

ドラフト EPHIA に沿って、欧州雇用戦略を対象にした HIA が、ドイツ、アイルランド、オランダ、イギリスにおいてそれぞれ単独で実施された。その後、EU 全域におけるパイロットケースに要約された(資料2)。

⑦ HIA パイロットケースの評価

各パートナーによって実施されたパイロットケースを通じて、ドラフト EPHIA の方法論はシステムティックに検討された。まず評価に際して、効果、能率、平等性、参加と透明性、実践性といった評価の基準が作成され、これにしたがって、ドラフト EPHIA の修正が行われた。

HIA 評価フレームワーク

効果 HIA の計画上の結果がどの程度達成されたか？ ある方法は他の方法より効果的か？
能率 様々な HIA プロジェクト業務に伴うコスト(金銭、時間)はどれほどだったか？
平等性 プロジェクトがどの程度健康上の不平等改善を強調していたか？ 健康の不平等が方法論の中心にあるか、または統合されているか？
参加性と透明性 方法論の目的、可能性のある利益、および参加の実践性は明らかか？ 方法論に概説されている参加型アプローチの実践性はどうかだったか？
実践性 政策決定者の要求に合致しているか？ 時間と資源が限られた政策作成者にとって実践可能か？

EPHIA 改善の概要

方法論に加えられた最も重要な改善は以下の通りである。

実践的方向性

改訂バージョンは、データ収集、参加方法および健康影響調査などの使いやすさを示しやすくするように、方法論の実行側面の実践例に方向性を定められた。

柔軟性の強調

方法論の柔軟性と適切な方法を選ぶ能力が、方法論のすべての側面を実装しなければならないという誤解を防ぐために強調された。

使いやすさの強調

時間と資源が限られた欧州委員会の意思決定者が HIA を迅速に実行できるように、「高速 HIA 手順」が方法論に加えられた。

欧州政策決定の複雑さへの対処

欧州の様々な国と地域における健康影響の多様さと EU 全域および国レベルの HIA 実践の利益とトレードオフを考慮して材料が加えられた。

EPHIA 実施への主要な課題

① 異なった国におけるデータのプロファイリング

欧州コアデータセットによって予測された利点は完全には理解されず、方法論もそれを反映して修正された。プロファイリングには HIA に関連しそうな集団に関するデータセットの選択が含まれる。調査グループは当初人口、一般的健康、仕事と収入および職業上の健康に関する指標のコアセット、および国間で比較可能なデータ(EUROSTAT や OECD などのデータベースのもの)を使うことを決定していた。しかしながら、多くのデータはすべての国については利用できず、また指標も必ずしもすべての国について比較可能ではなかった。コアデータセットは国のデータベースの調査によって補完する必要があった。さらに、国ごとの HIA パイロットケースに関する欧州コア指標の関連性は大きく異なり、データ収集の焦点は加盟国レベルの政策優先度によって大きく左右された。こうした政策の実施は、健康の基本的指標(平均余命など)や経済発展水準の格差によって欧州の国や地域によって異なった健康影響を有する可能性がある。コアとなる比較可能データである欧州プロファイリングデータセットは、有益ではあるが加盟国レベルのデータ収集をバイパスするよりは補完する傾向がある。

② データの不足

プロジェクトグループは欧州政策の直接的健康影響に関するデータがしばしば不足していることに気がついた。このことはデータのギャップが存在する場合の当事者ワークショップ、面接調査などの一次データ収集における参加型アプローチの重要性を強調している。

③ 数学的モデリング

プロジェクトのドイツのパートナーは、数学的モデリングによって、増大する労働市場の柔軟性の結果としての将来可能性のある健康影響について描写する実験を行った。欧州政策の結果としての健康影響の正確な量的予測という目的はしばしば予想不可能な変数の存在によって制限されている。しかしながら、プロジェクトグループは、モデリングがある政策シナリオの健康影響可能性を示すこと、当事者の関心を惹起し議論を推進する上で非常に有益であることを見出した。EPHIA における重要な役割が改訂された方法論では強調されている。

