

日本の職場におけるメンタルヘルス対策に関する一 考察：労働者の心の健康の現状と行政・企業による これまでの取組とを中心に

大石，雅也
九州大学大学院経済学府

<https://doi.org/10.15017/3000404>

出版情報：経済論究. 126/127, pp.1-16, 2007-03. 九州大学大学院経済学会
バージョン：
権利関係：



日本の職場におけるメンタルヘルス対策に関する一考察

—労働者の心の健康の現状と行政・企業によるこれまでの取組とを中心に—

大 石 雅 也

目次

1. はじめに
2. 近年のメンタルヘルス問題の動向
3. 厚生労働省のメンタルヘルス対策
—「メンタルヘルス指針」前—
4. 厚生労働省のメンタルヘルス対策
—「メンタルヘルス指針」後—
5. 企業の取組状況
6. おわりに

1. はじめに

近年、わが国における企業の多くが、ようやくバブル経済崩壊による痛手からの立ち直りの兆しを見せ始めている。その過程において、それぞれの企業は自社を取り巻く環境や従業員構成、そして企業目標等を踏まえ、様々な制度改革を考案し実行してきた。人事労務管理について言えば、成果主義賃金・処遇制度の導入や、フレックス・タイム制、裁量労働制、テレワーク等の労働時間管理制度の導入など枚挙に暇がない。

このような人事労務管理制度の改革は、自社内の人的資源の効率的活用の促進や、就業形態の多様化を求める従業員のニーズを汲み取ることによるモチベーションの向上をもたらすなど、プラスの面も多かった。しかし、他方では、従業員間での競争の激化や孤立感の増大、仕事量増加による負担増などによって、個々の従業員にかかる肉体的・精神的負荷が非常に強まるなどマイナスの面も多かった。

平成不況期、企業のリストラ（特に希望退職制度や早期退職制度の実施、新規採用抑制などの人減らし政策）による従業員数の減少によって、従業員個人個人にかかる労働負荷はかつてに比して大幅に増加した。さらに、このような現実に加え、「終身雇用崩壊」などをキャッチフレーズとした社会の風潮によって労働者の雇用不安は煽られ、企業に残っている従業員の心理的圧迫は増大してきた。これらの要因によって引き起こされる労働者の心の健康に関する問題は深刻なものとなっている。

従来より、職場のメンタルヘルスに関する研究は医学系や心理学系においては活発に行われてきた。これに対して、その研究対象が職場における労働者の心の問題であるにも関わらず、経営学においてはそれほど多くの研究はなされてこなかった。しかしながら、この問題は経営学的な視点からの研究もなされるべきであろう。

その理由はいくつかあるが、特に重要なものとしては、これまでの医学・心理学系による研究の多くが、労働者がメンタルヘルスに異常をきたしてからをその研究対象としてきた点である。それらの研究は、メンタルヘルス不全が起こった場合に、その程度がいかなるものなのか、労働者の健康に対して労働がどのように影響を与えてきたのかの測定や、あるいはどのような医学的アフターケアを行うかなどといったものが多かった。もちろんそれらの研究は非常に重要ではあるが、なぜ当該職場において従業員の

メンタルヘルス不全が起こったのか、それを引き起こした原因は何か、企業（あるいは職場）組織としてそれを未然に防ぐにはどうすべきか、といった研究もなされるべきであろう。このような視点で職場のメンタルヘルスの問題について考える場合、それは経営学的、特に経営労務研究による視点が非常に大きな意味をもつようになると考えるのである。

繰り返しになるが、メンタルヘルス不全を起こしたものに對していかに對処すべきかとは別に、メンタルヘルス不全を起こさせないためにはどうすべきか、あるいは何故労働者が心の健康に異常をきたすほどに追い込まれるのかについての研究が必要なのである。このような視点で職場のメンタルヘルス研究を行うためには、経営学的アプローチが欠かせないものとなる。特に過労死がそのまま“karoshi”と英訳¹⁾されるほどに過労死や過労自殺がわが国に特有の現象であること²⁾を重視して、日本的雇用慣行とわが国の企業における職場のメンタルヘルス問題との関連性に着目し、その解決を図るという

ことは非常に重要であるといえよう。

本稿では、職場のメンタルヘルスについて経営学的に研究するための前段階として、近年の労働者のメンタルヘルスの現状や、行政・企業による取組についてまとめ、それぞれ考察する。

2. 近年のメンタルヘルス問題の動向

近年、職場のメンタルヘルスの問題や、心の健康に関する問題が非常に注目を集めるようになってきたが³⁾、問題の本質が可視的ではない「心」に関するものであることから、その動向をつかむのは非常に難しい。しかし、労働者の心の健康状態をみる上で、それと関連性があると推測されるデータもいくつかはあり、以下にそれらを示すことにする。

まず、労災補償状況の推移というものがある。次頁図表1は、1990（平成2）年度から2005（平成17）年度までの16年間における労災補償のうち、精神障害等を理由とする労災補償請求件数・労災補償認定件数、並びにそのうち過労自殺（未遂含む）した労働者についての請求・認定件数をまとめたものである。この16年間に精神障害等に係る労災補償請求件数は2741件で、そのうち認定されたのは597件（約21.8%）である。また、請求・認定件数のうちで過労自殺（未遂含む）によるものは877件、そのうち認定されたのは239件（約27.3%）である。

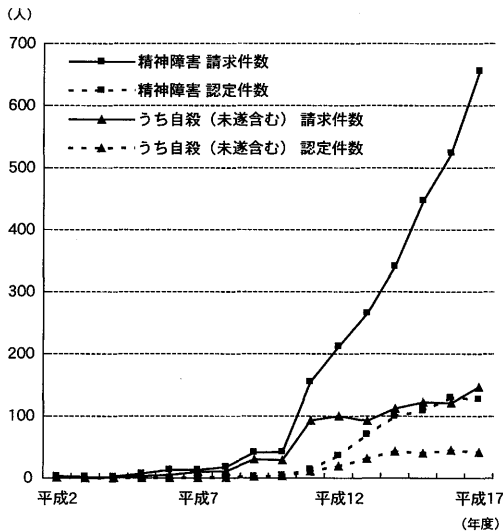
労災補償請求件数は、前掲図表1をみれば分かるように、年を経るにつれ右肩上がりに増加を続けている。特に平成10年以降の伸び率は大変なものとなっている。平成2年からの8年間の労災補償請求件数の合計が99件であったのに対して、その後平成17年までの8年間における

