

自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびに その関連要因に関する全国調査 保健所設置市と市町の比較を通して

ミツハン ユウコ ニシキド ノリコ
三橋 祐子* 錦戸 典子*

目的 自治体に働く保健師を対象に職域保健との連携の実施状況等について調査を行い、全国的な実施状況と関連要因について保健所設置市と市町の比較により明らかにすることを目的とした。

方法 東京都を除く全国の自治体（保健所設置市のすべて、市町は無作為抽出）に勤務し成人保健を担当している保健師各1人、計350人を対象に郵送による自記式質問紙調査を行った。有効回答数は216人（61.7%）であった。保健所設置市および市町ごとに基本情報、背景要因、障壁要因、連携の実施状況等を算出し、Mann-WhitneyのU検定および χ^2 検定により比較した。保健師・自治体の基本情報および各背景要因、障壁要因と連携実施の有無との関連について、保健所設置市と市町ごとにSpearmanの順位相関係数を算出した。市町における連携の実施に関連する背景要因および障壁要因については連携実施の有無を従属変数、背景要因、障壁要因をそれぞれ独立変数とする多重ロジスティック回帰分析を用いて分析した。

結果 職域との連携の必要性を感じている者は96.8%と高かったが、「現在、連携している」は保健所設置市34.9%、市町22.9%であった。連携内容において職域関係者と健康課題や保健事業について協議する連携は保健所設置市24.5%、市町25.8%と低かったが、地域保健側から職域へ保健サービスを提供する連携は保健所設置市56.3%、市町52.2%と半数を超えていた。背景要因の該当状況において、職域との連携に関する教育を受講した者は保健所設置市22.2%、市町17.1%、連携に熱心なモデル保健師が身近に存在した者は保健所設置市9.7%、市町13.9%と少なかったのに対し、上司・同僚間で職域との連携の必要性について協議したことがある者は保健所設置市83.9%、市町74.0%と多かった。また、市町において連携実施に有意に関連している背景要因は「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだことがある」、「地方計画へ連携に関する内容を盛り込んでいる」等、障壁要因は「自治体側のマンパワーが足りない」、「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」であった。

結論 本研究において初めて地域・職域連携に関する全国的な実施状況や関連要因が明らかになった。保健所設置市、市町それぞれの連携状況とその関連要因に基づいた連携推進策を講じる必要性が示唆された。

Key words : 地域・職域連携, 自治体, 保健師, 産業保健, 関連要因, 全国調査

I 緒 言

近年、国民の健康寿命の延伸に向けて、予防を重視した活動を展開し、生涯にわたって継続的に健康支援を行えるような体制づくりが求められている。地域保健は、乳幼児から高齢者までの幅広い世代を対象に生活習慣病対策や食育、がん対策の推進などの健康支援に携わっている。しかし、地域住民の6

～7割を占める働く世代に対して、地域保健の立場から健康支援を行うことは難しく、効果的な介入方策の検討が喫緊の課題となっている。一方、職域保健では、とくに過重労働、メンタルヘルスに関する問題が深刻となっており、「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」¹⁾、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」²⁾等に基づき各企業ごとに過重労働対策、メンタルヘルス対策に取り組む必要性が生じている。しかし、人的・物的資源共に充実している大規模事業場においては、積極的な対策への取り組みが行われているが^{3～7)}、中小規

* 東海大学健康科学部看護学科
連絡先：〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋143
東海大学健康科学部看護学科 三橋祐子

模事業場においては、それらの対策に対するニーズは高いものの、資金不足や専門的知識を有するスタッフの不足等により、対策が立ち遅れている現状が見受けられる^{8,9)}。このような課題を解決し、国民全体への継続的な健康支援を展開していくためには、地域保健、職域保健が別々に取り組むのではなく、両分野がこれまでに蓄積してきた方策を互いに提供し合い、地域保健と職域保健が連携（以下、「地域・職域連携」）した対策を講じることが不可欠であるとの認識が広まりつつある^{10,11)}。

厚生労働省の地域・職域連携支援検討会は、2005年3月、地域・職域連携推進事業ガイドライン（以下、「ガイドライン」）を作成（2006年、2007年改訂）し、都道府県および二次医療圏を単位として地域・職域連携推進協議会（以下、「協議会」）を設置し、連携体制を構築するよう推奨している^{10,12)}。また、2000年に公表された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」によると、都道府県や市町村が地方計画（健康増進計画）を策定する際には、職域保健との連携を図りつつ、目標、行動計画を立て、それに基づいた保健活動を推進すること^{13~15)}、さらに、計画の評価においては、職域保健関係者等における取り組みの進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取り組み等に反映すること¹⁶⁾としている。このように、地域・職域連携を推進する動きは、とくに2001年の厚生省と労働省の中央省庁再編による合併以降、急速に進められてきた。しかし、2005年のガイドライン作成以降に発表された文献においても、「地域保健と職域保健の制度上の相違」、「連携に対する双方機関の消極的な姿勢」、「在勤者まで地域保健の対象とみなせない」といった連携を進める上での障壁があると指摘されており^{17,18)}、また、これら近年の報告も、一地域の現状調査、事例報告に留まっている^{17~20)}。このように厚生労働省を中心に地域・職域連携を推進する動きが活発になってきているにも関わらず、未だ、連携活動が広まりにくい現状があることが推察される。

これらの現状を打破し、実質的な地域・職域連携を推進していくためには、まず、全国的な連携の実施状況の把握、および関連要因の解明が必要と考える。そこで、我々は、自治体に働く保健師を対象に職域保健との連携に関する意識やその実施状況、ならびにその関連要因を明らかにし、今後の実質的な地域・職域連携推進に資する示唆を得ることを目的として本研究に取り組んだ。また、保健所設置市と市町では行政活動体制や保健所機能の有無において違いがあることから、連携の実施状況等におけるそ

れぞれの特徴を明らかにするため、両者の比較を通して検討を行った。

II 研究方法

1. 研究デザイン：関連探索研究

2. 用語の定義

1) 地域・職域連携

地域保健と職域保健の関係者が地域住民や就労者の生涯を通じた健康づくりを目指し、それぞれの機関が有している健康教育、健康相談、健康情報等を共有化し、より効果的、効率的な保健事業を展開すること。

2) 職域関係者

企業・事業所・各種健康保険組合・社会保険事務所・労働基準監督署・商工会など就労にかかわる領域に所属する、または関係する産業医・保健師・看護師・栄養士などの専門職、および事業主や管理職者・担当者など職域保健に携わる者のこと。

3) 職域との連携

自治体に働く保健師が職域関係者と連絡を取り合う、地域・職域の各機関で有している情報を交換する、健康課題を共有する、保健事業の改善や充実、共通課題の解決に向けて協議する、保健事業等を共に展開する、などといった活動を1つでも、一時的であっても実施している状態。また、地域・職域連携推進協議会の開催・出席や、地域保健・職域保健関係者が共に参加できる勉強会などの開催も連携とみなす。

