

紹介

従業員の健康管理の現状と課題

——最近の傾向と事例の分析をふまえて

村杉 靖男

(法政大学客員研究員)

目次

- I はじめに
- II 健康・医療領域に関する制度の現況について
- III 福利厚生費から見た医療・健康領域における費用の推移
- IV 事例——会社の健康管理活動（J社の場合）
- V 事例——健保組合の健康管理活動（J健康保険組合の場合）
- VI まとめ

I はじめに

本稿は、企業内福利厚生制度における健康・医療領域について、その現状と方向性を大まかに把握した上で、ある製造業における最近の事例を紹介することを目的としている。企業の健康管理に係る組織は3つ存在する。会社、労働組合そして労使で構成する組織（大手企業においては健康保険組合や共済会といわれるもの）である。本稿では、会社と健康保険組合の取り組みについて紹介する。

II 健康・医療領域に関する制度の現況について

事例紹介に入る前に、企業福利厚生における健康・医療領域に関する制度の現況を整理してみたい。企業福祉・共済総合研究所の『福利厚生・退職給付総合調査（2003年）』¹⁾によると、現在導入している福利厚生制度（企業調査）で導入率が最も高いのは、「慶弔・災害見舞金」（92.2%）で

ある。第2位、「死亡退職金・弔慰金制度」（88.8%）、第3位「健康診断（法定への上積み）」（71.8%）であり、「住宅手当、家賃補助」（54.9%）、「財産形成援助制度」（54.1%）がそれに続いている。この結果をみると、「健康診断」を含む上位3項目の導入率が他の項目に対して圧倒的に高いことがわかる。

さらに、健康・医療領域に絞って制度導入率をみると表1の通りである。

また、今後新規導入・拡充したい制度は何かという問いに関しては、「喫煙対策（分煙・禁煙支援）」（24.1%）、「メンタルヘルス」（21.0%）、「生活習慣病検診」（19.3%）、「健康診断（法定への上積み）」（18.7%）と健康・医療領域が上位2位から5位を占めている。ちなみに1位は、「公的資格支援」であった。

健康・医療分野が注目される理由について同研究所は、少子高齢社会の到来や、脳・心臓疾患に関する労災認定基準の是正、さらには国の「健康日本21²⁾」などの推進を背景に企業が積極的に支援し、管理する態度が現れ始めていると分析している³⁾。

また最近の企業の健康・医療領域の取り組みにつき、(財)社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所の行った調査がある。この研究所は、企業のメンタルヘルスに関する取り組みの実態を分析・解明する目的で、2002年、2004年に続いて2006年4月に3回目の調査を実施している。この調査において、健康づくりで力を入れている施策のうち上位7項目の時系列変化について調査結果を発

表1 健康・医療領域の制度導入率

項目	導入率 (単位：%)
健康診断（法定への上積み）	70.0
生活習慣病検診	54.5
個人負担の人間ドックの補助	35.3
メンタルヘルス	10.2
介護ヘルパー派遣	3.1
長期所得補償保険料補助	1.9

表した。その内容は、図1の通りである。

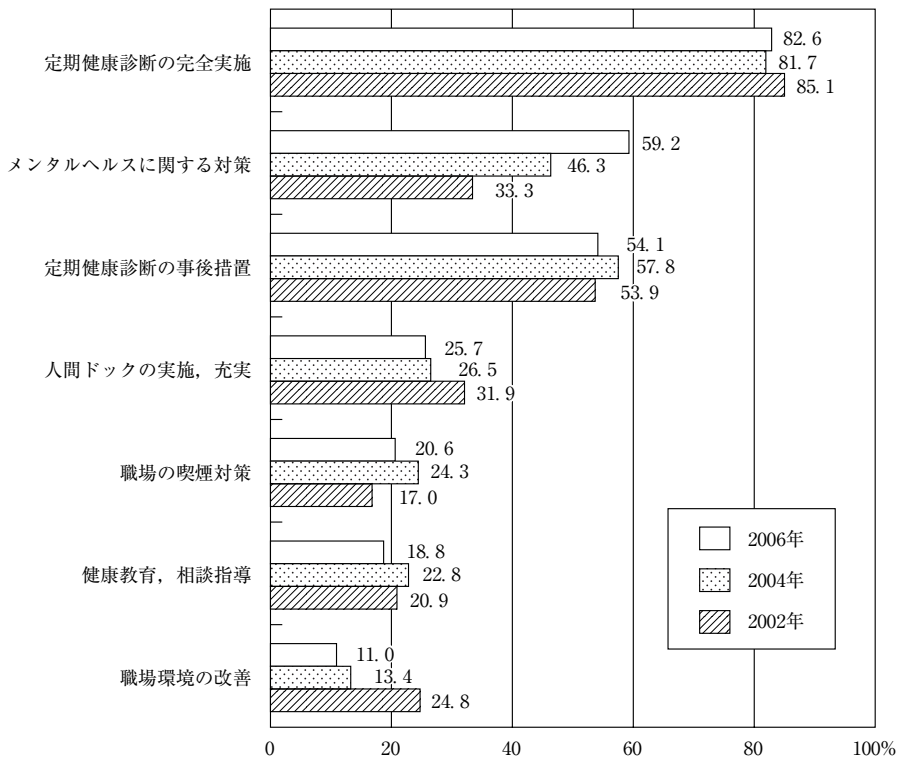
この結果をみても、前述の企業福祉・共済総合研究所の調査と同様、企業は従業員の健康診断実施に力を入れていることがわかる。また、メンタルヘルスについては、2002年に企業福祉・共済総合研究所が調査したときに、「今後新規導入・拡充したい制度」の2位に挙げられていたが、メンタルヘルス研究所調査においても、2002年33.3%、2004年46.3%、2006年59.2%と、年を追うごとに急増している。

