

### 1.1.1 労働環境法

\*次年度調査予定。

オランダ労働法において、職場の安全衛生に関しては、他の EU 諸国、あるいは日本と同様に、労働環境法（Arbowet<sup>1</sup>）、および、同法に基づく施行規則（Arbobesluit<sup>2</sup>）、告示（Arboregeling<sup>3</sup>）、指針（Arbobeleidsregels<sup>4</sup>）による詳細な規制がある。具体的な規制内容は、大きく 3 つに区別される。すなわち、①使用者への安全衛生対策の義務づけ、②安全衛生に関する労使協議や労使協働での取組みを促進すること、③労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）<sup>5</sup>にアドバイスを求めることである。このうち②と③の規制については、事業所委員会が設置されている場合には、同委員会で一定の役割を代替しうる仕組みとなっている。

安全衛生に関するこれらの規制について、人的適用範囲の制限はなく、たとえば試用期間中の労働者、外部労働者、不法就労者なども含めて、当該の職場で就労する全労働者について例外なく適用される。また、企業規模等による例外も認められておらず、原則として全ての規制が零細事業所に対しても適用される。もっとも、とりわけ②や③に属する規制については、事業所の規模に配慮したとみられるものもある。たとえば、事業所の労働者数が一定未満である場合（25 名未満のケースが多い）に、安全衛生に関するリスク評価責任を軽減したり、安全管理に関わる責任者の設置義務を軽減したりする規定などである（12 条、13 条、14 条）。

また、労働環境法をはじめとしたこれらの安全衛生法規は、身体的な面での安全確

保だけでなく、たとえば、いじめ（pesten）のない環境整備など、精神疾患の予防も含んでいる（労働環境法 1 条）。精神疾患の予防に関する詳細については、施行規則（Arbobesluit）第 2 章・第 4 款 2.15 条以下で、使用者にリスク原因の調査と防止策の策定、労働者が必要としている措置等に関するアセスメント、検証が求められている。

### 1.1.2 労災保険に関する基本的枠組み

次に、労働者のメンタルヘルスが実際に不調を来した場合に関係しうる法制度のうち、公法的な側面が強いものとしては、労災保険制度が考えられる。

労働者のメンタルヘルス問題に関して、日本ではそれが業務に起因するか否かによって法的扱いが大きく異なっている。すなわち、日本の労災保険法では、労働者の傷病が業務に起因するケースであれば、使用者は当該労働者を解雇することを原則として禁止され（労基法 19 条）、当該労働者に対しては労災保険制度によって、所得保障に加えて療養等に要する給付の面でも救済が図られる。他方、私傷病と評価された場合の休職措置の要否や期間、その間の所得保障や療養費用の負担関係については、就業規則をはじめとした労働契約の解釈問題に帰着するのであり、業務上外の判断がきわめて重要となる。

これに対してオランダでは、日本のように包括的な労災保険制度はない。労働者が障害を負い、または疾病に罹患した場合には、①当該期間中の所得保障と、②療養等に要する費用負担について、それぞれ異なる制度が適用される。すなわち、①につい

ては、最初の 2 年間は、原則として使用者に賃金の 70%相当額について継続支払が義務づけられ（民法典 629 条）、例外的に、有期雇用の期間満了などによって療養期間中に雇用関係が終了した労働者については、傷病手当（ZW）と呼ばれる公的制度にもとづいた所得保障が図られる。そして、いずれの場合についても、療養期間が 2 年を超えるケースでは、障害保険制度（WIA）のもとで所得保障が図られることになる。一方、②については、一般的な国民健康保険によってカバーされる仕組みとなっている（図 1 参照）。

このように、オランダでも、疾病労働者の所得保障に限れば、被用者に固有の強制保険として労災保険制度が整備されている点で日本と共通する。具体的に、「就労能力による所得保障法（Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen）」に基づく障害保険制度（WIA）は、使用者の保険料負担によって運営され、労働者の就労能力に応じて所得保障を図るものとなっている。ただし、この制度が適用される前段階として、使用者による 2 年間という長期にわたる賃金継続支払いが義務づけられている点は、オランダ法の大きな特徴といえよう。

さらに、給付面に着目すると、オランダの障害保険制度は、日本の労災保険制度と異なり、労働者の疾病について業務起因性の有無を問題としていない点に特徴がある。すなわちオランダでは、労働者の疾病時の所得保障については、使用者による賃金継続支払いを原則とし、労働能力の喪失期間が 2 年を超える長期疾病に対しては、障害保険である WIA に基づいて、就労能力に応じた所得保障を図るという仕組みのもとで、

いずれも、労働者の就労能力が欠如していれば、その原因が労災であるか私傷病であるかを問わずに、ひとしく給付が保障される仕組みとなっている点で、日本の状況と大きく異なるといえる。

具体的に障害保険制度（WIA）の内容を概観すると、次のようである。

まず、労働者の疾病に伴う所得喪失期間が 2 年以上となる場合には、障害保険制度（WIA）によって所得保障が図られる。この制度は、従来の福祉的な給付制度に代えて、疾病労働者の職場復帰をめざして 2006 年に導入された被用者保険であり、保険料は全額を使用者が負担する。

障害保険制度（WIA）では、障害の程度に応じて、稼働能力（verdienvermogen）がどこまで低下しているかという点が重視されており、障害の程度が 35%未満と軽度の者に対しては、給付はなされない。他方、給付がなされる場合には、障害の程度に応じて異なる取扱いがなされ、重度障害でその回復の見込みがない者については（障害の程度が 80%以上）、従前賃金の 75%相当額が、年金支給開始年齢まで支給される（IVA：完全な障害をもつ人の所得保障制度）。

これに対して、より軽度の障害（障害の程度が 35~80%）か、一時的に障害の程度が 80%以上であるものの回復の見込みがある場合であれば、就労履歴に応じて 3~38 ヶ月間の給付が行われる（WGA：部分的な障害をもつ人の労働復帰支援制度）。支給額は、最初の 2 ヶ月間は従前賃金の 75%、それ以後は 70%に相当する額である（ただし、日額に上限がある）。また、受給要件として、疾病前の 36 週間のうち 26

週以上にわたって賃金を得ていれば、3 ヶ月間の受給権が保障され、そのうえで、就労期間1年につき1 ヶ月の割合で受給期間の延長が図られる。

## 1.2 法の管轄機関・執行権限者

\*次年度調査予定。

安全衛生、および労働時間規制の履行確保については、労働監督官 (arbeidsinspectie) による監督体制がとられている。

## 1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策（仕組み・流れ）

\*次年度調査予定。

## 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

\*次年度調査予定。

## 1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

\*次年度調査予定。

### 1.5.1 差別禁止法制の展開

基本法1条によると、「オランダにおいては、いかなる者も、同一の状況下では同一に扱われなければならない。宗教、信条、政治的思想、人種、性、またはいかなる理由であっても、差別は許されない」<sup>6</sup>。こうした基本法の定めと EC 指令に沿うかたちで、オランダでは個別立法による広範な差別禁止規制がある。

