

慢性疾患を持つ従業員の機能的制限がディストレス  
とウェルビーイングに与える影響についての研究

同志社大学大学院総合政策科学研究科

技術・革新的経営専攻 一貫制博士課程

2013年度 1004番

今井 裕紀

## 目 次

第1章	はじめに	1
第1節	本研究の目的	1
第2節	わが国における慢性疾患を持つ従業員の職業生活の現状と問題	3
第3節	社会と健康の関係に関するわが国の研究の動向	4
第4節	わが国の産業衛生学等における研究の動向	6
第5節	マネジメント研究における研究の動向	7
第6節	本論文の構成	8
第2章	問題背景	9
第1節	わが国の就労者の健康状態の推移	9
第2節	慢性疾患を持つ人の職業生活の課題	13
第3節	慢性疾患を持つ従業員の就労に対する企業の対応の現状	26
第4節	諸外国との比較	34
第5節	小括	41
第3章	先行研究	43
第1節	慢性疾患と生活機能	43
第2節	機能的制限	48
第3節	スティグマ	51
第4節	社会経済的地位	56
第5節	コーピング	59
第6節	組織における支援	61
第7節	慢性疾患を持つ従業員に関する研究の課題	63
第8節	障害と制度	65
第9節	障害を持つ従業員の困難と組織構造・人事制度	68
第10節	障害とダイバーシティ	71
第11節	職務内容とディストレス	74
第12節	雇用形態とディストレス	76

第13節 小括	78
第4章 理論と仮説	81
第1節 ディストレスとウェルビーイングの性質	81
第2節 機能的制限がディストレスおよびウェルビーイングに与える影響	83
第3節 心理的資源による媒介効果	87
第4節 職務上の資源による調整効果	89
第5節 小括	95
第5章 方法	96
第1節 データ	96
第2節 国民生活基礎調査データにおける変数と記述統計	102
第3節 JGSS データにおける変数と記述統計	104
第4節 MIDJA データにおける変数と記述統計	106
第5節 統制変数	109
第6節 変数間の関係	114
第7節 分析の手続き	119
第8節 小括	122
第6章 結果	123
第1節 直接効果仮説の検証	123
第2節 直接効果仮説の検証結果についての考察	125
第3節 媒介効果仮説の検証	129
第4節 媒介効果仮説の検証結果についての考察	130
第5節 調整効果仮説の検証	131
第6節 調整効果仮説の検証結果についての考察	132
第7節 小括	134
第7章 結論	135
第1節 各章のまとめ	135

第 2 節 総合的考察 .....	143
第 3 節 本研究の理論的および実践的含意 .....	144
第 4 節 本研究の限界と今後の研究課題 .....	145
参考文献および URL リスト .....	1

## 第1章 はじめに

### 第1節 本研究の目的

本研究の目的は、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を明らかにすることである。特に、以下の3点に焦点を当てて研究を行う。

- (1) 機能的制限はディストレスを増加させ、ウェルビーイングを低下させるか。
- (2) 機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響は、自尊心や統制感覚等の心理的資源によって媒介されるか。
- (3) 雇用の安定性や職務裁量等の職務上の資源は機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を調整するか。

厚生労働省が実施した「平成28年国民生活基礎調査」によれば、2016年において何らかの傷病で通院しながら仕事をしている人は2,076万人と推計されており、わが国の就労者6,108万人の約3分の1を占めている（URL 1; URL 2）<sup>1</sup>。『平成29年版厚生労働白書』は、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない人や、病気についての職場の理解が乏しい等の就労上の困難に直面している人がいるとして、治療と職業生活の両立支援を日本の政策的課題として掲げている（厚生労働省編2017b: 212）。また、病気への罹患が離職率を高めることが明らかにされている（濱秋・野口2010）。しかしこれらの調査や研究は、病気を持つ従業員が職場における困難をどのように受け止めているかを明らかにしていない。

自分の病気についての悩みやストレスがある人は<sup>2</sup>、仕事を持つ人において362万人、仕事を持たない人において661万人いると推計されている（URL 3）<sup>3</sup>。また、警察庁の自殺についての統計によればわが国の近年の自殺原因・動機の第1位は健康問題である。その内訳を見ると、最も多いものが「病気の悩み・影響（うつ病）」であるが、その次に多いものが「病気の悩み（身体の病気）」である（URL 4）。このように、病気を持つことはそれ自体が精神的負担となっているが、そのような病気についての悩みに病気に起因する就労上の困難が加わると、病気を持つ従業員が直面する心理的な問題は増大し深刻化すると考えられる。

---

<sup>1</sup> 「平成28年国民生活基礎調査」は熊本県が推計から除かれている。ここでの就労者は「国民生活基礎調査」における「仕事あり」の人数の推計値である。「仕事あり」は被雇用者に限らず、自営業者等も含む。

<sup>2</sup> 「平成28年国民生活基礎調査」において悩みやストレスの原因を「自分の病気や介護」と回答した人の推計値である。この場合の介護は自分の介護である（家族の介護についてはこれとは別に「家族の病気や介護」という選択肢があるため）。

<sup>3</sup> 「平成28年国民生活基礎調査」の推計値である。

このような状況を踏まえ、本研究はディストレスとウェルビーイングをアウトカムとして用いることで、慢性疾患を持つ従業員の健康に関連した問題が従業員にどのように心理的問題を生じさせ、生活全体に関する評価の低下やポジティブな心理的機能の制約を引き起こすかを探る。また、どのような職場環境がそのような従業員の困難と関係しているかについて探る。多様な働き方に対するニーズが高まっている現在、多様性を許容する包摂的な社会や職場を構築していくうえで、慢性疾患を持つ従業員の就労上の困難の実態を明らかにすることは重要である。

本研究は慢性疾患を持つ従業員の健康に関連する問題を、機能的制限（functional limitation）の視点からとらえる。機能的制限は、日常生活活動（activity of daily living, ADL）および手段的日常生活活動（instrumental activity of daily living, IADL）あるいはより複雑な職務や社会的活動の遂行における制約と定義される（Brown 2017b）<sup>4</sup>。先行研究では、機能的制限が抑うつ傾向を増加させ（Yang 2006; Brown and Turner 2010; Brown 2017a）<sup>5</sup>、健康関連の生活の質（health-related quality of life, HRQOL）を低下させることが明らかにされている（Bentley 2013）<sup>6</sup>。また、機能的制限が抑うつに影響を与える過程について、統制感覚（mastery）が機能的制限と抑うつの関係を媒介することも明らかにされている（Brown 2017a）<sup>7</sup>。しかしこれらの研究は一般の地域住民を対象として行われた研究であり、民間企業の従業員に限ったものではない。

従業員を対象とした先行研究では、病気の深刻さを統制したうえでも、病気によって職務遂行能力が制限されることにより従業員のディストレスが高まることが明らかにされている（Munir *et al.* 2007）。また、慢性疾患を持つために受ける職場での差別的な処遇が従業員のストレス反応を高め、職務満足度を低下させることも明らかにされている

---

<sup>4</sup> 詳しくは3章で論じるが、機能的制限には類似した複数の定義がある。他の定義としては、日常生活における基本的な身体および精神的な活動の制限（Verbrugge and Jetts 1994）、ADLおよびIADLに困難を抱えること（Tucker 2000）、自立した生活のために必要な課業の物理的または精神的な達成水準に制限があること（Sternfeld *et al.* 2002）がある。ここでは最も新しい知見で用いられている定義を参照した。

<sup>5</sup> Functional limitation は Yang（2006）では functional disability と表現されており、Brown and Turner（2010）では physical disability と表現されているが Yang（2006）及び Brown and Turner（2010）を引用した Brown（2017b）ではどちらも functional limitation として扱われている。

<sup>6</sup> Bentley（2013）では functional limitation は functional status limitation と表現されているが、Bentley（2013）の functional status が測っている内容は日常生活活動であり、Brown（2017b）の functional limitation の定義と合致している。

<sup>7</sup> 本研究では mastery を「統制感覚」、sense of control を「コントロール感覚」と訳す。

(McGonagle *et al.* 2016) <sup>8</sup>。このような先行研究も踏まえ、本研究では、機能的制限がどのように従業員のディストレスおよびウェルビーイングに影響を与えるか、またどのような職場要因が機能的制限とディストレスおよびウェルビーイングの関係を調整するかを調べる。そうすることで、慢性疾患を持つ従業員の働きやすさを高める要因について重要な示唆が得られると考えられる。

## 第2節 わが国における慢性疾患を持つ従業員の職業生活の現状と問題

『平成 29 年版厚生労働白書』によれば、病気を治療しながら仕事を続けている人は労働人口の 3 分の 1 を占めるが（厚生労働省編 2017b: 212）、病気のリスクを持つ人も増加傾向にある。厚生労働省が 2016 年に公表した「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」によれば、血圧や血中脂質などについての健康診断の有所見率は近年高まっており、脳・心臓疾患のリスクを抱える従業員も増加している（URL 5）。定期健康診断を受けた労働者のうち所見があった人の割合を示す有所見率は、1990 年には 23.6%だったのに対し、2016 年には 53.8%となっている（URL 6; URL 7）。また、労働力の高年齢化によって、今後、病気を持ちながら働く人の治療と職業生活の両立支援へのニーズが高まることが予想されている（URL 5）。

一方で、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない人や、職場の理解が得られないために治療と仕事の両立が困難になっている人がいる。厚生労働省が 2014 年に公表した資料「治療を受けながら安心して働ける職場づくりのために」で紹介されている「平成 25 年度厚生労働省委託事業治療と職業生活の両立等の支援対策事業調査結果」によれば（URL 8）、脳血管疾患、心疾患、筋骨格系疾患、職業性がん、ストレス性疾患を持つ従業員 901 人が、疾患に罹患した後に、次のような就業形態等の変化を経験している。901 名のうち 131 人（14.5%）が勤務先は変わらずに配置転換あるいは雇用形態が変更になり、146 人（16.2%）が退職あるいは転職している。また、退職あるいは転職した 146 人のうち 43 人（29.5%）が退職理由について「治療しながら仕事を続けることに対して職場の理解がなかったため」と回答している。

また、労働政策研究・研修機構編（2013）によれば、病気に罹患した従業員が病気休職制度を利用せずに退職する割合は、正社員より非正社員の方が高い傾向にある。社員が病

---

<sup>8</sup> ここでの差別的な処遇は、慢性疾患を持つことを周囲の人々が知っているときに自分はどういう処遇を受けると考えられるかについて従業員本人に聞いたものである。

気にかかった場合に「ほとんどが病気休職を申請することなく退職する」と回答した企業の割合は、正社員がメンタルヘルスに罹患した場合には 5.5%、正社員がその他の身体疾患に罹患した場合には 4.2%だったのに対し、非正社員がメンタルヘルスに罹患した場合は 14.1%、非正社員がその他の身体疾患に罹患した場合は 11.2%となっており（労働政策研究・研修機構編 2013: 199-206）<sup>9</sup>、病気に罹患した非正社員が休職せずに退職するとした企業の割合は、メンタルヘルスでも、その他の身体疾患でも、正社員のそれの 2 倍以上だった<sup>10</sup>。また、次節で述べるように、わが国における近年の経済学の研究では、健康状態の悪さが退職、勤務時間の短さ、低賃金と関係することが明らかにされているが、これらの研究結果も、上述の厚生労働省や労働政策研究・研修機構の調査結果を裏付けている。

このように、わが国では慢性疾患を持つ従業員のうち一定数の人々が雇用の危機に直面しており、雇用の危機の度合いは雇用形態によって異なる可能性が示唆されている。しかし、慢性疾患を持ちながら働く人が、職場においてどのような困難に直面し、それらの困難をどのように受けとめているかに関しては十分に明らかにされていない。厚生労働省の 2012 年の「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書」は、治療と職業生活の両立について「病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活の継続を妨げられることなく、適切な治療を受けながら、生き生きと就労を続けられること」とであると定義している（URL 9）。この観点に立てば、慢性疾患を持つ従業員が生き生きと働くことを実現するためには、そのような従業員が離職せずに働き続けることができるようにするだけでなく、従業員に対し質の高い就労機会を提供できるように環境を整備することが必要であり、環境整備を進めるためにも、わが国において慢性疾患を持つ従業員が経験する心理的な困難の実態を把握し、困難と関連する職場の要因を明らかにする必要がある。

### 第 3 節 社会と健康の関係に関するわが国の研究の動向

社会と健康についての研究は、公衆衛生学、社会疫学、医療社会学、健康経済学などの領域において行われてきたが、それらの研究には大きく分けて二つの理論的立場がある。

---

<sup>9</sup> 「わからない」、「該当する者がいない」と回答した企業および無回答を除いて集計。

<sup>10</sup> 非正社員について回答した企業は、非正社員についても病気休職制度が適用される企業である。同調査においてはすべての非正社員に病気休職制度が適用されるあるいは一部の非正社員に適用される企業の割合は 48.5%、非正社員には病気休職制度が適用されない企業の割合は 51.5%である（労働政策研究・研修機構編 2013: 201）。無回答を除いて集計。



一つ目は所得、学歴、職業などの社会経済的地位（socio-economic status, SES）が健康に影響を与えるとする立場であり、これは社会起因仮説（social causation hypothesis）と呼ばれる。わが国における研究は、女性の間で家計支出の低さと肥満、高血圧、糖尿病を持つことが関係すること（Fukuda and Hiyoshi 2013）、15歳のときの家族の所得の低さが成人後の貧困率を高め<sup>11</sup>、幸福感、主観的健康観を低めること（Oshio, Sano and Kobayashi 2010）、学歴の低さが男女問わず死亡リスクを高め、男性については無職であることが死亡リスクを高めることなどを明らかにしている（Hirokawa, Tsutsumi and Kayaba 2006）。これらは一般的に、健康格差の問題として広く知られている。『平成 26 年版厚生労働白書』によれば、健康格差とは「地域や社会状況の違いによる集団における健康状態の差」を指す（厚生労働省編 2014: 136）。わが国の健康格差に対する政策は、健康寿命の都道府県格差の縮小が目標となっている（厚生労働省編 2014: 136）。しかし、慢性疾患を持つ従業員の就労問題は社会起因説だけでは十分に説明することができない。慢性疾患を持つ従業員が疾患を理由に離職することには、健康が社会的地位に影響を与えていると見られ、社会起因説が想定する因果とは逆の関係を想定する必要が生じる。

社会と健康の関係を説明する二つ目の理論は、健康が SES に影響を与えるとするもので、これは健康選別仮説（health selection hypothesis）と呼ばれる。健康選別説は、健康状態の悪さが個人の社会階層の下方移動の可能性を高めると想定するが（Blane, 1985）、慢性疾患を持つ従業員が失業することはこの理論的観点によって説明される。わが国の経済学による健康と就労の関係に関する知見は健康選択仮説と整合的である。例えば、2000 年から 2006 年の日本版総合社会調査データも用いた研究からは、男性において健康状態の悪さが時間当たり賃金の低さと関係することが明らかにされている（湯田 2010）。2008 年から 2010 年にかけて行われた中高齢者を対象とするパネル調査からは、男性の間で三大疾病（がん、心臓の病気、脳卒中・脳血管疾患）の罹患歴が無職となる確率を上昇させ、週当たりの労働時間を減少させることが報告されている（濱秋・野口 2010）。「平成 25 年度国民生活基礎調査」を用いた分析では、週の労働時間が 20 時間未満あるいは 20～29 時間である場合、週 30 時間以上と比べ、通院している確率や何らかの自覚症状がある確率が高いことがわかっている（泉田 2015）。

---

<sup>11</sup> ここでの貧困率は、回答者の世帯人員数調整済みの世帯年収が、回答者全体の世帯人員数調整済み世帯年収の中央値の 2 分の 1 の額である 147.8 万円を下回っているかどうかを指標となっている。

しかし、これらの知見は健康が就労に影響を与える可能性を示唆するものの、なぜ健康状態が悪いと職を失うのかという職場における社会的なダイナミクスや集団における心理的プロセスは明らかにしていない。実際に、第5節で述べるマネジメント領域における研究は、慢性疾患を持つ従業員が、病気を持つことに関連して就労上の差別を感じていることを明らかにしている。本研究では健康と社会の双方向の関係性を踏まえつつも、健康選別を生じさせる職場メカニズムを探る。

#### 第4節 わが国の産業衛生学等における研究の動向

ここではわが国の産業衛生学などの医学、衛生学関係の領域において、慢性疾患を持つ従業員の困難について明らかにした研究の知見を確認する。がんを持つ従業員が、乳がん、肺がん、大腸がんなどの診断後に失業あるいは転職することは QOL を低下させることが明らかにされている (Kobayashi *et al.* 2008)。Kobayashi *et al.* (2008) で計測されている QOL は 6 つの下位次元で構成されている。すなわち、全体的健康状態、身体的機能、役割遂行機能、認知機能、情動的機能、社会的機能である。失業あるいは転職は全体的健康状態を除く 5 つの機能全てに負の影響を及ぼしていた。

糖尿病については、治療の中断や、治療を受けた人の職場ストレスの増加が報告されている。治療中断について、調査対象者である糖尿病通院者の 8.1% が通院を中断しており、その理由として、「仕事が忙しく通院の時間が作れない」が挙げられていた (横田ほか 2007)。中石ほか (2007) では、調査対象者のうち 26% が過去に治療を中断したことがあり、その理由として最も多かったものは「仕事が忙しくて通院できなくなった」であった。一方で、糖尿病の治療をすることができても、なお就労困難を抱える人がいることも明らかにされている。糖尿病網膜症の手術を受けた人において、「心理的な仕事の負担量 (質) (量)」や「自覚的な身体負担度」は改善していたが、「職場環境のストレス」が増加し「働きがい」が低下していた (恵美・池田 2009)。

潰瘍性大腸炎およびクローン病を持つ従業員に関しては、就労上の困難がワークモチベーションと負の関係にあり、抑うつ傾向と正の関係にあることが明らかになっている (Ito *et al.* 2008)。また、Ito *et al.* (2008) は困難の性質について、「患者の職務上の成果やキャリアに影響を与える困難」や「患者の健康管理に影響を及ぼすような職務関連の困難や職務に関連した配慮の欠如」などからなる 5 つの下位次元を提示している。

これらの研究は、慢性疾患を持つ従業員において失業が QOL に悪影響を与えること、

また就労を続けている場合でも治療が中断する場合があること、そして就労上の困難がディストレスを高めることなどを示唆している。しかしこれらの研究は単一の疾患に着目しており、種類の異なる疾患を持つ従業員を対象としたときにこれらの研究で明らかになったような就労上の困難が同様に観察されるかについては明らかではない。また、Ito *et al.* (2008) は就労困難の実態を詳しく明らかにしたが、そこで見いだされた従業員の 5 つの困難のカテゴリーがどのような理論によって説明されるかについては未だ明確化されていない。そこで次に職場に着目したマネジメント研究の知見について確認する。

## 第 5 節 マネジメント研究における研究の動向

組織行動論、産業・組織心理学、職業心理学、人的資源管理論などのマネジメント関連領域では、ここ 10 年ほどの間に慢性疾患を持つ従業員に着目した研究が蓄積されつつある。それらの研究の主な研究対象としては、差別 (McGonagle and Barnes-Farrell 2014; McGonagle and Hamblin 2014; McGonagle *et al.* 2016)、キャリア (Beatty 2012; Tokar and Kaut 2018)、コーチング (McGonagle, Beatty and Joffe 2014)、職場の風土や職場運営方針などがある (Kirk-Brown and Van Dijk 2016; Nelson, Shaw and Robertson 2016)。そのうち、差別については、様々な慢性疾患を持つ従業員の病気の深刻さを統制しても、慢性疾患を持つことに起因する職場での差別が従業員にネガティブな心理的影響を与えることが明らかになっている。すなわち、差別は従業員のストレス反応を増加させ (McGonagle *et al.* 2016)、アイデンティティ脅威を形成し (McGonagle and Barnes-Farrell 2014)、間接的に仕事上の緊張・不安 (job tension) を高める (McGonagle and Hamblin 2014)。

差別はストレスだけでなく、職務満足度やキャリアと関連する。McGonagle *et al.* (2016) は、部分的にはあるが、差別が職務満足度および組織コミットメントを低下させることを示している。また、キアリ I 型奇形を持つ人において<sup>12</sup>、差別がキャリア上の困難についての意思決定能力についての自信を低め、良質な就労環境へのアクセスを制約することが明らかにされている (Tokar and Kaut 2018) <sup>13</sup>。

---

<sup>12</sup> 井原 (2010) によれば、キアリ奇形とは小脳及び延髄が大後頭孔から脊柱管内に陥入した状態のことを指し、キアリ奇形 I 型は小脳扁桃のみが脊柱管内に下垂したものである。

<sup>13</sup> ここでの良質な雇用機会は、Duffy *et al.* (2016) が国際労働機関 (International Labour Organization, ILO) の指標にもとづいて作成したディーセント・ワーク尺度によって測られている。

ただし、McGonagle らが提示した差別の問題が、慢性疾患を持つ従業員の就労困難の全体像であるかどうかについては検証の余地がある。例えば、McGonagle *et al.* (2016) は差別という概念を公式的な差別と対人関係における差別の 2 つで構成されるものとして提示した。公式的な差別とは、昇進差別などである。対人関係における差別とは、乱暴で尊敬を欠いた対人接触などである。しかし McGonagle *et al.* (2016) が検証したのは公式的な差別だけであり、対人関係における差別は検証していないという限界がある。

また、差別とは別に、職務の成果水準の低下が慢性疾患を持つ従業員のストレス反応と関連することが示されている (McGonagle *et al.* 2016)。これは、機能的制限が抑うつを増加させるとした Brown (2017b) などのコミュニティ・サンプルによる検証結果とも整合的である。

しかし、これらの困難はどのような従業員においてより強く現れるのかに関しては十分に明らかになっていない。本研究では、従業員の属性や職場の特性が慢性疾患を持つ従業員の困難をどのように調整するかを探る。

## 第 6 節 本論文の構成

本論文の構成は以下の通りである。第 2 章では慢性疾患を持つ従業員の就労困難について、問題背景を詳述する。近年のわが国の就労者の健康状態の推移や病気を持つ従業員の就労課題を確認し、諸外国との比較を行う。第 3 章では、慢性疾患を持つ従業員の困難を引き起こす要因や、組織による支援に関して幅広く先行研究をレビューする。第 4 章では、ディストレスとウェルビーイングの性質について確認したうえで、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響、心理的資源による媒介効果、職務上の資源による調整効果を予測する。第 5 章では本研究で用いるデータ、変数と記述統計、変数間の関係、分析の手続きを説明する。第 6 章では直接効果仮説、媒介効果仮説、調整効果仮説についての検証結果をそれぞれ示し、考察を述べる。そして最終章となる第 7 章では、各章のまとめを示したうえで、総合的な考察を行い、本研究の理論的および実践的含意、限界と今後の研究課題について述べる。

## 第2章 問題背景

### 第1節 わが国の就労者の健康状態の推移

ここでは、わが国の就労者の健康状態の推移について述べる。厚生労働省の「定期健康診断結果報告」では、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の有所見率の推移が示されている（URL 6；URL 7）。「定期健康診断結果報告」は、労働安全衛生法にもとづいて実施される健康診断のうち、常時 50 人以上の労働者を使用する事業所の健康診断の結果を集計したものである。2016 年の「定期健康診断結果報告」における定期健康診断の総受診者数は 1,365 万人である（URL 10）。「定期健康診断結果報告」が主に報告している項目は、聴力（1000Hz）、聴力（4000Hz）、胸部X線検査、喀痰検査、血圧、貧血検査、肝機能検査、血中脂質、血糖検査、尿検査（糖）、尿検査（蛋白）、心電図の有所見率である。また、項目を問わず、所見があった人の割合も報告されている。

図 1 は、全体の有所見率<sup>14</sup>、血圧の有所見率、血中脂質の有所見率の推移を示すものである。この図にあるように 1990 年から 2016 年の期間に有所見率は上昇し続けている。1990 年において 23.6%だった全体の有所見率は 2016 年には 53.8%に、血中脂質の有所見率は 1990 年には 11.1%だったが 2016 年は 32.2%に、そして血圧についての有所見率は 1990 年の 7.1%が 2016 年には 15.4%に上昇している。

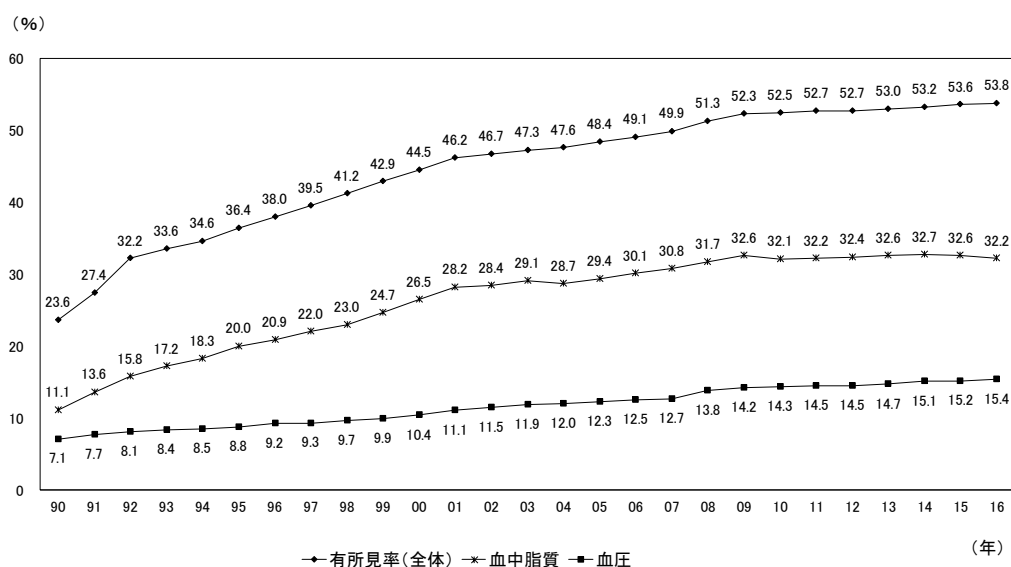


図1 有所見率の年次推移

出典：定期健康診断結果報告（URL 6；URL 7）

<sup>14</sup> 項目を問わず所見があった人の割合である。

有所見者率の増加は、病気になるリスクを持つ就労者の増加を表しているが、実際に病気を持つ人は増加しているのだろうか。表 1 は、「国民生活基礎調査」の統計表から作成した、1998 年から 2016 年における就労者、通院している就労者、就労者に占める通院就労者の割合の推移である。表からわかるように、2016 年時点では、仕事をもちながら通院している人の数は 2,076 万人であり、就労者は 6,108 万人である。就業者の 34.0%が何らかの傷病によって通院している。

**表1 就労者数、通院している就労者数、就労者に占める通院就労者数の推移**

	1998年	2001年	2004年	2007年	2010年	2013年	2016年
就労者数(万人)	6,073	6,298	6,185	6,394	6,176	5,997	6,108
通院している就労者数(万人)	1,519	1,738	1,728	1,824	1,977	2,007	2,076
就労者に占める通院就労者の割合(%)	25.0	27.6	27.9	28.5	32.0	33.5	34.0

出典: 国民生活基礎調査(URL 1; URL 2; URL 11; URL 12; URL 13; URL 14; URL 15; URL 16; URL 17; URL 18; URL 19; URL 20; URL 21; URL 22)

注: 2016年は熊本県を除いた46都道府県の推計値である。

1998 年から 2016 年までの推移に着目すると、通院者はこの間に 557 万人増加している。一方で、就労者の人数は 1998 年から 2016 年にかけて 35 万人増加しているが、その間には減少している年もある<sup>15</sup>。これらのことから、就労者の数には増減があるものの、通院者の数は一貫して増加していると言える。また、就労者に占める通院者の割合は、1998 年の 25.0%から 2016 年の 34.0%まで増加している。

表 2 は、通院している就労者の、主な病名別の人数である。ここでは、糖尿病、脳卒中、狭心症・心筋梗塞、慢性関節リウマチ、腎臓の病気、悪性新生物（がん）を挙げている。また、病気につながるリスクを持つ者として、高脂血症／脂質異常症、高血圧症による通院者の数を示している。2016 年において、糖尿病で通院している就労者は 229 万、脳卒中が 32 万、狭心症・心筋梗塞が 64 万、慢性関節リウマチが 25 万、がんが 37 万人であり、脂質異常症が 245 万人、高血圧症が 564 万人である。

1998 年から 2016 年までの推移をみると、通院している就労者の人数は、疾患別に見ても増加している。例えば、糖尿病治療のために通院している就労者数は、1998 年の 118 万人から 2016 年の 229 万人へと 100 万人以上増加している。また、がんで通院している就労者数は 1998 年の 15 万人から 2016 年の 38 万人へと 2 倍以上に増加している。同様

<sup>15</sup> 「国勢調査」における就業者数は、1995 年が 6,414 万人、2000 年が 6,297 万人、2005 年が 6,151 万人、2010 年が 5,961 万人、2015 年が 5,892 万人である (URL 23)。2010 年については「国民生活基礎調査」と「国勢調査」で 215 万人の差があるが、全体の傾向に大きな違いは見られない。

に、高脂血症／脂質異常症や高血圧症についても 1998 年から 2016 年にかけて大きく増加している。一方で、脳卒中や狭心症・心筋梗塞も増加しているが、糖尿病やがんと比較すると増加率は低い。脳卒中は 1998 年の 30 万人から 2016 年の 32 万人へと 2 万人増加し、狭心症・心筋梗塞は 56 万人から 64 万人へと 8 万人増加している。

**表2 主な疾患名別の働きながら通院している人の数(単位:万人)**

	1998年	2001年	2004年	2007年	2010年	2013年	2016年
糖尿病	118	140	156	174	190	213	229
高脂血症	115	139	146	173	248		0
脂質異常症						226	245
高血圧症	314	370	391	442	501	552	564
脳卒中	30	36	32	33	32	32	32
狭心症・心筋梗塞	56	63	58	59	61	62	64
慢性関節リウマチ	16	18	19	21	23	23	25
腎臓の病気	30	31	26	29	32	35	35
悪性新生物(がん)	15	20	23	24	32	31	37

出典: 国民生活基礎調査(URL 1; URL 17; URL 18; URL 19; URL 20; URL 21; URL 22)

注: 2016年は熊本県を除いた46都道府県の推計値である。

このように、「定期健康診断結果報告」や「国民生活基礎調査」は健康状態の悪い就労者が近年増加傾向にあることを示している。しかしこれらは、増加の原因については明らかにしていない。そこで次に、有所見率の増加の要因について検討を行った知見を確認する。

須賀ほか(2013)は、2001年から2011年の大規模な健康診断データ(各年度平均サンプルサイズ119,956人)をもとに、肥満、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病等の有所見率の推移を検証した。有所見率は、年度ごとの年齢構成の違いを統制した年齢調整率(age-adjusted rate)と、年齢調整をしていない粗率(crude rate)の2種類が用いられた<sup>16</sup>。検証の結果、男性就労者の肥満、高血圧、女性就労者の肥満、高血圧、糖尿病は、粗率では上昇傾向が見られたが、年齢調整率では上昇傾向が見られなかった。そのため、これらの疾患の有所見率の上昇は、健康診断受診者の高齢化によるものであると結論づけられた。

図2に示すのは、近年のわが国の高齢化率(全人口に占める65歳以上の人の割合)と就業者に占める65歳以上の人の割合の推移である。就業者に占める65歳以上の人の割合は、1990年には5.7%だったが、2016年には11.9%に増加している。須賀ほか(2013)の発見を踏まえると、このようなわが国の就労者の高齢化が、有所見率の上昇に関連して

<sup>16</sup> 年齢調整は、複数の集団における年齢構成の違いによる影響を取り除いたうえで、集団間で死亡率、罹患率、有病率などの水準を比較するために行うものである(永井 1990)。

いると考えられる。

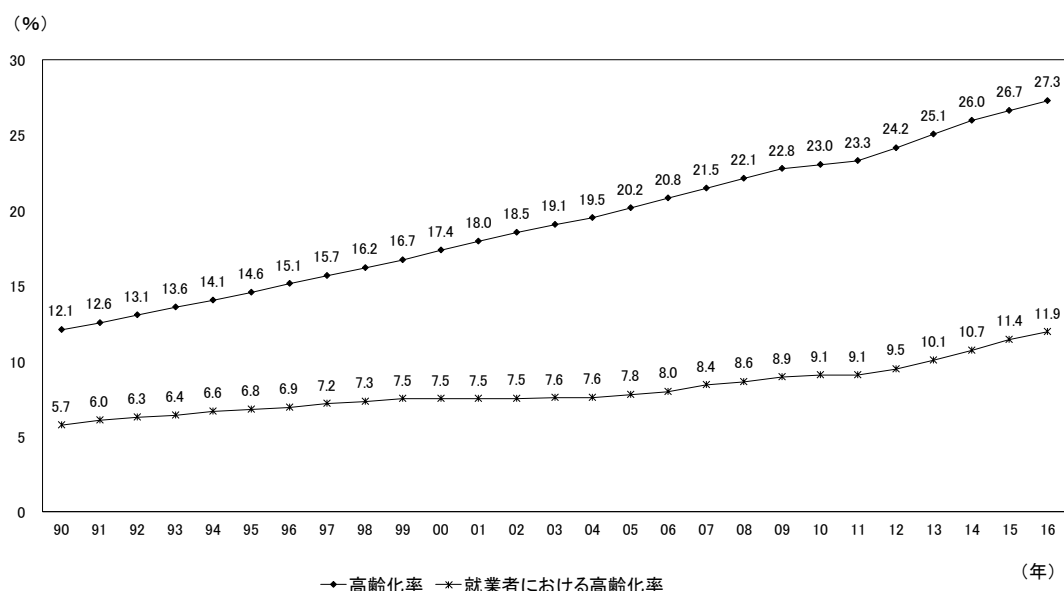


図2 わが国の高齢化率と就業者における65歳以上の比率の推移

出典：人口推計 (URL 24; URL 25; URL 26)、労働力調査 (URL 27)

また、須賀ほか（2013）では、年齢以外の有所見率の上昇要因についても指摘されている。須賀ほかの分析では、男性の高コレステロール血症の有所見率は、粗率だけでなく、年齢の影響をコントロールした年齢調整率においても上昇傾向が見られた。この結果について、須賀ほかは、労働環境や労働条件の変化が影響している可能性を指摘している。同様に、北村ほか（2010）も、労働環境の変化を有所見率の上昇の要因として指摘している。北村ほかは、企業4社の40代および50代男性の1977年から2008年までの健康診断結果を分析した結果、高血圧の有所見者は1977年から90年頃にかけて減少したが、90年頃から2008年にかけて増加したことを確認している。また、高血圧の要因の一つである肥満の影響を統制するために、肥満者と非肥満者に分けて高血圧の有所見者の割合の推移が観察した結果、肥満の有無に関わらず高血圧の有所見率は90年代から2008年にかけて上昇していた。これらのことから、北村ほか（2010）は、高血圧者の増加には、職場における業務量の増加や解雇不安による精神的ストレスの増加が関係している可能性があると指摘している。

このように、就労者の高齢化と労働環境の悪化が有所見率を上昇させている可能性が指



摘されている。労働環境の悪化を示す間接的な指標に精神障害の発病がある。『平成 29 年版過労死等防止対策白書』によれば、業務により精神障害を発病したことが認められたことを表す労災補償の支給決定件数は近年増加傾向にある（厚生労働省編 2017a: 34）。図 2 に示すように、精神障害についての労災補償の請求件数は、2000 年度の 212 件から 2016 年の 1,586 件へと増加しており、労災補償の支給決定件数は 2000 年度の 36 件から 2016 年度の 498 件へと増加している。労働環境の悪化と有所見率の増加が関係しているとすれば、労災補償件数に表されるような職場環境の悪化は今後も有所見率を上昇させ続けると考えられる。このような職場環境の現状や、高齢化の現状を踏まえれば、何らかの疾患あるいは疾患のリスクを持ちながら働く従業員の就労課題への対応は重要である。

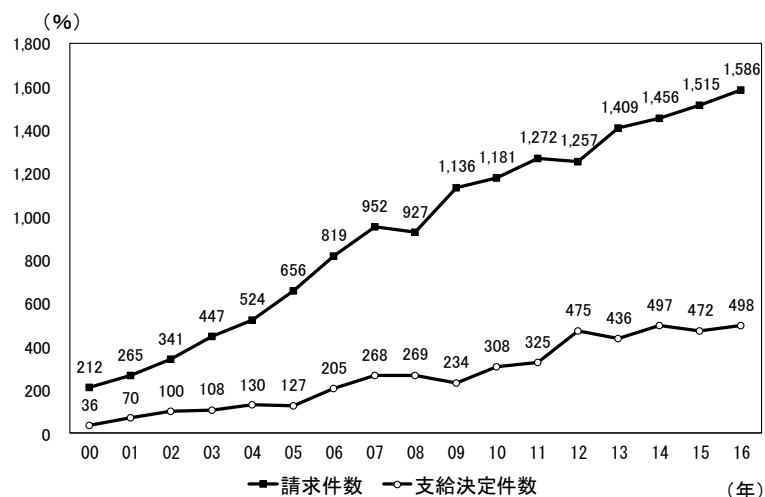


図3 精神障害に関する労災補償の請求件数と支給決定件数  
出典：厚生労働省編(2017a: 34)

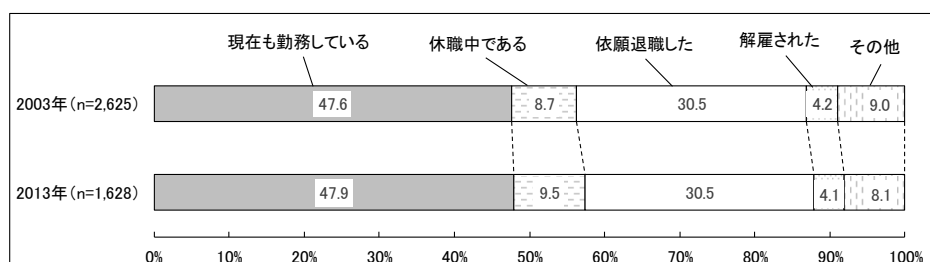
尚、高齢化や労働環境の悪化以外の有所見率上昇の関連要因としては、有所見の判定基準の変更も指摘されている。例えば、寶珠山ほか（2000）は労働衛生機関における有所見の判定方法についての調査から、90 年代前半に多くの機関で総コレステロールの基準値が引き下げられたことが有所見率の向上と関係している可能性を指摘している。

## 第 2 節 慢性疾患を持つ人の職業生活の課題

本節では、慢性疾患を持つ人が働くことに関してどのような課題を感じているかについて述べる。本節で就労課題を記述する疾患は、がん、糖尿病、難病である。

がんを持つ人の社会生活についての調査として、山口ほかが 2003 年及び 2013～2015 年に実施した調査がある（URL 28; URL 29）<sup>17</sup>。調査対象者は、第一次、第二次ともに、医療機関に外来通院している 20 歳以上のがん患者、または患者会や患者支援団体に所属している 20 歳以上のがん体験者である。回答者数は第一次調査が 7,837 であり、第二次調査が 4,054 である。

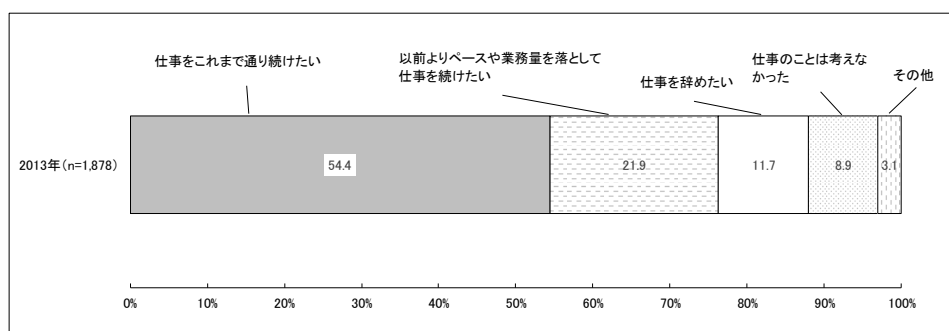
これらの調査から、多くの回答者が、がん診断の後に勤めていた組織を辞めていたことが明らかになっている。図 4 に示す通り、どちらの調査でも「依願退職した」と「解雇された」を合わせて約 35%の就労者が離職している。一方、図 5 に示す通り、がんと診断された時に仕事を辞めようと考えた人の割合は 11.7%であり、図 4 に示された離職した人の割合（約 35%）と比較すると少ない。



**図4 がんを持つ就労者のがん診断後に生じた就労状況の変化**

出典:「がんの社会学」に関する合同研究班による調査報告書 (URL 28; URL 29)

注: 2003年は第一次調査、2013年は第二次調査を表す。第二次調査の調査期間は2013年から2015年だが表記を簡略にするために2013年と表示している。以降の図においても同様である。この質問項目に回答している人は、自営業者、単独事業者、家族従業員以外の就労者である。

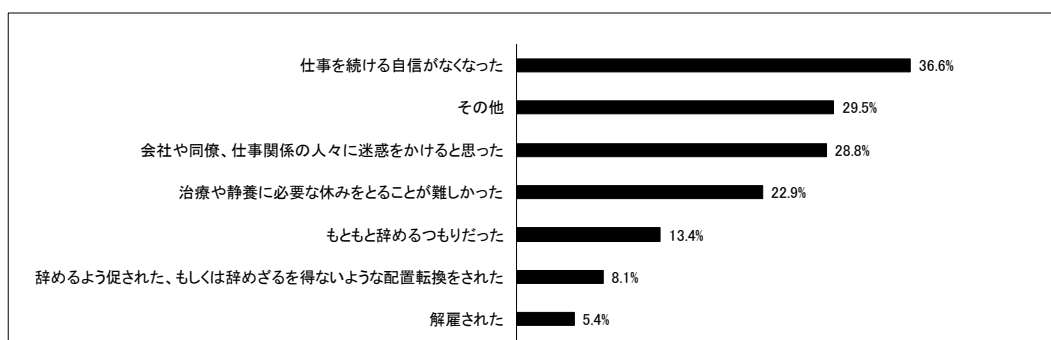


**図5 がんと診断された当時の仕事についての考え**

出典:「がんの社会学」に関する合同研究班による第二次調査報告書 (URL 29)

<sup>17</sup> 2003 年に実施された調査を第一次調査、2013～2015 年に実施された調査を第二次調査と呼ぶ。

調査では、がん診断から調査時点までの間に仕事を辞めた人に対して、その理由を聞いている。仕事を辞めた理由の回答分布は図 6 に示す通りである。図からわかるように、22.9%の回答者が治療に必要な休みを取ることができないことを理由として挙げており、このことから、治療と職業生活の両立困難が仕事を辞める理由の一つとなっていることがわかる。これらのことから、がんを診断された時は仕事を辞めるつもりが無くても、実際に働いていくうちに治療と職業生活の両立に困難を感じるようになり退職した人がいる可能性が考えられる。



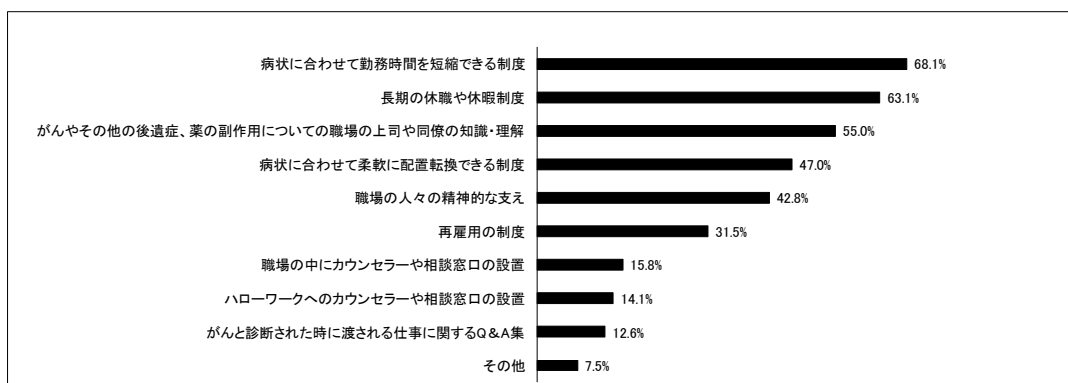
**図6 仕事を継続できなかった理由**

出典：「がんの社会学」に関する合同研究班による第二次調査報告書（URL 29）

注：複数回答の集計結果である。調査年は2013年、回答者数は590人である。この質問に回答している人は、自営業者、単独事業者、家族従業員も含む何らかの仕事をしている人である。

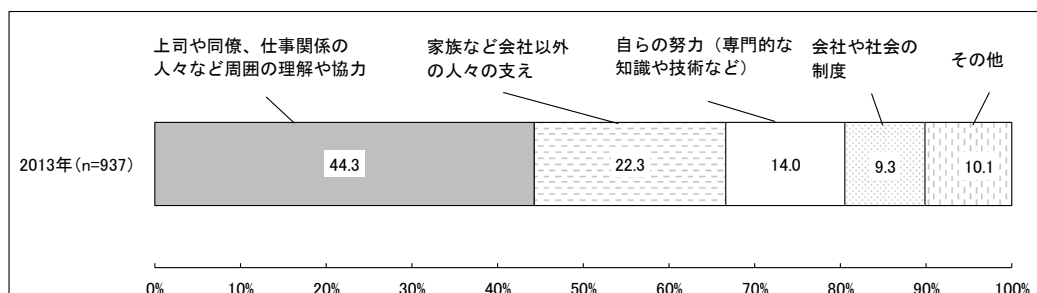
一方で、就労継続を促す要因にはどのようなものがあるか。調査の結果は、勤務時間や休暇に関する制度の整備や、職場における上司や同僚の理解が重要であることを示唆している。図 7 は、がんを持つ人の就労継続に必要なことは何かという質問への回答の分布である。最も回答が多かったのは「勤務時間の短縮制度」であり、それに次いで「休職や休暇制度」、「職場の上司や同僚の知識・理解」の割合が高い。また、図 8 は、仕事を継続している人が回答した、仕事を継続できた理由の分布である。これによると、上司や同僚等の理解や協力が全体の 4 割を占めている。

また、現在がんを持ちながら就労している人の仕事に関する悩みにはどんなものがあるか。図 9 で示すのは、がんと診断されてから現在（調査時点）までの間に、仕事に関して悩んだ事柄に関する回答分布である。回答割合が最も高かったものは「体力の低下」であり、次いで「病気の症状や治療による副作用や後遺症」であった。がんを持つ就労者はこれらの心身機能の低下によって仕事に何らかの支障をきたしている可能性が考えられる。



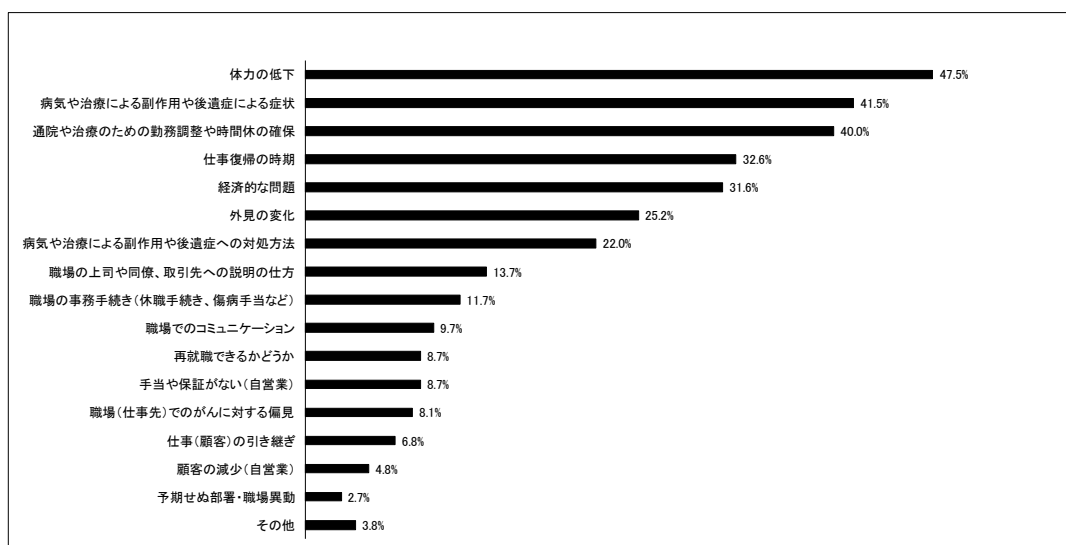
**図7 就労継続に必要な支援**

出典：「がんの社会学」に関する合同研究班による第二次調査報告書（URL 29）  
 注：複数回答の集計結果である。調査年は2013年、回答者数は1,616人である。



**図8 仕事を継続できた一番の理由**

出典：「がんの社会学」に関する合同研究班による第二次調査報告書（URL 29）



**図9 診断時から調査時点までの仕事についての悩み**

出典：「がんの社会学」に関する合同研究班による第二次調査報告書（URL 29）  
 注：複数回答の集計結果である。調査年は2013年、回答者数は1,201人である。

また、これらに次いで回答が多かった悩みは、「治療のための勤務の調整や時間休の確保」である。ここからも、仕事と治療の両立が課題となっていることが示唆される。

がん対策に関する国民の意識を明らかにするために実施された内閣府の「がん対策に関する世論調査」は、がんを持つ人の就労が困難であると認識する人が多いことを明らかにしている。同調査は、2007年、2009年、2013年、2014年、2016年に行われているが、ここではがんを持つ人の就労に関する国民の意識を詳しく調査している2014年と2016年の結果について述べる（URL 30; URL 31）。調査は、全国の20歳以上（2016年は18歳以上）から層化2段無作為抽出法により抽出された3,000人を対象に行われたもので、有効回収数は2014年の調査が1,799で、2016年の調査は1,815である。

世論調査からは、多くの人ががんになると就労継続が難しくなると考えていることが明らかになった。図10に示す通り、「がんの治療等のために2週間に1回程度病院に通う必要がある場合、就労を継続できると思うか」の質問に対する回答では否定的に捉えている人の方が多い。例えば、2016年では、「そう思う」と「どちらかといえばそう思う」の合計割合が27.9%であったのに対し、「そう思わない」、「どちらかといえばそう思わない」の合計割合は65.7%である。2014年も同様の傾向である。

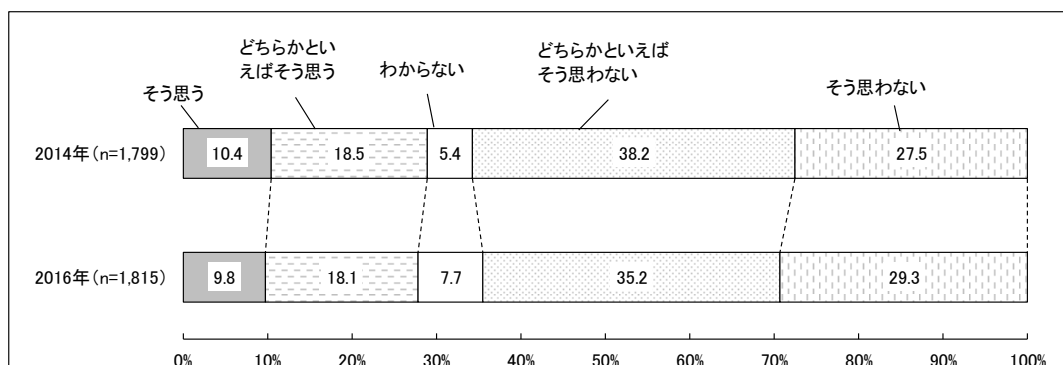


図10「現在の日本の社会では、がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働きつづけられる環境だと思いますか」という質問への回答  
出典:がん対策に関する世論調査(URL 30; URL 31)

また、同じ質問項目への回答を男女別にみると（図 11）、男性より女性の方が、就労継続の可能性を否定的に見ていることがわかる。2016年の調査において、男性では「そう思わない」と「どちらかといえばそう思わない」を合計した回答割合が61.8%であるのに対し、同年の女性では66.9%である。

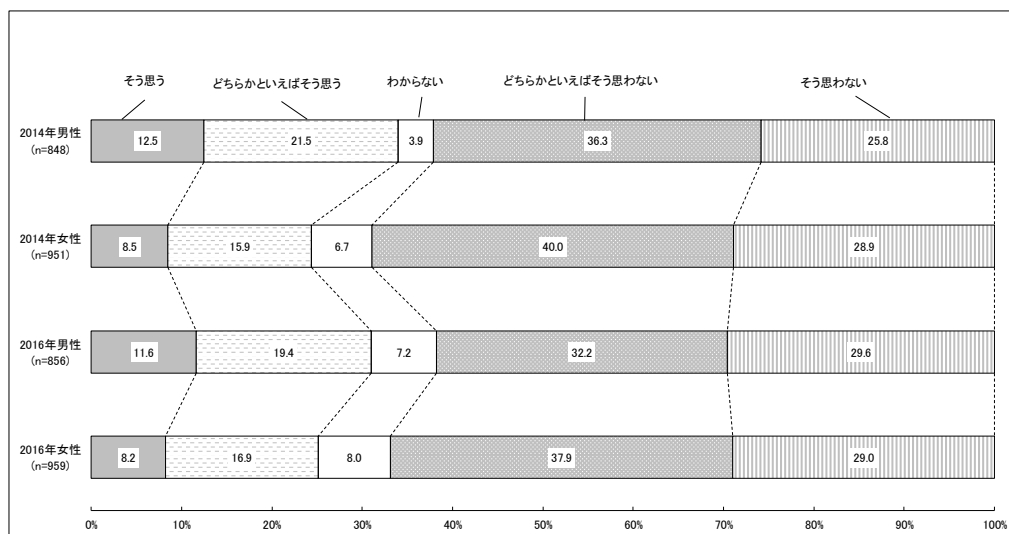


図11「現在の日本の社会では、がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思いますか」という質問への回答(男女別)  
出典: がん対策に関する世論調査 (URL 30; URL 31)

図 12 および 13 は、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由について回答を集計している。図 12 に示す通り、職場の特性に関連する項目への回答が半分近くを占めている。具体的には、「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」、「休むと職場での評価が下がるから」、「休むと収入が減ってしまうから」、「がんの治療・検査と仕事の両立が体力的に困難だから」、「がんの治療・検査と仕事の両立が精神的に困難だから」、「その他/特にない/わからない」

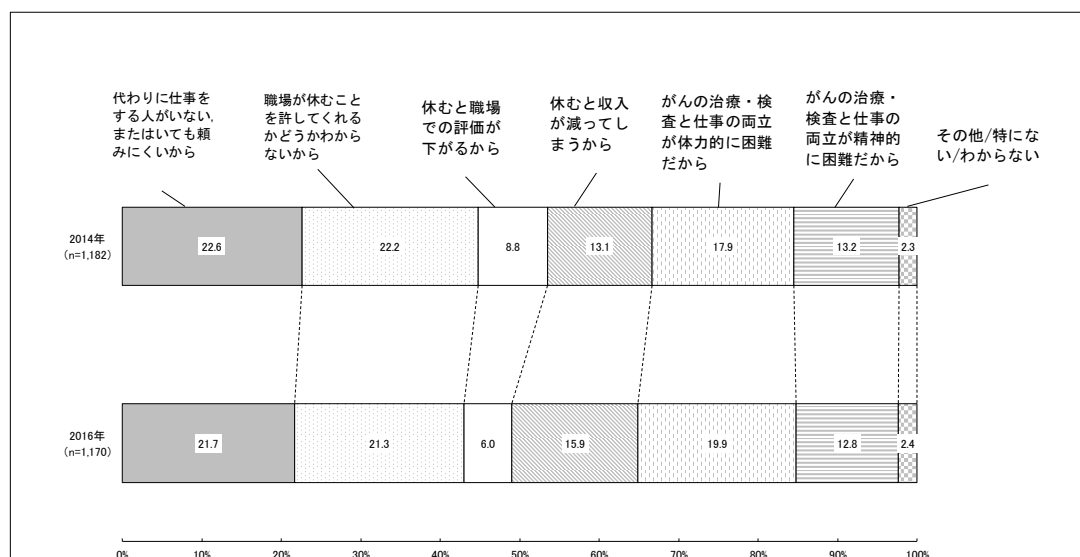


図12「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思いますか」という質問への回答  
出典: がん対策に関する世論調査 (URL 30; URL 31)

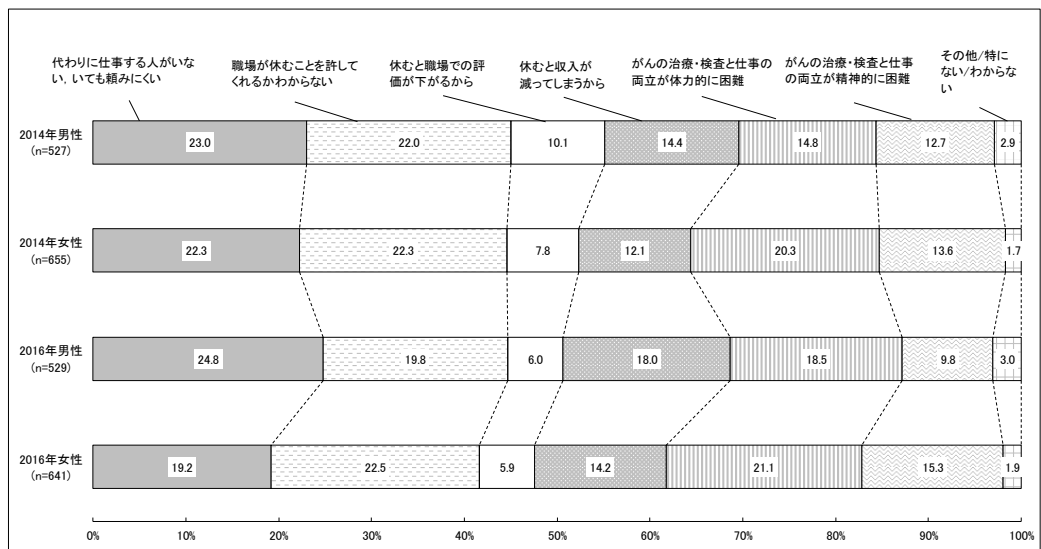


図13「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思いますか」という質問への男女別の回答  
出典：がん対策に関する世論調査（URL 30、URL 31）

