

中・高年者の健康的なライフスタイルの認識と実践

Lifestyle Characteristics and Tasks in the Middle aged and the Elderly

-Analysis of Recognition and Practice -

簗持知恵子¹⁾, 中村美知子²⁾

HATANMOCHI Chieko, NAKAMURA Michiko

要 旨

本研究では中・高年者の健康に関するライフスタイルを認識と実践の観点から明らかにし、対象者が実践できる健康的なライフスタイルへ向けての課題と看護の役割を検討した。中・高年者82名のライフスタイルの認識はHealth Promoting Lifestyle Profile IIにて、実践は24時間思い出し法による食事・活動調査票を用いて調査した。

中・高年者は食生活では高齢群が中年群より認識が有意に高かったが、実際の摂取量は必ずしも有意な差がなかった。身体活動は低い認識であり、生活活動強度指数も低い傾向であり、中・高年男性では認識と実践に関連がない傾向にあった。

中・高年者は自分の健康的なライフスタイル実践上の問題を把握し、自分の問題として受け止めることが課題である。看護者はセルフモニタリング法などを導入し、自己のライフスタイルを評価し、意欲的に健康的なライフスタイルを継続できるよう定期的な面談や教育する機会を持つことが必要である。

The purpose of this paper is to clarify lifestyle characteristics of the middle-aged and the elderly from the viewpoint of their recognition and practice, and to consider their practicable tasks and the nursing practice directed toward their healthy life. The data on recognition and practice of 82 middle-aged and elderly subjects were collected respectively through Health Promoting Lifestyle Profile II (SN Walker, 1997) and through a questionnaire on eating and physical activities using the 24-hour recall method.

The results indicate that the recognition scores of nutrition of the elderly group are significantly higher than those of the middle-aged, while the difference in the actual amount of nutritional intake is not necessarily consistent with the recognition scores. As for physical activities, both the recognition scores and the activity factors were, overall, rather low, compared to nutrition, and a significant correlation between them was not found in the male group.

These findings suggest that the tasks of the middle-aged and the elderly are to understand their lifestyle problems and to accept them as their own. In addition, nurses should introduce the self-monitoring method to patients, and regularly provide them with consulting and educational opportunities, so that they can maintain their motivation for a healthy lifestyle, evaluate their own lifestyles appropriately and put healthier lifestyles into practice.

キーワード ライフスタイル, 中年者, 高齢者, 認識, 実践

Key Words Lifestyle, The Middle-aged, The Elderly, Recognition, Practice

受理日: 2008年7月29日

1) 山梨県立大学看護学部

Faculty of Nursing, Yamanashi Prefectural University

2) 山梨大学医学工学総合研究部

Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi

1. はじめに

2004年度の国民健康・栄養調査¹⁾によれば中・高年のメタボリックシンドローム有病者、予備軍をあわせて約2000万人といわれている。健康日本21の中間報告では若年・中高年男性の高脂血症者の割合の改善がみられず、課題となっている²⁾。そして2007年「新健康

フロンティア戦略」では国民自らがそれぞれの立場に応じて健康対策を行うことの重要性和「メタボリックシンドロームの克服」「食育」「運動スポーツ」など9分野における個人の健康力, 克服力, 食の選択力等の必要性が示された³⁾。特に中・高年者が主体的に健康的なライフスタイルを形成するための医療者の役割の明確化が必要になっている。

本邦における健康的なライフスタイルの実態調査では健康習慣と実際の栄養摂取量や活動量など認識と実践から調査したものは少ない⁴⁾⁵⁾⁶⁾。健康行動に関する中年期の意識と実践の調査では健康的な生活習慣を大切だと思っているが実行していない⁷⁾, 栄養に関する重要と思っていることと実行している内容は異なることなども報告されている⁸⁾。健康的なライフスタイルの重要性は認識されているが, 十分に実践力が伴っているかは明らかになっていない。中・高年者が健康的なライフスタイルを実践するための看護職の役割を探るためには対象者の認識と実践の関係性からその実態を捉える必要があると考える。

II. 目的

本研究は中・高年者の食生活や身体活動に関するライフスタイルを認識と実践の観点から明らかにし, 対象者が実践できる健康的なライフスタイルに向けての課題と看護職の役割を検討する。

III. 用語の操作的定義

ライフスタイル: 健康状態に影響する日々の生活様式の規則的な活動であり⁹⁾, 主要要素として栄養や身体活動, ストレス管理, 健康への責任, 人間関係, 精神面の成長を含むものである¹⁰⁾。本調査では栄養や身体活動に限定して用いる。

