

I-B2 介入前の実態調査（安全衛生担当者）

制度が自分の会社で使えるのかがわかりにくい」「内容がわかりにくい」「情報が伝わらない」「情報提供者（窓口）がない」であった（表 I-B2-7）。

表 I-B2-6 職場の健康づくりに関する

情報入手先 [複数回答]

| | |
|-------------------|----------|
| 社会保険事務所・労働事務所 | 72(52.2) |
| 社会保険健康事業財団の保健師 | 48(34.8) |
| 健康診断機関 | 37(26.8) |
| 労働基準協会（連合会） | 30(21.7) |
| マスコミ（新聞・雑誌・テレビなど） | 29(21.0) |
| パンフレット・ガイドブック | 27(19.6) |
| 商工会・商工会議所 | 20(14.5) |
| インターネット | 15(10.9) |
| 社会保険労務士 | 14(10.1) |
| 労働基準監督署 | 12(8.7) |
| 同業者組合 | 11(8.0) |
| 産業医 | 10(7.2) |
| 保健所 | 9(6.5) |
| 特になし | 9(6.5) |
| 専任の保健師または看護師 | 7(5.1) |
| 同業者、取引関係 | 6(4.3) |
| 中央労働災害防止協会 | 6(4.3) |
| 会社かかりつけ医 | 5(3.6) |
| 地域産業保健センター | 4(2.9) |
| 産業保健推進センター | 3(2.2) |
| その他 | 1(0.7) |
| 医師会 | - |
| 無回答 | 8(5.8) |

数字は人数（%）

表 I-B2-7 情報入手に関して困っている点

[複数回答]

| | |
|-------------------------------------|----------|
| どのようなサービスや制度が自分の会社 で使えるのかわかりにくい | 65(47.1) |
| サービスや制度の内容がわかりにくい | 37(26.8) |
| 情報が伝わってこない | 36(26.0) |
| 情報をまとめて提供してくれる窓口（人） がない | 35(25.4) |
| 情報がいろいろな機関からバラバラにき てわかりにくい | 20(14.5) |
| 活用する際に、さまざまな条件がつけられ ており、実際は使いにくい | 9(6.5) |
| その他 | 7(5.1) |
| 内容が現状に合っていない | 4(2.9) |
| 活用しようと思っても、申し込みの手続き が難しい | 4(2.9) |
| 無回答 | 31(22.5) |

数字は人数（%）

(6) 健康づくり活動の実施状況

健康づくり活動実施状況についてみると、健康診断は105事業場（76.1%）が実施していたが、それ以外の活動は取り組みが少なかった。心の健康づくりと健康的な職場づくりに関しては、関心があるが実施していない事業場が多かった（図 I-B2-18）。

I-B2 介入前の実態調査 (安全衛生担当者)

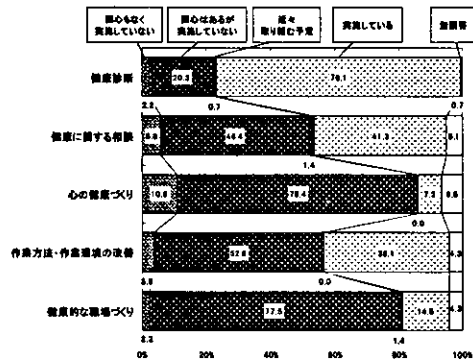


図 I-B2-18 健康づくり活動の実施状況

(7) 健康づくり活動の方法について

健康づくり活動方法に関しても健康診断以外は「わからない」が多数を占め、特に、こころの健康づくりに関しては 84 事業場 (60.9%) が「わからない」と回答した (図 I-B2-19)。

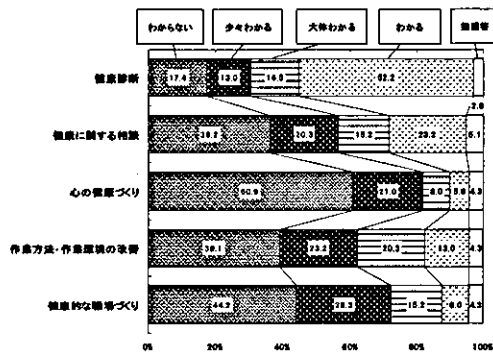


図 I-B2-19 健康づくり活動方法

外部の健康支援サービスを活用して自主的な職場の健康づくり活動を実施していく自信に関しては「ない」が 10 事業場 (7.2%) 「どちらかといえは」が 57 事業場 (41.3%)、「どちらかといえはある」が 58 事業場 (42%) 「ある」が 9 事業場 (6.5%) であった。

実際の活動方法に関しては、健康診断以外ではわからない者が多いが、自信の有無ではほぼ半数であった。

(8) 考察

① 安全衛生担当者の役割

安全衛生担当者は一般社員が多く、派遣社員・パートでも担当者を担っている場合があることがわかった。また、衛生管理者や安全衛生推進者等ではない現状もわかった。安全衛生担当者といっても安全衛生に関する役割がないことが多いことから、安全衛生に関する役割認識の教育が必要であると思われる。

② 産業保健専門職に関して

産業医の選任がないのは 98 事業場 (71%) であったが、そのうち、かかりつけ医もいない事業場も考えると、相談できる医師がいない事業場は過半数を超えていた。さらに、看護職となると、さらに少なくなる状況がわかった。

H12 年度の労働安全衛生基本調査¹⁾によると産業医の選任は、事業場規模が 50~99 人が 67.8%、100~299 人が

87.6%であり、事業場規模が小さくなると産業医の選任も低率となることと一致していた。

③ 外部資源について

健康診断機関や保健所・保健センターの認知度は高いが、それ以外のサービス機関及び助成制度に関してはほとんど知られていないことがわかった。外部資源の有効活用が望まれる。

