

B5

海外における支援システムからの示唆

1. 目的

今後の本邦における中小規模事業場への健康支援策に関する示唆を得ることを目的として、研究班で行った海外調査ならびに文献調査等の結果を総括した。

2. 方法

フィンランド、ドイツ、フランス、オランダ、ならびに韓国の支援システムに関連する文献や、現地における聞き取り調査の結果から、今後のわが国の中小規模事業場向けの施策づくりに参考になり得るシステムやツール、それらの背景にある支援コンセプト等を抽出・整理して、わが国の制度等と比較検討した。さらに、それらの知見から、中小規模事業場への望ましい健康支援のあり方、ならびに今後の方策、について考察した。

3. 結果と考察

注目される支援システムや支援ツール、ならびに支援コンセプトとして、下記の各項目が抽出された。

1) 事業者・労働者への情報提供システム

事業者および労働者による主体的な産業保健活動の推進に向けて、利用者にとって分かりやすい情報提供が必要という点では、各国ともに一致しており、さまざまな工夫が行われていた。各国の国立産業保健研究所等から、各種のパンフレットや雑誌・書籍等の印刷物が提供され

ており、HP を通じた情報提供や支援ツールの提供も行われていた。

特に、注目されたのが、オランダ科学調査機構 (TNO) が中心となって構築された業種 (セクター) 別の Website である。これは、TNO が中心となって、現場の事業者・労働者にとって分かりやすい Website の確立を目指したものである。業種によって職場リスクも違い、従って必要な情報も違うことに着目し、業種別の HP を構築することで各企業のニーズに沿った情報へのアクセシビリティを高める狙いであった。現在約 50 のセクター別の site があり、各業種に関連する法律やガイドライン、関連のトピックス情報が掲載されている。セクター毎の職場リスクに沿った RI&E (Risk Inventory and Evaluation; リスクアセスメントソフト) も作成されており、これにより各職場におけるリスクの棚卸しと評価、ならびに対策づくりが簡単に行えるようになっている。これらの掲載内容については、セクター毎に事業者・労働者・政府が、主要な職場リスクや必要な情報等に関して話し合いを重ね、それらに基づいて決定されている。また、難しい言葉づかいなどは極力避け、視覚的にも分かりやすい画面構成をしているとのことである。TNO に配置された専任の管理者によって、情報は随時更新できるようになっている。わが国の今後の情報システム構築にあたり、この業種毎の情報提供システムは、大変参考になる。事業者や労働者自身が参画して、自分達にとってわかりやすいシステムを構築する方法を含めて、

貴重な示唆が得られたと考えている。

2) 医療保険者による健康職場支援

(1) 費用面での補助：

フィンランドでは、事業者が行った産業保健活動の費用（preventive service と medical service の両方）の半額程度が、事業者からの申告に基づいて医療保険から償還されるしくみがあり、事業者が産業保健サービス機関と契約を結ぶ際のインセンティブにもなっている。フランスでも、リストに基づいた予防活動を行った場合には、医療保険や労災保険などの保険料率が下がるしくみが存在していた。本邦では、労災保険のメリット制として、労災が起きなければ保険料率が減るしくみは存在するが、予防活動に関しては特例として快適職場形成支援の措置を行った場合にのみ適用される。労災の増減に基づく料率増減方式の場合、軽微な労災事案の場合の隠蔽につながりかねないとも限らない危惧もあり、予防活動に対してインセンティブを付与するこの方式が望ましいと考えられた。

(2) 実践的な活動支援：

わが国では、特に生活習慣病予防の観点から、医療保険者が事業者の行う産業保健活動に協力することが保険者指針等にも示されているが、現状では職場の健康づくり支援として積極的な一次予防プログラムが提供されているのは、組合管掌健康保険の一部にとどまっている。

ドイツでは、BKK・AOK等の医療保険者による健康職場づくり支援策として、Health Circle 活動の推奨が行われてい

た。労働者参加型のグループワークを中心とした活動であるが、そのファシリテータ役割を医療保険者から派遣されたスタッフが引き受ける場合もある。レセプト分析に基づく職場毎のヘルスレポートが保険者から提供され、労働者自身が職場の健康リスクやニーズに合った独自の活動に取り組むことを支援していた。メンタルヘルス対策や職場組織の活性化などをテーマとした取り組みも多く、自主対応型の活動支援として、わが国でも参考になる支援形態と考えられた。

フィンランドでは、国営保険会社による早期の治療的リハビリテーションプログラムがあり、労働者が健康を害した場合に、可能な限り早期から労働能力回復を支援するしくみがある。また、職場の健康増進プログラムについても、職場と産業保健サービス機関、およびリハビリテーション機関（保険者が設置）等との協働で実施されている。リハビリテーションへの医療保険者の積極的役割に関しては、わが国においても将来的な検討に値すると考えられる。

3) 事業者への動機付け支援

ドイツ、フランス、フィンランドなどでは、中小規模事業者等を対象とした講習会等が、活発に展開されていた。これらのプログラムには、研究機関や医療保険者が積極的に関与していた。

フィンランドでは、地方の事業者団体等を看護職が訪問して、小規模事業者や個人事業者などと面談しながら、簡単なチェックリスト等を使って自分自身や

職場の健康づくりへの関心を高める支援プロジェクトを展開していた。配布されるファイルには産業保健サービス機関の情報も掲載されており、事業者が直接サービス機関と連絡をとりやすい構成になっていた。また、前述の費用償還システムの説明やそのための申告書の記入フォームも一緒にファイリングされており、手軽に必要な情報が入手できる支援ツールとなっていた。看護職が事業者団体に出向くこれらの支援方法は、事業者の産業保健サービスへのアクセシビリティを高める効果があると考えられる。日本でも、経営者向けの THP 体験セミナーなどが実施されてきたが、積極的な参加が少ないのが課題と聞く。フィンランドの例のように、事業者が集まるところに出向いて、適切な支援ツールを用いて情報提供を行うことなども、検討されることが望ましい。

4) 産業保健サービス機関の質保証

オランダで行われている産業保健サービス機関や専門職の認証制度は、産業保健サービスの質保証を目指すシステムとして注目される。本邦にとって今後の重要検討課題であると考えられた。

また、産業保健サービスの提供形態として、フィンランドで行われている自治体保健機関の産業保健部門からのサービス提供なども注目したい。有償だが、他の民間機関よりは低価格で、充実した産業保健サービスが提供されており、本邦でもこのようなサービス提供の可能性を検討する価値があると考えられた。

5) 多職種協働

ドイツ・フランスでは、実質的な産業医不足が深刻であるにもかかわらず産業医中心体制から脱しきれていない状況があるのに対し、特にフィンランドや韓国では看護職やハイジニスト・心理職などの多職種が協働して産業保健活動に取り組める体制づくりができていた。

