特集：特定健診・保健指導の始動

職域における特定健診・保健指導の進め方

松田晋哉

産業医科大学公衆衛生学

Strategy for the Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome in the Occupational Setting

Shinya MATSUDA

Department of Preventive Medicine and Community Health,
School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health

抄録

平成20年度から40歳から74歳の全国民を対称に特定健診・特定保健指導事業が開始される．大企業の場合，これまでの労働安全衛生法（以下安衛法）に基づく定期健診及び保健指導を適切に行うことで，新制度への対応はかなりの程度行うことが可能であると予想される．中小企業の場合は，健診及びその後の保健指導が十分行われていない場合も少なくないことから，まずは安衛法への対応を適切に行う体制作りからはじめることが求められるであろう．

実際の事業展開に関しては，保健指導のあり方，特に安全配慮義務の考え方で，当初は種々の混乱が生じると予想される．しかし，わが国の産業保健活動ではこれまでも生活習慣病対策が行われており，確かに健康管理の対象者は増大するが，新しい制度に同じ枠組みで対応することができる．2つの仕組みの間での情報の電子的授受に関する取り決め，アウトソーシングを含めた保健指導の体制整備が当面の課題となる．

社会経済環境の変化の中で企業の社会的責任が重視されるようになっている．特定健診・特定保健指導事業を単にコスト面で考えるのではなく，労働者の健康と生活を守ることで社会に対する責任を果たすというCSRの視点が求められる．また，雇用の流動化が進み非正規雇用労働者が増加している．現状では，これらの労働者が制度の狭間に落ちてしまい，適切な健康管理が受けられない可能性が高い．CSRの視点から元受の企業がこれらの労働者の健康管理に積極的に係ることが期待される．

特定健診・特定保健指導事業はこれまでにない大規模な社会実験である．運用の途中で直面するであろう種々の問題点をきちんと拾い上げ，適宜修正を加えることでマネージ可能な仕組み変革していく柔軟な視点が必要である．

キーワード： 特定健診・特定保健指導，労働安全衛生法，企業の社会的責任職域における特定健診・保健指導の進め方

Abstract

According to the Health Reform 2006, the Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome will be introduced from 2008. All citizens between 40 and 74 years old have to participate to this program.

As most of the large companies provide the annual health check-ups and the following health education under the Occupational Safety and Health Law for almost all the employees, it will be rather easy to adapt to this new scheme. On the contrary, many small and medium sized companies do not respect the requirement of OSH law, thus it is precondition for them to implement the OSH services required by the law.

Along with the changes in socio-economic condition, the importance of CSR（Corporate Social Responsibility）is come to be often discussed. The specified health checkup and follow-up health guidance and intervention program must be considered under the notion of CSR. It is important responsibility for the company to protect the workers' life. Furthermore, it is

〒807-8555　福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1－1

1-1 Iseigaoka Yahatanishi-ku, Kitakyushu-shi, Fukuoka-ken, 807-8555 Japan.

expected for the companies to take some responsibility for the health program of part-time workers.

The new program is a kind of large-scale social experimentation. It is very important to have a flexible attitude in order to make the system more practical.

Keywords: the Health Checkups and Healthcare Advice with a Particular Focus on the Metabolic Syndrome, OSH law, CSR

1．はじめに

社会の高齢化と成熟化に伴う疾病構造の変化により，生活習慣病が国民の QOL（Quality of Life: 生活の質）の面でもまた，医療財政の面でも大きな課題となっている．この課題への対応策として，国は平成20年から各医療保険者が加入する40歳以上の者に対して生活習慣病健診を毎年行うという「特定健診・特定保健指導事業」制度を導入することとした．

制度の詳細については本特集で山本が解説しているので[1)]，本稿ではその内容についての説明は割愛する．今回の事業の主たる対象は内臓脂肪型肥満を中核とするメタボリックシンドロームである．内臓脂肪型肥満は，糖尿病，高血圧，高尿酸血症，高脂血症のリスクファクターであり，その対策を行うことで生活習慣病に関連した医療費の適正化を行おうというのが今回の事業の主目的である．

