

診断後の事後措置や就業措置について、可能になる。このような健康管理体制の強化は労働者の健康管理にポジティブな影響を与えることが予想される。

- ・「(健康診断後の措置について)それが産業医の先生の日を通ると、そういう指導があったり、それから、それがなかなか言うことを聞かなければっていう言い方はおかしいですけど、そのときにはわたしのほうにも、ちゃんと先生連絡いたしますんで、そのときにはちゃんとした指導ができるよ。」
- ・(プロパー社員の相談を受けた場合の産業医の対応について)「...それがきちんとできるようになれば、こういう大所帯ですので、結構タフな業務環境でありますので、そういう意味では、いいフォローですね。」
- ・「だから本当はもっと干渉しないといけないと思うし、逆にその人たちは、まあ、嫌なこと言や、嫌がるけどね、だけどまあ、ああ、みんなと一緒にのこをしてくれるっていうことにおいては、好意的だと思いますね。」

### ③ 健康意識の向上

これまでの活動を通して、健康管理体制が導入されることで労働者の健康管理意識が向上するを経験してきており、今回の提案によって、関連企業の労働者においても健康意識の向上が期待される。

- ・「(S社の過去の)こういう取り組みの中で、例えば食事のほうは、そうやってみんな変わってきました。で、そういう健康講話とか通して、じゃ運動しようかということで、中にウォーキングコースとかですね、そういうふうな、何か次の取り組みをやってみたいなとか...」
- ・「(統一的な健康管理制度が)入ってくると、社員さんにとっては健康意識の向上がしてくるというのは、かなり大きな要素ですね。それは...。実績的には期待できます。」

### 111. 文献調査およびS社提供データによるエビデンスの収集と評価

スクリーニングおよびインタビューの結果を踏まえ、アブレーザル段階の作業として、1)従来の健康管理対象外の労働者の健康リスク、2)モチベーションの強化・帰属意識の向上、3)不平等感・摩擦、4)コンプライアンスについて評価を行うことをHIAチームにおいて合意した。エビデンスの評価については、narrativeなレビューを実施した。

#### 1) 健康管理対象外の労働者の健康リスク

S社の本体および関係会社の一部について、健診有所見率を比較したものを表5に示す。血圧を除き、関係会社の健診有所見率が実際に高いことを示している。また、産業保健スタッフのインタビューから、関係会社の有所見率の高さや治療の取り組み状況の低さを示唆する状況説明がなされた。

また、一般的に、事業所人数が小さな事業者は人数の多い事業所に比べて、健診実施率、有所見者率、労働災害の発生率など、労働安全衛生に関する状態が悪いことは、各種の労働統計においても示されている。[6]

さらに、事業所規模が大きいほど安全衛生管理への取り組みが良好であり、また労働者の労働安全衛生への関心も高いことが示されている。平成12年労働安全衛生基本調査結果[7]によると、衛生管理者、安全管理者の専任について500人以上の事業所では9割以上であるが、50～99人未満の事業所では6割台であった。また、労働災害防止対策に対する意識において、「関心がある」とする労働者は、1000人以上の事業所では85%であり、事業所規模が小さくなるにつれ割合が減少する。49人以下の事業所では64%であった。安全衛生教育の実施率においても、事業所人数が1000人以上の事業所では97%であったのに対して、50人未満の事業所では6割以下であった。さらに安

全衛生活動の実施状況についても、例えば安全パトロールなどは、1000人以上の事業所では94%に対して、50人未満の事業所では6割未満であった。

## 2) モチベーションの強化・帰属意識の向上

今回の安全衛生方針の変更は、特にグループ企業の社員においてインセンティブの強化や帰属意識の向上をもたらすであろうことは、人事担当者、産業保健スタッフ、および当研究班の一致した見解であった。特に、「健康診断」は、利用者（労働者）から見て最も分かりやすいサービスであり、広く認識されていることから影響は大きいと考えられる。「モチベーション」や「帰属意識」といったキーワードと労働者の健康に関する直接的な調査報告などはいわゆる学術雑誌などにおいて見ることはできなかった。しかしながら、モチベーションや帰属意識が労働衛生のみならず、生産性にも関連していることは、一般的な見解として、HIA実施チーム、今回のインタビュー対象者、S社担当者において、おおむね妥当であろうとの意見の合意を得た。

