

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
今後の産業保健のあり方に関する研究

- 1999, Helsinki, Finland. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 1999.
3. Rantanen J, Lehtinen S, Lamberg M, Roto P, Työläjärvi R (eds.). Proceedings of the International Symposium on Occupational Health for Europeans 3-5 Nov. 1999, Helsinki, Finland. People at Work, Research Reports 38. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2000.
4. Zwetsioot G, Baranski B. Model for a National System for Good Practice in HSE Management in Industrial and other Enterprises. WHO. European Centre for Environment and Health. Bilthoven Division. Sept 25-26, Warsaw, Poland,
5. Meeting on Criteria and Indicators for Health, Environment and Safety Management in Enterprises. 23-24 March 2000. EU/ICP PHE 509 XX 00/2. European Centre for Environment and Health, Bilthoven, The Netherlands, 2000.
6. European Union Framework Directive 89/391/EEC. OJL 183, 29.6.1989
7. Social Europe. Europe for safety and health of work. European Commission. Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. 3/93. Brussels. 1993.
8. www.eurofound.eu.int
9. ILO Recommendation No. 112. 1959  
www.ilo.org
10. ILO Convention 161 on Occupational Health Services 1985 (www.ilo.org)
11. International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. ICOH Board Meeting. Singapore. 1991.
12. Review of Multidisciplinary Services in the EU Member States. CASA, Copenhagen,
- 1996
13. European Workplace Health Promotion Network www.baua.de/english/iwhpnete.htm
14. Training and Education in Occupational Health. Report of a WHO Study Group. Technical Report 762. World Health Organization, Geneva, 1988.
15. Occupational Health. Ethically Correct, Economically Sound. Fact Sheet No. 84. Revised June 1999. WHO Press Office, 1999.
- \* 1. The legislation on occupational health services in the countries, listed on pages 1-2
- \* 2. ILO Convention 161 on Occupational Health Services 1985 (www.ilo.org)

### 欧州各国調査の概要

- ・労働安全衛生問題は、企業レベルで基本的に欧州では雇用者の責任である。
- ・OHS 組織は、専門的な労働安全衛生サービスを提供するサービス部門を構成している。OHS 組織は助言団体として活動し、労働衛生パフォーマンスと企業および職場の改善に貢献する。
- ・OHS のパフォーマンスと品質を評価する場合、健康管理と関連の戦略については、歴史、文化、業務の発展を考慮することが必要不可欠である。
- ・調査で浮かび上がったに像は、OHS 組織化に伴う問題の複雑さが残っている。これには衛生における優先度の設定、公共部門の経済と企業経済の状況認識、社会保障システムとその機能性、労働市場状況などが絡んでいる。
- ・この調査では、EU 枠組指令 391/89/EEC が、特殊化した専門的サービスの役割／職務／機能への直接的に見える取り組みと共に、様々な方法で実施されていた点は注目に値する。
- ・OHS における品質管理理念の実施については、構成、システム、実施、規制システムが国によって大きく異なることが示された。欧州連合では、OHS の品質において一律あるいは常に適用できる共通の概念はない。この一貫性のなさが、国と国との比較を行おうとする際の困難につながっている。
- ・OHS の品質管理活動は、支援し促進する必要がある。欧州の OHS について、インプット、プロセス、成果の評価基準が必要である。
- ・OHS システムの品質向上を目的とした情報提供システムを展開する必要がある（顧客への品質、専門的品質、管理品質）。
- ・OHS の妥当性、コスト効果、品質をモニタリングするシステムも必要である。この種の情報提供システムには、共通の概念による基本的な枠組みと目録が必要である。十分に考えられたモニタリングシステムの助けにより、サービスのアウトプット、パフォーマンス、品質の意味のある比較が可能となるだろう。
- ・国レベルでのこのような情報提供システムの発展は、欧州各国間の比較のための重要な土台である。このようなシステムは、労働衛生実務における継続的かつ持続的な品質向上を目指した評価のツールとしても使用できると思われる。
- ・専門的なガイドライン（一般に「優れた労働衛生慣行」と呼ばれる）の作成は、国、研究機関、専門家組織の共同作業で推進し立ち上げる必要がある。
- ・全ての OHS 活動は、科学的根拠や——そういった根拠がない場合には——専門家のコンセンサスガイドライン、資格のある専門家の経験と言えるものに基づく必要がある。
- ・持続的な衛生の向上では、OHS は、職場のハザードに曝露している労働者のグループの関与や参加を通じた運用の手段となるべきである。
- ・労働衛生専門職の教育と訓練は、製品およびパフォーマンスの点から OHS の品質の基本的な面である。
- ・専門的な組織として、OHS は、効果およびコスト効率に関連するあらゆる面で検討課題を持っている。検討課題には、妥当な成果または影響の変数や、効果あるいは有効性の指標の選択に関連するものもある。その他の課題は、労働衛生専門職内でのプロ意識や、労働条件に影響を与える職場の問題を扱う場合の専門家の倫理の発展に関連している。
- ・欧州の OHS の実務、能力、可能性の向上では、調和と補助の両方の戦略を使用し、欧州全体で一致した発展を追求することが重要である。特に、中小企業からなる労働市場の部分に注意を向けるべきである。

## 2. フィンランドにおける産業保健活動システム

研究協力者 宮本 俊明（新日本製鐵（株）君津製鐵所 専属産業医）

### はじめに

日本・北欧産業保健交流会として、2003年6月に北欧の産業保健活動を視察する機会に恵まれた。視察メンバーは大学・研究所の研究者8名、企業専属産業医4名、企業専属保健師2名、大学院生2名の計16名であった。今回特に多くの時間をかけて視察したのはフィンランドである。

現地受入機関はフィンランド労働衛生研究所 FIOH : Finnish Institute of Occupational Health (Rantanen 所長) であった。国立の研究機関である FIOH のスローガンは高齢化社会と福祉立国の同国の政策を反映して「産業保健と労働能力を全ての人に」であった。

本視察は我々が日常行っている産業保健活動や研究・教育活動を見直す契機となり、より効果的・効率的な産業保健活動を展開するための具体的なヒントを与えてくれた。同国における産業保健活動について、我が国でも参考にすべき点が多いと思われたため、以下に報告する。

### フィンランドの概要

フィンランドは人口約518万人（日本約12601万人）、就業人口約222万人（日本約6317万人）のバルト海に面した北欧の国である。人口千人比医師数3.0人（日本2.0人）、人口千人比歯科医師数0.9人（日本0.7人）、人口千人比看護師数10.6人（日本8.5人）であり、医療の数的側面では日本よりも充実している。全国で医師は15,000人以上いるが、その多くは開業医（GP: General Physician）である。人口集積地域に限られているため、開業医が一つのビルに集合して、あたかも病院のように共同運営する形態も都市部で視察できた。

