厚生労働科学研究費補助金　労働安全衛生総合研究事業

諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　　深井　航太

令和８年（2026）年　３月

目次

Ⅰ．総括研究報告書

諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

研究代表者　　深井　航太 1

Ⅱ．分担研究報告書

1. 諸外国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学系調査班の調査結果の総括）

分担研究者　　三柴　丈典 6

2. 英国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学者担当分）

分担研究者　　三柴　丈典 75

3. 英国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業看護職担当分）

研究協力者　　海老根　智美 136

4. アメリカにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学者担当分）

分担研究者　　井村　真己 146

5. 米国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業保健看護職担当分）

研究協力者　　小川　明夏 203

6. フランスにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学者担当分）

分担研究者　　小澤　真 218

7. フランスにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業保健看護職担当分）

分担研究者　　帆苅　なおみ 319

8. ドイツにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学者担当分）

分担研究者　　佐々木　達也 336

9. ドイツにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業保健看護職担当分）

研究協力者　　赤川　景子 344

10. フィンランド、韓国、タイ王国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業看護職分担分）

分担研究者　　安部　仁美 357

11. 実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築

研究代表者　　深井　航太・研究分担者　立道　昌幸・森 晃爾・江口 尚・堤 明純 371

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表 375

令和７年度　厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
総括研究報告書

諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

研究代表者：深井航太　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学

研究要旨：本研究は、急速に変化する労働環境において諸外国の産業保健制度がどのように対応しているかを、制度的側面および実務的側面から多角的に明らかにし、日本の産業保健政策の課題解決に資する基礎資料を提供することを目的とした二か年計画である。初年度である本年度は、法学グループが、英国・米国・フランス・ドイツに加え、産業看護職を積極活用するフィンランド・韓国・タイを対象として、制度的側面と運用実態を文献調査により整理した。あわせて産業医学グループが、次年度の実地調査に向け、研究分担者の有するICOH・IOMSC等の国際的ネットワークを起点として、国際学会への参加・発表および専門研究機関への訪問を通じ、IOMSCを軸とする国際協働組織・中核的専門家・公的機関の三層からなる人的ネットワークの基盤を確立した。その結果、各国制度は、法的アプローチ、専門職の配置義務、産業保健看護職の役割と専門性、治療と就労の両立支援、中小企業・脆弱セクターへの国の関与において多様であり、いずれも日本の産業保健政策への政策的示唆を含むことが明らかとなった。一方で、文献上の制度と現場での運用実態との乖離は文献調査のみでは検証し得ないことから、次年度は本成果を基盤として現地専門家への実地調査を行い、これを検証するとともに、諸外国の産業保健制度に関するデータベースの構築を目指す。

研究代表者

・　深井航太　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・准教授

研究分担者

・　三柴丈典　近畿大学法学部・教授／東北大学大学院医学系研究科・客員教授（産業医学分野）
・　井村真己　追手門学院大学法学部・教授
・　小澤真　大阪公立大学・講師
・　佐々木達也　名古屋学院大学法学部・准教授
・　帆苅なおみ　東京工科大学医療保健学部看護学科・准教授
・　安部仁美　湘南医療大学・講師
・　立道昌幸　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・教授
・　森晃爾　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学・教授
・　江口尚　産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学・教授
・　堤明純　北里大学医学部公衆衛生学・教授

研究協力者

・　海老根智美　三菱電機株式会社人財統括部・人事総務部
・　小川明夏　東京大学大学院医学系研究科博士課程院生／スターバックスコーヒージャパン（株）保健師
・　赤川景子　豊橋鉄道株式会社総務部課長・保健師
・　錦戸典子　東海大学・客員教授
・　中谷淳子　産業医科大学・教授
・　中澤祥子　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教
・　酒井洸典　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教

Ａ．研究目的

本研究は、急速に変化する労働環境において、諸外国の産業保健制度がどのように対応しているかを、制度的側面および実務的側面から多角的に明らかにし、日本の産業保健政策の課題解決に資する基礎資料を提供することを目的とする。

日本の労働環境は、フリーランスや非正規雇用の拡大、高齢労働者や外国人労働者の増加、女性の労働参加の進展、テレワークの普及などにより多様化・複雑化が進んでいる。治療と仕事の両立支援、メンタルヘルス対策、化学物質の自律的管理といった課題への対応は、日本の産業保健制度の喫緊の課題である。諸外国においても同様の課題への制度設計・運用が進展しているが、その実態や現場での運用方法は十分に明らかにされていない。各国の制度と運用を分析することは、日本の産業保健政策の課題解決に資する可能性が大きい。

本研究は、法学グループと産業医学グループを構成し、米国・英国・フランス・ドイツを中心に、制度的側面と実務的側面の双方を学際的アプローチで調査する二か年計画である。初年度（令和７年度）は、文献調査を通じて各国の産業保健制度の変遷と現状の課題を整理するとともに（制度的側面＝法学グループ、実務的側面＝産業医学グループ）、次年度の実地調査に向けた現地専門家ネットワークを構築することを目標とした。本総括研究報告書は、初年度における両グループの分担研究の成果を統合するものである。

Ｂ．研究方法

本研究は、法学グループと産業医学グループの二グループ体制で実施した。

法学グループは、諸外国の産業保健制度について、制度と運用実態の双方を対象とする調査を行った。法学者が法令・趣旨・関係判例・歴史的沿革・選任義務・投入時間制度・中小企業支援等の制度的側面を、産業保健看護職（OHナース）が産業保健職の種類・資格・教育・業務内容等の運用実態を分担して調査した。対象国は、英国・米国・フランス・ドイツを中心とし、OHナースが積極的に活用されているフィンランド・韓国・タイを加えた。調査は文献レビューの手法により、行政の政策文書や専門職団体のレポートを優先し、学術文献で補完した。

産業医学グループは、産業医学領域の国際雑誌・学会抄録集を対象とした実務的側面の文献調査を行うとともに、次年度の実地調査に向けて、研究分担者の有する国際的ネットワーク（ICOH・IOMSC等）を起点に、国際学会への参加・発表および専門研究機関への訪問を通じて、各国の産業保健専門家とのネットワークを構築した。

各グループの調査結果を、本報告書では横断的な論点軸に沿って統合的に整理した。

Ｃ．研究結果

１．諸外国の産業保健制度の横断的分析（法学グループ）

法学グループの調査により、各国の産業保健制度を以下の論点軸で横断的に整理した（表２）。

（１）産業保健を支える法的アプローチ

各国は、産業保健をどの程度法的に強制するかにおいて大きく異なる。英国は、事業場ごとの専門職配置を義務づけず、1974年労働安全衛生法（HSWA）が雇用主に課す包括的義務の履行手段を市場と専門職の自律に委ねる「非強制・自律

モデル」を採る。米国は、1970年労働安全衛生法（OSH法）に基づき、規制・執行を担うOSHAと研究・勧告を担うNIOSHの分業を中核とする「規制・執行モデル」であるが、州プランや適用除外により制度が断片化している。これに対しフランスは、産業保健サービス（SPST）への加入と職業リスク評価統一文書（DUERP）の作成を全使用者に義務づけ、行政認可・複数年契約・第三者認証の三層ガバナンスで質を担保する「法定義務モデル」を採る。ドイツも産業保健を法定するが、国家機関と法定労災保険（DGUV）が規制・支援を二元的に担う独自の体制を持つ。

（２）産業保健専門職の配置義務と専門職構成

英国・米国では産業医等の配置義務はなく、専門職の活用は事業者の任意判断に委ねられる。一方フランスは多職種チーム（SPST）への加入を義務づけ、労働医は勤務時間の３分の１を現場の予防活動に充てる。ドイツは産業医と労働安全専門家の選任と両者の協働を法定し、さらに事業場のリスクレベルに応じた最低関与時間（投入時間）を数値で義務づける点に特徴がある。

（３）産業保健看護職（OHナース）の役割と専門性

英国・米国・フィンランド・韓国では、OHナースが産業保健実務の中核を担っている。その背景には、英国のSCPHN、米国のABOHN認証・ERC、フィンランドの公衆衛生看護師資格と専門研修、韓国のKAOHNによる継続教育など、専門性を支える教育・資格制度の存在がある。これに対しドイツでは、OHナースは法定職ではなく、産業医を補助する役割にとどまる。

（４）治療と就労の両立支援の制度設計

各国は、日本の両立支援に相当する制度をそれぞれ整備している。英国はFit Note（条件付き就労証明書）と平等法に基づく合理的配慮を接続し、医学情報を職務設計へ「翻訳」する。米国は、ADA・FMLAによる法的権利保障と、SAW／RTW（就業継続・早期復職）の実装モデルを併走させる。フランスは職業的離脱の予防（PDP）の専任ユニットと復職面談の体系を整え、ドイツは社会法典に基づく事業所編入マネジメント（BEM）と段階的復職（STWE）を法定している。

（５）中小企業・脆弱セクターへの支援と国の関与

中小企業やフリーランスは、いずれの国でも産業保健サービスへのアクセスが乏しく、健康格差が課題となっている。英国ではサービスが大企業中心で、専門的サービスを受けられるのは労働人口の約４割にとどまる。これに対しフィンランド・韓国・タイでは、費用償還制度や国の指定機関による巡回など、国の積極的な関与が中小企業支援を駆動している点が注目される。

対象国	法的アプローチ	専門職の配置	OHナースの役割	両立支援	中小企業支援
英国	非強制・自律モデル	配置義務なし	実務の中核	Fit Note＋合理的配慮	大企業中心（約４割）
米国	規制・執行モデル（OSHA／NIOSH）	配置義務なし	実務の中核	ADA・FMLA＋SAW／RTW	オンサイト相談、空白あり
フランス	法定義務モデル（SPST	多職種チーム加入義務、労	多職種チームの一	PDP・復職面談の体	SPSTI（共同型）

	加入義務）	働医は1/3時間	員	系	で確保
ドイツ	法定義務＋二元体制（国家・DGUV）	産業医・安全専門家の選任＋投入時間義務	法定外・補助的役割	BEM（法定）＋STWE	大企業偏在・格差あり
フィンランド韓国・タイ	法律で提供体制・配置を義務	国により選任義務（韓・タイ）	実務の中核（フィン・韓）	（調査範囲では限定的）	国の積極関与（償還・巡回）

表　諸外国の産業保健制度の横断的論点軸

２．実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築（産業医学グループ）

産業医学グループは、次年度の実地調査に向けて、現地専門家ネットワークの構築に取り組んだ。研究分担者が有する国際的役職（ICOH理事、IOMSC理事）を起点に、AOHC2025（米国）・EPICOH2025（オランダ）等の国際学会への参加・発表および専門研究機関への訪問を通じて、国際産業医学関連学会協働組織（IOMSC）を軸とする、国際協働組織・中核的専門家・公的機関の三層からなる人的ネットワークの基盤を確立した。あわせて、米国の労働安全衛生行政の変化や産業医学専門職の養成基盤の課題、職業曝露評価の国際標準化の動向等を把握した。これにより、次年度の実地調査の基盤が整備された。詳細は産業医学グループの分担研究報告書に示すとおりである。

Ｄ．考察

初年度の調査を通じて、日本の産業保健政策にとって示唆に富む複数の知見が得られた。

第一に、産業保健の実効性は、法的強制の有無そのものよりも、「予防が実際に回る構造」と「専門職が機能する条件」が確保されているかに左右されるという点である。フランスのように文書による予防管理を法的に強制する国も、英国のように自律と市場に委ねる国も、それぞれの方法で予防のサイクルと専門職活用の動機づけを制度に埋め込んでいる。日本の制度を検討する際には、強制か任意かの二者択一ではなく、予防を駆動する仕組みの設計が要点となる。

第二に、産業保健看護職（OHナース）の専門性を中核資源として活かす方向性である。英国・米国・フィンランド・韓国では、OHナースが高い専門性をもって実務の中核を担い、多職種連携の調整役を果たしている。その基盤には、標準化された教育・資格制度がある。日本においても、OHナースの実践的教育（特にケースマネジメント）の標準化と質保証が、産業保健の実効性向上の鍵となりうる。

第三に、中小企業・フリーランス等の脆弱セクターへの支援における国の関与の重要性である。フィンランド・韓国・タイの事例は、費用償還や指定機関による巡回といった国の積極的関与が、中小企業の産業保健カバレッジを高めうることを示している。

第四に、治療と就労の両立支援は、法的権利の保障と、現場で運用可能な実装モデルの双方を併走させることが有効であるという点である。各国とも、権利保障の枠組みと、復職・就業継続を支える具体的な手続・モデルを組み合わせている。

最後に、本調査は文献調査に基づくものであり、各国の制度が現場でどの程度

実効性をもって運用されているかという「実態」は、次年度の実地調査を通じてはじめて検証できる。産業医学グループが構築した専門家ネットワークは、この検証を可能にする基盤である。文献上の制度と運用実態の乖離を明らかにすることが、次年度の中心的課題となる。

Ｅ．結論

令和７年度は、文献調査による諸外国の産業保健制度の横断的整理と、次年度の実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築を達成した。各国の制度は、法的アプローチ、専門職の配置と構成、OHナースの役割、両立支援の制度設計、脆弱セクターへの支援において多様であり、それぞれに日本への示唆を含む。次年度は、本成果を基盤として現地専門家への実地調査を行い、制度と運用実態の乖離を検証するとともに、日本の産業保健政策に資する基礎資料および諸外国の産業保健制度のデータベースの構築を目指す。

Ｆ．政策提言および実務活動

＜政策提言＞

該当なし

＜研究活動に関連した実務活動＞

各分担研究報告書に記載のとおり。

Ｇ．研究発表

１．発表論文

- 深井航太. AOHC2025現地報告　急変する米国の労働安全衛生政策と産業医学のゆくえ. 健康開発. 2025;30(1):81-86.
- 深井航太. EPICOH 2025参加報告：グローバルな産業保健への責任. 産業医学ジャーナル. 2026;49(1):59-61. doi:10.34354/ohpfjrnl.49.1_59
-

２．学会発表

該当なし

３．知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

諸外国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（法学系調査班の調査結果の総括）

分担研究者
三柴丈典
近畿大学法学部教授
東北大学大学院医学系研究科客員教授（産業医学分野）

要約

本報告書は、諸外国における産業保健に関する法制度と運用実態に関する法学系グループの調査結果を要約したものである。法学系グループでは、調査対象国の産業保健につき、法学者が法制度を中心に、OH ナース（産業保健看護職）が運用実態を中心に調査した。また、日本の重要な政策課題である「慢性疾患等の治療と仕事の両立支援」、「高齢者の健康管理と就労継続支援」、「ギグワークやフリーランスの健康保護」等について、各国のアプローチを個別的に調査した。

英国は、事業場ごとの産業医・産業保健看護職の法定配置義務を置かない一方、HSWA（Health and Safety at Work Act 1974：労働安全衛生法）が雇用主に包括的義務を課し、その履行手段として市場と自律に委ねる「非強制・自律モデル」を採る。NHS（National Health Service：国民保健サービス）が治療を担うため、産業保健は予防・就業適性（fitness for work）・復職支援や健康に関する助言に特化し、OH ナース（産業保健看護職）が実務の中核を担う。GP（かかりつけ医）らが発行する Fit Note（条件付き就労証明書）と職場での合理的配慮（reasonable adjustments）を接続し、医学情報を職務設計へ“翻訳”して就労継続を支える点に強みがあるが、サービスは大企業中心で普遍性に限界がある。

米国は、OSH 法（Occupational Safety and Health Act 1970：労働安全衛生法）を基礎に、専門的な執行機関である OSHA（Occupational Safety and Health Administration）と研究や政策勧告、情報提供を担う NIOSH（National Institute for Occupational Safety and Health）の分業体制を築いている。ただし、州独自のプラン（State Plan）や適用除外が多く、一律的な運用が難しい。有害物リスクを含め、主に物理的リスクを想定して整備されてきた個別基準の抜け穴は、認識されたリスク一般をカバーする一般的義務条項（General Duty Clause）で補われ得るが、統計手法

の限界もあり、現代的な産業保健課題をカバーするのは難しい。もっとも、そうした課題にも、NIOSH らによる情報提供は行われている。米国では、労働生産性等を意識した民間企業独自の取り組み、民間の保険会社による給付を減らすための予防への働きかけなどがドライブとなって、たとえ OSH 法上の配置義務はなくとも、多くの企業で OH ナースが運用の軸となり、質の高い産業保健活動が行われている。その際、ADA（Americans with Disabilities Act：障害差別禁止法）等に基づき合理的配慮を受ける権利の保障（法的権利保障）と、保険会社や経営者層により自主的に推進されている SAW/RTW（Stay at Work/Return to Work：早期対応による復職や就業継続支援のモデル〔ベストプラクティスの集積〕）などの実装モデルを組み合わせて、慢性疾患等を有する労働者の両立支援が図られている点が特徴である。

フランスは、産業保健を法的に強制する方針を採っている。フランスには、SPST（Service de prévention et de santé au travail：産業保健サービス）の制度があり、その内容は、「職場環境における活動」（巡視・リスク分析・企業ファイル作成等）と「個別的健康管理」（一般／強化の適性判断、復職・事前復職・中途キャリア面談等）の両面にわたる。フランス労働法典は、SPST へのアクセスを全使用者に義務づけると共に、DUERP（Document unique d’évaluation des risques professionnels：職業リスク評価統一文書）で、職場でのリスクアセスメントの結果の長期保存・更新・閲覧可能性の確保が義務づけられている。つまり、文書による予防の管理システムを法的に強制し、法遵守により予防が回らざるを得ない構造を構築している。また、産業保健サービスの提供機関を DREETS（地域行政）による認可制とした上で、複数年契約を通じて政策目標に沿った活動と資源の確保を担保し、さらに第三者認証で品質を担保する仕組みを採用している。SPST には、企業が自前で設置する SPSTA（独立型産業保健サービス）と、複数企業が共同で設ける SPSTI（共同型産業保健サービス）がある。

SPST は、労働医と多職種（看護師、IPRP〔職業リスク予防専門家〕等）の分担で担っており、分担をリードする労働医は、勤務時間の 1/3 を現場予防に向けることが求められている。フランスの産業保健の主な役割は業務上の健康リスク管理だったが、近年、産業保健機能を強化するための新法で、PDP（Prévention de la désinsertion professionnelle：職業的離脱の予防）として、復職や就労継続支援の強化が図られ、そのための常設のユニットの構築が雇用主に求められることとなった。これは私傷病者も対象にしていると解される。

ドイツも産業保健を積極的に法定しているが、フランスとは異なる独特の制度を構築している。すなわち、国家機関と法定労災保険（DGUV：Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung）が二元的に安全衛生に関する規制と支援を担う一方（ただし、前者は主に法律で大枠を定め、専門的規制は主に後者が定める労災防止規程により図られている）、国法である ASiG（産業医・安全専門職の活用に関する法律）が、産業

医と安全専門家の事業者による選任と両者間の協働を法定している。DGUV が制定した規程で、両者が産業保健活動に関与する最低時間（投入時間）を数値で義務づけている。産業保健の役割は主に業務上の健康リスク管理であり、産業医の担当が予定されている法定の健診も、ArbMedVV（労働医学的管理命令）で、主に“ばく露リスク管理”を目的とするものと位置づけられており、日本の特殊健診に近い。

ドイツで慢性疾患等の治療と就労の両立支援策の役割を主に担うのは、事業所委員会法が定める BEM（Betriebliches Eingliederungsmanagement：事業所編入マネジメント）であり、主に行動障害者を対象とした職場復帰支援の手続を要素としている。

その他、特に OH ナースが積極活用されている国々として、フィンランド、韓国、タイが挙げられる。

フィンランドは、産業保健法で雇用主に提供体制構築を義務づけた上で、外部産業保健サービスを契約した中小企業者に費用を償還する制度を設けており、実際の中小企業での産業保健サービスの主軸を OH ナースが担っている。OH ナースの高割合が、大学院の修了と実務経験から成る高い専門性を持っている。

韓国は、OSHA（産業安全保健法）で一定規模の事業場に保健統括者の設置を義務づけ、小規模な事業場には、国が指定した外部機関が巡回して健診、作業環境測定、保健指導等を行う仕組みを構築している。最前線の中軸は OH ナースであり、保健統括者にも OH ナースが多い。

タイでは、国の法律（労働安全衛生環境法）と省令で、一定規模の事業場に救護室やナースの配置などを求めてきた。近年は COD&ED Act（職業病・環境由来疾患の管理法）と省令で産業保健サービスを公的なもの、民間のもの、事業場自前のものに類型化し、医師と OH ナースの最低配置人数等を細かく規定し、その役割も、従来の応急手当中心から健康評価や健康教育などへ拡大した。

A. 目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、OH ナース〔産業保健看護職〕など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうち法学者と OH ナースが担当した法制度調査の結果の総括を目的としている。

B. 方法

諸外国の産業保健制度につき、これまでの調査の例とは異なり、制度と運用実態の双方を対象とする立体的な調査を図った。

そのため、法学者には、主に制度やその趣旨、背景、関係判例等の調査を配分し、OH ナースには、主にその運用実態（関係職種の業務や資格を含む）の調査を配分した。

具体的には、以下の項目立てと配分を行った。

【法学者が担当】

・産業保健に関する法令上の定め（定義、役割）

・事業者への義務づけ規定、認証制度の有無と内容

・関係判例・歴史的沿革

・法令上の選任義務の有無

・投入時間制度の有無と実態

＊投入時間：産業医が勤務時間の一定割合（原則 1/3）を職場巡視・リスク分析などの産業保健の現場活動に充てることを義務づける制度。

・中小企業支援制度（共同選任等）と実態

・民間サービスの現状と制度的意義

・選任義務がない場合の選任実態・理由

【OH ナースが担当】

・産業保健職の種類

・産業保健職の資格（法定・民間）

・産業保健職の教育制度

・産業保健職の業務内容（法令・実務）

【法学者と OH ナースの双方が担当】

・関係職種との連携（心理職、リハビリ関係職種、社会保険関係職種、安全工学関係職種など）

・個別課題（両立支援、高齢化、女性、フリーランス等）

調査方法は、基本的に文献レビューの手法に拠った。対象文献として、行政によるグリーンペーパーなどの政策文書、専門職団体によるレポートを優先し、学識者による著書、研究論文などで補完するよう誘った。

また、この作業に際しては AI（ChatGPT など）の活用を許容した。活用方法としては、先ず上掲の報告書を探索させ、そこで示されたものと、元より各担当者が承知しているものを各担当者自身が渉猟して把握したうえで AI に学習させ、本研究課

題に沿った適切な指示を適切な回答が導かれるまで与え、出力された回答を各担当者が査読して正確性を確認すると共に、適宜（大幅に）修文しつつ私見を加える手順を採用した。

C. 結果

英国

法学者による調査結果（制度関係）

1　制度的背景と基本的特徴：法による強制なき「自律的モデル」

英国の産業保健（OH）制度の最大の特徴は、日本のように事業場ごとに産業医やOHナースを選任する法的義務が存在しない点にある。これは、国民保健サービス（NHS）が全国民に無償で医療（治療）を提供する一方、産業保健は治療ではなく「予防・職務適性評価・復職支援・雇用主への助言」に特化した独自の制度として発展してきたことに起因する。 その法的基盤は、1974年労働安全衛生法（HSWA）が事業者に課す「従業員の健康・安全・福利を合理的に確保する包括的義務」にある。OHサービスの導入は、この義務を履行するための手段として、事業者の自主判断と市場原理に委ねられている。サービスの質は、法定の資格制度に加え、「SEQOHS（Safe Effective Quality Occupational Health Service）」という第三者認証制度によって担保されている。

2　産業保健専門職の役割と多職種連携

英国のOHは、医師単独ではなく、多職種チームによるアプローチを前提としている。

産業医（OHP）： 臨床医としての診断治療ではなく、医学的知見に基づいた「職務適性（fitness for work）」の判定、雇用主に対する医学的・法的助言、および鉛や放射線など特定リスクに対する法定健康監視（有害業務従事者への健診を含む特殊な健康管理）の最終判定者としての役割を担う。雇用主と労働者の間で中立性を保ちながら、就労継続のための条件を提示する。

OHナース（OHN）： 産業医が不足する英国において実務の中核を担う。健康相談、スクリーニング検査、ワクチン接種、健康教育、メンタルヘルス支援など、予防的介入と日常的な健康管理を主導する。

労働衛生専門家（ハイジニスト）： 化学物質、騒音、振動などの環境要因を測定・評価し、工学的対策（局所排気装置の設計等）を提言するエンジニアリングの専門家。これらの専門職に加え、理学療法士、心理職、安全技師等が連携し、包括的なサービスを提供する体制が大企業やNHS内部では確立されている。

3　個別課題における産業保健専門職の具体的役割

（1）持病の治療と就労の両立支援（Fit Noteと合理的配慮）

政策の最重点課題の一つである。GP（かかりつけ医）が発行する「Fit Note（条件付き就労証明書）」制度と、2010年平等法（Equality Act）に基づく「合理的配慮」義務が制度の基盤となっている。

専門職の役割： 産業医やOHNは、GPが

提示した医学的な就労条件（「軽作業なら可」「短時間勤務可」等）を、具体的な職務内容に落とし込む「翻訳者」の役割を果たす。具体的には、段階的復職（Phased Return to Work）プログラムの策定、職務再設計（ジョブ・クラフティング）の助言を行い、治療と職業生活が両立可能な環境を調整する。

(2) 高齢化への対応（慢性疾患・MSK 管理）

労働力人口の高齢化に伴い、筋骨格系障害（MSK）や慢性疾患を抱える労働者の就労継続が課題となっている。

専門職の役割： 単なる疾病管理にとどまらず、加齢に伴う身体機能の変化に対応した作業環境の調整（エルゴノミクス改善）を主導する。特に理学療法士と連携した MSK リハビリテーションの提供や、作業負担の軽減策の提案を通じて、早期離職を防止し、労働寿命の延伸を支援する。

(3) 女性特有の健康課題（更年期・月経困難症等）

更年期障害や月経困難症などが離職要因として認識されつつある中、これらを職場環境の問題として扱うアプローチが進んでいる。

専門職の役割： 産業保健専門職は、ラインマネージャーに対する教育（症状の理解や配慮の必要性）を行うとともに、個々の労働者に対しては、換気・温度管理、休憩の確保、トイレアクセスの改善、フレックスタイムの活用といった具体的な合理的配慮を提案する。これにより、女性労働者がキャリアを中断することなく働ける環境を整備する。

(4) 化学物質・有害物の管理（COSHH 規則）

「COSHH 規則 2002」に基づき、リスク評価から管理、監視に至る厳格なサイクルが義務付けられている。

専門職の役割： ハイジニストが作業環境測定を通じてばく露レベルを評価し、工学的制御（封じ込めや換気）の有効性を確認する。産業医と OHN は、生物学的モニタリングを含む「健康監視（Health Surveillance）」を実施し、健康障害の兆候を早期に発見する。特定物質（鉛など）対策では、産業医が労働者の法的な就業制限の判断権限を持つなど、規制遵守の要として機能する。

(5) フリーランス・中小企業（SMEs）への支援

自営業者や SMEs 従業員は OH サービスへのアクセスが乏しく、健康格差が生じている。

専門職の役割： 従来の「企業内配置」モデルではなく、外部プロバイダーや NHS 連携モデルを通じて、電話やオンラインによるトリアージ、ケースマネジメント、セルフケア支援を直接提供する役割が求められている。政府によるバウチャー制度や共同購入スキーム等の政策的支援と連動し、ユニバーサルなアクセス確保に向けた活動が模索されている。

(6) テレワークと新たな健康リスク

パンデミックを経て定着したテレワークは、自宅を「職場」とし、メンタルヘルス不調や孤立感、人間工学的問題といった新たなリスクをもたらした。

専門職の役割： デジタルツールを活用した遠隔でのリスクアセスメントや、オ

ンラインによるメンタルヘルス相談（CBT の提供等）を行う。また、ハイブリッド勤務下における「つながらない権利」や境界管理について助言し、孤立防止と生産性維持の両立を支援する。

4　結論

英国の産業保健制度は、法的な強制力ではなく、専門職の自律性と市場原理、そして「働き続けることが健康に資する」という科学的エビデンスに基づく政策誘導によって運営されている。産業保健専門職は、NHS（治療）と職場（労働）の間に立ち、医学的知見を「就労上の配慮」へと変換する調整役として機能しており、その役割は、従来の危険有害業務管理から、多様な労働者が健康に働き続けるための包括的な支援へと拡大している。

OH ナースによる調査結果（運用実態関係）

英国には、産業医や OH ナース（以下、OHN という）の配置義務を直接定めた条文は存在しない。しかし、安全衛生法が雇用主に広範な安全・健康配慮義務を課し、その履行のために「有資格者（competent person）」の任命を求めているため（また、民事上の duty of care の履行にもそうした人物の任命が必要となるため）、結果として雇用主が信頼できる専門職として産業医や OHN ら（または彼らを擁する産業保健サービス）を活用する企業が生じている。産業医は、不調者の就業判定、復職判定など法的な意味も持つ医学的な判定などを行う一方、OHN は依頼主の業種、健康課題、職場事情に合わせて、復職支援や職場環境調整など、日常的な産業保健サービスを設計したり、前線で提供している。

安衛法上の基盤を改め示すと、先ず、Health and Safety at Work Act 1974（労働安全衛生法 1974）第 2 条が、雇用主に対し「合理的に実行可能な範囲で」従業員の健康、安全、快適性を確保する義務を課している。そして、Management of Health & Safety at Work Regulations 1999（労働安全衛生管理規則 1999）が、法令上の要件遵守の補助のため、雇用主が「1 名以上の有資格者（competent person）」を任命する義務を定めている。こうして、産業医や OHN が名指しされずとも、彼らの活用が促されている。

雇用主が、法律で直接義務づけられていない OH サービスを利用する動機は、法的義務の履行以外にもある。1 つは、欠勤や離職による入れ替えコストを抑えることであり、もう 1 つは、従業員のウェルビーイング（well-being＝心身の良好な状態）や志気を支え、労働生産性を挙げることである。

とはいえ、OH サービスの提供は英国全体に普遍的に行き渡っているわけではない。OH サービスは主として民間・公共部門の「大規模雇用主」により提供されるため、産業保健の専門的なサービス（アドバイスや管理）を受けられるのは労働人口の約 40%にとどまり、企業規模による差が大きい。この点が、英国モデルの現実的な限界と言える。

雇用主は、上述のような面で、専門的助言や「第三者の介入」が必要だと感じると OH サービスの活用になびき、その際に求めるのは、「企業の事情を理解した実現可

能な助言」と「迅速な対応」、そしてコミュニケーション力だとされる。中小企業では導入コストの問題から、単発利用が中心となり易く、導入していない雇用主の中には、「OH サービスは健康問題を理由に従業員を退職に追い込むもの」という警戒もある。他方、単発利用をきっかけに同サービスへのメンタルヘルス相談が増え、継続導入に至った例も報告されているという。

OH サービスの提供主体として、英国ではGP（General Practitioner＝家庭医／かかりつけ医）制度との重複を避ける形で商業的に発展してきた。大企業がOHNや多職種を直接雇用する例もあるが、多くの受託者は中小規模のOHサービス・プロバイダー（provider＝提供事業者）である。民間OHプロバイダー103社への電話調査では、従業員数が1〜9人の小規模が43%と最も多く、10〜49人が30%、個人事業主が17%という分布が示され、供給側も小規模事業体であるという実像がうかがえる。また中心はOHNだが、専門性を高めるために他職種と連携していることが多く、連携先として理学療法士（physiotherapist：リハビリ専門職）23%、カウンセラー（counsellor）21%、産業医（OH physician）18%が多い。

英国のOHサービスは、提供内容が一定のパッケージで用意されつつも、依頼主の業種や従業員の健康問題に合わせてアレンジされることが多い。2019年公表の調査では、提供者側の提供割合が高いサービスとして、職場環境調整や復職計画に関する助言が94%、病気の従業員の就労適性評価（fitness for work assessment）が90%、雇用前／雇用後の健康診断（pre/post-employment health assessment＝入社前後健診）が88%とされる。委託者側から「頻繁に委託される」ものとしては、健康監視（health surveillance＝有害因子へのばく露等を前提にした有害業務就業者の健康影響のモニタリング）の支援が33%、就労適性評価が24%とされ、提供メニューの“用意”と実際の“利用”には差がある。なお、自営業者（self-employed＝自営業）や求職者（job seeker＝就職活動者）が、自身に健康上の問題がないことを示す目的で健康診断を依頼することもあるという。

OHサービスの実務の中でも重要なのが復職支援で、実効性を高めるため、Fit Note（疾病休職後の就労可否や配慮事項を示す文書）の役割が重視される。Fit Noteの記載権限は医師のほか、OHN、薬剤師や理学療法士にも付与されている。病気休業が7日以上になると、労働者は雇用主からOHサービスに紹介され、OHN等と面接してFit Noteを取得することを求められる。Fit Noteには「就業不能」または「就業可能（条件付き）」と記載され、「就業可能（条件付き）」の場合、段階的復帰（Phased Return）、労働時間短縮、軽い職務への変更などが推奨され、これを起点に、労使が合理的配慮（reasonable adjustments＝障害や健康状態に応じた合理的な職場調整）について協議するという流れがつくられる。

相談対象となる従業員の紹介や就業適性の判断など重要な局面での最終的な助言共有の時点では、ラインマネージャー（直属上司）や人事部門が連携相手とな

ることが多いが、連携の成否は彼らの産業保健への理解度に左右されると指摘するOHサービス提供者が多い。ケース対応のフォローアップ（継続確認）は広くは行われておらず、OH側が必要と判断した場合に限り、期間や健康状態に応じて行われるのが倣いとされる。

医療制度との関係では、ほぼすべてのOHサービスが何らかの形でNHSと関係しており、典型的には従業員にGPへの受診や専門治療の利用を勧める。OHサービス提供者の一部はGPに医療情報照会（相談対象者の疾病性の確認等）を行うが、GPが産業保健を軽視しているという経験則から、GPへの連絡に抵抗を感じる者もいるという。ここには、臨床医療と産業保健の優先順位のギャップがにじむ。

産業医の教育と専門性については次年度の課題とするが、さしあたり、三柴報告を参照されたい。

OHNの教育と専門性については次のように言える。先ず、看護師資格が求められる。これにはNMCへの有効な登録が必要で、日本のような国家試験はないが、大学で看護学士課程を修了し、理論と実習で4600時間程度（約3年）のカリキュラムを履修して登録可能となる。

その上でのOHNとしての専門教育は「望ましいが必須ではない」。専門教育として位置づけられるのがSCPHN（Specialist Community Public Health Nurse＝公衆衛生看護師）プログラムで、ヘルスビジター（health visitor＝地域母子保健等の訪問看護職）、スクールナース（school nurse＝学校保健の看護職）、OHNを包含するが、OHNに特化していない点がOHNには不評とされる。推定4,950人の看護師が産業保健に従事し、その約3分の2（3,330人）がNMC登録簿のSCPHN（産業保健）に登録されているという。SCPHN保有OHNは、雇用主宛ての報告書の作成や複雑なケースマネジメント（case management＝事案を継続的に統合支援する実務）など、産業医と同等の職務を担う一方、SCPHNを持たない看護職は予防接種や健康診断など定型的サービスに時間を割く傾向があるという。

OHNに求められるコンピテンシー（職務遂行能力の中核要素）については、2016年のデルファイ調査で導かれた12項目の上位5つとして、①優れた臨床ケア（治療的ケアではなく、医療機関との連携も含めた産業保健領域での現場的な臨床実践を意味し、特に有害要因へのばく露歴を含む職業歴や臨床歴の体系的把握、特に職業適性判断に活用できる情報の準備を指す）、②職業性有害要因の評価と管理（リスクアセスメント）、③コミュニケーションスキル、④障害と就業適性の評価、⑤関連法令、規範、ガイダンスの理解が挙げられている。英国でOHNが依頼主に合わせた柔軟で質の高いサービスを提供できている背景には、これらのコンピテンシー、特に就業適性の評価能力や高度なコミュニケーション能力の養成があり、SCPHN教育はそれに大きく貢献していると思われる。

ただし、英国における最大の課題として、産業医と同様に、OHナースの不足が繰り返し指摘されている。民間OHプロバイダーの多くはSCPHN保有者等、職能を持つナースの採用が難しいと回答してお

り、研修の数・機会が限定的で人材育成が進まないこと、社会的ニーズの高まりに対して絶対数が不足していることが原因とされる。2022 年に FOM（Faculty of Occupational Medicine）が産業保健に特化したディプロマ認証（DipOHPrac：Diploma in Occupational Health Practice＝産業保健実務ディプロマ）を開始したが、NMC 側でそのディプロマを専門性表示として登録する仕組みはまだない。

さらに、NHS の資金不足に伴う病院側（概ね NHS トラスト）の採用抑制や、政府の看護職育成費用削減が看護師全体の不足を継続させる可能性が述べられている。これらへの対策として、DHSC（Department of Health and Social Care＝保健省）が 2025 年 8 月に graduate guarantee（新規資格取得者に十分な就業機会を確保する施策）を発表する等しているので、OHN の増減にも影響する可能性はある。

産業保健職による個人情報保護については、法令と職業規範による規制がある。

法令としては、UK GDPR（UK General Data Protection Regulation＝英国一般データ保護規則）所定の公平性（本人の合理的期待に沿った情報の取扱い）と透明性（データ保有者、保有目的、本人の権利等の説明）、利用目的による取扱い制限、取得の最小化、保存制限等の原則が基礎にあり、DPA 2018（Data Protection Act 2018＝データ保護法 2018）がそれを独自に補完する目的で、一部の義務の免除、健康情報等にかかる追加条件などを定めているほか、これらの法律上の体制整備の求めなどに応じて、企業側には社内規程が整備されるため、産業保健専門職もこれらに従う必要がある。また、医療情報の取得・開示に関しては、AMRA（Access to Medical Reports Act 1988＝医療報告書アクセス法 1988）により、医療情報の取得には本人の書面同意が必要であること、本人が「閲覧、修正、取扱い拒否」の権利を持つこと等が定められている。

職業規範関係では、産業医は GMC（General Medical Council。医師免許を管理する公的機関）が策定した医師基本規程（Good Medical Practice）に従うことを求められており、その下に患者情報の機密保持を基本として、情報共有が必要な場合の判断枠組みを示した Confidentiality 指針が設けられている。また、産業医が雇用主に意見書を発行する場合等に適応し易い（医師一般向けの）「雇用・保険等の目的で情報を開示する場合の補助指針（Confidentiality: disclosing information for employment, insurance and similar purposes)」も公表されており、ここには本人同意の必要性や取得方法、本人による情報の閲覧機会の保障などが示されている。

専門職団体である FOM（Faculty of Occupational Medicine）も、産業保健実務の倫理指針（Ethics Guidance for Occupational Health Practice）を公表しており、雇用主向けの意見書の作成や提供に際しての本人同意の確保などが示されている。

OHN は NMC（Nursing and Midwifery Council＝英国看護助産評議会）の行動規範に従う。この規範は Nursing and

Midwifery Order 2001（看護・助産に関する命令 2001）に基づき整備され、違反には業務停止、登録抹消等の職能的な規制措置があり得る。

個別課題ごとの産業保健（制度）の貢献は以下のように整理できる。

高齢労働者支援の例としては、Ronseal 社が実施していた、長期病欠からの段階的復帰や復職時の環境調整や勤務時間の見直し、一時的な勤務軽減等による就労継続支援策などが挙げられる。

治療と就労の両立支援については、国の制度としては、Equality Act 2010（平等法 2010＝差別禁止法制）に基づき Access to Work（障害者雇用促進のための助成制度）が設けられ、障害者や心身の不調による就業困難者に対し、合理的配慮等の様々な支援措置（補助具・機器、改造、通勤費補助、面接時コミュニケーション支援、サポートワーカー、メンタルヘルス支援等）を行う費用を助成している。対象者には、被用者のみならず、自営業者も含まれる。産業保健職の関与については、次年度の調査に委ねる。

女性の就労支援としては、主に行政による更年期対応が行われている。すなわち、HSWA（労働安全衛生法）と Equality Act を根拠に、ACAS（Advisory, Conciliation and Arbitration Service＝労使紛争調整等を担う非省庁型公的機関）が雇用者向けガイダンスを公表し、管理者教育、リスク評価と職場での配慮、柔軟な勤務、職場文化の改善等を推奨している。さらに政府は 2025 年 7 月に Employment Rights Bill（雇用権利法案〔当時。その後成立〕）の実施ロードマップを公表した。これは、1996 年雇用権利法を大幅に修正する 2025 年雇用権利法（2025 年 12 月に成立）の主な内容の施行が 2027 年であることを前提に、まずは任意、後に義務化という段階的導入を図るもので、その中で、先ずは 2026 年 4 月から任意導入予定の施策として、男女賃金格差（gender pay gap＝男女の賃金差）や更年期対策計画の推進、妊娠中・産休・復帰期の解雇保護強化が述べられる。

以上を総括すると、以下のように言える。

英国の労働安全衛生は、「法令遵守中心」から「リスクアセスメントに基づく自主管理」へ展開し、雇用主に重い責任を課すことで実効性を高めてきた。さらに、労災予防から疾病で長期休業する人復帰支援へと射程が広がり、産業保健を「職場における公衆衛生」と捉え、良い労働が総合的な幸福につながるというメッセージを国民に周知してきた。そして、特に新型コロナ禍以降、メンタルヘルス不調を理由とする休業が増え、雇用主は従前の身体的リスク対応だけではなく、対話を通じた継続就労が可能な条件づくりの必要に迫られている。そうした文脈で、法定配置義務のない産業保健職、特に OHN が、依頼主に合わせたサービスの提供により評価を得ている点が英国の強みと言える。

ただし、「復職から安定就労まで」の継続支援や多職種連携を要するメンタルヘルス支援における産業保健職の活動実態や効果については、更なる調査を要する。

日本への示唆として最も重要なのは、OHN に対する、公衆衛生を基盤に多職種連携のリーダーシップを取れるような実践

的な教育（特にケース・マネジメント教育）の標準化、質保証、そして多職種連携を前提とした支援体制の構造的、制度的な担保である。

米国

法学者による調査結果（制度関係）

1. 制度の背骨：1970 年 OSH 法と OSHA-NIOSH 分業体制

米国の産業保健制度の基礎は1970年の労働安全衛生法（OSH 法）である。産業保健は他の法領域の規制にも関わるし、政府の計画やガイドライン等による誘導策も講じられてきたが、OSH 法に基づく産業保健制度について言えば、同法の性格を反映して、規制行政的性格が強い。すなわち、米国の制度は、「規制・執行」を担う OSHA（Occupational Safety and Health Administration：米労働安全衛生局）と、「研究・勧告」を担う NIOSH（National Institute for Occupational Safety and Health：米国立労働安全衛生研究所）の分業を中核として展開してきた。

OSHA は、職場の安全衛生基準の策定、監督や法執行（調査、是正その他の行政措置）、指導や支援を担う機関である。NIOSH は、労働災害・職業性疾病の原因と予防策を研究し、科学的根拠をもってばく露限界値（REL：Recommended Exposure Limit。研究機関が示す望ましい上限の目安）などを推奨／勧告する機関である。

この分業構造は、後に述べる、「基準更新の遅れ」の他、米国における「化学物質管理」や「新興リスク対応」を特徴づけている。

2. 「全国的に統一された制度」とは捉えにくい

米国の産業保健制度は、その適用範囲と所管の分散から、単一的に捉えることは難しい。州が連邦の OSHA に承認された独自の安全衛生プログラム（州プラン）を持つ場合、州が基準策定や執行を担う。また、州の公務員や地方自治体の地方公務員は連邦 OSHA の直接適用外であり、自営業者、鉱山なども適用対象外である。このうち鉱山は MSHA（Mine Safety and Health Administration：鉱山安全衛生局）の管轄である。自営業者には、別の所管が存在しない。州プランがない州の公務員にも OSHA に相当する法の適用が及ばない場合がある。家族経営農場の一部（小規模で一定条件を満たす場合）は、OSHA の適用対象ではあるが、執行制限され、別所管も存在しない。海事の検査対象船（inspected vessels）のように、一部は沿岸警備隊（USCG）と OSHA の管轄が重なる領域もある。

結果的に、連邦機関同士、州、（公的管轄が及ばない領域での）民間サービスなどの管轄が併存する断片化（fragmentation）が生じ易くなっている。

3. 個別基準が未整備な領域を補う「一般的義務条項」

制度適用の断片化の下では、個別的な基準が未整備な領域が残り得る。そこで、OSH 法第 5 条の一般的義務条項（General

Duty Clause：「死亡または重大な身体的危害を生じ得る、認識された危険のない職場を提供せよ」という総則的義務規定）が、一定条件下で隙間をカバーし得る。

その直接的な適用対象は OSH 法の適用対象である雇用主であり、他の連邦機関の適用対象領域では、OSH 法第 4(b)(1)によって同法の適用は排除されるが、参照はされ得る。たとえば、州プランの下では州の一般的義務条項の解釈に際して、安全配慮として何が合理的かを測るために参照されることはあり得る。

4. 統計の限界

労働統計局の負傷・疾病・死亡統計（IIF：Injuries, Illnesses, and Fatalities）は、死亡災害に関する CFOI（Census of Fatal Occupational Injuries：致死的業務災害統計）と、非致死性の災害・疾病に関する SOII（Survey of Occupational Injuries and Illnesses：非致死的業務災害疾病統計）から構成されている。しかし、CFOI は原則として「疾病による死亡」を十分に含まず、職業性がんなど長期潜伏疾患の死亡負荷を捉えにくい。また SOII は、事業者自身が作成する記録（OSHA ログ）を蒐集した統計なので、業種により（特に農業などでは）、記録が正確に保存されず、実態が正確に反映されていない可能性がある。

統計の限界には、過少・遅延・（公務員、自営などにかかる行政管轄ごとの）分散把握が生じやすいといった「制度構造に起因する」ものもある。また、「労働・環境変化に起因し、基準の適用が追いつかない」ために生じているものもある。例えば有害物質のばく露限界値である REL（Recommended Exposure Limit。研究機関が示す望ましい上限の目安）や PEL（Permissible Exposure Limit：許容ばく露限界）の整備が遅れれば、測定や監視がなされ難くなるし、業務起因との認定もされ難く、従って統計化され難くなる。

5. 近年の政策的なテーマ、行政と行政以外の役割

こうした事情と連動しているかは不明だが、近年の産業保健政策は、新興リスクや「働き方」への対応にも論点を拡張している。代表例として、熱ストレスにかかる連邦基準づくり、職場メンタルヘルスを公衆衛生課題として扱う動き、NIOSH による総合労働者保健（TWH：Total Worker Health〔安全対策と健康増進・ウェルビーイングを統合する考え方〕）の推進などが挙げられる。

では、行政はこれらの課題対応で、具体的にどのような役割を果たしているか。

上述の通り、OSHA は規制や法執行の中核であり、監督官（CSHO：Compliance Safety and Health Officer）が専門性に基づいて調査、評価、助言を担う。州プラン（独自の安全衛生プログラム）がある州では、連邦と同等以上の有効性を求められる前提で、州が基準の整備や執行を担う。OSHA の執行をめぐる争いを裁定する独立機関として OSHRC（Occupational Safety and Health Review Commission：労働安全衛生審査委員会）が存在し、執行上の手続の適正を担保する。

一方、NIOSH は研究や勧告を担い、職場の健康ハザード評価（HHE：Health Hazard

Evaluation）など、現場支援にも関与する。

もっとも、OSHA も規制行政から離れたオンサイト相談（中小向けの無償・守秘の支援）や OTI 教育センター（OSHA Training Institute Education Centers）のネットワークを利用した OSHA 開発プログラムに基づく安全衛生教育などの緩やかな支援も行っている（いずれも実施は州機関や大学、非営利組織などに委ねている）。

また、民間保険会社が損失管理（risk engineering：事故や損害を減らすための技術や運用の支援）のために安全衛生支援を提供することが多い点も、米国の産業保健の特徴と言える。

6. 産業保健専門職

米国では、産業医等の産業保健専門職の配置は法定されていない。事業者のリスク管理や労務管理、保険・補償（保険料の増加や紛争リスクなどに結びつく）との関係などに応じて任意に活用されてきた。産業保健専門職による実務では、リスクアセスメント、制御階層に基づく対策（Hierarchy of Controls：危険源の除去→工学的対策→管理的対策→個人保護具の順での対策〔いわゆるスリーステップアプローチ〕）、教育訓練、医療サーベイランス（特殊健診に基づく健康管理等）、ケースマネジメント（特に病気休職者の復職支援、保険手続きの支援など）、PDCA サイクルによる継続的改善、諸種のパラメータの記録や報告、監査などが行われる傾向にある。

米国の産業保健は、臨床ベクトル（個人中心）と予防ベクトル（集団・職場中心）の併走を重視する。日々の運用は、産業保健看護師（OHN）が中心となって回し、有害物を含む作業環境の測定や評価では IH（Industrial Hygienist〔ハイジニスト〕）や安全専門職が関与し、不調者の就業判定や就業制限などの医学的判断や、制度対応、プログラム監修などの知的で責任の重い業務は産業環境医（OEM：Occupational and Environmental Medicine）が担保するという分担が図られることが多い。

7. 個別課題について

(1) 慢性疾患などの治療と就労の両立支援

米国では、ADA（Americans with Disabilities Act：障害者差別禁止法）に基づく合理的配慮、FMLA（Family and Medical Leave Act：家族・医療休暇法）に基づく無給での雇用保障休暇、州や企業独自の制度による所得補償（州の場合、PFML〔Paid Family and Medical Leave：有給家族医療休暇〕など）、COBRA（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act）や ACA（Affordable Care Act：医療保険改革）により、労働者の離職等の後にも企業の団体医療保険を一定期間継続し、医療アクセスを維持できる仕組みなどの組み合わせで、日本でいう両立支援策が支えられている。また、米国でのこの面での実務の要諦は、病名より機能制限を中心に配慮を設計すると共に、医療情報を分割して管理し、雇用主ら関係者には必要最小限のみ共有する点にある。

(2) 高齢労働者

BLS のデータや解説によれば、米国において、高齢者は負傷頻度が相対的に低くても、負傷時の重篤化リスクが高い傾向にある。よって、データに基づくリスクアセスメント、転倒・骨折等に焦点を当てた職場の環境改善、慢性疾患を織り込んだ職務再設計、ADA に基づく合理的配慮と ADEA (Age Discrimination in Employment Act：年齢差別禁止法) に基づく公正処遇の手続化、疾病発症時の休業 (FMLA) や復職支援 (ADA、ADEA)、所得補償 (Worker’s Compensation) の統合運用が重要と考えられている。

(3) 女性特有の健康課題

月経、更年期、妊娠・産後・授乳などの母性は、差別禁止と合理的配慮 (主として PWFA〔Pregnant Workers Fairness Act：妊婦の公正取扱いを定めた法律で、妊娠等の制約への合理的配慮等を定めている〕、症状・合併症の態様によっては ADA〔Americans with Disabilities Act：障害差別禁止法〕) に加え、休業 (FMLA〔Family and Medical Leave Act：家族・医療休暇法〕および州の PFML〔Paid Family and Medical Leave：州法上の有給家族・医療休暇制度〕等)、授乳 (PUMP Act：搾乳の時間・場所の確保等の定めをもたらした FLSA 改正法)、さらに生殖関連リスクのばく露管理 (OSHA/NIOSH の安全衛生) といった複数の制度に跨がる課題である。実務上は、雇用主や関係者が取扱い情報を診断名より必要最小限の機能情報 (できること・できないこと等) へ加工すると共に、申告の障壁 (スティグマ) を下げる環境整備と、必要に応じて合理的配慮や休業へ接続できる手続を併走させることが要諦と考えられている。

(4) ギグワーカー／フリーランス

雇用関係を前提とする制度の外に置かれやすく、責任境界が曖昧になり、保護の空白が生じ易い点は他国と同様である。OSH 法も、独立請負人 (independent contractor) への保護は及びにくい。しかし、プラットフォーム企業は、アルゴリズム (仕事の配分、評価、報酬、稼働誘因) などの設計ないし管理権を持つことが多い。そして、産業保健 (制度や職種) が介入し易い実装点として、リスク (源) の同定と指標づくり、アプリの安全設計 (Safety by Design)、データ収集、教育、装備支援 (個人保護具等)、事故後のケアと就労継続支援等が挙げられる。産業保健職を、portable benefit (雇用主ではなく就労者に紐付けた諸種の給付〔有給休暇、労災補償、健康保険等〕) の媒体とする方向性も探られている。現に、NIOSH は、Future of Work Initiative (未来の働き方) という研究と実装の枠組み設定で、アルゴリズムのメリットと共にリスクを指摘している (ただし、積極的に責任主体を提言してはいない)。カリフォルニア州の Proposition 22 (2020 年に成立した州法) は、Uber 等で働くアプリベース運転者を独立請負人と位置づけながら、彼らへの医療保険補助 (stipend) や一定の給付・保険などを求めているし、ニューヨーク市のように、フードデリバリーのアプリ会社に対し、保護具 (断熱バッグ) の提供やトイレへのアクセス、情報提供などを

義務づける法整備を進めている自治体もある。

(5) テレワーク

在宅勤務では、一般に、作業環境管理が弱まり、人間工学的負担、境界侵食（長時間化）、孤立などの心理社会的リスクが複合化し易い。しかし、OSHA は、典型的なホームオフィスの点検を一律的には事業者に求めない方針を採用し、規制よりも自主管理を促すツールや情報提供（チェックリスト、教育、相談窓口の設置や案内、データの把握と改善方法の提案など）を中心としている。産業保健職が支援する場合、これらを横断統合する役割（特に健康リスクの特定と評価、介入設計、教育、相談対応、健康データのレビューと改善提案等）を持つ。

(6) 化学物質・有害物管理

米国での化学物質管理は、

① OSHA による危険有害性の周知（Hazard Communication：SDS、ラベル、教育による労使へのリスク管理上必要な情報の伝達）と、職場でのばく露管理、

② EPA（Environmental Protection Agency：環境保護庁）による有害物質の製造・流通（TSCA）、環境排出や廃棄（RCRA）、浄化（CERCLA）を管理や地域住民の知る権利保障の監督、

③運輸省（DOT）内の PHMSA（Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration）による輸送規制（一定分量以上の有害物を輸送する場合の表示、包装、訓練など）の監督、

がライフサイクルの各段階での管理を分担する多層構造になっている。よって、職場では、インベントリ（職場にどのような有害物があるかを記録した台帳）整備、SDS（化学物質のリスクと対応法を記したシート）の活用、ばく露評価、制御階層を踏まえたより上流の対策（危険源の除去や有害性が弱いものへの代替などの本質的対策→工学的対策→管理的対策→個人的保護具〔PPE〕）、教育、健康監視（有害業務従事者への健診を含む特殊な健康管理）、緊急時対応、地域連携を統合的なプログラムとして回す必要があると考えられている。

産業保健専門職は、こうした制度を前提に、危険有害物の情報と適切な管理策（の優先順位）を関係者に伝達して実装を支援すると共に、教育、健康監視、緊急対応、外部連携を統合する「実装のハブ」を担うこととされている。

OH ナースによる調査結果（運用実態関係）

米国の産業保健制度の土台は、OSH 法（Occupational Safety and Health Act 1970）である。これにより雇用者は、既知の危険がない職場を提供する義務を負い、同法の専門的な執行機関である OSHA（Occupational Safety and Health Administration）が、OSHA 基準（危害防止基準：労使がなすべきこと・なすべきでないことを罰則付きで具体化したルール。有害物質へのばく露が許される限界値なども含む）の策定と施行を担っている。また同法により、NIOSH（National Institute for Occupational Safety and

Health）が設立され、労働者の健康と安全に関する研究と、研究成果の現場実装を担っている。さらに米国では連邦だけではなく、一定数の州が「州計画（State Plan:州が OSHA と同等以上の効果を OSHA によって認められた制度を策定して運用する仕組み）」を持ち、連邦 OSHA に代わって、その制度を運用している。なお、米国では労災補償（workers' compensation）については、そもそも連邦の包括立法は存在せず（ただし、州制度の 2 階部分に趣旨や対象を限定した労災補償プログラムが設定されてはいる）、労災予防制度以上に州差が大きい。殆どの州で事業者の強制加入だが、一部では任意加入とされている。

労使の権利義務を整理すると、雇用者側は OSH 法上、個別具体的な基準の遵守と共に、「一般的義務条項」（第 5 条(a)）に基づいて、危険のない職場づくりを求められている。主に OSHA 基準で求められている具体例として、職場の点検、安全装備や保護具（PPE：Personal Protective Equipment のこと。ヘルメットや保護メガネ等の保護具を指す）の整備、有害源の表示や色分けによる警告、対応策の手順書の作成と周知、安全教育、化学物質のリスクコミュニケーション（化学物質の危険有害性や安全な取扱い方法をわかり易く伝える仕組み）、必要に応じた医学的検診の実施などが挙げられる。やはり OSHA 基準により、災害発生時は OSHA への報告と是正が求められ、災害記録（OSHA フォーム 300 等）の作成・保存も雇用者に義務づけられている。労働者による OSHA に基づく権利行使や通報（告発）に対する報復は禁じられている。日本の安衛法に比べ、OSH 法には労働者の権利規定が多く、これには、安全で衛生的な職場で働く権利という一般的なものから、理解可能な言語・方法で教育を受ける権利、安全な設備で働く権利、有害な化学物質から保護される権利、危険状況下での就業拒否の権利、OSHA による検査や検査官との面談の請求権、災害や災害リスクに関する記録や医療記録へのアクセス権などの具体的なものまで様々である。上述した通り、これらの権利行使を理由とする解雇等の不利益取扱いは禁止されている。

OSH 法では、日本法とは異なり、事業者のリーダーシップを前提とした安全衛生委員会、安全・衛生管理者の設置などの安全管理体制の整備は、一般的に義務づけられてはいない。OSH 法による罰則付きの要求は、個別的な OSHA 基準の遵守と一般的義務条項の履行に限られている。確かに、一般的義務条項の履行のため、安全衛生委員会の設置、安全・衛生管理者（に相当する者）の設置が間接的に求められたり、呼吸器保護具についてのプログラムの作成・運用と管理者の設置、Hazard Communication についての書面プログラムの作成と周知、労災疾病等の記録・報告（OSHA Form 300 等）などが、OSHA 基準で特定的に罰則付きの義務づけが行われることはあったが、一般的に管理体制の整備が法的に要求されては来なかった（ただし、カリフォルニア州の IIPP〔Injury and Illness Prevention Program：災害・疾病予防のための自主管理プログラムで、全事業者に義務づけられている〕のように、州計画〔State Plan〕

の一部では、計画設定と責任者の選任を罰則付きで義務づける例もある)。

安全衛生管理体制の設置は、OSHA の Voluntary Guidelines (Voluntary Safety and Health Program Guidelines〔1989〕)や、VPP(Voluntary Protection Programs)に基づき、あくまで任意である（ただし、VPP の立法上の下支えは第 2 条(b)(1)である)。

OSHA の Voluntary Guidelines は、災害疾病の抑制には体系的な方針、手順、実務から成る仕組みが必要として、①管理者層のリーダーシップや労働者参加、②作業場の分析、③本質的対策を重視する管理階層による対応、④安全衛生教育・訓練の必要性などを説いている。他方の VPP は、①～④の要素を中核とした優良な安全衛生管理システムを備えた事業場を OSHA が公式に認定する制度であり、外部評価、継続監視、インセンティブの組み合わせを特徴としている。

専門職活用に関する規制には、日本と大きな差がある。米国では、連邦レベルで「事業場に産業医を配置せよ」という一般的義務は定められていない。ただし、個別的な OSHA 基準（有害粉じん業務等で工学的対策が十分でない場合の呼吸用保護具の使用等）で医学的監視（特定の有害要因にさらされる人を対象に、医学的にチェックし続ける仕組み）が求められているため、企業は産業医や提携医、OH ナースを雇用や委託契約で確保しているのが一般的だという。その中核的存在が OH ナースであり、看護師免許を取得した RN（Registered Nurse：登録看護師）が中心となって、労働者の健康評価、傷病対応、職務適性評価、健康増進、復職支援などを担っている。

専門性の証明のため、ABOHN（American Board for Occupational Health Nurses, Inc. ：アメリカ産業看護師認定委員会）が民間認証として COHN ／ COHN-S（Certified Occupational Health Nurse ／同 Specialist）を発行している。COHN の受験には看護師登録（RN）に加えて過去 5 年間で 3,000 時間の産業保健看護経験が求められ、COHN-S にはさらに学士以上の学位要件が加わる。産業医については ABPM（The American Board of Preventive Medicine：予防医学系の専門医認定機関）などの専門医制度があり、安全専門職には BCSP（Board of Certified Safety Professionals：安全専門職の認定団体）の CSP（Certified Safety Professional：安全専門職の民間資格）などが広く用いられている。

専門職が従事する個々の産業保健活動については以下の通り。

①健康診断

米国には日本のような「全事業所による一律の定期健康診断義務」はない。ただし、多数の個別的な OSHA 基準で、特定の有害要因に対す医学的監視が義務づけられている。好例として、有害粉じん業務等にかかる呼吸用保護具に関する医学的評価（29 CFR 1910.134）や、鉛ばく露に関する血液検査（29 CFR 1910.1025）などが挙げられる。雇用主には結果の記録が義務づけられ、労働者のアクセス権が保障されている。

②作業環境測定

OSHA が PEL（Permissible Exposure

Limit：法定許容ばく露限界）を定め、超える可能性がある場合に雇用者が測定を行い、必要に応じて定期的に再測定するよう義務づけている。法定されてはいないが、企業が参考にすることが多い推奨値として、NIOSH の推奨ばく露限界値を指す REL（Recommended Exposure Limit. 1 日最大 10 時間、週 40 時間の時間荷重平均、15 分平均、一瞬も越えてはならない天井値の 3 種がある）や ACGIH の推奨ばく露限界値である TLV（Threshold Limit Value. REL と同様の 3 種があるが、1 つ目は 8 時間の時間荷重平均）がある。州による法定の独自基準もある。

繰り返しになるが、米国で、産業保健活動の中軸は OH ナースである。同職について、連邦法上の配置義務はないが、企業は OSHA 基準の遵守や健康管理のために雇用または委託するのが一般的だとされる。大学院の修了者が多く、NIOSH が大学院内に設置する ERC（Education and Research Centers）がプログラムした産業保健看護の修士／博士過程を持つ大学院の修了者が多い。ERC が奨学金により進学を後押しする例もあるという。

典型的な業務は、災害時・疾病発症時の応急処置や看護、健康指導、教育の企画実施、作業環境や業務の健康リスク評価、労災・健康障害のケース管理（治療から補償までを含む）、復職支援など多岐にわたる。就業先も、製造業、建設業から保険会社、政府機関、軍、コンサルティング事業まで幅広い。もっとも、産業保健領域の看護師は高齢化が顕著で、2018 年調査時点で約 73.5％が 50 歳超と分析され、人材確保の課題が示唆されている。

OH ナースを含む産業保健専門職がよく多職種連携を行う場面として復職支援がある。

NIOSH が提唱する「安全衛生」と「健康増進」を統合して取り組む戦略に Total Worker Health があり、全米に拡大している。その重点プログラムの一つに復職支援があり、欠勤期間の短縮や医療・補償コストの低減などに効果的な支援のモデルとして、SAW／RTW（Stay at Work／Return to Work：治療中の就業継続と、治療後の早期復職を支える実務モデル）が普及している。

このモデルの運用時によく参照されるのが JAN（Job Accommodation Network：合理的配慮や復職支援の情報提供ネットワーク）や米労働省の提供する情報である。ここでは法制度面の情報も提供されており、ADA（Americans with Disabilities Act：障害者差別禁止法）と FMLA（Family and Medical Leave Act：家族・医療休暇法。所定の対象者に最大 12 週間の無給だが雇用保障付き休暇の権利を保障している）に基づく権利義務があることも示されている。雇用者は、ADA に基づき、労働者との interactive process（インタラクティブ・プロセス：労使の対話を通じて配慮内容を決める手続）を通じて、合理的配慮（reasonable accommodation：仕事内容の一時変更、時短、在宅勤務など、過度の負担にならない範囲の調整）を検討する義務がある。よって、「完治まで復職させない」という一律方針は ADA に抵触する可能性がある。

このように、復職支援等の場面において、産業保健専門職は、法制度も踏まえつ

つ、雇用者、管理者などとも連携しながら職務に当たる必要がある。

OSHA では、主に中小企業向け支援策として、On-Site Consultation Program（オンサイト相談プログラム）を実施している。これは、無料での情報提供、教育訓練、現地訪問、助言を州機関や大学のコンサルタントなどに委嘱して行う仕組み（On-Site-Consultation）であり、優先対象として「危険度の高い職場」などが挙げられている。別途、OSHA の地域／地区職員である CAS（Compliance Assistance Specialists）が、取締り（enforcement）には関与しない前提で雇用主らの法令遵守面を支援する。また、On-Site Consultation Program を利用し、模範的な安全衛生プログラムを運用している小規模事業場を認定・表彰する制度として、SHARP（Safety & Health Achievement Recognition Program）がある。ただし、衛生関係の支援内容は、OSHA 基準や安全衛生管理に関わる化学物質・粉じん、暑熱、騒音、人間工学的課題への対策が中心で、糖尿病・がん患者の治療支援のような個人の疾病管理や健康増進は殆ど想定されていない。

日本で注目されている個別課題については、以下の通り。

難病の治療と仕事の両立支援は、米国では、法的権利と実務モデルの組合せとして実現が図られている。がんや慢性疾患などが日常生活機能を制限する場合、ADA（障害者差別禁止法）では「障害」とみなされ、該当者は雇用主に合理的配慮を求められる。配慮の具体的内容は、interactive process で個別的に決められる。FMLA（Family and Medical Leave Act：家族・医療休暇法）は、所定要件を満たす場合に最長 12 週間の雇用保障付き休暇権を対象労働者に付与している。両法に基づき、対象労働者は、治療のための休暇を取得した後に、合理的配慮を受けて復職し、就業継続を図る流れが多いという。実務面では SAW／RTW（Stay at Work／Return to Work:治療中の就業継続と、治療後の早期復職を支える実務モデル）が参照され、軽作業、段階的復帰、職場調整などが試みられている（ただし、全国規模の実施率統計はない）。Long COVID（長引く新型コロナ後遺症）も、ケースによっては ADA 上の「障害」と評価され得るため、通院配慮や時短、遠隔勤務などの合理的配慮の対象になり得るという。

高年齢労働者の就業上の健康への配慮については、40 歳以上の労働者を保護対象として年齢差別を禁じた ADEA（Age Discrimination in Employment Act）と、NIOSH が公表した啓発用のガイダンスである Productive Aging（労働者が年齢を問わずに働き続けられるよう、雇用者に年齢に配慮した職場設計を促す内容。Office for Total Worker Health の管轄）を参照した実務が進むと期待されている。NIOSH の関係 WEB サイト（Productive Aging and Work）や Ergonomic Guidelines for Manual Material Handling などの実務ガイドによれば、その具体策は、人間工学的改善（身体負荷を減らす作業設計）、照明や視認性の改善、温熱管理、作業ペースの調整、休憩の柔軟化などになると考えられる。高齢者の場合、傷病の回復が遅くなり得る点を踏まえ、SAW／RTW（前掲）

や段階的復職、職務適合評価（医師の判断による一時的な軽作業への配置等を含む）などになると考えられる。

女性労働者の健康への配慮については、近年、妊娠・出産・授乳に関して法整備が進んだことが特筆される。すなわち、2023年6月に施行されたPWFA（Pregnant Workers Fairness Act：妊娠労働者公正法）が妊娠・出産またはそれらに関連する健康状態に対する合理的配慮義務を明文化した。同法の施行を受けて、EEOC（雇用機会均等委員会）は、2024年に規則を策定し、連邦規則に編入された。同規則は、合理的配慮の例として、勤務スケジュールの変更、テレワーク、駐車の便宜、軽作業や一時的な職務再編等を挙げている。授乳については、PUMP Act（Providing Urgent Maternal Protections for Nursing Mothers Act）というFLSA改正法が制定された。これは、搾乳のための休憩時間と、トイレ以外で人目につかない私的空間の確保等を雇用者に義務づけた法律で、従業員数50人未満で「極度の困難」がある場合を例外とする。他方、月経や更年期障害に関する連邦法上の包括的規定は乏しく、行動に支障が生じるような重い症状なら、ADA（障害者差別禁止法）上の「障害」に当たり、合理的配慮の対象になり得るに過ぎないため、州や企業ポリシーに委ねられている。

フリーランス等の健康管理は、雇用主が提供する産業保健サービスやEAP（Employee Assistance Program：従業員向けの民間企業による相談支援などのプログラム）、企業健診等の恩恵を受けにくく、労災補償（workers’ compensation）の対象からも外れ易い（ただし、被保険者推定が働く州もある）。医療保険も概ね個人加入となるので、ACA（Affordable Care Act）に基づき設置されたACA Marketplaceを利用する者が多い。これは、必須の給付（EHB）、加入資格者などが定められ、民間の保険会社が保険プランを示して、個人や小規模事業者が選択できるよう設定された、オンライン上の公的な市場である。ここ経由で加入した保険には所得に応じた保険料補助がある。また、州によっては低所得者に対して公的医療保険であるメディケイドの適用可能性もある。Marketplace経由で加入した保険には、メンタルヘルス等が必須の給付（EHB）に含まれるが、これはあくまで保険給付であって、予防的・日常的な産業保健サービスとは異なる。その他、OSHAが実施するOutreachと呼ばれる啓発目的の安全衛生教育（common safety and health hazardsに関する教育であり、入門編〔一般労働者向け〕の10時間と応用編〔管理監督者向け〕の30時間から成る）は、個人も受講できる。しかし、包括的支援は限定的であり、Freelancers Union（独立就業者向けの支援団体）などの民間団体や州・自治体の役割に期待するしかない状況にある。

このように、米国の産業保健制度は、危険源に応じた特定の基準による対応と企業の自主的な対応を基本とし、それらの履行のために産業保健専門職が任意に活用され、特にOHナースが幅広い業務を担っている。

以上の整理を踏まえた日本への示唆は、①法的な権利保障（権利と義務の明確化）

と職場で回る実装モデル(SAW／RTW、合理的配慮の具体的な運用、年齢に配慮した職場設計など)を併走させること、②OHナースの専門性を中核資源として活かすこと、③中小企業やフリーランスなど脆弱セクターへの支援を強化すること、の3点に集約される。

フランス

法学者による調査結果（制度関係）

1　産業保健に関する法令上の定め（定義・政府方針・制度）

フランスの産業保健法制は、まず使用者に対する広範な公法上の安全配慮義務を出発点とする。労働法典 L.4121-1～L.4121-3 は、使用者が労働者の安全を確保し、心身の健康を保護するために、危険の予防、情報提供・訓練、組織・手段の整備を講ずることを明示する一般原則である。これらの原則は、個人用保護具に依存する前に集団的防護措置を優先し、体系的なリスク評価に基づく一貫的な予防計画の策定へと具体化される。中核的な実務ツールが Document unique d'évaluation des risques professionnels（DUERP：職業リスク評価統一文書）であり、これは各事業者が自社のあらゆる職業上の危険を洗い出し、結果を継続的に反映・更新することを要求する。DUERP（職業リスク評価統一文書）は作成後 40 年間保存され、労働者・元労働者、企業内の Comité social et économique（CSE：社会経済委員会）構成員、SPST：産業保健サービス)、労働監督機関、社会保障機関の予防部門、Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics（OPPBTP：建設・土木の予防専門機関)・Institut national de recherche et de sécurité（INRS：国立産業安全研究所)・Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail（ANACT：労働条件改善庁）等の専門機関、放射線規制当局などが閲覧できる。さらに、DUERP(職業リスク評価統一文書)の記載・更新義務に違反すると第 5 級の過料対象となり、再犯時には刑法典に基づく処罰が及ぶと定められている(R.4121-5、R.4741-1 等)。これらの要件は、DUERP（職業リスク評価統一文書）が単なる社内資料ではなく、予防の実効性と説明責任を担保する「長期保存・広範閲覧可能な法定ドキュメント」であることを意味する。

政策運営レベルでは、国家から地域へと接続する二層の計画体系が制度の動力を形成している。すなわち、国レベルの「Plan national de santé au travail（PNST：国家労働衛生計画)」を、地域レベルの「Plan régional de santé au travail（PRST：地域労働衛生計画)」が具体化する構造である。PNST(国家労働衛生計画）は通常 5 年サイクルで策定され、労働大臣が主導し、Conseil d'orientation des conditions de travail（COCT：労働条件指導委員会〔＊日本では、労働政策審議会安全衛生条件分科会に相当する[三柴]]）に付議される。PRST（地域労働衛生計画）は各地域で

DREETS：地域経済・雇用・労働・連帯局）の責任のもとに実施され、県知事（Préfet）も関与する。さらに、PNST（国家労働衛生計画）および PRST（地域労働衛生計画）は、保健省主導の公衆衛生計画（例：Plan national santé environnement（環境衛生計画）、Plan Cancer（がん対策計画））との整合性を確保するかたちで策定され、**労働衛生と公衆衛生の接合を制度的に担保**している。Conseil d’orientation des conditions de travail（COCT：労働条件指導委員会）は日本の労働政策審議会安全衛生条件分科会に相当しつつも、政府・使用者・労働者代表に加えて社会保障機関の代表も加わる広いステークホルダー構成をとり、PNST（国家労働衛生計画）の方向付けに積極的に関与する。

制度の骨格は、「監督・保険・予防」の三位一体で設計されている。監督機能は労働監督官等を通じた行政執行が担い、保険機能は労災・職業病部門（AT/MP）を含む社会保障ルート、すなわち**Caisse nationale de l’assurance maladie（CNAM：国民健康保険金庫）および Caisses d’assurance retraite et de la santé au travail（CARSAT：地域年金・労働衛生保険金庫）が担う。予防の中核は SPST：産業保健サービス〔＊〕）であり、企業は自前で設ける SPSTA：独立型産業保健サービス〔＊＊〕）を整備するか、あるいは複数企業が共同で設ける SPSTI：共同型産業保健サービス〔＊＊＊〕）に加入して、SPST（産業保健サービス）から「職場環境における活動」（巡視・リスク分析・企業ファイル作成等）と「個別的健康管理」（一般／強化の適性判断、復職・事前復職・中途キャリア面談等）の両面サービス提供を受ける仕組みである。

SPST（産業保健サービス）の認可は DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）が全国仕様書に基づいて 5 年サイクルで付与し、適合しない場合には DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）が取消・短縮等の是正措置をとることができる。さらに、共同型の SPSTI（共同型産業保健サービス）は、DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）および CARSAT（地域年金・労働衛生保険金庫）と CPOM（Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens：複数年目標・手段契約）を締結し、地域の PRST（地域労働衛生計画）の優先課題、就労継続や Prévention de la désinsertion professionnelle（PDP：職業的離脱の予防）などの戦略を、数値・定性指標とフォローアップ手順を伴って具体化する。CPOM：複数年目標（手段契約）は最長 5 年で締結され、必要に応じて追加条項で修正可能とされる。

＊SPST：日本では、国が設置を求めた産業保健制度そのものに相当する。

＊＊SPSTA：日本では、社内の産業保健体制に相当する。

＊＊＊SPSTI：日本では、外部委託を受ける嘱託労働医、中小企業を支援する地域産業保健センター／産業保健総合支援センター、民間の産業保健支援会社などに相当するが、フランスの SPSTI は非営利社団で、労使同数理事会・第三者認証・中期目標契約（CPOM）等の公的ガバナンスを伴う。

また、SPSTI（共同型産業保健サービス）には第三者機関による認証制度が設けられ、SPSTI（共同型産業保健サービス）のガバナンス・サービス品質・**多職種協働**・加入事業者へのカバレッジ等の基準を外部評価で担保する。SPSTI（共同型産業保健サービス）の運営側には、理事会（労使同数）、医療技術委員会、企業間委員会（＊）・監査委員会などが置かれ、料金（＊＊）は共通基盤サービスの拠出（全国平均費用の 80～120%）と補完サービスから構成される。さらに、SPSTI（共同型産業保健サービス）の所長は毎年、L.4622-16 に基づく年次活動報告書を作成し、所定の手続で理事会等へ提出し、加入事業者や CSE（社会経済委員会）にもデータ提供する。国レベルでは、SPST（産業保健サービス）の活動・財務に関する年次総括報告書が労働省ウェブサイトで公開され、透明性の確保が図られる。

＊企業間委員会：監査・けん制系の機関の一つで、監査委員会（commission de contrôle）と並ぶ“チェック側”のボディ。理事会（労使同数で、議長は使用者側）が“運営”を担うのに対し、企業間委員会は加盟企業の労働者代表が優位な構成で、重要事項について諮問（consultation）を受ける。

＊＊料金：支払うのは加入企業（使用者）で、受け取るのは加入先の共同産業保健サービス＝SPSTI である。料金は「従業員数（フォロー対象労働者数）に比例する拠出金（cotisation）」として課され、1 人＝1 単位で計算される。

このように、DUERP（職業リスク評価統一文書）を中心とする予防サイクル、PNST（国家労働衛生計画）と PRST（地域労働衛生計画）の二層計画、Caisse nationale de l’assurance maladie（CNAM：国民健康保険金庫）／Caisses d’assurance retraite et de la santé au travail（CARSAT：地域年金・労働衛生保険金庫）の保険と行政が担う監督、そして SPST（産業保健サービス）による現場実装が結合し、法定の認可（DREETS〔地域経済・雇用・労働・連帯局〕）・契約（CPOM〔複数年目標・手段契約〕）・認証（SPSTI〔共同型産業保健サービス〕）の三層ガバナンスを通じて、予防中心・多職種協働・公労使連携・記録と評価の原理が制度的に担保されている。企業規模に応じた SPSTA（独立型産業保健サービス）／SPSTI（共同型産業保健サービス）の選択（一般に従業員数 500 人以上は選択可、未満は共同加入原則）と、DUERP（職業リスク評価統一文書）／企業ファイル（fiche d’entreprise：SPST が作成する事業場の産業保健カルテ）の併用という実務装置の並走が、フランス産業保健の実効性を支えている。

2　歴史的経緯（沿革）

フランスの産業保健制度は、19 世紀の社会立法を源流として段階的に整備されてきた。まず 1841 年の児童労働法により、工場における就労年齢と労働時間の制限が導入され、衛生・安全の観点から脆弱な労働者を守るという理念が萌芽した。これに続く 1893 年の衛生・安全法は、作業場の換気、照明、清潔、水の供給、火災予防など、作業環境そのものの衛生・安全基準を正面から規律し、使用者に環境整備

の一次的責任を課す方向を明確にした。さらに1898年の労災補償法は、危険の発生を前提とした「事後の補償」メカニズムを制度化し、労働災害・職業病に対する給付と、使用者責任を社会保険的に処理する枠組みを築いた。こうして19世紀末までに、未成熟ながらも「就労制限」「環境基準」「補償制度」という三つの柱が立ち上がり、後の「予防中心」へと進むための足場が固められた。

戦後の1946年には、Services de santé au travail（SST：産業保健サービス）が制度化され、事業場単位で労働者の健康監視（有害業務従事者への健診を含む特殊な健康管理）と予防活動を行う仕組みが広く普及した。SST（産業保健サービス）は**当初、医療的監視の色彩が強かった**が、産業構造の変化、化学物質管理・人間工学・心理社会的リスクなどリスクの多様化を背景に、少しずつ「環境側の予防」へと活動の比重を移していく。1979年には、労働医（médecin du travail）の勤務時間の約3分の1を現場の予防・環境改善に充てる「tiers-temps（ティエール・トン、3分の1時間）制度」が導入され、**問診・診断中心の個別監視に偏らず、作業工程や設備・組織の是正に労働医の時間資源を投入する法技術的な転換点**となった。ここでの政策意図は、健康障害の早期発見に加えて、危険の源（source）に遡って集団的防護を優先するという原理を、実際の**人員配置と時間配分に埋め込む**点にあった。

2001年には、DUERP（職業リスク評価統一文書）が本格導入され、すべての使用者が体系的なリスク評価と一体の計画（プログラム）を持ち、DUERP（職業リスク評価統一文書）を継続的に更新・保存することが義務づけられた。DUERP（職業リスク評価統一文書）は、作業姿勢や荷重、化学・生物・物理的要因、設備・機械の危険源、労働組織や勤務形態、さらにはハラスメントや過重労働など心理社会的リスクまでを包括し、**優先度づけ・実施手段・スケジュール・評価指標を明示する「予防の設計図」**として位置づけられた。これにより、SST（産業保健サービス）（のちのSPST（産業保健サービス）が関与する巡視・測定・教育・助言と、事業者が行う設備・工程・人事労務の是正が、DUERP（職業リスク評価統一文書）を中心に一体化して回る構造が整う。

2004年の改革は、DUERP（職業リスク評価統一文書）の実効性確保、CSE（社会経済委員会。当時の前身機関を含む）による関与、化学物質管理（REACH〔＊〕対応やリスクコミュニケーションの強化）など、実務のボトルネックを狙い撃ちで補強した。2011年の改革では、SPSTI（共同型産業保健サービス）のガバナンスや、SPSTI（共同型産業保健サービス）と行政（DREETS：地域経済・雇用・労働・連帯局）・社会保険（CARSAT：地域年金・労働衛生保険金庫）を結ぶCPOM（複数年目標・手段契約）が本格化し、地域計画であるPRST（地域労働衛生計画）の数値目標・優先行動を、SPSTI（共同型産業保健サービス）の年次計画・実施報告へと落とし込むマネジメント・サイクルが形成された。

これにより、「制度の目的（健康保護・就労継続）」と「現場のアウトプット（巡視件数、教育時間、復職フォロー、職場改善の実績）」の橋渡しが、行政契約の形式で可視化される。

＊ REACH：“Registration,Evalution,Authorisation and Restriction of Chemicals”の略語。「化学物質の登録、評価、認可、制限に関する規則という意味で、欧州連合（EU）における化学物質の総合的な登録・評価・認可・制限の制度である。化学物質の有害性を、その製造販売者等に文書等で示させると共に、化学物質を取り扱う者には、そのリスクが抑制されていることを自ら立証する責任があるとの原則を示している。

近年の決定的な節目は、2021年8月2日の予防強化法である。この改革で、SST（Services de santé au travail：労働保健サービス）の名称がSPST（産業保健サービス）へ修正され（＊リスク予防に加えて健康増進、テレワーク条件への助言、予防接種・スクリーニング等が業務として明示されるなど、任務が拡張された）、**個別健診中心から「予防」へ舵を切る制度思想が条文化**された。

具体的には、Prévention de la désinsertion professionnelle（PDP：職業的離脱の予防）専任ユニットの整備、病気休業・長期離脱からの復帰を支えるrendez-vous de liaison（連絡面談＊）・visite de pré-reprise（事前復職面談＊＊）・visite de reprise（復職面談＊＊）の体系化、教育・訓練歴を横断的に可視化するPasseport de prévention（予防パスポート）の創設、**医師の所掌を補完する看護師**の役割拡充（Infirmier en santé au travail〔IDEST：OHナース〕の法定の位置づけの明確化と、将来のInfirmier en pratique avancée en santé au travail〔IPA-ST：上級OHナース〕創設の道筋）、遠隔医療（télémédecine）とDossier médical partagé（DMP：共有医療記録）アクセスの整備、さらにはSPSTI（共同型産業保健サービス）に対する第三者認証制度の導入などである。

これらは、PNST（国家労働衛生計画）およびPRST（地域労働衛生計画）の二層計画と、CPOM（複数年目標・手段契約）の数値管理を通じて、**地域の優先課題**（例：**筋骨格系障害、心理社会的リスク、がんと就労、若年者・高年齢者の安全衛生**）にリソースを振り向ける「**戦略−実装−評価」の循環**を強化した点に意義がある。

＊連絡面談（rendez-vous de liaison）

休業中に会社と労働者が復帰・支援策の選択肢の検討等のために行う面談。必要に応じてSPST（産業保健サービス）の職員が参加する。目的は“継続的な連絡”であり、医学的判定ではない。

＊＊事前復職面談（visite de pré-reprise）

長期休業中に、復職の前段階で実施するもの。復帰条件（時間短縮・段階的復帰・配置転換など）を早めに設計し、必要な職場調整を会社に伝える“助走”の意味を持ち、目的は復職可否の結論を出すこと

ではなく、あくまで復職面談に向けた準備である。

＊＊＊復職面談（visite de reprise）

休業終了後、復帰日当日～8 日以内に必ず実施するもの。①復帰予定業務との適合性の確認、②事前復職面談を踏まえた助言に沿って会社が講じた調整措置の検証、③必要な調整の再提案、④必要な場合の就業不適格の意見までを行う“本番”の面談。

この長い展開を総括すると、フランスは、

①19 世紀の「最低基準（就業年齢制限、労働時間制限、労働衛生等の確保）＋補償（使用者責任による業務起因災害の補償）」から出発し、

②戦後の SST（産業保健サービス）制度化で医療監視（日本の一般健診に当たる個別健康管理と同じく特殊健診に当たる強化個別健康管理の双方を含む）を普及させ、

③1970 年代末の「tiers-temps」で労働医の時間資源を予防へ再配分し、

④2001 年の DUERP（職業リスク評価統一文書）で全社的リスク評価と計画の義務化を完成させ、

⑤2004 年・2011 年の制度改革で SPSTI（共同型産業保健サービス）のガバナンスと地域計画・行政契約を連結し、

⑥2021 年の予防強化法で SPST（産業保健サービス）を核とする「**予防中心・多職種協働・就労継続重視」モデル**へと到達した、

という六段階の発展史を辿ったことになる。

現在の実務では、DUERP（職業リスク評価統一文書）を出発点に、SPST（産業保健サービス）が多職種チームで職場環境と個別健康の両面を支え、CPOM（複数年目標・手段契約）／PRST（地域労働衛生計画）で地域の重点を定め、第三者認証で SPSTI（共同型産業保健サービス）の質を担保するという、制度と運用の「面」での結節が完成している。

3　関係規定・運用（使用者義務・認可・CPOM・認証）

本節は、フランスの産業保健制度における運用上の「核」となる四点――使用者の義務、行政認可、CPOM（複数年目標・手段契約）、および第三者 certification（認証）――を、法令の根拠と手続の流れに即して叙述的に整理する。

まず、使用者の義務である。使用者は DUERP（職業リスク評価統一文書）を作成・更新・保存し（保存期間 40 年）、これを CSE（社会経済委員会）に対する年次報告書の作成にも活用することが求められる。閲覧対象は広く、労働者・元労働者、CSE（社会経済委員会）の従業員メンバー、SPST（産業保健サービス）、労働監督機関、社会保障機関の予防部門、並びに OPPBTP（建設・土木予防専門機関）、INRS（国立産業安全研究所）、ANACT（労働条件改善庁）等の専門機関や、放射線規制当局にまで及ぶ。DUERP（職業リスク評価統一文書）の記載・更新義務に違反した場合は第５級の違反として過料の対象となり、再犯時には刑法典に基づく処罰が科される旨が

明記され、形式的義務を超えて実効性を担保する制裁構造が組み込まれている。

次に、SPST（産業保健サービス）の行政認可である。認可は DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）が全国仕様書（基準項目）に基づき付与し、各地域では当該基準の適用方法を地域の委員会に諮問のうえ設定する。適合性審査の結果、SPST（産業保健サービス）の運営が法令や全国仕様書に合致しないと認められた場合、DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）は労働監督医の意見を踏まえて、認可の取消・期間短縮等の措置を採ることができるという是正サイクルが用意されている。

第三に、資金・目標管理の中核としての CPOM（複数年目標・手段契約）である。認可を受けた SPSTI（共同型産業保健サービス）は、DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）および CARSAT（地域年金・労働衛生保険金庫）と CPOM（複数年目標・手段契約）を締結する。ここには地域の PRST（地域労働衛生計画）の優先課題に即した具体方針、各当事者（SPSTI、DREETS、CARSAT）の投入手段（財源、人的資源など）、行動計画のスケジュール、連携方法、そして定量・定性の成果指標と評価・監督・フォローアップの方法が明記される。契約期間は最長 5 年で、必要に応じて追加条項により修正が可能である。

CPOM（複数年目標・手段契約）は 2011 年法で導入され、SPSTI（共同型産業保健サービス）と行政・社会保険との間の三者的な枠組みにより、国家・地域の優先事項を現場の年間計画へと橋渡ししつつ、予防活動に対する交付金の裏づけを与える制度的インフラを形成している。

第四に、SPSTI（共同型産業保健サービス）に課される第三者認証（certification）である。2021 年法（労働衛生予防強化法）により導入されたこの制度は、独立した認証機関が SPSTI（共同型産業保健サービス）の均一性・実効性・品質、公正性と機密保持の確保を目的に審査し、認証（certification）の有効期間は 1〜5 年とされる（5 年未満の場合は改善措置を実施して更新時に長期化を目指す）。仕様書の技術条件は法令（デクレ）および省令の cahier des charges（仕様書）に明記され、Comité français d’accréditation（COFRAC：フランス認定委員会。民間の非営利社団〔association loi 1901〕だが、法令に基づく公的権限を委ねられた“唯一の国家認定機関”）等により認定された認証機関が実施主体となる。これにより、SPSTI（共同型産業保健サービス）の提供水準について、行政認可（DREETS：地域経済・雇用・労働・連帯局）と並行して、独立評価による品質保証の二層構えが成立する。

なお、透明性と説明責任の側面では、SPSTI（共同型産業保健サービス）の所長に対し L.4622-16 条に基づく年次活動報告書の作成が義務づけられている。これは理事会や企業間委員会（または監査委員会）への提出後、加入事業者へ送付され、従業員数 300 人超の事業所では、報告書に示されたデータのうち当該事業所固有

の活動データをCSE（社会経済委員会）へ提供する（その規模の事業所に対してSPSTIは、その事業所固有の活動データを提供する義務を負っている〔D. 4622-54〕）。また、国レベルではSPST（産業保健サービス）の活動および財務管理に関する年次総括報告書が労働行政のウェブサイトで公開される（＊）。こうした年次報告の仕組みは、CPOM（複数年目標・手段契約）に基づく数値・定性の目標管理と噛み合い、制度のPDCAを作動させる重要な歯車として機能する。

＊国レベルのSPST年次総括報告：各SPSTI等からの年次報告（電子提出）を土台に作られ、その結果が翌年度のCPOM指標・認証・運営指針へ反映される。

以上より、DUERP（職業リスク評価統一文書）を通じた使用者の予防の責務、DREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）による認可・是正、CPOM（複数年目標・手段契約）による戦略と資源の中期的整合、そしてSPSTI（共同型産業保健サービス）への第三者認証（certification）という四つの仕組みが、フランスの産業保健を「法–計画–資源–品質」のループで結び、現場の実施水準を担保していることがわかる。

＊＊＊＊＊

【略語・専門用語】

DUERP（Document unique d’évaluation des risques professionnels）

属性：企業内で作成する法定文書（全使用者に作成・更新義務あり）。

PNST（Plan national de santé au travail）

属性：国の計画（法定政策枠）／中央行政主導。

PRST（Plan régional de santé au travail）

属性：国の地方出先（DREETS等）が実施する地域計画（法定政策枠）。

COCT（Conseil d’orientation des conditions de travail）

属性：国の審議・指針機関（公労使＋社会保障）／法定。

DREETS（Directions régionales de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités）

属性：国の地方行政機関（労働・連帯）／法定。

CNAM（Caisse nationale de l’assurance maladie）

属性：公的社会保障機関（保険者）／法定。

CARSAT（Caisses d’assurance retraite et de la santé au travail）

属性：公的社会保障の地域機関（保険・年金・予防）／法定。

＊CNAMは“全国本部”として方針・財政・ネットワーク統括を行い、CARSATは“地域の現場機関”として年金と労働衛生（AT/MP予防）を企業と接点を持って実施する、という上下・機能分担の違いがある。たとえば、SPSTIがCPOMを締結する相手は地域行政DREETSとCARSAT（＝地域実施側）であって、CNAMは直接の署名当事者ではない。

SPST（Service de prévention et de santé au travail）

属性：産業保健の提供主体（制度上の中

核）／法定制度に位置づく。

- SPSTI（… interentreprises）：共同型 SPST（非営利団体形態が一般）／法定制度上の主体。

- SPSTA（… autonome）：独立型（大企業等の自前組織）／法定制度上の主体。

INRS（Institut national de recherche et de sécurité）

属性：公的支援・専門機関（研究・資料）。

ANACT（Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail）

属性：公的支援ネットワーク（労働条件改善）。

OPPBTP（Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics）

属性：業界の公的性格をもつ専門機関（建設・土木の予防）。

＊建設・土木分野の予防を担う業界の専門機関で、労働法典 L.4643-1 に規定される「労働安全衛生・労働条件の専門機関」の一つとして扱われる。よって、DUERP（職業リスク評価統一文書）への閲覧権限など、法に基づく公的機能が付されているが、公的機関ではない。

CPOM（Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens）

属性：DREETS×CARSAT×SPSTI の三者契約（複数年）／法定スキーム。

COFRAC（Comité français d'accréditation）

属性：フランス認定委員会（認証機関の認定）／公的認定主体。

AFNOR SPEC 2217

属性：認証の仕様書（規格文書）。

PDP（Prévention de la désinsertion professionnelle）

属性：就労継続・離職防止の政策・運用概念／法定任務に内包されている。2021 年の予防強化法により強化の対象とされた概念で、SPSTI が国や地方の計画に基づき実施が求められる事柄。

SST（Services de santé au travail）

属性：戦後に制度化された産業保健サービス（SPST の前身）／法定。

4　産業保健職の法令上の選任義務の有無

フランスでは、SPST（産業保健サービス）を基盤に、労働医）を中心とする多職種チーム（看護師・職業リスク予防担当機関／者〔intervenant en prévention des risques professionnels〕ほか）の組織化（自社で設置／外部サービスへ加入）を全使用者に義務づけるのが大原則である。根拠は労働法典 L.4622-1 条で、すべての使用者は労働医を擁する SPST を自ら組織するか、あるいは SPSTI（共同型産業保健サービス）に加入しなければならないと定めている。従業員 500 人以上の企業は、自社内に SPSTA（独立型産業保健サービス）を設置するか、SPSTI（共同型産業保健サービス）に加入するかを選択できる一方、500 人未満は原則 SPSTI（共同型産業保健サービス）加入である。また、独立自営業者は任意加入（L.4621-3 条等）で、2021 年法は SPSTA と SPSTI の連携協定（資源の相互活用）も可能にした（関連デクレは未公表）。これらの任務は、個別健康管理と職場環境の両面で遂行される（後節参

照）。

4．1　独立産業保健サービス（Service de prévention et de santé au travail autonome, SPSTA）

SPSTA は企業（または事業所）内に設ける自社内の産業保健組織で、CSE（社会経済委員会）の監督のもと運営する。CSE は組織・運営に関する事項で諮問を受け、労働監督官・労働監督医からの指摘事項の通知も受ける。グループ企業や経済的一体性が認められる複数企業で共通の SPSTA を設けることもでき、共同設置の場合でも CSE（中央社会経済委員会（＝中央 CSE）および関係事業所の社会経済委員会（＝関係 CSE）〔＊〕）の監督が及ぶ。制度運用は、グループ協定・企業協定等で具体化され、必要に応じて中央 CSE や関係 CSE が所掌する。

＊中央 CSE（CSE central）：複数の事業所を持つ 1 企業における企業レベルの CSE。各事業所 CSE の上位に位置し、企業全体に関わる事項（産業保健体制を含む）について横断的に協議・監督する。SPSTA を社内で共同設置する際の主たる監督主体になる。

＊関係 CSE（CSE d’établissement：関係する事業所の CSE）：個々の事業所単位の CSE で、当該 SPSTA の共同設置・運用に関係する事業所の CSE を指す。

4．2　共同産業保健サービス（Service de prévention et de santé au travail interentreprises, SPSTI）

SPSTI は、非営利の社団として設立される共同利用型の外部産業保健サービスで、多くの中小企業がここに加入する。自社に SPSTA（社内の産業保健組織）があっても、以下のような場合、SPSTI（外部の共同型サービス）を併用できる。

①グループ会社同士での融通

同じ企業グループ内で共通の枠組みを作る場合や、社内 SPSTA を持つ会社が共同型（SPSTI）と協定を結んで一部機能を外部化する（SPSTI に委ねる）等により、資源の相互活用を図る（2021 年改正で協定のルートが明確化された）。

②構内下請企業

たとえば大企業 A 社の構内で、B 社の従業員が日常的に働くようなケース。現場に即した健康管理・巡視が要るので、現地をカバーする SPSTI を使える（または使わせる）ようにする。

③同一敷地内の工業団地

同じ敷地・地区に多数の企業が集まる場合、共同の SPSTI を設けることができるが、DREETS（地域労働行政）の許可や、従業員規模などの条件を満たす必要がある。現地事情に合わせた共同受け皿を作ってよい、という趣旨。

④社内 SPSTA の補完

例えば、特殊リスク対応や遠隔地の小規模拠点など、社内チームだけではカバーしにくい部分を、SPSTI の補完サービスで埋める場合。制度的に SPSTA と SPSTI の連携協定が想定されている。

4．2．1　理事会（Conseil d’administration）

SPSTI は労使同数の理事会で運営する。使用者側は主要経営者団体、労働者側は主要労組からの指名で構成し、議長は使用者側、副議長・会計は労働者側が担う。理事会議事録は DREETS が閲覧でき、定款改正や役員変更は DREETS へ届出が義務づけられるなど、行政監督の下に置かれる。

4.2.2　医療技術委員会（Commission médico-technique）

Commission médico-technique（医療技術委員会）は、SPSTI の優先事項・多職種活動に対して助言し、CPOM（複数年目標・手段契約）の枠に沿う複数年計画を起案し、理事会承認に付す。構成は、理事長（理事会の長）、労働医、職業リスク予防担当機関／者、看護師、補助職、専門職の代表で、年 3 回以上開催し、その報告は労働監督医が閲覧する権限を持つ。

＊医療技術委員会（Commission médico-technique）は、共同型の産業保健サービス SPSTI の中に置かれる技術サイドの諮問委員会である。多職種活動の優先事項を検討し、複数年計画を起案して理事会に付議、運用状況を報告する役割を担う。

4．2．3　企業間委員会・監査委員会（Comité interentreprises / Commission de contrôle）

企業間委員会（Comité interentreprises）と監査委員会（Commission de contrôle）は、予算・区域変更・ポスト新設／削減、労働医の任命・解雇等について諮問を受ける監査機能を担う。理事会が使用者代表主導であるのに対し、これら二委員会は労働者代表優位でバランスを取る。

4．2．4　加入・解約

SPSTI は、原則として所管区域内の企業の加入を拒めない。加入条件は、保健需要を損なわないこと（新規加入を受け入れても、既存の加入企業に提供すべき基礎サービスの量と質〔面談枠、巡視、PDP 対応など〕を落とさないこと）、近隣での受入体制を確保できること（新規加入企業の地理的配置や業種特性に応じ、通勤圏・所管区域内に“実際に通える・診られる”拠点と人員〔医師／看護師／センター〕を確保できること）等。加入後は、企業が毎年 SPSTI へ提出・更新する“労働者数・部署別構成・就業形態・主なリスク・SIR 該当者数などの基礎データ”を、DUERP の内容や SPST が作成する企業ファイルの記載とも食い違わないよう整合させ、年更新し、DREETS が閲覧可能な状態に置く。解約は使用者決定だが、CSE が反対する場合は DREETS の許可が必要で、新たな SPST への加入が義務となる。

4．2．5　サービスの区分（地理・業種）

SPSTI は地理区分と業種区分（＊）／業種共同区分（＊＊）で編成され、各区分に固定医療センター（その区分を担当する SPSTI の“常設クリニック／相談拠点。日

本では、各地の地域産業保健センターのようなものだろう）を置く。業種別の SPST de branche（Service de prévention et de santé au travail）は業種特化の健康管理を行い、CPOM の優先事項は当該業種の優先に整合させる。

＊業種別区分：単一の特定業種だけを対象にする編成のこと。

＊＊業種共同区分：互いに近縁・関連する複数業種をひとつの業種グループとしてまとめて対象にする編成のこと。

4．2．6　料金設定（Socle commun と Services complémentaires）

2021 年改正で、SPSTI（共同型サービス）の提供内容は二つに分けられた。ひとつは共通基盤サービス（socle commun）で、これは法律で必ず実施すべき柱――①職業リスクの予防、②個別健康管理、③職業的離脱の予防（PDP）――を支える“基本セット”である。企業は従業員数に比例する拠出金を支払う。拠出額は全国平均費用を基準に 80％～120％の範囲で各 SPSTI が設定するのが原則である。たとえば平均労働者 1 人あたり 1 万円だとしたら、8,000 円～1 万 2,000 円の帯で決めることになる。

ただし、現場の事情によっては上限（120％）を超えてよい場合がある。典型は、SIR（強化型個別的健康管理＝強化個別健康管理）の対象者が多く面談負荷が高い、電離放射線など高リスク領域の管理が必要、品質向上投資で一時的にコストが嵩む、あるいは加入者減で赤字が続くといったケースである。逆に、財務が健全（拠出総額が営業費用を上回るなど）で、かつ認可 5 年の条件を満たすときは、下限（80％）を下回る設定も総会承認で可能である。つまり、原則は“8 割～12 割の帯”だが、合理的な事情があれば上下に振れる安全弁が法令で用意されている。

もう一方の補完サービス（services complémentaires）は、“基本セットに載らない追加メニュー”である。例えば、法定以上の追加測定、特注のトレーニングや個別コンサルティングなど、企業ごとの要望に合わせて発注する領域で、これは料金表（grille tarifaire）に基づく別課金になります。共通基盤は“頭割りの基本負担”、補完は“必要に応じての出来高課金”――この二層構造で、普遍的カバレッジと柔軟な上乗せの両立を図る設計である。

4．2．7　年次活動報告書・公開

2021 年法で個々の労働医の年報は廃止され、SPSTI の所長が年次活動報告書を作成することとなった。すなわち、以前は、労働法典 R.241-33 条の実施命令に基づき、各労働医に所定の様式に基づく年報の作成が義務づけられていたが、2021 年法は、“手続の簡素化”を旨としてこれを取りやめ、各共同型 SPSTI の「所長」が、労働法典 L. 4622-16 に基づき、対象年度終了後 4 ヶ月以内に年次活動報告書を作成すべきこととした。

第 1 の提出先は、企業間委員会／監査委員会（D. 4622-54）と理事会であり、これらの会議体は、報告書に基づいてサービスの組織・運営・設備・予算に関する意見・提案を行える。医療技術委員会は提出

前に意見を付すことができる。

第2の提出先は全ての加入企業である。従業員 300 人超の事業場については、その事業場に固有の活動データを CSE にも提供する義務がある（D. 4622-54)。

第 3 の提出先は、DREETS 等の所管行政である。SPSTI 所長は、会計監査人の認証付きの会計報告書と合わせ、翌上期末までに DREETS 等の所管行政に対して年次活動報告書を電子的に提出する（D. 4622-56, 57)。これには、サービスの実績、共通基盤サービスの実施状況、財務情報、全国平均コスト算定に必要な数値などが含まれる。

労働省は、各 SPST の提出データを集約して「年次総括報告(rapport de synthèse annuel)」を作成し、自省のウェブサイトで公表する（D. 4622-58)。

5　産業保健職の種類

フランスの産業保健は、SPST（産業保健サービス）を母体に、労働医（médecin du travail）を中核とする多職種のチームで実施される。SPST（産業保健サービス）の使命は、個別的健康管理と職場環境における予防活動を統合して回すことであり、その実働を担う構成員には、労働医、OH ナース（infirmier de santé au travail)、協力医（médecin collaborateur)、労働医学研修医（médecin en formation de médecine du travail)、職業リスク予防担当機関／者（IPRP：intervenant en prévention des risques professionnels)、SPST 補助職(assistant du service de prévention et de santé au travail）などが含まれる。とりわけ**2021 年法により、OH ナースの法的地位が明確化**され、上級 OH ナース（IPA-ST：infirmier en pratique avancée en santé au travail）の制度創設が掲げられたことから、労働医）の“単独主義”を脱して、SPST の多職種チームが主役となる運用が定着しつつある（労働医はチームの統括・調整者としての役割を担う）。

まず中核の労働医は、SPST 内で自らの責任の下に多職種チームの運営・調整を行い、必要に応じてその一部を委任できる。労働医の下で、協力医師や労働医学研修は、書面のプロトコルに基づき相当範囲の実務を担い、OH ナースは**公衆衛生法典上の権限範囲で面談やフォロー等の任務**を受け持つ（**適性検査**や**一定の医学的意見書**発出は労働医の所掌)。さらに、IPRP（職業リスク予防担当機関／者）は、人間工学・産業衛生・労働心理等の専門知を用いて診断・助言・支援を行い、SPST 補助職（assistant du service de prévention et de santé au travail）が事務・連絡・小規模事業所のニーズ把握などで予防活動を下支えする。こうした役割分担により、SPST の「個別的健康管理」と「職場環境における活動」が連動し、記録（fiche d’entreprise：企業ファイル等〔＊SPST が作成する産業保健カルテ〕）と評価を通じて循環する実装構造が成立している。

2021 年法で重視された就労継続の観点から、SPST-とりわけ SPSTI（共同型産業保健サービス）-内部には、職業的離脱の予防（PDP：Prévention de la

désinsertion professionnelle）のための多職種ユニットが置かれる。PDP ユニットは、啓発、事例収集、L.4624-3 に基づく個別措置（＊）の提案、社会保障法典上の支援（＊＊）への接続、情報提供の実施を任務とし、労働医またはその指名する多職種メンバーが指導・調整する。多職種ユニットの構成の最低基準や運営は、CPOM（複数年目標・手段契約）で規定され、必要に応じ複数の SPST 間での共同運営も可能である。

＊L.4624-3 に基づく個別措置：作業環境・作業方法の調整／適合／変更等（例：装置の高さや動線、休憩時間の配置なの見直しなど）、労働時間の調整（短時間勤務、労働時間帯の変更、休職からの段階的復帰等）などを指す。これらの提案には、年齢や心身の健康状態など医学的事情に基づく根拠が必要であり、所定の様式で示される。

＊＊社会保障法典上の支援：PDP（職業的離脱の予防）の文脈で、SPST（産業保健）側が社会保障ルートの支援窓口につなぐこと。条文上“連携すべき相手”が列挙されている。

これには以下のようなものがある。

CPAM（初級疾病保険金庫）／サービス・メディコ（CSS L.315-1）

傷病手当金などの疾病保険給付や労災保険給付を管理するほか、就労と治療の両立に関わる医療的な管理、復職プロセスの調整などを司る。

CARSAT（退職・労働保健金庫）の社会福祉サービス

就労維持に向けた生活や就労の支援を行う。住居や移動なども支援する。企業向けの予防助成（CSS L.422-5）等、職場側の改善投資を後押しする制度も持つ。

その他、障害関連の受付窓口（MDPH）や認定機関（RQTH）、職業リハビリテーション施設（ESRP／ESPO）、復職支援を含めた就労支援施設（France Travail／Cap emploi）など。

労災補償の管轄機関も該当する。

他方、医師不足地域の救済として創設された対応臨床医（MPC：médecin praticien correspondant）は、SPST の多職種チーム構成員ではないが、一定の研修と SPSTI との協力プロトコルの下で、特定リスクを伴わない職務の個別的健康管理（面談等）を担当することができる（職場環境の調整提案や不適格判断は不可）。MPC（対応臨床医）は労働医に対し再紹介を行うなど連携の枠内で業務を行う設計で、現時点では制度実装の途上にある。

また、SPST は労働社会サービス（service social du travail）（＊）とも連携し、女性・若年者・障害のある労働者など脆弱性のある層の支援を制度的に取り込む。これは、SPST の医療・人間工学・心理といった IPRP（職業リスク予防）領域の技術支援に、社会的支援の導線を重ねるもので、労働による健康悪化の予防と就労継続を両輪化する近年の方向性を象徴している。

＊労働社会サービス（service social du travail）：企業で働く人の日常・社会

生活面の課題に対する専門的支援（企業内ソーシャルワーク）を担う仕組みのこと。フランスの産業保健では、SPST（Service de prévention et de santé au travail：産業保健サービス）の多職種チームと制度的に連携して、就労継続（PDP）や復職を医療と社会の両面で支援する。

具体的には、①生活・家計・住居・育児・介護など、就労に影響する社会的課題の相談対応（必要に応じて公的支援制度へ橋渡し）、②病気・けが・障害と仕事の両立支援の社会面の設計（通院や訓練の調整、通勤・住環境の工夫、家庭内支援の導入など）、③復職・配置転換・就労継続のための“合理的配慮”の実装の後押し（現場の実情に合わせ、SPST の医療的提案と噛み合わせる）等を行う。

6　産業保健職の資格（法令）

本節【6】は、SPST（産業保健サービス）に属して産業保健を担う各職種について、法令上の資格・養成ルート・配置上の要件を叙述的に整理する。枠組みの中核は、労働医を頂点とする多職種チームであるが、その法的位置づけは職種ごとに異なり、協力医師（médecin collaborateur）、労働医学研修医（médecin en formation de médecine du travail）、OH ナース（infirmier de santé au travail）、職業リスク予防担当機関／者（IPRP：intervenant en prévention des risques professionnels）、SPST 補助職（assistant du service de prévention et de santé au travail）などが役割分担と要件をもって配される。さらに、医師偏在是正のための対応臨床医制度（MPC：médecin praticien correspondant）が 2021 年法で新設され、限定的な条件のもとで個別的健康管理を補完する設計が採られた（ただし多職種チームの一員ではない）。以下、主要職種を順にみる。

第 1 に、労働医である。労働医（médecin du travail）は SPST の医療的責任者としてチームを統括し、自らの責任の下で所掌の一部を協力医師（médecin collaborateur）や OH ナース（infirmier de santé au travail）等へ委任できる。労働医学研修医（médecin en formation de médecine du travail）は、公衆衛生法典 L.6153-1 条に基づくインターン制度（第 3 サイクル）の枠組みと、教育法典 L.632-2 条に基づく医学教育第 3 サイクルの編成に従って配置・養成される（労働法典 R.4623-27）。また、協力医師には、外国取得医師資格者などを想定した経路が設けられており、公衆衛生法典 L.4111-2 Ⅰ 4 段落または 2007 年社会保障財政法 83 条の規定に基づく受入れが示される。これらの身分・雇用条件（たとえば契約更新・辞職時の予告期間など）は、デクレで詳細に規定され、R.4623-25-4 は SPST による医師の解約時も、医師による辞職でも 2 ヶ月前の通知を求められている。

第 2 に、OH ナースである。OH ナースは、2021 年法に基づく改革で特化研修の法定化が進み、2022 年のデクレ（Décret n° 2022-1664 du 27 décembre 2022）が特定研修（formation spécifique）の要件を定

め、2023 年のアレテ（Arrêté du 30 janvier 2023）が研修内容の構造や受講者の評価方法等の詳細を規定した。施行は 2023 年 3 月 31 日であるが、経過措置により

（i）2023 年 3 月 31 日時点で SPST に採用され、当該特定研修に登録済みであることを証明できる OH ナースについては、この義務（OH ナースが新たに義務化された「特定研修（formation spécifique）」を受講・修了する義務）を満たしたものとみなす（3 年間有効）、

（ii）同日より前に 12 か月以上従事していた看護師は、実務研修（stage professionnel）の修了証明を要しない―

といった緩和が置かれた。なお、OH ナースは文脈によって IDEST（産業保健国家資格看護師）の呼称が用いられることがある。

第 3 に、IPRP（職業リスク予防担当機関／者）である。IPRP は、人間工学・産業衛生・毒物学・労働心理・労働組織などの専門家・機関（Institut national de recherche et de sécurité：INRS、Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail：ANACT 等を含む）を広く含みうるカテゴリーで、行政登録制が採られる。登録は自然人・法人いずれも可能であるが、SPST そのものは IPRP として登録できない。実務では、使用者が直接、外部の IPRP に介入を依頼することもある（法令・通達上の取扱い）。

第 4 に、SPST 補助職である。SPST 補助職は、SPSTI（共同型産業保健サービス）において労働医および多職種チームの業務を事務的に支援し、とりわけ従業員 20 人未満の小規模企業における労働衛生上の危険の把握・ニーズ特定に貢献する。さらに、予防プロジェクトの企画・運営、労働保健の促進、小規模企業における活動推進にも関与するなど、現場の“手足”としての役割が労働法典 R.4623-40 に位置づけられている。

第 5 に、MPC（対応臨床医）である。MPC（対応臨床医）は、労働医学の専門医ではない医師を対象とする制度で、多職種チームの一員ではなく、職場内での活動は行わない。また、強化個別健康管理（visite médicale de suivi renforcé）（＊）は実施せず、職場の調整措置の提案や職務不適格の判断といった労働医の権限行為も担わない。任務は特定リスクを伴わない職務に従事する労働者の個別的健康管理（面談）に限られ、労働者の主治医を兼務することも禁じられる。配置には厳格な研修要件が付され、R.4623-43 に基づく SPSTI との協力プロトコル（＊＊）締結時点までに、

（1）職業上のリスクと疾病および予防手段、

（2）被ばく歴の記録（業務上のばく露（化学・物理・生物・姿勢・騒音等）の履歴）・衛生（有害物等の測定・分析結果の把握から是正提案まで含む職場衛生学的マネジメント）・疫学的監視（個票（個人の DMST）に閉じないレベルで、集団としての異常傾向を早期に捉えるための監視。情報を匿名化・集計し、特定部署や工程で疾病・症状の偏りが出ないかを観察）を含

む個別的健康管理、

（3）職業的離脱の予防（PDP：Prévention de la désinsertion professionnelle）

の 3 分野について、理論的な労働衛生の研修を 100 時間以上修了していることが求められる。研修は公的高等教育機関またはL.6316-1に基づき認証された機関が提供し、修了証を要する。初回の協力プロトコル締結時は 1 年以内の事後受講が例外的に認められるが、その間は労働医との連携が強化される（R.4623-43）。なお、労働省労働総局（DGT）への照会（2025 年 10 月 10 日回答）によれば、関連規制はなお整備途上であり、現時点で活動を開始したMPC（対応臨床医：médecin praticien correspondant）はいない。

＊強化個別健康管理：特定のリスクに晒される業務など、法で定める場合に適用する強化枠。通常より厳格で密なフォローを行う。

個別的健康管理は、一般的な健康管理（suivi individuel de l'état de santé）と、特定リスクばく露者等に対する強化個別健康管理（強化型個別的健康管理）の二層で運用される（R.4624-17 以下）。

前者はすべての労働者を対象とし、採用時（または採用後間もなく）に医療面談（visite）を行い、その後も定期にフォローする。目的は就業適合の確認・助言・必要な調整提案であり、日本の採用時・定期健診に近いものと思われる。

＊＊協力プロトコル：関与者どうしの連携方法を文書で取り決める協定。MCP と SPSI とのプロトコルでは、MPC が扱える範囲（特定リスクを伴わない職務の面談など）、労働医への再紹介・連携ルート、記録・守秘、報告頻度などを明確にする。

以上を総括すると、労働医／協力医師／労働医学研修医という医師系の縦系列が SPST の医学的責任を担い、OH ナースは 2022 年デクレ・2023 年アレテで特定研修が制度化され、IPRP が専門技術による職場側介入を支え、SPST 補助職が小規模企業支援と事務運営で下支えする。その外側に、MPC が限定任務・限定研修の条件下で個別的健康管理を補完する設計が置かれた。これらの法的な専門職制度（資格制度・養成制度・配置要件）が、DUERP（職業リスク評価統一文書）を基点とする予防中心の運用、SPST の多職種協働を支えている。

7　産業保健職の資格（民間）

本節は、国家資格（例：労働医や OH ナース）に限られない、民間の教育・研修・認証制度を概観する。フランスでは、職業リスク予防に従事する専門職の広い呼称として予防カウンセラー（préventeur／conseiller en prévention）が用いられるが、その中には人間工学専門職（ergonome）や心理士（psychologue）といった専門職も含まれる。この群は、現場の作業実態を観察・分析し、職業上のリスク評価に基づく予防戦略を設計・提案し、その実装と効果検証まで担う「計画−実施−評価」のループを職場に埋め込む機能を持つ。なかでも中核を成すのが、安全衛生環境専門職（ingénieur HSE）および安全

衛生環境実務家（technicien HSE）であり、後者の典型的な入職資格としては品質・衛生・安全・環境専門ライセンス（licence professionnelle QHSE）が位置づけられている（上位には衛生・安全・環境修士号（master HSE)。これらの HSE 系人材が、予防カウンセラー（préventeur／conseiller en prévention）として企業・組織の予防活動の実働を担い、計画書の策定、工程・設備・作業方法の是正、教育・訓練の企画運営、KPI にもとづく成果評価を通じて、労働安全衛生の標準化・高度化を推進する。

安全衛生環境専門職（ingénieur HSE＊）と安全衛生環境実務家（technicien HSE＊＊）の学術的な裏づけは、国家職業資格登録簿（Répertoire national des certifications professionnelles（RNCP））に収載された学位で与えられる。具体的には、品質・衛生・安全・環境専門ライセンス（licence professionnelle QHSE）（通常 1 年）や衛生・安全・環境修士号（master HSE)（通常 2 年）が該当し、企業の品質・衛生・安全・環境の横断領域で、法令順守、リスク分析、監査、教育、是正措置のマネジメントを体系的に担えることが要件化されている。さらに、国家規格機関であるフランス規格協会（AFNOR：Association française de normalisation）が社内職業リスク予防主任者（CPRP：chargé de prévention des risques professionnels＊＊＊）向けの研修・資格認定を実施し、民間の国立防火・防災センター（CNPP）や技術検査・安全衛生サービス企業グループ（APAVE）も労働リスク予防主任者（préventeur des risques au travail）等の実務研修を提供して、現場配属後の専門性の底上げを図っている。これらの周辺資格は、安全衛生環境専門職（ingénieurHSE）／安全衛生環境実務家（technicien HSE）の実務範囲を拡張し、化学・機械・建設など高リスク領域での実装能力を強化する。

＊安全衛生環境専門職：民間資格だが安全管理者のような存在と解される
＊＊安全衛生環境実務家：同上。
＊＊＊CPRP:国家資格である IPRP が、SPSI で就労したりするのに対し、企業内部の担当者（予防担当・HSE 担当）として配置されることを想定された民間資格。

人間工学専門職（ergonome）は国家資格の枠ではなく、主に人間工学修士（master ergonomie）など大学院課程（概ね 1～2 年）と、実務経験（少なくとも 3 年）を積み、欧州の登録制度（Centre for Registration of European Ergonomists（CREE）／Association pour la Reconnaissance du Titre d’Ergonome Européen（ARTEE）など）で認証される。

フランス語圏人間工学会（SELF：Société d’ergonomie de langue française）の定義に沿えば、人間工学専門職（ergonome）は、作業・職務・製品・組織・環境・システムの計画・設計・評価を、人間のニーズ・能力・限界に適合させることで、事故・疾病の予防と同時にパフォーマンスの最適化にも資するう。このため、DUERP（職業リスク評価統一文書）に記載するリスク源対策（source 対策）

や、SPST（産業保健サービス）の多職種チームと協働する現場改善プロジェクト（例：装置インタフェース〔電子ボタンなどの機械と人間の窓口、異なる仕様のシステム同士の接続など〕の設計見直し、レイアウト変更、作業姿勢負荷の低減、心理社会的リスクの業務設計対応）で、枢要な専門機能を果たす。

心理士（psychologue）については、公衆衛生領域の大学院課程やフランス国立工芸院（CNAM：Conservatoire national des arts et métiers）などが産業・労働領域に特化した教育を提供しており、労働心理士（psychologue du travail）として、心理社会的リスクの評価・介入、復職支援、組織変革支援、教育・カウンセリング等に従事しうる。とりわけフランス国立工芸院（CNAM）では、労働保健に特化した心理士養成課程が開講され、産業保健現場が要請する実践的スキル（面接・測定・集団介入設計・評価）を体系化している。これにより、SPST（産業保健サービス）が担うPDP（職業的離脱の予防）や、PRST（地域労働衛生計画）の心理社会的リスク対策ラインにおいて、心理士（psychologue）が多職種ハブの重要な構成要素として機能する基盤が用意されている。

