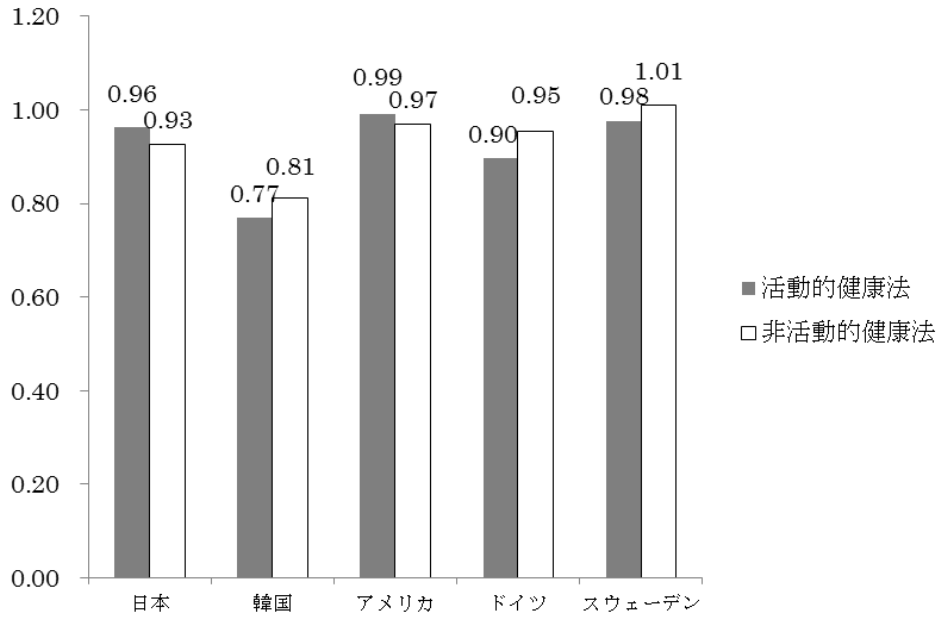
図 7-17　活動的・非活動的健康法の実行項目数の世帯類差



注）その他の世帯の実行項目数の平均を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

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傾向を国別に分析するともに、性や年齢階級、学歴や世帯類型による差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。半数以上の人が実行している項目数は、米国では７項目、ドイツでは４項目、スウェーデンでは３項目、日本と韓国では

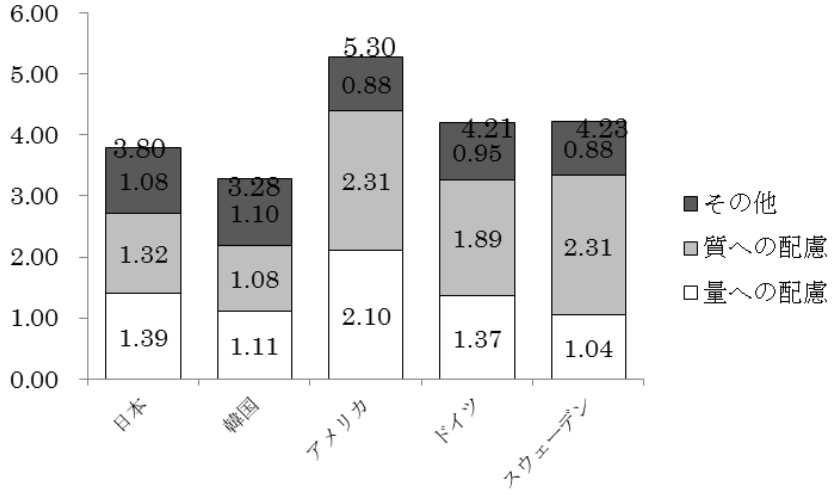
それぞれ２項目であった。米国とドイツの高齢者は、日本や韓国の高齢者と比較して、多岐にわたる食生活上の配慮をしている。

項目別にみると、米国ではほぼ全項目にわたって配慮する、ドイツでは「脂肪をとりすぎない」と「じっくり時間をかけて食べる」、スウェーデンでは「栄養のバランスに配慮し，様々な食品をとる」、日本では「塩分を取りすぎない」というように、食生活上の配慮の重点項目が国によって異なっていた。

