

地域保健と職域保健の連携

飯島美世子

Cooperation with Community Mental Health and Industrial Mental Health

Miyoko Iijima

1. はじめに

1998年以來、自殺者数が3万人を超えるようになり、社会的にも自殺が注目されている。なかでも、50～60代前半の男性の自殺が急増し、不況・リストラ・失業がその大きな要因となっていると推測される。企業がリストラを実施した場合には、退職に至った者のみでなく、職場に残った労働者にとっても次は自分の番かもしれないという不安が続き、なお精神的緊張・不安状態を強いられ、業務量も増加しがちである。

このような社会環境・職場環境のなかで、職場の自殺の予防対策は、従来から自殺防止を含めたメンタルヘルス対策として、また、身も心も元気であるといった心身の健康維持・増進対策として、日常の健康支援活動の中で取り組んできた。そして、疾病管理中の労働者が退職することとなった場合には、地域保健の中でケアをお願いしてきたが、多くの場合、保健師の個人的ネットワークを頼りに行ってきた。しかし、アルコール依存症の労働者については在職中から断酒会など地域保健とのつながりがもたれていた。近年は、生活習慣病予防対策推進にあたって職域保健事業と地域保健事業の連携計画が進む中にあり、ここではその一環として自殺予防を含めた職場のメンタルヘルス対策を考えたい。

2. 職域の取り組み

かねてから職場では、疾病の早期発見とともに積極的な健康づくりの観点から心身両面にわたる総合的な健康確保対策が進められてきたが、特にメンタルヘルスに関しては、1985年から「健康保持増進のための指針（トータル・ヘルス・プロモーションプラン：THP）」にもとづき健康測定の結果メンタルヘルスケアが必要な者及び希望した労働者に対して、心理相談担当者が産業医の指導の下にストレスに対する気付きへの援助やリラクゼーションの指導等を行う

ように努めることとなった。そして、2000年には職場における過労自殺の増加や、うつ病・抑うつ状態の者の増加等の背景を受けて、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」¹⁾が厚生労働省から示された。

この指針は、1. メンタルヘルスケアに取り組むことの重要性、2. こころの健康づくり計画、3. メンタルヘルスケアの具体的進め方の3つから構成されている。そして、具体的進め方として「セルフケア」「ラインにおけるケア」「事業場内産業保健スタッフによるケア」「事業場外資源によるケア」の4つのケアを提唱している。このうち、「事業場外資源によるケア」では、具体的な機関として地域産業保健センターや都道府県産業保健推進センター、労災病院、健康保険組合、中央労働災害防止協会等を挙げ、事業者はこれら事業場外機関及び専門家を活用し、必要に応じてその支援を受けることとしている。

これらの事業場外資源の活用にあたっては、職場には事業場内資源とコーディネートする人材が必要不可欠である。また、「事業場内産業保健スタッフによるケア」については、大企業はともかくとして、中小規模事業場においては事業場内においてメンタルヘルス対策を行うための人的資源は十分に擁してはならず、事業場外資源を活用することとならざるを得ない。また、大企業であっても地方に多くの分散事業場を抱えるところでは、事業場内産業保健スタッフのみでは対応しきれず、やはり事業場外資源を利用することが多い。この事業場外資源としては、前述の機関のほか、保健所や保健センター等の地域の保健資源との連携もその一つとして考えられる。

3. 健保組合の「心の健康づくり対策」実施状況²⁾

健康保険組合が保健事業を実施することについては、健康保険法第150条に「被保険者及び被扶養者の健康保持のため健康教育、健康相談、健康診査等の必要な保健事業を積極的に推進するよう努めること」と明記されている。そして、厚生労働省保険局通知により、「保健事業は被保険者等の健康の保持増進を図ることを目的とするものであるが、本事業の推進が医療給付を適切なものとするものとなり、ひいては組合財政の安定化に寄与するものである

前 健康保険組合連合会保健師業務室長
人材派遣健康保険組合 顧問
〒241-0801 神奈川県横浜市旭区若葉台 1-11-305

ことに鑑み、職場環境、年齢構成、疾病状況等の実情に応じて有効適切かつ積極的に実施すること」とされている。

各健保組合は、健康保険法及び厚生労働省の指導に基づき、工夫を凝らして種々様々な保健事業を行っている。その実施状況は、健康保険組合連合会が3年ごとに各健保組合に対してアンケート調査を実施し、結果を取りまとめて報告している。以下に、平成14年度の報告書から「心の健康づくり事業」の取組状況を抜粋し、紹介する。

