

管理職の健康

——他職種との比較，時代的変遷，今後の課題

田中 宏和

(エラスムス大学医療センター研究員)

小林 廉毅

(東京大学大学院教授)

管理職の役割が変化する中で，わが国の管理職は他の職種と比べて健康であると言えるのか。本稿では管理職の健康について疫学データを提示し，他職種との比較，時代的変遷，今後の課題を考察した。『国民生活基礎調査』をもとに主観的健康感，糖尿病通院割合，高血圧症通院割合，喫煙状況，飲酒状況を職業別に分析したところ，男女とも他職種に比べて，特に専門職や事務職との比較において管理職が明らかに健康状態がよいと結論づけられるほど大きな差は認められなかった。人口動態職業・産業別調査の分析によると，男性管理職の死亡率は1980年代から1990年代中頃にかけては他の職業に比べて低い状況であったが，1990年代後半から死亡率が大きく上昇して他の職業と傾向が逆転した。この傾向は2000年以降も続き，2015年においても管理職の死亡率は事務職や専門職に比べて相対的に高い状況が続いている。1995年頃までわが国の男性管理職（専門職を含む）の死亡率はフランス，スイスなどと同じ水準で推移していたが，2000年以降に死亡率が急上昇して高止まりしたため2010年以降もこれらの国に比べて高い水準であった。働く女性の健康に関する研究は特に少なく，社会・雇用環境が変化する中でどのように労働と健康をめぐる諸課題を把握して対応していくか課題となっている。管理職自身がよい健康状態を保ち働き続けることは働き方改革の成否を握るキーポイントと言えるだろう。

目次

- I はじめに
- II 管理職の健康状況
- III 管理職の生活習慣
- IV 管理職の死亡率
- V 考察
- VI おわりに

I はじめに

公衆衛生学の一分野として産業保健は労働者の災害や疾病を未然に防ぎ，その健康保持と増進を

目的として発展してきた。歴史的には特に現業の労働者（工場作業員や建設作業員など）の安全と健康に重点が置かれてきた経緯がある。その中で，管理職は労働現場に従事する労働者を指揮し組織の運営にあたる職務上，産業保健活動の主要な対象ではなかったと言えるだろう。つまり，管理職はその部下である労働者の安全と健康を管理・監督する立場であるが，自身は産業現場の危険にさらされることは少なく，また，その他の職種と比較して裁量度が高くストレスが低いとされ，「管理職は健康である」こと，「健康であるからこそ労働者の指揮・組織の運営ができる」と考えられ

てきた。

しかし、日本社会が1990年代以降「失われた20年」とよばれる長期的な経済不況を経験し企業を取り巻く環境の変化により、管理職の役割が変化（例えば組織の管理と実務の両方をこなすプレーイングマネージャー化など）する中で、管理職の健康も大きな影響を受けていると思われる。『国勢調査』（総務省2015）の結果では、男性の管理職の人口割合は長期的に低下していることがわかっており、組織自体の規模が変わっていない、もしくは大きくなっていると仮定すると一人ひとりの管理職にかかる業務負担は増していると考えられる。これを裏付けるように、管理職の過労死・過労自殺の事例も報告されている。したがって近年では労働者の健康管理のなかで、管理職自身の健康をどう守るかについても産業保健の重要なトピックになっている。

近年のわが国の労働と健康に関する動きの一つに、官民が推進する健康経営という考え方があ。健康経営は経営的な視点から従業員などの健康管理を「投資」として捉え戦略的に実践することと定義され、その結果として従業員の健康増進による生産性の向上や業績・企業価値向上が期待されている（経済産業省2019）。健康経営の実践において部下である労働者の健康管理を担当する管理職の役割は大きい。こうした新たな経営戦略の流れにおいても管理職は組織を構成する労働者の健康の管理・監督とともに自身の健康管理を実践することがますます重要になっている。また、性別で見ると管理職は男性が多くを占めていたが、政府は女性活躍の目標として女性管理職比率を30%とすることを掲げており、今後、女性管理職の増加が予想される。労働者の健康を守るという理念は男女で本質的に大きな違いはないものの、女性には妊娠・分娩、あるいは女性特有の疾患がある一方、後述するように女性管理職の健康問題に関する調査・報告が少ないことから、女性管理職の健康管理に関する学術的蓄積は限られている。したがって、管理職の健康というテーマを考える上で女性の管理職に着目する視点も今後の課題として重要であろう。

本稿ではわが国の管理職は他の職種と比べて健

康であると言えるのかという問いに対して、男女ともに焦点を当てて議論するために公的統計を分析して疫学データを提示し、その特徴を考察する。具体的には、『国民生活基礎調査』（厚生労働省）、『国勢調査』（総務省）および『人口動態統計』（厚生労働省）の個票データの二次利用による分析とこれらのデータを用いた先行研究のレビューを通じて、管理職と他の職種（職業）との健康状態や生活習慣などの比較、時代的変遷、今後の課題について論じる。

II 管理職の健康状況

1 分析データ

管理職の健康状況について『国民生活基礎調査』（厚生労働省2017）を用いて分析を行った。健康状況を示す指標として主観的健康感、糖尿病通院割合、高血圧症通院割合を取り上げた。なお、本稿における管理職とは日本標準職業分類（大分類）により定義された「管理的職業従事者（生産や販売の現場ではなく、オフィスにおいて、専ら経営体の全般又は課（課相当を含む）以上の内部組織の経営・管理に従事するものをいう）」を指す。その他の職種（職業）についても特に断りがない限り日本標準職業分類（大分類）（総務省2012）に準拠する。

『国民生活基礎調査』は厚生労働省が保健、医療、福祉、年金、所得等、国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得るために実施する基幹統計の一つである。毎年、所得に関する調査が行われ3年に一度、健康・介護・貯蓄などの項目も含めた大規模調査が全国の住民を対象に実施されている。2016年の調査（厚生労働省2017）では無作為抽出された国勢調査区の世帯員（約71万人）を対象に調査された。健康票については1986年から2016年までの3年毎に分析が可能である。本分析は『国民生活基礎調査』の個票データ（各年度約70万人）を厚生労働省の許可（承認番号：令和元年7月1日-1）を受け分析した。また、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認（承認番号：

表1 国民生活基礎調査における職業分布と重み付け割合* (2016年)

	n	(%)	重み付け割合 (%)
男性			
全人口 (25-64 歳)	131,121		
職業 (日本標準職業分類)			
管理的職業従事者	12,204	11.2	12.2
専門的・技術的職業従事者	29,720	27.3	28.6
事務従事者	9,156	8.4	8.8
販売従事者	8,167	7.5	7.9
サービス職業従事者	12,744	11.7	12.0
保安職業従事者	2,334	2.1	2.2
農林漁業従事者	3,778	3.5	2.4
輸送・機械運転従事者	5,025	4.6	4.6
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	25,558	23.5	21.4
無職/不詳	22,435		
女性			
全人口 (25-64 歳)	136,925		
職業 (日本標準職業分類)			
管理的職業従事者	1,812	2.0	2.1
専門的・技術的職業従事者	22,955	25.7	25.1
事務従事者	23,022	25.7	27.2
販売従事者	7,969	8.9	9.1
サービス職業従事者	21,216	23.7	24.0
保安職業従事者	136	0.2	0.1
農林漁業従事者	2,176	2.4	1.8
輸送・機械運転従事者	242	0.3	0.3
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	9,931	11.1	10.2
無職/不詳	47,466		