保険者が本事業を積極的に行なうためのインセンティブとして，特定健診・特定保健指導事業についてはその実績に応じて，後期高齢者医療制度における支援金の調整が行われる仕組みとなっている．平成16年度老人医療費11.4兆円（給付費10.3兆円）をベースに支援金の額を推計すると，0－74歳人口1億1500万人として10.3×0.4/1億1500万人＝約35000円，支援金＝35,000円×各保険者の加入数となる．したがって，1万人の保険者では35,000×10,000×0.1＝35,000,000円の負担増あるいは負担減が生ずることとなる．

実績については特定健診実施率，特定保健指導実施率及び改善率の3つが勘案される．なお，保険者によって事業運営のやりやすさが異なることから，健診の参酌標準についてはそれぞれ違う水準が設定されている．具体的には，特定健診実施率は単一健保・共済が80％，政管健保・総合健保・国保組合が70％，市町村国保が65％となっている．他方，保健指導実施率と改善率（メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率）は共通でそれぞれ45％と10％となっている．

本稿では，上記の参酌標準を踏まえて，職域保険においていかにしてこの事業を展開していくべきかを説明し，また今後の課題について論述する．なお，本論文の内容はあくまで筆者の私見であり，筆者の関係する研究班や公的委員会のそれではない．したがって，本論文の内容に関する一切の責は筆者に帰するものである．

2．労働安全衛生法に基づく健康管理

労働安全衛生法（以下安衛法）では，事業者の責務として，従業員に定期健康診断を提供しなければならず，また従業員はそれを受けることが義務となっている．そして，健診で異常を指摘されたものに対しては，事後措置を行うことも義務化されている．加えて，多くの企業においては図1に示したように，安衛法における法定健診に，健康保険組合の補助によるがん検診などが上乗せで提供されている．そして，健診結果に基づいて，産業医，産業保健師などの産業保健職が健康教育や健康指導を行う体制が作られている．

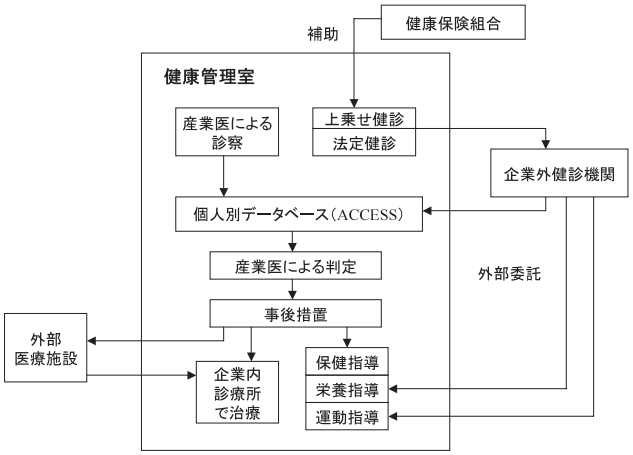

図1　企業における健康管理システムの例

表1　労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果（2006年）

項　目	有所見率 (%)
項目別の有所見率	
聴力（1000Hz）	3.6
聴力（4000Hz）	8.1
聴力（その他）	0.7
胸部X線検査	3.9
喀 痰 検 査	1.8
血　　圧	12.5
貧 血 検 査	6.9
肝 機 能 検 査	15.1
血中脂質検査	30.1
尿 検 査（糖）	3.0
尿検査（蛋白）	3.7
心　電　図	9.1
所見の有った者の割合	49.1

出典：厚生労働省

表1は2006年度における職域健診の項目とその異常率を示したものであるが，第一位が高脂血症（30.1％），第二位が肝機能異常（15.1％），第三位が高血圧（12.5％）というように，いわゆる生活習慣病に関連する異常が上位を占めている[2)]．

さらに2001年から，健康診断で高血圧，高脂血症，高血糖，肥満の4症状（いわゆる死の四重奏）すべてがある者については，労災保険の枠組みの中で精密検査が行われ，その結果に基づいて産業医が就業上の制限などを助言する仕組みとなっている（図2：労災保険予防給付）．労働者の場合，傷病のために就業制限がかけられることは，夜勤手当の減少など生活設計に大きな影響を持つだけに，そのコンプライアンスは高い．

