

事務連絡
令和5年9月29日

健康保険組合
国家公務員共済組合
地方公務員共済組合
日本私立学校振興・共済事業団
全国土木建築国民健康保険組合

} 御中

厚生労働省保険局保険課

第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関するQ&Aについて

健康保険制度の運営につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和6年度より第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度が開始される旨はかねてより御案内しているところですが、第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関するQ&Aを作成いたしましたので別紙のとおりお送りいたします。各組合におかれましては、内容について十分に御了知の上、御対応いただくようお願い申し上げます。

別 紙

第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関するQ&A (2024年度支援金)

※「第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関するQ&Aについて」(令和5年9月29日付事務連絡)は、2024年度分の後期高齢者支援金に係る加算・減算制度についてのQ&Aになります。

※支援金や取組等の年度を指すときは、支援金の年度を基準に「当該年度」や「当該年度の前年度」、「当該年度の前々年度」と表記しています。2024年度分の後期高齢者支援金は、2024年度が「当該年度」となり、2023年度が「当該年度の前年度」、2022年度が「当該年度の前々年度」となります。

<加算について>

Q1. 加算対象となるのはどのような基準ですか。

A. 特定健診・保健指導ごとに支援金年度の前年度の実施率が、次の(1)(2)のいずれにも該当しない場合、加算対象となります。

(1) 全保険者目標を達成できていること

※第4期計画の全保険者目標値：特定健診 70%、特定保健指導 45% (第3期から変更なし)

(2) 保険者種別ごとの支援金年度の4年度前の実施率の「平均値－標準偏差」以上であること

※直近年度の支援金の加算対象基準値を下回らない範囲で設定

Q2. 加算対象となる基準の(2)について、なぜ「支援金年度の4年度前の実施率」を用いるのですか。

A. 20YY年度支援金の加算判定は、特定健診・保健指導実施率の(20YY-1)年度実績に基づき評価するため、加算を免れる要件(2)の基準を各保険者に事前通知するタイミングは、その前年度の(20YY-2)年度となります。(20YY-2)年度に加算を免れる要件(2)の基準を算出・提示するには、特定健診・保健指導の実施から法定報告・実施率公表までに約2年間を要することを勘案して(20YY-4)年度実績を用いることとなります。

2024 年度支援金における加算対象の基準値

保険者種別	特定健診（2020 年度実績）				特定保健指導（2020 年度実績）			
	実施率の 平均値 ①	標準 偏差 ②	①-②	基準値	実施率の 平均値 ①	標準 偏差 ②	①-②	基準値
単一 健保	79.9%	8.2%	71.7%	70.0% ※1	34.1%	22.7%	11.4%	11.4%
共済 組合	80.8%	6.9%	73.9%	70.0% ※1	33.3%	17.1%	16.2%	16.2%
総合 健保等	73.6%	9.0%	64.6%	64.6%	14.3%	13.4%	0.9%	5.0% ※2

（※1）単一健保・共済組合の特定健診の加算対象の基準値の算出結果は、全保険者目標を上回るため、全保険者目標（70.0%）が基準値となる。

（※2）総合健保の特定保健指導の加算対象の基準値の算出結果は、直近年度の基準値を下回るため、直近年度の基準値（5.0%）を据え置く。

Q3. 加算除外に該当するのはどのような場合ですか。

A. 保険者から以下のいずれかに該当する旨の申し出があった場合には、加算対象の実施率であっても加算対象から除外します。

- (1) 災害その他の特別な事情が生じたことにより特定健康診査又は特定保健指導を実施できなかった場合
- (2) 特定健康診査の対象者の数が 500 人未満の保険者において、特定健康診査の実施率が保険者種別の平均値以上であり、特定健康診査等の実施体制その他の事項について厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合
- (3) 保険者の責めに帰することができない事由があった場合
- (4) 実施率が一定以上の加算対象保険者において、加入者の健康の保持増進のために必要な事業(特定健康診査等を除く)の実施状況が十分なものとして厚生労働省令で定める基準に該当する場合

※(3)はQ4も併せて参照のこと。

※(4)の厚生労働省令で定める基準とは、総合評価指標の大項目2～6の重点項目を大項目毎に1つ以上達成することです。その場合において、大項目5-①の達成

要件は下表のとおり緩和します。

	大項目 5－①の達成要件
減算	胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がんの 5 種のがん検診を全て実施していること
加算除外	上記 5 種のがん検診のいずれかを実施していること

Q 4. 保険者の責めに帰することができない事由とは具体的にどのような事由ですか。

A. これまで以下のような事由において適用しています。

- ・特定健康診査を実施したものの、保険者が委託しているシステムベンダーが作成した報告データに誤りがあり、実績に反映されないデータが存在した場合
- ・健診機関から納品されたデータに誤りがあり、報告期限までに正しいデータを報告できなかった場合

一方で、次の場合は保険者の責めに帰することができない事由に該当しません。

- ・保険者の報告作業が遅延した場合
- ・事業所との調整不足が原因で十分に実施できなかった場合

上記以外の事由については、保険者からの申し出をもとに個別に判断します。

<総合評価項目について>

Q 5. 【全般】 事業主が実施する取組は評価対象になりますか。

A. 保険者と事業主が共同で実施する取組であれば評価対象です。共同で実施するのは、具体的には、保険者と事業主が連名で行うこと、準備段階から事業主を交えた打合せを行うこと、役割分担を明確化し連携して行うこと等が該当します。

Q 6. 【全般】 複数の指標を一つの取組で達成することは問題ないですか。

(例：歯科健診を実施し、特定健診の質問票（13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか等）と歯科健診の結果から対象者を設定し歯科医療機関への受診勧奨を実施。大項目 2－①「個別に受診勧奨・受診の確認」と大項目 5－④「歯科健診・受診勧奨」を達成する。)

A. 問題ありません。

Q 7. 【全般】 国において計算される指標について、自組合の NDB 集計値は確認することはできますか。

A. 健保組合はデータヘルス・ポータルサイトにプリセットされた値を確認することで、NDB 集計後の値を確認できます。共済組合、日本私立学校振興・共済事業団及び全国土木建築国保組合は厚生労働省保険局保険課にお問い合わせいただくことで NDB 集計後の値を確認できます。

Q 8. 【大項目 1—③】 肥満解消率はどのように求めるのですか。

A. 保険者が社会保険診療報酬支払基金に対して提出する実績報告データの特定健診情報ファイルのうち、分母は「当該年度の前々年度から前年度の特定健診の 2 年連続受診者で、1 年目に服薬の有無及び血圧・脂質・血糖のリスクを考慮せず、腹囲・BMI が一定の基準以上 (BMI25 以上、または腹囲 85cm(男性)・90cm(女性)以上) の者の数」、分子は「分母に該当する者のうち、2 年目は服薬の有無及び血圧・脂質・血糖のリスクを考慮せず、腹囲・BMI が一定の基準未満 (BMI25 未満かつ腹囲 85cm(男性)・90cm(女性)未満) の者の数」を用います。(「健保組合の共通の評価指標」における「肥満解消率」と同一です。) なお、当該指標は国において計算します。

