

あるならば、MSA がそのプロセスにおいて、組織のリスク要因を明らかにし、理想的状況とのギャップを明確にすることでその改善を促すといった標準化されたアプローチをとったとしても、その理想像に到達するための方略は、標準化されたアプローチから半ば自動的に決定されるものではないため、そのことが MSA の実行率を低下させたり、その効果を減じさせているのではないかと、筆者はそのように推測する。

② MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性

MS 開発の経緯を確認する限り、MS によって規定されたリスク要因は、現時点で入手できる最良の科学的根拠にもとづいて決定される努力がなされており、そのプロセス自体に大きな問題はないと考える。ただし、これらのリスク要因の根拠となっているエビデンスの科学的根拠が必ずしも頑健でないことを考えると、これらのリスク要因の除去（介入）が真に効果的であるかは実際にこれらの介入を実施しその効果について検証をしないと確認ができない。しかし、先述のとおり、パイロットスタディにおいてもその検証が十分に実施されているとはいえない状況のようであり、そのことがリスク要因の妥当性の検証を困難にしている要因となっている。①でのべたとおりであるが、MSA の介入の実施率を上げる努力をすることが、間接的に、MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性の検証にも貢献すると考えられる。

2. MSA の効果の検証手法の問題

もう一つは、MSA の効果検証の手法にまつわる問題である。本報告書を見る限り、MSA の効果検証は、デルファイ法による評価や政府統計による様々なストレス関連疾患の発生率や休業日数といったデータの MSA 導入前後での経年的な変化をモニターすることで行われている。しかし、これらの手法は、MSA の効果を疫学的に評価するには必ずしも適切な方法とはいえない。デルファイ法は、客観的データが存在しない場合などにそれを補う目的などで実施されることが多く、これらの結果が客観性を有するとはいいがたい。また、政府統計による様々なデータについては、これらのデータに影響を与えうる MSA 以外の要因について、その補正はほとんどなされていないと考えられるため、これらのデータをもってして、MSA の効果を論じることには無理があるように感じられる。むしろ、MSA 導入以前に 22 の組織で試験的な導入がなされているわけであり、この段階で、MSA 以外の要因を除去できるような形で (Cluster randomized control trial) その効果を検証するのが適切であったのではないかと推測する。

以上、MSA が国家レベルでその効果が確認されていない状況について、その原因を、MSA

そのものの妥当性の問題、MSA の効果の検証手法の問題の観点から考察を行った。

その結果、精神医学的観点から、MSA による介入を実施するにあたってその方略を選択する困難さが、効果が明確に出ない結果に関与している可能性が考えられた。しかし、同時にこの可能性を評価するだけの効果検証がほとんど実施されていないことも明らかになった。これらのことから、現状では、「『MSA の効果がみとられない』ことが確認されている」訳ではなく、「MSA に効果があるのかどうかの検証が十分にされていない」と考えるほうがむしろ自然であり、まずは小規模でも良いので適切な形でその効果の検証を行うことが重要なのではないかと考えられた。

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

デンマークの産業精神保健法制度

分担研究者 井村 真己 沖縄国際大学法学部・教授

研究要旨

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）に関する職場リスク評価とその改善という1次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

デンマークの法政策の背景としては、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関わらず、労働災害や労働を要因とする病気休暇が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかなければならないことなどが挙げられよう。そうした中で、デンマークにおける一つの特徴である政府・使用者団体・労働組合の話し合いによって労働政策の方向性が定まるといふ法文化が、心理社会的労働環境の知見を利用した労働環境のリスク評価とその改善という形で結実したものといえるが、これは、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であろう。1990年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、このことはメンタルヘルス対策を含む労働環境の改善が、デンマークにとって重要な政策課題となっていることを示しているといえることができる。

1次予防の中心をなす労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、病気休暇への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、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方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票（COPSOQ）の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

また、2次予防、3次予防のうち3次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるとはいえ、その根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている点にデンマークの特徴を見ることができ、この点は上記のデンマークの法文化を反映したものであるといえよう。

このようなデンマーク政府の取り組みに対する具体的効果であるが、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものということができるが、これはあくまでも労働環境全体に対する評価であって、メンタル不調に起因する病気休暇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く、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社会心理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。

こうした状況を受けて、最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、病気休暇を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられるが、これまでの 15 年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

基本的には、第1回班会議（2011年4月23日）でのブレインストーミングを踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に即し、原則として第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方途を採用した。本研究の対象国であるデンマークに関しては、基本的に上記のフォーマットに即して研究を行っている。

C. 研究結果

デンマークは、人口約554万人ほどの小国であるが、労働政策¹、社会保障政策の領域においては先進的な取り組みを行っている国として知られている。デンマークにおける産業精神保健法制度は、基本的にはわが国と同様に労働における安全衛生確保という枠組の中で行われているが、デンマークの場合は、いわゆるPDCAサイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）の職場リスク評価とその改善という1次予防を中心として進めていくことを企業に義務づけた上で、その実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保していこうとするところにその特徴をみることができる。この職場リスク評価は、メンタルヘルス対策

に特化したものではなく、むしろ労働安全衛生全般を対象として予防を図ろうとするものであるが、近年のストレスによる病気休暇の増加傾向を受けて、よりメンタルヘルス対策としての側面を強めている。

また、企業が職場リスク評価を行うにあたって、さまざまなガイダンスツールや調査票に関する研究が積極的に行われており、その成果はデンマークのみならず世界各国で利用されるに至っている。

