

設計されたものである。

・開発作業は1980年代後半から開始された。後掲図1に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関するTom Cox教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後にMSの評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき6つの心理社会的ストレス要因(群)の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、24のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでのMS草案のピア・レビュー等、学術(特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学)、政策的手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もともと、自然科学的観点では、評価ツールに採用された6つの心理社会的ストレス要因と具体的な健康影響間の因果関係を検証した文献の多くに方法論的問題があると指摘されていた中、公衆衛生疫学や心理社会学の観点を重視して立案及び実施に踏み切った面も否定できない。

・MSの法的な位置づけは、以下の通り。

まず、HSWAが上位の根拠法として存在し、その第2条第1項に「罰則の裏付けを伴う」職域の安全衛生および厚生水準確保を定めた一般的義務条項が置かれている。

その下に法律並の法的規範性(強制力)を持つ複数の規則(日本でいう安全衛生規則などの政省令)があり、これらがその具体化を図っているが、その制定改廃については、国務長官に大きな権限が与えられて

おり、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解される。MSとの関係では、職場のリスク調査を義務づけた99年安全衛生管理規則第3条が、その直接的な根拠規定と解されている。

それより下位に、日本では大臣告示、局長通達などの行政規則(解釈例規)に当たる実施準則があり、これは、MSよりは一段上位の格付けに当たるものの、性格的にはガイダンスにとどまる。よって、名宛人は、その遵守を直接的に義務づけられるわけではなく、別の手段で同じ目的を達することも許されるが、その遵守により上位にある法規則の合法性が推認される点でもMSと類似する。HSWAやその下位にある安全衛生規則を含め、労働安全衛生に関する幅広い法規則の目的を達するために設けられるもので、制定改廃については、HSE(安全衛生庁)専門的行政機関に大きな権限が委ねられ、その専門性、網羅性、機動性が担保されているが、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で間接的、実質的な法的拘束力を持ち得ることなどから、制定改廃については、国務長官その他の行政機関との間での協議など、やや厳しい手続的規制が設けられている。MSをこれに格上げすべき、との主張もあるが、今のところ実現していない。

そして、位置づけ的にはこれらのルールの下位にあるのがMSであり、これは、基本的な根拠を(遠縁の)法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相

違を確認させたいうえで、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP (Employee Assistance Program) などが、このアプローチに「貢献するもの」と記載する報告書もある。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、そのことによって、専門性、網羅性、機動性の確保が図られているといえる。

実際に、HSE は、MSA の開始以後、イギリス国内での災害発生件数や作業関連ストレスの低減を図るため、数多くの国家レベルでの介入計画を策定して来た。これらの計画は、データ上、災害発生件数や作業関連ストレスが最も多い産業分野を対象として来た。そして、Web での公表を基本としたガイダンス、教育研修機会、国による無料の電話相談によるサポート、HSE の擁する専門家への労使双方のアクセスや、組織の取り組みの進捗状況を監視する監督プログラムの提供に至るまで、数多くのソフトな（：誘導的な）関連施策を実施して来た。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的に著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算の割当を裏付ける形式的意味しか持たないともいえ、現に、これまでのところ、MS に関する罰則の適用例は 4 件にとどまる（いずれもリスクアセスメント自体の実施を怠ったことによるもの）。もっとも、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、

応分の意義が認められよう。

・MS の仕組みは、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、①職務上の要求、②裁量、③支援を要素とする「職務の内容」と、④職務上の人間関係、⑤役割、⑥変化を要素とする「職務の背景」を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。この仕組み (MS) は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しており、「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式を採っている。

<障害者差別禁止法上の施策>

・先述した通り、イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①1944年障害者(雇用)法時代、②1995年 DDA 時代、③2003年改正法時代、④2010年平等法時代の4つの時代区分に分けられる。他方、規制内容は、(ア)福祉・保護的観点からの障害者の雇用保障措置、(イ)直接差別、(ウ)障害に「関連する」理由による差別、(エ)調整義務の不履行による差別、(オ)間接差別、(カ)ハラスメント、(キ)報復的取扱いの7種類に大別される。

現行の④時代には、新たに(オ)の規制が加わり、(イ)(カ)が(* (イ)については正当化事由も含めて)再定義され、(ウ)については、「障害に関連する理由に基づく差別」が、「障害に起因する差別」に代えられ、使用者の認識が要件化されると共に、正当化立証（：一応立証された差別が正当

な目的を達成するための適正な手段であること(証明)の余地が具体化され、事実上拡大された。また、(エ)については、調整義務が生じるケースとして、補助的支援 (provision of an auxiliary) がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記された。

・(オ)は、ある(いっけん)中立的な基準等(基準又は慣行)の実際の適用が、保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合や、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合に成立する。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採用することが、視聴覚障害者等に差別的効果を有するような場合が該当するが、直接差別の場合と同様に、比較の前提として、保護の対象となる集団とならない集団の間に実質的な同質性が求められる。本質的には、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害の社会モデル」的発想をとるものである。

・(イ)については、③時代の直接差別規定を引き継ぎつつ、附則9で以下の正当化事由が明記された。(a)職業上の要件 (occupational requirements) に該当し、(b)その適用が適法な目的達成のため均衡がとれており、(c)その適用者がその要件を充たすか、充たすと合理的に判断される場合。また、障害者を非障害者より有利に取り扱うことが許容される旨も明記された。

・(カ)については、(a)ある者が障害に関連する対象者にとって不快な (unwanted) 行為を行い、(b)当該行為が、(i)対象者の尊厳を侵害するか、(ii)脅迫的な、敵意のある、

品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を生じさせる場合と再定義された。その具体的な判断規準は、(a)ハラスメントを主張する者の認識、(b)当該事案におけるその他の状況、(c)当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される旨の規定も設けられた。

・他方、平等法における履行確保について整理すれば、以下の通り。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による(主に)民事上の救済が予定されている。もつとも、行政機関によるあっせん・仲裁は、結局、当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものなので、行政の積極的介入をベースとして、民事的解決を志向する法と考えると良いであろう。

問題解決にあたる主な行政機関には、①助言斡旋仲裁局と②平等人権委員会があり、①は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者構成の理事会が運営し、その救済手続は、(A)(あっせん前置の考え方に基づきとられる)労働審判所からの移送、(B)当事者による直接の申立のいずれかにより開始されるが、(A)によるものが(B)によるものの約20倍にのぼる。労働審判所からの移送を受けた事件があっせん等を通じて合意に達すれば、作成された和解協定は、労働審判所の認証と記録を通じて事件の解決をみる。②は①より行政的性格が強い。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等の権限ほか、平等法の内容を具体化する行為準則の制定権限等を持つ。

