

オランダには合計 600 万人の労働者がおり、100 万人が労働組合の組合員である。日本の状況に似て、オランダにおける労働者の労働組合員率は緩やかに低下しつつある。オランダ労働組合事務局（FNV）は 3 つの大手労働組合同盟のうちで最大手の同盟であり、120 万人の組合員を抱えている。FNV Bondgenoten は工業を中心にサービス業、運送業の企業からの 50 万人の会員を代表する組合として関与している。FNV Bondgenoten は産業保健に活発であり、産業保健部門に 10 人のスタッフを抱える独特の労働組合である。

FNV Bondgenoten は産業保健に関わる問題への電話サービスとウェブサイト（労働者の労働環境に関する実践的情報に特化）を有している。FNV は職業病の事務局も有し、労働によると疑われる健康障害を抱えた労働者に向けた健康診断を提供している。また必要な場合は経営者への補償請求の支援も行う。

FNV の産業保健における主要な課題は、2007 年に「衛生と安全に関する契約」の政府援助が終了するため、この契約の枠組みにより開始された活動を新しい取り決めに変換することである。FNV は業種ごとの組織とそのためのプロジェクト“産業保健活動の団体交渉への編入”を開始したばかりである。

この活動はいくつかの業種で開始されている。これまでは、給与と労働時間が伝統的な団体交渉における主な課題であり、労働環境や疾病休業の問題は含まれていなかった。新しい試みでは、団体交渉の声明書に労使の安全衛生における義務を盛り込むこととなっている。

FNV は業種組織に産業保健の対策を、従来の契約から団体交渉の形式に変換することを勧めているが、この変換は時に受け入れられがたいものとなっている。例えば塗料製造業組織の活動で有機溶剤使用量削減の契約を結んでいた事例がある。この組織は TNO（オランダ応用科学研究所）とともに徹底した調査と対策（例えば、溶剤の代替品使用）を実施し、大きな成果（溶剤の 90%削減、これらの結果は産業保健活動の目録

に示されている）を収めた。FNV は業種組織に団体交渉に盛り込んだ形でさらなる取り組みを開始するよう助言したが、残念ながらこの組織はその提案を拒絶した。一般的に各企業の経営者及び労働者は、外部（例えば業界組織の代表）から勧められた協定や契約を好まない。また、業種全体としての集团的協定締結は各企業での協定締結より相当に困難であると考えられる。

このような事例において、FNV は産業保健活動の良好事例が記載された産業保健活動の目録（Arbo Catalogue）の活用を推奨している。労使が目録の内容に合意しなければならないため、活動が目録に取り込むための努力は必要であるが、詳細な目標や明確な期間を設定する必要はない。ゆえに、目録による活動は業種組織（特に経営者）にとって団体交渉による活動よりも受け入れやすい可能性がある。

いくつか解決すべき問題が残されている。団体交渉や目録による活動への産業医や産業保健サービス機関の関与は十分でない。時に産業医は信頼できないと考えられている（産業医が場合によって労働者の休業を不適切に判断することなどによる）。オランダでは、経営者が産業医に不満であれば、彼らは容易に産業医を変更することが出来るため、時に産業医は労働者に支持的ではないと見なされている。産業医の独立が、より保障されるような新しい法制度についての議論が期待されている（公式には独立性は十分保障されているが、実際には経営者は産業医や産業保健サービス機関を変更することが出来る）。

[4] ARBOUW（建設業への産業保健支援事務局）
[Dr. J.C. van Duivenboorden；11 月 29 日，
Amsterdam]

ARBOUW は建設会社の産業保健支援局であり、1986 年に設立された。オランダにおける建設業の状況は独特である。建設業会社は ARBOUW に建設業界の全企業向けの予防パッケージとしての産業保健サービス企画を委託している。このパッケージには、採用前健康診断、定

期健康診断、業務特異的な健康診断、種々の相談時間、職場巡視などが含まれている。これらの活動は、ARBOUWにより全ての建設業労働者に業種規模での集合的な方法によって整えられている。ARBOUWは産業保健サービス機関と契約を結び、その産業保健サービス機関が各企業に産業保健サービスを提供している。建設業の産業医は二つの特別教育プログラム（2日間の基礎コース、または6日間の高等コース）のうちの一つを終了することが求められている。他の専門職に関しても、特別なトレーニングプログラムが用意されている。契約要件により、産業保健サービス機関は、建設業の特殊なリスクに相応しいテーラーメイドサービスを提供するための適切な数の産業医を雇用することが義務付けられている。ARBOUWは産業保健サービス機関に企業への産業保健サービス活動から得たデータの登録とそのデータのARBOUWへのフィードバックを要求しているため、ARBOUWが産業保健サービス機関と契約を結ぶ条件には良質なコンピューターシステムなどの設備に関するものも含まれている。

社会雇用省は、建設業における集团的労働協定は全建設企業に対するものでなければならないと規定している。この規定は建設業のみに対する特別のものである。労働者は、給料自動引き落としの形でARBOUWに産業保健活動の費用を支払い、産業保健活動の決定権を有している。ARBOUWは各産業保健サービス機関にその活動に応じて料金を支払っている。原則として、経営者は予防的活動において役割も権利も有しておらず、特定の労働者へのサービスからの情報を得ることも出来ない。産業医が企業内で何らかの介入が必要と判断した場合のみ、経営者に必要な情報が与えられる。このような予防活動の範疇を超えた活動（例えば、疾病休業対策）の場合は、経営者は産業保健サービス機関に助言や介入のための割増料金を払う。またARBOUWはこのような問題には関与しない。

ARBOUWは毎年、産業保健サービス機関の品質管理と予防活動の方針作成のために、産業保健サービス機関から5万人の労働者のデータを収

集している。それにより、ATLAS（収集したデータの特別な解析説明書）、企業報告書（産業保健活動改善のためのもの）、産業保健サービス機関報告書（品質管理のためのもの）を作成している。ATLASにおいて、ARBOUWは異なる産業保健上のテーマ（例えば、労働環境、労働の幸福、生活習慣、生物測定学、ストレス、健康上の愁訴、その愁訴の労働関連性、災害、疾病休業など）を異なる集団（例えば、企業規模、年齢、性別、職種など）ごとについて、収集したデータ解析結果を示している。ATLASの情報は、ARBOUW、産業保健サービス機関、業種組織、企業のいずれにとっても問題の特定や解決策の議論のために有用である（ATLASの2006年版URL（オランダ語）：<http://www.arbouw.nl/content/pdf/bedrijfstakatlas-2006.pdf>）。

ARBOUWは産業保健と安全に関する研究も行っている。その研究の知見に基づいて、彼らは情報ツールを開発している。労働者や経営者および産業保健専門家向けに産業保健についての定期刊行物（例えば、レンガ積み、鋼鉄加工、道路の墨打ちなどにおける好ましい作業方法について）を3ヶ月に1回の頻度で提供している。さらに、それら顧客向けの産業保健情報提供のためのウェブサイトも有している。

建設労働者のための定期健康診断は、健康に関わる質問（健康と自覚している労働負荷に関するもの）、身体検査（筋骨格系障害に関するもの、聴力、視覚障害、血圧、脈拍、身長、体重、脂質代謝やヘモグロビンA1cなど血液検査）、心電図（40歳以上の労働者のみ）などを含んでいる。

健康診断の結果から、労働能力の指標と能力障害の指標が計算される（指標は7つの標準的質問への回答から計算される）。労働能力の指標は、7から49のスコアで示され、以下のクラスに区分される（07-27＝不良、28-36＝中等、37-43＝良好、44-49＝極めて良好）。能力障害の指標は次の4年間で長期疾病休業に至る可能性を示し、38%以上、58%以上のスコアは、当該労働者について次の4年間で1年以上の疾病休業リスク増加、あるいは著明な増加を意味する。高

