

令和 3 年 2 月 15 日

海外特別研究員最終報告書

独立行政法人日本学術振興会 理事長 殿

採用年度 平成 31 年度

受付番号 201960143

氏 名 **田中 宏和**

(氏名は必ず自署すること)

海外特別研究員としての派遣期間を終了しましたので、下記のとおり報告いたします。

なお、下記及び別紙記載の内容については相違ありません。

記

1. 用務地（派遣先国名）用務地：ロッテルダム（国名：オランダ王国）

2. 研究課題名（和文）※研究課題名は申請時のものと変わらないように記載すること。

国際比較による健康格差と健康の社会的決定要因の解明と是正のための公衆衛生方法論

3. 派遣期間：平成 31 年 4 月 1 日 ～ 令和 3 年 1 月 31 日（672 日間）

4. 受入機関名及び部局名

受入機関名：エラスムス大学医療センター(Erasmus University Medical Center, Rotterdam)

部局名：公衆衛生学分野(Department of Public Health)

5. 所期の目的の遂行状況及び成果…書式任意 **書式任意(A4 判相当 3 ページ以上、英語で記入也可)**

(研究・調査実施状況及びその成果の発表・関係学会への参加状況等)

(注)「6. 研究発表」以降については様式 10—別紙 1～4 に記入の上、併せて提出すること。

(研究・調査実施状況及びその成果の発表・関係学会への参加状況等)

1. 研究計画の概要と背景

教育歴や職業など社会経済的要因は健康格差につながる健康の社会的決定要因であり、健康格差を縮小することは全ての人が最良の健康を享受することを目的とした公衆衛生上の課題である。欧米では国勢調査と人口動態統計調査の個人データをリンクさせた分析により教育歴や職業による死亡率差や健康格差の分析が行われ、欧州域内の比較やアメリカと欧州の比較など国際比較に基づいた健康格差のモニタリング及び対策・評価が行なわれている。一方で

- 日本の健康格差は比較的小さいと考えられている（経済や教育の格差が小さい・長い平均寿命）
- 日本における職業間（教育歴）の死亡率は欧米と比べ異なるパターンをしているかもしれない

という背景から、欧米の健康格差研究や是正の知見がそのまま日本に当てはまらない可能性がある。したがって、本研究では国際比較による健康格差と健康の社会的決定要因の解明と是正のための公衆衛生方法論について研究し、わが国と世界各国の健康格差縮小に向けた知見を得ることを目的とした。

日本においても海外と同様の健康格差に関する分析が試みられているが国内のデータのみの分析にとどまり、日本の健康格差に関して国際的に比較した研究は見られない。また日本においては国勢調査と人口動態統計調査や国民生活基礎調査の個人データをリンクがなされておらず、現状の公的統計では国際比較によく用いられる教育歴と死亡率格差を観察するデータが整備されていない課題がある。したがってオランダ・エラスムス大学医療センターで、日本国内の研究機関では分析できない欧州の健康格差関連データを用いて日本との国際比較を実施した。

2. 日本において喫煙率は低下しているが社会格差は拡大している

国民健康・栄養調査や日本たばこ産業（JT）の全国たばこ喫煙者率調査の結果によると近年の喫煙率は男性で約 30%、女性で約 10%であり過去 50 年間に継続的に低下していることが報告されている。しかし、男性の喫煙率は欧米より依然として高く、喫煙はわが国において大きな疾病負荷（死亡率、疾病率、経済的コストで計算される健康問題の指標）となっている。喫煙率は社会経済的要因と強く関連していること（例：職業階層が低い、短い教育歴、低収入の人は喫煙率が高い）が日本を含め国際的に広く報告されている。さらに喫煙は健康格差を形成する要因となり、欧州の研究によると社会経済的要因による死亡率格差の約 30%に喫煙が寄与していると推計されている。しかしながら、わが国ではその格差の経年変化について調査・研究が報告されていないため、人口全体の喫煙率の低下に相まってこの格差が小さくなっているのか明らかでない。最初の分析では日本における社会経済的要因による喫煙率の格差（喫煙率の社会格差）の変化を分析した。