項目別の分析では傾向を把握しづらいため、実行項目の総数の平均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種類に分類し、それぞれの種類ごとに実行項目数の平均を算出した。種類としては「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の２区分とした。「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」については明確に帰属する種類がなかったため、その他として一括した。

図 7-18 には、実行項目の総数の平均とともに、量への配慮、質への配慮という種類別の実行項目数の平均を示した。実行項目の総数の平均は、米国が 5.30 ともっとも高く、次いでスウェーデン、ドイツ、日本がそれぞれ 4.23、4.21、3.80 と続いていた。韓国は 3.28 ともっとも低かった。種類別の実行項目数の平均は、アメリカでは量に配慮(2.10)、質に配慮（2.31）のいずれも５カ国中もっとも高く、逆に韓国では質に配慮（1.08)、量に配慮（1.11）のいずれももっとも低かった。日本、ドイツ、スウェーデンでは、食生活の配慮の内容に差があり、日本では量的に配慮にした食生活の実行項目数の平均が、ドイツ、スウェーデンでは質的に配慮した食生活の実行項目数の平均が高かった。

図 7-18　食生活の配慮の種類別実行項目数の平均

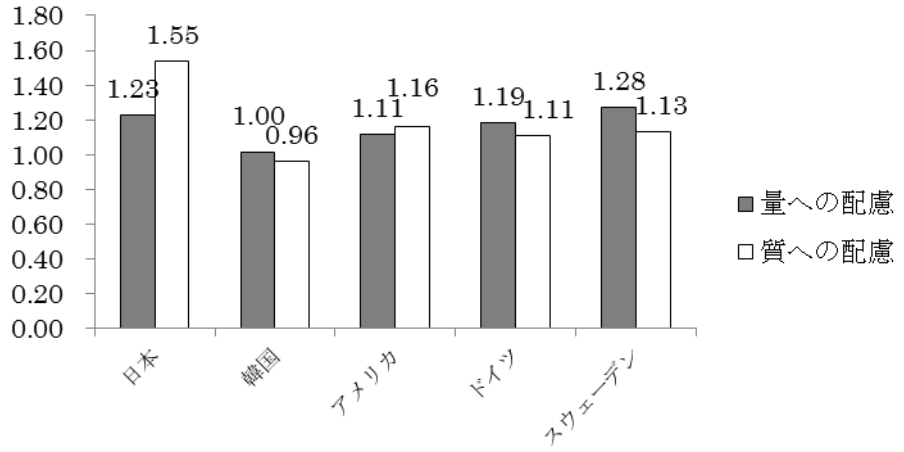


注）「その他」には「朝昼晩１日３回、規則正しく食べる」「間食や夜食をとらない」が含まれている。

３　性、年齢階級による差

日本において、質への配慮に関する実行項目数の平均が女性では男性とくらべてかなり高いことを除いては、いずれの国においても性差は大きくなかった（**図 7-19**）。質的配慮における性差は、日本では第６回調査においても観察された。

