

## 小規模事業場へのメンタルヘルス対策としての Employee Assistance Program (EAP) の現状と課題

分担研究者 武 藤 孝 司（獨協医科大学）

### 研究要旨

本研究は小規模事業場のメンタルヘルス対策という観点から、Employee Assistance Program (EAP) が提供しているメンタルヘルスサービスの現状と課題を明らかにすることを目的として行われた。日本 EAP 協会に加盟している全 EAP 法人 (n=27) を対象とし、調査の趣旨を EAP に説明した後に名称と連絡先の提供に協力の得られた 24 の EAP に郵送によって質問紙票を送付し、無記名で回答を求めた。13 施設から回答があり、回収率は 54.2%であった。EAP が契約する企業数の順位からみると、大企業が最も多く、次いで中小企業で、50 人未満の小規模事業場の契約順位は低かった。企業との業務契約締結に際して EAP が最も困難と感じている点は、企業の負担する経費の問題であった。EAP と事業場が十分連携しているところが 54%、ある程度連携しているところが 46%であったが、個人からの相談内容について毎月企業に報告している EAP は約四分の一であった。小規模事業場に働く人々に EAP がメンタルヘルスサービスを提供するための方策に関する意見では、業界団体へのアプローチ、共同利用、事業主の理解を得ること、助成金の問題、メンタルヘルス推進担当者、地域産業保健センターとの連携などが挙げられた。わが国の EAP の現状については、EAP の業務範囲の不統一、サービスの質の不揃い、都会と地方との格差、医療モデルに偏り一次予防対策の弱さなどが挙げられ、課題については、サービスの質の向上、独自サービスの開発、地域間格差の解消、産業医との連携などが挙げられた。

### A. 研究目的

わが国では近年、精神障害で労働災害の認定をうける例が増えており、またメンタルヘルス上の問題で休業する労働者が多くなっていることから、メンタルヘルスが産業保健上の大きな問題となっている<sup>1-3)</sup>。

こうした状況に対して、厚生労働省は 2000 年に「職場におけるメンタルヘルス対策のガイドライン」<sup>4)</sup> を出した。そこでは 4 つのケアとして、セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフによるケアに加えて、事業場外資源によるケアを挙げている。こうした動きに対応して、わが国でも一般企業の外部にあってメンタルヘルスサービスを提供する機関として Employee Assistance Program (以後 EAP と略記する) が設

立されてきている。EAP は産業保健スタッフを雇用する余裕のない小規模事業場のメンタルヘルス対策に有用となる可能性があるが、これまで小規模事業場のメンタルヘルス対策という観点から EAP の現状と課題について調査した研究は少ない。

本研究は、小規模事業場のメンタルヘルス対策という観点から、EAP が提供しているメンタルヘルスサービスの現状と課題を明らかにすることを目的として行われた。

### B. 研究方法

本研究は 2006 年 12 月末現在で日本 EAP 協会に賛助会員として加盟しているすべての EAP 法人 (n=27) を対象とした。日本 EAP 協会事務

局の協力を得て、調査の趣旨をEAPに説明し、名称と連絡先の提供に協力の得られたのは24機関であった。本研究ではその24機関に郵送によって質問紙票（資料1）を送付し、無記名で回答を求めた。質問紙票はEAPの提供するサービスの内容、提供方法、契約企業の規模、事業場の担当者との連携など多肢選択式の13問と、小規模事業場へのサービス提供の課題、EAPの現状と課題に関する自由記載2問、回答者の職種と施設名（任意）の合計15問から構成された。回収率を高めるための督促は行わなかった。

### C. 研究結果

13施設から回答があり、回収率は54.2%であった。回答者の職種は臨床心理士（2人）、カウンセラー（4人）、会社役員（4人）、事務・営業（2人）、無回答（1人）であった。

EAPの提供するサービスで多かったのはメンタルヘルス講習会、個人のストレス度チェック、ストレスマネジメント、カウンセリングで、9割以上のEAPでこうしたサービスを提供していた（表1）。復職に関する支援や職場のストレス度チェックは8割程度、セクハラ対策やパワハラ対策は7割程度のEAPで行われていた。アルコール問題や薬物乱用に関しては2割以下の実施率であった。

サービス提供方法としては、EAP機関への来所と電話が最も多く、次いで職場への訪問、インターネットと続いていた（表2）。電子メールの利用は3割程度であった。

メンタルヘルス研修プログラムの受講対象者に関しては、すべてのEAPで管理職と一般社員を対象としていたが、新任管理職を対象とするところは7割程度であった（表3）。

正社員はすべてのEAPでサービス対象者となっていたが、非正社員や家族を対象としているところは7割程度であった（表4）。

EAPがどのような規模の企業と契約しているかを契約順位で見ると、従業員数が1000人以上の大規模企業との契約順位が最も高く、次いで300人以上の中規模企業であった（表5）。50人

～300人未満の中小企業もかなりのEAPが契約していたが、50人未満の小規模事業場が高い契約順位にあるEAPは少なかった。

企業との業務契約締結に際してEAPが最も困難と感じている点は、企業の負担する経費の問題であった（表6）。

企業がEAPを利用する最大の理由としてEAPが認識しているのは、業務上の生産性向上であった（表7）。過労死・過労自殺等の予防、医療費や疾病休業の減少、社員の福利厚生を最大の理由と感じているEAPは少なかった。

EAPと事業場との連携に関しては、十分連携しているところが54%、ある程度連携しているところが46%で、全く連携していないところはなかった（表8）。

連携の相手として最も多かったのは人事労務担当者で、85%のEAPが人事労務担当者と連携を取っていた（表9）。次いで産業医の54%、産業看護職の39%と続いていた。

十分連携していると答えたEAPがどのような職種と連携しているかをみると、人事労務担当者が最も多く、次いで産業医と産業看護職が続いていた（表10）。ある程度連携していると答えたEAPでも人事労務担当者との連携が多かった。

個人からの相談に関する企業への報告については、利用者数についてはすべてのEAPが報告していたが、相談内容について報告しているEAPは約6割であった（表11）。

個人からの相談についての企業への報告の頻度は、利用者数については毎月が最も多くて約4割、3か月毎が3割、6か月毎が約2割であった（表12）。相談内容について毎月報告しているEAPは約四分の一であった。

EAP普及のために必要と思われることはEAPのPRが最も多く、次いで専門スタッフの育成、効果の科学的検証、専門スタッフの国家資格化、EAPの業務内容の改善と続いていた（表13）。

