

休復職支援体制が心の健康問題による  
休業に及ぼす影響についての予防医学研究

2014

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

道 喜 将 太 郎

# 目次

第Ⅰ章	文献的考察	
Ⅰ-A	世界での心の健康問題についての調査研究	4
Ⅰ-B	労働者が直面している心の健康問題	5
Ⅰ-C	日本における労働者の現状	6
Ⅰ-D	労働者の休職に与える要因	7
Ⅰ-E	行政による職域での心の健康問題への取り組み	8
Ⅰ-F	労働者の well-being に関する問題	9
Ⅰ-G	本研究の目的	10
第Ⅱ章	心の健康問題による休業日数への産業保健サービスの心理学的介入： システマティック・レビューとメタアナリシス	12
第Ⅲ章	日本の事業場における休業日数及び再休業と 復職支援制度についての横断研究	18
第Ⅳ章	職場復帰支援制度の認知および有無と心の健康問題によるプレゼンティーズム との関連：インターネットを用いた横断研究	23
第Ⅴ章	まとめ	
V-A	心の健康問題による休業からの復職と復職支援制度との関連	30
V-B	本研究の限界と課題	31
V-C	結語	32
第Ⅵ章	謝辞	33
第Ⅶ章	文献	35
第Ⅷ章	図表・付録	44
(付)	参考論文	

# 第 I 章

## 文献的考察

## 第 I 章 文献的考察

### I - A. 世界での心の健康問題についての調査研究

1946年に世界保健機関（World Health Organization[以下、WHO]）憲章において、「健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気あるいは虚弱でないことではない。」とし、第二次世界大戦の終わりから心の健康問題に関する調査が行われ始め、その頃よりその重要性が述べられてきた<sup>1-3)</sup>。1980年代にはアメリカで Epidemiological Catchment Area Study (ECA) と呼ばれる大規模の縦断調査が行われた<sup>4)</sup>。その調査では、Composite International Diagnostic Interview (CIDI) と呼ばれる精神疾患の構造化診断面接法が開発された。2001年から2003年にかけて、欧州では The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) と呼ばれる調査が行われ、ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スペインの6か国が参加した。21,425人が参加し、気分障害や不安障害、アルコール使用障害等の有病率が明らかになった<sup>5)</sup>。

WHOは2001年から2003年にかけてESEMeDの6か国に北米、南米、アフリカ、アジアの国を加えた14か国での調査を行った。WHO World Mental Health Survey Initiative (WMH) と呼ばれるこの調査では、生涯なんらかの精神疾患をわずらっている罹患率は調査した国の約半数で10%を超えており、一番多いアメリカで26.4%と報告した<sup>6)</sup>。また、世界では450万人が心の健康問題に悩まされており、4家族のうち、1家族は少なくとも1人は精神疾患を持っているとも報告された<sup>7)</sup>。精神疾患は聴覚障害や視覚障害と並んで、もっとも多い障害の原因となっている<sup>8)</sup>。

このように、心の健康問題についての研究は多く、関心がより一層高まっていることがわかる。心の健康問題に悩まされている人が多いなかで、昨今の経済危機がより労働者の心の健康に影響を与え、我々は過酷な状況に直面している。2007年のサブプライムローン問題を契機に、2008年大手投資銀行のリーマン・ブラザーズが連邦倒産法の適用を連邦裁判所に申請し倒産したことに端を発し、世界経済へ多大な影響を与えた、いわゆるリーマン・ショックが起きた。カナダの調査では、このリーマン・ショックの前後でうつ病の有病率が5.1%から7.6%へ有意に悪化し、経済危機が実際に心の健康問題へ影響を与えている可能性が示唆された<sup>9)</sup>。

精神的に不調となった際にもっとも悲劇的な結果の一つとして自殺が挙げられるが、全世界で年間推定100万件以上に上り、40秒に1人自殺で命を絶っている計算になる。自殺は労働者が多く属している年代である15歳から44歳の集団のなかでは主要な3つの死因の一つとなっている。リスクファクターとしては、精神疾患、アルコール使用障害、薬物乱用等が挙げられる。

WHOは自殺予防のために、資料を作成し2000年に公表した<sup>10)</sup>。日本でも高橋が厚生労

働省のこころの健康科学研究事業にて紹介している<sup>11)</sup>。その中で、自殺した人の40～60%は、自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診しており、自殺予防に際して医師の役割の重要性が述べられている。また、先進国でも開発途上国における調査でも自殺した人の80～100%が生前に精神疾患に罹患していたことが明らかにされている。そして、その資料のなかで、自殺はそれ自体は病気でもなければ、かならずしも病気の症状でもない、しかし、精神疾患は自殺に密接に関連している主要な要因であると位置づけている。

## I - B. 労働者が直面している心の健康問題

### 1) 世界規模での現状と課題

心の健康問題は全ての年代で取り組むべき重要な課題ではあり、産業保健の分野でも心の健康問題対策は注目を浴びている。イギリスでは、1995年に200万人が職業関連疾患に罹患しており、約2,000万労働日が失われているとされ、そのうち、ストレスやうつ病、不安障害が原因となるのは500万労働日であった<sup>12)</sup>。International Labour Organization (ILO) は2000年に、「Mental Health in the workplace」を公表し、心の健康とは「精神的機能が充実した状態であり、生産活動や充実した他者との関係性を作れ、逆境に対処や挑戦することができる状態である」と定義した。そして、イギリスでは心の健康問題にかかるコストの総額が320億ポンドかかり、その約3分の1にあたる120億ポンドが労働損失であったと報告し、今後の対策の重要性を示した<sup>13)</sup>。WHOは2007年に労働者の健康に関するグローバルアクションプランを策定し、公表した。心の健康問題は、職業関連疾患や、伝染性疾患、慢性疾患、ヘルスプロモーション、環境保健、保健管理推進に並び、重要な取り組むべき課題として挙げられている<sup>14)</sup>。

### 2) 各国における産業保健の調査

これまで示した状況の中で、心の健康問題により休業する労働者への対応は、多くの企業にとって大きな課題となっている。労働者に関する調査は広く行われており、精神疾患の有病率や経済損失についての各国の調査を以下に示す。

#### (a) アメリカ

アメリカでは1990年から2000年にかけて、経済的負担が774億ドルから831億ドルに増えた。2000年のコストのうち、261億ドル(31%)が直接の医療費、54億ドル(7%)が自殺関連のコスト、515億ドル(62%)が職域でのコストであった<sup>15)</sup>。

#### (b) スウェーデン

スウェーデンにおいては、精神疾患は年間94億ユーロの経済的負担となっており、直接の医療費は19億ユーロであり、病気休暇を含む間接的なコストが75億ユーロであった<sup>16)</sup>。また、うつ病について1997年と2005年のコストを比較した調査では、1997年には17億ユーロから2005年には35億ユーロと増加した。病気休暇による推定の経済的

損失は 1997 年には 2 億 8600 万ユーロであったが、2005 年には 11 億 4600 万ユーロと約 4 倍となっていた<sup>17)</sup>。

(c) ノルウェー

ノルウェーでの疾病補償制度を対象とした調査では、2001年から2003年で77,067件の新規の請求があった。そのうち、精神疾患による障害が24.0%と筋骨格系疾患の36.3%について2番目に多い結果となった<sup>18)</sup>。

(d) オランダ

バーンアウトや、職業関連疲労、ストレス、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、不安障害、うつ病について958人の医師に対して行った調査では多い順に、職業関連疲労 (42%)、うつ病 (29%)、不安障害 (24%)、PTSD (15%)、ストレス愁訴 (15%)、バーンアウト (6%) であった<sup>19)</sup>。45の企業と機関の7,482人の労働者を対象としたコホート調査では、不安障害の有病率が男性8.2%、女性10%であり、うつ病は男性7.1%、女性6.2%であった<sup>20)</sup>。

(e) ブラジル

1998年から2008年にかけての10年間のコホート研究では、7,579人の対象者のうち、男性246人 (17.0%)、女性1,502人 (24.5%) の合計1,748人 (23.1%) がInternational Classification of Diseases (ICD10) の分類による精神疾患に罹患していた<sup>21)</sup>。

(f) 韓国

2008年に実施された調査では、うつ病に罹患している労働者で有意に生産性が下がっていることが示され、アブセンティーズムよりもプレゼンティーズムが経済損失の原因とされた<sup>22)</sup>。

## I - C. 日本における労働者の現状

### 1) 労働者の心の健康問題の実態

日本における精神疾患の患者数は、厚生労働省が 3 年に 1 度全国の医療機関を対象に行っている患者調査によると、1996 年には 218.1 万人の患者数であったものが、2011 年には 320.1 万人と増加している。特にうつ病の増加は著しく、1996 年の 43.3 万人 (19.9%) から 2011 年の 95.8 万人 (29.9%) と急増している<sup>23)</sup>。日本における 2005 年の成人のうつ病の総費用は推計 2 兆円とされ、直接費用は 1,800 億円で、罹病費用は 9,200 億円、死亡費用は 8,800 億円であった<sup>24)</sup>。2008 年の報告では、うつ病の経済的負担額はおよそ 110 億ドルで、直接費用は 15.7 億ドル、自殺費用は 25.4 億ドル、職域における費用は 69.1 億ドルであった<sup>25)</sup>。このように、うつ病の罹患率は増加し、それによるコストの負担も大きい。

このようなうつ病の罹患率の増加は、バブル経済崩壊後の不況や、リーマン・ショックによる社会経済的な要因に加えて、精神心理学的な背景として、心の健康問題への偏見や障壁が低下したことも一因として考えられる。そして、労働者は自身の取り巻く環境への

不安を抱えている。2013年の連合総合生活開発研究所の調査によると、労働者の3割以上は失業の不安を感じ20代の4人に1人が勤め先をいわゆる「ブラック企業」と認識し、その職員の4割超が働きがいを感じていなかった<sup>26)</sup>。近年の労働者の不安感が高いことが伺われ、心の健康問題の増加の一因とも考えられる。また、事業者からすると心の健康問題を抱える職員への対応は難しいためにこれらの問題への関心が高まっている。

労働者における心の健康問題を原因とする病気休業は、精神疾患の患者数と同様に増加している。厚生労働省の精神障害の労働災害に関する報告によれば、2009年には請求件数は1,136件であったが、2013年には1,409件に増え、そのうち支給決定件数は234件(27.5%)から436件(36.5%)と約1.9倍に増加している<sup>27)</sup>。また、労務行政研究所の2010年の調査によると、過去3年間における心の健康問題を抱える者の増減傾向は「増加している」が44%、「横ばい」が33.7%、「減少している」が9.5%と、「増加している」が最も多かった。特に増加が目立つ年代層は30代が48.2%、20代が47.3%であった。心の健康問題により、1か月以上の欠勤者・休職者がいる企業は63.5%であった。そして、全従業員数に対する欠勤・休職者の割合は0.45%とされ、200人の企業には約1人休業者がいる計算になる<sup>28)</sup>。

## 2) 経済的影響

日本での、職域における経済的な影響も報告されている。2003年の厚生労働科学研究費補助金による島の研究では、労働者における心の健康問題による1か月以上の疾病休業総人口推定値は47万4,000人であり、疾病休業総月数推定値は246万4,800月となり、逸失利益(賃金ベース)推定値は9,468億9,400万円であると報告している<sup>29)</sup>。

また、労働者の心の健康問題に関する予防について経済的影響を調査した横山による2012年の報告では、28事業所の心の健康問題に対する対策に係わる費用を算出しており、1人あたり便益14,648円、1人あたり費用6,196円に対して平均純便益は8,452円であったが、企業により便益と費用は大きく異なっていた<sup>30)</sup>。

このように我が国での労働者の心の健康問題に関する経済的影響に関する研究はいくつか実施されているが、前述の諸外国と比較すると報告は少ないのが現状である。

## I - D. 労働者の休職に与える要因

労働者が心の健康問題を抱え仕事を休むことになる過程には、多くの要因が影響していると考えられる。個人的な要因や、職場、家庭による要因等が複雑に関係している。これらの関係性を説明するために、いくつかのモデルが提唱されてきた。

### 1) Karasekの要求度-コントロールモデル

Karasekは職種によるストレスの違いに注目し、このモデルに2つの指標を設けた。一つ

は、労働者のコントロール感や裁量度であり、もう一つの側面は仕事のペースや強度、技術面の要求である。そして、この2つの指標で職業を4つのカテゴリーに分類し、カテゴリー毎に職場でのストレスを受ける度合いが異なっていると報告した<sup>31)</sup>。後に、Johnson らは、このモデルに社会的支援を追加し、仕事の要求度 - コントロール - サポートモデルを提唱した<sup>32)</sup>。

## 2) NIOSH の職業性ストレスモデル

National Institute for Occupational Safety and Health (以下 NIOSH) は職域におけるストレスのモデルを示している<sup>33)</sup>。職場の環境からの身体的負担、交代勤務、質的な負荷等のストレスが、職域以外の家庭内の要求や、年齢・性別・性格等の個人要因、社会的サポート等の要因に修飾される。そして、急性反応として抑うつや身体愁訴、物質使用や事故などの行動面の障害が出現し、最終的には職業関連障害や医療機関への通院など深刻な事態へ発展していく過程を説明した。この NIOSH の職業ストレスモデルはこれまで報告されているモデルの中で特に包括的な概念である。

## 3) Siegrist の努力 - 報酬不均衡モデル

Siegrist の努力 - 報酬不均衡モデルは、1996 年に Siegrist が提唱したモデルである。努力と報酬を 2 つの軸とし、外的な努力、外的な報酬の程度とその比を指標としている。職務を遂行するための努力に対して、その結果として得られる報酬が不足するような、高努力かつ低報酬状態をストレスとする。そして、オーバーコミットメントと呼ばれる、仕事で特に認められたいという個人の態度や行動パターンという個人要因も概念として組み込んでいる<sup>34)</sup>。

