

- workplace health promotion in small and medium sized enterprises. Essen: European Information Centre, 1998.
17. European Network for Workplace Health Promotion. Quality criteria of workplace health promotion. Essen: European Information Centre, 1999.
18. European Network for Workplace Health Promotion. Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises (SMEs). Essen: European Information Centre, 2001.
19. European Network for Workplace Health Promotion. Criteria and models of good practice for workplace health promotion in small and medium-sized enterprises (SMEs). Essen: European Information Centre, 2001.
20. European Network for Workplace Health Promotion. The Lisbon statement on workplace health in SMEs. 2001.
21. European Network for Workplace Health Promotion. Report on the current status of workplace health promotion in the public administration sector. Essen: European Information Centre, 2002.
22. European Network for Workplace Health Promotion. Models of good practice for workplace health promotion in the public administration sector. Essen: European Information Centre, 2002.
23. European Network for Workplace Health Promotion. Barcelona declaration on developing good workplace health practice in Europe. 2002.
24. European Network for Workplace Health Promotion. National forums for workplace health promotion. Essen: European Information Centre, 2004.
25. European Network for Workplace Health Promotion. Report Making the case for workplace health promotion: Analysis of the effects of WHP. Essen: European Information Centre, 2004.
26. European Network for Workplace Health Promotion. ENWHP toolbox: A European collection of methods and practices for promoting health at workplaces. Essen: European Information Centre, 2004.
27. 労働省労働衛生課. 平成 11 年度版職場の健康づくりガイド. 東京: 労務行政研究所, 1999.

表 1. 欧州における職域ヘルスプロモーション（WHP）の取り組みの歩み

年	内容
1986	WHO オタワ憲章制定：ヘルスプロモーションの定義
1988	WHO 専門委員会報告：労働者のためのヘルスプロモーション
1989	EC 枠組み指令（Council Directive 89/391/EC） 生活労働条件改善欧州財団：WHP に関する調査開始
1995	WHO：すべての働く人々に対する産業保健世界戦略
1996	WHP に関する欧州ネットワーク設立
1997	ルクセンブルグ宣言
1998	WHO 欧州地域事務局：欧州ヘルス 2 1 カルライフ・メモ
1999	WHP の品質基準 社会保険組織の WHP ネットワーク
2000	公衆衛生の新戦略（EC）
2003	インターネットによる季刊 ENWHP ニュースレター発刊

表 2. 欧州における職域ヘルスプロモーション（WHP）の課題（欧州財団，1997）

1. すべての国に WHP を広めることを保証する。
2. すべての職場に WHP を広める。
3. 従来の労働安全衛生システムとの融合を図る。
4. 小規模事業所で使える WHP モデルを開発する。
5. WHP に関する情報を第一線の担当者に伝える。
6. 社内の人事労務厚生システムを有効に利用する。
7. WHP の宣伝を効果的に行う。
8. 専門家以外でも使える WHP 方法を開発する。
9. 産業医や安全衛生専門家を WHP に巻き込む。
10. 欧州で実施された WHP の費用便益分析を行う。
11. WHP の欧州モデルの評価を行う。
12. 関係者に対する教育訓練を拡充する。
13. 地域保健・労働衛生政策レベルで WHP の位置付けを明確にする。
14. 国や国際レベルでヘルスプロモーション機関の政策を WHP に向けさせる。

表 3. 職域ヘルスプロモーション（WHP）に関するルクセンブルグ宣言

（WHP 欧州ネットワーク，1997）

-
- ・ WHP の定義
 - － 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
 - ・ WHP の方策
 - － 業務組織と作業環境を改善する
 - － 積極的な参画を促進する
 - － 個人の発展を促す
 - ・ WHP の特徴
 - － 将来に備えての企業の投資戦略
- “Healthy People in Healthy Organization”
-

表 4. 中小企業における職域ヘルスプロモーション（WHP）に関するカルディフ・メモ

（WHP 欧州ネットワーク，1998）

ネットワーク加盟諸国は中小企業が最大のターゲットと考え、次の 5 つを提案する。

1. 中小企業における健康問題に対する関心を高める。
 2. 中小企業で行われた WHP の模範事例を集め、広める。
 3. 中小企業での WHP の便益を利害関係者に広める。
 4. 中小企業と主要な代表機関との連携を図る。
 5. 適切な WHP モデルの開発をサポートする。
-

表5. 職域ヘルスプロモーション（WHP）の品質基準

（WHP 欧州ネットワーク，1999）

基準1. WHP と企業ポリシー

WHPが成功するかどうかは、それがマネジメントの重要な責任であると認識され、現行のマネジメントシステムの中に統合されているかどうかにかかっている。

- a. 組織は WHP に関する明文化された企業哲学を持っている。経営幹部は完全にこの哲学を支持しており、その実施に積極的に貢献する。
- b. ヘルスプロモーション対策は組織における現行の構造とプロセスの中に正当に位置付けられている。
- c. 組織は WHP のために十分な資源（予算，スタッフ，場所，追加訓練など）を供給する。
- d. 経営幹部がヘルスプロモーション対策の進捗状況を定期的にモニターする。
- e. 職場の健康問題は訓練および再訓練（特に経営幹部に対する）の重要な要素である。
- f. すべての従業員が重要な健康関連施設（休憩室，売店，スポーツ施設など）を使用できる。

基準2. 人的資源と業務組織

WHP に関わる人的資源と業務組織上の最も重要な課題は、従業員の技能について考慮することである。WHP の成功に関わる決定的な要因は、すべての従業員が計画や意思決定にできるだけ多く積極的に関わることである。

- a. すべての従業員が業務遂行上必要なスキル（健康に関わる能力を含む）を有する、あるいはそうしたスキルを獲得する機会が与えられている。
- b. 従業員が過重労働や過少労働にならないように業務が組み立てられている。
- c. 従業員が単に個人的にキャリア形成が図れるような可能性が与えられているだけでなく、そうした可能性が特に業務組織対策を通じて創られる。
- d. すべての従業員が職場の健康問題に積極的に関与する機会を与えられている。
- e. 上司は部下をサポートし、職場の雰囲気をよくする。
- f. 長期間の病気休業が終わって復職する際に、組織は従業員（特に障害を持つ従業員）が再び働けるような調整策を講ずる。
- g. 組織は仕事と家庭生活とがより一層調和するような方策をたてる。

基準3. WHP の計画

継続的なレビューを受け、改善され、全従業員に伝えられる明確なコンセプトに基づいているときに WHP は成功する。

- a. ヘルスプロモーション対策は組織全体を対象とし、すべての部門に伝えられる。
- b. ヘルスプロモーション対策は健康関連の情報に基づいて実施される注意深く定期的な分析に基づいている。そうした情報としては、業務上のストレス、健康指標、自覚的訴え、リスクファクター、事故率、職業病、病気欠勤、組織の利害関係者全員、特に従業員の期待が含まれる。
- c. 従業員は全員、社内広報によって WHP 計画の全体像について知らされる。

