

C2-3

個人情報保護法との関連

個人情報保護法の職域の健康管理と係わる接点を列挙し、現状における職域健康管理の健康情報保護の観点から矛盾点を指摘、今後のあり方について提言した。

1. 職域における健康情報の取扱いについて

1) 個人情報保護法と職域に関連する分野の指針等

従来の職域の健康情報の取扱いに関しては、医療職に刑法第 134 条および保健師助産師看護師法第 42 条の 2 が適用されるほか、非医療職に対しては労働安全衛生法第 104 条によって「健康診断の実施の事務に従事したものはその実施に関して知りえた労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはならない」として守秘義務が課せられていた。

そして、平成 17 年 4 月の個人情報保護法の全面施行により、事業主や健康保険組合も個人情報取扱事業者の対象となり、利用目的の特定、目的外の取扱いの禁止、適正な取得、利用目的の通知・公表、データ内容の正確性の確保、安全管理措置、従事者・委託先の監督、第三者提供の禁止、本人による閲覧・訂正・利用停止、苦情処理手段の確立についての義務が課せられた。さらに、医療情報は極めてセンシティブな情報であるとして、国会における付帯決議において、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野のひとつとして指摘され、積極的な取組が求められた。そ

して、個人情報保護法の全面施行に先立ち、個人情報の適正な取扱いが確保されるよう、ガイドラインや指針等として具体的に示された。

2) 労働衛生分野に対する指針等

労働衛生分野においては、既に「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針(平成 8 年 10 月 1 日公示第 1 号)」等により、個々の労働者の健康に関する情報は個々のプライバシーであることから関係者へ提供する情報の範囲は必要最小限とする必要があると指摘されたが、その趣旨は十分に理解されず、具体的運用に結びつけた事業場は少数であった。また、健保組合が保健事業として行なう人間ドックやがん検診の結果についても事業主への提供が当然のように行なわれていた。そして、「労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書(平成 16 年 9 月 6 日発表)」では、法定の健康診断は、その結果に基づき、事業者が適切な措置を講じることにより、労働者が健康を確保しながら就業できるようにすることを目的としているとし、法定外の健康診断は具体的かつ個別的にその目的を特定すべきであること等が示されることとなった。なかでも、利用目的を特定し、取扱いに関する一定のルールを労働組合と協議して策定することとされた。

個人情報保護法の施行に際して、具体的取扱い基準が「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針(平成 16 年 7 月 1 日厚生労働省告示第 259 号)」および「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について（平成16年10月29日基発1029009号）」として取扱い基準が示された。健康情報の定義のほか、医療機関や健康保険組合から取得する際の手続き等についても詳細に示された。

3) 医療保険者に対する指針等

健保組合の事業は、「健康保険組合事業運営基準（厚生労働省保険局長通知）」にもとづき運営されており、その第10の3に、「被保険者等の秘密の保持」として被保険者等の資格記録等の管理に当たって秘密が漏洩しないように万全を期し、内部規則に職員の秘守を明記してその徹底を図ることと記載され、健保組合に対して指導されてきた。

平成16年、個人情報保護法の国会における付帯決議において、個人情報の性質や利用方法等から、医療分野は特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つと指摘され、診療報酬明細書等を取り扱う健保組合に対して積極的な取り組みが求められた。そして、法の趣旨を踏まえて遵守すべき事項及び遵守することが望ましい事項を具体的に示した「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月17日）」が定められた。また、事業者と健保組合間、医療機関と健保組合間の健康情報の提供等、種々のケースを想定した具体的取り扱い方が『健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』を補完する事例集（平成17年3月）」として、Q&A方式で示された。

4) 健診機関に対する指針等

多くの事業所や健保組合は自組織内に健康診断を実施する医療機関を持たず、外部医療機関に委託して健康診断やその後の再・精密検査を実施している場合が多い。この場合の健康診断結果のやり取りに関しては「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年医政発第1224001号）」を示し、個人情報の利用目的を施設内に掲示することにより、労働安全衛生法等に基づく健康診断の結果を委託元の事業者に提供することは黙示の同意が得られていると解釈できるとした。

かつては、早期がんを発見し、早期に医療につなげて成功した事例がある場合、それを健診委託元の幹部に報告することにより、次年度の契約を取り付ける手段に使っていた健診機関もあったが、現在では個人情報保護の観点から営業職の意識も変わってきたと推測される。しかし、検査室や問診室、指導室等に置いて、受診者との会話や相談内容が周囲の待機者に漏れないように、設備への配慮がまだ不十分な検査機関もあることに利用者として健診機関選択に当たって留意が必要である。

なお、事業所や健保組合と健診機関の接点は、受診者へ健診結果表を通知すること及び委託元への郵送等による報告がある。この過程における紛失や誤送を防ぐために一部の事業所では郵送を止めて健診機関の職員による持参としたところや、配達を確認できる宅配によるとしたところもある。指針に記載されていないところでの運用にも基準を設けることが必要である。

2. 中小規模事業場における課題

従来の労働安全衛生法制は、事業者職場由来の疾病にとどまらず、労働関連疾患の名の下に生活習慣病に関する情報に至るまで可能な限り労働者の健康情報を広く収集し、それを積極的に駆使して労働者の安全配慮に努めることを要求しているのに対し、個人情報保護法では情報の収集は最小限度にとどめ、集めた情報の利用も必要最小限にすることを求めている。そして事業者課せられた責任を現実に担うのは産業医や保健師等の保健医療従事者である。また、保健医療従事者が不在の中小規模事業所では、非医療者が取り扱っている。

世界の労働衛生分野の倫理の動向として、1996年にILOが発表した労働者の個人情報保護要綱では、個人の医学的情報が法定の事項以外でも収集できる条件は、労働者が特定の雇用に適合しているかどうかの判断、職業安全衛生の要件の満足、社会保障給付の受給資格認定のために限られるとしている。また、健康診断の通知の際に事業者が通知されるのは、特定の業務への適合性などに限定されるべきで、医学的内容を除くべきであるとしている。

しかし、わが国の現状は前述したように世界の動向とは極めて異なる状態にある。特に、事業所の中でも多くを占める中小規模事業場では、産業医や保健師等の医療職が不在であり、健康情報の取扱いに関しての課題は多い。

1) 事業者健診の生データが伝わることの懸念

「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について」では、「健診データは産業医や看護職員に取り扱わせることが望ましく、産業保健従事者以外のものには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」と判断された。しかし、中小規模事業場の多くは産業医や看護職員は不在であり、しかも健康診断の事務取扱者は事業者の身内のものであることも少なくない。このような現状においては、診断名や検査値等の生データそのものが事業者提供されることになる。また、健康状態よりも病名に関心が向きやすく、本来の法定健診の目的である就業上の措置について検討することもなく、むしろ雇用の不安材料になることの懸念がある。

