

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様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。

<労災補償制度>

・デンマークの労災補償制度では、補償の対象が業務上傷病（accident）と業務上疾病（occupational disease）に分かれ、前者は、使用者と締約義務を負う民間保険会社との間の保険契約に基づき、出来事から5日以内に発生した、当該出来事を原因とする傷病について給付される（労災補償法第50条）。後者は、原則として、法律に基づき設置される業務上傷病委員会（Occupational Disease Committee）が作成権限を持ち、業務上疾病と業務形態の相関性を明示したリスト（以下、「職業病リス

ト」という）に基づき給付される。個別的な給付は、公的機関である労働市場職業病基金（Labour Market Occupational Disease Fund）と使用者の保険契約に基づき、同基金により行われる。

使用者は、休業1日以上災害について労働環境監督署への届出義務を課されているほか、職業病の疑いのある全ての事案について、国家労働災害委員会（National Board of Industrial Injuries）に審査を申請する義務を負っている。

・デンマークでは、職業病リストに「脅迫的ないし衝撃的な出来事ないし状況の持続を要因とするPTSD」が掲載されている。また、当該リストに関する認定ガイドラインには、PTSD以外の作業関連ストレスを要因とする精神障害の認定可能性が示されており、「労働状況における心理的 요구がうつ病の進行にとって確立したリスク要因となる場合」や「職場における低レベルの社会的サポート」が、「明確な相関性あり」、「職務の不安定性」や「支配的な圧力（influence）、職務上の緊張（jobstrain）、長時間労働」が、「相関性あり」とされている。

しかし、PTSD以外の作業関連ストレスは、エビデンスが不十分なこと、要因の具体的な測定が困難なこと等を理由に、職業病リストへの掲載は断念され、労災補償法第7条第1項ii号所定の「特別な性質の労働」と認められる場合にのみ、例外的に補償されるにとどまる。実際にも、2007年～2011年のデータでは、総計16657件の申請に対し、認定件数は796件（約4.7%）にとどまり、他の対象より低い認定率であった。

とはいえ、疾病手当法による私傷病罹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的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。

<障害者差別禁止立法>

・現地調査において、障害者差別禁止法とメンタルヘルスの関係に関する示唆は得られなかったが、デンマークにも雇用差別禁止法 (Act on Prohibiting Discrimination in Employment) があり、人種、皮膚の色、宗教、信条、政治的意見、性的嗜好、年齢、障害、出身国、社会的起源または民族的出自を理由とする直接および間接差別が禁止されている (同法第1条第1項)。差別禁止の対象が、採用、解雇、配転、昇進、賃金その他の労働条件のほか、職業訓練、採用時の情報収集、募集広告などの採用上の手続を含む雇用の全過程、全局面に及ぶことや、ハラスメント禁止規定があることも、アメリカ等の立法と変わらない。

・しかし、履行確保手段として、平等取扱請求、損害賠償のほか、企業への罰金が規定されていることや、そもそも労働協約に差別禁止規定がある場合には同法の適用が免除される点、協約に基づく年齢および障害にかかる非差別的な取り扱いが、2000年のEU指令に反しない限りで許容される点等に特徴がある。

<被用者の医療情報の取扱いに関する法規制>

・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 (Vejledning 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り、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（*managerial 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。

＜その他～メンタルヘルス対策の推進のためのインセンティブ施策～＞

・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。

・このうち一般安全衛生税は、安全で健康的な労働環境づくりの奨励を目的に、2000年に導入され、常勤雇用者数による課税と労災補償支出の多い使用者への課税の2種類があって、前者は国庫、後者は労災補償の保険者に納入させる仕組みとなっていた。また、良好な労働環境認証・補助制度は、2001年に「労働環境認証および認証企業に対する政府補助金法」により導入され、その原資に一般安全衛生税が充

てられることになっていた。

・しかし、2001年11月の総選挙で社会民主党中心の連立政権から左翼党と保守国民党の連立政権へ政権が交代した後、双方共に廃止されることになった。当時雇用大臣であってフレデリクセンは、一般全衛生税の廃止理由として、その一般財源化による本来趣旨の希薄化、認証・補助制度の廃止理由について、官僚的で高価な割に実効を挙げていないことを述べ、2002年に根拠法が廃止された。

＜私法的規制＞

・デンマークでは、職域で生じたメンタルヘルスに関する問題は、概ね労組経由の調停を通じた和解で解決するため、裁判にまで至ることは少なく、企業等（の行為規範）に影響を与える民事の法規制や裁判例は認識されていない。

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 COPSOQ 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への介入により、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、治療に際しても、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。

・労使独自の取り組みとしては、2008年3月にデンマーク経営者連盟（DA）傘下のデンマーク産業連盟（DI）とデンマーク労働総同盟（LO）傘下のデンマーク産業被用者中央連合（CO-industri）の間で締結された「職場における健康と良好な心理的労働環境に関する協定」が特筆される。