基準4. 社会的責任

WHP 成功のもう一つの決定的要因は、組織が天然資源の取り扱いに関する責任を果たすのか、それをどのようにして履行するのかということである。社会的責任には、ローカルレベルで、あるいは地域、国、国際レベルでヘルスプロモーションの取り組みに対してどのように支持するのかという組織の役割が含まれる。

- a. 人あるいは環境に対して有害な行為を避けるために、明確に定義された行動（環境保護マネジメントシステムによって）をとっている。
- b. 組織は健康に関連した社会文化福祉活動を活発に支持する。

基準5. WHP の実施

WHP は健康を増進するような業務デザイン対策と健康的な行動に対する支持対策から成る。こうした対策が永続的に組み合わされ、体系的に実施されるとき、WHP は成功する。

- a. 組織の内部にヘルスプロモーション対策を企画し、モニターし、評価を行う運営委員会、プロジェクトグループなどがある。組織内で健康に関連している主な部門はすべてこうしたところに代表を出す。
- b. ヘルスプロモーション対策の企画と実施に必要な組織内外のすべての情報が体系的かつ定期的に収集される。
- c. すべてのヘルスプロモーション対策に対して標的グループと定量可能な目標が設定される。
- d. 健康的な行動を促進するための対策に加えて、健康に良い業務組織や業務デザインのための対策が実施され、組み合わせられる。
- e. すべての対策が体系的に評価され、継続的に改善される。

基準6. WHP の結果

WHP の成功は短期的、中期的、長期的な指標によって測定できる。

- a. 実施されたヘルスプロモーション対策について、製品やサービスに対する顧客の満足度に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
 - b. 実施されたヘルスプロモーション対策について、業務組織、リーダーシップスタイル、参画の可能性、労働安全衛生計画などに対する従業員の満足度に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
 - c. 実施されたヘルスプロモーション対策について、欠勤率、事故発生率、ストレス度の高い作業条件の改善、提出され実施された改善のための提案数、健康的なライフスタイルプログラムの使用、リスクファクターのレベルなどの健康指標に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
 - d. 実施されたヘルスプロモーション対策について、従業員の転職率、生産性、費用便益分析などの経済的指標に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
-

欧州における中小企業への産業保健サービス

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）

武藤 孝司（獨協医科大学公衆衛生学講座）

要旨

小規模事業所における産業保健サービスに関する制度を関連法令と行政施策の面から、ヨーロッパ7カ国を取り上げて比較検討した。フィンランドはすべての被雇用者に対してサービスを提供する制度があり、公的機関を含む柔軟なモデルにより中小企業にも高い割合でサービスが提供されていた。フランスは投入時間という概念を用い、事業所規模に関係なく被雇用者に産業医によるサービスを提供する制度がある。ドイツも投入時間を基本にした制度を有するが、小規模事業所では雇用主が中心的に活動する産業保健モデルの試みがなされていた。オランダではすべての雇用主に認定サービス機関と契約を結ぶことを義務づけた。デンマークでは危険度の高い業種にサービス提供を義務づけ、対象範囲を拡大している。スウェーデン、イギリスでは法令上はすべての被雇用者を対象としているものの、その具体的な実施は企業の自主対応にまかせている。

はじめに

欧州各国は独自の産業保健システムを構築してきたが、EU への統合のため、産業保健を含む社会経済上の仕組みの共通化を模索してきた。この動きは、かならずしもシステムの同一化を進めることではなく、各国の実状を尊重した上で、産業保健上の共通目標に向けて見直しを図ろうとするものである。いくつかの国では現状でもEUの基準を満たしている一方、産業保健サービスが充分でなかった国では改訂がなされている。このように変革期にある欧州の事情を知ることは、日本の産業保健サービスを発展させる手がかりになることが期待できる。論文・学会プロシーディング・報告書にあたり、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、フランス、オランダ、イギリス、ドイツを対象に、中小企業に関する欧州の産業保健サービスについてまとめた。

スウェーデン

スウェーデンには産業保健サービスに関する

法的要件は特別な場合を除き存在しない。にもかかわらず、労使の協定により小企業を含め多くの企業が産業保健サービスを利用してきた。1990年代初頭には産業保健サービスは労働人口の80%にも達した。全国に展開する包括的な産業別産業保健サービスがいくつかの産業－建設、農業、交通、公務員－には存在する。医学（医師、看護婦、理学療法士）や安全工学の専門家に加え、心理社会学の専門家が加わり、サービスの内容を広げていった。1993年の財政援助の打ち切りに伴い産業保健サービスを利用する事業所は70-75%に低下した。産業保健サービス機関が経営の効率化を目指すようになり、小規模事業所は産業保健サービスを探すことが困難になっている。1992年、企業の種類や規模に関わらず雇用者が労働環境に関連した問題に関与することの責務を強調した「内部管理」による労働環境改善が施策として進められている。1995年以降、小企業を対象に内部管理を促進させる効果的な監査方法についてプロジェクトが立ち上がっている。こ

のように、企業の自主対応による職場改善を政策的に進めている。

デンマーク

労働環境法は、産業保健サービスを導入すべき職務上のリスクが高い業種がリストされており、サービスの義務化は段階的に拡大されている。企業内でサービスを組織するか、企業外の地域センタまたは部門別サービスを利用することができる。産業保健サービスの機能および質は労働省が定めており、職員の資格や職務などについて規則やガイドラインがある。産業保健団体は「企業内団体」、ある特定の産業や業界の企業をカバーする「産業団体」、すべての企業または業界をカバーする「地域団体」（「産業保健センタ」とも呼ばれる）の3種類である。全労働者の3分の1に相当する約730,000の労働者が産業保健サービスによりカバーされている。その7割は「地域団体」の登録労働者である。約45,000（17%）の企業が産業保健サービスに参加し、これらの66%の企業が従業員数10人未満である。登録企業が産業保健サービスに融資しておりその分担金はそれぞれの登録従業員の定数合計fixed sumに基づく。産業保健団体の職員には、安全工学者・労働衛生工学士、安全専門家・検査技術員、理学療法士・産業療法士が多く、多様な職種が参加している。

フィンランド

産業保健サービスに関する法律により、企業規模によらずすべての雇用主に従業員への予防的サービスの提供が義務づけられている。自営業者もサービスを利用できる。専門サービスは職場のリスク評価に用いること、その結果に基づきサービスの容を労使と検討することが規定されている。治療や一般健康診断も産業保健サービスに任意に含めることができる。小規模事業所にサービスを提供する主な機関は地域

