

## 統計データから見た日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策

石黒千映子<sup>1)</sup>, 河合洋子<sup>2)</sup>A Statistical Comparison of Lifestyles and Health Policies  
between Japan and AustraliaISHIGURO Chieko<sup>1)</sup> and KAWAI Yoko<sup>2)</sup>

## 1. はじめに

日本は、死因の構造の中心が感染症から生活習慣病に短期間で大きく変化している。日本人の平均寿命は、男女ともに1985年から世界第1位または第2位を保っているが、生活習慣病をもつ中高年齢層が多い<sup>1)</sup>。生活習慣病とは、循環器系疾患（高血圧・脳血管疾患・心疾患など）やがん、糖尿病、骨粗しょう症、歯周疾患など、生活習慣の改善によりある程度予防することができる疾患の総称であり、これらの疾患の予防・健康増進のため、1988年にアクティブ80ヘルスプランが、健康寿命（痴呆もしくは寝たきりにならない状態で生活できる期間）の延伸と生活の質の向上のため、2000年に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が定められた（図1）。

一方、オーストラリアの平均寿命は、男女とも第4位であり、健康寿命は、第5位ないし第6位と、健康の度合いは世界的に上位に位置している（2002年）<sup>2)</sup>。また、オーストラリアの医療保障制度（メディケア）は日本とよく似ており、国民一人当たりの医療費と国民所得との関係、および比率は日本に最も近い。さらに、高齢化は日本同様に深刻であるが、1980年代半ばから高齢者ケアシステムの構築に取り組んでいる。

このように、日本とオーストラリアでは、健康寿命や医療保険制度において類似性が認められており、後に述べる死亡動向、それに関連の深い生活習慣病の罹患についても似ている点が多い。そこで今回、日本とオーストラリアの生活習慣および生活習慣病、健康政策について、統計データをふまえて日本とオーストラリアの比較をした。そして、その結果に基づき、日本とオーストラリア

の現状と取り組みについて、日本独自の課題について、検討を行った。

## 2. 方 法

人口構成や疾病構造、生活習慣病、健康政策に関する日本とオーストラリアの統計データを収集し、分析した。分析に用いた文献およびホームページは、以下のとおりである。

ホームページは、より信頼性の高いデータを得るために、官公庁もしくは公共性の高い財団法人や研究機関が管理しているものを用い、企業等が公表しているものに関しては、調査方法が明記されているものを用いた。検索方法については、日本に関しては、官公庁（[http://www.kantei.go.jp/jp/link/server\\_j.html](http://www.kantei.go.jp/jp/link/server_j.html)）の各省庁が管理しているホームページの公表資料から、“健康意識”、“食生活”、“栄養”、“運動”、“喫煙”のキー

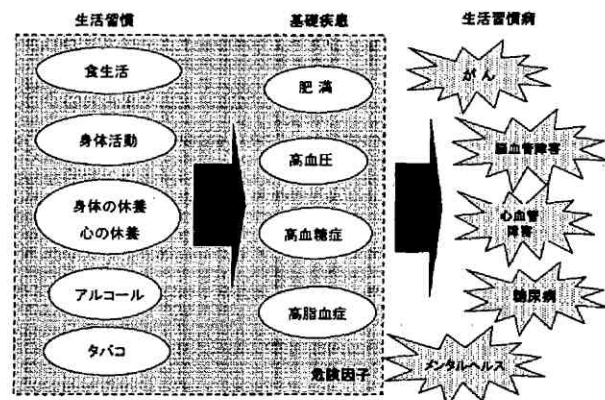


図1 生活習慣と生活習慣病の関連

1) 名古屋市立大学看護学部（成人看護学）：Nagoya City University School of Nursing (Adult Nursing)

2) 名古屋市立大学看護学部（小児看護学）：Nagoya City University School of Nursing (Pediatric Nursing)

## 統計データから見た日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策

ワード検索を行った。オーストラリアに関しては、在日オーストラリア政府 (<http://www.australia.or.jp/>) および、Australian Government Australian Institute of Health and Welfare (<http://www.aihw.gov.au/>)、Australian Bureau of Statistics (<http://www.abs.gov.au/>) で公表されている資料を中心に、“Australian Health”、“health behavior”、“nutrition”、“activity”、“tobacco”、“smoking”といったキーワード検索を行った。

なお、用いた統計データの内容が最新ではない場合があるが、両国のデータを比較検討するには、なるべく同じ期間に集計されたデータである必要があると考えたためである。

## 1) 日本に関する文献およびホームページ

## (1) 人口構成と疾病構造

- ①健康・体力づくり財団, 健康日本21, <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>, 2005.9.16.
- ②厚生統計協会: 国民衛生の動向, 51 (9), 2004.
- ③厚生労働省, 平成14年度糖尿病実態調査報告, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0318-15.html>, 2005.10.5.
- ④厚生労働省, 平成15年度国民健康・栄養調査結果の概要について, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0421-1.html>, 2005.10.5.
- ⑤総務省, 世界の統計2005, <http://www.stat.go.jp/data/sekai/index.htm>, 2005.10.3
- ⑥Organization for Economic Co-operation and Development (OECD): Health at a Glance OECD Indicators 2003, Paris, 2003, 伊藤友里訳, 図表でみる世界の医療 OECDインディケータ (2003年版), 98, 明石書店, 東京, 2004.

