

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unft 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－、労働科学 77 巻 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/behoerden/wissenschaft-gesundheit/verbraucherschutz/arbeitsschutz/arbeitsschutzkonzepte/arbeitsschutzpartnerschaft/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)

B1-3 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くられ、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

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 B1-3-1）

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：Insutitut 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。

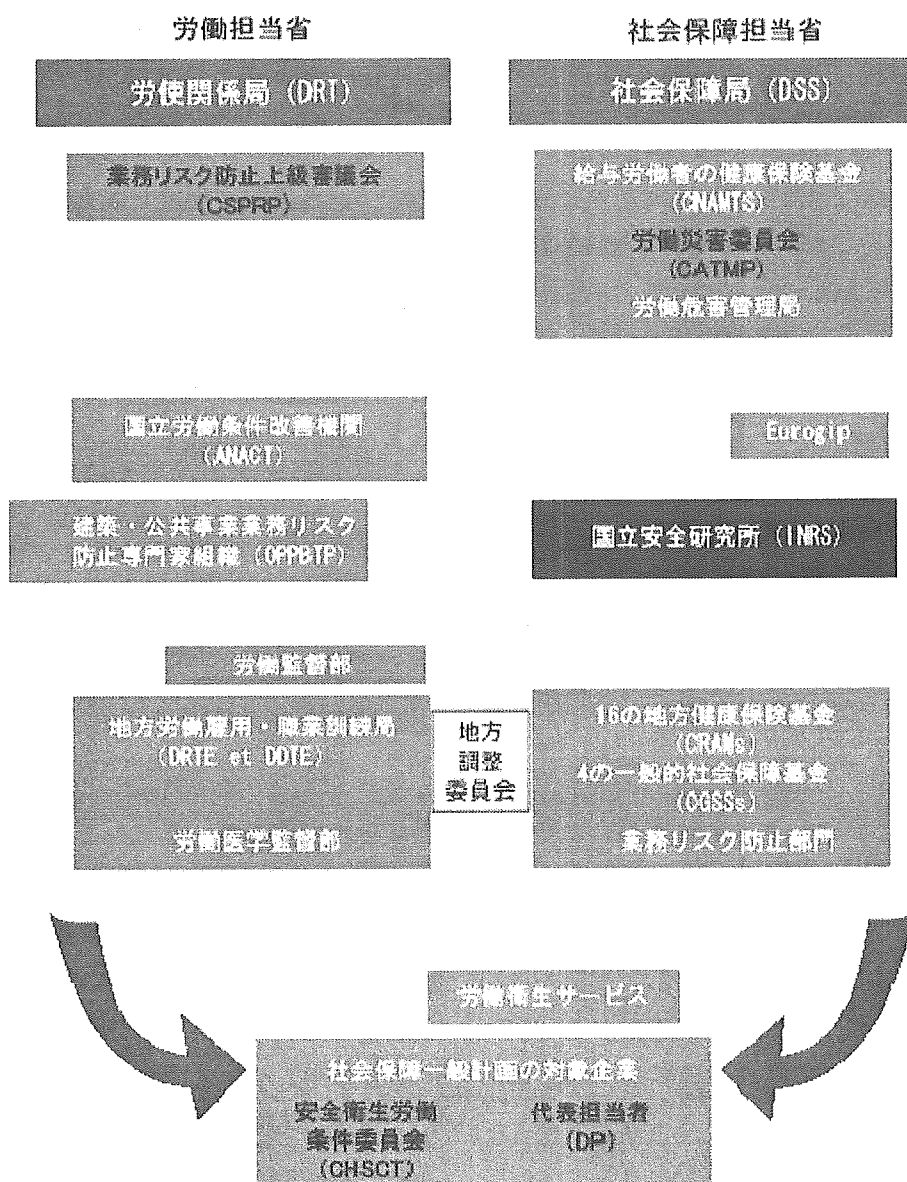


図 B1-3-1 公的な労働関連機関の組織図

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>

B1-4

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、所得により受給額が異なり、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ようになった。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欠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発した。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だとした。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画している。また、国家、国際企業、政府、民間機関に対し、以下の様々な領域について、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ていて、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。