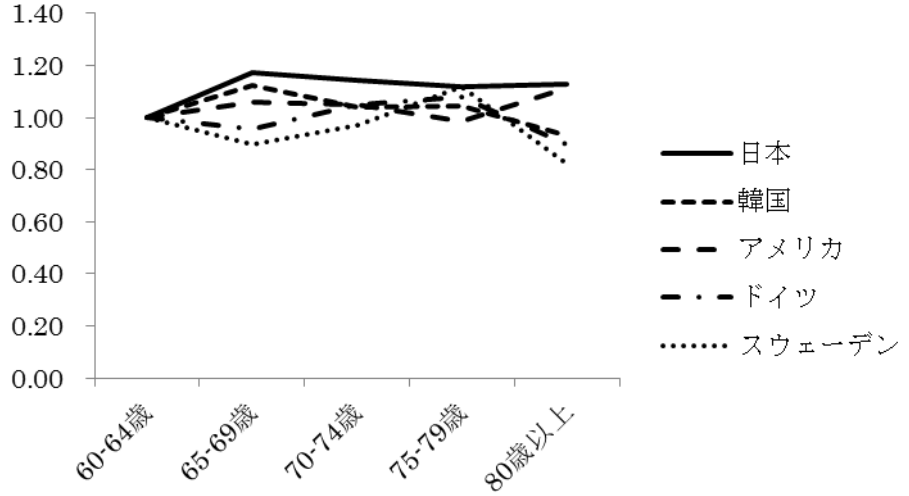
図 7-19 量・質に配慮した食生活の実行項目数の平均の性差



注）男性の実行項目数の平均を１として女性の実行項目数の平均を指数化した。

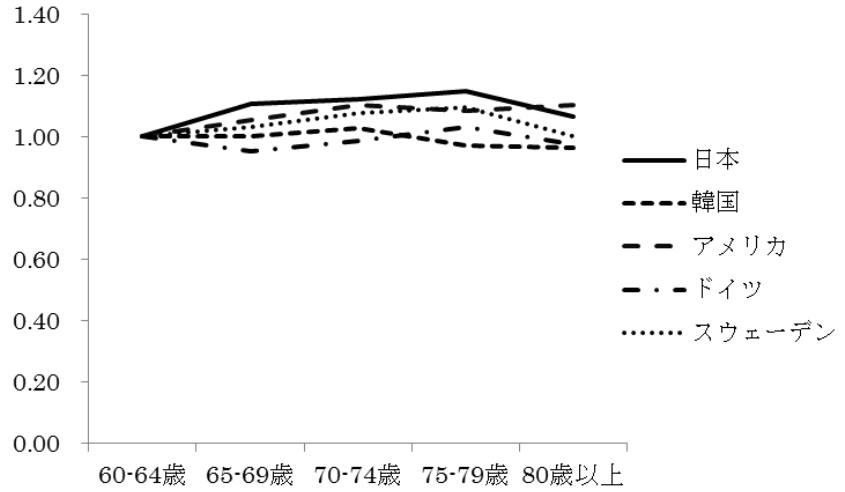
年齢階級については、5 カ国に共通して量に配慮、質に配慮のいずれも実行項目数の平均の差は小さかった（図 7-20、図 7-21）。

図 7-20　量に配慮した食生活の実行項目数の平均の年齢階級差



注）60～64 歳の実行項目数の平均を 1 としてそれ以外の各年齢階級の実行項目数の平均を指数化した。

図 7-21　質に配慮した食生活の実行項目数の平均の年齢階級差



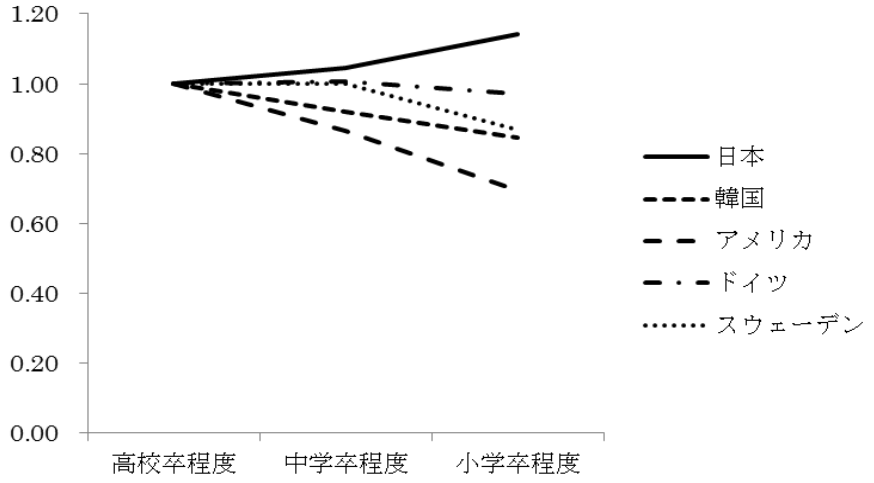
注）60～64 歳の実行項目数の平均を 1 としてそれ以外の各年齢階級の実行項目数の平均を指数化した。