いリスクを伴う労働者は特別な注意を払われ、産業医による保健指導が与えられる。

最近、オランダの建設労働者の雇用可能性を高めるための国家プロジェクト「キャリアプロジェクト」が始まった。労働者の障害リスクが平均より38%以上高まった場合、産業保健サービス機関は労働者に個別教育とトレーニングプログラムへの参加を指導する。このプロジェクトに掛かる全費用（2800万ユーロ/年）は政府の負担となっている。

若年層にとって建設労働はあまり魅力的に映らないため、高齢化は建設業界の深刻な問題となっている。しかしながら、建設労働者にとって労働者と管理者の間で労働リスクについての伝達は非常に重要であるため、移民労働者のさらなる登用もやや不十分な解決策と考えられる。

【備考】

シリカ粉塵暴露の健康リスクはよくコントロールされているため、けい肺症を診断するための胸部X線は健康診断項目に含まれていない。

[5] ArboUnie（産業保健サービス機関：Arbo-desk, その小規模事業場向け特別部門）[Dr. J.M. Secker；11月30日, Rijswijk]

1994年、古くから活動していた40の地域の産業保健サービス機関が合併し、オランダ最大の産業保健サービス機関、ArboUnieを設立した。2004年にArboUnieは小規模事業場向けの特別サービスであるArbo-deskを設置した。Arbo-deskは4つの事務所でオランダ全土をカバーしている。

Arbo-deskは各事務所に小規模事業場へのサービスのためのプロアクティブサービスチームを組織している。このチームの中心は産業保健トレーニングセンターにて2年間の疾病休業管理のための追加教育を終了した産業保健師である。チームは、主に従業員50人未満規模の事業場にサービスを提供しており、9,000-10,000事業場、80,000労働者と契約を結んでいる。産業保健師

は自らこれらの事業場と訪問予約を取り、一つの事業場を年に1-4回訪問している。保健師が産業保健上の問題を確認した場合は、企業に対してその問題への予防的な対策を提案する。問題解決に専門的知識を要する場合、保健師はArboUnieに所属する専門家に照会して問題対処方法を立案する。保健師の労働時間の多くは事業場訪問（約85%）に費やされ、残りの多くは疾病休業対策に割かれている。

Arbo-deskは複数のサービスパッケージを有し、基本サービス（39.0ユーロ/人/年）を選択した場合、企業は電話での支援、要請による労働者への相談・診察の時間、職業性疾病の報告書作成などのサービスを受けることができる。全面的サービス（122.5ユーロ/人/年）を選択した場合、企業は、基本サービスの内容に加えて、さらに職場での問題分析、6週以上の疾病休業者への相談・診察の時間、同様の疾病休業事例への電話による助言、などのサービスを受けることができる。基本サービスでは、5-10分程度で回答できる簡単な質問への回答に掛かる費用は基本料金に含まれているが、複雑な質問（他の専門職への参照を要するものなど）への回答は追加料金が必要となる。現在、小企業からの相談に対するウェブサイトを開発中であり、2007年に開設予定である。

Arbo-deskは、安全衛生に関する国の方針などの情報提供や顧客企業の需要確認のために定期的に顧客企業向けの集会を開催しており、よりよいサービス提供に努めている。ArboUnieの強力な競合相手である保険会社による産業保健サービス機関の疾病休業対策中心の活動とは対照的に、Arbo-deskのプロアクティブサービスチームの活動は予防を重視している。リスクアセスメントは11人未満の事業場においてもArboUnieのスタッフにより実施されている（法的には会社自身によるもので容認されている）。

[6] ナイメーヘン大学, UMC. St. Radboud（産業医学トレーニング部門）[Dr. J. Prins；12月4日, Nijmegen]

ナイメーヘンにあるSt. Radboud大学医療セン

ターはオランダに二つある産業医トレーニングセンターのうちの一つである。1968年に設立された当センターは、8人の専門スタッフを雇用し、毎年20－30名の受講者を教育している（2005年の法改正により、最近2年間で受講者数は減少している）。

オランダでは、6年間の卒前医学教育終了後、4年間の有資格産業医の下での産業医活動実践の後に産業医となれる。さらにこの期間に、週に1日のトレーニングセンターでの系統理論についてのトレーニングを受講しなければならない。系統理論のトレーニングは産業医学の全ての分野を網羅している（例えば、行政の重要課題、中毒学、生物学的病原体、振動、騒音、メンタルヘルス問題などである）。しかしながらトレーニングの中には小規模事業場向けの産業保健活動についての特別プログラムは含まれていない。受講者は研究課題についての多くのレポートをそれぞれのコース構成要素（例えば、リスクアセスメント、疾病休業分析）について作成する必要がある。またトレーニングとして他の業務（例えば、普段働いている機関と別の産業保健サービス機関での就業）を行う必要もある。このコースの最後の1年間で、受講者は産業保健分野の科学論文または報告書を専門スタッフの支援の下で作成する。なお、受講者はコース修了によって学位（医学博士）を取得することは出来ない。

4年間のトレーニングプログラムは健康省によって規定されているが、産業医資格取得のための国家試験はない。教育機関は評価方法選択を一任されており、必要な期間のトレーニングと活動実践の成功の後に、受講者は有資格の産業医として登録することが出来る。日本とは異なり、オランダでは産業医の資格は一つであり、有資格産業医は約1,750名である。資格取得後、産業医は最新の産業保健の知識を得るため、講習に参加することが義務付けられており、資格更新のために5年間で200時間の講習を修了しなければならない（この資格更新のためのトレーニングの半分は、医学的監査、学会参加、論文作成、有資格医師同士での会議・討論など実践的トレーニングで

構成される）。産業保健サービス機関はその規模によらず、少なくとも一人の有資格産業医を雇用する義務がある。

受講者は、大規模や小規模の産業保健サービス機関の医師、大企業内の産業保健サービス機関の医師、防衛省や他の国家機関所属の医師など様々な職業に従事している。彼らの興味の範囲は広範であり、教員からだけでなく他の受講者たちからも深い知識を得ることが出来るため、彼らにとって集団で学習し、専門的課題について議論することは有意義である。

【備考】

トレーニングコースの内容以外に、受講者は4年間のうち5日間は興味のある特定の産業医学分野を学習することが許されている。

産業保健サービス機関で就労する無資格の産業医は約100－200名と推定される。無資格の産業医のみを雇用することは違法であるが、産業保健サービス機関の経営者はそのやや低い賃金により無資格産業医の雇用に強い魅力を感じているかもしれない。

4年間のトレーニングコース修了には約35,000ユーロを要する。ほとんどの場合、受講者の雇用主（産業保健サービス機関または企業）が費用を負担している。

トレーニングセンターは教育に興味がある経験豊富な産業医を探すのに難渋している。

[7] Reintegratie Centrum Wegvervoer（運送業者へのリハビリテーションと復職支援事務局）[Mr. Symon Kamstra, Ms. Anika van Dongen；12月12日, Gouda]

Reintegratie Centrum Wegvervoer（RCW）は運送業者の復職（リハビリテーション）センターである。RCWは主に会員である運送業者のための個別事例管理を活発に行っている。小規模事業場では人的および金銭的資源が十分でないため、疾病休業管理は特に重要となる。Gate-keeper改善法（2002年）は企業（特に小規模事業場）の障

害管理を以前よりむしろ困難にしているかもしれない。オランダ運送業種組織はこの問題に気づき、2003年にRCWの事業を開始した。RCWには14名のケースマネージャーが在籍している。オランダのケースマネージャーは経営者、労働者と連携しており、疾病休業事例の最適な解決の実現を支援している。

