

第Ⅲ部

各国の産業保健サービスの実態・資格・教育

1. 欧州各国（17カ国）の産業保健体制・活動状況の概観
2. 欧州における職域ヘルスプロモーションの動向
3. 欧州における中小企業への産業保健サービス
4. フィンランドにおける産業保健活動システム
5. 産業保健活動の評価 -産業保健業務の可能性と展望-
6. 産業保健の課題と潮流に関する検討

東 敏昭（産業医科大学産業生態科学研究所作業病態学）

海道 昌宣（P&G 北東アジア統括産業医）

杉江 拓也（国立保健医療科学院疫学部）

溝上 哲也（九州大学大学院医学研究院社会医学講座予防医学分野）

宮本 俊明（新日本製鐵（株）君津製鐵所）

武藤 孝司（獨協医科大学公衆衛生学講座）

欧州各国（17カ国）の産業保健体制・活動状況の概観

主任研究者 東 敏昭

（産業医科大学産業生態科学研究所作業病態学研究室）

概要

ヨーロッパ各国は、地域統合に合わせて、自国の制度と域内各国の制度に合わせる動きをみせている。高い産業保健活動上のパフォーマンスを示す、フィンランド、スウェーデンなどの北欧各国、英国に代表される労働安全衛生マネジメントシステムの適用を進める一方、規制緩和が基調にある国、フランスに代表される法的な規制のもとに展開される国など、実情は異なっている。これに、旧東ヨーロッパなど制度が未整備な国が加わり多くの部分で共通な仕組みの構築が図られている。

現在、労働衛生の概念も拡大してきている。現在では、労働安全衛生（OHS）には、あらゆる労働環境での安全衛生の維持、労働者の健康保護と労働能力の維持、また OHS や職場の発展への労働者及び管理者のこれまで以上の参加も含まれている。¹ OHS における労働衛生政策の実施では、労働生活および企業の衛生実務との関連がしっかりとしたものではなくてはならない。企業の優れた労働衛生慣行は、安全な資材と作業方法、リスクファクタを認識させ、自分自身を保護するための労働者教育に基づいている。最低限必要な要件は、作業環境の整備、十分な従業員への能力の向上、モチベーションの十分な監督者、および労働衛生管理システムである。

1,2,3,4,5

労働衛生サービスの品質管理

OHS の品質管理システムへの期待は高く、それらには顧客志向および顧客満足度の増大、OHS および OHS ユニットのイメージ向上、労働衛生スタッフの満足度と関与の強化、OHS および OHS ユニットの管理とモニタリングの向上、OHS 全体のコスト低減などがある。OHS ユニットの管理を改善するには、OHS の第三者評価も促進すべきである。¹

高品質の OHS を適切に利用できることは、欧州の公正な衛生福祉にとって必要不可欠の要素であり、これは社会的に公平で持続可能な貿易競争のベースとして働くことが可能とされる。労働条件や労働環境の改善が、経済的、社会的、持続的発展の継続には必須であるとの

認識は各国ともに広がってきている。OHS の管理向上は、労働者に提供するサービスの向上と労働者の健康における不平等の最小化を助け、また欧州各国における社会的な排他や不遇の回避にも有用という見方である。

欧州連合枠組指令

欧州連合枠組指令（European Union Framework Directive, 89/391/EEC）は、労働者の安全衛生を保護するための雇用者の義務に関する法規を設け、雇用者の義務には、（1）労働安全衛生に対するリスク評価と保護方法の選択、（2）危険を伴う作業を、危険を伴わないか危険性の低い作業に置き換える（例えば妊婦労働者など）、（3）労働者の安全衛生に対

するリスクとそれらのリスクを低減あるいはゼロにする方法（保護及び安全装備、応急処置など）を労働者に知らせ、また訓練を行う、（4）安全衛生に関する問題について、労働者の相談や参加を促す（安全衛生委員会／担当者など）、（5）労働者の能力、課題を処理する方法、また契約遂行のための外部機関の適性や、個別および専門的手段の確認が含まれている。^{6,7}

政策の重要性

健康福祉は欧州の政策関連の中心となり続けている。通貨統合の達成と世界における欧州の競争力強化によって、生活、特に労働生活の質が少しでも低下してはならないということは万人が認めている。これに対して、雇用保障と良い労働条件は、競争力向上に繋がると考えられている。⁸