1) karoshiあるいはkaroushiと英訳。森岡【2004】によると、“karoshi”を世界に最も早く発信した海外メディアの一つは、“Japanese live……and die……for their work”（「日本人は仕事に……生き、仕事に……死ぬ」）という見出しで椿本精工（現ツバキ・ナカシマ）の平岡事件を報じた*Chicago Tribune*（1988年11月23日）だとされる。

2) 近年になって、英国や米国においても「働きすぎ」が大きな問題になってきていることは筆者も承知している（フレイザー【2003】、森岡【2005】第1章等参照）。しかし、J.Schor【1991】p.154（邦訳p.220）に「企業国家という米国の立場からは皮肉なことに、日本では長すぎる労働時間が深刻な問題となっている。…“salary-men”は…長時間の通勤地獄や、長時間労働にさらされ、義務的な終業後の付き合いもさせられる。…近年、日本経済が活況を呈するなかで、残業時間は過去最高を記録した。その結果、何千という労働者がkaroshiすなわち『働きすぎによる死』の犠牲となっている。」（但し、邦訳本の訳とは若干異なる。英語は原文のまま。）とあるように、過労死が最初に注目されたのはわが国であり、また、その規模も非常に大きいものであると考えられよう。

3) 稲木【1989】、過労死弁護団全国連絡会議編【1991】【1992】、川人【1998】、高橋【2003】など多数。

図表1 精神障害等の労災補償状況の推移



年度	精神障害		うち自殺(未遂含む)	
	請求件数	認定件数	請求件数	認定件数
平成2	3	1	1	1
平成3	2	0	0	0
平成4	2	2	1	0
平成5	7	0	3	0
平成6	13	0	5	0
平成7	13	1	10	0
平成8	18	2	11	1
平成9	41	2	30	2
平成10	42	4	29	3
平成11	155	14	93	11
平成12	212	36	100	19
平成13	265	70	92	31
平成14	341	100	112	43
平成15	447	108	122	40
平成16	524	130	121	45
平成17	656	127	147	42

出所：厚生労働省労災補償部補償課による
(但：認定件数は当該年度に請求されたものとは限らない)

請求件数の合計は1986件（約26.7倍）にものぼり、近年の急激な伸びには目を見張るものがある。

このように近年、特に平成10年以降に、精神障害等による労災補償請求件数が急激に増加した要因はいくつか考えられる。一つには、「鬱(うつ)」や「自律神経失調症」などといった精神障害に関する言葉が社会的に広く認知されるようになってきたことがある。実際には、精神障害に罹患した人が増えたからこそ、これらのような言葉が一般化してきたともいえるのだが、これらの言葉が有名になることで、自分もそうなのかもしれないという、個々の労働者（あるいはその家族）の「気づき」を促し、また、このような精神障害が起こるということが特別なことではないと認識することを一層促進させ、それによってさらに精神障害等を訴える労働者が増加するというサイクルがあったことは十分考えられよう。

また、1999（平成11）年に労働省（現厚生労働省）によって「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」が公示されたことも、その後の労災補償請求件数の増加の一因となっている。内容については次節中で述べるが、この判断指針によって「労災請求事案の処理を直接行う全国の労働基準監督署が、精神障害等の労災請求事案を迅速・適正に処理するための判断」⁴⁾が、ある程度進められるようになった結果だとも考えられる。

その他の要因としては、1990年代中頃から次々と過労死・過労自殺に関する重要な判決（平岡事件、加古川労基署長事件、電通事件等多数）が出され、それらが広く報道されたことや、1988（昭和63年）年に開始された「過労死110番」

4) 同判断指針別紙「判断指針の概要」より抜粋。

の活動が非常に活発になり、多くの労働者の関心を集めたことなども挙げられる。

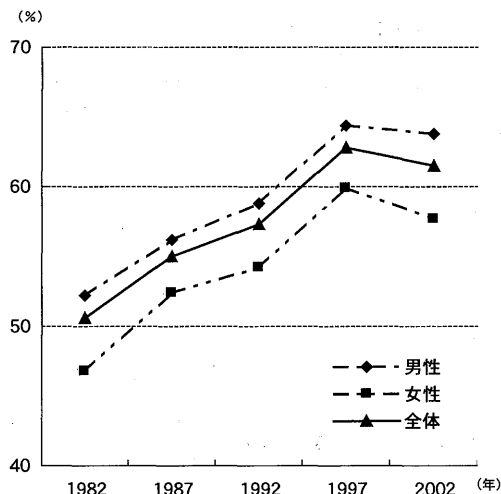
従業員が就業によって精神障害を引き起こす原因として考えられる最も大きな要因は業務に起因するストレスである、とする研究は非常に多い⁵⁾。これを踏まえて、次に労働者が職場や職業生活において感じるストレスについてみてみることにする。

厚生労働省は5年おきに「労働者の健康状況調査」を実施しており、この中で仕事や職業生活での強い不安、悩み、ストレスがある労働者の割合の統計を出している。この「労働者の健康状況調査」の直近4回(1982年→1987年→1992年→1997年→2002年)の結果によると、男性労働者は52.2%→56.2%→58.8%→64.4%→63.8%、女性労働者は46.8%→52.4%→54.2%→59.9%→57.7%、そして労働者全体では50.6%→55.0%→57.3%→62.8%→61.5%となっており、全従業員の半数以上の者が自分の仕事や職業生活において、強い不安、悩みやストレスがあると回答していることが分かる(図表2)。

この調査結果によると、1982年から右肩上がりに上昇していたものが、2002年になって男性、女性、全体とすべての項目において減少していることが分かる。しかし、それでも全労働者のうちの6割以上の者が、自分の仕事や職業生活において不安、悩み、ストレスを感じているという状態は続いている。このことが労働者が心の健康を損なう原因となっている可能性は非常に高いといえよう。