表14は小規模事業場に働く人々にEAPがメンタルヘルスサービスを提供するためにどのようにすればよいのかという問いに対する自由記載意見

である。業界団体へのアプローチ、共同利用、事業主の理解を得ること、助成金の問題、メンタルヘルス推進担当者、地域産業保健センターとの連携などが挙げられた。

表 15 はわが国の EAP の現状と課題に関する自由意見である。現状については、EAP の業務範囲の不統一、サービスの質の不揃い、都会と地方との格差、医療モデルに偏り一次予防対策の弱さなどが挙げられた。課題については、サービスの質の向上、独自サービスの開発、地域間格差の解消、産業医との連携などが挙げられた。

#### D. 考 察

経営規模が小さいために専属産業医や産業看護職などの産業保健担当者を自社で雇用することの困難な小規模事業場のメンタルヘルス対策として、事業場外資源としての EAP によるサービスが注目されているが、本研究により、現状では EAP による小規模事業場のメンタルヘルス対策は不十分であることが窺われる結果が得られた。これは事業場外の専門機関等を活用している事業場が従業員数 1000 人以上では約 6 割であったのに対し、30～49 人では 25%、10～29 人では 13%であったという調査結果と一致している<sup>5)</sup>。また事業場外資源としての EAP と企業との間の業務契約締結に際して EAP として最も困難に感ずる点として、企業側の経費負担が最も多く挙げられていたが、経営基盤の弱い小規模事業場では特にこの経費負担の問題が大きいと思われる。

こうした現状に対して、EAP が小規模事業場へのメンタルヘルスサービスを提供するための方策として考えていることとして、一事業場単独ではなく事業場が共同で EAP を利用するという意見がみられた。さらに、業種、業界、組合、連合などといった事業場の団体にアプローチをするという意見があった。こうしたアプローチはすでに産業医の共同選任事業などとして行われているので、メンタルヘルスに特化した分野でも行われるべきであろう。また、大企業に比較すると、小規模事業場では特に事業主のリーダーシップが大きく発揮されることから、小規模事業場の事業主に

メンタルヘルス対策の重要性を理解してもらうという意見は効果的と思われる。その際に、一企業の事業主にアプローチすることに加えて、業界団体等のトップに働きかけることも重要と思われる。

EAP の認識では、企業が EAP を利用する最大の理由として生産性向上が挙げられていたことから、EAP 導入費用よりも導入によって得られる生産性向上という便益の方が大きければ、企業にとっては EAP を導入したほうが良いことになる。本調査でも、EAP 普及のために必要と思われる事柄として EAP 効果の科学的検証が挙げられていたが、検証方法としては単に効果を求めるだけでなく、費用との関連をみる費用効果分析や費用便益分析<sup>6)</sup>が必要と思われる。

国際 EAP 学会の定義では EAP のコア・テクノロジーが 7 つ挙げられている<sup>7)</sup> ように、EAP の機能は多岐にわたっているが、それらをすべて提供している EAP が少ないことは本研究の EAP の提供するサービスの提供割合から窺われると共に、EAP の現状についての自由記載意見からも明らかになった。また、自由記載意見では EAP の質にもかなりのバラツキがあることが窺われた。

質の点での大きな問題点の一つは、先行研究でも指摘されているように<sup>8)</sup>、EAP と事業場側との連携が十分ではないと思われる点である。これは、個人相談の内容を毎月企業へ報告している EAP が約 6 割にとどまり、個人相談についての報告頻度が約 2 割しかなかったことから推察される。EAP の対象は主に従業員であり、そのメンタルヘルス不調の原因として業務が関係している割合が高いため、適切な対応をするためには業務との関連について十分検討する必要がある。その際に、EAP に入る情報が相談者本人だけからのものであったり、就労制限や配置転換などが必要と思われる点について上司や人事労務担当者と話し合う機会がなければ、十分な対応はできない。連携が不十分な原因が EAP にあるのか企業にあるのかは本研究からは不明であるが、今後は両者の連携を強化することが期待される。

本研究の弱点の一つは、EAP の組織や業務内容などについての詳細は明らかに出来なかったこ

とである。本研究の対象は日本 EAP 協会に賛助会員として加盟している法人 EAP で、そこでは企業の事業としてメンタルヘルスサービスを提供していることから、企業秘密に関する事項を調査票に入れると回収率が下がると思われたので、こうした項目は質問項目に入れなかった。したがって、本研究では EAP の規模、EAP のコア・テクノロジーからみた業務内容、スタッフの人数と職種構成、契約している企業・団体の数・業種・詳細な規模については不明である。

弱点の二つ目は、本研究で解析対象とした EAP がわが国すべての EAP を代表しているとは言えない点である。わが国で EAP がいくつ存在するかは不明であるが、EAP の現状に関する自由意見欄から EAP の質にはかなりのバラツキが存在することが推察される。日本 EAP 協会は米国 EAP 協会の公式支部であり、入会にあたっては協会役員による入会審査がある<sup>7)</sup> ことから、その会員はある程度の質が確保されていると考えられる。こうした点を考慮すると、本研究で対象とした EAP はかなりレベルの高い EAP であると思われる。しかし、本研究では調査票の回収率が 54%にとどまったことを考慮すると、本研究の結果を日本 EAP 協会加盟の全 EAP の現状と課題と考えることはできない点に注意すべきである。

## E. 結 論

50 人未満の小規模事業場は EAP の契約順位としては低かった。企業との業務契約締結に際して EAP が最も困難と感じている点は、企業の負担する経費の問題であった。EAP と事業場とはある程度連携していることが窺われたが、個人からの相談内容について毎月企業に報告している EAP は約四分の一であることから、さらなる連携が必要と思われた。小規模事業場に働く人々に EAP がメンタルヘルスサービスを提供するための方策としては、業界団体へのアプローチ、共同利用、事業主の理解を得ること、助成金の問題、メンタルヘルス推進担当者、地域産業保健センターとの連携などが挙げられた。

## 謝 辞

本研究の実施に当たりご協力を賜りました島悟・日本 EAP 協会会長、南部舞香・関西福祉科学大学 EAP 研究所所員、角田透・杏林大学医学部教授に心より御礼申し上げます。