RCWは3タイプの事例管理サービスを提供しており、それに応じて3種の契約を有している。第一のタイプでは、経営者は休業4週後に直接ケースマネージャーを呼び寄せることが出来、事例管理のための準備を行うことが出来る。第二のタイプでは、Gate-keeper法に応じた事例管理が提供される。この法によれば、リハビリテーション記録（休業における問題点分析、復職の予測、その実現のための計画が含まれる）を疾病休業6週後に開始する必要がある。第三のタイプは、疾病休業期間が5日間に及んだ場合に事例管理を開始するものである（RCWはこの第三の選択肢を推奨している）。

疾病休業の70%は、病気ではなく個人的問題や職場での争いなどを原因としている。RCWのケースマネージャーは、労働者に直接的に責任を負っている管理職（部門の上司）にアプローチしている。このような上司は復職の鍵を握る人物なので、ケースマネージャーはこのような上司にトレーニングを提供する。トレーニングには休職中や復職直後の労働者との対話法の能力などが含まれており、また職場の争いの予防や管理方法についてのものもある。

運送業種は予防のための情報センターであるもう一つの局を持っている。例えば、情報センターはトラック運転手の適切なシート位置や好ましい（健康的な）生活習慣などの情報を提供している。RCWと情報センターは情報交換し、運送業種の産業保健状況の改善のために力を合わせている。運送業種団体は固有の産業保健サービス機関を持たず、外部の機関を注意深く選定している。彼らは産業保健サービス機関のサービスの質、その地理的分布、RCWの方法への追従の意欲などを確認している。RCWのケースマネージャーは、

顧客との討議の手引きとして、疾病休業に関する産業医向けの8つの標準質問を作成している。

RCWはまた、定期健康診断の調整も行っている。効率のために、RCWは5年に一度の一般健康診断と法的に義務付けられた10年に一度のトラック運転免許更新のための健康診断を連動させている。また、RCWは運送業者向けに電子版のリスクアセスメントチェックリストを提供しており、ウェブサイト上で実施することが出来る。

【備考】

疾病休業に関する産業医向けの8つの標準質問：
ケースマネージャーのための労働者の疾病休業管理の戦略手順

- A. 疾病休業自体について：私は何が問題か理解しているか？
 1. 何が疾病休業の理由なのか？（愁訴）
 2. その理由の背景の原因は何か？（医学的問題、個人的問題、労働に関する問題など）
 3. 業務遂行のために何が障害なのか？
 4. 一時的な問題なのか、長期的な問題なのか？（問題分析）
- B. 職場復帰（リハビリテーション）：効果的なアプローチはあるか？
 5. 通常の復職過程は問題なく実施されそうか？（最終目的）
 - ・はいの場合：いつ？（予測）
 - ・いいえの場合：何がこの事例の最終目的になるのか？また何時それに到達できるのか？
 - ・分からない場合：どうすれば必要な情報を入手することが出来るか？
 6. この最終目的に到達するために、どのような行動が必要とされるか？また、その行動の時間的スケジュールはどのようなものか？誰が何をやるのか？
 7. 最終目的達成までに労働に関するどのような協定が作成されたか？またどのように非生産的な時間が費やされたか？（労働の可能性と業務の一時的調整に基づい

て)

C. 結果：私は追加の行動や対策を実行しなければならぬか？

8. この事例は固有の問題か？あるいは他の労働者と共有する問題か？

[8] ARBONED（産業保健サービス機関）[Dr. Dorit Lademacher；December 20, Rotterdam, Dr. Lute Venema；12月22日, Utrecht]

ARBONEDは、オランダ第二の産業保健サービス機関であり、全国的な活動を展開している。産業医300-400人を含め、従業員2000人を雇用している。施設には運動耐用力試験用の自転車エルゴメーターなどを含めて健康診断に必要な設備が十分に整えられている。ARBONEDの健康診断部門は固有の施設で健康診断を行うだけでなく、企業において健康診断車両を用いて行うこともある。しかしながら、全地域に車両を保有しえないので、他の地域の事務所に問い合わせをしなければならないこともある。

ARBONEDは独自の区分により、従業員500名以上の会社はコーポレート部門、500人未満の会社はビジネスマーケット部門により産業保健サービスが提供されている。中小企業は労働者75名の企業と定義している。中小企業に対しては特別なサービスパッケージがあり、ARBONEDはビジネスマーケット部門において、約5名の産業医、約4名の経営管理専門家、1名のケースマネージャー、1名の労働専門家、1名の社会福祉専門家からなるGroup Practiceと称する産業保健サービスのための学際的チームを形成している。チームにおける産業医の主業務は、疾病休業者のリハビリテーションや職場復帰についての助言（診察）を与えること、いわゆる“Reintegration”（復職への調整）である。各産業医は1日に約10件の診察を行う。診察の後、産業医は経営者に電話や報告書にて当該労働者の個人的情報かつ／または医学的情報を提供する（労働者の承諾の上）。産業医たちは、その報告や電話を予防活動など産業保健活動の重要性を伝える非常によい機会と考えて、戦略的に活用している。

ARBONEDのアーネム地区事務所は、全体で6000労働者を雇用する1500社（ほとんどはビジネスサービス業種）と契約を結んでいる。ほとんどは従業員35人未満の小規模事業場である（なお、35人以上の労働者が在籍する場合、企業は労働者評議会のような労働者代表形態を組織しなければならない）。制限のある契約のため、ARBONEDは契約事業場のほぼ半数のみに実際の産業保健サービスを提供している。小規模事業場の産業医業務を好まない医師もいるため（なぜなら小規模企業の経営者はしばしば良好な作業環境に興味がなかったり、労働安全衛生やその方針に関わる情報が著しく不足したりしているため）、ビジネスマーケット部門では産業医の人手不足の問題が生じている。ロッテルダム事務所では、2人の産業医だけで2000社を担当している（この問題解決のため、近々3名の補充増員が予定されている）。

ARBONEDは小規模企業の経営者と面会する4つのルートを持っている。①経営者からARBONEDのスタッフに寄せられる質問。②Social medical team（疾病休業とリハビリテーションの個別事例についてのスタッフと経営者の定期的な討議の場）。ARBONEDでは、経営者は契約により、Social medical teamの討議に年に4回出席することが出来る。③ARBONEDは年2回、経営者を招いて教育的な情報提供の会議を持っている。④ARBONEDの専門家は各種業種組織の会議に出席することが出来る。③のルートについて、これまで会議やワークショップは、頻繁な疾病休業、職場での対立などのテーマを扱うものが中心であったが、2007年以降は、格別のテーマを設けない自由討論のみでの会議の開催も計画されている。

その他のARBONEDのサービスとしては、主に製造業においてARBONEDのスタッフによるリスクアセスメントの実施や認証が行われており、問題点が存在した場合は、ARBONEDは状況を改善するための対策を提案している。さらにARBONEDはいくつかの特別サービスパッケージを提供している。

- ・ Arts of Bedrijf：企業は基本料金のみを支払い、産業医によるサービスのみが提供される（主たる業務は事例管理である）。
- ・ Doctor Max：基本料金無し。ただし実際に提供されたサービスに対して時給の形での支払いがある。このパッケージは産業医による予期せぬトラブルへの即時対応が含まれ、実際はやや高価になる。

またパッケージではないが、MedRecht という特別部門には登録された調停専門家が勤務しており、その業務は複雑な対立状況の解決のための企業支援で、法的な助言も提供される。

ARBONED は産業保健サービスの質の維持及び向上のために多くのガイドラインを適用している。ARBONED は顧客や依頼者からの ARBONED のサービス評価についての情報収集に大変熱心である。これらの情報は質問票により収集され、最近の満足度平均値は 10 点満点で 7.3 である。

[9] REANED（産業保健サービス機関）[Dr. Marielle A-Tjak；12月22日，Amsterdam]

