成19年度までは、3歳未満）

法第110条第2項の規定に基づき、6歳に達する日以後の最初の3月31日以前の者（平成19年度までは、3歳に達する日の属する月以前の者）で自己負担割合が2割になる者のことである。

高齢受給者（一般）

法第74条第2項及び第110条第2項の規定に基づき、70歳以上75歳未満の者のうち自己負担割合が2割になる者のことである。ただし、特例措置により平成26年3月までは1割負担である（平成19年度までの自己負担割合は1割負担）。

高齢受給者（一定以上所得者）

法第74条第3項及び第110条第2項の規定に基づき、70歳以上75歳未満の者のうち自己負担割合が3割になる者のことである（平成18年9月30日までの自己負担割合は2割負担）。

老人保健対象者（加入者）

老人医療の受給対象者のことである。つまり、加入者全体のうち、75歳以上の者（平成14年9月30日までに70歳以上である者を含む。）又は障害認定を受けた者であり、老人医療から医療給付を受ける対象となっている者のことである（平成19年度まで）。

障害認定を受けた者

老人保健法施行規則の定めるところにより、老人保健法施行令で定める程度の障害の状態（寝たきり等）にある旨の当該市町村長の障害認定を受けた65歳以上の者のことである（平成19年度まで）。

扶養率

被保険者数に対する被扶養者数の比率をいう。

標準報酬月額

健康保険においては、それぞれの被保険者の報酬を、月額にして最低58,000円から最高1,210,000円までの47等級の区分に集約した報酬月額にあてはめて、この額を基礎にして保険料の算出等を行うこととしており、この仮定的な報酬月額を標準報酬月額という。

標準賞与額

標準賞与額とは、労働者が労働の対償として3か月を超える期間ごとにうける賞与(年3回以下支給)で、千円未満の端数を切り捨てた額であり、年間(毎年4月1日から翌年3月31日までの累計)540万円が上限となっている。

育児休業

育児休業期間中のため保険料が免除されている者、またはその者が使用されている事業所をいう。

徴収決定済額

歳入徴収官が、徴収すべき保険料として本年中に調査決定した額と前年度からの繰越額の合計額である。

当該月の徴収決定済額は、前月の適用実績に基づいて当該月末(任意継続の場合は10日)までに徴収すべき保険料として決定した額であり、当該年度の徴収決定済額は、当該年度4月から3月までの徴収決定済額の累計を翌年4月の出納整理期間に計上される調整額により調整し、前年度からの繰越額を加えた金額である。したがって、当該年度の徴収決定済額は、前年度3月～当該年度2月の適用実績に基づいて決定した金額及び前年度からの繰越額の合計となる。

統計表においては、徴収決定済額、収納済額、不納欠損額及び収納未済額には以下のような関係が成り立っている。

収納未済額(当該月末)

= 徴収決定済額(当該月までの累計)

- 収納済額(当該月までの累計)

- 不納欠損額(当該月までの累計)

当該年度分については、当該年度の翌年4月の出納整理分までを累計すれば上記の関係が成り立つ。

なお、特別会計決算参照書の歳入歳出決定計算書における徴収決定済額には、前年度からの繰越額(法第3条第2項分を含む。)のうち翌年4月の出納整理期間を含む当該年度中に収納もされず不納欠損としての整

理もされなかった額は含まれていない(歳入徴収官事務規程(昭和27年大蔵省令第141号)第38条)。

前年度からの繰越額

前年度以前(時効が停止されていない場合は、原則として2年間分)の未納保険料で当該年度内に徴収すべき保険料として当該年度当初に調査決定した額から、当該年度中の決定取消額及び更正増減額を調整した額である。

なお、統計表においては、前々年度以前の未納保険料に係る繰越額は4月に、前年度の未納保険料に係る繰越額は5月に計上され、決定取消額等は翌年度4月に計上されている。

賞与保険料

法第156条の規定に基づき、標準賞与額に標準報酬月額と同一の保険料率を掛けて徴収される保険料をいう。

収納率

徴収決定済額に対する収納済額の割合をいう。

なお、統計表においては、月別の表章は徴収決定済額(当該月までの累計)に対する収納済額(当該月までの累計)の割合であり、年度の表章は徴収決定済額(翌年度4月の出納整理分までの累計)に対する収納済額(翌年度4月の出納整理分までの累計)である。