④ 政策分析

EU 内部で補佐的であるという原則から、欧州委員会は政策の実施に関して加盟国に大きく依存している。健康消費者保護調査グループは、政策について EU レベルと加盟国レベルの両方で考慮した。EU レベルでのみ政策を分析するために EPHIA を用いることは比較的迅速であろう。これらの EU 政策を加盟国レベルで実施するために用いられる政策ツールの分析は、より洗練された結果をもたらすが、同時に資源集約的である。調査グループはまた、加盟国の当事者が EU 政策自体よりも国の政策ツールに親しんでいることも経験している。こうしたトレードオフは改訂された EPHIA 方法論では強調されている。

⑤ 参加型方法

EPHIA 方法論はアセスメントの実施における当事者の参加を重視している。このことはデータ収集の助力となり、HIA のオーナーシップを推進し、様々な政策決定者間の関係構築に役立つ。欧州政策決定の健康影響可能性に対する意識を惹起する。

民主主義的な観点からは、政策に影響される集団の直接参加（パブリックミーティングなどによる）が理想的である。しかしながら、EU 政策アセスメントには時間と資源がしばしば限られていることを認識して、改訂 EPHIA 方法論ではこうした集団の代表を参加させるという共通の選択

肢を示唆している。

特に重要なのは政策決定者の参加である。調査グループは、この参加が困難であることを経験している。参加が低調であった理由には実務上の問題（時間的制約、他の差し迫ったプロジェクトとの兼合、移動距離など）が挙げられるだろう。しかし欧州委員会レベルで特に挙げられるのは、政策決定者が HIA パイロットケースに参加することへの障害が、アセスメントのプロセスと結果に影響したことである。プロジェクトの発見、より高度な EPHIA のプロファイリングおよび EU 政策健康影響調査の普及は、こうした部門間作業の業務上の障壁を乗り越える助力となるであろう。

結語

EPHIA 方法論の利点

EPHIA 方法論は包括的調査とパイロットプロセスに続いて作られたものである。健康消費者保護総局の要求に応えるべく厳密に試験され、評価され、洗練されてきた。その結果は、政策決定者が HIA を実行しやすくするように、独立して、堅実で、柔軟で実用的な方法論であった。調査者は自らの目的に合致する方法論の要素を取り上げて選択することができる。比較的迅速に HIA を実施するためにも用いられ、時間が限られている場合に迅速に HIA を行うための具体的なガイダンスも含んでいる。また、健康消費者保護総局が中央で HIA をより包括的に実施する際にも、あるいは様々なアセスメントパートナーが加盟国レベルで実施するためにも用いることができる。

プロジェクト報告書の利点

主要な欧州政策に関する HIA パイロットプロセスの文書化と、方法論がどのように適用されたかについての詳細な描写の提供によって、当プロジェクトは HIA の実施の現実に関する価値ある洞察と、そこに記された問題への対処を作り出した。本プロジェクトは加盟国内および国際的に能動的に推進されてきた。2002 年 6 月にハーグで開かれた国際影響評価協会大会、および 2002 年 8 月にバンクーバーで開かれた ISEE HIA ワークショップで発表を行った。ワークショップは、2002 年 11 月のドレスデン、同月にローマで開かれた EUPHA カンファレンス、および 2002 年 10 月にバーミンガムで開かれたイギリスおよびアイルランド HIA カンファレンスで推進された。

完成した欧州雇用戦略に関する HIA の利点

本プロジェクトは主要 EU 政策に関する完成した HIA を作った。方法論の試験に用いられたパイロット HIA 報告書は、欧州雇用戦略が与える可能性のある健康影響の詳細で質の高いアセスメントを提供し、雇用総局を含む欧州の雇用政策決定者の利益となるであろう。研究パートナーの中には、本プロジェクトの資料をそれぞれの加盟国における雇用関連政策決定に影響するために用いる意図を持つものもあるのである。