民事法的解決を担保する他の手段として、平等法上、契約法的規定（*契約等の内容をコントロールする規定）も置かれている。

すなわち、同法第142条第1項は、それに反する取扱いを構成したり、促進するような契約条項には法的拘束力がないと定め、同条第2項・第3項は、雇用関連サービスや集団保険に関する協定などの契約に類する協定について、同様の定めを置いている。また、同法第144条第1項は、平等法上の差別禁止規定を排除又は制限する契約条項について、それにより利益を受ける者にとって法的拘束力を持たない旨を規定し、同法第143条第1項は、群裁判所（county court）等が、利害関係者の申立により、そうした契約等の削除や修正を命じ得る旨規定している。

・さらに、同法には、その履行確保を側面支援する規定も置かれている。

たとえば、法第111条第1項は、2003年改正DDA第16C条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第77条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（*≒主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevant pay disclosure）」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない）。

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・施策運用の中心的役割を担っているのは、日本ではハロー・ワーク・社会保険事務所等の役割を兼ね備えた、雇用年金省傘下の Jobcentre Plus である。この機関は、障害者の就労支援のための専門家（基本的に全て国家公務員）を配置し、レンプロイ社やソーシャル・ファーム等の保護雇用機関のほか、職業リハビリテーション等を行う地方公共団体などの公的機関、民間団体、専門家等とのネットワークを持ちつつ、障害の性質や程度に応じ、就労・復職・雇用継続等にわたる積極的かつ多面的で綿密な支援策を講じている。日本で言えば、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センターや、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備えている。

・イギリスでは、1944年障害者（雇用）法に基づき1945年に雇用年金省が設立した Remploy 社と、いわゆる社会的企業（social enterprise）の一形態であり、直接的な根拠法を持たないソーシャル・ファーム（*但し、2012年に成立した公共部門（公益）法（Public Sector (Social value) Act：国の行政及び地方自治体が、公益の実現（：経済的、社会的、環境的な厚生水準の向上）を図るために締結する公共契約に関する法律）によって、実質的に（少なくとも財政支援の）裏付けを得ることとなった）に代表される保護雇用制度が、産業と福祉のインターメディアエーターないしバッファーとして、少なからぬ役割を果たしている。

・うち前者は、主に重度障害者を対象とし、その予算のほぼ全額が政府からの出資や補助で賄われているが、後者は、25%以上の一般労働市場への参加が困難な対象者の雇用により、税制上の優遇を受けたり、公的機関からの事業の発注による支援等を受けるものの、基本的には自律的に事業が営まれる。ケータリング、リサイクリング、園芸等の比較的創造的な業務が上位を占め、障害者の一般就労への橋渡しも積極的になされ、1997年の5社が2010年には約180社にまで増加している。

・Remploy社でも、一般企業が雇用する障害者への援助付き雇用の実施等、障害者の一般企業への橋渡しは積極的に展開され、2009年には、3障害の合計で約6500の仕事を見出したという。

・現在、日本の産業と福祉は、①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の固着性等の意味で、相当程度乖離している状況と解されるため、参照価値は高い。

・職業訓練制度にも、workfareへの傾倒が顕れている。イギリスでの職業訓練は、「国及び産業全体にわたり、継続的で共同かつ調和のとれた『成長』を目指す」政府の基本方針に従って、ビジネス・イノベーション・技能省（Department for Business, Innovation and Skills (BIS)）により、技能訓練基金庁や民間企業などへの委託を通じて実施されている。当該訓練では、一般的に個別ニーズに応じたプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているが、障害者に対しては、年齢、失業

期間等で参加条件が緩和されているほか、障害者特性を知る専門スタッフによる訓練が実施されている。

・また、職業紹介でも、Jobcentre Plusが、豊富な雇用、就労支援関係情報を背景に、雇用への仲立ちや働きかけなどのあっせんから、障害者が働きやすい職場環境整備にまで介入している点に特徴がある。その際、地方自治体や民間非営利団体等が実施する援助付き雇用（Supported Employment）との連携を図っている点も特筆される。

ウ 効果

<労働安全衛生法上の施策>

・結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで十分に認められる状況にはない。たしかに、2004年のMSA導入以後、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した2009年の心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論も、以下の通り、はかばかしいものではなかった。HSEの委託によるデルファイ調査（専門家への聞き取り調査）でも、「理論的には機能しているが、実務的にはそうとも言い切れない」との結果が導かれている。

「2004年から2009年にかけて行われた調査の結果からは、たしかに条件の変化及び上司のサポートの指標では大幅な向上傾向がみられるものの、この期間を通じて心理社会的労働条件が一般的に有

意に変化したとまではいえない。2007年の報告では、全人口平均レベルでの改善傾向が顕れているといえるかもしれないが、2008年と2009年の調査結果では、そうした傾向は継続していない。仕事はかなりまたは過度にストレスになっていると答える被用者の数の減少傾向はもはやみられず、職場で積極的なストレス対策がなされていると認識したり、ラインの管理職とのストレス問題についての話し合いがあると報告する被用者の数にほとんど変化がみられない」。

・とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で23%減少しているが、これにMSAが貢献した可能性は否定できないし、個別の組織でのMSの活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

<障害者差別禁止法上の施策>

・障害者差別禁止法は、①障害者の雇用差別状態の是正、②就業上の福利、③雇用率の向上、等を目的としているが、報告者が確認できた統計は、③に関するものに限られ、かつデータ上、殆ど変化はみられない。しかし、アメリカのADAについては、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面での差別状態の解消には一定程度貢献したことをうかがわせるデータが存するので、ADAに倣ったイギリス障害者差別

禁止法でも、ほぼ同様の効果を生じているものと察せられる。

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・調査が至らなかった。

エ 図られている対応

<労働安全衛生法上の施策>

・ノッティンガム大学の研究グループなどのMS推進派は、従来のMSへの有力な批判（①基準の不明確性、②評価ツールの心理測定的特性の未開発、③リスク評価ツールと基準の関係の不明確さ、④基準値にかかる科学的根拠の脆弱性、⑤介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不充分さなど）を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来のJob-Demand-Control-Supportモデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていっていることがうかがわれる。

・すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向けて個別的に改善を図っていくアプローチを予定していたが、今後は、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織にある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということと解される。