まず、民法典 (Burgerlijk Wetboek Boek) 第7巻第10章の「労働契約」の章にいくつかの規定があり、典型的には、①男女差別、

②労働時間や労働契約期間による差別、③労働組合員に対する差別が禁止されている。したがって、たとえば契約上の労働時間が異なる場合でも、使用者はそれだけでは異別取扱いを正当化できず、他の労働条件について時間比例的に定めることを要請される<sup>7</sup>。また、民法典に定めはないものの、個別的な立法によって、年齢差別 (WGBI<sup>8</sup>) や障害者差別 (WGBh/cz<sup>9</sup>) も禁止される。

さらに、差別禁止の一般法として、一般平等取扱法 (AWGB<sup>10</sup>) がある。同法は、雇用関係も含め一定の公的生活 (openbare leven) における差別を規制対象とするもので、性、民族、宗教、信条、政治的思想、人種、国籍、性的指向を理由とした直接差別と間接差別を禁止している。

### 1.5.2 均等処遇委員会

一般平等取扱法は、差別禁止の一般法として位置づけられるところ、とりわけ重要なのが、同法11条以下で定められる均等処遇委員会 (以下、CGB<sup>11</sup>) である。CGBとは、議長と副議長を含む9人の専門家 (メンバーは各省の大臣に指名される) で構成される準司法機関で、法違反の書面審査・判断を行う。被差別者は、裁判所のほか CGB に対しても、差別の是正や不法行為の禁止・除去 (ongedaan te maken) を求めることができる。CGB に対しては、被差別者 (労働者) のほか、使用者、労働組合、事業所組織、事件を扱う裁判官・調停人も申立てをすることができる (12条)。

CGB は、一般平等取扱法への違反だけでなく、前述したような、他の個別的な差別禁止立法に違反するケースも取り扱う。したがって、たとえば、パートタイム労働者

が労働時間による差別を受けた場合には、一般平等取扱法で禁止された差別事由に該当しないにもかかわらず、CGB への申立が可能である。このような申立てに対して、CGB は、法違反の有無を調査したうえで、違反の事実が認められた場合には、その是正を勧告（aanbevelingen）する。この点、CGB の判断は当事者を法的に拘束するわけではないが、訴訟において、裁判官が CGB の判断に特別な意義を認めることがある。実務では企業のほとんどが CGB の判断に従うようであり、裁判例においても、約 65% が CGB の判断を追認している<sup>12</sup>。さらに CGB は、申立人が反対する場合を除き、裁判における当事者適格を有している。

### 1.5.3 障害者差別の禁止

\*次年度調査予定。

### 1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

\*次年度調査予定。

### 1.7 法政策の背景

\*次年度調査予定。

### 1.8 確認できる効果

\*次年度調査予定。

## 2 私法的規制

### 2.1 民法典における諸規制

オランダでは、労働者のメンタルヘルス問題に関する私法上の規制として、民法典（Burgerlijk Wetboek Boek）第 7 巻第 10

章の「労働契約」の章で、いくつかの重要な規制がある<sup>13</sup>。すなわち、オランダ労働法におけるメンタルヘルス対策の特徴を概略すると、①民法典では、労働者の疾病による休職期間中は、最長 2 年間にわたり、解雇を禁止するとともに、賃金の 70% 相当額の支払いを使用者に対して義務づけ、②当該期間中は労働者と使用者の双方に対して、職場復帰に向けて努力するよう様々なインセンティブを与えつつ、③2 年が経過した後も結果的に職場復帰が不可能な労働者については、社会保障制度の枠組みで生活保障を図る仕組みへと移行する、というものである。

#### 2.1.1 解雇制限

オランダでは、使用者が期間の定めのない労働契約を解消するには、①原則として労働保険実施機関（UWV）と呼ばれる行政官庁（日本の公共職業安定所に相当する）の許可を得た解雇、②または裁判所における解消手続が必要とされており、法制度上は比較的厳格な解雇規制がある。また、オランダの解雇規制は、日本の労契法 16 条と同様に、解雇一般について合理性を求める点で包括的な規制を展開しているが、さらに、一定の解雇禁止事由が法律で列挙されている。

このうち民法典では、産前産後の労働者や、兵役期間中の労働者、各事業場での従業員代表を勤める労働者に対する解雇等と並んで、疾病労働者に対する解雇も原則的に禁止されている。すなわち、民法典 670 条 1 項によると、「使用者は、以下の場合を除いて、疾病により労務に従事することができない期間中の労働者を解雇すること

はできない」とされる。ここでいう疾病には精神疾患も含まれ、また、疾病の原因が業務上のものであるか否かを問わない点で、この規制は使用者にとって相当に負担となり得るものである。

ただし、疾病労働者に対する解雇が、例外的に許容される余地もあり、

(a) 労務に従事することのできない期間が、少なくとも2年続いた場合、

(b) 所轄の労働保険実施機関（UWV）が解雇許可に関する使用者の申請を受理した後、労働者が就労不能となった場合、

にも、解雇が許容される（同条）。なお、民法典で明文の規定はないものの、疾病の程度が極めて重大で職場復帰の見込みが全く無い場合にも、解雇が許容される。

さらに、続く民法典 670b 条でも解雇が例外的に許容される場合が列挙されており、具体的には、

1. 試用期間中の労働者に対する解雇、または即時解雇事由に基づく解雇、
2. 事業所の閉鎖に伴う解雇、
3. 労働者によるリハビリ勤務の拒絶など、労働者が復職に向けた協力義務に違反している場合の解雇、

については、休職期間が2年に満たない場合でも解雇が認められる余地がある。このうち、第1項の即時解雇については、前述の一般的な解雇規制のなかでも裁判所での手続を経ることが必要であるし、第2項についても事業閉鎖を要件としている点で、いずれも解雇のハードルは相当に高い。これに対して、第3項の労働者の義務違反についてはより一般的に問題となりうるところ、具体的に民法典では3つの類型が列挙されており、

(a) 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事項を遵守し、労働者の本来の労働または代替労働を可能にするために講じられる措置に協力すること、

(b) 使用者が労働者に提供する代替労働（第 658a 条 4 項）に従事すること、

(c) 就労能力による所得保障法（WIA）第 71a 条 2 項でいう復職プランの作成、評価、調整作業に協力すること、

が労働者の義務として課されており、これに違反した場合には解雇が認められ得る。

### 2.1.2 賃金継続支払義務

このように、オランダ民法典は、疾病労働者について、疾病の原因を問わず原則として2年間は使用者による解雇を制限することで、雇用継続を義務づけている。さらに民法典では、労働者の疾病による休職期間中は、最長2年間にわたり、賃金の70%相当額の支払いをも使用者に対して義務づけている（民法典 629 条 1 項）。なお、休職期間中は、労働者と使用者の双方に、迅速な職場復帰に向けて協力する義務が課されているところ、使用者に義務違反がある場合には、賃金継続支払いの期間は最長1年の範囲で延長されうる。