参考文献

- Acheson D (1998) Independent inquiry into inequalities in health report. The Stationery Office, Norwich.
- Black D, Morris J, Smith C, Townsend P (1980) Inequalities in health: report of a Research Working Group. Department of Health & Social Security, London.
- Burchell, B. (1995), The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health, Paper presented to the XVIIth International Working Party on Labour Market Segmentation, Sienna
- Commission of the European Communities (2001) Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The Commissions' Work Programme for 2002. Office for the Official Publications of the European Union, Luxembourg.
- Commission of the European Communities (2002) Communication from the Commission on Impact Assessment – COM 276 final. Office for the Official Publications of the European Union, Luxembourg.
- Commission of the European Communities (2002a) A decision of the European Parliament and Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). Official Journal of European Communities, Luxembourg.
- Council of the European Union (2003) Council decision of 22 July 2003 on guidelines for the employment policies of the Member States 2003/578/EC. Office for the Official Publications of the European Union.
- Department of Health (1999) Saving lives our healthier nation, TSO, Norwich.
- Department of Health and Children (2001) Quality and Fairness: A Health System for You. Government Publications Office, Dublin.
- Douglas M, Conway L, Gorman D, Gavin S, Hanlon P (2001) Developing principles for health impact assessment. *Journal of Public Health Medicine*, 23, 2,148-154.
- EC (1999) Now within: EC (2002) Consolidated Version of the Treaty Establishing the European Community. Official Journal of the European Union C 325, 24.
- EC (2002) Consolidated Version of the Treaty Establishing the European Community.

Official Journal of the European Union C 325, 24.

Fehr R (1999) Environmental HIA: Evaluation of a 10-step model of HIA. *Epidemiology*, 10, 618-625.

Gezond en wel. Kader voor het volksgezondheidsbeleid 1995-1998 [Safe and sound. Framework for the national health policy 1995-1998]. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sports, 1995 (Parliamentary document 24 126, No. 2

Greater London Authority (2001) Health Impact Assessment: A Screening Tool for the GLA. GLA, London.

Hirschfield A, Abrahams D, Barnes R, Hendley J, Scott-Samuel A (2001) Health Impact Assessment: Measuring the Effect of Public Policy on Variations in Health. University of Liverpool, Liverpool.

Knodel J (1993) The design and analysis of focus group studies: a practical approach. In: Morgans, D (ed) *Successful Focus Groups* pp35-50. Sage, London.

Lalonde M (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada, Ottawa.

Lehto J, Ritsatakis A (1999) Health Impact Assessment as a tool for inter-sectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden. ECHP, WHO, Brussels.

National Assembly for Wales (1999) *Developing Health impact assessment in Wales*. Health Promotion Division, National Assembly for Wales, Cardiff.

Pennington A, Elliot I, den Broeder L, Haigh F, Mekel O, Abrahams D, Scott-Samuel A, Fehr R, Birley M (2002) *HIA methodology: results from a search strategy*. University of Liverpool, Liverpool. Unpublished.

Roscam Abbing, e. et al. (1995) *Gezondheidseffectscreening. Verkennend rapport en verslag van een workshop [Health impact assessment. Report and proceedings of an expert meeting]*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sports.

Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K (2001) *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition*, www.ihia.org.uk.

SNAP (2000) *Health Impact Assessment: Piloting the Process in Scotland, Scottish Needs Assessment Programme*.

State Secretary of Welfare, Health and Culture. (1992) *Preventiebeleid voor de*

volksgezondheid [Prevention policy for public health]. The Hague, SDU, 1992

(Parliamentary document 22 894, No. 1.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2002) Housing Improvement and Health Gain: A systematic review. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.

UNECE (2003) The Kiev (SEA) Protocol. United Nations Economic Commission for Europe, Geneva.

Welteke, R., Fehr, R. (Hrsg.) (2002) Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung– Health Impact Assessment. Berlin, 19. und 20. November 2001. Tagungsband. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Arbeitsprogramm: S. 165 – 169).

Whitehead M, Dahlgren G (1991) What can we do about inequalities in health? The Lancet, 338, 1059-1063.

Will S, Ardern K, Spencely M, Watkins S (1994) Manchester Airport Second Runway HIA, Stockport Health Commission, Manchester.

World Health Organisation (1998) Health 21 – health for all in the 21st century, World Health Organisation, Geneva.

資料 1 欧州雇用戦略の概略

① 背景

欧州雇用戦略(EES)は1997年11月のルクセンブルグ雇用サミットに続いて開始されたものである。2002年に行われた最初の5年間の評価では、EESの将来のための主要な課題と懸案が定義された。さらに、EESを刷新し、リスボン戦略により密接に近づける必要性が強調された。

② 欧州雇用戦略:リスボン戦略の主要部門

リスボン欧州委員会(2000年3月)では、今後10年における戦略的目標が設定された。

「世界で最も競争力がありダイナミックなナレッジベース経済となり、より多くの、かつより良い雇用およびより強力な社会的結束を伴う持続的経済成長を可能とすること」

この戦略は2010年までに完全雇用に適した状況を創出し、結束を強めるために設定された。欧州委員会は、この提案された干渉によって2010年までに以下の目標が達成されうると考えた。