Q 9. 【大項目 2—①】 健診機関が作成する結果通知書に医療機関への受診を促す記載がありますが、これをもって取組を実施したことになりますか。

A. 健診機関が作成した結果通知書とは別に保険者または健診機関が受診勧奨を行うことが必要です。

Q10. 【大項目 2—①】 受診勧奨の対象者基準はありますか。

A. 受診勧奨の対象者基準は任意です。「標準的な健診・保健指導プログラム」のフィードバック文例集等を参考にご活用ください。

Q11. 【大項目 2—②】 受診勧奨対象者における医療機関受診率はどのように計算すればよいですか。

A. 保険者間で評価の公平性を担保するため、次の基準により計算します。なお、当該指標は国において計算します。(「健保組合の共通の評価指標」における「受診勧奨対象者の医療機関受診率」と同一です。)

分母：当該年度の前年度の特定健康診査の結果が次の基準に該当する者の数

当該年度の前年度の特定健康診査の結果が(1)から(6)のいずれかに該当する者

(1)収縮期血圧 160mmHg 以上 (2)拡張期血圧 100mmHg 以上

(3)空腹時血糖 126mg/dl 以上 (4)HbA1c (NGSP) 6.5%以上

(5)LDL コレステロール 180mg/dl 以上 (6)中性脂肪 500mg/dl 以上

※標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）別添資料（フィードバック文例集）においてすぐに医療機関の受診が必要とされている基準

分子：分母に該当する者のうち、当該年度又は当該年度の前年度において、①②のいずれかにより医療機関を受診したことを確認できた者の数

（企業内診療所等において保険外診療で受診した場合は、医療機関から受診した報告があれば、分子に含まれます。）

①当該年度の前年度の特定健康診査の質問票において、血圧、血糖又は脂質に関する薬の使用の有無について「はい」と回答したことを確認する。

②レセプトから、血圧、血糖又は脂質に関する疾病（※）又はその疑いで受診したことを確認する。

※以下の ICD-10 コードに分類される疾病が該当します。

・ E10, E11, E12, E13, E14, E65, E66, E67, E68 (*), E78

・ I10, I11, I12, I13, I15,

・ R81, R73 は R739 のみ, R74 は R740 のみ

（*）現時点では傷病名マスター上には対応する傷病名コードは存在しない。

例：ICD10 コード「I15」の場合、「I150, I151, I152, I158, I159」に対応する傷病名コードの疾病が該当

レセプトに記載されている傷病名コードとの対応は以下のサイトからご確認いただけます。

<http://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/searchMenu/doSearchInputBp>

マスターは以下のサイトの「傷病名マスター」からダウンロードいただけます。

<http://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/downloadMenu/>

Q12. 【大項目 2-②】 受診勧奨を送付していない受診勧奨対象者が医療機関を受診した場合は、分子に算入されますか。

A. 算入されます。

Q13. 【大項目 2-③】糖尿病性腎症以外の疾病（例：高血圧等）の重症化予防事業は該当しますか。

A. 生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病等）を対象とした重症化予防事業であれば該当します。

Q14. 【大項目 2-③】セミナーは該当しますか。

A. 不特定多数を対象としたセミナーは該当しませんが、明確な抽出基準に基づきセミナーの参加者を設定し、専門職が保健指導を実施している場合は該当します。

Q15. 【大項目 2-④】受診勧奨の方法として、文書の送付以外にはどのような方法が該当しますか。また、受診勧奨を行った者に対して再度勧奨する取組として、面談以外にはどのような方法が該当しますか。

A. 医療機関への受診を促す取組であれば受診勧奨の方法は問いませんが、例えば電話、手紙、メール、面談等が該当します。1回目と2回目の受診勧奨は同じ方法でも差し支えありません。

Q16. 【大項目 2-⑤】3疾患（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）の状態コントロール割合はどのように求めるのですか。

A. 3疾患それぞれに対し、分母は「当該年度の前々年度から前年度の特定健診の2年連続受診者で、1年目に当該疾患で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者の数」、分子は「分母に該当する者のうち、2年目も当該疾患で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）又は正常群の者の数」を用います。なお、当該指標は国において計算します。（「健保組合の共通の評価指標」における「疾患群の病態コントロール割合（高血圧症、糖尿病、脂質異常症）」と同一です。）

Q17. 【大項目 3-①】「特定健診結果の閲覧用ファイルを月次で報告」とありますが、どのような対応が該当しますか。

A. 保険者が社会保険診療報酬支払基金に対して特定健康診査情報に係るファイル（閲覧用ファイル）を月次で随時提出する対応が該当します。この対応によりオンライン資格確認等システムへ特定健康診査情報が格納され、マイナポータルを通じ

て加入者本人が自らの特定健康診査情報等を閲覧することができます。なお、特定健康診査の実施がない月の報告は不要です。

Q18.【大項目3-②】当該年度の前年度までに健康宣言を策定した場合は該当しますか。

A. 当該年度の取組が対象であるため、当該年度の前年度までに策定した健康宣言は該当しません。既に健康宣言を策定している場合は、健康宣言に基づいて事業主と連携した取組を実施することが評価対象となります。

Q19.【大項目3-③】セミナー以外の方法は該当しますか。

A. 情報提供の方法及び媒体は問わないため、セミナー以外の方法も該当します。

Q20.【大項目4-①】情報提供に関して、自保険者のホームページにおいて周知した場合は該当しますか。

A. 該当します。

Q21.【大項目4-②】後発医薬品の使用割合はどの時点が評価対象ですか。

A. 当該年度の3月分が評価対象です。2024年度支援金の加算・減算においては、2025年3月分が評価対象です。なお、当該指標は国において計算します。

Q22.【大項目4-③】適正服薬の取組の対象者の抽出基準は決まっていますか。

A. 保険者において設定した抽出基準で差し支えありません。

Q23.【大項目4-③】適正服薬の取組を医療専門職以外の者が行う場合は、どのような方法で行えばよいか。

A. 個々の疾病や薬剤に関する専門知識が必要なため、服薬情報を通知する場合には、かかりつけ医師又はかかりつけ薬剤師に相談するように促してください。また、個別に指導を行う場合は、医師又は薬剤師が行ってください。

Q24.【大項目4-③】加入者に対してセルフメディケーションの推進のための周知・啓発を行っていますが、適正服薬の取組に該当しますか。

A. セルフメディケーションの推進のための周知・啓発を行い、保険者が斡旋する市

販薬の利用状況やレセプト枚数等により効果の確認を行っている場合は、評価対象です。

Q25. 【大項目 4－③】「取組内容について国への報告を行っていること」とあるが、どのような方法で報告を行うのか。

A. 総合評価指標に関する取組実績の報告の際に併せて取組内容を報告していただくことを想定しています。具体的な方法は追って厚生労働省よりご案内いたします。

Q26. 【大項目 5－①】一部の加入者（例：40歳未満、任意継続被保険者等）をがん検診の対象外としている場合は該当しますか。また、オプションで実施している場合は該当しますか。

A. 一部の加入者をがん検診の対象外としている場合や、オプションとして実施している場合も該当します。なお、がん検診の実施に当たっては、厚生労働省において定める「職域におけるがん検診に関するマニュアル」（平成 30 年 3 月 29 日付）を参考にしてください。

Q27. 【大項目 5－①】受診者本人が検体を送付して行う検査は該当しますか。

A. 原則として、対面で行わない検査は該当しません。

Q28. 【大項目 5－②】精密検査受診率はどのように計算しますか。

A. 分母は次の該当する者の数です。

分母：当該年度に実施した胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がんの 5 種のがん検診における精密検査の対象者数の合計
※がんの疑いに限らず、検査の結果、精密検査の対象となった者をすべて含みます。