また、社会経済生産性本部の『産業人メンタルヘルス白書』(平成16年度版)では、企業の人事労務担当者を対象に、「貴社において、ここ最

図表2 自分の仕事や職業生活での不安、悩み、ストレスがある労働者の割合の推移



出所：厚生労働省「労働者の健康状況調査」

近3年間の『心の病』の増減傾向はいかがですか」という質問が行われている⁶⁾。その結果、約58%の企業が「増加傾向」にあると回答しており、その内訳を企業規模別にみると、3000人以上規模の企業の7割以上が「増加傾向」にあると回答していることが分かる。

この調査結果を同白書の前回調査(2002年度調査)と比較すると、全企業規模で9.3ポイント、3000人以上規模では9.7ポイントのそれぞれ増加となっている(図表3)。この比較において非常に興味深いのは、「心の病」が増加傾向にあると回答している割合が、企業規模が大きくなるほど増しているという点である。

このような状況のなかで、企業の行なっている取組がどのようなものとなっているかについては、5節において考察する。

5) 小林章雄【2001】、日本労働研究機構【2001】等の他、産業医学の分野で非常に多くの研究がなされている。

6) 調査対象：全上場企業2676社(回答268企業)。

図表3 企業における「心の病」の実態（単位：％）

	増加傾向	横ばい	減少傾向	わからない	不明
2004年度					
全体	58.2	25.0	1.9	13.4	1.5
1000人未満	45.2	27.8	3.5	20.9	2.6
1000 ～ 2999人	65.7	20.0	1.4	12.9	0.0
3000人以上	71.2	24.7	0.0	4.1	0.0
2002年度					
全体	48.9	24.8	3.5	20.9	1.8
1000人未満	34.6	21.5	6.5	33.6	3.7
1000 ～ 2999人	55.1	24.7	3.4	16.9	0.0
3000人以上	61.5	26.9	0.0	10.3	1.3

出所：社会経済生産性本部『産業人メンタルヘルス白書』（平成16年度版及び平成14年度版）

3. 厚生労働省のメンタルヘルス対策

－「メンタルヘルス指針」前－

本節と次節では厚生労働省（含 旧労働省）による職場におけるメンタルヘルス対策や、労働者の心の健康に対する対策を時系列でまとめ、その流れを整理する。それらの対策のうちで最も大きな意味をもつのは2000（平成12）年に示された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（「メンタルヘルス指針」）である。そこで、当指針の発表を境に時期を区分して2節にわたって論じることとする。

わが国の行政機関が労働者の心の健康に関する対応を初めて示したのは、1988（昭和63）年の労働安全衛生法の改正であった。これに基づいて労働大臣の指針として「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」が提唱され、

「トータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）」を呼称とする労働者の「健康保持増進措置」が推進された。

この「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」は、労働者の心の健康に対する施策として、国によって初めて明確に示されたものであったという点で、非常に重要である。ここでは、本格的な高齢化社会の到来、急速な技術革新の進展等といった社会経済情勢の変化が、職場における労働者の安全及び健康の確保に大きな影響を及ぼしつつあることが指摘されている。さらにME機器等の導入による労働者のストレスの問題も踏まえて、労働者の心の健康の問題を重視し、労働者全てが心身両面にわたり健康で、その能力を十分に発揮できる職場環境を形成することにより労働災害の発生を防止することも重要な課題であるとされている。そして、事業場において労働者の健康の保持増進のために事業者が講ずるべき措置が適切かつ有効に実施されるための原則的な実施方法について定めるものであると述べられている。

具体的には、中長期的視野に立って継続的かつ計画的に健康保持増進措置を行うよう努めること、事業者は事業場内に健康保持増進対策の推進体制を確立するよう努めること⁷⁾などが示されている。この指針に従う形で、企業では産業医による健康測定が実施され、その結果に応じて必要だと判断された従業員には運動指導、保健指導、栄養指導を行い、それと並んで心理相談も行うといった流れで、労働者の健康の保持増進が図られることとなった。

確かに、この指針は労働者の心の健康に関する初めての国による言及であり、その意味にお

7) ただし、原則的には事業場内に配置すべきではあるが、それが困難な場合においては事業場外のサービス機関を利用することも付記されている。

いては非常に重要であった。とはいえ、この指針における心のケアの問題は、あくまで労働者の健康問題のごく一部としてしか扱われていなかったという感が否めない。ここでいうメンタルヘルスケアの必要性というものは、心疾患、高血圧、糖尿病などといった成人病予防のためのストレスコントロールの一環という位置付けに過ぎないものであった。このようなことから、この指針は労働者の心の健康に関する施策提言としては、まだまだ不十分であったといえよう。上述した心理相談についても、その内容は「ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等である」としかされておらず、労働者のストレス問題の根本的な解決あるいは効果的施策提言という点においては、極めて不十分であると言わざるを得ない。加えて、上述の心理相談を行う心理相談スタッフが、わずか合計26.5時間の研修を受けるだけで心理相談の実務にあたることを認めているという点は非常に問題があったと考えられる。

また、「労働者の健康の保持増進には、労働者自らが自主的、自発的に取り組むことが重要である」とされ、この指針によって推進が促される健康保持増進措置は労働者各人の個人的、自主的な取組という面が強調されており、職場環境の改善といった、労働者がさらされている環境要因の改善に関しての指摘がないという点においても不十分なものであった。

このような点を補完する意味をもつものが、1992（平成4）年に労働省から出された「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」であった。この指針は、「最近、…、新たに労働者の就業に伴う疲労やストレスの問題が生じている」としたうえで、「心身に負担の大きい作業についてはその軽減を求める等職場における働きやすさが重視される」として

おり、事業者の自主的な取組を促進することにより、快適な職場環境の形成に資することを目的としている。

この指針のいう快適な職場環境の形成とは、空気環境（浮遊粉じんや臭気等）、温熱条件（夏季及び冬季における外気温の影響等）、視環境（採光、色彩環境、光源の性質等）、音環境（騒音等）、そして作業空間（作業空間や通路等）といった要因を改善することによってなされるというものである。しかしながら、職場のメンタルヘルスを考える際に問題にしなければならないのは、このような職場環境の物質的な要因ではなく、より高次元の、労働者を死に追いやるほどのストレスを引き起こす要因の解決である。職場における労働者の極度のストレス、特にそれによって自殺に追い込まれるほどのストレスというものは、このような物質的な要因によるもの（例えば暑いとか、照明が少し暗いなどといったもの）ではないだろう。このような要因は、例えば上司、あるいは庶務を担当する部署に苦情を言い、改善してもらえば比較的容易に解決が図れる類のものであると考えられる。こういった意味において、この指針で示されるものは未だ不十分であったといえる。

