

# 健康づくり施策の見直しと福利厚生への影響

藤森 敏雄 福祉社会研究部 主席研究員

糖尿病を中心とした生活習慣病の患者数が増加し、メタボリックシンドロームに関連した機器や食品などが話題を集めるようになってきている。こうした中で、2011年度は2000年度から始まった健康日本21が最終評価を迎え、特定健診・特定保健指導の中間評価が行われるなど、健康に関連する国の各種事業が見直し時期を迎えている。労働安全衛生法で規定されている定期健康診断についても、メンタルヘルス関連のチェックが義務付けられる方向で検討が進んでおり、産業医の選定を含め労働衛生施策に影響する可能性がある。

健康日本21、特定健診・特定保健指導制度、および今後始まろうとしているメンタルチェック制度は、予防を中心とした健康づくりあるいは比較的簡単なメディカルチェックによって重症化する前に該当者を見つけることを目的としており、大まかには一次予防の範疇に入る事業である。生活習慣の改善の必要がある人に対するアプローチを幅広く任意であるいは法律で義務付けるなどして実施するという考え方を基本としている。

国の健康づくり施策は、企業従業員の健診実施方法あるいは各種の福利厚生事業に関連しているため、事業主にとっても影響が大きいと考えられる。2011年度に見直しおよびこれまでの活動についての評価が行われている3つの制度について概観し、成果があげられるものにするための条件について考えたい。

## I ウォーキング・禁煙運動につながった健康日本21

健康日本21は、病気になるのを防止する一次予防の考え方を中心として、健康についての行動を起こすことを中心としたポピュレーションアプローチを基本としている。他方で、糖尿病や循環器疾患、がんといった生活習慣病が増加している中で疾病予防の働きかけも含んでいる。禁煙やウォーキングなど事業所内の運動として定着するような事業展開をしている事業所もあり、健康づくりに影響を及ぼしている。

### 1. 背景と経緯

健康日本21は、第三次国民の健康づくり運動として実施された。厚生省（当時）が1978年から10年計画で予防と健康増進の考え方を取り入れていったのが第1次の国民の健康づくり運動である。続いて1988年から2000年にかけては、80歳になっても明るく活動的に生活できる社会をつくることを目標に、アクティブ80ヘルスプラン（第二次

---

国民健康づくり対策)が実施された。

一次予防を中心とした健康日本 21 の考え方が生まれた背景には、人口の高齢化に伴い高齢者の医療費を適正化するためには、健康寿命と呼ばれる健康で生活できる年齢を引き上げることが急務と考えられたことがあげられる。さらに、結核など感染症から、脳血管障害や悪性新生物(がん)が死因の上位になるといった疾病構造の変化がある。

脳血管障害、悪性新生物に心疾患を加えた3疾患は3大死因とされ、全死因の6割を占めている。これらの疾患は生活習慣病と総称され、予防や治療には運動や食生活など生活習慣を改善することが必要であり、患者になった後には治療が長期化あるいは一生続くことが特徴で、予防や治療に地域や家族を含む幅広い分野の協力が必要である。

さらに糖尿病については、腎臓や神経、目の障害、動脈硬化などの合併症を引き起こすことが知られており、1997年度の国民栄養調査と同時に実施された第1回糖尿病実態調査では、糖尿病が強く疑われる人は約690万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると約1,370万人となり、強く疑われる人のうち糖尿病の治療を受けている人は、45%に過ぎず、未治療の患者や予備群が非常に多いことが問題として指摘されている。

## 2. 制度設計

健康日本 21 の基本方針では、①一次予防の重視、②健康づくり支援のための環境整備、③目標等の設定と評価、④多様な実施主体による連携の取れた効果的な運動の推進、の4項目をあげていた。健康日本 21 運動に法律的根拠を与えた健康増進法が2002年8月に公布され、健康保険組合などの保険者や事業主を健康増進事業実施者に位置づけた。健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談などの健康増進事業を積極的に推進するよう努めなければならないとされている。同法では、受動喫煙の防止を施設管理者に義務付けた点も注目される。

健康増進施策を効率的に実施するために、①戦略計画立案、②執行計画策定、③実施、④評価の4段階で実施することが必要であるとしている。このため、国に加えて都道府県や市町村などの自治体、健康保険組合などの医療保険者が計画を定めて、中間評価や最終評価等の手法を使って進捗度の確認を行った。

がん、循環器病(心臓病・脳卒中)、糖尿病の3分野とその原因となる生活習慣の改善等として、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康の6分野、計9分野について70項目からなる目標を設定した。なお、その後目標を設定する項目が増えて、80項目になった。生活習慣改善では、正しい知識の普及・啓発活動およびその結果としての行動変容を評価し、3疾患については、原因となる生活習慣の改善に加えて、患者数・死亡数などを評価している。

当初の計画では2000年から2010年までの10カ年計画で進める予定だったが、2012年に地域保健医療計画など各種の医療計画の更新時期を迎えることなどを配慮して、2012年まで2年間延長して実施している。

### 3. 現在の状況

こうして期待を持って取り組みが始められた計画であったが、生活習慣改善と疾病の対策の両方を目標とする幅広い計画であったためか結局はあまり実効性が上がったとはいえなかった。後述する特定健診・特定保健指導が腹囲の測定などで話題を集めたことと、医療保険者に実施が義務付けられたことなどから、健康日本 21 については次第に関心が低くなる結果となった。2011 年度には同計画の最終評価が実施され、翌年度以降の計画策定に向けて検討が進んでいる。