国民生活基礎調査の匿名化データを分析し、2001 年から 2016 年までの 3 年毎に職業階層・教育歴別の喫煙率を算出した。職業階層は国際比較に用いられる Erikson-Goldthorpe-Portocarero（EGP）階層分類を用いて、「上級熟練労働者」、「下級熟練労働者」、「非熟練労働者」、「農業従事者」、「自営業者」の 5 つに区分し 25-64 歳について男女別に分析した。「上級熟練労働者」には管理職・専門職、「下級熟練労働者」には事務職・販売職・サービス職が、「非熟練労働者」には生産工程従事者・運転従事者などが含まれる。教育歴は「中学卒業者」、「高校卒業者（専門学校を含む）」、

「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」の3つに区分した。教育歴は25-64歳と65-94歳の2群について男女別に2010年から2016年の変化を分析した。喫煙率（「毎日吸っている」、「時々吸う日がある」）を職業階層・教育歴別に算出し、経年変化の分析のために年齢調整を行った喫煙率を算出した。

2016年の職業階層別喫煙率（25-64歳）は男性で「上級熟練労働者（管理職・専門職）」で32.5%、「非熟練労働者」で47.1%であり、女性では「上級熟練労働者（管理職・専門職）」で10.8%、非熟練労働者で18.7%だった。2016年の教育歴別の喫煙率（25-64歳）は男性で「中学卒業者」で57.8%、「高校卒業者（専門学校を含む）」で43.9%、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」で27.8%であり、女性では「中学卒業者」で34.7%、「高校卒業者（専門学校を含む）」で15.9%、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」で5.6%だった。

職業階層において「上級熟練労働者（管理職・専門職）」と「非熟練労働者」を比較すると、男性で2001年に喫煙率の差は11.9%（95%信頼区間:11.0-12.9）、比は1.24（95%信頼区間:1.22-1.26）であったのが、2016年に差は14.6%（95%信頼区間:13.5-15.6）、比は1.45（95%信頼区間:1.41-1.49）となり、格差は拡大していた。教育歴において「中学卒業者」と「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」を比較すると、男性で2010年に喫煙率の差は27.0%（95%信頼区間:25.6-28.5）、比は1.79（95%信頼区間:1.74-1.85）であったのが、2016年に差は30.0%（95%信頼区間:28.4-31.7）、比は2.05（95%信頼区間:1.98-2.12）となり、格差は拡大していた。職業階層・教育歴の人口構成を考慮した分析（Slope Index of Inequality、Relative Index of Inequalityなど）でも同様に格差の拡大を示す変化が認められ、女性でもこれらの傾向は同じだった。したがって、人口全体の喫煙率は低下しているものの喫煙率の社会格差は縮小しておらず、わずかに拡大していることが明らかになった。また、若い世代（25-34歳）でより大きな社会格差のあることが確認された。

健康格差の研究では、（1）人口全体の健康指標の変化、（2）絶対的な格差の変化、（3）相対的な変化の三要素を読み解くことが重要である。本研究では喫煙率について（1）人口全体の喫煙率の低下、（2）絶対的な格差の持続、（3）相対的な格差の拡大を明らかにした。わが国では喫煙の社会格差縮小に向けた目標値の設定と公衆衛生上の施策がなく、このままでは健康格差が拡大する懸念がある。したがって、わが国の喫煙対策では全体的な喫煙率の低下のみならず、喫煙率の社会格差縮小の目標設定や喫煙率が高い集団に的を絞った禁煙補助策などについても議論が必要である。

本分析ではわが国における喫煙率の社会格差の拡大傾向を明らかにしただけでなく、将来に起こりうる健康格差を予防・縮小するために喫煙対策の重要性を改めて強調するものである。上記の内容は“[Tanaka H](#), Mackenbach JP, Kobayashi Y. Widening socioeconomic inequalities in smoking in Japan, 2001-2016. *Journal of Epidemiology*. In press. （2020年6月12日受理）”にて学術誌に発表した。また、関連の内容について“[田中宏和](#), 小林廉毅. 職業別喫煙率とその推移：国民生活基礎調査による分析（2001-2016年）. *日本公衆衛生雑誌*. In press （2020年12月11日受理）”にて学術誌に発表した。