また、オランダでは、事業者・労働者・政府が、研究機関の協力も得ながら合意形成していく意思決定システムが社会的に浸透しており、自主対応型の活動を支える要因として注目された。

6) 職場リスク管理と General Health

産業保健の世界的潮流として職場リスク管理が主流であるのに対し日本では健診などの一般健康管理に偏りすぎている、との指摘があるように、小規模事業場等での職場リスク管理を今後推進していく必要があることは自明である。

一方、フィンランド・オランダなどにおいては、労働能力の向上、高齢化への対応、生活習慣病対策、労働者ニーズへの対応などの面から、General Health を産業保健サービスに含め、職場リスク管理との両輪にしていく方向性が打ち出されている。

転じて、今後の産業保健活動においては、これらのバランスをとっていくことが重要と考えられ、職場リスク管理と General Health を組み合わせることで (combine) が新たな世界標準となる可能性がある。

I-C

中小規模事業場を対象とした新たな健康支援システムモデルの検討とその評価に関するシミュレーション

前田一寿、錦戸典子、福田英子、川上裕子、
 蔦木美穂、荒井澄子、飯島美世子、平田 衛、
 松田一美、三好ゆかり

1. 目的

1) 本研究班では、社会保険健康事業財団保健師協力のもと、研究班で開発した支援ツールを用いての中小規模事業場への健康支援モデル事業の展開とともに、海外の先進事例調査等を行った。これらの結果や今後の社会背景の変革予想に基づき、中小規模事業場での健康職場づくりに有効な支援システムモデルを構築した。これらのモデルを現行モデルと比較、ならびに経済的なシミュレーションを行うことで、どのような効果が期待できるかを検討する。

2) 今後の保健体制の改編により、保健指導等のサービスがどのように提供されるかを想定し、今後の中小規模事業場での健康増進方策について考察する。

2. 方法

1) 支援システムモデルの構築

現在の標準的な支援システムと考えられるしくみを標準とし、「現行モデル」とした。国内外の先進的な取り組み事例の調査や文献からの知見、ならびに本研究班で展開したモデル事業の成果から、中小規模事

業場の健康支援において有効と思われる支援システム要素を抽出し、それらを基に新たな支援システムモデルを構築した。

1) 現行モデル

中小規模事業場の健康支援を担い、健康相談、情報提供を行う機関として地域産業保健センター(以下「地産保」)は、現在、全国に347箇所を設置され、50人未満の小規模事業場を対象に無償で活動を行っている。拡充センター87箇所と、通常センター260箇所の2種類がある(H16年現在)。

一方、従業員への健康診断は、通常、事業者が直接医療機関や健診機関と契約を結び、事業者の負担で実施している。この費用は中小規模事業場にとっては大きな負担になっているといわれる。

これらの状況を考慮し、事業者負担で従業員の健康診断を実施し、従業員への健康相談、情報提供などの健康支援を担う機関として地産保を想定した標準的支援システムを「現行モデル」とする。

2) 新たに構築したモデル

(1) 「多職種、特に保健師活用モデル」

主に、人材昨日及びカバー率の課題への対応策として、地産保で、産業医だけでなく保健師も活用することで、相談ならびに事業場訪問件数を増やし、予防活動を強化するモデルを構築する。

(2) 「多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル」

主に人材、機能の課題への対応策として中小規模事業場での産業保健活動を支援する機関として、地産保だけでなく、医療保

険者、地域の保健所、保健センター、精神保健福祉センター等も活用する地域保健との連携モデルを構築する。

(3) 「インセンティブモデル」

主に、経済の課題への対応策として、積極的な健康支援活動を実施した事業者にその費用を医療保険、労災保険等より償還するモデルとして、インセンティブモデルを構築する。このモデルは本研究の海外調査により収集したフィンランド、フランス等で実施されているシステム事例を参考とする。

(4) 「一般健診と保健指導に医療保険者が参入するモデル」

主に、経済、人材への対応策として、事業者責任で行っている一般健診の実施を医療保険者に移行し、事業者の健診実施負担の軽減を図るモデルを構築する。

3) 評価基準

評価基準として①経済的側面（以下経済）、②人材的側面（以下人材）、③情報的側面（以下情報）、④機能的側面（以下機能）、⑤カバー率の5つの側面から、課題を整理した上で、新たな支援システムモデルと、現行モデルをそれぞれ比較した。

3. 結果と考察

1) 現行モデル

地産保では、産業医による健康相談や事業場訪問の実施、コーディネーターによる情報提供、産業保健関連資料の配布などのサービスが行われている。産業医選任義務がない従業員数50人未満の事業場が、地産保に登録している産業医を活用できるよう

調整するのが地産保の重要な機能である。産業医は地元医師会に所属する開業医であることが多い。要望は高いが精神科医による相談はまだ少ないのが現状である。

コーディネーターは企業の元労務管理担当者や元衛生管理者が多いといわれる。ごく一部では産業看護職の経験者が着任しているケースもある。厚生労働省の実績報告によれば、平成16年度の年間の予算が、拡充センターは1センター約860万円、通常センターでは1センター約500万円となっている。健康相談窓口の実施状況は平成16年度では産業医が8割を占めており、看護職を積極的に活用するケースは少ない。これらから現行モデルは産業医中心型モデルと考えることができる。

現行モデルによる地産保（通常センター）1施設あたりの人員、活動内容については、地域産業保健センター活動実績報告（平成16年度 厚生労働省）より利用者数、単価（予算額より推定）を設定した。人員は産業医、コーディネーター、アルバイトとし、活動内容は、産業医による健康相談窓口：月4回、実施回数合計49回、個別訪問：月1回、告知活動：印刷物の作成とし、これらにかかる費用を、年間500万円とした。詳細は表C-1の通りである。（表C-1）

同じく発表資料に基づく1施設あたりの年間相談件数：計162件／年（電話相談含む）、相談窓口開催1回あたり3.3件、事業場への個別訪問回数：24件／年となる。

ここで、前述の5つの側面から現行モデルの問題点を整理する。

①経済：地産保における健康相談、個別訪

問の1回あたりにかかる経費は、実績値に基づく計算の結果、相談8,299円/1件、個別訪問32,500円/1回あたりと高い。また、地産保事業の平成17年度の総予算額は24億4,600万円である。596.8万箇所 of 1事業場あたりにすると410円となる。