この協定の目的は、職務満足感と良好な心理社会的労働環境形成の促進および後者に関わる問題の当事者間での解決の促進を図ることにあり、まさに「産業精神保健法」という領域を体現するものとも言える。適用範囲は、DI と CO-industri 間の協約の参加にある労使であり、経営上の決定の影響を受ける心理社会的労働環境に関するあらゆる問題を司る。

その一環として、89年EC指令第6条第2項に規定された予防原則を国内に展開するために発令された行政命令559号9条aの規定のコンプライアンスを、労使等の当事者が対等な責任をもち、労働環境監督署に代わって確保する旨の合意や、本協定違反に際して当事者がイニシアティブを

とらない場合に監督署が監督権限を行使する旨の合意が盛り込まれている。

他方、上述した通り、心理社会的労働環境形成に関する個別問題については、本協定に基づく自主的解決が予定されている。これによれば、先ず、DA と LO 間で締結された共同協定に基づき 3 5 名以上の被用者を雇用する企業に設置が義務づけられ、労使の代表により構成される共同委員会が、心理社会的労働環境形成に関する原則とガイドラインに基づき、各企業ごとの対策等について協議すると共に、個別の問題解決に取り組む責務を負う。そこで解決ができない場合には、DA と LO が共同で設置し、労働安全衛生問題に関する啓発や紛争調停などを行う Teksam という労働安全衛生コンサルタント組織に解決が委ねられる。それでも解決しない場合には、Teksam 上層部に委ねられ、それでも解決しない場合、DI と CO-industri に委ねられ、その後は一般労働協約に基づく仲裁に移行する。仲裁期間は、調査に協力しない当事者に罰金を科す権限を持つ。

（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 200

0 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 5 2 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 10 4 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 10 4 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、疾病の発症事由等を問

わず、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週間に満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(:従前の労務)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、以下のようになると解されている。

<p>①休職開始後6週間以内(原因調査)</p> <p>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。</p>
<p>②同8週以内(復職プランの作成)</p> <p>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)。</p> <p>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。</p>
<p>③42週目</p> <p>使用者が、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>④44週目(UWVによる評価)</p> <p>労働保険実施機関が使用者による従前の措置と経過を評価し、2年目に向けて同人が講ずべき措置について指導する。ま</p>

た、46～52週目にかけて、労使間で初年度の措置と経過をチェックし、次年度に向けた計画を策定する。

⑤91週目（WIAの申請）

適切な措置を講じてなお、この段階で復職見込が立たない場合、労働者が労働保険実施機関(UWV)に対して障害保険(WIA)を申請する。UWVは、使用者の講じた措置を評価し、協力義務違反を認めれば、1年間にわたり、同人に賃金継続支払義務が課され、労働者側に協力義務違反を認めれば、WIAの給付が減額又は不支給となる。

以上のプロセスの中で、労使は、最低6週間ごとに復職プランの実施状況について協議せねばならず、また、労使でケースマネージャー(casemanager)を指名し、同人にそのモニタリングをさせ、適宜助言を受けることが法的に義務づけられている。

その他、上記プロセスに関して特筆すべき事項は、以下の通り。

a)使用者は、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。このファイルは、使用者の講じた措置に関するUWVによる評価に供される。

b)使用者は、2年にわたる休職期間満了時に、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、これにはリハビリ勤務の実施に関するあらゆる情報(①後遺症関連情報、②労働者の職務上の地位、③産業医による原因調査の結果や修正の経緯、④復職プランの内容と修正の経緯、⑤復職プラン実施後1年目及び最終時点での評価、⑥ア記載の個人ファイル、⑦労働者の医療(主治医+産業医)受診明細、⑧産業医の最

新所見など)を含むべきものとされている。

c)復職プランの内容について、労使間で調整ができない場合(*典型的には、労働能力の存否、リハビリ勤務の効果、配置予定の職務内容等について意見が対立することが多い)、労使双方が、労働保険実施機関(UWV)に対して専門的意見(Deskundigenoordeel)を求めることができる。この意見に法的拘束力はないが、後の司法審査で参考にされることが多い。

・第三者のもとでのリハビリ勤務(二次的リハビリ勤務(Re-integratietweedespoor))は、従前の使用者のもとでは就労できないことを要件として、労働安全衛生専門家協会(Arbodienst)または産業医の書面による判断に基づき実施される。第三者は、民業を営む使用者となる場合と、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所(re-integratiebedrijf)となる場合があるが、いずれの場合にも、本来の使用者-第三者-労働者の三者間で三つ巴の合意が前提となる。第三者は、疾病休職者への賃金継続支払義務など、労働契約上の義務の一部を免責される。

前述した通り、労働者は、リハビリ勤務でも合理的な代替業務を課せられる。ここでの合理性の判断では、労働者の肉体的・精神的な能力や教育・職務経歴が考慮され、おおむね以下の準則に従う。