・ただし、①そうした発想や方策で、知略を駆使して確信犯的に職場環境を悪化させている人物やグループに対応できるか、

特に経営者自身の個性や考え方の偏りに根ざす問題や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、また、②そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることに正当性は認められるか、等が改めて問われよう。

・もともと、イギリスの労働安全衛生行政が、従前の作業関連ストレス対策に関する調査研究や実際の取り組みを経たうえで、「良い経営こそが、作業関連ストレス要因を管理する鍵である（‘Good management is the key to managing the causes of work-related stress’）」と宣言していることは軽視できない。また、イギリスの産業精神保健法政策は、彼国固有の文脈のうえに成り立っていることにも留意する必要がある。

・いずれにせよ、イギリスの産業精神保健法政策が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が十分に認められていないということは、”one size cannot fit all”の原則が妥当する可能性がある。つまり、国がモデルを示す意義は大きいですが、個人にしる組織にしる、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

特に、メンタルヘルス問題の心理的特性を踏まえた介入方法の改良により成果の改善が図られる可能性は高い。

<障害者差別禁止法上の施策>

・不明

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・前述した通り、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、「福祉から就労へ（welfare to workfare）」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核とする職業リハビリテーション、職業訓練、職業紹介等の就労志向での制度の再設計と充実化を図っている。

（２）デンマーク

ア 背景

・以下のような事情を背景に、政府が、1990年代後半からさまざまな行動計画（特に「クリーンな労働環境への行動計画（Action Program for the clean working environment 2005）」）や戦略を積極的に設定してきていた流れがあった。

①労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにもかかわらず、労働災害や職業性疾病が減少していないとの（政府の）認識があったこと、

②1980年時点で、国民10万人当たりの自殺者数が35人と、国際的にも有数の自殺率の高さが社会問題となっていたこと、

③国際競争条件下で、人的資源にさほど恵まれていないことからその積極活用を図らねばならないとの（政府の）認識があったこと、

④特にCOPSOQ（コペンハーゲン心理社会調査：Copenhagen Psychosocial Questionnaire（COPSOQ））の開発の背景となった事情として、労働における心理

社会的なストレス要因が、筋骨格障害 (musculoskeletal disorder)、心臓血管系疾患 (cardiovascular disease)、精神病、ストレス、燃え尽き症候群 (burnout)、生活の質 (quality of life) の低下、病気休暇 (sick leave)、労働移動 (labor turnover)、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、労働者のみならず、企業および社会全体にとっても重大な問題となっているとの (政府や研究者などの) 認識があったこと。

・2010年4月に国立労働環境研究センター (内の研究グループ) より公表された「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告 (Mental health, sick-ness absence and return to work)」によれば、彼国では、メンタルヘルス不調による欠勤日数の増加、障害年金受給者数の増加などが生じており (* 同不調者の割合も、他のヨーロッパ諸国に比べて12~27%高いと指摘されていた)、それらのコストはトータルで55億デンマーク・クローネ (1クローネ=16円として、約880億円) に達している。そのうち約9割は、病気休暇、早期退職、職務遂行能力の低下が占めており、医療コストは約1割に過ぎない。

・なお、現地調査の結果、デンマークにおける自殺者数の多さと下掲のメンタルヘルス対策に直接的な関係はないとのことであった。下掲の通り、既存の労働環境法上のリスクマネジメントの仕組みにメンタルヘルス対策を位置づける対策が採られたのは、あくまで上掲のような背景を踏まえ、かかる施策の前提となった「クリーンな労働環境への行動計画」などにおいて、公労

使がそれに「合意」したからであり、必ずしも科学的に根拠づけられたものではない、ということであった。

・「クリーンな労働環境への行動計画」に基づき採られた主な (法) 政策には、以下のようなものがある。

①1997年：全企業における書面でのリスクアセスメントの義務づけ、5名以上の被用者を雇用する企業への安全衛生委員会設置の義務づけ (* 10名未満の被用者を雇用する企業につき、後に廃止)、労働安全衛生コンサルタントへの教育訓練等による質的保証制度の導入、労働環境監督署の編成、国立安全衛生機構 (後の国立労働環境研究センター) の設立等。

②2000~2001年：企業に経済的インセンティブを与えるための包括的パッケージの構築 (一般安全衛生税制の導入 (* 2002年に廃止)、特に良好な労働環境を形成した企業に対する認証及び補助金給付制度の導入 (* 補助金制度は2002年に廃止)、特に多忙な産業部門における労働環境監督のための手数料徴収制度の導入等 (* 2002年に廃止))、心理社会的労働環境を含めた主要領域での法違反に対する過料決定権限の労働環境監督署への付与、サービス提供事業者や建造物所有者の責任強化、労働安全衛生コンサルタントの業務範囲の拡大等。

③2002年：ハラスメントに関する協約モデルの作成、ハラスメント事例の監視及び処理の権限を当事者に付与する協約交渉の承認、私宅での非営利的労働に対する監督権限の制限等。

④2004年：優先的監督先決定のための全企業調査の実施、支援を要する企業に

対する労働安全衛生コンサルタントによる強制コンサルティング制度の導入と同コンサルタントの雇用担当大臣による認可制度の創設、後掲するスマイリーマーク制度の導入（*ただし、当初は3種類）、労働環境監督署による助言への強制力の付与、企業によるリスクアセスメントの対象への疾病休業の追加等。

・デンマーク政府は、2005年12月に、「将来の労働環境に関する報告書（Report in Future Working Environment 2010）」を公表し、同年から2010年までの5年間の労働環境改善のための優先的取組課題として、①（伝統的な）労働災害、②心理社会的労働環境、③騒音、④筋骨格系障害の4つを設定した。このうち、心理社会的労働環境の改善については、病気休暇の10%削減が数値目標として設定された。

同報告書の基礎となった労働環境評議会による「2010年度までのデンマークにおける全体的労働環境対策の優先順位に関する新国家行動計画に関する報告書（Oplæg til ny national handlingsplan og prioriteringer for den samlede arbejdsmiljøindsats i Danmark frem til udgangen af 2010）」では、当該優先順位の設定に際して、グローバリゼーションと国際的競争の拡大、サービス産業の成長、急速な技術発展、高齢化、移民人口の増加など、現在のデンマーク労働市場における発展傾向と既知の労働環境にかかる問題の継続性、伝統的な生産に関連する職種の減少、座業の増加、身体的負担のある職種の増加、職場の人員構成の変化、技術発展により発生している新しいリスク要因の可能性等の

