

表 A5-12 職場の健康づくり活動

	Baseline		χ^2 検定	Endpoint		χ^2 検定
	介入群	対照群		介入群	対照群	
	n=1,054	n=1,065		n=1,033	n=1,032	
	事業場数	事業場数		事業場数	事業場数	
	(%)	(%)		(%)	(%)	
職場の健康の維持増進に関心がある	634 (60.2%)	607 (57.0%)	n.s.	631 (61.0%)	587 (56.9%)	P=0.080
約1ヶ月以内に職場の健康づくり活動に参加・協力する予定がある	306 (29.0%)	272 (25.5%)	n.s.	296 (28.7%)	275 (26.6%)	n.s.
現在参加・協力している健康の維持増進のための取り組みがある	174 (16.5%)	148 (13.9%)	n.s.	169 (16.4%)	156 (15.1%)	n.s.
職場の健康づくり活動に今後も参加・協力していける自信がある	446 (42.3%)	434 (40.8%)	n.s.	479 (46.4%)	410 (39.7%)	P<0.01

表 A5-13 外部資源の名称認知度

	Baseline		χ^2 検定	Endpoint		χ^2 検定
	介入群	対照群		介入群	対照群	
以下の名称を知っている	n=1,054	n=1,065		n=1,033	n=1,032	
	事業場数	事業場数		事業場数	事業場数	
	(%)	(%)		(%)	(%)	
地域産業保健センター	196 (18.6%)	178 (16.7%)	n.s.	191 (18.5%)	168 (16.3%)	n.s.
産業保健推進センター	164 (15.6%)	129 (12.1%)	p<0.05	148 (14.3%)	135 (13.1%)	n.s.
保健所・保健センター	951 (90.2%)	943 (88.5%)	n.s.	923 (89.4%)	895 (86.7%)	n.s.
社会保険健康事業財団	311 (29.5%)	297 (27.9%)	n.s.	315 (30.5%)	285 (27.6%)	n.s.
精神保健福祉センター	186 (17.6%)	164 (15.4%)	n.s.	188 (18.2%)	150 (14.5%)	p<0.05
労災病院「勤労者 心の電話相談」	322 (30.6%)	325 (30.5%)	n.s.	264 (25.6%)	249 (24.1%)	n.s.

「地域産業保健センター」「産業保健推進センター」「社会保険健康事業財団」の内容認知度は、Endpointにおいて、対照群に比べ介入の方が有意に高い割合であった ($p<0.001$ 、 $p<0.01$ 、 $p<0.05$)。

「保健所・保健センター」「精神保健福祉センター」の内容認知度は、Baselineにおいて、対照群に比べて介入群の方が有意に高く ($p<0.01$ 、 $p<0.05$)、また Endpointにおいても、対照群に比べて介入群の方が有意に高い結果となった ($p<0.05$ 、 $p<0.01$)。

(5) 新たな職場の健康づくり活動への取り組みとその内容

この1年での職場の健康づくりについての進歩があったと感じている従業員は、介入群 25.6%、対照群 26.7%で、差は見られなかった。

(6) 抑うつ度 (CES-D)

抑うつ得点 (CES-D) は、事業場規模別

に分析すると、従業員 30~49 人の事業場では、Baselineにおいて介入群 17.0 ± 9.3 、Endpointにおいて介入群 17.4 ± 9.7 と、ともに最も高かったが、対照群との有意差は認められなかった (表 A5-15)。

4. 考察

1) 事業所長への調査から

(1) 自分自身や職場の健康増進

自分自身や職場の健康増進への関心については、殆どの事業所長が持っているが、そのための活動を実施しているという割合とは差があることが分り、今後の課題と考えられた。

(2) 新たな職場の健康づくりへの取り組み

この1年間で職場の健康づくりについて改めて考えた機会があった事業場の中で、その内容として保健師と話し合う機会を設けたと、介入群で7割の事業所長が答えており、本研究の介入により、保健師の活用可能性を事業場側が見出していることが示唆された。

表 A5-14 外部資源の内容認知度

	Baseline		χ^2 検定	Endpoint		χ^2 検定
	介入群 n=1,054 事業場数 (%)	対照群 n=1,065 事業場数 (%)		介入群 n=1,033 事業場数 (%)	対照群 n=1,032 事業場数 (%)	
以下サービス内容について知っている						
地域産業保健センター	42 (4.0%)	31 (2.9%)	n.s.	52 (5.0%)	21 (2.0%)	$p<0.001$
産業保健推進センター	35 (3.3%)	33 (3.1%)	n.s.	41 (4.0%)	18 (1.7%)	$p<0.01$
保健所・保健センター	517 (49.1%)	454 (42.6%)	$p<0.01$	503 (48.7%)	439 (42.5%)	$p<0.05$
社会保険健康事業財団	117 (11.1%)	98 (9.2%)	n.s.	127 (12.3%)	93 (9.0%)	$p<0.05$
精神保健福祉センター	66 (6.3%)	41 (3.8%)	$p<0.05$	71 (6.9%)	39 (3.8%)	$p<0.01$
労災病院「勤労者 心の電話相談」	105 (10.2%)	100 (9.4%)	n.s.	102 (9.9%)	88 (8.5%)	n.s.

表 A5-15 事業場規模別の抑うつ得点 (CES-D)

	Baseline			Endpoint		
	介入群 平均値 (標準偏差)	対照群 平均値 (標準偏差)	Mann-Whitney の U 検定	介入群 平均値 (標準偏差)	対照群 平均値 (標準偏差)	Mann-Whitney の U 検定
10～29 人	16.5 (8.9)	16.6 (8.6)	n.s.	16.1 (9.2)	16.8 (9.2)	n.s.
30～49 人	17.0 (9.3)	15.8 (7.8)	n.s.	17.4 (9.7)	14.9 (7.8)	n.s.
50～99 人	16.1 (8.6)	15.0 (8.1)	n.s.	15.9 (9.3)	14.7 (8.1)	n.s.
100 人以上	14.7 (7.2)	15.6 (12.6)	n.s.	15.2 (8.6)	14.1 (8.2)	n.s.
従業員全体	15.8 (8.3)	15.8 (8.3)	n.s.	15.8 (8.9)	15.8 (8.7)	n.s.