Ⅲ 福利厚生費から見た医療・健康領域における費用の推移

日本経団連の『福利厚生費調査』⁴⁾によれば、一人当たりの法定外福利費は、2002年2万8203円、2006年2万8286円とほとんど横ばいの状況である。しかし、その内訳で最もウエイトの高い項目は住宅費であるが、2002年を100とすると2006年は96.6とやや減少している（2002年1万4456円、2006年1万3962円）。それに対して、医療・健康費用（医療・健康衛生施設運営費とヘルスサポート費で構成）は、2002年を100とすると2006年は115.8に増加している（2002年2700円、2006年3127円）。これは、法定外福利費の中で数少ない増加項目である。企業が医療・健康領域の施策を充実させようとしていることは、福利厚生費の構成からも見てとることができる。

以上の企業福利厚生制度の動向を踏まえ、次にある製造業の事例を紹介する。

図1 健康づくりで力を入れている施策 上位7項目の時系列変化（上位3つまで回答）



IV 事例——会社の健康管理活動（J社の場合）

1 J社の概要

J社は、化学品製造・販売を主たる事業とする企業である。資本金は約800億円、従業員数は約4000名、売上高は連結ベースで約1兆1000億円である（2006年3月31日現在）。

2 健康管理体制

J社は従業員の健康管理を行う部門として健康推進センターを設けている。健康推進センターは本社と5カ所の主要事業所に設置され、本社健康推進センターは全社の健康管理方針や具体的施策を企画立案し統括的な役割を果たしている。5カ所の主要事業所とは、3工場（うち1カ所は研究所併設）および2営業支社（東京・大阪）である。各健康推進センターは、センター長のもと健康管理専門スタッフである産業医、保健師（看護師）で構成されている。本社のセンター長は専任管理職であり、事業所センター長は総務部門管理職が兼任している（図2）。

3 健康管理の今日的背景と今後の方向性

J社においても、前述の福利厚生制度における医療・健康分野重視の傾向がみられる。つまり、以前から健康診断とその事後フォローのための全員面接を重点的に行ってきたが、それを維持しつつ、昨今の職場環境や社会環境の変化を踏まえ、

「フィジカルからメンタルへ」を基本方針に加え、取り組みを展開している。これは、フィジカルな対応を軽視することを意味しない。その取り組みは継続しつつ、職場におけるメンタル面での課題が増えてきたことに対応しようとしていると言える。メンタル問題の今日的背景として、J社健康推進センターは次のようにとらえている。

- (1) 要員の少数化に伴う一人ひとりの業務スパンの拡大、行動範囲の増大がもたらす労働の加重化
- (2) パワハラやセクハラの顕在化（時代の変化に対する管理者の自覚不足も一因）
- (3) 従業員のストレス耐性の低下（厳しい指導・業務に耐えられない）
- (4) 家庭や学校教育の変化（少子化による過保護、失敗経験の回避など）

J社の産業医および保健師にヒアリングしたところ、健康管理の今後の方向性について次のように述べている。「従来の福利厚生の一環という性格⁵⁾から脱し、法対応における事業主としての安全配慮義務と従業員の自己保健義務へのサポート、そして『自分の健康は自分で守る』という意識付けへのサポートを目標に取り組んでいる。つまり、自分の健康度をきちんと把握し、ちょっと変だなと思ったときに自分で対応できる力を従業員に身につけてもらう、一人ひとり自立（律）した人間になってもらうという人材教育の域に高めていくことが目指す健康管理の目標と考えている。」図3は、その変化を図示したものである。