## 文 献

1. Shimizu Y, Makino S, Takata T. Employee stress status during the past decade (1982-1992) based on a nation-wide survey conducted by the Ministry of Labour in Japan. *Ind Health* 1997 ; 35 : 441-450.
2. Muto T, Sumiyoshi Y, Sawada S, et al. Sickness absence due to mental health disorders in Japanese workforce. *Ind Health* 1999 ; 37 : 243-252.
3. Nagata S, Mishima N, Kubota S. Current status and new trends in the promotion of occupational mental health. *J Univ Occup Environ Health* 2002 ; 24 (S2) : 61-70.
4. 厚生労働省. 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. 基発第 22 号 平成 12 年 8 月 9 日.
5. 厚生労働省. 労働者健康状況調査報告. 労務行政. 2004.
6. 武藤孝司. 保健医療プログラムの経済的評価法. 篠原出版新社. 1998.
7. 日本 EAP 協会 <http://plaza.umin.ac.jp/~eapaj/>
8. Muto T, Fujimori Y, Suzuki K. Characteristics of an external employee assistance programme in Japan. *Occup Med* 2004 ; 54 : 570-573.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

表 1. EAP の提供するサービスの提供割合

サービス内容	EAP 数	(複数回答)
		% <sup>1</sup>
個人のストレス度チェック	12	92.3
職場のストレス度チェック	10	76.9
ストレスマネジメント	12	92.3
メンタルヘルス講習会	13	100.0
カウンセリング	12	92.3
アルコール問題	2	15.4
薬物乱用	2	15.4
復職に関する支援	11	84.6
セクハラ対策	9	69.2
パワハラ対策	9	69.2
家族の健康問題	4	30.8
サラ金等金銭問題	3	23.1
その他（ ）	1	7.7

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 2. EAP のサービスの提供方法

サービス提供方法	EAP 数	(複数回答)
		% <sup>1</sup>
来所	12	92.3
職場への訪問	11	84.6
電話	12	92.3
電子メール	4	30.8
ウェブ・サーバ (インターネット)	10	76.9

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 3. メンタルヘルス研修プログラムの受講対象者

サービス内容	EAP 数	(複数回答)
		% <sup>1</sup>
管理職	13	100.0
一般社員	13	100.0
新任管理職	9	69.2
新入社員	12	92.3

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 4. EAP のサービス対象者

対象者	EAP 数	(複数回答)
		% <sup>1</sup>
正社員	13	100.0
非正社員	9	69.2
家族	9	69.2

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 5. 契約企業の従業員数と契約企業の順位との関連（数値は EAP 数）

契約企業の従業員数（人）	契約企業の順位			1 位～3 位
	1 位	2 位	3 位	
50 未満		1		1
50 ～ 299	2	3	5	10
300 ～ 999	4	6	1	11
1,000 ～ 9,999	7	2	4	13
10,000 以上			2	2

表 6. 業務契約締結に際して最も困難と感ずる点

最も困難と感ずる点	EAP 数	% <sup>1</sup>
企業のニーズがない	0	0
企業側の経費負担	8	61.5
企業側にとってのメリットが小さい	1	7.7
個人情報・プライバシー保護問題	1	7.7
その他	3	23.1

<sup>1</sup>：EAP 数（n=13）に対する割合

表 7. 企業が EAP を利用する最大の理由

EAP を利用する最大の理由	EAP 数	% <sup>1</sup>
業務上の生産性向上	5	38.5
過労死・過労自殺等の予防	1	7.7
医療費減少	0	0
疾病休業減少	2	15.4
社員の福利厚生	2	15.4
その他	4	23.1

<sup>1</sup>：EAP 数（n=13）に対する割合

表 8. EAP と事業場との連携の現状

連携の状態	EAP 数	%
十分連携している	7	53.9
ある程度連携している	6	46.1
全く連携していない	0	
全 体	13	100.0

表 9. EAP の事業場における連携の相手

連携の相手	(複数回答)	
	EAP 数	% <sup>1</sup>
管理監督者	3	23.1
人事労務担当者	11	84.6
衛生管理者	2	15.4
産業医	7	53.9
産業看護職	5	38.5
その他	0	0

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 10. EAP と事業場の連携の現状と連携の相手との関連

連携の相手	十分連携している		ある程度連携している	
	EAP 数	% <sup>1</sup>	EAP 数	% <sup>2</sup>
管理監督者	3	42.9	0	0
人事労務担当者	7	100.0	4	66.7
衛生管理者	2	28.6	0	0
産業医	4	57.1	3	50.0
産業看護職	4	57.1	1	16.7
その他	0	0	0	0

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=7) に対する割合 <sup>2</sup> : EAP 数 (n=6) に対する割合

表 11. 個人相談についての企業への報告

報告内容	(複数回答)	
	EAP 数	% <sup>1</sup>
利用者数	13	100.0
相談内容	8	61.5
報告していない	0	0

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 12. 個人の相談に関する企業への報告状況

報告の頻度	利用者数		相談内容	
	EAP 数	% <sup>1</sup>	EAP 数	% <sup>1</sup>
毎月	5	38.5	3	23.1
3 か月毎	4	30.8	2	15.4
6 か月毎	3	23.1	3	23.1
年に 1 回	1	7.7	0	0

<sup>1</sup> : EAP 数 (n=13) に対する割合

表 13. EAP 普及のために必要と思われる事柄

必要な事柄	(EAP 数)			
	1 位	2 位	3 位	合計
EAP の PR	5	1	5	11
専門スタッフの育成	2	2	6	10
専門スタッフの国家資格化		3	1	4
EAP の業務内容の改善	1	3		4
公的機関による EAP の認証	1	1	1	3
EAP 効果の科学的検証	3	2		5
その他	1	1		2

表 14. EAP が小規模事業場へのメンタルヘルスサービスを提供するための方策

- ・業種、業界、組合、連合など、事業場の団体に対してアプローチする (2)
- ・小規模事業場が共同で EAP を利用する (2)
- ・中小企業の事業主にメンタルヘルス対策の重要性を理解してもらう (2)
- ・中小企業経営者にも理解できる EAP 側の説明
- ・企業が安心して利用できることを説明する
- ・中小企業のニーズに対する対応
- ・従業員への相談システムの有効利用の教育
- ・中小企業職業相談委託助成金等の PR (2)
- ・中小企業職業相談委託助成金等の見直し
- ・メンタルヘルス推進担当者の養成とそれに対する国からの補助金
- ・各事業場のメンタルヘルス担当者間の意見交換
- ・各事業場のメンタルヘルス担当者の研修
- ・地域産業保健センターとの連携
- ・地域との連携
- ・業務範囲の明確化、短期目標の設定