1. 公法

1.1. 法令、行政規則（ガイドラインなど）、計画など

1.1.1. 労働環境法

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働安全衛生に関する一般的規制を定める法制度である労働環境法（Working Environment Act, デンマーク語：Arbejdsmiljøloven）²がその中心となっている。労働環境法の目的は、社会における技術的社会的発展に調和した安全かつ健康な労働環境を創設することである（法1条）。かかる法の目的の実現のために、行政機関である労働環境監督署による行政的監督が行われるが、デンマークの特徴として、労使間の協約にも同等の効力を認めた上で、これらによって労働環境に関する問題の解決を図ろうとしている。具体的には、72条b1項において、労働協約において労働環境法に規定する法的義務と類似の義務を含む場合には、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る旨規定されている。この規定に従って、2004年11月25日行政命令1156号および2005年8月のガイダンスに

より除外対象となる規定が定められている³。したがって、デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、労働環境法のみならず、各産業における労働協約も重要な役割を果たしているものと考えられるが、本報告では、ひとまず立法上の規制内容を明らかにすることに主眼を置くことにする⁴。

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、心理社会的労働環境（Psychosocial Working Environment）を改善するといういわゆる1次予防を中心とするが、労働環境法の規定上重要なのは、使用者に対して職場リスク評価を義務づける15条aである。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職場リスク評価を行い、それを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義務を負うとしている。さらに、職場リスク評価は、3年ごとに改訂が義務づけられているため、職場における労働環境の直近の問題点を洗い出して対応することが必要となっている。

1.1.2. 疾病手当法

デンマークにおいては、被用者が疾病により休業した場合の保障として疾病手当法（Sickness Benefit Act, デンマーク語：Lov om sygedagpenge）に基づく給付を受けることができる。

疾病手当法の目的は、(1) 疾病による欠勤に対する所得保障の供給、(2) 疾病による欠勤者ができる限り早期の復職を可能とするための援助、(3) 疾病を減少・予防するための地方自治体、企業等の協働を支援すること、となっており（1条）、単なる社会保障給付としての規定のほか、疾病

により欠勤している被用者の職場復帰に関する規定も設けられている点に特徴がある。

疾病手当は、被用者、自営業者、失業者、労災被災者等を対象として（法2条）、自らの疾病により労務を提供できなくなった者に対してその休業期間中支給される。手当の支給を行うのは、最初の欠勤の日から30日間については当該被用者を雇用している使用者であり、30日間経過後は、地方自治体（コムーネ）がそれを引き継ぐ形で支給することとなっている（法6条1項）。

疾病手当の支給要件に関連して、被用者が労務の提供が不能であるということについては、被用者が罹患している疾病とそれが病気休暇へ与える影響とを勘案して決定される（法7条1項）。また、疾病により、遅刻や早退などが生じ、部分的に労務を提供できなくなっている時間が週当たり4時間を超えた場合にも支給される。これには、通院のために要する時間（診察時間のほか、移動時間、診察までの待ち時間を含む）も含まれる（法7条2項）。

被用者の病気休暇取得が3カ月を超える場合には、被用者の職場復帰に向けての調整（アセスメント）およびフォローアップが行われる。この点に関しては、3次予防の項目にて詳述する。

1.1.3. 行政命令 559 号（2004 年 6 月 17 日）

行政命令（Executive Order, デンマーク語：Bekendtgørelse）559号は、労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する1989年6月12日EU指令6条2項に掲げられている予防原則⁵を前提としつ

つ、デンマークにおける労働環境の改善のための規則を定めている。

1.1.4. 行政命令 96 号（2001 年 2 月 23 日）

行政命令 96 号 6 条では、職場に関して、メンタルヘルスへの影響を考慮してデザインしなければならないとしている。

1.1.5. 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

労働環境法 15 条 a およびその関連行政命令を踏まえて、職場におけるリスク評価を行うためのガイドラインとして、「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（Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1）」が 2002 年に労働環境監督署によって作成されている⁶。このガイドライン自体は法的な拘束力を持つものではないが、法律および規則を遵守するに当たっては、このガイドラインに基づく職場リスク評価を行うことが必要となる。ガイドラインの詳細については、後述の 1 次予防の項目において扱う。

1.2. 法の管轄機関・執行権限等

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、労働における安全衛生に関する行政上の権限を有する（法 69 条）。労働環境監督署は、雇用担当大臣の援助の下で実際の査察等を担当する（デンマークにおける労働安全衛生にかかる枠組については、後掲の図を参照）。また、デンマークの特徴として、労働環境法において雇用担当大臣の諮問機関として労使の代表により構成される労働環境評議会（Working Environ-

ment Council）が設置されており、労働安全衛生分野における法政策形成に大きな役割を果たしている。

1.2.1. 労働環境監督署

労働環境監督署（Working Environment Authority; WEA, デンマーク語：Arbejdstilsynet）は、中央組織と地方の監督官（regional inspectorates）により構成されており、その権限については、労働環境法 72 条 1 項に定められているが、主なものとして、(1) 企業、産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、および一般公衆に対して、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供、(2) 雇用担当大臣の名の下での規則の策定、(3) 労働のプロセスから作業場、技術装置、さらには物質・材料に関して、法または行政規則に基づくライセンスの発行に関する計画の精査、(4) 本法に基づき規定された法律およびその規則への遵守の確保、などが挙げられる。このうち、最も重要な権限と認識されているのは、(4) の規則遵守確保を目的とした労働環境に関する査察制度である。

デンマークにおける労働環境への査察制度は、72 条 a に規定されているが、この部分は、2011 年 6 月の改正⁷により、二段階のリスクベースによる査察（risk-based inspections in two tiers）が導入されるに至っている。この改正は、後述する 2011 年 3 月の与野党合意を反映したものであり、労働環境についてももっともリスクの高い企業への査察を確保することをその目的としており、特にメンタルヘルス対策に特別な焦点を合わせたものと説明されている。

