

業医はその提案を事業者に行うことができる。産業医と事業者の間で意見の不一致が生じた際には、労働監督医の意見を聴取し、労働監督官が決定を下す仕組みになっている。

フランスにおいて、産業保健サービスの展開は産業医によって独占的に提供される強固なシステムがあり、その中においては、多職種による協働体制はまだ貧弱だといえる。

(3) 公的な労働関連機関の組織 (図 B2-1)

① 中央組織

フランスの労働安全衛生に関しては、労働省、農業省、交通省の3省から構成される労働省が主導する連帯省とともに、社会保障省がその責務を負っている。

連帯省側の中央組織としては、業務リスク防止上級審議会 (仏: Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, CSPRP 英: Higher Council for the Prevention of Occupational Risks) や国立労働条件改善機関 (仏: Agence pour l'amélioration des Conditions de Travail, ANACT 英: National Research and Safety Institute) などがある。CSPRP は、労働組合と政府が話し合う諮問機関として位置し、職場における様々な予防活動について審議する機関である。ANACT は労働条件改善のための研究や情報提供を通して事業場を支援しており、ヨーロッパにおける健康職場づくりネットワーク (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) の活動をフランスにおいて中心的に推進し

ている機関でもある。

社会保障省側の中央組織としては、全国被用者医療保険金庫 (仏: Caisse National de l'assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS 英: National Health Insurance Fund for Salaried Employees) や国立安全研究所 (仏: Institut National de Recherche et de Sécurité, INRS 英: National Research and Safety Institute) などがある。CNAMTS では、労働災害の防止や統計を担当しており、職業別の安全対策ガイドラインを作成している。CNAMTS は全国民の80%が加入しており、最大の加入者を抱える医療保険である。INRS は労働者の職業病予防のために、調査・研究、情報提供、教育・訓練を行う機関である。教育・訓練のメニューは多様で、事業主を対象にした教育も行っている。

② 地方組織

連帯省側の地方組織としては、労働監督部 (仏: Inspection du Travail 英: Labour Inspectorate) があり、事業場の監督のみならず、技術情報の提供や相談に応じたりしている。

社会保障省側の地方組織としては、地方医療保険基金 (仏: Caisses Régionales d'assurance Maladie, CRAM 英: Regional Health Insurance Funds) があり、CRAM は16の地域組織を有する。また、CRAM では、職業リスク部門を有し、リスク予防、リスクによる補償、リスク評価に重点を置いた活動や作業環境改善の支援など事業場への直接の支援を行っている。INRS と連携して、調査・研究などの産業保健活動を行うことも多い。

2) 中小規模事業場への産業保健活動の現状

フランスでは、従業員 50 人以下の事業場が 94%を占めており、その事業場規模に勤務する従業員の占める割合は全従業員数の 44%である (2002 年、中小企業安全衛生研究会抄録)。

労働法典の部分で前述したように、中小規模事業場においても、産業医局を企業間もしくは自前で設置しており、産業医を中心とした職場のリスク評価などの活動が行われている。そのため、フランスでは、中小規模事業場においてもカバー率は 90～100%と高い水準を保っている。

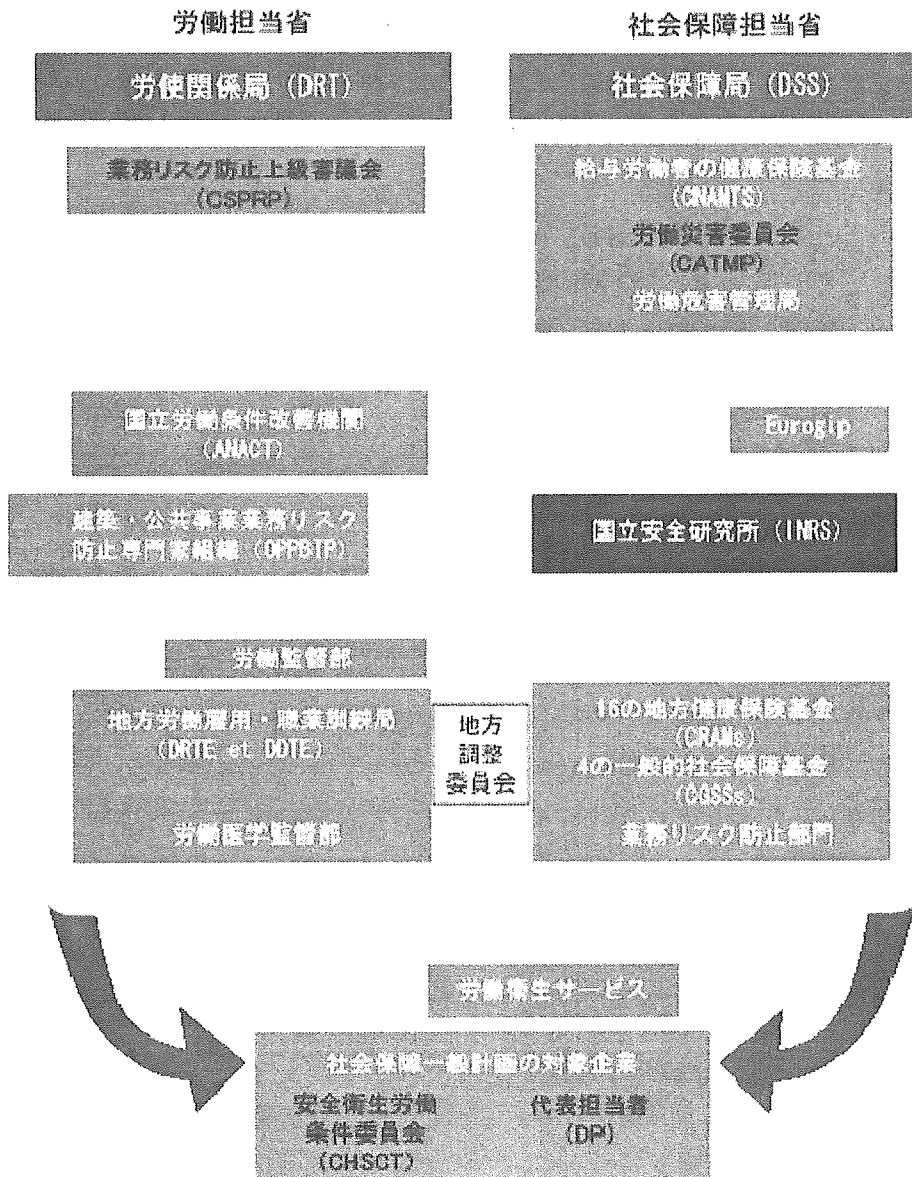


図 B2-1 公的な労働関連機関の組織図

また、フランスでは、中小企業を対象とした企業間サービスが全国にわたり約 400 あり、今回の海外調査で訪れた AMETIF もその 1 つである。企業間サービスは、そこを利用する地域の雇用主が共同で出資して設立された非営利団体である。企業間サービスは、ある地域の同じ業種を対象とした専門的企業間サービスと、ある地域の全業種を対象にした企業間サービスとある。企業間サービスには、産業医のほか、看護師、秘書などが勤めるが、健康診断に多くの時間が費やされ、作業環境管理、作業管理、疫学調査の時間がないことがあげられており、そのことは日本の産業保健活動においても類似している。また、この活動が、フランスの中小規模事業場における、産業保健活動のカバー率が高いことに寄与していると考えられる。