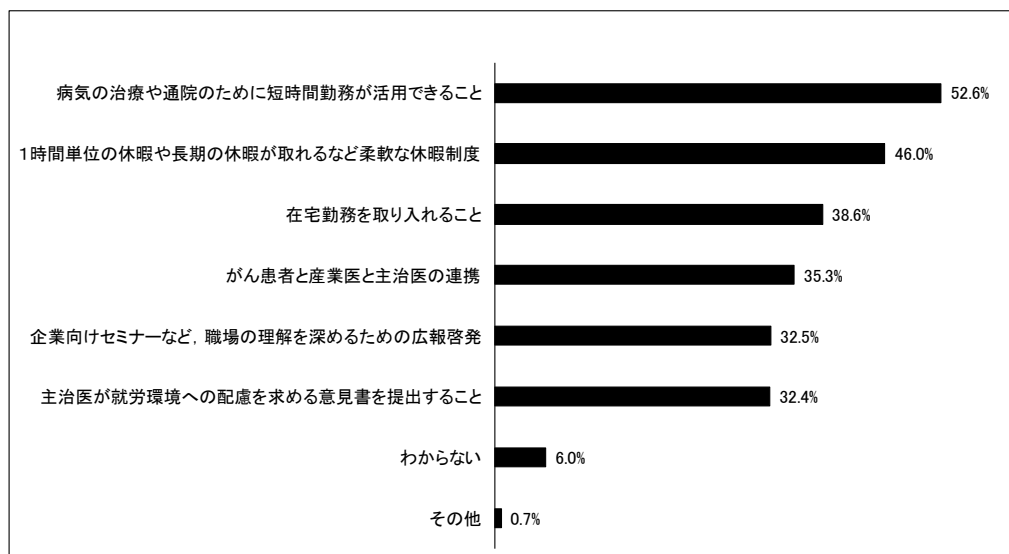


図14「働くことが可能で、働く意欲のあるがん患者が働き続けるようにするためには、どういう取り組みが必要だと思いますか」という質問への回答

出典：がん対策に関する世論調査（URL 31）

注：2016年の調査結果である。回答は複数回答形式。回答者数は1,815。

るから」の3項目である。これらの項目を合計した割合は、2014年では53.6%、2016年では49.0%だった。また、同じ質問項目について男女別に集計したものが図13である。これらの職場の特性に関連する3項目を合計した割合は、いずれの年でも女性より男性のほうが高い傾向にある。また、2016年の調査では、「がん患者が働き続けるようにするため

にはどういう取り組みが必要だと思うか」という質問がある。この問いに対する回答の集計結果は図 14 に示す通りであるが、「短時間勤務の活用」や、「時間単位あるいは長期の休暇取得に関する制度」など、柔軟な働き方を促進する取り組みが必要であるとする回答が多い。勤務時間や休暇に関するニーズが大きいことは、前述した山口ほかの調査結果とも同じ傾向である。

糖尿病に関して、労働者健康福祉機構が 2013 年に公表した『「就労と治療の両立・職場復帰支援（糖尿病）の研究・開発、普及」研究報告書』は、糖尿病を持つ人の就労課題を明らかにしている（URL 32）。調査は、2012 年から 2013 年にかけて、横浜、中部、大阪、和歌山、山口、熊本の労災病院で受診中の糖尿病患者および、中部、大阪、和歌山、山口、熊本の労災病院の近隣の医者で受診している糖尿病患者を対象に行われた。回答者数は 1,301 人である。回答者のうち約 8 割が男性、92%が 2 型糖尿病を持つ人である。

この調査は、治療法や、合併症の有無によって糖尿病を持つ人の就労上の問題の程度が変わることを示している。図 15 は、糖尿病を持つことが仕事上の負担になっているかどうかを尋ねた質問に対する回答の分布である。

図 15 の通り、糖尿病を持つ人の 22.0%が糖尿病を持つことを仕事上の負担と感じていた（「かなり負担」と「やや負担」と回答した人を合わせた割合）。また、インスリン注射を行っているかどうかで回答者を分けると、インスリン無しでは 17.2%であるのに対して、インスリン有りでは 37.5%とその割合が大幅に高くなっている。また、同じ質問項目について糖尿病の合併症としての糖尿病性網膜症の有無、糖尿病性腎症の有無でそれぞれ分けて回答分布を比較すると、「かなり負担」と「やや負担」の割合は、網膜症無しでは 21.0%であったのに対し網膜症有りでは 34.8%、腎症無しでは 21.3%であったのに対し腎症有りでは 31.6%となっている。

また、糖尿病を持つことで仕事上困っていることについての回答の集計結果により、糖尿病の症状や合併症が就労上の問題を引き起こしていることを明らかになっている。回答内容は図 16 に示す通りである。報告書では「トイレが近い」や「だるくて仕事に集中できない」は糖尿病の症状を表すものとして、また「視力低下がある」や「しびれ感がある」は糖尿病の合併症の症状を表すものとして解釈している。

また、仕事が糖尿病の治療の継続を困難にしている実態が示されている。図 17 は通院治療で困っていること等についての回答の集計結果である。「日中の受診は仕事を休みにくい」の回答が 10.1%、「忙しくて通院困難」の回答が 9.9%である。



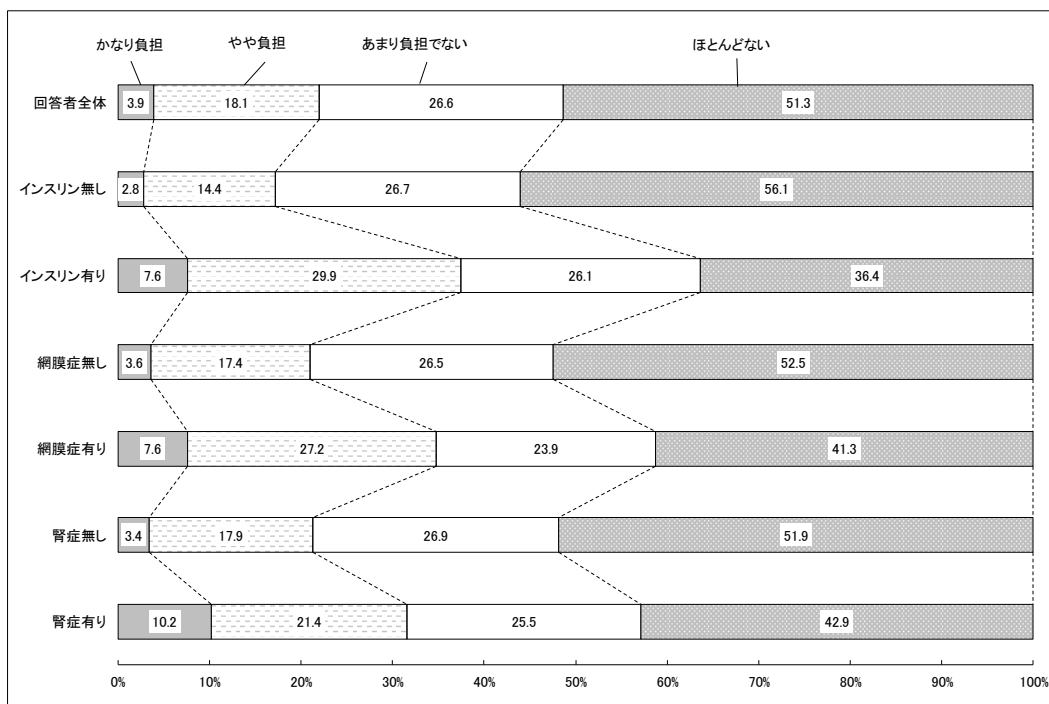


図15「糖尿病であることは仕事上の負担になっていますか？」という質問への回答

出典：「就労と治療の両立・職場復帰支援（糖尿病）の研究・開発、普及」研究報告書（URL 32）

注：網膜症の有無については、網膜症が無い人と単純糖尿病網膜症である人が網膜症無し、前増殖糖尿病網膜症以上の人と光凝固術を受けたことがある人が網膜症有りとして分類された。また、腎症については、1期と2期が腎症無し、3期以上が腎症有りとして分類された。

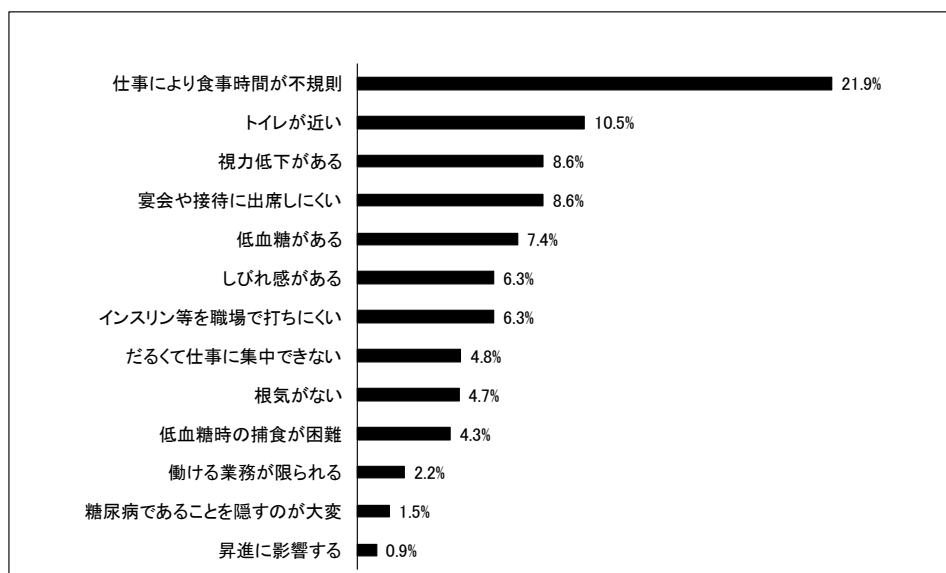
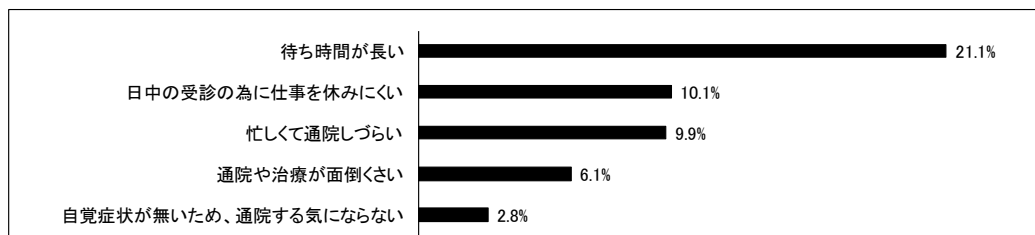


図16 「糖尿病であることで仕事上困っていることは？」という質問への回答

出典：「就労と治療の両立・職場復帰支援（糖尿病）の研究・開発、普及」研究報告書（URL 32）

注：この質問項目は複数回答形式で集計された。



**図17 「通院治療で困っていること、感じていることはありますか？」という質問への回答**

出典：「就労と治療の両立・職場復帰支援（糖尿病）の研究・開発、普及」研究報告書（URL 32）

注：この質問項目は複数回答形式で集計された。

次に難病をもつ人の就労課題について確認する。難病とは、2014年に成立した「難病の患者に対する医療等に関する法律」によれば、「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」である。

表3は、難病を持つ人における、病気が原因の就労上の問題がある人の割合である（障害者職業総合センター編 2011: 96）。障害者職業総合センター編（2011）は、2005年と2009年に難病や障害を持つ人を対象に調査を実施している<sup>18</sup>。回答数は2005年が3,691、2009年が4,546である。これら2回の調査で調査項目が同一のものについてはデータを統合して集計している。表3の結果について、障害者職業総合センター編（2011）は、それぞれの疾患の特徴が就労上の問題に反映していると述べている。実際に、工作中的トイレの利用に問題があったとした人の割合は、クローン病や潰瘍性大腸炎などの消化器系の疾患を持つ人において多い。例えばクローン病を持つ人の17.6%が工作中的トイレの利用に課題を感じている。一方で、運搬や移動に関する就労上の問題のうち指、手、腕を用いて物をつまむ、動かすなどの動作や、歩くことに関する問題については、消化器系の疾患を持つ人よりも、多発性硬化症、パーキンソン病、もやもや病といった神経や脳に関する疾患を持つ人に多く見られる。例えば、パーキンソン病を持つ人の37%が歩くことに課題を感じている。同様に、文章を読む、書く、計算する等に関わる問題は、消化器系の疾患を持つ人よりも、多発性硬化症等の神経や脳に関する疾患を持つ人に多い傾向がある。例えば、もやもや病を持つ人の17.3%が仕事上で書類などを読むことに課題を感じている。

<sup>18</sup> 2005年のデータは厚生労働省から障害者職業総合センターに提供された「難病の雇用管理のための調査・研究会」実施の調査データである（障害者職業総合センター編 2011: 37-8）。

表3 難病を持つことにより就労上の問題がある人の疾患別の割合

	クローン病	潰瘍性大腸炎	多発性硬化症	パーキンソン病	もやもや病
学習と知識の応用					
仕事に必要な技能を習得すること	12.1%	12.1%	17.0%	14.8%	20.0%
仕事中に注意を集中すること	11.9%	10.3%	11.1%	20.7%	14.7%
書類、本、説明書等の情報を読むこと	4.5%	5.1%	14.0%	14.8%	17.3%
文章を書くこと	3.3%	2.1%	13.0%	31.0%	15.4%
数を数えたり、計算すること	2.9%	2.6%	11.0%	22.2%	15.2%
問題解決や判断を行うこと	5.3%	7.1%	14.0%	21.7%	20.9%
コミュニケーション					
同僚、上司、お客さんなどの話や文書の内容を理解すること	7.7%	7.1%	14.0%	9.4%	14.8%
同僚、上司、お客さんなどに対して自分の意思を伝えること	9.8%	8.6%	14.0%	16.1%	21.6%
職場内で、会話や議論をすること	11.1%	9.7%	15.0%	27.6%	22.4%
コミュニケーション機器（電話、FAX、電子メール等）を使うこと	6.5%	6.1%	10.0%	17.2%	10.5%
セルフケア					
仕事中にトイレを利用すること	17.6%	14.8%	10.1%	11.1%	3.2%
清潔な身なりや服装をすること	1.6%	2.0%	3.0%	3.0%	3.9%
食事や休養、服薬、自己治療など健康管理をすること	15.4%	11.4%	7.0%	8.8%	9.8%
決められた通院を行うこと	12.6%	11.0%	8.9%	8.8%	4.6%
運搬・移動					
座った姿勢で仕事をする	3.7%	3.0%	5.9%	16.1%	2.0%
立った姿勢で仕事をする	12.2%	10.5%	22.0%	18.5%	8.5%
運搬すること	10.3%	10.6%	23.8%	22.2%	12.8%
手と手指を使って物をつまんだり、操作したり、放したりすること	1.6%	3.5%	12.9%	20.0%	18.4%
手と腕で物を動かしたり操作したりすること	2.5%	3.0%	11.9%	25.9%	11.3%
歩くこと（短距離、長距離、不安定な場所で、など）	7.4%	7.0%	32.3%	37.0%	8.6%
様々な場所をあちこち移動すること（車椅子を含む）	4.5%	5.1%	22.0%	34.6%	6.5%
交通機関を利用すること（バス、電車、飛行機、タクシーなど）	5.3%	7.6%	19.8%	18.5%	9.3%
乗り物を操作して動かすこと（自動車、フォークリフトなど）	3.7%	5.0%	12.9%	15.4%	10.6%

出典：障害者職業総合センター編（2011：96）

注：表中のパーセンテージは、「その仕事に就いている期間に、病気を原因とする何らかの問題は起こりましたか。問題があった場合、その問題は解決されましたか」という質問について、「問題あり 解決済」、「問題あり 未解決」、「特に問題なし」、「仕事に不必要」からなる4つの選択肢の中から、「問題あり 未解決」を選択した人の疾患別の割合である。

同様の傾向は、就労者による自由記述回答の内容からも読み取ることができる。次に示すのは、「その他、職業上の困難につながる難病の症状等があれば、具体的にご記入ください」という自由記述の質問項目について、表3と同じ難病を持つ就労者の回答を抜粋したものである（障害者職業総合センター編 2015：62-68）。障害者職業総合センター編（2015）は、難病を持つ人の就労困難の実態を明らかにするために質問紙調査を行っている。調査実施年は2014年、回答数は2,439である。回答には以下のようなものが含まれている。

「トイレが近いので、自由にトイレに行ける状況なので、仕事を続けることができますが、休憩時間が厳しかったり、外出の仕事であれば仕事を続けるのは困難だと思います」（60歳、女性、潰瘍性大腸炎）

「足のこわばりで、移動がスムーズではなくなり、かなりの時間を要する（打合わせ、来

客などの対応に遅れる)」(50 歳、男性、パーキンソン病)

「つかれが出ていてもそのまま休まずに働き続けると手足のまひや失語するときに短時間出てきます」(33 歳、女性、もやもや病)

また、「その他、難病の症状等により困難となる職業上の具体的な課題や、問題解決状況についてご記入ください」という質問への回答からは、就労上の課題や、就労継続についての課題が示されている。就労上の課題に関する回答は次のようなものがある。回答者は、難病について上司に理解してもらえないことで、仕事量の調整がうまくいかず、その結果病状が悪化するという事態に直面している。また、病気による体調管理を誤解されて同僚との人間関係が悪化している。

「病状から仕事を断ってもやらされる（その結果病状悪化している）・・・上司が難病を理解しようとしなない」(男性、35 歳、クローン病、パート・アルバイト・非常勤、専門技術)

『疲れてしまうため、仕事に集中し、職場内のおしゃべりや世間話に入らなかったら、「無視している」と思われ、職場の人から口をきいてもらえなくなった(女性、39 歳、全身性エリテマトーデス、派遣、事務)』

就労の継続に関するものとしては次のようなものがある(障害者職業総合センター編 2015: 106-12)。回答者は勤務には支障が無いと認識していても病気を理由として派遣契約を解除されている。また、入院が必要になった回答者は休職制度の適用についての規則が無いという理由で退職するよう促されている。

「2 期継続し、今期派遣切りにあいました。理由として、病気等あるため希望の仕事を増やせない、仕事の量や範囲が増やせないからと言われた。自分は 6 年間決められた日を病気により休んだ事もなく、迷惑をかけたつもりもないが(混合性結合組織病、女性、55 歳、派遣、専門技術)」

「入院により退職を求められた。嘱託職員が長期休職した場合の取り決めがなく対応でき

ないと言われた（潰瘍性大腸炎、女性、51 歳、パート・アルバイト・非常勤、専門技術）」

企業における治療と職業生活の両立の現状と課題を探究した労働政策研究・研修機構編（2013）は、慢性疾患を持つ従業員の就労継続と雇用形態の関係を示唆している。調査は、2012 年に全国の常用労働者 50 人以上を雇用している企業 20,000 社を対象に実施され、有効回収数は 5,904 である。調査対象企業は、東京商工リサーチの企業データベースから産業・規模別に層化無作為抽出された。

図 18 に示すのは、病気休職制度の利用状況である。この図から、非正社員が病気休職を利用せずに退職する割合が正社員より高い傾向がわかる。「ほとんどが病気休職を申請することなく退職する」と答えた企業の割合は、身体の疾患で正社員では 4.2%であるのに対して、身体の疾患で非正社員は 11.2%となっている。このように、非正社員が病気にかかったときに休職制度を利用せずに退職すると回答した企業の割合は、正社員の場合と比べて 2 倍以上になっている。

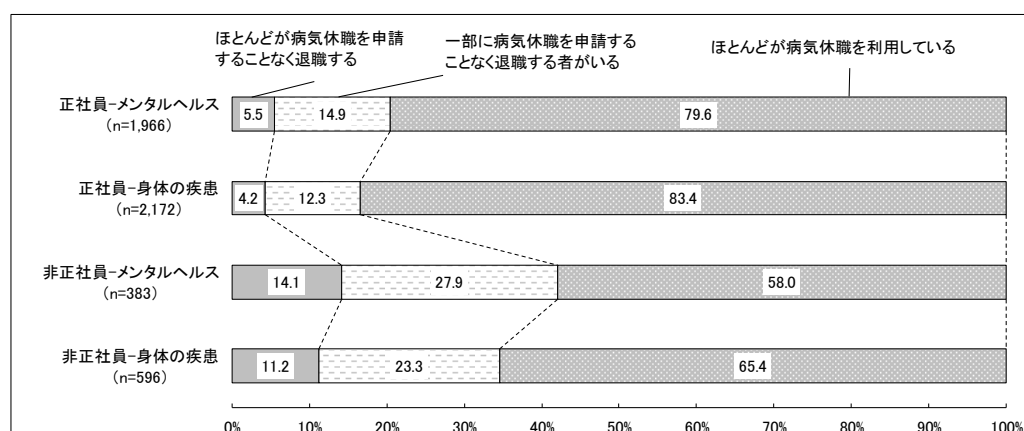


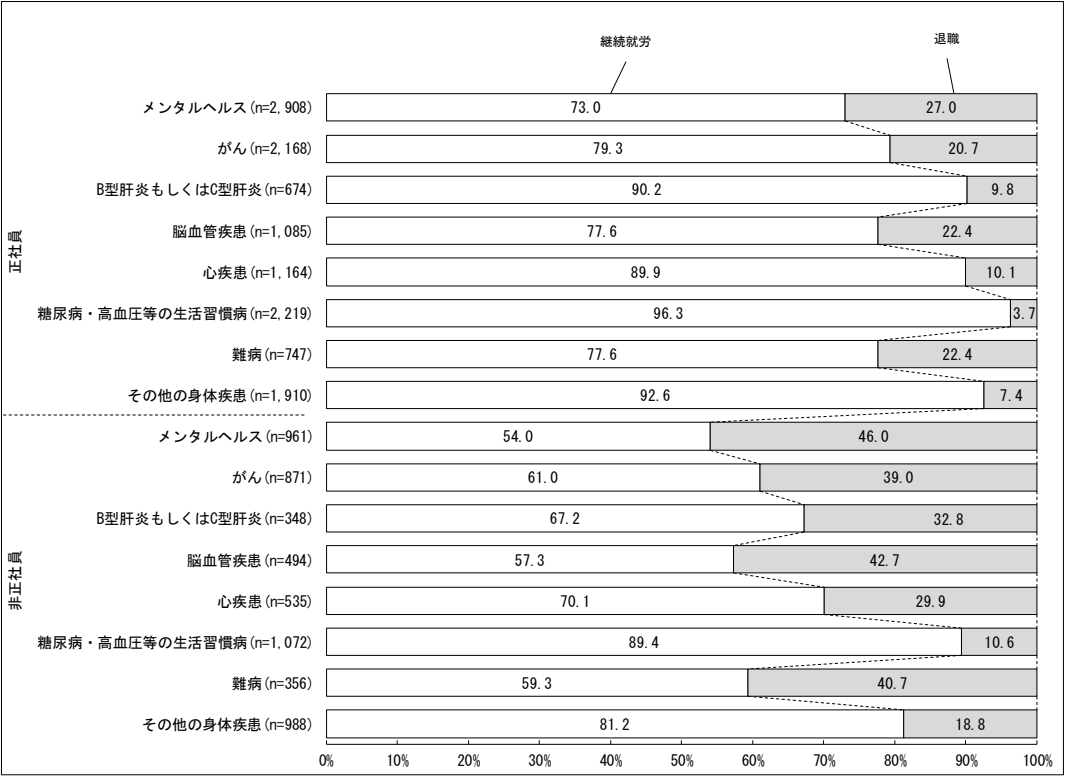
図18 病気休職の疾患の種類・雇用形態別の申請状況

出典：労働政策研究・研修機構編（2013：199-206）

注：正社員の場合の質問項目は「過去3年間で、連続1か月以上の療養を必要とする正社員が出た場合に、病気休職制度を申請することなく退職した正社員がいましたか。(a)メンタルヘルスの場合と(b)その他の身体疾患の場合に分けてお答えください。」であり、非正社員の場合の質問項目は「過去3年間で病気休職制度を申請することなく退職した非正社員がいましたか。(a)メンタルヘルスの場合と(b)その他の身体疾患の場合に分けてお答えください。」である。正社員について回答した企業は、病気休職制度がある企業である。非正社員について回答した企業は、非正社員についても病気休職制度が適用される企業である。「わからない」、「該当する者がいない」と回答した企業及び無回答を除いて集計。

同じような傾向は同調査の別の質問項目への回答にも示されている。図 19 は、疾患を持つ人の就労継続状況を示すものである。図 19 に示す通り、慢性疾患を持つ従業員が退職することが多いと答えた企業の割合は、非正社員である場合に高い。例えば、がんを持つ正社員が退職していることが多いと回答した企業の割合は 20.7%であるのに対して、が

んを持つ非正社員が退職することが多いと答えた企業の割合は 39.0%である。病気休職せずに退職する社員の状況と同様に、非正社員と正社員では割合にして倍近くの差があった。この傾向は他の身体疾患（脳血管疾患、心疾患等）についても概ね同様だった。このことから雇用形態が、慢性疾患を持つ従業員の就労困難の状況と関係している可能性が考えられる。



**図19 慢性疾患を持つ従業員の継続就労あるいは退職の状況**  
 出典：労働政策研究・研修機構編（2013：89）  
 注：「貴社でメンタルヘルスや私傷病に罹患した者がいた場合、(1)正社員と(2)非正社員では、継続就業の状況として、次にあげるどのパターンが多いと思われますか」という質問への回答を集計したものである。回答にあたっての選択肢は、「休職を経て通院治療をしながら働き続けている」、「休職を経て通院治療をせずに働き続けている」、「休職期間中（もしくは復職直後）に退職している」、「休職を経て復職後、しばらく勤務した後に退職している」、「休職をせずに退職している」、「休職をせずに通院治療等しながら働き続けている」、「長期の休職または休職、復職を繰り返している」が継続就労として集計された。「休職期間中（もしくは復職直後）に退職している」、「休職を経て復職後、しばらく勤務した後に退職している」、「休職をせずに退職している」が退職として集計された。「当該疾病者を把握していないのでわからない」、「非正社員がいない及び無回答を除いて集計」。

### 第3節 慢性疾患を持つ従業員の就労に対する企業の対応の現状

慢性疾患を持つ従業員の職業生活の課題は、企業においてどのように対応されているかについて、労働政策研究・研修機構編（2013）にもとづいて確認する。これまでに述べたように、慢性疾患を持つ従業員の柔軟な勤務形態や休暇についてのニーズは大きい。しかし、図 20 に示すように、短時間勤務制度や、フレックスタイム等の勤務時間帯への配慮

に關した制度がある企業は全体の半数に満たない。また、在宅勤務によるテレワークを導入している企業は2.6%とごくわずかである。

しかし、短時間勤務制度と、フレックスタイム等の制度について、それらの制度の有無を正社員規模で見ると、図21および図22の通り、規模が大きいほどそれらの制度が導入されている割合が大きい。例えば短時間勤務制度がある企業の割合は、正社員49人以下の企業では40.1%、正社員規模1,000人以上の企業では77.4%となっている。

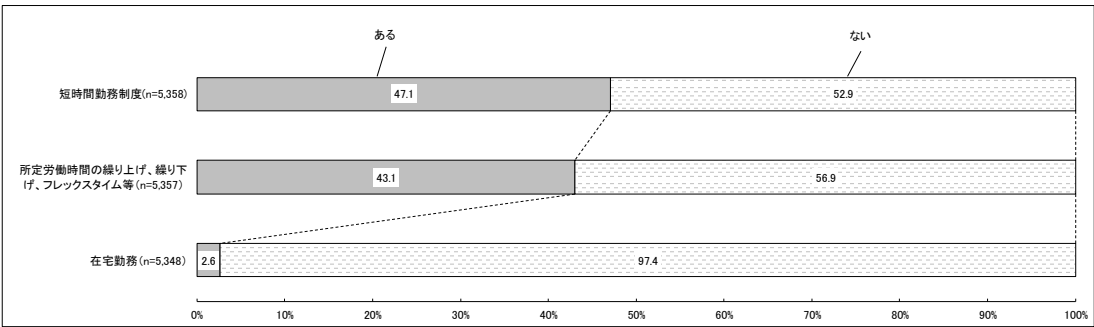


図20 勤務時間に関連した制度の有無  
出典：労働政策研究・研修機構編（2013：324）  
注：在宅勤務は在宅勤務によるテレワークの制度の有無を聞いた項目である。無回答を除いて集計。

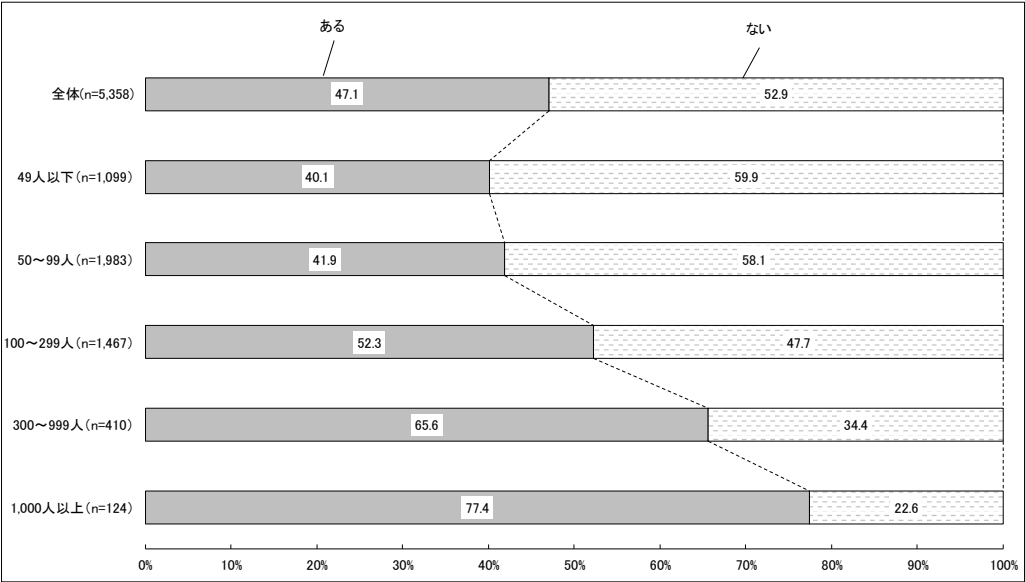


図21 短時間勤務制度の有無(正社員規模別)  
出典：労働政策研究・研修機構編（2013：324）  
注：無回答を除いて集計。

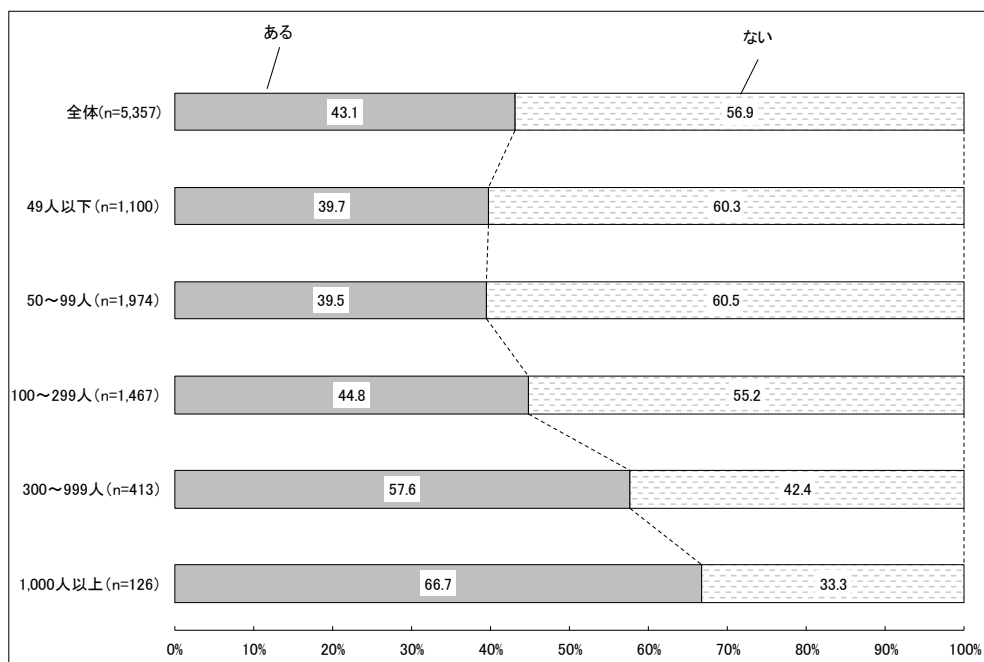


図22 所定労働時間の繰り上げ、繰り下げ、フレックスタイム等の有無(正社員規模別)

出典: 労働政策研究・研修機構編(2013: 324)

注: 無回答を除いて集計。

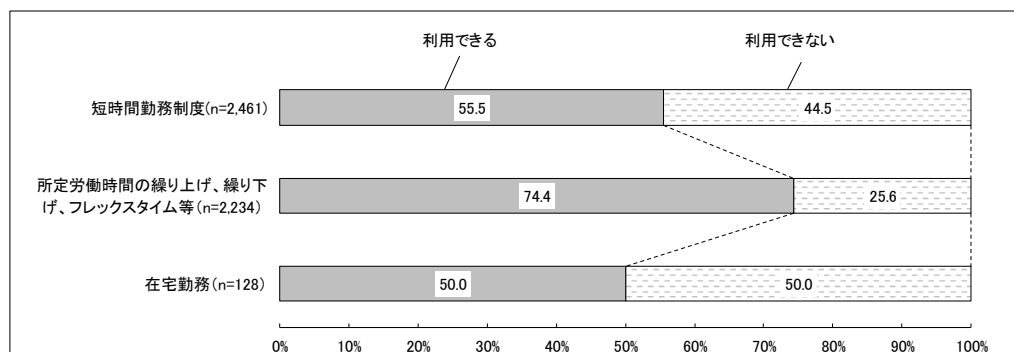


図23 病気の治療のために勤務時間に関連した制度を利用できるかどうか

出典: 労働政策研究・研修機構編(2013: 325)

注: 制度があると回答した企業についての集計である。無回答を除いて集計。

これらの制度がある企業において、制度を病気の治療のために利用できるかどうかを尋ねた結果は図 23 に示すとおりである。短時間勤務制度を病気の治療のために利用できる企業は、55.5%と半数程度であり、フレックスタイム等を病気の治療のために利用することは、74.4%と比較的多くの企業で可能である。しかし、制度の利用可否の企業規模別の傾向は、制度の有無の企業規模別の傾向とは逆の傾向が見られる。制度の利用可否について正社員規模別に見たものが図 24 および図 25 である。病気の治療のために制度が利用で



きると回答した企業の割合は、正社員規模が小さいほど、多くなる傾向が見られる。例えば、短時間勤務制度を病気治療のために利用できる企業の割合は、正社員 49 人以下の企業において 63.6%だが、1,000 人以上の企業では 46.3%となっている。

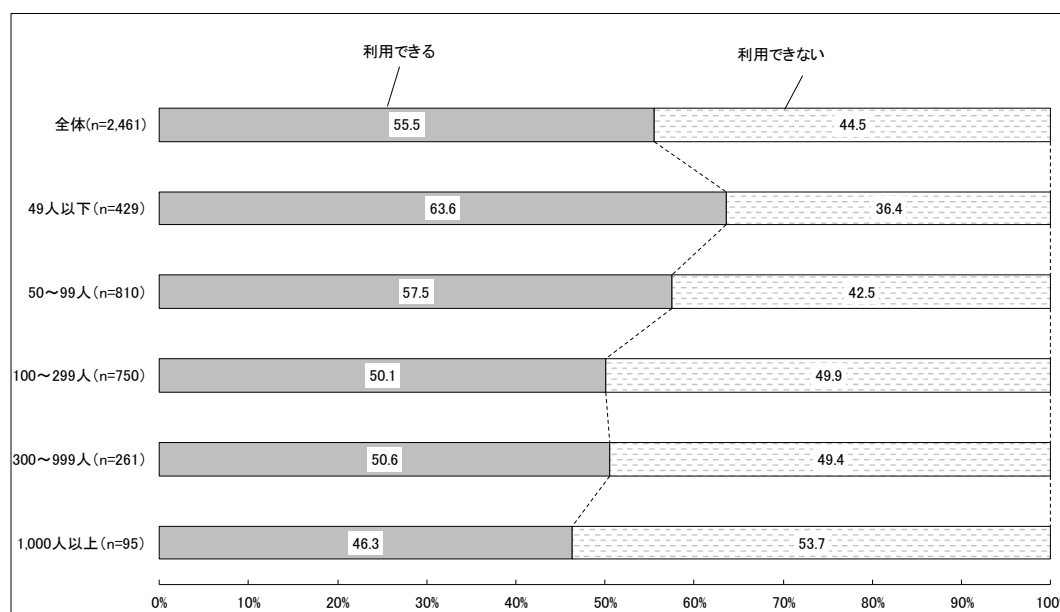


図24 病気の治療のために短時間勤務制度を利用できるかどうか（正社員規模別）

出典：労働政策研究・研修機構編（2013：325）

注：短時間勤務制度があると回答した企業のうち、疾病治療のための短時間勤務制度利用について「できる」あるいは「できない」と回答した企業の割合である。人数は正社員の規模を表す。無回答を除いて集計。

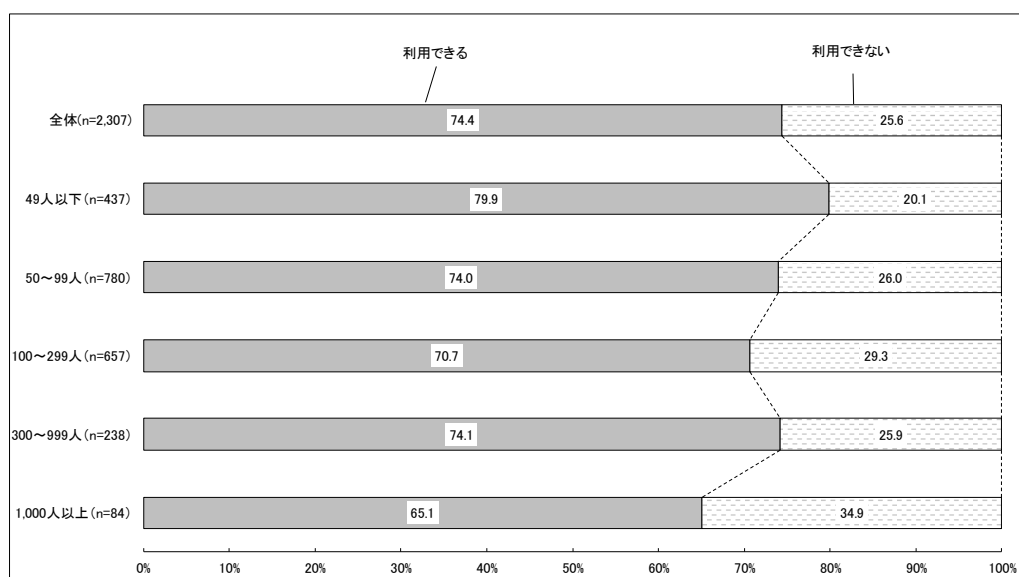


図25 病気の治療のために勤務時間帯への配慮に関連した制度を利用できるかどうか（正社員規模別）

出典：労働政策研究・研修機構編（2013：325）

注：勤務時間帯への配慮に関連した制度があると回答した企業のうち、疾病治療のための勤務時間帯への配慮に関連した制度（所定労働時間の繰り下げ・繰り上げ、フレックスタイム等）の利用について「できる」あるいは「できない」と回答した企業の割合である。人数は正社員の規模を表す。無回答を除いて集計。

年次有給休暇以外に利用できる病気のための休暇制度を設けている企業もあるが、調査の結果によると、図 26 に示す通り、病気休暇制度がある企業は 48.0%である。病気休暇があると回答した企業について正社員規模別に見ると、規模が大きいほど病気休暇制度がある企業が多い傾向にある。

休職制度について見てみると、図 27 に示す通り、就業規則にはないが慣行としてある場合も含め、92.1%の企業が病気休職制度を有している。病気休職制度がある企業のうち、88.9%が病気休職制度を就業規則で規定している。

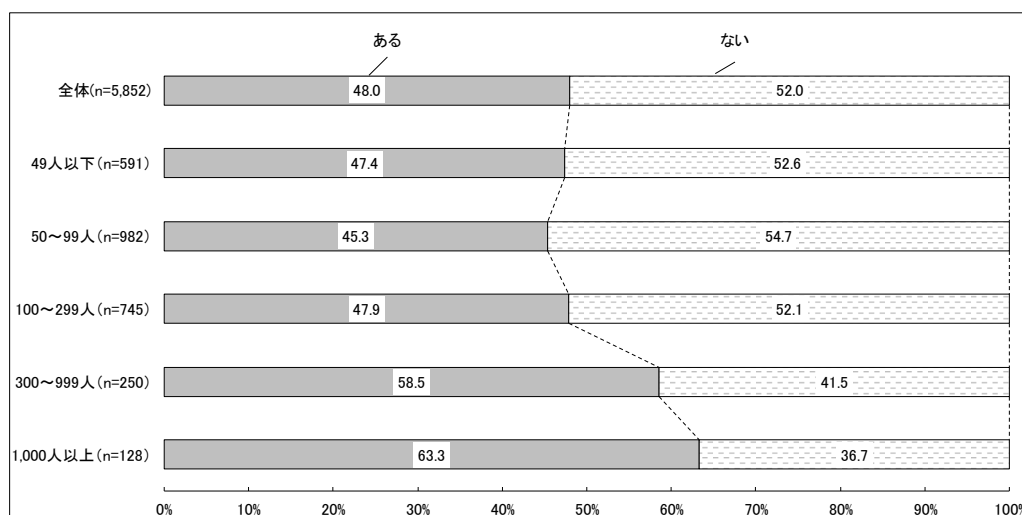


図26 病気休暇制度(特別休暇)の有無(正社員規模別)

出典: 労働政策研究・研修機構編(2013: 171)

注: 「貴社には、年次有給休暇以外に利用できる、病気休暇制度(特別休暇)がありますか」という質問について「できる」あるいは「できない」と回答した企業の割合である。人数は正社員の規模を表す。無回答を除いて集計。

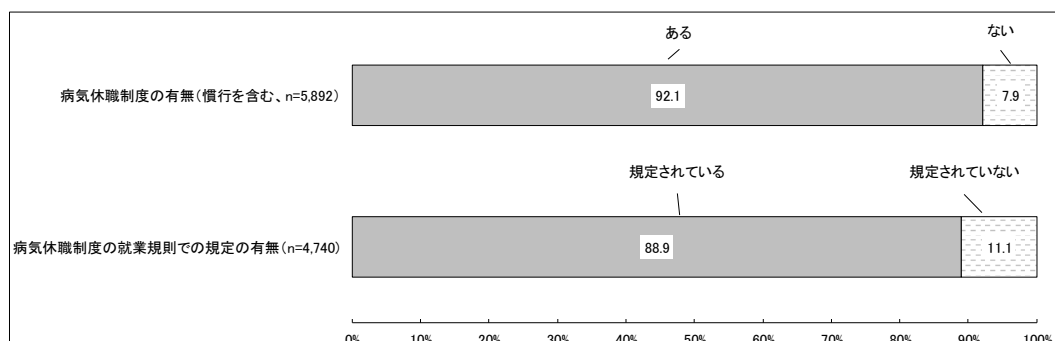


図27 病気休職制度の有無

出典: 労働政策研究・研修機構編(2013: 175-180)

注: 病気休職制度の有無(慣行を含む)は、「貴社には、通常の年次有給休暇以外で、連続して1ヵ月以上、従業員が私傷病時に利用できる休暇・休職・休業する制度(慣行を含む。労働災害で患った傷病による休暇・休職・休業制度は除きます。)」がありますか」という質問への回答である。また、病気休職制度の就業規則での規定の有無は、「病気休職制度は就業規則等に規定されていますか」という質問への回答である。無回答を除いて集計。

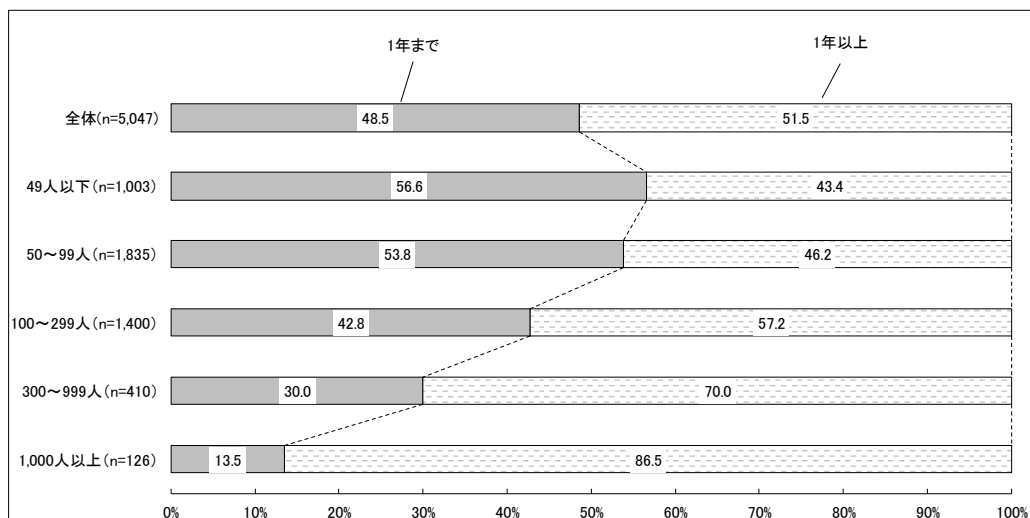


図28 病気休職制度の休職期間の上限

出典：労働政策研究・研修機構編(2013: 184)

注：「病気休職制度の休職期間の上限はどのくらいですか」という質問について「3か月まで」、「3か月超から6か月まで」、「6か月超から1年まで」、「1年超から1年6か月まで」、「1年6か月超から2年まで」、「2年超から2年6か月まで」、「2年6か月超から3年まで」、「3年超」、「上限なし」と回答した企業について、「3か月まで」と「3か月超から6か月まで」と「6か月超から1年まで」を「1年まで」とし、それ以上を「1年以上」として集計したものである。人数は正社員の規模を表す。無回答を除いて集計。

病気休職を利用することのできる期間については、図 28 に示す通り、正社員規模が大きい企業であるほど休職期間が長い傾向にある。例えば、病気休職を 1 年以上取ることができる企業の割合は、正社員規模 49 人以下が 43.4%であるのに対して、正社員規模 1,000 人以上が 70%となっている。

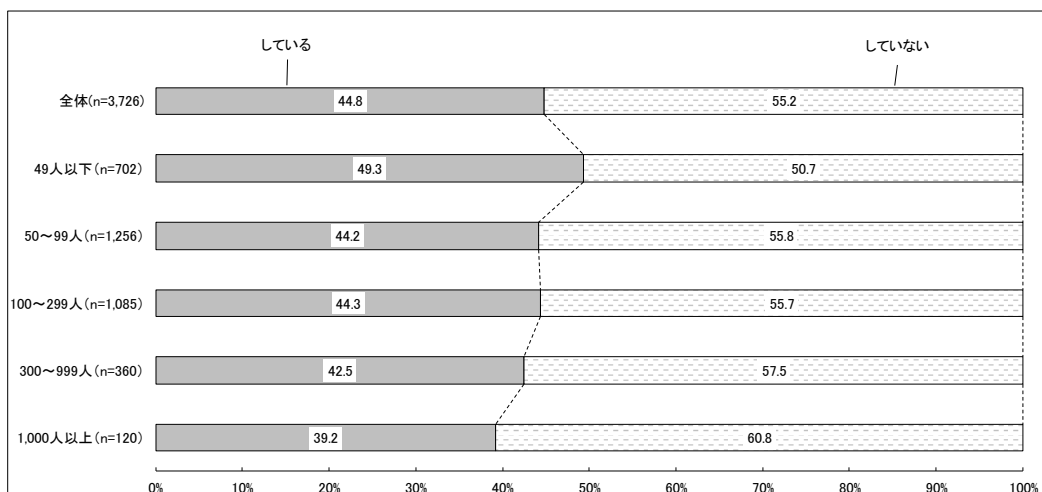


図29 非正社員を病気休職制度の適用対象としているかどうか

出典：労働政策研究・研修機構編(2013: 180)

注：「病気休職制度の規定で非正社員を適用対象としていますか」という質問について「している」あるいは「していない」と回答した企業の割合である。この質問項目は、病気休職制度を就業規則に規定している企業を対象としている。人数は正社員の規模を表す。「非正社員がいない」と回答した企業と無回答を除いて集計。

しかし、図 29 に示す通り、病気休職制度を就業規則等で規定している企業のうち、非正社員を制度の適用対象としている企業は 44.8%である。このことから、この調査時点では、約半数の企業で非正社員は病気休職制度を利用できないという実態があることがわかる。また、非正社員が病気休職制度を利用することができない企業の割合を正社員の規模で見ると、正社員規模が大きい企業ほど利用できない割合が高くなる傾向がわずかながら見られる。例えば、正社員規模 49 人以下が 49.3%であるのに対して、正社員規模 1,000 人以上が 39.2%となっている。

病気による休職後の職場復帰を支援するプログラムがある企業はどれくらいあるか。図 30 に示す通り、病気休職制度がある企業のうち、病気休職後の復職支援プログラムがある企業の割合は 12.8%と全体的には少ない。しかし、規模が大きい企業では復職支援プログラムがある割合が多い。例えば、正社員規模 49 人以下が 6.7%であるのに対して、正社員規模 1,000 人以上が 61.0%である。

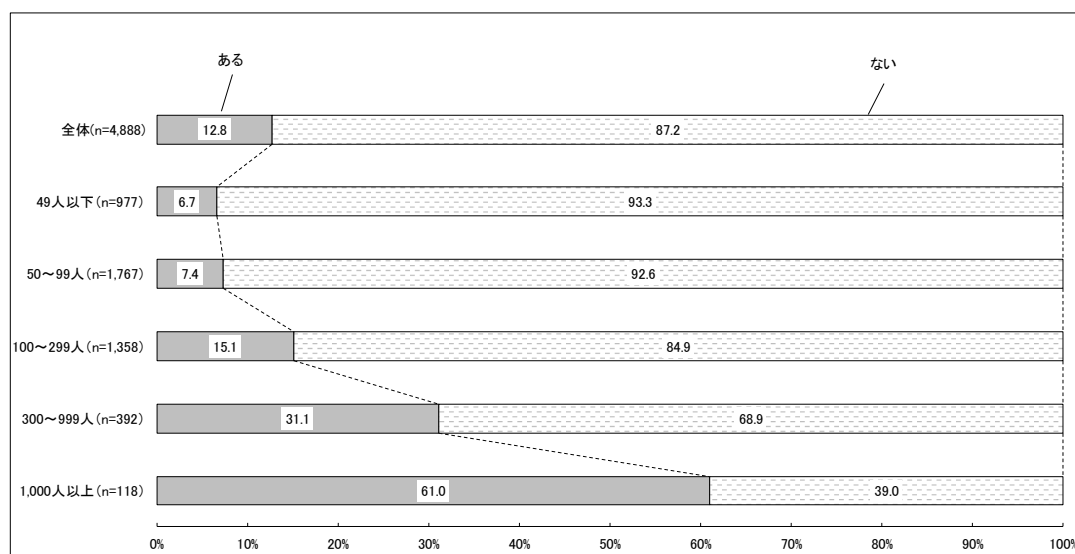


図30 復職支援プログラムの有無

出典：労働政策研究・研修機構編（2013：280）

注：『貴社には、メンタルヘルスや私傷病に対する「復職支援プログラム」（休業から職場復帰までの流れ（制度や関係者の役割など）をあらかじめ明確にしたもの）がありますか』という質問について「ある」「ない」と回答した企業の割合である。人数は正社員の規模を表す。無回答を除いて集計。

このように、制度の有無で見ると、正社員規模の大きい企業の方が病気を持つ人の就労を支援するための制度が整備されている傾向が見られる。ただし、実際に制度を利用しやすいかどうか（休暇や休職を申し出やすいか、休暇や休職にあたって業務の調整に周囲がどの程度協力してくれるかなど）についてはこれらの結果からは明らかではない。また、

短時間勤務を病気の治療に利用できるかどうかについて規模が小さい企業の方が利用できる割合が高い傾向が見られたことから、制度の運用に関しては、規模の小さい企業の方が柔軟である可能性も考えられる。

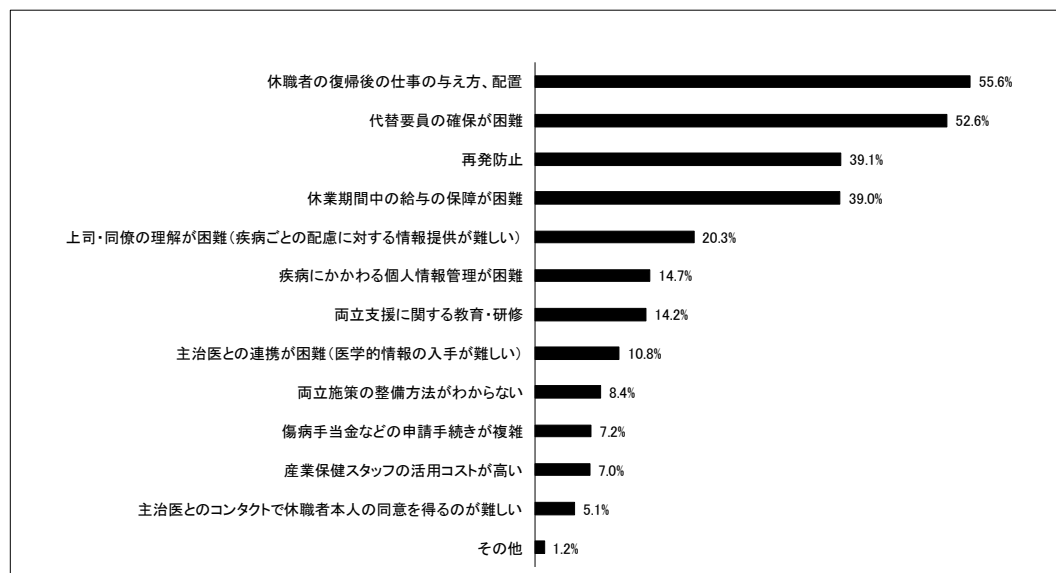


図31 治療と仕事を両立させるための課題

出典：労働政策研究・研修機構編（2013：115）

注：「メンタルヘルスや私傷病の治療と仕事の両立させるための課題は何ですか」という質問への回答である（複数回答）。回答数は5,904である。

慢性疾患を持つ従業員の治療と仕事の両立について、企業はどのように経営課題として認識しているかについて述べる。図 31 は、治療と仕事の両立を企業がどのように認識しているかを示したものである。最も多く認識されている課題は、「退職者の復帰後の仕事の与え方、配置」である。また、図 32 は、そのうち、回答数が多かった「退職者の復帰後の仕事の与え方、配置」、「代替要員の確保が困難」、「休業期間中の給与の保証が困難」、「上司・同僚の理解が困難（疾病ごとの配慮に対する情報提供が難しい）」について、正社員規模別に見たものである。退職者の復帰後の仕事の与え方・配置や、上司・同僚に疾患を持つ人が必要とする業務上の配慮等について理解させることが困難という課題については規模が大きい企業のほうが課題を認識している割合が多いことがわかる。逆に、代替要員の確保や休業期間中の給与の保障については規模の小さい企業の方が課題を認識している割合が多い。

上司・同僚の理解や復職後の職務配置については規模の大きい企業において課題認識される傾向にあることについては、職場運営のあり方が企業規模と関係している可能性が考

えられる。小規模企業のほうが職場運営がより柔軟であるため、上司・同僚の理解や復職後の職務配置について課題が少ないのかもしれない。一方で、代替要員の確保や休業期間中の給与の保障について規模の小さい企業の方が課題を認識している割合が高いことは、企業の財政的な余裕の程度を反映していると考えられる。

これらの調査結果を踏まえると、大企業の方が各種制度を整備している傾向が強いと言える。ただし、制度を病気の治療のために利用できるかどうかや、職場での業務の調整を行いやすいかに関しては、小さい企業の方がより柔軟に対応している可能性も考えられる。

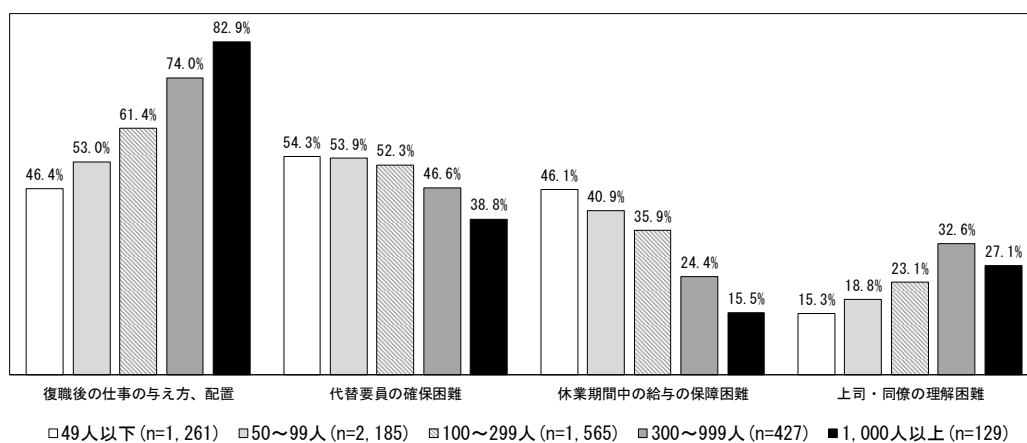


図32 正社員規模別の企業の両立課題の認識  
出典：労働政策研究・研修機構編（2013：115）

#### 第4節 諸外国との比較

ここまでわが国における慢性疾患を持つ人の就労者に占める割合やその推移、それらの人々の就労課題を確認してきたが、ここからは諸外国と比較した場合のわが国の状況について述べる。主に用いるデータは、ユーロスタット（欧州連合統計局, Eurostat）と、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-Operation and Development, OECD）の公表データである。