①疾病罹患後半年以内は、労働者の職務遂行能力、教育訓練、職務経歴、従前の職務における賃金額を反映した最低限度の職務に従事する。

②同じく半年以後は、従前の教育訓練水準に基づく職務か、ある程度軽易な作業に従事する。2時間以上の職務への従事が期

待される。

③休職期間が長くなるほど、合理的業務の範囲が拡大する。

④必要に応じ、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、施設設備の充実化等)がなされなければならない。

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や能力がない場合などに有効な方法と解されているが、同事業所は、第三者となる使用者の紹介や労働者の再教育など、第三者での代替業務全般にかかるアドバイザー兼教育訓練機関としての役割も果たしている。また、実務上、使用者団体との間で情報共有と専門特化による役割分担が図られている。

(エ) 1次予防から3次予防の全てに関わる規制

<差別禁止法>

・オランダでは、「いかなる者も、同一の条件下では同一に扱われなければならない」ことを規定する基本法第1条やEU指令の要請を受け、個別立法による広範な差別禁止規制が整備されている。

・民法典第7巻第10章(労働契約)は、性別、労働時間や労働契約期間、労働組合員か否か等の属性に基づく差別を禁止しているほか、その他の個別立法により、年齢差別(WGBh/cz)や障害者差別(WGBI)が禁止されている。

・差別禁止に関する一般法として一般平等取扱法(AWGB)があり、雇用関係を含めた一定の公的生活における、性、民族、宗教、信条、政治的思想、人種、国籍、性的志向を理由とした直接差別及び間接差別

が禁止されている。

・一般平等取扱法第11条以下には、準司法機関(*おそらく行政機関)として法違反の書面審査と認定判断を行う均等処遇委員会(CGB)についての定めがある。同委員会は、一般平等取扱法のみならず、差別取扱禁止を定める個別立法違反も取り扱い、違反が認められると、是正勧告(aanbevelingen)を行う。この勧告に法的拘束力はないが、爾後の司法審査では、約65%がその判断を支持していたという。また、同委員会自体が訴訟の当事者資格を持つ。

<損害賠償法>

・前述の通り、オランダでは、疾病休職者には、発症事由等を問わず、一定の支援がなされる旨の定めがあるが、発症事由等が業務上と評価される場合、以下の規定に基づき、使用者に民事上の損害賠償責任が課され得る。

民法典第658条第1項:「使用者は、業務に従事する労働者に危険が及ばないようにするため、作業を行う部屋、作業で使用する機械及び工具の配置、保全に配慮し、作業のために適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」。

同条第2項:ただし、使用者が第1項に定める義務を履行したこと、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惹起されたことを立証できる場合、損害賠償責任を免れる。

同条第3項:「使用者は、労働者が就業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ない」。

同条第4項：「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、当該労働者を受け入れた者は、第1項ないし第3項の規定に準じて損害賠償責任を負う」。

このうち安全衛生に関する一般的義務を定める第1項は、物的管理の側面ばかりを強調する表現になっているが、イ（ア）で示した労働環境法令の定めや2005年の最高裁判例等を受け、精神衛生管理にも及ぶと解されるようになってきているという。また、前項で示した差別禁止法違反に際しても損害賠償責任は発生し得る。

ウ 効果

- ・不明

エ 図られている対応

- ・ウで示した通り。

（4）ドイツ

ア 背景

・従前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つとなっていたが、近年は、精神疾患を理由の1つとする欠勤が増加傾向にあり（地区疾病金庫の統計では、99年以後の約10年間で約80%増加しており、労働不能の事由となった主要疾病の中で最も高い増加率）、また、他の疾病より欠勤日数が長い傾向にあり（2010年では平均23・4日であり、全体平均の11・6日を大きく上回る）、精神保健の必要性認識が高まっている。

・2008年の技術者疾病金庫が公表したレポート（同金庫の被保険者等である15～64歳までの労働能力がある者（約246万人）を対象に、外来診療でICD-10第V章に該当する診断がなされた件数を調査したもの）では、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載された。

・連邦統計局の患者統計上、男性については、精神および行動の障害（F00-99）のうち最も多い診断が精神作用物質使用による障害（F1）であり、中でもアルコール依存が多いが、女性については、感情障害（F3）、とくにうつ病が多い。

・地区疾病金庫の統計上、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）が上位にあがっており、産業分類では第3次産業に多く、特に看護助手や介護士の罹患率が高い。

・バーンアウト（労働不能の原因となり得る精神疾患ではないが、生活管理困難（Z73）と位置づけられ、医師が精神疾患にかかる付加情報として診断できるもの）の診断事例の欠勤日数が2004年から2010年にかけて約9倍に増加した。