#### 2.1.2.1 規制内容

民法典 629 条 1 項によると、「疾病および妊娠または出産に伴って労務の提供ができない労働者は、・・・104 週間にわたって、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支払を受ける権利を有する」。

すなわち、使用者は、疾病等による休職開始後、最初の2年間については、労働者に対して従前賃金の70%の支払いを義務づけられており、かつ、最初の1年間について、その額は法定の最低賃金額を下回ってはならない。なお、2009年の法改正によって、使用者が負担する賃金日額には上限が設けられている（187.77ユーロ/日）。労働者に具体的に支払われる賃金額としては、法定の社会保険料等が控除されるほか、休職期間中の他の使用者の下での就労など、休職に起因して中間収入が発生している場合には、当該金額が使用者の支払うべき賃金額から控除される（同条5項）。

一方、2年目については、使用者の負担額は、従前の賃金額の70%以上を満たせば最低賃金額を下回ることも許容されるが、この場合で法定の最低所得保障の水準を下回るケースでは、不足分については社会扶助制度によって補われる仕組みとなっている。なお、休職原因が妊娠・出産または臓器移植のための手術に伴うものである場合には、1年目と2年目ともに従前賃金の100%の支払いが必要である。

統計情報はみあたらないものの、実務的には、使用者の賃金継続支払いに関して、最初の1年間は100%の賃金が支払われ、2年目には70%を保障されているケースが多いことが指摘されている。なお、労働者が疾病により休職する際には、使用者はその初日から賃金継続支払いを義務づけられることが原則であるが、最初の2日間については、待機期間として、事前の合意によって無給とすることも認められる（同条9項）。もっとも、実務上は、労働契約においてこうした待機期間が設定されていることは稀

であり、疾病労働者は休職の初日から賃金支払いを継続されることが一般的なようである。

このような民法典629条でいう使用者の賃金継続支払義務は、労働者の労働時間数や雇用期間とは無関係に発生するものであり、たとえばパートタイム労働者などでも当然に適用がある。ただし例外的に、第2項によると、「労働者が、使用者の家事または個人的用務にのみ従事し、かつ、その日数が週4日未満である場合には、第1項で保障される権利の期間は6週間とする」。すなわち、家事使用人を断続的に使用するような例外的な場合であれば、使用者の賃金負担が軽減されている。また、有期労働者について、契約の残期間が2年に満たない場合には、使用者は残期間について賃金を継続支払いすることで足り、期間満了によって労働契約も終了する。この場合に、当該有期労働者に対しては、休職開始から2年間を上限として、前述の傷病手当（ZW）から使用者による賃金継続支払義務と同額の給付がなされる仕組みとなっている。

疾病労働者が欠勤と出勤を繰り返すような場合、すなわち賃金継続支払いが義務づけられる2年という期間を算定する際に、一時的な復職（中断期間）がある場合について、各休職期間の間に4週間のクーリング期間がない場合には、前後の休職期間が通算される（民法典629条10項）。

#### 2.1.2.2 訴訟手続

民法典629条の賃金継続支払義務は、使用者の民事上の義務であり、使用者が支払に応じない場合の履行確保手段としても、一般の民事裁判による。もっとも、訴訟手

続に関しては、疾病による休職という医療の専門性と不可分であることをふまえて、特別な要件が課されている。

すなわち、休職期間中に使用者が賃金を支払わないケースで、労働者が民法典 629 条に基づく賃金継続支払いを求める訴訟においては、「労働者が契約上の労働または代替労働をすることができなかつた事情について、「労働保険給付の実施に関する法律」第 5 章にもとづいて労働保険実施機関（UWV）が指名する専門家の意見書を添付しない場合には、裁判官は当該労働者の請求を却下する（afwijzen）」（民法典 629a 条 1 項）。

ただし例外として、労務提供に支障があることが明白である場合、または、「労働者に対して、専門家の意見書の提示を求めることが妥当でないと考えられる事情がある場合」には、こうした専門家による証明書は必要でない（同条 2 項）。なお、前述のように専門家を指名するのは原則として行政機関たる労働保険実施機関（UWV）であるが、労働協約で別段の定めがある場合には、当該労働協約に基づいて指名をすることも認められている（同条 7 項）。

このように、賃金継続支払義務の有無が争われる訴訟においては、手続上、労働者は労働保険実施機関（UWV）という行政機関が指名する専門家の意見書を提出することが原則化している。そして、当該の専門家に対しては、「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 629a 条 3 項）、また、当該専門家が医師の資格を有する場合には、労働者の主治医から審査に重要と考えられる情報を入手する権利が保障されている。この場合、依頼を

受けた主治医は、労働者の私生活の領域が不当に侵害されない範囲において、依頼された情報を提供しなければならない（同条 4 項）。そのうえで、労働者の提訴が提訴権の濫用と評価しうる場合には、例外的に、使用者側の弁護士費用についても労働者に支払いが命じられる余地がある（同条 6 項）。

### 2.1.2.3 例外—使用者が賃金支払いを免責される場合

このような使用者の賃金支払い義務も、以下のような場合には免責される（民法典 629 条 3 項）。すなわち、

- (a) 疾病が労働者の故意にもとづく場合、または、労働者が採用時の健康診断において、健康上の問題について虚偽の情報を提供したために、使用者が当該労働者の労働負担能力について適切な判断をすることができなかつたことによる場合。
- (b) 労働者が、故意に、治癒や回復を妨げたり遅らせた場合については、当該期間。
- (c) 健康上の支障がないにも関わらず、労働者が、使用者または使用者が指名する第三者のもとで、第 658a 条 4 項で定めるリハビリ勤務の機会を与えられた場合に、正当な理由（deugdelijke grond）なく、そのリハビリ勤務を受け入れない場合については、当該期間。
- (d) 労働者が、使用者または使用者が指名する専門家が勧める合理的な注意事項に従うことについて、正当な理由なしに拒否するか、または、第 658a 条 4 項でいうリハビリ勤務をすることができるようにとの配慮から使用者がとる措置について、受け入れることを拒否する場合については、当該期間。

(e) 第 658a 条 3 項で定める復職プランの作成、評価、調整に協力することについて、労働者が正当な理由なしに拒否する場合については、当該期間。

などが、使用者の賃金継続支払義務が免責される場合として、民法典で列挙されている。これらの規制では、労働者の故意による疾病への罹患や治療機会の喪失などに加えて、とりわけリハビリ勤務（民法典 658a 条）への協力拒否についても、当該期間中の使用者の賃金支払いを免責することで利益調整が図られている点に特徴がある。