分子は、分母に該当する者のうち、次の方法により精密検査を受診したことを実績報告までに確認できた者の数です。

確認方法：本人又は医療機関等から、精密検査の受診日、受診した医療機関名、結果等について提供を受けること
※レセプトから受診の有無を判断することは含みません。

分子・分母ともに、複数のがん検診で精密検査の対象となった者は、がん種ごとに数えます（一人で複数カウントします）。また、精密検査の対象となったものの、5種のがん検診のいずれか判別できない者は、一人として数えます。

なお、大項目5-①で5種のがん検診全てを実施していない場合、本項目の点数は0点となります。

Q29.【大項目5-④】本人が検体を送付する検査や、質問票によるスクリーニングを行った場合は該当しますか。

A. 歯科健診は歯科医師が対面で行う健診に限ります。

Q30.【大項目5-④】歯科医療機関において保険適用で行う歯科健診は該当しますか。

A. 保険診療は該当しません。歯科医療機関で行う歯科健診は、保険者が契約や補助等の手続きを行ったうえで、歯科健診の結果を把握し、歯科医療機関への受診勧奨を実施することが要件となります。

Q31.【大項目5-⑤】歯科保健教室や歯科セミナーは該当しますか。また、オンラインやEラーニングで行う場合は該当しますか。

A. 歯科保健指導には該当しませんが、当面の間は、歯科保健教室や歯科セミナーについても評価対象とします。実施方法としては、オンラインやEラーニングも該当します。

Q32.【大項目5-⑤】歯科健診と歯科保健指導を一連で行った場合は該当しますか。

A. 該当します。

Q33.【大項目6-①】効果検証はどのように行えば良いですか。

A. 例えば、特定健康診査の標準的な質問票や事業実施前後のアンケート等により、運動習慣・食生活・睡眠習慣・飲酒習慣・喫煙習慣が改善しているかを把握すること等が考えられます。

Q34.【大項目6-①】特定保健指導の一部として実施している取組は該当しますか。

(例：特定保健指導のメニューとして実施している食生活指導)

A. 特定保健指導の一部として実施している取組は該当しませんが、特定保健指導の

対象者ではない者も含めて取組を実施している場合は該当します。

Q35.【大項目 6－②】「適切な運動習慣を有する者」とはどのような定義となりますか。

A. 運動習慣に関する 3 つの質問項目(※)のうち、「適切」に該当する項目が 2 つ以上である者を指します。なお、当該指標は国において計算します。

(※)運動習慣に関する質問項目の「適切」の該当基準

- ・「1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施」の回答が「はい」
- ・「日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施」の回答が「はい」
- ・「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い」の回答が「はい」

Q36.【大項目 6－③】「適切な食事習慣を有する者」とはどのような定義となりますか。

A. 食事習慣に関する 4 つの質問項目(※)のうち「適切」に該当する項目が 3 つ以上である者を指します。なお、当該指標は国において計算します。

(※)食事習慣に関する質問項目の「適切」の該当基準

- ・「人と比較して食べる速度が速い」の回答が「ふつう」または「遅い」
- ・「就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある」の回答が「いいえ」
- ・「朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか」の回答が「ほとんど摂取しない」
- ・「朝食を抜くことが週に 3 回以上ある」の回答が「いいえ」

Q37.【大項目 6－④】「適切な睡眠習慣を有する者」とはどのような定義となりますか。

A. 質問項目「睡眠で休養が十分とれている」に「はい」と回答した者を指します。なお、当該指標は国において計算します。

Q38.【大項目 6－⑤】「適切な飲酒習慣を有する者」とはどのような定義となりますか。

A. 以下のいずれかに該当する者を指します。なお、当該指標は国において計算します。

- ・飲酒頻度が「毎日」で 1 日あたり飲酒量が 2 合未満の者
- ・飲酒頻度が「時々」で 1 日あたり飲酒量が 3 合未満の者

Q39. 【大項目 6－⑥】「非喫煙者」とはどのような定義となりますか。

A. 質問項目「現在、たばこを習慣的に吸っている」に「いいえ」と回答した者を指します。なお、当該指標は国において計算します。

Q40. 【大項目 6－⑧】ポイントを用いないインセンティブ制度は該当しますか。

A. 必ずしもポイントを用いたインセンティブ制度である必要はありません。また、報酬は表彰や金銭補助等でも構いませんが、加入者の予防・健康づくりの取組や成果に連動するものである必要があります。

Q41. 【大項目 6－⑧】「取組内容について国への報告を行っていること」とあるが、どのような方法で報告を行うのか。

A. 総合評価指標に関する取組実績の報告の際に併せて取組内容を報告していただくことを想定しています。具体的な方法は追って厚生労働省よりご案内いたします。

<総合評価指標に関する実績報告の方法について>

Q42. 保険者の取組はどのように把握されるのでしょうか。

A. 特定健康診査等実施率、肥満解消率、速やかに受診を要する者の医療機関受診率、3疾患（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）の状態コントロール割合、後発医薬品の使用割合、適切な運動習慣・食事習慣・睡眠習慣・飲酒習慣を有する者の割合、非喫煙者割合は、国が保有するNDB（ナショナルデータベース）を用います。それ以外の取組に関しては、翌年6月末までに当該年度の実績を国へ報告いただきます。報告方法は、健保組合はデータヘルス・ポータルサイトで行い、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団及び全国土木建築国保組合はエクセル媒体で行います。

Q43. 自保険者の点数を確認する方法はありますか。

A. 2021年度支援金以降の加算・減算においては、全保険者の総合点数の結果を公表することとしています。点数の内訳については公表していないため、健保組合はデータヘルス・ポータルサイト上でご登録いただいた点数確認シートの入力結果を、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団及び全国土木建築国保組合は提出された報告様式をもとにご確認ください。

<保険者の新設・合併について（健保組合のみ）>

Q44. 新規設立した保険者の取扱はどうなりますか。

A. （4月1日に設立した保険者の場合）特定健診等は設立初年度の実施分から評価対象となります。その他の保健事業については設立翌年度の実施分から評価対象となります。

（4月2日以降に設立した保険者）特定健診等は設立翌年度の実施分から評価対象となります。その他の保健事業は設立翌々年度の実施分から評価対象となります。

Q45. 当該年度又は当該年度の前年度に合併した保険者の取扱はどうなりますか。

（例：2024年4月1日に合併した保険者における2024年度支援金の加算・減算）

A. （特定健診等実施率について）合併した保険者の特定健診等の実績報告は、原則として合併して存続する保険者（以下「合併存続保険者」という。）が合併によって消滅した保険者（以下「合併消滅保険者」という。）の実施分を合算して報告を行うため、合併存続保険者のみ評価対象となります。実施分を合算せず各々の保険者が報告した場合についても、合併消滅保険者は評価対象とはならず、各々の保険者の実施分を合算した特定健診等実施率をもとに合併存続保険者のみ評価対象となります。また、当該年度の前々年度の実績を用いる項目については、当該年度の前々年度の実績も合算したうえで合併存続保険者のみ評価対象となります。