年々増加する過労や自殺、ストレス問題をうけて、行政は1988（平成10）年に初めて労働者のメンタルヘルス問題を取り上げた。それ以降いくつかの指針や指導が行われ、各企業もそれに応じて対策を講じたものの、それらには上述したような不十分な点も多く、業務による心理的負荷を原因とする精神障害の発症や自殺などによる労災請求の事案は増加を続けた。

このことから、労働省は職場における過労やストレス等による労災に関する、これまで以上の対策の必要性を認め、1998（平成10）年2月

から精神医学等の専門家で構成される「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」を開催し、1999（平成11）年に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」を策定した。

この判断指針は、労働者の精神障害による労災請求が妥当なものであるか、すなわち、その精神障害が業務上のものなのか否かを判断するための基準を定めるものであった。基本的には、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因（精神障害の既往歴等）の三つの要因が、労働者の発病した精神障害とどのような関連性をもっているのかを総合的に判断するものとされている。

また、労働省はこの判断指針とほぼ同時に「精神障害による自殺の取扱いについて」指針を発し、「業務上の精神障害によって、正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたと認められる場合には、結果の発生を意図した故意には該当しない」とした⁸⁾。

これら二つの判断指針によって、業務上のストレス等によって精神障害を発病し、それによって自殺をしたと思われる場合、ある一定の基準によって、それが業務上のものであるのか業務外のものであるのかが判断され、業務上であると判定された場合は労災と認定されるといふ形が整った。しかし、この業務上外の判断基準には様々な批判があり⁹⁾、その後の労災認定

請求等の裁判においても争われることとなる。

また同じく平成11年には、「作業関連疾病の予防に関する研究」の成果物として「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」がまとめられ、その中に、研究成果の一部として「仕事のストレス判定図」並びに「職業性ストレス簡易調査票」が作成された。

「仕事のストレス判定図」は、平成7～11年度にかけて行われた労働省委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」において完成された。これは作業関連疾患の予防に関する研究班の健康影響評価グループにより開発され、職場全体、部や課、作業グループなどの集団を対象として、仕事上の心理的なストレス要因を評価し、それが従業員のストレス反応や健康にどの程度影響を与えているかを判定するものである¹⁰⁾。

健康影響評価グループの研究の報告によると、同グループは、「仕事のストレス判定図」を完成し、実際に現場で活用できるものにするために、それを10の現場で使用し、その有用性を確認している。その結果、「仕事のストレス判定図」の判定結果は実際の印象とよく一致しており、また職場環境の改善対策の糸口として、管理監督者の教育啓発のツールとして、また対策

8) これ以前は昭和40年付基発第901号「労働者災害補償保険法の一部を改正する法律の施行について」によって、精神障害を有する労働者が自殺した場合、それは「結果の発生を意図した故意」とであると判断され、労災保険法第十二条の二の二の「労働者が、故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない」との規定に当てはめられ、労災と認定されないことがほとんどであった。

9) 永田【2005】は、同判断指針の問題点として①自殺の前に受信歴がないケースでは精神障害を発症していたか否かの判断等を周囲の証言や遺書から推測するしか方法がないこと ②発症の時期の判断が難しいこと ③判断指針の記述にある「客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務」の「客観的」の基準が「平均的な日本人にとって」ではなく「最も弱い人」にとってであるべきであること ④業務による心理的負荷のうち、時間外労働に關しての具体的な基準がないこと ⑤精神障害が発病する前の6ヶ月間の業務による心理的負荷のみが考慮されるようになっており、発病した後さらに過重な負荷が重なった場合でも、それが考慮されないことなどを挙げている。他に岡村【2002】等。

10) 下光【2005】参照。「職業性ストレス簡易調査票」についても同じ。

の効果評価の方法として有用であることがわかった」¹¹⁾とされている。

「職業性ストレス簡易調査票」は、同研究班のストレス測定研究グループによって、既存の多くのストレスに関する質問票の検討を通して開発された。この調査票は現場において簡便に測定・評価することが可能で、しかも信頼性・妥当性の高いものとされている。また、57項目という少数の質問項目から成り、回答時間も約5分と短くなるように工夫され、職業性のストレス因子と、それによるストレス反応（抑うつ、活気などの気分プロフィールや、身体愁訴等）、およびそれらの関係に影響を与える因子（家族や同僚の支援）を同時に測定し、ストレスを総合的に評価することが可能となるように作成されている。

また、この調査票に対する回答を検討することにより、ストレス因子に強くさらされている労働者や、気分の落ちこみなど心理的な問題を抱えている労働者などを早期に発見する事ができるなど、職業性ストレスの存在が疑われるケースを効率的に抽出する一助となり、労働者の衛生管理に役立つとされている。さらに、調査の結果を分かりやすい表やレーダーチャートにして個人にフィードバックすることにより、労働者自身のストレスへの気づきやその対処行動を促進しうると考えられている。それに加え、ストレス因子となる職場環境の改善（集団へのアプローチ）やストレスマネジメントとして施行した面談などの効果評価にも利用可能である¹²⁾とされている。

しかしながら、項目の少なさや、汎用性追求のために個々の業種への対応が難しいなど、そ

の限界性も指摘されているように¹³⁾、実際の運用に関してはそれほど楽観視できるものとはいえない。

ここまでの流れは、①職場におけるメンタルヘルス対策の重要性の確認→②労働者個人に対する指針→③職場環境に対する指針→④職場における心理的負荷による精神障害、ストレスや自殺の基準の明確化、というものであった。それは、労働者の健康保持増進のうちの一部分としてメンタルヘルスについても考えなければならないとする導入期〔①②③〕から、具体的にメンタルヘルスについて論じる前段階における一定の基準策定期〔④〕への流れであったといえる。

そして、2000（平成12）年になって、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（「メンタルヘルス指針」）が公示される。ここにきて、ようやく職場における心の健康の保持増進を主たる目的とするものとしては初めての指針が示されたのである。これは、事業場におけるメンタルヘルスクエアが適切かつ有効に実施されるための原則的な実施方法を総合的に示したものであり、各事業場の実体に即して、それぞれが実施可能な部分から取り組んでいくことを提唱するものであった。