付加される精神疾患としては、うつ病エピソード（F32）と重度ストレス反応及び適応障害（F43）が圧倒的に多い。

・メンタルヘルス不調者の増加は、企業の生産性や競争力の低下を招き、ひいては国の経済力を弱める可能性が高い。また、保険制度の仕組み上、医療保険財政、年金保険財政（特に稼働能力減退年金関係）への負担が現に大きくなっているか、その可

能性が高いとの認識が拡大して来ている。

- ・労働者と失業者の比較では、労働者のほうが明らかに、精神障害を理由とする労働不能日数が少ない。

- ・総じて、精神疾患罹患者の増加とそれによる種々のマイナス効果は認められるものの、それが最近の働き方や職場環境の変化に直接影響を受けていることを示す証拠は見あたらなかった。むしろ、精神疾患に詳しい医師やセラピストの増加により精神疾患診断がされ易くなっていることを指摘する見解もある。

イ 特徴

- ・現段階で、産業精神保健法制度の枠組みが確立しているとはいえない。

＜精神障害の労災保険法上の位置づけ＞

- ・精神障害は、彼国の労災保険法（：社会法典）上、典型的な職業性疾病を定めた職業性疾病リスト（職業性疾病規則の別表1）に掲載されておらず、頭部外傷による外因性精神障害、重大事故（強盗や自殺など）の目撃によるトラウマなど、ごく例外を除いて業務上疾病とは捉えられていない（：私傷病と捉えられている）。

彼国で、ある疾病が職業性疾病リストに掲載されるか、それと同等の取扱いを受けるための要件は、①医学的知見に基づくもので、②特別な作用によりもたらされるものであり、かつ、③特定のグループに、その活動を通じて、他の人々よりも非常に高い程度で生じるものである必要がある（社会法典第7編9条1項）、精神障害は、特に③、次いで②を充たしにくい、との理解が定着している。

- ・なお、ドイツでは、労災・職業病には原則として労災保険が適用され、使用者の故意による場合等の例外を除き、使用者への民事損害賠償請求は認められないことになっているため（社会法典第7編第104条）、精神・脳心事案を含め、労災事件の民事損害賠償法理は日本ほど発達していない。もっとも、リスク条件下での労働債務の留置権、リスクのない労働条件の履行請求権などの救済法理の理論的展開は進んでいる。

＜1次予防関係＞

- ・労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）は、第3条第1項で、使用者に対し、労働安全衛生に必要な労働保護措置を講じるべきこと、安全衛生の改善に努めるべきこと等を定め、第2条第1項で、その労働保護措置とは、労働の人間化を含め、労災及び作業に関連する健康リスクの防止であることを明記している。また、第5条第1項は、第6条と相まって、リスク管理の実施及びリスク評価結果の文書化を義務づけている。

- ・労働保護法が定める労働保護措置や労働上のリスク評価の対象には、従来から精神疾患にかかるものも含まれると解されていたが、2013年の法改正により、身体的健康とならんで精神的健康が（同法第4条第1号）、またリスク評価の対象として労働における心理的負荷が（同法第5条第3項第6号）追加され、精神保健も対象となることが明文化された。

- ・とはいえ、労働保護法自体は枠組みを示すものに過ぎず、事業所における労働関係ごとの具体化は労使に委ねられている。

- ・1次予防との関係では、労働安全法（Arbeitssicherheitsgesetz）や社会法典第

7編も重要な役割を果たしている。前者は、事業主に産業医、安全技術者等の労働安全専門職員の選任を義務づけることで、各事業所ごとの労災の防止と労働保護の改善を図ろうとするものである。その水準は、「確定的な産業医学・安全技術上の知見」に適ったものであることが求められる。後者は、公的な災害保険について規定する。ここには当該保険を管掌する労災保険組合やそれが策定する労災防止規程についても定められており、当該規程において、上記労働安全専門職員の選任者数、投入時間、必要な資格のほか、労働安全法の目的の実現のためになすべき措置などの詳細（最低基準）が規定されることになっている。また、労働安全専門職員と共に事業主による労働安全衛生活動を支援するため、当該事業所の労働者の中から選任される安全管理者に関する規定も設けられている。

・ドイツでは、営業監督と労災保険組合による二重の監督体制が敷かれている。営業監督は州の管轄下にあり、労災防止や労働衛生などの技術的労働保護と、労働時間保護、年少者・母性保護などの社会的労働保護の両面を司っている。他方の労災保険組合は、上掲の労災防止規程を策定し、その遵守を司っている。

・二重の監督行政にかかる問題については、その調整のため、「共同ドイツ労働保護戦略」という会議体が設立され、関係者が共同して労働保護上の課題に取り組んでいるが、現場レベルでの方針や意見の統一が充分には図られていない。