( ) : 回答数 数字がない項目は回答数が 1 つ



表 15. わが国の EAP の現状と課題に関する意見（原文のまま）

現状に関する意見

- ・ 専門家（EAP プロバイダー）によるサービスが中心で、企業内の活動が組織的に行われていない。
- ・ 都市部の大規模事業所の従業員は相談にかかりやすいが、地方には相談機関が少ない。個人開業の臨床心理士と提携しているケースもあるが、均質ではないと思われる。
- ・ 医療モデルに偏重しているきらいがある。
- ・ 一次予防対策に弱い傾向
- ・ プライバシーマークの未取得などプライバシーセキュリティー対策が EAP 側に未整備
- ・ 何をもちて EAP とするのが不明な点が多い。EAP ≠メンタルヘルスサービスであり、捉え方が人によって様々である。
- ・ EAP の機能は多岐にわたり、それらを全てきちんと提供できる機関はごく少数です。質の悪い機関が存在している現状を何とかしなければなりません。一方、事業所側も EAP 機関の質を峻別できるものではありません。
- ・ 玉石混淆、バラバラ
- ・ EAP という言葉は広がっており、サービス提供を行う企業も増えているように感じる。

課題に関する意見

- ・ 外部 EAP と産業医との連携
- ・ 臨床心理と健康心理学の併用
- ・ 各地域で均質なサービスを提供できる EAP 機関の育成およびそれらのネットワーク構築が必要
- ・ EAP の精神は最初から前面に出す必要はなく、結果としてついてくるものとの認識が必要（日本的 EAP）
- ・ メンタルヘルス対策の推進についてもまだ意義が十分に理解されていないため、その必要性和効果、果たすべき事項を明確にすることが大切である。
- ・ 役員クラスの意識が変わるのを期待します。
- ・ 質の悪い EAP を導入してもその効果は上がらず、結局 EAP 全体の信用を低下させてしまうことになります。Q13 にリストアップされている事項を具体的に進めていく必要がありますが、EAP 協会だけでなく、厚労省が動いてくれることを希望します。
- ・ どこも同じようなサービス提供をしており、価格・オプションなどの差やさらにきめ細かなサービスが求められているようだ。
- ・ 企業に売りこむためには、営業、コンサルタント、そしてカウンセリングと様々な能力をもつ人材が必要であると考えます。
- ・ EAP サービス内容が統一されていないので、基本を統一した上で、オプションとして独自サービスを追加して個性を出していく。
- ・ ポジショニング、情報の共有

## EAP の現状と課題に関するアンケート調査

Q 1. 貴機関はどのようなサービスを提供していますか。（複数回答可）

- |                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 1. 個人のストレス度チェック | 8. 復職に関する支援                     |
| 2. 職場のストレス度チェック | 9. セクハラ対策                       |
| 3. ストレスマネジメント   | 10. パワハラ対策                      |
| 4. メンタルヘルス講習会   | 11. 家族の健康問題                     |
| 5. カウンセリング      | 12. サラ金等金銭問題                    |
| 6. アルコール問題      | 13. その他（ <input type="text"/> ） |
| 7. 薬物乱用         |                                 |

Q 2. 貴機関はサービスの提供にどのような方法を用いていますか。（複数回答可）

- |           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| 1. 来所     | 5. 電子メール                       |
| 2. 職場への訪問 | 6. ウェブ・サーバ（インターネット）            |
| 3. 電話     | 7. その他（ <input type="text"/> ） |
| 4. F A X  |                                |

Q 3. 貴機関はメンタルヘルスに関する研修プログラムを提供していますか。

1. はい      2. いいえ

└─┬─▶ その対象者は誰ですか。（複数回答可）

1. 管理職      2. 一般社員      3. 新任管理職      4. 新入社員

Q 4. 貴機関のサービスの対象は誰ですか。（複数回答可）

1. 正社員      2. 非正社員      3. 社員の家族

Q 5. 貴機関はどの規模の企業（組織）との契約が多いですか。多い順に 1 位から 3 位まで順位を付けてください。

契約企業の従業員数（人）	順位（多い順）
50 未満	(    ) 位
50～299	(    ) 位
300～999	(    ) 位
1,000～9,999	(    ) 位
10,000 以上	(    ) 位



Q13. 今後、EAP が普及するためには、どのような事が必要とお考えですか。

必要と思われるものに3位までの順位をつけてお答え下さい。

1. EAP の PR

1位	
----	--

2. 専門スタッフの育成

3. 専門スタッフの国家資格化

4. EAP の業務内容の改善

2位	
----	--

5. 公的機関による EAP の認証システム

6. EAP 効果の科学的検証

7. その他 (

3位	
----	--

)

Q14. 中小企業、特に従業員数 50 人未満の小規模事業場に働く人々に EAP 機関がメンタルヘルスサービスを提供するためには、どのようにすればよいのかに関してご意見をお聞かせ下さい。

Q15. わが国の EAP の現状と課題に関してご意見がございましたら、お書き下さい。

Q16. 回答された方の職種をお知らせ下さい。

( )

Q17. さしつかえなければ貴施設の名称をお知らせ下さい。

( )

ご協力、誠にありがとうございました。

## 独立系産業保健専門家（医師）の萌芽と課題

主任研究者 東 敏 昭（産業医科大学産業生態科学研究所 所長 作業病態学研究室 教授）

研究協力者 日 野 義 之（ひの労働衛生コンサルタント事務所 代表・医師）

### 研究要旨

最近、産業保健専門家として独立する医師（独立系産業保健専門家）が増えている。独立系産業保健専門家は、我が国のこれからの産業保健サービス提供の中で、新たなチャンネルとなることも期待されている。そこで、今回、彼らの特性ならびに活動実態さらに今後の課題を調査すべく、現状調査を実施した。回答者（15名）は、産業保健経験10-19年の40歳代男性が多く、労働衛生コンサルタント事務所開業による独立が主流であった。事務所稼働年をみると、1995年前後から数年毎に1名程度の頻度であったが、昨年度2名、今年度6名となっていた。各業務割合（対全稼働時間）は、産業保健サービス提供時間が約80%（うち60%は産業医サービス）、コンサルティングが10%、臨床医学的業務10%、であった。彼らの理想と比べ、臨床医学的業務や産業医業務が多かった。業務契約状況は、開業当初の目標と比べると、契約本数で85.4%、金額は93.3%、クオリティーは72.9%と良好な自己評価であった。自ら理想とする活動イメージは、トータル産業保健サービス提供コンダクター、プロフェッショナル嘱託産業医、などをもつ専門家がかった。今後の課題としては、同業者ネットワーク、業務提携、既存各種組織との共存、経営スキル向上、公的サービス関与への仕組み作り、などが挙げられていた。

本調査で、独立系専門家が徐々に増えていることが示唆された。将来的には、さらに独立系産業保健専門家が増え、彼らが有機的に連携し活動していく状況の萌芽を確認することができた。これらの動きは、新たな産業保健サービスチャンネルの誕生を予感させるものであり、今後もその動きを注目していきたい。

