

(11) 労働衛生サービス (OHS) に関連する利害関係者：Ministry of Health、Labour and Social Affairs、Lander Governments、強制災害保険 (Statutory Accident Insurance)、National Chamber of Physicians: Association of Occupational Physicians、大学医学部、企業、労働者の代表、安全専門家

(12) 各国での国家/地域レベルで労働衛生サービス (OHS) あるいは OHS の品質管理を扱う定期的な委員会、会合、ワークグループの存在：Joint Group of the Federal Ministry of Labour and Social Affairs、労働災害保険基金、労働衛生および安全管理システムのソーシャルパートナー、Association for Quality Assurance in OHS (労働監督署による)、ソーシャルパートナー、Federation of German Company and Factory Doctors

(13) 労働衛生サービスに係る資金調達：国による社会保障システム (法定の災害保険)

(14) 労働衛生サービスの経費根拠を、企業に対しどのように決定しているか：基礎的なリスクの可能性に応じて 0.1~1.2 時間/被保険者が必要; 保険会社によっては中小企業向けの特別な規則がある。

(15) 労働衛生サービスの多職種の機能：法的規定なし。医師および産業安全アドバイザー

(16) 労働衛生サービスの品質管理に適用されている規定：OHS システムは、一部国家レベル、一部地方レベルの法律に基づいている。品質管理プロセスは、作業効率と基準に基づく結果について評価される。評価は Professional Association of Occupational Health Physicians によって行われる (自発的な自己管理)。安全専門家サービスの提供者の品質保証システムは 1997 年から実施されている。

(17) 労働衛生サービスにおける品質管理展開のための手法と時間枠：OHS 報告書が 3 ヶ月毎に作成され、Ministries of Labour and Health に提出されている。品質管理プロセスは、基準

に従い仕事と結果の効率について評価される。

評価は Chamber of Medical Doctors が実施する (自発的な自己管理)。安全専門サービスの提供者のための品質保証システムが、1997 年以降運営されている。Professional Association of Occupational Health Physicians は、品質管理の基礎を自発的な発展においている。将来的には品質管理の認定義務につながる可能性もある。

(18) 労働衛生サービス (OHS) の国のシステムにおいて、品質管理活動の協調に責任ある関係機関：National Chamber of Physicians、産業医、産業医の専門家協会、専門職の自発的自己管理のみ

(19) インプット、プロセス、アウトプット、および結果指標を使用する労働衛生サービスシステムの評価：なし; 近い将来に評価を実施予定。

(20) 職域の健康増進の概念、職域の健康増進の内容、職域の健康増進の労働衛生サービス

(OHS) における役割：省庁：WHP は心理社会的な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が、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、産業医による考査と聞き取り、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。

(21) 集団の健康に対する労働衛生サービス (OHS) の影響：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。

(22) 労働者の影響に関連し、労働衛生サービス (OHS) の効果の制限要因：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。

（23）労働衛生（産業保健）サービスの適用率：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が、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が、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。

（24）労働衛生（産業保健）サービスの利用：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：法律と規制があるが、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。

（25）労働衛生（産業保健）サービスの公平性：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が、1/3のサービスは許容できないレベルである。

（26）労働衛生（産業保健）サービスに対する顧客／クライアントのニーズ指向：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ける必要がある。労働組合：ニーズは十分に考慮されていない。従業員の健康は考慮されているが、予防ケアは改善の必要がある。保険：顧客とクライアントのニーズへの関心を高める必要がある。専門家組織：OHSの大部分は法律の要件を満たす方へ向いている。企業はOHSから更にサービスを求めるか、OHSから得られる利益の可能性をもっと認識する必要がある。

（27）労働衛生（産業保健）サービスの注力点：地方自治体：個人保護には十分に対応している。予防活動の系統的なフォローアップがない。労働組合：OHSは一次予防に力を多く入れる必要がある。保険：予防活動は、中小企業よりも大企業で十分に行われている。専門家組織：予防活動は、年配の医師よりも若手の医師の方が多く取り上げている。この発展は教育に関連している。

（28）労働衛生（産業保健）サービスの労働者の健康と労働能力および企業の生産性に対する効果：地方自治体：大企業のOHSは有効で、生産性が上がっている。労働組合：大体において関連性はあるが、現在のところ研究は行われていない。保険：OHSは、他の要因と比較して生産性には非常に限られた影響しか持っていない。専門家組織：優れたOHSのみが、障害のない労働条件（仕事の配置、身体障害者の再配置、向上した環境）で生産性の向上を提供できる。

（29）労働衛生（産業保健）専門職の倫理基準：地方自治体：大企業では再組織化と変更の実施は容易であるが、中小企業では、個々の従業員記録の機密保持に影響を与える可能性は非常に低い。労働組合：一般的な倫理基準は尊重するべきであり、衛生は社会共通の目標であるべきである。保険：倫理は経済的要因と重なっている。実際に問題があるわけではない。専門家組織：医師の倫理基準は尊重されている。

（30）労働衛生（産業保健）サービスのコスト効果とコスト効率：地方自治体：大企業は効果的で効率的なOHSユニットを持っている。労働組合：OHSにおける状況、安全性、OHSの影響は評価が困難である。結果は問題が解決されて何年かしてから現れると思われる。保険：競争により価格が低下し、雇用者は価格低下を助長している。OHSによる利益の知識は雇用者の決定に非常に重要である。低価格では高品質の保証はないが、固定価格でも同じであ

る。

（31）労働衛生（産業保健）専門職の技能（能力）：地方自治体：OHSセンターの医師は資格を持っているが、様々な医師がOHSで働いている。OHSや職場に対する全体的な取り組みがない医師もいる。労働組合：産業医のカリキュラムは、新たな労働市場状況の求めに応じて変更する必要がある。保険：能力が資格と関連しているとは限らない。専門家組織：能力は一般に、専門職の年齢によって差がある。

（32）労働衛生（産業保健）専門職の満足度：地方自治体：様々な意見があるが、予防に携わる産業医は治療ケアと比較してあまり尊重されていない。他の医療分野と比較して産業医学には女性が多い。産業医は、専門領域と労働領域の幾つかのポジションの間でバランスをとる必要がある。労働組合：卒業直後および若手の専門家は満足しており、専門職に力を入れている。年配の専門家はOHSのもっと広い面を見るべきである。保険：労働衛生専門職は、企業での職務を遂行するためにさらに時間を必要とする。専門家組織：一般的に言えば、産業医は熱心で、労働衛生専門職の中で尊重され価値を認められているが、他の医師は情報がないため産業医の仕事の評価していない。

英国

災害状況から見た英国の施策の動向

災害状況の傾向は、英国の施策の動向をうかがわせる。第一に、公衆災害の増加。2000/2001年には就業者よりも多い約500人の死亡災害があったと報告されている。英国の近年の法令や施策が、公衆をも含んだ社会全体の安全衛生の確保を目指すものになってきている。