4　学歴、世帯類型による差

量への配慮に関する実行項目数の平均については、米国で学歴差が顕著であった。質への配慮に関する実行項目数の平均は、米国と韓国において学歴差が大きかった。日本、ド

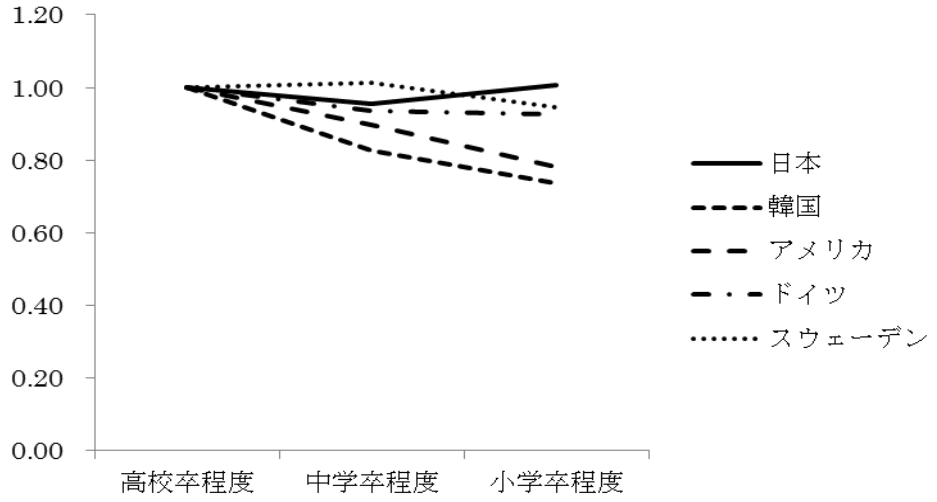
イツ、スウェーデンは、量への配慮、質への配慮のいずれも実行項目数の平均の学歴差は大きくなかった（**図 7-22、図 7-23**）。５年前の第６回調査では、いずれの国においても学歴差はほとんどなかった。

図 7-22　量に配慮した食生活の実行項目数の平均の学歴差



注 1）就学年数が 12 年以上を高校卒程度、９～11 年を中学卒程度、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の平均を１として、それ以外の各学歴における実行項目数の平均を指数化した。

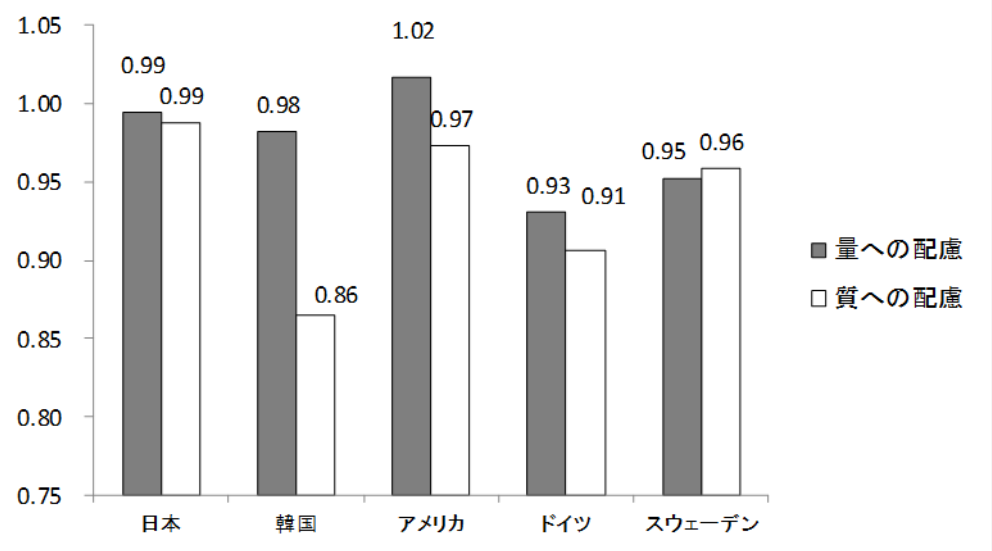
図 7-23　質に配慮した食生活の実行項目数の学歴による差異



注 1）就学年数が 12 年以上を高校卒程度、９～11 年を中学卒程度、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の平均を１として、それ以外の各学歴における実行項目数の平均を指数化した。

量への配慮、質への配慮のいずれも実行項目数の平均については、5 カ国に共通して世帯類型による違いが小さく（**図 7-24**）、これは第６回調査でもほぼ同様の結果であった。