総括すれば、本節は、(1) 予防カウンセラー（préventeur／conseiller en prévention）を総称とする広い実務領域の中で、安全衛生環境専門職が品質・衛生・安全・環境専門ライセンス（licence professionnelle QHSE）／衛生・安全・環境修士号（master HSE）等の学位と民間研修で中核の現場実装力を担保し、(2) 人間工学専門職（ergonome）が大学院教育＋欧州登録によって設計−作業−組織の整合を図る専門性を提供し、（3）心理士（psychologue）が教育課程（例：Conservatoire national des arts et métiers（CNAM））を通じて心理社会的リスク対策や就労継続支援の実践を担う、という三層の布置を明らかにする。これら民間系／学術系の資格・研修は、法定のSPST（産業保健サービス）の多職種チームに隣接・連携しつつ、DUERP（職業リスク評価統一文書）に基づく職場改善の企画・実装・評価の質を高め、フランスにおける予防中心の産業保健アーキテクチャを底支えしている。

8　産業保健職の業務（法令）

産業保健の実務は、大きく「職場環境における活動」と「個別的健康管理」に二分され、いずれもSPST（産業保健サービス）の多職種チームを通じて、DUERP（職業リスク評価統一文書）と相互に行き来する循環として構成されている。前者は組織・設備・作業方法など“場”そのものへの介入を担い、後者は労働者一人ひとりの健康状態と就労継続の調整を担う。両輪を結び付ける記録・評価の中核が、企業ファイル（fiche d’entreprise〔＊SPSTが作成する産業保健カルテ〕）とDUERPである。企業ファイルはSPSTおよび労働医の責任で作成管理される総合文書、DUERPは使用者の責任で作成管理されるリスク評価文書という役割分担が特徴で、企業ファイルは5年ごと更新、DUERPは従業員11

人以上の企業で年次更新が原則である。

8．1　職場環境における活動

SPST の多職種チームは、職場巡視、工程・設備・作業姿勢の分析、教育・訓練、緊急時対応体制への助言など“場”への包括的介入を通じて、企業ファイル（fiche d’entreprise）を作成・更新する。企業ファイルには、主要な職業上リスクとそのばく露労働者数、調整・是正の提案などが系統的に記録され、共同型である SPSTI（共同型産業保健サービス）に企業が加入した場合には加入から 1 年以内に当該加入企業に関する企業ファイルを作成する義務が課される（労働法典 R.4624-46）。

両文書の関係は明確である。すなわち、**企業ファイル**は**SPST 側の観点**からリスク状況を要約・俯瞰する“**企業カルテ**”であり、**DUERP** は**使用者側**が全リスクを詳細に評価し優先度付けを行う“**設計図**”である。両者は相互参照され、企業ファイルの示す改善提案は DUERP の計画に織り込まれ、実施・再評価のサイクルを形成する。

なお、労働医および SPSTI の多職種構成員は、業務で知り得た製造上の秘密や営業手法について刑法 226-13 条に基づく守秘義務を負う点が、企業側の実装と連携するうえでの前提となる（R.4624-9）。

8．2　個別的健康管理（面談・健診・復職支援）

個別的健康管理は、一般的な健康管理（suivi individuel de l’état de santé）と、特定リスクばく露者等に対する**強化型個別的健康管理（強化個別健康管理）の二層で運用される（R.4624-17 以下）。18 歳未満の若年労働者についても同様の枠組みが適用される（R.4624-18）。これらの面談・健診は広義の医療面談（visites médicales）として運用され、就業適合性の評価、必要な調整措置（時間・配置・設備）の提案、必要時の再評価スケジュール設定（＊日本の再検査に相当）などを包含する。

就労と治療・療養の連続性を支える重要モジュールが、

1）事前復職面談（visite de pré-reprise）、

2）復職面談（visite de reprise）、および

3）（＊休業中の）連絡面談（rendez-vous de liaison）である。

使用者は休業の終了日を把握した時点で SPST へ連絡し、復帰日当日から遅くとも 8 日以内に復職面談が実施されるよう手配しなければならない（R.4624-31）。

復職面談の目的は、

①復職予定の職務（または配置換え先の職務）が健康状態に適合するか確認すること、

②事前復職面談（visite de pré-reprise）時の労働医の助言に沿って使用者が講じた調整を検討すること、

③必要な調整・適応・再配置を提案すること、

④必要に応じ職務不適格の意見を出すことである（R.4624-32）。

また、労働災害による 30 日未満の休業についても、労働医は使用者から通知を

受け、必要な新たな健診の要否や予防措置を多職種チームと協議する（R.4624-33)。さらに、休業中の連絡面談にはSPST職員が必要に応じ参加できる設計である（R.4624-33-1)。

以上のように、SPSTによる企業ファイルの作成・更新と、使用者の責任で作成・更新されるDUERPの年次運用が、職場側の改善を駆動する一方、事前復職面談／復職面談／連絡面談を含む個別的健康管理が不調者の就労継続を促進する。これらの規定は、SPSTの多職種活動（多職種による産業保健活動）を“場”と“人”の双方から支える法定エンジンであり、PRST（地域労働衛生計画＊）やCPOM（Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens. DREETS×CARSAT×SPSTIの三者契約（複数年）／法定スキーム）に組み込まれた目標管理のもとで、実装・評価の循環を形成している。

＊PRST：PNST（国家労働衛生計画）と対をなす、地域の労働衛生計画。PNSTは通常5年サイクルで策定され、労働大臣が主導し、COCT（労働条件指導委員会〔＊日本では、労働政策審議会安全衛生条件分科会に相当する［三柴]])に付議される。PRST（地域労働衛生計画）は各地域でDREETS（地域経済・雇用・労働・連帯局）の責任のもとに実施され、県知事（Préfet）も関与する。

9　投入時間制度の有無と仕組み（法令と実際）

フランスには、「投入時間制度」と呼ばれる、全国一律で、労働者数に比例して産業保健に充てる時間数を定める法定スキームは存在しない。他方で、同様の制度として、**労働医がSPST(産業保健サービス）の枠内で勤務時間の3分の1を職場における活動へ投入することを義務づけるルール（いわゆるtiers-temps）**が置かれている。具体的には、労働医が**現場巡視、工程・設備・作業方法の分析、教育・助言、SPSTの多職種チームの運営・調整に従事する時間として勤務時間の1/3を確保**し、フルタイムの場合は年間少なくとも150回分の“半日”実働を含めることが求められる（＊**労働医なら労働医らしい仕事をせよという制度**)。パートタイムではこの義務は勤務時間に応じて按分される。これを実現するため、使用者またはSPSTI（共同型産業保健サービス）の理事長は、労働医が3分の1投入義務を履行し、**残り3分の2**を企業内機関や地域の調整機関への参加等（＊**面談等の個別健康管理、社内労使機関やSPSTI内部委員会での審議・助言、PDPの対外連携、年次報告・行政提出等の執務、拡張された予防・健康増進業務といった、“現場以外で制度を回す”ための業務**）に充てられるよう、あらゆる措置を講じる法的責務を負う。

この時間義務は“活動の中身”に紐づくのが特徴で、R.4624-1条に列挙される「職場における活動」（巡視、測定・分析の把握、改善提案、教育等）に投入することが前提とされる。また、SPST（とりわけSPSTI）の多職種チームや労働医は、製品の性質・成分・使用方法や測定・分析結果等の非記名の法定文書にアクセスできる

（守秘義務前提）。これにより、投入した時間が実質的なリスク低減活動へ結び付くよう、情報アクセス→評価→是正提案の連鎖が制度的に担保されている。

もっとも、運用上の制約も明示されている。2011 年時点の研究は、労働医の人員不足等を背景に 3 分の 1 投入が必ずしも遵守されていなかった実態を報告しており、さらに本報告書が行った労働総局（DGT：Direction générale du travail）への照会（2025 年 10 月 10 日回答）でも、緊急の診察や面談など委任が難しい医行為によって、職場予防活動に充てる時間が実際には食われる場合があることが示されている。すなわち、法の設計（1/3 の現場投入）と医師需給や現場要請（突発・緊急対応）の間には恒常的な張力があり、SPST の多職種化・役割分担をどこまで機能させられるかが実効性の鍵である。

総括すれば、フランスの投入時間に関する法制度は、全国一律の“人数比例・時間枠”の明文設定ではなく、労働医の 1/3 現場投入（年間 150 半日：フルタイム）という役割ベースの規定を中心に据え、それを使用者／SPSTI が遵守させる責任規定と彼らによる業務に必要な情報へのアクセス権の担保で下支えする構造にある。他方で、医師不足や緊急医行為の負荷が現実の時間配分を圧迫し得るため、IPRP（職業リスク予防担当機関／者）や OH ナース等による多職種連携の強化が、法の趣旨どおり“場の予防”に時間を戻すための中核的解として位置づけられる。

10　産業保健職の教育制度（法令・任意）

本節は、SPST（産業保健サービス）に属する主要職種の教育・養成ルートについて、法定要件と任意（大学継続教育や民間認証）の双方を対象に叙述する。柱は、労働医と OH ナースの制度的養成であり、これに IPRP（職業リスク予防担当機関／者）や心理士（psychologue）、人間工学専門職（ergonome）などの専門職が連携する。

10-1　労働医（médecin du travail）の養成

労働医（médecin du travail）になるには、まずフランスの医学部で 6 年間の基礎医学教育（第 1 サイクル 3 年＋第 2 サイクル 3 年）を修了し、その後、第 3 サイクルに当たる労働医学専門課程（DES：diplôme d’études spécialisées, médecine du travail）で 4 年間の専門教育を受けることが義務づけられる。第 3 サイクルの構成は、初年が基盤期、続く 2 年が発展期、最終年が統合期で、全 8 学期（1 年 2 学期制で、第 3 サイクルの 4 年は 8 学期から成る）のうち 2 学期は大学外（大学病院外（= 非病院・非大学の場））での研修が課される。

修了時には実務博士論文（thèse d’exercice）を提出し、医師（médecin）としての国家免許（医学博士）が付与される。これにより、SPST におけるチーム統括者としての医学的責任と、DUERP（職業リスク評価統一文書）と接続した職場介入の基礎の習得が制度的に担保されている。

10-2　OH ナース（infirmier de santé au travail）の養成

OH ナース（infirmier de santé au travail）は、まず看護師国家資格（IDE：diplôme d’État d’infirmier）の取得が前提で、一般の看護教育（3 年課程）を修了してライセンス（Licence）を得る。これに加え、産業保健の専門性を示す OH ナース（IDEST：infirmier diplômé d’État en santé au travail）は、国家資格ではなく、大学の継続教育で付与される大学別称号（DU：diplôme universitaire）や大学横断称号（DIU：diplôme interuniversitaire）の取得を通じて位置づけられる。法令上、OH ナース（IDEST）は労働法典 L.4623-9 以下で、職業倫理の条件の下、労働法典に定められた任務および労働医から委任された任務を、公衆衛生法典における看護師権限の範囲内で遂行することとされる（L.4623-9）。また、OH ナース（IDEST）は国家資格（IDE）を有するか、公衆衛生法に基づく無制限の業務許可（＊域外資格者が所定の審査・補完研修を経て得る個別の「業務許可」）が必要（L.4623-10）。さらに、採用時点で労働保健に関する研修を未了の場合、使用者が 12 か月以内（契約が 12 か月未満なら契約内）に研修受講を確保し費用負担する義務、継続教育の促進義務が課される（採用後の委任範囲は追加資格を考慮して決定）。**歴史的には SPSTI（共同型産業保健サービス）における採用手続（R.4623-35）に「労働医の意見」条項が存在したが（＊）、現在は削除**されている。

＊R.4623-35（削除済み）：共同型サービス（SPSTI）が OH ナース（infirmier de santé au travail）を採用する際に、サービス所属の 労働医の“意見（avis）”を事前に聴取することを求めていた規定。意見は拘束的ではなかったが、採用可否の判断材料として、ナースの職務範囲・配置・勤務体制・委任可能な行為（プロトコル）との適合性を医学的観点からチェックすることを趣旨としていた。

11　中小企業用の制度の有無（共同選任制度等）と実際

フランスでは、すべての使用者が SPST（産業保健サービス）を活用する義務を負い、従業員 500 人未満の中小企業は、自社内での設置ではなく SPSTI（共同型産業保健サービス）に加入することが想定される。したがって、中小企業にとってはこの SPSTI が、実質的な「共同選任」の受け皿として機能している（大企業は SPSTA〔独立型産業保健サービス〕を持つ選択肢を併存）。

SPSTI を使う利点は明瞭である。第一に、自前運営ではないためコストを抑制しやすい点である。SPSTI は行政（DREETS）および社会保障側（CARSAT）と CPOM（複数年目標・手段契約）を結ぶことで交付金を受け得る仕組みになっており、各企業が SPSTI の共通基盤サービス（socle commun）に対して支払う拠出金は低コストに抑えられている。すなわち、ある企業が SPSTI を利用する場合、「拠出単価 × フォロー対象労働者数」が共通基盤の負担額となり、この拠出単価は個々の SPSTI の総会で承認すべき事項であり、原則として全

国平均の 80〜120%の範囲で決めねばならないこととされている。

もっとも、リスク構成などの事情により、SPSTI の総会決議でこの上限を超過できる例外や（例：強化個別健康管理の対象者が多い、電離放射線ばく露に関する管理、質向上投資による費用増、加入者数の減少に伴う収支悪化等）、逆に下限を下回ることを承認できる要件も定められている（例：加入金収入＞事業運営費用で、かつ認可 5 年を保持している場合）。いずれもデクレの D.4622-27-6 が根拠となる。

第二に、SPSTI には業種特化の枠組みがあり、中小企業側が自社の業種に強みを持つサービスを選んで加入できる点も、実務上のメリットである（例：建設、化学など高リスク産業に適合する専門性）。

このように、SPSTI は、中小企業による共同選任が可能な対象であり、CPOM を通じた資金的裏付けを持っていて、拠出費用の見通しも標準化され、さらに業種別の専門性を持っており、法定義務の履行と実装の現実性を両立させている。これが、中小企業における SPST へのアクセスの基本モデルである。

12　産業保健職の選任状況と実際の業務、産業保健チームの形成、労使からの尊重の実情

12．1　産業保健職の選任状況

フランスの共同型サービスである SPSTI（共同産業保健サービス）には、2023 年度時点で医師 4,224 人（うち労働医 3,575 人）、協力医師 536 人、労働医学研修医 113 人が配置され、企業内の SPSTA（独立産業保健サービス）には医師 1,263 人（労働医 1,180 人、協力医師 30 人、研修医 53 人）が配置されている。**SPSTI では、医師 1 名あたりのフォロー労働者数が 4,789 人、SPSTA）では 1,658 人**で、共同型に高負荷が集中する構造である。組織単位では SPSTI の 1 サービスあたり平均 21 人の労働医が在籍（規模分布の偏りあり）、SPSTA では 1 事業体当たり平均 4 名で、58%が「労働医 1 名体制」で運営される。

看護職も拡充が続く。SPSTI に OH ナース 3,208 人、SPSTA に 2,248 人（計 5,456 人）。SPSTI 平均は 19 人／サービスで前年より増加。職種比では、SPSTI は看護師比率 16.6%・医師 18.5%（協力医等含め 21.9%）、SPSTA は看護師 39.3%・医師 20.6%（協力医等含め 22.1%）と、企業内型は看護職の厚みが相対的に大きい。IPRP（職業リスク予防担当機関／者は SPSTI2,313 人、SPSTA733 人で、学際構成（安全衛生環境／化学・人間工学・心理等）が明確である。

12．2　産業保健職の実際の業務

制度上の役割分担は【8】に詳述されているが、実務のボリュームから見ると、OH ナースは SPSTI で年間 3,137,430 件（全体の 40%）の面談を担い、労働医等の 4,679,724 件（60%）と合わせて面談運用の主力を成す。特に、採用時の情報・予防面談（visite d’information et de prévention＊）では、SPSTI において看護師が 1,969,356 件（73%）を実施し、非適性判定領域の一次対応で中核的役割を担う。SPSTA でも看護師の面談は 172,096 件（20%）に達しており、**医師主導の枠組みの中で看護師の分担が制度的に拡大**して

いることが実数で裏づけられる。

＊採用時の情報・予防面談：採用直後に配属予定の仕事・職場のリスクに照らして“健康面の初期スクリーニングと予防のオリエンテーション”を行うもの。

12．3　産業保健チームの形成

法定された産業保健チームの構造（労働医の統括・委任、看護師・協力医師・研修医・IPRP・SPST 補助職から成る多職種体制）は、【6】【8】に示した通りであり、ここではその実情を述べる。

SPST（産業保健サービス）は、集団的側面（企業ファイルの作成、職場巡視、作業環境測定、雇用者への助言等）と個別的側面（一般／強化健康管理、復職・事前復職・中途キャリア面談等）の連携（相互作用）を、労働医の統括のもとで分割的に割り当てる。

人数構成の実際と看護師の面談比率の高さが示す通り、近年は**OH ナース・職業リスク予防担当機関／者（IPRP）が産業保健の実働を担って職場を巻き込み、労働医は産業保健に関する種々の判断や提案、とくに危険有害業務についての個々の労働者の職務適性の判断や産業保健チームの統括に専念する運用が広がる**。

12．4　労使からの尊重の実情

フランスでは、SPST と労働医の権限・独立性が強く、労使はその判断等を尊重せざるを得ない。その「実情」については今後の調査に委ねる。

13　民間の産業保健サービスの状況

ここで強調すべきは、**フランスの産業保健サービスの「担い手」が、（公務部門を除けば）本質的に民間主体で構成されているという実情**である。まず、SPSTA（独立型産業保健サービス）は大企業などが自社の内部に設置する組織であり、これに対して中小企業をはじめ多数の企業が加入して利用するのが SPSTI（共同型産業保健サービス）である。

公的部門はそもそも枠組みが異なり、中心的役割を果たすのも労働医ではなく予防医（médecin de prévention）である。

そのうえで、（公的部門を除くと）、SPSTA は企業内組織、SPSTI は association（非営利社団）が基本形であり、SPSTI の理事（Conseil d’administration）は加入企業の使用者代表と労働者代表が務める。すなわち、フランスの産業保健サービスは制度全体として、民間の団体が主体的に担う構造をとっている。

この民間主導の構造は、すでに述べたガバナンスの制度――たとえば SPSTI の労使同数理事会や医療技術委員会（Commission médico-technique）、企業横断委員会（Comité interentreprises）、監査委員会（Commission de contrôle）という三層ガバナンス、共通基盤サービスの料金面での標準化（労働者ごとに平均費用の 80～120%）（一部、補完／追加サービスへの追加料金徴収は可能）、さらに CPOM（複数年目標・手段契約）や第三者認証による品質管理――と整合している。これらはすべて、「民間の器」を前提にしつつ、公的規制と契約・認証のレイヤで透

明性・中立性・実効性を担保する設計であり、【13】の「民間の産業保健サービス」という見出しを制度的に裏づける。

14　法令上の選任義務がなくても選任の実情が認められる場合とその理由等

フランス法制では、SPST（産業保健サービス）へのアクセス（自社設置＝Service de prévention et de santé au travail autonome、共同加入＝Service de prévention et de santé au travail interentreprises）はすべての使用者の義務である。他方、独立自営業者については任意とされている。SPSTI への加入はできるが、実際にはあまり行われていない。

しかし、SPST には、以下のようなメリットがあり、自営業者のほか、特殊な立場にある被用者が、SPST を活用するほうが合理的”な仕掛けになっている。

①「周辺も包み込む」しくみ

家事使用人の個人使用者らにも拠出を求めて SPSTI 加入扱い（SPST の提供者側になるということ）にする（但し、労働医ではなく予防医が対応することになる）一方、自営業者（≠家事使用人）にもそのサービスへのアクセスを提供するなど、制度側から間口が開けられている。その結果、条文上は任意でも、「入っておくほうが安心・便利」な状態はできている。

被用者のための使用者の SPST 加入は法的義務だが、管轄違いの SPST を利用する扱いはよく使われている。

②外部企業（請負・委託）が“受入側の枠組み”に接続される

外部企業が受入企業の構内で長期間働いたり、高リスク作業をするような場面では、両社の SPST と労働医が予防計画（plan de prévention）を共有し、更新する。合意があれば、受入側の労働医が外部企業の労働者を臨時にフォローして、その結果を外部側に返すこともできる。

③バラバラな雇い主・働き方を“ひとつに束ねる”道

たとえば複数の会社で働く労働者について、健康管理の集約化のため、主たる雇い主の SPST に他の雇い主も相乗りできる。様々な所属の労働者が出入りする現場ほど、面談・記録・適性判断を一体的に実施する方が効率的で確実。結果として“SPST を選ぶ”判断が自然に強まります。

④近隣の SPST で距離のハードルを越える

本社から遠い地域で働く人（隔地勤務者）は、主たる SPST とは別に近隣の SPST も活用できる。各地勤務者の近隣にある SPST も、面談・健診・巡視を担えるので、その SPST への加入や協定による選任が拡大する。

自営業者と被用者に共通するその他の SPST 利用上のメリットは以下の通り。

④“質が見える”から選びやすい

行政による認可、契約（CPOM：複数年目標・手段契約＊）／第三者認証の三層ガバナンスで、SPSTI のサービス品質の担保、成果の可視化が図られている。年次報告の公開もある。結果、義務の外縁にいる主体でも、DUERP（職業リスク評価）や復職支援を“プロ水準”で任せられる。

＊CPOM（複数年目標・手段契約）は2011年法で導入され、SPSTI（共同型産業保健サービス）と行政・社会保険との間の三者的な枠組みにより、国家・地域の優先事項を現場の年間計画へと橋渡ししつつ、予防活動に対する交付金の裏づけを与える制度的インフラを形成している。

⑤「等頻度・等保護」の原理

有期・季節・派遣・外部・遠隔・若年・妊娠授乳などのカテゴリーの労働者は、他の労働者と同じ頻度で健康管理を受けるのが法的な原則である（必要に応じた特則はあるが）。だから、面談周期・適性判断・記録の連続性を保つには、やはりSPSTを利用するのが効率的。特に派遣では、派遣元－派遣先間でSPSTの相互委託等の取り決めがなされ、その選択をしなければ管理がちぐはぐになる状況が生じている。

15　関係職種との連携

本節【15】は、SPSTが、内部の多職種だけでなく、外部の医療・社会保障・就労支援・職業リハビリテーション等と制度的に関わりながら、職業的離脱の予防（PDP：Prévention de la désinsertion professionnelle）や、日常の予防・復職支援を遂行する仕組みを描く。まず、SPSTが自らの専門性だけで足りない場合に備え、法は職業リスク予防担当機関／者（IPRP＊）への外部委託ルートを用意している。すなわち、SPSTが介入に必要な技術的専門性を欠くときは、労働法典L.4644-1条に基づき行政登録された職業リスク予防担当者（IPRP）に依頼できると、R.4623-39が定めている（登録は行政の監督下で行われ、実地の介入品質を担保する構造）。

＊IPRPは、人間工学・産業衛生・毒物学・労働心理・労働組織などの専門家・機関（Institut national de recherche et de sécurité：INRS〔国立産業安全研究所〕、Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail：ANACT〔労働条件改善庁の地域ネットワーク〕等を含む）を広く含みうるカテゴリーで、行政登録制が採られている。登録は自然人・法人いずれも可能だが、SPSTそのものはIPRPとして登録できない。実務では、使用者が直接、外部のIPRPに介入を依頼することもある（法令・通達上の取扱い）。

さらに中核となるのが、2021年法でSPSTI（共同型産業保健サービス）に設置が義務化されたPDP（Prévention de la désinsertion professionnelle：職業的離脱の予防）ユニットである。SPSTIには、L.4622-8-1条に基づいて多職種のPDPチームが置かれ、「連携すべき関係者」が条文上、明確に列挙されている。すなわち、

（1）医療提供を担当する医療専門職（労働者の主治医等）、

（2）社会保障法典（Code de la sécurité sociale）L.315-1条に規定されるサービス・メディコ（医療管理サービス）、

（3）地方の疾病保険機関である初級疾病保険金庫（CPAM：Caisse primaire d’assurance maladie）、

（4）社会福祉・家族法典（Code de

l’action sociale et des familles）に基づきCARSAT(退職保険・労働保健金庫)が所掌する社会福祉サービス、

(5) 労働法典 L.5213-2-1 条に規定される援助付き雇用（“ジョブコーチ”制度）の担当者、

(6)県の障害者支援窓口(MDPH:Maison départementale des personnes handicapées）を含む障害補償担当、

（７） ESPO （（Établissements et services de préorientation：職業適性評価施設＊）／ESRP（de réadaptation professionnelle：職業リハビリテーション施設＊）の担当、

(8)France Travail(旧 Pôle emploi)やCap emploiなどの職業的統合(≒復職・定着）支援機関―

が、SPSTのPDPユニットとネットワークを組み、情報・面談・措置設計・実装を連携させることが要請されている。

＊ESPO(職業適性評価施設)は、職業適性を多角的に評価して職業リハビリテーションの計画を作成し、ESRP(職業リハビリテーション施設)は、それに基づいて職リハを実践する機関であり、両者ともに、同じ会社への復職と他社への転職の双方を支援する。

この多様な外部連携相手のリストは、

①労働医（médecin du travail）

②OHナース（infirmier de santé au travail）

③職業リスク予防担当機関／者（IPRP）

等の内部チームが、

治療・保険給付・社会的支援・就労支援・能力評価・再訓練という多面的な支援をSPSTで統括するための制度的なハブとも言える。

例えば、疾病に罹患した労働者の長期療養からの復帰に際し、

労働医の助言に基づく調整措置（時間配分・配置変更・機器調整等）を提案・検証しつつ、

④CPAM(Caisse primaire d’assurance maladie：初級疾病保険金庫）による給付や

⑤ CARSAT （ Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail）の社会福祉サービスと連動して所得補償や職業再適応への橋渡しを行う。

必要ならば

⑥ESRP（Établissements et Services de Réadaptation Professionnelle： 職業リハビリテーション施設・サービス）／ESPO（Établissements et Services de Préorientation：職業適性評価(予備指導)施設・サービス）での職業評価・再設計、

⑦MDPH（Maison Départementale des Personnes Handicapées：県（デパルトマン）障害者ワンストップ窓口）による障害認定・補装具・調整支援、

⑧France Travail（復職支援を含む就労支援を担うフランスの公的雇用サービス機関）／Cap emploi(障害者の就労支援に特化した職業紹介・職場定着支援ネットワーク：専門配置機関)による再就職支援を、

⑨SPST（Service de prévention et de santé au travail）がPDPユニットを介して統合する。

フランスの産業保健制度は、

①監督（inspection du travail：労働監督官）、
②保険（CNAM：Caisse nationale de l’assurance maladie〔国民健康保険金庫〕／CARSAT： Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail〔地域年金・労働衛生保険金庫〕）
③予防（STSP：Service de prévention et de santé au travail）
の三位一体で構成され、
①国立労働衛生研究所（INRS：Institut national de recherche et de sécurité）、
②ANACT（Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail：労働条件改善庁）やARACT（Associations régionales：ANACTの地域ネットワーク）、
③建設・土木予防機関（OPPBTP：Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics）
などが情報やツールで支援を行っている。

これらの領域横断のハブが、SPST（産業保健サービス）とPDP（職業的離脱予防）と社会保障や職業リハビリテーション間の連携を支えている。この連携は、PRST（地域労働衛生計画）やCPOM（複数年目標・手段契約）にも盛り込まれている。

本節【15】では、SPST（Service de prévention et de santé au travail）が内部の多職種を束ねつつ、医療（主治医等）−保険（CPAM）−社会福祉（CARSATの社会業務等）−障害支援（MDPH）−職業リハビリテーション（ESRP／ESPO）−復職支援を含む就労支援（France Travail／Cap emploi）を明文の法的根拠で体系的に連携させることで、PDP（職業的離脱予防）を支える構造を示した。

内部に不足する専門性は、外部の職業リスク予防担当機関／者（IPRP）の活用で補完される。すなわち、INRS（国立産業安全研究所）／ANACT（労働条件改善庁）−ARACT（ANACTの地域ネットワーク）／OPPBTP（建設・土木予防専門機関）等の専門機関が技術・資料・人材育成のバックボーンを提供する。

PDPにとって、この連携は要であり、SPSTをハブにした制度的ネットワークとして、法−政策（PRST：地域労働衛生計画）−契約（CPOM）−実装（事業場での面談を含む諸措置）を連携させることにより、実現が図られている。

16　個別課題への対応と判例の分析

本節では、産業保健制度の“横糸”を、特定テーマごとの“縦串”で論じる。縦串として、6つのテーマ―「フリーランス・副業兼業者等」「高齢化」「女性の就業率の増加に伴う健康課題」「治療と仕事の両立支援」「テレワークの拡大による課題」「化学物質管理」―を設定する。

16．1　フリーランス・副業兼業者・非典型雇用者

16．1．1　フリーランス・副業兼業者・非典型雇用者への制度的な対応枠組み

フランスでは、様々な雇用形態、働き方をする人物にも「切れ目ない産業保健」を及ぼすよう制度設計されている。すなわ

ち、派遣・有期・季節・国外派遣・遠隔就労、AI（仲介非営利社団＊）経由で働く人、職業訓練生など、立場は違っても、健康管理の頻度は他の労働者と同等が原則である。必要に応じて運用を調整しても、面談周期等の軽減はできない。とりわけ有期・派遣については、デクレで「無期と同じ頻度」が規定されている。

一方で、SPSTI（共同型）の手が届きにくい就労者には“現実的な解決策”が用意されている。舞台芸術のフリーランス、モデル、家事労働者、保育アシスタント、外回りの営業などは、業種別協約の拡張により、監視方法の特例（面談の頻度は下げられないが、実施手順・連絡フロー・記録様式など、移動が多い働き方に合わせた実務の段取りを業種に即して定める）やサービス選択の特例（地域型のSPSTIと業種別のSPSTIのいずれを使うか、前者の場合、どの地域のSPSTIを使うかを選べる）を設定でき、家事・保育・モデルでは労働医の専門資格を持たない一般医が、SPSTIと協定を結んだうえで面談を担う道も開かれている（ただし、利益相反防止や研修受講の条件付き）。短期、断続、個人雇用などの“制度の盲点”となり易い領域に、地域の開業医（一般医）×SPSTIの連携で橋をかける発想だ。

家事雇用では、個人使用者から拠出を集め、指定SPSTIに接続する仕組みが用意されている。拠出金の徴収やデータ連携はURSSAF（Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales：フランス社会保障料徴収連合などと訳され、フランスにおける社会保障および家族手当の保険料を徴収する主要機関）や共同管理団体（association paritaire：労使同数の代表で運営される非営利の運営主体で、国から定められた枠内で特定の制度を労使共同で管理する団体）が担い、家事使用人にも産業保健を及ぼしている。複数の雇用主がいる人は健康管理を一つのSPSTIに集約でき、記録と判断を一体運用にすることで抜け漏れを防げるようになっている。

さらに2021年法は、自営業者にもSPSTIの特定サービス（職業上の予防〔種々のリスクアセスメント、教育訓練等〕・個別管理・職業的離脱予防）を拡大した。加入は任意・年契約で、現状の加入数はまだ限定的だが、選べる窓は用意された。なお、建設現場の一人親方について、フランスは、制度運用によって元請／受入側に保護させている。すなわち、フランスでは、元請企業の事業所に外部企業（下請・委託）が入るとき、元請企業が法令（労働法典R.4512-7以下）に基づき予防計画（共同作業の危険の洗い出し（DUERPとの接続）等様々）を作成せねばならない。法律ではなく契約等により、その対象に一人親方も含める運用を行っている。元請の予防計画で下請労働者を守り、独立事業者は現場運用で実質的にカバーするのがフランス流である。

＊仲介非営利社団（association intermédiaire）：フランスの就労支援制度（SIAE：構造的就労支援）の一類型。地域の非営利団体が行政の認可を受け、就労に困難がある人を自団体の“雇用”のもとで家事・軽作業・事務補助・公共サー

ビス補助などの短時間・短期の仕事に「みなし派遣（mise à disposition：就労先に出向）」させ、社会・職業への再統合を後押しするもの。

16.1.2　フリーランス・副業兼業者・非典型雇用等に関する判例

フリーランスや副業・兼業が広がるなか、裁判所は「名目」よりも「実態」で被用者性を判断する姿勢を一貫させている。被用者と認められる三要素は、①労務の提供、②対価としての報酬、③使用者の指揮命令下という継続的な従属性（命令、監督、制裁が核心）である。

配達プラットフォームの Take Eat Easy 事件では、登録は自営でも、アプリを通じた指示・監督・制裁の実態が重視され、契約名称にかかわらず労働関係の有無は実際の働き方で決まるとされた。Uber 事件でも、乗客が支払う運賃額・業務条件・経路の拘束、依頼拒否時の切断やアカウント停止などの制裁権限から、運転手は企業の法的支配下にあり「従業員」であると判断（再性質決定）された。再性質決定が出ると、企業は過去分を含め、雇用法令を遡って適用し直す必要があり、産業保健でも被用者としての健康管理（SPST による面談・記録等）が義務化される。他方で、自営業者として納めた保険料の返還は原則認められず、社会的身分に関する行政決定の遡及は限定されるとの判断も示された。使用者による産業保健サービスへの未加入が、過去に遡って安全配慮義務違反と評価され得るかについては、明確な判例がまだない。

副業・兼業の場合、労働者が複数の雇用主で同じ社会職業カテゴリー・同種の健康管理区分に該当する場合、主たる雇用主の SPST に健康管理を「集約」でき、記録と判定を一本化できる。その要件を満たさなければ、各雇用先ごとに健康管理を行うことになり、労働者が未申告の副業は運用上の齟齬を招き得るが、この点に関する確立した判例は乏しい。総じて、プラットフォーム時代の働き方でも、裁判所は「実質的な従属」を精査し、必要なときは労働者保護と産業保健の網をかけ直す方向に舵を切っている。

16．2　高齢化への対応（調査継続中）

定年引き上げに伴い、高齢労働者の健康管理はますます重要なものとなっている。2021 年法（予防強化法：Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021）により、中途キャリア面談が創設された（L. 4624-2-2）。この面談は 45 歳の年度内に実施され、その目的は、

①これまでの職業上リスク要因へのばく露履歴を考慮しつつ、現在の健康状態と担当している職務との適合状況を評価すること、

②職業的離脱のリスクを評価すること、

③労働者に対し、職場における加齢の課題や職業上のリスク予防の重要性について意識喚起を行うこと、

とされる。

なお、障害労働者認定（RQTH）を受ける 50 歳以上の者については、雇用率カウント上の優遇措置（1.5 単位）があることも、脆弱性のある高齢労働者の雇用継続支援と言える。

16．3　女性の就業率の増加に伴う健康課題（調査継続中）

フランスでは、女性の就業率の上昇傾向を踏まえ、職場の法制度は、「(業務上のリスクから）守る、(ハラスメントを）止める、(健康管理を）整える」という三層の対策を図って来た。

第一は、妊娠・出産と育児に関する強い保護である。妊娠を理由とする解雇は原則違法で、使用者への通知時点から産後10 週間は特別な保護下に置かれる。流産や子の死亡に伴う解雇禁止、看護休暇（＊）中の解雇禁止も明文化されている。妊娠中は本人や使用者の申出（＊使用者からの場合、安全配慮の趣旨）で一時的な職務転換ができ、夜勤や有害業務に従事する者は、原則として昼勤や安全業務への配置換えが求められる。いずれの場合も賃金の不利益変更は許されず、産休後は元職または同等職に復帰させねばならない。医療検査、生殖補助医療、養子縁組手続のための欠勤は賃金や勤続において不利益なく扱われ、産前産後休暇は柔軟に分割・延長できる。復帰時にはキャリア面談で研修や昇給の扱いが確認され、授乳時間や設備についての配慮が求められ、父親の休暇も、出産時から合計 7 日間（出産時休暇 3 日間＋4 日間）は義務的に、それ以上は本人の請求に基づき付与されねばならないこととされるなど、家庭と仕事の両立が多面的に支えられている。

＊20 歳未満の重度傷病の子の看護のため、最長 3 年間で 310 日の休暇を取得できる制度。

第二は、セクシュアル・ハラスメントの防止と救済を、刑法＋労働法＋産業保健の三重で担保したことである。使用者には防止、収束、従わない場合の制裁の実施義務が課され、250 人以上の企業には相談・支援担当者の設置、50 人以上の企業には就業規則への明記（定義と禁止、通報窓口と手順、申告者への報復の禁止、懲戒など）が義務づけられている。産業保健（SPST）も、ハラスメントに関する予防と助言者と位置づけられ、リスク評価や対応手順の整備、教育を図ることとされている。

第三は、性差を織り込んだ健康管理です。2014 年以降、職業リスク評価（DUERP）では、同じばく露でも性別で影響が異なる可能性を前提に検討することが要請されており、INRS（国立労働衛生研究所）やANACT（労働条件改善庁）は、生殖・授乳への影響、ばく露時期別（妊娠期、授乳期、月経周期など）、予防手順の優先順位（代替→密閉→局排→個人保護具など）などに関するガイダンスを提供している。ただし、現場運用上は、評価の粒度やデータ整備に課題もある。

要するに、フランスでは、「権利の明確化」と「運用の実装力」をセットで高める方針を基本として、解雇保護、職務調整、休暇保障、職場復帰支援、ハラスメント対策、（女性特有のものを含む）業務上のリスク評価を総合的に実施させることで、女性が辞めずに続けられる職場を制度的に保障しようとしている。

16．4　治療と仕事の両立支援

フランスにおける「疾病の治療と仕事の両立」は、“後追い”から“先回り”へ

舵を切ったところである。転機は2021年の予防強化法であり、同法により、産業保健を支えるSPST（産業保健サービス）の使命に、従来の「健康を守る」に加えてPDP（職業的離脱の予防）が明記された。これにより、以下の3点が促進された。

①キャリアの途中での健康状態の変化に応じて働き方を再設計する中途キャリア面談の実施。

②労働医を中核として看護職、人間工学の専門家やカウンセラー等を束ねるPDP（職業的離脱の予防）ユニット（法定の多職種チーム）の結成。

③疾病休業者の復帰条件を事前に設計するための事前復職面談の強化。

要するに、病気休職後に慌てて職務の転換を図るより、職業からの離脱を芽の段階で摘むため、職務内容、労働時間、就業場所、支援の組み合わせを設計する発想である。

2021年予防強化法によるPDP明記の背景には、離職リスクの「早期サイン」を捉えようとする流れがある。サインは個人側（年齢、障害、慢性疾患など）だけでなく、仕事側（時間の融通の乏しさ、姿勢負荷、有害要因へのばく露等）にも潜む。政府は、その早期把握のためのツールの研究支援を進めている。PDPユニットは、そのサインを把握したら、個人側への就業上の配慮（段階的勤務、就業時間帯の調整、職務再設計、配置転換など）と共に、会社側の職業リスクの管理計画（DUERP）や就業条件の改善を図ることが予定されている。

こうした産業保健、安全衛生施策と並んで重要な意味を持つのがRQTH（障害労働者認定）である。フランスでは障害の定義が広く、がんを含む慢性疾患での通院や欠勤を要する人も対象になり得る。産業保健職は必要に応じてRQTH申請を勧め、認定されれば、合理的配慮（機器、労働時間、就業場所の調整）やAGEFIPH（障害者の職業的インクルージョン基金の運営団体〔非営利の民間団体〕）等による助成やカウンセリングに橋渡しする。この施策では、労働医や看護職による医療的支援と社会保障や雇用支援（保険者や就労支援機関による）が連携する。

このPDPユニットは、日本の「両立支援」に近い概念だが、決定的な違いは“法定の常設チーム”としてSPST（産業保健サービス）に組み込まれていることである。すなわち、この常設の土台が、長い治療や再発の不確実性を抱える人にとって、職場復帰や職務の転換や再設計を限界設定なしに試行錯誤できる安心材料になっている。

16．5　テレワークの拡大による課題への対応（調査継続中）

テレワークにつき、日本では政府により普及推進が図られているが、フランスでは「拡大一辺倒」ではなく、リスクも伴うことを前提に、その管理とのバランスをとりつつ進める方針が採られている。総じて、テレワークは、DUERP（リスク評価文書）に位置けられる「管理すべきリスク」として扱われ、法令、協定等では、出社と在宅のバランス設計、業務量の見える化、労使間の定期的な対話と産業保健の助言で、働き手の健康と組織運営を同時に守る方向への最適化が図られてきた。完全在宅は孤立などの心理社会的リスク

を招きやすいとして、労使協定で出社最低日数を設ける例もある。労働法典では、2017 年のオルドナンス以降、テレワーク時の連絡可能時間、労働時間や業務量の管理方法、年 1 回の面談を労使協定等で定めることを求めてきた（L.1222-9, 1222-10）。また、2021 年法（予防強化法）により、SPST（産業保健サービス）には「テレワークが健康や労働組織に与える影響」について労使へ助言する業務が明文化された（L.4622-2）。INRS（国立労働衛生研究所）や ANACT（労働条件改善庁）も実務指針を出している。

2021 年法（予防強化法）は、対象労働者の同意、守秘、通信品質を満たす前提で、産業保健面談の遠隔実施を解禁したが、実際の利用は 2～5%程度と低く、多くの労働医は身体診察を伴う対面を重視している。

16．6　化学物質の管理への対応（調査継続中）

フランスの化学物質管理は、EU 規制を土台にしつつ、労働法典と環境法典で現場運用を枠づけている。まず土台となるのは、 化学物質の製造・輸入・流通業者（以下、製造業者等という）を対象に、登録、評価、認可、制限を定め、人の健康と環境の保護を図った EU 規則である REACH で、これを補完する趣旨で、労働法典が、製造業者等に化学物質のリスクや対応法等を細かく記載した SDS（Safety Data Sheet）等の情報提供、使用者に取り扱う労働者へのばく露低減と保護措置の実施を義務づけている。CLP（Classification, Labeling and Packaging：EU 規則に基づき、化学物質・混合物の GHS に整合した統一様式で分類・表示・包装を行わせる仕組み）も同様に、製造業者等に対して、ラベルによるリスク等の表示義務、違反時の制裁までの運用が回るような規定を置いている。要（かなめ）は CMR（発がん性・変異原性・生殖毒性）物質で、労働法典は、代替の優先、技術的・組織的対策、保護具の整備、作業環境測定と結果保存、健康監視（有害業務従事者への健診を含む特殊な健康管理。産業医による意見と労働保健医療記録〔DMST〕への記入を含む）、労働者への教育や情報提供を一式で求めている（R.4412-59 から R.4412-93）。2024 年の政令により、CMR にばく露し得る労働者につき、ばく露する物質の種類、ばく露の性質・期間・程度まで含めて記録を作成・更新・保存することが新たに義務化され、追跡性が引き上げられた。

ナノ物質には、 EU の一般的な ルールに加えてフランス独自に年次届出制度があり、ナノ形態で年間 100g 以上を取り扱う製造・輸入・販売業者は、毎年、数量や用途を ANSES（公的安全衛生機関） に届け出ねばならない。先ずは国が、ナノ物質の使用状況を把握するためのスキームである。

こうした規制を支える頭脳として、INRS（国立労働衛生研究所） や CARSAT の化学リスクラボに、労働医や企業の予防担当者が測定、代替・密閉・局排の選択、PPE の選定などの実践について相談できる窓口が設置されている。

実務支援のため、INRS が化学物質のリスク評価を半自動で行う無償ツール SEIRICH （Système d’Évaluation et

d’Information sur les Risques Chimiques）を開発し、普及が進んでいる。これは、CMR 物質のばく露者リストを自動抽出し、リスク評価の記録、分析、レポートを一括出力し、結果を DUERP（職業リスク評価文書）にそのまま反映できるよう設計されている。

日本では、化審法、PRTR、安衛法で縦割り規制されているのに対し、フランスは、EU のルールに労働法典が上乗せされ、両者の統合運用によって、ナノ物質の年次届出や CMR の被曝者リストの作成保存の義務化など、追跡と予防を支える構造になっている。これに基づき、企業側は、SDS→リスク評価→物質の代替や工学的対策→衛生教育や PPE→健康監視（有害業務従事者への健診を含む特殊な健康管理）→記録と見直しというサイクルを、SPST（産業保健サービス）の助言とツールの活用によって回していく、それがフランス流の職域における化学物質管理のスタイルである。

OH ナースによる調査結果（運用実態関係）

フランスでは、多くの産業保健実務が法定されているため、運用実態に関する情報も、制度論との重複が避けられない（ただし、法定事項の実際の遵守状況については、次年度以後の課題とする）。

彼国では、雇用主に産業保健サービス（SPST）の組織が義務づけられ、従業員数 500 人未満の企業は企業間共同サービス（SPSTI）に加入する義務を負う。一方、500 人以上の大企業は、SPSTI に加入しても良いが、企業内サービス（SPSTA）を組織して、医師や看護師を直接雇用する体制も選べる（両者ともに原則として雇用する必要がある）。SPST は多職種で構成すべきことが法定されており、労働医、協力医師、研修医、看護師、職業リスク予防専門家（IPRP）などが役割分担しながら包括的な予防サービスを提供することが予定されている。もっとも、医療記録の共有には個人情報保護規制（RGPD〔EU 一般データ保護規則〕所定の一般原則やフランス労働法典所定の特則等）との関係上、企業専属の OH ナースが外部 SPST の記録にアクセスできない（労働法典 L.4624-8 条）などの制約もある。

産業保健専門職の中核である労働医は、医学教育 6 年と国家試験合格の後、労働医学の専門課程（DES）で 4 年の体系的研修を受けて、「予防医学の専門医」と位置づけられる。原則として診療・処方は行わず、健康診断に基づく就業適性判断、職場の巡視や環境改善、職業病や災害の予防を重点に活動する。また、勤務時間の 3 分の 1 をそれらの現場活動に充てる「1/3 ルール（tier temps）」があり、職場改善への従事が制度的に担保されている。しかし、労働医不足は深刻で、SPSTI では、医師 1 人あたり約 4,800 人を担当する高負荷構造が報告され、特に 2016 年のデクレ（Décret n° 2016-1908）を踏まえ、法令上（特に 2021 年の予防強化法と 2022 年のデクレにより）、業務の一部の看護師への委任が図られてきた。このデクレが一律的な「労働医による 2 年ごとの健診」から、リスクに応じたフォロー（危険作業に従事する者への強化健康管理、障害者など配慮を要する者への調整、通常の労

働者に対する個別健康管理）へ転換したことも、医師が注力すべき事柄への特化などを通じて、多職種間の分担の拡大に繋がった。

OH ナースについては、企業規模や業種に応じた配置基準があり、就業には看護師国家資格（IDE）に加え、原則として産業保健の特定研修（理論 240 時間＋実務 105 時間）が必須とされる。2021 年の予防強化法とその後の政令により、採用時の情報・予防面談（VIP）、45 歳前後で行われる中途キャリア面談（健康状態に適合したキャリア形成について相談するための面談）、復職支援、健康教育、職場巡視、メンタルヘルス支援など、労働医の書面プロトコルの下で実施できる範囲が明確化する形で業務範囲が拡大された。実際、SPSTI では企業訪問の約半数を OH ナースが担うなど、医師不足の中で機能分担が進む一方、OH ナースの専門性の適正な評価や職種としての自律性には課題が残るとの指摘がある。

なお、2021 年法改正は、非正規雇用・派遣・下請の被用者・自営業／フリーランスなどの産業保健の保護から外れ易い就労者にもその支援対象を広げ、とりわけ離職防止のための支援を重視した。女性の健康についても、従業員数 100 人以上の雇用主につき提供すべき授乳室の要件を法で細かく定めるなどしたが（作業室からの分離、換気、開口部の装備、清潔、授乳に適した座席、水の供給等）、月経困難症や子宮内膜症等を含む課題の可視化と包括的支援（勤務調整、病休制度の強化等）は、（＊小澤報告が示す一定の法的保障はあるものの、）フランスでも未達成の政策課題として議論されている。

化学物質等のリスク管理では、リスク評価の一元文書（DUERP）を軸として、評価結果の記録の保存、DUERP 自体のデジタル登録、労働者や元労働者を含む関係者による閲覧可能性の確保を通じて、危険要因の把握と継続的改善（PDCA）を図っている点が特徴である。日本でも国に有害性が認められ、ラベル表示や SDS の交付義務対象とされた化学物質のリスクアセスメントは義務化されたが、手法や運用面で事業者裁量が大きく、SPST など第三者への提出義務もないため、実効性のばらつきが課題とされており、法規制で運用の保障を図ろうとするフランスとはだいぶ異なる。

以上を踏まえた日本への示唆として、①50 人未満を含めた全事業場をカバーする持続的な産業保健サービスの提供体制（訪問型支援の強化を含む）、②多職種連携を「好事例」から「制度（法的裏づけ）」へと高めること、③OH ナースの資格や教育の体系化と企業による有効活用の義務化、④リスク評価情報の一元化とリスク管理の強化、⑤女性・高齢者・非正規・フリーランス等を対象とする包括的（多面的）支援の拡充等が挙げられる。

ドイツ

法学者による調査結果（制度関係）

ドイツの労働安全衛生政策は、二元的枠組みで成り立っていることを強調する必要がある。すなわち、①法定の労災保険組合と、②国家機関（連邦および州）が、それぞれ規制・監督・支援を担っている

（災害調査などでは連携されることも多い）。

第一の柱である労災保険組合は、労使の代表から構成された公法上の社団であり（ただし、上部の DGUV〔Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung〕は登録社団 e.V.である）、強制加入の労災保険制度の運用を担うが、（保険給付を減らす目的からも）予防の任務も担っている。予防に関する主要責務は、職場の災害、疾病、業務に関連する健康被害の予防にあり、手段として、労災防止規程の策定、監督、助言、情報提供、訓練が用いられている。この機関は、職場、作業機器、作業工程、業務関連書類を検査する権限を持ち、業務上の災害や健康被害の特定や原因調査も行える。さらに、労使が自らの義務を履行するために必要な措置命令の権限も持つ。

第二の柱は、国家の労働安全衛生機関である。連邦政府は、労働安全衛生に関する実態把握、それを促進・実施するための法律制定、関連する研究の実施等を担う。連邦が策定した法規則の履行確保の役割は、主に州（Länder）およびその労働安全衛生機関が担っており、情報提供、動機づけ、助言、監督、制裁といった手段によって実現を図っている。

ドイツにおける「労働安全衛生」概念は広範であり、労働災害、職業病、作業に関連する健康障害リスクの予防を中心に据えつつ、人間にやさしい労働環境設計、労働時間、特に保護を要する人々（例：未成年者や妊婦）の保護も含む。

主要な法律・規則は以下の通り。

労働安全衛生基本法（Arbeitsschutzgesetz：国の法令、公的団体の自治法などに散在する労働安全衛生法のエッセンスを集約し、労働安全衛生の基本原則を示した基幹法）

労働安全衛生管理体制法（Arbeitssicherheitsgesetz：事業者に産業医や労働安全専門職員を有効に活用させるための法律）

社会法典第 7 編（SGB VII：法定労災保険制度〔給付類型や支給要件など〕とその実施主体である労災保険組合に関する規定〔労災防止規程の制定に関する授権を含む〕）

職場における危険有害物質のリスク管理に関する命令（Gefahrstoffverordnung：職場で取り扱われる危険有害物質につき、使用者に対して、作業開始前のリスクアセスメント、3 ステップアプローチ〔物質の安全化・よりハザードの少ない物質への代替→工学的対策→個人保護具・教育訓練や情報提供による対策〕、SDS の作成と更新等を義務づけている）

このうち 1996 年制定の労働安全衛生基本法は、複数の領域に跨がる安全衛生規制の基本原則として、使用者に、労働者の安全と健康を維持する一般的な義務を定めたうえ、使用者に対して職場でのリスクアセスメント（危険性・有害性の評価）と結果の文書化や、労働者に対して、使用者の教育と指示に従い、可能な限り、自身と他者の安全と健康に配慮するよう義務づけている。

この法律は、1989 年 EC 基本指令（安全衛生に関する基本指令）の国内法化等のため、分散していた労働安全衛生法規を

整理統合する目的で制定され、1996 年 8 月に発効した。適用範囲は、商工業経営に限られず、公勤務、自由業、宗教団体など営利性の有無を問わず広く及ぶ。適用対象者も、一定の例外（家事使用人、船舶、一部の鉱業使用人等）を除き、直接の雇用関係の有無にかかわらず、法的関係をもって労務給付を行う者一般に広く及ぶ。同法 3 条・4 条が使用者の基本的義務、個別的義務を定めたことで、従来の営業法上の同趣旨の定めは削除された。既存の法規や法理を本質的に改訂したものではなく、改訂の足掛かりとして原則規定の統合を果たしたものと言える。

1973 年に制定された労働安全衛生管理体制法（ASiG）は、産業医等の産業保健及び労働安全の専門家から成る事業場内産業保健制度の形成を義務づける法律である。制定背景としては、外部監督官（例：国の営業監督官、労災保険組合の技術監督官）の増員にもかかわらず労働災害が増加していたこと、産業医・労働安全専門職員等の配置が機能する事業所では災害頻度が低かったこと、作業関連疾患やストレス等の増加により事業所ごとの専門的ケアが必要となったこと、外部監督の配備に比して事業所内体制の整備が進んでいなかったこと、国際労働機関（ILO）の勧告等の国内外の動きの後押しが挙げられる。これらの事情への対応に加え、特に中小企業における安全衛生対策の質的向上が目的とされた。

同法の特徴は、伝統的な労働保護の枠組みを超え、労働生理学・労働心理学的要素を取り込み「作業関連疾患」の予防を目的とする点、1972 年の事業所組織法（BetrVG〔Betriebsverfassungsgesetz〕：事業所組織法）で採用された「労働の人間的形成」（身体的負担（人間工学等）だけでなく、心理的負荷（作業組織・時間設計・裁量・上司行動等）も含めて、人に適した労働を構想する概念）を取り入れている点、さらに、具体的要件の多くを一般規定にとどめ、詳細を災害保険組合の労災防止規程に委ねている点がある。

施行後しばらくは一定の効果を挙げたものの、20 世紀後半からの技術革新等による労働の質の転換、危険有害物の拡大により、十分な対応が困難になったとの指摘もある。

社会法典第 7 編（SGB VII：法定労災保険）は、法定労災保険組合に労災防止規程の立法と運用の権限を委ねている。同組合は、商工業、海運・漁業、農業の産業別に分かれており、このうち商工業部門は、BG RCI（原材料・化学）、BGHM（木材・金属）、BG ETEM（エネルギー・繊維・電気・メディア等）、BGN（食品・外食）、BG BAU（建設）、BGHW（商業・物流）、VBG（行政・サービス等）、BG Verkehr（運輸・郵便物流・通信）、BGW（医療・福祉）の 9 分野から成る。その他の詳細は次年度に委ねる。

労働安全衛生政策を司る主要機関として、まず労働・社会福祉政策を管轄する連邦労働社会省（BMAS）が、労働安全衛生および労働医学（Arbeitsmedizin：労働医学）に関する法律・政策の立案を担うと共に、連邦・州・保険機関の間の政策調整を行う。連邦が策定した法律の執行（監督・命令・制裁等）は主に州の労働安全衛生当局が担う。なお、連邦・州

・法定労災保険組合による継続的な協働

枠組みを示した国家の連携戦略の例として、ドイツ労働衛生共同宣言（GDA：Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie）が挙げられる。これは、国家と労災保険組合の二元体制を前提に、重点課題、個別目標、実施方法などの統一を図ることを狙ったものである。

次に、BMAS 傘下の研究機関である連邦労働安全衛生研究所（BAuA：Federal Institute for Occupational Safety and Health）が挙げられる。同機関は、安全で健康的かつ生産的な労働環境の確保を目標に、研究、政策助言、実務支援を行う。毎年、ドイツの安全衛生の現状に関する統計報告書も作成している。労災・職業病の予防から、心理的負荷の管理、健康の保持増進など幅広い課題が対象としている。

さらに、DGUV（Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung：ドイツ法定労災保険組合連合会）は、法定労災保険制度（gesetzliche Unfallversicherung）を担う各産業別の労災保険組合（Berufsgenossenschaft）及び公務部門の災害保険基金（Unfallkassen：災害金庫）を統括ないし代表し、労災職業病予防や健康保護のための DGUV 規程（DGUV Vorschriften）を制定したり、支援体制を提供している。

労働安全衛生管理体制法（AsiG）が定める産業医については、同法第 2 条が、各事業場の業種とそれに伴う災害・健康危険、労働者数と労働者層の構成、事業所組織のあり方（権限が本社集中か、安全衛生権限の所在、労働者代表との協議体制等）等を踏まえ、必要に応じて産業医を選任する義務を使用者に課している。同法3条は、産業医の責務として、使用者等への助言、健康診断の実施・評価・記録、安全衛生・健康管理の管理監督、労働者への啓発（リスクと回避策の周知）、応急処置体制（救護員の出動計画の作成と訓練）への関与などを掲げている。同法 4 条は、産業医の選任要件として、医師資格と労働医学上の専門知識を求めている。

産業医が実際に実施している主な業務は以下の通り。

①労働安全専門家と協力した業務上のリスクアセスメント、

②職場設計・作業環境・作業手順に関する事業者への助言、

③特定の危険有害業務に従事する前後に行われる労働医学的な健診や適性判断、

④産業保健に関する労使への諸種の助言・支援、

⑤定期的な職場巡視、

⑥健康増進に関する助言、

⑦傷病による休職者の復職支援への助言、等。

資格要件としては、前述の通り、医師免許（Approbation）を取得した者が、労働医学専門医（Facharzt für Arbeitsmedizin）の称号を取得するか、他の専門医資格を持つ医師が産業医学追加研修（Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin）を修了することが求められる（DGUV Vorschrift 2：ドイツ法定災害保険規則第 2 号）。労働医学専門医の称号を得るには、60 か月の専門研修が必要で、24 か月は臨床・一般医学、36 か月は労働医学分野の実務研修、加えて基礎コース 360 時間の受講が求められる。他

の専門医資格を持つ医師が受講する追加研修ルートでは、産業医としての実務経験 1,200 時間と基礎コース 360 時間が要件とされている。

やはり AsiG（労働安全衛生管理体制法）所定の労働安全専門職員については、同法第 6 条が、業種ごとの危険性、労働者数と構成、事業場組織のありよう（産業医に関する説明を参照されたい）等を踏まえ、使用者に選任義務を課している。同法第 7 条は、労働安全専門職員に選任され得る職種として、大学の工学教育等を前提とするエンジニア（Ingenieur）と名乗れる資格を要する安全エンジニア、要しないが DGUV 規程第 2 号で要件を定められた安全技術者／安全マイスターを挙げ、それぞれがどのような研修や実務等を受ければ、基本的な職務要件とされる「安全技術上の専門知識（sicherheitstechnische Fachkunde）」を持つと認められるかは、DGUV 第 2 号で具体化されている。同法第 10 条は、産業医との協働を定めている。

労働安全専門職員の養成経路には、労災保険者（Unfallversicherungsträger：職業災害保険組合や災害金庫）による講習、工学系大学の学位課程、民間教育機関の講習等があるが、その修了に加えて、エンジニア、技術者／マイスターといった技術的専門性と、原則として 2 年以上の実務経験が必要とされる。ただし、安全工学を専攻した工学課程卒業者で「安全技術士（Sicherheitsingenieur/in）」の称号を持つ者は、追加資格なしに 1 年の実務経験後に任命可能とされる（DGUV 規程第 2 号）。その他詳細は次年度の調査に委ねる。

これらの専門職の関連団体として、産業医については、ドイツ工場医・産業医連盟（VDBW：最大の職能団体、1949 年設立）、ドイツ労働及び環境医学会（DGAUM：学術団体であり、研修・継続教育や政策助言に関与）、独立系労働医およびフリーランス産業医の職業団体（BsAfB：自営・小規模事業所向け支援を重視）が挙げられる。

労働安全専門職員に関する専門家団体、OH ナースの活動や専門家団体についての調査は次年度に委ねる。

OH ナースによる調査結果（運用実態関係）

1. 「協働」の法定

ドイツでは、Arbeitssicherheitsgesetz（ASiG：産業医・安全技術者等に関する法律）により、企業規模を問わず全ての事業者に、産業医（Betriebsarzt/Betriebsärztin）と労働安全専門家（Fachkraft für Arbeitssicherheit：安全技術の専門職）の選任が義務づけられている。両者は、ASiG 第 10 条で「職務遂行にあたり協力しなければならない」と明記され、その具体化の一例として共同巡視（gemeinsame Betriebsbegehung：産業医と安全専門家が一緒に職場を巡視すること）などが定められている。同条は、産業医と労働安全専門家が、社内の技術安全・健康保護・環境保護の担当者の他、労働者の代表や安全担当者などと協働して任務を行うことも求めており、多職種連携を法律上直接的に要請されている。

他方、ドイツでは、労使の代表で構成さ

れた公的組織である DGUV（ドイツ法定労災保険組合）が、労災保険制度と共に、労災防止活動を担い、国の法規則に準じた性格を持つ労災防止規程の策定や執行（独自の監督指導体制を持ち、規程違反には過料で制裁できる）を担っている。

同組合が制定した労災防止規程である DGUV Vorschrift 2（DGUV 規則 2）の 2025 年改訂では、一定条件下で産業医が適格な補助要員（qualifiziertes Assistenzpersonal）に業務の一部を委任（Delegation）できることが明示された。これには医師ではない健康系専門職（Gesundheitsfachberufe. 例えば MFA〔Medizinische Fachgestellte：診療補助・医療事務を担う専門職〕など）が含まれると明示されており、当然に看護職が含まれると解される（ただし、MFA は国家認定の職業訓練で養成される専門職であり、看護師とは別体系）。産業医不足への対応、役割分担、品質保証を公的規範で支える動きと言える。

また、同組合が公表した文書（DGUV Information 250-105）では、産業医業務に必要な設備や支援体制を示す中で、看護師（Krankenschwestern/Krankenpfleger）や MFA を含む補助要員活用の重要性が示されている。

2. 専門職の層構造：法定の「核」と任意配置の「周辺」

①法定配置職（中核）

ドイツにおける産業保健・安全衛生専門職の中核は、産業医（Betriebsarzt/Betriebsärztin）と労働安全専門家（Fachkraft für Arbeitssicherheit）である。DGUV Vorschrift 2 は、業種の危険度グループ（Gefährdungsgruppe：危険度区分 I・II・III）と企業規模（従業員数）に基づく両専門職の最低年間従事時間＝投入時間（Grundbetreuung：基礎的ケアに従事させる時間）を具体的に規定している。すなわち、配置だけでなく関与の量を数値で義務づけている。

産業医は、労働医学専門医（Facharzt für Arbeitsmedizin：5 年の専門研修 Weiterbildung を経て医師会による試験で取得。医師免許取得後すぐに専門研修に入れる。専門研修には直接患者に当たる臨床経験が含まれる）か、他領域の専門医（臨床でよいが、直接患者診療に当たる領域である必要がある）が産業医学の資格を追加取得する産業医学附加資格医（Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin：最短 1.5〜2 年程度の附加研修＋試験）によって担保される。研修・認定は、BÄO（Bundesärzteordnung：連邦医師法）や、BÄK（Bundesärztekammer：連邦医師会〔州医師会が形成した作業共同体であり、権利能力なき団体。ただし、州医師会は、医療職能団体法などの州法に基づく公法上の団体であり、強制加入や公的責務を担う〕）が策定する MWBO（Muster-Weiterbildungsordnung：専門研修規程）を基本として、州の研修規程（WBO）で具体化される。

労働安全専門家は、工学系学位や技術者資格等に加え、2 年の実務経験と、公認 Sifa（労働安全専門家養成課程）の修了によって専門知識（Fachkunde）ありと認め

られる。Sifa 研修の内容は、DGUV の標準試験規程（Muster-Prüfungsordnung）や Sifa-Lernwelt（学習プラットフォーム）により標準化されている。

②任意配置職（周辺）

一方で、OH ナース（Betriebskrankenpfleger）は法定職ではないものの、機能検査、採血、健診運営、管理業務、応急措置などを担い、実態としては産業医の支援業務が中心で、看護業務は相対的に少ない。産業医学アシスタント（arbeitsmedizinische Assistenz：産業医学補助）、工場看護師（Werkspfleger/innen）などと呼ばれることもある（微妙に内容が異なる場合もある）。

特に重要な役割を果たしているのは、産業医補助の中核職である産業医学アシスタント（Arbeitsmedizinische Assistenz）で、これは MFA、看護師、救急救命士などの基礎的な資格を持つ者が、VAF（Verband Arbeitsmedizinischer Fachkräfte：産業保健専門家協会＝民間の職能団体）や VDBW（Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte：産業医協会）などの団体が提供する継続教育（Weiterbildung：職後教育）を経て、産業医の指示・監督下で検査・採血・運営・記録等を担う「非医師アシスタント（DGUV 規則 2 所定の機能的な呼称）」である。大企業では、これらに加えて心理職や理学療法士等も配置されている可能性がある。

3. 健康診断：疾病の発見より「ばく露リスク管理」

ドイツの法定健康診断は、Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung（ArbMedVV：労働医学的管理に関する命令）で制度化され、Arbeitschutzgesetz（ArbSchG：労働安全衛生基本法）が定める業務上のリスクアセスメント（Gefährdungsbeurteilung）等と関連づけられている。最大の特徴は、「病気の早期発見」（日本の一般健診）ではなく、職業上のばく露リスクの管理（präventive Vorsorge. 日本の特殊健診に近いもの）として設計されている点にある。

ArbMedVV は対応するリスクのレベルに応じ、健診を、対象、頻度、内容について、以下の 3 類型に区分している。

①Pflichtvorsorge（義務的健康診断）：事業者は実施義務、労働者も受診義務を負う。発がん性物質・有機溶剤・鉛・アスベスト、騒音、振動、高圧、極端な寒冷、呼吸保護具着用業務などの特定の有害要因へのばく露業務が対象。当該業務への採用時や配置転換時、当該業務従事期間中の定期に実施し、医師による相談や問診を軸に、必要な検査、場合によりバイオモニタリング（biomonitoring：血液等の生体試料でばく露レベルを測る）等を行う。産業医は本人へ説明し、必要なら事業者に対して就業上の勧告（arbeitsmedizinische Empfehlung：就業配慮や環境改善に向けた医学的勧告）を行うが、事業者に対して個人の医療情報は開示しない。

②Angebotsvorsorge（選択的健康診

断）：事業者は健診の提供義務を負うが、労働者は受診を選択できる。VDT（ディスプレイ）作業、湿潤環境、反復動作・単調姿勢、有害物への軽度ばく露業務などが対象とされ、それらへのばく露業務への採用時や配置転換時、当該業務従事期間中の定期に提供され、疾病情報が得られた場合は追加提供が求められる場合もある。

③Wunschvorsorge（申出対応健康診断）：労働者が疲労、睡眠障害、心理的負荷などの健康上の懸念を申し出た場合、その可能性がないと合理的に判断できる場合を除き、事業者は産業医による健診機会の提供義務を負う。この健診は、そもそも申出に業務要件を設けておらず、所定の有害業務（別表記載の危険物質・生物学的因子・物理的因子等へのばく露業務）以外の業務従事者でも申出可能とされる。

これらの健診の実施責任は事業者にあるが、健診の範囲や検査内容の医学的判断は、本人への説明を前提に産業医が担う。必要な場合には、勧告提示までを担う。医療個人情報は原則として雇用主らと共有されず、彼らに伝えられるのは、職場で求められる措置に限られる。

4. 個別課題への対応：治療と仕事の両立支援～事業所編入マネジメントとしての手続的担保～

ドイツでは、事業所編入マネジメント（BEM：Betriebliches Eingliederungsmanagement）と呼ばれる職場復帰・就労継続支援の手続が法定されている。これは Sozialgesetzbuch IX（SGB IX：社会法典第 9 編）第 167 条第 2 項に基づく制度で、過去 12 か月間に通算 6 週間超の労働不能（arbeitsunfähig）があった者を対象にする。

事業者は、この要件に当てはまる労働者に対し、本人への説明と同意のもとで、労働不能の克服と再発防止、雇用維持の方法について検討することが求められている。この際、事業所委員会の労働者代表、必要な場合には産業医などの関係者の関与が必要となる（ここでの事業所委員会の労働者代表の関与とは、必ずしも同委員会との共同決定を意味しない）。ここには、直属の上司や疾病金庫（Krankenkasse：健康保険の保険者）職員も加わり得る。この際、SGB V（社会法典第 5 編）の第 74 条が定める、医師が必要と判断した場合の段階的職場復帰（STWE：Stufenweise Wiedereingliederung）と併用されることが多い。精神疾患ではむしろ STWE が中軸とされる傾向が強いという。

その背景として、ドイツでは「リハビリテーションと労働市場参加（Teilhabe am Arbeitsleben）」が社会保障政策の柱であり、失業や障害年金の受給より、就労を継続させた方が社会的なコストを抑えられるという発想が強いことや、2000 年代初頭の失業率の高さ、EU 指令や ILO 条約など国際潮流の影響があったことを指摘できる。条文上、重度障害者（schwerbehinderte Menschen：GdB＝Grad der Behinderung〔障害度〕50 以上の場合）が条文上例示されているが、がんや精神疾患などの慢性疾患を含め、原因や種類を限定しない制度である。ただし、重度障害者に BEM を検討する際には、重度障害者代表

（Schwerbehindertenvertretung：SBV）の参加が求められる。

実装面では、大企業ほど認知度や導入率が高い一方、中小企業ほど低いという格差がある。その背景には、小規模企業における、事業所委員会の労働者代表や障害者代表、健康管理体制などのリソース不足が挙げられる。

5. 日本との比較：制度主導型（ドイツ）と運用依存型（日本）

産業保健専門職について、ドイツでは、ASiG で産業医と安全専門職の協働義務と共同巡視を規定し、DGUV の規程で、事業場ごとのリスクレベルに応じた彼らの最低関与時間を規定している他、産業医不足の補完や産業保健の品質保証などを目的に、OH ナースらの補助要員の活用を権利づけたり、公表文書で活用を促して、現場運用を支えている。日本では、従業員数 50 人未満の事業場につき、安全衛生管理や産業保健の体制整備の義務が免除されているのと対称的である。

ただし、ドイツでも、従業員数 20 人未満では固定の投入時間を義務づけない、同じく 50 人未満では経営者が訓練を受けて産業医や安全専門職の活用は適宜で良い等の緩和措置が設けられている。OH ナースの場合、そもそも選任義務がないので、中小規模事業場での活用は限定的である。

産業医や安全専門職は、高いレベルの専門性の確保を制度的に担保されている。OH ナースらは、VAF や VDBW などの団体が提供する継続教育を受け、産業医補助の中核的役割を果たしている者も多いが、保健指導・健康相談・健康づくり等の自律的業務を多く担っている日本に比べると、補助的役割に限定されている印象を拭えない。2020 年の Pflegeberufegesetz〔PflBG：看護専門職法〕の施行以前は職業訓練が中心だったことが影響している可能性がある。

彼国の法定健診は、業務上のばく露リスクに連動した医療監視型で、リスクレベルに応じて、義務か選択か、頻度などが 3 類型に分けられている。特定の有害業務従事者以外でも活用できる申出対応健診制度の存在が日本とは異なる特徴の 1 つである。

日本の両立支援政策に相当するドイツの制度は BEM（事業所編入マネジメント）であり、社会法典で法定されており、やはり法定の段階的復職制度（STWE）とも連携運用されることが多い。任意のガイドラインにとどまり、運用依存型の（適用対象企業の事情に左右され易い）日本の制度とは対称的である。

その他（OH ナースが積極活用されている国々：フィンランド、韓国、タイ）

＊これらの国については、OH ナースのみが調査した。

1. フィンランド

フィンランドでは、2001 年に制定された Occupational Health Care Act（産業保健法）が中核となり、雇用主に対して、労働者の健康と安全、そして労働能力を守るための産業保健の提供体制の構築を義務づけています。産業保健には、事業者・労働者・提供者の三者間の連携により、

労働者の災害疾病の予防から、健全な職場づくり、キャリア全体を通じた健康と労働能力（work ability）の維持までの幅広い役割が期待されている。優れた実務と専門職に求められる要件は、Government Decree（良質な産業保健実践等に関する政令：2013 年 708 号）で具体化されている。

産業保健の提供体制は、企業が自前で抱えるより、外部の労働衛生機関（多くは民間）と契約する形が主流で、そうした機関の多くは、産業医、OH ナース、理学療法士、心理職などからなる多職種チームで運用されている。

事業者によるそれらの機関の利用を強く後押ししているのが、Kela（フィンランド社会保険庁）による費用償還制度であり、予防的サービス費用の最大 60%が払い戻される。また、フィンランドでは、2023 年の社会・医療・救急サービス改革で、それらのサービスを、Wellbeing Services Counties（福祉サービス郡：これらのサービスを提供するための自治体の再編単位）が、提供する義務を負うことになった。これは、自ら提供しても、提供できる民間のサービスを確保しても良いが、概ね後者が採られている。もっとも、産業保健の提供体制の構築義務を負うのはあくまで雇用主であり、福祉サービス郡の役割は、便宜の提供にとどまる。雇用主には、①自らその体制を構築する、②福祉サービス郡が自ら提供するサービスを利用する、③民間サービスを利用する、という 3 つの選択肢がある。

フィンランドでも、OH ナースについて法的な選任義務はないが、産業保健法上雇用主に課せられた産業保健の提供体制の構築義務には、「産業保健専門職の十分な活用」が含まれている。他方、同法には医師の活用はオプションであって、義務ではない。よって、OH ナースが活用されざるを得ない構造になっている。現に、健康相談、健康診断、職場環境評価、カウンセリング、復職支援の調整など、幅広い産業保健活動（その多くは産業保健法上、雇用主が講じるべき産業保健として定められているが、OH ナースに委ねなければならない旨の定めはない）を担いつつ、必要に応じて産業医や心理職、理学療法士等へつなぐコーディネーター（連携調整）機能を果たしている。

活動に求められる基本的な資格は Public Health Nurse（PHN：公衆衛生看護師）資格である。UAS（応用科学大学。該当する大学がフィンランドに複数存在する）による教育（最低 240 単位〔ECTS〕）を修了すると、看護師資格と PHN の称号（学位）を得られる。その上で UAS や Työterveyslaitos（TTL）＝FIOH（Finnish Institute of Occupational Health：フィンランド産業保健研究所）、その他の適切な研修施設で、産業保健専門資格のための研修（最低 15 単位〔ECTS〕、就業開始から 2 年以内の履修が必要）を修了すると、福祉保健監督庁（National Supervisory Authority for Welfare and Health）が当該資格を付与し、登録も管理する。調査ではフィンランドの OH ナースの 98%はこの要件を充足していたという。

なお、FIOH が、研究だけでなく小企業向けの包括支援プログラム（1995 年開始）や教育を展開し、実装まで一体で動かし

ていることも、フィンランドの特徴である。また、フィンランドでは産業保健法上、労働能力の維持促進が定められており、雇用主による WAM（Work Ability Management：労働能力管理）を産業保健サービスが健康面から支えることが前提とされ、戦略的にも進められている。

2. 韓国

韓国の産業保健を支える基本法は、OSHA（Occupational Safety and Health Act：産業安全保健法）であり、その施行令及び施行規則に事業場が設置すべき管理体制（安全管理者〔Safety officer〕、保健管理者〔Health officer〕、安全衛生統括者〔Safety and Health Manager〕らの選任や、産業安全保健委員会の設置、安全保健管理規程の作成等）や運用細則（管理者や統括者の選任を求められる業種や規模、人数・資格・選任方法・外部委託が可能な条件、委員会の運営方法、安全衛生教育の実施方法、リスクアセスメントの記録の作成保存等）が具体化されている。また、重大災害にかかる経営者や法人の刑事責任を明確化する SAPA（Serious Accident Punishment Act：重大災害処罰法）も制定されている。これは、経営責任者等に安全保健管理体制の構築等の義務を課し、これを怠って死亡等の重大災害を発生させた場合、当該自然人や法人に懲役以下の刑事罰を科すものである。

この法制度の運用上の中核的組織は、MOEL（Ministry of Employment and Labor：雇用労働省）の外郭機関である KOSHA（Korea Occupational Safety and Health Agency：韓国産業安全保健公団）である。これは法律に基づいて設立された準行政機関（公団）であり、行政から委託された業務を執行する。日本の労働災害防止協会と類似し、基本的には、事業場支援、教育訓練、調査研究、政策提言、認証制度などの非公権力的な業務を行うが、MOEL の委託により、立入や検査（資料の要求等）等の準公権力的な業務を行い得る点は異なる。しかし、法の執行や制裁を行うのは、あくまで国家（MOEL）である。

50 人以上の事業場では、安全衛生統括者とは別に、保健業務に特化した保健統括者（Health manager）の選任（但し、原則として 300 人未満の事業場なら国〔MOEL〕が指定した保健管理代行機関への委託も可能）が義務づけられており、就任できる職種として、医師・看護師・産業衛生技師などが指定されている。実際には、OH ナースが保健統括者の約 7 割を占めているとのデータがある（＊但し、委託先の代行機関の統括者を含めた数値か否かは不明）。

他方、50 人未満の事業場の場合、保健統括者の選任義務の対象外であるため、国が指定した保健管理代行機関が、国からの委託により、当該事業場を訪問して、作業環境測定、特殊健康診断、保健指導などを提供することがある。

代行機関の運営マニュアルでは、医師、看護師、ハイジニストの 3 職種の分担と連携が求められ、訪問頻度も規定されているが、OH ナースの訪問頻度が最も高く設定されているという。その実現には、看護職の職能団体である KAOHN（Korean Association of Occupational Health

Nurses：韓国産業保健看護師協会）が、委託先の 1 つとして大きな貢献を果たしているという。

一方で、韓国での OHCR（Occupational Health Coverage Rate：産業保健カバー率）は、従業員数 50 人以上では約 80％に達しているものの、50 人未満の小規模では約 25～40％との報告もある。OH ナースの教育は、看護師の学部教育への導入拡大が進んでいる他、看護師となった後の KAOHN による継続教育、さらに KAOHN による「職業健康管理士」という新しい認定プログラムが創設されている（ただし、受講資格は看護師に限定されず、保健管理者／保健統括者全体を対象としている）。

労働能力管理や難病の治療と仕事の両立支援に関する具体的な施策は、公開情報から十分に抽出できず、次年度に委ねられた。

3. タイ

タイの産業保健は、憲法上の労働者保護・安全衛生確保等の定めを背景に、段階的に制度が整備されてきた。憲法に労働者保護等の原則が書かれること自体、タイ固有ではないが、タイの憲法（第 74 条）は、安全と職業衛生が直接的に定められていること、タイの労働安全衛生関係法令では、根拠として憲法に言及する例がみられる点が特徴的である。その意味でも、タイにおいて、労働安全衛生の法制度的な位置づけは高いと解される。

タイでは、（大規模事業場に限られるが）看護師の配置も 1970 年代から制度化されていた。すなわち、1972 年に内務省が布告（規則：省令等の行政立法と解され、違反に対する罰則の有無は確認できないが、同布告の趣旨を引き継いだ 2005 年の「快適職場形成のための産業保健職の配置に関する省令」は、労働保護法（Labour Protection Act B.E.2541/1998）に紐付けられており、当該省令違反は同法違反として刑事罰を科され得る）で、従業員数 200 人以上の事業場につき、主に応急措置の担い手として、少なくとも 1 名の看護師配置を求め、それより更に大規模な事業場（従業員数は不明。上掲の 2005 年省令）には、医師等の追加配置も求めた。

現行の産業保健制度の支柱は、2011 年の Occupational Safety, Health and Environment Act（OSHE Act：労働安全衛生環境法〔労働法〕）であり、それを具体化する複数の労働省令が制定されている。同法では、労働安全衛生の専門職である SO（Safety Officer：安全衛生管理者。韓国と異なり、Health Officer の設置は同法上義務づけられておらず、医師・看護師等の産業保健専門職の配置や救護室の設置義務は、別途、上掲の省令に定められている〔同時就労従業員数 200 人以上〕。よって、SO が安全と衛生の双方の管理を委ねられていると解される）等を、労働省令が定める基準に従って設置するよう定めている。そして、設置すべき業種、求められるレベル等は、2022 年の安全衛生管理者規則などで具体化されている。

他方、タイが労働安全衛生を重視している証の 1 つとして、自主的な安全衛生活動を促進するための認証規格として、タイ独自の OSHMS（Occupational Safety and Health Management System：安全衛

生マネジメントシステム）規格であるTIS 18000（Thai Industrial Standard：タイ工業規格）が公表されていることが挙げられる。法的強制力はないが、工業製品規格法に基づき主務大臣が制定する国家規格である。

タイの産業保健制度にとって最も重要な転換点は、産業保健サービス基準に関する省令等の発令の根拠となった2019年の Control of Occupational Diseases and Environmental Diseases Act B.E.2562（COD&ED Act：職業病及び環境由来疾患の管理に関する法律〔公衆衛生法〕）の制定である。同法制定とそれに基づく2024年の省令により、産業保健サービス（occupational medicine service centre）が、大別すると、①「民間ユニット」、②「事業所内（内製化）ユニット」、③「公的ユニット（公的な公衆衛生施設等）」、の3類型に分類されると共に（省令上の6類型）、OHナースの配置基準が初めて明確化された。たとえば、①で民間の医療施設の場合、医師と OH ナース 2 名（修士号取得者または4ヶ月研修修了者）の人員が最低基準となる。②では、従業員数 200-999 人の場合、医師が週 2 回以上合計6時間以上とOHナースまたはナース1名以上（常設）、1000人以上の場合、医師週3回以上合計12時間以上とナース2名以上で、うち1名はOHナースが最低基準となる。③（国立機関）の場合、Primary careを行う場合、医師1名以上とOHナースまたはナース1名以上、Primary careを行わない場合、医師1名以上とOHナースとナース 1 名以上が最低基準となる。これらの区分と配置基準の設置では、殊に、産業保健の専門性を持つOHナースを配置基準に組み込んだことが特筆される。この際、合わせて、OHナースの役割も、従来の応急措置中心から、健康評価、健康教育、ヘルスプロモーションなどへ拡張させることなり、教育制度についても、原則として、大学院修士課程での専門教育の修了か、4か月間の専門研修コースの修了が求められることになった。実際に、一部の大企業で、多職種チーム（産業医、OHナース、ハイジニスト等）でそれら役務を包括的に提供する例が見られるという。

なお、産業保健専門職による労働能力管理や両立支援に関する施策は、公開情報から十分把握できなかった。

4. 3 カ国の調査結果の示唆：中小企業支援を動かす「国の関与」と、看護職の積極的な関与

調査対象とした3カ国に共通するのは、中小企業への産業保健サービス提供に国が積極関与していること、その実務の中軸を OH ナースが担っていることである。フィンランドと韓国では、OH ナースが幅広い産業保健活動を担いつつ、適宜他職種へつなぐコーディネート機能を担っている。その支えとして、充実した教育・資格制度の存在を指摘でき、特にフィンランドでは、FIOH が研究教育実践にわたる大きな役割を果たし、多くの OH ナースが高い教育を受けている。

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

英国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（法学者担当分）

分担研究者
三柴丈典
近畿大学法学部教授
東北大学大学院医学系研究科客員教授

要約

1. 制度的背景と基本的特徴：法による強制なき「自律的モデル」

英国の産業保健（OH）制度の最大の特徴は、日本のように事業場ごとに産業医や産業看護職を選任する法的義務が存在しない点にある。これは、国民保健サービス（NHS）が全国民に無償で医療（治療）を提供する一方、産業保健は治療ではなく「予防・職務適性評価・復職支援・雇用主への助言」に特化した独自の制度として発展してきたことに起因する。 その法的基盤は、1974 年労働安全衛生法（HSWA）が事業者に課す「従業員の健康・安全・福利を合理的に確保する包括的義務」にある。OH サービスの導入は、この義務を履行するための手段として、事業者の自主判断と市場原理に委ねられている。サービスの質は、法定の資格制度に加え、「SEQOHS（Safe Effective Quality Occupational Health Service)」という第三者認証制度によって担保されている。

2. 産業保健専門職の役割と多職種連携

英国の OH は、医師単独ではなく、多職種チームによるアプローチを前提としている。

産業医（OHP)： 臨床医としての診断治療ではなく、医学的知見に基づいた「職務適性（fitness for work)」の判定、雇用主に対する医学的・法的助言、および鉛や放射線など特定リスクに対する法定健康監視の最終判定者としての役割を担う。雇用主と労働者の間で中立性を保ちながら、就労継続のための条件を提示する。

OH ナース（OHN)： 産業医が不足する英国において実務の中核を担う。健康相談、スクリーニング検査、ワクチン接種、健康教育、メンタルヘルス支援など、予防的介入と日常的な健康管理を主導する。

労働衛生専門家（ハイジニスト)： 化学物質、騒音、振動などの環境要因を測定・

評価し、工学的対策（局所排気装置の設計等）を提言するエンジニアリングの専門家。これらの専門職に加え、理学療法士、心理職、安全技師等が連携し、包括的なサービスを提供する体制が大企業や NHS 内部では確立されている。

3. 個別課題における産業保健専門職の具体的役割

(1) 持病の治療と就労の両立支援（Fit Note と合理的配慮）

政策の最重点課題の一つである。GP（かかりつけ医）が発行する「Fit Note（条件付き就労証明書)」制度と、2010 年平等法（Equality Act）に基づく「合理的配慮」義務が制度の基盤となっている。

専門職の役割： 産業医や OHN は、GP が提示した医学的な就労条件（「軽作業なら可」「短時間勤務可」等）を、具体的な職務内容に落とし込む「翻訳者」の役割を果たす。具体的には、段階的復職（Phased Return to Work）プログラムの策定、職務再設計（ジョブ・クラフティング）の助言を行い、治療と職業生活が両立可能な環境を調整する。

(2) 高齢化への対応（慢性疾患・MSK 管理）

労働力人口の高齢化に伴い、筋骨格系障害（MSK）や慢性疾患を抱える労働者の就労継続が課題となっている。

専門職の役割: 単なる疾病管理にとどまらず、加齢に伴う身体機能の変化に対応した作業環境の調整（エルゴノミクス改善）を主導する。特に理学療法士と連携した MSK リハビリテーションの提供や、作業負担の軽減策の提案を通じて、早期離職を防止し、労働寿命の延伸を支援する。

(3) 女性特有の健康課題（更年期・月経困難症等）

更年期障害や月経困難症などが離職要因として認識されつつある中、これらを職場環境の問題として扱うアプローチが進んでいる。

専門職の役割： 産業保健専門職は、ラインマネージャーに対する教育（症状の理解や配慮の必要性）を行うとともに、個々の労働者に対しては、換気・温度管理、休憩の確保、トイレアクセスの改善、フレックスタイムの活用といった具体的な合理的配慮を提案する。これにより、女性労働者がキャリアを中断することなく働ける環境を整備する。

(4) 化学物質・有害物の管理（COSHH 規則）

「COSHH 規則 2002」に基づき、リスク評価から管理、監視に至る厳格なサイクルが義務付けられている。

専門職の役割: ハイジニストが作業環境測定を通じて曝露レベルを評価し、工学的制御（封じ込めや換気）の有効性を確認する。産業医と OHN は、生物学的モニタリングを含む「健康監視（Health Surveillance)」を実施し、健康障害の兆候を早期に発見する。特定物質（鉛など）対策では、産業医が労働者の法的な就業制限の判断権限

を持つなど、規制遵守の要として機能する。

(5) フリーランス・中小企業（SMEs）への支援

自営業者やSMEs従業員はOHサービスへのアクセスが乏しく、健康格差が生じている。

専門職の役割： 従来の「企業内配置」モデルではなく、外部プロバイダーやNHS連携モデルを通じて、電話やオンラインによるトリアージ、ケースマネジメント、セルフケア支援を直接提供する役割が求められている。政府によるバウチャー制度や共同購入スキーム等の政策的支援と連動し、ユニバーサルなアクセス確保に向けた活動が模索されている。

(6) テレワークと新たな健康リスク

パンデミックを経て定着したテレワークは、自宅を「職場」とし、メンタルヘルス不調や孤立感、人間工学的問題といった新たなリスクをもたらした。

専門職の役割: デジタルツールを活用した遠隔でのリスクアセスメントや、オンラインによるメンタルヘルス相談（CBTの提供等）を行う。また、ハイブリッド勤務下における「つながらない権利」や境界管理について助言し、孤立防止と生産性維持の両立を支援する。

4. 結論

英国の産業保健制度は、法的な強制力ではなく、専門職の自律性と市場原理、そして「働き続けることが健康に資する」という科学的エビデンスに基づく政策誘導によって運営されている。産業保健専門職は、NHS（治療）と職場（労働）の間に立ち、医学的知見を「就労上の配慮」へと変換する調整役として機能しており、その役割は、従来の危険有害業務管理から、多様な労働者が健康に働き続けるための包括的な支援へと拡大している。

A. 目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうち英国の状況を明らかにすることを目的としている。

B. 方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。対象文献には、英国政府の白書・グリーンペーパーなどの政策文書、Diana Kloss の *Occupational Health Law*（第 6 版， 2020）、Faculty of Occupational Medicine(FOM)、Faculty of

Occupational Health Nursing (FOHN)、British Medical Association (BMA)、Society of Occupational Medicine (SOM)など専門職団体の公式文書、さらに査読学術誌に発表された労働者の健康調査や産業保健専門職に関する研究論文を含めた。

この作業に際してはAI (ChatGPT 5) を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して筆者自身が内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所をAIに学習させ、適切な回答が導かれるまで適当な指示を与えて、目的所掲の課題に対する回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜 (大幅に) 修文しつつ私見を加える手順を採用した。

C. 成果

労働者とフリーランスの健康状態

英国の就労年齢人口においては、多くの人々が長期的な健康問題を抱えている。2019年に発表された政府の報告書によれば、約1,270万人が慢性的な健康問題を有しており、そのうち760万人は日常生活に制約を受ける障害者に分類されるとされる (DWP/DHSC 2019, p. 12)。こうした集団は労働市場からの離脱リスクが高く、特に精神的健康問題と筋骨格系疾患が就労を阻害する主要因である。例えば、年間およそ30万人が長期的なメンタルヘルスの問題によって労働を離脱していると報告されており、早期かつ継続的な職場での支援の必要性が強調されている (同, p. 12)。

このような健康問題は、欠勤や労働市場からの退出という形で顕在化する。英国では毎年およそ140万人が4週間以上の長期病欠を経験しており、その欠勤期間が長引くほど復職率が急激に低下することが確認されている (同, p. 12)。さらに50歳以上の労働者においては、短期間の失業や長期病欠が死亡率や心疾患リスクの上昇と強く関連していることも示されている (Public Health England 2018)。したがって、雇用の継続は単なる経済的課題ではなく、医療的・社会的に重大な意味を持つ。

フリーランスと中小企業労働者の脆弱性

英国においては、産業保健サービスの提供は雇用主に大きく依存している。しかしその提供は大企業に偏っており、小規模企業やフリーランスの多くはサービスを利用できない状況にある。SOM (Society of Occupational Medicine) が発表した立場表明によれば、英国労働者全体の半数は産業保健サービスにアクセスできていないとされる (SOM n.d.(around 2020), p. 1)。また、政府の報告書は、小規模企業が大企業に比べて産業保健に投資する割合は5分の1にすぎず、その理由として費用負担の大きさ、知識や時間の不足、サービス調達の複雑さを指摘している (DWP/DHSC 2019, p. 36)。

特にフリーランスや自営業者は制度上の脆弱性が顕著である。NHSは原則としてNHS職員以外には無償で産業保健サービ

スを提供しないため（＊、＊＊）、これらの層は職業起因の健康リスクに対して公的支援を受けられない状況に置かれている（SOM n.d.(around 2020), p. 1.NHS が外部企業に有償契約でOHサービスを提供することもあるが、普遍的ではない〔Kloss 2020, pp.29-30〕）。この格差を是正するため、SOM はオンラインや電話による初期評価と、NHS 病院に付属する産業保健部門による医療の専門性をベースにしたOHサービスを組み合わせた普遍的な提供モデルを提案している。同文書の試算によれば、このモデルの年間費用は約2億8千万ポンドであり、投資1ポンドあたり1.93ポンドの欠勤コスト削減効果が見込まれるとして、費用対効果の観点からも実現可能性が高いとされている（SOM n.d.(around 2020), pp. 3-4）。

＊NHS（National Health Service）は、1948 年に設立された英国の国民保健サービスで、税金を財源にすべての居住者へ原則無料で医療を提供する制度。一次診療（GP）、病院診療、救急・出産、予防医療、精神保健などを網羅し、普遍的な医療制度の代表とされている。イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドで独立した組織体制を持ち、それぞれの地域事情に応じて運営されている。

＊NHS トラスト（NHS Trust）は、NHS の医療サービスを具体的に提供する法人組織で、病院群や地域医療、救急、精神保健などを担当します。トラストごとに理事会を持ち、政府方針や NHS England 等の枠組みに基づき運営される。主な種類には急性期病院を担うアキュートトラスト、精神保健や地域ケアを担うメンタルヘルストラスト、救急搬送を担うアンビュランストラストなどがあり、地域住民に直接医療を提供する基盤となっている。

高齢化と労働力構成

英国社会における高齢化の進行は、労働市場と産業保健政策に直接的な影響を与えている。政府は「Ageing Society Grand Challenge」を通じ、国民の健康で自立した生活（いわゆる健康寿命）を、現在より少なくとも5年間延長するという目標を掲げており、これは労働力の持続可能性確保と強く結びつけられている（DWP/DHSC 2019, p. 8）。しかし、50歳から64歳の労働者の約5人に1人は健康問題を理由に最後の職を離れていることが報告されており、依然として高齢労働者の就業継続は困難を伴う（同, p. 8）。

加齢に伴う健康問題としては、**筋骨格系疾患や慢性疾患が中心**であり、これらが労働参加の大きな制約要因となっている。しかし、Equality Act 2010 の下で雇用主には年齢差別の禁止と「合理的配慮」の提供義務が課されており、高齢労働者に対する職務や勤務形態の調整は、法的観点からも要請されている（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17）。

さらに、**産業保健専門職自身も高齢化の影響**を受けている。2016 年に実施された全国調査（回答者 1,429 名）では、OH ナースの 76％が 45 歳以上、54％が 50 歳以上であることが示されており（Ballard

and Coomer 2016, p. 16)、若年層の参入はきわめて少ない。35歳以下はわずか4%にとどまっており、近い将来に退職者が大量に発生することが予測される。これは産業保健サービスの持続性にとって深刻なリスクとなる。

Workforce Issues：人材不足と制度的課題

Diana Klossは *Occupational Health Law* 第6版において、産業保健分野の人材不足を「危機的水準に近づいている」と表現している。2020年の時点で、多くの実務者が定年退職に近づく一方、新規参入者は減少しており、教育課程の閉鎖や縮小がこの傾向をさらに悪化させている（Kloss 2020, pp. 30)。特に産業医とOHナースの双方でリクルートが困難となっている点が強調されている。

産業医教育については、2014年にNational School of Occupational Health (NSOH) が設立され、専門研修の統括が進められているが、訓練医の数は依然として不足している。OHナースについても、Nursing and Midwifery Council (NMC) のSCPHN-OH課程に依存しているものの、費用や時間的制約から受講者数は減少している。2023年にFOHNとNSOHが共同で発表した報告書でも、資格制度と教育課程の実態が整理されつつ、現場ニーズとの乖離が指摘されている（Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health 2023, p. 6)。

研究基盤の縮小も大きな制度的課題である。かつてRoyal College of PhysiciansとFaculty of Occupational Medicineが共同で運営していたHealth and Work Development Unit (HWDU) は閉鎖され、産業保健研究を専門に担う機関は英国において極めて限られている。Klossはこの点に危機感を示し、SOMが提唱する全国的なWork and Health研究センターの設立に触れている（Kloss 2020, p. 30)。研究の弱体化は教育や人材育成にも負の影響を与えており、長期的に制度全体の持続性を損なう要因となっている。

さらに、サービスの質を保証する枠組みも課題である。2010年に導入された**SEQOHS (Safe Effective Quality Occupational Health Service) 認証**は、産業保健サービスの標準を定める制度として普及してきた。2011年には政府がNHSに対し、すべての産業保健サービスでSEQOHS認証を目指すよう指導しており（Kloss 2020, p. 29)、教育や研究と並ぶ制度的基盤として機能している。

このように、英国の産業保健分野は、労働者の健康課題と高齢化による需要増大に直面しながら、**供給側の専門職人材が不足**し、教育・研究基盤の脆弱化に悩まされている。制度改革が進められているものの、持続可能な専門職供給とサービスの均質化は、依然として最重要課題である。

Reference

- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. “The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses.”

Occupational Health [at Work] 13 (3): 17-28.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO.
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Public Health England 2018 "*Health and Work: Infographics*".
- Society of Occupational Medicine. n.d.(around 2020). *Universal Access to Occupational Health - Position Statement*.

英国の産業保健関連主要団体

英国における産業保健（Occupational Health, OH）に関する諸団体は、国家規制機関から職能団体、学会、教育機関まで多岐にわたっており、それぞれ異なる役割と対象職種を担っている。以下に、主要な団体を体系的に整理する。

これらの団体は互いに連携して産業保健制度を支えている。例えば、FOM と SOM は学術活動と資格認定の両面で密接に補完し合い、FOHN や AOHNP は看護師職能の代表性を強めるための組織として活動している。また、GMC と NMC といった規制機関が、法的に専門職の資格と行為規範を管理している。

医師関係

1. General Medical Council (GMC)
   - **種類**：国家法定機関（独立規制機関）
   - **対象職種**：すべての医師（登録者数 約 36 万人）
   - **主な機能**：医師の登録・資格審査・行為規範の監督や懲戒処分を担う。医師が臨床活動を行うためには GMC への登録が必須であり、教育水準や専門医登録（Specialist Register）の管理も担う。
   - **日本における相当組織**：厚生労働省（医師免許制度）
   - **注記**：独立規制機関としての性格が強く、政策提言よりも規律監督に重点。

---

2. British Medical Association (BMA)
   - **種類**：職能団体・利益団体
   - **対象職種**：全医師（任意加入、約 19 万人＝英国医師の約半数）
   - **主な機能**：医師の職能代表、政策提言、賃金交渉、福利厚生、学術活動。BMA の産業医学小委員会は、最低限の OH サービスの標準について雇用主に勧告を行った歴史がある。

- **日本における相当組織**：日本医師会
- **注記**：労働組合的性格と学術的性格を併せ持つのが特徴。

---

3. Faculty of Occupational Medicine (FOM)

- **種類**：専門職・学術団体（医師向け）、王立内科医協会（Royal College of Physicians, RCP）の分科会
- **対象職種**：産業医（会員数 約1,600人）
- **主な機能**：産業医資格認定（DOccMed, MFOM, FFOMなど）、専門研修の設計、学術研究支援。
- **日本における相当組織**：日本産業衛生学会産業医部会、産業医科大学
- **注記**:母体となるRCPは1518年創設の伝統ある職能団体で、内科系専門医資格（MRCP）や学術活動を担っており、日本では「日本内科学会＋日本専門医機構＋日本医師会」を合わせた役割を果たす。

---

4. Society of Occupational Medicine (SOM)

- **種類**:職能・学術団体（FOMより柔軟で非権威的）
- **対象職種**：産業医を中心に、OHナース、心理士、理学療法士など関連職種を含む(会員数 約2,000人)
- **主な機能**：研究・政策提言・職能支援・学会活動。機関誌『Occupational Medicine』（Oxford University Press）を刊行し、会員に無料配布。政策的には「Universal Access to OH」などを提言し、国の改革議論に影響を与えている。
- **日本における相当組織**：日本産業衛生学会＋医師会機能の一部
- **注記**：FOMと相互補完関係にあり、**学術研究・臨床現場の声を政策に反映する柔軟性**を持つ。

---

5. Royal College of General Practitioners (RCGP)

- **種類**：専門職・学術団体（1952年設立）
- **対象職種**：General Practitioner（家庭医・総合診療医）
- **主な機能**：GP資格認定（MRCGP）、教育研修カリキュラム策定、学術研究支援、政策提言。英国におけるGPの質保証と専門職代表を担う。
- **会員数**：約5万人
- **日本における相当組織**：日本プライマリ・ケア連合学会、日本家庭医療学会
- **注記**：NHS制度におけるGPの中心的役割（プライマリケアのゲートキーパー）を支える団体。

看護職関係

6. Nursing and Midwifery Council (NMC)

- **種類**：国家法定機関
- **対象職種**：すべての看護師・助産師（登録者数 約74.5万人）

- **主な機能**：資格認定・登録・懲戒、教育基準や実践基準の設定。SCPHN（Specialist Community Public Health Nurse）など上位資格の登録も管理。
- **日本における相当組織**：厚生労働省（看護師免許制度）、日本看護協会（認定制度）
- **注記**：GMC と並ぶ国家規制機関。

---

7. Faculty of Occupational Health Nursing (FOHN)

- **種類**：職能・専門職団体（2018 年設立）
- **対象職種**：OH ナース（会員数：非公開だが数百人規模と推定）
- **主な機能**：OH ナースの能力定義、政策提言、教育支援。NMC や FOM と連携しつつ、独自の専門職基準やキャリア開発を推進。
- **日本における相当組織**：日本産業保健師協会、日本看護協会産業看護職部会、日本産業看護学会
- **注記**：設立以前の調査（2016 年）で 87%の OH ナースが設立を支持していた背景がある。

---

8. Royal College of Nursing (RCN)

- **種類**：看護職能団体・学会・労組的機能
- **対象職種**：看護師全般（会員数 約 45 万人）
- **主な機能**：看護師の代表、労働条件支援、教育・継続研修、政策提言。
- **日本における相当組織**：日本看護協会
- **注記**：英国最大規模の看護職能団体であり、産業看護職も会員に含まれる。

---

9. Association of Occupational Health Nurse Practitioners (UK) (AOHNP)

- **種類**：産業保健看護職の職能団体
- **対象職種**：OH ナース・実践者（任意加入、会員数 約 474 人：2016 年時点）
- **主な機能**：職能代表、ネットワーキング、継続教育・研修、専門性向上の支援。FOHN 設立以前は唯一の全国団体であったが、代表性に限界があった。
- **日本における相当組織**：日本産業保健師会、日本産業衛生学会産業看護部会

その他の専門職団体・教育機関

10. Institute of Occupational Health (iOH)

- **種類**：職能支援ネットワーク（自主団体）
- **対象職種**：OH ナース＋カウンセラー、安全衛生担当者など多職種（会員数：非公開、数百人規模と推定）
- **主な機能**：情報共有、ネットワーク形成、学術イベント開催。会員ベースのコミュニティ的色彩が強い。
- **日本における相当組織**：さんぽ会（民間学会・研究会に近い）。

---

11. National School of Occupational Health (NSOH)

- **種類**：教育統括機関（NHS 内）
- **対象職種**：産業医研修生（FOM と連携する教育機関）
- **主な機能**：産業医学専門研修の設計・管理（ST3〜CCT に対応）、教育プログラムの整備。
- **日本における相当組織**：産業医科大学、医師臨床研修制度の一部
- **注記**：会員制団体ではなく、教育機関として機能する。

まとめ

英国の産業保健関連団体は、**規制機関（GMC・NMC）、医師系職能団体（BMA・FOM・SOM・RCGP）、看護職能団体（RCN・FOHN・AOHNP）、多職種ネットワーク（iOH）、教育機関（NSOH）と、多層的に配置されている。日本に比べて、専門職団体が政策提言・資格認定・教育研修・労働組合的機能**を一手に担うことが多く、国家規制機関との二重構造が特徴的である。

英国における産業保健に関する法令上の定め

1. 事業者の産業保健義務

英国の労働安全衛生法体系の中核は**Health and Safety at Work etc. Act 1974（HSWA 1974）**であり、事業者には「従業員の健康・安全・福利を、合理的に実行可能な限り（so far as is reasonably practicable）確保する義務」が課されている。ただし、「健康確保」には、**産業保健サービスの設置や専門職の配置義務は含まれていない**（Kloss 2020, pp. 31）。安全衛生管理規則（The Management of Health and Safety at Work Regulations 1999）が定めるリスクアセスメントのために適任者（competent person）を選任せよという義務が employer に課されているが、適任者が産業医ら産業保健専門職でなければならない旨の定めはない。すなわち、日本のように事業場ごとに産業医を選任する法的義務は存在せず、雇用主が OH サービスを導入するか否かは基本的に自主判断に委ねられている。

例外的に、特定の有害業務（鉛・アスベスト・放射線・騒音・振動など）に従事する労働者に対しては、**健康監視（health surveillance）の法的義務**が有害物質管理規則（例：Control of Substances Hazardous to Health Regulations 2002〔COSHH〕）により課されている。この場合、事業者は医師による健康診断や記録保存を実施する必要がある（Kloss 2020, pp. 125-127）。

---

2. 産業保健の定義と役割

英国法令において「産業保健（occupational health）」の厳密な定義は存在しない。Diana Kloss もその著作で、OH サービスは「法令に明文化されていないが、雇用主が健康・安全義務を果たすための有効な手段として発展してきた」と述べている（Kloss 2020, pp. 30-31）。

その役割は、①業務関連疾病・傷害の予防、②従業員の**健康評価と職務適性の判断**、③**疾病や障害を持つ従業員の就労継**

続支援、④雇用主へのリスク管理助言などに集約される。これは HSWA 1974 の一般義務を補完するものであるが、**法的には努力義務に近い性格**を持つ。

3. 産業保健専門職の選任

英国では、**産業医や産業看護師を法的に必置とする規定はない**。これが日本との最大の違いである。Diana Kloss は、産業医の選任を義務付けない理由について、次のように指摘している(Kloss 2020, pp. 31-33)。

・歴史的に、NHS の存在により、従業員は GP（かかりつけ医）から無料で医療サービスを受けられるため、法的に事業場で医師を配置する必然性が弱かった。

・産業保健サービスは「ビジネスの必要性」や「福利厚生」の一環として発展し、義務ではなく**市場を通じて整備される仕組み**となった。

・HSWA 1974 が定める健康、安全、福利に関する一般義務条項を履行するための一手段として OH が機能するため、事業者判断に委ねても採用される。

もっとも、大企業や公共機関では自主的に産業医や看護師を雇用しており、特に**近年はメンタルヘルスや復職支援の重要性が高まる中で活用が進んでいる**。逆に言えば、中小企業との格差が進んでいる。

4. 労働衛生機関の選任と適格性

英国には、日本のように「労働衛生機関」や「労働衛生サービス機関」（作業環境測定機関や健診機関）の登録制度は存在しない(ただし、日本でも一般的な健診機関は公的登録制ではない)。ただし、2000 年代以降、OH サービスの質保証のために**任意の認証制度**が導入された。

代表的なのが、**SEQOHS (Safe Effective Quality Occupational Health Service) 認証制度**である。これは FOM が中心となり 2010 年に開始されたもので、OH サービス提供者が安全・効果的・高品質な基準を満たしているかを審査・認証する仕組みである（Kloss 2020, p. 29)。2011 年には政府が、NHS 内の OH サービスについて SEQOHS 認証を取得するよう指示しており、実質的に「適格性の担保」として機能している。

まとめ

英国における産業保健は、基本的には任意の制度であり、専門職や機関の選任義務も存在しない。COSHH 規則等による特定リスク業務の健康監視（＊日本で言う特殊健診と就業上の配慮としての個別的な作業環境管理等）を除けば、事業者の自主性と市場原理に依存している。その背景には、NHS による無償の全国民医療制度と、HSWA 1974 の一般義務規定がある。専門機関の質的担保を図るため、**SEQOHS 認証制度**が普及している。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Health and Safety at Work etc. Act 1974. London: HMSO.
- Faculty of Occupational Medicine. 2010. *SEQOHS: Safe*

Effective Quality Occupational Health Service. London: FOM.

英国における産業保健の政策とその歴史的背景

1. 歴史的な沿革と背景

先述した通り、英国の産業保健は、法令によって産業医やOHナースの設置が義務化されていない点に特徴がある。その理由として、Diana Kloss は、国民保健サービス（NHS）の存在と、事業者に包括的な「健康・安全・福祉を確保する義務」（HSWA 1974）が課されていること（＊その達成のために必然的に産業保健サービスを利用せざるを得なくなること）を挙げる（Kloss 2020, pp. 31-33）。

歴史的に、英国の産業保健は「法的義務としての制度」ではなく、「事業者の福利厚生・経営上の必要」として発展してきた。19世紀以降の工場法（Factories Acts）や鉱山法（Mines Acts）で部分的に健康診断や就業制限（＊日本の安衛法第61条に相当する特定の有害業務への就業制限等）が規定されたが、包括的なOH制度の法定化には至らなかった。

20世紀後半には、産業保健の重要性が社会的に認識されるようになり、特に精神的健康問題や慢性疾患を持つ労働者の増加を背景に、政府の政策関与が強まっていった（Kloss 2020, pp. 23-26）。

2. 政府・行政の主な政策

英国では、**法令に基づかない政策・戦略文書が産業保健の方向性を大きく規定**してきた。主要なものを以下に示す。

(1) 1980年 Inequalities in Health：Black Report（Sir Douglas Blackらによる報告）

労働と健康の不平等を指摘し、社会的背景に基づく健康格差是正の必要性を強調した。

(2)1983年：Gregson Report

産業保健（occupational health）は、労働者の心身の健康（well-being）を意味し、労働衛生（occupational hygiene）は、労働者の健康に影響する物理的、化学的、生物学的な要因の管理を意味する（Kloss 2020, p.21）。

(3) 2005年：Health, Work and Well-being（HWWB）戦略

- **Blair政権下で開始された包括的政策。**
  労働年齢人口の健康を改善し、生産性を向上させることを目的とし、①長期病欠者の復職支援、②企業による健康増進活動支援、③NHSやJobcentre Plusとの連携強化を含んだ（Kloss 2020, p. 27 etc.）。
- この政策に伴い、「Council for Health and Work」が設立され、政府部局・専門職・雇用者団体・労働組合が協力する体制が整えられた。

(4) 2008年 Dame Carol Black Review

- **"Working for a Healthier Tomorrow"（2008）**
  産業保健サービスの普遍的提供が欠如していることを指摘し、疾病による就労中断を防ぐための包括

的戦略を提案した。特に、「健康は個人だけでなく経済と社会に資する資産である」という視点を強調した。

(5) 2011年 Boorman Review とNHS職員健康

- NHS 職員の健康改善に焦点を当てたレビューで、全てのNHS OHサービスが SEQOHS 認証を取得するよう推奨された（Kloss 2020, p. 29)。

(6) 2016年 Stevenson/Farmer Review

- 精神的健康と労働の関係を扱い、英国では**年間 30 万人が精神健康問題で職を失う**と指摘。産業保健の精神保健支援の重要性を政策に強く反映させた。

(7) 2019 年 政府グリーンペーパー *Health is Everyone's Business*

- 長期疾病による就労喪失を減らすための包括的提案。①柔軟な病気休暇制度（SSP改革)、②中小企業への産業保健アクセス拡大、③SEQOHS 等によるサービス質保証、④雇用主への情報提供強化を提案した（DWP/DHSC 2019, p. 5)。
- 特に「小規模事業者や自営業者が産業保健にアクセスできない」問題を強調し、政府がNHSを通じた提供モデルを模索する背景となった。

---

3. 歴史的背景の特徴

英国の産業保健政策の歴史には、次の特徴が見られる。

1. **法令ではなく政策で方向性を示す**：産業医必置義務などを法定化せず、政府の戦略文書やレビュー（報告書等）が実務を方向付けてきた。
2. **NHSの存在**：GPを通じた医療保障が普遍的に存在するため、産業保健は「予防・復職支援・雇用主側の支援」に重点を置く。
   ＊英国では、NHS（国民保健サービス）が全国民に無償で医療を提供しているため、労働者が病気やけがをした場合、かかりつけ医（General Practitioner: GP）を通じて、誰でも必要な診療や治療を受けられる。よって、産業保健（Occupational Health, OH）が担うのは、病気の治療ではなく、次のような職域に関連する予防となる。
   ・病気やけがの予防（例：健康診断、職場環境改善の助言）
   ・病人の復職支援（例：勤務時間の調整、仕事内容の変更）
   ・雇用主への助言や支援（例：安全配慮義務を果たすための仕組み作り、リスク評価の実施）
   つまり、NHSが「治療」を担うことで、産業保健は「職場における健康管理や働き方の調整」に特化して発展してきた。
3. **レビュー文化**：Carol Black、Boorman、Stevenson/Farmer といった著名人による政府レビューが、実質的に政策形成をリードしてきた。
4. **質保証の発展**：法的義務の代替と

して、SEQOHS 認証制度が導入され、OH サービスの質を担保する仕組みが普及した。

まとめ

英国における産業保健は、法令による義務付けが限定的である一方、政府の政策・戦略文書やレビューが制度の方向性を大きく規定してきた。1990 年代以降、労働者の多様化・高齢化・精神的健康問題の顕在化を背景に、「健康は社会資本」という認識が浸透し、産業保健は予防・復職・(労使双方の) 支援の側面を強めてきた。Diana Kloss の指摘を踏まえると、これは「法によらず市場と政策で形成された制度」という英国的特徴といえる。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO. (pp. 11-39)
- Black, Carol. 2008. *Working for a Healthier Tomorrow*. London: TSO.
- Boorman, Steven. 2011. *NHS Health and Well-being Review*. London: Department of Health.
- Stevenson, Dennis, and Paul Farmer. 2016. *Thriving at Work: The Stevenson/Farmer Review of Mental Health and Employers*. London: HM Government.

産業保健および産業保健職の位置づけ

1. Provision of Occupational Health Services：提供形態と費用負担

Diana Kloss は、英国における産業保健サービス (OH services) の提供形態について、「NHS による普遍的な医療制度が存在するにもかかわらず、産業保健は別の仕組みとして発展してきた」と指摘する (Kloss 2020, pp. 20)。その特徴は以下の通りである。

1. **NHS と産業保健の分業**

   NHS は病気やけがの「治療」を全住民に無償で提供するが、職場に特化した「予防・復職支援・職務適性評価」はカバーしていない。そのため、産業保健サービスは企業や公共機関が独自に設ける仕組みとして発展した (Kloss 2024, p.77-78)。

2. **費用負担の原則**

   OH サービスは「雇用主が負担」するのが原則である (Kloss 2020, p. 19-20)。したがって、大企業や公共機関では内部に OH 部門を持つか、外部の専門サービスと契約する。一方で、中小企業や自営業者は費用の制約から OH を導入しない場合が多く、これが英国の大きな課題とされている (DWP/DHSC 2019, pp. 15, 38)。

3. **内部 OH 部門と外部委託の違い**

- **内部 OH 部門**：大企業（製造業、公共部門など）では、自前の産業医・産業看護師チームを配置し、従業員に密着した健康管理や復職支援を行える。
- **外部委託**：中小企業では、外部 OH サービス企業（民間コンサルタント）と契約し、健診・アドバイス・法定健康監視のみを必要に応じて購入する。こうした市場取引型のサービスは「一回契約（one-off）」や「包括契約（service level agreement）」など形態が多様である（FOM 2010, SEQOHS 文書）。

4. **質保証の仕組み**

産業保健体制の構築（産業保健専門職の選任）が法的に義務化されていない代替として、**SEQOHS 認証制度**（2010 年～）が導入され、OH サービスの質を担保する仕組みが普及している（Kloss 2020, p. 29）。

---

2. Relationship with the General Practitioner（GP）：GP との関係と課題

英国の産業保健の独自性は、**GP（かかりつけ医）との関係**にある。

1. **一次医療と OH サービスの境界**

GP は NHS 制度の中で、労働者を含む住民の「一次医療」を担う。すなわち、疾病の診断・治療、紹介状作成、fit note（病気休暇証明）の発行を行う。一方、産業保健は「職場における健康管理・職務適性評価・復職支援」を主眼とし、**治療は担当しない**（Kloss 2020, pp. 19-20, Kloss 2024, pp. 77-78）。

この役割分担のため、英国の OH 専門職は「治療」ではなく「職場での働き方の調整」に重点を置いている。

2. **情報共有の課題**

GP と OH 医師の間では、従業員の診療記録や健康情報の共有がしばしば課題となる。例えば：

- **診療記録**は患者（従業員）の同意がなければ OH に提供できない。
- OH 医師が行う「職務適性評価（fitness for work assessment）」は、診療情報ではなく、仕事に関連した推奨事項（例：勤務時間の制限、業務内容の変更など）に絞られる（BMA 2023, 19）。
- 1988 年の **Access to Medical Reports Act** に基づき、雇用主が GP に健康情報を求める場合も、必ず本人の同意と閲覧権が保障される（BMA 2023, 25）。

3. **二重責任のジレンマ**

OH 専門職は、従業員の健康を守る医療専門職であると同時に、雇用主の依頼を受けて職務適性評価を行う立場にある。この二重責任は守秘義務と情報提供のバランスを難しくし、GP との協働において

も緊張を生む（Kloss 2020, pp. 39-40）。

---

3. まとめ

英国の産業保健職は、**NHS と GP による治療システムを前提**として、その外側で「職場に関連する健康支援」を担う。

- OH サービスは雇用主が費用負担し、内部部門（大企業中心）か外部委託（中小企業中心）で提供される。
- 産業保健の中心的役割は「予防・復職支援・職務適性評価」であり、治療は GP に委ねられる。
- GP と OH 専門職の間には、情報共有と守秘義務の課題があり、Access to Medical Reports Act 1988 などの法規制がその調整を行っている。

このように、英国の OH は「治療を担わない産業保健」という独自の位置づけを持ち、NHS 制度の補完的役割として発展してきた。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Kloss, Diana. 2024. Occupational Health Provision in the United Kingdom. *Journal of Work Health and Safety Regulation* 3(1): 72-83.
- Faculty of Occupational Medicine. 2010. *SEQOHS: Safe Effective Quality Occupational Health Service*. London: FOM.
- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA. (ch. 8, ch. 11)
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO. (pp. 36-39)

英国における産業保健専門職の種類と役割

1. Occupational Health Physician（産業医）

- **役割**：
  医師としての臨床知識をもとに、労働と健康の相互作用に関する専門的助言を行う。業務上疾病や職場関連健康障害の評価、職務適性（fitness for work）の判定、健康監視（health surveillance）、雇用主への助言を担う。
- **資格**：
  FOM（Faculty of Occupational Medicine）が資格認定を行う。基礎資格として *Diploma in Occupational Medicine (DOccMed)*、専門資格として *MFOM*（Membership of FOM）があり、さらに業績に基づき *FFOM*（Fellowship）が授与される（BMA 2023, 39）。

- **特徴**：
  治療を行うのではなく「職場適応と予防」に重点を置き、GP や NHS の治療機能を補完する立場にある（Kloss 2020, p. 36, Kloss 2024, p. 79, FOM/RCGP/SOM n.d. p.7 ,BMA 2023, pp.11-12)。

---

2. Occupational Health Nurse（OH ナース）

- **役割**：
  健康相談、健康教育、職場巡視、健康診断の補助（fitness for work を含む medical examination は医師でなければできないが、医師の指示下で行うスクリーニング等は可能）やワクチン接種、復職支援、職務上の適性評価補助などを担当。従業員との接点が最も多い専門職である。
- **資格**：
  NMC（Nursing and Midwifery Council）の管理下で、大学院レベルの *SCPHN-OH*（Specialist Community Public Health Nurse, OH）が代表的。その他、FOM の *Diploma in Occupational Health Practice* などもある（FOHN/NSOH Joint Statement 2023)。
- **特徴**：
  英国では産業医より数が多く、企業内で OH 部門を担う中心的存在。2016 年の全国調査では約 4,950 人の OH ナースが活動していると推定された（Ballard, John and Coomer 2016)。

---

3. Occupational Hygienist（ハイジニスト）

- **役割**：
  化学物質、粉じん、騒音、振動、放射線など職場の有害要因を測定・評価し、曝露防止策を設計する。
- **資格・団体**：
  英国では *British Occupational Hygiene Society (BOHS)* が資格（Certificate, Diploma)や教育コースを提供している。
- **特徴**：
  医師や看護師では扱いにくい「環境要因」の専門家として、COSHH（Control of Substances Hazardous to Health Regulations 2002（COSHH）＊）等の法的要件に基づく健康監視に深く関与する。
  ＊COSHH:職場での有害物質への曝露を「評価・制御・教育・監視・記録」というサイクルで管理することを法的に義務づけており、日本でいう特殊健診も義務づけている。

---

4. Physiotherapist / Rehabilitation Specialist（理学療法士・リハビリ専門家）

- **役割**：
  筋骨格系障害（MSK）の予防や治療的リハビリ、職場復帰支援を担う。特に腰痛や上肢障害の管理で重要な役割を果たす。

- **資格**：
  Chartered Society of Physiotherapy（CSP）が資格制度を設けているが、業務独占資格ではない。
- **特徴**：
  産業医・看護師と連携し、「復職可能性の判断」に関わったり、「作業姿勢・環境改善の助言」を行う。

---

5. Psychologist / Mental Health Specialist（心理職・精神保健専門家）

- **役割**：
  職場におけるストレス管理、労働者（個人・集団）のメンタルヘルス評価、カウンセリング、認知行動療法（CBT）の提供など。
- **資格・団体**：
  British Psychological Society（BPS）に登録。臨床心理士、カウンセラー、職場メンタルヘルス専門家などが含まれる。
- **特徴**：
  精神的健康問題が就労喪失の最大要因である英国では、心理職の関与が特に重要視されている（Stevenson/Farmer Review 2017. なお、メンタルヘルスにおける業務量・裁量・サポート・人間関係の管理については、HSE 2019, p.4, メンタルヘルスへの CBT の活用については、NICE Guideline[NG212] 2022, p.50）。

---

6. Safety Engineer / Health and Safety Specialist（安全技師・安全衛生専門家）

- **役割**：
  労働安全衛生法規の遵守、リスクアセスメント、災害防止計画の策定、職場安全文化の醸成。
- **資格・団体**：
  Institution of Occupational Safety and Health（IOSH）の認定を受けた安全技師（Chartered Safety and Health Practitioner）が代表的。
- **特徴**：
  OH 専門職と並行しつつ「安全」の側面に注力。**医療系の OH 職と一体で活動**するケースが多い。

---

7. Social Security / Welfare Specialist（社会保障・労務関連専門家）

- **役割**：
  長期病欠や障害のある労働者に対する社会保障制度、職場調整制度（reasonable adjustment）、給付制度（Statutory Sick Pay, Employment and Support Allowance 等）の案内と調整。
- **特徴**：
  日本での「社会保険労務士」に近い機能を担い、企業等の OH 部門や Jobcentre Plus と協働して復職支援を行う。

まとめ

英国の産業保健は、医師や看護師を中核としつつ、**ハイジニストなどの労働衛生専門家・理学療法士などのリハビリ職・臨床心理士などの心理職・安全技師・福祉**

専門家が多職種で連携する体制を取っている。これは、NHS が医療の「治療」を担うため、OH 職が「予防・適応・復職支援・雇用主への助言」に特化して発展してきたという制度的背景に根差している。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Kloss, Diana. 2024. Occupational Health Provision in the United Kingdom. *Journal of Work Health and Safety Regulation* 3(1): 72-83.
- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA. (ch. 16)
- Faculty of Occupational Medicine (FOM), Royal College of General Practitioners (RCGP), and Society of Occupational Medicine (SOM). n.d. *The Health and Work Handbook*. London: FOM/RCGP/SOM.
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. "The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses." *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28.
- Stevenson, Dennis, and Paul Farmer. 2017. *Thriving at Work: The Stevenson/Farmer Review of Mental Health and Employers*. London: HM Government.
- Health and Safety Executive (HSE). 2019. *Tackling work-related stress using the Management Standards approach (WBK1)*. 3rd ed.
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.
- British Occupational Hygiene Society (BOHS). 2016. *Qualifications Framework*.
- Institution of Occupational Safety and Health (IOSH). 2017. *Chartered Safety and Health Practitioner Standards*.