そしてこれらの要因は、社内教育等の不断的努力の必要性はあるとしても根本的には解決が難し

図2 J社健康管理体制

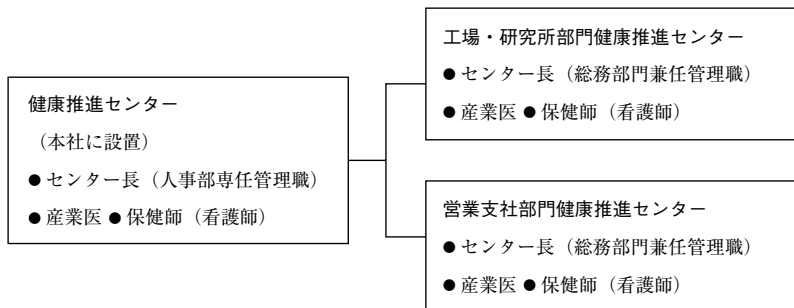


図3 企業としての健康管理の性格の変化

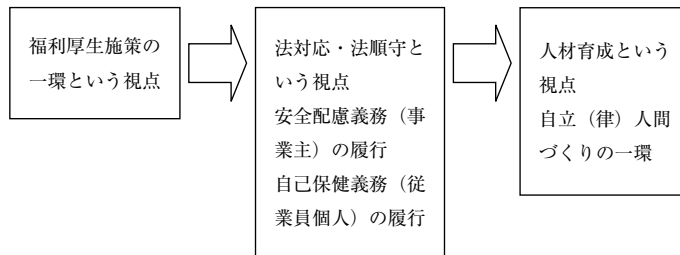


表2 法定定期健康診断検査項目とJ社における定期健康診断検査項目

	法定定期健康診断項目（安衛則第44条）	J社における定期健康診断項目（法定項目プラス項目）
項	<ul style="list-style-type: none"> ・既往歴および業務歴の調査 ・自覚症状および他覚症状の有無の検査 ・身長、体重、視力、聴力（1,000/4,000Hz）の検査 ・胸部エックス線検査および喀痰検査 ・血圧の測定 ・貧血検査（血色素量、赤血球数） ・肝機能検査（GOT、GTP、γ-GTP） ・血中脂質検査（総コレステロール、トリグリセライド、HDLコレステロール） ・血糖検査 ・尿検査（糖、蛋白） ・（安静時）心電図検査 	<ul style="list-style-type: none"> ・体脂肪率、BMI ・貧血（ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板） ・炎症（白血球） ・肝機能（中性脂肪、LDLコレステロール） ・腎機能（クレアチニン、尿酸） ・血糖検査（HbA1c） ・胃がん（ペプシノーゲン法） ・尿検査（尿潜血） ・便潜血検査（大腸がん）
目		

い問題であり、必ず職場において発生し続ける問題であるとの認識からスタートしている。当然のことながらメンタル面で通院する事態に至ったときのフォローや、治療後の職場復帰についての本人、産業医（保健師）と職場の三位一体となった取り組みも重要であるが、何と云っても危険ゾーンに従業員が入る前に可能な限り問題の芽を摘み取ることが重要である。その取り組みを通じて、自分で健康管理できる従業員（人材）の育成を目指している。それが、産業医のいう「自立（律）人間づくり」の意味である。

4 全社的な取り組み

(1) 定期健康診断の充実——健康保険組合との役割分担

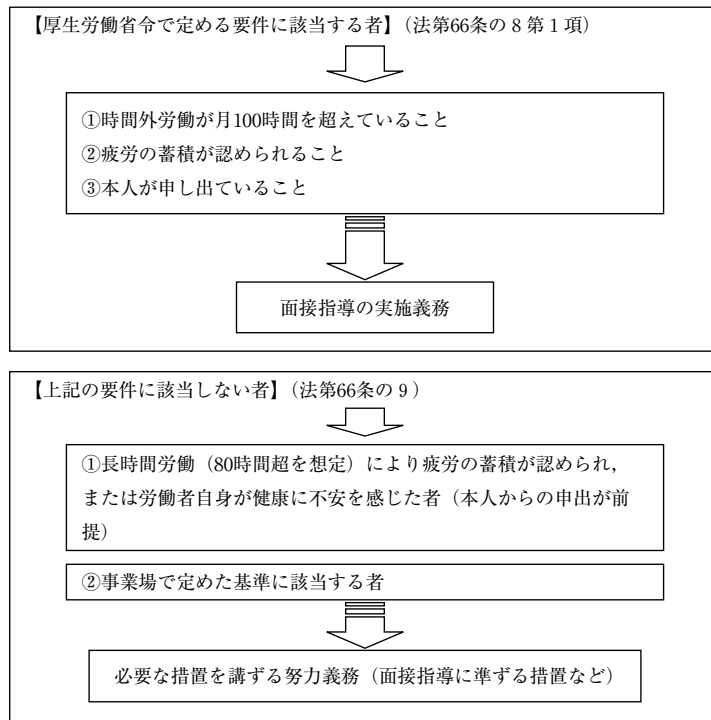
J社においては、定期健康診断については、過去から法定項目を超える健康診断項目の充実を図っ

てきたが、2004年度からJ健康保険組合との連携のもと、産業医の意向も踏まえ、健康保険組合との間（実質的には労使間）で表2のような項目と費用面の役割分担を行ってきている。費用分担は異なるものの、その検査結果は健康推進センターの産業医の元に情報が一元化され、「全員面接」の際に利用されている。

(2) 面接機会の増加——特にメンタル面を意識したきめの細かな網を張る

2006年4月1日労働安全衛生法が改正（図4参照）され、一定の長時間労働者（時間外労働が月100時間超）に対する産業医等による面接指導が義務づけられた。しかしながら、予防に重点をおくJ社としては、その基準では上述したように危険ゾーンに入る前に芽を摘み取ることは不十分であると考えている。そこで、全社的には従来行ってきた定期健康診断後の「全員面接」に加え、メ

図4 労働安全衛生法改正に基づく面接制度



ンタル面のフォローアップ強化を目指して、2006年秋より、健康推進センター専門スタッフによる過重労働に関する面接の方法を大幅に見直すことにした。

従来は、一般職に限り本人申請による月40時間以上の時間外労働実施者に対しては、健康管理スタッフ（保健師・看護師）による面談を義務づけていた。しかし、本人申請ということから実際の労働時間とかけ離れていた面もあった。また、40時間以上の時間外労働を毎月行っても同一対象者に対しては3カ月に1回しか面談は行われてこなかった。その後、時間管理をより厳密に行おうとの機運が労使で起こり、2006年4月労使の合意に基づき、各自のPC端末の立ち上げと終了時間の自動把握に加え、勤務入力システムによって「仕事を始めた時間」と「仕事を終えた時間」をインプット（自己申告）させ、管理職が双方を把握したうえで承認するようにした。さらに、管理職に対しても時間管理を強化することとなった。この新たなシステムを受け、健康管理推進センターは従来の面談方式の大幅見直しを行った。具体的

には、一般職および管理職の仕事にかかわったと推定される時間につき、月60時間以上80時間未満の時間外労働実施者については問診と上記スタッフ面談を2カ月に1回、月80時間以上100時間未満の時間外労働実施者についてはスタッフ面談を毎月1回、100時間以上の時間外労働実施者については、健康推進センター産業医による面談を毎月行うことを義務づけた。そのことにより、従来以上に早期に異常を発見し予防措置をとることが可能になった。また、結果として管理職の中に不眠を訴える者も見つけることができた。