（後発医薬品の使用割合について）当該年度の3月分が評価対象ですが、この時点では既に合併しているため合併存続保険者のみ評価対象となります。

（その他の保健事業について）合併存続保険者が報告した実績をもとに合併存続保険者のみが評価対象となります。

（加算・減算の適用について）合併存続組合が加算・減算の対象となった場合は、合併存続保険者及び合併消滅保険者の加算・減算後の支援金が合併存続保険者に賦課されます。

Q46. 当該年度の翌年度に合併した保険者の取扱はどうなりますか。

（例：2025年4月1日に合併した保険者における2024年度支援金の加算・減算）

A. 評価対象期間中に合併していないため、合併存続保険者と合併消滅保険者の双方が評価対象となります。

< (参考) 「基準値」の一覧 >

総合評価指標の各項目で用いる「基準値」の定義および算出のタイミングは以下のとおりです。

	基準値の定義	算出のタイミング
加算対象	次の(1)(2)のいずれにも該当しない場合 (Q1参照) (1) 全保険者目標を達成できていること ※第4期計画の全保険者目標値: 特定健診 70%、特定保健指導 45% (第3期から変更なし) (2) 保険者種別ごとの支援金年度の4年度前の実施率の「平均値-標準偏差」以上であること ※直近年度の支援金の加算対象基準値を下回らない範囲で設定	支援金年度の 2年度前 (Q2参照)
大項目1-① 大項目1-②	特定健診: 単一健保・共済・・・81%、 総合健保等・・・76.5% 特定保健指導: 単一健保・共済・・・30%、 総合健保等・・・15%	規定
大項目2-② 大項目2-⑤	保険者種別ごとの平均値	支援金年度の 翌年度
大項目4-②	後発医薬品の使用割合・・・80%	規定
大項目6-② 大項目6-③ 大項目6-④ 大項目6-⑤ 大項目6-⑥	保険者種別ごとの平均値	支援金年度の 翌年度

第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度について (2024年度～2026年度)

厚生労働省 保険局 保険課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

0. 制度概要

1. 加算基準

2. 加算除外要件

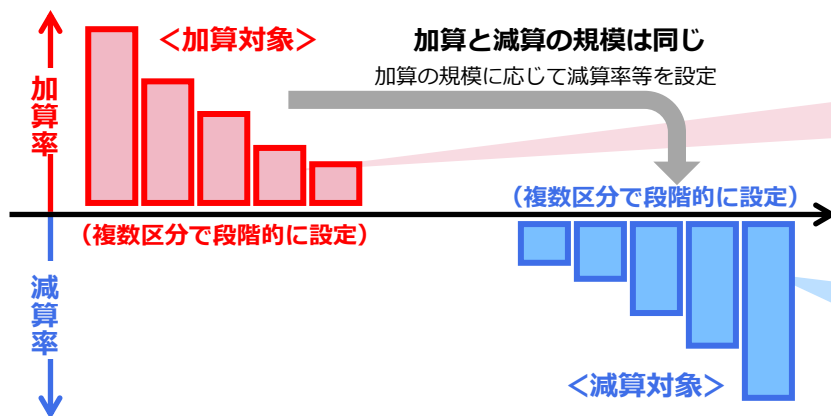
3. 減算要件及び総合評価指標

4. 参考：NDB集計値の算出定義

2024～2026年度（第4期前半）の後期高齢者支援金の加算・減算制度

制度概要

- 各保険者の特定健診・保健指導の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額に対し、一定の率を加算又は減算を行う制度。
- 2018年度から開始した第3期制度から、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、糖尿病等の重症化予防・がん検診・後発医薬品の使用促進等の取組も評価し、予防・健康づくりや医療費適正化に取り組む保険者へのインセンティブをより重視する仕組みに見直され、2024年度から第4期制度が開始される。



● 支援金の加算：特定健診・保健指導の実施率のみで決定

- 特定健診・保健指導の実施率が一定未満の場合に加算対象となる。

● 支援金の減算：保険者の取組を複数の指標で評価して決定

- 特定健診・保健指導の実施率に加え、後発医薬品の使用割合やがん検診の実施状況、コラボヘルスやPHRの体制整備状況等の複数の指標で総合的に評価し、上位の保険者が減算対象となる。

第4期制度からの見直し内容

✓ 加算対象基準の見直し

- 加算対象となる実施率の基準は、**過去の実績を踏まえて毎年度設定**されるように見直しがされた。これにより、**全体の実施率の伸びに連動した実態に即した基準値**となり、相対的に特定健診・保健指導の取組が遅れている保険者の実施率底上げが期待される。

✓ 減算の評価指標の見直し

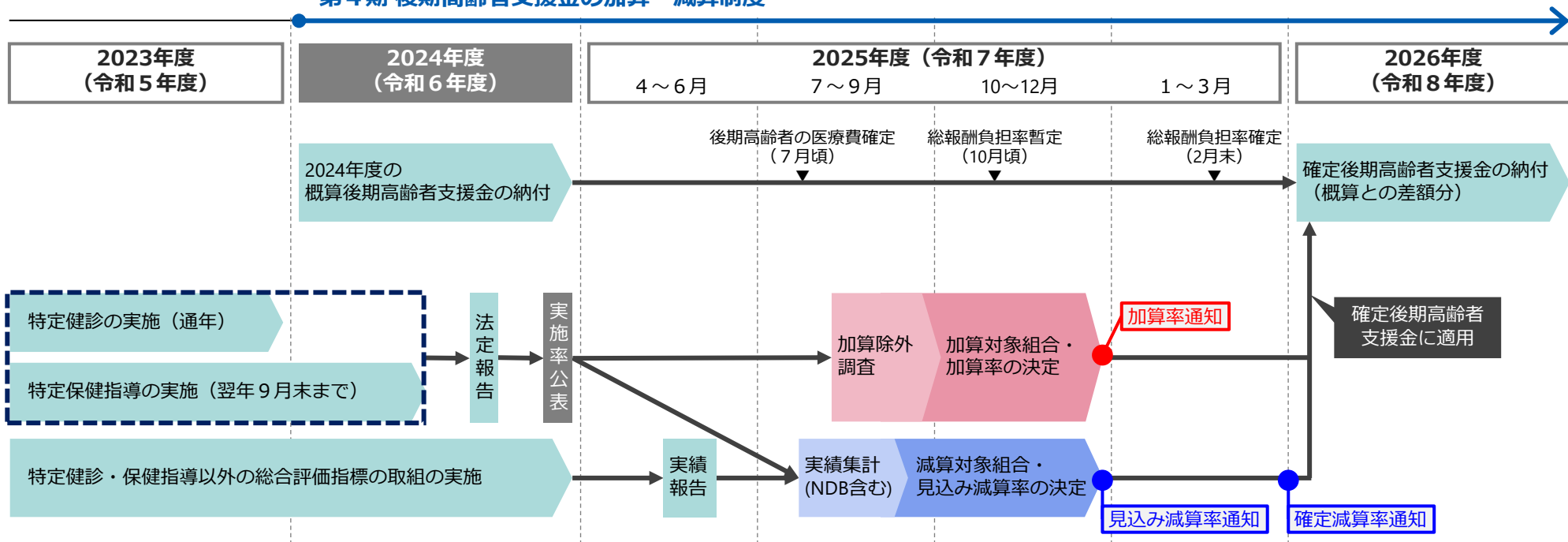
- 各保険者の取組が公平かつ客観的に評価されるよう、**データヘルス計画の共通評価指標**を減算の評価指標に取り入れ、**NDBからの集計が可能なアウトカム及びアウトプットの定量指標**に基づく成果の評価に一部移行した。
- 減算になるための要件は、**最小限かつ必須のものに限定**し、それ以外の指標によってこれまでの各保険者の取組状況を**加点方式で点数化し、上位から下位までのグラデーション**で評価するよう見直しがされた。