## (2) 生活習慣の現状

## 【食生活・栄養】

- ①農林水産省, 我が国の食料自給率 - 平成14年度食料自給率レポート -, <http://www.kanbou.maff.go.jp/www/jikyu/report14/2.pdf>, 2005.9.16.

## 【身体活動・運動】

- ①日経BP社, ビジネスパーソンの健康意識 (その1), <http://nikkeibp.jp/wcs/leaf/CID/onair/kenkou/survey/322175>, 2005.8.29.
- ②厚生労働省, 平成12年度国民栄養調査, [http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk\\_14\\_7.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_7.html), 2005.10.5.

## 【喫煙】

- ①ファイザー株式会社, 女性の喫煙意識に関する調査, [http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2004/2004\\_11\\_15.html](http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2004/2004_11_15.html), 2005.9.16.

## 【健康政策】

- ①農林水産省, 食生活指針, [http://www.maff.go.jp/sogo\\_shokuryo/syokuseikatu-hp/sisin1.htm](http://www.maff.go.jp/sogo_shokuryo/syokuseikatu-hp/sisin1.htm), 2005.10.5.
- ②健康ネット, たばこと健康 厚生労働省の最新たばこ情報, <http://www.health-net.or.jp/tobacco/front.html>, 2005.9.16.

## 2) オーストラリアに関する文献およびホームページ

## (1) 人口構成と疾病構造

- ①Australian Institute of Health and Welfare: Australians Health 2004, 9th, 2004.
- ②総務省, 世界の統計2005, <http://www.stat.go.jp/data/sekai/index.htm>, 2005.10.3
- ③Organization for Economic Co-operation and Development (OECD): Health at a Glance OECD Indicators 2003, Paris, 2003, 伊藤友里訳, 図表でみる世界の医療 OECDインディケータ (2003年版), 98, 明石書店, 東京, 2004.

## (2) 生活習慣の現状

## 【食生活・栄養】

- ①Lester, I. H.: Australia's Food and Nutrition, 72-86, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 1994.
- ②Baker, D., Eyeson-Annan M.: Monitoring health behaviours and health status in NSW: release of the Adult Health Survey 2003, NSW Public Health Bull., 16 (1-2), 13-7, 2005.

## 【身体活動・運動】

- ①自治体国際化協会: オーストラリアの青少年政策 - 青少年の生活と直面する諸問題 -, CLAIR REPORT, (187), 1-35, 1999.
- ②Australian Institute of Health and Welfare: Australians Health 2004, 9th, 2004.

## 【喫煙】

- ①Australian Bureau of Statistics, Australian Social Trends 2000, Health-Risk Factors: Trends in Smoking, <http://www.abs.gov.au/>, 2005.10.4.

## 【健康政策】

- ①山上孝司: オーストラリアの健康政策, 公衆衛生, 65 (11), 826-831, 2001.
- ②姥名玲子: オーストラリアに見るヘルスプロモーション, マニピュレーション, 16 (3), 96-109, 2001.
- ③岡田桂: 日本におけるスポーツ政策の現状と課題 - ASC (オーストラリア・スポーツ・コミッション) との比較的地見地から -, 同志社政策科学研究, 創刊号, 111-125, 1999.

④豪日交流基金, オーストラリア発見, <http://www.discover.australia.or.jp/chapter05/001.html>, 2005.9.16.

### 3. 結 果

#### 1) 人口構成と疾病構造 (表1)

##### (1) 人口構成

日本における2003年の年少人口(0~14歳)と老年人口(65歳以上)の割合は、それぞれ14.0%と19.0%であり、2050年にはそれぞれ8.1~10.8%と35.7~39.0%となることが予測されている<sup>9)</sup>。出生率は1949年の4.32人から減少に転じ、2003年には1.29人にまで減少している<sup>1)</sup>。平均寿命は1984年から現在まで世界で一番長く、男性78.4歳、女性85.3歳<sup>8)</sup>(2002年)であり、毎年延長している。健康寿命は、男性が72.3歳、女性が77.7歳であり(2002年)、男女とも世界で第1位である<sup>2)</sup>。