## I - E. 行政による職域での心の健康問題への取り組み

1984 年 2 月に本邦で初めて過労自殺が労災と認定されたことを発端とし、職域における心の健康問題対策の重要性が注目されるようになった。様々な施策が策定され、特に革新的であったのが、「心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針」と「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」である。以下にその 2 つの施策を示す。

### 1) 「心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針」

業務上の負荷を原因とする、年々増加する精神疾患に係わる健康障害及び自殺を受けて、1999 年に労働省は「心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針」を設けた<sup>35)</sup>。同指針は、精神障害等の労災申請を適切に処理するための判断基準としての活用を目的としており、①業務による心理的負荷、②業務以外の心理的負荷、③個体側要因を評価し、



精神障害と業務起因性の関連についての判断基準を示した。そして、2011年に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が定められ、具体的な認定基準を示した<sup>36)</sup>。

## 2) 「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」

2004年に厚生労働省は、心の健康問題により休業した労働者の職場復帰を支援するため、「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」を公表し、事業場で職場復帰に際してマニュアルとして活用されてきた<sup>37)</sup>。同手引きによる職場復帰支援の流れは5つのステップに分かれており、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、となっている。

特に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では職場復帰についての具体的な対策が示されており、「試し出勤制度」と「段階的な復職制度」についても言及されている。

### (a) 試し出勤制度

「試し出勤制度」とは、正式な職場復帰決定の前に、社内制度として、より早い段階での職場復帰の試みを開始する目的の制度である。この制度があることで、労働者の不安を軽減させ復職への準備ができるとしている。具体的には模擬出勤、通勤訓練、試し出勤が挙げられる。模擬出勤とは、勤務時間と同様の時間帯にデイケアやリワークを利用して軽作業を行うことや、図書館で一定時間を過ごす訓練を指す。通勤訓練とは、自宅から職場まで通常の通勤経路で移動し、職場付近で時間を過ごした後に帰宅する訓練である。試し出勤とは、呼ばれる職場復帰に判断等を目的として、本来の職場などに試験的に一定期間継続して出勤することを示す。

### (b) 段階的な復職制度

「段階的な復職制度」とは、正式な職場復帰後の労働負荷を軽減し、段階的に元に戻すなどの就業上の配慮を指す。配慮の例として、短時間勤務、軽作業や定型業務への従事、残業・深夜業務の禁止、出張制限、交代勤務制限、危険作業・運転業務・高所作業・窓口業務・苦情処理業務などの制限、フレックスタイム制度の制限または適用、転勤についての配慮などが示されている。

## I - F. 労働者の well-being に関する問題

心の健康問題により休業することは労働者、雇用者双方に不利益となり、職場復帰においては大変な労力を強いられることも多いため、大きな問題となっている。しかしながら、休業するアブゼンティーズムとは対照的に、勤務をしてはいるものの、病気により十分なパフォーマンスを発揮できない状態をプレゼンティーズムと呼び、近年注目されている。

プレゼンティーズムの概念は1955年にCanfield GWらが報告している<sup>38)</sup>。その中で、

アブセンティーズムではなく、プレゼンティーズムの観点からの研究も重要であると説いている。その後はプレゼンティーズムの研究は少なくなり、1990年代後半から再度注目されるようになった。1999年に、Wrate RMは医師の忙しさについて触れ、医療従事者の数を増やすことだけが医師のプレゼンティーズムを改善する唯一の方法であると述べ再度プレゼンティーズムが注目されるようになった<sup>39)</sup>。これまでは研究ではなく、あくまでも概念や提言に留まっていたのだが、2000年に横断研究が行われた<sup>40)</sup>。この横断研究は、スウェーデンの労働者を対象としてプレゼンティーズムが調査された。その研究の中で、プレゼンティーズムを測る指標を、「体調が悪く病気休暇を取るべきだと思いつつも勤務したことが最近1年間でどれくらいあったか」とし、その頻度が多い程プレゼンティーズムは悪いとしていた。その結果、約3分の1の労働者が、過去1年間で体調不良のために休んだ方がいいと思いつつも、仕事に行くことが2回、もしくはそれ以上あったと報告し、低所得がプレゼンティーズム悪化と関連していた。3,136人の労働者を対象とした研究では、53%の労働者がプレゼンティーズムを訴え、休んだ際に代わりになる職員確保の難しさや、時間のプレッシャー、不十分な資源、経済的環境の悪化がプレゼンティーズムに関連していると報告している<sup>41)</sup>。他にも、プレゼンティーズムと関連する因子は長時間労働や女性、経済的不安定性、低い教育レベル、身体的な不健康さであり<sup>42-44)</sup>、プレゼンティーズムはうつ病のリスクファクターになるとも報告されている<sup>45)</sup>。賃金損失との関連では、身体的な不調よりも精神的な不調で損失が大きかったと報告されている<sup>46)</sup>。このように、精神的な不調について、労働者自身の問題に注目されることがほとんどであった。しかしながら、精神疾患は個人の要因だけではなく、環境による影響も受けていると考えられている。

プレゼンティーズムを改善させる目的の研究では、電話による認知行動療法の介入で、抑うつ気分を改善することはできたが、プレゼンティーズムの改善には至らなかった<sup>47)</sup>。社会的サポートや福利厚生を改善させた環境による介入でもプレゼンティーズムに影響を与えなかったが、職務上のパフォーマンスは改善させた<sup>48)</sup>。このように、プレゼンティーズムを改善させるための研究は行われてきたが、一定の見解には至っていない。

## I - G. 本研究の目的

これまで述べてきた文献的考察から、労働者の心の健康問題についての問題は世界的に取り組むべき課題であることが明らかである。労働者及び企業の損失に直接的に係わる問題は病気休業であり、その休業期間を短縮させるための介入研究は複数報告されているものの、一定の見解には達していない。そして、病気休業だけではなく、再休業やプレゼンティーズムについても同様に社会的に大きな問題となっている。これらの問題に関連する要因は個人特性だけとは考えにくく、環境要因の影響も存在していることが予想される。これまで、労働時間や職務の量および質といった環境要因と心の健康問題の関連に着目した研究は多く行われている。厚生労働省からは休復職支援制度についてのガイドラインは

示されているものの、一義的に労働環境を規定するともいえる休復職支援制度についての研究は非常に少ない。そこで、以下の点を検討することを本研究の目的とした。

①心の健康問題による休業日数に影響を与える心理学的介入についてのシステマティック・レビューとメタアナリシス

系統的な文献検索により、心の健康問題による休業日数に影響を与える心理学的介入についてレビューを行った。また、集められたデータを統合し、その介入の効果を検討した。

②職場復帰支援制度と心の健康問題による再休業についての関連

職場復帰支援制度と労働者の病気休業及び再休業の関連について注目し、日本全国の上場企業を対象に、どのような制度が病気休業の日数や、再休業の割合に係わっているかを検討した。

③職場復帰支援制度の認知や有無と心の健康問題によるプレゼンティーズムとの関連

休業日数や再休業の割合だけでは評価のできない職務上のパフォーマンスについて、プレゼンティーズムの一要因として挙げられる、心の健康問題によるプレゼンティーズムの指標を用いて職場復帰支援制度の認知や有無がどのように関連をしているのか検討を行った。

上記 3 つの研究を行うことで労働者の職場復帰およびプレゼンティーズムに関連する要因の一部を明らかにし、より効果的な職場復帰と労務の支援を行うための重要な知見を提供できると考えられた。

## 第Ⅱ章

心の健康問題による休業日数への産業保健サービスの  
心理学的介入：システマティック・レビューとメタアナリシス

(International Archives of Occupational and Environmental Health

The final publication is available at Springer via  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00420-014-0996-8>)

## 第Ⅱ章 心の健康問題による休業日数への

### 産業保健サービスの心理学的介入：

#### システマティック・レビューとメタアナリシス

##### Ⅱ - A. 目的

企業で、心の健康問題により病気休業をする場合、休業者数の増加だけでなく労働力の損失や他の従業員への業務負担など、休業期間の長さも問題となる<sup>49)</sup>。それ故、長期の病気休暇と経済損失を減らすために労働者の心の健康問題対策は優先されるべき事項である<sup>50)</sup>。

2001年に van der Klink らは1977年から1996年の期間でメタアナリシスを行っており、認知行動療法が労働関連ストレスには効果的であると報告している<sup>51)</sup>。しかしながら、休業期間短縮という観点からみた復職のために最も良い産業保健サービスの係わりについての論文は少ない。そこで、システマティック・レビューを行うことで介入方法について検討を行うとともに、復職に関して産業保健サービスが介入することで復職までにかかる期間を短縮することができるか否か以下の3つの仮説をたて、メタアナリシスで検討することを目的とした。

仮説1：産業保健サービスによる心理学的介入は病気休業の日数を減少させる。

仮説2a：産業保健サービスによる心理学的介入は復職までの期間を短縮させる。

仮説2b：産業保健サービスによる心理学的介入は休業せず勤務している労働者の合計の病気休暇の日数を減少させる。

これらの仮説を検討するため、介入方法について系統的なレビューを行い、病気休業の日数についてメタアナリシスを行った。

##### Ⅱ - B. 方法

###### 1) 検索方法

複数のデータベースを用いて、産業保健サービスの介入が心の健康問題で病気休暇をしている労働者の休業期間に影響を与えるかを調べた。検索方法はPICO、つまり、Population、Intervention、Comparator/Control intervention、Outcomeに従った。検索語はPopulationに関連した語 mental disorders、sick leave、absenteeism、behavioral symptoms を用い、Interventionについては occupational health physicians、occupational health services、

psychotherapy を用い Comparator/control intervention については randomized controlled trial を用いた。検索をする上で、Outcome については検索語に含めなかった。

2004年1月1日から、2014年4月29日までの10年間について検索を行った。検索に使ったデータベースはPubMed、PsycINFO、Business Source Complete でプロトコルは付録1に示す。論文の選択と評価には独立した2人の専門家が行い、意見が不一致であった場合はコンセンサスミーティングにより検討を行った。論文の不明な点については著者に問い合わせを行った。検索の結果得られた論文の参考文献についても評価を行い、結果に含めた。

## 2) 選定基準

以下の基準で論文を選択し、サブグループによる追加の解析も行った。

- ・対象が労働者である
- ・心の健康問題を理由に休業している
- ・介入として、産業医もしくは産業保健サービス職員が行っている
- ・休業期間をアウトカムの1つとしている（復職までの日数もしくは観察期間中の休業日数）
- ・Randomized control trial (RCT) もしくは cluster-RCT である

サブグループの選定基準

サブグループ 1

- ・労働者は休業中である
- ・論文中に復職までにかかった日数が記載されている

サブグループ 2

- ・労働者は病気休暇中ではなく勤務をしているか、すぐに復職予定である
- ・合計の病気休暇日数が論文中に記載されている

## 3) 研究の質の評価

研究の質の評価は GRADE エビデンスプロファイル<sup>52)</sup>を用いて行った。質は high、moderate、low、very low に分けられる。

## 4) メタアナリシス

得られた論文を統合して、介入の有無と休業日数についてメタアナリシスを行った。解析には Review Manager 5.2 を用いた。統合の指標には平均値と標準偏差 (SD) を利用した。SD の記載がない論文については 95%信頼区間 (CI) から算出した。平均値や SD の記載がない論文では、著者にデータ提供の依頼を行った。

## II - C. 結果

### 1) 研究の選定

図 1 に選定の流れを示す。データベースからは合計 2,540 編検索された。ハンドサーチにより 1 編検索され、合計 2,541 編となった。そのうち重複する 168 編を除外した。残った 2,373 編の標題と抄録から、心の健康問題でなかったり、労働者が対象でなかったりなどの理由で不適切な論文を除外し、55 編が選択された。選ばれた 55 編はフルテキストを調査し、最終的に 10 編が採択された。サブグループ 1 は 6 編、サブグループ 2 は 4 編であった。

### 2) 各研究の特徴

表 1 に全体的な特徴を示す。GRADE に沿って<sup>53)</sup>、エビデンスの質を表 2 に示す。

#### サブグループ 1

3 つの研究で **common mental problems** を対象としていた<sup>54-56)</sup>。1 つの研究が労働関連ストレスについてで、特に仕事以外の精神的ストレス、いじめ、重症の精神病症状、物質乱用以外の精神疾患を対象としており、他の研究では大うつ病性障害に限定していた<sup>57-59)</sup>。3 つの研究で 2 週間から 4 週間以上仕事を休んでいる職員を対象としていた<sup>56, 58, 59)</sup>。4 つの研究ではデザインは RCT であり、他の 2 つの研究は **cluster-RCT** であった。全ての 6 つの研究で、問題解決療法もしくは、認知行動療法を併せた介入方法を利用していた。

全ての研究で、介入群と通常のコア群との間で有意な病欠休業日数の違いは認めなかった。

#### サブグループ 2

4 つの研究のうち、3 つで複数機関を対象としており<sup>60-62)</sup>、1 つの研究のみ、単施設を対象としていた<sup>63)</sup>。4 つの研究のうち、2 つの研究で、心の健康問題を抱えている労働者を対象としていた<sup>61, 62)</sup>。Kant らの研究<sup>63)</sup>では質問紙により、将来、長期病欠休業になるハイリスクの職員を対象としていた。Proper らの研究<sup>60)</sup>では全ての職員を対象としていた。**cluster-RCT** のデザインの研究は 1 つだけで、他の 3 つの研究では RCT であった。