ライフスタイルの認識: 健康状態に影響する日々の生活状態の自己の評価。

ライフスタイルの実践: 個人の日々の生活状態。

IV. 研究方法

1. 対象者

地域で生活している30才～65才未満の男女45名(以下, 中年群), 65才以上の男女37名(以下, 高齢群)の計82名で, 参加協力の承諾が得られた者。

2. 調査内容

1) 基本属性: 年齢, 性別, 家族形態, 身長, 体重, BMI, 通院の有無, 血液生化学検査

(T-cho, HDL・LDL コレステロール, 中性脂肪, HbA_{1c})

2) ライフスタイルの認識: Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II; SN Walker, 1997)¹¹⁾を使用した。HPLP IIは開発者から尺度使用, 翻訳の許可を得て, 栄養学, 看護学など複数の専門家による翻訳と英語を母国語とする職業翻訳家による逆翻訳を実施し, 原文の主旨を変えないことを確認して使用した。HPLP IIは健康的なライフスタイルの主要な要素を測定することを目的に開発され, 52項目, 6つの下位尺度から構成されており, 本調査では身体活動(8項目), 栄養(9項目)の項目を使用した。「日常的にする」～「全くない」の4段階で返答するリカートタイプの質問紙であり, 健康的な行動や態度などの頻度を個人の認識の側面から測定するものである。各項目1～4点で, 高いほど健康的なライフスタイルを示している。HPLP IIの英語版の信頼性, 構成概念妥当性, 基準関連妥当性は確保されている¹¹⁾¹²⁾。

3) ライフスタイルの実践:

- ① 活動調査票: 調査票に, 典型的な日の24時間の活動内容(食事, 家事, 運動, 移動, 談話, 身仕度, 入浴, スポーツなど)を分単位で詳細に, 具体的に記入する。
- ② 食事調査票: 思い出し法により典型的な日の1日3回の食事内容(飲料水, 間食も含めて摂取したものすべて)を献立, 使った食品, おおよその量(g)について記載する。

3. 調査方法

1) データ収集施設: A県内農村地域にある事業所2施設(工場), クリニック1施設, 市街地にある生涯教育施設1施設

2) 事業所においては紙面にて, 生涯教育施設においては研究者が紙面と口頭で呼びかけ, 地域のクリニックでは医師から紹介された該当者に個別に口頭と紙面で参加協力を依頼した。

3) HPLP IIは自宅またはデータ収集場所で記載してもらい, 直接, 調査者が回収した。食事調査票は24時間思い出し法により, 典型的な1日の食事の内容(献立, 食品, 量)を, 活動調査票は活動内容を分単位で面接法により個別に聴き取りを行った。

4. 分析方法

1) HPLP IIの栄養と身体活動下位尺度ごとの平均値(中央値)の差の検定を年代, 性別の2群間で比較した(Mann-WhitneyのU検定)。また, 主な栄養摂取量や生活活動強度指数とHPLP IIの関連項目

表1 対象者の背景

| 項目 | 中年群 (n=45) | | 高齢群 (n=37) | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | 男性 n=22 | 女性 n=23 | 男性 n=16 | 女性 n=21 | |
| 年齢 (Mean ± SD) (才) | 48.7 ± 10.5 | 44.7 ± 11.5 | 75.9 ± 4.7 | 70.4 ± 4.1 | |
| 属性 | 仕事の有無 | 有り (人) (%) | 19 (82.6) | 8 (50.0) | 7 (33.3) |
| | | 無し (人) (%) | 1 (4.5) | 4 (17.4) | 8 (50.0) |
| 居住形態 | 居住形態 | 独居 (人) (%) | 4 (17.4) | 1 (6.3) | 5 (23.8) |
| | | 同居 (人) (%) | 17 (77.3) | 19 (82.6) | 15 (93.8) |
| BMI (18.5 ≤ ~ <25 ふう体重, 25 ≤ 肥満) | 23.8 ± 2.8 ^{a)} | 20.8 ± 2.3 ^{a)} | 22.4 ± 2.9 | 22.3 ± 3.9 | |
| 血液 データ ()内 基準値 | T-cho (220mg/dl 未満) | 203.0 ± 36.9 | 202.0 ± 37.4 | 186.9 ± 35.5 ^{b)} | 218.5 ± 30.2 ^{b)} |
| | HDL (40mg/dl 以上) | 56.2 ± 11.1 ^{a)} | 72.2 ± 13.5 ^{a)} | 58.3 ± 13.7 | 64.0 ± 12.5 |
| | LDL (140mg/dl 未満) | 122.1 ± 33.7 | 116.6 ± 29.8 | 103.3 ± 28.4 ^{b)} | 130.9 ± 22.7 ^{b)} |
| | 中性脂肪 (150mg/dl 未満) | 152.5 ± 114.2 ^{a)} | 80.8 ± 48.8 ^{a)c)} | 91.4 ± 33.3 | 125.8 ± 56.4 ^{c)} |
| | HbA _{1c} (4.3 ~ 5.8%) | 5.2 ± 0.7 | 5.1 ± 0.7 | 5.4 ± 0.7 | 5.7 ± 1.4 |
| 生活習慣病で通院している人数 (%) | 2 (9.1) | 1 (4.3) | 13 (81.3) | 8 (38.1) | |