3) 特徴的な取り組み

CRAM における調査により、フランスでは、1977 年より予防活動に基づいた保険料率に変化する仕組みがあることを把握したため、以下に紹介する。

事業場では、労働災害や職業関連疾患の発生を抑えるため、リストに基づいた予防活動を行った場合、保険料率が軽減される。保険料率引き下げの決定は、事業場からの申し立てを受けて、所轄の労働監督部や所轄の医療保険基金の判断により行われ、決定が下される前 1 年間の保険料が支払われていることが前提条件である。適用対象となる事業場は、一定の保険料を支払っている事業場であり、事業場が過去 1 年間に労

災に支払われた額の 1% を超えて保険料率を引き下げはできないとされている。保険料率が軽減される期間は最大 1 年間であり、継続を希望する場合は、有効期限内に再度申し立てを行わなければならない。

日本においても労災保険料のメリット制が存在し、過去 3 年間の労災保険料の収支率に応じて、その 3 年間の最終年度の翌々年度の労災保険料率を ±40% の範囲で増減するシステムがある。日本とフランスの仕組みを比較すると、フランスでは予防活動を行うことにより保険料率が軽減されるが、日本ではメリット制の特例以外は、過去の労災収支率が保険料変化の要因となり、予防活動そのものが事業場にとってのインセンティブになると考えにくい。

4. 考察および日本における今後の実践および研究への示唆

1) 中小規模事業場への支援における日本との比較

(1) 産業医を中心とした産業保健システム

フランスでは、中小規模事業場への支援において、労働法典に基づき産業医による産業保健サービス提供システムが整備されており、また労働者数に応じた時間投入が掲げられているが、産業医不足のため、実情を伴っていない。また、産業医中心の産業保健システムにおいて、多職種連携は進んでいない現状が見受けられた。

日本では、事業場内に専属の産業保健専門職を雇用している中小規模事業場は少なく、産業医の選任も従業員 50 人以上の事業場に義務付けられており、50 人未満の小規模事業場は法的には義務付けられてはい

ない。そのため、今後の日本の中小規模事業場支援対策においては、産業医のみにとどまらず、多職種連携で中小規模事業場を支援していくしくみが求められる。

(2) 健康診断に基づく産業保健活動

フランスでは、日本と同様に、これまで毎年の健康診断に基づいた予防活動を行ってきたが、近年の動向として有害業務に関わる労働者を除き、健康診断を隔年に移行してきている。代わって職場リスク評価が各事業場に義務付けられたが、これもやはり実態としては、非常に低い実施率となっている点が課題との事である。日本においても健康診断を毎年実施する有効性を、再検討する一方で、実態を伴う施策を整えていかなければならないと考えられる。

2) 日本に応用が可能と考えられる取り組みの検討

フランスの地方医療保険金庫において実施されている、予防活動による保険料率の変化は、事業場にとってインセンティブとなると考えられる。日本においても、労災保険料のメリット制内の特例において、予防活動による保険料率の軽減というシステムはあるが、一般的ではない。日本において、予防活動による保険料率の変化というシステムを取り入れていくために、どのような予防活動が有効なのか、そのシステムの詳細について、今後さらに調査していく必要がある。

参考資料

1) B. Libert. Occupational health and safety in small or middle scale enterprises in France. 2002年 中小業安全衛生研究会 第36回集会. 41-47

2) フランスの労働関連機関

<http://www.jicosh.gr.jp/Japanese/country/france/ministry/prevention.html>

3) フランスの労働法典

<http://www.jicosh.gr.jp/Japanese/country/france/law/laborlaw/lawindex2/mokuji.html>

4) 日本産業衛生学会・中小企業安全衛生研究会編著. 中小企業の安全衛生を創る. 労働調査会:東京 2002年

5) 健康保険組合連合会編. 社会保障年鑑 2005年度版. 東洋経済:東京 2005年

6) 松田晋也. 中小企業の産業保健-日仏比較を中心に-. 産業衛生学会誌. 43巻. 2001年

7) 松田晋也. 医療制度・医療費 フランス・ドイツの現状. 現代医療. 35巻4号. 2003年

8) 労災保険制度の概要

<http://www.rosai-ric.or.jp/main/03seido/03/030306.html>

B3

オランダにおける産業保健システム

1. 目的

オランダにおける社会保障制度や産業保健の現状を知り、特に中小規模事業場（以下 SME）における労働衛生について、その実態や動向を明らかにし、日本への応用が可能な取り組みを検討する。

2. 対象と方法

過去に得られた各種の資料、インターネットで入手した資料、2005年10月31日～11月1日にオランダを訪問（Utrecht University, TNO, Nijmegen University）して聞き取りをした内容、その際に入手した資料等を検討対象とする。

3. 結果

1) 全体的な枠組み

(1) オランダについて

オランダの人口は2003年時点で1622万人、労働力人口は約829万人、1人あたり国民総生産（GDP）は2万9100ドル、オランダ中央統計局によると、失業率は2003年で5.3%となっている。オランダの産業保健に関連する中央政府は保健・福祉・スポーツ省（VWS）と社会・雇用省（SZW）である。VWSは2006年1月の健康保険法改正や2005年7月施行の社会支援法（WMO）の取り組み、未成年者へのアルコール販売禁止等、健康な社会を目指している。SZWは雇用促進や産業関連、社会保障システムの活性化等を目的としている。

(2) オランダの社会保障

オランダの社会保障制度は社会福祉保障給付と社会保険給付に大別される。

前者の社会福祉保障給付は国庫金から賄われる基本給付、主な給付は国民扶助法に規定されている。公的保険はオランダ全住民に適応され、給与に関係なく、一般障害年金法（AAW）による年金、特別医療費保障制度等がある。ただし、以下に述べるように、これらの制度は近年見直しがされて、新制度となっている。後者の社会保険給付は、主に労働者が払う保険金からなり、すべての労働者は強制的に支払わなければならない。雇用保険は労働者のみに限定され、所得により支給額が異なり、休業や1年経過労働不能や失業に対する所得保障であり、失業給付法（WW）や労働者障害保険法（WAO）により規定される。

社会保障は社会保険法に従うが、1990年代半ばまで、社会保障システムは、産業保険協会を通じて、事業主や労働者からの監視下にあった。産業保険協会は1995年時点でセクター毎に26協会あったが、1997年に解散し、その機能は行政機関へ移行しUVIsという行政機関となった。