中小規模の事業者にとって従業員健康診断費用が大きな負担となっていることもあり、健診以外の活動（保健指導・リスクマネジメントなど）に費用がかけられていない。

②人材：地産保では産業医の活用が強調されているが、実際にはあまり活用されていない。地産保登録産業医のほとんどは開業医であるといわれており、開業医活動には、医師一人の報酬だけでなく、スタッフの給与、診療所の家賃、維持費等の固定費がかかり、これらは、産業医活動を行っている時間にもかかる費用である。産業医活動が開業医活動と同じ収益を得られるよう報酬を設定しなければ開業医が産業医活動を行うインセンティブにはならない。本業である開業医としての事業維持を考えると最低でも1時間あたり20,000円の報酬額は必要であろう。これは、現行モデルでは地産保の産業医の報酬を8,500円/時間と設定しているのと比べると大きな開きがある。

596.8万事業場に勤労する労働者を6,000万人として、産業医が労働者一人当たり年間20分の保健指導を行うと仮定すると、産業医の活動必要時間は6,000万人×20分=2,000万時間となる。現在の登録産業医数約3万人全員が対応すると仮定しても、産業医一人当たりの年間産業医活動

時間は2,000万時間/3万人=667時間、これを週あたりに換算すると667時間/50週=13.3時間/週となる。これは、移動等を考えると丸2日/週を産業医活動に割くことになり、現実的にはほとんど不可能な設定と言える。費用的にも、産業医のニーズに見合う報酬総額は2,000万時間×20,000円=4,000億円となり、社会的コストの面からも難しい設定となる。このように、これまでの産業医主体の施策から期待されている産業医活動と、現実的な投入可能時間や報酬面から規定される実際の産業医活動の大きな落差が産業医の実質的な活用につながらない理由の一つではないかと推測される。

③情報：本来個人情報として厳重に管理し保護しなければならない従業員の健康情報が、産業保健担当者が決まっていない中小規模事業場では、事業者や人事・総務担当者に筒抜けになっていることが多い。

④機能：健康診断がやりっぱなしで、保健指導が十分なされておらず、健診データが職場の健康支援活動に活用されていない。また、職場環境対策や過重労働対策、メンタルヘルス対策など、職場リスクに基づく活動支援がほとんど行われていない。

⑤カバー率：同機関ならびにサービス内容の認知度が小規模事業場の経営者、従業員とも非常に低く、その為利用率も非常に低いことが課題となっている。

活動実績報告（平成16年度）によれば、労働者数50人未満の事業場数596.8万箇所に対し、通常・拡充センター、登録産業医の診療所・病院などに設けられたサテライ

ト窓口ならびに産業祭りなどのイベント等の相談件数を含めた年間の健康相談窓口利用者延べ人数は 68,121 人、電話相談件数 10,218 人、合計 78,339 人である。全事業場数と比較すると、利用者が全員違う事業場に所属するとしても、事業場の利用率は 1.3%にすぎない。

また、同報告から年間の企業訪問件数は 11,595 社であり、労働者数 50 人未満の全事業場 596.8 万箇所の 0.19%となっている。これらから現在のペースでは、全小規模事業場を 1 回ずつ訪問するのに 500 年以上かかる計算になる。

2) 多職種、特に保健師活用モデル

現行モデルで、地産保の産業医を通じて提供する事業場訪問や健康相談に、保健師も併用するモデルである。

現行モデルの課題を打開し、相談窓口実施日 1 回あたりの相談件数を 5 件にするため、次のような改善を行う。ア) 産業医による健康相談窓口を月 2 回とし、新たに保健師による健康相談業務を月 3 回行う。イ) 個別訪問の回数を 5 倍にする。ウ) 個別訪問時の活動内容を個人の生活習慣病予防だけでなく、メンタルヘルス対策ならびにリスク対応など職場全体への支援を主体とする。エ) 産業保健活動の説明会を年 10 回開き、情報提供費を 1.5 倍にし、広報活動を積極的に行う。

上記の活動により、地産保の運営費用が増加しないよう、コーディネータの業務のかなりの部分を保健師に移行し、コーディネータにかかる費用を削減した。詳細を表

C-2 に示す。(表 C-2)

活動内容は、健康相談窓口を産業医月 2 回、保健師月 3 回、年間計 60 回とした。相談窓口開催 1 回あたり 5 件として、合計 300 件(電話相談含む)。また、事業場個別訪問は月 10 回、計 120 回/年と仮定した。

以上のように、地産保を産業医、保健師併用モデルとして相談件数や訪問事業場数の増加を図ることで、活動の費用対効果は大幅な改善が予想され、次のような効果が見込まれる。

①経済：保健師は産業医より報酬単価が低く設定できる(時間あたり 4,000 円と設定)ため、同じ予算内で多くのサービス提供機会を設けることが可能になる。相談 1 回あたりの経費は 3,320 円(現行モデルより 4,979 円減)となり、事業場への個別訪問 1 回あたりの経費は 11,000 円(現行モデルより 21,500 円減)となる。

②人材：実働が少ない産業医よりも、産業看護に携わっていた保健師や退職後の行政保健師には実働可能時間数のとれる人も多く、事業場へのアンケート調査等でも保健師等の看護職への評価は「熱心で丁寧な支援」と一般的に高い評価が得られており、今後の活用可能性が考えられる。

③情報：個人情報に関しては現行モデルと同じ。

④機能：事業場の経営者や従業員も、産業医には相談しづらいことが保健師には相談できる場合もあり、相談機会の選択肢が増えることになる。保健師は必要に応じて他の専門家への紹介も行うのでコーディネイト機能が高まる。説明会の開催や事業場へ

表 C-1 現行モデルにおける地域産業保健センターの経費試算

現行モデル		地域産業保健センター：産業医主体モデル						
人員	活動内容	成果（年間）		経費（円）		経費内訳（円）		
産業医登録数80名	産業医を主体とした健康相談窓口：月4回	相談件数	161.7	相談1件あたり直接経費	8,299	医師人件費	1,237,600	24.7%
コーディネータ1名		1回当たり件数	3.31	個別訪問1件あたり	32,500	広報活動費	550,000	11.0%
アルバイト1名	個別訪問：月1社程度	個別訪問件数	24	間接経費を双方に按分		コーディネータ	1,532,000	30.6%
コスト500万円	告知活動：印刷物の作成			相談1件あたり総経費	17,217	事務経費	1,686,400	33.7%
				個別訪問1件あたり総経費	69,583	総計	5,006,000	100.0%

