

第2章 健康をめぐる状況と意識

我が国の健康に関わる施策は、第1章で概観したように、当初は感染症対策を中心に衛生水準を向上させるようなものから始まったが、徐々に疾病の予防や健康維持・増進にも重点が置かれるようになってきた。言うならば、平均寿命のみに着目するのではなく、健康寿命を延伸させるような施策に重点を置きつつある。

また、政策の動きのみならず、国民の生活の面でも、疾病の予防や健康維持に関心を持つ人が増えているように見受けられる。たとえば、休日や昼休みに河川敷や公園をジョギングする人もよく見かけられるようになり、フィットネスクラブの利用者数は年を追うごとに増えつつある。また、特定保健用食品（いわゆる「特保」）の市場規模は10年間で倍増したほか、喫煙率は年々減少するなど、食生活や個人の嗜好の面においても健康志向が垣間見られるようになっており、健康に対する意識は近年高まっていると考えられる。

それでは、実際に日本人の健康に対する意識はどうなっているのか。2014（平成26）年2月に行った厚生労働省の委託調査（以下「2014年厚生労働省委託調査」という。）の結果などを見ながら分析していきたい。

厚生労働省委託「健康意識に関する調査」の概要

(1) 調査目的

健康に関する意識の世代間・地域間の傾向を分析するため、全世代を対象に、健康状態や健康に対する意識、生活習慣、死生観等に関する意識調査を実施した。

(2) 調査方法

アンケート調査をみずほ情報総研株式会社に委託し、インターネットモニター会社に登録しているモニターに対し、回答を依頼した。

(3) 調査期間

- ・ 2014年2月21日（金）～2014年2月26日（水）

(4) 回答数

- ・ 回答数 5,000件
- ・ 居住地（全国12ブロック）・年齢・性別による構成比に応じて割付を行った。

*集計に当たっては、回収されたサンプルを母集団の構成にあわせて集計する、ウェイトバックを行った。

*ブロック分けは以下のとおりで、各ブロックに416～417人割付

北海道、東北、関東Ⅰ（埼玉、千葉、東京、神奈川）、関東Ⅱ（茨城、栃木、群馬、長野、山梨）、北陸（新潟、富山、石川、福井）、東海（静岡、愛知、岐阜、三重）、近畿Ⅰ（大阪、兵庫、京都）、近畿Ⅱ（滋賀、奈良、和歌山）、中国、四国、北九州（福岡、佐賀、長崎、大分）、南九州（熊本、宮崎、鹿児島、沖縄）

*回答者の性別は、男性2373人、女性2627人

*回答者の年齢は、20代329人、30代1061人、40代1084人、50代769人、60代1198人、70代511人、80代48人

(5) 調査項目

●属性情報

- | | |
|---------|---------|
| 1) 性別 | 5) 最終学歴 |
| 2) 年齢 | 6) 世帯年収 |
| 3) 居住地域 | 7) 職業 |
| 4) 家族構成 | |

●意識調査項目

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1) 幸福感／幸福感の判断事由 | 15) 今後、健康のために気を付けたいこと |
| 2) 健康感／健康感の判断事由 | 16) 健康のための食生活への配慮の有無 |
| 3) 健康に関する不安の有無／内容 | 17) 健康のため食生活で気を付けていること |
| 4) 自分の体型に関する感覚 | 18) 健康食品やドリンク剤についての考え |
| 5) 健康にとってのリスク | 19) 健康食品やドリンク剤の利用頻度 |
| 6) 健康に関する情報源への接触度／信頼度 | 20) 睡眠で休養がとれているか |
| 7) 健康に関して必要な情報 | 21) 不安や悩みを感じることの有無 |
| 8) 勤務先の健康づくりに対する評価 | 22) 不安や悩みの具体的な内容 |
| 9) 居住自治体の健康づくりに対する評価 | 23) 不安や悩みがあるときの対応法 |
| 10) 健康のために支出してよい額／実際の支出額 | 24) 不安や悩みを相談する相手 |
| 11) 普段から健康について意識をしているか | 25) 休みがとれたらどのように過ごしたいか |
| 12) 健康について気を付けていること | 26) 実際の休みの日の過ごし方 |
| 13) 健康に気を付けるようになったきっかけ | 27) 何歳くらいまで生きたいか |
| 14) 健康のために何も行っていない理由 | 28) 何歳くらいまで生きられると思うか |

第1節 健康を取り巻く社会状況の変化と健康意識

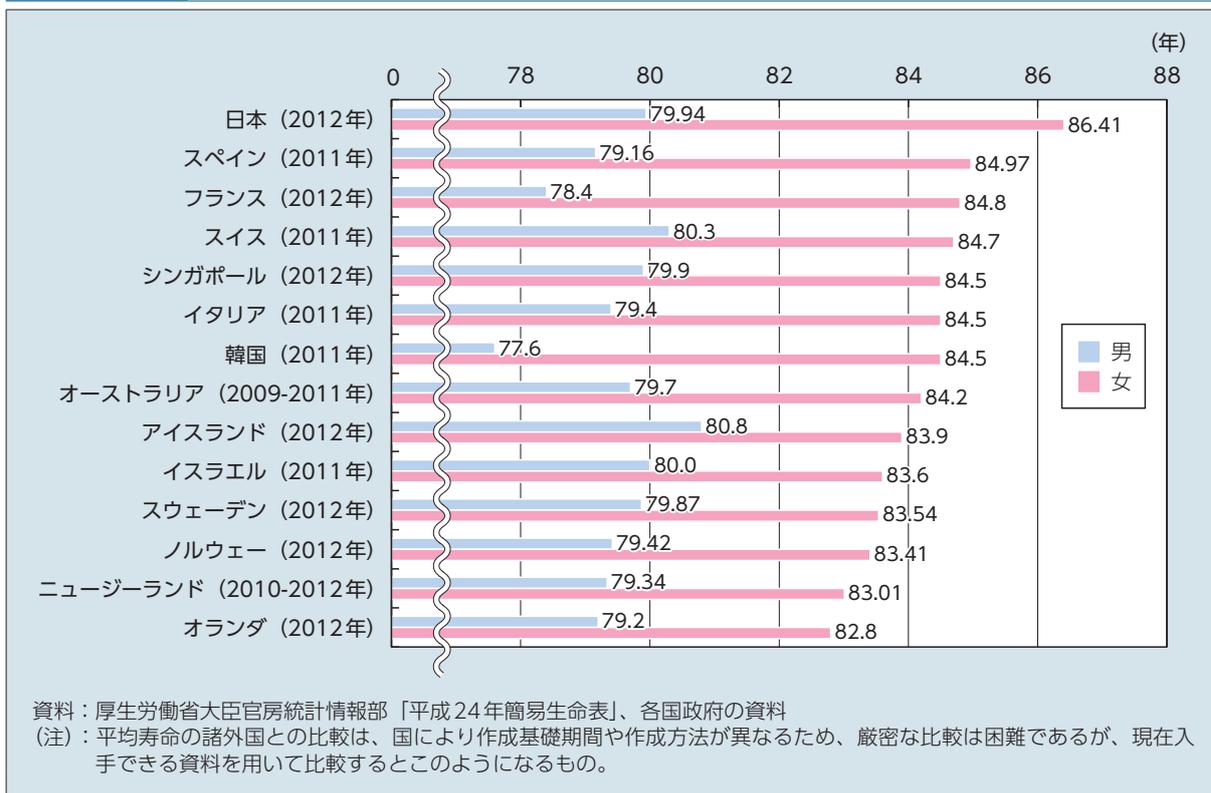
本節では、まず、近年の健康を取り巻く社会状況の変化について概観した上で、健康の意味について考える。

1 健康をめぐる現状

(1) 平均寿命と健康寿命

我が国の平均寿命はほぼ一貫して延伸し続け、2012（平成24）年の男性の平均寿命は79.94年、女性の平均寿命は86.41年であり、世界有数の長寿国となっている（[図表2-1-1](#)）。また、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である健康寿命は、2010（平成22）年時点で男性が70.42年、女性が73.62年でこちらは男女とも世界一であった（[図表2-1-2](#)）。

図表 2-1-1 平均寿命国際比較 (男女別)



図表 2-1-2 健康寿命国際比較 (男女別)

男性		順位	女性	
国名	健康寿命		国名	健康寿命
日本	70.6年	1	日本	75.5年
シンガポール	69.6年	2	スペイン	73.0年
スイス	69.1年	3	シンガポール	72.6年
スペイン	68.8年	4	韓国	72.4年
オーストラリア	68.4年	5	スイス	72.4年

資料：Global Burden Disease Study2010
 (注) 国際比較の観点から、Global Burden Disease Study2010のデータを使用している。なお、本欄以外での我が国の健康寿命（男70.42年、女73.62年）は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」に基づく。両者の差異は、後者が「健康上の問題で日常生活に何か影響があるか」の有無で健康状態を評価しているのに対し、前者は、疾病状況の重みづけをして健康状態を評価しており、算出方法が異なることによる。

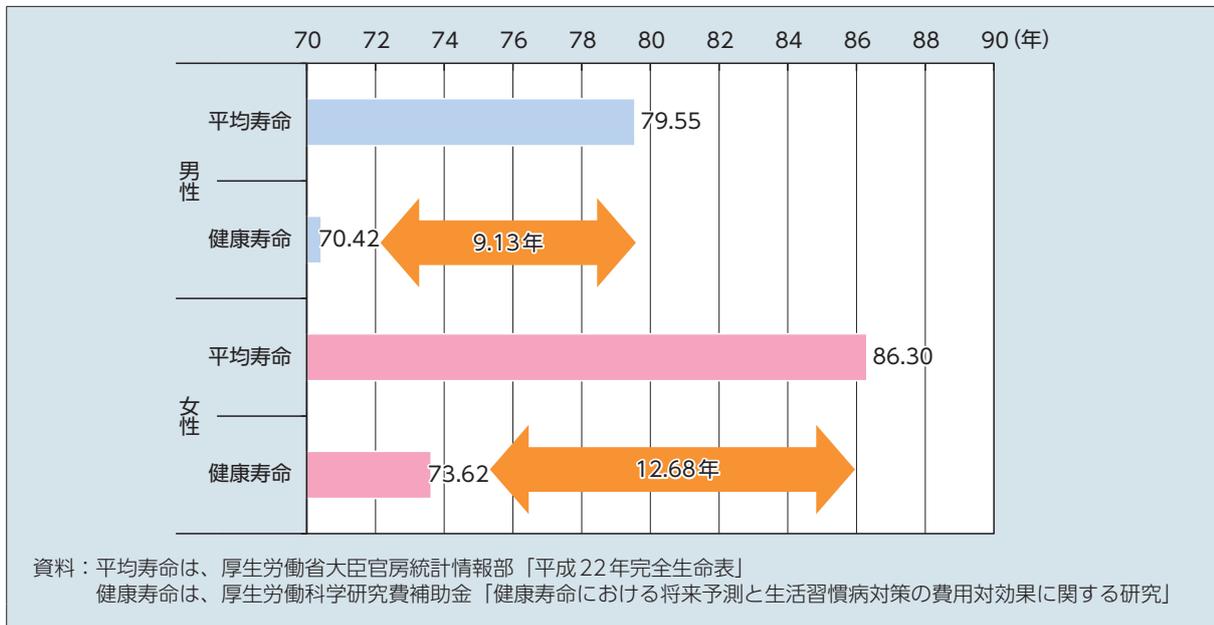
2010年時点で、平均寿命と健康寿命の差は、男性9.13年、女性12.68年となっており(図表2-1-3)、この差が大きいほど、日常生活に制限のある「不健康な期間」が長いことになる。多くの人は「健康」が幸福感を判断するために重要であると考えている(本節2(2)参照)ことからすると、「健康」を害した状態で生活することは、本人の幸福感に大きな影響を与えることになる。

今後、これまでのように平均寿命の延伸に伴い、健康寿命と平均寿命の差が拡大すれば(図表2-1-4*1)、医療費や介護給付費の負担も大きくなることが予想される。特に、高齢化が急速に進行している我が国においては、個人の生活の質の低下を防ぐためのみなら

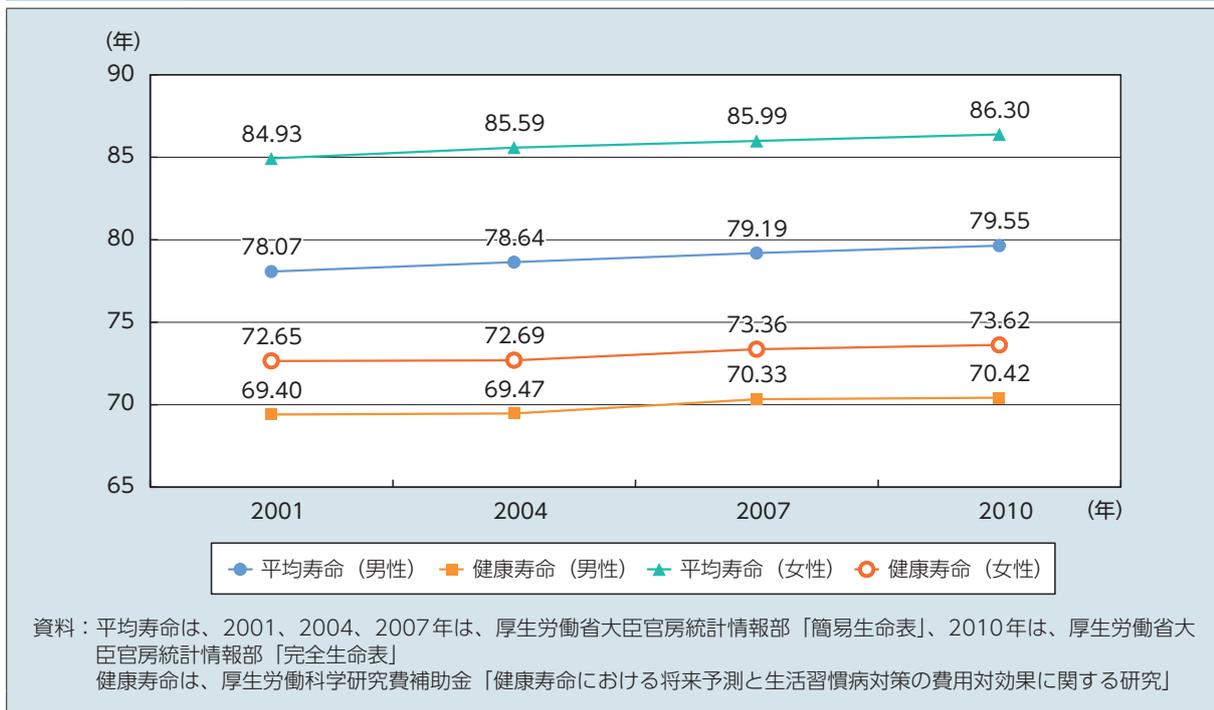
*1 2001年時点で平均寿命と健康寿命の差は男性8.67年、女性12.28年であったが、2010年には男性9.13年、女性12.68年と拡大している。

ず、社会保障制度の持続可能性を高めるためにも、国民一人一人の健康づくりを通して、健康寿命を延伸させるとともに、平均寿命との差を縮めていくことが重要である。

図表 2-1-3 健康寿命と平均寿命の差（男女別：2010年）

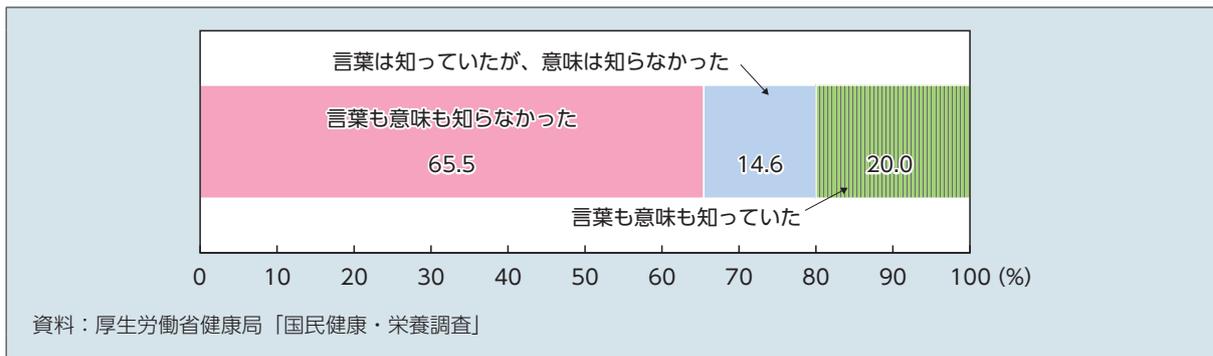


図表 2-1-4 平均寿命と健康寿命の推移（男女別）



しかしながら、2011（平成23）年の国民健康・栄養調査によると、「健康寿命」という言葉について「言葉も意味も知っている」人はわずか20.0%で、「言葉は知っていたが、意味は知らなかった」人を含めても34.6%にとどまっており、認知度・理解度ともに低い現状にあることから（図表2-1-5）、今後、その向上を図っていくことが必要である。

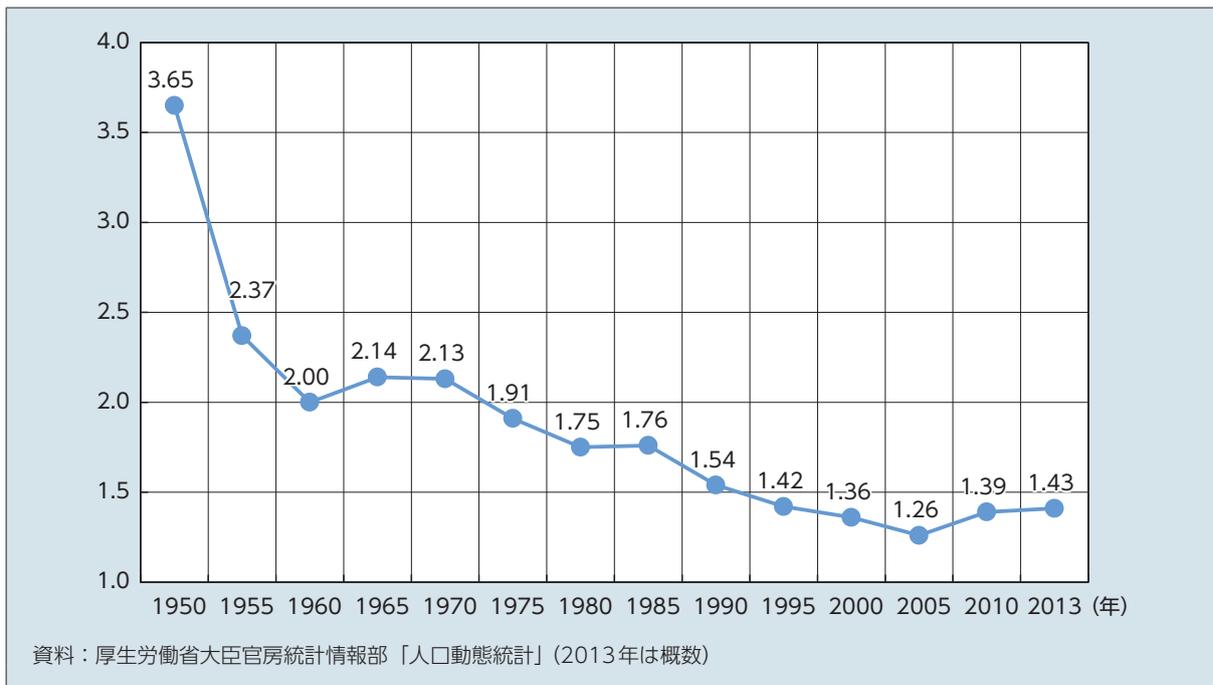
図表 2-1-5 「健康寿命」という言葉の認知度



(2) 高齢化の進展と人口構成の変化

近年、晩婚化や非婚化の進展によって我が国の合計特殊出生率は低下し、2005（平成17）年に1.26を記録して以降、わずかながら回復したものの低水準で推移（図表2-1-6）するなど、少子化の傾向が続いている。

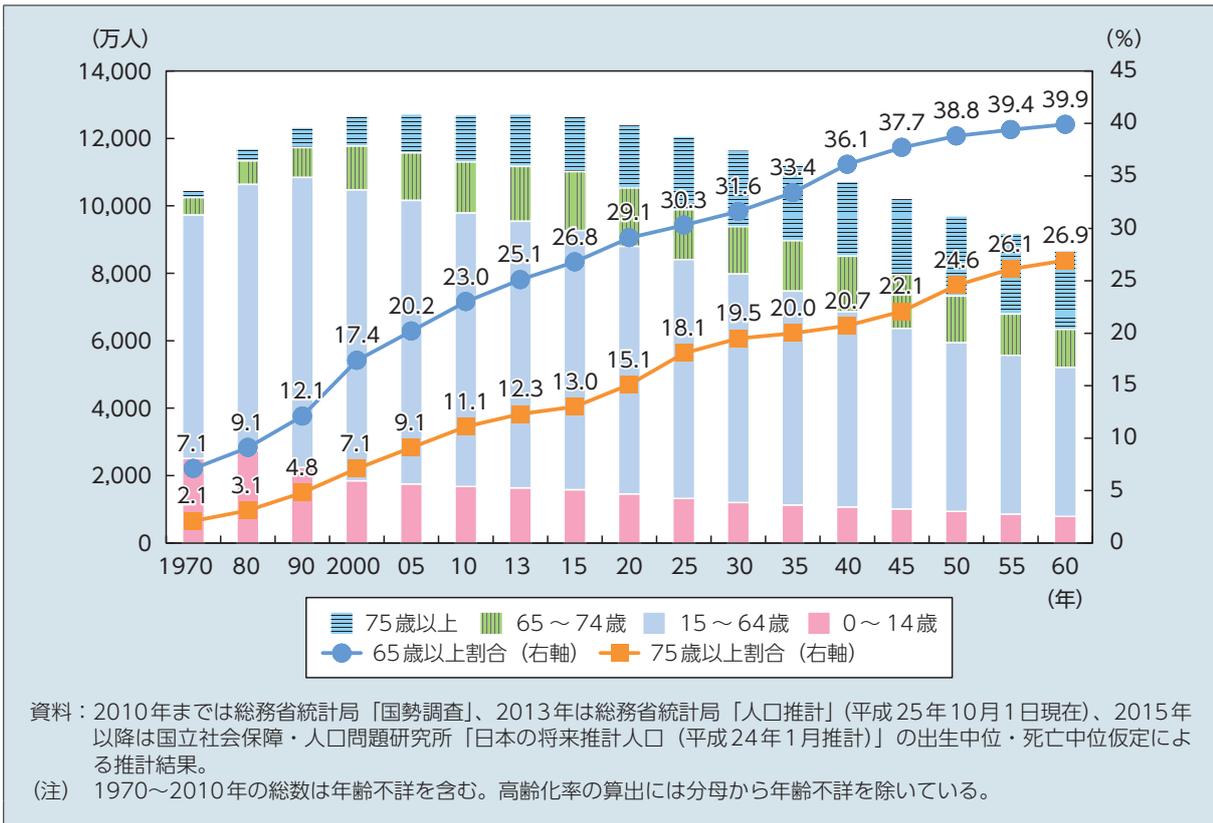
図表 2-1-6 合計特殊出生率の推移



少子化が進展する一方で、医療水準の向上などにより平均寿命が延びたことで、65歳以上の人口も増加し、2013（平成25）年には3,190万人となり、過去最高となった（このうち75歳以上の人口は1,560万人）。総人口に占める高齢者の人口の割合は25.1%となり、国民の4人に1人が高齢者となっている。

65歳以上の高齢者数は、2025（平成37）年には3,657万人となり、人口の3割を超えることが予測されている。また、75歳以上の高齢者が全人口に占める割合も増加していき、2055（平成67）年には、25%を超える見込みとなっている（図表2-1-7）。

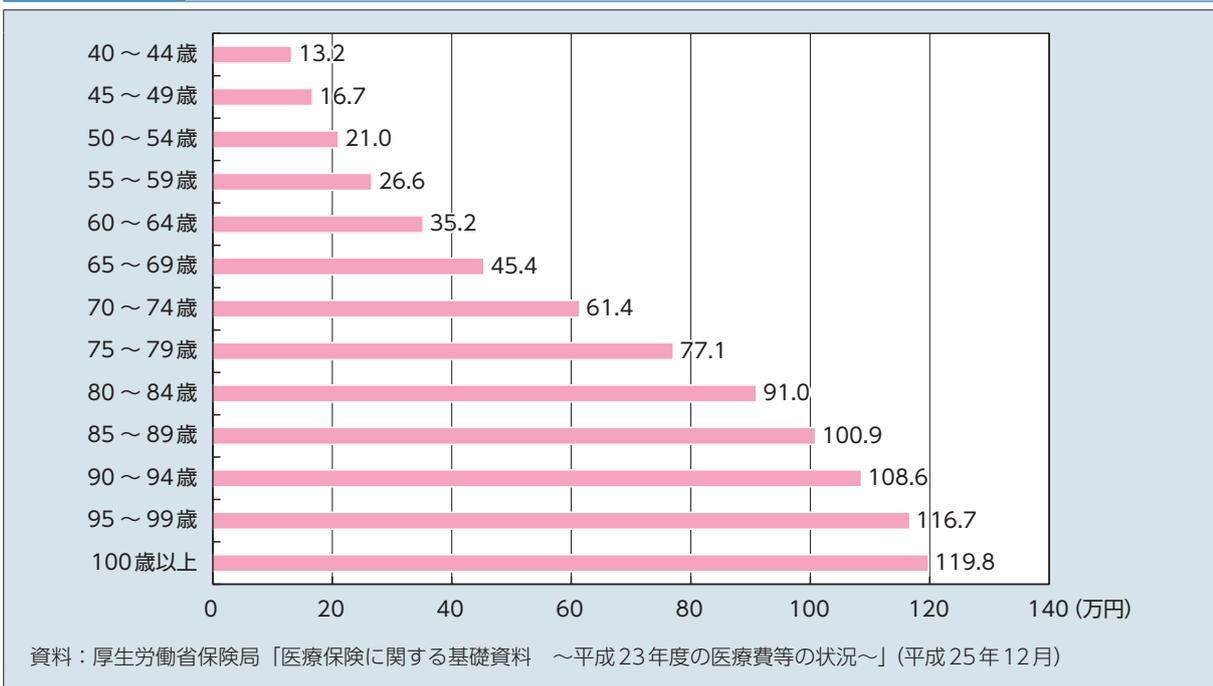
図表 2-1-7 高齢者人口の推移と予測



(3) 国民医療費等の状況

1人当たりの医療費も年齢とともに高くなることから(図表2-1-8)、高齢化の進展などによって国民医療費は年々伸び続け、2011(平成23)年度の医療費は、前年度比で約1.2兆円増の38.6兆円となった(図表2-1-9)。また、今後、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の増加に伴い、将来の医療費は更に増大していくことが予想される。

図表 2-1-8 年齢階級別の1人当たり医療費(2011年度)

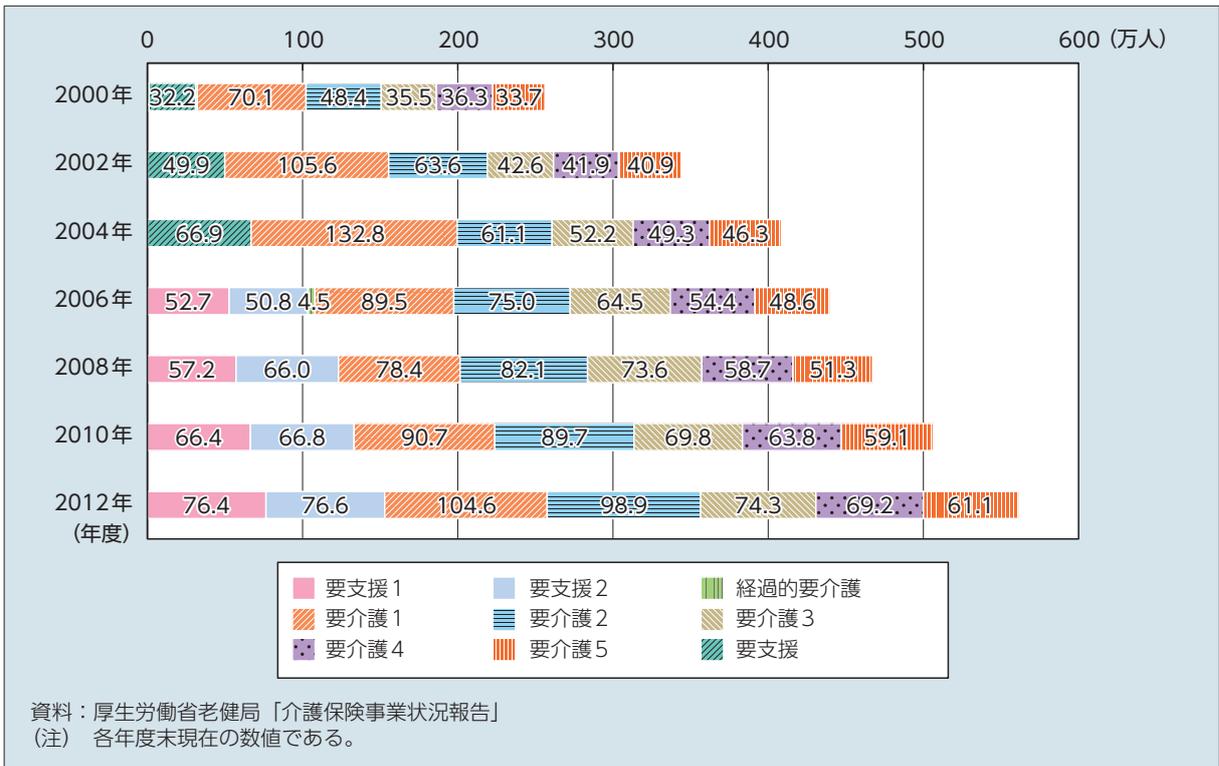


図表 2-1-9 国民医療費の推移



高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大している。例えば、要介護（要支援）の認定者数は、2012（平成24）年4月現在で533万人で、介護保険制度が開始されてからの12年間で2倍以上となっている（図表2-1-10）。

図表 2-1-10 要介護度別認定者数の推移



2 「健康」とは何か

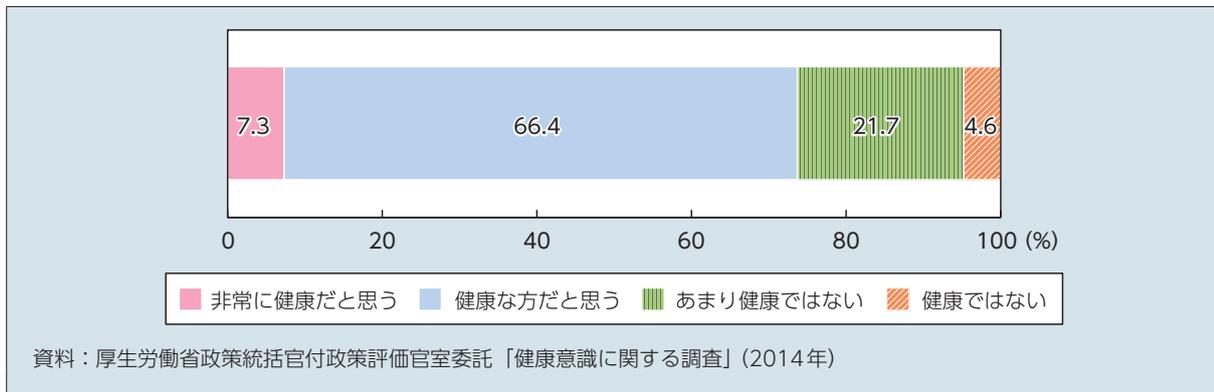
(1) イメージされる「健康」の姿

WHO（世界保健機関）では、「健康」を「肉体的、精神的及び社会的に、完全に良好な状態にあること」と定義している。

それでは、日本人の健康に対する意識はどのようになっているのだろうか。

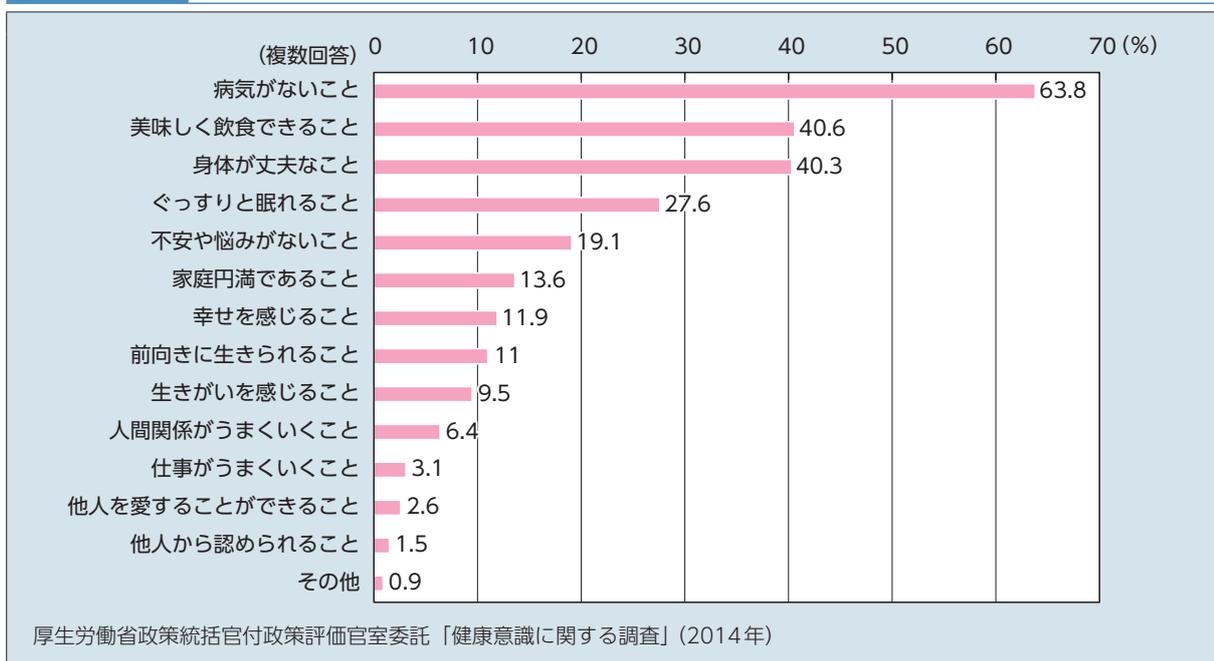
2014年厚生労働省委託調査で、普段の健康状況について聞いたところ、「非常に健康だと思う」「健康な方だと思う」と答えた人が全体の73.7%であった（**図表2-1-11**）。多くの人は自分を健康だと考えていることがわかる。

図表2-1-11 普段健康だと感じているか



その上で、健康状況を判断する際に重視した事項を尋ねたところ、「病気がないこと」をあげた人が63.8%と最も多く、次いで「おいしく飲食できること」をあげた人が40.6%、「身体が丈夫なこと」をあげた人が40.3%となっていた（**図表2-1-12**）。これらの3つの選択肢は、主に身体的な側面に関するものであり、多くの人が、健康か否かを判断するに際して、まずは身体的な面を重視していることがうかがえる。

図表2-1-12 健康観を判断するに当たって重視した事項

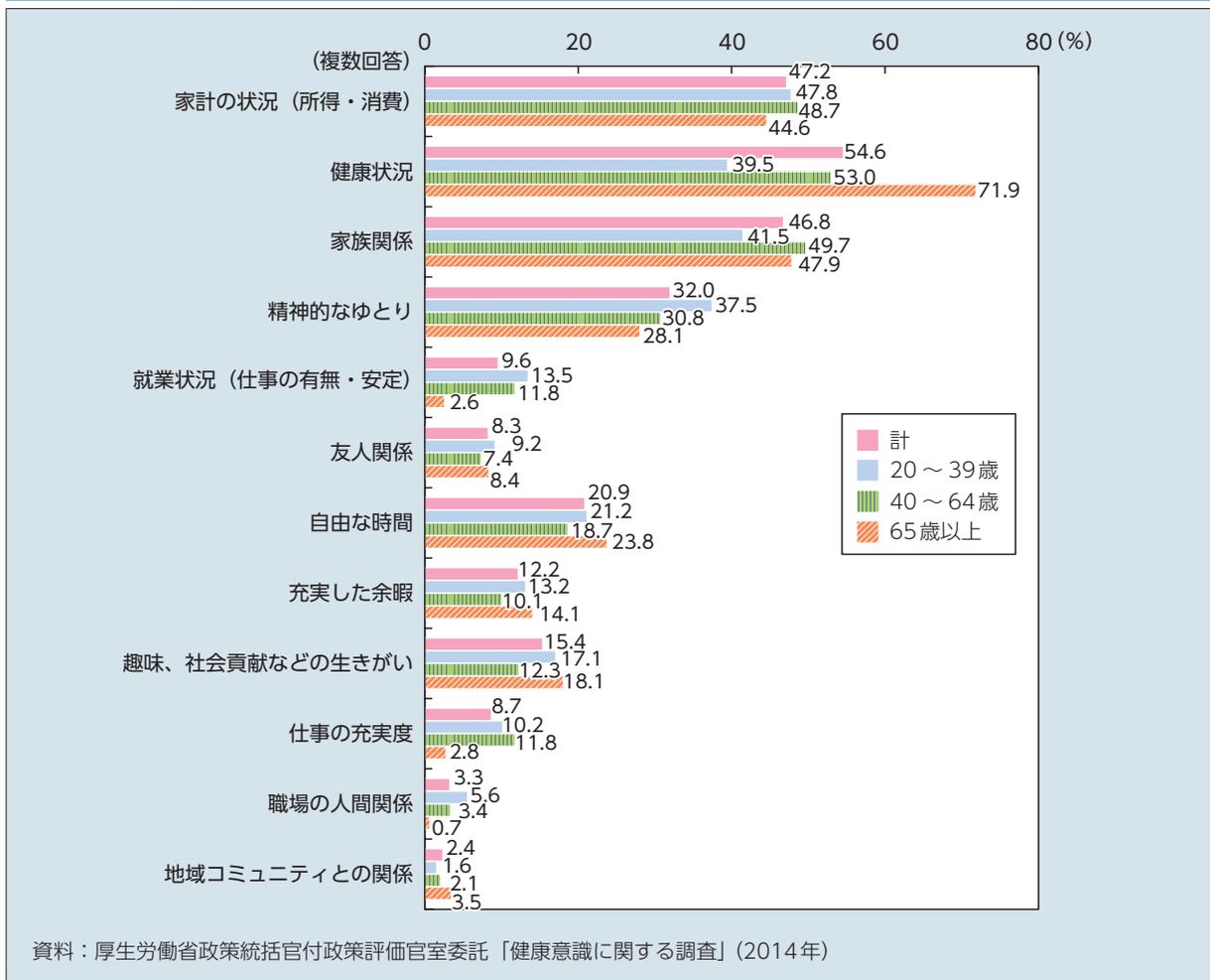


(2) 「健康」と「幸福」

現在自分がどの程度幸せであるかを10点満点で尋ねたところ、その平均は6.38点であった。多くの人は、自分をそれなりに幸せであると考えていると言えそうである。

次に、幸福感を判断する際に重視した事項について3つ選んでもらったところ、「健康状況」をあげた人が54.6%で最も多かった。ただし、世代別にみると、「健康状況」を選んだ人は、20～39歳では4割に満たず、むしろ家計の状況等の方を重視している傾向があったのに対し、65歳以上では7割を超え、他の選択肢を大きく引き離していた。高齢者にとって、健康であることが幸福であることと密接に関連していることがうかがえる(図表2-1-13)。

図表2-1-13 幸福感を判断するのに重視した事項 (世代別)



3 健康意識

(1) 情報化の進展と健康意識

インターネットの利用者は、1990年代後半から大幅に増え、現在では国民のおよそ8割を占めており(図表2-1-14)、インターネット上には、健康に関する情報も多く存在するようになった。

図表2-1-14 インターネットの利用者及び人口普及率の推移



では、情報化社会の中で、人々はどこから健康に関する情報を得ていて、それらをどの程度信頼しているのだろうか。

2009（平成21）年にNHK放送文化研究所が行った「健康に関する世論調査」*2で、健康に関する情報への接触度を調査したところ、「テレビ・ラジオ」「新聞」の順に接触度が高く、「いつも接している」又は「ときどき接している」と回答した人はそれぞれ80.7%、60.0%であった。その5年後の2014年厚生労働省委託調査で同じ質問をした際も、これらに対する接触度に大きな変化はなかった。一方、インターネットへの接触度については、2009年の調査では32.6%であったものが、2014年厚生労働省委託調査では74.6%と上昇していた（図表2-1-15）。

*2 全国16歳以上の国民を住民基本台帳から3,600人を無作為に抽出し、郵送で調査を実施。有効回答数は2,662人。2014年厚生労働省調査では、この調査と比較するために、選択肢を同一にしているが、インターネット方式による点に留意が必要である。

図表2-1-15 主な情報源に対する接触度の変化（2009年と2014年の比較表）



資料：2009年はNHK放送文化研究所「健康に関する世論調査」、2014年は厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」

(注) 「いつも接している／ときどき接している」の合計である。

これらの情報源に対する信頼度を尋ねたところ、2009年の調査で「非常に信用している」又は「まあ信用している」と答えた人の割合が最も高かったのが「かかりつけの医者」の88.0%で、次が「テレビ・ラジオ」の78.8%であった。2014年厚生労働省委託調査でも「かかりつけ医」に対する信頼度は90.7%と最も高かったのに対し、「テレビ・ラジオ」に対する信頼度は70.4%であった。接触度と同様、信頼度でもインターネットのポイントは43.6%から55.6%まで上昇した（図表2-1-16）。

図表2-1-16 主な情報源に対する信頼度の変化（2009年と2014年の比較表）



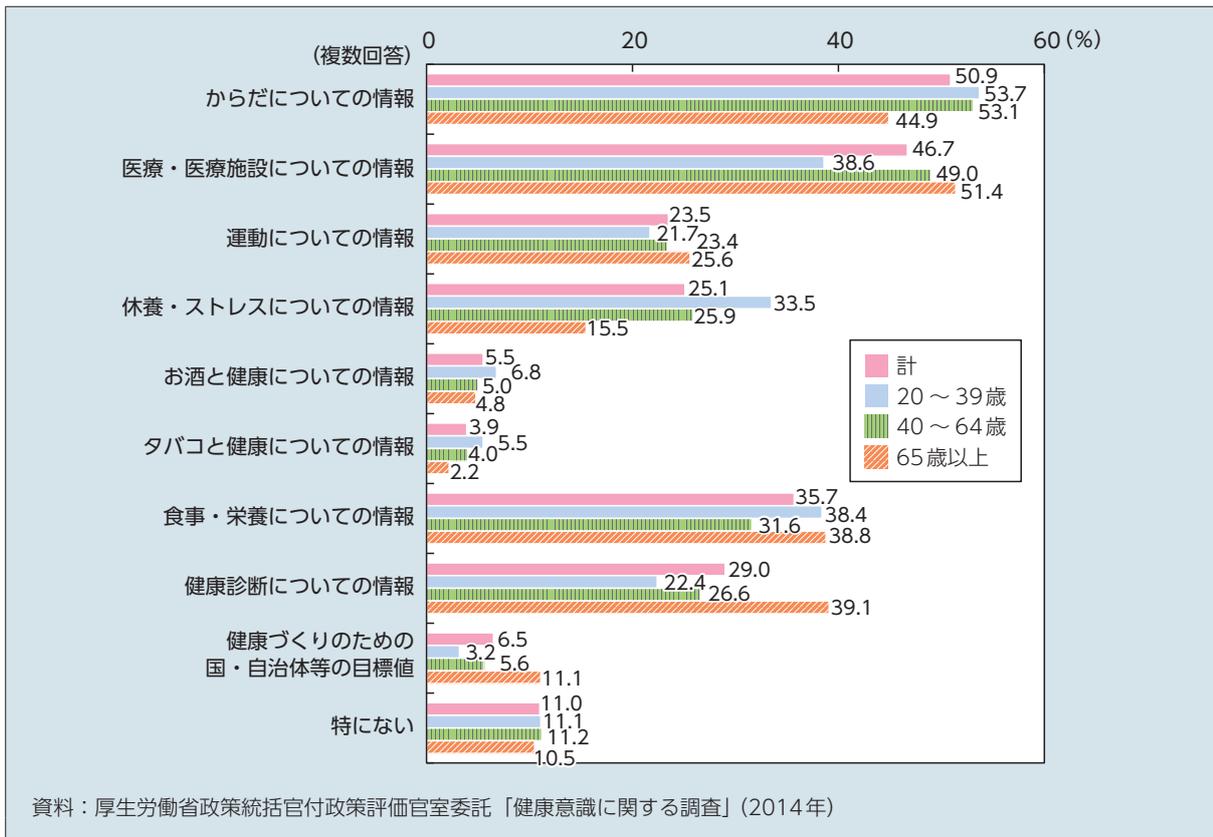
資料：2009年はNHK放送文化研究所「健康に関する世論調査」2014年は厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」

(注) 「非常に信用している／まあ信用している」の合計である。

また、2014年の調査では健康に関して必要な情報も尋ねたが、これについては「からだについての情報」が必要とした人が50.9%で最も多く、次が「医療・医療施設についての情報」、3番目は「食事・栄養についての情報」であった。

この質問については、世代によってその傾向にばらつきがあり、他の世代と比べ、若い世代では「休養・ストレスについての情報」を、高齢者では「健康診断についての情報」をあげた人の割合が高かった（図表2-1-17）。若い世代が仕事などでストレスを感じていること、高齢者が身体機能の低下もあり保健医療に直接関わるような情報に関心があることがうかがえる。