平均寿命は男性が74.6歳（日本78.3歳）、女性が81.5歳（日本85.2歳）であり、冬季は苛酷な自然環境になる国として極めて長寿

であり、高齢化が進展している。

フィンランドの社会福祉の基本理念としては以下のものが上げられる。

1. 全ての国民に一定水準の基本サービスを提供し、健全な生活を保障する。
2. 公的保健サービスは個人の居住場所や経済状態にかかわらず、地域当局が無料ないし適切な料金をとって、平等に提供される。
3. 産業保健サービスも、個人農林水産業従事者や自営業者や公務員を含む全ての労働者を対象としており、国民全体として産業保健活動を推進するコンセンサスを有している。

フィンランドの労働界では、「いかにして職場の健康を増進させるか」という問題に大

きな関心が集まっている。なぜそのようなことになったのかという最も本質的と思われる要因は FIOH の報告によれば次のとおりである。フィンランドでは、「幸福感」に欠けた職場が多く、失業者の間では状況はさらに深刻である。フィンランドの労働者は病気による欠勤率が高く、他国の労働者よりも早く退職したがる傾向がある。また、ベビーブーム世代が続々と定年を迎えはじめている。FIOH は、青年労働者、とりわけフィンランド経済の土台となるハイテク産業に従事する若者が、驚くべき高率で燃え尽き症候群を発症している現状に懸念を表明している。若い人々は、現在においても将来においても、決して無駄にしてはならない貴重な国家的財産であり、減少の一途をたどる出生率によって、将来の労働力不足が憂慮されるようになって久しいが、すでに多くの部門で労働力不足が現実化している。

#### 研修視察受入機関の概要

FIOH には中央研究所と 6 支所があり、その活動目的は「産業保健と労働能力の向上」「作業環境の改善」「職場の機能改善」である。FIOH は目的追求のため、研究活動、産業保健専門サービス提供、訓練・研修・情報等の提供を行っている。

FIOH は国内の産業保健サービス（以下 OHS）の全てに上位組織として関わっており、自営業や第一次産業を含む全労働者の 90% をカバーしている。日本の産業保健が自営業や第一次産業を対象としていないことや従業員 50 人未満の企業への OHS の浸透度が低い

ことと比べると進歩的な印象である。FIOH は運営費の 60% を OHS 提供等による自己収入で賄っており、社会貢献および国民への情報提供に果たす役割が大きい。所属する産業保健研究者は約 600 人おり、日本の就業人口規模に換算すると約 15,000 人に相当することになる。

#### フィンランドの産業保健サービスの 4 形態

フィンランドでは法律により、雇用主は全ての被雇用者に対して産業保健サービス（以下 OHS : Occupational Health Service）を提供する必要がある。

フィンランドの OHS には主に 4 つのタイプがあり、各機関では専門産業医、産業看護師、理学療法士（人間工学士）などがチームを組んで活動している。4 形態は以下のようになっている。

- (1) 企業内に OHS 担当部門を持つもので大企業がサービス対象であり、日本の専属産業医と同じ立場であるがフィンランドでは少数。
- (2) 複数の企業が公共ないし共同出資の OHS 機関（産業保健センター）と共同契約するもので、地方都市や工業団地などに存在。
- (3) 自治体の保健所が行う一般健康管理に OHS 要素が組み込まれているもので、零細企業や農業従事者あるいは自営業者などが対象。
- (4) 私立医療機関が OHS を行うもので、企業と契約した範囲でサービスを展開しており、開業医の集合体のような機

関で都市部に存在。

4つのタイプはニーズが異なり競合することは少ないとのことであった。

#### フィンランドの作業関連疾患報告

フィンランドでは、作業関連疾患が年間約5千件報告されている。比較的多くの症状が作業関連疾患として認識（就業人口1万人当たり年間21.0件が報告、以下同）され、対策を行うというプロセスが確立されていた。その内訳としては作業関連運動器疾患（6.4件）、皮膚障害（3.9件）、騒音性難聴（3.6件）、呼吸器系アレルギー疾患（2.4件）が多い。

日本では休業4日以上のものしか公表されないため職業病や作業関連疾患の把握は少なく比較不能である。また、日本では農林水産業従事者や自営業者や公務員は雇用労働者とは別統計になっていることから比較できない。

フィンランドにおける作業関連疾患の特徴は、専門産業医が診断し認定するという点である。前例がない事例や迷う事例はFIOHに上げて判断を仰ぐ形式となっている。そして専門産業医が治療まで行うことも多い。すなわち専門産業医の育成と分布およびFIOHとの協働関係が、作業関連疾患対策のプロセス充実と実効性のカギとなっている。

#### フィンランドの専門産業医の育成

フィンランド全体で950人の産業医(full-time occupational health physician)がおり、うち500人が6年間の研修過程を経た専門産業医である。日本の就業人口規模に換算すると、

27,000人のフルタイム産業医のうち14,000人が専門産業医ということになる。このほかにGPと総合病院勤務の臨床専門医がいる。

専門産業医の教育課程は2年間の基礎過程（産業保健センターでの9ヶ月以上の研修と総合病院での6ヶ月以上の研修）および4年間の専門課程（大学での産業保健研修2年＋総合病院1年＋FIOHでの研修1年）からなり、最後にペーパーテストに合格して専門医となる。このテストは難関で、GPから転進するため専門医コースを履修している中年医師が最後の猛勉強をしている姿が印象的であった。

この他に合計120時間の産業保健理論の過程もあり、これは日本でいえば医師会認定産業医研修に類するものだが、所要時間数は日本の倍以上であり、しかも履修後にテストがあるという。多くのGPがこの資格を保有して小規模事業場の産業保健対策にも傾注している。

フィンランドでは、現在は毎年20名が専門産業医になっている。これは日本の就業人口規模に換算すると毎年570名が専門医になっていることになる。一方、今後10年間で専門産業医の40%がリタイアすることが見込まれることから、需給バランスからみて今後は毎年50名の専門産業医が必要になるという。そのため専門産業医育成に関して国が補助する新法が制定され、国家的事業としてFIOHが主体となって産業医専門医の育成に注力することになったとのことであった。国家施策が〔産業保健と労働能力を全ての人に〕というだけあって、この方面も極めて充

実していた。

#### フィンランドの企業専属産業医の業務

現地で視察した企業は鉄鋼・重機メーカーの Metso Lokomo Steels Oy である。

企業専属産業医の仕事は予防医学的措置（職場調査、健康診断、健康指導）、疾病管理、初期治療（GP 的な活動）である。その他に産業看護師と協力してストレス対策、人間工学的改善、災害やハザードに関する分析、病欠欠勤の分析、労働衛生教育、スポーツ体験イベントなどを行う。運動の推奨はフィンランドにおける産業保健の重要なテーマである。