一方、前出の図2に示したとおり、大きな事業所（工場、研究所、東京・大阪営業支社）には健康推進センターがあり専門スタッフがそろっているので、一応の体制が整っているが、健康推進センターのない地方事業所の対応が問題となった。そこで、地方事業所については、従来の定期健康診断における年1回の産業医の面接を半年に1回行うことで大事業所との均衡を図ることにした。加えて地方事業所については、健康推進センタースタッフの月1回の定期的巡回も実施し、相談した

い時にできる限りタイミングをずらさぬような配慮もしている。

(3) 産業医によるメンタル講習会の実施

従来、労務管理教育の一環として管理職昇格時に実施してきたメンタルヘルス講習会を、今後は管理職向けと一般職向けに実施し、特に管理職向け講習会については労務管理視点に加え、管理職自身の自己管理という視点も加味し実施することにした。

(4) 海外勤務者健康管理支援について

J社には約200名の海外勤務者がいる。従来は、年1回、問診票と定期健康診断結果データを健康推進センター産業医がチェックしてきたが、回収率が30%弱(2006年度)と低いため、さらに回収率の向上を図り、一方で2007年春より産業医の定期的巡視および面談を東南アジア・中国から実施し、全世界への拡大を図っている。

(5) 健康推進センター間の連携強化

従来センター間の意思疎通が不十分であったこ

とに鑑み、2007年4月より半年に1回、本社健康推進センター産業医とセンター長が各事業所健康推進センターを訪問し、意思疎通を図ることとした。さらに今後は、センター長会議や産業医・保健スタッフ会議を開催し、全社的な状況の把握と取り組みの共有化を図ることとした。またセンター間の日常的な報告体制の充実を検討している。

(6) メンタルヘルス不全により休業した従業員の職場復帰および復職の対応について

この問題についてJ社では、過去から労使で十分な検討が行われてきた経緯がある。現在は、次のような考え方にに基づきメンタルヘルス不全者の職場復帰および復職についてきめ細かな対応が行われている(表3参照)。そしてこの内容は、メンタルヘルス不全者本人、上司、人事部門、並びに健康管理推進センター産業医・スタッフで趣旨および手順の徹底化がなされてきた。その結果、スムーズに職場復帰を果たす者も多く見られるようになったとのことである。

表3 J社：メンタルヘルス不全により休業した従業員の職場復帰および復職の考え方

1. 職場復帰及び復職の定義

職場復帰とは仕事場に戻る。復職とは休業状態(欠勤・休職など)から仕事に戻り仕事を行うこと、よって再就業及び復職両方の意味。

2. 職場復帰及び復職の流れ

従業員がメンタルヘルス不全により休業

↓

主治医の復職許可

↓

職場復帰面談(職場復帰判定)：復職できる状態か面談で確認

↓

職場復帰：原則として休業前の業務に復帰

↓

治療出社：復職のためのリハビリ、復職できる状態か行動で確認、3か月まで可能(時間単位の出社、フルタイムでない)

↓

復職面談(復職判定)……この段階までは休業扱い

↓

復職

3. 職場復帰要件

①病気がよくなっている。

②本人が病気になった原因を理解し、それについての対策を考え行動ができる。
(この見極めがポイント。この状態にならなければ再発の可能性があるため。)

③職場復帰に必要な体力がある。

4. 復職要件

①所定労働時間の勤務が可能である。

②仕事ができる(役割期待の半分ぐらいの仕事がこなせる状態)。

③周囲を必要以上に困らせない。

④仕事の量や質の制限はするが、腫れものに触るような特別扱いはしないですむ。

5 J社K事業所の取り組み（メンタルヘルス対応に絞って）

J社K事業所は、歴史的には全社に先駆けメンタルヘルス面の取り組みを強化してきた経緯がある。具体的には、第一次予防のため産業医（保健師）は多岐にわたるルートを通じアンテナを張り巡らしている。それには大きく分けて5つのルートがあると産業医は述べている。

(1)長時間労働実態調査をもとにしたルート

K事業所においては、3年前から月40時間以上の時間外労働実施者に体調全般にかかわるアンケートを実施している。中央労働災害防止協会の「職業性ストレス簡易評価ホームページ⁶⁾」を活用することもある。これらの結果をもとにして産業医（保健師）が面談を行っている。K事業所には約1500名の従業員が働いているが、月平均50名前後の面接を実施している。多い月では、90名近く実施することもある。毎月40時間を常態的に超過する従業員については、3カ月に1回は必ず経過観察のための面談もおこなっている。K事業所のもうひとつの特徴は、管理職についてもきめ細かな対応を行っていることである。J社においては、管理職（課長や主任研究員以上）は時間外労働手当支給対象外であるが、数年前から時間管理の徹底化のなかで、全社に先駆けて管理職についても始終業時刻を自分のパソコンに打刻し記録することを義務づけた。そして、管理職の場合は月間80時間以上を目安として、本人の意思に関係なく面談を実施してきている。時間管理の徹底化以降、管理職は時間管理と健康管理の関係の重要性をより深く理解するようになった。そのため、部下に対して率先垂範するという観点から、80時間を超過したときに面談を拒むものは皆無であるという。K事業所には約100名の管理者がいるが、そのうち1割程度が毎月面談を受けているとのことであった。