この中で、労働者のメンタルヘルスクエアは人事労務管理と連携するべきものであり、事業場における組織的かつ計画的な対策が大きな役割を果たすものとされている。そのうえで、事業者は以下の五つの基本的な計画（「心の健康づくり計画」）を策定することを提唱している。

〈1〉 事業場における心の健康づくりの体制の整備に関すること

〈2〉 事業場における問題点の把握及びメン

11) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課【2000】、p12。

12) 荒武他【2003】参照。

13) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課【2000】、荒武他【2003】など。

タルヘルスケアの実施に関すること

- 〈3〉 メンタルヘルスを行うために必要な人材の確保及び事業場外資源の活用に関すること
- 〈4〉 労働者のプライバシーへの配慮に関すること
- 〈5〉 その他労働者の心の健康づくりに必要な措置に関すること

その上で、メンタルヘルスケアの具体的な進め方を以下のように分類し、「4つのケア」と呼んでいる。それは、「労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減あるいはこれに対処する『セルフケア』、労働者と日常に接する管理監督者が、心の健康に関して職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を行う『ラインによるケア』、事業場内の健康管理の担当者が、事業場の心の健康づくり対策の提言を行うとともに、その推進を担い、また、労働者及び管理監督者を支援する『事業場内産業保健スタッフによるケア』及び事業場外の機関及び専門家を活用し、その支援を受ける『事業場外資源によるケア』」の4つであり、これらのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要とされている。

- 〈1〉 セルフケア（労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処）
- 〈2〉 ラインによるケア（管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応）
- 〈3〉 事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医等による専門的ケア）
- 〈4〉 事業場外資源によるケア（事業場外の専門機関によるケア）

この「メンタルヘルス指針」は、先述のとおりの、多くのメンタルヘルスに関する研究や実際の各企業や各機関によって行われるメンタルヘ

ルス対策に大きな影響を与え、それらの基礎となっているものである。この詳細については稿を改めて論じることとする。

4. 厚生労働省のメンタルヘルス対策 — 「メンタルヘルス指針」後 —

厚生労働省（旧労働省）が主導するメンタルヘルス対策の原則的な実施方法は「メンタルヘルス指針」によって示され、一応の完成をみた。その広報・啓発を行いながら事業場等に対する周知徹底や定着を促進するために、2001（平成13）年に「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業実施要綱」が発せられた。この支援事業は中央労働災害防止協会が委託されて実施したもので、「メンタルヘルス指針」の普及・啓発推進事業と産業保健・地域保健連携推進事業の二つからなる。

「メンタルヘルス指針」普及・啓発推進事業は、①啓発・広報及び教育・研修事業 ②「メンタルヘルス指針」推進モデル事業場の展開 ③事業場における精神科医の産業医としての活用等に関する調査研究の三つからなっている。

平成13年から15年までに、啓発・広報及び教育・研修事業の一環として「メンタルヘルス指針」普及研修がそれぞれ79, 74, 68回行われている。中野【2003】によると、この研修は1回5時間のコースとなっており、テキストを用いた講義、自律訓練、積極的傾聴の体験実習からなっているとされる。

また、モデル事業場（労働者数300人以上1000人未満の事業場）もそれぞれ52, 61, 61箇所が指定され、このモデル事業場においてメンタルヘルス専門家（精神科医、産業カウンセラー）による取組指導がそれぞれ446, 936, 849回にわたって行われている。その指導内容は、職場の問題点の把握、心の健康づくり計画の策定、職

職場環境等の改善、相談体制の整備、メンタルヘルス教育などからなっており、モデル事業場のメンタルヘルス対策の推進によって地域・業界への波及効果が期待されている。しかしながら、中央災害防止協会のメンタルヘルス指針推進モデル事業支援専門家による活動日数は年間最大16日間と短く、このようにわずかな期間でどれほどの成果を得ることができるのか、検討する必要性も残っている。また、事業所において精神科医が産業医として十分に活用されているという実態は、今のところ明らかにされていない。

産業保健・地域保健連携推進事業は、都道府県における産業保健と地域保健の関係機関の機能と役割を有機的に連携させ、職場のメンタルヘルスケアの円滑な推進に資することを目的としており、これに基づいて各都道府県においてメンタルヘルス対策推進連絡会議が開催されている。

これら推進事業をはじめ、「メンタルヘルス指針」を基にしたメンタルヘルス対策の行政による企業への指導は、形の上では着々と進められてきたのであるが、その間もわが国における労働者の自殺者数は増加の一途を辿っている¹⁴⁾。また、前掲図表1にあるように、平成10年頃を境に自殺者の労災請求件数も激増している。

これに応えるように、厚生労働省は2002（平成14）年に自殺防止対策有識者懇談会を設置し、その成果を自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」として取りまとめた。提言は、「自殺の原因については、統計上、健康問題、経済・生活問題、家庭問題が上位を占めるが、実際には、人生観・価値観や地域・職場

のあり方等、統計には現れないさまざまな社会的要因も影響している」としている。そのうえで、自殺予防対策を推進していくに当たって、「このような自殺を取り巻く問題を考慮し、うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策」の必要性を強調している。

この提言自体は、わが国における全体的な自殺予防対策についてのものであるが、その中で労働者のメンタルヘルスに関する部分としては第2章の「職域における体制づくり」がある。ここでは主に「メンタルヘルス指針」の重要性の確認、そして、平成13年にまとめられた『職場における自殺の予防と対応』¹⁵⁾の普及啓発の重要性が示されている。

提言の中では、自殺を効果的に予防していくために必要なことは自殺の実体を継続的に把握しつつ多角的な視点から対策を検討することだとされ、そのうち、対策を行う場については、「個人に対する対策にとどまらず、家族・地域・職場での支援、環境づくり等、社会全体で対策を実施していく視点」が必要であるとしている。この「職場での支援」として、職場復帰の支援が挙げられており、「心の健康問題により休業した労働者が職場復帰する際、再発の予防が行われ、円滑な職場適応のための配慮がなされることが重要」だと明記されている。