オーストラリアの年少人口は21.0%(2003年)<sup>6)</sup>、老年人口は12.7%(2002年)<sup>7)</sup>であり、老年人口の2001年から2021年までの増加率は、男性97.0%、女性78.1%と予測されている<sup>7)</sup>。出生率は1961年の3.55人から2002年には1.75人に減少している<sup>8)</sup>。平均寿命は男性77.9歳、女性82.6歳と、男女とも世界で第4位(2002年)<sup>2)</sup>であり、健康寿命は、男性70.9歳、女性74.3歳で、男性が世界で第5位、女性が世界で第6位である(2002年)<sup>2)</sup>。

##### (2) 疾病構造

日本の疾病構造は、約50年間で結核などの感染症が減少しがんや循環器系疾患などの生活習慣病が増加するという変化がおこり、死因の第1位はがん、第2位と第3

位に心疾患や脳血管疾患といった循環器系疾患が続いている<sup>9)</sup>。2003年の割合は、がん30%、循環器系疾患29%(心疾患16%、脳血管疾患13%)であった<sup>9)</sup>。

オーストラリアの疾病構造は、日本と同様にがんや循環器系疾患が多く、2002年の死因の第1位は循環器系疾患であり、第2位はがん、第3位は呼吸器疾患である<sup>10)</sup>。(3) がんおよび循環器系疾患、これらの疾患と関連の深い疾患や状態の現状と推移

がんの部位別死亡数をみると、日本では、男性の場合、肺、胃、肝、大腸の順に多く、女性は、胃、大腸、肺、肝、乳房の順に多い(2002年)<sup>9)</sup>。とくに、肺がんと大腸がんによる死亡数は、男女ともに年々増加している。人口10万人あたりの死亡者数でみると、肺がんでは、男性は1990年46.4人から1999年48.9人、女性は11.8人から12.7人である<sup>11) 12)</sup>。大腸がんの死亡者数は同様に、男性は22.2人から24.7人、女性は13.9人から14.2人である<sup>11) 12)</sup>。オーストラリアでは、男性は肺、前立腺、結腸の順に多く、女性では乳、肺、結腸の順に多い<sup>13)</sup>。人口10万人あたりの死亡者数でみると、肺がんでは、男性は1990年59.9人から1999年49.6人と減少し、女性は17.3人から18.8人と増加している<sup>11) 12)</sup>。大腸がんの死亡者数は同様に、男性は29.8人から26.4人、女性は20.2人から16.9人と減少しているが<sup>11) 12)</sup>、1999年1年間の死亡率が男性26.4人、女性16.9人と日本よりも高く<sup>11) 12)</sup>、とくに結腸がんに関しては、経済協力開発機構(Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)加盟国の中でも“worst rank”に位置づけられている<sup>14)</sup>。

循環器系疾患のうち、心疾患による死亡者数(人口10万人あたり)をみると、日本では、男性は1990年48.7人

表1 人口構成と疾病構造

		日 本	オーストラリア
年少人口	(0-14歳)	14.0% (2003年)	21.0% (2003年)
老年人口	(65歳以上)	19.0% (2003年)	12.7% (2002年)
出生率		1.29人 (2003年)	1.75人 (2002年)
平均寿命	(男)	78.4歳 (2003年)	77.4歳 (2000~2002年)
	(女)	85.3歳 (2003年)	82.6歳 (2000~2002年)
健康寿命	(男)	72.3歳 (2002年)	70.9歳 (2002年)
	(女)	77.7歳 (2002年)	74.3歳 (2002年)
主要死因	1位	が ん (2003年)	循環器系疾患 (2002年) [心疾患・脳血管疾患など]
	2位	心疾患 (2003年)	が ん (2002年)
	3位	脳血管疾患 (2003年)	呼吸器系疾患 (2002年)

\* 引用文献2)~10)をもとに筆者が作成

## 統計データから見た日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策

から1999年50.9人と微増し、女性は27.7人から26.0人と微減している<sup>19)</sup>。オーストラリアでは、男性は1990年241.1人から1999年158.3人、女性は130.1人から83.3人と、男女とも減少している<sup>19)</sup>が、虚血性心疾患だけでも、全死亡者のうちの19%を占めており(2002年)<sup>20)</sup>、大きな健康問題として位置づけられている。

これらの疾患に影響を及ぼすと思われる糖尿病と肥満について概観する。日本における糖尿病の罹患率は、その可能性が否定できない人を含めると、男性は1999年17.9%から2002年22.8%、女性は15.0%から17.5%と、5年間で男性は4.9%、女性は2.5%増加している<sup>19)</sup>。また、肥満率(BMI $\geq$ 25)は20歳以上の各年齢層で男性は14.8~34.4%、女性は8.1~30.3%であり、30歳以降の男性の肥満率は20年間で約1.5倍に増加している<sup>17)</sup>。

