

6. 結論：産業保健における3つの分野の統合と連携

3つの調査の結論として、連携の効果は必ずしも明確ではないが、連携を不要という人は少ない。職種によって考える連携は同じではないが、連携の質が低いことを気にしている。「連携の有無」によって健康管理が異なるし、連携の可能性は企業背景に依存する。地域における連携のイメージは口絵（p.4）に示した。連携に関する問題点を以下にまとめた。

（1）企業内連携と地域産保の役割

連携の頻度 衛生管理者の報告をみると、企業内連携の頻度は、衛生管理者や安全衛生管理者がいる場合が、いない場合より約1.6倍高い（図1）。さらに保健指導を行っている場合には連携率が約20%高い。しかし、既に保健指導を行っている企業では、地域産保を活用する必要性が低い（図2）。

一方、産業看護師の報告をみると、企業内連携の有意な相違は、製造業と建設・運輸交通業の産業看護師に多く（対産業医、安全管理者）、大企業の産業看護師に多い（対他の産業看護師、衛生管理者、安全衛生推進者）（図3）。前者は業種固有の問題への対応であり、後者は企業規模に伴う対応といえる。

連携の機能と自立性 本報告は「連携の有無」を対象としたので、「連携の機能」の効果を直接には調査していない。しかし、企業によって「連携の種類」が異なっていることは明らかになった。従来の大企業型の衛生管理の方針に照らしてみれば、企業内連携によって全てを賄うことは、健康管理の「自律性」を示す指標となる。この原則を今後も認めるならば、あるいはこの原則がまだ維持可能であると判断するならば、地域産保は自律性の低い企業を判別し、その連携を促進するだけでよい。

健康増進活動 図2の健康増進活動を実施している企業は、地域産保の活用を「困難なし」としている（30%）が、「困難あり」という企業も10～15%みられた。地域産保を活用できない企業は自律性がなく、労働者の「生存権の平等」の保障がないといえる。これらの企業を前向きに支援するのが地域社会の責務となる。

企業内に産業看護師がいる場合、地域産保への「相談方法がわかる」という企業が多い（図2）。しかし、産業看護師がいる場合には、逆に地域産保を活用しにくい「その他の理由あり」という企業が、「理由なし」の約2倍いる（20%対10%）。「その他の理由」の内容は不明であるが、産業看護師個人の立場と、企業の情報入手ということが、独立せず人次第という可能性がある。

連携は労働者の健康のための「職種間の相互理解」である。このことをいかなる情報が交換され、判断と行動がなされたかを通じて、指導するのが地域産保の役割であろう。また、県産保が進めている情報フォーマットの統一は、そのための情報内容の充実を、担当者や企業のバツキを越えて、有効に活用する「情報共有化」の手段でもある。

（2）外部連携と地域産保の役割

産業看護師の特殊性 産業看護師の外部連携の頻度は、業種によって相違するだけでなく、連携相手によっても異なっていた（健診機関、保健福祉事務所、労働基準協会、県産保）（図4）。つまり、産業看護師が理解し、実行している外部連携は一定せず、安定性を欠いている。（図2

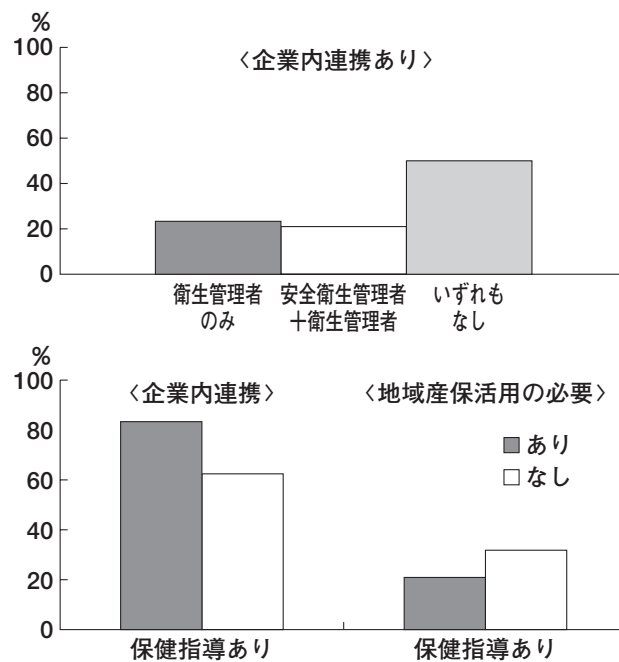


図1 連携と衛生担当者の有無、保健指導と連携・地域産保活用の必要性
(衛生管理者調査の表16、10参照)

