

第4章 地域・職域健康管理総合化モデル事業の推進要因、問題点及び課題

1. 推進要因

(1) 国としてのバックアップ

地域と職域の具体的な連携事業は二次医療圏毎に計画、実施されることが適当と考えられる。連携事業を推進するためには、二次医療圏毎に計画、実施されるもの以外に、国レベルで標準化や調整を図ることが求められることがある。連携事業にかかわるインフォームドコンセントの取得方法、健診データの共有化のための交換規約、健診データの活用の考え方などは国レベルで調整することが必要と思われる。当該モデル事業において、これらの試行が行われ、一定の成果が得られたところであるが、このような基本的な事項の共通化を行うことが連携を推進する上で重要である。

(2) モデル事業実施者におけるキーパーソンの存在

連携事業の推進には、推進協議会の効果的な運営を支援するキーパーソンを確保することが求められる。地域及び職域の中からキーパーソンとなりえる人を発掘し、推進協議会運営に参画してもらうための方策について考えることが必要である。連携事業に際して、地域側及び職域側から複数の団体が関与することから、相互の調整を図るとともに、連携に必要とされる事項の運営ができるキーパーソンの存在が重要である。高知県では、県内の医学部の公衆衛生学を担当している研究者がキーパーソンとなっていたが、地域職域双方の保健活動に理解のある熱心なキーパーソンの存在は重要である。

(3) モデル事業実施以前の地域・職域連携体制の構築及び運営の経験

連携事業を効果的に推進するためには、連携事業の実施以前に基盤となる健診データを活用した事業の構築や運営の経験が重要である。連携では健診情報を共有化する必要があり、健診データシステムを構築した経験、地域職域での共同保健事業の運営などを通して、関係者の交流を図っておくことが必要である。

連携事業における健康管理総合化システムの構築には多大な時間と経費が必要であり、既存事業として総合化システムを支える環境を整備しておくことは重要である。

高知県では平成4年度より総合健康情報システムを構築し、健診機関が実施した健診のデータの分析結果を市町村に報告する環境を整備していた。また、福祉も含めた情報通信プロジェクトの開発を手掛けており、健診情報を共有する基盤が形成

されていたため、モデル事業が円滑に行われた。

(4) 地域及び職域の健診情報に精通した健診実施機関の存在

連携事業に際して、健診情報を共有化することが必要である。健診項目の精度管理、健診結果報告書の調整などを管理できる健診実施機関が存在していることが望ましい。都道府県内の健診機関を通して、健診システムの構築を推進しておく等の準備が必要である。

高知県、茨城県ともに、生活習慣を評価する標準的な問診項目を調整しておくことの必要性を指摘している。

(5) 参加者の事業への取り組み意識の格差

連携事業には多くの組織が関連することから、それぞれの組織が連携事業に対する認識と目的意識を共有化することが求められる。連携事業に対する理解不足や取り組みに対する意識の格差を解消するように、推進協議会を通して調整を図ることが連携事業を推進する上で特に重要である。

2. 問題点及び課題

(1) 個別同意取得方法の明示

連携事業では健診情報を第三者に提供する必要があり、個人情報提供の際には同意を得ておく必要がある。保健情報として個人情報を提供するメリットについて十分な説明を行い、同意を得ることが必要で、同意取得については一定の説明文書や手続きについて全国的に共有できるひな形を提供することが望まれる。

(2) データの同定、転送及び活用方法

健診データは個人情報であることから、その扱いについては十分な配慮が求められる。特に、個人識別情報は個人を同定する情報であり、連携事業を進める上で重要なキーになる情報であるが、守秘義務など個人識別の取扱には注意する必要がある。

データの転送に関しては、本人の同意を得て連携先に転送するか、本人を經由して連携先に提供されるなどの配慮が必要であり、保健事業において健診データを保健指導に活用する方法を開発する際にも配慮が必要とされる。