2011 年 10 月に発表された健康日本 21 最終評価によれば、評価結果は次の通りとなっている。9 分野の全指標 80 項目(参考指標 1 項目および再掲 21 項目を含む。)について、その達成状況を評価作業チームが評価・分析した結果、80 項目中、再掲の 21 項目を除く 59 項目について、目標値に達した項目は、16.9% (10 項目)にとどまっている。その主なものは、「メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加」、「高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加」、「80 歳で 20 歯以上・60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する人の増加」などであった。

図表 1 健康日本 21 の指標の達成状況

策定時(注)の値と直近値を比較	全体	再掲の項目を除く
A 目標値に達した	14 項目 (17.5%)	10 項目 (16.9%)
B 目標値に達していないが改善傾向にある	32 項目 (40.0%)	25 項目 (42.4%)
C 変わらない	22 項目 (27.5%)	14 項目 (23.7%)
D 悪化している	10 項目 (12.5%)	9 項目 (15.3%)
E 評価困難	2 項目 (2.5%)	1 項目 (1.7%)
合計	80 項目 (100.0%)	59 項目 (100.0%)

注：中間評価時に設定された指標については、中間評価時の値と比較

出所：「健康日本 21」最終評価報告書 2011 年 10 月

目標値に達していないが改善傾向にある項目は 42.4% (25 項目)であり、その主なものは、「食塩摂取量の減少」、「意識的に運動を心がけている人の増加」、「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及」、「糖尿病やがん検診の受診の促進」、「高血圧の改善」などであった。生活習慣に関連した項目で改善傾向にあるものがある。

変わらない項目は 23.7% (14 項目)で、その主なものは、「自殺者の減少」、「多量に飲酒する人の減少」、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少」、「高脂血症の減少」などであった。このうちメタボリックシンドロームの該当者・予備群は新たに付け加わった項目である。さらに、悪化している項目は 15.3% (9 項目)で、その主なものは、「日常生活における歩数の増加」、「糖尿病合併症の減少」などであった。歩数は非常に分かりやすい指標であるのに、悪化している点が注目される。

分野別で、悪化している傾向が多いのは休養・こころの健康づくりで、4 項目中「睡眠の確保のために睡眠補助剤やアルコールを使うことのある人の減少」および「ストレ

図表2 健康日本21の代表項目の目標値と達成状況

分野	代表項目	目標値	策定時	中間評価	直近の実測値	直近実測値のデータ分析	最終評価
栄養・食生活	適正体重を維持している人の増加	20~60歳代男性の肥満者 15%以下 40~60歳代女性の肥満者 20%以下	24.3%	29.0%	31.7%	有意に増加	増加したが、増加傾向は鈍化
	脂肪エネルギー比率の減少	20~40歳代 25%以下	27.1%	26.7%	27.1%	有意な変化はなし	変わらない
	野菜の摂取量の増加	成人 350g以上	292g	267g	295g	有意な変化はなし	変わらない
	朝食を欠食する人の減少	男性(30歳代) 15%以下	20.5%	25.9%	29.2%	有意に増加	悪化している
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加	20歳以上 80%以上			92.7%	—	目標値に達した
身体活動・運動	日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)	男性 9,200歩以上 女性 8,300歩以上	8,202歩 7,282歩	7,532歩 6,446歩	7,243歩 6,431歩	有意に減少 有意に減少	悪化 悪化
	運動習慣者(1回30分以上の運動を、週2回以上実施し、1年以上持続している人)の増加	男性 39%以上 女性 35%以上	28.6% 24.6%	30.9% 25.8%	32.2% 27.0%	年齢調整後有意な変化はなし 年齢調整後有意な変化はなし	変わらない 変わらない
休養・こころの健康づくり	睡眠による休養を十分にとれない人の減少	全国平均 21%以下	23.1%	21.2%	18.4%	有意に減少	目標値に達した
	自殺者の減少	全国数 22,000人以下	31,755人	30,247人	29,554人	—	自殺者数は低下しているが、年間3万人前後の水準で推移
たばこ	未成年者の喫煙をなくす	男性(中学1年) 0%	7.5%	3.2%	1.6%	有意に減少	改善したが目標値には達していない
		男性(高校3年) 0%	36.9%	21.7%	8.6%	有意に減少	改善したが目標値には達していない
	公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及	職場(分煙を実施している割合) 100%	40.3% (47.7%、注1)	55.9% (59.1%、注1)	— (75.5%、注1)	— 喫煙対策は進んでいる	目標に向けて改善したが、目標値には達していない
	禁煙支援プログラムの普及 〔禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合〕	全国 100%	32.9% (27.8%、注2)	39.7% (32.2%、注2)	— (38.9%、注2)	— ベースライン値と直近実績値の比較は困難。禁煙指導が行われた市町村の割合は増加	目標に向けて改善したが、目標値には達していない
	喫煙をやめたい人がやめる	喫煙率男性 喫煙率女性 禁煙希望者の割合男性 禁煙希望者の割合女性	43.3% 12.0% 24.6% 32.7%	43.3% 10.9% 31.7% 41.6%	38.2% 10.9% 31.7% 41.6%	有意に低下 有意な変化はなし 有意に増加 有意に増加	低下傾向 変化なし 増加傾向 増加傾向
アルコール	多量に飲酒する人の減少	男性 3.2%以下	4.1%	5.4%	4.8%	比較は困難	変わらない
		女性 0.2%以下	0.3%	0.7%	0.4%	比較は困難	変わらない
歯の健康	一人平均歯数の減少	男性(中学3年) 0%	26.0%	16.7%	8.0%	有意に減少	目標に向けて改善
		男性(高校3年) 0%	53.1%	38.4%	21.0%	有意に減少	目標に向けて改善
糖尿病	糖尿病検診受診後の事後指導の推進	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性) 100%	66.7%	74.2%	80.6%	有意に増加	目標に向けて改善
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少	該当者・予備群(上段:男性、下段:女性) 平成24年 10%以上の減少(対平成20年) 平成27年 25%以上の減少(対平成20年)	1,400万人(参考値) 560万人(参考値)	— —	約420万人(1,470万人、注3) 約122万人(530万人、注3)	有意に増加(国民健康・栄養調査結果) 有意な変化は見られなかった(国民健康・栄養調査結果)	変わらない 変わらない
		メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上	健診実施率 平成24年 70% 平成27年 80% 保健指導実施率 平成24年 45% 平成27年 60%	— —	— —	38.9% (40.5%、注4) 7.7% (13.0%、注4)	変化の分析は困難 変化の分析は困難
糖尿病有病者の減少(推計)	糖尿病有病者数 1,000万人	690万人	740万人(650万人、注5)	890万人(740万人、注5)	有意に増加したが、目標値を有意に下回った	目標値に達したが、年齢調整有病者数・有病率は改善せず	
循環器病	健康診断を受ける人の増加	全国数 6,860万人以上	4,573万人	5,850万人	6,013万人	比較は困難	改善したと思われるが、目標値には達していない
	高脂血症の減少	男性 5.2%以下 女性 8.7%以下	10.5% 17.4%	12.1% 17.8%	10.4% 16.0%	有意な変化は見られなかった 有意な変化は見られなかった	総コレステロール平均値は変わらず 総コレステロール平均値は低下
	生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)	脳卒中死亡率(人口10万対) 全体 虚血性心疾患死亡率(人口10万対) 全体	110 57.2	102.3 56.5	97.2 59.9	減少(改善)傾向 僅かに増加(悪化)傾向	人口高齢化の影響を除外すると改善 人口高齢化の影響を除外すると改善
がん	がん検診の受診者の増加	胃がん 2,100万人以上	1,401万人	1,777万人	2,159万人	・策定時のベースライン値と直近実績値では調査方法が異なるため、これらと比較することは困難である ・中間評価と直近実績値を比較すると、胃がん、子宮がん、乳がん、肺がん、大腸がんは増加傾向	目標値を達成
		子宮がん 1,860万人以上	1,241万人	1,056万人	1,086万人		目標値に達していないが改善傾向
		乳がん 1,600万人以上	1,064万人	842万人	868万人		目標値に達していないが改善傾向
		肺がん 1,540万人以上	1,023万人	1,100万人	1,832万人		目標値を達成
		大腸がん 1,850万人以上	1,231万人	1,432万人	1,844万人		目標値に達していないが改善傾向