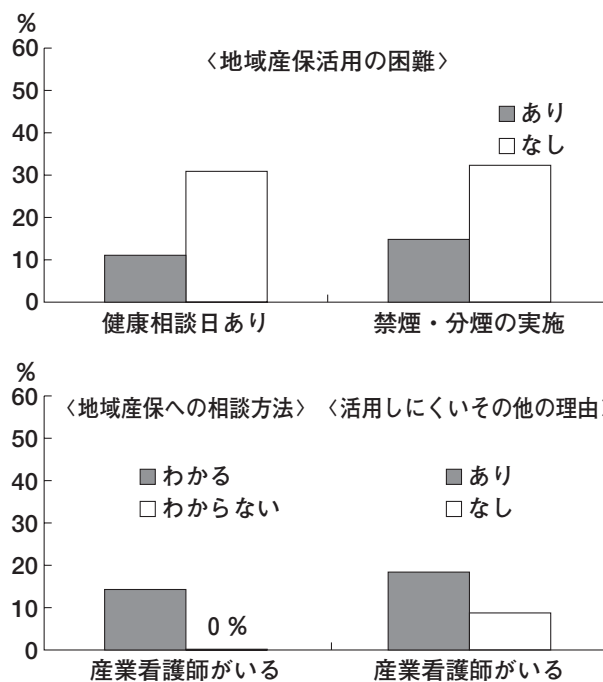


図2 産保活用の困難と健康増進活動、産業看護師と産保活用の問題点
(衛生管理者調査の表12、18参照)

の地域産保を活用しにくい「その他の理由あり」と通底する。) 逆に、産業看護師と産業医との企業内連携は、業種ごとに異なるが、外部連携は業種に関係なく一定である。産業医が同一の職種であっても、産業看護師にとっては意味が異なるのであろう(保健医療福祉業での連携頻度が高い)。連携における「距離」という便宜が、産業医が相手の場合には出やすいと思われる。

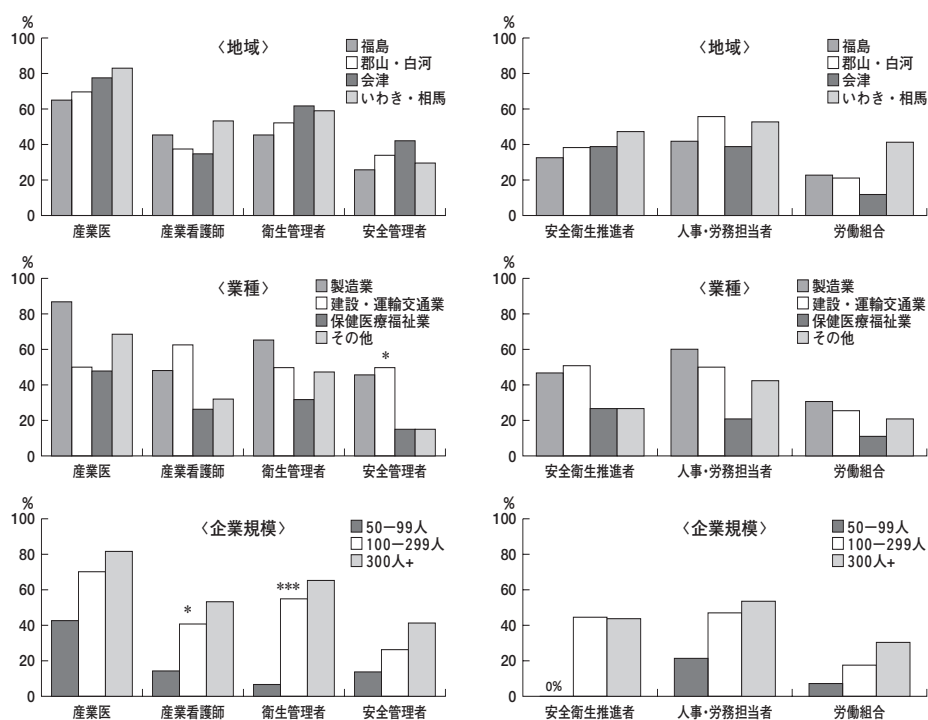


図3 地域・業種・企業規模別にみた産業看護師の内部連携（産業看護師調査の表6参照）
(* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.005$)

