

労働能力に影響する慢性疾患			National Insurance
職業グループの平均余命	データ入手されず		National Bureau of Statistics
早期定年退職	Ministry of Social Security		National Insurance
データの使用	Labour Inspectorate , Health Directorate , Association of Assurances Against Accidents , STATEC (統計の公共サービス)		Labour Inspectorate
健康上の結果	ポルトガル	スペイン	スウェーデン
職業性疾患	Ministry of Employment and Social Security , National Occupational Disease Insurance Board	Ministry of Labour and Social Affairs , 地域労働機関	国内労働安全衛生委員会 Labour Inspectorate
職業性の負傷および労災	Ministry of Employment and Social Security , National Occupational Disease Insurance Board	Ministry of Labour and Social Affairs , 地域労働機関	国内労働安全衛生委員会
労働能力に影響する慢性疾患	National Occupational Disease Insurance Board	National Institute of Social Security	
職業グループの平均余命			
早期定年退職	上記の通り		
データの使用		統計は予防活動の計画のための基礎的情報として使用される (Labour Inspectorate、労働組合、地域労働関係機関)	Labour Inspectorate、OHS ユニット、公共の方向書および記事に使用
健康上の結果	スイス	英国	
職業性疾患	国営傷害保険会社 (SUVA)	雇用者の負傷・疾病・危険事態報告規則 (RIDDOR)、Industrial Injuries Scheme の下に補償さ	

		れた疾患、人口調査庁、 職業性呼吸器疾患調査 (SWORD) および皮膚 疾患 (EPIDERM)	
職業性の負傷お よび労災	国営傷害保険会社 (SUVA)	雇用者の負傷・疾病 危 険事態報告規則 (RIDDER)	
労働能力に影響 する慢性疾患	就労不能保険		
職業グループの 平均余命			
早期定年退職	National Department of Social Insurance		
データの使用			

(3) 職域の健康増進

欧州連合の職域の健康増進に関するルクセンブルク宣言 (Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union) は、「職域の健康増進は、職場の健康福祉を向上するための、雇用者、従業員、社会のあらゆる協同的な手段からなる」と述べている。この促進は、次のような方法を組み合わせることによって実現できる。作業組織と労働条件の改善、積極的な従業員参加の促進、個人のスキル強化。職場の衛生促進 (WHP) は、全体的な展望から国際的に定義されており、特に参加と部門間および学際的な共同を強調している。European Network for Workplace Health Promotion (職場の衛生促進欧州ネットワーク) には、欧州連合および欧州経済域の加盟国が加わっている。職場の衛生促進は、拡大され近代化された OHS の要素であると考えられ、職場での行動による予防、作業組織および作業デザイン、健康決定因子への影響、長期欠勤の低減、組織的な展開戦略が含まれる。⁸¹

原則として品質管理は、他のどのような種類のサービスについても、職域の健康増進に適用できる。全てのサービスは、効果的かつ効率的な管理法で提供されるべきである。過去には、品質は主に製品の特性と関係していたが、現在の考え方では顧客に重点を置く。顧客の期待、希望、ニーズ (明示的または暗示的) は、製品およびサービスの要件や、それらの製品およびサービスが作られ届けられる方法へと翻訳する必要がある (組織化とプロセス)。^{60,82,61}

職域の健康増進の概念では衛生とニーズの解析が強調されているにもかかわらず、早期の製品指向の品質概念と非常によく似た専門家の意見によって実務が決定される場合が多い。品質の良さは十分に組織化されたプロセスにかかっている。この取り組み方は疑う余地がないように思われるが、職場の衛生促進のイニシアチブは、不適切で不十分なプロセ

スのために、依然としてその多くが失敗している。^{60 82 61}

枠組み条件（市場および顧客のニーズ）が非常に急速に変化しているため、継続的向上の考え方は、管理概念の広範囲に渡ってかなり注目されている。この概念は、変更プロセス全体で受動的な役割を取り入れるのではなく、変化しているプロセスに積極的に影響を与える労働能力や組織の受容能力に重点を置いている。職場の衛生促進の場合、多くのイニシアチブは、企業組織内の単一の限られたプロジェクトを超えることができない。^{60 82}

一旦良い品質という結果を得るために必要な重要なプロセスを割り出せば、品質管理手法は、プロセスのための品質判定基準を規定し、対応する標準を確立する。通常、このステップは、継続的な評価プロセスを確実に進行するシステムに移行される。^{60 82}

品質管理は、職場の衛生促進プロセスから利益が得られると思われる。というのもこのプロセスは、参加を強化し、その確立のための企業全体の関与や”衛生的”プロセスおよび手法を補助し、場合によっては病欠のモニタリングで生産性を間接的に向上させ、目に見える品質文化の確立を支援するからである。^{60 82}

個人および組織のいずれの衛生も重要な事柄である。品質管理の面では、包括的な職域の健康増進は、関連する労働条件に影響を与えることが可能であり、ひいては個別または集合的な衛生行動の改善を支援し得る。職業性ストレスの予防に関しては、職域の健康増進は、品質管理手法と平行する組織的変化の概念と非常に近くなる。