労働環境監督署による査察の実際につ

いては、1次予防の項目にて詳述する。

1.2.2. その他の当事者

直接的な法の執行権限を有するわけではないが、メンタルヘルスに関する法政策の形成や企業がメンタルヘルス対策を行っていく上で重要な役割を果たしている機関として、労働環境法に基づき設定されている労働環境評議会や、私企業による労働安全衛生コンサルタントが挙げられる。

1.2.2.1. 国立労働環境研究センター

国立労働環境研究センター（National Research Centre for Working Environment; NRCWE, デンマーク語：Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø）は、それまでの国立安全衛生機構（National Institute of Occupational Health, デンマーク語：Arbejdsmiljøinstituttet）を2006年に改組して設立されたものであり、健康および安全に関する学術的なハブとして、雇用担当大臣やソーシャル・パートナー、企業や労働安全衛生コンサルタントなどに健康や労働状態に関する専門的知見を提供する機関として設置されており、所属する研究者が、Scandinavia Journal of Public Health、Scandinavia Journal of Work, Environment & Health といった北欧系の学術雑誌に最新の研究成果を発表している。

1.2.2.2. 労働環境評議会

労働環境評議会（Working Environment Council）は、労働組合や使用者団体の中央組織、および政府関係者の参加により設置されている機関であり、労働環境法第12章以下に規定が置かれている。労働環境評議会の主な権限は、(1)労働環境に関する目標および優先順位、(2)労働環境評議会、産業別労働環境評議会（現在建設業、

重工業、小売業、農業、サービス業、福祉業など11種の産業について設立されている）、国立労働環境研究センター間で、法68条に規定された基金の分配、(3)労働環境の問題について雇用担当大臣に対して助言を行い、必要に応じて勧告を行うことである（法66条1項）。

また、評議会は、労働環境に関して重要な問題につき討議を行うことができ、またその問題に関する意見を雇用担当大臣に提出することができる。評議会は、その目的のために、学際的な性格をもつ開発あるいは分析活動を開始することや（同条2項）、法の改正および新規立法に関する意見や提案、法に基づく規則の草案作成に関与することができる（同条3項）。

このように、労働環境法は、労使参加による評議会を通じて、法政策決定前に三者間での協議を行うように規定されており、労使が法の具体的内容に関して大きく関与する余地があるといえることができるが、これはメンタルヘルス対策に限らず、デンマークの労働・社会保障関係の立法における一つの特徴であるといえよう。

1.2.2.3. 労働安全衛生コンサルタント

労働安全衛生コンサルタントは、労働環境に関する分析を行い、職場の具体的なデザインを提案することを通じて企業を援助する私企業である。使用者が、その内部に必要な労働安全衛生に関する専門家が存在していない場合、労働安全衛生コンサルタントに職場の労働環境について援助を受けることができるが、労働環境法違反の是正に際してコンサルタントからの援助が義務づけられる場合がある（法12条・13条）。

1.3. ストレスマネジメントの具体的方策

1.3.1. 1次予防面

労働環境監督署による査察により労働環境の評価・改善のサイクルを通じて、企業による心理社会的ストレス対策の取り組みを進めることを目的としており、危険因子（労働量、速度、感情負担、夜勤・交替勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメント）ごとにガイドラインツールの活用により問題点を洗い出した上で、その改善のための対策を行っていくことが求められる。

ガイドラインは、職場リスク評価を行ってより良い労働環境を構築することによる利点を以下の4点に集約している。

- 事故および職業上の疾病に起因するコストの削減
- 病気休暇の削減
- （病気等による）被用者の配置転換の削減
- ・労働満足度、モチベーション、および生産性の向上

1.3.1.1. 職場リスク評価の要件

ガイドラインによれば、企業が職場リスク評価を遂行するに当たって必要となるのは以下の点である。

- 職場リスク評価は書面によらなければならない。
- 職場リスク評価は、管理職、被用者および労働監督官が読むことのできる場所に掲示されていなければならない。
- 職場リスク評価のプロセスに関しては、通常5つのフェーズから構成されており、各企業は、その中からもっと

もよく作用すると考える手法およびツールを選択しなければならない。

- 管理職および被用者は、職場リスク評価のプロセスにおいて協働しなければならない。

職場リスク評価のプロセスについては、労働環境法に基づいて設置が義務づけられている安全衛生委員会が関与することになる。このプロセスには、計画、編成、監視および評価を含むものである。安全衛生委員会の設置が義務づけられていない企業においては、被用者の代表が同様に関与しなければならない。

1.3.1.2. 職場リスク評価の5つの要素

職場リスク評価を機能させるためには、(1) 労働条件の認識および対応関係の作成、(2) 問題の記述と評価、(3) 病気休暇への関与、(4) 優先順位とアクションプラン、(5) フォローアップ、という5つの要素を含む形で職場リスク評価を行わなければならないものとされている。

1.3.1.2.1. 労働条件の認識および対応関係の作成

職場リスク評価のプロセスは、事業のすべての面における労働環境がどのようになっているかを位置づけなくてはならない。この場合、事業場外での労働についても同様に評価しなければならない。この位置づけに関して具体的な要件は定められていないが、少なくとも、被用者との面談、円卓会議、満足度調査（Trivselsundersøgelser）、質問票の配布、労働監督官によるチェックリストの利用、労働環境評議会による資料の活用などを通じて行わなければならない。問題がある場合、それは場合に応じてエルゴノミクス、

