

# うつ病による休職経験がある労働者の プレゼンティーズムと関連要因の検討

中川 裕美 神戸学院大学心理学部

## Examination of presenteeism and related factors of workers who have taken leave due to depression

Hiromi Nakagawa (Department of Psychology, Kobe Gakuin University)

本研究では、うつ病による休職経験がある労働者のプレゼンティーズムの関連要因および抑制要因について検討するために、うつ病による休職経験がある労働者と、メンタルヘルスによる休職経験のない労働者を対象に WEB による質問紙調査を行い、その要因について比較検討による分析を行った。その結果、うつ病の休職経験者は、相対的にプレゼンティーズムや仕事によるストレスを高く経験しており、上司・同僚サポートやワーク・ファミリー・バランスを低く評価していることが示された。また、休職経験の有無にかかわらず、SC ネガティブ因子が低く、MAAS が高いほどプレゼンティーズムは低く、うつ病による休職経験者においては、心理的な仕事の負担（質）や WFBSJ の低いほどプレゼンティーズムが高い傾向にあることが示された。以上の結果から、うつ病による休職者への復職支援には、症状へのケアや業務量の配慮だけでなく、再発予防を目的としたマインドフルネスのトレーニングやワーク・ファミリー・バランスの振り返り、仕事の質的な負担軽減につながる支援を充実させていくことが必要と考えられる。

**Key words:** leave of absence due to depression, presenteeism, occupational stress, mindfulness, work-family balance

キーワード：うつ病による休職、プレゼンティーズム、職業性ストレス、マインドフルネス、ワーク・ファミリー・バランス

Kobe Gakuin University Journal of Psychology  
2023, Vol.6, No.1, pp.21-28

### 問題と目的

厚生労働省により 3 年に一度行われている患者調査によると、うつ病などの気分（感情）障害（躁うつ病を含む）の罹患者数は、増加の一途をたどっている。年代別にその罹患者の割合を見ると、成人以降に罹患者が高まり、多くは労働者層の年代と重なることがうかがえる（厚生労働省, 2017）。DSM-5 によるとうつ病とは、「以下の症状 [(1) 抑うつ気分, (2) 興味または喜びの著しい減退, (3) 体重減少または増加, (4) 不眠または過眠, (5) 精神運動焦燥または制止, (6) 疲労感または気力の減退, (7) 無価値観または罪責感, (8) 思考力や集中力の減退または決断困難, (9) 死についての反復思考] のうち、

5 つ以上が同じ 2 週間の間が存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは (1) 抑うつ気分、または (2) 興味または喜びの喪失である (pp.90-91)」と定義されている (American Psychiatric Association, 2013 日本精神神経学会監訳 2014)。

うつ病は、比較的社会での認知度は高いが、その症状が強い間は社会生活を維持することが困難であり、症状が回復するまで十分な休養や治療を要する。そのため、労働者がうつ病に罹患すると、多くの場合においては仕事を休職して、医療機関による薬物療法や心理療法を受けながら、療養に専念する必要がある (日本うつ病学会, 2016)。さらに、うつ病罹患者は、生涯のうちに平均で 4 回抑うつエピソード

ソードを経験すると指摘されており、再発のリスクが高い疾患でもある (Judd, 1997)。また、うつ病に一度罹患すると、抑うつ症状から回復した状態においても、注意・遂行機能の低下など、一定の認知機能障害が残存しうることが報告されており (Paelecke-Habermann et al., 2005)、うつ病による休職を経験した労働者が職場復帰するためには、症状の寛解までの期間のみならず、集中力や注意力の回復のための準備期間が必要となる。日本うつ病学会 (2016) においても、うつ病の回復期には①比較的短時間ごとに休憩をとる、②処理する事柄に優先順位をつける、③メモや計画表を積極的につけるなどの工夫を行いながらリハビリテーションを行う必要があると示されている。そのため、うつ病による休職者には、ただ復職するために症状を治療するだけでなく、復職後の勤務に耐えうる業務遂行力の回復と維持も重要な支援の対象となる。

