

「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」

報告書

平成19年 3月

「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」

参集者名簿

	相澤	好治	北里大学	医学部長
	今村	聡	日本医師会	常任理事
	堀江	正知	産業医科大学	教授
○	和田	攻	東京大学	名誉教授

(50音順、○座長)

## 目次

1. はじめに（検討会の目的）
2. 定期健康診断等の健診項目（問診項目を含めて。）について
3. 保健指導について
4. 健康診断結果の取扱い等について
5. まとめ

参考) 検討会の開催状況

関連文献)

別紙) 関係団体の意見

## 1. はじめに（検討会の目的）

労働者の安全と健康の確保及び快適な職場環境の達成を目的として、昭和47年に労働安全衛生法が制定され、以来、今日まで我が国の安全衛生水準の向上に寄与してきた。現在、労働安全衛生法に基づき約5,000万人の労働者に対して健康管理をはじめとする労働衛生管理が行われるに至っている。

昭和22年に制定・施行された労働基準法及び旧労働安全衛生規則では、労働者が常に健康な状態で労働に従事するには、結核等の感染症をできる限り早期に発見することが必要であり、そのためには定期的な健康診断の実施が不可欠であるとの認識に基づき、労働者に対する健康診断を行う義務が事業者に課されてきた。さらに、昭和47年に制定された労働安全衛生法による健康診断では、労働基準法以来の結核対策を中心とした胸部エックス線検査及び喀痰検査に血圧測定等が追加されるなど、感染症以外の健康管理を目的とする項目が追加されてきたが、とりわけ作業関連疾患としての脳・心臓疾患に適切かつ効果的に対応するための項目として平成元年に血中脂質検査、心電図検査等が、平成11年にHDLコレステロール、血糖検査が追加され、現在の定期健康診断となった。

定期健康診断においては、高脂血症や高血圧、糖尿病など脳・心臓疾患等につながる所見を有する労働者が増加しており、およそ2人に1人（48.4%：平成17年定期健康診断結果報告）が有所見という状況にある。さらに、業務によって生じた脳・心臓疾患により労災認定される件数（平成17年度330件）が、近年、高止まりしており、過重労働対策とともに、脳・心臓疾患の発症要因の対策を進めていくことが求められている。

一方、中高年の男性を中心に肥満者の割合が増加傾向にあるが、肥満者の多くは、糖尿病、高血圧、高脂血症等の危険因子を複数併せ持ち、これらの危険因子が重なるほど脳・心臓疾患を発症する危険が増大することが医学的に判明している。特に内臓脂肪型肥満は、こうした脳・心臓疾患のリスクと密接に関係しているとされ、これに着目した「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」の診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明らかとなった。

平成18年6月に制定された、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、高齢者医療確保法という。）では医療保険者が、40～74歳の被医療保険者を対象に、特定健康診査・特定保健指導を行うことが義務づけられ、さらに、この特定健康診査・特定保健指導を行うにあたり参考とする「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」が厚生労働省健康局の検討会において平成18年7月にまとめられた。この「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」は「内臓脂肪症候群」に着目し、脳・心臓疾患及び生活習慣病を効果的に予防するための健康診断の項目等が、新たな医学的知見を含めて示されている。

定期健康診断等については、これまでも作業関連疾患としての脳・心臓疾患に適切に対応するという観点から項目の追加が行われているが、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」の中で示された健康診断の項目には、労働者の脳・心臓疾患の予防に資するものがあり、これらを労働安全衛生上どのように取り扱うべきか、さらに、労働者に対する保健指導を行うにあたって特定保健指導との関係をどのようにすべきか等の課題について、厚生労働省労働基準局では本検討会を開催し、これらの考え方をとりまとめることとした。本検討会では、関連団体からの意見聴取を行いつつ所要の検討を行ったので、以下にその結果を報告する。

## 2. 定期健康診断等の健診項目（問診項目を含めて。）について

内臓脂肪症候群に着目し、生活習慣病患者や脳・心臓疾患患者等の減少のために行う標準的な健診・保健指導の内容について、最新の知見を踏まえた検討が行われ、今般「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」が公表された。

その中で示されている主な健診項目の中で、労働安全衛生規則に規定されていない項目を中心に、労働安全衛生の視点も含め、主に医学的な観点から項目の必要性等について検討した。

