

表 I-B3-2 事業場への介入方法の改善に向けての今後の課題

安全衛生に対する意識が低い事業場に対しての実施は難しい

- ・ 安全衛生活動をある程度理解していなければ、チェックリストをやる意味がわからないと思うので、いきなりやるのは難しい。
- ・ この介入モデルに理解を示してくれたのは中小企業の中でも中規模事業場が多かったようだ。やはり小規模事業場には利益より負担と感じてしまう部分が多いように感じた。アプローチの仕方を考える必要がある。

実施を進める時間を考慮する必要がある

- ・ 取り組まなくてはいけない内容なので実施したいと思っている様子だが、他の業務に追われ実施を迷っている事業場があり、介入の時期を見極める必要があると感じた。
- ・ 忙しい仕事の中で、アクションチェックリストの実施の動機づけの難しさを感じた。
- ・ 年末の生産の追い込み時期で「忙しい」が合言葉のように聞いてもらえない。
- ・ 年末年始で忙しい事業者が多かった。労働衛生週間に合わせてアクションチェックリストを実施してもらったほうが、こちらとしても勧めやすく、事業場側も取り組みやすいのではないかと考えた。

支援ツールの説明やその効果をわかりやすく簡単にするための工夫が必要

- ・ 支援ツールの説明が難しい。
- ・ 実際はどのような切り口で入っていくと効果的なのか、とても難しい課題でした。
- ・ 「生産性や会社を続けていくためには安全や衛生は大切」ということを説明しても「今、忙しくてそれどころではない」「健康は従業員みんな大人なんだから個人に任せている」という事業場もあり、何も言えなくなってしまった。

同じような小規模事業場でも健康づくり活動を行っている事例を示し、自信をつけることが必要

- ・ 「うちは小さい会社だから」といろいろなところで言われ、会社の規模に関係ないですよ、と説得するのが大変だった。(こういったことは大きな会社という潜在意識がある)
- ・ 必要性は分かるけれど、なかなかアクションチェックリストの実施までは進まないという事業場がある。

労働衛生サービス機関とのよい連携が必要

- ・ 事業場で取り組む項目を決めたときに、連携をとる労働衛生サービス機関が実際にはどのような事をどの程度のレベルで行っているのかが分からない。事業場が各機関へ相談をしても、たらいまわしにされたり、期待に添えるような回答が得られなかったりするのではないかと心配。

アクションチェックリスト実施に際して参加メンバーや実施時間に工夫が必要

- ・ 全員で話し合う場を持ったが、職場の人間関係・力関係・雰囲気により、全員での取組みに否定的な意見が出た。
- ・ 交代勤務や時間的な余裕がない事業場では、全員で話し合うことが難しかった。
- ・ 中小事業場が、職場全体で考えることの難しさを感じた。

(つづき)

アクションチェックリストを実施後に、健康づくり活動が継続されるように支援が必要

- ・ アクションチェックリストを、スムーズにやっていただいた事業場は担当した3ヶ所うちの1つ。後は、月日がかかった。働きかける・確認するタイミングに戸惑った

事業主・事業所長へのアプローチが必要

- ・ 若い担当者は、上司に介入モデルの話を持っていけない。
- ・ 管理職の担当者は、従業員に関わってもらいたくないようだった。
- ・ 健康づくり活動を推進していくには、多数の共感が必要で担当者一人では難しいとの返答ある。社長との合意が不可欠。

ツールの改良について

- ・ 事業場がやってみたいことがアクションチェックリストの文言にうまくあてはまらず、項目を選ぶ際に困ったと、担当者に言われた。
- ・ 「チェックリスト」の固有名詞を親しみやすいものがよい。

その他の気づき

- ・ 事務系の事業場と製造業系の事業場では健康管理(元気職場づくり)に対する意識が違うことを実感した。事務系では「個人の問題」と捉えられているようだ。反対に製造業系では安全管理の意識が大きく、作業上の「安全」に「健康」がつながっているように思われた。
- ・ 会社の主体性を大切にしつつ実施を進めるのは難しかったが、説明を上手にすることが成功につながると感じた。
- ・ 普段からの担当者とのコミュニケーションが必要。

表 I-B3-3 アクションチェックリスト採択 上位5項目 (小項目)

1. 喫煙マナー(項目 53)	9
2. 職場体操 (項目 26)	8
3. 清掃と整理 (項目 38)	7
4. 受動喫煙 (項目 39)	5
5. 目標・計画・実施 (項目 59)	4

(件数)

表 I-B3-4 項目別アクションチェックリスト採択件数 (中項目)

I 健康診断の勧め方	
A 従業員全体が健康診断を確実に受ける	3
II 健康に関する相談	
B 健康診断の結果を十分に活用する	4
C 健康について相談したり、学習する機会を設ける	9
III 心の健康づくり	
D 心の健康づくりとストレス対策に取り組む	10
IV 作業方法・作業環境の改善	
E 作業の仕方を見直す	21
F 作業環境を改善する	20
V 健康的な職場づくり	
G 健康づくりのための社内の仕組みや風土を整える	23
H 職場としての健康づくりに計画的に取り組む	11
VI サービスや情報の活用	
I 地域サービス機関や各種情報源を活用する	3

(件数)

I-C

フィンランドにおける中小規模事業場を対象とした健康支援システム

錦戸典子、池田智子、前田一寿、湯浅晶子

海外の中小規模事業場を対象とした健康支援システムに関して、本年度はフィンランドの産業保健システムに関する情報収集と分析を行った。

I-C1

フィンランドにおける産業保健システム (中小規模事業場への支援システムを中心に)

1. フィンランドにおける産業保健サービスシステムの特徴と4つの類型

1) 調査対象と方法:

(1) Finish Institute of Occupational Health の Dr. Timo Leino、Turku Health Office の Dr. Lassi Pakkala、Finnish Association of Occupational Health Nurses (FAOHN) の Ms. Marjatta Peurala 他、数名の産業保健関連の研究者ならびに実践者からの聞き取り調査