死亡災害は減少傾向にあるものの、職業性疾病が依然として高水準にあり、減少の兆しを見せないことから、近年では労働衛生に施策の重点が移ってきている。規模別の統計は発表されていませんが、自営業者の災害件数が増加傾向

にあることでもあり、また英国の中小零細企業比率の高さから、中小零細企業対策をきわめて重視している。

職業性疾病については、約200万人が職業性疾病を有している。（1995年）内訳は「筋骨格系障害」：120万人、「ストレスや精神的障害」：279,000人、「呼吸器疾患」：202,000人、「聴力疾患」：170,000人、「皮膚疾患」：66,000人。職業性疾病で死亡者が発生する程度が最も高い疾病として、アスベスト（石綿）があり、アスベストによる死亡者は1,500人を越えるレベルに上っている。なお、職業性疾病の専門家による他の推計値では、新規の疾病は2000/2001年に、筋骨格系傷害7,800人、皮膚病3,900人、ストレス等6,600人等となっている。

なお、英国の労働災害の報告義務は、「障害、疾病及び危険事故報告規則 RIDDOR95 (Reporting of Injuries, Disease and Dangerous Occurrences Regulation95) [1995年;改訂]」で定められている。

産業保健規則の流れ

HSE(Health & Safety Executive)は検討報告で、「いかなる個人も職業従事により疾病に罹患しないこと」を目標としており、これは範囲が狭すぎるとの批判があり、他の委員会メンバーは以下の7つの産業保健の重点戦略を提起している。産業保健が産業活動において、（1）システム、（2）目標と優先順位、（3）適切なアドバイス、（4）情報、（5）訓練と教育、（6）効果、（7）参加の確保が実現することである。目標とは「状況に応じて最善の改善がなされることにより、危険要因への曝露を減らし、不健康状態の総体的減少を達成する」こととしている。

1972年に労働安全衛生の法規の仕組みを、自主的なシステムに切り替えた。要点は下記の「ローベンス報告をもとに成立した労働安全衛生法の特徴」に示したものである。

ローベンス報告をもとに成立した労働安全衛生法の特徴

1. 職場における人々の健康、安全および福祉を確保すること
2. 生産活動に伴う危険に対して、職場以外の人々の安全衛生を防護すること
3. 爆発物、高可燃物等の保有および使用を規制すること、かつ、違法にこれらの物質の取得、保有および使用を幅広く阻止すること
4. 工場、事務所、商店等から、有害および不快物質の放出を規制すること

義務の範囲—So far as is reasonably practicable 合理的に実施可能な範囲で

労働安全衛生管理規則とEU枠組み指令の取り入れ、特にリスクアセスメント

労働安全衛生管理規則（Management of Health and Safety at Work Regulation 1992: MHSW）は、EUの枠組み指令をイギリス国内に取り入れることを目的として、1992年に制定。EU枠組み指令の取り入れが法律ではなく規則であることがイギリス的などころである。労働安全衛生管理規則は安全衛生委員会HSC、安全衛生庁HSEが最も重要視している規則である。リーフレット「リスクアセスメントへの五つのステップ」が広く流布されている。

自主対応型の特徴としての実施準則（Code of Practice）

実施準則は、文字通り実務の具体的な実施基準を定めたものであるが、労働安全衛生法上は、行政府が定めるものだけでなく、極端に言えば誰でも作成することのできる自主基準となっている。実際には、業種別団体などの実績や権威のある機関が作成している業界基準などを、特に所管大臣の承認のもとにHSC（安全衛生委員会）個別に認証し、認証実施準則（Approved Code of Practice）と呼ばれるものがほとんど。この認証実施準則こそ自主対応型の制度の特徴といえる。

国家的な損失費用と安全衛生に対する関心

英国では、労働災害による損失費用に敏感。

HSE（安全衛生庁）は、毎年労働災害による国全体の損失費用や損失労働日数などを推計して公表している。これによれば、労働災害・職業性疾病による損失費用は、毎年、国内総生産の2.5%、額にして約18億ポンドと巨額な数値になっている。企業の営業利益に対して8%にも相当する、と発表されている。

英国における産業保健サービス提供の型

- ・ 防衛（軍事）医療サービス：Defence Medical Services
- ・ 企業（組織）内産業保健サービス：In-house Service
- ・ 国家健康システムによる産業保健サービス：National Health Service (NHS)
- ・ 集団産業保健サービス及び独立産業保健サービス提供機関：Group etc. services & Independent private provider
- ・ 企業間提携産業保健サービス：Intercompany arrangement
- ・ 特定機能機関による産業保健サービス：Sector specific initiatives
- ・ 地域医療機関による産業保健サービス：Primary care
- ・ 地域の関連行政機関：Local authorities

英国では、企業規模によって産業保健専門職の利用は異なり、大企業では68%が利用しているが、25人未満の企業では5%にとどまっている。私的企業では製造業における利用割合が1

4%と最も高い。

産業保健専門職による労働者に対する産業保健サービス包含割合

	全体	私企業	公的機関
労働者数	2,170万人	1,590万人	580万人
全産業保健専門職	53%	36%	98%
医師（専従・パート）	34%	20%	72%
看護師（専従・パート）	35%	14%	86%
地域医師・看護師	18%	13%	31%
産業衛生士	13%	6%	30%
他の産業保健専門職 （コンサルタントなど）	15%	6%	40%
ファーストエイドのみ	18%	24%	2%
責任者のみ	1%	1%	>0.5%
全くサービスなし	28%	39%	—

主要な労働安全衛生対策—現下の課題—安全衛生戦略

- ・安全衛生違反に対する厳格な刑罰の促進を図るとして、対象の拡大や罰金の増額とともに、出来高に応じた罰金・賞与の禁止や管理層の業務停止などの新たな刑罰手段を検討する
- ・管理者の行動規範を作成して、安全衛生責任者の任務を協力にする。
- ・中小零細企業に対し、的をしばった補助金や支援サービス、ガイドンスを強化する。
- ・公務部門での安全衛生管理を改善するため、政府免除（Crown Immunity）を廃止する。

・安全衛生パフォーマンスの優良な企業を不良な企業の出費で表彰する。

・企業が安全衛生を改善したときの経費節減効果の「早見表」を作成する。

安全衛生団体の組織

イギリス安全衛生評議会（The British Safety Council 略称：BSC）

王立災害防止協会（The Royal Society for the Prevention of Accidents 略称：RoSPA）

イギリス規格協会（British Standards Institute 略称：BSI）

表 英国安全衛生関係規則一覧

分類	規則名	備考
1992年の「6パック」 —EUの基本的指令の取り入れ	労働安全衛生管理規則 1999	EU 枠組み指令の取り入れ 1992年制定の規則を改正
	機器の安全な使用に関する規則 1998	89/655/EEC の取り入れ 1992年制定の規則を改正
	手道具操作規則 1992	90/269/EEC の取り入れ
	作業場(安全衛生福祉)規則 1992	89/654/EEC の取り入れ
	個人保護具規則 1992	89/686/EEC の取り入れ