注1: カッコ内は喫煙対策に取り組んでいる事業所の割合

注2: カッコ内は禁煙指導が行われた市町村の割合

注3: カッコ内は平成21年度国民健康・栄養調査から

注4: カッコ外は平成20年度の結果、カッコ内は平成21年度の結果(速報値)

注5: カッコ内は策定時の性・年齢構成で調整した値

出所: 「健康日本21」最終評価 2011年10月から作成

スを感じた人の減少」の2項目が悪化しており、ストレスの高い人が増加していることの影響があると考えている。逆に、たばこは5項目すべてが目標値に達していないが改善傾向にあると評価され、受動喫煙対策あるいは喫煙の健康被害についての知識普及などが進んでいると評価されている。喫煙率そのものは指標とされていないので評価されていないが、国民健康・栄養調査によれば2003年から2009年にかけて男性の喫煙率は46.8%から38.2%に大幅に減少したが、女性は11.3%から10.9%と横ばいの傾向にある。

#### 4. 今後の展望

目標を設定して施策を進めているので、達成度の高低は課題となる。2007年4月に取りまとめられた中間評価報告書では、進捗状況が全体として十分ではない点を指摘した上で、運動の実施方法の課題を7項目に整理している(図表3)。その後、特定健診・特定保健指導が開始され、ハイリスクアプローチの側面が強化されたが、運動としての一貫性が保たれず中途半端な状況で終了することになった。

図表3 健康日本21の中間評価で指摘された課題

- 総花主義的でターゲットが不明確(「誰に何を」が不明確)
- 目標達成に向けた効果的なプログラムやツールの展開が不十分
- アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直し
- 政府全体や産業界を含めた社会全体としての取組が不十分
- 医療保険者、市町村等の関係者の役割分担が不明確
- 現状把握、施策評価のためのデータの収集、整備が不十分
- 保健師、管理栄養士等医療関係者の資質の向上に関する取組が不十分

第4次健康づくり計画として国民運動を実施するかどうかについては今後検討されることになっているが、健康日本21最終評価では、次期計画の検討の視点として、5項目をあげている。このうち、社会経済変化への対応として特に、所得格差が健康についての格差を生んでいるとの指摘があり、こうした点に配慮することが必要と考えられる。

図表4 健康日本21最終評価で述べられた次期運動方針検討の視点

- ①日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定  
近年の社会経済変化とともに10年後の人口動態を見据え、長期的計画のもとに、短期的な課題解決が可能な枠組に
- ②目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり  
自治体や企業、医療保険者等関係機関の長が積極的に進めようとする目的意識や目標達成へのインセンティブとなる仕掛けを組み込む
- ③自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定  
指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、自治体等が自ら進行管理できる目標設定や体制づくり
- ④国民運動に値する広報戦略の強化  
民間企業等を巻き込んだ強力な広報戦略が必要で、健康に関する誤解を減らし、より理解しやすいメッセージを
- ⑤新たな理念と発想の転換  
「病気や障害があっても一病息災で相当に生きられるアプローチ」や、「個人の健康設計における『こうすべき型』から『こうありたい型』への転換」などこれまでの9分野の分類設定にとらわれないあり方