④ 健康づくり活動

事業場規模が小さくなるにしたがい、定期健康診断の有所見率が高くなる傾向にある²⁾ことから、健康づくり活動を展開していくことは重要である。実際の活動方法をどのようにしていくのかを事業場自らが考えられるように、保健師や産業医などの専門職の支援のもと、職場風土作りや健康づくり活動が必要であることが示唆された。

参考資料

- 1) 厚生労働省 H12年「労働安全衛生基本調査」
- 2) 厚生労働省 H14年「労働者健康状況調査」

4) 従業員への調査

(1) 基本属性

有効回答、4040 のうち男性 2572 人 (63.7%)、女性 1404 人 (34.8%) であった (図 I-B2-20)。

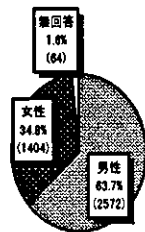


図 I-B2-20 従業員の男女比

対象者の平均年齢は男性 43.1±12.5 歳 (平均±SD)、女性 42.6±12.3 歳で、50 歳代がもっとも多く 27.3%を占め、次いで 30 歳代 (22.2%)、40 歳代 (21.7%) であった (図 I-B2-21)。

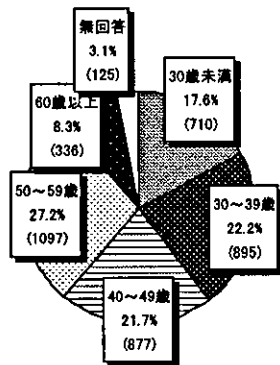


図 I-B2-21 年齢構成

平均勤続年数は男性 12.3±11.0 年、女性 9.0±8.2 年で、5 年未満の者が 34.7%

を占めていた (図 I-B2-22)。作業内容は製造現場 (37.9%) がもっとも多く 37.9% を占め、次いで事務 (23.4%)、営業・接客 (14.4%) 設計 (5.6%)、介護 (2.8%)、情報処理 (2.2%) であった。

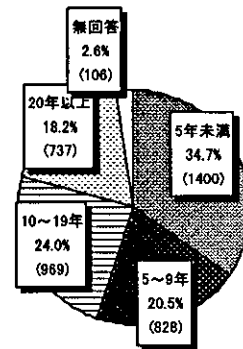


図 I-B2-22 勤続年数

(2) 健康づくりに関するサービス機関の周知度

“健康づくりに関するサービス機関の名称を聞いたことがあるか?” という問いに対して、保健所・保健センターについては 88.9%が聞いたことがある”と答えたのに対し、労働衛生に関する機関である産業保健推進センターや地域産業保健センターについてはそれぞれ 12.5%、17.0%に留まった。メンタルヘルスに関連するサービス機関である精神保健福祉センターや労災病院の「心の電話相談」についてもそれぞれ 17.3%、30.5%であった。聞いたことがあると答えたのは、政管健康保険組合が行っている健康診断以外の保健サービス (個別相談や健康相談、健康増進コースなど) も 27.6%

が“聞いたことがある”と答えた (図 I-B2-23)。

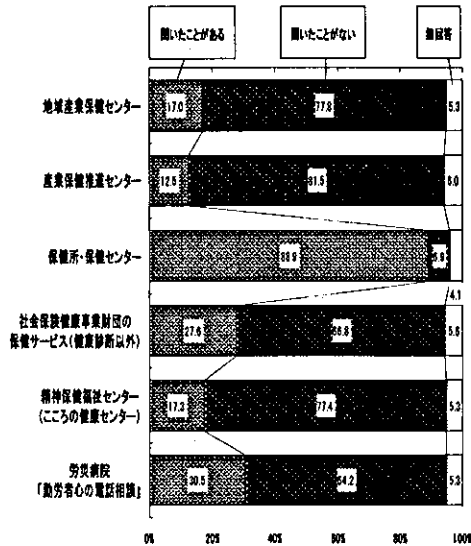


図 I-B2-23 健康づくりに関するサービス機関名称認知度

“健康づくりに関するサービス機関のサービス内容を知っているか?”という問いに対して、“知っている”と答えた人は、保健所・保健センターで45.1%、産業保健推進センターで2.9%、地域産業保健センターで3.2%、精神保健福祉センターで5.6%、労災病院の「心の電話相談」で9.8%、政管健康保険組合が行っている健康診断以外の保健サービスで9.4%であった (図 I-B2-24)。

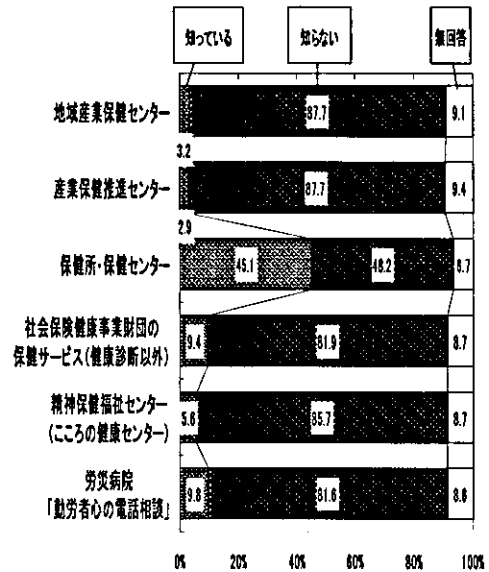


図 I-B2-24 健康づくりに関するサービス機関内容の認知状況

(3) 従業員の抑うつ度 (CES-D) と体調
最近1ヶ月の体調は、全体で“普通”が最も多く(47.5%)、“やや不調”(20.9%)、“やや好調”(13.9%)の順であった。

CES-D得点の平均値は全体で15.9(95% C.I.: 15.62-16.18)で、男女別では、男性16.3(95% C.I.: 15.96-16.66)、女性15.1(95% C.I.: 14.58-15.52)で(表 I-B2-8)、男女の間には有意な差が認められた ($p < 0.001$, t検定)。