モチベーションや帰属意識が労働者の安全と健康に重要な要素である。近年、労働形態の多様化、特に非正規社員、派遣社員の増加が、職場における帰属意識の低下、連帯感の低下を招いていることは専門からが昨今指摘していることである。職域における安全衛生の取り組みの基本は自主的取り組みと相互連帯であり、帰属意識は労働安全衛生上の取り組みについて根幹をなすものである。例えば、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）を導入した企業において、OSHMS導入の効果として従業員のモチベーションと会社への帰属意識の強化を挙げている。

[8]

また、帰属意識は公衆衛生学的な見地からは、連帯感や社会的信頼、もしくは社会的支援という概念で言い表される。職域における社会的支援が労働者の個人および職域単位の健

康に重要な影響を与えることは職業性ストレスモデルによる検討において明らかとされている[9-13]。また、他者との連帯感や社会的信頼度は、個人および集団にとっても良い健康影響を与えることが社会疫学分野の研究において示唆されている[14]。

### 3) 不平等感・摩擦

健康関連のサービスが社内の雇用の際の立場によって異なることによる不平等感、人間関係の摩擦は健康に関連した不利益として強調されていた。これは公衆衛生学的には、「社会的含包/排除 (social inclusion/exclusion) という概念に置き換えられる。また、構外子会社において指摘された、S社指導の健康増進活動への参加しにくさ、疎外感、いわゆる「よそ者」といった感覚は、同様に、社会的孤立 (social inclusion) や、もしくは社会参加 (social participation) という概念と同一である。したがって、ここでは、社会的含包や社会参加という概念について、narrative な文献レビューを実施した。

社会的含包や社会参加は、特に精神面での健康の重要な要素とされている[14-21]。社会参加とは、家庭外の活動にどの程度かかわって、従事しているかの程度であり、文化活動、余暇、ボランティア、クラブ活動、趣味を通じた団体などにおける活動、選挙や自治会、町内会などの地域での意思決定への参加なども含んでいる。社会的含包は、さまざまな機会を利用できるかどうかの程度である。これはしばしば、疎外される集団として、貧困、障害、病者、失業、高齢などが挙げられることがある。

強固な社会的連携、社会的支援、社会的含包などは、健康に関する重要な要素であり、特に、メンタルヘルス不全の予防や、より積極的なメンタルヘルスの安定、向上にとって重要である[19]。特に、社会参加、社会的支援の促進は、一般的なメンタルヘルスの問題や、自覚的な健康観の低下を防ぐ。また、社会的孤立は、メンタルヘルス不全や自殺のリスクを増加させる[22]。同

様に、社会参加は精神面での不健康からの回復において促進的に働く。逆に、友人との交流の少なさや社会的支援の少なさは、精神面での不健康からの回復を阻害する。[22]

さらに、社会的支援や社会参加といった要素は、物質的な困窮を介さずに、その効果を発揮する。[16-18]。また、差別に対抗するような政策や不平等を是正するような方針は、それ自体が社会的含包を強固にするよう働く[21, 23, 24]

したがって、今回の調査案件に換言すると、雇用・採用の違いによって異なるサービス体制が引き起こす不平等感や疎外感は、実際に本社の健康診断サービスが受けられないという物理的な要因とは別に、不平等感そのものが健康に影響を与えると言える。また、今回提案されている新しい健康管理の方針は、社会的含包という観点からも、関連する社員の健康面での向上を期待できるものである。

