

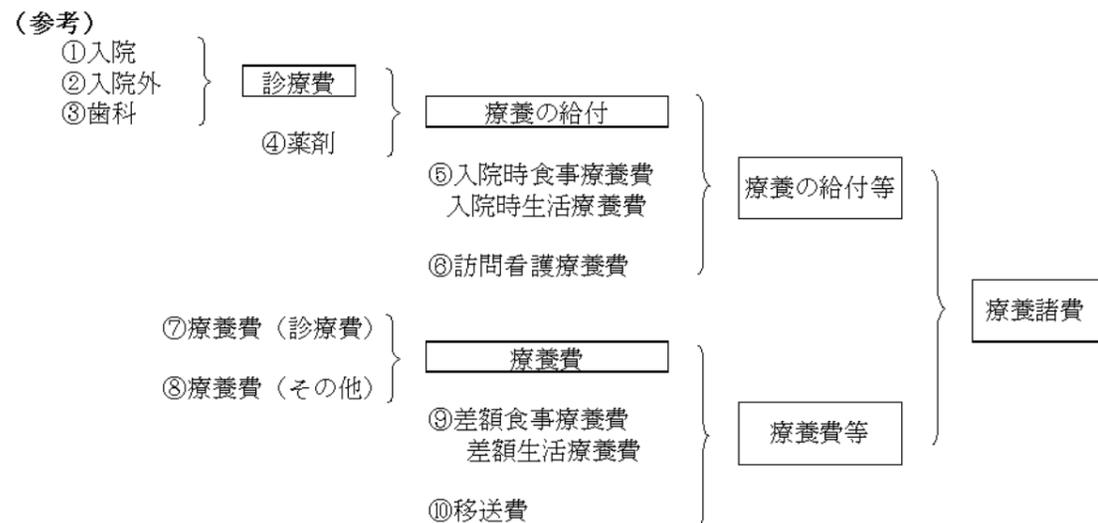
次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p><u>一</u> 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との連携に関する事項</p> <p><u>二</u> 前項各号（第一号を除く。）及び前号に掲げる事項の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他都道府県が必要と認める事項</p> <p>4 都道府県は、当該都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の状況及びその見通しその他の事情を勘案し、その定める都道府県国民健康保険運営方針において、<u>当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の均衡を保つために必要な措置を定めるよう努めるものとする。</u></p> <p>5 都道府県国民健康保険運営方針は、高齢者の医療の確保に関する法律第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。</p> <p><u>6 都道府県は、おおむね三年ごとに、第二項各号に掲げる事項（第三項の規定により同項各号に掲げる事項を定めた場合にあっては、当該事項を含む。）について分析及び評価を行うよう努めるとともに、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営の確保及び当該都道府県の保険料の水準の平準化の推進その他国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施を図るため必要があると認めるときは、当該都道府県の都道府県国民健康保険運営方針を変更するものとする。</u></p> <p><u>7</u> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、当該都道府県内の市町村の意見を聴かなければならない。</p> <p><u>8</u> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるものとする。</p> <p><u>9</u> 市町村は、都道府県国民健康保険運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努めるものとする。</p>	<p><u>二 当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項</u></p> <p><u>三</u> 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との連携に関する事項</p> <p><u>四</u> 前項各号（第一号を除く。）及び前<u>三</u>号に掲げる事項の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他都道府県が必要と認める事項</p> <p>4 都道府県は、当該都道府県内の市町村のうち、<u>当該市町村における医療に要する費用の額が厚生労働省令で定めるところにより被保険者の数及び年齢階層別の分布状況</u>その他の事情を勘案しても<u>なお著しく多額であると認められるものがある場合には</u>、その定める都道府県国民健康保険運営方針において、<u>前項第一号に掲げる事項として医療に要する費用の適正化その他の</u>必要な措置を定めるよう努めるものとする。</p> <p>5 都道府県国民健康保険運営方針は、高齢者の医療の確保に関する法律第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。</p> <p><u>6</u> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、当該都道府県内の市町村の意見を聴かなければならない。</p> <p><u>7</u> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるものとする。</p> <p><u>8</u> 市町村は、都道府県国民健康保険運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努めるものとする。</p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p><b>10</b> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針の作成及び都道府県国民健康保険運営方針に定める施策の実施に関して必要があると認めるときは、国民健康保険団体連合会その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。</p> <p>（標準保険料率） 第八十二条の三 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内の市町村ごとの保険料率の標準的な水準を表す数値（第三項において「市町村標準保険料率」という。）を算定するものとする。</p> <p>2 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内のすべての市町村の保険料率の標準的な水準を表す数値（次項において「都道府県標準保険料率」という。）を算定するものとする。</p> <p>3 都道府県は、市町村標準保険料率及び都道府県標準保険料率（以下この条において「標準保険料率」という。）を算定したときは、厚生労働省令で定めるところにより、標準保険料率を当該都道府県内の市町村に通知するものとする。</p> <p>4 前項に規定する場合において、都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、標準保険料率を公表するよう努めるものとする。</p> <p>・ 都道府県国民健康保険運営方針策定要領 （厚生労働省保険局長通知 令和5年6月20日付け保発0620第1号） 「都道府県国民健康保険運営方針の改定について」</p> <p>・ 国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン） （厚生労働省保険局長通知 令和3年9月15日付け保発0915第5号） 「国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」の改定について</p>	<p><b>9</b> 都道府県は、都道府県国民健康保険運営方針の作成及び都道府県国民健康保険運営方針に定める施策の実施に関して必要があると認めるときは、国民健康保険団体連合会その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。</p> <p>（標準保険料率） 第八十二条の三 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内の市町村ごとの保険料率の標準的な水準を表す数値（第三項において「市町村標準保険料率」という。）を算定するものとする。</p> <p>2 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内のすべての市町村の保険料率の標準的な水準を表す数値（次項において「都道府県標準保険料率」という。）を算定するものとする。</p> <p>3 都道府県は、市町村標準保険料率及び都道府県標準保険料率（以下この条において「標準保険料率」という。）を算定したときは、厚生労働省令で定めるところにより、標準保険料率を当該都道府県内の市町村に通知するものとする。</p> <p>4 前項に規定する場合において、都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、標準保険料率を公表するよう努めるものとする。</p> <p>・ 都道府県国民健康保険運営方針策定要領 （厚生労働省保険局長通知 令和2年5月8日付け保発0508第8号） 「都道府県国民健康保険運営方針の改定等について」</p> <p>・ 国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン） （厚生労働省保険局長通知 令和2年5月8日付け保発0508第9号） 「国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」の改定について</p>	

