
過重労働とメンタルヘルス

—特に長時間労働とメンタルヘルス—

Overwork and mental health focusing on long working hours

島 悟

〈要 約〉

過重労働は心身の健康に重大な影響を与えることは広く知られている。長時間労働は典型的な過重労働であるが、長時間労働にともなう睡眠時間の確保のできないことが特に問題である。睡眠時間とメンタルヘルス不調には密接な関係があり、睡眠時間の減少はメンタルヘルス不調者の発生頻度を高める。したがって健康な生活を維持しえる睡眠時間を確保し得るような労務管理が事業者には求められる。しかし労働者自身においても仕事の仕方や私生活の過ごし方などに課題のあることも少なくなく、事業者や管理監督者だけの対応では不十分であり、労働者本人のセルフケアと家族などの周囲の人々によるケアも重要である。さらに過重労働に関係するカラセックモデルとERIモデルにおいてメンタルヘルス不調との関係を示唆するエビデンスが集積しつつあり、文献レビューを行った。

1. はじめに

産業保健において、2006年度より開始された医師による長時間労働者への面接を含む過重労働対策は、事業者に対して義務化されたものであり、2008年度より、さらに小規模事業場も含む全事業場において実施されることになり、罰則規定こそないものの、産業保健活動を全事業場において義務化したものであり、過重労働対策にとどまらず、産業保健において画期的な対策であると考えられる。後述するように、一部の事業場においては既に過重労働対策の効果がみられているため、今後において実質的な成果の期待できる施策であると考えている。

この過重労働対策は、いわゆる過労死・過労自殺など過労にともなう労働災害が重大な社会的問題となり、事後の対応ではなく、事前の対応としての労働衛生行政の重点課題として行われるようになったものである（図1）^{1, 2)}。つまり労働災害における補償行政として種々検討されたものが、より効果的に展開するために、事前の対応として産業保健活動において導入されたものである。

過重労働にともなう心身の不調において、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の身体疾患とともにメンタルヘルス不調が重要である。メンタルヘルス不調は、うつ病をはじめとする精神障害

に至り、時には自殺企図にまで及ぶこともあり、効果的な対策を講じることが事業者に求められているのである。本論では、メンタルヘルスに焦点を当てて、過重労働の課題を論じる。

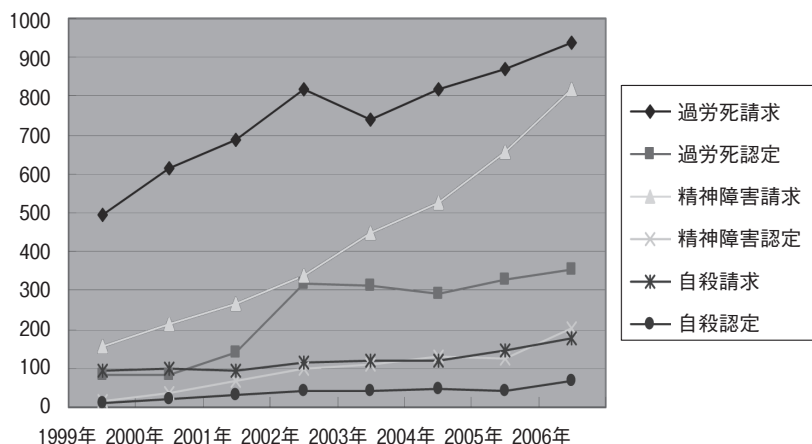


図1 脳・心臓疾患・精神障害に係る労災申請・認定件数の年次推移¹⁾

2. 過重労働とは

「過重労働」とは、後述するように、そもそもは長時間労働などの過重な業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等に関わる労災補償をめぐる問題であった。脳・心臓疾患における労災認定の判断を標準化するために、2001年12月に発表された「改正脳・心臓疾患の認定基準」に、「過重負荷」として示されているものである。この判定基準によれば、過重負荷とは以下の通りである。

過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷をいい、業務による明らかな過重負荷と認められるものとして、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」に区分し、認定要件としたものである。ここでいう自然経過とは、加齢、一般生活等において生体が受ける通常の要因による血管病変等の形成、進行及び増悪の経過をいう（文献3参照）。