3. 平成期の日本人の主観的健康感 は 1995 年以降悪化し 2010 年ごろ最も悪かった

主観的健康感 は 自らの健康状態について個々の主観的な判断に基づいて評価される健康指標で、実際の身体的・精神的な健康状態や生命予後（死亡率）と関連すると報告されており、世界中の公衆衛生調査や社会調査で活用されている。OECD（経済協力開発機構）の統計によると日本人の健康状態は世界最高水準（長い平均寿命など）である一方、主観的健康感が良好である国民の割合は他の高所得国に比べて低いと報告されており、この相反的な傾向の解明はわが国の公衆衛生上の課

題の一つである。主観的健康感は他の健康指標と同様に社会経済的要因と関連しており、日本においても収入が低い層において「主観的健康感が悪い」と答える割合が多いことが報告されている。また、1990 年頃から 2007 年頃まで主観的健康感の社会格差は変化が小さく、失業率が高い時期に収入による格差が小さくなったこと、就職氷河期世代（1970-1980 年）の主観的健康感がその他の世代に比べて良好でないことが報告されている。しかし、2010 年以降も含めた長期的な経年変化や社会経済的要因による差（特に教育歴による格差）について詳細な検討がなされていない。そこで日本人の主観的健康感について過去 30 年の変化を分析した。

全国調査である国民生活基礎調査の匿名化データを 1986 年から 2016 年までの 3 年毎 11 回分の調査データについて分析した。男女別に労働世代（25-64 歳）と高齢世代（65-94 歳）の 4 群について主観的健康感の分布の経年変化を分析した。次に社会格差の変化を分析するため職業階層と教育歴（2010 年から 2016 年のみ）別の変化を分析した。職業階層は「上級熟練労働者」、「下級熟練労働者」、「非熟練労働者」、「農業従事者」、「自営業者」の 5 つに区分し 25-64 歳について男女別に分析した。教育歴は「中学卒業者」、「高校卒業者（専門学校を含む）」、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」の 3 つに区分した。

主観的健康感「あなたの現在の健康状態はいかがですか」の質問に対し「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」の 5 段階で調査されたものを「よい (0)」、「まあよい (1)」、「ふつう (2)」、「あまりよくない/よくない (3)」の 4 区分とし順序尺度とした。分析には順序ロジスティック回帰モデルを用い、年齢、調査年度、職業階層などを共変量とし、各変数について「より悪い主観的健康感をもつ確率」をオッズ比として推定した。また、得られた回帰モデルより年齢調整した主観的健康感の分布を算出した。

2016 年の主観的健康感の分布は女性（全体、25-64 歳）で「よい」21.6%、「まあよい」17.5%、「ふつう」49.4%、「あまりよくない/よくない」11.5%、男性（全体、25-64 歳）で「よい」24.0%、「まあよい」17.1%、「ふつう」48.7%、「あまりよくない/よくない」10.2%だった。また、女性（全体、65-94 歳）で「よい」11.6%、「まあよい」14.6%、「ふつう」49.0%、「あまりよくない/よくない」24.8%、男性（全体、65-94 歳）で「よい」14.1%、「まあよい」14.9%、「ふつう」47.4%、「あまりよくない/よくない」23.5%だった。順序ロジスティック回帰分析の結果、男女別、労働世代（25-64 歳）、高齢世代（65-94 歳）とも、1995 年において（1986 年と比較して）オッズ比が最も小さく、過去 30 年間に最も主観的健康感が良好だった。労働世代（25-64 歳）においては男女とも 2010 年においてオッズ比が最も大きく、過去 30 年間に最も主観的健康感が悪くなっていた。高齢世代（65-94 歳）においては男女とも 2007 年においてオッズ比が最も大きく、過去 30 年間に最も主観的健康感が悪くなっていた。2010 年以降の主観的健康感の改善傾向で推移していた。

職業階層別の主観的健康感の男女とも非熟練労働者で最も悪い傾向があったものの、分布の違いは小さいものだった。また職業階層別の主観的健康感の過去 30 年間の変化は 2010 年ごろまでほとんど認められず、2010 年以降わずかに差が広がったのみだった。一方で、教育歴別の主観的健康感の男女、労働世代、高齢世代ともに明瞭な差が認められ、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」で最も良好で、「中学卒業者」で悪い傾向が観察された。さらに 2010 年から 2016 年の教育歴別の主観的健康感の格差の変化は労働者世代の男性のみ拡大傾向が観察された。したがって、主観的健康感の悪化傾向は社会経済的要因（職業階層・教育歴）に関わらず全体的に同様の変化が観察されたため、過去 30 年で社会格差はほとんど変化がなかったが、2010 年以降この格差はわずかに拡大していることが示唆された。日本人はアンケート調査において、中間の選択肢（『ふつう』）を選び