バイオテクノロジー、化学、物理、社会心理に関して記述する必要がある。

1.3.1.2.2. 問題の記述と評価

問題の認識と位置づけによって、安全に関する問題が明らかとなった場合、当事者は、当該問題について記述し、どのように解決するかを評価しなければならない。この場合、企業が当該問題の本質、重大性およびその範囲について記述することが重要となる。同様に、問題の要因およびその最適な解決策について記述することも重要である。解決策については、問題の再発の回避、問題の源に向けられていること、被用者がより適切な方法で労働を行うことができるものであること、危険有害な状態について、より安全／ストレスの少ない／有害でない状態に置き換えること、できる限り多くの被用者を保護すること、必要に応じて被用者への教育訓練を行うこと、などが求められる。

1.3.1.2.3. 病気休暇への関与

安全かつ健全な労働環境は、被用者の長期欠勤を回避させるということは、逆に言うと労働環境に問題があれば、長期欠勤が増えるということである。したがって、職場リスク評価においては、企業の労働環境と病気休暇との関連性について明らかにすることが重要となる。この場合の評価の目的は、病気による休暇を減少することができるか否かである。

病気休暇が問題となっていない場合でも、企業は労働環境が全体としての病気休暇とどのように関連しているかについて評価を行わなければならない。病気の要因は多くの場合複雑かつ個別的であるため、病気休暇を取得している被用者は職場リ

スク評価に関与すべきではない。

1.3.1.2.4. 優先順位とアクションプラン

安全に関する問題は早急に解決されるべきであるため、企業は、安全に関する問題を把握した場合、その解決のために最良の方法を明らかにしなければならない。このアクションプランは、問題の概略および解決策の概略を記載することが求められる。職場リスク評価によって、健康に関する問題に被用者の安全衛生に喫緊の脅威が含まれている場合、企業は、即座に当該危険を除去するか受け入れ可能なレベルまで減少するための手段を執らなければならない。

1.3.1.2.5. フォローアップ

最後に、企業がアクションプランをどのようにフォローアップするかについてガイドラインを確立しなければならない。アクションプランを実施するのに誰が責任を持つのかを明らかにしなければならず、解決策がいつどのように機能しているか見定めた上で、必要に応じてアクションプランの改定を行わなければならない。

1.3.1.3. 労働環境監督署による査察の実 際

上記の職場リスク評価のサイクルは、労働環境法に基づいて各企業により行われるが、これが適切になされているか否かの評価は労働環境署による査察を受けなければならない。以下では、労働環境監督署へのインタビューを踏まえた労働環境監督署による査察の実際について、その概略を述べる。

査察は、各企業に対して3年に1回のペースで行われることを基本とするが、労働環境に関してよりリスクが高いと評価さ

れた企業に対しては、必要に応じてこれよりも短いサイクルで行われる場合がある。また、査察のための使用者への訪問は、予告なしで抜き打ち的に行われるものとされているが、実務上は、査察に際して使用者側が提供すべき資料の準備や使用者の繁忙期などを考慮して、大まかな訪問時期については2ヵ月から6ヵ月前には使用者側に通知している。

使用者への訪問に当たって、査察官は、
(1) 使用者から提供されたデータ、(2) 労働状況の観察、(3) 質問状への回答内容、
 という3点を中心として査察を行う。このうち、(1)については、当該資料が示すものと、実際の労働環境との間に齟齬がないかどうかを確認する。(2)については、人の配置、物の配置、被用者の労働の状態などについて観察するものであり、たとえば、ある部門の被用者が忙しく働いている状況の中で、他の部門の被用者が暇をためてあましているような状態であれば、人員の配置に問題があるものと判断される。(3)については、後述する COPQSOQ の簡易版の質問状への回答から、被用者の労働環境への認識や問題状況について調査を行うことになる。

このような査察の結果、労働環境に問題があるとされる場合であっても、その場での判断は行わず、持ち帰って合議の上で最終的な判断を行うものとされている。査察結果に不満がある使用者は、異議申立をすることができる。

査察の主たる目的は、被用者が病気にならない、あるいは疾病を引き起こす要因の排除である。あくまでもリスク要因を予防することが重要であって、必要以上に使用

者のビジネスに介入することを目的とするものではない。査察官からみた労働環境法への対応に問題が生じる使用者の例としては、使用者自身の認識としては法に則した対応を行っているにもかかわらず、実質的にリスク要因を排除できていない場合、あるいは法への対応を必要以上に行った結果、かえって被用者へ過負荷が生じる場合などが挙げられる。こうした事例に対しては、査察官による十分な説明を通じて対応してきており、最近では徐々に減少しているとのことである。

また、後述する与野党間の合意に基づく査察範囲の拡大を受けて、査察官自身の業務量が増加しており、その労働環境の悪化が懸念されるが、この点に関しては、上司と査察官との間で話し合いにより適宜調整を行うことになる。

1.3.2. 2次予防面

職場における被用者のメンタルヘルス関連疾病の早期発見という2次予防に関しては、デンマークでは公的な規制ないしガイダンスは設けられてはいない。ただし、そのことがデンマークにおいて2次予防に関する意識が低いということを意味するものではない。以下、現地調査を踏まえたデンマークにおける2次予防の概要を述べる。

2次予防に関連する前提として、疾病手当法の規定により、被用者が疾病により欠勤する場合、同法に基づく給付は、被用者が疾病により労務を提供できないとのみ規定されており、疾病が業務に起因するか否かを問わず支給される。したがって、疾病により欠勤する被用者は使用者に対してその病名を通知する必要がなく、また使

用者も被用者の復職に関連して後述する医療情報法上の要件を満たす場合でなければ、単なる欠勤についてその理由を尋ねることは原則としてはできない。実務上も、デンマークへの訪問調査で見聞した限りではあるが、一般に使用者が疾病により欠勤している被用者がどのような疾病で欠勤しているかについて問うことは、プライバシーとの兼ね合いで難しいと認識されている。