表 I-B2-8 男女別 CES-D 得点

| | | 度数 | 平均値 | 標準偏差 |
|----|-----|------|------|------|
| 性別 | 男性 | 2171 | 16.3 | 8.4 |
| | 女性 | 1111 | 15.0 | 8.0 |
| | 無回答 | 48 | 17.4 | 7.3 |
| 合計 | | 3328 | 15.9 | 8.3 |

年齢別の CES-D 平均得点は、30 歳未満 17.4 ± 8.7 、30 歳代 15.9 ± 9.0 、40 歳代 14.8 ± 7.7 、50 歳以上 15.6 ± 7.6 であり、30 歳未満はそれ以外のどの年代より有意に高かった ($p < 0.001$)。この差は男女別に分析した場合も同様の結果であった (表 I-B2-9)。

表 I-B2-9 年齢別 CES-D 得点

| | | 度数 | 平均値 | 標準偏差 |
|------|---------|------|------|------|
| 性・年齢 | 男性 | | | |
| | 30 歳未満 | 386 | 18.2 | 8.5 |
| | 30~39 歳 | 582 | 16.5 | 9.2 |
| | 40~49 歳 | 466 | 14.9 | 7.6 |
| | 50~59 歳 | 515 | 16.5 | 8.2 |
| | 60 歳以上 | 177 | 14.4 | 6.4 |
| | 女性 | | | |
| | 30 歳未満 | 251 | 16.3 | 9.0 |
| | 30~39 歳 | 222 | 14.2 | 8.4 |
| | 40~49 歳 | 266 | 14.6 | 7.7 |
| | 50~59 歳 | 294 | 14.3 | 6.7 |
| | 60 歳以上 | 49 | 17.2 | 7.8 |
| | 不明 | 120 | 18.2 | 8.0 |
| 合計 | | 3328 | 15.9 | 8.3 |

事業場の規模別に見た場合、従業員 20 人未満の事業場においては、 16.1 ± 7.9 、20-29 人 16.7 ± 8.8 、30-49 人 15.9 ± 8.4 、50 人以上 15.8 ± 8.2 であった (表 I-B2-10)。事業場規模によって CES-D 得点に差はなかった。

表 I-B2-10 従業員数規模別 CES-D 得点

| | | 度数 | 平均 値 | 標準 偏差 |
|-----------|--------|------|---------|----------|
| 従業員 規模 | 20人未満 | 380 | 16.1 | 7.9 |
| | 20～29人 | 482 | 16.7 | 8.8 |
| | 30～49人 | 666 | 15.9 | 8.4 |
| | 50人以上 | 1265 | 15.8 | 8.2 |
| | 不明 | 535 | 15.3 | 7.9 |
| 合計 | | 3328 | 15.9 | 8.3 |

(4) 睡眠時間

最近1ヵ月の勤務日の平均睡眠時間は6.2±1.1時間で、5時間以上6時間未満が最も多く(31.4%)、次いで6時間以上7時間未満(26.2%)、5時間未満(17.2%)であった。

(5) 考察

① 健康づくりに関するサービス機関の周知度

安全衛生管理者の結果同様、保健所・保健センターの名称・内容に関する周知度と比較して、産業保健推進センターや地域産業保健センターなどの労働衛生サービス機関の周知度は非常に低かった。産業保健推進センターは産業保健スタッフへの支援を目的とした機関であるため従業員にはあまり知られていないことも考えられるが、地域産業保健センターや労災病院の「心の電話相談」などの従業員を対象としたサービスもあまり知ら

れておらず、中小企業の労働者が既存の労働衛生サービスを十分活用できるようにするための情報を提供する必要があることがわかる。

② 従業員の抑うつ度（CES-D）と体調

今回調査した中小企業のCES-D得点を、大企業で行われた先行研究と比較すると、対象集団の年齢を考慮しても高い傾向が認められる。日本において電気製造業に従事する41-50歳の男性を対象とした調査では、CES-D得点は7.3±5.2で、電気部品製造業に従事する18-59歳(95%は18-39歳)の男性交替勤務者を対象とした報告では14.3±7.4であった。いずれとの比較においても、本研究のCES-D得点は高く、中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の必要性が示唆される。

また、一般にCES-D得点には性差が認められ、男性は女性より低いことが報告されている。しかし、今回の結果では男性のほうが高く、先行研究とは異なる傾向が認められた。また、男女ともに若年層の得点が高かった。これらは中小規模事業場に特有の、メンタルヘルス上の問題点である可能性も示唆される。

抑うつ症状に関連する要因として、年齢や性、婚姻状態、ストレスイベントなどの個人要因に加えて、業務上のストレスが影響するといわれている。

今回の調査ではこのような要因を制御していないのでその原因については言及できないが、今後さらに検討する必要がある。

5) 関連分析

(1) 事業場規模と職場の健康づくり活動

健康づくり活動やそれに関連する安全衛生サービス機関・助成制度の周知度を事業場規模別に集計した。事業場規模は、常勤従業員数 20 人未満、20-29 人、30-49 人、50 人以上でカテゴリー化した。

① 職場で実施している健康づくり活動

事業場規模別の、健康づくり活動実施率を図 I-B2-25 に示す。“ある/どちらか/い/え/ば/ある”と答えた割合は、50 人以上の事業場で高かったが、有意な差ではなかった（事業所長アンケート）。健康づくり活動を種類別（健康診断、健康に関する相談、心の健康づくり、作業方法・作業環境の改善、健康的な職場づくり）に見ても、それらの実施率に違いは認められなかった（安全衛生担当者へのアンケートより）。