(2) 各機関の発行雑誌・書籍等からの調査

2) 調査結果

(1) フィンランドの産業保健システムの特徴

フィンランドでは、後述する労働安全衛生法体系のもとで、事業主が責任を持つ形で、従業員や産業保健サービス機関との緊

密な連携をとりつつ、産業保健活動を展開している。わが国と比べて、法律の細目が決まっておらず、職業関連疾患・事故の予防や、仕事と職場環境の健康と安全の水準の向上、従業員の健康や仕事の能力の維持・改善、職場集団としての機能向上を目指して、一律ではなく各々の職場ニーズに応じた活動が展開されている点が特徴と言える。

フィンランドにおける産業保健スタッフは、産業保健専門職である産業医と産業看護職を中心に、その他、産業保健に関わる研修等を受けた人間工学専門家、理学療法士、心理学者、産業衛生工学者など、多職種の人材が活用されている。実践レベルのみならず、産業保健実践に関わるガイドラインの策定などの施策レベルでも多職種協働が指向されている点も注目し値する。

償還制度が設けられていることも、特徴である。事業主は、従業員のために負担した予防的保健サービス費 (preventive service) と医学的サービス費 (medical service) について、Social Insurance Institution (Kela) に償還請求することができ、認定された費用の約 50% が償還されるしくみになっている。

このような取り組みの成果もあり、フィンランドでは産業保健サービスのカバー率が高いことも特徴と言える。2000年の調査によると、従業員規模 50 人以上の事業場では 97%、10~49 人の事業場では 91%、10 人未満では 64% のカバー率であった。(個人事業主や農業従事者については、カバー率がこの数字より低くなる)

(2) 産業保健サービスの4つの類型とカバー率

フィンランドでは、4つのタイプの産業保健サービスが展開されている。①地方自治体の保健センターモデル、②民間保健医療機関モデル、③企業の中に組織された保健機関（大企業モデル）、あるいは④複数の企業が合同で組織する保健機関（共同出資モデル）の4つである。

2000年の調査によると、1038ヶ所の産業保健サービス提供機関で、175万人の勤労者をカバーしたとされている。そのうち、5万6千人は個人事業主であり、さらにそのうち4万人は農業従事者であった。事業主は雇用者に産業保健サービスを提供する義務があるが、個人事業主の場合は自由意思に任されている。

① 地方自治体保健センターモデル

地方自治体の保健センターの産業保健部門が、主に中小規模事業場や、個人事業主、農業従事者向けに展開している保健サービスで、すべての保健サービスでカバーしている全企業数の61%、従業員数の37%、産業保健サービス提供機関数の31%を占める。(図 I-C1-1)

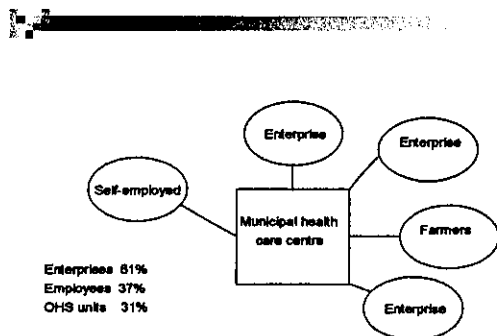


図 I-C1-1 地方自治体保健センターモデル

④ 民間保健医療機関モデル

民間の保健医療機関が提供している産業保健サービスで、対象には規模の大きい企業も含まれる。全企業数の33%、従業員数の32%、産業保健サービス提供機関数の24%を占めている。(図 I-C1-2)

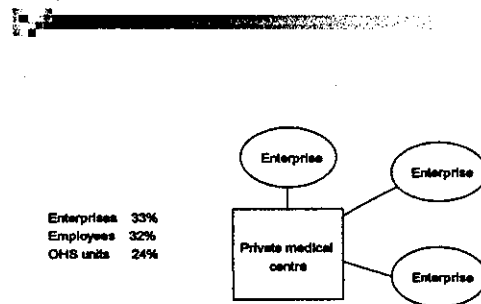


図 I-C1-2 民間保健医療機関モデル

③ 大企業モデル

自力で産業保健部門を組織できる大企業がその子会社などを含めてカバーしているモデルで、全企業数の2%、従業員数の25%、産業保健サービス提供機関数の38%を占めている。(図 I-C1-3)

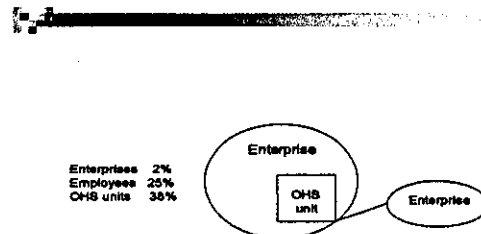


図 I-C1-3 大企業モデル

④ 共同出資モデル（工業団地など）

工業団地などで、複数の企業が共同出資して産業保健部門を組織しているモデルで、全企業数の4%、従業員数の6%、産業保健サービス提供機関数の7%を占めている。

（図 I-C1-4）

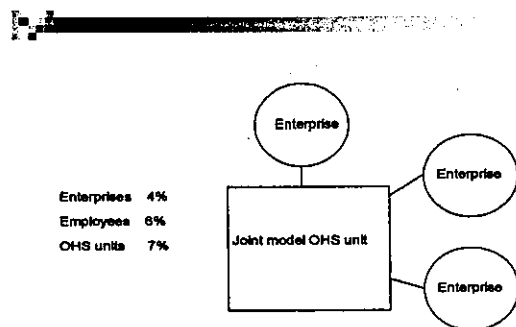


図 I-C1-4 共同出資モデル（工業団地など）

3) 考察

わが国と比べて、大きく異なる点が、地方自治体に産業保健専門のサービス提供部門があることで、特に中小規模事業場や個人事業主向けに低価格で保健サービスを提供することにより、産業保健サービス全体のカバー率を上げていると考えられる。この点に関しては、わが国の今後の中小規模事業場の健康支援システム構築の上で、十分に検討していく必要があると考えている。

産業保健サービス費用に関する償還制度があることも特徴であり、新たに産業保健サービスを導入しようとする事業主にとっては、経済的な負担が少ないことが大きなインセンティブになると思われる。

参考文献

Rauno Pääkkönen, Arto Säämänen: Work environment in Finland-Trends in Health, Safety and Worklife, 2004.