(2)定期健康診断以後の全員面接によるルート

K事業所健康推進センターにおいては、5年前から年1回全従業員に対して定期健康診断後、全員面接を実施している。この面接は、産業医と保健師が手分けをして行っているが結果的にこのルー

トが第一次予防の面でもっとも効果的である。危険ゾーンに入る前に健康指導を行うことができ、予防効果が高いとのことである。

(3)管理者の部下管理からのルート

このルートは、管理者が日常部下と接するなかで部下の異常に気づき、部下と話し合い、部下が納得して健康推進センターに相談に来るケースである。

(4)本人の気づきからのルート

数少ないが、健康推進センターに直接本人が申し出て面談を受けに来るケースである。

(5)労働組合からのルート

労働組合も、健康管理のチェッカーとして重要な存在である。執行部による日常の世話役活動を通じ、あるいは職場組合役員からの情報や本人の相談を通じ、第一次予防の役割の一端を担っている。また、労使関係上、会社から組合への時間外労働実態データ開示（月ごと）により、組合として該当職場の上司と従業員（組合員）に対して事情聴取も行っている。その際、労働組合から仕事の配分のあり方や要員問題の改善を提案することもあるようだ。このようにして、労使で長時間労働が過重労働になる前に芽をつむ努力が行われている。しかし、同時に、個々の組合員がメンタル面で問題を抱えると、産業医・保健師とのパイプも駆使しているようである。

V 事例——健保組合の健康管理活動（J健康保険組合の場合）

1 健康管理の一翼を担う健康保険組合

企業が行っている健康支援で重要な存在となっているもうひとつの主体は、健康保険組合である。健康保険組合には、企業ごとに組織化されている一般健康保険組合と、業種ごと、あるいは業種が異なるが企業グループごとに組織化されている総合健康保険組合がある（ここでは中小企業が所属する政府管掌健康保険は除く）。

これら健保組合の構成は、事業主と従業員（一定期間退職者も含む）であり、その組織は、事業主と従業員相互が一定の割合で支払う保険料⁷⁾を

主要財源として運営されている。

健保事業方針は、総会や理事会という機関において民主的に決定されているが、その役員は通常、事業主側は人事担当部門（健康管理部門含む）の管理職、従業員側は労働組合のある企業においては労働組合役員によって構成されている。そのため健康保険組合の事業は、それぞれの企業の労使関係や企業の人事政策を反映したものとなる。したがって、「企業がおこなう従業員の健康管理支援」の実情や課題を考察する際に、健康保険組合の存在を無視することはできないのである。

2 乏しい財源のなかでの健康保険組合の保健事業

事業主と従業員が拠出する保険料収入のなかで、健康管理のための事業（保健事業）に充当される財源は限られている。表4に示すとおり、健康保険組合の支出の内訳はその大半が保険給付費と老人保健拠出金⁸⁾で占められ、保健事業費の割合は4.9%（『健康保険組合事業年報〈平成16年度版〉』）とわずかである。この乏しい財源のなかで各健康保険組合はそれぞれの知恵を絞り保健事業活動を展開している。その現状と課題を整理してみたい。

第一点は、企業が行う従業員の健康管理支援策との棲み分けである。棲み分けは、健康管理対象

者、健康推進活動においてみられる。一般的には、企業が行う事業の対象者は従業員本人のみであるのに対して、健康保険組合が行う事業の対象者は従業員（被保険者）とその家族（被扶養者）である。企業の健康推進活動は、前節でも紹介したように、労働安全衛生法に基づく健康診断の実施・フォローやメンタルヘルス対策の充実に力点が置かれている。一方、健康保険組合の健康管理活動は、独自の健康増進プログラムの策定と実施、保健指導宣伝活動、被扶養者も含めた各種検診の実施、健康相談窓口の開設、スポーツ施設紹介など広範囲なものである。今後、各企業においては社会経済環境変化に伴う事業主に対する法の要請、事業主独自の従業員福祉政策のあり方ならびに健康保険組合の役割・財政との関連の中で、さらなる役割分担が課題となることが予想される（J社においては、前述したように、労使の議論を経て会社と健康保険組合の役割分担が整理されている）。

第二点は、「特定健診・特定保健指導」への対応である。具体的には、昨年6月に可決成立した「医療制度改革関連法」において、2008（平成20年）度から医療保険者（企業においては健康保険組合）に対して、生活習慣病予防に着目した特定健康診査や特定保健指導が義務づけられ、その政策

表4 健康保険組合支出決算状況（平成16年度）（単位：%）

支出項目	全国組合管掌健康保険	J健康保険組合
事務費	2.1	3.6
保険給付費	52.0	47.9
老人保健拠出金ほか	37.2	42.0
保健事業費	4.9	4.0
保健指導宣伝費	0.4	0.2
疾病予防費	3.0	1.5
体育奨励費	0.2	0.7
直営保養所費	0.8	0.6
その他	0.5	1.0
その他	3.8	2.5
総支出	100	100