健康診断は、“職業病発生のリスクがある時”に行うことが法で定められているだけで、一般定期健康診断という発想はない。産業医の提案を踏まえ安全衛生委員会で実施内容等と実施時期を決定して行うことになっており、日本の一般健康診断に相当するものは、視察した企業では 42 歳時点でのみ実施されていた。

視察した企業では、作業員への労働衛生意識の浸透はすばらしく、保護具の装着は自己責任であるものの極めて高かった。局所排気装置や、湿式浮遊粉塵低下策、疲れにくい椅子などの作業環境管理も極めて良好だった。反面、産業医による職場調査は 2 年毎であり、通常は看護師や企業の安全衛生担当者または専門職（人間工学士、Industrial Hygienist など）による活動が主体であった。これは、問題点の指摘と作業員の労働背景調査が産業医巡視の主眼であるためであり、その解決方法

検討あるいは労働者への具体的な健康アドバイスは産業医以外のスタッフが、適宜産業医の助言を受けながら精力的かつ専門的に活動するためである。

#### 日本との大きな違い

日本の産業保健活動は法で事業者（雇用主）義務として細部まで規定されているものが多いが、フィンランドでは産業保健活動の主体は雇用主と被雇用労働者であり、自主的活動が重視されていた。また、日本では「産業医などの専門家が事業者を啓発し指導する」というスタイルになるが、フィンランドでは「現場が専門家の知識や技術を利用する」という考え方が強い。すなわち、現場の自主性に任せている形である。

ここで注意すべきは、単に自主性に任せるのではなく、背景として産業保健を重視する職場文化が醸成されており、産業保健実施責任や監査システムを十分に確保したうえで自主的活動であるという点である。

このように、産業保健の基本的な背景やシステム、考え方などが異なっている場合は、産業保健専門職の活動や健康診断実施方法等の各論的比較だけを行うと、本質を見誤る可能性があるため、十分な注意が必要である。

そう考えると、日本は日本の文化的・歴史的背景をもとに、独自の産業保健スタイルを醸成しているといえる。今後の日本の産業保健活動や法規制に求められるものとしては、産業保健の基本的な考え方や目的を整理し、現在の情勢に合致する点は保持していくが、合わない点は柔軟に修正し、目標・目的に合

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
今後の産業保健のあり方に関する研究

わせて効果的な活動を推進していくことが重要であると考えられる。

フィンランドから日本が学ぶべき点と日本の課題

視察メンバーによる、産業保健活動で日本がフィンランドから学ぶべき点の優先順位で上位5つは以下の通りであった。

- (1) 責任の明確化と自主的活動の重視
- (2) 産業保健重視の職場文化
- (3) 産業保健研究体制の整備
- (4) 作業関連疾患管理体制の充実と関心の高さ
- (5) 産業保健サービス提供システムの充実と対象労働者の網羅性

一方、今後の日本における産業保健の課題として、視察メンバーが上げた内容のうち、優先順位で上位5つは以下の通りであった。

「労働災害や作業関連疾患の全事例把握システム」

「自主的・創造的な産業保健活動への転換

（企業経営へのメリット化）」

「産業保健活動対象労働者の網羅性向上」

「健康診断重視からの脱却」

「国民全体の産業保健への関心向上」

【参考文献】

- 宮本俊明、ほか、「フィンランドにおける産業保健活動システム」、第13回日本産業衛生学会産業医・産業看護全国協議会講演集 p113. 2003
- 井谷徹、「北欧産業保健研修旅行報告」、産業医学ジャーナル Vol.26(5), p33-38. 2003
- Olli Korhonen. Työterveiset, the Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 1/1999. FIOH

### 3. フィンランドの労働安全衛生（補足）

#### —労働安全衛生に関する実施指針制定の経緯—

主任研究者 東 敏昭（産業医科大学産業生態科学研究所 教授）

労働安全衛生（産業保健）サービスのあり方を、最近見直しを行い、本分野の国際的リーダーシップをもっているフィンランドの現状を概説する。本レポートの基礎情報は 2002 年 10 月にオランダのアムステルダム大学：アムステルダム医学センター（Coronel Institute of Occupational and Environmental Health, Amsterdam, AMC, the Netherlands）で開催された、国際産業保健学会（ICOH：International Commission on Occupational Health）の第 10 回「産業保健サービスの提供と評価に関する科学分科会」会議において発表された内容とヒアリングによって得たものである。資料の多くは、フィンランド労働衛生研究所・労働衛生サービス研究開発センター（FIOH：Finnish Institute of Occupational Health, Research and Development Centre for Occupational Health Services, Kuopi）のキンモ・ラサネン（Kimmo Rasanen）および指針局 NVAB、オランダ職業医学学会（Dutch Association for Occupational Medicine）のカレル・ヒュルスホフ（Carel Hulshof）の補遺によるもので、前項の内容を補足する資料として有用と考えた。

#### 1. フィンランドの労働安全衛生の歴史

労働安全衛生法（Occupational Safety and Health Act）は、第二次世界大戦終了後、13 年を経た 1958 年に制定され、これは包括的内容のものではなかったが、他の欧州諸国と概ね時を同じくしている。1978 年には、労働衛生サービス法（Act on Occupational Health Services）を制定し、これは“Blue Book”として 1974 年以降の疾病の危険性が高い仕事における健康診断の指針を含み、1981 年、1994 年ならびに 2002 年に改訂されている。行政組織としても、社会保健省（Ministry of Social and Health/MoSAH）が設置され、その元にフィンランド労働衛生研究所（Finnish Institute of Occupational Health, FIOH）が研究、指導、サ

ービスの実施ならびに教育・啓発活動を行う機関として設立された。FIOH の専門家により、1970 年代から現在に至るまで様々な職業や仕事における曝露状況、労働条件および労働安全衛生の内容に関する数多くの研究報告、書籍、教材が公表されている。

1997 年に、自主的な労働衛生推進に寄与し、より有効な労働衛生活動を行うための目安として優良労働衛生実施基準（Good Occupational Health Practice）が発表され、2002 年には FIOH を中心とした労働衛生サービスに対する事業主や労働者への要望アンケートの結果を盛り込んだ新法、労働衛生サービス新法（New Act on Occupational Health Services）が公布されている。