次期計画案（新）			現行計画（旧）			主な変更理由
※国保運営方針と道条例との関係について			※国保運営方針と道条例との関係について			
区 分	国保運営方針	道の条例	区 分	国保運営方針	道の条例	
保険給付費等 交付金	激変緩和措置等と整合性を図り、交付の基本的考え方等を規定。	国民健康保険条例において交付の基本的な事項を規定。	保険給付費等 交付金	激変緩和措置等と整合性を図り、交付の基本的考え方等を規定。	国民健康保険条例において交付の基本的な事項を規定。	
納付金	納付金の算定に関する基本的考え方等を規定。	国民健康保険条例において市町村からの納付金の徴収に関する基本的な事項を規定。	納付金	納付金の算定に関する基本的考え方等を規定。	国民健康保険条例において市町村からの納付金の徴収に関する基本的な事項を規定。	
財政安定化基金	基金の使用（交付・貸付等）の基本的考え方等を規定。	北海道財政安定化基金条例において基本的な事項を規定。	財政安定化基金	基金の使用（交付・貸付等）の基本的考え方等を規定。	北海道財政安定化基金条例において基本的な事項を規定。	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>用語解説</p> <p>○ 持続可能な開発目標（SDGs）（p. 1） SDGs（Sustainable Development Goals）は、2015年9月に国連で採択された、先進国を含む国際社会全体の2030年までの開発目標で、17のゴール（目標）とその下位目標である169のターゲット（測定可能な行動目標）から構成されています。</p> <p>○ 被保険者（p. 1） 市町村（特別区を含む。以下同じ。）が運営する国保の場合、市町村の区域内に住所を有する者は、すべて被保険者となります。 ただし、健康保険などの被用者保険や後期高齢者医療制度の被保険者、生活保護を受けている世帯に属する者、国民健康保険組合の被保険者、在留資格を有しない者などは対象になりません。なお、国保は世帯単位で加入します。</p> <p>○ 保険者（p. 1） 保険事業の運営主体であり、国保の保険者は都道府県、市町村及び国民健康保険組合ですが、道内には、複数の市町村で広域連合により運営しているところもあります。 国民健康保険組合は、同種の事業又は業務に従事する者で組織する団体で、市町村が行う国保事業の運営に支障を及ぼさないと認められるときに限って、都道府県知事の認可を受けて設立することができます。</p> <p>○ PDCAサイクル（p. 2） Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画（Plan）－実行（Do）－評価・検証（Check）－改善（Action）の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいいます。</p> <p>○ 療養諸費（p. 5） 療養の給付等及び療養費等の合計であり、概念図で示すと次のとおりになり</p>	<p>用語解説</p> <p>○ 持続可能な開発目標（SDGs）（p. 1） SDGs（Sustainable Development Goals）は、2015年9月に国連で採択された、先進国を含む国際社会全体の2030年までの開発目標で、17のゴール（目標）とその下位目標である169のターゲット（測定可能な行動目標）から構成されています。</p> <p>○ 被保険者（p. 1） 市町村（特別区を含む。以下同じ。）が運営する国保の場合、市町村の区域内に住所を有する者は、すべて被保険者となります。 ただし、健康保険などの被用者保険や後期高齢者医療制度の被保険者、生活保護を受けている世帯に属する者、国民健康保険組合の被保険者、在留資格を有しない者などは対象になりません。なお、国保は世帯単位で加入します。</p> <p>○ 保険者（p. 1） 保険事業の運営主体であり、国保の保険者は都道府県、市町村及び国民健康保険組合ですが、道内には、複数の市町村で広域連合により運営しているところもあります。 国民健康保険組合は、同種の事業又は業務に従事する者で組織する団体で、市町村が行う国保事業の運営に支障を及ぼさないと認められるときに限って、都道府県知事の認可を受けて設立することができます。</p> <p>○ PDCAサイクル（p. 2） Plan/Do/Check/Actionの頭文字を揃えたもので、計画（Plan）－実行（Do）－評価・検証（Check）－改善（Action）の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいいます。</p> <p>○ 療養諸費（p. 5） 療養の給付等及び療養費等の合計であり、概念図で示すと次のとおりになり</p>	<p>○本文中の記載内容に合わせて修正</p>

ます。



主な用語は次のとおりです。

【療養の給付】

被保険者の疾病又は負傷に対して、保険医療機関等が診療、薬剤の支給などといった給付を直接医療として給付します。（現物給付）

【療養費】

保険者が療養に関する給付を被保険者の請求に基づき、現金で支払う場合の給付費をいいます。

【入院時食事療養費】

被保険者が保険医療機関等で食事療養を受けたときは、その食事療養に要した費用については、被保険者が負担する標準負担額を控除した額を入院時食事療養費として支給します。