これまでの行政による職場のメンタルヘルス対策は、基準の策定や労働者が心の健康を損ねることを予防するための措置など、労働者が働くことができないような状態になる以前の事柄

14) 平成16年までの20年間で、わが国における自殺者の総数は24596人から32325人へと約1.3倍も増加し、ここ7年間連続で3万人の大病を超えている。そのうち被雇用者の自殺者は全体のおよそ4分の1強を占め続けている。（警視庁統計資料より）

15) 中央労働災害防止協会によってまとめられた自殺予防マニュアル。自殺の予兆について、日常からの配慮の仕方、相談体制の作り方など、労働者の自殺予防に必要な知識を分かりやすくまとめ、自殺の予防に役立てることを目的としている。

に対するものであった。それが、ここきて労働者が実際に心の健康を損ねることによって休業に追い込まれしまった場合の救済対策の必要性が認識され、本格的に検討されるようになったのである。この時期、依然としてわが国における多くの企業の経営環境は厳しく、さらに1990年代後半以降の成果主義や裁量労働制といった従業員の管理・競争の激化や厳しく結果を求める企業内の風潮により、一度休業した従業員に対するケアが十分になされない、あるいはする余裕がないことも多かった¹⁶⁾。そのような実状から精神障害等の治療のために一度休業しなければならないような労働者を保護する主旨の指針が公示されることには、非常に大きな意味があった。

また、治療のために休職した場合の対策を明確にすることで、仮に心の健康を損ねることがあっても、職場として、社会として、きちんと対応することができると示すことには労働者に安心感を与えるという意味もある。このことによって労働者の心の健康が損なわれることを事前に予防するという効果も期待される。

職場復帰に対する具体的な支援策として、2002（平成14）年には中央労働災害防止協会に「職場におけるメンタルヘルス対策支援委員会 職場復帰支援部会」が設置され、さらに、2004（平成16）年に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が厚生労働省に報告された。

この手引きは「心の健康問題により休業し、医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復した労働者を対象として、実際の職場復帰に当たり、事業者が行う職場復帰支援の内容を総合的に示したもの」であり、「心の健康問題で休業していた労働者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるようにするためには、休業の開始から通常業務への復帰までの流れをあらかじめ明確にしておくことが必要である」とされ、職場復帰支援の流れが病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまで5つのステップで示されている¹⁷⁾。また、管理監督者や事業場内産業保健スタッフ等の役割も具体的に示しており、プライバシー保護の問題、その他留意すべき点に加え、各ステップで必要となる文書の様式例まで記してあるなど、一定の評価のできるものではある。

しかし、島【2005-b】調査でも明らかにされているように、「復職願い」や「主治医が記載する意見書」等の「書式がない」という事業所が過半数を超えていたり、「試し出社（リハビリ出社、ならし出社）制度」があると答えた事業場がわずかに25.8%しかない、「復職後の産業医による定期的面談」があると答えた事業場も51.3%と辛うじて半数を超える程度でしかないなど、依然として対策が進んでいない事業場も多い。

平成16年には、「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書」もまとめられた。ここで検討されているのは、過重労働による健康障害防止対策の在り方について、ならびにメンタルヘルス対策の在り方（ア．過重な精

16) 島【2005-a】。島【2005-a】は①こころの病による求職者が顕著に増加していること②職場における復職へのハードルが高くなってきていることを挙げ、休業した労働者の職場復帰支援は非常に重要な課題であるとしている。そして、そのような状況を招いた90年代後半以降の職場環境の急激な変化として①雇用システムの変化②人事評価システムの変化③組織形態の変化④働き方の変化⑤仕事内容の変化⑥仕事の場の変化⑦仕事仲間の変化⑧対人関係の変化⑨労働者に必要とされるスキルの高度化、を挙げている。

17) ①病気休業開始及び休業中のケア②主治医による職場復帰可能の判断③職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成④最終的な職場復帰の決定⑤職場復帰後のフォローアップ。

神的負荷がかかることを予防するための対策の在り方 イ．労働者の自発的なストレス把握、対処など過重な精神的負荷がかかった場合への対応の在り方 ウ．事業場外の相談体制等の支援措置の在り方）についてである。

この中でのメンタルヘルス対策についての基本的考え方は、「メンタルヘルスの不調は、職業性因子のみに由来する職業病とは異なり、一般人にもみられる多原因性の疾病で、①その発病原因の一つに職業性因子のあるもの、②職業性因子が原因にはならないが、増悪・促進の原因となるもの、といったいわゆる『作業関連疾患』に分類されている。これらは業務上の要因のほか個人の要因がその発症に影響するものであることから、一律の対策がとりにくい面があり、個々の事情に配慮して対応する必要がある。また、労働時間管理、人事配置等人事労務管理とも密接に関連する面もあり、労使一体となった自主的な取組が求められるものである」とされるもので、労使による自主的な取組や労働者自身による取組が必要であるとされている。

また、それらメンタルヘルスに関する対策の取り組むべき方向として、

ア．計画の策定

イ．職場のストレスの把握と改善

ウ．個人のストレス対処能力の向上

エ．メンタルヘルスの不調に早期に対応する方策

オ．メンタルヘルスの不調による休業者の職場復帰の支援

カ．健康づくり・快適職場づくりの活用

を挙げている。これらの多くは、これまでの様々な指針や報告書の内容と大きく異なるものではない。

この報告書も含め、平成12年以降、「メンタルヘルス指針」に基礎を置く多くの指針や報告書

において、何度も繰り返し同じような提言が繰り返されてきた。しかし、それにもかかわらず、実際に「心の健康づくり計画の策定」を行っている事業場はメンタルヘルス対策に取り組んでいるとする事業場のうちのわずか7.6%に過ぎない¹⁸⁾など、一向に企業による取組が進んでおらず、なお一層の対策の促進が必要だと考えられる。

「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書」での過重労働とメンタルヘルスに関する記述としては、「長時間労働を行った者について医療機関に紹介したことがある産業医のうち約6割が労働者を抑うつ状態と診断して医療機関を紹介した経験があった」ことから、長時間の時間外労働を行ったことを一つの基準として、医師によるメンタルヘルス面にも留意した面接指導を実施することが効果的であるとの提言があるが、この場合も「事業者は、医師による面接指導の結果に基づき、必要に応じて適切な措置を講じることが求められる」というに留められ、これについても具体的なものは示されないままであり、その効果は疑わしい。