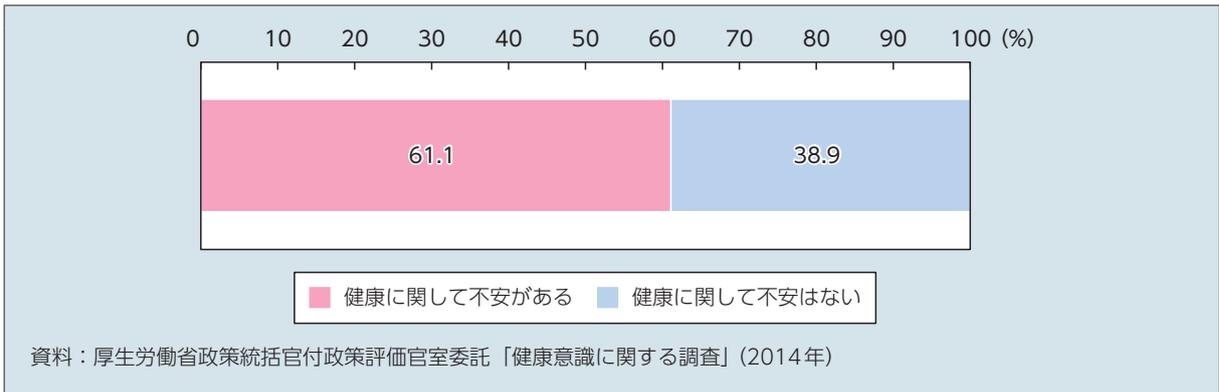
図表2-1-17 健康に関してどのような情報が必要と考えるか



(2) 健康に対する不安

健康に関して何らかの不安を持っているかどうかについては、61.1%の人が「ある」と答えていた（図表2-1-18）。

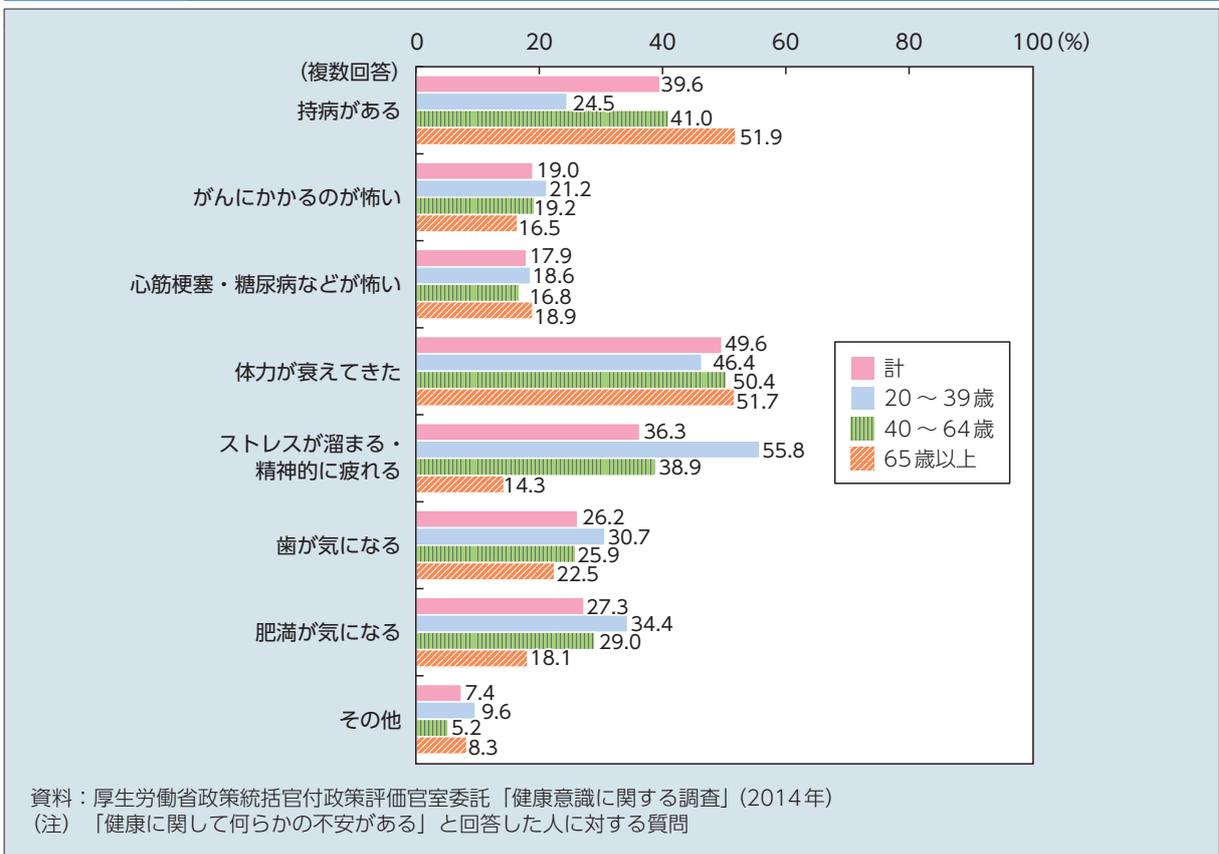
図表2-1-18 健康に関する不安の有無



不安が「ある」と答えた人に対して、さらに具体的に抱えている不安について聞いたところ、全体では「体力が衰えてきた」をあげた人の割合が49.6%で最も多く、世代別に見てもいずれも5割前後となっていた。しかし、他の選択肢では世代によって異なる傾向が見られるものもあった。

具体的には、20～39歳では「ストレスが溜まる・精神的に疲れる」と答えた人が55.8%いたのに対し、65歳以上ではその4分の1程度の14.3%しかいなかった。また「肥満が気になる」と答えた人の割合も、20～39歳では34.4%いたのに対し、65歳以上では18.1%に過ぎなかった。その一方で、「持病がある」と答えた人は、20～39歳では24.5%であったが、年齢を重ねるにつれてこの選択肢を選ぶ人が多くなり、65歳以上では半分以上の人がこれをあげていた（図表2-1-19）。

図表2-1-19 健康に関して抱えている不安

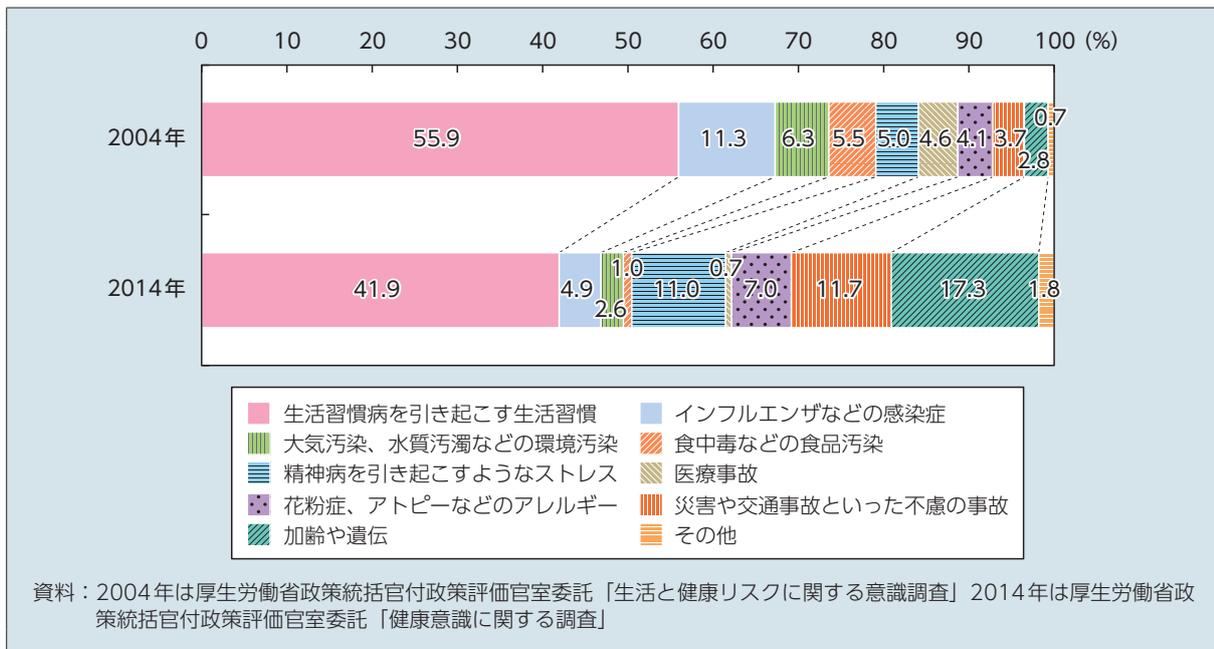


(3) 健康に対するリスク

健康に対する具体的なリスク要因について、2014年厚生労働省委託調査によると「生活習慣病を引き起こす生活習慣」がリスクとなると答えた人が41.9%で、他の選択肢を大きく引き離して最も多かった（図表2-1-20）。2004（平成16）年の厚生労働省委託調査^{*3}でも「生活習慣病を引き起こす生活習慣」をあげた人が最も多く、生活習慣が一番健康に悪影響を及ぼすという認識が以前から共有されていることがわかる。

他の選択肢を比較すると、2014年の調査では、2004年と比較して、「インフルエンザなどの感染症」をあげた人が半減し、「精神病を引き起こすようなストレス」「災害や交通事故といった不慮の事故」「加齢や遺伝」をあげた人が大きく増加している。これらの理由としては、2004年当時はSARS（重症急性呼吸器症候群）の流行が話題になるなど感染症に対する関心が高かったこと、近年うつ病の患者が増加傾向にあるなど精神的な健康を害している人が多いこと、2011（平成23）年に東日本大震災が発生し災害に対する危機意識が増加したことなどが考えられる。

図表2-1-20 健康にとって最もリスクとなること（過去の調査との比較）



4 まとめ

我が国は世界有数の長寿国であり、男女とも健康寿命は世界一である。今後、ますます高齢化が進展する中、医療費の負担等を軽減させるためにも健康寿命の延伸が重要であるが、いまだに「健康寿命」という言葉の認知度は低い。

多くの人にとって「健康」とは身体的に健康であることであり、自分自身を健康だと考えている人は多い。「健康」であることは幸せか否かを判断する際の重要な要素でもあり、特に高齢者には、この傾向が強い。

また、約6割の人が「健康」について不安を抱いており、その内容としては「体力が衰えてきたこと」をあげている人が多いが、世代別では、高齢者は「持病があること」、若

^{*3} 株式会社UFJ総合研究所（当時）「生活と健康リスクに関する意識調査」（厚生労働省委託2004年）。全国20歳以上の国民を対象に郵送で調査を実施。有効回答数は1,293人。2014年厚生労働省調査では、この調査と比較するために、選択肢を同一にしている。

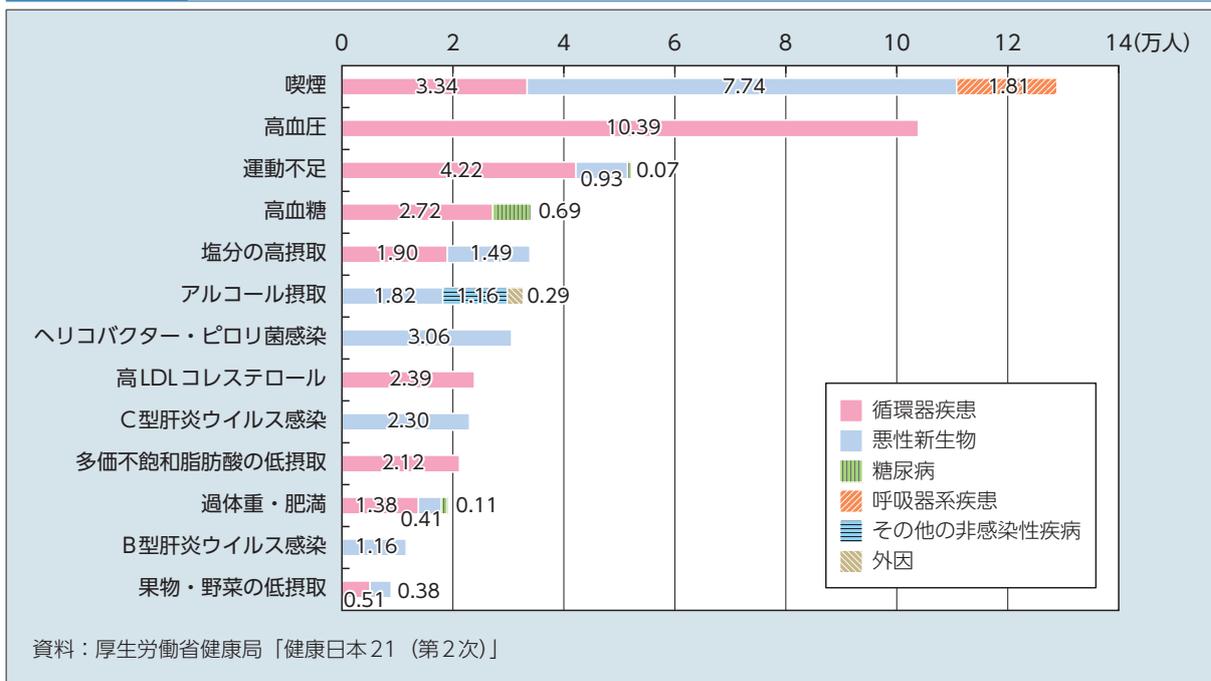
者は「ストレスが溜まること」を不安に思う割合が高くなっている。そして、自分の健康にとって、日々の生活習慣が最も大きなリスクになると認識している。

次節以降では、人々が健康にとってのリスク要因であると考えられる日々の生活習慣やストレスに着目して、健康意識について分析していく。

第2節 生活習慣

近年、食生活の欧米化などに伴い、生活習慣病の増加が懸念されている。第1節で述べたとおり、2014年厚生労働省委託調査でも、健康にとって最もリスクとなるものとして「生活習慣病を引き起こす生活習慣」をあげた人の割合が最も多かった。実際に、生活習慣病の代表例とされるがんの患者数は増える一方である。また、死亡のリスク要因を見ると、喫煙・高血圧・運動不足などの個人の生活習慣と関係するものが上位となっている（図表2-2-1）。

図表 2-2-1 リスク要因別の関連死亡者数（2007年）



では、実際の生活習慣は具体的にどのようになっているのだろうか。

1 生活習慣病

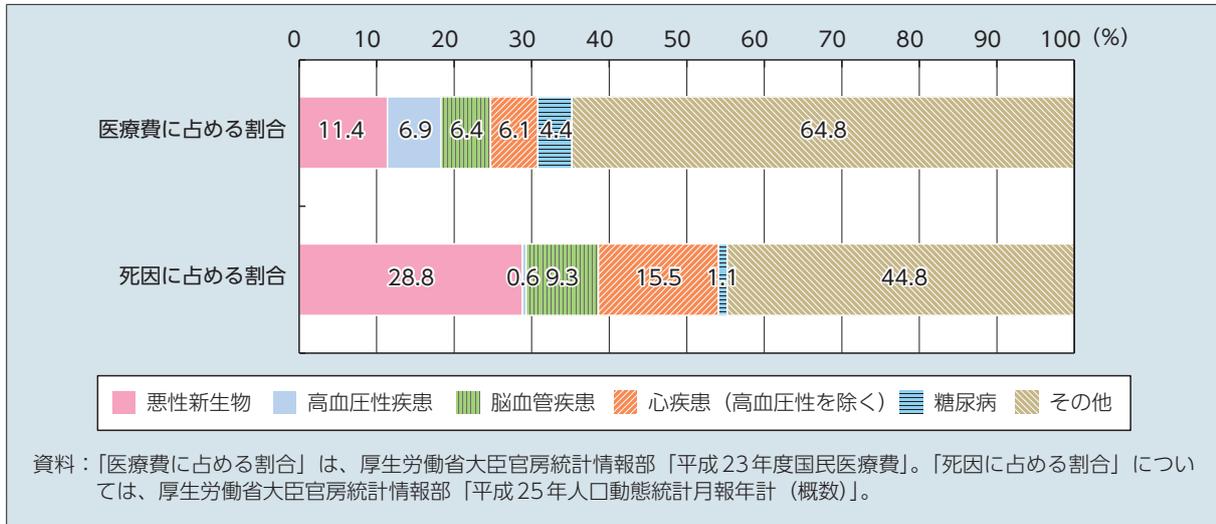
我が国では、2013（平成25）年1年間で102万9,800人が生まれ、126万8,432人が死亡しており、死因としては、多い順に、悪性新生物*4、心疾患（高血圧性を除く）、肺炎、脳血管疾患となっており、これらによる死者はそれぞれ10万人を超えている。

「食習慣や運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症や進行に關与する症候群」を「生活習慣病」という（前章第2節7参照）。生活習慣病関連疾病は、医療費のうちの医科診療医療費の約3割、死因の約6割を占めており（図表2-2-2）、生活習慣を改

*4 がんのこと。

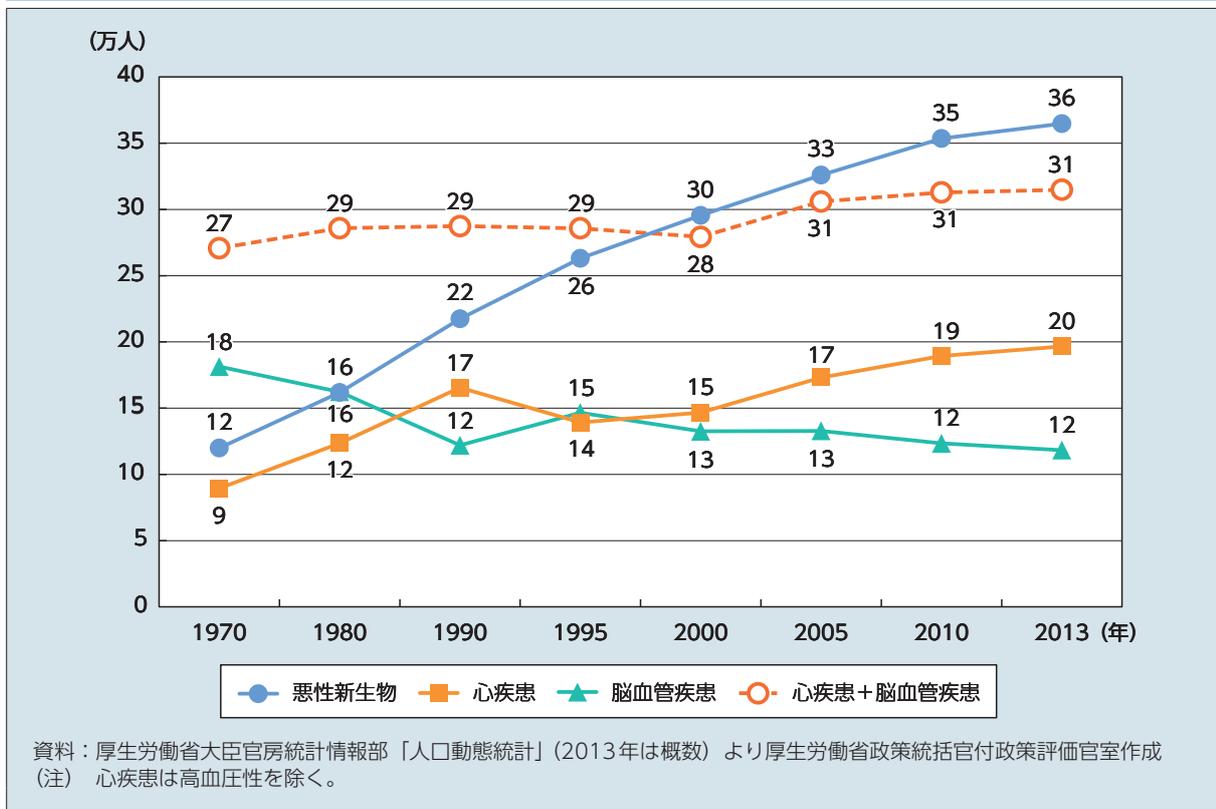
善することが、寿命を伸ばすことにつながるほか、医療費の負担軽減にも資することになると考えられる。

図表 2-2-2 生活習慣病の医療費に占める割合と死因に占める割合



これらの疾患のうち、悪性新生物による死者は毎年増え続け、2013年にはその数は36万4,721人に上り、1981（昭和56）年以降死因順位の第1位となっており、第2位の心疾患（高血圧性を除く。19万6,547人）の1.9倍にもなっている。（図表 2-2-3）

図表 2-2-3 主な死因別にみた死亡者数の推移

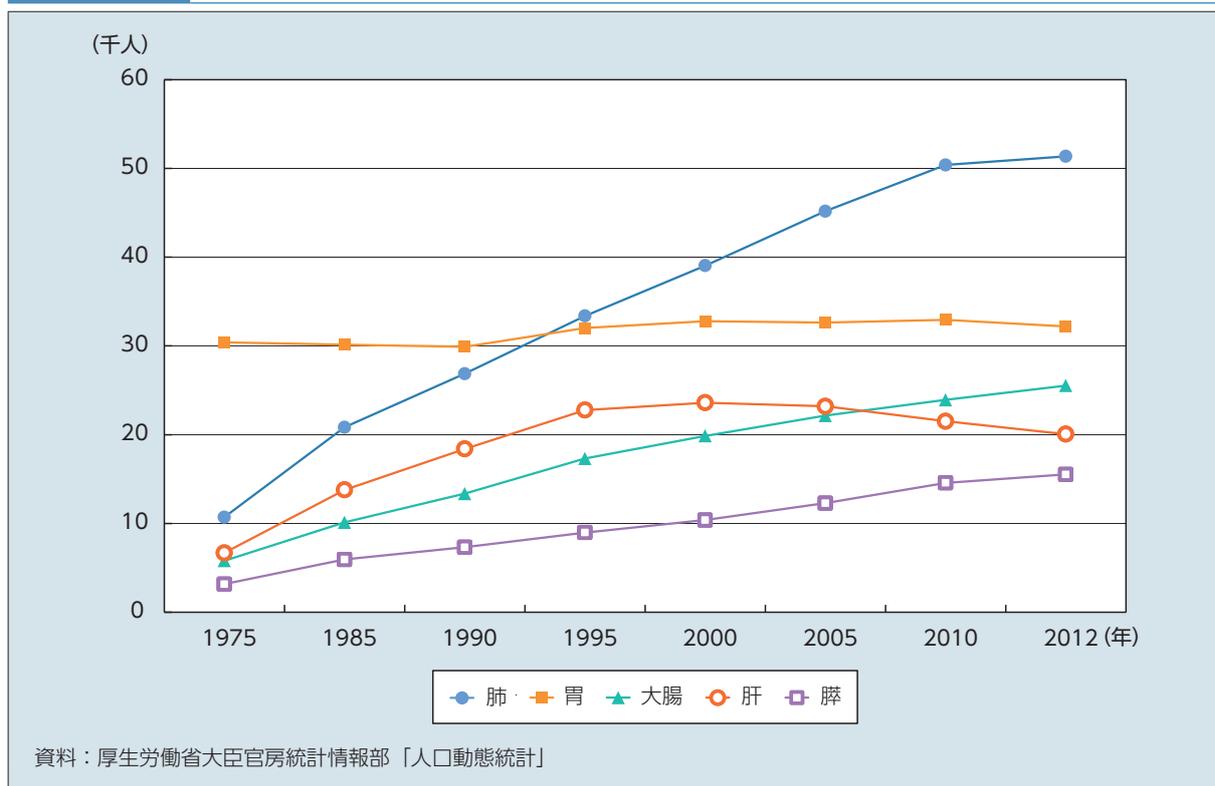


悪性新生物の部位ごとの死者の推移をみると、男性の場合、肺がんが増加を続けており、1993（平成5）年には胃がんを抜いて第1位となっている。また、大腸がんも増加を続け、胃がんが続く第3位となっている（図表 2-2-4）。

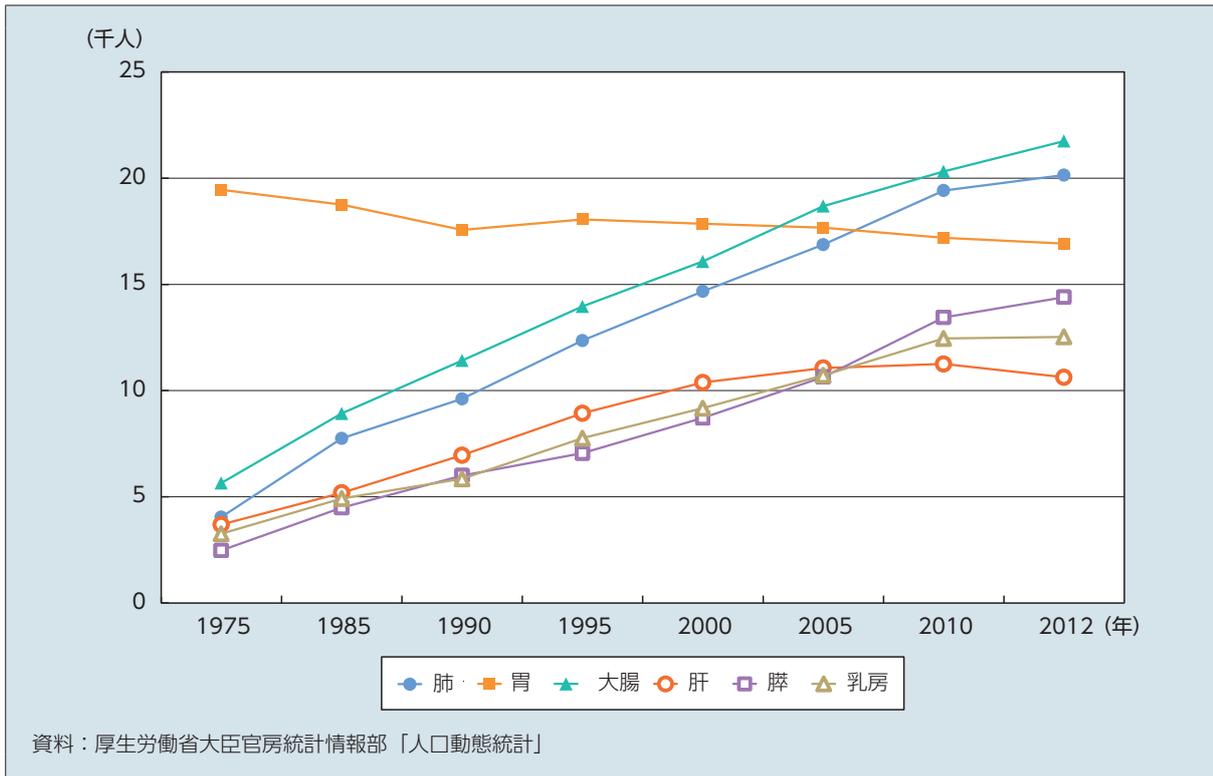
女性では、増加を続けていた大腸がんが2003（平成15）年に胃がんを抜き、以降第1位となっている。2007（平成19）年には、同様に増加を続けていた肺がんも胃がんを抜き、現在第2位である（図表2-2-5）。

肺がんの増加については喫煙と、大腸がんの増加については食の欧米化と、胃がんが増加傾向にないことについては食塩摂取量の減少と、それぞれ関連性があるのではないかとされている。また、胃がんについては、早期発見・早期治療の効果も考えられ、肝がんの近年の減少傾向についても、検診・治療の効果が上がっているのではないかと考えられる。

図表2-2-4 がんの部位別にみた死亡者数の推移（男性）



図表2-2-5 がんの部位別にみた死亡者数の推移（女性）



以下の項では、生活習慣病の元となる食生活、運動習慣、飲酒・喫煙などの状況について、更に具体的に分析していく。

2 食生活と健康

「食」は我々の生活にとって不可欠な行為であり、良い食生活を送ることが良い人生を送ることにつながる。また、2014年厚生労働省委託調査では、健康であるかどうかを判断する際に「美味しく飲食できること」を重視すると答えた人が40.6%に上り「病気がないこと」に次いで第2位となっていた（図表2-1-12参照）。

(1) 食生活の傾向

1 栄養素の摂取状況

「日本型食生活」と言われる我が国の食生活は、米を主食としながら、主菜・副菜に加え、適度に牛乳・乳製品や果物が加わったバランスのとれたものであり、我が国を世界有数の長寿国にするのに大きく貢献したと言われている。

しかしながら、近年、果物、魚介類の消費量が減少する一方、肉類の消費量は増大している（図表2-2-6、図表2-2-7）。

野菜・果物は、体重コントロールに重要な役割があるほか、循環器疾患・2型糖尿病^{*5}の予防に効果があり、消化器系のがんにも予防的に働くと言われている。魚介類は、良質な



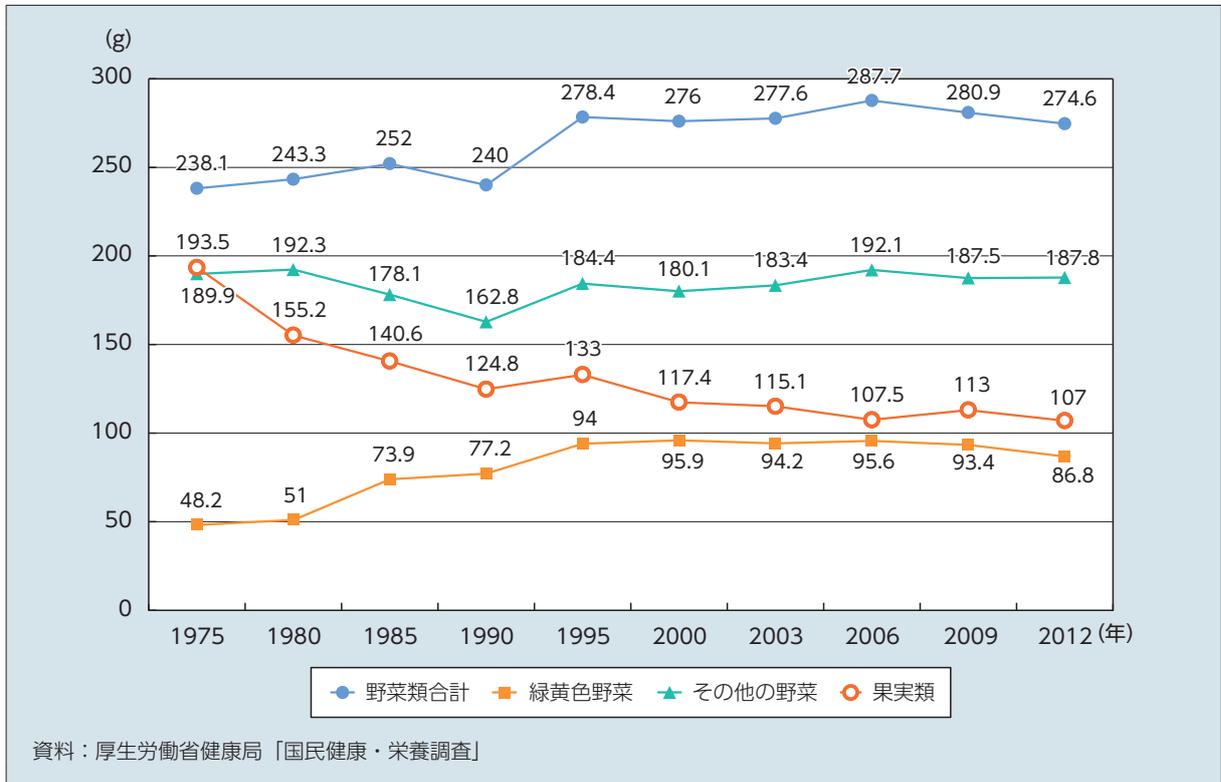
（日本型食生活の例：農林水産省HPより）

*5 遺伝的要因に過食や運動不足などの生活習慣が重なって発症するタイプの糖尿病

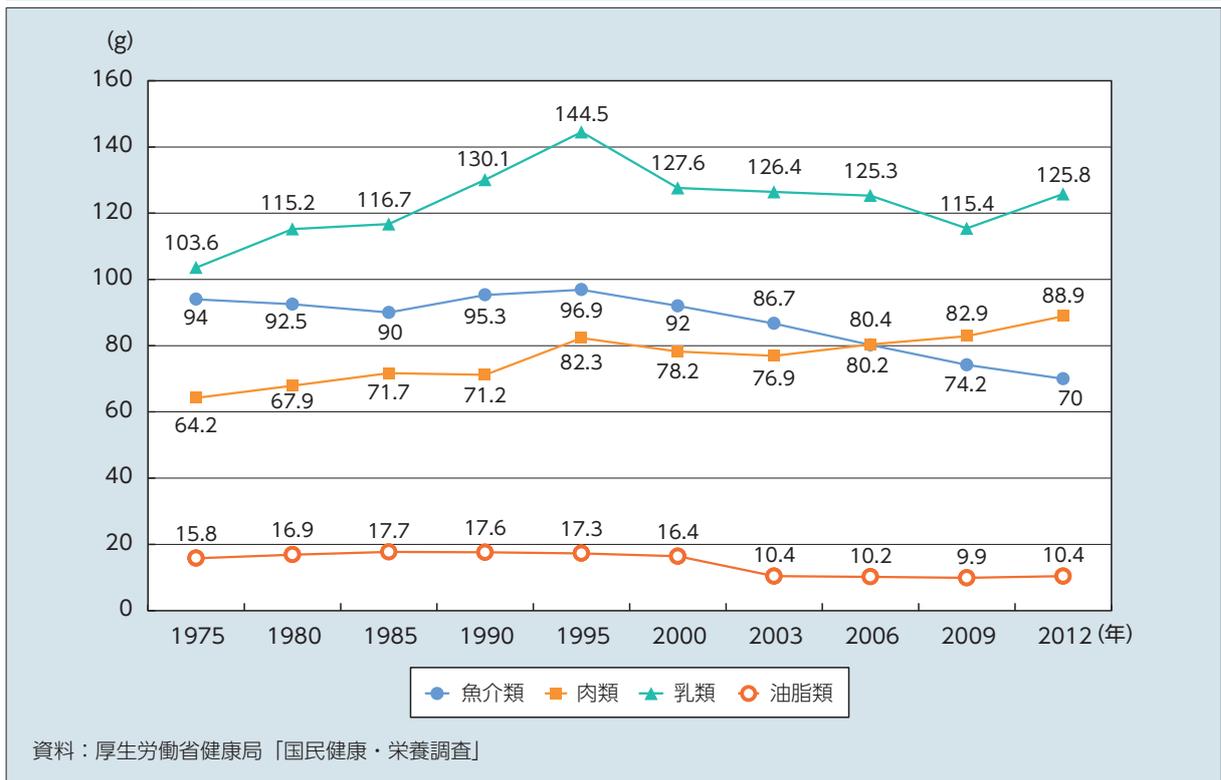
んぱく質、血管障害の予防やアレルギー反応を抑止する作用があるDHA（ドコサヘキサエン酸）などの人の健康に有用な様々な成分を含んでいる。また、肉類は、乳製品とともに体をつくる源となる一方、結腸がん、乳がん等の危険因子であると言われている動物性脂肪を多く含んでいる。

その一方、高血圧の原因となり、胃がんのリスク要因とも言われている食塩の摂取量は、減少傾向にある（図表2-2-8）。

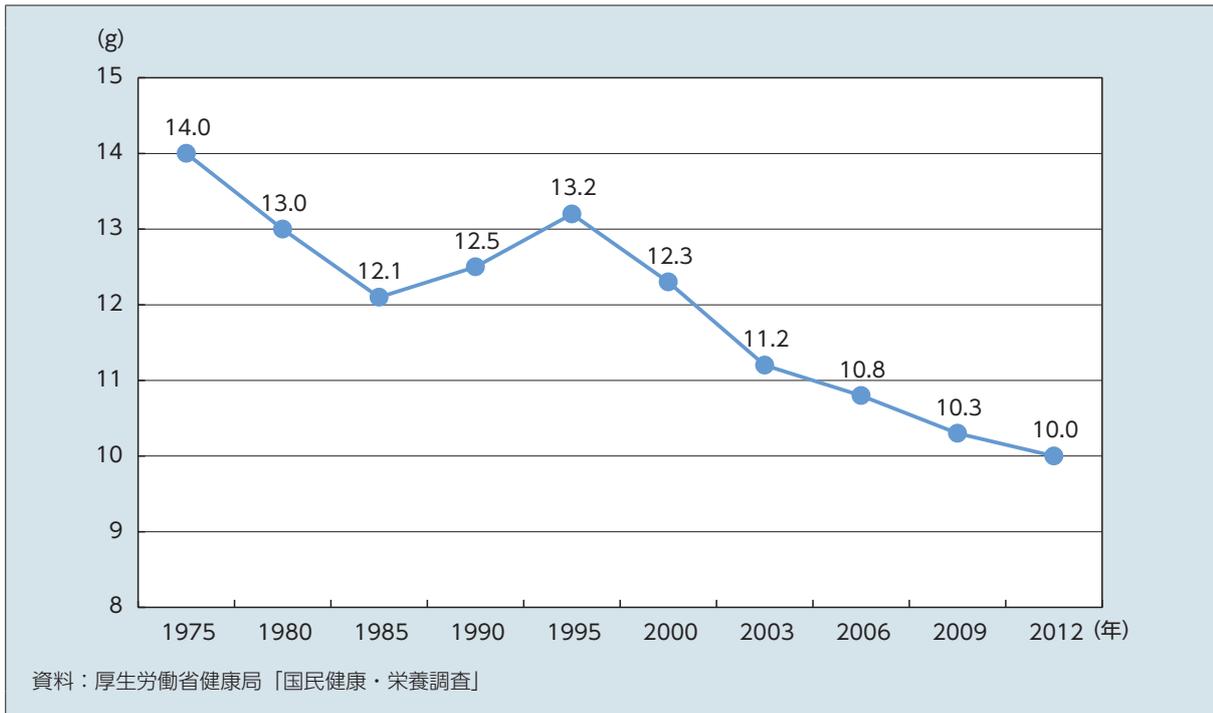
図表 2-2-6 成人の野菜類・果実類の摂取量平均値



図表 2-2-7 成人の魚介類・肉類・乳類・油脂類の摂取量平均値



図表 2-2-8 成人の食塩摂取量の平均値



生活習慣病の発症と重症化を予防するためには、過剰な塩分や脂肪の摂取量を減少させることと野菜・果物の摂取量を確保することが重要である。しかしながら、例えば野菜については、2012（平成24）年における成人の1日当たり平均摂取量は286.5gであり、「健康日本21（第二次）」の目標値（2022（平成34）年度で350g）を下回っている状況にある。国民一人一人が、毎日、プラス1皿野菜を摂取するなどの心がけが必要だと考えられる。



（農林水産省HPより）

2 朝食

2012（平成24）年における朝食の欠食率は、男性12.8%、女性9.0%であり、10年前に比べて増加している。この割合は男女とも特に20代で最も高く、年齢を重ねるにつれて減少する傾向にある（図表2-2-9）。

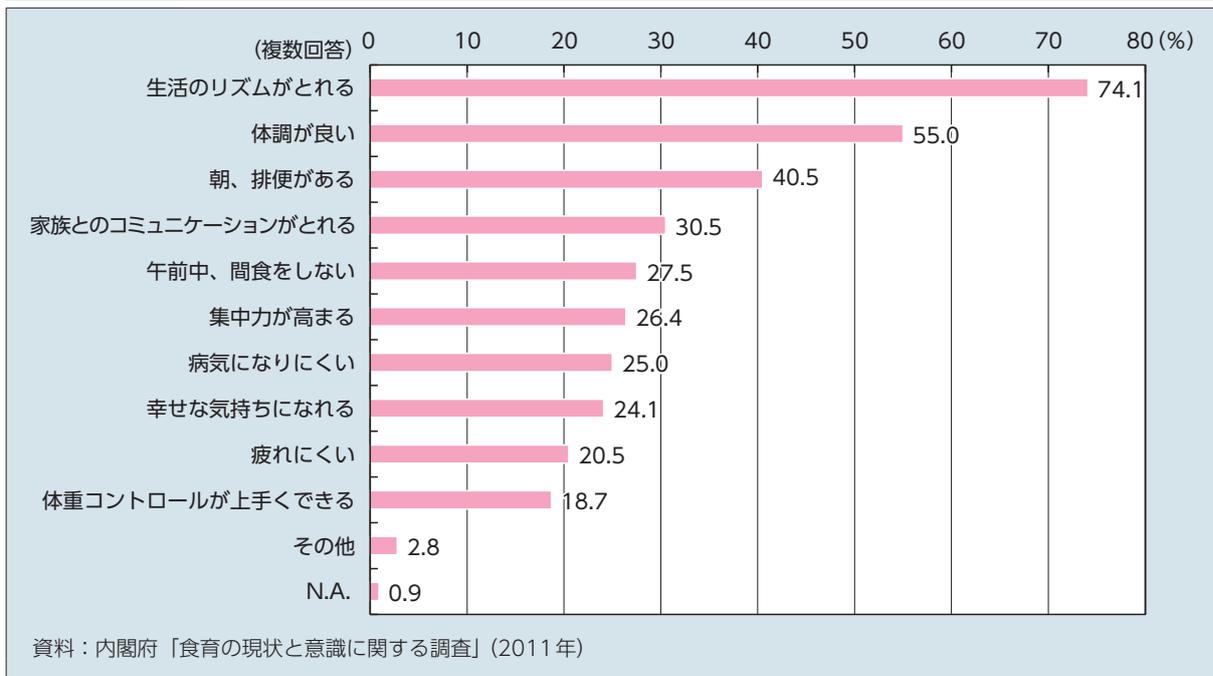
朝食をとらず、1日の食事回数を少なくすると、肝臓での中性脂肪やコレステロール合成が増大する。1日のエネルギー摂取量を同じにしても、食事回数が少なくなるほど体脂肪の蓄積が増加し、血清コレステロールや中性脂肪が高くなり、肥満や脂質異常症の原因の一つとなる。たとえば、ダイエットのつもりで朝食を抜いたとしても、人の体は栄養不足を感じ、本能的に自身を守ろうとエネルギーを溜め込むため、痩せるどころか、かえって太りやすい体質になってしまうと言われている。そのため、朝食をきちんと摂取するなど、規則正しい食生活を送ることが健康にとって望ましい。

図表 2-2-9 朝食の世代別・性別の欠食率（2012年と2002年の比較）



また、2011（平成23）年に内閣府が行った「食育の現状と意識に関する調査」で、朝食をほとんど毎日食べると答えた人に朝食を毎日食べるとどのような良いことがあるか聞いたところ、「生活のリズムがとれる」をあげた人が74.1%で最も多く、次に「体調が良い」をあげた人が55.0%いた。規則正しい食生活を送ることは、健康にとって良いのみならず、人の気持ちにも良い影響を与えることがうかがえる（図表2-2-10）。

図表 2-2-10 朝食摂取の利点

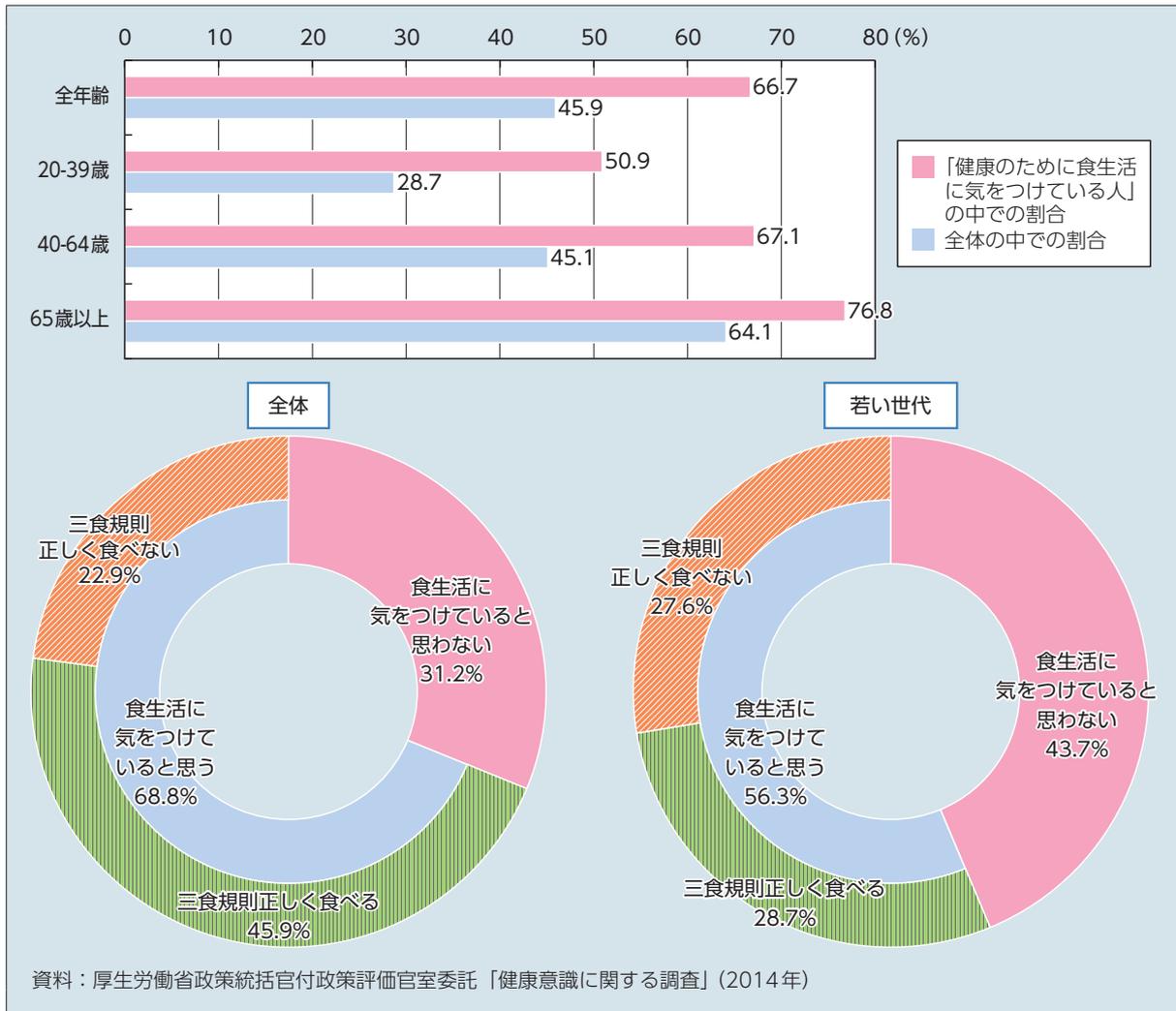


なお、2014年厚生労働省委託調査で「健康のために食生活に気をつけている」と考えている人（全体の68.8%。図表2-2-14参照）に対し、具体的に気をつけていることを尋ねたところ、「1日3食規則正しく食べている」と答えた人は66.7%（全体の45.9%）で

最も多かった（[図表2-2-15](#)参照）。規則正しい食生活が健康に良いということは、比較的多くの人に理解されていることがうかがえる。

ただし、65歳以上では「健康のために食生活に気をつけている」とした人は83.4%で、そのうちの76.8%（全体の64.1%）がこの選択肢を選ぶ一方で、20～39歳では「健康のために食生活に気をつけている」とした人は56.3%で、そのうちの50.9%（全体の28.7%）の人がこれをあげるにとどまり、年齢が若くなるほどこの選択肢をあげる人の割合は少なくなっている点に注意が必要である（[図表2-2-11](#)）。