### ○問診項目

#### (1) 喫煙歴

喫煙者の虚血性心疾患、脳卒中による死亡の危険度は非喫煙者に比べ約1.7倍高くなるなど、喫煙は脳・心臓疾患の強いリスクファクターであることが明らかであるとともに、喫煙本数や喫煙年数に応じて、脳・心臓疾患のリスクが上昇することも明らかである。喫煙歴については、その有無等を聴取することで、脳・心臓疾患のリスクの高い者を把握し、適切な対応をとることが可能となるが、既にほとんどの健診機関における問診票に喫煙歴を確認する欄が設けられ、これまでも労働安全衛生規則に規定されている自・他覚症状、既往歴等を聴取する中で確認されている。

喫煙歴については、引き続き自・他覚症状、既往歴等の中で聴取することとし、事業者は高齢者医療確保法の規定に基づき、医療保険者から求めがあった場合には、特定健康診査に該当する他の定期健康診断項目の結果とともに、喫煙歴及び後述の服薬歴等の情報をあわせて提供することが妥当である。なお、定期健康診断時に喫煙歴の聴取が徹底されるよう周知する必要がある。

#### (2) 服薬歴

降圧薬や高脂血症薬などの服薬を確認することは、労働者の健康状態を把握し、血圧や血液検査などの健診結果をよりの確に評価するために重要であり、脳・心臓疾患の予防にも寄与するものであるが、服薬歴については、これまでも労

働安全衛生規則に規定されている既往歴の中でチェックされている場合が多いと考えられる。このため、脳・心臓疾患（脳卒中・心臓病）等の既往歴とともに、降圧薬・高脂血症薬・糖尿病薬の服薬の確認については、引き続き既往歴の中で聴取することとする。その他の疾患の服薬歴については、医師の判断によるところとすることが妥当である。

## ○健診項目

### (1) 腹囲

加齢や日常生活などにおける通常の負荷による血管病変等の形成、進行及び増悪という自然経過の過程において、業務による過重な負荷が加わることにより、発症の基礎となる血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する可能性があることは医学的に広く知られている<sup>1)</sup>。

最新の医学的知見によれば、脳・心臓疾患発症の危険性が、肥満・高血圧・高脂血症・高血糖の4つを合わせ持つと相対的に1.3～3.3倍になるなど、複数のリスクファクターが合併するとリスクが高まる（multiple risk factor 症候群）ことが明らかになっている<sup>2)</sup>。

肥満の指標として、これまでの各種健診や調査研究においては、主にBMI（Body Mass Index：体重（kg）/身長×身長（m<sup>2</sup>））が用いられてきた。しかしながら、近年、腹囲（内臓脂肪）と脳・心臓疾患の発症との間に関連があると報告が数多くなされており<sup>3)～5)</sup>、BMIに比べ、腹囲（内臓脂肪）がより正確に脳・心臓疾患の発症リスクの把握ができると指摘されている。また、メタボリックシンドロームの医学的な病態も明らかにされ、内臓脂肪組織から分泌される生理活性物質により動脈硬化等の病態が引き起こされるなど、身体への影響が極めて大きいことが明らかにされた。こうしたことから、国内的にも、国際的にも腹囲測定的重要性が認識されているため、日本内科系8学会<sup>6)</sup>や国際糖尿病学会、米国の専門検討委員会の内臓脂肪症候群の診断基準にも必須項目として取り入れられている。

このため個々の労働者についても、腹囲を血圧、血中脂質、血糖と併せて測定することで、作業関連疾患である脳・心臓疾患を予防することが可能となることから、労働安全衛生上も腹囲の測定は必要なものである。

なお、事後措置については、労働安全衛生規則の保存様式の中で記載することとなっているBMIが、そのみで事後措置を求められることはなかったのと同様に、腹囲のみで事後措置を行う必要はなく、また、安全配慮義務も腹囲を測定することにより拡大するものではないと考えられる。