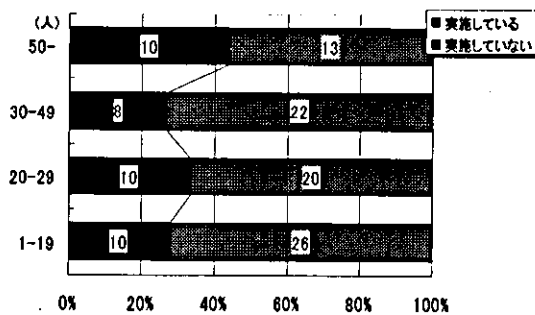


図 I-B2-25 事業場規模と健康づくり活動

② 安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度（安全衛生担当者へのアンケートより）

安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度は、事業場規模によって異なっていた。地域産業保健センターと産業保健推進センターの名称・サービス内容を知っているものの割合は、事業場規模が大きくなるにつれて高くなっていった（図 I-B2-26、図 I-B2-27）。同様に、助成制度においても、規模が大きい事業場の周知率のほうが高かった（図 I-B2-28、図 I-B2-29）。

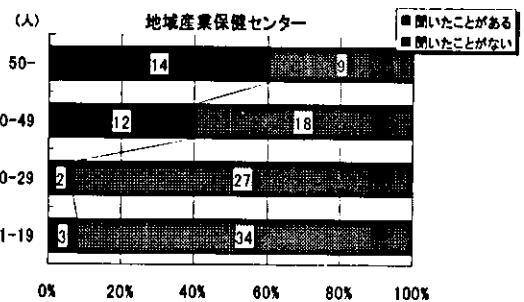


図 I-B2-26 事業場規模別 地域産業保健センターの周知度

尤度比 = 29.964, P < 0.001

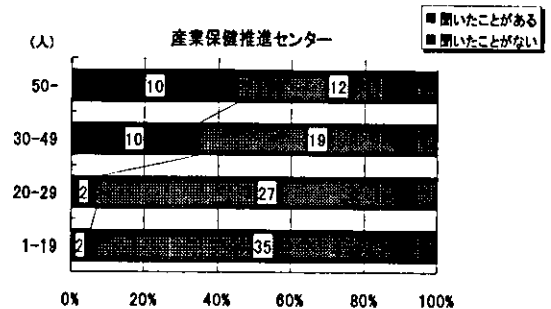


図 I-B2-27 事業場規模別 産業保健推進センターの周知度

I-B2 介入前の実態調査（従業員）

産業保健推進センターの周知度

尤度比=30.0, p<0.001

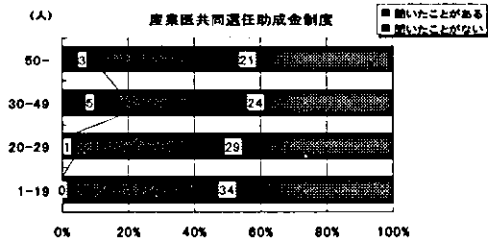


図 I-B2-28

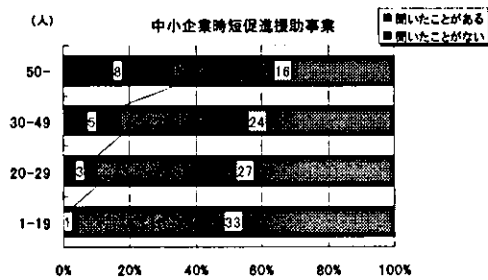


図 I-B2-29

事業場規模と労働衛生助成制度の
名称認知度

③ 職場の健康づくり活動実施への
自信（事業所長へのアンケートより）

事業場の規模によって、「職場の健康づくり活動を今後も実施していける自信がありますか？」という問いに対しても、「ある/どちらかといえばある」と答えた割合に差はなかった（図 I-B2-30）。

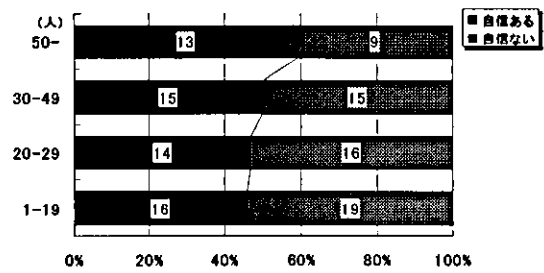


図 I-B2-30 事業場規模と今後の健康づくり
活動への自信

(2) 業種と職場の健康づくり活動

職場の健康づくり活動やそれに関連する安全衛生サービス機関・助成制度の周知度を事業内容によって製造業とサービス業に分けて集計した。製造業は鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業とし、サービス業は情報通信業、運輸業、卸売り・小売業、金融・保険業、不動産業、飲食・宿泊業、医療・福祉、その他のサービス業、公務としカテゴリー化した。

① 職場で実施している健康づくり活動

業種別の、健康づくり活動実施率に有意な差はなかった（図 I-B2-31; 事業所長へのアンケートより）。健康づくり活動を種類別にみると「健康診断」、「健康に関する相談」、「心の健康づくり」、「健康的な職場づくり」において差はなかったが、「作業方法・作業環境の改善」はサービス業において有意に低かった（安全衛生担当者へのアンケートより）。

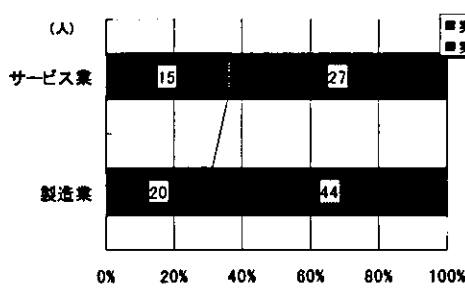


図 I-B2-3 業種と健康づくり活動

② 安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度（安全衛生担当者へのアンケートより）

業種別の安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度は、サービス業において低い傾向にあるが、有意な差ではなかった。地域産業保健センターと産業保健推進センター、産業医共同選任事業と中小企業時短促進援助事業の周知度を図 I-B2-32、図 I-B2-33 に示す。