- ・調査実施時期：平成14年9月
- ・調査対象組合数：1690組合
- ・回答組合数：1603組合 回収率 94.9%

(1) 心の健康づくり事業（表－1参照）

「心の健康づくり事業」に取り組んでいる健保組合は、表－1に示すように804組合で、50.2%、約半数の組合で取り組んでいた。

(2) 「心の健康づくり事業」の実施状況（表－2参照）

事業内容についてみると、最も多い取り組み方は「電話相談事業」で40.0%、次いで「対面による相談事業」が25.8%と多かった。また、「その他の事業」ではEメールによる相談が目立った。

また、「電話相談事業」は、被保険者及び被扶養者の両者を対象に実施しているところが多かったが、研修や面談等の相談事業は被保険者を対象としているところが多かった。

(3) 「心の健康づくり事業」の実施機関（表－3参照）

「心の健康づくり事業」の実施機関は、いずれの事業も外部機関に委託している組合が多かった。特に電話相談は「心の健康づくり事業」に取り組んでいる組合の83%が外部機関に依頼していた。また、研修等の教育も69%の組合が外部機関に依頼して実施し、次いで事業主のスタッフ関わっている場合が他の事業よりも若干多かったが、面談や問診といった直接顔をあわせた相談等の事業は、事業主よりも組合のほうが多く実施していた。

(4) 相談窓口（表－4参照）

相談窓口の設置状況についてみると、「相談窓口は設けていない」が全組合の44.8%を占め、最も多かった。次いで「外部機関の相談窓口を利用している」組合が23.5%と多かった。自前の常設あるいは予約制の相談窓口を設置しているところは17.5%に過ぎなかった。

なお、「その他」には、「事業主が相談窓口を設置している」が多数を占めた。また、通常健康相談の中で実施しているとの回答も多かった。

健保組合の「心の健康づくり事業」は、50%の組合で取り組まれているが、その多くの事業が外部の機関に依頼されて実施されていた。特に「電話相談事業」はその83%が外部機関に依頼されていた。24時間の対応が望まれる事業であることや、被保険者のほか被扶養者にも対象が広げられたサービスであることを考えると、健保組合の職員や組合自らが実施するには負担が大きすぎ、効率やリスクマネジメントの面からも外部に依頼する方策がとられているも

のと考えられる。

なお、本調査は健保組合の実施状況であり、事業主の取り組みは含んでいない。多くの場合、健保組合が積極的に取り組む場合は事業主は消極的な取り組みになり、事業主が積極的に労働衛生管理や健康管理に取り組む場合は、健保組合は被扶養者を対象とする保健・福祉事業に積極的に取り組み、被保険者に対する保健事業は消極的になる傾向にある。したがって、この調査に表れた数字は、職域保健の一部を担う健保組合の取り組みであることを改めて述べておきたい。

4. 地域保健と職域保健の連携 －横断的連携と縦的連携－

地域保健と職域保健の連携は、労働者が企業に在職する期間中の保健サービスとしての連携と、退職後の生涯を通じた保健サービスとしての連携のあり方の二つの視点から考えられる。

(1) 横断的連携

事業場内産業保健スタッフで、すべての健康上の課題に対応できる場所はごく限られたところであろう。また、小規模事業所で看護職が常駐して積極的に活動しているところでは、看護職本人は地域との連携は不要であるとの認識を持っていることも多い。しかし、一見すべて事業場内で処理されているように見えても、実際には外部の医療機関等の資源を上手に利用し、うまくコーディネートすることで健康管理業務を効率よく処理し、マネジメントしているのが実態である。このように見ると、一口に地域との連携といっても以下のような状況に分けられよう。

1. 全国各地に分散する事業所を持つ健保組合や企業で、個々の分散事業所に対応するだけの産業保健スタッフを擁していない場合

それぞれの事業所に対して、地域保健からの介入・連携が期待される。実際、地域の専門スタッフと連携して各地で調理実習を取り入れた健康教室等を開催したいという看護職の希望もある。しかし、大企業では、企業としての方針と基準にそった同一レベルのサービスを期待するところも多く、そのため地域保健との連携は難しい面がある。