このように、本検討会としては、腹囲を定期健康診断等の項目として労働安全衛生規則に規定することが医学的には妥当と考える。

なお、腹囲については、直接測定するのが基本と考えられるが、今後運用上柔軟に対応できるように、自己申告など腹囲測定の省略基準を設けるとともに、着

衣による測定および自己測定等の簡便な測定方法を認めるなど、配慮することが望ましいと考える。

また、40歳未満（35歳を除く。）については他の健診項目（肝機能検査、貧血検査等）と同様に医師の判断により省略可とすることが妥当である。

## （2）血清尿酸

血清尿酸は内臓脂肪蓄積に伴う代謝状況を反映し、内臓脂肪が蓄積した場合には尿酸合成が亢進するため、内臓脂肪症候群のリスクマーカーとして重要であるとともに、最近の知見では動脈硬化性疾患の独立したリスクファクターとしても指摘されている。このため、他の健診項目から得られる情報と併せて、脳・心臓疾患のリスクファクターの状況をより適切に把握することが可能となる。

しかし、腹囲や血中脂質等の他のリスクファクターと尿酸値は連動するため、尿酸値を測定する必要がないのではないかという意見もあり、本検討会においては、定期健康診断の項目に追加するまでの必要性はないと考える。

## （3）LDL-Cコレステロール及び総コレステロール

LDLコレステロールは、いわゆる悪玉コレステロールと言われ、動脈硬化性疾患診療ガイドライン（日本動脈硬化学会）でも、単独で動脈硬化の強いリスクファクターとなると指摘されており、脳・心臓疾患のリスクを評価する上で重要な項目となる。

ガイドラインにおいても、治療目標値はLDLコレステロールを主体とし、血清総コレステロール値を参考値とすると記載されており、総コレステロールに代えて、LDLコレステロールを定期健康診断項目に導入することが妥当である。

省略基準は現在の他の健診項目（肝機能検査、貧血検査等）と同様（40歳未満（35歳を除く。）は医師の判断により省略可。）にすることが妥当である。

## （4）ヘモグロビンA1c及び血糖・尿糖

糖尿病は、脳・心臓疾患を含め様々な合併症を引き起こすため、糖尿病の疑いがある者を早期に把握することは非常に重要である。糖尿病の疑いがある者を把握するためには、従来、空腹時血糖（食後10時間以上経過した際の血糖）が用いられてきたが、健診受診者の状況によっては必ずしも正確な値を得られない場合もあり、空腹時血糖だけでは、糖尿病の疑いがある者を正確に把握することが難しいことがある。

一方、ヘモグロビンA1cは、過去1~3カ月程度の平均血糖値を反映しており、採血の前日や当日の食事の摂取に影響を受けないため、ヘモグロビンA1cを測定することで、糖尿病の疑いがある者を正確に把握することが可能とされている。

こうしたことから、空腹時血糖を測定できない場合については、食事の影響を受けないヘモグロビンA1cの実施が望ましいと考えられるが、スクリーニング検査である定期健康診断の必須項目としては、費用対効果等を総合的に勘案すると、簡便な尿糖検査を血糖検査とともに実施することで、血糖検査だけで把握できない糖尿病の疑いのあるものや耐糖能異常者を把握することも可能となることから、現在省略可能な尿糖検査を、ヘモグロビンA1cの替わりとして必須項目とすることが妥当である。

#### (5) 血清クレアチニン

腎機能に関する健診項目は、現時点では尿蛋白のみとなっている。

血清クレアチニンは腎機能の低下に伴い上昇する検査項目であるが、近年腎機能低下の原因が、糖尿病によることが多くなってきており、人工透析の導入患者数でも糖尿病患者の割合が多くなってきている。また近年、慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease :CKD)が重視され、脳・心臓疾患の予後規定因子として、その管理が重要とされている。しかし、血清クレアチニンは、腎機能が大きく低下した際に上昇するため、早期の腎機能異常の発見のためのスクリーニング検査としての位置づけが明確でない。このため、新たな健康診断項目として、すべての労働者に対して一律に実施する必要はないと考える。

#### (6) 「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」において医師の判断により実施する項目(尿潜血・ヘマトクリット値・眼底検査)

医師の判断により実施する項目については、それぞれの項目の必要性については理解できるものの、定期健康診断としてすべての労働者に一律に実施すべきものとは言えず、定期健康診断等の結果から、こうした検査項目(尿潜血・ヘマトクリット値・眼底検査)の実施が必要かどうかの診断も含めて、要精検、要医療として医療機関において実施するのが妥当である。