表 C-2 多職種活用モデルにおける地域産業保健センター経費試算

多職種活用モデル		地域産業保健センター：産業医&保健師併用						
目標値	モデル変更のポイント	目標件数		経費（円）		経費内訳（円）		
	健康相談件数を、1相談日あたり5件に！（現行：3.3件⇒5件） 保健師による個別支援活動や、職場の健康づくりを支援し、既登録企業の利用頻度を高める。 地元の未登録企業に対する説明会を年10回開き、登録企業数の増加を図る。							
	産業医による健康相談窓口を月2回とし、新たに保健師による健康相談業務を月3回行う。 個別訪問の回数を5倍にし、毎年1回は全登録事業所を保健師が訪問する。 個別訪問時の活動内容を従業員の個別支援と職場全体への支援を主体にする。 産業保健活動の説明会を年10回開き、情報提供費を1.5倍にし、広報活動を積極的に行う。 コーディネーター業務の一部を保健師に移行する。運営協議会費の削減を図る。							
人員	活動内容	目標件数		経費（円）		経費内訳（円）		
産業医登録数80名	産業医による健康相談窓口：月2回	相談件数	300	相談1件あたり直接経費	3,320	医師・保健師人件費	1,712,000	34.2%
保健師2名	保健師による健康相談窓口：月3回	1回当たり件数	5.00	個別訪問1件あたり	11,000	広報活動経費	800,000	16.0%
コーディネータ1名	個別訪問：登録企業全社訪問（月10社）	個別訪問件数	127	間接経費を双方に按分		コーディネータ	1,020,000	20.3%
アルバイト1名	告知活動：説明会：年10回、印刷物配布			相談1件あたり総経費	7,687	事務経費	1,481,000	29.5%
コスト501万円				個別訪問1件あたり総経費	21,315	総計	5,013,000	100.0%

訪問機会が増え、保健師からエンパワメントされることにより、職場組織づくりを含む情報提供や職場リスクに応じた健康支援活動が可能になると考えられる。

⑤カバー率：健康相談でのカバー率は2倍になり、さらに個別訪問回数を5.3倍に増やしたことにより、毎年1回は、全登録事業場を保健師が訪問できる。

さらに、保健師の活用を促す方策として、産業医の共同選任同様、保健師共同雇用制

度を設け、保健師により事業場での効果が十分広がるまでの3年程度は何らかの公的補助を行うことも利用の拡大につながると思われる。保健師の時間単価は開業医の5分の1程度と設定できるため、社会的コストを抑えつつ、カバー率を上げることにつながると思われる。

3) 多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル

300人未満の中小規模事業場について、健康保険組合等の医療保険者ならびに、保健所や保健センター、精神保健福祉センター等の地域保健に携わる機関やとの連携をはかり中小規模事業場における健康づくりを推進する多機関連携モデルを構築する。

(図 C-1) このモデルの特徴は下記の通りである。

- ①経済：既存の資源を活用するため、新たな社会的コストは発生しない。
- ②人材：地域保健や医療保険者の人材を活用することで、特に保健師の供給源が大きくなる。またメンタルヘルスや環境対策などを専門とする様々な人材の活用も可能になるため、地域保健の効率性が向上する。
- ③情報：医療保険者や保健所等との連携により、保健医療職のいない事業場での保管ではなく、保健医療機関が健診結果などの個人情報管理することも可能となり、プライバシーの保護を図ることができる。
- ④機能：地域のネットワーク化が促進され、メンタルヘルスや環境など事業場の幅広いニーズに応えられる。
- ⑤カバー率：身近な機関の利用により、一般健康診断実施率や特殊健康診断のカバー率、ならびにその後の保健指導や職場としての健康づくりの支援供給率が上がる可能性が期待される。また、多彩な資源が必要に応じて使えるようになると考える。

このモデルの課題として、地域保健に携わるスタッフに中小規模事業場支援を受け入れる余裕があるかどうか挙げられる。

近年、地域・職域連携推進協議会の設置など、連携に向けたガイドラインなども示

されたが、ようやく先進的な自治体で活動が始まったばかりで、地域・職域の連携が普及しているとは言い難い状況にある。今後の改善が期待されるが、そのためには地域保健を担う自治体保健師等にも、産業保健に関する知識を普及し、地域での産業保健への理解を深めてもらう必要がある。お互いの情報交換が進むことにより、地域側での受け入れが進む可能性が考えられる。

4) インセンティブモデル

わが国では、労働災害防止のインセンティブとして、労災事故率による労災保険料率の増減がはかられている（労災保険によるメリット制）が、予防活動への適用は、きわめて限定的であるのに対し、海外では、産業保健活動を積極的に実施した企業に、医療保険等から、その費用の一部を償還するなどのインセンティブを付与するシステムが見られる。

ここでは、それらを参考に、企業が一定水準以上の産業保健活動を行った場合、その活動を評価し、経済的なインセンティブを与えると仮定し、ア) 医療保険、労災保険を財源に、事業者の費用負担軽減、または、イ) 事業税等の料率軽減の方法によるインセンティブモデルを構築した。事業場での産業保健活動の活発化は、民間の健診機関や医療機関、その他の分野での需要拡大につながり、新たな産業育成とも考えられる。また間接的には医療費等の社会的コストの削減に結びつくものである。

ア) について、上記の費用負担の方法と

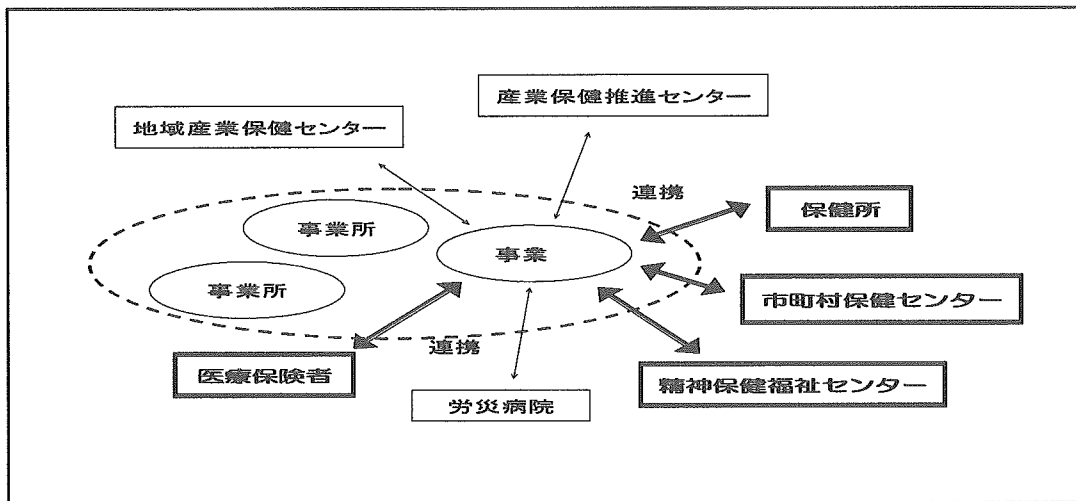


図 C-1 多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル

して料率軽減と、費用の一定割合の償還が考えられるが、料率の軽減は事務的に煩雑であり、償還制度の方が実現性が高い。イ)については大規模な税制改革の対象であり、慎重な議論が必要となる。償還されるこれらの費用項目の対象に、民間の環境測定機関やEAPの機関等を活用した職場の健康対策の実施を加えると、民間の優良資源の育成やサービスの質向上になる。その利用促進のための仕組みづくりとして、同業や同じ地域の数社で共同して民間機関と契約を行うことも可能である。海外では、事業者の団体や、地域の商工会議所等を通じて中小規模事業場がグループを作り、外部EAP等との契約を行う事例が見られる。