Marielle A-Tjak 医師は REANED の経営者である。彼女は 2000-2004 年のオランダ産業医学協会の会長であった。REANED は 12 名の産業医と 20 名前後の労働専門家を含む 40 名のスタッフを抱える小規模の産業保健サービス機関である。オランダの労働専門家は、機能障害のある労働者のための労働調整を担い、また国の助成制度や社会制度に関わる法規についての知識を有する専門家である。REANED の顧客は小規模事業場のみならず大企業も含まれている。REANED は経営者および労働者により実行される産業保健活動を支援している（REANED の方針によれば、経営者は常に産業保健活動の責任を負うべきである；REANED はこの方針を「我々は解決のために追加される」と呼んでいる）。REANED はこの方針に賛同した企業とのみ契約を結び、REANED はその企業固有の建物に産業保健活動に必要な施設を準備するよう依頼している。それ

ゆえ、企業で健康診断が実施される際には、その施設で産業医自身が各労働者を診察することが可能となっている（大規模の産業保健サービス機関は健康診断には他の医師が従事することが多い）。REANED はアイントーベンに事務所を持っているが、そのビルにはカウンセリングルームや健診施設は整えられていない。

REANED は、経営者や労働者の依頼に応じてトレーニングや産業保健問題への対策助言などのサービスを提供している（大規模産業保健サービス機関のような標準サービスパッケージは備えていない）。問題や質問が企業からあがってこない時は、REANED は契約に基づき、経営者や企業の労働者評議会（35 人以上の労働者を有する企業に法的に義務付けられている）の代表と、産業保健に関わる状況の討論や産業保健に関する新しい情報提供（例えば、新たな法律、REANED の新しいサービスなど）のために年 2 回の面会の機会を調整している。

経営者や中間管理職向けのトレーニングプログラムは彼らの主要サービスの一つである。トレーニングは、健康や安全のリスクの評価や職場の争いの管理および一般的な疾病休業管理などに関する管理者の技術を向上させることを目的としている（つまり、REANED はそれ自身を不必要なものにしようとしていると言える）。

REANED は通常、顧客の要求に対して素早く柔軟な反応を返すよう心がけている。そのような素早い反応のため、各企業には REANED の第一対応者の情報が提供されている。いくつかの事例では、REANED の産業医は就業時間外でさえ企業を訪問している。他の産業保健サービス機関と比較してやや小さな REANED の規模と厳しい専門家の選別がそのようなサービス提供を可能にしていると考えられる。

さらに REANED は専門的知識のレベル向上に取り組んでいる。REANED はその哲学や顧客へのアプローチ方法を共有できる有資格の産業医のみを雇用しており、所属産業医は自分たちの業務調整に高い裁量を有している。REANED は産業医の教育（発表技術、新規法制度への知識など）

に積極的であり、1ヶ月に1回、最近の産業保健の論点についての検討会を催している。彼らはまた ICT（inter-colleagual testing；同僚間の鑑定）も活用している。他の形として、オランダ全土に分散する企業と契約を結んだ REANED の産業医たちも 2-3ヶ月に1回、そのサービスの維持と改善のために検討会を催している。REANED は産業医の実践トレーニングの公認機関として社会医学の登録団体により認証されており、トレーニング実践の企画においては NSPOH と協力している。

【備考】

労働者評議会は企業内に労働者により構成される法的な代表者団体である。そのメンバーは選挙によって全職員から選ばれる。労働者評議会は経営者に対して、衛生と安全の問題を含む企業と関わる事柄について助言を行う。産業保健サービス機関の選定のような特別な論点について、労働者評議会は経営者の決定に同意を示さなければならない。

Symposium II

シンポジウムⅡ：労働安全衛生法の改正に対応したメンタルヘルス メンタルヘルス対策の担い手と実効ある対策の評価

東 敏昭

要 旨

年齢人口に対するメンタルヘルス対策の意義
生産年齢人口のメンタルヘルスは、社会活動の担い手として不全による影響が大きく、対策は、生産性、CSRの両面から事業者が取り組むべき課題である。既に指針として示されている、4つのケアの効果評価は不十分である。具体的対策の内容の整備と同時に、目標設定をどうするのか、ストレスによる反応異常の発現系の研究を通じての判断指標など対策効果の評価指標の確立が重要である。生産年齢人口に対するメンタルヘルス対策は、職域における産業保健活動と、職域外の専門家、機関の関与が格子となる。適切なサービスを行うための人材確保のためには、産業医、保健師、看護師などの産業保健スタッフ、ならびに衛生管理者、管理職などへの教育技法を含む基本技能研修、ならびに精神科医・診療内科医が産業保健を理解を促すことがより一層必要となる。また、人材やサービス機関の偏在対策、評価基準に適合した信頼性の高いEAPの整備が望まれる。

はじめに

厚生労働省では、2003年に「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」を設けて、すでに指針などで対策の方針が示されている両課題への今後一層の対策推進について、同時に取り扱った。明示されたものではないが、両課題が相互に密接に関連を持ったものであるとの認識が背景にあった。「過重労働による健康障害防止対策の在り方」については、ア) 過重な負荷がかかることを予防するための対策の在り方、イ) 過重な負荷がかかった場合の健康管理の在り方が、「メンタルヘルス対策の在り方」については、ア) 過重な精神的負荷がかかることを予防するための対

策のあり方、イ) 労働者の自発的なストレス把握、対処など過重な精神的負荷がかかった場合への対応の在り方、ウ) 事業場外の相談体制等の支援措置の在り方の検証と議論が行われた¹⁾。

本稿では、メンタルヘルスを中心に検討会での議論を整理し、今後の課題と対策の要点としても取り上げられた項目の中で、対策成果の指標、実際のサービスに従事する人材の育成、サービス機関の整備について、これらに関連した背景を含めて概説する。

I. 職域・生産年齢人口におけるメンタルヘルスの現状

生産年齢人口のメンタルヘルスは、社会活動の

担い手として、その不全による影響は家庭、職場のみならず社会的にも大きい。平成15年度に「業務上の精神障害等」と認定された事案は、意外に少なく製造業が27件、金融・保険業が3件で、職種別では管理職が多く、技能職も仕事の達成度が問われて高ストレスになるためか、多発傾向を見せている。年齢別では、過重労働と違って主体は30-40歳代と比較的若い世代に移りつつある。自殺は、多くの国では若い人と高齢者に多いが、日本の場合は特殊なカーブを描き、30代~50歳代のいわゆる社会の中核に多くなっている。

過重労働対策とメンタルヘルス対策を並行して取り組むことは、仕事と負担によって、メンタルヘルスの問題が起きることもあれば、過重労働からメンタルヘルスの問題が起きる場合もあるという、二つの近接し重なる課題を同時に考える意義は大きい。精神障害等の労災補償申請件数は着実に増えているが、一方で認定件数は平行して増えてはいない。これは過重労働の場合と違って「時間」のような物差しがなく、仕事外のような因子が絡み、簡単に認定しにくいと考えられる。過重労働では、男性の認定件数が圧倒的な一方、精神障害等では、男女の性差が2対1ぐらいに縮小する。傷病別では、気分（感情）障害がかなり多く、ストレス関連障害や身体表現性障害、いわゆる心身症なども認定されている。遺伝的と考えられる疾患は認定されていない。

II. 職域における精神的ストレスの発現形と指標

1) 職域・社会におけるストレスとこれに関連した行動発現型仮説

ストレスによる人間の反応異常の発現系の研究が報告されている。集団の中できわめて強いストレスを受けると、「内向性」で自己に向かう場合と、「外向性」で他者に向かう場合がある。前者は、うつ病やストレス関連疾患になり、後者は、いじめのほか、日本ではあまり表に出てこない職場での暴力（workplace violence）になるというものである。いじめ（bullying）に似たものとしてハラスメント（harassment）がある。この中ではセクシャルハラスメントが代表的なものであるが、このほかパワーハラスメント（和製英語）、アカデミックハラスメント、ドクターハラスメントなどと呼ばれ社会的関心をよんでいる。こうしたハラスメントの顕在化もストレスによる発現系のひとつと考えられ、対策効果の指標を考える上で一考すべきであろう。