やすい文化的・心理的な傾向が指摘されており、本研究で用いた国民生活基礎調査においても約半分が主観的健康感について「ふつう」と回答していた。この点は本研究を解釈する上で注意が必要であると考えている。

本研究の結果、平成初期では向上していた日本人の主観的健康感は 1995 年以降に悪化し 2010 年ごろ最も悪かったことが明らかになった。また社会格差については職業階層別では差が小さかったものの教育歴別にみると明瞭な差があることが明らかになり、社会・経済的背景と健康・健康格差の関連性を考察する重要性を強調するものである。本研究では社会・経済的背景の指標（労働時間や失業率の推移など）との関連については詳細な検討を行っていないが、主観的健康感が悪化した 1995 年から 2010 年は「失われた 20 年」と呼ばれる経済不況期と一致し、この間に自殺率が高い傾向が持続していたことから様々な社会背景が複合して日本人の主観的健康感の悪化に影響を与えたのではないかと考えている。上記の内容は“[Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y. Trends and socioeconomic inequalities in self-rated health in Japan, 1986-2016. 第 79 回日本公衆衛生学会総会. 2020 年 10 月 20-22 日（オンライン開催）](#)”として学会発表を行った。また学術雑誌に投稿中である（2021 年 2 月 15 日現在）。

4. 日本人の主観的健康感の社会格差は欧米より小さい（国際比較）

日本人の主観的健康感の分析をもとに欧州とアメリカとの国際比較研究を行った。2016 年の国民生活基礎調査（日本）、European Union Statistics on Income and Living Conditions（欧州）、Behavioral Risk Factor Surveillance System（アメリカ）の個票データを分析した。分析は上記の研究と同様に順序ロジスティック回帰分析を用い、教育歴について「中学卒業者」、「高校卒業者（専門学校を含む）」、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」の 3 つに区分し、30-79 歳について男女別に分析した。また職業階層についても Erikson-Goldthorpe-Portocarero（EGP）階層分類を用いて、「上級熟練労働者」、「下級熟練労働者」、「非熟練労働者」、「農業従事者」、「自営業者」の 5 つに区分し 30-64 歳について男女別に分析した。欧州には 2016 年時点の欧州連合加盟国 28 か国とノルウェー、スイス、セルビア、アイスランドが含まれる。アメリカの主観的健康感の調査では質問の回答項目が“excellent, very good, good, fair, poor”とより良好な回答が得られやすい形式であり、日本と欧州との比較では注意を要する。

日本では人口の約 50%が自らの健康を「ふつう」と認識しており、この割合は欧州よりも高かった（欧州では約 20～40%）。日本では、主観的健康感について欧州諸国や米国よりも小さな社会格差が観察された。例えば、「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」の男性と比較した「中学卒業者」の男性の主観的健康感が悪いオッズ比は、日本では 1.72（95%信頼区間：1.61-1.85）、欧州では 2.18（95%信頼区間：2.08-2.27）、米国では 6.65（95%信頼区間：6.22-7.12）であった。欧州では、ポルトガル、オーストリア、西バルカン地域、東ヨーロッパ（ルーマニアを除く）、バルト諸国で男女ともに比較的大きな社会格差が観察された一方で、フランス、ルーマニア、オランダ、デンマーク、南ヨーロッパ（イタリア、スペイン、ギリシャなど）では男女とも社会格差が小さかった。アメリカでは、日本とすべての欧州諸国で観察されたものよりも大きな社会格差があることが確認されたものの、上述した通り質問の回答項目は完全に同じではなかったことに注意が必要である。主観的健康感の分布を読み取ると、「よい」以下のすべての回答カテゴリーの合計は、日本の「大学以上卒業者（短大・高専を含む）」の男性で 59.3%であり、欧州の「中学卒業者」の男性よりも高かった。すなわち、日本では社会階層が高い人でも欧州諸国の社会階層が低い人より主観的健康感が悪い傾向が示唆された。

