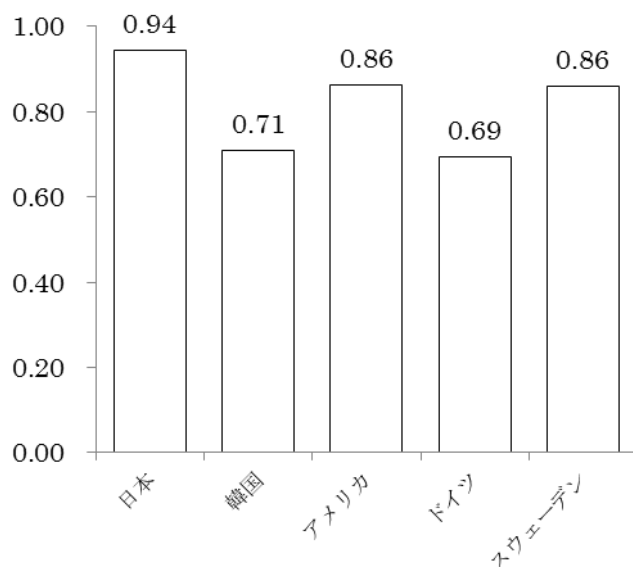


図 7-10 生活自立度の世帯類型による差



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

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

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、最も低い韓国においても 90.9%であり、5か国のいずれも高い値を示していた。

半数以上の人が行う健康法として5か国に共通する項目は、「休養や睡眠を十分とる」と「規則正しい生活を送る」の2項目に過ぎず、実行する頻度の高い健康法は国によって違いがみられた。アメリカとドイツでは、以上の2項目以外にも多岐にわたる健康法を多くの高齢者が実行していた。すなわち、アメリカでは「栄養のバランスがとれた食事をする」「健康診査などを定期的に受ける」「酒やタバコをひかえる」「散歩や運動をする」「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」の7項目、ドイツでは「栄養のバランスがとれた食事をする」「健康診査などを定期的に受ける」「散歩や運動をする」「気持ちをなるべく明るく持つ」という4項目の健康法をそれぞれ、半数以上の高齢者が実行していた。

日本、韓国、スウェーデンの3か国では「休養や睡眠を十分とる」および「規則正しい生活を送る」以外に半数以上の高齢者が取り組んでいる健康法は限られていた。スウェーデンでは、「栄養のバランスがとれた食事をする」と「散歩や運動をする」、日本では「栄養のバランスがとれた食事をする」、韓国では「散歩や運動をする」という健康法が半数以上の高齢者によって取り組まれていたに過ぎなかった。

以上の結果は、第5回調査、第6回調査においてもほぼ共通しており、この10年間では大きな変化は観察されなかった。

表 7-1 心がけている健康法 (%)

	日本	韓国	アメリカ	ドイツ	スウェーデン
休養や睡眠を十分とる	●62.9	●59.8	●90.4	●74.0	●58.1
規則正しい生活を送る	●58.4	●52.7	●74.3	●74.9	●62.6
栄養のバランスがとれた食事をする	●57.2	20.2	●70.6	●65.1	●73.5
保健薬や強壮剤などを飲む	10.7	8.7	22.4	37.9	15.8
健康診査などを定期的に受ける	47.3	29.1	●79.9	●63.8	39.2
酒やタバコをひかえる	16.8	21.6	●61.2	18.3	10.5
散歩や運動をする	47.9	●50.2	●60.9	●51.7	●77.9
地域の活動に参加する	16.0	4.5	40.7	34.7	29.4
気持ちをなるべく明るく持つ	40.3	36.6	●78.4	●66.9	47.1
趣味をもつ	38.3	13.2	●59.2	44.2	53.5
なるべく外出する	29.2	22.9	●65.3	17.5	52.3
その他	1.4	1.0	6.1	1.7	5.5
特にない	5.2	9.1	1.8	1.5	1.6
健康に心がけていることが1項目以上ある	94.8	90.9	98.2	98.5	98.4