図にストレスによる反応異常の発現系としてハラスメントを外的要因に対する個体反応の一形態ととらえた流れを示した。発現のしやすさ、おかれた環境要因によって修飾される職域における異常行動としての発現指標として、組織の健全度あ

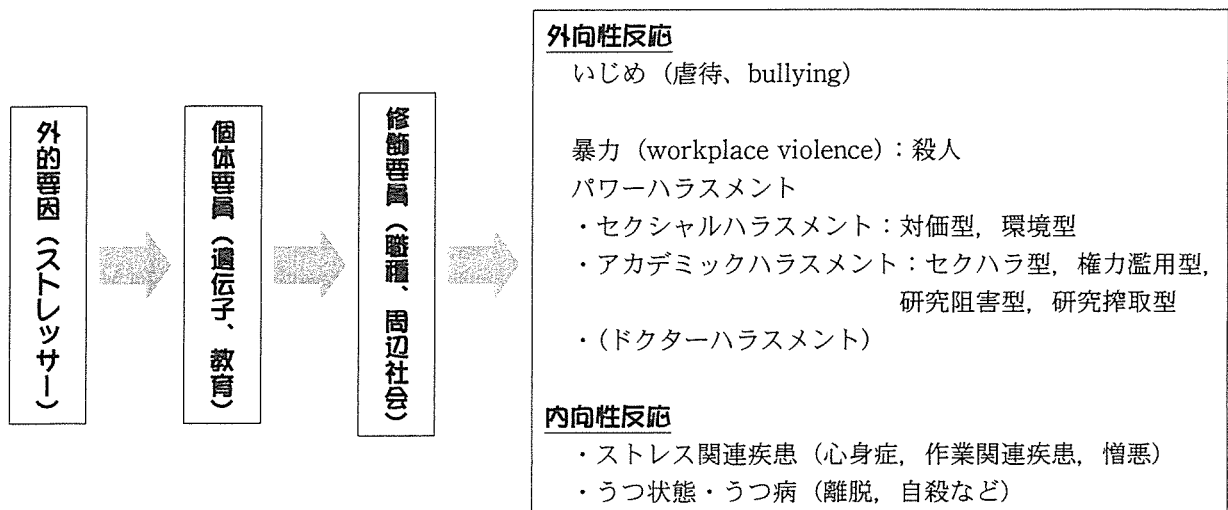


図 職域におけるストレス近世影響の発現，概念図

るいはストレス対策の有効性を示す指標となり得ると考える。

2) 対策評価指標

上記の事例の件数のほかに、集団としてのストレス状況を把握する確認可能な指標として以下のようなものが考えられる。これらは、対策の成果を評価する上でも利用できるものと考ええる。

1. 自殺件数, 自殺率
2. 長期休業件数, 休業率: うつ病などの指標疾患
3. 対象疾患罹患率
4. 生産性, 就業状況
5. 相談件数
6. 定期健康診断などの自覚症状
7. ストレスチェッカー
職場診断チェッカー

指標として健康診断時の不定愁訴などもあるが、半年に1回程度と少ないため、職場での毎日の業務における「生産性の低下」がみられないかどうか、「どうも最近元気がない」といった気付きが重要な指標となる。職場での対応として、上司が従業員の生産性(仕事ぶり)を確認し、またヒヤリハット事故が増えていないかをみていくことのほか、産業医による職場巡視や健康診断の結果とそのトレンド解析、あるいはストレスチェックによる評価が導入されつつある。

Ⅲ. 職域におけるメンタルヘルス対策の評価に関して

1) 現行の対策の枠組み

検討会の議論では、現行の対策の枠組みである4つのケアの見直しが必要か否かも取りあげられた。結論は当該対策の浸透はいまだ不十分であること、適切な評価がなされていないため有効性の判断は困難なこと、そして、現状ではこの枠組みでの具体的な浸透策が重要とされた。4つのケアは①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資

源によるケアである³⁾。

自分で行う「セルフケア」では、自律訓練法などのストレスコーピングが開発されている。「ラインによるケア」では現在でも要点は気付きで、気付いて相談を受けさせるように持っていく職制の技術が重要となる。「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」では、健康診断、ストレスチェックなどの早期発見の手段を持ち、自分たちで対応できるかどうかを判断し、外部の専門職につなぎ、また、休職に至った場合は職場復帰の判断とリハビリ出勤などの配慮、フォローが重要なポイントとなる。「事業場外資源によるケア」では、地域の専門機関やEAPによるケアになるが、働く人のメンタルヘルスを考え、軽症のうつ状態などに対応し、労働者本人の生活にとって適切な対応が求められる。一方、このリソースについては、就労状況の継続、職場復帰を適切に判断し、仕事を続けながらの治療、休業の可否を仕事の内容を考慮して提言できる技能を持った機関は、依然、きわめて不足していることが指摘された。

2) メンタルヘルス対策の評価

現在、メンタルヘルス対策は、生産性、CSRの両面からも事業者が取り組むべき課題として認識されていると考える。今後は具体的対策の内容の整備と同時に、対策の目標設定を行い、対策効果の評価を行うことが改善には必要である。対策の推進と評価においては、1) 対策を類型化できるのか、2) 対策、介入の手技の質を確保できるのか、また、どのように評価するのか、3) 対策の効果評価指標はあるのか、4) 多様化する就労形態をカバーできるのか、5) どこまで介入すべきか、また、できるのか、といった事項を考慮する必要がある。たとえば、現状の対策では、当該労働者に職場を提供することを前提とするか否かといった会社の基本的姿勢、上司の機能(素養・技能: 積極的傾聴法、コーチング、対策マネジメント能力)への依存が大きく、一方でセルフケアにおけるストレスコーピングの浸透は不足している傾向にあると考える。

IV. 対策実施の担い手にかかわる課題

1) 4つのケアにかかわる人材、機関

メンタルヘルス対策は、職域における産業保健活動と、職域外の専門家、機関の関与が格子となる。産業医、看護師などの産業保健スタッフ、ならびに衛生管理者、管理職などへの教育技法を含む基本技能研修が必要である。産業医のみならず、産業看護職の技能向上と関与が今後ますます必要性を増すものと考えられる。

一方で、就労継続あるいは職場復帰を原則として勤労者の不安に対応するためには、精神科医・診療内科医が産業保健を理解することも重要である。産業医、精神科医、産業保健師のほか、関連職種がインフラとして存在するが、偏在も多く、また手段が限られていることなど、実務上の課題は多い。また、就労人口を対象としたサービスであることから、精神科医への産業保健教育が進められている。なお、現状では質の確立がなされていない外部のサービス機関については、現時点では時に問題があるとする意見がある。背景となる資格や専門性は多様であり、提供するサービスの内容についてもエビデンスにもとづく標準化がなされる状況には至っていない。人材の充実とともに、機関評価を前提としたEAPの整備が望まれる。

2) 家族の関与

検討会で議論されたことに、家族への関与と支援がある。企業がそこまでやる必要があるのかという考え方もあるが、多くの場合は仕事外の要素も絡んでいて、家族から話を聞き家族の協力を得なければ就業の継続が難しい場合もあれば、家族の気付きがなければ自殺を防ぐことができないケースがある。「家族」をこれからどう扱うかはとても大事なポイントとなる。メンタルヘルス対策のかなめのひとつという議論された内容の一部については、平成18年の自殺対策基本法に盛り込まれた。