*2016年『国民生活基礎調査』の参加者のうち主観的健康感の有効回答があった人の人数と割合である。割合(%)は無職/不詳を除いた職業分布を示す。

出所：厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

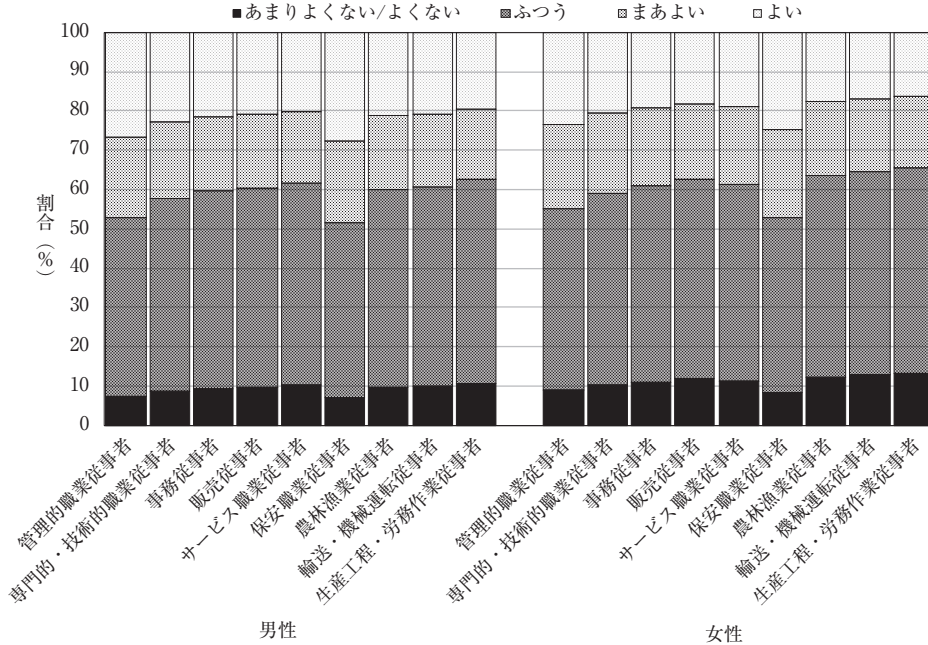
2018112NI) を受けて分析を実施した。

職業は日本標準職業分類をもとに「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」「輸送・機械運転従事者」「生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者」「無職/不詳」の10区分に分類した。分析は生産年齢人口を対象とし、25歳から64歳までに限定し5歳区分で男女別に行った。20～24歳は就労していない人(大学、大学院、短期大学、専門学校などの高等教育機関に在学している人など)が一定数いるため分析から除外した。『国民生活基礎調査』は重み付けのため各個票データに対して拡大乗数(対象地域の人口に対する調査参加者数の逆数)が設定されており、全ての解析はこれを用いて重み付けを行った。ま

た、時代的変遷をみる際には、人口の年齢構成の変化(少子高齢化など)を考慮することが必要なため、標準的な方法による年齢調整を実施している。

表1に2016年の『国民生活基礎調査』における調査参加者(25-64歳)の職業分布と重み付け割合(主観的健康感の有効回答があった人の人数と割合)を示す。就労者のうち管理職が占める割合は男性では12.2%、女性では2.1%であった。2015年の『国勢調査』の結果によれば就労者のうち管理職が占める割合は男性では3.2%、女性では0.7%であり、特に男性において実際の管理職の人口割合より相対的に多くサンプリングされていた。また事務職が占める割合は男性で8.8%、女性で27.2%であり、2015年の『国勢調査』の結果(男性16.1%、女性29.0%)と比較すると男

図1 管理職とその他の職業の主観的健康感 (25-64歳, 2016年)



出所：厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

性において少ない割合でサンプリングされていた (Tanaka, Tanaka and Wada 2020)。

2 主観的健康感

(1) 主観的健康感の分析

主観的健康感とは自らの健康状態について主観的な判断に基づいて評価される健康指標である。主観的健康感とは社会調査や疫学調査で簡便に測定され個人の医学的な健康状態と関連し、その後の死亡リスクと強い関連が報告されている重要な健康指標の一つである (Jylha 2009; Miilunpalo et al. 1997; Burstrom and Fredlund 2001)。『国民生活基礎調査』において「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 (Lall et al. 2002)、年齢と職業を共変量とし、各職業について管理職に対して「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。得られた回帰モデルから年齢調整済みの職業別の主観的健康

感の分布を算出した (Williams 2012)。なお、日本人の主観的健康感はその他の高所得国と比べて「あまりよくない/よくない」と答える者の割合が高いことが報告されている (OECD 2019)。

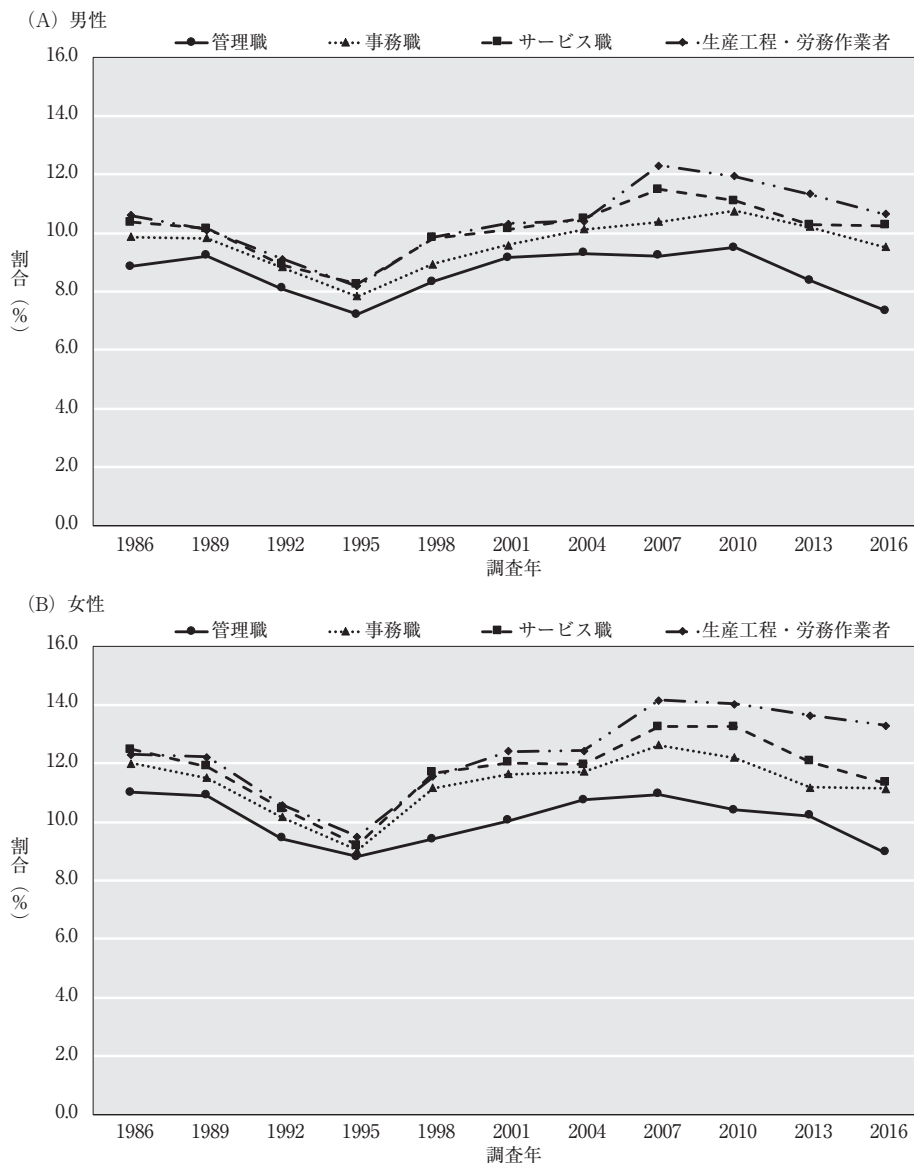
(2) 職業別の主観的健康感 (2016年)

図1に2016年の職業別の主観的健康感の結果を示す。管理職は主観的健康感について「よい」と答えた人の割合が男性で26.6%、女性で23.3%であり男女とも (人口の少ない保安職を除いて) 最も高かった。しかし、主観的健康感の結果が最も悪い傾向にあった生産工程・労務作業 (「よい」と答えた人の割合は男性で19.4%) と比べて大きな差は観察されなかった。したがって、わが国の管理職の主観的健康感はその他の職業と比べてよい傾向にあるが、その差は小さい状況であると言える。

(3) 主観的健康感の経年変化 (1986-2016年)

図2に管理職とその他の職業の主観的健康感について「あまりよくない/よくない」と答えた割合の経年変化を示す。1986年において管理職で「あまりよくない/よくない」と答えた人の割合は