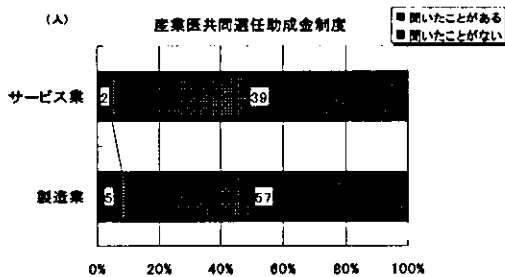


図 I-B2-33 業種と産業医共同選任事業に関する周知度

$$\chi^2 = 3.58, p = 0.058$$

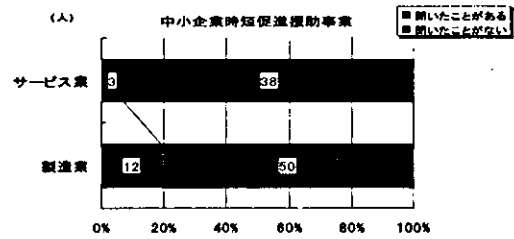


図 I-B2-34 業種と労働衛生助成制度の周知度

③ 職場の健康づくり活動実施への自信（事業所長へのアンケートより）

業種によって、今後の職場の健康づくり活動に対する自信については差はなかった。

(3) 安全衛生担当者の有無と職場の健康づくり活動

職場の健康づくり活動やそれに関連する安全衛生サービス機関・助成制度の周知度を、安全衛生担当者の有無に分けて集計した。安全衛生担当者の有無は、一人以上の衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、その他の安全衛生担当者がいることによって分類した。

① 職場で実施している健康づくり活動

安全衛生担当者の有無別の、健康づくり活動実施率を図 I-B2-34 に示す。安全衛生担当者がある事業場の実施率が有意に高かった（事業所長へのアンケートより）。健康づくり活動を種類別にみると「健康診断」、「心の健康づくり」、「作業方法・作業環境の改善」、「健康的な職場づくり」において差はなかったが、安全衛生担当者がある事

I・B2 介入前の実態調査（従業員）

業場において「健康に関する相談」の実施率は有意に高かった（安全衛生担当者へのアンケートより）。

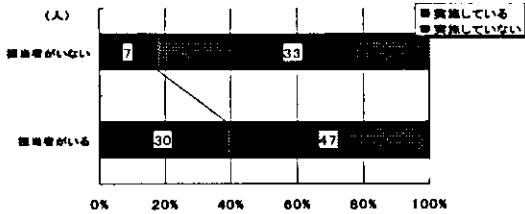


図 I-B2-34 安全衛生担当者の有無と

健康づくり活動

$\chi^2 = 5.61, p < 0.05$

② 安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度

安全衛生担当者の有無別の、安全衛生に関連するサービス機関・助成制度の周知度は、安全衛生担当者がいる事業場で高かった。地域産業保健センターと産業保健推進センター、産業医共同選任事業と中小企業時短促進援助事業の周知度を図 I-B2-35 / 図 I-B2-36 / 図 I-B2-37 / 図 I-B2-38 に示す。

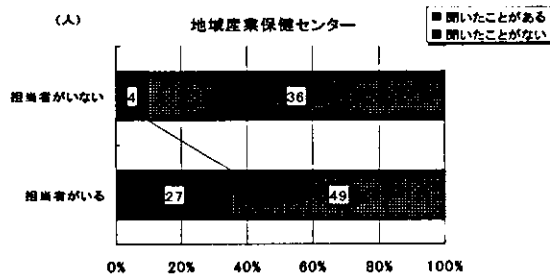


図 I-B2-35

Fisher の直接法、 $p < 0.01$

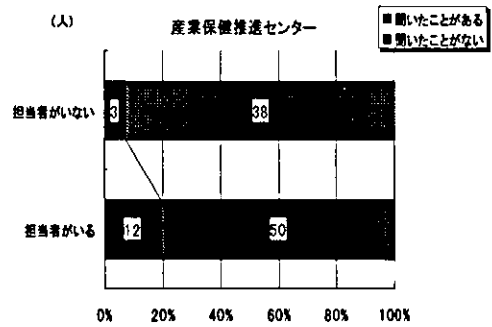


図 I-B2-36 安全衛生担当者の有無と労働衛生

サービス機関の周知度

Fisher の直接法、 $p < 0.01$

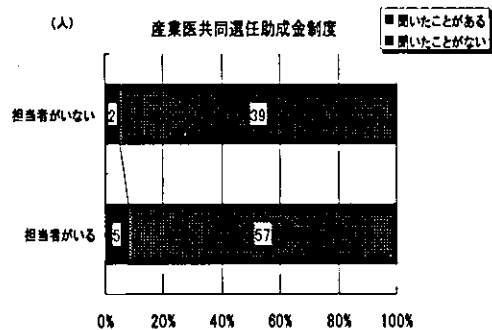


図 I-B2-37 Fisher の直接法、 $p = 0.051$

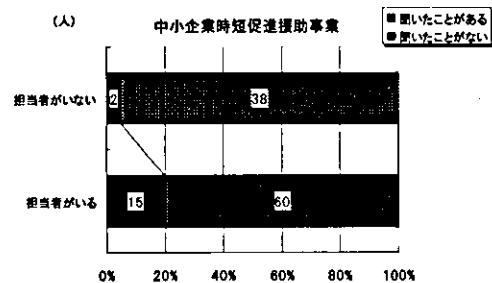


図 I-B2-38 安全衛生担当者の有無と労働衛生

助成制度の周知度

Fisher の直接法、 $p = 0.051$

③ 職場の健康づくり活動実施への自信

安全衛生担当者がある事業場において、今後の職場の健康づくり活動に対する自信があると答えた割合は高かった（図 I-B2-39）。

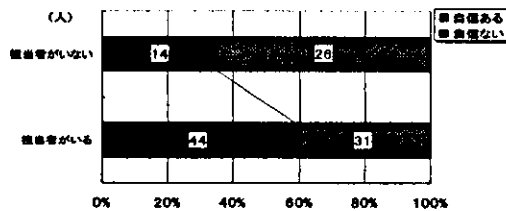


図 I-B2-39 安全衛生担当者の有無と今後の健康づくり活動への自信
 $\chi^2 = 5.85, p < 0.05$

(4) 労働基準協会（連合会）および団体への所属と安全衛生に関連する知識

職場の健康づくり活動やそれに関連する安全衛生サービス機関・助成制度の周知度を、労働基準協会および団体の所属の有無によって集計した。団体は同業者組合、工業団地（卸売商業団地、商店街を含む）、商工会議所（商工会を含む）などにカテゴリー化した。