V. 今後の対策：多様なオプション

職種、雇用形態、就労形態などの就労環境に応じた対応が求められ、対策事例モデルの整備が必要である。職域に対するアプローチから個人主体のアプローチまで、多様化にも対応した、企業外サービスの充実はこれからの課題である⁴⁾。職域にあわせた多様なサービスの提供方法の充実、人材育成、プログラムの質の向上に取り組むことになる。また、サービス提供機関の地域的偏在の是正も必要となる。

職場でのストレス負荷を和らげる要因としてはコーチングやメンタリング、上司の支援などがあり、個人的要因に関しては自律訓練法やリラクゼーションなどが行われている。職場で対応できるのは主に「職場のストレス要因」と「負荷を和らげる要因」に関してで、職場外の問題について扱うのは、なかなか難しいと考えられている。いずれにしても職場でのストレス要因をなるべく排除し、個人的要因についても対応できる環境を整えていくことが、事業主に求められる対策となる。

過去数年間、自殺の件数は年3万数千人で推移している。もし「4つのケア」の効果があるのなら減少していいはずという半面、ストレスがさらに高まっているから自殺は増えるという仮定もある。自殺については、企業における対策成功事例を探り、医師による面談を行うことによって自殺が減ることが示されている。メンタルヘルス対策と自殺予防の相違は、メンタルヘルス対策は個人の状態をよくすることである一方、自殺対策では、最後に死ぬという手段を選ばせないようにすることが重要である。家族と連携せず会社がいくら頑張っても自殺から救うことは難しく、家族との連携を考え、自殺の危険があると判断した段階で専門家につなぐことが、重要である。

現状では、厚生労働省のメンタルヘルス指針にある「4つのケア」の浸透と成果の評価が優先課題である。

文 献

- 1) 厚生労働省,「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」報告. 厚生労働省, 2005.
- 2) WHO. Psychological Harassment at Work. Geneva. WHO, 2003.
- 3) 日本産業衛生学会・産業精神衛生研究会. 職場のメンタルヘルス. 東京: 中央労働災害防止協会, 2005: 49-74.
- 4) Greenberg N, Henderson M, Karim S et al. Does having an occupational mental health service make any difference?. Occup Med 2005 ; 55 : 549-55.

Study on a Model for Future Occupational Health: Proposals for an Occupational Health Service Model in Japan^a

Toshiaki HIGASHI

Department of Work Systems and Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi, Kitakyushu 807-8555, Japan

Received June 20, 2006 and accepted August 8, 2006

Abstract: The Study Model for Future Occupational Health (funded by a research grant from the Ministry of Health, Welfare and Labor) is a joint research project involving various organizations and agencies undertaken from 2002 to 2004. Society has undergone a dramatic transformation due to technological developments and internationalization. At the same time a low birth rate and an aging population have resulted in an increase in both the percentage of workers experiencing strong anxiety and stress in relation to their jobs and the working environment and the number of suicides. As a natural consequence, occupational health services are now expected to provide EAP, consulting and other functions that were formerly considered outside the realm of occupational health. In consideration of this background, the present study propose the following issues to provide a model for future occupational health services that meet the conditions presently confronted by each worker. 1. How to provide occupational health services and occupational physicians' services: 1) a basic time of 20 minutes of occupational health services per year should be allotted to each worker and to all workers; 2) the obligatory regulations should be revised to expand the obligation from businesses each with 50 or more employees under the present laws to businesses each with 30 or more employees. 2. Providers of occupational health services and occupational physicians' services: (1) reinforcement of outside occupational health agencies; (2) fostering occupational health consultant firms; (3) development of an institute of occupational safety and health; (4) support of activities by authorized occupational physicians in the field; (5) expanding of joint selection of occupational physicians including subsidy increase and the extension of a period of subsidy to five years; (6) licensing of new entry into occupational health undertaking. 3. Introduction of new report system: (1) establishment of the obligation to submit reports on risk evaluation and improvement measures; (2) establishment of the obligation to prepare a report on results of medical examinations in all sizes of businesses. 4. Introduction of a merit system into businesses in establishment of a new system: the application of the special merit system of the workers' compensation insurance shall be revised to add occupational health activities, cover business with 20 or more to 100 or less employees and expand the period of application for three years under the present laws to five years. 5. Ensuring of international coordination: harmonization of standards of individual countries for occupational health and safety; thorough (1) ensuring of international agreement on high-level specialist qualifications; (2) mutual recognition of qualifications of occupational physician, nurse, occupational hygienist, ergonomist, and counselor; (3) preparation of guidelines for occupations relating to occupational health businesses.

Key words: Diversity of working style, Occupational health service, Service providers, Global harmonization, Equity in health

^aPresented at the Fifth Symposium organized by the National Conference on Promotion of Occupational Health Research Priorities, November 18, 2005, Tokyo, Japan.

Table 1. Current issues of occupational health services

(1) Corporate social responsibility (CSR)	Environment fund, making occupational health a priority in companies and organizations
(2) Occupational health issues in overseas expansion	Prevention of infection, risk management, global risk and local risk
(3) Mental health measures, measures to prevent excessive heavy labor	Expansion of "pay for performance" concept, increased competition, increased compensation for deaths from overwork and mental illness, diversification of forms of employment
(4) Harmonization of work safety and health management systems with existing occupational health activities	
(5) International harmonization of occupational health qualifications, training and education	
(6) Consolidation of occupational health service system	
(7) Establishment of various systems for applying and managing information	
(8) Provision of occupational health services to every worker	

Issues in the Study on Model for Future Occupational Health Services

The Study on Model for Future Occupational Health Services (funded by a research grant from the Ministry of Health, Welfare and Labor) is a joint research project involving various service providing organizations and agencies undertaken from 2002 to 2004. The situation in occupational health is rapidly changing. Society has undergone a dramatic transformation due to technological developments and internationalization. At the same time a low birth rate and an aging population have resulted in an increase in the number of women and foreign workers in the workplace and work conditions and types of occupation are rapidly diversifying due to the widespread adoption of discretionary work system, an increase in small-scale distributed offices and the emergence of SOHO, telework, etc. There is concern that the effects of this situation on occupational health are also diversifying (Table 1). The percentage of workers experiencing strong anxiety and stress in relation to their jobs and the working environment and the number of suicides are increasing. As a natural consequence, occupational health services are now expected to provide EAP, consulting and other functions that were formerly considered outside the realm of occupational health. What is needed are health services with greater independency that correspond more closely to the objectives of various types of business.

In consideration of this background, the purpose of the study is to determine the current situation in each country through surveys and to propose a model for future occupational health services that meet the conditions presently confronted by each worker. Specifically, the study will focus on the following three issues:

1. Regulations governing the scope of occupational health services;

2. Methods of providing occupational health services; and,
3. Conditions of occupational health services in other countries and their integration with the Japanese approach to occupational health services.

Three study teams have been established to implement the respective surveys, as follows:

- (1) The Company Risk Management Study Team, which will examine regulations governing the scope of occupational health services, the formulation of related management guidelines (examples) including crisis management, the policy for making guidelines, and management of personal information.
- (2) The Occupational Health Service Effectiveness Study Team, which will examine the methods by which occupational health services are provided in Japan to determine their effectiveness. The study will include organization, content and timeframe, as well as cost, manpower and service effectiveness (business viability).
- (3) Team for Comparative Study on the State of Occupational Health Services, Qualifications and Education in Different Countries, which will examine the conditions of occupational health services in other countries and their integration with the Japanese approach, the scope of occupational health and related legislation, the organization of occupational health services, and financial support.

On the basis of the above, we would like to undertake the following studies:

- 1) Comparative study on the current situation of occupational health services, qualifications and education in each country
- 2) Examination of issues and trends in occupational health services
- 3) Study on the effectiveness of occupational health services

in Japan

- 4) Topics concerning the provision of occupational health services
- 5) Study on risk management (scope of occupational health) and crisis management related issues
- 6) Scope of Occupational Health
- 7) Information management

To summarize, the objectives are (1) to determine the scope of occupational health, (2) to identify methods of providing services, and (3) to examine integration of the systems of each country, and the material results are (1) background data and results of analysis, (2) comparison of actual situation and results of comparison, and (3) goals for necessary guidelines.