産業保健専門職の業務内容

1. 産業医（Occupational Health Physician, OHP）の役割

Diana Kloss は、産業医の役割を「従業員の健康を保護し、雇用主が健康安全義務を果たすための助言を行う専門職」と位置付けている（Kloss 2020, pp. 35-36）。その具体的な業務は以下のように整理される（以下、Kloss 2020, pp.35-37. 健診や健康監視については、pp.112-115 に詳しい説明がある。BMA 2023, pp.11-12）。

1. **健康診断・適性評価**

産業医は、採用前、配置転換時、

病気休職からの復職時などに健康診断（medical assessment）を実施し、従業員が安全に業務を遂行できるかを評価する。これは「fitness for work assessment」と呼ばれ、単なる診療ではなく、職務と健康状態の適合性を判断する点に特徴がある。これらは本人同意がなければ実施できないが、ひとたび契約されれば、拒否すれば解雇も可能となる。

2. **雇用主への助言義務**

HSWA 1974 に基づく雇用主の義務を補完するため、産業医はリスクアセスメント、健康監視（＊日本では特殊健診とその結果を踏まえた個別的な作業環境改善に相当する）、職場の安全衛生改善について雇用主に助言を行う。これは単なる医学的判断にとどまらず、**職場設計や労務管理に関わる広範な内容**を含む。

3. **臨床責任と産業医の役割の両立**

産業医は医師としての臨床倫理（患者の利益の優先、守秘義務）と、雇用主への報告責任という二重の立場にある。この「dual responsibility」はしばしば緊張を生み、情報提供の範囲や形式について微妙な判断を要する。BMA の倫理指針（2023 年）も、産業医は「臨床上の秘密を尊重しつつ、職務上必要な範囲で雇用主に助言する」という線引きを明確にしている。

---

2. OH ナース（Occupational Health Nurse, OHN）の役割

英国では、OH ナースが OH サービスの実務を担うことが多い。Diana Kloss も、OHN を「最も身近で実務的な OH 職」として位置づけている（Kloss 2020, pp. 37-38）。具体的業務は以下の通り。

1. **健康教育・カウンセリング**

従業員に対する健康教育、生活習慣改善の助言、メンタルヘルス相談、禁煙指導などを行う。これにより疾病予防と健康増進を推進する。FOHN/NSOH（2023）も、OHN は「教育と相談活動を通じて職場健康文化を形成する役割」を担うとしている。

2. **職場での健康監視・スクリーニング**

騒音、粉じん、化学物質など特定リスクに従事する労働者に対して、定期的な健康監視（health surveillance）の一部を行う。問診、バイタル測定、スクリーニング検査などを担当し、異常があれば医師につなげる。

3. **医師との協働・専門性の拡大**

英国では産業医が不足しているため、OHN の専門性拡大が進んでいる。例えば、職務適性評価の補助、fit note（勤務可能証明）の一部作成、ワクチン接種、職場巡視の主導などを行う。2016 年の全国調査（Ballard, John and Coomer 2016）でも、OHN の多くが「独立して相談・指導を行う立場」にあると報告されている。

3. OHP と OHN の補完関係

- OHP は、**臨床判断と法的助言**を中心とする。
- OHN は、**日常的な健康管理・教育・スクリーニング**を主に担う。
- 英国では医師の配置義務がないため、OHN が現場の第一線を担うケースが多く、必要時に OHP へつなげる体制が一般的である。

まとめ

英国の産業保健専門職は、

- 産業医が「健康診断・適性評価」「雇用主への助言」「臨床責任と雇用者責任の調整」を担い、
- OH ナースが「教育・カウンセリング」「健康監視の一部(検査関係)」「医師との協働と健康管理の現場実務」を担う。

この分担は、NHS と GP が「治療」を提供するという前提のもとで、**産業保健は職場に特化した予防・適応・復職支援を担う**という英国特有の位置づけを反映している。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA.
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. “The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses.” *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28.

産業保健専門職における守秘義務と情報提供の相克

1. 守秘義務の基本原則

Diana Kloss は、産業保健専門職（特に産業医・OH ナース）は、**医療専門職としての守秘義務**を負いながらも、雇用主からの委託を受ける立場にあるため、二重の責任（dual responsibility）を負うと指摘する（Kloss 2020, pp. 19, 36, BMA 2023, p.12)。すなわち、従業員の信頼を裏切らずに健康情報を守る必要がある一方、雇用主に対して安全配慮義務を果たすための助言を提供しなければならない。

2. 健診や情報開示に関する同意（Consent to Medical Examination and Disclosure)

産業保健の業務上、従業員に対して健康診断や職務適性評価を行う際、**本人の明示的な同意**が必要である。

- 同意は「健診の実施」だけでなく「結果の雇用主への開示」にも及ぶ（Kloss 2020, pp. 69-73, FOM/RCGP/SOM pp.9-11)。
- BMA の指針も「従業員が理解した上で自由に与えた同意」がなけれ

ば開示できないと規定している（BMA 2023, pp.25-27）。

---

3. 職業健康記録の守秘（Confidentiality of OH Records）

- OH 記録は臨床記録と同等に扱われ、**NHS の診療記録とは別個に保管**される。雇用主はこれに直接アクセスできず、記録管理は Data Protection Act 2018 および GDPR の適用対象となる（BMA 2023, p.23）。
- 記録は職務適性や就労調整に必要な範囲でのみ利用され、他目的への使用は禁じられる（FOM/RCGP/SOM p.10）。

---

4. 雇用主への開示（Disclosure to Employers）

- 原則は **「従業員の同意に基づき、最小限必要な情報のみを開示する」**ことである（FOM/RCGP/SOM p.10, BMA 2023, p. 19）。
- 雇用主に伝えるべきは「職務適性に関する助言」であり、診断名や詳細な医療情報を含める必要はない。例：
  - 「フルタイム勤務可能」
  - 「軽作業なら可能」
  - 「短時間勤務であれば復帰可能」

---

5. Access to Medical Reports Act 1988

- 雇用主が従業員の GP に健康報告書を求める場合に適用される法律。
- 重要な点は、**本人の同意が必須**であり、さらに本人には
  ① 報告書を事前に閲覧する権利
  ② 修正を求める権利
  ③ 開示を拒否する権利
  が保障されている（BMA 2023, p.25）。
- これは産業保健専門職が雇用主に報告する場合と同様、従業員のプライバシーを守る仕組みである。

---

6. 個人データ保護（EU の GDPR 及びそれを国内法化した Data Protection Act 2018）

- OH 記録や職務適性評価は「特別カテゴリーの個人データ」（special category data）とされ、厳格な管理が必要。
- データ処理の根拠は通常「本人の明示的同意」または「雇用主の法的義務遂行」である（GDPR 第 9 条、Data Protection Act 第 10 条）。
- ICO（Information Commissioner's Office）のガイドライン（The Employment Practices Code（Information Commissioner's Office）4.1.5）では「最小限必要な情報を、必要な期間だけ保存する」ことが強調されている。

---

7. 二重責任（dual responsibility）の相克

- 産業医・看護師は、**従業員の健康を守る医療者**と、**雇用主に助言を行うアドバイザー**という二重責任を負う。この相克は「雇用主への

情報提供の範囲」と「従業員への信頼維持」の間で常に生じる（Kloss 2020, pp. 19, 36, BMA 2023, p.12)。

- FOM/RCGP/SOM は、このジレンマを解決するため、「雇用主に提供すべき情報は、就業上の配慮に限定されるべき」であり、診断名その他の詳細な医療情報を提供すべきではない」と強調している（FOM/RCGP/SOM p.10)。

8. 関連判例

以下では、産業保健に関する事件のほか、医療一般に関する事件で、医師の守秘義務に関するもので、産業医らの業務にも重要な示唆を与えるものを列挙する。

1) Baker v Kaye (1997, High Court) ——雇用前健診における医師の注意義務と守秘義務の関係

【事案】

テレビ販売会社の幹部であった Baker 氏は、GE 傘下の NBC Europe の国際営業部長ポストに内定し、会社指定医（Kaye 医師）による雇用前健診・血液検査を受診した。Kaye 医師は初回・再検査の結果や前職情報を踏まえ、「アルコール問題の可能性」を検討し、同僚医師 2 名（消化器内科コンサルタント、前任の会社医）にも相談のうえ、会社に対して『推薦不可』と報告した（理由は会社には示さず、本人には理由を説明)。Baker 氏は前職を退職していたが、新職への採用は取り消された。しかし、その後の短期禁酒後の GP による再検査では数値が正常化しており、コンサルタント医も肝障害なしと評価した。Baker 氏は「雇用前健診医には自分（被評価者）への注意義務があるにもかかわらず、同人の拙速・過大な評価で就労機会を失った」として、Kaye 医師を過失で提訴した。

【判旨】

裁判所は、雇用前健診医は会社の依頼に応じて評価する立場でも、被評価者に対して医師としての注意義務（duty of care)を負うとの前提に立ちつつ、Kaye 医師が採った検査手順（複数回の検査・専門家への照会）や、当時の合理的な医学的意見に照らすと、過失は認められないとした。すなわち、「合理的な医師の相当多数が同結論に至り得る（Bolam/ Bolitho 基準＊に整合)」ため、duty は負うが本件は breach なしという結論で、原告は敗訴となった。

＊Bolam 基準：1957 年 Bolam v Friern HMC 判決で示された医療過誤の判断基準であり、「同じ専門分野の責任ある医師が適切と認める実務に従っていれば、その医師は通常過失ではない」とするもの。

Bolitho 基準：1997 年 Bolitho v City and Hackney HA 判決で示された Bolam 基準を修正した基準であり、同業の医師の水準ではなく、「その専門家意見自体が論理的に説明できるか（illogical でないか)」を問うもの。

出典：Kloss 2020, pp. 47-48

2) R v Croydon Health Authority (1997, Court of Appeal) ——雇用前評価におけ

る見落としと医師の注意義務の関係

【事案】

ある放射線科医が、求職者の胸部 X 線で一次性肺高血圧症を見落とし、OH 医師に報告しなかった。その求職者は後に病状が進行し、医師は、雇用前評価でも被評価者に注意義務を負うかが争われた。

【判旨】

裁判所は、雇用前健診の場面であっても、医師は被評価者に対し、「医学的過失を犯さない注意義務」を負うとし、重大所見の非報告は過失となり得るとした。

出典：Kloss 2020, pp. 48

---

3) Kapfunde v Abbey National plc (1998, Court of Appeal) ——雇用主に依頼された OH 医師と応募者との法的関係

【事案】

銀行の採用選考において、OH 医師（独立請負人）が、応募者の問診票のみを見て、「欠勤が多い可能性」を示す否定的意見を作成した。応募者（Kapfunde 氏）は不採用となり、OH 医師は応募者に対する注意義務（duty of care）を負うかが争われた。

【判旨】

本件では、当該 OH 医師は、あくまで雇用主のために書類評価のみを行っていたにすぎないこと等から、応募者に対する duty of care は否定された（また、医師は独立請負で雇用主の被用者ではないため、雇用主の代位責任も生じにくいとされた）。

もっとも、Diana は身体的危害が発生した場合には別の結論となり得る可能性に言及している。

出典：Kloss 2020, pp. 48

---

4) Hamed v Mills, Tottenham Hotspur & Cowie (2015, High Court) ——スポーツ領域での採用前スクリーニングと告知義務

【事案】

17 歳のサッカー選手 Hamed が強豪クラブに採用された際、クラブ指定の心臓専門医が心エコー・心電図のみを実施し、HCM（肥大型心筋症）の疑いを持ったが、適切に精査せず、雇用主にも情報提供しなかった。クラブの常勤医も HCM を疑わせるエコー等の検査結果を把握しつつ、本人にも両親にも情報提供されず、適切な対応措置を取らずにいいたところ、Hamed は一年後に試合中に心停止から重篤な脳障害に至った。医師とクラブの責任配分が争点となった。

【判旨】

心臓専門医は自身の精査、情報提供、適切な措置を講じる duty を認め、それらを行わなかった過失と因果関係も自認した。裁判所はクラブ常勤医にも過失を認め、専門医 30%、クラブ常勤医 70%の過失相殺を行った。採用前スクリーニングで得られた重要な異常所見は、本人・関係者に適切な形で共有し（守秘を踏まえつつ）必要なフォローを尽くすべきという実務的要請を明確化した。これは、何らかの重大リスクがある場合の「情報共有」を注意義務とする考え方と通底する。

出典：Kloss 2020, pp. 48-49

---

5) ABC v St George's Healthcare NHS Trust (2017, Court of Appeal) ——遺

伝情報の第三者（家族）への開示と守秘・公益のバランス

【事案】

父親が Huntington 病と診断されたが、父の希望により、担当医は娘への告知を控えた。娘はその後出産し、のちに父の病名を知って遺伝リスクを把握し、「告知されていれば妊娠の選択が違った可能性」を主張して、担当医の勤務先病院（NHS Trust）を相手方として提訴した。医師による遺伝情報の第三者（家族）への開示義務の存否が争点となった。

【判旨】

原則は守秘（患者同意なしの開示は不可）だが、遺伝情報の性質、当該家族の具体的利害、予見可能性などの事情いかんで、近親者への告知義務が法理上成り立ち得ると認め、事実審へ差し戻された。これは、守秘義務 vs 第三者保護の利益衡量を示唆する先例的意義を持った。

出典：Kloss 2020, pp. 50-51

6）CM v Executor of the Estate of EJ（deceased） & HM Coroner for the Southern District of London（2013, High Court）――死亡後検体からの感染症検査と「適切な同意」

【事案】

道路上で倒れていた重傷者に応急処置（が、その後結局死亡）した医師 CM が、手の擦過傷から HIV 感染の懸念を抱き、PEP（曝露後予防薬）の抗ウィルス薬を服用したところ、で重い副作用に苦しんだ。そこで CM は、遺体から血液採取して HIV 感染を検査するため、検視官の許可と「適格な関係者」からの同意を求めた。これは、人体組織法（Human Tissue Act 2004）が、患者が死亡した場合、「適格な関係者」から同意を得るべき旨を定めていることによる。しかし、故人が外国人で、英国内にはいとこに当たる親戚しかいなかったため、同人が「適格な関係者」に該当するかが争点となった。

【判旨】

裁判所は、その親戚は、故人と「適格な関係（qualifying relationship）」にあり、同人からの同意が得られれば、死亡後検体での検査を正当化できると判断した。その結果、遺体は血液媒介ウイルス陰性と判明し、CM は PEP を中止できた。人体組織法は死体の利用に関する規制だが、その同意原則は、公衆衛生上の利益がある場合、利益衡量がなされることを示唆した重要事例である。

出典：Kloss 2020, p. 56

＊Diana は、この事例から、労働者のプライバシー保護も重要であり、放射線規則第 35 条のように、たとえ法令上、労働者の健診が義務づけられている場合にも、労働者の同意なしに健診を強制できるわけではなく、それは雇用主の負担で、勤務時間中に実施されねばならず、彼が従わない場合には、懲戒処分が正当化されるにとどまるとする。しかし、懲戒処分が正当化されるなら、実質的に強制ではなかろうか（三柴）。

7）Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v David James（2013, Supreme Court）――意思無能力時の本人にとっての「最善の利益」と第三者の利益

の関係

【事案】

68 歳で約 7 ヶ月間、多臓器不全状態にあって自分の治療方針を決める能力が失われていた患者につき、担当医チームがこれ以上の延命治療は、Mental Capacity Act 2005 が定める本人の最善の利益（best interests）にならないと判断し、保護裁判所（Court of Protection）に包括的な治療打切りの宣言（absolute declaration）を求めたところ、家族が可能な限りの治療継続を求めて争われた。

【判旨】

最高裁への上告中に患者は死亡したが、法理判断の重要性から審理され、問われるべきは、治療停止が合法かではなく、治療継続が本人の最善の利益に適うかであり、最善の利益は、医学的予後、治療による苦痛や負担、本人の過去の価値観等、家族の意見などを含めて総合判断すべきとされた。また、控訴裁判所（Court of Appeal）が示唆した、根治ないし寛解の可能性の有無という基準は採用しないことが示された。

出典：Kloss 2020, p. 56

8）Sutton v Population Services（1981, High Court）――看護師の紹介義務

【事案】

女性検診クリニックの看護師が、乳がん検診の際に受診者が「乳房のしこり」を愁訴したのに、しこりを触知できない（ので問題ない）として医師へ紹介しなかったため、診断遅延を招いたとして、同看護師の過失が争われた。

【判旨】

裁判所は、看護師の対応は、診断者ではなく一次的スクリーナーとしての標準的役割を逸脱しており、医師への紹介義務を怠った過失があると認定した。しかし、早期に医師に紹介していても数年間の延命に過ぎなかったとして、賠償額は低く抑えられた。

OH 看護においても、スクリーニングでの異常疑い時は医師連携（エスカレーション）が必須という実務準則を支える判例。

出典：Kloss 2020, p. 51

まとめ

英国の産業保健専門職は、医療専門職として厳格な守秘義務を負いながら、雇用主に対しては「職務適性に関する助言」を行う役割を負っている。この二重責任は常に相克を生み、Access to Medical Reports Act 1988 や Data Protection 法制によって調整されている。判例法も、守秘義務を基本としつつ例外を限定的に認める立場を取っている。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Faculty of Occupational Medicine (FOM), Royal College of General Practitioners (RCGP), and Society of Occupational Medicine (SOM). n.d. *The Health and Work Handbook*. London: FOM/RCGP/SOM.

- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA. (ch. 11)

英国の産業保健における多職種連携

英国の産業保健は、単一の専門職ではなく、多職種が協働することを前提に設計されている。Diana Kloss『*Occupational Health Law*』第6版でも「**1.7 The interdisciplinary nature of occupational health**」の項で、医師と看護師に加え、心理士、理学療法士、ハイジニスト(hygienists)などがチームで関与する必要性を強調している。これは、産業保健が「治療」ではなく「予防・適応・復職支援」を目的とするため、多様な専門性を組み合わせることが必須であるという背景による。

1. Diana 著書での指摘

Klossは、先ず、そもそも論として、医師と看護師の職務範囲の区分の曖昧さを指摘する（Kloss 2020, p.39)。確かに薬剤処方については医師に職権が限定されているが、登録看護師も、医師からの書面による一般的指示に従う限り、医薬品の供給や投与ができるし、医師の一般的署名があれば、患者の病状に応じて看護師が裁量によって薬剤の専門的処方ができる。

他方、NMCは、2018年『職業倫理規範』(Code of Professional Conduct 2018)で、看護師は自身の能力の限界を認識し、その限界を超える業務を拒否すべきことを述べている。

産業保健では、産業医やOHナースだけでなく、心理士(職場ストレス対策やメンタルヘルス支援)、理学療法士（筋骨格系障害への対応)、ハイジニスト（有害因子への曝露評価や環境改善)が「チーム医療的アプローチの構成要素」であると述べている（Kloss 2020, p.39 のほか、BMA 2023, p.2, FOHN/NSOH 2023, p.5 なども同旨を述べている)。さらに、OH専門職の不足を補うために、業務分担を柔軟に見直す必要性を強調している。しかし、**特に従業員側に立ち易い産業保健看護職と会社の事業を考える安全管理者（safety officer）の利害が対立し易い**ことも指摘している（Kloss 2020, p.39-40)。

2. 実証的研究からの知見

2017年に英国で行われたDelphi研究（Lalloo et al., *Occup Environ Med*）では、産業医とOHナースが産業保健業務を行う上でどのような能力を重要視しているかを調査し、両者が重要視しているコンピテンスがほぼ一致した（Spearman r=0.972）ことが報告されている。すなわち、両者共に、「良質な臨床（good clinical care)」と、「健康リスク評価と管理（assessment and management of occupational hazards to health)」を最優先と考えており、それらについて**協働教育や合同研修**を行うことで、多職種チームとしての一体性が高まると示唆されている。他方、研究技能（research methods）や高度なプレゼンテーション能力などは、優先度が低いと考えられていた。

3. 実情と課題

- **実情**:大企業やNHS内のOH部門では、産業医がリーダーとなり、看護師・心理士・理学療法士・ハイジニストがチームで活動する体制が整っている（SOM n.d.(around 2020).,p.2)。
- **課題**：一方、中小企業や自営業者ではOHサービスが乏しく、こうした多職種連携は実現していない。SOMは普遍的OHアクセス政策の中で、多職種チームをオンラインや遠隔で提供する仕組みを提案している（SOM n.d.(around 2020).,pp.2-3)。

まとめ

英国の産業保健における多職種連携は、Diana Klossが強調するように「心理士・理学療法士・ハイジニストを含むチーム医療的アプローチ」が基本である。実証研究も産業医と看護師の能力の重なりを示している。しかし実際には、大企業や公共部門以外ではこうした連携は不十分であり、政策的に普及が求められている。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Wiley-Blackwell
- Lalloo, Drushca, Evangelia Demou, Marisa Stevenson, Mairi Gaffney, and Ewan B. Macdonald. 2017. “Comparison of Competency Priorities between UK Occupational Physicians and Occupational Health Nurses: A Modified Delphi Study.” *Occupational and Environmental Medicine* 74: 384-386.
- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA (ch. 2, 5, 16)。
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*. London: FOHN/NSOH.
- Society of Occupational Medicine. n.d. *Universal Access to Occupational Health - Position Statement*.

英国における産業保健専門職の資格・教育制度と認証枠組み

1. 基盤となる法定資格と規制機関

出発点として、英国の産業保健専門職は、医師や看護師という**法定資格**の上に成り立っている。

- **医師**は、General Medical Council（GMC, 総合医療協議会)に登録されることが必須である。GMCは、医師免許の発給や懲戒処分を行う国家機関であり、医師はGMCの定める行為規範 *Good Medical Practice* に従う義務がある。
- **看護師・助産師**は、Nursing and Midwifery Council（NMC, 看護助産協議会）の登録を受けなければ活動できない。NMCは、看護師の教育基準、実務基準を規制しており、

その行動規範は *The Code* として示されている。

GMC と NMC による**国家レベルの規制**が、「すべての医師」「すべての看護師」に共通する基盤である。

---

2. 産業保健に特化した専門資格と教育制度

法定資格を持つ医師や看護師が「産業保健の専門職」として活動するためには、追加の教育課程や資格を取得することが推奨される。

（1）産業医（Occupational Health Physician, OHP）

産業医は、医師免許を持つことを前提に、Faculty of Occupational Medicine（FOM, 王立内科医協会の一分科会）が提供する教育を受講し、資格を取得します。

- **Diploma in Occupational Medicine (DOccMed)**

  Diploma は短期集中コースと筆記試験で構成されており、主に一般診療医（General Practitioner, GP）やパートタイムで産業保健に従事する医師が取得する。採用時健診や一般的な職場健康相談など、基礎的な産業医活動が可能になる。

- **Membership of the Faculty of Occupational Medicine (MFOM)**

  正式な専門医資格である。取得するには、英国の医師専門研修制度である *Specialty Training* の一環として、産業医学の専門研修プログラムに入る必要がある。

  - 専門研修は **ST3（Specialty Training year 3）**から開始する。これは医師が初期研修（Foundation Year 1・2）を終えた後、3 年目以降に選択する「専門研修コース」の開始点である。
  - この産業医学専門研修は **Higher Specialist Training（HST, 上級専門研修）**と呼ばれ、通常 5 年間にわたる。その間、研修医は臨床ケースの記録（e-Portfolio）、年次進捗評価（Annual Review of Competence Progression, ARCP＊）、そして最終試験を受ける。
  - 研修を修了すると *Certificate of Completion of Training（CCT, 専門医修了証）*が与えられ、同時に MFOM が授与される。これによって、産業医コンサルタント（Consultant Occupational Physician）として正式に活動できるようになる。

＊ARCP：産業医専門研修の 1 年分の仕事・学習の記録をまとめ、それがカリキュラムどおり進んでいるか、専門医として独り立ちできる方向に成長しているかを複数の産業医（パネル）が年に 1 回チェックし、“進級・修了・延長” を

判定する仕組み。

- Fellowship of the Faculty of Occupational Medicine (FFOM)

  MFOM を持ち、長年の経験や顕著な功績を積んだ医師に、FOM 理事会から推挙されて与えられる称号。試験ではなく、社会的評価に基づく名誉的な資格で、指導的立場を示す。

---

(2) OH ナース (Occupational Health Nurse, OHN)

看護師は、NMC 登録の基盤に加え、以下の資格や教育課程で産業保健の専門性を高める。

- Specialist Community Public Health Nurse - Occupational Health (SCPHN-OH)

  NMC が承認する大学院レベルの教育プログラムを修了すると、NMC の第 3 部 (Specialist Community Public Health Nurse 部門) に登録できる。これが「正式な OH ナース」を示す最も確立した資格である。ただし、公衆衛生看護を横断する資格であるため、地域看護、学校看護などの専門性も含んでいる。

- Diploma in Occupational Health Practice (DipOHPrac, FOM 認定)

  10 日間の集中教育、試験、ポートフォリオ（＊）提出で認定される資格です。OH ナースや関連職種が産業保健の基礎スキルを学び、証明するために用いられます。

  ：受講者が学習成果等を体系的にまとめた実践記録集。面接、職務適正評価補助、健康教育、職場巡視等の記録、学んだことと改善点などの記録が含まれる。

- 学 士 ・ 修 士 （ BSc/MSc in Occupational Health Practice)

  英国の複数の大学で提供されており、産業保健看護の専門教育を学術的に深めるコースです。例えば、Master of Science (MSc, 理学修士)課程では、産業保健**政策、疫学**、職場**メンタルヘルス**などを学び、実務リーダーや教育者となる準備をします。

---

3. サービス水準と組織認証 (SEQOHS)

「SEQOHS (Safe Effective Quality Occupational Health Service)認証」は、**個人**ではなく、**OH サービスを提供する組織**に与えられる認証である。

- **対象となる組織**

  これは GMC や NMC のような法定機関ではなく、**NHS Trust (NHS 病院の OH 部門)、大企業の社内 OH 部門**、あるいは**民間の OH サービス提供会社**など、実際に職場向け OH サービスを運営している組織を指します。

- **運営主体**

  FOM (Faculty of Occupational Medicine) が基準を定め、外部評価を経て認証が行われます。

- **意味**

  個々の医師や看護師の資格(GMC や NMC が発行する業務独占資格＋FOM や NMC が発行する能力検定資

格）が「専門職の力量」を保証するのに対し、SEQOHS は「サービス全体としての質」を保証する仕組みです。

---

4. Council for Work and Health の役割

これは法定機関ではなく、多職種の専門団体を集めた協議体であり、産業保健チームの連携を目的として、産業医、OH ナース、心理職、理学療法士、ハイジニストなど産業保健に**共通する能力基準（competency framework）を検討する。**

---

5. 倫理規範と継続教育

- **医師**は、GMC の *Good Medical Practice* を遵守し、5 年ごとに Revalidation(再認証)を受ける。
- **看護師**は、NMC の *The Code* を遵守し、3 年ごとに登録更新が必要で、その際に Continuing Professional Development（CPD, 継続的専門教育）の記録（前回更新からの 3 年間に行った学習・研修をまとめた実績記録。学会参加・研修受講・e-learning・文献学習・ケースレビュー・職場内教育などが含まれる）を提出する。
- **共通**：FOM や FOHN は研修や学習資源を提供し、産業医と OH ナースが同じ枠組みで教育を受けられるように推進しています。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Wiley-Blackwell
- Faculty of Occupational Medicine. (n.d.). *Diploma in Occupational Medicine; Membership Examinations; Specialty Training in Occupational Medicine*.
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*.
- Nursing and Midwifery Council. (n.d.). *Specialist community public health nursing (SCPHN) standards*.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. “The State of OH Nursing.” *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28.
- ReportLinker. 2024. *UK Occupational Medicine - Statistics & Facts*.

英国における産業保健専門職の上下関係とコンピテンシー

1. 制度的な上下関係の有無

英国の制度では、日本の「産業医＝必置、OH ナース＝その指導下」という構造は存在しない。

・法令における定め

英国では「産業医の選任義務」がなく（Health and Safety at Work etc. Act 1974 は雇用者の安全衛生や快適職場形成にかかる一般的義務を定めるにとどま

る)、その結果、産業医と看護師の関係も**法的には上下関係として規定されていない**。NMC 登録看護師は、独立した専門職として自己の責任範囲で業務を遂行する。医師の指示が必須とされるのは、侵襲的医療行為や診断といった医師法上の領域に限定される。つまり、制度上は**両者は独立した専門職**であり、上下関係は必ずしも前提ではない（Kloss 2020, p.19, 30, 31, 39)。

---

2. 実務現場での関係

もっとも、現場での関係性は「上下関係」よりも「役割分担」に基づいています（Kloss 2020, pp.36-37, 39-40, Kloss 2024, p.80, BMA 2023, pp.11-16, FOM n.d., pp.22-25)。

・産業医がリーダーとなる場面

・医学的判断（例：就業制限、職務適性の最終評価）

・特定リスクに対する健康監視（health surveillance.例：鉛・石綿・放射線）で医師判定が必須とされる場面

・OH サービスの責任者として雇用主へ助言する場合

・OH ナースが主導する場面

・健康相談、生活習慣指導、ストレス対応などの日常的な健康支援

・健康診断の事前問診やスクリーニング、ワクチン接種

・復職支援プログラムの実務的な調整、ラインマネジャーとの橋渡し

・共同作業

・ケースマネジメント（慢性疾患やメンタルヘルス問題を抱える従業員の職場適応支援）

・チーム会議でのリスク評価や介入方針の検討

---

3. コア・コンピテンシーと役割の重なり

2017 年に行われた Delphi 研究（Lalloo et al. 2017）は、英国の産業医（OHP）と OH ナース（OHN）のコア・コンピテンシーを比較した。

両者が最も重要と位置づけたのは共通して：

① **良質な臨床（Good Clinical Care）**

② **職場における健康リスクの評価と管理（Assessment and Management of Occupational Hazards to Health）**

だった。相関係数は Spearman's r=0.972 と非常に高く、両者の優先度がほぼ一致していた。

最も低く評価されたのは「研究能力（Research Methods）」であり、現場では臨床的かつ実務的能力が重視されていることが分かる。

また、産業医と OH ナースは「専門性の深さ」や「責任範囲」に差はあるが、**基盤となるコア・コンピテンシーは共通**しており、チームとして補完的に機能していることが窺われる。

---

4. 整理：上下関係よりも「補完関係」

まとめると、英国では：

・法的には「産業医の指揮下に看護師が従属する」という仕組みは存在しない。

・実務では、医学的判断や雇用主への最終助言では産業医がリーダーシップを取る一方、日常的支援や健康教育では看護師が主体的に活動する。

・両者は共通のコア・コンピテンシーを

持ち、ケースごとにリーダー役を入れ替える「水平的・補完的関係」として運用されている。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- British Medical Association (BMA). 2023. The Occupational Physician. London: BMA.
- Kloss, Diana. 2024. “Occupational Health Provision in the United Kingdom.” Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Lalloo, Drushca, Evangelia Demou, Marisa Stevenson, Mairi Gaffney, and Ewan B. Macdonald. 2017. “Comparison of Competency Priorities between UK Occupational Physicians and Occupational Health Nurses: A Modified Delphi Study.” *Occupational and Environmental Medicine* 74: 384-386.
- ·Faculty of Occupational Medicine (FOM), Royal College of General Practitioners (RCGP), and Society of Occupational Medicine (SOM). n.d. *The Health and Work Handbook*. London: FOM/RCGP/SOM.
- Faculty of Occupational Health Nursing / National School of Occupational Health. 2023. *Occupational Health Qualifications and Titles: Summer 2023*.

英国における産業保健専門職の実情

1. 人数と選任の状況

英国における産業医の数は長期的に減少傾向にある。2024 年時点で実働産業医はおよそ 1,140 人とされ、毎年約 3%弱の減少が続いており、2028 年には 1,000 人を下回ると予測されている（ReporterLinker, 2024）。

2011 年の試算では、必要とされるフルタイム相当（FTE）が 1,211 人であるのに対し、実際の供給は 527 FTE にとどまっていた。つまり、英国の産業医は慢性的に不足しており、大企業を除けば「産業医が職場に常駐する」状況は稀である（FOM 2011, p.15）。

一方、OH ナースの数は推定で約 5,000 人弱（2016 年調査で 4,950 人）とされるが、その大半は 45 歳以上で、若年層の参入は非常に少ない。NMC の SCPHN-OH 資格登録者は約 3,300 人で、OH ナース全体の 3 分の 2 程度が公的資格を保持していると推計される（Ballard & Coomer 2016, pp.24-25）。

2. 実際に行っている業務

産業医は、採用前健診や配置転換時の職務適性評価、法定健康監視（鉛・石綿・放射線など）、長期病欠者の復職支援、雇用主へのリスク管理助言などを担当する存在と認識されている。ただし、数が少ないため、NHS 勤務医や一般診療医（GP）が

短期資格(DOccMed)を得て一部OH業務に従事するケースが多く見られる（Kloss 2024, pp.77-78, 80, BMA 2023, pp.11-12, 39)。

OHナースは、健康相談、カウンセリング、ワクチン接種、健診のスクリーニング、職場巡視、メンタルヘルス支援など、日常的で予防的な業務を幅広く担います。医師不足を補う形で、従来は医師しか行わなかった「マネジメント紹介(management referrals：管理者からの紹介、すなわち管理者から産業保健職への従業員の健康問題等に関する相談への対応)」や「軽度の職務適性評価」まで担う例も増えている（Kloss 2024,pp.77-79, 80-81, E-Clips.n.d., Lalloo et al.,2016,p.654)。

3. 産業保健チームの形成と連携

Diana KlossやBMAの文献は、産業保健の現場が「multidisciplinary practice（多職種連携)」であることを繰り返し強調している(Kloss 2020, pp. 22-26; BMA 2023,p.8)。現代のOHチームは次のような構成が一般的である。

- 医師（OHP)
- 看護師（OHN)
- ハイジニスト（Occupational Hygienist)
- 理学療法士(Physiotherapist)
- 心理士（Psychologist, Counsellor)
- 安全衛生担当者(Safety Officer, H&S Specialist)

英国の産業保健サービス全般において(NHSや民間を含め)、看護師が運営の主力となり、必要に応じて心理職やリハビリ専門家を巻き込む体制が一般的である（Kloss 2024,p.77,81)。一方、中小企業や自営業者ではOHチームが存在せず、外部サービスの一回的利用にとどまることが多い（DWP/DHSC 2019, pp.14-15)。

4. 労使からの尊重の実情

英国では、産業医やOHNは法的に「必置」ではないにもかかわらず、労使双方から一定の尊重を受けている。Diana Klossの講演録では、「看護師も重要な役割を果たし、労使双方から敬意を持たれている」と強調されており（Kloss 2024, p.81)、特に長期病欠からの復職支援やメンタルヘルスの分野で、従業員と雇用主の橋渡し役として信頼を得ている（Kloss 2024, pp.77-79)。

ただし、2016年の全国調査では、OHナースの多くが「職能団体による代表性が不十分で孤立している」と回答しており、専門職としての社会的地位や制度的支援は必ずしも十分ではない現実もある（Ballard, John and Coomer 2016, p.25)。

。

5. 収入水準

産業医（Occupational Health Physician)

年収には幅がある。就職情報サイトの検索等に拠る限り、NHS勤務コンサルタントの平均は約 £90,000（約 1,700万円, 2025年2月時点） 前後、上級クラスは £160,000（約3,000万円, 同）を超えるとの推定もある。独立自営の産業医の場合、日給ベースで £600～

£1,200（約 11 万～23 万円，同） 以上を得ることも可能である（Talent.com n.d.， ERI Economic Research Institute n.d.，McGovern 2021 etc.）。OH ナース（Occupational Health Nurse）

就職情報サイトの検索に拠る限り、平均年収は £35,000～£43,000（約 665 万～817 万円， 2025 年 2 月時点）であり、NHS の給与バンド制度に従い、経験に応じて

・Band 5（新卒）：～約£33,000（約 630 万円，同）

・Band 6（経験者）：～約£41,000（約 780 万円，同）

・Band 7（上級管理職）：～約£48,000（約 910 万円，同）

と昇給する（Indeed n.d.， PayScale n.d.， Talent.com n.d.， Totaljobs n.d.，Reed.com n.d.）。

ただし、平均年収を産業医で£123,100、OH ナースで£43,400、ハイジニストで£54,300 だったとする報告もある（Ballard and Coomer 2016，p.26.ただし、Ballard and Sinclair 2016 からの引用）。

その他、化学物質・有害物管理に大きく貢献するハイジニストは、職場における様々な健康被害のリスク（化学的、物理的、生物学的、人間工学的、心理社会的（ストレス等）なリスク）を特定、評価、管理する役割を担い、工場、オフィス、建設現場など多様な環境で勤務している。

科学的な専門性（生物学、化学、物理学、工学など）が求められ、BOHS（英国労働衛生学会）等が認定する資格の取得を通じてキャリアを形成する 。キャリアパスは、トレイニーから始まり、実務経験と資格取得（CertOH，DipOH）を経て、勅許労働衛生専門家（Chartered Occupational Hygienist）、さらには管理職やディレクターへと昇進する構造が確立されている。

給与水準は経験や資格、雇用主によって異なるが、目安は以下の通り。

トレイニー（専門性あり）： 年収 22,000 ポンド- 28,000 ポンド（約 418 万円-532 万円 ※1 ポンド=190 円換算の場合）

経験者： 年収 30,000 ポンド- 50,000 ポンド（約 570 万円-950 万円）

シニア職（マネージャー、ディレクター、確立されたコンサルタント）： 年収 60,000 ポンド超（約 1,140 万円以上）（AGCAS editors 2024）

まとめ

・数的に産業医が不足し、OH ナースが現場を支えている。

・健康障害リスクの予防、個々人の適性評価、復職支援を中心に、医師と看護師で分担・重複しながら実施している。

・多職種連携を前提にチームが組まれるが、中小企業のアクセスは限定的である。

・労使双方から一定の尊重を受けつつも、特に OH ナースについては、制度的支援や代表性不足が課題となっている。

・産業医の収入は高水準で、OH ナースの収入も NHS の給与バンドに沿った中堅水準にある。

Reference

- ReportLinker. 2024. *UK*

Occupational Medicine - Statistics & Facts.

- Nursing and Midwifery Council. 2024. *Registration Data Reports*.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. "The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses." *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28.
- Ballard J, Sinclair A. 2016. OH pay and benefits 2016. Part 1. Occupational Health at Work 13(2): 19-25.
- Kloss, Diana. 2024. "Occupational Health Provision in the United Kingdom." Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- British Medical Association (BMA). 2023. *The Occupational Physician*. London: BMA.
- E-Clips. n.d. "Occupational Health Nursing." *E-Clips Online* (Leaflet JI 08). Accessed at https://www.eclips-online.co.uk/leaflet/JI_08.
- Lalloo, D., E. Demou, S. Kiran, M. Gaffney, M. Stevenson, and E. B. Macdonald. 2016. "Core Competencies for UK Occupational Health Nurses: A Delphi Study." *Occupational Medicine (London)* 66 (8): 649-655. doi:10.1093/occmed/kqw089.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions (DWP) and Department of Health and Social Care (DHSC). 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HM Government.
- Talent.com. n.d. Occupational health physician salary in United Kingdom. Retrieved May 27, 2025, from https://uk.talent.com/salary?job=occupational+health+physician
- ERI Economic Research Institute. n.d. Occupational Medicine Physician Salary in United Kingdom. Retrieved May 27, 2025, from https://www.erieri.com/salary/job/occupational-medicine-physician/united-kingdom/england
- McGovern, P. (2021). OH Doctor Salaries in the UK: Ask an Occupational Physician. Retrieved May 27, 2025, from https://www.paulmcgovern.co.uk/post/oh-doctor-salaries-in-the-uk-ask-an-occupational-

physician
- Indeed. n.d. Occupational health nurse salary in United Kingdom. Retrieved May 12, 2025, from https://uk.indeed.com/career/occupational-health-nurse/salaries
- PayScale. n.d. Average Occupational Health Nurse Salary in United Kingdom. Retrieved Jun 26, 2024, from https://www.payscale.com/research/UK/Job=Occupational_Health_Nurse/Salary
- Talent.com. n.d. Occupational health nurse salary in United Kingdom. Retrieved May 27, 2025 from https://uk.talent.com/salary?job=occupational+health+nurse
- Totaljobs. n.d. Check average Occupational Health Nurse salary. Retrieved May 27, 2025 from https://www.totaljobs.com/salary-checker/average-occupational-health-nurse-salary
- Reed.com. n.d. A complete guide to UK nurse salaries & benefits. Retrieved May 27, 2025 from https://www.reed.com/articles/nurse-salary-uk
- AGCAS editors. (2024, April). *Occupational hygienist*. Prospects. Retrieved December 13, 2025, from https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/occupational-hygienist

英国における中小企業支援制度と運用実態

1. 基本的状況

英国では、(OH ナースはもちろん) **産業医の選任義務が法律で規定されていない**ため、それを補う「共同選任制度」も存在しない。中小企業の多くは独自に OH サービスを確保できない。英国では、そもそも**労働者の約半数が産業保健サービスにアクセスできていないが、小規模事業では大規模事業の 5 分の 1 しかアクセスを提供できていない** (DWP/DHSC 2019, p. 14, Kloss 2024, p.82)。

---

2. 政府／行政による支援制度

(1) NHS Plus とその後継

2001 年に設立された **NHS Plus** は、NHS 病院の産業保健部門をネットワーク化し、本来の支援対象である NHS 職員だけでなく民間の中小企業へも有料で OH サービスを提供する仕組みだった (Kloss 2020, p. 32)。よって、中小企業も外部委託の形で利用可能だったが、実際には普及が限定的で、期待された規模に達しなかったこともあり、現在は **NHS Health at Work Network** に移行している (Ibid)。

(2) Fit for Work (2015-2018)

政府が 2015 年に導入した「**Fit for Work**」は、長期病欠者の早期復職を支援す

る国家的プログラムであり、オンラインや電話による無料相談を提供していた。中小企業も利用可能で、GP（かかりつけ医）や雇用主が従業員を紹介する形で利用されていたが、利用率が低く、2018 年に終了した（DWP/DHSC 2019, p.54, Kloss 2020,p.28）。

(3) 2019 年グリーンペーパー *Health is Everyone's Business*

DWP/DHSC（労働年金省／保健社会福祉省）が発表したこの政策文書は、中小企業の OH アクセス不足を強く指摘した。提案には、

①共同購入（pooled purchasing）やバウチャー制度（＊）によるコスト軽減

②SEQOHS 認証によるサービス質保証の普及

③雇用主向けオンライン情報提供・助成制度の拡充

が含まれていた（DWP/DHSC 2019, pp. 36,38,44,48,53-54）。

＊バウチャー制度（voucher scheme）：「Health is Everyone's Business」（2019）で提案された、中小企業や自営業者が産業保健サービスを購入する費用を軽減するための公的支援策。直接請求方式や、プロバイダー経由方式が検討された。

---

3. 運用実態と課題

英国における中小企業支援は「市場に委ねる」性格が強い。

実際の中小企業の対応は、

・民間の OH サービス提供会社（Commercial OH providers）に一回的または契約ベースで委託

・NHS のネットワーク（NHS Health at Work Network）に相談

という形になっている。

しかし、結局、コスト負担能力の乏しさ、情報不足、調達の複雑さが壁となり、普及が進んでいない（DWP/DHSC 2019, p. 36-38）。

---

4. SOM などの提言

SOM（Society of Occupational Medicine）は、「普遍的 OH アクセス」を目指す政策提言を行っており、中小企業や自営業者への支援としては、

・国が資金補助する OH サービスの共用化

・オンラインや電話によるトリアージ＋NHS 臨床 OH の二層モデル（電話やオンラインで OH ナースなどのケースマネージャーが初期評価〔トリアージ〕を行い、必要な者にだけ、NHS 臨床 OH による専門的な医学的対応〔対面での詳細な医学的評価、理学療法などの治療的介入〕を行う方法）

を提示している（SOM n.d.(around 2020)., pp. 2-4）。

Reference

- Department for Work and Pensions (DWP) and Department of Health and Social Care (DHSC). 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HM Government.
- Kloss, Diana. 2024.

"Occupational Health Provision in the United Kingdom." Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Society of Occupational Medicine. n.d. *Universal Access to Occupational Health - Position Statement*.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Faculty of Occupational Medicine. 2010. *SEQOHS Standards*. London: FOM.
- NHS Health at Work Network. n.d. *About Us*. NHS Health at Work Network. Accessed [2025/9/28]. https://www.nhshealthatwork.co.uk/about-us.

英国における産業保健民間サービスの現状

1. 発展の背景

英国では、産業医やOHナースの「法的必置義務」が存在しないため、OHサービスは市場原理に大きく依存してきた。大企業は社内に産業保健部門を置く一方で、中小企業や自営業者は外部の民間OHサービス企業にサービスを委託する形が一般的である（DWP/DHSC 2019, p. 36-38）。

2000年代初頭に設立された **NHS Plus** は、NHS病院内OH部門をネットワーク化し、民間企業向けにサービス提供を試みたが、普及が限定的だった（Kloss 2020, p.32）。その後は **NHS Health at Work Network** がNHS内部のOH部門を連携させているものの、SMEsへの普遍的なアクセスは民間事業者の役割に委ねられている（Ibid）。

---

2. サービス提供主体と人員構成

(1) 商業OHプロバイダー

大手全国規模企業：Capita, Bupa, Optima Health など。

数百人規模のスタッフを抱え、産業医、OHナース、心理士、理学療法士、ハイジニストを揃えている（SOM n.d.(around 2020)., pp. 2-3）。

地域中小規模プロバイダー：地方都市ごとに存在し、10〜50人規模のスタッフでサービス提供（Ibid）。

(2) スタッフ構成（典型例）

（大規模プロバイダーの典型的な人員モデル：英国の主要な産業保健関連団体の会員数等のデータに基づく労働市場の実態に基づく）

・産業医（コンサルタント、非常勤を含む）10〜20%

・OHナース（健康監視、相談対応の中核）40〜50%

・心理職（カウンセラー、CBT提供者）10%

・理学療法士・作業療法士（MSK対策）10%

・ハイジニスト（Occupational Hygienist）、安全技師、検査技師など10%

・OHナースが最大勢力で、産業医は不足を補う形で複数組織を兼務するケースが多いと察せられる（Kloss 2024, p.77, Council for Work and Health 2016,

Nicholson 2017 etc.)。

---

3. 提供されるサービスの内容

OHプロバイダーにより提供される典型的なサービス内容は以下の通り（Kloss 2024, pp.77-79, DWP/DHSC 2019, p. 13等。なお、健診や健康監視については、Kloss 2020, pp.112-115で詳しく解説されている)。

(1) 健康診断（medical assessment)・健康監視（health surveillance）

- 雇入時健診、定期健診、配置転換健診
- 法定健康監視（鉛、石綿、放射線、騒音、振動など）

＊英国での雇入時健診、定期健診、配置転換健診は、特定の危険有害業務に就く者に対するものを除き、任意である。

＊健康監視（health surveillance）は、日本では特殊健診とそれに基づく個別的な作業環境改善に該当する。

(2) 職務適性評価・フィットネス証明

- 就業可否判定（fitness for work）
- 海外派遣や特殊業務（例：運転、潜水、消防）の適性評価

(3) 復職支援（Return to Work Programmes）

- 長期病欠者の職場復帰支援
- 職務調整や段階的復職のプラン作成

(4) 精神的健康支援

- カウンセリング、認知行動療法（CBT）
- ストレスチェック、職場介入

(5) 作業改善・作業環境改善・健康増進

- 作業環境測定(化学物質、粉じん、騒音)
- 職場エルゴノミクス評価
- 健康増進プログラム(禁煙、運動、栄養)

---

4. 運用実態と課題

- 大企業:自社OH部門と外部サービス併用することが多い。高度な多職種チームを持つ（Kloss 2024, p. 77, DWP/DHSC 2019, p. 14)。
- 中小企業(SMEs):費用負担からOH導入率は低く、必要時に外部サービスをスポット利用。政府報告では「大企業の5分の1の水準」とされる（DWP/DHSC 2019, p. 36)。
- 人材不足：産業医は慢性的に不足し、OHNの高齢化も進行。結果として、看護師や心理職の役割拡大が顕著（DWP/DHSC 2019, pp. 39-41, Ballard & Coomer 2016, p. 24)。
- 質の保証:SEQOHS認証を取得する民間プロバイダーが増えているが、SMEs では価格重視で未認証サービスを利用するケースも多い（DWP/DHSC 2019, p. 19, 48)。

まとめ

・英国の産業保健サービスは**市場ベース**で発展しており、NHSが無償で普遍的に提供しているわけではない。

・大規模民間プロバイダーは多職種チームを組織し、健診から復職支援、精神健康、作業環境測定まで包括的サービスを提供している。

・しかし、SMEsでは利用率が低く、OH

格差が課題となっている。

・**OH ナースが中核**であり、産業医は、専業者不足を補う形で、非常勤・兼務者が中心となっている。

・政府は FOM が運営する SEQOHS を通じて、学会（例えば SOM）は、普遍的なアクセスについての提言を通じて、民間サービスの質的保証と利用促進を後押ししている。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO.
- Faculty of Occupational Medicine. 2010. *SEQOHS Standards*. London: FOM.
- Society of Occupational Medicine. n.d. *Universal Access to Occupational Health - Position Statement.*
- Council for Work and Health. 2016. *Planning the Future: Implications for Occupational Health Delivery and Training*. London: Council for Work and Health.
- Nicholson, Paul J. 2017. *Occupational Health: The Value Proposition*. London: Society of Occupational Medicine.
- Kloss, Diana. 2024. "Occupational Health Provision in the United Kingdom." Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. "The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses." *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28

英国における産業保健費用の公的支援に関する議論

1. 基本的状況

英国では、日本のように「産業医を選任する義務」がないため、産業保健サービス（OH services）の費用は雇用主が全額自己負担するのが原則である。NHS は国民に無償の医療を提供するが（＊、＊＊）、これはあくまで一般診療であり、職場での健診や職務適性評価、復職支援は含まれていない。そのため、雇用主が自前で OH 部門を設けるか、民間 OH プロバイダーと契約して費用を負担する（Kloss 2024, p.77-78, Kloss 2020, pp.19-20, DWP/DHSC 2019, p.14. 健診や健康監視については、Kloss 2020, pp.112-115 で詳しく解説されている）。

＊NHS（National Health Service）は、1948 年に設立された英国の国民保健サービスで、税金を財源にすべての居住者へ

原則無料で医療を提供する制度。一次診療（GP）、病院診療、救急・出産、予防医療、精神保健などを網羅し、普遍的な医療制度の代表とされている。イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドで独立した組織体制を持ち、それぞれの地域事情に応じて運営されている。

＊NHS トラスト（NHS Trust）は、NHS の医療サービスを具体的に提供する法人組織で、病院群や地域医療、救急、精神保健などを担当します。トラストごとに理事会を持ち、政府方針や NHS England 等の枠組みに基づき運営される。主な種類には急性期病院を担うアキュートトラスト、精神保健や地域ケアを担うメンタルヘルストラスト、救急搬送を担うアンビュランストラストなどがあり、地域住民に直接医療を提供する基盤となっている。

---

2. 公的支援制度の有無

(1) 現状

・恒常的な公的助成や税制優遇は存在しない（Kloss 2020, p.19, Kloss 2024, pp.78-79）。

日本の産業医共同選任制度や助成金のような枠組みは、英国にはない。

・一部の税務上の優遇

雇用主が従業員に提供する OH 関連費用（健康診断、カウンセリングなど）は、福利厚生費として損金算入でき、従業員の課税対象外とされる場合がある（英国では、雇用主から支給される現物給与も所得とみなされ、従業員個人に所得税が課税されるが、その対象から外される場合があるということ）が、限定的である（DWP/DHSC 2019, p.37）。

(2) 過去の試み

・Fit for Work（2015-2018）

政府が無料のオンライン相談・電話相談を提供し、中小企業や自営業者も利用可能だったが、利用率が低く、2018 年に終了した（DWP/DHSC 2019, p.54, Kloss 2020,p.28）。

・NHS Plus / NHS Health at Work Network

NHS 病院内の OH 部門を活用し、民間に有料サービスを提供する仕組みであり、NHS Plus として始まったが、あまり普及しなかった。現在は NHS Health at Work Network として存続している（Kloss 2020, p. 32）。

---

3. 政策的議論

2019 年のグリーンペーパー *Health is Everyone's Business* は、中小企業における OH アクセス不足を深刻な問題として提起した（DWP/DHSC 2019, pp. 36-39）。

上述した通り、提案には、

①共同購入（pooled purchasing）やバウチャー制度（＊）によるコスト軽減

②SEQOHS 認証によるサービス質保証の普及

③雇用主向けオンライン情報提供・助成制度の拡充

が含まれていた（DWP/DHSC 2019, pp. 36,38,44,48,53-54）。

＊バウチャー制度（voucher scheme）：「Health is Everyone's Business」（2019）で提案された、中小企業や自営業者が産業保健サービスを購入する費用を

軽減するための公的支援策。直接請求方式や、プロバイダー経由方式が検討された。

SOM も同年、**普遍的な OH アクセス**を提言し、NHS を活用した基本サービス（オンライン相談＋NHS OH 部門による臨床対応）を公費で提供すべきだと主張した（SOM, n.d.(around 2020), pp. 2-4)。

論点は以下の通り（Kloss 2024, p.75, DWP/DHSC 2019, pp.7,9,14,32)。

・賛成の立場：

・長期病欠や障害による就労喪失を防ぐことで、結果的に国の社会保障費や医療費の削減につながる。

・特に SMEs や自営業者がサービスを導入できるようにしなければ、健康格差が拡大する。

・反対・慎重な立場：

・産業保健は「雇用主の責任」であり、公費で支えるべきではない。

・NHS に追加負担を課すのは非現実的である。

まとめ

・英国には、産業保健費用の**恒常的な公的助成制度は存在しない**。

・過去には Fit for Work など公費投入の試みはあったが、持続できなかった。

・現在の議論は「SMEs 支援」を軸に、公費によるバウチャー制度や NHS 活用モデルが模索されている。

・一方で、産業保健は雇用主責任とする伝統的立場から、公的支援への抵抗も根強い。

Reference

- Kloss, Diana. 2024. “Occupational Health Provision in the United Kingdom.” Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone’s Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO.
- HM Revenue & Customs (HMRC). 2016. *Employment Income Manual: Exemption for Employer-Supported Health-Related Benefits*. London: HMRC.
- Society of Occupational Medicine. n.d. (around 2020) *Universal Access to Occupational Health - Position Statement*.

個別課題への対応

英国における「持病の治療と就労の両立支援」の仕組みと実態

---

1. 基本的な意味づけと政策的背景

英国は、日本のように「産業医を法的に必置」する制度を設けていないが、行政や専門職団体はいずれも「持病や障害を抱える人ができる限り働き続けること」を目標に掲げている。その根拠は、「良い仕

事は健康に良いが、失業や長期病欠は健康を悪化させる」というエビデンスである。

たとえば、2006年にWaddell & Burtonが労働年金省(DWP)に提出した報告書 *Is Work Good for Your Health and Well-being?* は、労働が精神的・身体的健康を維持する上で有益であることを科学的に示した。Diana Klossもこの成果を引用し、「OH（産業保健）は治療ではなく、予防・職務適応・復職支援に重点が置かれる」と強調している（Kloss 2024, p. 76 ; Kloss 2020, p.27)。

---

2. 関連データと現状

英国政府の統計によれば、**毎年約10万人以上の労働者が4週間以上の病欠を経て職を失っている**(Kloss 2020, p. 29)。特に4週間以上の長期病欠は復職可能性を急激に低下させるため、「早期介入」「段階的復職」「職場調整」が両立支援の中心的な手段とされている（DWP/DHSC 2019, p.12,58)。

また、2019年の政府グリーンペーパー *Health is Everyone's Business* は、労働損失を減らすために以下の方向性を打ち出した（DWP/DHSC 2019, pp. 12, 34-35, 38）:

・**早期介入の仕組み**:病欠が長引く前に産業保健職やGPが復職調整に関与。

・**Statutory Sick Pay (SSP) の柔軟化**: SSPとは、病気で4日以上休んだ労働者に雇用主が支払義務を負う法定の保障手当であり、現行法上は、完全休業が支給条件とされている（詳しくは、Kloss 2020, p.230)。そこで、リハビリ期間中の「短時間勤務」や「部分復帰」でも支給を可能にする。

・**中小企業支援**:中小企業は、資金や人材、ノウハウが不足しており、労働者に産業保健サービスを提供できない場合が多いので、共同購入（Pooled purchasing：複数の中小企業による契約による安価でのサービス利用）やバウチャー制度（Voucher scheme：政府が産業保健サービスの費用の一部を肩代わりする制度）を通じてOHサービスを利用しやすくする。

---

3. 法律上の根拠と制度的仕組み

(1) Equality Act 2010

持病や慢性疾患は、この法律上の「障害（disability)」に該当する場合があり、その場合、雇用主には、それらを持つ労働者に対して「合理的配慮（reasonable adjustments)」を提供する法的義務を負う（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17)。

合理的配慮の具体例：

・労働時間の弾力化（短時間勤務、フレックスタイム）

・作業内容の調整（軽作業への配置転換、ジョブ・クラフティング）

・職場環境の改善（静音エリア設置、照明・温度調整、椅子や昇降デスクの導入）

(2) Fit Note（2010年導入）

Fit note とは、GP（General Practitioner, かかりつけ医）が発行する「医療証明書」であり、従来の「sick note（病気で働けない証明)」に代わるものです。Statutory Sick Pay（SSP, 病気手当金）を受給する際に必要とされる。

特徴は、単に「働けない」ことを証明す

るのではなく、**「条件付きで働ける」可能性を示す**ことにある。GP は以下のような職場調整を提案できる（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14）。

- 勤務時間を短縮すれば働ける
- 軽作業なら可能
- 職場環境を調整すれば復帰可能

この仕組みによって、「完全な休業」ではなく「段階的復帰」や「部分的就労」を促進できる。

---

4. 実施主体とステークホルダーの役割

・政府・行政（DWP/DHSC）

政策全体を統括し、グリーンペーパーや白書で方向性を示す。中小企業への支援策を模索する（DWP/DHSC 2019, pp. 9-10, 36-38）。

・NHS／GP

治療を担う一次的な医療提供者。fit note を発行し、労働者の健康状態に基づいて「条件付き勤務（may be fit for work）」を提案する（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14）。

・雇用主（ラインマネジャー・HR）

Equality Act の下で合理的配慮を実施する責任主体であり、職務や勤務時間の調整を具体的に行う（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17）。

・産業保健専門職（産業医・OH ナース）

職務適性評価（fitness for work）、復職計画の策定、従業員・雇用主双方への助言、ケースマネジメントを担当する。OH ナースは日常的支援や相談対応の中心を担い、産業医は医学的判断や専門的評価を担う（Kloss 2024, pp. 77-79, 80-81; BMA 2023, pp. 11-15）。

・その他の専門職

心理職（CBT を用いたカウンセリング等）、理学療法士（筋骨格系障害への対応）、ハイジニスト（エルゴノミクスの改善等）など、多職種での連携が不可欠とされる（Kloss 2024, p. 77; DWP/DHSC 2019, p. 40. メンタルヘルスへの CBT の活用については、NICE Guideline［NG212］2022, p.50）。

---

5. まとめ

英国における「持病と就労の両立支援」は、法的に産業医必置制度がなくても、**Equality Act 2010 による合理的配慮義務**と**fit note 制度による条件付き就労の仕組み**を中核に、以下のように構築されている。

1. **fit note による条件付き復帰**
   GP が本人の健康状態を踏まえた段階的復職や職務変更を提案する。
2. **段階的復職（phased return to work）**
   GP の提案に基づく雇用主の配慮により、数週間かけて徐々に勤務時間や職務内容を回復する。
3. **合理的配慮の実施**
   雇用主が時間短縮勤務、ジョブ・クラフティング、設備や環境の改善を図る。
4. **多職種チームによる職場介入**
   産業医・OHN・心理職・理学療法士・ハイジニストなどが連携して復職を支援する。
5. **中小企業支援**

SMEs は、SEQOHS 認証を受けた外部プロバイダーと契約し、健診・適性評価・復職支援を購入する。

すなわち、NHS/GP が「治療」を担い、産業保健職が「職場適応・復職支援」を補完する二層構造である。

雇用主には合理的配慮の法的義務があり、産業保健職がその実装を助言する。

政府は SMEs 支援や SSP 改革を通じて「働きながら治す」ことを後押ししている。

Reference

- Waddell, Gordon, and A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: The Stationery Office.
- Kloss, Diana. 2024. “Occupational Health Provision in the United Kingdom.” Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone’s Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO (pp. 17-19, 36-39).
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.

英国における高齢化と職場の健康対策 ― 制度・政策・実務の視点から

---

1. 高齢化対策の意味づけ

前項で述べた持病の治療と就労の両立支援と多分に被るが、英国では、高齢化への対応は労働政策と産業保健の両面で重要課題として扱われている。その背景にあるのは、「良い仕事は健康を守るが、失業や長期病欠は健康を損なう」という科学的エビデンスである（Waddell and Burton 2006 ; Kloss 2024, p. 76 ; Kloss 2020, p.27)。とりわけ 50 歳以上の労働者に注目し、**できる限り職場にとどめ、病欠後は早期に復職を支援する**ことが、国の政策哲学として定着している（DWP/DHSC 2019, p.8)。

---

2. 高齢労働者をめぐるデータと現状

英国の労働力調査では、**50～64 歳の労働者の約 5 人に 1 人が健康上の理由で就業を離脱**しているとされる（DWP/DHSC 2019, pp. 8)。年齢を問わず、障害を持つ労働者や失業者に多いのは、慢性疾患や筋骨格系障害(MSK)、精神的健康の問題とされているので(Id.p.12)、その年代でも同様の傾向にあると察せられる。

なお、産業保健職自体も高齢化しており、2016 年の全国調査では **OH ナースの 76%が 45 歳以上**で、若年層の参入はわずか 4%にとどまっていた（Ballard & Coomer 2016, p. 24)。主な背景は、OH ナースの魅力がナース全体に伝わっていないこと、ひいては英国における産業保健の社会的認知に関する問題だろうが、労

働力の高齢化の影響もあるだろう。

3. 法律上の根拠と制度的仕組み

両立支援について述べた事柄がそのまま当てはまるので、概ね再掲する。

(1) Equality Act 2010

加齢に伴う慢性疾患や更年期症状などは、この法律上の「障害（disability)」に該当する場合があり、その場合、雇用主には、それらを持つ労働者に対して「合理的配慮（reasonable adjustments)」を提供する法的義務を負う（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17)。

合理的配慮の具体例：

・労働時間の弾力化（短時間勤務、フレックスタイム)

・作業内容の調整(軽作業への配置転換、ジョブ・クラフティング)

・職場環境の改善（静音エリア設置、照明・温度調整、椅子や昇降デスクの導入)

(2) Fit Note（2010年導入)

Fit note とは、GP（General Practitioner, かかりつけ医）が発行する「医療証明書」であり、従来の「sick note（病気で働けない証明)」に代わるものである。Statutory Sick Pay（SSP, 病気手当金）を受給する際に必要とされる。

特徴は、単に「働けない」ことを証明するのではなく、**「条件付きで働ける」可能性を示す**ことにある。GPは以下のような職場調整を提案できる（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14)。

- 勤務時間を短縮すれば働ける
- 軽作業なら可能
- 職場環境を調整すれば復帰可能

この仕組みによって、「完全な休業」ではなく「段階的復帰」や「部分的就労」を促進できる。

4. 実施主体とステークホルダーの役割

・政府・行政（DWP/DHSC)：2019年のグリーンペーパー（*Health is Everyone's Business*）で、高齢労働者を含む就労継続支援の方向性を示し、具体的には、早期介入・SSP改革（SSP〔Statutory Sick Pay〕とは、病気で4日以上休んだ労働者に雇用主が支払義務を負う法定の保障手当であり、現行法上は、完全休業が支給条件とされているが、リハビリ期間中の短時間勤務等でも支給されないか議論されている（詳しくは、Kloss 2020, p.230)）等が提案された。その他に中小企業支援も提案された。やはり両立支援について述べた通り、中小企業では、資金や人材、ノウハウが不足しており、労働者に産業保健サービスを提供できない場合が多いので、共同購入（Pooled purchasing：複数の中小企業による契約による安価でのサービス利用）やバウチャー制度（Voucher scheme：政府が産業保健サービスの費用の一部を肩代わりする制度）を通じてOHサービスを利用しやすくする等の議論がなされている（DWP/DHSC 2019, pp. 36-39)。

・NHS／GP

治療を担う一次的な医療提供者。fit note を発行し、労働者の健康状態に基づいて「条件付き勤務（may be fit for work)」を提案する（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14)。

・雇用主（ラインマネジャー・HR)

Equality Act の下で合理的配慮を実施する責任主体であり、職務や勤務時間の調整を具体的に行う（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ； DWP/DHSC 2019, pp. 16-17)。

・産業保健専門職（産業医・OH ナース)

職務適性評価（fitness for work)、復職計画の策定、従業員・雇用主双方への助言、ケースマネジメントを担当する。OH ナースは日常的支援や相談対応の中心を担い、産業医は医学的判断や専門的評価を担う（Kloss 2024, pp. 77-79, 80-81; BMA 2023, pp. 11-15)。

・その他の専門職

心理職(CBT を用いたカウンセリング等)、理学療法士（筋骨格系障害のリハビリ等)、ハイジニストはエルゴノミクスの改善など、多職種での連携が不可欠とされる（Kloss 2024, p. 77; DWP/DHSC 2019, p. 40. メンタルヘルスへの CBT の活用については、NICE Guideline［NG212］2022, p.50)。

5. 具体的な方策

・筋骨格系（MSK）対策

作業姿勢や身体負担の調整、昇降机や補助具の導入、理学療法士による職場復帰プログラムの作成と実践。

・慢性疾患・多剤併用

勤務時間の弾力化、通院や服薬への配慮、ジョブ・クラフティングによる業務の再設計。

・精神的健康・認知症予防

心理的安全性の確保、ストレス要因の除去、CBT の提供。

・更年期対応

環境調整（換気・温度)、休憩の確保、相談窓口の設置、ラインマネジャーへの教育。

・段階的復職（Phased RTW)

fit note に基づき、勤務時間や負担を段階的に増やす計画を産業保健チームが設計。

・SMEs 支援

SEQOHS 認証を持つ外部 OH サービスの利用、同サービスからの健診や復職支援サービスの購入（BMA 2016, pp.10-22 ； DWP/DHSC 2019, pp. 26-28, 38, 44)。

6. まとめ

英国の職域での高齢化対策は、医療制度（NHS/GP）と職場制度（OH）の分業に基づき、**「合理的配慮」と「条件付き就労(fit note)」を軸に就労継続を支える**モデルとして発展している。法的義務（Equality Act）とそれを基盤としつつも別次元で政策的誘導が図られている。産業保健専門職は、多職種連携によって高齢労働者の健康と就労継続を支え、政府は SMEs 支援策を通じてその裾野を広げようとしている。

Reference

- Waddell, Gordon, and A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: The Stationery Office.
- Kloss, Diana. 2024. “Occupational Health Provision in the United Kingdom.” Journal or Work

Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO.
- British Medical Association 2016. *Ageing and the workplace: A report from the BMA occupational medicine committee*. London: British Medical Association.
- Ballard, John, and Karen Coomer. 2016. "The State of OH Nursing: A National Survey of Occupational Health Nurses." *Occupational Health [at Work]* 13 (3): 17-28. (pp. 19-21)
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.

英国における「女性特有の健康課題」への職場対応 ― 法・政策・実務の全体像

1) なぜいま、職場で女性の健康に取り組むのか（有無と意味づけ）

るる述べてきた通り、英国の産業保健は「治療は NHS/GP、職場適応と復職支援は OH（産業保健）」という分業を前提に、**できる限り働き続けることが健康にも有益**という考え方で設計されている（Waddell & Burton 2016 ; Kloss 2024, p. 76 ; Kloss 2020, p.27）。この枠組みの中で、**女性特有の健康課題（例：月経困難症・子宮内膜症・不妊治療、更年期症状、妊娠・産褥や流産・死産後の健康課題、授乳・乳腺炎、骨盤底機能障害等）に対する職場での調整や支援は、就労継続（離職防止）と能力発揮のための必須の施策と位置づけらる。**Diana Kloss も、**近年、女性の更年期（menopause）の適切な支援（職場側の理解と調整）**が離職防止の鍵として重視されるようになってきている旨が示されている（Kloss 2024, p.77）。

2) 関係データ

BMA のレポート（BMA 2016, p.12＊）によれば、更年期年齢（通常 50 歳頃に始まり 4-8 年続く）の女性の約 75～80%が就労しており、仕事にも影響を受けている可能性がある。

英国の 10 組織で働く 45～55 歳の女性（専門職・管理職・事務職）を対象としたアンケート調査で、更年期移行期の「仕事の管理の難しさ」について、「非常に、または極めて困難」は 5%だったが、「やや、またはかなり困難」は 48%、「全く困難ではない」は 47%だった。特に問題となる症状としては、集中力低下、疲労、記憶力低下、気分の落ち込み、自信の喪失が挙げられた。中でもホットフラッシュ（ほてり）は対処が難しい。

また、多くの女性は、更年期に関連する健康問題を（多くが男性や自分より年下である）ラインマネージャーに打ち明けたくない（unwilling to disclose）とされている。

＊このレポートの記述は、Griffiths, MacLennan, Hassard. 2013 に基づいている。

3）法律上の根拠（ある場合の内容）

1. **Equality Act 2010（平等法）**

更年期障害は保護特性（protected characteristics）として明記されていないが、性（sex）・妊娠・出産・障害・年齢は保護特性である（Kloss 2020, p.266）。妊娠・産褥期の不利益取扱いは**差別**となり得る。

症状が「長期（通常 12 ヶ月以上）にわたり日常生活活動を実質的に制限」**する場合（例：重症の子宮内膜症や重篤な更年期症状などが該当し得る）、障害（disability）に該当する可能性があり、雇用主には合理的配慮（reasonable adjustments）の法的義務**が生じる（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17）。

2. **HSWA 1974 及び 1992 年職場（健康・安全・快適性）規則，コモン・ロー**

制定法である英国労働安全衛生法（HSWA）やコモン・ロー（判例法）により、雇用主は、温度管理、換気、トイレへのアクセス等につき、合理的に可能な限り、労働者の健康・安全・快適性の確保を図る義務を負う（duty of care に関する概論は、Kloss 2020, pp.41,44-49. 特に脆弱性を持つ労働者には、その者に応じた安全配慮義務を負うことにつき、Kloss 2020, pp.186-187）。

3. **fit note（2010 年導入）**

前述の通り、**Fit note** とは、GP（General Practitioner, かかりつけ医）が発行する「医療証明書」であり、従来の「sick note（病気で働けない証明）」に代わるものである。Statutory Sick Pay（SSP, 病気手当金）を受給する際に必要とされる。

特徴は、単に「働けない」ことを証明するのではなく、**「条件付きで働ける」可能性を示す**ことにある。GP は以下のような職場調整を提案できる（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14）。

- 勤務時間を短縮すれば働ける
- 軽作業なら可能
- 職場環境を調整すれば復帰可能

この仕組みによって、**女性特有症状による反復的欠勤・再燃に対しても、**「完全な休業」ではなく「段階的復帰（phased RTW）」や「部分的就労」を促進できる。

4）実施／推進主体（政府・行政、その他の団体）〔高齢者対策と類似するので、一部除き再掲〕

・政府・行政（DWP/DHSC）：2019 年のグリーンペーパー（*Health is Everyone's Business*）で、高齢労働者を含む就労継続支援の方向性を示し、具体的には、早期介入・SSP 改革（SSP〔Statutory Sick Pay〕とは、病気で 4 日以上休んだ労働者に雇用主が支払義務を負う法定の保障手当であり、現行法上は、完全休業が支給条件とされているが、リハビリ期間中の短時間勤務等でも支給されないか議論されている（詳しくは、Kloss 2020, p.230））等が提案された。その他に中小企業支援も提案された。やはり両立支援について述べ

た通り、中小企業では、資金や人材、ノウハウが不足しており、労働者に産業保健サービスを提供できない場合が多いので、共同購入（Pooled purchasing：複数の中小企業による契約による安価でのサービス利用）やバウチャー制度（Voucher scheme：政府が産業保健サービスの費用の一部を肩代わりする制度）を通じてOHサービスを利用しやすくする等の議論がなされている（DWP/DHSC 2019, pp. 36-39)。

・NHS／GP

治療を担う一次的な医療提供者。fit noteを発行し、労働者の健康状態に基づいて「条件付き勤務（may be fit for work)」を提案する（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14)。

・雇用主（ラインマネジャー・HR）

Equality Actの下で合理的配慮を実施する責任主体であり、職務や勤務時間の調整を具体的に行う（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17)。

・産業保健専門職（産業医・OHナース）

職務適性評価（fitness for work)、復職計画の策定、従業員・雇用主双方への助言、ケースマネジメントを担当する。OHナースは日常的支援や相談対応の中心を担い、産業医は医学的判断や専門的評価を担う（Kloss 2024, pp. 77-79, 80-81; BMA 2023, pp. 11-15)。

更年期・月経困難・不妊治療・流産後支援の一次窓口になりやすいと察せられる。

・その他の専門職

心理職（CBTを用いたカウンセリング等)、理学療法士（筋骨格系障害のリハビリ等)、ハイジニストはエルゴノミクスの改善など、多職種連携で再発再燃や離職の回避が図られる（Kloss 2024, p. 77; DWP/DHSC 2019, p. 40. メンタルヘルスへのCBTの活用については、NICE Guideline [NG212] 2022, p.50)。

・従業員代表・ユニオン

処遇の公平な運用（評価・昇進・賃金への不利益回避）を監視し得る。

5）具体的な方策（症状別の“職場側の手当て”のイメージ）

5-1 更年期（Menopause, Perimenopause）

- **環境調整**：温熱・換気・着替えスペース、**静穏エリア**や**体温調整がしやすい制服**の選択肢。
- **勤務調整**：**短時間・時差勤務**、在宅/ハイブリッド、会議や顧客対応の**ピーク時回避**。
- **ライン教育**：**症状の多様性**（ほてり、睡眠障害、認知・気分変調）への理解と**合理的配慮のポイント**を学ぶ。

（環境調整について、BMA 2016, p.21.その他につき、Kloss 2020, p. 52-53, pp.285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17.ただし、ここに女性の健康課題への直接的な言及はなく、Equality Act上の障害の定義と合理的配慮に関する記述から解釈した）

5-2 月経困難症・子宮内膜症

- **職務・環境**：**座位・立位の切替**、**こまめな休息**、**トイレアクセスの**

確保、疼痛・貧血時の軽作業。

- **勤務**：重い日には短時間や在宅、段階的復職の一部としての週内シフト調整。
- **医療連携**：fit note で条件付き就労案を医療側から提示

（Kloss 2020, pp. 28-29, 231 ; Endometriosis UK 2021, pp.3-5）

5-3 不妊治療・妊娠・流産・死産後・授乳

- **通院配慮**：検査・採卵・移植等の**短時間調整**、在宅/ハイブリッド併用。
- **妊娠・授乳**：リスク評価（化学・放射線・温熱・夜勤等）を行い、**職務・場所・時間の調整**。
- **喪失体験への配慮**：**グリーフ休暇**や**段階的復帰**、私的空間の確保、EAP/カウンセリングの手配

（通院配慮は、EHRC Employment Statutory Code of Practice, para 17.2.9 ; ACAS, n.d., section 'Time off for appointments'. 妊産婦がいる場合の諸種のリスク評価は、99 年労働安全衛生マネジメント規則第 16 条に定められている。死産・流産後の休暇保障については、**Employment Rights Act 1996 (ERA 1996)** の **Section 212** 、死産の定義は **Section 235**。**Maternity and Parental Leave etc. Regulations 1999 (MPLR 1999)** では **Regulation 2。24 週以後の死産を含む出産にかかる休暇については、**Maternity and Parental Leave etc. Regulations 1999 の Regulation 2(1)）

5-4 骨盤底機能・MSK（筋骨格系）・睡眠・メンタル

- **骨盤底／MSK**：理学療法評価、**昇降机・補助具**、反復作業の**ローテーション**。
- **睡眠**：回復日を組み込むシフト設計や**夜勤の減免**。
- **メンタルヘルス**：**CBT や職場のストレス要因の是正**（業務量・裁量・サポート・人間関係）をパッケージで。

（いずれも女性労働に限らないが、骨盤底／MSK〔筋骨格系〕への人間工学的対応については、BMA 2016, pp.16。シフト設計・夜勤減免については、HSE 2006, p.23。メンタルヘルスにおける業務量・裁量・サポート・人間関係の管理については、HSE 2019, p.4, メンタルヘルスへの CBT の活用については、NICE Guideline［NG212］2022, p.50）

---

6)まとめ

文献レビューの限り、英国では、**女性特有の健康課題は、必ずしも政策的に重視されていないが、**法律（Equality Act の合理的配慮）と制度（fit note）を基礎として、**離職抑止（就労継続支援）の文脈で職場が支える**という考え方について、Endometriosis UK（子宮内膜症の啓発団体）などの民間団体などによって普及が図られている段階と察せられる。

具体的には、医療（NHS/GP）×職場（産業保健専門職/雇用主）×多職種連携の三位一体で、**職務や職場環境の柔軟な調整、不調による休職者の段階的職場復帰の支援**を図るのが英国モデルである。

Reference

- Waddell, Gordon, and A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: The Stationery Office.
- Kloss, Diana. 2024. “Occupational Health Provision in the United Kingdom.” Journal or Work Health and Safety Regulation 3(1): 72-83.
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- British Medical Association. 2016. *Ageing and the workplace: a report from the BMA occupational medicine committee*. London: British Medical Association.
- Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. 2013. Menopause and work: an electronic survey of employees’ attitudes in the UK. Maturitas. 76: 155-159.
- Endometriosis UK. (2021). *Endometriosis: law and best practice for employers*.
- ACAS, n.d.’Having IVF treatment’, section ’Time off for appointments’
- Health and Safety Executive (HSE). 2019. *Tackling work-related stress using the Management Standards approach (WBK1)*. 3rd ed.
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.
- Health and Safety Executive (HSE). (2006). *Managing shift work: Health and safety guidance (HSG256)*. 2nd ed.

英国におけるフリーランス／自営業・ギグワーカーの健康問題への対応

---

1. 位置づけと基本的な意味づけ

英国の産業保健（OH）は、雇用主が費用を負担して従業員にサービスを提供する仕組みを前提に整備されてきた（Kloss 2020, p. 19, 31）。したがって、雇用主のいないフリーランスや自営業者、ギグワーカーは、この仕組みから外れてしまう。GP が発行する fit note（2010 年導入）は、本来「条件付きでの就労可否」を明記し、職場調整につなげる仕組みだが（Kloss 2020, pp. 28-29, 231）、フリーランスにはその調整を行う相手が存在しないため、実効性が限定的にならざるを得ない。SOM（Society of Occupational Medicine）は、こうした人々が「ほとんど、あるいはまったく産業保健にアクセスできていない」と指摘している（SOM n.d.(around 2020)., p. 2）。

確かに、Health and Safety at Work etc. Act 1974（HSWA 1974）の「名宛人」である雇用主（employer）や個人事業者（self-employed）の保護対象は、「自らの従業員（employees）」だけでなく、その活動の影響を受ける人々（others affected by the undertaking）」にまで及ぶ（HSWA 1974, 第 3 条）。**したがって**、法的には、「誰かの事業活動に巻き込まれる形で働くフリーランス」（例：建設現場の下請け、委託契約者など）は、その元請け・発注者が HSWA に基づき負う義務の射程に入り得る。

一方で、SOM や政府文書が「フリーランス等は OH にアクセスできない」と強調するのは、**HSWA が産業保健サービス（OH）の提供を義務づけていない**からである（Kloss 2020, pp. 19, 31）。

すなわち、

・HSWA は「安全で健康を害さない就業環境を提供する義務」を定めているが、**産業医や OHN へのアクセス確保は法的義務ではない**（Kloss 2020, p. 19, 31）。

・実際に OH にアクセスできるのは、雇用主が自主的に契約した場合に限られ、雇用主を持たない純粋なフリーランスやギグワーカーは、**制度的に対象外**になる。

・そのため、法の保護の「理念上の対象」には含まれても、**現実のサービス提供の受け手にはなっていない**。

---

2. 関係データと現状

フリーランスや自営業者に特化した全国統計は殆ど存在しない。重大災害については、2017/18-21/22 の 5 年間のデータでは、全体の 16%しかいない自営業者で、全体の 33%もの重大災害が生じていたと報告されているが（特に一次産業、管理支援サービスで自営業者の災害割合が高い）（HSE の WEB サイト［https://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/fatalinjuries.pdf 最終閲覧日：2022 年 10 月 1 日］）、健康障害に関するデータは殆ど見当たらない。

SOM（Society of Occupational Medicine）が発表した立場表明によれば、英国労働者全体の半数は産業保健サービスにアクセスできていないとされる（SOM n.d.(around 2020), p. 1）。また、労働力調査によると、仕事に関連する健康問題を抱える労働者（worker：フリーランスや自営業者らを含む）は 160 万人に上り（そのうち OH サービスへのニーズがありながらアクセスできない者が 80 万人）、そのうち自営業者（self-employed）は、44 万人とされる（HSE 2020 ; SOM n.d.(around 2020), p. 2）。

その他、政府の報告書は、小規模企業が大企業に比べて産業保健に投資する割合は 5 分の 1 にすぎず、その理由として費用負担の大きさ、知識や時間の不足、サービス調達の複雑さを指摘している（DWP/DHSC 2019, p. 36）。フリーランス等となれば、尚更であろう。

---

3. 政府・団体による推進策

2019 年の政府グリーンペーパー *Health is Everyone's Business* は、中小企業や自営業者の OH アクセス不足を重要課題と位置づけ、バウチャー制度（公費による補助）や共同購入スキーム（複数の事業による産業保健サービスの購入によ

る価格の引き下げ等）といった支援策を検討した（DWP/DHSC 2019, pp. 36,38,44,48,53-54)。

また、SOMは、トリアージ（電話やオンラインでOHナースなどのケースマネージャーが初期評価〔トリアージ〕を行い、必要な者にだけ、NHS臨床OHによる専門的な医学的対応〔対面での詳細な医学的評価、理学療法などの治療的介入〕を行う方法）と必要に応じた臨床OHサービスを組み合わせる二層モデルを提案し、その年間コスト（上記80万人全員にサービスを提供するための費用）を約2.8億ポンドと試算している(SOM n.d.(around 2020)., p. 3)。内訳として、①オンライン・電話によるトリアージ：約8000万ポンド、②NHSによる包括的な産業保健サービス（NHSトラスト提供）：約2億ポンドのほか、地域別配分、追加・初期費用（ケースマネージャーなどの人材確保、労使への広報・教育、GPへの研修や紹介、研究機関〔Centre for Work and Health Research〕）などが想定されている。

---

4. 産業保健専門職とその他ステークホルダーの役割

フリーランスへの支援では、産業保健専門職は「本人への直接支援」に重点を置く。

産業医やOHナースには、雇用主を介さない電話やオンラインでの評価・相談を通じ、臨床的介入の要否判断やケースマネジメント、セルフマネジメント支援を本人に直接提供する役割が期待されている（SOM n.d.(around 2020), pp.2-3)。心理職や理学療法士も、認知行動療法（CBT）や筋骨格系（MSK）のリハビリテーションを通じ、自営業者を直接支援する役割が期待されている（SOM n.d.(around 2020), p.3. メンタルヘルスへのCBTの活用については、NICE Guideline［NG212］2022, p.50)。

さらに、政府は、保険者が必須保険商品である雇用者責任保険と合わせてOHを販売したり、複数の小規模事業者やフリーランスが共同購入により安価で集団的にサービスを利用できる仕組みを模索している（DWP/DHSC 2019, p.44)。

Reference

- Society of Occupational Medicine. n.d. (around 2020). *Universal Access to Occupational Health - Position Statement*. London: SOM.
- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Department for Work and Pensions / Department of Health and Social Care. 2019. *Health is Everyone's Business: Proposals to Reduce Ill Health-Related Job Loss*. London: HMSO.
- Health and Safety Executive (HSE). (2020). *Health and safety at work: Summary statistics for Great Britain 2020*. Bootle: HSE.
- SOM 2022. *Occupational Health: The Value Proposition*. London: Society of Occupational

Medicine.
- NICE Guideline [NG212]. (2022). *Mental wellbeing at work*.

英国におけるテレワーク拡大と健康課題への対応

1. 位置づけと意味づけ

英国では、コロナ禍を契機にテレワーク（在宅勤務・ハイブリッド勤務）が急速に普及した。これは、**自宅も新たな“職場”として健康安全の対象になる**ことを意味する。ここで重要なのは、**Health and Safety at Work etc. Act 1974 (HSWA) が、テレワークであっても労働者である限り雇用主に「従業員の健康・安全・快適性を合理的に確保する義務」を課している点である(HSE 2020; HSWA 1974, s. 2(1))。つまり、テレワーク中の労働者も法的に保護される対象**であり、雇用主は、在宅環境や勤務時間が健康に与える影響も管理する義務を負う。

---

2. 関係データと健康課題

2024 年から 2025 年にかけたデータによると、英国の労働者の約 40%が週の一部または全部で在宅勤務を行っており、その内訳はオフィスと自宅を組み合わせたハイブリッド型が 3 割弱、完全在宅が 10％強で推移している (StandOut CV 2025; MOL Learn 2025)。これはパンデミック前の約 5%と比較して大幅な上昇である (MOL Learn 2025)。

実施率には属性による格差が見られる。すなわち、学位取得者は無資格者に比べてハイブリッドワークを行う確率が約 10 倍高く (ONS 2025)、年収 5 万ポンド以上の層（実施率 45%）は 2 万ポンド未満の層（同 8%）に比べて約 5.6 倍の利用率である (ONS 2025)。また、雇用形態別では、自営業者は常勤の被用者の 2 倍在宅勤務を行っているという (StandOut CV 2025)。

労働者の意識に関しては、58%が「完全なオフィス回帰」の強制を拒否する意向を示しており (StandOut CV 2025)、柔軟な働き方の欠如を理由に離職した労働者は年間約 110 万人に上ると推計されている (CIPD 2025)。

テレワークは、**筋骨格系障害 (MSK)、視覚疲労、長時間労働、メンタル不調や孤立感**といった新しいリスクを増幅させ、長期病欠や離職の要因になり得る (WHO and ILO 2021, pp.18-20, 20-23)。

---

3. 法律上の根拠

英国では、日本と異なり、企業に対してテレワークの導入を推奨するのではなく、テレワーク等の柔軟な働き方の請求権を労働者に付与する形が採られた。すなわち、2023 年雇用関係（フレキシブルな働き方）法（Employment Relations(Flexible Working) Act 2023)（や、2023 年フレキシブルな働き方（修正）規則 (The Flexible Working (Amendment) Regulation 2023)) によって 96 年雇用権利法 (Employment Rights Act 1996) を改正し (法第 80F 条など)、労働者がテレワーク、時差出勤、短時間勤務などのフレキシブルな働き方を請求する権利（Right to Request Flexible Working) を強化した (以前は 26 週間の継続勤務を要件としていたが、雇用開始初日からの請求を可能とした〔Day One

Right]）。政府がこうした権利付与（≠強制）によるテレワークの促進を支持していることは、Department for Business and Trade 2023. *Millions to benefit from new flexible working measures* などに示されている。雇用主による請求の扱い方についての実務指針として、**ACAS 2024.** *Code of Practice on requests for flexible working* がある。

英国では、**雇用主に一般的な産業保健サービスの提供義務は課されていない**ものの（Kloss 2020, p. 31）、HSWA に基づく健康・安全確保義務はテレワーク中の労働者にも適用される（**HSE 2020; HSWA 1974, s. 2(1)**）。また、Equality Act 2010 は、慢性疾患や障害を持つ労働者に対して、雇用主に**合理的配慮（reasonable adjustments）を提供する法的義務を課している（Kloss 2020, pp. 52-53, 285-292, 300 ; DWP/DHSC 2019, pp. 16-17）。この配慮の一環として、在宅勤務や勤務時間・負荷の調整、家具や IT 機器を含む環境改善を行うことが含まれ得る。さらに、GP が発行する fit note** は、単なる病欠証明ではなく、「条件付き就労」（短時間勤務・軽作業・在宅継続など）を提示できる制度であり（Kloss 2020, pp. 28-29, 231; DWP/DHSC 2019, p. 14）、テレワーク下でも柔軟な復職計画の根拠になる。

---

4. 実施・推進主体

政府・行政はまだテレワークの健康管理について積極的な役割を果たせていないようだが、上掲の通り、HSE の WEB サイト（HSE 2020）で、雇用主はテレワークの健康管理義務も負うことのほか、テレワークがもたらすストレスやメンタルヘルス不調、VDT 問題、作業環境問題などのリスクを調査するようガイドしている。また、テレワークは全ての労働者に適合するわけではなく、職場での就労の方が適合する者がいるとアナウンスしている。

雇用主によるテレワークの健康管理については、SOM 2020. *Home working and Display Screen Equipment (DSE) during COVID-19 factsheet* などが詳しく示している。この文書は、雇用主が在宅ワークを行う労働者に対して講じるべき措置として、在宅ワークへの適合性の確認、VDT 作業のリスクに関する教育、作業関係機器や電気ガス水道費用の一部負担、働き方に関する労働者の裁量に関する説明、孤独感対策などを示唆している。

産業保健専門職（産業医・OH ナース）のテレワークにおける役割について明確に示した英国の文書は見当たらないが、前掲の WHO and ILO 2021, p.15 が、彼らはテレワークの健康リスクの特定と軽減に重要な役割を担っているとし、具体的に以下のようなものを挙げている。

①リスクアセスメントのためのモバイルアプリやオンラインチェックリストの提供、
②労働者の健康状態のオンライン評価、
③メンタルヘルスのためのデジタルツールの提供、
④遠隔での人間工学的な評価や介入（への紹介）、
⑤潜在リスクに関する教育、
⑥筋骨格系障害、眼精疲労の治療への紹介、

⑦健康影響の初期症状の評価、
⑧ストレス要因の聴取、ストレス状態のスクリーニング、等。

Reference

- HSE の WEB サイト（https://www.hse.gov.uk/home-working/employer/index.htm 最終閲覧日：2025 年 12 月 12 日）。
- **Fennell, A.** 2025. *Remote working statistics UK 2025*. StandOut CV. Retrieved December 12, 2025, from https://standout-cv.com/stats/remote-working-statistics-uk
- **Chartered Institute of Personnel and Development.** 2025. *Flexible and hybrid working practices in 2025*. CIPD. Retrieved December 12, 2025, from https://www.cipd.org/en/about/press-releases/over-million-changed-jobs-over-lack-of-flexibility-cipd-research/
- **Forbes Advisor.** 2025. *UK remote and hybrid working statistics 2025*. Forbes.
- **Office for National Statistics.** (2025). *Who has access to hybrid work in Great Britain?*. ONS. https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/articles/whohasaccesstohybridworkingreatbritain/2025-06-11
- **Tracey-Brown, A.** 2025. *UK remote & hybrid workforce statistics 2025*. MOL Learn. Retrieved December 12, 2025, from https://www.mollearn.com/about/news/remote-hybrid-workforce-statistics/
- World Health Organization (WHO) and International Labour Organization (ILO) 2021. *Healthy and safe telework: technical brief*. Geneva: WHO/ILO.
- Department for Business and Trade (2023). *Millions to benefit from new flexible working measures* [Press release]. 11 December. Available at: https://www.gov.uk/government/news/millions-to-benefit-from-new-flexible-working-measures (Accessed: 12 December 2025).
- Advisory, Conciliation and Arbitration Service (ACAS) (2024). *Code of Practice on requests for flexible working*. London: ACAS. Available at: https://www.acas.org.uk/acas-code-of-practice-on-flexible-working-requests/2024 (Accessed: 12 December 2025).
- SOM 2020. *Home working and*

Display Screen Equipment (DSE) during COVID-19 factsheet.

英国における化学物質・有害物の管理と産業保健の役割

1. 意味づけと現状

英国では、化学物質や有害要因による健康障害を防ぐことは、産業保健において最も古典的かつ重要な課題の一つである。産業革命以来、鉛や石綿、粉じんによる職業病が問題化し、1974 年の Health and Safety at Work etc. Act (HSWA) **でも「健康と安全の確保を図る一般的な義務」を雇用主に課すことになった。その下で、職場で取り扱われる有害物質の規制のために整備された規則のうちの中核的存在は、** Control of Substances Hazardous to Health Regulations 2002 (COSHH) である。COSHH は、職場での有害物質へのばく露を「評価・制御・教育・監視・記録」というサイクルで管理することを法的に義務づけている (Kloss 2020, pp.124-131)。

2. 法律上の根拠

HSWA は雇用主に「合理的に実行可能な範囲で従業員の健康・安全・快適性を確保する」義務を課し、労働安全衛生管理規則 (Management of Health and Safety at Work Regulation 1999。以下、「管理規則」という) が一般的なリスク評価や管理の原則を定めている。COSHH は、有害物質に特化して、その具体的手段を詳細に規定している。

COSHH の規制対象物質は、特定のリストに掲載されたもの (CLP 規則等で分類され、Schedule〔別表〕に掲載された物質) だけではなく、健康に有害なあらゆる物質 (any substance hazardous to health) であり、数千とも数万とも言える。ここで有害物質には、発がん性、遺伝性のほか、生物学的 (細菌・ウィルス)、特定濃度以上の粉じん、毒性 (toxic の他、腐食性 corrosive、刺激性 irritant も含む) を持つ物も含まれる。特に注目される物質として、Schedule 6 に掲載され、定期的な医学的監視 (生物学的モニタリング等) が義務づけられた塩化ビニルモノマー (発がん性)、クロム酸塩・重クロム酸塩 (皮膚・呼吸器への影響)、ニトロ／アミノ誘導体等の他、職業性ぜんそく (Occupational Asthma) の主要な原因物質であり、感作性の強いイソシアネート等がある。

COSHH の第 6 条は、労働者 (基本的には employee) の作業開始前に、彼らのばく露リスクを評価する義務を定めている。第 7 条は、3 step method と呼ばれる管理階層 (Hierarchy of Control) を定めている。すなわち、先ずは安全な物質への置換や密閉などの本質的なばく露防止措置を講じ、それが不可能な場合に局所排気装置などの工学的対策を講じ、それも不可能な場合、最終手段として個人用保護具 (PPE) を彼らに使用させたり、ルールや教育による行動規制を講じるものである。

第 10 条は、作業環境測定により管理措置の有効性の確認を義務づけ、第 11 条は、健康リスクがある場合 (有害物質を取扱い、それへのばく露を完全に防止できない場合等) の健康監視 (日本の特殊健診と

その結果に基づく個別的な環境改善措置に相当するもの)を義務づけ、第12条は、労働者への教育等を義務づけている。

また、特に有害性が高く、被害が大きかった物質については、別に単独の規則が置かれている。例えば鉛(Lead)については、COSHHとは別に、CLW(Control of Lead at Work) Regulation 2002の適用がある。同規則は、鉛業務に従事する労働者(基本的にはemployee)に対し、労働専門医(Employment Medical Adviser)や嘱託医(Appointed Doctor)による生物学的モニタリング等の医学的監視を雇用主に義務づけている。その他、アスベストや電離放射線、炭鉱における吸入性粉じんにつき、単独規則がある。しかし、COSHHが従前の個別規則を包括した経緯から、日本の特別規則ほどの数はない。

3. 実施・推進主体

法的義務の一次的な履行責任は**雇用主**にあるが、その監督と指導を担うのはHSE(Health and Safety Executive)である。HSEは規則の解釈や実務指針を公表し、違反時には執行権限を行使する。さらに、**Faculty of Occupational Medicine(FOM)は、産業保健サービスの質保証制度であるSEQOHS認証**を運営し、事業者が信頼できるOHサービスを選択できるようにしている(FOM 2010)。また、**NHS Health at Work Network**は、NHS内のOH部門を結びつけ、相談や連携の窓口の役割を果たしている(NHS Health at Work Network,n.d.)。

4. 産業保健専門職の役割

産業医(OHP)は、COSHHに基づく健康監視において、医学的検査や記録の判定を行い、個々の労働者の適性(fitness)や就労継続の条件(conditions)を健康記録に記して証明する権限を持つ(Kloss 2020, p.130. ただし、ここでは一定の有害物管理に一定の専門性を持つ嘱託医〔AD:Appointed Doctor〕が想定されている)。

OHナース(OHN)は、適切な資格を持つ者として、症状に関する問診や皮膚の視診、スクリーニング検査などを実施し、健康監視の実務を担う。ハイジニスト(Hygienist)は、環境モニタリング(制御限界を超えていないかの確認)を担当し、工学的制御の有効性評価を支える(Kloss 2020, p.124-129)。

なお、化学物質・有害物管理に大きく貢献するハイジニストは、職場における様々な健康被害のリスク(化学的、物理的、生物学的、人間工学的、心理社会的(ストレス等)なリスク)を特定、評価、管理する役割を担い、工場、オフィス、建設現場など多様な環境で勤務している。

科学的な専門性(生物学、化学、物理学、工学など)が求められ、BOHS(英国労働衛生学会)等が認定する資格の取得を通じてキャリアを形成する 。キャリアパスは、トレイニーから始まり、実務経験と資格取得(CertOH, DipOH)を経て、勅許労働衛生専門家(Chartered Occupational Hygienist)、さらには管理職やディレクターへと昇進する構造が確立されている。

給与水準は経験や資格、雇用主によって異なりますが、目安は以下の通り。

トレイニー(専門性あり): 年収

22,000 ポンド- 28,000 ポンド（約 418 万円-532 万円　※1 ポンド=190 円換算の場合）

経験者： 年収 30,000 ポンド- 50,000 ポンド（約 570 万円-950 万円）

シニア職（マネージャー、ディレクター、確立されたコンサルタント）： 年収 60,000 ポンド超（約 1,140 万円以上）（AGCAS editors 2024）

---

5. まとめ

英国の職域の化学物質・有害物管理のアプローチは、**HSWA による一般的義務と COSHH による具体的な規制を基盤**にしている。その実装を支えるのは、産業保健専門職らによる健康監視・教育・職務適性評価、ハイジニストによる測定と制御、そして HSE の監督や SEQOHS 制度によるこれらの活動の質の保証である。英国モデルの要諦は、工学的制御を最優先しつつ、人への教育と健康監視などの人への介入で早期にリスクを発見し、健康障害を負う者が生じれば、fit note や段階的復職を通じて「働きながら健康を守る」点にある。これは単なる法令遵守にとどまらず、**職場全体での継続的改善と学習**を促す仕組みである。

Reference

- Kloss, Diana. 2020. *Occupational Health Law*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Faculty of Occupational Medicine (FOM). 2010. *SEQOHS: Safe Effective Quality Occupational Health Service-Standards*. London: FOM.
- NHS Health at Work Network. (n.d.). *About us*. Retrieved December 13, 2025, from https://www.nhshealthatwork.co.uk/aboutus.asp
- AGCAS editors. (2024, April). *Occupational hygienist*. Prospects. Retrieved December 13, 2025, from https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/occupational-hygienist

DE. 考察及び結論

要約所掲の通り。

Ｆ．研究発表

1. 論文発表

現段階ではなし。

2. 学会発表

現段階ではなし。

Ｇ．知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

Ｈ．引用文献

本文所掲のもの。

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

英国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（産業看護職担当分）

研究協力者　海老根　智美　三菱電機株式会社 人財統括部・人事総務部

研究要旨

本研究は、英国の産業保健看護職（OHN）の現状と活動を調査し、日本への示唆を検討することを目的とした。文献・政府レポートを基に、OHN の法的位置づけ、個人情報保護を踏まえた実務実態、サービス提供、教育・専門性を整理した。英国では OHN の法的配置義務はないが、雇用主は有資格者である OHN を信頼の上で任命し、OHN は復職支援や職場環境調整など多職種連携の質の高いサービスを依頼主の業種や健康課題に応じて内容を調整し提供している。また SCPHN と呼ばれる公衆衛生看護教育プログラムを履修し、臨床能力、労働環境の課題と健康課題の適切なアセスメント能力、ステイクホルダーとの良好で迅速なコミュニケーション力や調整力などを備え、産業医と同等の職務を遂行し、社会的評価も高いことが明らかとなった。しかし、専門性を備えた OHN の減少が課題となっている。その理由として OHN の教育の機会が限定的であることや、社会的ニーズの高まりに対して絶対数が不足していることなどが挙げられている。

Ａ．研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうち英国の産業看護職の活動状況を明らかにすることを目的としている。

Ｂ．研究方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。文献検索では、Google scholar、PubMed などの検索エンジンを用いた。（キーワードは「Occupational Health nursing UK」）ならびに、英国政府の白書、イギリス政府による研究結果レポートを参照し、イギリス労働年金省（Department for Work and Pensions：DWP）、国民保健サービス（National Health Service）公式サイトなどからも情報を得て、調査項目に合致する情報を抽出した。こうした多様な資料を対象に、労働者とフリーランスの健康や産業保健サービスへのアクセス、高齢化や女性の健康、人材不足といった課題に対し英国の OHN がどのように活動しているか整理した。この作業に際しては AI（ChatGPT 5）を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所を AI に学習させ、課題を示して回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文する手順を採用した。

Ｃ．研究結果

【産業看護職（以下 OHN）の位置づけ】

明確に OHN を配置する義務付けは条文にはない。しかし、以下の条文に雇用主義務と、細則に法履行のための有資格者の任命が義務付けられている。

・Health and Safety at Work Act 1974 労働安全衛生法 1974 第 2 条（雇用者の義務）「すべての雇用者は、合理的に実行可能な範囲で、すべての従業員の職場における健康・安全・福祉を確保する義務を負う。」

・Management of Health & Safety at Work Regulations 1999

「すべての雇用主は、第 6 項及び第 7 項の規定に従い、関連する法定規定により課せられた要件及び禁止事項を遵守するために講じるべき措置の実施を補助するため、1 名以上の有資格者を任命しなければならない。」

【OHN 活動と個人情報保護】

法制度関係の記載は三柴報告書を参照されたい。

OHN は NMC（Nursing and Midwifery Council）の活動規範に従って活動する。この規範は NMC が Nursing and Midwifery Order 2001（法令）に基づき制定し、違反には規制措置をとる権限を

持つ。
医療情報保護の法律は、Access to Medical Reports Act 1988（AMRA）があり、医療情報を取得する際は本人の書面同意が必要であり、本人には「報告を閲覧・修正・拒否する権利」があるなどの医療情報取得・開示における法律がある。
個人情報は、UK General Data Protection Regulationにおいてデータの公平性、透明性、目的制限、最小化、保存制限などの原則に属し、これは原理原則を定めたものでData Protection Act 2018で英国の運用を規定している。
（企業側は、GDPR/DPAで個人情報保護規定を定めることが義務付けられている）
【OHサービスのカバー率】
英国では、OHサービスは民間および公共部門の大規模な雇用主によって提供されて
いる。そのため、専門的な職業保健のアドバイスや管理を受けられるのは、英国の労働人口の約40%にとどまっているが、これは企業の規模によって大きく異なる1）。
【法律で規定されていないOHサービスを雇用主が利用する動機】
・法的・規制上の義務を果たす（法）
・コストを削減し業務効率を向上（コスト）
・従業員のwell-beingのサポート及び向上（モラル）
従業員の病気欠勤や退職による入れ替えにコストがかかることや、OHサービスを提供することにより従業員をサポートしその結果雇用維持に繋げたいという希望が動機となっている。
また、雇用主は専門的助言や第三者の介入が必要と感じるとき、OHサービスを利用する傾向がある。雇用主は、コミュニケーションを取りながら企業のことをよく理解し実現可能な助言を提供し、迅速に対応するスキルをOHサービスに求めている。
中小企業においてはOHサービス導入コストが障壁となっており単発的な利用が中心である。また、OHサービスを導入していない雇用主は「OHサービスはビジネスから人を追い出すもの」という認識もあるようだ。
一方、単発的利用の後、従業員がメンタルヘルスへの相談を多く寄せるようになり継続的にOHサービスを導入したというケースもあった。2）

個人事業主	1~9人	10~49人	50～249人	250~499人	500人以上
17%	43%	30%	4%	3%	4%

【OHサービスの規模】
イギリスのOHサービスはGP（general practitioner）制度との重複を防ぐため、商業的発展をしてきた3）。大企業では直接OHNや多職種を雇用するものもあるようだが、ほとんどが中小規模のOHサービスプロバイダーである。4）

参考）103の民間OHプロバイダーに対して行った従業員数に関する電話調査の結果
（4の資料を基に表作成）

より専門的なサービスを提供するため専門職と連携している実態もある（78 の OH プロバイダー）。
専門的なスキルや知識を持つ個人または企業との連携で、最も多く見られたのは理学療法士(23%)、カウンセラー(21%)、OH 医師（18%）であった。4)
【活用されている OH サービスの種類】
2019 年に公表された調査結果より、最も多く提供されているのは、職場環境の調整や復職計画に関するアドバイス（94%）、次いで病気の従業員の就労適性評価（90%）
雇用前/雇用後の健康診断（88%）、であるのに対し、最も頻繁に委託されるものは、健康監視のサポート（33%）、病気の従業員の就労適性評価（24%）であった。4)
OH サービスは、基本的なサービスをパッケージ化し提供されているが、依頼主の業種や従業員の健康問題などのニーズに合わせてアレンジされている。
雇用主だけでなく個人からの OH サービス提供依頼もあり、自営業や求職者が就労に対し健康問題がないことを証明するための健康診断が中心である。4)
【OH サービスの実践】
<u>復職支援（Fit Note）</u>
記載権限は、OHN、薬剤師、理学療法士に付与されている。
労働者が病気休業 7 日以上となったとき、労働者は OH サービスを雇用主から紹介され OHN などの専門家と面接を行い Fit note を取得する。
これには「就業不能」または「就業可能（条件付き）」が記載され「就業可能（条件付き）」の場合、OHN などの専門家は段階的な復帰（Phased Return）、労働時間の短縮、軽い職務への変更などの推奨事項を記入する。これにより、従業員と雇用主は復職に向けた合理的配慮の協議を開始する。
<u>委託元の管理職、人事部門との連携</u>
OH サービス提供者は、雇用主の代表者（直属の上司またはその他の代表者）と連携を図っており、殊にラインマネージャーは就労適正評価の場において関与している。しかし、連携のタイミングは OH サービスの支援開始に伴う紹介時と、最後のアドバイスを共有するときのみ、と報告されている。人事部門も同様に連携している。
ステイクホルダー（ラインマネージャーや人事部門）と連携して支援を成功させるためには、彼らが産業保健や従業員の健康問題についてどれだけ理解しているかによって、成果に差が出ると OH サービスの提供者は指摘している。4)
<u>ケース対応における継続支援</u>
雇用主や直属の上司、個々の従業員に対するフォローアップは広く行われていない。
継続支援を提供するかの決定は、OH 側が必要と判断したことに基づいて行われ、期間や従業員の健康状態によって異なるケースバイケースの対応がなされている。4)
<u>NHS との連携</u>
ほぼすべての OH 支援は何らかの形で NHS と連携を取っている。最もよく行われている対応は、従業員に GP 受診や専門治療の利用を勧めることである。

OHサービス提供者の一部は、医療情報照会をGPに行っている一方で、GPへの連絡に抵抗を感じているものもある。それは、経験的にGPが産業保健を優先事項と考えていないからとの理由であった。4)

高齢労働者の就労支援

英国企業　Ronseal社の例5）2011年発行

・長期病欠から復職する従業員には、環境調整や勤務時間の見直しなど、産業保健と連携して支援を行う

・業務遂行力に課題がある、従前のような働き方が困難だと感じても就労継続を希望する場合の調整（段階的復帰、軽作業への一時的な転換など）

【以下はOHNが支援している具体的記述を確認できなかった】

両立支援

根拠法令は、雇用における差別禁止（Equality Act 2010）に基づき、「Access to Work　（障害者雇用に関する施策）」が展開されている。支援費用を賄うための助成金を提供する。

・特別な補助具と機器
・機器の改造
・通勤の費用補助
・面接時のコミュニケーションサポート
・多様なサポートワーカー
・メンタルヘルスサポートサービス（精神疾患を抱え、仕事を休んでいる、または仕事に困難を感じている方々にサポートを提供）

女性の就労支援

女性の更年期障害を原因とする離職防止のため、Health and Safety at Work Act1974、Equality Act 2010を根拠としACAS（Advisory, Conciliation and Arbitration Service；非省庁型公的機関）が「雇用者向けの更年期対応」のガイダンスを出し、管理者教育、リスク評価・職場配慮、柔軟な勤務制度、職場文化の改善などを推奨している。雇用主はNHS認定のオンラインセミナーを無料受講可能。

また、政府は、2025年7月Employment Rights Bill（雇用権利法案）実施ロードマップを発表。

2026年4月より任意導入予定である、職場における男女平等を推進し、女性の健康をサポートするための男女賃金格差および更年期障害対策計画である。

妊娠中、産休、職場復帰期間中の雇用の安定を守るため、 妊婦および新米母親に対する解雇保護を強化。

【OHNの教育】

看護業務を行うには、すべての看護師がNMC（Nursing and Midwifery Council：英国看護助産評議会） に有効な登録を持っている必要がある。

日本のような国家試験はないが、大学で看護学士教育を受け、理論と実習で4600時間のカリキュラム(約3年)履修する。その後NMCへ登録可能となるが、さらにOHNとしての専門教育を受けることが望ましいとされているが、必須ではない。NMCがカリキュラムを管轄し、大学で提供され、専門教育として位置づけられているSCPHN（Specialist Community Public Health Nurse)は、

ヘルスビジター、スクールナース、OHN を学ぶため、OHN に特化したものではないことが OHN には不評とされている。3)
英国では推定 4,950 人の看護師が産業保健に従事しており、そのうち約 3 分の 2（3,330 人）が看護助産評議会（NMC）登録簿の専門コミュニティ公衆衛生看護 - 産業保健 SCPHN に登録されている。6)
SCPHN を保有する OHN は産業医と同等の職務を行っており、それらは雇用主への報告書・管理書作成や複雑なケースマネジメントであった。一方で SCPHN を持たない看護職はより定型的なサービスに多くの時間を割いている。（予防接種や健康診断の実施など）4)
【OHN のコンピテンシー】
英国の OHN の活動の価値観となるコンピテンシーとして、2016 年のデルファイ調査から導かれた 12 項目のうち上位 5 つは下記である。7)
1. 優れた臨床ケア
臨床および産業保健の履歴（曝露歴を含む）を、関連性を踏まえて簡潔かつ体系的に取得・分析する。
2. 健康に対する職業上の有害要因の評価と管理の一般原則
作業環境における潜在的な有害要因の認識、リスクの評価、管理策に関する助言・情報提供など、リスクアセスメントの原則を理解し、適用する。
3. コミュニケーションスキル
患者およびその他の関係者に対して、理解可能な方法で口頭および書面による効果的なコミュニケーションができる。
4. 障害および就業可能性の評価
機能障害、障害、就業可能性について評価し、助言を行う。
5. 倫理的および法的問題
職場環境に関連する法律、規則、実施規範、ガイダンスについて十分な知識を持つ。7)
【OH 専門性を持つ看護職の不足】
SCPHN など OH 専門性を持つ看護職の採用が難しいと民間の OH プロバイダーが回答している。4）OH 専門研修の数や機会が限定的で人材育成が進んでいないこと、ニーズの高まりに対して絶対数が不足していることなどが原因とされた。1)
FOM(Faculty of Occupational Medicine)が産業保健に特化したディプロマ認証を開始したが 8）、NMC にはこのディプロマ専門性を示す資格とする登録はまだない。
　看護師不足は以前から問題ではあったが、NHS の深刻な資金不足により病院は看護職採用数を削減し赤字を解消しようとしている。また、政府が看護職育成にかかる費用を削減したことも影響し、今後看護師不足が継続する可能性がある。12)
対して、DHSC（Department of Health and Social Care：保健省）は、2025 年 8 月、イングランドで新たに資格を取得した看護師と助産師全員に十分な仕事が確保されるよう対策を講じた「graduate guarantee（卒業生保障）」という施策を発表した。13)

RN 登録後、就職先に困窮する事態が継続すれば、看護職を目指す人口が減少しその影響が OHN の減少にも及ぶ可能性が考えられ、今後の政府の施策や大学教育の変化などの動向を注視したい。

Ｄ．考察

英国の労働安全は法令遵守からリスクアセスメントに基づいた自主管理対応型となり 9）、事業主に重い責任を課すことで実効性を高めてきた。労災予防対策から疾病理由で長期休業を余儀なくされている人々への早期復帰と必要な支援を提供することへ対策を広げ、産業保健を職場という社会の公衆衛生と捉えよい労働は包括的幸福につながるとし 10）、産業保健の重要性を国民へ周知している。

英国ではメンタルヘルス理由による休業者がコロナパンデミック以降増加しており 11）、雇用主が知覚可能な身体的リスクに対応していれば職場の安全を維持できるという状況ではなくなっている。雇用主は労働者個人と対話を通じ労働者が継続就労可能な職場環境を醸成する必要に迫られている。産業保健の社会的ニーズが高まる中で、OHN は法律の規定がないため、依頼主に合わせたサービスをアレンジして対応し高評価を得ている。このような柔軟かつ質の高いサービスが提供できる背景には、SCPHN の公衆衛生看護教育とそれにより醸成されるコンピテンシーにあると考えられる。特に、高度なコミュニケーションスキルを用いて個別のニーズを汲み取り、優れた臨床知識をもって就業可能性を評価する能力が、その活動を支えている。また、SCPHN に基づく公衆衛生看護教育は、多様な労働者の就労継続を阻害する要因の本質を的確に捉え、必要に応じて他職種・専門家と連携しながらケースマネジメントを展開する力を涵養しており、この点において看護職がリーダーシップを発揮できていることが、英国の産業看護実践の質を支えているとも考えられる。

一方メンタルヘルスの支援は、復職から安定就労まで、当事者と雇用主の橋渡しとなりながら、心理職などの多職種連携のもと継続的支援を必要とする場合が多く、英国の OHN の活動実態や統計調査などのさらなる調査が必要である。

日本の産業看護は労働安全衛生法に規定された努力義務を通じて労働者と接点を有しそれが予防活動の契機となり得るが、制度の形骸化や看護職のスキルの偏りなどの課題もある。また、日本は企業に属す看護職が一般的であり企業は対費用効果から多職種を雇用することは難しいと考えられる。

日本の産業看護教育は教育機関により違いがあり、就職後に経験を積みスキルを高めていくことが一般的であり、それを補う卒後研修は自主管理に任され、地域性や OHN の所属先条件や収入面などから教育を受ける機会の格差が生じていると思われる。更に研修の内容や質を認定する機関として、日本産業衛生学会の産業看護専門家制度がその役割を少しずつ担っているが、制度の複雑さや認知度の面で課題があり、必要な継続教育を自ら管理していくことは難しい現

状がある。

少子高齢化が急速に進む日本では、労働者の就労継続に関連する社会健康課題とニーズはますます多様化することが予測される。雇用主や労働者が課題解決に向けた専門性高い助言を受けるため、現状の看護職と労働者、雇用主の接点をより効果的に活用することが必要であろう。そのためには公衆衛生を基盤に多職種連携のリーダーシップを執ることができる OHN 教育の標準化が必要であり、雇用主や労働者が専門性の高いサービスを享受しやすくなるような構造的・制度的枠組みを検討することが必要であると考えた。

Ｅ．結論

本調査を通じ、英国の OHN には活動根拠となる法的義務はないが、雇用主から信頼を得て自律的かつ柔軟な活動を展開し、社会的地位を得ていることが明らかとなった。その背景には、労働者の就労継続を社会的課題として位置づける政策的枠組みと、それを支える SCPHN 教育の存在がある。SCPHN の教育は、健康課題の把握のみならず、労働者の就労継続を阻害する要因を多面的に理解し、多職種連携のリーダーシップを執りながら解決へ導くケースマネジメント能力を涵養しており、単発的利用でも社会的評価を得るスキル基盤となっていると考えられる。