オーストラリアでも、糖尿病の罹患率は20年で2倍に増加している<sup>19)</sup>。また、25歳以上の肥満傾向(25 $\leq$ BMI $\leq$ 30)の男性は48%、女性は30%、肥満(BMI $\geq$ 30)の男性は19%、女性は22%であり、肥満化の傾向は20年間で約2倍というスピードで増加している<sup>19)</sup>。

## 2) 生活習慣の現状

## (1) 食生活・栄養

日本人の栄養バランスは、1960年当時76.1%と主流を占めていた糖質(炭水化物)の摂取が徐々に減りはじめ、2001年には59.7%と適正水準以下に減少し、反対にたんぱく質と脂質が適正水準を越えている(それぞれ15.1%、25.2%)<sup>19)</sup>。

オーストラリアについては、1991年と古いデータではあるが、糖質が47.1%、たんぱく質13.4%、脂質33.6%と、脂質への栄養バランスの偏りが大きい(1991年)<sup>20)</sup>。ニューサウスウェールズ州のデータでは、果物を毎日摂取する割合が、1997年44.5%から2003年45.8%、野菜を摂取する割合は16.3%から19.3%、低脂肪乳を摂取する割合は45.7%から44.0%と変化している<sup>21)</sup>。

## (2) 身体活動・運動

日本は、2004年のインターネットを介した健康意識に関する調査で「運動不足」(67.2%)と回答していたものが最も多かった<sup>22)</sup>。年代別に見ると、20歳以上では、運動習慣がある男性は29.3%、女性は24.1%であった<sup>17)</sup>。児童・生徒では、体育の授業以外に運動やスポーツを週に3日以上実施している割合は、10歳男子で53.8%、女子で35.0%、13歳男子で84.8%、女子で67.4%、16歳男子で55.4%、女子で40.5%であった<sup>1)</sup>。

オーストラリアの2000年の運動習慣の実態としては、成人の2人に1人(54%)は健康上望ましいと推奨されるレベルの身体活動が行われておらず、6人に1人(15%)は身体活動をまったく行っていない<sup>23)</sup>。15~19歳のうち、クラブ、学校等のスポーツ活動に参加し

ていたのは、男性で61.4%、女性で50.1%であった<sup>24)</sup>。

## (3) 喫煙

日本における喫煙率は、男性は1992年50.1%から2003年46.8%と約3%減少しているが、女性は9.5%から11.3%に増加していた<sup>17)</sup>。喫煙習慣のある女性を対象にした調査結果では、「ストレス・いらいら解消」(64.7%)といった精神的理由で喫煙をしている者が多かった<sup>25)</sup>。オーストラリアの喫煙率は、男性は1990年32.1%から2001年21.1%、女性は24.7%から18.0%に減少していた<sup>26)</sup>。

## (4) 健康政策(表2)

日本では、一人ひとりの健康を実現するため、「健康日本21」が制定された<sup>1)</sup>。ここでは、一人ひとりの取り組みを、社会の様々な健康支援グループが支援し、健康を実現することを理念とし、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器系疾患(脳血管疾患および虚血性心疾患、それらの危険因子となる高血圧症や高脂血症など)、がんの9分野において、児童・生徒、成人、老年の発達段階に応じて計70項目の目標値を設定している<sup>1)</sup>。加えて、2003年には「健康増進法」が施行され、健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するための法的基盤が整備された<sup>1)</sup>。ほかにも、例えば「食生活指針」(2000年策定)<sup>27)</sup>や「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」(1996年)<sup>28)</sup>をとりまとめ、非喫煙者を受動喫煙の害から保護するためのガイドラインを公表するといった、生活習慣に応じた取り組みがなされている。

オーストラリアでは、2年ごとに提出される「Better Health Outcomes for Australians」で、心血管の健康、がんのコントロール、障害の予防とコントロール、メンタルヘルス、糖尿病の状況が報告され<sup>30)</sup>、これらの重点課題を実行するために、連邦政府や州政府、対がん協会などの非政府組織や国家保健医療研究協議会(The National Health and Medical Research Council: NHMRC)といった研究機関が連携してヘルス・プロモーション活動が推進されたり<sup>30)</sup>、WHOのオタワ憲章(1986年)の原則をプロジェクト化した「ヘルシー・シティーズ」の取り組みが積極的に行われている<sup>31)</sup>。また、発達段階に応じた食に関するガイドラインや、運動習慣の習得を促進するための対策として、Australian Sports Commission(ASC)を中心としたスポーツ政策<sup>32)</sup>、ヘルスプロモーションスクールといった取り組みが行われている<sup>30)</sup>。

しかし、オーストラリアは国民の健康対策を講じる上で、多民族国家であるが故の大きな問題を抱えている。その1つは、Indigenous people(アボリジニ、トレス海峡諸島民:先住民)の健康問題である。先住民の平