2) 安全衛生担当者への調査から

(1) 新たな職場の健康づくり活動への
取り組みとその効果

健康診断以外の取り組みを新たに行った事業場は、介入群で有意に高い割合であったことから、本研究の支援ツールを用いた介入により、職場の健康づくり活動として、「健康診断の受診」だけではない多様な取り組みを、介入群では実践できたことが伺える。

新たな職場の健康づくりの活動内容として、心の健康づくりや健康づくりのための社内の仕組みや風土を整えるといった項目より、健康診断の受診や作業環境の改善といった項目の方が、実施している割合が高かったのは、対象事業場のうち製造業が半数程度を占めていたため、それらの項目が取り組みやすかった可能性が考えられる。

(2) 外部資源の名称認知度・内容認知度・
利用経験・今度の利用希望

「地域産業保健センター」の内容認知度については、介入群の方が有意に認知度が高く、また、Baseline、Endpoint を比較した結果も有意差が認められていることか

ら、支援ツールを用いた介入の効果として、外部支援機関の内容認知度が高まったことが考えられる。

業種ごとに分析結果では、「地域産業保健センター」について、製造業においては、内容認知度が、介入群で有意に高まっていた。サービス業では、当項目について有意差が見られなかったことから、保健師の事業場への介入により、特に製造業において、サービス内容の認知度が高まったといえる。

「作業環境測定機関」「地域産業保健推進センター」「産業保健推進センター」の利用希望に有意差が見られていたのは、事業場側が、支援ツールを用いた保健師の介入により、活動可能性を見出したと考えられる。

(3) 助成制度の名称認知度、今後の利用
希望

新たに選任した産業保健専門職の中で、産業医の割合が最も多く、質問項目の中で「産業医共同選任事業」の名称認知度が Endpoint で有意差が認められていることは、保健師の介入により産業医選任の必要性を事業場側が認知したと推察される。

助成事業の今後の利用希望では、製造業

において、「中小企業時短促進援助事業」「たんぼぼ計画」「経営者健康づくり体験セミナー」といった項目で有意に介入が高値となり、支援ツールを用いた保健師の介入により、それら助成制度の活用可能性を事業場側が見出したと考えられる。

(4) 職場の健康づくりに関する情報の

入手・活用

以前より積極的に情報の入手・活用ができたと答えた事業場が、介入群で有意に多かった。内訳を見ると、**Baseline** で情報を活用していなかった群で、以前より情報を活用したと答えた割合が有意に高く、もともと情報を活用していなかった事業場にとって、支援ツールが有用であったと考えられる。

3) 従業員への調査から

(1) 職場における健康づくり活動

職場の健康づくりについて、今後も参加・協力していく自信があると答えた従業員が **Endpoint** では、介入群の方が有意に多く、支援ツールを用いて、実際に自分達で取り組みを行った結果、今後への自信につながったと考えられる。

(2) 外部資源の名称認知度、内容認知度、今後の利用希望

「精神保健福祉センター」の名称認知度については、**Endpoint** において介入群の方が有意に認知度が高く、支援ツールを用いた介入の効果として、外部支援機関の名称認知度が高まったと考えられる。

「地域産業保健センター」「産業保健推進センター」「社会保険健康事業財団」の内容認知度についても、**Endpoint** において介

入群の方が有意に認知度が高く、支援ツールを用いた介入の効果として、外部支援機関の内容認知度が高まったと考えられる。しかし、各機関の内容認知度は介入群においても 5~12%と低い割合にとどまっており、今後より分かりやすい情報を提供できるよう工夫していく必要がある。

(3) 抑うつ度 (CES-D)

従業員の抑うつ得点は、事業所長に比べると全体的に高い得点であった。特に、事業場規模 30~49 人の群で点数が高く、小規模事業場へのメンタルヘルス対策の必要性が示唆された。

4) 全体を通しての課題

今回、対象事業場について **Baseline**、**Endpoint** における調査を行った結果、いくつかの項目に関して、対照群と比較して介入群での支援効果が認められたものの、介入効果が明確でなかった項目も多く見られた。この理由としては、今回の支援モデル事業のアウトカム評価は、介入 1 年後の時点での評価であったため、まだ十分に効果が示されていないことが考えられる。また、今回の介入では、保健師が直接従業員に働きかけたのではなく、事業場の事業所長や安全衛生担当者を通して働きかけたため、本介入による従業員への影響は長期的に現れることが予測される。そのため、介入 1 年後という **Endpoint** の調査時期では従業員への支援効果が十分現れていない可能性が考えられる。

一方、結果の中には、**Baseline** から比べて **Endpoint** で対照群において有意な改善を示した項目があり、質問紙調査自体が健

康づくり活動への動機付けとなった可能性が考えられた。

また、保健師の支援経験により事業場への支援スキルが異なると考えられたため、介入保健師は、事前に研究班主催の保健師講習会受講した後に、事業場への介入を行ったが、結果的にどのように、どの程度事業場に介入できたかは、保健師の経験や支援スキルの差をある程度反映していた可能性が考えられる。保健師の支援技術の標準化や、より効果的な支援スキルの育成・向上策については、今後の継続課題と考えられる。

5. まとめ

今回、対象事業場における **Baseline**、**Endpoint** での調査を行った結果、健康診断以外の職場の健康づくりへの取り組みに関して、対照群と比較して介入群において有意に高い実施率が得られ、今回の支援モデル介入の有効性が示された。また、外部資源や助成制度のいくつかの項目についての名称・内容認知度今後の利用希望に関して、介入群において改善が認められ、情報活用面における一定の効果が認められた。また、従業員の職場の健康づくり活動への参加・協力の「今後の自信」に関しては、介入群が対照群より有意に高い割合となっており、支援モデル事業の実施が、健康職場づくりへの動機付けとなった可能性が示唆された。