過重労働の内訳は以下のようになっている（文献3より抜粋）。

(1) 異常な出来事

極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態、緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態、急激で著しい作業環境の変化である。

(2) 短期間の過重業務

特に過重な業務とは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客

観的に認められる業務をいう。

①過重負荷の有無の判断

特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断する。

②業務の過重性の具体的な評価

- (i) 労働時間
- (ii) 不規則な勤務
- (iii) 拘束時間の長い勤務
- (iv) 出張の多い業務
- (v) 交替制勤務・深夜勤務
- (vi) 作業環境（温度環境・騒音・時差）
- (vii) 精神的緊張を伴う業務

なお評価期間はおおむね1週間である。

(3) 長期間の過重業務

①疲労の蓄積の考え方

恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。このことから、発症との関連性において、業務の過重性を評価するに当たっては、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断する。

②特に過重な業務

特に過重な業務の考え方は、上記の(2) 短期間の過重業務の場合と同様であるが、評価期間が上記の場合はおおむね1週間であるのに対して、発症前おおむね6か月間である。

③時間外労働と業務の過重性

疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると、その時間が長いほど、業務の過重性が増すところであり、具体的には、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いですが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できる。発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる。

上述のように、過重労働対策とは、長時間労働などの過重な業務による脳血管障害及び虚血性心疾患等を防止することであり、従前は主として労災補償をめぐる問題であった。いわゆる過労死・過労自殺が重大な社会的問題となり、行政の対応として2001年12月に労災認定基準

が改正され、現在の認定基準「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」となった³⁾。

この改正に際して、予防対策を推進する必要があるとの認識から、2002年2月に予防対策のための行政指導通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が示された。この時点で、補償行政の課題であるだけでなく、基準行政の課題として取り上げられて、「総合対策」が示されたことになる。しかし当初は、脳血管障害及び虚血性心疾患等の身体疾患が対象であり、精神障害はこの対象疾患には含まれていなかった。

その後も労災請求・認定件数が一貫して増加する状況から、この予防対策を強化するために労働安全衛生法が改正されて面接指導制度が創設され、2006年4月から施行された。常時使用する労働者の数が50人未満である事業場については、2008年4月1日から適用されることになっている。産業医学振興財団において、過重労働面接の具体的実施例を示しているが、多くの事業場において、この手引きに準拠した取り組みが行われており、対策の効果が示されつつある。

ところで、国における産業保健領域のメンタルヘルス活動は、「THP」、「快適職場づくり」、そして「メンタルヘルス指針」へという発展過程を辿ってきている。1988年に改正された労働安全衛生法による健康保持増進対策（心身両面にわたる総合的な健康づくり）において、ここからだの健康づくり（Total Health Promotion Plan: THP）が打ち出された。THPの指導者の養成講座が設けられており、所定の講座を終えると終了証が付与される。メンタルヘルス領域では、心理相談担当者が養成されている。さらに1992年には、「快適職場づくり」が発表された。この快適職場づくりは組織を対象としたものである。この快適さの第一は物理環境的な快適性である。第二は心理的な快適性である。この快適職場づくりは、個人を対象とした上記のTHPと合わせて、産業保健における車の両輪をなすものであると考えられている。

1999年には、「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」が示されたが、精神障害等による労災申請件数の急増への対応として作成されたものである。

2000年には、「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」⁴⁾が出されたが、特に90年代後半以降の職場のメンタルヘルスの急激な悪化に対応して策定されたものである。この指針の発表以来、多くの企業においてメンタルヘルス対策に対する関心が高まり、メンタルヘルスへの取り組みを始めているところが確実に増加してきている。さらに2006年には、「新メンタルヘルス指針」^{5, 6)}が出されたが、旧メンタルヘルス指針の基本骨格を受け継いだものであり、大きな変更点はないものの、時代の動向の中で、現状に合わせて修正がなされている。

3. 労働時間と睡眠時間

従前より、わが国の労働者は働き過ぎであり、「仕事中毒」が多いとさえ言われてきた。こうした状況に対しての行政指導もあり、年間総実労働時間は1990年には2,000時間を越えていたが、バブル経済の崩壊もあって2006年には約1,800時間まで減少している⁷⁾（図2）。しかし