- EU域内の雇用率を70%まで引き上げる
- 雇用における女性の割合を60%まで引き上げる

ストックホルム欧州委員会(2001年3月)ではさらに三つの目標が付け加えられた。

- 2005年までにEU域内の雇用率を67%まで引き上げる
- 2005年までに雇用における女性の割合を57%まで引き上げる
- 2010年までに雇用における高齢者の割合を50%まで引き上げる

バルセロナ欧州委員会(2002年3月)では、完全雇用がEUにおける最も重要な目標であることが確認され、拡大EUにおける強化されたEESが要求された。

③ EUレベルでの雇用政策の協調

欧州雇用戦略はEUレベルでの加盟国間の雇用政策の優先順位に指針を与え協調を確保するための主要なツールとして設定された。ルクセンブルグ欧州委員会では、「ルクセンブルグプロセス」をEUレベルでの各国の雇用政策の効果的な協調を確保する手段として開始した。このプロセスには以下の要素が含まれる。

雇用ガイドライン

これは委員会、欧州議会および委員会との協議による勧告に従って欧州会議（国および政府首脳）による雇用政策の一連の共通する目的と目標に関する年間合意である。2003年3月に、欧州会議は以下の合意に達した。

- ガイドラインを数的に限定する
- 適切な目標を設定する
- 一般雇用政策ガイドライン（BEPGs）および国内市場戦略について、「ガイドラインパッケージ」における雇用ガイドラインと関連させて考慮する
- 「ガイドラインパッケージ」に3年の視野を設定する

国別活動計画

各加盟国はこれらガイドラインを国別に実施する方法について記した年間国別活動計画を提出する。

統合雇用報告書

委員会及び会議は共同してそれぞれの国別活動計画を審査し、統合雇用報告書を発表する。委員会はその結果翌年に雇用ガイドラインを更新するために新規の提案を発表する。会議も毎年1月に「実施パッケージ」を受け取ることに合意する。これは一般雇用政策ガイドライン、統合雇用報告書および国内市場に関するEU政策ガイドラインの実施状況を審査した結果を報告するものである。

勧告

会議は2003年のケース同様、国別活動計画に対応して国ごとの勧告を発することを多数決によって議決することができる。

④ 雇用ガイドライン

雇用ガイドライン（EU, 2003）は、加盟国が等しく以下の三点の最重要目標を推進することを主張している。

- 完全雇用
- 労働の質と生産性の向上

- 社会的結束と一体性

完全雇用

加盟国は、需要側と供給側の尺度を協調させる包括的な政策アプローチの実装によって完全雇用の実現を目指すべきである。政策は EU 諸国が平均して達成すべき目標に貢献するものであるべきである。

- 全体雇用率を 2005 年に 67%、2010 年に 70%とする
- 女性雇用率を 2005 年に 57%、2010 年に 60%とする
- 高齢者(55 歳から 64 歳)雇用率を 2010 年に 50%とする

労働の質と生産性の向上

雇用率の向上は全体的な労働生産性の向上と表裏一体でなければならない。労働の質の向上は労働生産性の向上につながり、両者の融合は完全に活用すべきである。このことは社会対話に特有の課題を示している。

社会的結束と一体性

社会的経済的結束は、地域における雇用者と失業者の格差を低減させること、EU 内の貧しい地域での雇用問題に対処すること、社会経済的再構築を積極的に支援することによって推進されるべきである。

優先活動

2003 年雇用ガイドラインには、10 の優先活動領域がある。加えてそれぞれの優先領域に性別主流化が適用される。

1. 失業者および不活動者に対する能動的かつ予防的手段
2. 雇用の創出と起業
3. 変化への対処と労働市場における適用性・流動性の推進
4. 人的資本開発および生涯教育の推進
5. 労働供給の増大とアクティブ・エイジングの推進
6. 男女平等
7. 労働市場における障害者の統合と差別との闘い

8. 仕事の魅力を増すためのインセンティブ給与
9. 閣就労を通常の雇用に変化させる
10. 地域的労働格差への対処

ガイドライン 1: 失業者および不活動者に対する能動的かつ予防的手段

この活動の下では、加盟国は失業者および不活動者が長期的失業状態に陥らないことを意図した能動的かつ予防的手段の開発と実施に努めなければならない。また失業者および不活動者が持続的に雇用に取り込まれるようにすべきである。