今後は、今回のモデル事業の成果を踏まえて、より効果的な支援ツールの改訂ならびに保健師等の専門職の支援技術強化を行い、平行して適切な評価指標を用いたより

長期的なレンジで支援モデル・支援ツールの効果検証を進めていく必要がある。

A6

事業者団体への支援モデルの展開

1. 目的

本モデルの普及方法のひとつとして、事業者団体への介入方法を検討した。事業者団体を活用することにより、職場の健康づくりの鍵となる事業主への効果的かつ効率的な周知を図り、動機付けを行いやすくなると考えられる。

そこで、事業者団体にどのように働きかけるのが有効か、実際の介入過程を通して検討することを目的に、事業者団体への介入を試みた。

2. 方法

1) データ収集方法

ケーススタディ、プロセス評価(観察、インタビュー、質問紙)による。

2) 介入方法

首都圏の A 工業会(労働保険事務組合・加入事業者数 115)の協力を得て、事業者団体を通じた支援モデルの展開を試みた。

まず、事業者団体の役員会(参加 7 事業場)において、モデル事業について研究者から説明した(平成 17 年 12 月)。その際、アクションチェックリスト(短縮版)、情報ガイドブック、成功事例集を資料として配布し、約 20 分間の説明を行った。

対象者の反応を説明前のアンケート(当日回収)により把握した、さらに事後アンケート(後日回収)により、説明の理解度、参加希望の有無について情報

収集した。説明直後アンケートの項目は、健康診断実施状況、職場の健康づくりの活動イメージ、他社での取り組みを知りたいか、他社の話を聞く機会、健康づくりに関する考え(重要性の認識)、健康づくりへの関心、現在取り組んでいる活動、健康づくりに必要な知識や情報の入手、相談機関や専門職についてであった。

3. 結果

説明前のアンケート結果からは、健診以外の健康づくり活動のイメージをもっているところは少なく、知識・情報の入手が困難であることが明らかになった。また、事後アンケート結果から、健康づくりに関する他社の活動を知る機会や、相談できる場所や専門家が少ないことも示唆された。今後の参加については、回収された 5 事業場のうちの 3 事業場から参加希望が挙げられた。

4. 今後のすすめ方

今後、同事業場団体の会長・事務局長・賛同事業主との協議しながら、希望する事業主・担当者への具体的な説明・研修セミナーを企画していく予定である。セミナーの内容は、実際の職場環境のチェック、グループワークとする。その後、各々の会社でモデル事業を実施する。必要であれば、事務局がサポートする。モデルを展開した事業場同士により報告会を実施する。事業場団体の広報や、大会等の機会を通じた広報・呼びかけを会長、役員、事務局長からのアプローチまたは研究者から行う。いくつかの賛同事業場

で実際にモデル事業を展開し、合同研修セミナー（報告会）成功事例の広報を通じて、さらに同事業者団体加入事業場に普及・推進を図る。これらの働きかけを通して、プログラムやツールについて理解していただくこと、その活用方法や意義を実感できること、ならびに口コミで同業者間に広がることを目標とする。実際に支援を展開しながら、事業者団体を活用したより効果的な働きかけの方法を探っていきたいと考えている。

A6 参考資料

事業主への動機づけや情報提供のための勉強会

—小規模事業場のメンタルヘルスに関する事業主と研究者の合同勉強会—

1. 目的

小規模事業場でもメンタルヘルスサービスへのニーズはあるものの、現実には殆ど導入されていないだけでなく、事業場外資源の活用も活発ではない。小規模事業場は、経営基盤や人員数、組織・風土の大企業との相異や情報不足から、大企業と同様のサービス内容を受け入れられないことが多い。そこで、小規模事業場事業主が各職場へのサービス導入の是非を判断できるようになるための知識や情報を提供することと、事業主が納得して導入できる適切なサービスの内容と提供方法を開発するために、事業主と研究者による合同勉強会を計6回定期的に開催した。

2. 対象と方法

某3地域の各工業団地の小規模事業場（従業員数50人未満）事業主13人に研究者5人が加わる合同勉強会を、2005年1月から12月まで隔月で計6回開催した。なお研究者のうち1人は17年前、もう1人は5年前より同フィールドにおいて産業保健活動や研究を実施しており、対象者とのよい信頼関係が確立し、研究結果のフィードバックを通して本フィールドの健康課題に対する共通認識もあり、研究者との協働への意欲と協力が得られていた。本定期勉強会の開催は事業主の方から提案され、

日時、回数、会議場所、費用の設定、連絡方法等も、主に事業主の方から積極的に検討された。

毎回、事業主が実際に対応したメンタルヘルス問題事例を題材に自由討論を行った。会議内容は録音し逐語録を作成した。内容を分析しいくつかの項目に分類しまとめた。さらに事業主の行動の変化を記述した。

3. 結果

1) 内容分析結果

勉強会計6回の内容を分析すると、以下の項目にまとめられた。

<判断の困難さ>

- ・早期発見が難しく、問題が大きくなってから対応に困る。
- ・復職者に対して、どの時点でどのくらいの仕事ができるのかわからない。など。

<経営上の問題・処遇>

- ・メンタルヘルス不全者の分の仕事まで、事業主自らが補わなければならない（事業主にかかる過重な労働負荷）。
- ・メンタルヘルス不全による退職者への退職金、慰労金等は社長の采配次第で決まる。
- ・メンタルヘルスケアや福利厚生まで、町工場のスタンスではやっていけない。など。

<得たい知識>

- ・メンタルヘルス不全者の退職にまつわる解雇権の範囲を具体的に知りたい。
- ・業務起因性の具体的範囲が実感的にわからない。
- ・うつ病の他に、職場で見られる精神疾