#### 4) コンプライアンス (justification)

企業は資本関係を通じて、ほかの企業の事業場の意思決定に影響力を発揮する。特に50%以上の資本を持つ連結対象のグループ企業への影響は大きい。このような企業(親会社)は、グループ企業(子会社)にとってステークホルダーの一つであるが、大きな影響力の引き換えに子会社グループ企業を取り巻くほかのステークホルダーに対する責任の一部を負うことになる。その責任には、ほかの株主に対する収益上の責任、従業員に対する雇用確保や安全配慮の責任、社会に対するコンプライアンスやその他の社会的責任などがある。そのため、企業はグループ企業の法令違反、事故やその他の不祥事により、財務上の損失のみならずさまざまな経営上のリスクを負っている。

安全衛生分野においては、グループ企業が労働安全衛生法などの関連法令のコンプライアンスを適切に果たすとともに、従業員に対する安全配慮義務、健康配慮義

務の履行を支援し、監視する必要がある。そのために必要な能力や資源がグループ企業内外に存在すれば、企業はグループ企業に対して一定の基準を示して、その実行を監査するだけで、十分に目的を果たすことができる。しかし、労働衛生・健康管理の分野については、規模の小さい企業では社内に専門スタッフを確保することは困難であるとともに、質の高い社外資源を確保することが容易ではない状況がある。したがって、グループ企業の責任で行う従業員に対する労働衛生・健康管理サービスの全部または一部を直接提供することは、この目的のために有効な施策と考えられる。

#### IV. レポーティング・推奨意見の作成

以上のアプレーザルまでの結果を踏まえ、報告書を作成した。今回のHIAにおいて、新方針による期待される効果として、健康リスクの高いグループにおける健康状態の改善、労働者自身の健康意識の向上、帰属意識の向上・モチベーションの強化、不平等感の解消、事後措置の取り組みの強化、コンプライアンスの向上が挙げられた。今回の方針案による健康影響は、全般的にポジティブな健康影響が大きく、HIA実施チームは最終的に、方針の実施を推奨する意見で合意した。HIA報告書には、新方針の実施にあたって、健康上の便益を最大限にし、また不利益を最小限にするための推奨意見を作成し、S社に提出した(表6)。

## 【考察】

本調査は、HIAを企業施策に適応し、企業施策の意思決定過程において、健康に関する情報を提供することで、施策の円滑な実施を支援することを目的に実施した。著者らの知る範囲で、これまでにHIAを企業施策に実施した例はなく、企業施策におけるHIAの応用の可能性を示した。

HIAとは、現在までに統一した定義はなく、現状は各地域や組織がそれぞれ異なる定義を用いている。例えば、WHO Gothenburg paper [2]によるとHIAとは提案された政策、施策、事業によって起こりうる集団の健康影響と、集団内での影響の格差を判断するためのプロセス、方法、ツールの組み合わせであるとしている(原文“a combination of procedures, methods, and tools by which a policy, a program or a project may be judged as to its potential effects on health of a population and the distribution of effects within the population”)。近年、欧州、アジア、オーストラリア、カナダなど、さまざまな地域においてHIAが各地域の実情に適応しながら発展していることから、よりシンプルで包括的なHIAの定義として、Kemmlerらが提唱している定義がより頻繁に引用されるようになりつつある。[1]Kemmlerらは、HIAの本質的な構成要素として、以下2点を挙げている。1)意思決定者、意思決定過程に情報を提供することで、意思決定を支援すること、および2)そのために、提案された政策についての未来の健康影響を予測すること。これに加えて、最近になり、利害関係者の合意形成過程への参加という要素も加えられている。

本調査で実施したHIAは、実際の意思決定過程に深く関与していたこと、および施策実施以前の計画段階でHIAを開始することができたことから、これらの要件を満たしており、HIAを実施する上での貴重な機会であった。また、利害関係者らの参加という点においても、今回の調査では、関連企業の産業保健スタッ

フのみならず、人事、安全衛生担当者、総務など幅広いインタビューを実施したことで、利害関係者の関与を得た。これは、インタビューの実施中においても、S社本社からの依頼を受けて、HIA実施チームが意見聴取に来たという経緯を関連企業の担当者らに説明すると、自分たちの意見表明する機会が与えられたことについて、歓迎する声を実際に聞かれた。