一方で、日本の OHN は、法制度上の「努力義務」を通じて労働者との接点を持つ。その接点を通じた活動を通じて、労働者の健康維持や雇用主の安全配慮義務履行の代行の役割を果たし、双方にとり有益なものとなるためには、OHN の教育の標準化と質の保証、そして多職種連携を前提とした支援体制の整備が求められる。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

2．学会発表

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

2．実用新案登録

3．その他

Ｈ．引用文献

1)Final-Report-Planning-the-Future-Implications-for-OH-Proof-2

2) Employers' motivations and practices: A study of the use of occupational health services
Sarah Fullick, Kelly Maguire, Katie Hughes and Katrina Leary
April 2019

3) UK における産業保健:制度・政策と現状
Occupational Health Provision in the United Kingdom
Professor, MBE, Hon Fellow of the Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians
Diana Kloss
訳者:弁護士、産業カウンセラー・公益財団法人日本適合性認定協会 若林 桂

(1-3 担当)
Japan Accreditation Board Katsura Wakabayashi
弁護士・ニシワキ法律事務所 西脇 巧
(4-8 担当)
Nisiwaki Law Office Takumi Nishiwaki
弁護士・MM 経営法律事務所 丸山慧師
(9-15 担当)
MM Management Law Office Keishi Maruyama
監訳:近畿大学法学部教授 三柴丈典
Kindai University Faculty of Law Takenori Mishiba

4) Research and analysis
Full report: Understanding the provision of occupational health and work-related musculoskeletal services
Published 28 May 2020
[インターネット]
https://www.gov.uk/government/publications/understanding-the-provision-of-occupational-health-and-work-related-musculoskeletal-services/full-report-understanding-the-provision-of-occupational-health-and-work-related-musculoskeletal-services (2025 年 10 月 4 日アクセス)
5)https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5be18512ed915d14ee6e213a/employing-older-workers-case-studies.pdf 2011 年
6)https://www.atworkpartnership.co.uk/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/17-28.pdf .pdf (2025 年 10 月 4 日アクセス)
7) Core competencies for UK occupational health nurses: a Delphi study
D. Lalloo1, E. Demou1,2, S. Kiran3, M. Gaffney1, M. Stevenson4 and E. B. Macdonald1 : Occupational Medicine 2016;66:649-655
Advance Access publication 4 August 2016 doi:10.1093/occmed/kqw089
8) Diploma in Occupational Health Practice (DipOHPrac)
[インターネット]
https://www.fom.ac.uk/education/examinations/diplomas/dipohprac
(2025 年 10 月 4 日アクセス)
9) 中央労働災害防止協会 英国における労働健康安全関係法令の概要
[インターネット]
https://www.jisha.or.jp/Portals/0/resources/international/sougou/pdf/uk202401_03.pdf (2025 年 10 月 4 日アクセス)
10) Guidance Health matters: health and work Published 31 January 2019
[インターネット]
https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-health-and-work/health-matters-health-and-work
(2025 年 10 月 4 日アクセス)
10) Health and safety at work
Summary statistics for Great Britain 2024
11) Official Statistics
Business population estimates for the UK and regions 2024: statistical

release
Published 3 October 2024
[インターネット]
https://www.gov.uk/government/statistics/business-population-estimates-2024/business-population-estimates-for-the-uk-and-regions-2024-statistical-release
(2025年10月4日アクセス)
12)https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/nurse-graduate-guarantee-supply-solution-or-short-term-fix
[インターネット] (2025年10月18 日アクセス)
13)https://www.gov.uk/government/news/job-boost-for-newly-qualified-nurses-and-midwives[インターネット]
(2025年10月18日アクセス)

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

アメリカにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（法学者担当分）

分担研究者
井村　真己
追手門学院大学法学部教授

本報告書は、諸外国の産業保健制度比較研究の一環として、アメリカの産業保健法制度について、その歴史的背景、制度的特徴、運用実態、現状課題を文献レビューにより整理するものである。対象領域は、労働安全衛生の規制枠組みだけでなく、産業保健専門職の位置づけ、統計・サーベイランス、熱・メンタルヘルス等の新興リスク、さらに慢性疾患を抱える労働者、高齢者、女性、ギグ労働者、テレワーク等の横断課題に及ぶ。

アメリカの制度枠組みの基礎は 1970 年の労働安全衛生法（OSH 法）であり、政策実装は「規制・執行」を担う OSHA と、「研究・勧告」を担う NIOSH の分業を中核として展開してきた点が重要な特徴である。OSHA は基準策定、監督・執行、教育・支援を担い、NIOSH は原因・予防策研究や推奨曝露限界（REL）など科学的根拠の提示を担う。こうした分業構造は、後述する基準更新の遅さや化学物質管理、新興リスク対応のあり方に直結する制度的前提となっている。

他方、アメリカの産業保健は「単一で統一的な全国制度」として理解しにくい。州計画（State Plan）を持つ州では州が基準・執行を担い、州・地方公務員は連邦 OSHA の直接適用外である。また、自営業者、家族農場の一部、鉱山（MSHA 管轄）など、適用除外や所管の分散が存在し、州制度・他省庁・民間サービスの併存という断片化（fragmentation）が制度運用の前提となっている。こうした断片化の下で、個別基準が未整備な領域の補完規範として、OSH 法 5 条の一般義務条項（General Duty Clause）が一定の条件下で規制根拠となり得る。

産業保健専門職の関与について、アメリカでは日本のような法定配置により一律に担保される制度ではなく、事業者のリスク管理、労務・医療保険・補償の設計ニーズに応じて形成される傾向が強いと整理される。実務は、ハザードの認知・評価、制御階層（Hierarchy of Controls）に基づく対策、教育訓練、医療サーベイランス、ケースマネジメント、記録・報告と監査、継続的改善という循環として描かれ、社内資源に加えて NIOSH の HHE（Health Hazard Evaluation）や EAP 等の外部資源が活用さ

れる。

個別課題として、慢性疾患・障害を有する労働者の就労継続は、合理的配慮、休暇（FMLA 等）、所得補償・医療保険継続を組み合わせて設計すべきこと、高齢労働者では重篤化リスクと差別禁止の同時管理が必要であること、妊娠・産後・授乳を含む女性の健康課題、ギグ労働の責任境界と保護の空白、テレワークで顕在化する人間工学・心理社会的リスクと労働時間管理、さらに OSHA・EPA・DOT 等にまたがる化学物質・有害物管理を統合プログラムとして接続する重要性が論じられる。

アメリカの産業保健は、統一的な単一制度というより、連邦・州・他省庁・民間サービスが重層的に組み合わさる枠組みとして機能している。法的強制力のある基準が追いつきにくい領域が残る以上、最新の科学的知見と現場実務を統合し、自主管理を設計・運用できる専門職機能が価値中核となり続ける、という見取り図が提示されている。

Ａ．研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうちアメリカの状況を明らかにすることを目的としている。

Ｂ．研究方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。対象とした文献には、アメリカ労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Administration, OSHA）、国立労働安全衛生研究所（National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH）、アメリカ労働統計局（Bureau of Labor Statistics）の白書・グリーンペーパーなどの政策文書、Tee L. Guidotti 編『Occupational and Environmental Medicine』(2023)、Mark A. Friend・James P. Kohn 編『Fundamentals of Occupational Safety and Health』(2023) などの書籍、American Board of Preventive Medicine、American College of Occupational and Environmental Medicine、American Board of Occupational Health Nursing, Inc. など専門職団体の公式文書、さらに査読学術誌に発表された労働者の健康調査や産業保健専門職に関する研究論文を含めた。

この作業に際しては AI（ChatGPT 5）を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して筆者自身が内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所を AI に学習させ、適切な回答が導かれるまで適当な指示を与えて、目的所掲の課題に対する回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文しつつ私見を加える手順を採用した。

Ｃ．研究結果

1. アメリカの産業保健の枠組み（制度・主体・守備範囲）

アメリカの産業保健は、1970 年の労働安全衛生法（Occupational Safety and Health Act of 1970）を基礎として、労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Administration, OSHA）と国立労働安全衛生研究所（National Institute of Occupational Safety and Health, NIOSH）の 2 本立てで政策を展開してきている。

OSHA は、「アメリカの労働者が安全で健康的に働ける条件を確保する」ことをミッションとして掲げ、職場の安全衛生規制（基準策定・監督・監査・執行）を担うのに対して、労働安全衛生法に基づき設置された研究機関である NIOSH は、

労働災害・職業性疾病の原因や予防策を研究し、他機関が規制を作る際の科学的根拠・勧告（推奨暴露限界など）を提供している。

この「規制(OSHA)−研究・勧告(NIOSH)」分業が、アメリカの産業保健の特徴であり、後述する「基準の更新速度」「化学物質管理」「新興リスク」などの課題にも直結する。

OSH 法は原則として民間の多くの職場をカバーするが、州・地方政府職員は直接の適用対象とはなっておらず、州が OSH 法により承認された州制度（State Plan）を持つ場合に保護される構造となっていること、自営業者、家族農場の一部、他省庁が所管する危険（例：鉱山＝MSHA、沿岸警備隊等）など、法制度上の適用除外が存在していることから、産業保健を「国の単一制度」として捉えにくく、州制度・他省庁・民間サービスが混在する断片化(fragmentation)を前提として政策が展開されてきている。

このような断片化の問題に対して、雇用者に対し「死亡または重大な身体的危害を引き起こしている、または引き起こすおそれのある認識された危険のない雇用および就業場所を提供しなければならない」と定める OSH 法 5 条の一般義務条項（General Duty Clause）により、個別的な基準が未整備な領域であっても、一定の条件の下では産保領域における規制の根拠となり得る。

1.1. 統計から見る現状（災害・疾病の規模感と特徴）

労働統計局（Bureau of Labor Statistics, BLS）の負傷・疾病・死亡（Injuries, Illnesses, and Fatalities, IIF）統計からアメリカの労働安全衛生の現状を見ていくと以下のような状況である。IIF 統計は職業災害死統計調査（Census of Fatal Occupational Injuries, CFOI）と、主に雇用者の報告がベースとなる非致死性災害・傷病調査（Survey of Occupational Injuries and Illnesses, SOII）により構成されている。

CFOI に基づく 2023 年の致死的労働災害は 5,283 件であり、2022 年(5,486 件)から減少している。致死率は 2023 年 3.5/10 万人（Full Time Employee, FTE）である。ただし、CFOI は「疾病による死亡」を原則として含んでおらず、あくまでも外傷性の出来事が契機になった場合等に統計上の数値として計上される。したがって、CFOI だけでは職業性がん等の長期潜伏疾患による死亡負荷は捉えにくい設計となっている。

また、SOII の方を見ると、2023 年の非致死性の「記録可能な」災害・疾病は約 256.9 万件であり、発生率は 2.4（100FTE あたり）である。SOII は OSHA の記録制度（OSHA 300 ログ等）に依拠しており、従業員 11 人未満の農場を除外しているため、農業等の高リスク領域の一部は統計設計上見えにくいという特徴がある。

1.2. 近年の動向（政策テーマとしての広がり）

1.2.1. 熱ストレス：連邦基準づくりが

進行中（2024-2025）

気候変動・猛暑リスクの高まりを背景に、OSHA は熱障害防止の連邦基準（Heat Injury and Illness Prevention）の政策策定を進めており、2024 年 8 月 30 日に NPRM（提案規則）を公表し、2025 年 6 月 16 日～7 月 2 日に公聴会を実施し、2025 年 10 月 30 日に公聴会後の最終意見提出期間が終了した。これとは別に、熱障害防止に向けて規則策定ではなく、OSH 法を改正する動きも出てきている。このことは、アメリカの産業保健が、伝統的災害のみならず、気候要因に起因する健康影響へ政策的に重心を移している象徴的事例であるということができる。もっとも、2025 年の第 2 次トランプ政権の成立により労働安全衛生局長に指名された David Keeling が熱中症による従業員の死亡事故が発生していた UPS と Amazon の幹部を歴任していたことから、規制の骨抜きが懸念されている。

1.2.2. メンタルヘルス：公衆衛生政策としての位置づけ強化

アメリカでは、職場のメンタルヘルス／ウェルビーイングを公衆衛生課題として扱う動きが強まっている。アメリカ公衆衛生局長官（U.S. Surgeon General）は、職場のメンタルヘルスとウェルビーイングの枠組みを示し、「5 つのエッセンシャル（Protection from Harm、Connection & Community、Work-Life Harmony、Mattering at Work、Opportunity for Growth）」を整理して提示している（）。

産業保健が物理・化学・人間工学的リスク中心から、心理社会的要因を含む統合的リスク管理へ拡張していることを示しているといえよう。

1.2.3. 総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）の普及

NIOSH は総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）アプローチとして、職場の安全衛生（hazard control）と、健康増進・福利（well-being）を統合して推進する考え方を提示している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2024。これは、アメリカの雇用・医療保険・労災補償の断片化を背景として、「職場を健康決定要因として扱う」という実務上の潮流とも整合していると考えられている。

1.2.4. データ公開と透明性：OSHA の傷病データ公開が拡大

OSHA は傷病データ提出制度の見直し（2023 年公表の規則）を踏まえて、2023 年分の傷病データを公開したとしている。それによれば、OSHA Form 300A は 37.5 万事業場超の提出データ、Form 300/301 は 85 万件超の部分データを含むとされており、研究・予防への活用を担うとしている。

1.3. 現状の主要課題（構造課題＋新興リスク）

アメリカの産業保健の課題は、制度構造に起因するものと、労働・環境変化に起因するものが重なって顕在化している。

1.3.1. 統計・サーベイランスの限界（過少把握・遅延・分散）

上述の SOII が過少に計上されることについては、BLS 自身がデータ品質研究

ページで認めている。複数の研究によれば、SOII が一部のケースを捕捉できていないこと、また原因特定が一様でないこと、さらに長い潜伏期間の疾病は年次調査では捕捉しにくいことが示されている。こうした過少計上の要因として報告インセンティブの歪みが考えられている。アメリカ会計検査院（Government Accountability Office, GAO）は、労働者側の報復・解雇不安、雇用者側の労災コスト増や入札上の不利益回避などが、報告・記録の抑制要因になり得ると整理している（Government Accountability Office, 2021）。

また、国家レベルの OSH サーベイランスをより「賢く（smarter）」「協調的・費用対効果の高い形で」再設計すべきだという問題意識は、NIOSH・BLS・OSHA が共同で依頼した全米アカデミーズ報告書にも表れている（州機関の役割や、より協調的アプローチの必要性など）（National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018）。

1.3.2. 規制の適用範囲の穴（公務員、零細、自営、所管分散）

OSHA の保護は広い一方で、州・地方公務員が連邦 OSHA の適用範囲外であること、自営業等が適用除外となっていること、さらに鉱山などは別機関である鉱山安全衛生局（Mine Safety and Health Administration, MSHA）の管轄であるなど、制度上の欠陥や地域差が生じる原因となっている。この構造は、災害・疾病の予防策を全国一律の実装として展開することが難しくなり、州ごとの差が産業保健に関する成果のばらつきに繋がると考えられている。

1.3.3. 職業性疾病（特に化学物質等）の規制更新の遅さ

アメリカの産業保健課題として頻繁に言及されるのが、化学物質等の職業曝露限界（Occupational Exposure Limit, OEL）更新の難しさである。OSHA は、許容曝露限界（Permissible Exposure Limit, PEL）が古く不十分なものが多いことから、雇用者は NIOSH の推奨曝露限界（Recommended Exposure Limit, REL）を下回るように管理することを推奨している（Occupational Safety and Health Administration, 2025）。

また OSHA は、既存の PEL（Z テーブル）に対して、Cal/OSHA PEL、NIOSH REL、ACGIH TLV 等を併記した注釈付き PEL 表を提供している。このため、実務上は複数の基準を参照しながら管理する運用になりがちであり、企業側にとっては、より保護的な基準を自主的に採用する動機になり得る一方、社会全体としては、法的強制力のある基準が追いつかないという構造的な課題ともなっている。

1.3.4. 新しい雇用形態（派遣労働者・臨時労働者・ギグワーカー）への保護の最適化

サプライチェーン化・外部委託化・プラットフォーム化の進展により、責任境界が曖昧になりやすい領域が拡大している。NIOSH は派遣・臨時労働者保護のベストプラクティスを公表し、契約・教育訓練・傷病報告などを含む実装上の要点を整理している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2022）。ギグワーカーについては、健康脆

弱性を新たな健康の社会的決定要因として捉える整理や（Rodriguez et al., 2022）、プラットフォーム媒介労働と健康影響を扱うレビュー研究がある（Margerison et al., 2025）。これらの新しい領域は、従来の「同一事業場・長期雇用」を暗黙前提とした産業保健モデルではカバーしにくく、責任分担（ホスト企業、派遣元、プラットフォーム等）と実効性ある介入設計が課題となる。

1.3.5. 労災補償に関するデータの分散

アメリカの労災補償（Workers' Compensation）は州制度が中心である。議会調査局（Congressional Research Service, CRS）は、ほぼ全州に労災補償制度はあるものの、連邦レベルの義務付け・全国標準・連邦監督は基本的に存在しないと整理しているほか（Congressional Research Service, 2020）、NIOSH も、労災補償データについて中央の単一ソースがないこと、州ごとに収集状況が異なること、連邦所管雇用については別のデータベースで管理されていることを問題視している（Szymendera, 2020）。

したがって、予防（一次）・補償（二次）・復職（三次）をデータに基づいて改善することを検討する場合には、データ統合と比較可能性がボトルネックとなりやすい構造となっている。

1.3.6. トランプ政権成立と OSHA の規制権限をめぐる問題

2025 年 1 月に第 2 次トランプ政権が成立したことにより、政府による人員削減が進んでいる。2025 年 3 月の報道によれば、Robert Kennedy Jr. 保健長官は、アメリカ人の健康状態の悪化に対して保険福祉省が非効率で「広大な官僚機構」であると非難し、約 10,000 人規模のレイオフを実施した。DOL 管轄の組織も例外ではなく、NIOSH では約 1,000 人の従業員のうち約 850 名が解雇され、NIOSH の下で進められているさまざまな研究プロジェクトに影響が出るとされている（Stobbe 2025, Seitz 2025）。

また、OSHA は、OSH 法に基づき広範な領域において規制権限を行使しているが、Loper Bright Enterprises v. Raimondo 事件連邦最高裁判決（603 U.S. 369（2024））により、当該規制領域における専門的な知見を基に制定された行政規則を裁判所は尊重すべき、とのいわゆる Chevron 敬譲（Chevron Deference）が明示的に否定されたため、今後の OSHA による行政規則を通じた規制権限の行使が危ぶまれている。

参考文献：

- Government Accountability Office. (2021). *Workplace safety and health: Actions needed to improve OSHA's data collection and oversight of employer injury and illness recordkeeping*. GAO-21-122. https://www.gao.gov/assets/720/712214.pdf
- Margerison, C. E., Joachim, G. E., Michling, T. R., & Johnson, C. Y. (2025). Platform-Mediated Gig Work and Health: A Scoping

Review. *American Journal of Industrial Medicine*, *68*(9), 729-739. https://doi.org/10.1002/ajim.70007

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century*. The National Academies Press. https://www.nationalacademies.org/read/24835
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2019). *A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century: The NIOSH Plan to Implement the National Academies' Program Evaluation Recommendations.* https://stacks.cdc.gov/view/cdc/137478/cdc_137478_DS1.pdf
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2022). *Protecting Temporary Workers: Best Practices for Host Employers.* NIOSH Publication No. 2022-126. https://www.cdc.gov/niosh/docs/2022-126/pdfs/2022-126.pdf
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *Total Worker Health®*. NIOSH (CDC). https://www.cdc.gov/niosh/twh/
- Noor, D. (May 15, 2025). Trump pick for workplace safety agency sparks fears heat protections will be derailed. *The Guardian.* https://www.theguardian.com/us-news/2025/may/15/trump-osha-pick-heat
- Occupational Safety and Health Administration. (2025). *Permissible Exposure Limits–Annotated Tables.* https://www.osha.gov/annotated-pels/
- Rodriguez, F., Sarraju, A., & Turakhia, M. P. (2022). The Gig Economy Worker—A New Social Determinant of Health? *JAMA Cardiology*, *7*(2), 125. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.5435
- Seitz, A. (Mar. 28, 2025). Health and Human Services will lay off 10,000 workers and close agencies in a major restructuring. *AP News.* https://apnews.com/article/health-human-services-layoffs-restructuring-rfk-jr-fa4e89285e668a3939e20b6cf4c26fd4
- Stobbe, M. (Apr. 6, 2025). Layoffs threaten US firefighter cancer registry, mine research and mask lab. *AP News.*

https://apnews.com/article/cdc-niosh-hhs-layoffs-2bac1f36b5c6361df7cbca8843d9f01e

- Szymendera, S. D. (2020). *Workers' Compensation: Overview and Issues* (No. R44580). Congressional Research Service. https://www.congress.gov/crs_external_products/R/PDF/R44580/R44580.7.pdf
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020). *Survey of Occupational Injuries and Illnesses Data Quality Research*. https://www.bls.gov/iif/data-quality-research/data-quality.htm
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022). The U.S. Surgeon General's Framework for Workplace Mental Health & Well-Being. https://www.hhs.gov/sites/default/files/workplace-mental-health-well-being.pdf

2. 歴史的背景

産業環境医学（Occupational and Environmental Medicine, OEM）の歴史は、労働者の健康を守る取り組みとして発展してきた歴史である。以下では、Guidotti（2023）の叙述から、アメリカにおける産業環境医学を中心とした歴史的背景について概略的にまとめる。

2.1. アメリカにおける初期の時代

アメリカにおける公衆衛生について、国家レベルの問題とされることになった契機として伝染病の伝播が挙げられる。例えば、1793 年にフィラデルフィアで発生した黄熱病の流行は、船員が港間を移動したために州レベルでの対処が困難であった。そこで、1798 年に「疾病および障害を有する船員の救済に関する法律（Act of Relief of Sick and Disabled Seaman）」が制定され、港湾都市には船員専用の特別病院が設置された。これは、アメリカにおける初期の組織的な産業保健対策の一つであり、後の合衆国公衆衛生局（United States Public Health Service）へとつながる連邦機関の設置の契機となった。

2.2. 産業革命と労働者保護の芽生え（19 世紀）

18～19 世紀の産業革命で機械化と都市化が進むと、工場労働による災害や職業病が深刻化した。19 世紀のアメリカでは 1869 年に労働統計局が設立され、1870 年代から 1890 年代まで各州で大規模な労働災害が相次いでいたものの、全国的には特別な規制がなされることはなかった。鉄道業は特に脱線事故のリスクが高く、労働者や乗客、事故の周辺にいる人びとに対して致命傷をもたらすことも多かったため、鉄道会社は、自前で多数の医師を雇い入れて労働者の治療に当たらせていた。これは、州をまたがる非軍事組織の医療体制として、アメリカにおける専門的な産業医学の起源になったといわれている。また、鉄道事

故による負傷は、数多くの医療過誤訴訟や損害賠償請求を引き起こしたが、鉄道会社に雇用された医師は常に雇用主側の意見を求められる立場にあり、これが「企業医師（company physician）」の固定観念を生じたともいわれている。

2.3.20 世紀前半： 労働者保護の拡大と科学の進歩

20 世紀初頭までにアメリカ各州で労働者災害補償制度が整備され、無過失補償に基づき負傷労働者への医療と補償が迅速化された。社会改革運動も活発化し、フランシス・パーキンスは 1911 年の工場火災を契機に労働時間制限や最低賃金、児童労働禁止などを訴え、ニューディール期に初の女性労働長官として実現した。また医師アリス・ハミルトンは有害物質による職業病を科学的に調査し、曝露規制の必要性を提唱した。彼女は近代産業医学および産業衛生学の創始者とされている。

世界大戦期には生産力確保のため職場の安全衛生が重視され、政府主導での職場環境の監督や研究も行われた。第二次大戦中には企業が従業員向け医療保険を導入し、戦後の雇用と医療保険の結びつきの端緒となった。戦後しばらくは企業による医療提供は「社会化医療」とみなされ敬遠され、産業医学は他の医学分野から孤立を余儀なくされたが、同時期に毒性学や疫学が発展し、職業病の解明が進むとともに産業医学は学問的基盤を強め、1950 年代には専門医制度が確立して正式な医学専門分野として認知された。

2.4. OSHA 法の制定と産業医学の制度化（1970 年代）

1960 年代末になるとアメリカで包括的な労働安全衛生法の制定が現実味を帯び、1970 年に OSH 法が成立して DOL 内に OSHA が設置された。併せて NIOSH が創設され、職場の安全基準策定・研究を担う体制が整備された。さらに同年には環境保護庁（Environmental Protection Agency, EPA）も発足し、公害を含む環境リスクへの対策も強化された。これらによりアメリカの職場安全は大きく前進し、科学に基づく全国統一基準の下で産業医学の役割も拡大した。また 1960 年代にはアスベストによる職業病が社会問題化し、労働衛生への関心が一段と高まった。

2.5. 企業医療の変遷とアウトソーシング（1970-90 年代）

1970 年代には多くの企業が社内医務部門を縮小・廃止して医療サービスを外部委託するようになり、企業専属の産業医は姿を消した。その代替として外部のクリニックが労働者の健康管理を担い、中小企業の従業員もサービスを利用できるようになったため、結果的に産業医療の提供体制は社会全体で安定化した。1990 年代以降になると大企業で自社の健康管理部門を再興する動きや、病院による労働者向け健康サービス提供の広がりも見られた。

2.6. 現代： ウェルネスと健康経営への展開

近年では従業員の健康増進（ウェルネ

ス）や「健康経営」の概念が発展し、1980年代から多くの企業が健康教育・予防プログラムを導入している。これにより従業員の健康と生産性の向上を両立させる効果が確認され、産業医学の対象は伝統的な労働災害の防止から労働者の総合的な健康管理へと拡大した。労働者の健康を守るための産業・環境医学の取り組みは、長い歴史を通じて曲折を経ながらも着実に前進しているということができよう。

参考文献：

- Guidotti, T. L. (ed.). (2023). *Occupational and Environmental Medicine: Protecting Health at Work and in the Community*. Bloomsbury.

3. 米国の産業保健における担い手・役割・業務内容

3.1. 制度枠組みの基本構造

米国の産業保健は、労働災害（injury）および職業性疾病（occupational illness）の予防を中心に、職場の安全衛生を制度として担保する体系である。根幹はOSH法に置かれ、雇用者と労働者の「別個だが相互依存的」な責務と権利を前提に、規制・執行、研究と勧告、教育・支援が組み合わされる構造である。

規制・執行の中核は米国労働省（United States Department of Labor, DOL）に属するOSHAであり、基準の策定と執行、報復禁止を含む労働者保護、教育・訓練・支援を行う。一方、研究と勧告の中核は米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）に属するNIOSHが担い、職場要因による健康障害の予防に資する科学的根拠の形成と推奨策の提示を行う。

さらに、州・準州が独自に運営する州プランが存在し、連邦プログラムと同等以上の有効性を要件として、州が基準や執行を担う領域がある。このため、産業保健実務は「連邦」「州」「事業者」の多層ガバナンスを前提に設計されることになる。

3.2. 主要な担い手と役割

産業保健に関連して、産業保健専門職以外で、主要な役割を果たす当事者について以下に示す。

3.2.1. 公的機関

3.2.1.1. 連邦の規制・執行機関：OSHA

OSHAは、米DOLに属する連邦機関であり、職場の安全衛生を「基準設定と執行」「違法な報復の防止を含む反報復規定の執行」「訓練・普及啓発・技術支援」「州プログラムとの協働と監督」によって推進する中核的担い手である。

OSHAの主要業務は次のとおりである。

- **基準の策定と改定：**有害因子や作業方法に関する安全衛生上の必須要件を設定し、全国的に適用する業務である。
- **監督・執行：**監督官が現場調査を行い、基準違反や重大な危険を把握した場合に是正を促し、必要に応じて行政措置（違反指摘・罰則提案等）へつなぐ業務である。

- **監督官の専門性に基づく調査：**OSHA の監督官はコンプライアンス安全衛生担当官（Compliance Safety and Health Officer, CSHO）と呼ばれ、産業衛生や安全分野の訓練を受けた専門人材として、調査・評価・助言の実務を担う位置づけである。
- **教育・普及啓発と支援策の実装**：規制だけでなく、研修ネットワークや相談事業などの仕組みを通じ、現場の改善を促す業務である。

3.2.1.2.州による実施体制：州プラン（OSHA-approved workplace safety and health programs, state plan）

州プラン（OSHA-approved workplace safety and health programs, State Plans）は、州・準州が運営する安全衛生プログラムであり、OSHA の承認を受けて制度運用の一部を担う枠組みである（Occupational Safety and Health Administration, 2020）。現在、民間労働者と州および地方の公務員を対象とした州プランが 22 州、州および地方の公務員のみを対象とした州プランが 7 州存在している。州プランは OSHA により監督され、連邦と同等以上の有効性が求められるが、実務上は、州の所管機関が以下を管轄する。

- **州域での監督・執行**：州が所管する範囲で、調査・是正指導・行政措置を運用する業務である。
- **州独自の基準・ガイダンスの整備**：連邦と整合しつつ、州の産業特性や課題に応じた運用を行う業務である。
- **教育・相談**：州が提供主体となる支援を実施する業務である。

また、州プランには「民間部門と州・地方政府部門をカバーする型」（22 州）と「州・地方政府部門のみをカバーする型」（7 州）とが存在している。

3.2.1.3.紛争解決に関する準司法機関：労働安全衛生審査委員会（Occupational Safety and Health Review Commission, OSHRC）

労働安全衛生審査委員会（Occupational Safety and Health Review Commission, OSHRC）は、OSHA の調査により判明した法違反や罰則などをめぐる争いを裁定する。DOL や OSHA から組織的に独立しており、OSHA の調査等が OSH 法に則って運用されることを担保する役割を負う。

OSHRC の主要業務は、争訟化した案件の審理・判断（行政法裁判官による審理を含む）、手続運用、決定の公表などである。

3.2.1.4.研究・勧告：NIOSH

NIOSH は、職業性の傷病予防に関する研究の実施と予防のための勧告を担う連邦の研究機関である。使命は、職業安全衛生分野の新たな知見を創出し、その知見を実務へ移転することである。制度上、規制執行を担う OSHA とは機能分担関係にある。

NIOSH の代表的業務は以下の通り。

- **研究と知見移転**：曝露・疾病・災害の発生機序、対策技術、介入の

効果等を研究し、実務で使える形に落とし込む業務である。

- **健康ハザード評価（Health Hazard Evaluation, HHE）プログラム**：職場の健康ハザードを評価し、低減策を提案する無償サービスを提供する業務である。HHE は評価と勧告に位置づく。
- **全国職業研究アジェンダ（National Occupational Research Agenda, NORA）**：研究と実践の橋渡しを意図したパートナーシップ型プログラムを運営し、エビデンスに基づく実践の普及を促す業務である。
- **総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）**：安全衛生上のハザードからの保護と、傷病予防・ウェルビーイングを前進させる取組を統合する概念枠組みとして、政策・プログラム・実践の統合を促進する（National Institute for Occupational Safety and Health, 2025）。
- **制御階層（Hierarchy of Controls）**：危険源対策の優先順位（除去・代替・工学的対策・管理的対策・個人用保護具）を示す枠組みを提示し、現場のリスク低減の思考を支える業務である（National Institute for Occupational Safety and Health, 2023）。

加えて、NIOSH は人材供給にも関与する。後述の教育研究センター（Education and Research Centers, ERC）により、産業衛生、産業看護、産業医、産業安全などの中核職種と、周辺学際領域の教育・研究基盤を形成する。

なお、NIOSH の組織配置は政策的再編の影響を受け得る。米国保健福祉省（Department of Health and Human Services, HHS）の 2025 年の再編方針では、健康アメリカ局（Administration for a Healthy America, AHA）の新設と、その下での NIOSH を含む組織統合が示されている。制度運用上は、こうした行政組織の配置変更があっても、研究・勧告という機能類型自体は産業保健の基盤として維持されるのが通常である。

3.2.1.5. 業種別規制：MSHA（Mine Safety and Health Administration）等

産業保健の規制は OSHA が中心である一方、鉱山領域では MSHA（Mine Safety and Health Administration）が主要な担い手となる。MSHA は、連邦鉱山法（Federal Mine Safety and Health Act）に基づき鉱山の安全衛生を所管し、鉱山の定期的な検査等を制度として運用する。

また、MSHA と OSHA の境界は、両者の合意文書により整理されており、鉱山・製錬関連の多くは MSHA の適用を受けるが、連邦鉱山法ではカバーされない領域では OSHA が適用され得るという整理が示されている。ここには、産業保健の担い手が単一ではなく、業種やリスク特性に応じて所管が分化するというアメリカの制度的特徴が表れている。

3.2.2. 産業保健に関する外部支援サ

ービス

3.2.2.1. OSHA の相談事業：現地コンサルテーション（On-Site Consultation Program）

現地コンサルテーション（On-Site Consultation Program）は、主として中小規模の事業場を対象に、危険源の特定と是正、ならびに安全衛生プログラムの構築・改善を支援する仕組みである。具体的に担当するのは州機関や大学等に属するコンサルタントである。現地コンサルテーションの重要な点は、無償・守秘であること、OSH 法の執行とは分離されていることであり、法の執行によらずに現場改善を支援することを目的としている。

3.2.2.2. 教育訓練インフラ：OSHA 研修教育センター（OSHA Training Institute Education Centers）

OSHA 研修教育センター（OSHA Training Institute Education Centers）は、OSHA が認定する非営利組織ネットワークであり、職業安全衛生の教育訓練を提供する担い手である。現場の階層や職務に応じて講座を提供し、制度運用上は「規制を理解し、実装できる人材」を供給する機能を担う。

3.2.2.3. 保険・リスク工学サービス：民間保険事業者

米国の産業保健では、保険領域の周辺サービスが現場改善の重要な一角を占める。代表例として、民間の損害保険会社はリスク工学／損失管理（risk engineering／loss control）サービスとして、危険源の特定、曝露低減、教育訓練、作業手順や設備面の改善助言を提供する。サービス提供者側には、安全専門職、人間工学（ergonomics）や IH 等の専門家が関与し、研修プログラムやラボ機能（industrial hygiene laboratory）を通じた支援が行われる。

参考文献：

- American Association of Occupational Health Nurses. (2021). *Position statement: Case management: The Occupational and Environmental Nurse Role.* https://www.aaohn.org/Portals/0/docs/Case Management The Occupational and Environmental Health Nurse Role.pdf
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2025). *Total Worker Health.* NIOSH (CDC). https://www.cdc.gov/niosh/twh/
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Recommended practices for safety and health programs.* OSHA 3885. https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3885.pdf
- Occupational Safety and Health Administration. (2020). *State Plan Policies and Procedures Manual* (No. CSP 01-00-005). https://www.osha.gov/sites/default/files/enforcement/directives/CSP_01-00-005.pdf

- Occupational Safety and Health Administration. (2023). *Identifying Hazard Control Options: The Hierarchy of Controls.* OSHA. https://www.osha.gov/sites/default/files/Hierarchy_of_Controls_02.01.23_form_508_2.pdf

4. 産業保健専門職

4.1. 法令上の定め

アメリカの産業保健は、規制・研究機関だけで完結せず、現場に介入する専門職の実務によって成立するが、産業保健がカバーする範囲や産業医の選任については、OSH 法には特に規定が置かれていない。したがって、企業内に産業医を選任するか否かは事業者の任意となっている。ただし、産業保健専門職が、その業務を遂行していく上で関連する法律は多岐にわたるため、以下では連邦法を中心に領域ごとに列挙しておく。

4.1.1. 雇用差別禁止・合理的配慮（持病・障害・妊娠等を含む）

- **アメリカ人障害者法（Americans with Disabilities Act of 1990, ADA）第 1 編**：障害（一定の慢性疾患を含み得る）を理由とする差別禁止、合理的配慮、医療情報の取扱い制限（医療照会・健康診断・情報の機密保持等）を定める。
- **リハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）**：連邦政府・連邦補助等に関わる雇用領域の障害差別禁止等。特に Section 503 は連邦契約者に対し障害者差別禁止と積極的是正（affirmative action）を要求する。
- **遺伝子情報差別禁止法（Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA）**：遺伝情報に基づく雇用差別の禁止等（健康診断・ウェルネス施策設計にも影響し得る）。
- **妊婦労働者公平法（Pregnant Workers Fairness Act, PWFA）**：2022 年制定され、2023 年に施行された連邦法であり、妊娠・出産・関連する医療状態に関する「既知の制約」への合理的配慮を要求（一定の事業規模等の適用要件あり）。
- **公民権法第 7 編（Title VII of Civil Rights Act of 1964）**：人種・皮膚の色・宗教・性別・国籍等による雇用差別禁止（妊娠等は判例・立法を通じて実務上重要な論点である）。
- **雇用年齢差別禁止法（Age Discrimination in Employment Act of 1967, ADEA）**：40 歳以上の年齢差別禁止。慢性疾患や就労配慮の論点が年齢と結びつく局面で関連し得る。

4.1.2. 休業・勤務調整（治療・育児・家族介護等）

- **家族医療休暇法（Family and Medical Leave Act, FMLA）**：要件を満たす労働者に、一定の家族・医療事由について「無給・雇

用保障付き」の休業を付与（対象・適用範囲の要件に留意）。

- **公平労働基準法（Fair Labor Standards Act of 1938, FLSA）**：2022 年の法改正により、授乳中の母親のための搾乳支援法（PUMP for Nursing Mothers Act, PUMP Act）が、法 207 条(k)として挿入され、授乳中労働者の搾乳のための休憩時間・場所等に関する保護を拡張。
- このほか、各州にて、有給病気休暇や州の家族・医療休暇制度が整備されている。

4.1.3. 労災補償・職業病給付（所得補償・医療給付・復職支援に直結）

- **州の労災補償法**：民間企業労働者・州地方公務員の多くは州制度が基本であり、給付範囲・手続・認定基準は州ごとに異なる。
- **連邦被用者保障法（Federal Employees' Compensation Act, FECA）**：連邦職員等の業務上傷病に対する補償(DOL/OWCP が運用)。
- **港湾労災補償法（Longshore and Harbor Workers' Compensation Act, LHWCA）**：一定の海事関連の民間労働者を対象とする連邦補償を定める。
- 黒肺給付法（Black Lung Benefits Act, BLBA）：炭鉱労働者のじん肺(黒肺)等に関する給付（医療給付を含む）。

4.1.4. 医療保険・福利厚生(治療継続・アクセス確保の基盤)

- **従業員退職所得保障法（Employee Retirement Income Security Act, ERISA）**：企業年金・健康保険等の従業員給付制度の報告・開示等を含む基本枠組み。
- **統合予算調整法（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA）**：離職等の特定事由後のグループ保険継続（continuation coverage）に関する枠組みについて規定する。
- **医療費適正負担化法（Affordable Care Act, ACA）**：いわゆるオバマケアであるが、健康状態を理由とする不利益取扱い(例:既往症排除)を制限する条項が就労継続・転職時の治療継続に影響することがありうる。
- **精神衛生および依存症衡平法（Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA）**：メンタルヘルス・物質使用障害の給付について、医療保険上の均衡(parity)を求める（運用ルール改定等が継続）。

4.1.5. 健康情報・医療情報の取扱い（産業保健情報管理・人事との分離）

- **医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA）**：HIPAA において、医療

情報の保護について定めるいわゆるプライバシールール（45 C.F.R. Part 164）は、原則として医療機関・保険者等に適用され、雇用主が保有する雇用記録としての健康情報は通常 HIPAA の対象外である点が重要である（ただし保険者機能等との関係は実務上整理が必要）。

- **ADA（医療照会・医療情報の機密保持）**：ADA12112 条(d)(42 U.S.C. § 12112(d)）において、雇用場面（採用前、内定後、在職者など）における医療情報の取扱い、照会・健康診断について、禁止および制限規定を定めている。
- **物質使用障害治療記録の秘匿（42 C.F.R. Part 2）**：SUD 治療記録の機密性に関する連邦規制であり、EAP や紹介先医療等の設計で問題になり得る。
- **プライバシー法(Privacy Act of 1974)**：連邦機関が保有する個人記録の取扱いに関する枠組み（連邦雇用領域での情報管理の背景規範となる）。

4.1.6. 化学物質・環境規制（職場の有害要因管理に間接的に影響）

- **有害物質規制法（Toxic Substances Control Act, TSCA）**：化学物質の報告・記録・試験等の権限を EPA に付与し、事業者の化学物質管理に影響する。
- **緊急計画及び地域の知る権利に関する法律（Emergency Planning and Community Right-to-Know Act, EPCRA）**：化学物質の保管・使用・放出の報告等を求め、地域の緊急対応計画とも連動する。
- **スーパーファンド法（Comprehensive Environmental Response, Compensation, and Liability Act, CERCLA）**：有害物質の放出等への対応・責任を定め、公衆衛生・環境と交差する事業場対応が生じ得る。
- **資源保全・再生法（Resource Conservation and Recovery Act, RCRA）**：有害廃棄物を含む廃棄物管理（いわゆる cradle-to-grave）に関する枠組みを定める法律である。

4.1.7. 職場の薬物対策・EAP（制度設計に関係）

- **薬物禁止職場環境（Drug-Free Workplace, 41 U.S.C. 41 U.S. Code §§ 8101-8106）**：連邦契約者・補助金受領者に対して、薬物のない職場の確保（方針周知、啓発、違反時対応等）を求める。

4.2. 産業環境医（Occupational and Environmental Medicine, OEM）

4.2.1. OEM の役割

産業環境医（Occupational and Environmental Medicine, OEM）は、仕事に関連する曝露や作業条件に起因する健康影響の評価・予防・管理を担う専門職である。臨床医学の枠内に閉じず、

作業条件・曝露・職務要求と健康の関係を軸に、集団と個人の双方を対象にする点が特徴である。

代表的業務は次のとおりである。

- **就業に関する医学的評価**：職務要求と健康状態の整合を評価し、就業上の配慮・制限の要否を判断する
- **健康障害の診断・治療と再発防止**：仕事関連の傷病について、医療的管理だけでなく、再発防止の観点から作業条件・曝露・工程を含めて介入点を整理する
- **医療サーベイランス**：特定の有害因子への曝露が疑われる集団に対し、健康影響の早期把握と介入のための健診・追跡の設計と運用を行う
- **学際連携**：産業衛生（industrial hygiene）や安全分野と連携し、工学的対策・作業管理と医学的対策を整合させる

OEMの選任は上述のように企業の任意であるが、大企業を中心として、重工業・科学・医療分野では事実上不可欠であるとされている。

4.2.2. 資格要件

法的な定義はないため、医師であれば従事可能ではあるが、産業環境医学（Occupational and Environmental Medicine, OEM）の専門医となるためには、アメリカ予防医学委員会（American Board of Prevention Medicine, ABPM）が実施する専門医認定試験に合格しなければならない。

この受験資格を得るためには、4年間の研修と大学院レベルの生物統計学（biostatistics）、疫学（epidemiology）、社会行動学（social and behavioral sciences）、保健サービス管理（health services administration）、環境保健科学（environmental health science）について、最低15単位時間に相当する学修が必要とされる。2024年1月1日現在のOEM認定医は、3,265名となっている。

専門医認定後も、認定を維持するためには、年間20単位の継続的医学教育（Continuous Medical Education, CME）プログラムの受講、2025年以降は、毎年30問の断続的評価プログラムへの回答（Longitudinal Assessment Program, LAP）が必要とされており、さらに2030年からは、健康と医療の改善（Improving Health and Health Care, IHHC）として、専門医の診察を向上させるために設計された活動を完了することも要件とされる予定である。

4.2.3. OEM関連団体

4.2.3.1. 専門職団体（学会・職能団体）

- **アメリカ産業環境医学学会（American College of Occupational and Environmental Medicine, ACOEM）**：米国のOEM医師を代表する最大の職能団体。臨床・実務ガイドライン、教育（CME）、政策提言、学術集会を担う。
- **アメリカ予防医学学会（American College of Preventive Medicine, ACPM）**：予防医学全体の医師職能団体。

OEM は予防医学の主要分野の一つとして位置づけられ、教育・政策面で連携。

- **産業環境臨床協議会（Association of Occupational and Environmental Clinics, AOEC）**：産業・環境関連疾患に対応する臨床ネットワーク。臨床家(OEM 医師等)による症例共有、研究、専門クリニック連携を推進。

4.2.3.2.専門医認定（Board Certification）関連団体

- **アメリカ予防医学委員会（American Board of Prevention Medicine, ABPM）**：OEM を含む予防医学分野の専門医認定（Board Certification）を行う認証機関。
- **アメリカ医学専門家委員会（American Board of Medical Specialties, ABMS）**：米国の専門医制度の枠組みを統括する上位組織。ABPM はそのメンバーボード。

4.2.3.3.研修（レジデンシー）・教育認定団体

- **大学院医学教育認定評議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）**：OEM レジデンシーを含む卒後医学教育（GME）プログラムの認定機関。OEM 研修の要件を規定。

4.2.4. OEM の雇用形態

OEM の雇用形態について、2007 年の調査では、臨床系が 51.6%（独立した産業医学クリニックが 25.2%、複数診療科を有するクリニック・病院が 18.9%など）、企業内専属が 16.3%（製造業 8.2%、その他企業 4.2%、マネジドケア・保険会社 3.1%、鉱業 0.5%、サービス業 0.3%）、コンサルタント／自営業が 11.5%といった数値となっている（Baker et al., 2007）。

20 年近く前のデータのため、現在も同じ状況であるとはいえないものの、全体的には、企業内専属というよりは、臨床やコンサルタントが必要に応じて企業と契約（外部提供）という形で産業環境医学の知見を活用しているといえるのではないだろうか。

4.3.産業保健看護師(Occupational and environmental health nurse, OHN)

4.3.1. OHN の役割

産業保健看護師（Occupational and environmental health nurse, OHN)は、産業保健サービスの運用者として、臨床と職場支援の接点を担う専門職である。実務上は、法令に定めるところによる看護業務の範囲と組織の方針を前提として、多職種連携（OEM, IH, 安全衛生専門家等）で設計・実装される。アメリカ産業保健看護師協会（American Association of Occupational Health Nurse, AAOHN）が公開しているポジション・ステートメントによれば、OHN が果たすべき主な役割は以下の通りである。

- **産業保健看護サービスの提供：**職域において応急措置のみならず、継続的ケア、制度運用、法令

遵守、関係者調整を含むプログラム型サービスとして位置づけられている。

- **ケースマネジメント**：疾病・外傷後のサービス調整を通じて医療と職場と保険制度（労災等）を繋ぎ、早期回復・再発防止・職場復帰に寄与する。
- **労働者健康サーベイランス**：OHN は労働者健康サーベイランスにおいて、プログラムの設計・実装における中心的役割を果たす。

4.3.2. 認証制度

COHN （ Certified Occupational Health Nurse)および COHN-S(Certified Occupational Health Nurse in Specialist)は、アメリカ産業保健看護師委員会（ American Board for Occupational Health Nurses, ABOHN）が認定する米国の産業保健看護師に対する認証制度であり、登録看護師（Registered Nurse）免許を前提として、産業保健看護に関する実務経験と試験によって専門性を評価する制度である。

COHN が産業保健看護の実務者レベルでの認証であるのに対して、COHN-S は、より高度な産業保健プログラムの設計・運用や多職種連携を担う高度専門職レベルの認証として位置づけられている。

認証にあたっては、RN 免許、学士以上の学位、過去 5 年以内に 3,000 時間以上の産業保険看護実務経験を前提として、有害因子と健康影響、臨床・ケースマネジメント、規制・コンプライアンス、健康増進・予防、プログラム管理(COHN-S)などについて認定試験が実施される。2024 年の試験結果によれば、COHN が 72 名中 42 名認証（認証率 58.3%）、COHN-S が 109 名中 60 名認証(認証率 55.0%)であり、認証に向けてのハードルはかなり高いようである。2024 年 12 月 31 日現在、認証を維持している看護師は、COHN・COHN-S 合計で 1,952 名となっている。

4.3.3. OHN 関連団体

4.3.3.1.専門職団体（学会・職能団体）

アメリカ産業保健看護師協会（ American Association of Occupational Health Nurse, AAOHN）

- **位置づけ**：米国における産業保健看護師の中核的・代表的専門職団体
- **主な役割**：OHN の専門職能の確立と発展、ポジション・ステートメント、実務ガイド、ツールキットの提供、学術集会・教育プログラム・継続教育（CE）の提供、政策提言・アドボカシーなど
- **特徴**：OHN の役割を「臨床＋プログラム運用（制度設計・教育・記録・連携）」として体系化

4.3.3.2.認証・資格付与団体

アメリカ産業保健看護師委員会（American Board for Occupational Health Nurses, ABOHN）

- **位置づけ**：産業保健看護師の専門認証を付与する認証機関
- **主な役割**：COHN／COHN-S 認証の実施・管理、試験ブループリント、受験要件、更新（再認証）の策定、認証を通じた OHN 専門性の第三者評価

- **補足**：AAOHN とは独立した組織だが、職能上は密接に連携

4.3.3.3.看護全般・基盤団体（OHN の制度的基盤）

アメリカ看護師協会（American Nurses Association, ANA）

- **位置づけ：**
  米国最大の看護職全体の職能団体
- **OHN との関係：**
  看護実践の倫理規範（Code of Ethics）
  看護業務範囲（Scope and Standards of Practice）の枠組み
  OHN も ANA の倫理・実践基準を基盤として専門実践を行う

全国州看護委員会協議会（National Council of State Boards of Nursing, NCSBN）

- **位置づけ：**
  州看護師免許制度の調整・連携機関
- **OHN との関係：**
  RN 免許制度の基盤
  看護師免許相互承認協定（Nurse Licensure Compact, NLC）等、州を越えた実践の制度設計

4.3.4. OHN の雇用形態

AAOHN が 2022 年に公開した報酬に関する調査によると、2022 年の AAOHN メンバーの平均年収は 98,842 ドルで、中央値は 95,000 ドルとなっており、2018 年からそれぞれ 13.6%、14.5%上昇している。また、認証を受けた OHN については、COHN-S が 112,408 ドル、COHN が 93,531 ドルとなっている。

AAOHN のメンバーは、OHN として勤務しているが（26%）、被用者保健看護師（16%）、管理職（15%）として勤務している者も存在している。報酬について示した表の中には、病院、製造業、政府機関、化学企業、食品製造業、保険業、不動産業などが見受けられるため、具体的な比率は不明であるものの、おそらく雇用先としてこうした業種の企業／政府機関にて勤務しているものと推測される。

4.4.インダストリアル・ハイジニスト（Industrial Hygienist, IH）

4.4.1. IH の役割

インダストリアル・ハイジニスト（Industrial Hygienist, IH）は、職場の化学的・物理的・生物学的因子等の健康リスクを科学的に扱い、曝露評価と対策立案を担う専門職である。基本的思考様式は、危険源を予見し、認識し、評価し、制御することである。さらに実務では、対策の有効性を確認して改善ループを回すことが求められ、アメリカ産業衛生協議会（American Industrial Hygiene Association, AIHA）などは ARECC（Anticipate, Recognize, Evaluate, Control, Confirm）として整理している。

業務内容は次のように整理できる。

- **環境・曝露モニタリング**：作業環境測定、サンプリング計画、分析結果の解釈により、曝露の程度を定量化する業務である。
- **対策設計**：工学的対策（換気、密閉化等）、作業方法の改善、管理

的対策、個人用保護具の適正化などを組み合わせ、階層制御の優先順位に沿って介入を設計する業務である。

- **規制・基準への技術的支援**：OSHAの監督実務でもIHが重要な役割を担い、調査・基準策定・技術支援に関与する点が特徴である。

4.4.2. IHの認証制度

IHに関しては、グローバル環境・健康・安全（EHS）資格認定委員会（Board for Global EHS Credentialing, BGC）がIHの認証（Certified Industrial Hygienist, CIH）を実施している。CIHは職場における科学的・物理的・生物学的・人間工学的ハザードを対象として、上記の業務に関する専門性を証明する資格とされている。

CIHを取得するためには、学士以上で、180時間以上の産業衛生に関する教育（産業衛生基礎、毒性学、測定・サンプリング、工学的・管理的対策やPPEなど）を体系的に受講していること、倫理教育を受けていること、4年以上の包括的な産業衛生実務経験などが必要である。認定試験に関しては、曝露評価（50%）、対策の選定・実装・検証（35%）、リスクマネジメント（15%）の3部門から出題される。

CIH試験の合格率は、概ね50%前後で推移しており、現在公開されている資料では、2019年のCIH(associateを含む)認定者総数は、6,940名となっている。

4.4.3. IH関連団体

4.4.3.1. 専門職団体（学会・職能団体）

アメリカ産業衛生協議会（American Industrial Hygiene Association, AIHA）

- **位置づけ**：米国における産業衛生分野で最大・最も代表的な専門職団体
- **主な役割**：産業衛生専門職（IH、EHS専門職等）の学術・実務コミュニティ形成、実務ガイドライン、技術文書、教育プログラムの提供、CIH試験対策教育・継続教育（CE）の主要供給元など
- **特徴**：「Anticipate, Recognize, Evaluate, Control（予見・認識・評価・管理）」というIHの基本概念を広く普及させている。

4.4.3.2. 認証・資格付与団体

グローバル環境・健康・安全（EHS）資格認定委員会（Board for Global EHS Credentialing, BGC）

- **位置づけ**：CIHを含むEHS分野の専門認証を付与する認証機関
- **主な役割**：CIHの受験要件策定、試験実施、認証・更新管理、倫理規定・継続教育（Certification Maintenance）の運用など
- **補足**：旧称：アメリカ産業衛生委員会（American Board of Industrial Hygiene, ABIH）であるが、現在は「グローバルEHS資格」を掲げ、国際展開を強化している。

4.4.3.3. 基準・ガイドライン策定団体（曝露限界・技術指針）

アメリカ政府産業衛生専門家会議（American Conference of Governmental Industrial Hygienists,

ACGIH）

- **位置づけ**：職業曝露限界（TLV®）や生物学的曝露指標（BEI®）を策定する非政府組織
- **主な役割**：化学物質・物理因子等の科学的レビュー、TLV®/BEI®の年次更新など
- **特徴**：OSHA の法定基準とは異なり、最新科学に基づく「推奨値」として、IH 実務で極めて重要な役割を果たす。

4.4.4. IH の雇用形態・年収

IH の雇用形態については、AIHA のメンバーを対象として調査したデータが存在している。それによれば、回答者の所属として、コンサルタント（自営・雇用）26%、政府機関／軍 19%、製造業 17%、アカデミア／教育 14%、その他 24 % となっている（American Industrial Hygiene Association, 2023）。

年収に関しては、AHIA のメンバーを対象とした調査によれば、年収の平均は 122,925 ドルとなっている（American Industrial Hygiene Association, 2024）。

4.5. 労働安全衛生専門家／技術者（Occupational health and safety specialist/technician）

米国では労働安全衛生専門家／技術者（Occupational health and safety specialist/technician）という職種群が、職場の安全衛生マネジメントの実務を担う。BLS の職業情報では、これらの職種は、職場環境や作業手順・設備を評価し、リスク低減のためのプログラムや手順を設計・実装し、教育・調査（事故・インシデント調査を含む）を行うことが中核業務として整理されている。テクニシャンはデータ収集・測定・実務補助を担い、スペシャリストの分析・設計業務を支える。

参照文献：

- American Association of Occupational Health Nurses. (2022). *2022 Compensation & Benefits Survey*. https://www.aaohn.org/Portals/0/docs/AAOHN_2022SalarySurvey_Summary_FINAL.pdf
- American Industrial Hygiene Association. (2024). *2023 Salary and Compensation Study*. https://aiha-assets.sfo2.digitaloceanspaces.com/AIHA/resources/OEHS/AIHA_2023SalaryCompensationStudyExecutiveSummary_06.06-2.pdf
- American Industrial Hygiene Association. (2023). *Insights from Our Membership Survey*. AIHA. https://www.aiha.org/blog/insights-from-our-membership-survey
- American Board of Occupational Health Nurse. (2025). *ABOHN At-A-Glance* ABOHN Newsletter 46(2), 7. https://www.abohn.org/sites/default/files/Fall_2025_Newsletter_Final.pdf

- American Board of Preventive Medicine. (2025). *2024 Annual Report*. https://www.theabpm.org/wp-content/uploads/2025/03/2024-ABPM-Annual-Report-final-v2.pdf
- Baker, B. A., Dodd, K., Greeves, I. A., Zheng, C. J., Brosseau, L., & Guidotti, T. (2007). Occupational Medicine Physicians in the United States: Demographics and Core Competencies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *49*(4), 388-400.
- Board for Global EHS Credentialing. (2020). 2019 Application, Examination, Certification Statistics. https://gobgc.org/wp-content/uploads/2022/05/2019-BGC-Statistics-2020-01-25.pdf
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025). *Occupational Health and Safety Specialists and Technicians*. https://www.bls.gov/ooh/healthcare/occupational-health-and-safety-specialists-and-technicians.htm

5. 産業保健における多職種連携

5.1. 協働の前提

米国の産業保健は、大きく分けて以下の 2 つのベクトルを併走させる形で展開される。

- **臨床ベクトル（個人中心）**：医療スクリーニング等により個人の異常を早期に見出し、診断・治療につなげる
- **予防ベクトル（集団・職場中心）**：サーベイランスやトレンド分析により、背後にある曝露・作業要因を見つけ、原因を除去・低減して再発を防ぐ

5.2. 役割分担の基本構図

5.2.1. 産業環境医が担う領域

産業環境医は、医学的判断と制度対応を含む「医療の最終責任」に近い領域を主に担当する。ACOEM が示すコンピテンシーでも、包括的な産業保健プログラムの企画・設計・評価、医療サーベイランスの設計・管理、労災補償や関連法規の理解、そして多職種チームとの協働・リーダーシップが明示されている。

実務上は、適性判断（fitness for duty）や就業制限の医学的決定、複雑・重症例の診断、治療方針、専門医紹介の妥当性判断、労災補償制度上の因果関係評価（medical causation と法的基準の違いを踏まえた判断）、医療サーベイランス・プロトコルの監修、異常所見の解釈、集団傾向の医学的解釈、会社方針（職務適性、感染症対応、災害時対応等）の医療的妥当性の担保などを担当することになる。

5.2.2. 産業環境看護師が担う領域

OHN は、職場における産業保健活動を日々のオペレーションとして回すための実装責任を主に担当することが多い。

典型的な役割は以下の通り。

- クリニック運営、トリアージ、応急処置、フォローアップの実務統括
- 医療サーベイランスの運用（対象者抽出、日程調整、検査実施、結果連絡、再検管理）
- ケースマネジメント（受療調整、復職支援、ステークホルダー調整、コスト管理）
- 健康教育、研修、予防接種や慢性疾患管理などのプログラム運営
- 傷病・災害・曝露データの集計、ダッシュボード化、改善提案

AAOHN の声明では、OHN は傷病後の包括的医療サービスを調整するケースマネジャーとして、評価・計画・実装・評価を統合し、ケアを連続体としてつなぐ役割を担うとされる。

5.3.典型的な実務上の協働

5.3.1. 配置前健診・定期健診・特定曝露の医療サーベイランス

職場の医療専門職は、特定曝露に関連するスクリーニングとして、配置前（post-offer）の健診、配置判定、定期健診、結果を含む機密性ある健康記録の管理などを担当する。

この領域は「看護師が運用を回し、医師が判定を担保する」という協働が起こりやすい。すなわち、看護師は、対象者管理、問診、検査（例：聴力、スパイロ、薬物検査など）、未受検者フォロー、結果通知、再検査・受診勧奨、データ整備などを担当し、医師は、結果の医学的解釈、就業適性や制限の判断、異常所見の精査方針、職場要因との関連評価、必要に応じた追加検査・専門医紹介、サーベイランス設計の見直しなどを担当する。

重要点は、医療サーベイランスは傾向から原因を除去する予防志向であり、検査で終わらず職場改善に接続する点にある。看護師がデータの整備・可視化を進め、医師が医学的妥当性をもって「どの曝露対策を優先するか」を助言する形で協働が成立する。

5.3.2. 労働災害・職業関連傷病への対応と復職（return-to-work）

労働関連の疾病・傷病を早期認識・早期介入で管理・治療し、就業制限や一時離業の勧告を行い、復職過程をフォローするための協働は以下のような形を取る。看護師は、初期対応、受診ルートの設計（提携医・救急・専門医等）、通院・理学療法等の調整、本人・上長・人事・労災担当・保険会社との連絡、復職計画の運用、受療遵守の支援などを主導する。ケースマネジメントは OHN の中核役割の一つである。また、医師は、診断と治療の妥当性評価、就業制限の医学的根拠付け、職務要求との整合、労災補償上の因果関係・障害評価に関する判断、難治例や再発例への方針決定である。

この場面では、「医師の医学的判断を、看護師が職場のオペレーション（配置・業務調整）に翻訳して実装する」ことである。翻訳とは、医師の制限をそのまま伝えるのではなく、職務分析や現場実態と接続して、実行可能な条件として落とし込む行為ということができる。

5.3.3. 労働者保健サーベイランス（worker health surveillance）と職場要因の是

正

AAOHNは、労働者保健サーベイランス（worker health surveillance）を「職場の傷病トレンドを継続的・系統的に監視し、労働安全衛生を改善する」活動と定義し、医療サーベイランス（臨床中心）とは異なるサーベイランスであるとしている。これは早期発見・治療にとどまらず、原因要因の除去を含むが、サーベイランスには学際的チームが必須であり、OHN、OEM、IH、安全担当等のインプットで現場固有の方針・手順を作り、文書化と継続的で明確なコミュニケーションが必要だとする。この領域では、看護師は、傷病・欠勤・近接事象・部門別発生率などを継続集計し、クラスターや「いつもと違う」兆候を現場で早期に把握し、医師は、その兆候を医学的に解釈し、疑うべき曝露・作業要因・感受性要因を仮説化し、環境測定や作業改善の優先度に落とし込む（IHや労働安全衛生専門家がその調査について協力する）。この場合は、OHNが「現場のセンサー」として働き、OEMが「医学的仮説生成と意思決定」の責任を担う形で協働が成立する。

5.3.4. 健康増進・疾病管理・感染症/災害対応

健康増進や疾病管理の領域では、OHNが教育・運用・接点（従業員コミュニケーション）を担い、OEMが臨床的妥当性の担保（ハイリスク者評価、復職基準、検査・隔離・ワクチン方針の整合）を担う形で協働する。

5.4. 協働に関する運用原則

上記のOEMとOHNの協働において、原則となるのは、(1) 業務範囲（scope of practice）の明確化、(2) 機密保持と情報提供の最小化、(3)「プログラム運営」と「医学的判断」の二層分離、である。(1) については、医師免許も看護師免許も州ごとに発行されるため、OEMもOHNも当該州における業務範囲を踏まえてそれぞれの業務を明確化する必要がある。(2) については、労働者と医療側の機密性保持を強調し、経営側には職場の意思決定に必要な情報のみ提供すべきだとしており、OEMとOHNが共同で境界管理（何を共有し、何を共有しないか）を設計・運用する必要がある。特に復職・配置調整の局面では、この協働が重要となる。(3) は、OHNが運営を標準化し（手順・教育・データ管理）、OEMが医学的判断の品質を担保する（判定基準・例外判断・監査）という二層構造を作ることが重要であると解されている。

5.5. まとめ

米国の実務における産業保健専門職の協働は、OHNが現場運用（サーベイランス運用、トリアージ、ケースマネジメント、教育、データ整備）を主導し、IHや安全衛生専門家がデータの取得や分析を担当し、最終的にはOEMが医学的判断（就業適性、制限、複雑事例、制度対応、プログラム監修）を担保するという相互補完で成立する構造であり、同一企業における管理職と部下というような関係性がない限り、基本的にはそれぞれの職種に上下関係はないものと考えら

れている。

協働は個々の問題に対する対応にとどまらず、傷病トレンドの監視と原因除去という予防サイクルまで含めて設計され、産業保健専門職は、一つのチームとしてこれに取り組むというところに特徴があるといえよう。

参考文献：

- American Association of Occupational Health Nurse. (2019). *Position Statement*. https://www.aaohn.org/Portals/0/docs/Worker Health Surveillance in Occupational and Environmental Health.pdf
- American College of Occupational and Environmental Medicine. (2021). *ACOEM OEM Core Competencies: 2021*. https://acoem.org/acoem/media/News-Library/ACOEM_OEM_Core_Competencies__2021-19.pdf
- U.S. Occupational Safety and Health Administration. (1999). *The Occupational Health Professional's Services and Qualifications: Question and Answers*. OSHA 3160. https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-L35-PURL-gpo10403/pdf/GOVPUB-L35-PURL-gpo10403.pdf

6. 個別課題への対応

6.1. 持病の治療と就労の両立支援

6.1.1. 問題の位置づけ

持病の治療と就労継続の両立は、個人の健康問題にとどまらず、企業の労務管理・安全配慮・医療保険設計と直結する構造課題である。

この場合、問題は「治療を理由に労働参加が中断・離職に至ること」をいかに抑制するかである。ゆえに制度・実務上の論点は、(A) 働き続けるための業務調整（合理的配慮）と、(B) 治療のための時間確保（休暇）と、(C) 休業中の所得・保険継続を同時に設計していくために何をすべきかという点に集約される。

6.1.2. データと現状

6.1.2.1. 疾病による負担

CDC は慢性疾患を「1 年以上持続し継続的医療を要する、または日常生活を制限する状態」と定義し、慢性疾患が米国の年間医療費約 4.9 兆ドルの 90%を占めていると示している（Centers for Disease Control and Prevention, 2025）。

また、Watson et al. (2025) によれば、2023 年にアメリカの成人の 76.4%が 1 つ以上の慢性疾患を、51.4%が複数の慢性疾患をそれぞれ有すると報告しており、2013 年から 2023 年の間の疾患の傾向は悪化していることが指摘されている。

6.1.2.2. 就労側の現状（障害のある人の雇用指標）

BLS は 2024 年の「障害のある人」の就業率（employment-population ratio）を 22.7%、障害のない人を 65.5%として

いる。

職種分布にも差があり、2024年は障害のある人が「販売・事務」20.8%（障害なし18.4%）、「サービス」19.0%（同16.3%）、「生産・輸送・資材移動」14.2%（同12.2%）などに相対的に多いとされる。これらは、配慮設計が職務特性（身体負荷、シフト、顧客対応等）に左右されることを示唆するデータである（U.S. Bureau of Labor Statistics, 2025a）。

6.1.2.3.企業給付・州制度の「ばらつき」

BLSの被用者給付統計（Employee Benefits Statistics）によれば、2025年に「有給病気休暇（Paid Sick Leave）」へのアクセスは、労働者全体で82%となっている。また、2025年の医療保険加入率は、被用者全体で48%という統計が示されている（U.S. Bureau of Labor Statistics, 2025b）。

州法上の規定も不均一であり、NCSLは有給の家族・医療休暇（Paid Family and Medical Leave, PFML）プログラムを創設した法域が13州＋DCとなっているほか、時間ベースで付与される病気・安全休暇（Sick and Safety Leave）の付与を義務づける州が20州＋DCとなっており、両立支援は、企業規模・雇用形態・居住州によってアクセス可能な制度が大きく異なることを示している（National Conference of State Legislatures, 2025）。

6.1.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.1.3.1.ADA（障害者差別禁止法：雇用領域）−合理的配慮の中核

ADA第1編は、原則として15人以上の被用者を雇用する雇用主による障害を理由とする差別を禁止し、合理的配慮を制度の中心に据える。

EEOCの執行ガイダンスは、合理的配慮の類型として職務再編（job restructuring）、休暇（leave）、短時間・時差等の勤務変更（modified or part-time schedules）、再配置（reassignment）等を明示的に扱う（U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2002）。

医療情報の扱いはADA関連規則で強く要請され、行政規則（29 CFR §1630.14）は、医療情報を別様式・別医療ファイルで機密管理し、上司には「必要な就業制限・必要な配慮」に限って共有し得る旨を規定している。

6.1.3.2.FMLA（家族・医療休暇法）

FMLAは、要件を満たす労働者に12週の無給・職位保護の休暇を付与する枠組みである。適格要件として勤続12か月、直近12か月で1,250時間、75マイル圏内に50人以上の従業員がいるといった等を示している。

6.1.3.3.医療保険の継続−ACAとCOBRA

ACAの下で、医療保険取引所（Health Insurance Exchange）を通じた民間医療保険の購入については、既往症を理由に加入拒否・保険料上乗せ・必須給付の支払い拒否ができない。

COBRAは雇用主が提供する医療保険について、多くの場合18〜36か月の継続が可能となるが、通常は保険料全額＋2%の事務手数料を被用者が負担しなければならない。

6.1.3.4.所得補償−州PFML・州短期障害・

企業 STD（法域差が大）

所得補償に関しては、州の PFML や州の短期障害給付、企業の短期障害給付（Short Term Disability, STD）等の組合せとなる。

6.1.4. 実施主体とステークホルダーの役割

6.1.4.1.雇用主（人事・労務・法務）

ADA の合理的配慮を「対話型プロセス」で具体化し、FMLA 運用と整合させ、医療情報を分離管理する統制主体である。合理的配慮の具体類型は EEOC ガイダンスに沿って設計される。

また、ライン管理者は、「職務の本質（essential functions）」と現場運用（シフト、配置、危険作業等）を踏まえ、必要な制限・配慮のみ共有を受けて実装する（診断名の共有は原則不要）。

6.1.4.2.産業保健職

医療情報を「機能の制限」という観点から翻訳し、職務要求と突合して配慮案・復職計画を設計する。

就業継続・復職（Stay At Work/Return To Work, SAW/RTW）について、ACOEM はプロセス改善の枠組みを提示している（American College of Occupational and Environmental Medicine, 2025）。

6.1.4.3.主治医・医療提供者

診断名そのものより、就労に必要な機能制限・治療スケジュール等を提供し、過剰な情報提供を避けつつ就業計画と治療計画の整合を図る立場である（情報は機密管理の対象である）。

6.1.4.4.州政府・連邦機関（DOL、EEOC 等）

DOL が FMLA・COBRA の制度運用情報を提示し、EEOC が ADA の執行・解釈指針を示す。

6.1.4.5.技術支援機関

職場配慮ネットワーク（Job Accommodation Network, JAN）は、労働省の障害者雇用政策局（Office of Disability Employment Policy, ODEP）の助成で開発・運営され、技術支援センターとして、職場配慮に関する無料・専門・機密の助言を提供する。

6.1.5. 具体的な方策

6.1.5.1.「合理的配慮」を起点にした標準プロセスの実装

出発点は「休ませる」ではなく「働ける形を作る」ことである。EEOC が類型として示す職務再編・勤務変更・休暇・再配置を、職務の本質と過度負担（undue hardship）評価の中で組み合わせる。

実務上の要点は、診断名中心ではなく機能制限中心（立位/座位、重量物、夜勤、曝露回避、通院頻度等）で設計することである。

6.1.5.2.FMLA を「治療の時間確保」として組み込む

FMLA 要件に該当する場合、12 週の無給・雇用保護を枠として確保し、断続取得や段階的復帰を含めて運用設計することが、離職・長期化を抑える基本である。

6.1.5.3.所得補償に関する導線の整備（州 PFML・企業 STD の「制度案内」）

PFML の有無は州で異なり、NCSL が示すとおり創設法域は 13 州＋DC に限られる。

したがって企業は、対象州では PFML/州短期障害/企業 STD を一本化して案内

し、非対象州では企業給付（STD、病気休暇、休暇積立等）で補う設計が必要となる。

6.1.5.4. 医療保険継続を両立支援の「中核リスク」として管理する

ACA により既往症での加入拒否等は抑止されているが、雇用喪失・労働時間減に伴う保険移行は依然としてリスクである。

COBRA は多くの場合 18〜36 か月の継続を可能とする一方、保険料全額＋2%の負担が生じ得るため、雇用主は、早期に被用者に対して選択肢の提示を行う運用が重要となる。

6.1.5.5. 産業保健職による SAW/RTW 設計

ACOEM は、SAW/RTW が「障害の評価・管理」に偏りがちな点を踏まえ、プロセス改善の枠組みを提示している（American College of Occupational and Environmental Medicine, 2025）。これを踏まえ、早期介入、暫定的配慮、段階的復帰、職務要求の再評価を標準化することが有効である。

6.1.5.6. 情報管理（守秘）

29 CFR § 1630.14 が示すとおり、医療情報は分離保管・機密管理が原則であり、上司共有は「必要な制限・必要な配慮」に限定される。守秘の担保は申出のしやすさ、ひいては早期支援の実効性に直結する。

6.1.6. まとめ

米国の両立支援は、(1) ADA（15 人以上）に基づく合理的配慮を中心に、(2) FMLA（12 週無給・雇用保護、1,250 時間・50 人/75 マイル等の要件）を治療時間の確保に用い、(3) 州 PFML（13 州＋DC）や企業給付で所得補償を補完し、(4) ACA の既往症保護と COBRA（18〜36 か月）で医療アクセスを維持する組合せモデルである。

実務の要諦は、疾病について理解することではなく、機能制限に基づく配慮設計、休暇の断続運用、所得補償と保険継続への導線、医療情報の分離管理を、企業内の標準手順として組み上げる点にある。

参考文献：

- American College of Occupational and Environmental Medicine. (2025). *Work Disability Prevention and Management Guideline*. https://acoem.org/acoem/media/PDF-Library/Publications/Work_disability_prevention_and_management_Apr-2025.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Fast Facts: Health and Economic Costs of Chronic Conditions*. CDC. https://www.cdc.gov/chronic-disease/data-research/facts-stats/index.html
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2002). *Enforcement Guidance on Reasonable Accommodation and Undue Hardship under the ADA*. U.S. Equal Employment

Opportunity Commission. https://www.eeoc.gov/laws/guidance/enforcement-guidance-reasonable-accommodation-and-undue-hardship-under-ada

- NIHCM Foundation. (2023). *The growing burden of chronic diseases.* https://nihcm.org/publications/the-growing-burden-of-chronic-diseases
- National Conference of State Legislatures. (2025). *Paid Leave: State Family and Medical Leave Laws.* NCSL. https://www.ncsl.org/labor-and-employment/state-family-and-medical-leave-laws
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2016). *Fundamentals of Total Worker Health® Approaches: Essential Elements for Advancing Worker Safety, Health, and Well-Being.* NIOSH Publication No. 2017-112. https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025a). *Employee Benefits in the United States-March 2025: Table 6. Paid leave benefits.* BLS. https://www.bls.gov/news.release/ebs2.t06.htm
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025b). *Persons with a disability: Labor force characteristics-2024.* USDL-25-0247. https://www.bls.gov/news.release/pdf/disabl.pdf
- U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2025). *Fact Sheet #28P: The Family and Medical Leave Act.* https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/28-fmla
- Watson, K. B., Wiltz, J. L., Nhim, K., Kaufmann, R. B., Thomas, C. W., & Greenlund, K. J. (2025). Trends in Multiple Chronic Conditions Among US Adults, By Life Stage, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013-2023. *Preventing Chronic Disease*, *22*, 240539. https://doi.org/10.5888/pcd22.240539

6.2. 高齢労働者をめぐるデータと現状

6.2.1. 問題の位置づけ

国では人口高齢化に伴い、労働市場における高齢労働者（概ね 55 歳以上、特に 65 歳以上）の比重が継続的に高まっている。NIOSH の整理では、55 歳以上の労働者は 2001 年の「約 7 人に 1 人」から、2021 年には「約 4 人に 1 人」へ増加したとされ、また 65 歳以上の就業は過去 20 年で 117%増加している（National

Institute for Occupational Safety and Health, 2024)。

この変化は、年金受給年齢の上昇、医療保険や生活費の必要性等によるものと考えられる。高齢労働者は「負傷頻度は相対的に低いが、負傷時の重篤化のリスクが高い」ことから、就労継続の社会的要請と安全衛生・健康配慮の要請を両立させる必要がある。

アメリカの高齢労働者問題は、(a) 労働力確保（生産性・人材不足対策）、(b) 労働災害・疾病の予防、(c) 差別禁止と合理的配慮、(d) 休業・復職・補償の制度設計、を横断する政策課題として位置づける必要があり、その実装局面においては、産業保健職が「データに基づくリスク管理」と「制度上の権利義務を踏まえた職場実務」を接続する役割を担うことが重要となる。

6.2.2. データと現状

6.2.2.1. 主要データソースの概観

米国の高齢労働者をめぐるデータは、(1) BLS による労働力・人口統計（CPS 等）、(2) 致死災害の悉皆統計である CFOI、(3) 非致死の傷病統計である SOII、(4) CDC 系の疫学・公衆衛生統計（慢性疾患等）、(5) 労災補償（州制度）に由来する給付・費用・カバレッジ統計、(6) 事業場内データ（OSHA ログ、欠勤、休職、EAP 利用、保健指導等）が相互補完的に用いられる。

6.2.2.2. 高齢者の死亡災害の現状

BLS の CFOI では、2023 年の死亡労働災害率（10 万人当たり）は、全労働者が 3.5 であるのに対し、55-64 歳は 4.3、65 歳以上は 8.7 となっている。65 歳以上は全体平均の約 2.5 倍の水準であり、高齢化とともに「致死リスクが上がる」現象が統計上も明白である（U.S. Bureau of Labor Statistics, 2024)。

6.2.2.3. 非致死災害（傷病）と重篤度

2009 年の非致死的労働災害（休業を伴うケース）について、55-64 歳および 65 歳以上では、全体の発生率が若年層と同等か低い一方、休業日数の中央値が年齢とともに増加し、55-64 歳で 11 日、65 歳以上で 12 日と長くなっていることを示している（Centers for Disease Control and Prevention, 2011)。

6.2.2.4. 健康状態（慢性疾患の併存）と就労への影響

高齢労働者の安全衛生は、職業性因子のみならず、慢性疾患・多疾患併存（MCC）と不可分である。Watson et al. (2025) による行動リスク因子監視システム（Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS）分析では、2023 年に 65 歳以上の 93.0%が「1 つ以上の慢性疾患」を、78.8%が「2 つ以上の慢性疾患」を報告したとされる。これらは疲労・平衡機能・服薬・疼痛・可動域の低下などを理由として転倒や過負荷、回復遅延のリスク要因となり得るため、産業保健は「作業条件（hazards/exposures）」と「健康条件（chronic conditions）」を統合した総合労働者保健（TWH）型のアプローチを取る必要がある。

6.2.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.2.3.1. OSH 法：一般義務と記録規則

米国の職場安全衛生は、OSHA（労働安

全衛生局）による規制・執行と、雇用主の一般的安全配慮義務により枠づけられる。OSHA の根拠法である OSH 法上、雇用主には「認識された危険がなく、死または重大な身体的危害を引き起こし得るハザードから自由な職場」を提供する義務が規定されている（29 U.S.C. § 654）。

加えて、29 CFR Part 1904 に基づき、多くの事業者は労働災害・疾病を記録し（フォーム 300/300A/301）、年次サマリーの掲示、一定期間の保存、求めに応じた開示等を行う。これは、SOII 等の統計の実務基盤でもある。

6.2.3.2.労災補償：州法中心

労災補償は原則として州法により設計され（連邦レベルでは、連邦職員等を対象とする限定的プログラムがある）、給付範囲や手続は州ごとに異なるが、一般に医療給付・休業補償・障害給付・遺族給付等を提供している。

また、制度全体の給付・費用・カバレッジに関する統計として、全国社会保障アカデミー（Nasional Academy of Social Insurance, NASI）の年次報告が参照される（National Academy of Social Insurance, 2024）。

6.2.3.3.雇用差別・合理的配慮：ADEA と ADA

高齢労働者の雇用に関連する法律として、ADEA と、ADA がある。ADEA は 40 歳以上に対する雇用上の年齢差別を禁止する一方、ADA は、適格な障害者に対し、過度の困難（undue hardship）とならない限り合理的配慮（reasonable accommodation）を提供することを雇用主に求める。

高齢それ自体は保護属性（年齢）であるが、加齢に伴う機能障害や慢性疾患が ADA 上の障害に該当し得る局面があり、実務では ADEA と ADA の交差領域が頻出する。

6.2.3.4.休業・復職：FMLA

FMLA は、一定要件を満たす労働者に対し、家族・医療上の理由による無給の職務保護休暇と、休暇中の団体健康保険の継続等を保障し、復帰時の原職（または実質的同等職）復帰を求める制度である。高齢労働者本人の治療・介護に加え、高齢親族の介護等、家族責任の観点でも関係する。

6.2.4. 実施主体とステークホルダーの役割

米国の高齢労働者施策は、行政・企業・保険・医療・労使・地域資源が多層的に関与する。

6.2.4.1.連邦行政機関

OSHA（規制・執行、記録制度）、BLS（CFOI/SOII/CPS 等の統計）、NIOSH（研究・監視・ガイダンス、Productive Aging や TWH の推進）、EEOC（ADEA/ADA 等の執行）、WHD（FMLA 等）がそれぞれの権限に基づき機能する。

6.2.4.2.州・地方レベル

州の労災補償機関（給付設計と審査）、州プラン（該当州における OSH 法の執行）、公衆衛生機関が関与し、地域ごとの制度差が実装差として現れる。

6.2.4.3.企業

企業内外の実装主体として、雇用主（経営・人事・現場管理・安全衛生部門）、労働組合、労災保険者・サードパーティ

管理者、医療提供者、職業リハビリ、障害者雇用支援機関等が連携する。

この中核に位置づけられるのが産業保健職であり、制度横断の調整機能と科学的根拠に基づく介入設計の双方を担うことになる。

具体的には、事業場内の災害・欠勤・健康データを、年齢だけでなく職種・作業・シフト・経験年数・場所等と掛け合わせて解析し、真の高リスク領域を特定するサーベイランスを行い、次に階層的対策（工学的対策→管理的対策→個人防護）を前提として、転倒・交通要因・筋骨格負荷・暑熱などのリスク低減を具体化するハザード管理を、さらにADAの合理的配慮やFMLAの休暇運用、労災補償の復職管理を整合的に運用できるよう、機能制限の評価、職務分析、代替案提示、復職プランニングという就労継続支援を行う。そして、安全対策が「高齢者排除」に転化しないよう、年齢差別・スティグマを抑制し、全労働者に通用するユニバーサルデザインと公正な手続の枠組みに落とし込むことが求められる。

6.2.5. 具体的な方策

6.2.5.1. データ駆動のリスク把握と意思決定

高齢労働者対策は、企業内データ（OSHAログ、休業情報、ヒヤリ・ハット、配置転換、欠勤、健康診断や保健指導の集計など）と公的統計（CFOI/SOII、CPS等）を接続し、「年齢別に何が増えているか」を特定することである。致死災害率が65歳以上で顕著に高いというデータを踏まえ、自社の作業・職種・災害類型の寄与を分解することが有効である。

6.2.5.2. 転倒・骨折を軸とした安全衛生対策（環境・作業・教育）

Centers for Disease Control and Prevention (2011)は、高齢労働者で転倒（同一面）や骨折、股関節損傷が相対的に高いことを示し、床面の清掃・乾燥・照度・つまずき要因除去等の具体策を提案している。したがって、産業保健職は、「転倒ハザードの体系的評価（歩行動線、段差、床材、気象要因、靴、荷物運搬、夜勤照度等）」と「工学的対策（滑り抵抗、手すり、レイアウト、清掃手順）」の優先度を高く設計することにより、年齢に依存しないユニバーサルな安全設計として実装することが必要である。

6.2.5.3. 作業能力と慢性疾患を踏まえた職務再設計（エルゴノミクスと負荷管理）

65歳以上では、慢性疾患を抱える者が多いため、「治療と仕事の両立」が可能な設計が必要である（Watson et al., 2025）。

産業保健職は、エルゴノミクスに基づく重量物取扱いの低減、反復作業の分散、姿勢負担の軽減、休憩設計、交代制の負荷評価などを、年齢別の「回復時間の長さ」を織り込んで最適化する。統計が示す高齢労働者の休業日数の中央値の増加は、同一の負傷でも生産損失と生活影響が大きくなり得ることを意味し、予防投資の費用対効果を強く支持する根拠となる。

6.2.5.4. 合理的配慮（ADA）と年齢差別回避（ADEA）の実務化

高齢労働者支援は「保護」ではなく「権利と安全」の両立として設計すべきであ

り、ADEA と ADA の規定に目を向ける必要がある。

産業保健職は、人事・法務と連携し、(a) 職務の本質的機能の明確化、(b) 医学的情報の適正取扱い、(c) インタラクティブ・プロセス（対話）を通じた配慮案の立案（例：補助具、作業方法変更、勤務時間調整、配置転換、在宅勤務等）、(d) undue hardship 評価の記録化、を標準手順として整備する役割を担う。

6.2.5.5. 休業・復職・補償の統合運用（FMLA／労災補償）

産業保健職は、休業の法的枠組み（FMLA）と、労災補償の実務（州制度・保険者対応）を統合し、「早期介入・適切な治療誘導・段階的復職・再発防止」を一連のプロセスとして設計することが要諦である。

6.2.5.6. Total Worker Health による統合プログラム化

Total Worker Health は、安全衛生ハザードからの保護と健康増進・疾病予防を統合する枠組みである。高齢労働者対策では、転倒・過負荷などの作業起因リスク低減（安全衛生）と、慢性疾患管理・睡眠・運動・栄養・メンタルヘルス等（健康施策）を、職務設計・勤務制度・管理職教育・職場文化に埋め込む形で統合することが、施策の持続性と公平性を高める。

6.2.6. まとめ

アメリカの高齢労働者をめぐるデータは、BLS の労働力統計、CFOI（死亡災害）、SOII（非致死傷病）を軸に、CDC 系の健康統計や州ベースの労災補償統計が補完する形で構成されている。近年、65 歳以上の就労参加は一定程度増加し、死亡災害では高齢層の致死率が高いことが示される。非致死では、発生率が低くても休業が長期化し、転倒や骨折等が目立つという「重篤度」の問題が前景化する。さらに慢性疾患の多疾患併存は、治療と就労の調整を常態化させる。

制度的には、OSHA 法、ADEA、ADA、FMLA、そして州の労災補償が重層的に並立するため、産業保健職は、この制度の分節を現場で統合し、データに基づくリスク把握、交通要因・転倒・筋骨格負荷などのハザードコントロール、合理的配慮の手続化、休業・復職支援の接続、そして年齢差別を生まない文化形成を一体として実装する役割を果たすことが期待される。高齢労働者対策は、個人の年齢に介入することではなく、職場の設計を「誰にとっても安全で持続可能」に再設計する産業保健の本務である。

参考文献：

- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2023). *Employment Projections-2022-2032* (USDL-23-1941). U.S. Department of Labor. https://www.bls.gov/news.release/archives/ecopro_09062023.pdf
- Petery, G. A., Grosch, J. W., & Chosewood, L. C. (2023). *Clearing Up Myths About Older Workers While Understanding and Supporting an Aging Workforce | Blogs | CDC.* https://blogs.cdc.gov/niosh-

science-blog/2023/09/25/older-workers/

- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *Aging Workers Data and Statistics*. Aging. https://www.cdc.gov/niosh/aging/data-research/index.html
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024). *Census of Fatal Occupational Injuries Summary, 2023* (USDL-24-2564). https://www.bls.gov/news.release/pdf/cfoi.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Nonfatal occupational injuries and illnesses among older workers—United States, 2009. *MMWR, 60*(16). https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6016.pdf
- Watson, K. B., Wiltz, J. L., Nhim, K., Kaufmann, R. B., Thomas, C. W., & Greenlund, K. J. (2025). Trends in Multiple Chronic Conditions Among US Adults, By Life Stage, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013-2023. *Preventing Chronic Disease, 22*, 240539. https://doi.org/10.5888/pcd22.240539
- National Academy of Social Insurance. (2024). *Workers' compensation benefits, costs, and coverage: 2021 data*. National Academy of Social Insurance. https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2024/02/2024-WC-Report-2021-Data-Final.pdf

6.3. 女性特有の健康課題への職場対応

6.3.1. 問題の位置づけ

アメリカにおける女性特有の健康課題（月経関連症状、更年期〔周閉経期を含む〕症状、子宮内膜症等の慢性婦人科疾患、妊娠・産後・授乳期の健康課題）への職場対応は、個人の体調管理に留まらず、「差別禁止」「合理的配慮」「休業・就業継続」「安全衛生（曝露管理）」を同時に扱う統合課題である。アメリカの場合、合理的配慮を軸に“職務上の制限（limitations）”へ翻訳して運用する法制度があるため、症状の波やプライバシー配慮が要る女性特有課題と親和性が高いものの、制度運用が不十分だと管理者裁量やスティグマにより支援が届かないという構造的な問題が生じやすいと解されている（Delamater & Roux, 2024）。

産業保健職の役割は、(1) 医学的事実を最小限の機能情報として整理し、(2) 法令・社内手続に沿う合理的配慮案（休憩、温熱環境、勤務形態、職務再設計、休業等）を提示し、(3) 妊娠・授乳を含む生殖健康リスクに対して曝露評価と低減策を設計し、(4) 人事・現場管理者・労働者をつなぐ運用ガバナンスを構築する“制度実装者”となる点にある

(National Institute for Occupational Safety and Health, 2024b)。

6.3.2. データと現状

6.3.2.1.月経関連症状と就業への影響

米国の就業女性を対象とする研究では、月経周期に関連する症状が労働生産性の自己評価に影響し、特に出血期や出血前の時期に生産性がよりネガティブに評価されやすいことが示されている。372 名の就業女性（米国）を対象とした Raves et al. (2025)による横断研究は、月経関連症状が周期の各相で観察され、自己申告症状が生産性認知と独立性に関連すると指摘している。

一方で、雇用主が提供する月経健康プログラムや支援資源は十分ではないという問題意識が研究・政策文書の双方で共有されている。Delamater & Roux (2024) のブリーフも、月経と更年期が職場でタブー視されやすく、支援や柔軟性の周知不足が相談抑制につながると整理している。

6.3.2.2.更年期（周閉経期を含む）と就業影響

Faubion et al. (2023) の研究は、更年期症状が就業アウトカム（欠勤・生産性低下・職務上の不利益）に結び付く可能性を示し、職場環境の支援性向上の必要性を示唆している。

6.3.2.3.婦人科疾患（例：子宮内膜症）

子宮内膜症は慢性疼痛、疲労、メンタルヘルスへの影響等を通じて就業継続に関わり得る疾患であり、生活の質に影響を及ぼすと考えられているが、産業保健の観点では、単発の体調不良としてではなく、反復・慢性の機能制限として把握し、職務設計と配慮を反復的に見直す枠組みが重要となる(U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2002)。

6.3.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国の女性特有課題への職場対応は、①合理的配慮、②差別禁止、③休暇、④授乳、⑤安全衛生の重層で構成される。

6.3.3.1.妊娠・出産に関する合理的配慮

PWFA は、妊娠・出産・関連する医学的状態に起因する「既知の制限」に対し、雇用者に合理的配慮を求める枠組みである。EEOC による行政規則は、2024 年 6 月 18 日に施行されている。

ただし PWFA をめぐっては、中絶についても合理的配慮の対象となると行政規則に規定されたこと（29 C.F.R. § 1636(b)）をめぐって裁判が提起され、Louisiana v. EEOC（784 F.Supp 3d 886 (2025)）において、連邦裁判所は、EEOC が雇用主に対して中絶配慮義務を定めたことは PWFA により EEOC に対して与えられた権限を越えるとして同規定を無効とすると判示した。この裁判例により、PWFA 自体が無効とされたわけではないが、産業保健職による制度の実装に当たっては、最新の司法判断を前提に運用設計を更新していく必要がある。

6.3.3.2.3-2. 障害としての配慮

月経や更年期そのものが常に ADA 上の「障害」に該当するわけではないが、症状や合併症の態様により職務上の制限が生じる場合、ADA の合理的配慮プロセスで取り扱われる可能性が生じる。EEOC の執行ガイダンスは、休業、短時間

勤務、職務再設計、方針修正、配置転換等を合理的配慮の典型として整理している。

産業保健職は、診断名の過剰な開示を避けつつ、就業上必要な機能情報（できること・できないこと、頻度、期間、再評価時期）を整理し、法的判断と現場運用を両立させる役割を担う。

6.3.3.3.休暇

FMLA は、一定の要件を満たす労働者に年 12 週の無給・雇用保護休業と、休業中の団体健康保険維持を与える。

有給の家族・医療休業（PFML）は州ごとに給付水準・対象・開始時期が異なっている。2025 年時点の州の PFML 進捗をまとめた政策ブリーフも存在する（Prenatal-to-3 Policy Impact Center, 2025）。

6.3.3.4.授乳（搾乳）

FLSA 内に規定された PUMP Act の下で、多くの授乳中労働者は、出産後 1 年まで、必要に応じた合理的な搾乳休憩時間と、浴室以外の遮蔽された場所の提供を受ける権利を有し（U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division, 2025）、また PWFA により、授乳に関して雇用主に合理的配慮を求める権利を有する（U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2024b）。

この領域は設備（場所）と運用（休憩・代替要員）の両方が必要であり、産業保健職が衛生・動線・工程制約を踏まえた実装設計に関与する余地が大きい。

6.3.3.5.安全衛生：生殖関連リスクの曝露管理

OSHA は生殖有害要因（reproductive hazards）として、鉛、放射線、特定のウイルス等を例示し、不妊、流産、先天異常、発達障害等の健康影響を整理している。

NIOSH は、職場曝露・作業条件が性・生殖健康に影響し得ること、そして雇用者・労働者が曝露低減のために参照できる情報を提供している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2024）。

6.3.4. 実施主体とステークホルダーの役割

- **雇用者（経営）**：配慮・休業・福利厚生・EHS 体制への投資、管理者責任、リスクマネジメントを担う。PWFA/ADA/FLSA 等へのコンプライアンスは経営責任である。
- **人事・法務（HR/Legal）**：申請受付、適用法令の特定（PWFA/ADA/FMLA/州 PFML 等）、対話プロセス、記録管理、差別・報復防止を担う。
- **産業保健職（OH/EHS）**：
  1. 個別ケースの機能評価と、必要最小限の医療情報で成立する配慮要件の整理（ADA/PWFA 実装の技術）。
  2. 妊娠・授乳期を含む生殖健康リスクの曝露評価、工程・環境の改善提案（OSHA/NIOSH の知見の現場適用）。
  3. スティグマ低減の教育、相談導線（EAP/医療受診）設計、プライバシー確保の運用監査。
- **現場管理者**：日々の運用（シフト、休憩、職務配分、ハラスメント予

防）の実行主体であり、制度の実効性と公平性は管理者行動に依存する。

- **行政機関（EEOC/DOL/OSHA）**：規則・ガイダンス・執行を通じて最低基準と解釈を与える。

6.3.5. 具体的な方策（産業保健職の役割を中心に）

6.3.5.1. 合理的配慮プロセスを「機能情報」中心に標準化する

産業保健職は、診断名の収集を最小化しつつ、(a) 症状による制限（例：長時間立位不可、頻回トイレ、温度調整、集中困難、睡眠障害等）、(b) 必要な調整（休憩、時短、在宅、軽作業、空調、ユニフォーム選択等)、(c) 期間・再評価、をテンプレート化する。これは EEOC が示す合理的配慮類型（休業、短時間、職務再設計等）に沿い、運用のばらつきを抑制する。

6.3.5.2. 月経・更年期は「開示不要でも使える」低コストの環境を整備

Delamater & Roux (2024)は、柔軟な勤務、休憩、トイレアクセス、温熱環境・換気、制服や服装の配慮、月経用品の提供等を含む実践例を示している。

産業保健職は、スティグマと申告障壁を下げるために、“特別扱い”ではなく、快適性・安全性・衛生の改善として EHS 施策に位置付け、全員が利用できる設計にすることが必要である。

6.3.5.3. 月経症状の生産性影響を「健康投資」の論点に翻訳する

Raves et al. (2025) の研究は、周期相により生産性認知が変動し、自己申告症状が生産性と関連することを示している。

産業保健職は、欠勤や出勤しているが能率が低下している状態（Presenteeism）、離職リスクを指標化し、柔軟勤務や休憩、症状教育、受診勧奨を「生産性・定着・安全」の重要業績評価指標(Key Performance Index, KPI)で評価する枠組みを設計すべきである。

6.3.5.4. 更年期対応： “症状の波”を前提に、勤務形態・環境・休業の組合せで支える

更年期症状が就業アウトカムに影響し得ることを踏まえ、温熱環境調整、休憩、シフト柔軟化、在宅・ハイブリッド、短時間勤務、必要時の休暇（FMLA や企業制度）を組み合わせる設計が合理的である。

産業保健職は、症状の自己管理支援（睡眠、ストレス、受診導線）と、職務上のリスク（安全クリティカル作業等）を同時に評価し、就業可否判断と配慮条件を更新する運用を担う。

6.3.5.5. 妊娠・産後・授乳は「配慮(PWFA)＋曝露管理（OSHA/NIOSH）＋設備（FLSA）」の三点セットで実装する

- **PWFA**：妊娠等に伴う既知の制限に合理的配慮を付与する枠組み。
- **OSHA/NIOSH**：生殖有害要因の認識と曝露低減の考え方を参照し、作業転換・工学的対策・保護具・作業時間調整等を優先順位付けする。
- **FLSA（搾乳）**：場所（浴室以外・遮蔽）と時間（合理的休憩）を具体要件として整備する。

産業保健職は、個人の制限情報（PWFA/ADA）と、工程・環境のリスク（OSHA/NIOSH）と、施設・運用要件（FLSA）を同一のケースマネジメントに統合し、「現場が回る手順書」まで落とし込むことが要諦である。

6.3.5.6. 州 PFML 等の外部制度を“就業継続の設計図”に組み込む

休業・時短・復職を設計する際、FMLA（無給）に加え、州 PFML（有給）の適用可能性を早期に確認し、経済的障壁を下げることが支援の実効性を高める。

産業保健職は、人事と連携し、対象州の制度差を踏まえた「標準フロー＋州別分岐」を整備し、従業員が迷わず申請できる状態を作るべきである。

6.3.6. まとめ

米国の女性特有健康課題への職場対応は、合理的配慮（PWFA/ADA）、休業（FMLA＋州 PFML）、授乳の時間・場所（FLSA）、安全衛生（OSHA/NIOSH）という複数制度の接合面に成立する。

月経・更年期はスティグマと症状の波が本質であるため、開示の有無に左右されない環境整備と、必要時に合理的配慮・休業へ接続できる標準手続の両輪が必要である。

この統合を担えるのが産業保健職であり、機能情報に基づく配慮設計、曝露管理、設備要件の実装、指標設計による運用の公平性確保を通じて、就業継続と安全配慮を同時に達成することが可能となる。

参考文献：

- Delamater, E., Roux, M. (2024). *Let’s talk about it: Menstruation and menopause at work*. U.S. Department of Labor, Women’s Bureau. https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/OPA/MenstruationAndMenopauseAtWork.pdf
- Faubion, S. S., Enders, F., Hedges, M. S., Chaudhry, R., Kling, J. M., Shufelt, C. L., Saadedine, M., Mara, K., Griffin, J. M., & Kapoor, E. (2023). Impact of menopause symptoms on women in the workplace. *Mayo Clinic Proceedings*, *98*(6), 833-845. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2023.02.025
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *About Reproductive Health in the Workplace*. https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/about/index.html
- Prenatal-to-3 Policy Impact Center. (2025). *State policy progress on paid family and medical leave in 2025*. Prenatal-to-3 Policy Impact Center. https://pn3policy.org/wp-content/uploads/2025/10/2025-State-Progress-on-PFML_PN3Policy.pdf
- Raves, D. M., Herrera, W. D., Darnell, M. E., Rice, T.,

Friedman, C., Moratti, S. C., Sims, S. T., Sihanath, W. B., Ehrhardt, S. N., & Phillips, A. (2025). A Survey Assessing the Impact of Symptoms Related to the Menstrual Cycle and Perceptions of Workplace Productivity: Considerations for Employer-Sponsored Menstrual Health Programs. *BMC Women's Health*. https://doi.org/10.1186/s12905-025-03833-w

- U.S. Department of Labor. (n.d.). *Family and Medical Leave (FMLA)*. https://www.dol.gov/general/topic/benefits-leave/fmla
- U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2025). *Fact Sheet #73: FLSA protections for employees to pump breast milk at work*. https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/73-flsa-break-time-nursing-mothers
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2002). *Enforcement Guidance on Reasonable Accommodation and Undue Hardship under the ADA*. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. https://www.eeoc.gov/laws/guidance/enforcement-guidance-reasonable-accommodation-and-undue-hardship-under-ada
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2024a). *Summary of key provisions of EEOC's final rule to implement the Pregnant Workers Fairness Act (PWFA)*. https://www.eeoc.gov/summary-key-provisions-eeocs-final-rule-implement-pregnant-workers-fairness-act-pwfa
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2024b). *Time and Place to Pump at Work: Your Rights*. https://www.eeoc.gov/sites/default/files/2024-09/EEOC%20WHD%20PUMP_508%20Final.pdf

6.4. フリーランス・ギグワーカーの健康問題

6.4.1. 問題の位置づけ

アメリカのフリーランス・ギグワーカー（プラットフォームを介した配車・配送、オンライン受託、単発請負等）は、雇用の柔軟性と引き換えに、労働安全衛生・社会保険・労働法上の保護が「雇用主-被用者」関係を前提として設計されていることによる制度的空白に置かれやすい集団である。非標準就労・請負的就労が拡大する中で、職場安全、賃金、給付アクセス等に影響が生じうることは、GAO も政策課題として整理している（U.S. Government Accountability Office, (2022)。

この構造は産業保健職の介入を難し

くする。ギグ就労では、プラットフォーム、委託元（店舗・荷主）、地域行政、保険者、本人が分散して関与し、「誰が一次予防（危険源除去・低減）を担うのか」が曖昧になりやすい。よって本問題は、個別の疾病・外傷の多寡だけでなく、責任と介入点を再設計する産業保健上の課題である。

6.4.2. データと現状

6.4.2.1.規模把握の難しさと就労形態

BLS の「一時的および代替的な雇用形態（Contingent and Alternative Employment Arrangements」調査は、独立請負者（independent contractors）等の代替的就労形態を統計的に提示するが、デジタルプラットフォーム就労に関する追加推計は含まれていないため、ギグワークは、独立請負という法的カテゴリーと重なりつつも、統計上は完全には一致していないことを示している(U.S. Bureau of Labor Statistics, 2024)。

6.4.2.2.給付・医療アクセスの構造

代替的就労形態は雇用主提供給付に接続しにくい傾向があり、医療保障は個人加入や公的医療（所得要件）へ分散しやすくなっている。BLS の公表体系は、こうした「雇用に紐づく給付」からの距離を把握する基礎資料となる。

6.4.2.3.外傷・暴力・交通リスクの顕在化

ギグの健康問題は、腰痛など慢性負荷だけでなく、路上労働由来の急性リスクが前面化しやすい。ニューヨーク市のデリバリー・ギグワーカーに関する研究では、就労中の負傷や暴行被害が一定頻度で報告され、二輪利用でリスクが高い傾向が示されている(Laskaris et al., 2024)。

配車（ライドシェア）でも交通事故は主要リスクであり、米国のライドシェア運転者を対象とした研究が、就労中クラッシュの頻度と関連因子（疲労、携帯電話使用等）を報告している(Shannon et al., 2024)。

6.4.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.4.3.1.OSH 法適用の限界

米国の労働安全衛生制度は雇用関係を前提とする面が強い。OSH 法の行政規則上、自営（self-employed）は OSH 法および当該規則の対象外であることが明示されている（29 C.F.R. §1904.31(a)）。したがって、純粋な独立請負として扱われるギグワーカーは、少なくとも OSH 法の記録制度を通じた改善サイクルから外れやすい。

6.4.3.2.労働者性と保護の分岐

労働者性の判断は、FLSA に規定される最低賃金・残業等を含む保護の適用範囲を左右する。DOL は 2024 年 3 月に、FLSA 被用者と独立事業者の判断のための行政規則を施行し、総合考慮（totality of the circumstances）に基づく分析枠組みを示している（29 C.F.R. §§795.100-795.115）。これは、ギグワーカーが「独立請負」とされる設計に対し、法解釈上の緊張関係を生み得る一方、実務では州法・分野別法（失業保険、労災補償等）で判断枠組みが異なるため、保護の断片化を直ちに解消する制度ではない。

6.4.3.3.州レベルの対応補完:カリフォルニア州

カリフォルニア州のプロポジション22は、アプリベース運転者を独立請負として位置づけながら、一定条件下での医療保険費用補助等を組み込む制度である(California Secretary of State, 2020)。これは「労働者性を変更せずに給付を付す」設計として注目されるが、適用条件（稼働時間の定義等）と給付の限定性により、産業保健の中核である一次予防（危険源除去・低減）や、包括的補償（休業・後遺障害・職業リハビリテーション等）を制度的に完結させる枠組みではない。

6.4.3.4.ポータブル・ベネフィット

ギグワーカーの保護を「雇用」ではなく「就労」へ紐づけ直す議論として、ポータブル・ベネフィットがある。NCSLは、労災、失業、退職、休暇、医療保険等をどのように組み合わせ、誰が拠出し、誰が運用するかという制度設計論点を整理している(National Conference of State Legislatures, 2022)。

6.4.4. 実施主体とステークホルダーの役割（産業保健職を中心に）

ギグワーカーの健康問題は、単一事業場モデルではなく、多主体連携モデルとして設計する必要がある。

6.4.4.1.連邦機関

- OSHAは雇用関係が明確な領域で規制・指針・記録制度を運用するが、自営は制度対象外となりやすい。
- NIOSHは「未来の働き方（Future of Work）」として、変化する働き方に対応した研究・実装・パートナーシップを掲げている。
- DOLは労働者性の解釈枠組みを通じて、保護の入口を左右する。

6.4.4.2.州・地方自治体

都市部では配送労働の賃金・透明性・安全をめぐり条例整備が進む。ニューヨーク市議会は、契約型デリバリー労働者の賃金・労働条件に関する立法の経緯と拡充を公表しており(New York City Council, 2025)、ローカル政府が「分散就労の保護主体」になり得ることを示す。

6.4.4.3.プラットフォーム企業（配車・配送アプリ）

プラットフォームは形式上の雇用主でない場合でも、アルゴリズム（配車配分・評価・報酬・稼働誘因）とUI設計を通じて、速度超過や疲労、危険地域への曝露といったリスクを実質的に形成する「作業設計者」である。よって産業保健職が最も介入しやすい実装点（設計要件化、データ収集、教育、装備支援、事故後ケア）がここに存在する。

6.4.4.4.委託元（店舗・荷主・顧客側事業者）

ピックアップ動線、待機環境、荷扱い、治安・暴力リスク等の現場要因を作る主体であり、プラットフォーム任せにせず安全要件を契約・運用に織り込む必要がある。

6.4.4.5.労働者団体・支援組織・競争法当局

独立請負者の組織化は競争法上の懸念と隣接するが、FTCは独立請負者（ギグワーカーを含む）の組織化・交渉活動が反トラスト責任から保護され得ると

の政策声明を公表している(Federal Trade Commission, 2025)。

6.4.4.6.産業保健職の中核的役割

産業保健職は、(i) 分散したリスクの同定と指標化、(ii) 一次予防をプロダクト・運用へ埋め込む設計（Safety by Design）、(iii) 事故・暴力後のケアと就労継続支援、(iv) 政策・制度設計への技術助言（portable benefits、報告義務、最低安全要件）、を担う統合者である。NIOSHが掲げる“Future of Work”の文脈は、この職能拡張を正当化する根拠となる。

6.4.5. 具体的な方策(産業保健職が主導・支援し得る実装)

6.4.5.1.データ基盤（災害・暴力・疲労・ヒヤリ・ハットの「見える化」）

- **統一報告スキーム**：アプリ内に事故・負傷・暴力・危険事象の報告導線を実装し、地域・時間帯・案件属性・報酬設計との関連を解析する。自営がOSH法上の記録制度から外れやすいことを踏まえ、プラットフォーム内で代替的な記録・是正サイクルを作る必要がある。
- **評価・報酬設計の健康影響評価**：時間圧を強めるインセンティブがリスクを誘発する場合、報酬・評価・配分ロジックを「安全衛生の管理的対策」として再設計する。

6.4.5.2.交通安全・疲労対策（配車・配送）

- **疲労リスク管理**：就労中クラッシュ研究が示す疲労・携帯端末利用等の関連を踏まえ、連続稼働検知、休憩促進、夜間・長時間稼働の抑制、ナビ・通知の安全設計を組み合わせる(Shannon et al., 2024)。
- **二輪配送のPPE・車両安全**：ヘルメット、反射材、ライト、防寒雨具、車両点検の標準を定め、コスト負担の明確化と供給支援を行う。

6.4.5.3.暴力・ハラスメント対策

- **高リスク地点・時間帯対策**：危険地域回避、緊急通報、加害顧客・危険店舗への対応（利用停止・再発防止）をルール化する。
- **事故・暴力後の心理支援**：オンライン EAP、短期カウンセリング、PTSD リスク評価、再就労支援をパッケージ化する。

6.4.5.4.医療・給付アクセスの支援（制度接続と携行型給付）

- **プロポジション22型給付の実務運用支援**：カリフォルニアでは健康保険補助（stipend）制度が存在するため、加入証明・申請・支給の手続きを産業保健職が「制度ナビゲーション」として支援することが可能となる(Covered California, 2025)。
- **ポータブル・ベネフィット設計への技術仕様提示**：NCSLが整理する論点（労災、失業、退職、休暇、医療等）に沿い、事故時の医療費・休業・後遺障害・復職支援までのギャップ分析を行い、制

度・保険商品に必要要件を提示する。

6.4.5.5. 規制・政策への実装可能な提案（技術助言）

- **労働者性ルール変更の健康影響評価**：DOL 2024 最終規則が示す判断枠組みの変更は、給付や安全衛生の適用範囲に波及し得るため、産業保健職は健康影響評価（HIA）や規制影響評価（RIA）の材料を政策担当に提供する。
- **ローカル規制との連動**：ニューヨーク市のようにローカル政府が賃金・透明性・安全を拡張する動きがあるため、自治体の監督・データ提出・安全基準と、プラットフォームの実装（報告・教育・装備）を整合させる。

6.4.6. まとめ

米国のフリーランス・ギグワーカーの健康問題は、交通外傷・暴力・疲労・慢性負荷といった具体的健康リスクに加え、雇用関係を前提とする安全衛生・給付制度から外れやすいという制度的脆弱性に本質がある。OSHA の記録規則が自営を対象外とする点は、この空白を端的に示す。

一方で、DOL の労働者性判断枠組みや、州の限定給付モデル、地方自治体の賃金・安全規制など、保護の再編は複線的に進むため、こうした状況下で産業保健職が果たすべき役割は、分散した責任とデータを統合し、一次予防をアプリ設計・運用・契約・制度へ「要件」として埋め込み、事故後ケアと給付接続までを含む実装パッケージを構築することに帰着する。

参考文献：

- California Secretary of State. (2020). *Proposition 22: Protect App-Based Drivers and Services Act*. https://vig.cdn.sos.ca.gov/2020/general/pdf/topl-prop22.pdf
- Covered California. (2025). *App-Based Drivers (Proposition 22): Health Insurance for Enrollers—Quick Guide*. https://hbex.coveredca.com/toolkit/pdfs/App-based_Driver_Stipend_Quick_Guide_for_Enrollers.pdf
- Federal Trade Commission. (2025). *FTC Issues Policy Statement Clarifying That Independent Contractors, Including Gig Workers, Organizing Activities Are Shielded from Antitrust Liability*. https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2025/01/ftc-issues-policy-statement-clarifying-independent-contractors-gig-workers-organizing-activities-are
- Laskaris, Z., Hussein, M., Stimpson, J. P., Vignola, E. F., Shahn, Z., Cohen, N., & Baron, S. (2024). A Price Too High: Injury and Assault Among

Delivery Gig Workers in New York City. *Journal of Urban Health*, *101*, 439-450. https://doi.org/10.1007/s11524-024-00873-9

- National Conference of State Legislatures. (2022). *Portable Benefits for Gig Workers*. https://www.ncsl.org/labor-and-employment/portable-benefits-for-gig-workers
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *The NIOSH Future of Work Initiative*. https://www.cdc.gov/niosh/future-of-work/about/index.html
- New York City Council. (2025). *NYC Council Votes on Wage and Workplace Protections for Delivery Workers as Another Step towards Improving a Sustainable Delivery Sector*. https://council.nyc.gov/press/2025/07/14/2923/
- Shannon, B., Lee S. Friedman, Andrew Hellinger, Kristen Almberg, & Johnathon Ehsani. (2024). Work-Related Crashes in Rideshare Drivers in the United States. *Journal of Safety Research*. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2024.01.005
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024). *Contingent and Alternative Employment Arrangements-July 2023*. https://www.bls.gov/news.release/conemp.htm
- U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2024). *Employee or Independent Contractor Classification Under the Fair Labor Standards Act: Final Rule*. https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/10/2024-00067/employee-or-independent-contractor-classification-under-the-fair-labor-standards-act
- U.S. Government Accountability Office. (2022). *Nonstandard and Contracted Work Arrangements: Data from the 2020 Annual Business Survey and Analysis of 2021 10-K Filings* (No. GAO-23-106212). U.S. Government Accountability Office. https://www.gao.gov/products/gao-23-106212

6.5. テレワーク拡大と健康問題への対応

6.5.1. 問題の位置づけ

アメリカにおけるテレワーク（在宅勤務／遠隔勤務）は、COVID-19 の流行を契機として急速に拡大し、現在は、恒常的な働き方の再設計として、フル出社、フルリモート、ハイブリッドが併存する形で定着段階に入っている。テレワークは

通勤時間の削減や自律性の向上などの便益をもたらす一方、就業場所が事業場外へ分散することにより、従来の産業保健・安全衛生マネジメントが前提としてきた「場の管理（作業環境管理・作業管理・健康管理の統合）」が弱体化しやすい。結果として、筋骨格系負担（不良姿勢・VDT 負担）、身体活動量低下、長時間労働・境界侵食（常時接続）、孤立・心理社会的ストレス、家庭内の安全リスク（転倒・感電等）といった健康問題が複合的に顕在化する。

この局面で産業保健職の役割は、①「分散した就業場所でも機能する健康リスク管理」へ制度・運用を再設計し、②職務・個人・家庭状況の多様性を踏まえた合理的配慮と公平性を確保し、③法令遵守（賃金時間、差別禁止、労災、記録・報告等）と健康配慮を整合させる統合調整（ガバナンス）にある。

6.5.2. データと現状

BLS の CPS 追加設問によれば、2024 年第 1 四半期に「調査週に在宅で有償就労した者」は 3,545 万人で、就業して実際に働いた者の 22.9%を占め、前年同期（19.6%）から上昇している。性別では女性が男性より高く、年齢・人種、障害の有無、学歴等でも差が観察され、テレワークが可能な職務にアクセスできる層に偏りやすいことが示唆される（Borkowski & Kaynas, 2025）。

また、複数統計を概念調整して推計した研究では、2025 年時点で 20〜64 歳の「有償労働日」の約 4 分の 1 が在宅就労日であるという推計が示されている。家庭内に 8 歳未満の子がいる場合は在宅比率が高く、男女差も残るとされる（Buckman et al., 2025）。

健康影響に関しては、在宅勤務が精神的健康・身体的健康の双方に影響し得るが、職務裁量、社会的支援、家族責任、住環境、勤務時間設計等によりさまざまであり、増悪・改善の両方向が生じ得ることが、レビュー研究で指摘されている（Oakman et al., 2020）。

6.5.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国のテレワークと健康問題への対処も、これまで見てきた課題と同様に、①安全衛生（OSHA 関連）、②賃金・労働時間（FLSA 等）、③差別禁止と合理的配慮（ADA 等）、④労災補償（州法中心）などの複合的な要素を踏まえた制度設計が必要となるが、テレワークに関しては、2010 年に連邦政府雇用におけるテレワーク拡大法（Telework Enhancement Act of 2010）が制定されていることにも留意が必要である。

6.5.3.1. 安全衛生

OSHA は在宅就業を含む「ホームベースド・ワークサイト」に関するコンプライアンス方針を示し、典型的なホームオフィスについては、原則として事業者に自宅点検を求めない運用を明確にしている（Occupational Safety and Health Administration, 2000）。

このため、テレワークに関する健康課題の解決には行政検査による現場是正よりも、事業者の自律的なリスクアセスメントと教育・支援・モニタリングによって達成させる可能性が高い。産業保健職は、この自律的枠組みを実装する中核

となる。

6.5.3.2.差別禁止・合理的配慮

EEOC のガイダンスが、在宅勤務（テレワーク）が障害を有する労働者への合理的配慮となり得ること、個別事情に即した対話と、職務の本質的機能・過度の困難（undue hardship）等の評価が重要であることを示している（U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2003）。

この領域では産業保健職が、医学的妥当性と職務要件、業務設計、メンタルヘルス配慮を橋渡しし、法務・人事と共同して「健康配慮と公平性の両立」を図ることが要請される。

6.5.4. 実施主体とステークホルダーの役割

テレワークの健康対策は、事業者単独では完結しない。主な役割分担は以下のとおりである。

- **経営（使用者）**：テレワークを「福利厚生」ではなく「就業形態としてのリスク管理対象」と位置づけ、方針・投資（機器、EAP、教育、データ基盤）・説明責任を確立する。
- **管理職**：成果管理と健康配慮の両立（過重労働の早期検知、孤立の把握、コミュニケーション設計、差別・ハラスメント防止）を日常運用として担う。
- **人事（HR）**：制度設計（適用範囲、勤務時間ルール、評価、出社基準）、合理的配慮プロセス、懲戒・労務対応を整備する。
- **法務・コンプライアンス**：州別の労災・労務規制、プライバシー、監視ツールの適法性、記録・報告の整合を担保する。
- **IT・情報セキュリティ**：安全な接続、端末管理、業務ツールの標準化、デジタル疲労を考慮したツール運用を支える。
- **産業保健職（中核）**：健康リスクの特定・評価、介入設計、教育、相談対応、健康データのレビューと改善提案を通じ、上記部門を横断統合する。NIOSH の Total Worker Health（TWH）が示すように、安全と健康増進を統合した「健康的な働き方のデザイン」へ接続する役割も担う。
- **外部主体**：労災保険者、医療提供者、EAP ベンダー、規制当局、労働組合等が、補償・支援・交渉・基準形成を通じて影響する。

6.5.5. 具体的な方策

産業保健職が主導・関与すべき方策は、個別の健康指導にとどまらず、「制度・職務設計」と「個別支援」を重ね合わせることが要点である。

6.5.5.1.ガバナンスとリスクアセスメントの再設計

- **対象定義の明確化**：テレワーク（恒常在宅／ハイブリッド／出張型等）を類型化し、健康リスクと管理手段（教育、機器、点検、相談）のセットを定義する。
- **在宅作業環境の把握**：自己申告チェックリスト、写真・ビデオによるバーチャル評価、機器支給

とセットの安全教育を標準化する。OSHA が自宅点検を事業者に期待しない運用である以上、産業保健職が「現場代替となる評価スキーム」を設計する意義は大きい。

- **データ駆動の改善**：欠勤・離職、EAP 利用、ストレスサーベイ、労働時間ログ、筋骨格症状の簡易尺度等を統合し、ハイリスク部門・職務を抽出する（プライバシーと目的外利用防止を前提とする）。

6.5.5.2. エルゴノミクス／VDT・筋骨格系対策

- **最小要件の提示**：椅子・机・モニター高さ、外付けキーボード・マウス、照明、視距離等の最低基準を策定し、補助金・機器貸与で実装する。
- **短時間介入の定着**：マイクロブレイク、ストレッチ、会議の 50 分化、立位・歩行の組込み等を「業務標準」として設計する。
- **症状の早期介入**：肩こり・腰痛・手首痛・眼精疲労の自己報告ルートを整備し、作業姿勢修正と医療連携（必要時）を迅速化する。テレワークの文脈においては、筋骨格系に関する問題の増加が指摘されている（Fadel et al., 2023）。

