

第7章 健康，福祉サービス

桜美林大学大学院教授 杉澤 秀博

I 健康度 (Q7, Q8)

1 分析の視点

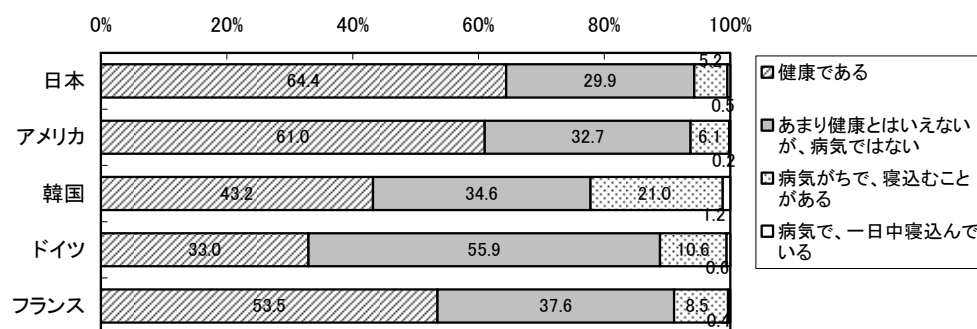
全体の傾向が国によって異なるか否かを分析するとともに，さらに性や年齢階級，学歴や世帯類型など階層による差異が国によって異なるか否かについて検討した。なお，分析に際しては「無回答」を欠測値として除いたため，数値が「第2部 調査結果の概要」の数値と異なっている場合がある。

2 全体の傾向

健康度は，健康度自己評価と生活自立度の2つの指標で評価された。

健康度自己評価については，「現在，健康ですか」と質問し，「健康である」「あまり健康とはいえないが，病気ではない」「病気がちで，寝込むことがある」「病気で一日中寝込んでいる」という選択肢を用いて回答を得た。「健康である」と回答した人の割合は国による差異が大きく，日本（64.4%），米国（61.0%），フランス（53.5%）の3カ国では50%を超えていたものの，韓国（43.2%）とドイツ（33.0%）では50%に達していなかった。逆に「病気がちで，寝込むことがある」と「病気で一日中寝込んでいる」と回答した人の割合は，合計すると韓国では22.2%であり，他の4カ国の倍以上の値を示していた（図7-1）。

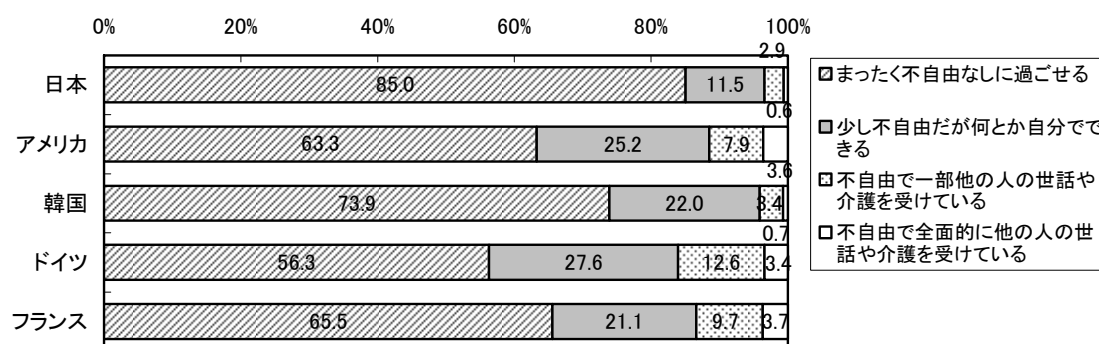
図7-1 健康度自己評価の分布



生活自立度については，「日常生活を送る上で，誰かの介助や介護が必要ですか」と質問し，「まったく不自由なしに過ごせる」「少し不自由だが何とか自分でできる」「不自由で一

部他の人の世話や介護を受けている」「不自由で全面的に他の人の世話や介護を受けている」の選択肢から回答を得た。「まったく不自由なく過ごせる」と回答した人の割合は、多い順から示すと、日本 (85.0%)、韓国 (73.9%)、フランス (65.5%)、アメリカ (63.3%)、ドイツ (56.3%) という順であった (図 7-2)。2つの指標を基にみた場合、その傾向は国によって違いがあり、日本は健康度自己評価も生活自立度も高い、アメリカとフランスは健康度自己評価は高いが生活自立度が低い、韓国の場合はアメリカやフランスと逆に健康度自己評価は低いものの生活自立度が高い、ドイツではいずれの指標でも低い、という特徴がみられた。

図 7-2 生活自立度の分布



日本の場合、5カ国の中では健康度自己評価および生活自立度のいずれの指標も高いレベルにあるが、この結果をそのまま受け取ることには慎重でなければならない。5年前の第5回調査では、健康度自己評価については「健康である」が52.9%で、今回の調査の方が10ポイント以上高く、生活自立度についても「まったく不自由なし」が前回の調査では75.3%と、今回の調査の方が10%以上高い値を示している。これに対して、国民生活基礎調査では、平成10年(1998年)、平成13年(2001年)、平成16年(2004年)の3回の調査における健康度自己評価を比較してみると、65歳以上では「よい」「まあよい」と回答した人を合計した割合はそれぞれ29.8%、28.0%、28.7%であった。生活自立度についても健康上の問題で日常生活に影響ある人の割合はそれぞれ77.0%、71.1%、69.6%と、本調査よりもより規模の大きな国民生活基礎調査においては、ほぼ同じ調査期間であるにもかかわらず大きな変化はみられていない。

本調査でこの5年間に健康度が向上したように見えるのは、今回の調査結果の回収率が低かったことも影響していると思われる。今回の調査回収率は54.7%であり、これまでの調査回収率と比較すると20ポイント程度低下している。特に健康状態の悪い高齢者の中で回収率が低下した可能性が高いことから、回収された結果だけをみると健康度が良好となったのではないかと思われる。

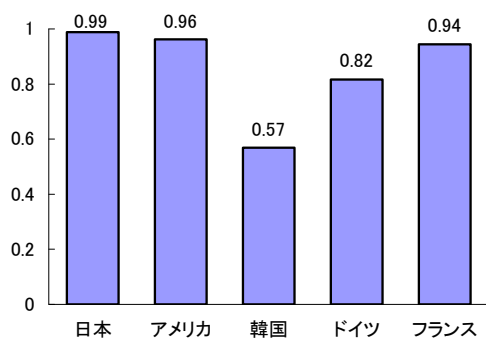
3 性、年齢階級による差異

健康度自己評価および生活自立度が性によってどの程度異なるかについては、韓国と他の4カ国では傾向が大きく異なっていた。すなわち、健康度自己評価について「健康である」と回答した人の割合をみると、男性を1とした場合の女性の指数は、日本、アメリカ、フランスではそれぞれ0.9以上とほとんど差異がみられなかったが、韓国では0.57と女性の方が男性よりも「健康である」と回答した人の割合がかなり低くなっている(図7-3)。

健康度自己評価ほどではないものの、生活自立度についても「まったく不自由なく過ごせる」と回答した人の割合は、韓国では男性1に対して女性では0.83であり、フランス(0.95)、日本(0.94)、アメリカ(0.93)と比較すると大きな開きがある(図7-4)。

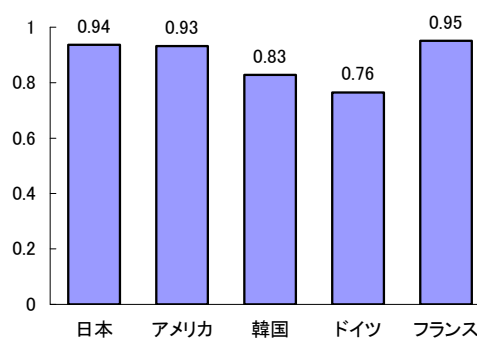
韓国では日本、アメリカ、フランスと比較すると性による違いが大きいとはいえ、いずれの指標においても性による差異はこの5年間で縮小傾向にある。すなわち、5年前の調査と比較すると、健康度自己評価については「健康である」と回答した男性の割合を1とした場合の女性の指数は0.47から0.57へ、生活自立度についても「まったく不自由なし」と回答した男性の割合を1とした場合の女性の指数は0.74から0.83へと男女間の差が縮小しているのである。しかし、ドイツについては、前回の第5回調査よりも、この指数が健康度自己評価については0.86から0.82へ、生活自立度については0.90から0.76へ男女間の差が拡大している。

図7-3 健康度自己評価の性による差異



注) 男性の「健康である」と回答した人の割合を1として女性の割合を指数化した。

図7-4 生活自立度の性による差異



注) 男性の「まったく不自由なしに過ごせる」と回答した人の割合を1として女性の割合を指数化した。

健康度の年齢階級による差異については、健康度自己評価と生活自立度のいずれの指標でも、年齢階級が高くなるに従って健康度が減少する傾向がみられており、これは5カ国で共通していた(図7-5, 7-6)。しかし、その低下の勾配は国によって異なっていた。