図2 管理職とその他の職業の主観的健康感「あまりよくない/よくない」の割合の経年変化（25-64歳，1986-2016年）



出所：厚生労働省より提供された「国民生活基礎調査」個票データより筆者が分析し作成。

男性 8.8%，女性 11.0%であり，男女とも事務職，サービス職，生産工程・労務作業者に比べて割合が小さかった。1995年頃まで全ての職業で主観的健康感について「あまりよくない/よくない」と答えた人の割合は低下し，その後この割合は上昇した。管理職もその傾向に沿った変化をしており，2016年までの過去30年間において主観的健康感について「あまりよくない/よくない」と答えた人の割合はその他の職業に比べて低かった。管理職とその他の職業の差は，2007年以降わず

かに拡大しており，近年の管理職は男女ともその他の職業に比べて主観的健康感がよい傾向で推移していた。

3 糖尿病通院割合

(1) 糖尿病通院割合の分析

糖尿病は生活習慣病の一つであり，糖尿病性網膜症などの合併症を引き起こすとともに心血管疾患などのリスクを高め生活の質に大きく影響する慢性疾患である。疫学的には高齢者の方が生産年

表2 職業別の糖尿病通院割合の変化（25-64歳，1986-2016年）

	1986年		2016年		変化
	%	95%信頼区間	%	95%信頼区間	
男性					
職業（日本標準職業分類）					
管理的職業従事者	1.9	(1.6 - 2.1)	3.9	(3.7 - 4.2)	2.0
専門的・技術的職業従事者	1.4	(1.2 - 1.6)	3.4	(3.2 - 3.6)	2.0
事務従事者	1.6	(1.4 - 1.8)	3.8	(3.4 - 4.1)	2.1
販売従事者	1.9	(1.7 - 2.2)	3.7	(3.3 - 4.1)	1.7
サービス職業従事者	1.4	(1.1 - 1.7)	4.0	(3.7 - 4.4)	2.7
保安職業従事者	1.7	(1.1 - 2.3)	4.6	(3.8 - 5.3)	2.9
農林漁業従事者	0.8	(0.7 - 1.0)	4.5	(3.8 - 5.2)	3.6
輸送・機械運転従事者	1.2	(0.9 - 1.5)	4.3	(3.8 - 4.8)	3.1
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	1.0	(0.9 - 1.1)	3.2	(3.0 - 3.5)	2.2
無職/不詳	2.6	(2.3 - 2.9)	4.9	(4.7 - 5.2)	2.3
女性					
職業（日本標準職業分類）					
管理的職業従事者	0.9	(0.4 - 1.5)	1.0	(0.6 - 1.3)	0.1
専門的・技術的職業従事者	0.8	(0.5 - 1.1)	1.4	(1.2 - 1.5)	0.5
事務従事者	1.0	(0.7 - 1.2)	1.4	(1.3 - 1.6)	0.5
販売従事者	0.9	(0.7 - 1.1)	1.4	(1.2 - 1.6)	0.5
サービス職業従事者	1.1	(0.8 - 1.3)	1.6	(1.4 - 1.7)	0.5
保安職業従事者	0.0	(0.0 - 0.0)	1.4	(0.0 - 3.4)	1.4
農林漁業従事者	0.6	(0.4 - 0.7)	2.0	(1.4 - 2.7)	1.5
輸送・機械運転従事者	0.7	(0.0 - 1.5)	2.3	(0.4 - 4.1)	1.6
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	0.7	(0.6 - 0.8)	1.7	(1.4 - 1.9)	1.0
無職/不詳	1.1	(1.0 - 1.2)	2.4	(2.2 - 2.5)	1.2

出所：厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

年齢人口より糖尿病有病割合は高いが、定期的な通院による専門医の診察，生活習慣指導や投薬の管理が重要であり，労働者世代に対する糖尿病対策は重要な課題になっている。『国民生活基礎調査』において傷病で「通院している」と答えた者でその傷病名（複数回答可）について糖尿病と答えた者を糖尿病患者として定義し，25歳から64歳までの年齢調整した糖尿病通院割合を算出した。

(2) 職業別の糖尿病通院割合の変化（1986-2016年）

表2に管理職とその他の職業の糖尿病通院割合の変化を示す。1986年において，男性の管理職の糖尿病通院割合は1.9%（95%信頼区間：1.6-2.1%）であり，他の職業に比べて高い傾向にあったものの差は小さかった。糖尿病の有病割合は過去30年間で全体的に増加しており，2016年において男性の管理職の糖尿病通院割合は3.9%（95%

信頼区間：3.7-4.2%）であり，2.0ポイント増加した。他の職業においては販売職を除いて2.0ポイント以上の増加しており，管理職の増加率は相対的に小さかった。女性では2016年において管理職の糖尿病通院割合は1.0%（95%信頼区間：0.6-1.3%）であり，他の職業に比べて低い傾向であった。

4 高血圧症通院割合

(1) 高血圧症通院割合の分析

高血圧症は動脈硬化の原因となり心血管疾患などのリスクを高める。高血圧症はわが国の通院者において最も大きい割合を占めており，労働者世代においても必要に応じて投薬や生活習慣の改善が重要である。『国民生活基礎調査』において傷病で「通院している」と答えた者でその傷病名（複数回答可）について高血圧症と答えた者を高血圧症患者として定義し，25歳から64歳までの年

表3 職業別の高血圧症通院割合の変化（25-64歳，1986-2016年）

	1986年		2016年		変化
	%	95%信頼区間	%	95%信頼区間	
男性					
職業（日本標準職業分類）					
管理的職業従事者	6.2	(5.7 - 6.7)	9.3	(9.0 - 9.7)	3.1
専門的・技術的職業従事者	4.7	(4.3 - 5.1)	7.4	(7.1 - 7.7)	2.7
事務従事者	5.5	(5.1 - 5.9)	8.8	(8.3 - 9.3)	3.3
販売従事者	5.5	(5.1 - 5.9)	8.0	(7.5 - 8.6)	2.5
サービス職業従事者	4.7	(4.1 - 5.2)	7.5	(7.0 - 7.9)	2.8
保安職業従事者	5.4	(4.4 - 6.3)	9.1	(8.1 - 10.2)	3.8
農林漁業従事者	3.9	(3.6 - 4.3)	8.2	(7.4 - 9.1)	4.3
輸送・機械運転従事者	5.8	(5.0 - 6.5)	8.5	(7.9 - 9.2)	2.8
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	4.6	(4.4 - 4.9)	7.5	(7.2 - 7.8)	2.9
無職/不詳	6.8	(6.4 - 7.2)	7.3	(7.0 - 7.6)	0.6
女性					
職業（日本標準職業分類）					
管理的職業従事者	4.9	(3.7 - 6.1)	5.1	(4.3 - 5.9)	0.2
専門的・技術的職業従事者	4.8	(4.1 - 5.5)	5.2	(4.9 - 5.5)	0.4
事務従事者	5.0	(4.5 - 5.6)	4.6	(4.4 - 4.9)	-0.4
販売従事者	5.2	(4.8 - 5.6)	5.0	(4.6 - 5.4)	-0.2
サービス職業従事者	5.8	(5.3 - 6.2)	5.0	(4.8 - 5.3)	-0.7
保安職業従事者	4.3	(0.0 - 8.9)	10.9	(4.4 - 17.4)	6.6
農林漁業従事者	4.8	(4.4 - 5.2)	6.9	(5.9 - 7.8)	2.1
輸送・機械運転従事者	8.7	(4.5 - 12.8)	9.0	(5.5 - 12.5)	0.4
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	5.7	(5.3 - 6.1)	5.4	(5.0 - 5.8)	-0.2
無職/不詳	6.2	(6.0 - 6.3)	5.4	(5.2 - 5.6)	-0.8

出所：厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

年齢調整した高血圧症通院割合を算出した。

(2) 職業別の高血圧症通院割合の変化（1986-2016年）

表3に管理職とその他の職業の高血圧症通院割合の変化を示す。1986年において、男性の管理職の高血圧症通院割合は6.2%（95%信頼区間：5.7-6.7%）であり、他の職業に比べて高い傾向にあったものの差は小さかった。高血圧症の有病割合は過去30年間で全体的に増加しており、2016年において男性の管理職の高血圧症通院割合は9.3%（95%信頼区間：9.0-9.7%）であり、3.1ポイント増加した。男性の事務職では8.8%（95%信頼区間：8.3-9.3%）、生産工程・労務作業では7.5%（95%信頼区間：7.2-7.8%）であり、無職を除いて最もこの割合が低いのは専門職でその割合は7.4%（95%信頼区間：7.1-7.7%）であった。したがって男性の管理職の高血圧症通院割合はその他