ユーロスタットが実施した「欧州所得・生活状況調査」（European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC）は、長期的な病気あるいは健康問題（longstanding illness or health problem）を持つ人の割合を明らかにしている。図33は、EU-SILCによる2016年のEU各国の16歳以上の就労者に占める長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合と、2016年の「国民生活基礎調査」で示されている日本の通

院している就労者の割合を示したものである。図 33 に示すように、日本の通院就労者の割合は、EU の中でも長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合が最も高いフィンランド（34.7%）とほぼ同じ水準である。このように、EU 各国と比較しても、日本の就労者に占める病気を持つ人（通院者）の割合は高い水準にある。ただし日本の「国民生活基礎調査」で測られている通院は、調査時点での通院の有無を尋ねている項目であるため、長期的でない一時的な疾患も含んでいると考えられ、EU-SILC における長期的な病気または健康問題より対象範囲が広いと考えられる。したがって、実際には日本における長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合はこれよりも少ない可能性がある。

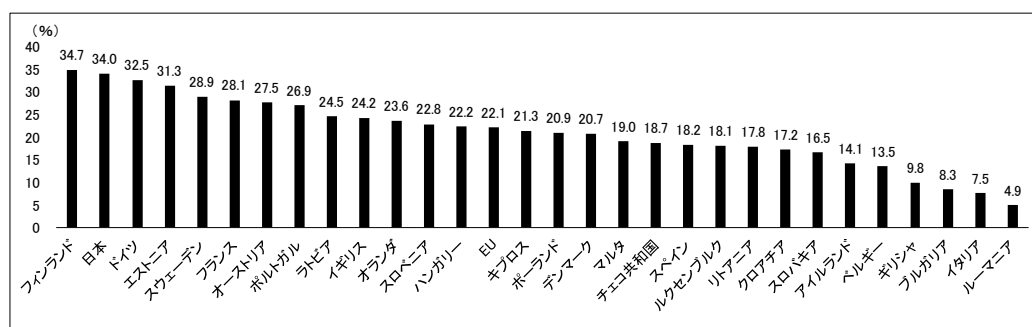


図33 就労者に占める長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合(2016年)

出典: EU-SILC (URL 33); 国民生活基礎調査 (URL 1; URL 2)

注: 日本は就労者に占める通院就労者の割合である。EUは16歳以上の就労者、日本は15歳以上の就労者である。

前述したように、わが国における慢性疾患を持つ就労者の増加については、高齢化の影響が指摘されている。そこで高齢化率と病気を持つ就労者の割合の関係を EU 各国と日本について横断的に比較すると図 34 のようになる。これは、高齢化率（その国の全人口に占める 65 歳以上の人口の割合）と前述した就労人口に占める長期的な病気あるいは健康問題を持つ人（日本は就労通院者）の割合を散布図で表したものである。これを見ると、高齢化率が高い国であればあるほど、就労者に占める病気を持つ人の割合が高くなること、が、弱い傾向ながら見られる。

また、2011 年の EU の「労働力調査」(Labour Force Survey, LFS) は、「長期的な健康問題および・または基本的な活動の困難」(longstanding health problem and/or a basic activity difficulty) により仕事に制限のある人の状況について明らかにしている（健康問題は病気を含む）。図 35 は EU27 カ国およびドイツ、フランス、イギリスの 15 から 64 歳の人口における、長期的な健康問題のみを持つ人、基本的活動困難のみを持つ人、両方

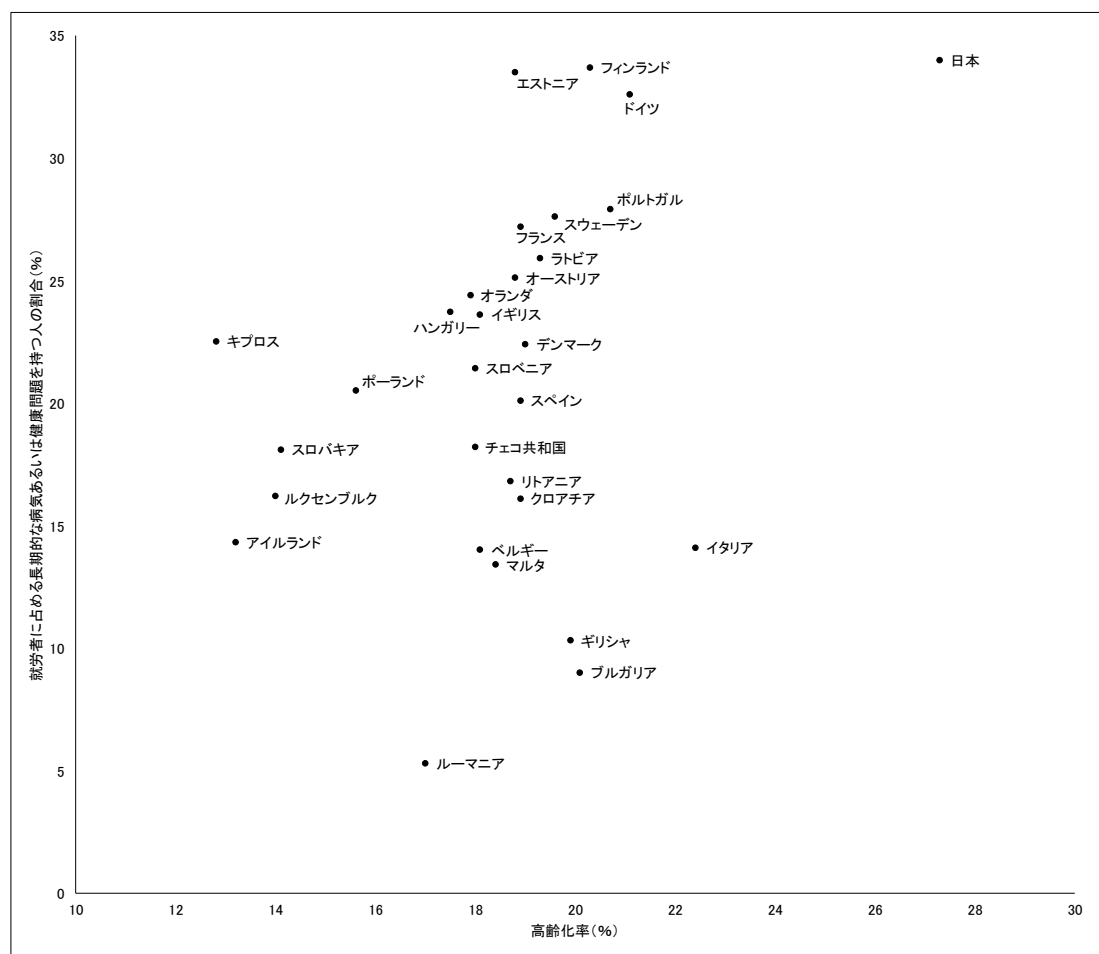


図34 就労者に占める長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合と高齢化率の散布図

出典：長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合はEU-SILCによる（URL 33）。日本の通院就労者の割合は国民生活基礎調査による（URL 1；URL 2）。EU各国の高齢化率は国際連合（United Nations）の「World Population Prospects 2017」による（United Nations 2017）。日本の高齢化率は総務省の人口推計による（URL 26）。

注：EU各国における就労者に占める長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合と高齢化率は2015年のものである。日本のデータは2016年の通院就労者の割合と高齢化率である。長期的な病気あるいは健康問題を持つ人の割合および通院就労者の割合の算定のベースになっている就労者人口の年齢は、EUの場合は16歳以上であり、日本の場合は15歳以上である。尚、この図は病気あるいは健康問題を持つ人の割合と高齢化率の2者の関係を示すものであり、両者の関係に影響を及ぼす可能性のある他の要因（例えば医療に関する制度の違いなど）を統制していないことに注意が必要である。

を持つ人、どちらも持たない人の割合を示したものである。基本的活動困難だけを持つ人は比較的少なく、基本的活動困難と健康問題は併存している割合が多いことがわかる。

健康問題や基本的活動困難によって仕事に制限が生じている人とそうでない人では、雇用状況に顕著な差が見られる。図 36 は健康問題や基本的活動困難によって仕事に制限が生じている人とそうでない人の雇用率である。国によって程度に差があるが、健康問題や基本的活動困難によって仕事に制限が生じている人の雇用率は、制限がない人の雇用率と較べて全体的に低い。さらに、図 37 に示す通り、健康問題や基本的活動困難によって仕事に制限がある就労者がパートタイム雇用である割合は、制限がない就労者と比べて高い。



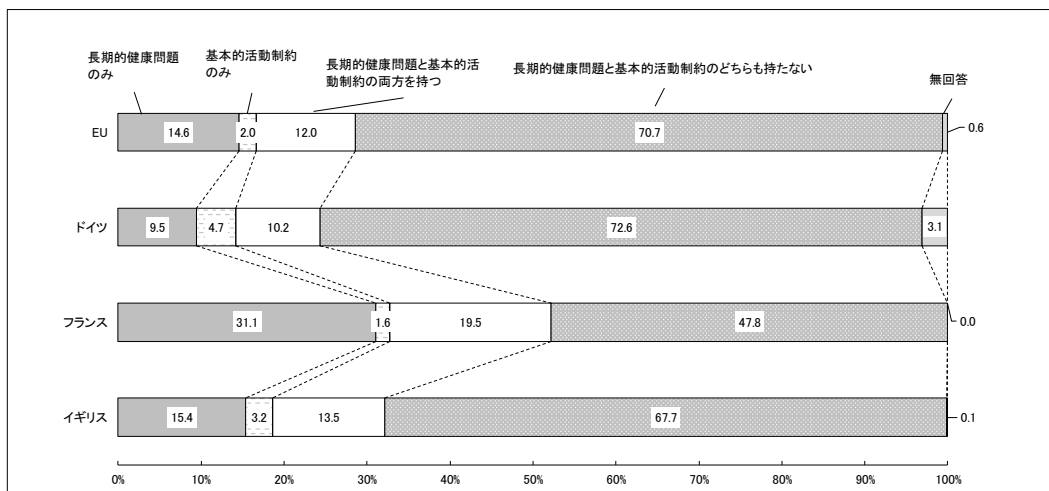


図35 長期的な健康問題や基本的な活動の困難を持つ人の15-64歳人口に占める割合  
出典: LFS 2011 (URL 34)

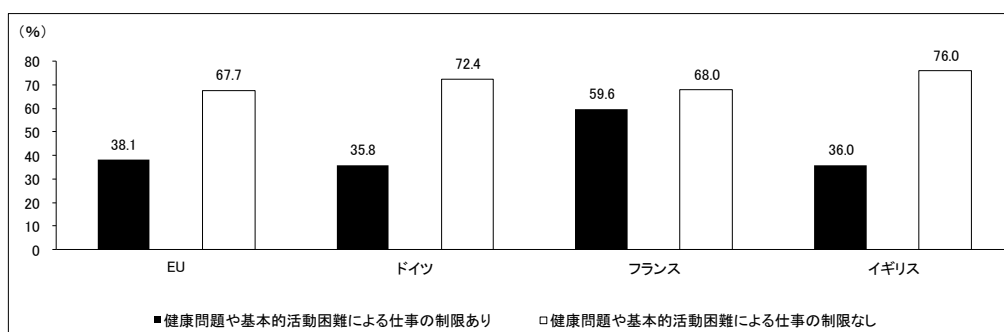


図36 長期的な健康問題や基本的な活動の困難による仕事の制限の有無別の雇用率  
出典: LFS 2011 (URL 35)

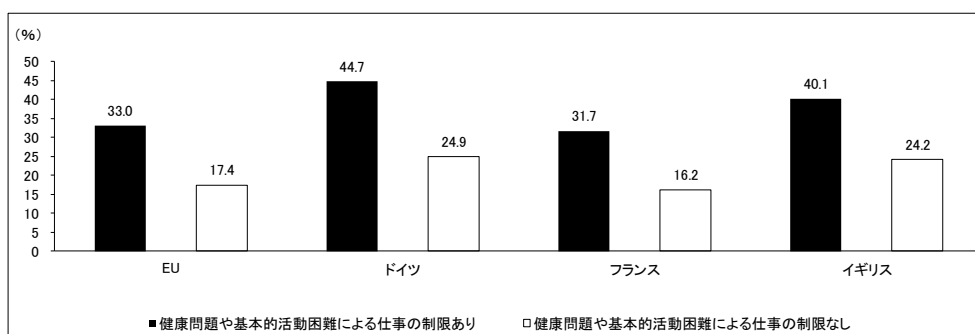
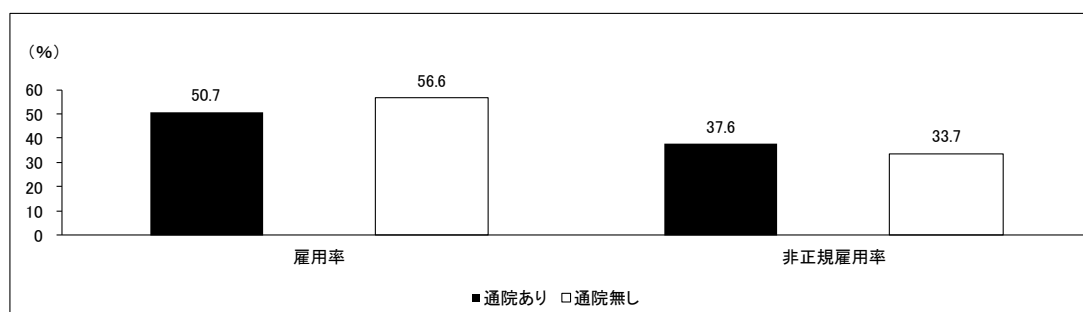


図37 長期的な健康問題や基本的な活動の困難による仕事の制限の有無別のパートタイム雇用率  
出典: LFS 2011 (URL 36)

同様の傾向はわが国においても観察される。図 38 は「平成 22 年国民生活基礎調査」をもとに作成した通院の有無別の雇用者率、非正規雇用者率である。図に示すように、通院し

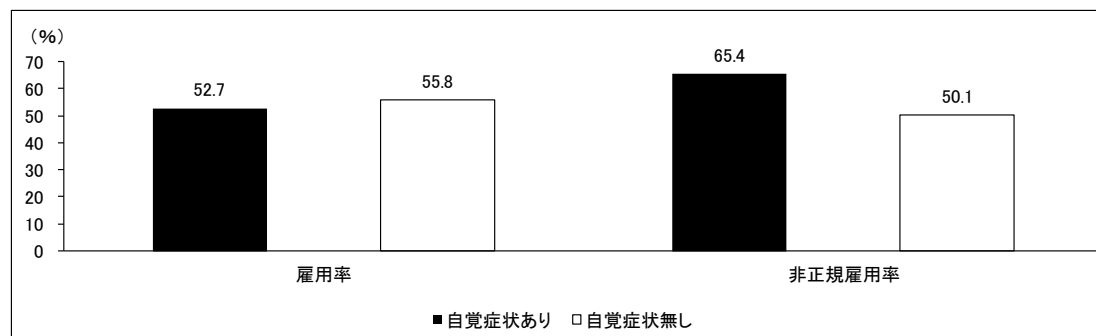
ている人の雇用率は、通院していない人よりも低く、通院している人の非正規雇用者率は通院していない人よりも高い。健康問題や基本的活動困難により仕事の制限がある人の雇用率が低く、パートタイム雇用率が高いことを示す LFS の結果と同様の傾向を示している。雇用率を自覚症状の有無で見ても傾向は同じで、図 39 に示す通り、自覚症状がある人は雇用者率が低く、非正規雇用者率が高い。



**図38 通院の有無別の雇用率、非正規雇用率**

出典：平成22年 国民生活基礎調査 (URL 37)

注：有業者率は15-64歳人口に占める雇用者の割合である(仕事の有無不詳を除いて算出)。非正規雇用率は15-64歳の雇用者人口に占める非正規雇用者の割合である。ここで非正規雇用者はパート、アルバイト、派遣、契約・嘱託である(その他と称不詳を除いて算出)。



**図39 自覚症状の有無別の雇用率、非正規雇用率**

出典：平成22年 国民生活基礎調査 (URL 38)

注：有業者率は15-64歳人口に占める雇用者の割合である(仕事の有無不詳を除いて算出)。非正規雇用率は15-64歳の雇用者人口に占める非正規雇用者の割合である。ここで非正規雇用者はパート、アルバイト、派遣、契約・嘱託である(その他と称不詳を除いて算出)。

病気や健康問題を持つ人における雇用機会の制限は、経済的な困窮と関連することも考えられる。OECD (2010) は、活動制約のある健康問題や病気を持つ人、または法的な障害認定等がある人を、障害を持つ人として合わせて集計し、それらの人々の貧困率を明らかにしている。これらの人々が 20 歳から 64 歳の人口に占める割合は図 40 のようになる。障害を持つ人の割合は、OECD の平均は 13.8% で、割合が最も高い国はエストニア、最も

低い国は韓国である。

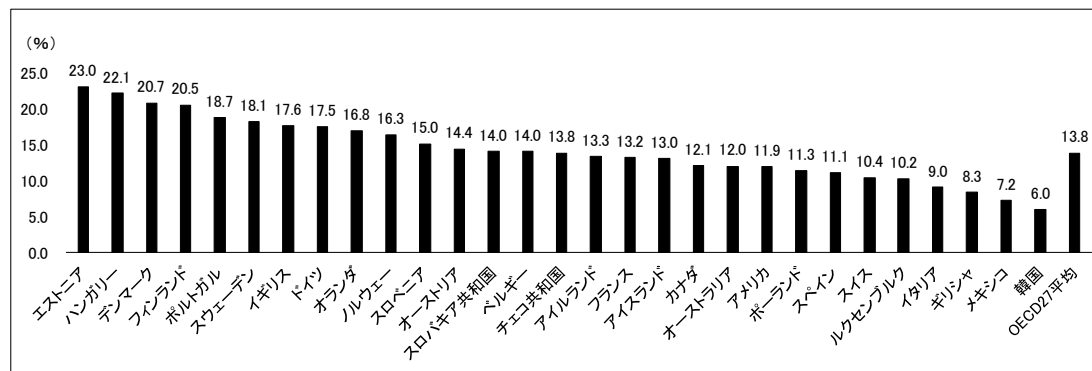


図40 OECD各国における障害を持つ人の割合

出典: OECD (2010: 22)

注: この図に示される国々のうち、オーストラリア、カナダ、デンマーク、ノルウェー、メキシコ、オランダ、ポーランド、スイス、イギリス、アメリカ以外の国々の調査データは2007年のIncome, Social Inclusion and Living Conditions (EU-SILC) ウェブ4である。この図で障害として集計されている質問項目は、2007年EU-SILCでは、6か月以上続く、日常生活を制約する慢性的な健康問題があるかどうかである。それ以外の国の調査名及びこの図において障害として集計されている項目の内容は次の通りである。オーストラリアの調査は2003年のSurvey of Disability and Carers (SDAC) であり、項目は深刻か中程度の中核的な活動の制約である。カナダの調査は2006年のParticipation and Activity Limitation Survey (PALS) であり、項目は中程度からとても深刻な健康及び活動上の制約を持つことである。デンマークとノルウェーの調査は2005年のLabour Force Survey (LFS) であり、項目は長期にわたる健康問題あるいは障害を持つことである。韓国の調査は2005年のNational Survey on Persons with Disabilities であり、項目は医師により評価された障害の種類と深刻度とともに障害が地方政府に登録されていることである。メキシコの調査は2004年のNational Survey of Employment (ENESS) であり、項目は永久的あるいは一時的な障害を持つことである。オランダの調査は2006年のLFSであり、項目は有償の仕事を得るあるいは有償の仕事に従事することを妨げるような長期にわたる愁訴、病気あるいは障害を持つことである。ポーランドの調査は2004年のLFSであり、項目は法的な意味での障害を持っていることである。スイスの調査は2008年のLFSであり、項目は1年以上の長期にわたる健康問題による能力の減少があることである。イギリスの調査は2006年のLFSであり、項目はスイスと同じく1年以上の長期にわたる健康問題による能力の減少があることである。アメリカの調査は2008年のSurvey of Income and Program Participation (SIPP) であり、項目は仕事を制限するような身体的あるいは精神的な状況である。平均値は図で示されている29カ国のうちエストニアとスロベニアを除く27カ国の平均値である。

この集計に日本は入っていないが、図 40 で示されている 2005 年の韓国の結果 (6.0%) は、『平成 17 年版障害者白書』で示されるわが国の障害者の推計割合 (5%) と近い数値である (内閣府編 2005: 2)。わが国の『障害者白書』の推計は障害者手帳を持つ人の人数や施設入所者の人数などにもとづいたものであり、韓国の調査も障害の公的な認定に基づいている。一方で、EU で行われている調査は、病気や活動制約の有無について本人回答による調査方法を採用しているため、EU の国々の値は比較的高いものとなっていると考えられる (例えばドイツ 17.5%、フランス 13.2%)。では、わが国で活動制約を伴う病気を持つ人の割合はどうなっているか。「平成 19 年国民生活基礎調査」および「人口推計」から算定すると (URL 39; URL 25)、2007 年のわが国の 15~64 歳人口における通院者の割合は 25.8% である。通院者の全員が活動制約を持っているとは考えにくく、また 25.8% は EU の国々と比べても高い値である。これらの点を踏まえて考えると、わが国における活動制約を伴う健康問題あるいは病気を持つ人の割合は 7.4% より高く 25.8% より低いところに位置するのではないかと考えられる。

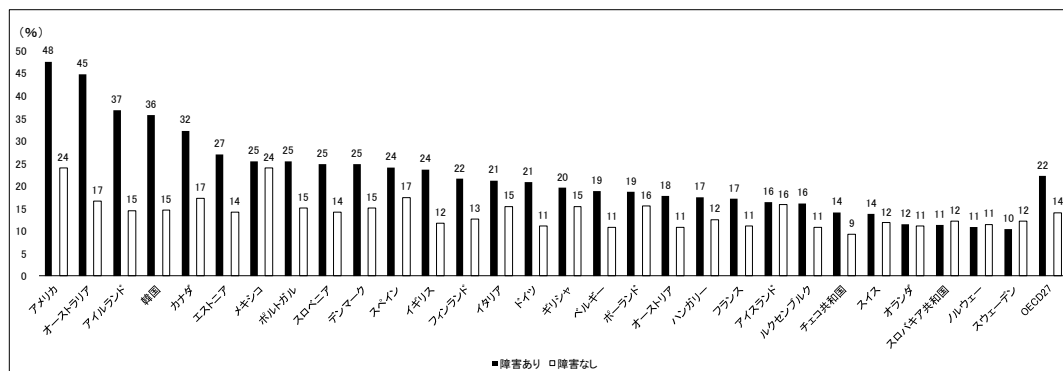


図41 2000年代中盤におけるOECD各国における障害を持つ人と障害を持たない人の貧困率

出典: OECD (2010: 56)

注: オーストラリア、カナダ、デンマーク、フィンランド、韓国、メキシコ、ノルウェー、ポーランド、スイス、イギリス、アメリカ以外の国々の調査データは、2005年EU-SILC (ウェイブ2) である。オーストラリアは2003年SDAC、カナダは2005年のSurvey of Labour and Income Dynamics (SLID) である。デンマークは国立の社会科学研究所であるSFIの2005年のデータベースを用いている。フィンランドは2005年のIDSデータベースである。韓国は2006年のKorean Welfare Panel Study、メキシコは2004年のENESS、ノルウェーは2004年のEU-SILC、ポーランドは2004年のHouse Budget Survey (HBS)、スイスは2002年のSwiss Health Survey (SHS)、イギリスは2004年のFamily Resource Survey (FRS)、アメリカは2004年のSIPPである。

図 41 に示す通り、OECD 各国で、障害（活動制約のある健康問題や病気、または法的な障害認定等がある人）を持つ人の貧困率は、障害を持たない人に比べて高い傾向にある（OECD 2010: 56）<sup>19</sup>。OECD27 カ国の平均値で、障害を持つ人の貧困率は 22.1%、障害を持たない人の貧困率は 14.1%となっている。

図 41 の集計にも日本は含まれていないが、わが国においては、山田・百瀬・四方(2015)が障害を持つ人の貧困率を提示している。山田・百瀬・四方は「平成 25 年国民生活基礎調査」の個票データにもとづき、障害等により手助けや見守りを必要とする人（要介助障害者）の貧困を分析したものである。ここで分析対象となった要介助障害者は 30,980 人である。この研究で分析対象となった障害を持つ人の中には、表 4 に示すような慢性疾患を持つ人が含まれる。

表4 15～64歳の要介助障害者の最も気になる傷病名

	15-39歳	40-64歳
通院していない	44.4%	29.2%
うつ病やその他のこころの病気	14.9%	12.2%
その他の神経の病気(神経痛・麻痺等)	5.8%	4.3%
脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	0.7%	7.0%
その他	11.6%	5.1%

出典: 山田・百瀬・四方(2015)

注: 山田・百瀬・四方(2015)による「平成25年 国民生活基礎調査」の分析結果を抜粋したものである。「通院していない」以外の項目に回答している人は何らかの傷病で通院している人である。回答者の割合が5%以下の病名については記載を省略している。回答者数は15-39歳が1,910人、40-64歳が3,434人である。

<sup>19</sup>ここでの貧困は、家計が調整可処分所得の中央値の 60%を下回っていることを指す。

これらの要介助障害者の貧困率を要介助障害者以外の人々と比較したものが図 42 である。要介助障害者の貧困率はそうでない人より高く、20～64 歳の貧困率は 27～29%程度であった。これを OECD 諸国の障害を持つ人の貧困率と比較してみると、わが国の貧困率はカナダ（32%）に次いで OECD 諸国の中で 6 番目の高さとなる<sup>20</sup>。このように、貧困率の高さから見たわが国における障害を持つ人（この中には病気を持つ人も一定程度含まれる）の社会的不利の程度は、OECD 諸国の中でも高い水準にある可能性が考えられる。

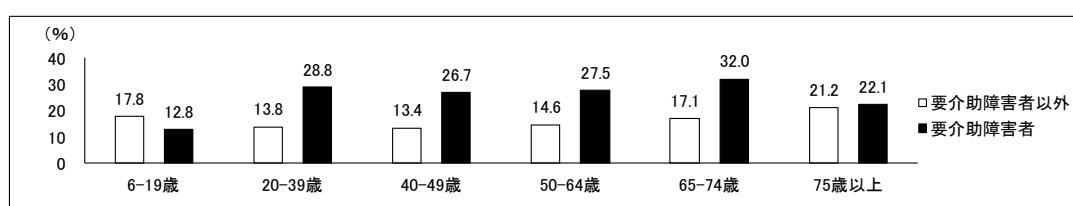


図42 要介助障害者とそうでない人における貧困率

出典：山田・百瀬・四方（2015）

注：ここでの貧困は等価可処分所得（世帯可処分所得を世帯人員の平方根でわったもの）が、調査データ全体の等価可処分所得の中央値の半分の額以下であることである。ここでは等価可処分所得が122万円である人が貧困状態にあるとして集計された。回答者数は次の通りである。

6-19歳の要介助障害者以外6,666、20-39歳の要介助障害者以外9,635、40-49歳の要介助障害者以外9,672、50-64歳の要介助障害者以外8,460、65-74歳の要介助障害者以外7,077、75歳以上の要介助障害者以外4,791、6-19歳の要介助障害者92、20-39歳の要介助障害者135、40-49歳の要介助障害者127、50-64歳の要介助障害者184、65-74歳の要介助障害者408、75歳以上の要介助障害者1,679。

## 第5節 小括

本章では、1 節で近年のわが国の就労者の健康の推移を確認した。何らかの疾患で通院している人は増えており、慢性疾患を持つ人も増えている。血中脂質や血圧といった病気への罹患リスクが高い懸念がある就労者も近年増加している。その要因としては高齢化だけでなく、労働環境の悪化が関係していることが考えられる。2 節ではがん、糖尿病、難病を持つ人の職業生活の課題を確認した。慢性疾患を持つ就労者は、辞めるように促されるといった就労の継続性の危機や、病状による就労中の困難（トイレの利用や特定の作業など）や、仕事による通院継続の困難に直面している。また、柔軟な働き方へのニーズも大きい。3 節では企業での対応の状況が確認された。病気休職制度や復職支援プログラムといった制度は大きい企業のほうが整備されている傾向が見られる。しかし病気の治療のために制度を利用できるかどうかといった制度の運用に関することや、仕事の再調整や上司や同僚への理解の醸成といったことについては小さい企業のほうが柔軟な傾向も見られ

<sup>20</sup> この貧困率は山田・百瀬・四方（2015）が使用したデータにおける傾向であり、わが国全体の障害者の貧困率を推計したものではない。

る。第 4 節では EU および OECD 諸国の動向が確認され、わが国の状況と比較された。測定対象の定義の違いがあるので単純な比較は困難であるが、全体的にはわが国では、病気を持つ人の就労者に占める割合は諸外国と比べても高い水準にあり、それらの人々のパートタイム雇用率や貧困率といった指標から見た社会的不利の状況も諸外国と比較しても高い水準にあると考えられる。

### 第3章 先行研究

#### 第1節 慢性疾患と生活機能

慢性疾患は、疾患を持つ人の生活に様々な問題を引き起こす。例えば、Strauss *et al.* (1984=1987) は、慢性疾患を持つことで生活に生じる問題として、疾患の症状への対処、身体機能や行動の制限に伴う仕事・社会的活動の継続困難、治療を継続するための経済的負担などを指摘している。このような健康状態と関係する生活の全体を体系的に把握するための枠組みとして、世界保健機関 (World Health Organization, WHO) は『国際生活機能分類』(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) を提唱している (WHO 2001=2002)。ICF は生活の全体像を生活機能という概念で表している。生活機能とは、心身機能・身体構造、活動、参加の状態と定義される<sup>21</sup>。例えば、知覚機能や情動機能などが心身機能に含まれ、活動および参加には入浴、買い物、コミュニティや労働の状況などが含まれる。ICF の概念モデルは図 43 の通りである<sup>22</sup>。本節では ICF の枠組みに沿って、慢性疾患を持つことが生活に与える影響について確認する。

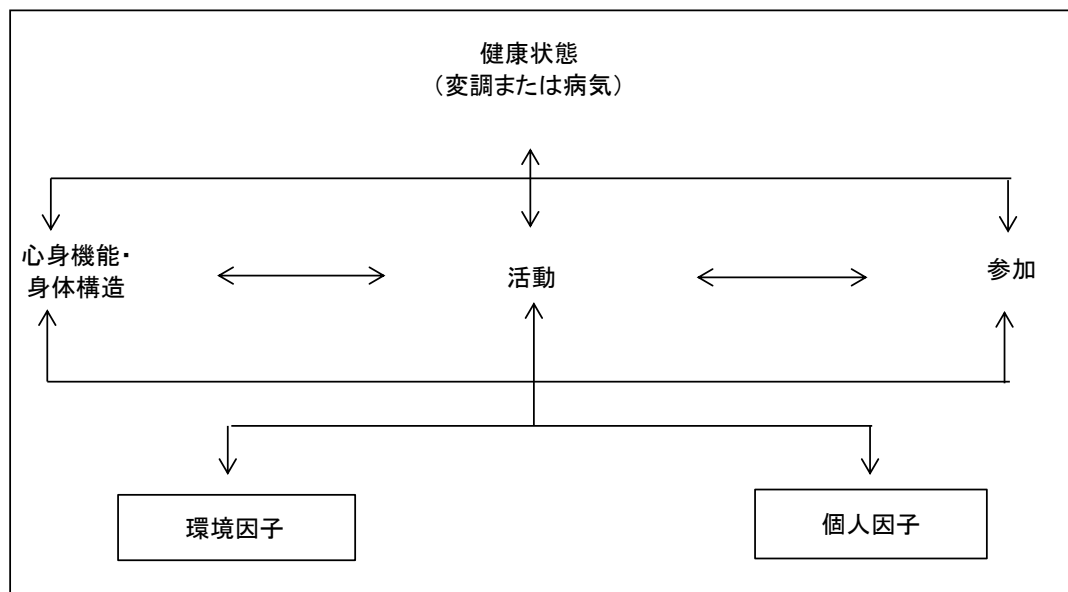
これまでの研究は、ICF が示す通り、慢性疾患を持つことが個人の生活機能と関連することを明らかにしている。Alonso *et al.* (2004) は、慢性疾患を持つ人は持たない人と比べ、身体機能、日常役割機能、社会的な生活機能により大きな制約があることを明らかにしている。Alonso *et al.* (2004) は 8 カ国から収集された健康関連 QOL<sup>23</sup>の調査データを用

---

<sup>21</sup> 生活機能の定義と同様に、ICF は障害 (disability) を機能障害・構造障害、活動制限、参加制約によって構成されると定義している。ICF はさらに、生活機能および障害を、健康状態と環境・個人因子との相互作用のそれぞれ肯定的な面、否定的な面としても定義している。

<sup>22</sup> ICF はこれらの生活機能の構成要素を測るための項目を提唱している。しかし、ICF の測定尺度としての実用性については、項目数が約 1,400 と多すぎることや、評価者による評価のばらつきの問題が指摘されている (及川・井筒・渡 2016)。ICF の項目の多さの問題については、ICF の短縮版である ICF コアセットが提唱されているが (Bickenbach *et al.* 2012=2015)、及川・井筒・渡 (2016) は、ICF コアセットについて ICF の実用性を向上させるうえで参考になると評価する一方で、わが国で ICF コアセットを実際に使用するには未だ課題があると指摘している。

<sup>23</sup> WHO によれば生活の質 (quality of life, QOL) とは、「個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」である (The WHOQOL Group 1995; 田崎・中根 1998)。WHO による QOL 尺度は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境 (住環境や経済的状況など) の 4 領域で QOL を測ることを提唱している (The WHOQOL Group 1998)。また、QOL のうち健康に関連するものを「健康関連 QOL」と呼ぶこともある。Hennessy *et al.* (1994) によれば、健康関連 QOL は、身体的機能、心理的ウェルビーイング、社会・役割機能、健康状態の知覚などによって構成される。



**図43 ICFのモデル**

出典：WHO（2001=2002: 17）

注：各構成要素の定義は次の通りである。健康状態は、病気（急性あるいは慢性の疾患）、変調、傷害、ケガ（外傷）の包括的用語であり、妊娠、加齢、先天性異常、遺伝的素質のような状況も含み、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD）によって分類されるものである。心身機能は身体系の生理的機能（心理的機能も含む）である。身体構造は、器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分である。活動は、課題や行為の個人による遂行である。参加は、生活・人生場面へのかかわりである。環境因子は、個人の生活・人生の背景を形作る外的あるいは外在的な世界のあらゆる側面であり、物質世界とその特徴、人が作った物質世界、様々な関係や役割、態度、価値観を有する他の人々、社会制度とサービス・政策・規則法律を含むものである。個人因子は、年齢、性別、社会的状況、人生体験などの個人に関係した背景因子である。

いており<sup>24</sup>、測定には 36 Item Short Form Health Survey (SF-36) を使用している。SF-36 は身体機能、日常役割機能（身体）、体の痛み、全体的健康観、活力、社会的生活機能、日常役割機能（精神）、心の健康の 8 つの下位次元で構成され、これらの下位次元は身体的健康度と精神的健康度の 2 つのサマリースコアに集約される（Ware and Sherbourne 1992; 福原・鈴鴨 2004）。Alonso *et al.* (2004) は分析の結果、アレルギーを持つ人の身体機能得点を除いて、分析対象とした 7 つの慢性疾患（アレルギー、関節炎、慢性肺疾患、うっ血性心不全、糖尿病、高血圧、虚血性心疾患）のいずれかを持つ人の QOL は慢性疾患を持たない人よりも低いことを明らかにしている。

また、Scott *et al.* (2007) は慢性疾患と情動機能<sup>25</sup>の関係を明らかにしている。17 カ国

<sup>24</sup> デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、アメリカの 8 カ国で、サンプルサイズは 2,031~4,084 である。8 カ国を合計したときのサンプルサイズは示されていない。

<sup>25</sup> ICF のモデルでは心身機能に含まれる。



から収集されたデータ<sup>26</sup>を用いた分析の結果、抑うつ障害（気分変調症、大うつ病性障害）のある人が身体的疾患を持つ確率に関して、糖尿病は 1.3 倍、喘息は 1.7 倍、また心臓病は 2.0 倍高まることを明らかにしている。同様に、不安障害（全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖症、心的外傷後ストレス障害、社会恐怖症）を持つ人は持たない人と比べて、糖尿病は 1.3 倍、喘息は 1.6 倍、心臓の病気は 1.9 倍罹患率が高まった。また、抑うつ障害と不安障害の両方を持つ人は、いずれも持たない人と比べて、糖尿病は 1.4 倍、喘息は 1.6 倍、心臓の病気は 2.8 倍、罹患率が高まったと報告している。同様に、Barnett *et al.* (2012) は、スコットランドの患者データの分析から、身体的な疾患数の増加に伴い精神疾患も増加することを明らかにしている。

慢性疾患は活動の制約と関係している。ICF に基づいて開発された尺度として全体的活動制限指標（Global Activity Limitation Index, GALI）があるが（Cabrero-García and Juliá-Sanchis 2014）<sup>27</sup>、GALI を用いた研究は、慢性疾患と活動制約の関連を明らかにしている。GALI は「少なくとも過去 6 ヶ月間、健康問題のために日常活動がどの程度制限されましたか」の 1 項目のみで構成される測定ツールである<sup>28</sup>。Yokota *et al.* (2016) はベルギーの 55 歳以上の人々の調査データの分析から、慢性疾患の数と<sup>29</sup>、GALI で測られた日常活動の制限の有無の間に関連性が存在することを明らかにしている。例えば、慢性疾患を 2 つ持つ人の割合は、活動制限が無い人では 11.8%だったのに対し、活動制限がある人では 25.8%と 2 倍以上だった。同様に、Gunn *et al.* (2012) は、オーストラリアの外来患者への調査から、慢性疾患の数が日常活動の制限と関連していることを示唆している。ここで用いられた項目は、「日常活動や仕事を制限するような、長期的な病気、健康上の問題または障害を持っていますか」である<sup>30</sup>。慢性疾患を 1 つ持つ人の場合は活動制限のある人は 28.6%だったが、慢性疾患を 3 つ持つ人では 59.3%、慢性疾患を 5 つ以上持

---

<sup>26</sup> コロンビア、メキシコ、アメリカ、日本、中国、ニュージーランド、ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スペイン、ウクライナ、レバノン、ナイジェリア、イスラエル、南アフリカの 17 カ国である。

<sup>27</sup> GALI は第 2 章で紹介した EU-SILC や European Health Interview Survey (EHIS) などの EU の統計調査で用いられている。

<sup>28</sup> 回答は「とても制限されている」(Yes, strongly limited)、「制限されている」(Yes, limited)、「制限されていない」(No, not limited) の 3 択である。

<sup>29</sup> ここでの慢性疾患は、慢性呼吸器疾患、糖尿病、がん、うつ病、虚血性心疾患、脳卒中、骨粗しょう症、背痛、関節リウマチ、パーキンソン病、てんかんである。

<sup>30</sup> この質問文には「加齢に起因する問題を含む」(including problems that are due to old age) と補足されている。

つ人では 71.3%だった。

慢性疾患は社会活動への参加を制約する。1966 年から 2008 年までのがん経験者についての研究結果を再分析した de Boer *et al.* (2009) は、がん経験者が失業状態にある確率は、がん経験者でない人の 1.37 倍であることを明らかにしている。同様に、Gunnarsdottir *et al.* (2013) は、デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェーの男性において、リンパ腫経験者の雇用率は経験がない人の 0.53 倍、前立腺がん経験者の雇用率は 0.50 倍であることを明らかにしている。Dray-Spira *et al.* (2008) はフランスの HIV 感染者<sup>31</sup>において、エイズの症状が進行していることおよび職場で差別を受けた経験があることと、失業との関連を分析している。分析の結果、女性でエイズの症状が進行している人は、進行していない女性と比べて 4.45 倍失業リスクが高かった。また、高校未満の学歴の HIV 感染者で職場で差別を受けた経験がある人は、そのような経験のない同学歴の HIV 感染者と比べて 8.85 倍失業リスクが高かった。しかし男性および高校以上の学歴の HIV 感染者においてはこれらの症状・差別と失業リスクの関連は見られなかった。また、これらの HIV 感染者において、民間企業の正社員 (permanent contract) は 2.49 倍、民間企業の非正社員 (fixed-term contract) は 4.58 倍で、公的機関の正職員と比較して失業リスクが高かった。マネージャー・役員は、他の職種 (事務員、マニュアル・ワーカー等) と比較して失業リスクは 0.34 倍だった。

Dray-Spira *et al.* (2013) はあるフランス企業における 1989~2007 年の従業員データの分析から、糖尿病を持つ従業員と持たない従業員の病欠 (sickness absence) の状況を分析している。その結果、糖尿病を持つ従業員の罹患後の年あたり平均病欠日数 (推計値) は 15.6 日、糖尿病を持たない従業員は 9.9 日であり、糖尿病を持つ従業員の方が病欠日数が多いことを報告している。また、Varekamp and van Dijk (2010) は、オランダの就労者を慢性疾患の有無を軸に比較し、慢性疾患<sup>32</sup>を持つ就労者は、慢性疾患を持たない人と比べて、疲労度が高く、身体的な仕事の負担を強く感じていること、また同僚との対人関係が悪く、情動的消耗度が高く、職務満足度が低いことを明らかにしている。

わが国でも、慢性疾患と労働参加の制約の関係が明らかにされている。例えば、Ohguri *et al.* (2009) は、ある企業におけるがん休職から復職した人に関する調査データを用い

---

<sup>31</sup> HIV 陽性と診断された人である。

<sup>32</sup> 筋骨格系および結合組織の疾患、神経系の疾患、消化器系の病気、内分泌、栄養および代謝疾患、がん、呼吸器系の疾患、循環器系疾患、その他の疾患である。

て復職後の職務の制限と関連する要因を分析した。ここでの職務の制限は、産業医の判断による交替勤務や残業の禁止、業務の変更などである。分析の結果、受けているがんの治療方法や症状のうち、化学療法と再発・転移が職務の制限と関係していた。また、佐藤ほか（2013）は、がんの化学療法を受けながら仕事を継続する人の調査から、吐気や嘔吐などの症状がある人は仕事上の責任を遂行することに困難を感じており、倦怠感が強い人は仕事の負荷（量、ペース、内容）についての困難を感じていることを明らかにしている。また、がんの化学療法を受けている就労者では倦怠感が仕事を困難にすること（堀井・小林・鈴木 2009）、てんかんを持つ従業員では自身の病気を周囲に明かした場合に解雇や異動などの処遇を受ける場合があることなどが明らかにされている（伊藤ほか 1998）。

このように慢性疾患を持つことは、個人の生活機能と幅広く関係することがこれまでの研究から明らかとなっている。しかし ICF は健康状態や生活機能の状態に関する個人の知覚、すなわち個人が自身の生活機能の状態についてどう感じるかをモデルに含めていない（WHO 2001=2002）。一方で先行研究は、慢性疾患を持つ人において生活機能に制約を抱えることが精神的健康に影響を与えることを指摘している。例えば、Bentley（2013）は米国アラバマ州在住の公的医療保険の利用者を対象に行われた 4 ウェーブのデータを用いて<sup>33</sup>、機能的制限が生活空間の可動性（life space mobility）を通じて健康関連 QOL に影響を与えることを明らかにしている。ここで取り上げられている機能的制限は ADL（移動、入浴、着替え、トイレ）の困難で、生活空間の可動性は、日常生活における個人の移動範囲の広さや、手助け無しで移動できる程度などを合成したものである。また、健康関連 QOL は前述した SF-36 の短縮版である SF-12 によって測られ、身体的健康度、精神的健康度の 2 つがアウトカムとして用いられている。分析の結果、機能的制限は生活空間の可動性を低めることを通じて身体的健康度および精神的健康度を減少させることが明らかになった。また、Munir *et al.*（2007）は慢性疾患を持つ従業員において<sup>34</sup>、病気の深刻さを統制しても、慢性疾患の症状による職務遂行の制約（決められた時間どおりに仕事を行うことや、身体的負荷のかかる業務をこなすことなどについての制約）の大きさがディスト

---

<sup>33</sup> 回答者が持つ疾患は次の 12 のカテゴリに分類されている。すなわち、うっ血性心不全、狭心症または心臓発作、弁膜性心疾患、末梢動脈疾患、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患または喘息、腎臓病、肝疾患、皮膚癌以外の癌、脳卒中・パーキンソン病・アルツハイマー病などを含む神経系疾患、消化器系疾患である。調査ウェーブの間隔は 18 カ月である。調査はウェーブ 1 からウェーブ 4 まで計 54 カ月間行われた。

<sup>34</sup> ここでの慢性疾患は筋骨格痛（n=324）、関節炎・リウマチ（n=192）、喘息（n=174）、うつ病および不安（n=152）、心疾患（n=96）、糖尿病（n=91）である。

レスを増加させることを明らかにしている<sup>35</sup>。しかしこれらの研究は、慢性疾患を持つことが精神的健康に影響を与えるメカニズムを十分に明らかにしていない。そのため、慢性疾患を持つことが精神的健康にどのように影響を与えているかは検証課題として残されている。そこで第2節では、生活機能が精神的健康に与える影響について確認する。

## 第2節 機能的制限

社会学におけるストレスプロセス理論 (Stress Process Theory) は、機能的制限が継続的のストレッサーとして精神的健康を低めることについて論じている。機能的制限は ICF に基づいて生成された概念である (Brown 2017b)。機能的制限とは、ADL、IADL あるいはより複雑な職務や社会的活動の遂行における制約と定義される (Brown 2017b)。機能的制限は身体機能 (身体可動性、physical mobility)、ADL、IADL を捉えるもので (Gayman, Turner and Cui 2008; Brown and Turner 2010; Brown 2017 b) <sup>36</sup>、機能的制限の質問は、物を持ち上げる、服を着る・脱ぐ、入浴する、階段を上る、テーブルを動かす、重い物を持ち上げる、家事をする、スポーツをするなどの活動に、どの程度困難があるかを測定するものである (Gayman, Turner and Cui 2008)。同様に、Yang (2006) が作成した機能的制限の尺度も、身体機能、ADL、IADL を測るものである<sup>37</sup>。このことから機能的制限は、ICF の生活機能のうち主として身体機能や活動の制約を捉える概念であると考えられる。

Yang (2006) は、機能的制限が精神的健康に与える影響を、ストレスプロセス理論 (Pearlin *et al.* 1981) に基づいて説明している。ストレスプロセス理論の枠組みは図 44 に示す通りである。この理論によると、第1に、ストレッサーは精神的健康に影響を与える。ストレッサーは、一時的あるいは継続的なライフイベントである。一時的ストレッサーは、例えば、解雇、降格など (Pearlin *et al.* 1981)、継続的ストレッサーは、経済的困

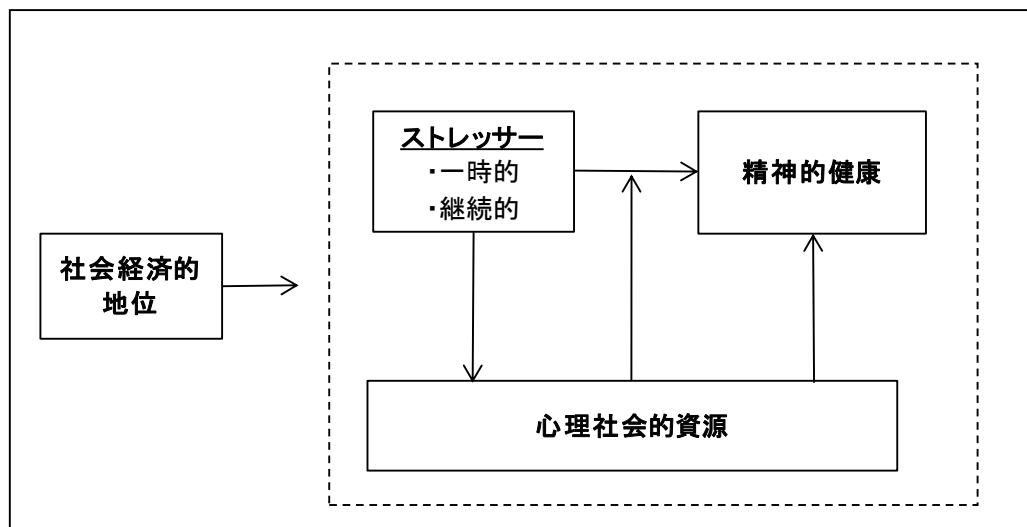
---

<sup>35</sup> Munir *et al.* (2007) は、情動的消耗と不安・緊張を合成したものをディストレスあるいはウェルビーイングの低さを示す尺度として、また抑うつ、不安、ポジティブ情動の低さを合成したものを健康関連ディストレス尺度として用いている。職務制約はどちらのディストレスも増加させていた。

<sup>36</sup> Gayman, Turner and Cui (2008) は physical limitation と表記しているが、Brown (2017b) は Gayman, Turner and Cui (2008) の physical limitation 尺度を機能的制限の尺度として用いている。

<sup>37</sup> Yang (2006) では functional disability と表記されているが、測定している内容は Turner らの機能的制限尺度と概ね一致しており、Brown (2017b) は Yang (2006) を機能的制限についての研究として紹介している。

難、家庭問題、差別を含むとされている（Pearlin and Bierman 2013）。第 2 に、社会的・心理的資源はストレスが精神的健康に与える影響を媒介あるいは調整する。例えば、資源による媒介および調整効果について、Pudrovska *et al.*（2005）は、統制感覚が継続的ストレスラーとしての経済的困難と抑うつとの関係を媒介することと、経済的困難が抑うつに与える影響を軽減する調整効果を明らかにしている。第 3 に、社会経済的地位はストレスラーや資源などに影響を与える。例えば、Wilson and Mossakowski（2009）は、アフリカ系アメリカ人およびラテン系アメリカ人は、白人と比べて、雇用の安定性についての不安が高いことを明らかにしている。また、Pearlin *et al.*（2007）は、職業威信の高さや経済的資産の多さが、統制感覚を高めることを明らかにしている。



**図44 ストレスプロセス理論**

出典：Pearlin and Bierman（2013）をもとに和訳

注：論点を明確に示すために一部修正して表示している。

Yang（2006）はストレスプロセス理論に基づき、機能的制限があることを継続的ストレスラーとしてとらえ、社会的・心理的資源への負の影響を予測した。すなわち、（1）機能的制限は、社会的役割の遂行を困難にし、社会的関係が制限されることで社会的サポートが減少する、（2）機能的制限は自立した生活を維持することを困難にするため、コントロール感覚や自尊心が低下する、との予測である。データは1986年と1992年に米国ノースカロライナ州の65歳以上の住民を対象に実施された2ウェーブ調査のデータで、精神的健康の指標としては抑うつが用いられている。分析の結果、機能的制限は抑うつを高め、

機能的制限が抑うつに与える影響は、社会的資源（社会的支援）および心理的資源（コントロール感覚・自尊心）によって媒介されていた。すなわち、機能的制限には社会的・心理的資源を減少させ、社会的・心理的資源は抑うつを軽減する働きがあることが明らかにされた。

Caputo and Simon (2013) も、ストレスプロセス理論を用いて、機能的制限が精神的健康に与える影響を明らかにしている。用いたデータは「アメリカ中高年者調査 (Midlife in the United States, MIDUS)」で、これは 1994-95 年とその 10 年後の 2 ウェイブデザインの研究である。Yang (2006) のデータは 65 歳以上に限られていたが、Caputo and Simon が用いたデータは 25 歳から 74 歳までの幅広い年齢層を対象とした調査に基づくものである。ここでの機能的制限は、入浴・着替え、体を曲げる・ひざをつく・かがむ、50m 歩く (walking one block)、食料品や雑貨類を持ち歩く・運ぶのいずれか 1 つ以上に困難を持つことである。分析の結果、機能的制限は抑うつ症状とネガティブ情動を高め、ポジティブ情動を低めていた<sup>38</sup>。

このように、ストレスプロセス理論に基づく研究は、身体機能の低下や日常生活における活動の制限が継続的ストレスとして自尊心や統制感覚を減少させ、次いで精神的健康が損なわれることを明らかにしている。これと同様のプロセスは慢性疾患を持つ人においても観察されている。Brown (2017a) は、慢性疾患を持つ住民への調査データを用いて、機能的制限が精神的健康に与える影響と、心理的資源の媒介効果を明らかにしている。Brown (2017a) が用いたデータは、慢性疾患<sup>39</sup>や傷害、視覚や聴覚に関する機能障害等を持つ米国フロリダ州の住民の 2 時点の調査データである。調査ウェイブ 1 は 2000～2001 年に行われ、ウェイブ 2 はその 3 年後に行われているが、ウェイブ 1 における平均年齢は 59 歳でサンプルは比較的高い年齢層によって構成されている。分析の結果、機能的制限は抑うつを増加させ、統制感覚は機能的制限が抑うつに与える影響を媒介していた。

しかし、慢性疾患を持つ人の精神的健康を阻害するものは生活機能の制約だけではない。第 2 章において、難病を持つ人が病気で仕事休んだことが無くても病気を理由として派遣での仕事の継続を断られた事例を紹介したが、実際の身体機能や活動の制限とは別に、こ

---

<sup>38</sup> Caputo and Simon (2013) では機能的制限は Physical limitation と表現されている。質問項目の日本語訳の表記は MIDUS に対応した日本版調査である MIDJA (後述) の項目を参照した。

<sup>39</sup> ここでの慢性疾患は関節炎、糖尿病、パーキンソン病・脳性麻痺等、背痛、心臓の疾患、脳血管疾患、肺気腫・慢性閉塞性肺疾患、がん、関節リウマチなどである。

のような病気への偏見に起因する問題もあると思われる。そこで次節では慢性疾患に関する偏見や差別についての知見を整理する。

### 第3節 スティグマ

スティグマとは、それを持つ個人の信頼を失わせたり、価値を損ねたりするように作用する属性のことである（Goffman, 1963=2001）。ただし、どのような属性がスティグマとなるかは状況によって異なり、社会的な役割期待と個人の属性が不一致な場合に、個人の持つ特性がスティグマ化（stigmatization）される。既に確認したように、慢性疾患を持つことは身体機能や日常的な活動レベルの低下を伴うので、生活の様々な場面で社会的役割を果たせず、スティグマ化されると考えられる。実際に、慢性疾患を持つこととスティグマは関連している。Alonso *et al.* (2008) は健康問題に関連した困惑（embarrassment）や差別の経験をスティグマの知覚として用い、慢性疾患を持つこととスティグマの知覚との関連を 16 カ国の調査データによって分析している<sup>40</sup>。分析の結果、身体的な慢性疾患を 1 つ持つ人は 1.3 倍、2 つ持つ人は 1.4 倍、不安障害を持つ人は 1.8 倍、気分障害を持つ人は 2.3 倍、不安および気分障害を持つ人は 3.4 倍、疾患を持たない人と比較してスティグマを知覚しやすいことが明らかとなっている。

Bruce G. Link の修正版ラベリング理論（Modified Labeling Theory）は、精神疾患患者において、精神疾患の治療を受けているという社会的なラベルが患者の生活環境を脅かすと説明している（Link and Phelan, 2013）。例えば、Link (1987) は、精神科の受診経験ある人（1 回だけか、複数回か、過去に受けたことがあるかで 3 グループに分類）、受診していないが精神疾患を持つ人、受診しておらず精神疾患を持たない人の 5 グループを分析した結果、精神疾患を持ち受診経験のある人は、精神疾患を持つが受診していない人よりスティグマの得点が高く、年収が低く、失業期間も長いことを明らかにしている。ここでスティグマは低価値化－差別尺度（devaluation-discrimination）で測られた。これは、精神疾患の患者は軽んじられ差別されるという予期を測るもので、項目の例は「過去に精神疾患で入院していた人は採用されないだろう」である。同じく精神疾患を持つ人々の間で受診の有無によって差が生じていることから、精神疾患の有無ではなく、精神疾患の治

---

<sup>40</sup> コロンビア、メキシコ、アメリカ、ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スペイン、ウクライナ、イスラエル、レバノン、ナイジェリア、日本、中国、ニュージーランドの 16 カ国である。

療を受けているという社会的な地位 (social position) がスティグマや雇用状況等に影響を与えると解釈されている。Link *et al.* (1997) は精神疾患と薬物依存を持つ人の 2 時点の調査データを用いて、スティグマが抑うつに与える影響を検証している。ここではスティグマは前述の低価値化－差別尺度と、拒絶の経験尺度によって測定されている。拒絶の経験尺度は、精神疾患の治療を受けていることによって拒絶的な扱いを受けたことがあるかをたずねるものである。分析の結果、精神疾患の症状や、1 時点目の抑うつの状態を統制しても、拒絶の経験は 2 時点目の抑うつに影響を与えていた。同様に、Link, Castille and Stuber (2008) は、精神疾患による受診経験がある人を含む 2 時点のデータから、スティグマが自尊心に与える影響を分析しており、分析の結果、低価値化－差別尺度で測られた 1 時点目のスティグマは、精神疾患の症状を統制しても、2 時点目の自尊心を低めていた。逆に 1 時点目の自尊心は 2 時点目のスティグマに影響を与えなかった。

Meyer (2003) が提唱したマイノリティ・ストレス理論 (Minority Stress Theory) は、社会的マイノリティであることが、差別や偏見などのスティグマを喚起し、スティグマが精神的健康に影響を与えると説明している。Meyer, Schwartz and Frost (2008) は性的マイノリティや人種・民族的マイノリティの調査データを用いて、マイノリティであることがスティグマ、差別の経験、ストレスフルな出来事の多さ、統制感覚、社会的支援のネットワークの大きさ (社会的支援をしてくれた人の数) とどのように関係するかを検証した。ここで性的マイノリティはレズビアン・ゲイ・バイセクシャル (LGB) であること、人種・民族的マイノリティはアフリカ系アメリカ人およびラテン系アメリカ人であることを指している<sup>41</sup>。スティグマは、Link (1987) の低価値化－差別尺度で測られた<sup>42</sup>。分析の結果、LGB であることがスティグマと関係すること、LGB でありかつアフリカ系アメリカ人およびラテン系アメリカ人であることがスティグマ、差別の経験、ストレスフルな出来事の多さ、統制感覚の減少、社会的支援のネットワークの小ささと関係することを明らかにしている。

Meyer, Schwartz and Frost は主に LGB に焦点をあてていたが、Schmitt *et al.* (2014)