---

健康日本 21 のモデルとなった米国の Healthy People は、2010 が終了して 2020 が始まっている。Healthy People 2010 では健康格差の解消を健康寿命の延伸と並んで提示しており、わが国でもこのようなアプローチが必要となっている。

また、特定健診・特定保健指導が始まって生活習慣および健診の結果がデータベースとして蓄積されるようになり、医療費の情報としての電子レセプトとの照合も可能となってきた。健康と疾病のデータを使ったより科学的なアプローチも可能となっているので、生活習慣の改善が医療費の削減につながることははっきりすれば自治体や企業でも目標が明確化して対応を取りやすくなる可能性がある。

## Ⅱ 国民皆健診の道筋－特定健診・特定保健指導

2008 年 4 月から医療保険者に実施が義務付けられた特定健診・特定保健指導は、40 歳以上の被保険者と被扶養者に対して健診と保健指導の機会を提供したという点で画期的なものになっている。被用者保険に加入している被保険者は労働安全衛生法に基づく定期健康診断を事業主が実施する必要があるため、健診を受診していたが、被扶養者については老人保健法に基づく市町村の住民健診を受診する必要があった。新たな制度で、40 歳以上の国民は健診を受ける機会が提供されることになった。

また、これまでは糖尿病の治療のために生活指導を受ける場合などに限られていた保健師や管理栄養士による保健指導を実施するようになったことも大きな変化となっている。既に 3 年が経過して新たな段階に差し掛かっている。

### 1. 背景と経緯

特定健診・特定保健指導の制度は、高齢者の医療制度とセットになっている。高齢者医療制度改革は、1997 年の健康保険法の改正の際に議論されたがまとまらず、2005 年 6 月に「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」（骨太の方針 2005）が閣議決定され、医療費の増加を抑えるため医療費適正化について政策目標を設定することや生活習慣病対策を中心とし健康寿命の延伸を目指す健康フロンティア戦略の推進といった方針が定められ、ようやく制度改革に向かった。

2006 年 1 月に発表された「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」によれば、2006 年度の診療報酬改定および健康保険法等改正を実施しなかった場合を起算点とし、1 人当たり医療費の伸びが従来どおりとすると、2006 年度の医療給付費は 28.5 兆円、2015 年度は 40 兆円になるが、制度改革によって 2015 年の医療給付費は 37 兆円にまで削減できるとしている。その前提として、平均在院日数の短縮や給付費抑制策に加えて、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を 2015 年度に 2008 年と比較して 25% 減少させることを政策目標とした。

---

## ＜高齢者医療確保法の内容＞

2006年6月に、「健康保険法等の一部を改正する法律案」および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」が成立した。前者は、①医療費適正化の総合的な推進、②新たな高齢者医療制度の創設、③保険者の再編・統合、を柱としている。後者は、都道府県による医療機関に関する情報の公表制度や医療の安全確保体制の整備、医療計画の拡充・強化などを柱としている。両法は医療保険制度に改革をもたらすことから、平成18年（2006年）医療保険制度改革と呼ばれた。

高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）では、75歳以上の後期高齢者について独立した医療制度を設け、運営主体として後期高齢者医療広域連合を設けるとともに、その給付内容を定めた。また、医療費適正化対策の一環として医療保険者に40歳以上75歳未満の加入者に対する健康診査と保健指導を義務付けた。

後期高齢者医療制度の給付については、国および都道府県、市町村があわせて全体の2分の1を負担し、残りの2分の1のうち全体の1割は後期高齢者の負担とし、残る5分の2については、医療保険者からの支援金でまかなうことになっている。支援金の金額は、医療保険者の被保険者と被扶養者の合計である加入者数に比例して算出されるが、後述する特定健康診査および特定保健指導の実施率等で決まる調整率によって100分の90から110の範囲で増減することが定められている。

## 2. 制度設計

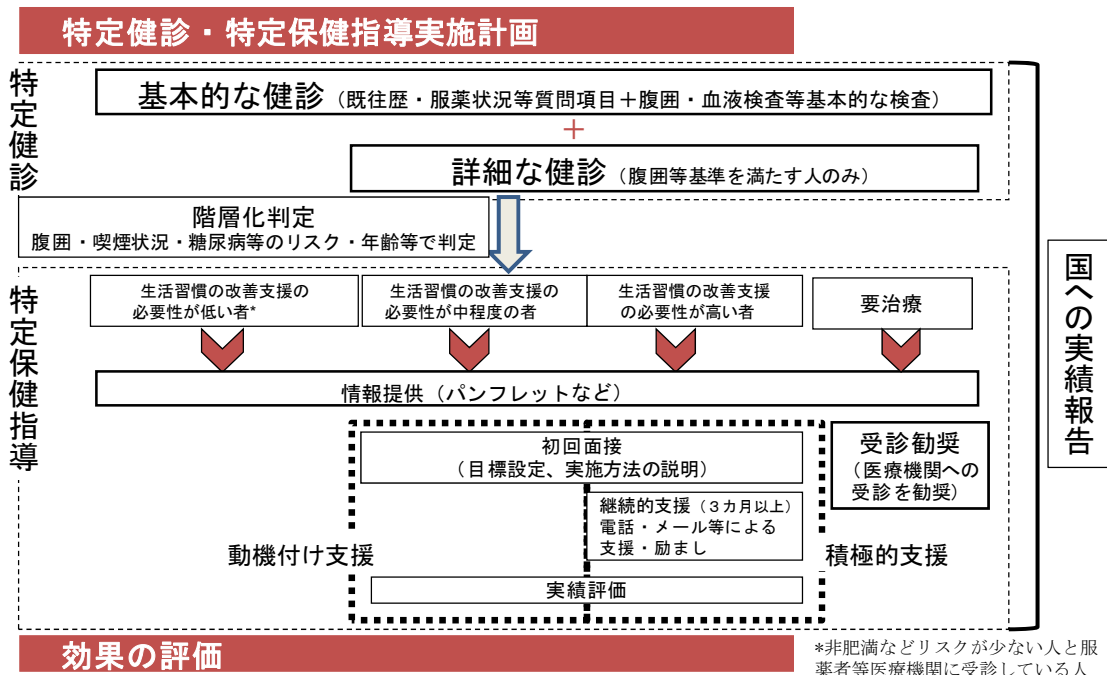
制度の組み立ては、2005年4月に、日本内科学会等の内科系8学会が合同で発表したメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の疾患概念と診断基準が基になっている。メタボリックシンドロームは「内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている」（標準的な健診・保健指導に関するプログラム）。