図 7-24　量・質へ配慮した食生活の実行項目数の平均の世帯類型による差



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

Ⅳ　医療サービス

１　分析の視点

健康度と同様に、全体傾向を国別に分析するともに、性や年齢階級による差、あるいは学歴や世帯類型による差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

１）全体

通院（往診も含む）回数は、日本と韓国では他の３カ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 61.6%と 59.1%であったのに対し、アメリカ、ドイツ、スウェーデンの３カ国では、その割合はいずれも 10～30%

であった（図 7-25）。

「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。月当たりの平均通院回数は、韓国が 2.3 回と最も多く、次に日本が 1.8 回と続いていた。ドイツ、アメリカ、スウェーデンはそれぞれ 1.3 回、１.２回、0.7 回であった（図 7-26）。以上の通院回数の分布は、第５回、第６回調査においても同様の傾向を示していた。

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が 93.8%ともっとも高く、次いで韓国が 85.6%であった。アメリカ、ドイツがそれぞれ 73.0%、70.1%、スウェーデンは 49.2%であり、虚弱高齢者における医療へのアクセスの面では５カ国の中日本がもっとも良好であった（図 7-27）。以上の結果は第５回、第６回調査においても同様に観察された。

図 7-25　通院（往診も含む）回数の分布

図 7-26　月当たりの平均通院回数（往診も含む）

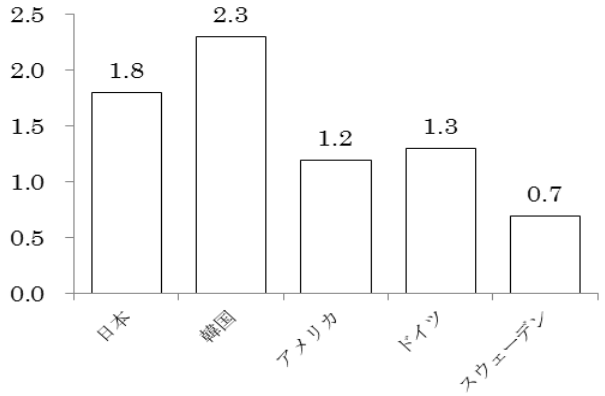
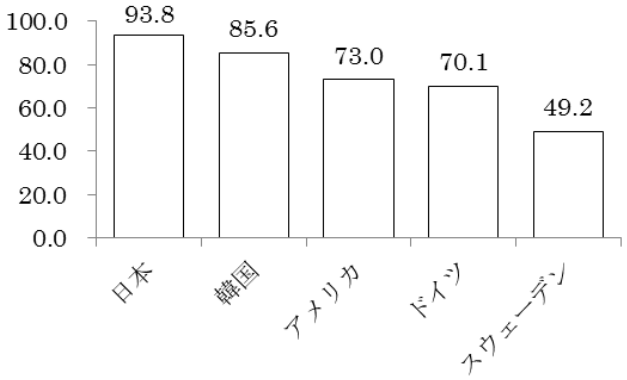


図 7-27　虚弱高齢者の通院状況（往診も含む）

－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

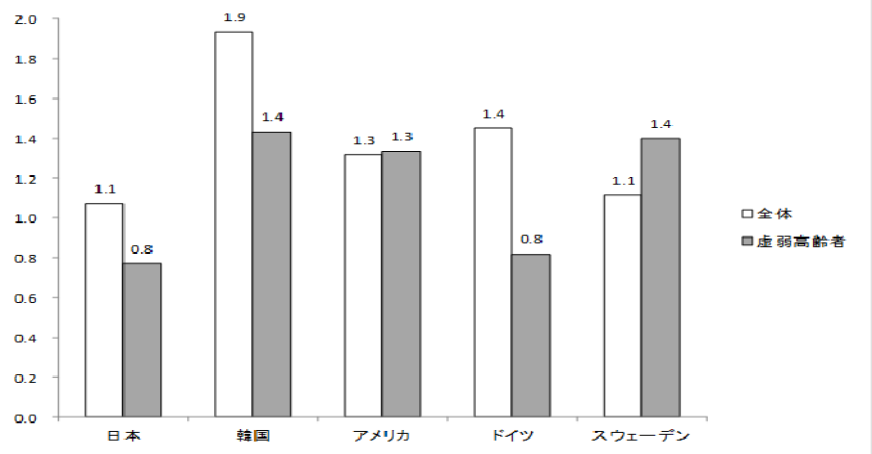
通院回数の性差は韓国で顕著であり、女性の平均通院回数は男性の 1.9 倍であった。日本、アメリカ、ドイツ、スウェーデンにおいても女性の通院回数が男性と比較し多いものの、男性の 1.1～1.4 倍程度であった（**図 7-28**）。性差が韓国で顕著なことは、第５回、第６回調査においても明らかにされている。日本では、以前の第５回と第６回の調査で、女性の通院回数の平均が男性の 1.4 倍と性差が確認されていたが、今回の調査では大きな性差が確認されなかった。性差が解消されつつあるのかもしれない。