出典：健康保険組合連合会発行「健康保険組合事業年報（平成16年度）」およびJ健康保険組合決算資料より筆者作成。事業年報は、1584健康保険組合の平均値。

注：1）保険給付費は医療費負担費用。

2）老人保健拠出金は、老人を抱える比率が全国平均より低い健保組合や政管健保がより多くの資金を拠出することで、老人比率の高い国保が財政難に陥るのを防ぐ仕組み。

3）保健指導宣伝費は、主に広報誌発行や被保険者向け啓蒙活動に係る費用。

4）疾病予防費は、各種検診、常備薬配布、健康相談、健康セミナー等に係る費用。

5）体育奨励費は、スポーツ施設契約、健康づくりキャンペーン・イベント等に係る費用。

目標として、平成 27 年度には平成 20 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を 25%減少させることが義務づけられることとなった。対象は 40～74 歳の被保険者（従業員）と被扶養者である。ここまで厚生労働行政が踏みだした背景には、平成 12 年 3 月当時の厚生省事務次官通知等により国民健康づくり運動としてスタートした「健康日本 21」が十分な成果を挙げきれないところに起因している。現在、厚労省は各健康保険組合の取り組み状況結果に応じて、健康保険組合が拠出することが予定されている後期高齢者医療制度支援金の増減を組み込むことを検討中といわれているが、それには健康保険組合からの反発が予想される。ペナルティの是非はともかく、これにもとづき、各健康保険組合は平成 19 年度中に特定健康診査と特定保健指導に関する計画を策定し実施に備えなければならない。この取り組みは、今後の健康保険組合の保健事業の中核となるとともに、企業における従業員の健康管理支援策にも影響を与えると考えられる⁹⁾。

3 健康保険組合の保健事業に関する具体的事例

上述した課題をふまえつつ、多くの健康保険組合は限られた財源のなかでそれぞれが知恵を出し、独自の保健事業を展開している。ここでは、J 健康保険組合の保健事業を紹介する。この健康保険組合は、被保険者約 4400 名（パートタイマー従業員含む）、被扶養者約 5400 名で構成されている。保険料率は、1000 分の 72 で、事業主が 1000 分の 45 を拠出し、被保険者は 1000 分の 27 を出している。平成 16 年度の保健事業費は 9716 万円で、総予算 24 億 1680 万円に占める比率は 4%である。これは、全国平均の 4.9%に比べて、やや低い水準である。

(1) 生活習慣改善に向けた具体的取り組み——その 1 (2002 年)

当健康保険組合は 2002 年秋、かねてから厚生労働省が「健康日本 21」において推奨していた項目の一つである「一万歩以上歩きましょう」のスローガンを実践すべく、具体的取り組みを展開した。健康保険組合の呼びかけに対し、会社と労働組合が全面協力した結果、「歩く習慣づけ」に

対し一定の成果を挙げている。成果を測定するために実施されたのが「ウォーキングキャンペーン実態調査」である。

ウォーキングキャンペーン実態調査内容

1. キャンペーン名称：チャレンジウォーク 2002
2. 実施期間：2002 年 10 月 15 日～11 月 16 日
3. キャンペーン測定表配布数：4843 名
4. 回収数：3335 名
5. 回収率：68.8%
6. 実施方法

- (1) 歩数計を全員に配布し期間中毎日の歩数を測定し配布測定表に記入する。
- (2) キャンペーン期間終了後、測定表を健康保険組合に提出する。
- (3) 参加者には参加賞、一万歩達成者には特別賞を贈呈する。

なお、この調査の特色は、ウォーキング結果とキャンペーン直前の健康診断結果および各自の医療費との相関関係を分析したことである。分析の結果判明したことは以下の通りである（J 健康保険組合「ウォーキング実態調査結果資料集」2002 年 9 月 20 日発行より抜粋）。

① J 健康保険組合の被保険者（J 社従業員）は全国平均よりかなり歩いている（キャンペーンという特殊な要因が影響していると思われる面の考慮は必要）。

○参加者の性別歩数平均（カッコ内は平成 11 年度国民栄養調査「全国平均」より）

男性：1 万 364 歩（8042 歩）

女性：1 万 646 歩（7319 歩）

平均：1 万 420 歩（7644 歩）

注：歩数は、1 カ月の平日、休日を加えた 1 日平均

②車通勤をしている工場の事務系女性や車運転の多い地方営業系男性は、他の業務を行う被保険者に比べ相対的に歩数は少ない。それに比して、車通勤をしていても工場の生産系で働いている男性は平均 1 万歩を超えている。この要因としては、工場内のパトロールの影響も考えられる。

③おしなべて平日は多く歩き、休日は歩数が少なくなる傾向にある（男子平均は平日約 1 万 500 歩、休日約 9500 歩。女性平均は平日約 1 万 1000 歩、休

日約 9300 歩)。

④よく歩く人は、中性脂肪の数値が相対的にみて低い。またスタミナ(全身持久力)と相関の高いHDL(善玉コレステロール)の値は高い傾向がみられる。

⑤医療費においては、1万2500歩以上歩いている被保険者は、外来医療費が相対的に少ない傾向にある。

(2)生活習慣改善に向けた具体的取り組み—— その2(2006年)

J健康保険組合は、以上の結果を踏まえ、生活習慣改善の重要性をあらためて痛感し、2002年以降毎年、少しずつ改善を加えながらキャンペーンを継続実施してきている。ただし、定期健康診断結果や医療費との関連については継続的な検証は行われていない。健康保険組合スタッフによれば、今後保健事業全体の評価も加味した形で分析を再開することを考えているようだ。

特に2006年には、J健康保険組合設立80周年を記念して「チェックキャンペーン」と名称を改め、ウォーキングだけでなく、「健康日本21」が推奨するより多項目への参加を全被保険者および全被扶養者に呼びかけた。その内容は、次の通りである。

チェックキャンペーン実施内容

1. キャンペーン名称: 健康J21(生活習慣改善プログラム)
2. 実施期間: 2006年10月1日~31日
3. キャンペーンプログラム表配布数: 9800名(参加対象者は当健康保険組合の被保険者および被扶養者)
4. 回収率: 1406名(被保険者994名, 被扶養者268名, その他144名)
5. 回収率: 14.3%
6. 実施方法