うつ病による休復職のように、労働者の健康問題による業務遂行力、および労働生産性への影響は深刻とされており、欧米の産業保健や労働科学の分野が中心となり、プレゼンティーイズム (presenteeism) という概念を用いてその要因や影響が研究されてきている。その先駆けとなった Aronsson et al. (2000) では、「体調不良・病気で休養を取り仕事を休んだほうが良いにも拘わらず仕事に出る」状況を *sickness presenteeism* という概念で表し、適切な休業を阻害する要因や *sickness presenteeism* がもたらす労働生産性の損失について研究がなされるようになった。これらの研究動向について、山下・荒木田 (2006)、武藤 (2020) における海外の研究に関する文献レビューの中で、適切な休業を阻害する要因として、労働者の性格や経済的状況といった個人要因よりも、職場風土や代替者の有無といった職場要因が多く指摘されていること、*sickness presenteeism* は結果として、労働者の健康状態の悪化、職場の金銭的コストが医療的なケアや疾病休業による損失を大きく上回ることなどが示されている。

日本では、このプレゼンティーイズムという概念を用いた研究はまだ少ない。健康問題全般による客観的な欠勤・休職の状態がアブセンティーイズム (*absenteeism*) であるのに対し、出勤している労働者の健康問題による労働遂行能力が低下している状態であり、主観的に測定可能なものをプレゼンティーイズム (*presenteeism*) と定義されている (山下・荒木田, 2006)。そしてプレゼンティーイズムは、アブセンティーイズムよりも企業側の労働損失のコストが高く、心理的要因の関連が強いことが指摘されている (東京海上日動保険組合, 2015)。また、仕事の生産性に影響を与える慢性疾患のうち、うつ病・不安、情緒不安定は、偏頭痛・慢性頭痛と並んで最も労働障害指数 (当該の健康上の問題が労働生産性に悪い影響を及ぼした頻度) が高かったことも報告されて

いる (和田他, 2007)。これらの報告から、うつ病等の精神障害への支援や予防は、労働者自身の健康問題にとどまらず、職場組織の生産性を維持するという観点からも重要な課題になっていると考えられる。

次に、メンタルヘルス不調者の復職支援の事例について分析されている廣他 (2017) の研究では、復職成功者は復職に向けて「産業保健スタッフが介入していたこと」、「職場の受け入れが良好であったこと」、「業務配慮や、産業医と連携があったこと」など、復職後の職場環境や業務の調整が適切であったことや職場関係者による支援を受けられたことが共通点として報告されている。その中で、復職成功者が有していた職場外の資源として、「家族との関係の良好さ」や「家族の支援が得られること」など、家庭内における休復職への理解や支援が得られていたことも共通要因として指摘されている。このように、メンタルヘルスの不調による休職者の職場復帰や復職後の勤務継続には、職場関係者や家族などの周囲の人たちによる社会的な支援が重要となっていること示されている。

さらに、うつ病による休職者には継続した支援が必要であり、主に症状回復までの十分な休養と、回復期以降には復職に向けたリハビリテーションが必要となる。Willert et al. (2011) では、メンタルヘルスの不調 (4 週間以上の業務ストレスおよび精神症状) による休職歴がある 102 名を対象に、労働者を対象とする専門の科がある医療機関において認知行動療法、ストレスマネジメントなどのプログラムにより介入した群と待機群とを比較した結果、介入群において 16 週間後の休業日数が有意に少なかったことが示されている。Vlasveld et al. (2013) では、産業保健センターにおいて 126 名のうつ病による休職者を対象に認知行動療法の技法として問題解決療法や認知再構成法などを組み合わせたセルフワーク教材を用いた介入群と非介入群とを比較した結果、休業期間の差は認められなかったものの、介入群の方がうつ症状の回復自体は早かったことが示されている。

中川 (井上) (2015) でも、国内外のうつ病に対する心理療法についてレビューし、Segal et al. (2002) 越川監訳 (2007) による、マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-based Cognitive Therapy; MBCT) は、認知行動療法の中でも特にうつ病の再発予防を目的に開発された集団によるマインドフルネスのトレーニングを中心とした技法であり、さらに集団で行うリワーク機関などの復職支援プログラムにおける実用性も高いことが確認されている。また中川他 (2020) では、うつ病などによる休職者を対象としたリワークプログラムにおいて、17 名の参加者を対象に MBCT をベースとしたマインドフルネス講座を実施し、介入群 (9 名) と待機群 (8 名) を比較した結果から、介入群において、セルフ・コンパッションのポジティブ因子の向上や GHQ の身体的症状の軽