の職業に比べて最も高い傾向のままであった。女性では1986年から2016年にかけて高血圧症通院割合は全体的にほぼ変わっていなかった。女性では2016年において管理職の高血圧症通院割合は5.1%（95%信頼区間：4.3-5.9%）であり、事務職やサービス職と同じくらいの割合であった。

Ⅲ 管理職の生活習慣

1 分析データ

管理職の生活習慣について喫煙と飲酒を取り上げ、『国民生活基礎調査』（厚生労働省2017）を用いて分析を行った。喫煙状況と飲酒状況については『国民生活基礎調査』において2001年以降に、調査項目に加えられ調査が行われている。調査参加者の特徴は健康状況の分析と同じである。また、全ての解析は拡大乗数を用いて重み付けを行

表 4 職業別の喫煙率の変化 (25-64 歳, 2001-2016 年)

	2001 年		2016 年		変化 (2001-2016 年)	
	%	95% 信頼区間	%	95% 信頼区間	%	変化*
男性						
職業 (日本標準職業分類)						
管理的職業従事者	54.2	(53.1 - 55.3)	36.4	(35.2 - 37.7)	-17.8	-32.8
専門的・技術的職業従事者	49.7	(49.1 - 50.3)	31.6	(31.1 - 32.1)	-18.1	-36.4
事務従事者	48.9	(48.0 - 49.8)	27.9	(27.0 - 28.8)	-21.0	-42.9
販売従事者	58.8	(58.0 - 59.6)	40.2	(39.2 - 41.2)	-18.6	-31.7
サービス職業従事者	60.1	(59.2 - 60.9)	42.2	(41.4 - 43.0)	-17.9	-29.7
保安職業従事者	55.6	(53.8 - 57.4)	37.3	(35.3 - 39.2)	-18.3	-33.0
農林漁業従事者	58.1	(56.4 - 59.7)	45.8	(43.7 - 47.8)	-12.3	-21.2
輸送・機械運転従事者	64.6	(63.5 - 65.7)	48.3	(46.8 - 49.7)	-16.4	-25.3
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	61.8	(61.3 - 62.4)	47.9	(47.2 - 48.5)	-14.0	-22.6
無職/不詳	55.6	(54.8 - 56.3)	38.2	(37.5 - 38.8)	-17.4	-31.3
女性						
職業 (日本標準職業分類)						
管理的職業従事者	20.8	(18.9 - 22.7)	14.2	(12.3 - 16.1)	-6.6	-31.6
専門的・技術的職業従事者	15.0	(14.4 - 15.6)	10.5	(10.1 - 10.9)	-4.6	-30.3
事務従事者	14.0	(13.5 - 14.5)	9.4	(9.0 - 9.7)	-4.7	-33.2
販売従事者	23.5	(22.7 - 24.3)	16.3	(15.5 - 17.1)	-7.2	-30.7
サービス職業従事者	24.1	(23.4 - 24.8)	18.5	(17.9 - 19.0)	-5.6	-23.3
保安職業従事者	20.0	(16.9 - 23.1)	20.7	(12.7 - 28.7)	0.7	3.4
農林漁業従事者	14.2	(12.7 - 15.7)	11.5	(9.2 - 13.7)	-2.8	-19.5
輸送・機械運転従事者	34.2	(29.8 - 38.7)	38.5	(32.6 - 44.5)	4.3	12.5
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	18.4	(17.7 - 19.1)	18.3	(17.5 - 19.2)	-0.1	-0.5
無職/不詳	16.1	(15.8 - 16.3)	12.3	(12.0 - 12.6)	-3.7	-23.2

*2001 年を基準とした。2001 年から 2016 年の喫煙率パーセンテージの変化 (%)
 出所: 厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

い、標準的な方法による年齢調整を実施した。

調整した喫煙率を算出した。

2 喫煙率

(1) 喫煙率の分析

喫煙は肺がん、咽頭がん、喉頭がん、食道がん等の悪性新生物や虚血性心疾患、呼吸器疾患などを引き起こし、糖尿病や歯周病など多くの疾患とも関連する疾病リスク要因である。わが国で喫煙率は特に労働者世代の男性で高く (Tanaka, Mackenbach and Kobayashi 2020), 精神的なストレスが喫煙習慣を促進したり、あるいは禁煙を妨げたりするとも言われている。『国民生活基礎調査』において喫煙に関する質問項目の「あなたはたばこを吸いますか」に対して「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答した人を現在喫煙者と定義し、25 歳から 64 歳までの年齢

(2) 職業別の喫煙率の変化 (2001-2016 年)

表 4 に管理職とその他の職業の喫煙率の変化を示す。喫煙率は職業別に明瞭な差が観察された。男性では 2001 年において管理職の喫煙率は 54.2% (95%信頼区間: 53.1-55.3%) であり、最も喫煙率が低かった事務職の 48.9% (95%信頼区間: 48.0-49.8%) に比べて 5.3 ポイント高かった。2001 年から 2016 年にかけてすべての職業で喫煙率は低下した。この期間に最も喫煙率が低下したのは事務職であり、喫煙率は 21.0 ポイントの低下であったが、管理職では 17.8 ポイントの低下で差は広がった。男性管理職の喫煙率は大半の職業に比べて低い傾向にあるものの約 3 人に 1 人は喫煙者という状況にある。

表5 職業別の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (25-64 歳, 2016 年)

	％	95% 信頼区間
男性		
職業 (日本標準職業分類)		
管理的職業従事者	19.5	(18.6 - 20.3)
専門的・技術的職業従事者	15.8	(15.4 - 16.2)
事務従事者	14.9	(14.3 - 15.6)
販売従事者	19.8	(19.0 - 20.6)
サービス職業従事者	19.2	(18.5 - 19.8)
保安職業従事者	16.5	(15.1 - 17.9)
農林漁業従事者	19.7	(18.1 - 21.2)
輸送・機械運転従事者	19.7	(18.6 - 20.7)
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	20.2	(19.7 - 20.7)
無職/不詳	14.0	(13.6 - 14.5)
女性		
職業 (日本標準職業分類)		
管理的職業従事者	16.6	(14.8 - 18.4)
専門的・技術的職業従事者	12.1	(11.7 - 12.5)
事務従事者	12.6	(12.2 - 13.0)
販売従事者	13.7	(12.9 - 14.4)
サービス職業従事者	15.6	(15.2 - 16.1)
保安職業従事者	21.5	(14.1 - 28.9)
農林漁業従事者	9.0	(7.3 - 10.8)
輸送・機械運転従事者	23.3	(18.3 - 28.3)
生産工程従事者/建設・採掘従事者/運搬・清掃・包装等従事者	12.3	(11.7 - 13.0)
無職/不詳	10.0	(9.8 - 10.3)

出所：厚生労働省より提供された『国民生活基礎調査』個票データより筆者が分析し作成。

女性では2001年において管理職の喫煙率は20.8% (95%信頼区間：18.9-22.7%)であり、最も喫煙率が低かった事務職の14.0% (95%信頼区間：13.5-14.5%)に比べて6.8ポイント高かった。2001年から2016年にかけて管理職では喫煙率が6.6ポイント低下した。

3 飲酒状況

(1) 飲酒状況の分析

飲酒は適量であれば循環器疾患などの予防効果が認められている一方で、過度の飲酒は急性アルコール中毒や食道がん、肝臓疾患など生活習慣病の原因となる。2016年『国民生活基礎調査』において飲酒に関する質問のうち、「あなたは週に何日くらいお酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか」と「お酒を飲む日は1日あたり、どのくらいの量を飲みますか」の回答から算出された飲酒量が、1日当たりの純アルコール摂取量換算にて男性40g以上、女性20g以上の者を

「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」と定義した。この定義は厚生労働省が推進する「健康日本21(第二次)」における生活習慣病のリスクを高める量の飲酒と同じものである(厚生労働省2013)。職業別に生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を25歳から64歳まで年齢調整して算出した。

(2) 職業別の飲酒状況(2016年)