6.5.5.3. 心理社会的リスク／メンタルヘルス

- **「個人のレジリエンス」偏重の回避**：燃え尽きやストレスは、業務設計や組織慣行の影響が大きいため、管理職教育においては、期待値調整、1 対 1 の会話、孤立兆候の把握、ハラスメント防止などを重視し、問題に対して組織的に対策していくことが重要である。
- **境界管理（過重労働対策）**：コアタイム、連絡手段の優先順位、夜間・休日の連絡原則、会議時間上限等を制度化し、勤務実態の逸脱を是正する。
- **社会的つながりの設計**：オンボーディング、チーム儀礼、対面機会の目的化（「意味のある出社」）を通じ、孤立と帰属感低下を予防する。

6.5.5.4. 合理的配慮と公平性の実装

- **配慮プロセスの標準化**：障害、慢性疾患、妊娠・授乳、介護・育児等にの問題に関しては、申請→医学的情報の評価→職務の本質的機能検討→代替案提示→実装→見直し、の流れを明文化する。
- **「テレワーク可否」の一律運用を避ける**：職務要件・安全・生産性・健康配慮を個別に評価し、説明可能性を確保する。

6.5.6. まとめ

米国のテレワーク拡大は、就業者の相当割合に定着しており、テレワークの健康課題は一過性ではなく「働き方の構造課題」である。BLS の統計が示すように普及は進む一方で、誰がテレワークできるかには明確な偏りがあり、健康リスクも職務・家庭環境・支援資源により分化

する。

この状況下で産業保健職の中核的価値は、①分散就業でも機能するリスクアセスメントと介入の仕組み化、②法令遵守（OSHA、ADA、賃金時間、労災等）と健康配慮の統合、③エルゴノミクスと心理社会的リスクを同列に扱う健康的職務設計（Total Worker Health 的発想）の実装にある。個人への健康教育だけでは限界があり、制度・業務・管理職行動を変える介入へ踏み込むことが、テレワーク時代の産業保健の本流となる。

参考文献：

- Borkowski, C., & Kaynas, R. (2025). Telework trends. *Beyond the Numbers: Employment & Unemployment*, *14*(2). https://www.bls.gov/opub/btn/volume-14/telework-trends.htm
- Buckman, S. R., Barrero, J. M., Bloom, N., & Davis, S. J. (2025). *Measuring Work from Home* (Working Paper No. 33508). National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w33508
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Providing Support for Worker Mental Health*. https://www.cdc.gov/mental-health/caring/providing-support-for-workers-and-professionals.html
- Crawford, J. (2022). Working from Home, Telework, and Psychological Wellbeing? A Systematic Review. *Sustainability*, *14*(19), 11874. https://doi.org/10.3390/su141911874
- Fadel, M., Bodin, J., Cros, F., Descatha, A., & Roquelaure, Y. (2023). Teleworking and Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(6), 4973. https://doi.org/10.3390/ijerph20064973
- Oakman, J., Kinsman, N., Stuckey, R., Graham, M., & Weale, V. (2020). A Rapid Review of Mental and Physical Health Effects of Working at Home: How Do We Optimise Health? *BMC Public Health*, *20*(1), 1825. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09875-z
- Occupational Safety and Health Administration. (2000). *Home-Based Worksites* (No. CPL 02-00-125). https://www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-00-125
- Office of the U.S. Surgeon General. (2022). *The U.S. Surgeon General's Framework for Workplace Mental Health and Well-Being*. https://www.hhs.gov/surgeongene

ral/priorities/workplace-well-being/index.html

- United States Congress. (2010). *Telework Enhancement Act of 2010*. https://www.congress.gov/111/plaws/publ292/PLAW-111publ292.pdf
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2003). *Work at Home/Telework as a Reasonable Accommodation* (No. EEOC-NVTA-2003-1). https://www.eeoc.gov/laws/guidance/work-hometelework-reasonable-accommodation

6.6. 化学物質・有害物の管理と産業保健の役割

6.6.1. 問題の位置づけ

アメリカにおける化学物質・有害物の管理は、労働者の職場内におけるばく露の防止と環境への排出・廃棄物管理、さらに科学事故時の地域防災が相互に連動する領域であり。化学物質は原料としての購入、保管・移送、反応・製造、清掃・保全、廃棄、輸送といったライフサイクルの各段階で危険性が顕在化し、単一の規制体系だけで完結しない。したがって、職場のリスク管理は、OSH 法を中核としつつ、化学物質の製造・流通段階で規制を行う有害物規制法（Toxic Substances Control Act, TSCA）、重大事故の予防とコミュニティ保護としてリスクマネジメントプログラム（RMP）や緊急時計画と地域住民の知る権利に関する法律（Emergency Planning and Community Right-to-Know Act, EPCRA）、有害廃棄物に関する資源保全回復法（Resource Conservation and Recovery Act, RCRA）や汚染浄化に関する包括的環境対策・補償・責任法（Comprehensive Environmental Response, Compensation, and Liability Act）、危険物輸送に関する運輸省（Department of Transportation, DOT）内のパイプラインと危険物安全管理局（Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration, PHMSA）などの制度を横断して設計される必要がある。

産業保健職の役割は、この横断性を前提に、①化学物質の危険有害性情報を職場の意思決定に翻訳し、②ばく露評価と健康影響の観点から優先度を付け、③対策の階層（除去・代替、工学的対策、管理的対策、PPE）に沿って実装を支援し、④教育・訓練、健康監視、記録管理、緊急時対応を統合する点にある。さらに米国では、コミュニティの「知る権利」や緊急時計画（EPCRA）とも接続するため、産業保健職は企業内に閉じない説明責任と調整体制の構築にも関与することになる。

6.6.2. データと現状

化学物質管理の難度を示す代表的指標として、米国では TSCA インベントリがあり、直近の更新ではマスターインベントリファイルで 86,862 物質、うち 42,578 物質がアクティブ（流通・使用中）と整理されており（U.S. Environmental Protection Agency, 2025a）、職場で遭遇し得る候補物質の母集団が極めて大きいことが前提となる。加えて、有害化学物質の排出・移動等の

情報公開としてTRI(有害物質排出目録)が運用され、対象化学物質群は「800程度（個別物質＋カテゴリ）」規模で毎年の報告データが公開されている(U.S. Environmental Protection Agency, 2025e)。これらは、企業にとっての説明責任（外部公表）と、内部の化学物質管理（在庫・排出・廃棄の整合）の両方を駆動する。

労働災害統計の観点では、BLSの労働災害死亡統計において「有害物質・環境への曝露」に分類される死亡が、直近公表年（2023年）で820件と報告されている(U.S. Bureau of Labor Statistics, 2024)。ここには化学物質そのものに起因する急性中毒・酸素欠乏等を含み得る一方、職業がん等の長期潜伏の疾病死亡は統計上別枠になりやすいため、産業保健職は、災害統計（傷害中心）と、ばく露・健康影響（疾病中心）のギャップを認識し、物質の危険有害性と実際のばく露を根拠に、先回りした予防を設計する必要がある。

6.6.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国の制度は、目的別に分節化されているが、職場の実装では一体として運用される。主要な枠組みは以下の通りである。

第一に、職場内の危険有害性情報の伝達と教育を中核とするのがOSHAの危険有害性周知（Hazard Communication）である。化学メーカー・輸入者による危険有害性分類、ラベル表示、SDS（安全データシート）提供、雇用者による文書化された危険有害性周知プログラム、化学物質リスト整備、労働者教育が柱である。労働者が通常作業または予見可能な緊急時に曝露し得る化学物質を対象とし、SDSへのアクセス可能性を含む「情報の到達」が規制の中心に据えられている（29 C.F.R. § 1910.1200）。

第二に、ばく露管理の規範として、OSHAの許容濃度（PEL）および物質別規則が存在する。上述したようにPELについては更新頻度が課題となっているが、規制上の基準として依然重要であり、産業保健職はPELだけでなくNIOSH等の推奨値や毒性学的知見も含め、職場基準（OEL方針）を実務的に設定する必要がある。

第三に、重大事故（プロセス災害）領域では、OSHAのプロセス安全管理(PSM)と、EPAのリスクマネジメントプログラム（RMP）が並走する。PSMは高危険性化学物質を扱うプロセスの管理を通じて大規模事故を防止する枠組みであり、RMPは大気浄化法に基づき、施設周辺コミュニティを含む被害の抑制を志向する。RMPは近年改正が進み、より強い事故防止措置、従業員参加、第三者監査、情報共有やコミュニティ通知などが論点となっている(U.S. Environmental Protection Agency, 2025b)。

第四に、コミュニティの緊急時計画と情報公開を定めるのがEPCRAである。州の委員会と地域(LEPC/TEPC)が緊急対応計画を策定・見直しし、施設側も危険物質の保管・使用・排出等について報告する。ここでは「地域の知る権利」が制度目的として明確であり、産業保健職は施設内の緊急対応だけでなく、外部ステー

クホルダーとの整合(通知、避難、初動)を設計する役割を持つ(U.S. Environmental Protection Agency, 2025c)。

第五に、廃棄物管理はRCRAが中核であり、有害廃棄物を「ゆりかごから墓場まで」管理することを目的として、廃棄物の分類、貯蔵、運搬、処分、追跡管理が制度化されているため、職場の化学物質管理は最終的に廃棄物規制と接続せざるを得ない（U.S. Environmental Protection Agency, 2013)。

第六に、汚染の浄化・責任追及はCERCLA（スーパーファンド）であり、事故・漏えい・不法投棄等による有害物質放出への対応と、責任当事者への費用負担を制度化する(U.S. Environmental Protection Agency, 2025d)。

第七に、輸送段階はPHMSAの危険物輸送法体系と危険物に関する行政規則が規制する。輸送のハザードコミュニケーション、緊急対応情報、訓練要件などが規定され、職場内の周知（OSHA）と輸送時の周知（DOT）が接続していることが重要である(Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration, 2021)。

このように、制度は分かれているが、産業保健職にとっては「同じ化学物質が、職場のばく露、重大事故、環境排出、廃棄物、輸送で別の規制顔を持つ」ことが実務の前提となる。

6.6.4. 実施主体とステークホルダーの役割

実施主体は第一義的には雇用者である。雇用者は危険有害性情報の収集と周知、ばく露防止措置、教育訓練、緊急時対応、記録管理を遂行し、規制遵守とリスク低減を同時に達成する責務を負う。労働者側は、教育訓練を踏まえた安全行動、手順遵守、異常時の報告等を通じて制度を実効化する。

行政側では、OSHAが職場規制（基準設定、監督・指導・執行）を担い、NIOSHが科学的知見（推奨値、ガイダンス、情報資源）を供給する。EPAは化学物質の製造・使用の規制（TSCA）に加え、事故防止（RMP）、排出情報公開（TRI/EPCRA）、廃棄物と浄化（RCRA/CERCLA）を担う。輸送はPHMSAが所管し、危険物の表示・書類・訓練等を規律する。州政府は、連邦制度の委任や州独自の上乗せ(州計画や環境規制）を通じて実装力を持つ。地域では、LEPC/TEPC、消防・警察・公衆衛生・医療機関、病院、住民団体、メディア等が緊急時計画の主体となり、施設代表も構成員として組み込まれる。

産業保健職は、これらの主体をつなぐ「実装のハブ」として機能する。具体的には、(1)危険有害性情報（SDS、分類、反応性等)を作業実態に落とし込み、(2)ばく露評価（サンプリング、モデル化、作業分析)と健康影響評価(急性・慢性、感作性、発がん性等）を統合し、(3)対策の優先順位を決め、(4)教育・訓練とリスクコミュニケーションを設計し、(5)健康監視・配置転換・復職支援まで含めたマネジメントを行う。さらに、RMP/EPCRAが要請する従業員参加や地域との情報共有において、産業保健職は「労働者の声」と「科学的根拠」を接続して、対立を調整しつつ実効性を高める

役割を担う。

6.6.5. 具体的な方策

化学物質・有害物管理において、産業保健職が中心となって設計すべき方策は、制度横断の観点から次のように体系化できる。

6.6.5.1. 化学物質ガバナンスとインベントリの確立

出発点は「職場に何があるか」を確定することである。購入・持込・生成（反応副生成物、分解生成物を含む）・廃棄までを含む化学物質インベントリを整備し、SDS と製品識別子で紐付ける。インベントリは、危険有害性周知の化学物質リストとして機能するだけでなく、廃棄物分類（RCRA）や TRI/EPCRA 報告の基礎データにもなる。産業保健職は、調達部門・研究部門・製造部門・廃棄物管理部門を横断するデータ統合を主導し、化学物質が「情報の断絶」により盲点化することを防ぐべきである。

6.6.5.2. 危険有害性評価と優先順位付け（ハザード×ばく露）

SDS の情報は出発点に過ぎず、混合物、作業条件、温度・圧力、密閉度、換気、作業者の動線等によりリスクは変化する。産業保健職は、作業観察とプロセスマッピングによりばく露シナリオを特定し、測定（個人ばく露、エリア測定）と推定（モデル、類似作業データ）を組み合わせて評価する。許容濃度（OSHA PEL）を最低限の遵守ラインとしつつ、健康影響の重篤性や不確実性が大きい物質では、NIOSH 等の推奨値や毒性学的エンドポイントを踏まえて内部管理値を設定する。ここで重要なのは「数値基準に合わせる」のではなく、「ばく露を可能な限り低減する」設計思想である。

6.6.5.3. 対策の階層に基づくコントロール戦略

対策は、除去・代替を最上位とし、工学的対策、管理的対策、PPE を組み合わせる。産業保健職は、単に PPE の着用徹底を求めるのではなく、プロセス変更（無害化、低毒性化、粉体→ペレット化、溶剤置換等）や密閉化、局所排気、隔離、自動化、リーク検知などの工学的対策を優先する設計を経営に提案する。管理的対策（作業時間管理、手順、許可作業、清掃・保全の分離、請負管理）は工学的対策を補完する位置付けとし、PPE は残余リスクへの最終防壁として、適合性（選定・フィット・保守）と生理的負担、医療評価を含む総合プログラムとして運用する。

6.6.5.4. 教育・訓練とリスクコミュニケーション

危険有害性周知制度の実効性は、教育・訓練の質に依存する。産業保健職は、SDS の「読める化」を図り、ラベル・ピクトグラム・注意喚起語の意味、ばく露経路、初期症状、応急処置、漏えい時行動、廃棄・移送時の注意を、職種別に具体化する。特に米国は多言語・多文化の労働力を抱えるため、言語だけでなくリテラシー差を織り込んだ教材設計が重要である。

6.6.5.5. 健康監視、医療的介入、記録管理

物質別規則やリスク評価に基づき、健康診断・生物学的モニタリング・症状サーベイランス等を組み合わせる。産業

医・産業看護職は、急性影響（中枢神経症状、刺激症状）と慢性影響（呼吸器・皮膚感作、神経毒性、腎毒性、発がん等）の双方を視野に、早期兆候を拾い上げて職場対策にフィードバックする。記録は、規制対応だけでなく因果推定と再発防止の資産であるため、ばく露測定、作業条件、健康所見、是正措置の変更履歴を一貫して管理する必要がある。

6.6.5.6. 重大事故・緊急時対応とコミュニティ連携

PSM/RMP の文脈では、プロセスハザード分析、変更管理、機械的健全性、事故調査、監査、従業員参加が体系として求められる。産業保健職は、事故の「発生確率」だけでなく、放出時の健康影響（毒性、拡散、避難判断、医療対応）を踏まえた計画を設計する。EPCRA の枠組みでは、LEPC/TEPC を通じて地域の緊急時計画が策定されるため、施設側は化学物質情報の提供、訓練・演習、緊急連絡体制、地域通知（コミュニティ警報）に関与する。産業保健職は、施設内 ER（緊急対応）と地域の ICS（インシデント・コマンド・システム等）の接続点で、医療・公衆衛生の観点から実務調整を担う。

6.6.5.7. 廃棄物・輸送を含めた「境界」管理

職場の化学物質は、廃棄段階で RCRA、輸送段階で DOT 規制に乗り換える。産業保健職は、廃棄物の混合禁止、容器管理、保管条件、マニフェスト運用、委託先監督などを EHS と連携して管理し、事故・漏えいが CERCLA 責任に波及することを意識する。また、危険物輸送では、危険物従事者訓練、表示、書類、緊急対応情報が求められるため、OSHA の職場周知と整合した教育体系を構築することが望ましい。

7. まとめ

米国の化学物質・有害物管理は、OSHA（職場ばく露と周知）を中核に据えつつ、EPA（TSCA、RMP、EPCRA、RCRA、CERCLA）と PHMSA（輸送）がライフサイクルの各段階を分担する「多層・多制度」構造である。この構造は複雑である一方、危険有害性情報の可視化（SDS・ラベル・公開データ）と、重大事故・コミュニティ保護（RMP/EPCRA）を通じて、企業に説明責任と継続改善を促すよう設計されている。

産業保健職の中核的価値は、①制度を「遵守タスク」ではなく「予防システム」に変換し、②ハザード情報を作業ばく露と健康影響に接続し、③対策の階層に沿って上流（除去・代替、工学的対策）を優先する投資判断を支え、④教育・健康監視・緊急時対応・外部連携を一体として運用する点にある。化学物質リスクは、情報の断絶、境界（請負、輸送、廃棄）、非定常作業（保全・清掃・トラブル対応）で増幅しやすい。ゆえに、産業保健職が横断的ガバナンスと現場実装の双方を担い、データに基づく継続改善を回すことが、アメリカの複雑な制度の下での実効的な化学物質管理の要諦といえよう。

参考文献：

- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *About Hierarchy*

of Controls. https://www.cdc.gov/niosh/hierarchy-of-controls/about/index.html

- Occupational Safety and Health Administration. (2023). *Identifying Hazard Control Options: The Hierarchy of Controls*. https://www.osha.gov/sites/default/files/Hierarchy_of_Controls_02.01.23_form_508_2.pdf
- Occupational Safety and Health Administration. (2025). *Annotated Tables of Permissible Exposure Limits (PELs)*. https://www.osha.gov/annotated-pels
- Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration. (2021). *Federal Hazardous Materials Transportation Law: An Overview*. https://www.phmsa.dot.gov/sites/phmsa.dot.gov/files/2021-09/Hazmat%20Law%20Overview_September-2021_0.pdf
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024a). *Injuries, Illnesses, and Fatalities (IIF)*. https://www.bls.gov/iif/
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024b). *Table A-9. Fatal occupational injuries by event or exposure, 2023*. https://www.bls.gov/iif/fatal-injuries-tables/fatal-occupational-injuries-table-a-9-2023.htm
- U.S. Environmental Protection Agency. (2013). *Summary of the Resource Conservation and Recovery Act*. https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-resource-conservation-and-recovery-act
- U.S. Environmental Protection Agency. (2025a). *Now Available: Latest Update to the TSCA Inventory*. https://www.epa.gov/chemicals-under-tsca/now-available-latest-update-tsca-inventory-8
- U.S. Environmental Protection Agency. (2025b). *Risk Management Program Safer Communities by Chemical Accident Prevention Final Rule*. https://www.epa.gov/rmp/risk-management-program-safer-communities-chemical-accident-prevention-final-rule
- U.S. Environmental Protection Agency. (2025c). *Summary of the Emergency Planning & Community Right-to-Know Act*. https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-emergency-planning-community-right-know-act
- U.S. Environmental Protection Agency. (2025d). *Summary of the Comprehensive Environmental*

Response, Compensation, and Liability Act (CERCLA). https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-comprehensive-environmental-response-compensation-and-liability-act

- U.S. Environmental Protection Agency. (2025e). *Toxics Release Inventory (TRI)*. https://catalog.data.gov/dataset/toxics-release-inventory-tri

D．考察＆E．結論

要約に所掲の通り。

F．研究発表

1．論文発表

該当なし

2．学会発表

該当なし

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当なし

2．実用新案登録

該当なし

3．その他

該当なし

H．引用文献

本文所掲のもの。

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

米国における産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（産業保健看護職担当分）

研究協力者　小川明夏
東京大学大学院医学系研究科　博士課程院生
スターバックスコーヒージャパン（株）保健師

研究要旨

本分担報告は米国の産業保健制度を対象に、制度的背景・専門職の機能・主要対象（疾病との両立、高年齢労働者、女性労働者、フリーランス）への実装を俯瞰し、日本の制度改善に資する示唆を導くことを目的とした。方法は学術データベース（Google Scholar/PubMed/医中誌）による文献検索と、OSHA/NIOSH/EEOC/ABOHN/AAOHN等の一次資料収集を組み合わせ、AI による情報抽出を人手で査読・修文する手順を採用した。結果、米国はOSH法と州計画により危険源管理と医療監視（個別規格）を担保しつつ、VPPやOn-Site Consultation等で事業場の自律的改善を促進している。産業医の一律配置義務はなく、OHN（RN基盤・COHN等認定）が健康評価、傷病対応、ケース管理、RTW/SAWを中核的に実施し、NIOSHのTotal Worker Health®により安全衛生と健康増進の統合が進展した。両立支援はADA/FMLAを基盤に、インタラクティブ・プロセスによる合理的配慮（時短・軽作業・在宅等）が実務化され、Long COVIDにも適用可能である。女性労働者ではPWFAにより妊娠関連の配慮義務、PUMP Actにより搾乳時間・空間の提供義務が拡充された。高齢者にはProductive Agingの観点から人間工学的改善と勤務柔軟化が推奨される。フリーランスは企業内サービスの対象外となりやすく、ACAマーケットプレイス等による医療アクセスが補完的役割を果たす。以上より、日本では法的権利保障と職場実装モデルの併走、看護職の専門性活用、脆弱セクター（中小・フリーランス）への支援強化が要諦である。

Ａ．研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職(産業医、産業保健看護職など)の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうち米国の状況を明らかにすることを目的としている。

Ｂ．研究方法

本報告の情報検索の方法としては、Google Scholar、Pubmed、医中誌の検索エンジンを用いた文献検索(キーワード:occupational health, occupational health nurse, United states 等)、ならびに、米国労働省/NIOSH/OSHA 公式サイト、米国産業保健看護認定委員会(ABOHN)および米国産業保健看護協会(AAOHN)資料、米国障害者法関連資料など専門職団体の公式 HP 等から得た情報の中から、調査項目に合致する情報を抽出した。

こうした多様な資料を対象に、労働者とフリーランスの健康や産業保健サービスへのアクセス、高齢化や人材不足といった課題を整理している。

この作業に際しては AI（ChatGPT 5）も活用した。文献収集に際して上掲の報告書を探索させ、そこで示されたものと、筆者が手作業で探した文献等を比較して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所を AI に学習させ、課題を示して回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文する手順を採用した。

Ｃ．研究結果

１，主要な法律（連邦・州）

米国では、1970 年成立の労働安全衛生法（OSH Act）により、事業者は既知の危険のない安全な職場を提供する義務を負い、OSHA（労働安全衛生局）が産業安全衛生基準の策定と施行を担っている 1）2)。併せて、同法により CDC 所属の NIOSH（労働安全衛生研究所）が設立され、労働者の健康と安全に関する研究･現場への技術移転を行っている 3)。なお、鉱山安全衛生法（MSHA Act, 1977 年）は鉱山業界専用の基準を定める。22 州または地域には、民間および州政府と地方自治体の労働者を対象とする OSHA 承認の州計画がある。州計画は OSHA と同等の効果を有することが条件であり、州計画が承認されれば OSHA の執行は免れ、州計画を持たない場合は OSHA の労働安全衛生プログラムが採用されている。4）労災補償制度については州法ベースで運用されており、州ごとに異なる。

日本との比較: 日本の労働安全衛生法では、業種・従業員数に応じて産業医の配置が義務付けられているが、米国にはこのような配置義務は一般にない。法体系も日本は一元的労働安全衛生法である一方、米国は連邦 OSHA 法と州別計画による運用である。

２，雇用者・労働者の権利と義務

雇用者の義務： OSHA 法下で事業者は「一般義務条項」に基づき認識された危険のない職場の提供と基準遵守を義務付けられる 1）。具体的には職場環境点検、安全装備・保護具の整備、色分けや表示による警告、手順書の作成・周知、安全教育、化学物質のリスクコミュニケーション、必要に応じた医学的検診の実施などが含まれる。労働災害発生時には直ちに OSHA への報告と違反是正が求められ、事故記録（OSHA フォーム 300 など）の作成・保存も義務付けられる。さらに、労働者が行使する権利行使や通報（告発）に対する報復的扱いは禁止されている。

労働者の権利： 労働者は安全かつ衛生的な職場環境で働く権利を連邦法で保障されており、危険の報告・指摘を恐れることなく行う権利がある。また、雇用者から理解可能な言語・方法での安全衛生教育を受ける権利、安全な機械・設備で働く権利、有害な化学物質から保護される権利、危険状況下での就業拒否権、OSHA 検査の請求および検査官との面談権、業務中の傷病発生時に記録や医療記録を閲覧する権利などが定められている。以上の権利を行使しても解雇などの不利益取扱いは禁止されており、不当な報復に対しては告発が可能である。

３，安全衛生管理体制

米国では、事業場の安全衛生管理は連邦の OSHA が 1989 年に公表した「Voluntary Safety and Health Program Guidelines」などを通じて事業者の自主的取組を促す方式が中心である（OSHA）。ただし、OSHA は同時に多くの規格（例：ハザードコミュニケーション 29 CFR 1910.1200、呼吸用保護具 29 CFR 1910.134 等）を定め、該当規格については事業者に対して書面化したプログラムの作成・実施等を義務づけている。さらに、州単位で連邦と同等以上の効果を持つ独自の「State Plan」を運用する州があり（例：カリフォルニア州の Cal/OSHA は IIPP ：自主管理プログラムを全事業者に義務化）、州法により書面プログラムや（場合によっては）安全委員会などを求めるケースもある。連邦政府機関については 29 CFR Part 1960 等で独自の安全衛生プログラム整備が求められ、OSHA は監督や助言を行う。

OSHA の Voluntary Protection Programs（VPP）は 1982 年に開始され、管理層のリーダーシップや労働者参加に基づく安全衛生管理システムを備えた作業場を認定する制度である。OSHA の年次評価では、VPP 参加サイトは同産業の平均を大幅に下回る傷害・疾病率を示しており、OSHA は VPP が参加サイトにおける負傷・疾病の削減に寄与していると報告している。ただし、GAO（米政府監査機関） や一部の独立的レビューは VPP の評価手法や監督体制の改善を指摘しており、VPP と傷害率低下の因果関係を断定するには選択バイアスや報告上の限界を考慮する必要がある点も明示すべきだともされている 24)25)。

４，産業医・看護職・安全管理職の制度

米国では、連邦レベルで「全事業場に産業医を必ず配置せよ」という一般的な法的義務は課されていない。代わりに、OSHA の複数の規格(例:呼吸用保護具、特定化学物質規格など)では必要に応じた医学的評価・サーベイランスや書面による医学的所見の提出が求められるため、これらを履行するために事業者が産業医や提携医師、産業保健看護師（Occupational Health Nurse, OHN）を自社雇用または外部契約で確保することが一般的である。 5) 6) OHN は州認可の Registered Nurse(RN)を基盤に、労働者の健康評価・傷病対応・職務適性評価・健康増進・復職支援などの日常的な産業保健業務を担い、米国産業保健看護師認定委員会:ABOHN 等の任意資格（COHN/COHN-S）で専門性を示すことが多い。産業医については 米国公衆衛生医師会: ABPM 等による専門医認定制度があり7)、また安全技術者や安全管理者は民間資格（例：BCSP の CSP 等）8)が広く用いられている。

５，健康診断・予防医療体制

米国では、連邦レベルで日本のような全事業所への一律の定期健康診断義務は設けられていない。代わりに、OSHA は多数の個別規格で 特定の有害要因に対する医療的スクリーニング／サーベイランス（例：呼吸用保護具に関する医学的評価〔29 CFR 1910.134〕、鉛暴露に関する血液検査〔29 CFR 1910.1025〕など） を義務付けている。これらの検査項目や頻度は各 29 CFR 規定で詳細に定められており、該当する従業員に対する医学的評価や検査は雇用者の責任のもと無償で実施されることが多く（規格により具体要件が規定）、検査記録・医療記録は 29 CFR 1910.1020 等に基づき従業員と正当な代理人のアクセス権が保護されている。*詳細は OSHA の Medical Screening and Surveillance ページおよび該当規格を参照。9)

６，作業環境測定の仕組み

OSHA は法定の 作業環境中の有害物質・騒音・粉じん等に対し許容濃度: Permissible Exposure Limits(PEL) を定め、個別の規格（鉛、シリカ、各種化学物質など）において、従業員の暴露が PEL を超える可能性がある場合に雇用者が初期測定を行い、結果に応じて定期的な再測定を行うことなどを規定している。州（例：Cal/OSHA）は連邦とは別に独自の基準を定める場合があり、NIOSH の REL 10) や ACGIH の TLV 11) は研究的・実務的な推奨値として企業が参照することが多い。OSHA は通報や苦情、重大事故等に基づき職場検査を行い、必要な測定や是正を指導する。

７，労働災害補償制度

米国の労災補償（workers' compensation）は主に 州法ベースで運用され、州ごとに給付範囲や手続きが異なる（州ごとの窓口は DOL に一覧あり 12））。ほとんどの州では事業者に補償保険等の加入義務がありますが、テキサス州など一部州では事業者の加入が任意（例外的措置）となる州もある。連邦従業員や一部海上労働者等については

OWCP が Federal Employees' Compensation Act, FECA や the Longshore and Harbor Workers' Compensation Act, LHWCA などの連邦法に基づく補償を運営している。13)

8，産業保健看護職（OH Nurse）の位置づけ・資格・教育

米国の産業保健看護師は、登録看護師（RN）免許を有する看護師であり、連邦法上の配置義務はない。実際、OSHA の規則には産業看護師や医師を常駐させる一般的義務規定はなく、必要に応じて特定の規則（例：有害物質曝露時の医学的監視）に基づき医療専門職の関与が求められるにとどまり、米国企業はそうした規則対応や労働者の健康管理のために自主的に産業医や契約医、あるいは産業保健看護師（Occupational Health Nurse）を雇用または外部委託で確保するのが一般的とされている。

資格としては、産業保健看護の専門認定 COHN/COHN-S（米国産業保健看護師認定委員会 ABOHN 発行）があり、COHN 受験には「RN（Registered Nurse）免許＋過去 5 年間で 3,000 時間の産業保健看護業務経験」が必要である 14)。COHN-S 資格にはさらに学士以上の学位要件が加わる 14)。これらの資格は法律上の免許ではなく民間認定だが、企業や保険組合など多くの組織で資格取得者が求められる。専門教育は大学院レベルで提供されることが多く、NIOSH が支援する 18 の Education and Research Centers：教育研究センター（ERC）のうち 11 の ERC（ミシガン大学、北カロライナ大学、テキサス A&M 大学など）が産業保健看護の修士／博士教育を提供している。事業者や学術助成（NIOSH traineeship）、AAOHN Foundation による奨学金提供や企業の大学院進学の支援補助などによる教育支援の事例も確認されている。14)。

9，産業保健看護職（OH Nurse）の業務内容・配置

業務内容： 米国の Occupational Health Nurse は Employee Health Nurse とも呼ばれ、労働者個人および集団に対し健康増進・疾患予防プログラムを実施する 15)。具体的には、負傷・疾病労働者への応急処置・看護、疾病・再発予防のための健康指導、産業衛生教育の企画・実施、作業環境や業務の健康リスク評価、労災ケース管理（リハビリ・復職支援）など多彩な役割が含まれる 15)。また、定期健康診断やワクチン接種の運営、ストレスチェック・メンタルヘルス対策、健康記録管理、労働者代表との健康協議なども担う。AAOHN（米国産業保健看護協会）は「労働者や集団に対し健康・安全プログラムを提供し、健康の維持増進と疾病・傷害の予防を図る専門職」と定義している 15) 16)17)。需要は企業の安全衛生投資、法令や規制（OSHA 等）、産業の種類（製造・建設・鉱業など）によって変動する。

配置形態と就業先： 米国では OHN は「従業員がいる所ならどこでも活躍し得る」とされるように、製造業・医療機関・建設業から、コンサルタント会社、保険会社、政府機関、軍隊まで幅広い組

織で雇用されている。OSHA の報告によれば、COHN 資格保持者は企業内の多職種チーム（産業医・安全担当者・人事など）に参画するほか、コンサルタントとしてサービス提供する例も多い。大企業では社内医療部門（オンサイトクリニック）に所属し、専任で健康管理業務に当たる場合もあるが、中小企業では外部の Occupational Health サービス（クリニックや看護師派遣）を契約利用するケースも多い。

なお、産業保健領域は高齢化が顕著で、他の就業設定と比べても 50 歳以上の割合が大きい（2018 年調査時点で、産業保健領域に従事する看護師の約 73.5%が 50 歳超）、という分析・引用が過去の NSSRN（National Sample Survey of Registered Nurses）の解析で報告されている。18)

１０，多職種連携・復職支援制度

米国では産業保健は企業単位で多様に運用されるが、Total Worker Health®：総合的労働者健康は NIOSH が提唱する戦略で、安全衛生と健康増進を統合する多職種アプローチが広がっているとともに、2025 年現在も NIOSH の重点プログラムの１つとなっている。19)

復職支援（SAW/RTW）プログラムは JAN や米労働省（ODEP）の推奨項目であり、研究でも欠勤期間短縮や医療・補償コスト低減などの効果が示されているため多くの事業者で導入が進んでいる。20) 21）法制度面では ADA（合理的配慮）や FMLA（家族・医療休暇法） が復職の法的枠組みを提供しており、雇用者は従業員と interactive process で合理的配慮（軽作業・時短・在宅勤務など）を検討する責務があり、「完全治癒（100% healed）」を一律に待つ方針は ADA に抵触する可能性があるとされている 22) 23)。

１１，中小企業への支援

中小企業(250 人未満の危険度の高い職場優先)への支援として、労働安全衛生庁(OSHA)の専門家によるオンサイト相談プログラム（On-Site Consultation Program）により情報提供、教育訓練、現地訪問、コンサルティングなどが無料で Consultation Program の担当者および Compliance Assistance Specialists (CAS)によって提供されている 24)45)。

１２，治療と仕事の両立支援

要旨：米国では 法的枠組み（合理的配慮・休職規定）＋政策的支援(SAW/RTW 等の実務モデル） により、治療と就労の両立が支えられている。個々の対応は企業単位で実行される点が特徴で、連邦法（ADA, FMLA 等）が基本的な権利・手続きを規定する。22) 51)

1. 法的基盤（雇用者の義務・労働者の権利）

ADA（障害を理由とする差別禁止法）は、障害（がんや慢性疾患で日常生活機能が制限される場合を含む）を持つ労働者に対して 合理的配慮（reasonable accommodation） を求める。配慮は個別事例ごとに「対話（interactive process）」で決定され、低コストで実施可能な配慮（勤務時間の柔軟化、休憩、

職務変更、在宅勤務など）が多いとされる。22）

FMLA（家族・医療休暇法）は適格従業員に対し年間最大 12 週間の雇用保障付きの休暇を与える（適用には 1 年以上勤務・1,250 時間以上の就労等の条件や、企業規模 50 人以上など要件があり、無給）。治療のための休暇確保→復職時の合理的配慮という流れで両立が図られることが多い。51）

2. 実務上の支援モデル（SAW／RTW 等）

SAW/RTW（Stay-at-Work / Return-to-Work）は、治療中や治療後の早期復職・就業継続を支援する実務モデルで、JAN（Job Accommodation Network）や米労働省（DOL）の取りまとめ文書で事例・推奨が提示されている。現場では業務の一時的軽減、段階的復帰、職場調整（合理的配慮）などが用いられる。20）21）

DOL の系統的レビュー（Abt Associates による SAW/RTW プロジェクト）は、モデルの多様性と、効果を検証するための評価設計の必要性を示している（有望な介入はあるが、効果検証の質に差がある）。21）

3. 新たな対象（Long COVID 等）と適用の実務

長期化するコロナ後遺症の症状（Long COVID）も ADA の下で個別に障害と評価され得るため、通院や軽作業・時短などの配慮対象となると HHS／CDC は指摘している。医療的評価と雇用側の配慮（遠隔勤務等）で職場継続がしやすくなる。52)53)

１３，高年齢労働者の健康

要旨：高年齢労働者への対応は 年齢差別禁止（ADEA）＋年齢に配慮した労働環境設計（NIOSH の Productive Aging）の組合せで進められている。安全確保、負荷軽減、人間工学的改善、柔軟な勤務制度が重要。54）55）56）

1. 法的な保護

ADEA（Age Discrimination in Employment Act）は 40 歳以上を保護し、年齢を理由とした不利益取扱いを禁じる。これにより雇用機会や配転・解雇における年齢差別を防止する枠組みがある。56）

2. NIOSH の「Productive Aging」アプローチ（実務的指針）

NIOSH は Productive Aging / National Center for Productive Aging and Work を通じて「年齢に配慮した職場設計（年齢フレンドリーな環境）」を提言しており、具体策として作業の再設計（補助具、持ち上げ負荷の軽減）、照明・視認性の改善、温熱管理、作業ペースの調整、休憩の柔軟化などを挙げている。54)55)

3. 健康管理・復職支援

高年齢者は回復に時間を要することがあるため、SAW/RTW や段階的復職プラン、職務適合評価（職務を医学的に評価して軽作業へ一時的に配置する等）が重要である。NIOSH のガイダンスはこうした点を明確に示している。54）55）

１４，就労女性の健康

要旨：妊娠・出産・授乳については近年法整備が進み（PWFA、PUMP Act、既存の PDA／FMLA／ADA の適用）、雇用者の配

慮義務が拡大している。一方、月経や更年期については連邦法上の専用ルールは限定的で、ADA 等の既存枠組みを個別適用する形が中心である。57）58）59）60）61）

1. 妊娠関連（PWFA 等）

Pregnant Workers Fairness Act（PWFA）：妊娠労働者公正法（発効：2023 年 6 月 27 日）により、妊娠・出産またはそれに関連する医療状態に対して 合理的配慮を提供する義務が雇用者に明文化された。EEOC は 2024 年に PWFA の法律の最終規則を公表しており、通勤や仕事内容の一時的変更、勤務スケジュールの調整、軽作業への一時配置等の一定の配慮の提供が求められている。57）

2. 授乳（PUMP Act / FLSA の改正）

2022 年に成立した PUMP Act（Providing Urgent Maternal Protections for Nursing Mothers Act：授乳母支援法）により、2010 年から施行されていた「授乳中の母親への休憩時間（Break Time for Nursing Mothers）」ではこれまで適用除外だった教職員・農業労働者・看護師・マネージャー職等約 900 万人の労働者にも、産後 1 年間の搾乳休憩とプライベートな搾乳スペースの提供が義務づけられ、保護対象が大幅に拡大された。従業員は授乳（搾乳）のための合理的休憩時間とトイレ以外で人目につかない専用の私的空間を勤務中に確保される権利が明確化され、小規模企業を除くほとんどの雇用者に提供義務が課されている（従業員 50 人未満の場合は企業に極度の困難がある場合に限り例外が認められ得る）（DOL の「Pump-at-Work」案内参照）。60）61）

3. 更年期・月経への対応

連邦法で「更年期専用」の包括的規定は乏しいが、重篤な更年期症状や月経困難症が ADA の「障害」に当たる場合は合理的配慮の対象となる可能性がある。州レベルの動き（例：州独自の更年期関連ルール）も一部に見られる。52）（注：更年期・月経に関しては連邦・州で対応が混在しており、企業レベルのポリシー整備が重要）

１５，フリーランス等の健康

要旨：フリーランスは雇用主提供の産業保健サービスや EAP、企業健診等の直接的な恩恵が受けにくく、医療保険は個人加入（ACA Marketplace 等）が中心。安全教育や労災補償等の制度的カバーは限定的で、民間団体（Freelancers Union 等）や州自治体の支援・マーケットプレイスが重要な役割を果たす。62）63）64）

1. 健康保険と医療アクセス

多くのフリーランスは ACA（Healthcare.gov の Marketplace）経由で個人保険に加入する。所得に応じたプレミアム税額控除（補助金）により保険料負担が軽減されることが多い。46）低所得者は州のメディケイドの資格を検討できる（州差あり）。63）

2. 労災・予防・メンタルヘルスの扱い

労災補償（workers’ compensation）や雇用主提供の EAP は原則フリーランスの対象外。したがって怪我・疾病時は自費負担や個別保険の適用、あるいは州や民間の相互扶助制度に頼る場合が多

い。

ACA の保険プランは予防医療や精神医療のカバレッジ（パリティ規定）を一定程度保証するため、メンタルヘルスの医療的支援は保険を通じて利用可能である。63）64）

3. 安全教育・予防（自主的措置）

OSHA の Outreach（10/30 時間）研修や州の相談（On-Site Consultation）等は個人でも受講可能だが、費用負担・時間確保は受講者本人の責任となる。OSHA の On-Site Consultation は主に事業者向けで、フリーランスの包括的支援は限定的である。62）65）

D．考察

E．結論

F．研究発表

1．論文発表

2．学会発表

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得

2．実用新案登録

3．その他

H．引用文献

1) U.S. Department of Labor. Occupational Safety and Health Act of 1970 [インターネット].Occupational Safety and Health Administration 1970. https://www.osha.gov/laws-regs/oshact/completeoshact (2025年7月4日アクセス).

2) U.S. Department of Labor. Employer Responsibilities [インターネット]. Occupational Safety and Health Administration. https://www.osha.gov/workers/employer-responsibilities (2025年7月4日アクセス).

3) U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) [インターネット]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2024 https://www.cdc.gov/niosh/about/index.html (2025年 10月7日アクセス)

4) U.S. Department of Labor. State Plan Frequently Asked Questions [インターネット].Occupational Safety and Health Administration. https://www.osha.gov/stateplans/faqs (2025年 7月4日アクセス).

5) Occupational Safety and Health Administration. Safety and Health Program Management Guidelines; Issuance of Voluntary Guidelines[インターネット]. Occupational Safety and Health Administration;1989. https://www.osha.gov/laws-regs/federalregister/1989-01-26 (2025年 10月7日アクセス)

6) Occupational Safety and Health Administration. Best Practices for Non-Health Care Employers with On-site Health Care Services[インターネット]. Occupational Safety and Health Administration; 2024. https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3160.pdf

(2025年 10月7日アクセス)

7) The American Board of Preventive Medicine. Occupational and Environmental Medicine[インターネット]. The American Board of Preventive Medicine; 2024. https://www.theabpm.org/become-certified/specialties/occupational-medicine/ (2025年 10月7日アクセス)

8) Board of Certified Safety Professionals. Certified Safety Professional® (CSP®)[インターネット].BCSP; 2025. https://www.bcsp.org/certified-safety-professional-csp (2025年 10月7日アクセス)

9) Occupational Safety and Health Administration. Medical Screening and Surveillance[インターネット]. Occupational Safety and Health Administration. https://www.osha.gov/medical-surveillance/standards (2025 年 10 月 7 日アクセス)

10) U.S. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). NIOSH Pocket Guide to Chemical Hazards [インターネット]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). https://www.cdc.gov/niosh/npg/pgintrod.html (2025 年 10 月 7 日アクセス)

11) ACGIH. TLV Chemical Substances Introduction[インターネット]. Globally Protecting Worker Health.; 2025. https://www.acgih.org/science/tlv-bei-guidelines/tlv-chemical-substances-introduction/ (2025 年 10 月 7 日アクセス)

12) U.S. Department of Labor. State Workers' Compensation Officials[インターネット]. Office of Workers' Compensation Programs. https://www.dol.gov/agencies/owcp/wc (2025 年 10 月 7 日アクセス)

13) U.S. Department of Labor, Office of Workers' Compensation Programs. Federal Employees' Compensation Program (FECA) [インターネット] . U.S. Department of Labor; 2025. https://www.dol.gov/agencies/owcp/FECA (2025 年 10 月 15 日アクセス) .

14) American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN).EDUCATION[インターネット]. https://www.aaohn.org/Education (2025 年 7 月 4 日アクセス).

15) American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN) COHN / COHN-S Eligibility [インターネット].
https://www.abohn.org/certification/cohn-cohn-s-eligibility (2025 年 7 月 4 日アクセス).

16) American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN).ABOUT [インターネット].
https://www.aaohn.org/About/What-is-Occupational-and-Environmental-Health-Nursing
(2025 年 10 月 8 日アクセス).

17)American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN). Occupational Health Nursing Profession [インターネット].
American Board for Occupational Health Nurses, Inc.
https://www.abohn.org/sites/default/files/ABOHNCarGde_032714WEB.pdf#:~:text=the%20United%20States%20Congress%20passed,workplace%20safety%20and%20health%20standards
(2025 年 10 月 7 日アクセス)

18) National Library of Medicine. The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity [インターネット].
National Academies Press. 2021
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573922/ (2025 年 10 月 14 日アクセス)

19) U.S. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). About the Total Worker Health® Approach [インターネット]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention(CDC);2024.
https://www.cdc.gov/niosh/twh/about/index.html (2025 年 10 月 8 日アクセス)

20) Office of Disability Employment Policy. Stay at Work (SAW)/Return to Work (RTW) [インターネット].
Job Accommodation Network.
https://askjan.org/topics/return.cfm (2025 年 10 月 8 日アクセス)

21) Abt Associates. Synthesis of Stay-at Work/Return-to-Work (SAW/RTW) Programs, Models, Efforts, and Definitions [インターネット].U.S. Department of Labor.
https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ODEP/research/saw-rtw/SynthesisofSAW-RTWPrograms_FINAL_508c.pdf (2025 年 10 月 8 日アクセス)

22) U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Enforcement Guidance on

Reasonable Accommodation and Undue Hardship under the ADA [インターネット]. U.S. Equal Employment Opportunity Commission;2002. https://www.eeoc.gov/laws/guidance/enforcement-guidance-reasonable-accommodation-and-undue-hardship-under-ada（2025 年 10 月 8 日アクセス）

23) Americans with Disabilities Act National Network. Work-Leave, the ADA, and the FMLA[インターネット]. ADA ;2025. https://adata.org/factsheet/work-leave （2025 年 10 月 8 日アクセス）

24) U.S. Department of Labor. Compliance Assistance Specialists (CAS) [インターネット].Occupational Safety and Health Administration . https://www.osha.gov/complianceassistance/cas（2025 年 7 月 4 日アクセス）.

24) Occupational Safety and Health Administration. Modernizing OSHA's Voluntary Protection Programs[インターネット].Occupational Safety and Health Administration; 1982. https://www.osha.gov/sites/default/files/VPP_Public_Notice.pdf?utm_source=chatgpt.com（2025 年 7 月 24 日アクセス）.

25) U.S. Department of Labor.All About VPP [インターネット]. Occupational Safety and Health Administration; 1982. https://www.osha.gov/vpp/all-about-vpp?utm_source=chatgpt.com（2025 年 7 月 24 日アクセス）.

51) U.S. Department of Labor (DOL). Family and Medical Leave Act (FMLA) - Overview [Internet]. DOL; https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla. （2025 年 10 月 8 日アクセス）

52) U.S. Department of Labor, Office of Public Affairs / Women's Bureau. Menstruation and Menopause at Work [インターネット] . U.S. Department of Labor; 2024. https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/OPA/MenstruationAndMenopauseAtWork.pdf （2025 年 10 月 15 日アクセス）.

53) U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Living With Long COVID - Resources for workers and employers [Internet]. CDC;

https://www.cdc.gov/long-covid/living-with/index.html. (2025年 10月8日アクセス)

54) U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / NIOSH. About the Total Worker Health® Approach [Internet]. NIOSH/CDC; https://www.cdc.gov/niosh/twh/index.html. (2025年 10月8日アクセス)

55) U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / NIOSH. National Center for Productive Aging and Work (Productive Aging) [Internet]. NIOSH/CDC; https://www.cdc.gov/niosh/centers/productive-aging.html. (2025年 10月8日アクセス)

56) U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC). Age Discrimination (ADEA) – Overview [Internet]. EEOC; https://www.eeoc.gov/age-discrimination. (2025年 10月8日アクセス)

57) U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC). What You Should Know about the Pregnant Workers Fairness Act (PWFA) [Internet]. EEOC; 2024 (final rule summary 2024). https://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-pregnant-workers-fairness-act. (2025年 10月8日アクセス)

58) U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Summary of Key Provisions of EEOC's Final Rule to Implement the Pregnant Workers Fairness Act (PWFA)［インターネット］. EEOC; 2024. https://www.eeoc.gov/summary-key-provisions-eeocs-final-rule-implement-pregnant-workers-fairness-act-pwfa (2025年10月15日アクセス).

59) U.S. Equal Employment Opportunity Commission. What You Should Know about the Pregnant Workers Fairness Act［インターネット］. EEOC; 2024. https://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-pregnant-workers-fairness-act (2025年10月15日アクセス).

60) U.S. Department of Labor (DOL). FLSA Protections to Pump at Work (PUMP Act) / Pump-at-Work guidance [Internet]. DOL; https://www.dol.gov/agencies/whd/pump-at-work. (2025年 10月8日アクセス)

61) U.S. Department of Labor (DOL). Fact Sheet #73: FLSA Protections for Employees to Pump Breast Milk at Work (Break Time for Nursing Mothers) [Internet]. DOL; Revised Jan 2023. https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/73-flsa-break-time-nursing-mothers. DOL（2025年 10月8日アクセス）

62) Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Outreach Training Program (OSHA 10-hour & 30-hour) [Internet]. OSHA; https://www.osha.gov/training/outreach. （2025年 10月8日アクセス）

63) HealthCare.gov (U.S. Department of Health & Human Services / CMS). The Health Insurance Marketplace – How it works; Premium tax credits and enrollment information [Internet]. Healthcare.gov; https://www.healthcare.gov/. (2025年 10月8日アクセス)

64) Freelancers Union. Freelancers Union: Health insurance and benefits resources for independent workers [Internet]. Freelancers Union; https://freelancersunion.org/. (2025年 10月8日アクセス)

65) Occupational Safety and Health Administration (OSHA). On-Site Consultation Program (no-cost, confidential consultation for small and medium businesses) [Internet]. OSHA https://www.osha.gov/consultation. (2025年 10月8日アクセス)

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

フランスにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（法学者担当分）

分担研究者　小澤　真　　大阪公立大学・講師

研究要旨

フランスの産業保健（労働安全衛生）の法制度と運用を体系的に詳述する。まず、労働法典 L.4121-1 を中心に使用者へ安全配慮義務（予防・情報提供・組織整備）を課し、2021 年法で予防強化が図られた。政府方針は PNST（国家計画）→PRST（地域計画）で運用され、COCT が主導、公衆衛生計画と整合する。制度は、監督（労働監督官）、保険（CNAM/CARSAT の AT/MP）、予防（労働保健予防サービス＝SPST）が連携し、INRS 等の専門機関が補完する。民間部門、農業、海事、公務部門で枠組みが分かれ、SPST の使命に職業的離脱予防が明記された。沿革は 1841 年児童労働法、1893 年衛生安全法、1898 年労災補償法、1946 年 SST 制度化、1979 年 tiers-temps、2001 年 DUERP 導入、2004・2011・2021 年の改革（SPST への改称、予防パスポート、DMP アクセス、PDP ユニット、遠隔医療、中途キャリア面談、看護師法定化等）を経る。使用者は DUERP 作成・更新義務と罰則、労働者にも協力義務がある。SPST は DREETS が 5 年認可（全国基準項目にガバナンス・質・多職種協働等）し、CPOM で DREETS/CARSAT と数値目標等を定める。さらに SPSTI 認証制度（独立認証・1〜5 年）を導入した。500 人以上は独立 SPST（SPSTA）又は共同 SPST（SPSTI）を選択、未満は SPSTI 加入が原則である。SPSTI は労使同数理事会、医療技術委員会、企業間委員会・監査委員会で運営し、料金は共通基盤サービスの拠出（全国平均費用の 80〜120%）＋補完サービスで構成、年次報告の提出・公開義務がある。職種は労働医を中心に労働保健看護師、IPRP、補助職、対応臨床医等で、多職種チーム化が進む。業務は「職場環境における活動」（巡視、リスク分析、企業ファイル作成等）と「個別的健康管理」（一般・適合、強化＝特定リスクでの適性検査、復職・事前復職・中途キャリア面談等）に大別され、遠隔手法も許容される。総じて、法に基づく予防中心・多職種協働・公労使連携・記録（DUERP/企業ファイル）・認可/認証/契約（CPOM）による評価が特徴である。

考察では 6 課題（フリーランス・副業兼業、高齢化、女性就業増、治療と仕事の両

立、テレワーク、化学物質管理）を扱い、判例研究を付録する（フリーランス等の他は調査中）。①フリーランス・副業兼業では、派遣・研修生等の健康管理が他労働者と同頻度で義務化されている（L.4625-1 等）。届きにくい業種（舞台芸術、モデル、家事労働者・保育アシスタント、営業職）には協約で監視・サービス選択の例外を認め、一般医による健診も条件付きで可とされる（SPSTI との協定等）。個人使用者は拠出金で SPSTI 加入扱いとなる。自営業者も SPSTI の特定サービス対象となったが加入は限定的である。判例では、被用者性は労務提供・報酬・従属性で判断され、Take Eat Easy、Uber 事件でプラットフォーム運転手らの従業員性が認定された。再性質で企業は是正義務を負い、産業保健上も被用者としての健康管理義務が及ぶ可能性がある。副業者の健康管理は要件充足時に主たる使用者の SPST で統合、満たさなければ各使用者で実施される。②高齢化では 45 歳時の中途キャリア面談が創設された。③女性就業では妊娠・出産等の強い保護、就業環境調整・配置換え、産前産後休暇・育児関連の欠勤権、復職面談、授乳配慮、賃金面配慮、父親休暇延長、平等指数の公表等が整備されている。セクハラは刑法・労働法で規制し、予防・終息・制裁義務や体制整備を課す。性差を考慮したリスク評価（DUERP 反映）も要請される。④治療と仕事は PDP ユニット設置や面談強化、RQTH 等と連携している。⑤テレワークは労使協定で管理・連絡時間帯等を定め、SPST が助言、面談の遠隔実施を可とするが、対面が重視されている。⑥化学物質は REACH/CLP 補完、CMR でリスク評価・代替・測定・履歴義務、2024 年に曝露労働者リスト作成義務、ナノ物質の年次届出があり、SEIRICH の活用が進む。

A．研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうちフランスの状況を明らかにすることを目的としている。

とりわけ我が国の産業医に相当すると考えられる労働医(médecin du travail)の所属する労働保健予防サービス（service de prévention et de santé au travail, SPST）を中心に据え調査を行う。SPST は 2021 年法、すなわち 2021 年 8 月 2 日の労働保健予防強化のための法律第 2021-1018 号（Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail）により、それまでの労働保健サービス（service de santé au travail, SST）から名称の変更がなされている。SPST に

は企業内部に設立される独立労働保健予防サービス（service de prévention et de santé au travail autonome, SPSTA）と、主に中小企業等、複数企業が加入する共同労働保健予防サービス（service de prévention et de santé au travail interentreprises, SPSTI）があり、その基礎的情報から実態に至るまで報告することを目的としている。

B．研究方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。対象とした文献・ツールは以下である。

・公式法令集である Légifrance を調査；
・Google, Google scholar にて《 santé au travail 》（労働保健）を調査；
・国立安全研究所（Insitut national de recherche et de sécurité, INRS）のサイトを調査；
・労働省のサイトを調査；
・インパクトファクターの高い労働法関連研究誌（Revue de droit du travail, Revue de droit social et sanitaire）について 2020 年 1 月から 2025 年 4 月現在までの目次を調査し、《 santé au travail 》（労働保健）に関する論文を参照；
・Scopus にて《 santé au travail 》（労働保健）を調査（予定）；
・Lexis360 にて《 santé au travail 》（労働保健）を調査（予定）；
・判例に関しては、INRS, Actualités juridiques（https://www.inrs.fr/header/actualites-juridiques.html）を参照し、とくに 2016 年から 2025 年現在までの関連する判例を調査。

ここには専門職団体の公式文書、さらに査読学術誌に発表された労働者の健康調査や産業保健専門職に関する研究論文を含めた。こうした多様な資料を対象に、労働者とフリーランスの健康や産業保健サービスへのアクセス、高齢化や人材不足といった課題を整理している。

この作業に際しては AI を活用した。すなわち筆者が原典を渉猟して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要部分を AI（ChatGPT 5）に学習させ、課題を示して出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認する手順を採用した。

また、労働省労働総局（DGT）の労働監督医総長である Corinne Piron 博士および総局のチームに、文書によるヒアリング調査を行った(2025 年 10 月 10 日回答)。ご協力いただいた Piron 博士と労働総局チーム各位に感謝を申し上げる。

C．研究結果

1 産業保健に関する法令上の定め（産業保健の定義、役割等）
1-1 産業保健（santé au travail）の定義
1-2 産業保健の政府方針
1-3 産業保健制度
2 歴史的経緯（沿革）
3 関係規定（事業者への義務づけ規定、労働衛生機関の認証関係規定等）と解釈
3-1 使用者への義務づけ規定
3-2 労働保健予防サービスの認可
3-3 目標と手段に関する複数年契約（CPOM）
3-4 共同労働保健予防サービスの認証

4 産業保健職の法令上の選任義務の有無
4-1 独立労働保健予防サービス
4-2 共同労働保健予防サービス
4-2-1 理事会
4-2-2 医療技術委員会
4-2-3 企業間委員会と監査委員会
4-2-4 サービスへの加入と解約について
4-2-5 サービスの区分
4-2-6 利用料金設定
4-2-7 年次活動報告書
5 産業保健職の種類
6 産業保健職の資格（法令）
6-1 労働医
6-1-1 労働医の地位と保護
6-1-2 資格・採用
6-1-3 職務
6-1-4 職務への専念
6-1-5 労働医の予防的任務を超える試験的取り組み
6-2 協力医師
6-3 労働医学研修医
6-4 労働保健看護師
6-5 共同労働保健予防サービスの職業リスク予防担当者
6-6 共同労働保健予防サービスの労働保健予防サービス補助職
6-7 対応臨床医
7 産業保健職の資格（民間）
8 産業保健職の業務（法令）
8-1 職場環境における活動
8-1-1 職場環境における活動
8-1-2 企業ファイル
8-2 個別的健康管理
8-2-1 一般健康管理
8-2-1-1 情報・予防面談
8-2-1-2 適合健康管理
8-2-2 強化健康管理
8-2-2-1 強化健康管理
8-2-2-2 適性検査
8-2-2-3 曝露後・退職後の健康状態監視に関する検査
8-2-3 共通規定
8-2-3-1 中途キャリア面談
8-2-3-2 復職時検査
8-2-3-3 事前復職検査
8-2-3-4 随時面談
8-2-3-5 遠隔によって面談が行われる場合の規定
8-2-3-6 提案、意見書
8-2-3-7 面談に関するその他規定
8-2-4 労働保健医療記録
8-2-5 複数使用者に雇用される場合の健康管理
8-2-6 その他の特定のカテゴリーの労働者の健康管理
8-2-6-1 有期雇用の労働者の健康管理
8-2-6-2 派遣の労働者の健康管理
8-2-6-3 季節労働者
8-2-6-4 隔地勤務者
8-2-6-5 外部企業の労働者
8-3 公的な医療機関、社会福祉機関、医療社会福祉機関に関する規定
9 投入時間制度の有無と仕組み（法令と実際）
10 産業保健職の教育制度（法令・任意）
10-1 労働医
10-2 労働保健看護師
10-3 その他の産業保健職、リスク予防担当者（IPRP）
10-3-1 心理士
10-3-2 人間工学専門職
10-3-3 安全衛生環境実務者・専門職

10-3-4 毒性学専門職（有害物質評価専門家）
11 中小企業用の制度の有無（共同選任制度等）と実際
12 産業保健職の選任状況と実際の業務、産業保健チームの形成、労使からの尊重の実情
12-1 産業保健職の選任状況
12-2 産業保健職の実際の業務
12-3 産業保健チームの形成
12-4 労使からの尊重
13 民間の産業保健サービスの状況
14 法令上の選任義務がない場合で選任の実情が認められる場合、その理由
15 関係職種（医療・リハビリ機関、カウンセラー、理学療法士、安全専門家、化学物質管理の専門家、社会福祉の専門家や専門機関等）との連携の定めと実際

D．考察
16 個別課題への対応と判例の分析
16-1-1 フリーランス・副業兼業者への対応
16-1-2 フリーランス・副業兼業者等に関する判例
16-2-1 高齢化への対応
16-3-1 女性の就業率の増加に伴う健康課題への対応
18-3-1-1 妊娠中および出産後の女性の特別保護
18-3-1-2 セクシャル・ハラスメント
18-3-1-3 性差を考慮した健康管理
16-4-1 治療と仕事の両立支援
16-5-1 テレワークの拡大による課題への対応
16-6-1 化学物質の管理への対応

C．研究結果
1 産業保健に関する法令上の定め（産業保健の定義、役割等）
1-1 産業保健（santé au travail）の定義

産業保健（santé au travail）、労働安全衛生（santé et sécurité au travail）は労働法典においては、L. 4111-1 条以下、R. 2421-1 条以下に定められる[1]。労働法典 L. 4121-1 条によると「使用者は、労働者の安全を確保し、身体的および精神的健康を保護するために必要な措置を講じなければならない」とされ、「これらの措置には以下が含まれる。1° 職業上のリスクの予防措置の実施（労働法典第 L. 4161-1 条に規定されるリスクを含む）。2° 情報提供および研修の実施。3° 適切な組織および手段の導入。使用者は、状況の変化を考慮し、既存の状態の改善を目指すために、これらの措置を適宜適応させるよう努めなければならない」と規定されている。2021 年法（loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail）により、全国職際協定の内容が反映された形で法制化・改革が行われた[2]。

上述の労働法典 L. 4111-1 条は、日本の労働安全衛生法 3 条と同様に使用者に安全配慮義務を課す基本条項である。

[1] 公務員の産業保健については公務員一般法典 L. 811-1 条以下で定められる。

[2] Vie publique, Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. https://www.vie-publique.fr/loi/278583-loi-2-aout-2021-transposition-de-lani-sante-au-travail

1-2 産業保健の政府方針

産業保健の政府方針は、国家労働衛生計画（Plan National Santé Travail, PNST）によって定められており、通常5年ごとに策定され、労働大臣が主導する形で労働条件指導委員会（Comité d'orientation des conditions de travail, Coct）に提出される。PNSTは各地域ごとに地域労働衛生計画（Plan Régional Santé Travail, PRST）として展開され、県知事（Préfet）および地域経済・雇用・労働・連帯局（DREETS, 旧DIRRECTE）の責任のもとで実施される。これらの計画は、公衆衛生政策（保健省主導）との整合性を確保するため、「環境衛生計画（Plan National Santé Environnement）」「がん対策計画（Plan Cancer）」などの公衆衛生計画と連携する形で策定される[3]。

国家労働衛生計画は日本における労働災害防止計画にあたるものである。COCTは労働政策審議会にあたる機関であるが、政府・使用者・労働者それぞれの代表に加え、社会保障機関代表も名を連ねる[4]。COCTは産業保健政策の方向づけを行うなど、より積極的に関与する立場にある点が異なる。また国家労働衛生計画は安全衛生に限らず、労働条件などより広いテーマを扱う[5]。

1-3 産業保健制度

産業保健制度を管轄するのは労働省であり、政策策定には労使が関わるシステムとなっている。国家レベルでは労働省が管轄する労働条件調整委員会（COCT）、地域レベルではCRPRP（地域職業リスク予防委員会）、企業レベルではCSE（社会経済委員会）や共同労働保健予防サービスの理事会での労使協議である。

労働安全衛生に関わる制度は、担当機関の上では、監督制度、保険制度、予防制度に分類しうる[6]。監督制度の中心は労働監督官（inspection du travail）である。社会保障における「労働災害・職業病部門（AT/MP）」を担うのはCNAM（全国疾病保険金庫）および地方においてはCARSAT（退職保険・労働保健金庫）である。上述のように社会保障機関は国家労働衛生計画立案に参画し、労災等給付のみが職掌ではなく、さまざま産業保健上の予防支援（企業への助成やカウンセリング）を行なっている[7]。予防は労働保健予防サービス（労

[3] Ministère du travail, 4e plan santé au travail, 2021, p. 4. ; Ministère du travail, Les plans santé au travail (PST). https://travail-emploi.gouv.fr/les-plans-sante-au-travail-pst?utm_source=chatgpt.com ; Préventech Consulting, La santé au travail & QVCT. https://www.preventech.net/la-sante-au-travail-qvt-qvct/?utm_source=chatgpt.com

[4] 日本の労働政策審議会では社会保障機関の代表が審議会構成員の一角を担っているわけではない。

[5] Ministère du travail, Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). https://travail-emploi.gouv.fr/le-conseil-dorientation-des-conditions-de-travail-coct?utm_source=chatgpt.com

[6] Ministère du travail, Le rôle des acteurs de la santé au travail face aux risques professionnels. https://travail-emploi.gouv.fr/le-role-des-acteurs-de-la-sante-au-travail-face-aux-risques-professionnels ; INRS, Les acteurs de la prévention. https://www.inrs.fr/CSE/sante-securite-travail/acteurs/a-chacun-son-role.html

[7] 社会保障法典 L. 422-5 条に基づき、社会保障機関は企業に予防に関する助成を行う。予防補助金（subvention prévention）は全企業を対象としたものと中小企業を対

働医を中心とする）が大きな役割を演じる。このほか、さまざまな機関が連携する。INRS（国立労働衛生研究所）や ANACT-ARACT（全国/地域の労働条件改善庁）、OPPBTP（建設・土木労働災害予防専門機関）などが挙げられる[8]。

民間部門における産業保健制度では、以下の3つのカテゴリーに分類されうる。まず一般制度に属する企業（独立労働保健予防サービスを有する企業、または共同労働保健予防サービスに加盟する企業）である。本報告書ではこれを主に扱っている。そのほか、農業制度に属する企業、海事制度に属する企業（船員に適用される制度）があり、それぞれ別個の制度で運用される[9]。一方、公的部門では、予防医療として国家公務員（Fonction publique d'État）、病院公務員（Fonction publique hospitalière）、地方公務員（Fonction publique territoriale）の3つの公務員制度に分かれて組織されている[10]。

また労働保健予防サービスの使命として、労働法典 L. 4622-2 条に職業的離脱・就労継続が明記されており、脆弱性のある労働者への配慮が労働医の職務であることが明らかにされている。

2 歴史的経緯（沿革）

19 世紀前半、産業革命に対応するための産業保健に関する初期の法整備が始ま

象としたものがある。Carsat, Suventions prevention. https://www.carsat-pl.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/actions-prevention/subventions-prevention.html?utm_source=chatgpt.com 業種別団体が CNAM と予防に関する目的協定（Convention Nationale d'Objectifs, CNO）を結び、助成を受けることもある。そのほか、産業保健で大きな役割を担う INRS も疾病保険が主な資金源である。CARSAT は企業に対し予防に関するカウンセリングを行い、化学物質の分析なども行なっている。Carsat, Prévenir les risques professionnels. https://www.carsat-aquitaine.fr/home/entreprise/risques-professionnels.html?utm_source=chatgpt.com また 2023 年に職業的消耗予防投資基金（Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle）が設置され、人間工学的リスク予防が目指される。Sécurité sociale, Quelles nouveautés avec le FIPU ? https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/actualites/list-actualites/quelles-nouveautes-avec-le-fonds.html?utm_source=chatgpt.com

[8] そのほか、多くの機関が関係する。とくに地域保健庁（ARS）はじめ、食品環境労働安全衛生庁（ANSES）、薬品・保健製品安全庁（ANSM）、原子力安全局（ASN）、放射線防護・原子力安全研究所（IRSN）が挙げられる。INRS, Les pouvoirs publics, en charge de la politique de prevention. https://www.inrs.fr/demarche/acteurs-institutionnels/pouvoirs-publics-politique-prevention.html

[9] 農業制度においては農業社会共済（MSA）が労働医を擁する。Ministère de l'Agriculture, Les services de santé au travail en agriculture. https://agriculture.gouv.fr/les-services-de-sante-au-travail-en-agriculture 船員については海事庁の管轄で、船員保健サービス（service de santé des gens de mer）が海事医（médecin de gens de mer）を擁する。Ministère de la transition écologique, Santé, sécurité au travail et aptitude médicale des gens de mer. https://www.mer.gouv.fr/sante-securite-au-travail-et-aptitude-medicale-des-gens-de-mer

[10] Ministère de la transformation et de la fonction publique, Plan santé au travail dans la fonction publique 2022-2025, 2022 ; Ministère de l'action publique, Le cadre juridique de la santé - sécurité au travail dans la fonction publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/le-cadre-juridique-de-la-sante-securite-au-travail-dans-la-fonction-publique?utm_source=chatgpt.com 国家公務員と地方公務員はそれぞれ別のデクレにて規定され、病院公務員については労働法典で規定されている（後述）。

る。1810 年代には鉱山や工場で企業医（médecins d’entreprise）の利用が始まり、労働者の医療へのアクセスが制度化、健康管理が産業現場にもたらされた[11]。Louis-René Villermé の調査報告に基づき、1841 年に児童労働法（La loi du 22 mars 1841 sur le travail des enfants）が制定され、8 歳未満の就業禁止や年少者の労働時間制限、夜間労働禁止規定が設けられた[12]。1893 年、産業の公衆衛生や労働安全に関する法的枠組としてはおそらく最初のものである工業施設労働者安全衛生法（Loi du 12 juin 1893 relative à l’hygiène et à la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels,）が成立し、「労働者の健康の権利」が法的に認められる[13]。また 1898 年には労働災害補償法（Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail）により、使用者の責任と事故時の定額補償が制度化された[14]。

20 世紀初頭、1920 年に、初期の工場内医療サービスが組織されている[15]。1934 年に特定の労働者の健康診断が義務づけられた[16]。1946 年法（Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946）により「労働保健サービス」（Services de santé au travail, SST）が制度化され、使用者側の責任において、労働者の健康を監視・予防する機関が組織される[17]。

さらに、1979 年に産業医の労働時間の３分の１を企業現場での活動に充てる tiers-temps 制度（Décret 231-79 du 20 mars 1979）が導入され、予防面での現場介入について規定された[18]。2001 年には décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 により DUERP 制度が導入され、職業リスク評価文書の作成義務が制度化されている[19]。

近年の主な改革は 2004 年、2011 年、

[11] Aist89, Histoire et Évolution de la Santé au travail. https://www.aist89.fr/histoire-et-evolution-de-la-sante-au-travail-p27.html?utm_source=chatgpt.com

[12] Vie publique, Chronologie : histoire des relations du travail depuis la loi Le Chapelier de 1791. https://www.vie-publique.fr/eclairage/268879-chronologie-les-relations-du-travail-depuis-la-loi-le-chapelier-1791?utm_source=chatgpt.com

[13] Ministère du travail, Risques au travail et prévention | Acteurs et législation en France de 1810 à 2021. https://travail-emploi.gouv.fr/risques-au-travail-et-prevention-acteurs-et-legislation-en-france-de-1810-2021?utm_source=chatgpt.com

[14] Comité Rhône Alpes d’Histoire de la Sécurité Sociale, Actes du colloque : Les Accidents du travail : Rétrospective historique et interrogations contemporaines, octobre 2008. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-HISTOIRE/2008/ACTES/COMITE_D-HISTOIRE-2008-ACTES-LES_ACCIDENTS_DU_TRAVAIL_RETROSPECTIVE_HISTORIQUE_ET_INTERROGATIONS_CONTEMPORAINES.pdf

[15] AGESTRA, Le contexte de la santé au travail. https://agestra.org/le-contexte-de-la-sante-au-travail/?utm_source=chatgpt.com

[16] HPSP, Actualité et dossier en santé publique, décembre 1994, Dossier p. V.

[17] Aist89, Histoire et Évolution de la Santé au travail. https://www.aist89.fr/histoire-et-evolution-de-la-sante-au-travail-p27.html?utm_source=chatgpt.com

[18] M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du travail et visite médical obligatoire, Droit Social, 2011, n° 4, pp. 351-360. https://publications.ut-capitole.fr/id/eprint/4374/1/4374_Amauger-Lattes.pdf?utm_source=chatgpt.com

[19] GEOTAB, Qu’est-ce que le DUERP ?, 31 mars 2025.

2021 年に行われた。2004 年の改革[20]は 2005 年から開始された職業リスク予防の国家戦略（Plan national santé travail, PNST）策定の根拠となっている点でも重要である。「労働医療」（médecine du travail）から「労働保健」（santé au travail）への概念転換がなされ、医学的側面に限らず、心理社会的・技術的要因も含むものへと拡張し[21]、共同労働保健サービス（service interentreprise）の管理を労使共同運営に移行した[22]。

2011 年の改革（Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ; Décrets n° 2012- 135 du 30 janvier 2012, Décrets n° 2012-137 du 30 janvier 2012）[23]では既存の制度の見直しがなされ、チーム制を導入し、労働医のほか、各種専門家（心理士、化学物質専門家など）との連携が強化された。また、地域の特性に対応するため、サービス提供の柔軟化（面談の頻度、労働医あたりの担当数上限の廃止など）がなされた。CPOM（Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, 複数年の目標・手段契約）が制度化され、サービスの業務計画は複数年にわたる中期的視点で策定されることとなった。ガバナンス構造の改革も進められ、労使の役割が強化された[24]。そのほか、2011 年法以降もいくつかの改正があった[25]。

2021 年の改革（Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail）は、2020 年 12 月 10 日に労使が結んだ全国職際協定（ANI）を受けて、職場での健康管理改革を目指した。この法律には、公衆衛生と労働衛生の垣根を取り払うための措置も含まれる。具体的

https://www.geotab.com/fr/glossaire/duerp-risques-professionnels/?utm_source=chatgpt.com

[20] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail.

[21] Aist89, Histoire et Évolution de la Santé au travail. https://www.aist89.fr/histoire-et-evolution-de-la-sante-au-travail-p27.html?utm_source=chatgpt.com　また、労働医は 150 半日を職場環境における活動にあてる義務が課された。

[22] 理事会の労働者代表は当時 3 分の 1 とされ、労働者の関与が強化された（現行は労使同数、L. 4622-11）。Assemblée nationale, Mission d'information sur le paritarisme　Mercredi 23 mars 2016　Séance de 16 heures 15　Compte rendu n°　14. https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-miparitarisme/15-16/c1516014.asp?utm_source=chatgpt.com

[23] 2011 年法による変化については、以下に詳細な解説がある。S. Tournaux, Loi relative à l'organisation de la médecine du travail, 1 septembre 2011, Lexbase. https://www.lexbase.fr/article-juridique/4774295-textes-loi-relative-a-lorganisation-de-la-medecine-du-travail?utm_source=chatgpt.com

[24] Aist89, Histoire et Évolution de la Santé au travail. https://www.aist89.fr/histoire-et-evolution-de-la-sante-au-travail-p27.html?utm_source=chatgpt.com 具体的には、2011 年法により「労働保健サービスは、労使同数の構成による理事会（conseil）によって運営される」と規定された（L. 4622-11）。

[25] Acismt, La réglementation en vigueur. https://www.acismt15.fr/la-reglementation-en-vigueur/?utm_source=chatgpt.com Décret n°　2014-798 du 11 juillet 2014 ; Décret n°　2014-799 du 11 juillet 2014 ; Loi n°　2016-1088 du 8 août 2016 ; Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016.

には、この法律は次のことを定めている[26]。
1. サービスの拡張：従来の「労働保健サービス（SST）」は、「労働保健予防サービス（SPST）」に名称が変更され、その任務は職業リスクの評価と予防に加えて、職場での健康促進活動やテレワークの条件に関する助言、ワクチン接種とスクリーニングも含まれる。
2. 予防パスポートの導入：ANI に基づいて、すべての健康と安全に関する研修が記録される予防パスポートが創設される。
3. セクシャルハラスメントの再定義：職場でのセクシャルハラスメントの定義が見直される。
4. 共有医療ファイル（DMP）へのアクセス：労働医が、職員の健康情報を管理できるようにするために、共有医療ファイル（DMP）へのアクセスが許可される。
5. 職業的離脱予防ユニットの設置：SPST は、職業的離脱（労働市場からの脱落）を防ぐための専用のユニットを設置する。
6. テレメディスンの導入：労働衛生の医師が、テレメディスンを活用できるようになる。
7. 中途キャリアの健康診断：45 歳または業界合意で定められた他の年齢において、職業中期の健康診断が新設される。
8. 主治医の貢献：一般医師も労働者の医療フォローに貢献することができる。
9. 労働保健看護師の地位：労働保健看護師の法的地位が確立される。
10. 予防および労働衛生管理委員会（CNPST）の設置：予防および労働衛生管理委員会（CNPST）が労働条件の指導委員会（COCT）内に設立される。

3 関係規定（事業者への義務づけ規定、労働衛生機関の認証関係規定等）と解釈

3-1 使用者への義務づけ規定

使用者への義務づけ規定は労働法典 L. 4121-1 条から L. 4121-5 条、R. 4121-1 条から R. 4121-5 条に規定される。労働安全衛生において事業者は民間企業の使用者のほか、商工業的公施設、私法上の条件で雇用を行う公的行政機関、医療機関、社会福祉機関、医療社会福祉機関[27]、医療協力団体[28]も含まれる（労働法典 L. 4111-1 条）。使用者の義務は大きく職業リスクの予防措置[29]、情報提供及び教育[30]、適切な組織と手段の整備[31]である（同 L. 4121-1 条）。

L. 4121-2 条の一般的予防原則に基づ

[26] Vie publique, Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. https://www.vie-publique.fr/loi/278583-loi-2-aout-2021-transposition-de-lani-sante-au-travail?utm_source=chatgpt.com ; Village de la Justice, Santé au travail : 10 points à connaître absolument sur la loi du 2 août 2021. https://www.village-justice.com/articles/sante-travail-points-connaitre-absolument-sur-loi-no2021-1018-aout-2021%2C40109.html?utm_source=chatgpt.com

[27] Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, article 2 記載のもの。

[28] 公衆衛生法典 L. 6133-3 条 1 項記載のもの。

[29] たとえば高所からの転落リスク、機械の稼働部分との接触リスク、心理社会的リスク、化学的リスク、特定の職業リスク要因への曝露に関する措置など。

[30] 新規採用者、職務を変更した従業員、臨時従業員、労働医の診察後に業務を再開した従業員については情報提供、教育活動をしなければならない。

[31] たとえば天候に応じた作業時間の変更、作業現場への個人保護具の設置、安全帽、手袋、安全靴の着用義務付けなど。

き措置を行うとされ、リスクの回避、リスクの評価、技術、労働組織、労働条件、社会的関係、環境要因の影響を統合した一貫性のある予防計画などが含まれるが、ハラスメントのリスクの考慮[32]、個人防護措置よりも集団防護措置を優先することなどが明示されている。

とくに使用者は施設の活動の性質を考慮し、製造方法、作業設備、化学物質や調製物質、作業場所や設備の配置、作業の組織、職務定義における健康と安全に対するリスクを評価する（同 L. 4121-3 条）[33]とされ、この中心となるのは職業リスク評価統一文書（DUERP）である。使用者は DUERP を作成、随時更新しなければならない[34]。これは労働者が曝露されるあらゆる職業リスクの一覧[35]であり、集団的履歴管理が行われる[36]（同 L. 4121-3-1 条）。DUEREP は、社会経済員会がある事業所については、使用者が同委員会に提出する年次報告書[37]の作成にも活用される（同 R. 4121-3 条）。DUERP は作成から 40 年、労働者・元労働者、社会経済委員会従業員メンバー、労働保健予防サービス、労働監督機関、社会保障機関予防サービス、L. 4643-1 条に規定される労働安全衛生・労働条件専門機関（OPPBTP, INRS, ARACT, ANACT など）、放射線防護検査官、原子力安全・放射線防護検査庁が閲覧できる（同 R. 4121-5 条）。リスク評価の結果を、R. 4121-1 および R. 4121-2 に定められた条件に従って記録しない、または更新しないことは、第 5 級の違反行為に対する罰金の対象となる。 再犯の場合は、刑法典 132-11 条および 132-15 条に基づき処罰される（R. 4741-1）。

日本では、労働安全衛生法 第 28 条の 2 により、一部の事業者にリスクアセスメ

---

[32] L.1151-1 条以下のハラスメントにかかる規定は使用者および労働者を対象とする。L. 1152-4 条により「使用者は、モラルハラスメントの行為を防止するために必要なすべての措置を講じる」とされる。同様に「使用者は、セクシュアルハラスメントの発生を防止し、それを終結させ、かつ処罰するために必要なすべての措置を講じる」（L. 1153-5）とされる。Cf. 三柴丈典「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と わが国への適応可能性に関する調査研究」（厚生労働科学研究 2013 年）58-68 頁.

[33] 社会経済委員会と保健安全労働条件委員会、使用者の指名する職業上のリスク防止担当者、労働保健予防サービス（労働医）がリスク評価に寄与する。

[34] 「リスク評価統一文書」の更新は以下に行われる。1° 11 人以上の従業員を有する企業は、少なくとも年に 1 回、2° 健康および安全の条件または労働条件を変更する重要な調整が行われた場合、3° リスク評価に関する追加情報が使用者の知るところとなった場合。「年間労働環境改善・職業リスク予防計画」または、労働法典 L.4121-3-1 条 III に記載された予防・保護措置の一覧の更新は、必要に応じて、「リスク評価統一文書」の更新ごとに実施される（同 R. 4121-2 条）。

[35] 温熱環境に関するリスクも含まれる（労働法典 R. 4121-1 条）。L. 4161-1 条に記載されたリスク要因への個別のばく露評価に役立つ集団データ、L. 4161-1 条に記載された職業上のリスク要因、法定の閾値を超えて曝露している労働者の割合を記載する必要がある（同 R. 4121-1-1 条）。

[36] この評価を基に、50 人以上の企業では、年間の職業リスク予防計画および労働環境改善計画が策定され、以下が含まれる。 a）翌年に実施すべき具体的な対策のリスト（職業リスク要因の影響を防止する措置を含み、各措置の実施条件、成果指標、費用見積もりを明記） b）企業内で動員可能な資源の特定 c）実施スケジュールの策定。50 人未満の企業では、リスク予防および従業員保護のための行動計画を定め、それを統一文書およびその更新記録に残す。これらについて、産業別機関・組織が支援を行う。統一文書は使用者によって保存され、労働者、元労働者、および正当な利害関係を有する個人や機関が閲覧でき、保存期間は 40 年以上とされる。

[37] C. trav., L. 2312-27.

ントの実施義務があり、この記録が DUERP にやや類似する。ただし、DUERP は全ての使用者に作成・更新義務があり、罰則を伴う強制力がある点が異なる。

一方、労働者の義務としては、労働法典 L. 4122-1 条、L. 4122-2 条に定められ、労働者は使用者の定めた指示、就業規則に基づき、教育や能力に応じ、その行為や過失により影響を受ける他者や自分自身の健康、安全に配慮するとされる。使用者の指示では、作業設備の使用条件、保護手段の適用方法、危険物質および調剤の取扱条件が定められる。労働者の健康と安全に関する措置は、労働者に対していかなる経済的負担も課してはならない。

3-2 労働保健予防サービスの認可

産業保健制度の中核を担うのは労働医を擁する労働保健予防サービスである。日本の産業保健センターがやや類似するが、労働保健予防サービスへの加入（あるいは設立）は義務である。

労働保健予防サービスの認可（agrément）は、行政機関、すなわち地域経済・雇用・労働・連帯局（DREETS）によって、労働監督医の意見を得た後、5 年間の期間でなされる（労働法典 L. 4622-6-1 条）。サービス認可のための全国基準項目に記載された基準は、労働法典 D. 4622-49-1 条に詳細に定められる[38]。

労働法典 D. 4622-49-1 条

I. 共同労働保健予防サービスの認可基準に関する全国基準項目には、以下の基準が含まれる。

1°　サービスのガバナンスと運営に関して

a）サービスは、使用者代表と労働者代表から成る理事会によって平等に運営され、L. 4622-11 条に定められた条件に従う。

b）サービスは、D. 4622-19 条に定められた理事会メンバーの任期の最大期間を遵守し、L. 4622-11 条に従ってこれらのメンバーの任期制限を適用する。

c）医療技術委員会は、複数年サービス計画を策定する。

d）複数年サービス計画は、労働保健に関する地域の診断に基づく。

e）監査委員会は、サービスの運営と実施されている活動を効果的に監視する。

f）監査委員会のメンバーの実務的な訓練は、D. 4622-39 条に定められた条件に従って行われる。

g）サービスは、L. 4622-16-1 条に定められた文書のリストを、その会員および地域労働安全衛生予防委員会に公表し、伝達する。

h）L. 4622-6 条に定められた会費の金額は、監視される労働者数に比例して定義され、それぞれが 1 単位としてカウントされる。

2°　サービス提供の質に関して

a）サービスは、L. 4622-9-3 条に基づく最低限の認証レベルを取得してお

[38] サービス提供の質（例：医師が職場での活動に費やす時間）、労働安全衛生政策の実施への貢献（例：職業的曝露のトレーサビリティ、健康監視に関する調査）等が含まれる。

り、もし未達の場合は、最も高いレベルを達成するための活動を実施する。
b）サービスは、L. 4622-2 条に記載されているすべての任務を実施し、L. 4622-9-1 条に定められた基盤となるサービス群の実行において、その効果と質を確保する。
c）サービスは、労働保険予防サービスに従事するスタッフの業務条件、特に L. 4623-3-1 条に定められた職場での活動に割り当てられる労働時間を保証する。
d）サービスは、L. 4624-8-2 条の規定に適合した情報システムまたはデジタルツールを使用する。
e）サービスは、L. 4624-8 条に定められた労働保健の医療記録を、L. 4622-9-3 条の 4° に定められた条件で実施する。
3° 労働保健政策の実施への貢献に関して
a）サービスは、L. 4622-10 条に定められた目標と手段に関する複数年契約を締結している。
b）サービスは、職業的曝露の追跡と公衆衛生監視の調査、特に労働省、食品環境労働衛生安全機関（ANSES）、公衆衛生機関によって行われる調査に貢献する。
c）サービスは、その活動と財務管理に関するデータを毎年、D. 4622-57 条に定められた方法で提出する。
d）サービスは、L. 1111-8-1 条に定義された国民健康識別番号を使用し、R. 4624-45-7 条の規定に適合した安全な医療メッセージシステムを利用する。

4° 多職種協力の実施に関して
a）サービスは、必要に応じて他の労働保健予防サービスと契約を結び、労働医、協力医師、労働医学研修医、職業リスク予防担当者、看護師を十分に備えた 1 つまたは複数の多職種チームを有しており、サービスの基盤となる実施を確実にする。
b） 労働医が他のスタッフや多職種チームメンバーに委任する業務は、L. 4622-8 条および R. 4623-14 条に定められた条件を遵守する。
c） 職業的離脱防止のための多職種委員会は、L. 4622-8-1 条に定められた条件でその任務を実行する。
5° 労働保健予防サービスによる企業および L. 4622-25 条に定義されたすべてのセクターのニーズのカバーに関して
a） 医師または多職種チームが監視する最大労働者数は、企業またはサービスが認可を求めるセクターのニーズを適切にカバーすることを保証する。
b）サービスは、L. 4622-2 条に定められた任務を実施するために必要なリソースを持つ能力がある。
c） サービスが認可を求めるセクターは、地域レベルで評価される労働医療のニーズを実際的にカバーする。
d）固定および、場合によっては移動型センターへのアクセスは、加入企業および労働者に近隣サービスを保証する。
II. 独立労働保健予防サービスに関しては、全国仕様書には、I の 2° の c から e、3° の b から d、4° の b、5° の a

とｄに定められた基準が含まれる。

各地域のDREETSは、D. 4622-49-1条に定められた認可に関する全国基準項目の地域レベルでの適用方法を、地域労働安全衛生予防委員会（comité régional de prévention et de santé au travail）に提出し意見を求める（D. 4622-49-2）。これにより、全国基準に基づきつつ、各地域で認可の基準が設定されることとなる。

DREETSの局長が、労働保健予防サービスの運営状況が労働法典の規定、特に認可の全国仕様書に適合していないと認めた場合、労働監督医の意見を得た上で、認可の取消や期間短縮等の措置がありうる[39]。

3-3　目標と手段に関する複数年契約（CPOM）

認可された共同労働保健予防サービスは、L. 4622-10条に記載される目標と手段に関する複数年契約（CPOM）を、DREETS、および社会保障機関の予防機関（CARSAT）との間で締結することになる[40]。この契約は、地域労働条件指針常設会議（GPROCT）の意見を受けて行われる（D. 4622-44条）。CPOMには以下を推進する具体的方針が盛り込まれる。すなわち 1°　労働法典 L. 4622-14 条で規定される複数年次サービス計画の優先行動の実施と、優良事例の創出、2°　個人および集団における職業上のリスク予防および労働環境の質の向上、3°　地域労働衛生計画（PRST）で定められた地域レベルの労働衛生目標の実施、4°　職場環境での協調的かつ集団的アプローチの推進、5°　労働保健予防サービス（SPST）間を含めた手段、ツール、手法、行動の共有（特に中小企業支援のため）、6°　特定の業界、特定の対象者、または特定のリスクの予防に焦点を当てた行動の実施、7°　労働者の雇用維持と職業からの離脱防止である（D. 4622-45条）。またCPOMには各当事者が用いる手段、行動計画のスケジュール、数値目標達成に向けた連携の方法が明記され、フォローアップ、監督、定量的指標および定性的指標を用いた結果評価の方法が定められる（D. 4622-46条）。CPOMは最長5年の期間締

[39] 以下の措置を講じることができる。1°　認可または認可更新の申請がある場合には、労働保健予防サービスが明確かつ日付入りの是正の約束を行うことを条件として、最長で2年間の非更新型の認可を付与することができる。この期間の終了時に、当該サービスが義務を履行している場合は、5年間の認可が付与される。2°　認可期間中には、a）認可を終了させる、または b）認可の有効期間を短縮することができる。2°に規定された措置は、当該サービスに対して、労働法典の規定、特に全国仕様書の規定に適合するよう求める通知が、確定日付を伴う手段により行われた後、かつ、局長が設定した期間内（この期間は最長で6か月）に必要な是正措置が講じられなかった場合にのみ実施される。労働保健予防サービスの理事長は、認可期間の短縮または取消しの決定通知を受け取った時点で、すべての加入事業者にその旨を通知しなければならない（D. 4622-51）。

[40] CPOMは2011年7月20日の法律2011-867号によって導入され、地域レベルにおいて、共同労働保健予防サービス（SPSTI）と、国（DREETS）および労災・職業病保険部門（CARSAT）を結びつけ、労働衛生と予防に関する国家および地域の優先事項に沿った活動を行うための枠組みである。Cf. IGAS, Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, 2023. IGASのレポートはCPOMが労働に起因する健康問題の持続的な悪化を抑制し、職業からの離脱を防止するために不可欠な労働衛生関係者間の調整を強化するうえで妥当であるとしている。

結され、追加条項により修正が可能である（D. 4622-47 条）。

このCOPMにより、各サービスの活動計画は、政府や社会保障機関の指針を反映し、整合性のあるものとされる。また、サービスの側では予防活動にかかる交付金を得ることができる。日本にはこのような三者契約はなく、強いて述べるなら地域産業保健センターと労働局の連携（業務委託等）がこれに近いと考えられるが、より包括的に制度化されている。

3-4 共同労働保健予防サービスの認証

2021年8月2日に制定された労働衛生予防強化法（法律第2021-1018号）により、新たなSPSTI（共同労働保健予防サービス）の認証（certification）制度が導入された（フランス労働法典 L. 4622-9-3条）。この認証は独立した認証機関[41]によって実施され、サービスの均一性、実効性、および品質の確保、SPSTIが活動を行う際の公正性と機密保持の遵守を目的とする。認証の有効期間は1年から5年の範囲で、5年未満の認証を受けた場合、その期間内に必要な改善措置を講じ、次回の更新時により長期間の認証を取得できるよう努める（D. 4622-47-1条以下）。認証のプロセスは、1）認証を希望するサービスは、現地監査を受ける。監査の条件は仕様書[42]に基づいて定義されている。2）認証機関が認証を拒否する場合、その決定には理由が示される。認証を付与する機関は、観察、留保または即時是正措置の要求を行うことができる。この場合、再審査を所定の期限内に実施することが求められる（D. 4622-47-3条）。認証機関と労働省との関係についてはArrêté du 27 juillet 2023 fixant le cahier des charges de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises, article 4に定められる。

Arrêté du 27 juillet 2023 fixant le cahier des charges de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises, article 4

> I. 経済、雇用、労働、社会連帯の地域局長は、労働監査官による検査結果を認証機関に伝え、それが認証されたサービスに対して本アレテに違反または不適合となる可能性のあるものであるかを示す。認証機関は、警告を発した当局および労働局に、実施しようとする措置とその後の対応について報告する。
> II. 認証機関は、認証しているサービスに対して、労働局からの連絡を遅滞なく伝達する。また、これらの情報を認

[41] フランス認定委員会（COFRAC）または、欧州議会および理事会規則（CE）第765/2008号に基づき認定された他の認定機関（欧州認定機関間の多国間認証協定に署名している機関）。C. trav., D. 4622-47-2.

[42] 仕様書の条件等はD. 4622-47-4条に記載されており、具体的にはArrêté du 27 juillet 2023 fixant le cahier des charges de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises, article 1に言及されるANFOR SPEC 2217がこれにあたる。

証機関の意思決定機関のメンバーや監査員にも伝える。
III. 認証機関は、毎年 4 月 1 日までに、労働局、DREETS、地域労働安全衛生予防委員会および COFRAC に対して、労働保健予防サービスの認証に関する活動報告を提供する。この報告書には以下の情報が含まれる：1° 認証を受けたまたは認証中のサービス数 2° 認証の拒否の理由とサービスにおける主要な不適合 3° 認証の一時停止または撤回の理由とその決定の主な理由 4° 登録された苦情、異議、不服申立て数と主な理由 5° 特に基準の適用において直面した課題 6° 認証された SPSTI のリスト 7° 認証拒否を受けたサービスのリスト 8° 認証撤回を受けたサービスのリスト 9° 認証一時停止を受けたサービスのリスト 10° 認証解除を求めたサービスのリスト 11° 追加監査を受けたサービスのリスト 12° 各監査員の資格、職歴、監査活動の中で受けた研修状況 13° この活動に従事している認証機関のスタッフの総数（フルタイム換算）

また認証機関に対し、労働総局長および管轄する DREETS 局長は、全国労働安全衛生予防委員会または地域労働安全衛生予防委員会からの要求により、または自らの判断において、以下のことを行うことができる。1° 認証機関に対して、認証に関連する活動報告書やその他の関連書類または情報を求めること；2° 追加の監査を実施するよう認証機関に依頼すること（D. 4622-47-5）。労働総局は、認証の策定および実施に関する作業について、全国労働安全衛生予防委員会に通知する[43]（D. 4622-47-6）。この委員会は、必要に応じ、L. 4641-2-1 条の 2°、3° および 4° に定められた任務の範囲内で、認証の原則または方法の進展に関する提案を行うことができる。

認証機関である AFNOR によれば、認証は３つにレベルに分かれており、準備レベル（認定期間 2 年）、マスターレベル（認定期間 3 年）、完全レベル（認定期間 5 年）である。書類審査と現地監査により、労働保健予防サービスを評価する。職業リスク予防、個別健康管理、職業的離脱予防・就労継続の３つの大項目につき、さらに多くの評価項目があり、定量的・定性的に評価される。たとえば定量的には一年間になされた検査数などの実績、定性的には実務プロセスの存在など体制が評価される[44]。

4 産業保健職の法令上の選任義務の有無

フランスにおいては、労働医（産業医）を中心として看護師、リスク予防担当者を含むチーム（L. 4622-8 条）の選任、すなわち労働保健予防サービスの組織が義務となっている。

労働医を擁する労働保健予防サービスを組織（またはこれへ加入）することは全

[43] この委員会は、必要に応じ、L. 4641-2-1 条の 2°、3° および 4° に定められた任務の範囲内で、認証の原則または方法の進展に関する提案を行うことができる。

[44] ANFOR, SPEC 2217, août 2023.

ての使用者にとって必須である（労働法典 L. 4622-1 条）[45]。500 名以上の従業員を擁する場合には独立労働保健予防サービスを設置するか、共同労働保健予防サービスに加入するか選択することができる（L. 4622-5 条、D. 4622-1 条以下）。独立労働保健予防サービスは、一企業内に限らず、グループ企業や経済的単位を構成する複数の企業に共通するものとして設置・運営することが可能である[46]。500 名未満の従業員の企業の場合には共同労働保健予防サービスに加入することとされる（L. 4622-5 条）。独立自営業者に関しては労働保健予防サービスの選任は任意とされる（L. 4621-3 条、D. 4622-27-1 条以下）。

2021 年法により、独立労働保健予防サービスと共同労働保健予防サービスは協定を結ぶことで連携が可能になった[47]（L. 4622-4, L. 4622-8）。関連のデクレは未出である。この提携により、独立労働保健予防サービスは共同労働保健予防サービスのリソースを利用できるという恩恵がある一方で、共同労働保健予防サービスは従来より業務過多であり、負担がさらに増加する可能性も否定できない。これに関しては今後の調査課題である。

労働保健予防サービスの任務は個別的側面に関するものと集団的側面に関するものがある[48]。これについては後述する。

4-1 独立労働保健予防サービス

企業または事業所の独立労働保健予防サービスは、使用者が管理し、社会経済委員会の監督の下で運営される。同委員会は、サービスの組織および運営に関する事項について諮問を受ける（D. 4622-6）。また同委員会は、労働監督官が労働衛生分野で発した指摘や是正勧告、および労働監督医による技術的な指摘について通知を受ける（D. 4622-7）。サービスの管理に関する特別な運用方法は、グループ協定、企業協定、またはそれがない場合は使用者と社会経済委員会との協定によって定めることがでる。グループの場合、協定には、D. 4622-6 条に定められた監督および協議の実施条件が規定される（D. 4622-8）。事業所共同の独立労働保健予防サービスの設立もこれに準ずるが（D. 4622-9）、使用者が管理し、中央社会経済委員会および関係する事業所社会経済委員会の監督の下で運営される[49]（D. 4622-

[45] 違反については L. 4745-1 条に規定される。

[46] C. trav., D. 4622-1. またこの選択は使用者によってなされるが、事前に相談を受けた社会経済委員会は、この決定に反対することができる。反対は理由を明示する必要がある（D. 4622-2）。社会経済委員会が使用者の決定に反対した場合、雇用主は地域企業・競争・消費・労働・雇用局長に対して申し立てを行い、労働監督医の意見を踏まえてサービスの形態について決定する（D. 4622-3）。

[47] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 23-24. https://www.medeflyonrhone.fr/app/uploads/2023/10/Guide_Reforme-Sante-au-travail_MEDEF2023-V-06102023-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

[48] 笠木映里・鈴木俊晴「フランスの産業精神保健制度」（厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書・2013 年）419-441 頁.

[49] この共同事業所労働保健予防サービスの監督に関して、各事業所社会経済委員会は、D. 4622-6 条から D. 4622-8 条に定められた社会経済委員会と同様の権限を行使し、当該事業所におけるサービスの組織および運営に関与する（D. 4622-11）。

10）。

異なる企業間で、労働法典 L. 2322-4 条に定められた条件のもとで経済的・社会的一体性が認められ、対象となる従業員数が 500 人以上に達した場合、これらの企業に共通する独立労働保健予防サービスを、共通の社会経済委員会の合意を得た上で設立することができる（D. 4622-12）。使用者が締結した合意に基づき均等な立場で運営される場合を除き、このサービスは共通の社会経済委員会の監督下に置かれ、この社会経済委員会は労働法典 D. 4622-6 条から D. 4622-8 条に定められた職務を遂行する（D. 4622-13）。

4-2 共同労働保健予防サービス

独立労働保健予防サービスの対象とならない企業および事業所は、共同労働保健予防サービスを設置するか、これに加入しなければならない。ただし企業または事業所は、その従業員数にかかわらず、以下のいずれかの場合において、独立労働保健予防サービスを利用することができる。すなわち 1°　企業または事業所が、労働法法典 L. 2331-1 条の規定に基づく企業グループに属している場合；2°　企業または事業所が、労働法典 R. 4511-1 条に定められた条件のもとで、外部企業として他の企業内（附属施設や工事現場を含む）で定期的に業務を行う場合である（D. 4622-14）。

共同労働保健予防サービスは、法人格および財政的自立性を備えた非営利団体の形で設立される[50]。このサービスに労働社会サービス（service social du travail）[51]が含まれる場合、労働社会サービスの運営は労働社会アシスタント（assistant social du travail）または労働アドバイザー（conseiller du travail）[52]によって行われる。労働社会アシスタントは、国家資格を有するソーシャルワーカー（assistant social）である（D. 4622-15）。

同じ敷地内で働き、異なる企業に所属する事業所（たとえば空港など）が、従業員の健康と安全に関する予防措置の実施のために協力協定を締結した場合、共同労働保健予防サービスを設立することができる。関係する社会経済委員会の協議を経た後、DREETS 局長によって許可され、従業員数が 500 人以上に達した場合に限り、設立が認められる（D. 4622-16）。

---

[50] 一般的に非営利社団（association）ないし経済利益団体（groupement d'intérêt économique）のどちらかとなる。MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 22. https://www.medeflyonrhone.fr/app/uploads/2023/10/Guide_Reforme-Sante-au-travail_MEDEF2023-V-06102023-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

[51] 労働社会サービスは大企業の内部に設置されるケース（従業員 250 人以上の企業は設置義務）と、主に中小企業のために外部機関（SPSTI や CARSAT）に付属、または独立事務所として設置されるケースがある。労働現場において活動し、労働者の私生活を把握し、その円滑な営みを支援することを目的とし、労働保健予防サービスと緊密に連携し、また、労働者が社会法規によって保障される権利を円滑に行使できるよう、予防、扶助および職業紹介にかかる諸機関と常時連絡を保っている（L. 4631-2）。特に女性、若年者および障害のある労働者の支援が目的とされる（D. 4631-1）。日本においては企業内社会福祉士の役割がこれに近いと考えられる。

[52] 労働アドバイザーは労働福祉に関する専門家であるが、特に資格の定めはなかった。現行ではこの呼称はあまり用いられていない。

4-2-1 理事会

共同労働保健予防サービスは、L. 4622-11 条に規定されるように、労使同数の理事会よって運営される。使用者代表は代表的使用者団体（MEDEF, CPME, U2P など）、労働者代表は代表的労働組合（CGT, CFDT, FO, CFE-CGC, CFTC など）から指名されるという形で、加盟企業から選ばれる。議長は使用者代表、副議長及び会計は労働者代表から選出される[53]。理事会の会長、副会長、および会計担当の候補者が同数の票を獲得した際には、最も年長の候補者が当選し、理事会の任期は 4 年間とされる（R. 4622-19）。

理事会の議事録は DREETS 局長の閲覧に供され[54]、サービスの管理運営や指導部に生じたあらゆる変更、および定款の改正について、3 か月以内に DREETS 局長に通知する（D. 4622-20）などの定めがあり、DREETS の監督下にある。

4-2-2 医療技術委員会

共同労働保健サービスには医療技術委員会（commission médico-technique）が置かれ、サービスの優先事項や構成員の多職種チームとしての活動についての提言がその任務である（L. 4622-13）。医療技術委員会の枠内で、L. 4622-10 条に規定された CPOM の枠組みに沿うよう、サービスの行動優先事項を定める複数年計画を策定し、この計画は、理事会の承認に付される（L. 4622-14）。また医療技術委員会は以下の諮問を受ける。1°　労働保健予防サービスにおける学際的な専門性の実施に関する事項、 2°　サービスの設備に関する事項、 3°　職場における活動の実施および労働者の健康管理に関する事項、 3° bis R.4623-14 条に定めるプロトコル[55]の策定および実施に関する事項、4°　調査やキャンペーンの企画に関する事項、 5°　健康監視活動[56]への参加方法に関する事項（D. 4622-28）。

医療技術委員会の構成員は、1°　労働保健予防サービスの理事長、またはその代理人、2°　当該サービスに所属する労働医、または必要に応じて、彼らの代表者（労働医 8 名ごとに、正委員 1 名および補欠委員 1 名を選出）、 3°　当該サービスに所属する職業上のリスク予防担当者、または必要に応じて、彼らの代表者（担当者 8 名ごとに、正委員 1 名および補欠委

[53] 労働保健予防サービスは、以下の構成員から成る理事会によって、労使同数の原則に基づき運営される。1° 加盟企業の中から、全国かつ業種横断的レベルで代表性を有する使用者団体によって指名された使用者代表。なお、労働保健予防サービスの対象範囲が単一の産業部門に限定される場合には、当該部門レベルで代表性を有する使用者団体が代表を指名する。複数業種にまたがる対象範囲を有する場合には、当該複合領域レベルで代表性を有する使用者団体が代表を指名する。2°　加盟企業に所属する労働者を代表する者で、全国かつ業種横断的レベルで代表性を有する労働組合により指名された労働者代表。議長は、上記 1° に掲げる使用者代表の中から選出され、票が同数となった場合には決定票を行使する権限を有する。議長は現職でなければならない。会計担当（会計係）および副議長は、上記 2° に掲げる労働者代表の中から選出される。上記 1° および 2° に掲げる代表者は、連続して 2 期を超えて任期を務めることはできない（L.4622-11）。

[54] R.4622-19.

[55] 労働医業務の多職種チームメンバーへの委任に関するプロトコル。

[56] 国や地域が行う健康監視の調査活動などが考えられる。

員１名を選出）、 4°　看護師、または必要に応じて、彼らの代表者（看護師 8 名ごとに、正委員 1 名および補欠委員 1 名を選出）； 5°　労働保健予防サービス助手、または必要に応じて、彼らの代表者（アシスタント 8 名ごとに、正委員 1 名および補欠委員１名を選出）、 6°　労働医の意見を受けて採用された専門職、または必要に応じて、彼らの代表者（専門職 8 名ごとに、正委員 1 名および補欠委員 1 名を選出）である（D. 4622-29）。

医療技術委員会は、内規を定め、年に少なくとも 3 回開催される。同委員会は、その結論を理事会および、場合に応じて、企業間委員会または監査委員会に報告し、また労働監督医の閲覧に供する。同委員会は、毎年これらの機関に対して、自らの検討状況および活動の成果を報告する（D. 4622-30）。

4-2-3 企業間委員会と監査委員会

企業間委員会（comité interentreprises）と監査委員会（commission de contrôle）は、サービスの監査という意味で、類似した役割を担っている[57]。企業間委員会は企業間社会経済委員会（CSE interentreprises）とも呼ばれ、加盟企業の CSE 代表（12 名を超えない）と使用者代表（１名、議長を務める）によって構成される[58]。監査委員会は、3 分の 1 を使用者代表、3 分の 2 を労働者代表が務める[59]。委員長は労働者代表から選出される。すなわち、使用者代表が議長を務めることになる理事会に対し、監査委員会と企業間委員会は労働者代表が優位な構成となっている。

その具体的な役割についてであるが、これら監査委員会や企業間委員会は、労働保健予防サービスの組織および運営について、特に以下の事項に関して諮問を受けるとされる。すなわち、1°サービスの予算およびその執行状況； 2° サービスの地理的または職業的な管轄範囲の変更； 3° 区域の新設、廃止または変更； 4° 労働医、職業上のリスク予防担当者または看護師の職の新設および廃止； 5° 有期雇用契約による労働医の採用； 6° 労働医の任命、配属変更、

[57] 労働保健予防サービスの組織および管理は、以下のいずれかの機関による監督下に置かれる。1° 関係する社会経済委員会（CSE）によって構成される、企業間社会経済委員会（CSE interentreprises）； 2° 監督委員会（commission de contrôle）： この委員会は、3 分の 1 を使用者代表、3 分の 2 を労働者代表で構成する。使用者代表は、労働法典第 L.4622-11 条第 1 項に定められた条件に従い、代表性のある使用者団体によって、加盟企業の中から指名される。労働者代表は、全国および業種横断的に代表性を有する労働組合によって、加盟企業の労働者の中から指名される。使用者代表および労働者代表は、連続して 2 期を超える任期を務めることはできない。委員長（président）は、労働者代表の中から選出される（L. 4622-12）。

[58] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 31. https://www.medeflyonrhone.fr/app/uploads/2023/10/Guide_Reforme-Sante-au-travail_MEDEF2023-V-06102023-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

[59] さらにデクレで詳細が定められている。監査委員会は、サービスに加入している企業から選出された 9 名以上 21 名以下の委員で構成される（D. 4622-33）。また、理事会会計係の職務は、監査委員会の会長の職務と兼任することはできないとされている（D. 4622-35）。監査委員会の構成およびその構成に生じたすべての変更は、1 か月以内に DREETS 局長に通知されなければならない（D. 4622-36）など、監査委員会も DREETS の監督下にある。

解雇、労働契約の合意による解除、有期雇用契約の解除（労働法典 L. 4623-5-1 条に規定される場合）、および労働医の異動；　7°　職業上のリスク予防担当者または看護師の解雇である（D. 4622-31）[60]。

4-2-4 サービスへの加入と解約について

DREETS 局長の特別な意見がない限り、共同労働保健予防サービスは、自らの管轄にある企業の加入を拒否することはできない。認可を受けている地域に所在する企業の加入を受け入れることができるのは、以下の条件を満たす場合である。1°　その企業の加入が、当該サービスが認可を受けた分野における労働衛生医療における需要を実質的に損なうものでないこと。 2°　労働法典 D. 4622-49-1 条 I 項 5° d に定める条件（全国基準項目）のもとで、近隣において各労働者を受け入れる保証ができること（D. 4622-21）。この現行の規定は 2021 年の法律とデクレで定められたものであり、企業がより柔軟にサービスを選択できることになった[61]。

共同労働保健予防サービスとその加入者との相互の権利および義務は、その定款または内部規則により定められる。これらの定款および規則は、加入申請時に、企業に対し、共同労働保健予防サービスの会費表および加入による個別の対価を詳細に記載した文書とともに提供される。使用者はサービスに対し、監督対象となる労働者の人数およびカテゴリー、ならびに労働者がさらされる職業上のリスクを明記した文書を提出する[62]。この文書は、労働法典 L. 4121-3 条で規定されたリスク評価（DUERP）および労働法典 R. 4624-46 条で規定されたリスク要因にさらされる職務の一覧（企業ファイル）と整合性をもって作成され、関係する労働医および、存在する場合は社会経済委員会の意見を得たうえで策定される。この文書は、毎年同じ方法で更新され、DREETS 局長の閲覧に供される（D. 4622-22）。

共同労働保健予防サービスの加入の解約は、使用者の決定による。ただし事前に協議の上、社会経済委員会が反対しない場合に限られる。反対があった場合、その理由が明示され、使用者の決定は、労働監督医の意見を受けたうえで、DREETS 局長の許可を得ることが条件となる。反対がない場合、使用者は、DREETS 局長にその決定を通知する（D. 4622-23）。なお、労働保健予防サービスとの契約を解除する場合には、当該企業は新たなサービスに加入することが義務づけられている[63]。

---

[60] これら委員会は、さらにその権限に属するあらゆる事項について諮問を受けることができるとされる（D. 4622-31）。また企業間委員会または監査委員会には、以下の事項について通知される。1°　従業員 50 人以上の企業または事業所における労働医の担当区域または配属の変更；　2°　労働監督官による、労働保健予防サービスの任務に関する指摘および是正勧告、ならびにそれに対応するために講じられた措置；　3°　労働監督医による技術的な指摘およびそれに対応するために講じられた措置；　4°　委員会が行った提言に対して取られた対応；　5°　サービスの活動および任務に関する労働協約・協定の条項の適用状況（D. 4622-32）。

[61] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 22.

[62] 特に労働者が強化された個別健康管理を受けることができるよう定めた労働法典 R. 4624-23 条に記載されたリスクを含む。

[63] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail

4-2-5 サービスの区分

共同労働保健予防サービスは、地理的区分、業種別区分、または業種共同区分のいずれかに基づいて編成される（D. 4622-25）。労働法典 L. 4622-8 条に基づく多職種チームは、各区分において活動を行う（D. 4622-26）。各区分には少なくとも 1 つの固定された医療センターが設置される（D. 4622-27）。

上記の業種別および業種共同区分に基づき編成される共同労働保健予防サービスは、業種別労働保健予防サービス（SPST de branche）と称されることがある。この区分では特定の一つまたは複数の業種に属する労働者のみを対象として健康管理を行う。これらのサービスが締結する CPOM に定められる優先事項は、当該業種により設定された優先事項と整合していなければならないとされる（L. 4622-10）[64]。業種別による区分には、特定の業種に特化したリスク・健康管理が可能となるという意味で利点があると考えられる。

4-2-6 利用料金設定

2021 年法の以前はサービス加入にかかる料金には特段の規定がなかったが、新たに定めが置かれ、全国的な利用料金の均一化が図られている。この 2021 年法はまた、提供すべき義務的サービス（共通基盤サービス）と、それ以外の補完的サービスに分類しており、料金体系が異なる。共通基盤サービスは職業リスク予防、個別健康管理、職業的離脱予防の３つの分野における基本的任務である（L. 4622-9-1）[65]。

提供する共通基盤サービス（socle commun）にかかる義務的サービスについては、フォロー対象労働者数に比例した拠出金（cotisation）が発生し、各労働者を 1 単位として計算する。一方、補完的サービス（services complémentaires）については、料金表（grille tarifaire）に基づいて別途請求が行われる（L. 4622-6）。 拠出金の金額および料金表は、労働保健予防サービスの総会によって承認されなければならない。

共通基盤サービスにかかる労働者あたりの拠出金の設定については、毎年アレテによって定められる全国平均費用（coût moyen national）[66]の 80%を下限（plancher）、120%を上限（plafond）とする（D. 4622-27-6）。

ただし、以下の２つの例外的状況では、サービスの総会による決議により、共通基盤サービス拠出金の上下限を超えること

depuis la loi du 2 août 2021, p. 22.

[64] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 21.

[65] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 34-37.

[66] 各共同労働保健予防サービスは、「共通基盤サービスにかかる経費 ÷ その年に加入金が請求されたフォロー対象労働者数」の計算式によって前年度の平均コストを算出する（D. 4622-27-4）。D. 4622-57 条に基づき行政当局に提出された各サービスのデータから全国平均が算出される（D. 4622-27-5）。

とが認められる。具体的には、以下のいずれかの条件を満たす状況においては、上限（120%）を超えることができる。すなわち強化された個別健康管理（suivi individuel renforcé）の対象となる労働者が、全体のフォロー対象労働者数の30%を超えている場合；電離放射線に曝露される労働者、または基本原子力施設（installation nucléaire de base）を有する事業所において作業を行うか、同作業に関与する労働者に対する健康管理を実施している場合； 共通基盤サービスの提供や法定任務の遂行に関連してサービスの質を向上させるための投資増加が確認され、その結果として、営業費用の中における減価償却費の増加が明確に示されている場合； 直近の会計年度において損失（純損益のマイナス）が発生しており、かつ、拠出金が請求された労働者数が継続的に減少している場合である。逆に、以下の２つの条件をともに満たす場合には、総会は加入金額が下限（80%）を下回ることを承認することができる。すなわち直近の会計年度において、損益計算書上の営業費用に対する拠出金の総額の比率が1を超えている（すなわち、加入金収入が営業費用を上回っている）こと； SPSTIが有効期間 5 年の認可を保持していることである（D. 4622-27-6）。

4-2-7 年次活動報告書

2021 年法により、簡素化の目的において、それまで存在した労働医の年次活動報告書は廃止された[67]。

共同労働保健予防サービス所長は、L. 4622-16 条に規定される年次活動報告書を作成しなければならない。この報告書は、対象となる年の終了後、遅くとも 4 か月以内に、企業間委員会または監査委員会、および理事会に提出される[68]。その後、この報告書は加入事業者に送付される。従業員数が 300 人を超える企業または事業所においては、その企業または事業所に固有の活動データが社会経済委員会に提供され、その他の企業または事業所においても、社会経済委員会が要請した場合には、同様にデータが提供される[69]（D. 4622-54）。この報告書には男女間の職業上の平等に関するデータを含むとされる（L. 4622-16）。

企業の会計報告書は、会計監査人によって認証されたものであり、D. 4622-54 条および D. 4622-55 条に定められた報告書（SPST の年次活動報告書）を補足する形で、対象事業年度の翌年上半期の終了までに提出される（D. 4622-56）。

---

[67] それまで労働医には Arrêté du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail により報告書作成の義務があった。MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 71.

[68] これら会議体はサービスの組織、運営、設備、予算に関して、あらゆる提案を行うことができる。また L. 4622-13 条に規定される医療技術委員会は、この報告書について、これらの会議体への提出に先立って意見を述べる。

[69] なお独立労働保健予防サービスにおいては、年次活動報告書が、当該報告対象年度の終了後 4 か月以内に社会経済委員会に提出され、同委員会は、労働保健予防サービスの組織、運営、設備および予算に関して、あらゆる提案を行うことができる（D. 4622-55）。

労働保健予防サービスの活動および財務管理に関する年次総括報告書（rapport de synthèse annuel）は、労働行政を所管する省のウェブサイトに公開される（D. 4622-58）。

そのほか、労働保健予防サービスは、その活動および財務管理に関するデータ、ならびに行政当局が求めるその他の情報を、当局が定める期限内に電子的手段により送信するものとされる。これらの情報はサービスの組織および運営に関するものであり、特に以下を含む。1°　使用しているリソースおよびツール、特にデータ送信を円滑に行うための最新の電子メールアドレス、2°　複数年計画に基づくサービスの枠組みに記載された活動の実施状況、特に共同労働保健予防サービスにおいては、基盤サービス提供内容の実施状況、3°　共同労働保健予防サービスにおいては、サービスの財務管理に関するデータ、特に基盤サービス提供に関する全国平均費用の算出に資するもの、4°　産業保健政策の実施へのサービスの貢献に関するその他すべての情報である（D. 4622-57）。

5 産業保健職の種類

産業保健には様々なアクターが関わるが、労働者、専門的知識を有し、使用者と直接関わるという点で重要なのは、企業ごと、または共同の労働保健予防サービスであり、労働医、労働保健看護師などを含む多職種がその中心となる。労働保健看護師は2021年法により正式に法律として制度化され、労働医の権限の委譲という形で、労働医の不足を補っている[70]。また同法により労働保健高度実践看護師（infirmier en pratique avancée en santé au travail, IPA-ST）も創設されている[71]。労働医療において、これまで労働医の役割を主要なものとしていたが、近年は多職種連携チームを中心とし、労働医の主な役割はチームの調整となっている[72]。

共同労働保健予防サービスについて、その任務は、労働医、協力医師、労働医研修医、職業上のリスク予防担当者、看護師を含む多職種の労働保健チームによって遂行される。これらのチームは、労働衛生の専門知識を有する医療補助者、労働保健予防サービスのアシスタント、および労働医の意見を受けて採用された専門家によって補完される場合がある。労働医は、自らの責任のもと、これらの多職種チームの指導および調整を行うか、またはその役割を委任する。国務院によるデクレにより、労働医が自らの責任のもと、複数年にわたるサービス計画を尊重する範囲内で、任務の一部を必要な資格を有する多職種チームのメンバーに委任できる

[70] Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008、ついで Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 により、看護職員（personnel infirmier）としての規定は存在した。

[71] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 15.

[72] 「SPST の任務は、労働医、協力医師、労働医学研修医、職業リスク予防の専門家、および看護師で構成される労働保健に関する多職種チームによって遂行される。（…）労働医は、自ら、または自己の責任のもとで、当該多職種チームの運営と調整を担うか、これを委任する」（L. 4622-8）。Cf. MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 51.