a) ~ c)は Mann-whitneyU 検定で有意差あり

a)は中年群男性女性間 (p<0.001), b)高齢群男性女性間 (p<0.01 ~ 0.05), c)は中年群高齢群女性間 (p<0.01)

*基準値は高脂血症や糖尿病の診断を受けていない人のコントロールの目標値を示す

との相関係数を算出した (Spearman 順位相関係数)。

- 2) 統計ソフトは SPSS.ver14 を, 食事調査結果はエクセル栄養君 ver.4.0 を使用し, 分析した。

V. 倫理的配慮

本調査は山梨大学医学部倫理委員会において承認を得て実施した (No.160)。調査に際しては, 研究者が文書および口頭で本調査の主旨や, 調査への自由意志による参加, 調査への不参加や中断の保障, プライバシーの確保等を説明し, 文書による署名をもって参加の同意とした。また本調査の栄養摂取の分析結果は希望に応じて, 個別に紙面にて返却した。

VI. 結果

1. 対象者の背景

対象者の背景は表1の通りである。中年群男性は95.5%, 中年群女性82.6%, 高齢群男性50.0%, 高齢群女性33.3%が仕事をもっていた。データ収集の地域特性により, 中年群では工場の勤務者で製造業や事務職, 高齢群では農業や自営業の管理職が多かった。一人暮らしの割合は少なく, 80%程度は各群とも家族と同居していた。

BMIや血液データに関しては中年群男性の中性脂肪の平均値が基準値より高値であった。それ以外の血清脂質, HbA_{1c}は基準値の範囲内であった (基準値は高脂

血症や糖尿病の診断を受けていない人のコントロールの目標値を示す)。生活習慣病で通院治療中の者は中年群男性2名 (9.1%), 中年群女性1名 (4.3%), 高齢群男性13名 (81.3%), 高齢群女性では8名 (38.1%)であった。

2. 中・高年者のライフスタイルの認識と実践

中・高年者のライフスタイルの認識を示す HPLP II の栄養項目の信頼性係数は0.72, 身体活動項目では0.82であった。

1) ライフスタイルの認識の現状

① 食生活の認識

食生活の認識の結果は表2に示す。HPLP II の栄養全体の9項目の平均値は高齢群は中年群より男女とも高く, 有意差があった (p<0.01 ~ 0.05)。下位項目をみると特に高齢群は男女とも果物や野菜の摂取の認識が中年群より高く (p<0.01 ~ 0.05), 特に高齢群女性では乳製品, 肉や魚等の摂取, 栄養素の確認は中年群女性に比べ高かった (p<0.01 ~ 0.05)。中年群, 高齢群ともに男女間で有意な差はみられなかった。

② 身体活動の認識

中年群, 高齢群の身体活動の認識の実態は表3に示す。身体活動の全体8項目の平均は高齢群女性を除き, 2.0未満の値であり, 栄養の値に比し, 全体的に低い傾向にあった。高齢群女性は, 中年群女性比べ, 身体活動全体, 計画的な運動, 生活への運動の取り入れに関して高い認識を持っていた (p<0.05)。中年群高齢群男性間, 中年群男女間, 高齢群男女間では有意な差がみられなかった。