保健センタと私立医療センタである。地域保健センタは地域住民に対してプライマリ・ヘルスケアを提供しているが、自営業者を含め中小企業の産業保健も担う。医療サービス機関である私立医療センタは、主に都市部で産業保健サービスを提供している。フィンランドでは雇用労働者の90%が産業保健サービス機関によってカバーされている。職場に出向いて行うリスク評価などのサービスは中小企業では保健婦が主に担っている。安全衛生のみならず、職務能力の向上や企業競争力の強化をも視野に入れた小規模事業所プログラムが実行された。保健福祉省は1994年に、産業保健サービスの質と有効性を評価し、継続的に改善を進めていくことを目的とする「産業保健サービスにおける適切な実践」を導入した。

フランス

法律により、業種や企業規模に関わらず雇用主は産業保健サービスを提供しなければならないことが定められている。有資格の産業医によって提供されるサービスは、作業環境管理、作業管理、健康管理すべてにわたる包括的・予防的なものである。すべての労働者に毎年、健康診断を受けることが定められている。産業医のサービス時間が業種リスクと従業員数によって決められており、産業医が月1時間勤務する従業員数は、低リスクでは20人、中リスクでは15人、高リスクは10人と定められている。企業での合計が169時間を超えると独自に自立産業医局を設置する必要があり、20時間未満では複数の企業が共同で企業間産業医局を設立するかまたはそれに加入する。20時間以上169時間未満ではそのどちらかを選択できる。1979年の改正で”第3の時間”の原則が作られ、産業医が作業環境について調査する時間が定量的に定められた。企業間サービスは約400あり、同一業種を対象にした専門的企業間サービスと、多業種を含んだ企業間サービスと

がある。企業間サービスには5～50人の産業医の他、看護婦、運転手、秘書が勤務しているが、人間工学専門家や労働衛生専門家がいる機関は少数である。小規模事業所に対するカバー率は93%と世界一高い。産業保健サービスに要する費用はすべて雇用主が負担し、公的な財政援助はない。

オランダ

1998年以降すべての雇用主は認定産業保健サービス機関(Arbo)と契約を結ぶことが法的な要件となった。認定の要件は、産業保健専門家(医師研修後、最低2年の専門訓練)、安全専門家、労働衛生工学士、労働衛生心理士を最低一人ずつ雇っていることである。産業保健サービス機関が最低限提供しなければならないサービス(基本パッケージ)はリスクアセスメントの支援、疾病者に対するカウンセリング、職業健康診断、従業員との個別相談である。サービスの認定は政府の委託を受けた民間組織が行う。政府は質の改善に関する研究を含め産業保健サービスに対するインフラ整備に対する援助を行っている。また小規模事業所用のリスクアセスメント用チェックリストを開発するなど、小企業に対する体系的な取り組み方を摸索している。サービスに要する費用は雇用主が支払う。小規模事業所に対する財政援助はない。認定サービス機関数は1998年時点で112である。そのうち24は大企業内にあり、88は企業外の機関である。民間の大手産業保健サービス機関が労働者の保健サービスに進出しようとしている。また雇用主に対する医療保健サービスを目的に、保険会社が産業保健分野に進出しつつある。

イギリス

雇用主に産業保健サービスの提供を求める法令はないが、職場における保健と安全に関する法律があり、すべての雇用主は従業員の健康、

安全、福祉を確保する義務があることが規定されている。このため雇用主にはリスクアセスメントの実施義務があり、その結果に応じ従業員に健康診断を実施することや専門家を指名しなければならないとされている。産業保健サービスに要する費用は雇用主が負担する。小規模事業所に対する財政援助はない。中小企業へのサービスは以下の団体により提供されている。地域国立保健サービス(National Health Service)が域内の企業に提供している場合や、企業内のサービスを同業や系列の中小企業に提供している場合がある。企業外機関として、小企業集団にサービスを提供する機関や、契約によりサービスを提供している独立した機関もある。業種による特定のリスクに対して、同業者組合が産業保健の専門家を雇い産業保健助言団体を有し、会員企業の産業保健スタッフを対象に会合を持つ場合もみられる。一般開業医と嘱託契約している企業もある。大都市部では、従業員に焦点を当てた一般開業医が照会できる産業保健プロジェクトが行われているところもある。「健康都市」宣言に基づいた健康的ライフスタイルと産業保健推進とを小企業に導入している自治体もある。1992年の調査によると、私企業全体では約8%(従業員数の36%)の企業が産業保健サービスを利用しているが、従業員25人未満の小企業ではその割合は5%でしかない。

ドイツ

産業安全法は、すべての雇用主が産業安全の専門家と産業医を雇用する義務があることを規定している。この法律は産業医の業務、資格要件、企業における法的立場についても定めている。また産業医の年間勤務時間が決められおり、業種による危険度を勘案して従業員一人当たりのサービス時間は年間0.1～1.2時間となっている。この基準は小規模事業所では緩やかである。企業が産業保健サービスを利用する形態

は、専属の産業医を雇用する、開業医と非常勤の産業医契約を結ぶ、または外部の産業保健サービス機関と契約する、の3つがある。小規模事業所は後2者のいずれかである。適切なサービスを選ぶため、小企業は同業者組合から助言を受ける。サービスに要する費用は雇用主が負担する。小規模事業所に対する国の財政援助はない。「産業保健サービスにおける品質保証機関」の設置に向け準備が進められてきた。評価基準は主に人員の構成やサービス提供の過程に関したものであり、医師等の資格やサービス時間の順守などを含む。小規模事業所に対する産業保健サービスを向上させる方法として、「雇用主モデル」の試みがなされている。これは雇用主に対して安全衛生教育を行った上で自ら安全衛生を担当させようとするもので、必要に応じて専門家の意見を求める方式である。

以上は1998年までの産業保健サービスの現状について中小企業を中心に文献的にまとめたものであり、各国の状況は変化していると思われる。特にサービスの質に関する評価管理システムは近年、進展がめざましいと思われる。諸外国の産業保健サービスの枠組みと実状について明らかにするため、15、16年度に調査することとなった情報収集事項について、産業保健サービスに直接関わる事項と関連事項とに分け、表にまとめた。

表 産業保健サービスの情報収集事項

産業保健サービス	
サービス機関	典型モデル（地域機関・業種機関）、スタッフ構成
サービスの内容	リスク評価、職務適正、高齢者・障害者雇用、精神保健、人間工学
サービスの提供方法	来所式・オンサイト、企業内産業保健組織との関係