後期高齢者支援金の加算・減算制度にかかるスケジュール

- 本制度における加算・減算等の判定は、当該支援金年度の前年度の特定健診・保健指導の実施状況や、前年度から支援金年度までの予防・健康づくりや医療費適正化にかかる取組の状況の評価に基づいて行われる。
- 当該評価及び加算・減算等の判定については、支援金年度の翌年度に各種報告データ等に基づき、厚生労働省にて実施され、加算または減算に該当した保険者は、支援金年度の翌々年度に確定される後期高齢者支援金の額に加算率または減算率が適用される。

《例：2024年度支援金の場合》 = 保険者の対応事項

第4期 後期高齢者支援金の加算・減算制度



0. 制度概要

1. 加算基準

2. 加算除外要件

3. 減算要件及び総合評価指標

4. 参考：NDB集計値の算出定義

2024～2026年度（第4期前半）の加算基準

● 2024～2026年度の間は、特定健診・保健指導ごとに支援金年度の前年度の実施率が、次の(1)(2)のいずれかに該当することが加算を免れる要件とし、このいずれにも該当しない場合には下表の加算基準に従って加算を適用する。

(1) **全保険者目標を達成できていること**（※第4期計画の全保険者目標値：特定健診70%、特定保健指導45%）

(2) **保険者種別ごとの支援金年度の4年度前の実施率の「平均値－標準偏差」以上であること**

（※直近年度の支援金の加算対象の基準値を下回らない範囲で設定）

《2024年度支援金の加算基準》

特定健診	実施率		加算率
	単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保
	50%未満	45%未満	10%
	50%以上～57.5%未満	45%以上～50%未満	5%
	57.5%以上～60%未満	50%以上～55%未満	2.5%
	60%以上～65%未満	55%以上～60%未満	1%
	65%以上～70%未満（全保険者目標値未満）	60%以上～ 64.6% 未満	1% ^(※1)

特定保健指導	実施率		加算率
	単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保
	1%未満		10%
	1%以上～5.5%未満	1%以上～2.5%未満	5%
	5.5%以上～7.5%未満	2.5%以上～3.5%未満	2.5%
	7.5%以上～10%未満	3.5%以上～5%未満	1%
	10%以上～ 11.4% 未満	10%以上～ 16.2% 未満	— ^(※2)

(※1) 実施率が一定以上の場合において、総合評価項目の大項目2～6のそれぞれにおいて重点項目を1つ以上達成（得点）している場合には加算を適用しない。

(※2) 総合健保等の「実施率が一定以上」と判断される基準は5%以上としているため、基準値が5%となる場合には加算除外要件は適用しない。

2024～2026年度（第4期前半）の加算基準

《2025年度支援金の加算基準》

特定健診	実施率		加算率
	単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保
	50%未満	45%未満	10%
	50%以上～57.5%未満	45%以上～50%未満	5%
	57.5%以上～60%未満	50%以上～55%未満	2.5%
	60%以上～65%未満	55%以上～60%未満	1%
	65%以上～70%未満 (全保険者目標値未満)	60%以上～ 68.1% 未満	1%(*1)

26年度支援金（25年度実績）の基準値：24年度中に算出

特定保健指導	実施率		加算率
	単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保
	1%未満		10%
	1%以上～5.5%未満	1%以上～2.5%未満	5%
	5.5%以上～7.5%未満	2.5%以上～3.5%未満	2.5%
	7.5%以上～10%未満	3.5%以上～5%未満	1%
	10%以上～ 17.0% 未満	10%以上～ 17.2% 未満	1%(*1)
		—(*2)	

26年度支援金（25年度実績）の基準値：24年度中に算出

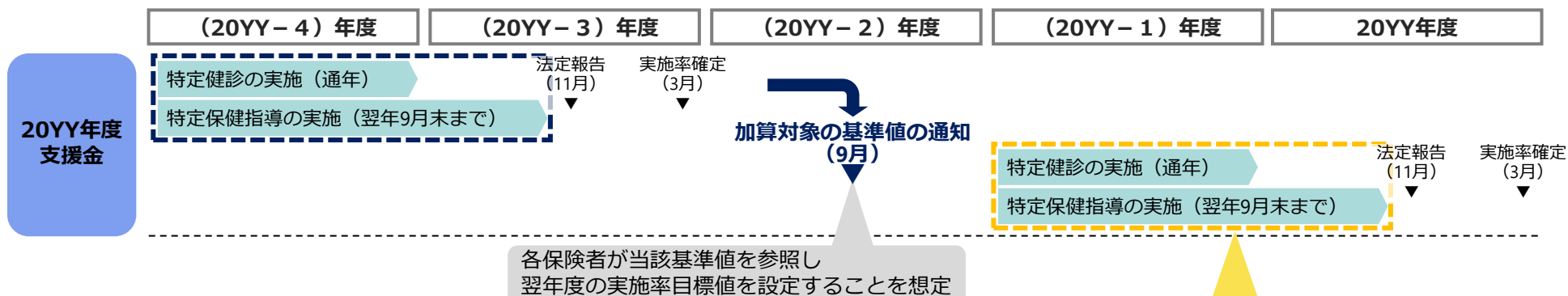
(※1) 実施率が一定以上の場合において、総合評価項目の大項目2～6のそれぞれにおいて重点項目を1つ以上達成（得点）している場合には加算を適用しない。

(※2) 総合健保等の「実施率が一定以上」と判断される基準は5%以上としているため、基準値が5%となる場合には加算除外要件は適用しない。

参考：「支援金年度の4年前の実績値」に基づく加算対象の基準値について

- 20YY年度支援金の加算判定は、特定健診・保健指導実施率の(20YY-1)年度実績に基づき評価するため、加算を免れる要件(2)の基準を各保険者に事前通知するタイミングは、その前年度の(20YY-2)年度となる。
- (20YY-2)年度に加算を免れる要件(2)の基準を算出・提示するには、特定健診・保健指導の実施から法定報告・実施率公表までに約2年間を要することを勘案して(20YY-4)年度実績を用いることとなる。

《例：20YY年度支援金の場合》



例えば、**2024年度支援金**においては、次の(1)(2)のいずれかに**2023年度実施率**が該当していれば加算を免れる

- (1) 全保険者目標を達成しているか(※第4期計画の全保険者目標値：特定健診70%、特定保健指導45%)
- (2) 保険者種別ごとの**2020年度実施率の「平均値-標準偏差」以上**か

《参考：2024年度支援金における加算対象の基準値について、2020年度実績をもとに計算した結果》

保険者種別	特定健診(2020年度実績)			特定保健指導(2020年度実績)		
	①実施率の平均値	②標準偏差	①-②	①実施率の平均値	②標準偏差	①-②
単一健保	79.9%	8.2%	71.7% (※1)	34.1%	22.7%	11.4%
共済組合	80.8%	6.9%	73.9% (※1)	33.3%	17.1%	16.2%
総合健保等	73.6%	9.0%	64.6%	14.3%	13.4%	0.9% (※2)