2) 事業者と健康保険組合の健診データの共有について

事業者と健保組合が共同で労働安全衛生法に基づいて行なう健診及び同法の法定項目を超える健診を実施する場合、あらかじめ共同で利用する個人データの項目や範囲、利用目的、管理責任者名等を本人に通知するか容易に知りうるようにすれば、事業者と健保組合は健診結果を共有できるとされた。

事業者と健保組合が健診を共同で実施することは効率的ではあるが、健診の意図するところはそれぞれ異なるものである。健保組合が行なう健康診査や人間ドックはあくまで被保険者に対するサービスであり、法定健診は事業主の責任において業務遂行上の健康障害を防止し、適正配置に活かすものである。そこで、法定健診項目では業務歴や自覚症状及び他覚症状の有無の検査

が必須であるが、軽視されていることが多く、問診表が使われていても検査の診断用の自覚症状調査であることが多い。そして、作業との関連において自覚症状が問診により確認されることは殆どなく、また、委託元の事業者へ報告されることは少ない。したがって、健保組合が主体となって実施した健康診査を法定健診に振り替えるには、検査データの共同利用をもとに業務歴や自覚症状及び他覚症状の有無を産業医等の面談などによって確認するなど、独自の作業が必要である。

なお、法定項目外の検査結果については、事業者と共同事業で実施した場合であっても健保組合の被保険者サービスという趣旨からして慎重に取り扱うことが必要であり、特に保健医療職が不在の中小規模事業場の事業者への報告には除外すべき事項と考える。

3) 法定健康診断の受診拒否の動き

終身雇用制のもとで企業の面倒見がよい時代から、長期の雇用が保証されない様々な雇用形態の労働者が増加した近時は、自分の健康状態を事業者知られることにより就労の継続が脅かされると懸念する労働者も現れ、事業者の健診を受けたがらないと聞く機会も多くなった。また、健保組合と事業者が健診を共同で実施して検査データを共有することを健保の組合会に図ったところ、健保組合の健診は被保険者サービスのものであり、被保険者自身が自分の健康づくりや疾病予防に活かすものであって、一括事業者に提供するのをおかしい、として否決された事例もある。

健康増進法において、健康の維持は国民

の責務であると明記されたことから、事業者が労働者の私傷病の情報まで入手することの義務付けを廃止し、労働者は自ら医療保険者が用意する健診や人間ドックを受診して健康状態を確認し、必要な場合に主治医と相談のうえ就労に当たっての配慮を産業医に申し出るシステムの確立が望まれる。

3. その他

職場では、健診結果によって、有所見者に対して保健指導を行なうことが一般的に行なわれているが、保健指導対象者を指名しての呼び出しは、職場の上司や同僚に対して周知することになり、結果的に異常者のレッテルを貼ることになりかねない。また、職場を離れるには上司の了解を得る必要があり、この点からも個人情報保護が難しい。保健指導等の健康教育は、対象者を指名するのではなく、希望者を募り、該当者が希望するような手段で行う必要がある。

健保組合が開催する健康教室や保健指導も、住所管理が義務づけられていない健保組合では事業所経由の通知となり、対象者を指定する場合にはその該当者を事業者が知るところとなる。したがって、健保組合においても被保険者の住所管理が行なえる法整備が望まれる。

また、現業職場では、健診結果を見せ合ったり話しをしてお互いの健康状態を知っていることも多い。しかし、HIVのように自分の罹患する疾病を知られて偏見をもたれることを恐れる労働者もあり、これからの職場風土のあり方として一考を要する。

(飯島美世子)

I-D 中小規模事業場を対象とした新たな健康支援システムモデルの検討とその評価に関するシミュレーション

前田一寿、錦戸典子、福田英子、川上裕子、
葛木美穂、飯島美世子、平田 衛、
松田一美、三好ゆかり、荒井澄子

1. 目的

1) 本研究班では、社会保険健康事業財団保健師協力のもと、研究班で開発した支援ツールを用いての中小規模事業場への健康支援モデル事業の展開とともに、海外の先進事例調査等を行った。これらの結果や今後の社会背景の変革予想に基づき、中小規模事業場での健康職場づくりに有効な支援システムモデルを構築した。これらのモデルを現行モデルと比較、ならびに経済的なシミュレーションを行うことで、どのような効果が期待できるかを検討する。

2) 今後の保健体制の改編により、保健指導等のサービスがどのように提供されるかを想定し、今後の中小規模事業場での健康増進方策について考察する。

2. 方法

1) 支援システムモデルの構築

現在の標準的な支援システムと考えられるしくみを標準とし、「現行モデル」とした。国内外の先進的な取り組み事例の調査や文献からの知見、ならびに本研究班で展開したモデル事業の成果から、中小規模事

業場の健康支援において有効と思われる支援システム要素を抽出し、それらを基に新たな支援システムモデルを構築した。

1) 現行モデル

中小規模事業場の健康支援を担い、健康相談、情報提供を行う機関として地域産業保健センター(以下「地産保」)は、現在、全国に347箇所を設置され、50人未満の小規模事業場を対象に無償で活動を行っている。拡充センター87箇所と、通常センター260箇所の2種類がある(H16年現在)。

一方、従業員への健康診断は、通常、事業者が直接医療機関や健診機関と契約を結び、事業者の負担で実施している。この費用は中小規模事業場にとっては大きな負荷になっているといわれる。

これらの状況を考慮し、事業者負担で従業員の健康診断を実施し、従業員への健康相談、情報提供などの健康支援を担う機関として地産保を想定した標準的支援システムを「現行モデル」とする。

2) 新たに構築したモデル

(1) 「多職種、特に保健師活用モデル」

主に、人材昨日及びカバー率の課題への対応策として、地産保で、産業医だけでなく保健師も活用することで、相談ならびに事業場訪問件数を増やし、予防活動を強化するモデルを構築する。

(2) 「多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル」

主に人材、機能の課題への対応策として中小規模事業場での産業保健活動を支援する機関として、地産保だけでなく、医療保

険者、地域の保健所、保健センター、精神保健福祉センター等も活用する地域保健との連携モデルを構築する。

(3) 「インセンティブモデル」

主に、経済の課題への対応策として、積極的な健康支援活動を実施した事業者にその費用を医療保険、労災保険等より償還するモデルとして、インセンティブモデルを構築する。このモデルは本研究の海外調査により収集したフィンランド、フランス等で実施されているシステム事例を参考とする。

(4) 「一般健診と保健指導に医療保険者が参入するモデル」

主に、経済、人材への対応策として、事業者責任で行っている一般健診の実施を医療保険者に移行し、事業者の健診実施負担の軽減を図るモデルを構築する。

3) 評価基準

評価基準として①経済的側面（以下経済）、②人材的側面（以下人材）、③情動的側面（以下情報）、④機能的側面（以下機能）、⑤カバー率の5つの側面から、課題を整理した上で、新たな支援システムモデルと、現行モデルをそれぞれ比較した。

