

厚生労働科学研究費補助金  
分担研究報告書

アメリカの産業精神保健法制度

分担研究者 林 弘子 宮崎公立大学・学長

研究要旨

1 背景

・1960年代後半、アメリカでは、deinstitutionalization（施設に収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、労災補償法をリベラルに

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、個々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。

## 2 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、財政的な担保がある事業などは例外的に）使

用者が保険会社とは契約せずに企業内で起こる労災に対して危険を負担する自家保険（self insurance）が認められており、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・パリテイ法>

・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4610万人の労働者とその家族をカバーしているという。

### 3 効果

・不明

### 4 図られている対応

・イで示したもの。

#### A. 研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、アメリカの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。

#### B. 研究方法

研究代表者が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、現地渡航調査と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。ただし、アメリカの法事情に即し、研究目的に資する限りで、フォーマットの項目を変更した。

現地調査は以下のスケジュールで行われた。

#### (1) ボストンでの調査

2013年1月7日

(訪問先)

Professor Emily Spielger, Professor and former Dean of School of Law, North Eastern University and Dr. Gregory Wagner, MD, Senior Advisor to the Director UN National Institute for Occupational Safety and Health, Harvard School of Public Health



<p>(調査内容等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・NIOSHのメンタルヘルス及び産業保健分野での現在の活動内容</li> <li>・ボストンでの調査計画の再検討</li> </ul>
<p>1月8日</p>
<p>(訪問先1)</p> <p>Senior Administrative Judge Omar Hernandez, Department of Industrial Accidents, the Commonwealth of Massachusetts</p> <p>*行政審判官 (Administrative Judge) は、労災補償にかかる申立について審査 (聴聞) を行う役職。行政法審判官 (Administrative Law Judge) は、この審査手続を経た決定に対する抗告について再審査 (聴聞) を行う役職。Omar Hernandez氏は、上級行政審判官の職にある。</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務上の精神障害に対する労災補償の制度と運用実態</li> </ul>
<p>(訪問先2)</p> <p>Dr. Ron Schouten, M. D., J. D. Dr. Director of the Law &amp; Psychiatry Service of the Massachusetts General Hospital and Associate Professor of Psychiatry at Harvard Medical School</p> <p>*Dr. Ron Schouten は、職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法の領域の専門家であり、組織へのコンサルティングも行ってきた他、司法精神医学の領域では、教員及びコンサルタントとして、広範囲にわたる経験を重ねてきた。</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門</li> </ul>

<p>業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法に関する制度と実態</p>
<p>(訪問先3)</p> <p>Dr. Dean Hashimoto, J. D. M. D, Chief of Occupational and Environmental Medicine for the Partners and Health Care System (See <a href="http://www.partners.org/">http://www.partners.org/</a>) and the Chair of the Health Care Services Board at Department of Industrial Accidents.</p> <p>Andrea Piraino Stidsen, LICSW, CEAP, Director of Employee Assistance Program of Partners</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・EAPの歴史・現状等</li> </ul>
<p>1月9日</p>
<p>(訪問先1)</p> <p>Michael Ashley Stein</p> <p>*氏は、障害者法の専門家であり、現在はハーバード・ロースクールの障害に関する調査研究プロジェクトの統括を務めている。</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ADA と同法に関する諸問題</li> </ul>
<p>(訪問先2)</p> <p>Christine Pontus, MS, RN., Associate Director of Health &amp; Safety for the Massachusetts Nurses Association</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレス、暴力、バーンアウト、長時間労働を中心に、看護師の労働条件</li> </ul>
<p>1月10日</p>
<p>(訪問先1)</p> <p>Tom Eswiller, Community Catalyst</p>

(調査内容) ・国民の健康管理を推進するために国が創設した公益団体の活動と財政
(訪問先2) William “Bill” Kiernan, Dean of the School of Global Inclusion and Social Development at the University of Massachusetts, Boston, and Director of the Institute for Community Inclusion, and his staff
・ADA と障害者の地域参加
1月11日
(訪問先1) Ingrid I. Nava, Esq., General Counsel of Service Employees International Union(SEIU) and Health and Hospital Workers Union(HEU), both unions that represent low wage workers, *SEIU も HEU も共に低賃金労働者を代表している。 Deborah G. Kohl, P.C., Attorney at Law *Deborah 氏は、労災補償にかかる訴訟で原告側代理人を務めている。
・ADA、低賃金労働、ストレスなどの雇用にかかる諸問題
(訪問先2) Prof. David G. Yamada, Suffolk University Law School *Prof. David は、職場のいじめ問題に関する専門家である。
(調査内容) ・職場のいじめの実態と対策の状況など
(訪問先3)