・また、以上の枠組みや体制は、産業精神保健との関係で十分に機能しているとはいえない。営業監督官でも労災保険組合の

技術監督官でも、産業精神保健に詳しい者は少ないほか、現実に心理的負荷を見出して、それに介入する措置も講じがたい等の課題が認識されている。

＜2次・3次予防関係—①有給疾病休暇、②傷病手当金—＞

・疾病労働者には、罹患事由の業務上外、フルタイム・パートタイムを問わず、賃金継続支払法に基づき、4週間雇用継続の前提さえ充たせば、最長6週間の事業主の負担による有給疾病休暇が保障されているほか、医療保険制度上、医療費の自己負担分が全体にかなり低額なうえ、2013年1月から外来費用負担はゼロになった（社会法典第5編第61条以下）、労働不能期間が6週間を超えた労働者には、社会法典第5編第44条に基づき医療保険から傷病手当金が支給される（通常賃金の70%（社会法典第5編47条）、それも同一の疾病につき3年間で最長78週まで支給される（社会法典第5編48条））、解雇制限法との関係上、疾病のみを理由として労働者を解雇することは許されない（*逆に、疾病などの人的理由との関係で解雇が許されるのは、原則として、職場秩序や経済的観点で、事業に具体的な障害が及び、解雇が社会的に正当と解される場合に限られる）など、療養に専念し易い条件が整備されている。

＜2次・3次予防関係—③事業所編入マネージメント—＞

・また、事業主は、障害者の労働参加等を規定した社会法典第9編において、障害によって新たな労働不能に陥り、雇用の喪失に至る事態の予防措置の一環として、疾

病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネジメント（段階的な職場復帰や、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、再発再燃防止や雇用維持を図る措置）の実施を義務づけられている。このような措置は、解雇回避努力との関係でも求められる。

・社会法典第9編は、基本法（ドイツ憲法）が障害を理由とする不利益取扱いの禁止を規定していること（1994年改正で設けられた第3条第3項第2文）等を受け、第1部で、障害者（「身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で6か月以上、その年齢に典型的にみられる状態から逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる者」。継続性が求められる点で、疾病と区別される）及びそうなるおそれのある者について、第2部で、重度障害者および（連邦雇用エージェンシーによる認定により）それと同等に扱われる者の参加について定めている。同法の規制の重点は、障害者へのリハビリテーション、労働生活参加のための給付、社会生活参加のための給付等、障害者の参加一般にある。障害の軽重の判断は、20～100の点数で算出されることとなっている。

ドイツ政府は、特に重度障害者の労働生活への参加に重点的に取り組んで来た経緯があり、その第9編第81条第2項第1文は、重度障害を有する就業者に対する当該障害を理由とする不利益取扱いを禁止しているが（*別途、2006年一般平等取扱法で、禁止対象が全ての障害者に拡大されている）、それとは別に、社会法典第9編第2部（第68条以下）は、重度障害者等の雇用について、第71条以下で使用者に

様々な措置等を求める制度を設けている。第1は、法定基準を5%として、未達成者に課金し、徴収した金員（調整金）を彼らの雇用支援（雇用上の援助、通勤支援、住居の改修、職場や教育訓練場の整備など）のための給付金として活用する割当雇用制度（第71条）、第2は、雇用ポストに空席ができた場合に優先的に雇用の可能性を審査させる制度（第81条第1項）、第3は、所定の雇用ポスト数について、事業所内での教育訓練の提供、事業所外での教育訓練への参加のための便宜供与、障害に適合した職場の設置と維持、技術的援助などの適切な措置を通じて、雇用の継続を図らしめる制度（いわゆる合理的配慮。但し、使用者に予期し得ないか、過剰な費用負担が生じる場合には労働者側の請求は否定される：同条第3項、第4項）、第4に、行政機関（統合局）による許可及び重度障害者代表の関与なく彼らを解雇することを禁じる制度（第85条）などである。

前掲の事業所編入マネジメントに関する規定は、国の社会保障費の負担や将来の労働力の減少などを慮り、2004年になって同法第84条第2項に追加された。同条第1項は、重度障害者等を対象に、雇用関係を脅かすおそれのある人物・行動や企業に原因のある問題を除去し、雇用関係を維持するための支援等を検討すべきことを使用者に義務づけている。

他方、第2項は、そもそも障害に至らないようにするための予防措置を規定しており、障害者に限らず、1年間に6週間を超えて疾病により労働不能状態に陥っている労働者全てを対象として、彼らが新たな労働不能に陥らず、雇用関係を維持できるよ

う、使用者に、管轄利益代表者や重度障害者代表者との協議のうえで、必要な予防措置（措置の目的やフロー等）を特定し、実施すべきことを義務づけている（適宜、産業医の意見を求めるべきこと、地域のサービス機関や統合局の助言を得たうえで、受給可能な給付や支援を活用すべきことも定められている）。