Heikki Niemela and Kari Salminen: Social Security in Finland, 2003.

2. 民間産業保健機関 (private sector) による支援

代表的な民間産業保健機関 (private sector) として、Medivire 社と Mehilainen 社を例に、活動概要を紹介する。

1) 組織

Medivire 社は、1996 年からは国営サービス機関として、2000 年からは民間サービス機関として、保健医療サービスを提供している。11%のシェアを持つ、業界リーダーで、3,400 の事業場と契約しており、そのうち民間企業が6割を占める。利用者数は、年間 18 万 5 千人に達する。34 都市に 52 ヶ所のサービス拠点を有し、医師 186 人と、看護師 246 人、心理士 44 人、理学療法士 71 人、放射線技師と臨床検査技師 27 人、事務職員 107 人、管理職と支援要員 60 名など、総勢 741 人のスタッフを擁する。

Mehilainen 社のサービス拠点は Uusimaa に 15 カ所存在し、医療機関は Turku に 3 カ所と Tampere に 2 カ所存在する。スタッフは医師、看護師とその他のスタッフ (心理士、理学療法士、産業衛生工学士、人間工学者、栄養士、その他) 650 人である。産業保健サービスの利用者は年間 14 万 2 千人である。(その他も含めると年間 100 万人を超える)

2) サービス提供システム

事業主との契約に基づいて、どのようなサービスを展開するか、職場ニーズに基づいて決定する。サービス内容は、preventive service と、medical service に大別される。費用は基本料金として年間労働者一人当たり 73 ユーロ程度であるが、内科、歯科受診等も含む労働者一人当たり 1,200 ユーロというパッケージもある。

3) 事業場とのパートナーシップに基づく産業保健活動のモデル

民間保健サービス機関は、事業場とのパートナーシップを重要視しており、事業場組織内の資源を含めて、現状のアセスメントに基づいて、事業場と協働して産業保健アクションプランを作成している (図 I-C1-5)。

また、サービスの質保証のために、Good Occupational Health Practice の機関内基準やガイドラインを定めたり、スタッフの教育・訓練のプログラムを作成している。

4. 必要とされるサービスとその効果の概要

対象事業場や個人の健康状態に合わせて、必要とされるサービスの内容が異なってくる (図 I-C1-6)。図の左上の方向に示された、組織を対象としたより予防的なサービスが前述の preventive service に当たる。逆に、図の右下の方向に示された、個人を対象としたより治療的なサービスが前述の medical service に当たると、考えられる。