4) 連携手段

自治体に働く保健師が職域との連携を実施するためにとる手法のこと。

5) 連携内容

自治体に働く保健師が職域と連携して実施した具体的な活動内容のこと。

6) 障壁要因

職域との連携を妨げる方向に働く要因のこと。

7) 保健所設置市

保健所機能を有する市のこと。政令市・指定都市・中核市のすべてを含む。

3. 調査対象者

住民への直接的な保健サービスを提供している自治体（よって、本研究では都道府県保健所は調査対象に含まない。）に勤務し、成人保健を担当している保健師1人（職域との連携を実施している場合は、その担当保健師1人）、計350人を対象とした。

その内訳として、全国の市町（東京都を除く）のうち、保健所設置市については、117か所（全数）、その他の市については、116市（全国672か所中1/6

を無作為抽出), 町については, 117町 (全国817か所より 1/7 を無作為抽出) を抽出した。また, 保健所設置市は, 全国保健所長会名簿 (H19年度) に基づき, 原則として, 政令市17市・中核市30市・指定都市17市の各市 1 保健所ずつを対象とした。ただし, 指定都市のうち 6 市 (仙台市・川崎市・横浜市・名古屋市・京都市・福岡市) のみは各区ごとに独立した行政活動を行っており, 各区それぞれ 1 か所ずつ保健所 (横浜市の場合は, 福祉保健センター) が設置されているため, これらのすべてを対象とした。

また, 実際は, 東京都の全区市町も対象とし調査を実施したが, 他の対象自治体の抽出条件と異なることから, 東京都のデータは今回の分析対象より除外した。

4. 質問紙の作成プロセスと調査項目

1) 質問紙の作成プロセス

(1) 項目の抽出・作成方法

背景要因, 連携内容等に関する質問項目の抽出・作成にあたっては, まず初めに, ガイドラインを始めとする関連資料等を参考にして, 項目を抽出・作成した。

(2) 事前インタビューの実施

すでに職域との連携に取り組んでいる保健師等 7 人を対象に, 地域・職域連携への意識や背景要因, および連携内容等に関して情報収集を行い, 質問項目を修正・改訂することを目的として, 事前インタビューを行った。

(3) プレテストの実施

事前インタビュー結果を参考に質問紙を作成し, 職域との連携実施, 未実施の両方を含む 17 人の自治体に働く保健師 (自治体保健師経験者を含む) を対象にプレテストを行った。質問内容の網羅性や妥当性ならびに所要時間を確認の上, 表現を追加修正し最終的な質問紙を作成した。

2) 調査項目

(1) 基本属性と基本情報

回答者の基本属性として, 年齢, 保健師の経験年数等について, また自治体の基本情報として, 自治体の種別, 人口規模等について尋ねた。

(2) 職域との連携の必要性の認識

職域との連携の必要性の認識について, 「強く感じている」, 「少し感じている」, 「あまり感じていない」, 「全く感じていない」の 4 件法で尋ねた。

(3) 職域との連携の実施状況

職域との連携の実施状況として, 「現在, 連携している」, 「現在は連携していないが, 以前, 連携したことがある」, 「これまで全く連携したことは無いが今後, 連携する予定がある」, 「これまで全く連携

したことが無いし, 今のところ連携する予定も無い」の 4 件法で尋ねた。また, 現在または過去に連携を実施している場合は, 「企業・事業所の担当者」, 「商工会関係者」, 「地域産業保健センターの医師」, 「労働基準監督署関係者」など, 14 の選択肢の中から該当する連携対象者をすべて選択するよう求めた。

(4) 連携手段

「通信手段を使い連絡する, または, 職域側から連絡がくる」, 「都道府県もしくは二次医療圏の地域・職域連携推進協議会に出席する」などの連携手段 5 項目のうちから実施したことのある手段について尋ねた (複数回答可)。

(5) 連携内容

「職域関係者の協力を得て, 職域での健康管理の状況や企業が持っている社会資源などについて調査を行う」, 「職域を含めた地域全体の健康課題について協議し, 共有する」など 19 項目からなる連携内容について, 回答者本人が直接的に取り組んだことのある連携内容を「直接的に取り組んだことがある」, 同じ自治体に所属する回答者以外の担当者が取り組んだことのある連携内容を「間接的に取り組んだことがある」, 全く取り組んだことの無い内容を「取り組んだことが無い」として, 3 件法で尋ねた。

(6) 背景要因

職域との連携に関する意識や実施状況に関わる背景要因として, 「職域との連携に関する教育を受けたことがある」, 「職域との連携に熱心なモデル保健師が身近にいる (た)」など保健師自身の経験など個人的な要因に関する 5 項目, 「働く世代の健康づくりについて都道府県より指導・協力を受けている」, 「上司・同僚間で職域との連携の必要性について協議したことがある」, 「地方計画へ職域との連携に関する内容を盛り込んでいる」といった自治体に関する要因 3 項目を抽出し, これら背景要因 8 項目の該当状況をそれぞれ尋ねた。

(7) 障壁要因

職域との連携を行う場合や発展させる場合に, 障壁となっている要因は何かを探るため, 「自治体のマンパワーが足りない」, 「予算が確保できない」, 「法制度上の違いがあり, 接点を見出せない」など障壁となりうる要因 15 項目のうち, 該当する項目のすべてを選択するよう求めた。

5. 調査方法, 調査期間

対象者に無記名の自記式質問紙を郵送し, 郵送返却にて回収した。回答にあたっては, 自治体に所属する保健師全員の意見を統合したものではなく, 回答者である保健師個人の判断により回答することを

求めた。

調査期間は、2007年9月～12月であった。

6. 分析方法

1) 全変数の基本統計量を保健所設置市と市町に分けて算出し、Mann-WhitneyのU検定および、 χ^2 検定により比較した。

2) 保健所設置市および、市町ごとに連携の実施状況を算出した。「現在、連携している」または、「現在は連携していないが、以前、連携したことがある」と回答した者を『連携あり』、「これまで全く連携したことは無いが今後、連携する予定がある」または、「これまで全く連携したことが無いし、今のところ連携する予定も無い」と回答したものを『連携なし』とした。また、 χ^2 検定により、保健所設置市と市町における連携の有無を比較した。

3) 保健所設置市および、市町ごとに各連携内容(19項目)の取り組み状況(「直接的に取り組んだことがある」または、「間接的に取り組んだことがある」と回答した者を『取り組み有り』とした。)を算出した。

4) 各連携内容19項目について、『取り組みあり』を1、『取り組みなし』を0として、Ward法による階層クラスター分析を行った。それぞれ項目のまとまりを確認しながらカテゴリーに分類した。また、各連携内容のカテゴリー(以下、「連携内容カテゴリー」)ごとにCronbach α 係数を算出し内的一貫性を確認した。続いて、連携内容カテゴリーごとに取り組んだ延べ人数の割合を算出し、 χ^2 検定により、カテゴリー間の取り組んだ延べ人数の割合を比較した。また、各連携内容項目ごとに保健所設置市と市町における取り組んだ割合の比較(χ^2 検定)を行った。