欧州委員会の労働安全衛生プログラム（Programme on Health and Safety at Work、1996-2000）は、労働条件と雇用可能性の連結や、労働条件の変化をモニタリングする重要性に関する項目を強調した。

全ての人のための労働衛生世界戦略

全ての人のための労働衛生世界戦略(Global Strategy on Occupational Health for All)の目的によれば、労働安全衛生がすでに向上傾向にある国は、低リスクと高リスクの職業間や企業間の安全衛生レベルの差を減らして、労働安全衛生指標の一層の改善を示す必要がある。すべての国は、労働衛生サービスを進歩発展させ、最終的には経済部門、企業規模、職種、雇用形態、あるいは自営業の特質に関係なく、全労働者をそのサービスの対象とする必要があるとしている。¹

ILO 勧告第 112 号（1959）⁸は、OHS を職場内部あるいはその付近に設けるサービスと規定し、その目的を 1)労働から生じる可能性のあ

る健康への何らかの有害性から労働者を保護すること、2)労働者の身体的および精神的適応に寄与すること、3)労働者の身体的および精神的福祉を確立し可能な限り最高のレベルにするよう貢献することとした。OHS は予防的である。予防的および保護的なサービスは、産業医療サービスと安全サービスの組み合わせであると定義される。

労働安全衛生（OSH）の機能

労働安全衛生（OSH）の機能として、共通の認識にあるものは、（1）職場の健康へのリスクの確認と評価、（2）雇用者から衛生設備、食堂、住居などの施設が提供されている場合はそれらも含め、労働者の健康に影響を与える労働環境要因と業務の調査、（3）作業の計画と組織化（作業場のデザインも含む）、機器設備の選択・メンテナンス・調整、作業に使用する物質に対する助言、（4）業務改善プログラム作成や、新設備の健康面での試験および評価への関、（5）労働安全衛生保健や、エルゴノミクスおよび個別・集合的な保護装備についての助言、（6）仕事に関連した労働者の健康調査、（7）労働者への仕事の適応促進、（8）職業的リハビリテーション方法への寄与、（9）労働安全衛生保健およびエルゴノミクス分野における情報提供、訓練、教育の提供に協力、（10）応急処置および緊急治療の組織化、（11）労働災害および職業性疾患の解析への関与、である。¹⁰

労働衛生専門化に関する法的要件・倫理規定

労働衛生専門職の独立性が法律で規定されている国もある。産業医および産業看護師については、専門家組織によって倫理基準が定められており、国際労働衛生委員会（International Commission on Occupational Health、ICOH）によって国際基準が提供されている¹¹。独立性に

ついて最もよく言われる問題は、雇用前の健康診断、長期病欠、傷害後の従業員の組み入れ、データ保護である。国によっては、再雇用時の健康診断が禁止されている。幾つかの国では、遺伝子検査、データ保護、作業時のドラッグテストについての法律が検討されている。倫理上の理念の形成は立法措置によって行われるが、道徳と技術的独立性は、独立性による成果から評価されることになる。倫理的問題は、国内法、OHS と企業との契約、公式な文書（独立性を明言した人事契約書）、専門家協会による自由な関与にも取り入れることとされている。

労働衛生の概念と労働衛生政策

労働衛生の新たな包括的概念には、作業場のリスクファクタからの労働者の健康保護と、職業性ではない労働者のあらゆる疾病に歯止めをかけるために労働者の健康を増進することが含まれている。職業に関連し、作業場で予防できる非職業性疾患および傷害は、欧州の企業および国内経済に重大な経済的および社会的負担をかけている。労働衛生で大幅な成果を得るには、健康増進への努力の重点を、主に職場における慢性の非伝染性疾患の予防に直接向けるべきである。1995年のILO/WHO合同の労働衛生委員会（Committee on Occupational Health）は、労働衛生は労働者の健康と労働能力の維持および増進に焦点をあてるべきであると述べた。労働環境の改善と労働組織および文化の発展は、労働安全衛生を支援し、前向きな社会環境を促進するとしている¹²。

品質管理政策

各国において労働衛生サービスの品質管理システムを1998年末までに適用する必要がある。フィンランドでは、Council of Quality in Health Careが、書面による品質管理政策を1996年末までに採択するよう勧告した。オラ