したがって、2次予防については、もっぱら個々の使用者によるその雇用する被用者の労務遂行状況へのマネジメントを通じて、被用者が職場環境に起因するメンタルヘルス関連疾患に罹患しないようにするという一般的な予防が中心となり、どのような予防策がとられるかは、もっぱら各企業の裁量に委ねられているといえよう。この点、デンマークへの訪問調査において、使用者団体、労働組合へのインタビューを通じて得られた話を総合するならば、労働環境に関連する問題に関してオープンに話し合いができる職場作りをしていかなければならないとの点については労使双方にて見解は一致しており、それを実現するための具体的な方策としては、職場におけるいじめ、暴力、脅迫、ストレスなどに関するガイダンスの作成および周知、年に1回は全員参加の話し合いの場を設けて上司と部下間、あるいは同僚間においてメンタルヘルスを含むさまざまな労働環境に関する問題について積極的なコミュニケーションをとることなどが重要視されている。こうしたコミュニケーションを通じて、上司や同僚によるメンタル不調となっている被用者への「気づき」や「声

かけ」、また被用者自身によるメンタル不調の申出ができるような職場環境の構築が可能となるものと認識されている。

また、そうした環境作りの中では、管理職によるマネジメントが重要な役割を果たすことが期待されている。最近では、管理職への昇進要件として、部下たる被用者への適切な指示・配置など従来の人的資源の管理能力に加えて、メンタルヘルスに問題を抱える被用者への対処法について講習ないし研修を受けているかが問われることも多くなってきている。したがって、管理職への評価は、業績を上げているか否かのみならず、こうした被用者への対処ができていのかどうかも最近では重視されるようになってきているといえよう。

1.3.3. 3次予防面

1.3.3.1. 疾病手当法に基づく復職手続

上述のように、病気休暇からの復職に関しては、疾病手当法に規定が設けられている。以下に疾病手当法の規定内容を詳述する。

1.3.3.1.1. 使用者による面談および雇用維持計画

疾病手当法によれば、最初の欠勤の日以後4週間以内に、被用者の職場復帰の態様および時期に関する個別的な面談を行うために被用者を呼び出すことができる（法7条a1項）。この面談は対面で行うことが基本であるが、被用者の病状ないしその他の事情により出席が困難であるならば、電話によることも可能である。被用者が対面での面談に協力できなかったことは、疾病手当の受給には影響を与えないものとされている（同条2項）。

また、疾病により病気休暇を取得してい

る被用者が、最初の欠勤日から 8 週間以内に復職することができないと予期している場合、被用者がどの程度の期間で復職できるかについて記載した雇用維持計画（retention plan）を要求することができる（法 7 条 b 1 項）。被用者はいつでも雇用維持計画を要求することができるが、使用者がかかる維持計画を作成しないと決定した場合には、使用者は被用者からの要求を拒否することができる（同条 2 項）。疾病被用者が雇用維持計画を受け取った場合、被用者は、自治体との間でフォローアップのために行う最初の面談の際に当該プランを提出しなければならず、フォローアップは当該維持計画をベースとして行われる（同条 3 項）。

1.3.3.1.2. 地方自治体による面談および フォローアップ

疾病手当法は、8 週間を超えて病気休暇を取得している被用者に対する自治体による面談およびフォローアップに関する規定を設けている。

1.3.3.1.2.1. 面談と情報シートの作成

自治体は、被用者の病気休暇の特徴と状態を考慮に入れた上で、個別かつ柔軟なフォローアップのための行動計画を作成しなければならない。この過程において、自治体は被用者へ関与していかなければならない（法 8 条 1 項）。行動計画は、首尾一貫性と包括性を持ったものでなければならず、自治体は関係者と協力して作成していかなければならない（同条 2 項）。

自治体の担当者は、関連する利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と連携していかなければならず、なかでも使用者とかがり

つけ医との協力関係を構築することが必要となる（法 9 条）。

自治体は、被用者の病状等について必要に応じて照会を行うことができるが、医療情報の取得に関しては、適切な手続をふまなければならない（法 10 条 1 項）。また自治体は、当該事例に対する疾病手当の給付等に関して十分な説明を行わなければならない、また病休被用者は、自らの病状を含む関連する情報について回答しなければならない（法 11 条 1・2 項）。自治体は、病気休暇の事例について情報シートを作成し、被用者に送付しなければならない。自治体は、この情報シートとフォローアップのための面談の結果を踏まえて、事例を以下の 3 つのカテゴリに分類して病休被用者に対応すべきとされる（法 12 条）。

- ・ 早期復職が可能な事例（カテゴリ 1）
- ・ 長期の疾病のリスクまたは労働に関してリスクを伴う事例（カテゴリ 2）
- ・ 疾病が長期化している事例（カテゴリ 3）

1.3.3.1.2.2. フォローアップ

疾病被用者へのフォローアップの頻度は、上記のカテゴリごとに異なっており、カテゴリ 1 および 3 の場合は、最初のフォローアップは最初の欠勤日から 8 週間を経過したあとに行われ、2 回目は 1 回目のフォローアップから 3 ヶ月後に、それ以後は 3 ヶ月ごとに行われる。これに対して、カテゴリ 2 に属する場合は、最初のフォローアップについては同様であるが、2 回目以降は 4 週間ごとにフォローアップを行うこととされている（法 13 条 2 項・3 項）。

自治体が行うフォローアップも、使用者が行う場合と同様に対面での面談が基本

となっているが、被用者からの要望や、復帰可能性が高い場合、手術を受ける予定がある場合、また病状により面談が困難な場合などの理由があれば、電話や電子メール、手紙で面談を行うことが可能である（同条4項）。これらのフォローアップについては再面談を行うことができ、その結果としてカテゴリの変更を行うこともできる（同条7項）。

