

## 特集：特定健診・保健指導の始動

### 特定健診・保健指導の参酌標準と後期高齢者支援金

東史人

厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室

### Reference Standards for Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome, and the Contributions from Insurance Premiums of Younger Generation for Medical System for the Elderly Aged 75 and Over

Fumihito HIGASHI

General Affairs Division,  
Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

#### 抄録

平成20年度からの特定健康診査・特定保健指導は、その根拠法である高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療保険者に実施義務が課されている。医療保険者は、平成20年度から24年度までの5年間の実施計画（特定健康診査等実施計画）に従った戦略的・計画的な実施が求められており、平成19年度中に同計画の作成を終えておく必要がある。

各医療保険者は、実施計画において毎年の目標とする健診・保健指導の実施率を設定し、その実施率から算出される予定実施者数に対し、各年度、確実に実施できる体制（委託先や予算の確保等の裏づけのある計画）を整理することとなっている。

国は、医療保険者が実施計画を作成するためのガイドラインとして、計画に記載すべき事項を整理した特定健康診査等基本指針（案）を平成19年3月に公表しており、同指針において、各医療保険者が実施計画において平成24年度に設定すべき目標値（参酌標準）を示している。

平成20年度から始まる後期高齢者医療制度の財源の約4割を他の医療保険者が拠出する後期高齢者支援金は、平成24年度拠出分までは全ての医療保険者が同じ負担割合（加入者一人当たり金額（全医療保険者共通の単価）に加入者数を乗じた金額）となるが、平成25年度分からは医療保険者の目標達成状況に応じ最大10%の加減算を行う（全医療保険者共通の単価に加減算を行い、各医療保険者別の単価となる）ことが法律上定められている。平成24年度の目標の達成・未達成の判断基準は、特定健康診査等基本指針に示している参酌標準であるが、評価対象となる3つの目標（健診実施率、保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率）のうち何をどの程度達成すれば減算とするのか（どの程度未達成なら加算とするのか）については、さまざまな考え方があることから、平成22年度の間評価の時点で、各医療保険者の実施状況を見ながら検討し定めることとなっている。

キーワード： 高齢者の医療の確保に関する法律，特定健康診査等実施計画，特定健康診査等基本指針，参酌標準，後期高齢者支援金の加算・減算

#### Abstract

From fiscal year 2008, medical insurance providers are obliged to provide Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome under the Act for the Assurance of Medical Care for the Elderly which is the basic law for such examinations and guidance. Since medical insurance providers are required to operate in a strategic and

planned manner in accordance with the program for implementation for a period of 5 years from FY 2008 to FY 2012 (Implementation Program of Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome.), it is necessary for providers to have completed preparations for the implementation within FY 2007. Each medical insurance provider is supposed to establish target implementation rates for health examinations and health guidance for each fiscal year in the Implementation Program, and to provide a system (a plan substantiated by the assurance of assignees and budget, etc.) which assures definite implementation for the number of scheduled people calculated from the implementation rate for the given fiscal year.

In March 2007, the national government published the draft Basic Guideline for Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome. which includes the items to be specified in the Program, as a guideline for preparation by medical insurance providers of the Implementation Program, and indicated the target rates (Reference Standards) to be established for FY 2012 of the Implementation Program by each medical insurance provider.

With regard to the Assistant Grant for the Old Elderly in the Medical System for the Old Elderly, approximately 40% of whose financial resource will be funded by other medical insurance providers, which will start from FY 2008, it is provided in the law that while all medical insurance providers will bear the same ratio until disbursement for FY 2012 (the amount per participant (common unit price for all medical insurance providers) multiplied by the number of participants), from FY 2013, the burden of each medical insurance provider will be reduced or increased to a maximum of 10% in accordance with their target achievement status (the unit price of each medical insurance provider will be established by deleting or adding the common unit price for all medical insurance providers). Although the criteria for the achievement or non-achievement of the target for FY 2012 will be the reference standards being indicated in the Basic Guideline for Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome., as there are various ways of thinking on the 3 targets subject to evaluation (health examination implementation rate, health guidance implementation rate, reduction rate of the number of the person with the metabolic syndrome including metabolic syndrome reserves) and to what extent achievement will be required to obtain the reduction of the burden (or to what extent non-achieved, the burden will be increased), each will be considered and determined in light of the implementation conditions of each medical insurance provider at the time of midterm evaluation during FY 2010.