Dr. Susan F. Butler, Professor of School of Arts and Sciences, Tufts University
・アメリカでの精神科医と心理職の役割と職場での暴力の現状

(2) ホノルルでの調査

1月14日
(訪問先1) Joyce M. Najita, Director of Industrial Relations Center, University of Hawaii at Manoa
(実施内容) ・15日に実施するグループディスカッションの打合せなど
(訪問先2) Library of William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa
(実施内容) ・文献コピー、インターネットでの情報検索
1月15日
(訪問先1) Audrey Hirano, Deputy Director, Department of Labor & Industrial Relations Walter B. Kawamura, Disability Compensation Administrator
(調査内容) ・メンタル・ストレスと労災補償、ADAに基づく合理的配慮
(訪問先2) William D. Hoshijo, Executive Director, Hawaii Civil Rights

Commission Marcus L. Kawatachi, Deputy Executive Director Tin Shing Chao, MPH, Manager, State of Hawaii, Hawaii Occupational Safety & Health Division Amrita Mallik, Senior Trial Attorney, U.S. Equal Employment Opportunity Commission Honolulu Local Office
(調査内容：グループディスカッション) ・ ADA と差別の状況、EEOC と司法救済、合理的配慮の状況 ・ ハワイでの職場におけるメンタル・ストレスの状況
1月16日
(訪問先1) Mie Watanabe, Director of EEO/AA, University of Hawaii at Manoa
(調査内容) ・ 大学内でのハラスメントとストレス
(訪問先2) Mark Levin, Professor of Law, William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa
(調査内容) ・ 喫煙習慣と職場におけるストレス
1月17日
(訪問先) Law School Library, Industrial Relations Center, Hamilton Library, University of Hawaii at Manoa
(実施内容) ・ 情報収集とデータ分類

### C. 研究結果

#### はじめにーアメリカにおけるメンタル・ヘルスの定義

アメリカでは、メンタルヘルスという言葉は、今日でも精神疾患(mental illness)への対策を意味するために使われていることが少なくない。しかしながら、この分野における知識は、メンタルヘルスと精神疾患を明らかに区別するところまで進んでいる。アメリカ疾病管理予防センターの定義によれば<sup>1</sup>、メンタルヘルスは、個人が自身の能力を認識し、生活上の通常のスレスと対応し、生産的、かつ効果的に働き、そのコミュニティに貢献できることをいう。しかし、アメリカの成人の約17%のみが最適なメンタルヘルスの状態にあると推測されている。

アメリカの文献等では、behavioral health という用語がメンタルヘルスと同義で使われることが多い。例えば、EAP 事業者協会が出している雑誌は、Journal of Workplace Behavioral Health となっている。

精神的疾患 (mental illness) とは、「すべての診断できる精神的異常、思考、ムード、或いは健康状態、行動における異常によって特徴付けられる健康状態を集合したものと定義される。」

ディプレッション (depression) は、精神疾患のもっともありふれたタイプである。アメリカの成人人口の26%以上に影響している (図1参照)。2020年までにディプレッションは、世界中で、虚血性心臓疾患に次いで二番目に多い疾患になるであろうと予測されている。

## I 1980年代から急増したメンタル・ストレス問題

アメリカの職場におけるストレスをめぐる主要な問題は、(1) 職場暴力の顕在化 (2) 欠勤の急増 (3) 雇用不安である。アメリカは、先進国の中では、もっとも職場内の凶悪犯罪発生率が高く、毎週 20 件の殺人事件が起き、性的暴力等の凶悪犯罪も平均して 1 週間に 100 万件起きるなど、年ごとに職場が凶悪化する傾向が強まっている。また、ストレスにより欠勤する労働者の数は毎日 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<sup>2</sup>。