これまでは肥満というと体重と身長から算定したBMIが基準として使用されていたが、内臓脂肪の蓄積を反映させるとして腹囲が基準値（男性85cm、女性90cm）を超えているとリスクがあると判定している。糖尿病や高血圧、脂質異常（高脂血症）のリスクについても判定基準を設け、一定以上のリスクがある人に特定保健指導を実施して、食事内容に気をつけたり日常生活に運動を取り入れるなどして内臓脂肪を減少させることを中心とした生活習慣改善を実施させることを骨子としている。生活習慣改善の目安を腹囲という測定しやすい指標としている点が分かりやすくなっている。

健康保険組合や共済組合などの被用者保険、国民健康保険などを管轄する市町村では、「特定健康診査等実施計画」を5年ごとに定めることになっており、2007年度に2008年度からの第1期計画が策定されている。国は、保険者別の目安（参酌標準）として特定健診の受診率を単一健保・共済が80%、総合健保、全国健康保険協会、国保組合が70%、

市町村国保が 65%、全体で 70%と定め、保健指導実施率を 45%、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の 2008 年から 2012 年にかけての減少率を 10%として、これに即した計画を作成することを求めた。

図表 5 特定健診・特定保健指導実施の流れ



出所：厚生労働省資料から作成

計画策定に加えて、毎年の実施状況も支払基金を通じて国に報告することが定められている。国への報告に用いるデータは XML という項目名を含む様式に定められており、項目ごとの記録の順番が異なっても対応でき、ソフトやハードに依存しないことが特徴になっている。

国への報告について厳しく規定しているのは、特定健診の受診率あるいは特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の基準年からの減少率の3つの指標で後期高齢者支援金の加減算（プラス・マイナス 10%以内）を行うことになっているためである。健康保険組合連合会が 2011 年 9 月に発表した健康保険組合の平成 22 年度決算見込みによれば、全健保組合での後期高齢者支援金は 1 兆 3,014 億円に達しており、保険料収入に対する割合は 21.19%である。法律どおり加算が行われれば最大で保険料収入の 2%が上乗せになるわけで、大きな出費となる。

### 3. 実施状況

特定健診・特定保健指導が始まって既に 3 年が経過し、2010 年度分の実施状況の国への報告が完了している。2008 年の実施状況については確定値が、2009 年度については速報値が発表されている。

特定健診の実施率は 2009 年度で対象者 5,221 万人に対して受診者数が 2,115 万人で実



実施率（受診率）は40.5%となっている。これは、2008年度と比較すると対象者数29万人増加したが、受診者数が95万人増加し、実施率は38.9%から1.6ポイント増加している。保険者の種類では組合健保と共済組合の被用者保険の実施率が60%台と高く、市町村国保および全国健康保険協会は30%台と低くなっている（図表6）。組合健保は目標（2012年度）に近づいているものの、市町村国保は目標の半数程度となっている。

図表6 特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
2008年度（確定値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	22.8%	59.9%
2009年度（速報値）	40.5%	31.4%	36.0%	30.3%	63.3%	32.1%	65.4%

出所：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」（平成20年度、21年度）より

一方、特定保健指導については、2009年の対象者数が400万人に対して終了者数は52万人で、実施率は13.0%となっている。対象者数は1万人減少し終了者数は21万人増加し、実施率は2008年の7.7%から5.3ポイント増加している。しかし実施率は目標の45%にははるかに及ばない数字となっている。特定保健指導の実施率が健保組合より市町村国保で高い理由は明らかにはなっていないが、市町村国保では特定保健指導で積極的支援を行わない60歳以上の実施率が2008年度の確定値によれば10%台と高くなっており、60歳以上の対象者が多いことから全体の実施率が高くなっていると考えられる。

図表7 特定保健指導の保険者の種類別の実施率

	全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
2008年度（確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	6.6%	4.2%
2009年度（速報値）	13.0%	21.5%	6.9%	7.2%	12.4%	9.8%	9.4%

出所：図表6と同じ

服薬者の人数も多く、2009年度の値では高血圧症の薬剤を服用しているのは415万人（19.2%）、脂質異常症が232万人（10.7%）、糖尿病が90万人（4.2%）などとなっている。特に高血圧の薬剤は、市町村国保で30.8%の人が服用しており、高齢者が多いことが原因と考えられる。

#### 4. 今後の展望

厚生労働省保険局の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で議論が進んでいる。主な論点は、後期高齢者支援金の加減算および特定保健指導対象者の選定と実施方法についてである。