---

<sup>41</sup> Meyer, Schwartz and Frost (2008) の 524 名の回答者のうち、134 名が白人で LGB、131 名がアフリカ系アメリカ人で LGB、131 名がラテン系アメリカ人で LGB である人、そして 128 名が白人でヘテロセクシャルである。

<sup>42</sup> Link (1987) の低価値化－差別尺度は精神疾患を持つ人用にワーディングされているが、Meyer, Schwartz and Frost (2008) では様々な社会的カテゴリの人に応用できるように修正して用いられた。



は、何についての差別であるかを問わず、差別はウェルビーイングとネガティブな関係にあることを明らかにしている。Schmitt *et al.*は差別を原因別に、人種差別、男女差別（sexism）、異性愛中心主義（heterosexism）による差別、精神疾患、身体疾患および障害、HIV、体重、その他による差別に分類し、それらとウェルビーイングの関係を分析している。その結果、いずれにおいても差別はウェルビーイングとネガティブな関係にあり、ウェルビーイングの指標を変えても結果は同じだった。すなわち、差別はコントロール感覚、自尊心、生活満足度、ポジティブ情動と負の関係にあり、ディストレス<sup>43</sup>、抑うつ、不安、ネガティブ情動と正の関係にあることを見出している。

Brewster and Esposit (2017) は、マイノリティ・ストレス理論に基づき慢性疾患を持つことをマイノリティであることとしてとらえ、慢性疾患を持つ人の差別の経験を測る尺度を開発し関連要因との関係を分析している。検証に用いられたデータは多発性硬化症を持つ人を対象とする調査によるものである。差別の経験は、嫌がらせ・拒絶、職場・学校における差別、その他の領域における差別の 3 次元で構成されていた。項目の例は「(慢性疾患の病名)を持つことによって、職場の上司・雇用主によって不公平に扱われた経験はどれくらいありますか」である。関連要因の分析の結果、差別の経験は社会的支援および生活満足度と負の関係にあり、ディストレスと正の関係にあった。

この他にも、マイノリティ・ストレス理論の議論と整合的に、様々な慢性疾患を持つ人において、スティグマが自尊心、統制感覚、抑うつと関係することが明らかにされている。例えば、Fife and Wright (2000) は、HIV 感染者およびがん患者を対象に、スティグマが自尊心に与える影響を分析している。ここでのスティグマは、社会的拒絶、経済的不安定性、内面化された恥の感覚、社会的孤立の 4 次元で構成されている。分析の結果、HIV やがんを持つ人の場合、これらの疾患の種類を統制しても、スティグマは自尊心と統制感覚を低めることが明らかにされている。また、Earnshaw *et al.* (2013) は、慢性疾患を持つ学生サンプルおよびコミュニティ・サンプルの両方においてスティグマの予期を測っている<sup>44</sup>。スティグマの予期は、ステレオタイプ、偏見、差別などを経験することをどの

---

<sup>43</sup> 抑うつ、不安、心気症、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害がディストレスとしてコーディングされた。

<sup>44</sup> 学生サンプルは慢性疾患を持つ米国コネチカット大学の大学生および大学院生で、コミュニティ・サンプルは Earnshaw *et al.*が患者支援団体を通じて調査協力を依頼した慢性疾患を持つ患者である。学生サンプルの慢性疾患は、喘息、炎症性腸疾患、糖尿病、てんかん、全身性エリテマトーデスおよび心疾患である。コミュニティ・サンプルの慢性疾患は、炎症性腸疾患、多発性硬化症、線維筋痛、てんかん、全身性エリテマトーデスおよび

程度予測するかを測るものである。Earnshaw *et al.*は検証の結果、スティグマの予期が身体的な症状（せき、胃のむかつき、頭痛など）の頻度、抑うつ、不安と正の関係にあることを明らかにしている。

しかし、これらの研究は学生や地域住民などを対象に行われた研究であり、民間企業の従業員に限ったものではない。一方で、McGonagle *et al.* (2016) は慢性疾患を持つ従業員が感じる差別を測る尺度を開発し、その関連要因を検証している。McGonagle *et al.*は慢性疾患を持つ従業員が差別される社会的プロセスを次のように説明する。職場において慢性疾患を持つことがスティグマとなるのは、慢性疾患を持つことで、従業員は生産性の向上や職務成果をあげるといった職場の期待に応えることが困難になるため、スティグマ化した慢性疾患は差別を生じさせる。その上で McGonagle *et al.*は慢性疾患の症状の深刻さは差別の大きさと正の関係を持つことを予測しているが、その根拠は慢性疾患の症状が重いほど職務成果への影響も大きく、差別の度合いが高くなると考えられるためである。同様に McGonagle *et al.*は、差別の経験が従業員に不公平感を生じさせることでストレス反応を増加させ、職務満足度および情動的組織コミットメントを低下させると予測している。

McGonagle *et al.*は慢性疾患を持つ就労者を対象とする複数の調査データ<sup>45</sup>を用いて分析を行っている。開発した尺度は、自分が慢性疾患を持つことを職場の人々が知ったときに、自身に対してどのような処遇がなされそうかを問うものである。項目の例は、「解雇されるだろう」や「昇進の機会を逃すだろう」などである。検証の結果、予測の通り症状の深刻さは差別の度合いと正の関係にあり、また差別の予測は手続き的公正の知覚の低下、ストレス反応の増加、職務満足度の低下、組織コミットメントの低下と関係していた。また、慢性疾患を持つことによる職務成果の低下<sup>46</sup>は差別の大きさ、ストレス反応の増加と関係していた。これも、McGonagle *et al.*の想定したスティグマのプロセスと整合的な結

---

糖尿病である。

<sup>45</sup> 別々にサンプリングされた3つの調査データが検証に用いられた。サンプル1に含まれる慢性疾患は、関節リウマチ、クローン病、多発性硬化症、糖尿病、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、糖尿病（1型）、混合結合組織疾患、乾癬性関節炎である。サンプル2に含まれる慢性疾患は、不安障害、うつ病、慢性疼痛、糖尿病、喘息、過敏性腸症候群、クローン病、線維筋痛症、関節炎、片頭痛、双極性障害、肥満、高血圧、多嚢胞性卵巣症候群、リウマチ関節炎、外傷後ストレス障害、注意欠陥障害、強直性脊椎炎、HIV・AIDS、潰瘍性大腸炎である。サンプル3に含まれる慢性疾患の病名は明らかにされていない。

<sup>46</sup>慢性疾患を持つ従業員が慢性疾患を持つことで職務成果を低下させると職場の周囲の人が考えていると思うかを、慢性疾患を持つ従業員にたずねた項目である。

果で、慢性疾患を持つ従業員は自身の病気が理由で周囲から職務成果の低下を懸念されていると認識していることが明らかになった。

McGonagle *et al.* (2016) の結果は、ストレスプロセス理論とマイノリティ・ストレス理論の両方の議論と整合的である。ストレスプロセス理論は、継続的ストレスラーとしての機能的制限が精神的健康を悪化させると説明している。McGonagle *et al.* では慢性疾患の症状の深刻さや慢性疾患による職務成果の低下がストレス反応の増加と関係していた。この結果は、従業員の機能的制限が精神的健康を低めることを間接的に示唆していると考えられる。また、マイノリティ・ストレス理論は慢性疾患を持つという社会的な状態がスティグマを生じさせ、次いでスティグマが精神的健康を悪化させると説明している。この議論と整合的に McGonagle *et al.* では病気の症状の深刻さが差別と関連し、差別はストレス反応の増加と関連していた。

Brown (2017a, 2017b) は、スティグマの知覚が機能的制限と抑うつとの関係を媒介および調整することを明らかにしている。ここでのスティグマの知覚は、機能的制限を持つことでネガティブな扱いを受けていることの知覚である。項目の例は、「身体的な制限のせいで他の人が自分との親密な接触を避ける」である (Brown 2014)。Brown (2017b) はスティグマが機能的制限と抑うつとの関係を媒介すること、すなわち機能的制限はスティグマの知覚を強め、スティグマの知覚は抑うつを増加させることを明らかにしている。スティグマが精神的健康に悪影響を及ぼすことは先行研究の発見事実と同様であるが、この結果はスティグマが慢性疾患の有無だけによって生じるのではなく、慢性疾患に伴う機能的制限によっても生じることを明らかにしたものである。

また、Brown (2017a) は、スティグマの調整効果を明らかにしている。第 2 節で述べたように Brown (2017 a) では機能的制限が統制感覚に負の影響を与えることが示されたが、スティグマの知覚がある場合は機能的制限が統制感覚に与える負の影響が強化されると報告している。同様に、差別の知覚も、機能的制限と統制感覚の負の関係を強めていた。すなわち、Brown (2017 a) は機能的制限という身体機能の制限に起因する困難と、スティグマや差別という社会的関係に起因する困難が合わさることでさらに慢性疾患を持つ人の精神的健康を悪化させることを明らかにしている。

このように、慢性疾患を持つ人の場合、機能的制限やスティグマは精神的健康に負の影響を及ぼすといえる。しかし Link の研究は疾患が年収や雇用に影響を与えることも明らかにしている。そこで次節では、慢性疾患を持つことを含む健康状態と社会経済的地位と

の関係を確認する。

#### 第4節 社会経済的地位

第1節で述べたように、慢性疾患を持つことは雇用機会からの排除と関連している。雇用機会の喪失は経済的困難を招く。例えば、山田・百瀬・四方（2015）は、就労していない要介助障害者は、就労している要介助障害者より貧困率が高いことを明らかにしている。経済的困難は慢性疾患を持つ人の健康をさらに害する可能性がある。例えば、Fukuda and Hiyoshi（2013）は、女性の場合、家計支出の少なさと肥満、高血圧、糖尿病を持つことが関係することを報告している。経済的困難によって疾患の状態が悪くなれば、身体機能や日常生活活動の制約が増すことで、さらに雇用機会の制約が大きくなる可能性がある。このように健康と社会経済的地位は相互に負の影響を及ぼし合う関係にあることが考えられる。この節では健康と社会経済的地位の関係についての研究の知見を整理する。

健康と社会の関係を説明する理論は、主に次の2つに分けられる。1つ目の理論的立場は、健康の社会的決定要因を明らかにするものであり、健康の社会起因説と呼ばれる。対して、2つ目の理論的立場は健康が社会的地位に与える影響を説明する健康選別説である。

社会起因説は、社会における資源の不平等な分配が健康の不平等を生じさせると説明している。特に所得に着目したものとして、絶対所得仮説（Absolute Income Hypothesis）と相対所得仮説（Relative Income Hypothesis）がある。絶対所得仮説とは、所得の少なさが、食料や衣服、住居などへの生活必需品へのアクセスを制限するために健康を害すると説明するものである（Lynch *et al.* 2000）。Lynch *et al.*は、各国のデータから、1人当たり GDP と平均余命が正の相関にあることを示している。わが国では、前述した Fukuda and Hiyoshi（2013）が家計支出の少なさが<sup>47</sup>健康に影響を与えることを、また湯田（2010）は健康状態の悪さと時間当たり賃金の低さが関係することを明らかにしている。

相対所得仮説は社会における相対的な所得の差が健康を害すると考えるものである（Wilkinson 1992）。相対所得仮説は、比較可能な範囲の他者との比較によって生じる不満やストレスが健康を害すると説明する（河内・藤沢・高尾 2007）。例えば、Eibner and Evans（2005）は居住する州、人種、学歴、年齢階級が類似する集団における所得格差が死亡率を高めることを明らかにしている。わが国でも近藤ほか（2012）が、性別、年齢階級、居住市町村が同じ集団内における所得格差が死亡リスクを高めると報告している。

---

<sup>47</sup> 家計支出を所得の代理指標として用いている

Link ほか提唱した根本的原因理論 (Fundamental Cause Theory, FCT) は、所得だけでなく、社会構造や社会階層によって社会に偏在する知識や社会的ネットワーク、権力や威信などの社会的資源の分配の偏りが健康の不平等を生じさせると想定する (Link and Phelan, 1995; Phelan, Link and Tehranifar, 2010)。そのような社会的資源は、医療・健康関連のサービスへのアクセスを容易にするので、資源量の少ない人は健康状態が悪くなる。例えば Miech *et al.* (2011) は、1999~2007 年の調査データを用いて学歴の低さが死亡率の高さと関連していることを明らかにしている。また、Master, Hummer and Powers (2012) は、1986~2006 年の調査データをもとに、高学歴の人の死亡率は近年低下しているのに対して、低学歴の人の死亡率は低下していないことを明らかにしている。Ferraro, Schafer and Wilkinson (2016) は、1995~1996 年とその 10 年後の調査データを分析し、子ども時代の社会経済的地位の低さが成人の疾患数を増加させることを報告している<sup>48</sup>。わが国では、Kondo *et al.* (2008) が職業階層と健康の関連を示唆している。Kondo *et al.* は国民生活基礎調査の 1986 年と 1989 年のデータを結合させたデータと、1998 年と 2001 年のデータを結合させたデータを用いて職業階層と健康の関連を検証しているが、分析の結果、1998~2001 年のデータでは事務・販売・サービス職は専門的・技術的職業従事者よりも 1.14 倍主観的健康状態が悪かった。しかし、1986~89 年のデータではそのような関連は見られなかった。これは、職業階層の低さと健康状態の悪さに関連すると解釈されている。さらに、80 年代と 90 年代後半で異なる結果が得られたことは、90 年代の経済不況によって健康の格差が広まったものと解釈されている。

このように社会起因説は、社会における所得、教育、職業などの資源の不均衡な分配が、(1) 健康に関連する財、サービス、知識へのアクセスに格差を生み、そして (2) 不平等によるストレスを通じて社会における健康の不平等を作り出すと説明している。

一方で、健康選別仮説は、健康状態が社会経済的地位に影響を与えると説明している。Kröger (2016) は、ドイツにおける職業移動データの検証から、民間企業に勤める女性のうち、健康状態がとても良いと回答した人は、健康状態が悪いと回答した人よりも職務上の裁量・スキル・責任が大きい仕事<sup>49</sup>に就く確率が高いことを明らかにしている。しかし、公的機関に勤める女性や、民間企業・公的機関の男性についてはこのような健康選別の影

---

<sup>48</sup> Miech, *et al.* (2011)、Master, Hummer and Powers (2012)、Ferraro, Schafer and Wilkinson (2016) はアメリカの調査データを用いた研究である。

<sup>49</sup> Kröger (2016) は裁量・スキル・責任が大きい仕事の例として、部下のいるホワイトカラー、シニアマネージャー、熟練職人 (master craftsman) などを挙げている。

響は見られなかった。性別や組織の性質による調整効果は、前述したフランスにおける HIV と失業リスクの関連についての研究でも同様に観察されている。すなわち、Dray-Spira *et al.* (2008) では女性の間で HIV と失業の関係が強く、HIV による差別の経験と失業の関係は民間企業において強かった。わが国では、濱秋・野口 (2010) が、2008～2010 年の中高齢者への調査データから、男性においてがん、心臓の病気、脳卒中・脳血管疾患の罹患歴が無職となる確率を高めることを明らかにしている。

健康選別をもたらすような職場における排除の圧力は、職業移動だけでなく、労働時間やキャリアへの態度にも制約を課していると考えられる。例えば、Cai, Mavromaras and Oguzoglu (2014) は、オーストラリアの就労者の時系列データを用いて、健康状態が悪い就労者は、時間の経過とともに、週あたりの労働時間が短くなることを明らかにしている。同様に、泉田 (2015) は、週の労働時間の短い人は通院する確率および何らかの病気に関する自覚症状がある確率が高いことを明らかにしている。同様に、前述した濱秋・野口は、3 大疾患への罹患歴は、週当たり労働時間を 11.5 時間減少させることを見出している。

慢性疾患を持つことは個人のキャリアについての態度に影響を与える。Beatty (2012) はてんかんと多発性硬化症を持つ人へのインタビュー調査から、慢性疾患を持つことによる職場での困難の経験が、キャリアへの態度に影響を与えることを明らかにしている。従業員が知覚するキャリア上の障壁は、主に病気そのものの症状に起因するものと、病気に関する周囲の人々による反応に起因するものの 2 種類があった。病気そのものに起因する障壁は、身体的な活動制約や認知上の能力の制約が、職務の遂行に影響するというものである。例えば、疾患によって記憶力が制約される従業員は、仕事のやり方を覚えることに困難を感じていた。また、職場の周囲の反応による障壁としては降格がある。てんかんを持つインタビュー対象者のうち 5 名が本人の意思にそぐわない降格があったことを話していた。例えばある従業員は、職場で大きな発作を起こした後、別の部署に異動となったが、その際に異動を拒否した場合は解雇されることをほのめかされたとしている。このような困難が自己効力感を低め、キャリアへの態度を消極的なものにすると Beatty は議論している。例えば、何名かの従業員は、現在の仕事に不満があったが、次の仕事を探す際に疾患のことを説明することが嫌なため、転職活動をしていなかった。

Tokar and Kaut (2018) は、キアリ 1 型奇形を持つ人における差別の経験の経験を、前述した Brewster and Esposito の尺度を用いて測っている。この調査では同時に、職業選択に関する自信 (work volition) や、ディーセント・ワーク、経済的ストレス (financial

strain) も測定されている。職業選択に関する自信は、何らかの外部の障壁に直面しても、キャリアに関して自分の望む意思決定をすることができるという自信の程度を指している。ディーセント・ワークは、Duffy *et al.* (2016) が ILO の指標にもとづいて作成した尺度であり、(1) 安全な労働環境、(2) ヘルスケアへのアクセス、(3) 適切な報酬、(4) 自由時間と休息、(5) 組織の価値観と従業員の家庭・コミュニティの価値観の一致、の 5 つを測るもので、経済的ストレスは生活における金銭的問題に関する心配の度合いを測るものである。分析の結果、Tokar and Kaut は差別の経験が職業選択に関する自信を低下させるとともに、ディーセント・ワークに負の影響を与えると報告している。また、差別の経験は経済的制約を高め、経済的制約は差別の経験を高めていた。

## 第 5 節 コーピング

ここまで、慢性疾患を持つ人の生活上の制約、職場での差別、精神的健康の悪化、社会的地位への悪影響について確認してきた。本節では、このような事態に個人はどのように対処するか、そして対処のあり方は精神的健康にどのように関係するか。

コーピングとは、自身が持つ資源を上回る要求に対処するための認知的および行動的努力である (Lazarus and Folkman 1984)。Roth and Cohen (1986) は、コーピングには「接近型コーピング」と「回避型コーピング」の 2 つがあることを提唱している。Skinner *et al.* (2003) によれば、接近型コーピングはディストレスを生じさせる出来事・経験に対して具体的な行動をとったり認知を再構成することを指している。回避型コーピングは、好ましくない状況を避け、ディストレスを軽減するよう努めることを指す。HIV 感染者のコーピングについての研究を再分析した Moskowitz *et al.* (2009) は、接近的なコーピングはポジティブ情動を高め、ネガティブ情動を低めること、また回避的なコーピングはポジティブ情動を低め、ネガティブ情動を高めることを明らかにしている。ここで接近型コーピングに分類される対処行動のタイプは、例えば、現実の受容 (acceptance)、状況を肯定的に再認識する (positive reappraisal)、社会的支援探索行動である。回避型は、物事を諦める、すなわち行動的退却 (behavioral disengagement)、他者を避ける、すなわち社会的孤立などである。

肯定的再認識に類似するものとしてベネフィット・ファインディングがある (Helgeson *et al.* 2006)。病気への罹患やその他のネガティブな出来事による自身の変化をポジティブに捉えなおすことを意味している。Helgeson *et al.* は、ベネフィット・ファインディング

に関する研究結果の再分析から、健康関連のストレッサーに直面した人において、ベネフィット・ファインディングは抑うつおよびディストレスを軽減し、ウェルビーイングを高めることを明らかにしている。

わが国では、上田・雄西（2011）が、乳がん患者において、病気に対する肯定的解釈が希望の無さを軽減し、放棄や諦めは、希望の無さを強化することを明らかにしている。また、山脇・藤田（2006）は、胃がん手術を受けた就労者へのインタビュー調査から、就労者は職場復帰に際して感じる「仕事に再適応できない戸惑いと自信の喪失」などの困難に対して、「ありのままを受け入れる」、「仕事に対する考えの転換」などの対処を行っていることを明らかにしている。

また、コーピングに関連する心的特性として、楽観主義、神経症傾向、誠実性などがある。Nes and Segerstrom（2006）は 1985 年から 2004 年までのコーピングと楽観主義に関する研究結果の再分析からこれらの関連性を明らかにしている。すなわち、楽観主義は接近型コーピングと正の関係、回避型コーピングとは負の関係にあった。また Rassart *et al.*（2014）は、1 型糖尿病を持つ人への調査から、性格特性のうち神経症傾向が回避型コーピングを高め、誠実性が回避型コーピングを低めると報告している。

McGonagle and Hamblin（2014）は、Hobfoll が提唱した資源保持理論（Conservation of Resources Theory, COR 理論）に基づいて、オンライン調査で得られた様々な慢性疾患を持つ就労者のデータを分析し、慢性疾患を持つことによる差別とコーピングの関係、コーピングとストレス反応の関係を明らかにしている。COR 理論は、人は資源を獲得し保持するように動機づけられるという前提を置く（Hobfoll 1989）。COR 理論によるとストレスは、資源が喪失脅威にさらされることや実際に資源が失われること、あるいは資源を投資した後の資源獲得の失敗に起因している。また、保有する資源量が多い人ほど資源喪失・ストレスに対して強靱であると想定している。資源とは、個人が価値をおく何らかの物的資源、個人特性、状況などを指し、その例は、統制感覚、自尊心、社会経済的地位、雇用などである。

慢性疾患を持つ従業員にとって差別は、雇用、キャリア、自己効力感などの個人にとって価値のある資源に対して脅威となる。そのため McGonagle and Hamblin は、差別は仕事上の緊張・不安などのストレス反応を高めると予測した。コーピングは、資源を保持し獲得するための行動として捉えられており、具体的にはコーピング行動として次の 2 つが想定された。1 つ目は補填的行動（compensatory behavior）で、これは資源獲得のため



の資源投資行動である。具体的には、慢性疾患を持っていても仕事を十分にできることを証明するために長時間働くなどの行動である。2つ目は隠匿行動で、これは資源を保持するためのどちらかと言えば消極的な対処行動である。具体的には慢性疾患を持つことを職場で隠す行動である。

McGonagle and Hamblin は分析の結果、差別の予期は補填的行動および隠匿行動を増加させること、また補填的行動は仕事上の緊張・不安を高めるが隠匿行動にはそのような関係が見られないことを明らかにしている。また差別の予期は仕事上の緊張・不安を直接高めていた。この結果は、コーピングの限界を提示している。なぜならコーピングがストレスを軽減せず、かえって高めてしまう結果になったためである。特に、補填的行動がストレス反応を高めたことは、COR 理論の観点からは、資源投資行動が資源獲得につながらず、むしろ自身の保有する資源を消耗する結果に終わってしまったと解釈されている。そのため、McGonagle and Hamblin は、慢性疾患を持つ従業員の差別の問題については、個人の対処だけでなく上司あるいは組織によるサポートが重要であると指摘している。

これまでの研究は、疾患そのものによる脅威と向き合う場合、前向きな考えを持つことや現実を受けとめるなどの接近型コーピングが有効であることを示しているが、疾患に起因する職場の差別は個人的な対処だけでは限界があることを示唆している。では、職場において慢性疾患を持つ従業員の資源を増加させる支援にはどのようなものがあるのか。次の節では支援と職場環境についての知見を確認する。

## 第6節 組織における支援

これまでの研究は、対人的・組織的な支援が慢性疾患を持つ従業員の資源を増加させることを示している。McGonagle, Beatty and Joffe (2014) は COR 理論に基づいて、慢性疾患を持つ従業員の資源を増加させることがストレスの低減につながると予測し、慢性疾患を持つ従業員へコーチングを行った。コーチングの内容は次の4つである。第1は目標設定で、コーチと従業員が何を議論していくかが設定されている。第2は現状の説明で、従業員が現在抱えている問題をコーチに説明することを指す。第3は選択肢の検討で、問題解決のための選択肢を検討している。最後に、問題を解決するためのアクション・プランが議論されている。その結果、予測の通りコーチングを受けた従業員はコーチングを受けていないグループと比べて自身の職務能力をより肯定的に評価し、情動的消耗が低下し、

中核的自己評価<sup>50</sup>やレジリエンスが高まっていた。すなわち、資源が増加することでストレスが低減していた。

しかし、従業員にとって有益な資源はこのような心理的な資源だけではない。これまでの研究は、慢性疾患を持つ人にとって統制感覚や自尊心などの心理的資源だけでなく、職務の内容や職場環境も資源として重要であることを示している。Kirk-Brown and Van Dijk (2016) は、Demerouti *et al.* (2001) の職務要求・資源 (Job Demands-Resources, JD-R) 理論を用いて、慢性疾患<sup>51</sup>を持つ従業員の職務上の資源および心理的安全が情動的コミットメントを高めることを明らかにしている。JD-R 理論は、ストレスとモチベーションについて次のように想定する。心理的な要求は個人の持つエネルギーを消費することで情動的な消耗などのストレス反応を引き起こすが、職務上の資源は従業員が生来的に持つ自律性、有能さ、関係性への欲求を充足するのでエンゲージメントを高める (Schaufeli and Bakker 2004)。

Kirk-Brown and Van Dijk はこの JD-R 理論に基づいて、自律的な職務を遂行することにより自律性への欲求が、また複雑な職務を遂行することによって有能さへの欲求が充足されるため、職務上の資源（職務の自律性と複雑性）は組織コミットメントを高めると予測した。また、Kahn (1990) によれば心理的安全は、職場において自己や地位、またキャリアに負の影響が出ることを恐れずに自分自身を表現することが出来るとの感覚を指すが、Kirk-Brown and Van Dijk は心理的安全も資源として情動的コミットメントを高めると予測した。

Kirk-Brown and Van Dijk の研究では、職務裁量 (decision authority) 尺度で職務の自律性を、またスキル多様性 (skill discretion) 尺度で職務の複雑性を測定している。尺度項目の例は、職務裁量が「私は仕事上で多くのことを決定することができる」、スキル多様性は「自分の仕事は高いスキルを要する」である。心理的安全の尺度項目の例は「私の会社では周囲と違う人は拒絶される」(逆転項目) である。

検証の結果、予測の通り、慢性疾患を持つ従業員において職務上の資源は情動的コミットメントを高め、心理的安全は情動的コミットメントを高めていた。これらの結果は、職務に関わる裁量の付与、有能さへの欲求を充足するような職務設計や、心理的に安全な雰

---

<sup>50</sup> 中核的自己評価 (core self-evaluations) は自尊心、自己効力感、神経症傾向、ローカス・オブ・コントロールの 4 要素によって構成される尺度である (Judge *et al.* 2003)。

<sup>51</sup> ここでの慢性疾患は、慢性疾患を持っているかどうかを尋ねたものである。病名については調査されていない。

囲気の職場の構築が慢性疾患を持つ従業員にとって重要であることを示している。特に心理的安全については、疾患を持つことを公表してもそれを個性として受容されるような職場のあり方が重要であることを示唆しているとも考えられる。

また、Kirk-Brown and Van Dijk は慢性疾患を持たない従業員においても同じモデルを設定して、慢性疾患を持つ従業員と比較している<sup>52</sup>。その結果、疾患を持たない従業員でも同じプロセスが観察されたが、心理的安全が情動的コミットメントに与える正の影響は、慢性疾患を持つ従業員の方が疾患を持たない従業員より大きかった。このことは、慢性疾患を持つ従業員には、疾患を持たない従業員と同様に、自律的な職務の遂行を促しやりがいのある仕事を与えることが重要であり、心理的に安全な職場環境の整備は慢性疾患を持つ従業員にとって特に重要であることを示している。

Nelson, Shaw and Robertson (2016) は上司へのインタビュー調査から、慢性疾患を持つ部下を適切にマネジメントするためには、体調が悪い時の欠勤や病院に行く場合の判断を部下自身に自由にさせることや、同僚間のサポート体制を構築することが重要であることを明らかにしている。Nelson, Shaw and Robertson はグランデッド・セオリー・アプローチを用いて慢性的な健康問題を抱える部下を持つ上司へのインタビューを行い、慢性的な健康問題を持つ部下がいる職場で有効なマネジメントのあり方を探索している。調査対象者は全員 10 人以上の部下がおり、上司として 3 年以上の勤務経験がある管理職である。分析の結果、健康に問題がある人がいる職場で有効に機能する上司のマネジメントは以下のような点において共通していた。(1) 従業員に健康問題への対応（出勤する・しない、通院する・しない）についての自由裁量の付与、(2) 同僚間のサポート体制の構築（平常からのチームワークの推奨、同僚間の互惠的関係の構築、互いの仕事のカバーなど）、(3) 部下の健康への気配り・配慮、および職務の割り当てやスケジュールの調整。

## 第 7 節 慢性疾患を持つ従業員に関する研究の課題

ここまで確認した慢性疾患を持つ従業員の困難は主に差別である。なぜ差別が生じるかはスティグマによって説明される。すなわち、慢性疾患の症状によって職場の期待に応えることができないためスティグマ化されると考えられる。症状の深刻さは差別と正の関係にあり、差別はストレス反応の増加、職務満足度の低下、組織コミットメントの低下など

---

<sup>52</sup> 多母集団同時分析によってモデル中の変数間のパス係数の大きさに統計的に有意な違いがあるかを検証している。

と関係している。

一方で、Yang や Brown が明らかにしているように、機能的制限は地域住民の精神的健康を害する。これらの知見と整合的に、Munir *et al.* (2007) は病気の深刻さを統制したうえでも、病気によって職務遂行能力が制限されることにより従業員のディストレスが高まることを明らかにしている。しかし Munir *et al.* は、なぜ機能的制限がディストレスを高めるかについて理論的に説明していない。従って、慢性疾患を持つ従業員において機能的制限がどのようにディストレスを高めるかについては十分に明らかにされていない。

ストレスプロセス理論によれば、機能的制限が抑うつを高めるのは、機能的制限が継続的にその人の日常生活上の行動を制約することで自尊心や統制感覚が低下することに起因している。このような観点に基づいて考えるならば、慢性疾患を持つ従業員の困難は差別だけではなく、病気によって行動が制約されること自体が従業員の自尊心を低め精神的健康を害すると考えられるが、この点については未だ検証されていない。

さらに職場で従業員が経験する困難は、どのような従業員においてより強く現れるのかに関しても十分に明らかになっていない。第2章で確認したように、労働政策研究・研修機構編 (2013) は、正社員よりも非正社員の方が疾患に罹患した場合に離職することが多いことを確認している。このことから、雇用形態が慢性疾患を持つ従業員の就労上の困難に影響を及ぼす可能性が考えられる。しかしこれまでの慢性疾患を持つ従業員に関する研究はこの点について十分に検討していない。

また、慢性疾患を持つ従業員を支援するにはコーチングの実施、職務裁量の付与、心理的に安全な職場の構築、疾患に配慮した職場運営など、組織における支援が重要であることが指摘されているが、これらの支援がどのような問題に対して効果があるかは明らかにされていない。また、どのような組織において支援がより行われやすいのかについても明らかになっていない。すなわち、慢性疾患を持つ従業員に対して効果的な支援が行われている職場と、行われていない職場がある場合、その差はどのような組織的要因から生じているかが明らかでない。例えば、Nelson, Shaw and Robertson (2016) は前述した研究結果から上司への教育訓練を行う必要性を指摘している。しかし、有効な支援が行われるか否かが上司のマネジメントスキルだけに依存するかについては疑問が残る。何らかの人事制度の導入や制度運用の改善などによる効果についても検証する必要があるのではないかとと思われる。

第2章で確認したように、労働政策研究・研修機構編 (2013) は、治療と仕事の両立に

関わる課題として休職者の復帰後の仕事の与え方や配置を挙げた企業は大企業に多く、代替要員の確保が困難と回答した企業は小規模の企業に多いこと、また病気休職制度や復職支援プログラムなどの制度は大企業において整備される傾向にあることを示している。このことから、企業規模に関して一貫した傾向が認められているわけではないものの、何らかの組織の体制や構造が慢性疾患を持つ従業員への支援のあり方に影響を及ぼしている可能性がある。しかしこれまでの慢性疾患を持つ従業員マネジメントに関する研究は、慢性疾患を持つ従業員が職場で直面する困難と組織構造などとの関係を十分に検証していない。

慢性疾患と同様に、社会的スティグマを伴いやすい個人特性として障害がある。障害と慢性疾患を持つことは関連している。例えば、厚生労働省の「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」によれば、わが国で障害者手帳を持つ人々の間で障害の原因として挙げられたものは病気が最も多く（URL 40）、65 歳未満では 36.4%、65 歳以上では 58%が病気が障害の原因となっている。さらに、身体障害者手帳の保持者に限定してみると、病気が障害の原因である割合は、65 歳未満では 52.5%、65 歳以上では 59.5%である。このように慢性疾患を持つ人と障害を持つ人は一部が重なっている。マネジメント研究では障害を持つ従業員の就労上の困難についても分析している。そこで次に、障害についての概念的、法的・制度的位置づけについて確認し、障害を持つ従業員の就労上の困難と組織のあり方に関する知見を確認する。

## 第 8 節 障害と制度

ICF によれば、障害とは、機能障害・構造障害、活動制限、参加制約およびそれらの制約と環境との相互作用である（WHO 2001=2002）。すなわち、障害は心身機能の状態であるとともに、生活や職業上の動作の遂行を妨げるような社会環境も含む概念である。一方、Brown（2017b）の定義する機能的制限は ADL 等に制約があることを指すので、機能的制限と ICF による障害の定義は重なる部分が多い。

このような ICF の生活機能と障害についての概念モデルは、2006 年に国際連合総会で採択された『障害者の権利に関する条約』（略称：障害者権利条約）に反映され（松井 2008）、わが国は障害者権利条約を 2014 年に批准している（内閣府編 2014: 11）。またその批准に伴い各種の国内法が整備されている。例えば、障害者基本法の改正（2011 年）、障害者総合支援法の成立（2012 年）、障害者差別解消法の成立（2013 年）、障害者雇用促進法の改正（2013 年）などである（内閣府編 2014: 14）

改正された障害者基本法による、わが国における障害者の法的定義は、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害」を持つ人であり、「障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にある」人である。このように、障害は身体的な機能障害だけを指すのではなく、社会との相互作用であるという ICF のコンセプトはわが国における障害の法的定義にも取り入れられている。

しかし、理念的には ICF の提唱する障害の概念が受け入れられていても、必ずしも制度に反映されているわけではない。吉川（2017）によれば、わが国における身体障害者の障害程度等級の行政的な認定は少なくとも 2015 年時点では機能障害のみで判定されており、社会環境との関係性は考慮されていないという実態がある。また、工藤（2008）によれば、わが国では各国と比べ障害者の定義・範囲が狭いために、人口に占める障害者の割合が低くとらえられているという問題が生じている。工藤は、わが国の制度が定義する障害は海外と比較する場合には重度な障害者として考えるのが妥当であると論じている。

この知見と整合的に、障害に関連した社会的な支出の対国内総生産（Gross Domestic Products, GDP）比率を OECD 諸国で比較した勝又（2008）は、日本の障害関連社会支出の対 GDP 比はメキシコ、韓国に次いで低く、OECD 諸国の中で下から 3 番目であることを明らかにしている。また、障害者を対象とした雇用政策支出の対 GDP 比率も、大陸欧州・北欧各国と比べわが国は低い。勝又によれば、日本の障害者を対象とした積極的労働市場政策支出の対 GDP 比は 0.007% であるのに対し、フランスは 0.087%、ドイツは 0.15%、スウェーデンは 0.475% である。

このような障害に対する制度の違いはなぜ生じるかについて、比較福祉国家論は類型を提示している。G. Esping-Andersen によれば、福祉レジームとは、福祉が生産され、それが国家、市場、家族のあいだに配分される総合的なあり方を指すが（Esping-Andersen 1999=2000: 64）、この福祉レジームを構成する 3 つの原理（国家、市場、家族）が果たす役割の程度に応じて各国は次の 3 つに分類される。すなわち、自由主義、社会民主主義、保守主義である。それぞれの福祉レジームの特徴は次の通りである（Esping-Andersen 1999=2000: 126-9）。

自由主義は、福祉提供における国家の役割の小ささ、市場の役割の大きさを特徴とする。公的福祉サービスの受給資格は狭くとられ、民間の福祉サービスが発達している。主にアングロ・サクソン系の諸国家（アメリカ、イギリス、オーストラリア、カナダなど）がこ

れに該当する。それに対して社会民主主義では、市場による福祉の提供体制は最小化されており、代わりに国家が平等な福祉の提供を担う。福祉の給付水準は高く、また職業訓練、再訓練、雇用促進などの積極的な労働市場政策を行う。このモデルに該当するのは北欧諸国（デンマーク、ノルウェー、スウェーデンなど）である。また、保守主義は地域・職業・企業などの団体別の社会保険制度が存在することと、福祉提供において家族の役割が重視されていることを特徴とする。このモデルに該当するのは大陸欧州諸国（ドイツ、フランス、スペイン、イタリアなど）である。

この類型と整合的に、前述した勝又（2008）の国際比較では、積極的労働市場政策支出の対 GDP 比がスウェーデンで高く、ドイツが中程度だった。それに対してイギリスは 0.027%、アメリカは 0.034%、カナダは 0.017%と、自由主義に分類される国々の支出対 GDP 比は低かった。この類型においてわが国はどこに位置づけられるか。埋橋（2011）によれば、わが国は保守主義と自由主義の両方の性質を併せ持っている。すなわち、わが国には職業別の社会保険（健康保険など）があるという点と家族主義の強さという点で保守主義の性質を持つ一方で、社会支出の対 GDP 比の小ささという点では自由主義の性質を持っている。

この埋橋によるわが国の位置づけは、勝又の国際比較においてわが国の障害関連の支出水準が少ないことと整合している。一方で、わが国で障害を持つ人への福祉を提供してきた主体としての家族の役割は大きいことは家計に経済的な問題を引き起こしている可能性がある。例えば、第 2 章で確認した山田・百瀬・四方（2015）は「平成 25 年 国民生活基礎調査」データを用いて障害等により日常生活の手助けが必要な人がいる世帯の貧困を分析しており、その結果、障害者が就労していない場合は同居世帯員による世帯内の所得移転が行われても障害者の貧困が解消されないことを明らかにしている。このことは、近年のわが国では障害を持つ人への家族による経済的な支えが危うくなっている可能性を示している。

このように、公的な障害には認定のための基準があり、またその認定基準は ICF の障害の定義を必ずしも反映しているわけではない。そのため、ICF が概念的に定義する障害は、本論でこれまでに確認してきた機能的制限と一致していても、制度としての障害の認定は一致しない部分があると考えられる。ただし前述したように、障害を持つことの原因として病気が最も多いのも事実である。従って、本研究では慢性疾患を持つ従業員とある程度共通する傾向を持つ集団として障害を持つ従業員を捉える。それでは、障害を持つ従業員

が抱える就労上の問題はどのようなものか。

## 第9節 障害を持つ従業員の困難と組織構造・人事制度

Baumgärtner *et al.* (2015) は、障害を持つことが職務満足度に与える影響、組織構造がその関係を調整するかを検証し、脱中央集権化された組織構造が障害を持つ従業員の職務満足度を高めることを明らかにしている。分析に用いたデータは、ドイツにおける障害を持つ従業員と持たない従業員の両方を含んでおり、障害の定義はドイツにおける公的な障害認定を受けていることである。Baumgärtner *et al.* が依拠した理論は、職務満足度の欲求－満足モデル (Need-Satisfaction Model) である (Salancik and Pfeffer 1977)。Salancik and Pfeffer の欲求－満足モデルは、人は本人に固有で、かつ安定的な基本的欲求を持つと仮定し、その欲求が満たされたときに職務満足度が高まると説明している。欲求充足を仮定しているという点では、慢性疾患を持つ従業員の研究でも用いられている JD-R 理論と同じである。このことから Baumgärtner *et al.* は、障害を持つ人はその障害の内容に応じて勤務に関連した特有の欲求を持っているはずであり、特に柔軟な働き方についてのニーズが高いと想定した。そしてこのようなニーズを持つ従業員にとって、柔軟な組織構造であるほうが働きやすいので、職務満足度が高まると Baumgärtner *et al.* は予測している。すなわち、柔軟性の高い構造の組織では、障害を持つ従業員は職務満足度を高める、逆に柔軟性の低い構造の組織では障害を持つ従業員は職務満足度を低めると予測した。

組織の柔軟性は、公式化 (formalization) と中央集権化 (centralization) の2つの概念に分けられている。公式化とは組織におけるルールや手続き、コミュニケーションが文書化されている程度を指し (Pugh *et al.* 1968)、中央集権化とは組織における権力の分布の状態を表すものである (Hage and Aiken 1967)。公式化された組織では、手続きが柔軟性に欠けるため、障害を持つ人のニーズに合った就労課題の解決策が提供されず、また中央集権化された組織では、上司は、障害を持つ部下に業務上の配慮をするための職務権限を組織から与えられていないため、結果として障害を持つ人が必要とする支援が行われていないと考えられた。これらの理由により、公式化と中央集権化の度合いが高い場合、障害を持つことが職務満足度に与える負の影響が強まると予測した。これらの組織構造は、従業員の知覚によって測定されており、公式化の項目の例は「この組織では規則と手続きが何よりも重要だ」、中央集権化を図る項目の例は「何をするにも事前に上司の許可が必要だ」である。分析では性別、年齢、勤続年数、職務階級、部署、企業規模が統制されてい



る。

分析の結果、Baumgärtner *et al.*は、組織が中央集権化されているときに、障害を持つことが職務満足度を低めることを明らかにしている。この結果は、柔軟性に欠ける組織では障害を持つ従業員に対する業務上の配慮が不十分であることを表していると解釈された。しかし、障害を持つことは単独では職務満足度に影響せず、また公式化は従業員の職務満足度を高め、中央集権化は職務満足度を低めていた。この結果は、脱中央集権化した組織構造は障害を持つ・持たないに関わらず従業員の職務満足度を高めるが、特に障害を持つ従業員の場合は職務満足度を高める効果が強いことを表している。従って、柔軟性の高い職場環境を整備することが、障害を持つ従業員のニーズを満たすために重要であると Baumgärtner *et al.*は論じている。

Baumgärtner *et al.*の結果は、慢性疾患を持つ従業員がいる職場では通院などの自由を保証することが有効であることを示した Nelson, Shaw and Robertson (2016) の結論と一致する。すなわち、障害・慢性疾患を持つ従業員にとって、体調管理や通院の都合に合わせた出退勤など、多様な働き方を許容する職場のマネジメントが重要である。

従業員が持つニーズを欲求充足メカニズムによって従業員の職務態度を説明するという点で、この説明はJD-R理論とも整合的である。前述したように、Kirk-Brown and Van Dijk (2016) は JD-R 理論を用いて、慢性疾患を持つ従業員の自律性と有能さへの欲求を、職務裁量や高いスキルが求められる仕事の付与によって充足することが組織コミットメントを高めることを明らかにしている。Baumgärtner *et al.*は柔軟な組織のしくみが障害者への業務上の配慮を促進する可能性を指摘したが、組織が柔軟であることは同時に自律的に職務遂行をしやすい環境であることを指すと考えられる。従って Baumgärtner *et al.*の結果は、障害を持つ従業員の自律性欲求が充足されたことによる効果とも考えられる。そのため、障害を持つ・持たないに関わらず、自律的な職務遂行を推奨することが重要であるといえる。

また、Hoque *et al.* (2018) は、機能的制限あるいは障害を持つことが従業員のウェルビーイングに与える影響と、人事制度の運用がその関係を調整するかを検証している。Hoque *et al.*が用いたデータはイギリスにおける雇用・就労に関する全国調査である英国職場労使関係調査 (Workplace Employment Relations Survey, WERS) の 2011 年のデータである。Hoque *et al.*は WERS-2011 における次の項目を障害として用いている。すなわち、「12 カ月続いているないしは続くと思われる健康上の問題あるいは障害によって、

日常生活活動が制限されていますか」である。回答は「はい、少し」、「はい、とても」、「いいえ」の 3 択で、「はい、少し」と「はい、とても」の回答が障害ありとして集計されている。

Hoque *et al.*は障害が従業員の職務関連のウェルビーイングを低め、また、ハイパフォーマンス・ワークプラクティス（High Performance Work Practices, HPWPs）が、障害とウェルビーイングの関係を調整すると予測している。HPWPs は能力、モチベーション、成果発揮機会を高めるような取り組みであり、選抜にあたっての能力評価テストの実施、育成目的の業績評価、成果連動型報酬、チームワークの奨励、柔軟な仕事の仕方の 5 つで構成される。Hoque *et al.*によれば、障害がウェルビーイングを低めるのは、障害を持つ従業員が偏見やステレオタイプに直面するからである。HPWPs による調整効果はポジティブな効果（障害がウェルビーイングに与える負の影響を低める）とネガティブな効果（ウェルビーイングに与える負の影響を高める）の両方が予測されている。HPWPs が、障害がウェルビーイングに与える負の影響を低めるのは、公正に評価され、能力の発揮機会が多い環境では、障害に対するステレオタイプによって評価されることが少ないからである。逆に HPWPs が、障害がウェルビーイングに与える負の影響を高めるのは、HPWPs が実施されている職場は能力発揮機会等が多い反面、従業員への要求度合いが高い職場であり、障害を持つ従業員がうまく適応するのが難しい場合があることと関係している。

ウェルビーイングの指標として、職務満足度、公平処遇の知覚、不安が用いられている。ここで職務満足度を測定するために用いられた質問項目は、例えば、「職務における達成についてどれだけ満足しているか」などである。また、公平処遇の知覚に関する項目は「マネージャーが自身をどれくらい公平に扱ったか」などである。不安は、過去数週間の間に仕事によって「緊張した（tense）」、「心配な（worried）」などの感情がどれくらい生じられたかを測定している。HPWPs の指標は前述した 5 つ要素に該当する施策を組織がどれくらい実施しているかである。

検証の結果、Hoque *et al.*は障害を持つことが職務満足度や公平処遇の知覚を低め、不安を高めることを明らかにしている。しかし、HPWPs のうち成果連動型報酬施策は障害がウェルビーイングに与える負の影響を軽減していた。すなわち組織の報酬体系が成果連動型である場合に、障害を持つことは従業員の不安を低めていた。Hoque *et al.*はこの結果を、障害を持つ従業員はステレオタイプに直面するのでウェルビーイングを低めるが、職務成果にもとづいた公正な処遇をする職場ではステレオタイプによって評価が歪められ

ることが少ないので障害を持つことが不安に与える影響が軽減されると解釈している。このことは、障害を持つ人を特別扱いするのではなく、障害を持たない人と同様に公正に処遇することが、障害を持つ人の雇用にあたり重要であることを示している。

ただし、Hoque *et al.*における、障害の定義は他の先行研究と比べるとやや曖昧である。例えば、前述した Baumgärtner *et al.*は国の公的な障害認定カードを保持しているかどうかで障害の有無を判断しているが、Hoque *et al.*がとらえた障害は、健康問題あるいは障害による日常生活の制限であるので、Brown (2017b) の定義する機能的制限とも部分的に合致する。そのため、Hoque *et al.*の発見事実は機能的制限を伴う慢性疾患を持つ従業員についても一定程度当てはまる可能性がある。すなわち、機能的制限を伴う慢性疾患を持つ人が職場で直面するステレオタイプや偏見の問題は、公正な職場では生じにくいと考えられる。実際に、McGonagle *et al.* (2016) では慢性疾患を持つ従業員が差別を予想することは公正さの知覚と負の関係にあることが報告されている。

Hoque *et al.*と Baumgärtner *et al.*の結論を踏まえて次のように考えることができる。障害を持つ従業員には職務上の配慮が必要だが、それだけでは障害を持つ人が生き生きと働くには十分でない可能性がある。仕事上の成果を障害の有無に関わらず公正に評価し、評価に応じた報酬を与えることで、人が生得的に持つ有能さへの欲求を充足して、仕事への満足感などのウェルビーイングを高めると考えられる。この結果は、人は自律性、有能性、関係性への欲求を生得的に持ち (Ryan and Deci 2000)、それらの欲求を充足することが従業員のワーク・エンゲイジメントやウェルビーイングを高めるとする JD-R 理論の考え方とも整合する (Bakker, Demerouti and Sanz-Vergel 2014)。

Hoque *et al.*の研究では障害の定義が幅広いため、この知見は、機能的制限を伴う慢性疾患を持つ人についても部分的に当てはまる可能性がある。一方で、経営の観点からすれば、慢性疾患を持つ人や障害を持つ人を雇用することが組織の生産性にどのような影響を与えるかは重要な課題である。実際に第2章で確認したように、慢性疾患を持つ従業員の治療と仕事の両立について企業が認識する課題として、従業員が休業している期間の給与保障の難しさを挙げている企業が39%あった (労働政策研究・研修機構編 2013)。そこで次に障害とダイバーシティについての知見を確認する。

## 第10節 障害とダイバーシティ

Harrison and Klein (2007) によれば、組織におけるダイバーシティは、職場のメンバ

一の間にある違いの分布を指す。ダイバーシティは組織にとってプラスにもマイナスにも作用すると考えられている。プラスの作用は、多様な観点から職務に関連したアイデアについての議論が行われることでアイデアが統合され、洗練されていくことでクリエイティブなパフォーマンスにつながることに関係する (van Knippenberg, De Dreu and Homan 2004)。また、マイナスに作用するのは、職場において人々は自身の特性・属性、価値観、態度などが類似する人同士が互いに好意を持ち社会的集団を形成するため、職場の社会的統合の度合いが低下し、集団凝集性やチームへの満足感などが低下するからである (Harrison *et al.* 2002)。Guillaume *et al.* (2017) のレビューによれば、ダイバーシティが組織の社会的統合および従業員のウェルビーイングにポジティブに作用する要因として公正な組織風土、心理的安全、信頼などがあり、マイナスに作用する要因としてはネガティブなステレオタイプなどがある。

Dwertman and Boehm (2016) は、上司と部下のどちらか一方が障害を持っている場合、上司と部下の社会的な交換関係 (Leader-Member Exchange, LMX) の質が低下すること、包摂的職場風土 (climate for inclusion) がある職場ではその負の影響が緩和されること、また LMX の質は個人の職務成果に影響することを明らかにしている。データは Baumgärtner *et al.* と同様に、ドイツの従業員データで、障害の定義はドイツの公的な障害認定に基づくものがある。Dwertman and Boehm が想定する障害を持つことが LMX を悪化させるメカニズムは、主にスティグマである。ここまで確認してきた通り、スティグマは社会的な期待・役割に適合しない個人的特性である。McGonagle *et al.* (2016) と同様に Dwertman and Boehm は、障害を持つことが職場における役割期待にそぐわないものとして受け止められるためスティグマが生じ、それが上司と部下の関係性の質を低めると想定している。上司が障害有り・部下が障害無しの関係では、管理職に期待される個人特性を上司が持っていないと部下が感じるため (例えば自分より生産性が低いなど) LMX が悪化すると想定した。上司が障害なし・部下が障害ありの関係では、障害のない上司は障害を持つ部下に対して偏見・ステレオタイプ (能力が低いなど) を持つため LMX が悪化すると想定した。包摂的な職場には、全てのバックグラウンドを持つ個人が公平に扱われ、価値を認められ、組織の意思決定への参加が認められる環境がある (Nishii 2013)。具体的には違いの統合 (integration of difference)、意思決定への参加 (inclusion in decision making)、公平な人事制度運用 (fairly implemented employment practices) の 3 要素から構成される。それぞれの要素の項目例としては、違いの統合が「この職場では

人々は真の自分を表現しても脅かされない」、意思決定への参加が「この職場では物事の進め方を改善しようとするアイデアは真剣に検討される」、公平な人事制度運用が「この職場では従業員は同じ仕事をしていれば同じ賃金を受け取っている」である。分析では年齢、性別、職種、職場の規模（unit size）、非正規雇用（temporary employment）が統制されている。

Dwertman and Boehm は分析の結果、上司が障害を持ち部下に障害がない場合、どちらも障害がない場合と比べて LMX が悪く、同様に部下が障害を持ち上司に障害がない場合も LMX が悪いこと、また上司に障害があり部下に障害がないことが LMX に与える負の影響は包摂的な職場風土によって緩和されること、そして LMX は個人のパフォーマンスを上昇させることを明らかにしている。

Dwertman and Boehm の発見は、組織における多様性の増加は人間関係やパフォーマンスにネガティブな影響を与えるとするそれまでのダイバーシティ研究の知見と整合的である。このことから、組織風土の影響を考慮に入れない場合には、障害が組織の成果に負の影響もたらすとも考えられる。しかし Dwertman and Boehm は、包摂的な職場風土がそのような悪影響を緩和することを明らかにしており、この結果は、個人の違いに配慮した公平な職場マネジメントには障害を持つ人が職場で良好な人間関係を構築することを促進する効果があることを示唆している。また良好な上司と部下の関係は職務成果と正の関係にあるため、最終的には組織の生産性も向上する可能性が考えられる。

包摂的な職場風土が果たすポジティブな効果は性別についてのダイバーシティ研究でも立証されている。Nishii（2013）は、職場における性の多様性は人間関係上のトラブルを増加させるが、包摂的な職場風土はその関係を緩和することを明らかにしている。このことから、包摂的な職場風土はダイバーシティが企業の生産性に対してポジティブに作用すると考えられる。従って、慢性疾患を持つ従業員のマネジメントにおいても、包摂的な職場風土は重要と考えられる。実際に、Kirk-Brown and Van Dijk（2016）は包摂的な職場風土と関連付けて、心理的安全が慢性疾患を持つ従業員の組織コミットメントを向上させることを明らかにしている。Kirk-Brown and Van Dijk は、心理的安全は慢性疾患を持たない従業員よりも疾患を持つ従業員において特に重要であること示しており、包摂的な職場風土や心理的安全などに表される職場風土の良好さが、組織において偏見を持たれがちな特性を持つ従業員をエンパワーメントすると考えられる。

障害を持つことが上司と部下の関係に与える負の影響は他の先行研究でも確認されてい

る。Colella and Varma (2001) はアメリカ北東部に所在する電気機器・通信業の会社 4 社の従業員を対象に検証を行っている。Colella and Varma も他の研究と同様に、上司は障害を持つ部下の職務成果水準が低いとのステレオタイプを持つために、LMX の質が低下すると予測した。ここでの障害は、発達障害、麻痺、視覚障害、聴覚障害である。検証の結果、予測の通り、部下が障害を持つことは LMX の質に負の影響を与えていた。Colella and Varma の知見は Dwertman and Boehm と同様である。

## 第 11 節 職務内容とディストレス

ここまで、慢性疾患を持つ従業員における差別の経験や、従業員が障害を持つことが、ディストレスを増加させ (McGonagle *et al.* 2016; Hoque *et al.* 2018)、職務満足度を低め (Baumgärtner *et al.* 2015; Hoque *et al.* 2018)、上司との関係を悪化させることを確認してきた (Dwertman and Boehm 2016; Colella and Varma 2001)。職場における従業員の困難には、健康や生活機能に関連する困難のほかに、働き方や職場環境に関するものがある。例えば、厚生労働省の「平成 29 年 労働安全衛生調査 (実態調査)」によれば、仕事や職業生活に関して強いストレスとなっていることがあると報告している就労者の割合は 58.3%で、強いストレスの原因として「仕事の質・量」を挙げた就労者は 62.6%いる。そこでここではわが国でどのような働き方が従業員のディストレスを増加させているかを確認する。

Hino *et al.* (2015) は職務要求・コントロール (Job Demand-Control, JD-C) モデルおよび努力・報酬不均衡 (Effort-Reward Imbalance, ERI) モデルに基づいて、製造業企業の従業員データを用いて職務内容とディストレスの関係を分析している。JD-C モデルは、職務要求と裁量によって従業員のストレス反応を説明するもので (Karasek 1979)、職務要求は仕事の負荷の高さを、また裁量は仕事の内容や進め方などについて従業員がどれくらいコントロールできるかを表している。JD-C モデルは職務要求度が高く裁量が低い場合に最もストレス反応が高まり、逆に職務要求度が高くてもそれと同時に裁量も高ければストレス反応は抑制されるとする。そのため、JD-C モデルからは仕事についての裁量の高さは職務要求がストレス反応に与える影響を緩衝すると予測される。また、JD-C モデルに社会的支援を加え、職務要求・コントロール・サポート (Job Demand-Control-Support, JDCS) モデルとしても提唱されている (Johnson and Hall 1988)。社会的支援は裁量と同様にストレスに対して緩衝効果をもたらす。

ERI モデルは、従業員が仕事に費やした努力の量と、仕事の結果受け取った報酬の量のバランスによって従業員のストレスの状態が決まると説明している (Siegrist 1996)。ここでの努力は職務要求度の高さなどを指し、報酬は金銭的報酬や仕事から得られる自尊心などである。ERI モデルは努力量が高く報酬が低い場合にディストレスが高まると説明しており、努力したにも関わらず受け取った報酬が少ない場合にストレスが生じるとされる。

Hino *et al.* はこれらの理論に基づき、従業員の残業時間の多さが心理的ディストレスと関係し、職務のコントロール度、社会的支援、報酬がその関係を調整と予測している。ここで心理的ディストレスは Kessler *et al.* (2002) による k6 尺度得点 (5 点以上) が用いられている。k6 は精神的健康問題を持つ人をスクリーニングするために開発された尺度である。残業時間は、月 44 時間以下、45～79 時間、80 時間以上の 3 カテゴリーに分類され、月 44 時間以下に対して、45～79 時間、80 時間以上であることが心理的ディストレスを持つことと関係するかが検証されている。分析にあたり、年齢、性別、学歴、婚姻形態、慢性疾患<sup>53</sup>の有無、職業、雇用形態が統制されている。検証の結果、残業が 45～79 時間と 80 時間以上あることはいずれも心理的ディストレスと直接の関係を持たなかったが、職務についてのコントロールが低い場合には残業時間の多さが心理的ディストレスを高めていた。すなわち、職務のコントロールが低い場合に月 80 時間以上の残業は心理的ディストレスを経験する確率を 4.94 倍高めることを Hino *et al.* は明らかにしている。しかし、社会的支援と報酬にはそのような調整効果は見られなかった。そのためこの結果は、職務要求度が高く職務裁量が低い場合にストレスが高まるとする JD-C モデルと整合的な結果であると解釈されている。近年の研究でも、わが国の従業員で職務負荷の高さがストレス反応と関係することが示されている (堀田・大塚 2014)。このように、近年のわが国の従業員のディストレスを説明するうえで、JD-C モデルあるいは JDCS モデルが想定する働き方の諸要素に着目することは重要である。

