

### 3) 組合管掌健康保険(健康保険組合)

健康保険組合（以下組合と略す）の保健事業は、健康保険法第150条に基づき実施されてきた。かつては、保険料総収入の5%を保健事業に充てるようにとの指導が国から行われていたが、老人保健拠出金の増高に伴い、現在ではその規制も消失している。全国の健康保険組合は、平成8年当時は1,819組合で被保険者数15,584,000人であったが、平成17年1月現在1,587組合に減少した。また、5%の指導がおこなわれていた当時の保健事業の総収入に占める割合は、実際には平均7~8%が充てられていたが、現在では平均3~4%が充てられているに過ぎず、しかも組合間の格差が拡大の傾向にある。

また、健保組合は多くの場合、民間企業が母体であり、残業時間の減少や従業員数の減少の影響を受けて財政が苦しい時期には保健事業は切り詰められやすい。しかし、中小事業場が集まって運営している総合健保組合においては、事業主は政府管掌健康保険よりも高い保険料率でありながら組合にとどまるのは、事業主にとっても組合の保健事業に魅力を感じていることに他ならない。

#### (1) 健保組合財政の動向について

平成16年4月8日に健保連は、「組合数は10年度以降大幅に減少、特に解散組合の増大が顕著。被保険者数、被扶養者数も同様に減少。年間平均標準報酬月額も14年度に低下に転じている。今後とも、組合数の減少など厳しい状況が続くものとみられる」と健保組合財政の動向について公表した。また、平成16年7月、健保連は「平

成15年度健保組合決算見込みの概要」において、①平成15年度は、健保組合全体で1,386億円の経常黒字 ②全組合の4割を超える701組合が未だ経常赤字 ③財政状態は改善されたが、依然厳しい状況が続く、と発表した。

黒字決算は5年ぶりで、一見好転したかに見えるが、支出面では、保険給付費が50%を占め、拠出金39%、保健事業費は4.7%にすぎない。14年度決算における保健事業費は5.1%であったので、0.4%減少したことになる。

また、保険料率の平均は、平成16年度予算においては75.02%（96.20~31.02%）、14年度決算見込が85.65%（96.20~31.69%）であるので、いずれの組合も事業主及び被保険者の負担の軽減を図ったものと推測される。

#### (2) 健保組合の保健事業の実施状況

（平成14年度健康保険組合連合会調査報告書から）

健保連では、平成14年度に1,690組合に対して13年度の保健福祉事業の実施状況等について調査を行い、報告書として公表している。

① 保健福祉事業は、「一般広報」が94.6%（1,516組合）と最も多く実施しており、次に被保険者に対する「人間ドック」が91.3%（1,464組合）であり、ともに9割を超えた。次いで、成人健康診査が75.0%（1,203組合）、健診後の保健指導が63.8%（1,023組合）、健康相談63.1%（1,011組合）であった。一方で1割未満の実施率であったのは、「健康管理センターの運営」の9.3%（149組合）、「その他の施設の運営」の6.7%（108

組合)だった。また、実施している事業で今後拡充しようとしている事業は、「健康教育」「心の健康づくり」「健診後の保健指導」「ウォーキング等の健康づくりキャンペーン」が20%を超えていた。

② 母体企業と調整して保健事業を実施している健保組合は72.8%(1,167組合)で、そのうち最も多いのが「一般健康診査」で実施している組合の88.8%(751組合)、次いで「成人健康診査」の57.0%(715組合)、「人間ドック」の40.8%(600組合)で、いずれも健康診査に関するものであった。

③ 健康管理委員会の設置など組織作りを図っている組合は66.1%(1,059組合)と7割にとどまり、平成10年度の調査時には70.9%、8年度では80.0%であったことからすると、減少傾向にあった。設置していない理由では、「実質的活動が困難なため未設置」が42.3%と最も多かった。

④ 医師や保健師等の専門スタッフを配置している組合は25.9%(415組合)で、平成10年度の調査時には26.8%、8年度では31.1%であったことからすると、減少した。また、常勤では、保健師が13.6%(218組合)と最も多く、次いで看護師の9.1%(146組合)だった。専門スタッフの外部委託は、20.3%(326組合)の組合で実施していた。専門スタッフがない組合は60.8%(975組合)に達した。

⑤ 事業主における専門スタッフの配置状況は「配置している」が47.9%(767組合)であるが、把握していない組合も16.9%(271組合)あった。

⑥ 健康教育を実施している組合は、34.5%(553組合)であった。

⑦ 面談による相談事業や電話相談、文書相談、電子メール相談などを実施している組合は64.2%(1,029組合)であった。

⑧ 一般健康診査や成人健康診査後の保健指導は7割の組合で実施されている。しかし、全員を対象に実施している組合は1割に過ぎない。多くの組合では、要観察者や要注意者といった有所見者のみに実施している。

⑨ 心の健康づくりについては、50.2%(804組合)の組合が実施しているが、最も多いのが「電話相談事業」の40.0%(641組合)であった。また組合自らが実施しているところは少なく、外部機関に依頼して実施している組合が多かった。