保険給付

保険給付とは、被保険者又は被保険者であった者や被扶養者に保険事故(病気、けが、出産、死亡等)が生じた場合に、その事故に対応して保険者が行う一定の給付であり、その給付(現物及び現金)の金額を保険給付費という。この金額は、保険者が給付した費用だけで、患者及び公費で負担した金額を含まない。

平成19年度までは、「その他の現金給付」に老人保健対象者分が含まれている。

義務教育就学前(平成19年度までは、3歳未満)及び高齢受給者は平成14年10月以降の分であり、被保険者及び被扶養者分の「入院時食事・生活療養費(標準負担額差額支給)」、「療養費」、「移送費」、「高額療養費」及び「その他の現金給付費」には高齢受給者分が含まれている。

保険給付費のうち、診療費及び薬剤支給については当該月診療分又は調剤分を対象としており、その他については当該月に給付の決定が行われた分を対象としている。ただし、前月以前の診療分であっても請求遅延分として当該月診療分とともに請求されたものを含

む。

ここでは、以下のとおり保険給付費を類別して統計を作成している。

医療給付費

保険給付費のうち、現物給付費（入院、入院外、歯科、薬剤支給）、入院時食事療養費（標準負担額差額支給を除く）、入院時生活療養費（標準負担額差額支給を除く）、訪問看護療養費、入院時食事療養費（標準負担額差額支給）、入院時生活療養費（標準負担額差額支給）療養費、移送費、高額療養費（一般分、多数該当負担軽減分、世帯合算分）、高額医療・高額介護合算療養費、特別療養費（法3条第2項被保険者の項参照）のことである。

その他の現金給付費

保険給付費のうち、医療給付費以外の項目のことである。

医療費

保険給付費の種別のうち、医療給付費に患者負担分及び公費負担分を含めた金額をいう。

なお、保険外併用療養費の差額負担（評価療養、選定療養に該当）分は含まれない。

件数

保険給付の対象となった件数のことであり、診療費においては、支払基金に請求のあった診療報酬明細書（レセプト）の枚数である。

日数

診療費のうち、入院については当該月中に入院した日数をいい、入院外及び歯科については当該月に通院した日数をいう。

傷病手当金及び出産手当金においては、給付が決定された日数である。

点数 <参考>

法第76条第2項の規定に基づいて定められた厚生労働省告示「診療報酬の算定方法」により算出され、診療報酬明細書（レセプト）等に記入された点数のことである。記入された点数に、単価10円を乗じたものが、現物給付の医療費である。

入院時食事療養費

入院中の食事の費用のうち、健康保険から給付するものをいう。入院中の食事の費用は、入院時食事療養費と患者が支払う標準負担額によりまかなわれる。

入院時生活療養費

療養病床に入院する65歳以上（平成20年3月までは、70歳以上）の生活療養に要した費用のうち、健康

保険から給付するものをいう。入院中の生活療養（食事療養並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養）の費用は、入院時生活療養費と患者が支払う標準負担額によりまかなわれる。

また、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の「標準負担額差額支給を除く」は現物給付のことをいい、「標準負担額差額支給」は、標準負担額の減額措置を受ける資格を満たす低所得者が申請を行わなかったため減額措置を受けられなかった場合に、事後的に療養費支給申請書を提出して受けた減額分の払い戻し分をいう。

なお、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の件数は「標準負担額差額支給を除く」の件数であり、金額は「標準負担額差額支給を除く」と「標準負担額差額支給」の合計である。

高額療養費

高額療養費とは、被保険者もしくはその被扶養者が、同一月に同一医療機関において、一部負担金の額が自己負担限度額を越えたならば、その額から自己負担限度額を控除した額が支給されるが、この支給される給付費のことをいう。

なお、老人医療の受給対象年齢の引き上げに伴い、平成14年10月から、70歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者（高齢受給者）の療養について、70歳未満とは異なった自己負担限度額が設定されたため、当該分を別途掲載している。