### 3. 保健指導について

労働安全衛生法に基づく保健指導は、事業者の努力義務として位置づけられ、労働者の健康保持・増進に大きな役割を果たしているが、一方、高齢者医療確保法では医療保険者に特定保健指導の実施が義務づけられている。前者では、例えば視・聴力等の作業起因性健康障害及び作業適性に関わる保健指導が必要に応じて行われるが、後者では、健診項目において視・聴力等の項目を必要としないために、こうした項目に対する保健指導は行われないと考えられる。高齢者医療確保法に基づく特定保健指導と労働安全衛生法に基づく保健指導の実施方法等が整理されない場合には、労働者は生活習慣に関する保健指導を重複した形で受けることになる想定される。



また、労働安全衛生法に基づく保健指導は産業医・保健師等により行われているが、同法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP「Total Health promotion Plan」指針）」により行われている保健指導等については、事業者または労働者健康保持増進サービス機関等において保健指導・栄養指導・運動指導に係る専門的な人材によりサービスが提供されている。

こうしたことを踏まえ、労働安全衛生的な観点から特定保健指導と労働安全衛生法上の保健指導のあり方及び専門的な人材の活用等について検討を行った。

#### (1) 特定保健指導と労働安全衛生法に基づく保健指導の実施について

労働安全衛生法に基づく保健指導は、産業医・保健師等が中心となり事業者の努力義務として行われており、生活習慣のみならず労働者の作業環境等の背景も考えた包括的な保健指導となっている。また、労働者を対象とする高齢者医療確保法に基づく特定保健指導は、生活習慣の改善が主な目的であるため、生活習慣の指導という面では両者は一致する。このため、労働安全衛生法における保健指導と特定保健指導を併せて実施することにより、労働者に対してより効果的、効率的な指導ができるので、医療保険者においては、労働安全衛生法に基づく保健指導を行う際に、特定保健指導の実施を希望する事業者に対して、特定保健指導の委託ができるようにすることが望ましい。

#### (2) 人材の活用について

専属産業医等のいない事業者については、医療保険者との連携を図り、THPで養成した産業保健スタッフの人材活用という観点からも、こうした産業保健スタッフを有する医療機関や健診機関に、医療保険者から特定保健指導を委託してもらうことにより、特定保健指導のみならず、産業保健の視点も加味した保健指導を労働者が受けられることとなる。このため、行政においても、THPで養成した産業保健スタッフの活用が推進できるように、産業保健における保健指導の体制整備に努める必要がある。この際、THPにおける人材養成の段階で、標準的な健診・保健指導プログラムの観点を加えることが望ましい。

また、産業保健の中心的な役割を担う産業医の講習においても、標準的な健診・保健指導プログラムの観点を含めて研修を行うことが望ましい。

### 4. 健康診断結果の取扱い等について

#### (1) 健康診断結果の保存方法・提出方法等の取扱いについて

労働安全衛生法において事業者に対して健康診断結果の保存を義務づけているが、媒体等の保存方法については特に定めていない。一方、高齢者医療確保法においては、大量の健康診断等の情報を処理するため、標準的な電磁気様式

での保存・提出が検討されている。

高齢者医療確保法では、医療保険者が労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果を、事業者に対して求めることができるため、労働者の健康診断結果等の情報について標準的な電磁気様式での提出が期待されている。

しかし、労働安全衛生法において、標準的な電磁気様式での保存・提出を規定すると、特に中小事業者を中心として事業者の負担が大きいため、事業者に対して一律に法令上求めるのではなく、事業者自ら標準的な電磁気様式で健診結果を提出できる健診機関を選定するなど、データの提供等が大きな負担とならない範囲で、医療保険者に協力することが妥当と考えられる。

そこで、特定健康診査の情報提供を円滑に実施するために、高齢者医療確保法に基づく特定健康診査、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等の健康診断の結果を、電子的に入・出力できるシステムが開発され、健診機関が容易に入手できるようになることが望まれる。こうしたことで、健診機関において事業者へ提出するデータと医療保険者へ提出するデータの各々を簡単に作成することも可能となり、事業者の負担軽減につながる。