ながら、この統計にはパートタイマーが含まれており、わが国ではパートタイマー比率が諸外国より高く、しかも増加してきていることから、単純に労働時間が減少し、働き過ぎの状況が改善しているとは言えないとされている。また、明確な数字がないものの、いわゆるサービス残業が依然として多いとされている⁸⁾。さらに週労働時間50時間以上の労働者の割合は表1のようにわが国では諸外国より大きい⁹⁾。このように、わが国における長時間労働の現状は必ずしも改善してきているわけではない。

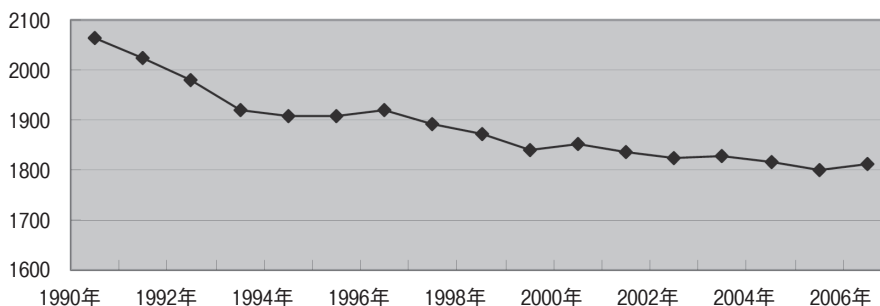


図2 年間労働時間の年次推移⁷⁾

(%)

国	週労働時間50時間以上の労働者割合
日本	28.1
アメリカ	20.0
イギリス	15.5
ドイツ	5.3
フランス	5.7
イタリア	4.2
オランダ	1.4
ベルギー	3.8
デンマーク	5.1
スウェーデン	1.9
フィンランド	4.5
オーストラリア	20.0
ニュージーランド	21.3

表1 週労働時間50時間以上の労働者割合 (2000年)⁹⁾

労働時間と睡眠時間の関係については、労働時間が長くない場合には、その関係性は弱いですが、労働時間が長くなると、その関係性は強くなると考えられる。労働時間が長くなれば、当然ながら労働時間以外に使用しえる時間が短縮することになる。健康で文化的な生活を送るために

は、単に睡眠時間の確保だけでなく、食事時間、家族や友人との交流の時間、趣味の時間などを確保する必要がある。したがって睡眠時間が短縮するほどに長時間労働があるとすれば重大な問題であると考えられる。約5,000人の労働者を対象とした筆者の調査における時間外労働時間と睡眠時間の関係を図3に示した（未発表資料）が、おおむね時間外労働が50時間を越えると睡眠時間が6時間を確保できなくなる傾向があり、100時間を越えるようになると睡眠時間の短縮傾向の強くなることが示されている。

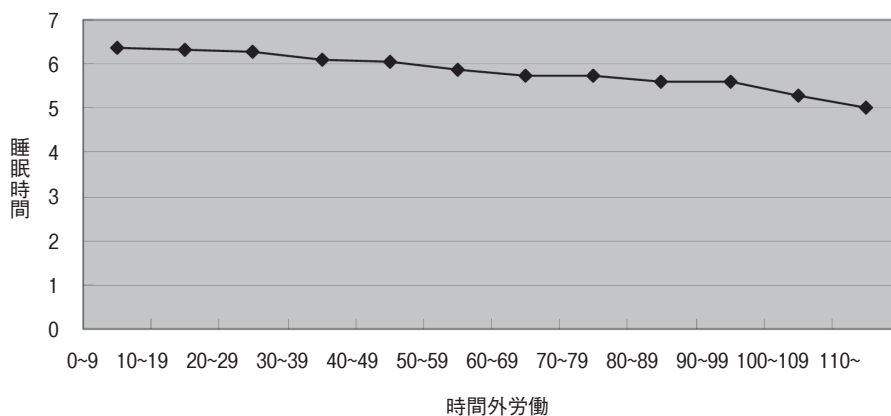


図3 時間外労働時間と睡眠時間

筆者は厚生労働科学研究の一環として、2000年保健福祉動向調査を目的外使用して、睡眠時間と抑うつ状態との関係を検討した¹⁰⁾。抑うつ状態の指標としてはCESD (Center for Epidemiologic Depression Scale)¹¹⁾を用いたが、睡眠時間が減少するとともに抑うつ状態が強くなるという結果が得られている（図4）。この結果は、メンタルヘルスを保持する上では6時