表5に管理職とその他の職業の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を示す。男性の管理職で「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は19.5% (95%信頼区間：18.6-20.3%)であり、専門職(15.8%)や事務職(14.9%)と比べてやや高く、どちらかと言うと飲酒割合の高い職業の1つと考えられた。女性の管理職では「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は16.6% (95%信頼区間：14.8-18.4%)であり、専門職(12.1%)や事務

表6 男性の職業別の死亡率（25-64歳，2015年）

	就業者		死亡者	全死因死亡率 (人口10万人対)	死因別死亡率（人口10万人対）			その他
	人口（人）	(%)	(人)		悪性新生物 (C00-D48)*	循環器疾患 (I00-I99)*	外因死 (V01-Y98)*	
就業者総数	24,863,422		28,695	101.0	36.1	26.8	25.2	12.9
職業（日本標準職業分類）								
管理的職業従事者	794,143	(3.2)	2,031	193.0	64.6	42.5	62.8	23.1
専門的・技術的職業従事者	4,173,468	(16.8)	4,840	110.3	43.4	28.6	25.5	12.7
事務従事者	4,003,816	(16.1)	2,495	53.7	21.1	12.8	13.8	5.9
販売従事者	3,377,013	(13.6)	2,890	82.1	32.0	21.9	17.2	10.9
サービス職業従事者	1,467,882	(5.9)	3,579	240.3	80.2	66.7	57.9	35.5
保安職業従事者	791,484	(3.2)	794	90.1	27.2	25.3	26.9	10.6
農林漁業従事者	642,983	(2.6)	2,017	211.4	53.8	51.3	72.1	34.1
輸送・機械運転従事者	1,568,689	(6.3)	2,015	100.3	33.5	27.8	27.4	11.6
生産工程従事者	4,528,220	(18.2)	3,424	73.8	26.2	20.5	18.7	8.4
建設・採掘従事者	2,024,420	(8.1)	3,546	146.9	47.7	37.5	40.6	21.1
運搬・清掃・包装等従事者	1,491,304	(6.0)	1,064	62.1	18.5	21.4	14.1	8.1
無職	6,199,344		58,569	765.8	240.0	175.1	137.7	213

* International Statistical Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10)
出所：Tanaka, Tanaka and Wada (2020) より筆者作成。

職（12.6%）と比べてやや高かった。したがって管理職の健康リスクに影響を及ぼしうる飲酒状況は専門職と事務職を除いてその他の職種とほぼ同等と考えられる。

IV 管理職の死亡率

1 職業別死亡率に関する統計

わが国において、職業別死亡率は『国勢調査』の実施年度に合わせて行われる『人口動態職業・産業別調査』にて5年に1度、厚生労働省により調査されている（田中・豊川・小林 2016; 厚生労働省 2018）。『人口動態職業・産業別調査』では調査年の4月1日から翌年3月31日までに死亡した人で定められた期間に届けられたものが集計され、全数調査となっている（厚生労働省 2018）。亡くなった人の職業については通常の死亡届の項目に加えて死亡時の職業を届出者が職業・産業例示表から選択し記号を記入することで調査される（厚生労働省 2018）。この死亡者数を分子、『国勢調査』における職業別人口を分母として横断調査として死亡率が算出される（厚生労働省 2018）。下記ではわが国の職業別死亡率とその推移につい

て、筆者らの先行研究で示されたデータをもとに管理職に焦点を当てて議論する。

2 管理職とその他の職業の死亡率（2015年）

(1) 男性の職業別死亡率

表6に2015年の男性の職業別死亡率を示す（Tanaka, Tanaka and Wada 2020）。管理職の死亡率は193.0（人口10万人対）であり、サービス職と農林漁業従事者に次いで3番目に高かった。管理職では最も死亡率の低い事務職（53.7/人口10万人）に比べて3倍以上の死亡リスクとなっている。死因別に見ると悪性新生物、循環器疾患ともに死亡率が高く、特に外因死（不慮の事故や自殺を含む）による死亡率は管理職では農林漁業従事者に次いで2番目に高かった。

(2) 女性の職業別死亡率

表7に2015年の女性の職業別死亡率を示す（田中 2019）。管理職の死亡率は246.3（人口10万人対）であり、建設・採掘従事者と輸送・機械運転従事者に次いで3番目に高かった。最も死亡率の低い事務職（24.2/人口10万人）に比べて、管理職の死亡リスクはおよそ10倍であった。したがって、女性の管理職は死亡率が高い傾向にある

表7 女性の職業別の死亡率（25-64歳，2015年）

	就業者		死亡数	全死因死亡率
	人口（人）	（%）	（人）	（人口10万人対）
就業者総数	20,370,458		9,613	42.7
職業（日本標準職業分類）				
管理的職業従事者	138,581	(0.7)	454	246.3
専門的・技術的職業従事者	3,920,001	(20.0)	1,691	44.1
事務従事者	5,897,973	(30.2)	1,461	24.2
販売従事者	2,460,388	(12.6)	974	36.6
サービス職業従事者	3,462,595	(17.7)	1,969	49.4
保安職業従事者	51,613	(0.3)	91	210.5
農林漁業従事者	358,670	(1.8)	468	74.7
生産工程従事者	1,796,603	(9.2)	694	32.8
輸送・機械運転従事者	58,491	(0.3)	219	347.3
建設・採掘従事者	46,602	(0.2)	352	617.4
運搬・清掃・包装等従事者	1,369,666	(7.0)	199	12.0
無職	11,313,504		34,907	250.1

出所：田中（2019）より筆者作成。

と言えるが、女性の管理職を含め死亡率が高い職業（建設・採掘従事者，輸送・機械運転従事者，保安職業従事者）の就業者全体に占める人口割合は1%以下であり，死亡統計におけるバイアス（アーチファクト）が原因で極端に高い死亡率となっている可能性がある。このため，女性の職業別死亡率の解釈には注意が必要である。

（3）職業別がん死亡率

悪性新生物（がん）はわが国の死因第一位であり，生産年齢人口においても高い死亡率となっている。罹患率の高いがん部位（胃，大腸，肝臓，肺）について，表8に2015年の職業別がん死亡率を示す。この分析は管理職と人口割合の高い専門職，事務職，サービス職，生産工程従事者（男性のみ）に限定した。男性では管理職はどのがんにおいてもサービス職に次いで死亡率が高い傾向にあり，がんの死亡率リスクは事務職の約3倍となっていた。女性でも管理職のがん死亡率は他の職種に比べて高かった。

（4）男性の職業別自殺率

わが国の自殺率は他の高所得国よりも高い水準にあり，特に20-40歳代では死因の上位（20代，30代では死因第一位）となっている。また，長時間労働に起因する過労自殺の事例も報告されてお

り，労働者世代の精神的な負担を表す指標としても重要である（Kondo and Oh 2010）。図3に2015年の男性の職業別自殺率を示す。男性の管理職の自殺率は46.9（人口10万人対）であり，その他の職業に比べて最も自殺率が高かった。事務職と比べると管理職は自殺のリスクが4.7倍であった。

3 職業別の死亡率の変化（1980-2010年）

図4に男性の職業別死亡率の推移（1980-2010年）を示す（Tanaka et al. 2017）。1980年において男性管理職の年齢調整死亡率（30-59歳）は166.8（人口10万人対）であり，サービス職（459.8/人口10万人），専門職（271.2/人口10万人），生産工程従事者（196.1/人口10万人），事務職（259.8/人口10万人）などその他の職業と比べて低い水準にあった。それ以降，職業別死亡率は全体的に低下傾向であったが，管理職（と専門職）は1990年代後半に死亡率が急上昇し，低下傾向が続いた生産工程従事者や事務職と比較して傾向が逆転した（Tanaka et al. 2017）。専門職の死亡率は2000年以降低下したものの，管理職の死亡率は高止まりしており，表6で示したとおり2015年においても管理職はサービス職と農林漁業従事者に次いで3番目に高い死亡率となっている（Tanaka, Tanaka and Wada 2020）。すなわち，わが国において管理職の死亡率は1980年代から1990年代中頃にかけて