労働環境の発展傾向を考慮すべき、とされていた。

イ 特徴

・労働環境法（特に第15条 a）に基づき、PDCAサイクルを構築し、リスク評価と改善を実施することを使用者に義務づける、一次予防策中心の方策が採られている。同条は、使用者は、事業における労働の性質、手段、プロセス、規模に留意しつつ、事業場における労働安全衛生の状態について書面でリスク評価を行い、被用者がアクセスできる場所に掲示しなければならない旨を定めている。

・その実施状況につき、労働環境監督署による臨検と認証により担保（根拠法の履行確保）を図る仕組みとなっている。

・労働環境法の執行に関する最高責任者は、雇用担当大臣（Minister of Employment）であり、労働安全衛生にかかる行政上の権限を持つ。労働環境監督署は、中央組織と地方の監督官から構成され、同大臣の援助の下で、実際の査察等の業務を担当する。その主な権限及び役割は、①労使や後述する労働環境評議会等に対する労働安全衛生問題に関するガイダンスの提供、②雇用担当大臣の名義による規則の策定、③労働プロセス、作業場、技術装置、物質・材料等にかかる法規則に基づくライセンスの発行のための審査、法規則の遵守の確保などである（法第72条第1項）。中でも最も重要なのが④だが、（2011年3月の与野党間合意を受け、）同年6月の法改正により規定された法第72条 a により、リスクベースによる2段階の査察制度（risk-based inspections in two tiers）が

導入され、労働環境におけるリスクが最も高い企業への査察の確保が目指されている。また、デンマークでは、労働環境法上、同大臣の諮問機関として、公労使の代表から構成される労働環境評議会（Working Environment Council）が設置され、法政策形成に大きな影響を及ぼしている。また、企業外部の専門家である民間の労働安全衛生コンサルタント制度が法定されており、労働環境上のリスク分析を行い、職場の具体的デザインを提案する役割を担っている。労働環境法違反の是正に際して、同コンサルタントからの支援が義務づけられる場合もある（第12、13条）。

・労働環境法上の特定の義務違反については、労働環境監督署に過料決定の権限が与えられている。また、そのような権限を背景に、労働環境監督署が、企業に対して拘束力のある助言を与えることが可能とされている。

・2004年の法改正を契機に、4種類のスマイリーマークシステムが導入され、企業の労働環境状態が評価、区分され、WEBサイトで公開されることとなった。

・労働環境に関する法政策の構築と運用の双方にわたり、政府とソーシャル・パートナーの協働関係が構築されており、両者の距離の近さがうかがわれる。

例えば、労働環境法第72条 b1項において、労働協約に労働環境法に規定する法的義務と類似の義務が含まれる場合、労働環境監督署による行政的監督を受けず、協約当事者の自治に委ねられ得る旨規定されている。したがって、産業別の協約も重要な意味を持つ。

・セクハラを含めたいじめにつき、協約

当事者にモデルを示しつつ、彼らに規制と監督処理の権限を委任する制度がある。

・労働環境法に基づく一次予防に重点を置いたリスク管理手法は、メンタルヘルスのみならず、彼国の労働安全衛生対策全般で採用されている。ただし、作業関連ストレスによる疾病休業者の増加傾向を背景に、心理社会的労働環境整備が重視されるようになって来た経過がある。

・2001年の行政命令96号が、使用者にメンタルヘルスを考慮した職場の設計を義務づけている。2004年の行政命令559号は、ECの89年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」を受け、労働環境改善のための予防原則を明記している。

・労働環境法第15条 a およびその関連行政命令を踏まえて、2002年に、職場におけるリスク評価を行うため、労働環境監督署により、直接的には法的拘束力を持たない「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン」が作成・公表されている。

・リスク評価の結果は、従業員のアクセス可能な場所に掲示して公表することが義務づけられている。

・リスク評価は、3年ごとに実施され、改訂されることが義務づけられている。

・企業自身での自主的な取り組みを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にするような施策が展開されている。

・リスク評価は、

①（事業場外での就労を含めた）労働条件の把握および対応関係の作成、②問題の

同定と評価（*問題の本質や重大性、範囲等の同定、問題の本質への対策、再発防止、可能な限り安全でストレスが少なく、多くの被用者を保護する措置の特定など）、③疾病休業（者）への関与（*組織の労働環境上の問題と疾病休業の関係の評価と、特定された問題への実効的対策等）、④優先順位の設定と行動計画の策定（*安全衛生上の喫緊の脅威に対し、それを除去するか受け入れ可能なレベルに低減するためのアクションプランの策定と実行）、⑤フォローアップ（*アクションプランのフォローアップと改訂）

を循環させる形で行われる。

主なリスク要因は、労働量、速度、感情負担、夜勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメントと解されており、各要因ごとに対応するガイダンスツールが作成されている。

②では、労働環境に関する問題と労働者の病気休暇等との関連性も評価対象とされている。

・以上のプロセスには、管理者、被用者、（労働環境法上設置が義務づけられた）安全衛生委員会か被用者の代表の関与が求められている。ただし、③に限り、疾病罹患の原因が複雑多様であり、またバイアスがかかることを防ぐため、疾病罹患本人は関与すべきでないとされている。

・労働環境監督署は、以上のプロセスが適切に実施されているか否かを評価する。査察は、おおむね3年に1度のペースで実施され、臨検が原則ながら、実際には、資料の準備や繁忙期を考慮し、大まかな訪問時期は2～6か月前に使用者側に通知されている。査察に際しては、主に、①使用者

から提供されるデータ、②労働状況の観察、③質問状への回答内容、が検査の対象となる。①については、当該データの内容と労働環境の実情の齟齬の有無が確認され、②については、人・物の配置、被用者の労働の状態（*同じ部門の労働者間で繁閑の差が拡大していないか等）などが確認され、③については、主に後掲する COSPAQ 簡易版が質問状として用いられる。査察の目的は、心理社会的なものを含めたリスク要因の排除や低減にあり、重なる部分はあるものの、必要以上にビジネスに介入しないよう配慮されているが、特に前述した与野党間合意の後、査察官の業務が増加しているという。

・心理社会面での職場のリスク評価のため、心理社会的知見を積極的に活用し、独自の調査票（コペンハーゲン心理社会調査：Copenhagen Psychosocial Questionnaire（COPSOQ））の開発が行われて来た。主導的役割を担ったのは、国立労働環境研究センター（調査票開発当時の名称は、国立労働衛生機構）であり、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生（予防医学）を専門とする診療所などから労働環境の専門家を招聘して開発された経緯がある。