2. 優良労働衛生実施基準（Good Occupational Health Practice）ガイドブック

労働衛生サービスの提供にあたっての基準となった、実施基準の構成内容を以下の表に示す。

優良労働衛生実施基準ガイドブック

背景および原則	実践 OHS 活動ガイド
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ OHS 策定</li> <li>・ OHS の原則</li> <li>・ 追跡調査および評価の原則</li> <li>・ OHS の質</li> <li>・ OHS における協力</li> <li>・ OHS における学際性</li> <li>・ OHS における倫理</li> <li>・ データ保護</li> <li>・ マーケティングおよびモチベーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実践 OHS 活動ガイド</li> <li>・ アクションプラン</li> <li>・ 職場調査</li> <li>・ 作業能力の維持</li> <li>・ 情報および指導</li> <li>・ 健康診断</li> <li>・ 作業能力の評価</li> <li>・ 職業共同体に対する労働衛生上の支援</li> <li>・ 参加型の職場計画</li> <li>・ 事故防止</li> <li>・ 大惨事応急態勢および活動</li> <li>・ 環境保護</li> </ul>

3. フィンランド法制における労働衛生医療の専門職および専門家

2002 年の労働衛生サービス新法（New Act on

Occupational Health Services）制定以降のフィンランドにおける労働衛生医療の専門職および専門家は、以下のようなものとなる。

労働衛生医療専門職としては、医師（労働衛生専門職訓練を受けている、労働衛生に関する 7 単位取得者）、看護師（ポリテクニク：専門職教育研修機関で労働衛生に関する専門的教育を受け、労働衛生に関する 7 単位取得者）がある。労働衛生（医療）専門家としては、物理療法士、心理学者（労働衛生関連で 7 単位取得者）、労働衛生士（Industrial Hygienist）、人間工学専門家、技術専門家（安全技術、工学）、農業専門家、眼鏡士、栄養士、言語療法士、体育（運動）の専門家ほか、他の同等の職業資格者で労働衛生関連で 1 単位科目を受講した者。

4. フィンランド OHS における分野横断的実践指針プロジェクト組織と検討手順

フィンランドにおける労働安全衛生を推進する分野横断的実践指針プロジェクト組織の構成を図にしめす。

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
 今後の産業保健のあり方に関する研究

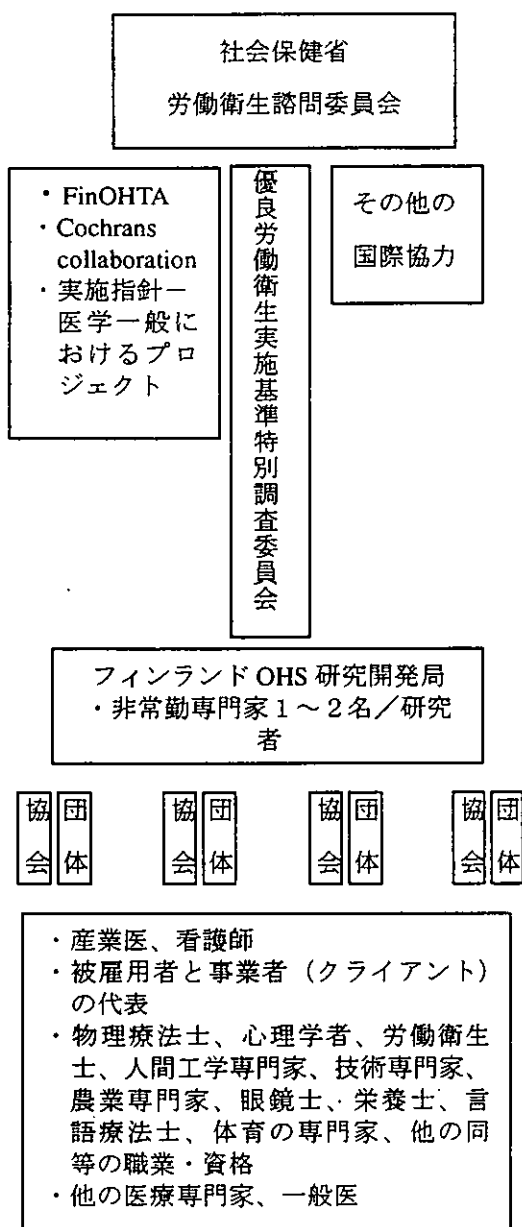


図. フィンランド OHS における分野横断的実践指針プロジェクト組織

指針の必要性に関する問題の優先リストを作成し、対象とされたトピックに対して関係者 5～10 名の特別調査委員会を設けて審議する。参加者としては、FIOH 関係者、労働衛生専門家、関連機関の労働衛生専門家、事業

者および被雇用者の代表である。

検討の手順は、まず、科学的根拠に基づいた医療（実証的医療）の原則に基づいた文献レビュー（系統的なレビュー）を行い、必要に応じて国際協同研究を行う。証拠の更新があった場合、あるいは証拠がない場合についてはその時点でのコンセンサスに基づいた実践的指針案を作成する。指針は、利害関係者（relevant stakeholders）による見直しおよび意見の反映を行い、最終指針とする。これに具体的な実施方法を加えるという手順となる。

5. 包括的な健康対策の推進と EBM

フィンランドでは公衆衛生対策との連携も行われている。フィンランド EMB 実施指針プロジェクトはフィンランド医師会の Duodecim を中心に、様々な専門家組織の協力で推進されているが、労働衛生実施指針の作成も協力の元に整備されてる。フィンランド EMB 実施指針プロジェクトでは、今までに 40 の指針を公表し、現在 100 件以上の指針を策定中である。労働安全衛生関連では、高血圧、喘息、COPD、小児脂肪便症 (keliakia)、腰部疾患、頭痛、リュウマチ、関節炎、成人の肥満、骨粗鬆症、偏頭痛、急性咽頭炎、静脈洞炎、耳炎、NSAID の安全な使用などが作成されている。

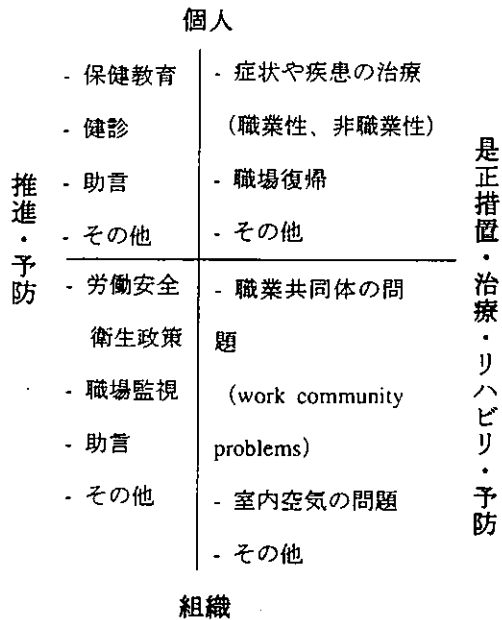


図. 労働衛生上の対策関連図

公衆衛生上の施策と同様、労働安全衛生の有効な実践には、図のような様々な要因が関与しており、多面的な対応が必要となる。サービス実施にあたって、方法論を習得する機会を持ち、現在の専門知識を労働安全衛生に積極的に取り入れる努力とともに、関連の指針に労働衛生に関する内容を取り込むことが重要と考えられる。