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、女性の方が高い国と男性の方が高い国に分かれた。すなわち、日本とドイツでは女性の通院回数の平均が男性と比較して 20%程度低かったが、韓国、アメリカ、スウェーデンでは逆に男性の通院回数の平均が女性と比較して 30～40%程度高いという結果であった。

年齢階級による差をみると、日本、ドイツ、スウェーデンの３か国では年齢階級が上がるに従って平均通院回数が増加していた。中でも日本の増加が著しく、80 歳以上の平均通院回数は 60～64 歳の 2.5 倍に達していた。韓国と米国では一定の年齢以上で（米国では 70 歳以上、韓国では 75 歳以上）平均通院回数がほとんど増加しなくなった（**図 7-29**）。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、韓国とアメリカでは高齢者の中でも年齢が高い人で医療へのアクセスに支障のある人が多くいる可能性がある。日本においては、第５回と第６回の調査をみると、80 歳以上の平均通院回数は 60～64 歳の 3.5 倍程

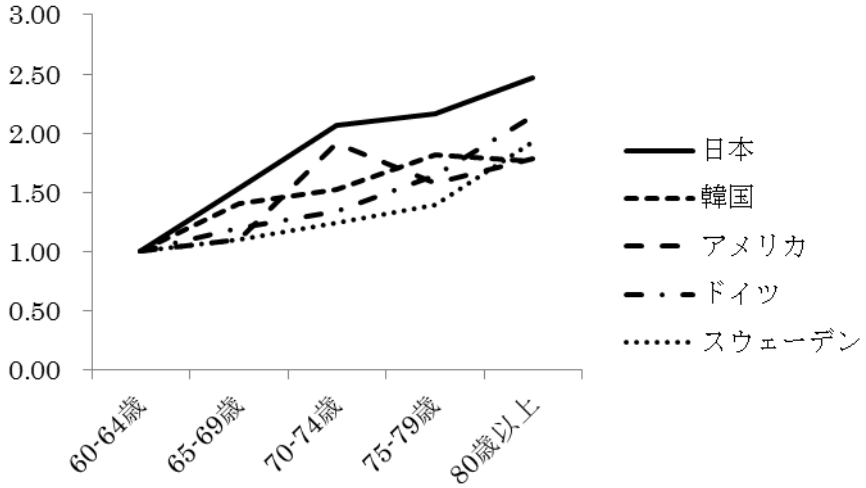
度であったことから、この 10 年では年齢階級による差は縮小傾向にあるのかもしれない。

図 7-28　月当たりの平均通院回数の性差



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」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。
注 2）男性の平均通院回数を 1 として女性の平均通院回数を指数化した。