・COSPAQ の目的は、①職域における心理社会的リスク要因の評価のための有効かつ妥当な手法の確立、②国内外にわたる比較を可能とすること、③介入の評価の改善、④サーベイランス（継続的な監視）とベンチマーキング（最良な例と自らの取り組みとの差を比較検討し、継続的に改善していくこと）の促進、⑤難解な概念や理論を利用者にとって分かり易くすることであり、

開発に際しての基本原則は、①理論をベースとしつつも、特定の理論に囚われないこと、②様々な次元の分析レベル（組織、部門、職種、人と労働の界面、個人など）を内包すること、③分析レベルに職責、組織労働、就業上の内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連する要素を含めること、④分析対象に、潜在的な作業関連ストレス要因のほか、(社会的) 支援、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態などの資源を含めること、⑤包括性を担保すること、⑥産業のほか、保健福祉部門、コミュニケーション部門などの業種にも適用可能な一般性を担保すること、⑦特に中間版（原則として労働環境の専門家向け）と簡易版（職場での簡易調査向け）の構成をユーザーにとって使い易いものとする、とされていた。

・COSPAQは、調査・分析結果のフィードバックや、心理測定的な面での分析機能を強化するため、COSPAQ IIへ発展を遂げている（2004～2005年には、COSPAQ IIを活用し、8000人を対象とした心理社会的労働環境の全国調査が実施され、3517人から得られた回答を基に、様々な研究が展開されている）。なお、COSPAQ IIを活用した被用者の心理社会的労働環境と病気休暇取得の関連性に関するReguliesらの2010年の調査研究から、デンマークでは、感情的要求（high emotional demands）と職務上の役割葛藤（high role conflicts）が病気休暇取得の重要なリスク要因となっている可能性が指摘されている。これは、COSPAQ IIによる心理社会的労働環境の調査が、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できる可能性

を示唆するものである。

COSPAQ や開発されたガイドンスツールは、デンマークのみならず世界中で活用されるに至っている。

・心理社会的労働環境に労働環境局を介入させる政策の背景として、1995年にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境監督署の代表により構成された委員会が、詳細な調査のうえで雇用担当大臣に対して行った勧告が重要な意味を持っている。これによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連する要因（賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど）と被用者の労働状況に直接間接に関連する要因（反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト）に分類され、前者は被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ企業が自身で解決すべき要因だが、後者は労働環境監督署が介入すべき要因であるとされていた。

・2次・3次予防のうち3次予防については、疾病手当法（Sickness Benefit Act : Lov om sygedagpenge）に基づく復職に関するフォローアップ規定があるが、実際の運用は、労使間の協議を通じて段階的かつ柔軟になされるよう、また、職場における疾病予防（1次・2次予防）にも繋がるよう設計されている。

・疾病手当法は、①疾病休業者への所得保障と共に、②疾病休業者の早期復職支援、③疾病予防のための地方自治体（コムーネ）と企業等の協働の支援などを目的としている（第1条）。その特徴は、(1)使用者→自治体への給付の主体が移動し、かつ連続した所得保障、(2)労使間協議、特に疾病休業者

本人との話し合いを基礎とした職場復帰支援、(3)自治体の積極的関与、(4)計画的、個別的、継続的で、関係者が連携してなされるフォローアップの4点に集約される。

・疾病手当法に基づく給付(①)は、「被用者が疾病により労務を提供できない場合に支給されるものと規定されている。その判断は、被用者の罹患している疾病の性質や程度と、それが就業に与える影響の両面を勘案して行われる。最初の30日間は使用者、その経過後は地方自治体に休業手当の支給が義務づけられている(第6条第1項)。わが国の打切補償に該当する仕組みは設けられておらず、その補償は、職場復帰の可能性のある限り、継続される(復職の可能性がなくなって、補償が打ち切られる場合には、失業保険をはじめとする社会保障制度が適用される)。たとえ休業する場合でも、具体的な疾患名等は、医療情報法上、一定要件を充たす場合でなければ、問うこと自体ができないと解されている。支給に際して当該疾病発症の業務上外は問われないうが、実際に休業者が発生すれば、使用者に上述のような負担が生じること、そもそも1次予防のための措置(*これは2次予防以下にも該当し得る)が法的に強制されていること、労使共に、労働環境上の問題(特に暴力、脅迫、ストレスなどの問題)について、上司一部下間、同僚間などでオープンな協議を積極的に行い、風通しの良い職場環境を形成すべきとする点で概ね意見の一致をみていること、近年では、特に管理職のメンタルヘルス・マネジメント能力が重視され、その養成のための研修等の受講が昇進の条件とされるようになって来ていること等から、結果的に1次~3次の

全段階にわたる予防措置が要請される状況となっている。

・疾病手当法に基づく早期復職支援(②)は、以下のように規定(設計)されている。すなわち、被用者の休業開始後4週間以内に原則として対面での面談の実施がなされる(第7条a第1項、第2項)、休業初日から8週間以内の復職が見込まれない場合、被用者から使用者に対し、随時、雇用維持計画(retention plan)を要求でき(使用者側もその作成を拒否することができる)(第7条b第1項、第2項)、次に述べる自治体によるフォローアップが実施される場合には、それを提出することを求められる(同条第3項)。地方自治体の関与後も、使用者による早期復職支援自体は当然に継続することが予定されており、同法は、疾病休業期間が3か月を超える場合には、当該被用者の職場復帰に向けた調整(アセスメント)とフォローアップを義務づけている。

・疾病予防のための地方自治体(コムーネ)と企業等の協働の支援(③)は、まさに地方自治体が主体となって、疾病休業者の利害関係者(使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所)と連携し、そのフォローアップを図ることが国法上義務づけられる、デンマーク独特の法制度である。疾病手当法は、8週間を超える疾病休業者に対し、地方自治体が、症例の利害関係者と協力して、当該症例に応じた個別かつ柔軟性を持つ行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけている(第8条第1項、第2項)。実際の運用に際しては、特に使用者とかかりつけ医の協力関係の構築が重視される(第9条)。自治体は、医療機関等に対し、適正な