これに関連して、実際に使用者が賃金継続支払義務を負うかどうかを検討するうえでは、多くの場合に、労働者が保有する健康情報へのアクセスが不可欠と考えられる。この点、オランダ民法典では、使用者が労働者に対する直接の権利として情報請求権を認めているわけではない。しかし、使用者が情報提供を求める場合において、「使用者の書面による合理的な指示に労働者が従わない場合には、使用者は第 1 項で定める賃金支払いを、当該期間中は停止することができる」（民法典 629 条 6 項）。また、次に述べるように、使用者に賃金継続支払いが義務づけられる場合にも、民法典では、当該期間において職場復帰に向けて労使で協力することが義務づけられている。このうち労働者に義務違反があると使用者が認識している場合、または認識すべき場合には、使用者はその旨を遅滞なく労働者に対して忠告しなければならず、これを欠くケースでは、使用者が賃金継続支払いを拒絶するという抗弁は認められない（同条 7 項）。

### 2.1.3 職場復帰の促進

#### 2.1.3.1 労使双方の協力義務

一般に、疾病による職場からの離脱が長期間になればなるほど、労働者の復帰は困難になると考えられる。こうした問題認識から、オランダ労働法でも、とりわけ 2002 年のゲートキーパー法（Wet Verbetering Poortwachter）による改革以来、必要に応じて、労働者の職務内容の変更なども含め、労働現場に迅速に戻すという職場復帰（re-integratie）が重視されている。ゲートキーパー法は、従来の労働者障害保険制度（WAO）のもとで、疾病を理由とする長期休職者が増大していた状況の改善を図ることを目的としたものであり、現在まで、小さな修正を加えながらも制度改革の基本的部分は維持されている。現在、職務への復帰に向けたリハビリ勤務に関連して、オランダ民法典では、労使双方が負うべき義務について、第 658a 条および第 660a 条で詳細に定められている。

まず、民法典 658a 条 1 項は使用者の義務を定めており、具体的には、

使用者は、疾病により労務の提供ができない労働者について、本来の労働に復帰し、使用者の事業に再統合（inschakeling）されるよう促進しなければならない。第 629 条にもとづいて労働者に賃金継続支払を行う期間、労働者障害保険法（WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering）71a 条 3 項、または、就労能力による所得保障法（WIA: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen）25 条 3 項で定める療養期間において、労働者が本来の労働を続けることが不可能となり、使用者の事業所内で他の合理的な代替労働（andere passende arbeid）の可能性が無い場合には、使用者



は労働者が他の使用者の下で合理的な代替労働に従事することができるよう促進しなければならない。

すなわち、リハビリ勤務の位置づけとして、従前の労務（労働契約で約定された職務）への復帰を目的とすること、それが不可能な期間については、他の軽易作業に従事することが予定されている。具体的な労務内容は、「合理的な代替労働」と評価できるか否かで判断され、「労働者の体力と能力 (bekwaamheden) 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な理由でそれを労働者に強いることはできない場合は、この限りでない」（民法典 658a 条 4 項）。

ここでの使用者の協力義務は、労務の負担軽減など、労働者の職場復帰の可能性を模索することを主な内容とし、たとえば、パートタイム (deeltijd) での勤務や、職務上の責任軽減措置 (aangepast takenpakket) などがこれに該当し、場合によっては職務の変更も含まれる。リハビリ勤務に必要な場合には、労働者は教育訓練についても受講義務を負う。要するに、リハビリ勤務が必要な場合には、使用者は上のような措置を講じる義務を負うと共に、見方を変えれば、指揮命令権が大幅に拡大されている点に特徴がある。

また、リハビリ勤務を行う労務提供先の面では、使用者の事業所内での代替労働を基本としつつも、それにとどまることなく、他の使用者の下での代替労働まで含まれる。これらの措置が「合理的な代替労働」と評価される限り、労働者もそれに応じる義務があり、応じない場合には、使用者の賃金継続支払義務が免責され、場合によっては

解雇事由ともなる。

なお、日本ではリハビリ勤務が復職に該当するか否か、あるいはリハビリ勤務中の労働契約関係の評価が問題となることがあるが、オランダでは、労働者が、民法典 658a 条 4 項で規定される代替的リハビリ勤務に従事する場合にも、労働契約は継続することが明確に規定されている（民法典 629 条 12 項）。

このようなリハビリ勤務を円滑に進めるために、使用者はリハビリ勤務に必要な基準を遅滞なく策定する義務を負うとともに（民法典 658a 条 2 項）、労働者との協力の下で、復職プランを策定しなければならない。ここでいう復職プランとは、労働者障害保険法 (WAO) 71a 条 2 項、または、就労能力による所得保障法 (WIA) 25 条 2 項で規定されるもので、使用者は策定したプランについて労働者の協力のもとで定期的に評価するとともに、必要に応じて再調整する義務を負う（民法典 658a 条 3 項）。

前述のように、リハビリ勤務は、使用者の従前の事業所以外でも行われうるものであるところ、使用者は、労働者の受入事業所 (re-integratiebedrijf) に対して、当該使用者が委託する労務遂行に必要な情報、労働者の国民サービス番号 (burgerservicenummer)、または、それがない場合には社会保障および租税番号 (sociaal-fiscaalnummer) について提供するものとされ、受入事業所は、これらの情報について、当該の労働にとって必要な限りで、または市民サービスおよび社会保障サービスを受けるために必要とされる限りで、当該情報を用いることができる（民法典 658a 条 5 項）。

以上のような使用者の義務に対応して、オランダ民法典では、リハビリ勤務に関して労働者が負うべき義務についても規定がある。すなわち、民法典 660a 条によると、

- (a) 使用者または使用者が指名する専門家によってなされる合理的な指示 (redelijke voorschriften) を遵守し、第 658a 条 2 項で規定される使用者または使用者が指名する専門家が講じる措置に協力すること。
- (b) 第 658a 条 3 項で規定される、復職プランの作成、評価、調整 (bijstellen) に協力すること。
- (c) 第 658a 条 4 項で規定される、使用者によって機会を提供された代替労働に従事すること。

という 3 つの類型が、疾病を原因として契約上の労働をすることができない労働者が負担すべき義務として、列挙されている。これらは、疾病による休職期間およびその後のリハビリ勤務期間における、労働者の一般的な義務を規定したものであり、民法典 670b 条(労働者の協力義務違反による解雇) および 629 条 3 項 (賃金継続支払義務の免責事由) と基本的に平仄をあわせたものとなっている。すなわち、労働者は、職場復帰に向けた一般的な協力義務を負うと共に、義務に違反した場合の効果面では、使用者の賃金継続支払が免責され、場合によっては即時解雇が正当化されることになる。