患と職場での症状を知りたい。
など。

<小規模事業場独自の工夫・提案>

- ・メンタルヘルス不全者への対応から労務管理まで、アドバイスできる人を置く（経験者など）。
- ・「若い人を育てることが大切なのだ」という教育をする。
- ・カリスマ職人を大事にすることより技術の継承を考え、後輩とカリスマ職人双方の居心地の良さと全体のバランスを保ちたい。
- ・新工場の設計に当たり、従業員の希望聴取より、「憩いの場」を作ることを検討している。具体的には、「昼休みに寝られる場所」「緑が多くある工場（屋上に緑を設置し会話できる空間に）」など。

<小規模事業場事業主の希望>

- ・問題が大きくなる前に早期発見と適切な対処をしたい。
- ・この地域の小規模事業場で実際に役立つマニュアルを自分たちで作りたい。
- など。

2) 事業主の行動の変化（経緯の分析）

<勉強会開催に至る経緯>

- (1) 2004年9月、調査対象となる小規模事業場の事業主に対して2時間の教育を実施し、メンタルヘルス対策の意義やうつ病事例への対応方法等を解説した。
- (2) 次に、2004年11月、事業主に対して、医師、臨床心理士、産業看護職をメンバーとするチームによるメンタルヘルスサービスの提供（カウンセリングと専門医の紹介、

管理者等に対するコンサルテーション、社員に対する教育など）を提案した。

(3) しかし、事業主はメンタルヘルス対策に関する知識の不足から、研究者側が提案するサービス導入の是非が判断できず、逆に事業主側から勉強会開催の提案があった。

<勉強会開催以降の経緯>

(4) そこで、研究者側は勉強会で解説すべき内容を検討し、メンタルヘルス対策に関わる法的背景、メンタルヘルス対策の内容、専門スタッフの役割などに関する資料を準備した上で、2005年1月に事業主（参加者6名）との第1回の勉強会に臨んだ。

(5) ところが、事業主側から、扱いに苦慮している精神疾患事例への対応法を検討したいとの要望が出され、急遽勉強会の内容が事例研究に変更された。

(6) しかし、事業主側と研究者側の相互理解の不足から、両者に不満の残る結果となった。事業主側は、「うつ病」という病名で長期に休業しているという以外に詳しい情報が得られない社員への対応法を求めるのに対し、研究者側は一口に「うつ病」といってもケースによって対応が異なると説明したが、事業主の理解が得られなかった。

(7) 2005年3月の第2回勉強会でも事例検討を行ったが、事例報告者が事前に準備し事例についての詳しい情報が得られたため、職場の対応の問題点や改善点を明確にすることができた。この勉強会の中で事業主側は臨床の専門家としての研究者を評価する態度が見られた。

(8) 2005年5月の第3回勉強会ではアルコール依存症従業員の退職事例について討議した。「他社の対応例を聞いていて、自

社に出来る範囲と出来ない範囲がわかった」など、具体的イメージを持った発言が聞かれるようになった。

(9) 2005年7月の第4回勉強会では、過去3回の振り返りと今後の進め方を話し合った。「最初に受けた教育講演を今あらためて受けてみたい」「ここで勉強したことを他社にも教えてあげたい」等の意見が出されるようになった。

(10) 2005年9月の第5回勉強会では、「知りたいことが次々浮かんでくる」「今度は事業主ではなく従業員の立場から考えることができた」等の意見が出された。

(11) 2005年11月の第6回（最終回）勉強会では、事業主自らによる「メンタルヘルス勉強会のまとめ」の小冊子が作成され、本勉強会に参加しなかった同工業団地内の他社に配布されることになった。

4. 考察

1) 小規模事業場では、メンタルヘルスサービスの導入の是非について判断できるスタッフがいないことも、メンタルヘルス対策が進まない一要因と考えられた。

2) 小規模事業場事業主がメンタルヘルス対策の意義を理解するには、専門家からの一方的情報提供では漠然としていてわかりづらく、事業主が抱える問題の解決策の提供を通して、具体的イメージを形成できるよう援助することが効果的であった。

3) そのためには、具体的な精神疾患事例への対応法について検討することは、有意義であると考えられた。

4) 事業主自らが作成した「勉強会のまとめ」は、小規模事業場の実情に合っている

ため、活用しやすいものとなった。事業主の潜在力を引き出し、事業主自らが主体的に協力し合い検討できるように支援することが効果的であることが示唆された。

5) そのために保健医療の専門家によるサービスの内容や提供方法は、健康相談や保健指導、教育といった一方的専門的アプローチに留まらず、当事者（事業主や従業員）へのエンパワメントを促すような、助言や情報提供、当事者らによる学習機会の設定、継続的見守り、相談というような側面的支援も有意義であると考えられた。

I-B

海外における産業保健システム

—主に中小企業への支援システムに
焦点を当てて—

錦戸典子、平田衛、本木千春、蔦木美穂、
池田智子

B1

ドイツにおける産業保健システム

1. 目的

日本は、人口においては東北アジア 2 番
目、経済規模は世界 2 位であり、中小企業
における労働衛生を推進するにも中小企業
の企業数・従事者数も、経済規模も大きい
ために、欧州の小国における中小企業への
労働衛生対策が日本に適用できるとは必ず
しも考えられていない。欧州において最大
の人口を有し、経済規模も欧州最大の国で
あるドイツにおける労働衛生、とりわけ中
小企業における労働衛生について、その枠
組み、実態、新たな取り組みを明らかにし、
日本への応用が可能な方策の導入を検討す
る。

2. 対象と方法

対象：過去に得られた各種の資料、ある
いは著作、Website で入手し得た資料、ド
イツを訪問して聞き取りをして得たこと、
及びその際に入手し得た資料、などを検討
した。それらを参考資料に示す。

3. 結果

1) 全体的な枠組み

(1) ドイツにおける中小企業の現状¹⁾

ドイツは、1990 年に東ドイツを併合して
EU 域内最大の約 8200 万人の人口を有し、
小規模事業場の割合は、災害保険組合中央
会 (Hauptverband der gewerblichen
Brufsgenossenschaften) HVBG 発行の資
料 (1996 年) によると事業場数の 98%、労
働者数の 45%をしめる。これは、我が国の
事業場数の 97.6%、労働者数の 63.6%に比べ
(1996 年事業場調査)、事業場数での割合は
大差がないが、労働者数での割合は少ない。
中小企業の性格も日本と異なり、製造業・
サービス業などにおける下請は、日本ほど
多くなく (部品を大手企業内で製造する内
製)、工業では Meister に代表される手工業
にウェイトが高く、住み分けているという。