表2 日本とオーストラリアの健康政策

	日 本	オーストラリア
健康政策全般	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「健康日本21」(2000年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・「すべての国民が健やかで豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸および生活の質の向上を実現すること」を目的として策定</li> <li>・「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器系疾患」「がん」の9分野で計70項目の目標値を設定</li> <li>・10カ年計画の健康づくり運動</li> </ul> </li> <li>○「健康増進法」(2003年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくりや疾病予防を積極的に推進するための法的基盤</li> </ul> </li> <li>○「食生活指針」(2000年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的な健康という観点から、食行動、さらには食料の安定供給、食料資源の問題などを解決するために、国民一人一人が主体的に毎日の食生活の見直しに取り組むことや、関係機関等が支援する環境づくりを進めるための指針</li> </ul> </li> <li>○「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」(1996年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・非喫煙者を受動喫煙の害から守るため、分煙のあり方の具体的な内容や、推進する方策を提言</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「Better Health Outcomes for Australia」(1996年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・「心血管の健康」「がんのコントロール」「障害の予防とコントロール」「メンタルヘルス」「糖尿病」の5領域に関して2年ごとに詳細な報告書を提出する</li> </ul> </li> <li>○国家保健医療協議会 (The Health and Medical Research Council: NHMRC)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・非政府組織の研究機関であり、NHMRCから出される提言は、政府や州・準州の機関の活動に大きな影響をおよぼす</li> </ul> </li> <li>○アボリジニ・トレス海峡諸島人コミッション (ATSIC)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・法廷組織であると同時に、アボリジニによるアボリジニ政府</li> <li>・アボリジニ地方評議会とともに保健、住宅、司法、文化、投資などアボリジニの生活のあらゆる面にわたるプログラムを運営管理している</li> </ul> </li> <li>○「食」に関するガイドライン(1992～1999年)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・発達段階に応じた食生活のガイドラインを作成</li> </ul> </li> <li>○Australian Sports Commission (ASC)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・AUSSIE SPORTS プログラムの運営</li> </ul> </li> </ul>

\* 引用文献1)、28)～34)をもとに筆者が作成

均寿命はオーストラリア全体の平均より20年短く(男性56歳、女性63歳)、35～44歳の死亡率は同年齢層のオーストラリア全体の死亡率の5倍である<sup>30)</sup>。2000年～2002年の死因は、糖尿病などの内分泌および栄養代謝異常が第1位をしめ(男性7.3%、女性10.1%)、自己申告による糖尿病の罹患率はオーストラリア全体の約4倍(先住民11%、オーストラリア全体3%)<sup>30)</sup>である。2つ目として、公用語である英語が話せない住民が少なくないことである。オーストラリアは、1945年以降の移民を積極的に受け入れてきた歴史的な背景があり、その結果、オーストラリア国内には200以上の異なる民族の出身者が住み、家庭で英語以外の言語を使う人口の割合はオーストラリア全体で16%にのぼる<sup>30)</sup>。

これらの問題への対策として、先住民の保護サービスを担当する部署が連邦政府および州・準州の設置のほか、1990年に編成された、アボリジニ・トレス海峡諸島人コミッション(ATSIC)が、アボリジニ地方評議会とともに、保健、住宅、司法、文化、投資などアボリジニの生活のあらゆる面にわたるプログラムを運営管理したり<sup>30)</sup>、より住民のニーズにあった保健活動が行われるよう、先住民の中から医療専門職者を育成する活動が行われている。そして、英語が話せない住民のためには、母国語による各種パンフレットの配布や相談窓口の設置が行われている<sup>30)</sup>。

#### 4. 考 察

日本とオーストラリアの人口構成や疾病構造、生活習慣病、健康政策についての統計データから、日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策について比較し、考察をする。

日本の平均寿命と健康寿命は、どちらも男女ともに世界で第1位であり、オーストラリアにおけるそれらは、平均寿命が世界で第4位、健康寿命が世界で第5位ないし第6位である。このことから、両国ともに高い健康水準を保持しているといえる。しかし、日本とオーストラリアの両国とも、今後さらに少子高齢化が進むと予測されることを考えると、高齢者になっても高い健康水準を保ち続けることは、重要な課題である。そのためには、病気を予防し、障害を持ちながら生活する期間をできるだけ短くすることが重要である。

両国で死亡率の高い疾患は、がんや循環器系疾患であり、また、高齢者が障害を抱える主要因のひとつは脳血管疾患である。

日本とオーストラリアの生活習慣病と生活習慣との関連をみみると、日本では、糖質(炭水化物)中心の食生活から脂質中心の食生活への移行に伴い、大腸がんや糖尿病の罹患率、肥満率が上昇している。オーストラリアでは、脂質中心の生活習慣であり、結腸がんがOECD加盟国の中で“worst rank”に位置し、糖尿病の罹患