このような中で，産業保健職も予防活動に関する種々のプログラム開発を行ってきており，その成果は日本産業衛生学会などで発表されてきている．

このように，安衛法における予防活動については，それが充実している大企業等に限定されているという批判はあるものの，一定の効果が示されている．

他方，職域における健康管理の課題も多い．最も重要な課題は中小企業における健康管理である．表2に示したように企業規模が小さくなるほど安衛法に基づく健診の実

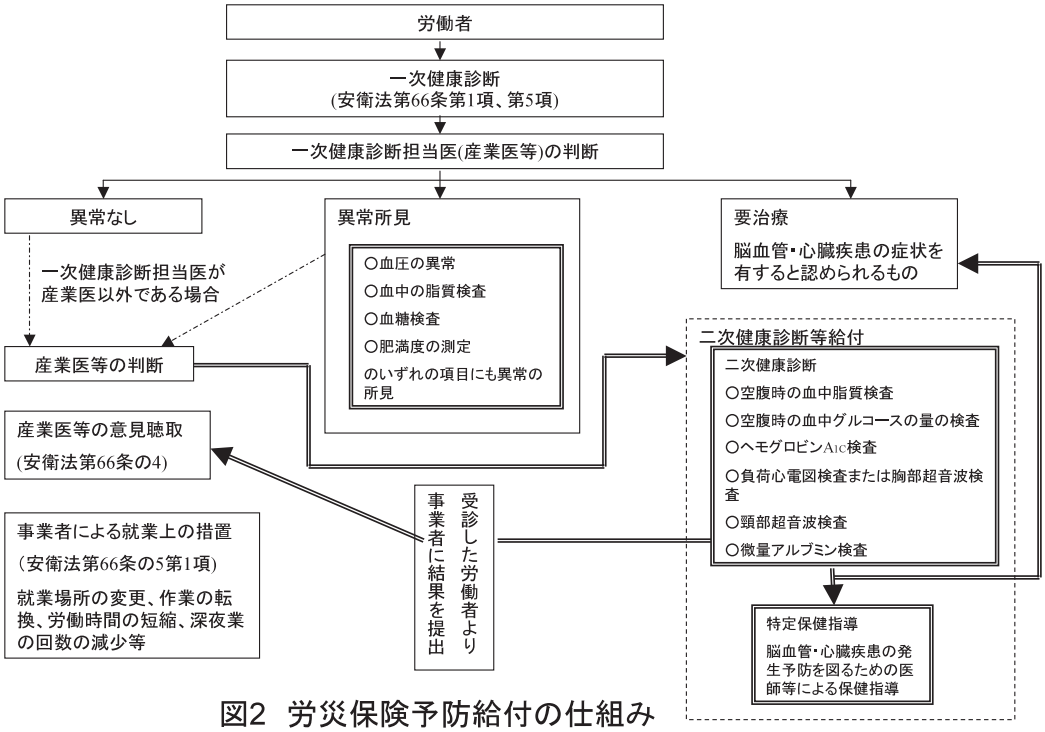

図2 労災保険予防給付の仕組み

表2 事業所規模別にみた労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施状況（2000年）

(%)

区分	実施した					実施しなかった
		一般定期健康診断実施後の措置(M. A.)				
		有所見者に対する健康診断結果についての医師等からの意見聴取	健康診断実施後の就業上の措置	健康診断結果の労働者への通知	保健指導の実施	
合計	85.4(100.0)	28	12.3	94.8	27	14.6
(事業所規模)						
1，000人以上	100.0(100.0)	92.3	70.7	99.8	90.3	
500～ 999人	100.0(100.0)	80.4	44.5	98.1	78.1	
300～ 499人	99.5(100.0)	66.9	33.4	98.1	67.1	0.5
100～ 299人	99.1(100.0)	53.1	24.1	96.8	51.1	0.9
50～99人	95.4(100.0)	40.6	18	95.6	37.5	4.6
30～49人	90.4(100.0)	26.0	13.3	95.9	29.3	9.6
10～29人	82.3(100.0)	24.3	10.1	94.3	22.8	17.7