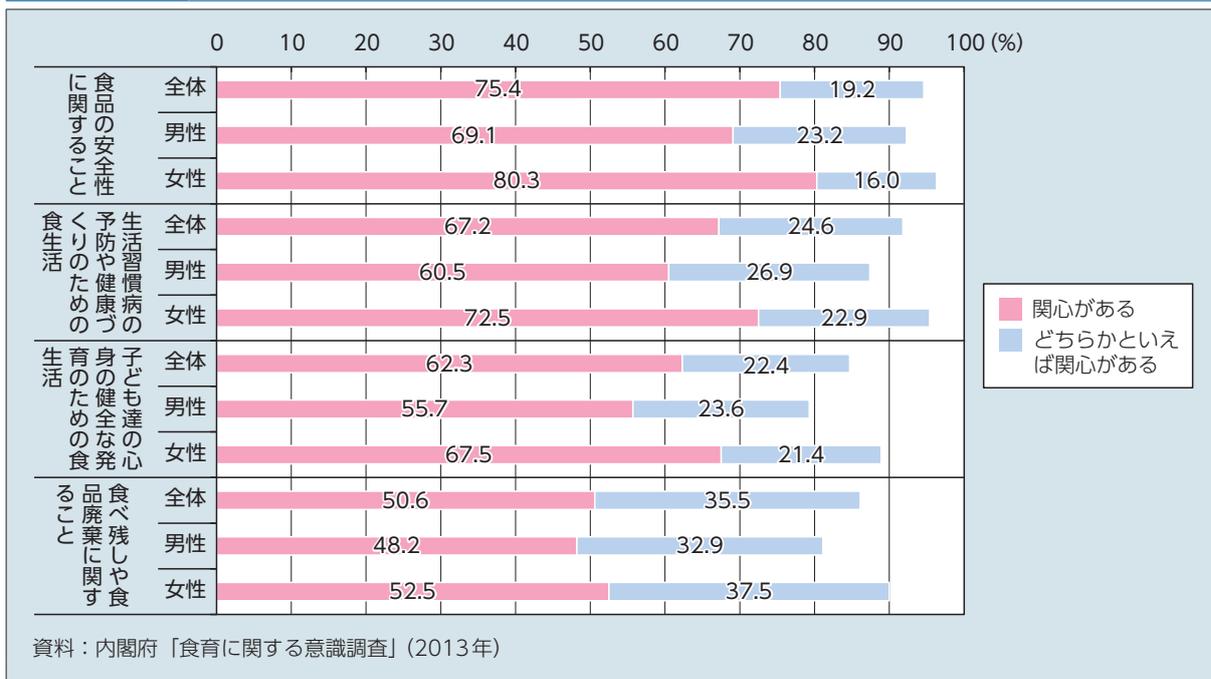
図表2-2-11 健康のため1日3食規則正しく食べるようにしている人の割合



(2) 食に対する意識

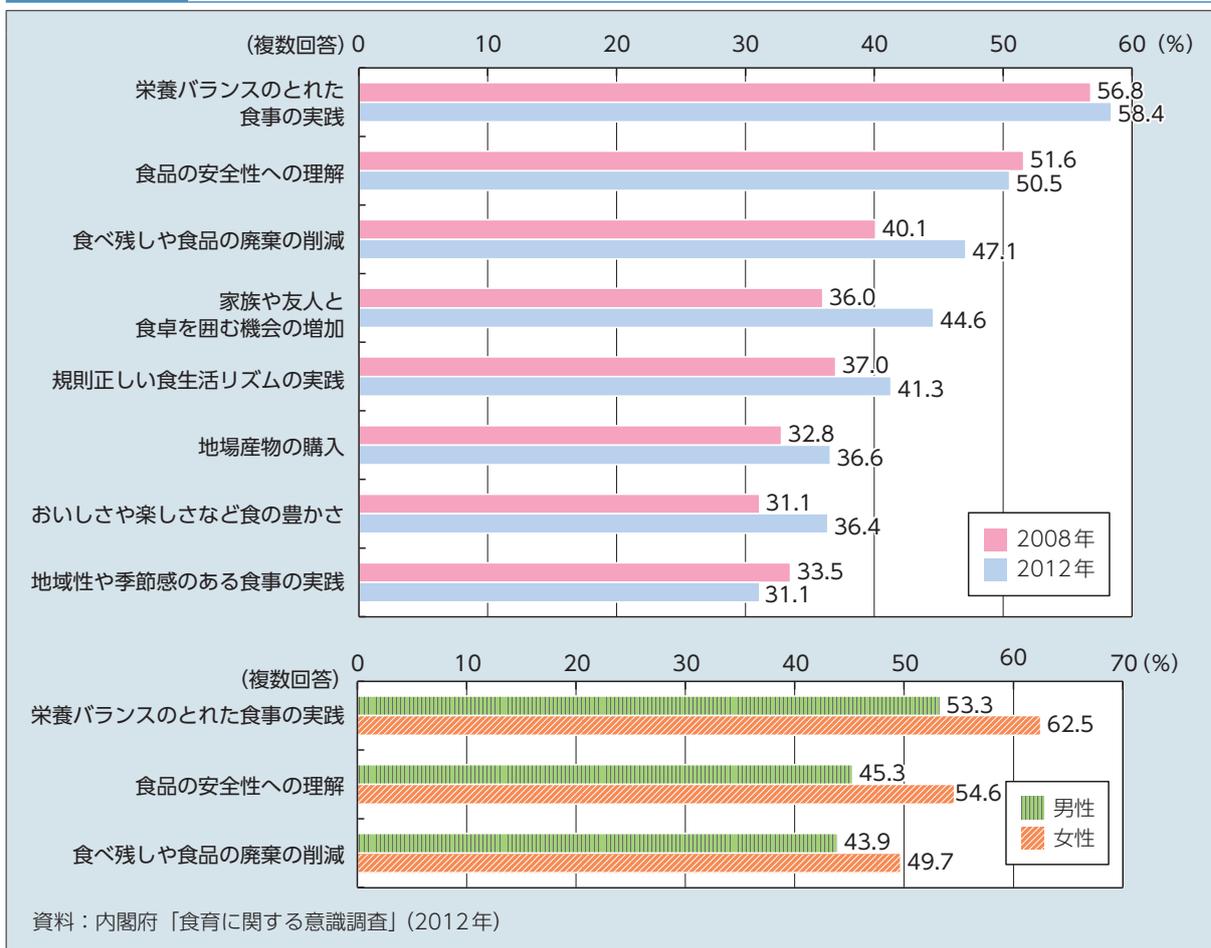
2013（平成25）年に内閣府が行った「食育に関する意識調査」で、食生活への関心について複数の項目をあげ、それぞれについて関心があるかどうか尋ねたところ、「関心がある」又は「どちらかといえば関心がある」と答えた人の割合が最も高かったのは、「食品の安全性に関すること」で94.5%だった。これに次いで高かったのは「生活習慣病の予防や健康づくりのための食生活」の91.8%で、特に女性の方が男性よりも「関心がある」と回答した人の割合が高かった（[図表2-2-12](#)）。

図表2-2-12 食生活に対する関心



また、2012（平成24）年の「食育に関する意識調査」では、「今後の食生活で特に力を入れたいこと」として、「栄養バランスの取れた食事の実践」をあげた人が約6割で最も多かった（図表2-2-13）。性別で見ると、女性の方が男性よりも力を入れたい項目を多くあげる傾向にあった。

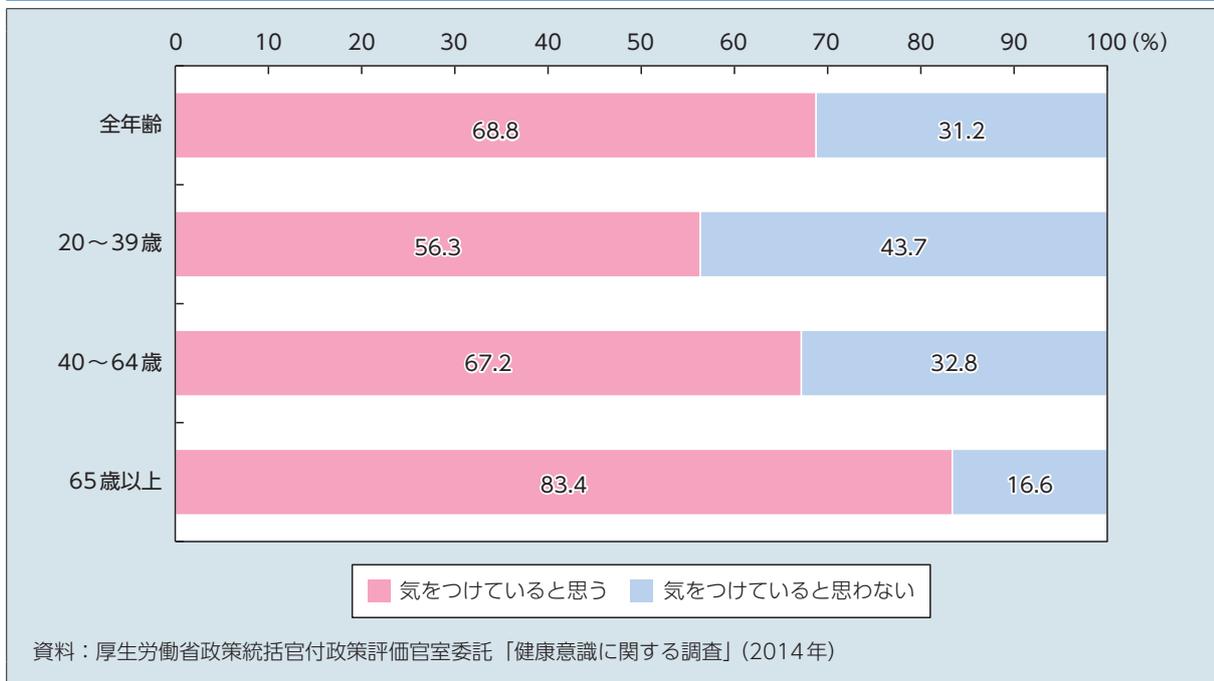
図表2-2-13 食生活で力を入れたいこと



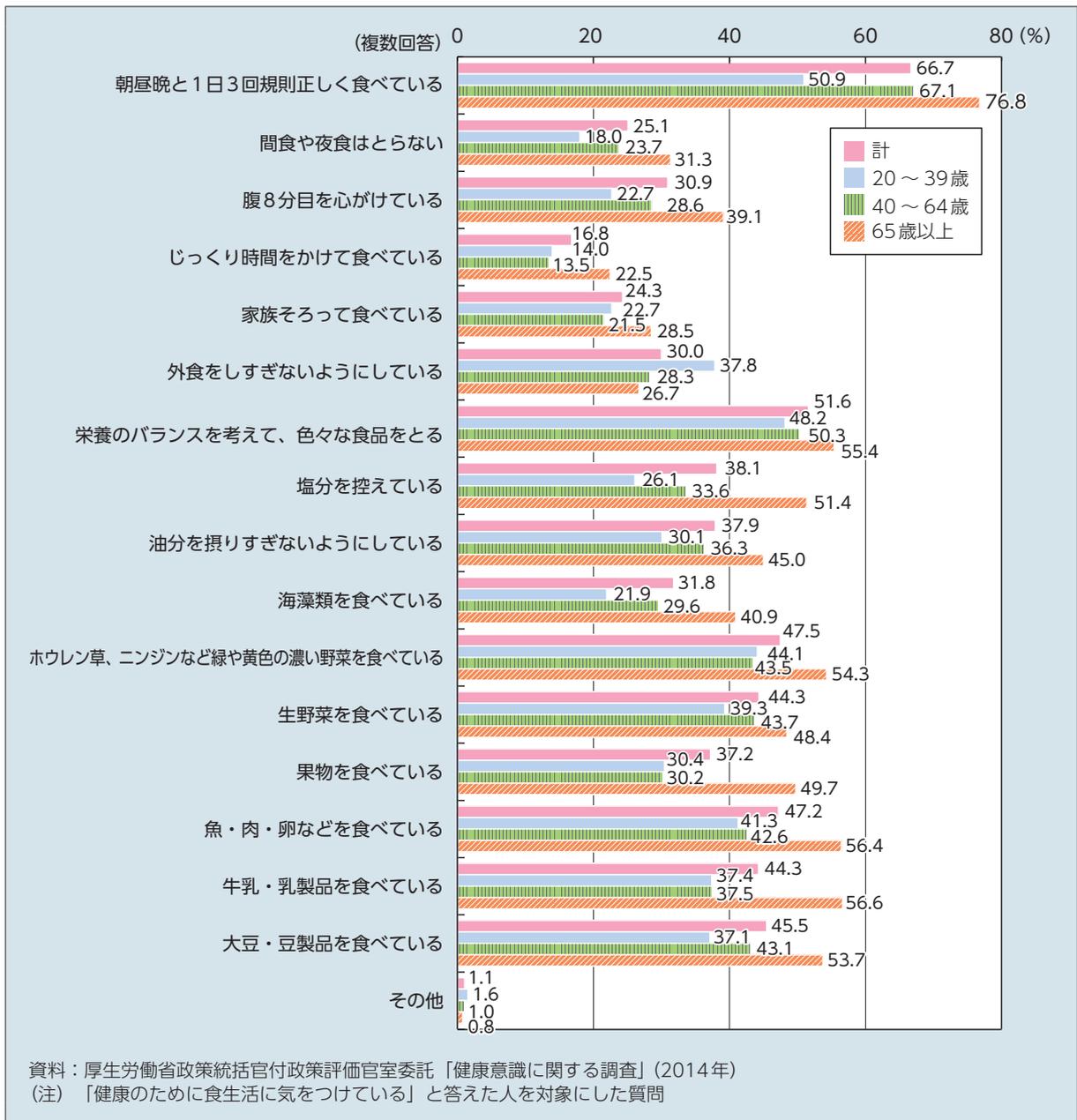
2014年厚生労働省委託調査によると、68.8%の人が健康のために食生活に「気をつけている」と回答した（図表2-2-14）。「気をつけている」と回答した人に対し、具体的に気をつけていることについて尋ねたところ、(1)で述べたとおり「1日3食規則正しく食べている」と答えた人が66.7%で最も多く、「栄養のバランスを考えて、色々な食品をとる」と答えた人も51.6%と半数を超えた（図表2-2-15）。

世代別の特徴を見ると、「気をつけている」とした人は、65歳以上の層で8割を超えているが、20歳～39歳では5割台だった。具体的に気をつけていることについても、「外食をしすぎないようにしている」以外の全ての選択肢で65歳以上の層が20～39歳を上回った。また、「生野菜を食べている」「間食や夜食はとらない」「腹8分目を心がけている」以外の全ての選択肢で、女性が男性を上回った（図表2-2-16）。若者よりも高齢者の方が、男性よりも女性の方が、より食事の際に健康に気をつけているようである。

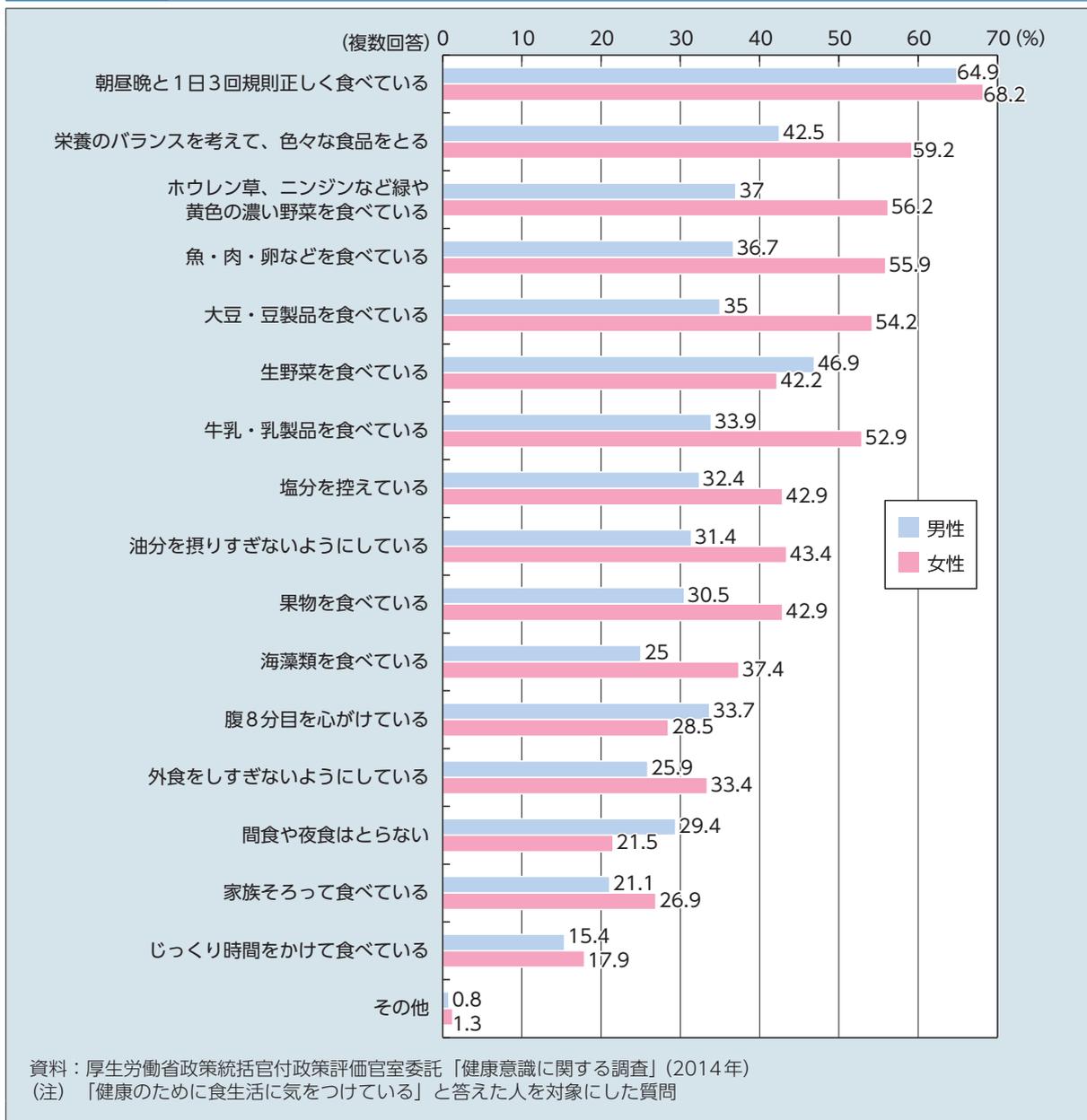
図表2-2-14 健康のために食生活に気をつけているか



図表2-2-15 食生活で具体的に気をつけていること（世代別）

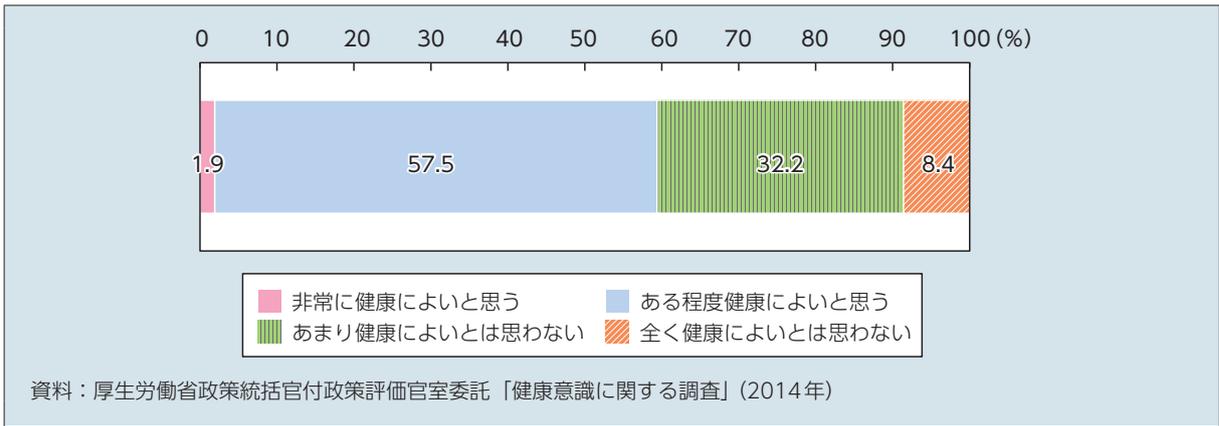


図表2-2-16 食生活で具体的に気をつけていること（性別）

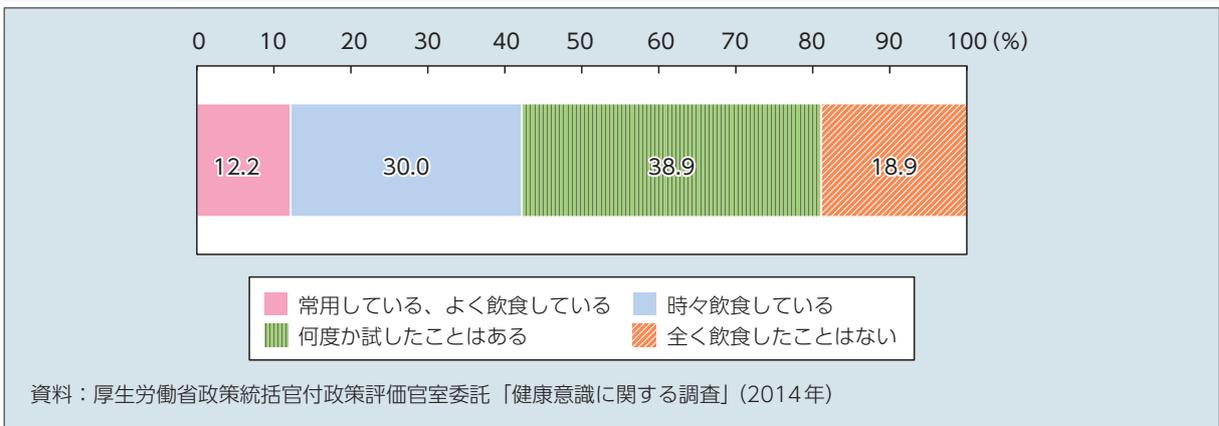


また、食生活を補うものとして健康食品やドリンク剤についてどのように考えているか尋ねたところ、59.4%の人が「健康に良いと思う」と回答したが（図表2-2-17）、実際にそれらを「よく飲食している」人と「時々飲食している」人は合わせて42.2%であった（図表2-2-18）。

図表2-2-17 健康食品やドリンク剤に対する考え方



図表2-2-18 健康食品やドリンク剤の利用頻度



(3) 食生活と体型～肥満と糖尿病

体重は、健康状態との関連性が強く、肥満はがんや脳血管疾患、心疾患の要因となる動脈硬化や高血圧、脂質異常症などを引き起こすとともに、我が国で急激に増えている糖尿病、高尿酸血症や痛風、脂肪肝、膵（すい）炎などとも関連性が強い。

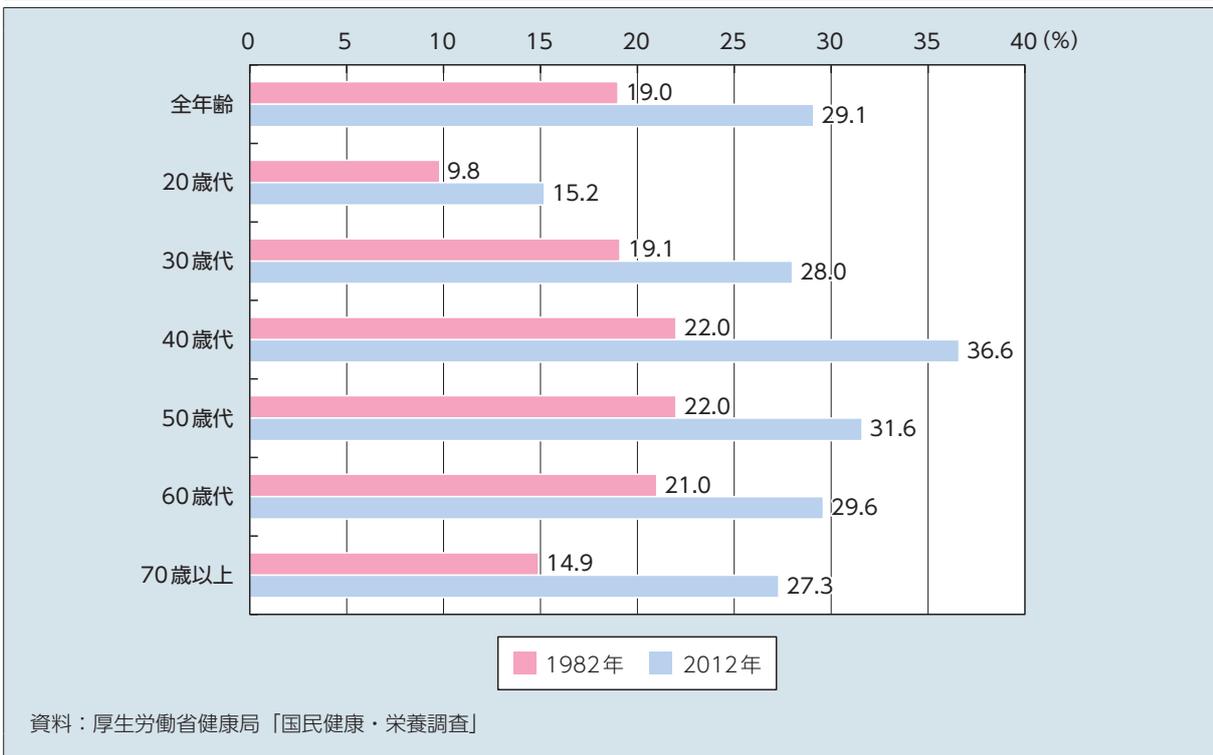
2012（平成24）年の時点では、男性の29.1%、女性の19.4%が肥満（BMI ≥ 25）であった（図表2-2-19）。肥満の人の割合は、30年前と比較すると、男性についてはいずれの年代でも増加しているが、これは、食生活が欧米化し、肉類の消費が増えて魚類の消費が減少したことが原因であるとも言われている（図表2-2-20）。

これに対し、20代の女性の21.8%が「痩せ」（BMI < 18.5）であり、その割合は30年前と比較して増加している。「痩せ」はだるさ、疲れやすさの元となるのみならず、摂食障害による無月経や低血圧、不整脈など多くの健康障害を招くおそれがあるという見解もあり、適切な食生活も重要である（図表2-2-21）。

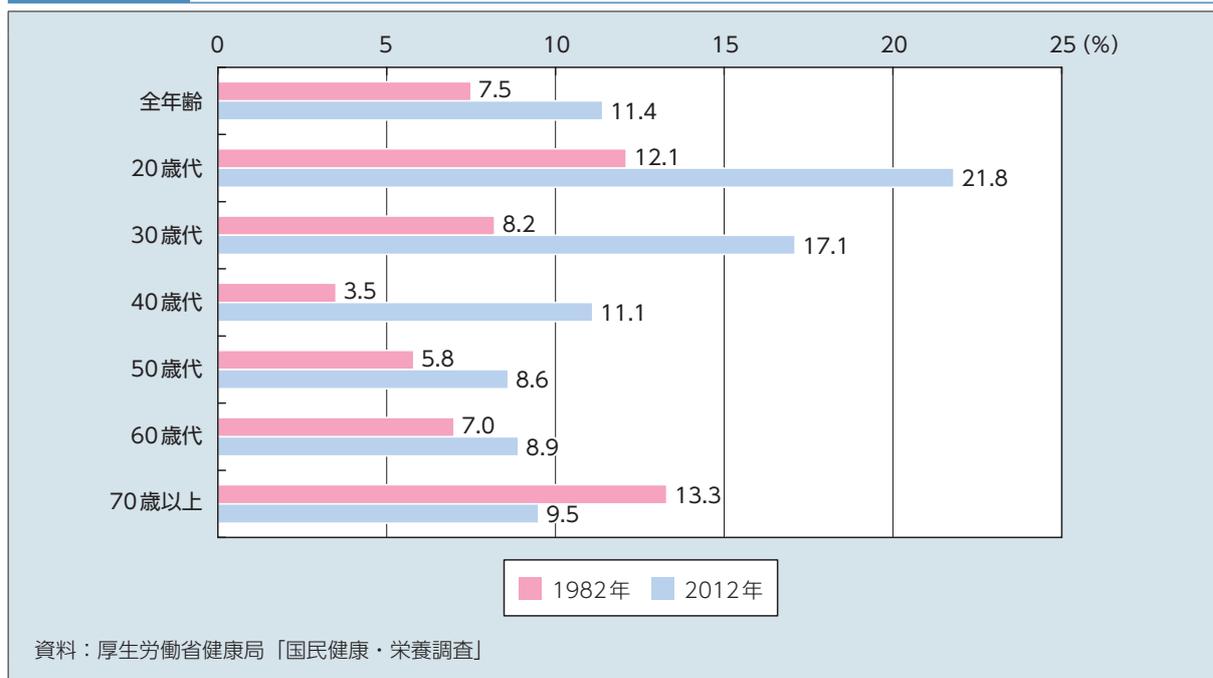
図表 2-2-19 肥満とやせの割合の推移



図表 2-2-20 年代別の肥満の男性の割合 (30年前との比較)



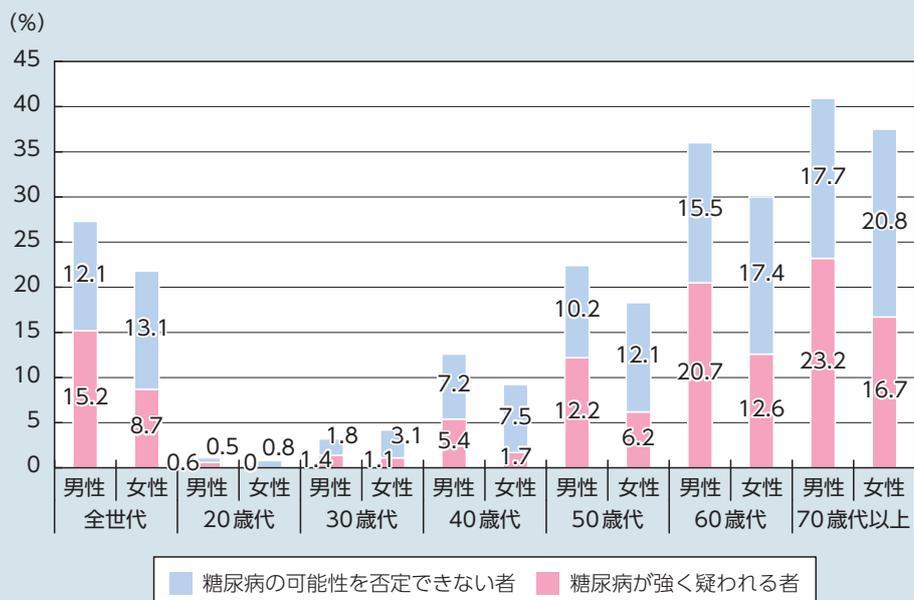
図表2-2-21 年代別のやせの女性の割合（30年前との比較）



肥満により引き起こされる病気の中でも、特に糖尿病は、腎臓障害や視覚障害などの合併症を引き起こし、人工透析や失明などによりQOLを低下させる大きな要因にもなる。2012年時点では、20代以上の男性の27.3%、女性の21.8%が「糖尿病が強く疑われる」又は「糖尿病の可能性を否定できない」状態にある。この割合は年齢が上がるほど高くなっており、年齢別でみると、特に、70代以上の男性のうち40.9%もの人が「糖尿病が強く疑われる」又は「糖尿病の可能性を否定できない」状態にある（図表2-2-22）。

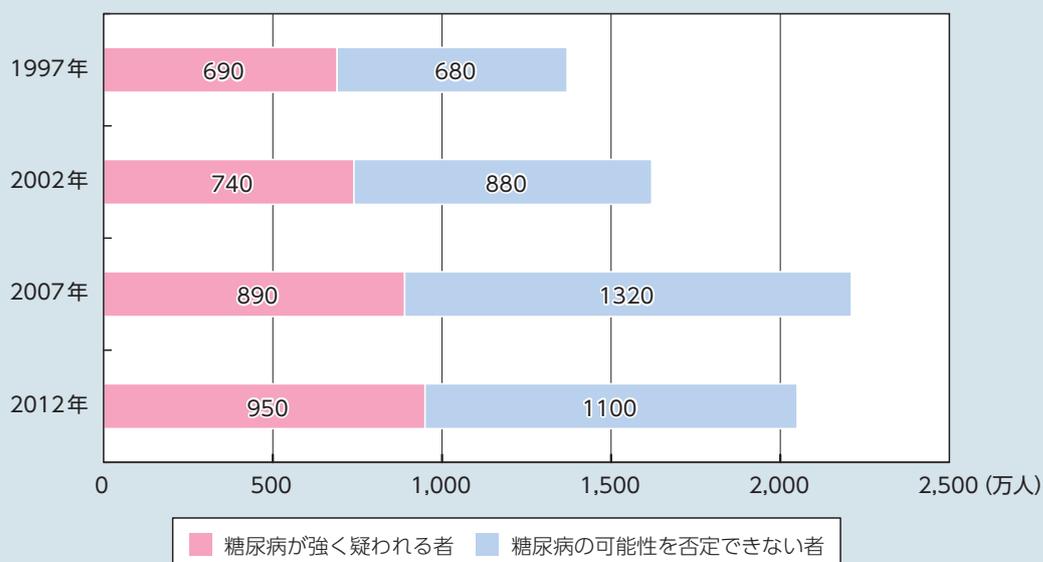
なお、「糖尿病が強く疑われる人」は約950万人、糖尿病予備群とも言うべき「糖尿病の可能性を否定できない人」は約1,100万人と推計されている。「糖尿病が強く疑われる人」と「糖尿病の可能性を否定できない人」を合わせると約2,050万人と推計され、1997（平成9）年以降増加していたが、2012年に初めて減少に転じた（図表2-2-23）。

図表 2-2-22 糖尿病が「強く疑われる人」「可能性を否定できない人」の割合



資料：厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」

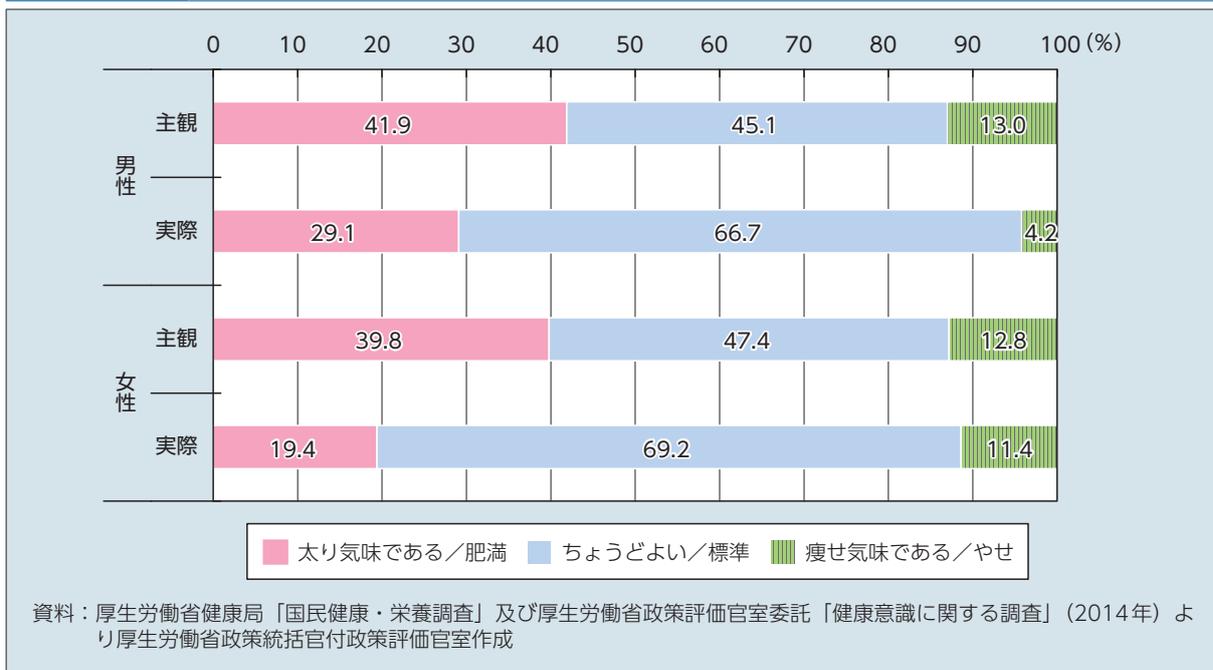
図表 2-2-23 糖尿病が「強く疑われる人」「可能性を否定できない人」の数



資料：厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」

なお、肥満に関連して、自分の体型についてどう思うかを尋ねたところ、自分を太り気味であると考えている人の割合は男性で41.9%、女性で39.8%であって、実際の肥満の割合（男性の29.1%、女性の19.4%）よりも多い傾向にある（図表2-2-24）。健康管理を行う上で自身の状態を正確に認識しておくことは重要であり、このため、体重やBMIなど自分自身の体型を表す指標について適切に把握しておくことが望ましい。

図表2-2-24 自身の体型に関する認識



3 健康行動

前項では、食生活について、様々なデータを用いて分析してきた。本項では、食生活以外での健康のための取組みについて、分析する。

(1) 健康のためにすること

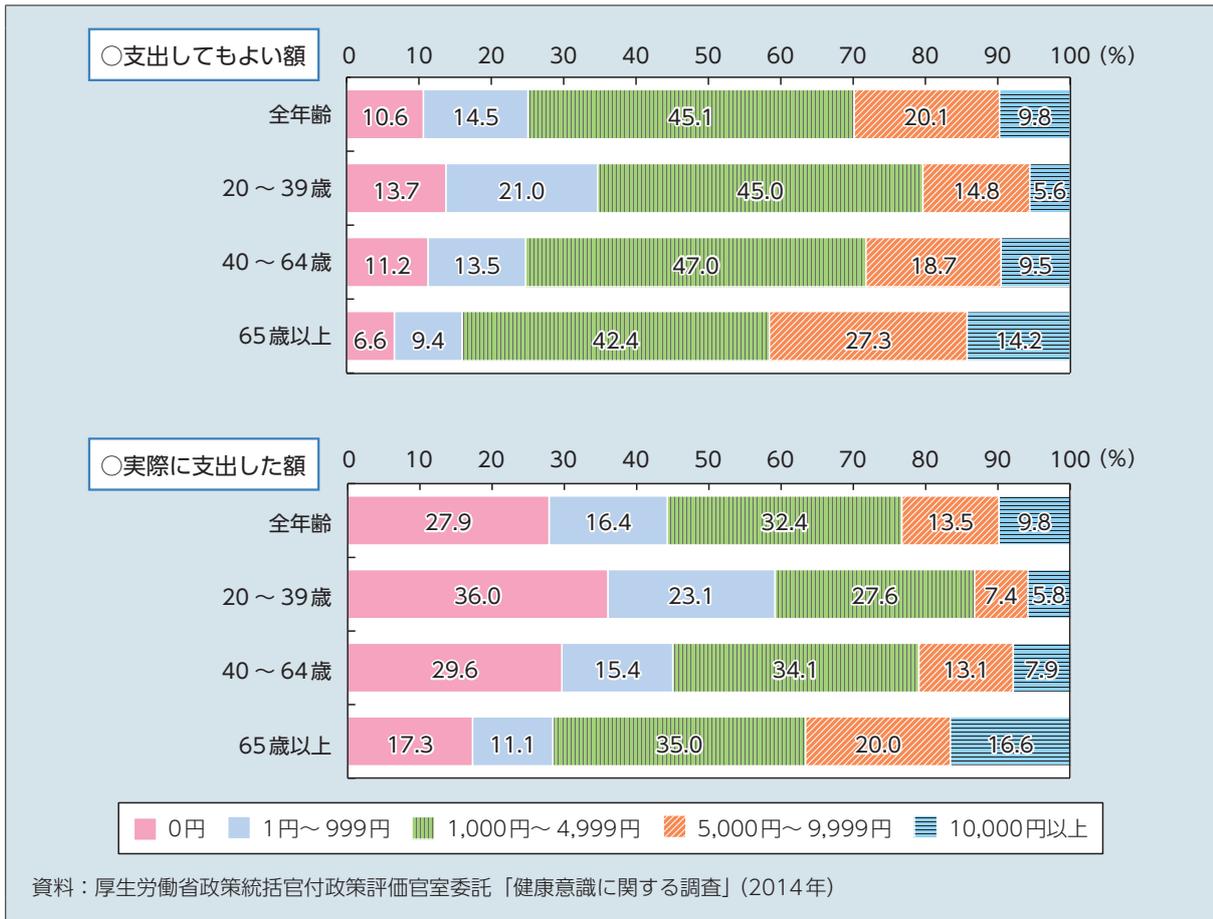
1 健康のための出費

2014年厚生労働省委託調査で、「健康のために出費してもよいと考える額」と「実際に支出した額」を尋ねたところ、いずれも1か月当たり「1,000円以上5,000円未満」という回答が最も多く、それぞれ45.1%、32.4%であった。その一方、「1万円以上」と回答した人は両方とも9.8%となっており、意識と行動がほぼ一致しているように見受けられる（図表2-2-25）。

また、出費してもよい額が「0円」と回答した人は10.6%であり、程度の差はあるが、9割近くの人が健康のために何らかの支出をしてもよいと考えていることがわかる。ただし、実際の出費額が「0円」と回答した人は4分の1以上の27.9%であった。

この点については、世代によって差があるのも特徴的で、年齢が高くなるほど健康に対する出費には積極的という傾向が見受けられる。例えば20歳～39歳の人の場合、実際に支出した額が「0円」と回答した人が36.0%に上る一方、「1万円以上」と回答した人は5.8%だった。これに対し、65歳以上の男性の場合、「0円」が17.3%、「1万円以上」が16.6%となっていた。出費してもよい額についても、同様の傾向がうかがえた。

図表 2-2-25 健康のために支出してもよい額／実際に支出した額

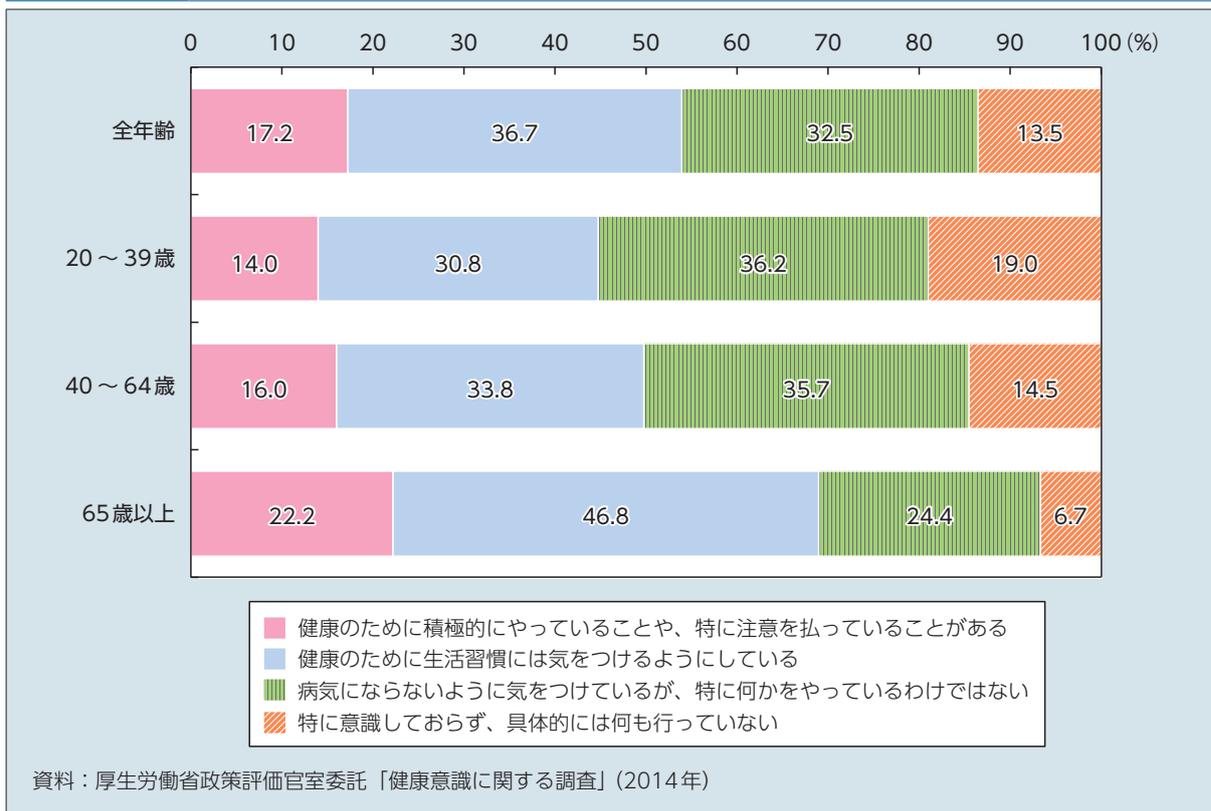


2 健康のための行動

普段から健康のために気をつけているか否かについては、「健康のために積極的にやっていることや、特に注意を払っていることがある」又は「健康のために生活習慣には気をつけるようにしている」と答えた人が、合わせて53.9%いた。これに「病気にならないように気をつけている」を含めると、9割近くの人は何らかの意味で健康について意識しているようである。

健康のために「積極的にやっていることや特に注意を払っていることがある」又は「生活習慣には気をつけるようにしている」人の割合は世代によって差があり、20歳～39歳では44.8%だが、65歳以上では69%であった。高齢者の方がより健康に気をつけていることがわかる（図表 2-2-26）。

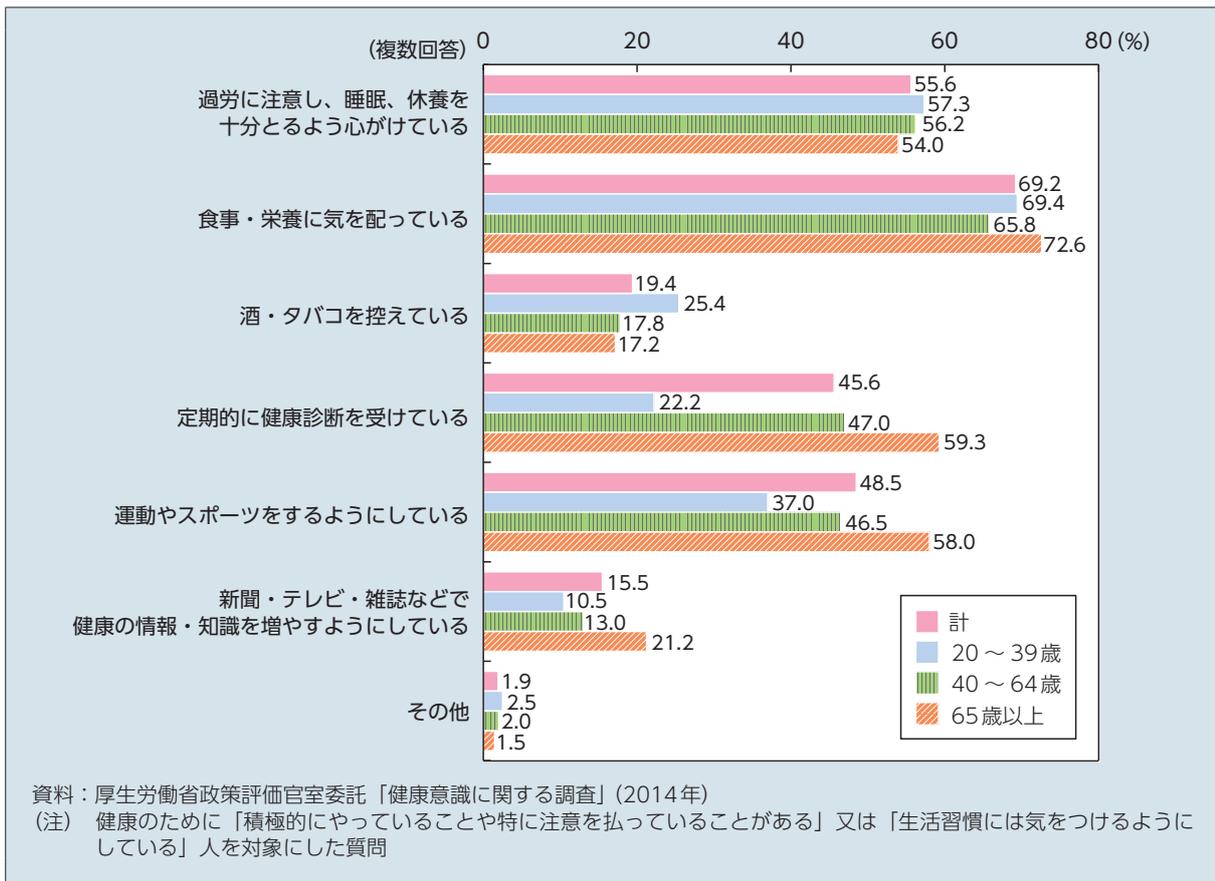
図表2-2-26 普段から健康に気をつけるよう意識しているか



では、健康のために「積極的にやっていることや特に注意を払っていることがある」又は「生活習慣には気をつけるようにしている」人は、実際にはどのようなことを心がけているのか。気をつけていることをあげてもらったところ、「食事・栄養に気を配っている」と回答した人が69.2%で最も多く、次に「過労に注意し、睡眠・休養を十分取るよう心がけている」と回答した人が55.6%であった（図表2-2-27）。

「運動やスポーツをするようにしている」や「定期的に健康診断を受けている」を選んだ人もそれぞれ5割近くいたが、20～39歳でこの選択肢を選んだ人は多くはなく、65歳以上では6割近くを占めていた。これらの結果は健康に対する意識のほか、時間的な余裕なども影響しているのではないかと思われるが、いずれにしても若い人に対してはこうした行動についての意識づけも重要と考えられる。