**Keywords:** act for assurance of the medical care for the elderly, implementation program of Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome., basic guideline for the Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome., reference standards, adding/deleting assistant grant for the old elderly

## 1. はじめに (全体像)

平成20年度からの特定健康診査・特定保健指導は、その根拠法である高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療保険者に実施義務が課されている。医療保険者は、平成20年度から24年度までの5年間の実施計画(特定健康診査等実施計画)に従った戦略的・計画的な実施が求められており、今年度中に同計画の作成を終えておく必要がある。

各医療保険者は、実施計画において毎年の目標とする健診・保健指導の実施率を設定し、その実施率から算出される予定実施者数に対し、各年度、確実に実施できる体制(委託先や予算の確保等の裏づけのある計画)を整理することとなっている。

国は、医療保険者が実施計画を作成するためのガイドラインとして、計画に記載すべき事項を整理した特定健康診査等基本指針(案)を平成19年3月に公表しており、同指針において、各医療保険者が実施計画において平成24

年度に設定すべき目標値(参酌標準)を示している。

平成20年度から始まる後期高齢者医療制度の財源の約4割を他の医療保険者が拠出する後期高齢者支援金は、平成24年度拠出分までは全ての医療保険者が同じ負担割合(加入者一人当たり金額(全医療保険者共通の単価)に加入者数を乗じた金額)となるが、平成25年度分からは医療保険者の目標達成状況に応じ最大10%の加減算を行う(全医療保険者共通の単価に加減算を行い、各医療保険者別の単価となる)ことが法律上定められている。平成24年度の目標の達成・未達成の判断基準は、特定健康診査等基本指針に示している参酌標準となっている。

## 2. 特定健康診査等基本指針

医療保険者が、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に定める「特定健康診査等実施計画」を作成するにあたっての参考となるよう、どのような計画を作成すればよいかをとりまとめた基本的な指針(特定健康診査等基本指針・以下「基本方針」と略。)を国が定め、平成19年3月

に案として公表している。

表1 特定健康診査等基本指針

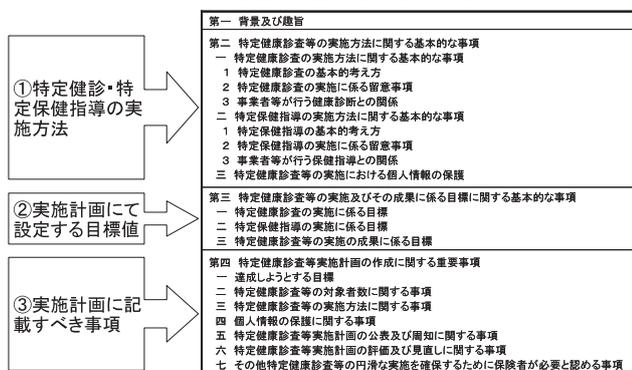
<p>&lt;高齢者の医療の確保に関する法律&gt; (特定健康診査等基本指針)</p> <p>第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。</p>	
2	<p>特定健康診査等基本指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。</p> <p>一 特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法に関する基本的な事項</p> <p>二 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項</p> <p>三 前二号に掲げるもののほか、次条第一項に規定する特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項</p>
3	<p>特定健康診査等基本指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。</p>
4	<p>厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。</p>
5	<p>厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。</p>

高齢者の医療の確保に関する法律第18条第2項に、指針に記載すべき主な事項が挙げられているが、これを踏まえ、次の図表に示すような構成となっている。

医療保険者が作成する特定健康診査等実施計画の記述内容や構成については、基本指針の第四に「特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項」として7項目が示されている。

また、特定健康診査等実施計画に定めるべき目標値（基本指針第四の一「達成しようとする目標」）の参照標準（いわゆる医療保険者別の目安）については、基本指針の第三に「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」として3つの目標（健診実施率、保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率）のそれぞれの設定の考え方を示している。

表2 特定健康診査等基本指針の構成



なお、特定健康診査等基本指針の原文は、厚生労働省ホームページ ([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info02\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info02_01.pdf)) に公開されているので、そちらを参照されたい。