茨城県では健診結果の転送変換ソフトまで全て開発しており、データの転送環境の整備が必要と考えられた。

(3) データベースの維持及びシステムの運用・管理体制

連携事業において収集された健診情報は、個別の保健指導に活用される他、集団情報として地域診断に利用される。そのためには収集されたデータベースを更新維持する作業を行う部門を設立する必要がある。連携事業を担当する二次医療圏毎に

一つのデータベースを管理する組織を設立していく方法と都道府県単位またはそれ専門の第三者機関を設立して連携事業における健診情報を運用管理する方法のいずれかによってデータベースの管理体制を持つことが望まれる。

(4) 総合化されたデータの個別指導への利用

地域・職域保健における健診データを個人毎に総合化した資料を基にして、個別の保健指導の際に使用する資料を作成する手法を構築する必要がある。年1回得られる健診データから健康状態の推移を把握するとともに、生活習慣との関係を受診者に説明することは生活習慣病を予防するための保健指導として有用な情報であることから、健診データに基づく資料作成及び情報提供に関する手法の開発を行う必要がある。

(5) 健診情報標準化推進協議会のメンバー構成、その活動範囲及び位置づけ

推進協議会では連携事業にかかわる様々な側面を調整する必要がある。調整事項毎に推進協議会のメンバー構成を変更することも必要である。運営全体に関連することについては、事業に関わる組織を代表するメンバーの参加が求められるが、健診情報の標準化に関しては、関係職種を中心にして協議を進め、全体の連携会議に報告するなど効率的な協議会の運営が求められる。

高知県では推進協議会に高知医科大学の専門家が積極的に参加されたことが推進協議会を効果的に運用するために重要な役割を果たしていた。また、医師会長が産業医でもあったため推進協議会に協力的であり、事業所が推進協議会に参加する推進要因となった。

茨城県ではシステム開発担当者が推進協議会に参加することにより、短期間でシステム開発が行えた。

(6) 地域保健専門職、特に保健師の職域保健に関する知識・技術の向上

保健事業を連携する際、それぞれ地域保健、職域保健に対する相互理解を高める必要がある。特に、職域保健では事業者の役割、労働環境の特性など地域保健とは異なる部分に関する知識や技術を共有する必要がある。そのためには、地域保健担当者に職域保健の特徴を説明する講習会などを企画することが必要である。

連携事業を推進するためには、保健師が効果的な保健活動を構築するスキルと経験を共有する場を提供していくことが必要である。

連携事業による健診データをもとに保健指導を実施する有用性は理解されるものの現場では人的資源が限定されており、保健事業対象者の選定などに工夫が必要と考えられた。また、地域での保健指導の結果を職域保健スタッフにフィードバックすることにより連携事業をさらに強化することも必要であると考えられた。

(7) 地域と職域の保健指導実施基準の調整

茨城県でのモデル事業では、職域保健では疾病予備軍から対象としているが、地域保健では受診勧奨レベルを対象としており、退職者の連携事業を進めていく上で対象者の選定基準及び保健指導の実施基準などの調整を行う必要性が指摘された。

連携事業の中で保健指導を提供する際には、一定の実施基準が設定されていることが必要である。保健指導の指導基準が異なると、対象者に対する保健サービスに一貫性を欠き、対象者へのサービス低下につながることから、連携事業に係る組織間で保健指導の実施基準とその内容についても調整を行う必要がある。

(8) 職域対象者と地域住民との重なる調整及び連携体制の構築

職域健診の対象者は老人保健法に基づく健診対象者に含まれていないことになっている。就業形態が複雑になり、同一の個人が職域健診の対象者であったり、地域健診の対象となることで、単一年度に複数回の健診を受診することがあったり、逆に受診機会を逸して健診を受けないようなこともあり得る。連携事業を通して、健診機会を適正に利用できるような体制が望まれる。

一方、健診後の保健事業に関しては、地域保健と職域保健のそれぞれの対象者が活用できるような連携体制を構築するメリットは大きい。