サービスの量 頻度	サービス時間、
サービスの質	評価と管理（認定制度を含む）
サービスへの支払い 補助制度	雇用主の負担、
以上についての変革の方向性	

関連事項

法的要件	対象（業種、企業規模）、雇用主の責任、規定されるサービス
監督・支援の組織 教育・認定の制度	行政、民間
医療保険システムとの関係	
地域保健システムとの関係	
安全システムとの関係	
中小企業支援の制度	

文献

1. Lehtinen S, Vartio A, Rantanen J, eds. From protection to promotion: occupational health and safety in small-scale enterprises. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998.
2. Rantanen J, Lehtinen S, eds. Occupational health for Europeans. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1999.
3. Mehrtens G, Beyer D, Brandenburg S, Sandner S. Occupational safety and health services in small and medium-sized enterprise: experiences and solutions. Hamburg: International Social Security Association, 1998:1-59.
4. Weel ANH, van der Beek AJ, Kroon PJ, Verbeek JHAM, van Dijk FJH. Recent changes in occupational medicine in The Netherlands. Int Arch Environ Health 1999;72:285-291.

フィンランドにおける産業保健活動システム

新日本製鐵（株）君津製鐵所 専属産業医 宮本 俊明

はじめに

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

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

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

フィンランドの概要

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

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

フィンランドの社会福祉の基本理念としては以下のものが上げられる。

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

フィンランドの労働界では、「いかにして職場の健康を増進させるか」という問題に大きな関心が集まっている。なぜそのようになったのかという最も本質的と思われる要因は以下のとおりである。フィンランドでは、「幸福感」に欠けた職場が多く、失業者の間では状況はさらに深刻である。フィンランドの労働者は病気による欠勤率が高く、他国の労働者よりも早く退職したがる傾向がある。また、ベビーブーム世代が続々と定年を迎えはじめている。フィンランド労働衛生研究所（FIOH）は、青年労働者、とりわけフィンランド経済の土台となるハイテク産業に従事する若者が、驚くべき高率で燃え尽き症候群を発症している現状に懸念を表明している。若い人々は、現在においても将来においても、決して無駄にしてはならない貴重な国家的財産であり、減少の一途をたどる出

生率によって、将来の労働力不足が憂慮されるようになって久しいが、すでに多くの部門で労働力不足が現実化している。

研修視察受入機関の概要

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

FIOH は国内の産業保健サービス（以下 OHS）の全てに上位組織として関わっており、自営業や第一次産業を含む全労働者の 90% をカバーしている。日本の産業保健が自営業や第一次産業を対象としていないことや従業員 50 人未満の企業への OHS の浸透度が低いことと比べると進歩的な印象である。FIOH は運営費の 60% を OHS 提供等による自己収入で賄っており、社会貢献および国民への情報提供に果たす役割が大きい。所属する産業保健研究者は約 600 人おり、日本の就業人口規模に換算すると約 15,000 人に相当することになる。

フィンランドの産業保健サービスの 4 形態

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

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

- (1) 企業内に OHS 担当部門を持つもので大企業がサービス対象であり、日本の専属産業医と同じ立場であるがフィンランドでは少数。
- (2) 複数の企業が公共ないし共同出資の

OHS 機関（産業保健センター）と共同契約するもので、地方都市や工業団地などに存在。

- (3) 自治体の保健所が行う一般健康管理に OHS 要素が組み込まれているもので、零細企業や農業従事者あるいは自営業者などが対象。

- (4) 私立医療機関が OHS を行うもので、企業と契約した範囲でサービスを展開しており、開業医の集合体のような機関で都市部に存在。

4 つのタイプはニーズが異なり競合することは少ないとのことであった。

フィンランドの作業関連疾患報告

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

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

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

フィンランドの専門産業医の育成

フィンランド全体で 950 人の産業医

(full-time occupational health physician) がおり、うち500人が6年間の研修過程を経た専門産業医である。日本の就業人口規模に換算すると、27,000人のフルタイム産業医のうち14,000人が専門産業医ということになる。このほかにGPと総合病院勤務の臨床専門医がいる。

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

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

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

フィンランドの企業専属産業医の業務

現地で視察した企業はMetso Lokomo Steels Oyである。

企業専属産業医の仕事は予防医学的措置

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

健康診断は、“職業病発生のリスクがある時”に行うことが法で定められているだけで、定期健康診断という発想はない。産業医の提案を踏まえ安全衛生委員会で実施内容等と実施時期を決定して行うことになっており、視察した企業では42歳時点でのみ日本でいう一般健康診断を行っていた。

視察した企業では、作業員への労働衛生意識の浸透はすばらしく、保護具の装着は自己責任であるものの極めて高かった。局所排気装置や、湿式浮遊粉塵低下策、疲れにくい椅子などの作業環境管理も極めて良好だった。反面、産業医による職場調査は2年毎であり、通常は看護師や企業の安全衛生担当者または専門職（人間工学士、Industrial Hygienist など）による活動が主体であった。これは、問題点の指摘と作業員の労働背景調査が産業医巡視の主眼であるためであり、その解決方法検討あるいは労働者への具体的な健康アドバイスは産業医以外のスタッフが、適宜産業医の助言を受けながら精力的かつ専門的に活動するためである。

日本との大きな違い

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

ある。

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

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

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

フィンランドから日本が学ぶべき点と日本の課題

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

- (1) 責任の明確化と自主的活動の重視
- (2) 産業保健重視の職場文化
- (3) 産業保健研究体制の整備

(4) 作業関連疾患管理体制の充実と関心の高さ

(5) 産業保健サービス提供システムの充実と対象労働者の網羅性。

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

「労働災害や作業関連疾患の全事例把握システム」

「自主的・創造的な産業保健活動への転換（企業経営へのメリット化）」

「産業保健活動対象労働者の網羅性向上」

「健康診断重視からの脱却」

「国民全体の産業保健への関心向上」

【参考文献】

宮本俊明、ほか、「フィンランドにおける産業保健活動システム」、第13回日本産業衛生学会産業医・産業看護全国協議会講演集 p113. 2003

井谷徹、「北欧産業保健研修旅行報告」、産業医学ジャーナル Vol.26(5). p33-38. 2003

Olli Korhonen. Työterveys, the Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 1/1999. FIOH

＜産業保健活動の評価＞ 産業保健業務の可能性と展望

研究協力者 海道昌宣（P&G 北東アジア統括産業医）

はじめに

産業保健活動といった場合に、その範囲を狭く設定し、健康診断とその事後措置といった感覚を持っている人が多いかもしれない。しかし世界の先進国の中で一般健康診断が法律で義務付けられている国は、極めて少数派である。ここで産業保健をより広く考え、企業の従業員（労働者）のすべての健康に関することに取り扱う業務と仮定してみよう。そうなった場合、より広い視野で企業への貢献の可能性を見通すことができるようになるかと私は考えている。