小規模事業場における安全衛生の投資意
欲は低いことが明らかにされている。中小
企業内部での労働衛生活動が少ない、多く
の規制があるがその知識は少なく情報ギャ
ップがある、環境測定などは事業者の責任
だが実施しない事業場が多い、安全技師や
産業医を呼んだ場合の費用を節約して小企
業は呼ばない、同業組合が安全衛生に熱心
ではない、中小企業が増加傾向にあること
が挙げられた。

(2) 法的な枠組み³⁾

主なものは、下記の 4 つの法律を挙げる
ことができるが、法律の下位にある各種の
規則があり、さらに災害保険組合の予防規
則があるために、繁雑で難解である。

① 1973 年の労働安全法 {Gesetz über
Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und

andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit、事業場医 (Betriebsarzt=産業医)、安全技師 (Sicherheitsingenieur、衛生も含む) と他の労働安全専門職に関する法律} は、

a. 事業場医、安全技師、安全技術者

(Sicherheitstechniker) 安全主任者

(Sicherheitmeister) の定義と職務等、それらの専門職の協力、b. 労働者数 21 人以上の事業場では労働保護委員会

(Arbeitsschutzausschuss、労働者数にパート労働者も換算して算入) とその構成員として、事業者又はその代理者、産業医、安全技師、安全管理委員

(Sicherheitsbeauftragter 資格なし、Reich 保険法に基づく)、後述の事業場協議会労働者代表 2 名、などを規定している。

② 1996 年の労働安全法(労働に際して被雇用者の安全と健康保護の改善への労働保護対策の実施に関する法律

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit、1989 年 EU 指令「就業労働者の安全と健康の改善を奨励する対策の導入に関する委員会指令 Council Directive on the introduction of measures to encourage improvement in the safety and health of workers at work

(Framework directive 89/391/EEC)」への適合を目指した法律) は、リスク評価を中心にしている。第 6 条に「事業者は、職業活動の種類と従業員数別に、リスク評価の結果、事業者が決定した労働災害防止対策及びそのチェックの結果を知ることができ

る、必要な証拠書類を自由に閲覧できるように用意しなければならない。危険状況が同種のものである場合は、書類にまとめたデータを記載しても構わない。他の法規に特に別様の規定がない限りは、第一文は従業員数が 10 人以下の事業者には適用されない。」とあり、10 人超の事業場にはリスク評価の結果とリスクのマネジメントの記録を作成することを義務づけている。これは、英国の 5 人以上の事業場で記録作成と保存を義務づけているに比べて緩いが、ドイツでは監督の頻度が高いので実効性は高い。

③ 1884 年に制定された Reich 保険法は、災害保険組合 (Berufsgenossenschaft、BG) などに関する規定を持ち、現在、民間商工業の HVBG、農業の BG、公務関連 BG がある²⁾。各 BG は、a. 災害補償、b. リハビリテーション、c. 予防活動・サービスをおこない、各 BG の災害予防規則の中に、産業医と安全技師の最小投入時間を規定し、殆どすべての労働者を対象とした労働安全衛生活動を可能としている。三種類の危険度に属する労働者数に、危険度毎の一人当たりの投入時間を掛けて、それらを合算して事業場毎の事業場医と安全技師の最小投入時間が算出される。安全技師の投入時間は産業医のそれに比べて多い。

④ 1952 年事業場組織法

(Betriebsverfassungsgesetz) では、事業場における意思決定への労働者参加を定めたもので、別名「共同決定法」と呼ばれる。労働安全衛生に関しては、事業場協議会(労働者代表委員会)による、産業医・安全技師の選任・解任に関する労働者参加があ

る。

ドイツにおける労働安全衛生に係わる規制は、国・州による監督・規制と BG による監督（技術的助言を主）・規制の二重＝デュアルシステムである。後者はその性格から安全衛生に重点が置かれる。

2) 中小企業における産業保健活動

先述の如く、EU の枠組みが基本をなし、前述の 1996 年労働安全衛生法に基づいて、中小企業への安全への助言と職業医学的ケア **Occupational health care** が開始された。中小企業における産業保健活動について、外部労働衛生機関の役割が大きいことは日本と同じである。多くの民間の労働衛生機関があり、中小企業における産業保健サービスに寄与しているが、互いに競合関係にもあり、厳しい状況がある。上記以外に、労災保険組合の保有から独立採算化された産業医学サービス機関 (**Berufsgenossenschaftler Arbeitmedizinischer Dienst, BAD**) もあり、中小企業に安全技師や産業医を派遣して良質の産業保健サービスを担当している。

事業場内では、前述のように、労使、安全技術者、産業医、両専門職の協力により、リスク評価を中心に、行われる。

リスク評価については、各業種別に、換言すれば各 BG 毎に、リスク評価の方法の案内書やチェックリストのパンフレット、インターネットでダウンロード可能なものが供給されている。例えば、中小企業が多い建設業界では独自のシステム (**GISBAU, Gefahrstoff Informations System in**

Bauindustrie) も含まれる。

投入時間の規定があるために、BG では、中小企業でも産業医・安全技術者のサービスが受けられ、労働者数が数人でリスクが少ない場合には、数年に一度産業医や安全技師が訪問して、“介入する”ことが可能である、としている。ここ数年の経済的苦境もあり、中企業ではこれらの活動がおこなわれているが、50 人未満の小企業あるいは 10 人未満の「マイクロ企業」における実態については、疑問を呈する人もいる。

外部機関を通じて、州あるいは BG からの小規模事業場への援助がある。州は事業場には管理をおこなうが直接支援をせず、外部機関へ財政面も含めた援助をおこない、間接的に小規模事業場を援助する。BG はまた小規模事業場内部を監察し、保険料以外の料金なしで金銭以外の援助をおこなう。有害作業に従事する労働者への健康診断の頻度は 3～5 年に一度と少ないが、上記の州の機関から実施機関への支払があるなど、負担の軽減が図られている。