図 7-29　月当たりの平均通院回数の年齢階級差



注）60～64 歳の平均通院回数を 1 として、他の年齢階級の平均通院回数を指数がした。

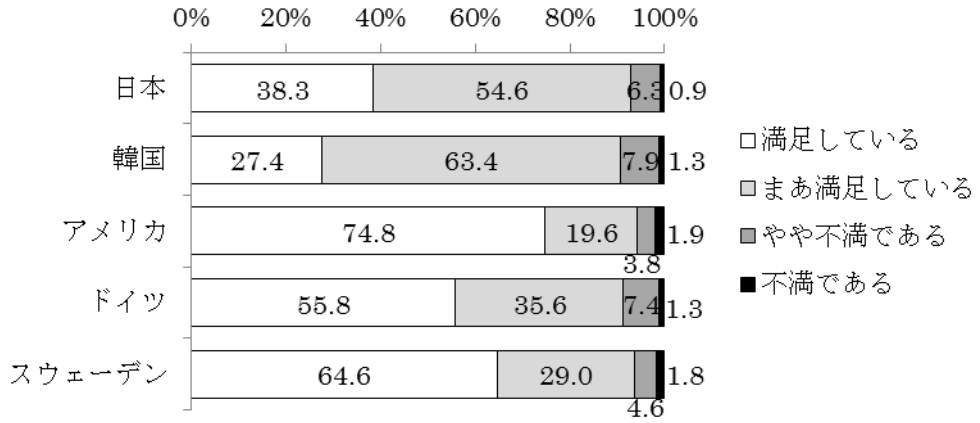
3　医療サービスに対する満足度

1）全体の傾向

医療サービスに対する満足度を主に利用しているサービスに対して「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」という選択肢を用いて把握した。「満足している」あるいは「まあ満足している」と回答した割合は国によって大きく異なってい

た（図 7-30）。アメリカでは、「満足している」と回答した割合が 74.8%ともっとも高く、スウェーデン、ドイツがそれぞれ 64.6%、55.8%と続いていた。日本は 38.3%と４番目であり、最低は韓国の 27.4%であった。以上のような結果は、第５回、第６回の調査においても同様に報告されている。