本研究の結果、主観的健康感について日本の健康格差は欧米諸国と同様のパターンがあるものの、日本において主観的健康感が良好でない要因は、近隣諸国（韓国など）と同様の東アジアの文化的・社会的背景に起因している可能性があることが示唆された。社会・文化的側面を含む東アジアと西欧諸国の相違点と類似点に関するさらなる研究は、「平均余命は長いが主観的健康感良好でない」という日本や韓国に見られるパラドックスなど健康格差をよりよく理解するための重要な要素である。

上記の内容は専門学術誌に投稿して発表する予定である（2021年2月15日現在）。

5. 国勢調査と人口動態統計（死亡票）のリンケージの試行と国際比較

日本においては国勢調査と人口動態統計調査や国民生活基礎調査の個人データのリンクがなされていない。これは個々の社会調査において個人を識別する符号（欧州各国における社会保障番号など）が用いられていないためである。オーストラリアやニュージーランドにおいても国勢調査と人口動態統計調査においては個人を識別する符号が用いられていないものの、確率論的マッチングを用いてリンケージを行い、教育歴別の死亡率を算出している。そこで本研究ではわが国において既存の国勢調査と人口動態統計（死亡票）のリンケージを試行し、教育歴別死亡率の推定を行うとともに、国際比較の可能性を検討した。

国勢調査と人口動態統計（死亡票）の個票データをそれぞれ総務省および厚生労働省から許可を得て取得した。分析対象のデータは2000年と2010年の国勢調査および2000-2005年と2010-2015年の人口動態統計（死亡票）である。リンケージに用いた変数は性別・生年月・住所（市区町村レベル）・婚姻状況である。これらの変数を組み合わせ全ての日本人にリンケージIDを生成した。しかしながら、これらの変数のみでは個人識別力が弱く同じリンケージIDを持つ個人が大量に発生する。検討を行なったのち、確率論的マッチングを適応しても十分に精度の高いマッチングは得られないと判断したため、本分析においては単一のリンケージIDを持つ個人を国勢調査と人口動態統計（死亡票）から抽出して決定的リンケージを適応することとした。

分析は2000年と2010年の2期間について行なったが本稿では2010年の結果について記述する。2010年の国勢調査で30-79歳の日本人は男性39,714,508人、女性41,270,868人であり、このうち単一のリンケージIDを持つのは男性763,373人、女性769,886人であった。これらをサンプル人口と定義し、単一のリンケージIDを持つ死亡者（2010年10月から2015年9月までに亡くなった人）をマッチングした。この結果、男性64,422人および28,092人がマッチングされた。この結果より年齢調整死亡率（40-79歳）を算出したところ男性では1,750（人口10万人あたり）であり、人口動態統計より算出された日本人男性全体の年齢調整死亡率（40-79歳）1,289（人口10万人あたり）より36%課題推計していた。この原因を検討したところ、サンプル人口では既婚者（死亡率が低い）の人口割合が小さく、死別および離別（死亡率が高い）の割合が高かった。また、都市部では人口が多いためよりサンプリングされにくい傾向が示唆されたため、全人口とサンプル人口の比を用いて重みづけを行った。重みづけを行なったサンプル人口について死亡率を算出すると男性では1,373（人口10万人あたり）であり全人口の死亡率から6.5%超過にとどまった。女性でも同じ傾向が見られ、女性では632（人口10万人あたり）であり全人口の死亡率から6.2%超過にとどまった。年齢別にみると若い世代で特に課題推計があり、死因別に見ると外因死（自殺など含む）で死亡率の過大推計が顕著だった。

作成したサンプル人口の死亡率データ（重みづけ済）を用いて教育歴別の年齢調整死亡率（40-79歳）を算出したところ、男性では「中学卒業者」で1,670（95%信頼区間: 1,634-1,707、人口10万