### 2.1.3.2 職場復帰への具体的な流れ

職場復帰に向けたリハビリ勤務の流れは、具体的に次のようなものである。

6 週 以 内 ( 原 因 調 査 )	<p>休職開始後 6 週間以内に、産業医 (bedrijfsarts) が疾病およびそれに伴う休職の原因調査を行う。</p> <p>具体的には、職場への完全復帰の可能性とその時期、リハビリ勤務による復帰可能性が検討されるが、その判断は産業医が行う。主治医 (huisarts) やセラピストに意見を求めるなどして原因が究明される。ただし健康情報に関わるプライバシー保護の観点から、産業医は、疾病労働者の病名、および医療機関やセラピストへの受診情報については、使用者に提供しない。他のセラピストでの受診を求める場合もあるが、労働者には応じる義務はない。</p>
--	---

<p>8週以内（復職プランの作成）</p>	<p>上の原因調査をふまえて、休職開始後8週間以内に、労働者の協力の下で、使用者が復職プラン（PvA: Plan van Aanpak）を作成する。復帰プランでは、職場復帰に向けて労使がなすべき事項が規定される。</p> <p>具体的には、産業医の意見をふまえて、労務への従事が一時的に困難と評価された場合に復職プランを作成する。なお、短期間での職場復帰が見込まれる場合、あるいは逆に、復帰可能性が全くない場合には例外的に復職プランの作成義務が免除される。</p> <p>復職プランでの必要記載事項は、①労働者に従事させることが可能な作業、不可能な作業（具体的に従事可能な職務内容を確定する際には、労働者が積極的に関与することが求められる）、②職場復帰の目標（例：従前の職務への完全復帰を目標とするのか、それとも他の職務での復帰を目指すのかなど）、③上の目標に向けてなすべき活動内容、④必要な調整策（例：他の仕事への配置の変更、療養（fysiotherapie）の内容、職業訓練、再教育の内容など）、④リハビリ勤務の実施主体（使用者自身が行うのか、他の事業者が行うのか）、⑤活動の具体的な計画、⑥労働者と使用者との面談時期（最低でも6ヵ月に1回以上）である。</p>	<p>44週目（UWVによる評価）</p> <p>使用者は、2年目の休職に向けて必要な確認（bevestiging）を労働保険実施機関（UWV）から受け、その際にUWVは、2年目に使用者が講ずべき措置に関して指導する。</p> <p>また、第46週目から第52週目の間に、労働者と使用者とで、復職プランの初年度の実施状況について検証・評価し、次年度に向けた計画を作成する。</p>	<p>91週目（WIAの申請）</p> <p>職場復帰に向けたあらゆる努力が実を結ばなかったときには、労働者は労働保険実施機関（UWV）に対して障害保険（WIA）の申請をする。UWVは復職プランの実施状況について評価を行う。その際、使用者に協力義務違反があると認められるケースでは、賃金の継続支払を義務づけられる期間が1年間まで延長される。他方、労働者に協力義務違反があると認められるケースでは、WIAの給付について減額または不支給となる。</p>
<p>42週目</p>	<p>使用者は、労働保険実施機関（UWV）に対して疾病労働者の状況を報告する。</p>	<p>労働者と使用者は、最低でも6週間毎に、復職プランの実施状況について協議しなければならない。また、労働者と使用者でケースマネージャー（casemanager）を指名するものとされ、ケースマネージャーが復職プランの実施状況についてモニタリングを行うとともに、労使に対して助言する。なお、法定のモニタリング等とは別に、産業医による指導や、労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）による指導を受けることも当然可能である。</p> <p>使用者は、労働者毎の復職プランとその効果に関する個人ファイルを作成・保管する義務を負う。そして、リハビリ勤務の終了時に、このファイルをもとに、労使の職</p>	

場復帰に向けた努力が十分か否かが評価される。ファイルに保管すべき情報は、①復職プランの内容、および必要に応じた修正点、②職場復帰に向けた労使のあらゆる活動の記録、③リハビリ勤務の遂行に関するあらゆる文書（書面やメール等）、④就労時間数などのリハビリ勤務の実施状況である。

また、使用者は上の日常的な情報記録とは別に、休職期間が最長の2年を満了する（したがって、以後の賃金継続支払義務を原則として免れる）時点で、リハビリ勤務に関する最終報告書の作成を義務づけられている。報告書では、リハビリ勤務の実施に関するあらゆる情報を含むべきものとされるほか、①後遺症に関する情報（*naw-gegevens*）、②事業の特性に関する情報、③労働者の職務上の地位に関する情報、④休職開始日、⑤産業医による原因調査の結果、および、その後に所見の変更があった場合には当該情報、⑥復職プランの内容、およびその後に修正があった場合には当該情報、⑦復職プランを実施した1年目の評価、⑧復職プランの実施についての最終評価、⑨復職プランに関する個人ファイル（前述）、⑩休職期間やリハビリ勤務中に、労働者が主治医や産業医らの医療専門家で受診した際の明細、⑪産業医の最新の所見が必要である。この報告書に基づいて、労働保険実施機関（UWV）が障害保険（WIA）の受給資格について審査する。

復職プランの内容について、労働者と使用者との間で意見が相違して調整がつかない場合には、労使双方が、労働保険実施機関（UWV）に対して専門家としての意見（*Deskundigenoordeel*）を求めることがで

きる。典型的に問題となるのは、労働者の労働能力の存否、リハビリ勤務の効果測定、配置予定の職務内容と当該職務での労働者の職務遂行能力などである。この専門家の意見そのものについては法的拘束力がなく、したがって取消等の対象外であるし、上位の行政機関での再審査の請求もできない。ただし、実務上、UWVによる意見は、裁判所での審理において考慮されていることが指摘されている。

### 2.1.3.3 従前の使用者以外の下でのリハビリ勤務

前述のように、労働者のリハビリ勤務の提供先は、原則として従前の使用者であるが、場合によっては、他の使用者のもと、二次的リハビリ勤務（*Re-integratie tweede spoor*）が行われることもある。二次的リハビリ勤務の実施要件は、従前の使用者のもとで就労できないことであり、その判断については、労働安全衛生に関する専門家協会（*Arbodienst*）または産業医が書面で行う。

その上で、現実に就労可能な労務提供先となる新たな使用者が見つかった場合には、労働者と従前の使用者、および新たな使用者という全当事者の間で、合意に基づいて二次的リハビリ勤務が実施される。この場合、新たな使用者は、疾病休職時の賃金継続支払い義務など、労働契約上の義務の一部を免責される仕組みである。

二次的リハビリ勤務においても、それが実施される場合には、労働者は「合理的」な職務に就く義務を負う。合理性判断の際には、労働者の肉体的・精神的な能力、教育、職務経歴が考慮される。一般には以下

のような準則が妥当すると考えられている。

①疾病に罹患してからの期間が6ヵ月未満の場合には、労働者の職務遂行能力、トレーニング、職務経歴、従前の職務における賃金額を反映したものでなければならない。

②疾病に罹患してからの期間が6ヵ月以上の場合には、労働者は従前の訓練水準に基づく職務、または、ある程度軽易な作業に従事することが期待されうる。健康が許す場合には2時間以上の職務に従事することが期待される。