2. 事業場内に産業保健スタッフは雇用されているが、精神科等の専門医を持たない場合

事業場内に産業保健スタッフが雇用されている場合であっても、特に看護職が一人で勤務しているような場合には、プライマリケアの対応はできても加療が必要と思われる労働者に関しては、事業場をよく理解してくれている医療機関へ紹介することになる。そして、本人受診後には、職場における対応や配慮事項等のアドバイスを受けたいと願っている。すなわち、産業保健スタッフは、かかわりを持つ事業場外資源に対して必要な情報の提供を行うとともに助言を受け、人事・労務部門や職場の管理監督者と患者との意見調整や環境調整等を図るなどのコーディネートにあたっていることが多い。また、日常の活動の中で社内機

関紙等を活用して地域保健サービスとその利用方法等を紹介するなど、メンタルヘルス対策の推進にも努めている。

3. 内部に産業保健スタッフがいない場合

事業場内に産業保健スタッフがまったく雇用されていない場合には、事業場外資源を活用せざるを得ない。この場合であっても、地域保健との窓口となるコーディネーターの存在が不可欠である。そして、地域側は、事業場の特色や勤務体制、健康上の課題等の情報の提供を求めるとともに、地域の情報を提供して互いに協同してメンタルヘルス対策に取り組むことが必要と考える。

なお、心とからだは一体であって、身体が不調のときにはその原因が身体そのものにあるのか、あるいは心の病気から生じた不調なのかは当初は区別しがたい。健康診断時になんら不調を訴えることがなく、自覚症状の調査票にはなんら記入されていなくとも実際にはうつ状態で苦しんでいることもある。そこで、職域では、職域健康管理の特色を活かして健診時には全員面接を行うこと、特にマンパワーが不足であっても少なくとも2年に1回、全労働者と産業保健スタッフが個々に面談することを勧めたい。それはとりもなおさずメンタルヘルス対策につながると考える。それゆえ、地域保健との連携においても、事業場内産業保健スタッフが不在のところでは、自殺予防対策が目的であるとしても健康管理全般にわたる介入が行われ、その結果としてのメンタルヘルス対策であってこそ、地域保健サービスが事業場内に受け入れられ、効果もあげうることと考える。

(2) 縦断的連携

企業に在職中に受けた産業保健サービスを退職後も地域保健サービスの中で活かして、健康の維持・増進に役立てようとする試みが始まっている。

健康診断のデータを第三者機関に集積して活用する構想のほか、健康手帳（健康の記録簿）を労働者各自が持ち、転職、退職後も引き続き健診データや保健指導記録等を記載して生涯を通しての健康状態がわかるようにとの構想のもとに退職後地域の保健サービスを受けるときの参考や医療機関受診の際にも活用できるようにと作成され、中小事業場において試行中のものもある。

個人の健康情報は長く蓄積されるほど1回の健康診断ではわからない情報が得られ、近未来には健康状態の将来予測も可能になるであろう。健康診断の結果であってもその通知のされ方や事後指導の呼ばれ方にも、特定の個人が指名されて、就業時間内に呼び出されることは職場の同僚や上司に知られてプライバシーが守られていないと指摘し、労働者自身が配慮を要求した職場の事例を聞く機会が目立つようになって来た。健康のために行う支援業務はいいことであるといった看護専門職の思い込みに陥らないように戒め、このような実態が既にあることに留意して、健康情報の取り扱いには格段の配慮をすることが必要である。