	安全衛生(ディスプレイ・スクリーン機器)規則 1992	90/270/EEC の取り入れ
応急手当	安全衛生(応急手当)規則 1981	
リフト	リフト操作及びリフト装置規則 1981	
騒音	騒音規則 1989	
電気	電気規則 1989	
情報提供	雇用労働者安全衛生情報規則 1989	
安全標識	安全衛生標識規則 1996	
有害物質・化学 物質	健康有害物質規則 2000	1994 年の規則を改正
	化学物質(ハザード情報及び供給用包装) 規則 2000	1994 年の規則を改正
アスベスト	アスベスト(認可)規則 1998	
	アスベスト管理規則 1998	
鉛	鉛管理規則 1998	
建設業	建設業(設計及び管理)規則 1994	92/57/EEC の取り入れ
	建設業(安全衛生福祉)規則 1996	92/57/EEC の取り入れ
ガス	ガス安全(取り付け及び使用)規則 1994	
大規模災害	大規模災害危険管理規則 1999	
鉄道	鉄道(安全問題)規則 2000	
放射線	放射線(緊急対応と情報提供)規則 2001	
災害報告	障害、疾病及び危険事故報告規則 1995	1985 年の規則を改正

中災防国際安全衛生センターHP <http://www.jicosh.gr/japanese/index.html>

共通調査項目について

(1) 基本法規など: Health and Safety Act (安全衛生法、1974) および Management of Health and Safety at Work Regs (労働安全衛生規則、1999)、Safety representatives and Safety Committees Regulations (安全性代表者および安全性委員会規則、1978)、Consultation with Employees Regulations (従業員との協議規則、1995)

(2) 労働衛生サービスの目的と特性: 労働安全衛生マネジメントシステム相当

(3) 労働衛生サービス(OHS)について法律で規定されている目的: 全ての雇用者(OHSではない)は、職場の安全衛生のリスクに応じ

て、適切な健康調査を行わなければならない。雇用者は適格者を指名して、法令の条項が規定する必要条件と禁止事項に準拠する方法を委託しなければならない。

(4) 欧州各国の労働衛生サービスの法的要件: OHSに関連する規制はない。

(5) 労働衛生サービス(OHS)に関するILO条約第161号におけるOHSの専門性の独立性: 業務は専門家団体が交付した専門的行為の規約に準じる。専門職の基準を遵守させることができ、また最新の専門基準を維持しなければならない——OHN(産業看護師)についてはUKCC(英国看護助産訪問保健中央協議会)がチェックする。

(6) 労働衛生と労働衛生サービスに対する政府の政策綱領：労働衛生支援の利用を改善する報告と勧告が1999年に公表された。長期の労働衛生戦略は、安全衛生庁が作成し、2000に公表された。

(7) 労働衛生サービス(OHS)についての雇用者と労働者の明確な政策綱領：労働者参加型の規定になっている。

(8) 品質管理の国内(政府)勧告：国レベルでは品質管理の政策綱領なし。行政からのOHSの品質管理に関する政策綱領はない。公衆衛生の協議事項として政府が目標を立てている——作業場での特定の疾患および傷害の低減。

(9) 労働衛生サービスのための効率評価の手段：効率の評価なし

(10) 国内、地域、企業レベルで労働衛生サービス(OHS)の効率と品質管理を評価する主な手段：OHSの効率を評価するためのモデルが作成されているところである。英国認証機関認定審議会(UKAS)が審査にあたる。

(11) 労働衛生サービス(OHS)に関連する利害関係者：専門組織(看護師、衛生士、医師)、英国保健安全委員会(Health and Safety Commission)、安全衛生庁(Health and Safety Executive)、産業医学部

(12) 各国での国家/地域レベルで労働衛生サービス(OHS)あるいはOHSの品質管理を扱う定期的な委員会、会合、ワークグループの存在：National Occupational Health Forum(専門家協会による)、Health and Safety Advisory Commission(政府による)、National RCN Society of Occupational Health Nursing

(13) 労働衛生サービスに係る資金調達：事業主の負担

(14) 労働衛生サービスの財源を、企業に対しどのように決定しているか：費用は直接市場価格に基づく、また、必要性も需要に基づく。

(15) 労働衛生サービスの多職種の機能：多

職種機能の要件なし。UOOML=労働衛生の病院ユニット(Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro)、ARPA=環境保全の地域機関 PP=予防安全サービスの責任を負う。

(16) 労働衛生サービスの品質管理に適用されている規定：品質管理規定なし。

(17) 労働衛生サービスにおける品質管理展開のための手法と時間枠：現在、品質管理の目標および時間枠はないが、モデルが作成されることになっている。事故、疾患、負傷はRIDDORに収集される。定期的なコホート研究(Labour Force Survey)と自発的なSWORD統計(筋骨格系および呼吸器系疾患)がある。

(18) 労働衛生サービス(OHS)の国のシステムにおいて、品質管理活動の協調に責任ある関係機関：特に規定はない

(19) インプット、プロセス、アウトプット、および結果指標を使用する労働衛生サービスシステムの評価：労働衛生諮問委員会による労働衛生サポートの利用改善に関する勧告についての最近の報告書

(20) 職域の健康増進の概念、職域の健康増進の内容、職域の健康増進の労働衛生サービス(OHS)における役割：研究分野：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。

(21) 集団の健康に対する労働衛生サービス(OHS)の影響：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。

(22) 労働者の影響に関連し、労働衛生サービス(OHS)の効果の制限要因：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。

(23) 労働衛生(産業保健)サービスの適用

率：省庁の見解：適用率は上がってきているが、経済部門、地域などによって様々である。研究レポート：OHSの適用率はさほど高くない。専門家協会報告：適用率は悪い。

（24）労働衛生（産業保健）サービスの利用：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。

（25）労働衛生（産業保健）サービスの公平性：省庁：企業規模が大きくなると公平性も高まる。研究報告：高リスクの職業にはOHSがあるが、全ての職業にはない。専門家組織見解：国レベルでは不公平である。

（26）労働衛生（産業保健）サービスに対する顧客／クライアントのニーズ指向：省庁：顧客およびクライアントのニーズ指向は非常に良好である。研究：雇用者のニーズに重点を置きすぎている。専門家組織：OHSではさらに顧客指向が必要である。

（27）労働衛生（産業保健）サービスの注力点：省庁：予防はOHSの重点領域の1つである。研究：労働衛生専門職と従業員の入れ替わりが速いため、予防活動は非常にわずかしかない。専門家組織：職場では、第一の問題は安全性であり、次に衛生および衛生促進である。予防は主に国民健康サービスに責任があり、政府の作業と広報により改善されつつある。

（28）労働衛生（産業保健）サービスの労働者の健康と労働能力および企業の生産性に対する効果：研究：生産性とOHSについてはあまり多くの事が行われていない。専門家協会：OHSは、企業に対し助言者としての役割しか持っていない。