減などの変化が認められたことが示されている。このセルフ・コンパッションとは、自分へのやさしさ、慈しみ、慈愛、慈悲などと訳され、「苦痛や心配を経験したときに、自分自身に対する思いやりの気持ちを持ち、否定的経験を人間として共通のものとして認識し、苦痛に満ちた考えや感情をバランスがとれた状態にしておくこと (p.224)」と定義されており (Neff,2003)、マインドフルネスの実践によるうつ症状の軽減に関連があることも確認されている (Birnie et al.,2010；Keng et al.,2012)。佐江・中川 (2022) ではマインドフルネスの高さがセルフ・コンパッションのネガティブ因子を軽減し、ストレス反応を軽減することも報告されている。このように、うつ病による休職者への支援では、原則として主治医の判断のもと休職による療養や薬物治療に加え、認知行動療法が有効であると考えられ、認知行動療法のなかでも特に復職後のうつ症状の再発防止には、MBCTのようなマインドフルネスのトレーニングを用いたプログラムが有効と考えられている。

以上のことから、本研究では、うつ病による休職経験がある労働者のプレゼンティーイズムについて検討するために、うつ病による休職経験があり現在復職して就労している者と、メンタルヘルスによる休職経験のない者との比較を通して、プレゼンティーイズムの関連要因、および抑制要因について検討することを目的とする。具体的には、職業性簡易ストレス調査票により仕事のストレス要因および周囲からのサポートと、日本語版ワーク・ファミリー・バランス尺度により仕事と家庭のバランスがプレゼンティーイズムに与える影響について分析する。さらに、労働者のプレゼンティーイズムを抑制する要因の分析として、マインドフルネスやセルフ・コンパッションが与える影響についても検討を行う。

## 方法

### 調査対象者と手続き

オンライン調査会社に依頼し、WEBによる自己回答式の調査を実施した。回答漏れなどのない、①うつ病による休職経験がある労働者 535 名 (男性 282 名、平均 49.6 歳、 $SD=8.47$ ；女性 253 名、平均 39.5 歳、 $SD=9.03$ )、②メンタルヘルス不調による休職経験のない労働者 600 名 (男性 300 名、平均 50.2 歳、 $SD=8.39$ ；女性 300 名、平均 39.9 歳、 $SD=9.68$ ) を解析対象とした。調査は 2021 年 1 月下旬から 2 月上旬にかけて実施した。なお、統計解析には SPSS (Version28) を用いた。

### 調査内容

**フェイスシート項目** 個人属性として、婚姻状況、世帯構成、勤務先業種、役職などについて尋ねた。フェイスシート項目の記述統計を Table 1 に示す。なお、

本研究の分析対象者には未婚者や単身者も含まれているが、同居していなくとも単身赴任や、原家族の中で介護等の家庭内役割を担っている可能性が否定できないことを考慮し、解析の対象に含めた。

**日本版プレゼンティーイズム尺度** (荒木田, 2016) この 1 か月間でこころやからだの不調によって「会議や仕事に集中できない」「仕事上の間違いや失敗をする」といった仕事への影響について、4 件法 (まったくない～よくある) で回答を求めた。なお、本尺度は 7 項目から構成されており、合計点が高いほどプレゼンティーイズム (こころやからだの不調による仕事への影響) が高いことを示す。

**日本版 Mindful Attention Awareness Scale** (以下、MAAS) (藤野他, 2015) マインドフルネスの体験に関する「生じていた感情に後から気づく」「自分のしていることを意識しないまま、機械的に仕事や課題を行う」などについて日頃体験する程度を、6 件法 (ほとんど全くない～ほとんど常にある) で回答を求めた。なお、本尺度は 15 項目から構成されており、合計点が高いほどマインドフルネスの体験頻度が高いことを示す。