アメリカの国立労働安全衛生研究所 (NIOSH) は、1983 年に主要な労災・職業病を 1 位から 10 位までリストアップした一覧表を出している<sup>3</sup>。この一覧表は、①労災・職業病の被害者数と発生率、②各労災・職業病の深刻さ、③予防の可能性の 3 つの基準を考慮して作成されたもので、専門家の注意を喚起するとともに職場における健康障害予防に必要とされる努力の指標として順位がつけられたものである。

このうち 10 位が精神障害でノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存が挙げられている。メンタル・ストレスは、労働安全衛生における重要な構成部分とされ、業務上のストレスには、公的な関心が高まっており、職務関連ストレスは 1990 年代の職務上・外のもっとも重要な健康問題となると予測されていた。

1980 年にアメリカ労働省が出した「職業病に関する議会への中間報告」によれば、労災の被害者が労災補償制度によって喪失所

得の 60%を回復しているのに対して、職業病の被害者は 40%しか回復していなかった。労災の被害者の中心的な所得保障は、労災補償給付であったのに対し、職業病によって重度の労働不能 (disability) に陥っている労働者の所得保障は、社会保障 53%、私的年金 38%、退役軍人給付 17%、社会福祉 16%、労災補償 5%となっていた。

職業病の場合、労災補償が受けられないために、損害賠償請求訴訟を起す事例は、労災の場合よりもはるかに多くなっている。また、労災に対しては労災補償が平均 2 カ月で支給されているのに対して、職業病の場合には 1 年かかっていた。さらに、労災のうち補償請求が認められないのは、10%に過ぎないのに、職業病の場合には 60%に達している。このような不平等の結果、労災の場合には、和解が 16%しかないのに、職業病の場合には半分以上に達しており、被害者あるいは遺族がわずかの一時金で所得保障と医療の権利を放棄する結果となっている (アメリカでは、数州を除いて労災補償の権利を和解によって放棄することが認められている)。

アメリカにおけるメンタル・ストレスを含む職業病の激増は、労災補償制度をめぐる重大な問題であり、伝統的な労災補償制度が予期していなかった現象であった。

## II メンタルストレスに対する労災補償請求の増加

アメリカでは、80 年代にホワイトカラー労働者の増加とともに、メンタルストレスに関心が集まるようになったのは、メディアによる職業上のストレスの特集が契機と

なっている。メディアが注目していたのは、メンタル・ストレスに対する労災補償請求の増加である。特にカリフォルニア州では、1980年から1986年に掛けてメンタルストレス・クレームの数が430パーセントも増加していた<sup>4</sup>。

国民医療保険制度がないアメリカにおけるBlue Cross and Blue Shieldなどに代表されるような多くの団体医療保険は、受診回数や受診ごとに支払われる金額に制限を設けている。これとは対照的に、労災補償による医療給付は全額支給で、控除もなく、一部負担金もない。受診回数、受診コストにも制限がない。

労災保険のプロバイダーは、労働者に対して職業上のストレスに対する労災補償請求を奨励するようになり、メンタルストレス・クレームにより、医療のプロバイダーは、多大な利益を得ることになった。メンタルヘルス関連の疾病は、業務起因性の立証が非常に困難であるにもかかわらず、メンタルストレス関連の労災申請が増えた。裁判所は、労災補償法をリベラルに解釈し、職業病の定義にストレスや職務上の緊張による精神的、身体的疾病を含めるようになった（Albertson's Inc. v WCAB (Bradley) (1982) 134 CA3d 308, 182 CR 304, 47CCC460）。胃潰瘍、ノイローゼも業務上のストレスによるものであれば、認められた<sup>5</sup>。この結果、メンタルストレスに対する労災申請が急増した。

これに対して、州の中には労働者に有利な裁判所の判決を制限するような労災補償法の改正を行うところも出てきた。カリフォルニア州、マサチューセッツ州等を初めとして、州の労災補償法は、労災補償の人

的傷病 (personal injuries) の定義から信義則違反ではない人事上の行為 (Bona Fide Personnel Actions) に起因する精神障害を除外するようになった。