自治体によるフォローアップは、病休被用者の雇用維持および早期復帰を図ることを目的として、病休被用者のニーズに合わせて全体的な調整を図っていくことが求められ、また継続的な対話を通じて、常に調整されなければならない（法15条1・2項）。被用者が労務復帰不可能と判断する場合もありうるが、それが正当化されるのは、自治体が当該被用者の復職に関してあらゆる手段を尽くした後である（同条5項）。

自治体が病休被用者に対して行うフォローアップは単発的なものでなく、常に次のフォローアップへと引き継がれていかなければならず、またフォローアップが調整・変更された場合には、後続のフォローアップにそれを反映させなければならない（法16条1-3項）。フォローアップに関する行動計画は、病休被用者に手交されなければならないが、これはプランに重大な変更が加えられた場合にも同様である（同条4項）。

自治体は、段階的な復職に関連して使用者への働きかけを行い、また被用者をサポートすると共に、病状の進行について使用者と定期的なコンタクトを取っていかなければならない（法17条1項）。自治体は、

すべての事例において、被用者ができる限り早期に完全復職することを確実にするために、段階的な復職を使用者に求めて行く必要があるが、かかる段階的な復職に関しては、基本的には自治体、使用者、病休被用者間の合意によって決定されるべきである（同条2・3項）。

1.3.3.1.3. 小括

以上、使用者・自治体による職場復帰に関する疾病手当法の規定を概観してきたが、これらの規定からデンマークにおける特徴を見いだすならば（1）話し合いを基礎とした職場復帰、（2）自治体の積極的関与、（3）フォローアップの継続性といった点が挙げられよう。（1）については、疾病手当法は、病気休暇を取得している被用者の職場復帰に関する使用者、自治体の果たすべき役割を規定しているが、そのベースとなっているのは病休被用者との間の話し合いであり、被用者の病状や職場の状況を勘案して柔軟な対応を取ることが可能となっている。（2）については、疾病手当法の法的構造とも関連しているとはいえ、被用者と使用者という職場復帰の当事者にいわばコーディネーター的な役割を持って自治体が関与していくことによって、より冷静かつ客観的に職場復帰を進めていくことが可能となっている。

また、（3）については、上記の一連のフォローアップの過程について、わが国の労災補償における打切補償に相当する規定が疾病手当法には設けられておらず、フォローアップは病休被用者の職場復帰の可能性がある限り継続して行われる。このようにフォローアップが長期化する可能性がある点について、たとえばオランダのよ

うにフォローアップ期間の上限を画すべきではないか、という意見はあるものの、人的資源の確保という目的からは重要であると一般には認識されている。ただし、フォローアップに関しては、使用者の経営状況次第で被用者の復職をどの程度待てるかは相当に異なるため、被用者間で不公平が生ずる可能性があるが、復職できなかったとしても失業保険をはじめとする社会保障制度が充実しているため、そこまで大きな問題とはなっていないようである。

デンマークにおいては、法的な規定は上記の通りであるが、実際の復職に関しては、いずれにしても使用者と労働者の話し合いを通じてどのような形で進められるかが決まるといえよう。

1.3.3.2. メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告

上記のような疾病手当法に基づく復職に関連して、国立労働環境研究センター内の研究グループは、特にメンタル関係に起因する病気休暇と復職に関する研究として、「メンタルヘルス、病気休暇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, デンマーク語：Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde）」と題する報告書を2010年4月に発表している⁸。

この報告書によれば、デンマークにおけるメンタルヘルスの問題は、メンタル不調による欠勤の増加のほか、障害年金の受給者数増加といった問題を惹起しており、これら問題によるコストは、55億デンマーククローネに達しており、そのうちの

90%を病気休暇、早期退職、能力の減少が占めており、医療にかかる費用は10%にすぎないとされている。

また、雇用及び医療の介入を組み合わせた復職介入により、メンタルヘルス問題を抱える被用者の病気休暇取得を減少させる効果がみられるとするが、かかる介入に当たっては、被用者の機能レベルを考慮し、職務内容の変更をすることが重要である。治療に関しても、医学療法のみならず心理療法へアクセス可能とすることを意味する協働的治療およびエビデンスを基礎としたガイドラインの適用により改善されると結論付けている。

また、メンタルヘルス問題に関して、ネガティブな結果を避けるための9つの勧告を行っている。

1. メンタルヘルス問題の早期発見および治療の保証
2. 個人の機能レベルと、それがどのように労働能力に影響するかについての資料へのアクセス
3. 機能レベルが低下している被用者に対する職務内容の変更
4. 職場復帰に関して、利害関係者すべてによる協力および関与
5. 被用者の病気休暇および職場復帰の選択についてのカウンセリングによる職場内の協力の促進
6. 被用者の職場復帰に関して、社会的統合の促進
7. 病気休暇および職場復帰に関する企業方針の採用および実践
8. オープンで、メンタルヘルス問題を受け入れられる職場文化の発展
9. 職場における健康促進介入の実践お

よび職場におけるストレス要素の減少

1.4. 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述のように労働環境に対する職場リスク評価とその改善が中心となっている。実際に政策を展開していくにあたっては、国立労働環境研究センターによるさまざまな研究に基づく専門的知見が利用されてきているが、そうした知見の中でも特に重要なのは、労働環境の職場リスク評価に関する標準的調査票として開発されたコペンハーゲン心理社会調査(Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSOQ)ではないかと思われる。以下、その背景と概要について述べる。

1.4.1. コペンハーゲン心理社会調査(COPSOQ)

1.4.1.1. COPSOQ 開発の背景と目標

COPSOQ は、デンマークの労働環境の専門家や研究者のために、広範囲な心理社会的要素を包含した標準的かつ有効な調査票として1997年に開発された⁹。その背景には、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、それは労働者のみならず、企業にとっても社会にとっても重大な問題となっているとの認識が存在