さらに、健診機関がこうした電子化に対応できない場合であっても、中小企業等の事業者が定期健康診断の実施時に、労働者に対して定期健康診断の情報を医療保険者に提供する旨を明示し、黙示による同意を得ることで、特定健康診査項目以外の定期健康診断項目の情報提供が可能となる。あわせて医療保険者においては、特定保健指導の実施等に必要なデータ以外は、情報の漏えい等がないよう廃棄することにより、労働者の個人情報保護の要請と事業者の情報提供に際しての負担軽減のバランスをとることが可能となる。

## (2) 個人情報の保護について

高齢者医療確保法で行われる特定健康診査・特定保健指導では、健康診断結果を継続的に管理し、経年的に有効活用することが重要な点とされており、その中で労働者の健康情報については、事業者から医療保険者へ、医療保険者から医療保険者への移動が考えられる。労働者の継続的な健康管理という観点からは望ましいものの、健康に関する情報は労働者の個人情報であるということに留意しつつ、医療保険者はその保管・管理に際して、情報の保護と利用の均衡に十分に配慮して取り扱う必要がある。

また、雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項としては、産業保健業務従事者以外の者に健康情報を取り扱わせる時は、これらの者が取り扱う健康情報が利用目的の達成に必要な範囲に限定されるよう、必要に応じて健康情報を適切に加工した上で提供する等の措置を講ずることとなっており、こうした留意点についてより理解を得る努力が必要である。

## 5. まとめ

本検討会では、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」の中で示された健診項目について、労働安全衛生の視点も含めて、主に医学的、科学的な観点から検討を行うとともに、労使団体、健診機関の団体からも意見聴取を行い議論を重ねてきた。その結果を要約すると下記の通りとなる。

- ・ 腹囲を健診項目に追加。  
(40歳未満(35歳を除く。))は医師の判断により省略可とするなど、測定  
の省略基準を策定・簡便な測定方法を導入。)
- ・ 総コレステロールを健診項目から削除し、低比重リポ蛋白コレステロール(L  
DLコレステロール)を追加。  
(40歳未満(35歳を除く。))は医師の判断により省略可)
- ・ 尿糖の省略基準(血糖検査を受けた者については、医師の判断に基づき省略可)  
を削除。
- ・ その他、喫煙歴等の聴取を通知等で徹底。

今後、労働安全衛生規則の改正等を行うに際しては、早い段階から、事業者等に規則改正の内容及び定期健康診断と高齢者医療確保法に基づく特定健康診査の関係等の周知を十分に行い、円滑な施行が行われるよう配慮が必要である。また保健指導についても、本検討会の示した方向に沿った対応がなされるよう期待したい。

なお、定期健康診断項目とともに、見直しを行う必要のある他の事項等については、事務的にその見直しを行うことが適当と考える。

おわりに、今回は「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」で示された健診項目の中で、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目となっていない項目に範囲を絞った形で検討を行ったところである。しかし、労働安全衛生法に基づく定期健康診断項目や事後措置・保健指導のあり方については、時代とともに変化する医学的な知見を踏まえ検討する必要がある、その際、国全体の健康保持増進に係る政策や健康診断等の実施義務のある事業者、特定健康診査等の実施義務のある医療保険者及び健康診断の受け手であり、自己の健康管理が求められている労働者それぞれの役割分担も踏まえ、今後あり方を検討することが望まれる。

参考 検討会の開催状況)

第1回	平成18年	10月27日
第2回	平成18年	11月 6日
第3回	平成18年	11月27日
第4回	平成18年	12月21日
第5回	平成19年	3月 6日

## 関連文献

- 1) 脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書  
(2001, 11: 脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会 座長 和田 攻)
- 2) 労働省作業関連疾患総合対策研究 (1995, 3: 主任研究者 松沢佑次)

動脈硬化性疾患の発症者は、非発症者と比較して、血圧等が高いことに加えて、肥満度が高いことや、喫煙本数が多いことが明らかとなった。複数の危険因子が合併するとリスクが急速に上昇し、特に、肥満、高血圧、高脂血症、高血糖の4つを併せ持つと相対リスクは1.3倍にものぼることが明らかとなった。

- 3) Lu M, Ye W, Adami HO, Weiderpass E. Prospective study of body size and risk for stroke amongst women below age 60. *J Intern Med* 2006; 260(5):442-50.