Table 1  
フェイスシート項目の記述統計

		N	%
婚姻状況	未婚	372	32.8
	既婚	651	57.4
	離婚	109	9.6
	その他	3	0.3
子の有無	有 (同居)	439	38.7
	有 (別居)	112	9.9
	無	584	51.5
要介護者の有無	有 (同居)	45	4.0
	無 (別居)	53	4.7
	無	1037	91.4
勤務先業種	サービス業	181	15.9
	教育、学習支援業	64	5.6
	卸売業	45	4.0
	金融・保険・不動産業	92	8.1
	製造業	207	18.2
	運輸・通信・電気等	85	7.5
	小売業	44	3.9
	建設業	70	6.2
	農林漁業	1	0.1
	公務員	116	10.2
	医療・福祉・保育関係	152	13.4
その他	78	6.9	
役職	経営層・役員クラス	32	2.8
	部長クラス	73	6.4
	課長クラス	134	11.8
	係長・主任クラス	221	19.5
	一般社員クラス	638	56.2
	その他専門職・特別職等	37	3.3

セルフ・コンパッション尺度 12 項目短縮版 (以下, SC) (有光他, 2016) 困難に遭遇したときに, 自分自身に対してどのように行動しているかに関する「自分自身の欠点や不十分なところについて, 不満に思っているし, 批判的である」などについて 5 件法 (ほとんど全くそうしない~ほとんどいつもそうする) で回答を求めた。なお本研究では, 有光他 (2016) に基づき「ポジティブ因子 (自分への優しさ, 共通の人間性, マインドフルネス)」と「ネガティブ因子 (自己批判, 孤独感, 過剰同一性)」による分析を用いた。

職業性ストレス簡易調査票 57 項目 (厚生労働省, 2005) 仕事のストレス要因 (心理的な仕事の負担 (量), 心理的な仕事の負担 (質), 自覚的な身体的負担度, 職場の対人ストレス, 職場環境によるストレス, 仕事のコントロール度, 技能の活用度, 仕事の適性度, 働きがい), 周囲からのサポート (上司, 同僚), 仕事と生活の満足度について, 4 件法で回答を求めた。

なお, 仕事のストレス要因における, 心理的な仕事の負担 (量), 心理的な仕事の負担 (質), 自覚的な身体的負担度, 職場の対人ストレス, 職場環境によるストレスは高得点であるほど高ストレスな状態にあることを示し, 仕事のコントロール度, 技能の活用度, 仕事の適性度, 働きがいに関しては低得点であるほど高ストレス状態であることを示す。

日本語版ワーク・ファミリー・バランス尺度 (以下, WFBS-J) (原・藤本, 2020) 仕事と家庭のバランスに関する「私は仕事でも家庭でもその役割の内容をみんなで話し合っ決めて, うまくこなしている」「私は職場の上司と家族が抱く期待に応えられている」「職場の同僚と家族は, 私が期待されることに応えられている」と言ってくれている」などの設問について, 5 件法 (全くあてはまらない~全くその通りである)

で回答を求めた。なお, 本尺度は 6 項目で構成されており, 合計点が高いほど WFB が良好と評価していることを示す。

倫理的配慮

本研究の実施にあたり, 神戸学院大学心理学部の人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認を得ている (承認番号: HP20-20)。

結果

各変数の記述統計と t 検定の結果

休職経験の有無別の各変数の記述統計と t 検定の結果を Table 2 へ示す。

まず, プレゼンティーズムの程度に関しては, うつ病による休職経験者は, メンタルヘルス不調による休職経験がない者よりも有意に高いことが示された ( $t(1133) = 7.49, p < .001, d = 0.45, 95\%CI [0.33, 0.56]$ )。

また, MAAS ( $t(1133) = 4.21, p < .001, d = 0.25, 95\%CI [0.13, 0.37]$ ), SC ポジティブ因子 ( $t(1133) = 1.96, p = .050, d = 0.12, 95\%CI [0.00, 0.23]$ ) のような個人資源に関しては, メンタルヘルス不調による休職経験がない者の方が高く有しており, SC ネガティブ因子に関しては, うつ病による休職経験がある者の方が高いことが示された ( $t(1133) = 8.38, p < .001, d = 0.50, 95\%CI [0.38, 0.62]$ )。

仕事のストレス要因については, 心理的な仕事の負担 (量) ( $t(1133) = 2.76, p = .006, d = 0.16, 95\%CI [0.05, 0.28]$ ), 心理的な仕事の負担 (質) ( $t(1133) = 3.09, p = .002, d = 0.18, 95\%CI [0.07, 0.30]$ ), いずれにおいてもうつ病による休職経験がある者の方が高く感じており, 職場の対人ストレス ( $t(1076.98)$ )