多数該当負担軽減分

多数該当負担軽減分とは、高額療養費に係る当該療養があった月以前の12か月以内に既に3回以上高額療養費の支給を受けているときは、自己負担限度額が引き下げられるが、この引き下げられて支給された高額療養費のことをいう。

世帯合算高額療養費

世帯合算高額療養費とは、高齢受給者がいない世帯では、同一月に一部負担金の額が21,000円（平成14年9月30日までは一般、上位所得者は30,000円）以上のレセプトが複数枚生じた場合に、これを合算して自己負担限度額を越えたならば、合算した額から自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給するが、この時の高額療養費をいう。

高齢受給者がいる世帯では、限度額は3段階に設定されており、1ヶ月に支払った、外来のすべての自己負担を個人ごとに合算し、その額が個人ごとの限度額を超えていれば超えた分が支給され、次に高齢受給者の外来と入院のすべての自己負担（外来は個人単位の限度額を適用した後になお残る自己負担）を世帯で合

算し、その額が世帯ごとの限度額を超えていれば、超えた分が支給され、最後に高齢受給者のすべての自己負担（前記2段階の限度額を適用した後になお残る自己負担）と70歳未満の加入者の合算対象基準額21,000円以上の自己負担を世帯で合算し、限度額を超えていれば、その超えた分が支給される。

高額医療・高額介護合算療養費

高額医療・高額介護合算療養費とは、高額療養費の算定対象世帯に介護保険受給者がいる場合、健康保険の自己負担額と介護保険の利用者負担額の合計額が定められた自己負担限度額を超えていれば、その超えた分が支給される。

限度額適用・標準負担額減額認定証

75歳未満の市町村民税が非課税などによる低所得者及びその被扶養者の医療機関等の自己負担額が軽減される（現物給付の高額療養費及び入院時食事療養費等）有効期限は、申請月から初めて到来する7月までである。

限度額適用認定証

70歳未満の上位所得者・一般所得者及びその被扶養者の医療機関等の自己負担額が軽減される（現物給付の高額療養費）有効期限は、申請月から1年間である。

特定疾病療養受療証

費用が著しく高額な一定の治療を長期に渡り継続しなければならない場合で、厚生労働大臣が定める治療及び疾病については、その療養を受けた被保険者または被扶養者が保険者の認定を受けた場合、窓口で支払う一部負担金等の金額は、保険医療機関または保険薬局ごとに1か月に10,000円（人工透析を要する70歳未満の上位所得者及びその被扶養者は20,000円）が最高限度となっている。この認定を受けた場合に交付される証が、特定疾病療養受療証である。

なお、厚生労働大臣が定める治療及び疾病としては、人工腎臓を実施している慢性腎不全

血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第因子障害または先天性血液凝固第因子障害

抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）

がある。

保険給付費・医療費諸率

保険給付費・医療費諸率の算出にあたって、被保険

者数、被扶養者数または加入者数で除す場合、月別の表章においては当該月の月末現在の被保険者数等を用い、年度別の表章においては、年度平均の被保険者数等を用いている。

1,000人当たり件数

保険給付費・医療費の種別ごとに、当該期間（月または年度）別の件数を、その期間に対応する被保険者数、被扶養者数または加入者数で除して1,000倍した数である。被保険者の保険給付費・医療費に係る件数は、当該期間に対応する被保険者数で、被扶養者の保険給付費・医療費に係る件数は、当該期間に対応する被扶養者数で、世帯合算高額療養費に係る件数は、当該期間に対応する加入者数でそれぞれ除している。

また、件数に高齢受給者に係る分が含まれていない場合（現物給付に係る件数が該当する。）は、被保険者数等にも高齢受給者の数を含めておらず、件数に高齢受給者に係る分が含まれている場合（その他の現金給付に係る件数が該当する。）は、被保険者数等にも高齢受給者数を含めている。