人あたり)、「高校卒業者(専門学校を含む)」で1,299(95%信頼区間:1,279-1,320)、「大学以上卒業者(短大・高専を含む)」では1,078(95%信頼区間:1,051-1,105)であった。すなわち、男性の「中学卒業者」の死亡率は「大学以上卒業者(短大・高専を含む)」の1.55倍高かった。女性では「中学卒業者」で777(95%信頼区間:745-808、人口10万人あたり)、「高校卒業者(専門学校を含む)」で601(95%信頼区間:589-613)、「大学以上卒業者(短大・高専を含む)」では561(95%信頼区間:536-587)であった。すなわち、男性の「中学卒業者」の死亡率は「大学以上卒業者(短大・高専を含む)」の1.39倍高かった。死因別にみても同様の傾向が見られた。

本分析ではこれまでに報告のなかったわが国の教育歴別死亡率について国勢調査と人口動態統計調査から推計を行なった。死亡率の過大推計、サンプリングバイアス(都市部の人が少ないこと)、人口の移動による結果のミスマッチの可能性など考慮すべき要因はあるものの、わが国の教育歴別死亡率格差の実態に近い結果が得られたものと考ええる。欧州のデータとの比較では、相対的な死亡率の差という点ではフィンランド、デンマーク、イングランド/ウェールズ、フランス、スイス、イタリア、エストニア、リトアニアなどの国と比べて男女とも日本の方が格差は小さい傾向にあった。例えばフィンランドでは男性で「中学卒業者」で1578(人口10万人あたり)、「高校卒業者」で1259(人口10万人あたり)、「大学以上卒業者」では821(人口10万人あたり)であった。すなわち、フィンランドの男性の「中学卒業者」の死亡率は「大学以上卒業者」の1.92倍高かった。その一方で、わが国の「大学以上卒業者」の死亡率は欧州の「大学以上卒業者」の死亡率より高く、更なる検討が必要と思われた。今後の課題としてより詳細なわが国の教育歴別死亡率の分析を進めるとともに、国際比較の分析を進める予定である。

上記の内容は専門学術誌に投稿して発表する予定である(2021年2月15日現在)。

6. 日本と韓国では管理職・専門職男性の死亡率が高い(日本・韓国・欧州8カ国を対象とした国際比較)

上述しているように、欧米では教育歴・職業階層が高いほど死亡率が低い状態にある。この格差は2000年以降においても解消されていないことが報告されている。一方で、日本と韓国において先行研究では死亡率格差は欧州の傾向と異なる可能性が示唆されている。日本において職業別死亡率の経年変化を分析した先行研究によれば1990年代後半以降、管理職・専門職(職業階層が高い群)の死亡率が上昇し、その他の職業と年齢調整死亡率が逆転したことが報告されている。また、韓国では2000年代後半以降に管理職の自殺率が上昇していることが報告されている。しかし、職業分類など同一の基準で日本・韓国と欧州などとの国際比較研究は行われておらず、その全体像は明らかになっていない。そこで、日本と韓国および欧州8カ国における職業階層別死亡率の格差を分析した。

日本と韓国に加えて、欧州の中で1990年から2015年の期間(5年毎に区分)に職業階層別の死亡率データが利用可能であった8カ国(フィンランド、デンマーク、イングランド/ウェールズ、フランス、スイス、イタリア(トリノ)、エストニア、リトアニア)を研究対象とした。欧州8カ国の死亡データは各国の国勢調査と人口動態統計データを個人リンケージして追跡(3-5年間)し匿名化されて集計された。日本と韓国の死亡データは国勢調査から職業別人口(分母)、人口動態統計から職業別死亡数(分子)を個人リンケージしない形で集計して死亡率を算出した。日本の死亡データは厚生労働省が5年に一度、国勢調査に合わせて実施する人口動態職業・産業別統計の集計された公表値を用いて算出した。韓国の死亡データは韓国統計局が提供する人口動態統計の匿名化されたデータを用いた。職業階層は上級熟練労働者(upper non-manual worker)、下級熟練労働者(lower

non-manual worker)、非熟練労働者 (manual worker)、農業従事者 (farmer)、自営業者 (self-employed) の 5 つに区分した。ただし日本、韓国、エストニアについては雇用形態について定義できなかったため、自営業者を除く 4 つに職業階層を区分した。35-64 歳男性の年齢調整死亡率について欧州標準人口 (2013 年度版) を基準人口として直接法で職業階層ごとに算出した。

直近の各国の死亡率格差を比較すると、欧州 8 カ国では全ての国で非熟練労働者の死亡率が最も高く、上級熟練労働者の死亡率が最も低い傾向が観察された。一方で 2015 年の日本と韓国においては上級熟練労働者の死亡率が、農業従事者に次いで最も高くなっていた。