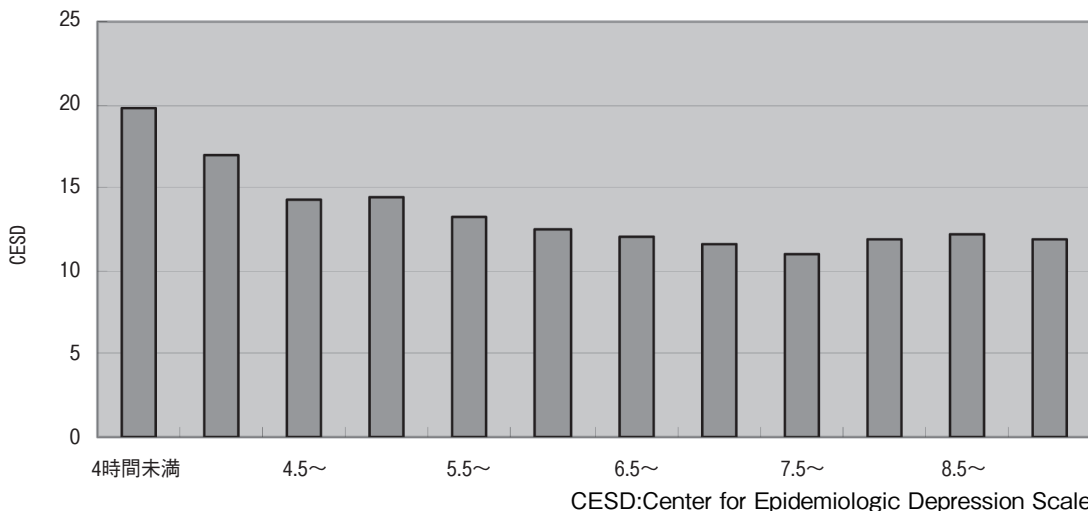


図4 労働者における睡眠時間と抑うつ状態

間以上の睡眠の確保が望ましいことを示唆している。

過労死の認定基準の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」の中で、睡眠時間と時間外労働との関係について算出している。この計算では、1日の労働時間が8時間を超えて、時間外労働を2時間程度、4時間程度及び5時間程度行っているとすると、これが1ヶ月継続した状態では、それぞれ睡眠時間は平均して7.5時間、6.0時間及び5.0時間となる。この場合、1ヶ月間の時間外労働時間は、1日の労働時間に平均勤務日数21.7日をかけて、概ね45時間、80時間及び100時間になるとされている。

また有職者の平日の睡眠時間では、5年ごとに行われるNHKの「国民生活時間調査」によれば、1970年の7時間51分より2000年には7時間7分に、2005年には、7時間5分に短縮した¹²⁾。現代社会は24時間社会となり、生活リズムがややもすれば崩れがちとなるだけでなく、睡眠時間の確保という生存する上で最も基本的なことが軽視されてきていると考えられる。

4. 長時間労働と身体疾患・精神障害の関係

長時間労働と身体疾患・精神障害に関する研究¹³⁾では、カナダの地域住民を対象とした調査で週に35時間以上労働していた3,830人を対象とした研究がある。うつ病を発症した者は男性3%、女性5%であったが、長時間労働（平均41時間以上）の女性では、標準労働時間（平均35~40時間）の者に比べてオッズ比は2.2であった。しかし男性では長時間労働とうつ病との間に関連性を見出せなかった。

日本の研究では、杉澤ら¹⁴⁾の大規模研究では約20,000人を対象として平均18ヵ月追跡調査を行っている。ベースライン調査で精神科受療歴がない者で追跡調査が可能であった11,121人を分析した結果、月間深夜勤回数が13回以上で精神障害の相対危険度が1.82であった。しかし労働時間との関連は認められなかった。業務負担感は新規受療群で高く、30歳台で非受療群との間に有意差が認められている。

ホワイトカラー589人を対象とした研究¹⁵⁾で3年間追跡し、精神疾患が19例発症した。週労働時間が45~50時間の相対リスクは1.32、50時間以上は1.36であった。長時間労働と抑うつ状態の関係をみた研究¹⁶⁾では、時間外労働が長くなればなるほど、抑うつ傾向得点が高くなっている（図5）。