労働基準協会に加入をしている事業場の方が地域産業保健センターや産業保健推進センターの周知度が高かった。また、これらについて、団体の所属の有無で周知割合をみると、同業者組合や工業団地に所属している場合、周知割合が高かつ

た。商工会議所では差を認めなかった。労働基準協会の加入と労働衛生サービス機関の周知度を図 I-B2-40 に示す。

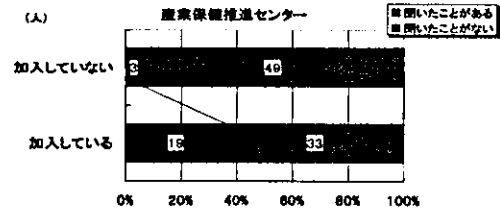


図 I-B2-40 労働基準協会加入と労働衛生サービス機関の周知度
 Fisher の直接法、 $p < 0.001$

(5) 健康づくり活動に関連する要因

健康づくり活動の有無と従業員の平均年齢、事業所長の健康づくり活動の実践の有無、経営状態、労働衛生サービス機関や助成事業の周知度、労働衛生サービス機関や助成事業は各々の周知度を合計し分析に使用した。健康づくり活動と相関が認められたのは、従業員の平均年齢の ($r=0.24, p < 0.05$) であった。経営状態は相関しなかった。事業所長の健康づくり活動の実践の有無 ($r=0.17, p=0.07$) や労働衛生サービス機関 ($r=0.18, p=0.09$) や助成事業 ($r=0.17, p=0.07$) の周知度は弱い相関を示した。

(6) 考察

① 事業場規模

事業場規模毎の健康づくり活動の実施率には差を認めなかったが、労働衛生に関するサービスの周知率は規模の小さい事業場のほうが低い傾向を認め

た。このことは規模の小さな事業場に対して、重点的に労働衛生サービスの周知をはかることが必要であることを示している。また、比較的規模の大きな事業場においても周知度は60%を下まわっており、さらにサービスや助成金制度の啓蒙に力を入れる必要がある。

② 業種

製造業とサービス業において健康づくり活動の実施には差を認めなかった。労働衛生サービスの周知度は製造業の方が高い傾向が認められた。製造業においてはサービス業と比較して安全活動を充実させる必要が高く、安全活動に付随して労働衛生サービスや助成金制度を知る機会が多いのではないかと推測される。一方、サービス業においては安全に対する必要性が低いいため健康づくり活動も活性化されにくい特徴があると思われる。

③ 安全衛生担当者

安全衛生担当者がいる事業場においては健康づくり活動の実施割合が高かった。これは、中小企業における健康づくり活動の実施においても担当者が必要であることを示している。今回対象とした事業場の従業員数は10～300人未満で、少なくとも安全衛生推進者（衛生推進者）以上の担当者を選任しなければならないが実際に担当者がいると答えた事業場は70%を下回っており、さらに担当者の配置を呼びかけ

る必要がある。

④ 労働基準協会(連合会)団体への加入

加入している事業場の方が活動の実施率や労働衛生サービスの周知度が高かった。これからの団体が教育の機会を作っていることが示唆される。健康づくり活動の普及において団体の持つ可能性は大きいと考える。

⑤ 健康づくり活動に関する要因

健康づくり活動の実施に関連（傾向も含む）があった要因は従業員の年齢であった。この中でサービス機関の周知度は関連は認められたが非常に弱いものであり、知識の普及以外に何らかの支援が必要であることを示している。

I-B3

介入プロセスの評価（中間報告）

1. 目的

実際に中小規模事業場で健康支援モデルを展開するにあたって、職場のニーズに合った支援モデルや介入方法・支援ツールの見直し・改善が必要である。そこで、介入時に保健師が記録する訪問記録をもとに、介入プロセスを評価・検討し、支援モデルや介入方法・支援ツールの問題点および改善点について考察したのでここに報告する。本章では、介入開始より4ヵ月後の介入プロセスの中間評価として、主に初回訪問について検討する。

2. 対象と方法

介入を行った医療保険者に所属する保健師（17人）に対して、訪問記録の作成を依頼した。記録項目は、介入実施項目、所要時間、対象者と対象者数、介入に際して留意したこと、対象者や職場の反応、その他気づいた点についてであった。

全員の初回介入が終了した時点で、介入を行った保健師に対してアンケート調査を実施した。調査項目は、介入事業場のアクションチェックリスト実施状況（アクションチェックリストを実施した事業場に関しては採択項目）、支援モデルに対する意見、介入に際して困った点、その他気づいたことを自由記述方式で記入してもらった。アクションチェックリストを実施した事業場の成功事例については、さらに詳しく記録してもらい検討

した。

3. 結果

1) 訪問記録

初回介入の実施項目としては主にアクションチェックリストと情報ガイドブックの紹介で、アクションチェックリストと情報ガイドブックの紹介に要した時間は平均34分（range10-140分）で、説明対象者は安全衛生担当者（健康管理担当者）が最も多く、次に事業主（事業所長）であった（図I-B3-1）。