(1)健康保険組合から自宅に記録表(表5参照)が送付される。それを参考に、被保険者及び被扶養者が自分で健康目標を立てる。

※コース内容

■Checkコース(数値を記入)

例)「体組成計で内臓脂肪を測る」「血圧を測る」「歩数を測る」など

■Actionコース(○△×を記入)

例)「毎食後に歯を磨く」「休肝日を週

- に2回)「1日1万歩以上歩く」など
- (2)記録表に自分の目標を記入して毎日記録をとる。数値または○△×を記入する。
 - (3)1カ月後に自己採点し記録表を健康保険組合に提出する。
 - (4)参加者には全員参加賞としてQUOカードを贈呈する。さらに参加者の中から抽選で特別賞(3万円相当の食事券または旅行券)を贈呈する。

表5 記録表(例)

チェックコースの方は数値を、アクションコースの方は○△×を記入してください。

○=目標通りできた △=まあまあ ×=できなかった

		チェックコース		アクションコース	
実施内容①		血圧を測る		休肝日を週2回目標	
実施内容②		歩数計で歩数チェックする		食後必ず歯を磨く	
実施結果		①	②	①	②
1	日	115-88	8,566歩	×	○
2	月	122-89	9,932歩	○	○
3	火	125-90	10,356歩	×	○
4	水	118-85	12,655歩	×	△
5	木	125-92	7,605歩	×	△
6	金	120-85	10,654歩	×	○
7	土				

このキャンペーンにおいて、明らかになったことは以下の点であった。

- ①チェックコースの内訳は、参加者を100とすると、「体重・体脂肪を測る」が61%、「歩数をチェックする」が25%、「血圧を測る」が10%の順であった。
- ②アクションコースの内訳は、参加者を100とすると、「運動系(腹筋腕立てなど)」が40%、「ストレッチ」が23%、「歯磨き」が18%、「休肝日」が11%の順であった。
- ③参加者の自己評価としては、「とても頑張った」が14%、「頑張った」が45%、「普通」が29%、「あまりできなかった」「できなかった」がそれぞれ11%、1%であった。

この結果についてJ健康保険組合は、記念キャンペーンとして家族を含めた試みは一定の評価を得たこと、目標は身近で簡単明瞭なものが好まれること、今後の健康行動変容へのきっかけとなったことなどの評価をしている。今後の課題としては、このキャンペーンの持続性の必要性と参加率の拡大を挙げている。

(3)2007年度の保健事業における基本的考え方

ここでJ健康保険組合の最新の取り組み計画を紹介しておこう。

(基本方針)

- ①従来以上に1次予防(健康増進・発病予防)、2次予防(早期発見・早期治療)に注力する。
- ②2008年度より義務化が想定される「特定健診」をふまえ独自の計画策定を行う。
- ③会社、労組との連携のもとに健保組合としての役割・機能を明確化し事業を推進する。

(具体的取り組み)

- ①生活習慣改善プログラム：「チェックキャンペーン」の継続実施

新年度は、会社の協力も得て管理者に率先垂範してもらい、職場単位で盛り上げ参加率をあげていく。

- ②保健指導宣伝

従来の継続として、本格化する医療制度改革への理解を深め、メタボリックシンドロームの予防や生活習慣病予防など健康意識醸成のため各種機関誌や当健保ホームページ等既存媒体の積極的な活用を図る。

- ③早期発見・早期治療の観点からの健診の継続

(a)被保険者用

- 会社が行う定期健康診断時に健康保険組合が費用を全額負担し追加3項目(5臓器超音波検査、前立腺特異抗原血液検査、子宮頸がん細胞診)の健診を継続して行う。
- 婦人科検診(乳がん、子宮がん検査)を継続的に実施する。
- 歯科検診

(b)被扶養者用

- 主婦検診(一般検診プラス上記婦人科検診)および地方自治体検診、在宅血液検査に伴う費用の補助を継続実施する。
- 歯科検診

(c)被保険者及び被扶養者用

- 人間ドックおよびインフルエンザ予防接種に伴う費用補助を継続実施する(脳ドックは、人間ドック費用補助の範囲内で受診可能)。
- 電話相談(ファミリー健康相談およびメンタルヘルスカウンセリング。利用者実績は表6参照)
- 面接相談(メンタルヘルスカウンセリング)

④健康増進支援活動の継続

スポーツクラブ2社との契約を継続し、利用者1人月4回を限度として補助を継続する。

表6 電話相談利用者件数

年度	利用者件数
2003年	819件
2004年	809件
2005年	537件

注：2005年の減少は、加入保険会社電話サービスやネット利用の増加が影響していると考えられる。

VI まとめ

企業内福利厚生制度における健康・医療領域の最近の動向をJ社およびJ健康保険組合の事例を中心に紹介してきたが、この事例から明らかになったことおよび課題は以下の7点である。

1. この数年、企業内福利厚生制度における法定外福利費を、健康・医療領域に重点的に配分する傾向がみられる。
2. J社が行う健康・医療領域活動は、フィジカルからメンタルへシフトがなされている。このことは、労働安全衛生法の要請であるフィジカル面での健康診断およびそのフォロー機能をおろそかにすることを意味してはいないが、今日の職場環境の変化からメンタル面のサポート体制の重要性が強まっていることを示している。換言すれば、フィジカルの問題すなわち生活習慣病にかかわる問題は、従業員の自己保健義務の履行責任に負うところが大きいと会社(健康管理部門)は考えている。会社としては、事業主の安全配慮義務や企業のリスク管理という視点から、業務に関連の深いメンタル面のフォローを強化しようとしている。
3. メンタル面の対策は、労働時間管理と切り離せない関係にある。J社においては、改正労働安全衛生法が求める面接制度を超えた取り組みがなされている。また、多角的なルートを駆使して、過重労働に関するチェック体制が敷かれ、メンタル面での予防の手が打たれている。さらに、労務管理の強化と連動させ、メンタル面での休職・復職の対応についても、労使の意思疎通のもと、きめ細かな対応がとられている。