黒木による過労自殺者の調査結果¹⁷⁾の報告によると、100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、出来事から精神疾患発病までの期間が早く、発病から自殺に至るまでの期間も短いことが明らかにされている。すなわち、100時間以上の残業を続けるとそれ以下の残業よりも早く発病して早く死亡すると考えられるのである。

また山村¹⁸⁾は2003年度災害科学に関する研究の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について睡眠時間を4時間未満と4時間以上で層別化して、生存時間分析（精神疾患発生率）を行った結果、十分な睡眠時間の確保ができていない場合に発症までの期間が短いと報告して

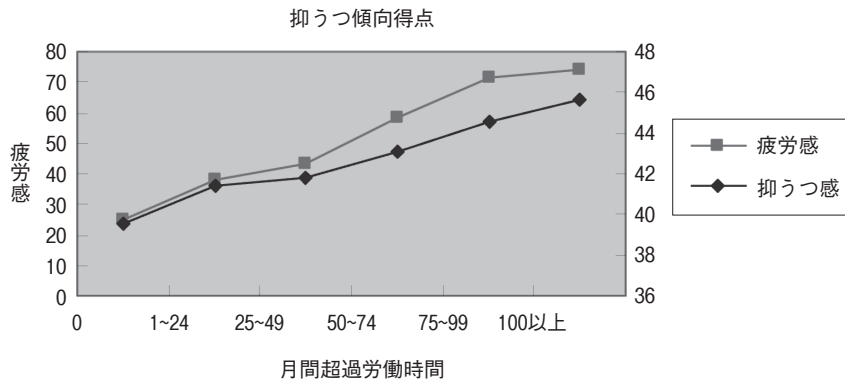


図5 月間超過労働時間と疲労感・抑うつ傾向⁶⁾

いる。4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率（イベント発生率0.8）であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%（イベント発生率0.6）であったと報告している。

藤野ら¹⁹⁾は、労働時間と精神的負担との関連性についての体系的文献レビューを行った。2006年3月1日にPubMedを用いて、うつ病やメンタルヘルスと時間外労働や長時間労働などをキーワードとして検索した。その結果、労働時間と精神的負担に関して検討した論文が131編のうち17編確認されている。縦断研究が10編と横断面研究が7編である。これらをレビューした結果、精神的負担の指標との関連を報告した文献が7編であった。これらの論文においては、労働時間の評価に用いられた定義が様々であるため研究間の比較が困難であるとしている。そして、レビューの結果として、労働時間とうつ病、抑うつ状態などの精神的負担との関連について一致した結果は認められなかったとしている。すなわち17論文の中で、労働時間が長いほど精神的負担が増加するという正の関連性を認めたものは7編、負の関連性を認めたものは1編、関連性を見出せなかったものは9編であった。労働時間の評価について報酬・管理記録などの客観的指標を用いたものは2編のみであった。その他の論文では対象者個人より質問紙または面接により情報収集をしていた。しかも週の総労働時間など労働時間全体を反映する指標を用いたものと種々の定義による時間外労働を指標としたものなど労働時間の評価において異なりが大きい。このため著者らは、ある一定期間における総労働時間を反映する指標が望まれるとしている。アウトカム評価においてGHQ（General Health Questionnaire：一般健康調査票）²⁰⁾などの質問紙や面接調査が用いられているが、著者らは今後において標準化された指標の使用が必要としている。

Johnsonら²¹⁾は、総説において恒常的に長時間労働になっている専門職と不規則勤務の一般労働者においてストレスや疲労感、心血管系疾患や筋骨格系疾患の健康リスクが高くなるとしている。

筆者が行った時間外労働時間とGHQの調査では約5,000人の労働者を対象とした。時間外労働が50時間を越えるあたりからGHQが高くなり（メンタルヘルスが悪化し）、特に90時間を