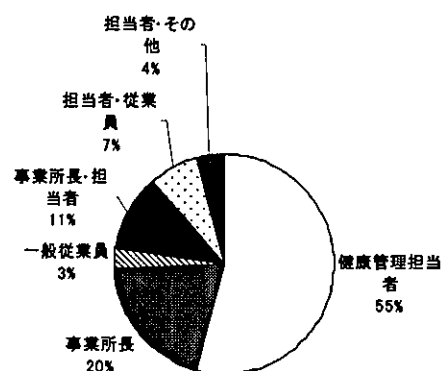


図 I-B3-1 アクションチェックリストの説明対象者

記録から、対象事業場の初回訪問時の反応は、はじめから非常に積極的に取り組む姿勢を見せてくれたところや、はじめはあまり乗り気でなかったが内容を説明するとだんだん積極的な姿勢に変わってきたところなどさまざまであった。しかし、「忙しい」「面倒だ」「社員に負担をかけたくない」という消極的な反応が見られた事業場もあった。

アクションチェックリストの実施に関しては、内容をみて「この項目は面白そう」「これならできそうだ」という肯定的な反応や、「従業員から実現不可能な要望が出た場合どうすればいいのか」という不安な反応を示す事業場もあった。

2) 介入プロセスに関する保健師へのアンケート調査

① 保健師の介入に関する意見

初回の介入を終えて、介入保健師へのアンケートを実施し、事業場に介入しての気づきとして、「介入が上手くいった点」(表 I-B3-1)と「今後の介入改善に向けての課題」(表 I-B3-2)を挙げてもらった。

上手くいった点としては、“担当者が健康づくりに関する取り組みを実践するきっかけとなった”、“今回の介入が日頃何かやらなくてはと思っていた事業主や安全衛生担当者への後押しになった”、“介入した保健師が、事業場訪問の際、健診結果だけでなく作業環境など多角的に事業場を見るようになった”、“担当者とのコミュニケーションを深める機会となった”などがあげられた。意識の高い事業場にとってはアクションチェックリストがきっかけとなり健康づくり活動が活性化すること、事業場との良い関係やキーパーソンの存在が重要であること、自分たちでやれるという自主性を持ってもらうことが重要であること、などが示された。その他、チェックリストを本格的に使わなくても、今回の介入がきっかけとなり健康活動の取り組みを始めた事

業場も見られた。

今後に向けての課題としては、“アクションチェックリスト実施の動機付けの難しさを感じた”、“時間的に余裕がない会社では全員でアクションチェックリストを行うのが難しかった”、“小さな事業場では安全衛生活動の概念がない”、“うちは小さい会社だからといろいろなところで言われた”などであった。このような事業場の反応に対して、保健師から寄せられた意見としては、アクションチェックリストの説明を簡潔にわかりやすくする工夫や、無理をせずにできることから取り組めばよいことを伝えることが重要であること、繁忙期にアクションチェックリストの紹介をしても実現不可能なので介入するタイミングが重要であること、などであった。また、安全衛生に対する意識が低い事業場には、アクションチェックリストの実施に先立って、職場における安全衛生活動の重要性を理解してもらうなど、段階を踏んだアプローチが必要であることなどが挙げられた。

② アクションチェックリスト実施率

全介入事業場(85社)のうち、2005年1月末時点でのアクションチェックリストの実施率は53%であった。アクションチェックリスト実施予定の事業場は28%で未実施の事業場は19%であった(図 I-B3-2)。

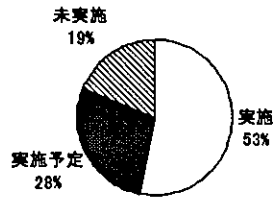


図 I-B3-2 アクションチェックリスト
実施率

サービス業と製造業の実施率を比較すると、製造業のほうが高かったが有意な差ではなかった。事業場規模別で見ると、規模が大きいほど実施率が高い傾向だったが、有意な差ではなかった。アクションチェックリストの説明対象者の実施率を図 I-B3-3 に示す。事業主（事業所長）を説明対象者に含んだ場合の実施率が、有意に高かった ($p < 0.05$)。

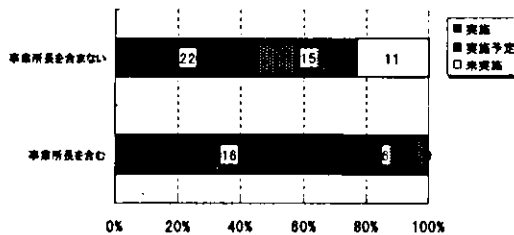


図 I-B3-3 アクションチェックリストの
説明対象者別の実施率

③ アクションチェックリスト採択項目

アクションチェックリストを2005年1月末までに実施した事業場において、採択された項目で最も多かったのは「喫煙マナー（項目番号 53）」で、次いで「職場体操（項目番号 26）」、「清掃と整理（項目番号 38）」、「受動喫煙（項目番号 39）」

の順であった（表 I-B3-3）。これらを中項目で見ると、「IV作業方法・作業環境の改善」と「V健康的な職場づくり」が多かった（表 I-B3-4）。

4. 考察

実際に支援モデルを展開した結果、健康づくりに対する意識が高い事業場においては、本支援モデルにおけるアクションチェックリストの実施とその後の情報ガイドブックの活用を中心とした支援モデルが、“健康づくり活動を開始するきっかけ”として有用であったことが示された。健康づくり活動に興味はあっても何をしたいのかわからないという事業場において、従業員も参加して職場全体で、職場のニーズにあった具体的な健康づくり活動を検討し採択することができる、アクションチェックリストの活用は非常に効果的であると考えられる。今回の介入においても、具体的なアクションが記載されているリストをみて健康づくり活動の具体的なイメージがわき、「これならできそう」とやる気になった事業場が数多くあった。