後期高齢者支援金の加減算については、特定健診の実施率が市町村国保と全国健康保険協会では低く、組合健保や共済では高いことから、市町村国保および全国健康保険協会では加減算を行うことに対して反対意見が出ている。特に、保険者によっては特定健診等の事業に取り組むことが社会資源の関係などで困難なところもあり、全国一律の基

---

準で比較することに対して批判も出ている。

後期高齢者医療制度について批判もあり、高齢者医療確保法はいずれ改正されると考えられることから、法律で定められていても加減算を継続的に実施するかどうかは不透明な情勢である。ともあれ、法律改正には時間がかかることから、2013年に予定されている支援金の加減算は実施される可能性が高い。加減算される保険者の選定方法については明文化されていないことから、今後議論が行われるであろう。

また、医療保険制度改革の過程で医療費の適正化を目的として制度が設計されたにもかかわらず、医療費削減効果が必ずしも証明されていない点も問題となっている。1保険者を対象として削減効果があったとする研究成果も発表されたが、その結果が全国的に適用可能であるかどうかについてはまだ議論の余地がある。

#### ＜腹囲基準・服薬者への対応が議論＞

一方、腹囲基準については、欧米と異なる基準を使っていて男性の基準が厳しく（値が小さく）、女性の基準が緩い（値が大きい）という意見が、マスコミ等をにぎわせている。内臓脂肪の面積をCTによって調べ、対象者が保有している高血圧等のリスク数との関係を調べた研究の成果から、女性の腹囲基準を77cmに下げの方がよいのではないかという意見が日本肥満学会理事長の京都大学中尾一和氏から発表されている。しかし、現在の値でよいという結果もあることから、今後の議論の行方を見守る必要がある。

非肥満でリスクのある人が男女同数程度あり、肥満でリスクがある人と合計で同じ程度の人数が含まれていることが明らかになっている。これらの人に対して特定保健指導を実施するとしても肥満対策を中心とした現在のプログラムでは有効とは考えられず、別の方法を考える必要がある。

服薬者（治療中の人）への対応についても議論されている。服薬者については、現在の制度では特定保健指導の対象でないので医療機関への受診を継続することを勧めることしかできない。服薬者に積極的に保健指導を実施すれば、検査データが改善され、医療費も削減される可能性のあることが国民健康保険中央会の研究などから示されている。しかし、服薬者への保健指導には主治医との連携が不可欠で、運動実施など保健指導を行っても危険がないことを確認する必要があり、実施には専門知識が必要でしかも手間がかかる。

特定健診・特定保健指導は予防医療のシステムとしては定着しつつあるが、実施方法の問題点についてはようやく検証が始まったところである。現状では全国どこでも同制度が利用可能とはなっていないが、今後、そのようになっていき、社会の仕組みとして質の高いサービスとなっていくことを期待したい。

### Ⅲ メンタルチェックと面接の義務付け－労働安全衛生法改正

労働安全衛生法の改正で新たに行われるようになるメンタルチェックおよび医師によ

---

---

る面接制度は「ストレス症状を有する者への面接指導制度（仮称）」という。定期健康診断で事業主は、比較的簡単にストレスの状況についてのチェックを行い、それに基づいて労働者からの申し出で産業医等に面接を行わせ、産業医または面接を担当した医師に労働者に対して医療機関への受診を勧めさせたり、産業医等から時間外労働の制限や作業の転換などの意見を聴取するなどを骨子としている。メンタルヘルスに対する確認という非常に微妙な情報であることから、労働者の同意に基づいて実施することを基本とし、事業主への報告や労働環境の改善について多くの配慮を行うとともに、中小企業に配慮して外部の専門家の活用を進めるなどが特徴である。

## 1. 背景と経緯

労働者のメンタルヘルス対策は、過労死が問題となった 1980 年代後半にさかのぼる。1988 年に、「過労死 110 番」全国ネットワークが電話相談を始めたことがマスコミに取り上げられ、知られることになった。労働省（当時）は、過重労働による自殺に安全配慮義務違反を認めた判決を契機として、1999 年 9 月、「心理的負担による精神障害者に係る業務上外の判断指針」を公表し、精神障害の発病に関与したと認められる業務による心理的負荷の強度の評価方法を明らかにし、精神障害あるいはそれに伴う自殺を労災として認定する道を開いた。

2006 年 4 月には労働安全衛生法が改正され、脳・心臓疾患の発症を予防するため 100 時間を超える時間外・休日労働を行って疲労の蓄積が認められる労働者に対しては、本人の申し出で産業医などの医師の面接を義務付け、80 時間超の時間外・休日労働を行って疲労の蓄積が認められるかまたは健康上の不安を有している労働者などに対しては面接実施を努力義務とした。事業者は面接指導の結果に基づいて医師から意見を聴取するとともに、就業場所の変更や作業の転換、労働時間の短縮などの事後措置を行うことになっている。

ここで問題なのは、労働者が面接の申し出をする相手が事業主であり、事業主を通さなければ面接を受けられないことである。さらに、面接の受診は従業員からの意思表示に基づくことになっており、対象者に一律に実施することは困難である。ストレスの状況ではなく時間外・休日労働の時間に基づいている点も問題となっている。

2010 年労働安全衛生基本調査によれば、長時間労働者等健康への配慮が必要な者に対する医師による面接指導を実施したとする割合は事業所全体で 7.4%であり、事業所規模が 1,000 人以上では 83.0%と高いものの、500～999 人では 60.5%、300～499 人では 42.1%と規模が小さくなるにつれて下がっている。面接指導等を実施しなかった理由として、面接指導の対象者がいなかったというのが 85.3%と大部分で、対象者はいたが実施しなかったとの回答は 7.0%にとどまっている。解釈が難しいが、面接指導制度を知っていたとする事業所の割合が 50.6%にとどまっており、依然として意識は低いのではないかと考えられる。