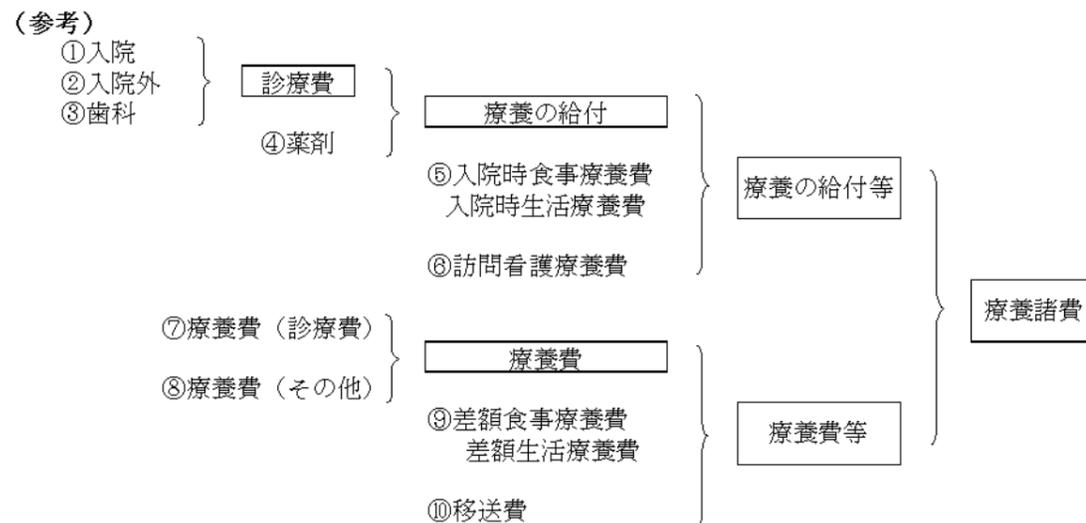
【入院時生活療養費】

療養病床に入院する70歳以上の高齢者に係る食費（食材料費及び調理コスト相当）及び居住費（光熱水費相当）について、標準負担額を控除した額を入院時生活療養費として支給します。

【訪問看護療養費】

被保険者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けた場合、必要と認められるときは、その指定訪問看護に要した額を支給します。

ます。



主な用語は次のとおりです。

【療養の給付】

被保険者の疾病又は負傷に対して、保険医療機関等が診療、薬剤の支給などといった給付を直接医療として給付します。（現物給付）

【療養費】

保険者が療養に関する給付を被保険者の請求に基づき、現金で支払う場合の給付費をいいます。

【入院時食事療養費】

被保険者が保険医療機関等で食事療養を受けたときは、その食事療養に要した費用については、被保険者が負担する標準負担額を控除した額を入院時食事療養費として支給します。

【入院時生活療養費】

療養病床に入院する70歳以上の高齢者に係る食費（食材料費及び調理コスト相当）及び居住費（光熱水費相当）について、標準負担額を控除した額を入院時生活療養費として支給します。

【訪問看護療養費】

被保険者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けた場合、必要と認められるときは、その指定訪問看護に要した額を支給します。

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p><b>【移送費】</b>            被保険者が療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送された場合、必要と認められるときは、その移送に要した費用について移送費を支給します。</p> <p><b>【療養の給付等】</b>            療養の給付、食事療養・生活療養（標準負担額差額支給された入院時食事療養費・入院時生活療養費を除く。）及び訪問看護の合計です。</p> <p><b>【療養費等】</b>            療養費、標準負担額差額支給された入院時食事療養費・入院時生活療養費及び移送費の合計です。</p> <p>○ 受診率（p. 6）            入院・入院外・歯科及び合計ごとに、年間分の件数を年間平均被保険者数で除して百分率により表したものであり、100人当たりの受診件数となります。</p> <p>○ 寄与度（p. 6）            あるデータの構成要素の増減が全体の伸び率をどの程度押し上げているかを示すものです。</p> <p>○ 受療率（p. 6）            厚生労働省が毎年公表している「患者調査」では、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」と定義されています。「患者調査」では、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出します。</p> $\text{受療率} = \frac{\text{一日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口}} \times 100,000$	<p><b>【移送費】</b>            被保険者が療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送された場合、必要と認められるときは、その移送に要した費用について移送費を支給します。</p> <p><b>【療養の給付等】</b>            療養の給付、食事療養・生活療養（標準負担額差額支給された入院時食事療養費・入院時生活療養費を除く。）及び訪問看護の合計です。</p> <p><b>【療養費等】</b>            療養費、標準負担額差額支給された入院時食事療養費・入院時生活療養費及び移送費の合計です。</p> <p>○ 受診率（p. 6）            入院・入院外・歯科及び合計ごとに、年間分の件数を年間平均被保険者数で除して百分率により表したものであり、100人当たりの受診件数となります。</p> <p>○ 寄与度（p. 6）            あるデータの構成要素の増減が全体の伸び率をどの程度押し上げているかを示すものです。</p> <p>○ 受療率（p. 6）            厚生労働省が毎年公表している「患者調査」では、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」と定義されています。「患者調査」では、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出します。</p> $\text{受療率} = \frac{\text{一日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口}} \times 100,000$	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>○ 地域差指数（p. 7）</p> <p>地域差指数とは、その市町村の医療費の高さを数値で表す概念で次のとおり算出されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域差指数（控除前）＝実績給付費／基準給付費</li> <li>・ 地域差指数（控除後）＝（実績給付費－災害その他の特別事情の額）／基準給付費</li> </ul> <p>【基準給付費】</p> <p>基準給付費とは、年齢階層別一人当たり医療給付費が全国平均と同じと仮定した場合の当該保険者の医療給付費で、具体的には、次に掲げる額をいいます（法施行規則第32条の8）。</p> <p>(1) 前期高齢被保険者加入割合が平均前期高齢被保険者加入割合以上である場合</p> <p>アに掲げる額からイに掲げる額を控除した額</p> <p>ア 年齢階層ごとに、当該年齢階層に係る平均一人当たり給付額に当該市町村の当該年齢階層に属する被保険者の数を乗じて得た額の合算額として算定した額</p> <p>イ 平均前期高齢被保険者一人当たり給付額に当該市町村の被保険者の数を乗じて得た額に、前期高齢被保険者加入割合から平均前期高齢被保険者加入割合を控除した割合を乗じて得た額</p> <p>(2) 平均前期高齢被保険者加入割合が前期高齢被保険者加入割合を超える場合</p> <p>アに掲げる額とイに掲げる額との合算額</p> <p>ア (1)のアに掲げる額</p> <p>イ 平均前期高齢被保険者一人当たり給付額に当該市町村の被保険者の数を乗じて得た額に、平均前期高齢被保険者加入割合から前期高齢被保険者加入割合を控除した割合を乗じて得た額</p> <p>○ 社会保険表章用疾病分類（p. 7）</p> <p>世界保健機関（WHO）より公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定められた分類方法であ</p>	<p>○ 地域差指数（p. 7）</p> <p>地域差指数とは、その市町村の医療費の高さを数値で表す概念で次のとおり算出されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域差指数（控除前）＝実績給付費／基準給付費</li> <li>・ 地域差指数（控除後）＝（実績給付費－災害その他の特別事情の額）／基準給付費</li> </ul> <p>【基準給付費】</p> <p>基準給付費とは、年齢階層別一人当たり医療給付費が全国平均と同じと仮定した場合の当該保険者の医療給付費で、具体的には、次に掲げる額をいいます（法施行規則第32条の8）。</p> <p>(1) 前期高齢被保険者加入割合が平均前期高齢被保険者加入割合以上である場合</p> <p>アに掲げる額からイに掲げる額を控除した額</p> <p>ア 年齢階層ごとに、当該年齢階層に係る平均一人当たり給付額に当該市町村の当該年齢階層に属する被保険者の数を乗じて得た額の合算額として算定した額</p> <p>イ 平均前期高齢被保険者一人当たり給付額に当該市町村の被保険者の数を乗じて得た額に、前期高齢被保険者加入割合から平均前期高齢被保険者加入割合を控除した割合を乗じて得た額</p> <p>(2) 平均前期高齢被保険者加入割合が前期高齢被保険者加入割合を超える場合</p> <p>アに掲げる額とイに掲げる額との合算額</p> <p>ア (1)のアに掲げる額</p> <p>イ 平均前期高齢被保険者一人当たり給付額に当該市町村の被保険者の数を乗じて得た額に、平均前期高齢被保険者加入割合から前期高齢被保険者加入割合を控除した割合を乗じて得た額</p> <p>○ 社会保険表章用疾病分類（p. 7）</p> <p>世界保健機関（WHO）より公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定められた分類方法であ</p>	