出典：労働政策研究・研修機構
http://www.jil.go.jp/kisya/dtjouhou/20010831_03_dtj/20010831_03_dtj_hyou04.html

施率は低くなる[3]．また，健診を行っている場合でも，健診後の事後措置（健康教育など）については結果を示した紙が配られるだけで，実質的な対応が行われていない場合が大部分である．さらに，健康診断についても老人保健法に基づく基本健診や政府管掌健康保険が行っている生活習慣病予防健診で代替している場合が少なくない．このような現状でどのように平成20年度からの特定健診・特定保健指導事業に対応するかが大きな課題となっている．

3．特定健診・特定保健指導への対応

職域保険の場合，労働安全衛生法に基づく健診を行うことが義務づけられており，この枠組みを用いて平成20年度から導入される特定健診事業に対応することができる．しかしながら，健診結果に基づく保健指導の運用に関しては産業保健部門の体制や企業規模によってその難易度は大きく異なる．また，被扶養者への対応をどのように行うかも課題である．実務上は多くの場合，地域の医療機関を活用するモデルで被扶養者への対応を行うことになるであろう．もちろん，企業城下町のように企業の健診センターで対応が可能な場合はそれを活用することが合理的である．

以下，現在行っている職域健診のタイプ別にその対応を考えてみる[4]．

1）自己完結型

自社の健康管理センターを所有し，そこで健診及び事後の保健指導を行っている事業所の場合，特定健診・特定保健指導事業への対応は比較的容易である．例えば，日立健康管理センタのように半日をかけて問診・診察・採血・X 線診断・検査結果に基づく指導を行っている場合，健診当日に保健指導における初回面接までを行うことができる（図 3 ）．

初回面接後の継続的なフォローアップについては，企業の場合，既存の社内 IT システムを活用することが可能である．例えば，社内で情報の伝達のためにグループウェアソフト（Lotus Notes，MS-Exchange，サイボーズなどが有名）を活用している場合は，それを用いて e-mail による支援を行うことが可能である．

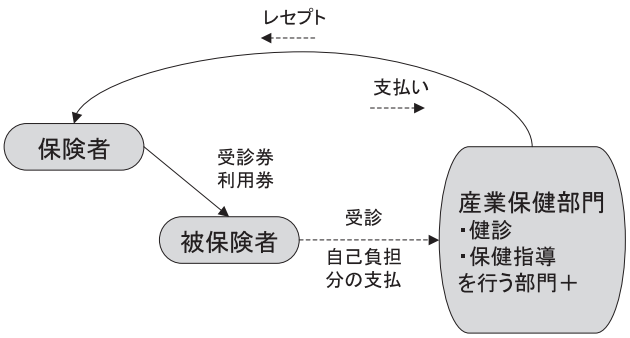

図3　職域保険自己完結型

ただし，ここで注意しなければならない点は，労働安全衛生法における健診・事後指導と特定健診・特定保健指導とは，その目的が異なるという点である．前者はあくまで事業主の安全配慮義務を果たすために行われるものであり，従業員の適正配置と労働による健康障害を予防するために行われるものである．特定健診・特定保健指導事業では，その健診結果に基づいて策定された計画に基づいて，対象者自らが健康づくりのための努力を行い，それを医療職が支援するというものである．この目的の違いについて事前にすべての関係者がきちんと理解し，情報の取り扱いに関する合意を得ておくことが重要である．

2）健診機関委託型

事業所規模の大小に係らず，多くの職域保険者はこのモデルで特定健診・特定保健指導事業への対応を行うことになるであろう（図 4 ）．ただし，産業保健部門の有無と健診と保健指導で委託先を分けるかどうかによって種々のタイプがありうる．

特定健診は労働安全衛生法に基づく定期健診で対応することになる．ただし，費用については安衛法に基づくものは事業主の，それ以外のものは保険者の負担となる．これまでも安衛法に基づく健診に加えて，がん検診などが保険者の負担で行われてきた経緯があることから，この点については特に実務上の問題は発生しないであろう．ただし，前述のよう保険者へのデータの受け渡しに際しては，紙ベースではなく電子媒体で提供することがコスト面及びデータの正確性の担保のために重要となる．この点を関係者間で事前にきちんと決めておく必要がある．この際，安衛法のみに係る情報，特定健診のみに係る情報，両方に共通の情報を区別した上で，それぞれをどのように取り扱うかについても事前の協議が必要である．