4 つ全ての研究で、心理学的介入群と通常のコア群の間で、合計病欠休業日数に有意な差を認めなかった。しかしながら、Kant らは低い教育水準と高い教育水準の職員では介入群と通常のコア群の合計休業日数で有意な差を認めなかったが、中程度の教育水準の職員で介入により合計病欠休業日数を有意に減らすと報告している<sup>63)</sup>。

### 3) メタアナリシス

10 の研究を統合し、産業保健サービスによる介入と休業日数について検定を行った (図 2)。その結果、対象者数は介入群 756 人、通常のコア群 798 人であった。平均値の差は -6.64 日 [95%CI -12.68, -0.59] と、介入群の方が通常のコア群よりも有意に休業日数が短かった。また、 $I^2=0\%$  と異質性は低いと考えられた。

### サブグループ 1

6つの研究を統合した結果、対象者数は介入群 434 人、通常の対象群 413 人であった。平均値の差は-10.48 日[95%CI -22.64, 1.69]と、介入群と通常の対象群で有意な休業日数の差を認めなかった。また、 $I^2=0\%$ と異質性は低いと考えられた。

### サブグループ 2

4つの研究を統合した結果、対象者数は介入群 322 人、通常の対象群 385 人であった。平均値の差は-5.38 日[95%CI -12.34, 1.59]と、介入群と通常の対象群で有意な休業日数の差を認めなかった。また、 $I^2=0\%$ と異質性は低いと考えられた。

### ファンネルプロット

選定された研究のファンネルプロットを図 3 に示す。

## II - D. 考察

### 1) 主な知見

全ての研究を統合した結果、介入方法は問題解決療法か認知行動療法に準じたアプローチを行っていた。そして、産業保健サービスが介入することで、病気休業期間を減らすことが分かった。このことから、仮説 1 が採択された。しかしながら、労働者の病気休暇への心理学的な介入は職場復帰までの期間を短縮させなかったため、仮説 2a は棄却された。さらに、勤務をしている労働者への心理学的な介入は、病気休暇の合計日数を減少させなかったため、仮説 2b も棄却された。

これらの問題解決療法や認知行動療法に準じた心理療法を産業保健の現場に用いることで、労働者の休業期間の短縮に貢献することができると考えられた。

### 2) RCT と cluster-RCT

3つの cluster-RCT の統合について、リスクアセスメントを行った。3つの全ての研究は産業医もしくは内科医がランダムに割り付けているため、より悪い群が介入群に割り付けられるといった選択バイアスやコンタミネーションは少ないと考えられた。また、ベースライン・インバランスについては、ベースラインでの基本属性と精神症状の測定値に有意な差を認めなかった。それゆえ、これら 3つの cluster-RCT をメタアナリシスに採用することは可能だと考えられた。

### 3) 解釈

復職にむけた産業保健スタッフによる介入方法としては問題解決療法か認知行動療法を中心とした心理学的介入で、そのセッションの中でコミュニケーションに関して<sup>58)</sup>やセルフケア、疾病教育が含まれていた。また、運動や栄養指導を含んでいるプログラムを行っ



ている研究もあった<sup>60)</sup>。特に、職場においての問題を解決するためのプログラムを導入している研究が多く<sup>55,56,58,59,62)</sup>、労働者という特性に合わせた方法が効果的だと考えられた。そして、トレーニングされた精神科医や産業医、ケアマネージャーがこれらを実施していた<sup>54-63)</sup>。

雇用者-被雇用者関係が良いと復職が効果的という報告や<sup>64)</sup>、通常の認知行動療法よりも仕事に焦点をあてた認知行動療法の方が早く復職できるといった報告もあるので<sup>65)</sup>、職場での問題解決能力を増やすことで、早期の復職へ良い効果を示すことが示唆された。しかしながら、本研究では、合計の休業期間を減らすことができたものの職場復帰までの休業期間を有意に短縮することができなかつたため、仮説 2a は棄却された。心理学的介入では、休まず勤務している労働者の合計休業日数を減少することもなかつたため、仮説 2b も棄却された。

一方で、労働者の健康に関連するのは休職期間だけではなく、自覚する症状や再発の頻度も関連していると考えられる。復職を早める以外に精神的な症状をアウトカムの1つとした5つの研究のうち、介入により精神的な症状を軽減させると結論付けた研究は1つのみであった<sup>55)</sup>。しかも、‘minor’な精神的な症状を軽減させるとしているため、全体として、症状を軽減させる可能性は少ないことが示唆された。認知行動療法が精神的な症状を軽減させるといった複数の報告があるものの、それらは病院に通院している患者が対象であった<sup>66-68)</sup>。本研究の結果が、病院に通院している患者を対象とした先行研究とは異なっていることから、病気が臨床学的に治ることと、労働者が復職することが必ずしも一致していない可能性が考えられた。また、経済効果を指標とした2つの論文でも、介入群とコントロール群で症状に有意な差を認めなかつた<sup>54, 58)</sup>。

休業期間以外にも職場復帰には乗り越えなければならない問題がある。心の健康問題は再燃や再発を繰り返すといった特徴があり、再休業の多さが問題となっている<sup>69)</sup>。検索された10の研究のうち、再休業について言及されている研究は1つで、‘minor’なストレス関連症状が減少したが、再休業までの日数には変わりがなかつたと報告しているため、介入による再休業の防止についての効果は明らかにならなかつた<sup>55)</sup>。

労働者は休職ができる期間は限られているため、その期間内に労働者は復職をしなければ退職となってしまふ。また、労働者が休むと雇用者にも経済的損失が生まれる。そのため、休業期間の短縮は労働者と雇用者ともに利益となる。本研究の結果から、産業医や産業保健スタッフによる認知行動療法や問題解決療法に基づく介入により、合計の休業日数を短縮できることが判明したことは有益であった。しかしながら、日本へ導入することで、同様な結果となるかは慎重な検討が必要である。日本で同様の質の高いRCTの研究はないため、人種差による影響は検討することができない。また、根深く存在する精神医療に対する偏見のため、心理療法が日本の労働者へ受け入れられるのか、そして、費用に関して日本の労働市場・制度に合うのかは、さらなる研究で明らかにしなければならない。

## 第Ⅲ章

日本の事業場における休業日数及び再休業と  
復職支援制度についての横断研究

## 第Ⅲ章 日本の事業場における休業日数及び再休業と

### 復職支援制度についての横断研究

#### Ⅲ - A. 目的

就業規則で定められる各種の職場復帰支援制度や金銭的補償制度は、労働者の職場復帰を効果的に補助し、かつ復職後の再休業を予防するものであることが望ましい。

しかし、企業はそれぞれ就業規則に沿って心の健康問題対策を行っているが、どのような制度が効果的な労働者の支援につながるかは明らかになっていない。企業がどのような就業規則を策定すれば、労働者の精神的な健康に貢献できるかを検討することは非常に有用である。

そこで、本研究では復職支援制度と労働者の病気休業・再休業の係わりについて注目した。日本の企業を対象に、復職支援制度と病気休業及び再休業との関連について検討することを目的として調査を行った。

#### Ⅲ - B. 方法

##### 1) 対象

2013年1月時点の日本の上場企業3,545社の人事労務担当者を対象とした。

##### 2) 調査方法

就業規則と心の健康問題に関するアンケート（付録2）を郵送にて人事労務担当者へ配布し回収した。質問項目は、職員数、2013年1月1日時点で心の健康問題により30日以上休業（休職、病気休暇等）している職員の人数と休業開始日および診断書病名、休業者のうち再休業した職員の人数、復職制度の内容についてであった。2013年1月1日時点での休業している者のうち、2度目以上の休業である休業者の占める割合を企業別再休業率と定義した。同じ企業に属していれば、職員は皆同じ再休業率となっている。

復職制度の内容は、日本の厚生労働省より示されているガイドライン<sup>37)</sup>を参考にした。ガイドラインの中の就業制度に関連する事項で、傷病手当以外の職場からの金銭的補償を得られる制度（以下、金銭的補償制度）、職場復帰前に職場復帰の判断等を目的として休業期間中に本来の職場などに試験的に出勤する制度（以下、試し出勤制度）、職場復帰後に短時間勤務や業務内容を配慮した段階的な復職制度（以下、段階的復職制度）等について言及されている。そのため、金銭的補償制度の有無および期間、試し出勤制度の有無および期間、段階的復職制度の有無および期間について質問した。また、日本では一般的な企業就業規則では取得可能な病気休業の日数は限られているが、病気休暇は病気休業の通算日数が一定期間の連続勤務をすることでリセットされる制度（以下、リセット期間制度）を

導入している企業もあるため、リセット期間制度の有無および期間についても質問した。これらの制度は、再発に関連する制度として多くの企業が導入している<sup>70)</sup>。大企業と中小企業とでは、規模により休職制度が異なることがわかっているため<sup>71,72)</sup>、職員数が1,000人以上とそれ未満の企業の、大企業と中小企業に分けて指標に加えた。

### 3) 統計解析

各企業が回答したそれぞれの休業者単位で、リセット期間制度の期間、金銭的補償制度の期間、試し出勤制度の期間、段階的復職制度の期間それぞれについて、2変数間のピアソンの相関係数で休業日数および再休業率との相関を求めた。制度がないと回答した人については、その期間を0としてカウントした。そして、それぞれの制度と休業日数および再休業率について重回帰分析にて検定した。統計解析ソフトはSPSS 22 for windowsを使用し、有意水準は5%とした。

### 4) 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、目的とデータの利用、管理について書面にて説明しアンケートの返送をもって研究への同意を得た。返信用封筒には企業名を記載せずに回収し、どの企業か特定できないように匿名化した。本研究は筑波大学の倫理委員会の承認(第691号)を得て実施した。

## III - C. 結果

### 1) 基本属性

161社より回収した(回収率:4.5%)。161社中職員数が1,000人未満の企業は130社、1,000人以上の企業は24社、不明7社であった。欠損値を除外し、心の健康問題の診断で30日以上休業している職員が在籍していると回答のあった43社、職員163人を解析対象とした。事業場規模、各制度の有無、平均休業日数、再休業率を表3に示す。リセット期間制度がある労働者は121人(74.2%)、金銭的補償制度がある労働者は134人(82.2%)、試し出勤制度がある労働者は102人(62.6%)、段階的復職制度がある職員は88人(54.0%)であった。

診断書病名は多い順にうつ病・抑うつ状態(115人)、適応障害(15人)、自律神経失調症(9人)、統合失調症(6人)であった(表4)。

### 2) 各制度の期間と休業日数及び再休業率の相関

各制度の期間と休業日数及び再休業率の相関について、表5に示す。リセット期間制度について、期間の回答があったのは153人、平均期間は6.2ヶ月(SD 8.4)であった。金銭的補償期間について、期間の回答があったのは150人、平均期間は18.5ヶ月(SD 14.4)

であった。試し出勤制度の期間について、期間の回答があったのは 73 人、平均期間は 0.4 ヶ月 (SD 1.5) であった。段階的復職制度について、期間の回答があったのは 102 人、平均期間は 0.9 ヶ月 (SD 2.0) であった。

各制度のそれぞれの期間について、2 変数間のピアソンの相関係数で休業日数および再休業率との相関を求めた (表 5)。リセット期間と再休業率で弱い相関を認めた ( $r=0.291$ ,  $p<0.001$ )。金銭的補償期間と休業日数で弱い相関を認め ( $r=0.191$ ,  $p=0.019$ )、再休業率において、中程度の相関を認めた ( $r=0.452$ ,  $p<0.001$ )。試し出勤期間と再休業率において、弱い相関を認めた ( $r=0.255$ ,  $p=0.029$ )。段階的復職期間と再休業率において、中程度の逆相関を認めた ( $r=-0.404$ ,  $p<0.001$ )。

### 3) 各制度の有無と休業日数および再休業率の関係

休業日数を目的変数、企業規模、リセット期間制度の有無、金銭的補償期間制度の有無、試し出勤制度の有無、段階的復職制度の有無を説明変数として重回帰分析を行ったところ回帰モデルが成立しなかった ( $p=0.324$ ) (表 6)。再休業率を目的変数、企業規模、リセット期間制度の有無、金銭的補償期間制度の有無、試し出勤制度の有無、段階的復職制度の有無を説明変数として強制投入法を用い重回帰分析を行った結果を表 7 に示す。リセット期間制度があることで再休業率はあがり、企業規模が大きい、段階的復職制度があることで再休業率は下がる結果となった。

## III - D. 考察

本研究によりこれまで報告されてこなかった、精神疾患が原因の再休業率や休業日数と復職に関係する就業規則についての関連を示すことができた。一部の制度の期間の長さや休業日数や再休業率との相関や、それぞれの制度の有無と再休業率の関連を認めた。また、企業規模も再休業率に関連していた。一方で、各制度の有無と休業日数については関連を認めなかった。

これまでの日本での先行研究では、産業医 351 人を対象とした調査で病気休暇の規定の有無や金銭的補償期間の有無、試し出勤の有無、復職判定に係わる調査が行われた<sup>73)</sup>。しかし、この調査は就業規則に関する実態調査で、精神疾患との関連までは示されていなかった。2007年には、「新しい自律的な労働時間制度」いわゆるホワイトカラーエグゼンプション制度の導入に際して、健康影響評価が実施された<sup>74)</sup>。長時間労働や、不規則な労働パターン、交代制勤務などについて、不満や、疲労、精神的なストレスについて言及され、就業制度について一部の精神疾患およびその前段階とされる状態との関連は認めるものの、復職制度との関連性までの研究はされていない。日本以外でも、長時間労働や交代制勤務などの就業制度が抑うつや不眠に関連しているという報告は多くあるが<sup>75-79)</sup>、復職制度と精神疾患が関連しているという報告は少ない。土屋らにより、心の健康問題を抱える労働者の休業・退職・再発・復職と企業の制度についての関連について報告があるのみである<sup>72)</sup>。この研究