具体的には、加盟国は以下の点を確実にしなければならない。

- 失業者が、失業状態が若年者の場合には 6 ヶ月、年長者の場合には 12 ヶ月に達する前に、職業訓練、再訓練、就業体験、労働その他の雇用可能性を増大する方策と、該当する場合には継続的な職探しの支援によって新しい出発の機会を得られるようにする。
- 2010 年までに最も先進的な参加国の平均に達するように、25%の長期失業者が、職業訓練、訓練、就業体験その他の雇用可能性を増大する方策に参加するようにする。

ガイドライン 2: 雇用の創出と起業

この活動は、加盟国が、革新、起業、投資能力及び支援的ビジネス環境の整備によって雇用を増大させることに焦点を当てるものである。部門ごとの展開には、研究開発およびサービスと新しい企業が含まれる。

企業政策および欧州中小企業憲章の実装をベンチマークとするプロセスによって、政策のイニシアティブは以下の点に焦点を当てる。

企業および中小企業、さらに社員の雇用に関する行政上、もしくは法的規制を緩和または廃止すること、起業家、成長率が高く雇用を創出する可能性がある新設または既存の中小企業が投資家に接触することを促進する。

訓練を通じて起業を全ての人にとってのキャリアオプションとすることなど、起業と管理能力に関する教育と訓練を推進し支援を提供する。

ガイドライン 3: 変化への対処と労働市場における適用性・流動性の推進

この活動は、加盟国が、特に社会的パートナーを通じて労働者の安全と利益を守りつつ、労働者とビジネスの変化に対する柔軟性と適用性を促進することを義務づけるものである。

加盟国は、労働市場のダイナミズムと労働市場へのアクセスが困難な集団の雇用に影響する、雇用関連法の過度に制限的な要素を再検討し、該当する場合にはそれを改革し、また社会における対話を促進し、企業の社会的責任を育て、以下の事柄を進めるために適切な手段を実行しなければならない。

- 労働時間の調整、キャリアの発展への関心、仕事と私生活、安全と柔軟性のより良い均衡などの契約と労働の調整の多様性
- 特に非熟練労働者が訓練を受けやすくすること
- 健康と安全を含むよりよい労働条件。政策は特に以下の点の達成を目的とする。仕事上の事故および労働災害の発生率を実質的に低減すること。
- 革新的かつ持続的形態の労働組織の設計と普及。これは労働生産性と仕事の質を高めるものである。
- 経済の変化と再構築への参加と積極的管理。

ガイドライン 4: 人的資本開発と生涯教育の推進

この活動では、加盟国は、将来の技能のニーズがナレッジベース社会に見合うように質の高い教育訓練システムを構築することで、生涯教育戦略を実装しなければならない。

国ごとの優先事項に従って、加盟国の政策は特に以下の点について2010年までに達成することを目標とする。

- EUにおける22歳人口の少なくとも85%が高等教育を修了していること
 - EU平均で労働人口(25歳から64歳まで)の最低12.5%が生涯教育に参加していること
- 加えて、政策は人的資源への投資の増大を目的とする。

ガイドライン 5: 労働供給の増大とアクティブ・エイジングの推進

この活動を通じて、加盟国はガイドライン3に示すように労働力の流動性を考慮しつつ、経済成長と雇用を促進するような適切な労働力の確保性と雇用機会を増進する。

具体的には以下の通りである。

- 仕事を得やすくかつ魅力的にし、労働に賃金が支払われるようにし、技能を向上させ、適切な支援手段を提供することなどをカバーする包括的なアプローチによって、社会の全ての集団の能力を用いて労働市場への参加を増進する。
- アクティブエイジングを推進する。特に、継続的訓練へのアクセス、仕事上の健康と安全

が特に重要であることの認識、労働組織の革新的で柔軟な形態、労働市場から早期に撤退するインセンティブを無くすことなどによって、仕事を続けられる状況を育てる。

具体的には、2010年までにEUレベルで労働市場から撤退する年齢(2001年で推定59.9歳)を5歳引き上げることを目的とする。

ガイドライン 6: 男女平等

加盟国は、性別主流化と具体的な政策活動を統合したアプローチによって、女性の労働市場への参加を促し、雇用率、失業率、および給与における性別格差を2010年までに実質的に低減させる。