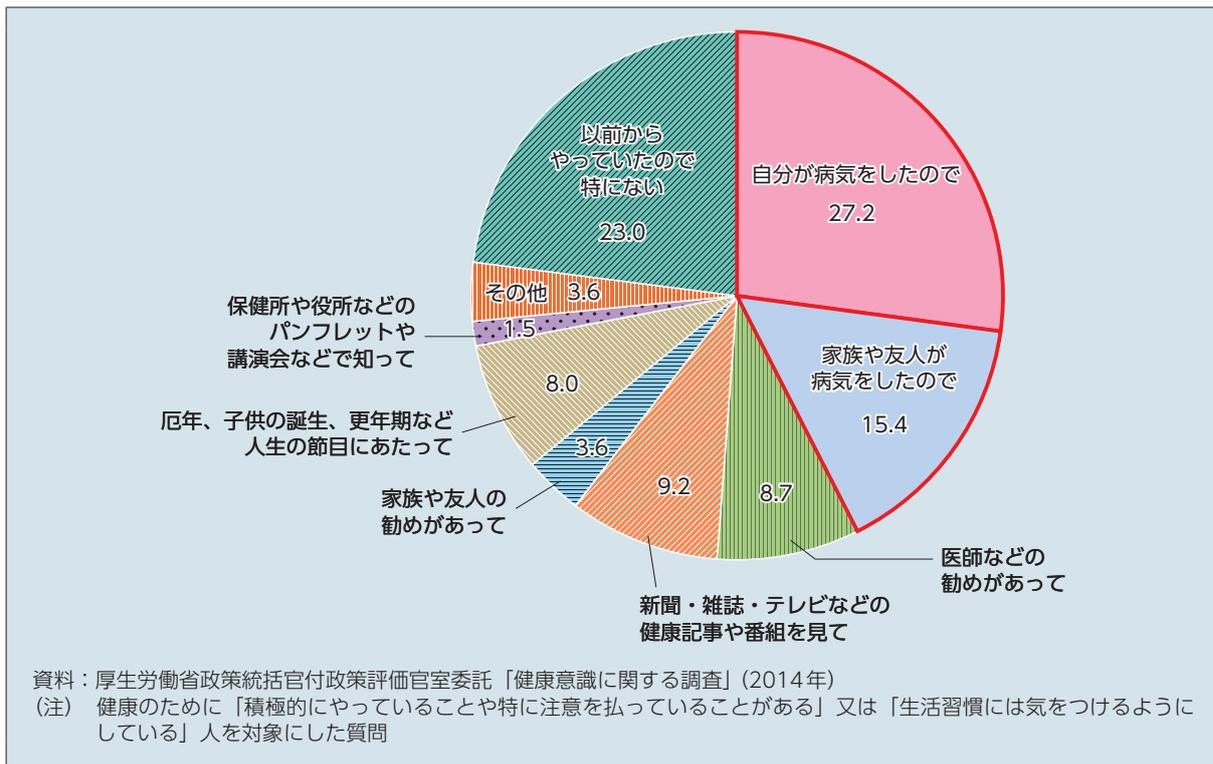
図表 2-2-27 健康のために具体的に気をつけていること



また、健康に気をつけていると回答した人を対象に、健康に気をつけるようになったきっかけを問うたところ、「以前からやっていて特にきっかけはない」とした人が23.0%いる一方、「自分が病気をした」又は「家族・友人が病気をした」ことをきっかけと回答した人が42.5%おり*6、自分や周囲の人が健康を害したことで、健康について改めて意識するようになったことがうかがえる (図表 2-2-28)。

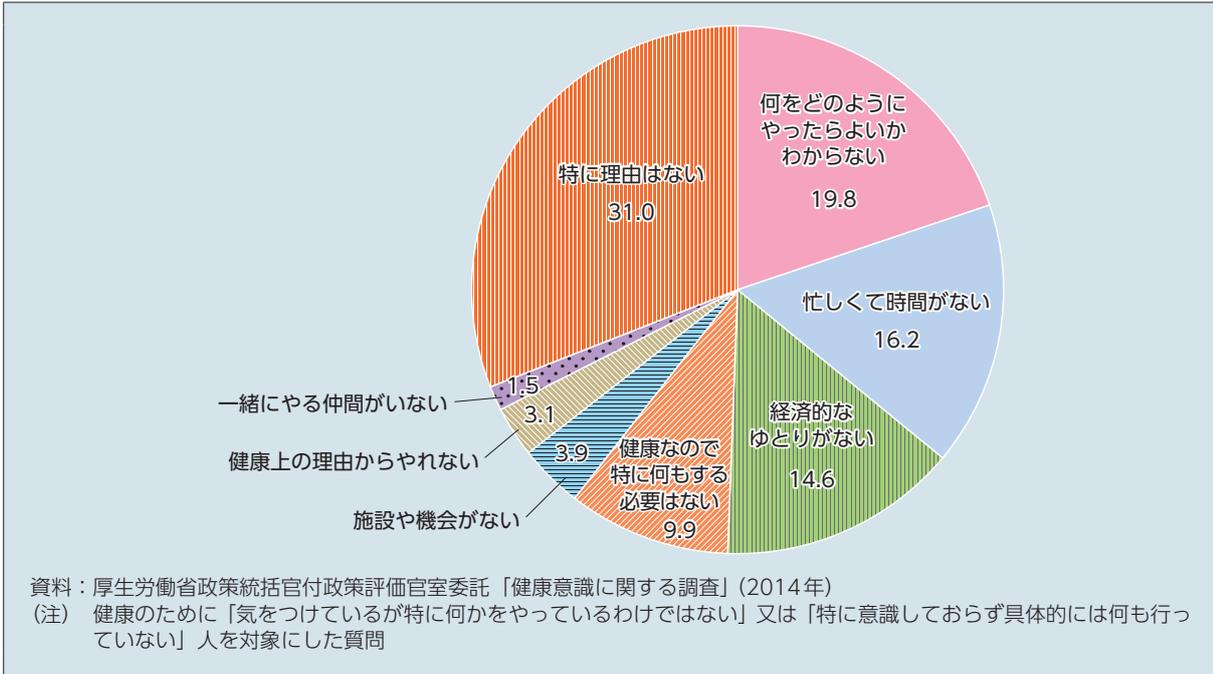
*6 四捨五入の関係で、「自分が病気をした」人 (27.2%) と「家族・友人が病気をした」人 (15.4%) の合計 (42.6%) とは一致しない。

図表2-2-28 健康に気をつけるようになったきっかけ

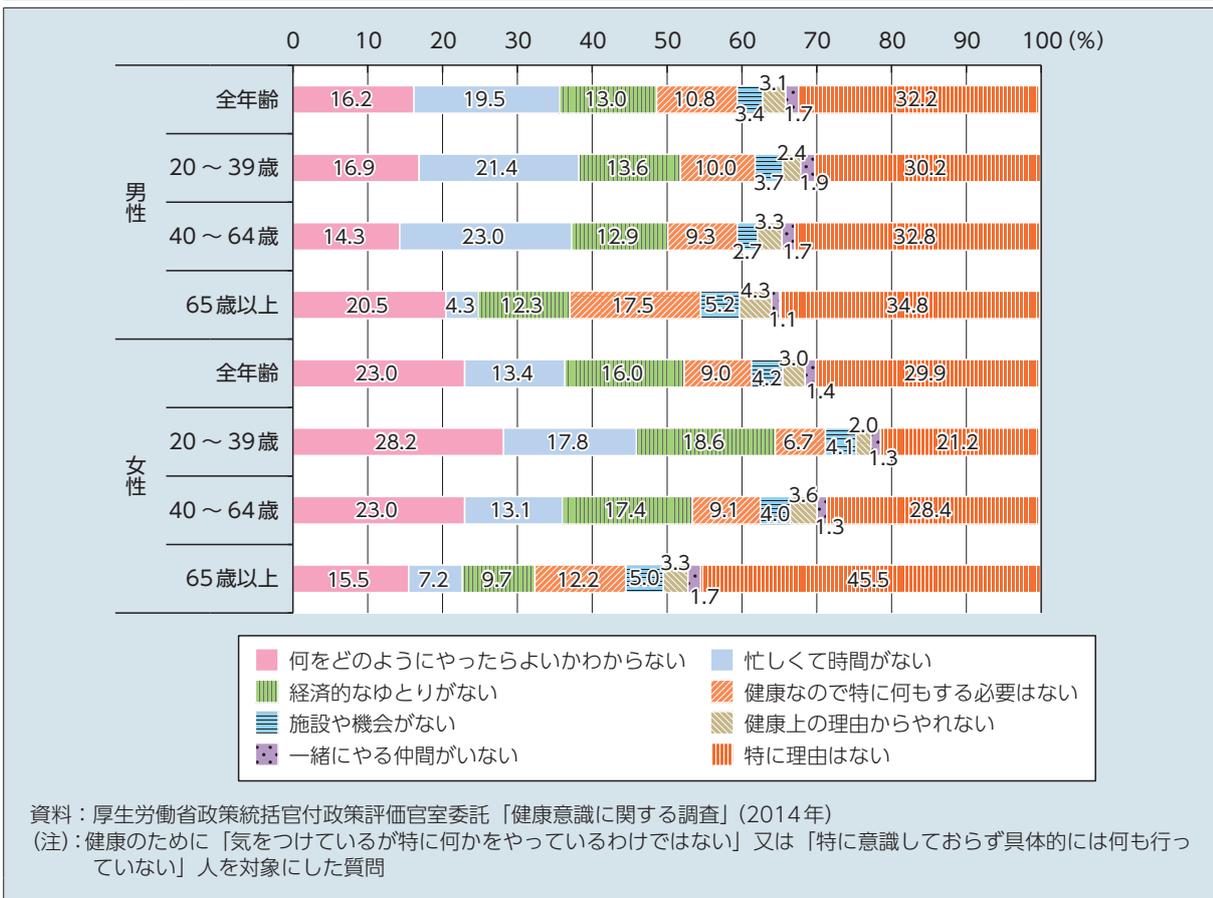


次に、健康のために「気をつけているが特に何かをやっているわけではない」人と「特に意識しておらず具体的には何も行ってない」人に対してその理由を聞いたところ、「特に理由はない」という回答が31.0%で最も多かった。これに次いで、「何をどうやったら良いかわからない」(19.8%)、「忙しくて時間がない」(16.2%)、「経済的なゆとりがない」(14.6%)といった回答が多くあげられた(図表2-2-29)。性・世代で比較すると「忙しくて時間がない」と答えた人が20歳～39歳の男性で21.4%、40～64歳の男性で23%であるのに対し、65歳以上の男性では4.3%に過ぎなかった。このほか、「何をどのようにやったらいいかわからない」をあげたのは、20～39歳の女性で比較的多かった(図表2-2-30)。

図表 2-2-29 健康のために特に何も行っていない理由



図表 2-2-30 健康のために特に何も行っていない理由 (年代・性別)

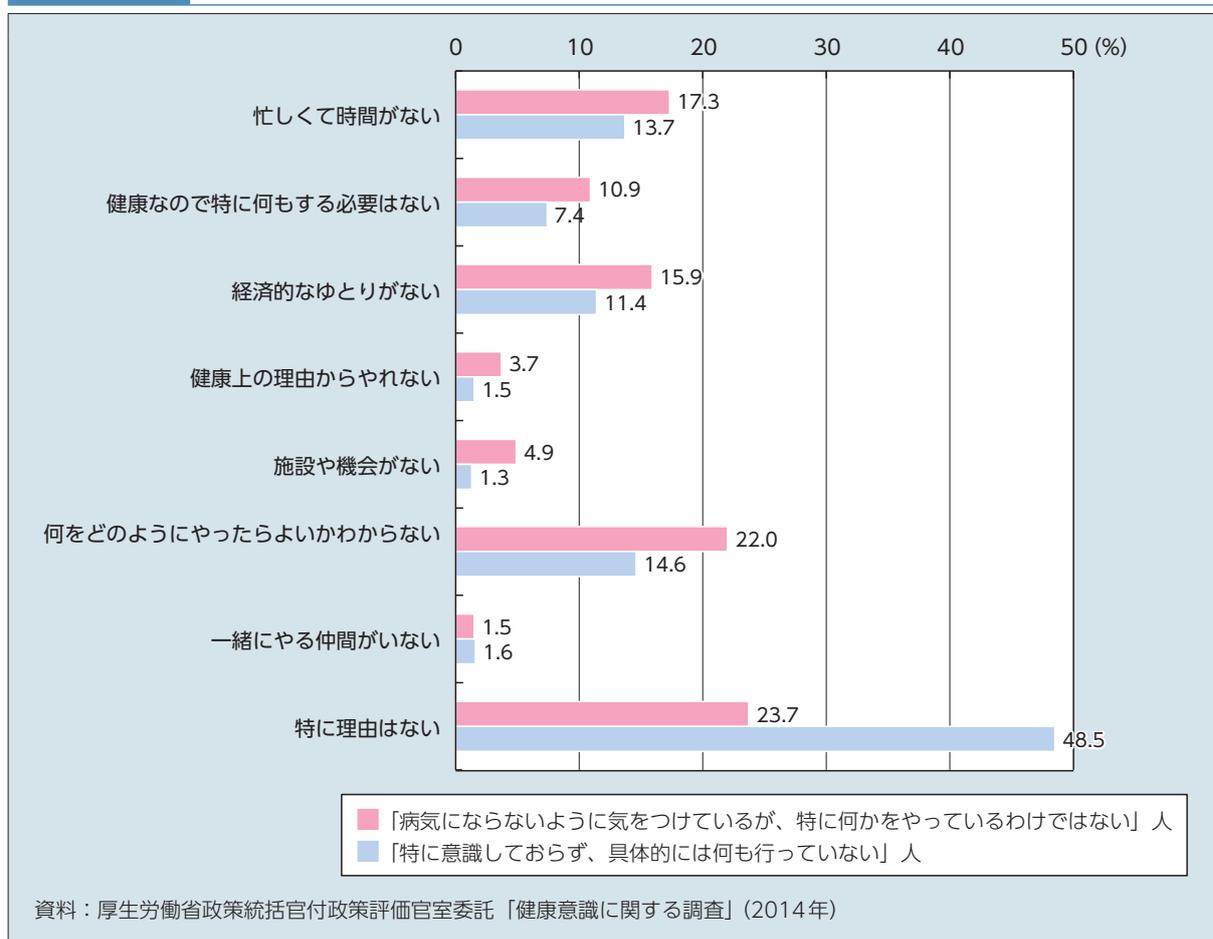


なお、この質問については「病気にならないように気をつけているが、特に何かをやっているわけではない」人と「特に意識をしておらず、具体的には何も行っていない」人に分けて分析を行ったところ、前者では「何をどうやっていいかわからない」と答えた人の割合が比較的多かったのに対し、後者では「特に理由はない」と答えた人の割合が前者の倍以上で5割近くあった(図表 2-2-31)。

「病気にならないように気をつけているが、特に何かをやっているわけではない」人は全体の32.5%を占めており（図表2-2-26参照）、多くの人に健康のために行動をしてもらうためには、健康に対してある程度意識をしているこの層に対して重点的に啓発活動を行うことも効果的ではないかと考えられる。

特に、「何をどのようにやったらよいかわからない」人や「忙しくて時間がない」と答えた人に対しては、日常生活の中で手軽にできる運動や食習慣について啓発していくことが考えられる。たとえば、ウォーキングであれば、都心ならば1駅分歩く、ビルでは1フロア一分階段を使うなどは日常生活の中でも特段の支出を要することなく実行でき、「経済的なゆとりがない」人であっても可能と考えられる。身近なところから体を動かす習慣を身につけていくことが重要である。

図表2-2-31 健康に対する意識別の何も行っていない理由



(2) 健康と運動・スポーツ

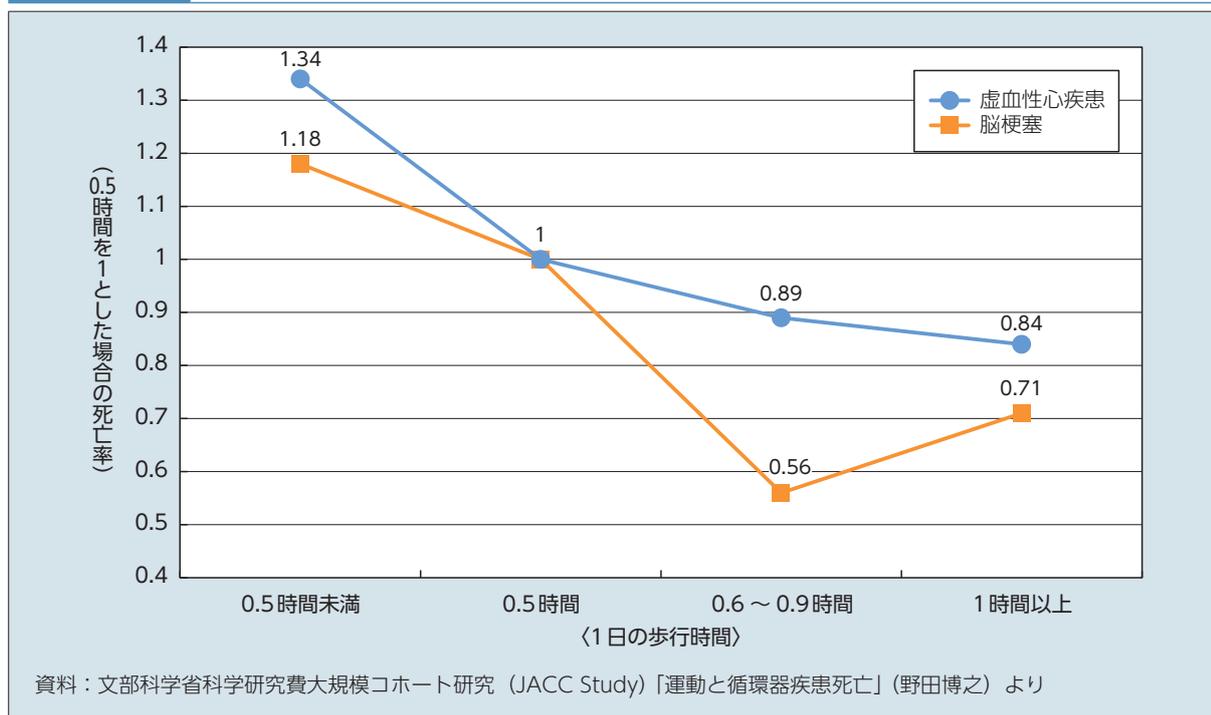
健康のためには、食事のみならず、適度な運動など体を動かすことも重要である。運動を含む身体活動^{*7}をよく行う人は、生活習慣病の罹患率や死亡率が低く、また、高齢者にとっても日々の身体活動が寝たきりを防止する効果があると言われている。

たとえば、国立循環器病研究センターの調査では、1日の歩行時間や1週間のスポーツ時間が長い人の方が循環器病による死亡が減少するという結果になっている（図表2-2-32、図表2-2-33）。また、1日当たりの歩数が増えれば増えるほど生活習慣病による死亡

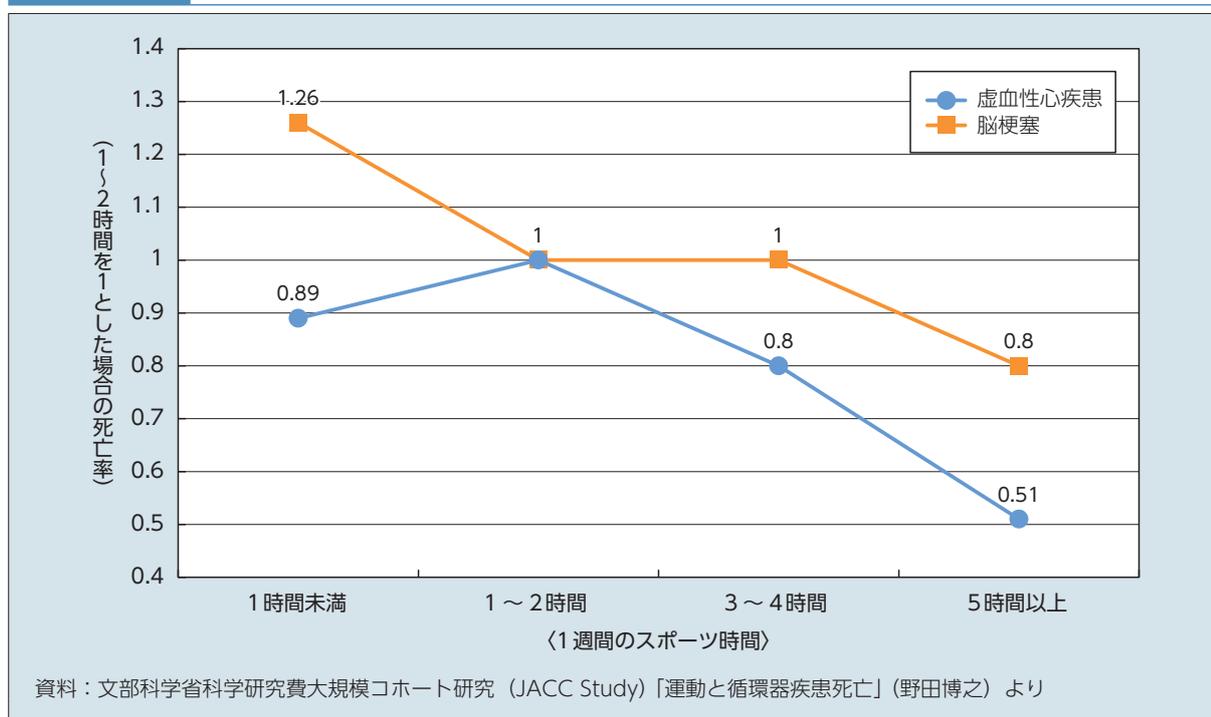
*7 運動と身体活動について次章第1節1(3)参照

者数は減少するという関係が見られる（図表2-2-34）。

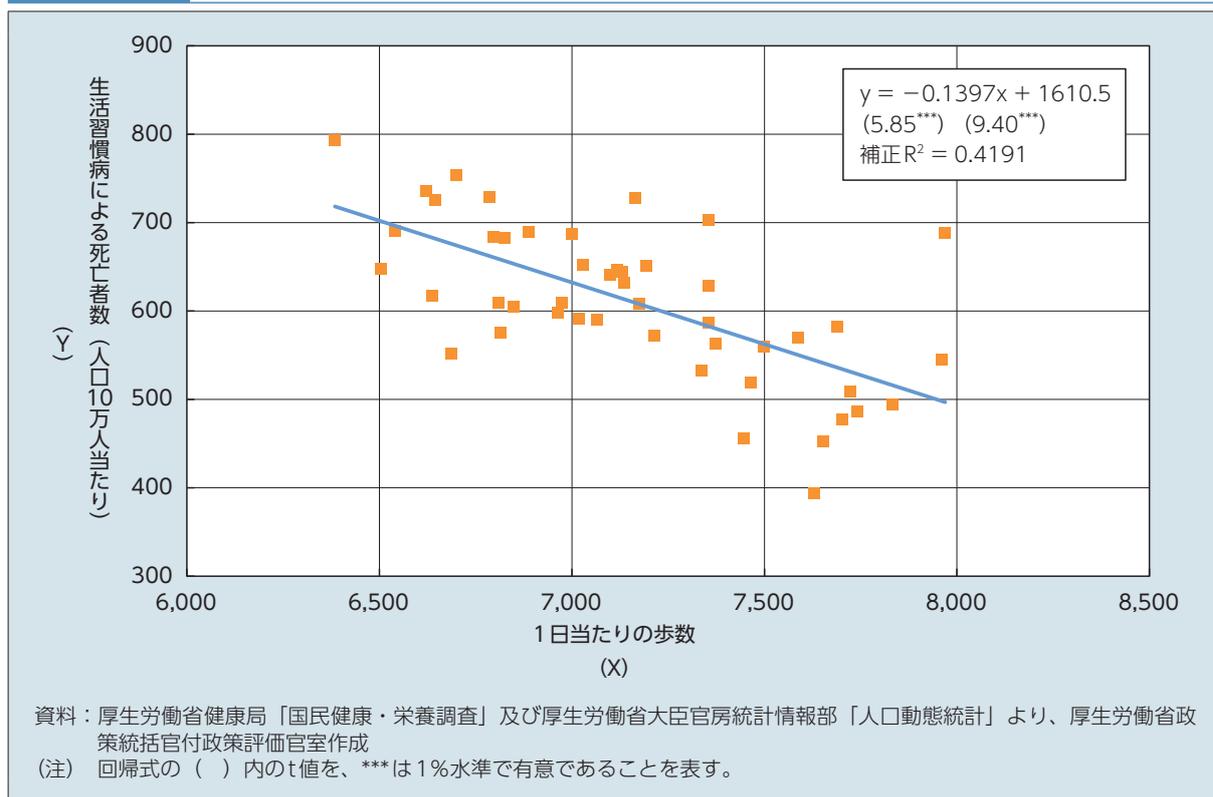
図表2-2-32 1日の歩行時間と循環器疾病による死亡の関係



図表2-2-33 1週間のスポーツ時間と循環器疾病による死亡の関係



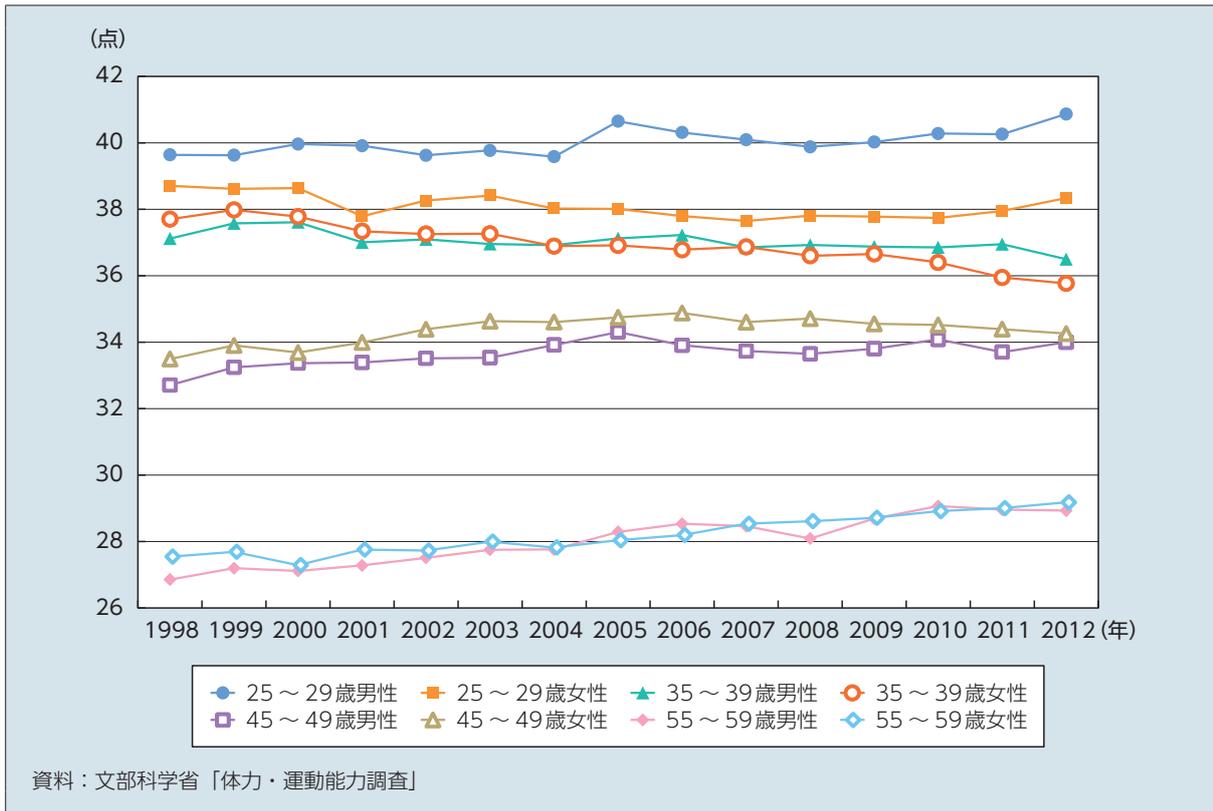
図表2-2-34 歩数と生活習慣病による死亡者数（人口10万人当たり）の関係



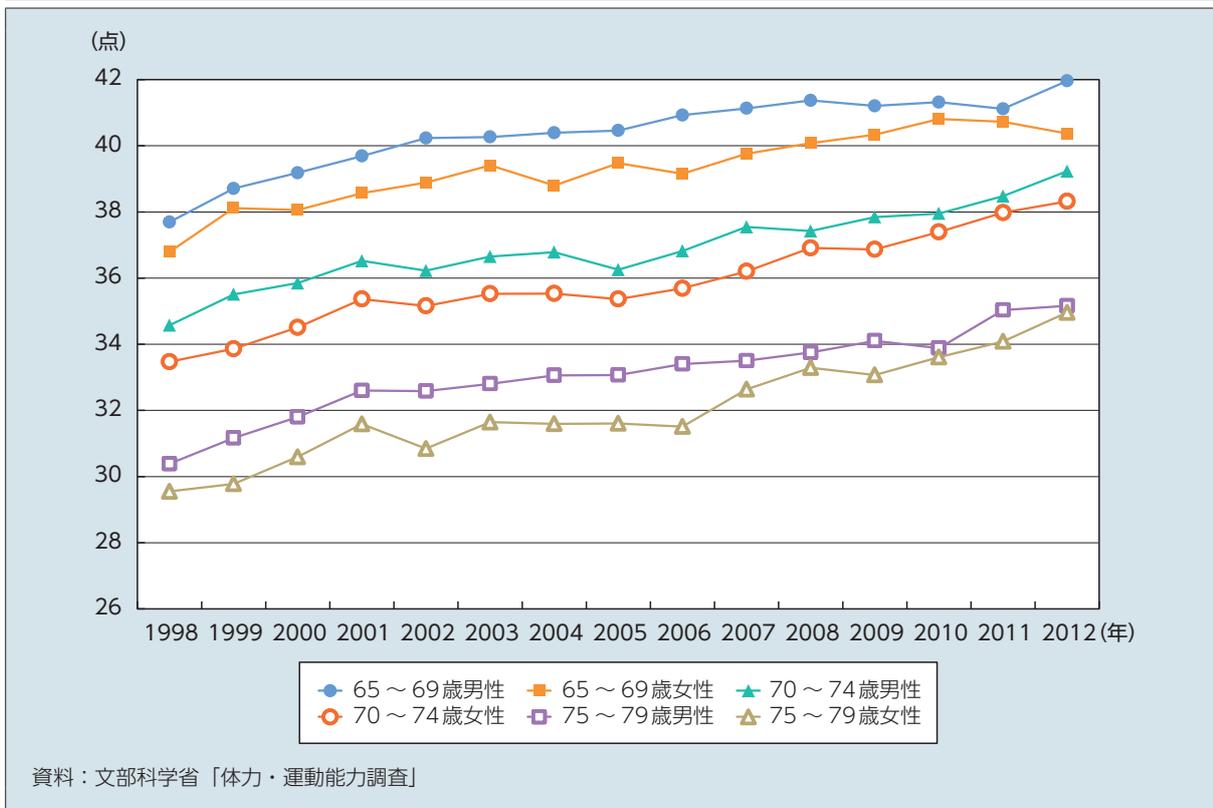
2012（平成24）年度の文部科学省の体力・運動能力調査^{*8}によると、成人の体力は30代の男子と20～30代の女子は低下傾向がみられるが、50歳以降では男女とも緩やかな上昇傾向を示している（図表2-2-35、図表2-2-36）。また、同調査は、年齢・性別を問わず、運動・スポーツの実施頻度が高いほど体力水準が高いという関係が認められるとしており、運動・スポーツの実施頻度は、生涯にわたって体力を高い水準に保つための重要な要素の1つであると考えられる。

*8 国民の体力・運動能力の現状を明らかにするとともに、体育・スポーツの指導と行政上の基礎資料を得るため、文部科学省が毎年実施する調査。

図表2-2-35 体力テストの点数の年次推移（年齢階級別：現役世代）



図表2-2-36 体力テストの点数の年次推移（年齢階級別：高齢者）

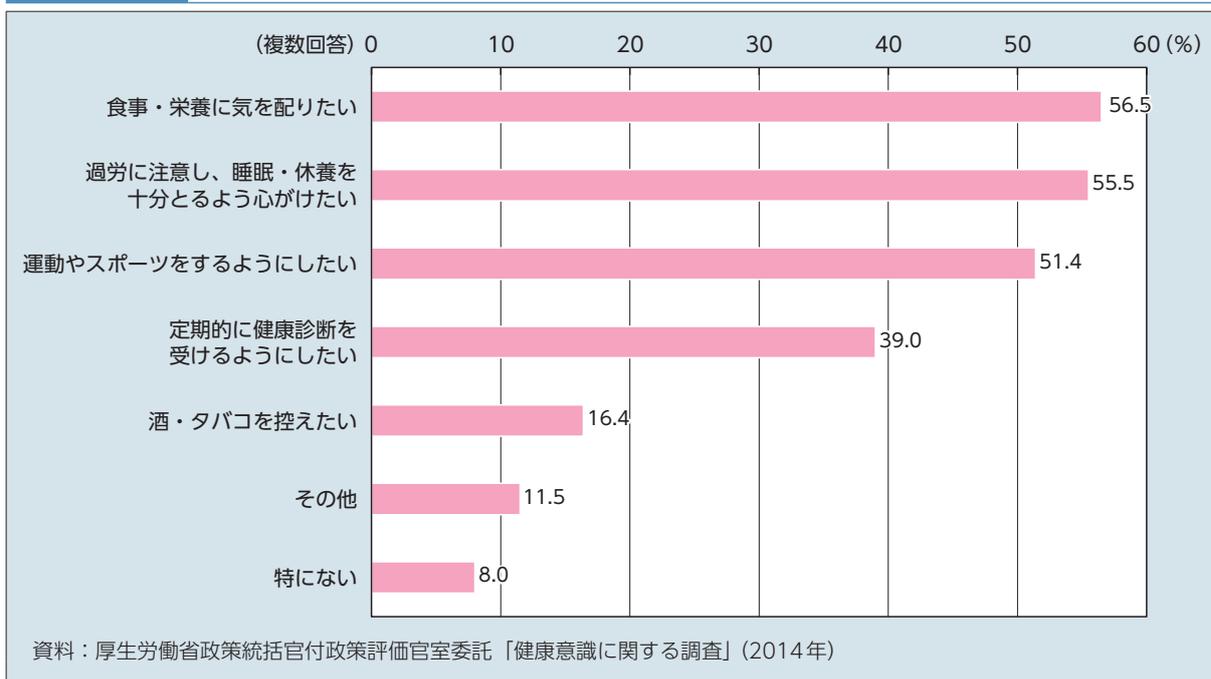


では、実際にどの程度運動をしようとして意識しているのか。

2014年厚生労働省委託調査では、健康のために今後気をつけたいことは何かという質問に対し、51.4%が「運動やスポーツをするようにしたい」と答えていた（図表2-2-37）。2020（平成32）年のオリンピックが我が国で開催されることもあり、今後、運動

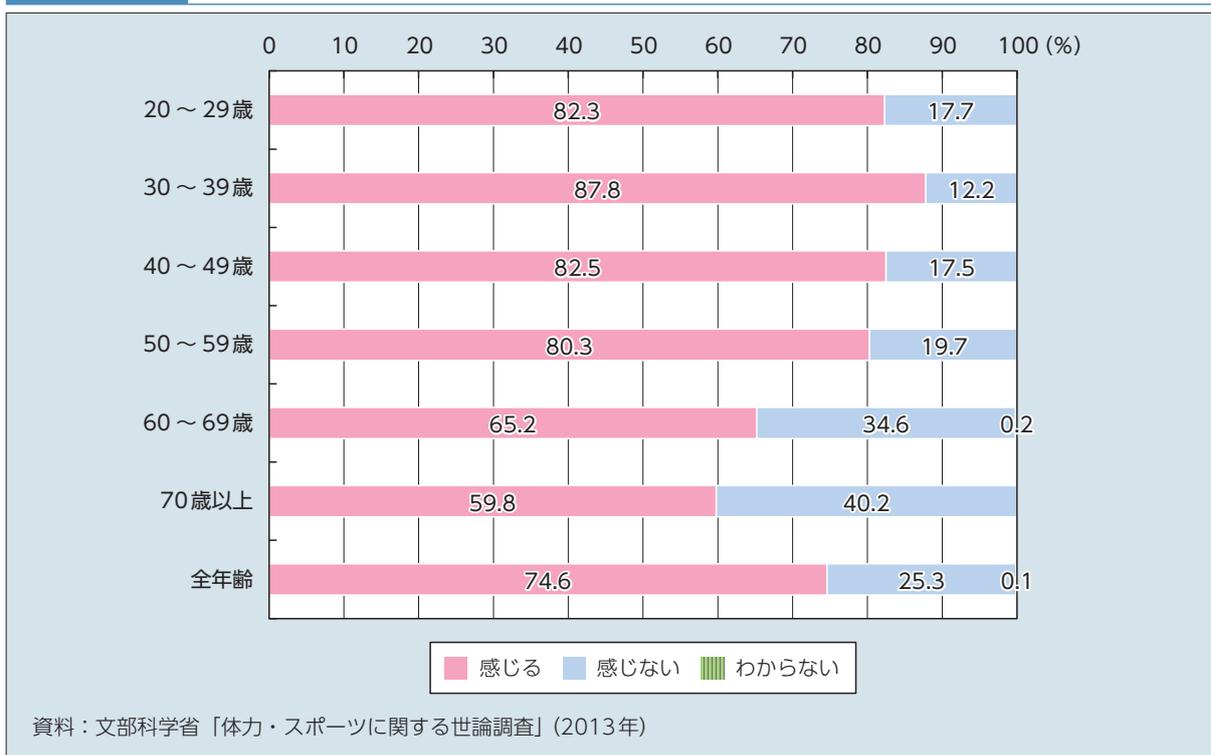
やスポーツに対する関心が高まっていくことが期待される。

図表 2-2-37 健康のために今後気をつけたいこと



しかしながら、2013（平成25）年に文部科学省が行った「体力・スポーツに関する世論調査」では74.6%もの人が「普段、運動不足を感じる」と回答しており、特に現役世代では8割以上がこのように答えていた（図表 2-2-38）。健康のために運動をしたいと望む人が多いものの、実際の運動は不足していると考えていることがわかる。

図表 2-2-38 運動不足を感じているか

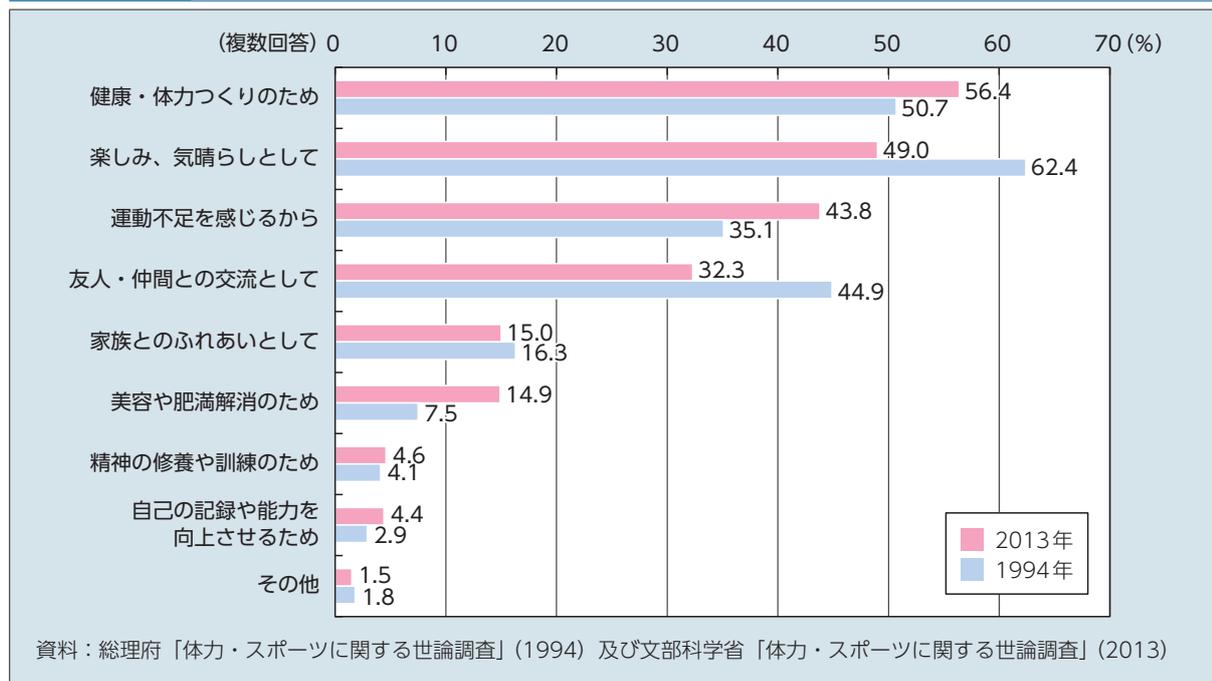


なお、1994（平成6）年に総理府（当時）が行った「体力・スポーツに関する世論調査

査」*9によると、運動・スポーツの実施状況については、「この1年間に運動やスポーツはしなかった」と答えた人が33%いたが、約20年後の2013年に文部科学省が同じ調査を行った際には19.1%に減少しており、運動をしていない人の割合は減っていることがうかがえる。

また、運動やスポーツをした理由は、1994年の調査では「楽しみ・気晴らしとして」という回答が62.4%で最も多かったが、2013年の調査では「健康・体力づくりのため」とする回答が56.4%で最も多くなっている（図表2-2-39）。

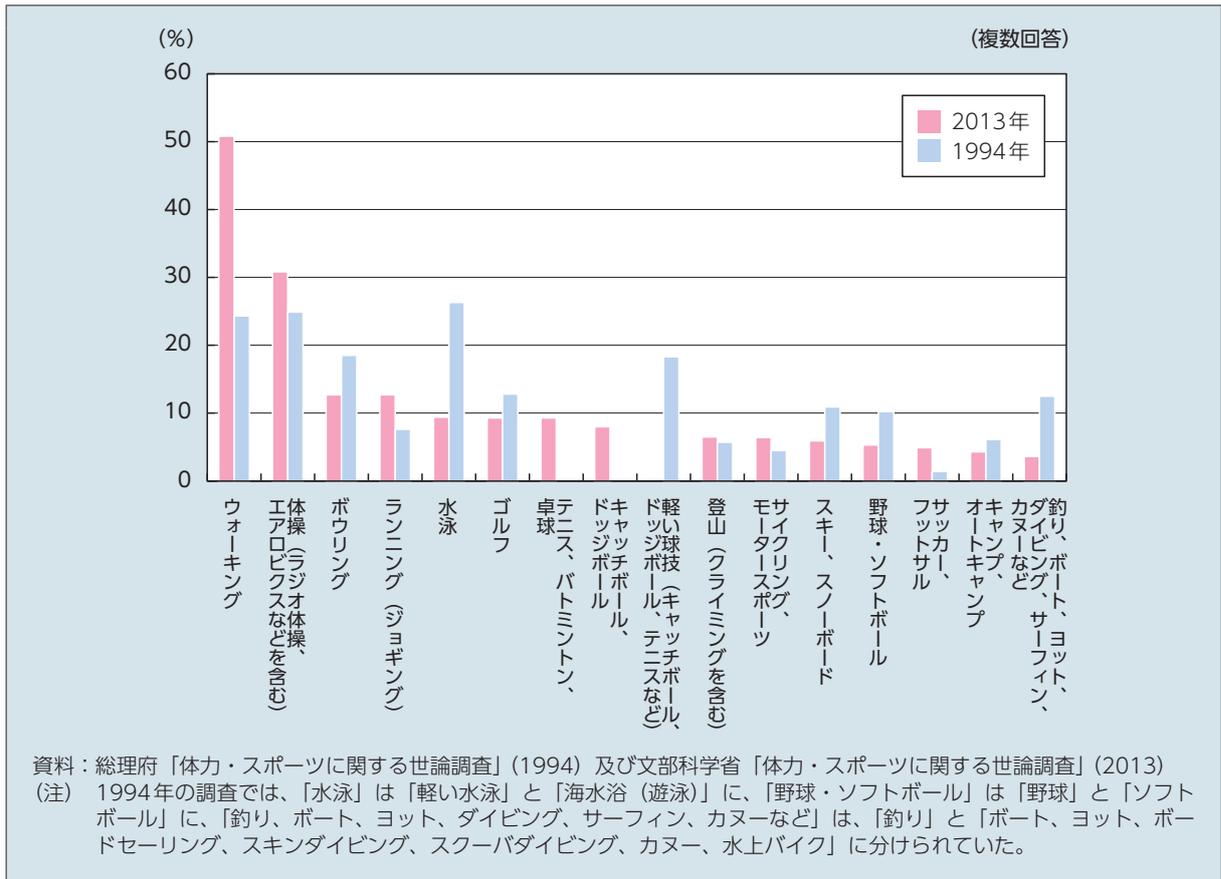
図表2-2-39 運動・スポーツを行った理由の変化（20年前との比較）



行った運動の種目については、2013年の調査では「ウォーキング」と回答した人が50.8%となっており、1994年の同じ調査と比較して倍以上に増えている。また、一定の器具などが必要な水泳、スキー、釣りなどをすると答えた人が減っていることも合わせて考えると、「健康・体力づくりのため」に手軽にできる運動が志向されているものと考えられる（図表2-2-40）。

*9 この調査は、政府が、体力・スポーツに関する国民の意識を把握し、今後の施策の参考とするため、1957（昭和32）年度に初めて実施し、1979（昭和54）年度からは、おおむね3年に1度実施してきたもの。従来、内閣府（旧：総理府）で実施してきたが、2013（平成25）年は文部科学省において調査を実施した。

図表2-2-40 直近1年以内に行った運動・スポーツの変化（20年前との比較）



(3) 生活習慣病を予防するために～健診と検診

生活習慣病を予防するためには、栄養バランスのとれた食事と適度な運動が必要であるが、これに加えて、「健診」と「検診」も重要である。どちらも読み方は同じであるが、「健診」とは健康診断(又は健康診査)、つまり健康であるか否かを様々な項目から確認するものであるのに対し、「検診」は、特定の病気の早期発見を目的として行われる。以下この項では、「特定健診」と「がん検診」について取り上げる。

1 特定健診

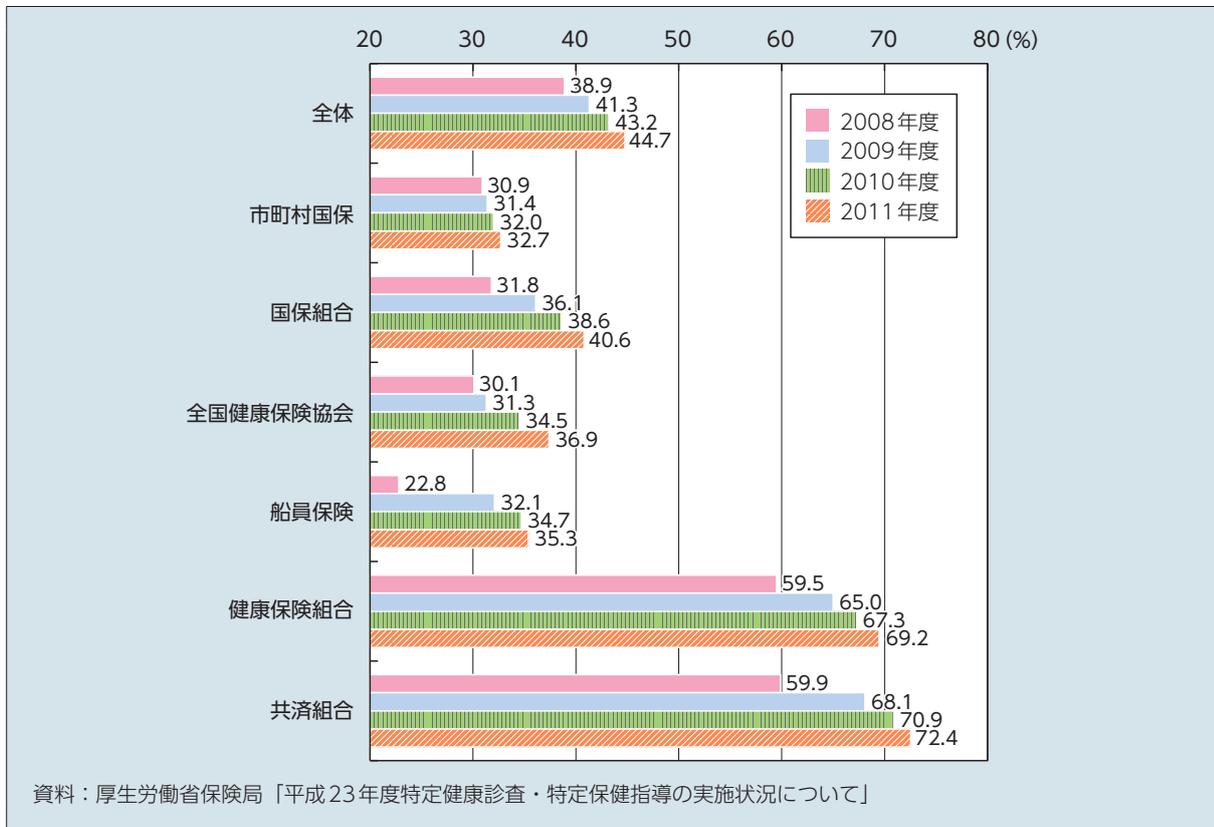
本節第1項で述べたとおり、現在、高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体に占めるがん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加傾向にあり、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めている(図表2-2-2参照)。