ンダでは、1994年以降法律によってOHSへの品質管理が強制されている。今後は民間の承認機関がOHSの品質管理を認定する方向に進んでいる。一方、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、アイルランドのようにOHSの品質管理に関する政策綱領はない国も多い。

品質管理

品質の要素は、結果（サービスが、専門的に評価したクライアントとのニーズと合っているか）およびプロセス（サービスは、クライアントのニーズに適合していると思われる技術や手法を選択および実施しているか）として検討できる。成果は品質の唯一の基準ではない；品質は、雇用者、労働者、および社会の態度、行動、反応によって影響を受ける。顧客満足度とヘルスケアの成績は、相互作用していることが示されている。顧客満足度に基づく職務（倫理および情報の秘密厳守）内容の評価や経験を積んだ活動による利益、経済面（生産性と効率）での便益も求められている。品質管理の成功は、動機（個人的および専門的な発展）、管理（リソース、管理の委託）、スコア（消費者と提供者のニーズ）、機能（問題と機会によって決定された方法）、品質管理の品質管理（継続的に評価される運営）にかかっているとされている¹³。また、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、ワークグループを持つ国が多い。

労働災害および職業性疾患のための社会保険システム

スペインでは、保険会社（MUTUA）がOHSを設置している。ドイツではOHSは保険補償と連結されている。オーストリアでは、OHSは民間企業または公共の機関が提供することができ、また内部の常任の産業医によるもの、外部の独立した産業医によるもの、認可を受け

た民間の OHS センターによるものに分けることができる。従業員数 50 名以上の企業では、雇用者は 3 タイプの予防サービスのうちいずれかを自由に選択し、どのような場合でも、費用は企業が支払わなければならない。従業員数 50 名未満の企業もこれらの選択肢から選択できるが、それに加え、担当の General Accident Insurance Board が設置した予防センターでの（彼らにとって）無料の OHS を選択することができる。General Accident Insurance Board が提供する OHS のみが、いわば公共の機関である。General Accident Insurance Board は公法で定められた機関であり、雇用主の支払い義務から資金を得ている。

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 ユニットの間に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)、予防医学でどのようにして改善を示すか(6)、企業内の組織的発展(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。

欧州 17 カ国の労働衛生サービスのモデル

OHS の組織は、公衆衛生の歴史とプライマリケアサービスの関係によって幾分多様化している。これは ILO 条約第 161 号に適合している。⁷⁴OHS は主に企業内の内部サービスまたは複数の企業の共同 OHS として組織化されている。遠隔地では、ヘルスケアセンターが OHS を提供したり（フィンランド、ギリシャ）、企業が常勤または非常勤の医師（産業医学専門の場合とそうでない場合がある）を雇用したりしている（オーストリア、アイルランド、英国）。特にフランス、ノルウェー、スイス、イタリアでは、OHS は特定の産業や産業部門の労働者に特化されていることがわかる。

労働衛生サービスの多機能（多職能）性

国内法と慣例に従い OHS は学際的となる。スタッフの構成は行う職務の性質によって決まる。⁷⁵OHS に関する国際会議と ILO および WHO の文書では、OHS の学際的な能力と機能性が重要であると強調されている。⁷⁴多くの国では、集学的サービスは義務であり、またある種の労働衛生専門職の活動、職務、資格が法律で規定されている。フランスでは、OHS は医療主導であり、集学的でなければならないという義務はない。デンマーク、アイルランド、英国では、OHS に医師を加えるという義務はな

い。スウェーデンでは、国内労働安全衛生委員会が、企業の内部管理システムを通して、多機能（多専門分野）方法を奨励するよう計画している¹²。

労働衛生サービスの品質管理展開のための手法と時間枠

効果をモニタリングおよび評価する手法は、OHS を支援する活動の妥当性を評価する指標に基づき、活動の結果を測定するべきである。指標は、インプット、プロセス、パフォーマンスに分け、特定の基準に対して正規化できる。いずれの指標のベースも、定義され、明解で、明白であるべきである。モニタリングの結果とパフォーマンスを示す重要な数値は、国によるシステムの定期監査と検討に必要不可欠な役割を果たす。