1件当たり日数

保険給付費・医療費の種別ごとに、当該期間（月または年度）別の日数をその期間に対応する件数で除した数である。

1件当たり医療費（給付費）

保険給付費・医療費の種別ごとに、当該期間（月または年度）別の保険給付費・医療費の金額をその期間に対応する件数で除した数である。

1日当たり保険給付費・医療費

保険給付費・医療費の種別ごとに、当該期間（月または年度）別の保険給付費・医療費の金額をその期間に対応する日数で除した数である。

1人当たり保険給付費・医療費

保険給付費・医療費の種別ごとに、当該期間（月または年度）別の保険給付費・医療費の金額をその期間に対応する被保険者数、被扶養者数または加入者数で除した数である。その他の定義については、1,000人当たり件数と同様である。

医療費の3要素

診療費に係る1人当たり医療費（「1人当たり診療費」という。）は以下のように分解できる。

1人当たり診療費（円/人）

= 1,000人当たり件数（件/千人）

× 1件当たり日数（日/件）

× 1日当たり医療費（円/日）÷ 1,000

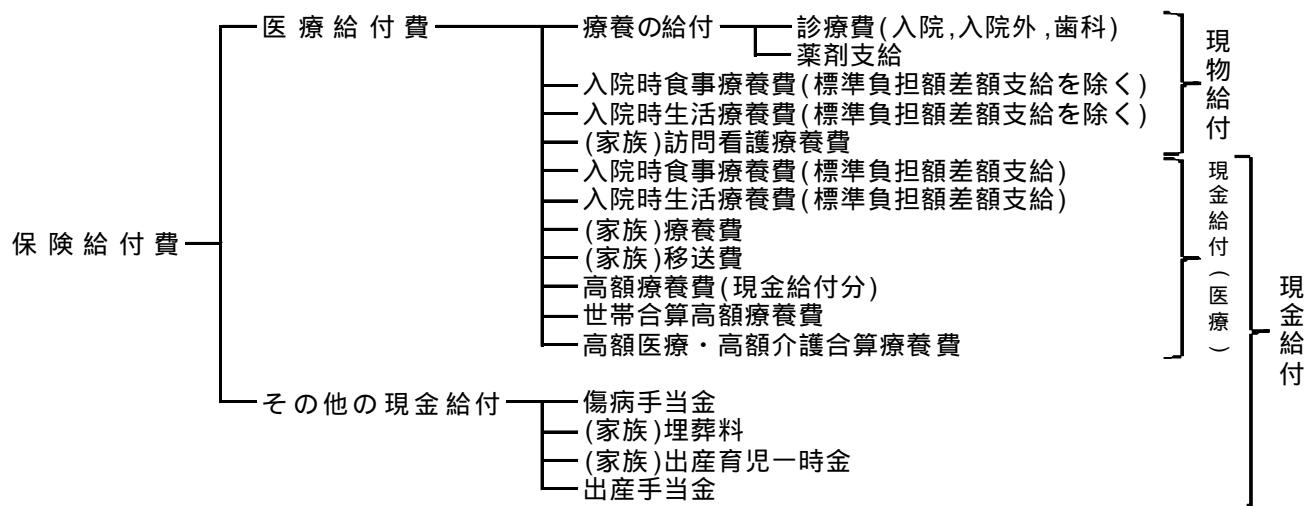
1,000人当たり件数（診療費に係る場合は、「受診率」という。）× 1件当たり日数及び1日当たり金額を医療