また Hino *et al.* は、職務コントロールが低い場合には、慢性疾患の有無を統制しても残業時間の長さがディストレスを高めることを明らかにしている。この結果から、慢性疾患の有無がディストレスに与える影響は、職務要求度を考慮に入れると消失する可能性も考えられる。ただし Hino *et al.* は慢性疾患の有無は統制変数としてのみ用いており慢性疾患の有無とディストレスがどのように関係するかを明確にしていない。従って、これまでに

---

<sup>53</sup> ここでの慢性疾患の有無は循環器系、胃腸系、神経系、筋骨格系および悪性疾患を含む 22 種の慢性疾患のいずれかを持っていることと定義されている。

確認してきた差別や機能的制限は職務要求などを考慮した場合でも従業員のディストレスを高めるかは未解明の検証課題である。

## 第12節 雇用形態とディストレス

働き方とディストレスの関係のうち、職務要求度およびコントロールの影響について前節で確認したが、現在わが国では、正社員と非正社員間の処遇の不合理的格差が問題となっており、非正規雇用がストレスと関係している可能性が考えられる。

厚生労働省編（2017b: 204）によれば、非正規雇用という働き方には、雇用が不安定、賃金が低い、能力開発機会が乏しいという課題がある。慢性疾患を持つ人が非正規雇用者である場合、このような不利な社会的状況によって慢性疾患を持つことによるディストレスが増幅することが考えられる。実際に、第2章で確認したように、わが国の企業組織において従業員が疾患を持つ場合に利用できる休職などの制度は、非正社員の場合は利用できない企業が多い（労働政策研究・研修機構編 2013）。

ただし、わが国において正規従業員と非正規従業員の間で処遇面の格差があることは明らかであるとしても、非正規雇用に就いていることを従業員がストレスと感じているかどうかは今一度確認する余地があると思われる。例えば、前述した厚生労働省の「労働安全衛生調査」で、仕事で強いストレスを感じるがあると報告している人の割合を雇用形態ごとに見ると、正社員 62.1%で、契約社員 51.7%、パートタイム 40.7%、派遣 55.4%である（URL 41）。この結果だけ見ると、正社員の方が非正社員よりも多くのストレスを経験しているとも見える。実際に強いストレスの原因として「仕事の質・量」を挙げた人の割合は正社員で最も多かった<sup>54</sup>。仕事の質・量以外でも、仕事の失敗、責任の発生等を挙げた人の割合が正社員の間で最も多くなっている。しかし、「雇用の安定性」を原因として挙げた人の割合は、派遣労働者が最も多かった<sup>55</sup>。このことから、ストレス反応を生じさせるような要因は、雇用形態によって異なることが考えられる。正規雇用者では仕事の負荷の高さや長時間労働が、また非正規雇用者では待遇の悪さや雇用の不安定さなどが問題となっている可能性がある。しかし厚生労働省の調査からは、このような仕事に関連する問題が雇用形態によって多様であることはわかっていても、それらの問題が精神的健康に

---

<sup>54</sup> 強いストレスの原因として「仕事の質・量」を挙げた人の割合は正社員の場合 63.7%、派遣労働者の場合は 48.1%である。

<sup>55</sup> 強いストレスの原因として「雇用の安定性」を挙げた人の割合は正社員では 10.4%、派遣労働者は 45.3%である。



与える影響がどの雇用形態においてより深刻であるかは明らかではない。

そこで、ここでは非正規雇用者の精神的健康に関するわが国の最近の知見を確認する。非正規雇用者であることそれ自体が精神的健康を悪化させているのであれば、ストレスは慢性疾患を持つことによるストレスに加算されて心理的問題を深刻化させると考えられるからである。

高橋・森田・石津（2014）は、オンライン調査の雇用者・失業者のデータを用いて正規雇用者、非正規雇用者、失業者の精神的健康度を比較している。ここでの精神的健康度は、不安・抑うつと活動障害の2要素で構成され、不安・抑うつの尺度項目例は「心配事があって、よく眠れないようなことはありましたか」、活動障害の例は「いつもより自分のしていることに生きがいを感じていることがありましたか」である。どちらも得点が低いほど精神的健康度が悪いことを表す。高橋・森田・石津は、正規就労者、非自発的非正規就労者、自発的非正規就労者、非自発的完全失業者、自発的完全失業者の5グループを比較しているが、非自発的非正規とは「正規雇用に変わりたい」と回答した人、また自発的失業とは失業の理由が自発的離職だった人である。高橋・森田・石津はこれら5つのグループの精神的健康度を比較した結果、不安・抑うつおよび活動障害いずれの精神的健康の指標でも5グループ間に精神的健康度の差があり、またいずれの指標でも非自発的非正規就労者は正規就労者より精神的健康度が悪いことを明らかにしている<sup>56</sup>。このため、非自発的に非正規雇用に就いていることが精神的健康の悪さと関係している可能性が考えられる。

Kachi, Otsuka and Kawada（2014）は厚生労働省が実施する「中高年者縦断調査」の2005～2009年の時系列データ（計5ウェーブ）を用い、中高年従業員において非正規雇用が心理的ディストレスに与える影響について分析している。ここで用いられているアウトカム変数は深刻な心理的ディストレス（Serious Psychological Distress, SPD）を持つことである。SPDはKessler *et al.*（2002）によるk6尺度得点が14点以上である場合に該当する。Kachi, Otsuka and Kawadaはこの追跡調査期間中に、非正規雇用者であることがSPDを持つ確率を高めるかを分析している。

分析の対象者は従業員でありかつ、第1ウェーブの時点でSPDを持たず、がん、心疾

---

<sup>56</sup> この2つの指標のグループごとの平均値について、不安・抑うつの平均値は、非自発的完全失業者が最も高く（精神的健康状態が悪く）、自発的完全失業者、非自発的非正規就労者、自発的非正規就労者、正規就労者の順に続いていた。また、活動障害の平均値は、非自発的完全失業者が最も高く（精神的健康状態が悪く）、非自発的非正規就労者、自発的完全失業者、正規就労者、自発的非正規就労者と続いていた。

患、脳卒中にも罹患していない人で、平均年齢は 54 歳である。また分析は対象者を男女に分けて実施された。また統制変数として、1 ウェイブ時の年齢、婚姻形態、家計支出、週あたり労働時間、職業、企業規模、勤続年数、循環器疾患のリスク要因<sup>57</sup>、k6 得点を用いている。分析の結果 Kachi, Otsuka and Kawada は、男性従業員の場合、非正規従業員は正規従業員よりも、追跡期間中に SPD を経験する確率が 1.79 倍高いことを明らかにしている。また、女性従業員の場合非正規雇用は SPD を経験する確率とは無関係だった。しかし、女性従業員を既婚と未婚で分けて分析を行うと、未婚女性が非正規雇用に就いている場合、正規従業員に比べて、SPD の確率が 6.27 倍高まることが明らかにされている。

なぜ非正規雇用が精神的健康を悪化させるのかについて Kachi, Otsuka and Kawada は雇用の不安定さ、低報酬・低収入、低い職務裁量、そしてそのような状況の仕事を長く続けていることが関連する可能性を指摘している。このことから、機能的制限を持つと同様に、非正規雇用であることは、ストレスプロセス理論における継続的ストレッサーとして機能するとも考えられる。ストレスプロセス理論は継続的ストレッサーが心理的資源を減少させることを通じて抑うつを高めるとしている (Yang 2006)。そのため、非正規雇用者であることは長期継続的に従業員の精神的健康を悪化させるのではないかと考えられる。

また、女性従業員のうち未婚者の精神的健康が悪化していた点について Kachi, Otsuka and Kawada は、非正規雇用に就く既婚女性の場合、配偶者が主な稼ぎ手であり、本人は自発的に非正規雇用に就いているためディストレスが相対的に少ないのに比べると、非正規雇用の未婚女性は、そのような収入面での支えがなく稼ぎ手役割を自ら担わなければならないため相対的にディストレスが高いと解釈している。

これらの知見から、わが国において非正規雇用者は、正規雇用者と比べてより深刻なディストレスを経験している可能性がある。特に、非自発的に非正規就労していると考えられる人々においてその傾向が顕著である。

## 第 13 節 小括

本章では、第 1 節で慢性疾患と生活機能の制約との関係を確認した。慢性疾患は身体機能の制限、日常生活活動の制限、雇用機会の制限と関係している。第 2 節では、生活機能の制約と精神的健康の関係を確認した。ストレスプロセス理論は、慢性疾患を持つ人の機能的制限が自尊心や統制感覚などの心理的資源を減少させ、精神的健康を低めることを明

---

<sup>57</sup> 糖尿病、高脂血症、高血圧症のいずれかを持っていることである。

らかにしている。第3節ではスティグマについての知見を確認した。マイノリティ・ストレス理論は慢性疾患を持つという社会的地位がスティグマや差別を生じさせ、スティグマや差別が自尊心、統制感覚などの心理的資源を減少させ、精神的健康を悪化させることを明らかにしている。続く第4節では、健康状態と社会的地位の関係を説明する理論を確認した。社会起因説は社会経済的地位が健康状態を悪化させることを、健康選別説は健康状態の悪さは職業移動を制約することを論じている。また、健康選別説と整合的に、健康状態の悪さはキャリアについての自信を低めることが明らかになっている。第5節では疾患を持つことに個人がどう対処するかを確認した。接近型コーピングはポジティブな心理的アウトカムと関連し、回避型コーピングはネガティブな心理的アウトカムと関連している。しかし、職場における慢性疾患を持つことについての差別に、個人によるコーピングだけで対処することには限界があることがこれまでの研究からは示唆されている。第6節では組織における支援のあり方を確認した。対人的・組織的な支援が慢性疾患を持つ従業員の心理的・職務上の資源を増加させることが明らかになっている。第7節では、慢性疾患を持つ従業員に関する研究において未だ解明されていない事柄について確認した。慢性疾患を持つ従業員が組織で直面する問題のうち、差別以外の問題の性質、例えば機能的制限を持つことが従業員の精神的健康に与える影響が未解明であることが確認された。また、職場において従業員が経験する困難は、どのような職場環境においてより強くなるかについても未解明であることが示された。第8節から第10節では、わが国における障害の制度的位置づけや課題を確認したうえで、障害を持つ人々が職場で経験する困難や、困難と組織構造、人事制度、ダイバーシティとの関係について確認した。障害と制度について、ICFの定義する障害は社会環境との相互作用を含み、機能的制限の定義とも重なるが、わが国の制度としての障害認定は必ずしもそれとは一致していないことを確認した。障害を持つ人が職場で直面する困難と組織の特性との関係について、中央集権化された組織において障害を持つことは職務満足度を低下させることが明らかとなっている。また、障害を持つことは上司と部下の関係性を悪化させ、包摂的な職場風土がその悪影響を緩和する傾向にある。これらの知見は、障害を持つ人々が必要とする配慮に対応した柔軟な組織運営をすることが重要であること、また全てのバックグラウンドを持つ人々を公平に扱い、価値を認め、組織の意思決定への参加を認める職場風土の醸成が重要であることを示している。第10節と第11節では、今日のわが国における働き方の課題と従業員のディストレスの関係について確認した。先行研究は、職務のコントロール度が低い場合に長時間労働がディ

ストレスを高めること、また非正規雇用者であることが従業員のディストレスを高めることを明らかにしている。

## 第4章 理論と仮説

### 第1節 ディストレスとウェルビーイングの性質

第3章で確認した先行研究は、慢性疾患を持つことあるいは慢性疾患を持つ人の機能的制限や差別を受けた経験が、不安、抑うつ、ディストレスを高め (Scott *et al.* 2007; Brown 2017a, 2017b; Fife and Wright 2000; Earnshaw *et al.* 2013; Munir *et al.* 2007)、精神的健康や、職務および生活に関する満足度を低下させることを明らかにしている (Alonso *et al.* 2004; McGonagle *et al.* 2016; Brewster and Esposit 2017)。このように、慢性疾患を持つことのアウトカムにはネガティブなものとポジティブなものがある。本節ではそれらのアウトカム変数としてのディストレスとウェルビーイングの性質について整理する。

ディストレスとは、不快な主観的状态またはポジティブな主観的状态の不在を指し (Mirowsky and Ross 1986)、具体的には、不安、怒り、抑うつなどである (Pearlin and Bierman 2013)。ディストレスに着目することが重要な理由は2つある。第1の理由は、Pearlin and Bierman によれば、ディストレスが社会的ストレスラーによって引き起こされ、社会問題を把握するための重要な指標となる点にある。第2の理由は、McDowell (2010) が指摘するように、ディストレスが何らかのケアを必要とする人を見つける場合に役立つ指標であるからである。すなわち、ディストレスに着目することで支援を必要とする人がどれくらい存在するかを把握することが可能になる。これらのことから、慢性疾患を持つ従業員の困難を捉えるためにディストレスを用いる。

ウェルビーイングの定義は様々だが、概ねウェルビーイングとは、良好な感情の状態や、人生を真正で有意義であると感じることを指している (Sonnentag 2015)。Ryan and Deci (2001) はウェルビーイングの見方には2つあると論じている。1つ目の見方は、幸福や喜びなどの感情や満足をウェルビーイングとするものである。Diener の提唱した主観的ウェルビーイングがこれに該当し、ポジティブ情動の高さ、ネガティブ情動の低さ、人生についての満足度で構成されている (Diener 2000)。2つ目の見方は成長、有意義感などをウェルビーイングとするものである。例えば、Ryff の提唱した心理的ウェルビーイングは、自己受容、ポジティブな他者との関係性、自律性、統制感覚、人生の目的、人格的成長の6つによって構成される (Ryff and Keyes 1995)。ウェルビーイングに着目することが重要な理由は、それが慢性疾患を持つ従業員の職業生活の充実度を表すことと関係している。

図45に示す通り、McDowell (2010) はディストレスを含めたウェルビーイングの構造に関する概念的なモデルを提示している。McDowell のモデルでは、ウェルビーイングは

4つの軸によって整理されている。すなわち、快適－不快、ネガティブ情動の高さ－低さ、ポジティブ情動の高さ－低さ、高い活性－ディスエンゲイジメントの4軸である。

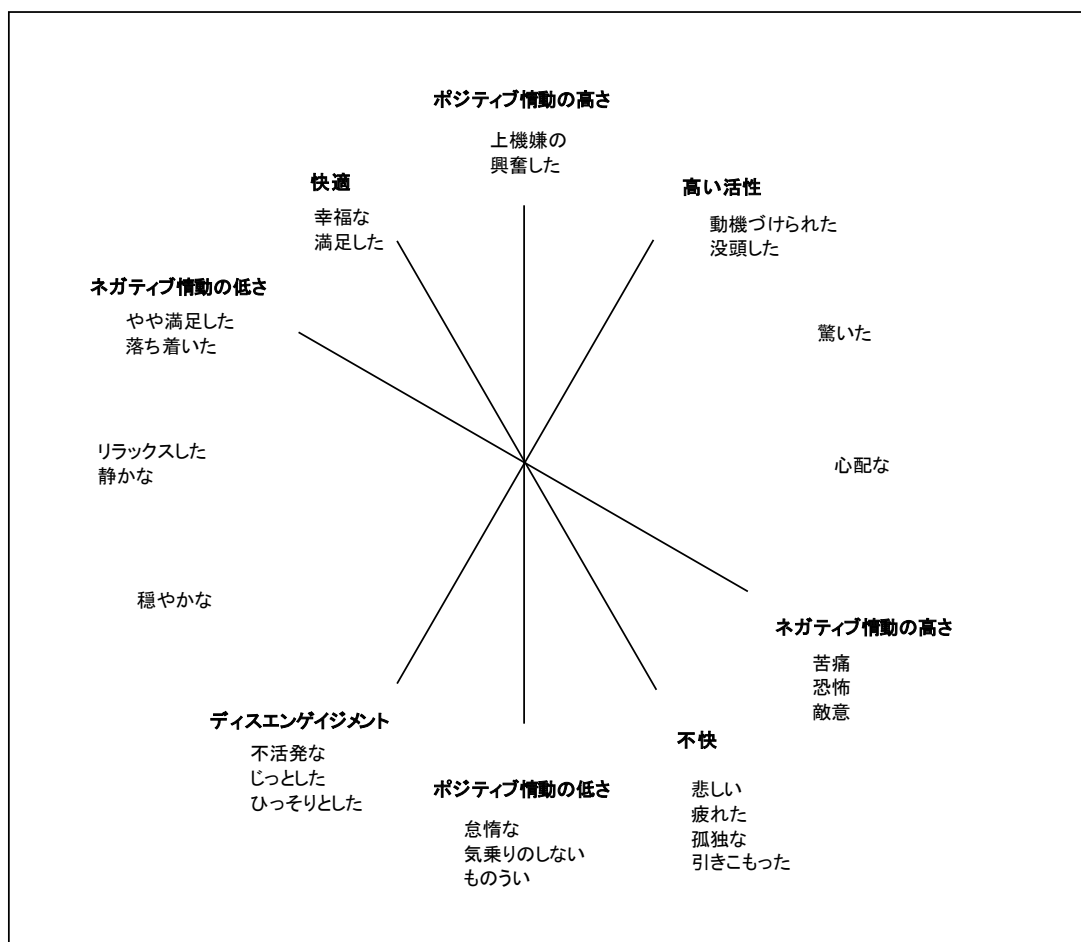


図45 ウェルビーイングの円環モデル

出典: McDowell(2010)をもとに和訳

注: 一部修正して表示している。訳出した単語の原語は次の通りである。高い活性(high activation)、ディスエンゲイジメント(disengagement)、快適(pleasantness)、不快(unpleasantness)、上機嫌の(elated)、興奮した(excited)、怠惰な(sluggish)、気乗りのしない(dull)、ものうい(drowsy)、苦痛(distressed)、恐怖(fearful)、敵意(hostile)、やや満足した(content)、落ち着いた(serene)、幸福な(happy)、満足した(satisfied)、悲しい(sad)、疲れた(fatigued)、孤独な(lonely)、引きこもった(withdrawn)、動機づけられた(motivated)、没頭した(engaged)、不活発な(inactive)、じっとした(still)、ひっそりとした(quiet)、リラックスした(relaxed)、静かな(calm)、穏やかな(placid)、驚いた(astonished)、心配な(concerned)。

McDowell によれば、主観的ウェルビーイングおよび心理的ウェルビーイングは、この図の上側の「ネガティブ情動の低さ」の線と「高い活性」の線の間の領域を指している。また、McDowell は特定の尺度の名称は挙げていないものの、ディストレスを測る多くの尺度は「ネガティブ情動の高さ」と「不快」の間の領域を、抑うつは「不快」と「ポジティブ情動の低さ」の領域を、不安を測る尺度はネガティブ情動の高さと心配の間の領域

域をとらえていることが多いと議論している。

本研究ではこれらの議論を踏まえ、抑うつや不安を含めた不快な心理的状态全般を表すものとしてディストレスを、また、ポジティブ、快適な、あるいは充実した心理的状态としてウェルビーイングをとらえる。そうすることにより、慢性疾患を持つ従業員が主観的に感じる困難の度合いや、生き生きとして充実した職業生活の達成が妨げられていることの度合いを把握する。

## 第2節 機能的制限がディストレスおよびウェルビーイングに与える影響

ここでは資源保持理論 (Conservation of Resources Theory, COR 理論) および職務要求・資源 (Job Demands-Resources, JD-R) 理論を参照し、機能的制限がディストレスを高めウェルビーイングを低めるプロセスについて確認する。

機能的制限がディストレスを高めるプロセスは、COR 理論によって説明することができる。COR 理論は、個人は資源を獲得し、保持するように動機づけられているとの前提をもとに、個人にとって価値ある資源が喪失脅威にさらされた、喪失した、あるいは資源獲得行動が失敗したときにストレスが生じると説明している (Hobfoll *et al.* 2018)。また、COR 理論は、もともと保有する資源量が少ない人は、資源喪失に対してより脆弱であるとしている。

健康は誰にとっても価値のある資源である。従って、慢性疾患を持つ従業員は、疾患を持つというストレスに直面していると考えられる。実際に、第3章で確認したように、慢性疾患を持つことは精神的健康度の低さに関連している (Alonso *et al.* 2004)。また、買い物や洗濯、掃除などの日常的な生活を営むための能力や、決められた時間の勤務、読み書き、歩行といった職業上の基本的な動作を遂行する能力も、多くの人にとって価値ある資源である。従って、それらの生活機能を制約する機能的制限はストレス要因となる。さらに、COR 理論ではもともと資源量が少ない人は資源喪失に対してより脆弱であると想定されるので、健康という資源の量が相対的に少ない状態にあると思われる慢性疾患を持つ従業員において、機能的制限を持つことは大きな資源損失脅威となり、ストレスを高めると考えられる。

機能的制限がウェルビーイングを低下させるプロセスは、JD-R 理論における資源の外発的動機づけ効果の考え方によって説明することができる。まず、JD-R 理論は、職務上の資源が個人の仕事上の目標達成を容易にすることで外発的に動機づけを高めると想定す

る (Schaufeli and Bakker 2004)。一方で、資源の欠如は動機づけを低める。なぜなら、Demerouti *et al.* (2001) によれば、資源が欠如している個人は職務上の要求に対してうまく対処することができず、職務上の目標達成が困難になるからである。職務上の目標達成が困難になった個人は、そのような好ましくない事態に対する心理的自己防衛として動機づけを低下させ職務から退出 (withdrawal) する<sup>58</sup>。

このように JD-R 理論では、資源は職務上の目標達成に関わるものと考えられている。JD-R 理論は職務上の資源を、仕事の目標を達成し、仕事の要求を軽減し、関連する生理的および心理的コストを軽減し、あるいは個人の成長、学習、および発達を刺激する、仕事の物理的、心理的、社会的側面と定義する (Bakker, Demerouti and Sanz-Vergel 2014)。職務上の資源の例は、フィードバック、社会的支援、職務裁量である。一方、第 2 章で見たように、慢性疾患を持つ従業員の中には通院によって勤務時間が制約される人や、トイレの利用、立ち仕事、書類を読む、文章を書くことに課題がある人がいる。このような職業生活における基本的課題の遂行能力も、職務上の目標達成に関係するという点で、資源としての側面を持つと考えられる。

そのため、本研究では機能的制限を「個人の健康に関わる資源が失われた状態または不足している状態」としてとらえ、そのような資源の不在・不足が職務上の目標達成を困難にすると考える。例えば Beatty (2012) は、慢性疾患の症状による身体的な制限が職務遂行を困難にすることを明らかにしているが、具体的には、多発性硬化症を持つ従業員が手の麻痺によって計算機の使用や文字の打ち込みなどの作業に支障をきたすという事例を報告している。従って、機能的制限を持つことが健康関連資源を低下させ職務上の目標達成を困難にすることで、従業員のモチベーションの低下や職務からの退出などを引き起こすと考えられる。Hoque *et al.* (2018) はイギリスの調査データから、機能的制限を持つことが不安を高めるだけでなく、職務満足度や公平な処遇感を低めることを明らかにしている。

JD-R 理論では、このような健康に関わる資源についてはあまり注目されていなかったが、その理由として、JD-R 理論に基づく多くの先行研究は、通常人々は平均的な身体機

---

<sup>58</sup> JD-R 理論は、職務上の資源が従業員の動機づけを高めるプロセスには内発的動機づけと、外発的動機づけの 2 つがあると説明している (Schaufeli and Bakker 2004)。外発的動機づけプロセスは本文で述べた通りであるが、内発的動機づけプロセスは、職務上の資源が自律性、有能さ、関係性などの人間の基本的な欲求を充足することで動機づけを高めるものである。



能や精神機能、また日常的な課題やコミュニケーションを遂行する能力を持っていることを前提にしており、「健康＝ストレスが引き起こすアウトカム」として捉えていたことが関係していると考えられる。例えば、JD-R 理論は職務要求が従業員の精神的、身体的な資源を消耗させて健康問題を引き起こすと想定する (Bakker and Demerouti 2007)。しかし、高齢化が進むとともに疾患を持つ従業員が増え、また難病や障害を含む多様な属性を持つ人々の就労を促進する必要性が広く認識されつつある今日では、従業員が健康であることを前提とせずにストレスやモチベーションを検証していく必要がある。そのため、機能的制限を健康関連資源の喪失や低下としてとらえ、機能的制限を持つ人の充実した職業生活が妨げられていないかを検証することは重要である。

このように、COR 理論および JD-R 理論の議論に基づくならば、機能的制限を持つことがディストレスとウェルビーイングの双方に影響を及ぼすと予測される。COR 理論は機能的制限が資源喪失としてディストレスを高めることを予測し、JD-R 理論は機能的制限が健康関連資源の制約として職務上の目標達成を困難にすることを通じてウェルビーイングを低めると予測する。

次に、ディストレスとウェルビーイングを測る指標について述べる。ディストレスの指標は、非特異的的心理的ディストレス (Nonspecific Psychological Distress, NPD)、ネガティブ情動、気分・不安障害である。NPD は、様々な精神障害を持つ人々において見られる、認知的、行動的、感情的および精神生理学的症状を指す (Kessler *et al.* 2002)。Watson, Clark and Tellegen (1988) によると、ネガティブ情動は様々な嫌忌的 (aversive) な感情である。また、気分・不安障害は精神疾患である。これらの指標により、慢性疾患を持つ従業員の心理的な問題の深刻度を把握することが可能となる。

ウェルビーイングの指標は、職務満足度、職業機会の不平等感 (perceived inequality in work)、精神的健康、ポジティブ情動である。JD-R 理論は、職務上の資源がワーク・エンゲイジメントを増加させ、結果ウェルビーイングが高まるとするが (Bakker, Demerouti and Sanz-Vegel 2014)、ウェルビーイングの性質については詳しく論じていない。一方で、これまでのウェルビーイングについての議論は、ウェルビーイングが情動的な要素と認知的な要素の両方を含むことを示している。例えば、前述したように Diener の主観的ウェルビーイングはポジティブ情動、ネガティブ情動、人生満足度で構成される。このうちポジティブ情動とネガティブ情動は個人の感情の状態を表すものであり、人生満足度は個人の人生についての認知的な評価といえる。本研究は従業員を対象としているので、ウェル

ビーイングの認知的成分の中でも、特に職務についての認知から生じるウェルビーイングに着目する。具体的には、職務満足度および職業機会の不平等感を取り上げることとする。

職務満足度は職務についての認知から生じるポジティブで喜ばしい感情的状態である (Locke 1976)。職業機会の不平等感とは、個人が知覚した職業機会の資源の不平等な分配である。Ryff *et al.* (1999) によれば、不平等感とは生活全般における資源の不平等な分配であり、職業機会、子の養育、住環境などの複数の領域における不平等感があると想定されている。本研究ではそのうち職業機会の不平等感を用いる。

JD-R 理論は機能的制限が職務満足度を低めると想定している。前述した通り、機能的制限が職務上の目標達成を困難にする場合、個人は防衛反応として職務から心理的に距離を置き、職務満足度が低下することが考えられる。一方で、健康選別仮説は機能的制限が職業機会の不平等感を高めることを予測する。第3章で確認した通り、健康選別仮説に基づく先行研究は、健康状態が悪いことが職業移動を制約することを明らかにしている。慢性疾患による機能的制限を持つ従業員は、現在の職に就くまでにそのような職業移動上の困難を経験している可能性があるため、機能的制限が職業機会の不平等感を高めると予測できる。このように、職務満足度および職業機会の不平等は、どちらも自分の仕事についての認知的な評価に関わるウェルビーイングといえる。

また、ウェルビーイングの情動的成分として精神的健康とポジティブ情動を取り上げる。精神的健康は健康に関わる QOL の構成要素であり、平和で落ち着いた心理状態などを指す (Ware and Sherbourne 1992)。ポジティブ情動とは、エネルギーに満ち、集中度の高い、愉快でエンゲイジした状態を指している (Watson, Clark and Tellegen 1988)。

これらの議論に基づき、以下に示す直接効果仮説を設定する。仮説 1 から 3 はディストレスについての仮説である。仮説 1 では機能的制限が NPD に与える影響を、仮説 2 では機能的制限がネガティブ情動に与える影響を、そして仮説 3 では機能的制限が気分・不安障害を持つ確率に与える影響を予測する。仮説 4 から 7 はウェルビーイングについての仮説である。仮説 4 では機能的制限が職務満足度を与える影響を、仮説 5 では機能的制限が職業機会の不平等感に与える影響を、仮説 6 では機能的制限が職業機会の不平等感に与える影響を、仮説 7 では機能的制限が精神的健康に与える影響を、そして仮説 8 では機能的制限がポジティブ情動に与える影響を予測する。

慢性疾患を持つ従業員において、

- 仮説 1 機能的制限は NPD を持つ確率を高める。
- 仮説 2 機能的制限はネガティブ情動を高める。
- 仮説 3 機能的制限は気分・不安障害を持つ確率を高める。
- 仮説 4 機能的制限は職務満足度を低める。
- 仮説 5 機能的制限は職業機会の不平等感を高める。
- 仮説 6 機能的制限は精神的健康を低める。
- 仮説 7 機能的制限はポジティブ情動を低める。

### 第 3 節 心理的資源による媒介効果

第 3 章で確認したように、ストレスプロセス理論に基づく先行研究は、継続的なストレスラーとしての機能的制限が自尊心や統制感覚（mastery）などの心理的資源を減少させることにより、抑うつが高まることを明らかにしている（Pearlin and Bierman 2013; Yang 2006; Brown 2017a, 2017b）。自尊心とは、自己に対する肯定的または否定的な態度である（Rosenberg 1965）。統制感覚は、自分の人生上の出来事が自分のコントロール下におかれているという認識の度合いである（Pearlin and Schooler 1978）<sup>59</sup>。Yang（2006）によれば、機能的制限は自尊心や統制感覚を低めるが、これは、基本的な日常の活動を一人でこなせなくなることが、個人の自己評価を脅かすことに起因している。わが国でも同様に、肺がんを持つ人が、「がんである自己の再確認」や「自己ががんであることの否認」、「症状により生じた否定的な自己評価による自尊心の低下」などの自己評価に関する葛藤に直面することが明らかにされている（橋本・神田 2011）。Yang は、このような自尊心や統制感覚などの心理的資源の減少を通じて、機能的制限が抑うつを増加させることを明らかにしている。

ストレスプロセス理論と同様に、COR 理論も資源による媒介を予測する。COR 理論は、資源喪失の負の連鎖、すなわち、資源量の少ない個人はより資源喪失に対して脆弱となるため、資源喪失が繰り返されるとその影響がより大きくなると想定している（Hobfoll *et al.* 2018）。Yang（2006）も論じているように、機能的制限は継続的な困難であるため、機能的制限によって日常・職業生活における心理的資源が減少した人は、困難に対してさらに脆弱になると考えられる。従って、資源喪失としての機能的制限は心理的資源を減少させ

---

<sup>59</sup> 統制感覚と似た概念に「コントロール感覚」があるが、Yang（2006）は統制感覚とコントロール感覚を同じ意味の用語として扱っている。

ることを通じてディストレスを増加させると考えられる。

また、JD-R 理論は、職務上の資源が情動的消耗とワーク・エンゲイジメントに与える影響が、個人的資源によって媒介されるとしている。JD-R 理論における個人的資源は、肯定的な自己評価であり、環境を統制し、環境に影響を与える能力を持つことに関する個人の感覚を意味する (Bakker, Demerouti and Sanz-Vergel 2014)。この理論における個人的資源は人の心理的な性質を指しており、ストレスプロセス理論における心理的資源と類似している。実際に、Xanthopoulou *et al.* (2007) は JD-R 理論を用いて個人的資源の媒介効果を明らかにしているが、そこでの個人的資源は、自己効力感と組織に基づく自尊心 (Organization-based self-esteem, OBSE) および楽観主義を合成したものである。Xanthopoulou *et al.* はオランダの会社従業員のデータを対象とした分析の結果、職務上の資源が個人的資源を増加させ、個人的資源が情動的消耗を低下させエンゲイジメントを高めることを明らかにしている。そのため、JD-R 理論の観点から、機能的制限が心理的資源を減少させることを通じてディストレスとウェルビーイングに影響を与えると見ることができる。

心理的資源以外の資源による媒介効果についてもこれまでの研究は検証している。例えば、ストレスプロセス理論に基づく研究は社会的資源による媒介効果を想定している。そのメカニズムは心理的資源への影響と同様である。機能的制限を持つ個人は、日常生活活動を独立して遂行することが難しいため、社会的役割の遂行が困難になり、さまざまな活動への参加を控えるようになるというものである (Yang 2006)。分析の結果 Yang は、社会的資源が機能的制限と抑うつとの関係を媒介することを明らかにしている。すなわち、機能的制限は社会的支援に関する満足度に負の影響を与え、社会的支援に関する満足度は抑うつを低めていた。しかし、その媒介効果の大きさは心理的資源の媒介効果に比べると小さく、また心理的資源を統制するとこの社会的支援に関する満足度の媒介効果は消失することが示された。このことから Yang は、社会的資源は心理的資源を増加させることで抑うつを抑制するという間接的な役割を果たす可能性を指摘している。一方 Brown (2017a) では、社会的支援は機能的制限と抑うつとの関係を媒介しないことが明らかになっている。このように、機能的制限とディストレスとの関係に対する社会的資源の媒介効果の存在については十分に支持されていないため、本研究では社会的支援による媒介効果は想定しない。代わりに、社会的支援は調整効果をもたらす職務上の資源の一つとして想定する。すなわち、社会的支援がある場合には機能的制限がディストレスに与える影響は緩和され、

ウェルビーイングに与える影響は強化されると考える。このような職務上の資源の調整効果については次節で述べる。

上述したような COR 理論、ストレスプロセス理論、JD-R 理論の議論に基づき、本研究では心理的資源として自尊心と統制感覚を取り上げ、これらの心理的資源が機能的制限とディストレス・ウェルビーイングの関係を媒介すると予測する。この場合のディストレスとウェルビーイングの指標については、理論的には仮説 1 から 7 に挙げた指標を全て用いることが想定される。しかし本研究ではデータの制約があるため、ディストレスについてはネガティブ情動を、またウェルビーイングについてはポジティブ情動と職業機会の不平等感をアウトカムとして設定する。従って、本研究では以下のような媒介効果仮説を設定する。仮説 8 から 10 では自尊心、また仮説 11 から 13 では統制感覚に着目し、それらが機能的制限からネガティブ情動、職業機会の不平等感、およびポジティブ情動への影響をいかに媒介するかを予測する。

慢性疾患を持つ従業員において、

仮説 8 自尊心は、機能的制限がネガティブ情動に与える影響を媒介する。

仮説 9 自尊心は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える影響を媒介する。

仮説 10 自尊心は、機能的制限がポジティブ情動に与える影響を媒介する。

仮説 11 統制感覚は、機能的制限がネガティブ情動に与える影響を媒介する。

仮説 12 統制感覚は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える影響を媒介する。

仮説 13 統制感覚は、機能的制限がポジティブ情動に与える影響を媒介する。

#### 第 4 節 職務上の資源による調整効果

COR 理論は、保有する資源量が多い人ほど資源喪失に対して強靱であると想定している (Hobfoll *et al.* 2018)。また JD-R 理論では、職務上の資源は目標達成を補助するあるいは仕事の要求を軽減すると想定している (Bakker, Demerouti and Sanz-Vergel 2014)。例えば Bakker, Demerouti and Euwema (2005) は、職務要求が情動的消耗に与える影響が職務裁量や社会的支援によって緩和されることを明らかにしている。これらの結果に基づき、職務関連の資源は、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限がディストレスおよびウェルビーイングに与える影響を緩衝すると考えられる。

これまでの研究によって、職務裁量やスキル多様性が慢性疾患を持つ従業員の情動的コ

ミットメントを増加させることが明らかにされている (Kirk-Brown and Van Dijk 2016)。また、コーチングが心理的資源を増加させストレスを軽減するため (McGonagle, Beatty and Joffe 2014)、慢性疾患を持つ従業員の人材マネジメントには、業務に関する配慮などの上司によるサポートや、同僚間のサポート体制の構築が重要であることが指摘されている (Nelson, Shaw and Robertson 2016)。しかしこれらの研究は職務上の資源による調整効果については検証していない。

また慢性疾患を持つ従業員にとって、裁量やスキル多様性などの職務特性や社会的支援だけが職務上の資源なのかは検証の余地があると思われる。これら以外の職務上の資源として考えられるのは、性別と雇用形態である。第 2 章で述べたように、わが国では性別や雇用形態によって慢性疾患を持つ従業員の職場における困難の度合いが異なる。例えば、内閣府の世論調査では、がんに罹患した場合の就労継続が難しいと思う人の割合は男性よりも女性の方が高い傾向にあった (URL 30; URL 31)。また、労働政策研究・研修機構 (2013) は、非正規雇用の従業員が身体的な疾患に罹患した場合に退職すると回答した企業の割合が、正社員の場合と比べて 2 倍以上であることを明らかにしている。

わが国の職場における女性の社会的地位の低さは次のような事実からも明らかである。『平成 30 年版 男女共同参画白書』によれば、管理的職業従事者に占める女性の割合はわが国では 13.2% である。一方で、諸外国における同比率は米国が 43.2%、フランスが 32.9%、ドイツが 29.3% である。このようにわが国の女性管理職比率は国際的に見て低い水準にある (内閣府編 2018: 114)。このような女性の職場における社会的地位の低さ、すなわち職務上の権威などの資源の少なさが慢性疾患に伴う機能的制限を増幅させることが考えられる。

雇用の安定性も職務に関わる資源である。Shoss (2017) によれば、雇用の不安定性 (job insecurity) は、雇用の安定や継続への知覚された脅威と定義される。Shoss は、雇用の不安定性は収入の不安、有能さや関係性へのニーズが満たされないことなどのメカニズムを通じてディストレスを高め、職務満足度やコミットメントを低下させると説明している。実際に、雇用の不安定性は健康を害し職務満足度を低める。Schreurs *et al.* (2010) はベルギーにおける調査から、雇用の不安定性が主観的な健康状態を低めることを明らかにしている。また Wilkin (2012) は 72 の先行研究の結果を再分析し、非正規雇用者 (contingent workers) は正規雇用者 (permanent employees) よりも職務満足度が低いことを明らかにしている。わが国では、非正規雇用は正規雇用と比べ雇用が不安定で低賃金である。例

例えば、神林（2017: 161-165）は『就業構造基本調査』の個票データの分析から、非正規雇用者であることは、年齢、勤続年数、学歴、企業規模、産業、職業、居住都道府県を統制しても、失業確率の高さ、賃金の低さ、職務上の教育訓練機会の少なさと関連していることを明らかにしている。このことから、わが国の非正規雇用者も諸外国の場合と同様に雇用の不安定性を感じていると考えられる。

これらの議論から本研究では、職務上の資源が機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を調整すると予測する。本研究における職務上の資源の定義は、概ね JD-R 理論の定義に基づくが、より社会的側面に着目している。すなわち、JD-R 理論は職務上の資源を仕事の目標を達成し、仕事の要求を軽減し、関連する生理的および心理的コストを軽減し、あるいは個人の成長、学習、および発達を刺激する、仕事の物理的、心理的、社会的特性としてとらえており（Bakker, Demerouti and Sanz-Vergel 2014）、具体的には職務裁量、スキル多様性、社会的支援などが検証に用いられている（Demerouti *et al.* 2001; Xanthopoulou *et al.* 2007; Kirk-Brown and Van Dijk 2016）。本研究では職務裁量、スキル多様性、社会的支援に加え、仕事の社会的側面として、雇用形態（非正規雇用）と性別を取り上げる。JD-R 理論によれば、職務裁量、スキル多様性、社会的支援は自律性、有能さ、関係性への欲求を充足し、職務上の目標達成を補助することでウェルビーイングを高めると想定されるが、このような職務上の資源の性質は、機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を調整するとも考えられる。例えば、第 2 章で確認した山口ほかによるがん患者の調査では、仕事を継続することが出来た一番の理由として上司や同僚などの理解や協力を挙げている人は 44.3% だった（URL 29）。このことは慢性疾患を持つ従業員が就労を継続するために社会的支援が重要であることを示唆している。

一方で、同調査では仕事を継続することが出来た一番の理由として、自分の専門知識や技術を挙げる人が 14.0% いた（URL 29）。また、内閣府の世論調査では、がんの治療と就労の両立を困難にする理由として、通院等の際に仕事を交替する人がいないあるいは交替を依頼しにくいことを挙げる人が 21.7% おり、休暇の取得が許可されるかどうかわからないことを挙げる人が 21.3% いた（URL 31）。これらのことから、慢性疾患を持つ従業員が通院のためにある程度の職務権限を行使して調整を行っていることや、スキルの高さが慢性疾患を持つ従業員の就労継続を促進している可能性があると考えられる。このように、裁量、スキル多様性、社会的支援は慢性疾患を持つ従業員の働きやすさの促進要因であると考えられ、本研究ではそれらを機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える

影響の調整要因として想定する。

なお、前述した山口ほかの調査では上司や同僚の社会的支援が挙げられていた。JD-R理論を用いた研究は社会的支援としては上司による支援を挙げているが(Demerouti *et al.* 2001; Xanthopoulou *et al.* 2007)、慢性疾患を持つ従業員に対する社会的支援のあり方としては、Nelson, Shaw and Robertson (2016) も明らかにしているように、同僚による支援も重要であると考えられる。Nelson, Shaw and Robertson は同僚間のサポート体制の構築が重要であると指摘している。同僚の支援が重要と考えられる理由は、上司が部下の状況を常時配慮することは不可能なためである。慢性疾患の状態は一定ではない。そのため、日や時間帯によって変動する機能的制限（例えば、疲労により休憩が必要になった場合など）に伴う業務の調整（例えば、仕事を交替するなど）を行うには、近くにいる同僚に助けをもらうことが必要な場合が多いと考えられる。そのため本研究では、上司による社会的支援と同僚による社会的支援の2種類の社会的支援を想定する。これらの議論に基づき、本研究が想定する職務上の資源は、性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援の6つとなる。

ディストレスとウェルビーイングの指標としては、これまでに挙げた7つの指標(NPD、ネガティブ情動、気分・不安障害、職務満足度、職業機会の不平等感、精神的健康、ポジティブ情動)を用いる。理論的には7つのディストレス・ウェルビーイング指標に対し6つの職務上の資源(性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援)の調整効果が想定されるので、本来は42の調整仮説を設定すべきではあるが、データの制約によりNPD、気分・不安障害、職務満足度、精神的健康については職務裁量、スキル多様性、社会的支援の調整効果が検証できない。そのため、本研究では性別と雇用形態の調整効果については7つのディストレスとウェルビーイングの指標全てについて仮説を導出し、職務裁量、スキル多様性、社会的支援についてはネガティブ情動、職業機会の不平等感、ポジティブ情動の3つについて調整効果に関する仮説を導出する。これらの調整効果仮説は以下の通りである。

慢性疾患を持つ従業員において、

仮説 14 女性であることは、機能的制限がNPDを持つ確率に与える正の影響を強める。

仮説 15 非正規雇用者であることは、機能的制限がNPDを持つ確率に与える正の影響を強める。



- 仮説 16 女性であることは、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を強める。
- 仮説 17 非正規雇用者であることは、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を強める。
- 仮説 18 職務裁量は、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を弱める。
- 仮説 19 スキル多様性は、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を弱める。
- 仮説 20 上司による社会的支援は、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を弱める。
- 仮説 21 同僚による社会的支援は、機能的制限がネガティブ情動に与える正の影響を弱める。
- 仮説 22 女性であることは、機能的制限が気分・不安障害を持つ確率に与える正の影響を強める。
- 仮説 23 非正規雇用者であることは、機能的制限が気分・不安障害を持つ確率に与える正の影響を強める。
- 仮説 24 女性であることは、機能的制限が職務満足度に与える負の影響を強める。
- 仮説 25 非正規雇用者であることは、機能的制限が職務満足度に与える負の影響を強める。
- 仮説 26 女性であることは、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を強める。
- 仮説 27 非正規雇用者であることは、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を強める。
- 仮説 28 職務裁量は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を弱める。
- 仮説 29 スキル多様性は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を弱める。
- 仮説 30 上司による社会的支援は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を弱める。
- 仮説 31 同僚による社会的支援は、機能的制限が職業機会の不平等感に与える正の影響を弱める。
- 仮説 32 女性であることは、機能的制限が精神的健康に与える負の影響を強める。
- 仮説 33 非正規雇用者であることは、機能的制限が精神的健康に与える負の影響を強める。
- 仮説 34 女性であることは、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を強める。
- 仮説 35 非正規雇用者であることは、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を強める。
- 仮説 36 職務裁量は、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を弱める。

仮説 37 スキル多様性は、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を弱める。

仮説 38 上司による社会的支援は、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を弱める。

仮説 39 同僚による社会的支援は、機能的制限がポジティブ情動に与える負の影響を弱める。

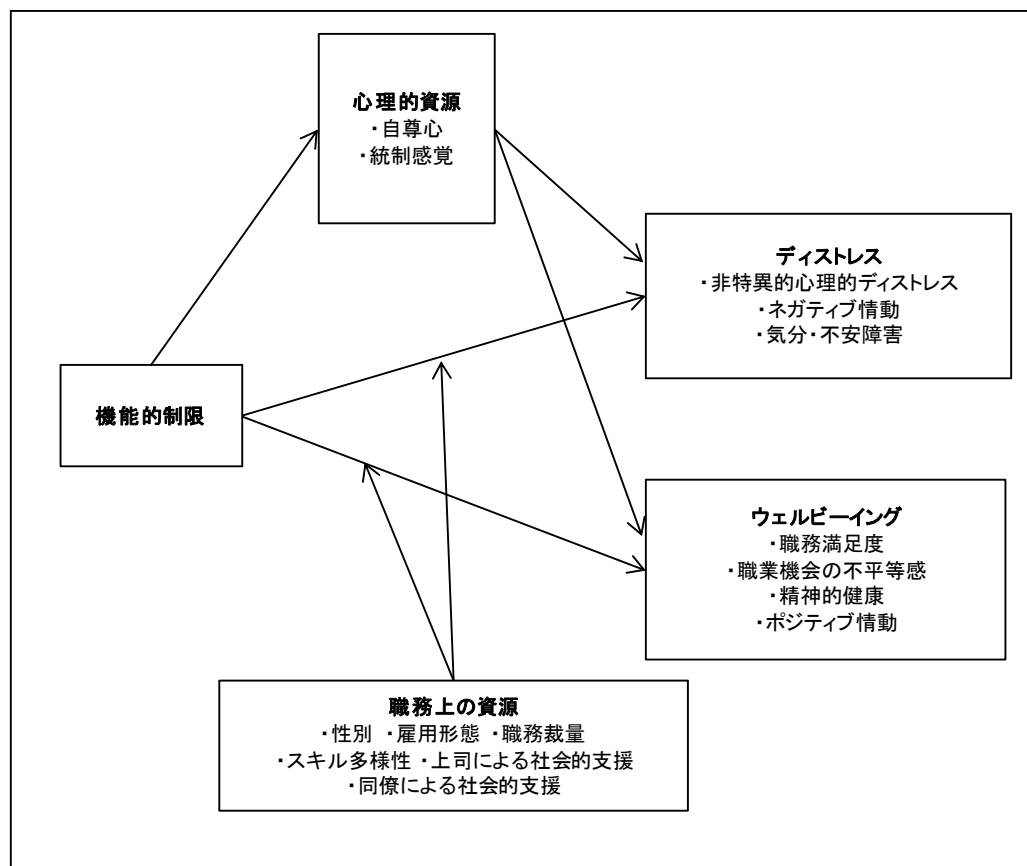


図46 本研究の理論的枠組み

出典:筆者作成

本章で提示した理論的枠組みは図 46 のように整理することができる。この図の通り、本研究は、慢性疾患を持つ従業員において、機能的制限はディストレスを高め、ウェルビーイングを低めると予測する。ディストレスの指標は、NPD、ネガティブ情動、気分・不安障害である。ウェルビーイングの指標として、職務満足度、職業機会の不平等感、精神的健康、ポジティブ情動を取り上げ、機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響は、心理的資源（自尊心と統制感覚）によって媒介されると予測する。すなわち、

機能的制限は自尊心および統制感覚を減少させ、自尊心と統制感覚はディストレスを軽減しウェルビーイングを高めると考える。また、機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響は、職務上の資源（性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援）によって調整されると予測する。すなわち、女性および非正規雇用は、機能的制限がディストレスに与える正の影響とウェルビーイングに与える負の影響を増幅すると考える。また、職務裁量・スキル多様性・社会的支援の度合いが大きい場合には、機能的制限がディストレスに与える正の影響とウェルビーイングに与える負の影響は軽減されると想定する。

## 第5節 小括

本章では、第1節で本研究のアウトカム変数となるディストレスとウェルビーイングの性質に関する知見を整理し、慢性疾患を持つ従業員の主観的困難を捉えるための指標としてディストレスを、生き生きとして充実した職業生活の達成度を把握するための指標としてウェルビーイングを用いることとした。第2節では、COR理論およびJD-R理論に基づいて、健康に関連する資源の喪失や能力低下といった機能的制限が、NPD、ネガティブ情動、気分・不安障害、職務満足度、職業機会の不平等感、精神的健康、ポジティブ情動に影響を与える可能性について論じ、機能的制限がディストレスおよびウェルビーイングにおよぼす影響を予測した。第3節では、心理的資源による媒介効果を予測した。本研究では、心理的資源としての自尊心と統制感覚が機能的制限のディストレスとウェルビーイングへの影響を媒介すると想定する。そして第4節では、職務上の資源としての性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司および同僚による社会的支援が、機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を調整すると想定し、これらの資源による調整効果を予測した。

## 第5章 方法

### 第1節 データ

本研究では、複数の2次データから慢性疾患を持つ従業員を抽出し、それぞれのサンプルを分析に用いる。第3章で確認した先行研究は、慢性疾患を持つことがQOLの低下と関係し、慢性疾患を持つ人における機能的制限が抑うつと関係することを明らかにしているが、検証対象とした慢性疾患の種類・病名はそれぞれの研究によって異なっていた。一方で、アメリカ疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) は慢性疾患を「1年以上継続し、継続的な医療的措置を必要とする状態、もしくは日常生活活動を制限するような状態、またはその両方に当てはまる状態」と定義し、慢性疾患の例として心疾患、がん、糖尿病を挙げている (URL 42)。またわが国では、厚生労働省が2009年に開催した「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」の議事要旨において、慢性疾患の例として糖尿病、高血圧、がん、心疾患、脳血管疾患が挙げられているが (URL 43)、やはりここでも何の疾患が慢性疾患に該当するかは詳しく提示されていない。そのため、慢性疾患という用語が何の疾患を指すかについて統一した定義は無いと見られる。また、同じ疾患であっても、疾患の状態やそれに伴う職業生活上の困難の度合いは人によって異なる。例えば、第2章で確認したように、同じ2型糖尿病を持つ人でも、インスリン注射の有無などの病気の状態の違いによって職業生活において抱える困難の度合いに差があった。

これらを踏まえ、本研究では、疾患の種類を限定しても十分なサイズのサンプルを確保することが可能な場合には、死亡率と合併症の多さの観点から、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病を持つ従業員について分析を行うこととする。また、これらの4疾患で十分なサイズのサンプルを確保することが困難な場合には身体的な疾患を持つ従業員を対象に分析を行う。死亡率を基準とする理由は、死亡率が高い疾患を持つ人にはより大きな精神的負担がかかると考えられるためである。「平成29年簡易生命表」では、主な死因としてがん、心疾患、脳血管疾患、肺炎の4つが挙げられている (URL 44)。また、糖尿病は網膜症、腎症、神経障害などの合併症を伴う可能性があるだけでなく、動脈硬化の進行により心臓病や脳卒中のリスクを高めるとされている (URL 45)。

また、本研究では身体的な慢性疾患を持つ従業員を分析対象としており、精神疾患を持つ人については分析から除外する。すなわち、精神疾患で医療機関を受診している人、あるいは精神疾患に罹患しているという自覚がある人は分析対象としない。このように分析

対象を限定する理由は、精神疾患で通院しているあるいは罹患していることを認知している場合は、機能的制限を含めた様々な困難が心理的アウトカムに与える影響が、何らかの医療的な措置によって既に緩和されている可能性があるためである。

使用する 2 次データは以下の 3 つである。1 つ目は、厚生労働省から入手した「平成 22 年国民生活基礎調査」である。これは、同調査のオリジナルの個票データに匿名化・リサンプリングの処理がなされたデータである。2 つ目は、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター SSJ データアーカイブより入手した 2010 年の「日本版総合的社会調査」(Japanese General Social Survey, JGSS) である。3 つ目はアメリカの社会科学系のデータアーカイブである政治・社会調査のための大学協会 (Inter-university Consortium for Political and Social Research, ICPSR) より入手した 2008 年の「日本人のしあわせと健康調査」(Survey of Midlife Development in Japan, MIDJA) である。

国民生活基礎調査は、調査の内容によって世帯票・健康票・介護票・所得票・貯蓄票の 5 つの調査票に分かれている。本研究で使用するのは世帯票と健康票のデータを統合したものである。オリジナルの世帯票および健康票の調査対象は 289,363 世帯であり、そのうち回収数は 229,785 世帯、集計不能のものを除いた最終的な集計数は 228,864 世帯となっている。本研究では、この世帯票および健康票のデータに匿名化処理を加えてリサンプリングされたデータを使用している。

平成 22 年国民生活基礎調査データからは以下のような手続きでサンプルを抽出した。まず、健康票の中に示された通院している疾患名の回答データから、糖尿病、脳卒中、心臓の病気、がんを持つ人を抽出した。調査票には、「あなたは現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所（病院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。（往診、訪問診療を含む。）」という質問項目がある。それに対し、「通っている」と回答した者は続けて「どのような傷病（病気やけが）で通っていますか。あてはまるすべての傷病名の番号に○をつけてください。（省略）」の補問に回答する。本研究ではこの補問を用いて、「糖尿病」「脳卒中（脳出血、脳梗塞等）」「狭心症・心筋梗塞」「悪性新生物（がん）」のいずれかで通院している人を抽出した。その際に、「うつ病やその他のこころの病気」で通院している回答者をサンプルから除外した。さらに、これらの 4 疾患を持つ回答者から、次の条件に該当する人を抽出した。すなわち、一般常雇者、1 ヶ月以上 1 年未満の契約の雇用者、日々又は 1 ヶ月未満の契約の雇用者に該当する人であり、かつ 15

歳以上、既卒である。また使用する変数の欠損値の処理を行った。その結果、分析に用いるサンプルサイズは 721 となった。

本研究で用いた JGSS データは、2010 年 2 月から 4 月に実施された調査によるものである。2010 年の JGSS の調査対象は、日本全国に居住する満 20～89 歳の男女から層化 2 段抽出法により抽出された 9,000 人で、有効回答数は 5,003 である。同調査では面接調査と留置票調査が実施されているが、留置票は留置票 A と B の 2 種類に分かれている。これらの留置票はそれぞれが約半分ずつランダムに調査対象者に配布されている。このうち留置票 B に慢性疾患に関する調査項目が含まれていることから、留置票 B 回答者のサンプルから使用するデータを抽出することとした。

抽出の手続きは以下のとおりである。JGSS-2010 留置票 B のデータにおいて慢性疾患を持つことは、「あなたは、慢性的な病気または長期にわたる健康上の問題をかかえていますか」という質問によって調べられている。この質問で慢性疾患を持っていると回答した人をまず抽出した。また、この質問の補問では、該当する病名を多重回答可で選ぶようになっている。選択肢は「高血圧」、「糖尿病」、「心血管疾患（心筋梗塞・狭心症など）」、「呼吸器疾患（ぜんそく・慢性的なせきなど）」、「脂質異常症（高脂血症など）」、「脳血管疾患（脳卒中・脳梗塞など）」、「腰痛・関節痛」、「その他」である。「その他」を回答した場合には自由記述欄に病名などを書き込めるようになっており、自由記述の回答が再集計されている。再集計された「その他」の中では「悪性新生物（がん）」や「精神疾患」などがあるが、このうち「精神疾患」と回答している人は分析から除外した。国民生活基礎調査は入手したサンプル数が比較的大きかったため 4 大疾患のいずれかを持つサンプルに限定することができたが、JGSS-2010 では分析対象を 4 大疾患のいずれかを持つ人に限定するとサンプル数が大幅に減少するため、分析の対象は 4 大疾患には限定せず、精神疾患以外の慢性疾患を持つ人とした。次に、サンプルを従業員に限定した。何らかの仕事をしていてかつ、仕事の形態が常時雇用の一般従業者、臨時雇用（パート・アルバイト・内職）、派遣社員のいずれかに該当した人を分析対象とした。経営者・役員、自営業主・自由業者、家族従業者は分析から除外した。また、欠損値を含む回答者を分析対象から除外した。その結果、JGSS のサンプルサイズは 252 となった。

MIDJA については、2008 年調査のデータを使用する。東京都 23 区内に居住する日本人成人（年齢は 30-79 歳）を対象として実施された調査で、調査から得られた有効回答数は 1,027 である。この 2008 年 MIDJA から以下の手続きによって精神疾患以外の慢性疾