企業、労働組合、専門組織や政府機関との協力におけるある程度の目標と時間枠を、株式会社および有限会社における OHS の継続的向上のために作るべきである。進捗状況も継続的に確認するべきである。一般に、いずれの国でも効果の測定手段はない。OHS ユニットは、オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、ルクセンブルク、ノルウェーで、企業や関係機関に対して年次報告書を作成している。オランダとデンマークでは、品質管理は認定団体によって評価される。

労働衛生サービスの品質管理における利害関係者

品質管理をデザインし実施する国および地域の活動は、強い労働専門職組織または品質管理の実施に関連する法規を持っている国で始まっている。品質管理が国家レベルで討論されない場合や、関係機関が要件を示さない場合には、OHS および OHS の品質管理の責任は OHS ユニットとその個々の専門家および関係者にある。品質の利益／認定の団体／組織も、認定

基準を規定するイニシアチブをとる際に重要な役割を果たす。

品質管理の展開における主要な役割は、オーストリア、ドイツ、ノルウェー、スウェーデンでは専門組織が担う。デンマーク、フィンランド、フランス、ルクセンブルク、ポルトガルでは政府機関が積極的であるが、ベルギー、アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、スイス、英国では OHS ユニットが大きな役割を持っている。

活動の評価

OHS 評価は、サービスの質を改善する必要がある、政策と活動を変える必要がある場合、非常に有用である。ニーズはデータと特定の OHS の目標から容易に規定できる。評価では、様々な利害関係者、評価の理由、様々な利権も考慮に入れる。デンマーク、オランダ、ノルウェーには評価済みの OHS がある。フィンランドでは、OHS の評価は 1992 年から 2～3 年毎に行われている。

OHS に関する国の品質管理システムについての定期的で系統立った報告書が入手できる国は少ししかない。デンマーク、フィンランド、ノルウェー、ポルトガルでは、最近になって評価や状況分析が作成されるようになった。オランダでは、義務となっている品質管理システムが毎年監査を受けている。ルクセンブルクとフランスでは、OHS ユニットが地域および国の関係機関に年次報告書を提出している。枠組指令の実施はつい最近であり、デンマークやオランダの品質管理義務に関する法律もまた最近施行されているため、いずれの国でも品質保証の法律は、これまで OHS について評価されていない。

フィンランドは、優れた労働衛生慣行のガイドラインと、OHS において ISO 基準をどのように満たすかについてのガイドラインを作成

した。同種のガイドラインはノルウェーでも作成中である。イタリアでは、ロンバルディアなど幾つかの地域で、“実務調査プロジェクト”が始まっている。スペインは、優良規範の幾つかのガイドラインと、労働者の医学的調査のプロトコールを作成した。デンマークは、法律による OHS の品質管理を有し、OHS による承認のために、優良規範の要件を含むガイドラインなどを整えた。英国では、安全衛生庁が、高リスク状況のための基準設定について一連の労働衛生勧告や、年次の環境基準も公表している（例えば呼吸器疾患の EH40 など）。

労働衛生サービススタッフの訓練

多機能（学際）的で包括的な OHS が促進される場合、莫大な数の適格な専門家のリソースが必要とされる。養成は質と量の両方が必要となる。国によっては、労働安全衛生における適格性を認定するシステムを確立している。労働衛生の専門カリキュラムの開発と統一化を強化する活動が必要であると思われる。労働衛生スタッフの認定および登録も、今後考慮されるべきである。いくつかの国では、労働衛生における教育を受けた専門家の数が不十分である。労働衛生における多機能（学際）的で包括的な取り組みも、特に労働についての専門教育と、複数の専門グループとの協調とを必要とする。

労働衛生専門職、雇用者、従業員は、OHS の優良規範とその利益について、同じ考えを持つべきである。労働衛生専門家は、健康、安全、衛生的な労働環境を決定づける職業上、環境的、社会的、およびライフスタイルの要因をモニタリングし影響を与えるよう、十分に訓練されるべきである。また、品質管理は、労働衛生専門家の教育および訓練カリキュラムに加えるべきである。訓練機関と責任を負う政府機関は、これに関しては重要な関係者である。