このような中で、国民の生活の質を生涯にわたって維持・向上させるために、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組みが重要となることから、厚生労働省は、2008(平成20)年から、40歳から74歳の人を対象として「特定健診」を開始した(第1章第3節参照)。また、健診の結果、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)等の生活習慣病の発症リスクの高い人に対して、生活習慣の改善に向けたサポート(特定保健指導)を実施している。

2011(平成23)年度における特定健診の対象者数は約5,253万人、受診者数は2,347万人で、実施率は44.7%となっている。実施率は、年々上昇してはいるものの、全国目標は2017(平成29)年度までに70%となっており、その向上のための一層の取組みが必要である(図表2-2-41)。

特定健診は、医療保険者が加入者に実施することになっているため、実施率は、保険者の種類別で大きく異なり、健康保険組合や共済組合において高く、市町村国保や国保組合、全国健康保険協会、船員保険において低くなっている（図表2-2-41）。

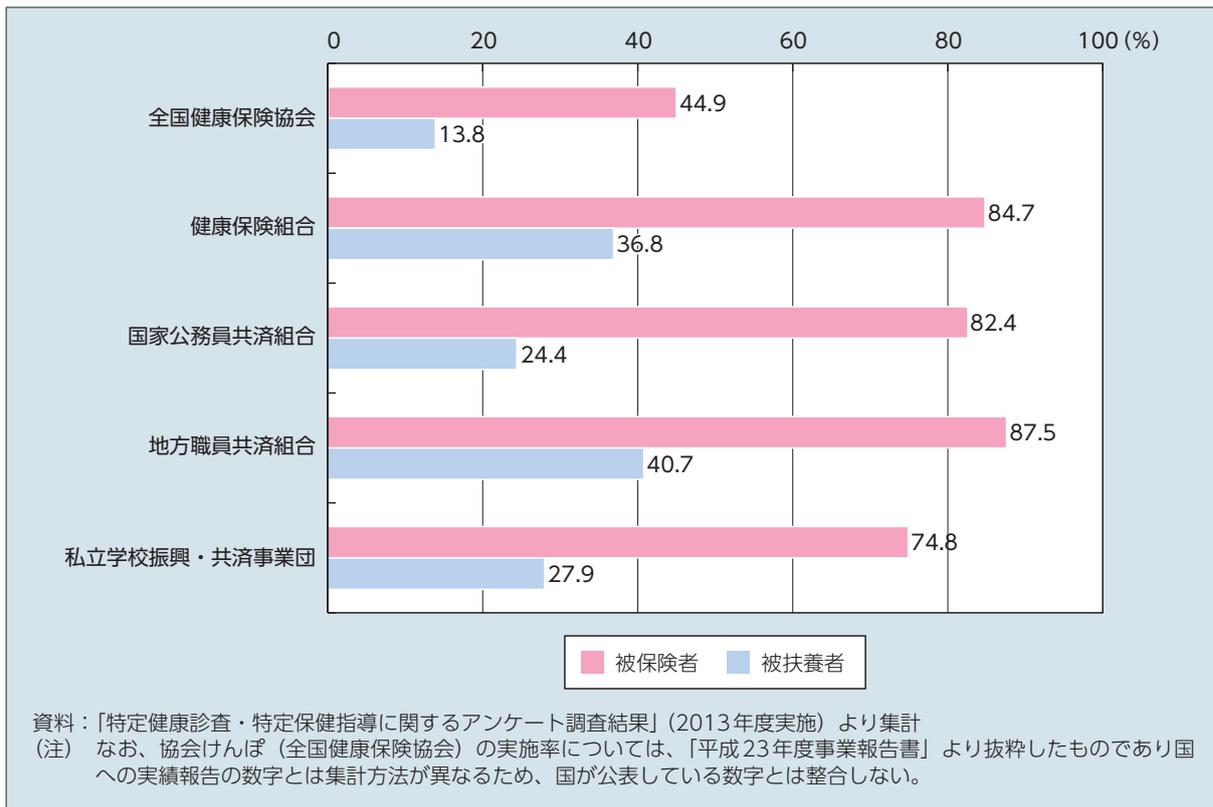
図表2-2-41 特定健診の実施率（保険者の種類別）



被用者保険^{*10}の保険者の特定健診の実施率の内訳を見ると、被保険者本人の実施率と比較して被扶養者の実施率が低い状況にあるため（図表2-2-42）、受診勧奨を行うなど、その向上のための取組みが必要である。

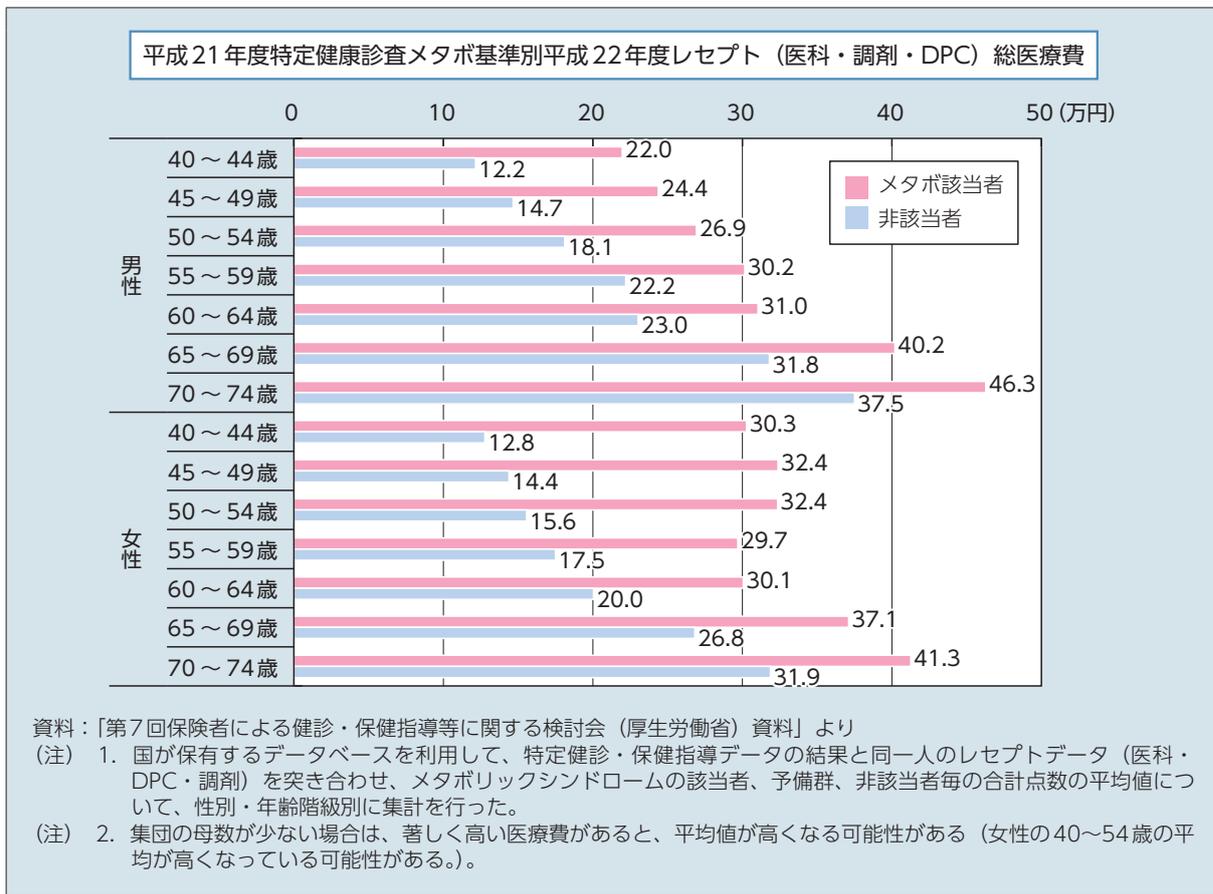
*10 誰かに雇用されている人が入る保険のこと。

図表 2-2-42 特定健診の被保険者と被扶養者の受診率の差



なお、特定健診の結果、メタボリックシンドロームの該当者の年間平均医療費は、非該当者よりも約9万円高いという結果も報告されており（図表 2-2-43）、医療費適正化の観点からも、該当者の割合を減らしていくことが重要である。

図表 2-2-43 メタボリックシンドローム該当者と非該当者の医療費の差

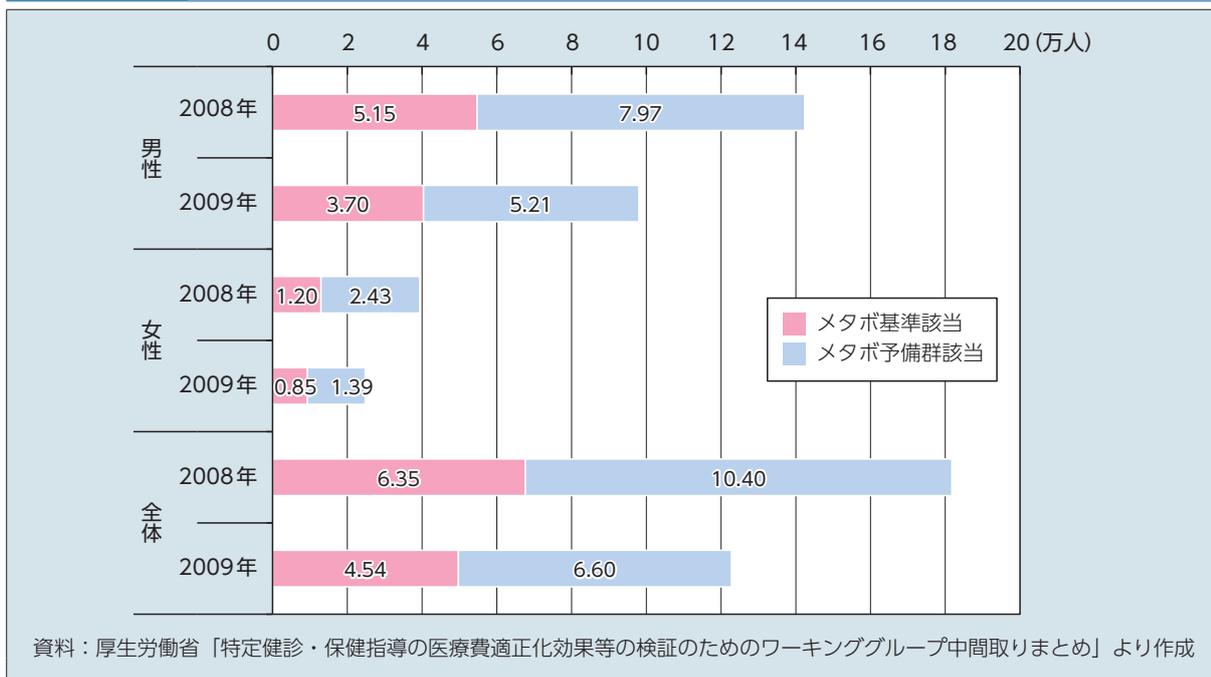


2 特定保健指導

特定健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高い人をサポートし、対象者が生活習慣を見直すことで発症を予防するとともに、重症化を防ぐため、特定保健指導が行われており、腹囲が男性85cm、女性が90cm以上など一定の基準に該当する人を対象としている。

2008（平成20）年度に特定保健指導を受けて2009（平成21）年度の特定健診も受診した約23万人のうち、メタボリックシンドロームの該当者又は予備群と判定された人は2008年度の約18万人から、特定保健指導終了後の2009年度には約12万人と約3割も減少しており、特定保健指導は成果を出しつつある（[図表2-2-44](#)）。

図表2-2-44 特定保健指導終了後のメタボリックシンドロームの減少



3 がん検診

がんは、1981（昭和56）年より我が国の死因の第1位となっている。2013（平成25）年には年間36万4,721人が亡くなっており、今後も、人口の高齢化に伴い死亡者数の増加が見込まれている。がんによる死亡者数を減少させるためには、早期発見・早期治療が重要であることから、がん対策基本法において、国及び地方公共団体は、がん検診の受診率の向上に資するよう、普及啓発その他必要な施策を講ずるものとされている。

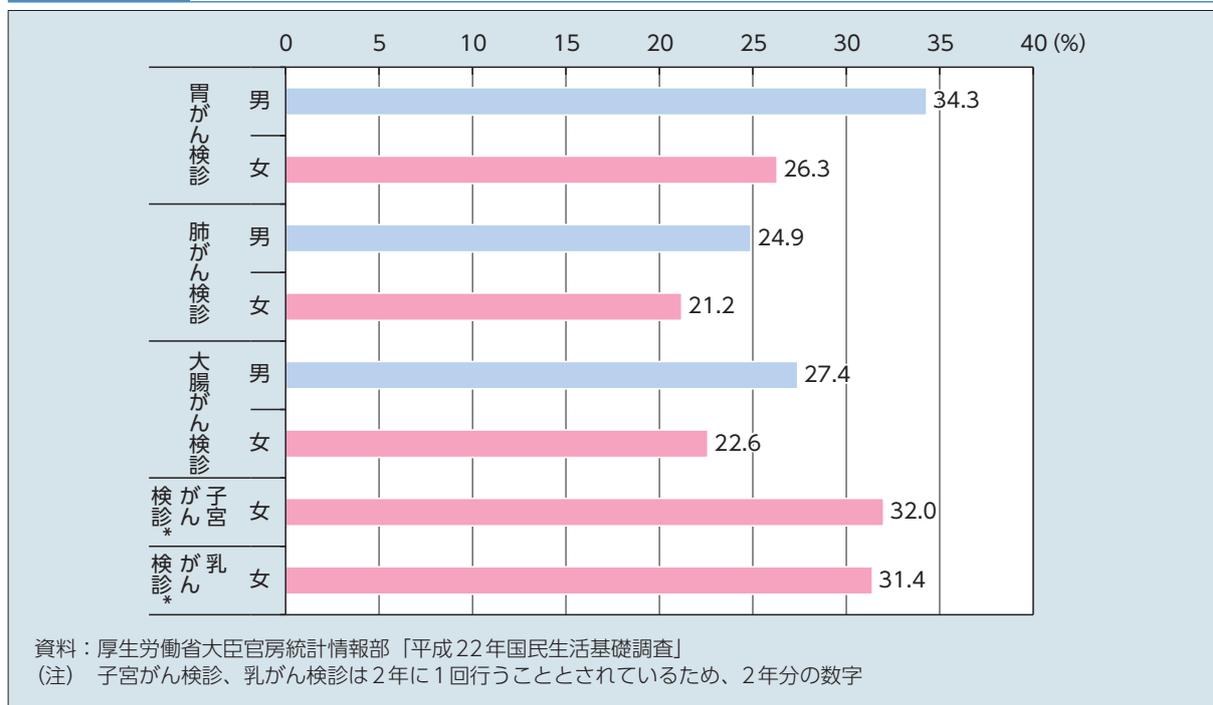
我が国では、1982（昭和57）年度から、市町村が主体となってがん検診を行ってきており、当初は「胃がん検診」、「子宮がん検診」のみだったが、その後、検診対象となるがんの種類が追加され、現在では「胃がん検診」「子宮がん検診」「肺がん検診」「乳がん検診」「大腸がん検診」の5種類が行われている。

がん検診^{*11}の受診率をみると、2010（平成22）年の1年間にがん検診を受診した人の割合は、男女とも「胃がん検診」が最も高く、男で34.3%、女で26.3%となっている。2年に1回行うものとされている子宮がん、乳がん検診を受診した人をみると、2009（平成21）年又は2010年の2年間で、子宮がん検診は32.0%、乳がん検診は31.4%となっている（[図表2-2-45](#)）。

*11 40歳以上の人（子宮がん検診は20歳以上。入院者は除く。）が対象

なお、2012年の「がん対策推進基本計画」において、がん検診の受診率は、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することが目標とされており、受診率の向上のためより一層の取組みが必要である。

図表2-2-45 部位ごとのがん検診の受診率



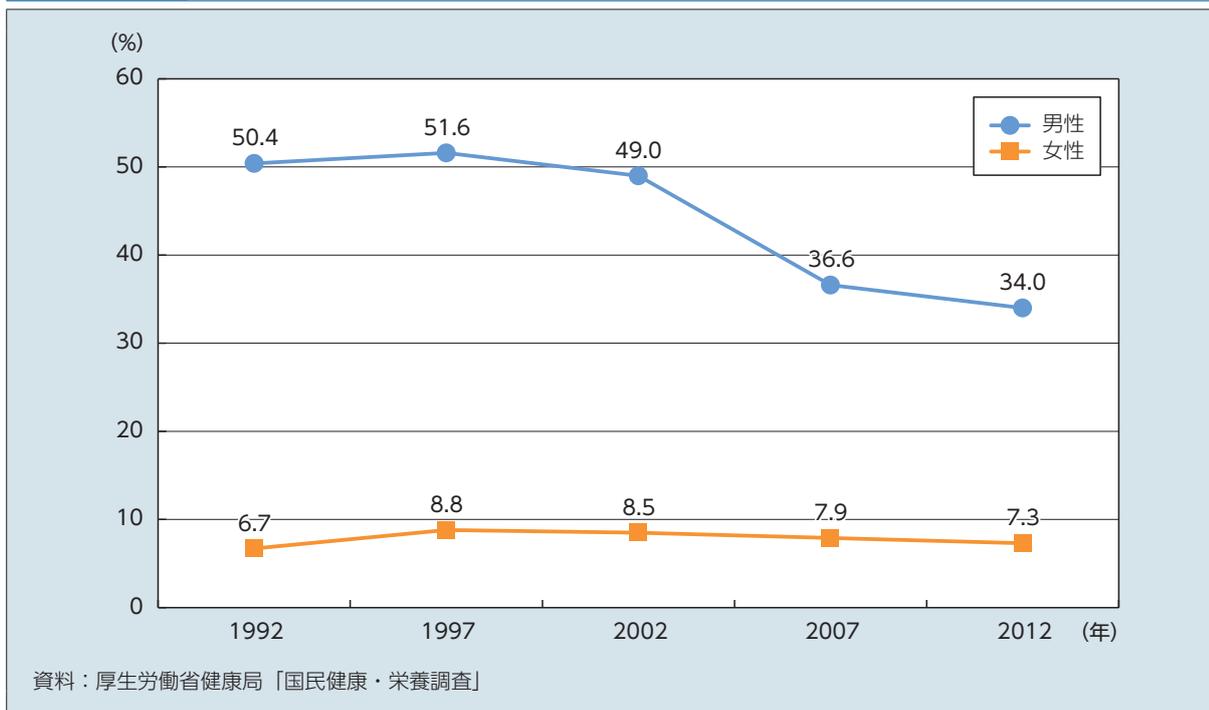
4 飲酒と喫煙

酒やたばこは、個人の嗜好品ではあるが、一方で、健康に与える影響について様々な指摘がなされている。飲酒や喫煙の実態はどうなっているのだろうか。

(1) 飲酒

2009（平成21）年時点の国民1人当たりの年間平均飲酒量は純アルコール換算で6.99リットルとなっている。また、飲酒習慣（週に3日以上飲酒し、かつ飲酒日1日当たり清酒に換算して1合以上飲酒をする習慣）のある人は、1992（平成4）年には男性50.4%、女性6.7%であったのに対し、2012（平成24）年には男性34.0%、女性7.3%となっており、長期的には飲酒習慣のある男性は減少傾向にあると言える（図表2-2-46）。

図表2-2-46 飲酒習慣のある人の推移

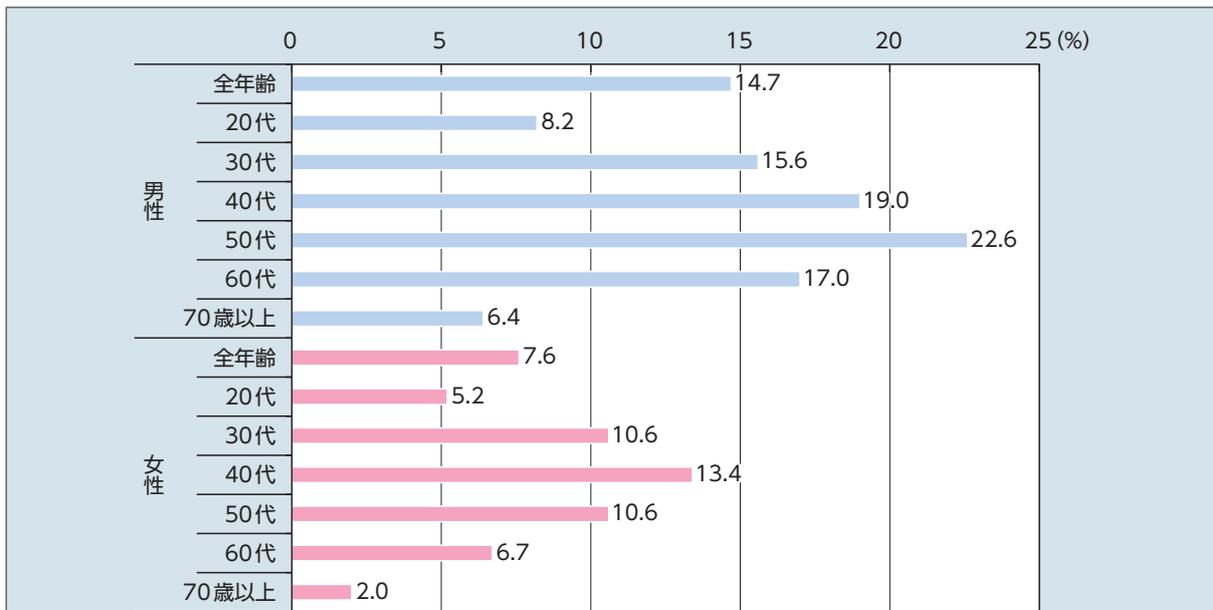


がんや高血圧、脳出血、脂質異常症などのリスクは、1日平均飲酒量にほぼ比例して上昇する。このため、厚生労働省では、健康日本21（第二次）において、1日当たりのアルコール摂取量について、男性は40グラム、女性は20グラム以上を生活習慣病のリスクを高める飲酒量であると定義した。この量は、男性の場合、ビールで中瓶2本、清酒で2合である。

実際、このような生活習慣病のリスクが高まる量を飲酒している人は、男性の14.7%、女性の7.6%おり、特に50代の男性では、22.6%にも上っている（図表2-2-47）。

なお、飲酒は、未成年者や胎児の脳・生殖器の発達に悪い影響を与えるため、未成年者や妊婦の飲酒は特になくすべきであり、健康日本21（第二次）において、これらをゼロにすることが目標とされている。

図表2-2-47 生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている人の割合

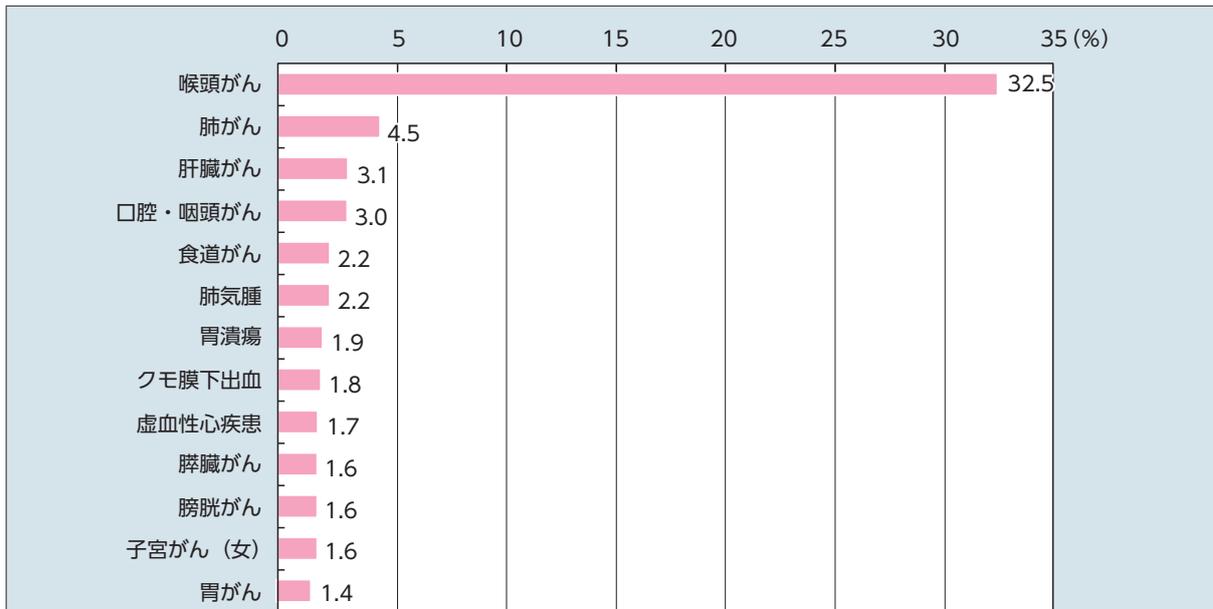


資料：厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」

(2) 喫煙と健康意識

喫煙については、各種のがんや循環器疾患、呼吸器疾患などの生活習慣病を引き起こすことなどが明らかにされている（図表2-2-48）。そのため、これらの疾病の発症やそれによる死亡を減少させるべく、厚生労働省は、「健康日本21」（第二次）において、成人の喫煙率の減少を目標に掲げている。

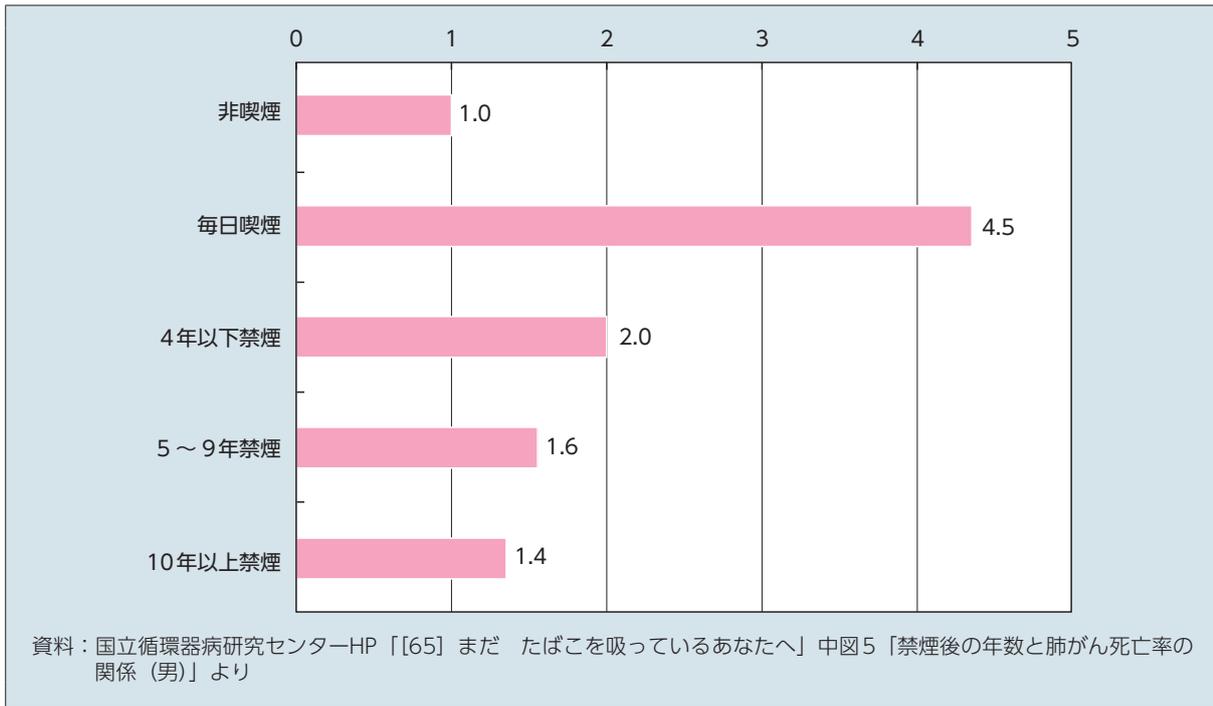
図表2-2-48 非喫煙者と比較した喫煙者の死亡率（非喫煙者 = 1.0）



資料：国立循環器病研究センターHP「[65] まだ たばこを吸っているあなたへ」中図3「非喫煙者と比較した喫煙者の死亡率」より

たばこについては、禁煙後、一定期間が経過することで健康状態が改善されることが明らかになっていることから、できるだけ禁煙することが望ましいと考えられる（図表2-2-49）。

図表 2-2-49 禁煙後の経過年数と死亡率の関係（男性：非喫煙の死亡率=1）

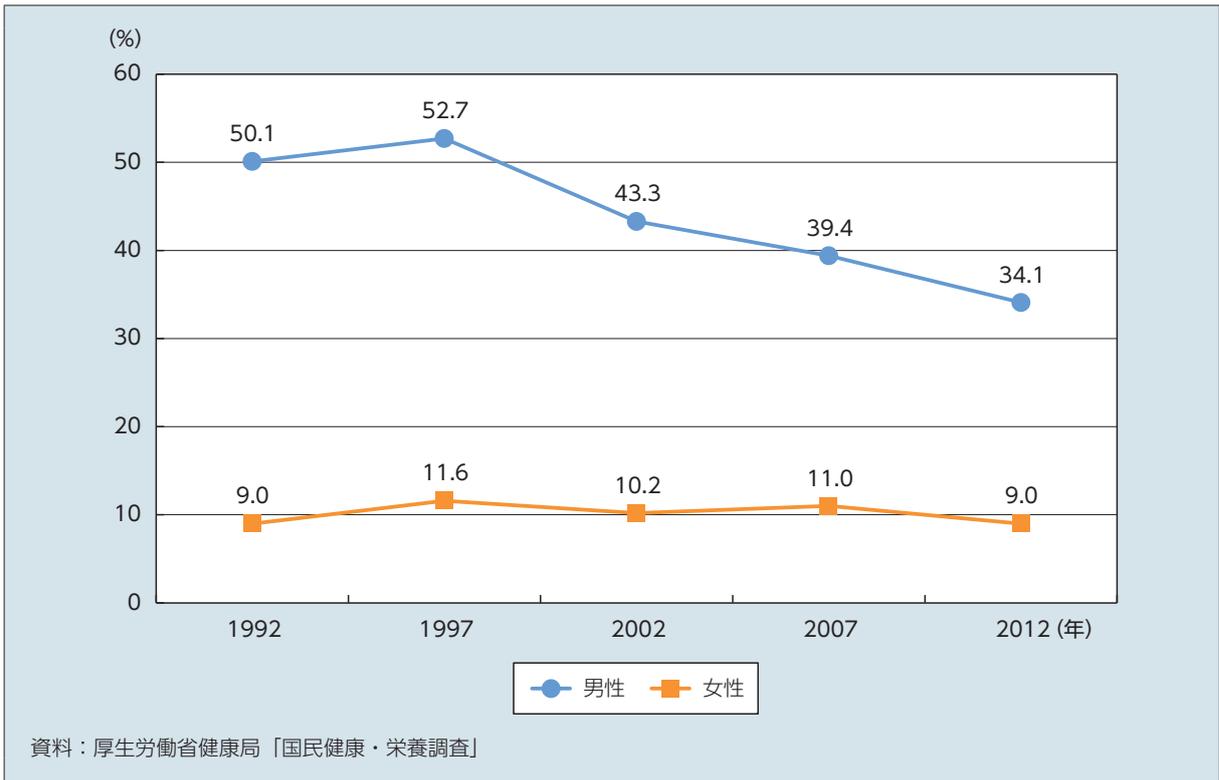


喫煙の実態を見ると、1997（平成9）年には、男性の52.7%、女性の11.6%が喫煙習慣を有していたが、2012（平成24）年では、男性が34.1%、女性が9.0%となっており、男性の喫煙率は着実に減少している（図表2-2-50）。

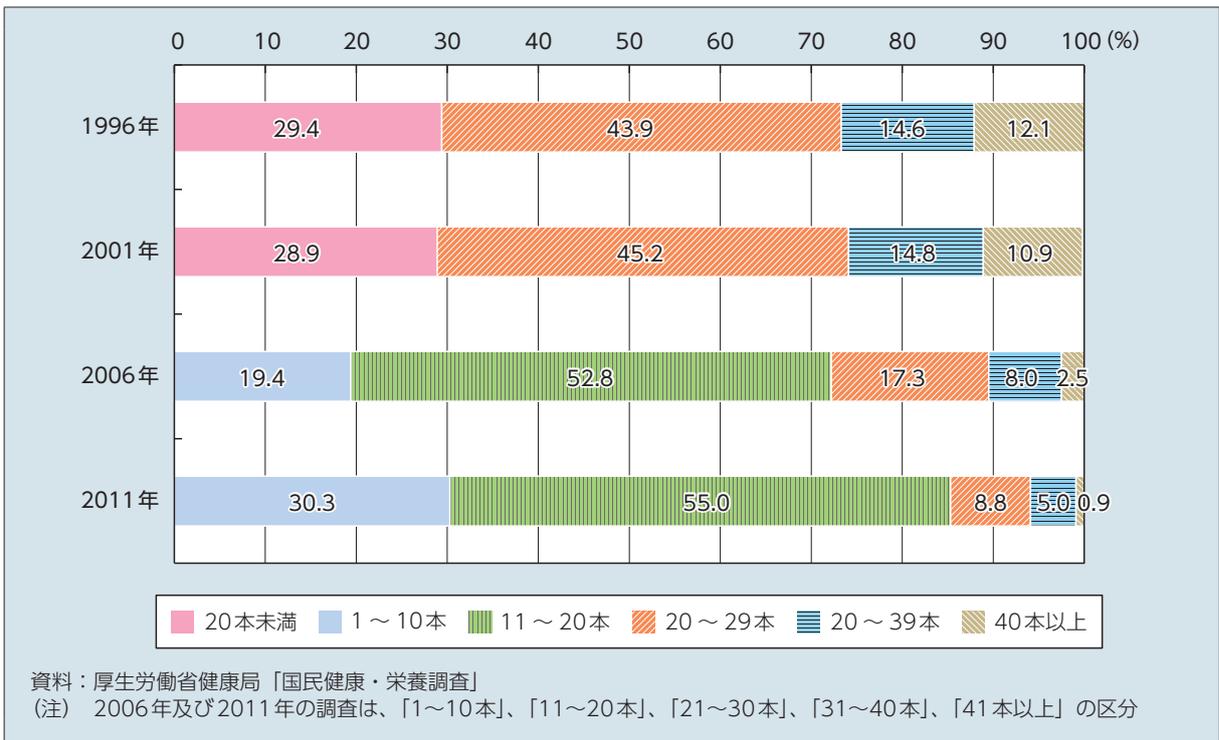
喫煙本数についてみても、1996（平成8）年では1日当たり20本未満の喫煙者は29.4%であったのに対し、2011（平成23）年では85.3%であり、こちらも減少傾向にある（図表2-2-51）。

2011年時点では、喫煙者男性の32.8%、女性の42.8%が「たばこをやめたい」と回答している。この割合は増加傾向にあり、喫煙率や喫煙本数は今後も減少していくことが期待される（図表2-2-52）。

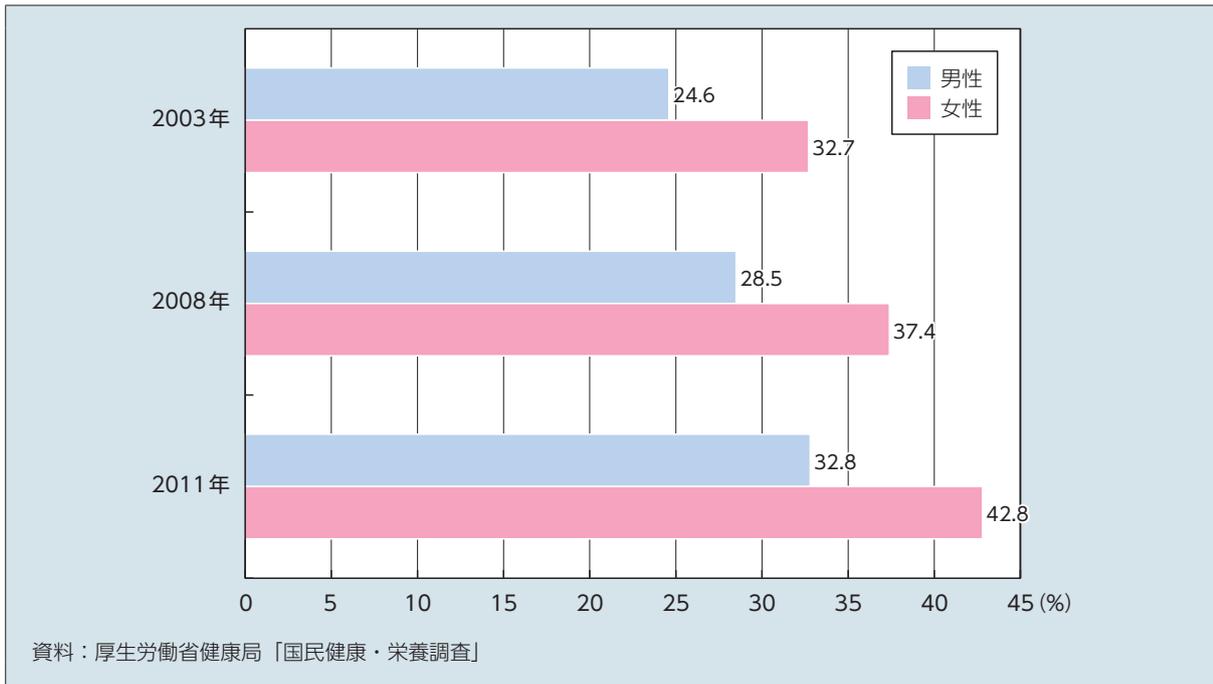
図表2-2-50 喫煙率の推移



図表2-2-51 喫煙者の喫煙本数の推移



図表 2-2-52 禁煙意向のある喫煙者の割合の推移



また、飲酒同様、喫煙も未成年者や胎児の発達に悪い影響を及ぼすため、未成年者や妊婦の喫煙は特になくすべきであり、健康日本21（第二次）において、これらをゼロにすることが目標とされている。

5 地域や所得による健康意識の差

(1) 健康に関する意識の地域比較

我が国は世界有数の長寿国となっているが、国内でも地域により状況には差がある。

そこで、平均寿命の長い県と短い県、健康寿命の長い県・短い県の間で、健康に対する意識に違いが見られないか検証した。具体的には、①平均寿命が男女ともに上位10位以内、②平均寿命が男女ともに下位10位以内、③健康寿命が男女ともに上位10位以内、④健康寿命が男女ともに下位10位以内、の4グループに分けて、2014年厚生労働省委託調査の結果を分析した。

その結果、①と②を比較すると、「健康に関してどのような情報が必要だと考えるか」「健康に気をつけていることは具体的に何か」「今後、健康のために気をつけたいことはあるか」「食生活で具体的に気をつけていることは何か」など、複数の選択肢をいくつでも選んでよい質問に対して、平均寿命が長い地域の方が短い地域と比較してより多くの選択肢を選んでいることがわかった。また、③と④を比較した場合も、①と②ほど差は開かなかったものの、同様の傾向が見られた。

他の個別の項目については、①と②、③と④を比較した場合、相関関係が明確と言えるものを見出すことは難しかったが、平均寿命又は健康寿命の長い地域の方が、短い地域と比較して、健康についてより多くのことに興味を持ち、気をつけていることがうかがわれた。

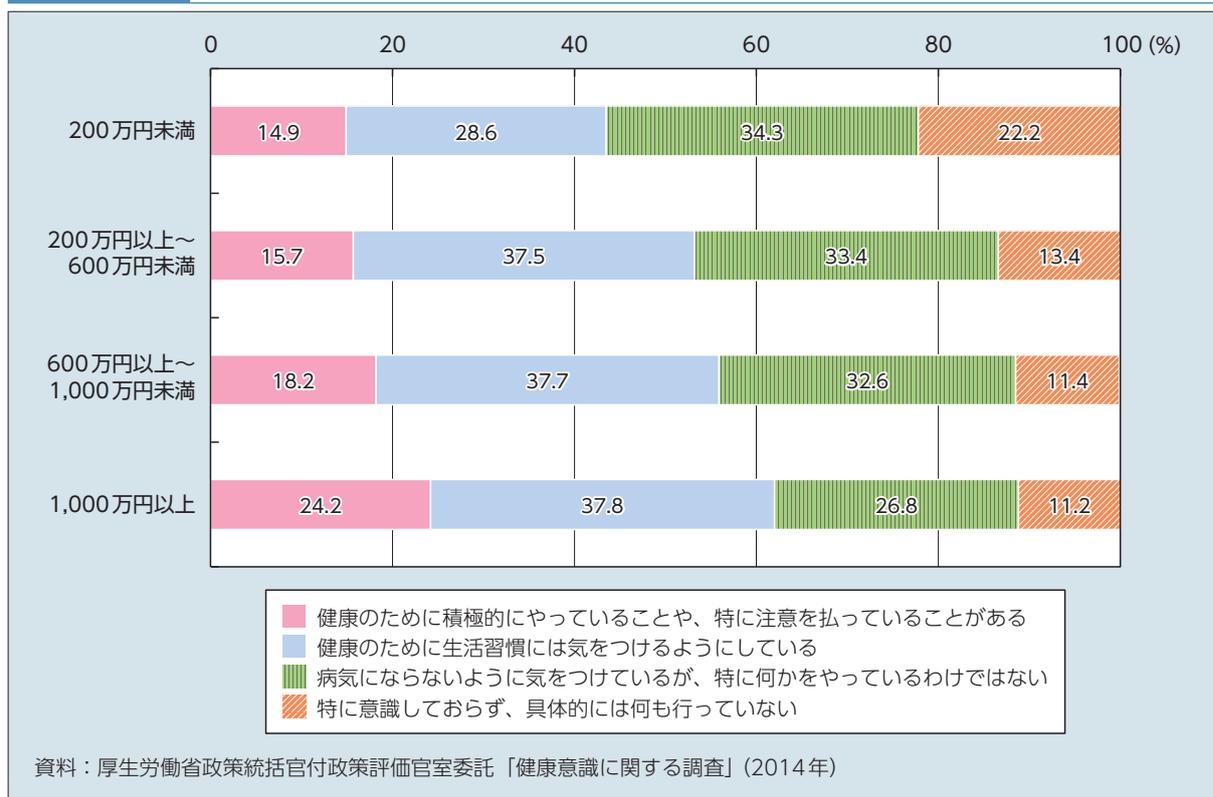
(2) 健康格差

2010（平成22）年の国民健康・栄養調査によると、朝食を欠食する人や野菜摂取量の

少ない人、運動習慣のない人、習慣的に喫煙している人の割合は、いずれも所得の多い世帯よりも低い世帯の方が高くなっていった。

2014年厚生労働省委託調査でも、所得が低い人の方が高い人と比較して、健康に対する意識が低くなっている。具体的には、「普段から健康に気をつけるよう意識しているか」という質問に対して、年間の所得が200万円未満の層では「健康のために積極的にやっていることや特に注意を払っていることがある」や「健康のために生活習慣には気をつけるようにしている」と答えた人が合わせて43.5%であったのに対し、1000万円以上の層では62.0%いた（図表2-2-53）。

図表2-2-53 所得階層別の健康に対する意識



健康感については、「非常に健康だと思う」又は「健康な方だと思う」を選んだ人が、200万円未満で61.0%なのに対し、1000万円以上では77.6%いた。

このように、所得は生活習慣、健康意識や健康感にも影響を及ぼしていることがうかがえる。

(3) 企業や自治体の取組みへの認識

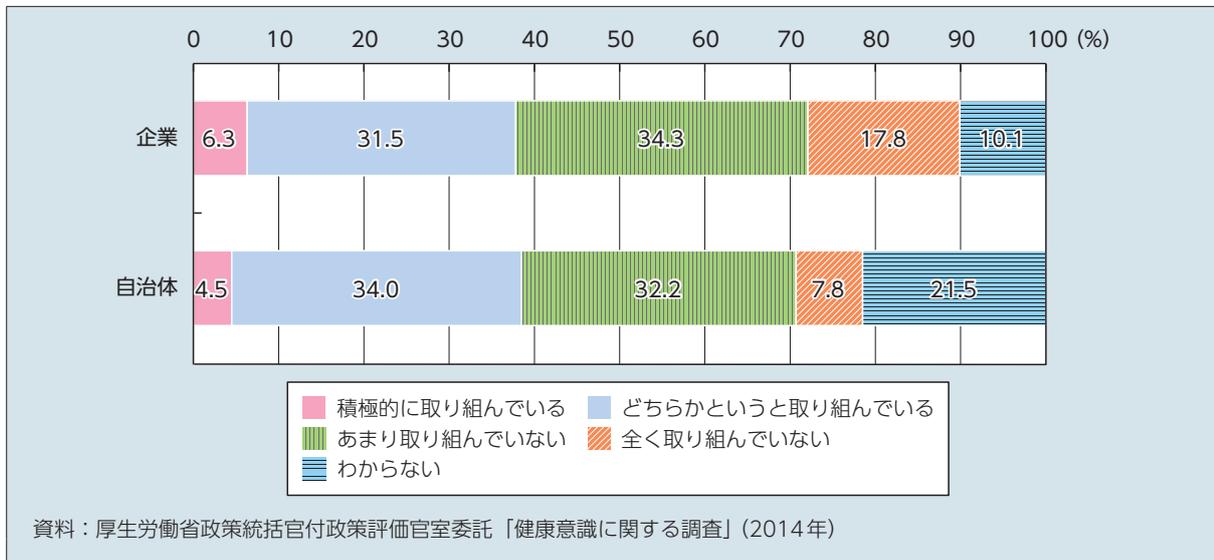
日頃の生活習慣の改善等に向けて、第3章で後述するように、健康づくりに積極的に取り組む企業や自治体も出てきている。

しかし、勤務先や居住する自治体について、社員や住民の健康づくりに「積極的に取り組んでいる」又は「どちらかというに取り組んでいる」と考えている人は、両者とも4割に満たなかった（企業が37.8%、自治体が38.6%）^{*12}（図表2-2-54）。「健康寿命」の延伸に関する取組みをより一層推進することが重要であるとともに、既に何らかの取組みを