また、HIAの定義の中で、近年特に明示的に含まれるようになってきているのが、「格差の是正」や「健康影響の格差」がある。これは、政策によって生じる健康影響は集団特性によって異なり、特に社会的不利な集団ほど、不利な影響を受けやすいという経験からきている。WHOのCommission on the Social Determinants of Health（健康の社会的決定要因に関する委員会）の最終報告“Closing the gap in a generation”においても、Health Equity Impact Assessment（健康格差影響評価）という用語が使われている[25]。今回の新方針に関しては、従来の産業保健サービスの提供範囲が、S社籍保有者に限定されていたことから、健康影響の格差が指摘された。このことは、スクリーニングおよびインタビューを通じて、ほとんどの関係者が強調した点であった。単に、産業保健サービスが欠乏することによる実質的・物質的な健康上の不利益と併せて、不平等感、差別感による影響に焦点が当てられた。

本研究は、企業施策に対するHIAの応用の可能性を探る実験的な試みでもあった。企業活動は、経営戦略、組織形態、企業合併、事業所の移転、工場建設、海外事業への進出、雇用形態、人事・労務制度、福利厚生など、その多くがさまざまな社会的健康規定要因に影響を与え、労働者をはじめ、その家族、関係会社、周辺住民などの健康に強く影響を及ぼしている[26]。しかしながら、これまでの企業における経営・生産活動では、主に環境配慮やCSR、もしくは従業員の保健衛生や福利厚生として扱われるこ



とはあっても、企業活動全般に関して健康影響を予測し、適正化するためのメカニズムは存在してこなかった。それらの企業施策において健康影響を予測し、適正化する仕組みとして、HIAは一つの方法として活用できることを本研究は示唆している。

#### 謝 辞

本調査は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「Health Impact Assessmentに関する包括的研究」（課題番号：H18-政策-若手-005）の研究の一環として実施したものである。

参考文献

- 1) Kemm J, Parry J and Palmer S. Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications.: Oxford University Press 2004.
- 2) WHO European Centre for Health Policy Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach Gothenburg paper. 1999
- 3) 藤野善久、松田晋哉 Health Impact Assessment の基本的概念および日本での今後の取り組みに関する考察. 日本公衆衛生学雑誌 2007;54, 73-80
- 4) Scott-Samuel A, Birley M and Ardern K. The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. second ed. Liverpool: the International Health Impact Assessment Consortium 2001.
- 5) Welsh Health Impact Assessment Support Unit. Improving Health and Reducing Inequalities: a practical guide to health impact assessment. Cardiff 2004.
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成19年労働災害動向調査. 2008 [cited; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/index.html>]
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 労働安全衛生基本調査平成12年版. 東京: 労務行政研究所 2002.
- 8) European Agency for Safety & Health at Work. The Use of Occupational Safety and Health Management Systems in the Member States of the European Union Spain: European Agency for Safety & Health at Work 2002.
- 9) Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF and Michela JL Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition

- Examination Survey (HANES). *Am J Public Health* 1988;78,910-918
- 10) Karasek RA and Landsbergis PA Job demand, job decision-latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24,285-308
- 11) Tsutsumi A and Kawakami N A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social science & medicine* 2004;59,2335-2359
- 12) Tsutsumi A Psychosocial factors and health: community and workplace study. *Journal of epidemiology / Japan Epidemiological Association* 2005;15,65-69
- 13) Kawakami N and Haratani T Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Industrial health* 1999;37,174-186
- 14) Marmot M and Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press 1999.
- 15) Berkman L and Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press 2000.
- 16) Gordon D, Adelman L, Ashworth K, *et al.*, eds. *Poverty and Social Exclusion in Britain*. York: Joseph Rowntree Foundation 2000.
- 17) Health Development Agency. *Social capital for health: Issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency 2004.
- 18) Mohan J, Barnard S, Jones K and Twigg L. *Social Capital, Geography and Health: Developing and Applying Small-area Indicators of Social Capital in the Explanation of Health Inequalities*. In: Health Development Agency, ed. *Social capital for health: Issues of definition*.