3. 結果と考察

1) 現行モデル

地産保では、産業医による健康相談や事業場訪問の実施、コーディネーターによる情報提供、産業保健関連資料の配布などのサービスが行われている。産業医選任義務がない従業員数50人未満の事業場が、地産保に登録している産業医を活用できるよう

調整するのが地産保の重要な機能である。産業医は地元医師会に所属する開業医であることが多い。要望は高いが精神科医による相談はまだ少ないのが現状である。

コーディネーターは企業の元労務管理担当者や元衛生管理者が多いといわれる。ごく一部では産業看護職の経験者が着任しているケースもある。厚生労働省の実績報告によれば、平成16年度の年間の予算が、拡充センターは1センター約860万円、通常センターでは1センター約500万円となっている。健康相談窓口の実施状況は平成16年度では産業医が8割を占めており、看護職を積極的に活用するケースは少ない。これらから現行モデルは産業医中心型モデルと考えることができる。

現行モデルによる地産保（通常センター）1施設あたりの人員、活動内容については、地域産業保健センター活動実績報告（平成16年度 厚生労働省）より利用者数、単価（予算額より推定）を設定した。人員は産業医、コーディネーター、アルバイトとし、活動内容は、産業医による健康相談窓口：月4回、実施回数合計49回、個別訪問：月1回、告知活動：印刷物の作成とし、これらにかかる費用を、年間500万円とした。詳細は表D-1の通りである。（表D-1）

同じく発表資料に基づく1施設あたりの年間相談件数：計162件/年（電話相談含む）、相談窓口開催1回あたり3.3件、事業場への個別訪問回数：24件/年となる。

ここで、前述の5つの側面から現行モデルの問題点を整理する。

①経済：地産保における健康相談、個別訪

間の1回あたりにかかる経費は、実績値に基づく計算の結果、相談8,299円/1件、個別訪問32,500円/1回あたりと高い。また、地産保事業の平成17年度の総予算額は24億4,600万円である。596.8万箇所の1事業場あたりにすると410円となる。

中小規模の事業者にとって従業員健康診断費用が大きな負担となっていることもあり、健診以外の活動（保健指導・リスクマネジメントなど）に費用がかけられていない。

②人材：地産保では産業医の活用が強調されているが、実際にはあまり活用されていない。地産保登録産業医のほとんどは開業医であるといわれており、開業医活動には、医師一人の報酬だけでなく、スタッフの給与、診療所の家賃、維持費等の固定費がかかり、これらは、産業医活動を行っている時間にもかかる費用である。産業医活動が開業医活動と同じ収益を得られるよう報酬を設定しなければ開業医が産業医活動を行うインセンティブにはならない。本業である開業医としての事業維持を考えると最低でも1時間あたり20,000円の報酬額は必要であろう。これは、現行モデルでは地産保の産業医の報酬を8,500円/時間と設定しているのと比べると大きな開きがある。

596.8万事業場に勤労する労働者を6,000万人として、産業医が労働者一人当たり年間20分の保健指導を行うと仮定すると、産業医の活動必要時間は6,000万人×20分=2,000万時間となる。現在の登録産業医数約3万人全員が対応すると仮定しても、産業医一人当たりの年間産業医活動

時間は2,000万時間/3万人=667時間、之を週あたりに換算すると667時間/50週=13.3時間/週となる。これは、移動等を考えると丸2日/週を産業医活動に割くことになり、現実的にはほとんど不可能な設定と言える。費用的にも、産業医のニーズに見合う報酬総額は2,000万時間×20,000円=4,000億円となり、社会的コストの面からも難しい設定となる。このように、これまでの産業医主体の施策から期待されている産業医活動と、現実的な投入可能時間や報酬面から規定される実際の産業医活動の大きな落差が産業医の実質的な活用につながらない理由の一つではないかと推測される。

③情報：本来個人情報として厳重に管理し保護しなければならない従業員の健康情報が、産業保健担当者が決まっていない中小規模事業場では、事業者や人事・総務担当者に筒抜けになっていることが多い。

④機能：健康診断がやりっぱなしで、保健指導が充分なされておらず、健診データが職場の健康支援活動に活用されていない。また、職場環境対策や過重労働対策、メンタルヘルス対策など、職場リスクに基づく活動支援がほとんど行われていない。

⑤カバー率：同機関ならびにサービス内容の認知度が小規模事業場の経営者、従業員とも非常に低く、その為利用率も非常に低いことが課題となっている。

活動実績報告（平成16年度）によれば、労働者数50人未満の事業場数596.8万箇所に対し、通常・拡充センター、登録産業医の診療所・病院などに設けられたサテライ

ト窓口ならびに産業祭りなどのイベント等の相談件数を含めた年間の健康相談窓口利用者延べ人数は 68,121 人、電話相談件数 10,218 人、合計 78,339 人である。全事業場数と比較すると、利用者が全員違う事業場に所属するとしても、事業場の利用率は 1.3%にすぎない。

また、同報告から年間の企業訪問件数は 11,595 社であり、労働者数 50 人未満の全事業場 596.8 万箇所 の 0.19%となっている。これらから現在のペースでは、全小規模事業場を 1 回ずつ訪問するのに 500 年以上かかる計算になる。

2) 多職種、特に保健師活用モデル

現行モデルで、地産保の産業医を通じて提供する事業場訪問や健康相談に、保健師も併用するモデルである。

現行モデルの課題を打開し、相談窓口実施日 1 回あたりの相談件数を 5 件にするため、次のような改善を行う。ア) 産業医による健康相談窓口を月 2 回とし、新たに保健師による健康相談業務を月 3 回行う。イ) 個別訪問の回数を 5 倍にする。ウ) 個別訪問時の活動内容を個人の生活習慣病予防だけでなく、メンタルヘルス対策ならびにリスク対応など職場全体への支援を主体とする。エ) 産業保健活動の説明会を年 10 回開き、情報提供費を 1.5 倍にし、広報活動を積極的に行う。

上記の活動により、地産保の運営費用が増加しないよう、コーディネータの業務のかなりの部分を保健師に移行し、コーディネータにかかる費用を削減した。詳細を表

D-2 に示す。(表 D-2)

活動内容は、健康相談窓口を産業医月 2 回、保健師月 3 回、年間計 60 回とした。相談窓口開催 1 回あたり 5 件として、合計 300 件(電話相談含む)。また、事業場個別訪問は月 10 回、計 120 回/年と仮定した。

以上のように、地産保を産業医、保健師併用モデルとして相談件数や訪問事業場数の増加を図ることで、活動の費用対効果は大幅な改善が予想され、次のような効果が見込まれる。