（29）労働衛生（産業保健）専門職の倫理基準：省庁：一般に、倫理は十分に理解されている。研究：専門家の倫理基準が遵守されている。

専門家協会：倫理基準は、様々な労働専門家グループに十分に守られている。ICOH＝国際労働衛生委員会（International Commission on Occupational Health）にほぼ一致している。

（30）労働衛生（産業保健）サービスのコスト効果とコスト効率：省庁：大体に置いてOHSはコスト効果がある。研究：OHSは現在非効率的である。専門家協会：コストは過去10年間で増加しているが、利益の評価は行われていない。節約と影響に注意を払うため、コスト意識が高まっている。

（31）労働衛生（産業保健）専門職の技能（能力）：省庁：能力レベルは非常に高い。専門家協会：訓練を受けた人材は能力があり、知識とスキルは現在非常に優れている。

（32）労働衛生（産業保健）専門職の満足度：研究：満足度は、常習的欠勤を下げるツールとしてもっと使用する必要があり、これは専門職の間でも同じである。専門家組織：法律がなく、労働衛生とOHS全体に信用がないことから、労働衛生専門職の間でフラストレーションがある。影響、コスト、独自性のためのツールがあれば、労働衛生専門職の満足度が高くなると思われる。

オランダ

1994年のオランダ政府は89年の欧州連合指令に基づき、オランダ作業条件法（Dutch Working Condition Act）を発効させた。1999年現在、112の認定産業保健サービス機関があり、このうち、88機関は外部サービス機関で350箇所の事務所を有し、24機関は企業内部門で大企業に属する。1998年当初では全事業者中92%が機関との契約を行っており、580万人の労働者がカバーされ、全労働者の94%にあたる。契約を行っていないのはほとんど10人未満の小規模企業である。

1996年末では、産業保健サービス機関には専門職、一般職で8,033人が従事し、このうち医

師が1,900人で他の関係専門職より多く、安全技術士（Safety engineer）300人、産業衛生士（occupational hygienist）250人、労働もしくは

組織専門家200人が続いているが、これらの職種では専門産業医が減少傾向にあるのに反して、急速に増加している。

企業規模別の産業保健専門職による産業保健サービス包含割合

企業規模	100人未満	100人以上	全体
産業保健専門サービス機関と契約	91%	96%	92%
疾病カウンセリング	61%	99%	62%
リスクアセスメント	35%	88%	36%
産業保健サービス部門	28%	88%	28%
健康および危険有害性調査	13%	76%	14%

現在、オランダで課題となっている職業的リスク要因は、精神・生理的要因（メンタルストレス、高齢化要因）、揮発性有機溶剤、石綿などがある。今後の法的枠組みの改定の要点は、The Working Conditions Act自体の改定、産業保健専門職の認定、研修方法の整備が課題となっている。現在、産業医、産業衛生士については大学・大学院における専門コースを整備し、また他の欧州各国の高次教育機関（大学）との連合大学院を構成して認証の有効範囲を拡大する動きを推進している。

産業保健の将来の優先課題として、奨場におけるストレス、中小規模企業における産業保健サービスのあり方と推進、カバーされる労働者の率とサービス内容・量の充実に必要な量的目標の設定、産業保健サービスのコスト・ベネフィット分析が上げられている。

共通調査項目について

(1) 基本法規： Dutch Working Act（オランダ労働法、1998）；Ministry of Social Affairs and Employment（社会雇用省）

(2) 労働衛生サービスの目的と特性：包括的な目的、リスク予備を含む、治療ケア以外の

健康福祉の増進、労働安全衛生の対策はリスク評価に基づく。

(3) 労働衛生サービス（OHS）について法律で規定されている目的：雇用者は労働条件に関する政策を作成しなければならず、労働者の健康は保護されなければならない。この政策は予防に基づいていなければならない。労働者の評議会が政策に関与していなければならない。企業は認定済みの OHS に加盟していなければならない。従業員は、産業医に相談する機会を持っていないなければならない。

(4) 欧州各国の労働衛生サービスの法的要件： OHS スタッフの資格が必要。OHS の職務は、リスク評価、疾病のカウンセリング、定期健康診断、職業上の健康問題のための専門病院、雇用前健康診断と記載されている。品質管理は義務であり、OHS の要件である。

(5) 労働衛生サービス（OHS）に関する ILO 条約第 161 号における OHS の専門性の独立性： OHS の独立性は法律と専門職の倫理基準によって規定され求められている。

(6) 労働衛生と労働衛生サービスに対する政府の政策綱領： OHS についての政策綱領はないが、作業環境法（Working Conditions Act）1998

にはコメントが入れられている。

（7）労働衛生サービス（OHS）についての雇用者と労働者の明確な政策綱領：労働組合：“Ideal OHS”という定期的なリサーチがあり、OHS ユニットのスタッフと労働組合の代表者によって全国的に OH サービスが評価される。国家レベルで社会経済評議会（Social and Economic Council）にパートナーが存在する。

雇用者：安全衛生政策は企業の義務である。政策綱領は他の雇用者組織が作成しているが、OHS の展開では産業医が重要な役割を担う。

（8）品質管理の国内（政府）勧告：OHS の認定と品質管理は法律によって義務化されている。目的は、専門的な質（産業医、衛生士、安全技師）、設備、方法、企業へのサービス内容の確保である。

（9）労働衛生サービスの評価のための効率的な手段：認定団体による年次の品質管理システム監査、5年で2～3回の監査

（10）国内、地域、企業レベルで労働衛生サービス（OHS）の効率と品質管理を評価する主な手段：OHS の品質管理の監査が認定団体によって年次で行われている。Raad voor Accreditatie, RvA

（11）労働衛生サービス（OHS）に関連する利害関係者：Ministry of Social Affairs and Employment、労働組合、雇用者組織、BOA (Branch Organisation of OHS)

（12）各国での国家/地域レベルで労働衛生サービス（OHS）あるいはOHSの品質管理を扱う定期的な委員会、会合、ワークグループの存在：雇用者および労働者の代表者による社会経済評議会、OHS に関する雇用者および労働者の苦情に対応するBOA内の独立委員会

（13）労働衛生サービスに係る資金調達：企業保険

（14）労働衛生サービスの費用根拠を、企業に対しどのように決定しているか：費用根拠は直接市場価格に基づく。

（15）労働衛生サービスの多職種の機能：法的規定なし。医師、安全技師、産業衛生士、職場の組織化の専門家など。

（16）労働衛生サービスの品質管理に適用されている規定：品質あるいは品質管理の規定なし。OHSは、品質管理システムを選択できる。ISO 9000のようなシステムが実施されるべきである。

（17）労働衛生サービスにおける品質管理展開のための手法と時間枠：定常的に行う調査から関連データが入手できる場合には統計が使用される。

（18）労働衛生サービス（OHS）の国のシステムにおいて、品質管理活動の協調に責任ある関係機関：1994年から、OHSの認定システムが義務付けられている。認定は民間の認定団体が行っているだけである。

（19）インプット、プロセス、アウトプット、および結果指標を使用する労働衛生サービスシステムの評価：品質管理の適用の年次監査

（20）職域の健康増進の概念、職域の健康増進の内容、職域の健康増進の労働衛生サービス（OHS）における役割：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。