表2 中・高齢者の食生活の認識と実践 - 年代・性別による比較

| ライフスタイル項目 | 中年群 (n=45) | | | | | 高齢群 (n=37) | | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|
| | 食品摂取 基準量 (g) 男性 / 女性 | 男性 n=22 | | 女性 n=23 | | 食品摂取 基準量 (g) 男性 / 女性 | 男性 n=16 | | 女性 n=21 | |
| | | Mean ± SD | (Me.) | Mean ± SD | (Me.) | | Mean ± SD | (Me.) | Mean ± SD | (Me.) |
| 脂質(飽和脂肪酸), コレステロール制限 | | 2.1 ± 1.0 | (2.0) | 2.1 ± 1.0 | (2.0) | | 2.4 ± 1.3 | (2.0) | 2.7 ± 1.0 | (3.0) |
| 糖分の制限 | | 2.2 ± 1.0 | (2.0) | 2.4 ± 1.0 | (2.0) | | 2.9 ± 1.1 | (3.0) | 2.6 ± 1.1 | (2.0) |
| 穀類の摂取 | | 3.2 ± 0.9 | (3.0) | 3.4 ± 0.8 | (4.0) | | 3.6 ± 0.7 | (4.0) | 3.5 ± 0.9 | (4.0) |
| 果物の摂取 | | 2.2 ± 1.2 | (2.0) ^{c)} | 2.7 ± 0.9 | (3.0) ^{d)} | | 3.4 ± 1.0 | (3.0) ^{c)} | 3.3 ± 1.0 | (4.0) ^{d)} |
| 野菜の摂取 | | 2.5 ± 0.9 | (2.0) ^{c)} | 2.7 ± 1.0 | (3.0) ^{d)} | | 3.4 ± 1.0 | (4.0) ^{c)} | 3.5 ± 0.9 | (4.0) ^{d)} |
| 乳製品の摂取 | | 2.9 ± 1.1 | (3.0) | 3.1 ± 1.0 | (4.0) ^{d)} | | 2.9 ± 1.2 | (3.5) | 3.7 ± 0.7 | (4.0) ^{d)} |
| 魚・肉・卵・豆類の摂取 | | 2.8 ± 1.0 | (3.0) | 2.8 ± 0.9 | (2.0) ^{d)} | | 3.0 ± 1.0 | (2.0) | 2.6 ± 1.1 | (3.0) ^{d)} |
| 栄養素の確認 | | 1.9 ± 1.0 | (1.5) | 2.0 ± 0.9 | (2.0) ^{d)} | | 2.4 ± 1.2 | (2.0) | 2.6 ± 1.1 | (3.0) ^{d)} |
| 栄養全体(9項目)平均 | | 2.6 ± 0.5 | (2.4) ^{c)} | 2.7 ± 0.5 | (2.7) ^{d)} | | 3.0 ± 0.5 | (2.9) ^{c)} | 3.2 ± 0.5 | (3.3) ^{d)} |
| 穀類 (g) | 400/270 | 456.8 ± 160.7 | | 365.8 ± 112.3 | | 250/180 | 448.6 ± 87.3 ^{b)} | | 348.7 ± 88.9 ^{b)} | |
| 砂糖類 (g) | 10/10 | 22.5 ± 68.0 | | 12.2 ± 12.6 | | 5/5 | 10.7 ± 7.8 | | 11.1 ± 12.2 | |
| 菓子類 (g) | 30/25 | 12.4 ± 21.6 ^{a)} | | 37.7 ± 42.1 ^{a)} | | 20/20 | 35.0 ± 34.0 ^{c)} | | 25.7 ± 35.3 | |
| 油脂類 (g) | 30/15 | 23.2 ± 18.9 ^{c)} | | 17.3 ± 13.3 | | 10/15 | 9.4 ± 7.0 ^{c)} | | 15.2 ± 11.3 | |
| 野菜合計 (g) | 350/350 | 260.1 ± 113.7 | | 337.2 ± 171.7 | | 350/350 | 292.0 ± 118.8 | | 320.6 ± 142.2 | |
| 果実類 (g) | 200/200 | 92.6 ± 153.3 | | 128.2 ± 175.9 | | 200/200 | 105.9 ± 97.8 | | 134.0 ± 86.1 | |
| 肉・魚・卵・豆類合計 (g) | 270/230 | 253.4 ± 114.3 | | 252.1 ± 164.9 | | 230/230 | 250.5 ± 86.7 | | 260.0 ± 98.0 | |
| 乳類 (g) | 300/250 | 138.4 ± 188.7 | | 138.7 ± 141.1 | | 250/250 | 70.9 ± 75.8 ^{b)} | | 132.9 ± 96.5 ^{b)} | |
| 食塩 (g) | 10/8 未満 | 10.9 ± 3.5 | | 9.9 ± 3.0 | | 10/8 未満 | 12.3 ± 2.9 | | 11.1 ± 3.2 | |

a) ~ d)は Mann-whitneyU 検定で有意差あり

a) 中年群男性女性間 (p<0.01), b) 高齢群男性女性間 (p<0.01 ~ 0.05), c) 中年群高齢群男性間 (p<0.01 ~ 0.05), d) 中年群高齢群女性間 (p<0.01 ~ 0.05)

*食品摂取基準は身体活動レベルIIで算出した1日あたり必要な食品摂取構成量や目安量をさす。中年群は30~69才, 高齢群は70才以上の量を示す文献(13)(14)より