越えるとGHQが非常に高くなること分かる（未発表資料）（図6）。

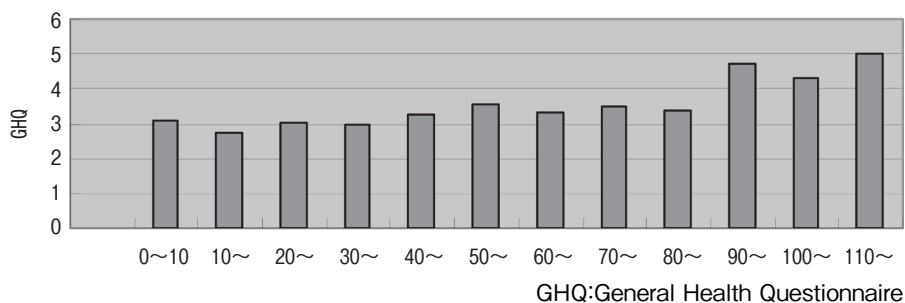


図6 時間外労働とメンタルヘルス

5. 長時間労働以外の過重労働とメンタルヘルスの関係

過重労働とメンタルヘルスに関する研究においては、過重労働という用語が比較的新しいことから、過重労働の定義を用いて、メンタルヘルスとの関連性に関する研究が十分に行われていない。また事業場では、過重労働の実態を文献等で明らかにすることには大きな抵抗感があり、こうした種類の研究および発表は概して実施困難である。

従前より職業性ストレスとメンタルヘルスに関する研究が国内外で精力的に行われている。しかし職業性ストレスがただちに過重労働に結びつくわけではないため、注意が必要である。職業性ストレスの研究では、従前から量的負荷と質的負荷に分けて検討してきている。量的負荷では指標として有用なのは労働時間であり、これについては上述した。ここでは、質的業務負荷を取り上げたモデルとして多くの研究が行われてきているDCSモデルとERIモデルを取り上げて検討する。

(1) DCSモデル

Karasekが提唱し、産業ストレス領域で最もよく知られているモデルであるJob Demand-Control-Support (DCS: 仕事の要求度・裁量度・職場支援度) モデルを用いた研究では、もともとアウトカム変数は虚血性心疾患であったが、最近では精神状態も扱うようになってきている。なお厚生労働省委託研究の研究班で作成され、最近わが国の事業場において普及が進んでいる職業性ストレス簡易調査票は、最近では多くの事業場において使用されるようになってきているが、この調査票の一部はDCSモデルに沿って作成されたものである。

このモデルでは、第一に、仕事の要求度が高ければ高いほど（すなわち業務の過重性が強ければ強いほど）、第二に、業務の裁量度が低いほど、第三に、職場における支援度が低いほど、心身の健康障害のリスクが高くなると考えられる。逆に言えば、仕事の要求度が低いほど、業務の裁量度が高いほど、職場における支援度が高いほど、心身の健康障害のリスクが低くなると考えられる。

フランスの電力会社の社員約9,000人を対象とした研究²²⁾では、CES-Dを抑うつ状態の指標

としている。抑うつ状態との関係では仕事の要求度のオッズ比は男性労働者では1.77、女性労働者では1.37である。業務の裁量度のオッズ比は、男性労働者は1.38、女性労働者は1.41である。さらに職場の支援度のオッズ比は、男性労働者は1.58、女性労働者は1.29である。このように、過重労働と関係する業務の要求度は、抑うつ状態のリスク要因であることを支持した結果である。

Mausner-Dorschらによる905例を対象とした平均12.6年間の追跡研究²³⁾では、大うつ病、抑うつ症候群、気分変調症のいずれにおいてもDCSモデルを支持する結果が得られている（心理的負荷と業務権限によるオッズ比は、うつ病では7.16、抑うつ状態では4.06）。しかし男女で分けると男性労働者では有意な結果が得られていない。

Tyssen Rら²⁴⁾は、研修医371例を対象とした調査を行い、治療を要する精神状態が11%に認められたと報告している。オッズ比は既往のメンタルヘルス問題は5.1、パートナーの存在は0.2、脆弱性性格は1.5、好ましくないライフイベントは2.1、業務上のストレスは1.05であった。

ベルギーにおけるPelFRENEらの研究²⁵⁾では21,419人を対象として横断面においてDCSモデルの検証を行い、抑うつ感を指標とした場合にはモデルが指示されたと報告している。抑うつ状態のオッズ比は、仕事の要求度は1.95、業務の裁量度は1.78、職場の支援度は2.51である。