### 3. 特定健康診査等実施計画

#### (1) 作成における考え方

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条にて、特定健康診査等実施計画を定めるものとされている。実施計画に記載すべき内容は、同条第2項及びこれに基づく基本指針第四の7項目に即して作成することとなる。

表3 特定健康診査等実施計画

<p>(特定健康診査等実施計画)</p> <p>第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。</p>	
2	<p>特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。</p> <p>一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項</p> <p>二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標</p> <p>三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項</p>
3	<p>保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。</p>

計画を策定する趣旨は、規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するためである。

実施計画には、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施していくために最低限定めておくべき事項を、明瞭・簡潔に整理することが重要である。よって、膨大な労力や費用を掛けて体裁等が立派な計画書を作成する必要はなく、要点を押さえた簡素な計画で十分と考える（実施パターンが1つしかない場合は、10ページ程度でまとめられるのではない）。

加入者に対し漏れなく健診・保健指導を実施できる体制は、地域別・年齢別等のグループ別にどのようなものとするのかを整理するだけでよく、膨大な調査・分析の実施は必要ない。そのような労力は実施計画ではなく具体的な実施体制づくり（委託先確保、契約に向けた調整等）に向けるべきである。

以上から、計画作成における委託は必要ない。また予算編成や組合会・理事会対応等そもそも委託では実施が困難なものもある。にも関わらず計画作成を丸投げすることは医療保険者自身で考えるべきこと（加入者の特徴や地域特性等を踏まえた実施形態等）や、医療保険者自身しかわからないこと（加入者の特徴等）、医療保険者しかできないこと（地元調整等）、を放棄していることを意味しており（この場合、委託先にはできないことはできないまま放置となる）、保険者機能の強化が求められる中で考え

た場合、大変残念なことである。

(2) 健診・保健指導計画との違い

特定健康診査等実施計画は高齢者の医療の確保に関する法律に基づく法定計画であり、必ず作成することが求められるが、「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載のある「健診・保健指導計画」は任意の計画であり必ずしも作成しなくてもよいこと、また内容が全く異なることに注意されたい。

実施計画は5年間を通じ実務的・事務的に実施体制について整理した計画であるのに対し、健診・保健指導計画は毎年の保健事業全体の考え方や取組方策等を総合的にとりまとめた計画である。

(3) 具体的に記載すべき事項

詳細は、公表されている「特定健康診査等実施計画作成の手引き」を参照されたい。特定健康診査等基本指針の第四に挙げた7項目に即して作成する。目次構成についてもわざわざ工夫することは不要であることから、7項目であれば7章構成として、基本指針第四の並びで順次整理すればよい。

表4 特定健康診査等実施計画の構成

Table with 2 columns: '記載すべき事項' (Items to be recorded) and '主に定めるべき内容' (Main content to be determined). It details the structure of the implementation plan across seven items, including objectives, implementation methods, and information protection.

(4) 前提の整理

法定で記述すべき範囲は基本指針第四の項目のみであるが、目標値の設定や実施形態の検討にあたっては、前提となる加入者の分布や特徴等の整理が必要となる。

これについては、分かりうる範囲で整理すればよく、わざわざ時間・労力・費用をかけて詳細に調べることは不要である。

(5) 序文等による解説

また、特定健康診査等実施計画は、作成あるいは変更があれば滞りなく公表することが義務付けられている（都道府県への報告義務はない）。加入者に対し、健診受診を呼びかけていく上でも周知は重要であるが、計画書の構成がいきなり目標値から始まっている場合、なぜこのような計画を作成し、加入者に健診受診を呼びかけるのかがわかりにくいことから、必要に応じ序文等で簡単な背景等の解説を加えることも考えられる。