手続を経て、当該症例に関する医療個人情報
の照会を行うことができる（第10条第1項）。また、自治体は、症例に適用可能な疾病手当制度について説明する義務を負うが、それに伴い、疾病休業者側でも自身の症状等について質問への回答を求められる（第11条第1項、第2項）。自治体によるフォローアップでは、疾病休業者を、カテゴリー1（早期復職が可能な症例）、カテゴリー2（長期疾病のリスクまたは就労に伴うリスクを伴う症例）、カテゴリー3（疾病が長期化している症例の3種類に分類し、異なった対応を行う（第12条）。中でも重視されているのはカテゴリー2で、最初のフォローアップは他と同様に休業開始から8週間経過後に行われるが、その後は、他では3か月ごととなるのに対し、4週間ごとに行われる（第13条第2項、第3項）。フォローアップを通じて、労務への復帰が不可能と判断される場合もあるが、自治体によりあらゆる手段が尽くされた後でなければ正当化されない（第15条第5項）。自治体は、症例の復職に際して、使用者と定期的なコンタクトをとりつつ同人に積極的な働きかけを行い、協働して支援に当たらねばならない（第17条第1項）。復職の成功のためには段階的な復職を行うべきだが、その決定に際しては、自治体、使用者、症例本人間の合意が求められる（第17条第2項、第3項）。

フォローアップも、所得保障と同様に、復職の可能性がある限り、無制限に継続される。

・わが国同様、デンマークでも、作業関連ストレスによる精神障害への労災認定はなされているが、他の対象に比べて認定率

が低い（Kilde:ASK(2012)Arssrapport 2011によれば、申請件数のうち10%未満）、以上に述べて来た事情、すなわち疾病手当法による私傷病罹患患者への手当が比較的手厚いこと、一次予防への取り組みが法定に義務づけられていること、労使間で職場環境改善に向けた自発的な取り組みがなされる例が多いこと等から、あまりその必要性が認識されていない状況にあるという。

・被用者の医療情報の取扱いについては、1996年に、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律（Act on the Use of Health Information in the Labour Market: Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet）」と題する法律が制定されている。同法は、医療情報の不適正な取扱いにより、被用者の雇用上の能力発揮の機会が制限されないようにすることを主な目的とし（第1条第1項）、使用者が被用者の医療情報の提供を求め得るのは、被用者が所定業務を遂行する能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているか、または現にそうした症状を呈しているかを確認する目的を持つ場合に限られる旨定めている（第2条第1項）。

また、2009年に雇用担当大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス（Veiledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom）」にも、使用者が被用者に疾病に関して質問できるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られ、たとえ被用者からの自発的申告があった場合にも、そ

の病状について尋ね得るのは、その疾病が労務提供に重要な影響を与えることが明らかかな場合など、例外的なケースに限られる旨、定められている。したがって、メンタルヘルス不調者についても、被用者の治療状況などに直接アクセスすることは許されず、確認し得るのは、その疾患が労務に与える影響（*疾病にかかる就業上の措置にかかる事柄等）等の事項に限られる。

ただし、上述した通り、疾病手当法上、疾病休業者対象の行動計画の運用に際して、自治体は、医療機関等に対し、適正な手続を経て、当該症例に関する医療個人情報の照会を行うことができる（第10条第1項）ほか、症例に適用可能な疾病手当制度について説明する際、疾病休業者側も自身の症状等について質問への回答を求められる（第11条第1項、第2項）。

また、2009年のガイダンスでは、使用者が労働協約等でその権利を放棄しない限り、同人は、経営権（managimental right）に基づき、上述の制約のもとで、就業上の配慮等のための面談を被用者に求めることができる。

・上掲の「クリーンな労働環境への行動計画」に基づく労働環境改善のための経済的インセンティブ施策の一環として、一般安全衛生税や労災補償の拠出金に応じた税の制度を有していた時期があったが、その後廃止された。また、特に良好な労働環境にあるとの認証を受けた企業に対して、安全衛生費用の補助を行う制度があったが、これも廃止された経緯がある。

ウ 効果

- ・労働環境一般については良好さを維持

している企業が多く、その意味で、デンマーク方式は有効に機能していることがうかがわれる。

・他方、これはあくまで労働環境全体についての評価であって、メンタルヘルス不調に起因する疾病休業を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではない。具体的には、上司や同僚からの援助は、以前より期待可能な状況になっているが、感情的な要求の増大、意義ある労働と感じる労働者数の減少などがみられる。また2010年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被用者が心理社会的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

・Pejtersenらが2009年に公表した、上掲のCOSPAQ IIを活用した全国調査結果と1997年に実施された心理社会的労働環境調査結果の比較からは、デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、全体として悪化していることが明らかとなっている。特に、仕事上の葛藤などを背景とする、中傷・陰口などの攻撃的なふるまいが増加している。

エ 図られている対応

・最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、上掲したリスクベースによる2段階の査察制度により、より労働環境上のリスクが高い企業に対する労働環境監督署の査察（権限）を強化すると共に、疾病休業を取得した被用者の職場復帰も重視するようになって来ている。

・とりわけメンタルヘルス不調者の職場復帰の促進に焦点が置かれるようになり、前述した通り、2010年4月には、国立

労働環境研究センター(内の研究グループ)より「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告(Mental health, sickness absence and return to work)」が公表されている。

ここでは、雇用者と医療者の双方による復職介入により、メンタルヘルス不調者の疾病休業を減らすことができるが、被用者の機能レベルを考慮し、適当な場合には、職務内容の変更が求められること、治療の際しても、医療と心理の双方による協働的治療やエビデンスに基づくガイドラインの適用が求められること等が示唆されている。

その他、以下の9つの勧告も記載されている。①メンタルヘルス問題の早期発見及び治療機会の保障、②個人の機能レベルと労働能力への影響に関する資料の提供、③機能レベルが低下している被用者の職務内容の変更、④利害関係者全てによる職場復帰へ向けた協働、⑤被用者の休復職にかかるカウンセリングによる職場内の協働の推進、⑥社会的包摂の発想に基づく職場復帰の促進、⑦休復職に関する企業方針の策定と実践、⑧風通しの良い職場風土の形成、⑨職場における健康の保持増進対策の実施とストレス要因の低減。

(3) オランダ ア 背景

一言で言って、他の先進諸国と同様に、welfare から workfare へと政策の重点が移行して来た経緯がある。

・1929年の傷病手当法(Ziektewet)制定以来、疾病休職者に対して、労使の一律的な保険料負担に基づく保険給付等によ

る長期にわたる手厚い保護が図られてきていたが、①疾病予防、②早期復職の両観点でのインセンティブを欠く等の問題認識から、以下の通り、1990年代から2000年代にかけて、使用者による負担の強化を主軸に、workfare を重視する現行制度に転換された。使用者による負担は、民事上の義務とされているので、公法的規制から私法的規制への軸足の変化と説明することもできる。ただし、民事上の規制でカバーできない部分のセーフティーネットや、一次予防対策については、なお公法的規制の所掌領域となっている。

