

なお、ドイツでは、従前、障害者の雇用促進や雇用の安定化策が中心的課題とされて来た中、この法律がEUの雇用平等指令の国内法化の要請を受けて制定された経緯からも、アメリカのADAに定められた合理的配慮義務やイギリスの平等法に定められた調整義務のように、障害者保護独自の規定は設けられておらず、それらは別途、社会法典第9編に規定されている。

一般平等取扱法は、イギリスの平等法と同様に、行政の専門機関の関与を規定しつつも（主に同法第6章）、最終的には民事的解決を予定した法律であり、罰則は設けられていない。違法な不利益取扱いに該当する約定を無効としたり（同法第7条第2項）、労使いずれが主体となる場合にも、違法な不利益取扱いを契約上の義務違反とみなしたり（同条第3項）、違法な不利益取扱いを犯した使用者に損害賠償責任を負わせる（同法第15条第1項）旨の規定もある。

ウ 効果

不明

エ 図られている対応

不明。但し、前掲のIGメタルによるアンチストレス規則の提案が、それに該当すると思われる。

（5）フランス

ア 背景

・フランスの作業関連ストレス対策に関する法政策は、ほぼ一貫してEUの法政策（とりわけEC指令）の影響を強く受けて来た。

・国内法では、当初は身体的健康と精神的健康を明確に区分し、労働安全衛生関係法は、前者のみを対象とする考え方が支配的であったが（*その意味では、日本の安衛法の方が、過労による脳心臓疾患対策を媒体として、従前より心身双方の健康を一体的に取り扱って来た」と解される）、特に2002年の法改正により、セクハラ・モラハラなどのハラスメントを中心に、心身の健康双方を射程に収めるようになり、中でもハラスメントに関する解釈・運用論上の議論が盛んに行われて来た。

しかし、近年に至り、EC指令のリスク管理の対象が心身の両面に及ぶこと、作業関連ストレス対策にかかるEUレベルでの施策やソーシャル・ダイアログ（労使間の社会的対話）の展開も影響し、専門家の関与と労使対話、早期予防を重視したリスク管理による精神的健康全般の確保に射程が及ぶようになってきている。また、2008年のフランス・テレコムでの従業員連続自殺の社会問題化も、自殺対策を含めた幅広いメンタルヘルス対策のための施策の展開を後押ししている（*とはいえ、心身の健康を区分する発想は残存し、心の問題は労災補償の対象とはせず、その分、労使対話による予防を積極果敢に進める施策を導いているとも解される）。

より具体的な経過は以下の通り。

①89年6月12日（*笠木・鈴木報告書では91年）：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）」の国内法化（*この時点では身体的健康のみが想定されており、後に当該基本指令の国内法化が不十分であるとして、④以下の動きに繋がった）

② 92年7月22日：セクハラ罪を新設し、職務権限濫用を他の性犯罪の刑の加重事由とする規定を含む新刑法典（人に対する重罪及び軽罪の禁止に関する刑法典の規定を改正する1992年6月22日法（n.92-6））の制定

③ 92年11月2日：②を受けて雇用の枠内においてセクハラ被害者保護及び防止を図った92年11月2日法（労使関係における性的権限濫用に関し労働法典及び刑事訴訟法典を改正する1992年11月2日の法律（n.92-11））の制定

④ 01年11月5日：後述するDUERに関するデクレの制定（*枠組み指令の国内法化が不充分との認識に基づく）

⑤ 02年1月17日：先行するセクハラ防止規定や、雇用平等原則の進展を受けてモラルハラスメント防止規定（後掲）を設けた、「社会的近代化法」の公布（2002年1月17日）と、それに伴う労働法典、刑事法典の改正（労働法典L.1152-1条、刑事法典222-33-2条の新設）。その後の、(1)ハラスメントを根拠として民事過失責任を認定する判例の増加→(2)職場における「モラル・ハラスメント」概念の一人歩き現象（：労働者が、些細なトラブルを容易にモラル・ハラスメントとして使用者等を問責する現象。Wordingとその一般化によるラベル効果との指摘もなされている）と使用者側の過剰防衛現象による膠着状態の出現→(3)ほんらい労働組織の問題として捉えられるべきモラル・ハラスメントの個人間問題への矮小化→(4)事後的な責任追及より事前予防を重視する傾向の拡大（*ただし、これには、心身双方の健康を対象としたリスク管理を求めるEC指令の国内法化の要

請も背景にある）→(5)事前予防の取組を通じて労使対話を活性化しようとの議論の出現（*その後、1000人以上の労働者を使用する私企業において、この問題に関する労使交渉が義務づけられた）

⑥ 08年7月2日：04年10月8日欧州枠組協定を国内規範化し、使用者によるストレス評価の取り組みの促進等を図った全国職際協定（*全国職際協定とは、フランスにおける3大使用者団体（MEDEF=フランス企業運動、UPA=手工業者連盟、CGPME=中小企業経営者総連盟）と、5大労組（CFDT=フランス民主労働同盟、CGT-FO=フランス労働総同盟・労働者の力、CFTC=フランス・キリスト教労働者同盟、CFE-CGC=管理職組合総同盟、CGT=フランス労働総同盟）によって締結される労使協定のこと（細川良：日本労働研究雑誌，580: 89, 2008））の成立（この協定は、09年4月23日のアテレにより、法令としての効果を付与され、その後の労使交渉の枠組みとして機能するようになった）

本協定は、職場のストレスへの対応責任者は使用者であることを明言する一方、対策の実施に際して労働者とその代表者の協力を規定していた。

⑦ 08年2月～09年9月頃：フランス・テレコム従業員連続自殺事件→同事件等を受けたグザビエ・ダルコス労働大臣による労使対話を軸の1つとする緊急計画の発表（1000人以上の労働者を使用する私企業では、10年2月1日までに労使交渉を開始することを義務づけ）

⑧ 10年2月：専門家による報告書「労働における幸福と効率性：労働における精神的健康を改善するための10の提案」が

首相宛に提出された。提案内容は以下の通り。

- (1)取締役を含めた企業のトップマネジメントによる積極的関与の重要性
- (2)労働者の直属の上司が一義的な予防のアクターとなること
- (3)労働者の職務上の自己実現の重要性
- (4)産業保健に資する条件の構築に際して労使の代表の関与を促進すること
- (5)具体的行動に結び付く対策を促進すること
- (6)チームや個々の労働者に対する管理者の責任の具体的な設定とそれを遂行させるための訓練の必要性
- (7)職場を個々人の集まりに矮小化せず、仕事にやりがいを感じられ、効果的なものとなるよう集団のパフォーマンスの評価を重視すること
- (8)あらゆる再編、事業の再構築を含め、企業における様々な変化が人に及ぼすインパクトを予想し、考慮すること
- (9)産業保健が企業内外の環境（特に取引相手）に及ぼす影響を考慮すること
- (10)問題を抱える労働者を孤立化させず、寄り添うこと