雇用関係の維持を目的として、一定の予防的措置（＊基本的には2次ないし3次予防措置）を使用者に求める点では第1項と共通する。

報告書本文では、事例として、おそらくは筋骨格系の疾患により労働不能状態に陥った者に対して、重度障害者代表者、職員代表者、人事部職員、産業保健スタッフなどから成るチームが連携し、事業所編入マネジメントの目的、フロー、健康情報の取扱い等について伝えた上で本人の健康上の問題や要望を聴き、産業医の意見も聴いた上で、賃金低下を伴う配転等事情に応じた対応について改めて本人同意をとって実施し、職務に定着できた（再発が防止された）例や、アルコール依存症により労働に障害を生じるようになった者に対して、上司の手配を端緒として、面談と事業所編入マネジメントの適用を通じて、病識を得させ、同マネジメントの一環としての社内のソーシャルスタッフと外部専門支援機関の支援により、従前の就業を継続できた例も挙げられている（もっとも、事業所編入マネジメントは、あくまで2次予防以下の施策なので、別途1次予防策が必要との意見も挙がっているという）。

事業所編入マネジメントは、労務管理の一環として行われるべきものなので、そ

れに要する費用も、本来使用者負担が原則だが、障害者の雇用の促進や定着にも繋がるため、リハビリテーション機関や統合局等による給付や社会保険料の減額措置が、使用者や就業者本人に対して行われ得る旨規定されている（社会法典第9編第33条、第34条、第84条第3項）。

・また、解雇との関係では、事業所編入マネジメントの実施が、その有効性判断に大きな影響を与えることが多い。ドイツの解雇法理にも、最後の手段(ultima-ratio)の原則があり、同マネジメントの実施は、この原則との関係で重要な判断要素と解される場合が多いからである。もっとも、その適用により快復の見込のある者でなければ、その対象にはならない。

・事業所編入マネジメントは、使用者の責任で実施されるが、労働者の書面による同意が必要なため、労働者主導的な側面も持つ。

その実施に際しては、労使の代表、直属の上司、産業医など、当事者の関係者から成る統合チームが結成される。メンバー構成は、共同決定権等を持つ利益代表者以外は労使の合意で決せられ、有益と解される場合には、疾病金庫や統合局職員など、外部の者の参加も認められる。

・具体的なプロセスは関係当事者の裁量によって形成されるが、一般的には、①労使間での情報提供と信頼関係づくり、②問題状況及び背景の把握・分析、③問題解決措置の考案（TOP原則：(a)技術上の措置、(b)労働組織の変更、(c)訓練やリハビリ等の人的措置による）、④労使間の具体的取り決め、⑤実行、の順で進められ、その後もPDCAサイクルに沿ってプロセスの改善が

図られる。

その目的が達せられたか、達成できないことが判明した際に、同マネジメントが終了する。一度失敗に終わった場合、即座に次のプロセスが検討ないし開始される場合も、暫くインターバルを置いて仕切り直しされる場合もある。

・なお、事業所編入マネジメントに際しての労働者の健康情報の取扱いについては、連邦情報保護法や社会法典第9編の定めに従うことになる。

それによれば、一般に健康情報は個人情報の中でもセンシティブな情報と位置づけられており（連邦情報保護法第3条第9項）、労働者の健康情報の取得、保有、利用に際しては、当該労働者の明示の同意が求められる（同第4a条第3項）。

事業所編入マネジメントにおける労働者の健康情報の取扱いに際しては、どの情報をどのように取得し、保有し、利用するかが示されねばならず（社会法典第9編第84条第2項）、誰がどの情報にアクセスするかも明らかにされねばならない。

使用者が得た情報は、当該マネジメントを目的とする取り扱いのみが許され、労働者は、いつでも同意の撤回をすることができるなど、手厚い保護がなされている。

・事業所編入マネジメントは、不調を生じた労働者の職場・職務への適応を図る作用であり、労使間の労働契約関係を安定化、正常化させる役割も持っている。

その結果、労働者の給与等の労働条件に不利益な変更が生じる場合もあるが、そもそも労働者自身の自発性、労働者と使用者・統合チームなどとの間の信頼関係を基礎とする労使間合意に基づき実施される制

度なので、結果的に元の労働条件が保たれない場合の不利益変更も受け入れられ易くなっていると解される。

＜2次・3次予防施策の適用の前提＞

・以上に示してきた賃金継続支払法や社会法典第5編・第9編に基づく法的な保障について、現段階で精神障害と他の障害の間に区別はないが（近年、精神疾患罹患者が対象となるケースが増加傾向にあるという）、これらの保障を受けるためには、疾病罹患の故の労働不能である旨の医師の診断書を提出せねばならず、単に精神的不調による労働不能というだけでは対象たり得ない。すなわち、①賃金継続支払の受給に際して、労働者は、労働不能が4日以上となるときは、使用者に、次の出勤日までに医師による労働不能の診断書を提出しなければならない（賃金継続支払法5条）。②傷病手当金の請求手続について法律上の規定はないが、実務上、労働者は、医師による疾病罹患による労働不能の証明を受け、それを疾病金庫に提出することが求められる。③事業所編入マネジメントは、労働者から受益の申請をするものではなく、労働者の疾病罹患故の労働不能による欠勤期間が6週間を超える場合、事業者側に当然に措置義務が発生するものだが、労働者側は、その労働不能を裏付けるため、医師の診断書の提出を求められることになる。

