第４期後期高齢者支援金の加算・減算制度に関するＱ＆Ａ
（2027 年度以降支援金）

※「2027 年度以降の後期高齢者支援金の加算・減算制度の改正について」（令和８年４月 20 日保保発 0420 第１号厚生労働省保険局保険課長通知）は、2027 年度以降の後期高齢者支援金の加算・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。例えば、2027 年度分の後期高齢者支援金は、2027 年度が「当該年度」となり、2026 年度が「当該年度の前年度」、2025 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、概要資料に示す保険者種別ごとに定める実施率の基準値以上であることを加算を免れる要件とし、当該基準値を下回る場合、加算対象となります。

Ｑ２．加算対象はどのように判定されますか。

Ａ．　厚生労働省による公表値を用いて、四捨五入をせずに実数値が基準値を満たしていなければ加算対象となります。

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。

⑴　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

⑵　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

⑶　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

⑷　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全て満たす場合

※⑶はＱ４も併せて参照のこと。

※⑷の基準とは、特定健康診査及び特定保健指導の実施状況が以下どちらも達成の場合

・全対象者へ個別通知を実施している

・前年度の実施率を上回っている

Ｑ４．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＞

Ｑ５．【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。共同で実施するとは、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。

Ｑ６．【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、特定健診の標準的な質問票（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３－①「個別に受診勧奨・受診の確認」と大項目６－④「歯科健診・受診勧奨」を達成する。）

Ａ．　問題ありません。

Ｑ７.【全般】国において計算される指標について、自組合のNDB集計値を確認することはできますか。

Ａ.　以下の評価項目については、厚生労働省による公表値を確認することで NDB 集計後の値を確認できます。

※各項目の基準値の達成可否は、四捨五入をせずに実数値で判定されます。

・【大項目２－①】特定健診・特定保健指導の実施率

・【大項目５－②】後発医薬品の使用割合

以下の評価項目については、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。

・【大項目２－③】肥満解消率

・【大項目３－②】受診勧奨対象者の医療機関受診率

・【大項目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

・【大項目７－②～⑤】適切な生活習慣を有する者の割合（※）

・【大項目７－⑥】非喫煙者割合（※）

（※：大項目７－②～⑥については生活習慣リスク保有者率がプリセットされるため、「100%－プリセットされた値（生活習慣リスク保有者率）＝適切な生活習慣を有する者の割合」となります。）

【大項目２－②】については、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。

共済組合及び全国土木建築国民健康保険組合は、各所管省庁から配布するデータにてご確認ください。

Ｑ８.【大項目１－①】「健康課題に対応した保健事業の実施」とありますが、どのような取組が該当しますか。

Ａ.　保険者は、日頃より自組合の課題を分析・把握し、データヘルス計画を作成、その計画に沿って保健事業に取り組んでいることと承知しております。そのため、データヘルス計画の作成を保険課で確認がとれた場合に該当します。

Ｑ９.【大項目２－③】肥満解消率はどのように求めるのですか。

Ａ.　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、又は腹囲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。

Q10.【大項目３－①】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又は健診機関が受診勧奨を行うことが必要です。

Q11.【大項目３－①】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。

Q12.【大項目３－②】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：当該年度の前々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

当該年度の前々年度の特定健康診査の結果が⑴から⑹のいずれかに該当する者
⑴収縮期血圧 160mmHg 以上　　⑵拡張期血圧 100mmHg 以上
⑶空腹時血糖 126mg/dl 以上　　⑷HbA1c（NGSP）6.5%以上
⑸LDL コレステロール 180mg/dl 以上　　⑹中性脂肪 500mg/dl 以上
※標準的な健診・保健指導プログラム（令和６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、当該年度の前年度又は前々年度において、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

①当該年度の前年度又は前々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」と回答した者。
②当該年度の前年度又は前々年度のレセプトにおいて、血圧、血糖又は脂質に関する疾病（※）若しくはその疑いで受診したと分かる者。
※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/

Q13.【大項目３－②】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。

Q14.【大項目３－③】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。

Q15.【大項目３－③】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。

Q16.【大項目３－④】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。

Q17.【大項目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「疾患予備群の状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。）

Q18.【大項目４－①】「ICT やデジタル技術等（健康に関するアプリケーションなど）を活用した事業」とありますが、どのような事業が該当しますか。

Ａ．　アプリケーションの使用を必須としているものではありませんが、例えばウェアラブル端末を活用したライフログデータの収集、分析といったデジタル技術や ICT 等を個人情報に配慮したうえで活用した事業などが該当します。

Q19.【大項目４－②】「特定健診結果の閲覧用ファイルを月次で支払基金に提出」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。

Q20.【大項目４－④】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。

Q21.【大項目４－⑤】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。

Q22.【大項目５－①】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。

Q23.【大項目５－②】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。2027 年度支援金の加算・減算においては、2028 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。

Q24.【大項目５－③】「重複投薬・多剤投与、セルフメディケーション、リフィル処方箋・長期処方、バイオシミラー等」とありますが、全ての取組が必要ですか。

Ａ．　重複投薬・多剤投与、セルフメディケーション、リフィル処方箋・長期処方、バイオシミラー等のいずれかの取組を行っていれば該当します。

Q25.【大項目５－④】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。

Q26.【大項目５－④】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でしょうか。

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。

Q27.【大項目６－①】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。

Q28.【大項目６－①】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。

Q29.【大項目６－②】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 ※保険者がレセプトを用いて精密検査を受診したと確認できる場合には、分子に計上して差し支えありません。