*12 四捨五入の関係で、自治体について「積極的に取り組んでいる」(4.5%)又は「どちらかというに取り組んでいる」(34.0%)と考えている人の合計(38.5%)とは一致しない。

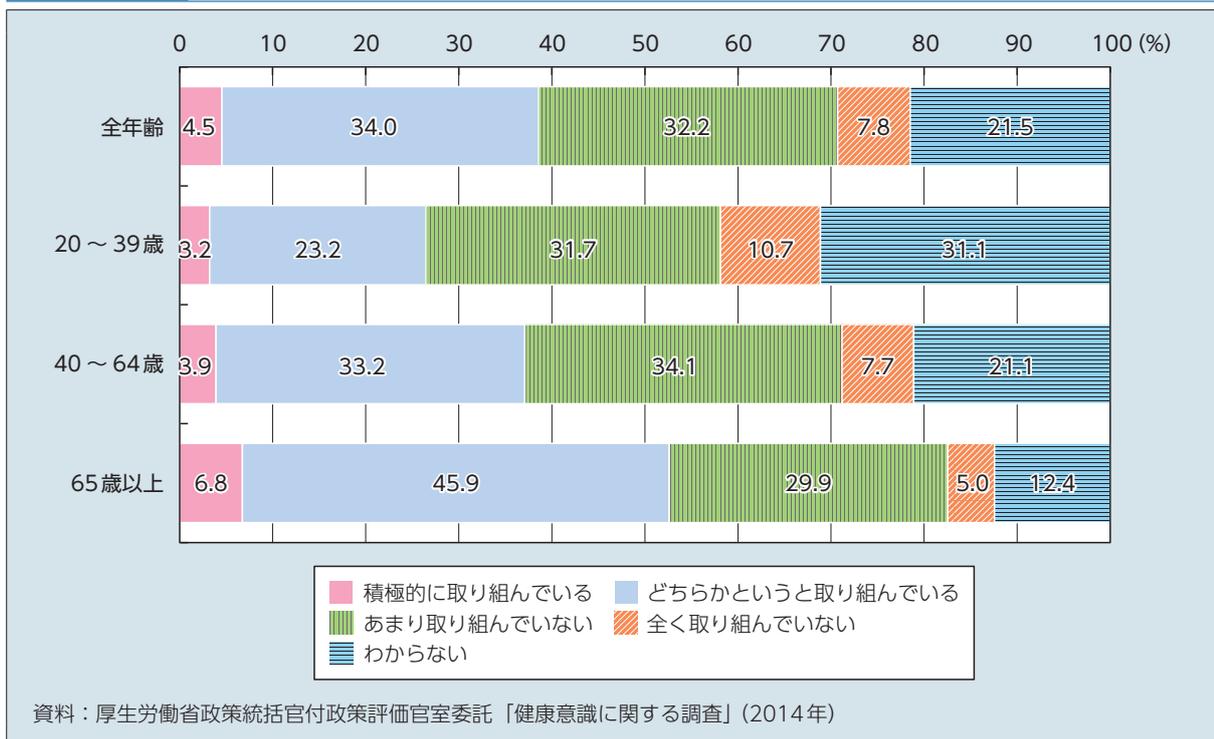
行っている企業や自治体は、その内容について、まずは従業員や住民に広く知ってもらうことも必要であると考えられる。

図表2-2-54 企業と自治体の健康づくりに関する取組みに対する評価



特に、自治体の取組みについては、「積極的に取り組んでいる」又は「どちらかというに取り組んでいる」と評価した人が20～39歳で2割台だったのに対し、65歳以上では過半数を超えた（図表2-2-55）。40～64歳でも3割台に過ぎなかったことも踏まえると、現役で仕事をしている世代では、忙しさも相まって自治体の取組みについてあまり関心を持たない状況にあるということも考えられる。自治体には、特に現役世代への普及啓発について工夫が求められるとともに、この世代を意識した施策メニューを検討することも重要である。

図表2-2-55 自治体の健康づくりの取組みに対する評価（年代別）



6 まとめ

以上、健康に関する生活習慣について、意識調査の結果等も踏まえて概観してきた。

多くの人々が栄養バランスのとれた食事をしようと思うなど、健康のために食生活に気をつけている人は比較的多いが、若者や男性では高齢者や女性よりも全般的に関心が低い傾向にある。

運動不足を感じている人も多く、健康のためにウォーキングなどの手軽なスポーツを行っている。酒を飲む人やたばこを吸う人は昔よりも減ってきている。

また、年齢が高くなるにつれ、食事や運動以外にも、定期的に健康診断を受診するなど、健康に対する意識が高い人が多くなっている。

とはいえ、我が国では死因の6割が生活習慣病という現状にある。不摂生な生活習慣は多くの病を引き起こすこととなるため、栄養バランスの良い食生活や適度な運動、飲酒の節制や禁煙、健診の受診など、日頃の生活習慣を改善するよう心がけることが重要である。

第3節 精神的・社会的な健康

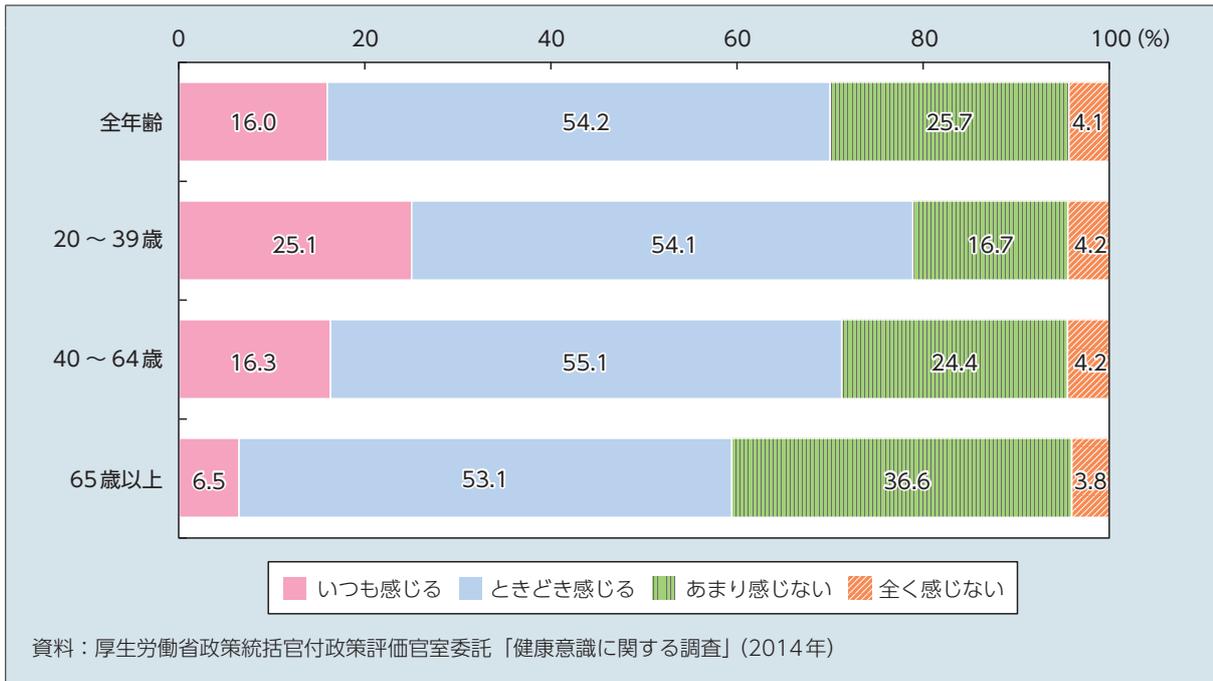
第1節でも述べたとおり、WHOによると、「健康」とは、「肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態にあること」と定義されている。しかしながら、最近、うつ病の患者が増加傾向にあるなど、精神的な健康を害している人が多いと言われている。また、少子高齢化や過疎化などの社会の変化に伴い、家族構成が変化し、地域のつながりが失われるなど、社会とのつながりを失って孤立する人も多いたとも言われている。本節では、「肉体的な健康」以外の精神的・社会的な側面から、健康意識について分析していく。

1 精神的健康

(1) ストレス

2014年厚生労働省委託調査では、不安や悩みを「いつも感じる」人と「ときどき感じる」人が合わせて70.2%に上る一方で、「全く感じない」人は4.1%に過ぎなかった。年齢別にみると、不安や悩みを「いつも感じる」と答えた人は、20～39歳で25.1%に上る一方、65歳以上では6.5%であり、若年層の方が高齢者よりも不安や悩みを感じているという結果になっている（[図表2-3-1](#)）。

図表 2-3-1 不安や悩みを感じることの有無

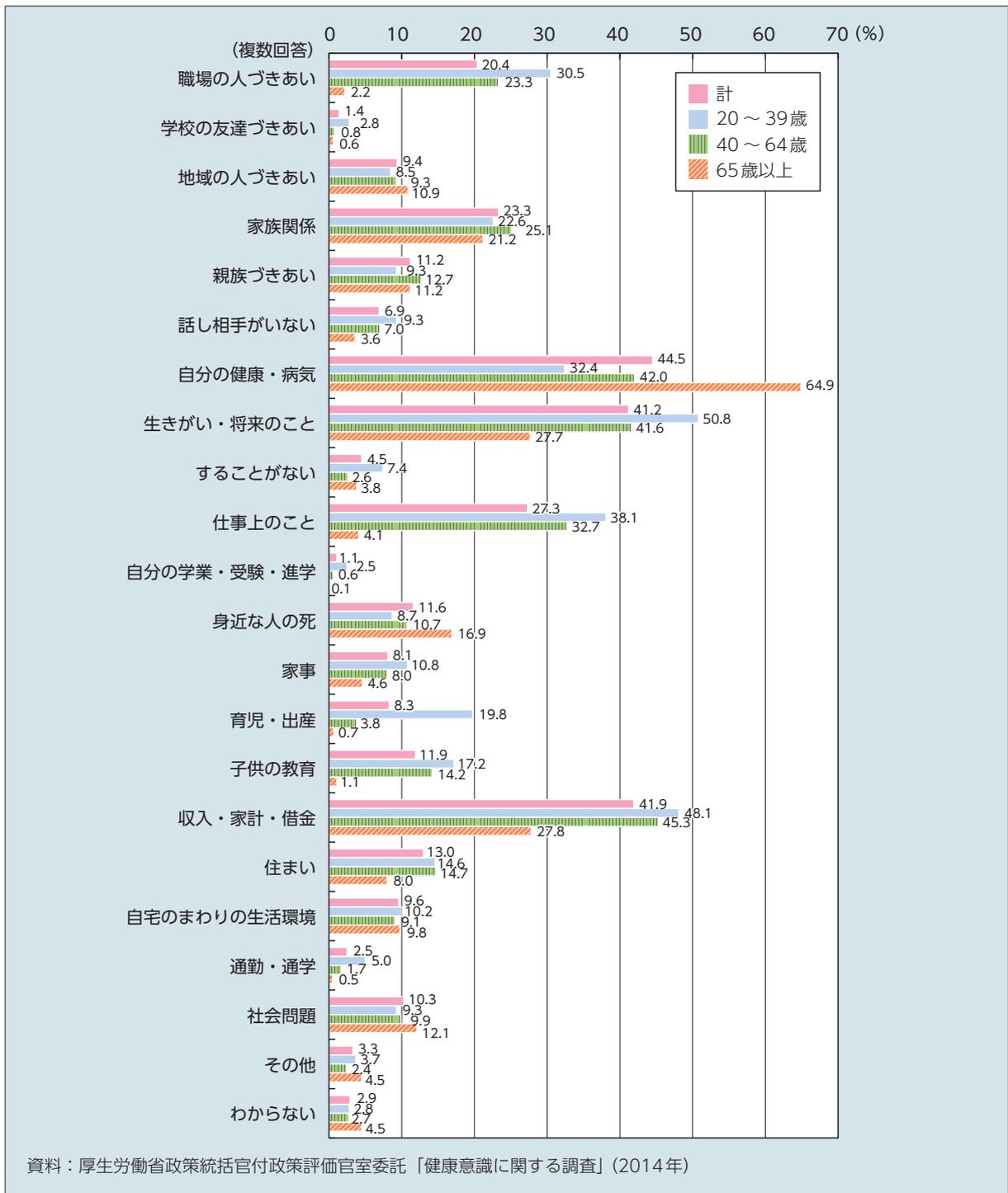


この調査では、不安や悩みの具体的な内容についても尋ねている。全体で見ると「自分の健康・病気」を選んだ人が44.5%で最も多く、次が「収入・家計・借金」で41.9%、「生きがい・将来のこと」が41.2%で、それ以外の選択肢に大きな差をつけていた。

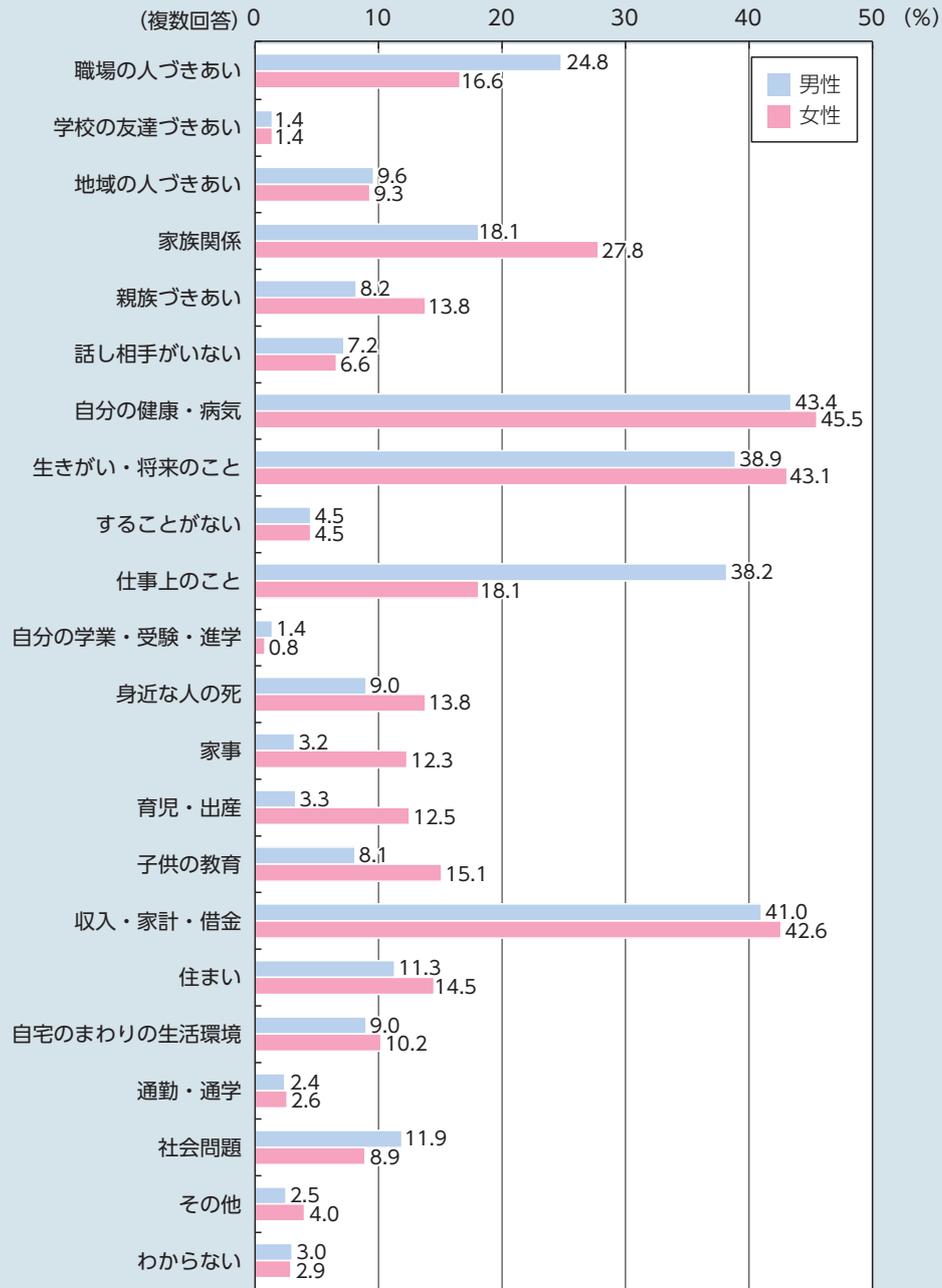
世代別に見ると、「自分の健康・病気」をあげた人は、20～39歳では32.4%であったが、年齢が上がるにつれて不安と回答する人の割合が増え、65歳以上では64.9%となっている。これとは対照的なのが「収入・家計・借金」と「生きがい・将来のこと」で、年齢が高くなるにつれて減っている。若い人の方が、当面の生活・やりくりとともに、いかに生きるか、これから自分はどんな人生を歩んでいくのかなどについて思い悩む一方で、年齢が高くなるにつれて、まずは自分の身体のことの方が不安になってくる傾向にあることがうかがえる。

性別に見ると、男性は「職場の人づきあい」「仕事上のこと」に悩む人が多い一方、女性は「家族関係」「家事」「育児・出産」をあげる人が比較的多い傾向にあった。特に、20～39歳と40～64歳の現役世代の男性では、「仕事上のこと」が悩みだと回答した人がそれぞれ5割近くを占め、同世代の女性や65歳以上の男性と比較して圧倒的に多くなっている。「職場の人づきあい」が悩みだと回答した人も、20～39歳の男性では35.7%となっているなど若い世代の方が多く、若年男性にとって、仕事や職場の人間関係が大きなストレス源となっていることがわかる（図表 2-3-2、図表 2-3-3）。

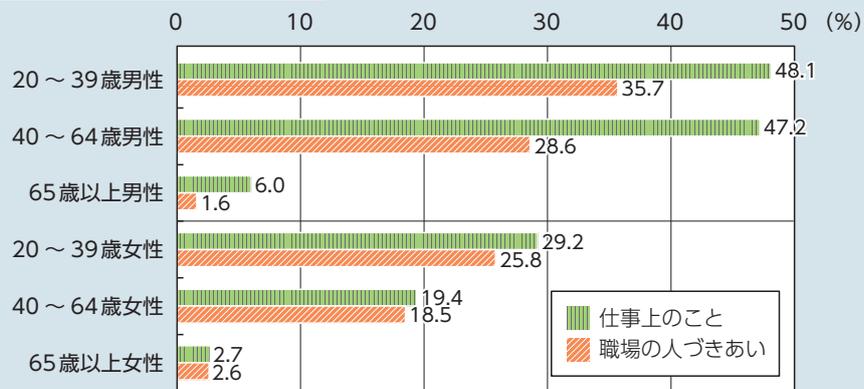
図表 2-3-2 不安や悩みの具体的な内容（世代別）



図表 2-3-3 不安や悩みの具体的な内容（性別）／仕事関係で悩む人の割合（世代別）



<仕事関係で悩む人の割合（世代別）>



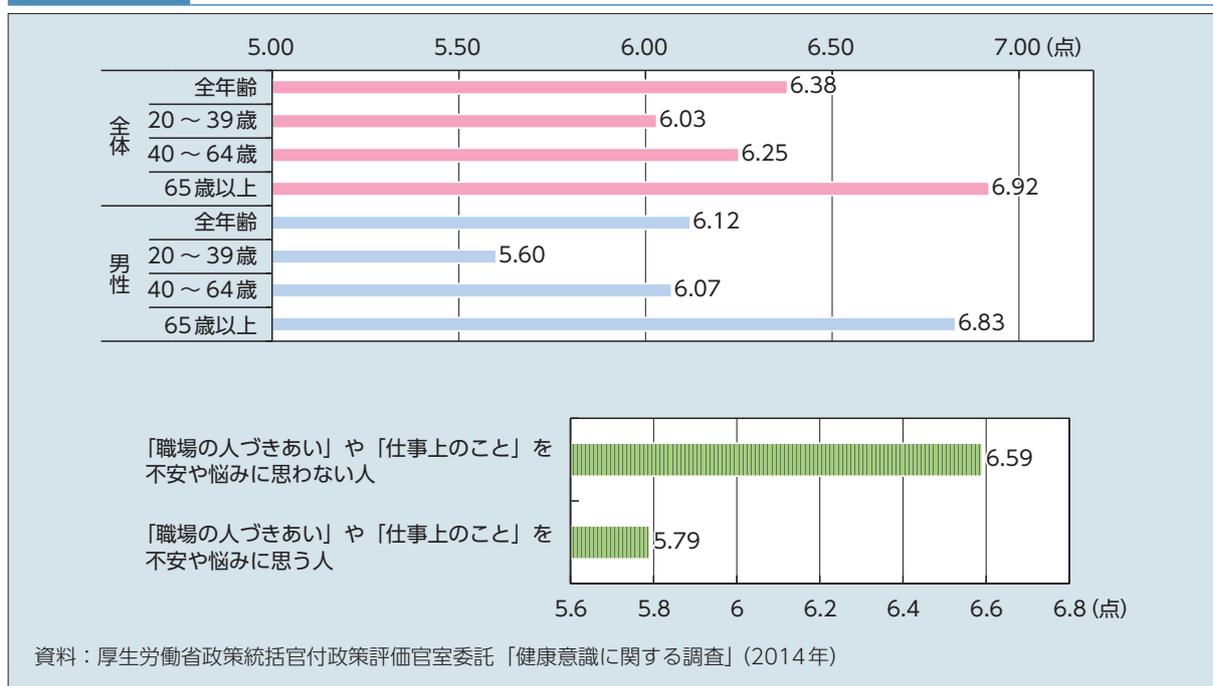
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」（2014年）

現在自分がどの程度幸せであるかを10点満点で尋ねたところ、その平均は6.38点であったが、性別に集計すると、男性が6.12点、女性が6.62点と男性の数字の方が低くなっていた。

世代別にみると、20～39歳が6.03点なのに対し、65歳以上で6.92点と高く、若い世代の方が幸福度が低い傾向にあった。特に、男性の場合、65歳以上の平均が6.83点なのに対し、20～39歳で5.60点、40～64歳で6.07点と、この傾向が顕著であった。

また、この世代は「職場の人づきあい」や「仕事上のこと」を不安や悩みに思う人が多いが、そのように答えた人の平均点は5.79点で、この選択肢を選ばなかった人の平均点は6.59点であった。このことも併せて考えると、仕事上のことをはじめとするストレスが、現役世代の幸福度を押し下げていると言えそうである（図表2-3-4）。

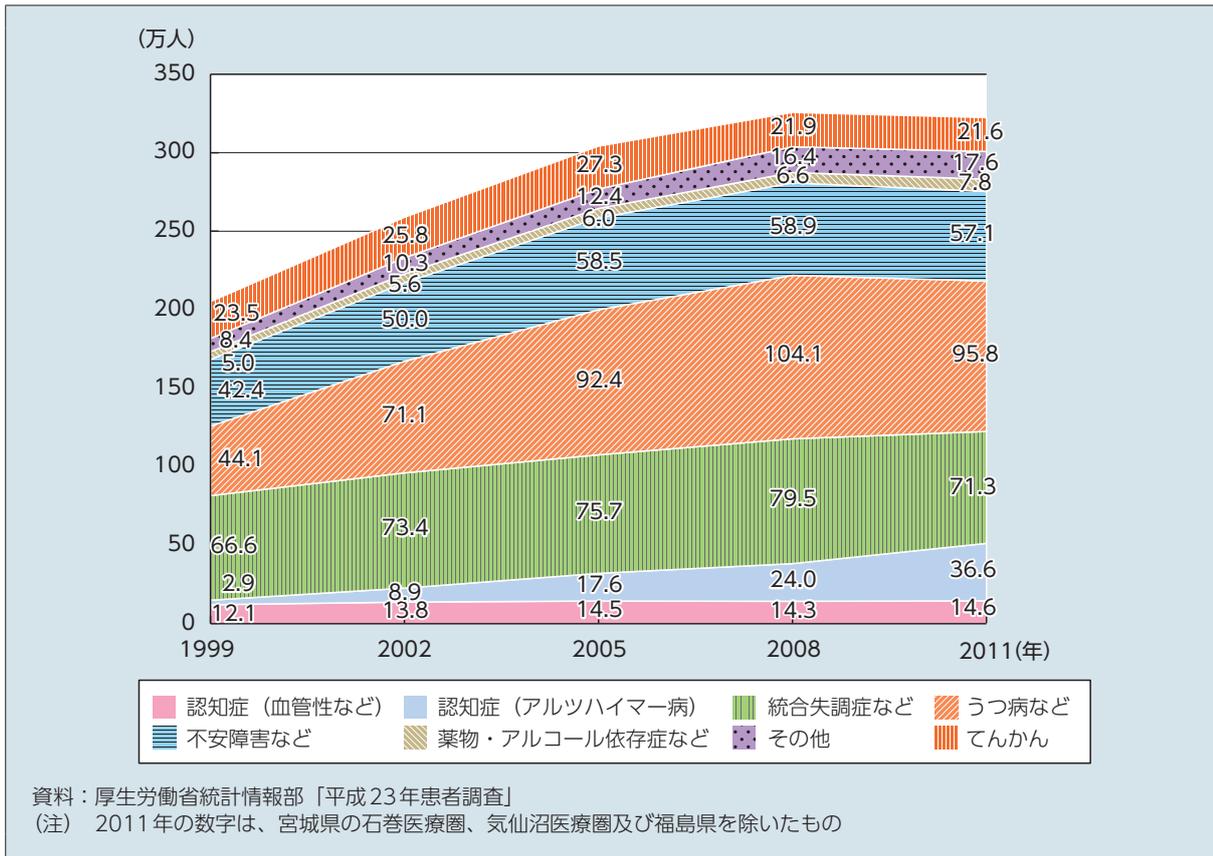
図表 2-3-4 幸福度の得点（世代別／職場関係の悩みの有無別）



(2) ストレスの先にあるもの～「うつ」

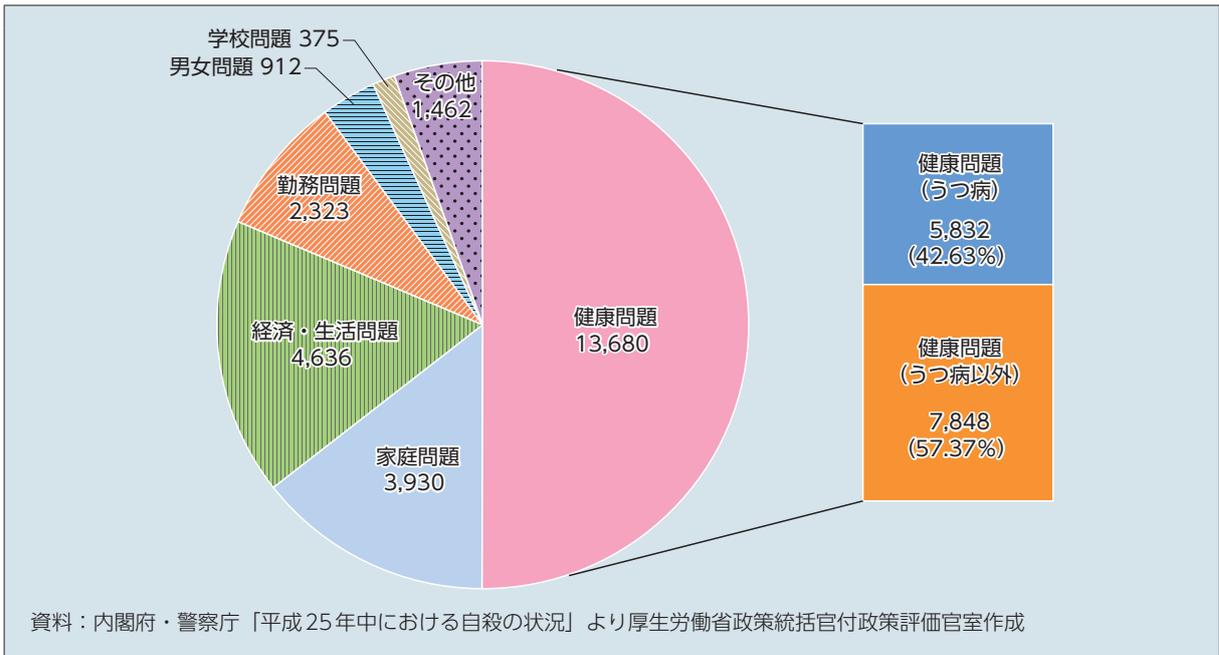
ストレスが蓄積されて引き起こされる病気の代表例に「うつ」がある。この病気は、脳のエネルギーが欠乏した状態であり、それによって憂うつな気分や意欲の低下といった心理的症状が続くだけでなく、様々な身体的な自覚症状を伴うもので、その原因は1つではなく、職場環境や家庭環境、人間関係などの様々な要因が結びついて発症する。うつを含む精神疾患全体の患者数は、近年大幅に増加しており、2011（平成23）年時点でも依然として300万人を超えている（図表2-3-5）。

図表 2-3-5 精神疾患の患者数の推移（医療機関に受診する患者の疾病別内訳）



うつは、自殺の原因の1つにもなっており、内閣府・警察庁の「平成25年中における自殺の状況」によると、年間自殺者数27,283人のうち、「病気の悩み・影響（うつ病）」を原因・動機とする人が5,832人であった。「病気の悩み・影響（うつ病）」を含む「健康問題」を自殺の原因・動機とする人は13,680人で、自殺の原因・動機の中で最も多く、年間自殺者数の約半数を占め、更にその4割以上が「病気の悩み・影響（うつ病）」であった（図表2-3-6）。また、「健康問題」を自殺の原因・動機とする人は、20代以上の全ての年代で最も多かった。

図表 2-3-6 自殺の原因・動機の割合



人口動態統計によると、20代及び30代の死因の第1位は自殺であるが（図表2-3-7）、その原因・動機について内閣府・警察庁の「平成25年中における自殺の状況」で見ると^{*13}、20代では、他の年代と異なり「勤務問題」が第2位となっている（図表2-3-8）。「仕事疲れ」「職場の人間関係」「仕事の失敗」を含む「勤務問題」以外にも20代の自殺の原因・動機として多いものには「経済・生活問題」のうちの「就職失敗」、「学校問題」のうちの「その他進路に関する悩み」など、「勤務問題」と関連の深いものが並び、これらと「病気の悩み・影響（うつ病）」も合わせると20代の自殺の約4割にも上る。20代をはじめとする若者にとって、仕事や仕事に関することが大きなストレス源になっていることがうかがえる（図表2-3-9）。

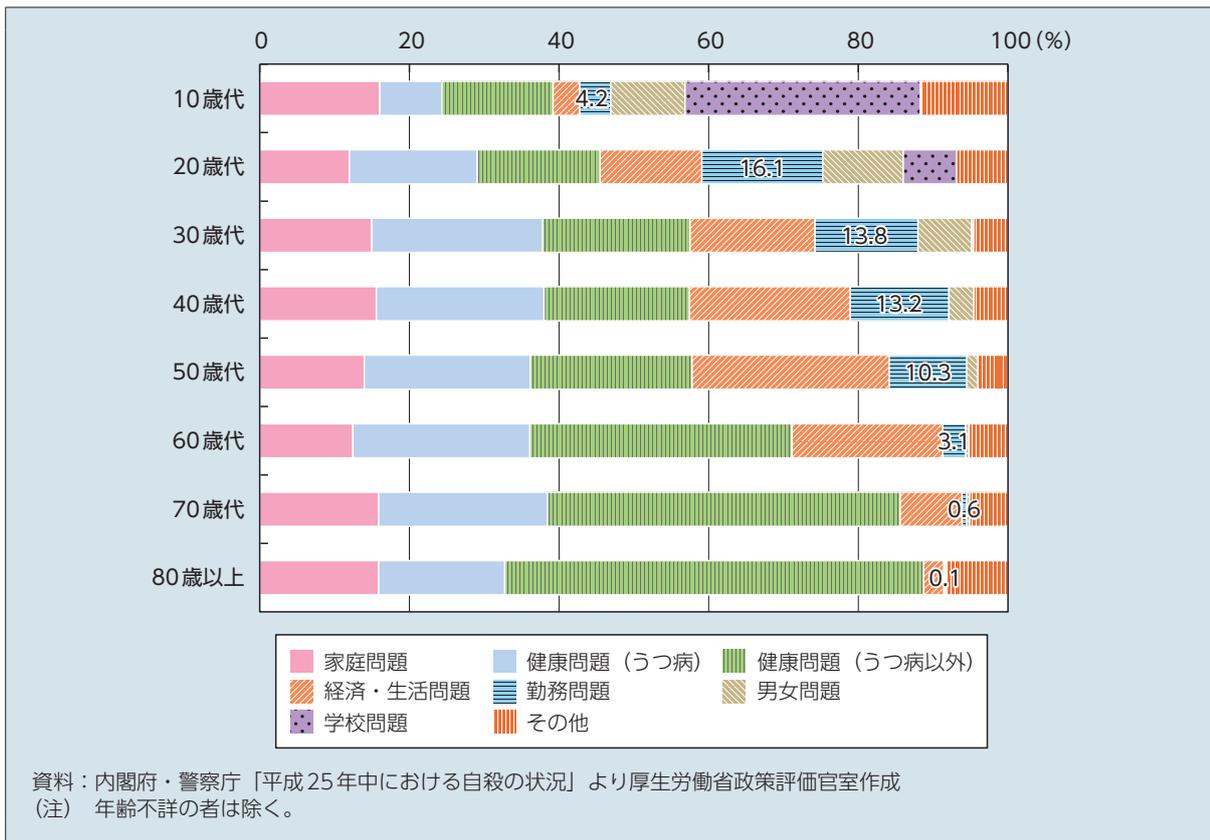
図表 2-3-7 現役世代の年代別の死因（上位5つ）

	1位	2位	3位	4位	5位
15 - 19歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	その他の新生物
20 - 24歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	先天奇形等
25 - 29歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
30 - 34歳	自殺	悪性新生物	不慮の事故	心疾患	脳血管疾患
35 - 39歳	自殺	悪性新生物	心疾患	不慮の事故	脳血管疾患
40 - 44歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患	不慮の事故
45 - 49歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患	不慮の事故
50 - 54歳	悪性新生物	心疾患	自殺	脳血管疾患	肝疾患
55 - 59歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺	不慮の事故
60 - 64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺	不慮の事故

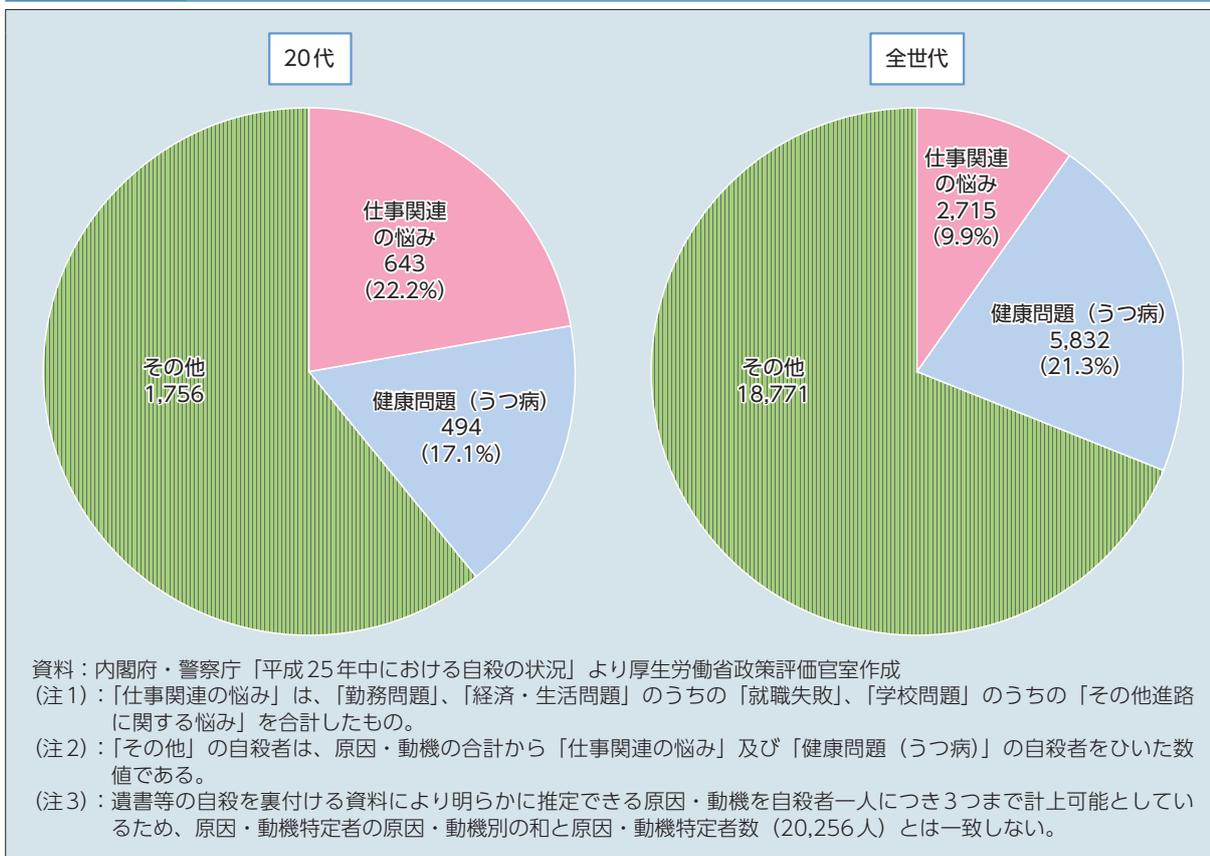
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成25年人口動態統計月報年計（概数）」

*13 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数（20,256人）とは一致しない。

図表 2-3-8 年代別の自殺の原因・動機



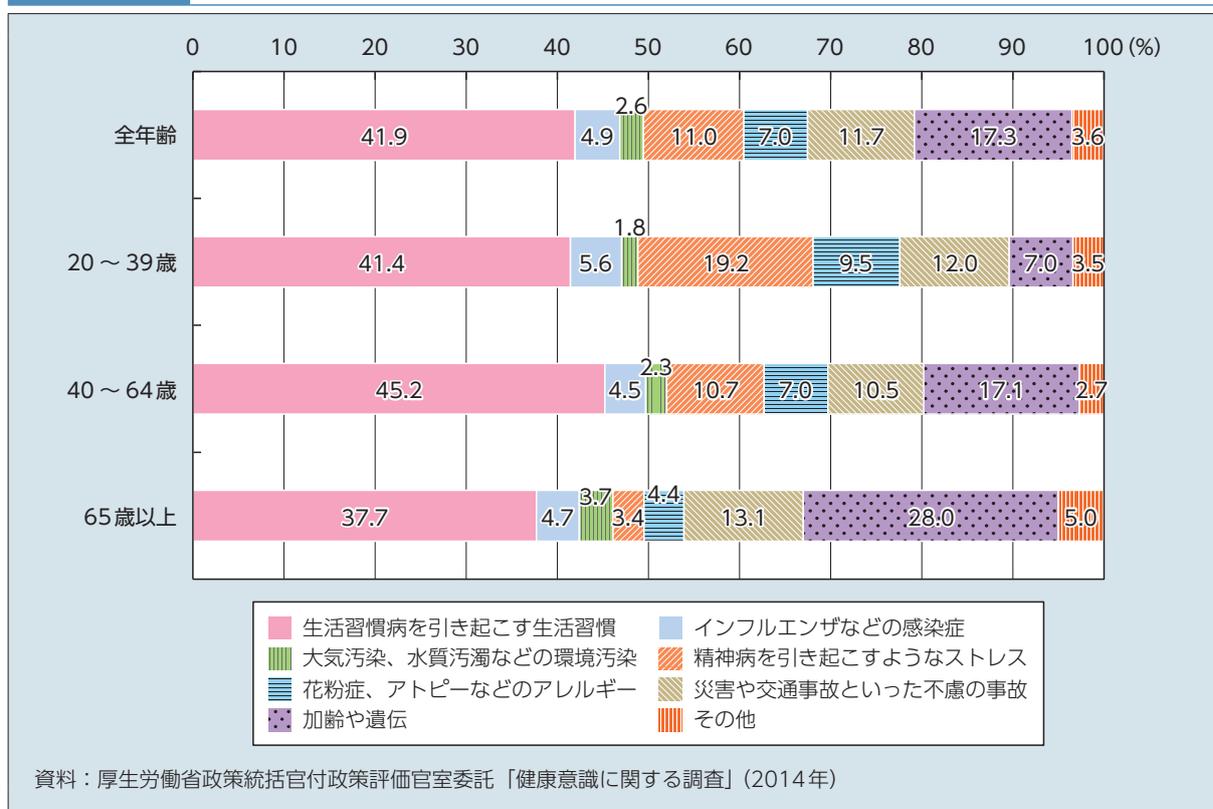
図表 2-3-9 仕事関連の悩み等を原因・動機とする自殺者の割合



2014年厚生労働省委託調査で、「健康にとって最もリスクとなること」を尋ねたところ、「精神病を引き起こすようなストレス」をあげた人が、20～39歳では19.2%と、他の世代よりも多かった（図表2-3-10）。「抱えている健康に関する不安の内容」を尋ねた際も20～39歳では「ストレスが溜まる・精神的に疲れる」と答えた人が男女とも5割を超えたのに対し、65歳以上ではその4分の1程度の割合の人しかいなかった（図表2-1-19参照）。若年層が多くストレスにさらされており、これを不安に感じているよううかがえる。

うつ以外にも、ストレスが多いと風邪などの感染症にかかりやすくなるなど、疾病の発症や進展に影響を与えることもあり、ストレスを溜め込まずに上手につきあっていくことが必要である。

図表2-3-10 健康にとって最もリスクとなること（世代別）



(3) 労働とストレス

以上のように、若い世代にとって、「精神病を引き起こすようなストレス」が大きなりリスク要因と考えられていることがわかった。特に、現役世代は仕事や職場の人間関係に大きなストレスを感じており、職場でのストレスを軽減することが重要である。では、実際に職場での精神的なストレスはどの程度なのだろうか。

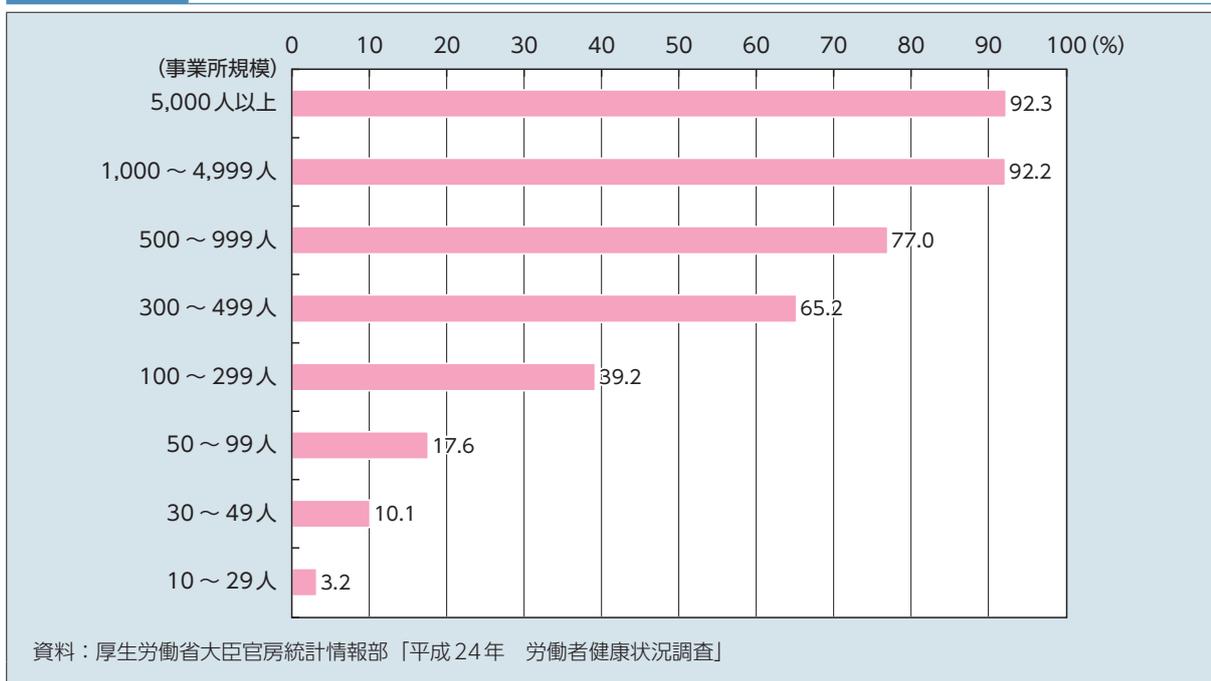
現在の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスを感じている人は、2012（平成24）年時点で働く人の6割にも上っており、その理由としては「職場の人間関係の問題」をあげる人が最も多い（図表2-3-11）。また、メンタルヘルス上の理由により過去1年間以内に1か月以上の休職者又は退職者がいる事業所は、全事業所の8.1%に過ぎないが、事業所の規模が大きくなると、メンタルヘルス上の理由により休職又は退職する人がいる割合は高くなる。例えば、100～299人の事業所では39.2%、300～499人

の事業所では65.2%に上っている（図表2-3-12）。

図表2-3-11 仕事や職業生活に関する不安・悩み・ストレスの内容



図表2-3-12 過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1ヶ月以上休職又は退職した労働者がいる事業所の割合



さらに、2012年度の精神障害を理由とする労災の請求件数は1,257件、支給決定件数は475件（前年度比150件の増）で、支給決定件数は過去最多であった（図表2-3-13）。

図表2-3-13 精神障害に係る労災請求・決定件数の推移



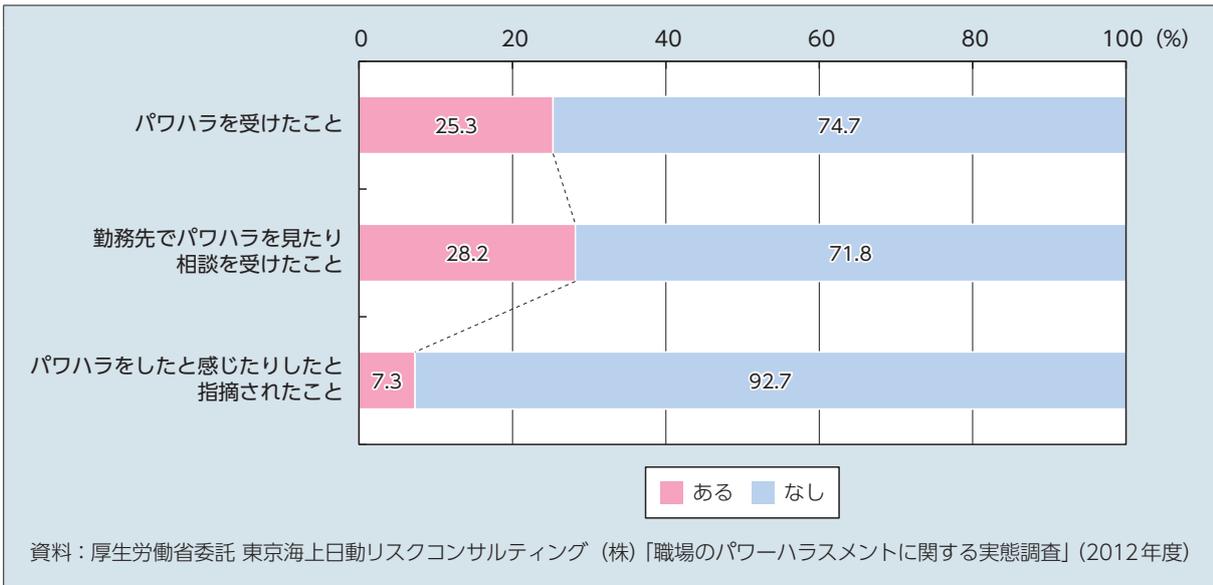
長時間労働や職場のパワーハラスメント^{*14}（いわゆる「パワハラ」）などもあり、多くの労働者が、仕事に関連するストレスを感じており、特にパワハラについては、労働者のおよそ4人に1人が過去3年間でパワハラを受けたと感じている（図表2-3-14）。