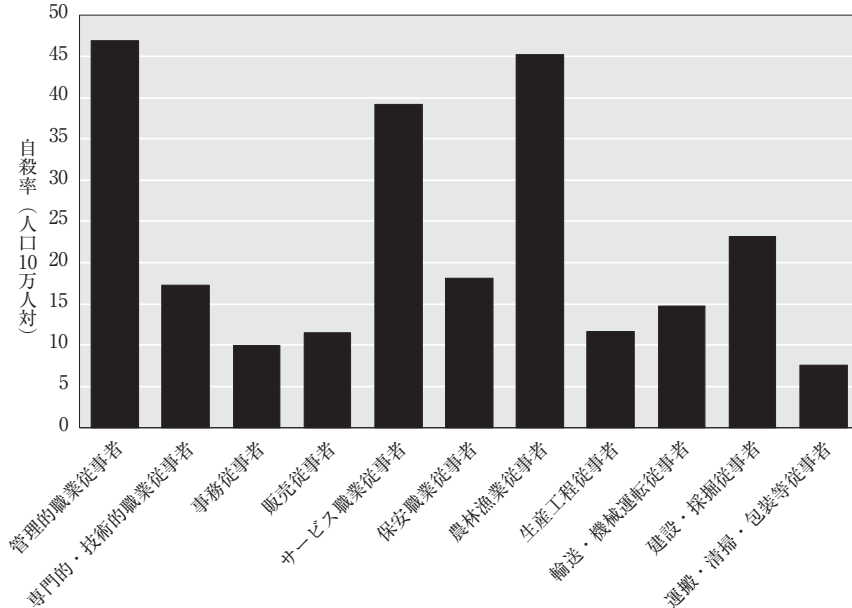
表 8 職業別のがん死亡率 (25-64 歳, 2015 年)

	がん死亡率 (人口 10 万人対)			
	胃がん (C16)*	大腸がん (C18-20)*	肝臓がん (C22)*	肺がん (C33-34)*
男性				
全人口	10.1	12.1	6.9	16.2
職業 (日本標準職業分類)				
管理的職業従事者	9.1	8.3	5.4	12.0
専門的・技術的職業従事者	5.6	6.1	3.7	7.6
事務従事者	3.0	2.9	1.6	4.0
サービス職業従事者	8.3	12.6	7.7	16.9
生産工程従事者	5.5	4.5	3.3	8.0
無職	29.1	39.1	20.6	48.1
女性				
全人口	5.2	7.9	1.5	5.5
職業 (日本標準職業分類)				
管理的職業従事者	10.0	15.1	3.0	22.0
専門的・技術的職業従事者	2.5	3.0	0.5	1.8
事務従事者	1.1	1.3	0.4	0.9
サービス職業従事者	2.4	2.5	0.5	2.3
無職	10.2	16.8	2.8	11.4

*International Statistical Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10)

出所: 厚生労働省より提供された『人口動態職業・産業別調査』個票データより筆者が分析し作成。

図 3 管理職とその他の職業の自殺率 (男性25-64歳, 2015年)

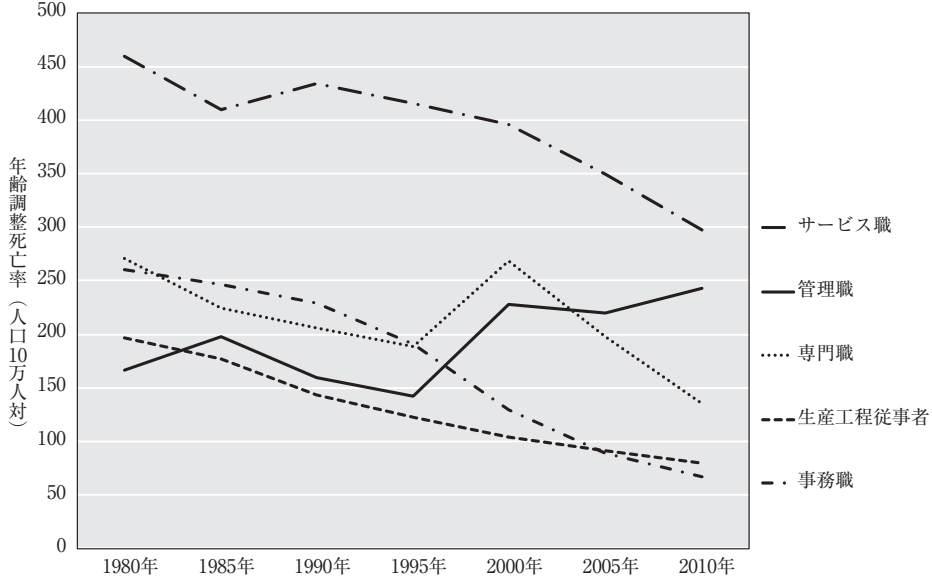


出所: 厚生労働省より提供された『人口動態職業・産業別調査』個票データより筆者が分析し作成。

ては他の職種に比べて低い状況であったものの、1990年代後半を境に死亡率が大きく上昇して他の職種と傾向が逆転した。この傾向は2000年以降も続き、2015年においても管理職の死亡率は

事務職や管理職に比べて相対的に高い状況が続いている。

図4 管理職とその他の職業の年齢調整死亡率の経年変化（男性30-59歳，全死因，1980-2010年）



出所：Tanaka et. al (2017) より筆者作成。

4 男性の管理職・専門職の死亡率の国際比較と経年変化

国によって統計上の職業分類が異なるため，わが国の管理職と他の国の管理職の死亡率を直接比較した研究は報告されていないが，Erikson-Goldthorpe-Portocarero (EGP) 階層分類をもとに管理職・専門職をまとめて上級熟練労働者 (upper non-manual workers) として職業階層別死亡率を国際比較した研究が報告されている (Tanaka et al. 2019)。図5に管理職・専門職の年齢調整死亡率の経年変化の国際比較を示す (Tanaka et al. 2019)。1995年までわが国の管理職・専門職の死亡率はイングランド・ウェールズ，スイス，フィンランド，フランス，韓国と同じ水準で推移していたが2000年以降死亡率が急上昇したためこれらの国に比べて高い水準となった。わが国の管理職・専門職の死亡率は高止まりしているため，この傾向は2010年以降も続いている。なお，韓国の管理職・専門職の死亡率は2000年代後半から上昇傾向にある。日本の1990年代後半はバブル経済の崩壊とアジア経済危機の時期にあたり，韓国の2000年代後半はリーマンショックの時期にあたっていた。推測に過ぎないが，経済危機による健康影響が管理職・専門職に

最も大きくでた可能性が考えられる。

5 職業別死亡率の注意点

わが国において職業別死亡率の全国統計は上記の人口動態職業・産業別調査で推定するほかないが，特に女性で死亡統計におけるバイアス（アーチファクト）が起きている可能性がある。これは人口動態職業・産業別調査において人口と死亡がそれぞれ『国勢調査』と『人口動態統計』という別々の情報源から職業の情報を得ているためである。死亡者についてはその家族が職業を分類して届け出ることから特に誤分類の原因となりうる。また，女性の職業別死亡率についての研究は非常に少なく，特に管理職について分析した研究は報告されていない。そのため，本研究においても管理職の死亡率の国際比較，さらには自殺率の分析 (図3) や職業別死亡率の経年変化 (図4) について女性の結果を示さなかった。これは人口が少ない職業（女性の管理職を含む）について死亡率が過大に算出されている可能性が高く，そのバイアスの大きさを評価することが難しいためである。

V 考 察

1 管理職の健康状況と生活習慣

『国民生活基礎調査』をもとに主観的健康感、糖尿病通院割合、高血圧症通院割合、喫煙状況、飲酒状況を職業別に分析したところ、職業間の差は小さく管理職が他の職業に比べて明らかに健康状態がよいと結論づけられるほど顕著な傾向の違いはなかった。また、学歴の分布（大学卒業者の割合など）や職業階層において似た側面（収入が高く、裁量が大きいなど）を持つ専門職と比べると、特に男性において健康状態がよくない傾向があった（高血圧、喫煙、飲酒について健康指標が悪かった）。