60歳未満の女性 45449人を対象に追跡調査を実施し、11.4年間の追跡で170例の脳卒中例が観察された。対象をWC、WHRで5分割して脳卒中発症の相対危険度を求めたところ、WC、WHRが最も低い群に対し、最大の群で有意な脳卒中の相対危険度の上昇を認めた (WHR: 2.4、WC: 2.3)。一方BMIは、調査時のBMI、18歳のときのBMIのいずれを用いても脳卒中と有意な関連を示さなかった。この研究ではBMIは脳卒中を予測しないのに対して腹部肥満が脳卒中の危険因子となりうることを示した。

- 4) Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Central obesity and risk of cardiovascular disease in the Asia Pacific Region. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2006;15(3):287-92.

45988人のアジア、オセアニア圏のコホート研究を個人ベースで統合した共同研究である。平均6年間の追跡の結果、346例の脳卒中、601例の虚血性心疾患の発症を観察した。虚血性心疾患発症の相対危険度(各1標準偏差上昇当たり)は、BMIで17%、WCで27%、ヒップ周囲径で10%、WHRで36%であった。一方、これらの4指標は脳卒中とは有意な関連を示さなかった。これらから、アジア人、オーストラリア人でも、BMIよりもWC、WHRがより強く虚血性心疾患の発症を予測することが示唆された。

### 略称

WC waist circumference ウエスト周囲径  
WHR waist hip ratio ウエストヒップ比  
BMI body mass index

- 5) Kobayashi H, Nakamura T, Miyaoka K, Nishida M, Funahashi T, Yamashita S, et al. Visceral fat accumulation contributes to insulin resistance, small-sized low-density lipoprotein, and progression of coronary artery disease in middle-aged non-obese Japanese men. *Jpn Circ J* 2001; 65: 193-199.
- 6) Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan; Japan Society for the Study of Obesity: New criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66 (11); 987-992, 2002.

内科系 8 学会がメタボリックシンドロームの診断基準を作成した際、腹囲のカットオフポイントを定める上で根拠とした論文。

- 過去の調査から、欧米人と比較し肥満の程度がそれほど強くない一般の日本人においては、内臓脂肪の蓄積が BMI よりも健康障害のリスクにより密接に関係していることが明らかになってきたこと、肥満病には脂肪の分布、特に内臓脂肪が重要であり、その測定が必要であることから、内臓脂肪に着目した簡便な指標を作成するために調査を実施。
- 1193 名の対象者に対して CT 検査を実施し、内臓脂肪の面積を実測するとともに、BMI を測定。また腹囲等については、748 名（男性 554 名、女性 194 名）の対象者に対して測定を実施。
- BMI、腹囲等と内臓脂肪の面積の関係を評価した結果、腹囲は BMI 等よりも内臓脂肪の面積と最も強く関係していることが確認された。
- また、内臓脂肪の面積が  $100\text{cm}^2$  以上になると、高血圧、高脂血症、高血糖のうち 1 つ以上認められるようになることが確認された。
- 内臓脂肪の面積と腹囲は相関しており、内臓脂肪の面積  $100\text{cm}^2$  に対応する腹囲は、男性 85cm、女性 90cm であった。

## 別紙)

### 関係団体の意見

#### 日本経済団体連合会

- ・ 生活習慣病の予防は、一義的には医療保険者と労働者が担うべきものであり、今回の検討の是非も含めて、健診項目の大幅な追加があった平成元年まで遡って、定期健康診断について抜本的に見直しを行うべき。
- ・ 労働者の自己保健義務を強化すべき。
- ・ 基礎疾患の予防は個人の責任。腹囲、喫煙歴、LDLコレステロール値、尿酸値等に基づいて予見されるリスクは、事業者の人事権あるいは指揮命令権の範囲内で回避することが極めて難しい。
- ・ 特定健康診査と定期健康診断はその趣旨、目的が異なっているのではないか。特定健康診査は、特定保健指導の階層化を行うためのものであるのに対して、定期健康診断は適正配置、作業関連疾患の防止等を行うかどうか判断するためのものである。
- ・ 安全配慮義務違反のリスクが拡大するのではという懸念がある。そうした中での項目拡大については反対。
- ・ 事業者が医療保険者に申し出たときに、特定保健指導に産業医がコミットできる仕組みを整備してほしい。
- ・ 個人情報取扱いについて明らかにしてほしい。
- ・ 労災保険の二次健康診断給付は、特定健康診査が実施されればその趣旨、目的が重複することから見直しを行うべき。
- ・ 特定保健指導を担う人材として、必要とされる知識や技能を習得することを前提に、看護師やTHPで要請された産業保健スタッフを活用すべき。