（21）集団の健康に対する労働衛生サービス（OHS）の影響：病欠と就労不能に対する影響は示されていない。

（22）労働者の影響に関連し、労働衛生サービス（OHS）の効果の制限要因：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。

（23）労働衛生（産業保健）サービスの適用率：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 と従業員の間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。

（24）労働衛生（産業保健）サービスの利用：省庁：機会は作られているが、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べきである。OHS 組織：利用は 100%である。

（25）労働衛生（産業保健）サービスの公平性：労働組合：OHS に関する苦情件数は多く、したが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。

（26）労働衛生（産業保健）サービスに対する顧客／クライアントのニーズ指向：省庁：ニーズは大部分満たされており、そうでない場合、OHS は廃業することになる。満足度評価も幾つか行われている。労働組合：雇用者と従業員は、OHS が提供するサービスや専門性についてもっと知る必要がある。3年毎に、OHS および従業員の代表が OHS をどう見ているかについて調査が行われている。雇用者：OHS における医師の役割が高すぎる。OHS では衛生、社会、文化、組織、心理社会的問題も強化する必要がある。

（27）労働衛生（産業保健）サービスの注力点：省庁：職場の予防活動は、OHS と会社の契約によって異なる。雇用者：医学的問題ではなく、常習的欠勤や長期病欠などにより重点を置くべきである。労働組合：雇用者は長期の影響ではなく即時の結果を好む。雇用者は、利益の低さと OHS の付加価値を考慮している。OHS は、団体交渉の折衝に使用されている。

（28）労働衛生（産業保健）サービスの労働者の健康と労働能力および企業の生産性に対する効果：省庁：OHS は有益であると考えら

れており、企業のアウトプットの基準に関連付けられている。労働組合：OHS は疾病を 1%減少させるが、生産性はこれよりも高い率で上昇する。OHS の能力を高める必要がある。就労不能が増え、OHS は予防活動を増やす特別な対策をとる必要がある。雇用者：特に常習的欠勤、長期病欠、社会保障コストに高い効果があると思われる。OHS 組織：OHS は衛生と労働能力に効果があるが、生産性への効果は高くない。

（29）労働衛生（産業保健）専門職の倫理基準：省庁：倫理基準は非常に尊重されており、情報は雇用者に渡されていない。雇用者：明確な倫理基準がある。OHS 組織：雇用者が支払い、OHS がサービスを提供するが、これは独立性の問題の原因となる可能性がある。

（30）労働衛生（産業保健）サービスのコスト効果とコスト効率：省庁：OHS は市場に基づいて機能し、利益／負傷／疾病のコストはコスト解析のために比較されている。この項目についての統計や調査は多くない。労働組合：コストは OHS ユニット間で非常に異なる。サービスや価格の間には明確な差はない。雇用者：利益と OHS の黒字は、雇用者からは明確には分からない。OHS 組織：企業は、OHS は高価であり影響は少ないと考えている。

（31）労働衛生（産業保健）専門職の技能（能力）：省庁：OHS の効率、労働条件への介入、チームや労働組織での集学的作業において能力を高める必要がある。労働組合：医師およびその他の労働専門職は、労務管理についての知識を高めるべきであり、現在の労働市場状況のニーズに応えるために訓練をアップデートする必要がある。

（32）労働衛生（産業保健）専門職の満足度：労働組合：医師は不満足であり、1/3 は OHS から離れようと考えている。また OHS 管理からの多大なプレッシャーもあり、雇用者との現実的でない契約に悩まされ、不満度が高まって

いる。その他の専門職グループは小規模で、何も言われていない。雇用者：OHS はより高い地位を持つべきであるが、個々の専門職の識見にもよる。OHS 組織：OHS 専門職は予防活動の訓練を受けているが、職務は社会保障機関の要件を満たすことである（使用時間のうち病欠のコンサルティングが 80%、予防が 20%）。

ノルウェー

主要な産業保健関連法規の整備は1977年までに概ね完了している。産業医の業務内容毎の時間配分についてのリサーチで、40%は作業環境と就労にあたっての作業者のリハビリテ

ーション、18%が管理的業務、12%はその他の産業保健関連業務、26%は産業保健関連以外の業務となっている。産業保健サービスを受けている労働者の割合は表に示した。

現在の産業保健サービスに関する課題として、（1）産業保健サービスの現行の内容の有用性、現行のサービスの有効性、コスト・ベネフィットの評価、（2）多面的な評価実施のための評価方法検討、調査実施管理、評価業務管理、機関・事務局の設置、（3）産業保健サービスの機関間、専門職間の質のばらつき、精度管理、運営状況の管理、（4）小規模事業場対策、が挙げられている。

表。事業場規模別の法的産業保健サービス包含率

規模（労働者数）	企業数	産業保健サービスカバー率
1-9	27,321	23%
10-19	6,116	57%
20-49	4,496	69%
>50	2,901	84%

産業保健専門職の教育

産業医(Occupational Health Physician) :

1999年時点で187人（男性133人、女性54人）の専門産業医がおり、これは全専門職の7%を占め、40-60歳に159人、60歳以上が14人である。社会健康省が定める専門産業医の要件は以下のようなものである。

- (1) 産業保健サービス機関に1年間勤務
- (2) 産業医学クリニックあるいは国立労働衛生研究所での指導者の下での1年間の実践
- (3) 上記に加えて2年間の産業保健サービス機関、国立労働衛生研究所あるいは双方での産業保健サービスの実践

(4) 120時間のプロジェクト作業を含む産業保健専門医グループへの2年間の参加

(5) 225時間の必修講習を含む300時間の産業医学の適切なトピックについての講習コースの受講

人間工学士・理学療法士 (Ergonomist and physiotherapist) :

1980年にノルウェー理学療法士(及び人間工学士)協会が定めた要件は以下になる。

- (1) 理学療法士としての2年間の実務従事
- (2) 産業保健の基本コース受講
- (3) 上記に加えた2年間の産業医学関連機関

での理学療法士としての従事、もしくは1年間の予防的人間工学士あるいは理学療法士コースの修了

- (4) あるいは1年間の大学、カレッジもしくはこれ以上の教育機関における該当教育の修了
- (5) 歩行運動学あるいは理学療法についての半年間の上級教育コースの修了

産業衛生士（Occupational Hygienist）

認証された資格ではなく、法的な保護はないが、自主的な「技能保証基準：qualification standard」を設けている。

- (1) 大学、カレッジもしくはこれ以上の教育機関を卒業していること
- (2) 産業衛生に関する付加的教育を大学、カレッジもしくはこれ以上の教育機関において修了：これは20単位の取得に相当し、概ね1年間のフルタイムでの受講に値するもの
- (3) 認定産業衛生士の元での産業衛生に関する中級クラス以上の課題論文作成
- (4) 少なくとも3年間以上の認定産業衛生士の指導下での産業衛生現場での実務経験