患を持つ従業員を抽出した。

表5 各サンプルにおける慢性疾患の分布

平成22年 国民生活基礎調査 (n=721)		JGSS-2010 (n=252)	
疾患・傷病名 (通院の理由)	n	疾患名	n
糖尿病	477	腰痛・関節痛	98
高血圧症	210	高血圧	72
高脂血症 (高コレステロール血症等)	129	糖尿病	33
狭心症・心筋梗塞	121	脂質異常症	28
悪性新生物 (がん)	108	呼吸器疾患	26
眼の病気	75	その他	20
歯の病気	67	心血管疾患	12
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	51	その他: アレルギー性疾患	9
腰痛症	36	脳血管疾患	8
肩こり症	35	その他: 感覚器系疾患 (聴力・視力の障害など)	7
肥満症	33	その他: 胃腸	7
アレルギー性鼻炎	24	その他: 頭痛・肩こり	6
胃・十二指腸の病気	24	その他: 腎臓	4
痛風	23	その他: 悪性新生物 (がん)	3
その他の循環器系の病気	21	その他: 甲状腺	3
その他の皮膚の病気	19	その他: 肝臓・すい臓・胆のう	2
関節症	19	その他: 前立腺	1
その他の呼吸器系の病気	18	その他: 骨折	1
その他の消化器系の病気	16		
腎臓の病気	15		
前立腺肥大症	13	MIDJA-2008 (n=290)	
甲状腺の病気	11	疾患名	n
その他	11	花粉症	125
喘息	10	坐骨神経痛、腰痛	79
肝臓・胆のうの病気	9	片頭痛	59
耳の病気	6	慢性的な胃の不調、消化不良、下痢	55
急性鼻頭炎 (かぜ)	6	高血圧、高血圧症	42
アトピー性皮膚炎	6	慢性的な肌のトラブル (湿疹)	37
貧血・血液の病気	6	慢性的な歯の病気	37
骨粗しょう症	5	慢性的な足の問題 (うおのめ、巻き爪等)	33
閉経期または閉経後障害 (更年期障害等)	3	関節炎、リウマチ、その他の骨・関節の病気	30
骨折以外のけが・やけど	3	痔	30
その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)	2	慢性的な歯肉や口の病気	29
関節リウマチ	2	慢性的な便秘	27
骨折	2	ぜんそく、気管支炎、肺気腫	20
妊娠・産褥 (切迫流産、前置胎盤等)	1	慢性的睡眠障害	13
不妊症	1	糖尿病や高血糖	12
不明	1	潰瘍 (かいよう)	10
		泌尿器やぼう胱の病気	6
		アルコール依存や薬物依存	6
		ヘルニアや脱腸	5
		嚥下障害 (ものが飲み込みにくい)	3
		胆のうの病気	2
		自己免疫疾患 (こう原病など)	2
		多発性硬化症、てんかん、他の神経障害	2
		他の肺の病気	1
		甲状腺の病気	1
		脳出血・脳梗塞	1

注: いずれのサンプルも、入手した二次データから本文で説明している手続きによって慢性疾患を持つ従業員を抽出したものである。疾患名は多い順番に並べている。国民生活基礎調査における疾患名は、「あなたは現在、傷病 (病気やけが) で病院や診療所 (病院、歯科医院)、あんま・はり・きゅう・柔道整復師 (施術所)に通っていますか。(往診、訪問診療を含む。)」という質問に「通っている」と回答し、かつ、「どのような傷病 (病気やけが) で通っていますか。あてはまるすべての傷病名の番号に○をつけてください。」という質問に回答したものである。JGSSにおける疾患名は、「あなたは、慢性的な病気または長期的にわたる健康上の問題をかかえていますか。」に「はい」と回答した人が、続く質問項目「それはどのような病気または問題ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。」に回答したものである。JGSSの疾患名において「その他」に具体的な疾患名が書かれているものは、回答欄において「その他 (具体的に)」という自由記述項目に対して回答者が記述した疾患名が再集計されたものである。MIDJAにおける疾患名は「この1年間に、あなたはどのような症状を経験したり治療したりしましたか。次の中からあてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)」への回答である。

MIDJA では「この 1 年間に、あなたはどのような症状を経験したり治療したりしましたか。次の中からあてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)」の質問で慢性疾患の有無を測定している。この質問の中の「不安、うつ、または他の精神的問題」に○をつけた人を分析から除外したうえで、それ以外の疾患を 1 つ以上持つ人・治療したことがある人を分析対象とした。また、就業状況に、現在収入が得られる仕事をしている人に回答者を限定した。その上で、「あなたの現在の職業は、次のどれにあたりますか。」の質問に対して、「労働職・技能職」、「販売・保安サービス職」、「事務職」、「専門職・技術職」、「管理職」、「農業・漁業」と回答した人を分析対象とし<sup>60</sup>、「経営者」、「商工自営業」、「自由業」、「その他」と回答した人については分析から除外した。他のデータと同様に欠損値を含む回答者を分析対象から除外した結果、MIDJA のサンプルサイズは 290 となった。

上述した手続きによって抽出したサンプルの特性について述べる。まずこれらの 3 つのデータにおける慢性疾患の分布は表 5 のとおりである。国民生活基礎調査について示しているのは、通院理由の傷病名である。がん、糖尿病、狭心症・心筋梗塞、脳卒中を持つ従業員は、消化器系、循環器系、呼吸器系などの様々な疾患を併せ持っていることがわかる。JGSS サンプルでは腰痛・関節痛に加え、糖尿病や呼吸器系疾患や心血管疾患を持つ人が含まれている。MIDJA サンプルでは該当者数は多くないものの糖尿病が他のサンプルと同様に含まれている。

年齢の平均値について、国民生活基礎調査では 50 代中盤（年齢階級の平均値 11.6）<sup>61</sup>、JGSS では 51.9 歳、MIDJA では 47.9 歳である。「平成 22 年 国勢調査」によれば（URL 46）、平成 22 年の 15 歳以上の就業者（5,961 万人）の平均年齢は 45.8 歳なので、国民生活基礎調査と JGSS のサンプルの年齢は全国平均よりも高い傾向にある。また男女比について「平成 22 年 国勢調査」の就業者において、男性が 3,409 万人、女性は 2,552 万人であるので男女比は男性 57%、女性 43%である。本研究のサンプルの女性比率は、国民生活基礎調査 27.3%、JGSS 43.7%、MIDJA 42.1%で、国民生活基礎調査のサンプルでは女性比率が低い傾向が見られる。同様に職種について国勢調査との比較を行ったものが表 6 である。国民生活基礎調査と MIDJA は管理職と専門・技術の割合が多い傾向が見られる。

<sup>60</sup> 結果的に「農業・漁業」はサンプルに含まれなかった。

<sup>61</sup> 後述するように、国民生活基礎調査サンプルでは年齢は 5 歳間隔の年齢階級変数によって表されている。今回のサンプルでは、年齢階級の平均値は 11.6 であるが、年齢階級 11 は 50 歳～54 歳、年齢階級 12 は 55 歳～59 歳を表すので、今回の国民生活基礎調査サンプルの年齢平均値は概ね 50 代の中盤であると考えられる。



生産工程従事者については、JGSS は国勢調査とほぼ一致しているが、国民生活基礎調査では比率が少ない傾向にある。

このように各サンプルの年齢、性別、職業の分布を国勢調査と比較すると、今回用いるサンプルは日本の平均的な就労者と比べて、国民生活基礎調査については年齢が高くかつ男性の比率が高いこと、また国民生活基礎調査と MIDJA については管理職や専門・技術職が多いことがわかる。国民生活基礎調査サンプルの年齢が高い点については、国民生活基礎調査ではがんなどの4つの疾患を持つ従業員にサンプルを限定したことによる可能性が考えられる。

**表6 職業の分布**

	国勢調査	国民生活 基礎調査 サンプル	JGSS サンプル	MIDJA サンプル
管理的職業従事者	2.4%	11.5%	3.6%	11.4%
専門的・技術的職業従事者	14.5%	25.4%	15.5%	30.0%
事務従事者	18.4%	13.3%	24.6%	24.1%
販売従事者	13.4%	7.5%	10.7%	
サービス職業従事者	11.5%	15.7%	9.1%	14.5%
保安職業従事者	1.8%	1.8%	1.2%	
農林漁業従事者	3.9%	0.6%	0.0%	0.0%
生産工程従事者	14.2%	8.7%	15.9%	
輸送・機械運転従事者	3.5%	5.0%	8.7%	20.0%
建設・採掘従事者	4.5%	2.8%	4.0%	
運搬・清掃・包装等従事者	6.2%	3.9%	6.7%	
分類不能の職業	5.7%	3.9%	0.0%	0.0%

出典：国勢調査の職業分布は平成22年 国勢調査による (URL 46)。

注：MIDJAの職業分類は標準職業分類をそのまま使用していないので、MIDJAにおける「労働職・技能職」を標準職業分類における生産、輸送、建設、運搬の職業を表すものとして、「販売保安サービス職」を、販売、サービス、保安の職業を表すものとして並べて表示している。

データセットと使用した変数の対応について述べる。第4章で述べたように、本研究は、独立変数としての機能的制限と従属変数としてのディストレスとウェルビーイングの関係を検証するものである。ディストレスの指標は、非特異的心理的ディストレス (Nonspecific Psychological Distress, NPD)、ネガティブ情動 (Negative Affect, NA)、気分・不安障害である。ウェルビーイングの指標は、職務満足度、職業機会の不平等感、精神的健康、ポジティブ情動 (Positive Affect, PA) である。機能的制限とディストレス・ウェルビーイングの関係を媒介する変数として自尊心と統制感覚を、調整する変数として性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援を想定している。これらの独立変数、従属変数、媒介変数、調整変数がどのデータセットに含まれているか

を表 7 に示す。

表 7 にあるとおり、機能的制限は 3 つのデータセット全てに含まれており、ディストレスとウェルビーイングの指標はデータセットによって異なっている。国民生活基礎調査に含まれているのは NPD、気分・不安障害であり、JGSS は職務満足度、精神的健康、MIDJA については NA、職業機会の不平等感、および PA である。媒介変数である自尊心と統制感覚は MIDJA に含まれている。調整変数のうち女性と非正規雇用については 3 つのデータセット全てに含まれているが、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援は MIDJA のみに含まれている。以下の第 2 節から第 4 節において、本研究で用いる独立変数、従属変数、媒介変数、調整変数についてデータセットごとに述べ、それらの変数の記述統計量を示す。統制変数についてはまとめて第 5 節で述べる。

**表 7 本研究で用いる独立変数、従属変数、媒介変数、調整変数とデータの対応**

データ	独立変数	従属変数	媒介変数	調整変数
国民生活基礎調査	機能的制限	NPD 気分・不安障害		女性 非正規雇用
JGSS	機能的制限	職務満足度 精神的健康		女性 非正規雇用
MIDJA	機能的制限	ネガティブ情動 職業機会の不平等感 ポジティブ情動	自尊心 統制感覚	女性 非正規雇用 職務裁量 スキル多様性 上司による社会的支援 同僚による社会的支援

## 第 2 節 国民生活基礎調査データにおける変数と記述統計

国民生活基礎調査における、機能的制限、NPD、気分・不安障害、性別、雇用形態に関する変数について述べる。これらはいずれも 0 と 1 の 2 値変数となっているので、平均や標準偏差ではなく各変数におけるカテゴリ（男性、女性など）の分布（カテゴリに該当する回答者数の頻度、サンプルにおけるパーセンテージ）で示す。分布は表 8 のとおりである。統制変数についても同じ表に示している。

国民生活基礎調査には、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の質問項目があるが、この項目における「ある」の回答を機能的制限として用いる。健康問題による影響、すなわち機能的制限が「ある」を 1、「ない」を 0 としてコーディングしている。本サンプルにおいては、機能的制限を持つ人の割合は 18.7% である。

ディストレスを表すものとして NPD と気分・不安障害を用いる。NPD と気分・不安障害は、Kessler *et al.* (2002) による k6 尺度を用いて測る。k6 は国民生活基礎調査の健康

票の調査項目として用いられている。k6は精神的健康問題を持つ人をスクリーニングするために開発された6項目の測定尺度で、抑うつや不安といった特定の情動的要素には着目せず精神的健康の問題を幅広くとらえている。質問項目は「次のそれぞれの質問について、過去1カ月の間はどのようであったか、あてはまる番号1つに○をつけてください」に続いて6つの項目が示される。例えば、「神経過敏に感じましたか」、「自分は価値のない人間だと感じましたか」などである。回答選択肢は「いつも」から「まったくない」の5つで、各質問項目について「まったくない」が0点、「いつも」が4点として換算され、この質問項目の得点を6項目分合計して、0～24点の素点得点がまず算出される。

k6は精神的健康問題を持つ人をスクリーニングすることを目的に作られたツールであるため、0～24点の素点得点が判別のためのカットオフ値を超えたかどうかで、NPDを持つ確率が高い人、気分・不安障害を持つ確率が高い人を判定するように設計されている。カットオフ値はいくつか異なる数値が提唱されている。オリジナルの英語版k6における、重度の精神疾患を持つ可能性が高い人を判別するためのカットオフ値は13点である。しかし、k6を日本語版に翻訳・妥当性を検証したFurukawa *et al.* (2008)は9点が気分・不安障害を持つ可能性が高い人を検出するためのカットオフ値であることを示している。また、同様に気分・不安障害を持つ人のスクリーニング・パフォーマンスを検証したSakurai *et al.* (2011)は5点を推奨している。わが国でk6を実際に用いた研究には、5点や9点を使用しているものがある<sup>62</sup>。例えば、Inoue *et al.* (2010)は平成19年の国民生活基礎調査データから抽出した従業員サンプルを用いた研究において、心理的ディストレスを持つ人を判定する指標として、5点以上を用いている。第3章で確認したHino *et al.* (2015)も5点以上を心理的ディストレスの指標として用いている。また、塩谷(2014)は被災者のメンタルヘルスの抑うつを調査するための指標として9点以上を用いている。また、Suzuki *et al.* (2013)は製造業企業の従業員における調査において、心理的ディストレスの指標として5点以上を、気分・不安障害の指標として9点以上を用いている。本研究ではこれらを踏まえ、NPDを持つ確率が高い人を判別する指標として5点以上を、気分・不安障害を持つ確率が高い人の指標として9点を用いる。これらは5点あるいは9点以上を1として、それら未満を0とした2値変数として扱う。このような基準を用いた結果、本サンプルにおいては、NPDに該当する人は30.2%、気分・不安障害に該当する人は11.2%

---

<sup>62</sup> 3章で確認したKachi, Otsuka and Kawada (2014)のように14点を使用しているものもある。

である。

性別は女性であることを表すダミー変数として用いる。基準カテゴリは男性である。すなわち、女性を 1、男性を 0 としてコーディングしている。性別のコーディング方法については他のサンプルも同様である。雇用形態は、非正規雇用であることを表すダミー変数として用いる。国民生活基礎調査では、「パート」、「アルバイト」、「労働者派遣事業所の派遣社員」および「契約社員・嘱託」を非正規雇用とし、「正規の職員・従業員」を正規雇用としている。非正規雇用者の割合は 35.5% である。

表8 変数の分布と記述統計量（平成22年国民生活基礎調査）

	n	%	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢階級			11.6	2.0	5.0	17.0
男性	524	72.7				
女性	197	27.3				
既婚	578	80.2				
学歴						
小学校・中学・在学無	76	10.5				
高校	347	48.1				
専門学校・短大	99	13.7				
大学・大学院	199	27.6				
職業						
管理的職業従事者	83	11.5				
専門的・技術的職業従事者	183	25.4				
事務従事者	96	13.3				
販売従事者	54	7.5				
サービス職業従事者	113	15.7				
保安職業従事者	13	1.8				
農林漁業従事者	4	0.6				
生産工程従事者	63	8.7				
輸送・機械運転従事者	36	5.0				
建設・採掘従事者	20	2.8				
運搬・清掃・包装等従事者	28	3.9				
分類不能の職業	28	3.9				
勤続年数			19.4	14.4	0.0	50.0
週就業時間			39.8	14.0	0.0	80.0
家計支出(単位:万円)			27.8	15.7	3.0	100.0
病気についての悩みあり	171	23.7				
企業規模1から299	416	57.7				
企業規模300人以上+官公庁	305	42.3				
正規雇用	465	64.5				
非正規雇用	256	35.5				
機能的制限	135	18.7				
NPD (k6 5点以上)	218	30.2				
気分・不安障害 (k6 9点以上)	81	11.2				

注: n=721。

### 第3節 JGSS データにおける変数と記述統計

JGSS データで用いる変数は表 9 に示すとおりである。JGSS における機能的制限は、Ware and Sherbourne (1992) が開発した健康関連 QOL を測るツールである SF-36 の短

縮版 SF-12 の下位尺度である「日常役割機能（身体）」（Role-Physical, RP）を用いる。

Ware and Sherbourne によれば、RP は身体的な健康問題によって、仕事やその他の日常

表9 変数の分布と記述統計量 (JGSS-2010)

	n	%	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢			51.9	11.9	20.0	77.0
男性	142	56.3				
女性	110	43.7				
既婚	191	75.8				
学歴						
中学校	29	11.5				
高校	123	48.8				
高専・短大	35	13.9				
大学・大学院	65	25.8				
業種						
民間	236	93.7				
官公庁	16	6.3				
職業						
管理的職業従事者	9	3.6				
専門的・技術的職業従事者	39	15.5				
事務従事者	62	24.6				
販売従事者	27	10.7				
サービス職業従事者	23	9.1				
保安職業従事者	3	1.2				
農林漁業従事者	0	0.0				
生産工程従事者	40	15.9				
輸送・機械運転従事者	22	8.7				
建設・採掘従事者	10	4.0				
運搬・清掃・包装等従事者	17	6.7				
勤続年数			12.3	11.4	0.0	51.0
週就業時間			37.3	15.4	3.0	96.0
世帯収入						
70万円未満	2	0.8				
70～100万円未満	1	0.4				
130～150万円未満	7	2.8				
150～250万円未満	15	6.0				
250～350万円未満	26	10.3				
350～450万円未満	34	13.5				
450～550万円未満	36	14.3				
550～650万円未満	33	13.1				
650～750万円未満	24	9.5				
750～850万円未満	22	8.7				
850～1,000万円未満	15	6.0				
1,000～1,200万円未満	17	6.7				
1,200～1,400万円未満	7	2.8				
1,400～1,600万円未満	5	2.0				
1,600～1,850万円未満	3	1.2				
1,850～2,300万円未満	3	1.2				
2,300万円以上	2	0.8				
企業規模300人未満	144	57.1				
企業規模300人以上＋官公庁	108	42.9				
正規雇用	157	62.3				
非正規雇用	95	37.7				
機能的制限 (RP)			65.4	19.9	0.0	100.0
職務満足度			3.8	1.0	1.0	5.0
精神的健康 (MH)			20.4	22.0	0.0	100.0

注: n=252。

的な活動における役割機能が制約される程度を測るものである。RP は、「過去 1 カ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか」の項目文に続けて表示される「仕事やふだんの活動が思ったほど、できなかった」、「仕事や普段の活動の内容によっては、できないものがあった」の 2 つ問いによって測られている。回答選択肢は「いつも」～「ぜんぜんない」の 5 つである。これらの RP 項目の合計得点を福原・鈴嶋（2004）が示す手続きに従って 0 から 100 の範囲をとるように変換して用いる。本研究では機能的制限として用いるので、点数が高いほど良好でない、すなわち制限がある状態を表すようにして用いる（平均 65.4、標準偏差 19.9）。

JGSS データを用いた分析では、職務満足度と精神的健康の測定に以下の調査項目を用いる。まず、「現在の仕事にどのくらい満足していますか」という単一の質問項目を職務満足度として用いる。この質問の回答に用いられる選択肢は「満足している」～「不満である」の 5 つで、得点が高いほど満足していることを表すようにした。精神的健康は、前述した SF-12 の下位尺度である「心の健康」（Mental Health, MH）を用いる。SF-12 における MH は 2 項目で構成され、「次にあげるのは、過去 1 カ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です」の項目文に対して「おちついていて、おだやかな気分でしたか」、「おちこんで、ゆううつな気分でしたか」（逆転項目）の問いを設けている。回答は前述した RP と同様に 5 つの選択肢からの択一式で、RP と同様に 100 点満点のスケールに変換して分析に用いる。MH は得点が高いほど精神的健康の良好さを表すようにしている（平均 20.4、標準偏差 22.0 点）。また、JGSS における雇用形態は、「臨時雇用（パート・アルバイト・内職）」と「派遣社員」を非正規雇用とし、「常時雇用の一般従業者」を正規雇用として扱う。非正規雇用者の比率は 37.7%である。

#### 第 4 節 MIDJA データにおける変数と記述統計

次に、MIDJA データで用いる変数について述べる（表 10）。まず機能的制限について、MIDJA では ADL、IADL を測定する項目を合成して機能的制限として用いる。「あなたは、健康上の理由で、次の行動がどのくらいできなくなることがありますか」の質問文に続けて ADL、IADL を表す 10 項目が提示されるが、例えば「1 人で入浴したり着替える」、「50m 歩く」、「軽く動く（散歩する、掃除機をかけるなど）」、「購入した食料品や雑貨類を持ち上げたり、運んだりする」で、回答選択肢は「まったくない」～「よくある」である。ADL、IADL のこれらの項目を、得点が高いほど機能的制限の度合いが大きいことを表すように

合成して機能的制限として用いる。

MIDJA における NA、PA、職業機会の不平等感について、NA と PA は Mroczek and Kolarz (1998) による尺度で、質問項目は「この 1 ヶ月間にあてはまる数字に○をつけてください。(中略) あなたは、次にあげるようなことをどのくらい感じましたか。」の文の後に表示される。質問項目の例は、NA が「悲しくて何も慰めにならない」、PA が「楽しい」で、各項目の回答選択肢は「ない」～「いつも」の 5 つである。NA と PA はそれぞれ 6 項目で構成されておりそれらを合成して分析に用いる。NA と PA の得点の高さはそれぞれの気分の高さを示す。職業機会の不平等感は、職業機会に関する不平等な資源の分配の知覚を尋ねるものであり 6 項目で構成されている (Ryff *et al.* 1999)。項目の例は「ほとんどの人が、私よりも、やりがいのある仕事をしている」、「良い仕事に就ける機会があったのに、そうならず、だまされたような気がする」で、いずれも回答選択肢は「全くあてはまらない」～「非常によくあてはまる」の 4 つである。6 項目を、得点が高いほど不平等感が高いように合成して分析に用いる。

媒介変数として用いるものは自尊心と統制感覚 (mastery) である。この 2 つは MIDJA に含まれている。自尊心の尺度は 7 つの質問項目から構成されており、この尺度は Rosenberg (1965) に基づくものである。項目の例は「自分に対して、肯定的である」、「私は、自分に満足している」である。統制感覚は、4 つの項目から構成され、測定尺度は Pearlin and Schooler (1978) および Lachman and Weaver (1998) に基づいて作成されたものである。項目の例は「私が欲しいものを手に入れられるかどうかは、自分次第である」である。回答選択肢は「全く同意しない」～「非常に同意する」の 7 つである。得点が高いほど自尊心、統制感覚が高いことを表すように合成して分析に用いる。

MIDJA で調整変数として用いる変数は、性別、雇用形態に加え、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援である。雇用形態については、「非常勤 (パートタイム、アルバイト、シルバー人材派遣なども含む)」を非正規雇用、「常勤 (フルタイム)」を正規雇用として扱う。MIDJA では非正規雇用者の比率は 25.5% である。

職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援を測る尺度は、主に Karasek ほかによるストレスと職務特性に関する研究で用いられている尺度に基づいて作成されている (Karasek *et al.* 1981; Schwartz, Peper and Karasek 1988; Karasek and Theorell 1990; Bosma *et al.* 1997)。職務裁量が 6 項目、スキル多様性が 3 項目、上司による社会的支援が 3 項目、同僚による社会的支援が 2 項目で構成されており、項目例

は、職務裁量が「仕事をどのようにすすめるか、自ら選んで決めること」、スキル多様性が「高度な技術や専門性が求められること」、上司による社会的支援が「仕事上の問題について、直属の上司が話を聞こうとしてくれること」、同僚による社会的支援が「仕事上の問題について、同僚が話を聞こうとしてくれること」である。これらの項目は、質問項目例に挙げたような事柄を、仕事上どれくらいの頻度で回答者が経験するかを尋ねている。回答選択肢は「ない」～「いつも」の5つで<sup>63</sup>、得点の高さが職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援の高さを表すようにそれぞれ合成して分析に用いる。

表10 変数の分布と記述統計量(MIDJA-2008)

	n	%	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢			47.9	11.5	30.0	79.0
男性	168	57.9				
女性	122	42.1				
既婚	199	68.6				
経済状況の良さ			5.5	2.2	0.0	10.0
学歴						
中学校	20	6.9				
高校	77	26.6				
専門・短大	72	24.8				
大学・大学院	121	41.7				
職業						
労働技能職	58	20.0				
販売保安サービス職	42	14.5				
事務職	70	24.1				
専門職・技術職	87	30.0				
管理職	33	11.4				
正規雇用	216	74.5				
非正規雇用	74	25.5				
機能的制限			1.3	0.6	1.0	4.0
NA			1.7	0.5	1.0	3.2
PA			3.2	0.7	1.2	5.0
職業機会の不平等感			2.1	0.5	1.0	3.3
自尊心			4.5	0.8	2.6	6.7
統制感覚			4.7	0.9	1.8	7.0
職務要求			2.8	0.7	1.0	4.8
職務裁量			3.3	0.9	1.0	5.0
スキル多様性			3.0	0.9	1.0	5.0
上司社会的支援			2.8	0.9	1.0	5.0
同僚社会的支援			3.0	0.9	1.0	5.0
神経症傾向			2.1	0.5	1.0	3.8
外向性			2.4	0.7	1.0	4.0
開放性			2.2	0.6	1.0	3.9
誠実性			2.6	0.5	1.2	3.8
調和性			2.6	0.6	1.0	4.0
楽観主義			3.2	0.6	1.2	5.0

注：n=290。

<sup>63</sup> 上司・同僚による社会的支援への回答には「上司や同僚はいない」という回答選択肢もあるが、そのように答えた回答者はサンプルから除外している。



## 第5節 統制変数

統制変数は、年齢、婚姻形態、経済状況、学歴、業種、職業、企業規模、勤続年数、週就業時間、病気についての悩みやストレスの有無、職務要求度、性格特性である。これらの統制変数の具体的な説明の前に、まずこれらの変数を統制変数として用いる理由について述べる。

年齢は職務満足度と正の関係にあり、情動的消耗と負の関係にあることが知られている (Ng and Feldman 2010b)。すなわち年齢は本研究のアウトカムであるディストレス、ウェルビーイングと関連する可能性のある変数である。そのため年齢を統制することは重要である。また、婚姻形態、経済状況、学歴、企業規模、勤続年数、性格特性は、いずれも従業員にとって価値ある資源である可能性がある。婚姻形態、経済状況については、例えば、仮に従業員本人が疾患によって失業、降格などの事態に直面したとしても、配偶者が働いている、あるいは経済状況が良好であれば家計にとって問題となる程度が少ないと考えられる。第3章で確認したように、HIV感染者における差別と失業の関連性は、低学歴の人において強かった (Dray-Spira *et al.* 2008)。このことから、学歴は慢性疾患を持つ従業員の就労上の困難と関係している可能性が考えられる。企業規模は第2章で見たように、大企業であるほど病気休業などの制度が整備されている傾向が見られた (労働政策研究・研修機構 2013)。勤続年数については、勤続年数の長さが職務成果の高さと関係することが知られている (Ng and Feldman 2010a)。第3章で確認した McGonagle *et al.* (2016) では慢性疾患を持つことによる職務成果の低下は差別の大きさ、ストレス反応の増加と関係しており、そのため、勤続年数の長さは慢性疾患を持つことによる職務成果の低下を補てんする可能性があると考えられる。

本研究で用いる個人特性は、誠実性、外向性、調和性、神経症傾向、開放性、楽観主義である。誠実性、外向性、調和性、神経症傾向、開放性はビッグ・ファイブや性格5因子モデル (Five Factor Model, FFM) と呼ばれる性格特性である。慢性疾患との関係では、例えば Rassart *et al.* (2014) は1型糖尿病を持つ人において FFM と糖尿病を持つことに関連する様々な生活上の問題 (食事に関する問題、社会関係に関する問題など) との関係を検証し、FFM のうち調和性、誠実性が問題を減少させ、神経症傾向が問題を増加させることを明らかにしている。さらに、性格と生活問題との関係はコーピングによって一部媒介される。すなわち、神経症傾向は回避型コーピングを高め、誠実性は回避型コーピングを低めていた。また、楽観主義は、個人の一般化された結果期待の好ましさ (favorability)

であるが (Scheier and Carver 1985)、楽観主義は接近型コーピングと正の関係、回避型コーピングと負の関係にある (Nes and Segerstrom 2006)。このように、FFM や楽観主義は慢性疾患を持つ人のディストレス、ウェルビーイングと関係している可能性があるもので、分析ではこれらも統制する。

第 2 章で見たように慢性疾患を持つ従業員は、歩行、運搬、読み書きなどの職業上の基本動作に制約を抱えている可能性がある。そのため、仕事の内容によって慢性疾患を持つ従業員の困難の度合いは変わる可能性があり、これらを統制するために、業種および職業を用いる。また、先行研究では HIV 患者の失業リスクが公的セクターと比較して民間で高いことが示されている (Dray-Spira *et al.* 2008)。これを踏まえ、業種については民間と官公庁の 2 カテゴリーで捉える。

病気についての悩みの有無、職務要求、週就業期間は、機能的制限以外のストレスヤーと考えられるので統制変数として用いている。先行研究のレビューで確認したように、慢性疾患を持つことは身体的苦痛 (痛み、不快感など) を伴い (Strauss *et al.* 1984=1987)、QOL を低下させ (Alonso *et al.* 2004)、精神疾患の罹患と関係する (Scott *et al.* 2007)。身体的苦痛は医療的措置によってある程度緩和されると思われるが、完全に無くなるわけではないと考えられる。また治療の副作用によって苦痛が生じることや、治療方法の選択が疾患を持つ人にとって心理的負荷となる可能性も考えられる。従って本研究では、このような病気を持つことそのものから生じるストレスを統制する。

JD-R 理論によると、職務要求 (job demands) は職務をこなすために身体的、心理的な努力を必要とする職務の物理的、社会的、組織的側面である (Demerouti *et al.* 2001)。JD-R 理論は、職務要求が個人の持つエネルギーを消費することで、情動的消耗などを引き起こすと想定する。例えば、Alarcon (2011) は、役割曖昧性、役割葛藤、職務量の多さがそれぞれバーンアウト (情動的消耗、シニシズム、個人的達成の低下) と関連することを明らかにしている。このように職務要求はディストレスやウェルビーイングに影響を与える可能性が高いと考えられるので、統制変数として使用する。ただし本研究で用いるデータセットに職務要求が変数として含まれない場合は、週あたりの就労時間を代理変数として用いる。

次に各データにおける統制変数のコーディングと記述統計について説明する。国民生活基礎調査データにおける統制変数は、年齢階級、既婚、家計支出、学歴、職業、企業規模、勤続年数、週就業時間、病気についての悩みの有無である (表 8)。年齢階級は 5 歳間隔の

年齢範囲を表す変数である。例えば年齢階級 5 は 20～24 歳を、年齢階級 6 は 25～29 歳を表しており、今回のサンプルでは年齢階級の平均値は 11.6 である。11 は 50～54 歳、12 は 55～59 歳のレンジに対応するので、今回の国民生活基礎調査サンプルの年齢平均値は概ね 50 代の中盤であると考えられる。

婚姻形態は配偶者の有無に関する変数で、配偶者ありを 1、未婚・死別・離婚を 0 とし、コーディングしている。家計支出は収入の代理指標として用いる。単位は 1 万円である<sup>64</sup>。学歴は小学校卒・中学校卒・在学したことが無い、高校卒<sup>65</sup>、専門・短大卒、大学・大学院卒の 4 グループである。職業は、管理的職業従事者、専門的・技術的職業従事者、事務従事者、販売従事者、サービス職業従事者、保安職業従事者、農林漁業従事者、生産工程従事者、輸送・機械運転従事者、建設・採掘従事者、運搬・清掃・包装等従事者、分類不能の職業の 12 カテゴリである。保安、農林漁業および建築・採掘は該当者が比較的少なかったため、分析に用いる変数としては保安農林建築という一つのカテゴリにまとめている。また分析では、管理と専門・技術を基準カテゴリとし、それ以外をそれぞれダミー変数として用いている。本サンプルにおいて既婚者の割合は 80.2%、大学・大学院卒の割合は 27.6%、専門・管理・技術の割合は 36.9%である。

企業規模は、中小企業であることを表すダミー変数である。本研究では中小企業基本法における中小企業者の定義（製造業等の場合に資本金 3 億円以下または常時使用する従業員が 300 人以下であること）を参考にし、従業員数 1～299 人を中小企業として扱うこととする。具体的には、企業規模 1～299 人を 1、300 人以上および官公庁を 0 とコーディングしている。300 人以上および官公庁の割合は 42.3%である。勤続年数は現在の主な仕事についてからの年数である<sup>66</sup>。1 週間あたりの就業時間は調査実施年の特定の 1 週間における就業時間である<sup>67</sup>。平均勤続年数は 19.4 年、平均週就業時間は 39.8 時間である。病気についての悩みの有無は、「あなたは現在、日常生活で悩みやストレスがありますか」の質問に「はい」と答えた回答者が、「それはどのような原因ですか。あてはまるすべての原因の番号に○をつけてください（後略）」の質問に、悩みやストレスの原因として「自分

---

<sup>64</sup> 単独世帯の場合は 55 万円以上、2 人以上世帯の場合は 100 万円以上でトップコーディングされている。

<sup>65</sup> 旧制中学卒は高校卒に含まれる

<sup>66</sup> 50 年でトップコーディングされている。

<sup>67</sup> 80 時間でトップコーディングされている。

の病気や介護」を挙げたものである<sup>68</sup>。自分の病気についての悩みがあることを 1、無いことを 0 とコーディングしている。病気についての悩みがある人の割合は 23.7%である。

JGSS における統制変数は、年齢、婚姻形態、世帯年収、学歴、企業規模、業種、職業、勤続年数、週就労時間である（表 9）。年齢は回答者の実年齢である。婚姻形態は配偶者の有無を問うたもので、配偶者がいる人を 1、離別、死別、未婚、離婚を前提に別居中、同棲中の人を 0 とコーディングした。既婚者割合は 75.8%である。世帯収入は「70 万円未満」から「1,400～1,600 万円未満」までの 15 カテゴリで構成される変数である<sup>69</sup>。先行研究は、データにおける世帯年収の中央値の半分あるいは 60%以下を貧困と定義している（Oshio, Sano and Kobayashi 2010; 山田・百瀬・四方 2015）。Oshio, Sano and Kobayashi では 147.8 万円、山田・百瀬・四方では 122 万円が貧困の判別基準とされていた。本研究の JGSS サンプルでは世帯収入はカテゴリとして集計されているため先行研究と同じ計算はできないが、本研究で用いる JGSS データの世帯年収変数では、表 8 に示すように、世帯収入を表す 15 カテゴリのうち「450～550 万円未満」が最頻値であった。本研究では 250 万円がその概ね半分の額と考え、「150～250 万円未満」およびそれ以下の世帯収入のカテゴリ群を世帯収入の低さを表す変数として用いることとする。本サンプルにおける世帯収入 250 万円未満の人の割合は 9.9%である。

学歴は中学・高校・高専・短大卒か大学・大学院卒の 2 カテゴリに分けた<sup>70</sup>。中学・高校・高専・短大を 1、大学・大学院を 0 とコーディングしている。中学・高校・高専・短大卒の割合は 74.2%である。企業規模は 300 人未満を中小企業であることを表すダミー変数として扱い、300 人以上および官公庁を基準カテゴリとしている。300 人未満は 57.1%である。業種については、JGSS では漁業、製造業、公務など 20 のカテゴリが設定されている。JGSS のサンプルサイズは 252 と大きくないので、これらのカテゴリはそのまま使用せず、民間か官公庁かの 2 カテゴリにしている。公務を官公庁（基準カテゴリ、0 とコーディング）とし、それ以外を民間とした（1 とコーディング）。民間の割合は 93.7%であ

<sup>68</sup> 「自分の病気や介護」の「介護」は自分自身の介護を指している。質問紙の同じ質問項目欄には、悩みやストレスの原因として「家族の病気や介護」という選択肢が別にリストされている。

<sup>69</sup> 世帯収入が「なし」という回答選択肢もあるが、今回のサンプルは従業員に限定しているので、「なし」と回答した人はいなかった。

<sup>70</sup> サンプル数が少ないため 2 カテゴリに分けた。旧制中学・高等女学校は高校に、旧制高校・旧制専門学校・高等師範学校は大学に含めた。JGSS データには在学中の人の情報も含まれるが、本研究で用いるサンプルでは現在在学中の人はいないことを別の変数によって確認している。したがってこの学歴変数は卒業していることを表す。

る。職業については、JGSS で調査されている職業名を総務省の日本標準職業分類に分類し（URL 47）、その上で、管理・専門・技術（0 とコーディング）と管理・専門・技術以外（1 とコーディング）の 2 つに分けて検証に用いている。管理・専門・技術以外は 81% である。

MIDJA における統制変数は、年齢、婚姻形態、経済状況、学歴、企業規模、職業、職務要求、性格特性、楽観主義である（表 10）。年齢は回答者の実年齢で、婚姻形態については、既婚、別居、離婚、死別、未婚の 5 カテゴリーを既婚とそれ以外に分け、既婚を 1、それ以外を 0 とコーディングしている。既婚者割合は 68.6% である。経済状況については、MIDJA では年収等の金額では調査されていないので、「最近のあなたの経済状況について、「もっとも悪い」を 0、「もっとも良い」を 10 として、0 から 10 であてはまる数字に○をつけてください」の質問項目を、値が高いほど経済状況の良さを表すようにして、主観的経済状況として用いている（平均 5.5、標準偏差 2.2）。学歴については、中学卒、高校卒、専門・短大卒、大学・大学院卒の 4 カテゴリーに分け<sup>71</sup>、大学・大学院卒を基準カテゴリとし、他の 3 つのカテゴリーをそれぞれダミー変数として用いている（中学卒 6.9%、高校卒 26.6%、専門・短大卒 24.8%）。職業については「労働職・技能職」、「販売・保安サービス職」、「事務職」、「専門職・技術職」、「管理職」の 5 カテゴリーのうち、専門・技術と管理を統合して基準カテゴリとしている。専門・技術・管理以外のカテゴリーの割合は、労働技能職 20%、販売保安サービス職 14.5%、事務職 24.1% である。職務要求は、前述した職務裁量等と同様の先行研究から作成された尺度で、質問項目の例は、「仕事上で、他の人や他のグループから、同時には満たすことのできない要求をされること」、「過度な要求を受ける」である。これらの項目は、ここで提示される事象がどれくらい回答者に生じたかを尋ねるものである。これらの職務要求を表す 5 項目を得点の高さが職務要求の高さを表すように合成して用いている。

性格特性は FFM の 5 因子である。それぞれの性格特性は、次に述べる形容詞がどれくらい自分に当てはまるかを回答することによって測られている。項目の例は、神経症傾向が「悩みがちな」、外向性は「活動的な」、開放性は「独創的な」、誠実性は「勤勉な」、調和性は「心やさしい」である。神経症傾向は 4 項目、外向性は 5 項目、開放性は 7 項目、誠実性は 5 項目、調和性は 5 項目で測定されており、それぞれについて項目を合成して分析に用いた。楽観主義は、Scheier and Carver（1985）による楽観主義尺度（Life

---

<sup>71</sup>高校中退は中学卒業に、大学中退は高校卒業に含めた。

Orientation Test) から作成された質問項目で測られている。MIDJA では計 6 項目で楽観主義を測る。項目の例は「不確実な場合は、いつも最善を期待する」、「何か私に悪いことが起こりそうだと思うと、本当にそうなる」(逆転項目) で<sup>72</sup>、得点が高いほど楽観的であることを表すようにしている。

## 第 6 節 変数間の関係

ここではデータにおける変数間の関係を確認し、そこからわかる事柄について述べる。まず国民生活基礎調査サンプルにおける NPD、気分・不安障害と機能的制限、性別、雇用形態について表 11 のとおり示す。機能的制限を持たない人と持つ人において NPD、気分・不安障害に該当する人(それぞれ k6 が 5 点以上、9 点以上)の割合を見ると、機能的制限を持つ人の方が NPD、気分・不安障害に該当する割合が高い傾向にある。しかし、NPD、気分・不安障害の該当者の割合を性別、雇用形態で見るとあまり明確な違いは見られない。

表11 NPD、気分・不安障害と機能的制限、性別、雇用形態の関係(国民生活基礎調査)

	NPD非該当	NPD該当	n	気分・不安障害非該当	気分・不安障害該当	n
機能的制限なし	74.6%	25.4%	586	91.3%	8.7%	586
機能的制限あり	48.9%	51.1%	135	77.8%	22.2%	135
男性	70.8%	29.2%	524	89.9%	10.1%	524
女性	67.0%	33.0%	197	85.8%	14.2%	197
正規雇用	69.0%	31.0%	465	89.2%	10.8%	465
非正規雇用	71.1%	28.9%	256	87.9%	12.1%	256

また、NPD、気分・不安障害を説明する変数のうち、機能的制限とその他の変数との関係は表 12 のとおりである。性別、雇用形態、婚姻形態、学歴、企業規模、職業については、特に機能的制限との関係は見られず、年齢と機能的制限についてもはっきりとした関係は見られない。一方で、病気についての悩みがある人のほうが、ない人よりも機能的制限を持つ割合が高い傾向が見られる。

勤続年数、週就業時間、家計支出と NPD、気分・不安障害、機能的制限との関係は表 13 のようになる。NPD および気分・不安障害に該当する人は週就業時間が多い傾向が見

<sup>72</sup> 楽観主義尺度に含まれる逆転項目を悲観主義(pessimism)という別概念とする立場もある。例えば坂本・田中(2002)は楽観主義尺度改訂版を用いたわが国の調査データの検証から、楽観主義と悲観主義は別次元である可能性があるが、両者の相関が高いことから明確に別次元に分けられるとも言えないとしている。本研究では楽観主義を 1 次元として扱う。

られる。機能的制限がある人は逆に週就業時間が少ない傾向にある。家計支出については一貫した傾向は見られない。勤続年数が長いほど NPD および気分・不安障害に非該当になる傾向がみられる。

表12 機能的制限と他の変数の関係(国民生活基礎調査)

	機能的制限なし	機能的制限あり	n		機能的制限なし	機能的制限あり	n
男性	82.1%	17.9%	524	教育			
女性	79.2%	20.8%	197	小学校・中学・在学無	78.9%	21.1%	76
正規	81.5%	18.5%	465	高校	83.3%	16.7%	347
非正規	80.9%	19.1%	256	専門学校・短大	80.8%	19.2%	99
既婚	80.4%	19.6%	578	大学・大学院	78.9%	21.1%	199
未婚	84.6%	15.4%	143	職業			
年齢階級				管理・専門・技術	81.2%	18.8%	266
20～24歳	100.0%	0.0%	1	事務従事者	78.1%	21.9%	96
25～29歳	87.5%	12.5%	8	販売従事者	81.5%	18.5%	54
30～34歳	77.3%	22.7%	22	サービス職業従事者	79.6%	20.4%	113
35～39歳	69.2%	30.8%	26	保安職業従事者	84.6%	15.4%	13
40～44歳	91.9%	8.1%	37	農林漁業従事者	75.0%	25.0%	4
45～49歳	83.8%	16.3%	80	生産工程従事者	82.5%	17.5%	63
50～54歳	88.3%	11.7%	120	輸送・機械運転従事者	88.9%	11.1%	36
55～59歳	73.6%	26.4%	163	建設・採掘従事者	95.0%	5.0%	20
60～64歳	83.1%	16.9%	166	運搬・清掃・包装等従事者	82.1%	17.9%	28
65～69歳	83.8%	16.2%	68	分類不能の職業	75.0%	25.0%	28
70～74歳	63.6%	36.4%	22				
75～79歳	100.0%	0.0%	4				
80～84歳	75.0%	25.0%	4				
企業規模1から299	82.2%	17.8%	416				
企業規模300人以上+官 公庁	80.0%	20.0%	305				
病気についての悩みあり	55.0%	45.0%	171				
病気についての悩みなし	89.5%	10.5%	550				

表13 勤続年数、週就業時間、家計支出とNPD、気分・不安障害、機能的制限の関係(国民生活基礎調査)

	勤続年数		週就業時間		家計支出	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
NPD該当	17.9	14.1	41.7	14.4	26.8	14.0
NPD非該当	20.0	14.6	39.0	13.8	28.3	16.3
気分・不安障害該当	16.8	13.2	42.6	13.9	25.0	12.0
気分・不安障害非該当	19.7	14.6	39.5	14.0	28.2	16.0
機能的制限あり	17.7	14.9	36.6	15.0	29.5	14.4
機能的制限なし	19.7	14.3	40.6	13.6	27.4	15.9

注: n=721。

JGSS サンプルにおける職務満足度、精神的健康、機能的制限、年齢、勤続年数および週就業時間の関係は表 14 に示すとおりである。機能的制限は職務満足度および精神的健康と負の関係、年齢は職務満足度と精神的健康と正の関係、週就業時間は職務満足度と負の関係にあることがわかる。

職務満足度、精神的健康、機能的制限と性別、雇用形態、経済状況(世帯収入)との関係は表 15 のとおりである。女性の方が男性に比べて精神的健康が低く機能的制限が高い傾向がわずかに見られる。また、非正規雇用者の方が正規雇用者と比べて職務満足度が低

く、精神的健康度が低い傾向がわずかに見られる。職務満足度、精神的健康、機能的制限と世帯収入についてはあまり明確な関係は見られない。

**表14 職務満足、精神的健康、機能的制限、年齢、勤続年数および週就業時間の関係(JGSS)**

	職務満足	精神的健康	機能的制限	年齢	勤続年数
精神的健康	.27**				
機能的制限	-.13*	-.32**			
年齢	.28**	.21**	-.05		
勤続年数	.03	.05	.07	.22**	
週就業時間	-.23**	-.08	-.11	-.26**	.16**

注: n=252、\*\* p < .01、\* p < .05。

**表15 職務満足度、精神的健康、機能的制限と経済状況の関係(JGSS)**

	n	職務満足度		精神的健康		機能的制限	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
男性	142	3.7	0.9	67.9	20.3	17.5	20.6
女性	110	3.9	1.0	62.2	19.0	24.2	23.2
正規雇用	95	4.0	1.0	67.6	20.4	20.9	23.0
非正規雇用	157	3.7	0.9	64.0	19.5	20.1	21.5
世帯収入							
70万円未満	2	5.0	0.0	75.0	35.4	31.3	8.8
70～100万円未満	1	3.0		37.5		37.5	
100～130万円未満	0						
130～150万円未満	7	4.1	1.2	62.5	16.1	33.9	18.7
150～250万円未満	15	3.6	1.1	60.8	23.1	40.8	26.5
250～350万円未満	26	3.5	1.2	66.3	24.4	12.5	17.0
350～450万円未満	34	3.9	0.8	68.4	18.0	14.0	17.1
450～550万円未満	36	3.8	0.9	63.5	21.4	22.9	27.0
550～650万円未満	33	3.5	0.9	62.5	15.3	18.6	20.0
650～750万円未満	24	3.5	1.0	65.1	19.5	19.3	19.5
750～850万円未満	22	4.0	0.7	67.0	22.7	25.6	23.6
850～1,000万円未満	15	3.8	0.9	68.3	16.3	19.2	20.5
1,000～1,200万円未満	17	4.0	0.9	64.7	22.6	24.3	22.7
1,200～1,400万円未満	7	4.6	0.8	58.9	11.9	14.3	19.7
1,400～1,600万円未満	5	3.6	0.9	70.0	19.0	12.5	17.7
1,600～1,850万円未満	3	3.7	1.2	58.3	19.1	25.0	25.0
1,850～2,300万円未満	3	4.7	0.6	87.5	12.5	0.0	0.0
2,300万円以上	2	5.0	0.0	87.5	0.0	0.0	0.0

経済状況と性別、雇用形態との関係を見たものが表 16 である。ここでは比較のために本人の仕事による収入の状況を合わせて表示している。世帯全体の収入で見ると経済状況はそれほど男女間、正規・非正規間で違いはない。しかし仕事収入で見ると、男性・正規雇用に比べて、女性・非正規雇用者は収入が低い傾向にあることがわかる。表 16 に示すとおり、女性・非正規雇用者は 130 万円未満の収入である人の割合が多い。

MIDJA における変数間の関係は表 17 に示すとおりである。機能的制限は NA、職業機会の不平等感と弱い正の関係にある。しかし機能的制限と PA の間にはほとんど関係性は見られない。心理的資源を表す変数のうち自尊心は、NA、職業機会の不平等感と負の関



係、PA とは正の関係にあり、統制感覚は、職業機会の不平等感と負の関係、PA と正の関係にある。上司による社会的支援と同僚による社会的支援の相関が高いが、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限は日々変動するであることを踏まえると、上司からの支援と同僚による支援は異なる効果を発揮することが想定されるので、別々の変数として用いることとする。性格特性のうち神経症傾向と外向性は NA および PA と比較的強い関係を持っている。

表16 性別・雇用形態と経済状況の関係(JGSS)

	男性	女性	正規	非正規		男性	女性	正規	非正規
世帯収入					本人仕事収入				
70万円未満	1.4%	0.0%	0.6%	1.1%	70万円未満	3.5%	14.5%	1.3%	20.0%
70～100万円未満	0.7%	0.0%	0.0%	1.1%	70～100万円未満	3.5%	12.7%	1.3%	17.9%
100～130万円未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100～130万円未満	4.9%	16.4%	3.8%	20.0%
130～150万円未満	0.7%	5.5%	1.9%	4.2%	130～150万円未満	3.5%	5.5%	1.9%	8.4%
150～250万円未満	5.6%	6.4%	4.5%	8.4%	150～250万円未満	10.6%	11.8%	10.8%	11.6%
250～350万円未満	12.0%	8.2%	6.4%	16.8%	250～350万円未満	16.9%	14.5%	20.4%	8.4%
350～450万円未満	16.2%	10.0%	13.4%	13.7%	350～450万円未満	14.1%	6.4%	15.9%	2.1%
450～550万円未満	13.4%	15.5%	12.1%	17.9%	450～550万円未満	6.3%	4.5%	8.9%	0.0%
550～650万円未満	14.8%	10.9%	16.6%	7.4%	550～650万円未満	13.4%	1.8%	13.4%	0.0%
650～750万円未満	8.5%	10.9%	10.2%	8.4%	650～750万円未満	5.6%	1.8%	5.7%	1.1%
750～850万円未満	9.2%	8.2%	9.6%	7.4%	750～850万円未満	6.3%	0.0%	5.7%	0.0%
850～1,000万円未満	2.8%	10.0%	5.1%	7.4%	850～1,000万円未満	1.4%	0.9%	1.9%	0.0%
1,000～1,200万円未満	7.0%	6.4%	9.6%	2.1%	1,000～1,200万円未満	4.9%	0.0%	4.5%	0.0%
1,200～1,400万円未満	2.1%	3.6%	3.2%	2.1%	1,200～1,400万円未満	0.7%	0.0%	0.6%	0.0%
1,400～1,600万円未満	2.8%	0.9%	3.2%	0.0%	わからない	0.7%	0.9%	0.0%	2.1%
1,600～1,850万円未満	1.4%	0.9%	1.3%	1.1%	無回答	3.5%	8.2%	3.8%	8.4%
1,850～2,300万円未満	1.4%	0.9%	1.9%	0.0%					
2,300万円以上	0.0%	1.8%	0.6%	1.1%					
n	142	110	157	95	n	142	110	157	95

表17 変数間の相関係数(MIDJA)

	NA	職業機会 不平等感	PA	機能 制限	自尊 心	統制 感覚	職務 裁量	スキル 多様性	上司社会 的支援	同僚社会 的支援	年齢	経済状況 の良さ	職務 要求	神経症 傾向	外向 性	開放 性	誠実 性	調和 性
職業機会不平等感	.35*																	
PA	-.32**	-.37**																
機能制限	.12*	.10	.03															
自尊心	-.36**	-.44**	.31**	-.15**														
統制感覚	-.09	-.36**	.26**	-.11	.31**													
職務裁量	-.12*	-.42**	.11	-.12*	.26**	.26**												
スキル多様性	-.04	-.42**	.12*	-.13*	.20**	.30**	.69**											
上司社会的支援	-.13*	-.41**	.32**	-.07	.18**	.19**	.27**	.37**										
同僚社会的支援	-.09	-.35**	.21**	-.05	.11	.27**	.37**	.37**	.61**									
年齢	-.12*	.02	.05	.41**	.03	-.26**	-.18**	-.27**	-.12*	-.15**								
経済状況の良さ	-.24*	-.41**	.27**	-.06	.32**	.34**	.25**	.20**	.18**	.20**	-.11							
職務要求	.18*	-.09	-.09	-.15*	.00	.10	.55**	.48**	.10	.23**	-.29**	.06						
神経症傾向	.45**	.24**	-.31**	.05	-.32**	-.07	-.03	.02	-.08	-.05	-.12*	-.23**	.23**					
外向性	-.14*	-.35**	.44**	-.03	.35**	.22**	.18**	.12*	.17**	.19**	-.01	.22**	-.05	-.17**				
開放性	-.02	-.33**	.27**	-.10	.35**	.28**	.32**	.35**	.19**	.15*	-.18**	.23**	.13*	-.05	.60**			
誠実性	-.07	-.23**	.24**	-.03	.27**	.18**	.22**	.16**	.08	.07	.10	.22**	.04	-.15*	.28**	.36**		
調和性	-.07	-.29**	.36**	-.03	.37**	.20**	.15*	.08	.10	.11	.06	.18**	-.01	-.16**	.63**	.53**	.54**	
楽観主義	-.39**	-.41**	.43**	-.04	.51**	.34**	.16**	.16**	.25**	.26**	.00	.31**	-.11	-.39**	.36**	.25**	.07	.22**

注: n=290, \*\* p < .01, \* p < .05。

性別、雇用形態とスキル多様性、社会的支援、経済状況との関係は表 18 のとおりである。男性および正規雇用者と比較すると女性および非正規雇用者は職務裁量が低く、スキル多様性が低い傾向にある。主観的経済状況については正規雇用者より非正規雇用者の方

が低い。

表18 性別、雇用形態と職務裁量、スキル多様性、社会的支援、経済状況の関係(MIDJA)

	n	職務裁量		スキル多様性		上司による社会的支援		同僚による社会的支援		主観的経済状況	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
男性	168	3.4	0.9	3.1	0.8	2.8	0.9	2.9	0.8	5.5	2.4
女性	122	3.1	0.9	2.9	0.9	2.9	1.0	3.1	0.9	5.6	2.1
正規雇用	216	3.5	0.8	3.2	0.8	2.9	0.9	3.0	0.8	5.8	2.2
非正規雇用	74	2.7	0.8	2.6	0.9	2.8	1.0	2.8	1.0	4.9	2.2

これらの変数間関係から以下のようなことがわかる。本研究の理論的な枠組みと概ね整合的に、機能的制限を持つことはディストレスおよびウェルビーイングと関係していることが観察された。例えば国民生活基礎調査データの場合、機能的制限を持つ人は、持たない人と比べて、NPD、気分・不安障害を持つ割合が高いことがわかった。JGSS では職務満足度、精神的健康と機能的制限は負の相関係数にあり、また MIDJA では機能的制限と NA、職業機会の不平等感は正の関係にあることが示された。このように、従業員の心理的資源について、自尊心は NA、職業機会の不平等感、PA と関係することが確認された。

従業員が持つ職務上の資源に関しては、例えば MIDJA では、男性および正規雇用者と比較して女性および非正規雇用者は職務裁量が少なく、スキル多様性が低い傾向にあることが示された。一方で、女性や非正規雇用と経済的資源との関係を見てみると、世帯収入で見るか本人の仕事による収入で見るかで傾向の違いが見られる。JGSS データでは世帯収入と性別、雇用形態には関係は見られないが、同じ JGSS データで本人の仕事収入と性別、雇用形態の関係を見ると、女性・非正規雇用者は 130 万円未満の収入である人の割合が多い。したがって、本人の仕事による収入の低さが家計内の所得移転によって補てんされていると考えられる。

COR 理論における資源は個人にとって価値あるものであり、そのような資源が損失脅威にさらされたときにストレスが生じる。これを踏まえると、女性や非正規雇用者に関しては、本人の収入が低くても配偶者等の収入がある場合にはストレスとならない、あるいは軽減されるかもしれない。なぜならば、その個人の生活にとって本人の仕事による収入は経済的資源としての重要度はそれほど高くない可能性があるからである。

そのため、女性従業員であることや非正規雇用者であることがディストレスを増加させ

る結果が見られる場合、それは経済的な困難以外の要因によるストレスである可能性がある。すなわち、仕事において自律性、有能さ、関係性についての基本的欲求が満たされないことによって生じている可能性が考えられる。前述したように、女性や非正規雇用者は職務裁量やスキル多様性といった職務上の資源量が男性・正規雇用者と比べ少ない。

また、国民生活基礎調査および JGSS のサンプルでは、職務裁量やスキル多様性といった職場内の資源の具体的な状況は把握できないが、MIDJA サンプルにおける性別・雇用形態と職務関連の資源の関係を踏まえると、国民生活基礎調査および JGSS における女性や非正規雇用者も、職場における職務関連の資源量の少なさを部分的に表している可能性が考えられるため、結果を解釈する際はそのような点に留意する必要があると考えられる。

## 第 7 節 分析の手続き

本研究で用いる推計手法は、最小二乗法 (Ordinary Least Squares, OLS) の回帰分析とロジスティック回帰分析である。検証仮説ごとの使用データ、変数、推計方法は表 19 のとおりである。本研究の仮説は、直接効果仮説 (仮説 1 から 7)、媒介効果仮説 (仮説 8 から 13)、調整効果仮説 (仮説 14 から 39) の 3 つに分類される。

直接効果仮説では、独立変数としての機能的制限が 7 つの従属変数に与える影響を検証する。その際に、NPD と気分・不安障害は 2 値変数なので、ロジスティック回帰分析を行う。それ以外の従属変数については OLS を用いて分析を行う。それらの推計モデルには統制変数と調整変数を同時に投入する。NPD と気分・不安障害の検証では、年齢階級、婚姻形態、家計支出、学歴、職業、企業規模、勤続年数、週あたり就業時間、病気についての悩みを統制変数として用い、調整変数は女性、非正規雇用である。既婚の基準カテゴリは未婚、学歴の基準カテゴリは大学・大学院卒、職業の基準カテゴリは管理・専門・技術を用いる。企業規模の基準カテゴリは従業員数 300 人以上および官公庁である。