(6) 計画作成のスケジュール

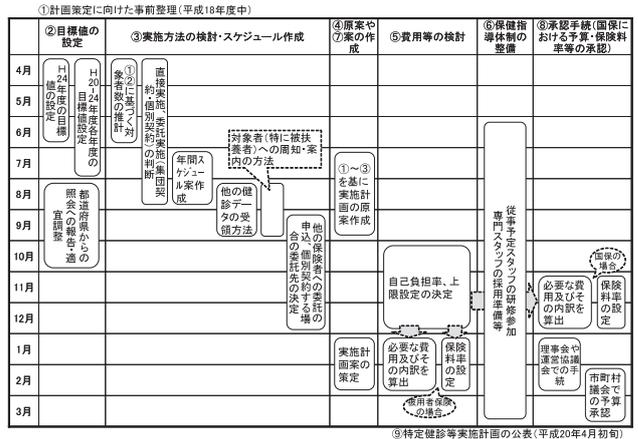


図1 特定健康診査等実施計画の作成スケジュール（平成19年度）

4. 後期高齢者支援金

(1) 後期高齢者支援金とは

平成20年度から後期高齢者限定の新しい医療保険制度が始まる（都道府県単位に後期高齢者医療広域連合が設立）。この制度における財政負担として、全体の約4割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっており、これを後期高齢者支援金という。

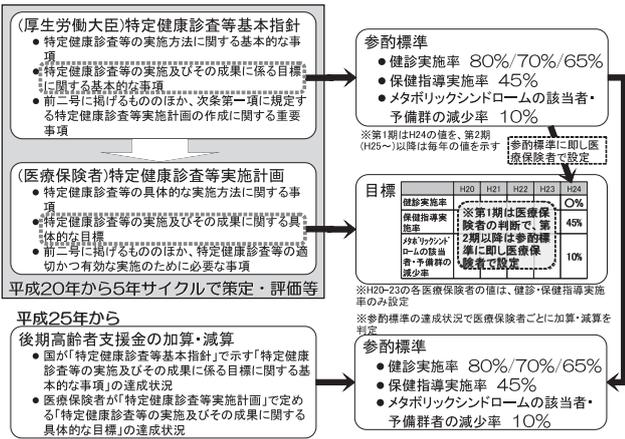
支援金は、加入者一人当たりいくらかという形で算定することになっており、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することとなっている。

(2) 加算・減算の考え方

医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするためである。

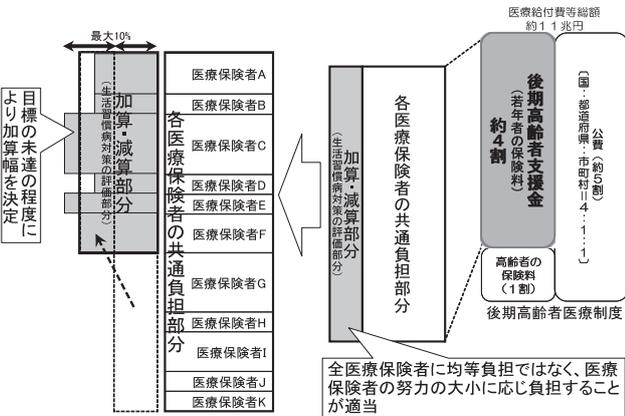
医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び医療保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行うこととされている（法第120条第2項・第121条第2項）。

平成25年度から納付される後期高齢者支援金に適用される（法附則第15条）。平成20年度から24年度の支援金は加算・減算を行わず100/100で算定する。



- 制度施行当初からの評価は困難なことから、加算・減算は第一期終了後の平成25年度分から実施するため、第一期は毎年ではなく期間を通じた評価としたが、平成26年度分以降は毎年加算・減算を行うことから、毎年何らかの評価を行う必要がある。
- 第一期と同様に、計画期間の最終年度にのみ新たな数字で評価(平成26～29年度は、平成25年度の実績に基づく加算・減算を続け、平成30年度に、平成29年度目標の達成度合いに応じた加算・減算に切り替える)のではなく、毎年度、新たな実績数値で評価を行うことが望ましい。

ただし、その方法としては、前年度比でみるという原案の方法だけではなく、計画開始の前年度(平成24年度)との比較で毎年度の実績をみていくという方法もあるので、より妥当な評価方法となるよう、今後検討していくこととなっている。



(4) 評価指標の定義

表5 評価指標の定義(特定健康診査の実施率)

算定式	当該年度中に実施した特定健診の受診者数(他者が実施した健診でそのデータを保管しているものも含む)
条件	○当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数 ○分子・分母の数から、年度途中で転入又は転出の異動をした者に係る数は除外(よって上記の「他者」に、以前に加入していた医療保険者は含まれない)。