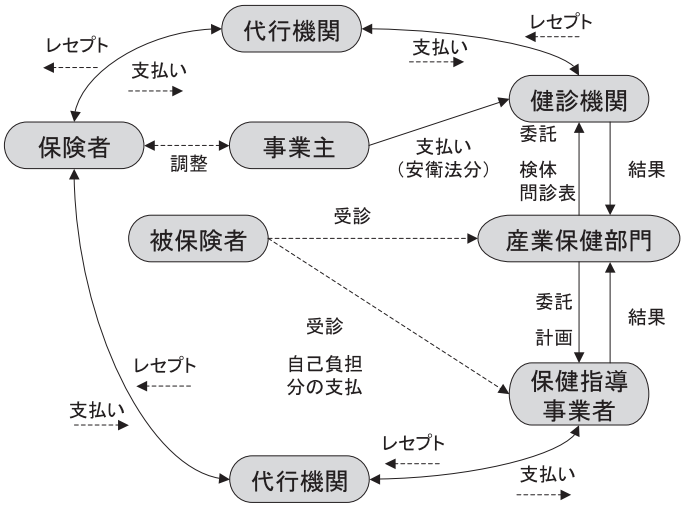

図4　職域保険外部委託型

保健指導に関しては，他のモデルと同様初回指導をどのように行うかが運営上のポイントになる．健診結果を返却する際に，特定保健指導対象者に初回面接を行って行動計画を作るのが実際的であろう．指導を行う場所は事業所内の会議室や保健センターになると考えられるが，個別指導とグループ指導を適切に組み合わせることで，効率的に指導を行う必要がある．個別指導とグループ指導との使い分けにあたっては，積極的支援か動機づけ支援か，あるいは年齢区分や性別，リスクレベルなどに配慮して行うことになる．継続支援については前述のようにグループウェアソフトや携帯電話を活用して，e-mail による支援を中心に行うことが実際的である．

保健指導に際しては各事業所あるいは保険者の医療職が行う場合と外部の事業者に委託する場合がある．仮に，後者の場合で社内のグループウェアソフトを用いて保健指導を行うのであれば，曜日を決めて社内の専用の情報システムを用いて行うのが情報の守秘性の点で望ましいと考える．

3）医療機関委託型

職域の場合，政管健保などで医療機関委託タイプによる運用が行われることが予想される．社会保険病院や労災病院などのように中小企業を対象とした健診事業を行っている病院は，その枠組みを特定健診・特定保健指導事業にそのまま適用することが最も効率的であろう（図 5 ）．

ただし，ただでさえ人員が不足しがちで，診療活動に忙しい医療スタッフを健診事業や保健指導にまわせない環境にある医療施設では，場所を提供した上で外部の健診機関・保健指導施設にその業務を委託することもできる．この場合，医療機関は医師による診察と血液採取，及び結果の説明を行う．そして，結果に基づいて委託先の保健師等が保健指導計画をたて，その後のフォローアップを行うという形になる．居住地域の医療機関がポータルサイトとして機能することで，健診受診・初回保健指導を受けやすくすることがポイントである．北九州市ではこのような形で，国民健康保険の被保険者へのサービス展開を検討している．

4．安全配慮義務との関係について

職域における特定健診・特定保健指導事業のあり方をめぐっては，厚生労働省の関連委員会でいくつかの議論があった．具体的には腹囲を始めとする健診項目，安衛法に基づく健診に付随する安全配慮義務との関係性などである．最終的には安衛法に基づく健診項目を特定健診の項目にあわせることになったが，安全配慮義務の考え方をめぐってはまだ議論が続いているようである．

もともと目的の違う制度を一つの枠組みの中で考えることには無理がある．おそらく特定健診・特定保健指導開始後もしばらくは混乱が続くであろう．しかし対象者の健康を守るという点において差があるわけではなく，そもそもわが国の安衛法に基づく健診は諸外国に比較して一般健診化していることを考えるといずれ一定の合意点に達するものと予想される．したがって，当面は安衛法に基づく健診を確実に行うことを第一に考え，これまでの仕組みを最大限活用して新しい制度に対応していけばよいと考える．