(3) 健康保険のしくみ

2006年以前のオランダの医療保険は一定所得以上の人を保障する営利・非営利の民間任意保険と、健康保険法（ZFW）の法律のもと一定所得以下（33,000ユーロ/年以下）の労働者や公的扶助受給者が加入する非営利の政府管掌保険（強制医療保険）、さらに公務員保険（KPZ）があった。また、長期医療保障としての特別医療費保障制度（AWBZ）、短期医療保障、民間保険会社からの医療保障があった。

2006年1月1日以降は、これらの医療保険の区別がなく、政治家や州・自治体公務員以外のオランダ在住・在勤者は、保険会社を選択して加入し、加入していない場合、自己決定ができない人を除き罰金が課せられることになった。

保険の枠組みは、基礎医療保険、補充保険、年収別保険料に大別される。基礎医療保険はこれまでの政府管掌保険（強制医療保険）に相当するもので、保険料は18歳以上のすべてのオランダ住民・在勤者が支払い、保険の種類や保険会社により保険料が異なり、18歳未満は保険料が無料となる。1年間1度も医療保険を使用しない場合には、保険会社から255ユーロが被保険者に払い戻される仕組みとなっている。また、255ユーロに満たない場合は、その差額が払い戻される。年収別保険料とは、基礎医療保険料に加え、年収別に医療保険料を支払うものであり労働者負担となり、事業主は労働者の収入に応じた保険料に対して強制的な額を拠出しなければならない。

健康保険会社は民間で競争原理が可能となり、新規参入や利益を求め株主に配当金を分けることができるようになった。損害保険会社は1993年のInsurance Industry Supervision Act(WTV)のもと年金・保険監督機関(PVK)から運営許可を得ている。健康保険会社はリスク分散のために、人の健康状態により保険加入拒否はできない。

被保険者は保険会社が契約しているケア提供機関からサービスを受けた支払い費用に対し、保険会社の支払補助制度がある。保険会社は補償額に制限を設けられないという制限があり効率よく運営できるとは限

らないが、ある一定の上限以上の支払はしなくてもよい。基本的な保険セットは、Health Care Tariff Act(WTG)のもと、政府が決める額があるが、公開されていない。

(4) 労働関連

① ポルダーモデル(Polder Model)

オランダの1970年代の経済衰退以降、1982年に政府・労使が、雇用確保や労働時間短縮、減税、社会保障制度の改革等の「ワッセナー協定」に合意した。この合意をもとに、80～90年代に社会保障改革や雇用対策が行われてきた。90年代に失業率は低下し、90年代後半には経済的に力のある国となった。オランダには根底にコンセンサスモデルがあり、ストライキもほとんどない国であるため、政府だけではなく労働者や事業主、研究機関も含めて関係者間で合意を得ながら進めていくというスタイルがある。これらを基盤に、オランダが行った政策をポルダーモデル、別名をDutch model of consensusという。この合意形成システムの背景にパートナーシップシステムがある。このモデルの核として、パートタイム雇用拡大が重要であるとされている。

② 労働条件

労働時間は9:00～17:00までが基本であるが、背景に38時間から36時間への短縮が進められてきた。労働時間に関して、1992年合意により、企業は労働時間について柔軟に対応できることを労働組合に求め、1996年に労働時間法が改定され事業主は労働組合や労働者の代表または労使協議会と合意すれば労働時間を変更できることになった。基準は36時間であるが、実際には合意に至った労働時間は平均37時間とな

っている。

労働時間の短縮の背景にパートタイム労働者の比率の増加があり、フルタイムとパートタイムの待遇も同様ということが求められた結果、待遇の差は90年代にはほとんどなくなった。労働時間の短縮、パートタイム労働制度の導入に伴いワークシェアリングもおこった。

③ 雇用形態

オランダの雇用形態区分は、フルタイム、パート、フレキシブルの3種類があり、パートタイムはさらに3種類に分けられる。パートタイム労働では2年以上の期限付き雇用は認められていないため、日本と異なり正規契約であり、労働時間は週35時間未満の労働と規定されている。期限付き雇用はフレキシブル、つまり臨時雇用であり、パートタイムではない。派遣労働者はフレキシブルに含まれる。オランダのパートタイマーは1977年で15%程度であったが1990年より急増し、1995年には30%程度、2001年には33.0%、現在は42%である。このパートタイマーの増加の背景には民間のサービス部門の雇用拡大があり、特に女性の増加が多い。全パートタイマーのうち女性は75%近くにもなる。

(5) 健康課題

オランダのDutch Center for WHPが実施した調査によると、安全、食事、人間工学の領域の問題からWHP関連の問題へ移行し、WHPプログラムは主に喫煙(83%)、運動(30%)、アルコール(26%)、ストレス(26%)関連とした。オランダのWHPのターゲットはストレス、薬物(マリファナ)、アルコール問題である。自殺発生率が低く、総務

省統計局のデータによると日本人男性自殺発生率(人口10万対)が35.2で世界2位であるのに対して、オランダは12.7であり世界的にみてもヨーロッパ各国の中でも低い。しかし、ヨーロッパの他国に比べると仕事関連のプレッシャーと病気欠勤の率は高いというデータもある。

WHP実施は大企業の方がSMEより進んでおり専門家とのつながりも多い。禁煙プログラムは75%の事業主が取り組み、アルコールは1/3、これ以外にはストレスマネジメントや運動の実施をしている。50人以上の事業場では運動、栄養、麻薬の問題に取り組んでいる。ストレスに関しては1/3の会社取り組み、2/5の会社が運動施設の提供、1/3が会社内の健康メニューの提供をしている。WHPに近々取り組む企業の関心はストレス問題であり、喫煙問題が重要という認識がある。50人以上の事業場ではストレス関連で運動プログラムに焦点を当てている。1-4人の小規模事業場ではアルコール問題が大きい。

1967年以降のWAOでメンタルヘルス障害も障害認定され受給者の11%を占めたが、障害程度は軽いものであった。受給者割合は10年後に20%、1990年代は30%で推移した。受給者は女性や若年者、行政やサービス部門で多くなっている。オランダでは労働負荷が高く、EUの他の国よりも早いスピードで広がっているとした調査もある。WAOの認定に際して、メンタルヘルス障害認定のアセスメントガイドラインも必要であるという状況である。

労働条件法の導入後、組織でのストレス対策に目が向けられ、OHSサービス機関

(OHSS) が中心となることが強調されるようになった。仕事のストレスアセスメントと予防活動を担う専門家も定義づけられ、ストレス測定方法も開発された。組織は病欠予防活動を重視するようになった。政府の役割、OHSS 民営化、仕事ストレスの予防プログラム等の展開が求められた。安全衛生協約では、仕事のストレスが高いという健康リスクをもつ労働者の数を 10%、向こう 5 年間減少させる目標を掲示した。