### 研究者

東 敏昭（産業医科大学産業生態科学研究所 所長、作業病態学研究室 教授）

日野 義之（ひの労働衛生コンサルタント事務所 代表）

中元 健吾（産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学 修練医）

有松まゆり（産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学）

### はじめに

最近、産業保健専門家（医師）が労働衛生コンサルタント等として独立開業するケースが、散見

されるようになった。一定以上の経験をつんだ産業保健専門家が、それぞれの想いを胸に独立し、産業保健サービスを、新たな立場で、提供しはじめている。彼らの現状ならびに現在抱えている様々な課題を確認すべく、現時点での調査を実施した。

### A. 研究目的

我が国における独立系産業保健専門家（医師）の特性、産業保健サービス提供に関する実態と課題を調査し、今後の産業保健サービス提供のあり方のひとつのスタイルとして検討を加える上での参考資料とする。

## B. 研究方法

独立系産業保健専門家（医師）に、無記名の郵送式アンケート調査（含電子メール返答）を実施した（回収期間：平成18年9月～平成18年11月）。未回答者には、1回のみ、調査協力の依頼をおこなった。

調査対象は、独立開業し産業保健に取り組んでいると思われる産業保健専門家（医師）とし、研究者・専門家が把握している該当者ならびにその該当者から推薦をうけた専門家とした（最終調査対象者は19名。なお、本調査では、専属産業医等のコンサルタント事務所併設や定年退職後等の開業は除外した）。

調査項目は、①事務所等情報（所在地、稼働年、形態、職員数（常勤・非常勤））、②代表者情報（年代、性別、資格、経験年数、独立前経歴、経験事業場数）、③提供産業保健サービス（現在コマ数、理想コマ数）、④契約状況等の目標達成率（契約本数、契約金額、業務クォリティー）、⑤将来展望（将来の業務展望、理想像、事業実施上の課題）、⑥その他、とした。

## C. 研究結果

調査対象者は19名の独立系産業保健専門家（医師）であった。うち15名から回答を得た（回答率78.9%）。回答者は、40歳代（10名）の男性（11名）が多く、開業前の産業保健経験は10-19年（9名）が多かった。独立前の主な職業経歴は、専属産業医7名、企業外労働衛生機関勤務医3名、その他（大学教員など）5名であった。稼働開始時期をみると、2000年前後から毎年1名であったが、昨年度2名、今年度は6名と暫増していた。開業スタイルは、労働衛生コンサルタント事務所（13名）が主流であった。稼働時間に対する各業務の割合の平均値は、産業保健サービス提供時間が約80%（その60%は産業医サービス）、コンサルティングが11%、臨床医学的業務10%、であった。これらの状況を各自が描く理想的時間配分と比べると、臨床医学的業務や産業医業務が多く、コンサルタント業務が少ない状況であった。契約状況の平均（理想を100%として

の達成割合）は、本数85.4%、金額93.3%、クォリティー72.9%であった。また、自らの理想の活動イメージは、プロフェッショナル嘱託産業医、トータル産業保健サービス提供コンダクター、などが多かった。課題としては、同業者ネットワーク、業務提携、経営スキルなどが挙げられていた。

以下に、調査結果を、各項目別に列記する。

### 〈①事務所等について〉

- ・(1)所在地：北九州・福岡が7名と多く、関西・関東に複数名、他3地方に各1名。（北陸1名、関東2名、東海1名、関西3名、中国1名、九州7名。ちなみに北海道・東北・信越・四国からの返答はなかった）
- ・(2)設立年（登録年）：1993年から3年毎に、1名ずつ設立者がいたが、昨年3名、今年5名で、この2年での人数が多い。（1993年1名、1996年1名、1999年1名、2000年1名、2002年1名、2004年1名、2005年3名、2006年5名）
- ・(3)稼働年：稼働年は設立年と同じか、設立後1-2年してからの稼働であった。今年度は6名が事務所を稼働させていた。（1993年1名、1996年1名、1999年1名、2002年2名、2004年1名、2005年2名、2006年6名）
- ・(4)形態（複数選択可）：労働衛生コンサルタント開業が多数。中には、会社組織併設とクリニック併設している者もいた。（労働衛生コンサルタント事務所13名、株式会社1名（注意：労働衛生コンサルタント事務所と併設）、クリニック1名（注意：労働衛生コンサルタント事務所と併設）、他2名（研究所1名、自宅（個人）1名））
- ・(5)常勤職員数：1人開業が67%、配偶者が職員が4名。常勤職員はクリニック開設者のみに存在。（職員数1名（本人のみ）／専門家10名、職員数2名／専門家5名（4名は配偶者、1名は事務職員））
- ・(5)非常勤職員数：会社組織ならびにクリニック

開設者に医療職などの非常勤職員がいた。  
 (職員数 0 名 / 8 名、職員数 1 名 / 2 名 (いずれも配偶者)、職員数 2 名 / 1 名 (産業医 1 名、看護職 1 名)、職員数 3 名 / 1 名 (看護職 2 名、事務職 1 名))

②代表者（独立系専門家）について

- ・(7)年代：40 歳代が 67%。他 4 名は 35 歳以上 -54 歳以下であった。(35-39 歳 2 名、40-44 歳 7 名、45-49 歳 3 名、50-54 歳 2 名、55-59 歳 0 名、60-64 歳 1 名)
- ・(8)性別：男性 11 名、女性 4 名
- ・(9)資格（複数選択あり）：労働衛生コンサルタントは、独立系専門家は基本的に所有する資格であり、学会専門医についても 73.3% が取得していた。(労働衛生コンサルタント 14 名、日本医師会認定産業医 8 名、日本産業衛生学会指導医 9 名、日本産業衛生学会専門医 11 名、その他 (MBA1 名、学会専門医 数名、医学博士 数名))
- ・(10)産業保健経験年数：10-19 年が多い (60%)。 (6-9 年 3 名、10-14 年 6 名、15-19 年 3 名、20-24 年 2 名、25-29 年 0 名、30-34 年 0 名、35-39 年 1 名)
- ・(11)独立前の経歴と各経験年数：独立までの主な職歴では、専属産業医 7 名、企業外労働衛生機関 3 名、専属と企業外 3 名、その他 (大学など) 2 名であった。各経験年数は、下記に示すごとく平均 13.8 年 (最長 23 年 - 最短 2 年であった。)