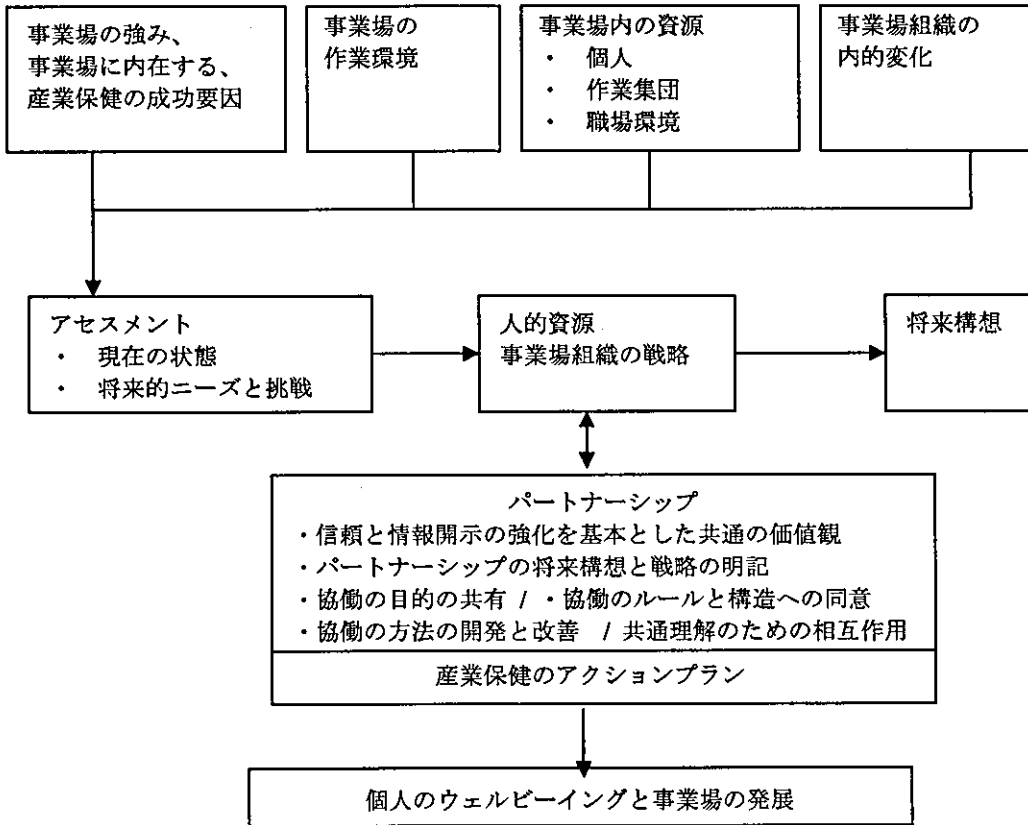


図 I・C1-5 事業場とのパートナーシップに基づく産業保健活動のモデル

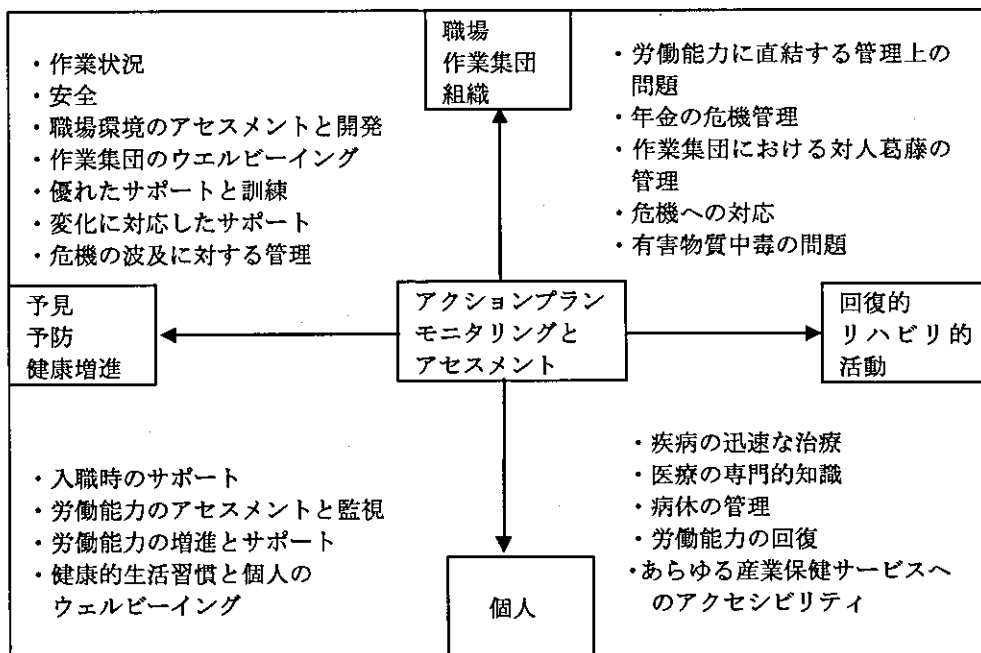


図 I・C1-6 対象の背景に応じて必要とされるサービス

3. 自治体産業保健部門 (municipal sector) による支援

代表的な自治体産業保健部門 (municipal sector) として、Helsinki 市の職員対象の産業保健部門と、Turku 市の産業保健部門を紹介する。

1) Helsinki 市の産業保健部門の概要

(1) 組織

Occupational Health Center は、約 130 人のスタッフで構成されている。

(医師 37 人、看護師 38 人、心理学者 5 人、理学療法士 11 人、臨床検査技士 7 人、放射線技士 2 人、等)

(2) サービス提供システム

Helsinki 市で働く自治体職員約 4 万人のためにサービス提供をしている。労働者 1,100 人当たりスタッフ 1 チームにより提供される。費用は労働者一人当たり 270 ユーロで、予防活動を行うことにより 50%償還される。

(3) 職場介入過程のモデル

職場ニーズに基づいて、多職種間の討議を経て、計画を策定し、介入の実施・評価を行う (図 I-C1-7)。

2) Turku 市の産業保健部門の概要

(1) 組織

Turku 市職員向けの unit と、private company 向けの unit、および船員向けの unit の 3 部局からなり、計約 78 人のスタッフで構成されている。

(医師 24 人、看護師 32 人、理学療法士 7 人、心理士 1 人を含む)

(2) サービス提供システム

Turku 市で働く 1 万 5 千人の職員と、900 社に渡る 1 万 2 千人の民間企業従業員、ならびに 2,000 人の船員に産業保健サービ

スを提供している。

(3) 監査基準

Good Occupational Health Practice の基準に基づいて、内部監査ならびに外部監査を 2000 年に実施した。チーム内で互いに自分たちの監査結果を交換し、比較・共有することにより、今後の組織的な産業保健サービスの質の向上が図れるとしている。

文献

Occupational Health Center, City of Helsinki: Workplace intervention by the occupational health team

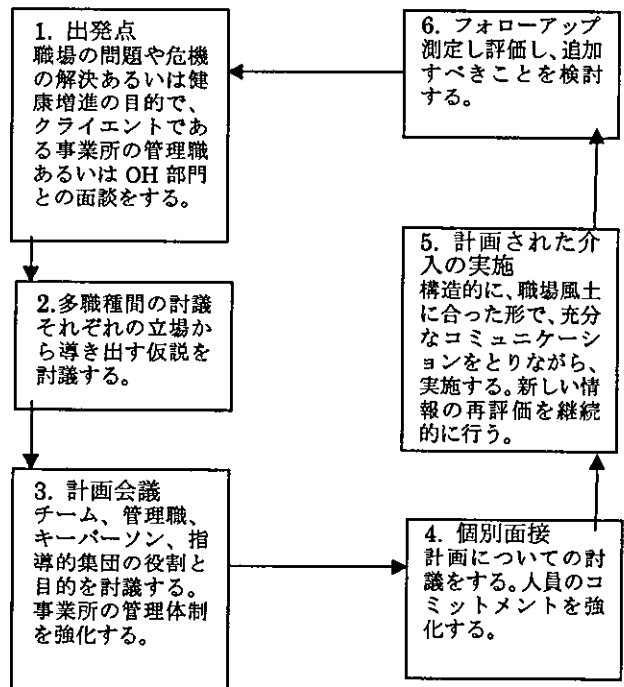


図 I-C1-7 職場介入のプロセスモデル

4. 関連する法律や社会保障制度の概要

1) 労働衛生に関連する主な法律

労働衛生に関連する主な法律として、Occupational Safety and Health Act と New Act on Occupational Health Services がある。この2つの法律について概要を説明する。

(1) Occupational Safety and Health Act
フィンランドの労働安全衛生法 (Occupational Safety and Health Act) は 1958 年に制定され、1999 年、2002 年に修正されている。

以下に法律の構成をまとめる。

① 目的 (Chapter 1 Section 1)

業務起因性のある事故や疾病予防、心身健康への危険防止のみならず、従業員の労働能力をも保証し維持するために労働環境と労働条件を改善すること。

② 本法の適用範囲 (Chapter 1 Section 2~7)

- ・ 一般的適用範囲
- ・ 契約社員への適用
- ・ その他の適用範囲 (見習、実習生等)
- ・ 在宅作業への適用
- ・ 適用範囲の制限 (軍のトレーニング等)

③ 事業主および従業員の一般義務 (Chapter 2 section 8~16)

