

用語解説

○ 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。

○ 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。

○ 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。

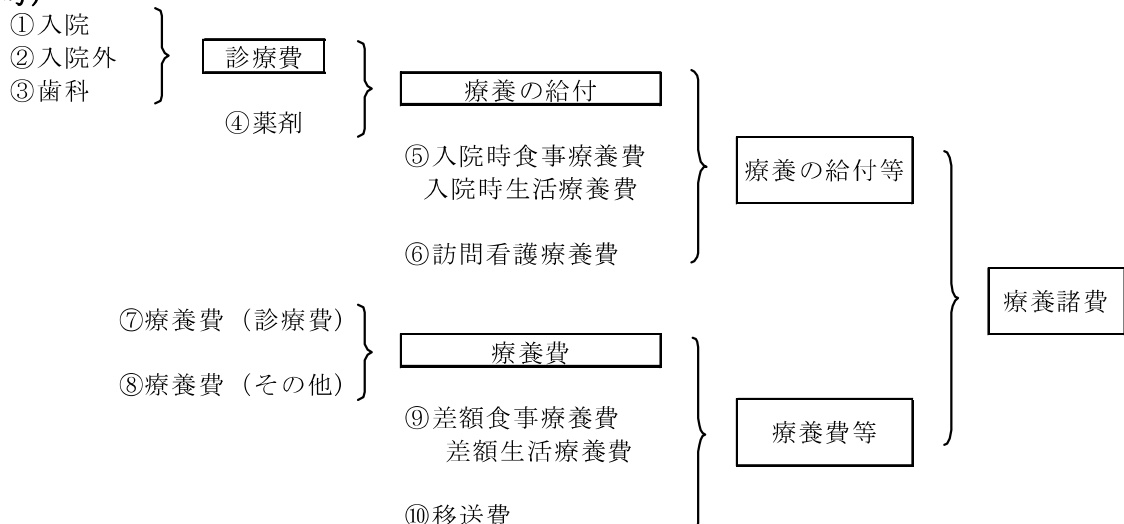
○ PDCAサイクル（p. 2）

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。

○ 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ます。

（参考）



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。

【移送費】

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。

【療養の給付等】

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。

【療養費等】

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。

○ **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。

○ **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。

○ **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。

$$\text{受療率} = \frac{\text{一日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口}} \times 100,000$$

○ **地域差指数（p. 7）**

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。

- ・ 地域差指数（控除前）＝実績給付費／基準給付費
- ・ 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

【基準給付費】

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）。

- (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
 アに掲げる額からイに掲げる額を控除した額
 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
 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
- (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
 アに掲げる額とイに掲げる額との合算額
 ア (1)のアに掲げる額
 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

○ 社会保険表章用疾病分類（p. 7）

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です。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	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
	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	北渡島檜山	八雲町、長万部町、せたな町、今金町
道央	札幌	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
	後志	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
	南空知	夕張市、岩見沢市、美唄市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町
	中空知	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
	北空知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町
	西胆振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、壮瞥町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	日高	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	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
	上川北部	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	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	留萌	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
	宗谷	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	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
	遠紋	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	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	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. 10）

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。

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

$$\text{推計平均在院日数} = \text{入院の一件当たり日数} \times \left(\frac{\frac{365}{12} - 1}{\frac{365}{12} - \text{入院の一件当たり日数}} \right)$$

○ **国民健康保険事業費納付金（p. 18）**

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。

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。

○ **都道府県繰入金（p. 19）**

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。

○ **特定健診、特定保健指導（p. 19）**

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。

○ **繰上充用金（p. 20）**

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。

○ **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。

○ **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、令和 5 年度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、令和 6 年度納付金算定より、医療費水準の差を反映しないこととなります。

○ **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。

○ **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。

○ **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65万円、後期高齢者支援金分が22万円、介護納付金分が17万円と定められています（令和5年度）。

○ **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。

○ **地方単独事業（p. 26）**

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。

○ **高額医療費（p. 28）**

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。

○ **不正請求（p. 38）**

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。

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。

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。

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。

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。

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）。

○ **海外療養費（p. 38）**

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。

○ **国保情報集約システム（p. 39）**

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。

○ **被保険者 I D（p. 39）**

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。

○ **高額療養費（p. 41）**

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。