表3 中・高齢者の身体活動の認識と実践 - 年代・性別による比較

| ライフスタイル項目 | 中年群 (n=45) | | | | 高齢群 (n=37) | | | |
|---------------|------------|-------|-----------|---------------------|------------|-------|-----------|---------------------|
| | 男性 n=22 | | 女性 n=23 | | 男性 n=16 | | 女性 n=21 | |
| | Mean ± SD | (Me.) | Mean ± SD | (Me.) | Mean ± SD | (Me.) | Mean ± SD | (Me.) |
| 計画的な運動 | 1.8 ± 1.1 | (1.0) | 1.6 ± 0.9 | (1.0) ^{a)} | 1.8 ± 1.2 | (1.0) | 2.3 ± 1.1 | (2.0) ^{a)} |
| 激しい運動 | 1.8 ± 1.1 | (1.0) | 1.6 ± 0.9 | (1.0) | 1.7 ± 0.9 | (1.5) | 2.0 ± 1.0 | (2.0) |
| 軽~中等度の運動 | 2.0 ± 1.3 | (1.0) | 1.8 ± 1.2 | (1.0) | 2.1 ± 1.1 | (2.0) | 2.2 ± 1.1 | (2.0) |
| 余暇としての運動 | 1.5 ± 0.9 | (1.0) | 2.1 ± 1.3 | (2.0) | 1.4 ± 0.7 | (1.0) | 1.8 ± 1.0 | (1.0) |
| ストレッチ | 2.1 ± 1.3 | (1.5) | 1.9 ± 1.1 | (2.0) | 1.7 ± 0.9 | (1.0) | 2.1 ± 1.0 | (2.0) |
| 生活への運動の取り入れ | 2.1 ± 1.0 | (2.0) | 1.9 ± 0.9 | (2.0) ^{a)} | 2.0 ± 1.0 | (2.0) | 2.6 ± 1.2 | (2.0) ^{a)} |
| 身体活動全体(8項目)平均 | 1.8 ± 0.8 | (1.5) | 1.6 ± 0.5 | (1.5) ^{a)} | 1.7 ± 0.6 | (1.6) | 2.0 ± 0.6 | (2.1) ^{a)} |
| 生活活動強度指数:Af | 1.6 ± 0.2 | (1.5) | 1.5 ± 0.1 | (1.5) | 1.5 ± 0.2 | (1.5) | 1.6 ± 0.3 | (1.5) |
| 身体活動レベル | ふつう | | 低い | | ふつう | | ふつう | |

注1) Af: activity factor 各身体活動における単位時間あたりの強度を示す値。エネルギー代謝率 + 1.2

注2) 身体活動レベルは69才以下は低いレベルがAf = 1.5(1.4 ~ 1.6), ふつう 1.75(1.6 ~ 1.9), 高い 2.0(1.9 ~ 2.2以上)として分類するが, 70才以上では低いレベルがAf = 1.3(1.2 ~ 1.4), ふつう 1.5(1.4 ~ 1.6), 高い 1.7(1.6 ~ 1.8以上)として分類される

a)は Mann-whitneyU 検定で中年群高齢群女性間で有意差あり (p<0.05), 生活活動強度指数は n.s.

2) ライフスタイルの実践の現状

① 食生活の実践

中年群, 高齢群の食品群別摂取量は表2に示す。表2の食品摂取基準量は五訂食品成分表2005と日本人の食事摂取基準(2005年版)¹³⁾¹⁴⁾を参考とし, 中年群では身体活動レベルII(ふつう)の30~69才の1日あたりに必要な食品摂取構成量や目安量(g), 老年群では身体活動レベルII(ふつう)の70才以上の量を参考として表示した。年代別, 性別の食品摂取基準と比較すると4群ともに穀類, 砂糖類, 食塩の摂取は基準量より高く,

野菜, 果物, 乳類の摂取は基準量より少なかった。中年群女性, 高齢群男性, 高齢群女性では菓子の摂取量が基準量に比べ高かった。

中年群男性は菓子類に関しては中年群女性, 高齢群男性に比べ少なく, 油脂類の摂取は高齢男性よりは有意に高かったが(p<0.01 ~ <0.05), 摂取基準範囲内であった。