5) 回答者・自治体の基本情報および各背景要因と連携実施の有無との関連について、保健所設置市、市町ごとにSpearmanの順位相関係数を算出した。各障壁要因の有無と、連携実施の有無との関連についても同様に算出した。

6) 連携の実施に影響を与えている主要な関連要因を明らかにするために保健所設置市、市町それぞれに、従属変数を連携実施の有無として多重ロジスティック回帰分析(変数減少法尤度比)を行った。独立変数は、単相関分析で $P<0.1$ の相関が認められた基本情報と背景要因(表5参照)を投入し、基本情報は連続変数、背景要因は2値変数(0, 1)とした。得られた最終モデルに関して、モデルの有意性、ならびに適合度の検定を実施した。最終モデルに残った独立変数については、オッズ比(OR)、95%信頼区間(95%CI)、有意水準(P)を確認し

た。連携の実施に関連する障壁要因についても単相関分析で $P<0.1$ の相関が認められた障壁要因(表7参照)を独立変数として、同様の多重ロジスティック回帰分析を実施した。

統計解析ソフトは、SPSS(Ver. 15.0) for Windowsを使用し、有意水準を5%とした。

7. 倫理的配慮

調査実施にあたり、東海大学健康科学部倫理委員会の承認を得た。対象者へは、調査の趣旨説明とともに回答は無記名で自由意思に基づくものでありプライバシーは保護されること、回答を拒否しても不利益が生じない旨を明記し文書にて調査への協力を求めた。なお、対象者からの記入された質問紙の返送をもって、調査への同意が得られたとみなした。

III 研究結果

1. 回収結果および、保健師・自治体の特性

対象者350人中218人(回収率62.3%)から回答が得られた。そのうち、職域との連携実施の有無に回答が無かった2人を除く216人分を有効回答(有効回答率61.7%)として分析した。

回答者・自治体の基本情報と背景要因について表1に示した。平均年齢は、保健所設置市45.5歳、市町43.1歳、平均経験年数は、保健所設置市22年1か月、市町19年4か月であり、統計的に有意な差は認められなかった。しかし、現在の部署での経験年数は、保健所設置市5年3か月、市町13年11か月と市町の方が有意に長かった。回答者が所属する自治体種別の内訳は、保健所設置市のうち、政令市は27.0%、中核市は47.6%、指定都市は25.4%であり、市町のうち、市は52.3%、町は47.7%であった。保健所設置市の人口規模は、10万人以上50万人未満が72.4%を占めており、市町は、1万人以上10万人未満が66.3%を占めていた。また、平均保健師数は、保健所設置市43.3人、市町11.5人であり、保健所設置市の方が有意に多かった。

2. 連携の必要性の認識および、連携の実施状況

連携の必要性について、「強く感じている」と回答した者は、保健所設置市29人(46.0%)、市町61人(39.9%)、「少し感じている」は、保健所設置市32人(50.8%)、市町83人(54.2%)であり、保健所設置市、市町共に9割以上が職域との連携の必要性を感じていると回答していた。「あまり感じていない」と回答した者は、保健所設置市2人(3.2%)、市町9人(5.9%)で、「全く感じていない」と回答した者は、保健所設置市、市町共にいなかった。

連携の実施状況を表2に示した。「現在、連携している」の割合は、保健所設置市22人(34.9%)、

表1 回答者および自治体の基本情報と背景要因

項目		保健所設置市 (n=63)	市町 (n=153)	P値
保健師の個人要因	基本情報			
	年齢	45.5±7.5	43.1±8.3	
	経験年数	22年1ヵ月±7年8ヵ月	19年4ヵ月±8年5ヵ月	
	現在の部署での経験年数	5年3ヵ月±7年6ヵ月	13年11ヵ月±9年10ヵ月	***1)
	職域保健勤務経験あり	1(1.6)	4(2.6)	
	経験年数	5.0年±0.0年	2.3年±1.9年	
	背景要因			
	連携の展開方法や技術に関する教育受講あり	14(22.2)	26(17.1)	
	連携に熱心なモデル保健師の存在あり	6(9.7)	21(13.9)	
	働く世代への健康支援に対する関心あり	60(95.2)	146(96.7)	
ガイドラインを読んだことがある	25(40.3)	34(22.8)	*2)	
担当地域における産業保健スタッフ雇用状況を把握している	38(60.3)	80(54.4)		
自治体の要因	基本情報			
	自治体の種別			
	町	—	80(52.3)	
	市	—	73(47.7)	
	政令市	17(27.0)	—	
	中核市	30(47.6)	—	
	指定都市	16(25.4)	—	
	人口規模			
	1万人未満	0	32(21.1)	
	1万人以上5万人未満	2(3.4) ^{#1}	66(43.4)	
	5万人以上10万人未満	4(6.9)	35(22.9)	
	10万人以上50万人未満	42(72.4)	19(12.5)	
	50万人以上100万人未満	8(13.8)	0	
100万人以上	2(3.4)	0		
保健師数	43.3±34.1	11.5±10.0	***1)	
背景要因				
働く世代の健康づくりについて都道府県の指導・協力あり	10(16.7)	19(12.9)		
上司・同僚間で職域との連携の必要性に関する協議あり	52(83.9)	111(74.0)		
地方計画へ連携に関する内容の導入あり ^{#2}	39(67.2)	48(32.7)	**2)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

^{#1} 指定都市のうち、6市(仙台市・川崎市・横浜市・名古屋市・京都市・福岡市)は、各区保健所(福祉保健センター)を対象としている

^{#2} 地方計画に関する回答のうち、「未策定」は「導入無し」とし、「わからない」は除外した

1) Mann-WhitneyのU検定

2) χ^2 検定

市町35人(22.9%)、『連携あり』の割合は保健所設置市35人(55.5%)、市町64人(41.8%)であり、保健所設置市の方が有意に高かった。また、「これまで全く連携したことが無いし、今のところ連携する予定も無い」と回答した者は、保健所設置市が20人(31.7%)であるのに対し、市町は71人(46.4%)であった。

さらに、『連携あり』と回答した者に、連携対象者について尋ねたところ、保健所設置市では、「企業・事業所の担当者」が27人(77.1%)と最も多く、

表2 連携の実施状況

実施状況	保健所設置市 (n=63)	市町 (n=153)	
『連携あり』	35(55.5)	64(41.8)	***
現在、連携している	22(34.9)	35(22.9)	
以前、実施したことがある	13(20.6)	29(19.0)	
『連携なし』	28(44.5)	89(58.2)	
現在、連携していないが、今後、予定あり	8(12.7)	18(11.8)	
連携しておらず、予定も無い	20(31.7)	71(46.4)	

*** P<0.001 (χ^2 検定)

人数 (%)