法律に規定の要件に加え、専門職の質を補償

するための主な手段は、認定、登録、認可、免許である。評価は、カリキュラム内容、定期訓練、訓練で見込まれるレベルなどを通し、労働衛生専門職の教育と訓練にも着目できる。認定は、適格性を公認しない一定の肩書きを付けるために、人々が自発的に手を挙げて登録リストに載る場合である。認定では、自己認定と同業の専門家による認定とを区別するべきである。自己認定は、同業の専門家グループを設置し、個人が専門職または専門分野に適格であるという公式な認定にいたる方法である。適格性を公式に認定する他の方法は、専門職または専門分野について個人を認定する独立した同業専門家団体によるものである。

産業保健サービスによる健康への寄与

職場の技術的および社会的変化は、仕事によるストレスを変化させている。従来の健康リスクや身体的疲労に加え、容易に認識し難い心理社会的ストレスが一般的になっている。この変化は、作業負荷の増大と変化し続ける作業の要求によるものである。慢性疾患は職業性の健康問題で最も多い（筋骨格系および心血管系疾患、薬物依存）。明らかに、OHS は健康のある点にだけしか影響を与えることはできない。多くの社会的要因が、組織内の健康状態がどのように発展しているかに対し影響を持っている。職場は、社会的および技術的要求と、社会的および技術的能力とのバランスをとる必要がある。これらの状況は、変化する労働条件への革新と適応を可能にするだろう。

一般にデータが収集されている健康の決定要因は以下の通りである：労働条件、固有の要因（資材、加工、産物）、曝露・負荷・排出、ヒトのリスクへの影響の受けやすさを決定する要因、ライフスタイル、職業上・環境的・社会的決定要因。これらの指標のデータは、職場の分析、健康診断、あるいはその他の調査（例えば化学、物理学、放射線解析など）により、

国または OHS レベルで収集することができる。健康の決定要因の数は、労働生活に変化が生じているために増え続けている。収集されたデータは、データ収集システムを通し、データの信頼性を高め、各国間のデータ比較ができるよう改善するべきである。

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で実現できる：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¹³。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。

労働衛生サービスの活用

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、ベルギー、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。

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。

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が、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だろうし、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。

職場の予防活動への注力

OHS は、従業員の健康と労働能力が保護され、人的資源の発展を通して改善されるよう、雇用者に影響を与えようとしている。OHS は、衛生、安全な労働環境、個々のリソースの向上という一般的な目標を持っている。第一の職務は労働条件を改善し、また従業員の能力を向上することである。

一般に OHS は、主に職場の安全、個人の保護、労働環境に関連する予防に重点を置く。予防は、広く疾患・負傷の予防や衛生促進も意味する。予防活動の方法と概念は、国、専門職の訓練時間、慣例、法律と実務の要件によって異なる。労働組織、常習的欠勤、予防による利益などの新しい分野も、予防活動の是非の議論に使用される。雇用者は予防から即時の利益を得ることを期待するが、専門家は自分達の作業をクォリティ・オブ・ライフや労働を改善する長期的な活動と考えている。

専門職の倫理基準

OHS および、一般に医療専門職では倫理基準が必要不可欠であるため、回答に偏りがある可能性がある。国際労働衛生委員会（ICOH）の基準は大部分の国で遵守されている。権利の衝突、例えば雇用保護の権利と健康保護の権利や知る権利と機密保持の権利、また個々の権利と集団的権利も言及された。専門職の独立性、医療記録の機密保持、医療の機密保持などについても述べられた。自発的な専門家の倫理基準に加え、労働契約には倫理的問題の様々な面に関する条項が含まれ得る^{11,14,15}。一般に、調査した欧州 17 カ国では、倫理基準は良いと考え

られる。倫理的問題は、中小企業、プライバシー、データのセキュリティ、機密保持、職場における OHS 活動への労働者の参加、経済的独立性に関連して述べられた^{11,14}。

労働衛生サービスのコスト効果とコスト効率

コスト効果はアウトプット（効果）をコストで割ったものであり、例えば、労働環境／労働条件／従業員の健康の変化にサービス／方法／活動がどのように影響を与えたかということである。コスト効率は金銭に換算した効果をインプットで割ったものであり、例えば労働条件／労働環境／従業員の健康の変化をリソースおよびコストで割ったものである。¹⁰⁹ 大部分の国には、OHS の経済的影響を評価する特別な方法がある。国によっては、社会や企業に対する直接的なコストが算出されるが、雇用、国民福祉、国の競争力に対する間接的なコストは含まれない。コスト効果とコスト効率を計算するための信頼性のあるデータを得る方法（例えば人命、負傷、基礎的価値に対する実際のコストなど）は限られている。その代わりに、多くの国々では、職業に関連する疾病や労災の数値がある。これらの数値は、多くの国々では、重大な事故や負傷だけが報告されるため、それほど信頼性は高くない。