- ・ 従業員の健康と安全を守る基本的義務
- ・ 労働安全と健康に関するポリシーを掲げる義務
- ・ 職場のリスクをアセスメントし分析する義務
- ・ 危険有害業務につく従業員に適切な対

策を講じる義務

- ・ 作業環境を適切に保つ義務
- ・ 作業を適切に構成する義務
- ・ 従業員へ説明と指導をする義務
- ・ 保護具等を支給する義務
- ・ 事業主の代理者を置く義務

④ 協同 (Chapter 3 Section17)

- ・ 職場の安全を維持、改善するための事業主と従業員の協同と、それぞれの役割

⑤ 従業員の義務と労働拒否権 (Chapter 4 Section 18~23)

- ・ 従業員の基本的義務
- ・ 過誤の回避と報告義務
- ・ 保護具着用 (使用) の義務
- ・ 危険有害業務等の労働拒否権

⑥ より健康的な作業計画と労働環境 (Chapter 5 Section 24~48)

- ・ 生物工学の視点、労働負荷の身体的・精神的・社会的水準の考慮
- 作業具の工夫
- 暴力、ハラスメント、孤立の防止
- 深夜業の管理
- 休暇、休養の取得促進
- ・ 職場環境の構造、機能の考慮
- 換気、音量
- 採光
- 運搬
- 整頓、清潔
- ・ 危険有害物質の考慮
- 埃、煙霧、ガス、蒸気
- 健康に対する有害物質
- 騒音、振動および圧力
- 機械および設備
- リフトおよび輸送作業および職場での移動

機械、設備の定期点検と修繕

- ・ 事故防止、応急処置
指示および通知、指導
応急処置
救急サービスの確保

- ・ 休養室、懇談室等の確保

⑦ その他の規定 (Chapter 6 Section 49～55, Chapter 7 Section 56～62, Chapter 8 Section 63, Chapter 9 Section 64～68)

- ・ 職場組織の特殊な設定
- ・ 事業者以外の特定の者の責任
- ・ 罰則他特別規定

(2) New Act on Occupational Health Services (OHS)

労働衛生サービス (OHS) 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、労働衛生サービス新法で、2002 年に公布された。

① 目的

事業主、従業員、サービス提供者が、以下の項目を達成するための連携を推進することが、本法の目的である。

- ・ 職業関連疾患や事故を予防する。
- ・ 仕事と職場環境の健康と安全の水準を上げる。
- ・ それぞれ異なるキャリアをもつ従業員の、健康、仕事の能力、機能的キャパシティを維持、改善する。
- ・ 職場の集団機能を育成する。

職場と OHS サービス提供機関の緊密な連携が、OHS 活動を通じた成果をもたらすための鍵を握るとしている。

この法律では、OHS は事業場のニーズに基づくプロセスにとらえられ、それぞれのニーズや提案に合わせた異なる活動であると考えられている。そのため OHS の質と結果のフォローアップは、常に改善され続ける必要がある。

② OHS スタッフ

Finland における OHS の専門スタッフは、産業医の認定医師と産業看護職のほか、生物工学者、理学療法士、心理学者、産業衛生学者、建築工学者、農業の専門家、眼科医、歯科医、言語療法士、運動療法士などの人材を含む。

これらのスタッフにより提供される Good Occupational Health Practice (GOHP) の基準が 1997 年に発表されており、根拠に基づいた (Evidence base) 介入や活動でなければならないとされている。

③ 社会保健省

Ministry of Social Affairs and Health (社会保健省) は、労働安全ばかりでなく産業保健サービスシステムに関しても監督、指導する役割をもつ。社会保健省には OHS に関する諮問委員会があり、社会的パートナー (企業)、政府、OHS 提供者、Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) から構成される。OHS は、実施前に全てのサービスシステムについて、この諮問委員会において討議される。

④ OHS の提供システムと内容

Finland では、事業主は必ず従業員に OHS を提供しなければならないが、被雇用者のいない事業所や商店、農林漁業、一人親方建設労働者等は、自由意思による。OHS は、自治体等公営の保健機関、民営の医療機関、企業の中に組織された保健機関、あるいは複数の企業が合同で組織する保健機関、のいずれから提供される。民営の医療機関のみ営利があるが、他はない。2000 年の調査結果では、OHS が提供されている従業員は 85%であり、OHS の提供を行っていない所は、いずれも従業員数 10 人未満の事業所であった。

OHS の内容は、以下の通りである。まず、繰り返し行う職場調査を通して、従業員の健康度および仕事と職場環境の安全性をアセスメントし、仕事関連の健康リスクや問題を評価および監視する。これを基に OHS スタッフが健康で安全な職場環境づくりのための活動を提案する。この活動は必ず従業員のニーズに合わせなければならない。OHS はまた、情報提供や、他の保健・福祉サービスとの連携、従業員の労働能力を維持し高めるための計画や組織化への援助、OHS の活動効果の評価および監視も求められている。

参考文献

Rauno Pääkkönen, Arto Säämänen: Work environment in Finland-Trends in Health, Safety and Worklife, 2004.

2) 関連する社会保障制度 <医療保険、労災保険、雇用保険、年金制度>

(1) 方法

フィンランドの医療保険・社会保障制度について、同国政府が発行する同制度の報告書及び同国の他の諸制度、他の北欧諸国の制度に関する報告書を基に調査を行った。

(2) 結果

フィンランドは他の北欧諸国と同様、高い社会福祉制度を持つ国として知られている。

同国在日本大使館のホームページによれば、同国の社会保障制度の基本的な要素として、

- ・社会と健康に関する予防的な政策
- ・社会と健康管理のサービス
- ・社会保険

を挙げる。主なねらいには「基本的な保障と収入に基づく給付の包括的なシステムを提供することにより、国民の収入を保護する」ことを掲げ、目的として「あらゆる損害状況においても無理のない消費を保証する」としている。総合的な社会保健サービスはフィンランドの社会保障制度の重要な要素である。同国の医療制度、社会保障制度として、労災保険、雇用保険、年金制度について次に述べる。