当社では、品質管理や安全衛生に関わる業務だけでなく産業保健業務についても社内での要求基準があり、その要求基準が満たされているかどうかをチェックする監査体制ができています。わたしは、それを監査し指導していく立場にいるが、同時にその鑑査基準の作成などにも関与してきた。業務内容の評価をといたことを基本にし、構築される外資系企業である当社が世界的に展開している産業保健活動について述べるとともに、企業の統括産業医として将来の産業保健業務のあり方についてどのように考えているかといった事について私見を述べる。

I. 評価するという事

私がここ数年間、業務に取り組む際、幾つかの格言を念頭においているが、その中に次のものがある。「In most cases, no matter what it is, if you measure it and reward it, people will try to excel at it」つまり「どんな事であり、ほとんどの場合、評価し、それに報いれば、人々はそれに優れようと努力する」ということである。評価はそれだけ人々の行動・努力の原動力となり、評価することがどれほど物事を遂行する上で重要かということを強調している。しかし、ここでもう一つ注目しなければいけないことがある。それは「どんな事であり、..」といったくだりである。評価基準や方法が目的から外れている、あるいはピントがずれている場合でも、間違った方向に強く人々の行動を引っ張っていつてしまうのである。

私が主に携わっている産業保健の統括業務を振り返ってみると、この評価基準をどのように管理するかといった事に多くの時間を費やしている。

業務を遂行する上で必要な評価の概念

評価の既成概念

多くの方々か評価というと、「試験」を思い浮かべるのではないであろうか。学力試験、入学試験、入社試験などである。しかし、これら

の試験は今からお話しする評価の概念の中では特殊で、残念ながらあまり産業保健の評価には活用できない。その一番の問題点は「順位をつける評価」「評価のための評価」という人々を差別化に駆り立てる評価だからである。ただ、どうしてもこの様な既存概念が染みついてしまっている我々が、評価の規準なり、評価方法を考えると、どうしても知らぬ間に我々が今まで経験してきたこの概念に立ち戻ってしまう。そしてあまり効果的でない努力、時としてあまり意味も無く人を苦しめる状況を作り出しがちだと感じている。

評価の目的

評価をする際に最も重要な事は、その目的がどれだけ明確になっているかである。最近マネジメントシステムという手法が日本にも導入されてきているが、その第一のステップである方針、目的といったことが重要なのである。

一般の健康診断の評価を例にあげて考えてみよう。いろいろな評価ポイントが考えられる。受診率、敏感度、特異度、従業員満足度、費用、健康診断の質、..。でも私がいつも疑問を持ち悩むのは、やっていることがその本来の目的や方針に合っているのかという事である。恥ずかしながら、私自身この健康診断の本当の目的が明快に理解できていない。そして今までいろいろな方々にお聞きしても、あまり明快な回答といただいた経験に乏しい。これは法律要求項目なので、こんなことは議論の余地無く「やるべき

こと」なのかもしれないが、もし、その目的が「労働者が働くことで健康を害しているかどうか、できるだけ早く見つけ出し早期に対応することだと想定しよう。その評価基準を真剣に考えると、どうしてもその目的と年1回健康診断という行動の選択が適切か、妥当かといったことも考慮する必要がある。「健康を害しているかどうか、できるだけ早く見つけ出す」には、年1回では遅すぎるのではないかという疑問が湧いてくるからである。健康診断以外の方法も視野に入れて考える必要があろう。これはマネジメントシステムで評価した後に、連続的な改善に結び付けていく過程で常に検討すべき事であるが、評価方法を考えるという事はそれ以上の事なのである。上記の議論で言えることは、一般の健康診断の目的は私が仮定したもの以外だということかもしれない。どちらにしろ、評価を真剣に考える、あるいは本来のマネジメントシステムを考えるという事は、こういった議論を活性化していく。

これらの議論でわかるように、評価方法を考えるということはすべてのプロセスやシステムを考えるとといった事につながってくる。健康の事がよくわからない人がこの評価基準を考えると、費用や受診率といったことに焦点が絞られるかもしれない。冒頭で述べたように、それが人々の行動にどのような影響を与え、それがどのような結果を招くのかは容易に想像できよう。そして多くの場合健康診断の費用や受診率はしっかり測定されているので、この部分は常に健康診断の実施に大きな影響を与えている。

どうしても経験した行動を繰り返してしまう

集団に対する産業保健活動をする上で産業保健職が陥りやすい問題がある。健康診断などでの問診票では、病気の現病歴、既往歴、家族歴、職業歴といったことに焦点を絞った質問で評価しようとする事が多い。病院で病人への対応の延長として健康診断をしているのである。そしてその質問の多くは「あなたには問題がありますか?」といった質問を、あまり健康に問題を感じていない多くの従業員に行うのである。病院への受診者はほとんど何らかの治療を求めているから、こういった情報は多い方が、良い判断・治療に結びつく。しかし、この対応を大多数が健康な集団に行うと、チェックをかければかけるほど「異常者」が出てくる。努力をすればするほど問題が膨れ上がっていくのである。そして何を目的にしていたかという事も忘れてしまうほど、ただただ忙しくなっ

てしまう。企業では限られた資源で最大の効果を出すことが求められる。実際の効果を出すために必要な情報は本当に現病歴、既往歴、家族歴、職業歴なのだろうか? 職場環境のこと、働いている状況、生活習慣などはどれぐらい重要なのかといったことを問い直してみる必要がある。

ポジティブな質問とネガティブな質問

そしてこれらの「あなたには問題がありますか?」といった質問で「集団」を評価しようとした場合、もっと大きな問題に直面することがある。そして企業経営者や組織の管理の専門家にはあまり理解しづらい、受け入れがたいことを主張するはめになってしまう。

この「問題がありますか?」という質問は、先に述べたように問題点をどんどん挙げてくるものである。しかし、組織や企業の評価を専門とする部門、あるいは外部コンサルタント会社などが社員の状況を評価するために使う質問票のほとんどは、ポジティブな質問、つまり「あなたは健康ですか?」といったものである。

このポジティブな質問とネガティブな質問には大きな違いがある。産業保健や企業の中で、ポジティブな質問は多くの場合ポジティブなことだけでなくネガティブなことも評価できる。しかし、ネガティブな質問はネガティブな事しか評価できない。「健康ですか」といった質問では、「大変健康な人」、「まあ健康な人」から「あまり健康でない人」や「健康でない人」まで見出す事ができる。そしてこの質問は、大多数が健康な集団の状況をよりよく評価するのに大きな意味を持つてくる。これに対して「病気ですか」といった質問で「病気でない」ということはブラックボックスで、組織がどれだけ健康かといったことにあまり明快な答えが出ない。大多数が病人の集団である病院での質問はネガティブな質問が効果的だが、大多数が健康な集団に対してはポジティブな質問が重要で、そういったことを十分認識していないと、大多数の人の認識や要望を無視した対応をすることになる。