加盟国は、女性労働力の参加における阻害要因を取り除き、2010年までに3歳から学齢までの子供の90%、3歳未満の子供の33%に対する保育を提供するように努力すべきである。

ガイドライン 7: 労働市場における障害者の統合と差別との闘い

加盟国は、低学歴者、非熟練労働者、障害者、移民、民族的少数派など、労働市場において特定の困難に直面している人々について、雇用可能性を高め、就業機会を増やし、あらゆる形の差別を防ぐことで労働市場への統合を進める。

具体的には、政策は2010年までに以下の点を目的とする。

- 低学歴者をEU平均で10%以下にする
- 各加盟国において、国ごとの目標と定義に従って、不利な状況にある人々の失業率の格差を実質的に低減する
- 各加盟国において、国ごとの目標に従って、EU国民と非EU国民の間の失業率格差を実質的に低減する。

ガイドライン 8: 仕事の魅力を増すためのインセンティブ給与

この活動では、加盟国が働くことを魅力的にし、人々が仕事を求め、仕事に就き、働き続けるように財政的インセンティブを改革するようにする。この文脈で、加盟国はワーキングプアの数を減らすという観点から適切な政策を展開しなければならない。加盟国は税金及び手当システムおよびその相互作用に関して、失業、貧困、無気力の罨を無くし、女性、非熟練労働者、高齢者、障害者および労働市場から遠ざかっている人々を雇用に参加させるという観点から見直し、必要な場合には改革すべきである。

このガイドラインの活動は、求職と一体となる効果的な手当管理を確保しつつ、社会的保護を確保する鍵であるが、欠員充足率と手当受給期間をモニタするものでもある。

具体的には、政策の目的は 2010 年までに高い境界実効税率を実質的に下げ、該当する場合には、国の状況を反映して、低賃金労働者の課税限度額を引き下げることである。

ガイドライン 9: 闇就労を通常の雇用に変化させる

加盟国は、闇就労をなくすために広汎な行動と手段をとらなければならない。それはビジネス環境の単純化、税金および年金システムにおける阻害要因を取り除き適切なインセンティブを提供すること、法執行の改善と制裁の適用の組み合わせである。加盟国は問題の程度および国レベルで達成された進歩を測るために、国レベルおよび EU レベルで必要な努力をしなければならない。

ガイドライン 10: 地域的労働格差への対処

加盟国は広汎なアプローチによって、地域的な雇用・失業格差を低減しなければならない。社会経済などの地域レベルでの雇用創出可能性を支援し、全ての関連する当事者の共同を推進しなければならない。

加盟国は以下の点について努力する。

- 遅れた地域の民間活動と投資の条件を整えること。
- 遅れた地域における公的支援が、該当するインフラとともに人的資本、知識資本への投資に確実に焦点を当てること(これらは BEPGs ガイドライン 18 と 19 に該当する)。

⑤ ガバナンス、パートナーシップ、および財源

ガバナンス

加盟国はその領内および地域においてガイドラインを確実に効果的に実行する責任を負う。これは既述の「全ての関係する当事者からの強力な政治的コミットメント」を反映している。しかしながら、ガイドラインが適用され加盟国がそれらを「雇用政策において考慮する」ことが要求されている一方で、加盟国にはその実行において法的強制力を持たないことが認識されている。

パートナーシップ

国レベルのソーシャルパートナーは、特にガイドライン 3 から 8 に関する雇用ガイドラインの効果

的実装を確実に行うよう勧告されている。

欧州レベルでは、ソーシャルパートナーは国のパートナーを支援することが求められている。職能集団間レベルではガイドラインの実装に関して報告することが義務づけられているが、部門レベルではそれぞれの対応する活動について報告する。

財源

ガイドラインでは「結束および構造基金、および欧州投資銀行の能力が完全に引き出されるべきである」と述べられている(Council of European Union, 2003)。共同体を通じた欧州の財源は構造基金とともに欧州社会基金を通じたものでありうる。しかしガイドラインの実装は国ごとの財源によるべきである。