総じて、メンタルヘルス問題について、個々の労働者の私的問題ではなく、企業自身が取り組むべき、効率的、効果的な生産体制という組織的な問題との認識に基づき、労使交渉を促し、使用者の意識を変えようとする考え方が示されている。その際、企業再編等の組織改編やそれらに伴う雇用不安が労働者の健康に及ぼす影響が強く意識されていた。

◎10年5月26日：07年4月26日の欧州枠組協定を国内規範化した、労働におけるハラスメントと暴力に関する全国職協定の成立

・なお、フランス・テレコム従業員連続自殺の前後にわたる政府による自殺対策には、(1)「労働における健康計画 (Plan Santé au Travail)」(2005)、(2)「Plan National Santé Environnement」(2004～2008)、(3)2008年11月25日デクレ2008-1217号による「労働条件における方向性協議会 (Conseil d'orientation sur les conditons du travail)」での心理社会的ストレスに関する分科会設置、(4)「労働における健康計画Ⅱ (Plan Santé au TravailⅡ)」(2010)などの施策がある。

イ 特徴

<総論>

・端的に言えば、上述したように、人権思想に裏付けられたモラル・ハラスメント防止のための独自の国内法整備の流れと、EUにおけるリスク・マネジメント手法をベースとするストレス対策の国内法化の流れがあり、近年、後者にハラスメントの要素が盛り込まれるなどして、両者が統合される傾向にある。

<安全衛生にかかる一般的義務条項とリスク管理の原則：L.4121条>

・労働安全衛生の関係者としては、使用者、労働者、安全衛生労働条件委員会、従業員代表、労働組合や組合代表、労働医等の医療サービス、国の労働監督や社会保障機関などが存在するが、使用者に対しては、労働法典に基づき、労働者の「心身の健康」

を維持するための措置が一般的に「義務づけられている」。

すなわち、労働法典 L.4121-1 条は、「使用者は、労働者の安全を確保し、身体的及び精神的健康を維持するために必要な措置をとらなければならない」とし、その具体的内容として、①「職業上のリスク及び労働の苦痛を予防する行動」、②「情報伝達及び研修のための行動」、③「組織体制と調整手段の設置」を列挙している。

また、労働法典 L.4121-2 条は、L4121-1 条の履行に際して使用者が遵守すべき以下のような一般原則を示している。

①もとより「リスクを避けること」、②「不可避なリスクについて評価すること」、③「根源的なリスクに対処すること」、④「労働を人間に適応させること」（≠人間を労働に適応させること）、⑤「技術の発展状況を考慮すること」、⑥「危険のある状態を、危険がないか、より危険が少ない状態に転換すること」、⑦「技術、労働の組織編成、作業条件、社会関係及び特に L1152-1 条に定められた精神的ハラスメントに関わるリスクを含む作業環境に影響する要因を統合的に考察した、全般的な予防計画を策定し実行すること」、⑧「個人レベルの保護措置よりも集団レベルの保護措置を優先して実施すること」、⑨「労働者に適切な指示を与えること」。

これらは 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)」第 6 条をほぼそのまま継受したものであり、ドイツの労働保護法などにも同様の規定をみることができるが、L1152-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・さらに、L4121 条（使用者の一般的義

務）関係では、L4121-3 条で、事業活動の性格に応じたリスク評価を含め、リスク管理のための PDCA サイクルの構築と、それを通じた安全衛生条件のスパイラルアップについて定めているほか、L4121-1 条、同・2 条がその取り組み状況の文書化と公表の義務を定め、さらに L4121-4 条が、その文書の労働者、安全衛生労働条件委員会ないしその職務を担当する機関、従業員代表、労働医、労働監督官その他の機関への提出義務を定めており、個々の事業の性格に応じた安全衛生のリスク管理について、労働者（組織）の関与と専門家や外部の者による評価が担保ないし促される仕組みとなっている。

これも、前掲の EC 基本指令から継受した規定である。

＜リスク評価の記録文書（DUEL）に関するデクレ＞

・2001 年 11 月 5 日デクレは、L4121-1 条(当該デクレ制定当時の L.320-1 条)等を具体化し、罰則を伴う公法上の義務を課す趣旨で、「労働者の安全衛生上のリスク評価に関する文書 (**document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs**)」（DUEP と略されることがある。一般に「統一文書 (document unique) と俗に呼ばれることもある) について規定し、その作成と定期的な及び安全衛生面での条件変更がある場合等における更新を義務づけた（労働法典 R.230-1 条）。特に 2002 年の労働法典の改正後、その対象には、精神的健康の保護が明確に含まれることとなった。実務上は、そうした問題を一切記載しなかったり、形

式的記載にとどめる文書も多く、にもかかわらず刑事罰の適用はなされていないのだが、民事上、使用者の労災にかかる完全賠償責任を導く「許し難い過失（faute inexcusable：重過失の中でも高度なものと解されてきた）」の評価等の要素となすとす議論もある。

＜モラル・ハラスメント防止規定：労働法典 L.1152 条、刑法典 222-33-2 条＞

・2002年の労働法典の改正により設けられた L.1152-1 条は、「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、もしくは、心身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらし得る労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為に曝されることがあってはならない」として、精神的なハラスメントの防止を明定し、その違反は、雇用平等原則違反として、1年の拘禁刑および／あるいは3750ユーロの罰金の対象となることが明記されている（L1152-1条）。

また、「ア 背景」に掲げた刑法典において、「他人の権利もしくは尊厳を侵害し、その身体的もしくは精神的健康を害し、または職業生活に影響を及ぼすおそれのある労働条件の劣化を目的とするかその効果を有する反復した精神的な嫌がらせ行為」が禁止され、その違反につき1年の懲役および15000ユーロの罰金が定められている（222-33-2条）。

したがって、セクシュアル・ハラスメントやモラル・ハラスメントの加害者は、刑法典と労働法典の両罪によって刑事訴追さ

れ得る（大和田敢太：労働関係における『精神的ハラスメント』の法理：その比較法的検討。彦根論叢, 360: 79, 2006）。また、これらの規定は、使用者が労働契約ないし法律上負う安全保持義務（obligation de sécurité）を広く解釈させる旨を破棄院が示しているため、私法上の効果・意義も有すると解される。

これらの規定に代表されるように、フランスの法的なメンタルヘルス対策では、先ず精神的なハラスメントについての防止規定が整備され、その後、より広い範囲の対策に「解釈」ないし（特に労使間の）ルール形成上の焦点が拡充されていった経緯がある。こうしたハラスメント規定の拡張的解釈については、彼国の法律家内外から一定の評価を得ているが、それが罰則の裏付けを得ていることもあり、批判も示されている。

＜民事上の義務＞

・使用者は、労働契約ないし法律上、安全保持義務を負う。安全保持義務違反は、労災被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を導く「許し難い過失」を直ちに構成する。司法では、2002年2月28日のアスベスト判決を端緒として、結果責任的解釈が採られるようになり、2006年6月24日の大法廷判決がそうした解釈を確認した。同判決は、①損害（被害）の発生、②使用者の予見可能性、回避可能性を充たせば、同義務違反が成立するとも解し得る旨を述べている。また、2006年6月21日の破棄院判決は、その射程が精神的健康にも及ぶと解し、司法が民事上、労働法典上のモラル・ハラスメント概念を