健康度自己評価については、「健康である」との回答割合の年齢階級による差異をみると、60~64歳の割合を1とした場合の70~74歳、75~79歳、80歳以上のそれぞれの割合の指数は、日本では0.98、0.67、0.60、アメリカでは0.98、0.73、0.51であり、この2カ国では年齢階級の上昇に伴う健康度自己評価の低下は比較的緩やかであった。しかし、

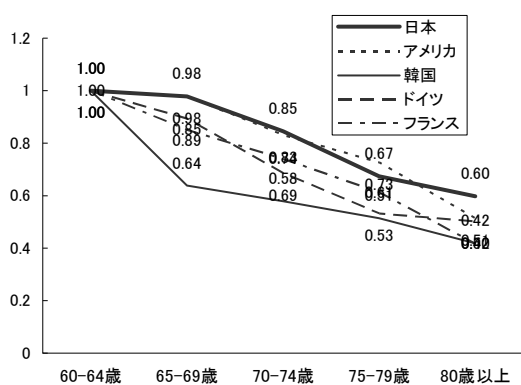
韓国ではそれぞれの指数が 0.64, 0.51, 0.42 と年齢階級が上がるに伴って低下が著しかった。フランス、ドイツの2カ国においては、年齢階級別にみた健康度自己評価の低下の勾配は日本とアメリカ、および韓国のほぼ中間であった。

生活自立度については、健康度自己評価と傾向を異にしており、日本、アメリカ、フランスと比較すると、ドイツにおいては前期高齢期からかなりの低下がみられている。

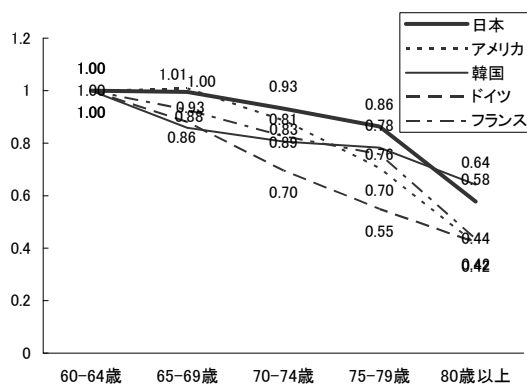
全体の傾向について分析した際に指摘したが、日本の場合、今回の調査に回答した人は、これまでの調査以上に健康度が良好な人に限定されていることが考えられるため、ここで示したよりも性や年齢階級による差異は大きい可能性がある。

図 7-5 健康度自己評価の年齢階級による差異

図 7-6 生活自立度の年齢階級による差異



注)60～64 歳の「健康である」の回答割合を1として、それ以外の各年齢階級の割合を指数化した。



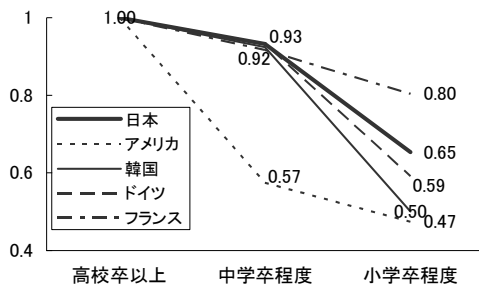
注)60～64 歳の「まったく不自由なく過ごせる」の回答割合を1として、それ以外の各年齢階級の割合を指数化した。

4 学歴、世帯類型による差異

5カ国に共通して、健康度自己評価と生活自立度の指標はいずれも学歴による差異がみられており、高学歴の人では健康度が良好であった。しかし、その差異のレベルは国によって異なっていた。すなわち、健康度自己評価については、「健康である」と回答した人の割合について、高校卒以上（就学年数が12年以上）を1とした場合、小学卒程度の人（就学年数が8年以下）の割合の指数は、フランスでは0.80ともっとも小さく、日本、ドイツではそれぞれ0.65, 0.59と続いていた。アメリカでは0.47と、フランスの2倍であり、5カ国の中でもっとも学歴による差異が大きかった(図7-7)。

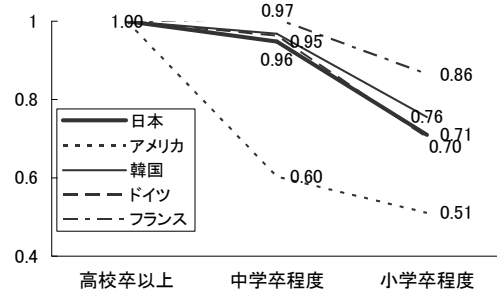
生活自立度についても、健康度自己評価と共通して、フランスで学歴による差異がもっとも小さく、アメリカで学歴による差異がもっとも大きかった。日本、ドイツ、韓国においては、学歴による差異はフランスとアメリカの中間に位置していた(図7-8)。

図 7-7 健康度自己評価の学歴による差異



注1) 就学年数が12年以上を高校卒以上, 就学年数が9年以上11年以下を中学卒程度, 8年以下を小学卒程度とした。
 注2) 高校卒以上の「健康である」との回答割合を1として, それ以外の各学歴における割合を指数化した。

図 7-8 生活自立度の学歴による差異



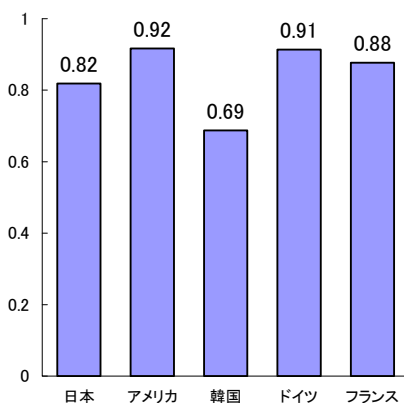
注1) 就学年数が12年以上を高校卒以上, 就学年数が9年以上11年以下を中学卒程度, 8年以下を小学卒程度とした。
 注2) 高校卒以上の「まったく不自由なしに過ごせる」との回答割合を1として, それ以外の各学歴における割合を指数化した。

世帯類型別にみると, いずれの国においても単独世帯の高齢者はそれ以外の世帯の高齢者と比較して健康度自己評価ならびに生活自立度が低かった (図 7-9, 図 7-10)。

ただし, 健康度自己評価については世帯類型による差異が国によって異なり, 単独世帯以外の世帯で「健康である」と回答した人の割合を1とした場合の単独世帯の割合の指数は, 韓国では0.69 ともっとも差異が大きいものの, 日本では0.82, フランス, ドイツ, アメリカでは約0.9程度と, 世帯類型による差異はほとんどなかった。ただし, 韓国については, 5年前の調査ではこの指数が0.57であり, この5年間に単独世帯とそれ以外の世帯との差異が縮小していた。

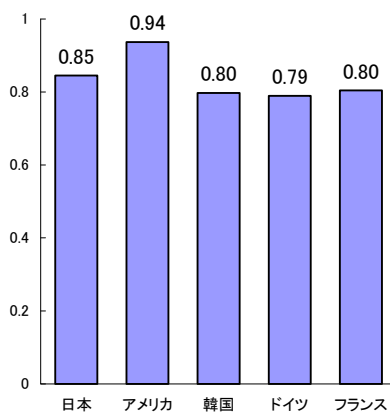
生活自立度については, 日本, 韓国, ドイツ, フランスのいずれも0.8, アメリカも0.94であり, いずれの国も世帯類型による差異は小さかった。

図 7-9 健康度自己評価の世帯類型による差異



注) 単独世帯以外の世帯の「健康である」との回答割合を1として「単独世帯」の回答割合を指数化した。

図 7-10 生活自立度の世帯類型による差異



注) 単独世帯以外の世帯の「まったく不自由なく過ごせる」との回答割合を1として「単独世帯」の回答割合を指数化した。

II 健康法 (Q9)

1 分析の視点

健康法については、健康度の分析と同様に全体の傾向を国別に分析するとともに、性や年齢階級、学歴や世帯類型といった階層による差異が国によって異なるか否かについて検討した。なお、分析に際しては「無回答」を欠測値として除いたため、数値が「第2部 調査結果の概要」の数値と異なっている場合がある。

2 全体の傾向

健康法については、「休養や睡眠を十分にとる」「規則正しい生活を送る」「栄養のバランスがとれた食事をする」「保健薬や強壮剤などを飲む」「健康診査などを定期的に受ける」「酒やたばこをひかえる」「散歩や運動をする」「地域の活動に参加する」「気持ちをなるべく明るく持つ」「趣味をもつ」「なるべく外出する」「その他」という12項目の健康習慣それぞれについて、心がけているか否かを質問した。

表7-1には、項目別に実行している人の割合を示した。12項目のうち1項目でも健康法を実行している人の割合は、韓国を除く4カ国では95%以上であった。韓国においてもその割合は94.3%であり、他の国と差異はほとんどなかった。韓国においては5年間の第5回調査では、1項目でも実施している人の割合は80.2%にとどまっていたことから、この5年間に10%以上増加したことになる。