資料 2 EU全域における欧州雇用戦略健康影響調査:概要

はじめに

このEU全域における欧州雇用戦略(EES)健康影響調査(HIA)の概要は、IMPACTの作業を要約するものである。これは欧州委員会健康消費者保護総局が出資した「EU健康影響調査」プロジェクトの一環であり、このプロジェクトは新しいHIA方法論(EPHIA方法論)の合成に責任を有する。EPHIAはその後ドイツ、アイルランド、オランダおよびイギリスとEU全域で選択されたEU政策(欧州雇用戦略)についてパイロット的に実行された。

HIAは政策ツールである。EPHIAは政策決定に「健康価値を加える」ために、欧州の各器官で政策計画において用いるために開発されてきた。HIAの目的は以下の通りである:

合成したEU政策HIA(EPHIA)方法論を用いてイギリス国内におけるEESの可能性のある健康影響を評価すること。

HIAの第一の目的はEESに関するEPHIAの試験である。しかしながらこのHIAの発見は将来の意思決定に貢献するよう政策立案者も利用できるものである。

欧州雇用戦略のEU全域での雇用率向上という目的は表6に示す通りである。

表 4 欧州雇用戦略の目標

EU雇用率の上昇	2005	2010
計	67%	70%
女性	57%	60%
高齢者(55-64歳)		50%

これは完全雇用、労働の質と生産性の向上、社会的結束と一体性を進めるものである。2003年雇用ガイドラインでは、こうした目的に合致するよう活動の優先順位が定められている。

2003年雇用ガイドライン

- 失業者および不活動者に対する能動的かつ予防的手段
- 雇用の創出と起業

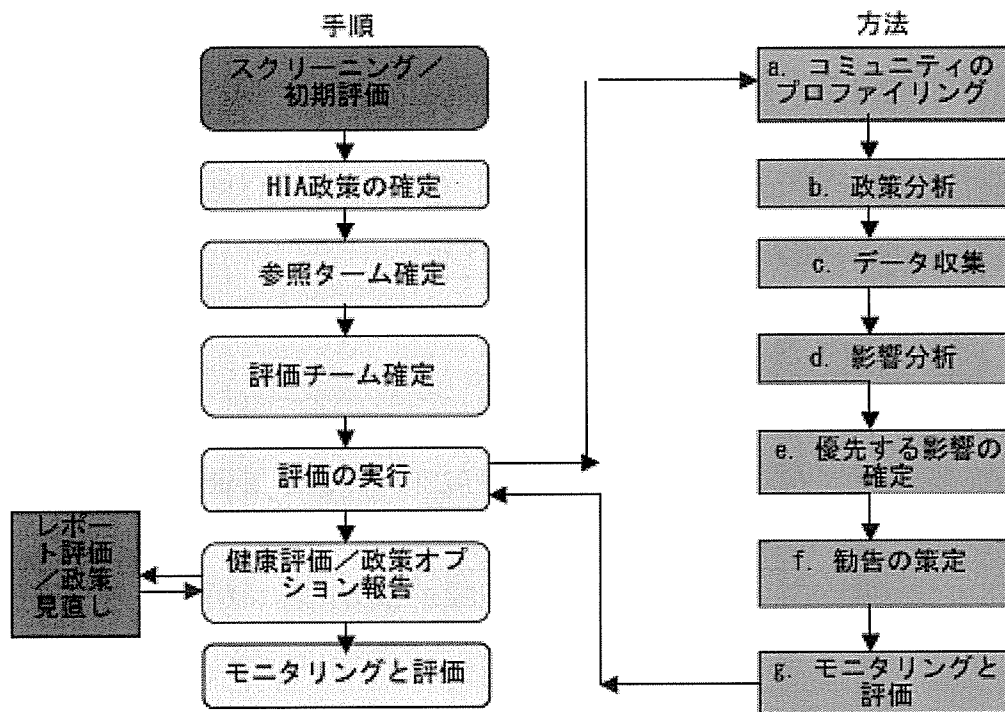
- 変化への対処と労働市場における適用性・流動性の推進
- 人的資本開発および生涯教育の推進
- 労働供給の増大とアクティブ・エイジングの推進
- 男女平等
- 労働市場における障害者の統合と差別との闘い
- 仕事の魅力を増すためのインセンティブ給与
- 闇就労を通常の雇用に変化させる
- 地域的労働格差への対処

全国雇用活動計画(NAP)がこのガイドラインに対応して展開され、EES 目標に合致する進展と将来の活動を定義している。連結雇用報告書が NAP にコメントするものとして結果として作られた。「協力の開かれた方法」が用いられている。HIA は EES とガイドラインの具体的領域に関して行われた。