職務満足度と精神的健康の検証では、年齢、婚姻形態、世帯収入、学歴、業種、職業、企業規模、勤続年数、週あたりの就業時間を統制変数として用い、女性と非正規雇用を調整変数としている。世帯収入は 250 万円以上、業種は官公庁を基準カテゴリとした。ネガティブ情動、職業機会の不平等感、ポジティブ情動についての影響を検証する場合の統制変数は年齢、既婚、主観的経済状況、学歴、職業、企業規模、職務要求、性格 5 大因子、楽観主義であり、調整変数は、女性、非正規雇用、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援である。

表19 仮説、変数、データおよび推計方法

	仮説の種類	独立変数	従属変数	媒介変数	調整変数	データ	推計方法
仮説1	直接効果仮説	機能的制限	NPD	—	—	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説2	直接効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	—	MIDJA	OLS
仮説3	直接効果仮説	機能的制限	気分・不安障害	—	—	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説4	直接効果仮説	機能的制限	職務満足度	—	—	JGSS	OLS
仮説5	直接効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	—	MIDJA	OLS
仮説6	直接効果仮説	機能的制限	精神的健康	—	—	JGSS	OLS
仮説7	直接効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	—	MIDJA	OLS
仮説8	媒介効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	自尊心	—	MIDJA	OLS
仮説9	媒介効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	自尊心	—	MIDJA	OLS
仮説10	媒介効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	自尊心	—	MIDJA	OLS
仮説11	媒介効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	統制感覚	—	MIDJA	OLS
仮説12	媒介効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	統制感覚	—	MIDJA	OLS
仮説13	媒介効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	統制感覚	—	MIDJA	OLS
仮説14	調整効果仮説	機能的制限	NPD	—	女性	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説15	調整効果仮説	機能的制限	NPD	—	非正規雇用	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説16	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	女性	MIDJA	OLS
仮説17	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	非正規雇用	MIDJA	OLS
仮説18	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	職務裁量	MIDJA	OLS
仮説19	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	スキル多様性	MIDJA	OLS
仮説20	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	上司による社会的支援	MIDJA	OLS
仮説21	調整効果仮説	機能的制限	ネガティブ情動	—	同僚による社会的支援	MIDJA	OLS
仮説22	調整効果仮説	機能的制限	気分・不安障害	—	女性	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説23	調整効果仮説	機能的制限	気分・不安障害	—	非正規雇用	国民生活基礎調査	ロジスティック回帰
仮説24	調整効果仮説	機能的制限	職務満足度	—	女性	JGSS	OLS
仮説25	調整効果仮説	機能的制限	職務満足度	—	非正規雇用	JGSS	OLS
仮説26	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	女性	MIDJA	OLS
仮説27	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	非正規雇用	MIDJA	OLS
仮説28	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	職務裁量	MIDJA	OLS
仮説29	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	スキル多様性	MIDJA	OLS
仮説30	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	上司による社会的支援	MIDJA	OLS
仮説31	調整効果仮説	機能的制限	職業機会の不平等感	—	同僚による社会的支援	MIDJA	OLS
仮説32	調整効果仮説	機能的制限	精神的健康	—	女性	JGSS	OLS
仮説33	調整効果仮説	機能的制限	精神的健康	—	非正規雇用	JGSS	OLS
仮説34	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	女性	MIDJA	OLS
仮説35	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	非正規雇用	MIDJA	OLS
仮説36	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	職務裁量	MIDJA	OLS
仮説37	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	スキル多様性	MIDJA	OLS
仮説38	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	上司による社会的支援	MIDJA	OLS
仮説39	調整効果仮説	機能的制限	ポジティブ情動	—	同僚による社会的支援	MIDJA	OLS

媒介効果仮説の検証については、Barron and Kenny（1986）の完全媒介の検証の手続きに従うこととする。媒介効果の検証モデルは図 47 に示すとおりである。この手続きでは、第 1 に独立変数が有意に媒介変数に影響すること（図中のパス a）、第 2 に媒介変数が従属変数に有意に影響すること（パス b）、第 3 に独立変数が従属変数に与えていた有意な影響（パス c）が媒介変数を統制すると統計的有意水準に到達しない（パス c'）ことを確認する。本研究では独立変数は機能的制限、媒介変数は自尊心と統制感覚、従属変数はネガティブ情動、職業機会の不平等感、ポジティブ情動である。機能的制限がネガティブ情動、職業機会の不平等感、ポジティブ情動に影響を与えるかは前述した直接効果仮説の検証で確認するので、これらの従属変数への直接効果がある場合のみに媒介効果を検証する。直接効果が無い場合には媒介効果は検証しない。

直接効果が有意な場合、自尊心と統制感覚の媒介効果を別々に検証する。ここでは自尊心を例に述べる。機能的制限に直接効果があることが確認された場合（図 47 中のパス c）、機能的制限が自尊心に影響を与えるか（パス a）、自尊心がディストレス・ウェルビーイング

グに影響を与えるかを確認する（パス b）。これらの影響関係がどちらも統計的に有意でなければ媒介効果は無いと見なす。そして、機能的制限から自尊心、自尊心から従属変数に与える影響が有意な場合に（パス a および b）、自尊心をモデルに含めて機能的制限がディストレス・ウェルビーイングに与える影響を確認する（パス c'）。このとき、統計的に有意だった機能的制限のディストレス・ウェルビーイングに与える直接効果が有意で無くなれば、媒介効果が確認できたとする。統制感覚を媒介変数とした場合もこれと同様の手続きで媒介効果を検証する。

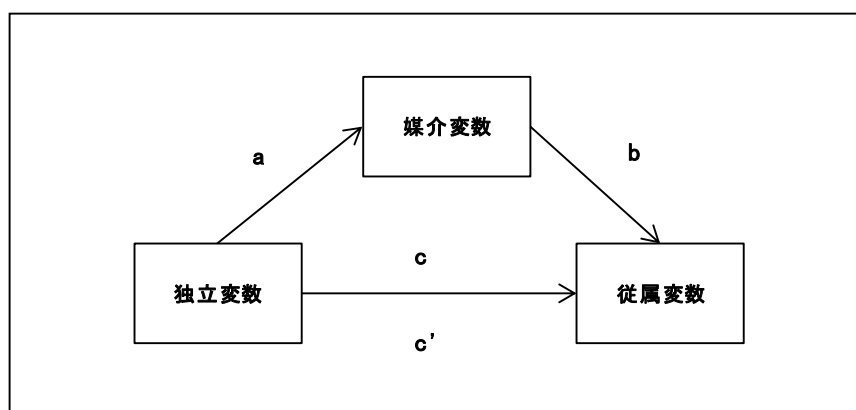


図47 媒介効果の検証モデル

出典：Barron and Kenny (1986)をもとに和訳および修正して作成

調整効果については、機能的制限の直接効果が有意な場合のみ、機能的制限の効果が資源によって調整されるかを検証する。これは、本研究の仮説は、雇用形態や職務裁量などの職務上の資源が、機能的制限がディストレス・ウェルビーイングに与える直接効果を強めるか、弱めるかを検証するものであるためである。機能的制限の直接効果がない場合の機能的制限と職務上の資源の交互作用項の効果は、職務上の資源がディストレス・ウェルビーイングに与える影響を機能的制限が調整していることを表す可能性があるため、機能的制限の直接効果がディストレスとウェルビーイングの指標に与える影響が有意でない場合にはその指標について調整効果仮説は検証しない。

調整効果の検証方法としては、ロジスティック回帰および OLS の回帰式に交互作用項を投入して検証する。Cohen *et al.* (2003) の推奨するとおり、交互作用項となる変数は、予め中心化する。ただし 2 値のカテゴリ変数（性別、雇用形態等）については、Cohen *et al.* (2003) の推奨に従い、中心化せずに交互作用項を作成する。

調整効果の検証にあたっては、第 1 ステップとして直接効果の検証と同じモデルの検証を行う。このとき 2 値変数でない機能的制限は中心化して回帰式に投入する。また、調整変数（非正規雇用のダミー変数や職務裁量などの変数）の主効果も同時に入れる。このときダミー変数でない調整変数は中心化している。第 2 ステップでは上述した交互作用項を回帰式に加えて検証を行う。このときに第 2 ステップのモデルが第 1 ステップのモデルと比べて有意に説明力が変化していること（例えば OLS においては  $R^2$  が有意に変化していること）と、投入した交互作用項が有意に従属変数に影響を与えていることを確認する。どちらも有意である場合、調整効果が見られたと判断する。

## 第 8 節 小括

本章では分析に用いるデータ、変数と記述統計、変数間の関係、分析の手続きについて説明した。本研究では、平成 22 年国民生活基礎調査、JGSS-2010、MIDJA-2008 からそれぞれ慢性疾患を持つ従業員を抽出したサンプルを用いる。サンプルサイズは国民生活基礎調査が 721、JGSS が 252、MIDJA が 290 である。サンプル特性を国勢調査と比較すると、国民生活基礎調査の女性比率が低い傾向、国民生活基礎調査と MIDJA は管理職と専門・技術の割合が多い傾向が見られる。機能的制限はこの 3 つのサンプルのいずれにおいても用いられるが、国民生活基礎調査では健康による日常生活への影響があることを機能的制限とし、JGSS では仕事や日常活動における役割機能の制約を、MIDJA では ADL、IADL を表す項目を機能的制限としている。ディストレスを表す NPD、気分・不安障害については k6 尺度のそれぞれ 5 点以上、9 点以上を判定基準とする。ネガティブ情動、職業機会の不平等感、ポジティブ情動についてはいずれも 6 つの項目の合成尺度である。職務満足度は仕事への満足度を測る単一項目である。精神的健康は SF-12 における心の健康尺度を用いる。統制変数としては、病気についての悩みや個人特性といった機能的制限以外にディストレス、ウェルビーイングに影響を与える可能性のある変数を用いる。変数間の関係については性別や雇用形態は職務裁量やスキル多様性といった職場内の資源量の少なさとやや関係している傾向が見られる。分析の手続きとしては、ロジスティック回帰と OLS 回帰を用いて機能的制限がディストレス、ウェルビーイングに与える影響を検証する。媒介効果の検証は、媒介変数を投入した際に直接効果が統計的に有意でなくなるかを判断の基準とする。調整効果については、交互作用項が有意に従属変数に影響を与えるかによって検証する。

## 第6章 結果

### 第1節 直接効果仮説の検証

表20は国民生活基礎調査のサンプルを用いたロジスティック回帰分析の結果である。機能的制限を持つことはNPDを持つ確率（ $B=.96, p<.01$ ）、および気分・不安障害を持つ確率を増加させている（ $B=1.03, p<.05$ ）。オッズ比で表せば、機能的制限を伴いながら就労している慢性疾患患者は、機能的制限を伴わない場合と比べて、2.6倍NPDを持ちやすく、2.8倍気分・不安障害を持ちやすい。このことから、仮説1と3が支持された。

表20 機能的制限がNPD、気分・不安障害に与える影響（国民生活基礎調査）

	NPD (k6 5点以上)			気分・不安障害 (k6 9点以上)		
	B	SE	オッズ比	B	SE	オッズ比
年齢階級	-.14 *	.06	.87	-.19 *	.08	.83
既婚	-.23	.23	.79	-.38	.30	.69
家計支出	-.01	.01	.99	-.02	.01	.98
学歴（基準：大学・大学院）						
小学校・中学・在学無	.39	.37	1.48	.57	.51	1.76
高校	.08	.24	1.08	-.05	.36	.96
専門学校・短大	.23	.30	1.26	.31	.42	1.37
職業（基準：管理・専門・技術）						
事務	-.45	.29	.64	-.56	.42	.57
販売	.13	.34	1.14	-.42	.53	.66
サービス	-.75 *	.31	.47	-.90	.46	.41
保安農林建築	.59	.40	1.80	-.41	.70	.66
生産	-.21	.35	.81	-.13	.47	.88
輸送機械運転	-.19	.44	.83	-.07	.59	.93
運搬清掃梱包	-.20	.49	.82	-.27	.70	.77
分類不能	-.69	.52	.50	-.24	.65	.79
企業規模（300人未満）	-.39 *	.20	.68	-.40	.28	.67
勤続年数	-.01	.01	.99	.00	.01	1.00
就業時間／週	.02 *	.01	1.02	.03 *	.01	1.03
病気についての悩みあり	.99 **	.21	2.70	.70 *	.30	2.01
機能的制限	.96 **	.23	2.60	1.03 *	.30	2.80
女性	-.02	.24	.98	.01	.33	1.01
非正規雇用 （定数）	.26	.25	1.30	.68	.35	1.98
	.32	.78	1.37	-.49	1.07	.61
Nagelkerke R <sup>2</sup>	.18			.17		
-2対数尤度	784.41			443.54		
$\chi^2$ (df)	99.31(21)**			63.16(21)**		

注：n=721, \*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$ 。保安農林建築は、保安、農林漁業、建築・採掘の3つを統合した職業カテゴリである。

表21は、JGSSサンプルを用いた直接効果仮説の検証結果である。機能的制限は職務満足度に負の影響を与え（ $\beta=-.15, p<.05$ ）、精神的健康についても負の影響を与えている（ $\beta=-.29, p<.01$ ）。このことから、仮説4と仮説6が支持された。

表22に示す通り、MIDJAサンプルを用いた検証では、機能的制限がNAを高めている

( $\beta=.13$ ,  $p < .05$ )。このことから、仮説 2 が支持された。しかし、機能的制限を持つことは、職業機会の不平等感とポジティブ情動 (PA) に有意な影響を与えておらず、仮説 5 と 7 は支持されなかった。

表21 機能的制限が職務満足度、精神的健康に与える影響 (JGSS)

	職務満足度			精神的健康		
	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$
(定数)	3.71 **	.46		70.99 **	9.58	
年齢	.02 *	.01	.18	.22	.12	.13
既婚	.08	.15	.04	1.60	3.05	.03
世帯年収(250万未満)	.22	.22	.07	.30	4.55	.01
学歴(中学・高校・短大・高専)	-.01	.01	-.07	-.09	.14	-.04
業種(民間)	-.01	.26	.00	-7.70	5.39	-.10
企業規模(300人未満)	-.03	.12	-.02	-2.65	2.57	-.07
職業(基準:管理・専門・技術)						
事務	-.24	.18	-.11	.91	3.64	.02
販売	-.69 **	.22	-.22	-4.38	4.51	-.07
サービス	.34	.24	.10	3.33	4.97	.05
保安	-.22	.54	-.03	-9.04	11.18	-.05
生産	-.28	.19	-.11	-3.67	4.05	-.07
輸送・機械運転	-.73 **	.24	-.21	.47	5.02	.01
建設・採掘	-.96 **	.32	-.19	7.74	6.69	.08
運搬・清掃・包装等	-.20	.27	-.05	4.05	5.56	.05
勤続年数	.00	.01	.02	.09	.12	.05
就業時間/週	-.01	.01	-.15	-.12	.11	-.09
機能的制限	-.01 *	.00	-.15	-.26 **	.06	-.29
女性	.01	.14	.00	-4.51	2.89	-.11
非正規雇用	-.05	.17	-.03	2.92	3.58	.07
調整済みR <sup>2</sup>	.17**			.14**		

注: n=252, \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ 。b=非標準化係数。

これらの機能的制限が統計的に有意な影響を与えていたモデルの決定係数 (国民生活基礎調査サンプルでは Nagelkerke の  $R^2$ ) の値は、.14 から .32 の間に止まっている。この中では MIDJA サンプルを用いたモデルの当てはまりが最も良い傾向がみられる (調整済み  $R^2=.32$ )。国民生活基礎調査を用いた分析の 2 つのモデルについて、Nagelkerke の  $R^2$  ではほとんど差は見られないが、AIC の値で比較すると<sup>73</sup>、NPD についてのモデルの AIC が 828.41、気分・不安障害についてのモデルが 487.54 であるので、気分・不安障害についてのモデルの方が NPD についてのモデルより当てはまりが良いといえる。

これらのモデルに投入した統制変数の効果、および調整変数の主効果について確認する。国民生活基礎調査サンプルでは、NPD を持つ確率に対して年齢、サービス職、勤務先の企業規模 300 人未満が負の影響を、また週あたり就業時間と病気についての悩みがあることが正の影響を与えている。気分・不安障害を持つ確率に対しては、年齢、企業規模、週

<sup>73</sup> AIC はモデルの-2 対数尤度にパラメータ数 (どちらも 22) の 2 倍を足して算出。



あたり就業時間、病気についての悩みが同様の影響を与えている。JGSS サンプルでは、職務満足度に対して年齢が正の影響を、販売職、輸送・機械運転、建築・採掘が負の影響を与えている。精神的健康に対しては機能的制限以外の統制変数の影響は有意水準に到達していない。MIDJA サンプルでは、NA へ販売・保安・サービス職、職務要求、神経症傾向、開放性、女性であることが正の影響を与えているのに対して、楽観主義が負の影響を与えている。

表22 機能的制限がNA、職業機会の不平等感、PAに与える影響(MIDJA)

	NA			職業機会の不平等感			PA		
	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$
(定数)	1.46 **	.34		3.84 **	.27		1.26 **	.39	
年齢	.00	.00	-.08	.00	.00	-.09	.00	.00	-.04
既婚	-.05	.06	-.04	-.05	.05	-.05	.33 **	.07	.22
主観的経済状況	-.02	.01	-.08	-.04 **	.01	-.20	.02	.02	.06
学歴(基準:大学・大学院)									
中学	-.11	.13	-.05	-.08	.10	-.04	-.02	.15	-.01
高校	-.08	.08	-.06	-.06	.06	-.06	.02	.09	.01
専門短大	.00	.08	.00	.01	.06	.01	-.11	.09	-.07
職業(基準:管理・専門・技術)									
労働技能職	.16	.09	.12	.11	.07	.09	-.19	.10	-.11
販売保安サービス職	.19 *	.09	.13	.13	.07	.10	-.16	.11	-.08
事務職	.12	.08	.09	.07	.06	.07	-.14	.09	-.09
企業規模(300人未満)	-.02	.06	-.02	-.03	.05	-.03	.19 **	.07	.14
職務要求	.10 *	.05	.13	.03	.04	.05	.00	.06	.00
神経症傾向	.31 **	.06	.31	.05	.05	.05	-.16 *	.07	-.13
外向性	-.06	.06	-.07	-.07	.05	-.10	.19 *	.07	.18
開放性	.13 *	.07	.15	-.01	.05	-.01	.00	.08	.00
誠実性	-.01	.07	-.01	.00	.05	.00	.10	.08	.07
調和性	.04	.07	.04	-.05	.06	-.06	.10	.08	.08
楽観主義	-.20 **	.05	-.24	-.12 **	.04	-.16	.20 **	.06	.19
機能的制限	.12 *	.05	.13	.06	.04	.08	.07	.06	.06
女性	.22 **	.07	.20	-.02	.06	-.02	.21 *	.08	.15
非正規雇用	-.09	.08	-.07	-.05	.06	-.05	.17	.09	.11
職務裁量	-.09	.05	-.14	-.08 *	.04	-.15	-.06	.06	-.07
スキル多様性	.04	.05	.06	-.10 *	.04	-.18	.03	.06	.03
上司による社会的支援	-.04	.04	-.07	-.11 **	.03	-.21	.17 **	.04	.23
同僚による社会的支援	.00	.04	-.01	.00	.03	-.01	-.04	.05	-.05
調整済みR <sup>2</sup>	.32**			.42**			.42**		

注: n=290, \*\* p < .01, \* p < .05。b=非標準化係数。

## 第2節 直接効果仮説の検証結果についての考察

予測した通り、慢性疾患を持つ従業員において、機能的制限はディストレスを増加させていた。機能的制限がディストレスに与える正の効果は、サンプル・指標を変えても一貫して観察された。COR 理論は、個人にとって価値ある資源の喪失がストレスを生じさせると想定する。今回の結果を COR 理論の論点と照らし合わせると、機能的制約を持つことがディストレスを増加させるのは、日常生活や職業生活上の基本動作の遂行能力という価

値ある資源が損なわれたためであると解釈することが出来る。

国民生活基礎調査のサンプルを用いた分析では、機能的制限が NPD、気分・不安障害に与える影響は、病気についての悩みを統制しても消失しなかった（表 20）。従って、機能的制限からディストレスへの影響は、病気についての悩みがディストレスに与える影響とは独立したものであると考えられる。そのため、日常課題の遂行能力に制約のある従業員がストレスを抱えずに働くことができる環境を整備するためには、病気についての悩みを解消するための措置（例えば通院や入院などの医療的措置が考えられる）だけでは不十分であり、機能的制限を持つことに配慮した職場運営や職務の割り当て等、職場における支援が必要であることを示唆している。一方で、MIDJA のサンプルを用いた分析では、職務要求を統制しても、機能的制限は NA を高めていた。このことは、慢性疾患を持つ従業員のストレスの状態を把握するためには、職務に着目するだけではなく、身体的な能力の制約によって課業の遂行に困難がないかなどにも注意することが必要であることを示唆している。

また、MIDJA のサンプルを用いた検証では、性格 5 大特性や楽観主義を統制しても機能的制限はディストレスを高めていた。性格特性および楽観主義はコーピングのあり方と関係していることを踏まえれば<sup>74</sup>、個人のコーピングのあり方に関わらず機能的制限はディストレスに影響を与えることが考えられる。このことは、機能的制限を持つことへの対処は個人の努力だけでは不十分で、組織的な対処を考えていく必要があることを示唆している。

また、予測外の結果として、MIDJA サンプルでは、調整変数として投入した女性ダミーが直接 NA を高めていた。これはディストレスに性差がある可能性を示している。ストレスの性差を説明する仮説として、社会化仮説（socialization hypothesis）と役割制約仮説（role-constraint hypothesis）がある（Matud 2004）。社会化仮説は、社会における男性観・女性観に影響されて、女性はより情動中心のストレス対処を行うため、女性が行うストレス対処の仕方は男性に比べ有効性が低く、結果として女性は男性よりストレスが高くなると考えるものである。それに対して役割制約仮説は、男女に社会的役割の差異があるため、それが男女間で資源や機会の多さの違いを生じ、ストレスへの対処方略の性差を

---

<sup>74</sup> 神経症傾向は回避型コーピングを高め、誠実性は回避型コーピングを低める（Rassart *et al.* 2014）。楽観主義は接近型コーピングと正の関係、回避型コーピングと負の関係にある（Nes and Segerstrom 2006）。

生む。その結果、資源や機会が相対的に少ない女性のストレスがより高くなると説明する。

役割制約仮説を踏まえれば、ストレス対処を行うための資源、すなわち職務裁量や社会的支援などを男女間で統制すれば、女性であることがディストレスに与える影響は消失するはずである。しかし結果はそうっていない。本研究の結果は、表 22 に示すように、職務上の資源の影響を統制しても女性であることは NA を強めていた。このため、慢性疾患を持つ女性従業員がより多くのディストレスを抱えることは、役割制約仮説ではなく、社会化仮説の予測とより整合的な結果だといえる。実際に、がんで入院している就労者を対象とする国内の研究では、雇用形態に関わらず、男性より女性の方が復職に関する不安が大きいことが報告されている（豊田 2016）。社会化仮説の予測が正確で、女性が適切なコーピング方法を身につける機会が固定的な性役割観によって妨げられているとすれば、本研究が示した慢性疾患を持つ従業員の男女間のディストレスの差は、社会における資源の不平等な配分の結果であるといえる。

ウェルビーイングについては、予測通りの結果と、予測に反したものが混在している。予測通り、機能的制限は職務満足度および精神的健康を低めていた。職務満足度については、JD-R 理論における外発的動機づけプロセスによって理解することができる。第 4 章で確認した通り、JD-R 理論は、資源の不足が従業員の目的達成を困難にし、そのような事態に対処するための自己防衛として、従業員は職務から退出し、モチベーションを低下させると説明する。すなわち、機能的制限によって職務を十分に遂行できないという好ましくない事態を自己の中で正当化するために職務への関与を低下させるので、結果として職務満足度が低下すると考えられる。精神的健康については前述したディストレスと同じく、資源喪失によって引き起こされたものと考えられる。したがって、機能的制限を持つことは、慢性疾患を持つ従業員が充実した職業生活を送ることを妨げる要因であるといえる。

また、ストレスプロセス理論は、社会経済的地位はストレッサーが精神的健康を悪化させるプロセスに介入すると想定する。しかし、JGSS サンプルを用いた検証では、世帯収入、学歴、職業を統制してもなお機能的制限は精神的健康を悪化させている（表 21）。また、国民生活基礎調査および MIDJA のサンプルで学歴や職業を統制しても機能的制限はディストレスを悪化させている（表 20、22）。このことから、慢性疾患を持つ従業員に関しては、社会経済的地位の高低に関わらず機能的制限はディストレスを高め、ウェルビーイングを低下させると考えられる。

ただし予測に反して、機能的制限は職業機会の不平等感と PA には影響を与えなかった。この結果は、第 4 章で述べた健康状態の悪さが職業移動を制約すると指摘する健康選別仮説の議論とは不整合だが、これについては二つの可能性が考えられる。一つ目は、実際に慢性疾患・機能的制限を持つ従業員は職業選択・職業移動にあたって不平等に直面していないということである。しかしこれはこれまでのわが国における先行研究の結果と整合しない。例えば濱秋・野口（2010）は慢性疾患を持つ従業員は無職である確率を高めることを明らかにしている。また、機能的制限が NA を高め、職務満足度を低めているという本研究の結果とも整合的でない。二つ目には、客観的には不平等であるような状況であっても、個人がそれを不平等に感じていないという可能性が考えられる。相対所得仮説は、比較可能な他者との所得格差が不満やストレスを生じさせると説明しているが、これを踏まえれば、慢性疾患を持つ従業員は慢性疾患を持たない人と職業機会を比較しているのではなく、慢性疾患が理由で既に職を失っている人と比較しているため、不平等感を感じていないという可能性が考えられる。健康選別仮説に関する先行研究の検証方法は、健康状態が良い人と悪い人を職業移動データをもとに比較している（Kröger 2016）。今回の検証方法は、機能的制限と慢性疾患を持つ従業員と、慢性疾患を持つ従業員の主観的な指標を用いての比較であるため、そのような指標の性質の違いが結果に影響をもたらした可能性が考えられる。また、先行研究が時系列の職業移動データを用いているのに対して（Kröger 2016）、今回用いているのは 1 時点の横断データである。そのような方法論上の制約も同様に結果に影響した可能性が考えられる。

また、機能的制限を持つことは NA に影響を与えたが、PA には影響を与えなかった。Sonnentag（2015）はそれまでの研究のレビューから、ネガティブな出来事はネガティブな情動を喚起し、ポジティブな出来事はポジティブな出来事を喚起すると説明している。Sonnentag はこれを「情動の対称性」（affect symmetry）と呼んでいる。情動の対称性仮説からでは、ネガティブな出来事はポジティブな感情と関係せず、ポジティブな出来事はネガティブな情動と関係しないと考えられている。このため、機能的制限が PA に影響を与えないという結果は、情動の対称性仮説と整合的である。

また、機能的制限が職務満足度に影響を与えるのに対して、PA には影響を与えなかった。職務満足度と PA はいずれもポジティブな性質のものであるのに、このような結果の違いが生じたのは、これら二つのウェルビーイングの指標の特性の違いによる可能性が考えられる。第 4 章でも述べたように、職務満足度は職務の内容についての認知から生じる

情動であり、PA は感情の状態そのものを指している。このような指標の性質が結果に違いをもたらしたとも考えられる<sup>75</sup>。これらのことから、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限は、ウェルビーイングについても部分的に影響を与えていると考えられる。

### 第3節 媒介効果仮説の検証

第5章で述べたように、本研究は Baron and Kenny (1986) の手続きに従い、機能的制限が NA、職業機会の不平等感、および PA に与える影響が有意でない場合には、その時点でそれぞれの媒介効果仮説は支持されなかったと見なす。前述したように、機能的制限は NA に影響を与えるが、職業機会の不平等感と PA に影響を与えていないため、これらに関する媒介効果仮説である仮説 9、10、12、13 は支持されなかった。

表 23 は残る媒介仮説 8 と 11 の検証結果である。仮説 8 は支持された。すなわち、自尊

表23 自尊心と統制感覚による媒介効果(MIDJA)

表2-3 自尊心と統制感覚による媒介効果 (Mediation)												
	自尊心			統制感覚			NA					
	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$	b	SE	$\beta$
(定数)	2.03 **	.45		2.63 **	.60		1.46 **	.34		1.69 **	.35	
年齢	.01 *	.00	.12	-.02 **	.01	-.19	.00	.00	-.08	.00	.00	-.06
既婚	-.06	.08	-.03	-.13	.11	-.07	-.05	.06	-.04	-.05	.06	-.05
主観的経済状況	.03	.02	.08	.07 **	.03	.18	-.02	.01	-.08	-.02	.01	-.06
学歴 (基準: 大学・大学院)												
中学	.15	.17	.05	.01	.22	.00	-.11	.13	-.05	-.10	.13	-.05
高校	.01	.10	.01	-.03	.13	-.02	-.08	.08	-.06	-.07	.07	-.06
専門短大	-.08	.11	-.04	.07	.14	.03	.00	.08	.00	-.01	.08	-.01
職業 (基準: 管理・専門・技術)												
労働技能職	-.06	.11	-.03	-.24	.15	-.11	.16	.09	.12	.15	.08	.11
販売保安サービス職	-.14	.12	-.07	-.03	.16	-.01	.19 *	.09	.13	.18	.09	.12
事務職	-.10	.10	-.05	-.21	.14	-.10	.12	.08	.09	.11	.08	.09
企業規模 (300人未満)	-.10	.08	-.06	-.03	.10	-.02	-.02	.06	-.02	-.03	.06	-.03
職務要求	.02	.06	.01	-.10	.09	-.08	.10 *	.05	.13	.10 *	.05	.13
神経症傾向	-.12	.08	-.09	.16	.10	.09	.31 **	.06	.31	.30 **	.06	.30
外向性	.01	.08	.01	-.06	.11	-.04	-.06	.06	-.07	-.06	.06	-.07
開放性	.13	.09	.10	.08	.12	.05	.13 *	.07	.15	.15 *	.07	.16
誠実性	.06	.09	.04	.13	.12	.07	-.01	.07	-.01	.00	.07	.00
調和性	.20 *	.09	.15	.14	.12	.09	.04	.07	.04	.06	.07	.06
楽観主義	.44 **	.07	.38	.35 *	.09	.25	-.20 **	.05	-.24	-.15 **	.05	-.18
機能的制限	-.21 **	.07	-.16	.00	.09	.00	.12 *	.05	.13	.10	.05	.11
女性	.10	.10	.06	.13	.13	.07	.22 **	.07	.20	.23 **	.07	.21
非正規雇用	-.03	.11	-.02	.02	.14	.01	-.09	.08	-.07	-.09	.08	-.07
職務裁量	.11	.07	.12	.02	.09	.02	-.09	.05	-.14	-.08	.05	-.12
スキル多様性	.00	.07	.00	.13	.09	.12	.04	.05	.06	.04	.05	.06
上司による社会的支援	.06	.05	.08	-.07	.07	-.07	-.04	.04	-.07	-.03	.04	-.06
同僚による社会的支援	-.12 *	.06	-.14	.13	.07	.12	.00	.04	-.01	-.02	.04	-.03
自尊心										-.12 *	.05	-.16
調整済みR <sup>2</sup>	.36**			.25**			.32**			.33**		
R <sup>2</sup> 変化	.02*											

注: n=252, \*\* p < .01, \* p < .05。b=非標準化係数。表22の機能的制限がNAに与える直接効果を再掲載している。

<sup>75</sup> 個人的資源の獲得などのポジティブな経験はネガティブな情動を低めることは、JD-R 理論によっても確認されているので (Xanthopoulou *et al.* 2007)、そのような資源のストレス低減効果は情動の対称性仮説と矛盾するように見える。しかし Sonnentag (2015) によれば、これはポジティブな経験が、ネガティブな出来事がネガティブな情動を喚起するプロセスを打ち消すような作用をするためと説明している。

心は、機能的制限がネガティブ情動に与える影響を媒介する。まず、機能的制限は自尊心を低め ( $b = -.21, p < .01$ )、それに続いて自尊心が NA を低める ( $b = -.12, p < .05$ )。自尊心をモデルに含めずに行った回帰では機能的制限は NA に対して有意な影響を与えていたが ( $b = .12, p < .05$ )、自尊心をモデルに含めると効果は有意水準に到達していない ( $b = .10, n.s.$ ) ことから、自尊心は機能的制限が NA に与える影響を媒介しているといえる。

統制感覚については、機能的制限が統制感覚に与える影響は有意でない ( $b = .00, n.s.$ )。従って、仮説 11 は否定される。すなわち、統制感覚は、機能的制限がネガティブ情動に与える影響を媒介しない。

#### 第 4 節 媒介効果仮説の検証結果についての考察

前節の媒介効果の検証から、機能的制限がネガティブ情動に与える影響は、自尊心によって媒介されることが確認された。これは、機能的制限が自尊心を低め、次いで低下した自尊心がネガティブ情動を増加させるプロセスを表している。これは、資源の喪失が連鎖すると想定する COR 理論の考え方と整合的な結果である (Hobfoll *et al.* 2018)。COR 理論によれば、資源喪失はそれ自体がストレスであるが、ストレスに対処するために必要なものもまた資源である。そのため、個人が直面する資源喪失脅威 (ストレスフルな状況) が継続的に生じる状況の場合、資源を喪失するたびに對抗手段を失い脅威がいつそう増幅するという連鎖が生じる。Yang (2006) が指摘するように、機能的制限は継続的に生じるストレッサーである。機能的制限によって自尊心が低下すると継続的ストレッサーへの対処能力が減少するので、機能的制限に対してよりいつそう脆弱になりディストレスを高めると考えられる。本研究では 1 時点の横断データを用いているため、このような時間的経過の中での影響を直接検証出来ているわけでないが、自尊心による媒介効果はこのようなプロセスを表しているのではないかと考えられる。

JD-R 理論を用いた研究は (Xanthopoulou *et al.* 2007)、職務上の資源が心理的資源を増加させ、心理的資源が情動的消耗を軽減しワーク・エンゲイジメントが高まることを明らかにしている。本研究では媒介効果の検証において職務上の資源を統制しているが、それでも機能的制限は心理的資源に影響を与えていた。この結果は、本研究が提示したように、従業員にとって機能的制限は健康に関連した資源という点で職務上の資源とは性質が異なることを示唆している。この結果は、疾患を持つ従業員のストレスを考える場合、職業上の基本動作に困難がないかに特段の注意を払うことが必要であることを示唆している。

分析の結果、予測通り自尊心の媒介効果は確認されたが、統制感覚には媒介効果は見られなかった。これはなぜか。統制感覚は、自分の人生上の出来事を自らのコントロール下においているという認識の度合いである（Pearlin and Schooler 1978）。Beatty（2012）は慢性疾患を持つ人は病気に関連した職務上の困難に直面したときに、キャリア上の目標設定を変更し対処することを明らかにしているが、そのように対処することで、機能的制限があっても自分の人生に関するコントロール感覚を失うまでの事態には至らない可能性が考えられる。また、先行研究で確認した修正ラベリング理論やマイノリティ・ストレス理論を踏まえると、自尊心が機能的制限とディストレスの関係を媒介するプロセスには、差別やスティグマが関係している可能性もある。すなわち、機能的制限がスティグマの知覚を高め、それに続いてスティグマの知覚が自尊心を低下させる。そしてさらに自尊心がディストレスを低めるというプロセスである。本研究において、自尊心には媒介効果があった一方で統制感覚にはそのような効果が認められなかったことにはこのような背景が関係している可能性が考えられる。Goffman (1963=2001)によれば、スティグマとは、それを持つ個人の信頼を失わせたり、価値を損ねたりするように作用する属性のことである。機能的制限を持つことに伴う差別によって、自分の社会的価値が低められたと感じ、自尊心を低下させた可能性が考えられる。

## 第5節 調整効果仮説の検証

本研究では、直接効果仮説の検証モデルに交互作用項を追加投入することで調整効果を検証している。国民生活基礎調査のサンプルを用いた検証結果は表 24 の通りである。表からわかるように、NPD に対して機能的制限と非正規雇用の交互作用項が正の影響を与えており（ $B=1.27, p. < 01$ ）、また気分・不安障害に対して機能的制限と女性の交互作用項が正の影響を与えている（ $B=1.28, p. < 05$ ）。これらの結果により、仮説 15 と 22 は支持された。すなわち、非正規雇用者であることは、機能的制限が NPD を持つ確率に与える正の影響を強め、女性であることは、機能的制限が気分・不安障害に与える正の影響を強める。国民生活基礎調査のサンプルを用いた検証ではその他の交互作用に有意な効果は見られなかった。そのため、仮説 14 と 22 は支持されなかった。

JGSS サンプルを用いた調整効果の検証結果は表 25 の通りである。検証の結果、いずれの交互作用項も有意水準には到達しなかった。このことから、仮説 24、25、32、33 は支持されなかった。すなわち、女性および非正規雇用者であることは、機能的制限が職務満

足度および精神的健康に与える負の影響に対して調整効果を持たないといえる。

MIDJA サンプルを用いた調整効果の検証結果は表 26 の通りである。ここでも調整効果は確認されず、仮説 16～21 は支持されなかった。すなわち、非正規雇用、職務裁量等の職務上の資源は機能的制限が NA に与える正の影響に対して調整効果を持たない。また、前述したように機能的制限は職業機会の不平等感と PA に影響を与えていないため、職業機会の不平等感と PA に関する調整効果仮説は成立しない。そのため、仮説 26～31、34～39 も支持されなかった。

**表24 女性、非正規雇用の調整効果(国民生活基礎調査)**

	NPD (k6 5点以上)					気分・不安障害 (k6 9点以上)				
	B	SE	疑似R2	-2LL	$\chi^2(df)$	B	SE	疑似R2	-2LL	$\chi^2(df)$
機能的制限×女性	.67	.47	.19	782.35	2.06(1)	1.28 *	.59	.18	438.75	4.79(1) *
機能的制限×非正規雇用	1.27 **	.46	.20	776.66	7.75(1) **	.16	.58	.17	443.46	.08(1)

注: n=721, \*\* p < .01, \* p < .05。ここで示している交互作用モデルは表20の直接効果モデルに交互作用項をそれぞれ1つ足したモデルである。表中の疑似R2はNagelkerke R2、-2LLは-2 Log Likelihoodである。

**表25 女性、非正規雇用の調整効果(JGSS)**

	職務満足				精神的健康			
	b	SE	$\beta$	R <sup>2</sup> 変化	b	SE	$\beta$	R <sup>2</sup> 変化
機能的制限×女性	.00	.01	-.05	.00	.01	.11	.01	.00
機能的制限×非正規雇用	-.01	.01	-.08	.00	-.08	.11	-.06	.00

注: n=252。b=非標準化係数。機能的制限は中心化している。ここで示している交互作用モデルは表21の直接効果モデルに交互作用項をそれぞれ1つ足したモデルである。いずれの係数およびR<sup>2</sup>変化も有意ではない。

**表26 女性、非正規雇用、職務裁量、スキル多様性、上司社会的支援、同僚社会的支援の調整効果(MIDJA)**

	NA			
	b	SE	$\beta$	R <sup>2</sup> 変化
機能的制限×女性	.08	.10	.06	.00
機能的制限×非正規雇用	-.13	.10	-.09	.00
機能的制限×職務裁量	.07	.05	.07	.00
機能的制限×スキル多様性	.03	.05	.04	.00
機能的制限×上司による社会的支援	.01	.04	.01	.00
機能的制限×同僚による社会的支援	.01	.04	.01	.00

注: n=290, \*\* p < .01, \* p < .05。b=非標準化係数。機能的制限、職務裁量、スキル多様性、上司による社会的支援、同僚による社会的支援は中心化している。ここで示している交互作用モデルは表22の直接効果モデルに交互作用項をそれぞれ1つ足したモデルである。いずれの係数およびR<sup>2</sup>変化も非有意である。

## 第6節 調整効果仮説の検証結果についての考察

本研究が想定した職務上の資源の調整効果のうち、効果が確認されたのは女性および非正規雇用の職に就いていることだった。この結果は、慢性疾患および機能的制限を持つ従



業員の中でも、とりわけ女性従業員および非正規雇用の従業員が心理的な問題を抱える可能性が高いことを示している。

COR 理論によると、もともと保有する資源量が多い人は資源喪失に対して強じんであり、保有資源量が少ない人は資源喪失に対してより脆弱である。そのため、慢性疾患を持つ女性従業員および非正規雇用者は、職業生活上の基本動作がより困難になることで、もともと不安定な自らの就業上の地位が脅かされることを感じてディストレスが高まったと解釈できる。

非正規雇用に調整効果があることは、雇用の不安定性が従業員のディストレスやウェルビーイングに与える影響に関する近年の研究の主張と整合的な結果である。第4章で確認したように Shoss (2017) は、雇用の不安定性は収入に関する不安を高め、有能さや関係性への欲求を阻害することでディストレスを高めるとする。しかし、本研究ではいずれのサンプル・指標においても非正規雇用はディストレス、ウェルビーイングに直接的な影響を与えておらず、代わりに、機能的制限と NPD の関係に対する調整効果を有していた。このことは、雇用の不安定性はそれ自体がディストレスを生じさせる直接の要因ではなく、機能的制限などのストレスラーがストレス反応に与える影響を強める調整要因であることを示している。

分析では、職務裁量、スキル多様性、社会的支援は機能的制限がディストレスに与える影響を軽減しないことが明らかになった。COR 理論に基づけば、職務裁量が大きければ、資源の喪失に対して強靱なためディストレスは軽減されると考えられるが、本研究の結果はそのような効果を支持していない。この結果は、これらの職務上の資源は、役割曖昧性や過大な負荷などの一般的な脅威は軽減するが、慢性疾患を持つ従業員に特有な職業上の課題を解決するようには作用しないことを示唆していると考えられる。特有の課題とは、例えば第2章で見たように、定期的な通院の必要性、読み書きや歩行などに支障をきたすこと、あるいは疲労などの症状である。このような私傷病は従業員が就業時間外に通院するか、あるいは休職して入院することを前提に職場が運営されているため、就業上の地位が比較的高い人であっても、就業時間中に自由に通院したり体調不良を理由に他の人に代わりを頼むことは容易ではないと考えられる。例えば、社会的支援の測定尺度は「仕事上の問題について、同僚が話を聞こうとしてくれること」などの項目から構成されている。このような職務上の資源は個人の健康問題に対する支援とはなっていないために、調整効果を持たなかったのかもしれない。Nelson, Shaw and Robertson (2016) が明らかにし

た慢性疾患を持つ従業員に有効な支援は、従業員に通院や出退勤についての裁量を与えることだった。これを踏まえれば、慢性疾患を持つ従業員の問題を緩和するための職場支援は、その従業員が持つ問題・課題の性質を考慮したものであることが重要と考えられる。

## 第7節 小括

本章では仮説の検証結果を示し、分析結果について考察した。直接効果仮説の検証結果により、機能的制限が NPD および気分・不安障害を持つ確率を高め、職務満足度を低め、精神的健康を悪化させ、NA を高めることが明らかになった。機能的制限がディストレス、ウェルビーイングに与える影響は、病気そのものについての悩み、職務要求、性格特性等とは独立したものだ。従って、慢性疾患を持つ従業員にとって働きやすい職場環境のあり方を考えるときに、従業員の機能的制限に着目することが重要だといえる。また、媒介効果仮説の検証結果は、機能的制限が NA に与える影響は自尊心によって媒介されることを示している。すなわち、機能的制限は自尊心を低め、それに続いて自尊心の低さが NA を高める。機能的制限を持つことが自尊心に影響を与えることは、本研究では統制できなかった職場における差別やスティグマの問題が関係している可能性を示唆している。また調整効果仮説の検証結果から、女性従業員であることと非正規雇用者であることが、機能的制限がディストレスに与える影響を強めることが明らかになった。慢性疾患を持つ女性従業員および非正規雇用者は、職業生活上の基本動作の遂行能力が低減することで、もともと不安定な自らの就業上の地位が脅かされディストレスが高まると考えられる。また、職務裁量等は機能的制限とディストレスの関係を緩和せず、むしろ非正規雇用者であることがその関係を強めていたことから、職務裁量や社会的支援は、通院の許可や出退勤の自由など、機能的制限の問題を緩和するような配慮とともに提供されなければ効果がないことを示唆している。

## 第7章 結論

### 第1節 各章のまとめ

第1章では本研究で焦点をあてた慢性疾患を持つ従業員の機能的制限とディストレスおよびウェルビーイングの関係について提示し、わが国の現状および背景となる諸学問分野の知見を概観した。本研究では特に次の3点に焦点を当てている。(1) 機能的制限はディストレスを増加させ、ウェルビーイングを低下させるか。(2) 機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響は、自尊心や統制感覚等の心理的資源によって媒介されるか。(3) 雇用の安定性や職務裁量等の職務上の資源は機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を調整するか。

現在わが国では、通院しながら就労する人は就労者全体の3分の1を占めている。また、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない人や、職場の理解が得られないために治療と仕事の両立が困難になっている人の存在が近年の政府の報告書等によって明らかにされている。このような状況の中、従業員が疾患を持っていても安心して生き生きと働き続けることができる職場環境の整備が求められている。しかし、慢性疾患を持ちながら働く人が職場でどのような困難に直面し、それらの困難をどのように受けとめているかに関しては十分に明らかにされていない。そのため本研究では、わが国において慢性疾患を持つ従業員が経験する心理的な困難の実態を把握し、困難と関連する職場の要因を明らかにすることを目的として掲げた。

本研究テーマに関連する学問領域には公衆衛生学、産業衛生学、およびマネジメント研究がある。公衆衛生学の領域には健康と社会に関する二つの理論的立場があり、一つ目は社会起因仮説、二つ目は健康選別仮説である。社会起因仮説は健康状態が社会的な要因によって決定されると説明するものであり、対して健康選別仮説は、健康状態の悪さが社会階層の下方移動傾向を高めると説明するものである。例えば、これまでのわが国の研究は、双方の立場の仮説と整合的に無職であることが死亡リスクを高め、男性の間ではがん、心臓の病気、脳卒中・脳血管疾患の罹患歴が無職となる確率を上昇させることを明らかにしている。わが国の産業衛生学の領域における知見としては、疾患を持つ従業員のQOLに関するものがある。例えば、従業員ががん診断後に失業あるいは転職することは、QOLを低下させることが指摘されている。組織行動論、産業・組織心理学、職業心理学、人的資源管理論などのマネジメント研究領域では、ここ10年程の間に慢性疾患を持つ従業員に着目した研究が蓄積されており、主な研究テーマとしては、差別、キャリア、コーチン

グ、職場風土や運営方針などがある。例えば、差別については、様々な慢性疾患を持つ従業員の間で病気の深刻さを統制しても、慢性疾患を持つことによる職場での差別が従業員にネガティブな心理的影響を与えることが明らかにされている。

第2章では問題背景を詳述した。わが国の就労者の健康状態の推移を確認し、様々な慢性疾患を持つ従業員の職業生活上の課題を確認した。また、企業における対応の現状を確認し、さらに諸外国との比較を行った。就労者の健康状態の推移について、労働安全衛生法に基づく就労者の定期健康診断結果の推移によれば、1990年から2016年の間にわが国の就労者の健康診断における有所見率は上昇し続けている。1990年において23.6%だった有所見率は2016年には53.8%に上昇しており、通院する就労者の割合も近年増加している。1998～2016年の国民生活基礎調査の結果によれば、就労者に占める通院者の割合は、1998年の25.0%から2016年の34.0%まで上昇していた。

健康診断における有所見者率の上昇については、就労者の平均年齢の上昇が関係していると指摘されているが、一方で、職場における業務量の増加や解雇不安等の労働環境の変化も関連しているとも考えられている。実際に近年、業務により精神障害を発病したことが認定された労災補償の支給決定件数が増加していることは、労働環境の変化による健康状態の悪化傾向を裏付けている。このような変化や、従業員の急速な高年齢化を踏まえれば、何らかの疾患あるいは疾患のリスクを持ちながら働く従業員の就労課題への対応は重要である。

続いて、がん、糖尿病、難病を持つ人が働くことに関してどのような課題を感じているかについて近年の調査結果をもとに確認した。調査では、がんと診断された時に仕事を辞めようと考えた人の割合が11.7%だったのに対し、実際には約35%の就労者が離職していた。このことから、がんを持つ人の中には、不本意な形で離職せざるをえなかった人が相当数いる可能性が考えられる。

糖尿病を持つ人の就労に関する調査によれば、調査回答者の22.0%が糖尿病を持つことを仕事上の負担と感じていた。さらに、糖尿病の状況別（インスリン注射の有無、網膜症の有無、腎症の有無）に回答分布を見ると、糖尿病を持つことを仕事上で「かなり負担」および「やや負担」と感じている人の割合は、網膜症無しでは21.0%であったのに対し網膜症有りでは34.8%となっている。このことから、同じ疾患であっても、合併症の有無などの疾患の状態によって仕事上の困難のあり方が異なる傾向が見られる。

難病を持つ人の就労課題については、クローン病や潰瘍性大腸炎などの消化器系の疾患

を持つ人の場合仕事中のトイレの利用に問題がある人の割合が高く、多発性硬化症、パーキンソン病、もやもや病といった神経や脳に関する疾患を持つ人の場合は、指、手、腕を用いて物をつまむ、動かすなどの動作や、歩くことに関する問題が指摘される傾向が見られた。例えば、クローン病を持つ人のうち 17.6%が仕事中のトイレの利用に課題を感じ、もやもや病を持つ人のうち 17.3%が仕事上で書類を読むことに課題を感じていた。

また、企業調査の結果では、従業員が休職を必要とする身体的な疾患に罹患した場合、「ほとんどが病気休職を申請することなく退職する」と答えた企業の割合は、正社員については 4.2%であるのに対して、非正社員は 11.2%となっている。このように、疾患に関する退職の傾向に正社員と非正社員の間で 2 倍以上の差が見られた。

企業による対応の現状を確認するために、短時間勤務や病気休職制度等の整備状況、慢性疾患を持つ従業員の治療と仕事の両立に関する認識等を整理した。企業に見られる傾向としては、短時間勤務制度を病気の治療のために利用できる企業は 55.5%と半数程度であり、フレックスタイム等を病気の治療のために利用することは 74.4%と比較的多くの企業で可能だった。また、92.1%の企業が病気休職制度を有していた。しかし、非正社員を病気休職制度の適用対象としている企業は 44.8%に止まっており、正社員でないとそのような制度のメリットを享受できない傾向も見られた。また、病気による休職後の職場復帰を支援するプログラムがある企業は、調査に回答した企業の 12.8%だったが、企業規模別にみると正社員が 1,000 人以上の企業の 61.0%で復帰支援プログラムが整備されていた。このように企業規模によって制度の整備状況が異なる傾向も観察された。

就労者に占める病気を持つ人の割合を日本と EU で比較したところ、日本の方が EU 各国よりも高い水準にあった。測定対象の定義の違いがあるため単純な比較は困難であるが、わが国の就労者に占める病気を持つ人の割合は諸外国と比べても同程度かより高い水準にある可能性が考えられる。

また、EU では健康問題や基本的活動の困難によって仕事が制限されている人の雇用率は、制限がない人の雇用率と較べて低い。また、そのような問題によって仕事に制限が生じている人がパートタイムで雇用されている割合は、制限がない人の割合よりも高い。このように、欧州において健康状態が悪い人々は社会的に不利な状況に置かれる傾向が示されている。わが国では、通院している人の雇用率は通院していない人より低く、パートタイム雇用率が高い。このことから、わが国でも慢性疾患を持つ就労者の社会経済的地位は、慢性疾患を持たない就労者よりも低い可能性が考えられる。

第 3 章では、慢性疾患と生活機能、機能的制限、スティグマ、健康と社会経済的地位、コーピング、組織による支援についての先行研究をレビューした。加えて、障害を持つ人の組織における困難と支援、働き方とディストレスについての知見について確認した。まず、世界保健機関の提唱する国際生活機能分類のモデルを参照し、慢性疾患を持つことと生活機能との関係について確認した。生活機能とは、心身機能・身体構造、活動、参加の状態を表すものである。先行研究は、疾患を持つことと生活機能の制約が関係すること、すなわち、心身機能の制約、日常生活活動の制約、社会参加の制約との関連性を明らかにしている。

しかし、生活機能分類は、生活機能の状態が個人にとってどのように受けとめられるかについては捉えていない。一方で、主に社会学における知見は、機能的制限が個人の心理状態に影響を与えることを明らかにしている。機能的制限は日常生活活動（activity of daily living, ADL）および手段的日常生活活動（instrumental activity of daily living, IADL）あるいはより複雑な職務や社会的活動の遂行における制約と定義される概念である。社会学におけるストレスプロセス理論に基づいた研究は、継続的ストレッサーとしての機能的制限が抑うつとネガティブ情動を高め、ポジティブ情動を低下させることや、機能的制限を持つことが自尊心、統制感覚を低め、さらにそれを通じて抑うつ傾向を高めることを明らかにしている。このプロセスは慢性疾患を持つ住民を対象とした研究でも同様に観察されている。

続いて、慢性疾患を持つ従業員の職場における困難と支援についての知見を確認した。先行研究は、慢性疾患を持つことによる差別の問題を明らかにしている。それによれば、慢性疾患の症状の深刻さは差別の度合いと正の関係にあり、差別は手続き的公正の知覚の低下、ストレス反応の増加、職務満足度の低下、組織コミットメントの低下と関係していた。資源保持理論（Conservation of Resources Theory, COR 理論）および職務要求・資源（Job Demands-Resources, JD-R）理論に基づく先行研究は、組織では慢性疾患を持つ従業員の資源量を増加させるような支援が有効であることを明らかにしている。いずれの理論も、個人が保有する資源の増減によってストレスやモチベーションを説明するものである。COR 理論を用いた先行研究は、コーチングが従業員の自尊心や自己効力感などの心理的資源を増加させ、情動的消耗などのストレス反応を低めることを明らかにしている。JD-R 理論を用いた先行研究は、職務裁量やスキルの多様性といった資源が慢性疾患を持つ従業員の情動的コミットメントを高めることを明らかにしている。

続いて、慢性疾患を持つ従業員の人材マネジメントに関する研究の未解明事項を確認した。先行研究が明らかにした慢性疾患を持つ従業員の困難は主として差別である。症状の深刻さは差別と正の関係にあり、差別はストレス反応の増加、職務満足度の低下、組織コミットメントの低下などに関係している。しかし、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限がどのようにディストレスを高めるかについては十分に明らかにされていない。ストレスプロセス理論によれば、機能的制限が抑うつを高めるのは、機能的制限が継続的にその人の日常生活上の行動を制約することで自尊心や統制感覚が低下するからである。このような観点に基づいて考えるならば、慢性疾患を持つ従業員の困難は差別だけではなく、病気によって行動が制約されること自体が従業員の自尊心を低め精神的健康を害すると考えられるが、この点については未だ検証されていない。また、職場で従業員が経験する困難は、どのような従業員においてより強く現れるのかに関しても十分に明らかになっていない。例えば、第2章で確認したように、正社員よりも非正社員の方が疾患に罹患した場合に離職することが多い。このことから、雇用形態が慢性疾患を持つ従業員の就労上の困難に影響を及ぼす可能性が考えられるが、この点は検証されていない。

第4章ではディストレスとウェルビーイングの性質を確認したうえで、機能的制限がそれらに与える影響について、直接効果、間接効果、調整効果に分けて仮説を提示した。ディストレスの指標は、非特異的心理的ディストレス（Nonspecific Psychological Distress, NPD）、ネガティブ情動（Negative Affect）、気分・不安障害である。ウェルビーイングの指標は、職務満足度、職業機会の不平等感（perceived inequality in work）、精神的健康、ポジティブ情動（Positive Affect）である。

直接効果については、先行研究でも用いられている COR 理論および JD-R 理論を参照し、機能的制限がディストレスを高めウェルビーイングを低めることを予測した。COR 理論は、個人は資源を獲得し、保持するように動機づけられていることを前提に、個人にとって価値ある資源が喪失脅威にさらされた、喪失した、あるいは資源獲得行動が失敗したときにストレスが生じると説明している。日常的な生活を営む、および職業上の基本的な動作を遂行する能力は、多くの人にとって価値ある資源であると考えられる。従って、それらの生活機能を制約する機能的制限はストレス要因となる。

機能的制限がウェルビーイングを低めることは、JD-R 理論における資源の外発的動機づけプロセスによって説明される。JD-R 理論によれば、資源が欠如している個人は、職務上の要求に対してうまく対処することができず、職務上の目標達成が困難になるため、

資源の欠如は動機づけを低める。なぜなら、職務上の目標達成が困難になった個人は、そのような好ましくない事態に対する自己防衛として、職務から心理的に距離を置くからである。本研究では機能的制限を「個人の健康に関わる資源が失われた状態または不足している状態」としてとらえ、そのような資源の不在・不足が職務上の目標達成を困難にすると考ええる。これらの議論に基づき、機能的制限を持つことがディストレスとウェルビーイングの双方に影響を及ぼすと予測した。これらの議論に基づき、本研究は、機能的制限が、NPD を持つ確率を高め、NA を高め、気分・不安障害を持つ確率を高め、職務満足度を低め、職業機会についての不平等感を高め、精神的健康を低め、PA を低めると予測した。

先行研究でも確認したように、ストレスプロセス理論は、継続的なストレスラーとしての機能的制限が、自尊心や統制感覚（mastery）などの心理的資源を減少させることを通じて抑うつを高めると主張する。また、COR 理論は、資源喪失が繰り返されるとその影響の大きさが増すと想定している。このため、機能的制限によって心理的資源が減少した人は、継続的なストレスラーである機能的制限に対してより脆弱になると考えられる。従って、機能的制限が NA、職業機会の不平等感、PA に与える影響を、心理的資源である自尊心および統制感覚が媒介すると予測した。

さらに、COR 理論は保有する資源量が多い人は資源喪失に対して強靱であると想定している。また JD-R 理論では、職務上の資源は目標達成を補助する、あるいは仕事の要求を軽減すると想定している。そのため、慢性疾患を持つ従業員が職務に関連して保有する資源は、機能的制限がディストレスおよびウェルビーイングに与える影響を緩衝すると考えられる。そのため次の調整効果仮説を導出した。すなわち、職務上の資源としての性別、雇用形態、職務裁量、スキル多様性、上司や同僚による社会的支援は、機能的制限がディストレスとウェルビーイングに与える影響を強める、または弱めると考えられる。