どの程度の職場の衛生促進が OHS に含まれるか、またどの程度品質管理システムに考慮されるかを判定するため、職場の衛生促進に関する質問が出された。職域の健康増進は、フランスやポルトガルでは OHS に含まれておらず、公衆衛生システムの一部となっている。フィンランドでは、職域の健康増進は、OHS から企業への様々なアプローチにより労働能力を向上することに重点を置いている。利害関係者の返答では、概念の面で大きな差があること、職場の衛生促進の概念は様々なこと、様々な段階で実施されていることかわかる。ルクセンブルク宣言と比較して、多くの国々は、健康促進または健康なライフスタイルの促進の延長として、従来からの職場の健康促進の考え方をとっている。

企業や公共機関における職域の健康増進の実施は比較的新しい。職域の健康増進は、様々な関係者が様々な方法で実施しており、様々な戦略と活動のための集合的な概念となる傾向がある。⁸³ 実施のための以下の戦略は、全て欧州の国々において企業レベルで認められるものである。

職域の健康増進は、これらのような戦略にグループ分けできる

① 行動による予防としての職域の健康増進（行動に関連する予防と衛生教育）

オーストリア、デンマーク、フィンランド、ドイツ、ギリシャ、イタリア、ルクセンブルク、ノルウェー、スペイン、スイス、英国

② 拡大し近代化した OHS の一部としての職域の健康増進（作業組織、作業デザイン、全体的取り組みを含む）

オーストリア、デンマーク

③ 職場の衛生の決定因子に影響を与える戦略としての職域の健康増進（従業員やその他のグループと協力）

フランス、ポルトガル、アイルランド

④欠勤を低減する戦略としての職域の健康増進（人事政策の一部） オランダ

⑤組織展開戦略の一部としての職域の健康増進（人的資源に重点） スウェーデン

表 25 職域の健康増進の概念は何か、職域の健康増進には何が含まれているか、職域の健康増進は労働衛生サービス（OHS）において何か役割を担っているか

オーストリア

労働組合 個人の予防対職場レベル。OHSによる更なる介入が必要。

社会保障 郡、大企業でのローカルプロジェクト 様々な職業グループで疾患を予防するための身体活動プロジェクトおよび衛生促進プログラム。

省庁 重要な職務が Health and Safety at Work Act に含まれており、この法律によって職場の衛生促進が示されている。職場の衛生促進のために、Federal Ministry of Social Security and Generations から、職場とは関係のない一定の活動で OHS 用の資金が利用できる。

ヘルギー

省庁 労働者の福祉に関する法律 作業時の安全、産業医学、エルゴノミクス、産業衛生、心理社会的状況

雇用者組織 優先分野の 1 つ パンフレット、ニュースレターなどにより、従業員と雇用者への注意喚起と情報普及。

デンマーク

研究 OHS はあまり入っていない

省庁 OHS にとっては WHP への関与が増え、喫煙、飲酒、食事などのライフスタイルの要因に対する姿勢を変える良い機会である。

フィンランド

省庁 健康増進と労働能力の維持、OHS は、職域の健康増進を開始し、協調し、作用する中心的な役割を持つ。

労働組合 職域の健康増進は、職業に関連するリスクの予防と置き換えるべきではない。職域の健康増進は、ライフスタイルと疾患予防に良い影響を与え得る。

フランス

通常、OHS は職業に関連する問題だけを扱う。現在では、OHS は疾患と効果の複雑性を認識しており、職域の健康増進は労働能力の向上に使用される。

地域関係機関は職域の健康増進の手段と活動を提供する。OHS と公衆衛生の責任の間には、いくらかの不一致がある。

ドイツ

省庁 WHP は心理社会的ストレスに対する健康を促進する手段の一つである。例えば、企業からの WHP への要望は増え続けているか、OHS では WHP は積極的に受け入れられていない。

保険 WHP は、栄養、運動、禁煙、禁酒、産業医による洞察と聞き取り、変更の提案などが含まれる。

専門家組織 若手の産業医ほど一次予防と WHP への志向が強い。

ギリシャ

概念は雇用者と医師の専門による。通常は、煙草およびアルコールの低減と食事の改善に対して実施される。

アイルランド

専門家組織 衛生関連機関および衛生関連組織がプログラムを実施し、OHS はライフスタイルの要因の改善を支援しようとしている。

省庁 衛生関連機関（健康、教育、安全衛生に関与する省庁）の健康増進活動の大部分。

イタリア

研究 労働者の身体的および心理社会的福祉を改善するための全ての治療および予防活動。

地域関係機関 リスク防止、安全性、衛生、リスクの排除。

労働組合 労働組織、心理社会的認識、労働者の参加の改善。

省庁 予防に必要な文化的な変更、職域の健康増進に使用できるリソース、認識向上。

ルクセンブルク

労働組合 OHS はリスクと改善から、健康増進に向かう必要がある。

省庁 現在のところ重要なのは、人々を WHP に敏感にさせること。WHP は主に Ministry of Health, Division of Occupational Health の管轄下にある。