している。

COPSOQに関する研究は、1990年代半ばに当時のデンマーク国立労働衛生機構(現在の国立労働環境研究センター)に心理社会部門が設立されたことを契機としており、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生クリニックなどから労働環境の専門家の知見を得て作成されている。COPSOQは、調査票の長さに応じて、研究者向けとして詳細版、労働環境の専門家向けとして中間版、職場での簡易調査向けとして簡易版という3種類により構成されており、目的に応じて利用することができるようになっている¹⁰。

COPSOQが目標としているのは、(1)労働における心理社会的要素の評価のための有効かつ妥当な手法の展開、(2)国内のおよび国際的な比較を可能とすること、(3)介入の評価を改善すること、(4)サーベイランスおよびベンチマーキングの促進、(5)利用者にとって難解な概念および理論を理解しやすくすること、である。その上で、COPSOQにおける調査票は、(1)理論をベースとするが特定の理論に固執するものではないこと、(2)様々な分析レベル(組織、部門、職種、人と労働の界面(person-work interface)、個人)に関連した次元により構成されていること、(3)職責(worktasks)、組織労働、労働における内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連した次元を包含していること、(4)潜在的な労働へのストレスのほかに、サポート、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態のようなリソースを含めること、(5)包括的であること、(6)労働市場におけるすべての産業部門(産業のみ

ならず、サービス部門、保健福祉部門、コミュニケーション部門などに適用可能であるという意味で一般的であること、(7) 調査票のうち、中間版および簡易版については、労働環境の専門家や被回答者（被用者）にとってユーザーフレンドリーであること、といった原則により作成されている¹¹。

1.4.1.2. COPSQ II

今日では、COPSQ は労働環境における心理社会的状況を把握するためのツールとして、特に労働環境法上定められている職場リスク評価を行う際の標準的な調査票として利用されるようになってきている。COPSQ は、その後のフィードバックや心理測定学的分析（psychometric analyses）を利用することを可能とするために、現在では、COPSQ II へと発展を遂げている¹²。

（この項未了）

1.4.2. COPSQ 調査に見るデンマークの労働環境の現状

COPSQ の調査票による労働環境の現状測定は、デンマークのみならず、調査票が各国語に翻訳されるなど世界各国において利用されるようになってきている。また、その調査内容も、職種を区別しない一般的な調査から、女性労働者、福祉サービス労働者、看守、看護師など特定の労働者を対象として、その労働環境の調査が行われてきている¹³。

また、デンマーク国内においては、国立労働環境研究センターによって、2004 年から 2005 年にかけて、COPSQ II を利用した心理社会的労働環境の全国調査が行われている。これは、無作為抽出により 20 歳から 60 歳までのデンマーク国内に居

住する 8,000 人に対して、COPSQ によるアンケート調査を行い、賃金労働者である 3,517 人から得られた回答をベースとしてデンマークの被用者の社会心理的労働環境の現状を示したものである¹⁴。これを基礎データとして、さまざまな研究が国立労働環境研究センターを中心として展開されてきている。以下にそのうちの主要な研究の概要を述べる。

1.4.2.1. デンマークにおける被用者の心理社会的労働環境の推移に関する研究

Pejtersen らによる研究は、上記 2004 年から 2005 年に行われた COPSQ II による調査結果を、1997 年調査と比較してデンマークにおける心理社会的労働環境の状況の推移を分析したものである¹⁵。デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、上記の期間中全体として悪化していると結論づけており、特に攻撃的なふるまい（offensive behavior）については、仕事上の葛藤（conflicts at work）や中傷・陰口（slander and gossip）などが増加していると指摘している。

1.4.2.2. 心理社会的労働環境と病気休暇の連関性に関する研究

Rugulies らによる研究は、COPSQ 調査により測定された心理社会的労働環境の状況をベースとして、調査後 1 年以内に 3 週間以上の病気休暇を取得した被用者の心理社会的労働環境を健常者と比較して、被用者の心理社会的労働環境の状態と病気休暇取得との関連性を調べたものである¹⁶。それによれば、デンマークにおいては、特に高度の感情的要求（high emotional demands）および高度の役割葛藤

(high role conflicts) が病気休暇取得に関する重要なリスク要因となっており、これらの状態を把握することにより、COPSOQ II による社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることを示唆している。もっとも、この研究における調査対象の被用者の病気休暇測定は、デンマーク全国社会移転支出公報（Danish National Register of Social Transfer Payments, DREAM）から病気休暇給付の取得の有無を調査するという形で行われているため、当該被用者の具体的な病名については明らかではない。したがって、メンタルヘルス対策として、上記の要素について特に重視すべきということにはならないものの、労働環境が被用者の健康に与える影響の予測について COPSOQ が利用できるという示唆は、メンタルヘルス対策にも重要な意義を有するものであるといえよう。

1.5. 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

1.5.1. 雇用差別禁止法

（この項未了）

1.6. メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

1.6.1. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律

上述のように、デンマークにおいては、被用者が疾病により欠勤する場合には、疾病手当法に基づいて所得保障が行われるが、いかなる病気によって休業するかについて使用者に報告する義務はない。しかし、復職に関しての話し合いを行うにあたっ

ては、段階的に復職を行っていく際に、ある程度までは被用者の病状を把握する必要性があるが、使用者が被用者の医療情報を取得することによって被用者の雇用上の地位に不利益が生じる可能性があることは否定できない。

デンマークでは、被用者の医療情報へのアクセスに関して、「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 Labor Market, デンマーク語：Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet）」と題する法律が 1996 年に制定されている。