表6 評価指標の定義(特定保健指導の実施率)

算定式	当該年度の動機づけ支援利用者数+当該年度の積極的支援利用者数
条件	○当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数+積極的支援の対象とされた者の数*1 ○階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用しても、利用者数には含まない。 ○途中脱落者は、分母には含め、分子からは除外。 ○年度末(あるいは翌年4-5月)に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時までに完了している者は分子に算入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母・分子から除外。 ○後年、動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率を別々に評価する可能性も考慮し別々に把握しておくものの、制度施行当初における予定としては、評価は合算して実施。

(3) 支援金の評価基準

①第1期(平成20-24年度)の評価

平成24年度の特定健診の実績データ(平成24年度の健診実施率、保健指導実施率、平成20年度と比べたメタボ減少率)を用いて、平成25年度分\*の支援金の加算・減算に反映される。

②第2期以降の評価

平成26年度分以降の加算・減算措置は、第一期(平成25年度分)と異なり、前年度比の実績をみるという案を示している。これは次の考え方に基づくものである。

\* 平成25年度分の支援金算定には、スケジュール上平成23年度の実績データを利用せざるを得ないことから、平成24年度の実績データが利用できる段階で加算減算後の各保険者の支援金額を算出し、既に算定されている額を補正する予定。

\*1 保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれることに注意。

\*2 ここでの「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、いわゆる8学会基準ではなく、保健指導対象者であることに注意。特定健康診査等基本指針第二の二の1の(2)において「特定保健指導の対象者(第三の三及び第四の一において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」という。)」と規定。また、医療費適正化基本方針第一の一の2の(一)住民の健康の保持の推進に関する目標において、「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群(法第十八条第一項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。)の減少率」と規定。

表7 評価指標の定義（メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率<sup>\*2</sup>）

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ H25納付分は、H24（＝当該年度）/H20（＝基準年度）とし、H26以降の納付分は、前年/前々年（例えばH26の場合はH25/H24）</li> <li>○ 該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</li> <li>○ なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成の集団<sup>*3</sup>に、各医療保険者の性・年齢階層（5歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる）を行う。</li> <li>○ 基点となるH20の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある（あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別・年齢階層別の発生率が不確かな医療保険者もある）ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く（年齢2階級×男女の4セグメント）した率を適用。</li> <li>○ 健診実施率が極めて低い医療保険者については、保健指導の実施率も相当少なくなるとともに、年齢補正後のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数も相当程度精度が落ちることとなる。このため、H24以降の健診実施率が相当低い率である場合（例えば参酌標準の半分の水準にも達しない場合）は、その年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数を算定しないこととする。（保健指導の実施率も相当少ないこととなるので、結果として3項目とも未達成扱いとする）</li> </ul>

(5) 補完的に見ていく算定式

今回の算定式は集団で比較するために少なからず課題があり、その解決策として、次のように考えられる。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 将来的に、積極的支援も評価（該当者から改善された者も評価）できるように基準年度と当該年度の該当者のみの減少率も算出</li> <li>○ 算定時点における母集団の構成・大小の影響を排除するため、基準年度の該当者数は、基準年度における該当者が含まれる割合に当該年度の母集団を乗じて算出する補正を行う。</li> <li>○ 同様に、該当者で服薬中の者についても将来的に評価できるよう、基準年度と当該年度の服薬中の該当者のみの減少率も算出</li> </ul> |
|---|

しかし、式を複数（3つ）設定するという事は、該当者・予備群の減少率に関する参酌標準のみを複数置くことを意味し、各々の値をどのように定めるか、同率にするのか、差をつけるのか等の議論・検討が必要となる。

従って、第1期の評価指標としては全数分のみとし、

その他の式の採用については今後の検討課題としている（将来的な採用を想定し、その他の式についても実績報告の指定様式には含めている）。

表8 将来使いうる算定式

将来使いうる算定式	該当者→予備群	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者数}}$
	該当者で服薬中の者	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者のうち、服薬中の者の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者のうち、服薬中の者の数}}$