喫煙率を一例にとると、男女とも管理職の喫煙率は最も喫煙率の低い事務職と比べると明らかに高く、また、職業階層において似た側面のある専門職よりも高い。特に事務職では2001年から2016年にかけて、喫煙率が大きく低下していた。これは2003年の健康増進法の施行などにより職場での受動喫煙対策が強化され、事務職の一般的な職場であるオフィスで最もその対策が導入されやすかったためと考える。基本的にオフィスでの執務が一般的で事務職と職場環境が同じである管理職において、喫煙率が事務職ほど低下していないことは、管理職において喫煙につながるストレスが強いなど禁煙を妨げている要因が存在する可能性が示唆される。管理職は大学卒業者の割合が高いが、喫煙率が男女とも事務職と専門職（それぞれ管理職と同じように大学卒業者の割合が高い）よりも高いことは管理職の生活習慣として特徴的であると言える。実際、管理職の健康状態が事務職など他の職業と比べて悪いことを示唆する研究はいくつか報告されている。1996年から1998年にかけて9つの会社、工場を対象に職業別の身体活動量を調査した結果によれば、男性の身体活動量は管理職より事務職のほうが多かった（Takao et al. 2003）。さらに、石川県の中小企業に勤める労働者を2009年に調査した研究では40-59歳の男性で管理職はサービス職や生産工程・労務作業より肥満が多かったと報告されている

（Morikawa et al. 2012）。これらの研究では女性についても調査されているが、女性の管理職の身体活動量や肥満などが事務職と比べて差があったとは報告されていない（Takao et al. 2003; Morikawa et al. 2012）。

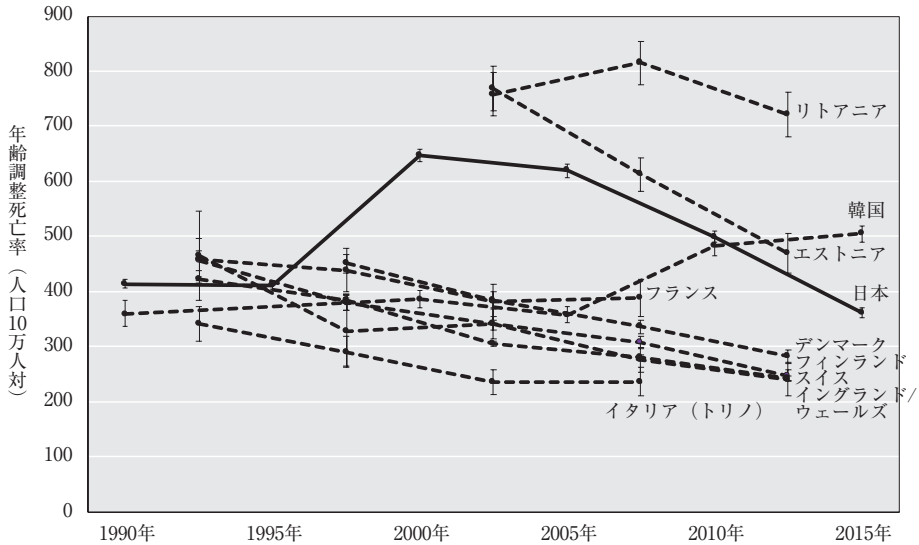
女性の管理職においては人口割合が小さいこと（約2%）もあり、本稿で分析した指標では他の職業と比べて明確に健康状態が良い、悪いといった傾向を示すことは難しい。しかし、主観的健康感がその他の職業に比べて良好である一方、専門職と比べて喫煙や飲酒などの生活習慣は悪い傾向にあり、全体的な傾向は男性と同様と思われる。女性の職業別の健康状態、特に管理職に着目した研究は少ないため、今後さらなる研究が必要である。

2 管理職の死亡率

男性の管理職の死亡率は1980年代から1990年代中頃にかけては他の職業に比べて低い状況であったが、1990年代後半を境に死亡率が大きく上昇して他の職業と傾向が逆転した。一般的に管理職は高学歴で、収入が高く、健康維持のために多くのリソースを割くことができる職業（社会階層）とみなされるため、この特徴的な変化は議論の嚆矢となった（Wada et al. 2012）。図5に示したとおり、わが国におけるこうした男性管理職の死亡率の変化は欧州と比べても特徴的であることが示されている（Tanaka et al. 2019）。

わが国において1990年代後半に男性管理職の死亡率が急上昇した要因は明らかになっていない。死因別では全ての死因において死亡率の上昇が観察されたが、特に自殺率の上昇が顕著であり管理職と事務職の死亡率の差を広げた要因となっていた（Tanaka et al. 2017）。バブル経済崩壊後で国内の金融機関の破綻が相次いだ1998年には人口全体で自殺率の急上昇が観察されており、管理職の死亡率上昇の時期と一致する。したがって、平成初期からの長期経済停滞による労働環境の変化が身体的な負担とともに精神的な負担を増大させ、この時期の管理職の健康悪化を招いた可能性がある。さらに、2015年においても他の職種に比べて男性管理職の自殺率は依然として高水準に

図5 管理職・専門職 (upper non-manual workers) の年齢調整死亡率の経年変化の国際比較 (男性 35-64 歳, 全死因, 1990-2015 年)



出所: Tanaka et. al (2019) より筆者作成。

あり、1990年代後半の死亡率急上昇の影響は20年近く経過した現在も残っている。

過労死や過労自殺といった長時間労働・過度な業務負担に起因する様々な疾病リスクは特に管理職で発生しやすい傾向があり、相対的に高い死亡率につながっている可能性がある。これを裏付けるように管理職の高い高血圧症通院割合は、高血圧の原因となる過度な業務負担などに起因している可能性が考えられる。一方で本稿において示した死亡率はわが国の管理職およびその他の職種の全体的な傾向を示すものであり、様々なタイプの管理職がこの集団に含まれていることに注意が必要である。例えば、管理職のなかの特定の層における高い死亡リスクが全体の死亡率を引き上げているが、その一方で管理職の大部分で死亡リスクはそれほど高くないというような分布になっていることも考えられる。管理職の死亡率についてはどの特徴を持つ管理職で死亡リスクが高い(例: 過労死・過労自殺が起きやすい)のか明らかにすることが今後の課題である。

死亡率と主観的健康感の過去30年間の経年変化を比べると、主観的健康感は1995年から2010年にかけてどの職業においても全体的に悪化した一方で、管理職を除く死亡率は大きく低下していた。つまり管理職の死亡率は急上昇したものの、

管理職の主観的健康感と同じ時期にその他の職種に比べて顕著に悪化したわけではない。この傾向の乖離の要因は現時点で不明であり、管理職の健康について議論する際の大きな課題である。

職業による健康問題を論じる際、女性の職業別死亡率についてはこれまでほとんど議論がなされてこなかった。これは上述したように人口が少ない職業(女性の管理職を含む)で死亡統計のバイアスが発生している可能性が高いためである。表7によると女性の管理職の死亡率はその他の職業に比べて高い可能性があるものの、死亡リスクが事務職の約10倍の値を示すなど、同じ社会において働く人の死亡リスクの差としては考えづらい。現状の死亡データでは女性の管理職の死亡率を正確に捉えることは難しいと考えられる。

3 今後の課題

本研究では可能な限り代表性の高い疫学データを示したが、管理職の健康に影響する要因や因果関係までは言及できていない。例えば高血圧症は管理職において最も通院割合が高いが(表3)、管理職においてどのようなメカニズムが働きこうした結果につながっているかは未だ十分に解明されていない。主観的健康感の結果は管理職において他の職種と比べて最もよく、経年変化をみても

より良好な傾向で推移しているが（図1および図2）、管理職が他の職種と比べて健康であると言えるのかどうかについては明確な結論が導き出せるほど一貫した傾向は観察されなかった。それぞれの健康指標について背景や要因を一つひとつ分析していくことが今後の課題である。

本稿で定義した管理職は日本標準職業分類（大分類）により定義された「管理的職業従事者」であるが、「管理的職業従事者」には事業所の課長から様々な産業の工場・支店・営業所等の長、会社役員、さらには国務大臣まで広く含まれる。管理職の役割は個々の職場などで大きく異なるため、健康に影響する要因やメカニズムはそれぞれ多様である。より具体的な分析を行うため、それぞれの職場や職能団体を介した調査と、本研究で示された結果との比較により詳細な傾向をつかむことが課題である。

管理職の健康を検討するとき、比較する他の職種として専門職と事務職が重要であろう。なぜなら、本稿で示したように専門職と事務職は健康状態が最もよい職業であり、かつ社会階層あるいは働く環境が管理職に最も近いと考えられるからである。それぞれの職業の健康指標が今後どのような水準で推移するか継続的なモニタリングと詳細な比較分析が必要である。