マイナスからゼロを目標にする評価と、マイナスからプラスを目標にする評価

「病気でない」ということと「健康だ」ということは全く違う事を意味している。病気や事故をゼロにするといった事を目標にしている健康管理部門、安全衛生部門が、効果的な取り組みをすれば、企業としてのこの様なマイナスはどんどん減りゼロに近づくであろう。しかし、

それは永遠にプラスにはならない。「病気だ」とかいた場合、その次に「どこが、どのように悪いのですか？」といった質問続くように、「健康だ」といった場合も「どのように健康なのですか？」「何が健康なのですか？」と続くのである。

我々医療職や安全衛生を担当する者は「病気」や、事故といったことを大変よく理解している。しかし、その逆と認識されている「健康」のことを本当に理解しているのであろうか？世の中に病気の名前は到底覚えきれないほど多数分類され、その治療法もどんどん発達してきている。しかし、我々は人々の「健康な状態」について同じように分類できていないし、それを促進することについてあまり熱心ではなかったのではなかろうか。「健康」を短絡的に「病気でない状態」と理解していただけないだろうか？

歴史的に環境が悪くマイナスが大変大きい場合、その対策が大きな効果を出してきたが、現在そういったアプローチではあまり効果が出なくなっている。そして彼らが本当の意味で価値を感じるのは、しばしば「より健康になる」ことで、その根本的な要求と我々が現在も取り組んでいる姿勢とはずれが生じているように思う。そしてもし「より健康になる」ことが重要であるならば、「健康」というプラスが測定できるような評価方法をもっと開発しなければいけない。少なくとも企業組織集団全体の健康度を見るといったことになった場合、病人が何人かだけを把握する事は片手落ちで、健康で生き生きした従業員がどれぐらいいるかという事も把握する努力をし、その要素を分析し学んでいく必要がある。「失敗や病気に学ぶ」ということから「成功や健康に学ぶ」という態度への転換を考える時期に来ている。この大きなパラダイムシフトの要求は、様々な影響力をもっている。現在日本でも少しずつ定着してきている「自主対応の促進」においてこの成功体験の積み重ねは必要不可欠な概念なのである。

変化に効果的についていける

私は、産業保健の監査員として、色々な事業所の産業保健の状況をチェック評価している。そして、改善への提案や指導をしている。そういったことをすることは大変効果がある。そのような機構を持つことで、企業リスクのマネジメントがどの程度できているのか把握することができる。

急速に社会的な企業リスクの状況が変化し

てきても、そのような監査体制を持っていれば、その要件を監査のチェックリストに加え、短時間に世界に散らばるすべての事業所でしっかりした対応を確立することができる。会社として戦略を持って極めて効果的に取り組むことができるのである。

またこの監査体制をもつことで、優れたシステムを全世界で共有することができ、監査の際のチェックリストもどんどん改善していくことができる。つまり監査する側も、される側もPDCA サイクルが効果的に回ることにより、継続的な改善が行われるのである。

評価の際の注意点

評価の際の注意点とそのための戦略

わたしは実際に韓国や日本の管轄する事業所の監査に行ってチェック項目を一つずつチェックしている。そういった監査を長らくして幾つかの問題点を感じていることがある。どのような業務を評価するにしろ、常に限られたポイントしか評価できない。ごく一部しかチェックできないということである。多くの場合、監査が終了すると私が指摘した問題部分がリストアップされ、改善プランが立てられ実行される。問題点に対して消し込み式の業務改善が行われるのである。

監査自体は大変効果的に業務を促進するが、そこには3つの大きな注意点を感じている。1つ目はそのチェックポイントだけが改善され他の部分から注意から外れてしまうことである。そういった問題への解決策として、統括者は定期的に評価基準なり、あるいはその焦点、優先順位なりを変更している。前編で述べた理由から「試験」を例にして話をするには抵抗があるが、わかりやすいので「試験」をあえて例にする。同じ試験問題を何度も出していると、その試験問題のことしか勉強しなくなるので、試験問題を定期的に変えるのである。そういった評価基準の調整は会社の統括者の重要な仕事だと感じている。試験問題の選択、あるいはそのやりかたは強力的に勉強のやり方、努力の仕方に影響を与える。

2つ目の問題点は、実際のところもっと深刻である。評価の対象が、スタンダードかされたプロセスやシステムに生っている場合、そういった部分について細かく評価はしていると、実際に業務を行う担当者は自主性を失ってしまう。しばしばこの中で人は担当者も含め機械の一部品のような形で業務に参加する。このよ

うなプロセスやシステムをスタンダード化したものでは業務遂行者はあまり考えなくてよい。むしろ独創的なことは多くの場合好まれないのである。そして機械のラインをコントロールするように業務が進められる。

それぞれの業務を遂行する者が考えることを停止し自主性を失いスタンダードを押し付けた側に従属的になることである。プロセスだけを動かすという認識、行動様式になり、何か問題があった場合でも、自ら考え努力して解決方法を模索しなくなる。真剣に考える事を放棄し、常に業務の指示を統括者に仰ぐという態度になるのである。

それを防ぐには、業務プロセスの押し付けを避け、業務結果かその目的に焦点を絞って評価することが重要である。常に何のためにしているのかという目的、業務結果に基づきながら新しい取り組み方をしていくことを奨励するような評価が必要なのである。

3つ目の問題点は、これもプロセスやシステムをグローバルスタンダード化した場合に起こりやすいが、その強力な「均一化」要求により多くの地域・国から反発を招くことである。現在のグローバル化でのデファクトスタンダードあるいは経済均一化競争でもわかるように、このやりかたではローカルの多様性、良さを根こそぎ破壊してしまうのである。そうならない場合でも先に述べたように多様な地域に適応すれば法律、慣習などと二重構造になるなど逆に非効率的になってしまうこともある。業務の重要性やその優先順位は当然その個々の状況で異なっているわけでそういったことも無視しているのである。