(6) 年齢補正の考え方

男女や年齢構成の違いに起因する医療保険者間の差異を補正する必要がある。

各医療保険者における、年齢階層別（5歳階級）・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合を、全国平均的な年齢・性別構成のモデルに乘じ、その数（＝補正後の該当者・予備群の推計数）で減少率をみる。

対象者数があまりに少なく、5歳階級という細かい年齢階層で区切った場合にゼロとなるセグメントが出る医療保険者では、最低限の区分けとして年齢は2階層（40-64歳・65-74歳）と男女の4セグメントで割合を出し、年齢補正。年齢の2階層も難しい場合は男女のみで行う。

健診実施率があまりに低率の場合、年齢補正の元になる年齢階層別・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の精度に問題があることから、健診実施率が相当低い（例えば参酌標準の半分以下）場合は、減少率の算出は行えない（目標未達の扱いとする）。

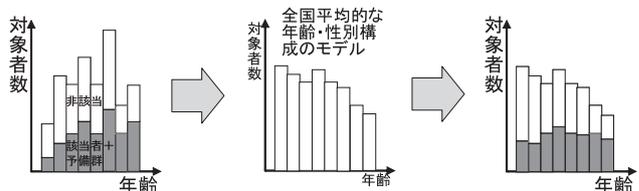


図4 年齢補正のイメージ

(7) 評価指標の活用方法

後期高齢者支援金の加算・減算制度における、参酌標準値の達成・不達成の評価等の制度運用については、事業実績が出て一定の評価も可能となる平成22年度以降に、詰めた検討を行う予定となっている。

これは、3つの指標がどのようになった場合を加算あるいは減算とするのかが、さまざまな考え方があることから、平成22年度の間評価時に、各医療保険者の達成状

<sup>\*3</sup> 医療費適正化基本方針第一の二の1の(三)では、各都道府県の医療費適正化計画におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の算出方法として、基準年度（平成20年度当初）の該当者及び予備群の推定数は、平成20年度当初の年齢階層別（5歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24年4月1日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数とし、当該年度（平成24年度当初）の該当者及び予備群の推定数は、平成24年度当初の年齢階層別（5歳階級）及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成24年4月1日現在の住民基本台帳人口（年齢階層別（5歳階級）及び性別）で乗じた数としている。

況を踏まえながら定めることとしたものである。

3つの評価指標がどのようになった場合を加算あるいは減算とするかについては、次に示すように、さまざまな提案がなされている。

表9 評価パターン例

- 第1期は制度発足当初であり、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少（保健指導の効果が現れる）には一定の時間を要することから、成果指標ではなく、健診実施率・保健指導実施率による評価を基本とすべきではないか。  
⇒例えば、医療保険者の努力で達成可能な指標（健診実施率・保健指導実施率）が未達成の場合に、加算する案。
- 成果が出ればよいことから、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率が達成されているかどうかを重視した評価をすべきではないか。  
⇒例えば、健診・保健指導の実施率が未達であっても、成果が出ていれば加算とはしない案。
- 3指標全てを達成した場合のみ減算する等シンプルなやり方がいいのではないか。

表10 評価パターン例

積極的支援・助産付支援で分ける可能性  ●同じ「未達＝×」であっても、達成が程遠い場合と、わずかに達成できなかった場合とで差をつける考え方もある。  ●ポイント制とし、3項目の間で点数にウェイト付ける。合計点で合格ラインを設定する、等の考え方もある。	①特定健康診査の実施率	○	○	○	○	×	×	×	×	
	②特定保健指導の実施率	○	○	×	×	○	○	×	×	
	③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	○	×	○	×	○	×	○	×	
	達成=○・未達=×	案1	減算	±0	±0	±0	±0	±0	±0	加算
		例	-10%	±0	±0	±0	±0	±0	±0	+10%
		案2	減算	±0	±0	加算	±0	加算	加算	加算
		例	-10%	±0	±0	+5%	±0	+5%	+5%	+10%
		案3	減算	±0	±0	加算	±0	加算	±0	加算
		案4	減算	±0	±0	±0	±0	±0	加算	加算
		案5	減算	加算	加算	加算	加算	加算	加算	加算
	例	-10%	+4%	+4%	+7%	+4%	+7%	+7%	+10%	

率が多様なパターンや考えられる