③労働者が休職している期間が長くなるほど、合理的な職務と評価される仕事の範囲が拡大し、労働者はそれを受け入れる義務を負う。

④必要に応じて、労働保険実施機関（UWV）の財政的支援の下で、合理的配慮（特別な送迎やタクシー利用、施設設備の充実化）がなされなければならない。

使用者は、必要に応じて、労働安全衛生に関する専門家協会（arbodienst）、専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）、派遣会社、訓練施設（scholingsbedrijf）を利用することで、疾病労働者の現実の受け入れ先に関して、高度のマッチング手段を利用することができる。このうち専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）とは、リハビリ勤務に特化した専門的な受入機関であり、労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）のうち大規模なものと連携している。専門的受入事業所を利用した復職支援は、使用者に十分な知識・能力がない場合などに有効な手段とされている<sup>14</sup>。専門的受入事業所は、現職への復帰を目指すだけでなく、他の使用者のもとでの復帰

も含めて、アドバイザーとして機能しており、地域での他の使用者との仲介的な役割や労働者の再教育機能も果たしている。産業別で、専門的受入事業所の利用協定が結ばれているケースなどもあるようである。労働保険実施機関（UWV）を通じて、労働者側が専門的受入事業所を選択することもある。

リハビリ勤務先について従前の使用者に限定するのではなく、二次的リハビリ勤務を含めるオランダの法政策からは、労働現場への迅速な復帰が目指されている様子がうかがえる。なお、上のような柔軟な制度のもとで、実務上は、使用者団体間で情報共有と専門特化による役割分担が行われ、コスト削減と効率化が図られていることが指摘されている。

#### 2.1.4 民事賠償責任

\*次年度調査予定。

前述のように、オランダ民法典では、疾病労働者が休職をする際には、その原因が業務に起因しているか否かを問わず、最長2年間は、原則的に使用者に対して賃金の継続支払いを義務づけている。さらに、疾病原因が業務上のものと評価できる場合には、これに加えて、使用者は労働者に対して民事上の損害賠償責任を負う。

すなわち、民法典658条1項によると、「使用者は、労務に従事する労働者に危険がないようにするため、作業を行う部屋（lokalen）、作業に使われる機械（werktuigen）および工具（gereedschappen）の配置、保全に配慮をし、作業のために妥当かつ必要な措置を講じ、適切な指示を与えなければならない」。

そして、「使用者は、労働者が労働中に被った被害について、労働者に対して損害賠償責任を負う」。これらはいずれも強行規定であって、これと異なる労働者に不利な約定を定めることはできず（同条3項）、仮にこうした約定があっても無効と解されている。日本では、派遣や業務処理請負をはじめとした企業外部の労働力を利用するケースで、労働契約の当事者以外にも、民事上、不法行為または安全配慮義務に基づいて損害賠償責任が問題となる。この点はオランダ法でも同様であり、「職務または事業の遂行上、労働契約を締結していない者に労働をさせ、その労務の遂行過程で当該労働者が被害を被った場合には、労働者を受け入れた者は、第1項から第3項までの規定に準じて損害賠償責任を負う」（民法典658条4項）。

もともと、使用者が第1項で定める義務事項を遵守したこと、または、被害が主として労働者の故意または重過失によって引きされたものであることを証明しうる場合は「使用者は損害賠償責任を免れる（同条2項）。

なお、こうした民事上の賠償責任とは別に、労働環境法（Arbowet）や施行規則（Arbobesluit）等で、公法的な面でも使用者に職場環境の適正化を図る義務があることは前述した。また、民事損害賠償をめぐる問題は、前述の差別禁止法とも重複する領域である。

## 2.2 関係する判例

\*次年度調査予定。

## 2.3 確認できる効果

\*次年度調査予定。

DおよびE. 考察および暫定的結論

F. 研究発表

無し

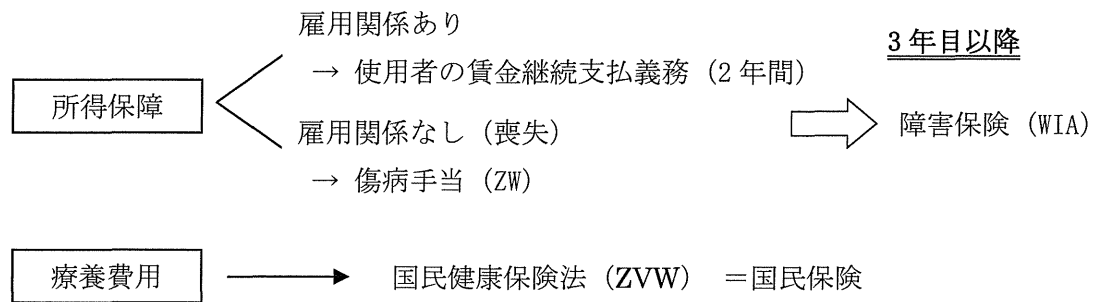
G. 知的所有権の取得状況

無し

H. 引用文献

文末脚注参照。

図 1



<sup>1</sup> Arbeidsomstandighedenwet.

<sup>2</sup> Arbeidsomstandighedenbesluit.

<sup>3</sup> Arbeidsomstandigheden regeling.

<sup>4</sup> Beleidsregels arbeidsomstandighedenwetgeving.

<sup>5</sup> Arbodienst の構成メンバーは、産業医 (bedrijfsarts) である場合もあるが、それに限らず、資格制度のもとで労働安全衛生に関する専門家が広く含まれているようである。

<sup>6</sup> 差別禁止法の展開については、*I. P. Asscher-Vonk en A. C. Hendriks*, *Gelijke behandeling en onderscheid bij de arbeid*(2<sup>o</sup> druk), Kluwer, 2005, p. 265 以下による。

<sup>7</sup> *Bakels* 2007, p. 108.

<sup>8</sup> Wet Gelijke Behandeling op grond van Leeftijd bij de arbeid(Stb. 2004, 30).

<sup>9</sup> Wet Gelijke Behandeling op grond van Handicap of Chronische Ziekte (Stb. 2003, 206).

<sup>10</sup> Algemene wet gelijke behandeling (Stb. 1993, 690).

<sup>11</sup> Commissie Gelijke Behandeling.