条件が定められる。業務の遂行条件が公衆衛生法典の規定に該当する職業については、当該法典に規定された医療専門職の権限の範囲内で任務が遂行される（L. 4622-8）。

また共同労働保健予防サービス内には職業的離脱の防止を目的とした多職種の予防ユニットが設置され、その任務は、1°　啓発活動の提案；2°　個々の状況の特定；3°　使用者および労働者と連携しつつ、L. 4624-3 条に規定された個別措置の提案；4°　社会保障法典第 L. 323-3-1 条に規定される職業的離脱防止措置の対象となる労働者の支援への参加；5°　労働法典 L. 4622-2-1 条に規定される情報提供の実施、とされる。このユニットは、労働医または労働医が指名し、その責任の下で行動する多職種チームのメンバーが指導および調整を行う。労働法典 L. 4622-10 条に規定される CPOM によって、ユニットの構成に関する最低限の要件が定められる[73]。予防ユニットは、行政当局の許可を得た上で、同一地域内にある複数の認可を受けた労働保健予防サービスの間で共同運営することができる（L. 4622-8-1）。

そのほか、共同労働保健予防サービスは労働社会サービスを含むか、これと連携することが求められる（L. 4622-9）。前述のように、労働社会サービスは、特に女性、若年者および障害のある労働者の支援が目的とされ（D. 4631-1）、日本における企業内社会福祉士の役割が類似すると考えられる。

6 産業保健職の資格（法令）

6-1 労働医

労働医（médecin du travail）は我が国の産業医に相当する労働医療の専門家であり、その役割は労働法典 L. 4622-3 条に規定され、予防を専らとする。具体的には、労働者の健康が仕事によって損なわれることを防ぐことにあり、そのために、職場の衛生状態、感染のリスク、労働者の健康状態、ならびに職場の直近の環境で働く第三者の安全に対する明白なリスクを監視することが含まれる。労働医は独立を保ち労働保健予防サービスの任務を行い、使用者、社会経済委員会等と連携する（L. 4622-4 条）。労働医は、可能な限り常勤で雇用され、一般の診療業務には従事しない（L. 4623-3 条）。労働医の職務を行うには特別な資格が必要であるが、研修医、協力医師、臨床医の協力を仰ぎ、労働医としての職務を委託することができる。

6-1-1 労働医の地位と保護

労働医の地位は手厚く保護される。労働医は常勤または非常勤として SPSTI や

[73] この予防チームは、以下の関係者と連携してその任務を遂行する。すなわち医療提供を担当する医療専門職、社会保障法典 L. 315-1 条に規定される医療管理サービス、地域および地方の健康保険機関、同法典 L. 215-1 条第 4 号に規定される社会福祉サービス、L. 221-1 条第 3 号および L. 262-1 条に基づいて委託された職務を遂行する機関、労働法典 L. 5213-2-1 条に規定される「援助付き雇用」制度の担当者、障害補償に関する担当者、労働法典 L. 5211-2 条第 3 号および第 4 号、L. 5214-3-1 条、および社会福祉・家族法典 L. 312-1 条 I 項第 5 号 b に規定される職業適性評価および職業リハビリテーションの担当者、職業的統合に関する機関である。

企業(SPSTA の場合)に雇用されているが、独立性を保ち、使用者の指揮命令権は労働医の職務には及ばない[74]。使用者が労働医の解雇を検討する場合、その意見を求めるために、SPSTA の場合は企業の社会経済委員会（CSE）、SPSTI の場合は企業間委員会、または監査委員会に諮問し、さらに理事会に諮らなければならない（L. 4623-4）。労働医の解雇は、労働監督官の許可を得た場合にのみ行うことができ、この際、労働医監督官の意見を事前に求めなければならない。ただし、重大な過失がある場合には、使用者は最終決定が下されるまで当該労働医を即時停職処分とすることができる（L. 4623-5）[75]。

労働医の解雇や労働契約の約定解約が検討されている場合、または L. 4623-5-1 条に定められた場合における有期労働契約の終了（重い非行や医学的不適格による終了前破棄）に際しては、関係する状況に応じて、社会経済委員会、企業間委員会、監査委員会、または理事会が、本人の意見聴取の後に判断を下す。L. 1232-2 条に定められた事前面談は、これらの協議体による協議に先立って実施される（R. 4623-18）。そのほか、労働医の解雇にあたっては詳細な規定があり、差別的措置としての解雇から保護されている[76]。

---

[74] L. 4623-8 ; CSP, R. 4127-95. Cf. MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 52.

[75] 労働医の有期労働契約が、重大な過失または医療的適格性の欠如のために期日を迎える前に解約される場合、または使用者が更新条項を含む契約の更新を検討せずに期日を迎えた場合、労働監督官の許可を得た後、労働医監督官の意見を求めた上で、L. 4623-5 条に従って行うことが求められる（L. 4623-5-1）。有期労働契約の期間満了は、その終了が労働医の職務の遂行に関連するものではなく、差別的措置でもないと労働監督官が確認した場合にのみ、契約の終了となる。使用者は、契約期間満了の 1 か月前に労働監督官に申し立てを行い、労働監督官は、契約期間満了日前に判断を下す（L. 4623-5-2）。使用者の法的地位の変更に伴う労働保健予防サービス、労働医の移管は、当該サービスを管轄する労働監督官の許可を得た後、かつ労働監督医の意見を踏まえた上でのみ行うことができる。労働監督官は、その移管が労働医の職務の遂行に関連するものでなく、差別的措置でもないことを確認する（L. 4623-5-3）。

[76] 労働医の解雇にあたっては詳細な規定がある。労働医の解雇許可申請、有期労働契約の終了に関する L. 4623-5-1 条に基づく申請、ならびに L. 4623-5-2 条に基づく契約満了の確認申請は、当該労働医を雇用する労働保健予防サービスを所管する労働監督官に対し、確定日付の証拠が残る手段により送付されなければならない。解雇、終了前破棄、または有期労働契約の不更新の場合には、申請書にその理由を明記し、R. 4623-18 条に記載された協議体の議事録を添付しなければならない。申請は、R. 4623-18 条に記載された協議体による議決から 15 日以内に提出しなければならない。出勤停止がなされた場合には、該当する協議体の協議は、停職開始から 10 日以内に行わなければならない。その場合の解雇許可申請、終了前破棄、または有期労働契約の不更新に関する申請は、R. 4623-18 条に記載された会議体の議決から 48 時間以内に労働監督官に提出しなければならない（R. 4623-20）。労働監督官は、対席調査を行い、その過程において、労働医は自身の要請により、労働保健予防サービスまたは企業の職員の中から選んだ人物の支援を受けることができる。労働監督官は、使用者から提出された理由付きの申請書を受理した日から起算して 15 日以内に決定を下す。ただし出勤停止処分の場合はこの期間が 8 日に短縮される。この期間は、調査の必要性が正当である場合に限り延長される（R. 4623-21）。労働監督官の決定には理由が記載されており、1°　使用者に対して；2°　労働医に対して；3°　独立労働保健予防サービスの場合は、社会経済委員会に対して；4°　共同労働保健予防サービスの場合は、理事会および、該当する場合には企業間委員会または監査委員会に対して、確定日付が得られるあらゆる手段により通知される（R. 4623-22）。労働医が所属する企業または事業所の一部が移転される場合には、R. 4623-21 条および R. 4623-22 条の規定（労働監督官の対席調査と労働監督官の決定通知に関する規定）のみが適用される。L. 4623-5-3 条に規定された移転の認可申請は、移転予定日から 15 日前までに、受領証付きの書留郵便にて労働監督官に送付さ

6-1-2 資格・採用

労働医は、医学博士の学位、すなわち我が国の医師免許[77]に加え、労働医学の専門研究資格（certificat d'études spécialisées, CES または diplôme d'études spécialisées, DES）またはこれに相当する資格を有している。労働医は、SPST において職務に就いた日から 1 か月以内に、その資格証明書を労働医療監督機関（inspection médicale du travail）に提出しなければならない[78]。

労働医の任命および配属は、独立労働保健予防サービスでは社会経済委員会（CSE）の同意を得て、また共同労働保健予防サービスにおいては、企業間委員会または監査委員会、さらに理事会の同意を得て行われる[79]（R. 4623-5）。これら会議体は労働医が担当する労働者数等の情報を受け取る[80]。

れなければならない（R. 4623-23）。

[77] フランスにおける医師免許は docteur en médecine と称される実務博士号で、研究博士号とは異なる。フランスの制度は我が国の制度と大きく異なり、誤解しやすいと思われるため説明を敷衍すると、フランスの医師はすべて実務博士号を取得しており、これが医師免許に相当する。6 年の課程を終えただけでは医師免許は得られず、さらに第 3 サイクルで専門研修（DES）を修了する必要がある。研修期間は専攻によって異なり、一般医（いわゆる一般的な開業臨床医）は 3 年、労働医は 4 年、外科医は最短 5 年を要する。これを修了して初めて博士号＝医師免許が与えられる。

[78] 労働医療を実践することができるのは、以下のいずれかの条件を満たす医師に限られる。1°　労働医学の専門資格を有する者；2°　例外的措置として、article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 または article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 の適用により、労働医としての業務継続を認められた者；3°　労働衛生および職業リスク予防に関する医療能力証（capacité）を有する者（R. 4623-2）。労働医は、サービスに就任してから 1 か月以内に、自身の資格証明書を労働医療監督機関に提出する（R. 4623-3）。労働医は、使用者または共同労働保健予防サービス理事長との間で、公衆衛生法典第 L.4127-1 条に定められた医師倫理規定に基づく条件のもと、労働契約を締結する（R. 4623-4）。

[79] これらの会議体では、正当に招集され、出席または代理出席している構成員の過半数による、秘密投票によって意思決定が行われる。各構成員は、他の構成員一人分の委任権しか持つことができない（R. 4623-6）。これら会議体への諮問は、遅くとも試用期間の終了までに行われなければならない。これらの会議体の同意が得られない場合には、労働監督医の意見を踏まえた上で、労働監督官の許可により任命が行われる（R. 4623-8）。R. 4623-5 条に定められる会議体への諮問に関する手続きは、以下の場合にも行われる。1°　独立労働保健予防サービスにおいて、労働医が担当する部門またはグループ企業が変更され、その変更について当該労働医または関係する社会経済委員会（CSE）から異議が唱えられた場合；2°　共同労働保健予防サービスにおいて、a）労働医の担当企業または事業所が変更され、その変更について労働医、事業者、または関係する社会経済委員会（CSE）から異議が唱えられた場合；b）労働医の担当部門が変更され、その変更について労働医、企業間委員会、サービスの監査委員会、またはその理事会から異議が唱えられた場合（R. 4623-12）。これら会議体または使用者の同意が得られない場合、労働医の担当部門や配置の変更は、労働監督医の意見を踏まえた上で、労働監督官の許可により実施される。従業員数が 50 人以上の企業または事業所においては、他の変更と同様、これらの変更は年次報告書に記録され、地域の企業・競争・消費・労働・雇用担当局長および労働監督医が閲覧できる状態で保管される。従業員数および 50 人の閾値の判定は、社会保障法典 L. 130-1 条に定められた方法に従って行われる。企業が複数の事業所を有する場合には、事業所ごとに従業員数が算定される（R. 4623-13）。

[80] 具体的には以下の情報である。1°　任命される医師が担当する労働者数；2°　企業または事業所の労働保健予防サービスにおいて、労働医が担当する部門；3°　グループ、複数事業所間、または経済的・社会的統一体を構成する企業に共通の労働保健予防サービスにおいて、労働医が監督する企業または事業所の一覧；4°　共同労働保健予防サービスにおいて、労働医が監督する企業の一覧（R. 4623-7）。

企業、事業所、または共同労働保健予防サービスの従業員数が、フルタイムまたはパートタイムの労働医 1 名の配置に相当する場合には、複数の労働医を配置することはできない。ただし例外的に、労働監督医の意見を踏まえた上で、DREETS 局長の判断により、特例として認められることがある（R. 4623-9）[81]。

共同労働保健予防サービスにおいては、それぞれの労働医に対し、担当する企業および事業所の一覧が割り当てられ、この一覧には、該当する労働者数および彼らが曝露されている職業上のリスクが記載されている（R. 4623-10）。複数の労働医を雇用している独立労働保健予防サービスにおいては、それぞれの労働医は、使用者によって定められた特定の担当部門に配置され、その部門に属する労働者数が労働医に通知される（R. 4623-11）。

6-1-3 職務

R. 4623-1 条は労働医の職務を具体的に規定しており、これによれば、労働医は、使用者、労働者、従業員代表および社会サービスに対する助言者である。以下の４つの職務を実施する。

1° 労働医は、以下の方法により、職業上のリスクの予防および労働者の健康保護に関与する。a）企業内の生活および労働条件の改善；b）特に労働者の職場定着を維持する観点から、労働者の身体的・精神的健康に応じた職場、技術、作業リズムの調整；c）労働災害のリスクや有害な化学物質への曝露など、あらゆる有害要因からの労働者の保護；d）事業所の全般的な衛生状態および食堂等の衛生の改善；e） 事業所内における職業に関連した衛生教育および健康予防の実施；f）新たな建築または施設の改修；g）設備の変更；h） 夜間作業の導入または変更；i） 企業の大幅な再編時における支援。

2° 労働医は、特に、企業の実態に即した企業ファイル（fiche d’entreprise）の作成や職場環境に関する活動においてリスク評価に参加することにより、使用者に助言を行う。これらの活動は、労働者の予防および職場定着の維持を目的として、L.4622-3 条に定められた使命に従い、多職種チームのメンバーと連携して行われ、労働医が主導および調整する。

3° 労働医は、労働者の健康状態に対する個別の健康管理を決定する。これはあくまで予防的な性格を有し、L.4624-1 条第 1 項に記載された保健スタッフとともに、R.4623-14 条に記されたプロトコルの枠内で、かつ労働医の指揮下で実施される。

4° 労働医は、疫学的監視および健康リスクの追跡に寄与する。共同労働保健予防サービスの多職種チームや労働社会

[81] かつては「常勤の労働医に対しては、担当できる企業または事業所の上限が 450、年間の健康診断の最大件数が 3,200 件、健康管理の対象となる労働者数の上限が 3,300 人と定められている。これらの上限は、非常勤の産業医に対しては、その勤務時間に応じて按分して算出される。」という規定があった（R.4623-10）。現在この条文は単に「それぞれの労働医に対して、対応する労働者数およびその労働者がさらされている職業上のリスクを明示した企業および事業所の一覧が割り当てられる」とされ、「労働医または多職種チームがフォローする労働者数の上限は、サービスが認可を求める企業またはセクターのニーズを適切にカバーできるものでなければならない」（D.4622-49-1）とされる。

サービスは、企業の労働社会サービスと連携を図る。

上記のように集団的健康管理と個別的健康管理がその主な職務であるが、個別的健康管理は情報・予防面談や適性検査などにより、個々の労働者をフォローする。集団的健康管理では、とくに職業上のリスクおよびそれにさらされる労働者数などを記載した企業ファイルの作成と更新は労働医（および委任されたスタッフ）の重要な職務である。

2021 年法により、労働医が自身の責任の下で、多職種チームの有資格構成員に特定の任務を委任できるという規定が、デクレではなく法律のレベルにおいて明文化され、チームの運営および調整の権限も含まれることとなった[82]（L. 4622-8）。したがって、労働医は、自己の責任において多職種チームの運営および調整を自ら担うことも、委任することもできる[83]。協力医師、労働医学研修医については労働医の職務のほぼすべてを委任によって行うことができるが[84]、労働保健看護師については制限がある。労働保健看護師には労働法典第六部第二編第四章に定められた診察や検査の実施を委ねることができるが、ただし、R. 4624-24 条および R. 4624-25 条に規定される適性診断およびその更新に関する診察（examen médical d'aptitude et de son renouvellement）、R. 4624-28-1 条に規定される医学的診察（visite médicale）、すなわち曝露後・退職後の健康状態監視に関する面談については除外される。さらに以下の条件がある。1°　医学的情報に基づく意見、提案、書面による結論または指示は、労働医のみが発出することができる[85]。2°　労働医の判断、特に上記 1°の適用に必要であると判断した場合、またはプロトコルに規定がある場合には、看護師はただちに労働者を労働医に紹介し、労働医が診察や検査を行うとされる（R. 4623-14）。

労働医はまた、医師や看護師に委任される任務を除き、労働保健予防サービスに従事する職員、また多職種チームが組織されている場合にはそのメンバーに対しても、任務を委ねることができる。これら委任される任務は、以下の条件を満たす必要がある。すなわち 1°　労働医の責任のもとで実施されること；2°　任務を

[82] デクレのレベルではすでに R. 4623-14 に規定があった。R. 4623-14 によれば、労働医は、R. 4623-1 条に定められた任務の範囲内で、自らそのすべての職務を遂行するとされるが、この職務は 2021 年法以前から委任が可能であるものと解釈され、そのように実施されていた。

[83] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 53.

[84] 2021 年法により労働医には共有医療ファイル（DMP）の閲覧および記録が認められたが、このファイルのアクセスは労働医に限られる。CSS, L. 1111-17 ; MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 54.

[85] Circulaire DGT du 9 novembre 2012 によれば協力医師などにも意見書発出等の権限はないとされていた。現行の R. 4623-14 には、看護師についてのみ意見書発出等の権限はない旨の言及がある。実際の運用においては労働医の委任により協力医師も可能とされている。Cf. Ministère du travail. Questions-Réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries

委ねられる専門職の訓練と能力に応じて調整されること；3°　医療専門職に関する公衆衛生法典の規定により定められた、それぞれの職種の権限の範囲内で実施されること；4°　多職種チームのメンバーに任務が委ねられる場合には、複数年にわたるサービス計画を尊重して実施されることである（R. 4623-14）。

さらに、労働医は、不在の間、代替されることができる。不在期間が 3 か月を超える場合、その代替は当然の権利として行われる。不在期間が 3 か月未満の場合には、R. 4623-28 条に定められた条件のもとで、労働医、労働医の協力医師、または労働医学専攻の研修医によって代替されることができる（R. 4623-15）。

監視・協議機関への参加については、議題に、労働保健予防サービスの組織や運営に関する事項、または L. 4622-3 条に定められた医師の任務に関する事項が含まれている場合には、労働医（複数の労働医がいる場合はその代表医師）が諮問的な発言権をもって会議に出席する。その対象となる会議は、1°　独立労働保健予防サービスに属している場合は社会経済委員会（CSE）の会議、2°　共同労働保健予防サービスに属している場合は企業間委員会、監査委員会、ならびに理事会の会議である（R. 4623-16）。独立労働保健予防サービスにおいては、労働医代表は 8 人の労働医ごとに正代表 1 名および補欠代表 1 名の割合で選出され、正代表および補欠代表はそれぞれ最大 4 名までとされる。共同労働保健予防サービスにおいては、各部門ごとに正代表 1 名および補欠代表 1 名が選出され、正代表および補欠代表はそれぞれ最大 4 名までとする。代表の任期は 3 年間で、選挙は使用者またはサービスの理事長が実施する（R. 4623-17）。

6-1-4 職務への専念

労働医の職務は、基本的にはこれに専念すべきものと考えられる。R. 4623-14 条によれば労働医が担当する事業所および彼が雇用されている共同労働保健予防サービスにおいて、他のいかなる職務とも兼務できないとされている。

SPST 外で医業に携わること（開業医として業務を行うなど）については、公衆衛生法典 R. 4127-26 条により、「医師は、その専門的独立性および品位と両立し、かつ自己の処方または医療上の助言によって私的利益を得るおそれがない場合に限り、他の職業活動を兼ねることが許される」とされる。

筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、労働医として医師会名簿に登録されている医師は、名簿において登録されている専門分野の範囲内でのみ業務を行うことができる。したがって、例えばパートタイムの労働医は、複数の労働保健予防サービスに所属して業務を行うことも、あるいは医療とは関係のない他の活動を行うこともできる。

また労働医学の資格を有する一般医は、医師会名簿において労働医学ではなく一般医学の専門分野で登録することを選択した場合には、二重の業務を行うことができる。すなわち、そのような医師は、労働医としての業務に加えて、自由開業医

としての活動を行うことも可能である。ただし、このような状況は例外的であり、実際には稀である。

協力医師、労働医学研修医などについては、いずれも移行的な性格しか有していない。協力医師および労働医学研修医はいずれも、労働医となるための養成課程にある。協力医師は、常に医師会の名簿において自らの以前の専門分野で登録されており、その分野での業務を継続することも可能である。しかしながら、課程修了時における医師会資格認定委員会の定める基準として、研修期間中の業務はフルタイムで行われていなければならないとされている。したがって、これらの医師は自由開業医としての以前の活動をやめざるを得ないのが実情である。したがって、診療業務と労働衛生活動とを兼ねる医師は、極めて稀である。

一方、対応臨床医については、2021 年法によってその地位が創設された。しかし、関連する規制はまだ完全には整備されておらず、現時点ではいかなる対応臨床医もその活動を開始していない。これらの医師は、自らの専門分野において医師会の名簿に登録されたままであり、自由開業医としての業務を継続することができる（以上 DGT の回答による）。

6-1-5　労働医の予防的任務を超える試験的取り組み

2021 年法第 32 条に基づき、3 つの志願地域において、5 年間の実証実験が実施される予定である。この枠組みにおいて、労働医には以下の権限が付与される。すなわち病休の処方および必要に応じてその更新； 労働による健康悪化を防止する、あるいは就労継続可能な健康状態の促進を目的とする治療、検査、医療製品の処方である。この任務を行うためには、労働医は補完的専門医学位（diplôme d'études spécialisées complémentaires, DESC）または嗜癖医学、アレルギー学、スポーツ医学、栄養学または疼痛医学分野の横断的専門研修を修了していなければならない。この実証実験の実施方法および、労働医が処方できる治療、検査、医療製品の範囲は、健康大臣および社会保障大臣の共同省令により定められる予定であり、また対象地域のリストは省令により公布される見込みであるが、いずれも現時点では未発表である[86]。

6-2 協力医師

労働保健予防サービスまたは使用者は協力医師（médecin collaborateur）を採用することができる。これらの医師は、医師会による労働医学の資格を取得するための研修を受けることを約束し、労働医学の資格を有する医師の指導のもとで、その任務を補佐する。協力医師は、採用から 1 か月以内に自身の資格証明を労働監督医に提出しなければならない（R. 4623-25）。労働医の業務のほぼ全てを委

[86] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 54 ; Sénat, Contrôle de l'application de la loi pour renforcer la prévention en santé au travail. https://www.senat.fr/application-des-lois/ppl20-378.html?utm_source=chatgpt.com 2025 年現在でも確認できていない。

任により行うことができ、その立場は実質的に労働医補と言える。

協力医師は、自身を指導する労働医が委ねた任務を、その労働医によって承認された書面によるプロトコル（R. 4623-14 条に基づき作成される）の枠組みの中で、自身が有する能力およびこれまでに習得した経験に応じて遂行する。このプロトコルには、特に労働者の健康状態の個別的なフォローアップの一環として行われる健診等を協力医師がどのような条件で実施するかが定められている（R. 4623-25-1）。協力医師は、R. 4623-25 条に定められた研修を受けるために必要な時間および、その任務を遂行するために必要な手段を保障され、また、その任務の遂行を理由として、いかなる差別的取扱いも受けてはならないとされる（R. 4623-25-2）。

6-3 労働医学研修医

労働保健予防サービスは、労働医学専門課程に在籍する研修医[87]、または医学部第 2 サイクル（医学部 4-6 年次）に在籍する学生を受け入れる病院外実習機関として、教育法典 L. 632-5 条に定められた条件のもとで認可を受けることができる（R. 4623-26）。一時的に不在となった労働医の代替として労働医学を実施することが認められるのは、公衆衛生法典 L. 4131-2 条に定められた修了段階に到達しており、かつ同条の定める条件のもとで県医師会（医師会地方評議会）から認可を受けた労働医学専攻の研修医である。医学部第 2 サイクルの学生については労働者を担当することや不在中の産業医の代行を行うことは認められていない[88]。また、労働医の一時的不在や労働医の着任を待つ間の暫定的措置として、研修医が一時的に採用され、労働医学の実施が許可される場合もある（L. 4623-1, R. 4623-28）。

研修医とは異なるが、公衆衛生法典 L. 4111-2 条 I 項に基づき、労働医学の専門分野で医師としての業務許可を取得しようとする候補者[89]は、知識確認試験に合格していれば、労働医学専門課程に在籍する研修医を受け入れる病院外実習機関として認可された労働保健予防サービスにおいて、同条の規定に従って必要な職務を遂行するために採用されることができる。これらの職務はフルタイムまたはパートタイムで行われる[90]。また、公衆衛生法典第 L. 4111-2 条 II 項および L. 4131-1-1 条に基づき、R. 4111-18 条に従って適応研修を行なっている医師の業務許可申請者も、その研修の遂行のために、サービスに採用されることができる（R. 4623-25-3）。これら業務許可を申請する候補者は、使用者または共同労働保健予防サービスの理事長との間で労働契

[87] 労働医学専攻の研修医は、公衆衛生法典 L. 6153-1 条に基づいて定められたインターン制度の規定および、教育法典 L. 632-2 条に基づいて定められた医学教育第 3 サイクルの編成に従うものとされる（R. 4623-27）。

[88] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, 2.2.3.

[89] 外国で医師資格を取得した者などが想定される。

[90] 公衆衛生法典 L. 4111-2 条 I 項 4 段落または 2007 年社会保障財政法（2006 年 12 月 21 日法律第 2006-1640 号）83 条の規定に基づく。

約を結ぶ。労働契約の期間は、状況に応じて、労働法典 R. 4623-25-4 条または公衆衛生法典 R. 4111-17 条に基づいて定められた研修の期間と同様、最大で 3 年までとされる[91]。これらの医師は、労働医学専門医の責任の下で業務を行う（R. 4623-25-5）。

6-4 労働保健看護師

労働保健看護師（infirmier de santé au travail）[92]については、2021 年法により、L. 4623-9 条以下に定められる。法律で定められ保証された職業上の倫理の条件の下で、労働保健看護師は、労働法典で定められた職務、または労働医から委任された職務を、公衆衛生法典で看護師に定められた権限の範囲内で遂行するとされる（L. 4623-9）。労働保健看護師は、国家資格を有するか、公衆衛生法に定められた条件の下で制限なく業務を行う許可[93]を受けている必要がある（L. 4623-10）。SPSTI についてのみ、労働医の意見を得た上で採用されるという規定（R. 4623-35）があったが、削除されている。労働保健看護師は労働保健に関する特別な研修を受けているものとされる。看護師が労働保健に関する研修を受けていない場合、使用者は採用後 12 か月以内に研修を受講させる[94]。また、雇用契約の期間が 12 か月未満の場合は、契約終了前までに受講させる。研修費用は使用者が負担し、使用者は、採用した労働保健看護師の継続教育を促進する。労働衛生看護師に委任される業務は、その追加資格を考慮した上で決定される（L. 4623-10）。

労働保健に関する特別な研修（労働法典 L. 4623-10 条に規定される）は、以下の要件を満たすことにより修了と見なされる。すなわち 1° 最低 240 時間の理論教育による研修課程を修了していること ; 2° 労働衛生分野における 105 時間の実務研修を修了していることである。この研修は、公的高等教育機関、または労働法典 L. 6316-1 条に規定された条件を満たす認証済みの研修機関によって提供され、修了が認定される。これらの機関は、必要に応じて、候補者が既に受けた労働衛生に関する研修や職業経験を考慮し、上記 1° の研修課程または 2° の実務研修の全部または一部の免除を認めることができる（R. 4623-31-1）。

この研修は、少なくとも以下の分野における能力を候補者に習得させることを目的としている。すなわち 1° 労働分野お

---

91 契約の更新をしない場合、契約終了の通知は 2 ヶ月前に行われ、辞職の場合も同様に、2 ヶ月前の通知が必要とされる（R. 4623-25-4）。

92 労働保健国家資格看護師（infirmier diplômé d'État en santé au travail, IDEST）と呼称されることもある。

93 外国での資格取得者等。

94 この研修義務は、2023 年 3 月 31 日から施行されたが、経過措置が設けられている。2023 年 3 月 31 日時点で、SPST に採用されており、Décret n° 2022-1664 du 27 décembre 2022 relatif à la formation spécifique des infirmiers de santé au travail で定められた要件を満たす研修に登録済みであることを証明できる看護師については、例外的に義務を満たしたものと見なされ、この義務の施行日から 3 年間有効とされる（Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021, art. 34）。また 2023 年 3 月 31 日より前に 12 か月以上、SPST に従事していた看護師については、実務研修（stage professionnel）を修了したことを証明する義務はない（Décret n° 2022-1664, art. 3）。Cf. MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 51.

よび企業の実情に関する知識；2°　職業上のリスクおよび職業病に関する知識と、それらを予防する手段；3°　職業上のリスク予防および職場における健康増進のための集団的取り組み、および使用者・企業への支援；4°　従業員の健康状態の個別管理（ばく露歴の記録、健康・疫学的監視を含む）；5°　職業的脱落の防止；6°　労働保健予防サービスの多職種チームの一員としての看護実践、および労働法典 L. 4644-1 条第 I 項の第 3 および第 4 段落に記載された者や機関[95]との協働（R. 4623-31-2）である。労働衛生に関する特別研修の実施方法、研修課程において習得された知識の確認方法および実務研修の評価方法については、労働担当大臣のアレテ[96]によって定められる（R.　4623-31-2）。

労働保健看護師の任務は、公衆衛生法典 R. 4311-1 条以降の規定を遵守しつつ、看護師は自らの固有の任務および労働法典 R. 4623-14 条に定められた条件のもとで労働医から委任された任務を遂行することである（R. 4623-30）。看護師による面談は、労働医の同意のもと、その責任の下で実施される。2021 年法および 2022 年 4 月 26 日のデクレにより、事前復職面談、復職時面談、中途キャリア面談についても、労働医が労働保健看護師に委任することが認められた[97]。また、看護師は、労働医と共同で企画され、労働医によって承認された職場内での活動や集団向けの情報提供活動にも参加することができる。これらの活動は、公衆衛生法典 L. 4311-1 条に基づき定められた看護師の業務に関する規則を遵守して実施される（R. 4623-31）。

労働保健高度実践看護師については、2021 年法により、労働医を補佐する形で SPST において業務を行うことが認められ（公衆衛生法典 L.　4301-1 条）、労働保健高度実践看護師（infirmier de pratique avancée en santé au travail, IPA-ST）という地位が正式に位置づけられた。ただし実用化のためのデクレはまだ公布されていないようである。その理由としては、労働保健に限らない高度実践看護師一般についての規定（公衆衛生法典 R.　4301-2 条）の改正が必要であるためとされる[98]。高度実践看護師（IPA）とはこれまで医師に限定されていたより高度な任務・能力を、医療従事者（主に看護師）が実施できるようにする制度である。IPA-ST は、既存の労働保健看護師（IDEST）とは異なる新たな職種として位置づけられ、より広範な実務を担うことになると考えられている[99]。

なお、看護師については、従業員規模に

[95] 職業リスク予防の専門家や機関。たとえば INRS や ANACT など。

[96] Arrêté du 30 janvier 2023 relatif aux modalités d'organisation et d'évaluation de la formation spécifique des infirmiers de santé au travail.

[97] 2021 年法以前においては、情報・予防面談や中間面談の実施は看護師にも認められていた。

[98] Assemblée nationale, Question écrite n° 3022 : Infirmier en pratique avancée en santé au travail, 27 mars 2023. https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-3022QE.htm

[99] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 58.

より、企業内の配置が義務付けられる。従業員数が 200 人から 800 人の工業施設では、少なくとも 1 名の看護師が配置され、それを超える場合は、600 人ごとに看護師が 1 名追加で配置される。その他の施設で従業員数が 500 人から 1,000 人の場合は、少なくとも 1 名の看護師が配置され、それを超える場合は、1,000 人ごとに看護師が 1 名追加で配置される(R. 4623-32)。従業員が 200 人未満の工業施設および 500 人未満のその他の事業所では、労働医および社会経済委員会が要請した場合、看護師が配置される。使用者がその要請に異議を唱える場合には、労働監督医の意見を聞いたうえで、労働監督官が最終的な決定を下す(R. 4623-33)。看護師は、労働保健に関する任務（労働法典に規定された、または R. 4623-14 条に定める条件の下で委任された任務）を、独立労働保健予防サービスにおいてはその企業の労働医の指揮下で、また、共同労働保健予防サービスが企業に介入している場合にはそのサービスの労働医の指揮下で遂行する。共同労働保健予防サービスの多職種チームは、企業内の看護師と連携を図る（R. 4623-34）。共同労働保健予防サービスの看護師（労働保健看護師）は、緊急時を除き、その任務は主に予防に重点が置かれる（R. 4623-34）。

筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、フランスにおける労働保健看護師の職業は、過去 15 年間で大きく変化を遂げた。かつては大企業にのみ配置されており、その役割も応急処置の管理に限定されていた。

2011 年から 2012 年にかけての改革により、労働保健多職種チームの一員として正式に位置づけられて以来、彼らは医師からの委任を受けて、労働者の健康状態のフォローアップに積極的に関与するようになった。

しかしながら、職場における直接的な予防的役割の遂行については、労働保健予防サービスごと、またその医師から与えられる委任の範囲によって依然として差異がある。

現時点では、看護師は企業において提供される予防的助言への関与は全体としてまだ少なく、また、訪問時に労働者の健康状態に関連する個別の勧告を行うことはできない（この権限は法規上、医師に限定されている）。

とはいえ、一部の看護師の間では、これらの領域への関与をより拡大しようとする動きがあり、フランス労働保健学会（Société Française de Santé au Travail）によってその動きが支援されている（以上 DGT の回答による）。

6-5 共同労働保健予防サービスの職業リスク予防担当者

職業リスク予防担当者（intervenant en prévention des risques professionnels, IPRP）は、SPST 内部に配置されている者と外部に登録されている者がある[100]。SPST において職業リスク予防担当者は多職種チームの一員として

[100] 「15 関係職種（医療・リハビリ機関、カウンセラー、理学療法士、安全専門家、化学物質管理の専門家、社会福祉の専門家や専門機関等）との連携の定めと実際」で述べるように、使用者や SPST は内部のリスク予

活動する（L. 4622-8）。労働安全衛生に関する技術的または組織的な専門知識[101]を有しており、自らの任務を遂行するために必要な時間と手段が確保される。その予防活動を理由に、不当な差別を受けない。独立性が保証される条件のもとで任務を遂行する（R. 4623-37）。同担当者は、予防のみを目的とし、労働者の健康と安全の維持および労働条件の改善に関与する。この枠組みの中で、彼は診断、助言、支援、援助の任務を担い、その調査結果を労働医に報告するとされる（R. 4623-38）。

SPSTI に雇用される IPRP は、学位や職業経験に関する具体的な条件は設けられていないため、サービスの理事長または所長は、採用前に IPRP の専門性を確認する必要がある[102]。企業間委員会または監査委員会は、IPRP のポスト新設・削減に関して諮問を受けるとされる（D. 4622-31）。これらの機関は、採用される IPRP の学歴、職業経験、専門分野について要望を提示することができる。また、多職種的専門性の活用に関する事項について諮問される医療技術委員会（D. 4622-28）においては、採用予定の IPRP のプロフィールについても、諮問対象となる可能性がある。ただし、IPRP のポスト新設に関する同委員会への諮問は明示的には義務付けられていない[103]。

労働保健予防サービスが、介入に必要な技術的専門性を有していない場合には、必要に応じて、L. 4644-1 条の規定に基づいて行政当局に登録された職業リスク予防担当者に依頼する（R. 4623-39）。登録申請には、各種証明書類の添付が求められる[104]（D. 4644-6）。外部の IPRP の介入については、SPSTI（理事長または所長）または SPSTA（使用者）との間で協定が締結されることを条件とする。当該協定には、以下が明記されなければならない。すなわち IPRP に委ねられる業務の内容およびその遂行方法； IPRP に提供される資源、および職場へのアクセスおよび提案の提示に関する規則である。とりわけ、IPRP の独立性が確保される条件が必要である（R. 4644-2）。企業が自らの SPSTA を有する場合、使用者はこの IPRP の介入およびその調査結果について、自らの SPST に通知しなければならない（R. 4644-3）。登録された IPRP は、義務付けられた記名情報を含まない全ての文書にアクセスする権利を有する。このアクセス権は、情報の機密性、および製造秘密や営業秘密にかかる情報の保護を確保する

防担当者だけでなく、行政登録された外部のリスク予防担当者に委託することができる。リスク予防担当者の選任は使用者の義務でもある。

[101] たとえば心理学、人間工学、毒物学、産業衛生、労働組織などである。詳細は「9 産業保健職の資格（民間）」扱う。

[102] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, 2.3.1.

[103] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 60.

[104] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, 2.3.1 ; MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 60. なお上記通達によれば登録は自然人・法人の両方が可能とされるが、SPST 自体は IPRP として登録することはできない。使用者が直接外部 IPRP の介入を要請することもある。

条件の下で行使される（R. 4644-5）。

6-6 共同労働保健予防サービスの労働保健予防サービス補助職

共同労働保健予防サービスにおいて、労働衛生予防サービス補助職は、労働医および多職種チームのメンバーの業務に対して、事務的な支援を行う。また特に従業員 20 人未満の企業において、労働衛生上の危険の把握やニーズの特定にも貢献する。さらに予防プロジェクトの企画・運営、労働保健の促進、およびこれらの企業におけるサービスの活動推進にも関与する（R. 4623-40）。

6-7 対応臨床医

2021 年法により導入された。筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、関連する規制はまだ完全には整備されておらず、現時点ではいかなる対応臨床医もその活動を開始していない。

労働法典 L.4623-1 条第 IV 項に記載されている対応臨床医（médecin praticien correspondant, MPC）とは、労働医学を専門としない医師を指す[105]。多職種チームの一員ではなく、職場内での活動は行わない。また強化個別健康管理も実施しない。そのため、職場の調整措置の提案や労働者の職務不適格を判断することはなく、特定リスクを伴わない職務に従事する労働者の個別的健康管理（面談）を担当することになる。また労働者の主治医を兼務することも許されていない[106]。

当該医師は、R.4623-43 条に規定された共同労働保健予防サービスとの協力プロトコルを締結する時点で、少なくとも以下の分野における能力の習得を目的とした理論的な労働衛生に関する 100 時間以上の研修を受けている必要がある。すなわち 1°　職業上のリスクおよび疾病に関する知識と、それらを予防する手段；2° 被ばく歴の記録、衛生・疫学的監視を含む、労働者の健康状態の個別的管理；3° 職業的離脱の予防である。この研修は、公的高等教育機関、またはL.6316-1 条に定められた条件に基づき認証された機関によって提供され、修了証明がなされる。ただし例外として、労働医学を専門としない医師が初めて協力プロトコルを締結する場合には、プロトコル締結から 1 年以内に上記の研修を受講することが認められる。この間、労働医との連携は、R.4623-43 条に定められた条件のもと、研修の修了証が発行されるまで強化される。労働医学を専門としない医師が初めて対応臨床医となる場合には、その協力に先立って、連携を結ぶ共同労働保健予防サービスにおいて少なくとも 3 日間の観察実習を行う必要がある（R. 4623-41）。

所轄地域の地域保健庁（ARS）の局長は、労働衛生に関する地域的な診断に基づき、労働医の数または確保状況が不十分であると認められる地域（ゾーン）を、必要に応じて見直し可能な最長 5 年間の期間で、

[105] 地域の開業医または医療機関勤務医である。

[106] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 56.

医師会の地域代表と協議のうえ、アレテにより指定する。この指定により、対応臨床医の活用が正当化される。この目的のために、DREETS 局長は、地域内の企業における労働医療のニーズへの対応状況評価のために有用なあらゆる情報を、労働環境地域指導委員会（CROCT）の意見聴取の上、地域保健庁の局長に提供する。この評価では、労働医または多職種チームが対応できる労働者数の上限、ならびに共同労働保健予防の状況（L.4622-2 条に定められた任務を遂行するために必要な手段を備えているかという観点による）が特に考慮される（R. 4623-42）。

労働大臣および保健大臣の定める様式に準拠し、対応臨床医、関係する多職種チームの労働医、共同労働保健予防サービス所長との間で締結される協力プロトコルには、特に以下の内容が盛り込まれる。すなわち、対応臨床医が受講した研修の修了証が交付されるまでの間、R.4623-41 条に定められた労働医との強化された連携の実施方法;L.4623-1 条第 IV 項の規定を尊重しつつ、対応臨床医に委ねられる健康診断や医療面談（visite, examen médical）の種類；対応臨床医がその任務を遂行するために、共同労働保健予防サービス機関から提供される設備、情報および必要書類；対応臨床医が労働衛生における遠隔医療のツールを利用する際の運用方法；労働者が共同労働保健予防サービスによって実施される診察や医療面談に呼び出される手続き；対応臨床医による労働者の労働医への再紹介の手続き;R.4624-45-3 条から R.4624-45-9 条に定められた条件を遵守したうえで、対応臨床医が労働衛生における医療記録にアクセスし、当該記録を記入・更新する方法である（R. 4623-43）。

検診の終了時に、対応臨床医は、労働者および使用者に対して、L. 4624-1 条に記載された健康管理証明書を交付する。必要と判断した場合には、R. 4623-43 条に記載された手順に従い、速やかに労働者を労働医に紹介することができる。ただし、上述のように L. 4624-3 条に定める職場環境の調整措置の提案や、L. 4624-4 条の規定に基づいて労働者を職務不適格と判断することはできない（R. 4623-44）。共同労働保健予防サービスが対応臨床医に支払う報酬の最低額および最高額は、労働大臣および保健大臣が、健康保険機関および労働条件指針委員会の意見を聴いたうえで発出するアレテにより定められる（R. 4623-45）。

7 産業保健職の資格（民間）

産業保健を担うアクターの多くは国家資格を要する。しかしながら民間の研修・証明書が活動の基礎となるケースもある。職業リスク予防の専門職は広く予防カウンセラー（préventeur, conseillers en prévention）と称されることもあるが、より専門に特化した人間工学専門職（ergonome）、心理士（psychologue）などを含んでいる。

予防カウンセラーは現在または将来の作業状況を分析し、職業上のリスクを評価する。職業上のリスクの予防戦略および労働条件の改善策を定義・提案し、それらの実施を管理・監督し、成果を評価する

とされる[107]。その中核は安全衛生環境専門職（ingénieur HSE）や安全衛生環境実務家（technicien HSE）が担うことになる。安全衛生環境実務家と認められるための学位としては、品質・衛生・安全・環境職業学士号（licence professionnelle QHSE）がある[108]。その上位にある安全衛生環境専門職は衛生・安全・環境修士号（master HSE）により認められる[109]。またこれらを補足するものとして、AFNOR は職業リスク予防担当者（chargé de prévention des risques professionnels）の研修・資格認定を行なっている。CNPP は préventeur des risques au travail の研修を実施、APAVE も同様の研修を実施している。

人間工学専門職は、作業、職務、製品、組織、環境、システムの計画、設計、評価などを人間のニーズ、能力、限界に適合させることに貢献するとされる[110]。欧州認定人間工学専門家の基本要件は、少なくとも 1 年間の大学レベルの初期エルゴノミー教育（フランスでは master 課程相当）および少なくとも 3 年間の職業経験とされる。人間工学の学会（Société d'ergonomie de langue française, SELF）や CREE（Centre for Registration of European Ergonomists）、ARTEE（Association pour la Reconnaissance du Titre d'Ergonome Européen）といった機関が認証を行なっている。

労働保健に携わる心理士は職業領域において活動し、その主な任務は、従業員の精神的健康を守り、労働環境を改善することである。心理士は、個人または集団に対して支援を行い、診断を実施し、組織面や職業上のリスク予防について助言を行う[111]。しかしながら、心理士には bac+5 レベル（master 課程）の教育が必要とされる。労働保健に携わる心理士の養成を行う機関もあり、たとえばフランス国立工芸院（CNAM）において労働保健を専門とする心理士の教育課程を開講しており、心理士の資格を取得することが可能である。心理士として活動するには、心理学の学位（master）を有し、自身の居住県の ADELI ファイル[112]に登録していることが必須とされる[113]。

---

[107] 以下は Ministère de la santé, Conseiller(ère) en prévention des risques professionnels https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/qualite-hygiene-securite-et-environnement/sousfamille/sante-et-securite-au-travail-et-environnement/metier/conseiller-ere-en-prevention-des-risques-professionnels による。

[108] France compétences, Licence Professionnelle - Qualité, hygiène, sécurité, santé, environnement (fiche nationale). https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30098/?utm_source=chatgpt.com

[109] France compétences, MASTER - Qualité, hygiène, sécurité. https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30636/?utm_source=chatgpt.com

[110] Société d'ergonomie de langue française, L'Ergonomie. https://ergonomie-self.org/lergonomie/definitions-tendances/

[111] APEC, Psychologue du travail F/H https://www.apec.fr/tous-nos-metiers/ressources-humaines/psychologue-du-travail.html

[112] fichier ADELI. 医師や看護師を除く保健専門職の登録台帳で、ARS が管理する。

[113] Ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, Psychologue : une profession réglementée en

8 産業保健職の業務（法令）

労働保健予防サービスの業務のうち、大きなものとして個別的健康管理（suivi individuel）がある。これは個々の労働者を対象とした面談や検査であり、これ以外の重要な使命として、個別的健康管理を除いたもの、すなわち集団的健康管理と言いうる業務が存在し、職場環境における活動と称される。サービスの各職種に可能な業務については巻末に「労働保健予防サービス従事者権限リスト」を作成し、個別的健康管理と職場環境における活動に分類した[114]。労働医の業務は、とくにさまざま診断（個別的健康管理）において、労働医補佐とも言える協力医師や労働医学研修医、また労働保健看護師に業務の委任ができる。通達（Circulaire DGT du 9 novembre 2012）によれば協力医師などにも意見書発出等の権限はないとされていた。現行の R. 4623-14 には看護師についてのみ意見書発出等の権限はない旨の言及がある。実際の運用においては労働医の委任により協力医師も可能とされている[115]。なお使用者の義務として個別的防護措置よりも集団的防護措置が優先される旨が法令により明示されている（L. 4121-2）ことにも留意する必要があろう。

8-1 職場環境における活動

L. 4622-2 条によれば、労働保健予防サービスの主たる使命は、労働によって労働者の健康が損なわれることを防止することである。同条によれば職業リスク評価と予防に関する支援、使用者や労働者に対する助言、職業的な曝露に関する記録と監視、健康増進活動や啓発活動などが列挙されている。使用者による DUERP の作成は集団的予防措置（actions collectives de prévention）の主要なものであり、労働医もその作成に協力する。集団的健康管理は労働保健予防サービスだけでなく、企業全体で行うべきものとして考えられている。集団的健康管理は、労働保健予防サービスの枠内では「職場環境における活動」（actions sur le milieu de travail）として R. 4624-1 条以下に規定されている。

8-1-1 職場環境における活動

職場環境における活動は、L. 4622-2 条で定められた労働保健予防サービスの使命の一環として実施される。これには、特に以下の活動が含まれる。すなわち 1° 作業場の訪問[116]；2° 労働条件の改善、特定の状況における職場環境の適応、または雇用の維持を目的とした職務調査；3° 職業上のリスクの特定および分析；4° 企業ファイル（fiche d'entreprise）の作

France. https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/psychologue-une-profession-reglementee-en-france-46456

[114] 労働法典および Ministère du travail, Questions-Réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries をもとに作成した。

[115] Ministère du travail. Questions-Réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries

[116] 日本における職場巡視（安全衛生規則 15 条）にあたる。

成および更新；5°　救急および緊急サービスの体制に関する助言の提供；6°　社会経済委員会の会議への参加；7°　測定活動（メトロロジー）の実施[117]；8°　職業活動に関連する公衆衛生に関する情報提供および啓発キャンペーンの実施；9°　疫学調査の実施[118]；10°　特定のリスクに関する研修の実施；11°　あらゆる新しい生産技術の検討；12°　L. 4141-2 条に基づく安全研修および救急救命者向け研修の企画・実施である（R. 4624-1）。

また職場環境に関する対応措置は、以下の形で実施される。1°　独立労働保健予防サービスがある場合には、労働医が中心となり、企業内の労働者の保護および職業上のリスク予防に関する業務を担う部門と連携して行う；2°　共同労働保健予防サービスに加入している企業の場合には、労働医の指導のもと、労働保健に関する多職種チームが、労働法典 L. 4622-14 条に定められた多年次計画の目標に基づいて実施する（R. 4624-2）。多職種チームに所属する医療専門職は、労働医の指揮のもと職場への自由な立ち入りが認められている。労働医は、自己の判断または使用者もしくは社会経済委員会の要請により、職場を訪問する（R. 4624-3）。使用者または共同労働保健予防サービスの理事長は、労働医がその職務のうち 3 分の 1 の勤務時間を職場における活動（R. 4624-1 条に定められた活動）に充てられるよう、あらゆる手段を講じなければならない。この時間は、フルタイムの労働医においては年間少なくとも 150 回分の実働の半日勤務を含むものとする。パートタイム勤務の労働医に対しては、この義務はその勤務時間に応じて按分される。また、この時間には、労働医が労働衛生に関する多職種チームの指導・調整を行う任務に充てる時間も含まれる（R. 4624-4）。

労働に起因する労働者の健康の悪化を防ぐために、労働医、または共同労働保健予防サービスにおいては多職種チームが、以下の事項について情報提供を受ける。すなわち 1°　使用される製品の性質および成分、ならびにその使用方法[119]；2°　R. 4623-1 条に記載された分野において実施されたすべての測定および分析の結果（R. 4624-4-1）である。共同労働保健予防サービスにおいては、労働医または多職種チームが、労働法典で義務付けられたすべての記名されていない文書にアクセスする権利を有する。このアクセス権は、データの機密性および R. 4624-9 条に記載された情報の保護を保証する条件のもとで行使される（R. 4624-5）。

また、障害者雇用に関する規定の適用について、使用者は、労働医が提示した意見を考慮する。これに従わない場合は、その

[117] 日本における作業環境測定（安全衛生法 65 条以下および作業環境測定法）が近いが、法的枠組みが独立して整備されている日本の制度のほうが厳格であると言える。本研究帆苅報告書参照。

[118] 労働医は、自らの任務の範囲内で行われるあらゆる調査、研究および特に疫学的性格を有する調査に、労働監督医と連携しながら、特に参加する（R. 4624-58）。

[119] 特に、使用者はこれらの製品の供給者から提供される安全データシート（fiches de données de sécurité）を労働医に提出しなければならない。

理由を労働医に伝えなければならない。困難または意見の不一致がある場合には、労働監督医の意見を踏まえて、労働監督官が最終的な決定を下す（R. 4624-6）。労働医は、その職務遂行にあたり、使用者の負担において、分析のために試料採取や測定を行うこと、またはそれを他者に委託することができる。また、必要と判断した分析や測定を、認可を受けた機関に依頼することもできる。使用者と労働医との間に意見の相違がある場合には、労働監督医の意見を踏まえたうえで、労働監督官が最終的な決定を下す。労働医は、使用者に対して、潜在的なリスクおよび使用すべき保護手段について通知し、使用者は該当する労働者および社会経済委員会に対してその情報を伝えなければならない（R. 4624-7）。

労働医は、職場環境における活動の一環として自身が実施した、または共同労働保健予防サービスにおいて多職種チームが実施した調査の報告書および結果を、使用者に伝達する。使用者は、これらの報告書および結果を社会経済委員会に知らせ、労働監督医が閲覧できるよう備えておかなければならない（R. 4624-8）。

労働医および共同労働保健予防サービスにおける多職種チームの構成員は、職務遂行に際して知り得た製造上の秘密や営業上の手法を漏らしてはならない。これらの義務に違反した場合は、刑法典226-13条に基づき処罰される（R. 4624-9）。

上記から、我が国と類似の施策も見られる。職場巡視（労働安全衛生規則第15条に規定される産業医による「毎月1回以上の職場巡視」義務）、職務調査（必要に応じて行われる産業医による作業環境調査や作業適正判断）、リスク評価支援（衛生管理者、安全管理者、産業医の協働によるリスクアセスメントや作業環境測定）、応急体制の助言（緊急時対応計画の策定への産業医の関与）、研修・健康教育（安全衛生教育[120]や救急措置訓練などにおける産業医の関与）などである。一方で相違する点も多い。フランスでは多職種連携による包括的介入に力点が置かれている。労働医が社会経済委員会（CSE）に参加することで、企業全体の経済政策と健康問題の繋がりが強化されている。

8-1-2 企業ファイル

企業ファイル（fiche d’entreprise）の作成は前述の職場環境における活動の一環として行われる。各企業または事業所においては労働医が、または、共同労働保健予防サービスでは、多職種チームが、主に職業的リスクやそれにさらされている従業員の人数を記載した企業または事業所の記録を作成し、更新する[121]（R.

[120] 労働安全衛生法第59条。

[121] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 48によれば、DUERPと企業ファイルはともに法定であり、企業内の職業上のリスクを識別することを主要目的としている点で類似しているが、企業ファイルはSPSTおよび労働医の責任に属するのに対し、DUERPは使用者の責任に属する。また、企業ファイルは総合的な文書であるのに対し、DUERPはより詳細である場合がある。さらに、企業ファイルは5年ごとに更新されるが、DUERPは11人以上の従業員を擁する企業においては毎年更新が求められている。

4624-46）。企業が共同労働保健予防サービスに加入している場合、企業ファイルは、企業または事業所のサービス加入から一年以内に作成される（R. 4624-47）。企業ファイルは、使用者に送付され、労働保健に関する年次報告書[122]（L. 4612-16 条に基づく）とともに、社会経済委員会に提出される（R. 4624-48）。さらに企業ファイルは、DREETS 局長および労働監督医に提供される。また、社会保障機関の予防部門職員や、L. 4643-1 条に記載された労働保健、安全、労働条件に関する専門機関[123]の職員によって閲覧されることができる（R. 4624-49）。企業ファイルの様式は、労働大臣のアレテによって定められる[124]（R. 4624-49）。

このファイルには一般的情報、職業上のリスクの評価、職業上のリスクを低減するための措置の 3 種類の情報が記載される[125]。ファイルは使用者が自社の職業上のリスクを識別・評価する際に用いる最初の手段の一つとなるため、とくに小規模事業所において重要な役割を果たす[126]。このファイルはすべての企業に対して適用され、複数の事業場を有する企業においては、それぞれの事業場ごとに作成されなければならない[127]。

この企業ファイルは部分的に、日本におけるリスクアセスメント記録[128]、作業環境測定記録[129]、場合によっては衛生委員会等での産業医による報告書などが相当すると考えられる。大きく異なるのは、労働医（産業医）の主導により、職業リスクと健康管理を体系的に整理するような仕組みである点である。

8-2 個別的健康管理

個別的健康管理は、運用上、一般健康管理（suivi simple）と強化健康管理（suivi renforcé）に大別でき、一般健康管理には障害労働者や夜間労働者などを対象にした適合健康管理（suivi adapté）[130]を含む。一般健康管理では情報・予防面談があり、強化健康管理では適性検査[131]、中間面談、

[122] R. 4624-48 によれば L. 4612-16 条に基づく年次報告書とされるが、現行では L. 2312-17 に基づく年次報告書および年次計画書である。

[123] たとえば OPPBTP、INRS、ANACT など。

[124] Arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'art. R241-41-3 du code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établi par le médecin du travail ; Plan santé au travail 2016-2020 Normandie, Fiche d'entreprise Guide de bonnes pratiques, 2023. https://www.cse-guide.fr/medias/2023/07/Creer-une-fiche-dentreprise-via-le-Plan-Sante-au-Travail.pdf

[125] Arrêté du 29 mai 1989, ANNEXE.

[126] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, 3.1.1.

[127] Arrêté du 29 mai 1989.

[128] 労働安全衛生法第 28 条 2 項、第 28 条 3 項。

[129] 労働安全衛生法第 28 条など。

[130] R. 4624-17 et suivants. Cf. SLST, Les différents suivis. https://slst.fr/employeur/les-differents-suivis/

[131] 強化健康管理の適性検査は高リスク作業者を対象とした特別の健康管理という意味で、日本の特殊健康診断に近い（本研究帆苅報告書参照）。しかし、日本の一般健康診断にあたる一般健康管理と別制度による運用ではないことや、労働医かそれに準ずる者の就業適格・不適格の判断を伴い、この判断は強い拘束力をもつことなど、相違点も少なくない。

曝露後・退職後の健康状態監視に関する面談がある。両者に共通するものとして復職時面談、事前復職面談、中途キャリア面談、申請による随時面談がある。これらの結果は労働保健医療記録に保存される。また上記の面談や検査に伴い、労働医から提案や意見書が発出されることがある。とくに職務不適格の意見書は労働者に大きな影響を与え、解雇に至るケースもある。

8-2-1 一般健康管理

労働者の健康状態の監視に関する L. 4622-2 条に基づき、すべての労働者は、労働医、対応臨床医、および労働医の指導の下で L. 4623-1 条に規定される協力医師、労働医研修医、看護師によって実施される個別の健康管理を受けるとされる（L. 4624-1）。この健康管理には、採用後に実施される情報・予防面談（visite d'information et de prévention）が含まれ、上記のいずれかの保健専門職によって行われる。この面談ののち、証明書が発行される。この面談の実施期限はデクレで定められ、証明書の様式はアレテで定められている。情報・予防面談を実施した医療専門職は、労働医が策定したプロトコルに従い、必要に応じて労働者を迅速に労働医へと紹介することができる。この健康管理の方法や頻度は、労働条件、労働者の健康状態や年齢、ならびに職業上のリスクを考慮して決定される。

L. 5213-1 条に基づく障害者として認定され、さらに社会福祉・家族法典 L. 146-9 条に規定される障害者権利自立委員会から承認を受けた労働者、または一般社会保障制度やその他の義務的社会保障制度に基づく障害年金の受給者であることを情報・予防面談時に申告した労働者は、迅速に労働医へと紹介され、健康状態に応じた個別の健康管理を受ける。夜間労働者についても、同様の定期的な個別健康管理を受ける権利を有する[132]。この健康管理の頻度は、担当する職務の特性および労働者の個別的特性を考慮して、労働医が決定する（L. 4624-1）。妊娠中の女性、出産直後の女性または授乳中の女性は、希望すればいつでも、労働法典 L. 4624-1 条に定められたプロトコルに従い、遅滞なく労働医に紹介される（R. 4624-19）。上記に該当しない労働者も、職務不適格のリスクを予測する場合、職場での雇用継続のために医療面談（visite médicale）[133]を要請することができる[134]（L. 4624-1）。上記で言及される個別の健康管理は、適合健康管理（suivi individual adapté, SIA）と称され[135]、通常の一般健康管理よりも面談の周期が短く設定され、健康状態に応じた配慮がなされる。

また個別健康管理には労働者の同意の

[132] 18 歳未満の労働者も同様に扱われる（R. 4624-18）。

[133] この用語は情報・予防面談のほか、強化健康管理や復職時面談などを含む面談を指すものとして広義に使われている。Service public, Médecine du travail pour un salarié du secteur privé. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211

[134] 詳細は「随時面談」で後述する。

[135] Ministère du travail, Le suivi de l'état de santé des salaries. https://travail-emploi.gouv.fr/le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries

上、遠隔医療技術が利用されうる。労働者の心身の健康状態を考慮しつつ、事前に本人の同意を得なければならない。これらの遠隔手法の実施に際しては、保健専門職と労働者との間のやりとりの機密性が確保されなければならず、また、労働保健予防サービスおよび前述の保健専門職は、遠隔手法の使用にあたり、必要に応じて、労働衛生サービスの活動特性に適合した形で、公衆衛生法典 L.1470-5 条に定められた相互運用性およびセキュリティ基準を遵守する義務がある。なお、労働者の健康状態または曝されている職業上のリスクがそれを正当化すると保健専門職が判断した場合、当該労働者に対し、主治医または本人が選んだ保健専門職の遠隔面接への参加を提案することができる。労働者がこれに同意した場合、その主治医または選任された保健専門職は、遠隔または対面にて、面接または相談に参加することができる（L. 4624-1）。

SPST が面談の実施に関して義務を果たさなかった場合、使用者は SPST に対して損害賠償を請求することができる[136]。面談や医学的検査を実施するために必要な措置を講じなかった使用者は、労働法典 R. 4745-3 条に定められた第 5 等級の違反に対する過料の対象となる。

8-2-1-2 適合健康管理

健康状態、年齢、労働条件、または職業上のリスクに応じて必要とされるすべての労働者、特に障害労働者、障害年金の受給を申告している労働者、ならびに L.3122-5 条に規定される夜間労働者は、情報・予防面談の終了後に、L.4624-1 条 3 項に定められた書面によるプロトコルに基づいて決定された、3 年を超えない周期での適切な健康管理の方法を利用することができる（R. 4624-17）。実務上、適合健康管理と称されるが、一般健康管理に属し、労働者への配慮がなされるが、情報・予防面談が実施される。

L. 3122-5 条に記載されている夜間労働者および 18 歳未満のすべての労働者は、配置される前に、L. 4624-1 条第 1 項に記載された医療専門職によって実施される情報提供・予防面談を受ける（R. 4624-18）。

妊娠中の女性、出産した女性、または授乳中の女性は、希望すればいつでも、L. 4624-1 条に定められた手順に従い、速やかに労働医に紹介される。この新たな診察は労働医によって実施され、特に、必要に応じて業務内容の調整や他の業務への配置転換を提案することを目的としている（R. 4624-19）。

情報・予防面談の際、障害労働者または L. 4624-1 条第 5 項に記載された障害年金の受給を申告する労働者は、遅滞なく労働医に紹介され、労働医はその作業環境の調整を勧告することができる。労働医は、L. 4624-1 条に定められた手順に従って、その健康管理の頻度および方法を

[136] Cass. soc., 18 décembre 2013, n° 12-15.454 ; Cass. 1re civ., 19 décembre 2013, n° 12-25.058. 使用者は SPST の契約責任を追及し、年間拠出金額に相当する損害賠償の支払いを求めることができる。Cf. MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 43.

定めるが、この健康管理は、同条 1 項に記載された医療専門職（医師及び看護師）によって実施することができる（R. 4624-20）。

すなわち、障害労働者、夜間労働者、18 歳未満の若年労働者、妊娠中（出産後、授乳中）の労働者が適合健康管理の主な対象[137]となり、更新周期は３年以内とされるが、それ以外の労働者も必要に応じ適合健康管理がなされ、更新周期が決定される。

8-2-2 強化健康管理

8-2-2-1 強化健康管理

健康や安全に特にリスクを伴う職務に就く労働者、または同僚や職場の周囲にいる第三者の健康や安全に影響を及ぼす可能性のある職務に就く労働者は、強化された個別の健康管理（suivi individuel renforcé, SIR）を受ける。この健康管理には、適性医療検査が含まれ、これは労働法典 L. 4624-1 条に規定される情報・予防面談に代わるものである。適性医療検査は、労働者の健康状態が担当する職務と適合しているかを確認し、労働者自身の健康や安全、および同僚や職場の周囲にいる第三者の健康や安全に重大な危険が及ぶのを防ぐことを目的とする。この診断は採用前に実施され、その後も定期的に更新される。原則として労働医が実施するが、特定の規定により別の医師が担当する場合もある（L. 4624-2）。

デクレの規定するところでは、労働者が自身の健康や安全、あるいは同僚や作業環境の周囲にいる第三者の健康や安全にとって特別なリスクを伴う業務に従事している旨、労働医が知り、そのように判断した場合（R. 4624-23 条で定義される業務）、当該労働者は、ただちに強化された個別健康管理の手続きを受けることができる（R. 4624-21, R. 4624-22）。

強化された個別健康管理（R. 4624-23）

I.―L. 4624-2 条 1 項に記載された特別なリスクを伴う業務とは、労働者を以下のような危険にさらす業務を指す。1° アスベストへの曝露；2° R. 4412-160 条に定められた条件下での鉛への曝露；3° R. 4412-60 条に記載されている発がん性、変異原性、生殖毒性を有する物質への曝露；4° R. 4421-3 条に記載されている第 3 または第 4 グループに属する生物学的因子への曝露；5° 電離放射線への曝露；6° 高圧環境への曝露；7° 足場の組立および解体作業における高所からの墜落リスク。

II.―労働法典に規定される特別な適性検査を必要とする業務もまた、特別なリスクを伴う業務と見なされる[138]。

[137] そのほか、グループ 2 の生物学的因子に曝露される労働者（R. 4426-7）、電磁界に曝露される労働者（R. 4453-25）については、初回の情報・予防面談は職務への配置前に実施され、適合健康管理の対象（あるいは強化健康管理の対象）となる。

[138] 55kg を超える重量物の手作業による持ち運びが不可避かつ常態的である職務も適性検査が必要である（R. 4541-9）。また、その性質や目的により特別なリスクを伴う特定の機器（たとえば揚重機器等）の運転には、使用者によって発行される運転許可の取得が必要であることが定められており、この運転許可を有する労働者は、

III.―必要と判断した場合、使用者は、L.　4624-2 条第 1 項に記載される労働者本人、同僚、または作業環境内の第三者にとって健康や安全上の特別なリスクを伴う業務を、I.の類型に該当する業務リストに追加することができる。この追加は、関係する労働医の意見および、存在する場合は社会経済委員会（CSE）の意見を聴いたうえで、L. 4121-3 条に基づくリスク評価、および該当する場合はR. 4624-46 条に基づく「企業情報ファイル」と整合させて行われる。このリストは、労働保健予防サービスに提出され、DREETS 局長および社会保障機関の予防サービスが閲覧できるようにされ、毎年更新される。使用者は、このリストに業務を追加する際には、その理由を文書で明示しなければならない。

IV.―労働条件指導評議会（COCT）は、本条 I で定められたリストの必要に応じた更新について、3 年ごとに諮問を受ける。

強化健康管理は日本の特殊健康診断や電離放射線健康診断、特定業務健康診断などに相当する制度であるが、以下に見るように適性検査（日本における就業判定に類似）が必須であり、かつその法的拘束力が強いことが特徴と言える[139]。

8-2-2-2 適性検査

強化された個別健康管理には、適性検査（examen médical d'aptitude）が含まれており、これはR. 4624-10 条に定めら

強化健康管理の対象となる（R. 4323-56）。また電気関連作業を行う者も強化健康管理の対象である（R. 4544-10）。しかしながら、Décret n° 2025-355 du 18 avril 2025 により、2025 年 10 月 1 日以降、運転許可を要する職務および電気関連の認可を要する職務に就く労働者は、強化健康管理の対象から除外され、医学的禁忌の不在を証明する書類（attestation d'absence de contre-indication médicale）を当該職務認可の要件とする。この証明書は労働医により交付され、有効期限は 5 年とされる。

[139] 適性検査による職務不適格の意見に、「労働者をいかなる職務においても維持することがその健康に重大な悪影響を及ぼす」または「労働者の健康状態がいかなる再配置も妨げる」とのいずれかの記載が含まれている場合、使用者は再配置義務を免除される（R. 4624-42）。この場合、使用者は、再配置の不可能性を証明することなく、当該労働者を就業不能を理由として解雇することが認められる（L. 1226-2-1, L.1226-12）。他方で、上記のいずれかの記載が職務不適格の意見に含まれていない場合には、使用者は以下の義務を負う。すなわち、必要に応じて、企業および企業グループ内の活動内容を考慮のうえ、当該労働者を再配置すること（L. 1226-10, L. 1226-2）； 再配置が不可能であることを正当な理由とともに証明した上で、職務不適格および再配置不能を理由に当該労働者を解雇すること（L. 1226-12, L. 1226-2-1）； 職務不適格の認定日から 1 か月以内に再配置または解雇の手続を行わなかった場合には、当該労働者に対する賃金の支払いを再開することである（L. 1226-11, L. 1226-4）。また職務不適格の意見に「当該労働者の健康状態がこの事業所におけるいかなる職務への再配置も妨げる」と明記されている場合、雇用者は当該労働者が所属する事業所以外での再配置の可能性を探らなければならない（Cass. soc., 13 déc. 2023, n° 22-19.603）。同様に、「この企業内でのいかなる職務への配置も、その健康に重大な悪影響を及ぼす」と記載されている場合には、使用者は再配置の探索および CSE への諮問を行う義務を負う。このような記載は、「いかなる職務への配置も健康に重大な悪影響を及ぼす」とする記載とは異なり、再配置義務の免除をもたらすものではない（Cass. soc., 13 sept. 2023 n° 22-12.970）。Cf. Groupe 3E, L'inaptitude du salarié : regard sur les derniers jurisprudences. https://www.groupe3e.fr/l_inaptitude_du_salarie_regard_sur_les_dernieres_jurisprudences

れた情報・予防面談に代わるものである。この検査は、業務への配置前に労働医によって実施される。

この診断の目的は、特に以下の点にある。すなわち、1°　労働者が、使用者が配置を予定している業務に医学的に適していることを確認すること。とくに、その業務内容が当該労働者の健康状態と適合しているかどうかを確認し、労働者本人、同僚、または作業環境内の第三者に対する重大な健康・安全上のリスクを予防すること；2°　当該労働者が、他の労働者に危険を及ぼすおそれのある疾病を抱えていないかを調べること；3°　必要に応じて、業務の調整や他の業務への配置を提案すること；4°　当該業務におけるばく露のリスクおよび必要な健康管理について、労働者に情報提供を行うこと；5°　予防措置の重要性と実施方法について、労働者に対して啓発を行うことである（R. 4624-24）。

この診断およびその更新は、L. 4624-4 条の規定に従って、労働医による適格または不適格の意見（avis d'aptitude ou d'inaptitude）の交付を伴う[140]。この適格または不適格の意見は、労働者本人および使用者に通知され、当該労働者の労働保健医療記録に保存される（R. 4624-25）。労働者が雇用前の過去 2 年以内に適性診断（診察）を受けていた場合、以下のすべての条件を満たす限りにおいて、新たな適性検査を実施する必要はない。条件は、1°　労働者が従事する予定の職務が同一の内容であり、ばく露のリスクが同等であること；2°　関係する労働医が、当該労働者の直近の適性意見を保有していること；3°　過去 2 年以内に、L. 4624-3 条に基づく措置の提案または L. 4624-4 条に基づく不適性の意見が一切出されていないことである（R. 4624-27）。R. 4624-23 条に定義されるような、労働者本人、同僚、または作業環境内の第三者に対して健康または安全上の特別なリスクを伴う職務に配置されたすべての労働者は、雇入時の適性検査の後に、労働医が定める間隔で定期的な再診を受けることとされる。ただし、この間隔は 4 年を超えてはならない。また、労働医による診察から遅くとも 2 年以内に、L. 4624-1 条第 1 項に定められた保健専門職によって中間面談（visite intermédiaire）が実施される（R. 4624-28）。

8-2-2-3 曝露後・退職後の健康状態監視に関する検査

2018 年の法律（Loi n° 2018-217, 29 mars 2018, art. 13）により、強化健康管理を受けたことのある労働者に対する退職前の労働医による検査が導入されていたが、この規定は 2021 年法により拡充され、退職前に限らず、リスクへの曝露終了後、速やかに検査を受けることとされた。この医療検査は、労働法典 L. 4161-1 条に規定される、労働者が曝露した一つまたは複数の職業上のリスク要因の記録と現状を把握することを目的とする。

[140] Arrêté du 3 mars 2025 modifiant l'arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

労働医が特定の危険なリスク、特に同条Ⅰ項 2°　a に記載された化学物質などへの曝露を確認した場合、労働医は、主治医および社会保障機関の顧問医と連携し、曝露後または退職後の健康監視（surveillance post-exposition ou post-professionnelle）を実施する。この健康監視は、リスクの性質、労働者の健康状態、および年齢を考慮して行われる（L. 4624-2-1）。

L. 4624-2-1 条に規定されている上記の検査は、以下の労働者のカテゴリーを対象に実施される。すなわち 1°　L. 4624-2 条に規定されている強化された個別健康管理を受けている、または過去に受けていた労働者；2°　強化された個別健康管理制度が導入される前に、R. 4624-23 条Ⅰ項に記載された 1 つまたは複数のリスクに曝露されていた労働者である（R. 4624-28-1）。

これに際し、使用者は、強化された個別健康管理を要する労働者の、健康または安全に対して特別なリスクに曝されていた状況の終了、あるいは当該労働者の退職または定年退職が判明した時点で、直ちに自らの労働保健予防サービスに対してその旨を通知するものとする。また、当該情報が伝達されたことを、関係する労働者に対しても速やかに通知しなければならない。労働者が、自身が R.4624-28-1 条に定められた条件を満たしていると考えるにもかかわらず、使用者から当該情報の伝達についての通知を受けていない場合、その労働者は、曝露終了日または退職予定日の前月から、曝露終了後 6 か月以内の期間において、自らの労働保健予防サービスに対し直接この面談の実施を求めることができる。その際、使用者に対しても自身の申し出について通知する。労働者の曝露終了、退職または定年退職の事実を把握した労働保健予防サービスは、あらゆる手段を用いて、労働者が R.4624-28-1 条に定められた条件を満たしているかを判断し、該当すると認められる場合には当該面談を手配する（R. 4624-28-2）。

労働医は、労働者が L. 4161-1 条に記載されている職業上のリスク要因に曝露された状況についての現状評価を作成する。この現状評価は、特に L. 4624-8 条に規定された労働保健医療記録に含まれる情報、労働者自身の申告、およびその労働者の歴代使用者の申告に基づいて作成される。面談終了時に、労働医はこの現状評価を記した文書を労働者に交付し、それを労働保健医療記録に保存する。文書に L. 4161-1 条に記載された一つ以上の職業上のリスク要因への曝露が示されている場合、または実施した検査によって他の職業上のリスクが明らかになった場合には、労働医は必要に応じて、L. 4624-2-1 条に規定された曝露後の健康監視、または職業終了後の健康監視を実施する。そのために、労働医は必要と判断した場合、かつ労働者の同意を得たうえで、この文書および必要に応じて補足情報を主治医に送付する。送付された文書には、医療的フォローアップのための助言および有用な情報が添付される。労働者が L. 4624-2-1 条に基づく曝露後の健康監視、または社会保障法典 L. 461-7 条に基づく退職後の健康監視の対象となる条件を満

たす場合、労働医はそのために必要な手続きについて労働者に説明する（R. 4624-28-3）。

日本においては、じん肺や石綿に関する健康管理制度がこれに相当すると考えられるが、フランスでは対象者がより広汎であり、労働医の関与が大きい点で異なる。

8-2-3 共通規定

8-2-3-1 中途キャリア面談

中途キャリア面談（visite de mi-carrière）は2021年法によって新たに導入された[141]。この診断は、業種別協定で定められた期限内に実施されるか、当該協定がない場合は労働者の45歳の誕生日を含む暦年内に実施される。この面談は予定された期限の 2 年前以内に労働医の検査を受ける必要がある場合、他の面談と同時に前倒しで実施することができる。また、業種別協定に定められた条件を満たす場合、または協定がない場合は45歳以上である場合、復職時に実施することも可能である。

この医療検査の目的は、1°　労働者の職務と健康状態の適合性を確認し、これまで曝露してきた職業上のリスク要因を考慮しながら現状を評価すること。 2°　労働者の職業経歴、年齢、および健康状態の変化を踏まえ、職業からの離脱リスクを評価すること。 3°　加齢が労働に及ぼす影響に対する意識を高め、職業上のリスク予防について啓発することである。

労働医は、労働者および使用者との協議のうえで、労働法典 L. 4624-3 条に定められた職務等調整の措置を文書で提案することができる。中途キャリア面談は、高度実践を行う労働保健看護師が実施することもできる。ただし職務等調整の措置を提案することはできない。面談の結果、看護師が必要と判断した場合、速やかに労働者を労働医に紹介する（L. 4624-2-2）。

日本にはこれに相当する制度はないが、高年齢者就業確保措置において産業医の保健指導が行われるケースに類似すると言える。フランスの制度においては義務となっている。

8-2-3-2 復職時検査

復職時検査は従来からデクレなど（とりわけ R. 4624-31 条以下）に規定されていたが、2021 年法により、法律としてその義務が明記された。出産休暇後または病気や事故による就業不能が原因での正当な欠勤後、デクレで定められた条件を満たす場合、労働者は労働医による復職時検査を受ける権利を有する。この検査は、デクレで定められた期間内に実施される（L. 4624-2-3）。

デクレによると、労働者は、以下の場合に労働医による職場復帰時の検査を受けることができる。1°　出産休暇の後；2°　業務上疾病による欠勤の後；3°　労働災

[141] 労働法典は、この面談の実施の発端となる主体については明示していない。労働省によれば、これは労働保健予防サービス、使用者、または労働者のいずれであってもよいとされている。安全確保義務の観点からは、使用者がこの面談の実施に向けて配慮することが望ましいとされる。MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 44-45.

害による 30 日以上の欠勤の後；4°　業務外の病気または事故による 60 日以上[142]の欠勤の後である。

使用者は、休業の終了日を把握した時点で、労働保健予防サービスに連絡し、労働者の実際の職場復帰日に健康診断が実施されるよう手配する。遅くとも復帰日から 8 日以内にこの健康診断が行われなければならない（R. 4624-31）。

復職時検査の目的は、1°　労働者が復職すべき職務または配置換えによって就くべき職務が、その健康状態に適合しているかを確認すること；2°　事前復職面談において労働医が発した助言に基づき、使用者が行なった復職予定の職務または配置換え先職務の調整・適合に関する提案を検討すること；3°　職務の調整、適合、または労働者の再配置を提案すること；4°　必要に応じて、職務不適格の意見を出すことである（R. 4624-32）。

労働医は、労働災害による 30 日未満の休業についても、使用者から通知を受ける。この通知により、労働医は特に新たな健康診断の必要性を判断し、多職種チームとともに職業上のリスクに対する予防措置を提案する（R. 4624-33）。

職業上のリスクの予防や労働者の健康状態の個別的管理を担当する労働保健予防サービスの職員は、必要に応じて、L. 1226-1-3 条に規定された連絡面談（rendez-vous de liaison）[143]に参加する（R. 4624-33-1）。

日本においては、産業医による復職前の就業判定は法令で一律に義務付けられてはいないが、多くの企業で就業規則等に基づき実施される。産業医の意見は事業者への勧告であり、法的拘束力はない[144]。一方、フランスでは復職時検査が労働法典により法定義務とされ、労働医の適格・不適格の判定が強い法的効果を持ち、就業可否の最終判断を事実上主導していると考えられる。

8-2-3-3 事前復職検査

2021 年法により、職業的離脱予防の推進を目的として事前復職検査に関する規定が補強された[145]。病気や事故による就業不能が原因で、定められた期間を超える欠勤が発生した場合、労働者は労働医による事前復職検査（examen de pré-reprise）を受けることができる。この検査は、労働法典 L. 4624-3 条に定められた個別の職務適合措置[146]の実施を検討することを目的とし、労働者自身、主治医、

[142] 2022 年 3 月 31 日以前は、この最小期間は 30 日であった。業務外の疾病等による欠勤の場合の要件が緩和された。

[143] 病気や事故による休職中の労働者と使用者との間で行われる面談。

[144] 厚生労働省・中央労働災害防止協会『心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き』https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf
メディカルトラスト「休職者への復職面談で復職可否の判断ポイントと注意点を紹介」https://www.medical-tt.co.jp/2615?utm_source=chatgpt.com

[145] MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021, p. 45.

[146] 労働医は、労働者および使用者との協議を経た上で、文書により、特に労働者の年齢または身体的・精神的健康状態に関する考慮に基づき正当化される、作業環境の調整、適合、変更、または労働時間の調整に係る個別的措置を提案することができる。

疾病保険の医療サービス、労働医のいずれかの主体の提案により実施される。この診断は、労働者の職場復帰が見込まれる場合に実施され、使用者は、労働者に対し、この診断の実施を求めることができる旨を通知する義務を負う（L. 4624-2-4）。

デクレによれば、雇用継続促進を目的として、30 日を超える期間の休業中の労働者は、職場復帰前の面談を受けることができる[147]（R. 4624-29）。職場復帰前の検査において、労働医は以下の事項を勧告することができる。すなわち 1°　職務環境の調整および適合措置；2°　再配置に関する提言；3°　労働者の再配置または職業転向を円滑に進めるために実施すべき職業訓練である。このために、必要に応じて、労働保健予防サービスまたは企業内の労働社会サービスの協力を得る。労働者が異議を唱えない限り、労働医はこれらの勧告を使用者および社会保障機関の顧問医に通知し、労働者の雇用継続促進のために必要な措置がすべて講じられるようにする（R. 4624-30）。

8-2-3-4 随時面談

そのほか、面談は適宜行われる。採用時および定期の適性検査ならびに情報・予防面談とは別に、労働者は、自らの希望または使用者の希望によって、労働者の選択による労働医または L. 4624-1 条に定められた他の医療専門職による面談を、R. 4623-14 条に定められた条件のもとで受けることができる。労働者は、特に職務不適格となるおそれがあると予見した場合に、雇用維持のための取り組みを開始し、個別の支援を受ける目的で、面談を求めることができる。労働者の申出を理由として、いかなる制裁も科されてはならない。労働医は、必要があると判断したすべての労働者に対して、面談を実施することができる（R. 4624-34）。

また労働医は、必要な補足検査を実施または処方することができる。その目的は、1°　労働者の健康状態と就業場所との適合性を判断するため、とりわけ、当該職務に対する適性に反するおそれのある疾患の発見を目的とするもの；2°　労働者の職業活動に起因する可能性のある職業病または職業性の疾患の発見を目的とするもの；3°　労働者の職場における周囲の人々にとって危険となり得る疾病の発見を目的とするものとされる（R. 4624-35）。補足検査にかかる費用は、使用者が独立労働保健予防サービスを自社で設置している場合には使用者の負担とし、その他の場合には共同労働保健予防サービスの負担とする。労働医は、これらの検査を労働保健予防サービス内で自ら実施するか、または実施させるか、あるいは検査を実施する機関を選定する。これらの検査は、匿名性が確保される条件のもとで実施されなければならない（R. 4624-36）。夜間労働者の健康管理の一環として、労働医は必要と判断した場合に、専門的な補足検査を処方することができ、これらの検査費用は使用者の負担とされる（R. 4624-37）。これらの検査の性質お

[147] 従前は 3 か月を超える期間とされていた。

よび実施頻度について使用者と労働医の間に意見の相違が生じた場合には、労働監督医がその決定を下す（R. 4624-38）。

8-2-3-5 遠隔によって面談が行われる場合の規定

労働者の健康状態の個別的健康管理の枠内で実施される面談および検査は、公衆衛生法典第 1 編第 4 巻第 VII 章に規定される条件を遵守した上で、ビデオ伝送により遠隔で実施することができる。これらは、労働法典 L. 4624-1 条 I 項に記載される医療専門職によって、当該専門職または労働者のいずれかのイニシアティブにより実施される（R. 4624-41-1）。労働者自身から求められた場合、面談または検査を遠隔で実施する適切性は、当該労働者の健康管理を担当する労働保健予防サービスの医療専門職が判断する。また、医療専門職が遠隔で実施された面談または検査の過程で、労働者との対面による診察や、労働者の手元にない特定の機器の使用が必要であると判断した場合には、可能な限り速やかに、かつ必要に応じて労働法典で定められた個別的健康管理措置の実施期限内に、労働者の対面による新たな診察が行われる（R. 4624-41-2）。

遠隔で実施される各面談または検査は、以下の条件を満たす形で行われる。1° 面談または検査をビデオ伝送により実施することに対する労働者の同意があること；2° 必要に応じて、労働者が自身の主治医または選任した医療専門職[148]の当該の面談または検査への参加に同意していること、ならびにこの参加が疾病保険により R. 4624-41-6 条に定められた条件で負担されることについて、労働者に対して通知されていることである。労働者の事前の同意は、あらゆる手段によって取得、記録され、その内容は労働保健医療記録に記載される。労働者が遠隔による診察または検査に同意しない場合は、可能な限り速やかに、また必要に応じて、労働法典で定められた個別的健康管理措置の実施期限内に、対面による診察が行われる（R. 4624-41-3）。

医療専門職は、ビデオ伝送による面談または検査が、音声および映像の面で満足できる条件の下で実施され、かつやり取りの秘密が確保されるような形で行われることを確認しなければならない。ビデオ伝送による面談または検査が職場において実施される場合には、使用者は必要に応じ、上記に定められた条件を遵守できるような適切な部屋を労働者に提供する（R. 4624-41-4）。労働保健予防サービスは、遠隔医療の手段を利用する医療専門職が、必要な研修および技術的な能力を有していることを確認しなければならない。共同労働保健予防サービスにおいては、遠隔による面談または検査の実施は、複数年計画のサービス方針に従って行われる（R. 4624-41-5）。L. 4624-1 条 II に基づき、遠隔で実施される面談または検査に参加するために労働者が選任した主治医または医療専門職に対する報酬の料金および支払方法、ならびにこれ

[148] 労働者の主治医や労働者の選任した保健医療専門職は遠隔での面談に参加することができる（L. 4624-1）。

らのサービスに対する疾病保険による負担の方法は、社会保障法典において当該専門職が行う遠隔医療または遠隔ケア行為に適用されるものと同様とされる（R. 4624-41-6）。

8-2-3-6 提案、意見書

労働医は、労働者および使用者との協議のうえで、書面により、職務の調整、適合、または変更、労働時間の調整といった個別措置を提案することができる。これらの措置は、特に労働者の年齢や身体的・精神的健康状態を考慮し、正当な理由がある場合に提案される（L. 4624-3）。労働医は、自らまたは多職種チームの一員によって職務調査を実施した後、労働者および使用者と協議を行う。その結果、職務の調整、適合、または変更が不可能であり、労働者の健康状態が職務変更を必要とすると判断した場合、労働者を現職において不適格（inapte）と認定する。労働医が発行する不適格意見（avis d'inaptitude）には、書面による結論が付され、労働者の再配置（reclassement）に関する指針が示される（L. 4624-4）。上記の労働法典 L. 4624-3 条および L. 4624-4 条の適用にあたり、労働医は労働者と面談し、使用者に提示しうる自身の意見・指示・提案について協議を行う。また労働医は多職種チームや雇用維持に関する専門機関の支援を活用することを使用者に提案し、自らの意見や指示、提案の実施を促すことができる（L. 4624-5）。使用者は、労働法典 L. 4624-2 条から L. 4624-4 条に基づき、労働医が示した意見、指示、または提案を考慮する義務を負う。これに従わない場合、使用者はその拒否理由を労働者および労働医に対して書面で通知しなければならない（L. 4624-6）[149]。

労働医が労働者の担当職務に対する医学的な不適格を認定できるのは、以下の条件がすべて満たされた場合に限られる。すなわち、1°　少なくとも 1 回の医療検査を当該労働者に対して実施し、必要に応じて補足的検査も行い、職務の調整・適合・異動措置や、職務変更の必要性について意見交換を行った；2°　当該職務についての調査を実施した、または実施させた；3°　事業所内の労働条件についての調査を実施した、または実施させ、企業ファイル（fiche d'entreprise）の最新更新日を明示した；4°　使用者との間で、あらゆる手段で意見交換を行ったという条件である。使用者および労働者とのこれらの意見交換は、労働医が発出を予定している所見や提案に対して、それぞれが意見を表明する機会を確保するものである。労働医が、判断を正当化するために追加的な要素が必要であり、2 回目の検査が必要と考える場合には、最初の検査から 15

[149] 労働者または使用者は、労働法典 L. 4624-2 条、L. 4624-3 条、L. 4624-4 条に基づき、労働医が示した意見、提案、書面による結論、または指示のうち、医学的要素に基づくものに異議がある場合、簡易訴訟手続き（procédure accélérée au fond）により労働審判所（conseil de prud'hommes）に申し立てることができる。労働医は訴訟当事者とはならない。労働審判所は、自己の判断を助けるために、事実認定に関して権限を有する地域管轄の労働監督医に対し、あらゆる調査措置を委任することができる。労働審判所の判決は、労働医の意見、提案、結論、または指示に取って代わるものとされる（L. 4624-7）。

日以内にその 2 回目の検査を実施しなければならない。不適格に関する医学的意見の通知は、遅くともその期日までに行われる。労働医は、当該所見において、労働者をいかなる職務においても継続的に雇用することがその健康に深刻な害を及ぼすと考えられる場合、またはその健康状態がいかなる再配置の可能性も妨げると認められる場合には、その旨を明記することができる（R. 4624-42）。労働医は、自らの所見を出す前に、労働監督医（médecin inspecteur du travail）に相談することができる（R. 4624-43）。労働医の所見の理由は、労働者の労働保健医療記録に記録される（R. 4624-44）。

労働医が発行する職務適格または不適格に関する医療意見書は、確定日付が付される手段によって、労働者および使用者に送付される。使用者は、労働監督官または労働監督医からの求めに応じていつでも提示できるよう、この意見書を保管しなければならない。意見書の写しは、労働者の労働保健医療記録に編入される（R. 4624-55）。労働医が、労働者の不適格が業務上の事故または職業性疾病に起因する可能性があると認めた場合、当該労働者に対し、社会保障法典 D. 433-3 条に定められた申請用紙を交付する[150]（R. 4624-56）。

これら労働医の提案書や意見書の様式は、労働大臣の定めるアレテによって定められている[151]（R. 4624-57）。

労働医が発出した、L. 4624-7 条に記載された医学的な内容に基づく所見、提案、結論、または指示に対して異議が申し立てられた場合、労働審判所は、通知日から 15 日以内に、簡易訴訟手続きに基づいて審理を行う[152]。労働審判所は、R. 1455-12 条に規定された簡易訴訟手続に基づいて審理を行う（急速審理）。異議申し立てを受けた労働医は、労働監督医により聴取されることがある（R. 4624-45）。労働監督医が不在の場合、または、特に R. 4624-43 条[153]に規定される条件下で当該労働監督医が関与したことにより忌避された場合には、簡易手続（急速審理）により審理する労働審判所は、管轄区域の労働監督医以外の別の労働監督医を指名することができる（R. 4624-45-2）。

8-2-3-7 面談に関するその他規定

以上のような面談および医療検査（補足検査を含む）に要する時間は、労働者の勤務時間内に行われる場合は労働時間として扱われ、賃金の控除は一切認められない。また、これらの検査が勤務時間内に実施できない場合は、実労働時間として賃金が支払われる。これらの診察および検査に要する時間および交通費は、使用者の負担である（R. 4624-39）。労働者が

[150] 臨時不適格手当（indemnité temporaire d'inaptitude）に関するもの。

[151] Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

[152] 異議申し立ての方法および期限は、労働医が発出した所見や措置に記載されている。

[153] 職務不適格の所見の発出の前に、労働医は労働監督医に意見を仰ぐことができる。

200 人以上の事業所においては、個別の健康管理を当該事業所内で実施することができる（R. 4624-40）。労働大臣のアレテにより、労働保健予防サービスの規模に応じて、固定または移動型の診察・検査センターおよびその設備が満たすべき要件を定める。当該アレテ[154]はまた、労働医、協力医師、研修医または看護師がその職務を遂行するために必要な最低限の機器についても明示する（R. 4624-41）。

8-2-4 労働保健医療記録

労働保健医療記録（dossier médical en santé au travail, DMST）は、労働医または必要に応じて労働法典 L. 4624-1 条 I の第 1 項に記載された医療専門職のいずれかによって作成され、医療秘密を厳守しつつ[155]、労働者個人の健康状態、これまでに受けた曝露、および労働医の意見や提案（特に L. 4624-3 条および L. 4624-4 条の規定に基づくもの）に関する情報を記録する[156]。公衆衛生上のリスクがある場合や必要がある場合には、労働医がこの記録を労働監督医に送付する[157]（L. 4624-8）。

この労働保健医療記録は、対応臨床医および労働医の指導の下で労働者の健康管理を担当する医療専門職が閲覧可能である。ただし、労働者本人が拒否する場合はこの限りではない。労働医または必要に応じて前述の医療専門職は、労働者が労働法典 L. 4161-1 条に定める職業上のリ

---

154 おそらく Arrêté du 12 janvier 1984 relatif aux locaux et à l'équipement des services médicaux du travail および Arrêté du 11 juin 1990 relatif aux locaux et aux équipements affectés aux services de médecine du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

155 デクレの定めるところによれば、労働保健医療記録については、労働法典 L.4624-8 条に基づき、職業上の健康状態に対する個別的管理を受けるすべての労働者について、労働保健予防サービスの医療専門職（L.4624-1 条第 1 項に記載）によって、安全な電子形式で作成される。このように実施されるデータ処理は労働保健予防サービスの責任下で行われ、同サービスに課されている法的義務を遵守するためのものであり、2016 年 4 月 27 日付 欧州規則（EU）2016/679（一般データ保護規則、GDPR）第 6 条第 1 項 c 号に準拠している（R. 4624-45-3）。

156 具体的には、労働保健医療記録には、以下の要素が含まれる。1°　労働者の識別データ：公衆衛生法典 L.1111-8-1 条に定める全国健康識別子を含む身元情報、健康管理の調整に必要な医療・事務的データ、および該当する場合には主治医の氏名および連絡先の情報。2° 労働者が現在または過去にさらされたリスクに関する情報：職務または職場の特性、従事する業種に関する情報、労働法典 L.4161-1 条に記載された職業上のリスク要因への曝露データ、もしくは労働者の健康状態に影響を及ぼす可能性のあるその他の職業上のリスクへの曝露データ、並びに講じられた予防措置に関する情報。3° 労働者の健康状態に関する情報：個別的健康管理の一環として実施される診察や検査により収集された情報。4°　労働者の支援の調整および継続性を目的として、医療専門職間で交わされた通信記録。5°　労働保健の医療専門職によって正式に記録された情報：証明書、意見、提案（特に労働法典 L.4624-1、L.4624-3、L.4624-4 条に基づくもの）、職業上の曝露、識別されたリスク、防護手段、職業曝露に関連する可能性のある病状の有無、および医療的見解に関して労働者に提供された情報。6°　労働者に対して、自己に関するデータへのアクセス権および労働保健医療記録へのアクセス条件に関する情報が通知されたことの記録。7°　該当する場合には、労働法典第 L.4624-1 条および L.4624-8 条に定められた状況における労働者の同意または不同意の意思表示（R. 4624-45-4）。

157 労働者本人、または死亡した場合には、公衆衛生法典 L.1110-4 条および L.1111-7 条で認められた者は、この診療記録の開示を求めることができる。各記録の識別子は、公衆衛生法典 L.1111-8-1 条に規定された健康識別番号がある場合、この健康識別番号となる。

スク要因に曝露した全てのデータや、健康状態に影響を及ぼす可能性があるその他の曝露データを、労働保健医療記録に記載する[158]。これらのデータを収集するにあたり、労働医または医療専門職は、職務調査、使用者が提供する安全データシート、労働法典 L. 4121-3-1 条に規定された DUERP、および企業ファイルを考慮する。これらの曝露に関する情報は機密扱いとされ、労働者が就職を希望する使用者に開示されない[159]。予防措置の強化、また医療ケアの調整、質、継続性の向上に必要と考えられる労働保健医療記録内の要素は、事前に情報提供を受けた労働者の同意を条件として、公衆衛生法典 L. 1111-15 条第 3 項に定められた条件に従い、「労働保健」に関するセクションとして、共有医療記録（dossier médical partagé）[160]に組み込まれる[161]。この情報は、公衆衛生法典 L. 1110-4 条および L. 1110-12 条に定められた、労働者の医療対応に関与する医療専門職が、労働者の事前の同意を得た上でのみ、閲覧目的で利用できる。労働者が複数の労働保健予防サービスに所属する場合や、これらのサービスから外れた場合、その労働保健医療記録は、継続的な健康管理を担当する適切なサービスがアクセス可能となる。ただし、労働者本人が拒否した場合はこの限りではない（L. 4624-8）。

労働者の権利保護についても規定される。労働者は、労働保健医療記録が作成される際および R. 4624-45-7 条に定められた状況において、電子的方法を含むいかなる手段によっても、以下の事項について通知を受ける。すなわち、1°　労働保健

158 労働保健医療記録の記録および閲覧は、以下の条件に基づいて行われる。まず労働法典 L.4624-1 条に基づき、労働者の個別的管理を担当する医療専門職による医療記録の入力および閲覧は、公衆衛生法典 L.1110-4 条 I 項に明記された守秘義務の規則、および同法典 L.1470-1 条から L.1470-5 条に定められた電子的識別および相互運用性に関する基準に従って行われる。また、医療記録中の R.4624-45-4 条の 1°または 2°に記載された情報（本人識別情報や曝露情報など）については、労働法典 R.4623-38 条および R.4623-40 条に記載される職員（リスク予防担当者および労働保健予防サービス補助職）が、労働医の委任および責任の下で、同様に電子的識別および相互運用性の基準に従って、記録および閲覧を行うこともできる。公衆衛生法典 L.1470-5 条に定める相互運用性に関する基準は、労働保健予防サービスの業務の特性に応じて調整される場合がある。労働保健医療記録に対して行われたすべての操作は、その実施者にかかわらず記録され、保存される。この記録には、日時および労働保健予防サービスの専門職の識別情報が含まれる（R. 4624-45-5）。

159 現在の使用者に対しては、労働医が必要な範囲で部分的に情報提供を行うことはある。

160 労働に限られない個人の一般医療記録。

161 労働者は公衆衛生法典 L.1111-14 条に規定される共有医療記録への、健康状態の管理を担当する労働医のアクセスを拒否することができる。この拒否は不当な行為とは見なされず、労働法典 L.4624-4 条に規定される「職務不適格」の判断の根拠とすることもできない。また、この拒否が使用者に通知されることはない（L. 4624-8-1）。なお個人の健康情報に関するデータの交換、共有、安全性および機密性を確保するために、労働保健予防サービスの委託を受けて業務に従事する医療専門職、ならびにその指揮下にある者が使用する情報システム、サービス、またはデジタルツールは、当該データの処理、電子的送信および電子媒体上での保存に関して、公衆衛生法典 L.1111-24 条に規定される公益法人（groupement d'intérêt public）によって策定された相互運用性およびセキュリティの基準（必要に応じて、労働衛生・予防サービスの業務の特性に適合させたもの）に準拠していなければならない。相互運用性およびセキュリティの基準への準拠は、L.4622-9-3 条に規定される認証の取得に係る要件である（L. 4624-8-2）。

医療記録へのアクセスに対して、対応臨床医や、労働医の指揮下で健康状態管理を担当する専門職によるアクセスに異議を唱える権利があること；2°　他の労働保健予防サービスが保有する、自らが保有する労働保健医療記録への、健康状態管理を担当する専門職によるアクセスに異議を唱える権利があることである。これらの情報の提供およびこれらの権利のいずれかの行使は、R. 4624-45-4 条に従って、労働保健医療記録に記録される[162]（R. 4624-45-6）。

労働者が複数の労働保健予防サービスに属している場合、またはこれらのサービスのいずれかに属さなくなった場合、労働者の健康状態管理の継続を担当する権限を有するサービスは、R. 4624-45-6 条 2 項の規定に基づいて当該労働者がすでにそのような送付に反対の意思を示している場合を除き、労働保健医療記録の送付を求めることができる。記録を請求するサービスは、労働者に対してその旨を通知し、当該送付に対する反対の意思がないことを確認する。労働者の反対がない場合には、医療記録はセキュリティの確保された電子メールにより請求元のサービスに送付される。労働者の健康状態個別管理に関与しない第三者に関する情報は、管理の継続に厳密に必要な範囲においてのみ、提供が認められる（R. 4624-45-7）。

労働者の健康に関する情報は、それを収集した労働保健予防サービス内で保管されるか、またはこれらの機関によって、公衆衛生法典 L. 1111-8 条の規定に従い、認可を受けたホスティング機関[163]に預託される。労働保健予防サービスは、保管または預託されるこれらの情報の機密性が確保されるよう、必要なすべての措置を講じる責任を負う。L. 4624-8 条に記載された労働保健医療記録は、当該労働保健予防サービスにおける記録保有者の最終の面談または検査の日から起算して 40 年間保存される。ただし、その者の死亡日から起算して 10 年を限度とする[164]（R. 4624-45-9）。

労働保健医療記録は、日本においては健康診断個人票などが類似すると思われるが[165]、より一元的に管理され、労働者自身のアクセス権と個人情報の保護が明記されている。管理主体は労働医であり、使用者ではない。

---

[162] そのほかの権利としては、労働者、またはその死亡時には、公衆衛生法典 L. 1110-4 条および L. 1111-7 条によって認められた者は、労働保健医療記録の写しを紙媒体または電子形式で請求することができる。また、労働者は、労働保健予防サービスに対して、欧州規則（EU）2016/679 の第 16 条から第 18 条に定められた訂正、削除、制限の権利（データの正確性等に疑義のある場合等）を行使することができる。R. 4624-45-6 条の規定を条件として、労働保健医療記録の作成および内容の更新に関しては、異議申立ての権利は適用されない（R. 4624-45-8）。

[163] 労働者の健康情報を電子的に保存・ホスティングする機関で国が認可、認証した事業者。

[164] これらの保存期間は、当該サービスまたはその医療専門職による介入に関連して、その医療責任を問うための不服申立てまたは訴訟が提起された場合には中断される。労働保健医療記録の保存期間が、R. 4412-55 条、R. 4426-9 条、および R. 4451-83 条（化学的リスク・生物学的リスク・電離放射線への曝露者は記録保存期間 50 年と規定）に記載された保存期間よりも早く終了する場合には、当該記録の保存は、これらの条文に定められた期間まで延長される。

[165] 労働安全衛生法 66 条、労働安全衛生規則 51 条。

8-2-5 複数使用者に雇用される場合の健康管理

副業などにより、いくつかの企業で就労する場合の健康管理についても2021年法で規定され、健康管理を1つのSPSTに集約できる仕組みを整備した。労働法典L. 4624-1-1 条に規定される複数使用者に雇用される場合の健康状態管理は、以下の条件をすべて満たす労働者に適用される。すなわち、1° 労働者が、期間の定めの有無を問わず、同時に少なくとも 2 つの労働契約を遂行していること；2° 該当する雇用が、民間および公的使用者の被用者に関する職業および社会職業分類に基づき、同一の社会職業的カテゴリーに属していること;3° 上記2°に該当する職務において、労働者の健康状態に対する個別管理の種類が同一であることである（D. 4624-59）。該当規定の適用において、労働者が最も古くから契約関係を有している使用者（当該労働契約が、労働法典L. 1224-1 条に基づく法定の承継またはL. 2253-1 条に基づく合意による承継の対象となった場合も含む）が、主たる使用者とみなされる（D. 4624-60）。

主たる使用者の所属する共同労働保健予防サービスは、労働者の使用者たちから提供された情報を含め、保有する情報に基づいて、当該労働者が D. 4624-59 条に定められた条件を満たしているかどうかを判断する。必要に応じて、使用者は、自らの労働者に対し、契約期間中に他の使用者との間で他の労働契約を締結した場合にはその旨を通知するよう求めることができ、自らの労働保健予防サービスに通知することができる。主たる使用者の労働保健予防サービスは、必要に応じて、当該労働者に労働法典 L. 4624-1-1 条に基づく健康状態管理の対象となることを通知し、ならびにその使用者たちと主たる使用者以外の使用者の属する労働保健予防サービスに対しても、その旨を通知する（D. 4624-61）。

この労働法典 L. 4624-1-1 条に基づく労働者の健康状態管理は、主たる使用者の属する共同労働保健予防サービスによって実施され、他の使用者も当該労働者に関してこのサービスに加入する。主たる使用者の属する共同労働保健予防サービスは、この目的で他の使用者が加入することに対して異議を唱えることはできない。当該年の途中で労働者と主たる使用者との契約関係が終了した場合でも、当該年末までは、主たる使用者の労働保健予防サービスによってその労働者の健康状態管理は継続される（D. 4624-62）。

また、面談についてはいくつか例外的な扱いがある。R. 4624-31 条に定める復職時面談は以下の場合に申請される。1° 主たる使用者が、産休後、または病気や私傷病による少なくとも60日間の欠勤後に面談を申請する場合；2° 主たる使用者が、職業病による欠勤後に面談を申請する場合；3° 該当する労働者について労働災害を申告した使用者が、その災害による少なくとも30日間の欠勤後に面談を申請する場合である（D. 4624-63）。その他の面談においても、R. 4624-14 およびR. 4624-25 条に規定されている証明書ま

たは意見書[166]が交付される場合、医療専門職は職務の内容を考慮して判断を行い、当該文書を各使用者に交付する。ただし、これらの文書に職務調整、職務不適格の意見、その他の意見が記載されている場合には、労働者が各使用者のもとで従事しているそれぞれの職務に応じて交付される[167]（D. 4624-64）。

最後に、その経費であるが、主たる使用者の所属する共同労働保健予防サービスは、L. 4622-6 条に定められた年次拠出金を各使用者から回収し、その額は等分に各使用者間で分担される。この規定を適用するために、労働保健予防サービスは、その年の 1 月 31 日時点で同一の職務に従事し、複数の使用者を有する労働者の人数について把握している情報を基にする。この目的のために、労働保健予防サービスは、加入企業に対し、当年 1 月 31 日時点で同時に少なくとも 2 つの雇用契約を履行している労働者の氏名一覧を提出するよう求めることができる（D. 4624-65）。

8-2-6 その他の特定のカテゴリーの労働者の健康管理

一部の労働者は、SPST の組織、選択、資金調達、ならびに健康状態の監視方法に関して、特別な規定の適用を受ける。該当する労働者の一覧は、労働法典 L. 4625-1 条に定められている。すなわち、有期雇用労働者、季節労働者、外部労働者（自らの使用者とは異なる事業所において、その労働契約を履行する労働者）、職業訓練の研修生、仲介社団[168]に属する労働者、遠隔地労働者（当該労働者を雇用する事業所が所在する県とは異なる県においてその労働契約を履行する労働者）、フランスに拠点を有しない企業によって一時的に派遣される労働者である。これらの労働者は、他の労働者と同等の保護を享受し、適用される規定および監視方法の調整は、定められた面談の実施周期を変更する効果を有してはならないとされる（L. 4625-1）。これら特定のカテゴリーのうち、現行では有期雇用労働者、季節労働者および外部労働者についてのみデクレにより規定が置かれている。

8-2-6-1 有期雇用の労働者の健康管理

無期雇用と同様の規定が有期労働契約を締結している労働者にも適用される。これらの労働者は、無期労働契約の労働者と同等の頻度で、健康状態個別管理を受ける権利を有し、特に R. 4624-15 条[169]および R. 4624-27 条[170]に定められた規定が適用される（R. 4625-1）。

---

166 情報提供および予防のための面談の終了時に、労働者および使用者に対して交付される健康管理証明書、適格検査における適格または不適格の意見書。

167 すなわち職場によって異なる判断が下される場合がある。

168 仲介社団（association intermédiaire）は、失業者や就業困難者に一時的な仕事を提供し、職業への再統合（insertion professionnelle）を支援する非営利社団。

169 労働者が採用前の 5 年以内に情報提供および予防のための面談を受けている場合、特定の条件が満たされていれば、新たに情報提供および予防のための面談を実施する必要はない。

170 労働者が雇用前の過去 2 年以内に適格検査を受けていた場合、特定の条件を満たす限りにおいて、新たな適格検査を実施する必要はない。

8-2-6-2 派遣の労働者の健康管理

無期雇用に対する規定は派遣労働者（travailleur temporaire）にも適用されるが、特別な手続がある場合にはそれに従うとされている（R. 4625-2）。

派遣労働を行う企業に関しては、労働保健予防サービスの認可およびその更新の申請には、労働大臣によって定められた要素を含む特定の申請書類が添付されなければならない（R. 4625-3）という規定があり、SPST が派遣労働者を扱う場合には認可のために、より詳細な文書が必要である[171]。派遣労働者に対する労働保健業務を実施することについて認可を受けた共同労働保健予防サービスは、これらの労働者専用の地理的管轄区域を設ける[172]。この管轄区域は、派遣労働者に対する労働保健業務を実施することについて認可を受けた複数の共同労働保健予防サービスが共同で設けることもでき（R. 4625-4）、全国的に派遣を行うような企業にも対応する。

派遣労働者が従事している、または従事する可能性のある作業現場への、派遣元企業の労働医およびその指揮下にある医療専門職の立ち入り条件は、関係する労働医の意見を踏まえたうえで、派遣先企業と派遣元企業との間で取り決められる（R. 4625-7）。

派遣労働者に対する健康管理にかかる面談は、派遣元企業の労働保健予防サービスによって実施されるが、派遣元企業は、双方の同意がある場合に、これらの面談を次のサービスに依頼することもできる。つまり 1°　派遣労働者の就労場所に近い、共同労働保健予防サービス（別の業種または別の職種を担当するものでも可能）；2°　派遣労働者が派遣されている派遣先企業の独立労働保健予防サービスである。派遣元企業は、この選択肢を利用する意向がある場合には、担当の労働監督医にその旨を通知する。この選択肢を利用する派遣元企業は、面談を実施する労働保健予防サービスに対し、自社が通常利用しているサービスの連絡先を提供し、両サービス間での情報交換が機密保持義務に従って円滑に行われるようにする（R. 4625-8）。

労働者が派遣期間中に、R. 4624-23 条に規定されるリスクのある作業に従事することとなり、かつ強化された個別健康管理を受けていない場合には、派遣先企業がその作業に対する適性検査を実施す

---

171 そのほか、労働者派遣事業を行う企業については、D.4622-22 条に規定されている文書（加入時に使用者がサービスに対し提出し、毎年更新される、監督対象となる労働者の人数およびカテゴリー、ならびに彼らがさらされる職業上のリスクを明記した文書）には、労働大臣のアレテによって定められた特別な記載事項が含まれなければならない（R. 4625-15）。D. 4622-54 条に定められた、サービスが監査委員会などに提出し、加入事業者に送付される年次報告書には、派遣労働者の健康状態の個別的管理に関する特別な項目が含まれる（R. 4625-16）。

172 派遣労働者専用の管轄区域には、固定の医療センターを少なくとも一つ設置するという義務は課されない。固定の医療センターが設置されていない場合、当該区域は同一のサービス内の他の区域の医療センターに付属するものとされる（R. 4625-5）。派遣労働者専用の管轄区域への労働医の配属は、専任として行うことはできない。ただし、当該区域の特性上必要とされる場合には、労働監督医の意見を踏まえて、企業・競争・消費・労働・雇用に関する地方局（DREETS）局長の判断により、例外的に専任配属が認められることがある（R. 4625-6）。

る。派遣先企業の労働医は、必要に応じて、当該作業に従事することの適格ないし不適格について判断を下す。派遣元企業の労働医には、この診断結果が通知される（R. 4625-9）。

派遣労働者に対する面談や検査は最大３つの雇用（派遣契約）に対して（まとめて）行われうる（R. 4625-10）。また以下のすべての条件が満たされている場合には、派遣元企業の労働保健予防サービスにおける医療職によって、新たな派遣任務の前に情報予防面談を改めて実施する必要はない。すなわち 1°　同一の職務に関して、採用前の 2 年間に発行された健康管理証明書を医療職が確認していること；2°　労働者が、同一でかつ同等のばく露リスクを伴う職務に従事する予定であること；3°　過去 2 年間に、L. 4624-3 条に基づく医学的意見[173]や、L. 4624-4 条に基づく不適格の判定が出されていないことである（R. 4625-11）。

適性検査も、最大 3 つの雇用を対象としてまとめて実施することができる。これらの検査は、R. 4625-9 条に規定される条件[174]のもとで、派遣元企業の労働医によって実施される[175]（R. 4625-12）。また以下の条件がすべて満たされている場合には、新たな職務の前に適性検査を改めて実施する必要はない。すなわち 1°　労働医が、その職務につく前の 2 年間に発行された同一の職務に関する適性意見を確認していること；2°　労働者が、同一でかつ同等のばく露リスクを伴う職務に従事する予定であること；3°　過去 2 年間に、L. 4624-3 条に基づく医学的意見や、L. 4624-4 条に基づく不適格の判定が出されていないことである（R. 4625-13）。L. 4111-6 条第 3 項[176]に基づき、特定の職業、特定の労働形態、または特定のリスクに関して発令されたデクレが、職務に従事する適性を確認するための検査実施を必須と定めている場合、特に配置前にこれらの検査が実施される。これらの検査は、派遣先企業の労働医によって実施され、労働医は労働者の適格または不適格について判断を下す（R. 4625-14）。

労働者個々の労働保健医療記録については、派遣元企業の労働保健予防サービスの労働医またはその指導のもとにある医療専門職が作成・補完し、労働医が保管する（R. 4625-17）。

派遣労働者の契約の締結時において、派遣元事業者および派遣先事業者は、それぞれの労働保健予防サービスを相互に伝達する。派遣先事業者は、派遣労働者が従事する作業が労働法典 L. 4624-2 条に規定される特別なリスクを伴うかどうかを、派遣元事業者に通知する。派遣元事業者

---

173 業務内容の調整、適合、変更、または労働時間の調整に関する個別の措置を、労働医は書面で提案することができる。

174 労働者が派遣期間中に、R. 4624-23 条に規定されるリスクのある作業に従事することとなり、かつ強化された個別健康管理を受けていない場合には、派遣先企業がその作業に対する適格医療検査を実施する。

175 デクレによる適性検査義務がある場合（特定リスクがある場合）は、派遣先の SPST によって検査が行われる。

176 特定の職業、特定の労働形態、または特定のリスクに関連する特別な規定が Conseil d'Etat によるデクレで定められる。

および派遣先事業者の労働医にも、同様に情報が提供される（R. 4625-18）。派遣労働者のための労働医療活動の遂行に必要な情報は、派遣元事業者から派遣先事業者や関係する他の派遣元事業者に提供される（R. 4625-19）。派遣先事業者の労働医と派遣元事業者の労働医は、職務を遂行するために必要な情報を相互に共有する（R. 4625-20）。

8-2-6-3 季節労働者

R. 4624-23 条に規定される特別なリスクを伴う業務に従事する労働者として、実労働日数が少なくとも 45 日に相当する期間で雇用される季節労働者については、雇入時の適性検査が義務付けられている。ただし、過去 24 か月以内に実施された直近の検査において不適格と認定されておらず、以前に従事していた業務と同等の職務に採用される場合は、この限りではない。実労働日数が 45 日未満の期間で雇用される季節労働者や、R. 4624-23 条に規定される特別なリスクを伴わない業務に従事する季節労働者については、労働保健予防サービスが研修および予防措置を実施する。これらの措置は、複数の企業が共同で行うことができる。社会経済委員会（CSE）は、これらの措置について意見を求められる（R. 4625-22）。

8-2-6-4 隔地勤務者

L. 4625-1 条において定義される隔地勤務者（雇用される事業所が所在する県とは異なる県において勤務する者）に対する健康監視については、特別な方法による場合を除いて通常の労働者同様の規定が適用される（D. 4625-23）。事業所の労働者の健康管理を担当する労働保健予防サービスは「主たる労働保健予防サービス」（service de prévention et de santé au travail principal）と呼ばれ、隔地勤務者の健康管理を担当する共同労働保健予防サービスは「近隣の労働保健予防サービス」（service de prévention et de santé au travail de proximité）と呼ばれる（D. 4625-24）。使用者は、隔地勤務者が主に従事している県内に所在する一つ以上の近隣の労働保健予防サービスに加入することができる。複数の近隣の労働保健予防サービスに加入する場合、これらのサービスは同一の地理的区域についての管轄権を有しない[177]（D. 4625-25）。

使用者は、隔地勤務者のために近隣の労働保健予防サービスに加入することができるが、以下のいずれかの理由によるものと規定される。すなわち 1°　当該隔地勤務者の所属事業所外への配属が十分に長期間にわたるため；2°　当該隔地勤務者が通常、その所属する事業所に出向くことがないためである（D. 4625-26）。使用者は、隔地勤務者の健康管理のために一つ以上の近隣の労働保健予防サービスを利用することについて、社会経済委員会に対して情報提供を行い、協議を行う（D. 4625-27）。使用者は、近隣の労働保健予防サービスに加入する際、以下の情報を当該サービスに提供する。すなわ

[177] つまり、隔地勤務者のために、いくつかの近隣の SPSTI に加入することはできるが、それらの近隣 SPSTI の管轄区域は重複しない。

ち 1°　対象となる労働者の一覧（強化された個別健康管理の対象者を含む）；2°　健康管理の対象となる作業場所の住所；3°　R. 4624-37 条に規定される企業ファイル；4°　主たる労働保健予防サービス、労働医、および L. 4624-1 条第 1 項に記載された医療専門職の連絡先（D. 4625-28）。また使用者は、近隣の労働保健予防サービスへの加入後 1 か月以内に、以下の情報を主たる労働保健予防サービスに通知しなければならない。すなわち 1°　近隣の労働保健予防サービスの連絡先；2°　担当する労働医および L. 4624-1 条第 1 項に記載された医療専門職の氏名および連絡先；3°　近隣の労働保健予防サービスによって健康管理が行われる労働者の一覧（強化された個別健康管理の対象者を含む）である（D. 4625-29）。

そして、主たる労働保健予防サービスの労働医と、近隣の労働保健予防サービスの労働医は、それぞれの職務を遂行するために必要な情報を相互に共有する（D. 4625-30）。R. 4624-37 条に規定される企業ファイルは、必要に応じて、隔地勤務者の健康管理を担当する各近隣の労働保健予防サービス内の多職種チームを主導・調整する労働医から提供される情報によって補足される[178]（D. 4625-32）。労働保健医療記録（ L. 4624-8 条に規定）は近隣の労働保健予防サービスに所属する労働医が作成、補完し、保存する（D. 4625-33）。

8-2-6-5 外部企業の労働者

また外部企業（entreprise extérieure）の労働者[179]についても特別な規定がある。外部企業は我が国における下請事業者、利用企業は元方事業者に相当する。フランスでは安全衛生管理に SPST（労働医）が関与するシステムとなっている。

外部企業が受入企業の敷地[180]で作業を行うとき、特に作業時間が 年間 400 時間以上年に達する（と予想される）場合、作業が特に危険な作業に該当する場合には、使用者間で予防計画(plan de prévention)を作成する義務がある（R.4512-7）。この計画は利用企業の労働医および関係する外部企業の労働医が閲覧できるように備え置かれる。これらの労働医は、その更新について通知を受ける。予防計画およびその更新は、彼らの求めに応じて送付される（R. 4513-9）。

外部企業の労働医は、利用企業の労働医の求めに応じて、外部企業の労働者に関する労働保健医療記録のうち、後者にとって必要な要素を提供する。利用企業の労働医は、外部企業の労働医の求めに応じて、当該外部企業の労働者に関し、業務がその健康に及ぼす特別なリスクについての情報を提供する（R. 4513-10）。

---

[178] なお L.4624-7 条の適用により労働医が出した意見に対し、使用者または労働者に異議がある場合、異議申立ては、当該労働者を雇用している事業所の所在地を管轄する労働審判所に対して行われる。異議申立てに関連して労働審判所が意見を求める労働監督医は、近隣の労働保健予防サービスを所管する地域的権限を有する者である（D.4625-34）。

[179] 建設業の下請け労働者、設備メンテナンスに派遣される作業員など、他の企業（外部企業）に雇用されつつ、利用企業の施設で働く者。

[180] 利用企業（使用事業者、元方事業者）の事業所、付属施設、作業現場を含む（R.4511-1）。

利用企業の労働医は、外部企業に代わって、外部企業の労働者が利用企業内で遂行する業務[181]の性質および期間によって必要とされる補足的検査を実施することができる。その結果は外部企業の労働医に伝達される（R. 4513-11）。また利用企業および外部企業の使用者ならびに関係する労働医との合意により、個別的健康管理は、利用企業の労働医が外部企業に代わって実施することができる。この合意はまた、利用企業の労働医および必要に応じて労働保健多職種チームの他の構成員が、外部企業の労働者のために、労働法典R.4624-1条以下に定められる職場環境における活動（職場巡視など）を行うことを規定することもできる。利用企業の労働医は、その結果を外部企業の労働医に伝達する（R. 4513-12）。外部企業の労働者が従事している、または従事する可能性のある作業場所への外部企業の労働医の立ち入り条件は、関係する労働医の意見を経て、利用企業と外部企業との間で定められる（R. 4513-13）。

またとくに、利用企業での労働が定められた時間以上であるか、特定のリスクがある場合には、双方のSPSTが共同でリスク予防にあたることができる旨の規定がある。労働者が従事する業務に関して、L. 4622-2 条 1°、1° bis、2°、4° および 5° に規定されている職業上のリスク予防[182]は、L. 4622-5-1 条[183]に定められた協定の枠組みと同様に、共同で実施される。これは、当該業務が企業内で恒常的な性格を有する場合、または以下の 2 つの条件が併せて満たされる場合に適用される。すなわち、1° 外部企業（その外部企業が利用する可能性のある下請企業を含む）によって実施される業務が、12 か月以内の期間において、見込みの総労働時間数として少なくとも 400 時間に相当する場合。作業の実施中に、労働時間が 400 時間に達することが判明した場合も同様とする；2° 当該業務が、労働者自身、同僚、または直近の作業環境内にいる第三者の健康または安全に対して、R. 4624-23 条に定める特別なリスクをもたらす場合、またはL. 3122-5 条[184]に定められた夜間労働の条件下で行われる場合

[181] 利用企業の指揮する作業現場も含んでいる。

[182] 労働保健予防センターの使命として規定されているもののうち、2° bis 企業における組織的変化の健康および安全の条件に及ぼす影響の分析とその支援；3° 労働者の健康状態の監視を確保することの2つを除外している。組織変化の影響は外部労働者には関わりが薄く、健康状態の監視は原則的には外部企業のSPSTの責務となるためと考えられる。

[183] 独立労働保健予防サービスを擁する企業のなかで外部企業の労働者が業務を行う場合、この独立労働保健予防サービスと該当労働者が所属する労働保健予防サービスとの間で締結される協定の枠組みにおいて、リスク予防は共同で実施される。

[184] 労働者は、以下のいずれかに該当する場合、「夜間労働者」と見なされる。1° 通常の労働時間において、週に少なくとも2回、1日に3時間以上の夜間労働を行っている場合；2° L.3122-2 条に定義される夜間労働（深夜0時から午前5時までの時間帯を含む、連続した少なくとも9時間の労働は、夜間労働と見なされる。夜間労働の時間帯は、最も早くて午後9時に始まり、最も遅くて午前7時に終了するものとする）に関して、基準期間中に一定時間以上の夜間労働を行っており、これはL.3122-16 条（拡張された労働協約は、基準期間において夜間労働者と見なされるための最低労働時間数を定めることができる）およびL.3122-23 条（労働協約の規定がない場合、夜間労働者と見なされるための最低労働時間数は、12か月の基準期間において270時間）に定められた条件に従って判断される場合である。

である（D. 4625-34-1）。

8-3 公的な医療機関、社会福祉機関、医療社会福祉機関に関する規定

労働保健予防サービスに関する規定は、loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions particulières relatives à la fonction publique hospitalière の２条[185]に記載される公的な医療機関、社会福祉機関、医療社会福祉機関にも適用される。特別な規定については D. 4626-2 以下に定められる（D. 4626-1）。

公的部門は本来、公務員一般法典に定められるが、公的医療機関に限り、労働法典で規定されるのは、より高度な健康管理が求められる医療機関については、より厳格かつ詳細な規定のある労働法典のほうが適切であるということは理由の一であると言える。

たとえば、通常の SPST については労働医の配置数について基準となる従業員数は明示されていないが[186]、公的医療機関の独立労働保健予防サービスには、少なくとも 1 名の労働医が常勤で配置されており、その配置基準は 1,500 人の職員につき１名とするとされている[187](R. 4626-14）。

そのほか、職務に就く前に検査があること（R. 4626-22）、義務的予防接種の規定（R. 4626-25）など、一般企業よりもさらに厳格な規定となっている。

9 投入時間制度の有無と仕組み（法令と実際）

フランスには、いわゆる「投入時間制度」に相当する、労働者数に比例して時間を割り当てる全国一律の法定制度は存在しない。しかしながら、とりわけ職場巡視を重視し、これにかける時間を規定した類似の制度が存在する。

労働医は事業場への立入にその労働時間の３分の 1 を充てるものとされる（労働法典 L. 4623-3-1, R. 4624-4）。この時間には、フルタイムの労働医の場合、年間少なくとも 150 回の半日分の実労働時間が含まれる。パートタイムの労働医の場合、この義務は勤務時間に応じて比例配分される。また、この時間は、労働医が多職種チームの運営および調整の任務を遂行するためにも充てられる。使用者または共同労働保健予防サービス理事長は、労働医がこの義務を遵守し、残りの 3 分の 2 の勤務時間において、企業内の機関や地域の調整機関に参加できるよう、あらゆる措置を講じなければならない。

2011 年の論文[188]によれば、この投入時間制度は労働医の不足等の理由により、

---

185 当該条文は現行では削除。

186 なお、一般の独立労働保健予防サービスには従業員数による労働医配置数の規定はない。かつては共同のサービスも含めて「常勤の労働医に対しては、担当できる企業または事業所の上限が 450、年間の健康診断の最大件数が 3,200 件、健康管理の対象となる労働者数の上限が 3,300 人と定められている。これらの上限は、非常勤の産業医に対しては、その勤務時間に応じて按分して算出される。」という規定があった（R. 4623-10）。

187 職員数が 1,500 人未満の場合、非常勤の労働医が配置される。ただし、当該労働保健予防サービスが、R.4626-17 条第 1 号から第 3 号に記載された職員全体で構成される多職種チームの支援を受けている場合、基準となる職員数は 2,000 人に引き上げられる。

188 M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du

必ずしも遵守されていなかったとの報告がある。筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、職場における予防活動に充てられる時間は、実際のところ、労働医が委任できない、あるいは委任したくない「緊急」の診察や面談によって削減される場合があるとされている。

10　産業保健職の教育制度（法令・任意）

10-1 労働医

労働医の資格取得のためには、フランスの医学部で 6 年の基礎医学教育（第一サイクル３年、第二サイクル３年）を修了し、第三サイクルにあたる労働医専門課程（diplôme d'études spécialisées, DES, médecine du travail）で４年間の教育を受けることが義務付けられている[189]。第三サイクル修了後、実務博士論文（thèse d'exercice）を提出することで医学博士、すなわち国家医師免許が付与される。第三サイクルは最初の１年が基盤期、次の２年が発展期、最後の１年が統合期である。総期間は８学期で構成され、うち２学期は大学以外での研修となる[190]。

10-2 労働保健看護師

労働保健看護師は必ず看護師（diplôme d'État d'infirmier, IDE）の国家資格を取得している必要がある。一般の看護師は３年の課程を修了し、看護学士（Licence）を取得している。労働保健看護師（infirmier diplômé d'État en santé au travail, IDEST）は、国家資格ではなく、大学継続教育を受けた者に与えられる資格である[191]。単一の大学、または複数の大学が共同で認定し、それぞれ大学資格（diplôme universitaire, DU）、大学間資格（diplôme interuniversitaire, DIU）と称される。大学によるが、通常一年間の教育期間である。

看護師として活動するためには看護師会（Ordre des infirmiers）の登録が必要である。SPST で勤務するために労働保健看護師の資格は義務とされていないが、使用者の側に研修を受けさせる義務がある[192]。看護師が労働保健に関する研修を受けていない場合、使用者は採用後 12 か月以内に研修を受講させる。また、雇用契約の期間が 12 か月未満の場合は、契約終了前までに受講させる。研修費用は使用者が負担し、使用者は、採用した労働保健

travail et visites médicale obligatoire, Droit Social, 2011, nº 4, pp. 351-360. https://publications.ut-capitole.fr/id/eprint/4374/1/4374_Amauger-Lattes.pdf?utm_source=chatgpt.com

189 教育法典 L. 632-1 et suivant, R. 632-1 et suivant ; Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. 一般医などの第三サイクルは３年とされる。

190 Arrêté du 21 avril 2017, Annexe II.

191 日本の認定看護師資格過程に近いものと考えられ、国家資格ではないが産業保健専門職としての実務能力を認定する資格である（本研究帆苅報告書参照）。

192 以下、6 産業保健職の資格（法令）にてすでに述べた通りである。

看護師の継続教育を促進する（L. 4623-10）。

この労働保健に関する特別な研修は、最低 240 時間の理論教育による研修課程を修了し、労働衛生分野における 105 時間の実務研修を修了していることが要件であり、主に大学等の公的高等教育機関により実施・認定される。高等教育機関で研修がなされた場合、上述の DU、DIU が取得されうるが、それ以外の機関（INRS や ANACT）でも研修が行われている[193]。これらの機関は、必要に応じて、候補者が既に受けた労働衛生に関する研修や職業経験を考慮し、研修課程や実務研修の全部または一部の免除を認めることができる（R. 4623-31-1）。

この研修は、労働分野および企業の実情に関する知識、職業上のリスクおよび職業病に関する知識と予防手段、職業上のリスク予防および職場における健康増進のための集団的取り組みと使用者・企業への支援、従業員の健康状態の個別管理（ばく露歴の記録、健康・疫学的監視を含む）、職業的脱落の防止、労働保健予防サービスの多職種チームの一員としての看護実践と関係専門機関[194]との協働の 6 項目の習得を目的とする（R. 4623-31-2）。

その他、産業保健看護に関する職能団体では、1987 年設立の GIT（Groupement des Infirmiers de Santé au Travail）がフランス全国規模の中核団体であり、産業保健看護職の専門性向上・制度整備・ネットワーク構築を担う。

10-3 その他の産業保健職、リスク予防担当者（IPRP）

6 産業保健職の資格（法令）および 7 産業保健職の資格（民間）にてすでに述べた通りである。法的設置義務はないが、SPST では、職業上のリスク予防のための専門職（IPRP）の活用と SPST 内の多職種体制の一員としての IPRP の配置が推奨されている。これらの者は、人間工学、毒性学、産業衛生、労働心理、作業組織などに関する専門的知識を有している[195]（L. 4622-8）。

10-3-1 心理士

bac+5 レベル（master 課程）の教育が必要とされる。心理士の国家資格に加えて、任意で DU や DIU を取得する例もある。法令での設置義務はないが、2008 年のテレコムでの従業員の連続自殺が契機となり、労働法典 L. 4121-1 条で、「使用者は、労働者の安全を確保し、その身体的および精神的健康を保護するために必要な措置を講じる」と定められており、企業がこの義務を果たす方法の一環として、多くの SPST が心理士を導入している。心理士として活動するには、心理学の学位（master）を有し、自身の居住県の ADELI ファイル

[193] 高等教育機関としては大学の他、CNAM がある。なお INRS、ANACT は教育機関でないため DU や DIU といった資格を付与する権限はない。

[194] 職業リスク予防の専門家や機関。たとえば INRS や ANACT など。

[195] INRS, Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). https://www.inrs.fr/demarche/iprp/intervenant-prevention-risques-professionnels.html?utm_source=chatgpt.com

[196]に登録していることが必須とされる[197]。

大学以外では、たとえばフランス国立工芸院（CNAM）において労働保健に特化した心理士養成の教育課程を開講しており、心理士の資格を取得することが可能である。

10-3-2 人間工学専門職

国家資格はない。欧州認定人間工学専門職の基本要件は、少なくとも 1 年間の大学レベルの初期エルゴノミー教育（フランスでは master 課程相当）および少なくとも 3 年間の職業経験とされる。人間工学の学会（Société d'ergonomie de langue française, SELF）や CREE（Centre for Registration of European Ergonomists）、ARTEE（Association pour la Reconnaissance du Titre d'Ergonome Européen）といった機関が認証を行なっている。

人間工学修士（master ergonomie）のコースが各地の大学や CNAM で開講されている。修了に必要な期間は 1 年から 2 年である。

10-3-3 安全衛生環境実務者・専門職

安全衛生環境専門職や安全衛生環境実務者は予防カウンセラー（préventeur, conseiller en prévention）と称されることもある。その中核は安全衛生環境専門職（ingénieur HSE）や安全衛生環境実務家（technicien HSE）が担うことになる。安全衛生環境実務家と認められるための学位としては、品質・衛生・安全・環境職業学士号（licence professionnelle QHSE）があり[198]、その上位にある安全衛生環境専門職は衛生・安全・環境修士号（master HSE）により認められる[199]。職業学士は原則 1 年、修士は 2 年で取得される。これらの学位は労働法典 L.6113-1 条に規定される RNCP（国家職業資格登録簿）に登録され、公式認定された資格である。

またこれらを補足するものとして、AFNOR は職業リスク予防担当者（chargé de prévention des risques professionnels）の研修・資格認定を行なっている。CNPP は préventeur des risques au travail の研修を実施、APAVE も同様の研修を実施している。

日本の衛生管理者、衛生工学衛生管理者、作業環境測定士といった国家資格はないが、上述の職業学位や職業資格によって、これらの職能がカバーされている。

10-3-4 毒性学専門職（有害物質評価専門家）

化学物質が生体に与える影響を評価・

---

[196] fichier ADELI. 医師や看護師を除く保健専門職の登録台帳で、ARS が管理する。

[197] Ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, Psychologue : une profession réglementée en France. https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/psychologue-une-profession-reglementee-en-france-46456

[198] France compétences, Licence Professionnelle - Qualité, hygiène, sécurité, santé, environnement (fiche nationale). https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30098/?utm_source=chatgpt.com

[199] France compétences, MASTER - Qualité, hygiène, sécurité. https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30636/?utm_source=chatgpt.com

予測し、健康被害を防止・管理する専門家である。毒性学・環境毒性学修士（mester toxicologie et ecotoxicologie）はRNCPに登録された資格である[200]。

11 中小企業用の制度の有無（共同選任制度等）と実際

大企業は独立労働保健予防サービスを擁することができるが、500名未満の従業員数である場合、共同で利用する労働保健予防サービス（SPSTI）がある。全ての企業が労働保健予防サービスの設置や加入が義務づけられており、中小企業は共同労働保健予防サービスに加入でき、これが事実上の共同選任制度と言える。

その利点としては、自社で運営するわけではないため、コストを抑えることができることが挙げられる。共同労働保健予防サービスは、国や社会保障機関とCPOMを締結することで、交付金がある。これによりサービスの資金を確保し、労働者数により計算される各企業の分担金は、全国平均のプラスマイナス20%以内に収まるように設定されている[201]。

また他の利点として、企業は特定の業種に強いサービスを選んで加入できること等が挙げられる。サービスには地域区分（サービスの対象とする管轄地域による区分）のほか、業種区分（地域ではなく、対象とする業種による区分）があり、業種区分にも専門のセンターを置き、他職種チームを設置することとなっている。

12 産業保健職の選任状況と実際の業務、産業保健チームの形成、労使からの尊重の実情

12-1 産業保健職の選任状況

2023年度の労働総局(DGT)の報告[202]によると、SPSTIに医師4,224人（労働医3,575人、協力医師536人、研修医113人）、SPSTAに医師1,263人（労働医1,180人、協力医師30人、研修医53人）で計5,487人が配置されており[203]、SPSTIでは医師1名に対して労働者4,789人と高負荷な構造となっている。SPSTAでは医師1人あたり1,658人をフォローしている[204]。SPSTIあたり平均21人の労働医がいる。2022年には20人前後であったため、SPSTIあたりの労働医の平均数は若干増加している。ただしSPSTIの規模によって従事する労働医の数は異なり、10人未満の労働医が勤務するSPSTIは全体の33%、10人から20人の労働医が勤務するSPSTIは31%、21人から30人の労働医が勤務するSPSTIは16%となっている。また70人以上の労働医が勤務するSPSTIも4%あり、SPSTIの規模の大きさが窺える。これと比較すると、当然のことながら、SPSTAの規模は小さい。SPSTAあたり平均4名の労働医が勤務しているが、58%の

[200] France compétences, MASTER - Toxicologie et écotoxicologie (fiche nationale). https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/39811/

[201] 共同労働保健予防サービスごとに料金設定は異なるが、これによりサービス間の料金的な均一性がある程度保たれている。

[202] DGT, L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, 2025.