Issues in Occupational Health and Scope of Occupational Health Service contents

The Company Risk Management Study Team clarified the contents of occupational health work in companies and organizations. This can be regarded as defining the types of occupations in which occupational health professionals should be involved. Even if the main actors are businessmen or company employees, health professionals are considered to be indirectly involved. By identifying the functions demanded of the occupational health profession, we are actually indicating the skills required to perform this work and the content and methods of the training needed to acquire them. In a society in which work content is constantly evolving, we have reached the stage where we must reexamine the scope of work for occupational health professionals, including identifying the various levels of professionalism that correspond to the specialized skills required to perform the work of, for example, an occupational physician.

The appointment, conditions and scope of work for occupational physicians as stipulated by law is summarized below. It may be unnecessary to remind our readers but appropriate measures can be devised for new issues that are identifiable within existing laws through supplementation by official notices in response to the needs of the times. It is worth reviewing how to read the contents of existing legislation. Item 1, Article 13 of the Ordinance Industrial Safety and Health, stipulates that specialized knowledge is a requirement in the field of medicine while Article 14 of the Ordinance identifies the “work content of occupational physicians and industrial dentists” as follows: 1. Health checkups and measures to protect the health of workers on

the basis of the results; 2. Activities related to maintenance of a healthy work environment; 3. Activities related to work management; 4. Activities related to health management for workers other than those listed in 1 to 3; 5. Health education, consultation and other measures to maintain and improve the health of workers; 6. Health education; and 7. Surveys to determine factors detrimental to workers’ health and prevention of reoccurrence.

The scope of occupational health services identified by the study on a model for occupational health includes crisis management, activities to introduce and promote management systems (OSHMS), greater involvement in measures for mental health and prevention of overwork, new measures to promote health in order to contribute to productivity, measures for elderly workers, and measures to protect mothers. Concerning mental health, overwork, health promotion, measures for elderly workers and protection of mothers, there needs to be an awareness that these are part of corporate responsibility. Concerning work content, we attempted to examine the importance of the work content described above and the ways professionals are involved for each of the categories that lead to the conventional 3 types of management (Table 2).

In our examination of crisis management, we reached a consensus that countermeasures against terrorism in the form of chemical or biological weapons is also an important aspect of occupational health work in companies where workers are at risk. Technically, such countermeasures share many features in common with measures implemented at the time of a natural disaster, major accident or epidemic. These include the acquisition of specific skills needed for medical triage, emergency treatment and on-site management as well as necessary education for staff and others. In terms of CSR, sufficient safety management for both workers and the working environment, including waste disposal, is also necessary with regards to chemical substances used or handled by companies in their business activities. The knowledge and technical skills of professionals will be needed in implementation. In company crisis management, it will be necessary to continue preparing guidelines concerning the areas in which occupational physicians and occupational health professionals should be involved. (In the case of countermeasures for biochemical threats, necessary guidelines for equipment, manuals, information systems, human resource development, etc. should be prepared by the company or by an occupational health organization in the local area.)

The introduction of management systems is recognized as a necessary process for independent or autonomous

Table 2. Definition of the range of services provided by occupational physicians (by utilizing the definition of occupational health management)

	Health management	Work environment management	Work management	Occupational health education	Comprehensive management
Definition	Management of "humans"	Management of "workplace"	Management of "working"	Operation of "education"	Goal of management
Management	Treatment of diseases Management of diseases	Emergency measures against harmful environment, and investigation of work environment	Suspension of working Pursuit of cause: Trouble of upper limbs	Therapy Exercise therapy Diet regimen	Observance of legally specified matters
Prevention	Health examination and subsequent measures	Improvement of work environment	Improvement of working: Rotation	Health guidance	Obligation to care for safety and health
Development	Retention and enhancement of health (Nutrition, exercise, rest)	Creation of comfortable work environment	Making working comfortable: Working gentle to humans	Health education	Risk assessment
Qualification of person in charge	Physician, nurse, and Industrial health manager	Working environment measurement expert Industrial health manager, physician	Physician Industrial health manager	Physician and nurse Industrial health manager	

management. The involvement of occupational health professionals is very important at the level of risk management and in the proposal of effective measures. For active use of management systems, those involved must understand the meaning of their actions and maintain the ability to reliably implement the measures and to recognize and resolve any problems. The involvement of occupational health staff in education for this purpose will become increasingly important.

Stress is increasing not only in the business world but also in society as a whole. Accordingly, measures to protect mental health and prevent overwork are extremely important in maintaining the health of the productive population, which constitutes the foundation of society. In 2004, an attempt to establish legislation that would make it obligatory for occupational physicians to conduct interviews depending on the number of hours worked and for companies to implement measures based on the opinions of the occupational physician was shelved and many doubted that the attempt would have practical effects. While opposing regulations that could restrict business activities, health professionals are, at the same time, concerned that they will be expected to take responsibility despite the absence of authority or appropriate status. In other words, there is a risk that if the groundwork has not been laid for companies

to heed warnings by health professionals, guidance for individual workers will not lead to solutions and when a problem arises, the occupational physician will be blamed. Yet there is no mistaking the fact that this is a very important duty of occupational health staff and it is necessary to promote related training, education and manual production.

It cannot be denied that the popularity of the Total Health Promotion Plan (THP), which was introduced immediately at the policy level in Japan, is beginning to wane. In American companies, such plans are being carried out more strategically by the workplace and are becoming firmly established as part of company strategy and as part of the individual's self-maintenance of working ability. In Europe, the importance of promoting the health of the working population in contributing to productivity and as a policy for an aging society has been recognized on the basis of solid evidence and this has accelerated the health promotion movement. Although the programs of the respective countries differ in some ways from the THP, based on this foundation it is highly meaningful to develop new health promotion policies that expand individual ability among the productive population and foster productivity. For this purpose, businesses need to prepare the internal and external resources that make possible the development of a health index, assessment of the effectiveness of health information use and the provision

Table 3. Redefinition of occupational health management by vector (by utilizing the definition of occupational health management)

	Goal of comprehensive management	Work environment management	Health management	Work management	Education
Management	Management of dangerous machinery and harmful materials	Patrol Understanding of measurement results of work environment Protective tools	Consultation with physician in charge of disease management Diagnosis for rehabilitation	Alleviation of muscular burdens	Education for checking diseases (second opinion)
Prevention	Measures for preventing risks and health troubles	Improvement and maintenance of work environment Risk share Evaluation of biological monitoring	Health examination, and subsequent measures	Evaluation of muscular burdens	Guidance given to person with symptom
Development	Efforts for creating comfortable workplace	Understanding of hazard risk Measures against tobacco smoking	Support for retention and enhancement of health	Work gentle to humans	Education required for THP activities

of tailor-made plans as well as the permeation of knowledge that enhances the capacity of occupational health staff.

Policies for elderly workers and protection of mothers will continue to be important in the future but we lack concrete guidelines or manuals. It will be necessary to adopt measures that prevent discrimination against individuals and to impress upon businesses the importance of promoting employment of the elderly and mothers. In Japan, which was one of the first advanced nations to face the problem of a declining birth rate and aging society, this is the most important issue confronting us in terms of maintaining our socioeconomic base. In the maintenance of such employment, protecting the health of workers and their families is a fundamental source of security and therefore the importance of this issue in occupational health will continue to increase.

