

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」を採用。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、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、復職や就業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、まず、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。まず、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て指摘されている。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ため、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。

もつとも、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、日本と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續化、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續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 基準で特定の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、駐車場の便宜、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（OPPBT：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。

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, Evaluation, 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。且

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、普遍のカバレッジと柔軟な上乘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）を広く含むうるカテゴリーで、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は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、その後も定期的にフォローする。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 (ingénieur HSE) / 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。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、必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つくよう、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・非大学の場合））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る規定。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 SPSTI (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 SPSTI 2,313 人、SPSTA 733 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、派遣元ー派遣先間で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つのテーマー「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」一を設定する。

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（仲介非営利団体*）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を使うかを選ぶ）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。

* 仲介非営利団体（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」として判断（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）を受けると 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 年のオールドナンス以降、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・処方を行わず、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団体であり（ただし、上部の DGUV [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung] は登録団体 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權を含む〕）

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、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、医療機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、Arbeitsschutzgesetz（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。医療個人情報と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は対称的である。

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〔PfIBG：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。