## 統計データから見た日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策

率や肥満率が著しく増加している。さらに、両国とも、健康的な生活を送るには不十分な運動習慣しか持っておらず、このことが、糖尿病の罹患率や肥満率の増加に影響していると考えられる。また、日本の喫煙率は、男性が世界の平均値39.4%<sup>29)</sup>よりもかなり高く、女性は世界の平均値16.0%<sup>29)</sup>よりも低いが、上昇傾向にある。オーストラリアでは、男性は世界の平均値以下で、11年間で11%も低下しており、女性は少し高いが、低下傾向にある。肺がんによる死亡率は、両国とも高いうえ、オーストラリア男性を除いて増加傾向である。喫煙者の肺がんの罹患率は、非喫煙者と比べて4.2~4.5倍増加する<sup>30)</sup>ことから考えると、日本の喫煙率の現状と肺がんによる死亡率の高さとは関連性があると考えられる。また、1人あたりのたばこ消費量が多い国では、10年か20年後の肺がんによる死亡率が高くなる<sup>30)</sup>ことから考えると、オーストラリアのように喫煙率が低下しても、肺がんによる死亡率が低下するには時間がかかることが推測される。しかし、虚血性心疾患への影響は、医療の発達とともに喫煙率の低下が血性心疾患による死亡率を低下させる要因とされており<sup>31)</sup>、心疾患による死亡率は、日本では男女ともほぼ横ばいであるのに対し、オーストラリアでは、男女とも著しく低下しており、ひとつの成果といえる。

日本とオーストラリアが現在抱えている健康問題と生活習慣の現状には、似通った点が多いと言える。しかし、経時的な変化をみると、両国の健康政策に大差はないにもかかわらず、健康政策の成果がはっきりしない日本と、一部分ではあるが成果が認められるオーストラリアとの違いがみられたものがある。それは、喫煙対策である。

オーストラリアでは、1980年代後半から、公共施設などの禁煙化やたばこの価格上昇政策、がん協会や心臓病財団などの非政府組織による取り組みなど、様々な禁煙対策がなされている。例えば、オーストラリアのたばこの価格は、日本の約2倍である（紙巻たばこ20本：4.02米ドル[課税23%]<sup>32)</sup>。また、ビクトリア州では、「Quit and Win」という喫煙率減少計画の一環として、雇用主へのパンフレット配布や禁煙キット配布が行われたが、その背景には対がん協会や心臓病財団が行った喫煙減少キャンペーンがあったという<sup>33)</sup>。日本でも、公共施設などの禁煙化や分煙対策が浸透してきているが、公共の場所での分煙対策や、たばこ対策の礎となる「たばこ行動計画」が審議されたのは1990年代半ばである<sup>34)</sup>。そして、日本医師会などによる禁煙キャンペーンやたばこ価格の改正などが行われてきたが、喫煙率の現状から考えて、現在の取り組み内容の強化や、新たな取り組みの実施が望まれる。

また、オーストラリアにおいてもまだ目立った成果は

認められてはいないが、両国の生活習慣と健康政策について比較検討する中で、健康政策の成果をあげるのに大切だと思われる内容が3点見出された。

1つ目は、人生の各時期に応じた取り組みである。年齢が高くなるほど生活習慣病に罹患する割合が増加するが、生活習慣の確立は幼児期から始まることを考えると、幼児期からの健康的な生活習慣に関する取り組みが重要である。

オーストラリアでは、1992年から1999年にかけて、発達段階に応じた食に関するガイドライン<sup>35)</sup>を導入しているほか、ホームページ上で具体的なメニューを提示する<sup>36)</sup>といった取り組みがなされている。しかし、小川らが1995年に実施した日本やオーストラリアを含む4カ国の幼児の食品の嗜好性に関する調査<sup>40)</sup>によると、オーストラリアの幼児は肉類や乳類、穀類に高い嗜好性を示し、魚介類や豆類、野菜類、芋類には低い嗜好性を示したという。現状では子どものみならず、大人も望ましい食生活の確立には至っておらず、それが現在も肥満の増加や糖尿病罹患率の深刻な増加と関連しているように思われる。

日本の場合、小川らの同様の調査<sup>40)</sup>では、日本の幼児は10の食品群全てに高い嗜好性を示していたが、坂本らの4、5歳児の食物摂取傾向を観察した調査<sup>41)</sup>では、動物性脂肪、動物性たんぱく質の過剰摂取が年々増加する傾向にあり、小児期から生活習慣病のリスクを高めていることを指摘している。これらに対して政府は、2005年に「食事バランスガイド」および、家庭や学校、地域を通じて食生活に関する適切な知識や判断力を身につける「食育」の普及に向け、食育基本法を施行し<sup>42)</sup>、子どもの望ましい生活習慣の確立と維持に向け、具体的な取り組みを実施しているところである。