*measurement and links to health*. London: Health Development Agency 2004.

19) Social Exclusion Unit. *Mental Health and Social Exclusion: Social Exclusion Unit Report*. London: Office of the Deputy Prime Minister 2004.

20) Stewart-Brown S *Measuring the parts most measures do not reach: a necessity for evaluation in mental health promotion*. *Journal of Mental Health Promotion* 2002;1,4-9

21) Wilkinson R, Harpham T and Mckenzie K, eds. *Social Capital And Mental Health*. London: Jessica Kingsley 2006.

22) Pevalin D and Rose D. *Social capital for health: Investigating the links between social capital and health using the British Household Panel Survey*. London: National Development Agency 2003.

23) Rogers A and Pilgrim D. *Mental Health and Inequality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan 2003.

24) Wilkinson R. *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. London: Routledge 2006.

25) CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization 2008.

26) 藤野善久、松田晋哉 「新しい自律的な労働時間制度」に関する Health Impact Assessment. *産業衛生学雑誌* 2007;49,45-53

図1 HIAプロセスと本調査の関係

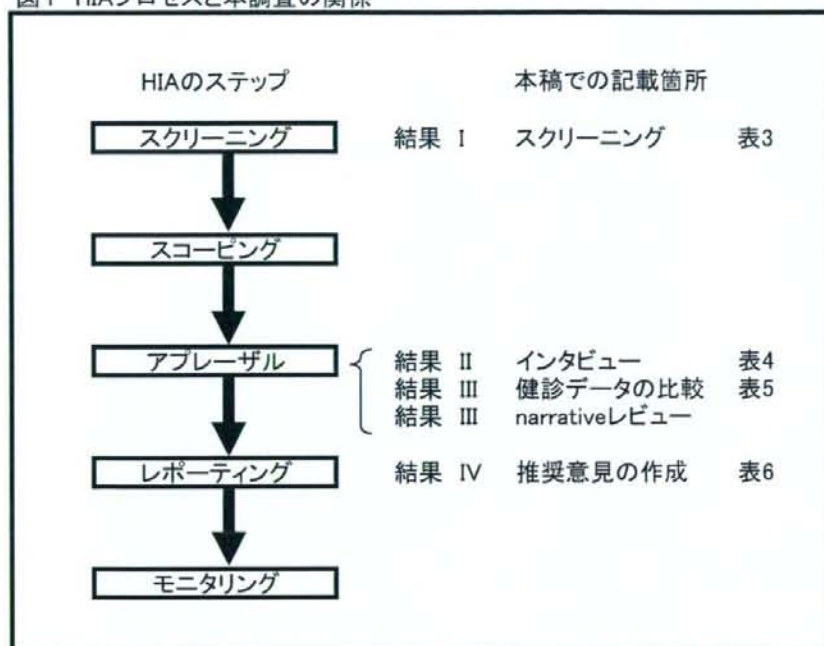


表1 連結子会社50%以上資本の事業所における産業保健サービス拡大の概要

	A社事業所内		A社事業所外	
	現状	新方針	現状	新方針
監査対象	○	○	○	○
安衛法義務				
健康診断(一般)→事後措置	●	○	×	△
健康診断(特殊)→事後措置	●	○	×	△
作業環境管理	○	○	×	△
機器管理の確認 (労働衛生設備の管理)	△	○	×	△
保護具の管理・確認	×	○	×	△
作業環境測定→事後措置	○	○	×	△
産業医選任	●	○	△	△
産業医活動	●	○	×	○
面談等(過重労働)→事後措置	×	○	×	○
安衛法努力義務/行政指導				
適正配置	●	○	×	○
保健指導	●	○	×	○
メンタルヘルス対策	×	○	×	△
ストレス・スクリーニング調査	×	○	×	△
カウンセリング	×	○	×	△
管理職教育	●	○	×	○
健康づくり活動	●	○	×	△
健康教育	×	○	×	△
データ管理(健康)	×	○	×	○
救急対応	不明	○	×	△
診療行為	○*	○*	×	×
特定保健指導	△	○	×	○
その他健保事業				
がん検診	△	○	△	△