より広く解釈する嚆矢となった。加えて、2009年11月10日の破棄院判決は、労働者が職場で上司から受けていた嫌がらせにつき、使用者が何らかの対応策を講じた場合にも、労働者に損害が生じた以上、その責任を免れないと述べている。純粋な経営判断に起因するストレスについてさえモラル・ハラスメントの存在を認める破棄院判決も散見される。このように、フランスの司法は、とりわけモラル・ハラスメントについて、結果責任とも言える法理を形成してきており、使用者に大きな一次予防圧力をかけていると解される。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～①安全衛生労働条件委員会（CHSCT）＞

・以上のような使用者の義務の履行に深く関わる存在として、労働医（日本の産業医と類似の職）、安全衛生労働条件委員会、従業員代表制度などが重要な役割を果たしている。

・労使は、「ソーシャル・パートナー」として、（協定の締結を含めた）立法から現場運用に至るまで、法政策に深く関与している。

・法律上、従業員数50人以上の企業に設置が義務づけられている安全衛生労働条件委員会（CHSCT）に労働安全衛生面での強い介入権限が保障されており、実際上も、この組織がメンタルヘルス対策に果たしている機能が大きいと察せられる。

すなわち、L.4612-1条は、安全衛生労働条件委員会が、以下の基本的職務（権限）を有することを定めている。

①当該事業場の労働者や外部企業から配

置された労働者（*派遣労働者等のことと解される）の「心身」の健康や安全の保護への貢献（*2002年改正により、精神的健康の保護が対象に含められた）

②女性の労働条件を含めた労働条件一般の向上

③①②に関わる法規の遵守状況の監視

さらに、同-2条以下が、上記の基本的権限を展開し、以下のような個別的職務（権限）について規定している。

①労働者のばく露するリスクの評価分析（同-2条）

②リスク軽減に関する勧告（同-3条）

③事業場の巡視（同-4条）

④アンケートの実施（同-5条）

⑤監督官の臨検について使用者から伝達され、同人（監督官）にリスク分析の結果を伝えること（同-6条）

また、同-8条には、工場設備の改変、製品の変更、労働組織のあり方の変更から生じる職務上の重要な変更など、労働安全衛生その他の「労働条件（*この概念の射程は法典上具体化されていないが、司法は、職務、報酬決定システム、休憩時間、食堂に関する事柄なども含まれると解して来た）」を変更し得る重要な決定について意見を述べる権限（=企業側の諮問義務）が規定されている。なお、いわゆる賃金連動型MOB（目標管理制度）導入計画につき、安全衛生労働条件委員会への諮問を果たしていないとして、企業委員会、CHSCT、労働組織が当該計画実施の差止めを求めた事件において、2007年11月28日の破棄院社会部判決は、年1回の目標管理面談は、被用者の行動に影響を及ぼし得るもので、労働条件に影響する精神的圧力をもたらす

ため、諮問の対象となる旨判示している。しかし、2006年11月21日のTGI判決のように、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、全ての組織再編計画について」委員会が諮問を求めることはできないなどとして、対象の過度な拡大に歯止めをかけようとするものもある。

その他、同・12条には、事業場に深刻なリスクが確認された場合や、同・8条にいう変更をもたらす重要な計画が存在する場合、企業外の専門家に査定を依頼し得る権限（専門的査定権限）が規定されている。大臣策定リストに掲載された有資格者による査定が開始されると、最大1か月間（45日間まで延長可能）の調査期間が設定され、使用者は、調査に当たる専門家の立入・情報提供依頼を拒否できず、その間に対象となった計画が実施されると、罰則の適用を受ける。また、有資格者による調査については、使用者が費用を負担せねばならない。また、査定の終了後、その結果に反する決定もなし得るが、司法により当該査定を根拠に当該決定を覆される（：差止め判決等を受ける）こともある。

事業者の諮問機関と位置づけられている日本の安全・衛生委員会とは、かなり性格が異なることがうかがわれる。

フランスの安全衛生労働条件委員会は、1982年に安全衛生委員会と労働条件改善委員会を統一・再編して導入された企業委員会制度だが、安全衛生委員会が、技術的事項の審議を目的とするものだったのに対し、労働者が企業内市民ないし企業内の変化をもたらすアクターとなって、労災や職業性疾病の予防や労働条件の改善に重要

な影響力を及ぼすことを目的に創設された経緯がある。その構成も、基本的には事業場長と一定数の幹部職員を含む労働者代表団から成り、労働医や安全衛生・労働条件部門の責任者等は、諮問的立場で会議に出席し得るにとどまる。

とはいえ、法定設置義務から外れる小規模事業が多いこと、独自の資金を持たないことなどを背景として、多くの企業においてCHSCTが実務上、十分な役割を果たし得ていないとの指摘もあり、近年、その役割をより実質化するため、そのメンバーにメンタルヘルスに関する研修を受講させる措置や、労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える等の権限強化の可能性が議論されている。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～②従業員代表委員会＞

・従業員代表委員会についても、L2313条が、雇い入れ、職業訓練、給与体系、配置、格付け、昇進、配置換え、契約更新、制裁、解雇に至る幅広い場面における人権侵害、身体・精神の侵害、職務の性格上正当化し得ず、達すべき目的と整合しない個人の自由の侵害について、確認次第、使用者に通告する権限を規定し、また、通告を受けた使用者側がしかるべき対応をしなかった場合、対応が不十分な場合等には、労働審判所に急速審理命令の申し立てを行う権限を規定しているなど、労働者のメンタルヘルスの保持増進に関わる活動について多くの法的保障がある（ただし、やはり精神的なハラスメントが主として念頭に置かれているように思われる）。

<使用者によるコンプライアンスの関係者～③企業委員会>

・事業主の諮問機関である企業委員会（L.2323-1条）も、企業の運営全般に関する事項が諮問事項とされている関係上、メンタルヘルス対策（作業関連ストレス対策）も、審議の対象とすることができる。

<使用者によるコンプライアンスの関係者～④労働医>

・（少なくとも法制度上は）労働医の権限も大きく、労使双方に対する勧告者として強い独立性と職場の監視権限や労働者の就業に関する措置の勧告権限を含めた産業保健に関わる広い権限を持ち、企業に対する指示・助言には、直接・間接に一定の法的な拘束力ないし意義を伴う場合が多い。安全衛生労働条件委員会とも協働して職務を遂行する。

フランスの労働医は、一般医となるための6年間の養成課程を修了した後、選抜試験を受け、更に4年間の専門的な教育を受けてようやく就業できる職種であり、他の医療活動との兼業のみならず、労働医の独立性や尊厳を侵す他の職業活動との兼業も禁じられている（医師倫理法典第26条）。

フランスでは、全ての企業が、労働医の属する労働保健機関（service santé au travail）の設置を義務づけられており、これは主に大企業向けの単一企業労働保健機関と、主に中小企業向けの企業共同労働保健機関に分かれる。メンタルヘルスに関わる労働医の職務は、集団的性格を持つもの（集団的業務）と個別的な性格を持つもの（個別的業務）に分かれ、前者は、労働者の健康リスクに関わる労働条件や職務等につい