次期計画案（新）

現行計画（旧）

主な変更理由

り、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として広く用いられています。

り、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として広く用いられています。

○ 二次医療圏（p. 9）

医療圏とは、地域の医療需要に対応して、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的な単位のこと、北海道医療計画の中で定められています。

○ 二次医療圏（p. 9）

医療圏とは、地域の医療需要に対応して、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的な単位のこと、北海道医療計画の中で定められています。

■医療圏の区域

第三次	第二次	第一次
道南	南渡島 南檜山 北渡島檜山	函館市、北斗市、松前町、福島町、知内町、木古内町、七飯町、鹿部町、森町 江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町 八雲町、長万部町、せたな町、今金町
道央	札幌 後志 南空知 中空知 北空知 西胆振 東胆振 日高	札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村 小樽市、島牧村、寿都町、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村 夕張市、岩見沢市、美瑛市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町 芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町 深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町 室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、壮瞥町 苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町 日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、えりも町
道北	上川中部 上川北部 富良野 留萌 宗谷	旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町、幌加内町 士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町 富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村 留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町 稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
オホーツク	北網 遠紋	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町 紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
十勝	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
釧路・根室	釧路 根室	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町 根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
6圏域	21圏域	179圏域

■医療圏の区域

第三次	第二次	第一次
道南	南渡島 南檜山 北渡島檜山	函館市、北斗市、松前町、福島町、知内町、木古内町、七飯町、鹿部町、森町 江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町 八雲町、長万部町、せたな町、今金町
道央	札幌 後志 南空知 中空知 北空知 西胆振 東胆振 日高	札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村 小樽市、島牧村、寿都町、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村 夕張市、岩見沢市、美瑛市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町 芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町 深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町 室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、壮瞥町 苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町 日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、えりも町
道北	上川中部 上川北部 富良野 留萌 宗谷	旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町、幌加内町 士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町 富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村 留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町 稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
オホーツク	北網 遠紋	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町 紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
十勝	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
釧路・根室	釧路 根室	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町 根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
6圏域	21圏域	179圏域