注) ●は心がけている人の割合が50%以上であることを示している。

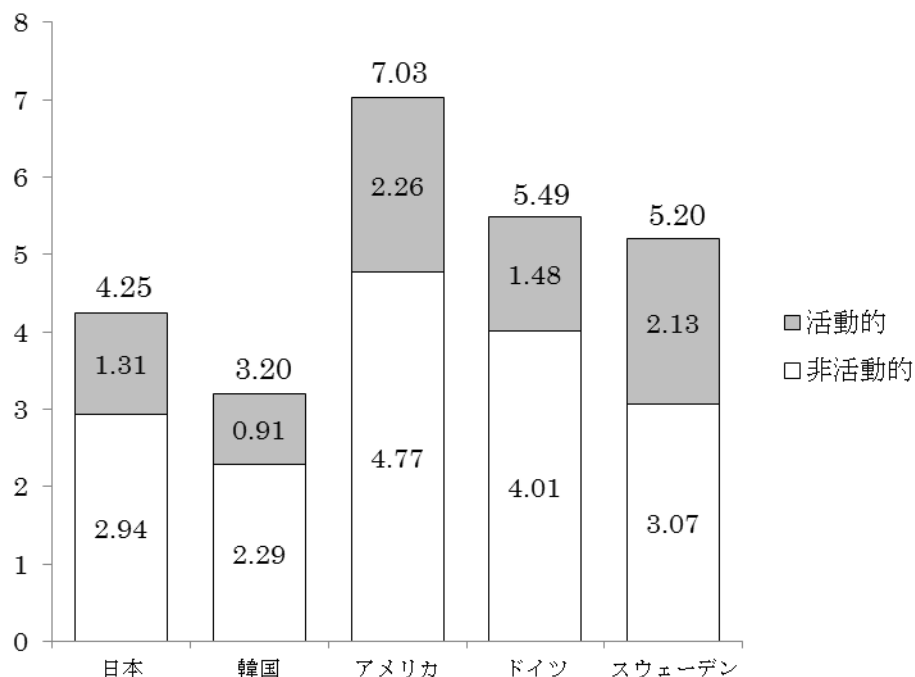
項目別の分析では傾向が把握しづらいため、健康法として実行している項目の総数だけでなく、因子分析という手法によって健康法の項目をいくつかの種類分けし、それぞれの種類別に実行項目数を単純に加算して分析に使用した。種類は、活動的な健康法（「散歩や運動をする」「地域の活動に参加する」「趣味をもつ」「なるべく外出する」が含まれる）と、非活動的な健康法（「休養や睡眠を十分とる」「規則正しい生活を送る」「栄養のバランスの取れた食事をする」「保健薬や強壮剤などを飲む」「健康診査などを定期的に受ける」「酒やタバコをひかえる」「気持ちをなるべく明るく持つ」が含まれる）の2区分とした。

図 7-11 には、健康法の実行項目総数の平均（「その他」を除く）とともに、活動的・非活動的健康法という種類別の実行項目数の平均を示した。実行項目総数の平均は、米国の 7.03 項目ともっとも多く、次いでドイツ、スウェーデン、日本がそれぞれ 5.49、5.20、4.25 項目と続いていた。韓国は 3.20 項目と 5 か国中もっとも低かった。種類別の実行項目数の平均は、アメリカでは活動的健康法（平均は 2.26 項目）、非活動的健康法（平均は 4.77 項目）のいずれも実行項目数の平均が 5 か国中もっとも高く、他方、韓国は 2 つの平均（活動的健康法は 0.91 項目、非活動的健康法は 2.29 項目）のいずれも 5 か国中もっとも低かった。日本は活動的・非活動的健康法の実行項目数の平均はいずれも韓国に次いで低かった。ドイツとスウェーデンでは、健康法の実行項目総数の平均はほぼ同じであり、いずれも日本よりも高かったが、活動的・非活動的健康法の実行項目数の平均に差があり、活動的健康法の実行項目数の平均はスウェーデン（2.13）ではドイツ（1.48）と比べてかなり高かった。

興味深いのは、ドイツでは健康法の実行項目総数の平均が 5 か国中 2 番目に高いにもかかわらず、健康度自己評価および生活自立度からみた健康度は日本やスウェーデンと比較して低かった点である。このことから、健康法の実行は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。

10 年間における変化をみるため、「その他」を除く健康法の実行項目総数の平均を第 5 回と第 6 回の 2 つの調査と比較した。今回の調査で最も実行項目総数の平均が少なかった韓国では、この 10 年間に 1.3 倍、アメリカ、ドイツ、スウェーデンでも各 1.2 倍、実行項目総数の平均が増加していた。日本についてのみ、実行項目総数の平均がほとんど増加していなかった。他の 4 か国と比較して日本では健康法の実施状況の改善が遅れているといえよう。