オランダ

省庁 OHS は WHP における役割なし。但し、例えばフィットネスコースなどは OHS が計画する。

労働組合 WHP は現在のところほとんど影響を与えない。

専門家組織 健康診断に基づきライフスタイルの変更が勧められる。WHP は、パンフレットや雑誌の配布で行われる。GBW は国家レベルで WHP を行う。

ノルウェー

雇用者組織 WHP は健康増進における成功要因と、WHP の訓練により重点をおくべきである。

省庁 一般に、省は WHP に対して意見を持たない。

Labour Inspectorate WHP は労災予防の資金を使用する。WHP は、古い内容のある新たなトピックとして、ライフスタイルの要因の認識向上を考慮する。

専門家組織 騒音、視覚、健康、心理社会的問題などについて労働者および雇用者向けの

教育と討論。

ポルトガル

労働組合 全ての OHS 専門職は、労災予防だけでなく WHP に関与するべきである。

省庁 OHS からの独立した活動と、Health Department の責任。職場は十分に健康情報を普及。

研究 個人レベルでの利益に基づき行動の変更、OHS は WHP に関与せず。

スペイン

専門家協会 WHP は、高血圧予防、健康な食事の促進、運動の促進など、全体的な健康への取り組み。専門家の中には予防と WHP の文化がない。WHP とは、リスクファクタを解析して認識し、助言と訓練を提供し、計画を立てることである。

保険会社 WHP は健康調査の一部である。

省庁 法規に基づき WHP の要件はないか、WHP に関する国レベルの三者検討グループがある。

スウェーデン

省庁 身体的活動のような好ましい事項だけでなく、心理社会的問題も含む。WHP は雇用可能性を高める。国レベルでの監督責任はない。

労働組合 労働組合の安全性関連の代表者を WHP についてさらに訓練する必要がある。

スイス

省庁 WHP は National Foundation for Health Promotion の鍵。

研究 WHP には、労働時に人々が健康でいられるよう支援する全ての活動が含まれる。健康な労働者—衛生的な職場—健康なライフスタイル。

英国

研究 注目されてきている。重点はまず安全性、次に健康、その次に職域の健康増進。

省庁 労働福祉は労働に利益をもたらす。

(4) 欧州の国々の労働衛生サービスユニットにおける品質管理システムの実施

58 の OHS ユニットのうち 10 ユニットが ISO 基準に基づく品質管理システムを持っている。OHS ユニットによっては、ISO 基準品質管理システムを変更したもの、企業で使用されている品質管理システム、トータル品質管理システム、German GQA システムなどを持っている。28 の OHS ユニットの品質マニュアルがあり、11 のユニットは認定を得ていたか、その他に 19 ユニットが主に IOS 基準の認定を取得する計画を持っていた。認定の大部分は過去 5 年間に取得されたものである。

品質管理システムを構築する理由は主に、既存の問題を解決するため (13)、労働基準と作業プロセスを改善するため、異なる評価での精度を向上するため、体系的な文書記録、顧客満足度、またコスト意識の上昇や雇用者の要求であった。品質管理はまた、管理の監

督ツールとして(21)や、安全や医療の専門職と顧客の共同と統合を強化するため(13)に使用されていた。品質管理は、OHS ユニットのスタッフの意欲を高めモチベーションを与えるためにも構築されていた(17)。更に品質管理は、競争に対応し、顧客満足度を高め、リーダーシップを向上させるためにも作られていた。その他の理由は、価格形成、要件による義務、既存のシステムを発展させ評価するため、他の専門家からの推奨、戦略的理由、プロフィールの向上、管理への統合、OHS ユニットのイメージ形成であった。

OHS ユニットで言われる品質管理の目標は、従業員の労働能力向上を支援すること、サービスの質を向上すること、構造改善を通して結果およびプロセスの評価を容易にすること、複数の OHS ユニットの間でプロセスと活動を統一することであった。その他の目標は、OHS を継続的に改善することや、企業の品質管理システムの使用を最適化することであった。また、特定の活動基準で顧客を納得させること、集学的サービスを展開すること、OHS ユニットのスタッフ訓練、OHS の説明能力および責任の向上、コスト効果における改善の期待であった。

顧客と最もよく討論する問題は、顧客満足度(7)、リスク解析(7)、予防医学とどのようにして改善を示すか(6)、企業内の組織的發展(7)、サービスのユーザビリティ、料金、職業性疾患(5)であった。その他に挙げられた問題は、OHS のプランニングへの雇用者と従業員の参加、職場のデザインと環境、専門家意識、職場訪問、ストレス管理、常習的欠勤、筋骨格系の問題、および労働者の保護であった。

OHS 活動の効果は、統計、測定、雇用者と従業員の顧客満足度、リスク解析、財政および経済面の解析、あるいは他の方法で評価できる。有効性を評価するため、38 の OHS ユニットで統計がとられていた。効果は、様々な種類の測定(33)、雇用者(28)および従業員(22)の顧客満足度、リスク解析(33)、財政および経済面の解析(17)、その他の方法(11)で示されていた。

OHS の品質管理は25の OHS ユニットで安全衛生管理と結び付けられている。12の OHS ユニットでは、安全衛生管理と OHS の品質管理とが関連していなかった。

5 様々な国での労働衛生サービスの全体的影響と見解

以下の回答は、様々な国々で労働衛生に関係して働いている幾つかの利害関係者から得られたものである。インタビュー対象者は、省庁、専門家組織、労働組合、保険会社、雇用者連合、労働衛生サービス(OHS)連合に属していた。示された考えは、インタビュー対象者のものであり、対象者の所属組織、機関、企業の意見を必ずしも示していない。