⑩ 健保組合の特徴として、しばしば直営保養所の運営が取り上げられてきたが、今回の調査では、直営保養所を保有している組合は39.2%(623組合)に過ぎなかった。

⑪ 健保連が実施している共同事業に参加している組合は63.8%(1,023組合)で、「健康教育事業」74.7%(764組合)への参加が多かった。また、組合間で共同事業を実施している組合は12.0%(193組合)と少なく、「極力自組合で事業の充実に努めたい」「参加しない」という組合が8割を占めた。

⑫ その他、保健福祉事業を評価して組合は53.9%(864組合)あり、健康診査や保健指導、健康相談などの事業で実施していた。

(3) 個別の健保組合の保健福祉事業について

(2)において、健保組合全体の状況を記載したが、個別の組合においては、それぞれの伝統と実態に即して工夫を凝らし、独自の取り組みを行っている。単一組合におい

では、母体事業場との関係において、それぞれの役割分担を打合せ、密接に連携を取りながら実施しているところと、まったく無関係に、それぞれが別個に実施しているところがある。また、健保組合が主導権をとって事業場と共同実施しているところや、事業場は職員＝被保険者を対象に実施し、組合は家族＝被扶養者を対象に保健事業を実施するという、対象者により分担している組合もある。

最近の新しい手法として、保健事業の個人や事業場向けカフェテリアプランを展開している組合が目立つようになってきた。本来、健保組合の保健事業は、“平等”に行うことが強調されていたが、現在の“平等”は、同じものを全員に配布したり同じ事業を実施するのではなく、被保険者のライフステージに対応して、それぞれのニーズに合わせた保健事業を行うことと理解されている。

カフェテリアプランでは、一人当たりの金額を定め、各人が必要なヘルスケアサービスを選択するものであり、事業場向けカフェテリアプランはこの事業場版である。いずれも、豊富なヘルスケアサービスのメニューを提示することがカギになっている。

#### (4) これからの保健事業の方向

健保組合は、健康保険法 150 条及び厚生労働省保険局から出される「健康保険組合事業運営基準」をよりどころとして、事業が運営されてきた。そして今後の保健事業の進め方は、前述した「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき運営されることになるであろう。

##### ① 事業主と一体化した保健事業

職域の特長を活かすならば、事業主と一体化した保健事業の実施が効率よくまた効果的な実施が期待されるが、中には事業主に、あるいは産業医にも病気を知られたくないという被保険者も存在する。事業主責任として実施すべき業務上の障害や疾病の防止のための事項と、健康の自己責任を支援するサービスとしての保健事業の実施主体は一体化するのではなく、むしろ健診そのものの実施の意義から問い直す時期と考える。また、就業形態が多様化する時代にあっては、短期・短時間の就労者も多く、従来の事業主責任の健診の対象外となる労働者の増加が懸念される。

したがって、出生から亡くなるまで、生涯を通して一貫した健康支援システムを築くことが必要と考える。そして、職場では、労働や業務との関連を重視した健康サービスの提供が事業主責任において行われることが必要と考える。

しかし、中小規模事業場が独自に事業主責任を果たす機能を持つには経済力の点からも困難であるが、同業種の中小規模事業場が集まって組織した総合健保組合にとっては、医療費の適正な使用の面からも、生活習慣病であるとともに労働関連疾患でもある疾病の発病の防止及び病状の進行の防止のための事業は重要である。

医療保険者といえども労働環境や労働態様等に着目し、労働関連疾患の発生や憎悪をきたさないよう、労働者本人のみならず事業者にも支援サービスや環境改善・快適職場づくりの指導や提案を行う機能を持つことが欠かせないと考える。そして、総合健保組合にあってその機能を担うのは保健

師をはじめとした専門スタッフであり、そのための研修が必要である。

## ② 個人情報保護を遵守した対応

個人情報保護法が成立する以前から既に話題になってきてはいたが、従来実施してきた有所見者を特定、指名した呼び出し方式の保健指導や健康教育は、個人情報保護の観点から、改善が必要である。本人の希望にもとづいて実施するシステムに変更するほか、本人のライフスタイルに基づく対象者の選定と呼び出しが考えられる。

しかし、生活習慣病の予防という観点からすると、健診の検査結果で既に所見が見られる者に限定した保健指導や健康教育では正常に戻すことは難しく、疾病の進行を防ぐことに他ならない。これからの健康づくり・生活習慣病予防のための施策であるとしたら、全員を対象として、ライフスタイルに着目したアセスメントに基づく保健指導・健康教育を行うべきである。

## ③ 保健事業の共同事業化

健保組合は独自で充実した保健事業を実施すべく努力してきたところであるが、健保組合の規模によっては独自に展開することは極めて効率が悪いので、最近、近隣の組合間での共同事業が始まっている。主だった地域に健診会場を設定して、共同事業に参加する組合の主婦を対象に健診を行う事例や、県内の同業種組合が共同して健康教室や講演会、保健師による健診後の保

健指導等の保健事業を実施する事例等である。

共同事業は、ともすると、高齢者を対象とした居宅訪問指導や、保健師による健診後の事後指導が主になりがちであるが、今後は現役世代の健康づくりを目指した様々なヘルスケアサービスを実施していくことが必要と思われる。また、組合の効率的運営から支部を廃止したところが多く、適用事業場があっても県内に本部・支部を持たない健保組合が多くある現状に鑑み、そのような組合にも参加の機会を提供するシステムの検討が望まれる。