評価の可能性への私見と展望

こういった私の業務の性格上、長い間産業保健業務の評価をどのようにしたらいいかについて考え続けて来た。当初、どんなことでも100%評価できないので、そのキーとなる重要ポイントを探し出しうまく評価することに思いをめぐらしていた。その根本概念は「求めるものの100%は評価できないが、それにどれだけ近づけるかが重要だ」といった考え方である。この考えだとどうしても評価点が多くなる傾向がある。しかし、最近私は「評価」自体に関してもっと進んだ見解を持つようになってきた。それはある意味でもっと楽天的かもしれないし、ものすごく厳しいことかもしれない。その概念は芸術や人間の評価の発想から来ている。芸術では絵、音楽、詩や文学、その他の様々な映像芸術にしる特定の部分を極めて誇

張し表現している。そしてそれに触れる人に強い影響力を与えてくれる。これらの評価は100%からの減点方式の評価であろうか？決してそうではない。評価する事により人間の可能性を無限に高め、最も人間に精神的、感情的な活力を与えてくれる評価なのである。それこそが生きている人間をより生き生きとしてみものだと信じている。現在、こういった要素をどれだけ私が行っている評価という業務に注ぎ込む事ができるかを模索している。

II. 産業保健業務展開の可能性

私は産業保健には次の3つの業務展開の可能性がある日頃から考えている。

1. 健康に関するリスクマネジメント
2. 健康的な組織作り、組織の活性化
3. 戦略的な福利厚生

これらの取り組みとその評価をどのようにしていったらよいかといった事についてできるだけ簡潔に説明したい。

1. 健康に関するリスクマネジメント

古典的な職業病の予防と、危機管理項目

職業病・職業関連疾患への対策、職場での感染症への対策など古典的なものも重要である。また最近、危機管理の一環としての災害・事故時への初期対応といった事についても産業保健でカバーされるべきであるといった議論が一部で出ている。これらの問題については、どの国でも法律的な業務要求があり、まずその法律で要求されていることを基本にして行うやり方が必要である。

しかし、実際に取り組む内容については必ずしも現地の慣習を守っているだけでいいとは限らない。グローバルに業務を展開する外資系企業が特定の有害化学物質の取り扱い方について、その法規項目がないからといって、国ごとにその管理のやり方を変えていけば、将来的には産業保健ダンプングといった非難を受けることになろう。環境や産業保健上、日本ではこれらの物質を扱うために環境上あるいは労働者の健康上の規制が多く、多大のコストがかかるから、それはそういった制約がない国で行うといった考え方は通用しないばかりか、今後、社会的に企業姿勢を問われることになってく

と思われる。また、そのようなリスクのある生産は契約生産にして企業外に出しても、ある米国系のスポーツシューズメーカーがインドネシアで子供なども含め労働環境の悪い企業に委託生産していた事が社会的に消費者から非難されたように、企業姿勢が問われる事態は今後、避けられなくなってくる可能性が高い。現地に法律上の規制がないからといっても、こういった部分については企業として一貫したチェック体制が必要である。法律だけ守っていればそれでいいということにはならなくなってきたのである。そういった業務を構築し、それを監査により定期的にチェックを書ける際に、少なくとも学問的、社会的に企業として説明あるいは問題が発生した場合に弁明できるような状態にしておくべきである。

新しい人材に関するリスク項目

リスクマネジメント項目として新しく出てきたリスクで、日本ではまだ認識が低い、高い企業リスクとなり得るものとして労働者の健康情報の管理、人権の尊重といった分野が今後重要になって来よう。実際、日本以外の先進国では、これらは大きな企業リスクの問題として捉えられるようになってきている。またそのシステムをしっかり持っている企業の中には、今後それが一つの国際的な企業競争力になる可能性があると考えられている。そしてリスク管理の一環として、契約生産の委託会社の労働環境についてすら、そのようなチェックをかけているのである。

特定の化学物質の中毒と言った事より、社会的に分かりやすいだけにリスクとしても高いと認識しているのである。健康情報をうまく活用あるいは管理し、それを強みにしていくといったことは簡単なことではなく、そう言ったことができる専門家を海外にも育てていく必要がある。

社会からの企業バッシングといった究極の状況に至らないまでも、このような項目については世界に散らばるすべての工場・事業所で適切に管理されているか把握し、労働者の不満を減らすといったマイナスの取り組みばかりではなく、全世界のすべての従業員を同等に扱っているといったプラスの雰囲気を作ることがどれだけ企業と労働者の結びつきを増す意味で重要であるかはあえてここで述べるに及ばないであろう。

現在私の監査業務、指導業務もこのように当社だけでなく、契約生産をお願いしている工場、原料を納入している企業にまで及びつつある。

日本ではそのような事をほとんどしていないため、私自身かなりやりにくく感じているが、サプライチェーン全体に企業責任がかかってくるといった概念がグローバルな面では広がりつつあると理解している。

2. 健康的な組織作り、組織の活性化

基準を持って行うメリット

これは企業リスクと言った事ではなく、その意味で必ずしも海外の事業所まで含める必要はないかもしれない。しかし、産業保健の状況を評価することによって、改善する余地が明確になり生産性や従業員の活性化にもつながり、企業戦略として取り組む価値があると私は感じている。労働者の仕事の状況、ライフスタイルを分析し、改善提案を行い、そして様々なレベルでの教育を行っていくのであるが、分析にしろ、改善提案・教育にしろ、やり方を間違えると成果が出ないばかりか、問題点を掘り出すだけで労働者の不満をあおり企業としてマイナスになってしまうこともしばしばある。多くの大企業は様々な従業員調査をしているが、そのような調査による、組織の状態が悪化してしまふ場合の方が、それによって組織の状態が良くなる可能性より高いといった報告すらある。そういった点で、そのような調査や対応をするべきかといった事は大変重要で、闇雲な取り組みはむしろ危険である。そのため、このような分野で専門的な知識と経験を持った人が指導しながら進めることは重要である。少なくともそういった取り組みをしている場合、その状況を評価するといったチェック機構は企業として重要だと思っている。

具体的な取り組みについて

具体的には、健康診断の際などに質問票（健康調査票）を用いて従業員の状況を把握していくのである。こういった取り組みは、ストレス調査などでも行われている。しかし、改善提案をするために重要な点が幾つかある。我々はしばしば改善がなかなか難しい、あるいは不可能な問題点ばかりを拾い上げてしまい、改善に可能な部分になかなか焦点が絞れない場合が多々ある。最近開発された「職業性ストレス簡易調査票」での質問でもそのような部分が認められる。例えば一番初めの質問「非常にたくさんの仕事をしなければならぬ」といった質問はそれによりストレスが高いかどうかの一つの指標として導入されているのだが、この項目