のなかでは、休業者数や制度の有無については言及されているものの、その休業日数や制度の期間にまでは調査をされていない。

本研究の結果からは、リセット期間制度があると再休業率が高まることから、精神的な体調が悪くてもリセット期間があるために、それが過ぎるまで無理をしまい再度休業となる可能性が考えられた。労働者の雇用の保証という点では良い制度ではあるが、再休業への心理的障壁を下げてしまう可能性が考えられた。リセット期間があると一度休業しても決められた期間を勤務することで再度休業可能な期間が保障されるようになるため、再休業しやすくなることが考えられた。また、金銭的補償期間の有無では休業日数と再休業率に関連は認めなかったが、金銭的補償期間が長いと休業日数が悪化する結果となった。その理由として、金銭的補償期間が長い企業程、従業員が福利厚生が手厚く、長期休暇をとる職員を抱えておける余力がある可能性が考えられた。不景気になると、精神疾患の有病率が上昇するという報告があり<sup>9)</sup>、労働者に経済的な補償を与えるのは大切であるが、長すぎる補償は必ずしも休業日数の側面からはメリットとは言えないことが示唆された。

試し出勤制度は再休業率と関連を認めなかったが、段階的復職制度は再休業率を低下せるといった、異なる結果が導かれた。両制度は復職に直接かかわる制度ではあるが、正式な復帰をする前か後かといった違いがある。試し出勤は正式な復帰前のトレーニングであり、「責任の生じる業務」を課すことができない。そのため、試し出勤中の仕事の負担と復職後の仕事の負担との間に大きな乖離が生じてしまう。その乖離に耐えられなかった労働者が再休業となっていた可能性が示唆された。一方で、段階的復職制度では時間的、質的な配慮はされながら、「責任の生じる業務」に徐々に慣らしていくことが可能である。それにより、再休業に陥ることなく仕事を継続することができると示唆された。それらの違いが、二つの制度の再休業率に与える影響の違いを生んだと考えられた。また、企業の規模も再休業率に関連していた。従業員が1,000人以上の企業で、再休業率が低かったのは、大きい企業程、復帰した職員を支援できる体制を取りやすいことが理由と考えられた。

本研究は企業の就業規則で定められている各種の職場復帰支援制度と精神疾患による休業についての関連を示した研究である。休業日数だけでなく、再休業率についても調査をしており、労働者の休業状況を多面的に評価していると言える。企業が復職のための制度を作成する際に、本研究の結果を参考にすることで、精神疾患による休業をしている労働者の復帰のために役立たせることができると考えられた。

## 第Ⅳ章

職場復帰支援制度の認知および有無と  
心の健康問題によるプレゼンティーズムとの関連：  
インターネットを用いた横断研究

## 第IV章 職場復帰支援制度の認知および有無と

### 心の健康問題によるプレゼンティーズムとの関連：

#### インターネットを用いた横断研究

##### IV - A. 目的

アブセンティーズムを改善させる目的として、日本ではいくつかの職場復帰支援制度がある。アブセンティーズムについての検討は多く、心の健康問題を抱える労働者の経済的損失は大きい。そして労働者のアブセンティーズムとプレゼンティーズムは密接にかかわっているが、これまで労働者の精神的な健康と就業規則に関する研究は少ない。労働者全員が職場復帰支援制度を知っているわけではなく、制度の制定も会社毎に異なり事業場の規模によってもサービスの内容が異なることが多い。そこで、本研究では心の健康問題を抱えながら就業している状態を心の健康問題によるプレゼンティーズム（以下、プレゼンティーズム）と定義し、職場復帰に関する就業規則との関連を検討することを目的とした。職場復帰支援制度の認知や有無が労働者のプレゼンティーズムに関連することが予想され、以下の仮説を立て、インターネットベースの横断調査を行った。

仮説1. 職場復帰支援制度を認識している職員は心の健康問題によるプレゼンティーズムの状態になりにくい。

仮説2. 職場復帰支援制度がある会社の職員は心の健康問題によるプレゼンティーズムの状態になりにくい。

##### IV - B. 方法

###### 1) 対象

このインターネットベースの調査は2014年6月12日と13日に、以下のプロトコルにより行われた。インターネット調査会社のMACROMILL (<http://www.macromill.com/>)は2014年6月1日時点で日本国内に1,167,915人の会員が登録されている<sup>80</sup>。登録されている20歳から59歳の労働者のうち、ランダムに回答を依頼し、研究参加に同意をして精神疾患を理由に診断書を提出して29日以上休んだ経験がある、もしくは休んだことのない常勤の労働者をそれぞれ250人、合計500人を目標にし、人数が確保できるまで回答者を集め目標数に達するまで回収した。

###### 2) 調査項目（付録3）



質問項目は、年齢、性別、民間企業か官公庁勤務か、職種、管理職の有無、企業規模、1 か月あたりの労働時間、病気休暇の日数、職場復帰支援制度、プレゼンティーズムについてであった。

#### ・企業規模

回答者が勤務する事業場に勤務する人数を聞いた。日本ではいくつかの会社運営に係わる制度において以下のように企業規模を定義しているため、本研究も同様に企業規模を 3 つに分類し、1-49 人を小規模、50-999 人を中規模、1,000 人以上を大規模と分類した。

#### ・職場復帰支援制度

①病気休暇もしくは休職中の所得が補償される制度（金銭的補償期間）があるか、あれば、その期間、②病気休暇もしくは休職から復帰する際に、時短勤務から出勤するといった段階的な復職制度（段階的復職制度）があるか、③病気休暇もしくは休職中に復帰のための訓練ができる制度（試し出勤制度）があるか、の 3 つについて調査した。

#### ・プレゼンティーズム

プレゼンティーズムを評価する指標として、先行研究を参考に以下の質問と割り付けを行った<sup>40</sup>。

「最近 12 か月の間に精神的に体調が悪く、病気休暇を取るべきだと感じながらも仕事に行ったことはありましたか？」

回答は 4 段階で、(1) = なし、(2) = 1 度だけ、(3) = 2-5 度程度、(4) = 6 度以上とした。これらの項目を (1)、(2) と回答した者を非プレゼンティーズム群、(3)、(4) と回答した者をプレゼンティーズム群に割り付けた。

### 3) 統計解析

基本属性やそれぞれの制度を企業が採用しているのを知っているか否か、制度の有無と、プレゼンティーズム各群の割合について Pearson のカイ二乗検定を用い比較した。そして、プレゼンティーズムについて、それぞれの要因のオッズ比を求めた。29 日以上休んだ経験がある労働者と、休んだことのない労働者についてもそれぞれ同様に解析した。有意水準は 0.05 とした。解析には SPSS 22 for Windows を用いた。

### 4) 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、目的とデータの利用、管理について説明し同意を得た参加者より回答を得た。個人情報には匿名化し、得られたデータは研究目的のみ利用することとした。本研究は、筑波大学の倫理委員会の承認（承認番号：691-1）を受けている。

## IV - C. 結果

### 1) 基本属性

対象は、診断書を提出して 29 日以上休んだ経験がある、もしくは診断書を取得して休んだことのない常勤の労働者それぞれ 258 人、合計 516 人であった。516 人中、労働時間と休日日数の合計が異常値（例えば、28 日休んでいるのに、月労働時間が 120 時間等）であった 15 人を除外した。診断書をもらって 29 日以上休んだことのある職員は 243 人、診断書をもらって休んだことのない職員は、258 人であった。解析対象の 501 人の特徴を表 8 に示す。

## 2) 職場復帰支援制度

418 人が金銭的補償制度を会社が採用しているか否かを知っており、そのうち 324 人 (77.5%) が採用していると答えた。段階的な復職制度は 312 人が採用しているか否かを知っており、182 人 (58.3%) が採用していると答えた。復帰のための訓練は 257 人が採用しているか否かを知っており、110 人 (42.8%) が採用していると答えた (表 8)。

## 3) プレゼンティーズム

「最近 12 か月の間に精神的に体調が悪く、病気休暇を取るべきだと感じながらも仕事に行ったことはありましたか？」との問いに、ないもしくは、1 度だけ、と答えた非プレゼンティーズム群は 274 人、2-5 度もしくは、6 度以上と答えたプレゼンティーズム群は 227 人となった (表 8)。表 9 に、長期休業経験の有無毎の性別、年齢、組織の形態 (官公庁もしくは民間企業)、管理職の有無、企業規模、1 か月の労働時間、プレゼンティーズムについての解析結果を示す。長期休業した経験がある労働者と、したことが無い労働者でプレゼンティーズムを比較すると、長期休業したことがある労働者の方が有意にプレゼンティーズム群の割合が多かった ( $p < 0.001$ )。

## 4) 制度の認識と有無、プレゼンティーズム

表 10 に制度の認識と有無、プレゼンティーズムを比較した結果を示す。段階的復職制度と試し出勤を知らない非プレゼンティーズム群の割合が多かった。(それぞれ、 $p = 0.003$ 、 $p = 0.009$ ) それ以外はプレゼンティーズム各群の割合の有意な差をみとめなかった。

## 5) 多変量解析

プレゼンティーズムに対して、それぞれの因子 (性別、年齢、企業規模、29 日以上の病気休暇の経験、組織の形態、管理職、労働時間、金銭的補償制度、段階的復職制度、試し出勤制度) を用い、オッズ比を求めた。29 日以上の病気休暇の経験があると、有意にプレゼンティーズムの状態となり (オッズ比, 3.16; 95%CI, 1.89-5.30)、民間企業でも有意にプレゼンティーズムの状態となった (オッズ比, 2.31; 95%CI, 1.15-4.64)。他の項目では有意な値を示さなかった (表 11)。長期休業経験の有無毎に同様にオッズ比を求めた。長期休業経験がある場合は、民間企業勤務、段階的復職制度があること、長期の金銭的補償期間が

プレゼンティーズムの因子として、長期休業経験がない場合は、年齢がプレゼンティーズムの因子となる結果であった（表 12、13）。

#### 6) 欠損値の特徴

欠損値の 15 人について解析を行った。男性 8 人、女性 7 人であった。平均年齢は 41.9 歳（SD 9.1）であった。15 人全員が診断書をもって 29 日以上休んだことがある者であった。過去 28 日間の平均労働時間は 142.1 時間（SD 65.1）であった。非プレゼンティーズムは 2 人、プレゼンティーズムは 13 人であった。

### IV - D. 考察

#### 1) 主な知見

職場復帰支援制度の認知や有無とプレゼンティーズムとの関連の検討を行い、単変量解析では一部の制度に関連を認めた。しかし、多変量解析では制度の有無や認知はプレゼンティーズムとの関連を認めず、長期休暇の既往や民間企業に勤務していることがプレゼンティーズムと強く関連していた。また、長期休業経験の有無別に検討すると、段階的復職制度や年齢もプレゼンティーズムに関連を認めた。

#### 2) 解釈

就業制度や特に就業制度の認知が心の健康問題によるプレゼンティーズムと関連があるか否かを検討した研究はこれまでに無く、それが本研究の強みである。これまでプレゼンティーズムに影響を与える要因として、長時間労働や女性、経済的不安定性、低い教育水準、身体的な不健康さ、期限のプレッシャーなどの個人特性が関係していることは報告されていた<sup>41-44)</sup>。プレゼンティーズムはアブセンティーズムに強く相関していることはわかっているが、仕事ができないことや身体的・精神的な病気、仕事環境だけでは部分的にし説明できないと報告されている<sup>81)</sup>。中小企業の管理職を対象とした研究では、66.4%がプレゼンティーズムの訴えがあった<sup>82)</sup>。Netterstrøm B らは、システムティックレビューとメタアナリシスで社会的サポートが将来のうつ病を減少させると報告しており<sup>83)</sup>、会社の職場復帰支援制度が労働者に支援することで社会的サポートとしての環境要因が精神状態へ影響し、結果としてプレゼンティーズムにも影響を与えている可能性は考えられる。スーパーバイザーヘストレスについての教育を行ったところ、若年男性のホワイトカラーの部下の心理的苦痛や、仕事のパフォーマンスを有意に改善させたと報告がある<sup>84)</sup>。ストレスの教育プログラムに参加した上司の所属する部署では、労働者の心理的苦痛や仕事のパフォーマンスが改善したという報告もある。これらは、プレゼンティーズムやパフォーマンスが個人特性だけでなく、個人が置かれる環境からも多くの影響を受けていることを示すため、職場復帰支援制度に注目した本研究は意義のあるものと考えられた。

本研究の仮説 1 は「職場復帰支援制度を認識している職員は心の健康問題によるプレゼンティーズムの状態になりにくい。」であった。結果は、職場復帰支援制度を認識していることと、プレゼンティーズムとは関連していなかったため、仮説 1 は成立しなかった。ただし、長期休業経験がある場合に段階的復職制度を認識していることがプレゼンティーズムのリスクとなった。仮説 2 は「職場復帰支援制度がある会社の職員は心の健康問題によるプレゼンティーズムの状態になりにくい。」であったが、職場復帰支援制度の有無とプレゼンティーズムとの関連は認めず、仮説 2 も成立しなかった。

良いワークエンゲージメントは生活満足度とパフォーマンスを上げ、病気も減らすとしており<sup>86, 87</sup>、ワークエンゲージメントとして職員の会社や会社の制度への関心が向き制度を良く理解していればプレゼンティーズムの状態にはなりにくいと予想されたが、本研究では長期休業の経験がある場合に段階的復職制度の認識がプレゼンティーズムと関連を認めた。長期休暇を経験した労働者にプレゼンティーズムの状態である者が多かった結果と合わせて考えると、プレゼンティーズム群では長期休業を経験した人が多いため、必然的に制度を良く知るようになること示唆された。そして、長期休業の有無でプレゼンティーズムに対する因子として復職制度の認識の差が生まれることは、休業の当事者にならないと制度を認識せず、労働者への周知が足りていないことが示唆された。今後、労働者の安心した療養を取ることができるように制度を周知する必要性が考えられた。