(※1) 単一健保・共済組合の特定健診の加算対象の基準値の算出結果は、全保険者目標を上回るため、全保険者目標(70%)が基準値となる

(※2) 総合健保の特定保健指導の加算対象の基準値の算出結果は、直近年度の基準値を下回るため、直近年度の基準値を据え置く

0. 制度概要

1. 加算基準

2. 加算除外要件

3. 減算要件及び総合評価指標

4. 参考：NDB集計値の算出定義

2024～2026年度（第4期前半）の加算除外要件

- 本制度において、前述の加算基準に該当し加算の対象となった場合、下記のいずれかの要件を満たす場合には加算対象から除外される規定を設けている。
- 加算除外への該当適否については、毎年度8月頃に厚生労働省が行う加算対象見込み保険者に対する調査に基づき判定され、除外される場合には同年度12月頃に正式に通知される。

《加算除外要件》

要件 ①

- ✓ 災害その他の特別な事情(※)が生じたことにより、支援金年度の前年度に当該保険者において、特定健康診査又は特定保健指導を実施できなかった場合
(※)地震・津波・台風等

要件 ②

- ✓ 支援金年度の前年度の特定健康診査対象者の数が500人未満の保険者であって、同年度の特定健康診査の実施率が、同年度における保険者種別ごと(※)の平均値以上である場合
(※)単一健保、共済組合（私学共済除く）、総合健保・私学共済・全国土木建築国保の3種別ごと

要件 ③

- ✓ 支援金年度の前年度に特定健康診査等を実施した保険者において、当該保険者の責めに帰することができない事由(※)があった場合
(※)システムベンダの法定報告データ作成誤り、健診機関の健診データ連携漏れ等

要件 ④

- ✓ 特定健康診査及び特定保健指導の実施率がそれぞれ一定以上の場合において、加入者の健康の保持増進のために必要な事業の実施状況が十分なものと判断される基準(※)を満たす場合
(※)総合評価項目の大項目2～6のそれぞれにおいて重点項目を1つ以上達成（得点）していること

0. 制度概要

1. 加算基準

2. 加算除外要件

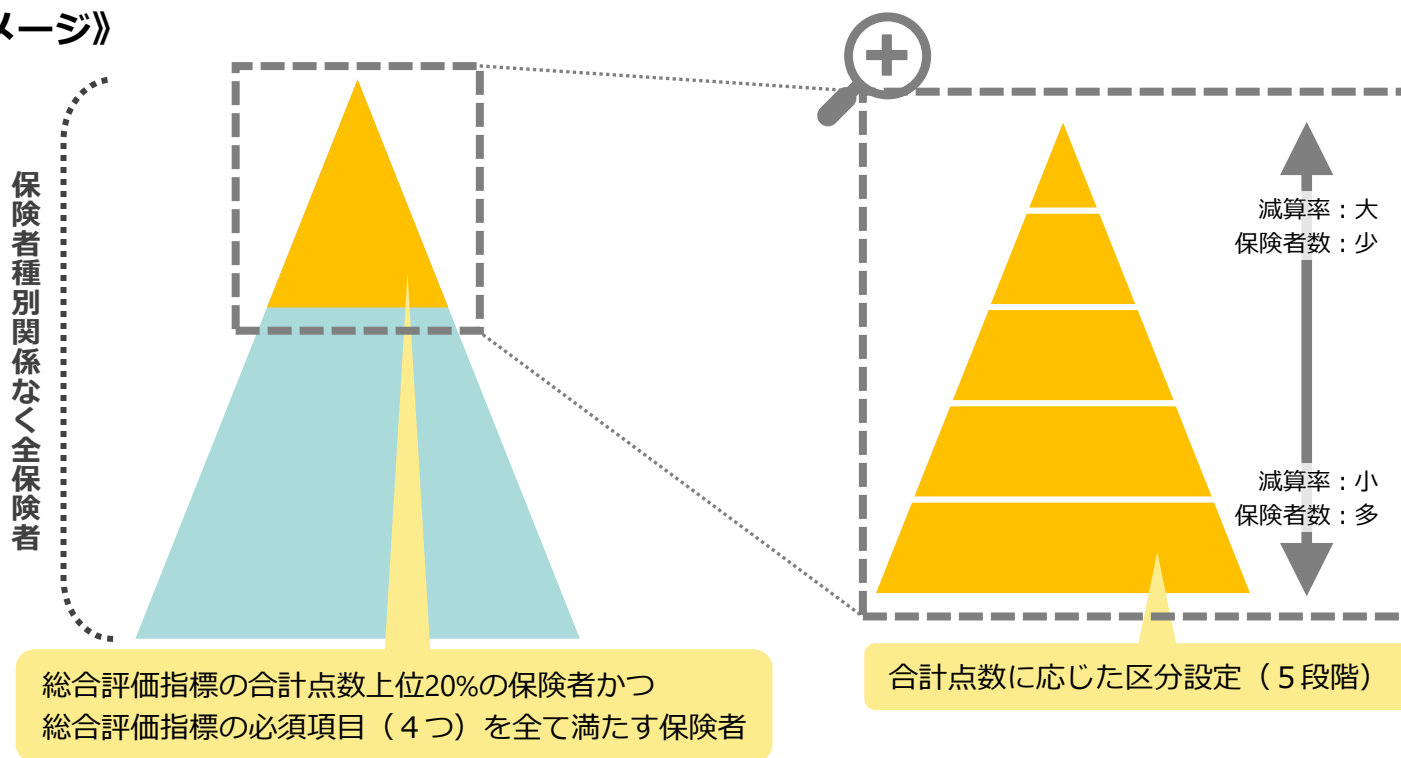
3. 減算要件及び総合評価指標

4. 参考：NDB集計値の算出定義

2024～2026年度（第4期前半）の減算になるための要件等

- 減算になるための要件は、後述する総合評価指標の合計点数上位20%に該当し、かつ総合評価指標の必須項目（4つ）を全て満たすこと。
- 減算対象への該当適否については、毎年度5月～6月頃に各保険者にて実施される総合評価指標に関する実績報告のデータと、厚生労働省にてNDBから抽出・集計するデータに基づき判定される。
- また、減算対象保険者は総合評価指標で獲得された合計点数に応じて該当する区分が分けられ、同年度12月頃に減算対象該当の通知とともに、該当した各区分ごとの見込み減算率が案内され、厚生労働省HPにて合計点数と共に公表される。

《減算対象のイメージ》



総合評価指標《大項目1》

特定健診・特定保健指導の実施（法定の義務）

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	特定健診・特定保健指導の実施率（実施率が基準値以上）	<p>前年度の特定健診・特定保健指導の実施率の基準値^(※)をどちらも達成すること（未達成の場合は0点）</p> <p>(※)保険者種別ごとに基準値を設定</p> <p>特定健診：単一健保・共済81%、総合健保等76.5%（保険者種別ごとの目標値の90%相当）</p> <p>特定保健指導：単一健保・共済30%、総合健保等15%（保険者種別ごとの2019年度実績の平均値相当：単一健保：34.1%、共済：30.8%、総合14.8%）</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、50点上限）】</p> $10 + (\text{前年度の特定健診の実施率} - \text{特定健診の基準値}) / (100\% - \text{特定健診の基準値}) \times 20 + (\text{前年度の特定保健指導の実施率} - \text{特定保健指導の基準値}) / (100\% - \text{特定保健指導の基準値}) \times 20$	NDB集計	—	○	10~50
②	被扶養者の特定健診・保健指導の実施率（基準値に対する達成率）	<p>前年度の被扶養者の実施率の基準値^(※)に対する達成率を把握すること</p> <p>(※)保険者種別ごとに基準値を設定（被扶養者の基準値は、加入者全体の基準値とする）</p> <p>特定健診：単一健保・共済81%、総合健保等76.5%（同上）</p> <p>特定保健指導：単一健保・共済30%、総合健保等15%（同上）</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、10点上限）】</p> $\text{前年度の被扶養者の特定健診の基準値に対する達成率} \times \text{被扶養者の特定保健指導の基準値に対する達成率} \times 10$	NDB集計	—	—	1~10
③	肥満解消率	<p>肥満解消率（特定健診の2年連続受診者で、1年目に服薬の有無を除いて腹囲・BMIが一定の基準以上（BMI25以上、または腹囲85cm(男性)・90cm(女性)以上）の者のうち、2年目は服薬の有無を除いて腹囲・BMIが一定の基準未満（BMI25未満かつ腹囲85cm(男性)・90cm(女性)未満）の者の割合）が正の値であること</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、20点上限）】</p> $\text{肥満解消率}(\%) \times 40$	NDB集計	—	—	1~20