そして、現在（平成18年6月時点）最も新しい動きとしては、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の策定がある。この指針は「メンタルヘルス指針」を踏まえつつ見直しを行い、平成18年3月に公示された。これは労働安全衛生法第70条の2第1項に基づく指針としての規定に基づき、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針と位置付けられ、「事業場においては、本指針に基づき、各事業場の実態に即した形で、メンタルヘルスケアの実施に積極的に取り組むことが期待される」としている。

18) 労働者健康状況調査（平成14年）のアンケート調査。

ここでも、メンタルヘルスケアの基本的な考え方として、「労働者自身がストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要である」とされている。そのうえで、「職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあることから、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者によるメンタルヘルスケアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策の実施は、大きな役割を果たすもの」だとされる。

そのために「事業者はこの指針に定められるようなメンタルヘルスケアを積極的に推進するなどの必要がある」とし、ここでもやはり「メンタルヘルス指針」に示された4つのケアが継続的かつ計画的に行われるよう、教育研修・情報提供を行うとともに、4つのケアを効果的に推進し、職場環境等の改善、メンタルヘルス不調への対応、職場復帰のための支援等が円滑に行われるようにする必要がある」としている。

本指針についても、上述から分かるように、内容的には「メンタルヘルス指針」とほとんど変わるものではなく、強いていえばメンタルヘルスに関する個人情報保護についてと、小規模事業所におけるメンタルヘルスケアの取組の留意事項が付け加えられた程度のものである。

このように、「メンタルヘルス指針」公示後の厚生労働省による取組は、基本的には同指針の周知徹底を図ることに終始し、それに自殺防止や職場復帰の観点等といったものを補足的に付け加えていくというものであったといえよう。

図表4 厚生労働省（含旧労働省）主なメンタルヘルス対策

年	指針等名称
1988 (昭和63)	・労働安全衛生法 改正 ・事業場における労働者の健康保持増進のための指針
1992 (平成4)	・事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針
1999 (平成11)	・精神障害による自殺の取扱いについて ・心理的負荷における精神障害等に係る業務上外の判断指針 ・労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書
2000 (平成12)	・事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（メンタルヘルス指針）
2001 (平成13)	・職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業実施要綱 ・職場における自殺の予防と対応
2002 (平成14)	・自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」
2004 (平成16)	・過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書 ・心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
2006 (平成18)	・労働者の心の健康の保持増進のための指針

5. 企業の取組状況

本節では、前節までにみてきた労働者の心の健康の状況や、指針等に基づく行政の指導をうけて、企業が近年行ってきた対策の現状をみていくこととする。

第2節でもみた「労働者の健康状況調査」の最新版である平成14年版¹⁹⁾によると、心の健康づくりのための取組を行っている事業所は、全事業所規模計で23.5%となっている。これは、実に76.5%の事業所が心の健康対策に取り組んでいないということである。これを事業所規模別にみると、心の健康づくりのための取組

の有無は事業所規模による差が非常に大きいということも併せて分かる（図表5）。

さらに、この平成14年調査での結果を、その前回調査である平成9年調査と比較してみると、全事業所規模計で3ポイント、5000人以上規模事業所に限れば7.7ポイントも「取組有」と

図表5 心の健康対策の取組

	(人)	心の健康対策取組 有(%)
平成14年	合計	23.5
	5000～	88.9
	1000～4999	90.6
	300～999	64.7
	100～299	44.0
	50～99	32.4
	30～49	26.6
	10～29	20.2
平成9年	合計	26.5
	5000～	96.6
	1000～4999	86.5
	300～999	63.4
	100～299	51.0
	50～99	39.4
	30～49	30.7
	10～29	21.9
平成4年	合計	22.7

出所：厚生労働省「労働者の健康状況調査」（平成14年版）

厚生労働省「労働者の健康状況調査」（平成9年版）

19) 調査の範囲 ①産業：日本標準産業分類に基づく10大産業（林業、鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、運輸・通信業、卸売・小売業、飲食店、金融・保険業、不動産業及びサービス業）②事業所：上記①に属し常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約12000事業所 ③労働者：上記②の事業所に雇用されている労働者から抽出した約16000人。

回答した事業所が減少している。また、従業員が100人未満の事業所も、全ての事業所規模層において、この五年間で同様に悪化していることもみてとれる。

ここで、平成14年調査の「心の健康対策に取り組んでいない理由」において、心の健康対策に取り組んでいない事業所のその理由をみてる。それによると、「専門スタッフがいらない」（46.1%）との回答が最も多く、次いで「取組方が分からない」（39.9%）、「労働者の関心がない」（30.2%）の順となっている。

次に、「心の健康対策取組有」と回答した企業の取組内容についてみる。その内容は図表6に示す通りである。これを見れば、行政の押し進める「THPによる心の健康づくりの実施」や「心の健康づくり計画の策定」は、「取組有」と回答した23.5%の事業所のうちの、わずか1割にも満たない事業所しか行っていないということが分かる。

また、「心の健康のための専門スタッフがいる」と回答したのは、「取組有」と回答したわず

図表6 心の健康対策の取組内容割合（全企業規模計）

取組内容（複数回答）	%
THPによる心の健康づくりの実施	8.3
心の健康づくり計画の策定	7.6
相談（カウンセリング）の実施	55.2
職場環境の改善	42.3
労働時間等の改善	30.3
定期健康診断における問診	43.6
労働者による教育研修、情報提供	35.7
労働者と日常的に接する管理監督者に対する教育研修、情報提供	28.9
事業場外の専門機関等の活用	17.7
その他	6.5

出所：図表5と同じ

か23.5%の事業所のうちの、さらに49.8%にすぎない。その内訳は次頁図表7に示す通りである。ただし、ここで留意しておかなければならないのは、「専門スタッフがいる」と回答した企業のうちの59.2%の企業が配置している「産業医」のなかで、心療内科等を専門としており「心の健康」に関する専門的な知識をもっている医師の割合はごくわずかだということである²⁰⁾。