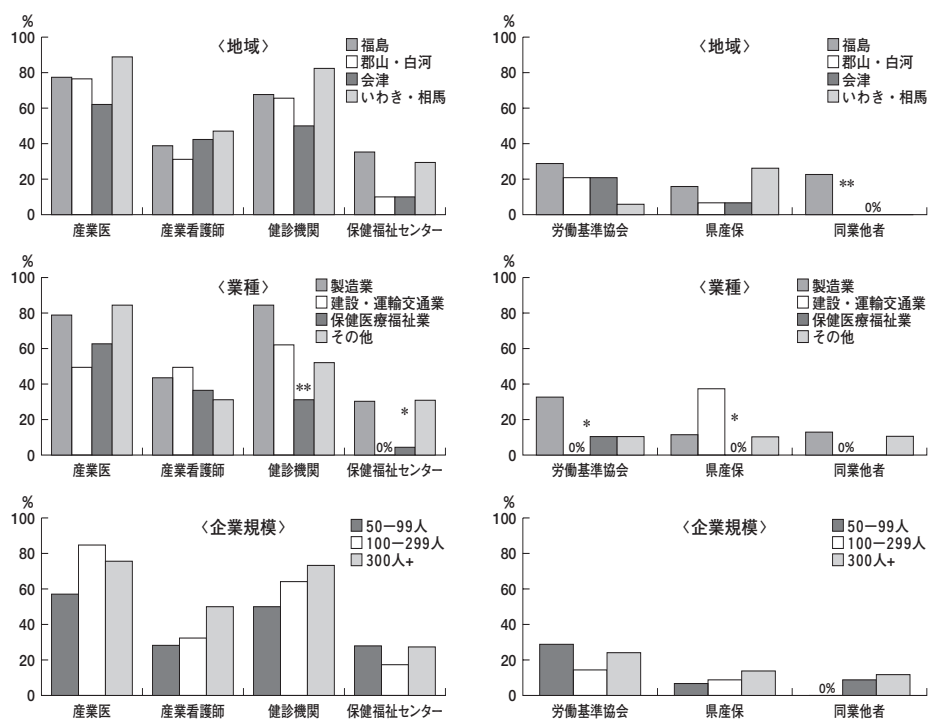


図4 地域・業種・企業規模、経験年数別にみた産業看護師の外部連携の相手（産業看護師調査の表8参照）
(* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.005$)

福島地域のみでみられる同業他社との連携は、大企業にだけ多いが、興味深い(図4)。県産保から遠い企業では、別の面でもハンディとなる可能性がある。

(3) 「連携の効果指標」としての健康管理

健康管理は、利害を受ける労働者がどう考えるかによって、その妥当性が決まる。その原則に従うならば、企業の健康管理は大きくみれば、指示(通達レベル)、環境改善(技術対策)、経営改善(企業の生存)、の3段階に分けられる。制度上、実際に行われている(指示、治療、予防、健康増進)、将来必要となると思われる(リスク回避、支払い・選択)、の3つの健康管理段階における職種間の分担と関係に集約される(図5)。

つまり、既存の連携は「職種間の分担と関係」として再定義され、健康管理の「進化の程度」を企業ごとに評価できよう。職種間の関係に基づいて、交換される情報の内容と、問題解決の効率(時間、達成度、コスト)は、連携のレベルを評価する指標となっている。本調査では、現状の健康管理システムを前提としたので、健診受診に関連した業務や問題の記載が多く、企業方針、連携、健康情報などは少ない。今後、この点を考えた調査が必要であろう。