## ④ 地域保健との連携

全国に分散して多くの適用事業場を有する組合も多く、末端事業場まで個別指導や健康教育をいきわたらせるのはなかなか困難である。そこで、効率的に実施できるように、地域の保健事業と連携した施策が望まれるところである。今後の「保険者協議会」の活動に期待するとともに、国が推進する地域・職域連携事業の拡大実施が待たれるところである。

## ⑤ 保健事業の評価

保健事業の企画や評価の指標として、指針の中でも医療費分析が求められているが、現在の組合は都道府県限定で組織化されてはいないので、県別の集計を行うには、解決すべき課題がある。

(飯島美世子)

## C1-2

### 医療制度改革を受けての保健活動の動向

#### C1-2-1

##### 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 日に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」「理学的検査に関する項目の触診等を追加」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。

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

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。

（荒井澄子）

## C1-2-2

## 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 C1-2-1)

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 C1-2-1)

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 C1-2-1 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)<br>・療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し<br>・保険診療と保険外診療との併用について再構成<br>・保険財政共同安定化事業の創設<br>・地域型健保組合の創設   | 健保法等医療保険各法<br>健保法等医療保険各法<br>健保法等医療保険各法<br>国民健康保険法<br>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)<br>・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)<br>○題名を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正<br>・医療費適正化計画<br>・保険者に対する一定の予防健診等の義務付け<br>・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<br>・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<br>健保法等医療保険各法<br>老人保健法<br>"<br>"<br>"<br>"      |
| 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  |

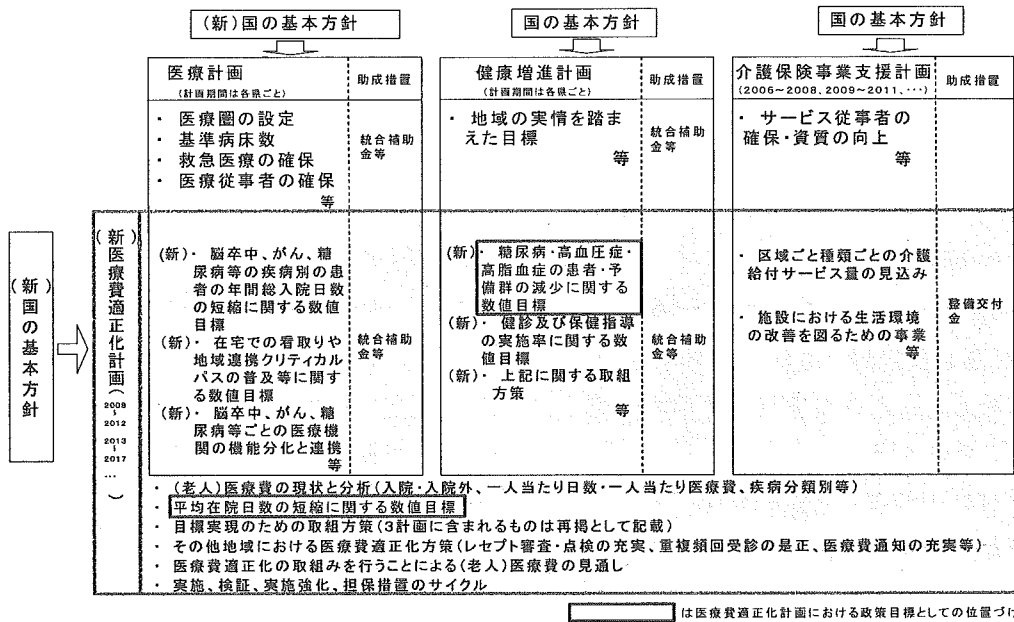


図 C1-2-1 都道府県における3計画と医療費適正計画との関係

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。

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C1-2-2) (三好ゆかり)

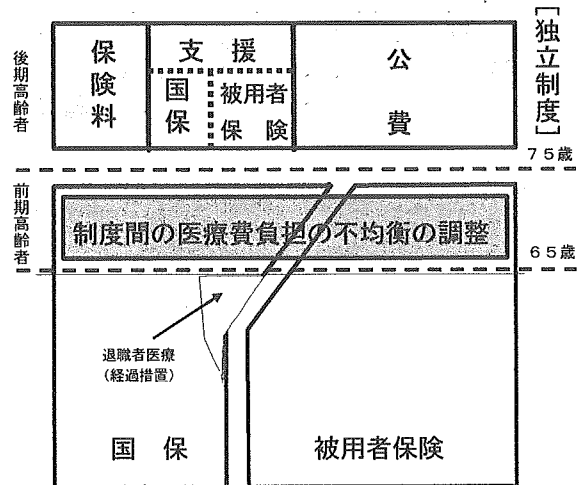


図 C1-2-2 高齢者の医療の確保に関する法律



### C1-2-3

#### 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こととされた。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C1-2-3)