3) 試みられているプロジェクト

(1) 災害保険組合中央会 HVBG による雇用者モデル (**Unternehmermodell, Employer model**)

正規の外部監査の選択肢の一つであり、その目的は、事業者を安全の専門家に訓練することではなく、BG が組織した 2 日間の導入セミナー、さらに 2 日間のセミナーを受けて、ちょっとした安全衛生の問題に対応し、BG の外部専門家の安全に関する助言が必要な事態を理解できるように、労働保護に必要な基本的な理解を彼らに与えるこ

とにある。このモデルは経営の目的として労働保護を明らかにする第1歩であるばかりではなく、小規模事業場に問題が起きたときに外部安全専門家を“購入”して間に合わせるため大変経済的である。このように、安全技師や産業医の外部専門家の支援を得ることが重要な点として強調され、事業者が自己責任において安全衛生活動を行うことが行われることが強調されている。

(2) 連邦労働安全医学研究機構 BAuA による Entrepreneur モデル

ドイツ労働安全展示場 (DASA) における教育が行われている。

(3) 医療保険者によるプロジェクト

① BKK (Betriebskrankenkasse 職域医療保険)

ヨーロッパ職場健康増進 (European Network of Workplace Health Promotion, ENWHP) でのプロジェクトとして、ドイツの中小企業における健康増進にも取り組み、幾つかの例をウェブサイトで見ることができる。

ヘルスサークル (HC) とは、日本の QC サークルを基として、1980 年から発展してきた、主に職場の構成員から成る、潜在的に危険がある職場環境改善のための活動である。HC は、労働者自身の経験や知識は、職場環境に由来する労働者の健康状態や職場環境の改善に有効であり、労働者が主体的に取り組む活動という基本概念に基づいている。

HC の活動のプロセスは、①管理職、安全担当者、産業保健専門職、労働組合、労働

者代表、健康保険組合 (BKK) 等の外部支援機関等のメンバーで構成されるグループを立ち上げる。②次に欠勤率、復職率および健康保険組合所有のレセプトデータ等、職場の健康問題における既存のデータを分析して、ヘルスレポートを作成する。③ついで労働者が参加して優先的な問題を定め、プログラムを作成し、ミーティングで、どのような解決策が合意を得られるか検討し、プログラムを実施する。④ 評価は、HC 参加者やプログラム実施部署の労働者からフィードバックを得る。

HC は、1990 年代には WHP の活動手法としての普及が図られた。1996 年に 19 の健康保険組合によって約 300 の HC が組織され、その殆どが製造業で行われており、サービス業では 20% であった。Groben らは、従業員数 500 人以上の対象事業場の 25% が HC を行っていたが、従業員数 500 人未満の事業場では、実施率は 10% のみであったと報告している、中小企業、特に小企業における取り組みは不明である。

その成果として、a. 職場環境に何らかの改善が見られた、b. 職場組織の改善によりストレスが減少し、c. 人間工学的な作業環境の改善により身体的疲労も軽減し、d コミュニケーションや職場の雰囲気、労働者間の関係性や行動が改善、e. 健康度自己評価が上がる、f. ストレス・コーピングを有意に積極的に行えるようになり、精神的健康度が改善した、g. 仕事満足度や自己効力感が上がり、h. 傷病欠勤や筋骨格系の身体的問題が減少した、などの報告がある。このような効果が明らかにされているため、HC による取り組みが特に職場のメンタル

ヘルス対策に有用であると考えられる

② AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse 地域医療保険)

BKKではなく、AOKに入る労働者・自営業者もいるので、AOKも中小企業の職場の健康増進問題にも取り組み、有用な情報提供を行っている。例えば、ストレス軽減のためのチェックリストや情報メディアなどの、実際を重視したものを提供している。

③ IKK (Innungskrankenkasse 同業組合医療保険)

IKKは中小の同業組合の集合した医療保険である。IKKimpulsと称する事業が、職場の安全衛生に取り組む活動＝職場の健康マネジメントとして、その啓発が広範囲に行われている。内容としては、ストレス対策、禁煙、運動、栄養が挙げられている。

(4) 各種のネットワーク

① パートナーシップ (Partnerschaft)

Hamburgの例 (website) では、経営者団体・労働組合など労使と労働監督に係わる行政、北ドイツ各州災害保険組合、手工業商工団体などが協力協定を結び、調整委員会を労働監督局に設けて、プロジェクトを遂行する。プロジェクトの成果として強調されているのは、小企業からなる手工業事業場におけるハンドブックの作成であった。また、ウェブサイトからダウンロードできる冊子を発行するなど、啓発・教育・情報提供に力が注がれている。

② INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit 「労働の新しい質のイニシアティブ」、BAuAが事務局) (website)

2001年から連邦政府により始められ、目的は、変化が激しくかつ国際化が著しい経済競争に互していくために、中高年労働者をより多く雇用の場に引き入れ、社会保障の負担者を増やし、労働の質の維持発展、そのために職場の健康と安全を確保することにある。連邦労働安全医学研究機構

(BAuA)を事務局として、パートナーシップに類似して、経営者団体・労働組合など労使と労働監督に係わる行政、災害保険組合、医療保険者などが協力する。人のニーズに向けた労働条件、より柔軟な労働組織、家庭と労働の調和などを目指し、職業訓練、情報提供 (会社や労働者向けのセミナー、ワークショップ、講義など)、コミュニケーション技術、業種によっては経営コンサルタントのサービスや英語教育等々の支援を地域レベルでおこなう、それらの一つとして労働安全衛生の促進があり、雇用に関する総合的な対策である。

③ GUSS (gesund und Sicher Starten 「健康かつ安全に始まる」) (website)