総合評価指標《大項目2》

要医療の者への受診勧奨、糖尿病等の重症化予防

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	個別に受診勧奨・受診の確認	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨 ^(※) を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認すること (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う。	保険者申告	○	—	5
②	医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率	前年度の医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率の基準値（＝保険者種別ごとの平均値）を達成していること（未達成の場合は0点） 【配点（整数値に四捨五入し、10点上限）】 $5 + (\text{前年度の医療機関受診率} - \text{医療機関受診率の保険者種別の基準値}) / (100\% - \text{医療機関受診率の保険者種別の基準値}) \times 5$	NDB集計	○	—	5~10
③	糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組Ⅰ	以下の3つの基準の全てを満たす糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組を実施していること a. 対象者の抽出基準が明確であること（抽出基準に基づく対象者が0人である場合は取組達成とみなす） b. 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること（治療中の者に対して実施する場合は医療機関と連携すること） c. 健診結果のみならず、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、糖尿病性腎症等対象者の概数を把握していること	保険者申告	—	—	3
④	糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組Ⅱ	③の取組に加えて、以下の2つの取組を全てを実施していること d. 上記a.の抽出基準に基づき、全ての糖尿病等未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨を実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。 e. 保健指導対象者のHbA1c,eGFR,尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価していること	保険者申告	—	—	3
⑤	3疾患（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）の状態コントロール割合	3疾患それぞれについて、前年度の予備群の状態コントロール割合 ^(※) の基準値を達成していること (※)状態コントロール割合の基準値：保険者種別ごとの平均値 【配点（それぞれ整数値に四捨五入し、9点上限）】 各疾患について以下の基準に基づく点数（各3点上限）の合計 $(\text{状態コントロール割合} - \text{状態コントロール割合の基準値}) / (100\% - \text{状態コントロール割合の基準値}) \times 3$	NDB集計	—	—	1~9

総合評価指標《大項目3》 予防健康づくりの体制整備

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	PHRの体制整備	以下の3つの取組を全て実施していること a. 特定健診結果の閲覧用ファイルを月次で報告 b. 40歳未満の事業主健診データの事業主への提供依頼 c. 事業主を通じた情報発信や医療費通知の発送時等に、マイナンバーカードの被保険者証利用に係るメリットや初回登録の手順について周知・広報	保険者申告	○	○	5
②	コラボヘルスの体制整備	以下の4つの取組を全て実施していること a. 健康スコアリングレポート等を用いた事業主の経営者との健康課題の共有 b. 事業主と連携したDH計画や健康宣言の策定 c. 健康課題解決に向けた事業主と共同での（もしくは、役割分担を明確化し連携を行う）事業の実施 d. 就業時間中に特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮がなされていること	保険者申告	○	○	5
③	退職後の健康管理の働きかけ	以下の2つの取組を全て実施していること a. 事業主の実施する退職者セミナー等で保険者が退職後の健康管理に関する情報提供を実施していること b. 自治体の実施する保健事業の周知をする等、国保・後期に被保険者をバトンタッチするための保健事業の周知協力の取組を実施していること	保険者申告	—	—	4

総合評価指標《大項目4》

後発医薬品の使用促進、加入者の適正服薬を促す取組の実施状況

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	後発医薬品の理解促進、後発医薬品差額通知の実施、効果の確認	以下の2つの取組を全て実施していること a. 後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報提供 b. 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認を実施	保険者申告	—	—	1
②	後発医薬品の使用割合 (使用割合が基準値以上)	後発医薬品の使用割合の基準値 ^(※) を達成すること（未達成の場合は0点） (※1)後発医薬品の使用割合の基準値：80% (※2)上記①を充足しているが、当該保険者の責めに帰することができない事由によって基準値が達成できない場合には、個別に状況を勘案する。 【配点（整数値に四捨五入し、6点上限）】 $3 + (\text{後発医薬品の使用割合} - \text{後発医薬品の使用割合の基準値}) / (100\% - \text{後発医薬品の使用割合の基準値}) \times 3$	NDB集計	○	○	3~6
③	加入者の適正服薬の取組の実施	以下の3つの取組を全て実施していること a. 抽出基準を設定し、レセプト等の活用により、対象者を抽出した上で、その者に対して服薬情報の通知や個別に指導する等の取組を実施 b. 取組実施後、対象者の服薬状況や副作用の改善状況等を確認し、取組の実施前後で評価していること c. 取組内容について国への報告 ^(※) を行っていること (※)所定の報告様式に従い、支援金年度の翌年度の5月～6月頃に行う総合評価指標に関する実績報告の際に併せて提出すること	保険者申告	—	—	9

総合評価指標《大項目5》 がん検診・歯科健診等の実施状況

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	がん検診の実施状況	胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がんの5種のがん検診を全て実施していること (対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む)	保険者 申告	○	—	3
②	がん検診の結果に基づく受診勧奨	①で保険者が実施する各種がん検診の結果から、要精密検査となった者の精密検査受診率を把握すること 【配点(整数値に四捨五入し、10点上限)】 5 + 精密検査受診率 × 5	保険者 集計	—	—	5~10
③	市町村が実施するがん検診の受診勧奨	健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨すること(対象者を把握し個別に勧奨、チラシ・リーフレット等による対象者への受診勧奨)	保険者 申告	○	—	2
④	歯科健診・受診勧奨	以下の2つの取組を全て実施していること a. 歯科健診を実施していること(費用補助を含む) b. 特定健診の質問票や歯科健診の結果から対象者を設定し、歯科医療機関への受診勧奨を実施すること	保険者 申告	○	—	8
⑤	歯科保健指導	特定健診の質問票や歯科健診の結果から対象者を設定し、歯科保健指導を実施すること	保険者 申告	○	—	5
⑥	予防接種の実施	以下のいずれかの取組を実施していること a. 任意接種 ^(※) の各種予防接種の実施 (※)インフルエンザ・帯状疱疹・(公費負担にならない年齢の)子宮頸がんワクチン接種等 b. 各種予防接種を受けた加入者への補助	保険者 申告	—	—	2