小児期の食生活は、小児期の食物摂取の質と量、食環境、および食物摂取に至る保育者（保護者）の食に対する意識が大きな影響を与えることになる<sup>43)</sup>。親と子どもの生活習慣のつながりが良循環になるように意識して行動するという視点を、国民一人ひとりが持つことが健康的な生活習慣の確立において重要であると考えられる。

2つ目は、人々の意欲を高めるような取り組みとして、身体活動・運動を取り上げる。オーストラリアのASCが中心となって取り組んでいるAUSSIE SPORTでは、最初にスポーツに興味を持つ動機づけがプログラムとして組み込まれている<sup>39)</sup>。この、AUSSIE SPORTの取り組みは、1996年にユネスコから「スポーツ・体育教育に関する優れた取り組み」として、表彰されている。また、ヘルスプロモーションスクールでも、幼少からスポーツの習慣をつけるためのプログラム<sup>39)</sup>がある。日本での成人に対する調査によると、学生時代に積極的に運動部



(クラブ) 活動を行っていた者ほど、成人期においてもスポーツクラブに所属していることが明らかになっている<sup>40)</sup>。これらからも、運動習慣を習得するためには、幼少期から身体活動や運動に親しむことができ、就学期に習得した運動習慣を成人期以降まで継続できる、AUSSIE SPORTのような取り組みは適していると考えられる。

最後に、一人ひとりの生活習慣を改善するために、それぞれの特性に応じた対応が必要があるが、オーストラリアでは、先住民による生活プログラムの管理・運営<sup>39)</sup>、医療専門職者を先住民の中から育成する、母国語によるパンフレットの配布や相談窓口の設置<sup>30)</sup>といった取り組みが行われている。日本は、オーストラリアほど多民族国家ではないが、アイヌ民族など、先住民は存在している。また、同じ民族であっても、居住地域によって健康寿命は1.5倍の開きがある<sup>1)</sup>。したがって、日本でも、居住地域の人々が計画したり、その地方の風土や文化をよく理解した医療従事者の育成が大切であると思われる。

## 5. おわりに

日本とオーストラリアでは、人口構成や疾病構造、とられている健康政策の多くに類似性が認められた。しかし、在住している人種の構成や文化などの違いから、具体的な取り組みに違いがあり、日本としても参考になる点があった。また、日本とオーストラリアの現状を検討する中で、日本の課題も見えてきた。

日本において、健康的な生活習慣への改善に向けた取り組みは急務であり、現在すでに行っている取り組みの強化とともに、新たな取り組みを行うことが必要であると思われる。とくに、生活習慣が確立する幼児期への積極的な取り組みが望まれる。そのためには、子どもたちが興味を示すような、そして、動機付けが高まるようなプログラムであることが大切である。また、幼児期の望ましい生活習慣が維持されるよう、継続的に、繰り返し介入することが重要であると考えられる。さらに、養育の責任を持つ保育者(保護者)自身の生活習慣が、子どもの生活習慣に大きな影響を及ぼすという認識をもつことができるような意識付けを行う必要がある。

健康づくりのためには、人生の各時期に応じた、健康的な生活習慣への取り組みを行うことが重要であり、われわれ医療専門職者は、人生の各段階を踏まえた内容とその啓蒙活動、個々の特性に応じた健康づくりの目標と具体的な計画を、対象となる人々と共に考え、達成に向けて支援することが重要である。そのためにも、地方の風土や文化をよく理解している医療専門職者を育成し、住民の支援活動に取り組むことも大切であると考えられ

る。

## 謝 辞

本論文の作成にあたり、資料の収集等でご協力いただいた本学部学生(伊神旭美、勝野友、神谷真菜、小塚屋佳、佐治香澄、高木歩美、塚本裕子、水谷慎)の皆さんに感謝いたします。