次いで、「企業・事業所の看護職」16人（45.7%）、「企業・事業所の事業主もしくは管理職者」と「商工会関係者」が12人（34.3%）の順であった。市町でも、「企業・事業所の担当者」が35人（55.6%）と最も多かったが、次に多かったのは、「企業・事業所の事業主もしくは管理職者」24人（38.1%）、「商工会関係者」が23人（36.5%）で、「企業・事業所の看護職」17人（27.0%）であった。その他、労働基準監督署関係者との連携は、保健所設置市で6人（17.1%）、市町で8人（12.7%）、各健康保険組合の看護職は、保健所設置市5人（14.3%）、市町3人（4.8%）地域産業保健センターの医師は、保健所設置市1人（2.9%）、市町3人（4.8%）であり、連携の割合が低かった。

3. 連携手段と各連携内容の取り組み状況

『連携あり』と回答した者に主な連携手段について尋ねた結果を図1に示した。「通信手段を使い連絡する、職域側から連絡がくる」、「必要に応じて、職域関係者と地域関係者がお互いに訪問する」については、保健所設置市、市町共に7割前後の高い割合が示された。また、「都道府県・二次医療圏地域・職域連携推進協議会に出席する」は、保健所設置市では9人（25.7%）と割合が低かったのに対し、市町では29人（45.3%）と高い傾向が認められた。

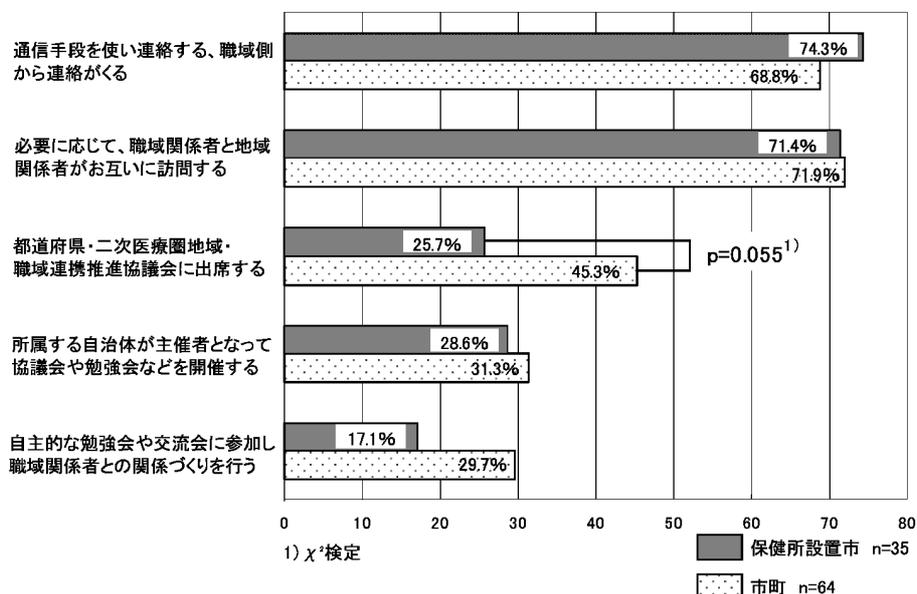
各連携内容項目ごとの取り組み状況、およびクラスター分析によって検討した結果について、表3に示した。地域で行う保健事業に職域の対象者も含める、地域の専門職が職域へ出向いて保健事業を行うなどの連携内容については、カテゴリーA：『職域

を含めた保健事業を行う』（7項目）とし、職域を含めた健康づくり活動の実施方法や評価方法、生涯を通しての健康管理体制の整備等について職域関係者と協議するなどの連携内容については、カテゴリーB：『地域・職域関係者が協働して、地域の健康課題や保健事業について協議する』（12項目）とした。信頼性係数 α は、それぞれ、0.698, 0.835であった。取り組んだ割合が高かった連携内容項目は、「職域関係者への情報提供、職域関係者との情報交換を行う」が保健所設置市で91.4%、市町で85.9%、「地域の保健師や栄養士等の専門職が職域に出向き、健康教育を行う」が保健所設置市80.0%、市町64.1%で、いずれもカテゴリーAに含まれていた。各連携内容項目ごとに保健所設置市と市町における取り組んだ割合を比較した結果、「退職後の健康管理を地域で継続して行えるような体制整備について職域関係者と協議する」について、保健所設置市の方が有意に高かった。また、各連携内容カテゴリーごとに取り組んだ延べ人数の割合を確認してみると、カテゴリーAは保健所設置市、市町共に50%を超えているのに対し、カテゴリーBは25%前後であり、カテゴリーAの方がカテゴリーBに比べ、取り組んだ延べ人数の割合が有意に高かった（ $P < 0.001$ ）。また、保健所設置市と市町でカテゴリーAとBの取り組んだ延べ人数の割合に有意な差は認められなかった。

4. 背景要因

保健師の個人要因項目のうち、働く世代への健康支援に対する関心がある者は、保健所設置市95.2%、市町96.7%と共に高かったのに対し、連携

図1 連携手段の該当率



の展開方法や技術に関する教育を受けたことがある者は、保健所設置市22.2%、市町17.1%、連携に熱心なモデル保健師が身近にいた者は保健所設置市9.7%、市町13.9%といずれも低かった(表1)。また、ガイドラインを読んだことがある者は、保健所設置市が40.3%であるのに対し、市町では22.8%と有意に低かった。自治体の要因として、都道府県から働く世代の健康づくりについて指導や協力を受けていた自治体は保健所設置市16.7%、市町12.9%と低かったが、上司・同僚間で職域との連携の必要性について協議したことがある自治体は保健所設置市83.9%、市町74.0%と高かった。健康日本21地方計画等に職域との連携に関する内容を盛り込んでいた自治体は、保健所設置市では67.2%であったの対

し、市町では32.7%と有意に低かった。

5. 障壁要因

職域との連携を実施する場合や発展させる場合に、障壁となる可能性のある要因について尋ねた結果を表4に示した。該当する割合が高かった項目は、「自治体側のマンパワーが足りない」保健所設置市42人(66.7%)、市町97人(63.4%)、「どのような方法で連携を進めたら良いのかイメージしにくい」保健所設置市30人(47.6%)、市町77人(50.3%)であった。また、「予算が確保できない」を障壁要因として挙げた割合が、保健所設置市では27人(42.9%)であったのに対し、市町では33人(21.6%)と有意に低かった。