○ 本社によるサービス提供

○\* A社健康保険組合加入者のみ

△ 本社基準を適用し、監査対象となる。サービスの実施は、関連会社による取り組み、もしくは本社との委託契約による。

● 実施状況にばらつきがある

× 実施なし

表2 インタビュー対象事業所

会社名	会社概要	インタビュー対象者
A社		統括産業医 1名
A-a社	A社のa地域にある工場	専属産業医1名、 保健師1名
A-b社	A社のb地域にある工場	総務部長 1名、 環境安全部 1名、 専属産業医 1名、 看護師 1名
A-c社	A社のc地域にある工場	総務部 2名、 専属産業医 1名
B社	A社の資本50%以上の、A-a社の敷地内にある構内関連会社	総務・人事担当者 3名
C社	A社の資本50%以上の、A-b社の敷地内にある構内関連会社	総務部 2名、 専属産業医 1名
D社	A社100%資本の構外関連会社	健康管理担当者 2名 環境安全部 3名

表3 産業保健サービスの拡大に伴う健康影響スクリーニング

影響を受ける集団	関係会社社員	グループ会社安全衛生担当者 各1,2名×事業者数	産業界7名、保健師5名、衛生管理者8名 本体産業界保健スタッフ 産業界7名、保健師5名、衛生管理者8名	
健康増進要因	<p>健康意識の向上</p> <p>生活習慣病リスクの低減</p> <p>労働能力の向上</p> <p>安全行動をとる</p> <p>会社に対する要求が高まる</p> <p>影響が減る</p> <p>各項目の有所見率の低下</p> <p>安心感の向上</p> <p>帰属意識の向上</p> <p>平等感、一体感の向上</p>	<p>健康意識の増加</p> <p>アルコール量の増加</p> <p>健康意識の向上</p> <p>職務能力の向上</p> <p>ストレスの増加</p> <p>モチベーションの変化</p> <p>モチベーションの変化</p>	<p>生活習慣が不規則となる</p> <p>睡眠時間の減少</p> <p>ストレスの増加</p> <p>問題対処能力の向上</p> <p>知り合いが増える</p> <p>コミュニケーション能力の向上</p> <p>アルコール量の増加</p>	<p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p>
社会的・地域的影響 (家族・地域)	<p>スポーツクラブの集産</p> <p>たばこの売上の減少</p> <p>家族の健康意識・知識の向上</p> <p>グループ所属意識の向上</p> <p>社員間での一体感</p>	<p>地域での労働衛生の役割の一端を担</p>	<p>地域での活動時間の減少</p> <p>地域でのネットワークが広がる</p>	<p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p>
労働環境	<p>作業環境の改善</p> <p>職務要求の厳格化</p> <p>安全性の向上</p> <p>4Sの向上</p> <p>安全衛生に関する意識の増加</p> <p>コミュニケーションが良好になる</p> <p>退職がスムーズになる</p> <p>労災数の減少</p> <p>フェミテイクの充実</p> <p>残業が減る</p> <p>会社支出の増加</p>	<p>残業時間の増加</p> <p>周囲からの信頼・評価が増す</p> <p>プレジデントの増加</p> <p>専任担当者出現</p> <p>仕事のし易さが改善</p>	<p>派遣産業保健スタッフの増加</p> <p>残業時間の増加</p> <p>会議・打ち合わせ数の増加</p> <p>保障期間での業務負担の不公平</p> <p>新卒のサービスクリア対象者が増えること</p> <p>で、感銘される</p>	<p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p>
サービスの受けやすさ、質	<p>サービスの効率性の低下</p> <p>事業所ごとの自主性の低下</p> <p>産業保健サービスの質・量の向上</p> <p>サービスマネジメントの公平性の向上</p> <p>サービスの非連続性(地域・職種)</p> <p>研修機関の変更</p> <p>研修機関の変更</p> <p>研修サービスの向上</p>	<p>相談を受ける頻度が増す</p> <p>研修を受けやすくなる</p>	<p>個別対応する時間が減る</p> <p>労働衛生活動のコンパニオンサービス</p>	<p>Positive (P) or Negative (N)</p> <p>Positive (P) or Negative (N)</p>
社会経済、文化、環境	<p>企業イメージの向上</p>	<p>P</p>	<p>P</p>	<p>Positive (P) or Negative (N)</p>