の「たくさん」を、多種類の仕事といったこととすれば、組織論的、組織人材管理的にはむしろ良い指標である。

また「一生懸命働かなければならない」「高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ」「勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない」といった質問の、それによりストレスが多いといったことを測定しようとしているのだが、それを測定して問題があるとなったばかりでも、「一生懸命働かないようにしましょう」「高度の知識や技術が必要でない単純な労働をしましょう」「勤務時間中は仕事のことを考えないようにしましょう」といったことにはならない。つまり改善できない、あるいは改善が難しい調査内容となっているのである。こういったことは、先ほど述べた「調査をすると組織が悪化してしまう」といった一つの理由でもある。

調査項目により改善が進み、その改善が個人にも企業にもよい事に焦点を絞らなくてはいけないと日頃から考えている。そういった内容はまた具体的でなくてはならないし、それをフィードバックする相手がそういった取り組みをする上で最も適切な人でなければならないのである。

こういったことができる質問の例としては以下のような事があげられる：「自分が効果的に仕事や組織に貢献できる機会に恵まれている」「やる気の出る指示や評価を適切にもらえる職場である」「自分の仕事において、特に何が期待されているかよくわかっている」といった質問である。これらの質問に基づき改善に取り組む事は、従業員個人個人のストレス軽減に役に立つばかりでなく、企業の組織の活性化、生産性向上にもつながるのである。

このような質問項目を見ると、人によっては「人事」がやるような質問といった印象を持つかもしれない。しかし、このような質問を人事がして、従業員が本当の気持ちを答える事ができるだろうか？個人のプライバシーの問題などが危惧されるばかりか、それによる不当な差別に発展するか可能性もある。それに対して倫理規範を持つ産業保健組織が行う意義はより大きいと考えている。まずこのような調査が、ストレスの一次予防をする上で大変重要である。そして毎年毎年定期健康診断を行うことで、継続的に状況を把握する事ができる。当然、高い回収率が期待できる。組織集団に情報をフィードバックしてだけでなく、個人対応もできる。このように、産業保健部門がこういったことに取り組んでいく事には大きなメリット

があると考えている。

組織心理、人材管理などの知識を深め、効果的に取り組める人材を増やしていく事で、これは大きな可能性がある分野だと思っている。

3. 戦略的な福利厚生

福利厚生に戦略の導入

もともと福利厚生とは企業が設定するが、それを選択するか否かは従業員の裁量であるといったもので、それに対して企業戦略といった側面はほとんど無かったのではなかろうか。そういったこともあり、こういった予算は昨今どんどん削減されてきている。しかし、この部分の予算はいまだかなりの額があるのではなかろうか。こういった部分を戦略的の取り組む事で、個人個人の生産性を高めていく大きな可能性があると考えている。米国企業では、企業の役員や上級管理職ばかりでなく一般従業員やその家族も含め、従業員支援プログラムを適応し心理カウンセリングなどのサービスをしている。こういったサービスを展開する大きな原動力になっているのは、それをする事により、従業員にとってマイナスになる様々な個人的な問題を解決し、生産性を高めるといった明確な目的がある。

役員や上級管理職では、このような防衛的、あるいは問題解決的なサービスだけでなく、より高い状態で働けるように個人個人にアドバイスしていくようなサービスの提供などが始まっている。高いモチベーションや体力を維持する事が、現在のこのような職の高い生産性にきわめて重要になってきているからである。

プロスポーツの世界での世界のトッププレーヤーには、色々なトレーナーが付き、心理的に強くなるような援助などもしている。そういった競争の激しい世界でより高い成果を出すための健康管理の手法をビジネスの世界に取り入れてきているのである。

例えば創造的な仕事をするには、5つの脳の働きの段階が必要であるといわれている。

- | | |
|----------------------|----|
| 1. Insight (思いつき) | 右脳 |
| 2. Saturation (飽和) | 左脳 |
| 3. Incubation (醸造) | 右脳 |
| 4. Illumination (閃き) | 右脳 |
| 5. Verification (実証) | 左脳 |

そして、それに対して主に働いている脳は異なった部分である。右脳はじっと机に座っている状態ではなかなか活性化されない。もし創造的な仕事が効果的にできる健康状態に持って

いくのであれば、そのようなことが効果的にできるような生理的な状態にしていく事が必要である。そういった健康に関わる部分について指導していくのも健康管理の一部になってくる可能性があるということである。

感情的に不安定な人に対しては、どのようにすれば感情のコントロールが上手くできるかといった事についても、最近発達してきた脳生理学、行動学など様々な部分の知識を導入していく事により、効果的に指導していける。実際問題としてそういったビジネスが海外ではどんどんでき、そのようなサービスを受けた役員、上級管理職が高い生産性、成功、より良い健康状態を手に入れているのである。

それをより高い状態にもっていくためにどのような健康習慣にするべきか、現代の生理学、脳科学の知識などをふんだんに応用し、個人個人がより効果的にそれぞれの仕事ができるように指導していくといった事である。

もはや、高齢になっても健康で入るためといった概念での健康管理は企業として投資する魅力がなくなっている。今現在、より良い状態にする事に焦点を絞り、それが個人個人の成果に好影響を与えることが求められているのである。引退したプロスポーツ選手にトレーナーはつかない。同じように現役でバリバリ働いている人が寄りよい状態で働き、より高い成果を発揮するために健康についてどのようなことができるかといった事が重要なのである。そして、そういった取り組みは可能であり、大きな可能性を秘めていると考えている。

ポジティブな健康指標の開発

そのためには健康を病気の反対の状況といった捕らえ方ではもはや通用しない。病気か、そうでないかといった事と、より良い健康というのは全く違ったアプローチが必要なのであ

る。

つまり臨床医学を基本にした産業保健ではもう対応できるものではなく、より本質的に基礎医学、あるいは生物学で得られた知見、あるいは社会医学や哲学など様々な進歩を応用し、産業保健にもっと活用していく必要があると考えている。

この分野は、欧米でもまだ始まったばかりであり、日本が早い段階でこういったことに本格的に取り組んでいく事が、今後の競争力維持とより意味のある生活をおく上で重要に生ってくると考えている。

こういった部分の新しい知見をどんどん入れ改善する上で、そう行なった事が促進される評価基準、あるいは環境を作り上げていく事は極めて大切である。それができるかどうかはこういったことが成功するかどうかの大きな鍵になるだろうと考えている。

最後に

産業保健における評価のあり方、そして、その効果的な評価制度を構築する事により可能となる業務について私見を述べた。

何事も「人」がするといったことを考えれば、その人が効果的になれるような援助、効果的に働けるようになるための組織への介入が、どれだけの可能性を持っているかについては計り知れないものがあると考えている。

そういったことを産業保健の枠組みでやるのかあるいは、別の枠組みが必要かは別問題として、人の「生命」や「健康」の専門家である医療職が、こういったことにドレだけ貢献していく事ができるのかといった模索を続けていく必要があると考えている