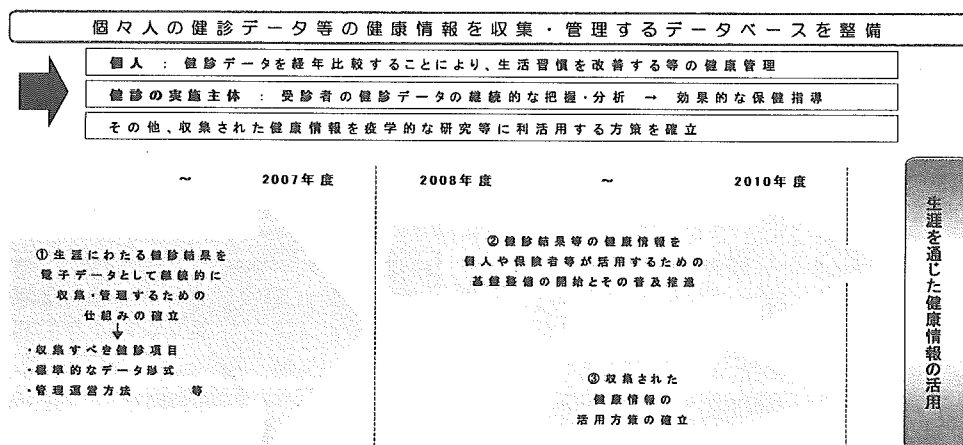


図 C1-2-3 個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり

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は負担しなければならないことになる。経

済状況が好転し事業者、労働者ともに収入の増加が見越せる時代においては、中長期的な医療費適正化による経済効果を期待し新たな経費負担も考えられるが、昨今の状況では財源を捻出するために労働者本人に対する既存事業の頻度・質的な見直しが行われるなど、請求及び支給の取扱いや今後の健診等の実施に向けた体制整備とともに課題とされるのではなかろうか。

1) これからの実施内容

現在、保険者で実施する健診等の内容に関して厚生労働省の「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討委員会」において、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念導入、健診機会の段階化と保健指導の階層化、標準的な保健指導プログラムの設定などが検討されている。

検討項目は、①標準的な健診プログラム②標準的な保健指導プログラム③健診データ、保健指導データの管理方法④健診、保健指

導の委託基準等と、健診・保健指導の推進に係る事項となっている。今後、各医療保険者は、これらの指針に基づき健診等の実施計画を保険者協議会の協議をへて策定することになる。

後期高齢者医療の支援金については、保険者による健診等の成果を反映させた調整率が加味され、保険者が健診実施計画で定めた目標達成度によって、各保険者 90～110%の幅で算定される可能性が出てくる。健診等による医療費適正化効果そのものと、支援金に係る成果達成評価は、保険者が今後行う健診・保健指導実施のインセンティブを高め、労働者本人はもとよりその家族に至るまで、保険者に対し健診等の機会の拡大と健康づくりが求められることになる。

(図 C1-2-4)

(三好ゆかり)

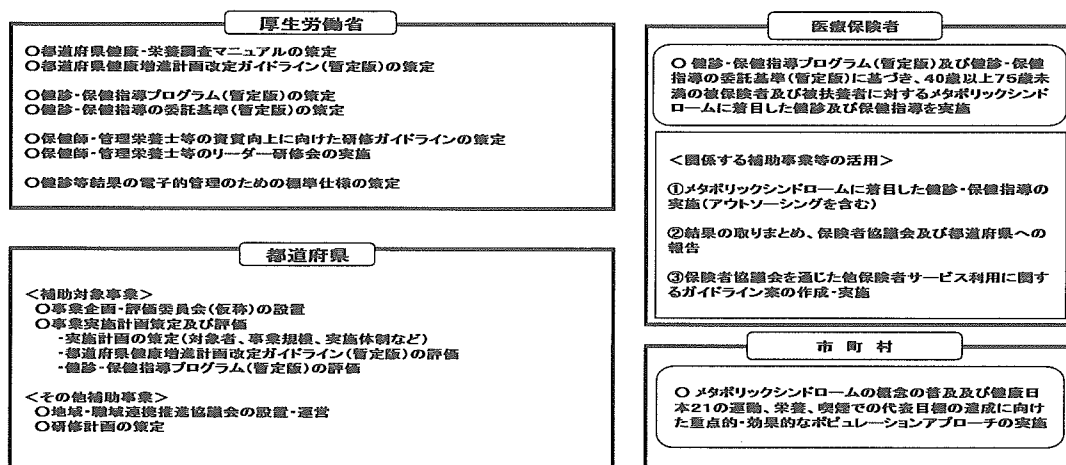


図 C1-2-4 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）対策総合戦略事業の概要（案）

C1-2-4

**保険者協議会の動向**

1. 保険者協議会発足の経緯

保険者協議会は、市町村と共に各医療保険者が主たる担い手となって、生活習慣病予防を中心とした効果的な保健事業が確保されることにより、個人の QOL の向上・医療費適正化に貢献することを目的とし発足した。経緯は次のとおりである。

**A. 保健事業の問題点**

- ① 健診が中心で事後指導は不十分
- ② 地域特性を踏まえて取り組むという視点が不十分
- ③ 地域・職域の連携が不十分
- ④ 効果的な保健事業の手法とその評価手法の開発が不十分
- ⑤ 各保険者に保健事業を積極的に行うインセンティブが弱い 等