パワハラは労働者の尊厳や人格を傷つけるのみならず、職場環境を悪化させるものである。こうした問題を放置すれば、労働者は仕事への意欲や自信を失うのみならず、時には心身の健康や命すら危険にさらされる場合もあるため、パワハラをなくしていくことが求められている。また、パワハラは職場の生産性を低下させるなど、企業にとっても損失が大きいと言われており、改善が必要である（図表2-3-15）。

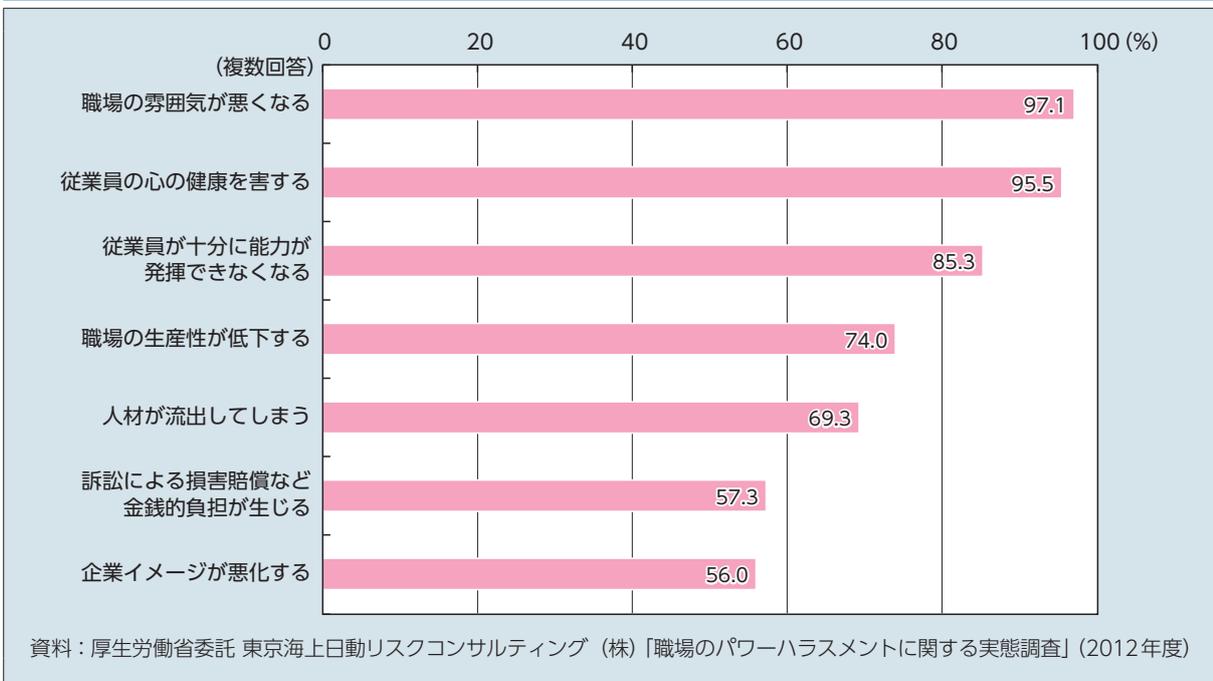
パワハラが発生している職場は、上司と部下のコミュニケーションが少ない、残業が多い、休みが取りにくい、失敗が許されないなどの特徴がある（図表2-3-16）。パワハラをなくすためには、職場におけるコミュニケーションの活性化や、職場環境を疲労・ストレスの少ないものに改善することなどが必要である。

*14 「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいう。」とされる（平成24年1月30日「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ」報告）

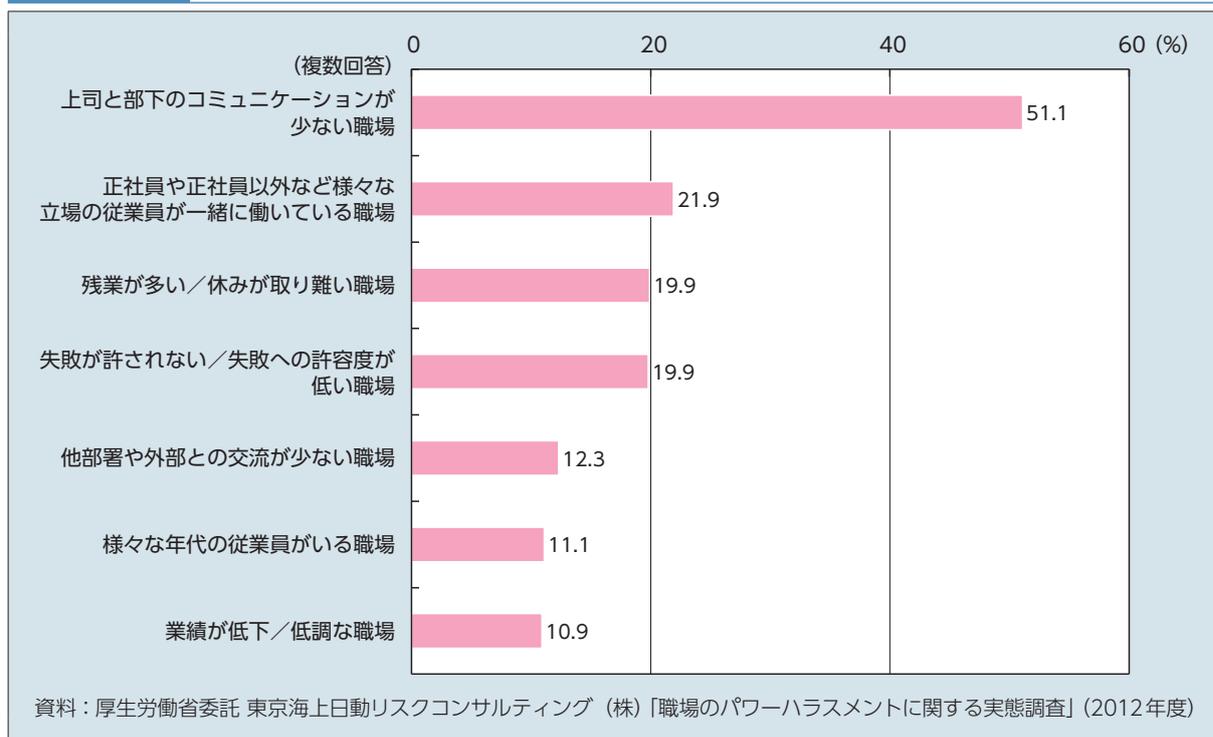
図表 2-3-14 パワーハラスメントについての過去3年間での経験の有無



図表 2-3-15 パワーハラスメントが企業にもたらす損失



図表2-3-16 パワーハラスメントが発生している職場の特徴

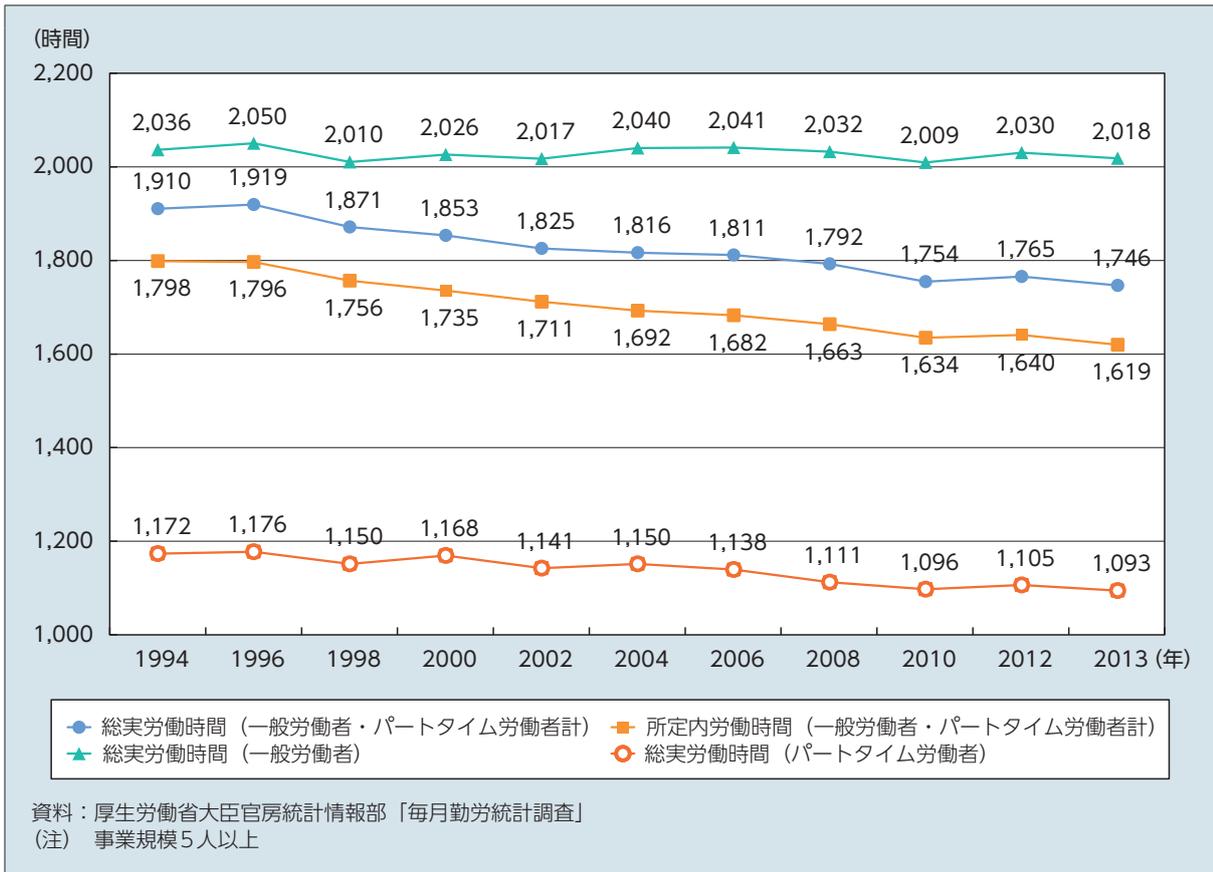


長時間労働は、うつのみならず脳・心臓疾患を発症するリスクが高まることが医学的に知られており、労働者の疲労を蓄積させないような措置が求められる。

我が国の労働時間についてみると、労働時間の比較的短いパートタイム労働者の増加等によって、就業形態計の総実労働時間は減少傾向にあるが、一般労働者の労働時間はおおむね横ばいで推移している。このほか、労働基準法の改正による法定労働時間の週48時間から週40時間への短縮や、週休2日制の普及などもあり、所定内労働時間も減少傾向にある（図表2-3-17）。

特に近年、我が国では労働時間が二極化し、長時間労働者の間で仕事と育児・介護の両立が難しいなどの問題が生じており、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）が重要となっている。仕事と家庭や地域生活などの調和を図ることで、働く人々の心身の健康が保持され、家族や友人と充実した時間などが持てる、豊かな生活を実現できるとともに、各人のライフステージに応じた多様なライフスタイルを実現することができる。

図表2-3-17 労働者1人平均年間労働時間の推移



(4) ストレス解消法

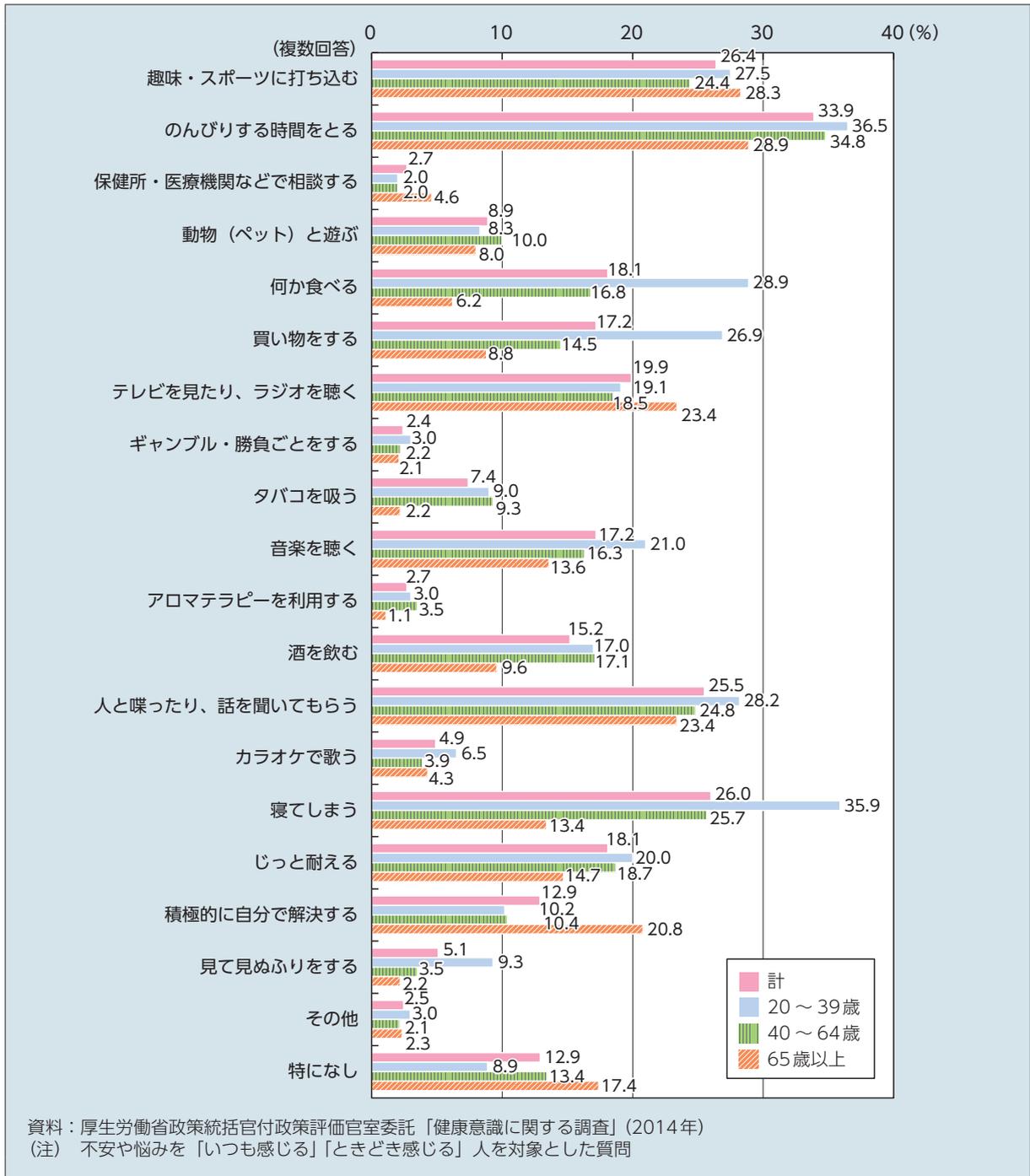
では、ストレスが溜まった人はどのようにして解消させているのか。

2014年厚生労働省委託調査では、不安や悩みを「いつも感じる」人や「ときどき感じる」とした人（図表2-3-1参照）に不安や悩みがあったときの行動について当てはまるものをいくつでも選んでもらったところ、「のんびりとする時間をとる」を選んだ人が性別・年齢を問わず最も多く33.9%であった。

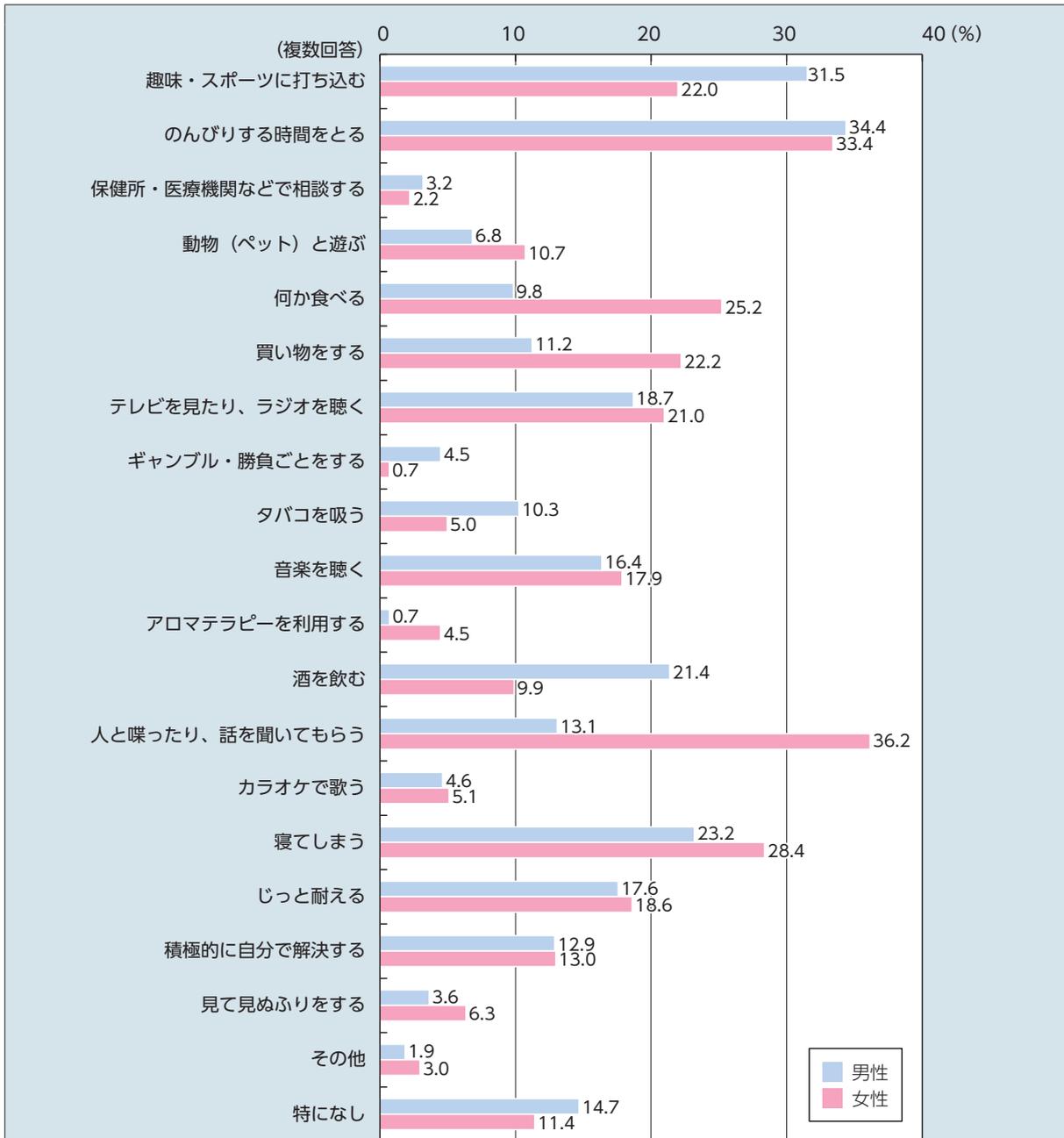
これ以外の選択肢については、年齢や性別により違いが見られた。全体で2番目に多かったのは「趣味・スポーツに打ち込む」の26.4%であるが、男性の31.5%がこれをあげた一方で、女性では22.0%にとどまった。全体で3番目は「寝てしまう」の26.0%であったが、これをあげた人は世代によってばらつきがあり、20～39歳では35.9%があげているが、65歳以上では13.4%があげたに過ぎなかった。4番目に多かったのが「人としゃべったり、話を聞いてもらう」であったが、女性の36.2%がこの選択肢をあげる一方、男性では13.1%にとどまった（図表2-3-18、図表2-3-19）。

その他の選択肢は、いずれも全体で見ると20%に満たなかったが、「何か食べる」「買い物をする」では男性より女性が多い一方で、「酒を飲む」「タバコを吸う」を選んだのは男性の方が多いなどの特徴が見られた。女性が人としゃべったり買い物をしてストレスを解消していくのに対し、男性は趣味・スポーツ・飲酒などで解消していくような傾向が見受けられる（図表2-3-19）。

図表2-3-18 不安や悩みがあったときにすること（世代別）



図表 2-3-19 不安や悩みがあったときにすること（性別）

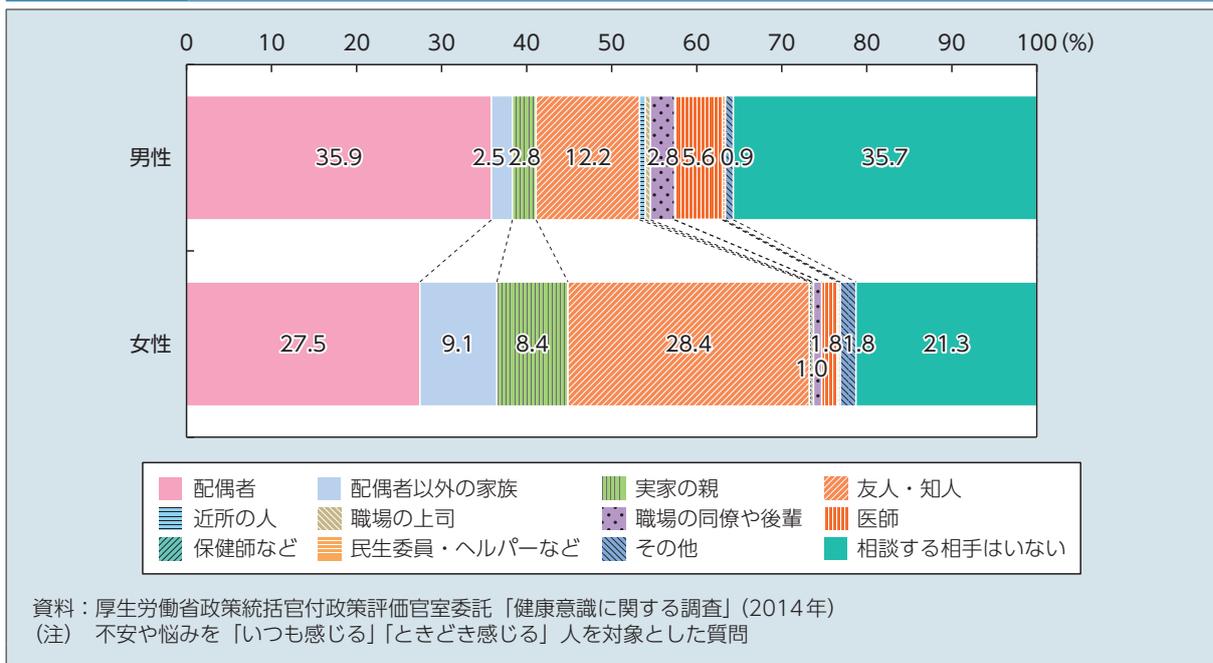


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」（2014年）
 (注) 不安や悩みを「いつも感じる」「ときどき感じる」人を対象とした質問

この調査では、更に「不安や悩みを誰に相談するか」を尋ねているが、ここでも男女で違いが表れている。すなわち、女性では「友人・知人」に相談すると答えた人が最も多く28.4%、次に「配偶者」の27.5%で、「相談する相手がない」と答えた人は21.3%であったのに対して、男性では「配偶者」の35.9%が第1位で、第2位は僅差で「相談する相手がない」の35.7%、「友人・知人」と答えた人は12.2%に過ぎなかった（図表 2-3-20）。

女性が、配偶者以外の友人・知人にも悩みを相談することが多いのに対して、男性は配偶者以外に相談する相手がないことが多い、という状況がうかがえる。

図表2-3-20 不安や悩みを相談する相手



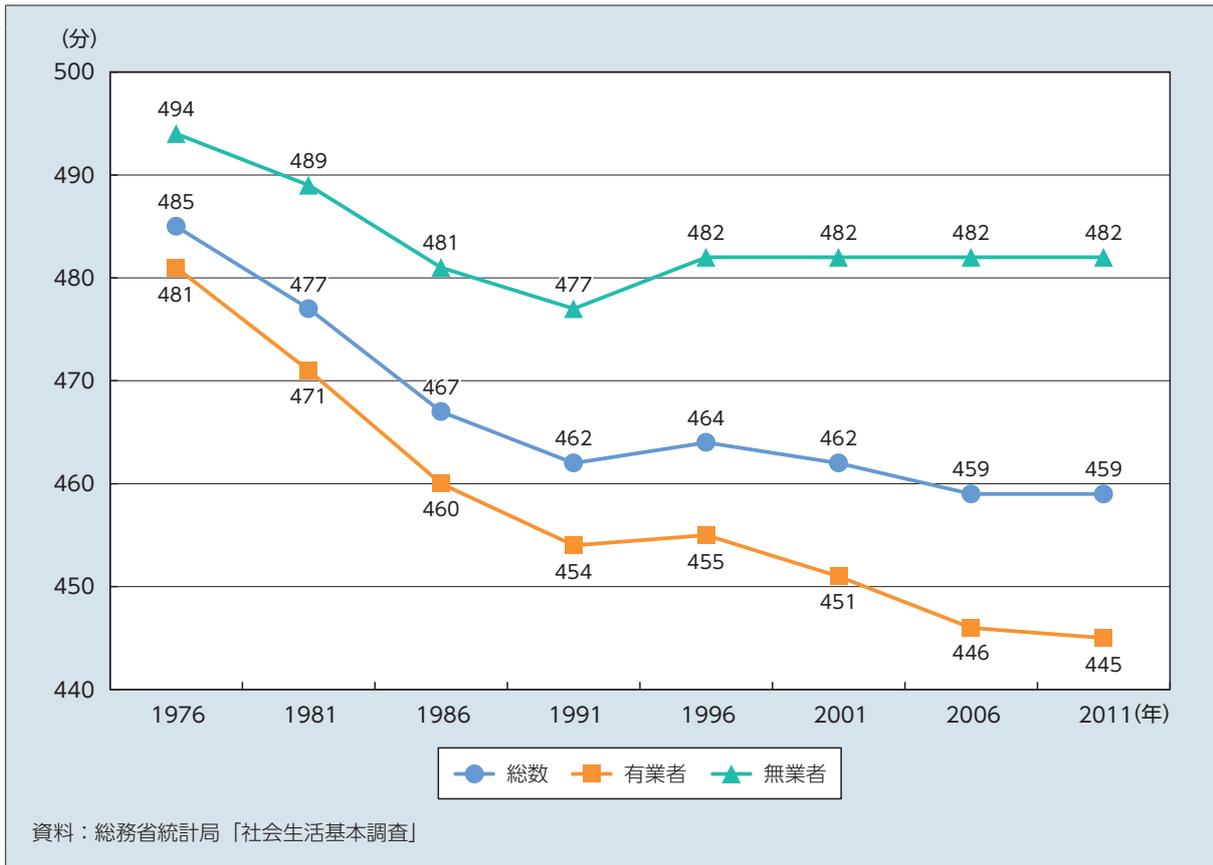
(5) 睡眠

不安や悩みがあったときどうするかという先の質問に対し、現役世代では、「寝てしまう」と答えた人の割合が多かった。

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断力を鈍らせるなど、生活の質に大きく影響するとともに、こころの病気の一症状として表れることも多い。また、質の悪い睡眠は生活習慣病のリスクを高め、かつ症状を悪化させるとも言われており、睡眠は現役世代のみならず全ての人にとって極めて重要である。では、このような睡眠のための時間はどうなっているのだろうか。

2011（平成23）年に総務省が行った「社会生活基本調査」では、15歳以上の人の1日の平均睡眠時間は、7時間39分で、長期的に見て睡眠時間は短くなる傾向にある（図表2-3-21）。

図表2-3-21 平均睡眠時間の推移（15歳以上）



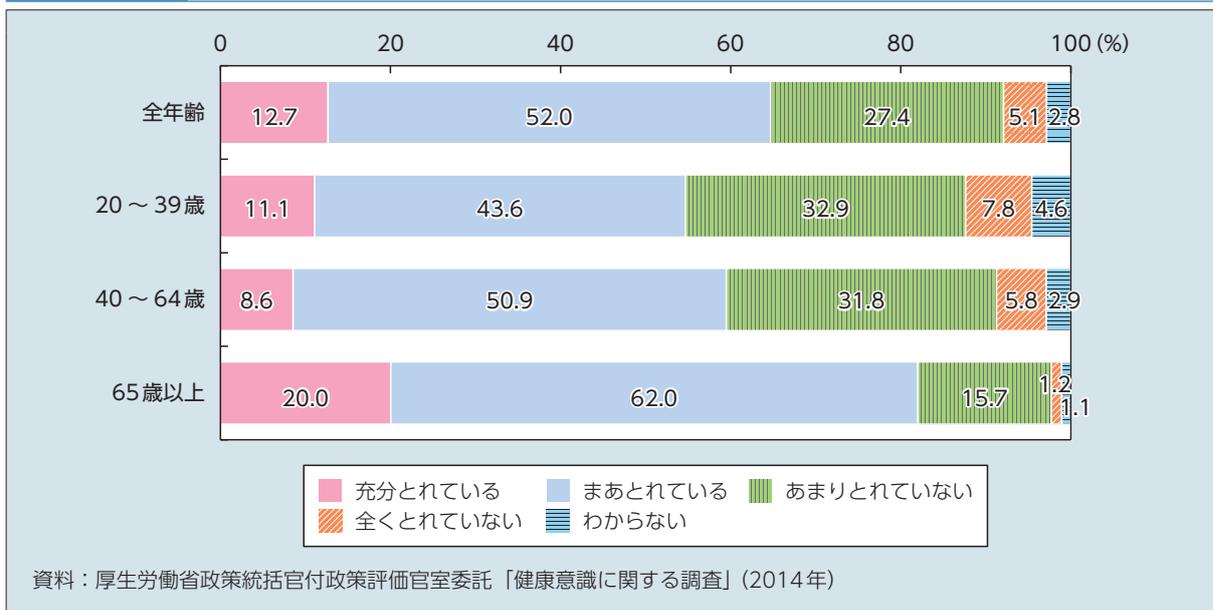
また諸外国と比較したところ、我が国の睡眠時間が短いという結果になっている（図表2-3-22）。

図表2-3-22 睡眠時間の国際比較



2014年厚生労働省委託調査では、「いつもとっている睡眠で休養が充分とれているか」という問いに対して、「充分にとれている」「まあとれている」と答えた人が合わせて64.7%であり、65歳以上では8割を超えていた。これに対し、20～39歳では40%あまりの人が「全くとれていない」「あまりとれていない」としており、現役世代の睡眠が足りていない様子がうかがえる（図表2-3-23）。

図表2-3-23 普段の睡眠で休養が十分とれているか



(6) 休日・余暇

先に述べたように、不安や悩みがあったときに、多くの人は「のんびりとする時間をとる」ことでこれを解消しようとするのがわかった。

とはいえ、単にのんびりすることだけが「休養」なのではない。「休養」には、仕事や活動によって生じた心身の疲労を回復し、元の活力ある状態に戻すという側面だけではなく、明日に向かっての鋭気を養い、身体的、精神的、社会的な健康能力を高めるという側面があることにも留意が必要である。

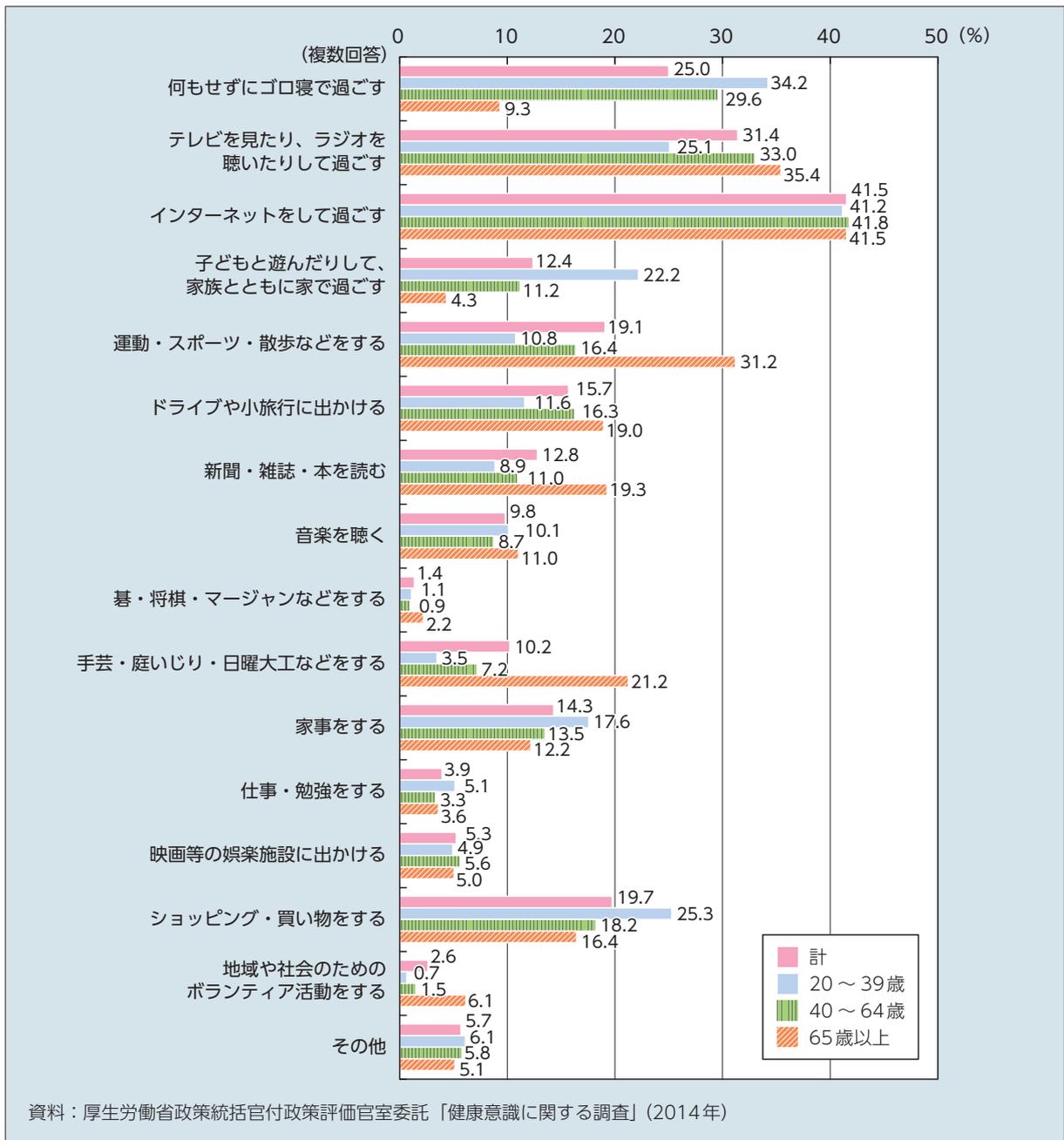
では、このような多面的な意義を有する休日を、人はどのように過ごそうと考えているのか。「休日をどのように過ごしているか」、また「もっと休みがとれたらどのように過ごしたいか」について聞いてみた。

まず、どのように過ごしているかについては、「インターネットをして過ごす」と答えた人が41.5%で最も多く、次が「テレビを見たりラジオを聴いたりして過ごす」の31.4%、「何もせずにゴロ寝で過ごす」が25.0%で第3位だった（**図表2-3-24**）。

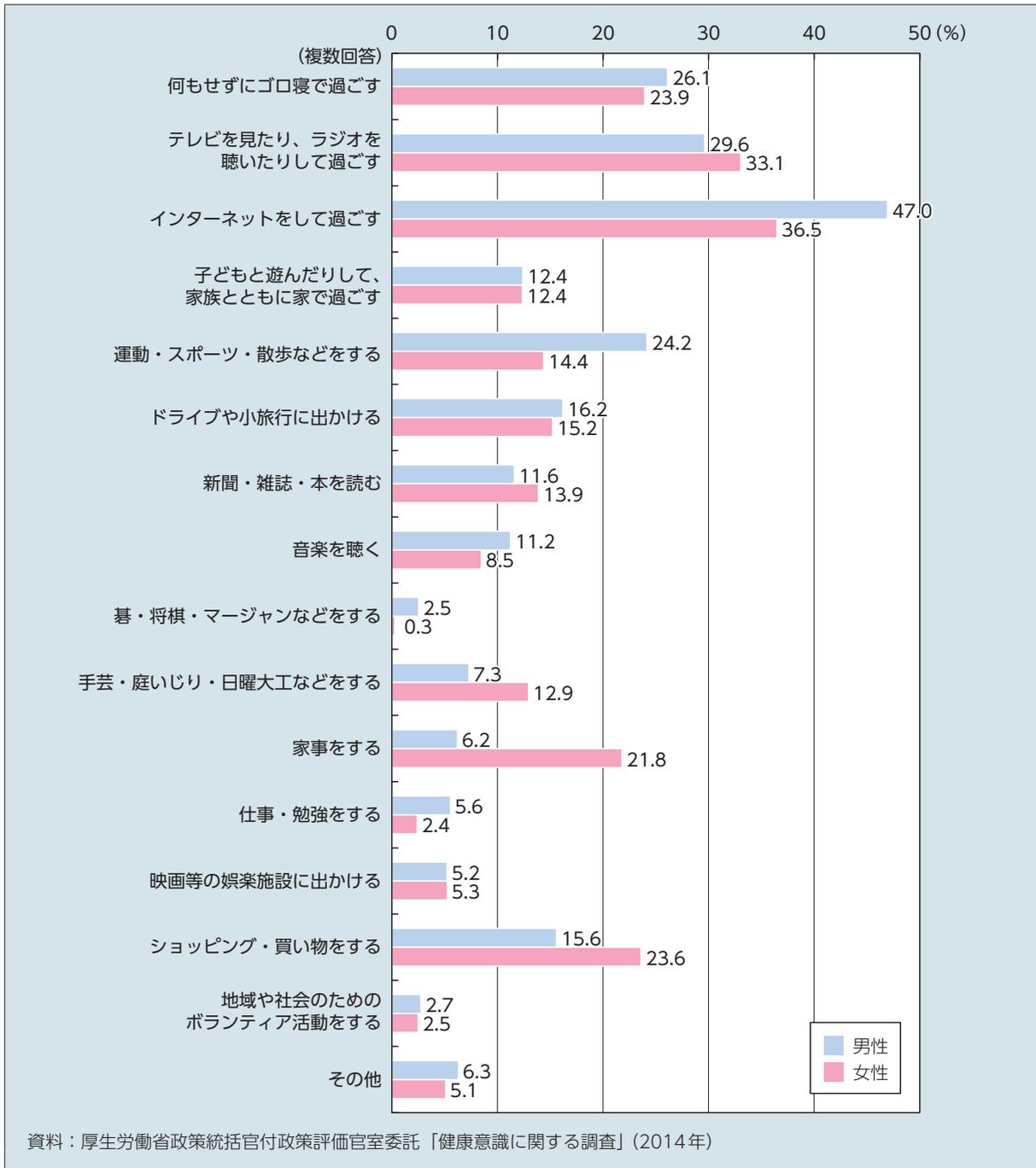
性別で見ると、「インターネットをして過ごす」は男性で47.0%、女性で36.5%と差はあったものの、男女ともに1位だった。それ以外の項目で性別によって差が大きい項目を見ると、男性では「運動・スポーツ・散歩などをする」が多く、女性では「家事をする」「ショッピング・買い物をする」が多かった（**図表2-3-25**）。

この質問については、世代ごとにばらつきの大い回答もあり、20～39歳では「何もせずにゴロ寝」「子供と遊んだりして家族とともに家で過ごす」と答えた人が多い一方で、65歳以上では「運動・スポーツ・散歩」「新聞・雑誌・本を読む」「手芸・庭いじり・日曜大工をする」をあげる人が多かった。若い世代が疲労回復や家庭での時間を重視している一方、高齢者はより活動的に趣味を楽しんだり教養を深めることを重視しているよううかがえる（**図表2-3-24**）。

図表2-3-24 実際の休日の過ごし方（世代別）



図表 2-3-25 実際の休日の過ごし方（性別）



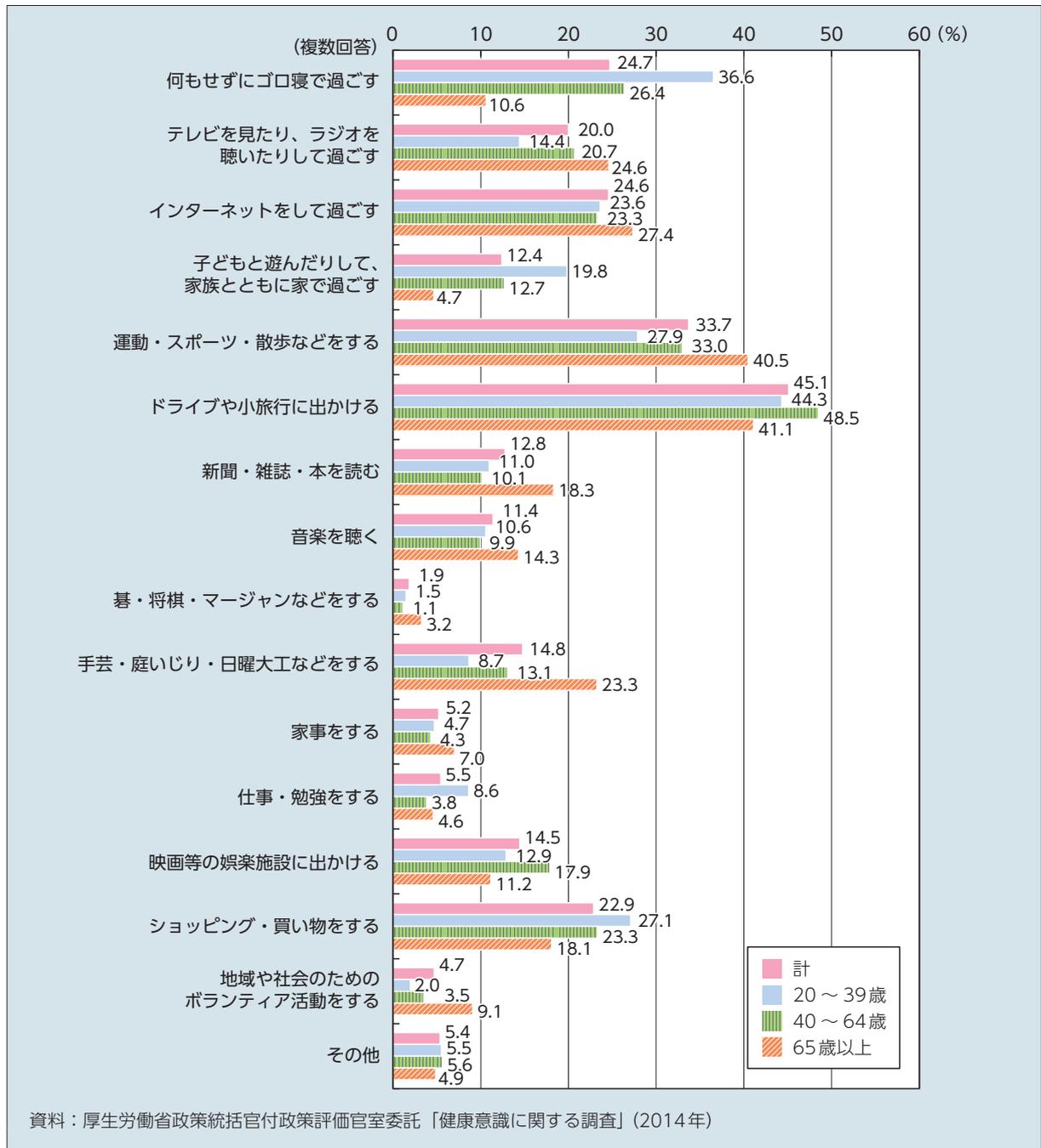
また、「もっと休みがとれた場合にどう過ごしたいか」については、「ドライブや小旅行に出かける」と答えた人が45.1%で最も多く、全ての世代から幅広い支持を集めていた。次が「運動・スポーツ・散歩などをする」で33.7%、第3位が「何もせずにゴロ寝で過ごす」で24.7%だった（図表 2-3-26）。

世代間による差の大きい項目は、実際の過ごし方を尋ねたときほど大きくはなかったものの、20～39歳の人々が「何もせずにゴロ寝で過ごす」「ショッピング・買い物をする」や「子どもと遊んだりして、家族とともに家で過ごす」が多く、65歳以上の人々が「手芸・庭いじり・日曜大工などをする」「運動・スポーツ・散歩などをする」が多い傾向にあった（図表 2-3-26）。

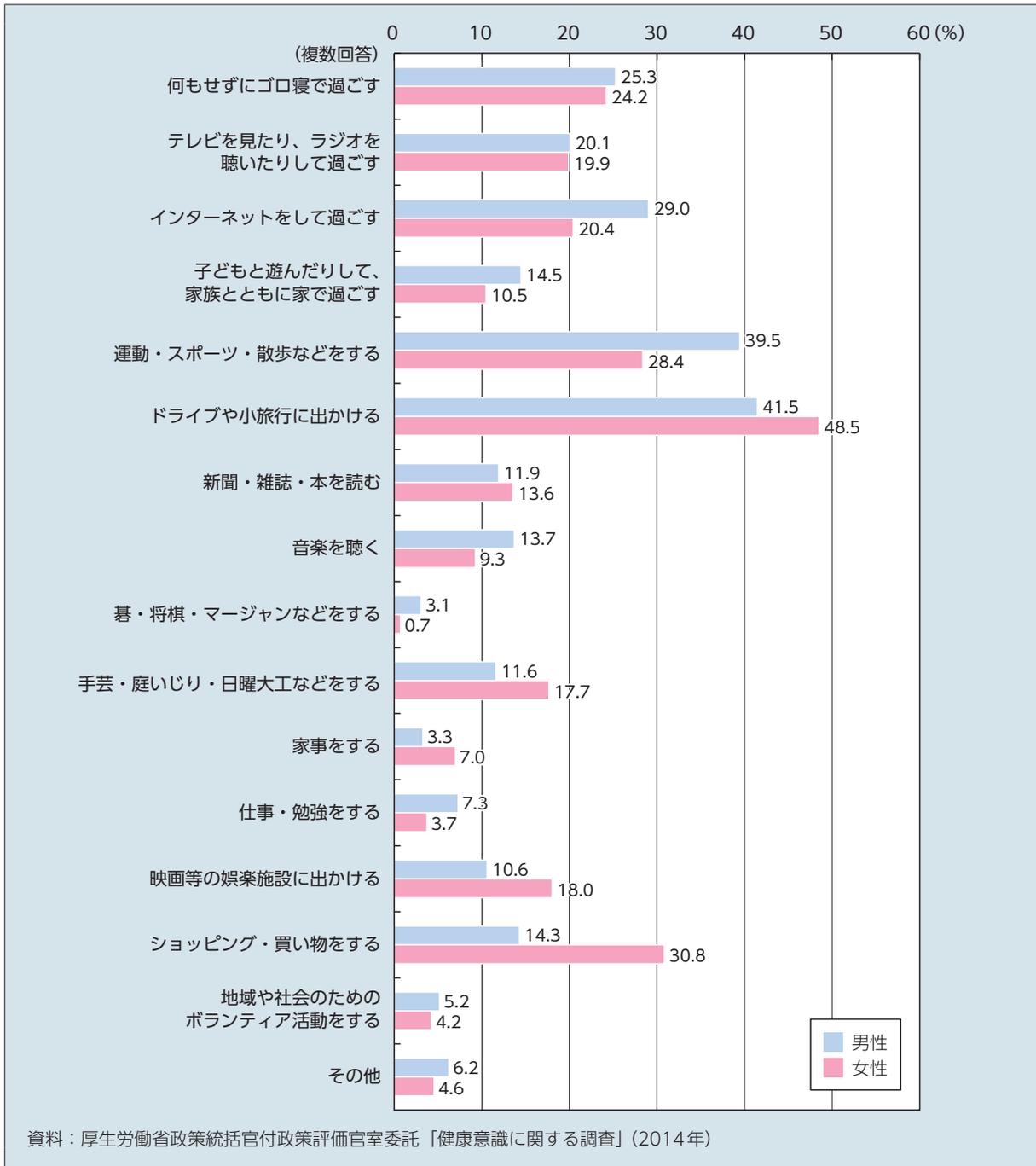
性別による差が大きい項目を見ると、男性の方が「運動・スポーツ・散歩などをする」「インターネットをして過ごす」を選んだ人の割合が高い一方で、女性は「ショッピン