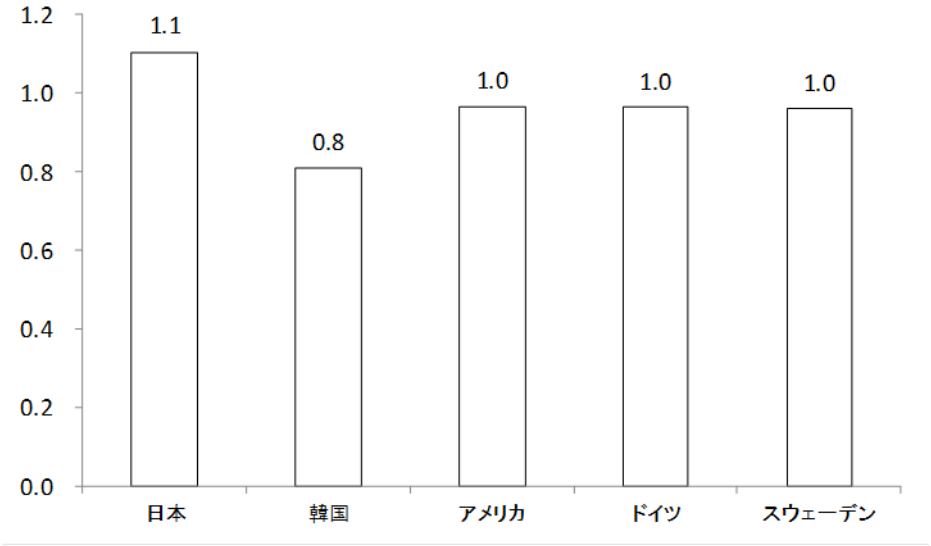
図 7-30　主に利用している医療サービスに対する満足度



２）性、年齢階級による差

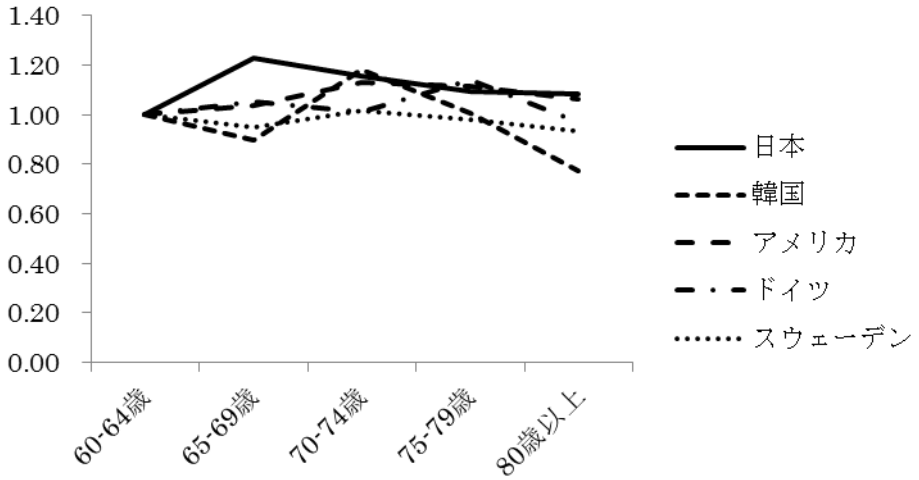
医療サービスに対する満足度の性差は、５か国のいずれも大きくなかった（図 7-31）。年齢階級差については、韓国において 80 歳以上の人で「満足している」という人の割合が低い傾向がみられる他は、いずれの国においても差は大きくなかった（図 7-32）。日本においては、第５回、第６回の調査では年齢階級が高くなるに伴って、「満足している」あるいは「まあ満足している」との回答割合が増加していたが、今回の調査では、このような傾向はみられなかった。

図 7-31　医療サービスの満足度の性差



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 7-32　医療に対する満足度の年齢階級差

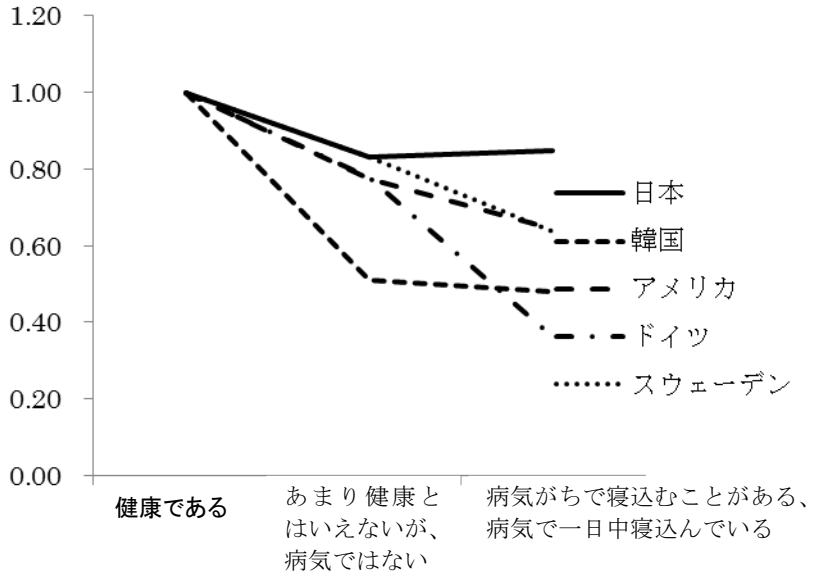


注) 60～64 歳の「満足している」との回答割合を１としてそれ以外の各年齢階級の割合を指数化した。

３）健康度による差（図 7-33）

５カ国に共通して、健康度が低下するにしたがい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低くなる傾向がみられた。しかし、日本の場合、他の国と比較して、医療サービスの満足度の健康度による差は小さかった。以上の結果は、第５回、第６回の調査においても共通してみられた。

図 7-33　医療に対する満足度の健康度による差



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

１）全体の傾向（表 7-3）

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。「特にない」という人の割合は、５カ国すべてで 50～60%であり、大きな差はみられなかった。さらに、不満や問題点として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、こうした結果も５カ国すべてでほぼ共通していた。ただし、韓国では「施設が近くにない」という項目が２位にランクされ、スウェーデンでは「費用が高い」を問題にする人がほとんどいないというように、国による違いも観察された。

10 年前の第５回調査と今回の調査の結果を比較すると、不満や問題点が「特にない」という人の割合は、韓国（第５回調査では 45.8%、今回の調査では 60.1%）とスウェーデン（第５回調査では 45.5%、今回の調査では 59.2%）で顕著に減少していた。個別項目でみると、日本では「診察時に待たされる」が第５回調査の 30.7%から今回の調査では 14.5%へ、韓国では「費用が高い」「診察時に待たされる」がそれぞれ、第５回の調査の 34.0%