またフィンランドの社会保障費は、国、地方自治体の税金、雇用者及び利用者個人の負担により賄われている。

① 医療制度

フィンランドの医療保険は居住地、経済状況に関係なく全ての国民を対象とし、保

健・医療双方をカバーする。このサービスは公的セクターである国と地方自治体が主管し、財源は税収入による。医療保険にかかる総コストは、2001年現在、社会関連の負担額の約27%、95億ユーロ（約1兆2800億円）である。

プライマリヘルスケア法では、全国均等の予防を目的としたヘルスケアを提供している。

所得による医療格差を無くすことを目的に全国各地に公営病院が整備されている。公営病院とは別途に民間の医療機関も南フィンランドを中心に存在する。これらにはかかりつけの内科医、歯科医が多い。産業保健の分野での活用が目立っている。国民の28%が民間かかりつけ内科医にかかる費用の償還払いを受けている。

医療保険制度は全ての医薬品及び医療の為の移送をカバーしている。疾病保険は、民間の医療機関、かかりつけ内科医、歯科医での検査、治療費の償還払いに対応している。

疾病保険は、医療費の一定額を同保険により負担し、残額を個人の負担とする。民間医療機関での検査の場合、75%が同保険により償還払いされる。かかりつけ内科医により処方された医薬品の場合、ある一定額の個人負担額を超えた額も同保険により償還払いされる。同保険では歯科治療費も検査及び治療費の60%までが償還払いの対象となる。

産業保健制度の分野は、産業ヘルスケア法により制度化されている。同法では、経営者、自営業者、その他の個人事業者の産業保健及びその他のヘルスケアの関する費

用の償還払いも行っている。職場での産業保健活動についても、国民年金局が対象と定めた費用の50%が償還払いされる。産業保健の専門家を招聘した場合にもその費用の60%が償還の対象となる。現在、産業保健制度により全国の80%の勤労者（約160万人）が、30%の農業従事者、20%の起業家がカバーされている。

2000年の統計では同国の産業保健にかかる費用の総計は2億9100万ユーロ（約392億円）であり、このうち1億2900万ユーロ（約174億円）が企業側に償還払いされている。

② 労災保険

フィンランドでは勤労者向けの補償保険制度が全ての勤労者、自営農業従事者をカバーしている。これには労働災害、通勤災害だけでなく、労働による疾病も対象となる。保険金の負担は、通常の勤労者の場合、雇用主であり、自営農業従事者の場合は、自分自身と国が負担をする。災害に伴う医療費と、就業できなかった期間の所得が給付の対象となる。就労が不可能となった場合は、障害者年金に移行する。その場合の所得補償の給付額は所得の85%であり、65歳を過ぎると70%となる。

同国の勤労者向け障害者年金と所得補償は、民間の保険会社により事務手続きが行われている。

③ 失業保険

失業時に対応する制度として、失業手当、労働市場補助金、失業年金がある。失業手当の給付額は、所得比例型手当か、基礎手当のいずれかである。これらはフィンランド国民年金局により運営されている。

失業手当のうち、基礎手当は、対象となるのは、17～64歳のフィンランド人だけでなく、フィンランド在住のEU諸国及び欧州経済領域の国民も含まれる。週のうち5日が失業手当支払対象であり、最高500日間支払われる。失業手当給付期間終了後は、労働市場補助金より失業手当と同額が給付される。2002年末時点では187,100人が給付を受け、平均給付額は月額507ユーロ（約68500円：1ユーロ：135円で換算）である。

失業保険のうち所得比例型手当は、給付希望者が勤労期間等の給付条件にあった場合に基礎手当とともに、失業直前の所得に応じた手当が給付される。2002年末時点では136,200人が給付を受け、平均給付額は920ユーロ（約124,200円）である。

④ 年金制度

フィンランドの年金制度は、国民年金制度と所得関連年金制度の2種類がある。これらの制度により、フィンランド在住者の高齢者、就業困難者、長期失業者、遺族などがカバーされる。2002年末現在、人口の24%、132万人が年金受領者となっている。平均受給額は月額1040ユーロ（約14万円）である。

所得関連年金制度は、18～68歳までの給与所得により年金が計算される。退職による年金は62～68歳の間で柔軟に設定される。63歳が退職者向けの年金制度設計上の開始年齢である。老齢年金は早期年金給付に関しては、62歳までは年7.2%の割引になる。逆に68歳まで支給開始を延ばした場合、通常支給額の4.8%が加算される。

年金は、18歳～52歳までの年間給与所得の1.5%、53歳～63歳までの1.9%である。

63歳～68歳までの4.5%で計算され、徴収される。

今後、年金対象者人数は急激に膨らんでいくだろう。退職者向けの年金は2013年には給与所得の7.5%を徴収する必要が出てくるといわれる。

⑤ 所得保険

疾病制度の下に、所得保険がある。16歳～64歳で疾病により勤労が不可能な場合、疾病手当が所得額に応じて給付される。所得がない者にたいしては日額11ユーロ（約1500円）が支給され、少額・中額所得者の場合、所得の70%がカバーされる。疾病保険の支給期間は最大300日である。

(3) 考察

フィンランドの社会保障制度も、わが国同様、国民の高齢化による年金生活者の増加、医療費高騰のため、国家や企業の財政に大きな影響を与えている。社会保健サービスの水準を維持し続けながら、国家や企業の負担を抑えるために、費用の償還制度を活用する点は今後わが国でも検討できるシステムであろう。

参考文献

Heikki Niemela and Kari Salminen:
Social Security in Finland, 2003.