第 5 章では、本研究で使用したデータについて述べ、データの特徴を国勢調査と比較した。また、分析で用いた変数とその記述統計を報告し、変数間の関係を確認するとともに分析の手続きを説明した。本研究では、「平成 22 年 国民生活基礎調査」、2010 年の「日本版総合的社会調査」(Japanese General Social Survey, JGSS)、2008 年の「日本人のしあわせと健康調査」(Survey of Midlife Development in Japan, MIDJA) のデータセットから身体的な慢性疾患を持つ従業員サンプルを抽出して分析に用いた。

第 6 章は仮説検証の結果を報告し考察を行った。本研究における仮説検証の結果は表 27 の通りである。検証結果より、(1) 機能的制限は NPD、気分・不安障害を持つ確率、ネ



ガティブ情動を高め、職務満足度と精神的健康を低めること、(2) 自尊心は機能的制限がネガティブ情動に与える影響を媒介すること、(3) 非正規雇用は機能的制限が NPD を持つ確率に与える影響を強めること、そして(4) 女性であることは機能的制限が気分・不安障害を持つ確率を強めることが明らかになった。

表27 本研究の結果のまとめ

仮説の種類	独立変数	従属変数	媒介変数	調整変数	結果
仮説1	直接効果仮説	NPD	—	—	○
仮説2		ネガティブ情動			○
仮説3		気分・不安障害			○
仮説4		職務満足度			○
仮説5		職業機会の不平等感			×
仮説6		精神的健康			○
仮説7		ポジティブ情動			×
仮説8	媒介効果仮説	ネガティブ情動	自尊心	—	○
仮説9		職業機会の不平等感	自尊心		×
仮説10		ポジティブ情動	自尊心		×
仮説11		ネガティブ情動	統制感覚		×
仮説12		職業機会の不平等感	統制感覚		×
仮説13		ポジティブ情動	統制感覚		×
仮説14	調整効果仮説	NPD	—	女性	×
仮説15		NPD		非正規雇用	○
仮説16		ネガティブ情動		女性	×
仮説17		ネガティブ情動		非正規雇用	×
仮説18		ネガティブ情動		職務裁量	×
仮説19		ネガティブ情動		スキル多様性	×
仮説20		ネガティブ情動		上司による社会的支援	×
仮説21		ネガティブ情動		同僚による社会的支援	×
仮説22		気分・不安障害		女性	○
仮説23		気分・不安障害		非正規雇用	×
仮説24		職務満足度		女性	×
仮説25		職務満足度		非正規雇用	×
仮説26		職業機会の不平等感		女性	×
仮説27		職業機会の不平等感		非正規雇用	×
仮説28		職業機会の不平等感		職務裁量	×
仮説29		職業機会の不平等感		スキル多様性	×
仮説30		職業機会の不平等感		上司による社会的支援	×
仮説31		職業機会の不平等感		同僚による社会的支援	×
仮説32		精神的健康		女性	×
仮説33		精神的健康		非正規雇用	×
仮説34		ポジティブ情動		女性	×
仮説35		ポジティブ情動		非正規雇用	×
仮説36		ポジティブ情動		職務裁量	×
仮説37		ポジティブ情動		スキル多様性	×
仮説38		ポジティブ情動		上司による社会的支援	×
仮説39		ポジティブ情動		同僚による社会的支援	×

COR 理論は、個人にとって価値ある資源の喪失がストレスを生じさせると想定する。今回の結果を COR 理論の論点と照らし合わせると、機能的制約を持つことがディストレスを増加させるのは、日常生活や職業生活上の基本動作の遂行能力という価値ある資源が損なわれたためであると解釈することが出来る。

機能的制限が NPD、気分・不安障害に与える影響は、病気についての悩みを統制しても消失しなかった。従ってこの結果は、機能的制限のディストレスへの影響は、病気についての悩みがディストレスに与える影響とは独立したものであり、日常課題の遂行能力の制約を抱える従業員がストレスを抱えずに働くことができる環境を整備するためには、病気についての悩みを解消するための措置（例えば通院や入院などの医療的措置が考えられる）だけでは不十分であり、機能的制限を持つことに配慮した職場運営や職務の割り当て等、職場における支援が必要であることを示唆している。

JD-R 理論は、資源の不足が従業員の目的達成を困難にし、そのような事態に対処するための自己防衛として、従業員は職務から退出し、モチベーションを低下させると説明する。今回の結果では、機能的制限は職務満足度を低下させていた。従って機能的制限を持つことは、慢性疾患を持つ従業員が充実した職業生活を送ることを妨げる要因となっているといえる。

機能的制限がネガティブ情動に与える影響は心理的資源によって媒介されていた。これは、機能的制限が自尊心を低め、次いで低下した自尊心がネガティブ情動を増加させるプロセスを表している。この結果は、資源の喪失が連鎖すると想定する COR 理論の考え方と整合的である。COR 理論によれば、資源喪失はそれ自体がストレスであるが、ストレスに対処するために必要なものもまた資源である。そのため、個人が直面する資源喪失脅威（ストレスフルな状況）が継続的に生じる状況の場合、資源を喪失するごとに対抗手段を失い脅威がいつそう増幅するという連鎖が生じると想定される。機能的制限は継続的な事象であるので、機能的制限によって自尊心が低下すると継続的ストレッサーへの対処能力が減少するので、機能的制限に対してさらに脆弱になり、ディストレスを高めると考えられる。本研究では 1 時点の横断データを用いているため、このような時間的な経過の中での影響を直接検証出来ていないわけでないが、自尊心による媒介効果はこのようなプロセスを示唆しているのではないかと考えられる。

調整効果仮説の検証結果は、慢性疾患および機能的制限を持つ従業員の中でも、とりわけ女性従業員および非正規雇用従業員が心理的な問題を抱える傾向にあることを示している。COR 理論によると、保有する資源量が多い人は資源喪失に対して強靱であり、保有資源量が少ない人は資源喪失に対してより脆弱である。そのため、慢性疾患を持つ女性従業員および非正規雇用者は、職業生活上の基本動作がより困難になることで、もともと低いしは不安定な自らの就業上の地位が脅かされることを感じてディストレスを高めたと

考えられる。

本研究の分析によって、機能的制限がディストレスに与える影響は、職務裁量、スキル多様性、社会的支援によって緩和されないことが明らかになった。COR 理論に基づけば、職務裁量などの資源量が多ければ、資源喪失に対して強靱であるのでディストレスは軽減されると考えられるが、本研究の結果はそのような職務上の資源の軽減効果を支持していないことから、これらの職務上の資源は役割曖昧性や過大な負荷などの一般的な脅威は軽減するものの、慢性疾患を持つ従業員に特有な職業上の課題（定期的な通院の必要性、読み書きや歩行の支障など）には効果が無いことを示唆していると考えられる。これを踏まえれば、慢性疾患を持つ従業員の問題を緩和するための職場支援は、その従業員が持つ問題・課題の性質を踏まえたものであることが重要と考えられる。

## 第2節 総合的考察

本研究は、日常生活や職業生活に制約を抱えることが、慢性疾患を持つ従業員の自尊心を低め、ディストレスを増加させ、ウェルビーイングを低めることを明らかにしている。この結果は国内外の先行研究の結果と一致している。例えば、Yang（2006）は機能的制限が心理的資源を損ねることを通じて抑うつを高めることを明らかにしている。また、Ito *et al.*（2008）は潰瘍性大腸炎及びクローン病を持つ人において、疾患に関連する困難がワーク・モチベーションと負の関係にあり、抑うつと正の関係にあることを明らかにしている。Yang はアメリカのデータを用いて機能的制限、心理的資源、抑うつとの関係を明らかにしたが、本研究で示されたようにわが国の従業員においても同様の関係が存在している。Ito *et al.*は特定の病気を持つ従業員についての分析結果であるが、様々な種類の慢性疾患を持つ人々を対象としても同様の関係が確認できることを本研究の結果は示している。

機能的制限は病気についての悩みを統制してもディストレスを高めていた。このことは、慢性疾患を持つ従業員の機能的制限は、病気そのものから生じる身体的苦痛や不快等とは異なる性質の問題である可能性を示唆している。Yang は人が独立した生活を営む能力が制約されることが心理的資源を喪失させ、抑うつを高めると説明しているが、本研究の結果も同様である。職業生活における基本的な動作をこなせないことが、自尊心を低め、従業員の心理状態を悪化させていくと考えられる。

また、機能的制限がディストレスに与える影響は、年齢や性格特性、楽観主義を統制しても消失しなかった。このことは、機能的制限を持つことは、個人特性に関わらず、どの

ような人にとっても重要な心理的な問題であることを示している。同様に、民間・官公庁の別、職業、学歴、経済状況を統制しても機能的制限がディストレス・ウェルビーイングに与える影響は持続することから、社会経済的地位に関わらず機能的制限が重要な心理的な問題であることを示唆している。

しかし一方で、本研究が明らかにしたように、女性や非正規雇用者であることが機能的制限による心理的な問題を増幅することは、職場環境のあり方にこの問題の一因がある可能性を示唆している。すなわち、直接効果仮説の検証結果が示したように、機能的制限を持つことは誰にとっても心理的な負荷となるが、職場において相対的に低い地位にある人や、不安定な立場に置かれる人にはとりわけ問題が深刻化する可能性が高いと考えられる。そのため、機能的制限を持つ従業員の精神的健康の問題は、職場のマネジメントの問題として捉えることも必要であると考えられる。

調整効果の検証では、機能的制限がネガティブ情動に与える影響は職務裁量、スキル多様性、上司・同僚による社会的支援によって緩和されないことがわかった。すなわち、職務裁量の付与や、やりがいのある仕事の割り当て、仕事関連の悩みを聞くといった対応は、機能的制限を持つ従業員の悩みを軽減することはない。これは、機能的制限を伴う慢性疾患を持つ従業員に対しては、従業員の支援ニーズを踏まえた対応をする必要があることを示唆している。

### 第3節 本研究の理論的および実践的含意

まず理論的含意について述べる。本研究は従業員にとって職業生活上の基本動作の遂行能力が重要な資源であることを示している。この結果はマネジメント研究や社会学において用いられている COR 理論やストレスプロセス理論を支持するものである。

組織におけるストレス研究で多く用いられる JD-R 理論は、職務上の資源がストレス反応を軽減し、ワーク・エンゲイジメントを高めることをこれまでに明らかにしているが、資源としての健康についてはこれまであまり取り上げられなかった。JD-R 理論が提唱された当初は、資源について職務上の資源だけを想定していたが、その後個人的資源（本研究でいう心理的資源）が資源の種類に追加されている（Bakker, Demerouti and Vergel 2014）。本研究の結果は、さらに生活機能も資源の一種として捉えることで、従業員のストレスやモチベーションの状態をより正確に把握することができるようになることを示唆している。すなわち、本研究が JD-R 理論に付け加えるものは、従業員の生活機能レベル

が資源として重要であるという新たな視点である。

本研究の独自性は、健康状態に関連して生じる生活機能の制約が、従業員の心理状態に影響を与えることを明らかにした点にある。従来のストレス研究は、職務上のストレスが心理的なストレス反応を誘発し、その結果健康を害するというプロセスを提示してきた。このような枠組みは、健康をアウトカムとして捉えることで従業員の健康を阻害する要因を明らかにし対策を講じる手がかりを探るうえでは有用ではあるが、既に健康状態を害している人がどのような就労上の課題を感じているかに関して十分に捉えることができないという限界がある。就労者の3分の1が何らかの病気で通院している現状を踏まえれば、健康に関連したストレスを捉えることは従業員のウェルビーイングを考えるうえで重要である。実際に、本研究の結果は、機能的制限を持つことが資源喪失としてストレスを引き起こすことを明らかにしている。したがって、健康に関わる生活機能が新たなストレスとなる得ることを踏まえて従業員のストレスの状態を把握することで、今日の就労環境の現状により適合した研究を行うことが可能となると考えられる。

続いて実践的含意について述べる。前述したように、今日職場の従業員が全員健康であるとは限らない。健康状態に問題がある、あるいは何らかの疾患を抱えていても、安心して生き生きと働き続けることができるような職場環境の整備が求められている。そのような目的に照らせば、生活機能の状態が個人の心理状態にどのような影響を与えているかを把握することは重要である。また本研究の結果は、女性や非正規雇用者において問題が深刻化する傾向を示しており、このことは職場において周辺化されやすい人々の状況に特に注目し、支援を検討することが必要であるといえる。

一方、本研究では職務裁量やスキル多様性、社会的支援の調整効果は認められなかった。先行研究が示すように、慢性疾患を持つ従業員に対して有効な支援はコーチングと職場運営上の配慮である。これまでの研究は、慢性疾患を持つ従業員が何を問題と感じ、どのような対処を必要としているのかを時間をかけて傾聴しともに対応策を検討することや、通院や治療に必要な業務上の裁量や自由について配慮することの重要性を示唆している。そのため、慢性疾患を持つ従業員に対する支援には、従業員の個別の支援ニーズを考慮することが必要である。

#### 第4節 本研究の限界と今後の研究課題

本研究の結果を一般化することについては、方法論に関わる限界がある。サンプリング

について、本研究では、国民生活基礎調査、JGSS、MIDJA から慢性疾患を持つ従業員を抽出して分析に用いたが、これらのサンプルは年齢構成や性別・職業の分布が偏っているため、本研究の結果を慢性疾患を持つ従業員全体に一般化することについては限界がある。わが国において慢性疾患を持つ従業員を対象とした全国調査は現状では存在しないので、このような課題をいかに解決していくかについては、今後公開される二次データを検証に用いて継続的に検証・追試をしていくこと、また先行研究で活用されているようなオンライン調査のデータを分析することによって、本研究の結果が一般化される可能性が高まるかもしれない。

また、本研究は慢性疾患を持つ従業員の問題の性質を明らかにしているが、どのような対策が望ましいかは十分に検証できていない。第3章で述べたように、慢性疾患に類似した個人の属性として、障害がある。これまでの障害についての研究は、脱中央集権化された組織構造が障害を持つ従業員の職務満足度を高めることや (Baumgärtner *et al.* 2015)、包摂的な職場風土が障害を持つ従業員の上司・部下関係を改善する効果を明らかにしている (Dwertman and Boehm 2016)。このような組織構造や組織風土の効果について検証することで、慢性疾患を持つ従業員の働きやすさを促進する要因をよりいっそう明らかにできると考えられる。

(121,647 字)

## 参考文献および URL リスト

### 【日本語文献】

- 泉田信行（2015）「被用者の健康状態の労働時間と医療保険間による差異」『日本労働研究雑誌』 659、79-97。
- 伊藤美樹子・山崎喜比古・福田正人・鈴木一郎・小国弘量（1998）「てんかんをもつ人の「てんかんであること」に伴う経験の質的分析－病気を匿すことを中心に」『保健医療社会学論集』 9、30-43。
- 井原哲（2010）「二分脊椎に関連した小児脊髄脊椎疾患」『脊髄外科』 24（2）、241-8。
- 上田伊佐子・雄西智恵美（2011）「再発・転移のある乳がん患者のコーピング方略と心理的適応」『日本看護科学会誌』 31（2）、42-51。
- 埋橋孝文（2011）『福祉政策の国際動向と日本の選択－ポスト「三つの世界」論』法律文化社。
- 恵美和幸・池田俊英（2009）「糖尿病網膜症患者の治療状況と就業」『日本職業・災害医学会会誌』 57（4）、139-46。
- 及川恵美子・井筒将斗・渡三佳（2016）「特集 ICF コアセット 7 ICF（国際生活機能分類）普及への取り組み」『リハビリテーション医学』 53（9）、701-5。
- 勝又幸子（2008）「国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ－国際比較研究と費用統計比較からの考察」『季刊社会保障研究』 44（2）、138-49。
- 河内一郎・藤澤由和・高尾総司（2007）「日本人の健康－アメリカにおける教訓から何を学ぶべきか」『保健医療科学』 56（2）、114-21。
- 神林龍（2017）『正規の世界・非正規の世界－現代日本労働経済学の基本問題』慶應義塾大学出版会。
- 北村明彦・木山昌彦・岡田武夫・前田健次・井戸正利・中村正和・嶋本喬・飯田稔・石川善紀（2010）「都市部男性勤務者の 32 年間の身体所見の推移」『産業衛生学雑誌』 52（3）、123-32。
- 工藤正（2008）「障害者雇用の現状と課題」『日本労働研究雑誌』 578、4-16。
- 厚生労働省（編）（2014）『平成 26 年版厚生労働白書－健康長寿社会の実現に向けて－健康・予防元年』日経印刷。
- 厚生労働省（編）（2017a）『平成 29 年版過労死等防止対策白書』正陽文庫。

厚生労働省（編）（2017b）『平成 29 年版厚生労働白書－社会保障と経済成長』日経印刷。

近藤尚己・近藤克則・横道洋司・山縣然太郎（2012）「高齢者における所得の相対的剥奪と死亡リスク－AGES 追跡研究」『医療と社会』22（1）、91-101。

坂本真士・田中江里子（2002）「改訂版楽観性尺度（The Revised Life Orientation Test）の日本語版の検討」『健康心理学研究』15（1）、59-63。

佐藤三穂・吉田恵・前田美樹・鷺見尚己（2013）「がん患者が外来化学療法を受けながら仕事を継続するうえでの困難と取り組み, およびそれらの関連要因」『日本がん看護学会誌』27（3）、77-84。

塩谷芳也（2014）「東日本大震災における軽度被災者のメンタルヘルスに対するソーシャル・サポートの負の効果」『社会心理学研究』29（3）、157-69。

障害者職業総合センター（編）（2011）『難病のある人の雇用管理の課題と雇用支援のあり方に関する研究』障害者職業総合センター。

障害者職業総合センター（編）（2015）『難病の症状の程度に応じた就労困難性の実態及び就労支援のあり方に関する研究』障害者職業総合センター。

須賀万智・三輪祐一・小野良樹・柳澤裕之（2013）「定期健康診断における心血管危険因子の有所見率の 10 年間の推移」『産業衛生学雑誌』55（1）、1-10。

高橋美保・森田慎一郎・石津和子（2014）「正規雇用・非正規雇用・完全失業者のメンタルヘルスの比較検討－就労状況に対する自発性とキャリア観に注目して」『日本労働研究雑誌』650、82-96。

田崎美弥子・中根允文（1998）「健康関連 「生活の質」 評価としての WHOQOL」『行動計量学』25(2)、76-80。

豊田章宏（2016）「全国労災病院入院患者病職歴調査からみた就労がん患者の実態」『日本職業・災害医学会会誌』64（2）、128-37。

内閣府（編）（2005）『平成 17 年版障害者白書』国立印刷局。

内閣府（編）（2014）『平成 26 年版障害者白書』勝見印刷。

内閣府（編）（2018）『平成 30 年版男女共同参画白書』勝見印刷。

中石滋雄・大橋博・栗林伸一・柴田温三・大石まり子・土井邦紘・福田正博・磯谷治彦・杉本英克・山名泰生（2007）「糖尿病治療中断者の実態調査」『プラクティス』24、162-6。

橋本晴美・神田清子（2011）「治療過程にある進行肺がん患者の症状体験に伴う情緒的反応」『日本看護科学会誌』31（1）、77-85。



- 濱秋純哉・野口晴子（2010）「中高齢者の健康状態と労働参加」『日本労働研究雑誌』 601、5-24。
- 福原俊一・鈴鴨よしみ（2004）『SF-36v2 日本語版マニュアル』NPO 健康医療評価研究機構。
- 寶珠山務・高橋謙・藤代一也・内田和彦・大久保利晃（2000）「健診有所見学率上昇に及ぼす間接的要因の影響－企業外労働衛生機関における有所見判定方法の実態調査結果より」『産業衛生学雑誌』 42（3）、88-96。
- 堀田裕司・大塚泰正（2014）「製造業における労働者の対人的援助とソーシャルサポート、職場ストレス、心理的ストレス反応、活気の関連」『産業衛生学雑誌』56（6）、259-67。
- 堀井直子・小林美代子・鈴木由子（2009）「外来化学療法を受けているがん患者の復職に関する体験」『日本職業・災害医学会会誌』 57（3）、118-24。
- 松井亮輔（2008）「障害者権利条約－採択までの経緯、内容、意義および批准への課題」『精神神経学雑誌』 110（12）、1180-5。
- 山田篤裕・百瀬優・四方理人（2015）「障害等により手助けや見守りを要する人の貧困の実態」『貧困研究』 15、99-121。
- 山脇京子・藤田倫子（2006）「胃がん手術体験者の職場復帰に伴うストレスとコーピング」『日本がん看護学会誌』 20（1）、11-8。
- 湯田道生（2010）「健康状態と労働生産性」『日本労働研究雑誌』 601、25-36。
- 横田友紀・菅野咲子・多田純子・石村郁恵・山下りさ・奥田昌恵・横山宏樹（2007）「糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査」『糖尿病』 50（12）、883-6。
- 吉川雅博（2017）『障害を知り 共生社会を生きる』放送大学教育振興会。
- 労働政策研究・研修機構（編）（2013）『メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査』労働政策研究・研修機構。

#### 【外国語文献】

- Alarcon, G. M. (2011) A Meta-Analysis of Burnout with Job Demands, Resources, and Attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79 (2), 549-62.
- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z. N., Medina-Mora, M. E., Ormel, J., Scott, K. M., Gureje, O., Haro, J. M., Gluzman, S.,

- Lee, S., Vilagut, G., Kessler, R. C., Von Korff, M., and The World Mental Health Consortium (2008) Association of Perceived Stigma and Mood and Anxiety Disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-14.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., Rasmussen, N. K., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Lep  ge, A., and The IQOLA Project Group (2004) Health-Related Quality of Life Associated with Chronic Conditions in Eight Countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13 (2), 283-98.
- Bakker, A. B., and Demerouti, E. (2007) The Job Demands-Resources Model: State of the Art. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (3), 309-28.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., and Euwema, M. C. (2005) Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10 (2), 170-80.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., and Sanz-Vergel, A. I. (2014) Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., and Guthrie, B. (2012) Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study. *The Lancet*, 380 (9836), 37-43.
- Baron, R. M., and Kenny, D. A. (1986) The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-82.
- Baumgärtner, M. K., Dwertmann, D. J., Boehm, S. A., and Bruch, H. (2015) Job Satisfaction of Employees with Disabilities: The Role of Perceived Structural Flexibility. *Human Resource Management*, 54(2), 323-43.
- Beatty, J. E. (2012) Career Barriers Experienced by People with Chronic Illness: A US Study. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 24 (2), 91-110.
- Bentley, J. P., Brown, C. J., McGwin, G., Sawyer, P., Allman, R. M., and Roth, D. L. (2013) Functional Status, Life-Space Mobility, and Quality of Life: A Longitudinal

- Mediation Analysis. *Quality of Life Research*, 22 (7), 1621-32.
- Bickenbach, J. E., Cieza, A., Rauch, A., and Stucki, G. (eds.) (2012) *ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice*, Hogrefe Publishing. (=2015、日本リハビリテーション医学会監訳『ICF コアセットー臨床実践のためのマニュアル』医歯薬出版。)
- Blane, D. (1985) An Assessment of the Black Report's Explanations of Health Inequalities. *Sociology of Health & Illness*, 7 (3), 423-45.
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., and Stansfeld, S. A. (1997) Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (Prospective Cohort) Study. *BMJ*, 314, 558-65.
- Brewster, M. E., and Esposito, J. (2017) Chronic Illness Rejection and Discrimination Scale: An Instrument Modification and Confirmatory Factor Analysis. *Stigma and Health*, 2 (1), 16-22.
- Brown, R. L. (2017a) Functional Limitation and Depressive Symptomatology: Considering Perceived Stigma and Discrimination within a Stress and Coping Framework. *Stigma and Health*, 2 (2), 98-109.
- Brown, R. L. (2017b) Understanding the Influence of Stigma and Discrimination for the Functional Limitation Severity-Psychological Distress Relationship: A Stress and Coping Perspective. *Social Science Research*, 62, 150-60.
- Brown, R. L., and Turner, R. J. (2010) Physical Disability and Depression: Clarifying Racial/Ethnic Contrasts. *Journal of Aging and Health*, 22 (7), 977-1000.
- Cabrero-García, J., and Juliá-Sanchis, R. (2014) The Global Activity Limitation Index Mainly Measured Functional Disability, Whereas Self-Rated Health Measured Physical Morbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67 (4), 468-76.
- Cai, L., Mavromaras, K., and Oguzoglu, U. (2014) The Effects of Health Status and Health Shocks on Hours Worked. *Health Economics*, 23 (5), 516-28.
- Caputo, J., and Simon, R. W. (2013) Physical Limitation and Emotional Well-Being: Gender and Marital Status Variations. *Journal of Health and Social Behavior*, 54 (2), 241-57.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., and Aiken, L. S. (2003) *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*, Routledge.

- Colella, A., and Varma, A. (2001) The Impact of Subordinate Disability on Leader-Member Exchange Relationships. *Academy of Management Journal*, 44 (2), 304-15.
- De Boer, A. G., Taskila, T., Ojajärvi, A., Van Dijk, F. J., and Verbeek, J. H. (2009) Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-Analysis and Meta-Regression. *JAMA*, 301 (7), 753-62.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., and Schaufeli, W. B. (2001) The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- Diener, E. (2000) Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Dray-Spira, R., Gueguen, A., Lert, F., and The VESPA Study Group (2008) Disease Severity, Self-Reported Experience of Workplace Discrimination and Employment Loss During the Course of Chronic HIV Disease: Differences According to Gender and Education. *Occupational and Environmental Medicine*, 65 (2), 112-9.
- Dray-Spira, R., Herquelot, E., Bonenfant, S., Guéguen, A., and Melchior, M. (2013) Impact of Diabetes Mellitus Onset on Sickness Absence from Work: A 15-Year Follow-Up of the GAZEL Occupational Cohort Study. *Diabetic Medicine*, 30 (5), 549-56.
- Duffy, R. D., Blustein, D. L., Diemer, M. A., and Autin, K. L. (2016) The Psychology of Working Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63 (2), 127-48.
- Dwertmann, D. J., and Boehm, S. A. (2016) Status Matters: The Asymmetric Effects of Supervisor-Subordinate Disability Incongruence and Climate for Inclusion. *Academy of Management Journal*, 59 (1), 44-64.
- Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., Kalichman, S. C., and Park, C. L. (2013) Development and Psychometric Evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 36 (3), 270-82.
- Eibner, C., and Evans, W. N. (2005) Relative Deprivation, Poor Health Habits, and Mortality. *Journal of Human Resources*, 40 (3), 591-620.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford

- University Press. (=2000、渡辺雅男・渡辺景子『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店。)
- Ferraro, K. F., Schafer, M. H., and Wilkinson, L. R. (2016) Childhood Disadvantage and Health Problems in Middle and Later Life: Early Imprints on Physical Health? *American Sociological Review*, 81 (1), 107-33.
- Fife, B. L., and Wright, E. R. (2000) The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (1), 50-67.
- Fukuda, Y., and Hiyoshi, A. (2013) Associations of Household Expenditure and Marital Status with Cardiovascular Risk Factors in Japanese Adults: Analysis of Nationally Representative Surveys. *Journal of Epidemiology*, 23 (1), 21-7.
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Iwata, N., Uda, H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Takeshima, T., and Kikkawa, T. (2008) The Performance of the Japanese Version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17 (3), 152-8.
- Gayman, M. D., Turner, R. J., and Cui, M. (2008) Physical Limitations and Depressive Symptoms: Exploring the Nature of the Association. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63 (4), S219-28.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall. (=2001、石黒毅訳『スティグマの社会学－傷つけられたアイデンティティー』せりか書房。)
- Guillaume, Y. R., Dawson, J. F., Otaye-Ebede, L., Woods, S. A., and West, M. A. (2017) Harnessing Demographic Differences in Organizations: What Moderates the Effects of Workplace Diversity? *Journal of Organizational Behavior*, 38 (2), 276-303.
- Gunn, J. M., Ayton, D. R., Densley, K., Pallant, J. F., Chondros, P., Herrman, H. E., and Dowrick, C. F. (2012) The Association between Chronic Illness, Multimorbidity and Depressive Symptoms in an Australian Primary Care Cohort. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2), 175-84.
- Gunnarsdottir, H. K., Vidarsdottir, H., Rafnsdottir, G. L., Tryggvadottir, L., Olafsdottir, E. J., and Lindbohm, M. L. (2013) Employment Participation and Work Experience of Male Cancer Survivors: A NOCWO Study. *Work*, 46 (4), 385-93.
- Hage, J., and Aiken, M. (1967) Relationship of Centralization to Other Structural Properties. *Administrative Science Quarterly*, 12 (1), 72-92.
- Harrison, D. A., Price, K. H., Gavin, J. H., and Florey, A. T. (2002) Time, Teams, and Task Performance: Changing Effects of Surface- and Deep-Level Diversity on Group Functioning. *Academy of Management Journal*, 45 (5), 1029-45.
- Harrison, D. A., and Klein, K. J. (2007) What's the Difference? Diversity Constructs as Separation, Variety, or Disparity in Organizations. *Academy of Management Review*, 32 (4), 1199-228.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., and Tomich, P. L. (2006) A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 797-816.
- Hennessy, C. H., Moriarty, D. G., Zack, M. M., Scherr, P. A., and Brackbill, R. (1994) Measuring Health-Related Quality of Life for Public Health Surveillance. *Public Health Reports*, 109 (5), 665-72.
- Hino, A., Inoue, A., Kawakami, N., Tsuno, K., Tomioka, K., Nakanishi, M., Mafune, K., Hino, H. (2015) Buffering Effects of Job Resources on the Association of Overtime Work Hours with Psychological Distress in Japanese White-Collar Workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88 (5), 631-40.
- Hirokawa, K., Tsutsumi, A., and Kayaba, K. (2006) Impacts of Educational Level and Employment Status on Mortality for Japanese Women and Men: The Jichi Medical School Cohort Study. *European Journal of Epidemiology*, 21 (9), 641-51.
- Hobfoll, S. E. (1989) Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-24.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J. P., and Westman, M. (2018) Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational*

*Behavior*, 5, 103-28.

- Hoque, K., Wass, V., Bacon, N., and Jones, M. (2018) Are High-Performance Work Practices (HPWPs) Enabling or Disabling?: Exploring the Relationship between Selected HPWPs and Work-Related Disability Disadvantage. *Human Resource Management*, 57 (2), 499-513.
- Inoue, A., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Sakurai, K., and Hashimoto, H. (2010) Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan. *Journal of Occupational Health*, 52 (4), 227-40.
- Ito, M., Togari, T., Park, M. J., and Yamazaki, Y. (2008) Difficulties at Work Experienced by Patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD) and Factors Relevant to Work Motivation and Depression. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 74 (6), 290-310.
- Johnson, J. V., and Hall, E. M. (1988) Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1336-42.
- Kachi, Y., Otsuka, T., and Kawada, T. (2014) Precarious Employment and the Risk of Serious Psychological Distress: A Population-Based Cohort Study in Japan. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40 (5), 465-72.
- Kahn, W. H. (1990) Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*, 33 (4), 692-724.
- Karasek, R. A. (1979) Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., and Theorell, T. (1981) Job Decision Latitude, Job Demands, and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men. *American Journal of Public Health*, 71 (7), 694-705.
- Karasek, R. A., and Theorell, T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T.,

- Walters, E. E. and Zaslavsky, A. M. (2002) Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-Specific Psychological Distress. *Psychological Medicine*, 32 (6), 959-76.
- Kirk-Brown, A., and Van Dijk, P. (2016) An Examination of the Role of Psychological Safety in the Relationship between Job Resources, Affective Commitment and Turnover Intentions of Australian Employees with Chronic Illness. *The International Journal of Human Resource Management*, 27 (14), 1626-41.
- Kobayashi, K., Morita, S., Shimonagayoshi, M., Kobayashi, M., Fujiki, Y., Uchida, Y., and Yamaguchi, K. (2008) Effects of Socioeconomic Factors and Cancer Survivors' Worries on Their Quality of Life (QOL) in Japan. *Psycho-Oncology*, 17 (6), 606-11.
- Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Takeda, Y., and Yamagata, Z. (2008) Do Social Comparisons Explain the Association between Income Inequality and Health?: Relative Deprivation and Perceived Health among Male and Female Japanese Individuals. *Social Science & Medicine*, 67 (6), 982-7.
- Kröger, H. (2016) The Contribution of Health Selection to Occupational Status Inequality in Germany: Differences by Gender and between the Public and Private Sectors. *Public Health*, 133, 67-74.
- Lachman, M. E., and Weaver, S. L. (1998) The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 763-73.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. (=1991、本明寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究』実務教育出版。)
- Link, B. G. (1987) Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52 (1), 96-112.
- Link, B. G., Castille, D. M., and Stuber, J. (2008) Stigma and Coercion in the Context of Outpatient Treatment for People with Mental Illnesses. *Social Science & Medicine*, 67 (3), 409-19.
- Link, B. G., and Phelan, J. (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Disease.



- Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 80-94.
- Link, B. G., and Phelan, J. C. (2013) Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, and A. Bierman (eds.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 525-41, Springer.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., and Nuttbrock, L. (1997) On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (2), 177-90.
- Locke, E. A. (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M. D. Dunnette (ed.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 1297-343, Rand McNally.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., and House, J. S. (2000) Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *BMJ*, 320 (7243), 1200-4.
- Masters, R. K., Hummer, R. A., and Powers, D. A. (2012) Educational Differences in U.S. Adult Mortality: A Cohort Perspective. *American Sociological Review*, 77 (4), 548-72.
- Matud, M. P. (2004) Gender Differences in Stress and Coping Styles. *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1401-15.
- McDowell, I. (2010) Measures of Self-Perceived Well-Being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (1), 69-79.
- McGonagle, A. K., and Barnes-Farrell, J. L. (2014) Chronic Illness in the Workplace: Stigma, Identity Threat and Strain. *Stress and Health*, 30 (4), 310-21.
- McGonagle, A. K., Beatty, J. E., and Joffe, R. (2014) Coaching for Workers with Chronic Illness: Evaluating an Intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19 (3), 385-98.
- McGonagle, A. K., and Hamblin, L. E. (2014) Proactive Responding to Anticipated Discrimination Based on Chronic Illness: Double-Edged Sword? *Journal of Business and Psychology*, 29 (3), 427-42.
- McGonagle, A., Roebuck, A., Diebel, H., Aqwa, J., Fragoso, Z., and Stoddart, S. (2016) Anticipated Work Discrimination Scale: A Chronic Illness Application. *Journal of*

- Managerial Psychology*, 31 (1), 61-78.
- Meyer, I. H. (2003) Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-97.
- Meyer, I. H., Schwartz, S., and Frost, D. M. (2008) Social Patterning of Stress and Coping: Does Disadvantaged Social Statuses Confer More Stress and Fewer Coping Resources? *Social science & medicine*, 67 (3), 368-79.
- Miech, R., Pampel, F., Kim, J., and Rogers, R. G. (2011) The Enduring Association between Education and Mortality: The Role of Widening and Narrowing Disparities. *American Sociological Review*, 76 (6), 913-34.
- Mirowsky, J., and Ross, C. E. (1986) Social Patterns of Distress. *Annual Review of Sociology*, 12 (1), 23-45.
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Bussolari, C., and Acree, M. (2009) What Works in Coping with HIV? A Meta-Analysis with Implications for Coping with Serious Illness. *Psychological Bulletin*, 135 (1), 121-41.
- Mroczek, D. K., and Kolarz, C. M. (1998) The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1333-49.
- Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A., and Cox, S. (2007) Work Factors Related to Psychological and Health-Related Distress among Employees with Chronic Illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17 (2), 259-77.
- Nelson, C. C., Shaw, W., and Robertson, M. (2016) Supervisors and Presenteeism: How do Supervisors Accommodate and Support Skilled Workers with Chronic Health Concerns? *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 28 (4), 209-23.
- Nes, L. S., and Segerstrom, S. C. (2006) Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 235-51.
- Ng, T. W., and Feldman, D. C. (2010a) Organizational Tenure and Job Performance. *Journal of Management*, 36 (5), 1220-50.
- Ng, T. W., and Feldman, D. C. (2010b) The Relationships of Age with Job Attitudes: A

- Meta-Analysis. *Personnel Psychology*, 63 (3), 677-718.
- Nishii, L. H. (2013) The Benefits of Climate for Inclusion for Gender-Diverse Groups. *Academy of Management Journal*, 56 (6), 1754-74.
- Ohguri, T., Narai, R., Funahashi, A., Nishiura, C., Yamashita, T., Yarita, K., and Korogi, Y. (2009) Limitations on Work and Attendance Rates after Employees with Cancer Returned to Work at a Single Manufacturing Company in Japan. *Journal of Occupational Health*, 51 (3), 267-72.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (2010) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing.
- Oshio, T., Sano, S., and Kobayashi, M. (2010) Child Poverty as a Determinant of Life Outcomes: Evidence from Nationwide Surveys in Japan. *Social Indicators Research*, 99 (1), 81-99.
- Pearlin, L. I., and Bierman, A. (2013) Current Issues and Future Directions in Research into the Stress Process. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan and A. Bierman (eds.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 325-40, Springer.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., and Mullan, J. T. (1981) The Stress Process. *Journal of Health and Social behavior*, 22 (4), 337-56.
- Pearlin, L. I., Nguyen, K. B., Schieman, S., and Milkie, M. A. (2007) The Life-Course Origins of Mastery among Older People. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (2), 164-79.
- Pearlin, L. I., and Schooler, C. (1978) The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 2-21.
- Phelan, J. C., Link, B. G., and Tehranifar, P. (2010) Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (1), S28-40.
- Pudrovska, T., Schieman, S., Pearlin, L. I., and Nguyen, K. (2005) The Sense of Mastery as a Mediator and Moderator in the Association Between Economic Hardship and Health in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 17 (5), 634-60.
- Pugh, D. S., Hickson, D. J., Hinings, C. R., and Turner, C. (1968) Dimensions of

- Organization Structure. *Administrative Science Quarterly*, 13 (1), 65-105.
- Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T. A., Moons, P., Groven, C., and Weets, I. (2014) Personality and Illness Adaptation in Adults with Type 1 Diabetes: The Intervening Role of Illness Coping and Perceptions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21 (1), 41-55.
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Roth, S., and Cohen, L. J. (1986) Approach, Avoidance, and Coping with Stress. *American Psychologist*, 41 (7), 813-9.
- Ryan, R. M., and Deci, E. L. (2000) Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Ryan, R. M., and Deci, E. L. (2001) On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.
- Ryff, C. D., and Keyes, C. L. M. (1995) The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-27.
- Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., and Wing, E. H. (1999) Forging Macro-Micro Linkages in the Study of Psychological Well-Being. In C. D. Ryff and V. W. Marshall (eds.) *The Self and Society in Aging Processes*, 247-78, Springer Publishing Company.
- Sakurai, K., Nishi, A., Kondo, K., Yanagida, K., and Kawakami, N. (2011) Screening Performance of K6/K10 and Other Screening Instruments for Mood and Anxiety Disorders in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65 (5), 434-41.
- Salancik, G. R., and Pfeffer, J. (1977) An Examination of Need-Satisfaction Models of Job Attitudes. *Administrative Science Quarterly*, 22 (3), 427-56.
- Schaufeli, W. B., and Bakker, A. B. (2004) Job demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.
- Scheier, M. F., and Carver, C. S. (1985) Optimism, Coping, and Health: Assessment

- and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219-47.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., and Garcia, A. (2014) The Consequences of Perceived Discrimination for Psychological Well-Being: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 140 (4), 921-48.
- Schreurs, B., Van Emmerik, H., Notelaers, G., and De Witte, H. (2010) Job Insecurity and Employee Health: The Buffering Potential of Job Control and Job Self-Efficacy. *Work & Stress*, 24 (1), 56-72.
- Schwartz, J. E., Pieper, C. F., and Karasek, R. A. (1988) A Procedure for Linking Psychosocial Job Characteristics Data to Health Surveys. *American Journal of Public Health*, 78 (8), 904-9.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levinson, D., Mneimneh, Z. N., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Takeshima, T., and Von Korff, M. (2007) Depression-Anxiety Relationships with Chronic Physical Conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103 (1), 113-20.
- Shoss, M. K. (2017) Job Insecurity: An Integrative Review and Agenda for Future Research. *Journal of Management*, 43 (6), 1911-39.
- Siegrist, J. (1996) Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., and Sherwood, H. (2003) Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-69.
- Sonnentag, S. (2015) Dynamics of Well-Being. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 261-93.
- Sternfeld, B., Ngo, L., Satariano, W. A., and Tager, I. B. (2002) Associations of Body Composition with Physical Performance and Self-Reported Functional Limitation in Elderly Men and Women. *American Journal of Epidemiology*, 156 (2), 110-21.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B., and

- Wiener, C. (1984) *Chronic Illness and the Quality of Life*, The C. V. Mosby Company. (=1987、南裕子・木下康仁・野嶋佐由美訳『慢性疾患を生きる－ケアとクオリティ・ライフの接点』医学書院。)
- Suzuki, T., Miyaki, K., Tsutsumi, A., Hashimoto, H., Kawakami, N., Takahashi, M., Shimazu, A., Inoue, A., Kurioka, S., Kakehashi, M., Sasaki, Y., and Shimbo, T. (2013) Japanese Dietary Pattern Consistently Relates to Low Depressive Symptoms and It is Modified by Job strain and Worksite Supports. *Journal of Affective Disorders*, 150 (2), 490-8.
- Tokar, D. M., and Kaut, K. P. (2018) Predictors of Decent Work among Workers with Chiari Malformation: An Empirical Test of the Psychology of Working Theory. *Journal of Vocational Behavior*, 106, 126-37.
- Tucker, K. L., Falcon, L. M., Bianchi, L. A., Cacho, E., and Bermudez, O. I. (2000) Self-Reported Prevalence and Health Correlates of Functional Limitation among Massachusetts Elderly Puerto Ricans, Dominicans, and a Non-Hispanic White Neighborhood Comparison Group. *Journal of Gerontology: Series A*, 55 (2), M90-7.
- van Knippenberg, D., De Dreu, C. K. W., and Homan, A. C. (2004) Work Group Diversity and Group Performance: An Integrative Model and Research Agenda. *Journal of Applied Psychology*, 89 (6), 1008-22.
- Varekamp, I., and van Dijk, F. J. H. (2010) Workplace Problems and Solutions for Employees with Chronic Diseases. *Occupational Medicine*, 60 (4), 287-93.
- Verbrugge, L. M., and Jette, A. M. (1994) The Disablement Process. *Social Science & Medicine*, 38 (1), 1-14.
- Ware, J. E., and Sherbourne, C. D. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.
- Watson, D., Clark, L. A., and Tellegen, A. (1988) Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-70.
- WHOQOL Group (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science &*

*Medicine*, 41 (10), 1403-9.

Wilkin, C. L. (2012) I Can't Get No Job Satisfaction: Meta-Analysis Comparing Permanent and Contingent Workers. *Journal of Organizational Behavior*, 34 (1), 47-64.

Wilkinson, R. G. (1992) Income Distribution and Life Expectancy. *BMJ*, 304 (6820), 165-8.

Wilson, G., and Mossakowski, K. (2009) Fear of Job Loss: Racial/Ethnic Differences in Privileged Occupations. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 6 (2), 357-74.

World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*, World Health Organization. (=2002、障害者福祉研究会訳『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版』中央法規出版。)

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., and Schaufeli, W. B. (2007) The Role of Personal Resources in the Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management*, 14 (2), 121-41.

Yang, Y. (2006) How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late Life?: The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 47 (4), 355-72.

Yokota, R. T. D. C., Van der Heyden, J., Nusselder, W. J., Robine, J. M., Tafforeau, J., Deboosere, P., and Van Oyen, H. (2016) Impact of Chronic Conditions and Multimorbidity on the Disability Burden in the Older Population in Belgium. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 71 (7), 903-9.

#### 【URL】

1. 厚生労働省 (2018) 「平成 28 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 76 表総傷病数 (15 歳以上), 仕事の有－職業分類－無・傷病 (複数回答) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001114975&cycle=7&tclass1=000001114912&tclass2=000001114913&tclass3=000001114914&survey=%E>)

5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&second=1&second2=1)

2. 厚生労働省（2018）「平成 28 年国民生活基礎調査世帯票第 1 巻第 128 表世帯人員（15 歳以上），就業状況・配偶者の有無・年齢（5 歳階級）・性別」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 8 月 3 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001114975&cycle=7&tclass1=000001114976&tclass2=000001114977&tclass3=000001114978&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001114975&cycle=7&tclass1=000001114976&tclass2=000001114977&tclass3=000001114978&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
3. 厚生労働省（2018）「平成 28 年国民生活基礎調査健康票第 27 表世帯人員（15 歳以上），悩みやストレスの有－悩みやストレスの原因（複数回答）－無・性・仕事の有－職業分類－無別」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 9 月 1 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001114975&cycle=7&tclass1=000001114912&tclass2=000001114913&tclass3=000001114914&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001114975&cycle=7&tclass1=000001114912&tclass2=000001114913&tclass3=000001114914&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
4. 警察庁（2018）「平成 29 年中における自殺の状況付録」警察庁ホームページ（2018 年 7 月 24 日取得、<https://www.npa.go.jp/news/release/2018/20180312001.html>)
5. 厚生労働省（2016）「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」厚生労働省ホームページ（2016 年 3 月 23 日取得、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>)
6. 厚生労働省（2008）「平成 19 年定期健康診断実施結果・項目別有所見率の年次推移」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 5 月 4 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20070&month=0&result\\_back=1&second2=1&tclass1val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20070&month=0&result_back=1&second2=1&tclass1val=0))
7. 厚生労働省（2017）「平成 28 年定期健康診断実施結果・項目別有所見率の年次推移」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 3 月 29 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=00>



0001018638&cycle=7&year=20160&month=0&result\_back=1)

8. 厚生労働省 (2014)「治療を受けながら安心して働ける職場づくりのために」厚生労働省ホームページ (2014 年 11 月 10 日取得、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>)
9. 厚生労働省 (2012)「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書」厚生労働省ホームページ (2015 年 9 月 18 日取得、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-roudou.html?tid=128813>)
10. 厚生労働省 (2017)「平成 28 年定期健康診断実施結果 (業種別)」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 4 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20160&month=0&result\\_back=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20160&month=0&result_back=1))
11. 厚生労働省 (2017)「平成 10 年国民生活基礎調査 世帯票 第 2 巻 第 28 表 世帯人員数 (15 歳以上), 公的年金加入状況・年齢 (10 歳階級)・性・勤めか自営かの別別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 3 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031080&tclass2=000001023697&tclass3=000001031085&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031080&tclass2=000001023697&tclass3=000001031085&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
12. 厚生労働省 (2017)「平成 13 年国民生活基礎調査世帯票第 2 巻第 13 表世帯人員数 (15 歳以上), 職業分類・性・年齢階級別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 3 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001023671&tclass2=000001023679&tclass3=000001031074&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001023671&tclass2=000001023679&tclass3=000001031074&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
13. 厚生労働省 (2017)「平成 16 年国民生活基礎調査世帯票第 1 巻第 28 表性・年齢階級別にみた仕事の有・勤めか自営かの別・勤め先での呼称・無別世帯人員数 (15 歳以上) 及び構成割合」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 3 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=004500>

61&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031039&tclass2=000001023374&tclass3=000001031040&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\_page=1&second=1&second2=1)

14. 厚生労働省 (2009)「平成 19 年国民生活基礎調査世帯票第 1 巻第 65 表世帯人員数 (15 歳以上), 就業状況・性・年齢 (5 歳階級) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 3 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031017&tclass2=000001031018&tclass3=000001031019&tclass4=000001027249&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031017&tclass2=000001031018&tclass3=000001031019&tclass4=000001027249&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
15. 厚生労働省 (2017)「平成 22 年国民生活基礎調査世帯票第 1 巻第 124 表世帯人員数 (15 歳以上), 就業状況・配偶者の有無・性・年齢 (5 歳階級) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 3 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046865&tclass3=000001046866&tclass4=000001046881&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046865&tclass3=000001046866&tclass4=000001046881&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
16. 厚生労働省 (2014)「平成 25 年国民生活基礎調査世帯票第 1 巻第 129 表世帯人員数 (15 歳以上), 仕事の有・勤めか自営かの別・勤め先での呼称・無・配偶者の有無・年齢・性 (5 歳階級) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 8 月 2 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001064999&tclass2=000001065000&tclass3=000001065001&tclass4=000001065013&cycle\\_facet=tclass1%3Acycle&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001064999&tclass2=000001065000&tclass3=000001065001&tclass4=000001065013&cycle_facet=tclass1%3Acycle&second2=1))
17. 厚生労働省 (2017)「平成 10 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 53 表 総傷病数 (15 歳以上), 就業状況・傷病別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031080&tcla>

ss2=000001023691&tclass3=000001031082&second2=1)

18. 厚生労働省 (2017)「平成 13 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 71 表総傷病数 (15 歳以上), 就業状況・傷病別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001023671&tclass2=000001023674&tclass3=000001031071&second2=1>)
19. 厚生労働省 (2017)「平成 16 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 69 表総傷病数 (15 歳以上), 仕事の有・職業分類・無・傷病 (複数回答) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031039&tclass2=000001023381&tclass3=000001031046&second2=1>)
20. 厚生労働省 (2009)「平成 19 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 76 表総傷病数 (15 歳以上), 仕事の有・職業分類・無・傷病 (複数回答) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031017&tclass2=000001031024&tclass3=000001031025&tclass4=000001027299&second2=1>)
21. 厚生労働省 (2017)「平成 22 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 72 表総傷病数 (15 歳以上), 仕事の有・職業分類・無・傷病 (複数回答) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046904&tclass3=000001046905&tclass4=000001046911&second2=1>)
22. 厚生労働省 (2014)「平成 25 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 76 表総傷病数 (15 歳以上), 仕事の有・職業分類・無・傷病 (複数回答) 別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 4 月 30 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001064999&tclass2=000001065253&tclass3=000001065254&tclass4=000001065380&second2=1>)
23. 総務省 (2017)「国勢調査労働力状態 (3 区分), 男女別 15 歳以上人口・全国 (昭和 2

- 5 年～平成 27 年)」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 8 月 3 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001011777&cycle=0&tclass1=000001011807&second2=1>）
24. 総務省（2008）「人口推計長期時系列データ我が国の推計人口（大正 9 年～平成 12 年）第 3 表 年齢（5 歳階級及び 3 区分），男女別人口（各年 10 月 1 日現在）－総人口（大正 9 年～平成 12 年）」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 9 月 8 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=0&tclass1=000000090004&tclass2=000000090005&second2=1>）
25. 総務省（2017）「人口推計長期時系列データ（平成 12 年～27 年）第 3 表年齢（5 歳階級及び 3 区分），男女別人口（各年 10 月 1 日現在）－総人口，日本人人口（平成 12 年～27 年）」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 9 月 8 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=0&tclass1=000000090004&tclass2=000001051180&second2=1>）
26. 総務省（2018）「人口推計（平成 29 年 10 月 1 日現在）」総務省ホームページ（2018 年 9 月 7 日取得、<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2017np/index.html>）
27. 総務省（2018）「労働力調査基本集計長期時系列表 3（3）年齢階級（5 歳階級）別就業者数及び就業率－全国」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 9 月 7 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200531&tstat=000000110001&cycle=0&tclass1=000001040276&tclass2=000001011681&second2=1>）
28. 「がんの社会学」に関する合同研究班（2004）「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書概要版－がんと向き合った 7,885 人の声」静岡がんセンターホームページ（2018 年 6 月 25 日取得、<https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html>）
29. 「がんの社会学」に関する合同研究グループ（2016）「2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書－がんと向き合った 4,054 人の声」静岡がんセンターホームページ（2018 年 6 月 25 日取得、<https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html>）
30. 内閣府（2015）「「がん対策に関する世論調査」の概要」内閣府ホームページ（2018 年 6 月 26 日取得、<https://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/index.html>）

31. 内閣府 (2017) 「「がん対策に関する世論調査」の概要」内閣府ホームページ (2018 年 5 月 24 日取得、<https://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-gantaisaku/index.html>)
32. 労働者健康福祉機構 (2013) 「「就労と治療の両立・職場復帰支援 (糖尿病) の研究・開発、普及」研究報告書」 (2018 年 3 月 29 日取得、<http://www.research.johas.go.jp/booklet/report.html>)
33. Eurostat (2018) "People Having a Long-Standing Illness or Health Problem, by Sex, Age and Labour Status [hlth\_silc\_04]" Eurostat Homepage (Retrieved on August 29, 2018, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>)
34. Eurostat (2015) "People Reporting a Longstanding Health Problem or a Basic Activity Difficulty by Sex and Age [hlth\_dp010]" Eurostat Homepage (Retrieved on August 31, 2018, [https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p\\_p\\_id=NavTreeportletprod\\_WAR\\_NavTreeportletprod\\_INSTANCE\\_6WvWrQmmNi1v&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=1](https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_6WvWrQmmNi1v&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1))
35. Eurostat (2014) "Employment Rate of People by Type of Disability, Sex and Age [hlth\_dlm010]" Eurostat Homepage (Retrieved on August 31, 2018, [https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p\\_p\\_id=NavTreeportletprod\\_WAR\\_NavTreeportletprod\\_INSTANCE\\_6WvWrQmmNi1v&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=1](https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_6WvWrQmmNi1v&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1))
36. Eurostat (2015) "Employment by Type of Disability, Sex, Age and Full-Time/Part-Time Employment [hlth\_dlm080]" Eurostat Homepage (August 31, 2018, [https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p\\_p\\_id=NavTreeportletprod\\_WAR\\_NavTreeportletprod\\_INSTANCE\\_6WvWrQmmNi1v&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=1](https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_6WvWrQmmNi1v&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1))
37. 厚生労働省 (2017) 「平成 22 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 1 章第 8 表世帯人員数 (15 歳以上), 仕事の有・勤めか自営かの別・勤め先での呼称・無・性・年齢 (5 歳階級)・通院の有無別」政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ (2018 年 11 月 22 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tou>)

kei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046904&tclass3=000001046922&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\_page=1&second=1&second2=1)

38. 厚生労働省（2017）「平成 22 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 1 章第 7 表世帯人員数（15 歳以上），仕事の有－勤めか自営かの別－勤め先での呼称－無・性・年齢（5 歳階級）・自覚症状の有無別」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 11 月 22 日取得、[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046904&tclass3=000001046922&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result\\_page=1&second=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001046864&tclass2=000001046904&tclass3=000001046922&survey=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%94%9F%E6%B4%BB%E5%9F%BA%E7%A4%8E%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1))
39. 厚生労働省（2009）「平成 19 年国民生活基礎調査健康票第 2 巻第 1 章第 68 表通院者数，年齢(5 歳階級)・最も気になる傷病・性別」政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ（2018 年 8 月 31 日取得、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001031016&cycle=7&tclass1=000001031017&tclass2=000001031024&tclass3=000001031025&tclass4=000001027298&second2=1>)
40. 厚生労働省（2018）「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果の概要」厚生労働省ホームページ（2018 年 11 月 16 日取得、[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/seikatsu\\_chousa\\_b\\_h28.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/seikatsu_chousa_b_h28.html))
41. 厚生労働省（2018）「平成 29 年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況」厚生労働省ホームページ（2018 年 11 月 15 日取得、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h29-46-50b.html>)
42. Centers for Disease Control and Prevention (2018) "About Chronic Diseases" Centers for Disease Control and Prevention Homepage (Retrieved on November 22, 2018, <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>)
43. 厚生労働省（2009）「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会 検討概要」厚生労働省ホームページ（2018 年 11 月 22 日取得、[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou\\_128616.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128616.html))

44. 厚生労働省（2018）「平成 29 年簡易生命表の概況」厚生労働省ホームページ（2018 年 10 月 27 日取得、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html>）
45. 厚生労働省（2008）「糖尿病」e-ヘルスネットホームページ（2018 年 10 月 27 日取得、<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/metabolic/ym-048.html>）
46. 総務省（2012）「平成 22 年国勢調査職業等基本集計結果 結果の概要」総務省ホームページ（2018 年 11 月 5 日取得、<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/>）
47. 総務省（2009）「日本標準職業分類（平成 21 年 12 月統計基準設定）分類項目名」総務省ホームページ（2018 年 11 月 5 日取得、[http://www.soumu.go.jp/toukei\\_toukatsu/index/seido/shokgyou/kou\\_h21.htm](http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/shokgyou/kou_h21.htm)）

## 謝 辞

本研究では複数のデータを二次利用している。データの二次使用に関する謝辞 (acknowledgement) は次の通りである。

国民生活基礎調査について、本研究の結果は、統計法第 36 条の規程に基づき筆者が厚生労働省から「平成 22 年国民生活基礎調査」に関する匿名データの提供を受け、独自に作成・加工したものであり、厚生労働省が作成・公表しているものとは異なる。

JGSS について、二次分析に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから「日本版 General Social Surveys <JGSS-2010>」(大阪商業大学) の個票データの提供を受けた。日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター (文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点) が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。

MIDJA については以下の通りである。

This research was supported by a grant from the National Institute on Aging (5R37AG027343) to conduct a study of Midlife in Japan (MIDJA) for comparative analysis with MIDUS (Midlife in the United States, P01-AG020166).

Ryff, Carol D., Shinobu Kitayama, Mayumi Karasawa, Hazel Markus, Norito Kawakami, and Christopher Coe. Survey of Midlife Development in Japan (MIDJA), April-September 2008. ICPSR30822-v2. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2011-10-27. <http://doi.org/10.3886/ICPSR30822.v2>.

最後に感謝の意を述べる。博士学位研究をご指導くださった、主査である同志社大学大学院総合政策科学研究科 藤本哲史先生に厚く御礼申し上げます。また副査である同志社大学大学院総合政策科学研究科 川浦昭彦先生、愛知淑徳大学グローバルコミュニケーション学部 渡辺直登先生に厚く御礼申し上げます。また当方の研究全般についてアドバイスをくださった慶應義塾大学大学院経営管理研究科 林洋一郎先生に感謝申し上げます。その他博士課程在学中に演習発表、研究会発表、学会発表などの機会に学内外の先生各位・院生各位から様々なご助言を頂きました。感謝いたします。