「配転、昇進、降格、あるいは解雇は、そのような行為が意図的に精神的な傷害を与えることを目的としたものではない限り、本章の意味での人的傷病とはみなされない。」（Massachusetts 州 General Laws, Ch. 152 Sec. 1, 7(A)）。「精神的な傷病は、もし傷病が合法的な、差別的ではない、善意の人事上の行為によるものであれば、いかなる補償もなされない。」（Workers' Compensation Laws of California Sec. 3208.4(h)）

これらの背景には、以下の3点の社会変化があげられている。①国際的な競争と経済的な低迷が、レイオフや工場閉鎖を招いている。どんなに状況がよいときでも、これらは、ストレスに充ちた出来事である。②ベビーブーマー世代は、彼らの前の世代とは異なる期待を持っている。これらの期待が満たされないときには、結果的にストレスになる。③伝統的に、組合の苦情手続きは多様な苦情に対して重要な救済となってきた。しかし、組合のないセクターが拡大し、内部に組合の苦情手続きに取って代わるものが設置されていない。その結果、労働者は、外部に救済を求めざるをえなくなり、弁護士に依頼して、労災補償の申請や損害賠償を請求するケースが増えた。

職業上のストレスに対する労災補償の申請が制限されれば、労働者は使用者に対して損害賠償を請求するようになり、さらに違法な解雇に対する損害賠償請求が増えた。カリフォルニアを初めとして、1980年代初

めに裁判所は、使用者の解雇自由 (employment-at-will) 原則に重要な制限を加えるようになった。1988年には『労働者の苦情に対する責任—メンタルストレスと違法解雇』と題する本が出されている<sup>6</sup>。

業務上の精神障害に対する請求はその後も増加し続けている。NIOSHディレクターのリンダ・ローゼンストックは「過去十年間でアメリカの職場は大幅に変化し続けている。この激変は、労使双方に先例のない負担をもたらし、仕事によるストレスの増大は、重要な職業的、公衆衛生上の問題となっている。経済のグローバル化は、企業に圧力を加え、労働者のプレッシャーが高まっている。労働者の健康と幸福に価値を認め、守るための作戦と方法を発展させ、職場における男女労働者の効率を助け、組織的な生産性を上げることが必要である。」と語っている<sup>7</sup>。

### Ⅲ メンタルストレスと労災補償

アメリカにおけるメンタルに関連する労災補償申請は、次の3種類に大別される<sup>8</sup>。

① Physical-mental claims from a physical injury that produce a mental consequence

フィジカル—メンタル請求 身体的な傷病の結果、精神的な疾患を引き起す。例えば、痛みの強い腰つい障害の結果、精神的不安による労働不能。

②Mental-physical claims resulted from a physical stimulus that produce physical consequence for example, when stressful working conditions contribute a heart

attack

メンタル—フィジカル請求 メンタルな刺激によって身体的な疾患が引き起される。たとえば、ストレスフルな労働条件が、心筋梗塞を引き起こす。

③Mental-mental claims result from a mental stimulus( for example ,job pressures) that produced a mental disabilities (for example on chronic anxiety of depression)

メンタル—メンタル請求 メンタルな刺激によって (例えば、業務上のプレッシャー) 精神的な障害を引き起こす (例えば、慢性的な不安や抑うつ)

アメリカでは、①②については、すべての州が労災補償の適用対象としており問題がないが、問題は③のメンタル—メンタルである。2012年1月現在で、メンタル—メンタルを労災補償の適用対象外としている州が18州ある (表1参照)。

後出の表1の中で、身体的傷病を伴わないメンタルストレスを理由とする労災補償の申請を認める州のうち適用について、条件を付しているのは、次の各州である<sup>9</sup>。

①メンタルス・ストレスが同等の職場で働く労働者に比べて甚大で異常な場合に、業務上のストレスは適用対象となる。職場のストレスが、精神障害の主たる原因であること、仕事のストレスが「訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇、その他、使用者の信義則違反に違反しない行為によるものによって引き起こされた場合には、含まれない。」(アラスカ州)。

②医師免許を持った精神科医あるいは心理学者の証言証拠による証明がなければならない (コロラド州)。

③身体的な症状を伴わないメンタルストレスによる労災申請は、業務遂行中に業務に起因する突然の出来事による重大なメンタルストレスが発生した場合にのみに認められる。信義則(bona fide)に基づく使用者の人事上の行為に基づく請求は認められない。(ユタ州)。