(1) 労働衛生サービスの全体的な影響と限界

インタビュー対象者は、集団の健康に対する OHS の影響について質問を受けた。この目的は、OHS による効果や、OHS 政策の実施に意見がどの程度関係しているかを確認および

評価することであった。回答と解釈は所見の説明と解釈に頼っているが、OHSの機能に対する利害関係者の全体的な考えと、彼らの影響力の限界と思われる点や、国レベルでの集団の健康についての認識は得られる。

健康、社会、OHSの成果に対する全体的な影響は、直接的なもの、中期的なもの、長期的なものに分けることかできる。事故件数、職業性疾患および職業に関連する病気など、健康の成果に対する直接的な影響は、多くの回答で述べられていた（イタリア、ルクセンブルク、スウェーデン、英国、フランス）。クオリティオブライフ、常習的欠勤、早期定年退職などに対する影響は、直接的な健康上あるいは社会的な成果として述べられていなかった。生産性の上昇、スタッフの入れ替わり、有害排出物の低減など、健康や社会福祉に関連するこのような中期的成果は述べられていなかった。長期の影響として、OHSのイメージの上昇や上昇傾向が述べられ（オーストリア、ドイツ、ノルウェー）、地域の発展もあった（アイルランド）。職場の改善は言及されなかった。直接的なOHSの成果として、職場の労働衛生行動の変化（フィンランド、スウェーデン）、健康への意識（ヘルキー、ルクセンブルク）、リスクファクタの減少（ノルウェー）に触れられていた。安全性、衛生、仕事の満足度の向上といった中期的なOHSの成果については述べられなかった。長期的効果のうち、企業へのOHSの統合はオーストリアのインタビュー対象者が述べ、安全衛生政策に基づく管理による支援はドイツとスウェーデンのインタビュー対象者が述べていた。集団の健康に対するOHSの全体的影響は、ヘルキー、デンマーク、キリシャ、アイルランド、ポルトガル、スペインで下限に近いと思われた。

OHSの利用を通じた集団の健康増進の可能性を制限する要因は、制度的、社会経済的、技術的、専門的、市場または政策関連であると考えられた。利害関係者間での協調の限界など制度上の限界は、アイルランドと英国のインタビュー担当者か挙げた。ほとんどのインタビュー対象者は、OHSは一般に助言的な性質があるという意見であったか、実際に活動するのではなく、第一に助言役であることも制限因子であると考えられた。専門職の能力の制限は、OHS専門職の大部分が国外で訓練を受けていることから、キリシャでは影響があると思われていた。フランスでは産業医がいない。市場に関連する因子はスウェーデンとオランダ（OHS間の競争）、ノルウェー（雇用者の50%が費用と便益の関係は良好であると考えている）、スペイン（OHSの提供者としての社会保障は問題かあると考えられていた）、ポルトガル（労働者の健康に対する集団交渉）で言及されていた。治療、予防、健康関連の促進の間でOHSがどこに重点を置くかは、労働者の健康に対するOHSの可能性に影響を与え、またOHSの効果を制限することであると思われた。

表26 集団の健康に対する労働衛生サービス（OHS）の影響

オーストリア

数字がないため影響を評価することは困難である。認識は高まっており事故率は下かって

いるか、OHS の総合的な考えは依然としてない。

ベルギー

OHS は公衆衛生一般に対し最低限の影響しか持たないが、職業性疾患には大きく影響を及ぼしている。OHS の役割は、労働衛生の全ての領域の一次予防で更に大きくなるべきである。

デンマーク

OHS で健康状況が改善したと思われるか、影響を明らかにするために長期の評価を行うべきである。

フィンランド

OHS は労働集団のための基礎的な衛生サービスである。OHS は労働環境への疑問や、職場での能力およびスキルの発展にもいっそう関与する必要がある。

フランス

OHS の影響を示すにはまた時間がかかる。公衆衛生か部分的に OHS の職務を受け持っており、OHS は公衆衛生に影響を持つ。

ドイツ

集団の健康に対する OHS の影響の学術的な評価は行われていない。現在、OHS の職務とパフォーマンスは雇用者および従業員の期待に沿っている。従業員は雇用者よりも早く OHS の利益を認めていた。OHS のコストの影響を大きく受ける雇用者での OHS の受け入れを高める必要がある。

ギリシャ

少数の内部 OHS と個々の産業医が影響を与えている。全体として OHS は新たな分野である。依然として、安全衛生には行う必要のあることが多い。

アイルランド

OHS または個々の専門家を地域レベルで利用できる場合、影響はプラスである。

イタリア

この 30 年間で、”従来の”職業性疾患は事実上消えた。OHS の影響を示すにはいっそうの時間がかかる。公衆衛生か OHS の職務の一部のケアを行っており、OHS は公衆衛生に影響を持つ。

ルクセンブルク

影響 OHS は 1994 年から機能している。職業性疾患の発見が容易になり、公衆衛生の状況も利益を得ている。特定のリスクグループにある従業員の定期的な健康診断と、雇用者の検査義務が開始されている。