産業保健看護師（Occupational health nurse）

産業保健看護協会が独自の臨床看護における専門認定を設けている。

- (1) 5年間の産業保健におけるあらかじめ妥当とされた産業看護業務経験
- (2) 120時間の認定産業看護師の下での専門グループ研修への参加
- (3) 産業保健看護協会が認可した産業看護業務に関する講習コースに150時間以上参加すること
- (4) 産業保健看護に関する少なくとも4000ページ以上の著作物の読了

共通調査項目について

(1) 基本法規：Work Environment Act（作業環境法、1977）；Ministry of Local Government and Regional Development（地方行政地域開発省）；担当機関は Labour Inspectorate（労働監督所）

(2) 労働衛生サービスの目的と特性：包括的な目的、リスク予備を含む、治療ケア以外の健康福祉の増進、労働安全衛生の対策はリスク評価に基づく。

(4) 欧州各国の労働衛生サービスの法的要件：OHS 関連法規で品質管理の必要条件、治療サービスについては、保健省（Ministry of Health）により OHS に加えて提供される場合に可能。

(8) 品質管理の国内（政府）勧告：国レベルでは品質管理の政策綱領ないが、現在準備中。

(9) 労働衛生サービスのための効率的な手段：国または地方レベルの年次報告書、OHS

(13) 労働衛生サービスに係る資金調達：国による社会保障システム

スペイン

欧州連合指令に準拠して法規整備している。産業保健活動の実践、サービスの選択にあたっては労働者の参加を必須とし、50人以上を雇用する事業場においては衛星安全委員会を設けなければならないとしている。産業保健活動は基本的に予防的なものであるとしている。500人以上を雇用する事業場および労働行政機関において危険有害業務を有すると分類された250-500人を雇用する事業場では、産業保健サービス部門を設けることが義務付けられている。労働行政機関において危険有害業務を有する、あるいは規模から独自の産業保健サービス部門を設けることが義務付けられていない事業場においては、外部の産業保健サービス機関と契約することとなっている。また、合同産業保健サービス機関を独自の産業保健サービス部門を設けることが義務付けられて

いない事業場が集まって組織することも行われている。

予防的産業保健サービスの機能は以下のよう
なものである。

- (1) 企業における予防活動の推進
- (2) 予防的活動の計画策定
- (3) 危険有害要因の評価
- (4) 労働者教育と研修
- (5) 労働者の健康サーベイランスの実施
- (6) 国家健康システム（NHS）との連携
- (7) 産業保健における健康情報システムとの連携
- (8) 緊急（救急）事態における初期治療活動の指揮

共通調査項目について

- (1) 基本法規：Law 31/1995、作業時のリスクの防止；1997年に、Ministry of Labour and Social Affairs（労働社会省）により、予防サービスに関する規制が承認；他の法律はGeneral Health Law（一般健康法）およびIndustry Law（産業法）；Ministry of Labour and Social Affairs（労働社会省）

(2) 労働衛生サービスの目的と特性：予防および保護が主体の目標

(4) 欧州各国の労働衛生サービスの法的要件：OHSスタッフの資格が必要

(8) 品質管理の国内（政府）勧告：国レベルでは品質管理の政策綱領なし

(10) 国内、地域、企業レベルで労働衛生サービス（OHS）の効率と品質管理を評価する主な手段：国または地方レベル：年次報告書、OHSの国による評価（1回以上実施）

スウェーデン

1967年の労使合意によって労働安全衛生の基本的枠組みが整備され、1977年に作業環境法（Work Environment Act）が成立し、1986年にこの改定が行われている。産業保健サービスを受ける労働者の割合は1970年代当初の80%台から低下傾向にあり1980年代後半では70-75%となっている。大手企業では90%を超えているが、中小企業では70%をきっている。労働者参加型の産業保健を実施しており、また、社会保障の充実した枠組みの中で、産業保健も位置づけられている。労働者における産業保健サービスの包含率は高い。

事業場規模別の法的産業保健サービス包含率

規模（労働者数）	契約率（適用事業場）
0-4	36%
5-9	58%
10-19	74%
20-49	81%
50-99	85%
100-499	91%
500人以上	94%
全体	73%

業種別の産業保健サービス包含率

規模（労働者数）	適用企業率	実際の利用率
農業	52%	28%
製造業	81%	50%
レンタル・販売	52%	38%
金融	88%	61%
教育	80%	26%
医療	81%	23%
公共・行政	94%	47%
全体	73%	35%

共通調査項目について

(1) 基本法規、監督官庁：Ministry of Industry, Employment and Communications（産業雇用通信省）

(2) 労働衛生サービスの目的と特性：包括的な目的、リスク予備を含む、治療ケア以外の健康福祉の増進；労働安全衛生の対策はリスク評価に基づく。

(3) 労働衛生サービス（OHS）について法律で規定されている目的：雇用者は、労働条件の必要性に基づいて OHS を組織化する必要がある。OHS は、労働環境およびリハビリテーションのための、独立した専門の手段である。OHS は、健康上の危険を低減し、労働環境、組織、生産性、および健康の間の問題を割り出すことを狙いとしている。

(4) 欧州各国の労働衛生サービスの法的要件：OHS の定義と主な職務は、2000 年の年頭から施行されている Working Environment Law に記載されている。OHS の内容に関する詳細な法規はない

(5) 労働衛生サービス（OHS）に関する ILO 条約第 161 号における OHS の専門性の独立性：National Consensus Report on Quality Assurance in OHS（OHS の品質保証に関するナ

ショナル・コンセンサス報告）に独立性の規定が含まれている。それ以外では、スウェーデンの OHS 協会が OHS の独立性と専門職の行為を確認する。専門職の独立性は規定されていない。

(6) 労働衛生と労働衛生サービスに対する政府の政策綱領：OHS についての政策綱領はない。

(7) 労働衛生サービス（OHS）についての雇用者と労働者の明確な政策綱領：政府は品質管理綱領を持たないが、Qualify Management in Occupational Health Services という冊子には、ISO 基準と Swedish Quality Award の勧告が含まれている。この冊子は FSF と国立生活労働研究所（National Institute for Working Life）が発行している。労働組合：Programme for Work Life and Health in the Year 2000 がある。

(8) 品質管理の国内（政府）勧告：専門家組織からの国内政策綱領や類似のもの。OHS にも品質管理にも法適要件を必要としない。

(9) 労働衛生サービスのための効率的な手段：効率の評価なし

(10) 国内、地域、企業レベルで労働衛生サービス（OHS）の効率と品質管理を評価する主な手段：効率の評価はない。OHS は市場の条件と雇用者からの影響に従って運営される。

Swedish Board for Accreditation and Conformity Assessment (SWEDAC)

(1 1) 労働衛生サービス (OHS) に関連する利害関係者：Ministry of Industry, Employment and Communications、国内労働安全衛生委員会 (National Board of Occupational Safety and Health)、国立生活労働研究所、労働組合