④メンタルストレスに適用はあるが、身体的な症状を伴わなければならない(ニューハンプシャー州)。

原則として認めないが、条件付きでメンタルメンタルを例外的に認める州は、次の各州である。

①業務に起因して遂行中に起きたレイプ(オクラホマ州)。

②暴力的な犯罪の被害者(アーカンサス州)。

アメリカでは、連邦法の適用下にある労働者(連邦公務員、鉄道労働者、港湾労働者)を除けば、すべての州に州労災補償法が制定されている。しかし、メンタルヘルスについては、まだ、労災補償法の適用は、限定されている<sup>10</sup>。

#### IV 労災補償法とADA

ジョージ・W・ブッシュ大統領の時に成立した1990年の障害者差別禁止法(Americans' with Disabilities Act: ADA(42 USCA § § 1201to 12213))は、身体的な障害者と同様に精神的な障害者に対する雇用における差別を禁止した。ADA制定前には、1973年のリハビリテーション法(Rehabilitation Act)の第V編が一定の障害を持つ個人を差別から保護していた。リハビリテーション法504条、503条、505

条などADAは多くの実質的な用語と定義の多くをリハビリテーション法から継承している。リハビリテーション法は、プライベート・セクター全般に適用されるのではなく、連邦政府との契約者か連邦補助金の受給者のみに限定されている。

ADAは、障害者の職務遂行上のバリアがある場合にそのバリアを除くために合理的な措置(reasonable accommodation)をとることを従業員15人以上雇用する事業主に義務づけている。ADAは、2008年に改正され(ADA Amendment Act of 2008)、精神的障害者に対する合理的な措置には、労働時間の短縮、勤務時間スケジュール変更、診療予約のための休暇、休職、職場における各種ルールの修正、在宅勤務の許可、配置転換等がある。ADAの差別禁止は、①ADAの下で権利請求できるのは、「障害」の定義を満たす個人だけである、②使用者のADA違反の差別の有無は、労働者が「合理的な措置」の有無で職務の資格を得るか否かで判断される。ADAをめぐる訴訟の多くは、ADAのこの2つのユニークな規定から発生している<sup>11</sup>。

ADA施行の最初の10年間は、「障害」の定義の範囲に争点が集中していた。ADAに関する5つの最高裁判決のうち5つの判決がこの問題を取り扱っている。最高裁(U.S. Air Ways, Inc. v. Barnett, 535 U.S. 391(2002))がADAの障害者について明確にしたので、今や争点は、合理的な措置規定に移っている。

いかなる措置が合理的であるかが正確ではない。しかも、ADAは、使用者に「過度の負担(undue hardship)」を課す場合には、措置を取らなくても違法ではないと規

定している。「合理的な措置」も「過度な負担」も曖昧な概念である。「合理的な措置」と「過度な負担」の調査は、ともに個々の使用者に特定される事実であり、使用者一般には適応しない。さらに合理的な措置は、一種のアファーマティブ・アクションだと解釈する説もある<sup>12</sup>。

労災補償法の目的は、職務関連のディプレッションを含む業務遂行中に業務に関連して傷病を被った労働者に法律で規定された必要な給付を支給することであり、ADAの目的は、障害を理由とする差別から人々を守ることである。労災補償の下で労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、精神的、あるいは肉体的に実質的に主要な生活活動が出来なくなる場合を除いて、ADAの適用を受けない。

裁判所は、ADAの前身であるリハビリテーション法で、労災補償が認められても障害者差別に対する損害賠償は認められると判示している（Johnson v. Sullivan, 764 F. Supp.1053(D. Md. 1991)）。労災の結果、障害者となった労働者は、障害者の資格のある個人として、使用者に職場復帰できる措置を請求することができる。もし使用者が正当な理由なく「合理的な措置」を拒めば、労働者は使用者に差別を理由とする損害賠償請求訴訟を提起することができる。この場合には、労働者は労災補償と差別に対する損害賠償を認められる。