オランダ

病欠と就労不能に対する影響は示されていない。

ノルウェー

OHS は集団の健康にある程度の影響を持っているが、更に労働や雇用者に向けられる必要

かあり、価格と提供されるサービスとの関連性を高めるべきである。技術的、政治的、および組織的な面では、影響は様々である。統計は、OHS による作業の影響の全ての面を示していない。雇用者の 80%は OHS に満足しており、50%は費用と便益の関係に満足している。

ポルトガル

労働者は OHS への認識を高めており、OHS を利用する権利を求めている。その他の OHS の影響は少ない。

スペイン

法律は良いが実施面が欠けている。

スウェーデン

死亡事故は減少し、エルゴノミクスは改善され、OHS は管理・機密性・信頼性に影響を与え、OHS の助言は尊重されるようになり、OHS は一次ヘルスケアとリハビリをつなぐ橋になっており、OHS は早期検出と予防を提供している。

スイス

数値が利用できないため、影響の評価は困難である。

英国

OHS は雇用者と共同しており、特定の職業性疾患が減少している。

表 27 労働者の健康に関連して、労働衛生サービス (OHS) の影響の制限要因は何か

オーストリア

OHS は助言機能だけを持つ。

ヘルギー

OHS は、労働条件へのサービスに限られており、健康問題は公衆衛生サービスに委ねるべきである。

デンマーク

OHS の役割は予防的であるか、職場レベルで労働条件を変化または改善する最終的な決定は管理側に属している。

フィンランド

OHS は、問題を識別し情報提供とフォローを行う助言者およびコンサルタントとして働く。

フランス

健康向上についての OHS の制限はない。

ドイツ

一次予防および二次予防を増やすべきであり、産業医は従業員と共同するためにスキルを

向上するべきである。予防は全体的な取り組みの中で必要な部分に重点を置くべきである。

ギリシャ

OHS は、労働者の生活と健康の向上を一部分しか担っていない。OHS は雇用者には助言の役割を持つ。

アイルランド

OHS は、認識されているよりもはるかに高い可能性を持っており、社会の衛生向上に高い期待がある。

イタリア

OHS と予防の重要性を理解する上で、文化的制限がある。標準と参照基準もない。小さな領域の OHS は公衆衛生の中で働いている。

ルクセンブルク

制限はない。衛生促進は **Ministry of Health** が支援しており、公衆衛生にもある程度統合されている。

オランダ

影響は労働に関連する健康に限られている。全体的な健康プログラムはない。

ノルウェー

OHS は衝突に干渉するべきではない。全体的な状況は、個々の問題よりも重要である。OHS は、独立した助言者としての役割を維持するべきである。産業医か与えた情報および産業医の助言者としての役割により、影響が制限されていると思われる。職場の衛生促進は、OHS の焦点を（労働環境から）労働関連の問題に変えた。

ポルトガル

場合によっては労働者の健康に対し集団交渉が使用されており、健康に対するプラスの影響の邪魔になっている。

スペイン

労働者の OHS 受け入れ（機密性、効率、社会的状況）が制限要因となっている。OHS は、契約と雇用者からのサービス要求によって影響を与える。

スウェーデン

OHS は市場志向で、ニーズに応じてサービスを提供する。OHS は、社会／行動／環境志向ではなく、医療志向に過ぎる。

スイス

例えば大企業は、職場の衛生促進において大集団に影響を持つ。

英国

OHS の役割は、労働における衛生および衛生における労働であり、これは影響と活動を制限している可能性がある。公衆衛生の協議事項に関連する政府の新しい政策には、学校と職場が含まれている。プライマリケアと OHS のパートナーシップは促進されているところである。

(2) 労働衛生サービスの適用率、利用、公平性

1) 労働衛生サービスの適用率

適用率に対する返答は、適用範囲を決定する方法の多様性を示している。幾つかの国では、雇用者が OHS を提供することを法律で求めている場合、OHS の適用率は 100% であるか、他の国では調査に基づく統計的な適用率がある。主な問題は、中小企業の労働者に衛生状況の定期的モニタリングが行き届かないことである。それらの労働者に行き届かない理由は、雇用者に対する OHS のコストと、個々の企業のニーズに叶う注文仕立てのサービスを提供する OHS ユニットの意志であった。その他の問題は、専門職の利用性、国の地理的条件、優遇措置および企業の革新的取り組みの欠落である。国によっては、公務員には OHS が適用されない。

表 28 労働衛生サービス適用率

オーストリア

省庁 労働者の 55%には労働衛生サービスが適用される。

企業の 97%は中小企業（従業員数 50 名未満）であり、全労働者数の 50%を占め、これらの企業の適用率は改善可能であると思われる。

保険 この初期段階から、適用範囲が拡大されることになっている。

研究 労働生活の変化によって、適用に困難が生じている。

専門家組織 労働者 50%への適用は良好。残りの半分についてはさらに作業が必要。

労働組合 雇用者はカウンセリンクを計画し、従業員も職場で指名された安全担当者に相談できる。

ヘルギー

専門家組織 適用率は非常に良好。

雇用者 適用は 100%。

デンマーク

省庁 中小企業への適用率の高さは十分ではない。

研究 労働者の 1/3 に適用されている。目標は全員に適用することである。

OHS ユニット連盟 労働者の約 1/3 は労働衛生サービスが適用されている。

労働組合 適用率を上げる必要がある。

フィンランド

省庁 適用率は 90~100%である。

労働組合 臨時社員および失業者への適用はない。その他の適用は良好である。

雇用者 適用率をもっと上げる必要がある（現在 78%）。プライマリヘルスケアは労働衛生サービスを提供するべきであるか、企業に行き届く革新的な取り組み方法を持たない。