図 7-11 健康法の種類別にみた実行項目数の平均

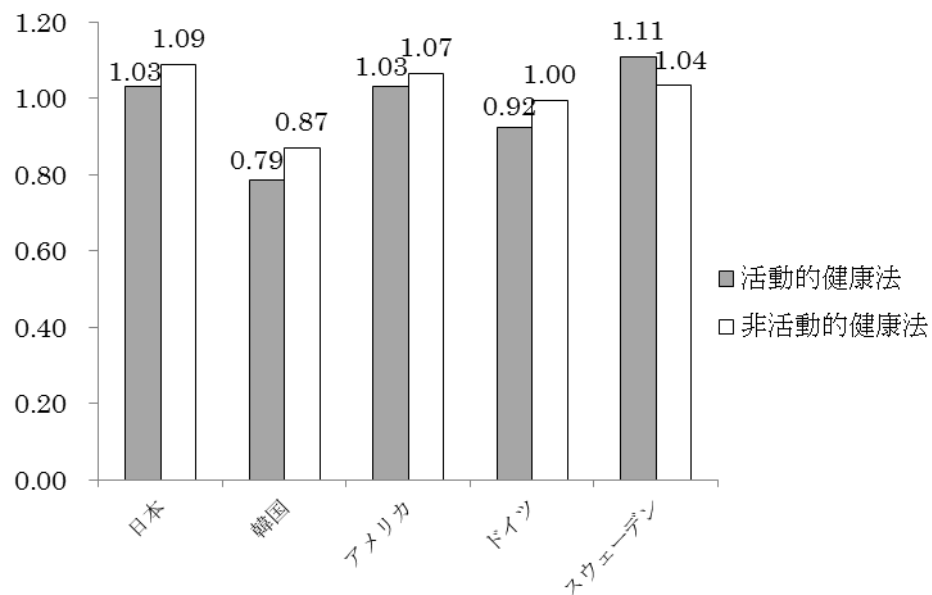


3 性、年齢階級による差

活動的・非活動的健康法の実行項目数の平均は韓国では女性の方が低かった。他方、韓国を除く4カ国では男女で差がないか、男性の方でむしろ低かった（図 7-12）。韓国における性差の変化をみると、第5回、第6回、今回の調査では、女性の活動的健康法の実行項目数の平均は男性の6～8割程度、非活動的健康法の実行項目数の平均は男性の8～9割と一進一退であり、性差が縮小傾向にあるとはいえない。

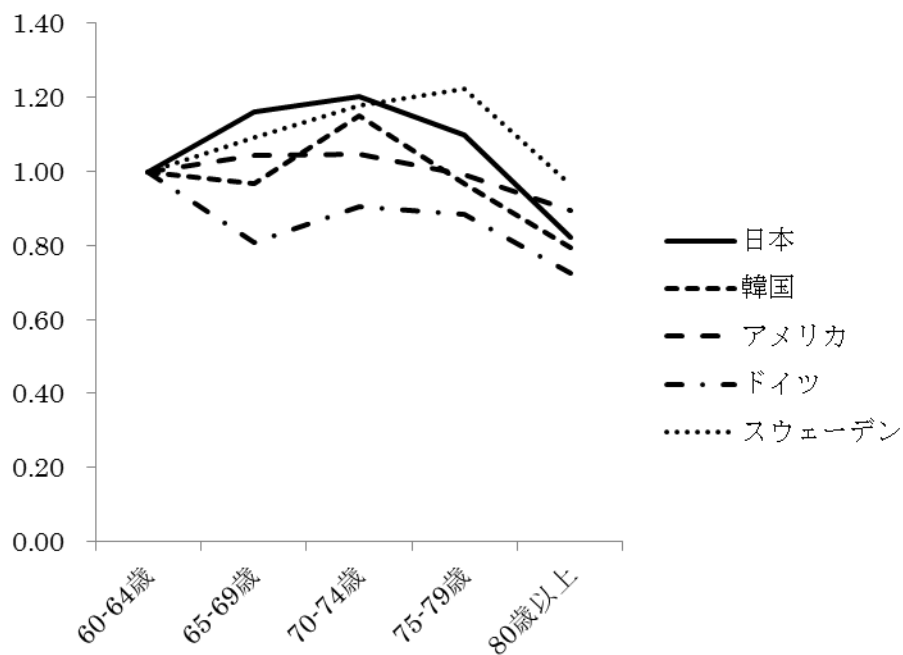
年齢階級差に関しては、健康法の種類による違いがみられた。すなわち、いずれの国においてもほぼ共通して、活動的健康法の実行項目数の平均は、60歳台で低いものの、その上の年齢階級でピークを迎え、70～80歳台で減少するという傾向を示している。非活動的健康法については、韓国で年齢階級が高まるに伴ってやや減少する傾向がみられたが、残りの4カ国では変化ないか、むしろ高まる傾向がみられた（図 7-13、図 7-14）。このような年齢階級別の傾向は、第5回、第6調査においてもほぼ共通してみられている。