EBM に基づく指針作成に当たっては、科学的根拠を得るために、急速な科学の発展に着実について行く、常に科学的根拠に基づいた医療（実証的医療）に向けての活動を行い、実践した成果（有効性：Efficiency）を評価し、この結果を説明する責任（Accountability）、透明性の確保（transparency）が重要である。

情報の質あるいは事実の信頼性を評価し、

エビデンスレベル（Levels of evidence）に基づいて区分する必要がある。エビデンスレベルは、レベル（level）1：独立した質の高い RCT 2 件以上またはメタアナリシス 1 件、レベル 2：独立した中程度の RCT 2 件以上またはコホート／症例対象研究、レベル 3：対照群を設定しない研究または 1 か 2 レベル程度の十分でない裏付け、レベル 4：プロジェクトチームメンバーの意見と、事実の重みで区分される。これに合わせて、指針の文言（expression in guideline text）も、それぞれ「という証拠がある... there is evidence that ...」「one ought to ...」、「... の可能性が高い... it is plausible that ...」「one should ...」、「... が示唆される... there are indications that ...」「one may ...」、「の意見に／を... to the opinion of ...」と表現される

## 6. 実施指針の策定手順

実施指針は、特定の臨床状況に適した医療に関する医師の判断を助ける目的で体系的に策定された声明であり、予防、診断、治療、ならびに職業による健康上の懸念および障害（disability）における優れた実践に関する専門的に裏付けられた勧告／提案の形をとる。実施指針の根拠は、科学的証拠（EBM、系統的レビュー）、コンセンサス（専門家グループ）、専門的意見および倫理原則、実践的経験から得られる。

指針の策定手順は、1. トピックの選択、2. プロジェクトプラン草案の作成、3. プロジェクトチーム設置から始まる。指針の策定と採択に当たっては、4. 調査研究（文献）

を行い、5. 草案作成を行って指針案とし、6. 論評（内容についての反論や、疑問点の整理）を経て、7. 実践試行指針として医師に提示する。適用に当たっては、8. 承認、9. 公表を経て、10. 実施（全国的に展開）にいたるプロセスが定められている。

### 7. 指針の浸透に関する要因

フィンランド同様に、オランダの場合では同様のプロセスを経て NVAB 実施指針として公表された指針には、腰痛を有する労働者のリハビリ、職業性精神障害を有する労働者のリハビリ、VDU 作業者の視力評価、保護作業場における労働者の作業能力（workability）の評価などがあり、策定中のものとして、手、首、肩の不調を訴える労働者の管理（RSI）、喘息および COPD の労働者の管理がある。

ここで、有効な指針の条件は、行動を変えることにあり、指針策定が合理的なアプローチであるだけでなく、成果物が実効的な変化を生じさせるものでなくてはならない。記載にあたって、「人は気分がよい時、ほめられた時、性的魅力、自尊心によって行動しやすい傾向がある」ことから推奨する形をとり、説明にあたって「... という論文を読んだ」より「私の患者に... がいた」の方が印象に残りやすいことに留意する。

優良な実施指針の特性は、（1）科学的根拠に基づいていること、（2）柔軟な運用、（3）再現性があること、（4）明確な構想に基づくこと、（5）実用的であること、（6）教説的（具体的）であること、（7）

特定（specific）の目的をもち、（8）魅力的なことである。

実施指針、実施における前提条件は、診療をいかに変えるかに関する理論に基づき、実施戦略が示され、プロセスと結果の評価を常に行うことがある。実施の推進では、効果の一貫性を保つため、多面的介入や対話による会議、教育的活動（educational outreach）を行うことがよく、効果を変化させるものとして、監査およびフィードバックや地域のオピニオンリーダーの利用、地域のコンセンサスあるいは患者への医療上の介入がある。一方、影響がほとんどないか全くないものとして、教育的材料の配布（実施指針を含む）や講義・講演といった手段が挙げられている。

### 8. 実施指針の評価手順

実施指針の有用性評価では、プロセス評価：インプット（知識、指針への姿勢）、プロセス（実行／遵守／障害）、アウトプット（助言）と、効果の評価：患者および医師の満足／納得、中期的：指針の利用 → 診療における変化、長期的な成果・患者レベルで認められる結果などが用いられる。

実際の実施試行の効果評価では、以下の手順となる。前提として、指針策定の一貫性を確認し、評価目的に照らして 実際面での指針案の実行可能性試験を企画し、参加する産業医は短期研修を受け、方法としてパフォーマンス指標（実績指標）による実際の成果の分析（指標に関する策定チームのコンセンサス、患者レベルでの分析：3ヶ月間で合計100例以上）を行う。この結果を生かして、指針

案本文の調整と実施に関する重要なポイント  
の確認を行う。これを繰り返すことになる。

#### 9. 実施指針に関するまとめ

下記の場合、実施指針の作成とこの普及は、  
これからの労働安全衛生の質を向上させるに  
有効な戦略であると考えられる。

（1）目標－方法－効果という組織立った計  
画において策定される場合

（2）専門的な品質保証の一部として適用さ  
れる場合

（3）実施戦略において用いられる場合

（4）定期的に評価し適応させる場合

（5）常に専門領域に置く場合

#### 4. 欧州における職域ヘルスプロモーションの動向 研究協力者 武藤 孝司（獨協医科大学公衆衛生学講座 教授）

##### はじめに

わが国では 1970 年代後半から中高年齢労働者に対する健康づくり対策が始まり、1980 年代後半からは対象が全労働者に拡大され、心とからだの健康づくり対策が行われてきている（1）。米国においてもほぼ同じ頃から主に従業員の医療費増大に対処する方策として、職域における健康づくり（workplace [or worksite] health promotion: WHP）が行われてきており（2）、その成果に関して多くの研究報告が出されている（3）。他方、欧州ではこれまで行われてきた産業保健活動は職業性疾患の予防が主であり、非職業性疾患の予防も含めた健康づくり対策はほとんど行われてこなかった（4）。しかし、欧州でも 1980 年代後半から WHP に関する議論が出始め、90 年代の後半に入ると EU 加盟国の間に WHP に関するネットワークが形成されて活発な取り組みが始まった（5）。欧州の WHP は米国やわが国のそれと比べるとかなり異なった概念で行われており、わが国の参考になる点も多いと思われるので、本稿では欧州における WHP の動向を紹介する。