② 身体活動の実践

実際の1日の平均生活活動強度では中年群女性は低いレベル, その他の群はふつうの活動レベルであった

表4 中・高年者の食生活の認識と実践の関係— HPLP II 値と食品摂取量

| 項目 | 実践 (食品摂取量) (g) | 中年群 (n=45) | | | | 高齢群 (n=37) | | | |
|----------------|-------------------|------------|-------|---------|-------|------------|-------|---------|-------|
| | | 男性 n=22 | | 女性 n=23 | | 男性 n=16 | | 女性 n=21 | |
| | | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 |
| 認識 (HPLP II) | | | | | | | | | |
| 脂質, コレステロールの制限 | 油脂類 | -0.17 | 0.454 | -0.31 | 0.154 | 0.22 | 0.410 | 0.38 | 0.094 |
| 糖分の制限 | 砂糖類 | -0.06 | 0.788 | 0.25 | 0.260 | -0.23 | 0.384 | 0.05 | 0.845 |
| | 菓子類 | -0.18 | 0.520 | -0.07 | 0.760 | -0.37 | 0.154 | -0.25 | 0.281 |
| 穀類の摂取 | 穀類 | 0.02 | 0.945 | 0.51* | 0.013 | 0.43 | 0.094 | 0.23 | 0.316 |
| 果物の摂取 | 果実類 | 0.41 | 0.057 | 0.37 | 0.083 | 0.36 | 0.177 | 0.28 | 0.221 |
| 野菜の摂取 | 野菜類合計 | 0.57** | 0.005 | 0.26 | 0.228 | -0.06 | 0.827 | 0.14 | 0.546 |
| 乳製品の摂取 | 乳類 | 0.63** | 0.002 | 0.86*** | 0.000 | 0.67** | 0.004 | -0.03 | 0.883 |
| 肉・魚・卵・豆類の摂取 | たんぱく質合計 | 0.08 | 0.740 | 0.44* | 0.037 | 0.33 | 0.219 | 0.51* | 0.020 |
| 栄養素の確認 | 食塩 | -0.17 | 0.439 | -0.20 | 0.353 | -0.12 | 0.650 | -0.30 | 0.182 |
| | 油脂類 | -0.34 | 0.126 | -0.49* | 0.019 | -0.02 | 0.951 | 0.03 | 0.903 |

*は Spearman 順位相関係数 $p < 0.05$ で有意な相関がある, **は $p < 0.01$, ***は $p < 0.001$ で有意であった

表5 中・高年者の身体活動の認識と実践の関係— HPLP II 値と生活活動強度

| 項目 | 実践 (Af) | 中年群 (n=45) | | | | 高齢群 (n=37) | | | |
|----------------|------------|------------|-------|---------|-------|------------|-------|---------|-------|
| | | 男性 n=22 | | 女性 n=23 | | 男性 n=16 | | 女性 n=21 | |
| | | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 | 相関係数 | p 値 |
| 認識 (HPLP II) | | | | | | | | | |
| 計画的な運動 | 生活活動強度指数 | -0.24 | 0.281 | 0.10 | 0.658 | -0.10 | 0.701 | 0.44* | 0.047 |
| 激しい運動 | | -0.32 | 0.142 | 0.39 | 0.065 | -0.25 | 0.345 | 0.37 | 0.096 |
| 軽～中等度の運動 | | 0.03 | 0.881 | 0.52* | 0.010 | -0.12 | 0.647 | 0.00 | 0.995 |
| 余暇としての運動 | | -0.08 | 0.735 | 0.17 | 0.434 | -0.18 | 0.511 | 0.25 | 0.268 |
| ストレッチ | | 0.02 | 0.940 | 0.26 | 0.225 | -0.20 | 0.455 | -0.13 | 0.590 |
| 生活への運動の取り入れ | | 0.25 | 0.254 | 0.15 | 0.500 | -0.50* | 0.045 | 0.45* | 0.043 |
| 身体活動全体 (8項目)平均 | | 0.02 | 0.916 | 0.41 | 0.053 | -0.35 | 0.181 | 0.50* | 0.021 |

*は Spearman の順位相関係数 $p < 0.05$ で有意であった

が有意な差はみられなかった(表3)。

3) ライフスタイルの認識と実践の関係

① 食生活の認識と実践の関係

食生活における認識では高齢群男性は果物, 野菜の摂取が中年群男性に比べ有意に高く ($p < 0.01 \sim 0.05$), 高齢群女性は果物, 野菜, 乳製品, 魚・肉・卵・豆類の摂取, 栄養素の確認の認識が中年群女性より有意に高かった ($p < 0.01 \sim 0.05$)。しかし実際の摂取量では果物, 野菜, 乳製品, 魚・肉・卵・豆類の摂取, 栄養素の確認に関連する, 食塩や脂質の摂取量は有意な差がみられず, 高齢群では認識は高いが, 必ずしも実践が伴っていない傾向にあった。