(1 2) 各国での国家／地域レベルで労働衛生サービス (OHS) あるいは OHS の品質管理を扱う定期的な委員会、会合、ワークグループの存在：OHS 臨時委員会

(1 3) 労働衛生サービスに係る資金調達：公の監督下での民間保険会社、社会保障と民間保険の組み合わせで OHS をカバーしているが、公の監督により管理。

(1 5) 労働衛生サービスの多職种的機能：要件は規定されていない

(1 6) 労働衛生サービスの品質管理に適用されている規定：ナショナルレポートの顧客による OHS の品質基準は次の通りである：利用しやすさ、顧客志向、信頼性、コミュニケーション、能力、安全性、OHS と雇用者の明確な契約。

(1 7) 労働衛生サービスにおける品質管理展開のための手法と時間枠：OHS の効果測定または評価は行われていない。企業レベルで内部管理がある。

(1 8) 労働衛生サービス (OHS) の国のシステムにおいて、品質管理活動の協調に責任ある関係機関：SWEDAC が品質管理認定を与えている。企業内の内部管理システムの義務が、品質を確認する主な手段である。

(1 9) インプット、プロセス、アウトプット、および結果指標を使用する労働衛生サービスシステムの評価：評価は行われていない

(2 0) 職域の健康増進の概念、職域の健康増進の内容、職域の健康増進の労働衛生サービス (OHS) における役割：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。

(2 1) 集団の健康に対する労働衛生サービス (OHS) の影響：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。

(2 2) 労働者の影響に関連し、労働衛生サービス (OHS) の効果の制限要因：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。

(2 3) 労働衛生 (産業保健) サービスの適用率：省庁：早期適用率は 80%以上であったが、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がないことから、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%であるが、OHS の概念は OHS ユニットによって様々である。

(2 4) 労働衛生 (産業保健) サービスの利用：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。

(2 5) 労働衛生 (産業保健) サービスの公平性：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。

(2 6) 労働衛生 (産業保健) サービスに対する顧客／クライアントのニーズ指向：省庁：現在、雇用者のニーズが強調されており、市場に

偏りがある。労働組合：OHS は労働者のニーズを十分に取り入れていない。OHS 連合：OHS ユニットは顧客およびクライアントからのフィードバックを集めているが、現在のところ報告は利用できない。研究：サービスを提供する義務は雇用者にはないが、顧客指向への圧力が OHS に存在する。

（27）労働衛生（産業保健）サービスの注力点：省庁：大企業では中小企業よりも予防の利益が目に見えやすい。OHS は雇用者のニーズの方へ直接向けられている。OHS 連合：OHS ユニットは労働環境問題のコンサルタントである。研究：OHS は、労働力の可能性、能力、雇用性を向上するべきである。予防サービスは顧客の要求や顧客が明示したニーズによる。

（28）労働衛生（産業保健）サービスの労働者の健康と労働能力および企業の生産性に対する効果：省庁：効果は測られておらず、研究も行われていない。労働組合：OHS は影響を持ち得るが、OHS は良好に組織化される必要がある。OHS 連合：大企業は OHS、特に内部サービスの影響を評価している。研究：生産性は、従業員を強く幸福にすることによって利益を増加させる雇用適性と関連している。効果の尺度はない。

（29）労働衛生（産業保健）専門職の倫理基準：省庁：OHS 連合は OHS ユニット間の倫理基準の認識を維持しようと試みている。倫理基準は、教育および専門家の行為内容との関係が非常に強い。労働組合：機密保持とデータセキュリティには対応している。OHS 連合：ICOH 倫理基準が遵守されている。研究：倫理は、良い基準で顧客との関係を維持するために存在している。倫理および OHS の機能を満足なレベルに維持するには訓練が必要である。

（30）労働衛生（産業保健）サービスのコスト効果とコスト効率：省庁：各企業は独自の解析を行っており、1999 年に国による評価が行われた。労働組合：いくつかの研究が行われ

ている。研究：コストは OHS の事業としての継続性と関連している。評価はないが、サービスの

（31）労働衛生（産業保健）専門職の技能（能力）：省庁：訓練における労働衛生専門職および品質管理の独自性は維持するべきである。教育および訓練への継続的なインプットが必要である。労働組合：集学的チーム訓練および労働組織を訓練プログラムに含める必要がある。OHS 連合：労働衛生専門職の訓練に関するワークグループが必要である。研究：訓練の継続的な改善が必要である。

（32）労働衛生（産業保健）専門職の満足度：省庁：労働衛生専門職は、予防的な仕事を増やしたいと思っている。OHS 連合：OHS の活動は市場の状況によって決まるものの、ほとんどの労働衛生専門職は、熱心に取り組めることに満足している。市場の状況で活動が決まることから、予防的な仕事が困難になっている。研究：雇用者からの支援とバックアップは問題がないが、競争が激しく、文化を変えるのは難しく、OHS の集団化により医療専門職の倫理的配慮に対する伝統的な考えが壊されている。OHS 専門職の大多数は満足している。

イタリア 共通調査項目について

（1）基本法規：Health and Safety at Work Acts（労働安全衛生法）547/1955、欧州指令の置き換えに関する Law（法律）277/1991 および Law 626/1994；Law 626/1994 に基づき公益事業専門家の地域間作業グループによる実施ガイドライン（1997）が作成されている；D. Lgs 359/99；Ministry of Labour and Social Affairs（労働社会省）

（2）労働衛生サービスの目的と特性：包括的な目的、リスク評価と予防を含む、健康福祉の増進、治療を含む。大学と National Sanitary System（国立公衆衛生システム）が治療ケアを

行う（教育研究病院）；外来病院および外来患者は病院の労働衛生ユニット、環境調査は Regional Agency for Environmental Prevention（地域環境保護局）が行う。

（3）労働衛生サービス（OHS）について法律で規定されている目的：全ての有限会社および株式会社は労働者の健康を保護しなければならない。雇用者は、労働者の安全衛生を保護し、会社の産業医（適格な医師）による治療を提供する義務がある。OHSは、職場の調査を行い、改善について雇用者に助言を行わなければならない。

（4）欧州各国の労働衛生サービスの法的要件：OHSの業務を規定。法律によって、労働安全衛生、特に作業時のリスクおよびリスクへの曝露の予防と健康調査が求められている。OHSについての政策綱領はないが、産業医の資格とOHSおよびその組織の全体的な概要は法律で規定されている。一方、地域当局用の、特に労働災害と職業性疾患の予防に関する全国健康プラン1998-2000がある。

（5）労働衛生サービス（OHS）に関するILO条約第161号におけるOHSの専門性の独立性：専門職はICOH基準に従う。依存性は経済的なものであり（雇用者との契約）、職務上の問題ではない。独立性は、地方の衛生ユニットが職場で監査を行って確認する。また裁判所（C.T.U.=治安判事に委託された調査官のようなもの）が、ケースに基づいて状況を確認する。経済的な独立性と市場状況により、雇用者が提案を受理しない場合に、産業医が容易に辞任できるようになっている。