##### 取り組みの歩み

表 1 は欧州の WHP に関連する主な事項を年次順に示している。WHO が 1986 年にオタワ憲章でヘルスプロモーションを定義した時点では、ヘルスプロモーションと産業保健との関わりがそれほど注目されなかった。しかし、この憲章が契機となってヘルスプロモーションという概念が世界中に広まったこと、後年、産業保健の枠組みにおいてヘルスプロモーションの議論をするときには、ほとんどがオタワ憲章で定義されたヘルスプロモーションの概念を用いていることを考えると、オタワ憲章は WHP においてもヘルスプロモーションの出発点と位置付けられるであろう。

従来の枠組みでは、産業保健は労働災害と職業性疾患の予防を目的としていたのに対し、1988 年の WHO 専門委員会報告「労働者に対するヘルスプロモーション」では、職域におけるヘルスプロモーションの扱う領域として非職業性疾患とその関連要因である身体活動、栄養、喫煙、アルコール、ストレスなどを取

り上げている（6）。1995 年の産業保健世界戦略においては、健康的なライフスタイルの導入・維持をはかるヘルスプロモーションは産業保健プログラムに含まれるべきであるとし、職域におけるヘルスプロモーションの推進を産業保健の 10 大目標の一つに含めている（7）。

このような WHO の動きの中で、欧州では 1989 年には EU の枠組み指令が出て、産業保健全般に対する関心が高まると共に、産業保健の枠組みが広がった（8）。すなわち、それまで産業保健の目的は労働災害と職業病の予防であったのに対し、この枠組み指令ではそれ以外でも業務に由来するリスクを避け、予防することを産業保健の目的に含めた。同年、European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions（生活労働条件改善欧州財団、以下、欧州財団と略称する）が WHP に関する調査を開始した（4）。1996 年には欧州連合加盟国の間に European Network for Workplace Health Promotion（職

域ヘルスプロモーション・欧州ネットワーク、以下、WHP 欧州ネットワークと略称する）が構築され、活発な活動が始まった（5）。1998年、WHO 欧州地域事務局は 21 世紀の健康目標 21 を定め、その中の 13 番目のターゲットとして、家庭、学校、地域社会とともに職場における健康の確保を挙げている（9）。1999年には欧州社会保険組織も WHP に対する関心を高めることと、WHP に関する各国の情報交換、成功事例の分析と広報を目的としたネットワークを構築している（10）。

以下、これまで欧州における WHP の推進に関して特に活発な活動を行っている欧州財団と WHP 欧州ネットワークの二つの組織に関して、その活動内容を紹介する。

#### 生活労働条件改善欧州財団の取り組み

##### （1）組織と活動内容

この財団は 1975 年、アイルランドのダブリンに創設され、現在、欧州連合に加盟している 15 カ国を対象に活動している（11）。メンバーは政府、経営者代表、労働者代表の 3 者から構成され、各加盟国は財団の運営委員会に 3 名のメンバーを参加させている。財政的には欧州連合の一般予算で運営されている。財団は研究所ではないが、各国の組織と協力して欧州連合加盟国の生活や労働条件の改善に関与する要因の調査研究も行っている。

##### （2）企業における WHP の実態調査

調査研究活動の一つとして、1989 年から WHP に関する調査を開始した（12）。実施した調査の内容は法制度、関連団体・機関の WHP に対する関心、企業における WHP の実態および成功事例の収集である。法制度との関連では、WHP について法で規定している加盟国はなかった。調査時点では、経営者、労働組合、労働衛生機関、健康教育・増進機関のいずれも WHP に対する関心は低かった。

調査の主要部分は企業における産業保健活動と WHP の実態調査である。7 カ国約 1400 企業を対象にアンケート調査を行ったが、回収率は 23% と低く、回答した企業は大企業が中心であったことから、産業保健活動の実施頻度については母集団よりも高めに出ていると考えられる。この調査で何らかの産業保健活動を行っている企業は 75% あったが、WHP を実施している企業は非常に少なかった。産業保健活動を実施している理由としては、法の遵守、健康問題、従業員のモラルに関連した問題、人事問題、生産性の問題が挙げられた。産業保健活動に関連する要因としては、企業規模、安全衛生委員会、健康に関するポリシー、予算措置、産業保健スタッフの関与などが挙げられた。この調査の一部として、WHP に対して先進的な取り組みをしている 40 社がケーススタディとして詳しく調べられた。その結果、WHP の先進企業は主に北欧に見られる従来の産業保健活動から発展したタイプ、南欧に特徴的な従業員本人のみならず家族の福利厚生までも面倒を見る温情主義的なタイプ、アメリカの企業で行われているタイプの 3 種類に大きく分けられることが分かった。

##### （3）WHP 担当者の教育訓練

こうした調査結果を踏まえて、今後 WHP を推進してゆくための検討を行った結果、WHP 担当者の教育訓練がまず行われるべきであるということになった。そこで、教育訓練用のカリキュラムを作成することになったが、加盟国や企業の多様性を考慮して、弾力的なカリキュラムを作成した。その際に、ヘルスプロモーションの 7 つのプロセス（マーケティング、インフラ整備、ニーズ調査、企画、実施、評価、改良）と 6 つの役割（専門家、唱道者、実施者、参加者、仕掛け人、意思決定者）という 2 つの軸に注目した。こうして出来上がった教育訓練用カリキュラムを用いて、

10 ヶ月にわたって各地でセミナーが開催された。このセミナーに参加したことがきっかけとなって、25 の教育訓練機関がこのカリキュラムを使って自らの施設で教育訓練を実施することになった。また、参加者に対するサポートを行うためのネットワークサービスも開始された。

#### （４）21世紀に向けての課題

欧州財団は1997年、それまでの調査研究結果に基づいて、21世紀に入って欧州各国でWHPが活性化するための14の課題を出している（表2）（4）。こうした課題の解決に加えて、このような課題を解決するための研究費をどこの誰が負担するのかを決める必要がある。また、現在のところ欧州連合では情報交換が主たる施策になっているが、WHPに対する取り組みがほとんど行われていない国に対して、欧州連合として情報提供以外にできないことがどうか検討することも必要である。国の政策に関係することとして、ヘルスプロモーションに関わる各種の資源をどの程度にするのかという問題と、病気欠勤をした場合の費用の大半を国が負担している現状をどのように変えていくのかという問題がある。経営者団体や労働組合も、WHPがそれぞれの目的とするところのように役立つのかを検討する必要がある。

#### 職域ヘルスプロモーション・欧州ネットワークの取り組み

##### （１）組織と活動内容

WHP 欧州ネットワークは1996年に欧州連合条約第129条に基づいて創設された（5）。メンバーは労働安全衛生関連組織の各国代表からなり、欧州連合全15カ国と欧州経済圏3カ国が正会員で、オブザーバー会員が数カ国ある。このネットワークの目的は加盟各国の優れたWHP活動を見出し、それを広めるこ