死亡率の推移 (1990 年～2015 年) をみると、欧州 8 カ国では上級熟練労働者が最も低く、下級熟練労働者、非熟練労働者と続く死亡率格差の傾向は変化がなかった。一方で、日本・韓国ではそれぞれ 1990 年代後半、2000 年代後半にそれまで最も低かった上級熟練労働者の死亡率が上昇し、他の職業階層の死亡率と傾向が逆転するという大きな変化が観察された。さらに、上級熟練労働者では全ての死因で死亡率上昇が観察され、悪性新生物と自殺の死亡率上昇が顕著だった。

男性の職業階層別死亡率の傾向は日本・韓国と欧州で大きく異なることが示され、この傾向の出現には日本と韓国において経済危機期の上級熟練労働者 (管理職・専門職) の死亡率上昇に関連していることが明らかになった。さらに日本と韓国の健康格差 (死亡率格差) の特徴を明らかにしただけでなく、日本と韓国で非熟練労働者の死亡率が低く抑えられていることから、欧州における死亡率格差の縮小にも示唆を与えるものである。上記の内容は “[Tanaka H, Nusselder WJ, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Kalediene R, Lee JS, Leinsalu Mall, Martikainen P, Menvielle G, Kobayashi Y, MacKenbach JP. Mortality inequalities by occupational class among men in Japan, South Korea and eight European countries: a national register-based study, 1990-2015. Journal of Epidemiology & Community Health. 2019; 73 \(8\) : 750-758](#)” として英文で下記の学術雑誌に掲載済みである。

7. まとめ

オランダ・エラスムス大学医療センターにて行った研究で分析した喫煙と主観的健康感についてわが国においても教育歴および職業階層ごとに明瞭な差があることが明らかになり、こうした健康格差は欧米で観察されているものと同様の社会的な勾配があることが示された。その一方で、主観的健康感の国際比較分析で見られたようにわが国の健康格差は欧米と全く同じパターンをしているわけではない。わが国においても欧米と同様の健康格差が存在するため対策の重要性を強調すると同時に、これまでの知見に加えてその背景となる文化的・社会的な側面を考慮しなければならない。

職業階層別死亡率に関しては、わが国では管理職・専門職男性の死亡率が高いという欧州とは異なった傾向が確認された。一方で国勢調査と人口動態統計のリンケージを試みた分析からは教育歴に関しては欧州と似た傾向の死亡率格差の存在が示唆された。しかしながら、わが国の社会経済要因ごとの死亡率データの精度は欧州の死亡率データと比べると制約が大きく課題がある。健康日本 21 (第二次) では都道府県間の平均寿命・日常生活に制限のない期間の平均の差の縮小という形で健康格差が言及されたものの、わが国の健康格差縮小に向けた取り組みは始まったばかりである。海外特別研究員としてオランダ・エラスムス大学医療センターで研究した経験をもとに、引き続き健康格差の国際比較研究を通じてわが国の健康格差の特徴を明らかにするとともに、より精度の高い分析に向けたデータ構築の取り組みを進め、健康格差縮小に向けた公衆衛生政策を提言していきたいと考えている。

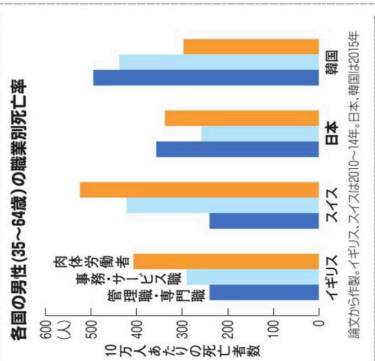
8. メディアにおける研究成果の報道

日本と韓国および欧州 8 カ国における職業階層別死亡率の分析に関する論文について取材を受け、2019 年 6 月ごろ各メディアで取り上げられ報道された（下記参照）。