表3 各連携内容項目ごとの取り組み状況とカテゴリへの分類

連 携 内 容	保健所設置市 (n=35) (%)	市町 (n=64) (%)	P 値
カテゴリ A:『職域を含めた保健事業を行う』 α=0.698			
職域関係者への情報提供, 職域関係者との情報交換を行う	91.4	85.9	
地域の保健師や栄養士等の専門職が職域に出向き, 健康教育を行う	80.0	64.1	
職域関係者や就業者および, その家族が地域で開催されている健康相談や保健指導の機会を利用するよう促す	62.9	50.0	
地域で行われる健康教育に職域関係者や就業者および, その家族の参加を促す	54.3	48.4	
地域の保健師や栄養士等の専門職が職域に出向き, 健康相談や保健指導を行う	45.7	48.4	
健康まつり等のイベントを職域関係者と協働して開催する	34.3	43.8	
個別事例への支援を職域関係者と協働して行う	25.7	25.0	
(取り組んだ延べ人数の割合)	56.3	52.2	n.s
カテゴリ B:『地域・職域関係者が協働して, 地域の健康課題や保健事業 について協議する』 α=0.835			
職域を含めた地域全体の健康課題について協議し, 共有する	34.3	46.9	
中小規模事業場の健康づくりに関する方策を職域関係者と協議する	34.3	32.8	
地域で行われている保健事業や地域資源に関する情報など, 就業者に効率的に情報提供する手段について職域関係者と協議する	31.4	31.3	
健康診断の受診率向上や健診データの継続的な有効活用について職域関係者と協議する	31.4	29.7	
健康日本21地方計画(健康増進計画)に関する行動計画や対策等を職域関係者との連携を通して作成(改訂)する	28.6	34.4	
特定健診・特定保健指導に関する課題を職域関係者と協議する	28.6	20.3	
職域関係者の協力を得て, 職域での健康管理の状況や企業が持っている社会資源などについて調査を行う	25.7	23.4	
お互いの保健事業の実施方法や評価方法などについて学びあう	22.9	32.8	
退職後の健康管理を地域で継続して行えるような体制整備について職域関係者と協議する	22.9	4.7	**
地域・職域が共同して, ポピュレーションアプローチの意義や手法について協議する	20.0	21.9	
保健活動の評価方法について職域関係者と協議する	8.6	12.5	
地域・職域が共同して, ハイリスクアプローチの意義や手法について協議する	5.7	18.8	
(取り組んだ延べ人数の割合)	24.5	25.8	n.s

カテゴリ分類は階層的クラスター分析により実施
保健所設置市と市町の比較 (χ² 検定) ** P<0.01

6. 連携の実施と基本情報および背景要因との関連

連携の実施と各々の基本情報および背景要因との

関連に関して、保健所設置市、市町ごとに Spearman の順位相関係数を算出した結果を表5に示した。連携実施の有無と $P < 0.05$ で有意な関連が認め

表4 連携の実施・発展における障壁要因の該当状況

障壁要因	保健所設置市 (n=63)	市町 (n=153)	P値
自治体側のマンパワーが足りない	42(66.7)	97(63.4)	
どのような方法で連携を進めたら良いのかイメージしにくい	30(47.6)	77(50.3)	
予算が確保できない	27(42.9)	33(21.6)	**
職域でどのような保健活動を実施しているのかわからない	22(34.9)	57(37.3)	
職域側の窓口(担当者)が明らかでない	19(30.2)	56(36.6)	
地域のニーズを把握できていない	17(27.0)	26(17.0)	
職域側に産業保健スタッフ(産業医や看護職)が存在しない	13(20.6)	44(28.8)	
個人情報保護法の観点から、連携する上で必要な情報を共有しにくい	11(17.5)	43(28.1)	
自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない	11(17.5)	21(13.7)	
職域側の理解が得られない	10(15.9)	21(13.7)	
働く世代への具体的な支援方法や支援内容がわからない	10(15.9)	20(13.1)	
どのようなメリットがあるのかイメージできない	10(15.9)	13(8.5)	
地域と職域では、ハイリスク対象者への対応方法に差がある	9(14.3)	14(9.2)	
法制度上の違いがあり、接点を見出せない	5(7.9)	18(11.8)	
上司や同僚の理解や協力が得られない	5(7.9)	8(5.2)	

** $P < 0.01$ (χ^2 検定)

人数 (%)

表5 連携実施と回答者および自治体の基本情報、背景要因との単相関分析

保健師・自治体の基本情報および背景要因		連携実施の有無	
		保健所設置市 (n=63)	市町 (n=153)
保健師の個人要因			
基本情報	年齢	0.025	0.019
	経験年数	-0.019	-0.026
	現在の部署での経験年数	0.025	-0.092
	職域保健での勤務経験の有無	0.114	0.026
背景要因	連携に関する教育受講の有無	0.171	0.112
	連携に熱心なモデル保健師の存在の有無	0.297*	0.163*
	働く世代への健康支援に対する関心の有無	0.250*	0.156†
	ガイドラインを読んだ経験の有無	0.350**	0.237**
	産業保健スタッフ雇用状況把握の有無	-0.007	0.201*
自治体の要因			
基本情報	人口規模	0.165	0.204*
	保健師数	0.187	0.308***
背景要因	都道府県の指導・協力の有無	0.030	0.121
	上司・同僚間で連携の必要性に関する協議の有無	0.219†	0.320***
	地方計画へ連携に関する内容導入の有無 ^{#1}	0.134	0.334***

† $P < 0.1$, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

^{#1} 地方計画に関する回答のうち、「未策定」は「導入無し」とし、「わからない」は除外した職域との連携実施の有無(1:あり, 0:なし)

各背景要因の有無(1:該当あり, 0:該当なし)

られた項目は、保健所設置市では、「連携に熱心なモデル保健師の存在の有無」(r=0.297),「働く世代への健康支援に対する関心の有無」(r=0.250),「ガイドラインを読んだ経験の有無」(r=0.350),市町では、「連携に熱心なモデル保健師の存在の有無」(r=0.163),「ガイドラインを読んだ経験の有無」(r=0.237),「産業保健スタッフ雇用状況把握の有無」(r=0.201),「人口規模」(r=0.204),「保健師数」(r=0.308),「上司・同僚間で連携の必要性に関する協議の有無」(r=0.320),「地方計画へ連携に関する内容の導入あり」(r=0.334)であ

った。

次に、市町における連携実施の有無に関連する背景要因について、変数減少法尤度比による多重ロジスティック回帰分析により検討した結果を表6に示した。「ガイドラインを読んだ経験がある」,「上司・同僚間で職域との連携の必要性について協議した経験がある」,「地方計画へ連携に関する内容を導入している」の3項目において、連携実施との正の有意な関連が認められた。すなわち、これらの要因は、それぞれ独立して職域との連携実施の推進要因となっている可能性が明らかになった。

表6 市町における連携実施に関連する主な背景要因
〔多重ロジスティック回帰分析の結果(変数減少法尤度比)〕

独立変数	回帰係数	標準誤差	P値	オッズ比	95%信頼区間
ガイドラインを読んだ経験(1:あり/0:なし)	1.405	0.487	**	4.077	1.571-10.584
上司・同僚間で連携に関する協議(1:あり/0:なし)	1.909	0.602	**	6.749	2.074-21.962
地方計画へ連携内容導入 ^{#1} (1:あり/0:なし)	1.317	0.435	**	3.733	1.591-8.758

n=131 ** P<0.01

従属変数:職域との連携実施の有無(1:あり 0:なし)