＜2次・3次予防施策と1次予防施策の関係＞

・事業主としては、こうした保障にかかる拠出や負担を避けるためにも、疾病労働者の欠勤による経済的負担や労働意欲の減

退などを避け、効率的で生産的な企業運営を図るためにも、自主的に、あるいは労使協議（ないし共同決定）を通じ、「作業関連ストレス対策（≠業務上疾病対策）」を推進する必要に迫られている状況にある。また、国も精神疾患罹患者に対する医療保険費の増大や年金保険財政への圧迫等に対応する必要に迫られている。

・そして、実務上は、精神疾患等に作用し得る労働上の要因については把握できると考えられるようになって来ている。事業所編入マネージメントを通じた問題状況の把握・分析および措置は、職場でいじめを受けた労働者をめぐる問題解決に貢献する、との見解も示されている。

・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、各事業所においてなすべき措置の具体化は、事業主ないし事業所ごとの自治に委ねられている。よって、事業主の危機認識その他の考え方や従業員代表委員会の積極性などに負うところが大きい。

・精神保健問題に関する認識は産業全体に高まっているが、以上の前提との関係でも、また、企業カルチャーの維持・尊重が重要と考える企業側の要求からも、法規制や労働監督がその問題について直接介入する方途はとられていない。

・ドイツで発刊されている、事業主が法的な安全衛生責任を果たすための実務書には、既に心理社会的調査票が掲載され、活用が推奨されているが、そこには、伝統的な労働安全衛生その他の労働基準の枠内に包括され得るもののほか、企業理念や人事戦略などに関する人事労務管理的なことがらも含まれている。また、補償・賠償アプ

ローチになじむマイナス要因の発見に加え、予防アプローチになじむプラス要因の維持の推奨の側面も持っている。

・労働保護法第5条に基づくリスク評価の仕組みを事業所協定を通じて心理的負荷の評価まで積極的に拡大し、他社にも影響を与えた例として、ダイムラー社の例があり、労使と専門家が参加する複数の会議体やチームがリスク評価に関わる仕組みとなっている。また、KarasekのJob-Demand-Controlモデルをベースとして、心理的負荷要素の危険な組み合わせ（「労働の複雑性」が低く、「集中の必要性」が高い場合など）などを測定ツールとして用いているが、国際的にみて先駆的な取り組みとまでは言い難い。

・ドイツでもハラスメント等を理由とする民事紛争が生じているが、今のところ、使用者の産業精神保健面での取り組みにさほど大きな影響を与えてはいない。

＜1次予防に関わる新たな動き～アンチストレス規則～＞

・2012年に至り、ドイツ最大の産業別労働組合であるIGメタル（金属産業労働組合）から、アンチストレス規則（Anti-Stress-Verordnung、正式名称：職場における心理的負荷による危険からの保護のための規則）が提案され、複数の州政府や州労働相の支持を受けているほか、社会民主党の指示を受け、制定へ向けた流れがつかられつつある。これは、労働保護法第18条が定める特定危険領域で同法の具体化を図る、同法の下位の規則の制定提案に当たり、同規則案に規定されたリスク評価の文書による記録、同じく適切な教示、

同じく保護措置（介入）を、故意または過失によって実施しない場合には、同法所定の制裁を受ける。

同規則案は、就労時にばく露する心理的負荷による危険から就業者を保護する事を目的とし、使用者に、①心理的負荷にかかるリスク評価を行い、文書に記録すること、②当該危険や対応する保護措置（介入）等について就業者に教示すること、③認識された危険に応じ、工学、産業医学、衛生学等の労働科学の知見に基づき、必要な保護措置（介入）を行うことを義務づける内容となっている。要するに、イギリスやデンマークと同様に、リスクアセスメント手法を心理的負荷に応用しつつ、自国の法制度用にアレンジしたものといえよう。もっとも、国によって社会的に認識されるストレス要因には違いがあり、たとえ同じストレス要因を捉えていても、その重要性のレベルなどに違いがある。

同規則案が捉えるリスク要因は、ア) 仕事の課題、イ) 労働体制、ウ) 社会的条件、エ) 職場や労働環境の条件、オ) 労働時間、の5種類であり、個々の具体的内容については、評価・形成の基準として、以下のように具体化されている。

ア) 仕事の課題

- 1) 仕事の完全性／過少要求の回避、2) 権限と責任の明確化、3) 適宜かつ十分な情報、4) 時間面・内容面での仕事の裁量、5) 質的・量的な過大要求の回避、6) 適切な協力／専門的・社会的コミュニケーション、7) 見通しの良さと影響可能性、8) 過度な感情的要求の回避、9) 身体的変化、10) 資格の利用・拡充