て、使用者に改善提案をなすものであり（労働法典 L.4624-3条）、後者は、労働者の健診等を契機として、個々の労働者の特性（年齢、体力、健康状態等）に応じ、使用者に配転や職務内容の変更等の個別的措置を提案するものである（労働法典 L.4624-1条）。使用者は、いずれの提案についても十分に考慮せねばならず、それを実施しない場合には、労働者及び労働医に理由を示さねばならない。

かように強力な権限と責務を課された存在ではあるが、にもかかわらず、実態としては、使用者に嫌悪感をもたれないため、労働環境整備のための助言を避けたり、労働者がメンタルヘルス不調に陥った場合にも、一律的に個人の職務適性の問題等に帰せしめてしまう労働医も少なくないという。

・おそらくは、こうした問題を解消する目的もあり、近年、労働医の権限は更に強化される傾向にある。その第1は、労働医の職務遂行上の独立性の向上、第2は、労働医の負担軽減と産業保健体制のマネジメント業務への注力の促進である。詳細は以下の通り。

第1：従前から医師倫理法典第95条や公衆衛生法典 R.4127-5条が医師一般の職務遂行上の独立性を規定し、労働医の独立性についても、命令レベルでの規定は存在したが（労働法典 R.4623-15条）、2011年7月20日の法律により、初めて法律レベルで規定されることになった。

第2：従前は、労働保健機関の委員長が共同機関のメンバー構成の決定権限を付与されていたが、2012年1月30日の法律により、労働医のイニシアティブによるコーディネートと職務の配分が認められる

こととなった（労働法典 L.4622-8 条、R.4623-14 条）。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～⑤ANACT と ARACT＞

・その他、ARACT（地方労働条件改善所：1973年に設立され、労働者の年齢や性別、健康状態、スキル、地域的なデータに基づく企業の行動計画の作成支援や診断等を行う雇用・職業訓練・労使対話省に属する国立機関で、全国労働条件改善局（ANACT：Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail）を構成する26の地方支部のこと。作業関連ストレス対策を含めた種々の調査研究を実施しており、企業等への直接的なサービスを実施しているほか、国の政策へも大きな影響を与えている）や CARSAT（退職者・健康保険基金・旧 CRAM<地方健康保険基金>）が、労使、従業員代表への情報提供やコンサルティングサービスを実施している。このうち ANACT 及び ARACT は、1970年代のフランスでの労使対立の激化、特にテイラー主義への労働者の反発等を背景に、労使関係の安定化を図る目的で創設された経緯があり、労働条件改善と生産性向上は両立する、との考え方を基本としている。具体的な活動内容は、国と締結する契約により定まり、2009～2012年度の契約では、現代における仕事のあり方の変容によって生じて来た産業精神上のリスクが、重要な課題として挙げられている。日本で言えば、全国労働基準関係団体連合会や労働基準協会など、民間の生産性本部などに近い役割を負っているように思われ、欧州レベルでの情報交換、調査や

中小企業向けのサポートも積極的に実施している。

・また、上掲の2008年7月2日の全国職協定に、職業上のリスク評価と予防義務（モラル・ハラスメント行為の防止義務や労働者の「身体的・精神的健康」の保護義務など）の一環として、職場における暴力及びハラスメントに併せ、作業上のストレスに対して使用者が必要な措置を講ずべき旨が定められた。これを受けて、ARACT と CARSAT は、使用者による措置を支援するための評価シートを作成し、提供している。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～⑥外部専門機関＞

・その他、日本におけると同様に、メンタルヘルス対策の重要性認識を背景に、大企業を中心として、民間のコンサルタント会社の助言を受けて対応を行うところも増加傾向にあるが、そうした業者の質に関わる問題も生じて来ており、良質な業者に対する雇用省によるラベリング制度の創設が検討されている。

・なお、こうした業者のうち大臣策定リストに掲載された者は、上述した L.4612-8 条により、CHSCT から専門的査定を委託されることがあり、正当に受託すれば、最大1か月間（45日間まで延長可能）の調査期間が設定され、強制的な立入・情報入手の権限を得ることとなる。

＜使用者によるコンプライアンスの監督者～労働監督＞

・労働法典の合法性監督の役割は、労働監督官が担っており、使用者に課せられた

一般的義務の履行や個別労働者の権利保護の場面で、罰則（の威迫）をもって一定の作為や不作為を命じる権限を有している。特に L.4121 条所定のリスク評価の実施状況の監督業務が重要な意味を持つが、ことからの性質上、監督署ないし監督官の監督のありかたにより、実際の運用に変化が生じる可能性が高い。

<障害者差別禁止立法>

・フランスでも、2000年のEC指令を受け、2005年2月に障害者差別禁止立法（障害をもつ人の権利と機会の平等、参加と市民権に関する2005年2月11日205号法律）が成立した。この中に、アメリカ法上の合理的配慮に当たる「適切な措置」概念が導入され、その拒絶が差別に当たる一方、過度な負荷となる場合には義務づけられないこと、財政的支援がなされ得ること等が規定されている（労働法典L.5213-4、6、10条）。AGFIPH（障害者職業編入基金）のWEBページには、「適切な措置」の具体例として、障がいに対応するソフトウェア等の技術的改善のほか、柔軟な労働時間やチューター制度の導入等の組織的改善が挙げられている。

<公的補償給付>

・フランスでは、ドイツと同様、労働に起因する障害疾病については、原則として公的補償給付で補償され、それが使用者の *faute inexcusable*（許し難い過失）による場合に限り、付加的な給付の請求ができることとされて来ていたが、近年の破棄院判決が、使用者にその予見可能性が認められる場合一般に *faute inexcusable* の存在を

認めるかのような解釈を示したこと、また、労働者の自殺やその未遂による後遺症について使用者の民事責任を認める判決も出て来ていることなどから、使用者の予防への取り組みに間接的な圧力がかかっている可能性も否定できない。

・労災保険給付の類型は、労働災害と職業性疾病に区分され、前者については何らかの事故（出来事）の発生、後者については法令に定める職業性疾病リストに掲載のない疾病については、専門家委員会の判断を経て初めて認定を受ける仕組みとなっており、職場外での自殺や恒常的な負荷による精神的健康の悪化等、事故性のない事案において補償を受けることは困難とされている。

使用者側の根強い反対もあり、今現在も精神障害への補償の拡大は進んでおらず、そのことも予防施策を重視する流れに貢献していると解される。

ウ 効果

・メンタルヘルス問題を経営問題として捉え、労使対話と専門家の活用などを通じて一次予防的対策を促進する方向性が明確に打ち出されていることから、国レベルでの定量的な評価は本質的に困難だが、今後、個別の組織レベルでの改善データや、専門家による評価などが進む可能性がある。

現にダノン社では、2010年3月に締結された労使協定（「労働におけるメンタルヘルスリスクとストレスに関する枠組み合意」）において、①全事業場でのストレス評価の実施、②新しいコミュニケーションスキルの発展に留意したうえでのワーク・ライフ・バランスの確立、③あらゆる組織再