国際比較においては隣国である韓国との比較が重要であろう。わが国においては1990年代後半に男性管理職（および専門職）の死亡率上昇を経験したが、韓国においては2000年代後半以降の男性管理職の死亡率上昇が観察されている（Tanaka et al. 2019）。いずれも経済状態の悪化に際して死亡率が上昇した点で一致しており、管理職の役割や健康状態の変化について日本と韓国で特徴的なメカニズムが共通している点があるかもしれない。一方で、欧州との比較では管理職の役割が異なる可能性が高く単純な比較は難しい。欧州では管理職・専門職の死亡率が長期的に低く推移していることから、欧州では管理職がその他の職種と比較して裁量度が高く、かつストレスが低く、より健康である可能性を示唆している。

本稿ではわが国の公的統計データを用いて疫学的な分析を行い、管理職の健康状態を探ってきた

が、職業と健康に関する統計は現状では十分ではなく課題も多い。職業は収入を得る手段として就労者が主に一つの職業を有するものと見なされてきたが、政府が推進する働き方改革により、ワークシェアリング（一つの仕事を複数の労働者で分ける働き方）やテレワーク（情報通信技術を活用した、場所や時間にとらわれない柔軟な働き方）が推進され、今後は複数の職業を持つ人が増加すると予測される。さらに若い世代を中心にインターネット環境を活用した個人事業主など新しい職業の普及もあり、従来の職業分類では捉えきれず統計に反映されにくい事例が増える可能性がある。実際に人口動態職業・産業別調査において職業が「分類不能の職業」や「不詳」と回答される割合は年々増加している。また、このような変化は管理職の役割にも影響するだろう。したがって、職業別死亡率などの統計精度向上はわが国における労働者の健康を把握する点において大きな課題となっている。より精度の高い職業別死亡率の分析のためには『国勢調査』により調査された個人について死亡の状況を前向きに追跡して死亡率を算出することが望ましいが、現行の『国勢調査』は他の政府統計と突合する仕組みがなく、このような分析はできない。また、経済状況や通院状況、生活習慣などが把握される『国民生活基礎調査』と『人口動態統計』とのリンケージも現状では不可能であるが、今後検討すべき課題である。

VI おわりに

わが国では管理職の健康状態は男性、女性とも他職種と比べて差は小さく、特に専門職との比較においては管理職の方が悪い傾向が示唆された。管理職の健康の傾向を捉えるには、専門職や事務職との比較が重要である。男性管理職の死亡率は1980年代から1990年代中頃まではその他の職種と比べて低い傾向にあったものの、バブル経済崩壊後の長期経済停滞に呼応するかのようになり1990年代後半から現在にかけて高い水準が続いている。この特徴的な変化により欧州と比べてわが国の男性管理職の死亡率は高い。国際比較においては、わが国と同様に管理職の死亡率上昇を経験

した韓国との比較は新たな示唆を生むかもしれない。女性の管理職は将来的に増えると予想されるものの、働く女性の健康に関する研究はわが国では少なく、研究の蓄積が課題である。さらに、働き方の多様化に対応した職業と健康に係わる統計精度の向上が求められている。

働き方改革や新型コロナウイルス感染症のパンデミックを契機としたテレワークの推進などにより管理職の役割など今後の労働環境は大きく変わると予測される。社会・雇用環境の変化が続く中で、管理職を含めた働く世代の健康状態や死亡率の特徴を正確に把握し、どのように産業保健活動や健康経営にリアルタイムに活用していくかが課題となっている。管理職自身がよい健康状態を保ち働き続けることは働き方改革の成否を握るキープポイントと言えるだろう。

参考文献

経済産業省 (2019) 『健康経営の推進』。
厚生労働省 (2013) 『健康日本 21 (第二次)』。
—— (2017) 『国民生活基礎調査』。
—— (2018) 『人口動態職業・産業別統計』。
総務省 (2012) 『日本標準職業分類』。
—— (2015) 『平成 27 年国勢調査』。
田中宏和 (2019) 「今こそ考えたい 職業と健康 (第 4 回) 女性の職業別死亡率の傾向」『安全と健康』70 (4) : 385-387。
田中宏和・豊川智之・小林廉毅 (2016) 「社年・中年期男性における産業別死亡率の経年変化 (1980 ~ 2010 年) ——人口動態職業・産業別統計による反復横断研究」『厚生指標』63 (11) : 10-16。
Burstrom, B. and Fredlund P. (2001) “Self Rated Health: Is it as Good a Predictor of Subsequent Mortality among Adults in Lower as well as in Higher Social Classes?” *Journal of Epidemiology & Community Health*. 55 (11) : 836-840。
Jylha, M. (2009) “What is Self-rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model,” *Social Science & Medicine*. 69 (3) : 307-316。
Kondo, N. and Oh, J. (2010) “Suicide and Karoshi (Death from Overwork) during the Recent Economic Crises in Japan: the Impacts, Mechanisms and Political Responses,” *Journal of Epidemiology & Community Health*. 64 (8) : 649-650。
Lall, R., Campbell, MJ., Walters, SJ. and Morgan, K., MRC CFAS (2002) “A Review of Ordinal Regression Models Applied on Health-related Quality of Life Assessments,” *Statistical Methods in Medical Research*. 11 (1) : 49-67。
Miilunpalo, S., VuoriI, Oja P., Pasanen, M. and Urponen, H. (1997) “Self-rated Health Status as a Health Measure: the Predictive Value of Self-reported Health Status on the use

of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population,” *Journal of Clinical Epidemiology*. 50 (5) : 517-528。
Morikawa, Y., Tabata, M., Kido, T. and Koyama, Y. (2012) “Occupational Class Inequalities in Behavioral and Biological Risk Factors for Cardiovascular Disease among Workers in Medium- and Small-scale Enterprises,” *Industrial Health*. 50 (6) : 529-539。
OECD (2019) “Health at a Glance 2019 OECD Indicators.”
Takao, S., Kawakami, N., Ohtsu, T. and Japan Work Stress and Health Cohort Study Group (2003) “Occupational Class and Physical Activity among Japanese Employees,” *Social Science & Medicine*. 57 (12) : 2281-2289。
Tanaka, H., Mackenbach, JP. and Kobayashi, Y. (2020) “Widening Socioeconomic Inequalities in Smoking in Japan, 2001-2016,” *Journal of Epidemiology*. in Press。
Tanaka, H., Nusselder, WJ., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Kalediene, R., Lee Jung Su, Leinsalu, M., Martikainen, P., Menielle, G., Kobayashi, Y. and Mackenbach, J.P. (2019) “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 and Community Health*. 73 (8) : 750-758。
Tanaka, H., Tanaka, T. and Wada, K. (2020) “Mortality by Occupation and Industry among Japanese Men in the 2015 Fiscal Year,” *Environmental Health and Preventive Medicine*. 25 (1) : 37。
Tanaka, H., Toyokawa, S., Tamiya, N., Takahashi, H., Noguchi, H. and Kobayashi, Y. (2017) “Changes in Mortality Inequalities Across Occupations in Japan: A National Register based Study of Absolute and Relative Measures, 1980-2010,” *BMJ Open*. 7 (9) : e015764。
Wada, K., Kondo, N., Gilmour, S., Ichida, Y., Fujino, Y., Satoh, T. and Shibuya, K. (2012) “Trends in Cause Specific Mortality Across Occupations in Japanese Men of Working Age During Period of Economic Stagnation, 1980-2005: Retrospective Cohort Study,” *BMJ*. 344:e1191。
Williams, R. (2012) “Using the Margins Command to Estimate and Interpret Adjusted Predictions and Marginal Effects,” *Stata Journal*. 12 (2) : 308-331。

たなか・ひろかず エラスムス大学医療センター研究員 (日本学術振興会海外特別研究員)。最近の主な論文に Tanaka H, Nusselder WJ, Bopp M, et al. “Mortality Inequalities by Occupational Class among Men in Japan, South Korea and Eight European Countries: A National Register-based Study, 1990-2015” *J Epidemiol Community Health*, 73, pp.750-758, 2019. 公衆衛生学専攻。
こばやし・やすき 東京大学大学院医学系研究科教授。最近の主な論文に「公衆衛生における大学と学会の役割——教育に注目して」『公衆衛生』84 (6), pp.363-367, 2020. 公衆衛生学専攻。