・1994年：「疾病による休職の抑制に関する法律(Wet TZ)」制定

使用者に対し、「民事上」、疾病休職開始後2～6週間にわたる賃金継続支給を義務化

・1996年：同法改正
賃金継続支給期間を一律52週間(1年間)・所定賃金額の70%に延長

・2004年：同法改正
賃金継続支給期間を一律104週(2年間)・所定賃金額の70%に延長

・2006年：「就労能力による所得保障法(Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen: WIA)」に基づく障害保険制度が導入された

・以上の経過を経て、現行法上、上記104週(2年間)の賃金継続支給期間を超過すると、一定要件を充たす者については、一定期間、障害保険制度が適用される仕組みになっている。

イ 特徴

(ア) 1次予防関係

・オランダにも、他の EU 諸国と同様に、労働環境法 (Arbowet) に基づく一次予防面での規制がある。具体的には、①使用者へのいじめ等の精神面を含めた一般的な安全衛生対策 (労働環境法第1条) とその実現のためのリスク管理の義務づけ (同施行規則 (Arbobesluit) 第2章第4款2. 15条以下)、②安全衛生に関する労使協議と労使協働による取組の促進、③労働安全衛生専門家協会 (Arbodienst) にアドバイスを求めること、等が規定されている。うち②③については、事業所委員会が一定程度代替できる仕組みとなっている。外部労働者、不法就労者等も適用範囲に含まれ、企業規模等による例外も認められていないが、おおむね25名未満の事業所については、リスク・アセスメントにかかる責任や安全管理責任者の設置義務を軽減する規定 (第12条、第13条) がある。

・安全衛生及び労働時間規制の履行確保については、労働監督官 (arbeidsinspectie) が管掌する。

(イ) 2次予防関係

・不明

(ウ) 3次予防関係

<公法的規制>

・オランダには、日本のような包括的な労災保険制度はなく、民法典 (Burgerlijk Wetboek Boek) による所得保障等の期間 (2年間) を途過した疾病罹患者には、発症・増悪事由 (以下「発症事由等」という) の業務上外を問わずに「就労能力による所

得保障法」に基づく障害保険制度 (WIA) が適用される。他方、療養等に要する費用には、一般的な国民健康保険が適用される。

・WIA は、2006年に疾病労働者の職場復帰を主目的として導入され、使用者の保険料負担により、疾病の発症事由等に関わらず、労働者の就労能力に応じて所得保障を図る制度である。

障害により稼得能力 (verdienvermogen) が35%以上低下した者に対して、以下の区分に応じて適用される。

①重度障害者 (稼得能力が80%以上低下し、回復の見込が立たない者) : 従前の賃金の75%相当額が年金支給開始年齢まで支給される。

②軽度障害者 (稼得能力が35~79%低下したか、80%以上低下しても回復の見込がある者) : 就労履歴に応じ、3~38か月間の給付 (*最初の2か月間 : 従前賃金の75%相当、それ以後 : 70%相当。就労履歴との関係では、疾病発症前の36週間のうち26週以上賃金を得ていれば3か月。加えて就労1年につき1か月の割合で受給期間が決まる) が行われる。

<私法的規制>

・オランダの民法典第7巻第10章 (労働契約) は、疾病に罹患した労働者に対し、①疾病休職期間中の最長2年間の解雇制限と所定賃金の70%の賃金保障、②労使双方を対象とする職場復帰へのインセンティブについて規定している。

・オランダの法制は、そもそも期間の定めのない労働契約の解消に際して、①労働保険実施機関 (UWV) (: 行政機関であり、日本のハローワーク等に相当) の許可、②

裁判所での解消の認容、のいずれかを要件としている。実体面では、日本の労働契約法第16条と同様、解雇一般について合理性を求めると共に、一定の解雇禁止事由を列挙している。例えば民法典は、産前産後や兵役期間中にある者、従業員代表を務める者等の解雇を禁止しているほか、第670条第1項が、発症事由等の業務上外を問わず、原則として疾病休職中の労働者の解雇を禁止しているが、(a)不就労期間が2年継続した場合、(b)所轄の労働保険実施機関(UWV)が使用者からの解雇許可の申請を受理した後に労働者が就労不能状態となった場合、を例外としているほか、明文規定はないが、疾病の程度が重く、職場復帰の見込が全く立たない場合にも、解雇が許容される。

また、同法第670(b)条でも、試用期間中、即時解雇(ただし司法での手続が要件)(以上第1項)、事業所閉鎖(*「見込」では許されない)(第2項)、労働者が復職に向けた協力義務に違反した場合(第3項)につき、休職期間が2年を経過しない場合でも解雇が許容され得る旨定められている。このうち第3項にいう労働者の協力の内容とは、(a)使用者・使用者が指名する専門家による合理的な指示事項を遵守し、当該労働者の本来の労働または代替的な労働(第658(a)条第4項)を可能にするための措置への協力、(b)使用者が提供する代替的な労働に従事すること、(c)WIA第71(a)条第2項が定める復職プランの作成、評価、調整作業への協力、の3つを指す。

・他方、疾病休職者への最長2年間・所定賃金の70%の賃金継続支払義務は、民法典第629条第1項に以下のように規定

されている。

すなわち、「疾病および妊娠または出産により労務の提供ができない労働者は、・・・104週にわたり、少なくとも従前の賃金の70%に相当する額の賃金を継続して受ける権利を有し、そのうち最初の52週間については、少なくとも当該労働者に適用される法定最低賃金額以上の賃金の支払いを受ける権利を有する」、と。本条は、家事使用人を断続的に使用する場合を除き、パートタイム労働者などでも適用される。よって、低賃金者にも、少なくとも最初の1年間は最低賃金額が保障される(*実務上は、最初の1年間：所定賃金の100%、2年目：同70%の保障を行う企業が多い)。また、使用者に義務違反がある場合には、最長1年間内の延長措置が義務づけられ得る。ただし、(実務上は殆ど実施されていないが、)最初の2日間は待機期間として無給とし得るほか(同条第9項)、休職を利用して中間収入が発生している場合には、その金額が控除される(同条第5項)。また、2009年の法改正により、賃金日額に上限(187.77ユーロ)が設けられている。さらに、有期労働契約者については、日本の労働基準法第19条に関する行政解釈と同様に、期間満了により労働契約も終了するため、当該期間内の継続支給をもって足り、その後はWIAによる同額の傷病手当(ZW)が支給されることとなる。