とと、効果的なWHPガイドラインの作成である。当面の活動としては、年に2回の会議開催とニュースレターの発行、および共同事業を行っている。

##### （２）共同事業

共同事業は第1次が1997年～1999年、第2次が1999年～2001年、第3次が2001年～2003年に実施された（13）。第1次共同事業のテーマはWHPの成功要因と品質で、1997年にはWHPに関するルクセンブルグ宣言を行い、1998年には中小企業におけるWHPに関するカルディフ・メモを出した。また、1999年にはWHPの品質基準を発表している。第2次共同事業のテーマは中小企業におけるWHPで、第3次共同事業のテーマは公共事業体におけるWHPである。

##### （３）成功事例集

WHPの成功事例集（14）には欧州19カ国で実施された72のWHPの事例が紹介されている。40名程度の小規模事業所から数千の従業員を抱える大規模事業所まで様々な規模の事業所が含まれ、その業種も様々である。低費用で現実的なWHPを日常業務に取り入れたことにより、業務上の事故や傷病による休業の減少、中途退職の減少、生産性の増加、企業イメージや顧客満足度の向上などが見られている。

##### （４）ルクセンブルグ宣言

ルクセンブルグ宣言は欧州連合のWHPに対する考え方を整理して、今後の取り組み方の方向性を示したものである（表3）（15）。この宣言ではWHPを働く人々の健康と福利を改善するための雇用主、従業員および社会の共同の努力であると定義した。その方策としては、業務組織と作業環境の改善、従業員個人の積極的な参画、および個人の発展を挙げている。この宣言では、WHPは将来に備えての企業の投資であるとしている点が特徴である。



欧州で WHP に対する認識が高まった背景としては、労働安全衛生に関する EC の枠組み指令（Council Directives 89/391/EC）が発せられたことと、職域が公衆衛生活動の実践場所としての側面が高まったことを挙げている。21 世紀の職場はグローバル化、失業の増大、情報技術の発達、雇用形態の変化、労働者の高齢化、サービス産業の隆盛、企業分割の増加、中小企業労働者の増加、消費者志向、品質管理などにより大きく変革すると捉えている。このような大変革の中で企業が生き残り、成功するためには、能力と意欲に富んだ健康な従業員が必須である。そのためには、業務上の事故と職業病の予防を目的とした従来の安全衛生だけでは限界があり、WHP という新たな枠組みを持った企業戦略が必要となってくる。

WHP には従業員の健康を良い状態に導くような広い範囲の要因に対する働きかけが求められる。その中には、マネジメントが従業員を単にコスト要因と捉えるのではなく企業が成功するために必須の要因であると認識すること、仕事の要求度や技術レベルをサポートするような業務組織にすること、ヘルスプロモーションに関する事柄を積極的に人事制度に取り入れることなどを含んでいる。そして WHP が成功するためには、全従業員を巻き込むこと、すべての重要な決定事項や組織の隅々まで WHP の考え方が取り入れられていること、WHP がニーズ調査、優先順位の決定、企画、実施、評価というマネジメント・システムによって運営されること、個人向けの対策から環境対策にいたるまで包括的に取り組むことなどが挙げられている。

#### （5）カルディフ・メモ

カルディフ・メモは、欧州全体の労働力の 50% 以上を占める従業員 100 人未満の中小企業において WHP に取り組むための基本的な

姿勢を示したものである（16）。まず、大企業と比較した場合の中小企業の特徴として、次の 6 点が挙げられている。

- ・ 仕事の分化と標準化が少ない。
- ・ 雇用主と従業員との関係が直接的である。
- ・ 融通性が高い。
- ・ 労働安全衛生サービスのメリットが認識されにくい。
- ・ 従業員の福利厚生を増進するための時間的・人的資源が少ない。
- ・ 従業員が欠勤すると大きな影響が出る。

特に人的・物的・財政的資源が乏しいことを考えると、中小企業が WHP に取り組もうとすると、非常に困難な状況に直面することが予想される。さらに、WHP に関するこれまでの知見は大企業において得られたものであるため、中小企業のニーズに合わせて変えていく必要がある。従って、中小企業において WHP を実施する場合には、次のような課題を解決してゆかねばならない。

- ・ 中小企業の利害関係者に対する WHP とその便益についての啓発
- ・ 中小企業に適した WHP モデルの開発
- ・ 利害関係者を巻き込んだ戦略の実施
- ・ 中小企業の問題とニーズに適合した WHP 活動への適応
- ・ 外部資源の利用の仕方
- ・ 支店や地域レベルでの継続

こうした課題を解決するために、表 4 に挙げた 5 点が提案されている。

#### （6）WHP の品質基準

WHP を導入するには費用がかかるので、企業が WHP を導入する場合は通常その成果を期待する。すなわち、業務上の事故や傷病休業の減少、やる気と効率の上昇、製品やサービスの品質向上、企業イメージや顧客満足度の増加などである。他方、従業員の方も仕事上の満足度増加、ストレスの減少、職場雰囲気

の向上、業務に関連した健康上の訴えの減少などにより QOL が増加することを期待する。このような企業と従業員双方の期待を満足させるためには、WHP プログラムは効果的かつ効率的でなければならず、そのためにはある一定の品質基準を満たすことが必要となる。

こうした観点から、WHP 欧州ネットワークでは、6 基準 27 項目から成る WHP の品質基準を作成した（表 5）（17）。これは品質管理欧州財団のモデルに基づいて作られており、WHP が企業の組織と通常業務の中にシステム的に統合されるように配慮されている。

#### （7）欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会

##### （a）第 1 回

ドイツのボンで 1999 年に第 1 回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会（以下、ネットワーク大会と略記する）が開催された。大会のテーマは、第 1 次共同事業のテーマである「WHP の品質基準と成功要因」が取り上げられた。この大会の成果としては、欧州における健康的な職場環境を達成するのに必要な経験を共有するためのフォーラムの創設および今後の優先順位に関する合意が得られたことが挙げられる。

##### （b）第 2 回

第 2 回のネットワーク大会は 2000 年にポルトガルの首都リスボンで開催された。大会のテーマとしては、第 2 次共同事業のテーマである「中小企業における WHP」が取り上げられ、加盟各国における成功例が発表された。

##### （c）第 3 回

2002 年にはスペインのバルセロナで第 3 回のネットワーク大会が開かれ、第 3 次共同事業のテーマである「公共事業体における WHP」がテーマとして取り上げられた。公共事業体における改革が成功するか否かは業務が効率よく行われるかどうかにかかっている