2) 産業保健の法的な枠組みおよび SME の現状

オランダの企業の約 90% が SME である。1990 年代頃より SME への関心は増し、中小企業に関する研究が始まっている。

(1) 労働環境

労働条件法は事業規模に関係なく、民間か公的機関であるかに関わらず全ての労働者に適応される。欠勤等の対策だけではなく、心身の健康問題や、さらに予防活動を基盤に個人・集団組織共に焦点を当てている。

① 背景

段階的に 10 年をかけて導入された WCA は 1990 年 10 月 1 日に導入された。前進に 1934 年の Safety Act があり、1990 年代より労働法は権力分散化の方向へ発展し、マクロから個人企業の方角へシフトしてきた。1994 年の EU framework Directive の結果、WCA の重要な法改正があり、全ての事業主による疾病休業防止のための労働基準対策の遵守や、OHS サービスの利用について規定された。障害労働者や事業主に、収入補助や賃金補給、さらには環境整備・指導・

人的援助・訓練に係る経費を助成するといった財政的誘導策も導入されたが、これらの実施は小規模でしかなかった。1996 年改正では労働者協議会や事業主が、ある条件下で休暇や労働時間を調整することを認めた。1998 年には事業主がリスクアセスメントに基づいた OHS の方針を示すこと、OHS に関して労働者の代表と協議すること、OHSS との契約をして OHSS から専門家を導入しなければならなくなった。リスクマネジメントに関しては、労働者の安全・健康・福祉をハイレベルに保つために、事業主は、事業規模に関係なくリスクアセスメント・評価を行い必要時に修正することも求められるようになった。つまり、リスクインベントリー・評価 (RI&E) に基づきリスクアセスメントを行い、新規機材導入・新規建設時以外は最低 4 年ごとに RI & E を実施し、事業主と労働者の両方からのレベルアップを基本に、アセスメントと評価に焦点を当てて、労働環境の改善に努めなければならなくなった。また、事業主は事故を防ぐためには特に若くて未熟な労働者に OHS の情報提供を行い、障害発生時に労働者の配置転換ができない場合は、それを証明したり、さらに事業主は OHSS の支援を求めると同時に、産業リスク減少のために、計画や実施について OHSS の承認も得なければならなくなった。

1999 年 11 月 1 日の法改正では、事業主と労働者、労働者協議会、監督官、社会・雇用省の役割が示された。OHSS の役割と同様、労働者協議会の役割の重要性も示された。事業主は OHSS の支援を求め、産業リスク減少のために、計画や実施について

OHSS の承認を得なければならなくなった。

② 外部資源

European Court of Justice(ECJ)は2003年5月の決議で、オランダのシステムが Council Directive 89/391/EEC (1989年6月12日)に基づいていないと判決した。この Directive 89/391/EEC (1989年6月12日)7条には、事業主は産業リスク予防および防御に関連した活動を遂行するにあたり1人もしくはそれ以上の労働者を任命し、仮に、そのような人材がない場合は外部サービスの支援を受けなければならないとしている。しかし、オランダの法律(WCA14条)では内部でも外部でもよいとなっており、ECJの内部資源を優先的に活用するとした決議と異なる。そこで、2004年2月にオランダの社会経済審議会(SER)が企業内のOHサービスの新しいシステム構築を推奨した。それは労働組合の合意のもと外部資源を活用しないという提案であった。現状として、欠勤やリスクアセスメント・評価に関して、資格をもって行うOHSの実施が求められるが、資格取得は難しく、企業は内部で見つけるのが難しく外部資源に頼らざるを得なかった。

しかし、これらの動向にも変化が起きており、2005年7月にWCAに関して、目的と手段をはっきりさせることで、向こう2年間でWCAの規制の数を2/3に減らし、規制を簡略化し、社会的パートナー(social partner)にOHS実施の重大な役割を与えるということが決められた。政府の役割は、目的遂行であり、監督官は規制が守れているかを監視し、労使には目的達成の為の方法に関して責任があるとした。産業医や看

護職・ハイジニスト等の雇用を組織の枠をはずして自由契約・自由選択とし、外部資源として自由に契約できるようになった。

SMEでは特にWCAを遵守するにおいて、これらの規制緩和や自己統制に関して注目をしている。Institute for Applied Social Studies(ITS)は10人以下のSMEの300人の事業者と190人の労働者への聞き取り調査の結果、事業場は基本的な危険をより認識するようになり、そして、具体的な問題を特定するのにWCAのリスクアセスメントがよい手段であるとした。

(2) 労働時間

労働時間に関して、1986年1月1日に施行された労働時間法では、第1に、労働時間と休養時間を規定することで、労働者の健康や安全・福祉を守ること、第2に、労働者が労働と介護の両方が実施できること、第3に労働時間に関する政府の役割と社会的役割を制限することを目的とした。1994年に制定された労働時間法では、1日及び1週間当たりの労働時間の上限が設けられている。団体交渉に基づく労働協約によりセクター毎で締結された。1999年には労働時間調整法Working Adjustment Billが下院を通過し、2000年に施行された。これによりフルタイムとパートタイムの移行が保障された。この法では、事業主は労働者の労働時間調整の要請を受け入れなければならないが、事業主にとって重大な問題が起こる場合は拒否できるとした。

(3) 休業時保障および労働疾病対策推移

休業給付金は民間と公的システムにより保証される。その保障には疾病給付法(ZW)とWAOがある。1996年改訂のZW

では、病欠の場合の最初の1年間の保障は事業主にあるとしている。休業後1年を経過する場合は、公的な AAW と WAO が1年以上続く労働不能に対する所得保障をしている。AAW 法（第 57 条 a）は、国の社会保障の1つであり 65 歳以下を対象に給付される基本給付で、障害の程度により受給額が異なる。WAO は、障害の程度により保障額が決められるが、総額は既得の所得額と関係し、労働者のみに適応される保険である。

WAO は 1921 年の Industrial Accidents Act に代わり、1967 年以降、仕事との関連にかかわらず受けた障害の結果、賃金を保証されないことに対して、労働者に保障を与えるものであった。ZW の受給者は WAO 受給者へと移行し、1996 年の 3 月 1 日の継続病欠時の保障に関する法（WULBZ）では、事業主の財政的責任を負うことになり、ZW は現在、妊娠、出産、倒産等の安全ネットとされた。過去の保障推移は、1980 年代は 80% の保障がされて、行政責任として産業保健協会と半官の事業主・労働者組織が担っていた。しかし、給付は 1980 年代に始まった経済不況の影響と受給者増大に伴い、1985 年に 75%、1986 年に 70% の支給となった。1980 年代後半には、事業主と労働者の責任が謳われるようになり、1989 年に事業者組織はセクターベースのアプローチを推進し、政府と労働組合は事業主の責任を求めるようになった。1992 年には（TAV）に基づいて事業主に異なる保険料の制度が導入された。セクターの平均に比べて欠勤率どうかを比べ、欠勤率に応じて掛け金が異なるという財政的インセンティブが導入