①経済：医療保険料、労災保険料からの償還を仮定し、次のようなシミュレーションを行った。中小規模事業場の多くが加入する政府管掌保険の平成15年度医療給付額は年間3兆8,000億円、適用事業場数149万箇所、被保険者数約1,968万人、被扶養

者数約1,789万人である。加入者数の比率は約1:1といえる。医療給付額の被保険者と被扶養者の給付額比率も1:1と考えると、勤労者の医療給付額は1兆9,000億円と想定できる。

労災保険において、現在の労災適用事業場は263万箇所、対象人数4,792万人、労災保険給付額は年間8,023億円である。このうち、中小規模事業場数を、政府管掌保険に加入する事業場数と仮定する。

政府管掌保険加入事業場における新たな産業保健活動を設定し、医療保険、労災保険へのインパクトについて試算した。EAP委託費10万円として、149万箇所のうち10箇所に1箇所EAPを導入すると、149億円となる。仮にその半額を償還し、医療保険と労災保険で折半して負担するとすれば、政府管掌保険の医療給付額の最大0.39%、ならびに労災保険は最大0.9%の増額となる。初期投資費用がかかるが、EAP活動が功を奏して、精神的な疾患による長期入院

加療する労働者が少なくなれば、結果的に医療給付額や労災給付額の減少も可能になる。

②人材：民間機関の活用が盛んになれば、メンタルヘルスケア、職場環境面など専門的支援の幅も広がり、人材活用が可能になることが期待される。

③情報：現行モデルと同じ。

④機能：公的機関には期待できない専門性の高い多様な人材活用が期待できる。

⑤カバー率：民間機関を活用することができる事業場には、民間活用を進めることで、限りある公的機関の効率的利用を進められることが期待される。

5) 一般健診と保健指導に医療保険者が参入するモデル

平成 18 年の医療制度改革により、40 歳以上の被保険者ならびに被扶養者の特定健診の実施責任が医療保険者に義務づけられることになった。今回の改正案では、労働安全衛生法（以下安衛法）で事業者が義務づけられている一般健診は事業者責任のままであり、安衛法の健診を受けていれば、特定健診を行ったものとみなされるが、将来的には之を見直すべきとの意見もあるため、事業者が行う健診の費用負担の一部及び実施の一部または全部を医療保険者へ移行するモデルを想定し、その場合の変化を予測・検討した。

①経済：メリットとしては、事業者の一般健診費用負担が減少すれば、減少分をリスクマネジメント、メンタルヘルスケアなど他の産業保健活動へ振り分けることが可能

となる。また、健診事業者にとっては、医療保険者からの一括発注の増加により価格の下落等による 1 件あたりの収益減の可能性はあるものの、実施件数が大幅に増加することで市場規模は大きくなり、経済効果も期待できる。

デメリットとしては、一般健診費用を医療保険者が負担することで医療保険者の財政を圧迫することが予想され、保険料率引き上げにつながる可能性がある。これまで健診費用の負担がなかった被保険者にとって実質的に新たな負担が増えることになる。

②人材：メリットとしては、医療保険者の人材活用が期待できる。また、サービス提供機関として、医療保険者以外の民間機関の活用も図られることになる。

デメリットとしては、医療保険者が健診と保健指導の実施主体になる場合は、中規模以上の事業場に現在雇用されている産業保健スタッフが減ることも予測され、コーディネート機能や事業場としての継続的な取り組みが低下する可能性が考えられる。

③情報：メリットとしては、健診結果などの個人情報や医療保険者が管理することにより、特に、保健スタッフを内部に持たない小規模時用場において、プライバシーの保護が期待できる。

デメリットとして、健診実施主体と事業者間の情報共有の難しさが挙げられる。現行では事業者負担で健康診断を行っているため、法定事項の健診結果は、事業者が勤労者の就業上の措置や適正配置に活用できる。しかし、医療保険者が健診の実施主体となってデータを保管するようになれば、

個人情報保護を勘案して、事業者が安全配慮義務を果たすために必要な情報を、医療保険者と事業者が共有できるような新たな仕組みが必要となる。こうしたことは、中小規模事業場における健康増進活動の責任の所在をわかりづらくし、事業者の健康管理への取り組み意欲を減退させるおそれがある。

④機能：健診事業に知見を持つ医療保険者が健診の契約当事者になることで、健診事業者が提供するサービスの質向上にもつながる。また、医療保険者の関わりが増大により、産業保健スタッフを内部に持たない小規模事業場では、意識の向上や、職場全体での予防的活動の活性化も期待される。

デメリットとしては、現在産業保健スタッフを配置し、健康職場づくりが行われている中規模～大規模事業場での、独自の健康づくり活動が不活性化するおそれがある。このため、事業場規模別の対応が必要と考えられ、さらなる検討が必要である。

⑤カバー率：特に小規模事業場での健診実施率が上がることを期待できる。しかし、労働者の受診に関しては、現行の半ば義務的なものから、権利としての位置づけに変わると考えられるため、受診率自体は、必ずしも上がるとは限らない。

また、一般健康診断の実施頻度に関して、現行の年1回以上の実施より、人間ドック並みの詳細な健康診断を2年～5年に1回とすることで、健康診断の内容の向上をはかるとともに、保健指導や職場のリスク対策の充実を図るための時間的費用的余裕をつくるべきとの議論もある。その方が、実

質的に労働者の利用機会を増やすことができるとの予測もあるが、健診の最適頻度については、多方面からのさらなる検討が必要と思われる。

以上のように本モデルについては、メリットとデメリットの両面があるため、具体的にどのような形で事業者責任(負担)と医療保険者責任(負担)のバランスをとっていくのが最適であるのかについて、さらに詳細に検討していく必要がある。

4. まとめ

中小規模事業場での健康増進活動を促進させるためには、現行のサービス提供者のサービス内容を向上させるだけでは十分な効果は期待できない。産業医だけでなく、保健師等による保健指導を積極的に行うなどの多職種化、医療保険者や保健所等の様々な既存のサービス提供機関を活用する多機関化の実施が有効であろう。