## 文 献

- 1) 健康・体力づくり財団, 健康日本21, <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>, 2005.9.16.
- 2) 総務省, 世界の統計2005, <http://www.stat.go.jp/data/sekai/index.htm>, 2005.10.3
- 3) 厚生統計協会: 国民衛生の動向, 51 (9), 35-38, 2004.
- 4) 3) 前掲書, 41-45.
- 5) 3) 前掲書, 66-69.
- 6) Australian Institute of Health and Welfare: Australians Health 2004, 9th, 181-190, 2004.
- 7) 6) 前掲書, 355-357.
- 8) 6) 前掲書, 174-180.
- 9) 3) 前掲書, 45-56.
- 10) 6) 前掲書, 43-56.
- 11) Organization for Economic Co-operation and Development (OECD): Health at a Glance OECD Indicators 2003, Paris, 2003, 伊藤友里訳, 図表でみる世界の医療 OECDインディケータ (2003年版), 98, 明石書店, 東京, 2004.
- 12) 11) 前掲書, 100.
- 13) 6) 前掲書, 56-102.
- 14) 6) 前掲書, XIV-XV.
- 15) 11) 前掲書, 102.
- 16) 厚生労働省, 平成14年度糖尿病実態調査報告, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0318-15.html>, 2005.10.5.
- 17) 厚生労働省, 平成15年度国民健康・栄養調査結果の概要について, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0421-1.html>, 2005.10.5.
- 18) 6) 前掲書, 125-128.
- 19) 農林水産省, 我が国の食料自給率 - 平成14年度食料自給率レポート -, <http://www.kanbou.maff.go.jp/www/jikyu/report14/2.pdf>, 2005.9.16.
- 20) Lester, I. H. : Australia's Food and Nutrition, 72-86, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 1994.

## 統計データから見た日本とオーストラリアの生活習慣と健康政策

- 21) Baker, D., Eyleson-Annan M.: Monitoring health behaviours and health status in NSW: release of the Adult Health Survey 2003, NSW Public Health Bull., 16(1-2), 13-7, 2005.
- 22) 日経BP社, ビジネスパーソンの健康意識 (その1), <http://nikkeibp.jp/wcs/leaf/CID/onair/kenkou/survey/322175>, 2005.8.29.
- 23) 6) 前掲書, 140-161.
- 24) 自治体国際化協会: オーストラリアの青少年政策 - 青少年の生活と直面する諸問題 -, CLAIR REPORT, (187), 1-35, 1999.
- 25) 厚生労働省, 平成12年度国民栄養調査, [http://www.dobtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk\\_14\\_7.html](http://www.dobtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_7.html), 2005.10.5.
- 26) ファイザー株式会社, 女性の喫煙意識に関する調査, [http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2004/2004\\_11\\_15.html](http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2004/2004_11_15.html), 2005.9.16.
- 27) Australian Bureau of Statistics, Australian Social Trends 2000, Health-Risk Factors: Trends in Smoking, <http://www.abs.gov.au/>, 2005.10.4.
- 28) 農林水産省, 食生活指針, [http://www.maff.go.jp/sogo\\_shokuryo/syokuseikatu-hp/sisin1.htm](http://www.maff.go.jp/sogo_shokuryo/syokuseikatu-hp/sisin1.htm), 2005.10.5.
- 29) 健康ネット, たばこと健康 厚生労働省の最新たばこ情報, <http://www.health-net.or.jp/tobacco/front.html>, 2005.9.16.
- 30) 山上孝司: オーストラリアの健康政策, 公衆衛生, 65 (11), 826-831, 2001.
- 31) 姥名玲子: オーストラリアに見るヘルスプロモーション, マニピュレーション, 16 (3), 96-109, 2001.
- 32) 岡田桂: 日本におけるスポーツ政策の現状と課題 - ASC (オーストラリア・スポーツ・コミッション) との比較的地域から -, 同志社政策科学研究, 創刊号, 111-125, 1999.
- 33) 6) 前掲書, 195-206.
- 34) 日豪交流基金, オーストラリア発見, <http://www.discover.australia.or.jp/chapter05/001.html>, 2005.9.16.
- 35) JPHC Study, たばこと肺がんの関係について, <http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/05/hai.html>, 2005.10.3.
- 36) 11) 前掲書, 70-71.
- 37) 11) 前掲書, 24-25.
- 38) Binns C.W., Leong J.F., Lee M.K.: Dietary Guidelines in Australia, 女子栄養大学紀要, (33), 45-55, 2002.
- 39) The Victorian Government, The Better Health Cannel, <http://www.betterhealth.vic.gov.au/>, 2005.10.4.
- 40) 小川宣子, 宋潤姫, 周艶陽 他: 幼児期における栄養教育 7. 幼児をとりまく食環境 - 日本、韓国、中国、オーストラリアの比較 -, 岐阜女子大学紀要, 第30号, 9-17, 2001.
- 41) 坂本元子: 望まれる食生活; 日米の比較から, キューピーニュース, N274, 1996.
- 42) 食育・食生活指針の情報センター, 食生活情報サービスセンター, <http://www.e-shokuiku.com/index.html>, 2005.9.16.
- 43) 坂本元子: 小児の生活習慣病の背景; 食事, 小児看護, 23 (3), 295-299, 2000.
- 44) 文部科学省, 平成11年度体力・運動能力調査結果について, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/12/10/001040.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/12/10/001040.htm), 2005.10.5.

(受稿 平成17年10月13日)

(受理 平成17年12月20日)