このようにDCSモデルはメンタルヘルスにおいても適用可能であることが示されている。

(2) ERIモデル

DCSモデルと同等によく知られたモデルがEffort-Reward Imbalance (ERI：努力・報酬不均衡モデル)である。努力に見合った報酬のないことがストレス要因となり心身の健康障害のリスクを高めるということである。逆に適切に報酬を提供すれば健康リスクを低減できるということになる。

努力の内容は、業務負荷、業務の中断、責任性、時間外労働、身体的負荷、業務負荷の増大などであり、報酬の内容は、尊重、経済的報酬・地位、職の安定性などである。したがって、このモデルでは努力が過重労働に相当することになる。

Stansfeldら²⁶⁾の研究では、1万人余りの公務員を対象として、GHQで評価したメンタルヘルス不調をアウトカムとした場合の不均衡のオッズ比は、男性は2.6、女性は1.7である。この解析ではベースラインのGHQでコントロールを行っている。

Kuperらによる研究²⁷⁾では、同じコホート研究においてSF-36を指標として使用したが、低い精神健康度のオッズ比は2.24であり、努力に対する報酬の不均衡とメンタルヘルス不調との関連性が示されている。

Tsutsumiら²⁸⁾は、日本の中小企業従業員190人を対象として、ERIモデルとDCSモデルを併用して調査を行い、裁量度が低いことと、努力・報酬の不均衡が抑うつ症状を関係していることを見出している。

Veraing ら²⁹⁾ は、ERI モデルに加えて労働者の性格要因 (Big five) を検討し、ERI とともに神経症傾向が抑うつ症状に寄与していることを示しており、ERI モデルにおいても労働者個人の内的要因の関与の大きさを示唆している。

またRydstedt ら³⁰⁾ は1,001人を対象として、ERI モデルとDCSモデルの検証を行い、両方のモデルの妥当性を確認しているが、二つのモデルを併せた場合若干説明率が上がるとしている。

Kivimaki ら³¹⁾ は、ERI モデルに加えて、業務遂行上および関係性における公平性が健康に対して寄与していることを示している。

Griffin³²⁾ は、自己評価によるバイアスを確認するために第三者評価を行ってDCSモデルおよびERIモデルの検証を行って、両方のモデルを示唆する結果を得ている。さらに業務における資源（支援やスキルの活用など）が抑うつ症状や不安症状から防御する役割を果たしていることを示している。

このようにERIモデルは、メンタルヘルスをアウトカムとした場合にも十分に適用しえるモデルであることが示されている。

6. 過重労働対策とメンタルヘルス

2006年度に開始された過重労働対策を講じる中で、徐々にその効果を示す知見が集積しつつある。筆者の関係している事業場において、次のような効果がみられている。

1. 過重労働が契機となったうつ病をはじめとするメンタルヘルス不調者が減少している。

この効果は顕著であり、2006年4月に過重労働面接を開始したと同時に、人事主導で時間外労働の把握とともに長時間労働を減らす対策を講じ始めてから、健康管理で把握している長時間労働によるメンタルヘルス不調の事例が減少している。もちろん効果の持続することが重要であるので、今後も医師による面接に限らず、包括的な過重労働対策の継続的实施を行っていくことにしている。

2. 時間外労働の把握を徹底したことにより、長時間労働が常態化していた状況の変化がみられる。

すなわち事業場・組織の仕事に関するカルチャーの変化がみられている。

3. 組織的变化にとどまらず、労働者個人においても、労働観が変化し、働き方の変化の兆しがみられる。

こうした変化が今後も持続するのかどうかを長期的に観察する必要があるが、今後も過重労働対策を確実に継続的に行っていく必要があるが、少なくとも現時点においては一定の成果がみられていると考えている。

7. 結語

(1) 過重労働は心身の健康に重大な影響を与えることは広く知られている。

- (2) 長時間労働は典型的な過重労働であるが、長時間労働にともなって睡眠時間の確保のできないことが特に問題である。睡眠時間とメンタルヘルス不調には密接な関係があり、睡眠時間の減少はメンタルヘルス不調者の発生頻度を高める。
- (3) したがって6時間以上の睡眠時間を確保し得るような労務管理が事業者には求められる。
- (4) しかし労働者自身においても仕事の仕方や私生活の過ごし方などに課題のあることも少なくなく、事業者や管理監督者だけの対応では不十分であり、労働者本人のセルフケア、さらには家族などの周囲の人々によるケアも重要である。
- (5) DCSモデルやERIモデルに示唆されるように、過重労働を減らすことのみならず、コントロール感を高めたり、支援体制を強化することや、報酬に関する対応を再検討するなどの方策を考えることもメンタルヘルス対策として有用である。