[203] 以上のデータは実人数。

[204] 医師一人当たりの担当労働者数はフルタイム当量。

SPSTA では労働医 1 名のみが勤務している[205]。

労働保健看護師は SPSTI に 3,208 人、SPSTA に 2,248 人で計 5,456 人が配置されている[206]。SPSTI あたり平均 19 人の労働保健看護師がおり、2022 年と比較して、SPSTI あたり平均約 2 人増加している。規模による人数の分布としては、10 人未満の労働保健看護師が勤務している SPSTI は全体の 38%、10 人から 20 人の労働保健看護師が勤務する SPSTI は 32%、21 人から 30 人の労働保健看護師が勤務する SPSTI は 12%となっている。60 人以上の労働保健看護師が勤務する SPSTI も 3%ある。SPSTA については、69%が 1 人から 4 人の労働保健看護師を配置している。10 人以上の労働保健看護師を配置する SPSTA は 11%である[207]。

労働医と労働保健看護師の比率であるが、SPSTI では医師 1 人に対して看護師 0.76 人（2022 年には 0.70 人）、 SPSTA では 1.78 人（2022 年には 1.72 人）である。具体的な各職種の割合は、SPSTI では看護師 16.6%に対し労働医 18.5%（協力医師等を含むと 21.9%）、SPSTA では看護師 39.3%に対し労働医 20.6%（協力医師等を含むと 22.1%）となっており、SPSTA においては労働医より看護師の数が多い。

その他の産業保健職、すなわちリスク予防担当者（IPRP）であるが、SPSTI に 2,313 人（内訳は安全衛生環境/化学専門職 31%、人間工学専門職 22%、心理士 12%、安全衛生環境/化学実務者 12%）、SPSTA に 733 人（内訳は安全衛生環境/化学専門職 23%、人間工学専門職 16%、心理士 24%、安全衛生環境/化学実務者 19%）となっている。

12-2 産業保健職の実際の業務

業務内容については 8 産業保健職の業務（法令）に記載の通りであるが、その業務内容の詳細については、今後の調査により明らかにしたい。とくに、産業保健職間、または産業保健職と専門機関の間の連携については、法令に定められない実情があるものと予想される。

SPSTI では、労働保健看護師は多職種チームの不可欠な一員として、予防的な任務に従事している。労働保健看護師による面談は年間 3,137,430 件で、訪問件数全体の 40%と大きな割合を占めている（労働医等医師による面談は 4,679,724 件であり、全体の 60%であった）。SPSTA では、労働保健看護師による面談は 172,096 件であり、全体の 20%を占める（労働医等医師による面談は 688,208 件、全体の 80%）。とくに、雇入時の情報予防面談（特定のリスクのない一般労働者が主な対象）については、SPSTI で 1,969,356 件（全体の 73%）を看護師が担当している（医師の担当は 743,186 件、全体の 27%）。SPSTA では、56,429 件（全体の 59%）を看護師が担当し、残り 41%（38,926 件）は医師によって担当されていた。適性検査を

[205] ただし 1%ではあるが、50 名以上の労働医が勤務する SPSTA も存在する。

[206] 実人数による。

[207] 一方、労働保健看護師の配置がない SPSTA も 2%報告されている。一般の看護師を配置している可能性はある。

要しない情報・予防面談が労働保健看護師の重要な業務であると言える。

12-3 産業保健チームの形成

産業保健チームの形成については、6 産業保健職の資格（法令）および8 産業保健職の業務（法令）で記述した通りである。

12-4 労使からの尊重

労働医と SPST の権限が大きいため、法的な構造上は労使ともに SPST および労働医を尊重せざるをえない構造であると言える。しかしながら、その実情については調査を継続している。

13 民間の産業保健サービスの状況

独立労働保健予防サービスは大企業がその内部に設置する産業保健サービスである。一方、共同労働保健予防サービスはいくつかの企業が共同で設置する。公的部門については別制度で、機関内部に予防の部署がある。公的部門の場合、中心となるのは労働医ではなく、予防医と呼ばれる。

公的部門を除き、独立労働保健予防サービスは企業、共同労働保健予防サービスは、基本的には非営利社団（association）である。共同労働保健予防サービスの理事は加入企業の使用者・労働者が務めることなっている。つまり、フランスの産業保健サービスは基本的に民間の団体である。

14 法令上の選任義務がない場合で選任の実情が認められる場合、その理由

法令上の選任義務がないのは独立自営業者等である。これらの者は任意で労働保健予防サービスを選任する。とはいえ、独立自営業者の選任は限定的であるといわれている。DGT の報告書[208]によれば、独立自営業者のためのサービスを行っている SPSTI は全体の 70%に及ぶが、加入は全国で 1,000 件程度であると報告されている。

筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）もこれを裏付けている。実際には自発的な加入は非常に稀であり、現時点において、行政当局はプラットフォーム労働者に対して、この自発的加入の可能性を促進するための特別な措置を実施していないとされる。

15 関係職種（医療・リハビリ機関、カウンセラー、理学療法士、安全専門家、化学物質管理の専門家、社会福祉の専門家や専門機関等）との連携の定めと実際

まず、使用者の側で外部機関に支援を求めることができる。使用者は自社の従業員から職業リスク予防担当者を選任する必要があるが、社会経済委員会（CSE）の意見を聴取したうえで、以下のいずれかの外部専門家に依頼することができる旨の規定がある（L. 4644-1）。すなわち所属している共同労働保健予防サービス（SPSTI）に属する職業リスク予防担当者、職業リスク予防および労働条件改善における専門的能力を有し、行政機関に正式

[208] DGT, L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, 2025, p. 13.

に登録されている者である。さらに、社会保障金庫の予防部門および社会保障法典L.422-5 条に定める予防プログラムの枠内で国立労働衛生研究所（INRS）[209]、建設・土木労働災害予防専門機関（OPPBTP）、労働条件の改善を目的とした国家機関およびそのネットワーク（ANACT-ARACT）に支援を求めることもできる。これらの専門的支援の依頼は、医療専門職の独立性および本項で言及された個人および機関の独立性を保障する条件のもとで行われる。この条件は、国務院のデクレによって定められる[210]。

SPST については、そもそも労働医を中心とするチームは多職種によって構成されているわけだが、他機関の専門家と連携することが法令で規定されている。労働保健予防サービスが、介入に必要な技術的専門性を有していない場合には、必要に応じて、L. 4644-1 条の規定に基づいて行政当局に登録された職業リスク予防担当者に依頼する（R. 4623-39）。

さらに、L. 4622-8-1 条により、共同労働保健予防サービスには職業的離脱の防止を目的とした多職種の予防チーム[211]が設けられる。この予防チームについて関係職種との連携の定めがある。 予防チームは、連携してその任務を遂行する関係者として以下が列挙される。すなわち、医療提供を担当する医療専門職（労働者の主治医など）、社会保障法典 L. 315-1 条に規定される医療管理サービス（疾病保険の医療管理部門）、地域および地方の疾病保険機関（初級疾病保険金庫, CPAM）、同法典 L. 215-1 条第 4 号に規定される社会福祉サービスで L. 221-1 条第 3 号および L. 262-1 条に基づいて委託されるもの（退職保険金庫, CARSAT の社会福祉チーム）、労働法典 L. 5213-2-1 条に規定される「援助付き雇用」制度の担当者（いわゆるジョブコーチ制度）、障害補償に関する担当者（MDPH など）、労働法典 L. 5211-2 条第 3 号および第 4 号、L. 5214-3-1 条、および社会福祉・家族法典 L. 312-1 条 I 項第 5 号 b に規定される職業適性評価および職業リハビリテーションの担当者（職リハセンターである ESPO, ESRP）、職業的統合に関する機関（France travail, Cap emploi など）である。

また、法的には規定されていないが、国家の「労働保健計画」に言及される関係機関との連携がある。これによると「第 4 次労働保健予防計画（PST4）は、（…）労働保健予防サービス（SPST）の企業に対する役割を強化するとともに、地域において支援的役割を果たす他の関係者やネットワークに対してもその役割を強化し、予防に関する資源をより効果的に連携・普及させるための戦略を展開している（目標 9）」（PST4, p. 7） とされ、労働保

[209] INRS は目標・管理協定（COG）を結ぶことで、疾病保険から資金を得ている。

[210] 細則は R. 4644-1 以下。

[211] この予防チームはサービス間で共同設置が可能である。その任務は、1°　啓発活動の提案；2°　個々の状況の特定；3°　使用者および労働者と連携しつつ、L. 4624-3 条に規定された（職務調整などの）個別措置の提案；4°　社会保障法典 L. 323-3-1 条に規定される職業的離脱防止措置の対象となる労働者の支援への参加；5°　労働法典 L. 4622-2-1 条に規定される（社会保障機関等への）情報提供の実施とされる（L. 4622-8-1）。

健予防サービスと他の支援機関の連携強化が目標とされている。

この労働保健計画ではさらに、「多くの他の関係者も、企業への支援において重要な役割を果たしうる。たとえば、助言および監督の任務を担う国の機関や社会保障機関（Dreets、Carsat、MSA）や、INRS、OPPBTP、Anact-Aract ネットワークといった予防・専門的支援機関、さらに、社会的対話に関わる関係者、すなわち産業別団体、常設交渉・解釈合同委員会（CPPNI）[212]、全国・地域技術委員会（CTN および CTR）[213]などが挙げられる。これらの機関は、とくに中小企業にとって不可欠な支援を提供している。これら後者の関係者は、「労働衛生のためのパリタリスム（労使対等原則）および社会的対話の強化」という実施目標において重視されている。また、職業的離脱の予防の観点からは、障害者雇用支援機関、すなわち Agefiph、FIPHFP、Cap emploi、および職業リハビリテーション施設が、障害のある人々の雇用維持においてすでに重要な役割を果たしており、企業との連携の中で活動している。これらの機関は、SPST との既存の連携を、改正されたそれぞれの任務を踏まえて、さらに強化していく必要がある」（PST4, p. 106）とされ、連携すべき具体的な機関名が列挙されている。

D．考察

16 個別課題への対応と判例の分析

「フリーランス・副業兼業者等」「高齢化に伴う健康課題」「女性の就業率の増加に伴う健康課題」「治療と仕事の両立支援」「テレワークの拡大による課題」「化学物質管理」の６のテーマにそって調査を行う。可能な限り、それぞれに判例研究を付す予定であるが、「フリーランス・副業兼業者等に関する判例」以外の項目については現在調査中であり、調査結果がまとまり次第公開を予定している。

16-1-1 フリーランス・副業兼業者への対応

8 産業保健職の業務（法令）にて詳述したように、1°　派遣労働者、2°　職業訓練の研修生、3°　仲介非営利社団（association intermédiaire）派遣の労働者、4°　使用者とは異なる企業で通常勤務する労働者、5°　雇用されている事業所とは異なる県（département）で通常勤務する遠隔地労働者、6°　フランスに拠点を持たない企業から一時的に派遣された労働者、 7°　季節労働者について、健康状態の監視方法が定められている。これらの労働者は、他の労働者と同等の保護を受け、監視規則や方法が調整される場合でも、労働法典に定められた健康診断の頻度を変更することはできない（L. 4625-1）。

有期契約労働者および派遣労働者に適用される労働衛生管理に関する規則（労働法 L. 4624-1 および L. 4624-2 条）の調整措置がデクレにより定められ、これにより、有期契約労働者および派遣労働者は、無期契約労働者と同等の頻度で個別的な健康管理を受けることが保証され

[212] 産業別協約交渉を行う常設委員会。

[213] 社会保障制度に属する労使同数委員会。

る[214]（L. 4625-1-1）。

一方で、産業保健制度が届きにくい（労働保健予防サービスが対応しにくい）いくつかの業種に関して、サービスの選択・組織や監視方法における特例、労働医の専門資格のない医師の面談を可能とするなどの例外規定を設けている。

拡張適用された業種別労働協約は、労働者の健康管理の監視方法および労働保健予防サービスの選択および組織に関する規則に対し、例外を定めることができる[215]。ただし、労働法典により定められた健康診断の実施頻度を変更することはできない。これらの例外措置の適用対象となる労働者のカテゴリは、1°　舞台芸術のフリーランスのアーティストおよび技術者；2°　モデル；3°　家事労働者および保育アシスタント（個人使用者に雇用される者）；4°　営業職（旅行販売員、代理店、販売員）である。

また、業種別労働協約（拡張適用後）は、フランス医師会全国評議会の意見を受けた上で、個人使用者に雇用される家事労働者、複数の個人に雇用される保育アシスタント、モデルに対しては、労働医の専門資格を持たない医師による健康診断を認めることができる。この場合、当該医師は、共同労働保健サービス（SPSTI）と協定を締結する必要がある[216]。この協定には、以下の事項が含まれる。すなわち労働医学の専門資格を持たない医師への研修の保証、労働保健予防サービス内での活動方法、労働者の主治医または使用者の専属医が、労働者の健康フォローアップを行うことの禁止（利益相反防止）である（L. 4625-2）。家事労働者、保育アシスタント、モデルについては、雇用契約が短期的・断続的になりがちで、使用者が個人であるため、SPSTI での管理が難しい。そのため地域で開業する一般医が SPSTI と連携しつつ健康管理を行うことになる。

個人使用者の加入する SPSTI については以下のように定められている。すなわち、個人使用者[217]は、拡張適用された業界別労働協約によって定められた拠出金を支払うことにより、労働保健予防サービスに加入する。社会保障法典 L. 133-7 条第 2 項に規定される共同管理団体（association paritaire）は、個人使用者の名のもとに労働リスクの予防や従業員の健康監視の実施を管理し、特定の労働保健予防サービスを指定する。このサービスは、共同管理団体との協定の枠組み内で、各地域における従業員の健康管理を担当する。また、同じ第 2 項で言及される徴収機関（URSSAF）に対し、協定を通じて、拠出金の徴収や、使用者およびその従業員に関するデータの収集を委任する。このデータは、上記の健康監視業務の実施に必要とされる（L. 4625-3）。つま

[214] 同様に使用者への情報提供方法（労働者の健康管理に関する情報の通知方法）、労働衛生分野の医療記録の保管に関する特別な規定、労働医間の情報共有に関する特別な規定も定められる。

[215] たとえば労働保健予防サービスの地理的・業種的制限の緩和などが考えられる。

[216] 意見の相違や問題が生じた場合、使用者または労働者は、協定を締結した労働保健予防サービスに所属する労働医による健康診断を求めることができる。

[217] たとえば個人でベビーシッターなどを雇用する者。

り個人使用者は自動的に拠出金を支払うことになり、その拠出金により、個人に雇われる者も労働保健予防サービスを利用できることとなる。

そのほか、すでに述べた通り、複数の使用者がある場合、労働者の健康管理は統合的に実施される。また2021年法により、フリーランス（独立自営業者）も労働保健予防サービスの対象となった。

各共同労働保健予防サービス（SPSTI）は、労働法典L.4621-3条に記載されている自営業者に対し、職業上のリスク予防、個別健康管理、および職業的脱落防止に関する特定のサービスを提供する。これらのサービスの内容は、自営業者のニーズに適合させるために各SPSTIが決定する（D. 4622-27-1）。労働法典L.4621-3条に規定される自営業者向けの特定のサービスへの加入は、本人が選択した共同労働保健予防サービス（SPSTI）において、最低1年間の契約期間とする。この加入の更新は、自動更新の形では行うことができない（D. 4622-27-3）。しかしながら、14　法令上の選任義務がない場合で選任の実情が認められる場合、その理由で述べたように、独立自営業者のSPSTIへの加入は全国で1000件ほどであり[218]、現時点では限定的である。

また、一人親方についても付言しておくなら、日本では2025年より厚生労働省令の改正により、危険な作業場に一緒に作業を行う請負、一人親方、労働者以外の者にも保護措置（退避、危険箇所への立入禁止等、火気使用禁止、悪天候時の作業禁止）が義務付けられたが[219]、フランスではこうした法制化はなされていない。従来よりフランスでは、利用企業（元請）は「予防計画」（plan de prévention, R.4512-7条以下）に基づき、外部企業（下請）の労働者に関して場所由来の危険措置を策定・実施する義務を負うが、独立事業者については、敷地安全管理上、元請が実務的に同様の措置を適用するのが通例であるものの、法令上の明文義務はない。

16-1-2 フリーランス・副業兼業者等に関する判例

独立自営業者（travailleur indépendant）については、2009年にauto-entrepreneur（現行のmicro-entrepreneur）制度[220]の設置以降、増加している[221]。独立自営業者であるのか、被用者であるのかについて争われた判例はすでに数多く存在する[222]。被用者と認められるためには、三つの要素を満たしている必要がある。すなわち、1）労働の提供があること、2）その労働の対価として報酬が支払われること、3）そして、その労

[218] DGT, L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, 2025, p. 13.

[219] 「労働安全衛生規則等の一部を改正する省令」（令和4年厚生労働省令第82号）。本研究帆苅報告書参照。

[220] Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

[221] Persée, Un travailleur indépendant peut-il être requalifié en salarié ?, 4 février 2025. https://cabinetpersee.com/travailleur-independant-requalifie-salarie/?utm_source=chatgpt.com

[222] たとえばCass. soc., 1 décembre 2005, n° 05-43.031.

働を行う者が使用者に対して恒常的な従属関係（指揮命令関係）に置かれていることである[223]。従属性については、命令および指示、労務遂行上の監督、制裁的措置の有無が主な指標となる。

近年ではプラットフォームワーカーが独立自営業者であるのか、被用者であるのかについて争われ、破毀院で被用者と認められた案件がある。Take Eat Easy[224]事件については、本件では、Take Eat Easy社が電子プラットフォームとモバイルアプリを用いて飲食店、顧客、配達員を仲介していた。配達員はauto-entrepreneurとして登録され、サービス提供契約に基づき同社と契約を結んでいた。配達員の一人が労働契約への再性質決定を求めて労働審判所に提訴した。2017年4月20日付のパリ控訴裁判所の判決は、排他性や競業禁止の関係がないこと、配達員が自分の勤務時間を自由に選べることを理由に、配達員の請求を退けた。控訴裁判所は、勤務時間や一定の時間単位の拘束がなく、自由に働くかどうかを決められることは、配達員が休憩時間や休暇期間を単独で決められることを意味し、それが労働契約関係の不存在を示すと判断した。破毀院は控訴裁判所の判断に同意しなかった。まず、労働関係の存在は、当事者間の意思や契約の名称によるものではなく、労働者の活動が実際にどのような条件で行われているかによって判断されると確認した。次に、従属性の関係は、使用者の指揮命令下で労働が遂行され、使用者が命令や指示を与え、その履行を監督し、被従属者の違反に制裁を加える権限を持つことで特徴づけられると再確認した[225]。

Uber事件[226]については、控訴院は、VTC（配車サービス）運転手と、デジタルプラットフォームとアプリケーションを用いて顧客と独立自営業者である運転手を仲介する企業との関係を労働契約と認定するにあたり、以下の点を挙げてその判断を合法的に正当化している。1）運転手は、この企業が創設し完全に組織した輸送サービスに組み込まれており、このサービスはプラットフォームがあって初めて存在可能なものである。運転手は、プラットフォームを通じて独自の顧客を獲得することができず、運賃や業務条件を自由に設定することもできない。2）運転手には特定の経路が指定されており、それを自由に選ぶことはできず、指定された経路に従わなかった場合は料金の調整が行われる。3）運転手はしばしば乗車の最終目的地を知らされず、独立事業者のように自らの意思で乗車を選ぶ自由も事実上ない。4）企業は、運転手が3件の乗車依頼を拒否するとアプリから一時的に切断する権限を有し、キャンセル率の超過や「問題のある行動」が報告された場合にはアカウントのアクセス権を失う可能性がある。以上、これらすべての要素から、使用

[223] 野田進『フランス労働法概説』（信山社・2022年）79-85頁。

[224] Cass. soc., 28 novembre 2018, n° 17-20.079.

[225] Dalloz, Plateformes : requalification du contrat de prestation de service d'un coursier à vélo en contrat de travail, 12 décembre 2018. https://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/plateformes-requalification-du-contrat-de-prestation-de-service-dun-coursier-a-velo-en-contra/h/8ee9b97065c0e5b179b97950498a39bf.html

[226] Cass. soc., 4 mars 2020, n° 19-13.316

者が命令・指示を出し、それを監督し違反を処罰する権限を持つという従属関係の下での労働の遂行であると判断され、運転手の個人事業主としての地位は名目上のものであったと結論付けられた。破棄院の社会部（労働関係を担当する部門）は、2019 年 1 月 10 日にパリ控訴院が下した判断を全面的に支持し、2020 年 3 月 4 日の判決で、Uber の運転手はプラットフォームの法的支配下に置かれている以上、その地位は「従業員」と見なされるべきであると認定した[227]。

労働審判所（Conseil de prud’hommes）が、ある自営業者を被雇用者（労働者）として再性質決定した場合、企業側は過去にさかのぼってその状況を是正する必要がある[228]。産業保健に関連した部分に着目するのであれば、独立自営業者が被用者として再性質決定された場合、被用者としての権利が保障されることから、労働保健予防サービスによる健康管理が義務付けられることになる。

ところで独立自営業者が被用者に再性質決定された場合であるが、被用者としての権利が遡及的に認められる一方で、独立自営業者として支払っていた社会保険料の返還請求は認められなかった[229]。この事案では、あるコンサルタントが独立自営業者として契約していたにもかかわらず、実質的には「労働者」としての地位にあると認定され、その結果、使用者には労働者としての義務が課されることとなるが、しかし、既に自営業者社会保障制度（RSI）に加入していた期間については、一般社会保障制度への遡及的な加入や、それに伴う保険料の返還請求は認められないと判断された。これは、個人の社会的地位が公序に関わるものであり、既存の行政上の決定が存在する場合、その期間についての再認定が制限されることを示している。

これらを踏まえると、労働保健予防サービス加入とそれに付随して受けられたはずの健康管理については判例がなく、未知数であるものの、当該の個人がサービスに加入していなかった場合には[230]、遡及的に安全配慮義務違反と判断される可能性も否定できない。

他方、副業兼業者についてであるが、副業として micro-entrepreneur の活動を行う者も多く、上述のフリーランスに関する判例と重複する部分がある。複数の使用者に雇用される場合には、D. 4624-59 によれば、1° 労働者が、期間の定めの有無を問わず、同時に少なくとも 2 つの労働契約を遂行していること。2° 該当する雇用が、民間および公的使用者の被用者に関する職業および社会職業分類に基づき、同一の社会職業的カテゴリーに属していること。3° 上記 2° に該当する職務において、労働者の健康状態に対する個別管理の種類が同一であること、の３

[227] Ch. Radé, La Cour de cassation et les chauffeurs salariés de la plateforme Uber, Lexbase, 18 Mars 2020. https://www.lexbase.fr/revues-juridiques/57260673-jurisprudence-la-cour-de-cassation-et-les-chauffeurs-salaries-de-la-plateforme-uber

[228] Cass. soc., 3 mai 2016, n° 15-12.256

[229] Cass. soc., 24 mai 2018, n° 16-19.896.

[230] 独立自営業者については、2021 年から労働保健予防サービスへの自主加入が認められている。

つを満たすならば、主たる使用者の労働保健予防サービスの管理を受ける（D. 4624-62）。上記条件を満たさない場合には、それぞれの使用者において当該労働者の健康管理が行われる。労働者が使用者に副業を告知していない場合、問題が起こる可能性も考えられるが、これに関連する判例は現在のところ発見できない[231]。

16-2-1 高齢化への対応

定年引き上げに伴い、高齢労働者の健康管理はますます重要なものとなっている。2021 年法（Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021）により、中途キャリア面談が創設された（L. 4624-2-2）。この面談は 45 歳の年度内に実施され、その目的は、1° 労働者がこれまでにさらされてきた職業上のリスク要因への曝露を考慮に入れて、現在の健康状態と担当している職務との適合状況を評価すること； 2° 職業的離脱のリスクを評価すること（労働者の職業歴、年齢および健康状態に基づく能力の変化を踏まえて行う）； 3° 労働者に対し、職場における加齢の課題や職業上のリスク予防の重要性について意識喚起を行うこととされる。

また、障害労働者認定（RQTH）[232]を受ける 50 歳以上の者については、雇用率カウント上の優遇（1.5 単位）があることも、とりわけ脆弱性のある高齢労働者のための対応と言える。

16-3-1 女性の就業率の増加に伴う健康課題への対応

女性の就業率増加にかかる対応は大きく以下の３つであると考えられる。 第一に妊娠・出産、およびその後の育児に関する保護規定、第二にセクシャルハラスメントに関する規定、そして第三に性差を考慮した健康管理である。

16-3-1-1 妊娠中および出産後の女性の特別保護

妊娠中および出産後の女性の特別保護は労働法典 L. 1225-1 条から L. 1225-34 条に規定されている。妊娠を理由とした解雇は原則として違法である。妊娠の事実が使用者に通知された時点から、少なくとも産後 10 週間までは強い保護が適用される[233]。解雇が有効とされるのは、重大な過失や企業再編などごく限られた例で

---

231 Ministère du travail, Questions-réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés ayant une pluralité d'employeurs. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries-ayant-une-pluralite-demployeurs?var_mode=calcul

232 Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. 実務上、がん等慢性疾患の患者も認定されることが多く、他国の相当する制度と比較して対象範囲が広い。

233 いかなる使用者も、労働者が医学的に確認された妊娠状態にある場合には、 産前産後休業に基づく労働契約の停止期間の全期間中、ならびに当該休業の直後に取得される有給休暇期間中、およびこれらの期間の終了後 10 週間の間は、当該労働者の労働契約を解約することはできない。この保護は、労働者が産前産後休業の権利を行使しているかどうかにかかわらず適用される。ただし、使用者が、妊娠状態とは無関係の重大な過失があったことを証明する場合、または妊娠や出産とは無関係の理由により労働契約の維持が不可能であることを証明する場合には、契約を解約することができる。この場合でも、当該契約解約は、前段で定められた労働契約の停止期間中に発効させたり、通知したりすることはできない（L. 1225-4）。使用者は、労働者の子の出生後 10 週間の間は、その労働者の労働契約を解約することができない（L. 1225-4-1）。女性労働者が、解雇の通知を受けて

ある。流産の場合の保護も明記されている[234]。また使用者は、25 歳未満の子ども、または 25 歳未満で労働者が現に継続的に扶養していた者が死亡した場合、その死亡の日から 13 週間の間は、当該労働者の労働契約を解約することができないとされる（L. 1225-4-2）。これにより、子の死亡による精神的喪失状態にある両親は解雇から保護される。そのほか、労働法典 L. 1225-62 条に定められた看護休暇（congé de présence parentale）の取得期間中、または当該休暇が分割取得または時短勤務の形で取得されている場合にはその勤務日について、労働者の労働契約を解約することができない[235]（L. 1225-4-4）。さらに、妊娠している者については、健康や家庭状況への配慮から、自由に退職できる権利を認めている。医学的に確認された妊娠状態にある女性労働者は、予告期間なしで、かつ解約手当を支払う義務なく、労働契約を解除することができるとされる（L. 1225-34）。

就業環境の調整義務についても規定される。妊娠により業務遂行が困難な場合、使用者は職場環境の変更・勤務時間の調整・異動などを協議の上、提供する義務がある。妊娠中の女性労働者は、医学的に確認された健康状態が必要とする場合には、本人または使用者の申し出により、一時的に他の職務に配置換えされることができる。　使用者と労働者の間で意見が一致しない場合や、使用者の申し出によって配置換えが行われる場合には、労働医がその職務変更の医学的必要性および労働者が新たな職務に就く適性について判断する。別の事業所への配置換えについては、労働者本人の同意が必要である。一時的な配置換えは妊娠期間を超えてはならず、女性の健康状態が元の職務に復帰可能となった時点で終了する。また配置換えによって賃金が減額されることはない（L. 1225-7）。労働者が産前産後休業の終了後に職場復帰する際、妊娠中に配置換えが行われていた場合には、 当該労働者は、配置換え前に就いていた元の職務に復帰できる（L. 1225-8）。

夜間労働やリスクのある職務につく妊娠中または出産後の女性労働者についてはとくに職務調整について規定が設けられている。医学的に確認された妊娠中の女性労働者または出産後の女性労働者で、労働法典 L. 3122-5 条に定められた条件のもとで夜間勤務をしている者は、 本人の申請により、妊娠期間中および産後休業期間中は昼間勤務の職務に配置換えされる。また、妊娠期間中に労働医が書面で夜間勤務が妊娠状態と両立しないと判断した場合も、昼間勤務の職務に配置換えされる。この期間は、産後休業中およびその終了後においても、夜間勤務が妊娠

から 15 日以内に、所定の手続きに従って、妊娠中であることを証明する医師の診断書を使用者に送付した場合、その解雇は無効とされる（L. 1225-5）。

[234] 使用者は、妊娠 14 週目から 21 週目（無月経週数で計算）までの間に医学的に確認された自然流産が発生した場合、その日から 10 週間の間は、当該女性労働者の労働契約を解約することができない（L. 1225-4-3）。

[235] ただし、有期雇用契約である場合には、妊娠・出産・育児等に関連する解雇保護規定が、有期契約の自然な終了（期間満了）に影響することはない（L. 1225-6）。

や出産後の健康状態と両立しないと労働医が書面で判断した場合には、最大 1 か月間延長することができる。 他の事業所への配置換えについては、当該労働者の同意が必要である。この配置換えによって賃金が減額されることはない[236]（L. 1225-9）。

リスクのある職務につく場合も同様である。使用者は、規定により定められた特定のリスクにさらされる職務に就いている女性労働者に対して、その健康状態に適合する他の職務を提案しなければならない。これは以下の場合に該当する。すなわち、1° 医学的に確認された妊娠状態にある場合； 2° 出産後であり、その健康状態または授乳に与える影響を考慮して、産後休業からの復職後 1 か月以内の場合である（L. 1225-12）。使用者による職務の提案は、必要に応じて、現在の職務の調整や他の職務への配置換えのような一時的な措置を実施することによって行われる。この提案は労働医による書面での所見および、企業内の既存業務のいずれを遂行できるかに関する指示を考慮して行わなければならない。これらの一時的措置によって、賃金が減額されることはない（L. 1225-13）。使用者が女性労働者に他の職務を提案することができない場合には、その理由を文書で当該労働者および労働医に通知しなければならない。この場合、労働者の労働契約は、産前休業の開始日まで、そして出産後の場合には、労働法典 L. 1225-12 条第 2 号に規定された 1 か月を超えない期間について、一時的に停止される。労働契約の停止期間中、労働者には給与の保障があることも夜間労働者の場合と同様である（L. 1225-14）。

そして、関連する休暇・欠勤に関する権利も重要である。まず、妊娠および出産後の医学的管理に関して、公衆衛生法典 L. 2122-1 条に基づき義務付けられている医療検査を受けるために、妊娠中の女性労働者は勤務を免除される権利を有する。また、公衆衛生法典第 2 編第 1 部第 IV 編第 1 章に定められた条件のもとで、生殖補助医療（Assistance médicale à la procreation, AMP）を受ける労働者も、必要な医療行為のために勤務を免除される権利を有する。妊娠中の女性または生殖補助医療を受けている者の配偶者である労働者、あるいはその者と民事連帯契約（PACS）を結んでいるか、事実婚の状態にある労働者も、それぞれの AMP プロトコルごとに、 これらの義務的医療検査または必要な医療行為のうち最大 3 回まで、勤務免除を受けることができる。また民法典第 1 編第 VIII 編に定められた意味に

[236] 使用者が夜間勤務をしている女性労働者に対して他の職務を提案することができない場合には、その理由を文書で当該労働者および労働医に通知しなければならない。この場合、労働者の労働契約は、法定の産前休業開始日まで、また必要に応じて労働法典 L.1225-9 条に基づいて産後休業の終了後に続く補完期間中も、一時的に停止される。この契約停止期間中、労働者には給与の保障があり、それは、社会保障法典 L.333-1 条に規定される出産手当金（日額）と、 使用者が負担する補足的手当で構成される。補足手当は、労働法典 L.1226-1 条に定める算出方法に従って計算されるが、勤続年数に関する規定は適用されない（L.1225-10）。なお、これら夜勤または特定のリスクのある職務に関する特例的措置は、妊娠中や出産後の女性労働者に対する保護、ならびに職務不適格に関する一般規定の適用を妨げない（L. 1225-11, L. 1225-15）。

おいて、養子縁組の手続きを進めている労働者も、社会福祉・家族法典 L. 225-2 条に基づく認可を取得するために必要な義務的面接に出席するための勤務免除を受けることができる。勤務免除の上限回数は政令により定められる。これらの欠勤は、賃金の減額を伴わず、 有給休暇の期間算定や、企業内における勤続年数に基づく法定・協約上の権利の取得において、実際の勤務期間とみなされる（L. 1225-16）。

もちろん産前・産後休暇（congé maternité）も重要な権利として認められている。原則として出産前 6 週間・出産後 10 週間（第一子の場合）であるが、多胎妊娠や既に子が 2 人以上いる場合はさらに延長される[237]。期間中の給与補償として社会保険（Sécurité sociale）から産休手当（indemnités journalières）が支給され、賃金のほぼ全額に相当する。なお産前産後休暇の取得は義務ではないが、出産前後を通算して 8 週間の期間中は、女性労働者を就労させることは禁止されている。また、出産後 6 週間は、女性労働者を就労させることが禁止されている（L. 1225-29）。

産前・産後休暇は個々の状況に応じ、柔軟に取得することが可能である。新生児集中治療室（néonatalogie）などに長期間入院する新生児の場合など、退院後に十分な育児時間が確保できるよう、新生児の退院後に分割して取得が可能である[238]。

[237] 女性労働者は、出産予定日の 6 週間前から出産日の 10 週間後までの期間について、産前産後休業を取得する権利を有する。労働者の申請に基づき、かつ妊娠を担当する医療専門職の同意がある場合には、出産予定日前の労働契約の停止期間（産前休業）を最大 3 週間まで短縮することができる。この場合、出産後の休業期間（産後休業）は、短縮された分だけ延長される。労働者が、産前休業の一部を出産後に繰り越すことを選択していた場合でも、出産予定日前の期間中に就労不能（病気など）による職務停止が処方されたときは、その繰り越しは無効となり、労働契約の停止期間は職務停止の初日から起算される。 当初予定していた繰り越し期間は、その分だけ短縮される（L. 1225-17）。多胎出産が予定されている場合、産前産後休業の期間は以下の条件に従って異なる。1° 双子の場合、この期間は、出産予定日の 12 週間前から開始し、出産後 22 週間まで続く。 出産予定日前の労働契約停止期間（産前休業）は、最大 4 週間まで延長することができる。 この場合、出産後の 22 週間の休業期間は、その分だけ短縮される。 2° 三つ子以上の場合、この期間は、出産予定日の 24 週間前から開始し、出産後 22 週間まで続く（L. 1225-18）。出産前に、当該女性労働者本人またはその世帯がすでに 2 人以上の子どもを扶養している場合、または女性労働者がこれまでに生存して出生した子どもを 2 人以上出産している場合、 産前産後休業は、出産予定日の 8 週間前から始まり、出産後 18 週間で終了する。労働者の申請により、かつ妊娠を担当する医療専門職の同意がある場合には、出産予定日前の労働契約の停止期間（産前休業）は、 最大 3 週間まで短縮することができる。この場合、出産後の休業期間（産後休業）は、短縮された分だけ延長される。労働者が、産前休業の一部を出産後に繰り越すことを選択していた場合でも、出産予定日前の期間中に就労不能（病気など）による職務停止が処方されたときは、その繰り越しは無効となり、労働契約の停止期間は職務停止の初日から起算される。 当初予定していた繰り越し期間は、その分だけ短縮される。出産予定日前の 8 週間の産前休業は、最大でさらに 2 週間延長することができる。 その場合、出産後の 18 週間の産後休業は、延長された分だけ短縮される（L. 1225-19）。出産が予定日より早く行われた場合には、労働法典 L. 1225-17 条から L. 1225-19 条に基づいて、労働者が取得する権利を有する労働契約の停止期間（16 週間、26 週間、34 週間、または 46 週間）に応じて、その終期まで産前産後休業を延長することができる（L. 1225-20）。妊娠または出産に起因する病的状態が、医師の診断書によって証明された場合には、 産前産後休業は、その病的状態の期間に応じて延長される。ただし、延長できる期間は、出産予定日前の最大 2 週間、および出産後の最大 4 週間を上限とする（L. 1225-21）。

[238] 子どもが出産後 6 週目の終了時まで入院していた場合、女性労働者は、 その時点でまだ取得可能な産休期間の全部または一部を、子どもの退院日に繰り下げて取

また、極端な早産で予定されていた産休の開始よりも前に出産が発生した場合に、失われた「産前休業分」を補う形で休業期間を延長できる[239]。

産前産後休業は、労働契約の停止を伴う。労働者は、自身の不在の理由およびその終了予定日を使用者に通知しなければならない。この休業期間は、労働者の勤続年数に基づく権利の算定において、実際の労働期間とみなされる（L. 1225-24）。産前産後休業の終了後、女性労働者は、以前の職務またはそれと同等で、少なくとも同額の賃金が支払われる職務に復帰する（L. 1225-25）。この賃金は少なくとも、産前産後休業後に、当該休業期間中に同じ職種カテゴリーに属する労働者が受けた一般昇給および個別昇給の平均分が加算される[240]（L. 1225-26）。なお、母親の出産後の死亡という状況に対しては、父親または近親の被用者が育児のために労働契約を一時停止し、かつ解雇から保護される[241]。

産前産後休業の終了後に職場復帰する女性労働者は、労働法典 L. 6315-1 条 I 項に規定されるキャリア面談（entretien professionnel）を受ける権利を有する（L. 1225-27）。これにより、職場復帰時に適切な支援を受けられるようにしている。

授乳支援についても規定される。出産の日から1年間､授乳中の女性労働者は、就業時間中に授乳のための 1 日 1 時間の時間を取得する権利を有する（L. 1225-30）。女性労働者は、勤務先の施設内で自分の子どもに授乳することができ（L. 1225-31）、100 人を超える女性労働者を雇用しているすべての使用者は、事業所内またはその近隣に授乳専用の設備（授乳室）を設置するよう勧告を受けることがある（L. 1225-32）。

他方、育児休暇制度（congé parental d’éducation）については労働法典 L. 1225-47 条から L. 1225-59 条に規定され、完全な休職（休業）だけでなく、パートタイム勤務（temps partiel）への移行も可能である[242]。通常、育児休業（congé parental d’éducation）および時短勤務

得することができる（L. 1225-22）。

[239] 出産が予定日より 6 週間以上早く行われ、その結果として新生児の産後入院が必要となった場合、 産前産後休業は、実際の出産日から、労働法典 L. 1225-17 条から L. 1225-19 条に定められた産休期間の開始日までの日数分だけ延長される（L. 1225-23）。

[240] 企業または業種別の労使協定において、産前産後休業中およびその後の女性労働者の賃金の昇給に関して、同等以上の保障が規定されていない場合。同じカテゴリーに属する労働者が存在しない場合には、企業内の個別昇給の平均が用いられる。この規定は、2006 年 3 月 23 日付法律第 2006-340 号（男女間の賃金平等に関する法律）の施行以前に締結された企業または業種別の労使協定には適用されない。

[241] 母親が、社会保障法典 L. 331-6 条第 1 項で定められた出産手当金の給付期間中に死亡した場合、父親は、同項、および必要に応じて同条第 2 項に基づく繰り延べの規定に従って、残存する給付期間に相当する期間、労働契約を停止することができる。 父親は、自己の不在の理由および労働契約の停止を終了する予定日を使用者に通知しなければならない。この場合、父親は、労働法典 L. 1225-4 条および L. 1225-5 条に定められた解雇保護の対象となる。父親がこの権利を行使しない場合は、母親の配偶者である被用者、または母親と民事連帯契約（PACS）を結んでいる、あるいは事実婚状態にある被用者が、当該権利を行使することができる（L. 1225-28）。

[242] 産前産後休業または養子縁組休業の終了後、少なくとも 1 年間の勤続年数を有するすべての労働者は、以下のいずれかの権利を有する： 1° 労働契約が一時停止される「育児休業（congé parental d'éducation）」を取

期間の初回の取得期間は、最大で 1 年間である。これらは 2 回まで延長可能であり、たとえ開始日がいつであっても、通常の場合、子が 3 歳になる誕生日までに終了する（L. 1225-48）[243]。

育児休暇またはその時短勤務期間中において、労働者は自らの希望により、 スキル診断（bilan de compétences）を受ける権利を有する。この期間中、労働者には報酬は支払われない。ただし、職業訓練を受ける研修生に適用される社会保障法典 L. 6342-5 条に定められた 労働災害および職業病に関する社会保障上の保護は受けることができる（L. 1225-56）。

育児休暇または時短勤務期間の終了後、あるいは労働法典 L. 1225-52 条に基づく復職希望の理由を記載した申請から 1 か月以内において、労働者は、以前の職務またはそれと同等で、少なくとも同等の賃金が支払われる職務に復帰する（L. 1225-55）。元の勤務に復帰する労働者は、労働法典 L. 6315-1 条第 I 項に定められた キャリア面談（entretien professionnel）を受ける権利を有する。この面談において、使用者と労働者は復職の計画を立て、労働者の研修ニーズを確認し、 育児休業が賃金やキャリアの進展に及ぼす可能性のある影響について検討する。 労働者の希望があれば、この面談は育児休業の終了前に実施することもできる（L. 1225-57）。

なお父親の育児休暇（congé paternité）は 2021 年に 11 日から 25 日に延長された[244]。この休暇は 3 日の出産時休暇（congé

得すること； 2° 週 16 時間未満にならない範囲での所定労働時間の短縮（時短勤務）を選択すること（L. 1225-47）。

[243] その他、多胎出産や養子の場合など細かく規定される。複数の子どもが同時に出生した場合（多胎出産）には、育児休業は子どもたちが 幼稚園に入園するまで延長可能である。また、3 人以上の子どもが同時に出生した場合や、3 人以上の子どもが同時に養子として迎えられた（または養子縁組のために委ねられた）場合には、育児休業は 5 回まで延長でき、子どもたちが 6 歳の誕生日を迎えるまでの間で終了しなければならない。 3 歳未満の子どもを養子に迎えた場合、育児休業および時短勤務期間は、子どもが家庭に到着した日から起算して最大 3 年間取得できる。 養子または養子縁組のために委ねられた子どもが 3 歳を超えているが、義務教育修了年齢には達していない場合には、 育児休業および時短勤務期間は、家庭に到着した日から起算して最大 1 年間に限られる（L. 1225-48）。子どもが重度の病気、事故、または障害の状態にある場合には（その判断基準は国務院令によって定められる）、 育児休業および時短勤務期間は、労働法典 L. 1225-48 条で定められた期限の最大 1 年後まで延長することができる（L. 1225-49）。

[244] 子の出生後、被用者である父親ならびに、必要に応じて母親の被用者である配偶者または内縁の配偶者、もしくは母親と市民連帯協約（pacte civil de solidarité）で結ばれた被用者は、25 日間の暦日による父親休暇および子の受け入れ休暇（congé de paternité et d'accueil de l'enfant）を享受することができ、多胎出産の場合には 32 日間の暦日となる。父親休暇および子の受け入れ休暇は、労働契約の停止を伴う。この休暇は、労働法典 L.3142-1 条第 3 号に言及される出産時休暇に直ちに続く、4 日間の連続した暦日による期間と、21 日間の暦日による期間（多胎出産の場合は 28 日間の暦日）から構成される。出産予定日ならびに休暇取得日および休暇期間に関する使用者への予告期間、休暇を取得すべき期間、ならびに 21 日間または 28 日間の休暇期間の分割取得の方法は、デクレによって定められる。出産予定日に関する予告期間および、21 日間または 28 日間の第 2 期間の休暇取得日に関する予告期間、ならびに当該休暇の期間に関する予告期間は、15 日から 2 か月の間でなければならない。子の健康状態が出生直後に、保健大臣および社会保障大臣による省令で定められる専門治療ユニットにおける即時入院を必要とする場合には、第 3 段落に言及される連続する 4 日間の休暇期間は、被用者の請求により、入院期間中、デクレで定められる最大期間の範囲内で当然に延長される（L. 1225-35）。この最後の規定について補うのであれば、子の健康状態により、就労禁止ではないが、権利として取得される期間が 4 日か

de naissance）に続いて取得でき、25 日のうち出産時休暇直後の 4 日は取得義務がある[245]。つまり出産時休暇とこれに続く父親の育児休暇の 4 日間は就労禁止である。父親の休暇により、間接的に母親を保護する規定と言える。

また、直接的な妊娠・出産にかかる保護規定とは言えないものの、各企業は毎年、労働法典 L. 1142-7 条から L. 1142-12 条に規定される男女の職業上の平等指数（Index de l’égalité professionnelle entre les femmes et les hommes）算出・公表することとなっており、出産後の昇給の有無が評価項目にある（D. 1142-2）。これは出産に関する賃金面での保護が目的であると解することができる。

18-3-1-2 セクシャル・ハラスメント

セクシャル・ハラスメントは、モラル・ハラスメントと同様に、刑法典および労働法典に規定され、使用者には予防の義務がある。刑法典 222-33 条によれば、セクシャル・ハラスメントとは、性的または性差別的な意味合いをもつ言動を、繰り返し他人に対して行い、その侮辱的または屈辱的な性質により、その人の尊厳を侵害する、または その人に対して威圧的、敵対的、または不快な状況を生じさせることを指す[246]。

労働法典によれば、セクシャル・ハラスメントとは、性的な性質を持つ言動を反復して加えることにより、他者の尊厳を侵害、あるいは威圧的・敵対的環境を生み出すもの、性的行為を交換条件とする圧力行為（暗黙でも明示でも）である[247]。使用者は、セクシャル・ハラスメントの発生

ら最大 30 日まで延長されうる（D. 1225-8-1）。

[245] 労働者は、労働法典 L. 3142-1 条第 3 号に基づく休暇（出産時休暇）および、同法 L. 1225-35 条第 3 段落に定められた 4 日間の父親・子の受け入れ休暇の期間中には、就労させることが禁止されている。ただし、同条最後の段落に定められた入院による延長期間はこの限りではなく（就労禁止ではない）、また、労働者が通知期限（同条の前段落で定められた）を守らなかった場合であっても、この就労禁止には影響しない。子どもの出生が、労働者がすでに有給休暇または家族の事情による休暇を取得している期間中に発生した場合、 就労禁止の期間は、それらの休暇終了後から始まる。ただし、労働法典 L. 1225-35 条第 3 段落に定める休暇について、労働者が社会保障法典 L. 331-8 条またはその他の法令に定められた手当や給付を受けることができない場合には、この就労禁止規定は適用されない（L. 1225-35-1）。

[246] 以下の場合にも、繰り返しの要件が満たされたとみなされる。 1°　同じ被害者に対し、複数人が共謀して、あるいはそのうちの一人の扇動により、各人は繰り返していなくても言動を行った場合； 2°　同じ被害者に対して、複数人が連続して言動を行い、これらが繰り返しに該当することを各人が認識していた場合である。繰り返しでなくても、性的な行為を得る目的で、重大な圧力をかけることは、セクシュアルハラスメントとみなされる。この性的行為が加害者自身のためであれ、第三者のためであれ問わない。上記に該当する行為は、禁錮 2 年および 30,000 ユーロの罰金 に処される。 ただし、以下のいずれかの加重事由がある場合は、禁錮 3 年および 45,000 ユーロの罰金 に引き上げられる。1°　職務上の権限を濫用して行った場合； 2°　15 歳未満の未成年に対して行った場合； 3°　被害者が、高齢・病気・障害・妊娠などにより特に脆弱な状態にあることが明らかまたは加害者に知られていた場合； 4°　被害者が、経済的・社会的困窮により特に脆弱または依存的な状態にあることが明らかまたは加害者に知られていた場合； 5°　複数人が加害者または共犯として関与している場合； 6°　インターネットなどの公衆向け通信サービス、またはデジタル・電子媒体を用いて行われた場合； 7°　未成年が現場に居合わせ、行為を目撃した場合； 8°　親など、被害者に法的または事実上の権限を持つ者による場合。

[247] いかなる労働者も、次のような行為を受けてはならない。1°　セクシュアル・ハラスメントに該当する行為、すなわち、性的または性差別的な含意をもつ言動が

を防止し、それを終息させ、かつ制裁を加えるために必要なすべての措置を講じなければならない（L. 1153-5）。従業員が250 人以上いるすべての企業においては、セクシュアル・ハラスメントおよび性差別的言動に対する対策として、労働者を指導・情報提供・支援する役割を担う担当者が任命されなければならない（L. 1153-6）。また就業規則（règlement intérieur）にモラル・ハラスメント、セクシュアル・ハラスメント、および性差別的言動に関する規定を明記しなければならない（50 人以上の事業所では義務）[248]。

性別や妊娠に関する差別は労働法典 L. 1132-1 条により明確に禁止されており、その上で、使用者の義務として、セクシュアル・ハラスメントの予防・終息・制裁ために必要なあらゆる措置を講じなければならない（L. 1153-5）とされるが、セクシャル・ハラスメントの予防は、モラル・ハラスメントと同様に産業保健制度の枠内でも定められる。まず、産業保健に関する使用者の義務として、L. 4121-2 条に「技術、作業の組織、労働条件、社会関係、および環境要因の影響（特に、L. 1152-1 条および L. 1153-1 条に定義されるモラル・ハラスメントおよびセクシャル・ハラスメント、ならびに L. 1142-2-1 条に定義される性差別的言動に関するリスク）を含む、予防を一貫した全体として計画すること」と定められる。使用者だけでなく、SPST の役割についても明文化されている。労働法典 L. 4622-2 条には、労働保健予防サービスの使命のひとつにモラル・ハラスメント、セクシャル・ハラスメントの予防に関して使用者、労働者に対して必要な規定・措置について助言を行うことが規定されている。

セクシャルハラスメントの扱いについて、日本と大きく異なる点は、労働法だけでなく刑法でも規制されること、使用者に防止・終息・制裁措置の義務があること、そして産業保健制度における明文義務（使用者・SPST）があり、産業保健制度の枠内でも明確に位置付けられていることである。

18-3-1-3 性差を考慮した健康管理

繰り返され、その卑劣または屈辱的な性質によって、当該労働者の尊厳が損なわれるか、当該労働者に対し、威圧的、敵対的、または不快な状況が生み出される場合に構成される行為。セクシュアル・ハラスメントは、以下の場合にも成立する。a）同一の労働者が、複数の人物からそのような言動を受けた場合であって、それが共謀によるものであるか、または一人の人物の扇動によって行われたものであるとき。たとえ、それぞれの人物が繰り返し行っていなくても、該当する。 b）同一の労働者が、複数の人物から順次そのような言動を受けた場合であって、それが共謀によらなくても、当該人物らがこれらの言動が反復に該当することを知っていたとき。2° セクシュアル・ハラスメントに準ずるものとして、性的な性質を有する行為を、加害者自身または第三者の利益のために得ることを真意であるか見せかけであるかを問わず目的として、反復がなくとも加えられる重大な圧力のあらゆる形態（L. 1153-1）。

[248] 就業規則には、以下の事項が記載されなければならない。1° 労働法典 L.1332-1 条から L.1332-3 条、または適用される労働協約によって定められた、労働者の弁明権に関する規定； 2° 労働法典に定められる、モラル・ハラスメント、セクシュアル・ハラスメント、および性差別的言動に関する規定； 3° 2016 年 12 月 9 日付法律第 2016-1691 号（透明性の確保、汚職防止および経済生活の近代化に関する法律）第 II 章に定められる、内部通報者の保護制度の存在（L. 1321-2）。常時 50 人以上の労働者を雇用している企業または事業所では、就業規則の作成が義務である（L. 1311-2）。

2014年8月6日以降（2014年8月4日付法律第2014-873号「男女の実質的平等に関する法律」）、労働者の健康および安全に関するリスク評価は、リスクへの曝露が性別によって異なる影響を及ぼす可能性を考慮しなければならなくなった[249]。その結果、職業リスク評価文書（DUERP）には、特定されたそれぞれのリスクごとに、女性に対する評価と男性に対する評価をそれぞれ記載する必要があるとされるが、実務上は困難に直面しているとされる[250]。

そのほか、法令には明記されているわけではないが、性差を考慮した健康管理はINRSやANACTなどの公的機関により重視されている。INRSは化学的・物理的・生物学的・心理社会的（組織的）な有害要因の、労働者の生殖機能や授乳能力への悪影響と生殖に関するリスク評価の特性、曝露時期ごとの主なリスク、予防の主な方向性についての文書[251]などを公表している。ANACTは、DUERPに女性・男性別評価を含める手順と推奨事項を詳細に記載している[252]。また「DUERPにおける性別別リスク評価と予防策の計画」手法マニュアルも公表予定である[253]。

日本では関連の制度は見られないが、包括的なジェンダー視点の職場リスク評価の試みとしてどのように発展していくのか、今後の経過を追跡すべきだろう。

16-4-1 治療と仕事の両立支援

労働法典 L.4622-2 条に規定される労働保健予防サービスの使命には、労働者の健康の保持だけでなく、職業的離脱の予防（prévention de la désinsertion professionnelle, PDP）について使用者や労働者に助言をすることも含まれる。Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 renforçant la prévention en santé au travail（職場における健康予防の強化に関する法律）により導入された職業的離脱の予防と職場への定着支援は、労働人口の高齢化、就業期間の長期化、慢性疾患の増加への対策とされる[254]。職業的離脱の予防とは、健康状態のために職務継続

[249] 使用者は、事業所における活動の性質を考慮したうえで、労働者の健康および安全に関するリスクを評価しなければならない。この評価には、製造工程の選択、作業設備、化学物質や化学製剤の使用、職場や設備の設計または再設計、作業組織、職務の定義などが含まれる。このリスク評価は、リスクへの曝露が性別によって異なる影響を及ぼすことを考慮して行われる（L.4121-3）。

[250] Santé et sécurité au travail Provence-Alpes-Côte d'Azur, La prise en compte du genre dans l'évaluation des risques. https://www.sante-securite-paca.org/risques-et-prevention/evaluer-et-prevenir-les-risques/prise-en-compte-du-genre-dans-levaluation-des-risques?utm_source=chatgpt.com

[251] INRS, Travail et risques pour la reproduction : anticiper pour mieux prévenir https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2061

[252] ANACT, Les étapes pour intégrer les agissements sexistes et le harcèlement sexuel dans le DUERP. https://www.anact.fr/sites/default/files/2024-07/fiche-outil-etapes-duerp-webinaire2.pdf?utm_source=chatgpt.com

[253] ANACT, Appel à projet national « Améliorer la santé des femmes au travail ». https://www.anact.fr/sites/default/files/2025-05/la-note-cadrage-aap-fact-santé-travail-femmes.pdf?utm_source=chatgpt.com

[254] Ministère du travail, Questions-réponses sur les mesures relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle issues de la loi du 2 août 2021. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-sur-

が困難な可能性がある労働者に対して講じられる制度や支援を指す。この法律によって、中途キャリア面談、労働保健予防サービス内の職業的離脱予防ユニットの設置が導入され、事前復職面談が強化された[255]。これらにより、職業的離脱予防と職場への定着が目指される[256]。

筆者が行った労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、職業的離脱防止の取組は、比較的最近まで、従前の職務に不適格となった場合における職務の調整や職業転換のための方策を模索することにとどまっていた。しかし近年になって、健康上の理由による離職リスクの早期兆候を示す指標が存在することが明らかになっている。

これらの指標は、個人の特性（年齢、障害、健康状態など）に加え、職務そのものの特性にも見いだされる。すなわち、業務に多くの制約が含まれるほど、その制約がある時点で個人の健康状態と両立しなくなるリスクが高まるというものである。

現在、職業的離脱リスクの早期把握指標（Indice de repérage précoce des risques de désinsertion）を検証するための科学的研究が進行中である。行政当局はこれらの研究を支援しており、すべての労働保健予防サービスが共通のツールを用いることが期待されている（以上 DGT の回答による）。

一方で、障害者雇用法制における各種支援も、産業保健のアクターと連携している。かつてより存在している RQTH（障害労働者認定）の対象は広く、がん患者なども含まれる[257]。労働法典 L. 5213-1 条によれば「雇用を得、これを維持する可能性が肉体的、知覚的、知的、精神的機能のいずれか、ないしいくつかの機能の悪化によって減退したあらゆる人は障害労働者と考えられる」とされる。RQTH を取得することで、障害者雇用率制度の対象となり、合理的配慮や AGEFIPH のカウンセリング、給付を受けることができる。

DGT へのヒアリング調査によると、労働保健の専門職は、労働者に対して RQTH の申請を勧めることがしばしばあるとされている[258]。フランスにおいては、障害の定義は広く捉えられており、職業活動を行う能力に影響を及ぼすあらゆる健康上の支障は障害とみなされる。したがって、治療を受けるために頻繁な欠勤を要する慢性疾患もこの範囲に含まれ、RQTH の対象となり得る。特に、がんは近年ますます慢

---

les-mesures-relatives-la-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-issues-de-la-loi-du-2-aout-2021?utm_source=chatgpt.com

[255] 事前復職面談は 2008 年よりデクレ（Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008）には規定されていたが、2021 年法により、法律として定めが置かれた。

[256] そのほか、治療目的のパートタイム勤務（temps partiel thérapeutique）は、病気やけがの回復過程にある被保険者が、フルタイム勤務に復帰する前に医療的配慮のもとで時短勤務を行う制度であり、段階的復職が目指される。CSS., L. 323-3.

[257] Handicap.fr, Cancer invalidant : quel intérêt à demander la RQTH ? https://informations.handicap.fr/a-cancer-invalidant-interet-demander-rqth-11570.php

[258] ただし、この助言は専ら労働者本人に対してのみ行われ、この情報は医療秘密に属するものであるとのことであった。

性疾患として認識されるようになっており、その文脈において、職業活動の継続と治療の両立の問題は、重要性を増している（以上 DGT の回答による）。

施策の方向性として、上記（PDP と障害者雇用制度との連携）が我が国の治療と仕事の両立支援に相当するものであると考えられる。とりわけ SPST の職業的離脱予防ユニット、すなわち労働医を擁する多職種の支援チームが関与し、その設置は法的義務とされている点が異なる。DGT の回答にあった職業的離脱リスクの早期把握指標に関する研究については、今後の研究で追跡したい。

16-5-1　テレワークの拡大による課題への対応

フランスは従来テレワークについて慎重な立場で、テレワークによる孤立など心理社会的リスクを踏まえ、完全テレワークを避ける方針をとっている。法令には規定はないが、労使協定により事業場出勤の最低日数を設けるなどの措置がなされることがある[259]。

L.　1222-9 条および　L.　1222-10 条によれば、テレワークの場合、労使協定または使用者が作成する規程により、労働時間の管理方法または業務負荷の調整方法、ならびに使用者がテレワーク労働者に連絡できる時間帯が定められていなければならない。さらに使用者は、毎年、労働者の勤務条件および業務負荷についての面談を実施する義務を負うとされている。

産業保健の側面に関しては、L. 4622-2 条によれば、労働保健予防サービスの使命として、職場の生活の質および労働条件の改善（特に、テレワークが健康および労働組織に与える影響の考慮）について使用者・労働者に助言を行うことが規定されている。法令以外では、INRS や ANACT がテレワークにおける健康リスク予防に関する文書が発表されている[260]。

一方で、2021 年法により、労働保健予防サービスの面談そのものをテレワーク対応（テレメディスン）可能としている（L. 4624-1）。10　産業保健職の業務（法令）にてすでに詳述したが、労働者の同意があり、音声・映像の面での問題がないこと、秘密が守られることを条件に、サービス側、労働者側のどちらも遠隔による面談を要請できる（R.　4624-41-2 以下）。遠隔による面談は強化健康管理（特定リスクがある場合など）の面談にも適用できるが、身体的診察などが必要な場合は、対面による面談、検査が行われる。

労働省労働総局（DGT）への文書によるヒアリング調査（2025 年 10 月 10 日回答）によると、テレメディスン（遠隔医療）の利用はあまり広まっていない。労働省のデータによれば、2023 年においては、全体の面談のうちわずか 2.44%のみが遠隔で実施されたに過ぎない。他の情報源で

[259] 小澤真「テレワークによる孤立の問題と対策：コロナ禍におけるフランスの事例から」日本労働研究雑誌 751 号（労働政策研究・研修機構・2023 年）122-137 頁。

[260] INRS, Dossier Télétravail. https://www.inrs.fr/risques/teletravail/prevenir-les-risques.html?utm_source=chatgpt.com ; ANACT, Travail & changement, mars/avril 2021. https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-12/tec-376.pdf?utm_source=chatgpt.com

は、テレコンサルテーション（遠隔診察）の割合はおおよそ 5%程度であるとされており、これは主治医が自身の患者に対して行う一般診療におけるテレコンサルテーションの割合とほぼ同程度である[261]。したがって、労働保健における実践は、一般診療における実践と同様である。労働医は、被用者に対して身体的診察を行う可能性を保持したいと考えている、との回答であった。

テレワークに関して、普及推進を重視する日本と比較すると、フランスではリスク管理の側面が重視されており、産業保健制度において SPST が助言を行う旨、明文化されている。テレワークは心理社会的リスクの一因として扱われ、DUERP（リスク評価文書）に明記する対象となるなど、産業保健上の課題と認識されている。なお産業医（労働医）の面談は日仏ともに遠隔で行うことは許容されているが[262]、フランスでは法制化されており、労働者がこれを活用できる環境は準備されているものの、実務的には遠隔医療の利用は多くはない。労働医としては対面による診察・面談を重視していることが大きな理由であると考えられる。

16-6-1 化学物質の管理への対応

労働法典、環境法典等により EU の REACH（化学物質登録・評価・認可・制限）規則の補完が行われている。環境法典においては L.521-1 条以下により、化学物質の製造・流通に関する規定 制裁、検査権限、報告義務などが定められる。労働法典においては R.4411-6 条以下により、使用者が REACH 対象物質に関する情報（SDS など）を労働者に提供する義務、曝露の制限や保護措置の義務などが定められる。

CLP（分類・表示・包装）規則は労働法典 R.4411-1 条から R.4411-81 条、R.4741-1 条以下により補完され、運用義務、制裁、監督などが規定されている。

CMR（発がん性・変異原性・生殖毒性）物質の特別措置については R.4412-59 条から R.4412-93 条に規定されており、リスク評価の義務化、代替措置の優先、技術的・組織的安全対策、保護装置・設置の定期検査、健康監視、曝露測定・監視、曝露履歴の記録などの措置がある。また Décret n° 2024-307 du 4 avril 2024 により、曝露の可能性がある労働者について、CMR 物質の種類・曝露の性質・期間・程度を含むリストを作成する必要があるとされている[263]。

---

[261] DGT の提示した参考資料は以下。Assurance Maladie, Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Direction générale de l'offre des soins, Communiqué de presse Le 27 juin 2025 Télémédecine : quelle juste place dans le système de santé et le parcours des patients, au bénéfice de la qualité et de l'accès aux soins ? https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-06-27-cp-lancement-assises-telemedecine.pdf

[262] 厚生労働省労働基準局長通知「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」（基発 0331 第 4 号、2021 年 3 月 31 日）。

[263] 使用者は、労働法典 R.4121-1 条に定められた DUERP を踏まえて、発がん性（cancérogènes）、変異原性（mutagènes）、または生殖毒性（toxiques pour la reproduction）を有する化学物質に曝露する可能性のある労働者の最新の一覧表を作成しなければならない。この一覧表には、各労働者が曝露する可能性のある物質名のほか、判明している場合にはその性質（nature）、 曝露時間（durée）、 曝露の程度（degré） に関する情報も記載されなければならない（R.4412-93-1）。

ナノ物質についてEU規制に加え、年次届出義務があり、独自の監視体制が布かれる[264]。環境法典R.523-12条 からR.523-21条 に基づき 2013年から開始された制度で、1年に1回、製造者・輸入者・販売者はナノ物質の数量・用途をANSES（国家食品・環境・労働衛生安全庁）に届出する。年間100g以上のナノ形態の物質が該当する。

そのほか、化学物質の管理については労働法典L. 4411-1条からL. 4412-2条、R. 4411-1条からR. 4412-160条に定められる。

実務上、化学物質について労働医が問い合わせることができるのは、サービス内部・外部の専門職のほか、INRSやCARSATの化学リスクラボラトリー（Laboratoire de Chimie-Toxicologie）などがある。

特筆すべき近年の状況としては、INRSが2015年から無償提供している企業向け化学リスク評価ツールSEIRICH（Système d'Évaluation et d'Information sur les Risques Chimiques）の使用が拡大している。とくに上述のようにCMR物質曝露の可能性がある労働者について種類・曝露の性質・期間・程度を含むリスト作成が必要とされるが、SEIRICHは曝露者リスト作成機能を統合し、CMR 物質の使用状況・曝露性に基づく対象者の抽出が容易となっている。また記録・分析・出力までを一元管理でき、DUERPの作成を補助することができる[265]。

日本においては化審法（CSCL）・化管法（PRTR）・労働安全衛生法で分担管理されているところであるが、フランスではEU規制に基づきながら、労働法典により統合的に運用されている。フランスでは、ナノ物質年次届出制度があり、EU 規制よりも厳格に規定されている。CMR物質の管理については、近年の施策であるが、被曝対象のリスト化が義務付けられるなどの法的強化が行われている。

E．結論

本研究ではいくつかの課題について考察を行った。フリーランス等については、派遣・研修生・家事労働者等の健康監視は他の労働者と同等で頻度で実施される。有期・派遣も個別管理の同等性を確保している。舞台芸術・モデル・家事労働者・営業職では協約により監視方法や SPSTIの選択・組織で特例も可とし、医師会意見を経て非専門医が健康診断を担う例外も認め得るなど、柔軟に対応する。自営業者

[264] Décret n° 2012-232 du 17 février 2012 relatif à la déclaration annuelle des substances à l'état nanoparticulaire pris en application de l'article L. 523-4 du code de l'environnement.

[265] Ministère du travail, Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) | Traçabilité de l'exposition des travailleurs. https://travail-emploi.gouv.fr/agents-cancerogenes-mutagenes-ou-toxiques-pour-la-reproduction-cmr-tracabilite-de-lexposition-des-travailleurs?utm_source=chatgpt.com ; INRS, SEIRICH Guide de prise en main niveau 1, mars 2023 ; INRS, Évaluer le risque chimique : une nouvelle version du logiciel Seirich. https://www.inrs.fr/actualites/seirich-version4-evaluer-risque-chimique.html?utm_source=chatgpt.com ; INRS, Évaluation du risque chimique : (re)découvrez le logiciel Seirich qui fête ses 10 ans. https://www.inrs.fr/actualites/seirich-10ans-evaluer-risque-chimique.html?utm_source=chatgpt.com ; INRS, Références en santé au travail, n° 179, juillet/août/septembre 2024.

向けの特定サービス（職業リスク予防・個別健康管理・PDP 支援）が創設されたが、加入は限定的である。日本の一人親方保護との対比では、フランスに明文義務はなく、元請の予防計画で外部労働者を保護する実務にとどまる。判例面では、プラットフォーム配達員（Take Eat Easy）と VTC 運転手（Uber）につき、実態に基づき従属性（命令・監督・制裁）を認定し被用者性が肯定された。再性質決定により労働保健義務が及ぶ一方、自営業としての納付済保険料の返還は否定されている。

高齢化の課題については、定年引上げに伴い 45 歳時の中途キャリア面談を創設し、曝露歴や職務適合、PDP リスク評価・意識啓発を目的化した。また、障害者雇用法制上、50 歳以上の RQTH 取得者には雇用率上の優遇がある。高齢の労働者は両立支援の枠内でも扱われる可能性が高いだろう。

女性に関する課題については、1） 妊娠・出産、およびその後の育児に関する保護規定、2）セクシャルハラスメントに関する規定、3）性差を考慮した健康管理の３つの観点から分析した。

妊娠・出産・育児について労働法典により細かく規定される。業務調整・一時配置換えと賃金不利益禁止、復帰時の原職（同等職）復帰と昇給反映、夜勤・危険業務の配置換えと賃金維持、提案不能時の契約停止と給与保障がなされ、医療検査・AMP・養子縁組面接等の有給相当の勤務免除、休業中の勤続通算、復帰後のキャリア面談、授乳時間・授乳室の整備勧告、育児休業、キャリア面談の実施、父親休暇の拡充等の整備が行われている。

セクシュアル・ハラスメントは刑法・労働法で規制され、使用者の予防・終息・制裁義務があり、担当者選任や就業規則明記する必要がある。SPST の助言義務も明文化されており、労働医とそのチームの関わりも小さくない。

また性差を考慮したリスク評価が 2014 年の法律により規定されたが、実務上の困難も報告されている。しかしながら性差を考慮したリスク評価が重視されつつあることは注目されてよいだろう。INRS・ANACT は DUERP に女性・男性別評価のための手順・資料を提示している。

両立支援については、2021 年法で PDP を強化し、中途キャリア面談・PDP ユニット・事前復職面談を導入した。行政当局は離職リスクの早期把握指標の研究を支援し、共通ツール化の意向を示している。一方、RQTH は定義が広く、慢性疾患（がん等）を含み、AGEFIPH 等の支援と連携する。障害者雇用制度との連携、PDP の２つの軸により両立支援が構想されている。

一般的にテレワークは、完全化を避ける傾向があり、協定や規程で時間管理・業務量調整・連絡可能時間を定め、年次面談義務がある。SPST は健康・労働組織への影響に関し助言する。面談の遠隔実施は可能だが利用率は低く、労働医の対面重視が背景にあると考えられる。

化学物質の課題については、REACH・CLP の国内補完、CMR 物質の厳格管理（曝露者リスト義務化）、ナノ物質の年次届出が定められている。実務では INRS や CARSAT 等に相談が可能で、SEIRICH の活用が拡大し、DUERP 作成や曝露者リスト作成を支援する。フランスでは EU 規制を基礎に、労働

法典で統合運用を行っている。

我が国の制度と比較して顕著なのは、先行研究[266]でも指摘されている通り、フランスの産業保健制度における労使の関与である。多くの関連機関では労使同数、または少なくとも労使双方が管理に関与する仕組みが採られている。労働保健予防サービス（SPST）においても、共同型（SPSTI）では労使同数の理事会および監査委員会が運営に関与する。他方、企業内型（SPSTA）では使用者が主体的に設置・管理するが、社会経済委員会（CSE）が意見を通じて関与する仕組みが存在する。

SPST においては、労働医（産業医）が多職種チームを指導する立場にあり、このチームが使用者や労働者を幅広く支援している。その支援の範囲は、健康診断にとどまらず、職業リスクの予防、労働条件の改善、職業的離脱の予防や職務復帰支援など多岐にわたる。全ての企業は、自ら SPSTA を設置するか、または SPSTI に加入する義務があるため、その対象は中小企業を含め非常に広い。労働医の権限は強いが、負担軽減の必要もあり、健康診断（面談）などについて労働保健看護師の権限が強化されている。

近年の傾向としては、慢性疾患や障害など脆弱性をもつ労働者への対応が産業保健制度のなかに明確に位置付けられるようになり、2021 年法により関連の規定が強化された。具体的には、すべての SPST において「職業的離脱防止ユニット（cellule PDP）」の設置が義務づけられ、小規模 SPST については複数のサービスが共同で設置することも可能とされている。日本においては治療と仕事の両立支援、職場復帰支援が類似の方向性をもつ支援と言えるが、フランスの場合、産業保健制度の枠組みのなかで、ユニットの労働医と多職種チームが関係機関と連携しつつ、関連の支援を行うことが法定の義務となっており、統一的かつ一貫した支援が目指されている点が異なると言えるだろう。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

小澤 真「フランスの産業保健における疾病・障害を有する労働者に関する最近の判例と考察」 国際基幹教育紀要 ： 人文・社会科学 第 2 号（大阪公立大学国際基幹教育機構・2026 年）P23-38.

2．学会発表

該当なし

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当なし

2．実用新案登録

該当なし

3．その他

該当なし

Ｈ．引用文献

*リンクについては、特に指定がない場合、全て 2025 年 9 月 30 日最終閲覧。

[266] 三柴丈典『職場のメンタルヘルスと法』（法律文化社・2020 年）76-86 頁。

欧文

1) Acismt, La réglementation en vigueur. https://www.acismt15.fr/la-reglementation-en-vigueur/?utm_source=chatgpt.com
2) AGESTRA, Le contexte de la santé au travail. https://agestra.org/le-contexte-de-la-sante-au-travail/?utm_source=chatgpt.com
3) Aist89, Histoire et Évolution de la Santé au travail. https://www.aist89.fr/histoire-et-evolution-de-la-sante-au-travail-p27.html?utm_source=chatgpt.com
4) M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du travail et visite médical obligatoire, Droit Social, 2011, n° 4, pp. 351-360. https://publications.ut-capitole.fr/id/eprint/4374/1/4374_Amauger-Lattes.pdf?utm_source=chatgpt.com
5) ANACT, Appel à projet national « Améliorer la santé des femmes au travail ». https://www.anact.fr/sites/default/files/2025-05/la-note-cadrage-aap-fact-santé-travail-femmes.pdf?utm_source=chatgpt.com
6) ANACT, Les étapes pour intégrer les agissements sexistes et le harcèlement sexuel dans le DUERP. https://www.anact.fr/sites/default/files/2024-07/fiche-outil-etapes-duerp-webinaire2.pdf?utm_source=chatgpt.com
7) ANACT, Travail & changement, mars/avril 2021. https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-12/tec-376.pdf?utm_source=chatgpt.com
8) ANFOR, SPEC 2217, août 2023.
9) APEC, Psychologue du travail F/H https://www.apec.fr/tous-nos-metiers/ressources-humaines/psychologue-du-travail.html
10) Assemblée nationale, Mission d'information sur le paritarisme Mercredi 23 mars 2016 Séance de 16 heures 15 Compte rendu n° 14. https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-miparitarisme/15-16/c1516014.asp?utm_source=chatgpt.com
11) Assemblée nationale, Question écrite n° 3022 : Infirmier en pratique avancée en santé au travail, 27 mars 2023. https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-3022QE.htm
12) Assurance Maladie, Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Direction générale de l'offre des soins, Communiqué de presse Le 27 juin 2025 Télémédecine : quelle juste place dans le système de

santé et le parcours des patients, au bénéfice de la qualité et de l’accès aux soins ? https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-06-27-cp-lancement-assises-telemedecine.pdf （2025 年 10 月 14 日最終閲覧）

13) Carsat, Prévenir les risques professionnels. https://www.carsat-aquitaine.fr/home/entreprise/risques-professionnels.html?utm_source=chatgpt.com

14) Carsat, Suventions prevention. https://www.carsat-pl.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/actions-prevention/subventions-prevention.html?utm_source=chatgpt.com

15) Comité Rhône Alpes d’Histoire de la Sécurité Sociale, Actes du colloque : Les Accidents du travail : Rétrospective historique et interrogations contemporaines, octobre 2008. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-HISTOIRE/2008/ACTES/COMITE_D-HISTOIRE-2008-ACTES-LES_ACCIDENTS_DU_TRAVAIL_RETROSPECTIVE_HISTORIQUE_ET_INTERROGATIONS_CONTEMPORAINES.pdf

16) Dalloz, Plateformes : requalification du contrat de prestation de service d’un coursier à vélo en contrat de travail, 12 décembre 2018. https://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/plateformes-requalification-du-contrat-de-prestation-de-service-dun-coursier-a-velo-en-contra/h/8ee9b97065c0e5b179b97950498a39bf.html

17) France compétences, Licence Professionnelle - Qualité, hygiène, sécurité, santé, environnement (fiche nationale). https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30098/?utm_source=chatgpt.com

18) France compétences, MASTER - Qualité, hygiène, sécurité. https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/30636/?utm_source=chatgpt.com

19) France compétences, MASTER - Toxicologie et éco-toxicologie (fiche nationale). https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/39811/

20) DGT, L’activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, 2025.

21) GEOTAB, Qu’est-ce que le DUERP ?, 31 mars 2025. https://www.geotab.com/fr/glossair

e/duerp-risques-professionnels/?utm_source=chatgpt.com
22) Groupe 3E, L’inaptitude du salarié : regard sur les derniers jurisprudences. https://www.groupe3e.fr/l_inaptitude_du_salarie_regard_sur_les_dernieres_jurisprudences
23) Handicap.fr, Cancer invalidant : quel intérêt à demander la RQTH ? https://informations.handicap.fr/a-cancer-invalidant-interet-demander-rqth-11570.php
24) HPSP, Actualité et dossier en santé publique, décembre 1994.
25) IGAS, Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, 2023.
26) INRS, Dossier Télétravail. https://www.inrs.fr/risques/teletravail/prevenir-les-risques.html?utm_source=chatgpt.com
27) INRS, Évaluer le risque chimique : une nouvelle version du logiciel Seirich. https://www.inrs.fr/actualites/seirich-version4-evaluer-risque-chimique.html?utm_source=chatgpt.com
28) INRS, Évaluation du risque chimique : (re)découvrez le logiciel Seirich qui fête ses 10 ans. https://www.inrs.fr/actualites/seirich-10ans-evaluer-risque-chimique.html?utm_source=chatgpt.com
29) INRS, Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). https://www.inrs.fr/demarche/iprp/intervenant-prevention-risques-professionnels.html?utm_source=chatgpt.com
30) INRS, Les acteurs de la prévention. https://www.inrs.fr/CSE/sante-securite-travail/acteurs/a-chacun-son-role.html
31) INRS, Les pouvoirs publics, en charge de la politique de prevention. https://www.inrs.fr/demarche/acteurs-institutionnels/pouvoirs-publics-politique-prevention.html
32) INRS, Références en santé au travail, n° 179, juillet/août/septembre 2024.
33) INRS, SEIRICH Guide de prise en main niveau 1, mars 2023.
34) INRS, Travail et risques pour la reproduction : anticiper pour mieux prévenir https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2061
35) MEDEF, Le cadre renouvelé de la santé au travail depuis la loi du 2 août 2021. https://www.medeflyonrhone.fr/app/

uploads/2023/10/Guide_Reforme-Sante-au-travail_MEDEF2023-V-06102023-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

36) Ministère chargé de l’enseignement supérieur et de la recherche, Psychologue : une profession réglementée en France. https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/psychologue-une-profession-reglementee-en-france-46456

37) Ministère de l’action publique, Le cadre juridique de la santé - sécurité au travail dans la fonction publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/le-cadre-juridique-de-la-sante-securite-au-travail-dans-la-fonction-publique?utm_source=chatgpt.com

38) Ministère de l’Agriculture, Les services de santé au travail en agriculture. https://agriculture.gouv.fr/les-services-de-sante-au-travail-en-agriculture

39) Ministère de la santé, Conseiller(ère) en prévention des risques professionnels https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/qualite-hygiene-securite-et-environnement/sousfamille/sante-et-securite-au-travail-et-environnement/metier/conseiller-ere-en-prevention-des-risques-professionnels

40) Ministère de la transformation et de la fonction publique, Plan santé au travail dans la fonction publique 2022-2025, 2022.

41) Ministère de la transition écologique, Santé, sécurité au travail et aptitude médicale des gens de mer. https://www.mer.gouv.fr/sante-securite-au-travail-et-aptitude-medicale-des-gens-de-mer

42) Ministère du travail, Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) | Traçabilité de l’exposition des travailleurs. https://travail-emploi.gouv.fr/agents-cancerogenes-mutagenes-ou-toxiques-pour-la-reproduction-cmr-tracabilite-de-lexposition-des-travailleurs?utm_source=chatgpt.com

43) Ministère du travail, Le Conseil d’orientation des conditions de travail (COCT). https://travail-emploi.gouv.fr/le-conseil-dorientation-des-conditions-de-

travail-coct?utm_source=chatgpt.com
44) Ministère du travail, Le rôle des acteurs de la santé au travail face aux risques professionnels. https://travail-emploi.gouv.fr/le-role-des-acteurs-de-la-sante-au-travail-face-aux-risques-professionnels
45) Ministère du travail, Les plans santé au travail (PST). https://travail-emploi.gouv.fr/les-plans-sante-au-travail-pst?utm_source=chatgpt.com
46) Ministère du travail, Le suivi de l'état de santé des salaries. https://travail-emploi.gouv.fr/le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries
47) Ministère du travail. Questions-Réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries
48) Ministère du travail, Questions-réponses | Le suivi de l'état de santé des salariés ayant une pluralité d'employeurs. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries-ayant-une-pluralite-demployeurs?var_mode=calcul
49) Ministère du travail, Questions-réponses sur les mesures relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle issues de la loi du 2 août 2021. https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-sur-les-mesures-relatives-la-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-issues-de-la-loi-du-2-aout-2021?utm_source=chatgpt.com
50) Ministère du travail, Risques au travail et prévention | Acteurs et législation en France de 1810 à 2021. https://travail-emploi.gouv.fr/risques-au-travail-et-prevention-acteurs-et-legislation-en-france-de-1810-2021?utm_source=chatgpt.com
51) Ministère du travail, 4e plan santé au travail, 2021.
52) Persée, Un travailleur indépendant peut-il être requalifié en salarié ?, 4 février 2025. https://cabinetpersee.com/travailleur-independant-requalifie-salarie/?utm_source=chatgpt.com
53) Plan santé au travail 2016-2020 Normandie, Fiche d'entreprise Guide de bonnes pratiques, 2023. https://www.cse-guide.fr/medias/2023/07/Creer-une-fiche-dentreprise-via-le-Plan-Sante-au-Travail.pdf
54) Préventech Consulting, La santé au travail & QVCT.

https://www.preventech.net/la-sante-au-travail-qvt-qvct/?utm_source=chatgpt.com
55) Ch. Radé, La Cour de cassation et les chauffeurs salariés de la plateforme Uber, Lexbase, 18 Mars 2020. https://www.lexbase.fr/revues-juridiques/57260673-jurisprudence-la-cour-de-cassation-et-les-chauffeurs-salaries-de-la-plateforme-uber
56) Santé et sécurité au travail Provence-Alpes-Côte d'Azur, La prise en compte du genre dans l'évaluation des risques. https://www.sante-securite-paca.org/risques-et-prevention/evaluer-et-prevenir-les-risques/prise-en-compte-du-genre-dans-levaluation-des-risques?utm_source=chatgpt.com
57) Sénat, Contrôle de l'application de la loi pour renforcer la prévention en santé au travail. https://www.senat.fr/application-des-lois/ppl20-378.html?utm_source=chatgpt.com
58) Service public, Médecine du travail pour un salarié du secteur privé. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211
59) SLST, Les différents suivis. https://slst.fr/employeur/les-differents-suivis/
60) Société d'ergonomie de langue française, L'Ergonomie. https://ergonomie-self.org/lergonomie/definitions-tendances/
61) S. Tournaux, Loi relative à l'organisation de la médecine du travail, 1 septembre 2011, Lexbase. https://www.lexbase.fr/article-juridique/4774295-textes-loi-relative-a-lorganisation-de-la-medecine-du-travail?utm_source=chatgpt.com
62) Vie publique, Chronologie : histoire des relations du travail depuis la loi Le Chapelier de 1791. https://www.vie-publique.fr/eclairage/268879-chronologie-les-relations-du-travail-depuis-la-loi-le-chapelier-1791?utm_source=chatgpt.com
63) Vie publique, Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. https://www.vie-publique.fr/loi/278583-loi-2-aout-2021-transposition-de-lani-sante-au-travail
64) Village de la Justice, Santé au travail : 10 points à connaître absolument sur la loi du 2 août 2021. https://www.village-justice.com/articles/sante-travail-points-connaitre-absolument-sur-loi-no2021-1018-

aout-2021%2C40109.html?utm_source=chatgpt.com

邦文

65）小澤真「テレワークによる孤立の問題と対策：コロナ禍におけるフランスの事例から」日本労働研究雑誌 751 号（労働政策研究・研修機構・2023 年）122-137 頁

66）笠木映里・鈴木俊晴「フランスの産業精神保健制度」（厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書・2013 年）419-441 頁

67）厚生労働省・中央労働災害防止協会『心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き』https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf

68）野田進『フランス労働法概説』（信山社・2022 年）

69）三柴丈典「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と わが国への適応可能性に関する調査研究」（厚生労働科学研究 2013 年）

70）三柴丈典『職場のメンタルヘルスと法』（法律文化社・2020 年）

71）メディカルトラスト「休職者への復職面談で復職可否の判断ポイントと注意点を紹介」https://www.medical-tt.co.jp/2615?utm_source=chatgpt.com

	労働医（médecin du travail）	協力医師（médecin collaborateur）	労働医学研修医（interne en médecine du travail）	対応臨床医（médecin praticien correspondant）	労働保健看護師（infirmier de santé au travail）	リスク予防担当者（intervenant en prévention des risques professionnels）	労働保健予防サービス補助職（assistant de service de prévention et de santé au travail）
□個別の健康管理							
【一般健康管理】							
情報・予防面談（visite d'information et de prévention）	可	可	可	可	可	不可	不可
定期情報・予防面談（visite d'information et de prévention périodique）	可	可	可	可	可	不可	不可
【特殊健康管理】							
適性検査（examen d'aptitude）	可	可	可	不可	不可	不可	不可
中間面談（visite intermédiaire）	可	可	可	不可	可	不可	不可
曝露後・退職後の健康状態監視に関する検査（examens relatifs à la surveillance post-exposition et post-professionnelle）	可	可	可	不可	不可	不可	不可
【共通】							
復職時検査（examen de reprise）	可	可	可	可（一般健康管理）	可（一般健康管理）	不可	不可
事前復職検査（examen de pré-reprise）	可	可	可	可（一般健康管理）	可（一般健康管理）	不可	不可
中途キャリア面談（visite de mi-carrière）	可	可	可	可（一般健康管理）	可	不可	不可
申請による面談（visite à la demande）	可	可	可	可（一般健康管理）	可（一般健康管理）	不可	不可
産休者（avis）	可	可	可	不可	不可	不可	不可
退職（préparation）	可	可	可（要指導医以上）	不可	不可	不可	不可
労働保健医療記録（dossier médical en santé au travail）	可	可	可	可	可	限定的に可	限定的に可
□職場環境における活動（集団的健康管理）							
作業場訪問（visite des lieux de travail）	可	可	可	不可	可	可	可
職務調査（étude de poste）	可	可	可	不可	可	可	可
リスク分析（identification et l'analyse des risques professionnels）	可	可	可	不可	可	可	可
企業ファイル（fiche d'entreprise）	可	可	可	不可	可	可	可
緊急時対応助言（délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence）	可	可	可	不可	可	可	可
社会経済委員会参加（participation aux réunions du comité social et économique）	可	可	可	不可	可	可	可
測定活動（réalisation de mesures métrologiques）	可	可	可	不可	可	可	可
啓発活動（animation de campagnes d'information et de sensibilisation）	可	可	可	不可	可	可	可
疫学調査（enquêtes épidémiologiques）	可	可	可	不可	可	可	可
特定リスク研修（formation aux risques spécifiques）	可	可	可	不可	可	可	可
新技術についての検討（étude de toute nouvelle technique de production）	可	可	可	不可	可	可	可
安全研修（actions de formation à la sécurité）	可	可	可	不可	可	可	可
障害者雇用に関する意見	可	可	可（要指導医以上）	不可	不可	不可	不可

労働保健予防サービス従事者権限リスト（筆者作成）

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

フランスにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
（産業保健看護職担当分）

分担研究者　帆苅　なおみ　東京工科大学医療保健学部看護学科・准教授

研究要旨

目的：本報告は、フランスの産業保健法制度の背景・特徴・運用実態を、OH ナース（OH ナース）に焦点を当てて整理し、日本制度との比較を目的とした。

方法：労働法典・政令等の一次資料および関係機関の公式報告に基づく文献レビュー

結果：フランスでは企業間共同産業保健サービス（SPSTI）と企業内産業保健サービス（SPSTA）により、中小企業を含む全ての労働者に産業保健サービスが提供される制度が構築されている。また、産業医、協力医師、インターン、看護師、職業リスク予防専門家（IPRP）等による多職種連携が制度で規定されており、包括的な産業保健サービスが提供されている。産業医は高度な教育制度の下、予防医学専門職として健康診断・職場巡視・環境改善を主務とする。OH ナースには企業規模に応じた配置基準があり、就労に際し看護師国家資格に加えて特定研修（理論最低 240 時間・実務 105 時間）が義務づけられている。2021 年の法改正により、OH ナースの役割が拡充され、採用時情報・予防面談（VIP）、45 歳キャリア面談、復職支援、健康教育、職場巡視、メンタルヘルス支援等を産業医のプロトコル下で担っている。さらに、2021 年の法改正では、産業保健サービスが非正規雇用やフリーランスも拡大され、また高齢者・障がい者等の脆弱な労働者への就労支援による離職防止が強化された。女性の健康管理については、日本と同様に特有の課題に対する職場での包括的な支援の強化が求められている。化学物質管理は、リスクアセスメントと予防計画の策定が制度化され、リスク評価の一元文書（DUERP）のデジタル管理により、職場の危険要因の把握と継続的な PDCA サイクルの実施が制度により担保されている。一方で日本においては、化学物質のリスクアセスメントが義務化されているものの、その手法や管理については事業者に一任されているため、化学物質管理の運用に課題がある。

考察：フランスでは法制度により多職種チームが制度化されている一方、OH ナース等の産業医以外の職種の活動の自律性には課題がある。日本に対しては、全事業場をカバーするための包括的産業保健サービスの構築、多様化する問題に対応するための多職種連携体制による産業保健サービス提供の制度化、既存の制度の対象者を拡充し、非正規雇用やフリーランス等の労働者への支援を強化する必要がある。

Ａ．研究目的

本研究は、諸外国の産業保健制度の背景・徴・運用実態・課題を明らかにし、とくに産業医･OHナース等の専門職の専門性と活用実態、専門職間連携、資格・教育制度･業務内容を整理する。併せて、日本の政策課題である治療と就労の両立支援、高齢者・女性・フリーランスに特有の健康課題、化学物質／有害物質の管理に関する取組を比較検討する。本分担ではフランスの状況を対象とする。

Ｂ．研究方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。公式法令集であるLégifrance、 santé au travail （労働法典）、国立安全研究所（Insitut national de recherche et de sécurité：INRS、DGT（労働総局）等による報告書、職能団体情報として GIT、ANACT、CNAM等の公式Webサイト、さらに一部フランスで企業内専属看護師として勤務するインフォーマントからの情報を得た。こうした多様な資料を対象に、関係専門職間の連携、産業保健職の資格・教育制度、業務内容、労働者とフリーランスの健康や産業保健サービスへのアクセス、高齢化や人材不足といった課題を整理している。

この作業に際しては生成AI（ChatGPT 5、Microsoft copilot）を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所を生成AIに学習させ、課題を示して回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文する手順を採用した。

Ｃ．研究結果

１．産業保健サービスの提供の仕組み

労働法典によって、雇用主は、産業保健サービス （SPST） を組織することが義務付けられている。SPSTには以下の2種類がある[1)]。

1）企業間の共同産業保健サービス機関（SPSTI ：Service de Prévention et de Santé au Travail Interenterprise）：500人未満の場合に設置が義務付けられている。

2）企業内産業保健サービス（SPSTA：Service de Prévention et de Santé au Travail Autonome）：主に大企業が看護師や医師を直接雇用する産業保健体制であり、従業員500人以上の企業にはどちらかの設置が義務付けられている。

その他、企業内の専属看護師として雇用されている場合があり、SPSTAまたはSPSTIの産業医の権限の下で、産業保健活動を遂行する 。

多職種連携での産業保健サービスの提供の制度があり、労働法典によってSPSTの任務は多職種チームにより担われることが規定されている[2)]。産業保健の多職種チームは、産業医、協力医師、産業医インターン、看護師、IPRPにより担われる。IPRP（ntervenants en Prévention des Risques Professionnels）は、職業上のリスク予防のための人間工学、毒性学、衛生、労働心理学、作業組織に関す

る専門的知識を有する職業専門家である。その他、チームには必要に応じて、産業保健の能力を有する医療職、SPST アシスタント、産業医の意見を経て採用された専門家が補完されている 。

インフォーマントからの情報によると、従業員の医療記録は外部の SPST が記録を保管しており、企業で専属雇用されている OH ナースは、記録にアクセスできず、RGPD（一般データ保護規則）に基づき共有されていない。

２．産業保健専門職の種類と教育・資格・役割

１）産業医（Médecin du travail）

(1) 教育・資格

産業医の資格取得のためには、フランスの医学部で 6 年の基礎医学教育を修了し、医師の国家試験に合格後に産業医専門課程（DES Médecine du travail ）で 4 年間の教育を受けることが義務付けられている[3]。最初の 2 年が初期臨床研究，次の 2 年間が専門研修となっている．各研修は 4 半期単位で行われ，8 つの専門領域を学ぶことになっている。

(2) 役割

産業医は企業内の産業保健部署（SPTA）や、中小企業向けの企業間産業保健サービス（SPSTI）で勤務しており、予防業務を中心とし、定期健康診断の実施と結果に基づく就業適性の判定、職業病や労働災害防止のための職場環境の改善などが主な役割である[4]。フランスの産業医は予防医学の専門医であり，緊急時を除いて医薬品の処方を含めて臨床行為を行うことはできない 。産業医の主な業務は（i）労働適正の判定と適正配置、健康診断（雇用時健康診断，定期健康診断，復職時健康診断，特殊健康診断など）（ⅱ）職場巡視、職場環境の改善、職場改善に関しては，tier temp（3 分の 1 時間規程）があり，産業医は全勤務時間の 3 分の 1 以上は現場の巡視など職場の使命に費やす[5]。

(3) 産業医の選任状況

2023 年度の労働総局(DGT)の調査「産業保健サービスにおける業務・活動状況報告」によると SPSTI に医師 4,224 人（産業医 3,575 人、医師協力者 536 人、研修医 113 人）、SPSTA に医師 1,263 人（産業医 1,180 人、医師協力者 30 人、研修医 53 人）で計 5,487 人が配置されており、SPSTI では医師 1 名に対して労働者約 4,800 人と高負荷な構造となっている、SPSTA では医師 1 人あたり 1,658 人をフォローしている。SPSTI あたり平均 21 人の産業医がいる。2022 年には 20 人前後であったため、SPSTI あたりの産業医の平均数は若干増加している[6]。

(4) 産業保健専門職の連携

SPSTI が担当する企業の 92.5%が中小企業である。産業医の担当労働者数が多く、産業医の負担軽減のため、産業保健看護師との業務分担（プロトコル）が制度化されている[7]。

インフォーマントからの情報によると、産業医は全国的にも減少傾向にあり、医療過疎地域が広がっており、産業医一人あたりが担当する労働者数は増加し、多様化している。定年が 64 歳まで引き上げられたことで労働者の健康管理の負

担も増している。今後この状況を裏付ける調査報告などを確認する。

２）OHナース（Infirmier en santé au travail）

（1）設置基準

SPST（産業保健サービス）では、労働法施行規則により企業規模に応じた看護師の配置基準が定められており、製造業では従業員200～800人で最低1名、以降600人ごとに1名追加配置する。非製造業では500～1000人で1名、以降1000人ごとに1名追加の基準がある。500名未満の場合でも、産業医と必要に応じて労働者代表が賛成すれば、OHナースを設置・雇用することができる[8) 9)]。

（2）教育・資格

産業保健サービス(SPST)に採用される看護師は、国家資格(Infirmier diplômé d'État, IDE)を取得しているか、外国資格などから制限なしに業務を行う許可を受けたものである必要がある[10)]。3年制の看護師国家試験受検資格が得られる教育課程で学士(Licence)が取得できる。SPSTの看護師として働くためには、IDE取得後に、原則としてフランスの看護師会（Ordre des infirmiers）の登録と専門教育を受ける必要があり、雇用主は産業保健サービス（SPST）に雇用した看護師に対して、看護師が雇用時点で産業保健に関する専門教育（formation en santé au travail）を受けていない場合には、産業保健分野における特定研修実施の措置を講じなければならない。

産業保健に関する特定研修制度は公的なものであり、特定研修は採用日から12ヶ月以内に実施されることが求められ、契約期間が12ヶ月未満の場合には契約終了前までに特定研修が開始されていなければならない[10)]。特定研修（formation spécifique en santé au travail）の内容は、2022年12月27日施行の政令（Décret n° 2022-1664）により規定されており、内容は理論教育が最低240時間および実務研修が105時間の産業保健現場での実習である[11)]。実務経験によって免除される内容もある。特定研修では、6領域の知識・能力を最低限習得することが求められている。1.企業、労働環境に関する知識　2.職業上のリスク・疾病とその予防策 3.職場におけるリスク予防や健康促進の集団的取り組み、企業や雇用主の支援4.個々の従業員に対する健康管理(曝露履歴の記録、健康・疫学的モニタリング含む）5．職業からの離職防止（désinsertion professionnelle）6.職場保健サービスの多職種チームにおける看護師の役割と、関連機関との連携などである[11) 12)]。

特定研修の実施機関は、国公立の高等教育機関またはフランス労働法典L.6316-1条に基づき認証された職業研修機関（organismes de formation certifiés)で実施されている。研修実施機関には、CNAM（国立技術・産業高等教育機関 Conservatoire National des Arts et Métiers）、INRS（国家労働安全衛生研究所 Institut National de Recherche et de Sécurité）、ANACT（フランス労働省管轄の機関　Agence

Nationale pour l’Amélioration des Conditions de Travail）等がある。 その他、産業保健看護に関する職能団体では、GIT（Groupement des Infirmiers de Santé au Travail）1987年設立のフランス全国規模の中核団体があり、OHナースの専門性向上・制度整備・ネットワーク構築を担う。

教育・資格に関する流れでは、医師需給の逼迫と就労者の健康ニーズ増大を背景に、2023年の報告で、産業保健看護師の養成と高度実践看護師(Master相当の国家ディプロム：DE-IPA）制度を産業保健領域に適応するための検討がされている[13]。このIPA制度は、日本の専門看護師に近い資格と考えられる。日本の専門看護師は実務経験 5 年以上で大学院修士課程において専門看護師教育課程を修了し、日本看護協会の認定審査に合格すると取得できる。日本の専門看護師には産業保健分野は設定されていない。

また、インフォーマントからの情報によると、企業が専属で雇用するOHナースについては、看護師の国家資格と実務経験のみで雇用されている実態がある。

（3）役割

OHナースは、産業医と協働して従業員への健康教育や日々の健康相談、応急対応などを担い、労働者の健康増進に寄与する。緊急事態を除いて、OHナースの使命は主に予防である。。2021年の法改正（職場の健康に関する法律）により、一次予防の強化、職場からの離脱（離職・就労不能）防止部門の設置、および産業保健サービスの体制が強化された。産業医がチームの産業保健専門職に一部の業務を委任出来る範囲を拡大し、OHナースによるVIP（Visite de prévention：予防面談）、労働者の高齢者を背景に新設された45歳のキャリア面談の実施、健康測定等の活動が法的に明文化され）、これによりOHナースは法律上で産業医の指導の下で自律的に産業保健活動が実施できる職種として認められた[14]。

OHナースは、自らの固有の職務（missions propres）健康面談、健康状態の観察、データ記録、健康教育、労働者の相談、メンタルヘルス支援、職場訪問 に加え、産業医から委任された業務、採用時・復職面談、血圧、聴力、視力検査など、健康状態の追跡・報告、リスク教育を遂行する。産業医からの委任は必ず書面で行われ、委任された業務は産業医の責任のもとで行う。OHナースは産業医の書面によるプロトコルの枠組みの中で、緊急事態を除き、以下の業務を担う[15) 16)]。

・健康面談：新入社員面談・復職面談・45歳キャリア面談などを実施

・職場巡視とリスク評価：化学物質、騒音、作業姿勢などの職業リスクを職場巡視で観察し、改善策を提案

・健康教育の実施：睡眠、生活習慣病、熱中症、姿勢、ストレスなどのテーマで実施する

・多職種チームとの連携によるリスク低減措置の提案・実行

インフォーマーからの情報によると、上記以外に以下の業務を実施している

とのこと。

・労働災害や緊急時の対応（AFGSU2：看護師・医師対象の高度な救急処置資格を保持）

・就労継続支援（産業医の指示に従い、職場調整や装具導入など）

・筋骨格系障害や職業病の予防（特に上肢の腱障害）

・職場での救急救命講師（SST）になることもあり、企業が従業員に応急手当を教育する手段として活用されている。

SPSTI ではOHナースによる企業訪問が大きな割合を占めている。OHナースが実施した訪問件数は3,137,430件で、訪問件数全体の48%を占めている。産業医による OH ナースへの企業訪問や面談の委任が進んでいる[6]。

OHナースの評価や権限についてのインフォーマントからの情報によると、産業医の業務負担軽減を目的として、OHナースの役割が拡充してきているが、その専門性が十分に評価されているとは言い難いとのこと。

3）その他の産業保健専門職

フランスでは多職種による包括的な産業保健サービス提供体制が法的に規定されており、産業医がチームのリーダーシップをとって各専門職の協働をコーディネートしている。法的設置義務はないが、産業保健サービス（SPST）では、職業上のリスク予防のための専門家や、人間工学、毒性学、衛生、労働心理学、作業組織に関する専門的知識を有する職業専門家（IPRP（Intervenants en Prévention des Risques Professionnels）が活用される制度があり[2]、SPST 内の多職種体制の一員として配置が推奨されている。SPSTI に 2,313 人（安全衛生/化学技術者 31%、人間工学専門家 22%、心理学者 12%、労働衛生技術者 12%）、SPSTA に 733 人（安全衛生/化学技術者 23%、人間工学専門家 16%、心理学者 24%、労働衛生技術者 19%）が配置されている[6]。

（1）心理職（Psychologie du travailpsychologue）

心理士の国家資格に加えて、任意で DIUST（Diplôme inter-universitaire de santé au travail）などを受講する例もある。法令での設置義務はないが、2008 年のテレコムでの従業員の連続自殺が契機となり、労働法典 L.4121-1 条で、「雇用主は、身体的および精神的健康を保護するための措置をとらなければならない」と定められており、企業がこの義務を果たす方法の一環として、多くの産業保健サービス（SPST）が心理職を導入している。

（2）人間工学専門家（Ergonomie）

法的な設置義務、国家資格はなく、大学等で取得可能な修士レベルの専門ディプロマが一般的と思われる。

（3）労働衛生技術者（Hyghygiène au travail）

日本の衛生管理者、衛生工学衛生管理者、作業環境測定士、といった国家資格はないが職業ディプロマ（diplômes professionnels）や職能称号（titres professionnels）によって、同等の職能がカバーされており、RNCP（国家職業資格登録簿）に登録された公式認定資格で

ある。

（4）毒性学者（有害物質評価専門家）Toxicologie

化学物質が生体に与える影響を評価・予測し、健康被害を防止・管理する専門家。

国家資格はないが、専門修士課程や大学ディプロマがある。

４）フランスの健康診断のしくみ

2017 年の労働医学制度改革（Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016）により、それまでは産業医による 2 年ごとの定期健康診断が義務付けられていたが、産業医数の不足により、リスクに応じた健康診断と多職種分担での実施となった。また、2022 年法改正（Décret n° 2022-679（2022 年 4 月 26 日）により、産業医は採用時面談、定期訪問面談、復職面談、中年期面談を産業保健看護職へ委任できるようになった[7]。

採用時の予防面談（Visite d’information et de prévention:VIP）を配属後 3 ヶ月以内に実施することが義務付けられている。また、夜勤労働者、18 歳未満、生物学的因子、電磁界にさらされる労働者については、配属前に面談を実施する必要がある。面談は必ず産業医が行う必要はなく、産業医の指示で協力医師、産業医インターン、OH ナースが行うことができる。

面談では、健康状態の確認、暴露される可能性があるリスクについての情報提供、実施すべき予防対策、産業保健サービスによる健康状態のチェックの手順の説明、産業医の診察の案内をする。この面談は、すべての従業員に適応され、無期契約社員、有期契約社員、見習い社員、臨時社員にも必須となる。採用時面談からリスクが低い従業員は 5 年以内に面談を実施する。リスクが高い障害のある労働者、障害年金受給者、夜勤労働者は産業医の決定で 3 年後に面談を実施する[17) 20)]。

以後リスク区分に応じて異なる頻度で面談や健康診断を受ける

（1）リスク区分　強化フォローSuivi individuel renforcé：SIR

健診頻度：2 年毎

健診対象：化学物質・アスベスト・鉛・高所作業・特殊機械・病原体・放射線・高気圧業務などの危険有害な業務に従事している労働者を対象とする

健康診断と産業医が適正診察を行い、産業医が就業に関する意見書を発行する。必要があると認められるときには事業者に対して、異動、配置転換などの個別の措置を提案する。事業者は産後医の意見を考慮し、拒否する場合にはその理由を述べなければならない 。

（2）区分 SIA　Suivi Individuel Adapté　調整フォロー

健診頻度：3 年毎

健診内容：夜勤・授乳中の女性・障害がある労働者など

面談で業務による潜在的な健康への影響を伝え、予防措置について助言する。

いつでも遅滞なく、産業医に紹介され就業上の配慮を行う。

（3）区分 SIS　Suivi Individuel Simple　通常フォロー

健診頻度：なし　特に暴露のない職

種

特別な職業リスクがない労働者向けの標準区分。採用後の VIP（情報・予防面談）を受け、その後は最長 5 年ごとに更新（頻度は産業医等が個別に決定）。

4. 日本における産業保健分野の政策的課題について、フランスでの現状と対策状況

2021 年 8 月 2 日の労働衛生における予防を強化するための法律 Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail [14] によって、治療と就労の両立支援や高齢者・障がい者等の就業継続支援などの脆弱な労働者への支援と職業生活からの離脱防止が強化された。

１）非正規雇用労働者、フリーランス、派遣労働者の支援

上記 2021 年の予防強化法によって、労働衛生管理の対象は派遣社員、下請け企業の従業員、独立自営業者 にも拡大されている。また、家事雇用者（家政婦、ベビーシッター、ホームヘルパーなどの個人の家庭に直接雇用されている労働者）の健康管理の条件が定められた。また、複数の雇用主による同一職種の労働者（清掃員が複数の企業で働く、家政婦が複数の改定で勤務する等）の健康管理について、雇用主同士が協定を結び共通の産業保健サービス（SPST）を利用できるようになた [18]。派遣労働者（travailleurs intérimaires）や有期契約労働者（CDD：contrat à durée déterminée）について、安全衛生教育が十分でなく、リスクへの暴露が高まっていることを踏まえ、特別な保護措置（mesures de protection particulières）が設けられている。具体的には、一部の危険業務（アスベスト・鉛作業、爆発・放射線・高電圧作業等）については就業が禁止されており、派遣先企業の責任で安全衛生教育が実施されることが規定されている [19) 20)]。派遣労働者に関する労働衛生の責任分担は、派遣元企業には派遣契約前に安全と健康リスクを把握し教育を受けさせる義務があり、派遣先企業には現場でのリスク管理、安全衛生教育、防護措置の責任が課せられている。産業保健（SPST）は派遣労働者の健康フォローを統括し、必要に応じて産業医が関与する。

自営業者は従業員とは異なり、労働災害・職業病に対する強制的な社会保障の対象とはならない。ただし、労働災害保険（AVAT）に任意で加入することができる。また、経済的依存、複数の依存関係（顧客、サプライヤーなど）、仕事による私生活への影響、孤立、労働時間の延長、労働の激化等の特有の課題がある。経済的に依存している自営業者やデジタルプラットフォームの労働者など、最も脆弱な労働者については、特に注意を払う必要があり職業上のリスク予防は、特有の状況に合わせて調整される必要がある [18)]。

２）持病がある労働者・高齢労働者の支援

企業に職業的離脱防止に関する専任チームを設置することを義務付け、長期病休者の職場復帰支援や配置転換の検討などを体系的に実施出来るようになっ

た。また、労働者の高齢化に伴い、45 歳前後でのキャリア健康チェックが新設された。この目的は健康状態を踏まえて、労働者が無理なくキャリアを続けられるよう支援すること、中高年労働者の健康上の課題を早期に把握・対策することである。このキャリア面談は産業医、OH ナースが人事部門と連携して実施する。また、長期病気休業後の「復職前面談」制度も創設され、休業中から労働者と会社・主治医・産業医の連携を図りスムーズな職場復帰を支援することが可能となった[21]。

２）女性労働者の支援

母性保護について、雇用主は、100 人以上の従業員を雇用する場合、希望する女性労働者が勤務時間内に授乳できるようにする権利を保障することが義務付けられており、母乳育児専用の部屋の条件が規定されている[22]。

部屋の条件は、作業室から分離、換気され、窓または可動フレームを備えたその他の開口部が装備されており、外側に直接開口、連続空気更新方式を装備、適切な照明、十分な量の水または洗面台の近くに水を供給します、授乳に適した座席を用意、一定の清潔な状態に保つ、清掃は毎日行われ、子供の立ち会いなしで行われる、衛生的な条件下で適切な温度に維持されるなどが規定されている[23]。

日本においては、女性や妊産婦について有害業務の制限が規定されている（労働安全衛生法規則 61 条 2）。しかし、授乳できる設備に関する規定はなく産後女性に対する配慮が十分ではない状況である。一部、健康経営推進の中でマザールームなどを設置している企業もある。

2023 年のフランス上院の女性の権利・機会に関する議会委員会の勧告レポートでは[24]、23 の勧告の中で、女性に多い筋骨格系障害、精神的負担、月経困難症や子宮内膜症などの病状への対応、勤務調整、病休制度の整備、妊娠・不妊治療・流産などに関する情報提供と法的保障を強化することが指摘されている。女性の健康課題を「個人の問題」ではなく「職場構造と政策の問題」として可視化し、労働衛生とジェンダー平等を統合した包括的アプローチの必要性を訴えている。また、この勧告レポートの中には、第 4 次労働衛生計画において、産業保健サービス（SPST）を活用し、女性の身体的・精神的健康課題を分析・支援するためのツールや方法論を開発することが行動目標として記されている。

フランスにおいても働く女性の健康について日本と同様の課題があることが示唆された。

日本では、厚生労働省の働く女性の心とからだの応援サイトでの労働者、企業向けの情報発信や生理休暇制度（労働基準法第 68 条）や妊産婦について「母性健康管理指導連絡カード」の活用を進めているが、包括的な産業保健の支援には至っておらず、企業毎の活動に依存している状況であるが、健康経営の評価項目に女性の健康管理の項目が導入されており、健康経営推進の活動として女性の健康支援を組織的に取り組む企業が増えている傾向がある。

4）化学物質／有害物質の管理

2021年8月2日の労働衛生における予防を強化するための法律(Loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail)[14]でリスクアセスメントと予防計画の策定が制度化された。企業が作成する「リスク評価の一元文書（DUERP）」の内容・管理が強化され、全ての企業に過去の DUERP を保存し労働者のリスク曝露の集団的なトレーサビリティを確保する義務が課された。また、DUERPと一体の年次予防計画(PAPRIPACT)については小規模企業を除き策定が義務付けられた。DUERPはデジタルポータルへ登録・長期保存され、労働者や元労働者も閲覧できる仕組みとされ、これらにより、職場の危険要因の把握と継続的PDCA サイクルの実施が制度により担保されている。

日本の化学物質管理については、令和４年の労働安全衛生法の改正により、事業規模問わず全ての事業者に特定の危険のある化学物質のリスクアセスメントとリスク低減措置が義務化された（労働安全衛生法57条の3）。厚労省からリスクアセスメントの方法やシステムの提供がされているが、利用は任意で法的に統一したものはなく、それぞれの事業場毎に作成をしている。リスクアセスメントが義務化されていても、国への提出の義務はない。ISO45001などの労働安全衛生マネージメントシステムの規格を取得している企業であれば、システムの中で実施と管理を行っている企業が多く、労基署の立ち入りがあれば提示を求められる。リスクアセスメントの記録は3年間の保管が義務づけられているものもあり、また、がん原性物質についてはリスクアセスメントの結果を30年間保存が義務づけられている。フランスのDUERPは全ての使用者に作成・更新義務があり、罰則を伴う強制力がある点が異なる。

５）その他

職業別の健康課題では、保健・社会福祉分野で労働条件の改善が見られず、疲労・ストレス等の健康問題が悪化している。宿泊泊・飲食業については、身体的負荷が継続して高く、疲労や睡眠障害が増加している。 製造業においては、身体負荷は減少したが、精神的疲労が増加傾向となっている[25]。

Ｄ．考察

調査結果から日本とフランスの制度の比較から日本の課題を考察する。

１）産業保健サービスの提供のしくみ

日本においては労働安全衛生法により50人以上の労働者を雇用する事業場に産業医選任が義務付けられているが、従業員50人未満の事業場には産業医配置義務がない。一方フランスでは中小企業の従業員であっても、企業間産業保健サービス(SPSTI)に企業が加入することが義務付けられており、事業場規模を問わず全ての労働者に産業保健のサービスが提供される制度となっている。日本においては、50人未満の小規模事業場には、地域産業保健センターが産業保健サービスを無料で提供するしくみがあるが、利用状況は事業場数としては2.06%、労働者数としては 8.99%にとどまり十

分に活用されているとは言い難く、その理由として啓発や周知の不足、事業者の安全衛生に関する関心や意欲の低さが理由との見解もある[26]。フランスの中小規模事業所を支援する SPSTI では積極的に事業場訪問が実施されており、訪問によって職場のニーズや課題を把握して、対策に繋げていることから、日本の地域産業保健センターの支援においても積極的な事業所訪問が必要であると考える。また、事業場の多様なニーズに対応するためには多職種のチームで産業保健サービスを提供する仕組みが必須である。

２）多職種連携による産業保健サービスの提供

フランスでは多職種チームによる産業保健サービスの提供が法令で規定され、制度として多様なニーズに対応できる仕組みが整備されていること、また、OH ナースや職業リスク予防専門家(IPRP)が制度上の構成員として位置づけられている。

日本では近年、産業保健チームの活動推進が提唱されているものの、産業医・OH ナース・人事労務・外部機関の連携は好事例の紹介にとどまり、法令上の明確な義務づけはない。近年の産業保健の課題となっている、メンタルヘルス、医療・福祉分野における腰痛災害、化学物質による健康障害への対応では、フランスの IPRP にあたる心理職・人間工学専門家・化学物質管理の専門家（ハイジニスト）等との連携が不可欠であるが、多職種体制が制度的に未整備であり、多職種連携によるサービスの提供が十分に進んでいないことが課題である。　化学物質管理については、2024 年の労働安全衛生法改正でこれまでの一律の法規制から自律型のリスク管理へとシフトし、化学物質管理が強化された。それに伴い、事業場規模問わず事業場での化学物質管理者の選任が義務化されたが、化学物質管理者は１～2 日間の講習で取得できる資格であり、業務と兼務で選任されていることが大半であることから、化学物質に関する十分な知識を持ち活動を推進するには課題がある。外部の化学物質専門家（ハイジニスト）との連携も推奨されているが、その絶対数の不足から化学物質の専門家との連携にも課題がある[26]。

３）産業医の権限と業務範囲について

フランス産業医が予防専門に特化しているのに対し、日本では専任産業医の配置が義務化されている大規模事業場を除き、従業員数 1000 人未満の多くの事業場は、産業医は地域の開業医であり、非常勤で産業保健活動を実施している。そのため、産業医活動に時間的な制約があり、事業場における産業医が関与している業務内容では、健康診断の事後措置が約 7 割、作業環境管理が約 2 割、メンタルヘルス対策は約 3 割、職場巡視が約 3 割と十分なサービスが提供されているとは言い難い[27]。フランスでは産業医は診療行為をせず健康管理・職場環境改善・就業判定に徹することが明確に規定されている点が異なる。

４）OH ナースの法的基盤について

日本では法的な選任義務はなく、 健康管理等（労働安全衛生法 13 条の 2 第 1 項・規則 15 条の 2 第 1 項）、 健康相談（労働安全衛生法 13 条の 3）、 健診後の保健指導（労働安全衛生法 66 条の 7 第 1 項）、 ストレスチェック実施者（労働安全衛生法 66 条の 10 第 1 項）の業務について、OH ナースの活用について明記されている。しかし、それらはストレスチェック制度を除いて事業者の努力義務であり、その雇用は事業場規模が小さくなるにつれて少なくなっている。一方で、OH ナースを活用している事業場では保健指導、健康相談、教育、ストレスチェックの実施、職場巡視、作業管理、保健事業計画、感染症対策等多岐にわたる業務を担っている[28]。

フランスは産業医が権限を持ち、産業保健チームのリーダとしての役割を持っており、OH ナースを始め、その他の産業保健専門職は医師の指示の下で書面による指示書に基づき業務を遂行することが基本となっている。しかし、近年は予防が重視され、産業医の人員不足もあり、OH ナースへの業務委託が進んでいる。日本では OH ナースの雇用は企業の裁量に委ねられており、中小規模の事業場での配置率は低い一方で、雇用されている OH ナースはフランスよりも幅広い業務を自律的に遂行している点が特徴的である。その背景には、日本では産業医の多くが非常勤であり、OH ナースが産業医業務を日常運用面で補完している実態がある。さらに日本は、生活習慣病予防を目的とした一般の定期健康診断を事業者・労働者双方に法的義務として課し、加えて医療保険者には特定健診・特定保健指導（メタボリックシンドローム対策）が義務付けられている。多くの国が職業性疾病を対象とする健診を中心とするのに対し、日本のように生活習慣病予防型の健診を法定で義務付ける国は稀である。加えて、国の健康づくり運動（健康日本 21〔第 3 次〕）でも、企業等の多様な主体による取組が位置づけられており、職域での生活習慣病予防において OH ナースが役割を担う基盤が形成されてきた。

５）OH ナースの教育・資格について

日本の OH ナースは、保健師資格を有する者と看護師資格のみを有する者に大別される。保健師、看護師の養成は 4 年制大学、3 年制の看護短期大学、看護専門学校等で行われている。保健師、看護師資格は保健師助産師看護師法により規定されており、保健師資格は看護師の国家資格を基盤に発動する資格である。保健師資格は看護師課程に加えて約 930 時間の公衆衛生看護学、疫学、保健統計学、保健医療福祉行政論等を学び、国家試験に合格することで得られる[29]。保健師資格を法律で定めている国は少なく、フランスにおいては、看護師の国家資格取得後に産業保健に関する特別教育（理論教育：最低 240 時間、実務研修 105 時間）を受けて OH ナースとして働いている。

日本の OH ナースの教育は、保健師教育の中で公衆衛生看護学の一領域として組み込まれており、保健師助産師看護師学校養成所指定規則に基づく、指導ガイドラインでは公衆衛生看護学実習に

おいて、産業保健を含む多様な場で実習をすることが明記されているに留まる。従って日本における看護基礎教育でのOH ナースの教育は一律の体系化されたものはなく、フランスの教育と比較して限定されている。また入職前の教育については、OHナースに特化した国家資格や必修教育課程は存在せず、看護師・保健師資格を基盤としつつ、自主的な研修参加やなど自己研鑽に依存しているのが現状である。現任者教育は学術団体や職能団体、日本看護協会によって提供されているプログラムがあるが、受講は任意であり費用負担の有無も所属企業によって異なる。大企業など OH ナースを多数抱える事業場では、社内で教育ラダーを整備し体系的な教育を行っている例もあるが、そのような企業は少数にとどまっており、所属企業による教育格差が生じている。労働法典で特別研修が規定され、事業者責任で研修が実施されているフランスの教育制度と大きく異なる点である。

Ｅ．結論

フランスの産業保健は、SPST を基盤とする多職種チームと一次予防の強化、脆弱労働者を含む包括的カバレッジ、DUERP 等によるリスク管理の制度化に特色がある。OHナースは特定研修と書面プロトコルの下で自律的役割が拡大しているが、専門性評価と情報共有の課題が残る。日本は、１）中小規模事業場への持続的サービス提供の仕組み、２）多職種体制の法的裏づけ、３）OH ナースの資格・教育の制度化、４）リスク評価の一元化と管理強化、５）女性・高齢者・非正規雇用・フリーランス等を含めた包括的支援を進めることで、実効的な産業保健の底上げが期待される。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

該当なし

2．学会発表

該当なし

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当なし

2．実用新案登録

該当なし

3．その他

Ｈ．引用文献

１）Ministère du Travail（フランス労働省）． Les services de prévention et de santé au travail autonomes et interentreprises（自律型産業保健予防サービス・共同型産業保健予防サービス）［インターネット］；2020 年 11 月 6 日［更新 2024 年 2 月 13 日］．https://travail-emploi.gouv.fr/les-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-autonomes-et-interentreprises（2025 年 7 月 23 日アクセス）.