**B. 保険者の連携協力による取組が必須！**

上記の問題点を解決していく為に、都道府県単の取組を進めていく上で、以下の理由から保険者の連携協力による取組が必須である。

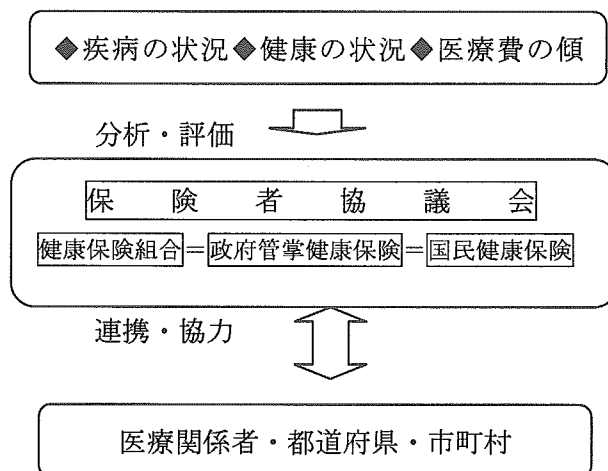
- ① 被用者の被扶養者は日常の活動を地域中心においていること等、被用者保険における保健事業も地域保険（国保）との連携が不可欠であること
- ② 地域保険（国保）にたっても、職域との連携協力により職域から地域への継続した健康づくりが可能となること
- ③ 各保険者の施設や人材等を相互に利用しあえるメリットがあること
- ④ 保険者間で地域における医療の特性を共同して調査・分析し、医療費適正の取組

みを実施することが効果的であること

**C. 保険者協議会の設置！**

保険者どうしが、縦割りではなく同一土俵で、疾病の状況・健康の状況・医療費の傾向等を分析し合い、問題解決を図る策を講じ、具体的に活動することにより、これまで解決できなかった問題を効率的かつ効果的に解決するために、各都道府県単位の保険者協議会を設置する。

なお協議会へは、連携協力者（医療関係者・都道府県・市町村・学識経験・3師会・看護協会等）の参画も求める。平成 17 年度全都道府県に設置され、具体的実施は平成 18 年度からとなる都道府県が大半である。



2. 保険者協議会の概要

1) 主な活動内容

(1) 保健事業等の共同実施

- 都道府県における医療費の調査、分析評価
- 被保険者教育・指導等保健事業
- 保険者間の物的及び人的資源の共同利用
- 各保険者の独自保健事業についての情報交換

○保険者間に於ける意見調整

(2) 健康増進法に基づく健康増進計画、  
老人

医療費伸び率適正化の計画等の策定、実施に対する保険者としての意見調整等

(3) その他

その他医療保険者等の運営に関し、情報や意見の交換 等

2) 部会の設置

協議会下部組織として部会を設置し、現状問題解決に向けた具体的活動を展開する。

(1) 医療費分析部会

① 医療費データ等に関する情報の収集・調査

② 保険者間に於ける医療費データ等の共同分析・評価

③ その他目的を達成するために必要な事項

(2) 保健活動部会

① 保健事業に関する情報の収集

② 被保険者教育・指導等の保健事業

③ 保険者間の物的・人的資源の共有利用

④ その他目的を達成するために必要な事項

3. 中小規模事業場への保険者協議会が及ぼす影響

大規模事業場に於いては、産業医や産業看護に携わる者を常時配置し、社内完結型で労働安全衛生管理の徹底及び健康づくりを実施しているが、従業員数 50 人未満の小規模事業場においては、労働安全衛生法による産業医の設置義務もな

く、労働安全の無法地帯とも言われている。その結果、事業場規模が小さくなるほど、労働災害の発生率は高くなっており、また健康診査における有所見率も高くなっていく厳しい現状である。小規模事業場においては、「会社の経営を維持することが精一杯で従業員の健康まで手がまわらない」という現実が、あきらかになっている。

設置目的より『保険者協議会』は、これまで長期にわたり、後回しにされてきた中小規模事業場への健康づくりサポートの在り方を多方面の社会資源活用等を含めて構築する場と捉えたい。

(松田一美)

## C1-2-5

## 地域・職域連携推進協議会の動向

## 1. 地域・職域連携推進協議会発足の経緯

地域・職域連携推進協議会は、地域・職域において、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するための効果的な保健事業を構築すること、つまり生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図るためにヘルスプロモーションの視点に立って自治体、事業者及び医療保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解のもと、それぞれが有する保健医療資源を相互活用、または保健事業の共同実施により連携体制を構築することを目的として設置される。

地域・職域連携推進協議会は、都道府県協議会と2次医療圏協議会があり、体制・メンバー・役割は下表のとおりである。

「中小規模事業場への健康支援」は、地域・職域連携推進協議会の設置目的に正しく合致するものである。

## 2. 地域・職域連携推進協議会の概要

前述の保険者協議会は、都道府県単位に設置される保険者中心の協議会であるが、地域・職域連携推進協議会の2次医療圏協議会は、住民及び就業者代表が構成メンバーとなっているため、保健事業担当者と同じテーブルで「中小規模事業場への健康支援」の課題・具体策・評価指標等を考えることができる。利活用できる協議会である。

## 1) 都道府県協議会

## (1) 体制

地域及び職域保健の広域的観点での連携

により体制整備

## (2) 構成メンバー

連携に関わる地域保健及び職域保健の行政機関・関係機関・関係団体・事業所の代表者等

## (3) 主な活動内容

- 都道府県における健康課題を明確化
- 目標・実地方針・連携推進方策を協議
- 保健事業担当者の資質向上を図るための人材育成
- 2次医療圏協議会における連携事業の効果や役割の評価等