○ 推計新規入院発生率（p. 9）

被保険者 100 人当たりの推計新規入院件数を表した数値です。

○ 推計新規入院発生率（p. 9）

被保険者 100 人当たりの推計新規入院件数を表した数値です。

$$\text{推計新規入院発生率} = \frac{\text{一人当たり入院受診延日数}}{\text{推計平均在院日数}}$$

$$\text{推計新規入院発生率} = \frac{\text{一人当たり入院受診延日数}}{\text{推計平均在院日数}}$$

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p data-bbox="112 226 765 268">推計平均在院日数＝入院の一件当たり日数×</p> $\left( \frac{365 - 1}{12} \right) \times \frac{365 - \text{入院の一件当たり日数}}{12}$ <p data-bbox="62 814 629 856">○ 国民健康保険事業費納付金（p. 18）</p> <p data-bbox="94 877 1261 972">法 75 条の 7 の規定に基づき、国民健康保険給付費等交付金のほか、国保事業に要する費用に充てるため、道が市町村から徴収するものです。</p> <p data-bbox="94 993 1261 1098">平成 30 年度からは、市町村が道に納める納付金を賄うため、市町村が国保加入世帯に対し、国民健康保険料（税）を賦課しています。</p> <p data-bbox="62 1182 468 1224">○ 都道府県繰入金（p. 19）</p> <p data-bbox="94 1245 1261 1339">平成 30 年度に設置された都道府県国民健康保険特別会計の財源として、都道府県が一般会計から支出するお金のことです。</p> <p data-bbox="62 1423 599 1465">○ 特定健診、特定保健指導（p. 19）</p> <p data-bbox="94 1486 1261 1707">特定健診とは、平成 20 年 4 月から医療保険者に義務づけられた、40 歳から 74 歳までの被保険者に対する糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査のことで、特定保健指導とは、その診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して行う保健指導のことをいいます。</p> <p data-bbox="62 1791 409 1833">○ 繰上充用金（p. 20）</p> <p data-bbox="124 1854 1261 1896">会計年度経過後、当該会計年度の歳入が歳出に対して不足する場合は、翌年</p>	<p data-bbox="1329 226 1982 268">推計平均在院日数＝入院の一件当たり日数×</p> $\left( \frac{365 - 1}{12} \right) \times \frac{365 - \text{入院の一件当たり日数}}{12}$ <p data-bbox="1282 510 1727 552">○ <u>コーホート要因法（p. 17）</u></p> <p data-bbox="1311 573 2478 730"><u>同じ年（または同じ時期）に生まれた人々の集団（コーホート）について、過去の人口動勢や人口変動要因を基に、各年齢別の将来人口を推計する方法です。</u></p> <p data-bbox="1282 814 1846 856">○ 国民健康保険事業費納付金（p. 17）</p> <p data-bbox="1311 877 2478 972">法 75 条の 7 の規定に基づき、国民健康保険給付費等交付金のほか、国保事業に要する費用に充てるため、道が市町村から徴収するものです。</p> <p data-bbox="1311 993 2478 1098">平成 30 年度からは、市町村が道に納める納付金を賄うため、市町村が国保加入世帯に対し、国民健康保険料（税）を賦課しています。</p> <p data-bbox="1282 1182 1688 1224">○ 都道府県繰入金（p. 19）</p> <p data-bbox="1311 1245 2478 1339">平成 30 年度に設置された都道府県国民健康保険特別会計の財源として、都道府県が一般会計から支出するお金のことです。</p> <p data-bbox="1282 1423 1816 1465">○ 特定健診、特定保健指導（p. 19）</p> <p data-bbox="1311 1486 2478 1707">特定健診とは、平成 20 年 4 月から医療保険者に義務づけられた、40 歳から 74 歳までの被保険者に対する糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査のことで、特定保健指導とは、その診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して行う保健指導のことをいいます。</p> <p data-bbox="1282 1791 1638 1833">○ 繰上充用金（p. 20）</p> <p data-bbox="1341 1854 2478 1896">会計年度経過後、当該会計年度の歳入が歳出に対して不足する場合は、翌年</p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>度の歳入を充てることができます。この場合の方法として、翌年度の歳出に、翌年度の歳入を財源として繰上充用金を計上し、当該年度（翌年度から見れば前年度）へ支出します。</p> <p>○ 所得水準（p. 23） 被保険者の所得水準は、産業構造の違いなどから市町村間で差がありますが、所得水準に応じた負担となるよう、納付金算定に所得水準を反映することとしています。</p> <p>○ 医療費水準（p. 23） 各市町村の被保険者の一人当たり医療費には差がありますが、<b>令和5年度</b>納付金算定においては、年齢構成の差を調整した上で、医療費水準の差を反映することとしています。 なお、<b>令和6年度納付金算定より</b>、医療費水準の差を反映しないこととなります。</p> <p>○ 所得割、被保険者均等割、世帯別平等割、資産割（p. 23） 所得割は世帯に属する被保険者の前年の総所得金額等に応じて、被保険者均等割は世帯に属する被保険者数に応じて算定されます。 また、世帯別平等割は世帯単位で、資産割は世帯における固定資産税等に応じて算定されます。 一般的に、所得割と被保険者均等割の合算額で保険料（税）を算定する方式は二方式、これに世帯別平等割を加えたものの合算額で保険料（税）を算定する方式は三方式、さらに資産割を加えたものの合算額で保険料（税）を算定する方式は四方式と呼ばれています。</p> <p>○ 応能割、応益割（p. 23） 国民健康保険料（税）は、応能割と応益割で構成され、応能割には所得割と資産割があり、応益割には被保険者均等割と世帯別平等割があります。 保険料（税）は、医療費の支払に充てられる分、後期高齢者医療の医療費に</p>	<p>度の歳入を充てることができます。この場合の方法として、翌年度の歳出に、翌年度の歳入を財源として繰上充用金を計上し、当該年度（翌年度から見れば前年度）へ支出します。</p> <p>○ 所得水準（p. 23） 被保険者の所得水準は、産業構造の違いなどから市町村間で差がありますが、所得水準に応じた負担となるよう、納付金算定に所得水準を反映することとしています。</p> <p>○ 医療費水準（p. 23） 各市町村の被保険者の一人当たり医療費には差がありますが、納付金算定においては、年齢構成の差を調整した上で、医療費水準の差を反映することとしています。 なお、<b>保険料水準を統一する場合は</b>、医療費水準の差を反映しないこととなります。</p> <p>○ 所得割、被保険者均等割、世帯別平等割、資産割（p. 23） 所得割は世帯に属する被保険者の前年の総所得金額等に応じて、被保険者均等割は世帯に属する被保険者数に応じて算定されます。 また、世帯別平等割は世帯単位で、資産割は世帯における固定資産税等に応じて算定されます。 一般的に、所得割と被保険者均等割の合算額で保険料（税）を算定する方式は二方式、これに世帯別平等割を加えたものの合算額で保険料（税）を算定する方式は三方式、さらに資産割を加えたものの合算額で保険料（税）を算定する方式は四方式と呼ばれています。</p> <p>○ 応能割、応益割（p. 23） 国民健康保険料（税）は、応能割と応益割で構成され、応能割には所得割と資産割があり、応益割には被保険者均等割と世帯別平等割があります。 