表 1

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.専属産業医	8.3	21.0	1.0	6.8
2.企業外労働衛生機関勤務医…	5.3	13.0	1.0	4.0
3.大学等の教員	5.3	13.0	1.0	4.0
4.研究機関教職員	5.0	5.0	5.0	5.0
5.医療機関勤務医	3.4	7.0	0.5	3.0
6.その他(研修医、修練医)	4.0	6.0	2.0	4.0
合計	13.8	23.0	2.0	13.0

- ・(12)独立前の産業医経験事業場数：平均すると 18.7 事業場での産業医経験を有していた。企業外労働衛生機関勤務医には、100 事業場を担当したことがある医師もいた。

表 2

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.専属産業医	1.5	3.0	1.0	1.0
2.嘱託産業医	20.1	100.0	1.0	6.0
	18.7	100.0	1.0	5.0

③提供する産業保健サービスについて

- ・(13)サービス内容：現在提供しているサービス (業務) を、1 週間の時間割合として調査した。

表 3-1 に、各業務内容別に、現在のコマ数 (1 コマ = 半日) を示した。産業医サービスが平均 18.4 コマ (MAX 35.0 - MIN 5.0)、ついで、臨床医学的業務が 10.6 コマ (MAX 32.0 - MIN 2.0) であった。

表 3-2 に、各業務内容別の理想コマ数を示した。産業医サービスが平均 17.8 コマ (MAX 40.0 - MIN 6.0)、ついで、総合的コンサルティングは 8.3 コマ (MAX 24.0 - MIN 1.0) であった。臨床医学的業務が 6.5 コマ (MAX 16.0 - MIN 2.0) であった。

表 3-3 は、内容別の理想と現実のコマ数差を示した。産業医サービスが平均 -1.5 コマ (MAX 8.0 - MIN -26.0)、ついで、臨床医学的業務が -2.6 コマ (MAX 1.0 - MIN -16.0) であった。総合的コンサルティングは 1.5 コマ (MAX 10.0 - MIN -8.0) であった。他には、教育・講演 1.3 コマ (MAX 8.0 - MIN -4.0)、単一課題コンサルティング 0.9 コマ (MAX 10.0 - MIN -1.0) が、プラスとなっており、今後力をいれたい項目であった。

同結果を、個人別の業務割合としてみてみると、

表 3-4 に、各業務内容別に、現在割合を示した。産業医サービスが平均 59.1% (MAX 100.0% - MIN 0.0%)、ついで、臨床医学的業務が 11.9% (MAX 50.0% - MIN 0.0%) であった。総合的コンサルティングは 10.1% (MAX 75.0% - MIN 0.0%)、教育・講演

7.1%（MAX 20.0%–MIN 0.0%）と割合が大きかった。

表 3-5 は、各業務内容別の理想割合を示した。産業医サービスが平均 54.3%（MAX 100.0%–MIN 0.0%）、ついで、総合的コンサルティングが 14.2%（MAX 57.1%–MIN 0.0%）、教育・講演 11.0%（MAX 40.0%–MIN 0.0%）と割合が大きかった。臨床医学的業務は、5.8%（MAX 40.0–MIN 0.0%）であった。

表 3-6 は、内容別の理想と現実の割合差を示した。総合的コンサルティングは 4.1%（MAX 33.3%–MIN-20.0%）で、教育・講演 3.9%（MAX 21.9%–MIN-9.1%）、単一課題コンサルティング 3.0%（MAX33.3%–MIN-9.1%）と理想に向けて、今後活動を増やしたい活動であることが確認できた。一方、臨床医学的業務は、-6.1%（MAX 5.0%–MIN -40.0%）、産業医サービス平均 -4.8%（MAX 54.5%–MIN -73.3%）と今後、活動割合を縮小したい業務となっていた。

表 3-1. 現業務の内容別コマ数

注：1コマは半日（月間20日稼働で40コマ）

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	18.4	35.0	5.0	18.0
2.総合的コンサルティング	5.9	24.0	1.0	3.0
3.単一課題へのコンサルティング	1.5	2.0	1.0	1.5
4.教育・講演など	2.8	8.0	1.0	2.0
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	3.1	8.0	1.0	2.0
6.臨床医学的業務	10.6	32.0	2.0	6.0
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	6.0	8.0	4.0	6.0
合計	32.7	49.0	10.0	36.0

表 3-2. 理想的業務の内容別コマ数

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	17.8	40.0	6.0	16.0
2.総合的コンサルティング	8.3	24.0	1.0	7.0
3.単一課題へのコンサルティング	4.3	10.0	1.0	3.0
4.教育・講演など	4.3	16.0	1.0	3.5
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	2.3	4.0	0.0	2.0
6.臨床医学的業務	6.5	16.0	2.0	4.0
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	9.5	24.0	4.0	5.0
合計	31.8	50.0	8.0	34.0

表 3-3. 理想と現業務との差（コマ数）

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	-1.5	8.0	-26.0	0.0
2.総合的コンサルティング	1.5	10.0	-8.0	0.5
3.単一課題へのコンサルティング	0.9	10.0	-1.0	0.0
4.教育・講演など	1.3	8.0	-4.0	0.5
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	-0.6	2.0	-4.0	0.0
6.臨床医学的業務	-2.6	1.0	-16.0	0.0
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	1.0	16.0	-4.0	0.0
合計	-0.1	10.0	-16.0	0.0

表 3-4. 現業務の内容別個人割合

注：1コマは半日（月間20日稼働で40コマ）

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	59.1%	100.0%	0.0%	65.0%
2.総合的コンサルティング	10.1%	75.0%	0.0%	1.1%
3.単一課題へのコンサルティング	0.8%	4.7%	0.0%	0.0%
4.教育・講演など	7.1%	20.0%	0.0%	7.1%
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	5.1%	16.3%	0.0%	2.3%
6.臨床医学的業務	11.9%	50.0%	0.0%	7.8%
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	4.5%	20.0%	0.0%	0.0%
合計	1.0	1.0	0.8	1.0

表 3-5. 理想的業務の内容別個人割合

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	54.3%	100.0%	0.0%	58.9%
2.総合的コンサルティング	14.2%	57.1%	0.0%	7.4%
3.単一課題へのコンサルティング	3.7%	33.3%	0.0%	0.0%
4.教育・講演など	11.0%	40.0%	0.0%	8.0%
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	3.8%	16.7%	0.0%	0.0%
6.臨床医学的業務	5.8%	40.0%	0.0%	0.0%
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	7.1%	60.0%	0.0%	0.0%
合計	1.0	1.0	1.0	1.0