それだけでなく産業保健活動を実施する事業者には医療保険、労災保険から費用の償還等のインセンティブを付与することも効果が見込まれる。これに関しては、労災保険だけでなく医療保険も労働者の健康問題にかかわる必要があると考えられるが、その点に関する社会的理解の浸透を図っていく必要もあろう。現在、法的に事業者責任で行われている健診実施責任の医療保険者移行については、さらなる検討が必要である。

I-D 事業場を取り巻く最近の社会情勢の 変化と今後の健康支援策

D1 労働安全衛生法の一部改正に伴う中小企 業における産業保健活動の変化

平田 衛、北條 稔

1. 目的

平成 17 年 10 月に成立した労働安全衛生法・規則の改正が中小規模事業場における産業保健活動と専門職に与える影響を明らかにする。

2. 対象と方法

平成 17 年 10 月に成立した改正労働安全衛生法（安衛法）とそれに伴う改正労働安全衛生規則を、これまでの知見から検討した。

3. 結果

今回の労働安全衛生法（安衛法）の一部改正の要点は、第一にリスク評価とそれへの対策、即ち労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）を努力義務としたこと、第二に従来指針であった過重労働対策のうち過重労働（長時間労働他）、メンタルヘルス不調者にたいして医師による「面接指導」が法令に掲げられて事業者が義務付けられたこと、第三に化学物質等に係わる表示および文書交付制度（所謂 MSDS）、第四に健康診断実施後の措置、加えて所謂時短法が

「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に変更になったことである。この他に、安衛則が改正され、衛生管理者と異なり安全管理者は経験しか必要とされなかったが、新たに研修を受けることが資格要件となったことである。

第一の OSHMS については、法 28 条の 2 に「事業者の行うべき調査等」として、設備、原材料等の危険性有害性を調査して措置を講じ、危険または健康障害を予防するための必要な措置を講ずる、努力義務が事業者課され、リスク評価とそれへの対策、が明示された。既に平成 11 年に、当時の労働省は、従来の法令に立脚した OSHMS の指針を発表した。これは、翌年公表された ILO の OSHMS と比べて、リスク範囲が狭く、また参加型ではなく、衛生委員会の関与にとどまる点でも、OHSAS18001 と異なっている。

第二の医師の「面接指導」は、法 66 条の 8 に掲げられ、同時に安衛則 52 条関係も一部改正され詳細が規定されている。また、今回の改正に関連の深い時短促進臨時措置法も改正されて衛生委員会の役割は今まで以上に重要となり活性化が求められている。これ等の法律は平成 18 年 4 月からの実施であるが従業員 50 人未満の事業場については 2 年間の猶予があり平成 20 年 4 月からの実施となる。

上記の「面接指導」導に適正に対応するために「長時間労働による健康障害防止のための面接指導チェックリスト（案）」が厚労省の指導で作成された。医師にこの趣旨を理解させ、普及させるために研修会や出版物による周知、広報が進められている。

第三の化学物質規制に係わる点は、平成5年に発足したMSDSの指針を法に掲載して制度化したものである。GHS（国際調和システム）による化学物質分類と相俟って、化学物質取り扱いの安全性を高めようとするものである。

第四の健康診断実施後の措置については、特殊健診結果も、一般健康診断同様受診者に通知することとなった。以前に、産衛学会労働衛生関連検討委員会がこのことを学会時の報告会で提起したが、行政への説得力を求められた。その際委員会は労働者自身が職場の有害因子への対応をし易くなることを理由として挙げた。

4. 考察

第一のOSHMSについては、様々な限界があるにしても最初の一步といえるであろうが、中小事業場とりわけ50人未満の小事業場への展開は当分期待薄であり、推進する力は新たな市場を求める支援機関や、問題を抱えるあるいは問題意識がある事業場のみに普及する可能性がある。その場合に、外部の支援者が有効に働けるような実力を持たねばならない。

第二の「医師の面接指導」については、チェックリスト（案）は極めて多項目にわたるチェックが必要で、事業者の協力は当然のことだが、産業保健職の協力が不可欠である。特に産業医選任義務のない従業員50人未満の事業場では混乱が予想される。過重労働による健康障害や過労死は殆どの事例で基礎疾患を有している。定期健診については、1)実施率が低い、2)有所見率が高い、3)高齢化が進んでいる、4)事後措置

が行われていない、5)衛生委員会の設置率が低い、6)産業保健職の不在が多い小規模事業場が最も問題である。また、経営者も認識も希薄で、長時間労働や年次有給休暇の取得困難な職場環境は常態化している実態がある。

チェックリストは業種、作業態様によってもそれぞれの現場に合致するように改変し、作業現場に適合したものにする必要があり、質問事項を十分理解して記入してもらわなければいけない。これ等の点から以下のことを提案する。

- 1) チェックリスト（案）に対して業種、作業態様に見合ったチェック項目に改変する検討と改善案を作成する。
- 2) 産業保健職の介入出来る部分を検討し、導入したマニュアルを作成する。
- 3) 労働者や事業者向けのチェックリスト記入マニュアルの作成。
- 4) 作成したマニュアルは協力事業場を選定して試行する。

第三に化学物質の表示・文書交付制度については、中小の製造業等における情報不足を一定程度解消することが期待される。MSDSは、中小の職場においてはこれまでも十分活用されていたとは言い難く、労働者への周知が衛生管理者・推進者あるいは作業主任者の重要な責務となろう。

第四の特殊健診個人通知は、OSHMSにおける労働者参加を進める契機となる可能性を有する一方、健診結果の説明が一層必要とされ、専門職ないしは作業主任者等の役割は大きくなることが予想される。しかし、専門職がない中小規模事業場、とりわけ小規模事業場においては有効性が少ない懸

念がある。

以上に述べたように、OSHMS 志向の改正により、労働者への情報提供と専門職の役割は増大すると考えられるが、専門職がない中小規模事業場、とりわけ小規模事業場に対しては外部機関の活用が誘導されなければ画餅に終わる懸念がある。一昨年の「あり方検討会」報告書にあったように中事業場への特段の配慮が必要であり、それによる専門職・機関の支援の仕方を明らかにすることが重要と考えられる。

D2 医療制度改革を受けて

荒井澄子、三好ゆかり、松田一美、

D2-1

自治体における保健事業の動向

1. 地域保健行政の変化

1) 保健所における小規模事業場の健康診断実施の根拠通知廃止に伴う変化

「事業場における結核健康診断の実施について」(昭和44年11月29日厚生省公衆衛生局長通知)によれば、「事業場が健康診断機関を利用することが困難な場合は、都道府県衛生主務部、保健所との連携のもとに保健所の行う結核健康診断を活用できるよう配慮すること」となっている。この通知に基づき、保健所では、健康診断を希望する小規模事業場に対し、健康診断を実施し、事業場の希望する労働安全衛生法にかかる定期健康診断項目を実施し、事業場の希望項目に沿って、健康診断書を発行してきた。