①経済：保健師は産業医より報酬単価が低く設定できる(時間あたり 4,000 円と設定)ため、同じ予算内で多くのサービス提供機会を設けることが可能になる。相談 1 回あたりの経費は 3,320 円(現行モデルより 4,979 円減)となり、事業場への個別訪問 1 回あたりの経費は 11,000 円(現行モデルより 21,500 円減)となる。

②人材：実働が少ない産業医よりも、産業看護に携わっていた保健師や退職後の行政保健師には実働可能時間数のとれる人も多く、事業場へのアンケート調査等でも保健師等の看護職への評価は「熱心で丁寧な支援」と一般的に高い評価が得られており、今後の活用可能性が考えられる。

③情報：個人情報に関しては現行モデルと同じ。

④機能：事業場の経営者や従業員も、産業医には相談しづらいことが保健師には相談できる場合もあり、相談機会の選択肢が増えることになる。保健師は必要に応じて他の専門家への紹介も行うのでコーディネイト機能が高まる。説明会の開催や事業場へ

表 D-1 現行モデルにおける地域産業保健センターの経費試算

現行モデル	地域産業保健センター：産業医主体モデル							
	人員	活動内容	成果（年間）	経費（円）		経費内訳（円）		
産業医登録数80名	産業医を主体とした健康相談窓口：月4回	相談件数	161.7	相談1件あたり直接経費	8,299	医師人件費	1,237,600	24.7%
コーディネータ1名		1回当たり件数	3.31	個別訪問1件あたり	32,500	広報活動費	550,000	11.0%
アルバイト1名	個別訪問：月1社程度	個別訪問件数	24	間接経費を双方に按分		コーディネータ	1,532,000	30.6%
コスト500万円	告知活動：印刷物の作成			相談1件あたり総経費	17,217	事務経費	1,686,400	33.7%
				個別訪問1件あたり総経費	69,583	総計	5,006,000	100.0%

表 D-2 多職種活用モデルにおける地域産業保健センター経費試算

多職種活用モデル	地域産業保健センター：産業医&保健師併用							
	人員	活動内容	目標件数	経費（円）		経費内訳（円）		
目標値	健康相談件数を、1相談日あたり5件に！（現行：3.3件⇒5件）							
モデル変更のポイント	保健師による個別支援活動や、職場の健康づくりを支援し、既登録企業の利用頻度を高める。地元の未登録企業に対する説明会を年10回開き、登録企業数の増加を図る。							
変更事項	産業医による健康相談窓口を月2回とし、新たに保健師による健康相談業務を月3回行う。個別訪問の回数を5倍にし、毎年1回は全登録事業所を保健師が訪問する。個別訪問時の活動内容を従業員の個別支援と職場全体への支援を主体にする。産業保健活動の説明会を年10回開き、情報提供費を1.5倍にし、広報活動を積極的に行う。コーディネーター業務の一部を保健師に移行する。運営協議会費の削減を図る。							
産業医登録数80名	産業医による健康相談窓口：月2回	相談件数	300	相談1件あたり直接経費	3,320	医師・保健師人件費	1,712,000	34.2%
保健師2名	保健師による健康相談窓口：月3回	1回当たり件数	5.00	個別訪問1件あたり	11,000	広報活動経費	800,000	16.0%
コーディネータ1名	個別訪問：登録企業全社訪問（月10社）	個別訪問件数	127	間接経費を双方に按分		コーディネータ	1,020,000	20.3%
アルバイト1名	告知活動：説明会：年10回、印刷物配布			相談1件あたり総経費	7,687	事務経費	1,481,000	29.5%
コスト501万円				個別訪問1件あたり総経費	21,315	総計	5,013,000	100.0%

訪問機会が増え、保健師からエンパワメントされることにより、職場組織づくりを含む情報提供や職場リスクに応じた健康支援活動が可能になると考えられる。

⑤カバー率：健康相談でのカバー率は2倍になり、さらに個別訪問回数を5.3倍に増やしたことにより、毎年1回は、全登録事業場を保健師が訪問できる。

さらに、保健師の活用を促す方策として、産業医の共同選任同様、保健師共同雇用制

度を設け、保健師により事業場での効果が十分広がるまでの3年程度は何らかの公的補助を行うことも利用の拡大につながると思われる。保健師の時間単価は開業医の5分の1程度と設定できるため、社会的コストを抑えつつ、カバー率を上げることにつながると思われる。

3) 多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル

300人未満の中小規模事業場について、健康保険組合等の医療保険者ならびに、保健所や保健センター、精神保健福祉センター等の地域保健に携わる機関やとの連携をはかり中小規模事業場における健康づくりを推進する多機関連携モデルを構築する。

(図 D-1) このモデルの特徴は下記の通りである。

- ①経済：既存の資源を活用するため、新たな社会的コストは発生しない。
- ②人材：地域保健や医療保険者の人材を活用することで、特に保健師の供給源が大きくなる。またメンタルヘルスや環境対策などを専門とする様々な人材の活用も可能になるため、地域保健の効率性が向上する。
- ③情報：医療保険者や保健所等との連携により、保健医療職のいない事業場での保管ではなく、保健医療機関が健診結果などの個人情報も管理することも可能となり、プライバシーの保護を図ることができる。
- ④機能：地域のネットワーク化が促進され、メンタルヘルスや環境など事業場の幅広いニーズに応えられる。
- ⑤カバー率：身近な機関の利用により、一般健康診断実施率や特殊健康診断のカバー率、ならびにその後の保健指導や職場としての健康づくりの支援供給率が上がる可能性が期待される。また、多彩な資源が必要に応じて使えるようになると考える。

このモデルの課題として、地域保健に携わるスタッフに中小規模事業場支援を受け入れる余裕があるかどうか挙げられる。

近年、地域・職域連携推進協議会の設置など、連携に向けたガイドラインなども示

されたが、ようやく先進的な自治体で活動が始まったばかりで、地域・職域の連携が普及しているとは言い難い状況にある。今後の改善が期待されるが、そのためには地域保健を担う自治体保健師等にも、産業保健に関する知識を普及し、地域での産業保健への理解を深めてもらう必要がある。お互いの情報交換が進むことにより、地域側での受け入れが進む可能性が考えられる。

4) インセンティブモデル

わが国では、労働災害防止のインセンティブとして、労災事故率による労災保険料率の増減がはかられている（労災保険によるメリット制）が、予防活動への適用は、きわめて限定的であるのに対し、海外では、産業保健活動を積極的に実施した企業に、医療保険等から、その費用の一部を償還するなどのインセンティブを付与するシステムが見られる。