フランス

地方自治体 適用率 100%。

雇用者 適用率 100%。

ドイツ

地方自治体 全ての企業が法律により適用範囲に入っているか、適用率は低いものから非常に良好なものまで様々である。

保険 法律と規制が定められているか、適用率は上げるべきである。

専門家組織 統計上ではほぼ 100%。

労働組合 国レベルについては、適用率に関するデータは入手できない。

ギリシャ

省庁 適用率に関するデータは入手できない。

研究 労働衛生サービスの概念すら明確でないため、適用率を求めることはできない。

保険 OHS があれば、全ての労働者に適用され、利用可能であり公正さもあると思われる。

労働組合 大企業では OHS があり適用されるか、欧州の他の国々と比較すると適用率は依然として低い。

アイルランド

省庁 適用率に関する統計はない。

専門家組織 適用は最低限で不適切である。

イタリア

政府 適応率は主に地域レベルの実施と管理の能力によって左右される。

地方自治体 OHS は労働者の 50%以上に適用されている（ロンバルディア）。適用は不適切で、職員不在とサービスの品質により適用率が下がっている。

研究 適用は不十分。中小企業、農業、職人への適用がない。

専門家組織 インフォーマル部門は OHS が全く適用されていない。

労働組合 適用は目標に遠く及ばない。OHS は従業員の相談を受けるだけである。雇用者は税金の支払控除のために OHS を用意している。地域によっては、政治的パートナーとソーシャルパートナーの間の緊張により、OHS の用意が妨げられている。

ルクセンブルク

省庁 公務員以外全員に OHS が適用されている。

労働組合 適用率は良好。

オランダ

法律により従業員には 100%適用。現状調査では適用率 95%以上。

OHS 組織 全労働者に適用されている。

労働組合 数値は入手できない。OHS と従業員との距離は離れ過ぎている。個人の疾病ではなく労働条件とリスクが調査されている。OHS は職場にはない。

ノルウェー

省庁 OHS の採用か義務になっている産業の 22 部門で適用率 50%である。中小企業では、国の地理的問題、人口密度の問題、衛生スタッフの利用可能性の問題により、適用率は約 20%である。

Labour Inspectorate 地理的問題および人口密度の問題により、適用率を上げることは困難である。

研究 労働者の約 50%が OHS の適用を受けている。

専門家組織 適用率を高めるべきである。

労働組合 適用は不十分である。

雇用者 中小企業には適用されていない。

ポルトガル

省庁 約 50%の労働者が適用を受けているか、公共部門と臨時労働者には適用されていない。

研究 原則として全労働者が適用を受けているか、実際には 1/3 に適用されているに過ぎない。

労働組合 適用率は不十分。中小企業には OHS かない。

スペイン

政府 実際の適用パーセントは不明である。

保険 中小企業には OHS かない。

専門家組織 小規模の企業には全く適用されていない。企業のうち 16%が独自の予防サービスを持っているか、その他の適用率は低い。

雇用者 多くの雇用者が OHS の利益を知らず、適用率を高める必要がある。

スウェーデン

省庁 早期適用率は 80%以上であったか、1990 年代に下がった。

研究 OHS は現在表面的であり、専門サービスは、自由市場状況と法律による義務かないことから、地方では限られている。

OHS 協会 適用率は OHS の質による。

労働組合 現在の適用率 70%であるか、OHS の概念は OHS ユニットによって様々である。

スイス

省庁 大企業は自社の従業員に適用している。

研究 産業医や他の専門職がいないため、適用率は低い。

英国

省庁 適用率は上がってきているか、経済部門、地域などによって様々である。

研究 OHS の適用率はさほど高くない。

専門家協会 適用率は悪い。

2) 労働衛生サービスの活用（利用）

オーストリアでは、General Accident Insurance Board が OHS 提供の準備を始めたため、OHS の利用が改善されるだろう。この変化は、雇用者間の不平等および雇用者のサービスへの支払い能力の不平等の原因にもなると思われる。OHS の利用は、ヘルキー、デンマーク、フィンランド、フランス（いずれも健康診断の義務がある）、ルクセンブルク、オランダで高いと思われる。多くの国々で、地域差、産業部門差、企業規模、OHS 提供に対する企業の関心、また労働に伴われるリスクの差などによって OHS の利用が異なる。

表 29 労働衛生サービスの活用（利用）

オーストリア

省庁 General Accident Insurance Board の予防センターによって OHS が中小企業に提供されていることから、利用は改善されるだろう。