しかし、「結核予防法にかかる通知の廃止」(平成16年11月24日厚生省公衆衛生局長通知)により昭和44年11月29日出された結核予防法の健診通知が廃止されたことから、保健所における小規模事業場への健康診断実施の根拠が廃止されたことになり、保健所における小規模事業場への健康診断は廃止の方向となることが考えられる。(東京都では、平成18年度から保健所における小規模事業場の健康診断の予算を廃止した。)

今後、地域・職域の健康づくりは、生活

習慣病を予防する保健事業として実施されていく予定である。「地域・職域連携推進協議会」として都道府県協議会と2次医療圏協議会を設置し、保険者協議会と協議しながら構築していく方向で進められている。

2) 老人保健法改正にむけて

老人保健法に基づき、40歳以上を対象に、老人医療費の公平化、国・地方公共団体が一定の割合を負担、各医療保険制度の保険者が一定の基準で共同財源を拠出し、健康診査・健康相談・医療等の保健事業を市町村が実施主体となって実施している。急速な高齢化により老人医療費は増加の一途をたどり、医療費の1割負担へ改正、入院時食費等の自己負担分する方へと改正されてきている。

平成18年度は、老人保健事業が変更され、基本健康診査に65歳以上の者に「生活機能評価に関する項目を追加」「理学的検査に関節の触診等を追加」し、早期に介護保険に移行することとなる。さらに、健康教育、健康相談、機能訓練および保健指導等については、介護予防の対象となり、老人保健法の規定に基づく事業は実施しないこととなった。

3) 介護保険制度の今後の方向

社会保障審議会・介護保険部会から「介護保険制度見直しに関する意見」をまとめた。急速な高齢化の進展を見据え「給付の効率化・重点化」、要介護状態の予防・改善を重視した「予防重視型システム」へ転換する。社会保障の総合化の観点から介護・年金・医療等の「各制度間の機能分担」を

明確化し、相互の調整が進めることが求められるとし、老人保健事業や介護予防事業を基本的に見直し、介護保険制度に基づく事業に位置づける検討をしている。

るが、保健所や市区町村が、精神保健福祉活動の中で本人・家族に個人的な相談支援をしている状況である。行政として小規模事業場への対策は具体的になっていないため、今後の検討課題であると思われる。

4) 障害者自立支援法施行(平成 18 年度 4 月施行)

この法は、サービス提供主体を市町村に一元化し、知的障害・身体障害・精神障害の障害別の法による福祉サービス、公費負担医療等を一本化し、共通制度の下で一元的に地域生活と就労を支援する自立支援を目的としている。背景には、支援費制度は利用者が予測を超え増大し続け、継続出来なくなったことがある。増大する福祉サービス等の費用を皆で支えあう仕組みを強化し、医療費は世帯の所得に応じて公費負担をする。食費等は実費の自己負担や公平な利用者負担となっている。サービス利用は、調査員が調査し審査会で決定され、介護保険と同じ方法をとっている。次の見直し時期である 5 年後は、介護保険と一本化されるともいわれている。

5) 自殺予防対策

厚生労働省人口動態統計から平成 10 年の自殺者が 3 万人を超え、自殺の急増は 45 から 60 歳の働き盛りの男性である。平成 14 年 12 月に自殺予防対策有識者懇談会が「自殺予防に向けた提言」し、職場の体制づくり、地域・学校の体制づくり、「うつ病」への早急な対策を提言した。厚生労働省は、都道府県に「うつ・自殺対策に取り組むよう通知」を出している。

働き盛りの職域における対策が必要であ

D2-2

医療制度改革の概略

1. 中長期的な医療費適正化対策としての生活習慣病予防対策

平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会による医療制度改革大綱を受け、平成18年2月10日閣議決定後、第164回国会に医療制度改革関連法案が提出された。本報告書作成中の現在は、法案審議が行われており予定どおり成立すれば、医療保険制度、医療提供体制、生活習慣病対策等一連の改革が進められることになる。

(表 D2-2-1)

これら改革法案では、大綱をもとに国民が求めている医療の安心・信頼の確保のために、患者、国民の視点から医療のあるべき姿について基本的な方向性が示されている。

その1つとして「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」ということで、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制の確立が謳われ、今後は予防を重視した

保健医療体系へと転換を図っていくことが示唆されている。

特に生活習慣病予防は、国民の健康確保上重要であるのみならず、いずれ医療費の減少にも資することが考えられ、生活習慣病を中心とした疾病対策により中長期的な医療費適正化を図ることで国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能な制度設計をめざす1つの柱と位置づけられている。

そのため、国民が負担可能な仕組みを導入するために、医療費の伸びについて実績を検証する目安（指標）を策定し、計画的な医療費適正化策を推進することとされた。

(図 D2-2-1)

具体的には糖尿病等の患者・予備群の25%減少、平均在院日数の短縮があげられており、平成24年度における実績評価により、後述する高齢者医療保険制度に対する各医療保険者からの支援金の負担額に反映される仕組みの導入が検討されている。

表 D2-2-1 医療制度改革のスケジュール

施行時期	主な改正内容	改正対象法律
平成18年4月	・国保財政基盤強化策の継続	国民健康保険法
平成18年10月	・現役並み所得を有する高齢者の患者負担の見直し(2割→3割) ・療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し ・保険診療と保険外診療との併用について再構成 ・保険財政共同安定化事業の創設 ・地域型健保組合の創設	健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 国民健康保険法 健康保険法
平成19年3月	・中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止	社会保険医療協議会法
平成19年4月	・傷病手当金、出産手当金の支給率等の見直し	健康保険法(※)
平成20年4月	・70歳～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割) ・乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満→義務教育就学前) ○題名を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正 ・医療費適正化計画 ・保険者に対する一定の予防健診等の義務付け ・後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設 ・前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設	健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 老人保健法 " " " "
平成20年10月	・政管健保の公法人化	健康保険法
平成24年4月	・介護療養型医療施設の廃止	介護保険法