## (4) 事務局 都道府県担当課

## 2) 2次医療圏協議会

## (1) 体制

より地域の特性を活かす観点から、地域特性に応じた協力を体制による継続的な健康管理が可能となるような体制

## (2) 構成メンバー

連携事業に関わる行政関係者・関係機関の代表・関係団体・医療機関・健診機関・事業者・学識経験者・住民及び就業者の代表者等

## (3) 主な活動内容

- 地域における関係機関への情報提供
- 健診の実施状況及び結果等の健康に関する情報の収集
- 健康意識調査等によるニーズ把握
- 地域特性を活かした具体的な連携事業の計画・実施・評価等

## (4) 事務局

保健所

### 3. 中小規模事業場への地域・職域連携推進協議会が及ぼす影響

過重労働やメンタルヘルス等の多くの健康課題を抱えているが、保健サービスを受ける機会の少ない中小規模事業場にとり、健康課題に沿った、個人のニーズへの幅広い対応が可能となり、保健サービスの量的な拡大になることが最も大きなメリットと言える。

また、併せて、生涯を通じた継続的な健康支援を受けることができるようになる。

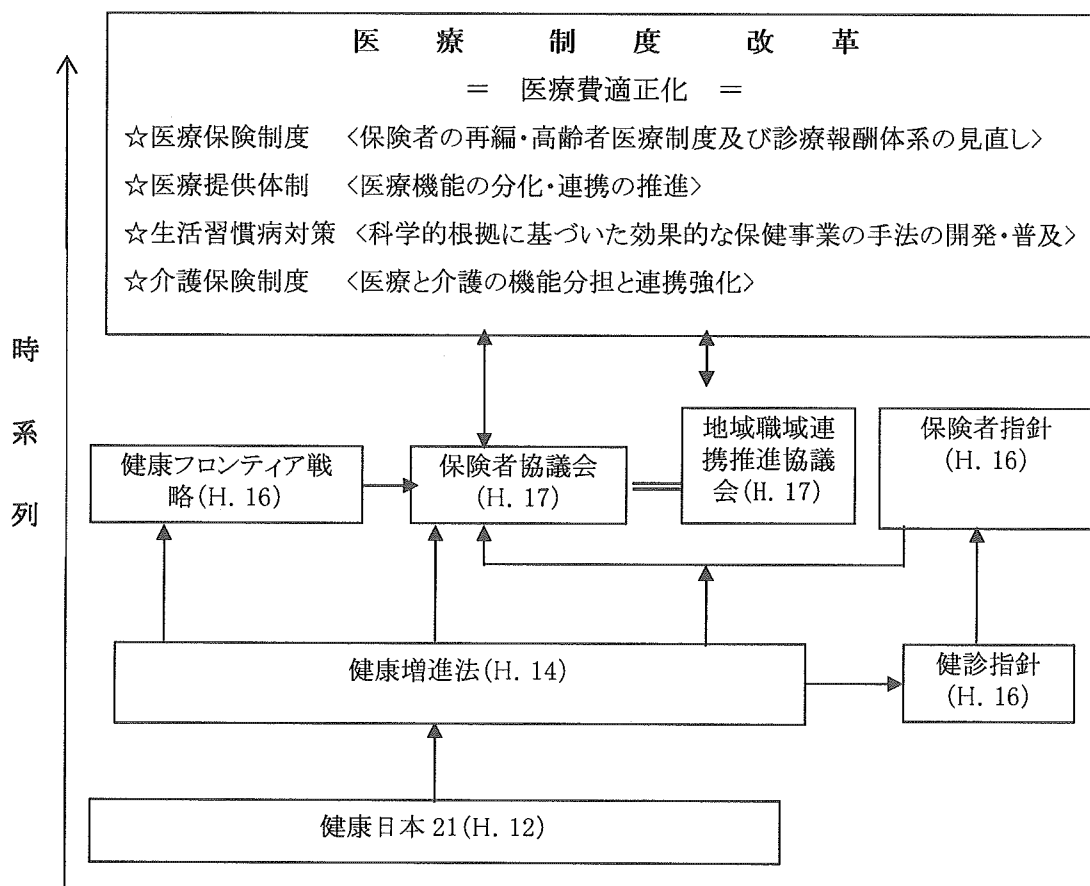
#### ※保険者協議会との連携

地域・職域連携推進協議会は、保健事業による事業の効果的・効率的な活用等による生涯を通じた健康づくりの促進を課題とし、都道府県単位又は2次医療圏単位で健康づくりに携わる者により構成していることに対し、保険者協議会は保険運営の安定化を図るため、医療保険者による保健事業等を共同実施することを課題に、都道府県単位の国保・組合健保・政管健保等の医療保険者で構成されている。各々の協議会に関わる人が重なることも多いことから、互いに連携を図り適切な運用を図る必要がある。

【参考】：国の健康政策の全体図

(松田一美)

=保険者協議会と地域・職域、連携推進協議会の位置づけ



## C2

### 中小規模事業場をめぐる産業保健の法制度の動向

平田 衛、飯島美世子、北條 稔

#### C2-1

##### 法制度や研究面の進展の観点から

###### 1) 目的

日本における中小企業の労働衛生に関連した、研究面の動向と社会情勢の変化を明らかにする目的で、日本産業衛生学会・国際シンポジウム・厚生労働省の各種の報告、厚生労働省検討会の報告書などを検討する。