方法

用いられた HIA の方法と手順はドラフト EU 政策 HIA (EPHIA) 方法論に基づいていた(図 3)。このプロセスには約 50 日かかった。

図 1 ドラフト EU 政策健康影響調査(EPHIA)方法論



健康影響調査の方法には、二次（既存）データと一次（新規）データの収集が含まれる（第 2 節）。政策分析（第 3 節）には幅広い政策文書の収集と分析が含まれる。関連する二次データが確定され、プロファイルの進展のために様々な情報源（第 4 節）から集められた。政策分析も幅広い政策に関する文書の収集と分析を含んでいた。文書からの根拠も集められた（第 5 節）。一次データは当事者（政策に影響を受ける人々）と主要情報提供者（専門知識を有する人々）から集められた。数学的モデルが病欠におけるパートタイム勤務の影響の定量化のために行われた。全てのデータに基づく根拠が集められ、欧州雇用戦略の健康影響が影響分析において特徴づけられた（第 7 節）。異なったデータ元からの根拠が収束する場合には、影響がより生じやすい強固な証拠であると判断される。

健康影響調査の限界は、国際的 HIA の実行に伴う実践的・資源的問題として規定された。様々な当事者へのアクセスが欠けており、またマイノリティや障害者、活動的労働市場プログラムと給付システムを離れた参加者の雇用率などの比較データが得られず、活動的労働市場介入などの健康影響調査から強力な証拠が得られないことなどが挙げられる。

結果

雇用の増大

プロフィールからのデータによれば、雇用は EU 全体で増大しており、1995 年から 2002 年の間に 10%向上した。デンマーク、オランダ、スウェーデン、イギリスでは雇用率が 70%を超えている。しかしベルギー、ギリシャ、スペイン、イタリアでは 60%を下回る。

女性は男性よりも雇用の増大幅が大きく、1995 年に比べて 2002 年には 14%多くの女性が雇用された。しかし 2002 年のデータでは、EU 全域で男性と女性の雇用率には 17.4%の差がある。これは加盟国によって異なるが、最大でギリシャ、スペイン、イタリア、ルクセンブルグの 24%、最小でフィンランドとスウェーデンの 4%未満である。

さらに高齢者(55-64 歳)の雇用率も向上し、1995 年から 2002 年で 16%上昇した。EU の 55-64 歳の雇用率は 2002 年で 11%であり、これを超えているのはスウェーデン(18%)、デンマークとギリシャ(13%)であり、ルクセンブルグ(6%)とベルギー、オーストリア(7%)では下回った。

障害者とマイノリティの雇用の傾向を比較分析する信頼できるデータは得られなかった。EES の社会参加の実践が効果的にモニタされるならば、このデータの収集は将来的に重要になるであろう。

EU 全域での雇用の増大という形で EES の好影響の可能性を示す根拠がある。労働市場における様々な構造的改革や循環的バリエーションと経済の影響を区別することは困難だが、1990 年代末までに約 1.4%の長期失業の減少率の上昇に EES が影響していると推定された。さらにこの期間に雇用を増大させる、労働市場に対するより反応的アプローチの根拠もあった。EES はこれに貢献したと評価された。1998 年には加盟国のうち僅か 6 カ国だけが EES の予防的・積極的目標に達したと考えられていたのに対し、2001 年までにはこの目標に到達しなかったのは 5 カ国のみであった。

雇用の増大は何であれ人口の総体に対し健康上の好影響を及ぼす。GDP と雇用の増大の後 2 年から 14 年のタイムラグで失業-GDP モデルを用いたある研究では、EU における全ての死因の減少が予想された。これは GDP の成長によって可処分所得が増大したことが第一の理由であると信じられている。また精神の健康も改善する可能性がある。アメリカの調査では、さらに雇用によって家計収入が増加し家庭環境が好転した場合、その家庭の子供には長短期的な健康上の利益が生じる傾向がある。

しかしながら、全ての雇用が健康に好影響をもたらすわけではないこと示す文書的、もしくは主要情報提供者や当事者からの根拠もある。仕事の性質によっては失業と同様の健康上の悪影響をもたらされる。低賃金、危険などを含む質の低い仕事に従事する労働者は、健康スコアが失業者と同等である。アメリカの調査では、両親が失業から雇用へと移行したものの家計