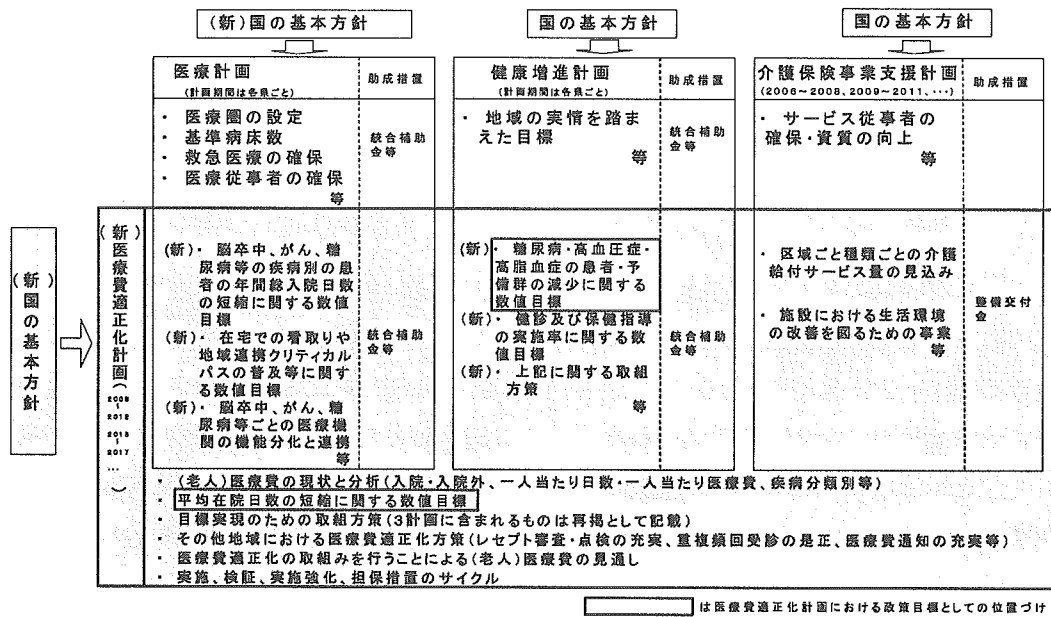


図 D2-2-1 都道府県における3計画と医療費適正計画との関係

2. 高齢者医療保険制度の新設

高齢者医療保険制度は、老人医療費を中心に国民医療費が増大する中、現役世代と高齢者世代の負担の不公平を是正し、公平でわかりやすい制度にするために老人保健事業を廃止し、新たに75歳以上の高齢者を対象とした独立制度として創設されることになったものである。

その際、財政基盤が脆弱な市町村国保や、小規模で財政の窮迫している健康保険組合等、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指すこととされている。公費負担半分、高齢者本人の保険料10%、残りは各医療保険からの支援金としていわゆる若人が負担することになる。

(図 D2-2-2)

前期高齢者に対する各医療保険者間の財政調整も併せ、これからの超高齢社会を

乗り切るための仕組みが組み立てられているが、医療のみならず働く人の健康確保という意味では、事業者責任、労働保険等も含めた社会保障全体の議論が待たれるところである。

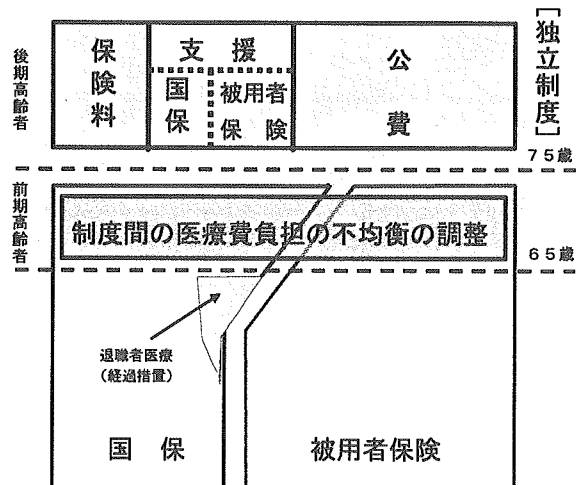


図 D2-2-2 高齢者の医療の確保に関する法律

D2-3

保険者の保健事業の変化

1. 健診・保健指導の義務化

医療制度改革の1つの柱である医療費適正化を進めるために、生活習慣病予防対策についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、平成20年度より保険者による保健事業が本格的に進められることになる。

具体的には「高齢者の医療の確保に関する法律」及び「健康保険法」等において、保険者は国が定める健診・保健指導の基本指針に即して健診等の実施計画を定めるとされた。そこでは、実施計画に基づき毎年、40歳以上の加入者に対し健診・保健指導を実施しなければならないという義務が課せられている。

今回の義務化では医療費適正化の観点から、特に生活習慣を改善することにより予

防できるメタボリックシンドロームに焦点を当てた健診項目、保健指導の重点的な導入がなされることになる。即ち若いころからの生活習慣や、労働者の場合職場環境や勤務実態等が大いに影響するため職場で行われている健康管理との融合がこれからの重点課題と考えられる。

事業場における労働者の健康づくりについては、現在事業主に対して労働安全衛生法により定期健康診断等が義務づけられている。この場合安衛法の規定が優先し、保険者は定期健診結果をもって保険者による健診を行ったことと見なす事ができる。併せて保険者において健診データ等の管理が義務付けられることになり、各医療保険者間の連携が進むことで本人にとっては生涯を通じた健康管理に資するデータが得られることに繋がる。(図D2-3-1)

しかし、被扶養者に関する健診等の義務化は、今回の法改正で初めて位置づけられることになり、実施に必要な費用を保険者

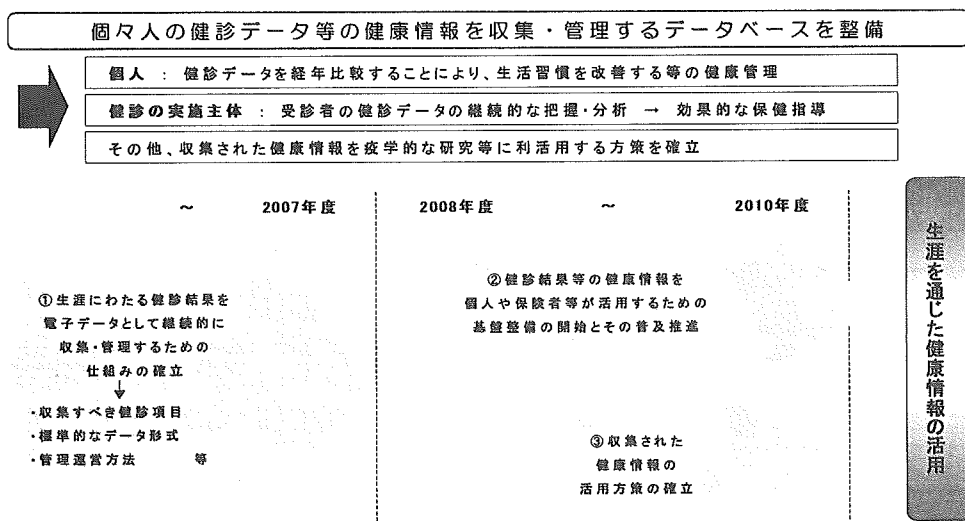


図 D2-3-1 個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり