

表 A3-2-5 支援内容別 1 事業場あたり支援状況（電話）

支援内容	実施割合		時間		
	n=85(%)	平均(分)	SD	最小	最大
事後指導	-	-	-	-	-
健康相談	-	-	-	-	-
集団学習開催	-	-	-	-	-
アクションチェックリスト・情報 ガイドブックの説明	-	-	-	-	-
アクションチェックリスト実施支援	12	14	5	5	25
アクションチェックリスト実施 のフォローアップ	39	14	7	5	30
情報提供	6	15	11	5	30
その他	46	16	10	5	40

## A3-2-2

### 事業場の反応と今後の課題

#### 1. 対象と方法

分析の対象は、介入事業場への支援を行った保健師の訪問・電話記録とした。保健師の訪問・電話記録は、平成16年12月、平成17年6月、9月時点で回収した。

介入過程の分析については、介入に対する事業場の反応、モデル事業の実施状況について記述された内容とした。また、介入終了後の振り返りとして、事業場の健康づくりに関して、①事業場が実際に取り組んだ事柄、②よかった点、③今後の課題についての記述を分析対象とした。これらの記述内容を、介入時期、項目毎に内容を分類し、カテゴリー化した。

#### 2. 結果

##### 1) 介入に対する事業場の反応

###### (1) 支援モデル導入時

導入時の事業場からの反応は、積極的反応と消極的反応に分かれた。

積極的反応を示した事業場は、担当者・事業主のどちらかまたは両者の健康づくりに関心が高く、その意義を感じている事業場が多かった。また、「以前から健康対策の取り組みの必要性を感じていた」、「保健師との信頼関係があった」などの特徴があった。職場として、「健康について従業員同士が話せる」、「健康の大切さを認めている」などの職場風土がみられた。

導入当初は消極的だったが、その後積極的に変化した事業場では、担当者の「アクションチェックリストができるのだから

か」という不安や「アクション宣言を出せるのか」というような気負いに対し、保健師が「できることをやりましょう」と気楽に取り組むように助言したことにより、不安が解消されていた。

消極的反応を示した事業場の理由として最も多かったのは、「多忙」であり、ついで事業主や担当者が「経営・生産性が第一」、「健康管理は個人責任」と認識していること、「新しいことへ取り組む抵抗感」であった。また、「小規模である」「職場全体の意思統一がされていない」、「事業主と担当者の意見が異なる」、「担当者が役割を認識していない」など、事業場の体制に関する理由もみられた。ほかには、「事業主が従業員から実行不可能なことを要求されるのではないか」と従業員からの反応を心配したり、「モデル事業になぜこの事業場が選ばれたのか」など、疑問をもった事業場もあった。

###### (2) アクションチェックリスト実施時

アクションチェックリストの実施は、担当者、事業主、既存の委員会（安全衛生委員会、環境衛生の委員会など）、部署単位、職場全員など事業場により多様な方法によって行われていた。アクションチェックリスト実施による効果としては、きっかけづくりであり、「安全衛生委員会での健康面の話し合いのきっかけ」、「会社全体で健康を考えるきっかけ」、「職場の健康課題に気づく機会」、「皆の意見を聞く機会」（「自分の事業場が）健康問題に取り組んでいないと感じた」などがみられた。アクションチェックリスト実施については「時間を費やし、全従業員に実施してもらった。まとめる作業が大変」、「チェック項目のうち実施して

いることが多く、現状で充分」との反応もあった。

次に、アクションチェックリスト中断またはアクション宣言に至らなかった事業場の理由は、「交替制勤務や場所的な制約により全体での話し合いを設けることが難しい」という勤務条件による限界や、「事業主の反対」、「健康管理の担当者が決まっていない」など事業場内の体制不足などが挙げられていた。

一方、アクションチェックリストを実施できなかった事業場の理由は、「多忙」「時間が取れない」など仕事に関するものと、「アクションチェックリストの分量が多い」、「アクションチェックリスト項目は、すでに実施しているものが多いのでやることがない」などアクションチェックリストに関する理由であった。

このほか、アクションチェックリストの実施方法について「わからない場合はとばしてよいか」、「各部門でやってもよいか」、「(アクション宣言の)取り組み内容が2カ所で分かれてよいか」との質問や、アクションチェックリストの分量や内容に対して、「1枚で簡単なものにしてほしい」、「量が多く見るのが大変」、「立場が違くと記入しづらい(経営者側と従業員側)」などの要望があった。

### (3) アクション宣言、アクション実施後

A3-2-1で述べた通り、アクション宣言に至った事業場は85事業場のうち47事業場(55.3%)であった。これらの事業場が採択したアクションを、アクションチェックリストの項目領域に沿って分類したところ、採択されたアクション宣言は、作業方法・

作業環境の改善に関するE:[作業の仕方を見直す]、F:[作業環境の改善]や、職場の仕組み・風土に関するG:[健康づくりのための社内の仕組みや風土を整える]に関する宣言が多かった。(図A3-2-3)

アクション宣言項目の実践において、「全員実施には至らない」、「必ずしなければいけない(法定)ではないので実行に移せない」、「(宣言した内容を)継続しているかわからない」などの課題も挙げられていた。このほか、今後の取り組みに必要な教育媒体や情報、健康教育実施などに関する要望を挙げた事業場もみられた。

### (4) 支援モデルの効果

モデルを実施した効果は、①従業員、②担当者、③事業場全体に分けて述べる。

①従業員については、健康意識の向上として、「健康づくりへの取り組みの必要性を理解した」、「健康への関心が高まった」、「保護具の使用意識が高まった」など、健康行動の改善として、「喫煙本数の減少」や「昼休み運動する人の増加」、「毎朝の体操により筋肉疲労が減少した」など、健康関連サービスの利用意識向上として、「保健師に気軽に相談するようになった」、「事後指導を希望するようになった」などであった。②担当者については、意識向上・健康行動改善として、「喫煙、または減量を開始した」、

「健康と環境の関連が理解された」、「担当者が健康への取り組みに自信を持てた」などであった。③事業場全体については、「運動」、「メンタルヘルス対策」などの健康対策が開始されたとするもの、「作業行程の見直し」、「整理整頓」、「救急箱設置」、「室温調整」、「喫煙室設置、職場内禁煙など分煙

環境整備」、「ロッカー室の整備」など作業環境が改善されたとするものがあった。このほか、「職員が皆で考え、職場の問題を共有できた」、「職員同士話し合う機会が増えた」、「挨拶により職場の連帯感・元気が出た」など、事業場の問題共有や活気といった職場風土に関することも挙げた。また、健康づくりの取り組みとして「健康教育の媒体借用」や、「職場の実態調査（摂取カロリー、自動販売機の飲料調査など）」、「環境測定」などの要望・申し出があり、事業場の自主的な取り組みにつながる効果もみられた。モデル事業の副次的効果として、「事業場内禁煙により、取引先との関係が良くなった」などの報告もあった。

一方、アクション宣言に取り組んだが、進展がみられなかった事業場もあった。「担当者が用意した情報が従業員に活用されない」、「業務量の見直しが進まない」など取り組みが担当者にとどまり事業場全体へ広がらないものや、「摂取カロリーの減少に一時的に取り組めたが、元に戻った」など取り組みの継続が難しい事業場がみられた。

## 2) 事業場が取り組んだ事柄

支援モデル事業終了時の保健師の記録において、事業場が取り組んだ事柄として多かったものは、健診・健康相談、喫煙対策（分煙）、健康情報の収集・周知、体操・運動実施、健康に関する講演会・講話などであった。

## 3) 支援モデルを実施してよかった点

支援モデル事業終了時の保健師記録のうち、「事業場の健康づくりに関してよかった

点」を分析し、事業場側と保健師側について分類したところ次の通りであった。

事業場側については、「健康づくりや健康対策へ取り組めた」、「作業環境・労働環境が改善された」、「情報収集・提供が行われた」など、健康づくりの対策実施につながったとするもの、「事業場の健康意識が向上した」、事業場内で健康課題を共有できた、「健康について考える機会・きっかけになった」、「職場風土が改善した」など、主に事業場の健康意識啓発につながったとするものや、「従業員の保健行動に改善がみられた」など行動面の改善があったとするものがみられた。

保健師側については、「健康相談・健診を実施できた」と支援（サービス）提供の促進効果を挙げたものが多かった。「事業場（事業主・担当者）との信頼関係が深まった」、「事業主や担当者の考えを把握する機会になった」など事業場と保健師の関係の強化につながったとするものや、「（事業場側に）職場全体での取り組みを意識してもらった機会になった」など、モデル事業が事業場の意識啓発の機会となったことが挙げられた。

## 4) 支援モデルを実施上の今後の課題

保健師の挙げた事業場の健康づくりについての今後の課題は以下の通りであった。

### (1) 事業場における課題

「事業場内（事業主・担当者・従業員間）の意思疎通」、「意思疎通のための場・時間・機会の確保」が最も多く挙げられた。ついで「事業主や担当者の理解促進」、「従業員の健康意識啓発」と、事業場全体の意識啓

発に関する課題が多かった。このほか、「チーム・仲間づくり」、「担当者の組織内の立場・権限の制約」など、事業場内体制に関する課題が挙げられた。また、具体的な健康課題として、「作業環境改善（予算獲得を含む）」、「喫煙対策の実施」が多く、「メンタルヘルス対策の実施」「多忙な状態の改善」などが挙げられた。ほかには「健康相談の利用」など、支援（サービス）利用促進に関する課題もみられた。

#### (2) 事業場外部の課題

事業場外部の課題としては、主に、保健師側の課題と外部資源の課題が挙げられた。

まず、保健師側の課題として、「事業場の経営状態や健康課題の把握」と「事業場の現状（職種）に合った対応」など、事業場側の状態を把握し、それに合わせて対応する必要性が挙げられ、「担当者との意思疎通」、「従業員との関係づくり」など、事業主・担当者・従業員との関係づくり、さらに「キーパーソンへの働きかけ」が挙げられた。また、「担当者の理解」「事業主や担当者に知識を持ってもらう」など、事業場側の健康づくりの基本知識を伝える必要性や、「事業主や担当者の意識改革」、「従業員の意識啓発」など事業場側の意識啓発が挙げられた。一方、モデル事業展開の限界として、「事後指導・説明時間の不足」、「事業場の加入保険変更」や「事業場の勤務体制」、「担当者の余裕のなさ」などもみられ、保健師のみの努力で解決できない課題も挙げられた。

外部資源については、実際に活用できる「社会資源の整備」が挙げられた。情報ガイドブックで紹介した外部資源が活用でき

なかった例として、地域産業保健センターに、メンタルヘルスや有害業務に関する相談をしたが、ここでは対応できないと言われたとの事例があった。

### 3. 考察

#### 1) 職場としての健康づくりの取り組み推進に向けた支援方法の工夫

##### (1) 事業場側の特徴と導入時の留意点

今回、モデル事業に取り組みやすかった事業場の特徴は、健康への関心が高い、問題意識を持っている、全体的に積極性が高い事業場であった。一方、取り組みづらかった事業場は、健康より経営・生産性を重視する、「健康は個人的問題」と事業主・担当者が考えている、外部者に立ち入られたくない（ガードがかたい）、変化を望んでいない、多忙な事業場であった。これらのことから、事業場としての健康づくり支援の導入を図る際、前もって事業場の特徴を見極め、導入方法を工夫する必要があると考える。また、事業場としての健康づくりに取り組める余裕があるのか（繁忙期、仕事量、休憩の長さ）や、事業主・担当者の健康づくりに対する考えを探るなど、事業場側の労働実態や健康に関する考えを把握することも必要と考える。さらに、時間や費用などに関して、事業場に負担にならない方法を提案することも有効であると考え。もともと健康に関心の高い事業場であれば、本モデル事業場で用いたような支援ツールを活用しながらトレーニングされた保健師が支援することにより、事業場としてのリスクやニーズに応じた健康づくり活動の推進の実現可能性は高いと考えられる。

## (2) アクションチェックリスト実施途中の留意点

実施途中では、多忙、集まる機会や時間がない等の理由により中断するケースが見られたことから、途中経過を確認し、足踏み状態となった原因を探りながら、事業場の状況に合った方法を提示していくことで、中断を避けられると考える。また、アクションチェックリストへの改善要望もあったことから、アクションチェックリストを取り組みやすい様式・分量に改善していく必要性も示唆された。

## (3) アクション宣言、宣言実践後の留意点

アクション宣言をした事業場の一部には、いったん実施したが改善前の状態に戻った事業場や、従業員の反応を確認せず続けている事業場、中止した事業場などがあったため、アクション実施を継続できるような支援が必要と考える。すなわち、できている点をほめるなど取り組みの意欲を高めるエンパワメントや、モデル実施による効果の確認などを通じて、事業場が達成感を得られるようにし、さらに次の課題への取り組みを促すことが求められると考える。

## 2) モデル事業の効果

今回、モデル事業実施によりアクションを起こした事業場が、介入対象全体の55.3%みられたことから、本モデルが事業場への健康支援につながっており、事業場が健康職場づくりへの取り組みを進める際に有用であると考え。また、アクション実施後にみられた効果として、①健康意識の向上、②健康行動の改善、③職場としての健康対策の開始、④職場環境の改善、⑤職場の連帯感・活気の向上、⑥健康サービス

利用意識の向上、⑦担当者の意識向上と行動改善などが挙げられ、モデル事業実施が、事業場の意識、行動、職場風土などのよい変化につながったことが明らかになった。このことから、本支援モデルならびに支援ツールは、事業場の健康づくりに活用可能であり、幅広い側面に効果をもたらす可能性があると考え。

今回のモデル事業は、モデル事業実施以前に健診・事後指導を通じて、介入保健師と信頼関係のあった事業場が対象であったが、今後、本モデルのツール（アクションチェックリスト、情報ガイドブック）ならびに、保健師の支援技術向上のための講習プログラムを改善し、汎用性を高め、健診・事後指導の支援をしていない事業場へも応用可能に発展させていきたいと考える。

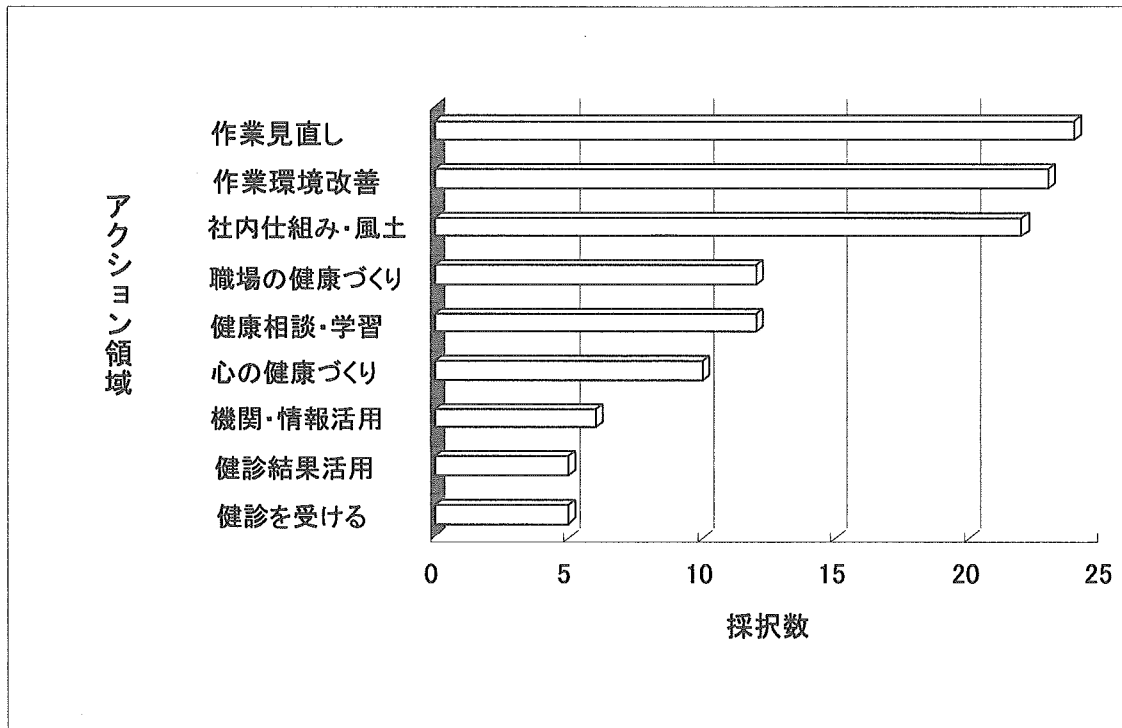


図 A3-2-3 アクション領域別採択数

## 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、池田智子、  
湯浅晶子、蔦木美穂

## B1

### 海外における産業保健システム

本研究の今後の施策づくりに役立つ知見を得ることを目的として、海外の中小規模事業場を対象とした健康支援システムに関して、フィンランド、ドイツ、フランス、オランダ、韓国の産業保健システムに関する情報収集と分析を行った。

### B1-1

#### フィンランドにおける産業保健システム

##### 1. フィンランドにおける産業保健サービスシステムの特徴と4つの類型

###### 1) 調査対象と方法：

(1) Finish Institute of Occupational Health の Dr. Timo Leino、Turku Health Office の Dr. Lassi Pakkala、Finnish Association of Occupational Health Nurses (FAOHN) の Ms. Marjatta Peurala 他、数名の産業保健関連の研究者ならびに実践者からの聞き取り調査

(2) 各機関の発行雑誌・書籍等からの調査

###### 2) 調査結果

(1) フィンランドの産業保健システムの特徴

フィンランドでは、後述する労働安全衛生法体系のもとで、事業主が責任を持つ形で、従業員や産業保健サービス機関との緊密な連携をとりつつ、産業保健活動を展開している。わが国と比べて、法律の細目が決まっておらず、職業関連疾患・事故の予防や、仕事と職場環境の健康と安全の水準の向上、従業員の健康や仕事の能力の維持・改善、職場集団としての機能向上を目指して、一律ではなく各々の職場ニーズに応じた活動が展開されている点が特徴と言える。

フィンランドにおける産業保健スタッフは、産業保健専門職である産業医と産業看護職を中心に、その他、産業保健に関わる研修等を受けた人間工学専門家、理学療法士、心理学者、産業衛生工学者など、多職種の人材が活用されている。実践レベルのみならず、産業保健実践に関わるガイドラインの策定などの施策レベルでも多職種協働が指向されている点も注目し得る。

費用償還制度が設けられていることも、特徴である。事業主は、従業員のために負担した予防的保健サービス費 (preventive service) と医学的サービス費 (medical service) について、Social Insurance Institution (Kela) に償還請求することができ、認定された費用の約 50% が償還されるしくみになっている。

このような取り組みの成果もあり、フィンランドでは産業保健サービスのカバー率が高いことも特徴と言える。2000 年の調査によると、従業員規模 50 人以上の事業場では 97%、10~49 人の事業場では 91%、10 人未満では 64% のカバー率であった。(個



人事業主や農業従事者については、カバー率がこの数字より低くなる)

(2) 産業保健サービスの4つの類型とカバー率

フィンランドでは、4つのタイプの産業保健サービスが展開されている。①地方自治体の保健センターモデル、②民間保健医療機関モデル、③企業の中に組織された保健機関（大企業モデル）、あるいは④複数の企業が合同で組織する保健機関（共同出資モデル）の4つである。

2000年の調査によると、1038ヶ所の産業保健サービス提供機関で、175万人の勤労者をカバーしたとされている。そのうち、5万6千人は個人事業主であり、さらにそのうち4万人は農業従事者であった。事業主は雇用者に産業保健サービスを提供する義務があるが、個人事業主の場合は自由に任されている。

① 地方自治体保健センターモデル

地方自治体の保健センターの産業保健部門が、主に中小規模事業場や、個人事業主、農業従事者向けに展開している保健サービスで、すべての保健サービスでカバーしている全企業数の61%、従業員数の37%、産業保健サービス提供機関数の31%を占める。(図 B1-1-1)

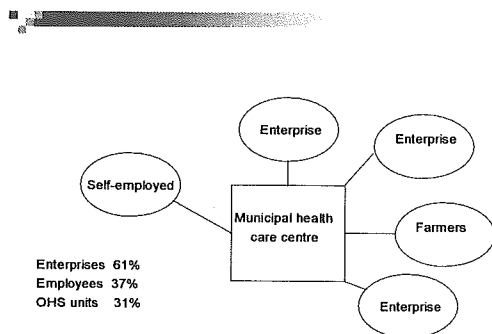


図 B1-1-1 地方自治体保健センターモデル

④民間保健医療機関モデル

民間の保健医療機関が提供している産業保健サービスで、対象には規模の大きい企業も含まれる。全企業数の33%、従業員数の32%、産業保健サービス提供機関数の24%を占めている。(図 B1-1-2)