半数以上の人を実行していた健康法には、5カ国に共通するものとして「休養や睡眠を十分とる」と「規則正しい生活を送る」の2項目があった。この2項目以外に、アメリカとドイツでは多くの高齢者の間で取り組まれている健康法は多岐にわたっていた。すなわち、アメリカでは「健康診査などを定期的に受ける」「栄養のバランスを取れた食事をする」「気持ちをなるべく明るく持つ」「酒やタバコをひかえる」「なるべく外出する」「散歩や運動をする」の6項目も、ドイツでも「健康診査などを定期的に受ける」「栄養のバランスがとれた食事をする」「気持ちをなるべく明るく持つ」「散歩や運動をする」といった4項目も、半数以上の高齢者によって取り組まれていた。

他方、日本、フランス、韓国では「休養や睡眠を十分とる」および「規則正しい生活を送る」以外に半数以上の人を実行していた健康法は限られていた。日本とフランスでは「栄養のバランスがとれた食事をする」、韓国では「気持ちをなるべく明るく持つ」の健康法が半数以上の高齢者の間で取り組まれていたに過ぎなかった。

表 7-1 心がけている健康法(%)

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス
休養や睡眠を十分とる	●66.3	●89.4	●67.7	●76.0	●56.2
規則正しい生活を送る	●60.5	●63.1	●62.3	●72.6	●53.5
栄養のバランスのとれた食事をする	●59.1	●65.9	31.1	●64.2	●54.2
保健薬や強壮剤などを飲む	9.1	8.6	9.7	34.2	8.0
健康診査などを定期的に受ける	45.0	●73.4	26.5	●64.3	47.0
酒やタバコをひかえる	18.9	●56.4	25.9	19.0	8.2
散歩や運動をする	48.3	●52.5	45.6	●51.7	45.3
地域の活動に参加する	20.3	31.2	7.5	31.3	10.6
気持ちをなるべく明るく持つ	45.5	●59.6	●54.1	●61.1	47.4
趣味をもつ	41.3	45.5	19.8	43.2	40.3
なるべく外出する	31.1	●56.4	35.0	14.2	37.6
その他	2.9	2.6	2.8	4.1	0.6
特にない	3.6	1.3	5.7	2.5	4.2
健康に心がけていることが1項目以上ある	96.4	98.7	94.3	97.5	95.8

注) ●は心がけている人の割合が50%以上であるものを示している。

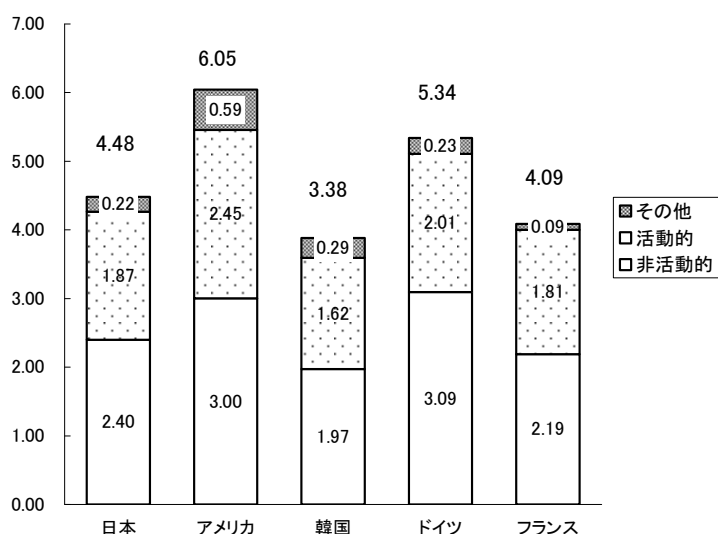
項目別の分析では傾向が把握しづらいため、健康法として実行している項目の総数だけでなく、因子分析という手法によって健康法の項目をいくつかの類型に区分し、それぞれの類型別に実行項目数を単純に加算して分析に使用した。類型としては「散歩や運動をする」「地域の活動に参加する」「趣味をもつ」「なるべく外出する」「気持ちをなるべく明るく持つ」が含まれる『活動的な健康法』と、「休養や睡眠を十分とる」「規則正しい生活を送る」「栄養のバランスのとれた食事をする」「保健薬や強壮剤などを飲む」「健康診査などを定期的に受ける」が含まれる『非活動的な健康法』とに分類された。「酒やタバコをひかえる」「その他」については類型への帰属が明確でなかったため、類型別分析に際しては『その他』として一括した。

図 7-11 には、健康法の実行項目総数とともに、活動的・非活動的健康法の類型別の実行項目数を示した。健康法として実行している項目の総数をみると、米国が6.05項目ともっとも多く、次いでドイツ、日本、フランスがそれぞれ5.34、4.48、4.09項目と続いていた。韓国は3.38項目ともっとも低かった。類型別の実行項目数をみると、アメリカでは活動的健康法(平均は2.45)、非活動的健康法(平均は3.00)のいずれも実行項目数は5か国中もっとも高く、逆に韓国は類型別の実行項目数(活動的は1.62、非活動的は1.97)はいずれももっとも低かった。日本およびフランスでは、活動的および非活動的健康法のいずれもその実行項目数はアメリカと韓国の間位置していた。ドイツについてはアメリカと比較して、非活動的健康法の実行項目数はほぼ同じレベルであったが、活動的健康法の実行項目数でかなり低いことから、健康法の実行項目の総数でみるとアメリカよりも低いレ

ベルにとどまっていた。

興味深いのは、ドイツでは実行している健康法の項目の総数が5か国中2番目に多いにもかかわらず、健康度自己評価および生活自立度からみた健康レベルは日本やフランスと比較して低かった点である。このことから、健康法は特にドイツでは健康の維持・増進に貢献するというよりも、健康への不安が高いためにその解消のための手段として位置づけられているのではないかと推測できる。

図 7-11 健康法の類型別にみた実行項目数



注)「その他」に回答があった場合には1種類としてみなした。『その他』には「その他」の回答のほかに「酒やタバコをひかえる」が含まれている。

3 性、年齢階級による差異

性による差異をみると、活動的、非活動的健康法のいずれも、韓国では実行項目数が女性の方で低いものの、他の4カ国では性による差異はほとんどなかった。韓国では、5年前の第5回調査では活動的健康法については、男性の実行項目数を1とした場合の女性の実行項目数の指数は0.58、非活動的健康法については0.78と、かなり大きな性による差異が存在していた。今回の調査ではいずれの指標についてもその値が0.9程度で、性による差異はかなり縮小していたことがわかった(図7-12, 図7-13)。

年齢階級による差異に関しては、65歳以上でみると年齢階級の増加に伴い活動的健康法の実行項目数の低下がみられ、これは5カ国で共通していた。非活動的健康法については韓国で年齢階級が増加するに伴ってやや減少する傾向がみられたが、フランス、ドイツではむしろ増加する傾向がみられた(図7-14, 図7-15)。

図 7-12 活動的健康法の実行項目数の
性による差異

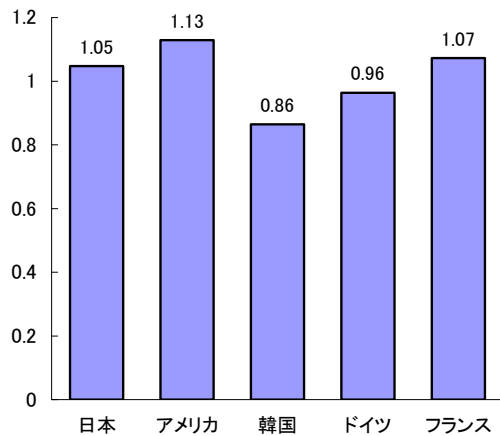
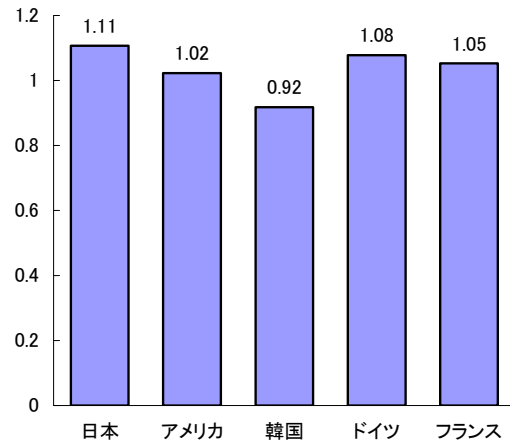


図 7-13 非活動的健康法の実行項目数の
性による差異



注)男性の実行項目数を1として女性の実行項目数を指数化した。(図7-12,7-13ともに)

図 7-14 活動的健康法の実行項目数の
年齢による差異

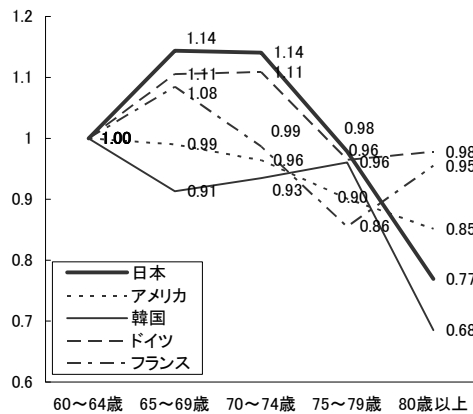
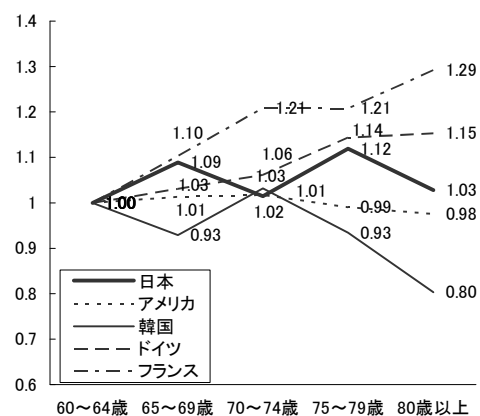