現在、実施されている労働安全衛生法に基づく定期健康診断には、「既往歴の調査」あるいは「自覚症状および他覚症状の有無」の項目も含まれているため、メンタルヘルス不調による症状が確認できる可能性もあるが、これらの項目を実施する具体的な手法は医師の判断にゆだねられているため、メンタルヘルス不調の把握に役立つものとはいえなかった。健診結果が事業主に通知されることになっていることから、労働者がメンタルヘルス不調の状況を回答するのには困難があることが予想される。

## 2. 制度設計

### (1) メンタルチェック

メンタルチェックの問診票は、疲労、不安、抑うつについての項目として標準的な例としてあげられている（図表8）。それぞれ、1～3は疲労の、4～6は不安の、7～9は抑うつの尺度となっている。厚労省が独立行政法人労働安全衛生総合研究所に依頼して、職業性ストレス簡易調査票から項目を選択して作成したもので、問診票に答えることによって、コストをかけずにストレスの項目を確認できるように開発された。

メンタルチェックの問診票は定期健康診断の問診票と同時に提出し医師が問診の際にストレス症状の確認をする。法律案の概要によれば、メンタルチェックの実施は事業主に義務付けられており、従業員も検査を受けることが義務付けられている。

ストレス症状の確認は、「例えば、食欲がない、よく眠れない等の身体的な症状・不調や、ゆううつだ、イライラしている等の心理的な症状・不調等、ストレスに関連する症状・不調（職場だけでなく家庭等によるものも含む。）について、医師が適切に確認するようにする」（第45回労働政策審議会安全衛生分科会（2010年10月25日）資料「職場におけるメンタルヘルス対策について」（論点整理）から）。外部健診機関で定期健診を行った場合も、問診を行う医師がストレス症状を確認したのち、産業医に直接その結果を伝えることになっている。メンタルチェックを行うのは医師または保健師に限定しており、それ以外の人を実施することは認められない見込みである。

図表8 問診票の項目

	ほとんど なかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつも あった
1 ひどく疲れた	1	2	3	4
2 へとへとだ	1	2	3	4
3 だるい	1	2	3	4
4 気がはりつめている	1	2	3	4
5 不安だ	1	2	3	4
6 落ち着かない	1	2	3	4
7 ゆううつだ	1	2	3	4
8 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
9 気分が晴れない	1	2	3	4

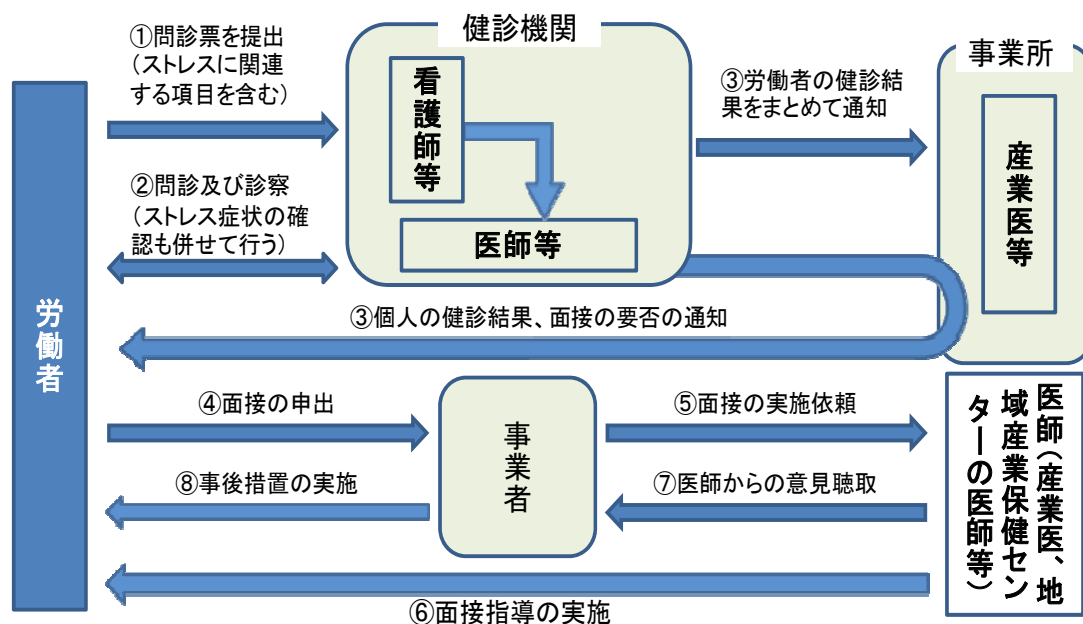
出所：（独）労働安全衛生総合研究所「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究報告書」

通常、定期健康診断の結果は事業主を通して労働者に伝えられるが、メンタルチェックの結果、ストレスに関連する症状および不調の状況、面接が必要かどうかについては、事業主を通さずに労働者に直接知らされることになっている。したがって、健診の結果表とは別の形で封印するなどして送ることが想定されている。これも、プライバシーに配慮した内容となっている。

## （２）面接の実施－外部機関の活用も視野

面接が必要と判定された場合、労働者が希望すれば面接を受けることができる。事業主に全く連絡しないで産業医の面接などを受けることは、就業中に職場を離れることになるためにできないことから、長時間労働者に対する面接制度と同様、従業員が事業主に面接についての申し出を行うこととなっている。面接の申し出があれば、事業主は産業医などに対して面接の実施を依頼し、医師が面接指導を行うことが義務付けられている。その際、事業主は職場の情報についても医師に伝えることができるようになる。