された。労働者の病気の時に、事業主が財政的責任を持つというものであったが、事業主は採用時により健康な労働者を求めるようになった。このことは産業医が行う既往歴等の問診に財政的インセンティブが働くともいわれ、これを防ぐために、1998 年には採用時契約法により採用時の健診は禁止された。このため、臨時雇用契約が増加し、事業主は臨時から正社員への雇用変更時に疾病休業を考慮するようになった。

1998 年秋に行われた調査によると、50% の小規模事業場は病気の労働者に対して法律を遵守せず、さらに、多くの小規模事業場は採用時契約法に規制された採用時の健康状態を聞くという違反をしていた。

WAO 受給者数は 1991 年には 90 万人を超えた。1993 年に受給者の見直し、さらに 1994 年に導入された疾病休業削減

（Wet-TZ）により事業主の財政的動機がさらに上昇した。休業の最初の 6 週間の給付は事業主が直接行うというものであったが、小規模事業場では 2 週間であったり、事業主が拒否したり、労働者が産業保健協会から請求し続けたりということもあった。

1994-1998 年にも受給者見直しが行われたが、認定数は 1998 年時点でも世界最大の 90 万人であった。1996 年 3 月 1 日以降 Civil Code (Articles 1638c and 1638ca) に従い WULBZ が施行され、最低、通常賃金の 70% を事業主は受傷後最初の 2 日間を除き 52 週間保証しなければならなくなり、小規模事業場も例外ではなくなった。事業主は 1998 年に OH サービス提供機関である OHSS との契約が必須となり、さらに WAO の受給者数に応じて WAO 保険料が上がる

仕組みになった。中小企業経営者団体

(MKB)が1998年9月に130の事業場に行った調査の結果、病欠のコストが急増し、長期欠勤も増加しているという警告を發した。病欠が13週以上続けば職場復帰計画を立てなければならないが、実際には実施されておらず、OHSSと労働者障害保険法を扱う行政官と保険会社の契約やOHSSの病欠休業認定がよくないためとした。さらにOHSSのコストが民営化になる前から高く、小規模事業場は病気の労働者を保障する保険に入ることができないとも報告した。5人以下の従業員の事業場の1/3は全く病欠関連の保険に入っておらず、倒産のおそれも指摘している。MKBはWULBZに対して小規模事業場の負担が大きくなるために反対した。1999年にはWAO給付削減が実施され、事業主は保険料差別化と休業給付に対する保険に加入し、OHSSとの契約は基本的なパッケージのみとなった。

労働疾病対策として1994年1月以降、Wet-TZでは、雇用中の労働者の安全・健康・生活安全をおびやかす危険を察知し、危険を減少・回避する方策を行うよう事業主に求めている。疾病欠勤を防止する労働条件の対策は、作業上の危険を全部書き出し、それぞれについて、作業の健康・安全サービス（事業主は活用しなければならない）の評価結果に基づかなければならない。休業保障のみならず、再就労に向けてのカウンセリング実施、職業保健サービス機関への業務委託をすることを事業主に求めている。また、2002年4月1日に導入された門番法は、事業主と労働者に、休業初年度末に職場復帰への策に関する報告書を提出

する義務を課し、さらに事業主には労働災害にあった労働者に休業前賃金の70%を2年間支払う義務が生じ、労働者は2年経過後に障害手当を請求することができるようになった。WAOは2005年12月29日からWIAとなり、自分のもつ労働能力に見合った仕事をするという考え方に基づく法改正が行われた。

(4) 安全衛生協約

この協約は労働条件に関するもので、事業者協会、労働組合、政府間で行われる協議により、病欠を抑制し、労働に係わる障害削減をねらったものである。1999年以降はセクター毎に締結され、トップダウン方式ではなくボトムアップ式である。1999-2002年には、産業リスク暴露を削減することも盛り込まれた。この流れで、2003-2007年も病欠予防や障害予防だけではなく新たな改善が盛り込まれ、復帰も視野に入れられた。政府も職場復帰に関して275ミリオンユーロの財政支援を行うとしている。病欠予防実施により、経済回復の影響もあるが、病欠による年間損失や医療費の改善がされている。この協約の適応範囲は、多様に存在する組織や機関、大学病院等に関するものである。この協約の有無で、病欠の低下率にも差が出ており、調査によると、協約があるところでは8.9%の低下であったが、ないところは1.4%に過ぎなかった。2005年末には、オランダ全労働者の52%が協約を受理する見込みである。この協約に関し、安全衛生活動推進のため下記の条件が求められている。

- ・多種のセクターにおける専門家センター
開発

- ・協約に関する専門の情報を提供する、特定の領域のウェブサイト
- ・大学病院の関与
- ・専門家との契約
- ・安全衛生教育機関の設立

(5) 安全衛生レポート

毎年、Statistics Netherlands (CBS) や監督官が編集する産業保健に関する報告書が発行され、オランダの労働条件や政策に関して示され、情報は騒音や化学物質等の現場のリスクやそれらの暴露に関する情報から、関係法規、監督官、自主的活動、協働、有益な情報等を載せた発行物等である。さらに予防策、労働者に対する健康評価、方法に対する評価等の情報もある。

(6) 安全衛生活動

事業場は労働条件改善に向けて専門家の支援や情報が必要であるが、それには様々な方法があり、研究助成や良い活動事例の展開が求められ、以下の2つのプログラムが実施されている。

① 活動事例の活用

労働者の安全改善のためのプログラム・よい活動事例を用いて、安全衛生に対する事業主や労働者の意識の高揚や事業場の労働文化改善により、労働災害の数を減少させる。

② 危険な物質や安全策の改善

安全衛生協約や、アクションプラン、使用できるツールを用いて活動を行う

3) 産業保健に関わる組織

(1) Dutch Center for WHP

Dutch Center for WHP は 1995 年に設立され、WHP 実施の中核機関である。VWS や

オランダ喘息協会からも部分的に支援を受け、主に VWS や SZW の政府機関、OHSS、保険会社等と協働している。年 2 回 WHP 会議を開催し、新たな取り組みやよい活動事例の普及活動等を行っている。また、オランダのガン協会、心臓協会、喘息協会と共に健康増進の関連情報を文章化し、産業保険サービスの健康増進プログラム（教育プログラム、トレーニング技術、試験的介入、調査、情報提供等）も提供している。

(2) 社会経済審議会 (SER)

SER は社会経済政策に関して政府への諮問機関で、社会的パートナーと政府により委任されたメンバーから構成される。オランダの経済や雇用改革に携わり、強い経済基盤の確立、高齢者等への労働力向上、雇用支援を行っている。