表4 インタビュー結果(見出し)

---

- (1) 現状の問題点の認識
    - ① 安全衛生方針との整合性の欠如
    - ② 制度・コンプライアンスの課題
    - ③ 不平等感・摩擦
    - ④ 健康管理対象外の労働者の健康リスク
    - ⑤ 管理職から見た労働者の健康管理の困難さ
    - ⑥ 日常業務における対応の困難さ
  - (2) 安全衛生・健康管理に対する潜在的な要望
  - (3) 予想される影響
    - ① 労働者のモラル、インセンティブの強化
    - ② 健康管理体制の強化  
特にサービスが不十分だった社員の健康管理
    - ③ 健康意識の向上
    - ④ 安全衛生活動での整合性
  - (4) 今回の提案についての要望
    - ① インフラ整備(健診システムの整備)
    - ② 契約関係の整備
    - ③ 均一なサービスの提供
  - (5) 不安要素
    - ① マンパワー
    - ② 費用
-

表5 健康診断有所見率の事業所別比較(男性)

	全社(%)	A社本体(%)	関係会社(%)
血圧	7.9	8.1	4.6
コレステロール	11.8	11.4	17.3
糖質	5.2	5.0	7.8
肥満	11.1	10.9	12.6

性、年齢の情報はなし

## 表6 新方針実施に対する助言

---

A社の安全衛生方針に基づいた具体的な要求項目や基準を明らかにすることが必要である。また、サービス提供に関する契約を結ぶ際には、サービス提供側とサービスを受ける側において責任と業務裁量の明確化が必要である。

今回の方針によって期待される効果を最大限に得るためには、一定の基準のサービスを提供することが望ましく、ある程度の定型的なサービス・契約を用意する必要がある。そのため個別事業所ごととの契約を避け、サービス提供範囲を定めた契約をグループ会社とA社との間で締結することが必要であろう。

これまでに各グループ会社が独自に嘱託産業医と構築してきた関係に急激な変化を来さないように配慮する。また、嘱託産業医がA社方針に沿った安全衛生活動に十分に対応できない場合は、嘱託産業医を補助する人員の配置が必要である。

グループ会社の担当者、嘱託産業医、産業保健スタッフなど関係者を対象に、教育、情報提供、方針の説明や、知識の共有、などのコミュニケーションの機会を設ける。また、安全衛生活動に関する意思決定に参加する機会を提供する。

安全衛生における命令-報告システムの整理・明確化が必要である。本来業務の指揮-命令-報告系統、安全衛生活動に関する指揮-命令-報告系統、監査などについて整理する。また必要であれば、担当者に適宜説明を行う。

保健師業務の増加、遠隔地へのサービス、非定型業務の増加など産業保健スタッフの業務増加が予想される。産業保健スタッフの人員補強が必要である。

円滑な運用を実施するための健康データと健康措置において最低限必要となる人事所属データの管理、閲覧システムの構築が望ましい。

健康影響に関連しなかったため、本報告書においては取り上げていないが、多くの関係者において費用負担についての関心が高かった。費用に掛かる取り決めを、A社とグループ会社とで全体的な契約パターンを設ける。その際に、評価についても指標を検討し、また定期的に費用と評価について見直していく。

---