イ) 労働体制

- 1) 適切な行動の裁量／短い時間間隔の工程の回避、2) 労働時間と休憩時間の明白な分別、3) 個人に対する労働の要求と事業上の進行の一致（進行の連関、情報の流れ、フィードバック）、4) 期待される労務水準とそれが実現されるための組織上、技術上の条件、5) 全労働時間にわたる労働総量のバランス、6) 妨害や中断（技術上の理由による中断、頻繁な製造方法・工程の変更、下請業者の期限の不遵守、人員不足）の回避、7) 透明性と予見可能性

ウ) 社会的関係

- 1) 共に作業する者の管理について、上司に必要とされる資質や能力、2) 適切な管理行為（コミュニケーションや決定過程への参加機会の提供、支援、十分な情報と透明性、フィードバック、尊重、人間関係面での対立の統制）、3) 計画・決定過程への組入れ、4) 十分な社会的接触、5) 事業所の環境（人的な受容性、従業員間の敬意をもった交流）、6) 労務管理による職業上の発展可能性

エ) 職場や労働環境の条件

- 1) 低い音圧レベル、2) 衛生的な室内環境、3) 十分な自然光と適切な人工照明、4) 単調で変化のない環境条件の回避、5) 十分な空間的な幅、6) 人間工学に基づくソフトウェア、7) 職業生活を送るうえで必要な情報や作業上接触する材料のリスクに関する分かり易い警告

オ) 労働時間の形成

- 1) 上限を8時間とする日々の規則的な労働時間、2) 1) の労働時間の上限を超える場合の、負荷に見合った時間調整、3) 負荷に見合った休憩（時間）の確保、4) 人間工学的なシフトプランの策定、5) 週

末の休みの十分な確保、6) フレックス制による生物学的・社会的シンクロの欠落の回避

本規則案の起案に際しては、連邦労働社会省に、専門家や労使の代表、労災保険者などから成る作業時の心理的負荷に関する委員会が設置された経緯があり、事業者に新たな心理的負荷要因や、効果的な保護措置（介入）、保護措置の実施方法などを特定し、規定や計画を策定・公表させる旨の規定も盛り込まれている。

上述の通り、本規則案は、一部の州政府や政党などから支持され、2013年12月に発足した連立政権に社会民主党が加わり、連邦労働社会委員会で採り上げられるなど、制定へ向けた動きが進んでいるが、使用者団体は、現行労働保護法でも心理的負荷の問題はカバーされていること、心理的負荷は職場だけの問題ではないこと等を理由に、その制定に一貫して強行に反対しており、2014年1月時点で成立してはいない。

<障害者差別禁止・雇用促進法>

・ドイツには、前掲の基本法（ドイツ憲法）第3条第3項第2文（障害者に対する不利益取扱い禁止規定）等の定めを受け、やはり前掲の社会法典第9編の不利益取扱い禁止規定とは別に、単独立法としての障害者差別禁止立法も存在する（日本では、障害者雇用促進法に差別禁止規定が設けられたことで、同じ法律に割当雇用制度と差別禁止立法が併存することとなった。これは、世界的にも希有な例といえる）。基本法第3条第3項第2文が設けられたのは1994年のことだが、むしろEUの雇用平等

指令の国内法化の要請を受け、2002年に制定された障害者同権法（Behindertengleichstellungsgesetz）がそれに当たるが、包括的な差別禁止法として、2006年に制定れた一般平等取扱法（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）も、労働関係のみでなく、民法上の債務・取引関係全般において、障害を理由とする不利益取扱いを禁じる規定を盛り込んでいる。両者共に、保護対象となる障害者の定義は、上述した社会法典第9編第2条のそれと変わらないが（障害者同権法第3条、一般平等取扱法には直接的な定義規定は存しない）、先述した通り、一般平等取扱法上の不利益取扱い禁止の対象は、重度障害者のみではなく、定義規定に適う障害者全般に及ぶ。

このうち一般平等取扱法において禁止される不利益取扱いの内容は、募集・採用、配置・昇進にかかる選択基準や雇用条件、賃金や解雇事由を含む労働条件、職業教育、社会保障その他社会的給付、教育、住宅を含む福利サービスなどの労働関係全般にわたる（一般平等取扱法第2条第1項）。禁止される態様は、直接的不利益取扱い（いわゆる直接差別）、間接的不利益取扱い（いわゆる間接差別）のほか、ハラスメント、セクシュアルハラスメント、不利益取扱いの指示である（同法第3条）。ただし、異別取扱いの正当化事由として、職務の性格や職務遂行上の条件に基づく実質的な要請があり、目的の正当性と要請の適正さが担保される場合が規定されている（同法第8条第1項）。また、積極的差別是正措置（Positive massnahmen）も規定されている（同法第5条）。