これも、PartnerschaftやINQAに類似した、労使・行政・災害保険組合等が共同で取り組む支援システムである。詳細はWebsiteで見ることができる。

4. 考察

これまでに得られた資料等からは、幾つかのパターンが浮かび上がってくる。即ち、第一にドイツ的特色、第二にEU的特色、もう一つのEU大国フランスと共通する特色の三種のパターンが見え、以下に、それぞれについて整理、検討する。

1) ドイツ的特色

(1) 災害保険組合：1840年代から始まる労働災害への補償を基礎に、激しい労働運動に対抗して形成された1884年のドイツ帝国宰相 Bismarck 時代の災害保険組合による規制から始まる歴史の深さ、長さ、積み重ねがある。また、ギルド・ツンフトから始まる同業組合から発展した労働運動の長い歴史から、社会的パートナーとしての地位が確立されている。同時に、ツンフトは災害保険組合の基礎を成したと考えられる。また、BGの予防規則により、業種別のプログラムをを利用して安全衛生の改善をおこなうことが容易となっている。これに対し、日本の従来の補助事業は包括的であり、リスクなどが共通した業種を特定したやり方は取られていない。特に小規模事業場は、その業態が単一であることが多く、業種別の対策は有効であると考えられる。

(2) ナチスドイツの敗戦後に導入された事業場協議会などの労働者参加に見られる民主主義の徹底が基礎の一つとなっている。これは日本では事実上皆無であるが、フランス・スペイン等他の欧州諸国にも見られる制度である。労働者参加の基礎が一定程度存在する条件をもたらしたと考えられる。

日本がまだ批准していないILO 1号条約（「工業的企業における労働時間を1日8時間かつ週48時間に制限する条約」、略称「労働時間条約」）をドイツが批准したのは1996年である。高い失業率を下げるためのワークシェアリングも背景にあるが、ドイツ労働総同盟DGBなど労働運動が、労働協約により労働時間条約より短い労働時間

(1990年には旧西ドイツで所定労働時間が平均週38時間)を実現していた。事業者がルール・モラルを守り、維持する社会的なコンセンサスの形成と職場でルールを守らせる力量とが重要であったと考えられる。

社会的なコンセンサスや合意が基礎にあるにしても、法令制度が労働者保護のための細かい規制を持っていることは日本と異なる点である。規制緩和が叫ばれる今日ではあるが、日本ではもともと労働者保護の規制が緩いと労働法学者は指摘している。

2) ヨーロッパ=EU的特色

ヨーロッパ各国の経験に基づいて、EU共通の労働安全衛生の枠組みを1989年の89/391EC指令が規定された。それにより、リスク評価とそれに基づくOSHMSにより予防に重点を置き、健康管理のウェイトが個人情報保護も関与して小さい。また、社会的パートナーとしての労使、行政やヨーロッパ財団がバックアップする、各種のモデル事業が行われ、それがヨーロッパ各国の職場の安全衛生に反映されるシステムがある。これらは大変重要で、96年新労働安全衛生法の枠組みを作っている。

日本では、72年の安衛法制定後、永らく産業医育成を放置し、90年代から認定産業医制度が始まったが、ドイツにおける73年旧安全衛生法制定後に、産業医育成を開始し、その充実を図ってきたことは欧州各国に共通している。制度制定と内実化を図る、実務的な方法については、見習うべきと考える。

日本では安全技師に関する政策は、労働衛生コンサルタント（衛生工学）あるいは

労働安全コンサルタントという、やや敷居が高く、中小企業では採用し難い制度に留まっている。欧州および北米では、より採用しやすい産業衛生技術者（Industrial Hygienist, IH）の認証制度とその普及により、産業医よりも身近な産業保健サービスの提供者としての位置を有する。この制度も日本の中小企業における産業保健には極めて重要と考えられる。

3) フランスと共通する部分

第一は、最小投入時間の設定であり、産業医と安全技師に設けられている、第二に、国・州と医療保険（ドイツは災害保険）による二元規制（デュアルシステム）である。これは労働監督、言い換えれば外部監査の頻度を増やすこととなり、中小企業においてもOSHMSの実施を推進することに作用する。とりわけ前者は、例外なき産業保健サービスの提供＝中小企業への産業保健サービスにとって、重要と考えられる。

4) わが国に導入可能なこと

何よりも基本的なこととして、日本における長時間労働は様々な弊害を起している。過重労働対策と労働者自身の自主的な様々な健康増進活動を可能にするためにも、ILO1号条約「工業的企業における労働時間を1日8時間かつ週48時間に制限する条約」の批准とその厳格な実施は大前提になろう。その上で、以下のことが考えられる。

(1) 何よりも、現行の健診重視型の産業保健活動を、リスク評価に基づくマネジメントシステムに転換することが第一に重要で

ある。

(2) そして、EU型であるが、既に改正安衛法で努力義務となったリスク評価を、すべての事業場で実施すること。リスク評価に基づき、リスクの低減を中心にした産業保健活動を実施し、それらの記録を保存する。記録の保存は、企業規模による免除は考慮されるべきであろう。

(3) 独仏共通型の、産業医などの投入時間により、すべての労働者が上記の産業保健の助言などを受けられるようにする。ここに産業衛生技術者や産業看護職の寄与も検討され得るべきであろう。

(4) BGに見習って、中小企業への情報提供・事業者のセミナーなど、産業保健活動を促進する業種別のプログラムを実施する。

5. 結論

日本における産業保健活動の枠組みの根底的な見直しは、今回の安衛法の改定にもその萌芽がある。それを推し進めていくには、従来の考え方に囚われない発想が必要であり、国際化が進む中では国際的な調和をも考慮した産業保健活動をも考える必要がある。5.-4)に述べたことは今後積極的に取り入れられるべきことと考えられる。

参考資料

1) 平田 衛 ドイツ・オーストリアにおける小規模事業場の労働衛生 社会医学研究 17号 53-58

2) 平田 衛、丸岡圭子 ドイツにおける労働災害保険制度の概観－「社会的権利の概

観」から一、労働科学 77 卷 7-30

3) 三柴丈典 労働安全衛生法論序説 信
山社：東京 2000 年

4) Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
Arbeit menschlicher machen -
Arbeitsschutz in der Bundesrepublik
Deutschland, Wirtschaftsverlag NW,
Verlag für neue Wissenschaft GmbH,
Bremerhaven