図 7-15 非活動的健康法の実行項目数の
年齢による差異



注)60~65歳の実行項目数を1として、それ以外の各年齢階級の実行項目数を指数化した。(図7-14,7-15ともに)

4 学歴、世帯類型による差異

学歴による差異をみると、活動的健康法の実行項目数は、日本、韓国、ドイツで学歴による差異がみられ、高卒程度以上の実施数を1とした場合の小学卒程度の指数はそれぞれ0.75, 0.78, 0.79であった。非活動的健康法の実行項目数については韓国でのみ学歴による差異が大きく、上記の指数でみると小学卒程度は0.87であった。ただし、韓国に関して

も5年前の調査では活動的健康法についての小学卒程度の指数は0.51, 非活動的健康法の場合の小卒の指数は0.61であり, 5年間に学歴による差異がかなり解消されてきていることがわかる(図7-16, 図7-17)。

世帯類型による差異は, 活動的, 非活動的健康法のいずれも単独世帯の高齢者とそれ以外の世帯の高齢者との間では大きな差異がなく, これは5カ国すべてに共通していた(図7-18, 図7-19)。

図7-16 活動的健康法の実行項目数の学歴による差異

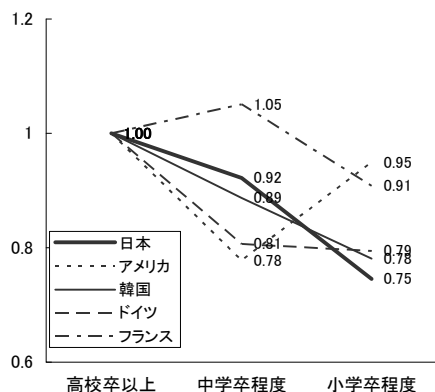
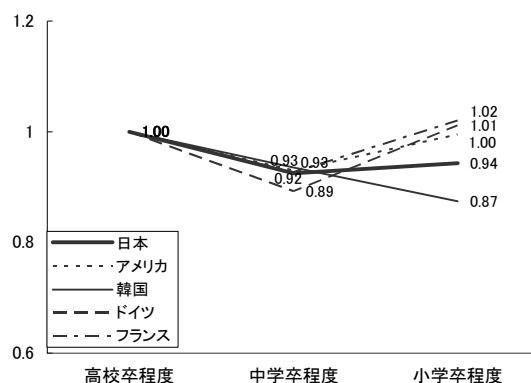


図7-17 非活動的健康法の実行項目数の学歴による差異



注1) 就学年数が12年以上を高校卒以上, 就学年数が9年以上11年以下を中学卒程度, 8年以下を小学卒程度とした。
注2) 高校卒以上の実行項目数を1としてそれ以外の各学歴の実行項目数を指数化した。

図7-18 活動的健康法の実行項目数の世帯類型による差異

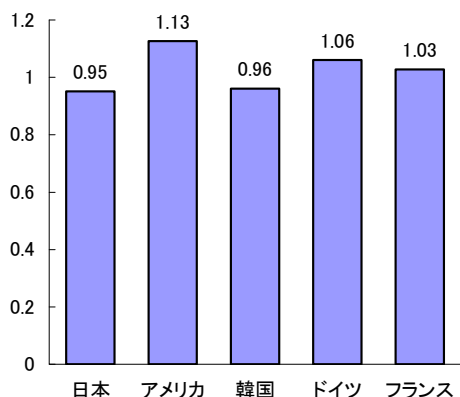
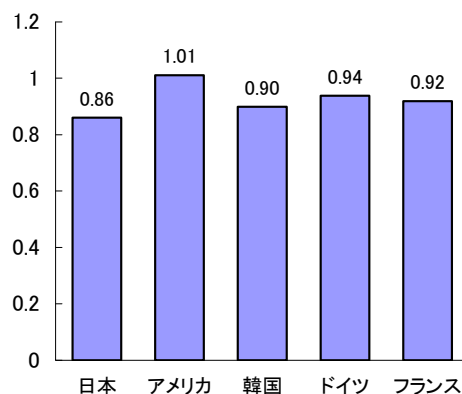


図7-19 非活動的健康法の実行項目数の世帯類型による差異



注) 単独世帯以外の実行項目数を1として単独世帯の実行項目数を指数化した。

Ⅲ 食生活への配慮 (Q10)

1 分析の視点

食生活への配慮についても、健康法の分析と同様に全体の傾向を国別に分析するとともに、性や年齢階級、学歴や世帯類型といった階層による差異が国によって異なるか否かについて検討した。なお、分析に際しては「無回答」を欠測値として除いたため、数値が「第2部 調査結果の概要」の数値と異なっている場合がある。

2 全体の傾向

食生活への配慮については、「朝昼晩1日3回、規則正しく食べる」「間食や夜食をとらない」「食べ過ぎない」「じっくり時間をかけて食べる」「栄養のバランスに配慮し、様々な食品をとる」「塩分をとりすぎない」「脂肪をとりすぎない」「食品の安全性に配慮する」「手作りの料理を増やす」「その他」という10項目についてそれぞれ、実行しているか否かを質問した。

表7-2には、項目別に実行している人の割合を示した。半数以上の人を実行している項目数は、米国では7項目、ドイツ、フランスではそれぞれ4項目、日本では3項目、韓国では2項目であった。食生活上の配慮の広がりはその種類でみると米国、ドイツ、フランスといった欧米の国々の方が、韓国や日本よりも大きかった。

多くの高齢者の間で実行されている項目をみると、「朝昼晩1日3回、規則正しく食べる」については、5カ国に共通して半数以上の人を実行していた。「脂肪をとりすぎない」はアメリカ、ドイツ、フランスの3カ国で半数以上の人を実行しており、「塩分をとりすぎない」についてはアメリカと日本の2カ国で半数以上の人を実行していた。「手作りの料理を増やす」については日本を除く4カ国で半数以上の人を実行している項目であった。

表7-2 食生活への配慮

(%)

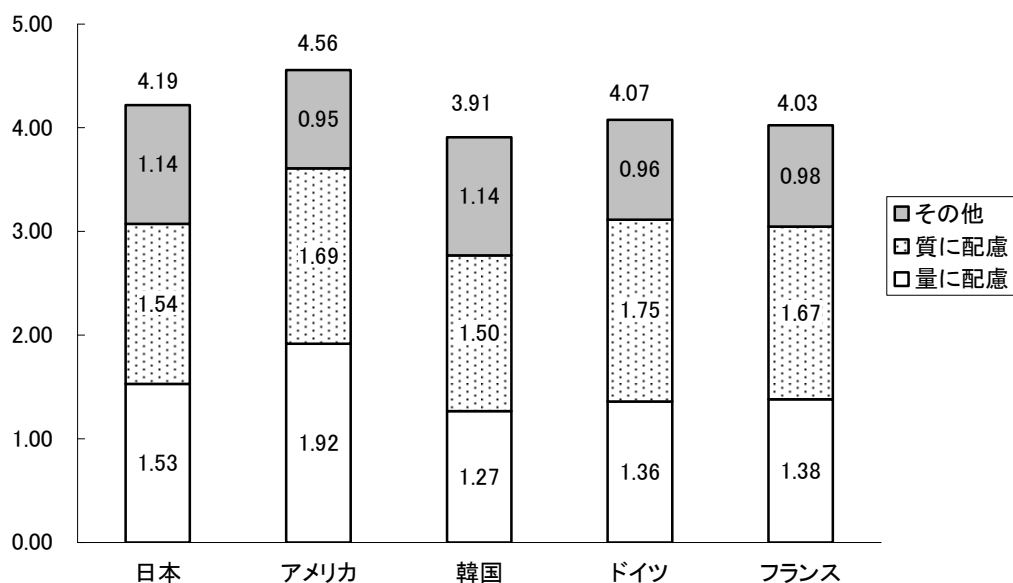
	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス
朝昼晩1日3回、規則正しく食べる	●85.8	●72.8	●89.2	●69.4	●68.4
間食や夜食をとらない	27.1	20.7	24.1	24.7	28.5
食べ過ぎない	49.3	●57.9	47.4	42.1	37.0
じっくり時間をかけて食べる	29.9	●50.0	38.4	●62.5	40.7
栄養のバランスを配慮し、様々な食品をとる	●51.1	●59.1	21.9	40.1	●54.3
塩分を取り過ぎない	●57.3	●68.7	43.3	37.5	42.9
脂肪を取り過ぎない	46.2	●65.2	36.1	●56.5	●58.3
食品の安全性に配慮する	25.7	9.4	16.7	15.2	13.1
手作りの料理を増やす	47.8	●50.6	●73.0	●57.5	●58.5
その他	1.4	1.3	0.7	2.3	0.8