保険料（税）は、医療費の支払に充てられる分、後期高齢者医療の医療費に</p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>充てられる分、介護保険の給付費に充てられる分ごとに、応能割と応益割に分けて算定されます。</p> <p>○ 賦課限度額（p. 24） 国民健康保険料（税）の算定においては、上限額が法施行令で定められており、医療分は <b>65</b> 万円、後期高齢者支援金分が <b>22</b> 万円、介護納付金分が 17 万円と定められています（令和 <b>5</b> 年度）。</p> <p>○ 都道府県繰入金（2号分）（p. 26） 都道府県繰入金のうち、地域の実情に応じた国保財政安定化のための取組の促進や、きめ細かい調整を行うため、算定対象としている分のことです。</p> <p>○ 地方単独事業（p. <b>26</b>） 地方自治体が国庫からの補助を受けずに単独で実施する事業です。 国保では、重度障がい者、ひとり親家庭及び乳幼児を対象として市町村が実施する一部負担金に対する助成のことを指し、市町村によって対象基準が異なります。</p> <p>○ 高額医療費（p. <b>28</b>） 診療報酬明細書（レセプト）一件ごとに全体の医療費のうち、80 万円を超えた部分に相当する医療費です。</p>	<p>充てられる分、介護保険の給付費に充てられる分ごとに、応能割と応益割に分けて算定されます。</p> <p>○ 賦課限度額（p. 24） 国民健康保険料（税）の算定においては、上限額が法施行令で定められており、医療分は <b>63</b> 万円、後期高齢者支援金分が <b>19</b> 万円、介護納付金分が 17 万円と定められています（令和 <b>2</b> 年度）。</p> <p>○ 都道府県繰入金（2号分）（p. 26） 都道府県繰入金のうち、地域の実情に応じた国保財政安定化のための取組の促進や、きめ細かい調整を行うため、算定対象としている分のことです。</p> <p>○ 地方単独事業（p. <b>27</b>） 地方自治体が国庫からの補助を受けずに単独で実施する事業です。 国保では、重度障がい者、ひとり親家庭及び乳幼児を対象として市町村が実施する一部負担金に対する助成のことを指し、市町村によって対象基準が異なります。</p> <p>○ 高額医療費（p. <b>29</b>） 診療報酬明細書（レセプト）一件ごとに全体の医療費のうち、80 万円を超えた部分に相当する医療費です。</p> <p><u>○ 退職被保険者（p. 31）</u> <u>被保険者のうち、老齢厚生年金など老齢又は退職を支給事由とする年金を受けることができる方で、厚生年金などのサラリーマンが加入する年金の加入期間が 20 年以上であるか、40 歳に達した以降の加入期間が 10 年以上ある方が対象です。</u> <u>退職被保険者に関する医療費は、保険料（税）のほか、社会保険診療報酬支払基金からの交付金により賄われます。</u></p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>○ 不正請求（p. <a href="#">38</a>）  診療報酬（調剤報酬を含む。）の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるものをいいます。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分されます。</p> <p>① 架空請求  実際に診療を行っていない者につき診療をしたごとく請求することです。診療が継続している者であっても、当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月については架空請求となります。</p> <p>② 付増請求  診療行為の回数（日数）、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求することです。</p> <p>③ 振替請求  実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求することです。</p> <p>④ 二重請求  自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求することです。</p> <p>⑤ その他の請求  保険診療と認められないものを請求した場合です（患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬等）。</p> <p>○ 海外療養費（p. <a href="#">38</a>）  被保険者が海外渡航中に現地の病院等で診療等を受けた場合に、支給申請に基づき保険者が支給するものです。当該療養について算定した費用から一部負担金相当額を控除した額が支給されます。</p> <p>○ 国保情報集約システム（p. <a href="#">39</a>）  被保険者の資格情報や給付情報を、都道府県単位で管理し、同一都道府県内の市町村間の情報連携等を支援するためのシステムです。  被保険者が同一都道府県内で住所異動した場合に、資格取得・喪失年月日を</p>	<p>○ 不正請求（p. <a href="#">39</a>）  診療報酬（調剤報酬を含む。）の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるものをいいます。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分されます。</p> <p>① 架空請求  実際に診療を行っていない者につき診療をしたごとく請求することです。診療が継続している者であっても、当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月については架空請求となります。</p> <p>② 付増請求  診療行為の回数（日数）、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求することです。</p> <p>③ 振替請求  実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求することです。</p> <p>④ 二重請求  自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求することです。</p> <p>⑤ その他の請求  保険診療と認められないものを請求した場合です（患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬等）。</p> <p>○ 海外療養費（p. <a href="#">39</a>）  被保険者が海外渡航中に現地の病院等で診療等を受けた場合に、支給申請に基づき保険者が支給するものです。当該療養について算定した費用から一部負担金相当額を控除した額が支給されます。</p> <p>○ 国保情報集約システム（p. <a href="#">40</a>）  被保険者の資格情報や給付情報を、都道府県単位で管理し、同一都道府県内の市町村間の情報連携等を支援するためのシステムです。  被保険者が同一都道府県内で住所異動した場合に、資格取得・喪失年月日を</p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>転出先の市町村に提供する機能や、前住所地における高額療養費の多数回該当にかかる該当回数を引き継ぐ機能などを有します。</p> <p>○ 被保険者 I D (p. <a href="#">39</a>)  国保情報集約システムでは、被保険者の資格情報や給付の情報は、都道府県単位で、被保険者ごとに符号を付与して整理します。被保険者 I Dは、被保険者一人ひとりに付与されるその符号（番号）のことです。</p> <p>○ 高額療養費 (p. <a href="#">41</a>)  被保険者が療養の給付について支払った一部負担金の額が一定の額を超える場合に保険者から給付されます。</p>	<p>転出先の市町村に提供する機能や、前住所地における高額療養費の多数回該当にかかる該当回数を引き継ぐ機能などを有します。</p> <p>○ 被保険者 I D (p. <a href="#">40</a>)  国保情報集約システムでは、被保険者の資格情報や給付の情報は、都道府県単位で、被保険者ごとに符号を付与して整理します。被保険者 I Dは、被保険者一人ひとりに付与されるその符号（番号）のことです。</p> <p>○ 高額療養費 (p. <a href="#">42</a>)  被保険者が療養の給付について支払った一部負担金の額が一定の額を超える場合に保険者から給付されます。</p>	