ここでは、それらを参考に、企業が一定水準以上の産業保健活動を行った場合、その活動を評価し、経済的なインセンティブを与えると仮定し、ア) 医療保険、労災保険を財源に、事業者の費用負担軽減、または、イ) 事業税等の料率軽減の方法によるインセンティブモデルを構築した。事業場での産業保健活動の活発化は、民間の健診機関や医療機関、その他の分野での需要拡大につながり、新たな産業育成とも考えられる。また間接的には医療費等の社会的コストの削減に結びつくものである。

ア) について、上記の費用負担の方法と

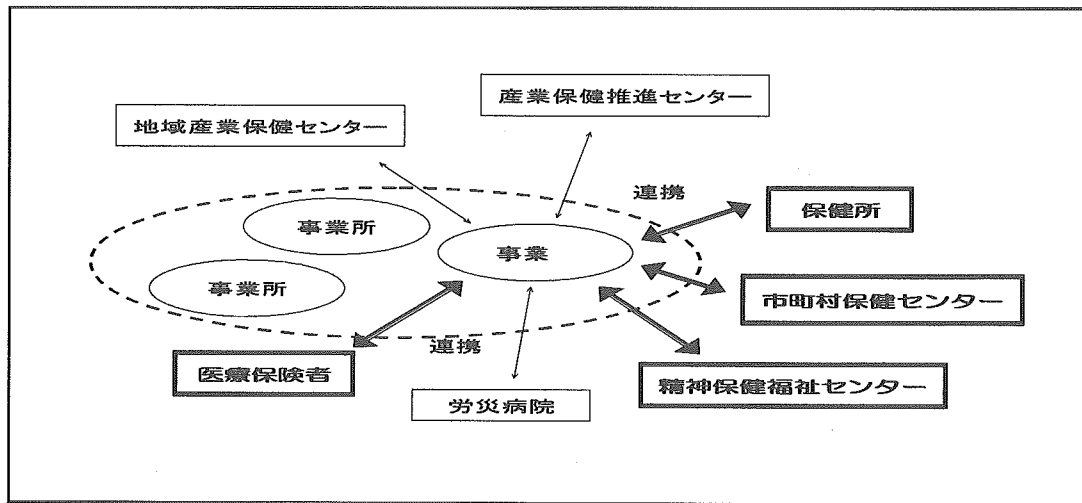


図 D-1 多機関、特に医療保険者や地域保健機関との連携モデル

して料率軽減と、費用の一定割合の償還が考えられるが、料率の軽減は事務的に煩雑であり、償還制度の方が実現性が高い。イ) については大規模な税制改革の対象であり、慎重な議論が必要となる。償還されるこれらの費用項目の対象に、民間の環境測定機関やEAPの機関等を活用した職場の健康対策の実施を加えると、民間の優良資源の育成やサービスの質向上になる。その利用促進のための仕組みづくりとして、同業や同じ地域の数社で共同して民間機関と契約を行うことも可能である。海外では、事業者の団体や、地域の商工会議所等を通じて中小規模事業場がグループを作り、外部EAP等との契約を行う事例が見られる。

①経済：医療保険料、労災保険料からの償還を仮定し、次のようなシミュレーションを行った。中小規模事業場の多くが加入する政府管掌保険の平成15年度医療給付額は年間3兆8,000億円、適用事業場数149万箇所、被保険者数約1,968万人、被扶養

者数約1,789万人である。加入者数の比率は約1:1といえる。医療給付額の被保険者と被扶養者の給付額比率も1:1と考えると、勤労者の医療給付額は1兆9,000億円と想定できる。

労災保険において、現在の労災適用事業場は263万箇所、対象人数4,792万人、労災保険給付額は年間8,023億円である。このうち、中小規模事業場数を、政府管掌保険に加入する事業場数と仮定する。

政府管掌保険加入事業場における新たな産業保健活動を設定し、医療保険、労災保険へのインパクトについて試算した。EAP委託費10万円として、149万箇所のうち10箇所に1箇所EAPを導入すると、149億円となる。仮にその半額を償還し、医療保険と労災保険で折半して負担するとすれば、政府管掌保険の医療給付額の最大0.39%、ならびに労災保険は最大0.9%の増額となる。初期投資費用がかかるが、EAP活動が功を奏して、精神的な疾患による長期入院

加療する労働者が少なくなれば、結果的に医療給付額や労災給付額の減少も可能になる。

②人材：民間機関の活用が盛んになれば、メンタルヘルスケア、職場環境面など専門的支援の幅も広がり、人材活用が可能になることが期待される。

③情報：現行モデルと同じ。

④機能：公的機関には期待できない専門性の高い多様な人材活用が期待できる。

⑤カバー率：民間機関を活用することができる事業場には、民間活用を進めることで、限りある公的機関の効率的利用を進められることが期待される。

5) 一般健診と保健指導に医療保険者が参入するモデル

平成18年の医療制度改革により、40歳以上の被保険者ならびに被扶養者の特定健診の実施責任が医療保険者に義務づけられることになった。今回の改正案では、労働安全衛生法（以下安衛法）で事業者が義務づけられている一般健診は事業者責任のままであり、安衛法の健診を受けていれば、特定健診を行ったものとみなされるが、将来的には之を見直すべきとの意見もあるため、事業者が行う健診の費用負担の一部及び実施の一部または全部を医療保険者へ移行するモデルを想定し、その場合の変化を予測・検討した。

①経済：メリットとしては、事業者の一般健診費用負担が減少すれば、減少分をリスクマネジメント、メンタルヘルスケアなど他の産業保健活動へ振り分けることが可能

となる。また、健診事業者にとっては、医療保険者からの一括発注の増加により価格の下落等による1件あたりの収益減の可能性はあるものの、実施件数が大幅に増加することで市場規模は大きくなり、経済効果も期待できる。

デメリットとしては、一般健診費用を医療保険者が負担することで医療保険者の財政を圧迫することが予想され、保険料率引き上げにつながる可能性がある。これまで健診費用の負担がなかった被保険者にとって実質的に新たな負担が増えることになる。

②人材：メリットとしては、医療保険者の人材活用が期待できる。また、サービス提供機関として、医療保険者以外の民間機関の活用も図られることになる。

デメリットとしては、医療保険者が健診と保健指導の実施主体になる場合は、中規模以上の事業場に現在雇用されている産業保健スタッフが減ることも予測され、コーディネイト機能や事業場としての継続的な取り組みが低下する可能性が考えられる。

③情報：メリットとしては、健診結果などの個人情報や医療保険者が管理することにより、特に、保健スタッフを内部に持たない小規模時用場において、プライバシーの保護が期待できる。

デメリットとして、健診実施主体と事業者間の情報共有の難しさが挙げられる。現行では事業者負担で健康診断を行っているため、法定事項の健診結果は、事業者が勤労者の就業上の措置や適正配置に活用できる。しかし、医療保険者が健診の実施主体となってデータを保管するようになれば、