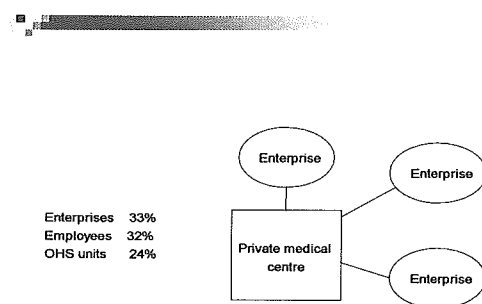


図 B1-1-2 民間保健医療機関モデル

③ 大企業モデル

自力で産業保健部門を組織できる大企業がその子会社などを含めてカバーしているモデルで、全企業数の2%、従業員数の25%、産業保健サービス提供機関数の38%を占めている。(B1-1-3)

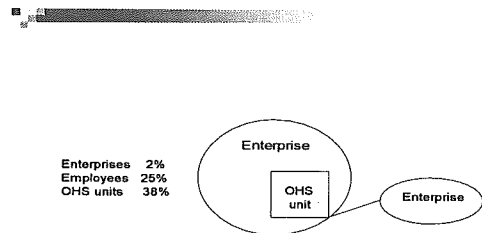


図 B1-1-3 大企業モデル

④ 共同出資モデル（工業団地など）

工業団地などで、複数の企業が共同出資

して産業保健部門を組織しているモデルで、全企業数の 4%、従業員数の 6%、産業保健サービス提供機関数の 7%を占めている。

(図 B1-1-4)

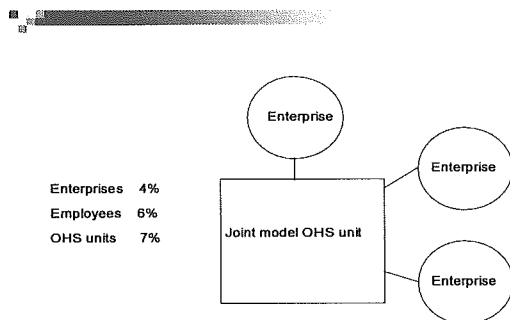


図 B1-1-4 共同出資モデル (工業団地など)

参考文献

Rauno Pääkkönen, Arto Säämänen:  
Work environment in Finland-Trends in  
Health, Safety and Worklife, 2004.

Heikki Niemela and Kari Salminen:  
Social Security in Finland, 2003.

2. 民間産業保健機関 (private sector) による支援

代表的な民間産業保健機関 (private sector) として、Medivire 社と Mehilainen 社を例に、活動概要を紹介する。

1) 組織

Medivire 社は、1996 年からは国営サービス機関として、2000 年からは民間サービス機関として、保健医療サービスを提供している。11%のシェアを持つ、業界リーダーで、3,400 の事業場と契約しており、そのうち民間企業が 6 割を占める。利用者数は、年間 18 万 5 千人に達する。34 都市に

52 ヶ所のサービス拠点を有し、医師 186 人と、看護師 246 人、心理士 44 人、理学療法士 71 人、放射線技師と臨床検査技師 27 人、事務職員 107 人、管理職と支援要員 60 名など、総勢 741 人のスタッフを擁する。

Mehilainen 社のサービス拠点は Uusimaa に 15 カ所存在し、医療機関は Turku に 3 カ所と Tampere に 2 カ所存在する。スタッフは医師、看護師とその他のスタッフ (心理士、理学療法士、産業衛生工学士、人間工学者、栄養士、その他) 650 人である。産業保健サービスの利用者は年間 14 万 2 千人である。(その他も含めると年間 100 万人を超える)

2) サービス提供システム

事業主との契約に基づいて、どのようなサービスを展開するか、職場ニーズに基づいて決定する。サービス内容は、preventive service と、medical service に大別される。費用は基本料金として年間労働者一人当たり 73 ユーロ程度であるが、内科、歯科受診等も含む労働者一人当たり 1,200 ユーロというパッケージもある。

3) 事業場とのパートナーシップに基づく産業保健活動のモデル

民間保健サービス機関は、事業場とのパートナーシップを重要視しており、事業場組織内の資源を含めて、現状のアセスメントに基づいて、事業場と協働して産業保健アクションプランを作成している。

また、サービスの質保証のために、Good Occupational Health Practice の機関内基準やガイドラインを定めたり、スタッフの教育・訓練のプログラムを作成している。

3. 自治体産業保健部門 (municipal sector) による支援

代表的な自治体産業保健部門

(municipal sector) として、Helsinki 市の職員対象の産業保健部門と、Turku 市の産業保健部門 を紹介する。

1) Helsinki 市の産業保健部門の概要

(1) 組織

Occupational Health Center は、約 130 人のスタッフで構成されている。

(医師 37 人、看護師 38 人、心理学者 5 人、理学療法士 11 人、臨床検査技士 7 人、放射線技士 2 人等)

(2) サービス提供システム

Helsinki 市で働く自治体職員約 4 万人のためにサービス提供をしている。労働者 1,100 人当たりスタッフ 1 チームにより提供される。費用は労働者一人当たり 270 ユーロで、予防活動を行うことにより 50%償還される。

(3) 職場介入過程のモデル

職場ニーズに基づいて、多職種間の討議を経て、計画を策定し、介入の実施・評価を行う (図 B1-1-5)。

2) Turku 市の産業保健部門の概要

(1) 組織

Turku 市職員向けの unit と、private company 向けの unit、および船員向けの unit の 3 部局からなり、計約 78 人のスタッフで構成されている。