中年群, 高齢群の HPLP II の項目と食品群別摂取量の関係をみると(表4), 中年群女性では穀類の摂取, 乳製品の摂取, 肉・魚・卵・豆類の摂取と実際の摂取量に有意な相関が ($p < 0.001 \sim 0.05$) あり, 栄養素の確認が実際の油脂の摂取量と有意な負の相関があった。中年群男性は野菜や乳製品の摂取, 高齢群男性が乳類, 高齢群女性では肉・魚・卵・豆類などの摂取で, 有意な相関があった ($p < 0.01 \sim 0.05$)。果物の摂取, 脂質や糖分の制限, 塩分の確認においては4群とも認識と実践

に有意な相関がみられなかった。

② 身体活動の認識と実践の関係

中年群, 高齢群の身体活動においては HPLP II の値は栄養に比べて低く, 実際の活動強度も低いから普通のレベルであった(表3)。高齢群女性の認識は中年群女性よりも身体活動全体, 計画的な運動, 生活への運動の取り入れで有意に高い値であり, 生活活動強度指数をみると有意な差はなかった。しかし身体活動レベルでは中年群女性が低いレベル, 高齢群女性が普通のレベルであり, 中年群女性, 高齢群女性では認識と実践に同様の傾向であった。中年群, 高齢群の身体活動の認識と実践の関係をみると(表5), 中年群女性では軽～中等度の運動, 高齢群女性では身体活動全体, 計画的な運動, 生活への運動の取り入れと実際の生活活動強度指数に有意な相関がみられた ($p < 0.05$)。高齢群男性では生活への運動の取り入れと生活活動指数に有意な負の相関がみられ ($p < 0.05$), 中年群男性では有意な相関がみられなかった。

VII. 考察

1. 中・高年者の食生活, 身体活動に関する認識と実践の特徴と課題

食生活において高齢群は男女とも中年群に比べ認識が高いが, 実際の摂取量では有意な差が見られず, ライフスタイルの自己評価は高いが, 必ずしも実践が伴っていないことが特徴的であった。生活習慣病の保有割合は中年群ではわずかであるが, 高齢群男性では8割, 女性では4割であった。高齢者は生活管理の必要性を認識し, 自分なりに気遣っている意識があることが, 健康的ライフスタイルの自己評価が高くなる要因であると考えられた。また食品量のとらえ方や見え方, 個人の好みから, 認識と実際の行動に相違が生じる可能性があることが報告されている¹⁵⁾。特に高齢者は正しく自己の実践状況を評価できることが必要である。また肥満や血圧管理に関連する脂質, 砂糖, 果物, 塩分に関しては摂取量と認識には4群とも有意な関連がみられず, 基準量も十分満たしておらず, 認識に実践が伴っていない現状であった。この結果は由田ら⁴⁾の健康習慣の保持数別の食品摂取量に関する報告と同様であった。中・高年者は基準量に満たない食品の摂取量への意識を高めること, 自分の摂取量を正しく理解するなど, 自己の実践上の問題を把握し, 自己の問題として受け止めることが課題であると考えられる。

身体活動の認識が中年群女性より有意に高かった高齢群女性では, 統計学的に有意ではなかったものの実践の活動レベルで同様の傾向があり, HPLP IIの身体活動値と生活活動強度指数も関連があった。しかし, 中年群男性ではHPLP IIの身体活動値と生活活動強度指数も有意な関連はみられず, 高齢群男性では負の相関が見られるものもあり, 必ずしも個人の認識に実践が伴っていないことが予測された。また今回の身体活動のHPLP IIの値は魏ら¹⁶⁾の調査と同様に栄養に比べ低い傾向であり, 効果的な運動を日常生活の中に取り入れている意識も低い現状であった。特に生活活動強度が低い中年群女性は生活に身体活動を取り入れていく意識を高めること, 中年群男性は自己の生活上の身体活動の程度を把握したうえで身体活動を増加させていくことが課題であると考えられた。

2. 中・高年者の健康的なライフスタイル形成に向けた看護の役割

健康的なライフスタイル形成のためには個人の特徴に応じたテーラーメイドの予防の必要性が強調されている。本調査結果からは中・高年者は自己の健康的なライフスタイルの認識に十分な実践が伴っていないことを集団の傾向としてではなく, 自己の問題や課題として認識し, 主体的に改善に取り組めるような看護師

や保健師など看護職者の関わりが求められているといえる。

健康的なライフスタイルの形成を目的とする認知—行動理論を基盤としたセルフモニタリング法は自己の行動や状況のパターンを記録にとどめることで, 問題行動を変化させる可能性がある方法であり¹⁷⁾, 体重, 血圧, 血糖管理などで取り入れられている¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。中・高年者の健康的な食生活や身体活動を動機づけ, 自己の実践状況を正確に認識し, 実践力を高める方法として期待される。また生活習慣改善には医師やカウンセラーなどによる教育, 相談を取り入れたプログラムの有効性が報告されている²¹⁾。看護職者は, セルフモニタリング法などを活用し, 個人がライフスタイルを正しく評価し, 意欲的に健康的なライフスタイルを形成, 維持できるように定期的な面談や教育する機会を持つことが必要であろう。