次期計画案（新）

《高額療養費制度》  
自己負担限度額  
(70歳未満)

区分	限度額
年収約1,160万円～の方	252,600円+(医療費-842,000円)×1%
年収約770万円～約1,160万円の方	167,400円+(医療費-558,200円)×1%
年収約370万円～約770万円の方	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
～年収約370万円の方	57,600円
住民税非課税の方	35,400円

(70歳以上75歳未満)【平成29年8月～平成30年7月】

区分	外来+入院(世帯単位)	
	外来(個人単位)	
現役並み所得者	57,600円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]
一般	14,000円 [年間上限144,000円]	57,600円 [多数回該当:44,400円]
低所得者	8,000円	24,600円
低所得者のうち特に所得の低い者	8,000円	15,000円

(70歳以上75歳未満)【平成30年8月～】

区分	外来+入院(世帯単位)	
	外来(個人単位)	
年収約1,160万円～の方	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [多数回該当:140,100円]	
年収約770万円～約1,160万円の方	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [多数回該当:93,000円]	
年収約370万円～約770万円の方	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]	
～年収約370万円の方	18,000円 [年間上限:144,000円]	57,600円 [多数回該当:44,400円]
低所得者	8,000円	24,600円
低所得者のうち特に所得の低い者	8,000円	15,000円

・世帯合算基準額

70歳未満の者については、同一月における21,000円以上の負担が複数の場合は、これを合算して支給。

・多数回該当の負担軽減

12か月以内に3回以上自己負担限度額に達した場合、4回目から[多数回該当]となる。

・長期高額疾病患者の負担軽減

血友病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担限度額:10,000円  
(ただし、上位所得者で人工透析を行う70歳未満の患者の自己負担限度額:20,000円)

《高額医療・高額介護合算制度》

1年間(毎年8月～翌年7月)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

自己負担限度額は、所得と年齢に応じきめ細かく設定。

現行計画(旧)

《高額療養費制度》  
自己負担限度額  
(70歳未満)

区分	限度額
年収約1,160万円～の方	252,600円+(医療費-842,000円)×1%
年収約770万円～約1,160万円の方	167,400円+(医療費-558,200円)×1%
年収約370万円～約770万円の方	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
～年収約370万円の方	57,600円
住民税非課税の方	35,400円

(70歳以上75歳未満)【平成29年8月～平成30年7月】

区分	外来+入院(世帯単位)	
	外来(個人単位)	
現役並み所得者	57,600円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]
一般	14,000円 [年間上限144,000円]	57,600円 [多数回該当:44,400円]
低所得者	8,000円	24,600円
低所得者のうち特に所得の低い者	8,000円	15,000円

(70歳以上75歳未満)【平成30年8月～】

区分	外来+入院(世帯単位)	
	外来(個人単位)	
年収約1,160万円～の方	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [多数回該当:140,100円]	
年収約770万円～約1,160万円の方	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [多数回該当:93,000円]	
年収約370万円～約770万円の方	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]	
～年収約370万円の方	18,000円 [年間上限:144,000円]	57,600円 [多数回該当:44,400円]
低所得者	8,000円	24,600円
低所得者のうち特に所得の低い者	8,000円	15,000円

・世帯合算基準額

70歳未満の者については、同一月における21,000円以上の負担が複数の場合は、これを合算して支給。

・多数回該当の負担軽減

12か月以内に3回以上自己負担限度額に達した場合、4回目から[多数回該当]となる。

・長期高額疾病患者の負担軽減

血友病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担限度額:10,000円  
(ただし、上位所得者で人工透析を行う70歳未満の患者の自己負担限度額:20,000円)