注1) ●は、実施している人の割合が50%以上であるものを示している。

項目別の分析では傾向を把握しづらいため、実行している項目数を算出するとともに、因子分析という手法によって項目を類型に分類し、それぞれの類型ごとに実行項目数を算出した。類型としては「食べ過ぎない」「塩分をとりすぎない」「脂肪をとりすぎない」といった項目が含まれる『量への配慮』と、「じっくり時間をかけて食べる」「栄養のバランスに配慮し、様々な食品をとる」「食品の安全性に配慮する」「手作りの料理を増やす」といった項目が含まれる『質への配慮』がみいだされた。「朝昼晩1日3回、規則正しく食べる」「間食や夜食をとらない」「その他」については明確に帰属する類型がなかったため、『その他』として一括した。

図7-20には、実行している項目の総数とともに、量への配慮、質への配慮という類型別の実行項目数も示した。実行している項目の総数をみると、米国が4.56と最も多く、次いで日本、ドイツ、フランスがそれぞれ4.19、4.07、4.03と続いていた。韓国は3.91と最も低かった。類型別に実行項目数をみると、アメリカでは量に配慮(実行項目数は1.92)、質に配慮(実行項目数は1.69)のいずれも実行項目数は5か国中も最も高く、逆に韓国はいずれの類型においても実行項目数(質に配慮は1.27、量に配慮は1.50)は最も低かった。日本とドイツ、フランスとでは、食生活の配慮の志向性に差異があり、日本では量的な配慮に関する実行項目数が、ドイツ、フランスとでは質的な配慮に関する実行項目数が多いという特徴がみられた。

図7-20 食生活の配慮の種類別実行項目数



注)「その他」に回答があった場合には1種類としてみなした。その他には「その他」の回答のほか「朝昼晩1日3回、規則正しく食べる」「間食や夜食をとらない」が含まれている。

3 性、年齢階級による差異

性による差異については、量に配慮、質に配慮のいずれの実行項目数とも男性よりも女性の方が多く、これは5カ国で共通していた。しかし、その差異には国による違いがあり、量に配慮、質に配慮のいずれも日本でもっとも差異が大きく、ドイツが続いていた。アメリカ、フランス、韓国は性による差異はほとんどなかった（図7-21、図7-22）。

図7-21 量に配慮した食生活の実行項目数の
性による差異

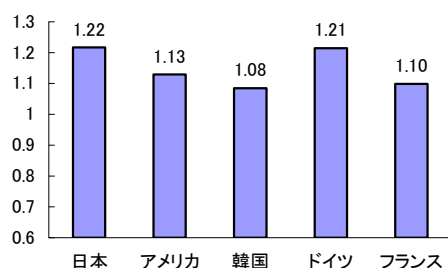
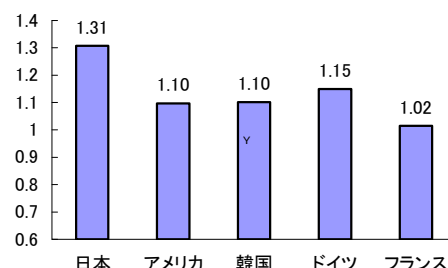


図7-22 質に配慮した食生活の実行項目数の
性による差異



注)男性の実行項目数を1として女性の実行項目数を指数化した。(図7-21、7-22ともに)

年齢階級による差異については、65歳以上に限定すると、5カ国に共通して量に配慮、質に配慮のいずれも、各実行項目数は年齢階級による差異が小さかった。ただし、60～64歳を比較すると、量に配慮、質に配慮の各実行項目数のいずれも日本では65歳以上で高くなる傾向にあるものの、アメリカ、ドイツ、フランスではほとんど差異がなく、韓国ではむしろ低くなる傾向がみられた（図7-23、図7-24）。

図7-23 量に配慮した食生活の実行項目数の
年齢階級による差異

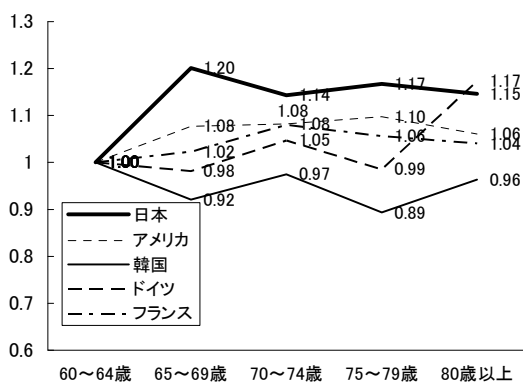
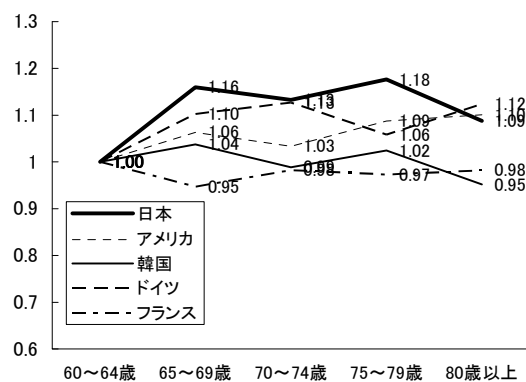


図7-24 質に配慮した食生活の実行項目数の
年齢階級による差異



注)60～64歳の実行項目数を1としてそれ以外の各年齢階級の実行項目数を指数化した。(図7-23、24ともに)

4 学歴、世帯類型による差異

学歴による差異については、量に配慮、質に配慮の実行項目数のいずれも5カ国に共通して学歴による差異は大きくなかった（図7-25、図7-26）。

図7-25 量に配慮した食生活の実行項目数の学歴による差異

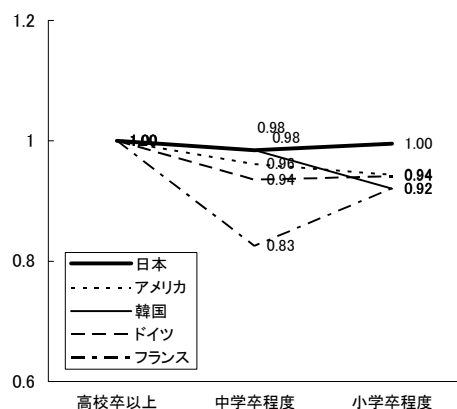
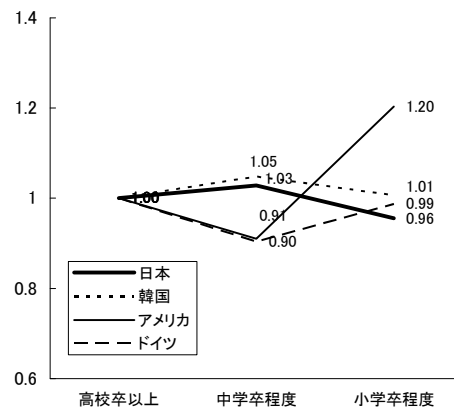


図7-26 質に配慮した食生活の実行項目数の学歴による差異



注1) 就学年数が12年以上を高校卒以上、就学年数が9年以上11年以下を中学卒程度、8年以下を小学卒程度とした。
注2) 高校卒以上の実行項目数を1として、それ以外の各学歴における実行項目数を指数化した。

世帯類型による差異については、量に配慮した食生活の実行項目数は5カ国に共通して世帯類型による差異は大きくなかった。質に配慮した食生活の実行項目数は、5カ国の中では日本とドイツにおいて、単独世帯の高齢者でその他の世帯の高齢者と比較して低い傾向がみられた（図7-27、図7-28）。

図7-27 量に配慮した食生活の実行項目数の世帯類型による差異

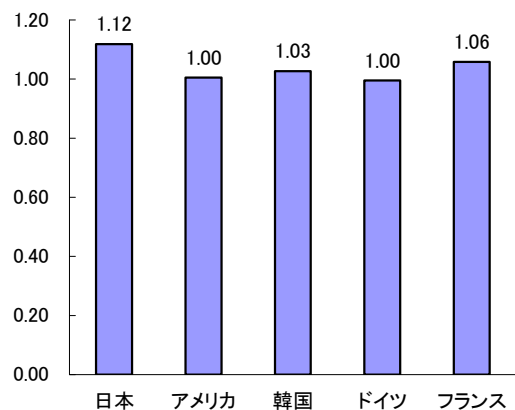
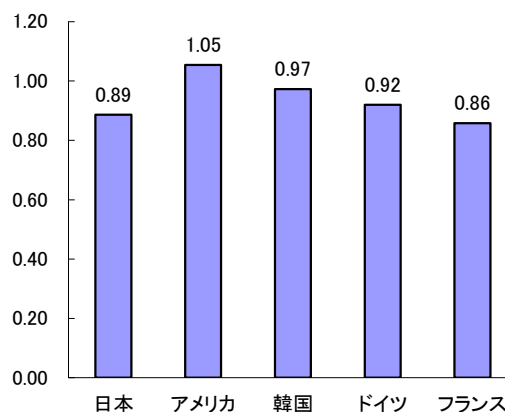


