

## 要 約

### 1. 産業保健の連携と情報共有化の手法

本調査は、産業保健情報の共有化を高め、産業保健推進センター（以下、県産保）の活性化を図ることを目的とした。連携の要点は「情報の共有化」であるが、そのプロセスは「情報についての」情報フィードバックにある。たとえば、健康増進運動の不毛は、やり方、意欲、費用の不足によるのではなく、関係者が情報を共有化できないために、「目的と評価の欠如」が起きた結果であろう。それを防ぐために、専門職との連携を検討する必然性がある。

このような観点から、常時雇用50人未満と50人以上の企業の健康管理能力を中心として、連携が健康管理にどう生かされているか、外部支援をどこに必要とするかに関して、3つの調査（衛生管理者、産業看護師、産業医）を企画した。この結果は産業保健サービスの将来ニーズを予測し、効果的な健康管理方法を選択することに役立つと考えられる。情報ネットワークについて関係者の役割と責任を明確にすることは、標準化された方法による情報共有化を促進すると思われる。

### 2. 中・大企業の健康管理に関する安全衛生担当者への調査

福島県の3地区の常時50人以上雇用の企業580社に、衛生管理体制、企業内連携、地域産業保健センター（地域産保）の利用についての調査用紙を郵送し、247社（42.6%）から有効回答をえた。

- 1) 安全衛生担当者のいる企業の割合は、産業医86.3%、総括安全衛生管理者47.8%、安全管理者73%、衛生管理者86%、安全衛生推進者40%であった。また、安全衛生担当者の不在の企業は9.7%、安全衛生年間計画の作成は57%であった。
- 2) 労働者の95%が定期健診を受診した。要再検・精査者は22.9%いたが、再検等の実施はそのうちの66%であった。保健指導について「実施の仕組みがない、担当者がいない、時間・費用不足」という企業は37%であった。健康診断実施の関係要因は業種、衛生管理者や安全管理者の選任、安全衛生年間計画の作成などであった。健康診断未実施の企業は関係者との連携が少なく、また、地域産保のサービスを知らない。しかし、その活用の必要性を強く感じていた。
- 3) 健康増進活動は、パンフレット配付60%、健康教育40%、禁煙・分煙40%、健康相談日の設定30%が多く、関連要因は、業種、企業規模、医師への意見聴取、地域産保の活用であった。保健指導の有無は、健康増進における個別面談または集団指導という方法の選択と関連していた。
- 4) 企業内連携を「責任の分担と問題の解決について合意ができていていること」とし、職種ごとに回答を得た。連携は、人事・労務担当者、産業医、衛生管理者、安全管理者、安全衛生推進者との間に多く、産業看護師との連携は15%と少なかった。衛生管理者と安全管理者のいない企業では、連携が有意に少なかった。
- 5) 地域産保の産業医による支援についての認知度は、健康相談45%、健康管理情報34%、研修・教育30%の順に多かった。「産業医による支援」を知っている要因は、回答者の役職と安全衛生担当者の有無であった（係長・係員・看護師や、安全衛生担当者がいる場合に高い）。地域産保に相談しにくい理由は「相談方法がわからない、必要ない、忙しい・遠い・相談しにくい」であり、関連要因は業種、企業規模、産業看護師の有無であった。製造業では「地域産保の活用が必要」という企業の割合が高いものの、相談方法を知っている割合は低かった。以上から、福島県の企業は、健診結果の通知、保健指導、健康増進活動に問題があり、衛生管理担当者の有無、看護師の不在、社内連携の質、地域産保の活用不足が関係していた。

### 3. 産業看護師の現状と問題：福島県全域の企業従事者アンケート

- 1) 福島県内の産業看護に従事する98名（回答率73%）の立場、職務、企業内連携および

外部連携の状況と相手、職務上必要な情報についてのアンケートを実施した。回答者は福島と郡山・白河地域に多く、製造業に多い。また、常時雇用100人以上の中・大企業に多い。正規職員は経験10年未満者では約2/3と低く、「職場巡視あり」は製造業と大企業に多かった。

- 2) 連携の定義を「責任の分担と問題の解決について合意ができていること」とし、完全連携、情報連携のみ、連携なしの3段階を設定した。企業内連携の相手が、産業医、衛生管理者、人事・労務担当者や他の産業看護師の場合、完全連携は過半数を越えるが、その他の職種との連携は少ない。有意な連携の相違がみられた産業看護師の条件は、業種（製造業＞その他）と企業規模（常時雇用300人以上＞その他）であった。
- 3) 外部連携の相手は、医師、保健師・看護師、健診機関の順に多いが、行政やNPOは1/3以下であった。健診機関、保健福祉事務所、労働基準協会、産業保健推進センター（県産保）との連携は、業種によって相違した（製造業＞その他）。社会保険事務所との連携は企業規模によって（常時雇用300人以上＞その他）、また、同業他社との連携は地域によって相違した（福島地域＞その他）。今後希望する連携相手先は、情報提供と研修については県産保、地域産保、保健福祉事務所、市町村が多かった。健康管理については産業医、産業看護師、栄養士・管理栄養士に分散した。医療相談では産業医のみに連携を求めている。
- 4) 「既にある職上必要な情報」については、産業保健情報と法律に関する情報「あり」の割合が、業種によって相違した（製造業＞その他）。今後欲しい情報では、同業他社に関する情報「あり」の割合が、業種（製造業＞その他）と企業規模（常時雇用300人以上＞その他）によって相違した。

以上から、産業保健と医療の情報バイアスが、業種と企業規模に応じて生じているが、それを緩和し、標準化する自主的な動きは見られない。とくに保健医療福祉業では相対的な有利さにも関わらず、産業看護師は連携不足による情報断絶に陥っていた。情報ニーズに関して、県産保が集中的な支援を行えば、産業看護師の自立と企業外の産業看護師・保健師との連携に貢献すると思われる。