#### 東京商工会議所

- ・ メタボリックシンドロームを予防するという目的は、安衛法の主旨を大きく逸脱しているのではないか。
- ・ 健康診断は、自由診療であるため、特定健診の項目を定期健診の項目に追加すると、診療報酬ベースを超える負担増が避けられない。中小企業にとっては、負担が大きい。
- ・ 事業者と医療保険者は、それぞれの法律に基づいて定期健診と特定健診を実施することとなっているため、強引に安衛法の定期健康診断に項目を追加すべきではない。費用負担も労使折半の保険料で拠出すべき。
- ・ 事業者は安全配慮義務を負っており、労働者の生活習慣等に係る肥満による健康障害のリスクを、事業者が個人の生活にまで介入して改善させることは不可能。
- ・ 時間をかけて慎重に検討すべき。

- ・ 社会保険庁等の医療保険者には、中小企業等が労働者に健康診断を提供しやすい環境（提携医療機関を増やすなど）をつくるべき。

#### 全国中小企業団体中央会

- ・ 労働安全衛生管理という側面から見ると、事業者の安全配慮義務の範疇を超えているのではないか。
- ・ 肥満者などについては、ある種の雇用差別につながる懸念もあるのではないか。
- ・ 健診項目の調整がつかないと、二度の健診をしなければならないという状況から、労働者にとっての負担増となるのは確か。
- ・ 健診機関の地域格差もあり、眼底検査など専門的な検査については配慮が必要ではないか。
- ・ 中小企業の経営の実態を十分ふまえて慎重に対応すべき。

#### 日本労働組合総連合会

- ・ 定期健康診断の項目等については、労働安全衛生的な観点、個人情報保護の観点、費用対効果の観点等から定期的に制度の内容を点検すべき。
- ・ 高齢者医療確保法に基づく特定健康診断と特定保健指導については、労働者が希望する労働安全衛生法の定期健康診断の実施日に一本化して一度に行えるようにしてほしい。
- ・ 労働者の生活習慣に最も大きな影響を与えるのが職場環境であり、脳・心臓疾患対策のための健康診断項目を追加しながら、現在に至っているため、今回の項目追加についても合理性がある。
- ・ 中小企業については、新制度において国の新たな支援策が必要ではないか。
- ・ 個人情報の保護対策について万全を期していただきたい。

#### 全国労働衛生団体連合会

- ・ 労働者（被医療保険者）に2度の受診を求める不必要な負担を強いることなく、可能な限り負担が最小限になるように調整すべき。
- ・ 両健診の制度・目的は異なるが、今後医療に関するデータは統合され、効率的な健康増進プランに役立てられ活用されるべき。
- ・ 問診は、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」に示された質問票を参考とした質問票とすべき。
- ・ 腹囲は意義と精度が不十分であり、プライバシーの問題も起こりやすいため定期健診に取り入れるのは不妥当。
- ・ ヘマトクリット値は、従来の項目で貧血であるか否かはわかるため、あえて定期健診にヘマトクリット値を導入する必要はない。
- ・ 血清総コレステロールおよびLDL-Cコレステロールは、40歳以上を必須項目とすべき。
- ・ 現行の「血糖」検査を「空腹時血糖」検査に改めるべき。



- ヘモグロビンA1cは食事の影響も相殺できるので、定期健診にも40歳以上を必須項目として導入すべき。
- 血清クレアチニンは、腎障害のスクリーニング検査に有用であるので、定期健診にも40歳以上を必須項目として導入するのが妥当。
- 血清尿酸は、明らかな動脈硬化の危険因子であるので、定期健診にも40歳以上を必須項目として導入するのが妥当。
- 眼底検査は、定期健診に導入する必要なし。日本高血圧学会はじめ欧米の学会のガイドラインでも「基本的に高血圧患者での眼底検査は不要」とされている。