図表９ メンタルチェックと面接の流れ



出所：厚生労働省資料から作成

労働者が事業主に対して面接指導の申し出をしたことを理由として、労働者に不利益な取り扱いをしてはならないことになっている。

医師は面接の際に、医療機関で受診すべきだと判断すれば、必要に応じて外部の医療機関などの受診を勧奨する。また、面接結果に基づいて事業主は産業医から意見を聴取することになっている。

厚生労働省の労働者健康状況調査報告（2007年）によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業所の割合は66.4%となっている。取り組んでいない最大の理由は「専門スタッフがいない（44.3%）」ことである。メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所のうち、メンタルヘルスの専門スタッフがいないとした事業場は52.0%である。専門ス

---

スタッフの内訳は、「産業医」が 56.5%、「衛生管理者又は衛生推進者等」が 30.7%、「保健師又は看護師」が 22.5%、「産業医以外の医師」が 9.6%となっている。メンタルチェックを担当できる医師・保健師がいる、あるいはメンタルヘルス全般にアドバイスを行うことができる人材の確保が重要な課題となっている。

新たな外部の専門機関を登録して、産業医に代わることができるとする枠組みが設けられることになっている。現在、メンタルヘルス関連では EAP（従業員支援プログラム）が、外部委託機関となっている例が多いが、医師が当該機関に所属しているという事例があまり多くないと厚生労働省では考えており、新たな機関の立ち上げが必要となってくる。登録の要件についても今後明らかになってくると思われる。

50 人未満の事業所については、既にある地域産業保健センターが一部を担っていくことが想定されている。同センターは独立行政法人労働者健康福祉機構が 50 人未満の事業所に対して長時間労働者への面接指導や健康相談窓口の開設などを無料で行っている組織である。ただし、平成 22 年 4 月に行われた事業仕分けによって、同センターへの財政支出削減が決まり、一部については医師会が運営を継続するなどしているところから、実施方法については今後検討が必要である。

### （3）面接結果の事業主への報告

面接した結果について事業主に報告する内容については、対象者の同意を得ることが必要となっている。また、産業医の意見に基づいて実施する就業上の措置については、「労働者が面接の申し出を行ったことや、面接指導の結果を理由として労働者に不利益な取り扱いをしてはならないこと」（「今後の職場における安全衛生対策について」（建議）2010 年 12 月、労働政策審議会。以下「建議」とする）となっているが、「労働及び労務管理の実態を十分に踏まえたうえで整理する」（建議）ことから、詳細の決定は今後決められてくる模様。健康確保する以上の必要性を超えて不利益な取り扱いを行ったり解雇を行ってはならないことを厚生労働省では確認している。

また、検討会報告書では就業上の措置の実施に当たっては、労働者の了解を得るために話し合いを行うとともに、医師の意見の内容を労働者に示すことが必要であるとしている。

## 3. 今後の展望

労働安全衛生法の改正は執筆時点では国会提出前であるため、細かな実施方法については今後見直される可能性がある。ともあれ、メンタルチェックは、労働者本人にメンタルヘルスについて関心を持ってもらうための入り口に過ぎず、これらの対策を総合的に取ることがメンタルヘルス対策としては必要である。

建議では、メンタルヘルス対策を総合的に進めるために、①管理職に対する教育、②職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供、③メンタルヘルス不調者に適切に対応できる産業保健スタッフの養成および活用、④配置転換後等のストレスが高まる恐れがあ

---

る時期における取り組みの強化、⑤うつ病等による休業者の職場復帰のための支援の実施、を求めている。

このうち特に④については、配置転換などによる職場環境の変化がきっかけとなってうつになって自殺するケースが報告されているという。自殺対策支援センター ライフリンク（特定非営利活動法人）が公表している「自殺実態白書 2008」によると、配置転換あるいは昇進がきっかけとなって自殺につながるものが例としてあげられている。

⑤については、労働者健康状況調査報告（2007年）によると、過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1カ月以上休業・退職した労働者がいる事業場の割合は7.6%、また、過去1年間においてメンタルヘルス上の理由により連続1カ月以上休業または退職した労働者の割合は0.4%となっている。

このように、メンタルチェックをきっかけとして、事業所が従業員のメンタルヘルス対策を総合的に実施するようになることが望まれている。

#### IV 終わりに

以上述べてきた健康についての制度の動きは、自発的な実施を促すのみでなく、国が目標を定めて都道府県が実施計画を立てて幅広い立場で実施するための道筋を作らせる健康日本21のような活動から、法律で実施方法を作成してペナルティやインセンティブを設けて実施させる特定健診・特定保健指導へ、さらに労働安全衛生法に組み込んでより強い強制力を持つものへと展開している。制度で事細かに規定されれば、保険者あるいは事業主によって置かれている条件が異なることから、実施に困難が伴ったり、非常な労力を伴うということも考えられる。

しかし一方で、制度化されていることによって従業員や被保険者・被扶養者などへの情報提供がスムーズに行われ、健診受診などの協力が得られやすくなるという点も否めない。

特定健診・特定保健指導においては、制度では規定されていないような健診受診あるいは面接への参加を促すための電話あるいは手紙などによる連絡が利用率を向上させるという結果が得られている。また、健康日本21に取り上げられている健康づくりのためのキャンペーンに全社をあげて長く取り組んでいるような事例も見受けられる。実施者による創意工夫が求められているといえよう。

健康に関する情報が急速に整備されている中で、データ分析によってこうした工夫を精度高く検証することも可能となってきている。

2011年度に行われている制度の再検討や制度化が、健康づくり施策の新たな第1歩につながることを期待したい。