Table 2  
休職経験別の各変数の記述統計と t 検定の結果

	メンタルヘルス不調による 休職経験なし (N=600)		うつ病による 休職経験あり (N=535)		t 検定の統計量と効果量		
	M	SD	M	SD	t 値	df	Cohen's d
プレゼンティーズム	14.16	4.24	16.13	4.61	7.49 ***	1133	0.45
MAAS得点	4.18	0.76	3.99	0.82	4.21 ***	1133	0.25
SCポジティブ因子	2.95	0.72	2.86	0.80	1.96 *	1133	0.12
SCネガティブ因子	3.02	0.93	3.47	0.89	8.38 ***	1133	0.50
心理的な仕事の負担 (量)	7.85	2.22	8.22	2.26	2.76 **	1133	0.16
心理的な仕事の負担 (質)	8.09	2.05	8.47	2.09	3.09 **	1133	0.18
職場の対人ストレス	6.49	1.88	7.15	2.11	5.56 ***	1076.98	0.33
職場環境によるストレス	2.09	0.89	2.27	0.90	3.42 ***	1133	0.20
仕事のコントロール度	8.02	2.01	7.50	2.13	4.27 ***	1100.10	0.26
技能の活用度	2.89	0.82	2.82	0.89	1.30	1087.90	0.08
仕事の適性度	2.78	0.82	2.60	0.87	3.50 ***	1099.43	0.21
働きがい	2.64	0.87	2.53	0.91	2.18 *	1105.26	0.13
上司サポート	6.72	2.20	6.41	2.25	2.36 *	1133	0.14
同僚サポート	7.17	2.11	6.56	2.09	4.92 ***	1133	0.29
WFBS-J	3.14	0.73	2.91	0.81	4.95 ***	1078.82	0.30

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

= 5.56,  $p < .001$ ,  $d = 0.33$ , 95%CI [0.22,0.45]), 職場環境によるストレス ( $t(1133) = 3.42$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.20$ , 95%CI [0.09,0.32]) に関しても, うつ病による休職経験者はメンタルヘルス不調による休職経験のない者よりも有意に高く感じていることが示された。一方で, 仕事のコントロール度 ( $t(1100.10) = 4.27$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.26$ , 95%CI [0.14,0.37]), 仕事の適正度 ( $t(1099.43) = 3.50$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.21$ , 95%CI [0.09,0.33]), 働きがい ( $t(1105.26) = 2.18$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.13$ , 95%CI [0.01,0.25]) に関しては, メンタルヘルス不調による休職経験のない者の方が高く感じている傾向があることが明らかとなった。なお, 技能の活用度に関しては両群において有意な差は認められなかった ( $t(1087.90) = 1.30$ ,  $p = .195$ ,  $d = 0.08$ , 95%CI [0.04,0.19])。さらに, 職場の資源である上司サポート ( $t(1133) = 2.36$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.14$ , 95%CI [0.02,0.26]), 同僚サポート ( $t(1133) = 4.92$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.29$ , 95%CI [0.18,0.41]) に関しては, メンタルヘルス不調による休職経験がない者の方が高く認知しており, ワーク・ファミリー・バランス (WFBS-J) ( $t(1078.82) = 4.95$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.30$ , 95%CI [0.18,0.41]) に関しても自分の望むワーク・ファミリー・バランスがより取れていると評価していることが示された。

**休職経験別のプレゼンティーイズムの要因**

休職経験別にプレゼンティーイズムの関連要因, および抑制要因について検討するために, プレゼンティーイズムを基準変数, MAAS, SC (ポジティブ因子・ネガティブ因子), 心理的な仕事の負担 (量),

心理的な仕事の負担 (質), 自覚的な身体的負担度, 職場の対人ストレス, 職場環境によるストレス, 仕事のコントロール度, 技能の活用度, 仕事の適性度, 働きがい, 周囲からのサポート (上司・同僚), 仕事と生活の満足度, WFBS-J を独立変数とする重回帰分析を行った (Table 3)。