具体的には健診については安衛法に基づく健診の特定健診部分を切り出して保険者に提出する仕組みを整備する体制をまず準備する必要がある．この際，情報の授受は必ず厚生労働省の定めるフォーマットにしたがって電子的に行うことが重要である．紙での情報の授受は追加の労働コストを必要とするばかりでなく，転記ミスなどの原因となる．この点について検体検査を請け負う事業者とつめてお

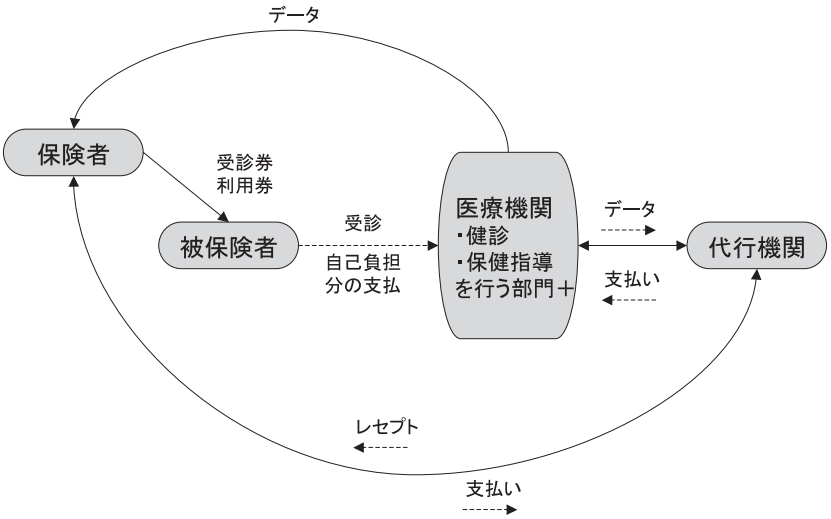

図5　医療機関利用型（医療機関が総合的サービスを提供）

く必要がある．

保健指導については，大企業の場合は産業保健部門の保健師を中心に適宜外部の保健指導機関などにアウトソーシングする，中小企業の場合には健診を行った事業者に所属する保健師などが保健指導を行うというのが一般的なものになるであろう．おそらくこの事業展開に際して，どのくらいの追加業務が発生するのか，というのが関係者の関心事であると思われる．この問題に対応するために，直近の健診結果をもとに保険者ごと，事業者ごとに表3のような要約表を作成してみると良いであろう．ただし，腹囲やLDLコレステロールについてはデータがない場合がほとんどであることから，適宜BMIや総コレステロール・HDLコレステロール値などから推計するなどする必要がある．表3のように積極的保健指導の対象者の多くはすでに何らかの保健指導の対象者になっている場合が少なくないと予想される．また，しばしば議論の対象となった「痩せの検査値異常者」については高血圧以外ではそれほど問題にならないことも予想される．いずれにしてもこのような要約表を作成することで，各保険者はどれだけの追加作業・コストが必要なのかについて具体的なイメージを持つことができる．

ところで，多くの場合，保健指導は産業保健部門が中心となって行うことになるが，結果として安全配慮義務を果たすための健康管理との区分が不明瞭となる．標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）では「優先度を設定して保健指導を行うこと」，そして同じリスクの場合は，より大きな効果の期待できる「年齢の比較的若い対象者」から行うことが示されているが[5]，職域の場合はこのような対応では問題が生じうる．

まず，知ってしまったリスクに関してそれを放置することは安全配慮義務上困難である．したがって，標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の求める基準を満たさない形でかまわないので何らかの介入を行うべきであろう．例えばそのようなリスクを持った40名を対象とした集団での健康教室，5分程度の面談指導など，何らかの形で該当者の持つリスクについて説明をし，その改善策を示す必要がある．