独立変数:「連携に熱心なモデル保健師の存在の有無」,「働く世代への健康支援に対する関心の有無」,「ガイドラインを読んだ経験の有無」,「産業保健スタッフ雇用状況把握の有無」,「上司・同僚間で連携の必要性に関する協議の有無」,「地方計画へ連携に関する内容導入の有無」(1:あり 0:なし)および、人口規模、保健師数(連続変数)

^{#1} 地方計画に関する回答のうち、「未策定」は「導入無し」とし、「わからない」は除外したモデルの有意性 $\chi^2=38.249$ df=3 P=0.000

Hosmer & Lemeshow の適合度検定 $\chi^2=3.220$ df=5 P=0.666

表7 連携実施と障壁要因との単相関分析

障壁要因項目	連携実施の有無	
	保健所設置市 (n=63)	市町 (n=153)
自治体側のマンパワーが足りない	-0.090	-0.162*
どのような方法で連携を進めたら良いのかイメージしにくい	-0.171	-0.133
予算が確保できない	-0.194	-0.061
職域でとわのような保健活動を実施しているのかわからない	0.052	-0.044
職域側の窓口(担当者)が明らかでない	-0.178	0.012
地域のニーズを把握できていない	0.040	-0.104
職域側に産業保健スタッフ(産業医や看護職)が存在しない	0.061	-0.015
個人情報保護法の観点から、連携する上で必要な情報を共有しにくい	0.243 [†]	-0.062
自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない	0.075	-0.226**
職域側の理解が得られない	0.126	0.083
働く世代への具体的な支援方法や支援内容がわからない	-0.136	-0.056
どのようなメリットがあるかイメージできない	0.039	-0.118
地域と職域では、ハイリスク対象者への対応方法に差がある	0.091	0.097
法制度上の違いがあり、接点を見出せない	-0.092	-0.065
上司や同僚の理解や協力が得られない	0.144	0.038

[†] P<0.1, * P<0.05, ** P<0.01

職域との連携実施の有無(1:あり, 0:なし)

各障壁要因の有無(1:該当あり, 0:該当なし)

表8 市町における連携実施に関連する主な障壁要因
 [多重ロジスティック回帰分析の結果(変数減少法尤度比)]

独立変数	回帰係数	標準誤差	P値	オッズ比	95%信頼区間
自治体側のマンパワーが足りない(1:該当あり/0:該当なし)	-0.695	0.353	*	0.499	0.250-0.997
自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない (1:該当あり/0:該当なし)	-1.668	0.653	*	0.189	0.052-0.679

n=152 * P<0.05

従属変数:職域との連携実施の有無(1:あり 0:なし)

独立変数:「自治体側のマンパワーが足りない」,「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」(1:該当あり 0:該当なし)

モデルの有意性 $\chi^2=12.616$ df=2 P=0.002

Hosmer & Lemeshow の適合度検定 $\chi^2=0.581$ df=2 P=0.748

なお、保健所設置市については、データ数が少なく、適合性のあるモデルが得られなかった(次項の障壁要因との関連についても同様)。

7. 連携の実施と障壁要因との関連

連携の実施と各々の障壁要因との関連に関して、保健所設置市、市町それぞれ Spearman の順位相関係数を算出した結果を表7に示した。市町において、連携の実施と有意な関連が認められた障壁要因は、「自治体側のマンパワーが足りない」,「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」であった。また、保健所設置市においては、有意な関連は認められなかった。

次に、市町における連携実施の主な障壁となっている要因について、変数減少法尤度比による多重ロジスティック回帰分析により検討した結果、前述の単相関分析の結果と同様、「自治体側のマンパワーが足りない」,「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」の2項目が抽出された(表8)。すなわち、これらの要因はそれぞれ独立して連携実施の障壁となっている可能性が明らかになった。

IV 考 察

1. 連携の実施状況

『連携あり』の割合は、市町よりも保健所設置市の方が有意に高かったが、「現在、連携している」は、保健所設置市で約3割、市町では約2割に留まっていた。また、市町では今のところ連携する予定も無い者が半数近くに達していた。職域との連携を活発に実践している者は、調査時点で必ずしも多いとは言えず、市町に至っては特に少ない状況が示された。しかし、職域との連携の必要性については、「強く感じている」と「少し感じている」を併せると保健所設置市、市町共に9割を超えており、質問紙の自由記述において、多くの者が「特定健診・保健指導の実施において、職域との連携が必要にな

る」と記載していた。他にも「退職して地域に戻ってからでは遅い、若年層からの健康づくりの必要性を感じる」,「母子保健、高齢者保健を実施する上で家族全体を捉えると、職域保健との関連は深い」などの理由から連携の必要性を感じていた。このように、保健師自身は日頃の活動から職域との連携の必要性を感じてはいるものの、連携を実施するには至っていない状況にあることが推察される。

連携対象者については、企業・事業所の関係者との連携が比較的高い割合を占めており、地域産業保健センターや労働基準監督署、各健康保険組合の関係者との連携の割合は低く、連携対象が企業・事業所に偏っている傾向がみられた。地域全体の健康課題の解決を目指すためには、とくに、小規模事業場の支援機関である地域産業保健センターや、中小企業が多く加入している総合健康保険組合、全国健康保険協会などのサービス内容の特徴を知り、有効に活用する必要がある^{21,22)}と指摘されている。しかし、「職域との連携の展開方法や技術に関する教育を受けたことがある」と回答した者は、保健所設置市、市町共に2割前後と少なかったことから、自治体に働く保健師にとって連携対象となりうる関係機関に関する情報等が不足している状況がうかがえた。したがって、地域保健関係者に職域保健に関する講習受講を義務付けていく等の対策を行うことが有効と考えられる¹⁹⁾。厚生労働省は、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の一部改正(2007年9月)において、都道府県は、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることを推奨している¹⁶⁾。今後、このような研修会等を効果的に開催することによって、職域の関係機関に関する情報等を周知すると共に、関係者間の交流の機会を増やすことが期待される。

各連携内容の取り組み状況について、保健所設置

市、市町別に比較した結果、保健所設置市は市町に比べて、退職後の健康管理を地域で継続して行えるような体制整備について職域関係者と協議している割合が有意に高かった。保健所設置市は、二次医療圏の協議会を開催する役割を担う場合も多いことから、その場を利用して生涯を通じた健康管理体制の構築に取り組み始めている可能性が考えられた。また、連携内容カテゴリーA：『職域を含めた保健事業を行う』は、取り組んだ延べ人数の割合が保健所設置市、市町共に半数を超え比較的高いのに対し、連携内容カテゴリーB：『地域・職域関係者が協働して、地域の健康課題や保健事業について協議する』は、全体的に取り組んだ割合が低くその平均も2割強であった。このように、職域関係者との協議が進んでいない原因の1つとして、調査時点では、都道府県協議会51.1%（24/47か所）、二次医療圏協議会30.4%（108/355か所）（2006年12月5日時点）²³⁾と全国的に協議会の設置率が低い状況であったことが考えられる。また、協議会は設立されていても、開催当初は協議会の方向性の決定や、各関係機関の業務内容等に関する情報交換、地域全体の健康課題の抽出、ニーズや健康づくり活動等の現状を把握するための調査などから取り組まれる場合が多いため、調査時点では、実践的な連携活動に関する協議まで至っていない可能性も考えられた。