長期休暇以外にプレゼンティーズムと関連を認めたものは、民間企業に勤務していることであった。民間企業では労働者は休んだ方がいいと思いつつも無理をして勤務をしていることが示唆された。

経済的なストレスがプレゼンティーズムに関連しているという報告<sup>88</sup>はあるが、本研究の結果は経済的な補償とプレゼンティーズムとは長期休業経験者のみ関連を認め、全体としては関連を認めなかった。長期休業経験者において金銭的補償期間がプレゼンティーズムの因子となることは、期間の長い会社ほど福利厚生が良く、休復職が許されやすい環境でありプレゼンティーズムが発生する可能性が考えられた。また、Arends I らが行ったオランダの研究では事業場の規模が大きいほど、精神疾患の再発率は高いと報告している<sup>89</sup>。本研究では、事業場の規模とプレゼンティーズムとの関連は認めなかったが、それは海外と日本との会社の制度の違いや、日本では事業場の規模が大きいほど心の健康問題をはじめ事業場から労働者への支援体制が高いため、結果としてプレゼンティーズムへ影響しなかった可能性が示唆された。

## 第V章

まとめ

## 第V章 まとめ

### V - A. 心の健康問題による休業からの復職と復職支援制度との関連

#### 1) 労働者における心の健康問題の現状

労働者の心の健康問題は精神面に与える影響のみならず、身体的、社会的な損失も招いている。日本では、心の健康問題により1か月以上の欠勤者・休職者がいる企業は63.5%であり、全従業員数に対する欠勤・休職者の割合は0.45%とされる<sup>28)</sup>。そのため、心の健康問題を改善する必要性は高く喫緊の取り組むべき課題であるため、本研究では病気休業から職場復帰、復帰後までを対象として一連の研究を行った。

#### 2) 心の健康問題による休業

第II章では、心の健康問題を原因とした休業期間を、心理学的な介入により約6.6日間短縮することを示すことができた。医療機関では薬物療法を行うことはできるが、職場においては薬物療法による介入はできず、心理学的なアプローチによる治療しかできない。そのため、本研究により効果を示すことができたのは大変意義深い。医師がいなくとも、産業保健スタッフが問題解決療法や認知行動療法による治療を行えば、多くの企業で従業員の休業日数を減らすことができると示唆された。休業日数を減らすことができれば、労働者自身の利益だけではなく、社会全体への貢献につながると考えられた。

#### 3) 職場復帰後の再休業

心の健康問題により休業に至った労働者が、職場復帰した後には再発が多いことが知られている。特にうつ病では約50%が再発すると報告されており<sup>69)</sup>、再休業になることが多い。再休業に陥らないための方策を厚生労働省はガイドラインで示しているが、その有効性については検討されてこなかった。

第III章では、ガイドラインで示されている復職に係わる制度として、試し出勤と段階的復職制度について休業日数や再休業に関連を認めるかを検討した。また、経済的な環境も心の健康へ影響を与えていることが知られているため<sup>9)</sup>、金銭的補償期間についても注目した。そして、病気休業の通算日数が一定期間の連続勤務をすることでリセットされる制度を導入している企業もあるため、リセット期間制度の有無および期間についても検討した。

その結果、復職支援制度が心の健康問題を理由とする休業及び再休業に関連していることが明らかになった。制度の有無だけではなく、その制度が適用される期間についても関連していることもわかり、今後、企業が制度を作成する際に参考となるデータを提供することができると思われた。

#### 4) プレゼンティーズムに関連している要因

プレゼンティーズムは近年注目されている概念ではあるが、第IV章では復職支援制度の認知及び有無がプレゼンティーズムに関連を認めるかを検討した。長期休暇を取得した経験がある労働者と経験がない労働者を対象にインターネットによる調査を行った結果、制度の認知や有無はプレゼンティーズムとの関連を認めず、長期休暇の既往や民間企業に勤務していることがプレゼンティーズムの頻度と強く関連していた。ただし、長期休業者に限ると段階的復職制度の認知がプレゼンティーズムのリスクとなった。休みを経験しているため必然的に制度を良く知るようになると示唆された。そして、民間企業では官公庁と比較して、心の健康問題を抱えている状態のまま勤務を継続している労働者が多いことが示唆された。

### V - B. 本研究の限界と課題

#### 1) 第II章

産業保健サービスはランダム化や盲検化の難しさから RCT の研究が少ない。そのために、検索で最終的に残った論文数は 10 編と少なかったが、メタアナリシスを 4 つの研究で行っている先行研究もあった<sup>90, 91)</sup>。サブグループ 1 と 2 では心理学的介入における性質が若干異なるため、統合する上で慎重な評価を行う必要がある。特に、休業中に介入を行う場合、企業の特性上困難なケースがあることが予想され、そのようなケースが脱落した可能性も考えられた。また、個々の介入の質にはばらつきがあり、一律にとらえることはできないと考えられた。最後に、今回検索された研究は 1 つを除いてすべてオランダの研究であった。就労に関する制度は国により異なるため、他国でも同じような結果になるかはさらなる検討が必要である。

#### 2) 第III章

第III章の研究では、回収率が4.5%は低く一般集団を代表しているとは言い難い。しかしながら、本研究と同様な企業に対する郵送法による調査では、先行研究においても回収率は5.2%や13.6%と報告されており<sup>71, 72)</sup>、本研究は具体的な休業日数や再休業率にまで質問が及び、先行研究よりも詳細な調査をしているため回収率が低くなったと考えられた。回収率をさらに高めることができれば、より詳細で適切な期間を検討するためのデータが得られたと考えられる。また、本研究では従業員数が1,000以上の企業の割合は約15%であったが、質問紙を配布する対象となった上場企業全体では約20%となっており大きな開きはないので、企業規模による偏りは少なかったと考えられた。今回対象とした企業は上場していることが条件であり、福利厚生がよい企業である可能性が考えられ、加えて、質問紙を返送した企業はより福利厚生に力を入れている可能性も考慮しなければならない。各制度を有している割合も福利厚生と関連していると考えられ、先行研究<sup>71)</sup>と本研究では似たよ

うな割合となっているものの、先行研究も上場企業を対象とし、回収率も高くないため慎重な検討が必要となる。また、疾患毎に罹患の期間や再発率が異なることが知られており、個々の疾患での解析も望まれるが、対象数が少なく解析できなかった。今後、対象者数を増やし調査を行っていく必要がある。また、病気の重症度によっても、休業日数や再休業に関連すると考えられる。労働者ひとりひとりを診察し、調査することが望まれるがその調査を行うことは現実的ではない。労働者を直接診察している産業医を対象に調査を行う有効性の検討が今後の課題である。

### 3) 第IV章

まず、本研究は同時に行った研究によるデータの二次利用のため、プレゼンティーズムを対象としてケースコントロールのマッチングを行うことができなかった。長期休業経験の有無別で対象者を設定したが、背景の条件が一定ではない可能性があり、選択バイアスについて慎重な評価を行わなければならない。欠損値については15人全員が長期休業を経験した労働者であった。そのことから、長期休業を経験した群でデータの偏りがある可能性がある。また、インターネットを利用した調査であることから、利用者はインターネットを利用することができる環境にいるものに限られる。そのため選択バイアスが出現している可能性がある。質問項目では過去12か月のことを聞いており、思い出しバイアスが出現している可能性もある。そして、制度の詳細は会社ごとに多少の違いがあるかもしれない。また、産業保健スタッフがどの程度関与しているかも本研究では検討をしていない。個人の経済状況や、婚姻状況、教育レベル等の個人特性についても調査は行っていない。復帰するまでの期間についての研究では、健康に関連した生活の質が関連しているという報告や<sup>92)</sup>、病気の重篤度が関連しているという報告があるが<sup>93)</sup>、それらについても調査をしなかった。制度の有無についてはあくまでも労働者が認知しているか否かであり、間違っただけで制度を認識している可能性もある。複数の企業の全職員を対象として制度の認知の正確性も調査した上で、さらなる調査を行うことでこれらの問題点を最小限にすることができると考える。

## V - C. 結語

本研究は、休業から職場復帰、プレゼンティーズムに関して一連の検討を行った。休業日数は心理的介入により改善を図ることができ、適切な職場復帰支援制度やその期間を設定することで、病気休業や業務遂行能力の低下による労働損失を最小限に抑えられる可能性を示すことができた。



## 第VI章

謝辭

## 第VI章 謝辞

本論文を作成するにあたり、筑波大学大学院松崎一葉教授、笹原信一郎准教授、大井雄一助教、宇佐見和哉助教より丁寧かつ熱心なご指導を賜り、深謝いたします。

また、本研究における調査の実施にあたり、多くの知識や示唆を頂いた筑波大学大学院産業精神医学・宇宙医学グループの商真哲、金子秀敏、小林直紀、関昭宏、平井康仁、鈴木瞬、大滝優、竹川京子、西谷恵、都間郁、金沢大学大学院医薬保健学総合研究科の堀大介の諸氏に感謝します。

さらに、本研究に係わる助言やデータ提供のご協力を下さった University of Groningen, University Medical Center Groningen の Jac van der Klink 教授、Iris Arends、The Trimbos-institute の Moniek Zijlstra-Vlasveld、Aarhus University Hospital, Department of Occupational Medicine の Morten Vejs Willert、Utrecht University, Department of Clinical and Health Psychology の Sibe Doosje 教授、総務省統計局の村田莉衣奈の諸氏に心より感謝の意を表します。

そして第三章、第四章の研究にご協力いただいた各企業の皆様、調査用紙回収、データ入力作業にご協力いただいた皆様に心より感謝の意を申し上げます。

なお、本研究はJSPS科研費24689024の助成の一部を受けたものです。

## 第Ⅶ章

文献

## 第Ⅶ章 文献

1. Leighton AH. My Name Is Legion: Vol. 1 of the Stirling County Study. New York, USA: Basic Books; 1959.
2. Langner TS, Michael ST. Life Stress and Mental Health: The Midtown Manhattan Study. Vol 2. London, England: Collier-MacMillan; 1963.
3. Hagnell O. A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder: A Study Based on 24,000 Person Years of the Incidence of Mental Disorders in a Swedish Population Together With an Evaluation of the Aetiological Significance of Medical, Social, and Personality Factors. Lund, Sweden: Svenska Bokforlaget; 1966.
4. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-9.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004; 420: 21-7.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291: 2581-90.
7. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2014 Sep 3]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/investing_mnh.pdf).
8. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2014 Sep 3]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1).
9. Wang J, Smailes E, Sareen J, et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. Can J Psychiatry 2010; 55: 598-605.
10. World Health Organization. Preventing Suicide – A Resource for General Physicians. Geneva: World Health Organization; 2000 [cited 2014 Sep 3]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/1/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/1/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?ua=1).
11. 高橋祥友. WHO による自殺予防の手引き. 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 自殺と防止対策の実態に関する研究 研究協力報告書.

- [cited 2014 Sep 3]. Available from:  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/pdf/tebiki.pdf>.
12. The UK Department of Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. White Paper: The Stationery Office; 1999 [cited 2014 Sep 3]. Available from:  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265576/4386.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf).
  13. Phyllis Gabriel. Mental Health in the workplace. Geneva: International Labour Office; 2000 [cited 2014 Sep 3]. Available from:  
[http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1229&context=gla-dnetcollect&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.co.jp%2Fscholar%3Fq%3DPhyllis%2BGabriel.%2BMental%2BHealth%2Bin%2Bthe%2Bworkplace%26hl%3Dja%26as\\_sdt%3D0%26as\\_vis%3D1%26oi%3Dscholar%26sa%3DX%26ei%3Dt\\_0GVPz4O4nX8gX0IIGQCA%26ved%3D0CBoQgQMwAA#search=%22Phyllis%20Gabriel.%20Mental%20Health%20workplace%22](http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1229&context=gla-dnetcollect&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.co.jp%2Fscholar%3Fq%3DPhyllis%2BGabriel.%2BMental%2BHealth%2Bin%2Bthe%2Bworkplace%26hl%3Dja%26as_sdt%3D0%26as_vis%3D1%26oi%3Dscholar%26sa%3DX%26ei%3Dt_0GVPz4O4nX8gX0IIGQCA%26ved%3D0CBoQgQMwAA#search=%22Phyllis%20Gabriel.%20Mental%20Health%20workplace%22).
  14. World Health Organization. Workers' health: global plan of action. Geneva: World Health Organization 2007 [cited 2014 Sep 3]. Available from:  
[http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_en\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf)
  15. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1465-75.
  16. Tiainen A, Rehnberg C. The economic burden of psychiatric disorders in Sweden. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 515-26.
  17. Patrik Sobockia, Ingrid Lekanderb, Fredrik Borgströmb, Oskar Strömb, Bo Runesonc. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 146-52.
  18. Ann Kristin Knudsen, Simon Øverland, Matthew Hotopf, Arnstein Mykletun. Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS One* 2012; 7: e42567. Published online 2012 August 15.
  19. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 292-8.
  20. Andrea H, Bültmann U, Beurskens AJ, Swaen GM, van Schayck CP, Kant IJ. Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale: psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 637-46.
  21. Zechinatti AC, Belloti JC, de Moraes VY, Albertoni WM. Occupational