編がもたらす人的影響の労使や専門家による検討、④労働の組織、プロセス、条件、環境等の改善、⑤人事管理の改善等の行動原則を前提に、毎年フォローアップが行われることとされる等の取り組みが進められている。

また、背景⑦で示した緊急計画等に基づき、労働・雇用・医療省が、大企業を主な対象として、労使交渉と労使協定の締結状況、内容の概要等を調査し、2011年に労働総局報告書を作成すると共に、WEBページでの公表も行っており、2013年12月時点で、イル＝ド＝フランスのみで304の企業について情報がアップされている。

他方、労働総局報告書には、対象となる2009年から2010年に締結された234の合意が掲載されているが、うち半数がサービス業、8割がメンタルヘルス問題を扱う手続に関する協定（「方法に関する協定」）であり、実質的内容を定める協定は、概ね4割強にとどまっていた。また、いずれの種類も、その多くがアセスメントに関する規定にとどまり、その結果を受けた対応には具体的に触れておらず、完成された行動計画は規定されていなかった。加えて、具体的行動を規定する場合にも、管理職教育に関するものが9割近くであった。

また、アセスメントの内容は、集団的なアンケート調査や構造化面接などの量的評価と、CHSCT や労働医等による定期的な情報共有とディスカッションなどの質的評価に分かれるが、量的評価を規定する協定が多かった。

なお、フランスでは、組織再編に伴う労

働条件の変化や雇用不安などが労働者の精神的健康に及ぼす影響が重視されており、この点について定める協定が多かった。

・その他、保健省管轄下の国立公衆衛生監視研究所（L'Institut de veille sanitaire (InVS)）による調査が行われているとの情報があるが、調査未了。

エ 図られている対応

・ウに同じ。

・なお、従前から重大との認識があった公的セクターのメンタルヘルス問題に対応するため、大臣、組合代表、公的セクター企業の代表の三者間で、2013年10月22日に、「公的セクタにおける精神保健リスクの予防に関する枠組み合意プロトコル」が合意され、産業精神保健リスク（RPS）を他の産業リスクと同様に継続的なリスク管理の対象とすること、長期的には職業生活の質の改善を目的とすることなどが盛り込まれたことが特筆される。

（6）アメリカ

ア 背景

・1960年代後半、アメリカでは、deinstitutionalization（施設に收容された精神障害者を社会的に包摂すること）が開始され、以後、メンタルヘルスのためのストレス・ケアは、主にコミュニティ・レベルで行われるようになった。

・昨今は、アメリカでも、メンタルヘルスという用語は、単なる精神疾患対策の枠を超え、自己効力感、行動、社会生活、職業生活などに関わる幅広い意味で理解されるようになって来ており、行動科学の一環との理解も進んでいる。その意味で良好な

メンタルヘルス状態にある国民は約17%に過ぎず、うつ（depression*「うつ状態」か「うつ病」か判然としないが、前者を指すものと察せられる）が拡大し、全国民の約26%に何らかの影響を及ぼしていると試算されている。

・アメリカの職場のメンタル・ストレスにかかる主要な問題は、①職場暴力の顕在化、②欠勤の急増、③雇用不安である。ストレスにより欠勤する労働者数は毎日100万人に及び、約50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えている、とのデータがある。

・NIOSH（国立労働安全衛生研究所）は、1983年に、リスクの重大性や予防の可能性などの観点から労災・職業病のランク付けを行ったが、精神障害はその10位にランクされていた。その典型は、ノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存などであったが、業務上のメンタル・ストレスは、労働安全衛生上の重要な取組課題と位置づけられた。

・また、1980年にアメリカ労働省が議会に提出した報告書では、精神障害を含めた職業病は、労災補償給付の受給による逸失利益の回復が困難で、それが故に損害賠償請求訴訟が生じたり、その他の社会保障給付等でカバーされる（かそれすら困難な）場合が多く、重要な取組課題であるとの認識が示されていた。

・アメリカでは、80年代、ホワイトカラー労働者の増加と共に、精神障害による労災補償請求件数が増え、メディアの報道もあって、メンタル・ストレスに関心が集まるようになった。労災補償では、民間の団体医療保険のような支給制限や一部負担

金がないこと、労災保険のプロバイダー自身が請求を奨励したこと、労災補償法をレベルに解釈し、作業関連ストレスによる疾患を対象に含める司法判断が出て来たことなども、請求件数の増加を後押しした。

これに対して、州の中には、立法措置により、差別的、精神的な害意を持つ等に該当しない真正な人事上の措置（配転、昇進、降格、解雇など）については、補償対象から外すところが出て来た。その背景には、①国際競争や経済的低迷によるレイオフや工場閉鎖はやむを得ない、②ベビーブーマー世代は、その前の世代と異なる期待をし、結果的にストレス脆弱性が高くなっている、③組合の機能低下により、職場でメンタルストレスを抱える者への適切な対応ができなくなって来ている、等の認識があった。

その結果、労働者は、使用者を相手方とする労災民事損害賠償請求や、違法解雇を理由とする損害賠償請求を提起するようになった。他方で、労災補償請求も増加し続けており、こうした状況は、現在の日本の状況によく似ている。

・90年代後半には、ダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われ、雇用不安から多くの労働者がストレスを感じるようになり、特に白人男性の自殺率が上昇した。また、ベトナム・シンドロームやイラク解放作戦に参加した兵士の精神疾患や自殺の問題も継続していたが、空軍の自殺予防対策（コミュニティ・アプローチ）により、多くの者が救済された。

・1999年には、ゴア副大統領夫人（Tipper Gore）が、アメリカ史上初めて、ホワイトハウスでメンタルヘルス会議（White House Conference on Mental

Health) を開催した。

・2002年、ジョージ・W・ブッシュ大統領がメンタルヘルス委員会 (The New Freedom Commission on Mental Health) を設立した。翌年、同委員会より大統領宛に提出された報告書で、メンタルヘルスの目的は、疾病障害の治癒ではなく、会社や社会への復帰であり、その実現のため、政府機関は省庁・自治体の壁を越えて連携し、また、さまざまな専門分野の医師、精神科医、心理職、ソーシャル・ワーカー、EAPなどのメンタルヘルス・プロバイダーも、連携を深め、個人に合わせたプランを作成して対応する必要がある旨が示された。

この報告書をもとに、様々なメンタルヘルス関連団体が「メンタルヘルス改革キャンペーン」を実施し、2004年若者の自殺を防止するための法律 (the Garrett Lee Smith Memorial Act (GLSMA))、2007年退役軍人の自殺を防止するための法律 (the Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act (JOVSPA)) など、複数のメンタルヘルス対策法の制定に至った。

・アメリカでは、2007年段階で、自殺者は年間34,000人以上にのぼり、人口10万人当たり11.3人に達していた。中でも若年者の自殺が多く、15～24歳の若者の死亡理由の3番目、大学生の2番目に位置していた。