その結果, メンタルヘルス不調による休職経験がない者 ( $R^2 = .37$ ,  $p < .001$ ) においては, MAAS から有意な負の標準偏回帰係数が示され ( $\beta = -.35$ ,  $p < .001$ ), SC ネガティブ因子 ( $\beta = .11$ ,  $p = .007$ ), 心理的な仕事の負担 (量) ( $\beta = .20$ ,  $p < .001$ ), 職場の対人ストレス ( $\beta = .10$ ,  $p = .013$ ) からは正の標準偏回帰係数が示された。一方, その他の変数からの有意な標準偏回帰係数は認められなかった。一方で, うつ病による休職経験がある者 ( $R^2 = .42$ ,  $p < .001$ ) においては, MAAS ( $\beta = -.38$ ,  $p < .001$ ), WFBS-J ( $\beta = -.18$ ,  $p < .001$ ) から有意な負の標準偏回帰係数が示され, SC ポジティブ因子 ( $\beta = .08$ ,  $p = .031$ ), SC ネガティブ因子 ( $\beta = .10$ ,  $p = .016$ ), 心理的な仕事の負担 (質) ( $\beta = .11$ ,  $p = .016$ ) からは正の標準偏回帰係数が示された。なお, その他の変数からの有意な標準偏回帰係数は認められなかった。

**考 察**

まず, 各変数におけるうつ病による休職経験があり現在復職して就労している者と, メンタルヘルス不調による休職経験のない者との  $t$  検定の結果, プレゼンティーイズムの程度, および技能の活用以外

Table 3  
休職経験別のプレゼンティーイズムを基準変数とした重回帰分析の結果

説明変数	メンタルヘルス不調による休職経験なし (N=600)			うつ病による休職経験あり (N=535)		
	B	SEB	$\beta$	B	SEB	$\beta$
MAAS得点	-1.95	0.23	-.35 ***	-2.14	0.23	-.38 ***
SCポジティブ因子	0.14	0.20	.02	0.46	0.21	.08 *
SCネガティブ因子	0.50	0.19	.11 **	0.51	0.21	.10 *
心理的な仕事の負担 (量)	0.37	0.09	.20 ***	0.13	0.10	.06
心理的な仕事の負担 (質)	-0.08	0.09	-.04	0.25	0.10	.11 *
職場の対人ストレス	0.23	0.09	.10 *	0.10	0.09	.04
職場環境によるストレス	0.23	0.17	.05	-0.06	0.19	-.01
仕事のコントロール度	0.14	0.08	.07	0.10	0.09	.05
技能の活用度	-0.19	0.18	-.04	-0.25	0.19	-.05
仕事の適性度	-0.44	0.24	-.09	-0.38	0.25	-.07
働きがい	-0.16	0.25	-.03	-0.32	0.24	-.06
上司サポート	0.01	0.09	.01	-0.03	0.10	-.02
同僚サポート	-0.06	0.09	-.03	-0.07	0.10	-.03
WFBS-J	-0.40	0.23	-.07	-1.01	0.24	-.18 ***
	$R^2$	.37 ***		$R^2$	.42 ***	

基準変数：プレゼンティーイズム

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

の仕事のストレス要因は、うつ病による休職経験がある者の方が有意に高いことが示された。一方、職場におけるサポート、ワーク・ファミリー・バランスのような職場内外での資源や、マインドフルネス、セルフ・コンパッションにおけるポジティブ因子のような個人の資源に関しては、メンタルヘルス不調による休職経験がない者の方が有意に高く評価していることが示された。

これらの結果から、うつ病に罹患し休職経験のある労働者は、復職後もプレゼンティーイズムのような健康問題による労働遂行力の低下や仕事によるストレスについて、メンタルヘルス不調による休職経験のない労働者と比べて相対的に高く経験しているものと考えられる。また、うつ病による復職後は、特に職場の上司や同僚からサポートを受けながら、生産性の回復・維持と体調管理の両立に努めていく必要があるものの、今回の調査からは、仕事のストレスによる影響を緩和する要因である上司・同僚サポートと仕事と家庭生活のバランスの指標であるワーク・ファミリー・バランスに関しては、相対的に低く評価していることが示された。また、プレゼンティーイズムの要因について検討した結果からは、休職経験の有無にかかわらず、MAASがプレゼンティーイズムの抑制に影響し、SCネガティブ因子がプレゼンティーイズムの高さに影響を与えている可能性が示された。これらは、中川他(2020)および、佐江・中川(2022)による報告を支持する結果と考えられ、本研究においてプレゼンティーイズムとの関連が認められたことから、マインドフルネスが労働者のメンタルヘルスに加え、労働遂行力を維持するためにも重要となることが示された。