2）Ministère du Travail（フランス労働

省）. Services de prévention et de santé au travail

interentreprises.（企業間の予防および産業保健サービス）［インターネット］；2021年8月2日. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043893809（2025年10月31日アクセス）.
3) Shinya Matsuda, A review of the French occupational health system -From the viewpoint of international comparison between France and Japan-. Asian Pacific Journal of Disease Management,2012;6(2),45-49.
4) Ministère du Travail（フランス労働省）. Missions du médecin du travail.（産業医の使命）［インターネット］；2022年4月26日. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045676623（2025年10月31日アクセス）.
5) Ministère du Travail（フランス労働省）. Services de prévention et de santé au travail interentreprises Articles L4623-1条-L4623-3-1.（予防および産業保健サービスに貢献するスタッフ）［インターネット］；2021年8月2日. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006189755/#LEGISCTA000043894222(2025年10月31日アクセス).
6)Direction générale du travail(DGT, フランス労働総局). L’activité des services de prévention et de santé au travail en 2023（2023年産業保健サービスの活動);2025年2月13日. https://travail-emploi.gouv.fr/lactivite-des-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-en-2023（2025年7月23日アクセス）
7) Ministère du Travail（フランス労働
省). Décret n° 2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail(産業医、OHナース、産業医遠隔医療による任務委任に関する2022年4月26日の政令第2022－679号).［インターネット］；2022年4月26日. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045668059（2025年10月15日アクセス）.
8) Ministère du Travail（フランス労働
省). Le personnel infirmier en entreprise Articles R4623-32 à R4623-34. 企業の看護スタッフ.［インターネット］；2012年1月30日. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025279788(2025年10月31日アクセス).
9) INRS - Le rôle de l’infirmier en santé au travail(予防および産

業保健サービス). ［インターネット］；2023 年 6 月 19 日. https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/infirmier-sante-travail.html（2025 年 10 月 31 日アクセス）.

10) Ministère du Travail（フランス労働
省). Infirmier de santé au travail Articles L4623-9 à L4623-11（産業看護師）. ［インターネット］；2022 年 3 月 31 日. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043891765（2025 年 10 月 31 日アクセス）.

11) Institut National de Recherche et de Sécurité （INRS,フランス国立労働安全衛生研究所）. Services de prévention et de santé au travail（予防および産業保健サービス）［インターネット］；［2023 年 6 月 19 日更新］. https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/infirmier-sante-travail.html （2025 年 7 月 31 日アクセス).

12) Ministère du Travail（フランス労働
省). Décret n° 2022-1664 du 27 décembre 2022 relatif à la formation spécifique des infirmiers de santé au travail（産業看護師の特定研修に関する 2022 年 12 月 27 日の政令第 2022-1664 号)［インターネット］；2022 年 12 月 28 日. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046820414(2025 年 10 月 31 日アクセス).

13) Ministère du Travail（フランス労働省）. LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1)（2021 年 8 月 2 日制定職場の予防を強化するための法律）［インターネット］；2021 年 8 月 2 日. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445 （2025 年 7 月 23 日アクセス).

14) Ministère du Travail（フランス労働省）. Les services de prévention et de santé au travail autonomes et interentreprises（自律型産業保健予防サービス・共同型産業保健予防サービス）［インターネット］；2020 年 11 月 6 日［更新 2024 年 2 月 13 日］. https://travail-emploi.gouv.fr/les-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-autonomes-et-interentreprises (2025 年 7 月 23 日アクセス).

15) Ministère du Travail（フランス労働省）. Le personnel infirmier au sein des services de santé au travail interentreprises. Article R4623-36（産業保健サービスに貢献するスタッフ）. ［インターネット］；2022 年 4 月 26 日.https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045

76595(2025年10月31日アクセス).
16) Préventica. Infirmier.e de santé au travail : quel rôle, quelles missions ?（産業保健師:どのような役割、どのような使命?）. ［インターネット］. https://www.preventica.com/magazine/dossiers/infirmier-e-de-sante-au-travail-quel-role-quelles-missions-29042022（2025年10月31日アクセス）.
17) Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion（フランス労働連帯省）. Le suivi de l'état de santé des salariés（従業員の健康状態の監視）. 2025年10月6. ［インターネット］ https://travail-emploi.gouv.fr/le-suivi-de-letat-de-sante-des-salaries（2025年10月31日アクセス）.
18) Ministère du Travail（フランス労働省）. Salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et salariés temporaires Articles L4154-1 à L4154-4（有期雇用契約を結んでいる従業員と派遣社員).2018年1月1日. ［インターネット］ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035653199（2025年10月31日アクセス）.
19) Ministère du Travail（フランス労働省）. Travaux interdits Article D4154-1(禁止事項). 2018年1月1日. ［インターネット］ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037001003（2025年10月31日アクセス）
20) Ministère du Travail（フランス労働省)Actions et moyens des membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail（産業保健における多職種チームの構成員の活動と手段）. 2025年10月31日. ［インターネット］. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006178106（2025年10月31日アクセス）.
21) Ministère du Travail（フランス労働省). Dispositions particulières à l'allaitement Articles L1225-30 à L1225-33(母乳育児に関する特別規定). 2008年5月1日. ［インターネット］. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006900913
（2025年10月31日アクセス）.
22) Ministère du Travail（フランス労働省）. Local dédié à l'allaitement Articles R4152-13 à R4152-28（母乳育児専用の部屋). 2008年5月1日. ［インターネット］. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018532779（2025年10月31日アクセス）.
23) De quoi parle-t-on ? Infirmiers en pratique avancée en santé au

travail. （産業保健における高度実践看護師とは？）IST（Infirmiers de Santé au Travail), 2023年;71, p.4.
24) Santé des femmes au travail：des maux invisibles(働く女性の健康：見えない痛み）. Sénat. 2023. https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/dossiers/stress-travail-et-sante/sante-des-femmes-au-travail-2/?utm(2025年10月15日アクセス)

25) 提言：産業保健サービスを小規模事業場（従業員数50人未満）へ提供するために. 日本産業衛生学会. 2024.https://www.sanei.or.jp/files/topics/recommendation/teigen_OHPRC202408_r202411.pdf（2025年10月15日アクセス）.
26) 産業保健の現状と課題に関する参考資料.厚生労働省, 令和4年, ［インターネット］. https://www.mhlw.go.jp/content/11201250/001001488.pdf?utm_（2025年10月31日アクセス)
27)令和２年度 事業場における保健師・看護師の活動実態に関する調査報告書. 労働者健康安全機構. https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/pdf/hokenshitou_katsudojittai_chosahokokusho.pdf（2025年10月15日アクセス）.
28)井伊久美子,勝又浜子,森永裕美子,他.新版保健師業務要覧2025年度版.日本看護協会出版会.2025年；2025,pp54-63.
29) E. Aunis. Travail independent：quells enjeux et pistes de prévention des risques professionals？（自営業：どのような課題があり、労働災害リスク予防の方策は何か？）.Références en santé au travail.2025,181,15-3.
30) J Gehanno,A Leroyer,M Couvreur ,S Volkoff,et al.Changes in working and health conditions in different sectors between 2010 and 2019 in a representative sample of French workers.2025（フランス労働者代表サンプルに基づく2010-2019年の産業別にみた労働条件と健康状態の変化2025）. PLoS One 20(6):e0324244.

厚生労働科学研究費補助金
（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

ドイツにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（法学者担当分）

分担研究者　佐々木 達也　　名古屋学院大学法学部・准教授

研究要旨

ドイツの産業保健制度は、労災保険機関と国家機関の二元的な枠組みによって支えられている。ドイツの労働安全衛生法は職場の安全と健康を保護することを目的としており、産業医や労働安全専門職員の選任、資格要件、業務内容が明確に定められています。各種機関は、政策の策定から実務支援に至るまで多様な役割を果たしており、労働者の安全と健康を守るための包括的な取り組みが行われている。

また、実務研修などの産業医、労働安全専門職員の資格を取得するための要件も明らかとなった。

A. 研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうちドイツの状況を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

文献レビューの手法を用いた。対象とした文献には、ドイツの公的機関や産業保健関連組織の報告書や資料及びHP、学術誌に発表された研究論文や研究書が含まれる。

この作業に際してはAI（ChatGPT等）を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所をAIに学習させ、課題を示して回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文する手順を採用した。

C. 研究結果と D. 考察

1. ドイツにおける産業保健の制度枠組み（1）

1.1 労働安全衛生の規制機関および監

督体制

ドイツには、労働安全衛生に関して二元的な制度が存在する。この制度は、労災保険機関と国家機関の二つの柱から構成されている。

労災保険機関の主な責務は、職場の事故、疾病、および業務に関連する健康被害を予防することである。これを達成するために、彼らは以下の手段を用いる。

- 監督
- 助言
- 情報提供
- 訓練

これらの保険機関は、職場・作業機器・作業工程・業務関連書類を検査する権限を有しており、労働上の健康被害を特定し、労働災害や疾病の原因を調査することができる。

また、雇用者または労働者に対して、それぞれの義務を履行させるために必要な措置を命じる権限も持つ。

第二の柱は、国家の労働安全衛生機関である。

連邦政府は以下の責務を担う。

- 労働安全衛生を促進・実施するための法律の制定
- 労働安全衛生に関する研究の実施
    - 現在の安全衛生の状況に関する監視および報告また、ドイツの連邦州(Länder)およびその労働安全衛生機関は、労働安全衛生を包括的に確保する責任を負う。これには、関連する規則や法律の実施が含まれ、情報提供、動機づけ、助言、監督、そして制裁といった手段によって遂行される。

1.2 労働安全衛生関連法規

ドイツにおける「労働安全衛生」の概念は非常に広範であり、労働災害、職業病、および仕事に関連する健康リスクの予防を中心に据えている。このアプローチには、人間にやさしい労働環境の設計や、労働時間(たとえば日曜・祝日の労働)に関する問題、また特に保護を要する人々(例:未成年者や妊婦)の保護も含まれる。

ドイツの労働安全衛生の基本的な法制度を構成する主な法律および規則は以下のとおりである。

・労働安全衛生基本法(Arbeitsschutz-gesetz)

→労働者の安全と健康を守るための基幹法。

・労働安全衛生管理体制法(Arbeits-sicherheitsgesetz)

→産業医(Betriebsarzt)及び労働安全専門職員(Fachkraft für Arbeitssicherheit)に関する規定を定めた法律。

・社会法典第7編(Siebtes Buch Sozialgesetzbuch)

→法定労災保険に関する規定を定めた法律。

・有害物質規則(Gefahrstoffverordnung)

→危険物質の取り扱いに関する安全基準を定める規則。

この中で、使用者と労働者にとって最も重要な法律は、1996年に制定された労

働安全衛生法である。同法は、使用者が労働者の安全と健康を維持する義務を定めている。その中には、職場における安全衛生に関する文書化(リスクアセスメント等)や、労働者に対して自身の安全と健康を守る方法を周知する義務も含まれている。

1.2.1 労働安全衛生基本法（２）

1996 年 8 月 21 日に発効した労働安全衛生基本法は、1989 年の EC 基本指令(正式名称「安全衛生に関する基本指令」)の国内法化政策及びドイツ連邦統一協定により立法者に課せられた職務の一環として、分散していた労働安全衛生法規を整理統合する目的で制定された。

本法の適用範囲は、嘗ての営業法上の一般規定等とは異なり、商工業経営のみでなく、公勤務、自由業、宗教団体その他営利性の有無にかかわらず全ての組織にわたり、適用対象者も、家事使用人、船舶及び連邦鉱業法の適用下にある事業所の就労者を除き、直接の労働関係の有無にかかわらず、法的関係をもって労務給付をなす者すべてにわたる点に最大の特徴が見られる。また、本法 3 条及び 4 条は、この法律の核ともいえる使用者の基本的義務、一般原則及び個別的義務を定め、これをもって従来の営業法の定めは削除された。

ただ、本法は既存の法規及び法理を本質的に改訂するものとまではいえず、今後の改訂の足掛かりとして、まずは種々の法体系に分散した労働安全衛生法規の原則規定の統合を果たしたものにすぎなかった。

1.2.2 労働安全衛生管理体制法（３）

本法は事業所内に産業医やその他の専門家を中心とする専門的な事業所内保険制度の形成を義務づける法律であり、1973 年に制定された。

本法制定の背景には、①営業監督官や技術監督官のような事業所外監督官の増員にもかかわらず、労働災害が増加していたこと、②産業医及び労働安全専門職員などの事業所内保険制度の機能している事業所では、災害頻度が低かったこと、③作業関連疾患やストレスなど、事業所ごとの専門的ケアの必要な疾病が多発していたこと、④事業所外監督の配備に比べ、事業所内保険制度の設置が進んでいなかったこと、⑤各国際労働機関の勧告、ドイツ国内における労使及び工場医の協定、欧州経済共同体委員会勧告、ドイツ連邦議会決議など様々な背景的取り組みがあったことなどが挙げられ、本法制定の目的には、これら諸事実への対応に加え、企業内－とりわけ中小企業－における労働安全衛生対策の質的向上などが存在していた。

本法の内容には、①伝統的な労働保護の枠組み（４）を超え、労働生理学的、労働心理学的要素も取り込む「作業関連疾患」の予防を目的としていること、②本法の目的に 1972 年の事業所組織法(BetrVG)において初めて採用された「労働の人間的形成」という法概念（５）が取り入れられていること、③本法に含まれる規定には、大まかな要件を定める一般規定しか存せず、詳細は災害保険組合の定める災害予防規則によることとさ

れていることといった特徴がある。

もっとも、本法は施行後数年間は有害化学物質による被害などを中心にある程度の効果を挙げたものの、1980年代後半からはME技術革新などを背景に労働の質の転換がなされ、また職場で労働者が接触する危険有害物の幅も拡大してきたことから、必ずしも十分な対応ができなくなった。

1.2.3 社会法（6）

上述のとおり、ドイツの労働安全衛生法は二元的な制度であり、その立法・運用権が商工業、海運・漁業、農業分野における災害保険を管掌する職業災害保険組合(Berufsgenossenschaft)に委ねられていることに特徴がある（7）。
(未了)

2. ドイツの産業保健に関連する機関、団体

2.1 主要な公的機関

2.1.1 連邦労働社会省(BMAS)

概要・役割

- 労働・社会福祉政策を管轄する連邦省庁で、労働安全衛生および労働医学(Arbeitsmedizin)に関する法律・政策の立案・監督を担う。
- 労働安全衛生制度全体の枠組みを整備し、連邦・州・保険機関・企業間の調整を行う。

産業保健との関連

- 労働安全衛生基本法などの主要法令の施策責任を負う。
- 職場の健康保護・安全衛生に係る国家方針・連携戦略（例：ドイツ労働衛生共同宣言(GDA)）を支援・推進。

2.1.2 連邦労働安全衛生研究所(BAuA)

概要・役割

- 連邦労働社会省傘下の連邦研究・行政機関。
- 人間のニーズに適応した、安全で健康的かつ生産的な労働環境を確保することを目標に、研究・政策助言・実務支援を行う。
- 主な任務には、連邦労働・社会問題省(BMAS)の委託により、毎年、ドイツにおける労働の安全と健康の現状についての統計報告書を作成すること。

産業保健との関連

- 職場における健康管理・労働者の安全確保、作業条件・労働環境の改善等を研究・提言。
- 労働医学・労働安全専門職員等の職務構成・支援の枠組みに関して、情報提供・指針作成に関与。
- 職場の心理的負荷、健康保持・増進、職業病・労働災害の予防など、産業保健の幅広い課題に取り組んでいる。

2.1.3 ドイツ法定災害保険(DGVU)

概要・役割

- ドイツの法定労働災害保険制度(gesetzliche Unfallversicherung)を担う全国的な枠組みの統括団体。
- 各産業別の職業災害保険組合

(Berufsgenossenschaften)および公務部門向けの災害保険基金(Unfallkassen)を統合・代表。

- 事故防止・職業病予防・働く人の健康保護のための規則(例:DGUV Vorschriften)・支援体制を提供。
- ドイツ国内の労働安全衛生の二元的制度における保健機関側の代表。

産業保健との関連

- 産業医・労働安全専門職員等の職務に関する規則・ガイドラインを策定・実施支援。
- 職場の安全衛生管理、健康リスクの評価・改善、災害防止活動を通じて、産業保健の実務を支えること。

2.2. 産業医関連の組織

2.2.1 ドイツ工場医・産業医連盟(VDBW)

概要

ドイツ全国の企業医師・産業医を代表する最大の職能団体。1949年設立。

目的

- 企業・組織における健康管理・予防活動の推進
- 産業医の専門職としての地位確立・研修支援
- 政策提言(特にBMAS・BAuA・DGUVとの協働)

2.2.2 ドイツ労働及び環境医学会(DGAUM)

概要

1954年創設。ドイツにおける労働医学研究・実践を担う学術団体。会員数は約1,300名以上(主に産業医学・環境医学の医師、さらに関連分野の専門家も含む)。

目的

・労働医学及び臨床的環境医学の科学的・専門的発展を支援する。

・研修・継続教育 (Aus-, Weiter- und Fortbildung)を促進し、若手研究者・専門家の育成を目指す。

・政治・経済・研究の分野において、政策助言・相談を行うことで、国民の健康や職域安全衛生の向上に貢献する。

・得られた研究・実践成果を社会に広め、産業医学・環境医学の利用可能な知見として普及させる。

・労働医学・環境医学の包括的なアプローチ:身体的・心理的負荷、職場環境、環境影響を統合的に捉える。

2.2.3 独立系労働医及びフリーランス産業医の職業団体(BsAfB)

概要

自営(フリーランス)または比較的小規模な事業所を対象とする産業医・労働医を専門に扱う職能団体。

目的

・自営・フリーランスの産業医・企業医師の立場を強化し、事業所への産業医学的支援体制を整備すること。

・小中規模企業との連携を図りながら、地域に根ざした産業医サービスを推進。

2.3 産業看護師関連の組織

ドイツにおいて、産業看護師関連の組織・団体は確認できなかったが、ドイツ看護職団体連合が産業看護師の導入に関するポジションペーパーを公表して

いる（8）。

3. 産業保健専門職

3.1 産業医

3.1.1 法的基盤

労働安全衛生管理体制法 2 条は、①業種及びそれに関連して労働者に生じる災害危険及び健康危険、②雇用されている労働者の数及び労働者層の構成、③事業所の組織、特に労働保護及び災害防止について責任を負う人員の数及び種類」において、使用者に必要に応じて産業医を選任する義務を規定している。また、同法 3 条には産業医の責務が定められている。すなわち、①使用者及び他の労働保護及び災害防止に責任を負う者への助言、②労働者に対する健診を実施し、彼らを評価し、産業医学的な助言を行うこと並びに健診の結果を記録し、及び評価すること、③労働安全衛生及び災害防止対策の実施を監督すること、④事業所におけるすべての労働者が労働保護及び災害防止の要請に対応した行動をとるように努めること、特に労働者が作業中にさらされている災害危険及び健康危険並びにこれらの危険を回避するための設備及び対策に関して労働者を啓発し、「応急処置」の救護員及び医療補助員の出動計画の作成及び訓練に関与することである。そして、同法 4 条は、医業を営む権限を有し、かつ産業医に委ねられる責務を果たすために必要な労働医学上の専門知識を行使できる者であることを産業医の要件として定めている。

3.1.2 産業医の業務、資格

産業医の主な業務は、①労働安全専門家との協力による作業条件の評価(リスクアセスメント)、②職場設計、作業環境および作業手順に関する助言、③労働医学的な事前・事後健診の実施、並びに労働者及び使用者に対するアドバイスや支援の提供、④特定の業務に従事する従業員の適性の判断、⑤健康保護の向上を目的とした定期的な職場巡視の実施、⑥職場における健康促進および復職支援に関する助言などである。

産業医になるための資格・要件は、以下のとおりである（10）。

・医師免許(Approbation)を有すること

・労働医学専門医(Facharzt für Arbeitsmedizin)を取得するか、例えば一般医療、整形外科など既に他の専門医資格(Approbation と Facharzt)を持つ医師が産業医学追加研修(Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin)を行うこと(ドイツ法定災害保険規則第 2 号(DGUV Vorschrift 2)3 条)

労働医学専門医を取得するためには、少なくとも 60 か月(5 年間)の専門研修が必要で、そのうち、24 か月は例えば内科などの臨床医学・一般医学での研修、さらに 36 か月は労働医学分野、すなわち企業の産業医業務に直接関わる実務研修を行うことが必要である。また、研修期間中には、360 時間(3 か月)の基礎コースを認定された産業医学アカデミーで受講する必要がある。

産業医学追加研修の場合には、1,200 時間(9 か月)の産業医としての実務経験、

3 か月間(360 時間)の産業医学の基礎コースの受講という要件を満たさなければならない。

3.2 労働安全専門職員

3.2.1 法的基盤

労働安全衛生管理体制法 6 条は、①業種並びにそれに関連して労働者に生じる災害危険及び健康危険、②雇用されている労働者の数及び労働者層の構成、③事業場の組織、特に労働安全衛生及び災害防止について責任を負う人員の数及び種類の観点において、使用者に労働安全専門職員(安全エンジニア、安全技術者、安全マイスター)を選任することを義務付ける。同法 7 条によると、安全エンジニアとは労働安全専門職に称号を用いる資格を有し、かつ、安全エンジニアに委ねられた任務の履行に必要な安全技術上の専門知識を行使できる者を、安全技術者又は安全マイスターは、労働安全専門職に委ねられた任務の履行に必要な安全技術上の専門知識を行使できる者を選任しなければならず、また管轄行政庁は、個々の事案において、エンジニアの称号を用いる資格を有する安全エンジニアに代えて、第 6 条所定の任務を遂行するために必要な専門的知見を相当程度有する者が任用されることを許可することができるとされている。

同法 10 条は、産業医と労働安全専門職員の協働を定めている。

3.2.2 労働安全専門職員の資格 (11)

労働安全衛専門職員の養成は、労災保険機関(Unfallversicherungsträger)、すなわち職業災害保険組合や災害金庫(Unfallkassen)による講習、工学系大学における学位課程、または民間教育機関による 労働安全専門職員講習によって実施されている。

しかし、これだけでは任命資格としては不十分である。労働安全衛生管理体制法及びドイツ法定災害保険規則第 2 号によれば、労働安全専門職員として活動するためには、マイスター、技術者、エンジニアの基礎資格(Basisqualifikation)がさらに必要である。

これに加え、少なくとも 2 年間の実務経験が求められます。

ただし、安全工学(Sicherheitstechnik)を専攻した工学課程の卒業者で、「安全技術士(Sicherheitsingenieur/in)」の称号を持つ者は、ドイツ法定災害保険規則第 2 号の規定に基づき、追加資格を取得することなく、1 年間の実務経験後に労働安全専門職として任命できる。

(未了)

Ｅ．結論

未了

Ｆ．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

H．引用文献

1) Schneider/ Beblo, Health at Work - Indicators and Determinants, Institute for Employment Research (IAB), Discussion Paper 17/2010, pp.6-8.

2) 三柴丈典『労働安全衛生法論序説』(信山社、2000年)137-140頁。

3)三柴・前掲注2) 122頁、134-137頁。

4) 営業法旧120a条「商工業を営む事業主は、その労働空間、経営設備、機械及び器具を、その労働者が生命・健康に対する危険から保護されるよう、事業の性格の許す範囲で、設備、管理及び規制することを義務づけられる。」

5)「労働の人間的形成」とは、伝統的な「衛生(Gesundheitsschutz)」の概念を超え、主に人間工学の見地から身体に影響を与える過大な負担を予防的に回避することを想定した概念である(三柴・前掲注2) 136頁)。

6) 三柴・前掲注2) 143頁。

7) 災害保険組合及び災害保険組合の立法である災害予防規則について詳しくは、三柴・前掲注2) 201-231頁。

8) chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Position-betriebl-Gesundheitspflege-2014-10.pdf (2025年10月31日閲覧)

9) https://www.arbeitsschutz-deutschland.com/de/arbeitsmedizin.html (2025年11月5日閲覧)

10) https://www.dgaum.de/karriere/weiterbildung/ (2025年11月5日閲覧)

11) BAuA, https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung/Arbeitsorganisation/Arbeitsschutzorganisation/Ausbildung-Bestellung-Fachkraft (2025年10月31日閲覧)

厚生労働科学研究費補助金
(労働安全衛生総合研究事業)
分担研究報告書

ドイツにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
(産業保健看護職担当分)

研究協力者
赤川　景子
豊橋鉄道株式会社　総務部課長・保健師

研究要旨
本報告は、ドイツの産業保健法制度の背景・特徴・運用実態を一次資料に基づき整理し、日本制度との比較検討を行ったものである。方法は、ASiG、ArbMedVV、SGB IX/V、DGUV 規範等の原典・公的資料を対象とする文献レビューである。主要な結果は次のとおり。①体制設計：ドイツは全事業場に産業医・労働安全専門家の設置と協働(共同巡視を含む)を法定化し、DGUV Vorschrift 2 で運用と品質を具体化。日本は「50人以上」を閾値とする配置義務・委員会統治が中心で、小規模では到達度に差が生じやすい。②職種・教育：ドイツは産業医（二経路）・労働安全専門家を核に、看護職や MFA 等からなる産業医学アシスタントを継続教育と限定的委任で制度内に位置づけている。日本の産業看護職は任意配置であるが、ドイツの産業看護師と比較するとその業務範囲は広く、自律性も高い。③業務（健診）：ドイツは健診を予防(リスク連動)として三層(義務・提供・申出)に設計し、本人説明→就業上勧告で職場改善へ接続。日本は事業者責任や産業医の配慮提案は共通しつつ、申出健診という独立層はない。④両立支援：ドイツは BEM と段階的職場復帰（STWE）を法定プロセスとして企業義務化。日本は包括的な法定フレームはなく、各社規程に委ねられる。
総括として、ドイツは制度が細部まで用意されており、どの会社でも最低限の水準を保ちやすいことに、日本では枠組みはあるものの「どう運用するか」で差が出やすいことに特徴があることが確認された。

A．研究目的

本研究は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、運用実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職(産業医、産業看護職など）の専門性とその活用の状況、関係職種との連携状況、資格・教育制度および業務内容を整理するとともに、日本において政策的課題である「治療と仕事の両立支援」や「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専

門職の関与のあり方を比較検討する。本分担報告書では、ドイツの状況を対象とした。

B．研究方法

本報告は、文献レビューの手法に基づいて作成した。対象とした文献は、Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省)公式サイトから得た各法令原文、Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.(DGUV,ドイツ法定災害保険協会)、 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, ドイツ連邦労働・社会省)、Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA, 連邦労働安全衛生研究所)、Verband der Arbeitsmedizinischen Fachkräfte e.V. (VAF e.V, 産業保健専門家協会)、Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW, ドイツ産業医協会)などの公的・専門機関の公式資料を原典として用いた。このような多様な資料をもとに、労働者の健康や産業保健サービスへのアクセス、高齢化や人材不足といった課題を整理している。

この作業に際しては、生成 AI(ChatGPT, GoogleGemini, NotebookLM)を活用した。 まず、文献の収集に際して上述の資料を探索させ、そこで示されたものと、筆者が既に承知している原典を渉猟して内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要部分を生成 AI に学習させ、課題を示して出力させた内容を筆者が査読して正確性を確認する手順を採用した。

C．研究結果

１．関係専門職との連携

ドイツの産業保健体制は、Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG, 産業医、安全技術者およびその他の労働安全専門職に関する法律)により法的に制度化されており、従業員の健康と安全を確保するため、企業規模にかかわらず全ての事業者に対して産業医 (Betriebsarzt/Betriebsärztin) および労働安全専門家 (Fachkraft für Arbeitssicherheit) の選任を義務づけている[1)]。産業医 (Betriebsarzt/Betriebsärztin) と労働安全専門家 (Fachkraft für Arbeitssicherheit) は、事業者の責任のもとで労働安全衛生に関与し、ASiG 第 10 条に基づき「それぞれの職務を遂行する際に協力しなければならない」ことが明記されており、その一環として「共同巡視 (gemeinsame Betriebsbegehung) 」の実施も含まれる[1)]。

さらに同条では、「産業医および労働安全専門家は、技術的安全、健康保護、環境保護に関係する社内の他の担当者と協働して任務を遂行する」[1)]と規定されており、それらの任務を遂行する労働者代表や安全担当者等との連携義務がある。

さらに、DGUV Information 250-105 Leitfaden für Betriebsärzte und Betriebsärztinnen zur Ausstattung für die betriebsärztliche Tätigkeit(DGUV 情報 250-105 産業医のための職務遂行に必要な設備に関する指針)[2)]では、医学的アシスタンス要員として Krankensc

hwestern / Krankenpfleger(看護師)、medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-assistentinnen(医療技術・臨床検査専門職)、medizinisch-technische Radiologieassistenten/-assistentinnen(医療技術・放射線専門職)、Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer/-innen)(医療補助専門職)、Rettungsassistenten/-assistentinnen(救急助手)、Betriebssanitäter/-sanitäterinnen(職場救急員)をあげている。2025年のDGUV Vorschrift 2の改訂により、DGUV Vorschrift 2およびDGUV Regel 100-002[3]の中で、「産業医が一定の条件の下で適格なアシスタンス要員(qualifiziertes Assistenzpersonal)に一部業務を委任(Delegation)できる」と明示されており、アシスタンス要員の中に看護師等の医療職が含まれている。

また、一部文献では「大企業では産業医、労働安全専門家の他に、心理学者、理学療法士、産業医学アシスタント（看護師、医療秘書、技術医療助手等の医療専門職で 6 週間のトレーニングに参加する必要あり）等が雇用されている」という記述[4]があり、大企業においては法的な選任義務のある産業医・労働安全専門家以外の多様な職種との連携が行われている可能性がある。

２．産業保健職の種類と教育制度

ドイツの産業保健専門職は、法定配置職と任意配置職を含む多層構造であり、以下の職種が主要な役割を担う。

１）法定配置職

ドイツでは、従業員規模にかかわらず、産業医(Betriebsarzt/Betriebsärztin)および労働安全専門家(Fachkraft für Arbeitssicherheit)の選任を事業者に義務付けている。さらに、法定労災保険組合が発行する規則であるDGUV Vorschrift 2[3]によって、業種(Gefährdungsgruppe：危険度グループⅠ、II、III)と企業規模(従業員数)に基づき、産業医と労働安全専門家の合計最低年間労働時間（Grundbetreuung：基礎的ケア）を具体的に定めている。

産業医（Betriebsarzt/Betriebsärztin）は、労働医学専門医（Facharzt für Arbeitsmedizin）または産業医学附加資格医（Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin）が従事する[1]。

労働医学専門医（Facharzt für Arbeitsmedizin）は、医師国家試験資格取得後に 5 年間の専門研修(Weiterbildung)を経て取得するものであり、医師会(Landesärztekammer)による試験合格で「Facharzt」の資格を取得する。

一方、産業医学附加資格医(Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin)は、すでに他の専門医資格を持つ医師が、産業医学の附加研修（Zusatz-Weiterbildung）を受けて取得するものであり、研修期間は最短 1.5～2 年(約 360 時間＋実務経験)、各州医師会(Landesärztekammer)による附加試験に合格すると「Zusatzbezeichnung」を付与される。

これらの研修・認定制度は、Bundesärzteordnung((BÄO)(連邦医師法)[5]および連邦医師会(Bundesärztekammer, BÄK)が定める Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO)(専門研修規程)[6]に定められ、さ

らに州別WBO(Weiterbildungsordnung)で研修要件が明記されている。

業務は、健康診断、職場巡視、作業条件の衛生評価、予防医学指導、事業者への助言など多岐にわたる。

労働安全専門家（Fachkraft für Arbeitssicherheit）は、Arbeitssicherheitsgesetz（ASiG, 産業医、安全技術者およびその他の労働安全専門職に関する法律）に基づく法定職であり、工学系の学士または修士号を取得している者、技術者(Ingenieur)、技術士(Techniker)およびマイスター(Meister)の資格保持と2年間の実務経験を有し、さらに公認Sifa課程の修了により、専門知識(Fachkunde)ありと認められる。公認Sifa研修は、DGUVのMuster-Prüfungsordnung[7]とSifa-Lernwelt（3.0）[8]により学習内容・評価を全国的に標準化している。

その職務内容は、事業者への技術的安全に関する助言や安全技術的検査、災害原因調査などである。

２）任意配置職

産業看護師(Betriebskrankenpfleger/in)は法定資格ではないが、産業医の指示に基づく機能診断検査や採決、管理業務などを職務としている。

産業看護師は、産業医学アシスタント(arbeitsmedizinische Assistentinnen und Assistenten)、工場看護師(Werkspfleger/innen)、または産業看護婦(Betriebskrankenschwestern)とも呼ばれる[9]が、すべて同一の労働領域を指している。

産業看護師(Betriebskrankenpfleger/in)の職務の中心は、産業医(Betriebsarzt/Betriebsärztin)のサポートであり、本来の看護業務は少ない[9]。健診における検査業務や管理業務、応急措置など、様々な業務を担当している[9]のが現状で、産業医（Betriebsarzt/Betriebsärztin）の指導・監督のもとで行う「産業医学上のアシスタント業務」の意味合いが強い。

FOHNEUのレポート[10]によれば、1979年には既に産業看護教育課程が存在し、理論260時間・実習30時間の教育課程が実施されていた。しかし、最新のプログラム内容は調査が及ばず、現在の教育詳細は不明である。また、別資料[9]から、現在では産業医学アシスタント(Arbeitsmedizinische Assistenz)の継続教育を看護師が受講している可能性がある。

産業医学アシスタント(Arbeitsmedizinische Assistenz)は、医療事務専門員(Medizinische Fachangestellte, MFA)、看護師、救命救急士などの基礎資格を保持している者が、Verband Arbeitsmedizinischer Fachkräfte(VAF e.V., ドイツ産業保健専門家協会)[11]やVerband Deutscher Betriebs- und Werksärzte（VDBW,ドイツ産業医・事業所医協会)[12]等の団体が提供する継続教育(Weiterbildung)を修了することが必要である。

実務上は産業医の指示に基づき機能診断検査や採血、管理業務等を行っている。ドイツでは産業医学アシスタントが産業医補助業務の中核を担っており、その職務内容は産業看護師(Betriebskrankenpfleger/in)とほぼ同一である。

その他、前述のとおり、大規模企業では、産業医、労働安全専門家、産業医学

アシスタント等に加えて、心理学者、理学療法士などが配置されている[4]。

３.産業保健職の業務内容(法令・実務)

ドイツの産業保健制度における予防健康診断（Arbeitsmedizinische Vorsorge）は、Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung(ArbMedVV, 労働医学的予防に関する政令)[13] によって制度化されており、義務健康診断・提供健康診断・申出健康診断を定めている。ArbMedVVは、さらに ArbSchG(労働保護法)における事業者の安全衛生措置・危険評価・措置文書化義務を根拠の一つとして位置づけられている。

これらの健康診断は、疾病の早期発見を目的とするものではなく、職業上のリスクに応じた予防的措置(präventive Vorsorge)として実施される点に特徴がある。

ArbMedVV は、職業曝露リスクに応じて健康診断を３つに区分している。この分類は、リスク評価(Gefährdungsbeurteilung)に基づいて、対象者・頻度・内容を柔軟に設定することを可能としている。健康診断の区分は以下のとおりである。

１）Pflichtvorsorge（義務健康診断）

事業者が実施および受診を義務づける健診であり、化学物質（特に発がん性物質や有機溶剤）、鉛・アスベストなどの有害物質、騒音、振動、高圧環境、極端な温度条件、呼吸保護具着用業務など、特定の危険因子に曝露する労働者が対象となる。

義務健康診断は、採用時・配置転換時および定期的(曝露リスクに応じた周期（in angemessenen Abständen))に実施される。

内容は業務リスクに応じて異なるが、医師による相談・問診を中心に、必要に応じて身体・臨床検査を行い、適用があればバイオモニタリングやワクチン提供(感染リスクが業務上高い場合)を含む。産業医は健診後に結果を本人に説明し、必要に応じて「就業上の勧告(arbeitsmedizinische Empfehlung)」を事業者へ提出するが、個人の医療情報は事業者に開示されない。

２）Angebotsvorsorge（提供健康診断）

事業者が健診の提供を義務づけられ、労働者が受診を選択できる健康診断である。

これは、ディスプレイ作業、湿潤環境作業、反復動作・単調姿勢、軽度の有害物曝露など、慢性的健康影響の可能性がある業務に適用される。

事業者は、これらの業務に従事する全労働者に対して定期的に健康診断機会を提供し、その実施を証明できる体制を整える必要がある。受診を希望しない労働者の決定は尊重されるが、事業者は提供義務を継続的に履行しなければならない。

提供健康診断は、採用時、配置転換時および定期的に実施される。また、疾病情報を得た場合は追加提供される。内容は義務健康診断と同様である。

３）Wunschvorsorge（申出健康診断）

労働者の申出に基づいて行われる健康診断であり、労働者が健康上の懸念（疲労、睡眠障害、心理的負荷、慢性疾患の再発懸念など）を申し出た場合、事

業者は産業医による健康診断機会を提供する義務を負う。　ただし、健康被害の合理的可能性がないと判断される場合は、その限りではない。

申出に当たっては、ArbMedVV の別表に定める業務以外の事項でも可能である。内容は、義務健康診断および提供健康診断と同様である。

４）健康診断の実施責任の所在

健康診断の実施責任は事業者(Arbeitgeber)にあり、法律で明確に規定している(ArbMedVV)。

事業者は、職場ごとにリスク評価を実施し、必要に応じて産業医を通じて健診を実施する義務を負う。産業医は、法令および職場のリスク評価に基づき、必要な健診の範囲と検査内容を医学的に判断する。

さらに、産業医は、予防健康診断を通じて労働者に対して健康に関する助言を行い、必要に応じて健康保持および職場環境改善に関する勧告を行う。

４．個別課題

１）治療と仕事の両立支援（BEM）

Betriebliches Eingliederungsmanagement(BEM, 事業所編入マネジメント)は、Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen(SGB IX, 社会法典第９編)第167条第２項 [14]に基づく職場復帰支援制度であり、疾病や障害によって過去 12 ヶ月間に継続もしくは反復して 6 週間を超えて労働不能であった者を対象としている [15]。

事業者は、従業員本人の同意を得た上で、労使の代表、直属の上司、産業医や疾病金庫職員など本人の関係者からなるチームを結成し、再発防止・就業調整・適職配置などの措置を協議する義務を負う [15]。

また、Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung(SGB V, 社会法典第５編)第74条 [16]の「Stufenweise Wiedereingliederung (STWE, 段階的職場復帰）」と連携し、医療的治療と就業再開を連続的に支援する。

BEM が法定化された背景として、障害者や慢性疾患を持つ労働者の雇用継続を社会的に保障する流れがある。ドイツでは「リハビリテーションと労働市場参加(Teilhabe am Arbeitsleben)」が社会保障政策の柱であり、失業や障害年金に移行させるよりも就労を継続させた方が社会的コストを抑えられるという考えが強く存在する。2000 年代初頭に失業率が高かったこと、障害者の就労権保障に関する国際的な潮流(EU 指令や ILO 条約)もあり、社会的統合と経済合理性の両面から法制化された。

BEM には「重度障害者(schwerbehinderte Menschen)」の記載がある。この重度障害者とは、Grad der Behinderung(Gdb, 障害度)が 50 以上の者を指す(SGB IX 第２条第２項)。疾患の原因や種類についての限定はなく、がん [17]や精神疾患 [18]など長期罹患者全体を対象とした制度である。

なお、BEM の導入に関する企業の関心は、企業の業種や規模によって異なる。大規模企業では比較的広く認知されて

おり(87%)、導入も進んでいる(68%)が、中規模企業や小規模企業では認知度も低く、導入率も低い状況である(中規模企業 38%、小規模企業 28%)[19]。特に小規模企業では、BEM の実施に必要な健康管理体制や労働組合、障害者代表などの構造やリソースが不足していることが課題となっている[19]。BEM の実施には企業文化と経営者の意識が大きく影響し、企業内の健康管理体制や外部機関との連携が重要である[19]。

また、精神疾患者の職場復帰支援として、段階的職場復帰(STWE)が対策の中心となることを言及した資料が存在している[20]。

2）高齢者に特有の健康課題とその管理
現在調査中である。

3）女性に特有の健康課題とその管理
現在調査中である、

4）フリーランスに特有の健康課題とその管理
現在調査中である。

5）化学物質／有害物質の管理
現在調査中である。

D．考察

前章までの調査結果をもとに、日本とドイツの産業保健法制度の背景・特徴・運用実態を比較し、両国の制度的相違および共通点を考察する。

1．関係専門職との連携

ドイツは ASiG により、全ての事業場で産業医(Betriebsarzt/Betriebsärztin)と労働安全専門家(Fachkraft für Arbeitssicherheit)の選任を法で定め、両者の協働義務および共同巡視(gemeinsame Betriebsbegehung)を条文で明示することで、連携を現場実装まで担保する設計であると考えられる。　さらに、社内の技術安全・健康保護・環境保護担当者との協働義務も法に明記されている。また、DGUV Information 250-105 は産業医業務の実施条件(人員・設備・補助要員)を示し、看護職や MFA 等のアシスタンス要員の活用を前提とした体制整備を促している。これらの改訂・指針は、特に産業医不足[21]を見据えて、役割分担と品質保証を公的な規範で支える点に特徴があると考える。

日本は労働安全衛生法において、50 人以上の事業場で産業医・衛生管理者の選任と安全衛生委員会等の設置を義務づけ、委員会での審議・報告を通して社内連携を図る制度設計である。産業医には定期的な職場巡視が求められるが、50 人未満の事業場では安全衛生委員会(衛生委員会)・産業医いずれも法定義務がなく、意見聴取の機会を設ける努力義務にとどまる。このため、小規模事業場では専門職の関与や多職種連携の到達度が事業者の体制・外部資源の活用度合いに左右されやすい構造となる。

2．産業保健職の種類と教育制度

ドイツの産業保健は、全ての事業場における産業医(Betriebsarzt/Betriebsärztin)と労働安全専門家(Fachkraft für Arbeitssicherheit)の法定配置を中核とし、DGUV Vorschrift 2 が業種・規模に応じた合計最低年間労働時間まで具体化している。

産業医は「労働医学専門医」または「産業医学附加資格医」という二経路の専門医体系で担保され、労働安全専門家はDGUVの標準化された研修・評価(Sifa-Lernwelt、Muster-Prüfungsordnung)で専門性を確保する。これらの「核」の周囲に、任意配置の産業看護師(Betriebskrankenpfleger/in)や産業医学アシスタント(Arbeitsmedizinische Assistenz)が配置される。

産業医学アシスタントは法定の職種ではないが、看護師・MFA・救急救命士などの基礎資格者が継続教育を経て、産業医の指示・監督下で機能検査・採血・健診運営・記録などを担う「非医師アシスタント」として制度運用上位置づけられている。近年はDGUV Vorschrift 2およびRegel 100-002により、適格なアシスタンス要員への一部業務委任が明確化された。この背景には、特に産業医不足[21]への対応と産業保健サービスの品質保証があると考えられる。

一方、日本では、従業員50人以上の事業場に産業医・安全管理者・衛生管理者の選任義務が課されるが、合計最低年間労働時間は定められていない。また、ドイツと同様に日本においても産業看護職の配置は法で定められていない。

産業看護職のあり方について、ドイツ、日本ともに産業医の権限が強いことや産業看護職の法的な配置義務がないことは共通している。

一方で、ドイツでは産業医のアシスタント業務を担う産業医学アシスタントが産業医補助業務の中核を担っていると考えられ、産業看護師の職務範囲も産業医学アシスタントとほぼ同一のようである[9]。

対して日本では、産業看護職は産業医の補助業務を担いながらも、保健指導や健康相談、健康づくり計画の計画・実行など自律的に実施できる業務が多く、産業医権限の強さは共通しているが業務内容は日本とドイツで大きな違いがある。

日本では、1991年の学校教育法改正から看護教育が大学で行われ始めたが、ドイツでは2020年の看護専門職法(PflBG, Pflegeberufegesetz)[22]の施行までは看護教育は職業訓練として位置づけられていた。産業看護職の自律性が高いアメリカやイギリスでは、大学教育以上の高等教育が提供されている現状を踏まえると、高等教育の有無が現在の両国の産業看護職の違いにつながった要因の一つである可能性がある。

３.産業保健職の業務内容(法令・実務)

ドイツは健診を疾病発見ではなく曝露リスクに即した予防(präventive Vorsorge)として制度設計しており、対象・頻度・内容を職場ごとのリスク評価に連動させて柔軟に決める点が特徴である。区分は、①事業者・労働者とも義務のPflichtvorsorge、②事業者は提供義務・労働者は選択権を持つAngebotsvorsorge、③労働者の申出にもとづくWunschvorsorgeの3種類に整理され、いずれも医師による相談・問診を基軸に必要に応じ身体・臨床検査、バイオモニタリング、ワクチン提供等を組み合わせる。 実施責任は事業者にあり、実務判断は産業医

が法令および職場リスク評価によって行い、結果の本人説明と、必要時の就業上の勧告(arbeitsmedizinische Empfehlung)提示までが一連のプロセスとして規定される。個人医療情報は事業者に開示しないという情報境界が明確で、勧告という形で就業配慮・環境改善を行う構造が担保されている。

日本の健康診断との共通点は、①事業者責任が明確であること、②産業医が健診結果に基づき就業上の配慮や職場改善につなげる機能があること、③リスク評価の結果を健康管理へ反映させること、の３点である。一方、相違点として、第一に、ドイツは労働者の自己申出ルート（Wunschvorsorge）を制度として明示し、かつ事業者の提供義務を課すことで早期かつ反復的な相談を構造的に担保しているが、日本では「労働者側からの申出による健康診断」という独立したカテゴリは存在しない。第二に、ドイツは結果の本人説明と事業者への勧告という役割の分け方が明快で、個人情報の遮断と職場措置への接続が制度文言の中で可視化されている。それに対して日本では、情報取扱い・共有範囲の設計が規程や同意取得による運用に依存し、職場への是正・配慮提案の実効性(履行確認・フォローアップ)は各社の産業保健職配置の有無などの体制に左右されやすい。

４．個別課題(治療と仕事の両立支援)

ドイツでは事業所編入マネジメント(BEM)を中核に、過去 12 か月に通算 6 週間超の労働不能があった者を対象として、本人の同意を前提に労使代表・上司・産業医等で構成する協議体を設け、再発防止・就業調整・配置見直し等を協議するプロセスが法的に整備されている。さらに、段階的職場復帰（STWE）が社会法典第 5 編に規定されていることも特徴である。法には重度障害者(GdB50 以上)の記載があるものの、その疾患原因や種類は限定されておらず、がんや精神疾患等の長期罹患も含まれており、企業に協議体の設置・運用を義務づけることで就業上の配慮措置を制度的に担保している。しかし、実装面では大企業と中小企業で導入・運用の格差が示唆され、小規模企業では労使代表や障害者代表、健康管理体制等の構造・資源不足が課題となっている。精神疾患領域では、段階的職場復帰（STWE）が中心的対策として位置づけられているという運用上の示唆も確認できる。

日本の制度との共通点は「就労継続を社会的に支える」という理念と、産業医の関与のもと就業上の配慮(時間・業務内容の調整、配置転換等)を組み合わせる点である。　相違点は、ドイツは事業所編入マネジメント(BEM)の提供を事業者に対して法的に義務付けていることに対し、日本では厚生労働省のガイドラインに基づき配慮・啓発をベースに行われるもので法的な定めがないことである。

特に中小企業での運用を考慮した際、ドイツは法定義務という最低ラインがあり、手続の存在そのものは担保されるが、日本は法で定められていないことから制度的下支えが相対的に弱く、仕組み化が進みにくいと考えられる。

Ｅ．結論

本調査内容から、ドイツは ASiG および DGUV 規範により、産業医・労働安全専門家の設置と協働、リスク評価に連動した予防的健康診断(三層構造)、BEM と段階的職場復帰の法定化までを一体で設計し、企業規模にかかわらず最低水準の実装を担保しやすい制度主導型であることが確認された。

日本は 50 人以上を基準とする配置義務と委員会統治を核としつつ、申出健診や BEM に相当する法的な枠組みはなく、実効性が各社の規程や人員体制等の資源に大きく依存する運用依存型であることが示された。

産業看護職については、日本はドイツと同様に産業医権限が強いにも関わらず、産業看護職の職務は自律性が比較的高いことが確認された。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

2．学会発表

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当せず

2．実用新案登録

該当せず

3．その他

該当せず

Ｈ．引用文献

1) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省). Arbeitssicherheitsgesetz（産業医、労働安全技術者等労働安全専門職員に関する法律）［インターネット］. 2013 年 4 月 20 日. https://www.gesetze-im-internet.de/asig/ (2025 年 7 月 24 日アクセス).

2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)(ドイツ法定災害保険協会). DGUV Information 250-105「Leitfaden für Betriebsärzte」(DGUV 情報 250-105『産業医のための職務遂行に必要な設備に関する指針』)[インターネット]. https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2981 (2025 年 9 月 23 日アクセス)

3) Berufsgenossenschaft Holz und Metall（ドイツ木材・金属産業労働災害保険組合）. DGUV Vorschrift2 DGUV Regel 100-002 「Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit」(DGUV 規則 2 および規則 100-002「企業医師および労働安全専門家」)(2025 年 4 月 1 日から有効)［インターネット］. https://www.bghm.de/fileadmin/user_upload/Arbeitsschuetzer/Gesetze_Vorschriften/Vorschriften/DGUV_Vorschrift_2_und_Regel_100-002_BGHM.pdf

4) Brigitte Froneberg, Sven Timm, Falk Liebers, Michael Ertel, Andrea Lorenz, Daniel Grünes. The National Profile of the Occupational Safety and Health System in Germany. International Labour Organization.

5) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ

連邦法務・消費保護省). Bundesärzteordnung(BÄO)(連邦医師法)[インターネット]. https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR002410961.html (2025年10月12日アクセス)
6) Bundesärztekammer(BÄK, 連邦医師会). Muster-Weiterbildungsordnung(専門研修規程)[インターネット]. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf (2025年10月12日アクセス)
7) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)(ドイツ法定災害保険協会). Ausbildungslehrgang zur Fachkraft für Arbeitssicherheit (Sifa): Muster-Prüfungsordnung(労働安全専門家養成課程:標準試験規程)[インターネット]. https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/aus_weiterbildung/fasi/muster_pruefungsordnung.pdf (2025年10月12日アクセス)
8) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)(ドイツ法定災害保険協会). Implementierung des Sifa-Lehrgangs bei Lehrgangsträgern - eine Übersicht über Dokumente und Hilfestellungen(Sifa 養成課程の実施機関における実装 ― 関連文書および支援資料の概要)[インターネット]. https://sifa-lernwelt.dguv.de/ilias.php?baseClass=ilrepositorygui&cmdNode=xh:mn&cmdClass=ilObjFileGUI&cmd=sendfile&ref_id=96440 (2025年10月12日アクセス)
9) MEDWING Magazine (医療・看護職専門のキャリア情報サイト). Betriebskrankenpfleger: Prävention, Untersuchungen und Erste Hilfe (産業看護師:予防、検査、および応急処置)[インターネット]. https://medwing.com/de/de/magazine/artikel/betriebskrankenpfleger (2025年9月20日アクセス)
10) Education Group, FOHNEU. Occupational Health Nursing Education, Practice and Profile in the EU countries. FOHNEU FINAL REPORT 2012. 2012 : 3-5.
11) Verband Arbeitsmedizinisches Fachpersonal(ドイツ産業保健専門家協会). Verband Arbeitsmedizinisches Fachpersonal-VAFe.v.(VAFe.V.における教育コンセプト)[インターネット]. https://vaf-assistenzpersonal.de/bildungskonzept.html (2025年7月13日アクセス).
12) Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW,ドイツ産業医・事業所医協会). Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.(産業医学アシスタント向けトレーニング)[インターネット]. https://www.vdbw.de/fortbildung/cat/arbeitsmedizinisches-assistenzpersonal (2025年8月11日アクセス).
13) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省). Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge(ArbMedVV)(労働医学的予防に関する政令)[インターネット]. https://www.ge

setze-im-internet.de/arbmedvv/ (2025年9月23日アクセス)
14) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省). Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen(社会法典第9編 - 障害者のリハビリテーションと参加)[インターネット]. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__167.html (2025年9月23日アクセス)
15) 三柴丈典. 職場のメンタルヘルスと法 比較法的・学際的アプローチ. 京都: 法律文化社; 2020.
16) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 74 Stufenweise Wiedereingliederung(社会法典 (SGB) 第5編 (V) -法定健康保険- §74 段階的な社会復帰[インターネット]. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__74.html (2025年9月23日アクセス)
17) Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ, ドイツがん研究センター). Arbeiten mit einer Krebserkrankung Krankschreibung, Krankengeld, Schwerbehinderung, Wiedereingliederung(がんと向き合う 病気休暇、病気手当、重度障害、社会復帰)[インターネット].https://www.krebsinformationsdienst.de/alltag-mit-krebs/arbeit-und-beruf (2025年10月12日アクセス)
18) Uniklinik Düsseldorf(デュッセルドルフ大学). Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung - Leitfaden für Betriebsärzt:innen (精神疾患後の職場復帰―産業医のための実践ガイド)[インターネット]. https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Arbeits_Sozial_und_Umweltmedizin/Materialien/Downloads/Handlungsleitfaden_RTW_nach_psychischen_Krisen_final.pdf (2025年10月12日アクセス)
19) Initiative Gesundheit und Arbeit (iga, 健康と労働のイニシアティブ). iga.Report 24 - Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland - eine Bestandsaufnahme(igaレポート第24号 ― ドイツにおける事業所編入マネジメント(BEM)-現状分析)[インターネット]. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_24_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf (2025年10月12日アクセス)
20) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(ドイツ連邦労働安全衛生研究所). Wiedereingliederung nach psychischer Krise(精神的危機後の社会復帰)[インターネット]. https://www.baua.de/DE/Themen/Praevention/Betriebliche-Praeventionsarbeit/Psychische-Krise/Psychische-Krise (2025年10月12日アクセス)

21) Ch. Barth, W. Hamacher, C. Eickholt. Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland, baua(ドイツにおける産業保健サービス需要). 2014: 151-154.
22) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV,ドイツ連邦法務・消費保護省). Gesetz über die Pflegeberufe1 (Pflegeberufegesetz -PflBG)(看護専門職法)[インターネット]. https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html (2025年9月23日アクセス)

フィンランド、韓国、タイ王国における
産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について（産業看護職分担分）

分担研究者　安部　仁美　　湘南医療大学・講師
研究協力者　錦戸　典子　　東海大学・客員教授
　　中谷　淳子　　産業医科大学・教授

目的：本分担報告書は、フィンランド、韓国、タイにおける産業保健活動に関連する法制度、および産業保健看護職の活用状況を明らかにすることを目的とする。
方法：文献レビューの手法に基づき、Google Scholar、Pubmed、医中誌等で文献検索（キーワード：occupational health、occupational health nurse、国名等）、および関連機関のホームページ情報等を行い、産業保健法制度、サービス提供のしくみ、産業保健看護職の役割・教育・資格認定制度を整理した。
結果：フィンランドでは、事業主に予防的産業保健サービスの組織が義務付けられ、費用の最大 60%が償還されていた。産業保健看護職は産業保健活動全般に関わり、多職種連携のコーディネーター役割を果たすなど、職場の最前線で活躍していた。Public Health Nurse 資格に 240 単位、産業保健専門資格に 15 単位という教育要件を、98%の産業保健看護職が満たしている。1995 年から FIOH により小企業向け包括的支援プログラムが展開されていた。

韓国では、50 人未満の事業場には国が委託した保健管理代行機関が支援を提供し、毎年約 10 万事業場が支援を受けていた。50 人規模以上では保健管理者の選任（または保健管理代行機関への委託）が義務付けられているが、その約 7 割は産業保健看護職であるとの報告があった。

タイでは、2024 年の法改正により産業保健看護職の配置基準が初めて明確化され、50 人以上の事業場で修士号取得者または 4 か月間の専門研修修了者の配置が義務付けられていた。
考察：3 カ国とも、中小企業への産業保健サービス提供に国が積極的に関与し、産業保健看護職が最前線での自律的な支援役割、ならびにコーディネート機能を発揮していることが示され、その背景に高い教育・資格認定制度があることが示された。わが国の施策への多くの示唆が得られたが、本研究は公開情報に基づく文献レビューであり、今後インタビュー調査や現地視察を通じた詳細な実態把握が必要である。
結論：中小企業への産業保健サービス提供において、国による支援、産業保健看護職の自律的活動を可能にする法制度、高度な専門教育が重要であり、わが国の産業保健看護職の活用推進に向けて重要な示唆を提供する。

Ａ．研究目的

小国ではあるものの、中小企業への産業保健支援に定評のあるフィンランド、およびアジア圏で独自の産業保健体制を展開している韓国およびタイにおける産業保健活動に関連する法制度、主たる活動内容、ならびに産業保健看護職の活用状況について、公開されている情報の範囲で明らかにすることを、本研究の目的とした。

Ｂ．研究方法

情報検索の方法としては、Google Scholar, Pubmed, European PubMed Central, CiNii Research, 医中誌等の検索エンジンを用いた文献検索（キーワード：occupational health, occupational health nurse, 国名等）、ならびに、各国の産業保健担当官庁や関連学術団体・職種団体等のホームページ等から得た情報の中から、下記の項目に合致する情報を抽出した。

情報を抽出した項目は、

１）産業保健に関する法制度、２）産業保健サービス提供のしくみ（産業保健関連職種の種類・構成を含む）と支援内容、３）産業保健看護職の役割（他職種との連携状況を含む）、４）産業保健看護職の教育・資格認定制度（法定・民間）、５）労働能力管理に関する施策（治療と仕事の両立支援を含む）等であった。

なお、本研究では、文献ならびに公開されたホームページ等からの情報のみ使用しており、倫理的配慮が必要な研究には該当しない。

Ｃ．研究結果

１．フィンランドの状況

１）産業保健に関する法制度

2001 年に発表された Occupational Health Care Act（産業保健法；1383/2001）がフィンランドにおける産業保健法制度の主たる根拠法となっており、すべての労働者と職場への総合的な産業保健サービスとして、雇用主が従業員の労働能力、健康、安全を守り促進するために、予防的な産業保健サービスを組織することを義務づけていた。主な目的として、事業者、従業員、産業保健提供者の３者間の協力により、労働関連の疾病や事故の予防、健康的で安全な職場環境の推進、キャリア全体を通じた従業員の健康と労働能力の維持、職場コミュニティの機能を推進することが示されていた。さらに、2013 年に発表された Government Decree on the principles of good occupational health care practice, the content of occupational health care and the qualifications of professionals and experts (708/2013)では、具体的な産業保健活動の内容と展開方法、および産業保健専門（産業医、産業保健看護職、理学療法士、心理職等）の資格要件が定められていた[1)]。

2023 年に、すべての社会福祉サービスと健康支援サービスが、Wellbeing Services Counties から統合的に提供されるしくみに変更されることが発表された[2)]。

２）産業保健サービス提供のしくみ（産業保健関連職種の種類・構成を含む）と

支援内容

事業者には予防的な産業保健サービスを組織することが義務付けられており、単独または共同で産業保健サービスを構築するか、外部労働衛生機関（多くは民間労働衛生機関）と 契約することとされていた。Kela（フィンランド社会保険庁）は、事業者や個人事業主が負担した産業保健のための必要かつ妥当な費用の償還(払い戻し)を行っていた(予防的産業保健サービス費用の最大 60%が償還される）[3),4)]。

2024 年より、フィンランド国内の 21 の Wellbeing Services Counties が企業、個人事業主等への産業保健サービスを組織・管轄していた[2),6)]。

産業保健サービスの提供は、産業医、産業保健看護職、理学療法士、心理職、ハイジニスト、など多職種の産業保健専門職からなる産業保健チームが連携して行っていた[3),5),6)]。

かつては、4 つのタイプの産業保健サービス（①大企業モデル（企業内に産業保健サービスを保有）、②グループモデル（数社で産業保健サービスを共同出資）、③Public sector（自治体の産業保健部門、零細企業・個人事業主・農林漁業者、等向け）、④Private sector（民間産業保健サービス、中小企業と契約）が展開されていた[3)]が、近年では企業が自前の産業保健サービスを持つことは稀で、殆どが民間の産業保健サービス機関と契約していた。2013 年に good occupational health care practice として、政府が産業保健サービスにおける多職種連携、各専門職の教育研修基準等を公表したことにより、より質の高い多職種連携が加速した[1),5), 6)]。

1995 年から FIOH（フィンランド産業保健研究所）により、従業員数 50 人未満の小企業を対象とした包括的な支援プログラムが始まった。安全衛生だけでなく労働者の労働能力の維持・向上や企業競争力の強化をも視野に入れながら、多様なサービスの連携を図ってきた[3),7)]。

３）産業保健看護職の役割（他職種との連携状況を含む）

産業保健看護職は、産業保健チームの多職種と連携して、対象者ニーズに寄り添いながら、職場における健康とウェルビーイングの増進、職業起因性健康障害の予防。健康調査、カウンセリング、職場環境調査とその健康影響のアセスメント、健康診断、病気等の治療・リハビリテーション・復職支援のコーディネートを行っていた[5),6),8)]。

産業保健看護職が、各職場の最前線で健康管理、作業管理、作業環境管理を含めた広範囲の職務を担い、他の専門的な支援が必要となる事例を産業医・心理士、理学療法士等につなぐコーディネーター役割を果たしていた。産業保健看護職の位置づけ、必要なコンピテンシーが、法的に定められていた[5), 6)]。

４）産業保健看護職の教育・資格認定制度（法定・民間）

産業保健法（2001 年）ならびに 2013 年に発出された Government Decree[1)]は、産業保健看護職の地位と必要な能力について示している。Public Health Nurse になるために登録看護師の資格取得後 240 単位の教育を受講し、さらに産

業保健分野の専門資格を得るために、少なくとも 15 単位の研修を、入職した最初の 2 年間で卒後教育として受講することが義務付けられていた[5]。

産業保健看護職の専門資格取得のための研修は、労働衛生概論、職場リスクの評価、労働能力の維持向上、産業保健支援の連携等の４つのモジュールから成り、合計 14 日間（対面 8 日間、遠隔 6 日間）を 5〜7 か月間かけて受講することになっていた。その後も、継続教育として、毎年 7 日間の教育研修が課せられている。2018 年の調査では、98%の産業保健看護職が教育要件を充足しており、非常に高い割合で教育ならびに資格取得が浸透していたことは特筆に値する[5]。

FIOH で提供される教育研修プログラムとして、各種の産業保健専門職、および、職場の安全衛生担当者向けの様々な内容が提示されていた[9]。産業保健看護職は、産業医コースや理学療法士コースの学生らとともに受講することができるしくみもあり[9]、職種間理解・多職種連携の促進につながった。

５）労働能力管理に関する施策（治療と仕事の両立支援を含む）

フィンランドでは、産業保健法[1]にも労働能力（work ability）の増進が謳われているように、1980 年代初頭から労働能力という概念が注目されてきた[10]。従来は、疾患や負傷後の職場復帰の促進、慢性疾患や労働能力の低下、再発症状を抱える労働者の就労継続の支援、障害を持つ労働者への効果的な職場配慮と支援の提供などに焦点があたっていたが、近年はよりポジティブな労働能力管理（work ability management; WAM）への関心が高まっており、組織における戦略的管理の一環として WAM(労働能力管理)を導入し、変化の中で職員の労働能力を維持・発展させるための前提条件、運営方法、モニタリングツールを構築するための研究プロジェクトなども展開されていた[10]。

２．韓国の状況

１）産業保健に関する法制度

韓国では、Occupational Safety and Health Act, OSHA（1981 年制定, 1982 年施行）が産業保健の基本法[11]であり、安全衛生に関する基準を定め、責任の所在を明確にし、 快適な作業環境を整備することにより労働を提供する者の安全と健康を維持することを目的としていた。また、日本における労働安全衛生法施行令にあたる Enforcement Decree of the Industrial Safety and Health Act において, OSHA の実施に必要な具体的な細則や活動手順、安全衛生管理体制に関わる配置基準等、有害業務に関する管理基準などを規定[12]、労働安全衛生法施行規則にあたる Enforcement Rules of the Industrial Safety and Health Act において施行令の詳細な運用基準や手続き、事例などを定めていた[13]。また、2022 年に Serious Accident punishment Act, SAPA が制定され、重大事故（死亡事故・複数傷害など）を対象に、経営者・法人の刑事責任を明確にしていた[14]。

KOSHA(Korea Occupational Safety and Health Agency, 韓国産業安全保健公団

[15]）は Ministry of Employment and Labor, MOEL（雇用労働部：日本における厚生労働省の“労働省”にあたる部門）の外郭機関であり、産業保健の中核機関である。事業場への技術支援やコンサルティング、産業保健専門職への教育・訓練、調査研究や政策提言、情報提供や広報、安全衛生マネジメントシステムの認証制度の運営や保護具・安全装置・測定機器などの安全認証・検定などを担っていた。

２）産業保健サービス提供のしくみ（産業保健関連職種の種類・構成を含む）と支援内容

OSHA では、従業員の安全と健康の確保および向上をはかり、国が定める労働災害防止に関する政策に準拠することを事業者責任として義務付けていた。したがって事業場内に、その業種や規模等に従い安全保健管理責任者（Safety and Health Manager、安全管理者（Safety manager)、保健管理者(Health manager)、産業医（Occupational physician）等を選任し活動にあたるものである。常時雇用する労働者が 50 人以上の事業場においては保健管理者（Health manager）を選任することが義務付けられていた。保健管理者の資格を有することができる職種としては主に医師、看護師、産業衛生技師(Industrial Hygienist)等であり、これらの職種から選任することができるが、保健管理者が医師でない場合には産業医の選任が必要となっていた。1990 年代の法改正により、300 人未満の中規模事業場では外部の保健管理代行機関に委託し、パートタイムの産業保健専門家を派遣して委託することが可能となった[16) 17)]。この保健管理代行機関は、労働安全保健法施行規則[13)]で要求される人員基準および設備基準などの条件を満たし，MOEL（雇用労働部）が指定した機関でなければならない。

50 人未満の事業場においては、保健管理代行機関が作業環境測定、特殊健康診断、保健指導などの支援を直接行っていた。韓国の 事業場の約 9 割が小規模事業場であり、１年につき 3～4 割の事業場が選定された。そのため、事業場 の視点に立つと 3～4 年に１回程度支援を受けられることになっていた[18)]。一方で、小規模事業場の産業保健カバー率(Occupational Health Coverage Rate, OHCR)は約 25～40％との報告もあり、韓国における産業保健上の課題ともされていた[19)]。

３）産業保健看護職の役割（他職種との連携状況を含む）

韓国における産業保健看護は 1981 年以降専門家として認められるようになったが、工場診療所における応急手当提供者の役割が主であった。1991 年の法改正により、看護師が保健管理者として認められたことから、より高い専門性が求められることになった[20)]。

保健管理代行機関協議会による保健管理代行機関運営マニュアルでは次の要点が記されていた。1. 医師,看護師, 産業衛生師の 3 職種によって産業保健サービスを提供し、各専門職が役割を分担・連携して産業保健サービスを提供する、2. 提供される産業保健サービスによって事業者の労働安全保健における

法的義務が果たされるように設計、3.各専門職の事業場訪問頻度の規程が記されていた。主な役割分担としては、医師は職業病管理や健康診断管理、疾病管理、OHNは事業所の衛生管理計画･評価、健康相談や保健指導、プライマリーケア、ヘルスプロモーション、総括管理や調整機能、産業衛生技師は有害物質/環境の管理、作業管理、保護具の管理、保健統計等を主として担いつつ連携を図っていた[17]。各専門職の事業場訪問頻度が規定されており、OHNの訪問頻度が最も高く設定されていた[17]。また、 保健管理者のうち、医師が10%、OHNが70%、産業衛生技師等が20%となっていた[18]。

なお、韓国の産業保健看護の専門団体である Korean Association of Occupational Health Nurses (KAOHN)は、KOSHA の50 人以下の小規模事業場の産業保健管理の大規模な委託先の一つとなっており、KAOHNのOHNが多くの小規模事業場の産業保健を担っていた[20]。

４）産業保健看護職の教育・資格認定制度（法定・民間）

産業保健看護に関する教育については、一部の大学では学部教育に取り入れており、その数は増加していた。また、大学院における産業分野の高度実践看護師の制度があるが、その数はまだ少ないとの報告があった[20]。

継続教育についてはKAOHNが担っている。KAOHNは事業場保健管理者に対して2 年ごとに受講義務が課せられている「新規職務教育および医療免許補習教育課程プログラム」の実施機関となっており、看護師に限らず保健管理者全体を対象としていた。研修時間は新規更新の場合は18科目36 時間、それ以後は11科目24 時間と規定されており、それぞれ決められたカリキュラムに従って実施されていた。さらに、新たな産業保健認定資格として「職業健康管理士」の認定プログラムを創設している。これは、より専門性の高い産業保健看護職の育成することが目的ではあるが、受講資格は看護師に限らず保健管理者全てに適応された。KAOHN では，将来的に産業保健看護職の事業場での採用において、職業健康管理士の資格認定者が優先的に採用されるようにしていきたいとの考えがあった[18]。

５）労働能力管理に関する施策（治療と仕事の両立支援を含む）

労働能力管理や治療と仕事の両立支援に関する具体的な施策については、本研究における文献レビューおよび公開資料の検索では、十分な情報を得ることができなかった。

３．タイの状況

１）産業保健に関する法制度

タイにおける産業保健制度は、タイ王国憲法第 74 条に定められた国家の労働政策に関する指導原則を基盤としていた[21]。同条項は、国家が人々の能力と年齢に適した労働への従事を促進し、労働者を保護するとともに、安全と職業衛生を確保し、適切な収入、福祉、社会保障その他の給付を受けられるようにすべきことを明記していた。さらに、労働年齢後の生活のための貯

蓄の提供または促進についても国家の責務として規定されていた[21]。

この憲法上の理念を具体化するため、タイでは段階的に産業保健関連法制度が整備されてきた。1972年には従業員の保護と福祉に関する要件を定める布告が発令され、従業員200人以上の事業場に対して1人以上の看護師の配置が義務付けられた。また、大規模な事業場には医師などの追加の医療従事者の配置も求められるようになった[22),23)]。

労働安全衛生管理の専門職配置に関しては、2006年にOccupational Safety, Health and Environmental Actが施行され、Safety Officer（SO：安全管理者）の選任が事業者に義務付けられた。その後、2022年には新規則が公布され、業種と従業員数に応じて5つのレベルのSOが設定された[24)]。具体的には、従業員が2名以

上の場合は監督レベル、20名以上50名未満では技術レベル、50名以上100名未満では高度技術レベル、100名以上では専門家レベルのSOが求められ、各レベルに特定の資格や経験要件が課されることとなった。これにより、事業場規模に応じた労働安全衛生管理体制が構築されている[24)]。

現行の産業保健法制度の中核をなすのは、2011年に公布されたOccupational Safety, Health and Environment Act（B.E. 2554 / A.D. 2011）である。本法はMinister of Labour（労働省）の所管の下、すべての雇用主および従業員に対して職場の安全と健康の維持・遵守を義務付けるものであり、労働安全衛生環境法を基本として、タイ独自のOSHMS規格（TIS 18000：Thai Industrial Standard）が公表されていた[23)]。

近年の法制度改革としては、B.E. 2562/2019（職業病及び環境病の防止及び管理に関する法律）およびB.E. 2567/2024（職業保健サービス基準省令）が注目された[23)]。これらの法令によって職業性・環境性疾病の監視・予防・管理のしくみが整備され、企業や職業保健サービス機関が労働者の健康維持や疾病予防により積極的に関与することが求められるようになった。

２）産業保健サービス提供のしくみ（産業保健関連職種の種類・構成を含む）と支援内容

タイにおける中小企業への産業保健サービスは、複数の制度的枠組みによって支えられていた。古くから従業員数に応じて看護師や医師が応急措置の担い手として雇用が義務付けられており、これが産業保健サービスの基盤となってきた。さらに、従業員数2人以上の健康リスクの高い業種に対しては、前述の5つのレベルのSafety officerの雇用が義務付けられ、労働安全対策が推進されてきた[24)]。

産業保健専門職の配置状況を見ると、産業医や産業保健看護職（OHN）は主にリスクの高い一部の大企業に勤務しており、産業医、OHN、産業衛生士による多職種チームによって産業保健サービスが提供されている。この多職種連携アプローチは、包括的な産業保健サービスの提供を可能にする重要な特徴であった。

産業保健サービス提供体制に関する重要な転換点として、2024年に保健省が交付した産業保健サービスに関する省令が挙げられる[22]。本省令では、産業保健サービスを3つのタイプに分類した。第一に民間産業保健サービスユニット、第二に事業所内産業保健サービスユニット、第三に公的産業保健サービスユニットであった。

特筆すべきは、OHNの配置基準が明確化されたことである。民間産業保健サービスユニットでは少なくとも2人のOHN（修士号取得者、または4か月間の専門研修修了者）の配置が、事業所内産業保健サービスユニットでは200人以上999人の企業規模において少なくとも1人のOHN(資格要件は民間ユニットと同等)の配置が求められることとなった。この規定により、中小企業の産業保健サービスにおけるOHNの役割が制度的に位置づけられたと言える[22]。

３）産業保健看護職の役割（他職種との連携状況を含む）

タイにおけるOHNの役割は、近年大きく変化してきている。長期にわたり、OHNの役割、選任要件や配置基準等が明文化されていなかったが、2024年の法改正によってOHN（修士号取得者または4か月間専門研修修了者）の配置が義務付けられたことで、その役割が明確化された[22]。

現在、OHNに期待される役割は、従来の応急措置に加えて、労働者の健康の促進と維持、健康の評価、健康教育プログラムの実施等、多岐にわたる実務を包含していた。今後はさらに労働者の健康とWellbeingを推進する中心的な役割を担うことが期待されていた[22]。

多職種連携の観点からは、一部の大企業においてOHNは産業医、産業衛生士とともに産業保健チームを構成し、協働して産業保健サービスを提供する体制が構築されていた[23]。このような多職種連携体制は、包括的かつ効果的な産業保健サービスの実現に不可欠な要素となっていた。

４）産業保健看護職の教育・資格認定制度（法定・民間）

タイにおける産業看護教育は2000年頃から本格的に発展してきた。現在、主に大学院修士課程において産業保健看護の専門教育が提供されていた[23]。

教育プログラムとしては、2つの主要なコースが存在した。第一に、2004年に開始された60時間の短期研修コースがあった。本コースはBurapha University、Chiang Mai University、Mahidol University、Nopparat Rajatanee Hospitalの産業医学部門によって立ち上げられた。カリキュラムは、30時間の産業保健入門（労働衛生政策、中毒学、人間工学、安全、リスクアセスメント、産業保健法令、職業病、疫学）と、30時間の産業保健看護学(OHNの役割と機能、健康管理、作業環境管理、ヘルスプロモーション、部門調整、ケースマネジメント、倫理、緊急時対応、産業保健サービスの計画立案・実行・評価）から構成されていた。

第二に、2010年に開始された4ヶ月間の研修コースが存在していた。本コースはタイ看護学会が承認している13のプログラムのうちの1つであり、Chiang

Mai University の看護学部に設置されている通常プログラムのほか、Mahidol University の公衆衛生学部看護学と Nopparat Rajatanee Hospital の産業医学センター、公衆衛生省との共同による週末プログラムとして実施されていた。カリキュラムは、11 単位の学科研修（ヘルスシステム、産業保健の基本、健康評価とスクリーニング、産業保健看護学応用）と、5 単位の実地研修から構成されており、より体系的かつ実践的な教育内容となっていた[23)]。

これらの教育プログラムは、2024 年の法改正で配置が義務化された OHN の資格要件（修士号取得者または 4 か月間の専門研修修了者）に対応するものであり、産業保健看護職の専門性を担保する重要な役割を果たしていた。

５）労働能力管理に関する施策（治療と仕事の両立支援を含む）

労働能力管理や治療と仕事の両立支援に関する具体的な施策については、本研究における文献レビューおよび公開資料の検索では、十分な情報を得ることができなかった。

D．考察

１．中小企業への国による積極的な支援体制

フィンランド、韓国、タイの 3 カ国に共通する特徴として、中小企業への産業保健サービス提供に国が積極的に関与している点が挙げられる。

フィンランドおよび韓国では、産業保健関連の研究機関や民間労働衛生機関などを通して、多数の小規模企業への実質的な産業保健サービスを展開している[3,16,17)]。特に韓国では、国の方針による対象企業の選定と支援を大規模に行い、数年に一度は支援が入るしくみが構築されている点が注目される[16,17)]。

さらにフィンランドでは、財政的支援として、事業者や個人事業主が予防的な産業保健サービスに支払った費用の最大 60%が社会保険制度から償還されるしくみがあり、事業者等へのインセンティブとして機能している可能性がある[3,4)]。このような直接的・財政的支援の両面からのアプローチは、わが国の小規模企業支援、ならびに個人事業主への支援においても参考となる施策である。

加えて、フィンランドでは労働能力（work ability）に従来から注目し、その維持・向上の支援を行うことを産業保健活動の重点目標の１つとしていることも特徴と考えられる。労働力不足に悩む小規模事業場等では、従業員の労働能力の維持・向上ならびに病気・怪我による労働力損失の予防によるメリットが非常に大きいと考えられ、産業保健サービスを積極的に活用することにつながる可能性が考えられる。わが国でも 2016 年に「治療と仕事の両立支援」に関するガイドラインが発表され、2026 年 4 月からは努力義務化されることになったが、病気等を持った労働者が十分な治療を受けながら就労継続できるよう支援する上で、労働能力の維持・向上という視点はあまり強調されていないと思われる。その意味からもフィンランドにおける労働能力管理の考え方は、今後わが国において、治療と仕事の両立支援を中

小企業全般に広めていくためにも大いに参考になると考えられる。わが国への導入に向けて、フィンランドにおける具体的な労働能力管理の方策をさらに深く知るためには、現地調査ならびに関連機関・職種へのインタビュー調査等が必要と考えられる。今回の調査では、その点に関する韓国・タイでの状況を文献的に探ることができなかったが、公開されている英文資料が少ない等の限界もあった可能性もあるため、今後は別の方法で情報収集することも必要と考えられる。

２．産業保健看護職の自律的活動と多職種連携体制、および教育・資格認定制度

フィンランドおよび韓国では、産業保健看護職が最前線で産業保健サービス全般を担いながら、必要時に産業医等につなぐ多職種連携が進んでいる点が特徴的である[5,6,17]。

一方、タイでは近年産業保健看護職の配置基準が定められ、今後の活躍が期待される段階にある[22]。

これらの国における産業保健看護職の活用状況の背景として、多職種連携を基本とした法制度を構築してきたフィンランドや韓国では、産業保健看護職が自律的に活動できる環境が整備されていることが挙げられる[1,11]。また、米国や英国を含めて産業保健看護職への高度な教育や資格認定が行われている国ほど、産業保健看護職の裁量権が大きく主体的に活動でき、高い社会的評価が得られているとの報告25,26)も認められ、教育研修の強化が活動の質保証と社会的評価の向上につながる可能性が示された。特に、フィンランドでは、98%の産業保健看護職が資格認定に必要な教育研修要件を満たしているなど、3カ国の動向においても同様の傾向が認められており[5,18,20]、今後わが国においても産業保健看護職への継続教育および資格認定制度のさらなる強化が必要と考えられる。

産業保健看護職は、事業者・労務厚生担当者・労働者と各職場の最前線で接し、彼ら自身の意識啓発もしつつ企業ニーズ・労働者ニーズに沿った全般的な産業保健サービスを自ら提供しながら、必要時に産業医・ハイジニスト・理学療法士等の多職種につなぐコーディネート機能を発揮しており[5,6,17]、これらの特性が中小企業への支援において重要な役割を果たしていると考えられる。本研究により明らかとなった海外での状況は、産業保健看護職の活用推進により、中小企業における産業保健活動が活性化する可能性が高いことを示唆しており、今後のわが国の施策にも活かしていくことが望まれる。

３．産業保健研究機関による研究・教育・実践の統合的展開

フィンランドのFIOH(フィンランド産業保健研究所）では、研究のみならず教育・実践面にわたる活動が活発に展開されており、成果を挙げている[7,9]。このように、産業保健に関わる研究・教育・実践を一体となって展開することができれば、企業ニーズに合った産業保健サービスのあり方や、それに応えうる専門

性を確保するための産業保健専門職への教育研修を展開することができ、質の高い産業保健サービスの普及推進を具現化しやすくなる可能性が高いと考えられる。

わが国の国立労働安全衛生研究所は研究機能のみに特化されており、産業保健専門職等への教育研修や小規模企業への直接的な支援サービスは実施されていない。今後は、フィンランドの事例を参考に、教育・実践機能の導入も検討していく余地があると考えられる。

以上の3点から、フィンランド、韓国、タイの事例は、わが国の中小企業における産業保健活動推進、特に産業保健看護職の活用推進を可能にする法的・社会的環境整備と教育研修の充実に向けて、重要な示唆を提供するものである。

E．結論

フィンランドや韓国との比較から、中小企業への産業保健サービス提供において、国による直接的・財政的支援、産業保健看護職の自律的活動を可能にする法制度、産業保健研究機関による研究・教育・実践の統合的展開が重要であることが示唆された。

タイにおける産業保健制度は、2024年の法改正により産業保健看護職の配置基準が明確化されるなど、発展途上の段階にある。

しかし、多職種チームによる産業保健サービス提供体制の構築や、修士課程を中心とした専門教育制度の整備が進められており、今後の発展が期待される。

F．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

H．引用文献

1）Ministry of Social Affairs and Health
Occupational healthcare［インターネット］
https://stm.fi/en/occupational-health-care （2025年3月27日アクセス）.

2）Ministry of Social Affairs and Health. Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services［インターネット］.
https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties (2025年3月27日アクセス)

3）錦戸典子, 池田智子, 前田一寿, 他． フィンランドにおける中小規模事業場を対象とした健康支援システム．平成16年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 「中小規模事業場の健康支援に関連する

政策・施策・サービスの連携に関する研究―最適支援システムの構築を目指して―」総括研究報告書（主任研究者　錦戸典子）61-77.　（2005年3月）.
4) Kansaneläkelaitos (Kela, フィンランド社会保険庁), Occupational healthcare for self-employed persons［インターネット］. https://www.kela.fi/health-care-self-employed-persons?utm_source=chatgpt.com. (2025年8月15日アクセス)
5) Kirsi Lappalainen, et al. Comparison of performance targets of public and private sector occupational health nurses in Finland. Eur J Occ Health Nurs.　2020:1:4-16.
6) Erja Sormunen, Sanna Pesonen, Pauliina Toivio, Sari Nissinen. Characteristics of multiprofessional and client-oriented approach in occupational health services: A cross-sectional survey among occupational health professionals.　Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2024: 17: 2121-2132.
7) Suvi Lehtinen.　Activities and ways of organizing better occupational health and safety in small workplaces: special focus on information. Industrial Health. 2006: 44: 13-16.
8) Naumanen Paula. Finnish occupational health nurses' work and expertise: the clients' perspective.　Journal of Advanced Nursing. 2001: 34(4): 538-544.
9) Finnish Institute of Occupational Health　(FIOH), Työterveyshuollon osaajaksi（産業保健資格取得研修・産業保健継続研修）［インターネット］. https://www.ttl.fi/koulutus/tyoterveyshuollon-osaajaksi（2025年3月27日アクセス）.
10) Julia Anttilainena,*, Irmeli Pehkonena, Minna Savinainenb and Eija Haukka.　Social and health care top managers' perceptions and aims of strategic work ability management in the midst of change.　Work 2024: 77:533-545.
11) Korea Ministry of Government Legislation, Occupational Safety and Health Act　［インター ネット］. https://www.kosha.or.kr/english/legislation/occupationalSafetyAndHealth.do?mode=view&articleNo=448170&article.offset=0&articleLimit=10　(2025年10月25日アクセス)
12) Korea Ministry of Government Legislation, Enforcement Decree of The Occupational Safety and Health Act　［ インターネット］.

https://www.kosha.or.kr/english/legislation/occupationalSafetyAndHealth.do?mode=view&articleNo=448171&article.offset=0&articleLimit=10 (2025年10月25日アクセス)
13) Korea Ministry of Government Legislation, Enforcement Rules of the Industrial Safety and Health Act[インターネット] (2025年10月25日アクセス)
14) Korea Ministry of Government Legislation, Serious Accident Punishment Act, SAPA.［インターネット］(2025年10月25日アクセス)
15) KOSHA,https://www.kosha.or.kr［インターネット］(2025年10月25日アクセス)
16) Park H, Ha E, Kim J, Jung H & Paek D.Occupational health services for small-scale enterprises in Korea. Ind Health. 2022: 40: 1-6.
17) 岡原伸太郎,李　秉雨,小笠原隆将,他.
韓国における 保健管理代行機関制度の背景と運用に関する調査報告. 産業医科大学雑誌. 2014:36(3):217-26.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/36/3/36_217/_pdf/-char/ja
18) 都筑千景, 岩本里織, 小倉弥生, 他. 韓国の産業保健分野 における看護活動と専門教育の現状. 産業看護. 2013: 5:208-15.
19) Kang, D. (2023). *Problems and suggested improvement plans for occupational health service in Korea.* Annals of Occupational and Environmental Medicine, 35, e10. https://doi.org/10.35371/aoem.2023.35.e10.［インターネット］(2025年10月25日アクセス)
20) Kyung Ja June. Occupational Health Nursing Practice, Education, and Research in Korea. AAOHN. 2003: 51(2): 65-71.
21) Constitution of the Kingdom of Thailand. https://constitutionnet.org/sites/default/files/2017-05/CONSTITUTION+OF+THE+KINGDOM+OF+THAILAND+(B.E.+2560+(2017)).pdf (2025年８月15日アクセス)
22) Wanpen Songkham. Navigating New Frontiers:Challenges and Opportunities for Occupational Health Nurses within Thai Regulatory Frameworks.［インターネット］. Journal of work health and safety regulation. March 3, 2025. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jaohlev/3/2/3_oa.24-012/_pdf/-char/en (2025年８月12日アクセス)
23) 深井七恵, 平岡 晃, 梶木繁之, 他. タ

イ王国の労働衛生に関する制度および専門職育成の現状―日本企業が海外拠点において適切な労働衛生管理を実施するために. 産業医科大学雑誌. 2018：40（1）：33-44.
24) Yothin Intaraprasong and Ponpun Krataykhwan. New Regulations on Safety Officers (Thailand). [インターネット]. Thailand Bangkok: Nagashima Ohno & Tsunematsu Thailand Co. Ltd.: 2022年8月.
https://www.noandt.com/wp-content/uploads/2022/08/thailand_en_no19.pdf（2025年8月18日アクセス）
25) 錦戸典子, 帆苅なおみ, 安部仁美, 赤川景子, 海老根智美, 小川明夏, 小島健一, 中谷淳子, 丸山彗師. 中小企業への産業保健サービスと産業保健看護職の活用状況に関する国際比較. 日本産業保健法学会誌4巻第2号P.44-59. 2025/10.(印刷中)
26) 錦戸典子, 赤川景子, 安部仁美, 海老根智美, 小川明夏, 中谷淳子, 帆苅なおみ, 小島健一, 丸山慧師. 中小企業の産業保健の担い手としての産業保健看護職と法 ～国内外の産業保健看護職のあり方と課題～日本産業保健法学会第 5 回学術集会シンポジウム６. 2025年9月21日(東京)

令和７年度
厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築

研究代表者：深井　航太　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　准教授
研究分担者：立道　昌幸　　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授
研究分担者：森　　晃爾　　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　教授
研究分担者：江口　　尚　　産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学　教授
研究分担者：堤　　明純　　北里大学医学部公衆衛生学　教授

研究要旨：本研究は、急速に変化する労働環境に対する諸外国の産業保健制度の対応を制度的側面および実務的側面から多角的に明らかにし、日本の産業保健政策の課題解決に資する基礎資料を提供することを目的とする。本分担研究は、令和８年度に予定する実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築を担うものであり、令和７年度は、(1)各国の産業保健分野の専門家のリストアップ、(2)研究機関・学会・行政機関・企業の連絡先の確保、(3)研究協力者としての参加交渉を目標とした。研究分担者が有する国際的役職（ICOH理事、IOMSC理事）を起点に、AOHC2025（米国・オースティン）、EPICOH2025（オランダ・ユトレヒト）、ACOEM Virtual Fall Summit 2025への参加・発表、ならびに米国の研究機関への訪問を通じて、国際協働組織IOMSC、各国の中核的専門家、各国・各州の公的機関・研究機関の三層からなる人的ネットワークの基盤を確立した。あわせて、米国における産業医学専門職養成基盤をめぐる課題、職業曝露マトリクスを用いた曝露評価の国際標準化、米国メリーランド州における診療情報と職業情報の連結の取組等、次年度の実地調査における比較の視点となる国際的動向を把握した。以上により令和７年度の目標は達成され、次年度における各国専門家への調査項目送付および半構造化面接による実地調査の基盤が整備された。

Ａ．研究目的

本研究「諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究」は、急速に変化する労働環境において諸外国の産業保健制度がどのように対応しているかを、制度的側面および実務的側面から多角的に明らかにし、日本の産業保健政策の課題解決に資する基礎資料を提供することを目的とする。日本の労働環境は、フリーランスや非正規雇用の拡大、高齢労働者や外国人労働者の増加、女性の労働参加の進展、テレワークの普及などにより多様化・複雑化が進んでおり、治療と仕事の両立支援、メンタルヘルス対策、化学物質の自律的管理といった課題への対応が急務となっている。本研究は、法学グループと産業医学グループを構成し、米国・英国・フランス・ドイツ等を中心に、文献調査および各国専門家への実地調査を通じて、これらの課題に対する具体的な解決策を提示することを目指すものである。

本研究は二か年計画であり、初年度（令和７年度）は文献調査により各国の産業保健制度の変遷と現状の課題を整理し（【項目１】制度的側面＝法学グループ統括、【項目２】実務的側面＝産業医学グループ統括）、次年度（令和８年度）に、文献調査では明らかにできない課題を中心とした実地調査を行う設計となっている。本分担研究が担う【項目３】「実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築」は、【項目１】・【項目２】で抽出される課題を次年度の実地調査へとつなぐ橋渡しに位置づけられる。文献調査によって把握できるのは各国の制度や規定の「あるべき姿」であるが、その制度が現場でどのように運用され、いかなる課題を抱えているかという「実態」は、現地の専門家との信頼関係に基づく対話を通じてはじめて得られる。実地調査を実効性あるものとするためには、調査に先立って各国の産業保健分野の専門家を選定・確保し、研究協力体制を整えておくことが不可欠である。

以上を踏まえ、本分担研究における令和７年度

の研究目的を、(1) 各国の産業保健分野の専門家のリストアップ、(2) 研究機関・学会・行政機関・企業の連絡先の確保、(3) 研究協力者としての参加交渉、と設定した。研究計画書において、本項目は研究分担者である堤（ICOH理事）および森（ACOEM／SOMを母体とするIOMSC理事）の有する国際的ネットワークを基盤とすることが想定されており、これら既存の学会ネットワークを深化させながら、次年度以降の実地調査および国際比較研究の基盤となる人的ネットワークを構築することを目指した。

Ｂ．研究方法

本分担研究は、文献調査では把握しきれない各国の産業保健の運用実態を捉えるために、信頼関係を基盤とする専門家ネットワークの構築を方法論の中心に据えた。具体的には、以下の方法を採用した。

第一に、研究分担者が有する既存の国際的な役職・ネットワークを起点とした接続である。本研究班には、国際産業保健学会（ICOH：International Commission on Occupational Health）理事である堤、ならびに米国産業環境医学会（ACOEM）および英国産業医学会（SOM）を母体とする国際産業医学関連学会協働組織（IOMSC：International Occupational Medicine Society Collaborative）の理事である森が研究分担者として参画している。これらの国際的な役職を通じて、各国の中核的専門家へと接続する経路を確保した。

第二に、国際学会への参加・発表を通じた対面での関係構築である。書面やオンラインのみの接触では信頼関係の醸成に限界があるため、研究代表者・研究分担者が国際学会に実際に参加し、口頭・ポスター発表や討議、IOMSC等のセッションを通じて、各国の専門家と直接対話する機会を重ねた。

第三に、米国の専門研究機関への訪問と直接対話である。学会の場にとどまらず、個別の研究機関を訪問し、各国・各州の産業保健の制度運用に関する具体的な情報を聴取した。

産業医学グループ内の役割分担は次のとおりである。研究統括である深井（東海大学）が、実地のネットワーク構築活動を主導し、立道（東海大学）とともに東海大学グループとして一体的に活動した。森（産業医科大学）は、IOMSC理事として、ACOEMおよびIOMSCへの紹介・接続を担った。江口（産業医科大学）は、EPICOH（国際職業疫学会議）への紹介を担った。堤（北里大学）は、ICOH理事として、同じくEPICOHへの紹介・接続を担った。本項目は、東海大学グループ・産業医科大学グループ・北里大学グループの三者の協働として遂行された。

Ｃ．研究結果

令和７年度において、産業医学グループは以下のネットワーク構築活動を行い、各国の産業保健に関する知見を得た。

１．IOMSCを軸とする国際ネットワークへの接続

本年度の最も重要な成果は、国際産業医学関連学会の協働組織であるIOMSCに強固な接点を確立したことである。IOMSCは、各国の産業医学関連学会が連携し、専門職の教育や基準、国際協力を推進する組織であり、各国の産業保健の中核的専門家が集う場である。森が同組織の理事であることを足がかりに、研究代表者の深井がIOMSCの活動に参画し、特に中核的な専門家２名（Herman Spanjaard医師、Marianne Cloeren医師）と、継続的に連携可能な信頼関係を構築した。これにより、次年度以降の実地調査において、米国をはじめとする各国の専門家・研究機関へ照会する経路が確保された。

２．AOHC2025（米国）への参加と米国動向の把握

2025年４月27日から30日にかけて米国テキサス州オースティンで開催されたAOHC（American Occupational Health Conference：米国労働衛生学会）に研究代表者が現地参加した。AOHCはACOEMが主催する産業環境医学分野で米国最大規模の学術集会であり、本年は約1,200名が参加した。会期中のIOMSCセッションでは森が登壇し、国際的な取組の中で日本の立場を発信した。深井はポスター発表を行うとともに、米国および各国の専門家との交流を通じてネットワークを拡充した。

あわせて、米国の労働安全衛生行政が大きな転換点にあることを現地で把握した。2025年に発足した新政権下で、国立労働安全衛生研究所（NIOSH）を含む連邦機関の大規模な再編・人員削減が進行しており、NIOSHが各地の大学に設置してきた教育研究センター（ERC：Education and Research Centers）の存続が不透明となっている。ERCは産業医学（OEM）の専門医養成を担ってきた拠点であり、その危機は米国の産業医学専門職の養成基盤を揺るがすも

のである。ACOEM総会では、ある理事から「もはや米国は産業医学分野で世界のリーダーとは言えない」との趣旨の発言もなされ、米国が他国の取組から学ぶ姿勢を強めていることがうかがえた。これは、本研究が目指す国際比較研究にとって重要な背景情報であると同時に、日本にとっても専門職養成基盤の持続可能性という観点から示唆に富む知見である。

３．EPICOH2025（オランダ）への参加と職業疫学の国際動向の把握

2025年10月６日から９日にかけてオランダ・ユトレヒトで開催された第30回国際職業疫学会議（EPICOH2025）に研究代表者が参加・発表した。EPICOHはICOHの疫学部門が主催する国際会議であり、本年は世界各国から約400名が参加した。本会議への参加を通じて、欧州を中心とする職業疫学研究者のネットワークに接続した。

会議で把握された国際的な議論の潮流として、(1) 職業性曝露評価の基盤整備（職業曝露マトリクス〔JEM：Job Exposure Matrix〕の活用が国際標準となっていること）、(2) 自社のサプライチェーン上の他国の労働環境にまで産業保健の責任を拡張する視点（企業の社会的責任やESG経営の観点）、(3) 「職業性曝露」を軸に据えた研究デザインを求める厳格な科学的姿勢、の三点が挙げられる。これらは、次年度の実地調査における比較の視点を設定するうえで参考となる。

４．米国の州レベルにおける産業保健データ基盤の先進事例の聴取

米国の専門研究機関の訪問等を通じて、米国メリーランド州において、医療機関の診療情報と労働者の職業に関する情報をリンクさせる取組が、州の制度的枠組みのもとで進められていることを聴取した。診療情報と職業情報の連結は、職業に起因する健康影響の把握や、適切な事後措置・専門医療への接続を可能にする基盤であり、日本における産業保健データ基盤のあり方を検討するうえで、次年度以降の実地調査における重要な国際比較の論点になると考えられた。

５．米国産業医学界の論点動向の俯瞰

2025年11月にオンライン開催されたACOEM Virtual Fall Summit 2025の講演資料を横断的にレビューし、米国産業医学界における近年の論点を俯瞰した。レビューの結果、米国産業医学界では、(1) 産業医学専門職の養成パイプラインの危機（専門研修プログラムの減少と養成基盤の脆弱化）、(2) 気候変動と環境医学（熱中症をはじめとする気候関連の健康リスクへの対応）、(3) AI（人工知能）の臨床・実務への実装、(4) 有害物質曝露と職業性疾患をめぐる伝統的課題、(5) 制度・公平性・アドボカシー（医学的検査基準の見直しや専門職による社会的発信）、といった論点が並行して議論されていることが把握された。とりわけ専門職養成基盤の問題は、AOHC2025で得られた知見とも一致しており、米国産業医学界が直面する構造的課題として確認された。これらの論点は、次年度以降の実地調査の調査項目を設定するうえでの基礎情報となる。

６．構築されたネットワークの構造

以上の活動により、本年度は、（ⅰ）国際協働組織（IOMSC）、（ⅱ）個々の中核的専門家（Spanjaard医師、Cloeren医師ら）、（ⅲ）各国・各州の公的機関および研究機関、という三層からなる人的ネットワークの基盤を整備した。これらは、次年度に予定する各国専門家への調査項目の送付・文書回答の収集や、半構造化面接による実地調査の対象者確保に直接活用できるものである。

Ｄ．考察

令和７年度の活動を通じて、本分担研究は【項目３】が担うべき「橋渡し」機能の基盤を整えることができたと考えられる。以下、構築されたネットワークの戦略的意義について考察する。

第一に、文献調査では到達できない運用実態へのアクセス経路を確保したことである。各国の産業保健制度は、法令や規定の文言からその「制度設計」を知ることはできるが、その制度が現場でどの程度実効性をもって運用され、いかなる課題を抱えているかという「実態」は、現地の専門家との信頼関係に基づく対話を通じてはじめて把握できる。本年度に国際学会への継続的な参加と機関訪問を重ね、IOMSCを軸とする専門家ネットワークを構築したことは、次年度の実地調査においてこうした実態に迫るための前提条件を満たすものである。

第二に、初年度の活動を「総論的」な接続段階と位置づけ、次年度に「個別事項」へと具体化していく見通しを得たことである。本年度のネ

ットワーク構築は、各国の産業保健の全体像を俯瞰し、信頼関係を醸成する段階であった。次年度は、【項目１】（制度的側面）および【項目２】（実務的側面）の文献調査で抽出される具体的な課題に基づき、調査項目を設定し、個別のテーマに踏み込んだ実地調査へと展開する。本年度に把握した米国・欧州の動向（専門職養成基盤、職業曝露評価、産業保健データ基盤等）は、その調査項目を設定する際の有力な手がかりとなる。
第三に、米国の産業保健について、文献上の評価と実装面の実態との間に乖離が存在しうるという認識を得たことである。米国は産業医学・産業保健の分野で先進国とみなされてきたが、現地での対話からは、専門職の養成基盤が制度的に脆弱であることや、行政再編によってその基盤がさらに揺らいでいる状況がうかがえた。文献上は優れた制度を有していても、それが現場で十分に行き届いているとは限らないという実情は、法学グループの調査からも示唆されている。制度と運用の乖離をどのように検証するかは、次年度の実地調査における中心的な論点であり、本年度に構築したネットワークは、この検証を可能にする基盤となる。
以上のとおり、本年度に構築した三層のネットワークは、次年度以降の実地調査および国際比較研究の実効性を支える基盤として機能するものと考えられる。

Ｅ．結論
令和７年度は、実地調査に向けた現地専門家ネットワークの構築に徹した年と位置づけられる。本分担研究は、研究分担者の有する国際的ネットワークを起点とし、国際学会への参加・発表および専門研究機関への訪問を通じて、IOMSCを軸とする国際協働組織・中核的専門家・公的機関の三層からなる人的ネットワークの基盤を確立した。あわせて、AOHC2025、EPICOH2025、ACOEM Virtual Fall Summit 2025等を通じて、米国・欧州の産業保健の動向（専門職養成基盤の課題、職業曝露評価の国際標準化、産業保健データ基盤の先進事例等）を把握した。これにより、研究計画書【項目３】の令和７年度目標は達成され、次年度に予定する各国専門家への調査項目送付・文書回答収集および実地調査の基盤が整備された。次年度は、【項目１】・【項目２】で抽出される課題を踏まえ、本ネットワークを活用した個別事項の実地調査へと展開する。

Ｆ．政策提言および実務活動
＜政策提言＞
該当なし。（令和７年度は実地調査に向けたネットワーク構築の段階であり、政策提言を行う段階にない。）

＜研究活動に関連した実務活動＞
・American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) International Component Society of OEM における活動。本研究における国際的な専門家ネットワークの構築に資する実務活動として実施した。

Ｇ．研究発表
1．発表論文
１．深井航太. AOHC2025現地報告　急変する米国の労働安全衛生政策と産業医学のゆくえ. 健康開発. 2025;30(1):81-86.
２．深井航太. EPICOH 2025参加報告：グローバルな産業保健への責任. 産業医学ジャーナル. 2026;49(1):59-61.
doi:10.34354/ohpfjrnl.49.1_59

２．学会発表
なし。

３．その他
なし。

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況
1．特許取得
なし。
2．用新案登録
なし。

3．その他
なし。

参考文献
１．International Occupational Medicine Society Collaborative (IOMSC). News. https://www.iomsc.net/news-1 (2026年５月22日アクセス)
２．International Occupational Medicine Society Collaborative (IOMSC). Leadership. https://www.iomsc.net/leadership (2026年５月22日アクセス)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小澤 真	フランスの産業保健における疾病・障害を有する労働者に関する最近の判例と考察	国際基幹教育紀要：人文・社会科学	第2号	23–38	2026
深井　航太	AOHC2025現地報告　急変する米国の労働安全衛生政策と産業医学のゆくえ	健康開発	30(1)	81-86	2025
深井　航太	EPICOH 2025参加報告：グローバルな産業保健への責任	産業医学ジャーナル	49(1)	59-61	2026

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　東海大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　木村　英樹

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部・准教授

（氏名・フリガナ）　深井　航太・フカイ　コウタ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　近畿大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　松村　到

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　法学部・教授

（氏名・フリガナ）　三柴　丈典・ミシバ　タケノリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　4月　17日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　追手門学院大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　真銅　正宏

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　追手門学院大学・教授

（氏名・フリガナ）　井村　真己・イムラ　マサキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　名古屋学院大学
所属研究機関長　職　名　学長
氏　名　赤楚　治之

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　法学部　准教授

（氏名・フリガナ）　佐々木　達也　（ササキ　タツヤ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年3月31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　公立大学法人大阪
所属研究機関長　職　名　　理事長
氏　名　　福島　伸一

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　国際基幹教育機構　　講師

（氏名・フリガナ）　小澤　真　　オザワ　マコト

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　東京工科大学
所属研究機関長　職　名　学長
氏　名　香川　豊

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医療保健学部　准教授

（氏名・フリガナ）　帆苅なおみ　ホカリナオミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　湘南医療大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　大屋敷 芙志枝

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）保健医療学部看護学科・講師

（氏名・フリガナ）安部 仁美　アベ　ヒトミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　東海大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　木村　英樹

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部・教授

（氏名・フリガナ）　立道　昌幸・タテミチ　マサユキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　27日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　産業医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　上田　陽一

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　産業生態科学研究所・教授

（氏名・フリガナ）　森　晃爾　（モリ　コウジ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3月　31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　産業医科大学
所属研究機関長　職　名　上田　陽一
氏　名　江口　尚

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　産業生態科学研究所・教授

（氏名・フリガナ）　江口 尚・エグチ　ヒサシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　北里大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　砂塚　敏明

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　労働安全衛生総合研究事業

２．研究課題名　諸外国の産業保健制度の多角的分析と多様化する労働環境への適応に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　北里大学医学部・教授

（氏名・フリガナ）　堤　明純（ツツミ　アキズミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。