ので、WHP 戦略が有効である。この大会では、加盟各国の成功例が収集されて発表された。

##### （d）第 4 回

第 4 回ネットワーク大会はアイルランドの首都ダブリンで 2004 年 6 月に開催が予定されている。この大会では第 4 次共同事業のテーマである「国ごとの WHP フォーラムの立ち上げによる WHP インフラの整備」についての討議が予定されている。

#### （8）ENWHP Newsletter の発行

2003 年にはインターネットを利用したオンラインによる ENWHP ニュースレターが季刊として発刊されることになり、4 月にその第 1 号が発行された。その内容は論壇、欧州ネットワーク事務局からの連絡、加盟各国からのレポート、世界の WHP の動向、行事予定、参考記事から構成されている。

#### 欧州の職域ヘルスプロモーションの特徴

##### （1）開始時期

欧州で WHP が始まったのは 90 年代後半であるのに対し、70 年代後半から開始された中高年齢労働者に対する健康づくり対策と比較すると約 20 年、80 年代後半から開始されたトータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）と比較しても約 10 年、わが国が先行している。米国において WHP が始まったのは 80 年代であるので、欧州は先進諸国の中では WHP に対する取り組みが遅かったと言える。

##### （2）背景

日本における職域健康づくり対策の背景としては、労働者の身体活動の低下に伴う体力低下や労働力人口の高齢化に伴う労働災害および成人病の増加が危惧されていたこと、技術革新の急速な進展、サービス経済化の進行に伴う労働環境・作業態様などの急速な変化によるストレスの増大によって引き起こされる

労働者の心の健康問題が重要となってきたことが挙げられている（1, 18）。これに対し、欧州ではEC枠組み指令がWHP展開の有力なきっかけとされている。しかし、それを契機としてWHPに対する関心が高まったとしても、それが広く受け入れられるようになったのは、傷病休業の増加やストレスによる従業員のメンタルヘルスの悪化があったためと考えられる（4）。

### （3）概念

わが国の健康づくり対策においては運動、栄養、ストレス等の個人的生活習慣に対する指導が主体である（18）。これに対して、欧州においては業務組織や作業環境に対する働きかけを主体にしている点が注目される。しかし、「働く人々の健康と福利を改善するための雇用主、従業員および社会の共同努力」というWHPの定義はかなり漠然としたものであり、その方策や特徴を考慮しても、従来のoccupational health（労働衛生、産業保健）との違いが明確には読み取れない。ルクセンブルグ宣言では、両者の違いに関しては明確に述べていないため、概念としてのWHPの新しさが伝わってこない。今後、WHPとしての具体的なプログラムを作成するときに、こうした点が問題になると思われる。

### （4）推進者

日本では職域健康づくり対策は労働省が音頭をとって始まったが、欧州では欧州財団とWHO欧州地域事務局が当初、主導的な役割を果たした。その後、WHP欧州ネットワークが設立されて、活動の主役はそこに移っている。今後は、このネットワークの加盟各国メンバーを中心にして、各国でWHP活動が推奨され、推進されてゆくことになるであろう。日本、欧州共にWHP推進者としての企業の姿が見えてこないが、この点は企業が自主的にWHPを展開している米国と異なる点である。

### （5）国の役割

日本では労働安全衛生法において労働者の健康保持増進措置は事業者の努力義務と規定されており、国の役割も示されている（18）。THPを実施する事業所に対する助成制度もある。これに対して、欧州においては、WHPは法令では規定されておらず、また国の役割についても規定がなく、財政援助は行われていない。

### （6）プログラム

日本では栄養、運動、メンタルヘルスといった労働者個人のライフスタイルに対する介入プログラムが主体である。実施すべき内容が明確に規定されており、専門家も養成されている。これに対して、欧州ではプログラムに関しては具体的なガイドラインがなく、担当者についても触れられていない。しかし、欧州ではWHPの品質に対する関心が高く、マネジメントシステムに基づいて評価を重視している点が興味深い。プログラムのターゲットに関しては、日本でもサービス機関や国の助成制度などにより小規模事業場の取り組みを促進するとされているが、欧州では小規模事業場が当初から最大のターゲットとされている。

### おわりに

これまで、欧州におけるWHPの動向については、わが国ではほとんど紹介されておらず、従って、わが国の職域健康づくり対策と欧州のWHPとを比較した報告はなかった。本稿によって、欧州のWHPの特徴が明らかにされたと同時に、わが国の職域健康づくり対策の特徴も浮き彫りにされたと思われる。わが国では労働者個人の生活習慣に対する働きかけが主体であるのに対し、欧州におけるWHPの最大の特徴は、業務組織と作業環境に対する働きかけを主体と考えている点であろう。両地

域には歴史的、社会・文化・経済的な違いがあるため、お互いの優れた点をすぐに導入することは難しいであろうが、今後の展開を考える際には有益な情報を与えてくれると考えられる。欧州の WHP は急速な展開をみせているために、今後も引き続きその動向について注意深く見守って行くことが必要であろう。

#### 文献

1. 三嘴明. 今日における THP の全国的動向. 日本産業衛生学会労働者体力問題研究会編. 職場における体力・健康づくり. 川崎市：労働科学研究所出版部 1995:64-80.
2. Sloan RP, Gruman JC, Allegrante JP. Investing in employee health: A guide to effective health promotion in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987. 本明寛, 野口京子訳. 企業内健康増進マニュアル：ウエルネス・マネジメントへの投資と効果. 東京：ダイヤモンド社, 1992.
3. Pelletier KP. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1993-1995. Update. Am J Health Prom 1996;10:380-388.
4. Wynne R. Workplace health promotion in Europe. Programme summary. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 1997.
5. European Network for Workplace Health Promotion. Final report of the Network for 1996. WHP-Net-News Special Edition, 1997.
6. WHO. Health promotion for working populations. Technical Report Series 765. Geneva: WHO, 1988. 高田勲監訳. 労働者の健康増進. 東京：中央労働災害防止協会, 1989.
7. WHO. Global strategy on occupational health for all. Geneva: WHO, 1995.
8. Council Directive of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC). Official Journal of the European Communities 1989:L183:1-8.
9. WHO Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6). Copenhagen: WHO, 1999.
10. WHO Regional Office for Europe. Workplace health protection and promotion in the policy and practice of social and health insurance institutions. Copenhagen: WHO/EURO, 2000.
11. Westerholm P, Baranski B. Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services. Bilthoven: WHO European Centre for Environment and Health, 1999.
12. Wynne R, Clarkin N. Under construction: Building for health in the EC workplace. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 1992.
13. European Network for Workplace Health Promotion. Newsletter 2000;1:1-4.
14. European Network for Workplace Health Promotion. Healthy employees in