（6）労働衛生と労働衛生サービスに対する政府の政策綱領：国レベルでは品質管理の政策綱領なし

（7）労働衛生サービス（OHS）についての雇用者と労働者の明確な政策綱領：OHSの品質管理に関する政策綱領はないが、Italian Society of Occupational Medicine and Industrial Hygiene

が、OHSの品質管理に関するワークグループを設けている。

（8）品質管理の国内（政府）勧告：国レベルでは品質管理の政策綱領なし

（9）労働衛生サービスのための効率的な手段：効率の評価なし

（10）国内、地域、企業レベルで労働衛生サービス（OHS）の効率と品質管理を評価する主な手段：現場での監査、年次の対象を定めたアンケートの収集、職業性疾患と労働災害の疫学的評価がある。労働者の代表がOHSユニットに影響力を持つ。クオリティ・オブ・ライフの視察は地域レベルで行われる。Sistema Nazionali per l'Accreditamento di Laboratori (SINAL)、Servizio di Tarantura in Italia (SIT)、Sistema Nazionali per l'Accreditamento degli Organismi di Certificazione (SINCERT)

（11）労働衛生サービス（OHS）に関連する利害関係者：Ministry of Health、Ministry of Labour、National Institute for Occupational Safety and Prevention、地方自治体、労働組合、雇用者組織、民間企業、学会会議（National Research Council）、判決

（12）各国での国家/地域レベルで労働衛生サービス（OHS）あるいはOHSの品質管理を扱う定期的な委員会、会合、ワークグループの存在：三者構成でMinistry of Labour内に常設のCommittee for Safety and Occupational Health Prevention（メンバーはISS、ISPELS、INAIL（政府団体）の代表）；大学；SIMLII、AIDH、ANMA、SNOP（学術および専門家協会）；地域レベルの2000年のOHS綱領

（13）労働衛生サービスに係る資金調達：国による社会保障システム

（14）労働衛生サービスの経費負担額を、企業に対しどのように決定しているか：財源必要額は直接市場価格に基づく

（15）労働衛生サービスの多職種の機能：法

的規定なし

（16）労働衛生サービスの品質管理に適用されている規定：一般に認められている品質管理規定なし。

（17）労働衛生サービスにおける品質管理展開のための手法と時間枠：一般に認められている効果の測定方法はない。使用されている主なモニタリング手法は、現場監査、対象を定めたアンケート、職業性疾患の疫学的評価である。大企業のみが品質管理を実施している。目標と時間枠は法律 626/94、242/96、359/99 で明確に規定されている。認定システムはない。

（19）インプット、プロセス、アウトプット、および結果指標を使用する労働衛生サービスシステムの評価：幾つかの地域で幾つかのトピックについてのみであり、全体的には評価は行われていない

（20）職域の健康増進の概念、職域の健康増進の内容、職域の健康増進の労働衛生サービス（OHS）における役割：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、職場の衛生促進に使用できるリソース、認識向上。

（21）集団の健康に対する労働衛生サービス（OHS）の影響：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。公衆衛生が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。

（22）労働者の影響に関連し、労働衛生サービス（OHS）の効果の制限要因：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。

（23）労働衛生（産業保健）サービスの適用率：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。

（24）労働衛生（産業保健）サービスの利用：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。

（25）労働衛生（産業保健）サービスの公平性：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。

（26）労働衛生（産業保健）サービスに対する顧客/クライアントのニーズ指向：政府：雇用者はOHSに対して非常に敏感であり、時には労働者も敏感である。地方自治体：OHSと技術者は、労働組合および労働者と良く協同

し、十分にコミュニケーションを図っている。Occupational Health and Safety Charter (Carta 2000)が雇用者および従業員と共同で作成され、安全衛生対策の実施の重要性を普及するための情報提供セッションが開かれている。研究：OHS 専門家は、ニーズを容易に満たせる場合には、顧客およびクライアントのニーズを満たしている。リスクグループはリスク予防についてさらに訓練が必要である。労働組合：労働組合の活動家は、国のセクターや地域会議でOHS に対し定期的なフィードバックを行っている：OHS からの更なる情報とイニシアチブが必要である。OHS ユニットの数も増やす必要があり、フィードバック機構を改善するためにインターネットのオンラインサービスを立ち上げる必要がある。

（27）労働衛生（産業保健）サービスの注力点：政府：OHS の主業務はリスクの低減である。研究：予防活動はOHS と企業の協調によって異なる。地方自治体：予防は主に安全／衛生／問題解消に関係している。いくつかの予防対策は義務である。会社からの予防計画の許可と商業の自由化により、予防のニーズが高くなっている。専門家協会：予防活動はほとんどの場合、監査後に行われる。中小企業では、認識が高まってきており、安全性の面は企業によって個別に対応されることが多くなっている。労働組合：予防は職場では発展途中の概念である。

（28）労働衛生（産業保健）サービスの労働者の健康と労働能力および企業の生産性に対する効果：政府：良い職場は生産性を向上させる。地方自治体：OHS の効果は高まっている。集団の健康状態は改善され、負傷は減少し、職業性疾患は認識され、空気中の汚染物質は制御された。研究：大部分は良い効果が得られているが、OHS の存在と能力は不均一である。OHS はリハビリテーションには大きな効果があり、治療は予防よりも高くつく。

専門家協会：今までのところ評価は行われて

いない。労働組合：最も競争力のある企業は、安全衛生を管理している企業である。

（29）労働衛生（産業保健）専門職の倫理基準：地方自治体：専門家組織の倫理規定は守られており、その他の倫理基準も高い。ICOH 基準、American College および非公式協定が守られている。研究：現在、OHS が倫理および専門レベルを向上するためのルールと手順を法律によって明確化している。労働者は、安全衛生スタッフから化学物質やその他のハザードに関する情報をわずかしか与えられておらず、この状況が倫理上の問題となっている。専門家組織：法律が間もなく通過して、雇用者が指名した医師による健康調査の実施を除外することになっても、倫理の管理はない。Ordine dei Medici および Regional Medical Doctor Council が影響力を持つ倫理管理。Italian Occupational Health Physicians' Association はICOH 倫理基準に沿った倫理規定を持っている。労働組合：倫理的問題を改善し基準を高く維持するには、労働組合およびリスク評価に労働者の参加を増やす必要がある。

（30）労働衛生（産業保健）サービスのコスト効果とコスト効率：政府：OHS の倫理的および社会的コストは良好であり許容可能なレベルにあるが、コストは雇用者が支払うため、雇用者にとっては問題となる可能性がある。地方自治体：コスト評価は企業の管理プログラムで確定する。研究：民間ではOHS コストは十分に計画されているが、近年、公共部門でも改善があった。効率は法律によって求められている。

（31）労働衛生（産業保健）専門職の技能（能力）：地方自治体：情報と後の教育がないため、能力にばらつきがある。情報技術と集学的チームにおいて専門職の能力が必要とされている。研究：医療および産業衛生では能力は良好であるが、環境、ツール、設備の分野では能力を高める必要がある。取り組みは、より集学的に行