- musculoskeletal and mental disorders as the most frequent associations to worker's sickness absence: a 10-year cohort study. *BMC Res Notes* 2012; 5: 229. doi: 10.1186/1756-0500-5-229.
22. Lee, Young-Mi. Loss of Productivity due to Depression among Korean Employees. *J Occup Health* 2010; 52: 389-94.
  23. 厚生労働省. 平成 23 年(2011)患者調査の概況. [cited 2014 Sep 4]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html>.
  24. Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, et al. Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 442-50.
  25. Okumura Y, Higuchi T. Cost of depression among adults in Japan. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011; 13(3). pii: PCC.10m01082. doi: 10.4088/PCC.10m01082.
  26. 連合総合生活開発研究所. 第 26 回勤労者短観; 2013 [cited 2014 Sep 4]. Available from: [http://www.rengo-soken.or.jp/report\\_db/file/1389168971\\_a.pdf](http://www.rengo-soken.or.jp/report_db/file/1389168971_a.pdf).
  27. 厚生労働省. 平成 25 年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」を公表; 2014 [cited 2014 Sep 4]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>.
  28. 労務行政研究所. 企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査. *労政時報* 2010; 3781: 8-29.
  29. 島悟. うつ病を中心としたと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: 厚生労働科学研究成果データベース; [cited 2014 Jun 4]. Available from: <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200301156A>.
  30. 横山和仁. 職場におけるメンタルヘルス対策の有効性、費用対効果等に関する調査研究. 2012 [cited 2014 Jun 4]. Available from: <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201233005A>.
  31. Karasek, RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Quart* 1979; 24: 285-308.
  32. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
  33. Hurrell JJ Jr, McLaney MA. Exposure to job stress: a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health* 1988; (suppl 1)14: 27-8.
  34. Siegrist, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27-41.
  35. 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: 労働省; 1999 [cited 2014 Sep 4]. Available from:

- [http://www.jil.go.jp/jil/kisya/kijun/990915\\_01\\_k/990915\\_01\\_k.html](http://www.jil.go.jp/jil/kisya/kijun/990915_01_k/990915_01_k.html).
36. 厚生労働省. 精神障害の労災認定; 2011 [cited 2014 Sep 4]. Available from:  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/dl/120215-01.pdf>.
  37. 厚生労働省. 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; 2004 [cited 2014 Sep 4]. Available from:  
[http://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/syokubahukki\\_h24kaitei.pdf](http://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/syokubahukki_h24kaitei.pdf).
  38. Canfield GW, Soash DG. Presenteeism-a constructive view. *Ind Med Surg* 1955; 24: 417-8.
  39. Wrate RM. Increase in staff numbers may reduce doctors' "presenteeism". *BMJ* 1999; 319: 1502.
  40. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 502-9.
  41. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med* 2005; 47: 958-66.
  42. Gustafsson K, Marklund S. Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occup Med (Lond)* 2014; 64: 49-55.
  43. Janssens H, Clays E, De Clercq B, De Bacquer D, Braeckman L. The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *J Occup Health* 2013; 55: 132-41.
  44. Cocker F, Martin A, Scott J, Venn A, Otahal P, Sanderson K. Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms. *J Affect Disord* 2011; 135: 231-40.
  45. Conway PM, Hogh A, Rugulies R, Hansen ÅM. Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *J Occup Environ Med* 2014; 56: 595-603.
  46. Wada K, Arakida M, Watanabe R, Negishi M, Sato J, Tsutsumi A. The economic impact of loss of performance due to absenteeism and presenteeism caused by depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. *Ind Health* 2013; 51: 482-9.
  47. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012; 7: e35330. doi: 10.1371/journal.pone.0035330.
  48. Coffeng JK, Hendriksen IJ, Duijts SF, Twisk JW, van Mechelen W, Boot CR. Effectiveness of a combined social and physical environmental intervention on presenteeism, absenteeism, work performance, and work engagement in office

- employees. *J Occup Environ Med* 2014; 56: 258-65.
49. Muto T, Sumiyoshi Y, Sawada S, et al. Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. *Ind Health* 1999; 37: 243-52.
  50. Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med* 2011; 68: 408-13.
  51. Jac J.L. van der Klink, RW Blonk, AH Schene, F J van Dijk. The benefits if interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001; 91: 270-6.
  52. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328: 1490-4.
  53. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008; 336: 995-8.
  54. Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health* 2007; 17: 214-20.
  55. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2009; 51: 305-12.
  56. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Ader HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6: 375-85.
  57. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37: 186-95.
  58. van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup Environ Med* 2010; 67: 603-10.
  59. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 2013; 70: 223-30.
  60. Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, Twisk JW, van Mechelen W. Worksite health promotion using individual counselling and the effectiveness on sick leave; results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2004; 61: 275-9.



61. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol* 2008; 13: 214-31.
62. Arends I, Bültmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Soc Sci Med* 2014; 100: 123-32.
63. Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 79-86.
64. Brouwer S, Muijzer A, Geertzen J, Groothoff J. When are return-to-work (RTW) efforts sufficient? A study about the RTW process among individuals in receipt of disability benefits. *Occup Environ Med* 2011; 68(Suppl 1): A29.
65. Lagerveld S, Blonk R, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol* 2012; 17: 220-34.
66. Stefan SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-40.
67. Haland AT, Vogel PA, Lie B, Launes G, Pripp AH, Himle JA. Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behav Res Ther* 2010; 48: 547-54.
68. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion Regulation Skills Training Enhances the Efficacy of Inpatient Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 234-45.
69. Thase M, Sullivan L. Relapse and recurrence of depression. *CNS Drugs*. 1995; 4: 261-77.
70. 小林直紀, 笹原信一郎, 友常祐介ら. メンタルヘルス不全に伴う病気休業と休復職に関する規則・制度との関連に関する研究. *産衛誌* 2012; 54: 286-93.
71. 労務行政研究所. 私傷病欠勤・休職制度の最新実態. *労政時報* 2008; 3821: 12-44.
72. 土屋政雄. メンタルヘルス不調者の休業・退職・再発・復職と企業の健康管理対策との関連: 横断的分析. *労働安全衛生研究* 2010; 3: 111-8.
73. 田中雅人, 寶珠山務, 高橋謙, 伊藤敬, 大久保利晃. 職場復帰と適正配置についての実態調査: 就業規則から見た制度とその運用. *産衛誌* 1998; 40: 214-21.
74. 藤野善久, 松田晋哉. 「新しい自律的な労働時間制度」に関する Health Impact Assessment. *産衛誌* 2007; 49: 45-53.

75. Akerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Sleep Med Rev* 1998; 2: 117-28.
76. Nicholson PJ, D'Auria DA. Shift work, health, the working time regulations and health assessments. *Occup Med (Lond)* 1999; 49: 127-37.
77. Akerstedt T. Psychological and psychophysiological effects of shift work. *Scand J Work Environ Health* 1990; 16 Suppl 1: 67-73.
78. Zołnierczyk-Zreda D, Bedyńska S, Warszevska-Makuch M. Work time control and mental health of workers working long hours: the role of gender and age. *Int J Occup Saf Ergon* 2012; 18: 311-20.
79. Shimizu T, Horie S, Nagata S, Marui E. Relationship between self-reported low productivity and overtime working. *Occup Med (Lond)* 2004; 54: 52-4.
80. MACROMILL. モニタ情報. 2014 [cited 2014 Jun 30]. Available from: <http://www.macromill.com/>
81. Leineweber C, Westerlund H, Hagberg J, Svedberg P, Alexanderson K. Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: results from the population-based SLOSH study. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85: 905-14.
82. Cocker F, Martin A, Scott J, Venn A, Sanderson K. Psychological distress, related work attendance, and productivity loss in small-to-medium enterprise owner/managers. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 5062-82.
83. Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 118-32.
84. Takao S, Tsutsumi A, Nishiuchi K, Mineyama S, Kawakami N. Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial. *J Occup Health* 2006; 48: 494-503.
85. Tsutsumi A, Takao S, Mineyama S, Nishiuchi K, Komatsu H, Kawakami N. Effects of a supervisory education for positive mental health in the workplace: a quasi-experimental study. *J Occup Health* 2005; 47: 226-35.
86. Shimazu A, Schaufeli WB, Kamiyama K, Kawakami N. Workaholism vs. Work Engagement: the Two Different Predictors of Future Well-being and Performance. *Int J Behav Med* 2014 Apr 3. [Epub ahead of print] doi: 10.1007/s12529-014-9410-x.
87. Nakagawa Y, Inoue A, Kawakami N, et al. Job Demands, Job Resources, and Job Performance in Japanese Workers: A Cross-sectional Study. *Ind Health* 2014 Jul 11. [Epub ahead of print] doi: 10.2486/indhealth.2014-0036.
88. Callen BL, Lindley LC, Niederhauser VP. Health risk factors associated with

- presenteeism in the workplace. *J Occup Environ Med* 2013; 55: 1312-7.
89. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2014; 40: 195-202.
  90. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 443-62.
  91. Sanati KA, Mansouri M, Macdonald D, Ghafghazi S, Macdonald E, Yadegarfar G. Surgical techniques and return to work following carpal tunnel release: a systematic review and meta-analysis. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 474-81.
  92. Vemer P, Bouwmans CA, Zijlstra-Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Hakkaart-van Roijen L. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1637-45.
  93. Hees HL, Koeter MW, Schene AH. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: e1048-55. doi: 10.4088/JCP.12m07699.