5) <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behorden/wissenschaft-gesundheit/ver>

braucherschutz/arbeitsschutz/arbeits-
schutzkonzepte/arbeitsschutzpartnerschaf
t/start.html (ハンブルク市におけるパー
トナーシップに関するウェブサイト)

6) <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/english.html> (INQA に関するウェブサイ
ト)

7) <http://www.guss-net.de/GUSS/> (GUSS
に関するウェブサイト)

B2 フランスにおける産業保健システム

1. 目的

フランスにおける労働衛生、特に中小規模事業場における労働衛生について、その概要、実態を明らかにし、日本への応用が可能な取り組みを検討する。

2. 調査対象と方法

1) AMETIF (Association Interentreprises de Médecine du Travail de l'île-de-France)、CRAMIF (Caisse Régionale d'assurance Maladie d'île-de-france)、INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité)、Assistance Hospitalière Publique de Paris への訪問による聞き取り調査

2) 過去に得られた各種の資料、各機関の配布資料・発行冊子等からの調査

3. 調査結果

1) 産業保健システムの概要

(1) 労働衛生に関連する主な法律

フランスの労働衛生に関連する主な法律として、労働法典 (Code du Travail) について概要を説明する。

① 労働法典 (Code du Travail)

フランスにおける労働法典 (Code du Travail) 1919年に制定され、その後1976年12月の改正法により現行の安全衛生体制が整備されている。全9巻から構成され、労働契約、労働協定、労働条件、労働安全衛生、雇用、労使関係、労働監督、職業訓練などについて規定している。法律

(Loi=L) と共に、行政命令 (Decree=D)、規則 (Reglement=R) を含んでいる。

以下に法律の構成をまとめる。

a. 第1巻 労働に関する協定 (L.111-1 から L.153-2)

見習い訓練契約 (雇用主と訓練生の義務や見習い訓練生の身分の保証など)、労働契約 (男女間の職業上の平等や臨時労働についてなど)、職場における集団協定ならびに合意などに関する5編から構成される。

b. 第2巻 労働規定 (L.200-1 から L.264-1)

労働条件、休日と休暇、安全衛生および労働条件に関する5編から構成される。

c. 第3巻 職業紹介と求人 (L.310-1 から L.365-2)

職業紹介、雇用、男女間の職業上平等の諮問機関、外国労働力と国内労働力の保護、失業者などに関する6編から構成される。

d. 第4巻 従業員による職業上の連帯、代表、出資分担、利益分配 (L.410-1 から L.471-3)

労働組合 (法的身分、組合権利など)、従業員代表 (権力や選出についてなど)、従業員の表現の自由に関する権利などに関する8編から構成される。

e. 第5巻 労働争議 (L.511-1 から L.511-4)

個人の争議・労働に関する裁判、集団争議、罰則に関する3編から構成される。

f. 第6巻 職場における法律ならびに規則の適用統制 (L.611-1 から L.631-4)

統制職種 (労働監督官など)、雇用主の義務からなる3編から構成される。

g. 第7巻 特定の職業に対する特殊規

定

採掘産業、加工業、建築・公共事業、運輸・通信、記者・芸術家・モデル、家の管理人などに関する 9 編から構成される。

g. 第 8 巻 海外部門に対する特別規定
労働に関する協約や労働争議などに関する 8 編から構成される。

h. 第 9 巻 専門教育の一環として継続される職業訓練

職業訓練の協約と契約、教育に関する従業員の個人の権利と集団権利などに関する 9 編から構成される。

労働法典の内容は、労働条件や作業方法や作業環境の改善といった項目も含んでおり、総合的な安全衛生対策を行えるものである (L230-2)。その中で、注目すべきなのが、2 巻内に記述されているリスク評価である。リスク評価については、1989 年 EU 指令「就業労働者の安全と健康の改善を奨励する対策の導入に関する委員会指令 Council Directive on the Introduction of Measures to Encourage Improvement in the Safety and Health of Workers at Work(Framework Directive 89/391/EEC)」においても規定されている。

事業場は、毎年、事業者の責任のもとリスク評価が行い、それに基づいた対策をとることが義務付けられている。しかし、実際の聞き取り調査によると、リスクアセスメントについては、労働監督官の視察時以外には提出義務がないため、その実施率は低いと言われている。

(2) 労働法典に基づいた産業医を中心とした産業保健システム

フランスの産業保健システムにおいては、業種の種類および企業の大小にかかわらず、すべての労働者が産業保健サービスを受けられるシステムが整備されている。それを可能にしているのは、労働法典に基づいた産業医を中心とした産業保健システムの存在である。以下に詳細を記述する。

各事業者は、専属の産業医局（自立産業医局）を置くか、あるいは複数の企業が共同の産業医局（企業間産業医局）を置かねばならないことが法律により規定されている。そのどちらを設置するのかは、企業の業種からみたリスクと従業員数によって決まっている。1979 年の法改正により、この定量的なシステムの原則がつけられ、労働法典 第 2 巻に、その計算式を定めている。産業医が月に 1 時間勤務する事業場規模として、低リスクの場合従業員 20 名、中程度のリスクの場合 10 人と定められている。この合計が 169 時間を越える場合には企業は独自に自立産業医局を設置せねばならず、20 時間未満の場合には、企業間産業医局を設置するか、それに加入する必要がある。産業医の職務時間が 20 時間以上 169 時間未満の企業ではどちらかを選択できる。産業医局の設置、運営は事業者の責任によって行われる。

産業医の産業保健活動の中で、職場の安全衛生を監視する目的で、職務時間内の 1/3 を職場巡視を行う時間と定められている。このように、産業医の産業保健活動は予防活動が主であり、診療行為については緊急時以外はおこなわない。また、予防活動により、配置転換や部署の変更などを行うなどの必要性が明らかとなった場合、産