なお、疾病休職者が休復職を繰り返すような場合、就労による休職の中断が4週間に充たなければクーリングされず、前後の休職期間が通算される(民法典第629条第10項)。

また、同条第3項には、以下のような第

1 項の適用除外事由が定められている。

(a)労働者の故意による疾病の場合や、労働者の採用時の虚偽情報の提供により、使用者が労務管理上適切な対応ができなかった場合

(b)労働者が故意に治癒や回復を妨げた場合、その期間

(c)使用者・使用者が指名する第三者のもとでの第658(a)条第4項所定のリハビリ勤務を、労働者が正当な理由なく受け入れない場合、その期間

(d)使用者・使用者が指名する専門家が勧める合理的な注意事項に正当な理由なく従わない場合や、第658(a)条第4項所定のリハビリ勤務を可能にするための措置を、労働者が正当な理由なく受け入れない場合、その期間

(e)第658条第3項所定の復職プランの作成、評価、調整について、労働者が正当な理由なく協力しない場合、その期間

・民法典第629条所定の賃金継続支払義務は、民事上の義務であり、その履行確保は民事裁判により実現される。ただし、事案として医療マターにわたるため、労働保険実施機関(UWV)が指名する専門家の意見書を添付しなければ、請求が却下される旨規定されている(民法典第629(a)条第1項)。例外は、労務提供に支障を来すことが(非専門家にも)明白な場合、専門家の意見書の呈示を求めることが妥当でない場合である(第2項)。なお、意見を発する専門家には、「中立の立場で最善の知識を用いて審査」する義務が課され(民法典第629条第3項)、当該専門家が医師である場合、対象者本人の主治医から審査上必要な情報を入手する権利が保障されている。主

治医側は、労働者の私生活領域が不当に侵害されない範囲内で、依頼された情報の提供義務を負う(同条第4項)。

・オランダ民法典では、使用者に対して、一般的に労働者の健康情報請求権を認めてはいないが、「労働者が、使用者の書面による合理的な指示に従わない場合」、その期間は賃金継続支給を停止できる旨が定められている(第629条第6項)。

・オランダでも、就業から離れる期間が長くなるほど、労働者の職場復帰が困難になるとの認識から、特に2002年ゲートキーパー法(Wet Verbetering Poortwachter)の制定以後、労働者の職務内容の変更を含めた職場復帰(re-integratie)が重視されている。

オランダ民法典にも、第658(a)条から第660(a)条にかけて、リハビリ勤務にかかる労使双方の義務について、詳細な規定がある。

まず、第658(a)条第1項は、使用者に対し、疾病による労働不能者について、事業への再統合(inshakeling)の促進を一般的義務としたうえ、第629条に基づく賃金継続支払期間、労働者障害保険法(WAO)第71(a)条第3項、WIA第25条第3項に定める療養期間に、本来の労働(:従前の労働)か合理的な代替労働が不可能と判明した場合、他の使用者の下での合理的な代替労働への従事を促進する義務を定めている。ここで「合理的な代替労働」は、「労働者の体力と能力を考慮して期待されるあらゆる労働」が含まれるが、身体的、精神的または社会的理由で強制できない場合は除外される(民法典第658(a)条第4項)。いずれにせよ、労働者の職場復帰の可能性の

模索が求められるため、講じるべき措置には、責任軽減措置はもとより、パートタイム (deeltijd) 労働への配置も含まれる。特徴的なのは、他の使用者の下での代替労働までが選択肢に含まれる点で、それが「合理的な代替労働」と評価される限り、労働者にも応諾義務が課され、応じなければ、使用者の賃金継続支払義務が免責され、解雇事由ともなり得る。

リハビリ勤務については、その他以下のような規定がある。

A 使用者の義務関係

a) 民法典第658(a)条第2項は、使用者に対し、リハビリ勤務に必要な基準を策定する義務を課している。

b) 同第658(a)条第3項は、使用者に対し、労働者の協力を得て、復職プラン (WAO 第71(a)条第2項または WIA 第25条第2項に規定されているもの) を策定すると共に、策定されたプランについて、やはり労働者の協力を得て、評価、再調整する義務を課している。

c) 同第658(a)条第5項は、リハビリ勤務が専門的受入事業所 (re-integratiebedrijf) の下で行われる場合、原使用者に対し、労務遂行に必要な情報、当該労働者の国民サービス番号か社会保障・租税番号を提供する義務を課している。

B 労働者の義務関係

民法典第660(a)条は、①労働者に対し、使用者または使用者が指名する専門家による合理的な指示を遵守すると共に、彼らの講じる措置に協力する義務、②第658(a)条第3項所定の復職プランの作成、評価、調整に協力する義務、③第658(a)条第4項所定の合理的な代替労働に従事する義務

を課している。

これらの義務は、民法典第670(b)条(労働者の協力義務違反による解雇)、第629条第3項(賃金継続支払義務の免責事由)と平仄を合わせている。

以上の規定を踏まえ、一般的なりハビリ勤務の流れは、以下になると解されている。

①休職開始後6週間以内(原因調査)

産業医 (bedrijfsarts) が、疾病とそれに伴う休職の原因調査を行い、完全復職の可能性と時期、リハビリ勤務による復職可能性を検討する。その際、主治医やセラピストに意見を求めるが、病名、受診情報は使用者には提供しない。産業医が他のセラピストへの受診を求める場合もあるが、労働者に応諾義務はない。

②同8週以内(復職プランの作成)

上記原因調査を踏まえ、産業医が当該労働者について、労務への従事が一時的に困難と評価した場合、使用者が復職プランを作成する(例外: 短期間での復職が見込まれる場合、復職の見込が全く立たない場合)。

必要記載事項は、(α) 労働者に従事させられる作業と不可能な作業、(β) 職場復帰の具体的な目標値、(γ) 目標に向けて労使がなすべき事項、(δ) 必要な調整(他の職務への配転等の就業上の配慮、治療内容、職業訓練・再教育等、(ε) リハビリ勤務の実施主体(本来の使用者か第三者か)、(ζ) 活動の具体的な計画、(Z) 労使間の面談時期(半年に1回以上)である。