県産保は労働者に直接働き掛ける手段をもっていないが、企業経営者向けとは違う相談サービスは実施可能であろう(NGOによるセルフヘルプ活動に移行していくもの)。また、労働者の健康管理の「自己責任」という問題は、衛生委員会の課題として労働組合が関心をもつ。「情報共有」に関する労働組合との連携が業種・地域レベルで可能であろう。

図5 健康管理で扱われる内容と連携の現在と将来

| 時間 | 方法 | 目的・効果 | 連携の必要性 |
|----|------|----------|--------|
| 現在 | 指示 | 治療、健康増進 | 必要なし |
| ↓ | 環境改善 | 予防、リスク回避 | 少し必要 |
| 将来 | 経営改善 | 支払い、選択 | かなり必要 |

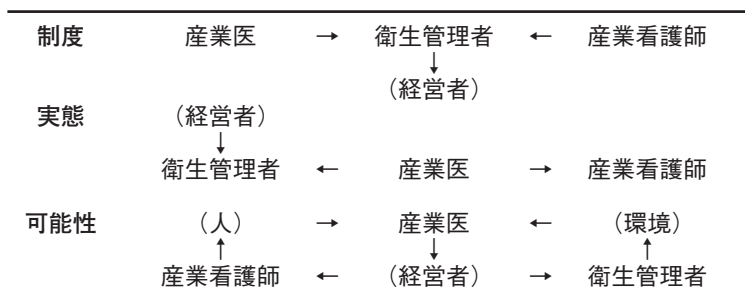
(4) 3つの職種と県産保の役割

産業看護師 産業看護師は(衛生管理者を兼ねている場合もあるが)、企業内では産業医と結びついた別職種として認識される。リストラされやすい、正規職員でない、などの問題はそこに由来する。連携に関する調査結果は、産業看護師の努力を明らかにしているが、将来性としては不十分と思われる。県産保のリードが必要であろう。

衛生管理者 衛生管理者の役割は不安定で、企業によって大きく相違する。しかし、衛生管理者は、医療以外での産業医の意図を実行するとともに、経営者との接点とを兼ねている。調査結果では、連携に偏りが存在し、それが企業の衛生管理に影響を与えていた。企業内外の連携を指導すれば、産業看護師との関係を含めて、期待できよう。

産業医 産業医が現場監督者に直接指示する権限は、多くの企業で記載されていた。今後、健診が外注・個別受診化していくならば、健診・事後指導業務は産業医の手から離れていく一方で、指示権限を根拠とした経営管理的な役割(健康増進やメンタルヘルス)が増えていくだろう(図6)。

図6 健康管理モデルの制度、実態、可能性



この流れを促進するのは生活習慣病の増加であり、国はライフステージをふまえた健康の自己責任を、産業保健についても求めてくる可能性がある。このことは、企業の健康管理負担を軽減させるように働く衛生管理者や産業看護師の役割を明確にする。連携は専門職の自己目的な健康管理手段としてではなく、企業レベルの財政的・経営的理由と社会的責任から、明確に求められることになる。

県産保と労働者の価値選択 現在、多くの企業関係者が、県産保に研修を望んでいる。しかし、時代は情報とメディア中心のサービスを指向している。県産保が指向すべき「価値生産」は、単純な情報の増加ではなく、理解と解釈が必要な「双方向性の情報」の増加であろう。職種間連携はこれを促進する手段として、企業の自己改善を外側から測定し、評価する手段となりうる。

健康管理・健康増進の意味が、現在の「健康所有型」であるよりも、選択の余地が大きい「健康対価型」になる可能性がある。小規模事業所の状況は、ある意味で「選択なし、告知なし」の健康対価型である。少なくとも労働者がリスクを知り、選べるということは重要である。産業医はリスクの告知者であり、支払いを経営者に命令する労働者の顧問弁護士の役割をもつことになる。

(5) 共有の場とコスト・手順・評価

情報の妨害要因を取り除けば、連携は進展すると思われる。実績のある企業のノウハウを集積し、地域レベルで伝授することも必要である。情報の供給者と需要者を探し、交換の場として機能することは、県産保の役割である。ノウハウ交換の決済方法も、連携情報の価値を知っていて始めて可能となる。「連携」が企業活動に必要な技術になるならば、以上のことは空想ではなくなる。