表 3-6. 理想と現業務との差（内容別個人割合）

	平均	MAX	MIN	MEDIAN
1.産業医サービス	-4.8%	54.5%	-73.3%	0.0%
2.総合的コンサルティング	4.1%	33.3%	-20.0%	3.2%
3.単一課題へのコンサルティング	3.0%	33.3%	-2.3%	0.0%
4.教育・講演など	3.9%	21.9%	-9.1%	1.9%
5.健康支援(相談・健診・健康づくり)	-1.3%	6.7%	-10.0%	0.0%
6.臨床医学的業務	-6.1%	5.0%	-40.0%	0.0%
7.その他(学会・研究、内勤・資料整)	2.5%	40.0%	-9.1%	0.0%
合計	0.0	0.2	0.0	0.0

④契約状況等の目標達成率

- ・(14)現時点契約の開業当時目標値への達成率（%）契約本数は平均 85.4%（MAX 120.0%–MIN -25.0%）、契約金額は平均 93.3%（MAX 240.0%–MIN -50.0%）、業務クォリティー 72.9%（MAX100.0%–MIN 40.0%）であった。
- ・(15)現時点の契約数：平均 14.6（MAX 80–MIN 1）。

⑤将来展望

- ・(16)将来の業務展望：主な意見を以下に列記する。
  - \* スタッフ（保健師など）を確保し、効率の良い充実したサービスを提供
  - \* 将来はスタッフを確保し、業務量を拡張したい
  - \* 課題解決プロジェクトへの関与（対大企業）
  - \* 中小企業にも関与したい



- \* 人事労務へのアドバイザー、各種教育企画・実践
  - \* ソリューション開発と教育への発展
  - \* 組織対応と個人対応の両立（クリニック機能活用）
  - \* 法曹資格を取得し、経営顧問契約や人材育成にも関わっていききたい
  - \* 監査担当・セカンドオピニオン（訴訟対応を含め）
  - \* 時間切り売りからの進化（質をあげ単価UPを）
  - \* 業務面・経済面の両面での成功
  - \* まずは経営的安定：現業務の安定化、契約維持、複数年契約へ
  - \* ライフステージにあわせて現在コマ数ダウン中、適切な時期にコマ数UPへ
  - \* ワークライフバランスを保ちたい（長期休暇も）
  - \* 現状に大満足、55歳から業務量を落としていく
- ・(17)理想像を一言で表現：以下に意見を全列記する。
- \* 産業保健トータルサービスコーディネーター
  - \* 産業保健サービスプロバイダー
  - \* 労働衛生マネジメントサービス
  - \* 総合マネジメント会社
  - \* 産業医学・法学総合コンサルティング&サービス
  - \* 産業医事務所開設者（生涯一産業医）
  - \* 産業医たる経営者
  - \* プロフェッショナル産業医（「従業員のための産業保健、企業のための産業保健」を体現する産業医）
  - \* プロフェッショナル顧問産業医
  - \* 信頼される産業医
  - \* かかりつけ産業医
  - \* 嘱託産業医業務を主たる業務とする予防医学診療所の院長
  - \* 個人と企業のかかりつけ医
  - \* ビジネスパートナー
- ・(18)事業実施上の課題：主な意見を以下に列記する。
- \* 同業者ネットワーク（チーム形成、業務提携、広域サービス提供、情報・資源の共有、相互扶助）（4名）
  - \* 独立系他職種者との連携（保健師・看護師・カウンセラー）（2名）
  - \* 人的資源（若手産業医・保健師）（2名）
  - \* 経営スキルとスキルUP（2名）
  - \* 経営的余裕のなさ（スタッフを増やせない）
  - \* 地方拠点ばかりでなく、中央拠点とも連携
  - \* 公的活動への関与（ギャラが安く、継続困難）
  - \* 多方面にわたる自己研鑽
  - \* 課題なし（3名）
- ⑥その他の意見：意見を以下に全列記する。
- \* グループとしての活動ができると良いが…
  - \* 経営を託すパートナーとの出会い（2名）
  - \* 経営層への働きかけ（商工会議所・経団連とのネットワークファーム）
  - \* 日本各地で専門家や専門機関と連携していきたい。独立系はネットワーク強化が必要だと思う
- #### D. 考察
- 本調査により、最近、独立系産業保健専門家（医師）が増えていることが示唆され、人数は少なくとも現時点で20名を超えるレベルであろうと推測された。彼らの個人的属性をみると、40歳代男性が最も多く、産業医経験年数は10年を超える者が多数をしめ、企業外労働衛生機関勤務者では、担当事業場経験数は100近かった。
- 彼らの独立への向けての想いは様々であり、大きく大別すると4パターンにまとめることができると思われる。それらは、
- 1) 産業保健サービスコーディネーター、
  - 2) プロフェッショナル産業医、
  - 3) 臨床医的関与（対個人へのアプローチ）も想定した予防医学者、
  - 4) ライフステージに合わせた働き方の選択（育児への時間配分を大きくしたい）、などであ

る。

独立系専門家が、それまでの自らの経験をベースに、企業との関わり方や産業保健上課題を選び関わり、企業側も特定課題の解決を専門家にアウトソーシングすることで成果が得られるのであれば、この流れは、今後さらに自然に拡大していくことが予想される。すなわち、専門家は、自らのこだわり・経験を大切に、企業側はニーズに応じた最も効率的解決を最短時間でえることになるならば、このような対応方法は、自然拡大していくはずである。また、このような流れは、企業から見た際に、最適サービスを確保するという意味でも合目的であり、利用における妥当性も高いと思われる。現在の企業における健康課題（メンタルヘルス・過重労働）の逼迫感と専門家（産業医・産業看護職）の少なさなどを考え合わせると、専門家には、大きな追い風が吹いている状況といえる。

他方、女性医師などの中には、個人としてライフステージやワークライフバランスにあわせた働き方を模索している者も複数名いて、独立系専門家が新たな働き方として今後広がっていく可能性がある。もし、想定したように独立系専門家が、生涯キャリアの中で有意義な選択肢として成長するのであれば、独立性・中立性を担保する倫理性についても早期に検討が必要となっていくのかもしれない。社会的立場・法的責任範囲（瑕疵責任）などの条件が整うことは、専門家育成のひとつの有効な条件になるかもしれない。

独立系専門家の現時点の業務は、嘱託産業医（全業務時間割合の59.1%）と臨床医的業務（11.1%）が大きかったが、理想としては、コンサルティング（全業務時間割合において+7.1%）や教育・講演（+3.9%）が増えることを望んでおり、今後、これらの想いが実現されるのかについて経過を追っていきたい。また、このような想いをもつ独立系専門家が時間とともに、どのようにその活動や目標を変化させていくのかについても、その経過を追っていく価値がある。