(3) 労働者協議会

オランダの労働者協議会は 1998 年に事業主の決定権に関して著しい成功を遂げた。1950 年に Work Council Act (WOR) が採択され、1971 年、1979 年、1998 年に改正された。1979 年 9 月の改正以来、労働者協議会は事業主の合併・吸収、再構成等の決定に対し申し立てを行ってきたが、1998 年以降、新技術導入や保障制度等に対しても労働者協議会のアドバイスが強制的なものとなった。事業主は 50 人以上の労働者を雇用する場合、代表は 10-50 人の労働者のみで構成された労働者協議会を年 2 回開催しなければならない。対象は営利・非営利企業にかかわらず適応され、1995 年からは政府にも広がった。事業主は予め労働者協議会に意見を求め同意を得ながら進めなければならないとなっている。合意に至らない場合は、

事業主は引き下がるか、再交渉をして合意に至るか、延期となる。Enterprise Chamber of the Amsterdam Court への裁判になることもある。この労働者協議会は50人以上の規模の事業場にのみ適応され、小規模事業場は労働者委員 (employee delegation) や労働者会議 (employees' meeting) を設けることができる。失業、労働条件や実質の重要な変更、少なくとも労働者の1/4に影響を与える労働条件に関するものは Enterprise Chamber of the Amsterdam Court ではなく一般の裁判所へ控訴できる。

(4) OHS サービス機関(OHSS)

オランダの OHSS は Directive7 条によって設立された独立の民間企業である。1998年に事業主はリスク減少のために計画や実施について OHSS とのサービスと契約をして、OHSS から専門家を導入しなければならなくなったが、実際は基本パッケージとなっている。OHSS として機能するためには、VWS が設定している基準があり、認証機関から認可証を得なければならない。

OHSS は少なくとも4つ (産業医学、産業安全、衛生管理者、work and organization) から1人の専門家を雇わなければならない。これらの職種はチームとして協働し、多くの OHS 機関は人間工学者や労働者へのカウンセリング・治療 (treatment) をする心理学者を雇用している。この他、WAO の認定に際し、病気の労働者のアセスメントも行っている。OHSS は15年程前多く存在したが、現在、企業は合併され6-7個に淘汰されてきている。

① OHSS の業務内容

- ・事業主がリスクアセスメントと評価を行

うのを支援

- ・病気の従業員へのカウンセリング
- ・全従業員に対する健診実施

② OHSS 認証

10-15年前から実施されており、産業医、心理学専門家、人間工学、安全専門家それぞれの専門家(専門的なトレーニングを受けている)がいることも認定される基準のひとつとされている。

(5) 労働組合 キリスト教労働者全国連合 (CNV)

労働組合は、とりわけ予防により、労働条件改善の重要性を訴えている。この組織は MKB、日本の経団連のような役割を持つオランダ産業・雇用者連合 (VNO-NCW)、生産者団体から支援を受けている。

(6) オランダ科学調査機構 (TNO)

TNO は1930年に設立された企業と政府を支援するヨーロッパ最大の中立の独立研究開発機関であり、本部はオランダのデルフトにある。15機関に5500人のスタッフを有し、大学や企業と協働で新しい技術等の開発を行っている。また、EUの研究開発プログラムにも参加している。また、国家、国際企業、政府、民間機関に対し、以下のような領域について、関係機関へアドバイス、調査、質やシステム評価、ソフトウェアの開発等を行い科学的知識や技術を応用している。

① 対象領域

バイオ医学、科学、生物学的健康リスク、食品衛生、健康保険、労働と健康、犯罪予防、災害管理、教育・訓練、情報保護、シミュレーション、法律や命令の遂行、情報構築、モデルと課程、製品開発、騒音・振

動、生態学、インフラとデザイン等

② 5つのコア

- ・ QOL
- ・ 防衛および公共の安全
- ・ よい製品・プロセス・システム
- ・ 自然環境と建築物：インフラ整備、理論的システム、輸送システム
- ・ ICT とサービス：インターネットや自動化、通信、情報管理、個人情報保護

QOLの領域は、健康的な食事、よい労働環境、ヘルスケア、スポーツ等に関してビジネス界と政府にとって実際に応用可能な方法に焦点を当てた研究を行っている。政府に対してもヘルスケア、食品の信頼性や公衆衛生、騒音環境等の労働の問題に関するアドバイスも行っている。

4) 産業保健に係わる人材

(1) 監督官

監督官の役目は法律が遵守されているか監視をすることである。1996年のWCAにより、重度のリスクに関する法律違反に対して、監督官は行政的罰金を課すことができ、法律が遵守されるために特にハイリスク産業に監督官約400人が年間7万件の視察を行っている。また、地域の監督官は、事業主と障害労働者の相互の利害を比較検討しなければならない。必要に応じて、地域の監督官は専門家の助言を求めることができる。

① 介入の3つの課程

その1) 違反が見つかったら、罰金ではなく文書にて改善を要求。一定期間内に改善しなくてはならない。

その2) 監督官が改善をチェックし、十分

でなかったら正式文書で警告する

その3) 罰金または工場閉鎖

2005年のWCA改正で監督官はよりはっきりした統制的なポジションと監視機能を与えられた。否定的な制裁だけではなく、動機を与えるものとしての活動が期待される。

(2) Work & Organizational, W&O expert

W&O expertとは作業組織を改善するために政策問題のマネジメント実施に向けアドバイスをを行う専門家で、企業はW&O expertを雇用しなければならないとなっている。W&O expertになるにはSZWが認めている養成機関(SiooやTNO等)で研究トレーニングを受けなければならない。大学教育を受け、修士学修了後にパートタイマーとして1年間の実践を積む。その内容はアセスメント、社会心理組織学、マネジメントやアドバイス、交渉プロセス等である。W&O expertのバックグラウンドとしては心理学者が主である。1996年には195人のW&O expertがOHSSに採用された。つまり1人のW&O expertが252000の労働者をみていることになる。W&O expertは作業組織を改善するために政策問題のマネジメントへのアドバイスをし、主に、組織へのアドバイス方法の推奨、社会心理的リスクアセスメント、仕事のストレスや病欠予防、方法の調整や統合を行っている。

(3) 産業医

TNO等が行った調査によると、産業医の役割は病欠対策であるというものであったが、一方、産業医には病気の従業員のカウンセリングや労働条件や仕事のストレスに関して会社へアドバイスも行う必要がある。

小規模事業場も産業医と契約している。

小規模事業場は OH サービスを提供する民間機関との連携があり、低コストで最低限の契約をしている。

(4) ハイジニスト

オランダでは ROH(Registered Occupational Hygienist)とよばれ、有害作業予防の知識を持ち、アセスメント・評価・制御も行える能力を持つ。理学、工学または OH の修士をもち 3 年の経験が必要とされている。

(5) 心理士

オランダの心理士は女性が多く、産業保健を専門にしているのは少数派である。

5) 特徴的な取り組み

(1) WEB サイト

① TNO の SME への取り組みおよび WEB について

TNO Work & Employment、BMV s が 2003 年に SME と産業保健部門に調査を行った結果、事業主も労働者も情報の存在を知らない結果となり、また、実際に活動に結びつかない、活動に時間がかかる、費用がかかるとした。メリットがないから予防活動に投資しないということもわかった。そこで WEB サイトの確立を行った。サーチエンジンによると、OSH に関して 275 の重要な web があった。