大部分の国では、コスト効果とコスト効率に関する研究はない。スウェーデンだけがこの項目について行った研究を報告している。コストは、オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、イタリア、オランダ、ポルトガル、英国では許容可能レベルと考えられている。フランス、ギリシャ、オランダ、スペインでは、雇用者はコストおよび効率が悪いと考えており、ドイツ、イタリア、スウェーデンでは良いと考えている。コスト効率は、専門職の能力、OHS の位置、測定法によって異なるという報告もある。

調査した国々の備忘録では、コスト効果とコスト効率は高いとは考えられていなかった。比較できるデータを得ることはおそらく困難であると思われる。しかし結果は、社会におけるOHSとその予防的役割の重要性についての関心を再び喚起し得るという点で、影響を持つと思われる。

労働衛生（産業保健）専門職の能力

労働衛生専門職の能力は、World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO EURO) が産業医について記載しているだけである¹⁶。フランス、ギリシャ、アイルランド、スイスでは適格な医師が存在しない。特にギリシャでは、利害関係者は、政府がOHS専門職の訓練に力を入れ始めるのを期待している。ノルウェーでも、その他の労働衛生専門職を特殊化する必要がある。フィンランド、イタリア、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイスでも訓練の提供を増やす必要がある。労働衛生専門職のカリキュラムは、ドイツ、ポルトガル、スペインで求められていた。能力のレベルは、オーストリア、ベルギー、デンマーク、フランス、ノルウェー、ポルトガル、英国で高いと考えられているが、オーストリア、フィンランド、アイルランドでは、能力をさらに高める必要がある。適格性は、オーストリア、ドイツ、イタリア、ルクセンブルク、スウェーデン、スイスで様々である。OHSは、デンマーク、フィンランド、フランス、イタリア、オランダ、ノルウェー、スウェーデンでさらに集学的になる必要がある。女性が専門職に多く加わってきているが、この傾向は労働市場における専門職の地位に影響を与える可能性がある。

また、労働衛生専門職の満足度については、全体として、労働衛生専門職は多くの国々で満足しているが、労働衛生プロフィール、給料のレベル、OHSへの政府支援は改善するべきで

ある。

欧州各国調査の要点

- ・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ら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。

参考文献

1. Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. World Health Organization, Bilthoven, 1999.
2. Rantanen J, Lehtinen S (eds.). Abstracts of the International Symposium on Occupational Health for Europeans 3-5 Nov. 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

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）研究報告書

- 1 0 . ILO Convention 161 on Occupational Health Services 1985 (www.ilo.org)
- 1 1 . International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. ICOH Board Meeting. Singapore. 1991.
- 1 2 . Review of Multidisciplinary Services in the EU Member States. CASA, Copenhagen, 1996
- 1 3 . European Workplace Health Promotion Network ww.baua.de/english/iwhpnete.htm
- 1 4 . Training and Education in Occupational Health. Report of a WHO Study Group. Technical Report 762. World Health Organization, Geneva, 1988.
- 1 5 . Occupational Health. Ethically Correct, Economically Sound. Fact Sheet No. 84. Revised June 1999. WHO Press Office, 1999.

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）

概要

欧州における職域ヘルスプロモーション(Workplace Health Promotion: WHP)の動向について、European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP: 職域ヘルスプロモーション・欧州ネットワーク)が設立するまでの状況と、設立後の活動を中心に調べた。欧州でWHPが始まったのは90年代後半で、先進諸国の中ではWHPに対する取り組みが遅かった。EC枠組み指令がWHP展開の有力なきっかけとされているが、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も影響していると考えられる。WHPの概念とし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。WHPの推進者としては、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、ENWHPが設立されて、活動の主役はそこに移っている。国の役割に関しては、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。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。プログラムのターゲットに関しては、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。

1. 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。

2. 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代順に示している。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。

3. 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ないか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にどのように役立つのかを検討する必要がある。