労働組合 中小企業は OHS の手配が困難である。安全衛生専門家の協力を高めるべきである。

保険 利用は適用率と共に高める必要がある。

ヘルギー

専門家組織 利用状況は非常に良好である。

雇用者 利用は非常に良い。

デンマーク

省庁 加盟企業が加入している間にいくつかのサービスについて支払いを済ませているため、利用率は高い。

OHS 協会 OHS の利用は良好である。

労働組合 いくつかの雇用分野では利用率は高いが、他の分野では更に高める必要がある。

研究 OHS を持つ企業の従業員は容易に OHS を利用できる。

フィンランド

省庁 アクセスは良好である。改善分野は、利用できる OHS の種類、専門家の能力、企業の OHS を使用するという意志である。

労働組合 利用は良好である。

雇用者 人口の分散により、利用には地域的な差がある。

フランス

地方自治体 適用率 100%。

雇用者 適用率 100%であり、利用は一般に良好である。

ドイツ

地方自治体 企業が OHS を持っている場合は OHS の利用は良好である。

労働組合 企業が OHS を持っている場合は OHS の利用は良好である。

保険 法律と規制があるか、利用は改善されるべきである。

専門家組織 中小企業とそれらに行き渡らせる方法には、構造的な問題がある。ほとんどの場合、従業員数 10 名以上の企業には OHS が適用されている。

ギリシャ

省庁 利用できるデータはない。

労働組合 小規模の企業よりも大企業で利用率が高い。

アイルランド

省庁 利用に関する統計はない。

専門家組織 利用は企業の規模と所在、労働分野、必要な労働専門職によって異なる。

イタリア

省庁 利用は主に地域レベルの実施と管理側の能力によって異なる。

地方自治体 利用は従業員および雇用者の知識によって異なる。しかし、国レベルで利用にばらつきがあるものの、利用率は高くなってきている。

研究 OHS の利用は通常容易である。

専門家組織 被雇用者は容易に利用できる。

労働組合 従業員は労働の問題について OHS に相談できるだけである。

ルクセンブルク

省庁 利用は企業規模によって異なる。

労働組合 利用は良好である。

オランダ

省庁 機会は作られているか、安全、医療、素材の問題などについての OHS の利用は不明である。

雇用者 従業員は、OHS 専門家以外の専門家も利用するべきである。

OHS 組織 利用は 100% である。

ノルウェー

雇用者 労働衛生専門職がプライマリヘルスケアシステムでも働く場合には利用を高めることかできると思われる。

労働組合 OHS は万人の権利とするべきである。

OHS の目的は予防であり、OHS が提供されている場合の利用は良好である。

Labour Inspectorate まだ OHS を採用していない企業では容易に利用できない。

専門家組織 労働衛生専門職と OH ユニットの数により、利用が限られている。

研究 従業員の半数は OHS を十分に利用できる。

ポルトガル

労働組合 中小企業では OHS の利用経路がない。

研究 OHS の利用は容易ではない。

スペイン

専門家組織 小規模の企業では利用経路がないか、大企業での利用は容易である。

保険 地域によって OHS の基準が異なるため、利用は地域によって様々である。現在 OHS の最低基準を作成中である。

雇用者 OHS は従業員の権利であり、雇用者の義務であるか、OHS は実現されていない。

スウェーデン

労働組合 利用は雇用者と OHS の契約によって異なる（許可の要件とコンサルテーション時間の限定という制限がある）。

研究 遠隔地では OHS の利用に制限がある。また特定の分野のスキルにも限界がある。中小企業と比較して、大企業ほどサービス購入のメリットが大きいようである。

スイス

省庁 中小企業の従業員は OHS の利用手段がない。また、移民および季節労働者は、言語および情報が問題となり、OHS を十分に利用できない。

研究 利用率は非常に低いか、一般医がある程度の OHS を提供している。

英国

省庁 OHS を持っている場合は完全に利用できる。

専門家組織 特に中小企業では、労働者の 80% は産業医療専門職の利用手段を持たない。利用は有害な職種に限定されている。

大部分の OHS は産業看護師が提供および管理している。

3) 労働衛生サービスの公平性

中小企業労働者と大企業労働者、低リスクの専門家と高リスクの専門家、遠隔地域と産業の中心地、利用できるサービスの種類と必要とされるサービスの種類の間では、公平性が得られていない。例えば化学産業（ほとんど男性）とサービス部門（ほとんど女性）の間など、産業部門が異なる場合もある程度公平性にばらつきが出ている。

表 3 0 労働衛生サービスの公平性

オーストリア

省庁 現在、General Accident Insurance Board が従業員数 51 名未満の中小企業に OHS を提供しており、この活動は公平性を高め得ると思われる。