一方で、休職経験がある者においては、SCポジティブ因子がプレゼンティーイズムに弱い正の影響を与えていることが示された。SCポジティブ因子は、自分への優しさ、共通の人間性、マインドフルネスを含む概念とされている(有光他, 2016)。本研究で用いた荒木田(2016)による日本版プレゼンティーイズム尺度には、この1か月間でこころやからだの不調によって「会議や仕事に集中できない」「仕事上の間違いや失敗をする」といった項目に加え、「より多くの睡眠休息が必要」「業務手助けが必要」という項目が含まれている。本研究におけるプレゼンティーイズムの測定が自己評定によるものであるために、特に休職経験者では、これらのプレゼンティーイズムの概念に含まれる休息や手助けが必要という評価が、本来的なプレゼンティーイズムであるこころや体の不調によるパフォーマンスの低下の程度を意味することに留まらず、経験的、主観的に自分への優しさを示すSCポジティブ因子の一部の要素(休息や手助けを求める必要性に関する評価)と正の疑似相関を示した可能性もあると考えられる。しかし、この点においては、本研究におけるSCポジティブ

因子とプレゼンティーイズムは弱い関連があることや、有光(2014)でも指摘されているように、自己評価や自尊心にかかわる概念と併せて分析をして検討していく必要があり、議論の余地を残す結果と考えられる。

また、メンタルヘルス不調による休職経験がない者においては、心理的な仕事の負担(量)や職場の対人ストレスがプレゼンティーイズムの高さに影響していたのに対し、うつ病による休職経験がある者においては、心理的な仕事の負担(質)やWFBS-Jの低さがプレゼンティーイズムの高さに影響している可能性が示された。これらの結果からは、うつ病による休職者への復職支援の際には、症状へのケアや復職時の業務量への配慮だけでなく、心理的な仕事の質的な負担軽減につながる支援が必要であることが示されている。仕事の質的な負担とは、仕事に関する知識や技術、集中力などにかかる負担を示す。そのため、特に休職経験がある者には、支援の中で仕事に対する適性やかかわり方、キャリアの見直しについて見直す機会や職務に再適応していくための知識やスキルの再習得を目的とした機会を充実させていくことが望ましいと考えられる。うつ病による休職者は、当該の労働者のみでなく、家庭内での役割や家族との関係のあり方にも影響を及ぼす経験である。このような経験を持つ者において、WFBS-Jの低さとプレゼンティーイズムの高さに関連が認められたという本研究の結果は、廣他(2017)および中川他(2020)でも指摘されているように、休職者の経験を機に職場や家庭の人たちとのかかわり方や働き方そのもの、仕事と家庭生活のバランスについて振り返り、再構築していくための支援が求められることを示している。

以上のことから、うつ病の休職経験がある者に対しては、うつ症状のケアや症状管理を目的とした医療的支援のみでなく、マインドフルネスのトレーニングやワーク・ファミリー・バランスの振り返りを中心とした心理・社会的な視点からの支援を充実させていくことが重要であり、このことは復職後のプレゼンティーイズム予防に貢献するものと考えられる。

## 今後の課題

本研究では、再発・再休職率の高さが課題とされているうつ病による休職経験がある労働者のプレゼンティーイズムの要因について検討するために、うつ病による休職経験を経て就労している者と、メンタルヘルスによる休職経験のない者との比較を通して、プレゼンティーイズムの関連要因、および抑制要因について、横断的調査により検討を行った。そのため、プレゼンティーイズムの高さを予測する要因についての因果関係については議論の余地があり、

今後はうつ病による休職前後の当該労働者の状態や休職中に受けた支援などの要因を含めて縦断的に検討していく必要がある。

また、本研究では休職経験者における休職期間や休職回数、休職から復帰までの期間などについては分析に含まれていない。そのため、今後は休職経験者の状況に合わせた支援のニーズを明らかにしていく必要があると考えられる。