在日本フィンランド大使館ホームページ
<http://www.finland.or.jp/ja/>

外務省ホームページ：各国情勢

フィンランド共和国

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/>

藤井威、スウェーデン・スペシャル I：

高福祉高負担政策の背景と現状、株式会社
新評論

I-C2

FIOHにおける中小規模事業場への支援プログラム

1. FIOHの概要

1) 設立

Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) は、1945年に労働衛生分野の研究を担う専門機関として設立され、1978年には社会保健省の元に国立化された。労働衛生分野におけるILOやWHOとの専門的協働機関でもある。

2) 組織

中央研究所（疫学・生物統計部、生理部、物理部、心理部、産業毒性・衛生部、産業医学部、産業安全部、労働衛生サービスに関する調査開発部、管理部、総合部、情報サービスセンター、定期刊行物労働安全衛生、訓練センター）と6つの地区研究所（Kuopio地区研究所、Lappeenranta地区研究所、Oulu地区研究所、Tampere地区研究所、Turku地区研究所、Uusimaa地区研究所）で組織されている。職員数は、約600名（含むプロジェクト職員約200名）である。

3) 活動目的

労働衛生と労働能力の向上、労働環境の改善、労働組織の機能改善を目的として、研究および研修、出版などの事業を行う。

4) 基本機能

産業保健関連の施策・法制度の構築に対する科学的基盤の提供、研究、専門的サービス、

訓練、情報の普及

5) 財政

2004年の総予算は、約63,500,000ユーロである。その内訳は、60%が国家予算、40%が研究所の活動収入になっている。

6) 行動計画

社会とヘルスケア労働の変化、情報社会における労働の人的側面、労働安全活動の支援、若者と労働、労働環境2005、労働の変化・柔軟な解決策・健康、労働生活のバランスなどの分野にわたる行動計画を策定している。

文献

「Finnish Institute of Occupational Health」(機関案内の小冊子)

2. FIOH Small Workplace Action Program (MWA)

1) 概要

FIOH Small Workplace Action Program 1995-2000 は、小規模企業(従業員 10 人未満) 1,000 ヶ所、労働者 25,000 人、労働衛生サービス機関 200 ヶ所の参加で、1995~2000 年に行われた。

健康増進におけるフィンランドのコンセプト:「労働能力の維持 (Maintenance of Work Ability; MWA)」をめざして、社会保健省の要請により、労働衛生サービス機関の協力のもとに、企業の安全衛生施策の推進、および事業場内の組織的・人的資源の融合促進を図った。

2) 労働能力維持への行動

(1) 対象

労働能力維持への協力は、専門的技術を核に、労働と労働環境、労働者、労働社会から構成される。

(2) 効果

良質な労働とその他の能力、良質な労働社会、労働と経過の管理

(3) 利益

健康増進と QOL 向上、労働社会が個人から成り立つチームとして機能を果たす技術と希望を得る、より高い満足、より良い質、企業の生産性と競争力の増大

3) 労働能力活動例

- ・職場でより多く議論された事項
- ・専門技術の向上
- ・労働者が自己の労働力と経過を分析、促進

- ・管理実践とチームワークの発展
- ・作業研修と産業ガイドブックの手配
- ・作業環境の発展
- ・適当なツールの入手
- ・労働安全の確保
- ・身体的な健康の確保
- ・治療とリハビリへ労働者の紹介

4) MWA の主要素

- ・管理者と被雇用者の直接的な協力がある
- ・プロセスが継続的でゴールへ方向付けられており計画的である
- ・活動が職場のニーズに基づいている
- ・プロセスが相互作用であり、職場で全員に提供されている
- ・フォローアップ、評価、修正行動が継続的である

5) 重要性

- ・1990 年 MWA における労働市場組織の協約—労働の場における雇用主、従業員、共同事業体による活動は、共同でキャリアの全段階で労働能力と職務能力を、全ての労働者を推進、支援する。
- ・1987 年労働安全法
- ・2002 年新労働衛生法

6) 小規模職場の労働能力の促進と障害防止

1996 年に、第一次調査を従業員 10,360 人と雇用主 343 人に行った。1996~1997 年に、その結果をフィードバックし、展開・訓練プロジェクトを基盤とする企業介入。1998 年に、従業員 9,983 人と雇用主 304 人を対象に、第二次調査を行った。

7) 中小規模事業場プログラムー労働能力促進の経済評価

(1) 介入調査プロセス

1998年に従業員2,104名、雇用者39名を対象に第一次調査を行った。その結果に基づくMWA活動を、1999～2000年に展開・訓練プロジェクトを基盤とする98企業を対象に行った。各企業の活動領域は、人間工学(参加、不参加)が22企業、労働安全が5企業、労働衛生(化学、物理学)が19企業、労働社会と組織が22企業、専門能力(訓練数)30企業であった。その後、2000年に従業員2,248名、雇用者39名を対象に第二次調査を行った。最終的に、2001年にROE(Return of Equity)を公式に発表した。

(2) 目的・方法

これらの目的は、MWA活動の経済効果の評価(MWA活動の潜在利益の大きさの推定、MWA活動とROE2001の関係の発見)であり、そのうち、MWA活動の潜在利益の大きさの推定は生産性モデル(潜在的)を、MWA活動とROE2001の関係にはSpearman相関を用いた。

(3) 結果

① MWA活動の潜在利益の大きさ

a. 開始時：予測ー病欠日数の減少による潜在利益→結果ー被雇用者一人一年当たり950～2,394ユーロ

b. 終了時：短期費用利益が被雇用者一人一年当たり62～2,928ユーロ

② MWA活動とROEの関係

a. 人間工学上の投資は短期の生産性に一番の利益をもたらすー企業でのROEと具体的な変化との相関係数は0.28であった($p < 0.0001$)

b. 個人の専門能力向上(訓練数)とROE

とでは関連が見られなかった。

③ 小規模事業場の結果

小規模事業場165ヶ所を対象に実施した経済評価の結果、「労働能力を支援する活動」は、「個人の労働能力(労働能力インデックスによる測定)」を増強し、さらに“精神的な労働能力”、“退職に向けた心構え”、“身体的労働能力”により、「生産収益性(定例決算報告)」を増強した。また、「労働能力を支援する活動」は、“職務技術”、“社会的精神”、“管理”により、「生産収益性(定例決算報告)」も増強した。「生産収益性(定例決算報告)」には、他要因も影響すると考える。

(4) 結論

- ・ 国家労働能力バロメーター2001：企業経営陣の93%は職場でのMWA活動の費用利益を強く信じている
- ・ 人間工学への投資は、企業へ短期間の生産性において最も利益をもたらす
- ・ 労働者の能力への投資は、最も個人的な利益(給与)をもたらす