費の3要素という。医療費の動向指標である1人当た
診療費の変動を分析する際にその要因をさぐるため
3要素に分解し、3要素ごとの変動をみることが有効
である。

- () 1,000人当たり件数(受診率)は、受診傾向
の高低
- () 1件当たり日数は、入院であれば入院期間、
入院外・歯科であれば通院日数の長短

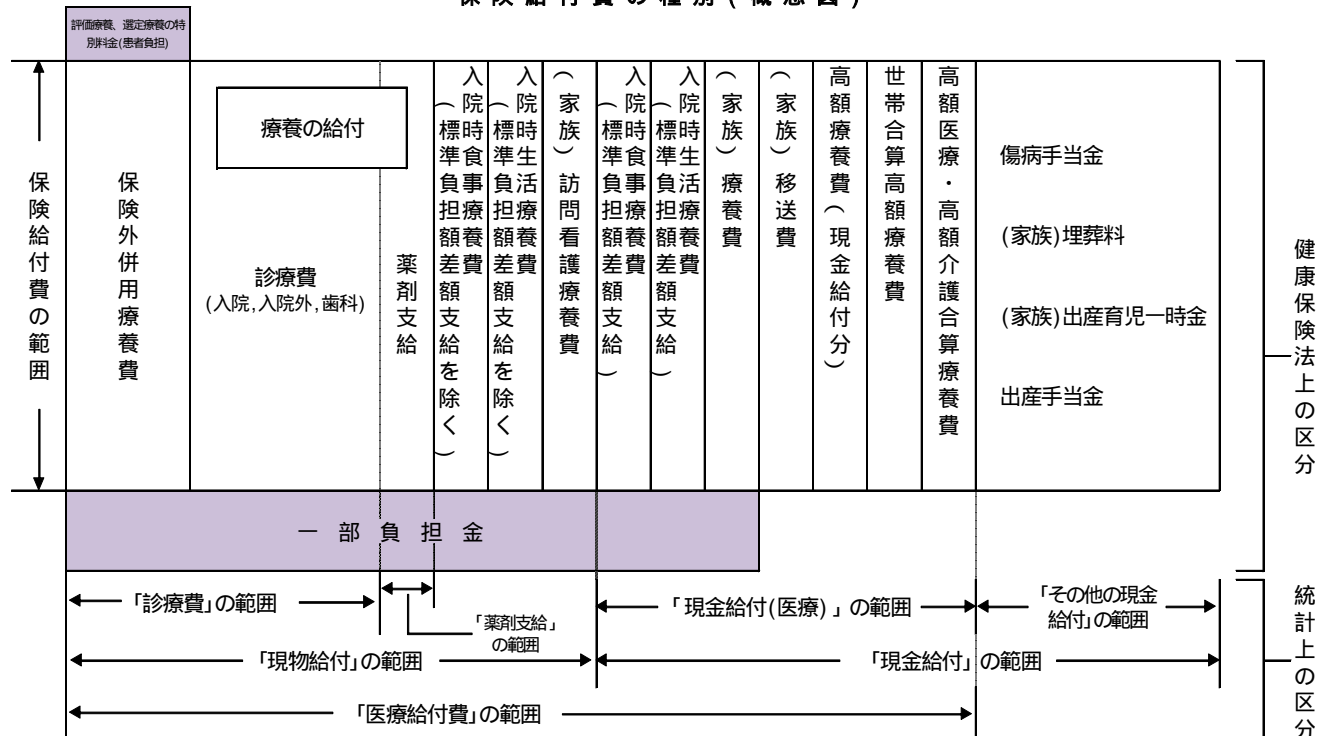
() 1日当たり金額は、1日当たりの診療費の単
価

を示しているといえる。例えば、インフルエンザが流
行する場合、()及び()などはあまり変動せず、
()が大きく増加し、結果として1人当たり診療費
が増加することになる。



- 注1. 家族療養費のうち療養の給付(診療費及び薬剤支給)に該当する分については、現物給付に含まれて
いる。
- 注2. 70歳以上の加入者、所定の手続きを行った70歳未満の加入者の入院については、自己負担限度額を超
える部分は現物給付の高額療養費となり、統計上の区分では現物給付の種別に含まれている。
- 注3. 入院時生活療養費は、療養病床に入院する65歳以上の者に給付される。
- 注4. その他の現金給付の(家族)埋葬料には埋葬費(被保険者のみ)を含んでいる。

保険給付費の種別(概念図)



2. 法第3条第2項被保険者

法第3条第2項被保険者

日々雇い入れられる者あるいは2か月以内の期間を定めて使用される者など、健康保険法(以下、「法」とする。)第3条第2項の規定による被保険者のことをいう。法第3条第2項被保険者にも全国健康保険協会管掌健康保険が適用されているが、ここでは特に断りがない限り別掲(収支状況を除く)としており、法第3条第2項被保険者以外の全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者を対象としている場合、特に区別して「全国健康保険協会管掌健康保険(一般分)」ということがある。