総合評価指標《大項目6》

加入者に向けた予防・健康づくりの働きかけ

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	生活習慣改善のための事業及び喫煙対策事業の実施	生活習慣改善のための事業及び喫煙対策事業を実施し、特定健診の質問票等により効果検証を行うこと (運動習慣・食生活・睡眠習慣・飲酒習慣の改善事業及び喫煙対策事業のそれぞれについて、上記を達成するごとに1点)	保険者 申告	—	—	1~5
②	運動習慣の改善	a. 前年度の適切な運動習慣を有する者の割合が保険者種別ごとの平均値以上：3点 b. 上記を達成していない場合、前々年度から前年度の適切な運動習慣を有する者の割合の上昇幅を得点とする。(整数値に四捨五入し、上限3点)	NDB 集計	○	—	1~3
③	食生活の改善	a. 前年度の適切な食事習慣を有する者の割合が保険者種別ごとの平均値以上：3点 b. 上記を達成していない場合、前々年度から前年度の適切な食事習慣を有する者の割合の上昇幅を得点とする。(整数値に四捨五入し、上限3点)	NDB 集計	○	—	1~3
④	睡眠習慣の改善	a. 前年度の適切な睡眠習慣を有する者の割合が保険者種別ごとの平均値以上：3点 b. 上記を達成していない場合、前々年度から前年度の適切な睡眠習慣を有する者の割合の上昇幅を得点とする。(整数値に四捨五入し、上限3点)	NDB 集計	○	—	1~3
⑤	飲酒習慣の改善	a. 前年度の適切な飲酒習慣を有する者の割合が保険者種別ごとの平均値以上：3点 b. 上記を達成していない場合、前々年度から前年度の適切な飲酒習慣を有する者の割合の上昇幅を得点とする。(整数値に四捨五入し、上限3点)	NDB 集計	○	—	1~3
⑥	喫煙対策	a. 前年度の前喫煙者割合が保険者種別ごとの平均値以上：5点 b. 上記を達成していない場合、前々年度から前年度の前喫煙者割合の上昇幅を得点とする。(整数値に四捨五入し、上限5点)	NDB 集計	○	—	1~5
⑦	こころの健康づくり	こころの健康づくりのための事業 ^(※) を実施し、質問票等により効果検証を行うこと (^(※) 専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催等(メール・チラシ等の配布のみによる情報提供や働きかけは除く))	保険者 申告	—	—	2
⑧	インセンティブを活用した事業の実施	以下の3つの取組を全て実施していること a. 加入者個人の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント等に応じてインセンティブを設ける等の事業を実施 b. 事業の実施後、当該事業が加入者の行動変容に繋がったかどうか、効果検証を行った上で、当該検証に基づき事業改善を行うなどPDCAサイクルで事業の見直しを実施 c. 取組内容について国への報告 ^(※) を行っていること (^(※) 所定の報告様式に従い、支援金年度の翌年度の5月~6月頃に行う総合評価指標に関する実績報告の際に併せて提出すること)	保険者 申告	○	—	6

4

0. 制度概要

1. 加算基準

2. 加算除外要件

3. 減算要件及び総合評価指標

4. 参考：NDB集計値の算出定義

参考：NDB集計値の算出定義（1/2）

項目	NDB集計値名	分母	分子
大項目1 ①	特定健診の実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数
大項目1 ①	特定保健指導の実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数
大項目1 ③	肥満解消率	特定健診の2年連続受診者で、1年目に服薬の有無及び血圧・脂質・血糖のリスクを考慮せず、腹囲・BMIが一定の基準以上（BMI25以上、または腹囲85cm(男性)・90cm(女性)以上）の者の数	分母に該当する者のうち、2年目は服薬の有無及び血圧・脂質・血糖のリスクを考慮せず、腹囲・BMIが一定の基準未満（BMI25未満かつ腹囲85cm(男性)・90cm(女性)未満）の者の数
大項目2 ②	医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率	当該年度の前年度の特定健康診査の結果が、標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）においてすぐに医療機関の受診が必要とされている基準 ^(※) に該当する者の数 (※)当該年度の前年度の特定健康診査の結果が(1)から(6)のいずれかに該当する者 (1)収縮期血圧160mmHg以上 (2)拡張期血圧100mmHg以上 (3)空腹時血糖126mg/dl以上 (4)HbA1c（NGSP）6.5%以上 (5)LDLコレステロール180mg/dl以上 (6)中性脂肪500mg/dl以上	分母に該当する者のうち、当該年度又は当該年度の前年度において、①②のいずれかに該当し医療機関を受診したことを確認できた者の数 ①当該年度及び当該年度の前年度の特定健康診査の質問票において、血圧、血糖又は脂質に関する薬の使用の有無について「はい」と回答したことを確認する ②レセプトから、血圧、血糖又は脂質に関する疾病 ^(※) 又はその疑いで受診したことを確認する (※)以下のICD-10コードに分類される疾病が該当する ・E10, E11, E12, E13, E14, E65, E66, E67, E68, E78 ・I10, I11, I12, I13, I15, ・R81, R73 はR739のみ, R74はR740のみ
大項目2 ⑤	高血圧症の状態コントロール割合	特定健診の2年連続受診者で、1年目に高血圧で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者の数	特定健診の2年連続受診者で、1年目に高血圧で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者のうち、2年目も高血圧で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）又は正常群の者の数
大項目2 ⑤	糖尿病の状態コントロール割合	特定健診の2年連続受診者で1年目に糖尿病で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者の数	特定健診の2年連続受診者で、1年目に糖尿病で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者のうち、2年目も糖尿病で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）又は正常群の者の数
大項目2 ⑤	脂質異常症の状態コントロール割合	特定健診の2年連続受診者で1年目に脂質異常症で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者の数	特定健診の2年連続受診者で、1年目に脂質異常症で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）の者のうち、2年目も脂質異常症で服薬無し及び検査値が予備群（保健指導判定値以上かつ受診勧奨判定値未満）又は正常群の者の数

参考：NDB集計値の算出定義（2/2）

項目	NDB集計値名	分母	分子
大項目 4 ②	後発医薬品の使用割合	後発医薬品がある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量	後発医薬品の数量
大項目 6 ②	適切な運動習慣を有する者の割合	当該質問項目の回答者数	運動習慣に関する3つの質問項目 ^(※) のうち、「適切」に該当する項目が2つ以上である者の数 ^(※) 運動習慣に関する質問項目の「適切」の該当基準 ①「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施」の回答が「はい」 ②「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」の回答が「はい」 ③「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い」の回答が「はい」
大項目 6 ③	適切な食事習慣を有する者の割合	当該質問項目の回答者数	食事習慣に関する4つの質問項目 ^(※) のうち「適切」に該当する項目が3つ以上である者の数 ^(※) 食事習慣に関する質問項目の「適切」の該当基準 ①「人と比較して食べる速度が速い」の回答が「ふつう」または「遅い」 ②「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」の回答が「いいえ」 ③「朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか」の回答が「ほとんど摂取しない」 ④「朝食を抜くことが週に3回以上ある」の回答が「いいえ」
大項目 6 ④	適切な睡眠習慣を有する者の割合	当該質問項目の回答者数	質問項目「睡眠で休養が十分とれている」に「はい」と回答した者の数
大項目 6 ⑤	適切な飲酒習慣を有する者の割合	当該質問項目の回答者数	以下①または②に該当する者の数 ①飲酒頻度が「毎日」で1日あたり飲酒量が2合未満の者 ②飲酒頻度が「時々」で1日あたり飲酒量が3合未満の者
大項目 6 ⑥	非喫煙者割合	当該質問項目の回答者数	質問項目「現在、たばこを習慣的に吸っている」に「いいえ」と回答した者の数

^(※) 2024年度支援金は、2023年度の特定健診・保健指導の実績に基づいて適用されるため、上記の算出定義は第3期特定健診・保健指導の標準的な質問票の項目によるものとなります。