・アメリカでも、メンタルヘルス問題に関するスティグマ意識は強く、精神科医やセラピストへの受診には抵抗感を持つ者が多かったが、対策の一環として、2008年にセキュリティ・クリアランスに関する法規定が改定され、心神喪失者でも原則として国家の重要機密にアクセスすることが

認められるようになった。

・前述したように、アメリカに特徴的な現象として、労災死亡事故に占める職場暴力、とりわけ殺人件数の多さが挙げられる。労働統計局 (BLS) の致命的業務上傷病センサス (Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI)) によれば、2000～2009年にかけて毎年平均590人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の4位、2009年の女性の職場での死亡災害の1位は殺人であった。また、毎年平均15,000件以上の非致命的な傷害が報告されており、被害者の19%が法執行官、13%が小売業、10%が医療関係労働者であった。

イ 特徴

・アメリカには OSHA (アメリカ労働安全衛生法) があり、その中に一般的義務条項も規定されているが、同条項を含め、全条項が、基本的に職場における身体的なリスクを射程としており、メンタルヘルスへの適用は予定されていない (ただし、2011年9月8日には、同国において深刻な職場暴力の問題について、一般的義務条項の下での執行を前提に、「職場暴力の調査または監督の執行手順 (OSHA Directive CPL 02-01-052(2011, September 8). Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents)」が発令されている)。

・OSHA では、日本でいう一般健診の定めはなく、特殊健診の一部に相当する制度が定められているに過ぎない。また、産業医の選任を義務づける規定もない。その理由の1つは、同法の規制行政的性格にあり、基本的に各州で設定された安全衛生基準を

監督官による臨検と罰則により履行確保を図る仕組みを採っている。それゆえに、産業医制度はもとより、自主的な安全衛生の確保を求める内容に乏しい。また、同法に基づく私訴権（private cause of action）も認められていないため、民事の領域で同法の規定を緩やかに解釈するような司法判断も下され得ない。

・他方、OSHA を離れた一般的な negligence（過失の不法行為）による訴訟等でも、精神的苦痛を導く職場のいじめ等についてさえ、使用者責任が殆ど認められていない。2003年以降、いじめに対する使用者責任を強化する法案（the Healthy Workplace Bill）が24の州で提出されているが、立法化された例はない。

<労災補償法関係>

・労災補償は、あくまで事後的な措置なので、予防に直接的には関わらない。また、アメリカでは、日本のように、精神障害で労災認定が下りると、企業のブランド・イメージが毀損されるといった事情は殆どない。州により異なるが、彼国の労災補償制度は、州法によりその枠組みを決定される一方、その財政と運用は、①州基金、②使用者の加入する私保険、③（災害リスクが少ない事業など例外的な場合に限り）労働者自身が加入する自己保険（self-insurance）に委ねられ、基本的に民間ベースで運営されているからである。また、彼国の労災補償制度は、州により千差万別であり、一概に論じられない。

それでも、メリット制が前提となっている場合が多く、精神障害の労災認定は、使用者にも一定の不利益をもたらすため、そ

の認定基準は、予防にも間接的な関わりを持つ。

・各州のメンタルに関する労災補償申請は、次の3種類に大別される。

① フィジカルーメンタル請求（physical-mental claims）：いわゆる外因性精神障害についての労災補償請求。身体的外傷による精神症状による労働不能等を請求原因とするもの。

② メンタルーフィジカル請求（mental-physical claims）：メンタルな刺激によって身体的疾患が惹起されたことを原因とする労災補償請求。長時間労働による心筋梗塞などが該当する。

③ メンタルーメンタル請求（mental-mental claims）：メンタルな刺激によって精神的な障害が惹起されたことを原因とする労災補償請求。業務上のプレッシャーによる慢性的なうつ症状などが該当する。

このうち①②は、全ての州で補償対象としているが、③を対象とする州は2012年1月時点で18州にとどまる。その18州の中にも、(ア)短時間内の突然の出来事、(イ)同等の職場で働く労働者と比較して甚大で異常なストレス、(ウ)職場のストレスが精神障害の主たる原因であること、(エ)仕事のストレスが真正な人事上の措置（訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇など）により引き起こされたものでないこと、(オ)医師免許を持った精神科医か心理学者の証明があること、(カ)身体的症状を伴うこと、等を認定の要件とするところがある。

また、原則として③を補償対象としない州の中にも、業務遂行中に生じたレイプ、

暴力的な犯罪被害などを例外的に補償対象とする州もある。

<ADA と労災補償法の関係>

・ADA の詳細は、次項（6）に記載の通りだが、労災補償法との関係について、以下の点が特筆される。

・労災補償法上の労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、合理的配慮があれば、あるいはなくても、原則として、職務の本質的機能を遂行できる個人（適格性を持つ障害者）（ADA 第101条(8)）の条件を充たさないと解され、ADA の適用を受けない。

・ただし、ADA の前身であるリハビリテーション法については、たとえ労災補償が認められても、同法所定の障害者差別に基づく損害賠償請求は可能とする判例がある（Johnson v. Sullivan, 764 F.Supp.1053(D.Md.1991)）。また、労災によって障害者となった労働者は、労災補償を得られるだけでなく、ADA の適用条件を充たせば、合理的配慮として、職場復帰措置を請求することもできるが、仮に使用者が正当な理由なく当該措置を拒めば、同法に基づく損害賠償を請求できることになる。

<FMLA と ADA の関係>

・FMLA（家族・医療休暇法）は、日本でいう育児・介護休業法と組織が任意に設ける疾病休職制度の内容を併せ持った法律である。具体的には、①出産・育児、養子の養育、②重度の（：3日以上休暇取得により認められる）傷病を被った配偶者、近親者の世話、③労働者自身の深刻な健康状態（：入院治療または医療介護機関によ

る継続的治療が必要な状態）により、労働不能に至った場合に、12か月以上の雇用期間、前年に1250時間以上の就労の条件を充たす労働者に、最長12週/年の無給休暇を保障する規定を置いている。労働者が休暇開始前から団体保険に加入していれば、使用者は、当該休暇期間中の保険金（*保険料の趣旨か要確認）負担を維持せねばならないが、労働者が職場復帰しないことが明らかになった時点で、保険給付が停止される。休暇の取得方法は、連続的取得、断続的取得、軽減労働日程に合わせた取得のいずれも可能である。

休暇を経て、労働者の職場復帰が可能になれば、原則として、休暇前に就いていたポストに復職できるが、それが廃止又は改変された場合、それと同様のポストか、それと同等（：同じ賃金・手当、その他の労働条件）のポストに復職できる。

・FMLA と ADA の関係は以下の通り。

ア ADA では、使用者は、たとえ労働者が同法の定める合理的配慮等を求める場合にも、職務に関連し、業務上の必要性に合致することが立証される場合でなければ同人の障害を調査することはできないが、FMLA では、労働者が同法に基づく休暇を取得しようとする場合、その必要性を証するヘルスケア・プロバイダーの診断書の提出を求めることができる。