###### 2) 対象と方法

以下の5種類の文書等を対象として、その動向を検討した。

(1) 過去3年間の産衛学会中小企業安全衛生研究会全国集会の講演集（以下「中小研講演集」と略）、

(2) 「平成15年度地域保健と産業保健との連携に関する保健所の役割について」（地域保健総合推進事業）（以下「連携と保健所」と略）、

(3) 産衛学会労働衛生関連法制度検討委員会の「中小企業ワーキンググループの答申」（以下「中小WG答申」と略）、

(4) 厚生労働科学研究費補助金「産業保健の今後のあり方に関する研究」の報告書（以下「あり方研究」と略）、

(5) 厚生労働省の三つの検討会の「今後の労働安全衛生対策の在り方に係る検討会報告書

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/s0808-1.html>）（以下「安全衛生在り方」と略）、

「労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0906-3.html>」（以下「健康情報保護」と略）、「過重労働・メンタルヘルス対策のあり方に係る検討会報告<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/s0823-3.html>」（以下「過重労働対策」と略）と厚生労働省労働基準局「労働安全衛生法等の一部を改正する法律案要綱<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0204-4b.html>」（以下「安衛法改正要綱」と略）

などを対象として、文献的な検討を行った。

###### 3) 結果

(1) 「中小研講演集」において、研究報告、講演・シンポジウムは多彩であり、以前の問題提起型から問題解決型への変化が基調にある。しかし、今なお労働・健康実態は問題山積である指摘から、日本全体の枠組みについて提言案に至る広い範囲が議論されている。

① 研究報告：実態調査（健康状態、労働状態、個別事業所、労働衛生管理・健康管理、改善の実態、職域・地域連携など）、大企業との比較研究（健診有所見者率、生活習慣、二次健診、感染症意識）、解決への手段（顧問医、参加型トレーニング、共同マネジメントシステム）、など。

② 講演・シンポジウム：中小企業（置かれている経済環境とそれをブレイクスルーする地域経済の発展、自主・民主・連帯の企業の風土と安全衛生）、外国の経験（法制度、社会的な対話、実践、経済的インセン

タイプ、パートナーシップ、有効な事業への激励；予防の経済的効果、医療関係職より広い人材による労働衛生管理)、中小企業の組織化による労働衛生管理の推進、一般健康管理を地域保健・健康保険と分担する、自営業における労働衛生管理への地域保健の貢献、産業医の活動のあり方、など。

## (2) 「連携と保健所」研究

地域保健と産業保健との連携は、一般健康管理・健康増進、あるいは精神保健（メンタルヘルス）であり、最終年度の報告書には以下のような保健所へ呼びかける提言を示した。

①地域の健康課題の検討・推進には、職域保健および学校保健分野等も包括した地域診断により検討、推進することが重要と認識すべき、②健康日本21を市町村等と協働して進める上で地域保健と職域保健との連携を強化する役割を担うべき、③保健、医療、福祉制度の谷間にいる地域の住民や勤労者に対する健康づくりネットワークを構築する必要がある、④まずは産業保健関係者と地域保健関係者の情報交換、⑤地域において、連携のための協議の場を設置、⑥保健所の企画調整機能を強化し、⑦地域の保健医療情報を収集し、関係機関や事業所等に積極的に提供するなど、保健所の情報センター機能を発揮、⑧事業所等を支援するモデル事業に取り組む、⑨産業保健活動部門との連携の下、保健所の多種専門職を活用した具体的な支援が有効、⑩保健所が調整機能を果たす。

(3) 「あり方研究」の報告書（案）においては中小企業に関係する事項は以下の通りであった。

提言1. 全労働者への産業医サービス提供の義務化（＝1人当たりのサービス提供時間の制定）、2.10人以上事業所の「リスク評価と改善対策報告書」の労働基準監督署への提出義務、3. 企業外労働衛生機関の質的・数的充実、4.独立専門家集団（産業保健コンサルタントファーム）の形成促進、5. 「職場のかかりつけ医」として実地医家が関与する仕組みの形成、6. 労働安全衛生に関する窓口の整理とサービスをも行える機関の整備（「労働安全衛生協会」の新設）7. 産業保健におけるコアサービスはリスクの低減であり、産業医業務におけるコアサービスは就業上の措置や復職に係わる診断である

(4) 「中小WG答申」の主立ったものは以下の通りであった。

① 安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）の実施、その結果の5人以上の企業での記録保管、OSHMS実施に労災保険の予防給付として経済的支援を法定の労働衛生機関（後述）を通じて得られる制度の創設。

② 中小企業におけるOSHMSの実施に必要な条件整備について、企業内部でOSHMS実施に係わる人材の充実・強化には、事業主が労働衛生管理に関する教育を受けた場合のメリット賦与、（安全）衛生推進者の講習枠の拡大と経済的な支援（講習受講費用、賃金）により選任の徹底を図る、企業団地や事業協同組合における共同選任衛生管理者制度の創設など、

③ 外部支援機関の整備と充実には、労災保険の予防給付としてリスク評価・労働安全衛生マネジメントシステムの構築・実施・監査、複数の専門職からなるチームと



しての産業保健活動、等々の機能を有する労働衛生機関を、労災保険からの予防給付指定機関とする法的な位置づけを行う、OSHMSにおける支援ならびに助言をおこなえる産業保健技術者を先進諸国のインダストリアル・ハイジニスト (Industrial Hygienist) に倣った制度を作業環境測定士の上に位置づけて新設、OSHMSが可能な保健師等の産業看護職を労働安全衛生法上に位置づけ、チームでおこなう産業保健活動における位置を明確にする。