図7-28 質に配慮した食生活の実行項目数の世帯類型による差異



注) 単独世帯以外の高齢者の実行項目数を1として単独世帯の高齢者の実行項目数を指数化した。

IV 医療サービス

1 分析の視点

健康度と同様に、全体の傾向を国別に分析するとともに、性や年齢階級による差、あるいは学歴や世帯類型といった階層による差異が国によって異なるか否かについて検討した。なお、分析に際しては「無回答」を欠測値として除いたため、数値が「第2部 調査結果の概要」の数値と異なっている場合がある。

2 通院回数 (Q11)

1) 全体

通院（往診も含む）回数については、日本と韓国は他の3ヶ国と比べて高い方に偏っており、月に1回以上利用している人の割合は日本と韓国ではそれぞれ56.9%と56.7%であった。それに対し、アメリカ、ドイツ、フランスの3ヶ国では、その割合はいずれも20～30%であった（図7-29）。

「ほぼ毎日」「週に4、5回」「週に2、3回」「週に1回くらい」「月に2、3回」「月に1回くらい」「年に数回」「利用していない」という通院回数に関する質問の選択肢にそれぞれ30、18、10、4、2.5、1、0.5、0を配点し、月当たりの平均通院回数を算出した。平均通院回数は、韓国では月当たり2.5回と最も多く、次いで日本の1.9回、アメリカ、ドイツ、フランスはいずれも1回程度であり、日本、韓国は他の3ヶ国の2倍であった（図7-30）。

分析対象を「病気がちで寝込むことがある」「病気で一日中寝込んでいる」という虚弱高齢者に限定した場合、月に1回以上利用している人の割合は日本で95.8%ともっとも高く、次いで韓国が80.5%であった。アメリカ、ドイツではそれぞれ77.8%、71.9%、フランスでは60.9%であり、医療ニーズの高い人における医療へのアクセスは5カ国の中では日本がもっとも良好であった（図7-31）。

図7-29 通院(往診も含む)回数の分布

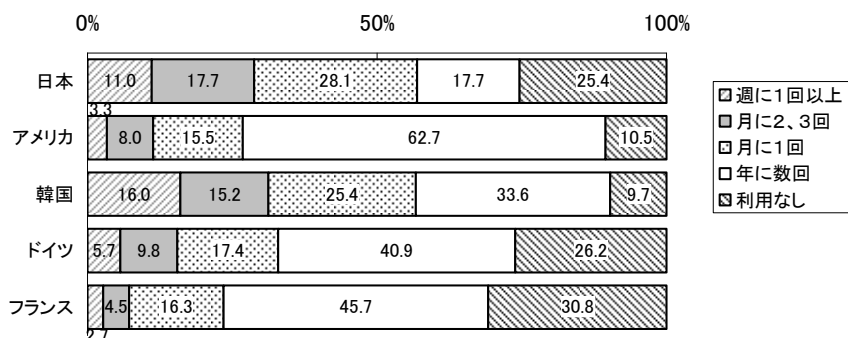


図 7-30 月当たりの平均通院回数(往診も含む)

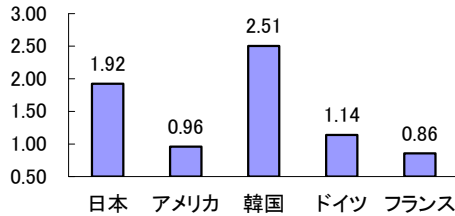
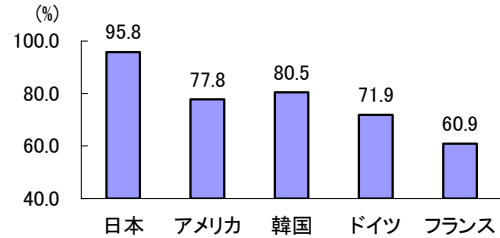


図 7-31 虚弱高齢者の通院状況(往診も含む)

一月に1回以上通院している人の割合



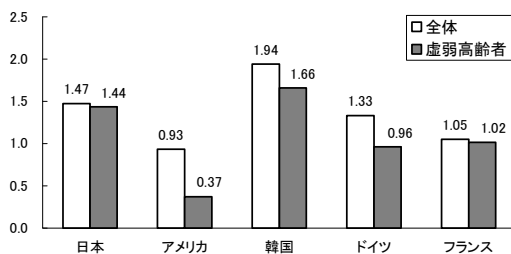
注) 虚弱高齢者とは健康度自己評価に関する質問に対し、「病気がちで、寝込むことがある」あるいは「病気で一日中寝込んでいる」と回答した人とした。

2) 性, 年齢階級による差異

性による差異をみると、韓国と日本で顕著であり、月当たりの通院回数は女性の場合男性と比べて韓国では1.94倍、日本では1.47倍であった。ドイツでは1.33倍、アメリカとフランスでは性差はほとんどなかった(図 7-32)。男女で健康度の違いがあるため、虚弱高齢者に限定し、通院回数を男女で比較した結果においても、日本では差はかなり縮小するものの、日本、韓国のいずれの国においても男性と比較して女性の場合1.5倍程度の通院回数であった。ただし、米国においては日本や韓国とは逆に女性の方が男性と比較して通院回数が少なく、男性の0.37倍であった。

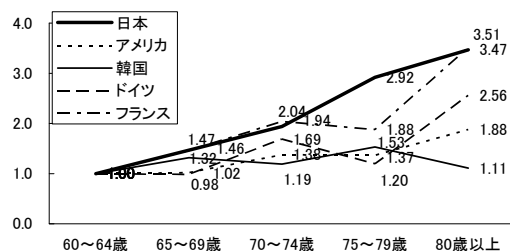
年齢階級による差異については、韓国を除く4カ国において年齢階級が上がるに従って通院回数が増加していた。中でも日本の増加が著しく、75歳以上の平均通院回数は60~64歳の通院回数の3倍以上であった。韓国では高齢になっても通院回数はほとんど増加せず、80歳以上ではむしろ低下する傾向がみられた(図 7-33)。年齢階級が高くなるに伴って健康度が低下することから、韓国では後期高齢者で医療へのアクセスに支障のある人が多い可能性がある。

図 7-32 月当たりの通院回数の性による差異



注1) 虚弱高齢者とは健康度自己評価に関する質問に対し、「病気がちで、寝込むことがある」「病気で一日中寝込んでいる」と回答した人とした。
注2) 男性の通院回数を1として女性の通院回数を指数化した。

図 7-33 月当たりの通院回数の年齢階級による差異



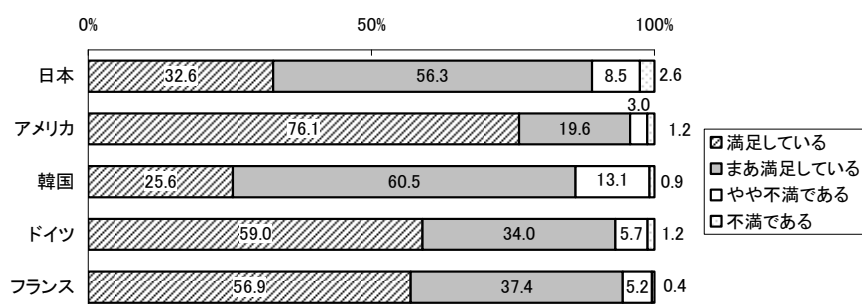
注) 60~64歳の月当たりの通院回数を1として、それ以外の各年齢階級の通院回数を指数化した。

3 医療サービスに対する満足度 (Q12)

1) 全体の傾向

主に利用している医療サービスに対する満足度については、「満足している」「まあ満足している」「やや不満である」「不満である」の選択肢を用いて質問した。「満足している」と回答している割合は国による差異が大きかった(図 7-34)。アメリカでは「満足している」という回答が 76.1%と最も高く、次にドイツ、フランスがそれぞれ 59.0%、56.9%と続いていた。日本は 32.6%と 4 番目であった。

図 7-34 主に利用している医療サービスに対する満足度

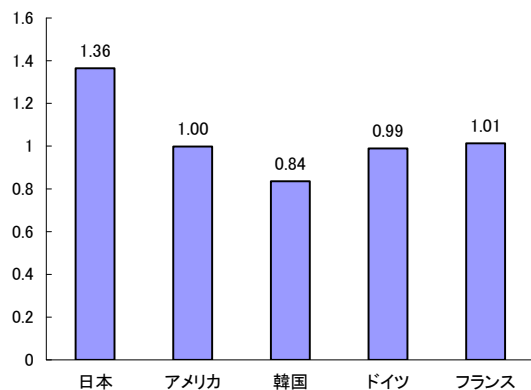


2) 性、年齢階級による差異

医療サービスに対する満足度の性による差異は、日本では「満足している」という回答の割合が女性の方が男性の 1.36 倍あり、性による差異が顕著であったものの、それ以外の 4 カ国ではいずれも性による差異は大きくなかった(図 7-35)。