<sup>12</sup> CGB 2007 年 10 月 29 日発表

([http://www.cgb.nl/\\_media/downloadables/paper\\_bewijslast\\_nov\\_2007.pdf](http://www.cgb.nl/_media/downloadables/paper_bewijslast_nov_2007.pdf))。

<sup>13</sup> 以下、特に断りがなければ、民法典の条数はすべて第 7 巻のものである。

<sup>14</sup> 専門的受入事業所は Web サイトで検索可能である (<http://www.blikopwerk.nl/>)。

厚生労働科学研究費補助金  
分担研究報告書

ドイツの産業精神保健法制度

分担研究者 水島 郁子 大阪大学大学院高等司法研究科・教授

研究要旨

ドイツでは近年、労働関係において精神保健への関心が高まっている。2008年に公表されたあるレポートによれば、就業者の5人に1人が2006年の1年間に精神障害の診断を受けたとされている。労働関係において精神疾患に罹患した労働者とどのように関わっていくかは、喫緊の課題である。

ドイツにおけるこのような状況は、日本の状況に一見類似する。しかし、産業精神保健へのアプローチや取り組みは、日本のそれとかなり異なる。その背景には日本と異なる事情がある。

第1に、ドイツでは疾病労働者に対する保障が充実している。労働者が疾病を理由に労働不能となった場合、その疾病が業務上のものであるか私傷病であるかを問わず、労働者は最長6週間にわたり、賃金継続支払法に基づき、使用者から賃金が継続支払いされる。いわば、最長6週間の有給の病気休暇が、労働者に保障されている。このように疾病時の所得保障が充実しているので、疾病労働者は安心して欠勤することができる。もちろんそれが私傷病であれば、労働者は医療費の自己負担分を支払うことになる。ただ、ドイツの医療保険における自己負担額は非常に低額であるので、自己負担額が大きな負担になることはなく、疾病労働者が医療アクセスに躊躇することはほとんどない。このように所得保障・医療保障が充実しているので、疾病労働者は安心して欠勤して療養に専念することができる。

他方で、このような労働者に対する保障は、使用者にとってはマイナスに働きかねない。疾病労働者の欠勤により経済的負担が生じるうえ、労働者がしばしば欠勤することは労働意欲を減退させ事業所内のモチベーションを低下させることにつながりうる。そこで使用者の多くは、効率的で快適な企業運営のために労働者の欠勤を少なくしたいと考える。そのためには労働者の健康に留意し、必要な措置を講じるべきであると、使用者は考えるのである。実際に使用者が、労働者の健康に関してどの程度配慮し、どのような措置を講ずるかはさまざまであるが、それは企業の業種や規模だけでなく、企業のカルチャーが大きく影響するという。

使用者のこのような配慮の必要は、法的規制とも関係する。労働保護法は、使用者に、



労働における安全衛生に関して必要な労働保護措置を講じることを義務づける。労働が労働者の健康を害することがないように、使用者は対処すべきことになる。実務上、精神疾患等に作用する労働上の要因については把握できると考えられており、企業の適切な対処が求められる。さらに使用者には、別の角度からも法的義務が課されている。社会法典第9編は、1年間に6週間以上疾病による労働不能となった労働者に関して、使用者に事業所編入マネジメントの実施を義務づける。事業所編入マネジメントは、労働者が再び労働不能に陥ることがないように、ひいては職を失うことがないように、使用者に対策を求めるものである。具体的な内容として、段階的な職場復帰や業務変更に伴う教育訓練があげられる。事業所編入マネジメントに参加すれば、疾病労働者は自分の労働能力に適した職務に就き、雇用が維持される可能性が高まる。事業所編入マネジメントを適切に実施したか否かは、使用者が疾病を理由として労働者を解雇できるか否かの法的判断に、大きく影響する。

疾病労働者に対するこのような使用者による配慮ないし措置が法律で定められ、事業所の従業員代表委員会と協力して実行されていることが、第2の背景事情である。なお、これらの法律上の規制は疾病労働者全般に関わるものである。精神保健に限定した法規制は現在のところ存在しないが、最大野党の社会民主党や主要産業別労働組合はアンチストレス規則制定に向けての動きを見せている。

第3に、労働者の精神疾患は基本的に私傷病であると理解されている点である。精神疾患が業務上と判断される例は、労働者が強盗に遭遇したなど特定の場面に限定されている。もちろん精神疾患の原因が業務になく、労働者の私傷病であるとしても、使用者は労働者の職場における健康を確保するために、心理的負荷を与えるような労働上の要因を軽減ないし排除すべきである。使用者が精神疾患罹患者に対応を行うのはこのような意味であり、業務上災害を理由とする賠償・補償リスクを避けるためというわけではない。

これらの背景事情も踏まえてドイツの産業精神保健法制度の特徴をまとめると、①国は法規制や労働監督により労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、その詳細を国が決めてしまうのではなく、具体的措置は使用者に任せているということ、②使用者は従業員代表委員会と協力して、労働者の安全衛生・健康の問題に積極的に取り組んでいること、③使用者の積極的な取り組みは、使用者の法的責任を果たすためでもあるが、それ以上に、企業の経済的効率性や企業カルチャーの維持・尊重が重要であるとの意識が強いことを、指摘できる。

A. 研究目的

統一研究課題に記されているとおり、研究目的は①ドイツ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、平成 23 年度に引き続き平成 24 年度も、①を研究目的とした。

B. 研究方法

平成 23 年度は、文献調査と訪問調査を実施した。

文献調査については、研究代表者が作成、呈示した「調査報告書の基本的な構成（フォーマット）」に即し、文献資料等のレビューに基づいて必要事項を調査した。なお、研究要旨に記したとおり特有の背景事情がドイツには認められることから、フォーマットの項目を一部変更している。

訪問調査については、平成 23 年 11 月上旬にベルリン市で行った。訪問先等は、以下のとおりである。

H23. 11.2. (水)	ドイツ使用者連盟 Herr Norbert Breutmman 社会保 障局担当官 Frau Anne Schloz (社会保障担 当) Frau Julia Kaute (国際関係担当)
同上	ドイツ法定労災保険組合 Herr Dirk Scholtysik 局長 Frau Dr. Marlen Hupke 労災保険 労働衛生研究所員
11.3. (木)	ドイツ労働組合総同盟 Herr Dr. Hanns Pauli 社会政策専 門員
11.4. (金)	連邦労働安全衛生所 Herr Prof. Dr. Hans Martin

Hasselhorn 労働衛生局長 Frau Dr. Gabriele Freude メンタ ルヘルスと認知能力グループ長
---

各訪問先では、レクチャー、質疑応答、資料等によって、多くの情報提供を受けた。訪問調査に際しては、在ドイツ連邦共和国日本国大使館一等書記官渡辺正道氏（厚生労働省）に多大なご協力をいただいた。ティーテン礼子氏には通訳の労をとっていただいた。

平成 24 年度は平成 23 年度に引き続き、文献調査を行った。

C. 研究結果

ドイツでは従来から、疾病労働者の労働不能（欠勤）日数が重要な関心事の 1 つであり、近年は疾病の中でも精神疾患を理由とする欠勤が増加傾向にあることから、精神保健の必要性が高まっている。国や社会保険の各保険者もこの問題に対して関心を持ってはいるが、現段階では使用者による対応が産業精神保健の中心をなしているようにみえる。