同法は、「採用または雇用を維持するための被用者の能力を制限するために誤って医療情報が使われないように確保すること」をその目的とし（法 1 条 1 項）、使用者が、被用者に対してその医療に関する情報の提供を求めることができるのは、「労働者の採用および雇用に関して、被用者が当該職務を遂行するための労働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疾病の症状を示しているか否かを明確にするため」の場合に限られるとの原則を定立している（法 2 条 1 項）。

医療情報法に関連して 2009 年に雇用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ドランス（Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom）」によれば¹⁷、被用者の病気休暇に関して、使用者が被用者に対して面談を求めることに関しては、労働協約などにより権利を放棄していなければ、経営権（managimental right）に基づい

て行うことができるとした上で、使用者が被用者の医療情報へアクセス使用とする際の留意点について具体的に明らかにしている。

それによれば、使用者が被用者に対して疾病に関して質問することができるのは、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るのが原則であり、被用者が疾病に罹患したと連絡してきたときですら、被用者の病状について尋ねることができるのは例外的な状況（たとえば、被用者が労務提供について重大な影響を及ぼす疾病に罹患していることが使用者に明らかな場合など）に限られている。

したがって、メンタルヘルスに問題を抱えた被用者の場合であっても、使用者がかかる被用者の治療状況などについて直接アクセスすることはできず、復職との関連で、病気の被用者が、どのような機能について問題があるのか、どのような行為ならば可能なのか、どの程度の欠勤が生じるのか、などについて確認することができるにすぎないものとされている。

1.7. 法政策の背景

デンマークにおける一般的なメンタルヘルス問題として挙げられるのは自殺者の多さであろう。デンマークは、1980年には国民 100,000 人あたり 35 人が自殺するという世界で有数の自殺率の高さが社会問題となっており¹⁸、この数値自体は年々減少傾向にあるものの¹⁹、今日でも自殺者対策は、デンマーク社会にとって喫緊の課題となっている。

このことを裏付けるように、上記「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」では、デンマークにおける成人人口のうちメンタルヘルス問題を抱える人の比率は、他のヨーロッパ諸国と比較して 12% から 27% ほど高いことが指摘されている²⁰。

しかし、デンマークの現地調査を通じて明らかになった点として、このように自殺者が多いということと、職場におけるメンタルヘルス対策との間には直接的な関連性はないということである。1995 年の労働環境法の改正により導入された心理社会労働環境の知見を基礎としたリスク評価の義務づけという政策は、政府、使用者団体、労働組合という三者間において労働施策を構築していくというデンマークの伝統的法文化に則って、労働災害やそれに伴う疾病休暇取得の減少ためにいかなる法政策を展開すべきかという話し合いの中で導入されたものである。ここでは、メンタルヘルス対策は、筋骨格系障害や騒音など、従来の労働安全衛生上問題とされる領域と並列的に位置づけられているにすぎない。

したがって、デンマークにおける法政策の肝要は、人的資源を大切にするという基本原則にのっとり、政使労の三者間での話し合いを通じて政策を構築・展開してきたというその法文化にあるのではないと思われる。

以下では、デンマークにおける法政策の背景とその展開について政府機関により公表されている報告書・白書を通じて検討していく。

1.7.1. 「クリーンな労働環境への行動計画」

デンマークにおいては、1996 年 4 月に

雇用担当大臣、労働環境監督署がソーシャル・パートナーと協力して、2005年までの10年間における安全衛生の改善に関する枠組とその具体的な行動計画を設定することを目的として「クリーンな労働環境への行動計画（Action Program for the clean working environment 2005, デンマーク語：Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005）」と題する行動計画が公表された²¹。デンマークにおいて安全衛生に関して包括的な行動計画について合意したのは今回が初めてである。

このような行動計画を策定した背景として、デンマークは、労働に関する安全性は他国と比較して高く、労働災害を回避するための努力を続けているにもかかわらず、1994年の段階で47,500件以上の労働災害および15,500件の職業上の疾病が報告されており、労働環境の状態が良好とはいえないという状況が指摘されていた²²。こうした問題を受けて、「すべてのデンマーク企業は、その将来像として人々を第一としつつ持続可能な発展のための競争的基礎として、（労働の）創造性、質、生産性のための安全で健康的で刺激的な枠組を提供しなければならない」として、労働事故や危険・有害物による健康障害、重量物運搬等に伴う筋骨格系障害、労働における心理社会的危険に起因する健康障害の減少・排除のために必要な施策について設定した。また、本行動計画策定にあたっては、1995年4月にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境局の代表により構成された委員会が、心理社会的労働環境に関して、労働環境局の役割と方法に関して詳細な調査を行い、雇用担当大臣に勧

告を行っている。この委員会では、企業、使用者、労働組合、労働監督署など労働環境の領域に関与する当事者が、心理社会的労働環境に関連する問題をいかに取り扱うべきかについての提案がなされている²³。それによれば、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している要因（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している要因（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）とに分類し、前者については、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であり、後者については、労働環境局が介入すべき要因であるとしている²⁴。

本行動計画により、労働環境法をはじめとする関連立法についてさまざまな改正が行われた。行動計画の報告書に示された法改正の概要は以下の通りである²⁵。

1997年：

- すべての企業に書面での職場リスク評価を義務づけ
- 5名以上の被用者を雇用する企業に安全衛生委員会の設置を義務づけ
- 安全衛生の専門家のための37時間の新しい訓練モデルの策定
- 労働安全衛生コンサルタントに関する質的な保証制度の導入
- 労働安全衛生コンサルタントに関するテストスキームと評価の導入
- 産業別安全衛生評議会（branchesikkerhedsrådene, BSR）を11の産業別労働環境評議会（branchearbejdsmiljøråd, BAR）へと改