個人情報保護を勘案して、事業者が安全配慮義務を果たすために必要な情報を、医療保険者と事業者が共有できるような新たな仕組みが必要となる。こうしたことは、中小規模事業場における健康増進活動の責任の所在をわかりづらくし、事業者の健康管理への取り組み意欲を減退させるおそれがある。

④機能：健診事業に知見を持つ医療保険者が健診の契約当事者になることで、健診事業者が提供するサービスの質向上にもつながる。また、医療保険者の関わりが増大により、産業保健スタッフを内部に持たない小規模事業場では、意識の向上や、職場全体での予防的活動の活性化も期待される。

デメリットとしては、現在産業保健スタッフを配置し、健康職場づくりが行われている中規模～大規模事業場での、独自の健康づくり活動が不活性化するおそれがある。このため、事業場規模別の対応が必要と考えられ、さらなる検討が必要である。

⑤カバー率：特に小規模事業場での健診実施率が上がることが期待できる。しかし、労働者の受診に関しては、現行の半ば義務的なものから、権利としての位置づけに変わると考えられるため、受診率自体は、必ずしも上がるとは限らない。

また、一般健康診断の実施頻度に関して、現行の年1回以上の実施より、人間ドック並みの詳細な健康診断を2年～5年に1回とすることで、健康診断の内容の向上をはかるとともに、保健指導や職場のリスク対策の充実を図るための時間的費用的余裕をつくるべきとの議論もある。その方が、実

質的に労働者の利用機会を増やすことができるとの予測もあるが、健診の最適頻度については、多方面からのさらなる検討が必要と思われる。

以上のように本モデルについては、メリットとデメリットの両面があるため、具体的にどのような形で事業者責任（負担）と医療保険者責任（負担）のバランスをとっていくのが最適であるのかについて、さらに詳細に検討していく必要がある。

4. まとめ

中小規模事業場での健康増進活動を促進させるためには、現行のサービス提供者のサービス内容を向上させるだけでは十分な効果は期待できない。産業医だけでなく、保健師等による保健指導を積極的に行うなどの多職種化、医療保険者や保健所等の様々な既存のサービス提供機関を活用する多機関化の実施が有効であろう。

それだけでなく産業保健活動を実施する事業者には医療保険、労災保険から費用の償還等のインセンティブを付与することも効果が見込まれる。これに関しては、労災保険だけでなく医療保険も労働者の健康問題にかかわる必要があると考えられるが、その点に関する社会的理解の浸透を図っていく必要もあろう。現在、法的に事業者責任で行われている健診実施責任の医療保険者移行については、さらなる検討が必要である。

I-E 中小規模事業場の健康支援に関する今後の政策・施策への提言

主任研究者 錦戸典子

E1

政策提言

～中小規模事業場の主体的取り組みを可能にする、社会的支援基盤の構築を～

今後の中小規模事業場への健康支援のための施策づくりにあたり、多くの職場が一般健康診断の実施に留まっている現状を打破し、職場毎のリスクやニーズに基づく活動が推進されるようになるためには、何よりも中小企業の事業者や担当者・労働者自身が主体的に健康職場づくりに取り組めるように支援していく必要がある。即ち、職場環境や作業実態、労働者の状況を最も知っているのは事業場のメンバー自身であり、彼ら自身が主体となって適宜外部のサービス資源を活用しながら健康職場づくりに取り組む体制を構築することが最も適切で効率的であると考え。従来の労働衛生施策においても自主対応の原則は打ち出されていたものの、産業保健専門職が内部にいない中小企業において、健康職場づくり活動を無理なく実現するための具体的な支援策が不足していた可能性が高い。

そこで、今後の施策づくりの基本的考え方として、中小企業の事業者や担当者・労働者自身の健康職場づくりへの意欲を引き出すとともに、その活動の開始・継続のために利用者側の視点に立った利用しやすい支援サービス環境を整えていくことを主眼とした施策を展開する必要がある。

本研究班の研究成果や既存の知見、国内外の動向等に基づいて、分担研究者との議論を重ね、次のような提言をとりまとめた。

提言1

保健師等の法的位置づけの確立と活用推進

提言2

公的医療保険者の保健事業の拡大

ー健康職場づくり支援への本格的参画ー

提言3

民間健康支援機関の質保証と利用促進に向けた経済的インセンティブの付与

提言4

地域産業保健センター等の公的支援機関のサービスの質の向上

提言5

職場毎のリスクやニーズに基づく健康づくりの推進 ー事業者・リーダーへの支援強化ー

提言6

事業場による主体的取り組みを支える、効果的な支援ツールの開発・普及

提言7

健康的な社会の実現に向けた関連諸政策ならびに諸機関の連携

提言 1 保健師等の法的位置づけの確立と活用推進

1. 身近なファシリテータとしての保健師等の法的位置づけの確立と活用推進

1) 今後、強化すべき支援機能： 自主対応型の産業保健活動の推進に向けて、事業場のニーズや準備状況に応じて、健康職場づくりへの積極的姿勢を喚起し、適切に支援をしていくためには、身近なファシリテータ兼アドバイザーとしての支援専門職が有用である。この役割の遂行には、疾病の診断・治療に関する専門知識に優れているより、幅広い保健医療知識を持ちつつ、事業者・労働者から健康上の不安や支援ニーズを表出させるコミュニケーション能力や、対象者個人ならびにその属する職場組織の健康づくりへの取り組み意欲や自信を引き出すエンパワメント能力、ならびに必要に応じて他の専門職へつなぐコーディネート能力等が求められる。本研究班が実施したモデル事業の成果からも明らかなように、この役割を担う専門職として、産業保健についての基本知識・技術を有する保健師等の活用が望ましい。

2) 現状と課題： 産業保健分野に働く保健師および看護師（以下、産業看護職）に関しては、これまで労働安全衛生法に事業場の選任義務は明記されていないものの、大企業で常勤雇用されている産業看護職数は常勤産業医数をしのいでおり、中規模の事業場でも常勤または非常勤で雇用されている例が多いなど、事業場の健康づくりを支援する産業保健専門職として、既に長年の活動実績と評価を得ている。産業保健分

野の主要学会である日本産業衛生学会は、産業看護部会や継続教育制度を有しており、一定の研修を修了した学会認定の「産業看護師」数も1,000人を越えている。

一方、小規模事業場の健康支援方策の検討に際しては、保健師等の活用にしばしば言及されるものの、労働安全衛生法上に事業場の選任義務がなく産業保健職としての正式の法的位置づけがないため、行政施策として本格的な活用がされてこなかったジレンマがある。その結果、現状では地域産業保健センターへの配置数も少なく、小規模事業場における産業医の共同選任制度に匹敵する保健師の共同雇用制度等も、各方面からの強い要望がありながら、実現できない状況にある。