イ ADA では、使用者に過度の負担を強いるものでない限り、合理的配慮の一環として、労使間で決められた期間、休暇の取得が認められるが（いったん決定した期間の満了後の延長も可能）、FMLA では、任意の12か月間に最長12週間の無給休暇を、連続的、断続的または軽減労働日程で

取得する権利が付与される一方、追加給付は認められない。他方、FMLAでは、家族等の看護・介護のための休暇取得を認められるが、ADAでは認められない。

ウ 休暇後の復職については、ADAでも、合理的配慮の一環として、従前のポストの確保が過度の負担に当たらない限り、当該ポストかそれと同様ないし同等のポストに復帰する権利が付与されるが、あくまで使用者側の過度の負担がかからない範囲に限られる。

<メンタルヘルス・パリティ法>

・アメリカには、高齢者医療保険としてのメディケア（Medicare）、低所得者層向け医療保険としてのメディケイド（Medicaid）などはあるが、全国民を対象とする社会保険としての医療保険制度がなく、各企業が従業員福利厚生施策の一環として、労働者とその家族を対象に民間保険会社と団体保険契約を締結し、医療保障サービスを提供する例が殆どである。

・1996年には、精神疾患罹患者に対して身体疾患罹患者等と同様の医療保険給付の保障を図るため、96年メンタルヘルス・パリティ法（MHPA：the Mental Health Parity Act of 1996）が制定され、1998年に発効したが、以下の通り、その内容は、必ずしもその目的に沿うものではなかった。

ア メンタルヘルス・プログラムを一般的なヘルス・プランの一環として取扱い、団体医療保険の給付パッケージにメンタルヘルスを含める必要も規定していなかった。

イ 団体医療保険につき、従業員数50人未満の企業への適用を免除していた。

ウ 同じく、精神疾患罹患者への給付に特別な制限を設けることを禁止していなかった。

エ 同じく、精神疾患罹患者のみを対象に、医療受診の回数、年間給付金額、生涯給付金額に制限を設けていた（精神疾患に対する典型的な年間給付限度額は5,000ドル、生涯給付限度額は50,000ドルだったが、身体疾患の場合、年間給付に上限はなく、生涯給付でも100万ドルまで許容されていた）。

・96年MHPAは、サンセット条項（*当該法律について、一定期間ごとに適否を審査し、廃止か続行かを決する旨の条項）により6回延長された後、2001年9月30日に廃止された。

・しかし、2008年になって、ジョージ・W・ブッシュの尽力により、MHPAより保障内容を拡大するメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)）が制定された。同法は、リーマン・ショックを契機とする金融危機対策のために制定された「金融安定化法（the Emergency Economic Stimulus Act）」の一部であり、従来、上掲のようにさまざまな制限が付されていた精神疾患対象の保険の保障レベルを、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診など、まさにさまざまな面で身体疾患と同レベルに引き上げさせると共に、メンタルヘルス（不調者）に対する偏見と差別の抑制に国家として取り組むことを宣言した点に意義がある。

<医療費負担適正化法>

・オバマ政権下の2010年3月に、患者保護および医療費負担適正化法（the Patient Protection and Affordable Care Act (PL 111-148)）にヘルスケア及び教育負担抑制調整法（the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (PL 111-152)）を上乗せして成立した法律であり、一般にヘルスケア改革法と呼ばれている。

・同法は、国民の大半に医療保険への加入を義務づけると共に、

①零細企業の労働者や自営業者など企業保険に加入できない者も、新設される保険市場（Exchange）から加入できる体制をつくること、

②持病や重病、性別等を理由に保険加入や契約更新を拒否されないようにすること、

③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じるようにさせること、等を定めている。

・同法制定の背景には、

ア 医療費高騰と景気後退を背景とする企業の保険離れと約5000万人にのぼる保険未加入者の発生、保険加入者の負担増加（「隠れた税金（Hidden Tax）」問題の深刻化）、

イ 予防医療を軽視する傾向の拡大、等の事情があった。

・この法律の制定に際しては、26の州や、個人企業全国連合等が違憲訴訟を提起し、2つの州連邦地裁が違憲判決をだしたが、2012年6月18日の連邦最高裁判決は、裁判官5対4の僅差で合憲とした。4名の裁判官は、医療保険に加入しない者への罰則について、州際通商条項違反とし

たが、長官を含む5名は、税負担とみなし、合憲とした。

<民間の制度～EAP～>

・アメリカでは、労災補償制度を筆頭に、他国では公的制度となっているものも、民間に委ねられていることが多い。日本でもその役割と存在感を増しつつあるEAPが、アメリカ発祥であることはよく知られているが、現在のアメリカのEAPは、日本であれば精神保健福祉センター、保健所、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、イギリスであればJobcentre Plusなどが果たしている役割の多くを担っている。

・アメリカのEAPは、1940年代に、労働者のアルコール問題への対応のニーズから生まれ、アルコール中毒や薬物依存問題への対応を主な業務として拡大して来た。60年代には、職務のパフォーマンス障害全般に焦点が移り、80年代中頃から、諸障害発生の前段階での予防を図るウェルネス・プログラムの策定と実施にも取り組むようになった。現在のEAPは、通例、フルタイムの従業員を対象に、職務に関連する諸種の支援を行っており、その範囲は、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害から、キャリアに関する困難、結婚・家族、家計、エイズ・がんなどの医療、その他の法律関連問題など多岐にわたる。ただし、セクシュアル・ハラスメントの問題は、一般に、EAPではなく、HR（人事労務）が対応すべき課題と捉えられている。うつ（depression）については、EAPが直接診断する場合もあるし、医師の診断を前提に個人・グループでのカウンセリングを施す

場合もあるが、基本的には、原則として本人の健康保険プランに従い、医療受診を勧める。特に自殺念慮がうかがわれる場合には、直ちに医療機関にリファーする。

- ・一例として、ボストンのパートナー・ヘルス・ケアは、身体障害、家族の介護資源、家庭内暴力、性的暴行、高齢者介護、母乳サポート、子育て、一般的な人間関係なども業務範囲に含めている。

- ・EAPの主なスタッフは、Ph.D等の学位を有する心理学の専門家だが、産業医がそのサービスに関与する例も多い。

- ・なお、EAPの品質保証を図る動きもある。たとえば、Journal of Workplace Behavioral Health: Employee assistance practice and researchを刊行している従業員支援サービス協会（the Employee Assistance Trade Association）は、1985年にEAPプロバイダー基準を策定するために設立された団体である。また、北アメリカEAP事業者協会（the Employee Assistance Society of North America（EASNA））は、2001年に、認定基準協会（the Council on Accreditation）と協力し、基準による認定を開始し、現在までに60近いEAPプログラムを認定している。

- ・2011年段階での北アメリカEAP事業所協会の調査によれば、同協会傘下に800のグループ会員があり、アメリカ国内で3140万人、国外を併せると計4610万人の労働者をカバーしているという。