一方、健康づくりに関する意識が低い事業場においては、アクションチェックリストを勧める前に、段階を踏んだアプローチが必要であることが示された。中小規模事業場の場合、事業主の考えが健康づくり活動に大きく影響することが報告されている。事業主の健康づくり活動に関する認識はさまざまで、「健康づくり活動は大きな会社がすること」や「健康づくりは個人の問題」などの声がかれ

た。成功事例集などを活用した職場における健康づくり活動の効果の提示や、事業者責任の観点から健康づくり活動の必要性を伝えるなど、職場の安全衛生に関する意識を高める必要がある。今回の介入においても、説明対象者に事業主を含む場合に、アクションチェックリストの実施率が高くなっていた。事業主に職場の安全衛生に関する積極的な意識を持ってもらい、適切にアクションチェックリストなどの支援ツールの効果を説明することが実施の鍵を握るといえる。事業主に対するアプローチとして、同業者組合や工業団地などの所属団体の会合を利用し、安全衛生やアクションチェックリストの説明をすると効果的である可能性が考えられ、今後はそれらを含めた支援モデルを考案したい。

今回の介入に際しては、他の中小規模事業場の健康づくり活動の実際を「成功事例集」として作成し、健康づくり活動に対する啓発に使用した。どの職場においてもできる小さな健康づくり活動を紹介し自信を持ってもらうとともにその効果を知ってもらうことがこの事例集の目的であったが、介入保健師からも、事業主への説明に成功事例集が有用であるとの指摘が出ている。現在、本支援モデルに基づく、成功事例を収集しており、今後これらをまとめた事例集の作成を行っていく予定である。

従業員が派遣や営業などで社外にいて一緒に行くことが難しい事業場や、忙しく時間がなかなか取れない事業場において、アクションチェックリストを活用し

てもらうには更なる工夫が必要である。たとえば、業種によって、自分達の職場に合うように、アクション項目を減らした短縮版を作成して所要時間を短くする、労働衛生週間などを利用し時間的な都合をつけやすい期間に実施する、などが具体的な対策として考えられる。また、事業場において、上司・部下が平等な立場でアクションチェックリストを行えるようにするためには、その趣旨を担当者や上司に充分理解してもらい、良い雰囲気の中で実施することが必要である。

採択された項目に対して具体的に組織としてどのような形で実行するのか決定し、実現に結び付けるプロセスも重用であり、情報ガイドブック等も活用して、労働衛生サービス機関や地域保健機関などの外部資源を上手く利用し、自主的かつ継続的な活動にしていくプロセスを見守る必要がある。

このような一連のプロセスを円滑に進めるためには、現場ニーズに合った支援ツールの改善とともに、相談しやすい保健師の存在と継続的な支援が有用と考えられる。本研究で作成した健康支援モデルの展開においても、保健師による事業場への介入は有効であったと考えられる。今回協力が得られた医療保険者の保健師の場合、担当している中小規模事業場に定期的に訪問保健指導を行っており事業場と良い関係が形成されていた。そのため本支援モデルを展開しやすかった背景があるが、このような場合以外でも、保健師は対人コミュニケーション能力に優れ、保健活動に関する幅広い知識をもつ

専門職であり、事業場における主体的な健康づくり活動の活性化を支援しやすい立場にある。また、必要に応じて他の機関の紹介・調整を行うことにも長けており、組織的な健康づくり活動を効果的に中小規模事業場に定着させるための人材として有効に機能する可能性が高いと考える。今後は、中小規模事業場への効果的な保健師の支援技術を更に明らかにしていく必要があると考えている。

表 I・B3-1 事業場への介入で上手くいった点

主体的な健康づくり活動の支援として有効であった

- ・ アクションチェックリストの実際の項目に目を通すと、すぐに実施できそうなこと、参考にするべき点が多く書かれていることがわかってもらえた。
- ・ 担当者が、健康づくりに関する取組みを実践に移すきっかけになった。
- ・ この働きかけが日ごろから何かやらなくては・やろうと思っていらした事業主・健康管理担当者への後押しになったと感じる。
- ・ 事業場によっては以前から職場の改善の必要性は感じていたが具体的な方法がわからなかったという事業場があり、よい刺激になった。
- ・ 独自のアンケートを実施してくれた事業場があり、実施項目以外でもすぐに取り組めることを実行に移し、改善してくれたところがあった。
- ・ 事業主・担当者・従業員が、健康づくりに関して話し合う機会になった。

介入した保健師への効果

- ・ 保健師が、個別の健診事後指導だけでなく事業場としての健康づくりについても考えることが必要だと気づいた。
- ・ 保健師が、事業場の健康づくりについて担当者・事業主と話をする機会になった。
- ・ 保健師が、事業場の作業方法・作業環境、職場の風土、生活習慣、健診結果とを関連付けて考えることができた。
- ・ 事業場訪問の際、健診結果だけでなく、作業環境やメンタルヘルスなど様々な視点から事業場を見るようになった。
- ・ アクションチェックリストや情報ガイドブックの趣旨を説明し、内容を見た事業場の方が、面白そうだと興味を示してくださった。日ごろ、利益追求を主眼としている事業場でも、健康面についてはやはり関心があり、保健師が入る余地があると思った。

事業場とのコミュニケーションに効果があった

- ・ 健康以外のことでも事業主や担当者と話ができて、お互いの理解が深められた。
- ・ 今まで担当者とゆっくり話す機会がなかったので、アクションチェックリストと情報ガイドブックの説明を通して話すことができたのは良かったと思う。

小さな目標を立てることで健康づくり活動が身近になった

- ・ 小さなことから取り組んではいかがですかという投げかけに賛同を得た。

アクションチェックリストを行わなくても保健師の関わりにより、健康づくり活動を開始した事業場があった

- ・ 事業場規模が小さく、最終的に介入対象外となった事業場が、今回のかかわりを通じて、環境改善の実施を行った。(喫煙所の強制排気装置を取り付けた)