## 利益相反

本研究において開示すべき利益相反関係にある企業等がないことをここに申告する。

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, American Psychiatric Pub. 日本精神神経学会(監訳) (2014). *DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き*. 医学書院.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Epidemiol Community Health*, 54(7), 502-509. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- 荒木田 美香子・森 晃爾・渡部 瑞穂・古畑 恵美子 (2016). 日本版 Presenteeism 尺度の開発 厚生 の指標, 63(13), 6-12.
- 有光 興記 (2014). セルフ・コンパッション尺度日本語版の作成と信頼性, 妥当性の検討 心理学研究, 85(1), 50-59. <https://doi.org/10.4992/jpsy.85.50>
- 有光 興記・青木 康彦・古北 みゆき・多田 綾乃・富樫 莉子 (2016). セルフ・コンパッション尺度日本語版の12項目短縮版作成の試み 駒澤大学心理学論集, 18, 1-9.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L.E. (2010). Exploring self-Compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction(MBSR). *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(5), 359-371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>
- 藤野 正寛・梶村 昇吾・野村 理朗 (2015). 日本語版 Mindful Attention Awareness Scale の開発および項目反応理論による検討 パーソナリティ研究, 24(1), 61-76. <https://doi.org/10.2132/personality.24.61>
- 原 健之・藤本 哲史 (2020). 日本語版ワーク・ファミリー・バランス尺度の信頼性と妥当性の検討 産業・組織心理学研究, 33(2), 121-130. [https://doi.org/10.32222/jaiop.33.2\\_121](https://doi.org/10.32222/jaiop.33.2_121)
- 廣 尚典・神山昭男・田中克俊・長見まき子・桂川修一・永田昌子 (2017). 労災疾病臨床研究事業費補助金 職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に着目した支援方策に関する研究 平成 28 年度 総括・分担研究報告 Retrieved August 23, 2023 from [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/28\\_15010101-01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/28_15010101-01.pdf)
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230015002>
- Keng, S., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A.G., & Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction : Selfcompassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270-280. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.270>
- 厚生労働省 (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 Retrieved August 23, 2023 from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyoku-Soumuka/0000050920.pdf>
- 厚生労働省 (2017). 平成 29 年患者調査の概況. Retrieved August 23, 2023 from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>
- 武藤 孝司 (2020). プレゼンティーズム — これまでの研究と今後の課題 — 産業医学レビュー, 33(1), 25-57. [https://doi.org/10.34354/ohpfrev.33.1\\_25](https://doi.org/10.34354/ohpfrev.33.1_25)
- 中川 (井上) 裕美 (2015). 復職支援における気分障害の再発予防に向けた心理的支援 — マインドフルネスに基づく認知行動療法からのアプローチ — 産業・組織心理学研究, 28(2), 133-150. [https://doi.org/10.32222/jaiop.28.2\\_133](https://doi.org/10.32222/jaiop.28.2_133)
- 中川 裕美・前田 泰宏・久保 真人 (2020). うつ病休職者の復職支援のためのマインドフルネス講座における有効性の検討 マインドフルネス研究, 5(1), 4-14. [https://doi.org/10.51061/jjm.51\\_2](https://doi.org/10.51061/jjm.51_2)
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- 日本うつ病学会 (2016). 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 Retrieved August 23, 2023 from <https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/20190724-02.pdf>
- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., & Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.09.006>
- 佐江 徹・中川 裕美 (2022). マインドフルネスおよびセルフ・コンパッションがストレス反応に与える影響 神戸学院大学心理学研究, 52(1), 3-30. <https://doi.org/10.32129/00000285>

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press. (越川房子 (監訳) (2007). マインドフルネス認知療法, 北大路書房)
- 東京海上日動健康保険組合 (2015). 「健康経営」の枠組みに基づいた保険者・事業主のコーポヘルスによる健康課題の可視化 Retrieved August 23, 2023 from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/houkoku12.pdf>
- 和田 耕治・森山 美緒・奈良井 理恵・田原 裕之・鹿熊 律子・佐藤 敏彦・相澤 好治 (2007). 関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響 産業衛生学雑誌, 49(3), 103-109. <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.49.103>
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Adèr, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. (2013). 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. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(4), 223-230. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2012-100793>
- Willert, M. V., Thulstrup, A. M., & Bonde, J. P. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work—results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-195. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3130>
- 山下 未来・荒木田 美香子 (2006). Presenteeism の概念分析及び本邦における活用可能性 産業衛生学雑誌, 48(6), 201-213. <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.48.201>

## 付 記

本研究は、日本学術振興会・科学研究費の研究助成 (19K14463) を受けて実施している。

—2023.8.28 受稿 2023.11.15 受理—