連携手段について尋ねた結果、保健所設置市は市町に比べて都道府県・二次医療圏協議会に出席している割合が低い傾向が認められた。保健所設置市の場合、都道府県からの権限移譲により実質的に独立した行政活動を行っており、協議会の設置や運営においても都道府県と異なる行政組織が事務局となって取り組んでいるため¹⁰⁾、都道府県協議会との接点が少ない可能性が考えられる。ガイドラインでは、都道府県と保健所設置市の事務局が定期的な情報交換の機会を互いにもったり、いずれかが協議会を開催する際には他方にその情報を提供してオブザーバーとして参加してもらうことや先進的な連携事業の取組みについて紹介してもらえるよう依頼することが望ましい¹⁰⁾と提案している。今後、都道府県と保健所設置市の良好な連携関係による成功事例を公表していくことの必要性が考えられた。

2. 連携の実施と背景要因との関連

市町において、連携の実施と「ガイドラインを読んだ経験がある」、「上司・同僚間で職域との連携の必要性について協議したことがある」、「地方計画へ連携に関する内容を盛り込んでいる」が関連していることが示された。これらの関連要因の中には、既に職域との連携を実施しているからこそ、ガイドラ

インを読んだり、上司や同僚と連携の必要性について協議した可能性も考えられ、連携の結果的な意味合いも含まれていると考えられる。しかし、「地方計画へ連携に関する内容を盛り込んでいる」については、これにより、上司や関係スタッフ、住民の連携活動への理解や協力を得やすくなり、業務の一環として地域・職域連携に取り組む必要性も生じるため、実質的な連携の推進に効果的であると考えられた。また、市町の場合、保健所設置市と比べ、ガイドラインを読んだことがある者の割合、地方計画に職域との連携に関する内容を盛り込んでいる自治体の割合が低かった。さらに、市と町で分けてその該当率を比較したところ、市よりも町で地方計画に職域との連携に関する内容を盛り込んでいる割合が有意に低かったことから、今後、自治体規模ごとの対策を講じる必要性が示唆された。

3. 連携の実施と障壁要因との関連

市町において、連携実施の有無に「自治体側のマンパワーが足りない」、「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」という障壁要因が有意に関連していた。これらの障壁要因に関連する自由記述として、「職域まで手が回らないのが現状」、「マンパワーと力量の点から、職域まで事業を拡大して実施していけるか不安がある」、「職域に保健師の法的な配置の義務化がされれば、連携しやすくなると思う」などの記述が見受けられた。しかし、現状では、職域との連携のために各自治体内に新たなマンパワーを確保することは難しいと考えられる。よって、今後は、既存の保健事業の工夫や職域の保健スタッフのマンパワーを得る等の手法によってマンパワー不足の問題を乗り越える必要があり、このような手法で職域との連携に取り組んだ先事例を多く収集し、公表することも有効である可能性が考えられた。

在勤者に関する考え方について、ガイドライン策定前の研究ではあるが、櫻井ら²⁴⁾は、人口6,000人～100,000人の比較的小規模の5市町における職域との連携について事例研究を行っており、すべての市町において「労働者は住民である」という基本的な考え方があったと報告している。小規模の市町においては、職住が接近していることから地域保健関係者が認識を変えることで比較的早期に取り組める連携があるのではないかと考える。

今回の保健所設置市における調査結果では、「自治体内の在勤者まで支援対象とみなすことは出来ない」という障壁要因の該当率は高くなかったものの、都市部においても在勤者を支援対象とみなすか否かという課題が存在すると考える。遠距離通勤者

が多く、昼間の流入人口が多い都市部では、在勤者を含めることで急激に支援対象が増加することも考慮しなければならない。このような都市部に起こりがちな障壁を取り除くには、近隣の区市町村、あるいは都道府県が相互に協力し合って、対象者を受け持ちあうような体制づくりについて検討する必要があると考えられる。さらに、都市部であっても、渡辺²⁵⁾が述べているように、地域保健では労働者も地域住民とみなす、職域保健では労働者の健康を支える家族も視野に入れるなど、それぞれの関係者の認識を変えることが必要であると考えられる。また、このような考え方は、ガイドラインのQ & Aにおいて、退職後の地域へのスムーズな移行にも役立つと述べられており¹⁰⁾、生涯を通じた健康づくりの支援体制構築に欠かせないものと考えられる。

4. 本研究の限界と今後の課題

1) 地域・職域連携の実施に関連する要因として、職域側の要因も重要であると考えられる。しかし、本研究の調査対象者は自治体に働く保健師であったため、地域側の要因に重点をおいて調査を行い、職域側の要因は障壁要因の一部に含めるに留めた。今後の研究においては、職域側の要因を含めて多角的に検討することが必要であると考えられる。

2) 本研究では、抽出条件が異なることから東京都を分析対象より除外している。また、本研究では住民への直接サービスを主体に保健活動に取り組んでいる保健所設置市および市町の保健師を対象としたため、都道府県保健所は調査対象に含まれていない。より信頼性の高い全国調査とするためには、今後、東京都、都道府県保健所も含めた調査を行う必要性が考えられた。

3) 本研究は、調査時点での地域・職域連携の現状を表しているものと考えられるが、地域・職域連携の実施状況やそれに関連する要因等は、時間の経過と共に変化していくものであるため、追跡調査の必要があると考えられる。

5. まとめ

本研究において、初めての全国調査を行い、地域・職域連携の実施状況やそれに関連する要因を保健所設置市と市町の比較を通して明らかにすることが出来た。これらの研究結果は、調査時点での地域・職域連携の現状を反映しているものと考えられる。そして、今後の更なる地域・職域連携の発展に向けて次のような示唆が得られた。

1) ガイドラインが示されてから2年が経過した調査時点においても、『現在、連携あり』は保健所設置市で3割強、市町で約2割に留まっており、早急に実質的な連携推進策を検討する必要性が明らか

になった。

2) 連携に関する教育を受講した者は少なく、連携対象者も企業・事業所の関係者に偏っており、他の様々な関係機関との連携の割合が極めて低かったことから、地域保健関係者を対象に職域保健に関する教育の機会を設定する必要性が示唆された。

3) 市町における連携の実施に関連する要因の検討により、連携を推進するためには、地方計画に職域との連携に関する内容を盛り込むよう推奨すること、マンパワー不足への対策を講じること、在住者だけでなく在勤者を含めた対策を講じていくことが有効である可能性が考えられた。