## 第Ⅷ章

### 図表と付録

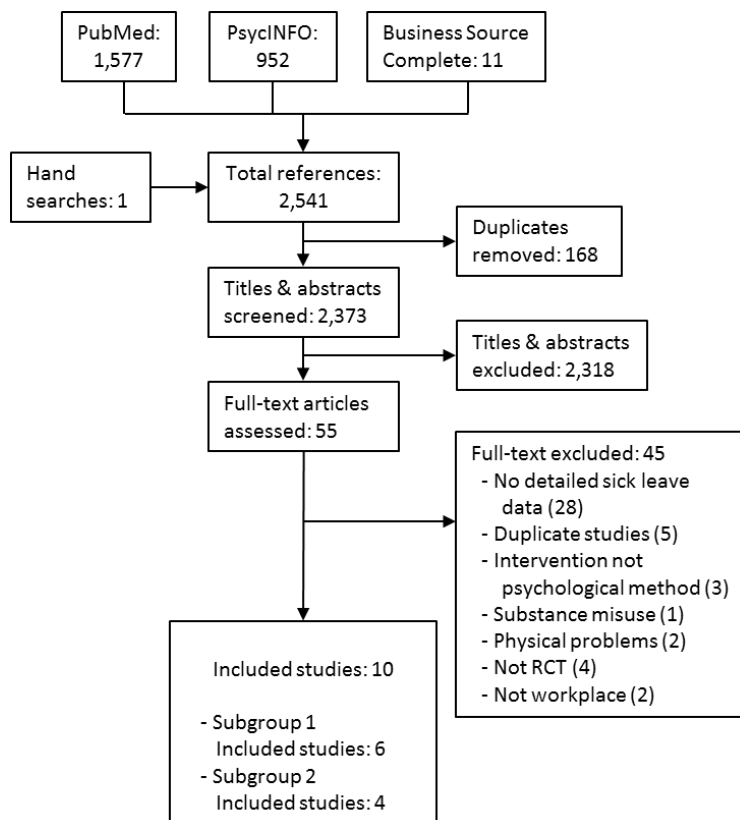


図 1. 採択された論文検索のフローチャート

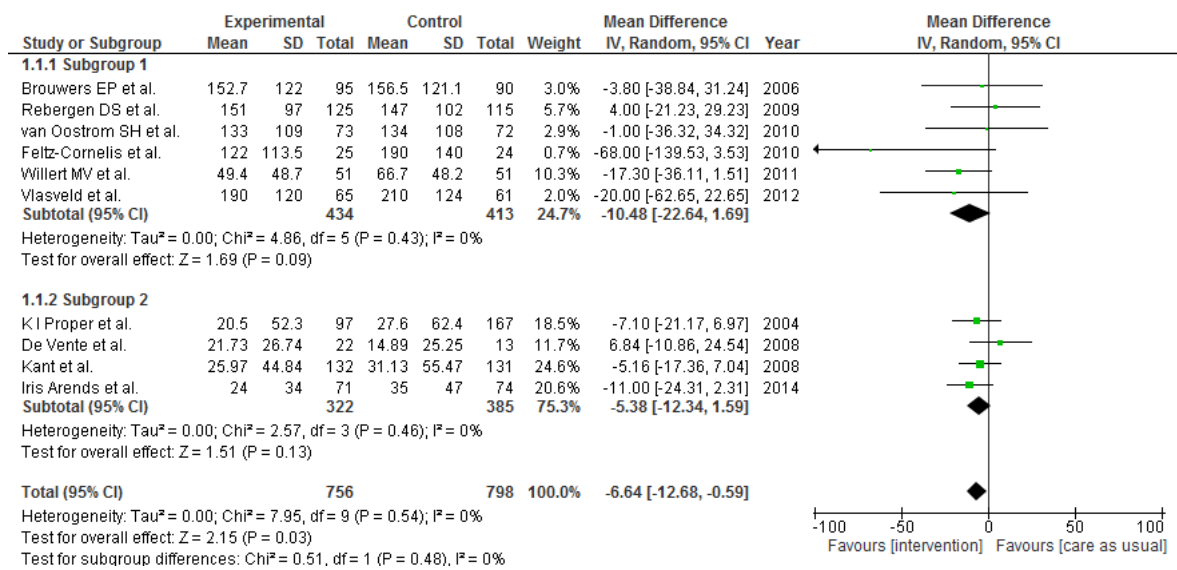


図 2. 心理学的介入と通常のコアを比較したフォレストプロット

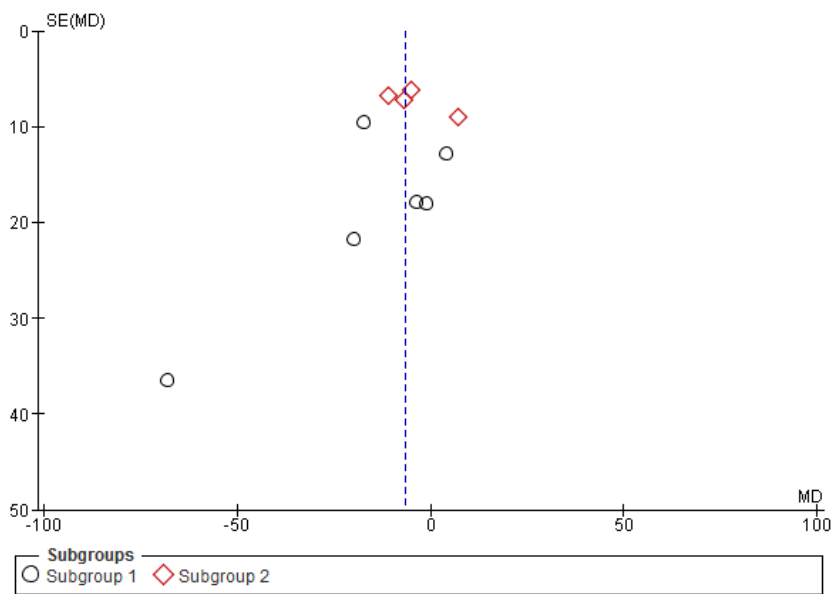


図 3. サブグループ 1 とサブグループ 2 のファンネルプロット 分布からは出版バイアスはないと言えるであろう。

表 1. 各研究の特徴

Study	Population	Intervention condition	Control condition	Design	Follow-up period (months)	Sample size		Time to RTW (days)		Total sick leave days	
						Total (intervention/control group)	Mean (intervention/control group)	SD	Mean (intervention/control group)	SD	
Subgroup 1											
Brouwers et al. (2008)	Patients on sick leave because of minor mental disorders (maximum 3 months)	Problem-solving approach	CAU	Cluster-RCT	18	185 (95/90)	152.7/156.5	122.0/121.1	-	-	-
Rebergen et al. (2009)	Police workers on sick leave because of mental problems	Dutch guideline-based care based on an activating approach, time contingent process evaluation, and cognitive behavioral principles	CAU	RCT	12	240 (125/115)	151/147	97/102	-	-	-
van der Feltz-Cornelis et al. (2010)	Employees suffering from common mental disorders who were on leave for more than 6 weeks	OPs receive supportive psychiatric consultations including suggestion for RTW and successful strategies aimed at work function	CAU	Cluster-RCT	6	49 (25/24)	122/190	113.5/140.0	-	-	-
van Oostrom et al. (2010)	Employees without severe psychiatric disorders of 3 large Dutch organisations	Stepwise communication process to identify and solve obstacles to RTW	CAU	RCT	12	145 (73/72)	133/134	109/108	-	-	-
Willert et al. (2011)	Municipal workers recruited from general practitioners, union social workers, and direct inquiry	Eight CBT sessions to cope with stressful situations provided by well-trained psychologists	CAU	RCT	4	101 (51/51)	49.4/66.7	48.7/48.2	-	-	-
Vasveld et al. (2012)	Workers on sick leave between 4 and 12 weeks because of depressive symptoms	Collaborative care intervention provided by the OP-CM, PST, manual-guided self-help, workplace intervention, and prescription of antidepressant medication depending on patient preference	CAU	RCT	12	126 (65/61)	190/210	120/124	-	-	-
Subgroup 2											
Proper et al. (2004)	Civil servants or white-collar workers	The Patient-centred Assessment and Counseling for Exercise and Nutrition Structured early consultation with OP	CAU	RCT	9	284 (97/167)	-	-	20.5/27.6	52.3/62.4	-
Kant et al. (2008)	Office workers at a large banking company at high risk for long-term sickness-related absence	Twelve sessions of cognitive behavioral intervention	CAU	RCT	12	263 (132/131)	-	-	25.97/31.13	44.84/55.47	-
De Vente et al. (2008)	Workers with work-related stress	Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention (SHARP)-at work	CAU	RCT	10	35 (22/13)	-	-	21.73/14.89	26.74/25.25	-
Arends et al. (2014)	Diagnosed with a CMD by a physician	Cluster-RCT (problem-solving process)	CAU	Cluster-RCT	12	145 (71/74)	-	-	24/35	34/47	-

CAU, Care as usual; CM, Care manager; CMD, common mental disorder; OP, Occupational physician; PST, Problem-solving treatment; RCT, Randomized controlled trial; RTW, Return to work.



表 2. エビデンス・プロファイル

	Quality assessment					Summary of findings		
	No. of studies ( <i>n</i> = participants)	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Mean difference [95% CI]	Quality
Subgroup 1	6 ( <i>n</i> = 847)	Serious limitations (-1) <sup>a</sup>	None	None	None	Cannot assess (-1) <sup>b</sup>	-10.48 [-22.64, 1.69]	++, low
Subgroup 2	4 ( <i>n</i> = 707)	Serious limitations (-1) <sup>a</sup>	None	None	None	Cannot assess (-1) <sup>b</sup>	-5.38 [-12.34, 1.59]	++, low

a, The description of allocation sequence was insufficient in many studies, and blinding was inadequate in all studies; b, The number of studies is too small.

表 3. 対象者の特徴 ( $n = 163$ )

	$n$	(%)	Mean (SD)
事業場規模			
1-999	63	(38.7)	
$\geq 1,000$	100	(61.3)	
各制度の有無			
リセット期間	121	(74.2)	
金銭的補償	134	(82.2)	
試し出勤	102	(62.6)	
段階的復職	88	(54.0)	
休業日数 (日)			288.5 (255.7)
再休業率 (%)			27.9 (0.24)

表 4. 診断書病名 ( $n = 163$ )

診断書病名	$n$	(%)
統合失調症	6	(3.7)
うつ病 / 抑うつ状態	115	(70.6)
双極性感情障害	3	(1.8)
不安障害	4	(2.5)
神経症	3	(1.8)
身体表現性障害	3	(1.8)
適応障害	15	(9.2)
自律神経失調症	9	(5.5)
その他	5	(3.1)

表 5. 各制度の期間と休業日数及び再休業率の相関

制度	n <sup>a</sup>	Mean (SD) no. of months	休業日数		再休業率	
			r <sup>b</sup>	p	r <sup>b</sup>	p
リセット期間	153	6.2 (8.4)	0.122	0.133	0.291	<0.001
金銭的補償期間	150	18.5 (14.4)	0.191	0.019	0.452	<0.001
試し出勤制度期間	73	0.4 (1.5)	-0.116	0.327	0.255	0.029
段階的復職制度期間	102	0.9 (2.0)	-0.142	0.155	-0.404	<0.001

a, 制度の期間について回答のあった人数; b, Pearsonの相関係数.

表 6. 制度の有無および企業規模と病気休業期間の重回帰分析 ( $n = 163$ )

Predictor	B	Beta	$p$
企業規模	56.7	0.108	0.207
リセット期間制度	55.0	0.094	0.243
金銭的補償制度	77.6	0.116	0.191
試し出勤制度	-15.9	-0.030	0.746
段階的復職制度	7.8	0.015	0.852

$R^2$ , 0.036; adj.  $R^2$ , 0.005; F, 1.2;  $p$ , 0.324.

表 7. 制度の有無および企業規模と再休業率の重回帰分析 ( $n = 163$ )

Predictor	B	Beta	$p$
企業規模	-0.08	-0.158	0.040
リセット期間制度	0.09	0.169	0.020
金銭的補償制度	0.10	0.152	0.056
試し出勤制度	0.08	0.160	0.054
段階的復職制度	-0.16	-0.327	<0.001

$R^2, 0.236$ ; adj.  $R^2, 0.212$ ;  $F, 9.7$ ;  $p \leq 0.001$ .

表 8. 対象者の属性 ( $n = 501$ )

	<i>n</i>	(%)	Mean	(SD)
<b>性別</b>				
男性	357	(71.3)		
女性	144	(28.7)		
<b>年齢</b>				
合計			42.2	(9.2)
男性			44.6	(8.1)
女性			36.3	(9.1)
<b>組織の形態</b>				
民間企業	438	(87.4)		
官公庁	63	(12.6)		
<b>職種</b>				
専門・技術	161	(32.1)		
事務	176	(35.1)		
販売	41	(8.2)		
サービス	47	(9.4)		
保安	7	(1.4)		
農林漁業	2	(0.4)		
生産工程	27	(5.4)		
輸送・機械運転	6	(1.2)		
建設・採掘	12	(2.4)		
運搬・清掃・包装	6	(1.2)		
その他	16	(3.2)		
<b>役職</b>				
管理職	91	(18.2)		
非管理職	410	(81.8)		
<b>企業規模</b>				
小規模	180	(35.9)		
中規模	208	(41.5)		
大規模	113	(22.6)		
<b>労働時間/月</b>			165.1	(58.8)
<b>復職支援制度の認識</b>				
金銭的補償制度	418	(83.4)		
段階的復職制度	312	(62.3)		
試し出勤制度	257	(51.3)		
<b>復職支援制度の有無</b>				
金銭的補償制度	324	(77.5)		
段階的復職制度	182	(58.3)		
試し出勤制度	110	(42.8)		
<b>プレゼンティーズム</b>				
なし	224	(44.7)		
1度のみ	50	(10.0)		
2-5度	122	(24.3)		
6度以上	105	(21.0)		

プレゼンティーズム, 最近12ヶ月の間に精神的に体調が悪く、病  
気休暇をとるべきだと感じながらも仕事に行った頻度.

表 9. 長期休業経験の有無と性別、年齢、組織の形態、管理職、企業規模、労働時間、プレゼンティーズムの比較 (n = 501)

	長期休業経験						p
	あり (n=243)			なし (n=258)			
	n	Mean	(SD)	n	Mean	(SD)	
性別							
男性	194			163			<0.001 <sup>a</sup>
女性	49			95			
年齢		43.5	(8.4)		40.9	(9.6)	0.001 <sup>a</sup>
組織の形態							
民間企業	202			236			0.001 <sup>a</sup>
官公庁	41			22			
役職							
管理職	46			45			0.666 <sup>a</sup>
非管理職	197			213			
企業規模							
小規模	69			111			<0.001 <sup>a</sup>
中規模	100			108			
大規模	74			39			
労働時間/月		159.6	(60.8)		170.3	(56.5)	0.041 <sup>b</sup>
プレゼンティーズム							
なし	67			157			<0.001 <sup>a</sup>
1度	25			25			
2-5度	67			55			
6度以上	84			21			

a, カイ二乗検定; b, 対応のないt検定.



表 10. 制度の認識と有無、プレゼンティーズム ( $n = 501$ )

	プレゼンティーズム		非プレゼンティーズム		$p^a$
	$n$	(%)	$n$	(%)	
<b>全体</b>	227	(100)	274	(100)	-
金銭的補償期間					
ある	157	(69.2)	167	(61.0)	0.082
ない	41	(18.0)	53	(19.3)	
知らない	29	(12.8)	54	(19.7)	
段階的復職制度					
ある	99	(43.6)	83	(30.3)	0.003
ない	59	(26.0)	71	(25.9)	
知らない	69	(30.4)	120	(43.8)	
試し出勤制度					
ある	63	(27.8)	47	(17.2)	0.009
ない	67	(29.5)	80	(29.2)	
知らない	97	(42.7)	147	(53.6)	
<b>長期休業経験者</b>	151	(100)	92	(100)	-
金銭的補償期間					
ある	113	(74.8)	68	(73.9)	0.294
ない	25	(16.6)	11	(12.0)	
知らない	13	(8.6)	13	(14.1)	
段階的復職制度					
ある	79	(52.3)	44	(47.8)	0.176
ない	43	(28.5)	21	(22.8)	
知らない	29	(19.2)	27	(29.4)	
試し出勤制度					
ある	52	(34.4)	29	(31.5)	0.758
ない	47	(31.2)	27	(29.4)	
知らない	52	(34.4)	36	(39.1)	
<b>長期休業非経験者</b>	76	(100)	182	(100)	-
金銭的補償期間					
ある	44	(57.9)	99	(54.4)	0.874
ない	16	(21.1)	42	(23.1)	
知らない	16	(21.1)	41	(22.5)	
段階的復職制度					
ある	20	(26.3)	39	(21.4)	0.485
ない	16	(21.1)	50	(27.5)	
知らない	40	(52.6)	93	(51.1)	
試し出勤制度					
ある	11	(14.5)	18	(9.9)	0.555
ない	20	(26.3)	53	(29.1)	
知らない	45	(59.2)	111	(61.0)	

a, カイ二乗検定.

表 11. プレゼンティーズムに対する各因子のオッズ比 ( $n = 329$ )

	Odds ratio	95% CI
男性	1.29	[0.70-2.41]
年齢	1.02	[0.99-1.05]
企業規模	1.08	[0.78-1.51]
長期休業経験	<b>3.16</b>	[1.89-5.30]
民間企業	<b>2.31</b>	[1.15-4.64]
管理職	0.85	[0.46-1.57]
労働時間	1.00	[0.99-1.00]
復職支援制度の認識		
段階的復職制度	1.35	[0.59-3.11]
試し出勤制度	0.96	[0.46-1.98]
復職支援制度の有無		
金銭的補償制度	0.75	[0.38-1.50]
段階的復職制度	1.18	[0.57-2.43]
試し出勤制度	1.24	[0.58-2.64]
金銭的補償期間	1.02	[0.99-1.04]

ロジスティック回帰分析（金銭的補償期間制度の認識は回帰係数から除外された）； 95% CI, 95% Confidence interval; Nagelkerke R<sup>2</sup>乗, 0.169.