以下では、ドイツにおける「1 問題状況」を明らかにしたうえで、「2 公法的規制」として、まず「2. 1 労働安全衛生法制」をとりあげる。ドイツは安全衛生制度や監督の仕組みは整備されているが、精神疾患に特有な仕組みが設けられているわけではない。実際には労働関係においてこれらの制度が労使によってどのように具体化されるかが鍵となる。これについては、「3 労働関係における労働保護法の具体化」で紹介する。ドイツの「2. 2 労災保険法制」の歴史は古いですが、現在に至るまで、精神疾患は基本的に私傷病であると理

解されている。したがって、労働関係における精神疾患に関する取り組みは業務上疾病対策として行われるわけではなく、労働上の要因が労働者に心理的負荷を与えうるかといった観点から、措置を講じることになる。

「3 労働関係における労働保護法の具体化」の新たな動きとして注目されるのが、「3.3 IGメタルによるアンチストレス規則の提案」である。規則案は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護することを目的とするものであり、使用者に、必要な労働保護措置をとること、危険性評価を行うことなどを義務づけるものであるが、何が危険要素ととらえられ、それらがどのような点で評価されるかが、具体的に示されている。

精神保健の問題は、「4 障害者法制」とも関連する。ドイツでは、基本法（憲法）に障害を理由とする不利益取扱い禁止（差別禁止）が明記されているうえ、労働関係等に妥当する一般平等取扱法が制定されている。日本と比較すると「4.1 障害者差別禁止法制」が整備されているようにも見えるが、このような差別禁止アプローチは、主にEU指令などの外圧によるものである。ドイツでは伝統的に「4.2 障害者雇用法制」のなかで、障害者の雇用にかかる措置や保護が実現されてきた。社会法典第9編（障害者のリハビリテーションおよび参加）は、障害者、とりわけ重度障害者の労働生活への参加に重点的に取り組んでいる。そのなかでもドイツ特有の制度として注目されるのが、疾病労働者に対する事業所編入マネジメントである。この事業所編入マネジメントは、疾病労働者が

再び労働不能に陥ることがないように、ひいては職を失うことがないように、使用者に対策を求めるものである。事業所編入マネジメントの適用対象は、障害者に限定されず、一定期間疾病により労働不能の状態にある労働者がすべて対象となる。事業所編入マネジメントについても、近年精神疾患に罹患した労働者のケースが増加している。

なお、日本では民事裁判例が少なからず使用者の産業精神保健面での取り組みに影響を与えているが、ドイツでも、たとえばハラスメントを理由とする民事紛争が生じている（「5 民事上の解決」）。もっとも、その影響力は未だ大きいものではない。

## 1 問題状況

### 1.1 精神障害の診断に関する統計調査

近年、ドイツの労働関係においても精神保健は重要な問題となっている。2008年に技術者疾病金庫<sup>1</sup>が公表したレポートには、就業者の5人に1人が、2006年中に少なくとも1回、精神障害の診断を受けた、と記された<sup>2</sup>。これは全国民を対象とした統計調査ではなく、以下の方法から推計されたものである。同金庫は、2006年1月1日に同金庫の被保険者等である15歳から64歳までの労働能力がある者（246万2933人）を対象として、外来診療において2006年中にICD10第V章に該当する診断がなされた件数を調べた。女性の32.9%（修正後32.1%）、男性の16.1%（修正後15.0%）が、少なくとも1回、ICD10第V章に該当する診断を受けていた。これを全人口にあてはめて換算すると22.1%となること

から、就業者の5人に1人が精神障害の診断を受けたと判断された。

就業者のメンタルヘルスに関する全国民レベルの統計調査はなく、各疾病金庫が行う統計調査か（ただし、勤労世代のメンタルヘルス統計が各金庫で行われているとは限られない）、連邦統計局の患者統計によることになる。また、上述の技術者疾病金庫によるレポートではICD10第V章という大枠での件数調査のため、日本の労働関係でイメージされるメンタルヘルスとは必ずしも一致しない。連邦統計局の患者統計によれば、退院した慢性患者のうち、精神および行動の障害（F00-99）を有する者の約3割はアルコールによる精神障害である<sup>3</sup>。この傾向は男性に強く、男性が、精神および行動の障害（F00-99）のうち、もっとも多く診断されるのは、精神作用物質使用による障害（F1）であり、なかでもアルコール依存が多い<sup>4</sup>。ちなみに女性に多いのは感情障害（F3）、とくにうつ病である。

最近では、就業者の約半数近くが精神不調を訴えているとも言われるが、それを直接示す統計調査はない。

## 1. 2 疾病を理由とする労働不能に関する欠勤統計 — 地区疾病金庫の統計を例として

ドイツでは、疾病を理由とする労働不能による欠勤についての統計がとられており、参考になる。以下では、地区疾病金庫<sup>5</sup>の統計を用いる。同統計によれば、欠勤が多くみられる疾病は、筋・骨疾患（24.2%）、負傷（12.9%）、呼吸器疾患（12.0%）に続き、精神疾患（9.3%）は4番目に多い<sup>6</sup>。精神疾患は他の疾患と比較して次の特徴が

ある。すなわち、1999年以降の約10年間で、精神疾患を理由とする欠勤日数は約80%増加した。前年との比較でも9.5%増加しており、これは労働不能主要疾病の中で最も高い増加率である。2010年の欠勤日数は11.6日であるが、精神疾患の日数は平均23.4日であり、他の疾病と比べて欠勤が長い傾向が見られる。さらに、6週間を超える労働不能が見られるケースも、筋・骨疾患（20%）、負傷（13%）に次いで、精神疾患（10%）に多く見られる。これらの統計からは、精神疾患を理由とする欠勤は、傷病を理由とする欠勤の中でもっともポピュラーなものであるとは言えないにしても、件数の増加傾向や日数の長期化傾向を見ると、今後の重要な欠勤原因となるであろうことがうかがえる。

精神疾患の中では、うつ病エピソード（F32）、重度ストレス反応および適応障害（F43）、身体表現性障害（F45）、他の神経性障害（F48）が上位にあがっている<sup>7</sup>。同統計からはアルコール依存の者が多いか否かはわからない。

産業分類別に見ると、精神疾患による欠勤事例は第3次産業に多く見られ、とくに、サービス業（12.9%）、公務・社会保険分野（12.3%）、銀行・保険業（12.0%）に多い<sup>8</sup>。サービス業の中では、看護助手（17.0%）や介護士（16.9%）に比較的多い。欠勤日数の多さという点では、この2つの職業に加え、看護師や運転手が上位になる。

さて、ドイツではバーンアウトやバーンアウト症候群の語を目にすることが多いが、バーンアウト自体は生活管理困難（Z73）として位置づけられ、労働不能の原因となりうる精神疾患として診断されるわけでは