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６－①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。

Q30.【大項目６－④】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。

Q31.【大項目６－④】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。

Q32.【大項目６－⑤】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。

Q33.【大項目６－⑤】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。

Q34.【大項目７－①】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。

Q35.【大項目７①⑦⑧⑨⑩⑪】保険者申告項目の選択はどのように行えば良いですか。

Ａ．　より自組合における加入者の健康課題に沿った保健事業を重視する観点で、選択式としました。実施している保健事業から、最大２項目を選択（申告）してください。なお、加点にはなりませんが３項目以上実施することも可能です。

Q36.【大項目７－①】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。

Q37.【大項目７－②】「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」

Q38.【大項目７－③】「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」又は「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」

Q39.【大項目７－④】「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。

Q40.【大項目７－⑤】「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。

男性の場合

・飲酒頻度の質問項目で「月に１日未満」、「やめた」又は「飲まない（飲めない）」と回答した者
・飲酒頻度が「毎日」「週５～６日」で１日あたりの飲酒量が２合未満の者

・飲酒頻度が「週３～４日」で１日あたりの飲酒量が３合未満の者
・飲酒頻度が「週１～２日」「月１～３日」で１日あたりの飲酒量が５合未満の者

女性の場合

・飲酒頻度の質問項目で「月に１日未満」、「やめた」又は「飲まない（飲めない）」と回答した者
・飲酒頻度が「毎日」「週５～６日」「週３～４日」で１日あたりの飲酒量が１合未満の者
・飲酒頻度が「週１～２日」で１日あたりの飲酒量が３合未満の者
・飲酒頻度が「月１～３日」で１日あたりの飲酒量が５合未満の者

Q41.【大項目７－⑥】「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ますか」に「いいえ」又は「以前は吸っていたが最近１ヶ月は吸っていない」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。

Q42.【大項目７－⑧】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。

Q43.【大項目７－⑨】「こどもの適切な医療の受診や抗菌薬処方に関する周知・広報の取組」とありますが、どのような取組が該当しますか。

Ａ．　医療費助成の拡充等により、被保険者の受診行動が変化し、受診率の増加等が生じることが知られており、医療保険財政への影響のみならず、例えば必要性の乏しい抗菌薬の処方の増加による薬剤耐性（AMR）の発生など健康への悪影響の懸念等が指摘されています。こうした状況を踏まえ、こどもにとって真に必要な医療の提供・確保や医療保険制度の規律維持等の観点から、こどもにとってより良い医療の在り方を周知・啓発する取組を評価対象とします。具体的には、以下のような取組などを想定しています。

・こどもの医療費の仕組みについて説明し、こどもの医療費が“タダ”ではないことを伝えるもの
・こどもが医療機関を受診すべきかどうか迷った場合の相談サービスを紹介・提供

するもの

Q44.【大項目７－⑩】「女性特有の健康課題への支援等の性差に応じた健康支援・保健事業」とありますが、どのような取組が該当しますか。

Ａ．　例えば、女性特有のがん検診の費用補助や月経前症候群（PMS）、更年期障害、若年層のやせ対策に関する研修の実施、管理職のリテラシー向上に資する啓蒙活動などの取組が該当します。

Q45.【大項目７－⑪】「ロコモティブシンドローム対策の保健事業」とありますが、どのような取組が該当しますか。

Ａ．　例えば、加齢による筋力低下予防のための保健指導や骨粗鬆症検診などの取組が該当します。ただし、ロコモティブシンドローム対策を主目的とした事業である必要があるため、加入者全員を対象としたスポーツジム年会費補助やウォーキングイベントなどは、ロコモティブシンドローム対策を主目的としていない場合、評価対象とはなりません。

Q46.【大項目７－⑫】配点が０点であるにも関わらず指標に追加されているのはなぜでしょうか。

Ａ．　将来的に新たな保健事業を評価対象として追加する場合に備えて指標に追加しているものとなります。なお、現時点で新たな指標の内容が決まっているわけではありません。

＜総合評価指標に関する実績報告の方法について＞

Q47. 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。

Q48．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・解散について（健保組合のみ）＞

Q49．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。

Q50．当該年度の４月１日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：2027 年４月１日に合併した保険者における 2027 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りません。

（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。

Q51．当該年度の４月２日以降又は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：2028 年４月１日に合併した保険者における 2027 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期間が含まれるため、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。

Q52.合併消滅又は解散した保険者が加算･減算となった場合の取扱はどうなりますか。

Ａ．　合併消滅又は解散した保険者の当該年度支援金の額に加算・減算した金額が、合併存続又は承継した保険者に賦課されます。

＜（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」の定義及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	保険者種別ごとの実施率（概要資料参照）	規定
大項目２－① 大項目２－②	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３－② 大項目３－⑤	保険者種別ごとの平均値	支援金年度の 翌年度
大項目５－②	後発医薬品の使用割合･･･80％	規定
大項目７－② 大項目７－③ 大項目７－④ 大項目７－⑤ 大項目７－⑥	保険者種別ごとの平均値	支援金年度の 翌年度

［一部改正：令和８年５月 21 日］