8) 結論

(1) 将来展望

新世紀を迎え小規模事業場が直面する課題

- ・ 労働衛生サービスの構造上、細分化された労働生活の影響
- ・ 高齢労働者の健康と労働能力
- ・ 若年労働者の労働衛生
- ・ 精神的ストレスの管理
- ・ 職場社会の発展
- ・ 知能集中作業に伴う問題
- ・ 世界規模の環境操作における労働安全衛生を高いレベルで維持

- ・新規の生物学的・化学的・物理的リスク
- ・事務軽作業の人間工学、筋骨格障害、移民者の労働衛生
- ・職場の攪乱物質に関わる問題
- ・労働能力、職務満足、かなり多くの領域に適用する職場の健康増進

(2) 提言

職場の健康増進は、広義に理解されるべきである。全ての活動やアセスメントは個人の健康、労働社会と労働環境が機能すること、および個人の技能に照準を合わせるべきである。事業場は、職場の健康増進に投資すべきである。最終的には、そのことが、個人の技能と健康を高め、必然的にビジネスをより有益にするのに役立つ。

提言内容は、1,000近い事業場と200の労働衛生機関サービス機関の協力により5年間に得られた経験を基盤にしている。

① 小規模事業場に対して

- a. 事業場の促進活動は、柔軟な状態で長期間の基礎の上に十分に重点的に扱うべきである。加えて、経過は定期的に調査すべきである。
- b. 活動は文書化すべきである。記録は、対象、方法、予定表、経過、資源、監督者について記述されるべきである。
- c. 活動対象は、具体的で適当なものであるべきである。事業場に生ずる変化に合致させるために、適否を定期的にチェックすべきである。
- d. 参加と相互作用はうまく促進する秘訣である。全関係者（経営陣、スタッフ、労働安全衛生と職場の健康増進の責任がある集団）は、計画段階から活動に加わるべきである。

e. 経営陣とスタッフはともに、活動対象がニーズに合致するよう十分に意思表明をすべきである。経営陣は、必要な資源を供給するために十分な準備をすべきである。

f. 優先順位を設けることは必要である：健康と安全は、最初に確かな基盤の上に備えられるべきであり、促進プロジェクトの数が限られていても、同時に進行すべきである。促進プロジェクトのない場合は、主要な組織化を経た事業場で開始すべきである。

g. 30人以上のスタッフのいる事業場では、活動を支援し、より効果的に監視するために個人会計を利用すべきである。

② 労働衛生サービス提供者に対して

- a. 労働衛生機関の提供者が職場の健康増進の幅広い分野で貢献するには、職場活動やビジネスのあらゆる側面に精通していなければならない。
- b. 労働衛生機関は多くの領域（医師、看護師、理学療法士等）の人々を含み、他の専門家とネットワークを形成すべきである。完全な使用は、様々な情報ネットワークで入手可能な情報を活用すべきである。
- c. 労働衛生機関は、予防基準に特に関心を向けるべきである。焦点は、個人の健康チェックから集団全体の健康の増進へ移行すべきである。
- d. 労働衛生機関の代表者は、事業場を定期的に少なくとも年一回は訪問すべきである。事業場と共同で準備した行動プランもあるべきである。
- e. 労働衛生機関の広範囲に渡るノウハウと幅広い作業範囲は、より行動的に市場に

売り込まれるべきである。

f. 労働衛生機関は、事業場と共同で職場での健康増進活動の定期的なアセスメントを実施すべきである。労働衛生機関は、活動の開始に寄与し、その後の進捗が成功するように見守るべきである。

g. 労働衛生機関は、スタッフメンバーの健康と労働能力についての情報を提供し、労働社会や職場の安全を機能させることで個人会計に貢献し得る。

③ 公共機関に対して

a. 労働安全衛生の焦点を予防活動に移行するために、KELA（フィンランド社会保険研究所）からの報酬として経済刺激と低い保険料と活動を開始するための補助金を供給すべきである。

b. 焦点は個人を対象にした活動から事業場レベルの活動へ移行すべきである。必要ならば、追加の資源を予防活動に割り当てるべきである。

c. 労働安全衛生機関の供給者との協力がより効果的な基礎の上になされるべきである。

9) 考察

このプログラムは、フィンランドの小規模事業場労働者の半数に該当する規模で、労働衛生における様々な側面から健康増進のコンセプトである労働能力の維持を促進する目的で行われた。フィンランドでは、労働衛生における中小規模事業場への支援の取り組みが行われており、中小規模事業場における労働衛生への関心の高さ、そして、労働衛生サービス機関等における中小規模事業場への関心の高さが伺えた。また、中小規模事

業場は労働衛生サービス機関と契約し、労働衛生推進のための組織づくりやネットワークづくりを行っている。このプログラムはそのような基盤を活かし、さらに有効なシステムづくりとそれに対する評価を模索していた。

健康増進のコンセプト「労働能力の維持」は、フィンランドの労働社会が抱える高齢化等の問題から導き出されたものであるが、健康と労働を直結させ、労働における個人・職場・社会とその支援を広範囲に要素として取り込んだ概念が示されている。労働における個人や職場の健康増進を図るために関わる要素を明示することで、各要素の強化の必要性が示唆されている。日本では、中小規模事業場での労働衛生活動は活発であるとは言えず、また支援システムの整備も未だ充分でないが、今後、それを改善し発展させていく上で、フィンランドのMWAの考え方や活動は参考になるものと考えられる。

また、プログラムの結果から導き出された小規模事業場・労働衛生サービス機関・公共機関に対する示唆には、労働衛生に関わる組織が各々の役割を更に有効に担うために必要な活動の方向性が示され、それを遂行することで相互作用の高まりを期待できることが予想される。

経済評価については、更に検討が必要ではあるが、グローバル化・競争化が進展する中、労働衛生分野においても事業場や労働者の経済的効果を評価する試みは、今後ますます需要が高まるものと考えられる。

参考資料

1) Bergström, M. :FIOH Small Workplace