4. J社における定期健康診断項目は、法定項目を超えきめ細かな配慮がなされている。特に、労使の話し合いを通して、健康保険組合もその役割の一端を担っている。

5. J社においては、生活習慣病予防に関して、企業内の健康・医療領域を担うもう一方の当事者である健康保険組合にその取り組みの中心が移りつつある。ただ、健康保険組合としては、構造的に財政がひっ迫している状況にあって、限られた保健事業費とスタッフのなかで、今後とも継続的に従業員（被保険者）のみならず被扶養者も含めその役割を發揮することが課題となる。この点は、厚生労働省が健康保険組合に期待する「特定健診・特定保健指導」の問題とあいまって、他企業においても共通の課題である。

6. 企業における健康・医療領域の役割について、会社と健康保険組合の棲み分けの問題は現状混沌としている。厚生労働省や日本経団連の考え方も整理されていない。日本経団連のいう、「業務に関連する健康管理と生活習慣病に代表される本人の自覚に起因する健康管理」を明確に区別することは容易でない。なぜなら、生活習慣病の原因の一つとしてストレスが挙げられるが、ストレスの要因は私生活における生活習慣（食事・運動習慣など）だけでなく、職業生活の変化も影響しているからである

7. 今後の企業における健康・医療領域の活動については、国、経営者団体、労働組合、健康保険組合の意思疎通が不可欠である。企業内においても同様である。共同出資者としての健康保険組合の役割をどうするのか、会社の役割、労働組合の役割をどうするのかについて、従来以上の労使の話し合いが求められる。

疾病予防および生活の質（QOL）の向上を図るために、9分野（栄養・食生活、身体活動と運動、休養とこころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん）ごとに2010年を目途とした数値目標を設定し、目標達成のため自己管理能力の向上、専門家等による支援と定期管理、保健所等による情報管理と普及啓発の推進の3つを柱とする対策を行っている。

- 3) 「福利厚生・退職給付に関する総合調査 結果概要」概要——1より抜粋。
- 4) 日本経団連加盟業種団体所属企業・日本経団連会員企業を調査対象に、2005年度調査で50回の回を重ねた調査。毎回約700社前後が参加。2005年度調査の参加企業は、645社（うち製造業49.8%、非製造業50.2%）である。
- 5) 森（1995）は従来の企業福祉（法定外福利厚生と同義語）の目的について、学説や調査を分析した上で「労働生産性の向上」「勤労意欲（帰属意識・忠誠心の確保）を高める」「人材採用の有利さと定着」「労使関係の安定」などを挙げている。J社産業医がいう「従来の福利厚生」とは、森の指摘に近いと考える。
- 6) 「職業性ストレス簡易評価ホームページ」は、旧労働省「作業関連疾病の予防に関する研究」の「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」における成果物の一部である。ここでの評価は、病気を診断するものではなく、あくまでストレスの程度や心身の健康に関心をもち、心身の健康管理への自覚を高めてもらうためのものである。この結果をきっかけとして、自分にあった健康法やストレスの解消法を考えてもらい、場合によっては産業医・保健師・看護師や専門家に相談することも有効として考えられたものである。なお回答した内容や結果については、本人以外の誰も知ることができなくなっている。内容としては、「仕事のストレス」と「最近1カ月のストレス」の2つの設問（それぞれ15～17項目）からなり、判定結果に基づき、それぞれ精神的ストレス反応、身体的ストレス反応、疲労、抑うつについての診断を受けることができる。
- 7) 平成17年度全国1561健康保険組合の平均保険料率は、1000分の73.95。その内訳は事業主負担40.92（55.3%）、被保険者負担33.03（44.7%）である。データ出所は健保連。
- 8) 現行の医療制度においては、高齢者や退職者の医療費の大半は健保組合をはじめとする医療保険各制度からの「拠出金」（老人保健拠出金と退職者給付拠出金）でまかなわれている。健保組合の場合、健康保険料の4割近くがこの拠出金に充てられており、大きな負担になっている。
- 9) (社)日本経団連は、2007年2月16日付で「定期健診項目の見直しに関する考え方」を発表した。この中で、厚労省の特定健康診査の動きについて、業務に関連する健康管理と生活習慣病に代表される本人の自覚に起因する健康管理とは明確に区別し、医療保険者、事業者、労働者の役割分担・連携を踏まえた議論の必要性を訴えている。

- 1) 調査対象；従業員規模30人以上の一般企業における人事・総務担当責任者、有効回答数；1561社（有効回答率19.5%）、調査時期；2001年12月から2002年1月。
- 2) 「健康日本21」は、2000年に厚生労働省により始められた第三次国民健康づくり運動のこと。生涯にわたる生活習慣の改善及び生活習慣病の予防を行い、個人及び社会の負担を軽減することを目指している。具体的には、国民の健康増進、

むらすぎ・やすお 法政大学大学院職業能力開発研究所客員研究員。(財)社会経済生産性本部認定キャリア・コンサルタント。最近の主な著作に『ベーシック労使関係』（社会経済生産性本部生産性労働情報センター、2001年）。