有効な印紙購入通帳数

法第3条第8項の規定による労働者を使用する事業主に交付した健康保険印紙購入通帳で、当月末において現に使用されている数をいい、他の被用者医療保険の事業所数に相当する。

平均標準賃金日額

当該月中に支払った賃金総額(標準賃金日額ベース)を就労延人員で除したものをいい、他の被用者医療保険の標準報酬月額に相当する。

就労延人員

当該期間(月及び年度)中に就労した延人員であり、各被保険者の就労日数の総計に等しい。

印紙はり付け枚数

被保険者が就労した日ごとに被保険者手帳にはり付けられる健康保険印紙の総枚数をいい、健康保険印紙により保険料を納付した被保険者に係る就労延人員である。

現金延納付日数

現金で保険料を納付した被保険者に係る就労延人員である。この日数は、事業主から「印紙ちょう付不能調書」の提出があった後に保険料が調査決定されるため、前月以前の実績に基づいている。

したがって、印紙はり付け枚数及び現金延納付日数の合計は、就労延人員とは必ずしも一致しない。

有効な手帳所有者数

法第3条第8項の規定による労働者に交付した被保険者手帳で、本月末において現に使用されている数をいい、他の被用者保険の被保険者数に相当する。

法第3条第4項の規定による被保険者数

法第3条第8項の規定による労働者のうち、法第3条第2項被保険者ではなく、健康保険の任意継続被保険者となった者の数である。

健康保険印紙納付金収入

法第169条の規定により、原則として法第3条第2項被保険者に係る保険料(事業主負担分及び被保険者負担分の合計)は、事業主が、健康保険印紙により保険料を納入することとされている。

健康保険印紙は、事業主が郵便局から購入することとなり、その売りさばき代金(郵政事業の手数料を控除した額)として日本郵便株式会社から保険者に納入された金額である。

当該年度中に日本郵便株式会社から納入される金額は、前年度2月から当該年度1月分までの印紙売りさばき代金である。

印紙売りさばき手数料補てん

健康保険印紙は、郵便局で事業主に売りさばかれるため、郵政事業では手数料を徴収している。その手数料分は国庫負担によりあがなわれており、その金額のことである。

したがって、健康保険印紙納付金収入及び印紙売りさばき手数料補てんの合計額が、保険料納付のために事業主が郵便局から購入した健康保険印紙の費用であり、法第3条第2項被保険者の印紙により納付された保険料となる。

徴収決定済額

保険料納付にあたって、法第3条第2項被保険者が健康保険被保険者手帳を提出しない等の理由で、健康保険印紙による納付ができない場合は、例外的に現金納付の方法が認められている。

ここで計上されている金額は、現金により納付することとされた保険料に係る徴収決定済額である。

収納率

定義は、「1.健康保険」の該当箇所と同じであるが、例外的に認められている現金納付に係る保険料分のみでの収納率となっている。

被保険者1人当たり保険料

法第3条第2項被保険者に係る保険料は、健康保険印紙及び現金による納付が行われるため、「健康保険印紙納付金収入」、「印紙売りさばき手数料補てん」及び

「徴収決定済額」の合計額から「前年度からの繰越額」を控除した額を、前年度2月から当該年度1月までの各月末現在の被保険者数を12か月平均した数で除した金額となっている。

特別療養費

保険給付を受けるためには、保険料の納付要件を必要とするので、健康保険被保険者手帳の交付を受けてから最小限度2か月はその給付が受けられないことになる。そこで、他の保険から法第3条第2項被保険者にかわった者が、資格喪失後どこからも保険給付が受けられないことになるため、そういう事態を回避するために設けられている保険給付である。

厚生労働大臣の定めた治療料金の7割（被扶養者の義務教育就学前は8割、70歳以上は8割（ただし、特例措置により平成26年3月までは1割負担である。））が支給される。

3．介護保険

介護保険第2号被保険者

市町村の区域内に住所を有する、40歳以上65歳未満の医療保険加入者（介護保険法第7条第26項にいう被保険者、組合員等、被扶養者）をいう。ただし、介護保険法施行法第11条により適用除外となっている者（身体障害者療護施設の入所者など）を除く。