4) 保健所設置市、市町それぞれの連携の現状とその関連要因に基づいた連携推進策を講じる必要性が示唆された。

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆さまに深く感謝申し上げます。

(受付 2009. 4. 3)
採用 2010. 5. 10)

文 献

- 1) 厚生労働省労働基準局長. 過重労働による健康障害防止のための総合対策について (2008年3月7日一部改正). 基発第0317008号, 2006.
- 2) 厚生労働省労働基準局長. 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 基発第0331001号, 2006.
- 3) 埋忠洋一. 産業医の立場からみた過重労働による健康障害と対策. 産業衛生学雑誌 2005; 47 (臨増): 154-155.
- 4) 長谷陽子, 堀 広子, 中安いくよ, 他. 職場のストレス軽減のための取り組み: 職業性ストレス簡易調査票を活用した支援について. 産業衛生学雑誌 2008; 50(4): 111-119.
- 5) 秋山ひろみ. ソーシャルキャピタル豊かな職場をめざして: ラインによるケアの活動事例. 安全と健康 2009; 60(4): 344-347.
- 6) 中谷 敦, 堀江正知, 尾崎陸美, 他. 機械製造業大規模2事業所における管理監督者メンタルヘルス教育の効果. 産業衛生学雑誌 2009; 51 (臨増): 327.
- 7) 坂田晃一. 住友金属工業(株)鹿島製鉄所のメンタルヘルス活動について. 産業精神保健 2008; 16(1): 35-39.
- 8) 内野明日香, 坂元富美夫, 大塚信芳, 他. 中小規模事業所に対するメンタルヘルス支援のニーズ調査. 産業衛生学雑誌 2009; 51 (臨増): 204.
- 9) 尾久征三, 廣 尚典, 永田頌史, 他. 中小規模事業場のメンタルヘルス対策について. 産業精神保健 2008; 16(4): 272-277.
- 10) 地域・職域連携支援検討会. 地域・職域連携推進事業ガイドライン (改訂版). 2007; 1-42.
- 11) 三橋祐子, 錦戸典子. わが国における働く人のメン

- タルヘルス対策に関する地域・職域連携の動向と今後の課題. 産業精神保健 2009; 17(2): 87-94.
- 12) 厚生労働省. 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針. 厚生労働省告示第242号, 2004.
- 13) 厚生労働省保健医療局長. 21世紀における国民健康づくり運動の推進について. 健医発第612号, 2000.
- 14) 厚生省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針. 厚生省告示第374号, 2003.
- 15) 野村陽子. 地域保健と職域保健の連携: 「生活習慣病予防のための健康検査等の保健事業の在り方検討会」中間報告を中心として. 産業医学ジャーナル 2001; 24(5): 5-11.
- 16) 厚生労働省. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な指針 (平成15年厚生労働省告示第195号) の一部改正. 厚生労働省告示第293号, 2007.
- 17) 岩永由香, 樫村知恵, 池田智子. 中小企業労働者のメンタルヘルス対策: 地域職域連携による支援の実態と課題. 産業精神保健 2007; 15 (増): 76.
- 18) 樫村知恵, 池田智子. メンタルヘルスケアにおける地域・職域保健の連携の実態と課題. 産業精神保健 2007; 15 (増): 76.
- 19) 三橋祐子, 錦戸典子, 佐藤裕司, 他. 某事業所の産業保健スタッフと事業所所在地の地域保健スタッフとの連携: 両分野の保健活動における質の向上を目指して. 産業衛生学雑誌 2007; 80 (臨増): 603.
- 20) 浦野真紀子, 伊東由賀, 高橋香織, 他. 東京都西多摩保健所の自殺予防対策 (第2報): 産業保健と連携したうつ病対策. 日本公衆衛生学会総会抄録集 2006; 64: 890.
- 21) 平成18年度地域保健総合推進事業報告書 地域保健と職域保健が連携した「新たな心の健康づくり」の方策に関する研究 (事業協力者 東海林文夫) 2006; 52-58.
- 22) 平成15年度~17年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 総合研究報告書 中小規模事業場の健康支援に関連する政策・施策サービスの連携に関する研究: 最適支援システムの構築を目指して (主任研究者 錦戸典子) 2006: 152-167.
- 23) 地域・職域連携支援検討会. 平成18年度地域・職域連携支援検討会報告書. 2007.
- 24) 櫻井尚子, 佐々木美奈子, 河野啓子, 他. 市町村の地域活動に焦点を当てた職域保健との連携の要因: ヘルспロモーションの視点からの分析. 日本地域看護学会誌 2002; 5(1): 21-27.
- 25) 渡辺真俊. 地域・職域保健の連携強化について. Health Sciences 2002; 18(3): 244-246.
-

Nation-wide research on current status and related factors for collaboration with occupational health services by public health nurses working for municipalities: Comparison between major cities and other communities

Yuko MITSUHASHI* and Noriko NISHIKIDO*

Key words : collaboration, municipality, occupational health nurse, occupational health services, related factors, nation-wide research

Purpose The purpose of the this study was to clarify the nation-wide current status for collaboration between occupational and municipal health services, taking into account related factors and comparing Major Cities (with health centers) and Other communities (other cities and towns).

Method A nation-wide questionnaire research was conducted by mail among 350 randomly selected public health nurses (PHNs) taking part in adult health services at municipal health centers (Tokyo was excluded). The valid-response rate was 61.7%. Characteristics of the samples, promoting factors, hindrance factors, and status of implementation of collaboration were analyzed separately for Major Cities and Others using the χ^2 test and the Mann-Whitney U test. Promoting and hindrance factors related to collaboration were assessed with Spearman's rank correlation coefficients and multiple logistic analysis.

Results While the percentage of PHNs who felt the necessity of the collaboration was 96.8%, those who actually collaborated with occupational health services was currently only 34.9% in Major Cities and 22.9% in Others. There were two types of collaboration. The first involved conferences of stakeholders, including PHNs, on common health problems in the community and participation rates were 24.5% for Major Cities and 25.8% for Others. The respective figures for the second type, in which health services were delivered to workplaces, were 56.3% and 52.2%. The corresponding rates for promoting factors such as "Attend educational seminars concerning collaboration" (Major Cities 22.2%, Others 17.1% and "Work with existing PHNs who are motivated for collaboration" (Major Cities 9.7%, Others 13.9%) were low. On the other hand, "Discuss with superiors and colleagues about collaboration" was much more common (Major Cities 83.9%, Others 74.0%). The promoting factors significantly related to practice of collaboration were "Read the Collaboration Guidelines" and "Inclusion of collaboration with occupational health services into the municipal health plan" in Others. The significant hindrance factors were "Insufficient manpower" and "Non-residential workers are not recognized as being entitled to support."

Conclusion This study demonstrated the nation-wide current status concerning factors for collaboration for the first time. Based on these results separate for Major Cities and Others, countermeasures should now be considered.

* Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University