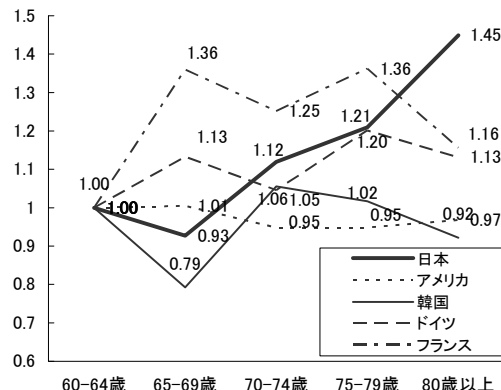
年齢階級による差異については、日本においてのみ年齢階級が高くなるに従って「満足している」という人の割合が増加していた。韓国、アメリカ、ドイツ、フランスの 4 カ国については年齢階級による一定の傾向は観察されなかった(図 7-36)。

図 7-35 医療サービスの満足度の性による差異



注) 男性の「満足している」との回答割合を1として女性の割合を指数化した。

図 7-36 医療に対する満足度の年齢階級による差異

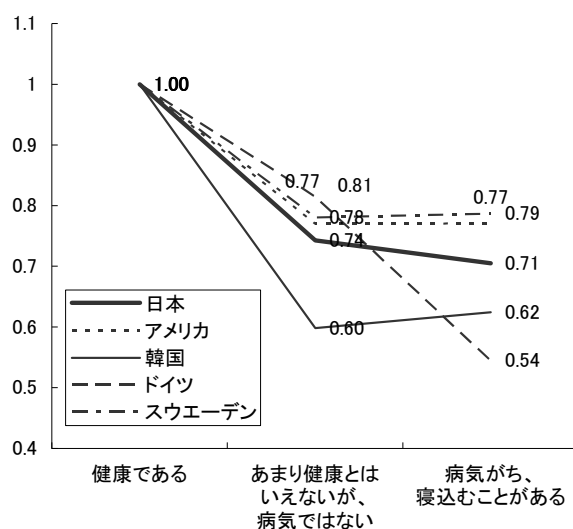


注) 60~64歳の「満足している」との回答割合を1としてそれ以外の各年齢階級の割合を指数化した。

3) 健康度による差異

5カ国に共通して、「あまり健康とはいえないが、病気である」あるいは「病気がちで寝込むことがある／病気で一日中寝込んでいる」では、「健康である」と回答した人と比較した場合、医療サービスに対して「満足している」と回答する人の割合が高かった。(図 7-37)

図 7-37 医療に対する満足度の健康度による差異



注)「健康である」と回答した人の「満足している」との回答割合を1として他の各健康度の割合を指標化した。

4 医療サービスに対する不満・問題点 (Q13)

1) 全体の傾向

主に利用している医療サービスへの不満や問題点については、「費用が高い」「医師、看護師等の説明が足りない」など9項目についてそれぞれ複数回答で質問した。高齢者が選択した割合が多い上位3項目は、「費用が高い」「医師、看護師等の説明がたりない」「診察時に待たされる」であり、これはほぼどの国においても共通していた。ただし、フランスでは「手術等の日を待たされる」、韓国では「施設が近くにない」という項目が、それぞれ1位と3位にランクされていた。5年前の第5回調査と比較した場合、上位3位までの項目は韓国とアメリカでは変化がなかったが、日本では「施設が近くにない」に代わり「医師、看護師等の説明が足りない」が、ドイツでは「十分な治療が受けられない」に代わり、「費用が高い」が新しく上位にランクされるようになった。(表 7-3)

表 7-3 主に利用している「医療サービス」への不満・問題点(%)

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス
費用が高い	②15.3	①32.2	①26.8	①22.8	③15.1
医師、看護師等の説明が足りない	③ 6.5	②16.0	10.7	③11.9	②16.7
施設が近くにない	6.1	4.0	③12.6	4.8	4.6
施設や設備が古い	1.1	0.0	4.8	0.9	3.5
手術等の日を待たされる	0.5	9.7	4.1	6.5	①17.7
診察の時に待たされる	①20.4	③17.5	②17.7	②13.5	7.4
プライバシーが守られていない	0.7	1.9	1.5	1.3	1.2
医師、看護婦等の職員の対応や態度やよくない	3.2	4.4	4.6	3.7	3.8
十分な治療が受けられない	1.9	2.7	9.9	4.2	1.3
その他	3.0	1.6	1.4	2.7	0.4
特になし	61.1	52.7	54.8	57.3	61.2

注1)複数回答である

注2)①②③は、国別に回答割合が多い項目から順に3位までを示している。

V 通所・在宅福祉サービス

1 分析の視点

介護態勢における介護サービスの位置づけ、福祉ニーズとサービス利用との関連、利用するサービスの種類、満足度が国によってどのように異なるかを分析した。性、年齢階級による差異、学歴や世帯類型による差異については、サービス利用者が少ないため、ここでは分析しなかった。なお、分析に際しては「無回答」を欠測値として除いたため、数値が「第2部 調査結果の概要」の数値と異なっている場合がある。

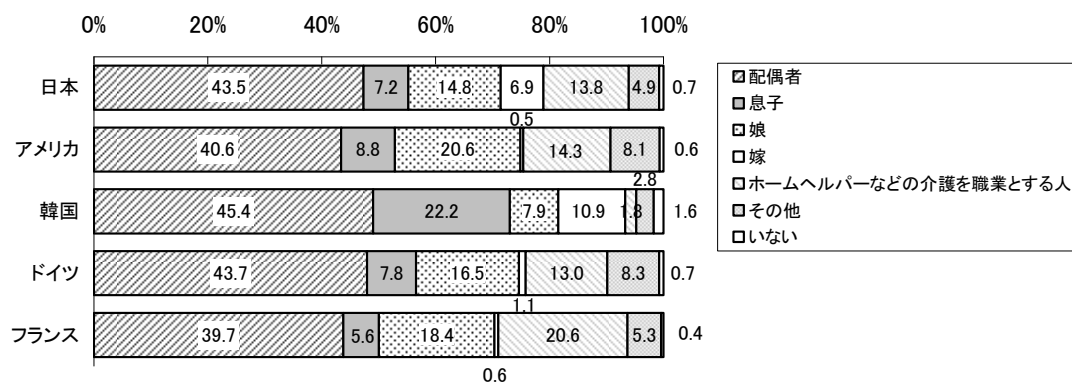
2 介護態勢における介護サービスの位置づけ (Q16)

身体的に虚弱になり、在宅で生活する上で誰かの介護が必要になった場合に、主にどのような方の世話になるかを質問した。5カ国に共通して「配偶者・パートナー」という人が40%程度を占めており、その割合は世話を求める人の中でもっとも高かった。次いで、アメリカ、ドイツ、フランス、日本のいずれも、「娘」「ホームヘルパーなどの介護を専門とする人」がそれぞれ15~20%と続いており、この4カ国は介護態勢の面でかなり共通していた。しかし、多少の差異もあり、フランスでは「ホームヘルパーなどの介護を専門とする人」が20%以上と、他の国の15%未満と比較すると高かった。日本では「嫁」の割合が6.9%と絶対的には低いものの、他の3カ国の1%程度と比較すると高い割合を占めていた。

この4カ国と比較し、特徴的であったのが韓国であり、「息子」「嫁」の割合がそれぞれ日本の倍以上、合計すると33.1%で、日本の14.1%の倍以上であった。「ホームヘルパーなどの介護を専門とする人」は1.8%にとどまっていた。日本は韓国と比較し伝統的な介

護規範である嫁や息子がみるという傾向がかなり希薄となり、全体としてみるならば欧米の3カ国の方に近い状態にあるといえる。(図 7-38)

図 7-38 身体的に虚弱になったときの在宅における介護態勢



3 サービスの利用 (Q14, 15)

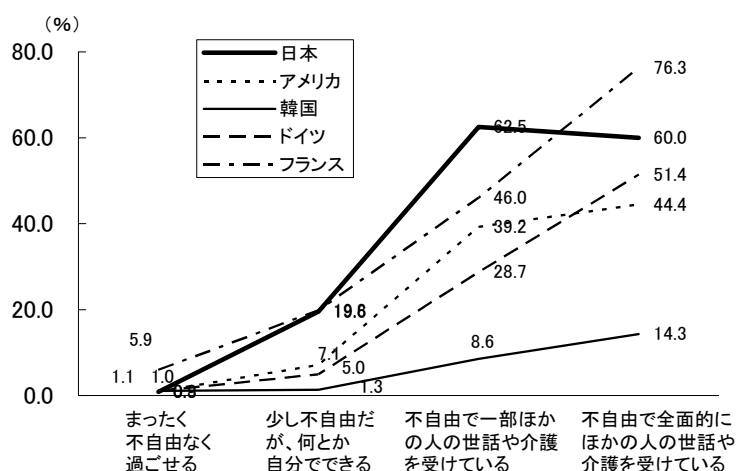
1) 自立度による差

生活自立度という福祉ニーズの多寡が、福祉サービスの利用とどのように関連しているかを観察した。いずれの国においても、自立度が低下するほど福祉サービスの利用割合が増加する傾向がみられたものの、その勾配は異なっていた。サービスの利用割合は日本とフランスでは「少し不自由だが何とかできる」では 20%、「少し不自由だがほかの人の世話や介護を受けている」では 50%程度、「不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受けている」では 60%以上の方が利用していた。ドイツとアメリカではそれぞれの値が 10%、40%、50%、韓国では 1%、10%、15%程度と、これら3カ国では日本とフランスと比較して、自立度の低下に伴うサービスの増加傾向が低かった。