3) 法的位置づけと活用推進： 保健師等の産業看護職の配置・活用の本格的推進に向けて、労働安全衛生法に保健師等の選任基準や職務を定めていくことが、喫緊の課題である。産業看護職の実際の雇用状況・活動状況等から検討した試案を示す。

(1) 保健師等の選任基準（案）

① 従業員数1,000人以上の事業場においては、1人以上の保健師または看護師を専属で選任。

② 従業員数300人以上1,000人未満の事業場においては、1人以上の保健師または看護師を選任。

これらの保健師等の選任にあたっては、産業保健についての知識・技術を有していることを担保する学会認定の産業看護師等

の資格保持者、あるいは関連分野の大学院教育を受け修士以上の学位を取得した者等の選任が望ましいが、移行措置として法の施行から5年程度の努力義務期間を設けること等により、現実的に対応することが可能であると考えられる。

尚、従業員数300人未満の事業場においては、後述する医療保険者の保健師による保健事業の活用のほか、地域産業保健センター、自治体保健機関、民間の労働衛生機関等の保健師等の活用を推進する。

また、産業医共同選任制度に匹敵する保健師等共同選任制度を、従業員数300人未満の事業場が利用できるよう、助成制度を可及的速やかに設け、小規模事業場においても保健師等の活用を図れるようにしていくことが、重要である。

(2)保健師等の職務（案）

- ①健康職場づくりに関する事業者・労働者への情報提供と動機付けの支援
- ②職場リスクや職場ニーズの把握の支援
- ③健康職場づくりの目標設定と計画づくりの支援
- ④健康職場づくりの実際の展開の支援と評価
- ⑤産業医、衛生管理者、社内外の保健医療専門職、人事労務（厚生）担当者、職場の管理監督者等、との連絡・調整
- ⑥健診の事後指導
- ⑦健康相談
- ⑧健康教育（生活習慣病予防・メンタルヘルスの基礎知識・対処方法、等）
- ⑨職場訪問と職場環境改善対策（有害業務対策、快適職場づくり支援、等）に関する

ること

- ⑩過重労働対策に関して、長時間残業者への保健指導
- ⑪職場のメンタルヘルス対策（①～⑩の活動を通して）に関すること

2. 産業保健専門職の育成支援と連携体制の強化

1で述べた保健師等の需要を満たすために、職場環境やメンタルヘルス対策を含む、産業保健活動についての知識・技術を有する保健師等の産業看護職の育成強化と、関連機関における保健師等の配置数の増員が急務となる。

また、過重労働や職場環境・職務ストレス等により健康状態が不調に陥っている労働者の適正配置や就労上の措置などに関する医学的判断に関しては、保健師等には代行できない産業医独自の職務であることから、各事業場の需要を満たせる産業医の質の確保とともに、必要投入時間の観点からの量を確保していく必要がある。実際には、開業医等の臨床医が非常勤の産業医として契約している実態が多いことから、実質的な投入時間の不足や地域的な偏りがある現状である。中小規模事業場への健康支援に熱意があり、本務に近い形でその任にあたる産業医の育成が期待されるが、適正報酬を伴ったポストを多数準備することは必ずしも容易ではない。現実的な対策として、産業医による医学的判断が行いやすいように、対象者からの関連情報の収集や事後フォローの実施などに保健師等を積極的に活用すべきであると考えられる。これらの連携体制を強化することにより、実質的

な支援サービスの確保を図っていくことが、専門職の活用に関する社会的費用効率の面から、最善と考えられる。

このほか、メンタルヘルス対策や職場環境改善に関する高次の判断・指導など、職場からの個別性の高いニーズに対応できる専門職の育成支援、ならびに、地域産業保健センターなどに、必要に応じてそれらの専門家を非常勤職として配置または派遣で

きるようなシステムづくりが求められる。これに関しては、後述するように、地域保健機関に所属する精神科医や環境測定士などに産業保健に関する講習受講を必須要件としておき、必要に応じて地域産業保健センター等を介して、事業場からのニーズに対応させるなどの人材活用方法も、有効であると考えられる。

提言2 公的医療保険者の保健事業の拡大 —健康職場づくり支援への本格的参画—

1. 健康職場づくり支援への本格的参画

昨今の健康日本 21 や医療制度改革の流れを受けて、医療保険者には、事業者や地域保健等とのより積極的な連携と、効果的・効率的な保健活動の展開に向けた努力が求められている。

特に中小企業は、政府管掌健康保険（政管健保）や、組合健康保険（組合健保）のうちの総合健保に加入している割合が高い。組合健保の一部では既に行われているところもあるが、今回、社会保険健康事業財団（政管健保の保健事業委託機関）の協力を得て、被保険者への健診と保健指導の実施が中心であった支援役割を、事業者を含む職場組織による主体的な健康職場づくり支援まで拡大したモデル事業を実施した結果、中小企業における産業保健活動は効率的に推進され得た。つまり、保健指導などで職場訪問する際に、それだけでなく、職場環境を把握しつつ、事業者や職場担当者に働きかける機会として活用することにより、

当該事業場の保健活動の推進ならびに社会的な支援効率の飛躍的な向上に、寄与することが期待できる。但し、事業者等への協力については既に「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に明記されているが、その活動を普及・拡大するためには、改めて健康保険法等にも、医療保険者としての健康職場支援役割を明記して、理解されやすいよう位置づけることが必要である。さらに、各保険者に所属する保健師配置数の増員や、資質向上のための育成機会の強化などが必須要件となる。

2. 一般健診と保健指導における医療保険者役割拡大に関する検討

作業関連疾患の多くが生活習慣病やメンタルヘルス関連など、職場生活因子と個人生活因子の両面からの影響を受けている今日、これまで全て事業者責任で毎年実施されてきた一般健診と保健指導の一部または全部を、医療保険者責任に移す可能性を検

討すべきであると考えられる。特に中小企業にとっての経済的負担軽減の観点、ならびに保健医療専門職がない状況下での健康情報保護の取り扱い是正の観点からのメリットが期待できる。一方、健診・保健指導の実施責任が事業者から離される場合には、職場としての適正配置や就労上の措置に必要な情報が円滑に受け渡されるシステムが必要となる。特に産業保健専門職を内部に雇用し積極的に活動している事業場においては、職場の組織的な保健活動につなげる効率的な情報収集と従業員との関係づくりの機会として、健診や保健指導が活用されている側面もあるので、医療保険者か

ら逆に受託する方式や、実施責任は事業者のとして費用の半額程度を医療保険者から援助する方策も考えられる（次項の経済的インセンティブの項、参照）。

また、健診や保健指導における医療保険者役割が拡大することにより、医療保険者の費用や人材の困窮が予想され、全員への保健指導と事後フォローの徹底のためにも、健診の隔年実施の可能性も考えられる。いずれにせよ、これらの健康診断制度の変革は我が国の産業保健ならびに生涯保健システムに多大な影響を与えることが予測されるので、今後十分検討していく必要があると考えられる。