次に同じリスクレベルである場合の優先度の設定であるが，筆者が嘱託産業医を行っている企業ではより年齢の高い者から指導を行うこととしている．その理由は年齢が生活習慣病発症の重要なリスクであるからである．同じ検査結果であれば，より高齢の者の方が動脈硬化が進んでいる可能性が高い．労務管理上，このような対応をとる方が妥当であると考えられる．

表3　労働安全衛生法の健診結果の新事業による評価

	男性		女性	
肥満	3700	37.0%	920	35.0%
高血圧	1100	11.0%	290	11.0%
治療中	300	3.0%	100	3.8%
高血圧のうち治療中の割合		27.3%		34.5%
高脂血症	2990	29.9%	800	30.4%
治療中	450	4.5%	130	4.9%
高脂血症のうち治療中の割合		15.1%		16.3%
高血糖	850	8.5%	190	7.2%
治療中	240	2.4%	60	2.3%
高血糖のうち治療中の割合		28.2%		31.6%
動機づけ支援	1100	11.0%	200	7.6%
安衛法による指導有	200	2.0%	50	1.9%
安衛法による指導有の割合		18.2%		25.0%
積極的支援	1650	16.5%	250	9.5%
安衛法による指導有	1200	12.0%	200	7.6%
安衛法による指導有の割合		72.7%		80.0%
特定保健指導対象外かつ治療無で安衛法による指導有				
高血圧	170	1.7%	70	0.7%
高脂血症	50	0.5%	10	0.1%
高血糖	90	0.9%	10	0.1%
合計	10000	100.0%	2630	100.0%

5．おわりに　～企業の社会的責任としての特定健診・特定保健指導事業～

職域における特定健診・特定保健指導事業のあり方をめぐる議論で，筆者が気になったことの一つにコストや企業側の視点からの安全配慮義務に関する論調が強く，「働く世代の健康を守る」という視点が少し弱いのではないかという点がある．

言うまでもなく企業は雇用する労働者の労務により製品・サービスを創出し，それにより利潤を上げている．バブル経済の破綻以降，企業はその再生のために一貫して労働コストの削減に取り組んできた．また，給与体系の見直しも行われ，日本型成果主義と呼ばれる業績と連動した報酬設定も採用されるようになっている．確かにこのような改革により日本企業の多くは財務体質を強化し，業績が著しく改善した．しかし，その一方で職場におけるストレスの増大により過重労働やメンタルヘルスへの対応が大きな問題となっている．

このような労働環境の変化に伴い，最近，企業の社会的責任（CSR: Corporate Social Responsibility）について多くの議論が行われるようになっている．CSRとは持続可能な社会を目指すために，行政，民間，非営利団体のみならず，企業も経済だけでなく社会や環境などの要素にも責任を持つべきであるという考えのもとに成立した概念である．

CSR活動に取り組むことは，その企業に対しての信頼や安心感などプラスのイメージを与えると考えており，マーケティング戦略の一環として取り組む企業も増加している．従業員及びその家族の健康を守るという視点から，企業が特定健診・特定保健指導事業に係ることはCSR活動の一つではないだろうか．

また，山田は非正規雇用者に対する福利厚生システムがわが国では極めて未整備であることを指摘し，企業の社会的責任としてこのような問題に取り組むべきであるとしている[6]．特定健診・特定保健指導事業に関しても，これらの労働者は地域保険・職域保険のいずれからももれてしまう可能性が高い．CSR活動の一環として非正規雇用労働者の特定健診・特定保健指導事業に積極的に取り組む企

業・職域保険者が出現することも期待したい.

特定健診・特定保健指導事業はこれまでにない大規模な社会実験であると筆者は考えている．したがって，運用の途中で直面するであろう種々の問題点をきちんと拾い上げ，より良い仕組みとするために適宜修正を加えていく柔軟な姿勢が必要であろう.

引用文献

1）山本英紀．医療制度改革における特定健診・保健指導の位置づけ．保健医療科学　2008；57(1)．
2）厚生労働省．定期健康診断結果調べ 2007.
3）労働政策研究・研修機構.
4）松田晋哉．特定健診・特定保健指導ガイド．東京：社会保険研究所；2007.
5）厚生労働省健康局．標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）．2007.
6）山田久．ワークフェア．東京：東洋経済出版社；2007.