今回の調査で、独立系専門家が産業保健課題に対して、自ら課題解決に向け関わろうとする特性

が確認された。課題解決能力のある専門家自らが、課題に着目し解決を提案するという新たな関わり方が生じる可能性がある。彼らが、個人としてのみでなく、解決に向け相互補完的な有効な人的ネットワークの中で、課題解決に応じたチーム形成ができるようになれば、非常に心強い新たなサービス提供チャンネルの誕生を期待させる。このような流れは、オーダーメイド的“最適産業保健サービス提供”に繋がるのかのかもしれない。

産業保健サービス提供における独立系専門家の役割を考える際、医師以外の他職種独立系専門家も念頭におく必要があり、今後、その関係性も含めた別途調査が必要かもしれない。加えて、企業外労働衛生機関や公的機関などの既存のサービス提供機関と連携についても、検討・整理しておきたい。

一方、彼らは、経営的スキルは充分でなく、彼らが社内の中で安定して力を発揮するためには、集団として間接業務を強化・助力したり、何らかの形でサポートがあっても良いのかもしれない。また、独立系専門家は、複数の企業などとの契約下に業務を行うことになるが、個々の顧客のニーズ（考え方・理念・風土・解決方法・リソース・本質的問題点）を的確に把握し、有効なソリューションを提供し、その有効性を納得させることが求められる。学問的専門性の確保のみならず、実際の問題解決能力がなければ、今後、比較的早期に、企業・専門家からの厳しい選別を受けることになるかもしれない。

また、独立系専門家は、コマーシャルベースでの存在であるが故に、公的な活動や中小企業への関与は難しい部分があるようである。彼らの中には、（産業保健サービス提供が充分ではない）中小規模事業場への関わりを大きくしたいという意志をもつ者も少なくない。彼らがすべての働く人へのサービス提供において貢献するためには、サービス提供方式・仕組みなど、今後相互に解決しなければならぬ課題も少なくない。例えば、小規模事業場については、産業保健需要を顕在化すべく監督行政の強化などを行ったうえで、産業保健専門家が活用されることがひとつの解決策と

なる可能性がある。また、その場合でも、小規模事業場における産業保健サービスが事業として成立することために、事務局機能を持つ工業団地等の地理的なまとまりなどによる集団化が条件として挙げられる。

なお、本調査は、回収率が約 78.9%と比較的良好な回答率であったが、対象候補者の選定時点で充分に対象を拾えていないことの危惧も強い。また、対象選定において、今回の対象者とやや異なる類型にはいる対象者が系統的に漏れている恐れがあり、真の姿から乖離しているかもしれない。その意味で、今回の結果を一般化する際は、注意を要する。

#### E. 結 論

独立系産業保健専門家（医師）が、ここ 1-2 年で増えてきており、今後もこの傾向は続くものと思われる。彼らは、自ら相互の連携を模索しており、これまでの経験・ネットワークがリンクしながら、新たなサービス提供チャンネルとなることが期待される。しかし、一方、コマーシャルベースでの存在たるが故に、公的活動や中小企業への関与は難しい部分があることも事実である。彼らの中には、産業保健サービス提供が充分ではない中小規模事業場への関わりを大きくしたいという意志をもつ者も少なくない。彼らがすべての働く人へのサービス提供において貢献するためには、サービス提供方式・仕組みなど解決しなければならない課題もあり、これらも念頭においた総合的検討が必要である。

#### F. 研究発表

第 80 回日本産業衛生学会（東京）  
（2007 年 3 月末時点）

#### G. 知的所有権の取得状況

予定なし（2007 年 3 月末時点）。

以 上

## IT を利用した保健指導サービスの試みと 労働衛生機関における産業医育成

分担研究者 武 田 和 夫（財団法人京都工場保健会診療所所長）

研究協力者 森 口 次 郎（財団法人京都工場保健会産業保健推進部部长）

研究協力者 櫻 木 園 子（財団法人京都工場保健会産業保健推進部医長）

### 研究要旨

IT を使用した産業保健サービスの提供として、全国の 860 名の肥満者を対象に減量プロジェクトを 8 週間行った。最終解析は 741 名で、およそ 3.5kg の減量に成功し、それとともにメタボリックシンドロームを有する者では改善が得られた。この減量プロジェクト施行においては、ブログ機能をもたせた Web システムを利用し、さらにメールにおける指導を行った。ブログ機能は有用性が高いことが示され、個別に行ったメール指導では期待した成果は得られなかった。

産業医育成については、産業医業務経験のない医師に対する産業医としての育成を考え、実例に対してマンツーマンでの指導を行った。また医師会の産業医資格のある医師との連携、バックアップサポートを行うシステムを模索している。

### 研究目的

- (1) IT を用いた健康診断後の指導ツールであるフェニックスケアシステムの有用性を検討した。
- (2) 産業医活動をより円滑に行うための産業医教育のあり方および医師会認定産業医と労働衛生機関で産業医活動を行う医師の連携のあり方についての検討を行った。

### 研究方法

#### (1) IT を用いた健康指導体制

近年、我が国では肥満者が多く、男性の 30-40 歳では 30% が肥満の状態である。将来の心血管疾患リスクが高い、腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、中性脂肪上昇、HDL コレステロール低下、血糖上昇、血圧上昇を認めるものをメタボリックシンドロームと定義し、その是正が重要な課題となっている。厚生労働省は国民の心血管病予防対策および医療費抑制対策として平成 20 年からメタボリックシンドロームに重点を置いた

健康診断と保健指導の実施を導入することになっている。メタボリックシンドロームでは内臓脂肪の蓄積が問題となるが、減量するとまず内臓脂肪から減少することが知られている。従って、減量がメタボリックシンドローム改善の最大の治療手段と考えられ、我々は、2005 年にイオン作戦と銘打った減量プロジェクトを施行した。

対象は、当会と全国の 8 カ所の健診機関（表 1）で健診を受け、BMI25 以上で減量を希望し、同意の得られた 860 名。最終的検査を受けた 741 名を解析対象にした。メタボリックシンドローム（MS 群）は 255 名、非メタボリックシンドローム（NMS 群）は 486 名であった。

全員に 1 日 1 回通常の食事に替えて健康補助食品（リエータ<sup>®</sup>）の摂取を指示し、さらに我々が開発した Web 上の健康サイト「フェニックスケア」を利用して、内蔵する健康手帳に日々の体重を記入してもらった。この健康手帳は個人の判断で Web 上に公開でき、さらにブログ機能をつけて日々の記録を日記として書き込めるようにし