(医師 24 人、看護師 32 人、理学療法士 7 人、心理士 1 人を含む)

(2) サービス提供システム

Turku 市で働く 1 万 5 千人の職員と、900 社に渡る 1 万 2 千人の民間企業従業員、ならびに 2,000 人の船員に産業保健サービスを提供している。

(3) 監査基準

Good Occupational Health Practice の基準に基づいて、内部監査ならびに外部監査を 2000 年に実施した。チーム内で互いに自分たちの監査結果を交換し、比較・共有することにより、今後の組織的な産業保

健サービスの質の向上が図れるとしている。

文献

Occupational Health Center, City of Helsinki: Workplace intervention by the occupational health team

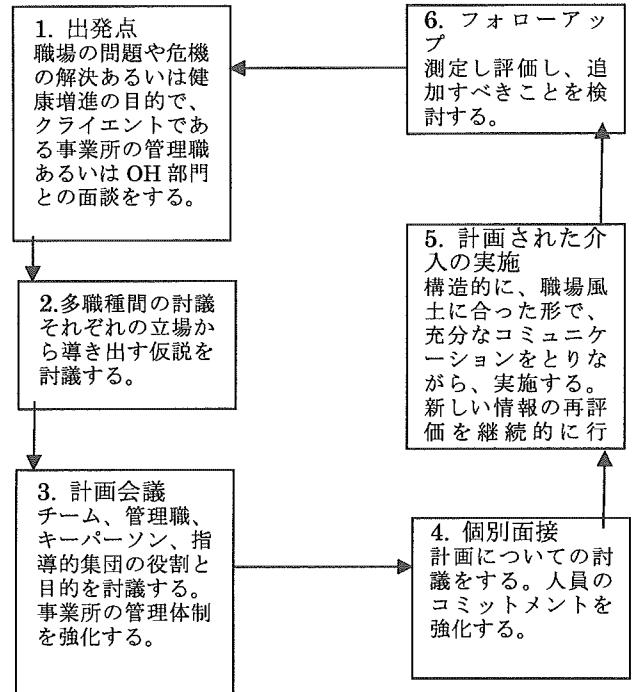


図 B1-1-5 職場介入のプロセスモデル

4. 事業主への産業保健サービスの普及に関するプロジェクト

FIOH の支所である Turku Regional Institute for Occupational Health と、事業主の団体である Federation of Southwest Finland Entrepreneurs が共同で、事業主の健康意識の向上と職場の健康づくり活動におけるリーダーシップ発揮を目標とする研究プロジェクト「事業主の健康診断実施 700 人以上」、「事業主の文化」、

「SYTY2000－健康的な事業主・健康的な事業場」、「2002-2005 中小規模事業主の健康と福利」等を、1995年から展開している。

事業主の労働時間は 52.5 時間／週、休暇は 14 日未満／年、週末の自由な時間は 3 日以下／月と、事業主自身の健康状態も万全であるとは言えない状況であった。

健康診断を受けた事業主の意見として、80%は良・優と見なし、27%は自分の新しい健康情報を得られたと答え、15%はもっと情報が必要だと述べ、60%はライフスタイルが変化し、作業負荷に注意したと答えた。

小規模事業主を産業保健サービス (OHS) の顧客と考えた場合、大規模事業とは異なる。まず、作業関連疾患の予防は何か、提供している機関はどんな種類があるか、といった労働衛生機関の知識が少ないか全くない。また、十分な費用がないため、自分自身に何が役に立つのか、どんな効用があるのかという疑問がある。そして、十分な時間と専門知識、定期的な勧誘、良い医療ケアの希望があった。

目標は、事業主自身が OHS を取り決めるよう事業主を活性化させること、事業主の日々の労働生活で健康面について考慮しやすくすること、OHS 機関の職員が事業主の仕事を優先できるよう支援し、事業主へ良いサービスを提供することである。

OHS に対する態度、事業主に対する態度、OHS の少ない知識、公的保健機関の資源の欠乏、事業主に対する費用償還手続きの紹介のレベルが異なることは障害であり、改善しなければならない。

参考として、「SYTY2000－健康的な事業主・健康的な事業場」の活動モデルを示す。

本モデルは、まず事業主に自分自身の健康状態を簡単にチェックできる質問票に回答し健康へ注意を向けてもらってから、健康支援ニーズのアセスメントを行って、労働衛生機関の一覧やサービス内容をわかりやすく提示する。質問があれば出してもらい、納得したところで契約し、実質的な活動計画をサービス機関の専門職とともに作成していくプロセスになっている。健康チェックやサービス機関の紹介、費用の償還のシステムの紹介や手続きのための用紙がセットになっている P R 冊子ができており、それを見ることで一連の手順が理解しやすいしくみになっている。

労働状況と健康の自己評価は、インターネット上にフォームがあり、ダウンロードも可能である。

本モデルの普及に事業主の地域組合 (40 組合) が関与しており、事業主の集まりの際に、看護師が P R 冊子を持って説明に行くなどの形で、地域的な活動推進に寄与している。

これらの事業主対象のプロジェクトは、わが国にとっても大変参考になるモデルであると考えている。

## 5. 関連する法律や社会保障制度の概要

### 1) 労働衛生に関連する主な法律

労働衛生に関連する主な法律として、Occupational Safety and Health Act と New Act on Occupational Health Services がある。この 2 つの法律について概要を説明する。