④ 産業医・産業保健技術者・産業看護職等専門職のOSHMSにおける関与を、事業場が常時雇用する労働者の人数、部門または職種・業種により、専門職の最小従事時間を定めて確保する。

「あり方研究」と「中小WG答申」に共通した事項としては、①安全衛生マネジメントシステム、とりわけリスク評価の導入、②産業医など（後者は産業保健専門職）の提供（従事）時間により、すべての事業場における産業保健サービスを確保する、③外部支援機関・支援者の整備、であった。

一方、「あり方研究」にのみ見られる内容は、①より具体的な、支援ツール、支援機関を幅広く提起（労働衛生機関、コンサルタントファーム、「労働衛生協会」、②産業医などの労働者一人あたり最小提供時間（20分）であった。

「中小WG答申」にのみ見られた内容は、①内部担当者の整備 共同衛生管理者、事業主教育のメリット、②労災保険の予防給付と結合した労働衛生機関の法規定、③インダストリアル・ハイジニストの新設とリスク評価における産業看護職の位置づけ、

であった。

(5) 労働安全衛生法改定に関する厚生労働省の方向

本課題は、厚生労働省の三つの検討会「安全衛生在り方」、「健康情報保護」、「過重労働対策」の報告書に基づいて「安衛法改正要綱」へと進んできた。

「在り方」は包括的であり、また安全が主となっている点で他の二つとは異なるが、OSHMSの導入が明言される一方、元方をつうじた一体的な安全・衛生管理の構築により包含される中小企業における安全衛生の推進、中小企業への労働安全衛生行政の活動強化、リスク評価における中小企業への支援が挙げられていた。

「健康情報保護」においては、基本的な考え方として、事業主の安全配慮義務に要する健康状態の把握と、厳格に保護されるべき健康情報との間で、プライバシー侵害がないようにバランスをとること、守秘義務を幅広く課して衛生管理者・推進者も対象者として網羅したこと、特に配慮を要する事項を挙げ、また小規模事業場への対応として地域産保センターの活用を推進者に勧めていた。

「過重労働対策」においては、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」に示された、①時間外労働の削減、②年次有給休暇の取得推進、③労働者の健康管理措置の徹底、などを基本として、やむを得ず長時間労働となった場合の健康確保措置について述べ、労働時間管理・人事労務管理に係わることから労使一体となった自主的取り組みを求めているが、それには産業保健活動の充実の必要性を挙げていた。それ

に関連して、小規模事業場への産業保健サービスの提供の充実（＝地域産保センターの活動の充実）が指摘され、国の支援措置においては中小事業場に対して実践的・具体的手法を示して必要な支援・指導を行う努力を挙げている。

一方、労働安全衛生法等の一部改正の法律案要綱は以下のように述べている。

「一 事業者の行うべき調査等

（一）事業者は、建設物、設備、作業等の危険性又は有害性等を調査し、その結果に基づいて必要な措置を講ずるように努めなければならないものとする。ただし、危険性又は有害性等のある化学物質等に係る調査以外の調査については、製造業等の業種に属する事業者に限るものとする。

（二）厚生労働大臣は、（一）の措置に関して、必要な指針を公表するものとする。

（三）厚生労働大臣は、（二）の指針に従い、事業者に指導、援助等を行うことができるものとする。

二 製造業等の元方事業者等の講ずべき措置

（一）製造業等の事業の元方事業者は、その労働者及び関係請負人の労働者の作業が同一の場所において行われることによって生ずる労働災害を防止するため、作業間の連絡及び調整その他必要な措置を講じなければならないものとする。」

と述べている。

4) 考察

結果に挙げた、「中小研講演集」、「あり方研究」、「中小WG答申」など中小企業の労働衛生に係わる研究成果が示す主な方向は、

職場の健康リスクを減らす枠組みとして中小企業においても安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）を行い、そのために①内部の力量向上と外部の支援・ネットワーク（専門職、機関）と②ツール開発、③事業所の組織化、などが必要であることを示している。

もう一つの方向は、一般健康管理・健康増進に対して、①支援の実態としての地域保健との連携（健康日本21を梃子とした）、②得られた健康情報の保護の確保、③自営業者の労働衛生への地域保健の関与、を示している。

「安全衛生在り方」検討会報告は、OSHMS（とりわけリスクアセスメント）の導入等を挙げているが、中小企業への具体的な支援措置については「外部専門機関等を活用する仕組みの検討」にとどまっている。他の二つの検討会報告では、小規模事業場に対する対応を取り上げているが、活動が不活発な地域産保センターを挙げるにとどまり、具体的な方策を示し得てはいない。

（平田 衛）

## C2-2

### 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

#### 1. 目的

平成 17 年 10 月に成立した労働安全衛生法・規則の改正が中小企業における産業保健活動の変化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、努力義務が事業者に課され、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、中小企業とりわけ 50 人未満の小企業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所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）は極めて多項目に亘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、専門職がない中小企業、とりわけ小企業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、専門職がない中小企業、とりわけ小企業に対しては外部機関の活用が誘導されね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小企業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。（平田 衛、北條 稔）