グ・買い物をする」「映画等の娯楽施設に出かける」を選んだ人の割合が高かった。特に「ショッピング・買い物をする」を選んだ女性は30.8%で、男性の倍以上だった（図表2-3-27）。

図表2-3-26 もっと休みが取れた場合の休日の過ごし方(世代別)

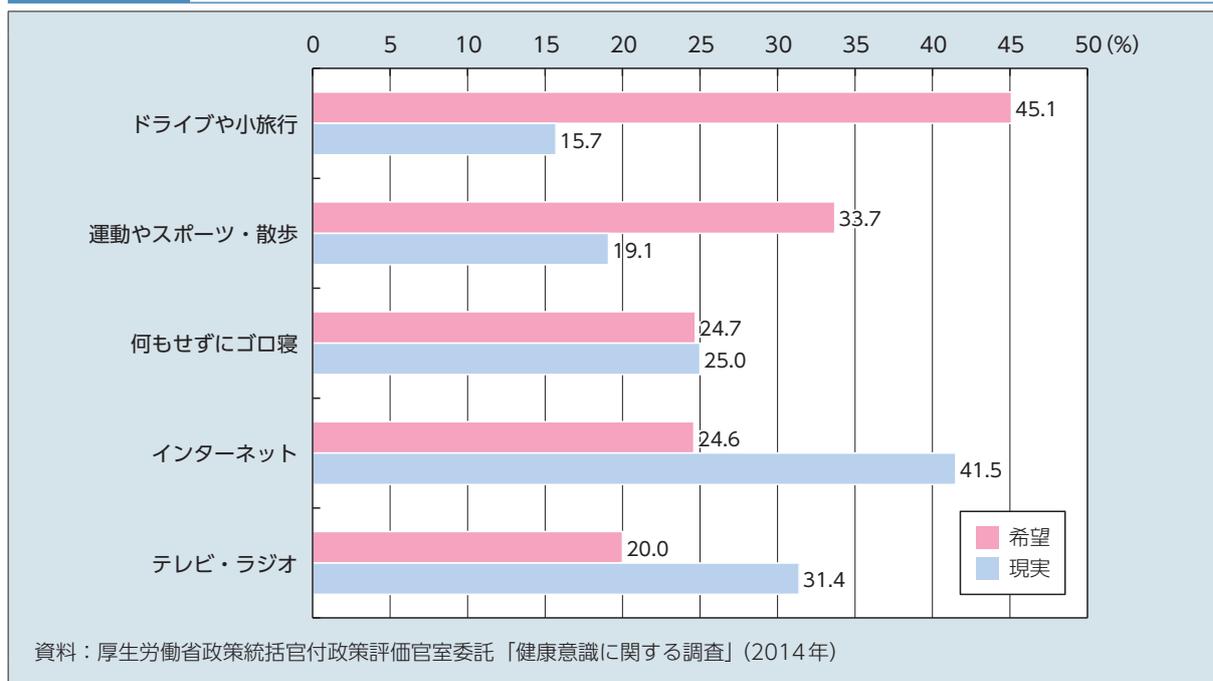


図表 2-3-27 もっと休みが取れた場合の休日の過ごし方（性別）



現実の過ごし方と希望する過ごし方とを比較すると、希望としてはドライブや小旅行、運動やスポーツ・散歩など積極的に「外」に出たいと願いつつも、現実にはインターネット、テレビ・ラジオなど家の「中」で過ごしている人が多いようだ（図表 2-3-28）。また、若い世代では、「何もせずゴロ寝」を希望する人が「ドライブや小旅行」に次いで多く、希望・現実ともに「何もせずにゴロ寝」とする人の割合が高かった。若い世代の方が、日頃の疲労度が高いことがうかがえる。

図表2-3-28 休日の過ごし方について理想と現実の乖離



2 社会状況の変化と社会的な健康

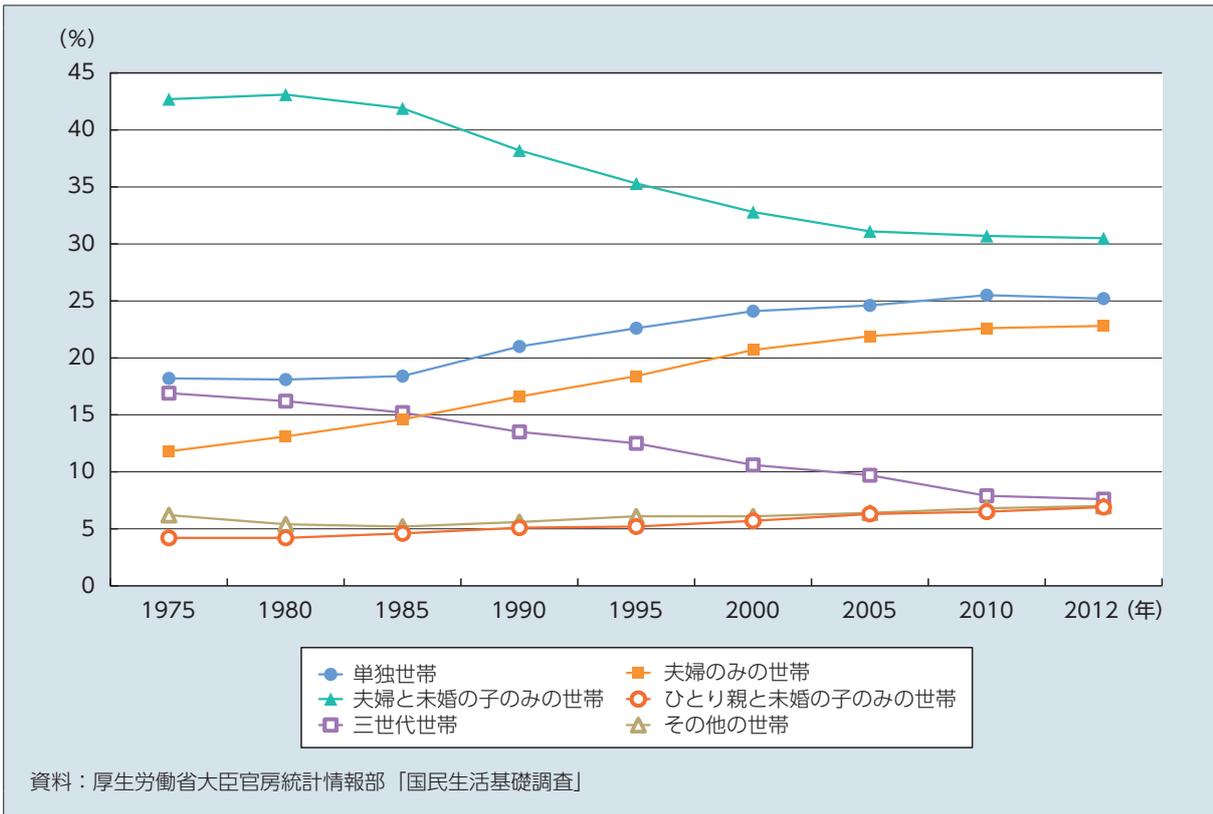
WHOは、「健康」について、身体的な面や精神的な面以外にも、社会的な面があるとしている。何が「社会的」なものであるかについて定義されているわけではないものの、近年、社会的に孤立する人が増えていると言われていることも踏まえ、この点についても考えてみたい。

(1) 「つながり」の希薄化

1 家族のつながり

第2次世界大戦後、高度経済成長を迎えた我が国では、多くの若者が、就職や進学のために都市に移動していくようになり、そこで新しい家族を形成していった。家族構成も核家族が主流となり、1世帯当たりの平均人員は、1953（昭和28）年には5.00であったものが、2010（平成22）年には2.59にまで減少している。近年では高齢化や非婚化によって単身世帯の割合も増加している（図表2-3-29）。

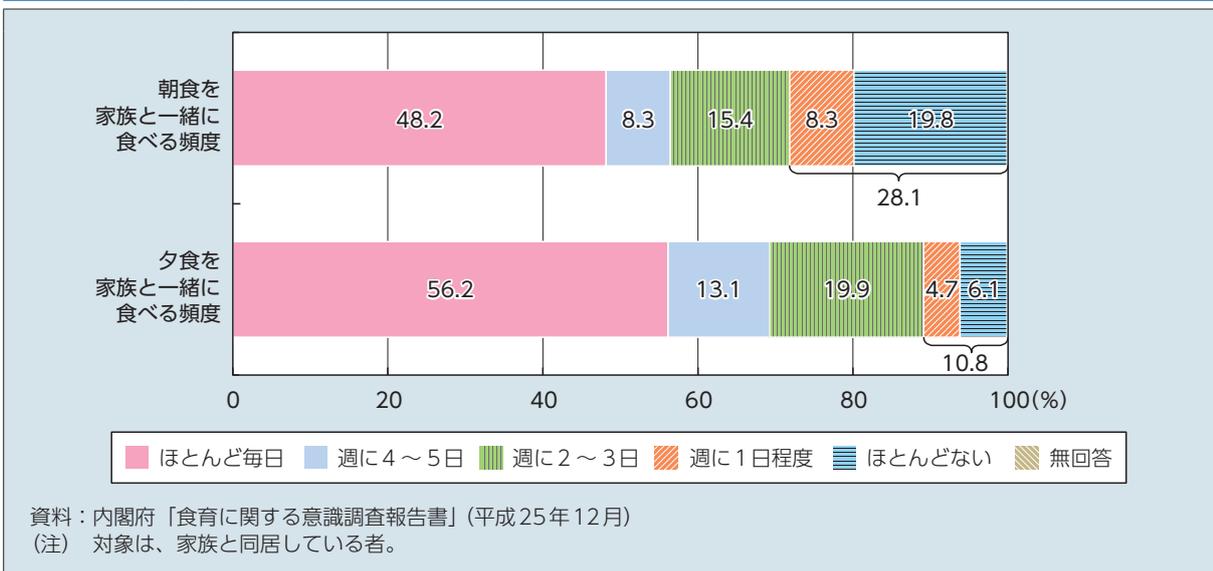
図表 2-3-29 世帯構造別にみた世帯数の構成割合の年次推移



2014年厚生労働省委託調査では、幸福感を判断するのに「家族関係」を重視すると答えた人が46.8%いた（図表2-1-13参照）。しかしながら、単身世帯が増加し、家族のつながりが希薄化する中で、孤立感を感じる人も一定数存在している。

また、2013（平成25）年の内閣府の「食育に関する意識調査」によると、家族と同居している人でも、家族と一緒に食べる頻度について、「ほとんど食べない」「週に1日程度」と答えた人の割合は、朝食で28.1%、夕食で10.8%となっており、家族とのコミュニケーションが少ない家庭もあることがうかがえる（図表2-3-30）。

図表 2-3-30 朝食及び夕食を家族と一緒に食べる頻度

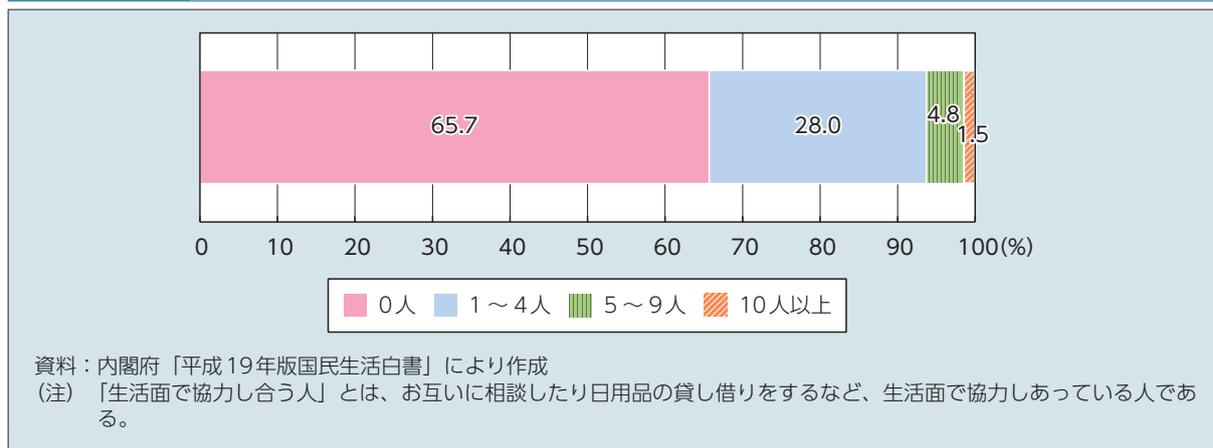


2 地域のつながり

産業構造の変化によって、中山間地域を中心に過疎化が進展するとともに、人口が流入した都市部でも職住が分離し、地域との結びつきの浅い雇用者の増加や頻繁な住民の移動によって、地域コミュニティへの帰属意識が低下し、地域のつながりが希薄化したと言われている。

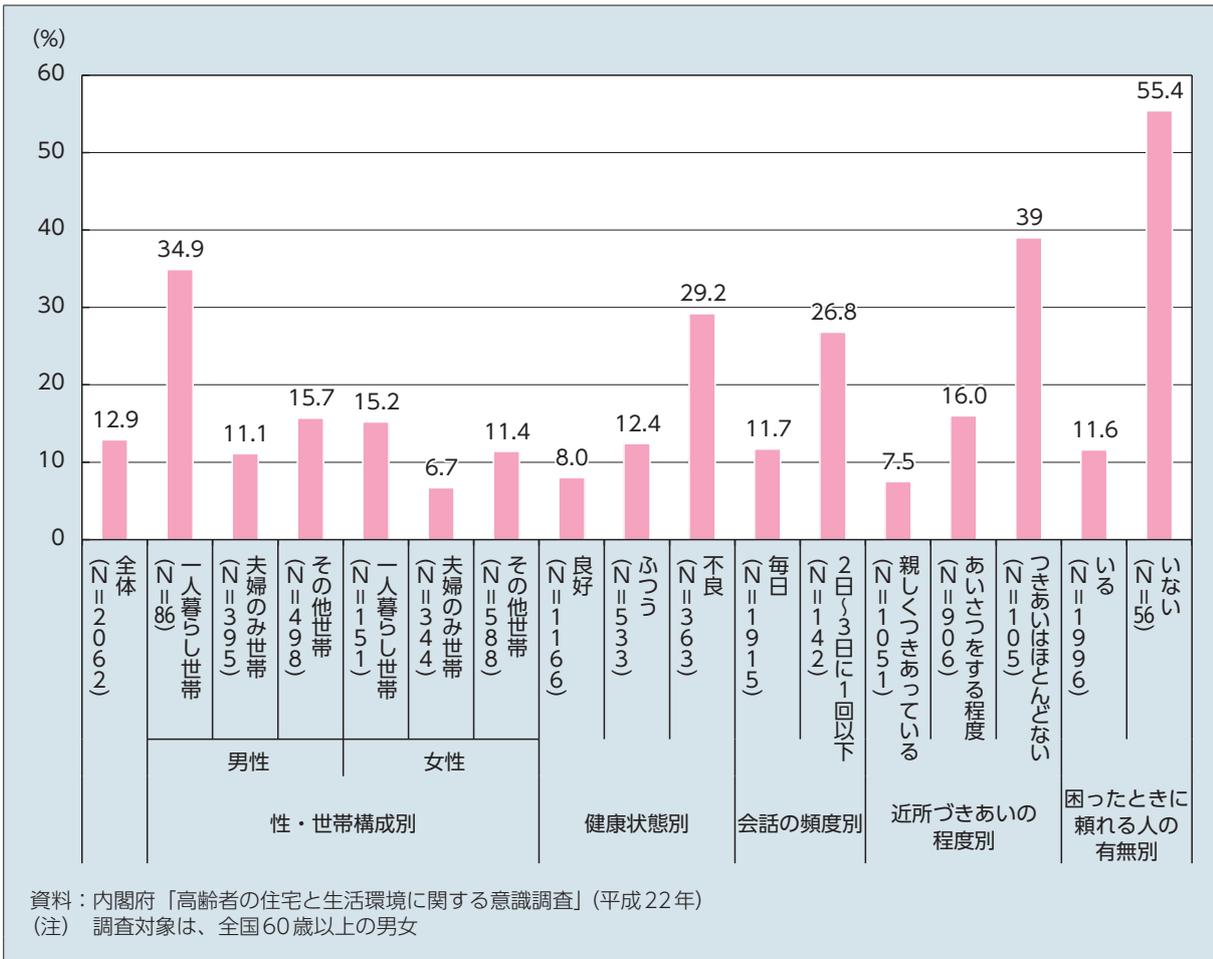
平成19年版国民生活白書によると、「近所に生活面で協力し合う人」は「0人」と回答する人は65.7%に上っている（[図表2-3-31](#)）。

図表2-3-31 近所に生活面で協力し合う人の数



困ったときに頼れる人がいない人や近所づきあいのない人の方が、そうでない人よりも生きがいを感じていないという調査もあり、地域コミュニティでのつながりの喪失や単身高齢者の増加によって、住民同士のコミュニケーションや外出・会話をする機会が失われたり、生きがいを喪失して健康を損なうことを懸念する声もある（[図表2-3-32](#)）。

図表2-3-32 状態別の「生きがいを感じていない人」の割合

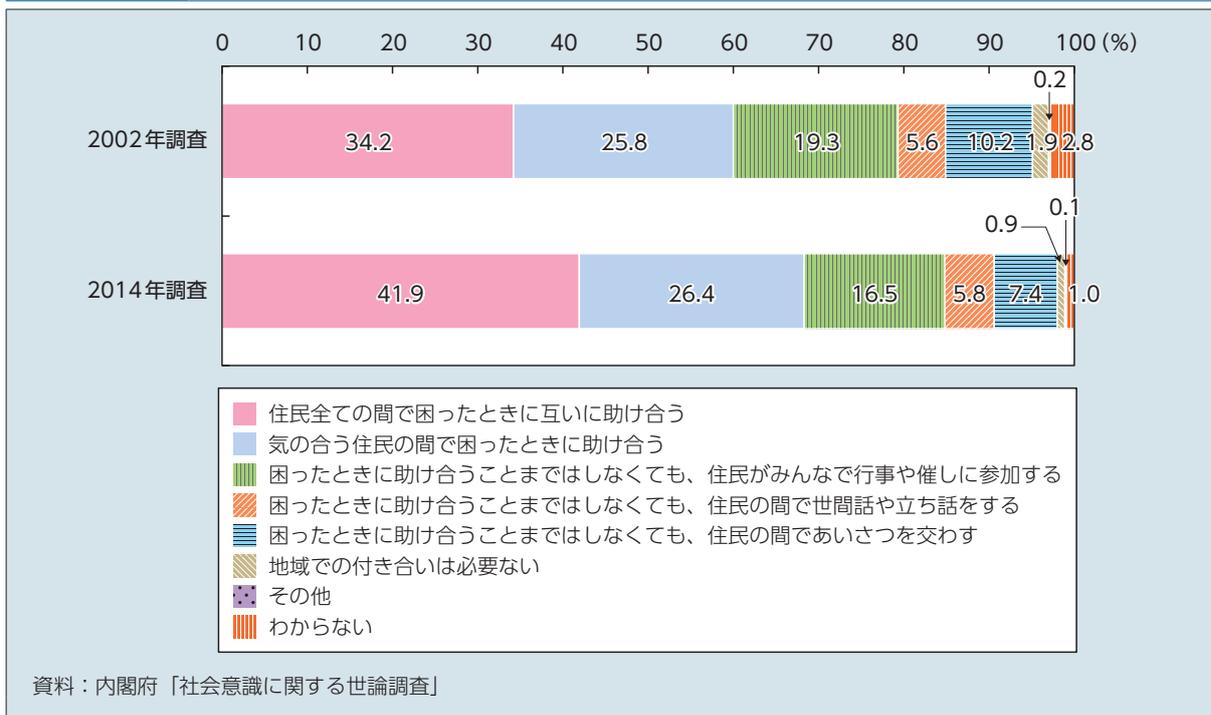


(2) 社会と健康

以上のように、社会における人と人とのつながりの弱まりは、孤立や生きがいの喪失をもたらしている。このような状況の中で、人々は地域のつながりについて、どのように感じているのだろうか。

2014（平成26）年に内閣府が行った「社会意識に関する世論調査」で望ましい地域の付き合いについて聞いたところ、「住民全ての間で困ったときに互いに助け合う」と答えた人が41.9%、「気の合う住民の間で困ったときに助け合う」と答えた者の割合が26.4%であり、困ったときに助け合うことができる地域が望ましいと考えている人が多いことがうかがえる（図表2-3-33）。また、この割合は2002（平成14）年と比較して増加しており、地域の中で助け合うことを望む人が増えていることがうかがえる。

図表2-3-33 望ましい地域での付き合いの程度



実際に、人と人とのつながりが強く、お互いが助け合う風潮のある地域の方が、健康でかつ医療費が少ないとも言われており、多くの人々が望むように、地域のつながりを再生し、助け合いの社会を実現することが重要である。

現在、人と人とのつながりや支え合いを重視して、高齢者等の健康・生活を包括的に支援するような取組みが行われている地域もあり（具体的な内容については次章を参照）、今後、これらの取組みに期待したい。

3 まとめ

本節では、健康の精神的・社会的な側面について、意識調査の結果も踏まえ分析してきた。

多くの人が日常的にストレスを感じており、特に、現役世代では仕事や職業生活に関することでストレスを感じていた。

ストレスの解消の仕方としては、全体としては「のんびりする」「趣味・スポーツに打ち込む」という人が多かった一方で、現役世代では「寝てしまう」と答えた人も多かった。不安や悩みを相談する相手について、男性は配偶者以外に相談する相手がいない人が多かったのに対し、女性はそれ以外の家族や友人などにも悩みを相談する傾向があり、ストレス発散の手段としても、女性では「人と喋ったり話を聞いてもらう」と答えた人が最も多かった。

休みがもっととれたら出かけたいたいという人が多くいたが、現実にはインターネットやテレビ・ラジオなどで過ごすことが多いようだ。もっとも、現役世代では、休みがもっととれた場合でも「ゴロ寝で過ごす」と答えた人が多かった。普段の睡眠で休養がとれていないと答えた現役世代が多かったことも併せて考えると、現役世代は疲労が蓄積されているようにうかがえる。

また、家族で食事をとることがあまりない人や、近所で協力し合う人がいない人もいる

一方で、多くの人は近隣住民で助け合えることを望んでいる。

仕事と生活との調和がとれ、職場でのストレスが軽減されるとともに、地域や家族での時間がとれるようになることが、精神的・社会的な「健康」にも資するのではないだろうか。

第4節 死生観

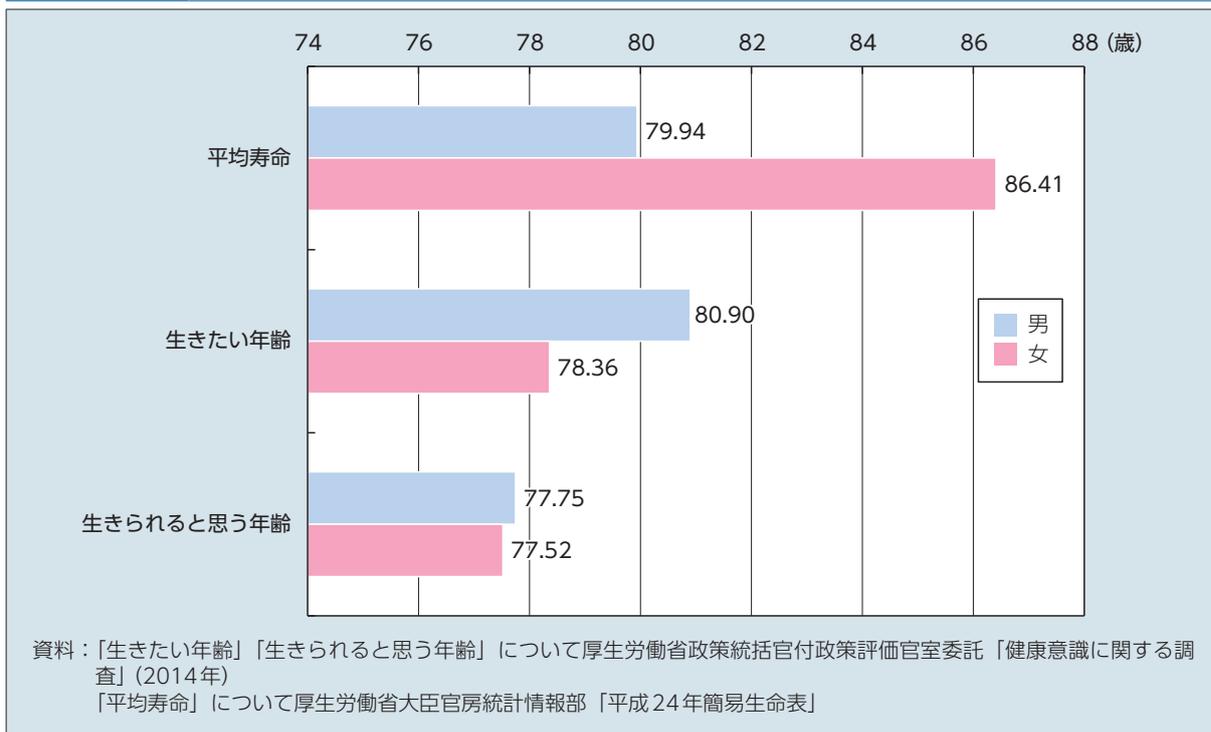
第1節から第3節までは、健康に対する意識について、社会状況の変化や生活習慣などに触れつつ、紹介した。その中で、健康寿命と平均寿命の差を短縮するためにも、できる限り「健康」を維持して生活の質を保つことがいかに大切であるかが浮かび上がってきた。そこで、本節では、いわゆるQOL (quality of life) を高めるためには、最期まで尊厳を保つ「QOD (quality of death)」について考えることも重要であるという見地に立って、死生観についても探ってみる。

1 何歳まで生きたいか

第1節でも述べたとおり、我が国の平均寿命は、2012（平成24）年時点で、男性が79.94年、女性が86.41年となっている。

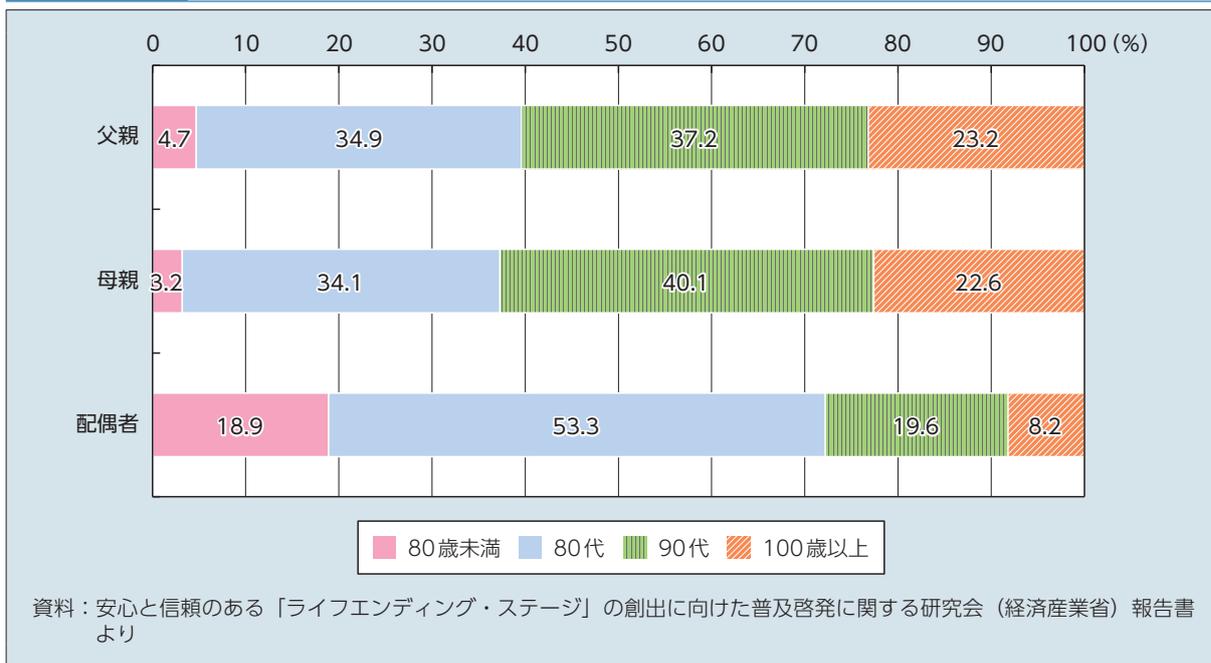
2014年厚生労働省委託調査で、「何歳まで生きたいか」と「何歳まで生きられると思うか」を問うたところ、「生きたい」の平均値は男性が80.90歳、女性が78.36歳で、「生きられる」の平均値は男性が77.75歳、女性が77.52歳だった。男性については実際の平均寿命よりも長く生きたいと思う一方で、平均寿命までも生きられないと思っていることがわかる。また、女性については実際の平均寿命よりも短くてよいと思うとともに、希望する年齢と同じ程度生きられると思っていることがわかる（[図表2-4-1](#)）。いずれにしても現在の平均寿命は、男女とも「生きられると思う」年齢を上回っているという結果になっている。

図表 2-4-1 自分の生きたい年齢と生きられると思う年齢



その一方、2012年に経済産業省の研究会が行った調査^{*15}で、自分の身の回りの人に何歳まで生きてほしいか尋ねたところ、父親・母親ともに「90代」とする答えが最も多く、次いで「80代」、「100歳以上」の順に多かった。自分に比べて親に対しては長生きしてほしいと望んでいる人が多いようである。もっとも、「配偶者に何歳まで生きて欲しいか」という質問に対しては、「80代」という答えが53.3%で、平均寿命に近い数字があげられている(図表2-4-2)。

図表 2-4-2 自分の親と配偶者に生きて欲しい年齢



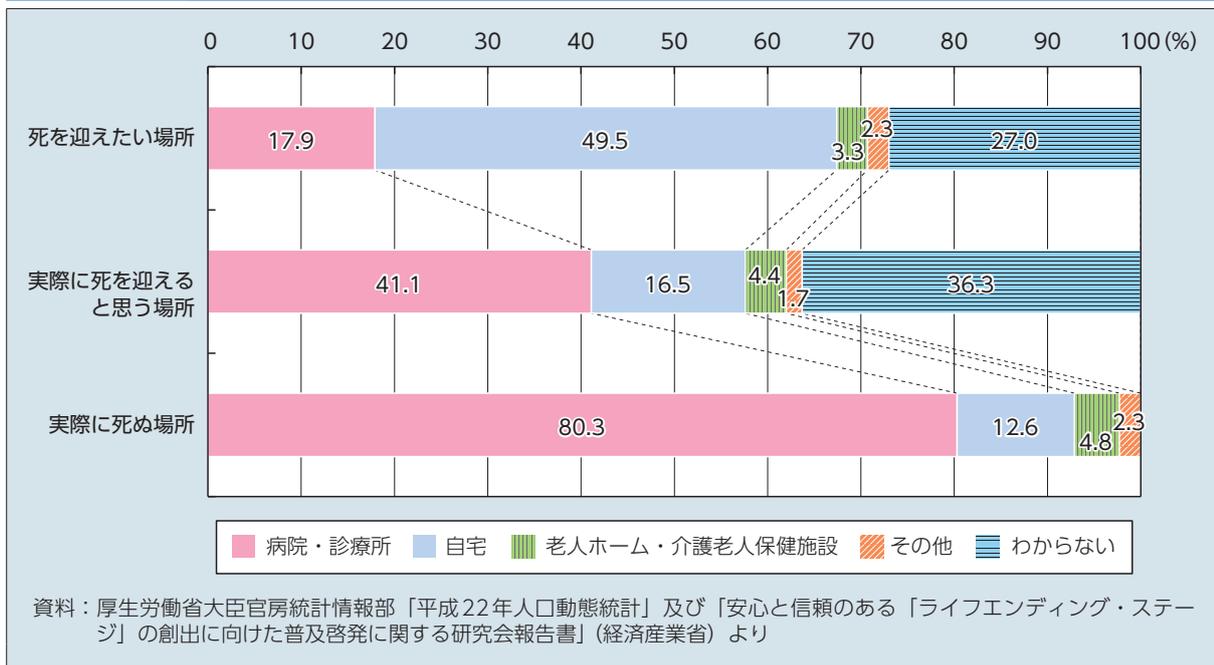
*15 「安心と信頼のある『ライフエンディング・ステージ』の創出に向けた普及啓発に関する研究会」が、2012(平成24)年1月にインターネット方式で、国内に居住する30歳以上の者を対象として調査を実施。回収数は4,181件。

2 死の意識

我が国の死亡の場所別に見た死亡者数の推移をみると、第2次世界大戦直後は自宅で亡くなる人が多かったものの、年々その割合は低下し、1993（平成5）年以降は2割以下となっている。その一方、病院や診療所で亡くなる人の割合は昭和時代を通して一貫して増加し続け、近年は約8割になっている。

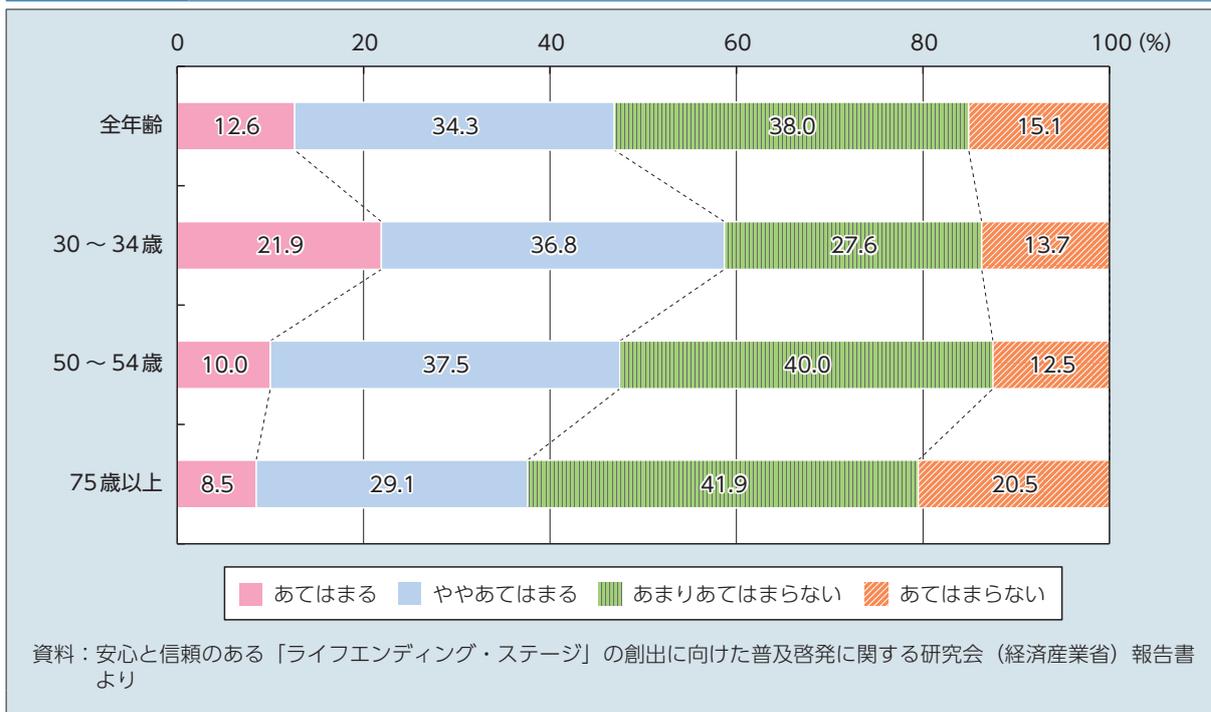
他方、前項でも引用した経済産業省の調査で「自分自身の最後をどこで迎えたいか」を尋ねたところ、49.5%の人が「自宅」と答えており、希望する死に場所と実際に亡くなる場所とが乖離している様子がうかがえる（[図表2-4-3](#)）。

図表 2-4-3 最期を迎える場所～希望と現実



また、死に対する意識として当てはまるものを選んでもらったところ、「死ぬのがとてもこわい」について「当てはまる」「やや当てはまる」と答えた人は合わせて46.9%で、30～34歳で58.7%、75歳以上で37.6%と、年齢が高くなるに従い減少する傾向がうかがえる（[図表2-4-4](#)）。

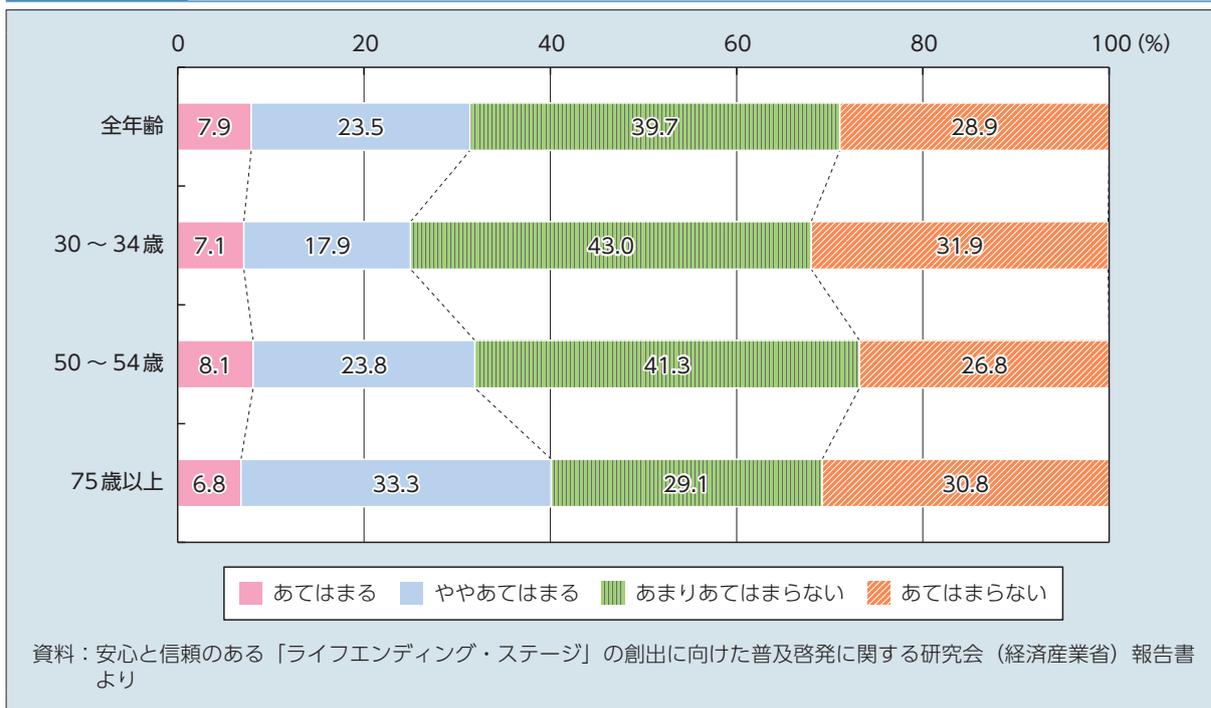
図表 2-4-4 「死ぬのがとてもこわい」と答えた人の割合



一方「死についてほとんど考えたことはない」について「当てはまる」「やや当てはまる」と答えた人は合わせて31.4%であったが、30～34歳で25%、75歳以上で40.1%と、こちらは逆に、年齢が高くなるに従って考えたことのない人の割合が増える傾向がうかがえる（図表2-4-5）。

死が身近な年齢になればなるほど、死を間近なものとして受け容れた結果、それについてあまり意識しないようになり、「とてもこわい」と恐れを抱くことも少なくなるよううかがえる。

図表 2-4-5 「死についてほとんど考えたことはない」人の割合



3 最期をいかに生きるか

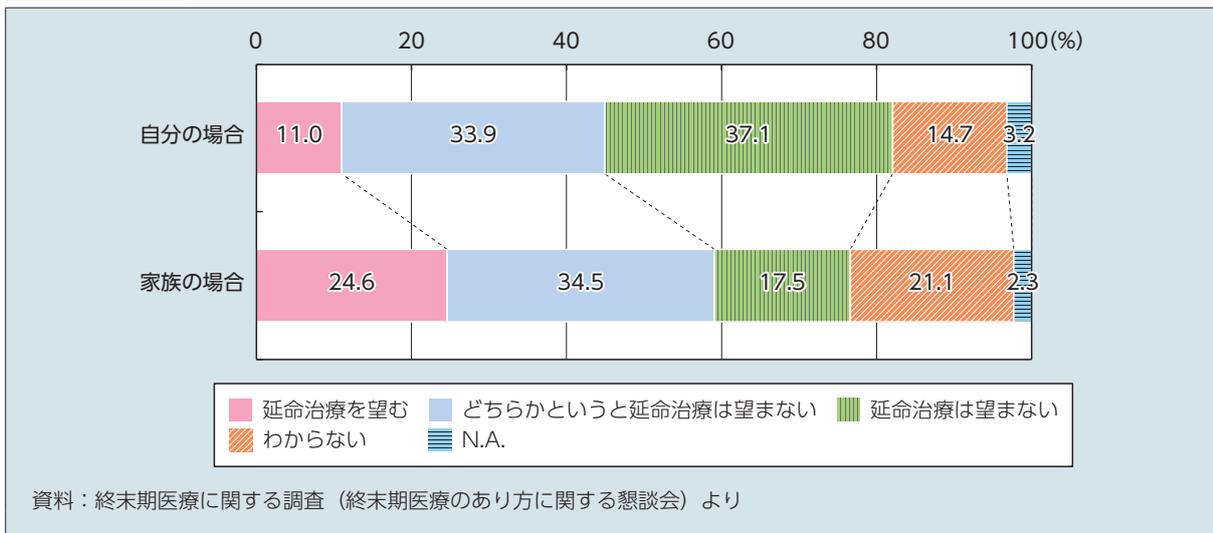
前項では、日頃から死について意識することがない人もある程度いる様子うかがえた。しかしながら、意識する・しないにかかわらず、死は万人に等しく訪れることになる。では、人は死をどう迎えたいと考えているのだろうか。

2008（平成20）年に厚生労働省が行った「終末期医療に関する調査」*16で、「自分が治る見込みがない病気にかかった場合、病名や病気の見通しを知りたいか」尋ねたところ、77%の人が「知りたい」と答え、「知りたくない」と答えた人はわずか9.3%だった。

「自分が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合の延命治療について」は、「延命治療を望む」とした人が11%、「望まない」「どちらかという望まない」を合わせて71%だった。

これに対し、「自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合の延命治療について」は、「延命治療を望む」人が24.6%、「望まない」「どちらかという望まない」を合わせて52%だった（図表2-4-6）。

図表2-4-6 死期が迫っている場合の自分／家族の延命治療

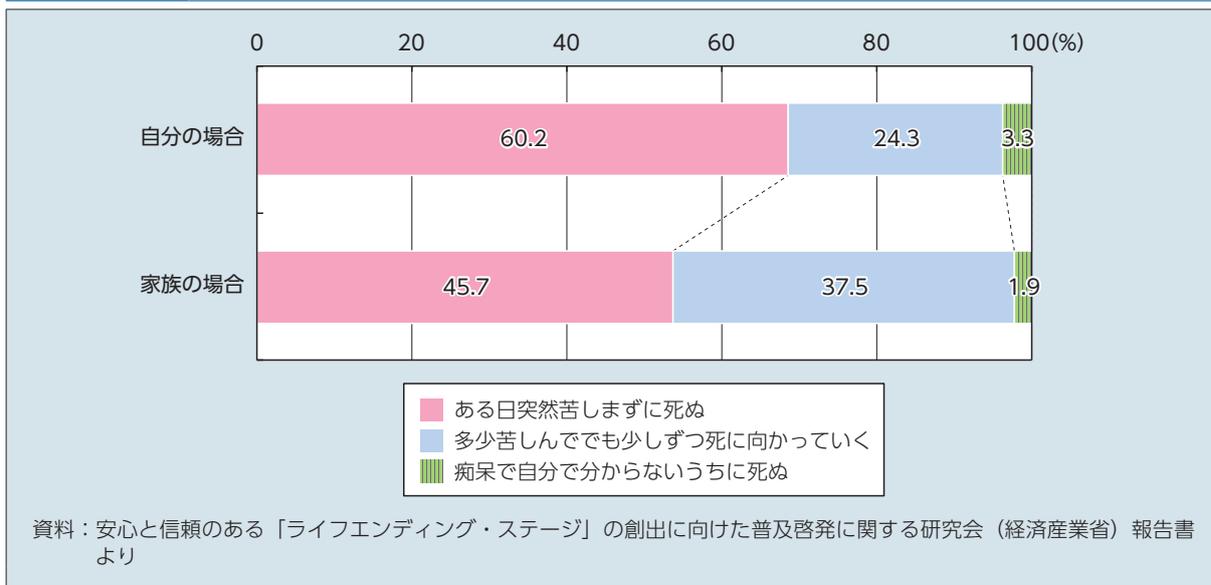


また、2012（平成24）年の経済産業省の調査によると、「自分自身が最期を迎える場合の希望」として最も近いものは、「ある日突然苦しまず死にたい」が60.2%と圧倒的に多く、次に「病気などで多少寝込んでもいいから少しずつ死に向かっていきたい」で24.3%だった。

同様に、「自分の配偶者が回答者より先に最期を迎える場合の希望」を尋ねたところ、回答順位は自分の場合と同じであったが、「ある日突然苦しまず死を迎えて欲しい」は45.7%と自分の場合よりも減少し、次の「病気などで多少寝込んでもいいから少しずつ死に向かって欲しい」が37.5%と増加していた（図表2-4-7）。

*16 「終末期医療のあり方に関する懇談会」が、2008（平成20）年3月に郵送方式で、国内に居住する20歳以上の一般国民を対象として調査を実施。回収数は2,527件。なお、この他に「医師」「看護職員」「介護施設職員」を対象としても調査を実施している。

図表 2-4-7 望ましい最期の迎え方



4 まとめ

普段、死について意識することがない人も少なくはないものの、実際に自分が治る見込みがない病気にかかったような場合には自分の死を意識し、自分の死期を知りたいと思う人が多いようだ。

また、最期を迎えたい場所としては自宅を希望する人が多い一方で、実際に自宅で死を迎える人は少ないという現状があり、できるだけ本人の希望を尊重できるような仕組みや環境を整備していくことが必要である。

治癒の見込みがなくなったときの延命治療については、自分の場合には特段希望しない人が多数を占めるものの、家族が同様の状況にあるときはこれを望む人の割合が自分の場合と比べて多くなる傾向にある。同様に、自分が死ぬときは死の直前まで健康で「ある日突然苦しまず」死ぬことを願いつつも、家族の場合には「少しずつ死に向かって欲しい」と願う人が多い傾向にある。自分の死はあるがままたに受け止めたいと思いつつも、身近な人の死については、少しずつ受け容れる期間が欲しいという傾向をうかがうことができる。

死の直前まで生活の質を維持するためには、健康であることが重要であり、普段はあまり意識することのない死について考えてみることで、日常生活における健康の大切さに改めて気づくことにつながる場合もあるのではないだろうか。