- a. 開始 1999 年立ち上げ
- b. 方法 編集チームを組む
- c. 経過

2000-2003 年：SME と専門家向けに行い、専門家間では成功した。ただし、専門家チームや SME へのコンタクトの制限あり。

2003 年：OHS 情報が行き渡っていない、各

種規制がわかりにくい、すべて複雑等の問題があった。

2003-2004：SME に焦点を当てた。

- ・事業主との話し合い
- ・SME 要求に応える
- ・わかりやすい言葉で率直に表現
- ・トピックや質問
- ・新しい情報
- ・電子化された RI&E：OHS リスクアセスメントソフト：24 セクターの RI&E のデジタル化（5つの主要なリスクと解決方法）

2004 年 2 月以降 accredited セクターの RI & I を使った 25 人以下の企業は、OHSS は必要なくなり、紙のチェックのみをすることになった。

d. 工夫点

- ・わかりやすく（シンプルに、業種毎に色分け、自分がどこにいるのかわかる）
- ・事業主、労働者、専門職用に簡単に移動情報の自由選択、検索機能
- ・最新情報（毎日更新）：専従スタッフ配置
- ・リスクアセスメントのテンプレートのダウンロード可能（業種やリスクによって異なるフォーム）
- ・定義を明確に、簡単に使える、教えるスタンスではなく、ニーズを把握し必要なことのみ実施

e. 背景要因

- ・インターネットの普及が大きい（約 90%）
- ・40 事業主、300-400 のトピックス、画面は 50 セクターあるが、セクター毎に事業主と政府と労働者のリスクの話し合いを重ねた。

f. その他

- ・EU 関連のリンクあり、外国語対応（イ

タリア、ドイツ)

- ・費用：TNO が販売しているが、支払いは政府
- ・冊子での配布もしている（インターネット環境のない人への対応）

② その他の中小企業の事例

電子・金属産業界において職場のリスクや労働時間ロスの減少を目的に、双方向のデジタルハンドブックを技術面でも製造過程面でも適応できるツールとして開発した。50 の RI&E を職場で実施し、結果を冊子にまとめ支部へ配布した。試運転として数社へ運用し、不具合に対する調整は、対象を拡大して直接コンサルタントが話し合った。潜在の問題を発見し、法律や政策、OHS 関連の解決方法等の情報を提供して対策をとれようにした。初期投資は必要であるが CD-ROM よりアップデートが簡易であり、情報更新はプロジェクトに携わった協会が行っている。基本的なハンドブックは誰もがオンラインからアクセスでき、より詳細なバージョン利用は有料になるというものである。オランダの SME の 98% は少なくとも 1 台パソコンがあり、このうち 80% がインターネットやそのアプリケーションを利用している、半数は自分たちのサービスをインターネットで広告し、ネットの技術もある。という背景がある。

(2) SME へのメンタルヘルス対策

SME は融通性があり、労働時間が多くてもオーバータイムがストレスに大きな影響を与えない点があるともいわれ、専門家からみると、大企業より直接アクセスしやすく、顔も見え、コミュニケーションが取りやすい。しかし、コンタクトは取りやすい

反面、パートタイム労働者が多いため難しい部分もあるという状況であった。

① SME のコンサルタント（大学教員兼務）へのインタビューより

a. 人材

産業保健スタッフの雇用はほとんどないため、管理職や外部コンサルタントとして専門の心理師と一般のコンサルタント（医師、訓練を受けた看護師）が重要である。

b. 介入方法

会計士に対する教育：会計士は会社の経営を知っている。

例) 経営がよくない時、データがなぜそのようになっているのか、何をすればよいかわからない。←会計士へのロールプレイの実施や外部コンサルタントの導入。

4. 考察および日本における今後の実践および研究への示唆

1) セクターベース

オランダは、TNO が作成した HP もセクター毎になっており、自助活動も RI&E もセクター毎に行うことを基本としている。セクター同士の方が同じリスクもあり、問題も共有できるためであるが、特に SME においてはセクターベースの活動を推進していくことも求められるのではないかと。

2) メンタルヘルス対策

オランダではメンタルヘルス障害認定がされて、その数の多さのため財政圧迫もあり、メンタルヘルス対策が進んでいると思われるが、日本では特に SME に関して特にメンタルヘルス対策はあまり行われていない。メンタルヘルスに関して昨年のアンケート調査から、関心はあるが実施してい

ないという状況が約7割であったことを考えると、SMEにおけるメンタルヘルス対策の充実が求められる。そのため、産業保健に詳しい精神科医、心理士、産業保健看護職の活用をしていく必要がある。

オランダはEU加盟国であり、EUの規制下における影響もある。2005年3月まで（小企業は2008年まで）に従業員への情報周知とカウンセリング実施の枠組みを確立することが Directive (2002/15/EC) にあり、少なくとも50名未満の事業場ではそれを保証し、20名未満のところは確立することも求められている。

今回のインタビューで、会計士に対するメンタルヘルスの教育実施の話聞き、中小企業診断士や中小企業に係わる団体等に対するメンタルヘルス対策等の教育展開も考えられるのではないかと。

3) ウェブの活用

オランダは日本よりインターネット普及率が高く、SMEでもインターネットを使用している現状があるが、日本でも、インターネット導入に関して初期投資は必要であるがインターネットの普及率を見ながら、HPの設立が求められる。オランダのようなセクターベースの情報を整理し、マンパワーを投入して情報を定期的に更新し、インターネットで情報の一元管理し、ニーズに応じて情報配信をタイムリーに流し、SMEに必要な情報を提供し、セクター毎の情報を充実させることが求められる。

5. 参考資料

1) 文献

- International Journal of Stress Management, Vol.8, No.1,2001
- Stress Management Interventions in the Dutch Domiciliary Care Sector :Findings From 81 Organizations

2) 冊子

- European Agency for Safety and Health at Work p94-95
- Workplace health Promotion in the Netherlands P226-255
- Sioo パンフレット：
http://www.sioo.nl/upload/brochures/brochure_Engels_november_2004_groen.pdf

3) 雑誌

- ヨーロッパにおける医療制度改革の動向—フランスとオランダの試み 健康保険・健康保険組合連合会 2005年9月

4) ホームページ

- 厚生労働省ホームページ
2003～2004年 海外情勢白書
<http://www.hakusyoo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpyi200401/>
- The ENWHP-National Forum of Netherlands
<http://www.enwhp.org/forums/showforum.php?country=netherlands>
- OECD in Figures 2004
- European industrial relations observatory on-line 検索サイト
- European Foundation for the improvement of living and working conditions 検索サイト
- 新しい医療保険制度
<http://www.jcc-holland.nl/jp/2006Healthinsurancerance.pdf>