(1) Occupational Safety and Health Act  
 フィンランドの労働安全衛生法  
 (Occupational Safety and Health Act)は  
 1958年に制定され、1999年、2002年に修  
 正されている。

以下に法律の構成をまとめる。

① 目的 (Chapter 1 Section 1)

業務起因性のある事故や疾病予防、心  
 身健康への危険防止のみならず、従業員  
 の労働能力をも保証し維持するために労  
 働環境と労働条件を改善すること。

② 本法の適用範囲 (Chapter 1 Section  
 2～7)

- ・ 一般的適用範囲
- ・ 契約社員への適用
- ・ その他の適用範囲 (見習、実習生等)
- ・ 在宅作業への適用
- ・ 適用範囲の制限 (軍のトレーニング等)

③ 事業主および従業員の一般義務  
 (Chapter 2 section 8～16)

- ・ 従業員の健康と安全を守る基本的義務
- ・ 労働安全と健康に関するポリシーを掲  
 げる義務
- ・ 職場のリスクをアセスメントし分析す  
 る義務
- ・ 危険有害業務につく従業員に適切な対  
 策を講じる義務
- ・ 作業環境を適切に保つ義務
- ・ 作業を適切に構成する義務
- ・ 従業員へ説明と指導をする義務
- ・ 保護具等を支給する義務
- ・ 事業主の代理者を置く義務

④ 協同 (Chapter 3 Section17)

- ・ 職場の安全を維持、改善するための事  
 業主と従業員の協同と、それぞれの役割

⑤ 従業員の義務と労働拒否権  
 (Chapter 4 Section 18～23)

- ・ 従業員の基本的義務
- ・ 過誤の回避と報告義務
- ・ 保護具着用 (使用) の義務
- ・ 危険有害業務等の労働拒否権

⑥ より健康的な作業計画と労働環境  
 (Chapter 5 Section 24～48)

- ・ 生物工学の視点、労働負荷の身体  
 的・精神的・社会的水準の考慮、作  
 業具の工夫、暴力、ハラスメント、  
 孤立の防止、深夜業の管理、休暇、  
 休養の取得促進、
- ・ 職場環境の構造、機能の考慮、換気、  
 音量、採光、運搬、整頓、清潔
- ・ 危険有害物質の考慮、埃、煙霧、ガ  
 ス、蒸気、健康に対する有害物質、  
 騒音、振動および圧力、機械および  
 設備、リフトおよび輸送作業および  
 職場での移動、機械、設備の定期点  
 検と修繕
- ・ 事故防止、応急処置、指示および通  
 知、指導、応急処置、救急サービ  
 スの確保
- ・ 休養室、懇談室等の確保

⑦ その他の規定 (Chapter 6 Section  
 49～55, Chapter 7 Section 56～62,  
 Chapter 8 Section 63, Chapter 9 Section  
 64～68 )

- ・ 職場組織の特殊な設定
- ・ 事業者以外の特定の者の責任
- ・ 罰則他特別規定

(2) New Act on Occupational Health  
 Services (OHS)

労働衛生サービス（OHS）に対する事業主や労働者への要望アンケートの結果を盛り込んだ、労働衛生サービス新法で、2002年に公布された。

#### ① 目的

事業主、従業員、サービス提供者が、以下の項目を達成するための連携を推進することが、本法の目的である。

- ・職業関連疾患や事故を予防する。
- ・仕事と職場環境の健康と安全の水準を上げる。
- ・それぞれ異なるキャリアをもつ従業員の、健康、仕事の能力、機能的キャパシティを維持、改善する。
- ・職場の集団機能を育成する。

職場と OHS サービス提供機関の緊密な連携が、OHS 活動を通じた成果をもたらすための鍵を握るとしている。

この法律では、OHS は事業場のニーズに基づくプロセスととらえられ、それぞれのニーズや提案に合わせた異なる活動であると考えられている。そのため OHS の質と結果のフォローアップは、常に改善され続ける必要がある。

#### ② OHS スタッフ

Finland における OHS の専門スタッフは、産業医の認定医師と産業看護職のほか、生物工学者、理学療法士、心理学者、産業衛生学者、建築工学者、農業の専門家、眼科医、歯科医、言語療法士、運動療法士などの人材を含む。

これらのスタッフにより提供される Good Occupational Health Practice (GOHP) の基準が 1997 年に発表されており、根拠に基づいた (Evidence base) 介

入や活動でなければならないとされている。

#### ③ 社会保健省

Ministry of Social Affairs and Health (社会保健省) は、労働安全ばかりでなく産業保健サービスシステムに関しても監督、指導する役割をもつ。社会保健省には OHS に関する諮問委員会があり、社会的パートナー (企業)、政府、OHS 提供者、Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) から構成される。OHS は、実施前に全てのサービスシステムについて、この諮問委員会において討議される。

#### ④ OHS の提供システムと内容

Finland では、事業主は必ず従業員に OHS を提供しなければならないが、被雇用者のいない事業所や商店、農林漁業、一人親方建設労働者等は、自由意思による。OHS は、自治体等公営の保健機関、民営の医療機関、企業の中に組織された保健機関、あるいは複数の企業が合同で組織する保健機関、のいずれから提供される。民営の医療機関のみ営利があるが、他はない。2000 年の調査結果では、OHS が提供されている従業員は 85% であり、OHS の提供を行っていない所は、いずれも従業員数 10 人未満の事業所であった。

OHS の内容は、以下の通りである。まず、繰り返し行う職場調査を通して、従業員の健康度および仕事と職場環境の安全性をアセスメントし、仕事関連の健康リスクや問題を評価および監視する。これを基に OHS スタッフが健康で安全な職場環境づくりのための活動を提案す

る。この活動は必ず従業員のニーズに合わせてなければならない。OHS はまた、情報提供や、他の保健・福祉サービスとの連携、従業員の労働能力を維持し高めるための計画や組織化への援助、OHS の活動効果の評価および監視も求められている。

#### 参考文献

Rauno Pääkkönen, Arto Säämänen: *Work environment in Finland-Trends in Health, Safety and Worklife*, 2004.