2019 年(令和元年)6月11日 朝日新聞夕刊

**管理職・専門職男性
日韓は死亡率高め
がんや自殺 不況が影響か**

日本と韓国の管理職・専門職の男性は、欧州に比べて死亡率が高い傾向があることが分析結果を東京大やオランダのエアラスムス大などの研究チームが発表した。日韓では、不況期に死亡率が高まる傾向がみられた。時評「サード・サード」は、日韓の死亡率が高い傾向は、英国やスイスなど欧州 8 カ国の計 10 カ国の、1980 年以降の死亡率の分析結果と一致している。日本はバブル景気崩壊後の 90 年代後半、韓国はリーマン・ショック後の 00 年代後半に、それぞれ死亡率が高まった。管理職・専門職の死亡率は、事務・サービス職よりも低く、がんや自殺のリスクが低く、工場や建設、運輸など働く労働者の死亡率は欧州に比べて、日韓は低かった。一方、欧州は 90 年代後半から 00 年代後半に、特定の職業の死亡率が高まる傾向がみられた。管理職・専門職の死亡率は最も低く、事務・サービス職などの死亡率は高かった。小林麻蔵、東京大教授は「日本は不況期に死亡率が低く、長時間労働に耐える傾向に変わっている」と分析した。日韓では、男性の職業別の死亡率の状況が大きく異なる。要因を分析することによって、働く世代の死亡率の低下につなげたいと話す。論文は英国の疫学・公衆衛生専門誌「電子版に掲載された。」（後掲）



2019 年(令和元年)6月12日 共同通信配信

2019 年 6 月 13 日 めざましテレビ(フジテレビ系)

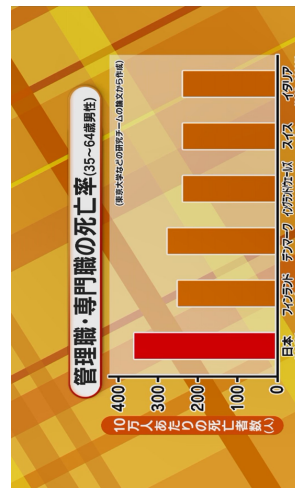
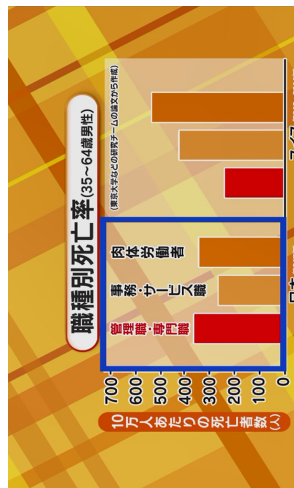
バブル後負担増?で上昇

日本の管理職 高い死亡率

二〇〇〇年代以降は低下傾向にあるが、一部専門職を労働時間規制が外す「高度プロフェッショナル制度」などで逆転する動きも。東京の小林麻蔵教授(公衆衛生学)は、長時間労働に追いつけず、健康状態の悪い人の状況を把握できる統計の整備が必要だと話した。小林教授らのチームは日本、韓国とデンマークやスイス、英国など欧州 8 カ国の三十五・六十四歳男性

欧州の 1.5 倍…なぜ高い？ 日本の管理職の死亡率

- 「日本の男性管理職の死亡率は欧州の 1.5 倍」東大などが調査
- 「不況の影響で負担が集中」管理職に多い「ブレイン・マネージャー」
- 「管理職になりたくない」が 6 割超 その理由は？



東大調査

日本の管理職や専門職の男性は他の労働者よりも死亡率が高く、管理職の方が健康な欧州とは異なった傾向の健康格差があることが、東京大などが行った国際比較で分かった。死亡率はバブル崩壊後の一九九〇年代後半に上昇。現場の仕事と組織運営を兼ねる「フロント・マネージャー」化や組織縮小で心身の負担が増した影響を指摘しているとみられる。

の死亡リスクを九〇年から一五半まで集め、複数の職種を含んだグループ間で年齢構成の違いを調整し、比較した。欧州は九〇年代から一貫して経営者や中間管理職、医師職や教員らの「管理職と専門職」より「事務・サービス系」「工場や運輸など肉体労働系」の死亡率が高かった。近年をみると例えばフランスやドイツは、一〇一四年の肉体労働系死亡率が、管理職と専門職の二倍強になっている。だが日本は九〇年代後半以降、管理職と専門職が他のグループより高い状態。また倍率は年々上昇した。一五年でも十万人当たり三百五十七人、事務・サービス系の一・四倍だった。