B4

韓国・フィンランドにおける産業保健システムと看護職の活動

1. 目的

小規模事業場の産業保健サービスの提供において、韓国とフィンランドでは、看護職の活用が進んでいる。そこで両国の看護職の活動内容を比較し、今後のわが国のシステムへの示唆を得ることを目的に研究を行った。

2. 方法

韓国、フィンランドそれぞれの文献調査と、両国の研究者への聞き取り調査を実施した。

3. 結果

1) 韓国の産業保健システムと保健師活動

(1) 韓国と日本の、規模別事業場数と労働者数

表 B4-1 に、韓国と日本の、規模別事業場数と労働者数をまとめた。韓国で 299 人以下の事業場が占める比率は、事業場数では 99.7% で日本の 99.7% とほぼ同じであるが、従業者数では 75.7% で、日本の 88.0% より 12.3% 少ない。従業者数は、日本よりも規模が小さくなるほど少なくなっており、逆に大企業従業者数は日本より 12.8% 多くなっている。

(2) 法律

韓国では 1963 年に産業災害補償保険法が制定され、1992 年に、適用範囲がすべての業種の 5 人以上の労働者へと拡大された。1981 年には産業安全保健法が制定され、産業災害補償保険法、産業安全保健法とともに、雇用者 4 人以下の事業場にも適用されることとなった。これ以外に、じん肺法、鉱山保安法等がある。

(3) 産業保健サービス提供機関

韓国における産業保健サービス提供機関は、大企業が独自で設置するものと、Korea Industrial Health Association (KIHA) の傘下で自治体、大学、民間病院等に設置されている Group of Occupational Health Service Center (GOHSC) との、2 種類があり、小規模事業場は GOHSC を利用している。

① 大企業モデル (図B4-1)

大企業モデルは全体の 26.7% を占め、このうち 50.9% は 1 人以上の看護職 (OHN) を雇用している。

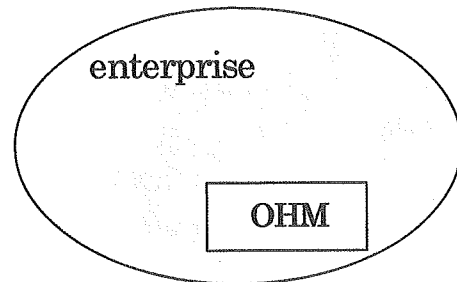


図 B4-1 大企業モデル

② GOHSC モデル (図B4-2)

GOHSC モデルは全体の 73.3% を占めている。

GOHSC comittee は、産業医、産業看護職、公衆衛生専門家、安全衛生管理者による基本的サービスとして、19 エリアに渡る 57 サービスを示している。そのうち 14 エリアに渡る 17 サービスは、訪問看護職の職場訪問により実施されている。その際の看護職の役割は、プライマリヘルスケアシステムの構築と情報の提供である。GOHSC 所属の保健管理者(OHM)のうち約 49% が看護職であり、活動内容は「一般的衛生管理 (健康指導等)」の他に「職場におけるプライマリ・ヘルスケア・システムの構築」「健康情報管理 (職場の管理記録作成)」等を行っている。

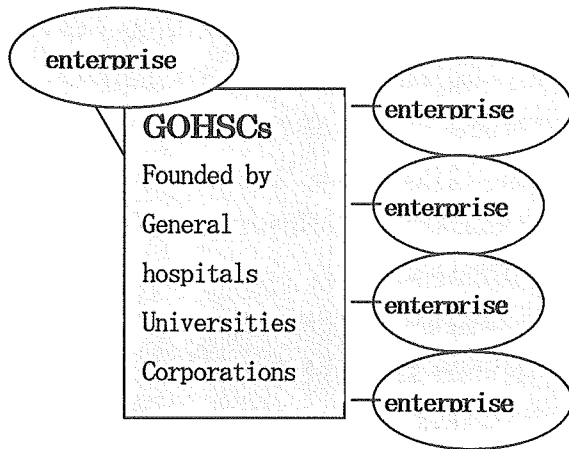


図 B4-2 GOHSC モデル

2) フィンランドの産業保健システムと看護職の活動

(1) 法律、産業保健サービス提供機関

フィンランドにおける産業保健に関する法律は、労働安全衛生法と労働衛生サービス新法を基本とする。また事業主が従業員のために行った予防的保健サービス費と医学的サービス費について、償還制度がある。サービス提供機関は、「地方自治体保健センターモデル」「大企業モデル」「共同出資モデル」「民間保健医療機関モデル」の4つのタイプがある（詳細は平成16年度報告書参照）。

(2) 各産業保健サービス提供機関に所属する看護職が受け持つ労働者数と活動内容

4つのタイプの各産業保健サービス提供機関に所属する看護職一人当たりが受け持つ労働者数の中央値と最小値、最大値を表B4-2に示した。

看護職の活動内容は、年に1回の職場訪問を基本とし、職場の問題に合わせた健康教育や相談を行っている。また、従業者ら自身が相談しながら職場の健康問題を明らかにしていけるために利用できる、質問紙やチェックリスト等のツールを多数開発し、職場の主体的取り組みを支援している。

4. 考察

韓国とフィンランド両国では、中小規模事業場への健康支援をはじめとする産業保健全般にわたって看護職の活用が進んでおり、今後のわが国の施策検討の1つのモデルになると考えられる。

参考資料

- 1) 総務省統計局 事業場・企業統計調査 <http://www.stat.go.jp/data/jigyou/index.htm>, 2006
- 2) Ministry of Labour, Republic of Korea. 2004
- 3) Moon Hee Jung; Occupational Health Nursing in Korea. Abstracts of 3th ICCHNR. 2005
- 4) Marjatta.Peurala; 作成資料

表 B4-1 日本・韓国の事業場規模別事業場数と労働者数

事業場規模 (常用雇用者数)	事業場数		労働者数	
	日本 (2004)	韓国 (2004)	日本 (2004)	韓国 (2004)
合計	5,729,209	1,039,208	52,159,347	10,473,090
極小規模 (1-4)	61.6%	67.8%	14.6%	12.9%
小規模 (5-49)	35.9%	29.4%	48.9%	35.7%
中規模 (50-299)	2.3%	2.5%	24.5%	26.7%
大規模 (300 以上)	0.2%	0.3%	12.0%	24.8%

表 B4-2 フィンランドの産業保健サービス提供機関における看護職 1 人当たりが受け持つ労働者数の中央値・最大値・最小値

サービス提供機関	看護職 1 人当たりの受け持つ労働者数の中央値	看護職 1 人当たりの受け持つ労働者数の最小値と最大値
地方自治体保健センターモデル	882	2655 - 566
大企業モデル	486	2921 - 65
共同出資モデル	573	1184 - 296
民間保健医療機関モデル	764	2173 - 83