## 2) 関連する社会保障制度 <医療保険、 労災保険、雇用保険、年金制度>

### (1) 方法

フィンランドの医療保険・社会保障制度について、同国政府が発行する同制度の報告書及び同国の他の諸制度、他の北欧諸国の制度に関する報告書を基に調査を行った。

### (2) 結果

フィンランドは他の北欧諸国と同様、高い社会福祉制度を持つ国として知られている。

#### ① 医療制度

フィンランドの医療保険は居住地、経済状況に関係なく全ての国民を対象とし、保健・医療双方をカバーする。このサービスは公的セクターである国と地方自治体が主管し、財源は税収入による。医療保険にかかる総コストは、2001年現在、社会関連の負担額の約27%、95億ユーロ（約1兆2800億円）である。

プライマリヘルスケア法では、全国均等の予防を目的としたヘルスケアを提供して

いる。

所得による医療格差を無くすことを目的に全国各地に公営病院が整備されている。公営病院とは別途に民間の医療機関も南フィンランドを中心に存在する。これらにはかかりつけの内科医、歯科医が多い。産業保健の分野での活用が目立っている。国民の28%が民間かかりつけ内科医にかかる費用の償還払いを受けている。

医療保険制度は全ての医薬品及び医療の為の移送をカバーしている。疾病保険は、民間の医療機関、かかりつけ内科医、歯科医での検査、治療費の償還払いに対応している。

疾病保険は、医療費の一定額を同保険により負担し、残額を個人の負担とする。民間医療機関での検査の場合、75%が同保険により償還払いされる。かかりつけ内科医により処方された医薬品の場合、ある一定額の個人負担額を超えた額も同保険により償還払いされる。同保険では歯科治療費も検査及び治療費の60%までが償還払いの対象となる。

産業保健制度の分野は、産業ヘルスケア法により制度化されている。同法では、経営者、自営業者、その他の個人事業者の産業保健及びその他のヘルスケアの関する費用の償還払いも行っている。職場での産業保健活動についても、国民年金局が対象と定めた費用の50%が償還払いされる。産業保健の専門家を招聘した場合にもその費用の60%が償還の対象となる。現在、産業保健制度により全国の80%の勤労者（約160万人）が、30%の農業従事者、20%の起業家がカバーされている。

2000年の統計では同国の産業保健にかかる費用の総計は2億9100万ユーロ（約392億円）であり、このうち1億2900万ユーロ（約174億円）が企業側に償還払いされている。

## ② 労災保険

フィンランドでは勤労者向けの補償保険制度が全ての勤労者、自営農業従事者をカバーしている。これには労働災害、通勤災害だけでなく、労働による疾病も対象となる。保険金の負担は、通常の勤労者の場合、雇用主であり、自営農業従事者の場合は、自分自身と国が負担をする。災害に伴う医療費と、就業できなかった期間の所得が給付の対象となる。就労が不可能となった場合は、障害者年金に移行する。その場合の所得補償の給付額は所得の85%であり、65歳を過ぎると70%となる。

同国の勤労者向け障害者年金と所得補償は、民間の保険会社により事務手続きが行われている。

## (3) 考察

わが国と比べて、大きく異なる点が、地方自治体に産業保健専門のサービス提供部門があることで、特に中小規模事業場や個人事業主向けに低価格で保健サービスを提供することにより、産業保健サービス全体のカバー率を上げていると考えられる。この点に関しては、わが国の今後の中小規模事業場の健康支援システム構築の上で、充

分に検討していく必要があると考えている。

産業保健サービス費用に関する償還制度があることも特徴であり、新たに産業保健サービスを導入しようとする事業主にとっては、経済的な負担が少ないことが大きなインセンティブになると思われる。フィンランドの社会保障制度も、わが国同様、国民の高齢化による年金生活者の増加、医療費高騰のため、国家や企業の財政に大きな影響を与えている。社会保健サービスの水準を維持し続けながら、国家や企業の負担を抑えるために、費用の償還制度を活用する点は今後わが国でも検討できるシステムであろう。

## 参考文献

Heikki Niemela and Kari Salminen:  
Social Security in Finland, 2003.

在日本フィンランド大使館ホームページ  
<http://www.finland.or.jp/ja/>

外務省ホームページ：各国情勢  
フィンランド共和国  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/>

藤井威、スウェーデン・スペシャル I：  
高福祉高負担政策の背景と現状、株式会社  
新評論



## B1-2

## 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<sup>1)</sup>

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 Brufgenossenschaften) 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<sup>3)</sup>

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<sup>2)</sup>。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 (**Berufsgenossenschaftlicher 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、実際に重視したものを提供している。