4. 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に関するカルデイフ・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にまで 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、次ぎの 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の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 回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会

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 回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会

第 2 回の欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会は 2001 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、ルクセンブルグ宣言で重要性が指摘され、第 2 次共同事業のテーマとなった「中小企業における WHP」が取り上げられた。そこでは欧州における現状分析と加盟各国における事例（18）、優れた活動の基準とモデル（19）が報告され、リスボン声明（20）が発表された。

現状分析では欧州経済における中小企業の特性と重要性、中小企業に働く人々の健康状態、中小企業に対する産業保健ならびに WHP に関する法令、中小企業における産業保健体制などがレビューされた。それを受けて、中小企業における WHP の重要性、取り組みの困難さと長所が挙げられた。こうしたレビューを踏まえ、中小企業では WHP に対する経営者のリーダーシップが重要であり、日常の経営管理の中に健康問題を取り入れること、WHP を企画する際に従業員の意見を取り入れることが指摘された。その際、中小企業では産業保健に関わる資源が乏しいために、商工会議所、同業者組合、健康保険組合などの組織から支援を受けることが重要であることも指摘された。

（c）第 3 回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会

2002 年にはスペインのバルセロナで第 3 回の欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会が開かれ、ルクセンブルグ宣言で中小企業に次いで重要性が指摘され、第 3 次共同事業のテーマとなった「役所における WHP」が取り上げられた。この大会は「品質と革新を目指した健康な職場：社会的・競争力のあるヨーロッパを目指して頑張ろう」をテーマに、欧州における現状分析と加盟各国

における事例 (21)、優れた活動の基準とモデル (22) が報告され、バルセロナ宣言 (23) が採択された。

現状分析では、まず役所の定義と業務範囲の問題、人的資源構成がレビューされた。次いで役所における温度や騒音などの物理的な労働環境、筋骨格系に負担となる作業内容、作業の質と量、人間関係に由来するストレスなどの要因が取り上げられた。それを受けて、役所における産業保健上の問題点として、作業関連疾患、ストレス、腰痛、頸肩の筋肉痛、仕事満足度、職業性疾病休業が取り上げられて、その実態が報告された。役所における WHP に関して ENWHP 加盟国で行われた調査結果が報告され、作業環境や作業方法に関する活動が多いこと、WHP 開始動機としては疾病対策に加えて従業員の満足度や福利厚生の上昇が多いこと、WHP 活動の評価としては従業員の満足度や福利厚生の上昇に役立ったこと、WHP 活動の担当組織としては健康保険が多いことが明らかにされた。

(d) 第4回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会

第4回欧州職域ヘルスプロモーションネットワーク大会はアイルランドの首都ダブリンで2004年に開催された。この大会では「欧州のWHPをネットワークで結ぶ」をテーマに、第4次共同事業「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」について討議された。

加盟各国におけるWHPネットワーク形成の状況が、その設立年、目標、構造、後援団体、活動方法、開発状況、今後の課題という項目立てで報告された(24)。また、加盟各国から27の特徴あるケース・スタディがその目的、プログラム紹介、結果という項目立てで報告された(25)。さらに、ツール・ボックスという考え方のもとに、ライフスタイル、企業のヘルスポリシー、場面、ツールのタイプというカテゴリーで紹介された(26)。ライフ

スタイルは栄養、運動、喫煙、アルコール、メンタルヘルス、ストレスに分けられ、企業のヘルスポリシーは高齢化、仕事と家庭とのバランス、多様性、性差、リーダーシップ、トレーニング、障害マネジメント、業務満足、ネットワークから構成された。場面としては、中小企業、大企業、ヘルスケア部門、役所、そして学校が考えられた。ツールのタイプとしては、プログラム、事業(優良活動モデル)、インストラメント(質問紙票、ガイドライン、情報媒体)が考えられている。

(7) 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。

5. 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（1,27）。これに対し、欧州ではEC枠組み指令がWHP展開の有効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（27）。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の努力」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の新鮮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（27）。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。

6. 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. 高田昴監訳. 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 healthy organizations. Good practice in workplace health promotion (WHP) in Europe, Models of good practice. Essen: European Information Centre, 1999.
15. European Network for Workplace Health Promotion. Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union. Essen: European Information Centre, 1997.
16. European Network for Workplace Health Promotion. Cardiff Memorandum on