保険 中小企業は OHS の手配が困難であるため、公平性はない。

専門家組織 中小企業と大企業とで異なるシステムを置くと不公平の原因となる可能性がある。

ヘルギー

専門家組織 高リスクの専門職は低リスクの専門職よりも OHS の利用率が高く、不公平の原因となっている。

雇用者 雇用者は全ての領域には手が届いていない。

デンマーク

省庁 OHS は、大集団のグループと一般的な労働関連問題に向けられるべきである。

OHS 協会 OSH ユニットの独立性が高いため不平等。品質管理システムで、労働者間の OHS の公平性が高まる。

研究 公平性の問題はない。

フィンランド

労働組合 地域間や OHS で利用できるサービスの多様性により、適用率と利用率に不公平がある。臨時労働者は、OHS を利用するための経済的平等性が必要である。

フランス

地方自治体 適用率 100%である。

雇用者 適用率 100%である。

ドイツ

地方自治体 中小企業には OHS が十分に適用されていない。

保険 公平性は改善できると思われる。

専門家組織 大企業の OHS は平等である 外部 OHS の 2/3 は優れた品質であるか、1/3 のサービスは許容できないレベルである。

ギリシャ

省庁 入手可能なデータはない。

労働組合 大都市では公平性が保たれているか、遠隔地や小規模の企業には公平性がない。

アイルランド

省庁 公平性に関する統計はない。

専門家組織 公平性はない。

イタリア

政府 公平性は主に地域の実施状況と管理能力によって異なる。

地方自治体 OHS がある場合には公平性が満たされている。OHS はサービスの標準化が必要である。

研究 OHS 内の効果的な協調がないため、平等性は満足できるものではない（異なる取り組み/ルール/解決策、矛盾が一般的に認められる）。

専門家組織 小規模業種の労働者には適用されておらず、OHS 組織にも地域差がある。

労働組合 公平性は地域の制度によって異なる。

ルクセンブルク

省庁 大企業ほど平等性が良好である。

オランダ

労働組合 OHS に関する苦情件数は多く、したかって公平性はないと思われる。

雇用者 従業員は OHS 専門家を等しく利用できる必要がある。

OHS 組織 十分な公平性がある。

ノルウェー

Labour Inspectorate OHS は中小企業の労働者にも提供されるべきである。

専門家組織 中央および田園地帯は適用されず、OSH を容易に利用できない。

研究 中小企業 (SMEs) は OHS の利用が困難である。

ポルトガル

省庁 国内の OHS の分布に不公平がある。

研究 大企業に優れた OHS があり、中規模の企業は様々な OHS を利用でき、小規模の企業は OSH の手配が困難である。

スペイン

専門家組織 理論上は公平性があるか、大企業ほど予防的なサービスがある。

OHS がある場合には公平性は良好である。

保険 様々なサービスが利用可能であり、公平性は完全には得られていない。

雇用者 理論上は公平であるか、実際は異なる。

スウェーデン

省庁 特に北部遠隔地域では、OHS の公平性が低下している。

研究 OHS に関して公平性はない。

スイス

省庁 産業労働に占める人数が多いため、男性の方が OHS の公平性が高い。女性はサービス部門におり、安全性の問題よりも労働衛生の問題が多い。

英国

省庁 企業規模が大きくなると公平性も高まる。

研究 高リスクの職業には OHS があるか、全ての職業にはない。

専門家組織 国レベルでは不公平である。

(3) 顧客およびクライアントのニーズ指向

顧客およびクライアント (雇用者/従業員) の満足度は、異なる顧客グループへの対応、集学的取り組み、協調のスキル、職場のプランニングへの参加、倫理的問題 (独立性、データ守秘) を含めた顧客指向による。顧客満足度の差は、OHS の必要性、期待、法律による OHS の要件によっても異なる。

一般に、市場指向の OHS は、雇用者のニーズを十分に満たすか、この方法は従業員が重要なサービスを見出す可能性を低下させる場合がある。OHS は、従業員のニーズではなく

雇用者のニーズに応える方へ偏る可能性があるたろうし、そうではないかも知れない。OHSの活動を法律が規定する場合、変化する労働生活と労働者のニーズに対応するため、柔軟性が必要になると思われる。また、リスクグループは非リスクグループよりもOHSの適用が良くなされている。従業員は、雇用者とOHSユニットの間の契約に強く従属しており、従って労働者の代表が雇用者に影響を与え、彼らのニーズに対応するOHSを備える活動に依存している。

表31 労働衛生サービスに対する顧客/クライアントのニーズ指向

オーストリア

省庁 雇用者と従業員の両方のニーズを考慮するべきである。

保険 顧客指向は、OHSの顧客を確保するため、現在ますます重要視されている。

専門家組織 品質管理システムによってサービスが改善され、雇用者および従業員のニーズをより多く満たせると思われる。

ヘルギー

専門家組織 OHSは目標に重点を置くべきである。

雇用者 顧客のニーズをもっと取り入れるべきである。

デンマーク

省庁 顧客およびクライアント指向は良い。

OHS連合 顧客とクライアントはサービスに全く満足していない。加盟企業内の安全組織が、提供される仕事の選択と遂行に影響を与えている。

労働組合 雇用者と従業員の代表がOHSのメンバーであり、方向付けは非常に良い。

研究 顧客およびクライアントの80%がOHSに満足している。

フィンランド

保険 クライアントや顧客のニーズよりも専門家の能力が協調されすぎている。OHSは職場を発展させる長期プランを持つ必要がある。

雇用者 雇用者はサービスの購入によって要件を満たしている。

OHSは、機密を保持した高品質のサービスで、企業に対しコンサルタントや助言の役割を持つ。

労働組合 OHSは、雇用者と従業員の間に関わりのない関係を維持するべきである。

フランス

地方自治体 顧客のニーズへの指向性が高い。

雇用者 OHSは顧客のニーズにもっと沿う必要がある。

ドイツ

地方自治体 高リスクの労働条件には対応しているが、低リスクの職場にももっと目を向