連携コストの見積もりは容易でない。地域保健分野の連携活動では、20カ所の機関が年2回集まる。対象地域の労働者数が約10万人ならば、1人当たり1円程度の連携経費になる。一方、連携は時間のかかる仕事であるが、それをコスト見積りする方法もない。

真の連携には金がかかる。したがって、連携のコストパフォーマンスを吟味すべきで、何を効果指標とするかを決めなければならない。リスク比較の手法を応用して、「連携しないで同等の効果を期待する」場合の時間と費用を比較することができる。不確定要素は、連携効果の確実性と必要な時間であるから、それぞれ1/2と仮定するならば、連携費用は他の手段の1/4以下（現実的には1/10程度）とすべきであろう。他方、連携の成果は、長期的には様々の蓄積と

生み出すし、有効なものほど容易に、他の地域、他の問題に移転可能となる。

情報共有をコアとした手法と、健康管理の見直しに必要な連携は何か、ということに尽きる。記録は「連携」の最も基本的な要素であるが、これまでの連携活動には、文書主義的な記録意識と責任が乏しい。「連携」が「契約」の一種であることが、関係者の共通認識として生まれえない。そのために議論し、合意するという連携の本質的なプロセスが重視されなかった。

対策の1つは「ユニバーサルデザイン」の応用である。つまり、生存権の平等を前提として、市場－ユーザー間のフィードバックによって、生活と環境を合理化・普遍化することである。この社会デザイン運動では、評価と連携が必須である。(永田ほか、2000；Steinfeld、2002；佐々木、2003)。

職域と地域の連携活動は、個別事業の連携、施設共同利用、人的交流、健康管理情報の共有、総合的事業連携の5つに分類できるという(寺田ほか、2003)。これらから適切な連携タイプを選択し、その実施プログラムと資源の提供・活用することが重要であるといえる。

健康管理に関する「外部連携」は多くの場合、非連携型(分業型)活動の反省から生まれる。本調査ではその経験を尋ねていない。したがって回答者が何を「連携」としているか、企業による相違がどの程度あるかわからない。連携の調査結果は、企業内では義務・ルーチンとして位置づけられている可能性もある。

(6) 結論

「連携」とは、問題についての情報を積んだ列車がどこに寄るか、どこを経由すると得なのかを発見するプロセスである。「連携の時刻表」、「列車の仕立て方」が重要である。無用な組織(観光地)は、連携対象(行先)に値しないし、客は乗らない。労働者(客)にとってインセンティブ(利益誘導)のある「連携」が真の連携である。連携を前提とした計画を立てる場合、組み合わせ可能なモジュール化した「連携」の選択枝が重要である。連携モジュールを所有し、豊かな内容をもつと優位になる。県産保のデータベースと情報共有は、連携の基本システムである。技術的課題とコストの解決、運用スタッフを必要とする。年度計画として実現したい。

▼文 献

1. 小山菊雄、林谷幸之助、五十嵐敦、黒田真理子、國分衛：平成12年度産業保健実態調査報告書、福島産業保健推進センター、p.1-65、2001
2. 福島産業保健推進センター：<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo07/>、sanpo07@mvd.biglobe.ne.jp
3. 磯野富美子：産業看護師に対する事業所の期待、産衛誌、45：50-56、2003
4. 李廷秀、川久保清、川村勇人：職場における健康づくり支援環境評価に関する調査研究、産衛誌、45：57-66、2003
5. 寺田勇人、井谷徹、庄司幸子、宮川るみ、徳永幸彦：健康保険組合の保健福祉事業における「地域」との連携モデルの検討、産衛誌、65：67-75、2003
6. 佐々木昭彦：高齢者の自立とユニバーサルデザインの役割、福島県保健衛生情報、12：2-6、2003
7. 永田久雄、李善永、佐々木昭彦：高齢社会での労働環境づくりに関する意識調査、日本建築学会計画系論文集、530(4)1-8、2000
8. Steinfeld, E：ユニバーサルデザインの1日、根元久夫監修：ユニバーサルデザインの考え方、丸善、p 83-109、2002
9. 福島県県北福祉事務所：産業保健・地域保健連携による働きざかりの健康づくり対策事業報告書、2003