〈文 献〉

- 1) 厚生労働省労働基準局補償課、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、2007.
- 2) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室、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、1999.
- 3) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について、2001.
- 4) 厚生労働省：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針、2000.
- 5) 厚生労働省：職場における労働者の心の健康の保持増進のための指針、2006.
- 6) 島 悟：労働者の心の健康の保持増進のための指針、産業精神保健、14；172-175、2006.
- 7) 厚生労働省、毎月勤労統計調査、2007.
- 8) 門倉 貴史、ホワイトカラーは給料ドロボーか？光文社新書、2007.
- 9) ILO “Working Time and Worker’s Preferences in Industrialized Countries: Finding the Balance”, 2004.
- 10) 島 悟：労働者におけるうつ病の発症・再発モデルの検討、厚生労働科学研究：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(主任研究者：島 悟)、2004.
- 11) 島 悟、北村俊則：新しい抑うつ性自己評価尺度について、精神医学 27：717-723、1985.
- 12) NHK放送文化研究所、国民生活時間調査報告書、2005.
- 13) Shield M. Long working hours and health. Health Reports. 11:33-48, 1999.
- 14) 杉澤あつ子、上畑鉄之丞、関谷栄子ら、中年期男子労働者の精神健康に関連する要因についての追跡研究、産業医学、36:91-101、1994.
- 15) Tarumi K, Hagihira A, Morimoto K. A prospective observation of onsets of health defects associated with working hours. Industrial Health, 41; 101-108, 2003.
- 16) 労働政策研究・研修機構、日本の長時間労働、不払い労働時間の実態と実証分析、労働政策研究報告書No. 22, 2005.
- 17) 黒木宣夫：長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究－労災認定された自殺事案における

長時間残業の調査—平成15年度災害科学に関する研究、161-220, 2004

- 18) 山村重雄：長時間残業調査データ生存時間分析解析結果、平成15年度災害科学に関する研究、157-159, 2004.
- 19) 藤野善久、堀江正知、寶珠山務ら、労働時間と精神的負担との関連についての体系的文献レビュー、産業衛生学雑誌、48：87-97、2006.
- 20) 中川 泰彬訳著編：質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用、国立精神衛生研究所モノグラフ、1981.
- 21) Johnson JV, Lipscomb J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *Am J Ind Med* 49:921-929, 2006.
- 22) Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A et al. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*, 24:197-205, 1998.
- 23) Maustner-Dorsch H, Eaton WW: Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic Assessment of the Demand-Control Model. *Am J Pub Health*, 90:1765-1770, 2000.
- 24) Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT et al. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education* 34: 374-384, 2000.
- 25) Pelfrene E, Vlerick P, Kittel F et al. Psychosocial work environment and psychological wellbeing: Assessment of the buffering effects in the job demand-control (-support) model in BELSTRESS. *Stress & Health*. 18:43-56, 2002.
- 26) Stanfeld AS, Fuhrer R, Shipley MJ. et al. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from Whitehall II study. *Occup Environ Med* 56:302-307, 1999.
- 27) Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J et al. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 59:777-784, 2002.
- 28) Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T et al. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian J of Work, Environment & Health*. 27:146-153, 2001.
- 29) Vearing A, Mak AS: Big five personality and effort-reward imbalance factors in employees' depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 43:1744-1755, 2007.
- 30) Rydstedt LW, Devereux J, Sverke M. Comparing and combining the demand-control-support model and the effort reward imbalance model to predict long-term mental strain. *European Journal of Work & Organizational Psychology*. 16: 261-278, 2007.
- 31) Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M et al. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occup Environ Med*, 64:659-665, 2007.
- 32) Griffin JM, Greiner BA, Stansfeld SA et al. The effect of self-reported and observed job conditions on depression and anxiety symptoms.: a comparison of theoretical models. *J Occup Health Psychol* 12:334-349, 2007.