## V FMLAとADA<sup>13</sup>

1993年に制定・施行された家族・医療休暇法（Family and Medical Leave Act: FMLA）は、出産・育児または養子を育てる

場合、重度の傷病の配偶者や近親者の世話をするため、もしくは労働者自身の深刻な健康状態(29§2612 (B))のために働くことができない場合に、資格を満たす従業員に、1年間で最長12週の有給休暇を取得する権利を与える法律である。従業員のメンタルヘルスにも関連する法律である。FMLAに基づいて事業主は、従業員が休暇を取得している期間、既存の健康保険の負担を継続しなければならない。加えて、従業員は休暇期間が終了すると元のポストまたは同等のポストに復職できる。

休暇取得資格を得るためには、12ヶ月以上の雇用期間があり、休暇の開始前年に最低1,250時間の就労が条件となる。事業主が半径75マイル以内で50人以上の従業員を雇用していることが条件である。

深刻な健康状態(serious health condition)とは、「入院治療、または医療介護機関による継続的な治療が必要な状態・・・」(29 CFR Part 825.114(1)(2))と定義されている。職務を遂行できない従業員とは、治療または病気のために、一時的に職務機能を遂行できない者を意味する。

3日以上にわたって休暇をとると重度とみなすと規定(29CFR825.114(a)(2)(i))されている。また、同規則では、個々の医学的必要性に応じて、断続的休暇や軽減した作業日程に合わせた休暇も認めている。慢性的な健康障害や妊娠中の女性は、治療等の医療スケジュールのためのFMLA休暇を取得することができる。

事業主は、FMLA休暇の必要性を証明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（Federal Labor Law Ch.28 § 2613）が、ADAでは、明ら



かにその仕事に係わる障害（disability）についてのみ調査することができる。健康診断については、ADAの方が厳格である。

従業員が、FMLA 休暇の始まる際に団体保険に加入していれば、事業主は FMLA 休暇期間中の保険金負担を維持しなければならない。保険金負担は、休職中も休暇前と同じように継続しなければならない。従業員が職場復帰しないことを事業主が知った場合、医療保険給付を継続する義務は消滅する。

従業員が FMLA 休暇後に職場復帰が可能となった場合、従業員は休暇以前に就いていたポストと同様のポストに復職することになる。同じポストに復職できない場合、従業員は元のポストと同じ賃金・手当、労働条件で同等のポストに復帰することができる。

ポストが廃止になったり、改編されたりした場合には、従業員は同じポストに復職する権利がない。例えば、人員削減で従業員の労働契約が終了した場合、従業員は元のポストが廃止になったことから、そのポストに復職することはできない。しかし、連邦法である FMLA を上回る基準の州や地方の法律は、FMLA に優先する。

多くの場合、FMLA と ADA の適用範囲は一致している。しかし、休暇期間や復職の権利には、かなり違いがある。FMLA では、任意の 12 ヶ月間で最長 12 週の無給休暇が認められている。休暇は連続もしくは断続的、または軽減労働日程で使うことができる。事業主は FMLA 所定の 12 週の休暇に追加休暇を付与する義務はない。

これに対して、ADA の下では、従業員は、事業主と従業員双方によって決められた期

間、休暇をとる権利を認められている。ADA の下では、休暇は、事業主に「過度の負担」が掛かることがなければ付与される。事業主は、従業員が FMLA 所定の休暇を全部取得していても、従業員が ADA の障害者の要件をたして、追加の休暇が事業主に「過度の負担」にならなければ、「合理的措置」として、追加的休暇を付与する義務がある。

FMLA では、休暇を自身の傷病だけではなく、家族等の看護・介護をするため使用することができるが、ADA では、認められない。

休暇期間が完了した時点で、従業員が職場復帰できない場合、事業主は ADA の「合理的措置」として追加の休暇を付与することができる。ADA に基づいて休暇が付与される場合、従業員は、ポストを空けておくことが事業主の「過度の負担」でできなかった場合を除いて、元のポストに復職する権利を与えられている。事業主がポストを空けておくことができなかつた場合、事業主は従業員に同等の空席ポストを検討しなければならない。同等のポストが得られない場合、事業主は下位のポストを探すことができるが、それでもポストがなく、「過度な負担」に該当する場合には、合理的措置を講ずる義務はない。