表 12. 長期休業経験のある職員のプレゼンティーズムに対する各因子のオッズ比 (n = 186)

	Odds ratio	95% CI
男性	1.49	[0.61-3.63]
年齢	1.00	[0.96-1.04]
企業規模	0.99	[0.64-1.54]
民間企業	<b>2.57</b>	[1.10-5.99]
管理職	1.21	[0.54-2.74]
労働時間	1.00	[0.99-1.00]
復職支援制度の認識		
段階的復職制度	<b>3.89</b>	[1.02-14.81]
試し出勤制度	0.81	[0.28-2.36]
復職支援制度の有無		
金銭的補償制度	0.46	[0.17-1.23]
段階的復職制度	0.60	[0.24-1.51]
試し出勤制度	1.31	[0.52-3.32]
金銭的補償期間	<b>1.04</b>	[1.01-1.07]

ロジスティック回帰分析（金銭的補償期間制度の認識は回帰係数から除外された）； 95% CI, 95% Confidence interval; Nagelkerke R<sup>2</sup>乗, 0.131.

表 13. 長期休業経験のない職員のプレゼンティーズムに対する各因子のオッズ比 (n = 143)

	Odds ratio	95%CI
男性	1.48	[0.55-3.97]
年齢	<b>1.05</b>	[1.00-1.11]
企業規模	1.22	[0.69-2.15]
民間企業	1.82	[0.45-7.36]
管理職	0.62	[0.21-1.87]
労働時間	1.00	[0.99-1.01]
復職支援制度の認識		
段階的復職制度	0.59	[0.18-1.96]
試し出勤制度	1.00	[0.33-3.05]
復職支援制度の有無		
金銭的補償制度	0.92	[0.30-2.86]
段階的復職制度	3.39	[0.88-13.09]
試し出勤制度	1.41	[0.32-6.19]
金銭的補償期間	0.96	[0.90-1.03]

ロジスティック回帰分析（金銭的補償期間制度の認識は回帰係数から除外された）；95%CI, 95% Confidence interval;

Nagelkerke R<sup>2</sup>乗, 0.105.

## 付録 1.

各データベースの検索方法。検索は 2004 年 1 月 1 日から 2014 年 4 月 29 日の期間で設定した。

### PubMed

((mental[All Fields] AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorders"[All Fields])) OR (sick[All Fields] AND leave[All Fields]) OR ("absenteeism"[MeSH Terms] OR "absenteeism"[All Fields])) AND ((occupational[All Fields] AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("physicians"[MeSH Terms] OR "physicians"[All Fields])) OR (occupational[All Fields] AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND services[All Fields]) OR ("psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy"[All Fields])) AND (("random allocation"[MeSH Terms] OR ("random"[All Fields] AND "allocation"[All Fields]) OR "random allocation"[All Fields] OR "randomized"[All Fields]) AND controlled[All Fields] AND ("clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR ("clinical"[All Fields] AND "trials"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "clinical trials as topic"[All Fields] OR "trial"[All Fields])) AND ("2004/01/01"[PDAT] : "2014/04/29"[PDAT])

### PsycINFO

((mental AND disorders) OR (sick AND leave) OR (absenteeism) OR (behavioral AND symptoms)) AND ((occupational AND health AND physicians) OR (occupational AND health AND services) OR (psychotherapy)) AND ((randomized AND controlled AND trial))

### Business Source Complete

((mental AND disorders) OR (sick AND leave) OR (absenteeism) OR (behavioral AND symptoms)) AND ((occupational AND health AND physicians) OR (occupational AND health AND services) OR (psychotherapy)) AND ((randomized AND controlled AND trial))

## 付録 2.

A. 貴事業場についてお伺いします。

Q1. 貴事業場の職員数（常勤職員）と一般定期健康診断の対象者数をお教え下さい。

・常勤職員数 ( ) 人

・一般定期健康診断対象者 ( ) 人

Q2. 貴事業場の業種についてお教え下さい。下記のあてはまるものから1つ選択し丸をつけて下さい。

- |             |                |              |           |
|-------------|----------------|--------------|-----------|
| 1. 水産・農林業   | 2. 鉱業          | 3. 建設業       | 4. 食料品    |
| 5. 繊維製品     | 6. パルプ・紙       | 7. 化学        | 8. 医薬品    |
| 9. 石油・石炭製品  | 10. ゴム製品       | 11. ガラス・土石製品 |           |
| 12. 鉄鋼      | 13. 非鉄金属       | 14. 金属製品     | 15. 機械    |
| 16. 電気機器    | 17. 輸送用機器      | 18. 精密機器     | 19. その他製品 |
| 20. 電気・ガス業  | 21. 陸運業        | 22. 海運業      | 23. 空運業   |
| 24. 倉庫・運輸関連 | 25. 情報・通信業     | 26. 卸売業      | 27. 小売業   |
| 28. 銀行業     | 29. 証券、商品先物取引業 | 30. 保険業      |           |
| 31. その他金融業  | 32. 不動産業       | 33. サービス業    |           |

B. 休職者の状況についてお伺いします。

Q1. 心の健康問題を抱える職員の対応に困難したことがある。

1. はい      2. いいえ

Q2. 産業医や保健師、看護師、臨床心理士などの産業保健を専門とする職員が心の健康問題を抱える

職員の休復職の対応にも関わっていますか。

1. はい      2. いいえ

Q3-1. 平成 25 年 1 月 1 日の時点で、心の健康問題により 30 日以上連続して休業（休職、病気休暇、年次有給休暇等）している方の人数を教えてください。

・休業中の人数 ( ) 人

・1 月 1 日時点における平均休業日数 平均 ( ) 日

※ 上記形式でお答えになりづらい場合、該当する期間のみ個別にお教えいただければ結構です。診断書の診断名がわかれば可能な範囲でご記入頂けると幸いです。

	休業開始日	診断名
例	平成 24 年 3 月 27 日	抑うつ状態
1	年 月 日	
2	年 月 日	
3	年 月 日	
4	年 月 日	
5	年 月 日	

・  
・  
・

Q3-2. Q3-1 の休業中の人数のなかで、30 日以上連続した休業が 2 度目以上 の方の人数を教えてください。

( ) 人

Q4. 心の健康問題により 30 日以上連続して休業（休職、病気休暇、年次有給休暇等）し、昨年度（平成 23 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日）中に職場復帰した方の人数と平均休業日数を教えてください。

・復帰者人数 ( ) 人

・平均休業日数 平均 ( ) 日

※ 上記形式でお答えになりづらい場合、該当する期間のみ個別にお教えいただければ結構です。診断書の診断名がわかれば可能な範囲でご記入頂けると幸いです。

	休業開始日	復職日	診断名
例	平成 18 年 7 月 2 日	平成 24 年 9 月 18 日	自律神経失調症
例	平成 23 年 4 月 7 日	平成 23 年 7 月 25 日	うつ病
1	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
2	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
3	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
4	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
5	平成 年 月 日	平成 年 月 日	

・  
・  
・

C. 常勤職員の休職制度についてお伺いします。

Q1. 私傷病による雇用保障制度（病気休暇、療養休暇等）を定めている。

1. はい（→Q2 へ）      2. いいえ（→Q3 へ）

Q2. Q1 で「はい」とお答え頂いた方に質問します。

雇用保障制度（病気休暇、療養休暇等）の期間はどれくらいでしょうか。

- 勤務年数に関わらず一定 ( ) 年 ( ) か月
- 勤務年数別に定める  
( 最小 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 、最大 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 )
- 疾病の種類別に定める
- 勤務年数と疾病の両方により定める
- その他 ( )



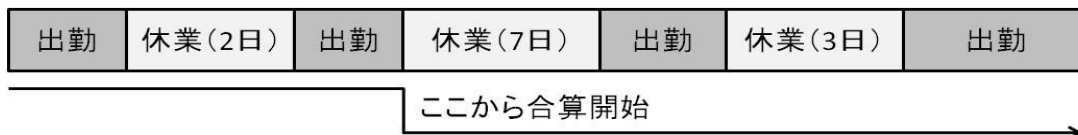
Q3. 職場復帰後に再度同一傷病で休んだ場合、雇用保障期間（病気休暇、療養休暇等）を合算しますか。

1. 常に合算される
2. 一定期間を超えると合算される（※）

（      ）カ月（      ）日

3. いいえ

※ 例) 一定期間が **5日間** の場合



上記の場合は休業期間のカウントは10日間

Q4. 雇用保障期間（病気休暇、療養休暇等）にリセット期間（合算されていた日数が0に戻る）がありますか。

1. はい（※）  
（      ）か月（      ）日
2. いいえ

※ 例) リセット期間が **20日間** の場合



Q5. 休職期間中に傷病手当金以外のなんらかの賃金の補償期間（健保、会社、共済組合からの賃金給付）はありますか。

1. はい  
期間は最大（      年      か月）
2. いいえ





**Q4** 過去 4 週間(28 日間)の間、おおよそ何時間あなたは働きましたか？

※過去 4 週間に働いた時間数の計算例

1 日あたり 8 時間を週 4 日勤務=32 時間/週=128 時間/4 週

1 日あたり 8 時間を週 5 日勤務=40 時間/週=160 時間/4 週

1 日あたり 10 時間を週 5 日勤務=50 時間/週=200 時間/4 週

1 日あたり 12 時間を週 5 日勤務=60 時間/週=240 時間/4 週

1 日あたり 8 時間を週 5 日勤務と 1 日あたり 4 時間を週 1 日勤務=44 時間/週=176 時間/4 週

1 日あたり 10 時間を週 5 日勤務と 1 日あたり 4 時間を週 1 日勤務=54 時間/週=216 時間/4 週

1. 【 】時間

**Q5** 過去 4 週間(28 日間)の間、あなたは、精神的健康問題が理由で、勤務日(終日)を何日お休みしましたか？

1. 【 】日

**Q6** 過去 4 週間(28 日間)の間、あなたは精神的健康問題が理由で、勤務日(一部:半日休や時間休)を何日お休みしましたか？

1. 【 】日

**Q7** 0 があなたの仕事において誰でも達成できるような仕事のパフォーマンス、10 がもっとも優れた勤務者のパフォーマンスとした 0 から 10 までの尺度上で、あなたの仕事と似た仕事において多くの勤務者の普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

(最悪のパフォーマンス) 0 - 10 (もっとも優れたパフォーマンス)

(例:自分と似た仕事をしている他の人達のパフォーマンスが:とても優れていたら 10、

とても悪ければ 0、中程度であれば 5)

1. 【 】

**Q8** 前問と同様の 0 から 10 までの尺度上で、過去 1-2 年のあなたの普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？(最悪のパフォーマンス) 0 - 10 (もっとも優れたパフォーマンス)

1. 【 】

**Q9** 前問と同様の 0 から 10 までの尺度上で、過去 4 週間(28 日間)の間のあなたの勤務日におけるあなたの総合的なパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

(最悪のパフォーマンス) 0 - 10 (もっとも優れたパフォーマンス)

1. 【 】

**Q10** あなたのパフォーマンスに影響を与える原因のうち、あてはまる理由を全て選んでください。(いくつでも)

- 1. 精神的な不調(睡眠不足・集中力不足や人間関係を含む)
- 2. 身体的な不調(腰痛、怪我、感染症など)
- 3. 家庭に関する制限(子育て、介護等)
- 4. その他【 】[ ]

**Q11** 最近 12 か月の間に精神的に体調が悪く、病気休暇を取るべきだと感じながらも仕事に行ったことはありましたか？

- 1. 1 度だけ
- 2. 2-5 度程度
- 3. 6 度以上
- 4. そのようなことは全くない

**Q12** あなたの会社の休業に関する制度についてお伺いします。病気休暇もしくは休職中の所得が補償される制度がありますか。

- 1. 制度がある
- 2. 制度はあるが、その補償期間については知らない
- 3. 制度はない
- 4. その制度については知らない

**Q13** 前問で「制度がある」とお答えいただいた方に質問します。補償期間はどれくらいですか。  
(参考)2 週間=0.5 ヶ月、1 年=12 ヶ月、2 年=24 ヶ月のように月単位でお答えください。

1. 【 】ヶ月

**Q14** あなたの会社の休業に関する制度についてお伺いします。病気休暇もしくは休職から復帰する際に、時短勤務から出勤するといった段階的な復職制度があることを知っていますか。

- 1. 制度がある
- 2. 制度はない
- 3. その制度については知らない

**Q15** あなたの会社の休業に関する制度についてお伺いします。病気休暇もしくは休職中に復帰のための訓練ができる制度があることを知っていますか。

- 1. 制度がある
- 2. 制度はない
- 3. その制度については知らない

**Q16** あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか？

- 1. まったくない
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. とてもよくある

**Q17** あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

- 1. まったくなかった
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. いつもそうだった

**Q18** あなたは、あてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？

- 1. まったくなかった
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. いつもそうだった

**Q19** 今まで、あなたの人生は、

- 1. 明確な目標や目的はまったくなかった
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. とても明確な目標や目的があった

**Q20** あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

- 1. とてもよくある
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. まったくない

**Q21** あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？

- 1. とてもよくある
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. まったくない

**Q22** あなたが毎日していることは、

- 1. 喜びと満足を与えてくれる
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

7. つらく退屈である

**Q23** あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1. とてもよくある

2.

3.

4.

5.

6.

7. まったくない

**Q24** あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？

1. とてもよくある

2.

3.

4.

5.

6.

7. まったくない

**Q25** どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

1. まったくなかった

2.

3.

4.

5.

6.

7. よくあった

**Q26** 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

1. そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた

2.

3.



- 4.
- 5.
- 6.
- 7. 適切な見方をしてきた

**Q27** あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？

- 1. とてもよくある
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. まったくない

**Q28** あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

- 1. とてもよくある
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7. まったくない