5. 職域看護職の困惑

職域保健と地域保健の連携が必要であるといわれて久しいが、産業看護職は具体的な支援方法をめぐって悩んでいるのが現状といえよう。

以下のコメントは、平成15年度に国立保健医療科学院看護学部が総合健保組合の看護職を対象に実施したアンケート調査において、本項目に関連した自由記載の一部である。

- (例)○ 自殺までは行かないが、うつ病傾向かなと思える訴えを聴くことが増え、職場内での短時間の面接では対応が難しいケースもある。総合健保組合では、継続しての面接も難しく、気楽に相談できる機関に紹介できればと思う。
- 総合健保の保健センター所属であるために制約があり、自殺未遂など手の施しようがなくなってから相談されることが多い。
 - 本人自身への対応の仕方にも悩むが、ポストベンションとしての活動も難しいことを痛感している。
 - 過去に保健所で精神を担当していたときがあるが、職域とのかかわりは当時から少なかった。普段からの交流が必要であると思う。
 - 保健所や保健センター等の保健師と実際において話がしたい。紹介するにしてもまったく面識がないので、従業員に勧められない。
 - 今まで問い合わせ等をするこさえてきたことがなかった。今後はケースによって紹介したり、直接問い合わせをしたりということを検討していきたい。
 - 看護職から地域の保健センターへ問い合わせても本人からの相談でなければ本人への対応ができないからと断られる。職域の事情や産業看護職の立場を理解してもらうためにも地域の保健師等との連絡会や協議会が設置されることを望む。

“連携”は、相互の組織理解があつてこそ成り立つものであろう。そのためには、まず前述の産業看護職の意見に見られるように、互いの顔が見える機会が必要であり、地域保健・職域保健の実践者による協議会がそれぞれの地域において設立されることが望まれる。また、協議会の設置に関しては、「生活習慣病予防のための地域・職域の保健事業の連携のあり方に関する検討会」報告書³⁾においても指摘されている。

“連携”は、職域から見ると地域保健サービス資源へのアウトソーシングでもある。そのためには組織としても、専門スタッフ個人としても互いに信頼関係が成立していることが必要である。相互が同一の場で研修を行い、討議すること等によって理解を深め合い、職域の特色も理解した上で地域保健サービスをもち込んでもらいたいものと願うものである。既に、情報の共有化と人材の育成を目的として保健所保健師と職域看護職が勉強会を始めたところもあ

る。ゆくゆくは共同事業の実現であるという。この試みが全国に波及することを期待したい。

地域保健と職域保健の連携を図る場合にも心と体を分けることなく統合してアプローチすることが必要と考える。

6. 終わりに

自殺者が急増している現在、職域では自殺防止を含むメンタルヘルス対策が急務であるとの認識から、「心の相談室」の開設を考える健保組合や企業の幹部が多い。しかし、「心の相談室」との看板をいきなり掲げたのでは利用されがたい。心とからだを区別せず、敷居の低い「健康の何でも相談室」があって、その相談の中でメンタルが浮上してくるであろう。心身の健康管理が基本である。したがって、

表-1 心の健康づくり事業

	組合数	割合 (%)
実施している	804	50.2
実施していない	741	46.2
不明・無回答	58	3.6
合計	1603	100

表-2 心の健康づくり事業の実施状況 (複数回答)

	実施している組合数		対象者		
			被保険者	被扶養者	不明・無回答
	組合数	割合	組合数	組合数	組合数
研修等による教育事業	206	12.9%	186	18	20
対面による相談事業	414	25.8%	371	202	43
電話相談事業	641	40.0%	591	548	49
問診表による診断事業	97	6.1%	87	13	10
その他の事業	45	2.8%	35	21	9
実施していない	741	46.2%	-	-	-
不明・無回答	58	3.6%	-	-	-

表-3 心の健康づくり事業の実施機関 (複数回答)

	担当者							
	組合の専門スタッフ		事業主の専門スタッフ		外部機関に依頼		不明・無回答	
	組合数	%	組合数	%	組合数	%	組合数	%
研修等の教育	43	20.9	60	29.1	143	69.4	11	5.3
対面による相談	131	31.6	119	28.7	206	49.8	7	1.7
電話相談	97	15.1	43	6.7	529	82.5	19	3.0
問診等の診断	32	33.0	28	28.9	40	41.2	6	6.2
その他	9	20.0	6	13.3	24	53.3	11	24.4

% : 「心の健康づくり事業」を実施している組合に対する割合

表-4 相談窓口 (複数回答)

	組合数	割合 (%)
常設の相談室等を設置	209	13.0
予約制の相談窓口を設置	72	4.5
外部機関の相談窓口を利用	376	23.5
その他	119	7.4
相談窓口は設けていない	718	44.8
不明・無回答	224	14.0

参考文献

- 1) 平成 12 年 8 月 9 日基発第 522 号, 働く人の心の健康づくり - 指針と解説 -, 中央労働災害防止協会, 2001.
- 2) 平成 14 年度特別保健福祉事業「健康保険組合の保健福祉事業について」, 健康保険組合連合会, 2003.
- 3) 厚生労働省, 2001 年