## VI メンタルヘルスと EAP

近年、労働者のメンタルヘルスに関して従業員支援プログラム（Employees' Assistance Program）の重要性が増している。EAP プログラムは、個人的な問題に起因する職場における問題を緩和し、助け

ることを目的としている。EAPは、1940年代の当初、従業員のアルコール問題を契機として登場した。労働者のメンタルヘルスを維持するための企業内の自主的な活動であるが、アルコール中毒や薬物検査との関係で急速に拡大してきてきた。

1960年代に労働者のアルコール依存症から、仕事のパフォーマンス障害にEAPの焦点が移った。アルコールのみならず仕事のパフォーマンスに影響を与える他の問題にもEAPの対象を拡大した。1980年代の中頃から、EAPと職場におけるウェルネスの取り組みの統合が見られるようになった。ウェルネス・プログラムは、障害が発生する前にリスクを予防しようとするものである<sup>14</sup>。

EAPの主なスタッフは、Ph. D等の学位をもった心理学の専門家であり、産業保健の分野とは切り離して考えられているものであるが、企業によっては一体化しており、産業医がこれらのサービスの提供に関与するケースも少なくない。

EAPは、アルコール依存症の問題から始まったが、企業は、アルコール依存症は、単に生産性の問題だけではないと理解するようになった。職場で支援を必要としている労働者が援助を求めやすくするために、使用者は通常フルタイムの従業員にこれらのサービスを無料で提供している。アルコール依存症、薬物濫用等の労働者に限定しているEAPもあるが、労働者の個人的な職務に関連したサービスで労働者を助けるために、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害、早期退職計画、キャリア関係の困難に関連した問題、結婚、家族問題、法律問題、財政問題、家庭的な医療問題（エイズ、ガ

ンなど）に提供するものが増えている。セクシュアル・ハラスメントは、EAPではなく、HRの担当である。すべての私的、個人的な情報は、秘密に保たれる。

ディプレッションは、個人的あるいはグループ・カウンセリングをしながら、投薬かあるいは投薬なしで治療できる。いずれにしても、医者や精神科医による診断が必要である。自殺念慮については、医学的な援助を直ちに求めなければならない。ディプレッションに対しては、EAPが直接診る場合もあるし、他の機関に紹介する場合もある。本人の健康保険プランに従って、医学的な援助や医学的な治療を受けるように勧める。保険がない場合には、他の財源を見つめる援助をする（Partners EAP 866-724-4EAP, Understanding Depression）。

BNAによる調査対象120社におけるEAPの共通のサービスの例とその実施率は、以下の通りである。

サービスの例	%
アルコール中毒カウンセリング	95%
薬物中毒カウンセリング	92%
メンタルヘルスカウンセリング	92%
家族・夫婦関係カウンセリング	92%
職場における暴力の防止	77%

(出典)BNA (1996-1999) Phyllis Gabrielael, Mental Health

in the Workplace: Situation

Analysis United States, ILO  
(2000) p. 47.

ボストンのパートナー・ヘルス・ケア<sup>15</sup>の従業員支援プログラム（EAP）は、自主的な職場ベースのコンサルテーション、短期カウンセリング、情報、および従業員とその世帯員に対する求人紹介プログラムである。資格を持った専門の EAP カウンセラーが個人的な、非公開で安全な支援をあらゆるタイプの仕事と生活、家族あるいは個人的な心配ごとに対してサービスを提供している。パートナー・ヘルス・ケアの EAP は、次のような仕事/生活の問題のサポートを提供している(2013)。BNAの調査による90年代のEPAサービスと比較すると、ウェルネス・プログラムの比重が高くなっている。

パートナー・ヘルス・ケアのEAP (<http://www.eap.partners.org/>) は、次のようなケースに対処している(2013年)。

①依存症、②アルコール情報、③重要な出来事と有害な医療上のイベント、④身体障害、利用可能性と家族の介護資源、⑤家庭内暴力と性的暴行、⑥エルダーケア、⑦経済問題、⑧悲しみと喪失、⑨健康な生活、⑩健全な関係、⑪住宅、⑫法律問題、⑬母乳サポート、⑭人生の変化、⑮マネージャー/スーパーバイザー、⑯メンタルヘルス、⑰軍事家族や退役軍人、⑱子育て、⑲人間関係、⑳セミナーやプログラム、㉑ストレスと回復力である。