提言3 民間健康支援機関の質保証と、利用促進に向けた経済的インセンティブの付与

1. 民間健康支援機関の質保証

健診機関や健康保持増進サービス機関、環境測定機関などの労働衛生機関、および、主としてメンタルヘルスサービスを専門に行っている EAP (Employee Assistant Program) 機関など、民間の健康支援機関から多様なサービスが競合的・効率的に提供されることにより、健康職場づくり活動のサポートが社会的に安定して供給され得る。その意味で民間活力の導入が重要であるが、一方で業者間のサービスの質のバラツキが懸念されることから、利用者が安心できるようなサービスの質保証のしくみを整えることが望ましい。専門資格保持者の配置数や活動内容などについて、一定の評価基準を作成して査定することとし、第三者機関、

あるいは国・自治体による認証システムの構築が期待される。

また、地域の精神科医などに産業保健についての講習を任意で行い、受講した医師が勤務する医療機関のマップをつくるなどの試みが、産業保健推進センターなどを中心に一部地域で行われており、その早期普及が期待される。

2. 事業者による民間支援機関の利用促進に向けた経済的インセンティブの付与

有料の民間サービスを事業者が積極的に活用して健康職場づくりに取り組めるようにするためには、事業者への経済的なインセンティブを与えることが有効であると考えられる。

そのためには、一定の基準に基づいた産業保健活動を事業者が民間機関を活用して有償で行った際には、それにかかった費用の半分程度の費用を、事業者に対し医療保険者ならびに労災保険から償還されるなどの制度を導入することが、望ましいと考えられる。具体的には、既に一部の健保組合において事業者と連携した保健事業が実施されているが、同様の方法として産業保健活動等をリスト化しておいて、それに相当する内容の保健活動を事業者が実施した場合、その実施報告書等を添付して、医療保険者や労災保険の担当事務部署に申告することにより、費用償還を受けられるシステムなどが考えられる。

これまで、わが国では、労災保険のメリット制として、労働災害の増減により労災保険料率の増減が行われてきたが、労災予防としての産業保健活動の実施自体はその

対象に入っておらず、快適職場環境形成のための措置についてのみ例外として、認められているに過ぎない。今後は、小規模事業場における主体的な健康職場づくり活動の推進に向けて、メリット制の対象を産業保健活動全般に広げるとともに、適用対象事業場の規模も10人以上100人未満に広げるなどの改正が望ましい。

さらに、本研究班では、労災保険のみならず、医療保険からの費用償還制度を提言したい。その背景として、事業者が行う産業保健活動のうち、昨今では生活習慣病予防対策やメンタルヘルス対策など、職場要因とともに個人要因をも合わせ持つ健康課題への対応への期待も多くなってきていることから、医療保険との共同責任において対処していくことが望ましいと考えられる。

労災保険と医療保険の負担率の分配等に関しては、更なる詳細な検討が必要である。

提言4 地域産業保健センター等の公的支援機関のサービスの質の向上

1. 公的支援機関のサービスの質の向上と活用促進

地域産業保健センター等の公的健康支援機関は、利用者にとって無料で利用できる利点があり、公共性・公益性があることから、特に経済的な課題を抱える事業場の健康支援においては重要な役割を担い得る。また、これまで産業保健サービスを受けたことがない事業場にサービスを提供して意義を理解してもらうことにより、今後は民間の有料サービスを利用して主体的な健康職場づくりを始めることにつながるなど、

将来に向けた動機付けになることが期待される。そのためには、利用者にとって満足度の高い良質のサービスの提供とともに、動機づけを行うエンパワメントのスキルが重要となる。今後の公的支援機関の利用拡大とその機能の充実に向けては、サービスの質の向上とともに、利用方法についての事業場への十分なPR・情報提供を、同時に推進していくことが不可欠と考えられる。

2. 地域産業保健センター

地域産業保健センターは、従業員50人未

満の小規模事業場を対象とした支援サービス機関として全国で347箇所位置づけられているものの、認知率や利用率が低いことが課題となっている。その背景として、1センターあたり年間数百万円の予算で地域医師会に委託されており、コーディネーターの出勤日や地元の開業医を中心とする登録産業医等による相談窓口の設置も月数回に留まるなど、利用者にとって必ずしも利用しやすいシステムとは言えず、事業場への情報提供やニーズの掘り起こしなどの働きかけも不十分であることが考えられる。また、メンタルヘルスや職場環境に関する相談など、現状の登録産業医を中心とした相談員のみでは対処できないケースも少なくないことが課題となっている。

今後は中小規模事業場の健康支援に意欲のある保健師等の多職種をコーディネーターや相談員として積極的に登用し、地元の事業者団体や職場を定期的に訪問するなど、機動力を生かした情報提供やニーズの掘り起こしを丁寧に行って、利用の拡大を図ることが期待される。さらに職場環境面やメンタルヘルス対策の専門家と契約し、事業場からのニーズに応じて紹介するなどの方を講じることが求められる。この掘り起こしの徹底と、必要時に専門性の高い支援につなぐ機能に関しては、産業保健推進センターや保健所・精神保健福祉センター等の自治体保健機関ならびに民間の保健医療機関等との連携による効率的な周知活動や、人材の有効活用も大いに推進すべきである。そのようなシステム構築を担う意味でも、コーディネーターや相談員に期待される役割は大きい。その活動を支える二次医療圏

レベルの地域・職域連携事業の推進役割も含めて、地域資源のネットワーク形成と、それによる地域全体の健康度の向上を目指すための支援環境づくりが急務である。

3. 都道府県産業保健推進センター

産業保健推進センターは、50人以上の事業場を対象とした支援サービス機関として独立行政法人労働者福祉機構により各県に1箇所ずつ設置されており、相談窓口となる常勤事務職員ならびに各専門領域の非常勤相談員が配置されている。都道府県によって活動状況にバラツキはあるものの、毎日相談を受けられる体制や、研修会の開催、ビデオ・図書・各種パンフレットなどによる情報提供体制は整っている。今後は、その人材資源を活かして、より積極的に中小規模事業場の健康支援や地域・職域連携事業に関する各都道府県での推進役割を担い、広域的な地域ネットワークづくりの要としての役割を果たすことが望ましいと考えられる。

4. 労働局・労働基準監督署

労働基準監督署は、地域産業保健センターの設置区域に相当する二次医療圏レベルに設置されている。監督行政機関の立場から、中小規模事業場にとって親しみやすい機関とは言えない現状があるが、監督業務だけでなく、他の地域資源とのネットワークを構築して、草の根的な情報提供や地域サービス機関紹介などのソフト面の機能を発揮することにより、真の意味での健康職場づくりへの一層の貢献が求められる。都道府県の労働局は、地方労働行政の中心機