さらに、これらの専門スタッフの活用状況をみると、「よく活用している」は47.6%、「あまり活用していない」32.9%、「わからない」19.5%となっており、まだまだ従業員に対してこれらスタッフや取組の周知徹底がなされておらず、気軽に利用しようといった親近感が感じられてはいないということがうかがえる。

前節でみてきたように、平成12年以降、厚生労働省をはじめとする行政機関は「メンタルヘルス指針」の周知徹底を図り、同指針に基づく労働者のメンタルヘルス対策の普及定着を進めようと努めてきた。しかし、本節でみてきたように、「心の健康対策取組」が有ると回答した事業所の割合は、平成9年からの五年間で、事業

所規模1000～4999人以外のすべての層において低下し、さらに取り組んでいない理由においても「取組方が分からない」とする回答が4割近くもあった。また、「THPによる心の健康づくりの実施」や「心の健康づくり計画の策定」を行っているとする事業所はごくわずかであり、専門スタッフの十分な配置や、それらの従業員への浸透も期待されたほどのものではないことも明らかとなった。これらのことから、これまでの行政による取組が、各事業所レベルにおいては、それほど大きな効果をあげきれてはいないと考えざるを得ない。

6. おわりに

本稿では、まず、経営学的視点による職場のメンタルヘルスに関する研究の必要性を述べた。労働者の心の健康状態を悪化させる原因には、職場の労務慣行等によるものも多く、こうした労務慣行を改善したり、労働者の心の健康が害されるのを予防したりするには経営学的アプローチが必要だと考えられる。

次に、わが国における労働者のメンタルヘルス問題に関する動向について述べた。それによると、労働者のメンタルヘルスが近年、急激に悪化してきていることが分かった。

続いて、行政による取組について二節に渡り述べた。行政による取組は、職場におけるメンタルヘルス対策の導入期、基準策定期を経て、「メンタルヘルス指針」の公示となり、その後は同指針の周知徹底や普及を図るという流れになっていたことが確認された。

最後に、近年、実際に事業所によって労働者の心の健康対策がどのようになされているのかをみた。それによると、「メンタルヘルス指針」が公示された後でも、調査事業所の7割以上が

図表7 心の健康対策のための専門スタッフの配置割合（全企業規模計）

専門スタッフの種類（複数回答）	%
産業医	59.2
産業医以外の医師	12.3
保健師又は看護師	35.1
衛生管理者又は衛生推進者等	32.9
カウンセラー等	27.1
その他	9.2

出所：図表5と同じ

20) 紙面の制約上本稿では詳述できないが、心の健康対策のための専門スタッフとして配置している「産業医」の多くが、心のケアを的確に行うことができる訳ではない。

心の健康づくりのための取組を行っていないことが分かった。さらに、同指針が示された前後の比較をしてみると、行政機関が繰り返し「メンタルヘルス指針」等の周知徹底・普及を図ってきたにも関わらず、事業所による労働者の心の健康対策の状況は改善されるどころか悪化しているということも確認された。

このように、近年における職場のメンタルヘルスの現状は極めて悪く、行政機関による指導による改善も難しいと考えられる。それでは、どのようにすれば労働者の心の健康を良好に保つことができるのであろうか。また、そのようにすることが企業にとってどのような意味をもつのか。今後の研究では、これらの問題意識に焦点を当てつつ、わが国の企業における労務慣行等に関連させて職場のメンタルヘルスについての考察を深めたい。

参考文献（図表4に挙げた指針・報告書等は割愛）

- 荒武優，廣尚典，島悟【2003】「職場のメンタルヘルスの現状と課題」『日本労働研究雑誌』（No520）日本労働研究機構。
- 稲木健志，上畑鉄之丞，影山秀人，堤浩一郎，中山森夫，南雲芳夫，星山輝男【1989】『過労死とたたかい』新日本出版社。
- 岡村親宜【2002】『過労死・過労自殺救済の理論と実務—労災補償と民事責任』旬報社。
- 過労死弁護団全国連絡会議編【1991】『KAROSHI [過労死] 国際版』窓社。
- 過労死弁護団全国連絡会議編【1992】『過労死！』講談社。
- 川人博【1998】『過労自殺』岩波書店。
- 厚生労働省編【2001】『職場における自殺の予防と対応』中央労働災害防止協会。
- 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課【2000】「労働省平成11年度作業関連疾患の予防に関する研究」『労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書』成果物。
- 厚生労働省（各年）「報道発表資料 脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について」。
- 厚生労働省（各年）「労働者の健康状況調査」。

- 小林章雄【2001】「職業性ストレスと労働者の健康」『日本労働研究雑誌』（No492）日本労働研究機構。
- 島悟【2005-a】「職場復帰支援について」『日本医学会シンポジウム記録集』（第129回）日本医学会。
- 島悟【2005-b】「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究 平成16年度総括・分担研究報告書」厚生労働科学研究研究費補助金労働安全衛生総合研究事業。
- 下光輝一【2005】『職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアルより効果的な職場環境等の改善対策のために—』厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】成果物。
- 社会経済生産性本部【2002】【2004】『産業人メンタルヘルス白書』。
- 高橋祥友【2003】『中高年自殺—その実態と予防のために』筑摩書房。
- 中野倫仁【2003】「職場の『心の健康づくり指針』の展開」『北海道医報』（1021号）北海道医師会。
- 永田頌史【2005】「労災認定とメンタルヘルス—有識者の立場から」『産業ストレス研究』（12）日本産業ストレス学会。
- 日本労働研究機構【2001】「メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—」。
- フレイザー，森岡孝二監訳【2003】『窒息するオフィス：仕事に強迫されるアメリカ人』岩波書店。（Jill A. Fraser【2001】*White-collar sweatshop: the deterioration of work and its rewards in corporate America*, Norton.）
- 森岡孝二【2004】「過労死・過労自殺をめぐる日米比較」『労働の科学』（59巻6号）労働科学研究所。
- 森岡孝二【2005】『働きすぎの時代』岩波書店。
- 労務行政研究所【2005】「職場ストレス増大時代 メンタルヘルス対策の最新実態」。
- Juliet B. Schor【1991】*The Overworked American: the unexpected decline of leisure*, Basic Books. 森岡孝二，成瀬龍夫，青木圭介，川人博訳【1993】『働きすぎのアメリカ人—予期せぬ余暇の減少』窓社。