図 7-12 活動的・非活動的健康法の実行項目数の平均の性差



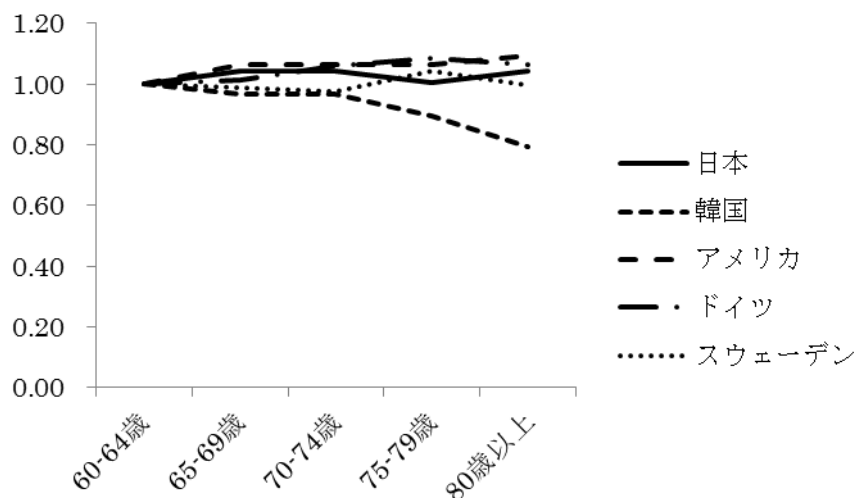
注) 男性の実行項目数の平均を1として女性の実行項目数を指数化した。

図 7-13 活動的健康法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、それ以外の年齢階級の実行項目数を指数化した。

図 7-14 非活動的健康法の実行項目数の平均の年齢階級差



注) 60～65歳の実施項目数の平均を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。

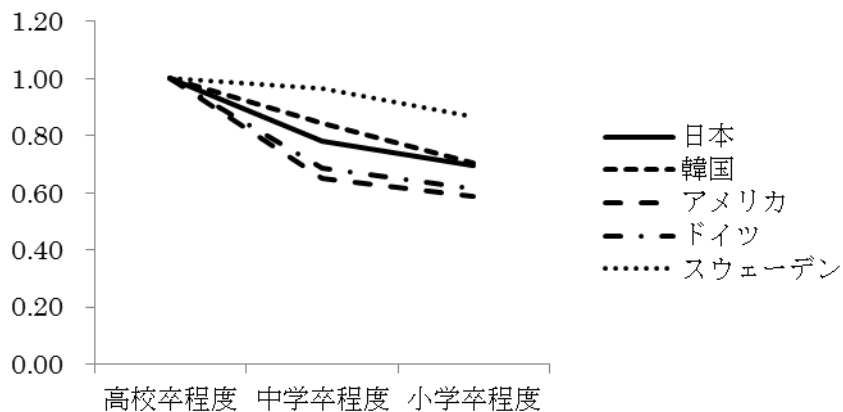
4 学歴、世帯類型による差

学歴差は、活動的健康法の実行項目数の平均でみると、アメリカとドイツで顕著であり、それぞれ小学校卒程度の人平均は高校卒程度の人平均の6割程度であった。次いで日本と韓国の学歴差が大きく、スウェーデンでは学歴差がほとんどなかった。非活動的健康法の実行項目数の平均については、活動的健康法の実行項目数の平均ほどには学歴差が顕著でなく、もっとも差が大きな国であった韓国でも、小学卒程度の人平均は高校卒程度の人平均の7割強であった(図7-15、図7-16)。

韓国においては、小学卒程度の人平均の活動的健康法の実行項目数の平均は、高校卒程度の人と比較して、第5回調査では5割、第6回調査で6割程度であり、この10年間では学歴差に大きな変化はない

世帯類型差は、活動的・非活動的健康法のいずれも韓国を除いて単独世帯の高齢者とそれ以外の世帯の高齢者との間で大きな差はなかった。韓国についてのみ、単独世帯の人平均の実行項目数の平均は、活動的・非活動的健康法のいずれもその他の世帯の8割程度であった(図7-17)。

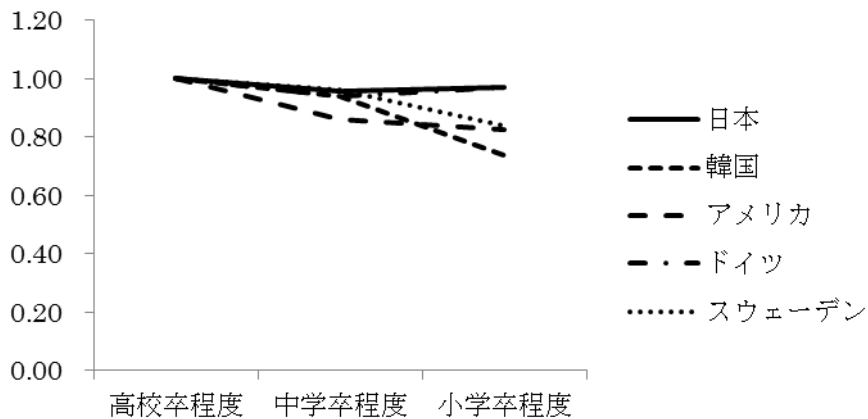
図 7-15 活動的健康法の実行項目数の平均の学歴差



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の実行項目数を指数化した。

図 7-16 非活動的健康法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の実行項目数を指数化した。