EAP は、その専門性を Employee Assistance Professional Association による私的な認証で保証し始めた。EAP 認定

基準は、2001年に the Employee Assistance Society of North America が認定基準協会（the Council on Accreditation(COA)）と協力して始めた。60近いEAPプログラムが認定されている。Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している the Employee Assistance Trade Association は、1985年に優れた EPA プロバイダー基準策定のために設立され、2001年に認定機関となり、EAP の認定を行っている。

北アメリカEAP事業者協会(the Employee Assistance Society of North America : EASNA) の調査 (2011年)によると、同協会には、800のグループの会員が全体で4610万人の従業員(その内訳は、アメリカ3140万人(65%)、カナダ1150万人(35%)、メキシコ10万人(1%)、その他300万人(3%))を代表している。家族の平均人数は、2.3人であるから、同協会のEAPとプロバイダーが、世界中で約1億600万人の生活を代表していることを意味している。

## VII コミュニティによるメンタルストレス・ケア

### 1・The Mental Parity Act of 1996 (MHPA)

1960年代後半から始まった deinstitutionalization(精神障害患者等の施設収容者を健常者と差別せず自由にさせる目的で施設から外に出すこと)のために、アメリカにおける多くのメンタルヘルスストレス・ケアは、コミュニティを中心に行われてきた。

1990年代後半、アメリカでダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われた。ホワイトカラーもその対象となり、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、アメリカではベトナムシンドロームは、今も深刻な問題である。さらにイラク解放作戦に派遣された兵士の中から多くの自殺者と精神疾患罹患者が出て、90年代半ば過ぎに、米空軍が自殺予防対策に取り組み始めた。空軍の取り組みは、コミュニティ・アプローチと呼ばれ、アメリカで最も成功した自殺予防対策とされている<sup>16</sup>。

アメリカでも、メンタルヘルスに対するスティグマが強かった。特に精神科医、セラピスト等を受診することには、抵抗があった。精神科受診の抵抗を減らすために、2008年には、セキュリティ・クリアランス（秘密情報を任せるための人物調査）が改正され、国家の重要機密にアクセスするために充たさなければならない要件から資格のあるメンタル・ヘルスの専門家から心身喪失者と認定された者という条件が SAPs, Restricted Data, SCI の志願者を除いて削除された (On January 1, 2008, Public Law 1110-181 (The Bond Amendment) repealed Title 10 U.S.C/986 (Smith Amendment))。

ヘルスケアシステムは、どこの国でも複雑であるが、アメリカのヘルスケアシステムは、その労災補償システムと同様に独特で非常に複雑である。高齢者医療保険のメディケア (Medicare)、低所得層向け医療保険のメディケイド (Medicaid) などの公的制度はあるが、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、企業が従業員とその家族を対象に民間保険会社と団体保険契約をして、従業員福利厚生の一環として医療保障サービスを提供するケースが多数を占めている。

1996年にクリントン政権下で制定された the Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA) は、団体保険のメンタルヘルスの年間金額や生涯金額に制限を付し、同じプランの普通の医療や手術の金額よりも低い制限を課していた。「メンタルヘルス・プログラム」は、ヘルス・プランで規定され、しかも、MHPA は、団体保険の給付パッケージに、メンタルヘルスを入れることを求めていなかった。MHPA は、従業員 50 人未満の企業の団体医療保険プランには適用されなかった。加えて、MHPA は、メンタルヘルスに他の制限を加えることを禁止していなかった。メンタルヘルス受診の回数を制限し、自己負担を増やしたが、他の医療や手術にはそのような制限がなかった(精神疾患に対する典型的な生涯限度額は、50,000 ドル、年間 5,000 ドル、これに対して身体的な不調に対しては生涯限度額が 100 万ドル、身体的な不調に対しては限度額がない。)。また、メンタルヘルスの重要な問題である薬物濫用やその他の依存症には適用されなかった。

1998年に発効したMHPAは、サンセット条項を含んでおり、6回延長され、2001年9月30日に廃止された。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。