日本の場合、5年前の今回の調査は 2000 年の介護保険制度が施行された直後に行われた。前回の調査と比較すると、「不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受けている」のサービス利用割合は 60%程度でほとんど変化がみられない。しかしながら、サービスの利用割合は、「少し不自由だが何とかできる」では 7.6%から 19.6%へ、「少し不自由だがほかの人の世話や介護を受けている」では 50.0%から 62.5%へと増加した。今回のデータからすると、介護保険制度導入後、特に生活自立度に中程度の障害がある人でサービスの利用が促進されるようになったことが示唆されている。

韓国については、前回の調査以降今回の調査までの5年間に「不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受けている」の人たちの間で利用割合が増加しており、前回の調査では 0%であったものが、今回の調査では 15%程度となっていた。アメリカ、ドイツについては5年前の調査とほとんど変化がみられなかった。(図 7-39)

図 7-39 生活自立度と福祉サービスの利用

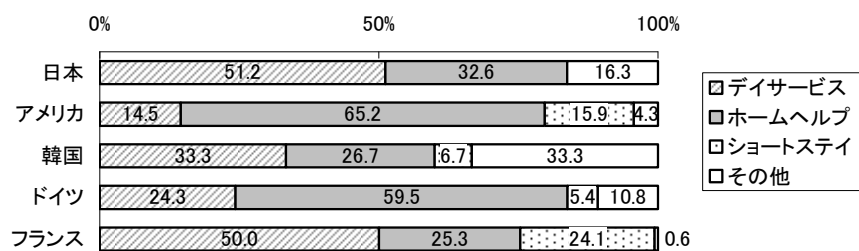


2) 利用サービスの種類

主にどのような種類の在宅・通所福祉サービスを利用しているのかについて、「デイサービス」「ホームヘルプサービス」「その他」の選択肢を用いて質問した結果、国によって主に利用されているサービスの種類に差異があることが観察された。日本とフランスではサービス利用者のうちデイサービスを主に使っている人の割合（日本は51.2%、フランスは50.0%）はホームヘルプサービスを主に使っている人の割合（日本は32.6%、フランスは25.3%）と比べてかなり高く、サービスの種類のなかではデイサービスの比重が大きかった。他方、アメリカとドイツの2カ国では、ホームヘルプサービスを主に利用している人の割合がそれぞれ65.2%、59.5%で、デイサービスを主に利用している割合（アメリカは14.5%、ドイツは24.3%）より高く、サービスの種類の中ではホームヘルプの比重が大きかった。韓国はデイサービスとホームヘルプが33.3%、26.7%であり、両方のサービスのほぼ同じ比重で利用されていた。

5年前の前回の調査と比較して、日本、アメリカ、ドイツの3カ国とも大きな変化がみられなかった。しかし、韓国においては主に利用しているサービスとしてホームヘルプを選択した人の割合が2.1%から26.7%へ、他方、デイサービスとする人が63.8%から33.3%へ大きく変化しており、ホームヘルプの比重が高くなっていた。（図 7-40）

図 7-40 主に利用しているサービスの種類



3) 通所・在宅福祉サービスの利用回数

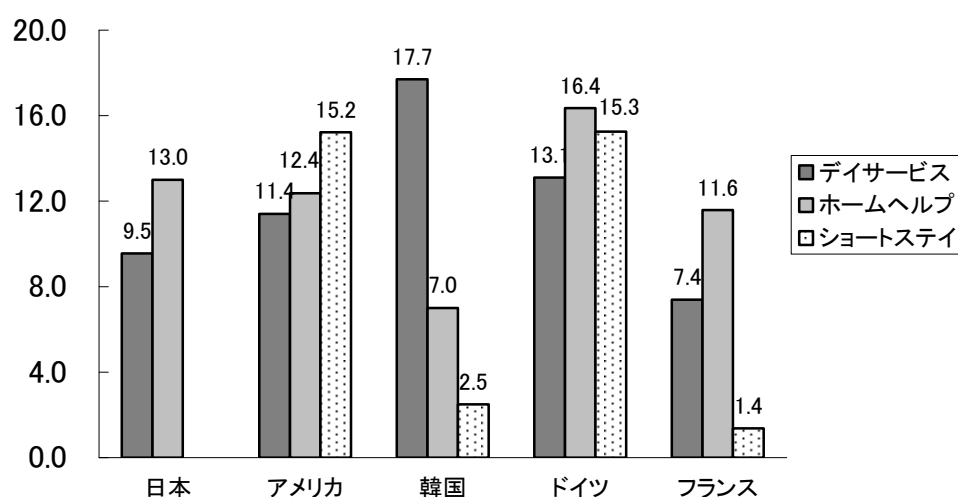
主に利用しているサービスの利用頻度を、「ほぼ毎日」「週に4, 5回」「週に2, 3回」「週に1回くらい」「月に2, 3回」「月に1回くらい」「年に数回」という選択肢を用いて質問した。ここでは、それぞれの選択肢に30, 18, 10, 4, 2.5, 1, 0.5を配点し、月当たりの平均利用回数を算出した。

デイサービスについては、韓国では月平均17.7回と5カ国中もっとも多かった。次いでドイツ、アメリカ、日本が10回程度で続いていた。韓国については生活の自立度が低下してもサービスの利用割合が低いという問題があることを指摘したが、主にデイサービスを利用している人に限定してみるとかなり高いレベルでサービスを利用できている。

ホームヘルプサービスについては、ドイツが16.4回と最も多く、日本(13.0回)、アメリカ(12.4回)、フランス(11.6回)と続いていた。主に利用している人に限定してみると、デイサービス、ホームヘルプともに日本ではドイツ、アメリカとほぼ同じ回数でサービスを利用できている。

前回の5年前の調査と比較すると、韓国ではホームヘルプの利用回数が0.8回から7.0回に大幅に増加しており、先に示したようにサービスの中におけるホームヘルプサービスの比重が大きくなっているだけでなく、利用回数の面でもかなり利用が促進されたことが示されている。日本においてはデイサービスの利用回数はほとんど変化ないものの、ホームヘルプサービスについては月平均11.4回から13.0回へと増加しており、介護保険制度が主としてホームヘルプサービスを利用している人の中では利用回数を増加する方向で作用したことが示されている。(図7-41)

図7-41 サービス別にみた利用頻度(月当たり)



注1) 主に使用しているサービスについての頻度である。

注2) ショートステイについては、日本では主に利用している人がいないため非該当となっている。

4 医療や福祉サービスに不満があった場合の対応 (Q17)

利用している医療や福祉サービスに不満がある場合、どのような対応をするかについて、利用していない人についても利用した場合を想定してもらい回答を得た。選択肢には「利用している医療や福祉サービスを提供している機関をかえる」「利用している医療や福祉サービスを提供している機関に直接苦情を申し立てる」など9項目を用意し、複数回答で回答を得た。

「利用している医療や福祉サービスを提供している機関をかえる」と「家族や友人に相談する」の2つの対応については、5カ国共通して上位3番目までに位置していた。以上のほか、アメリカ、ドイツ、フランスについては、共通して「利用している医療や福祉サービスを提供している機関に直接苦情を申し立てる」が上位3番目までに含まれていた。特徴的であったのが日本と韓国であり、いずれの国も「利用している医療や福祉サービスを提供している機関に直接苦情を申し立てる」は20%程度で、アメリカ、ドイツ、フランスの半分程度の割合であった。それに代わり、日本では「かわらない」、韓国では「不満があっても我慢する」が上位3番目までに入っていた。さらに、「利用している医療や福祉サービスを提供している機関をかえる」については、日本では上位3番目までに位置しているものの、その選択割合が21.9%であり、他の4カ国のほぼ2分の1に過ぎなかった。(表7-4)

表 7-4 利用しているサービスに不満があった場合の対応

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス
利用している医療や福祉サービスを提供している機関をかえる	③21.9	②51.3	①45.2	③36.1	①37.3
利用している医療や福祉サービスを提供している機関に直接苦情を申し立てる	19.5	①54.6	24.0	②43.3	②35.6
家族や友人に相談する	①33.3	③33.0	②35.3	①44.0	③18.1
苦情処理のための公的機関に申し立てる	5.8	14.1	5.8	13.0	7.1
苦情処理するための私的機関に申し立てる	2.1	8.8	4.5	8.6	3.9
弁護士を立てて訴訟を起こす	0.7	4.3	0.8	5.8	1.7
不満があっても我慢する	10.4	5.2	③23.8	7.0	8.2
その他	1.2	0.1	1.0	1.3	0.7
わからない	②27.8	6.7	12.7	9.1	17.1

注)①②③は各国別にみて回答の割合が上位の1, 2, 3であることを意味している。