#### 4. 産業医活動と連携 ―福島県全域の実態調査―

回答した産業医211人（回答率35%）は、50歳代以上が約85%であり、10年以上の経験年数の人が約60%を占めた。詳細を記載したのは現役168人（80%）だけである。関与する事業場は5社以下が約70%であった。月1回以上の事業場訪問は約60%、安全衛生委員会への参加は約50%、健診結果の判定への関与は約40%、有所見者の経過把握は約70%であった。職場巡視と活動の制約では「困難あり」が13.7%であったが、全体としては問題が少なかった。産業看護師との連携は26%と低いが、衛生管理者との連携は67%と高かった。しかし、後者は「良好」42%に対して、「人次第・不良」が28%と、連携の質はいろいろであった。連携内容は、事後処理的な「ケース協議」73%と「対策の可能性」25%が多く、事前予防的な「情報の判断」20%や「問題の発見」18%は少なかった。連携の改善策については、「必要なし」24%や「情報収集・整理」29%が主であった。産業医にとって、県産保は第2位の外部連携機関であるが、連携促進のための人員や情報も、それらをデータベースとして利用するしくみも未整備である。連携に伴うコスト負担と、情報交換やサービス改善について広く議論すべきであろう。

#### 5. 小規模事業場（50人未満）における働く人の健康診断の実施および事後措置等の状況調査

福島地域産業保健センター（地域産保）は地域医師会の協力をえて、県北地区の220事業場を訪問し、119社（回収率54.0%）から健康管理体制と一般定期健康診断（健診）の実施状況等の調査用紙を回収した。

- 1) 119社の従業員数は平均36.2名であった（製造業35.3%、建設・運輸交通業16.8%、その他42.0%）。平成13年の病気死亡は2名、入院は35名であった。産業医、安全管理者、衛生管理者、安全衛生推進者いずれかの選任は59.7%、安全衛生年間計画の作成は32.8%であった。

- 2) 健診実施率は91.6%で、勤務時間内実施は84.9%であった。貧血、肝機能、血中脂質、血糖と心電図の全員実施は約50%であった。健診依頼先は、巡回健診機関29.4%、政府管掌健康保険の健診機関27.7%、病院等22.7%であった。健診の実施で困っている事は、「健診料が高い」17.6%、「健診に時間がかかる」11.8%であった。健診費用の事業場負担は85.7%で、「当然のこと」29.4%、「予算に計上」28.6%、「とても厳しい」18.5%と評価していた。
- 3) 医師による健診判定は87.4%であった。内訳は、血中脂質21.9%、肝機能16.1%、血圧12.8%の順であった（事業場の有所見率10～30%）。医師の意見聴取は50.4%、健診結果の通知は89.9%が実施した。要再検・精検と、二次健診のいずれも把握していない事業場は30.3%であった。
- 4) 健診後の保健指導は、非実施48.7%、実施23.5%であった。担当者は、看護師13.4%、保健師10.9%、健康増進サービス機関6.7%であった。保健指導を行っていない理由は、「仕組みを持っていない」26.1%、「指導をする人がいない」12.6%の順であった。健康増進活動は、未実施38.7%、パンフレット配布26.1%、禁煙・分煙対策24.4%、健康教育10.1%の順であった。
- 5) 地域産保に健診結果を相談できることについて「知らない」37.0%、「必要ない」10.9%が多かった。知っている支援内容は「産業医による健康相談」37.8%、「健診結果の意見聴取」34.5%、「研修や教育への産業医派遣」19.3%の順であった。  
健診実施については問題が少ないが、その結果の扱いについては未成熟である。地域産保のサービスを知らないことや、活用に対する意欲と責任意識が欠けている企業側に向けたサービスが重要と思われる。

## 6. 結論： 産業保健における3つの分野の統合と連携

連携は職種によって異なるが、連携相手や連携内容には大きな相違はなかった。連携の可能性は企業背景に依存し、連携の有無によって健康管理が異なっていた。これに対する県産保の役割を検討した。既存の連携は「職種間の分担と関係」として再定義される。

- 1) 衛生管理者や安全衛生管理者がいる企業の連携は約60%増加し、保健指導を実施している割合も約20%増加する。産業看護師は、製造業と建設・運輸交通業に多く、大企業に多いと答えている。健康増進活動の実施が乏しい企業は、地域産保を活用できず、自律性がない。
- 2) 産業看護師がいると、地域産保への相談方法がわかることが多いが、「その他の理由」で地域産保を活用しにくい企業も多かった。担当者次第、企業次第ではない連携は「情報共有化」を必要とする。
- 3) 産業看護師の外部連携の頻度は、業種や連携相手によって相違した。産業医との外部連携は業種に関係なく一定である。同業他社との連携は、福島地域、大企業に多い。
- 4) 健康管理を、指示（健診・指導）、環境改善、経営改善（労働者の自律性）の3段階に分けるならば、「新たな連携」は、健康管理の進化指標として評価できよう。
- 5) 健診・事後指導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が増えていくだろう。連携は財政的・経営的理由から明確に求められることになる。県産保が指向すべき「価値生産」は、双方向的な情報の増加であろう。
- 6) 企業のノウハウ集積と情報交換は、県産保の役割である。連携のコスト・パフォーマンスを吟味すべきである。連携が「契約」の一種であること。合意プロセスを重視することは、文書主義的な記録意識が重要である。
- 7) 「連携のイメージ」は、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ことである。無用な組織は、連携対象に値しない。組合せ可能なモジュール化した選択枝が重要である。豊かな連携モジュールをもつと、職種間、組織間の連携で優位になるだろう。