Such activities do not exceed the scope of existing occupational health related legislation or the content in which various agencies engaged in occupational health activities have been involved in some form or other (Table 3). Reference to the scope of work stipulated in Article 14 of the Ordinance on Industrial Safety and Health reveals that a basis for these activities can be found in existing legislation. It is necessary to reorganize the content to make it more effective and consensus-based (consensus on the detailed contents will also be required) as well as to make the necessary concrete guidelines and manuals and to develop the human resources and system capable of actual implementation. The problem confronting Japan is the lack

of an advanced specialized course such as those found in Europe and North America for training professionals in the occupational health field. It will be necessary to establish an agency to implement such a course for the promotion of independent and strategic occupational health activities.

Issues in Occupational Health: Means for Providing Occupational Health Services

The greatest issue in the study on a model for occupational health performed by The Occupational Health Service Effectiveness Study Team and Team for Comparative Study on the State of Occupational Health Services is the framework for providing occupational health services to every worker. This requires not only human resources and agencies to provide the services but also an economic basis. The number of workers employed by each scale of business enterprise is as follows: businesses with 1 to 9 employees, 11,278 (1,000 workers, percentage employed in this scale of enterprise 22.2%), number for businesses with 10 to 29 employees, 12,063 (23.8%, cumulative 46.6%), 30 to 49 employees, 5,720 (11.3%, 57.3%), 50 to 99 employees, 6,405 (12.6%, 69.9%), and 100 to 299 employees, 7,460 (14.7%, 84.6%), and the number of people working for businesses with over 300 employees was 7,796, accounting for 15.4% of the total. From this it is clear that the minimum criteria under current law, which requires the appointment of an occupational physician and occupational health manager in businesses

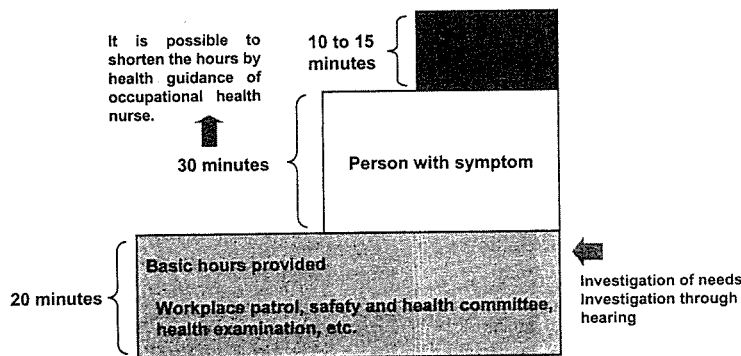


Fig. 1. Hours for occupational health services provided per worker.

with 50 or more employees, covers only about 40% of workers. Thus coverage under the existing system in which regulations are based on business scale is limited.

Necessary hours for Occupational Health Services per workers

In addition to full-time employment with a company, however, there are also many other forms of employment, including temporary work, commissioned work, part-time work, discretionary work and working at home. This situation demands major changes in the model for provision of occupational health services such as the need for systematic and dispersed methods of provision. In addition, the increase in businesses offering 24-h service and low wage labor has raised the issue of how to solve such problems as the timing of service provision and relative cost. In order to address this problem, we must consider what criteria should be used to ensure the quality and quantity of occupational health services. One approach is to decide the amount of service time per worker.

In Germany, each worker is allotted between 15 to 30 min annually and higher risk jobs are allotted more time. In France, workers are allotted about 20 min annually and the system is organized to allow one occupational physician to handle about 2,000 people.

Judging from the services currently being implemented in Japan, about 20 min per person annually is necessary. Our study indicated 20 min as basic necessary hours per workers for sufficient service and additional 30 min and 15 min for workers with symptoms and with harmful job, respectively, through the data from quality assured OHS institutions and Occupational Physicians (Fig. 1, Table 4-1, 4-2). This is the amount of time actually used by the occupational physician but if the amount of time is adjusted case by case in cooperation with other occupational health

staff, providing people who need more time with more and those who need less with less, a case load of 2,000 workers per occupational physician should be feasible. With teamwork among nurses and health professionals, counselors and clinical psychologists for general health and health managers, human engineering experts, health engineering managers, occupational health consultants and others for specific occupations, it should be possible to achieve a more rational provision of services.

OHS providing system for all workers

Rather than relying solely on doctors contracted to work within a company or non-corporate service providers such as occupational health agencies, medical agencies and local occupational health centers, it is also necessary to develop service providers based on teams of experts to ensure a more rational provision of occupational health services. The English-style service offices, which are spreading throughout Commonwealth countries in the Asia-Pacific region, are an example of this. A model for effective occupational health services must reflect the characteristics of the region and type of occupation. Some examples which come to mind are independent services rooted in the community and collaborative-type services that utilize an inter-regional network. To give an example from a different field, this is similar to architectural offices, which utilize existing businesses and social institutions for construction and procurement of materials. In the field of occupational health, occupational health service offices under contract to businesses can serve the same function as architectural offices, utilizing health examination agencies, work environment surveyors, medical service sectors (hospitals, etc), inspection and/or auditing organizations and research institutions.

Among the most developed countries, occupational health

Table 4-1. Hours provided by staff involved for occupational health

Staff	Absent (number of persons)	Hour provided (median value)	Present (number of persons)	Hours provided (median value)	<i>p</i> value (Wilcoxon rank-sum test)
Industrial health manager	5	42.2	69	37.2	0.49
Occupational health nurse	64	39.7	10	23.4	0.014
Consultant (industrial health)	28	39.5	46	36.3	0.27
Consultant (engineering)	65	36.8	9	42.8	0.22
Clinical physician	15	38.7	58	37.1	0.4
Measurement expert for work environment	67	37.5	7	37.1	0.49
Counsellor	57	38.9	17	32.8	0.15
Clinical psychotherapist	71	37.1	3	47.8	0.2

Table 4-2. Time (hours) spent for subsequent measures: Harmful jobs, and hours provided for the jobs

	Number of answers	Median value	Range	First quartile	Third quartile
Persons with no symptom	111	0	0-5	0	0.1
Persons with symptoms	110	0.5	0-40	0.3	0.75
Persons with symptoms (special health examination)	106	0.5	0-16	0.2	1
Diagnosis for returning to work	106	1	0-30	0.5	2.5
Suitable work assignment	101	1	0-30	0.5	2
Suitable work assignment (Case examples of mental health)	105	2	0-30	1	4

service are focused on health checkups and follow-up measures and much less time is allotted to prevention, which is internationally recognized as the main constituent of occupational health services. Nor can it be said that regular workplace inspections and participation in health committee meetings, which are stipulated by law, are being strictly observed and there is a risk that spending time on these activities could place restraints on more useful activities.

New OHS service providers and professionals skill

The consensus reached after much discussion was that the current times demand an option in which health professionals with the necessary skills to provide the services play a central role. We envision an office employing health engineers, human engineering specialists, psychiatrists, etc. on a contractual basis in addition to full-time doctors, health professionals, consultants and counselors (including clinical psychologists). In fact, it would also be acceptable to develop EAP service agencies to perform broader functions. It is important to strengthen non-corporate occupational health agencies to serve as comprehensive occupational health service agencies for medium sized areas. In addition to their importance as existing external service providers, they can become the parent organizations for developing occupational

physicians to serve in large corporations and occupational health professionals as well as specialists through both practice and training. They are also expected to develop business cooperation with independent offices.

The cost of such agency services will be calculated from the standard cost per person. A reasonable cost is about 1,000 yen per person for services other than the costs of health checkups and those to be born by specific businesses. Although this figure is equivalent to wages for one to one and a half hours of work at part-time wages, whether or not people perceive it as high will depend upon the value they give to occupational health services in their business activities and their assessment of service quality.

Channels for the Provision of Occupational Health Services

As "outside occupational health agencies" will play a central role in occupational health services, their development is extremely important. Although the occupational health services provided by these agencies may cover some large corporations and some companies with less than 50 employees, the main recipients of these services will be middle-range companies. In 2002, large companies with