ウ 効果

- ・不明

エ 図られている対応

- ・イで示したもの。

（7）アメリカ（障害者差別禁止法関係）

ア 背景

- ・（6）で述べたように、アメリカでは、デンマークやイギリスのように、作業関連ストレス対策のための法に基づく体系的な制度は存しない。

- ・しかし、世界で初めて包括的な障害者差別禁止法を制定した国として、その領域での法規定や法理を大きく発展させて来ており、メンタルヘルス不調者対策の一部（主として2次・3次予防面）をカバーするまでに至っている。

すなわち、同国の障害者差別禁止法は、1918年のスミス・シアーズ法（Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act）に淵源を持ち、当時は傷痍軍人を対象に職業訓練や教育を提供することを主な目的としていたが、1920年のスミスフェス法（Smith-Fess Act）により、身体障害を持つ全てのアメリカ人に対象が拡大され、43年の改正で精神障害者・知的障害者にも拡大された。しかし、障害者の職業訓練とカウンセリングを主な目的としていたため、むしろ社会的分離に繋がり易い面があった。

その後、公民権運動とそれを経て制定された1964年公民権法は、障害者の自立運動の拡大にも影響を及ぼし、1973年リハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）や、その後の1990年障害を持つアメリカ人法（ADA）の制定にも一定の

影響を及ぼした。

うち1973年リハビリテーション法は、連邦政府と同政府から財政補助を受ける計画や事業につき、適格性を持つ障害者の参加の自由の剥奪、利益の享受の否定、差別を禁止したほか（同法第504条）、連邦政府に対し、適格性を持つ障害者の採用、配置、昇進などにつき積極的差別是正措置（Affirmative Action）を義務づけ（第501条）、さらに、連邦政府と1万ドルを超える契約を締結する民間企業に、適格性を持つ障害者の採用、昇進について積極的差別是正措置を義務づけた（第503条(a)）が、その射程は非常に狭かった。

そこで、全米障害者評議会（NCH（現在はNCD））は、1986年に「自立に向けて」と題するレポートにより、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた提言を行い、1988年には、「自立の入口」と題するレポートにより、障害を理由とする差別の禁止と合理的配慮（reasonable accommodation）の義務づけ等の提言を行い、これらが草案となって1990年ADAが制定された。

また、ADAの制定過程では、障害者の隔離・差別の実態が再確認され、それらが、①数十億ドルの不要な国家的コスト負担、②貴重な労働力の喪失、等に繋がっていることと、それらへの対策の必要性が強調された経緯がある。

・メンタルヘルス対策に関連するその他の差別禁止立法として、2008年に、使用者が従業員・応募者の遺伝子情報を得ることを原則として禁止し、遺伝子情報に基づく差別を雇用の全局面において禁止する遺伝子情報差別禁止法（Genetic

Information Nondiscrimination Act of 2008）が制定されている。

・同じ2008年にADAが改正され、現在のADAは、2008年ADAとなっている。この改正は、1990年ADAの制定以後、裁判所が同法における障害者の範囲を狭く解釈する傾向に対して寄せられていた批判に対応することを主な目的としていた。

イ 特徴

・上記の経緯から、ADAの下では、メンタルヘルス不調者も、①労働力として活躍することが期待され、②その障害ゆえに職務遂行上支障がある場合には、その障害を取り除くための「合理的配慮」の提供が使用者に求められる。

・ADAおよび遺伝子情報差別禁止法の施行規則やガイドラインを策定し、差別の救済窓口となって実際に救済にあたるのは、雇用機会均等委員会（EEOC：Equal Employment Opportunity Committee）であり、議会上院の助言と承認を得て大統領の任命を受けた、各種の差別問題について専門的な知識経験を持つ5名の委員から構成されている。スタッフ数は約2400名で、ワシントンDCの本部のほか全米に53の支部を持つ。

ADAを含め、EEOCが取り扱う連邦法（リハビリテーション法、1963年同一賃金法、1964年公民権法第7編、1967年雇用における年齢差別禁止法、1991年公民権法第7編及びGINA）については、EEOCによる調整前置主義が採られており、訴訟の前にEEOCへの申立（charge）がなされなければならない。ここで調整が成立すれば、申立人・被申立人・

EEOC の三者間で拘束力を持つ書面が締結されるが、成立しない場合、EEOC が自ら原告となって訴訟を提起することができる。申立人は、①EEOC が訴訟を提起しない場合、②EEOC が申立を却下した場合、③申立後 180 日を経過した場合、EEOC から訴権付与通知（notice of rights to sue）を受け取り、裁判所に訴訟を提起することができる。

・ADA の適用対象となる障害者の範囲について、同法は、90 年法、08 年法共に、第 3 条(1)において、(A)その人の 1 つ以上の主要な生活活動を実質的に制限する身体的又は精神的機能障害があること、(B)そのような機能障害の記録があること、(C)そのような機能障害をもつとみなされること、の「いずれか」を障害と定義して来た。

(C)から明らかかなように、ここでは、実際の機能障害の有無にかかわらず、機能障害と認識された者も障害者と解され、したがって差別を禁止される。

・現行の 08 年法は、90 年法とは異なり、「読むこと、集中すること、考えること、コミュニケーションをとること」などを主要な生活活動の一環と規定し（第 3 条(2)(A)）、実質的にその範囲を拡大した。08 年の法改正後に策定された ADA 施行規則 § 1630.2(1)(i)も、「座ること、手を伸ばすこと」と共に、「他者と交流すること」が主要な生活活動に含まれると規定した。また、法でも規則でも、これらはいくまで例示列举に過ぎないと強調されている。

精神障害との関係では、これらの活動のほか、90 年法時代から規定されていた「自分自身の世話をすること」、「話すこと」、「手作業をすること」のほか、08 年法で加え

られた「眠ること」などが実質的に制限される主要な生活活動に該当する可能性が高い。

・08 年法は、90 年法とは異なり、障害の定義について、第 3 条(4)で以下の解釈ルールを規定した。(A)障害の定義は広範囲の個人に有利となるよう、ADA の文言上許される最大限になされるべきこと、(B)「実質的に制限する」の解釈は、国家が差別をなくすための明確で包括的な命令を発する等の目的に沿うよう解釈されるべきこと、(C)（省略）、(D)時々生じるか寛解期にある機能障害でも、発症時に主要な生活活動を制限する以上、障害に該当すること（*これにより、フラッシュバック等により主要な生活活動に相当程度制限を受けることがある PTSD のほか、うつ病・てんかん等の罹患者が障害認定を受ける可能性が拡大すると解される）、(E)軽減措置による改善効果（※精神障害の場合、服薬による（一時的な）症状緩和等の改善効果等が該当すると解される）を考慮しないこと。

また、新たな ADA 施行規則 § 1630.2(j) は、すべての機能障害が本法にいう障害に当たるわけではないが、一般人口の殆どの人びとの能力と対象者の能力を比較する際、科学的、医学的又は統計的な証拠を用いる必要はないことなどを規定している。

・EEOC の「精神障害ガイドライン」は、ADA 第 3 条(1)(A)における精神的機能障害に該当する例として、以下のものを挙げている。

①うつ（major depression）、②躁うつ（bipolar disorder）、③不安障害（anxiety disorder）：パニック障害、強迫神経症、PTSD を含む、④統合失調症