《高額医療・高額介護合算制度》

1年間(毎年8月～翌年7月)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

自己負担限度額は、所得と年齢に応じきめ細かく設定。

主な変更理由

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>○ <u>生活習慣病</u> (p. <u>42</u>)            疾病の発症には、様々な要因が関係していますが、そのうち、生活習慣は、「悪性新生物」、「脳血管疾患」、「心疾患」などの発症に深くかかわっていることが明らかになってきています。            例えば、生活習慣の与える影響が大きい疾病には、喫煙による「肺がん」、食事の偏りによる「脳卒中」や「高血圧」、運動不足などによる「糖尿病」などがあります。            このような生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患群を生活習慣病と呼んでいます。</p> <p>○ 後発医薬品（ジェネリック医薬品 p. <u>44</u>)            先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品であり、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっています。</p> <p>○ <u>バイオ後続品</u> (p. <u>44</u>)  <u>特許終了後の先行バイオ医薬品と同等・同質の品質、安全性及び有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品であり、バイオシミラーともいいます。一般的に開発費用が安く抑えられることから、先行バイオ医薬品に比べて薬価が低くなっています。</u></p> <p>○ 保健事業実施計画（データヘルス計画 p. <u>47</u>)            法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）に基づき、各保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、レセプトデータや国保データベースシステムによる健診・医療情報などを活用して策定する計画です。</p> <p>○ <u>メタボリックシンドローム</u> (p. <u>47</u>)  <u>内臓脂肪症候群ともいいます。該当者は、内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により</u></p>	<p>○ <u>生活習慣病</u> (p. <u>43</u>)            疾病の発症には、様々な要因が関係していますが、そのうち、生活習慣は、「悪性新生物」、「脳血管疾患」、「心疾患」などの発症に深くかかわっていることが明らかになってきています。            例えば、生活習慣の与える影響が大きい疾病には、喫煙による「肺がん」、食事の偏りによる「脳卒中」や「高血圧」、運動不足などによる「糖尿病」などがあります。            このような生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾患群を生活習慣病と呼んでいます。</p> <p>○ 後発医薬品（ジェネリック医薬品 p. <u>45</u>)            先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品であり、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっています。</p> <p>○ 保健事業実施計画（データヘルス計画 p. <u>48</u>)            法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）に基づき、各保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、レセプトデータや国保データベースシステムによる健診・医療情報などを活用して策定する計画です。</p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p><u>測定）に加え、リスクがあるとされる血中脂質や血圧、血糖の基準のうち2つ以上に該当する方、予備群は、内臓脂肪の蓄積に加え、血中脂質や血圧、血糖の基準のうち1つに該当する方をいいます。</u></p> <p>○ <u>ノルディックウォーキング（p. 48）</u>  <u>フィンランドが発祥の地で、2本のポールを持って歩行する身体全体を使うスポーツです。クロスカントリースキー選手が夏のトレーニングとして活用したり、北欧では、通勤や通学など日常生活の一部として利用されています。</u></p> <p>○ <u>オーラルフレイル（p. 49）</u>  <u>老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔の健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまでつながる一連の現象及び過程をいいます。</u></p> <p>○ <u>薬物有害事象（p. 49）</u>  <u>広義の副作用であり、薬物アレルギーなどによる確率的有害事象のほか、薬効が強く出すぎることによる有害事象や、血中濃度の過上昇による臓器障害も含むとされています。また、若年者に比べ高齢者の発生が多いとされています。</u></p> <p>○ <u>お薬手帳（p. 49）</u>  <u>病院や薬局などで医療用の薬をもらった時や、市販の薬を購入した時に、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のことです。</u></p>	<p>○ <u>ノルディックウォーキング（p. 49）</u>  <u>約80年前にクロスカントリースキーチームの夏場のトレーニングとしてフィンランドで始まった、ポールを使用して行う運動です。</u></p> <p>○ <u>生活歯援プログラム（p. 50）</u>  <u>日本歯科医師会が提唱する歯科健診プログラムで、受診された方の生活習慣などの問題点を見つけ、一緒に改善していく一次予防を目的としており、20の質問に回答することで従来の疾病発見型から、受診者に必要な類型化を行う支援型歯科健診へと転換するものです。</u></p> <p>○ <u>お薬手帳（p. 50）</u>  <u>病院や薬局などで医療用の薬をもらった時や、市販の薬を購入した時に、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のことです。</u></p>	

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由																						
<p>医療機関に受診する際に、医師・薬剤師がお薬手帳の記録をチェックし、薬の飲み合わせや副作用を防ぐことや、新しく処方された薬の情報等を記入してもらうことができます。</p> <p>○ 一部負担金 (p. <a href="#">51</a>)            保険医療機関等において、被保険者が治療を受けた際に支払うものです。</p> <table border="1" data-bbox="103 466 1062 961"> <tr> <td colspan="2">下記以外の方</td> <td>3割相当額</td> </tr> <tr> <td colspan="2">義務教育就学前の者（未就学児）</td> <td>2割相当額</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">70歳以上の高齢者</td> <td>一般</td> <td>2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得者</td> <td>3割相当額</td> </tr> </table> <p>○ <a href="#">基幹業務システム (p. 52)</a>  <u>地方公共団体情報システム標準化に関する法律第2条第1項に規定する標準化対象事務を定める政令（令和4年政令第1号）で定められた20業務に係る業務システムをいいます。</u></p> <p>○ <a href="#">ガバメントクラウド (p. 52)</a>  <u>政府共通のクラウドサービスの利用環境を指し、ガバメントクラウド上に構築することができるシステムは、地方公共団体情報システム標準化に関する法律（令和3年法律第40号）に規定された標準化基準に適合したシステム（標準準拠システム）とそれに関連したシステムとされています。</u>  <u>同法において、令和7年度末までに標準準拠システムへの移行が義務付けられたことに対し、ガバメントクラウドの利用は努力義務とされています。</u></p> <p>○ 地域包括ケアシステム (p. <a href="#">54</a>)</p>	下記以外の方		3割相当額	義務教育就学前の者（未就学児）		2割相当額	70歳以上の高齢者	一般	2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)	現役並み所得者	3割相当額	<p>医療機関に受診する際に、医師・薬剤師がお薬手帳の記録をチェックし、薬の飲み合わせや副作用を防ぐことや、新しく処方された薬の情報等を記入してもらうことができます。</p> <p>○ 一部負担金 (p. <a href="#">52</a>)            保険医療機関等において、被保険者が治療を受けた際に支払うものです。</p> <table border="1" data-bbox="1320 466 2279 961"> <tr> <td colspan="2">下記以外の方</td> <td>3割相当額</td> </tr> <tr> <td colspan="2">義務教育就学前の者（未就学児）</td> <td>2割相当額</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">70歳以上の高齢者</td> <td>一般</td> <td>2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得者</td> <td>3割相当額</td> </tr> </table> <p>○ 地域包括ケアシステム (p. <a href="#">55</a>)</p>	下記以外の方		3割相当額	義務教育就学前の者（未就学児）		2割相当額	70歳以上の高齢者	一般	2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)	現役並み所得者	3割相当額	
下記以外の方		3割相当額																						
義務教育就学前の者（未就学児）		2割相当額																						
70歳以上の高齢者	一般	2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)																						
	現役並み所得者	3割相当額																						
下記以外の方		3割相当額																						
義務教育就学前の者（未就学児）		2割相当額																						
70歳以上の高齢者	一般	2割相当額 (平成26年3月までに70歳に達している方は1割相当額)																						
	現役並み所得者	3割相当額																						

次期計画案（新）	現行計画（旧）	主な変更理由
<p>高齢者が地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で個々人の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。</p>	<p>高齢者が地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で個々人の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。</p>	