VIII. 結論

1. 食生活における認識では高齢群が中年群より男女とも有意に高かったが, 実際の摂取量は必ずしも認識と同様に有意な差がみられず, 高齢群は中年群に比べ, ライフスタイルの自己評価は高いが, 必ずしも実践が伴っていないことが特徴的であった。食生活に関するライフスタイルの認識と実践は脂質, 砂糖, 果物, 塩分に関しては認識と摂取量に有意な関連がみられず, 基準量も十分満たしていない現状であった。
2. 中年群, 高齢群の身体活動に関する認識は栄養に比べ, 各群とも低い傾向にあり, 生活活動強度指数も低く, 認識と実践は同様の傾向であった。しかし中年群男性では認識と実践に有意な関連はみられず, 高齢群男性では認識と実践に負の相関がみられる項目もあった。
3. 中・高年者は食生活や身体活動に関しては認識ほど実践が伴っていない場合や認識と実践に関連がない場合があり, 自己の実践上の問題を把握し, 自己の問題として受け止めることが課題であると考えられる。看護職者はセルフモニタリング法などを導入し, 健康的なライフスタイル形成, 維持への意欲を継続し, 正確に自己のライフスタイルを評価し, 実践できるような定期的な面談や教育する機会を持つ必要があると考えられた。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省(2006)平成16年国民健康・栄養調査結果の概要。
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html>
- 2) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会(2007)「健康日本

- 21]中間評価報告書, 1-88.
- 3) 新健康フロンティア戦略賢人会議(2007)新健康フロンティア戦略. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/shinkenkou>.
 - 4) 由田稲子, 押野栄二, 田端正司, 他(2000)7つの健康習慣と栄養摂取状況および検診成績の関連. 北陸公衆衛生誌, 27(1): 13-18.
 - 5) 岡田昌史, 櫻木智江(2000)生活習慣病予防のための生活習慣調査-インターネットによる調査. Health Science, 16(2): 165-173.
 - 6) Krozawa Y, Hosoda T, Iwai N, et al.(2005) Level of physical activity among participation in the JACC study. Journal of Epidemiology, 15: S43-47.
 - 7) 別所遊子, 出口洋二, 長谷川美香, 他(2000)壮年期地域住民の健康行動パターンの分析. 北陸公衆衛生誌, 26(2): 56-62.
 - 8) 木下朋子(2005)有職者における健康的な食生活の意味づけ. 栄養学雑誌, 63(3): 121-133.
 - 9) Wiley JA, Camacho TC(1980)Lifestyle and future health-evidence from the alameda country study. Preventive Medicine, 9: 1-21.
 - 10) Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA (2006) Health Promotion in Nursing Practice. fifth edition, Pearson Education Inc, South Carolina, 112.
 - 11) Walker SN, Hill-Polercky DM(1997)Psychometric evaluation of Health Promotion Lifestyle. Unpublished manuscript.
 - 12) Hulme PA, Walker SN, Effle KJ, et al.(2003)Health-Promoting Lifestyle Behaviors of Spanish Hispanic Adults. Journal of Transcultural Nursing, 14(3): 244-254.
 - 13) 香川芳子編(2005)五訂食品成分表2005. 女子栄養大出版部, 東京, 426-485.
 - 14) 国立健康・栄養研究所鑑(2005)日本人の食事摂取基準(2005年版)の活用. 山本茂, 由田克士編, 第一出版, 東京, 105.
 - 15) 百瀬義人, 畝博(2001)血清コレステロールレベルとの関連からみた農業従事者における認知調節系食行動の特徴. 日本農村医学学会誌, 50(2): 114-124.
 - 16) 魏長年, 米満弘之, 原田幸一, 他(2000)日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール. 日本衛生学会誌, 54: 597-606.
 - 17) Dimateo MR(1991)The psychology of health, illness, and medical care. Pacific Grove C.A Books/Cole publishing Co.
 - 18) 足達淑子, 国柄后子, 山下幸司(2006)通信による簡便な生活習慣改善プログラム 1年後の減量と習慣変化. 肥満研究, 12(1): 19-24.
 - 19) 山津幸司, 足達淑子, 羽山順子, 他(2006)行動変容に対する個別助言をコンピューター化した高血圧予防プログラム(第2報). 行動医学研究, 12(1): 15-24.
 - 20) Siebolds M(2006)Self-monitoring of blood glucose-Psychological aspects relevant to change in HbA1c in type 2 daibetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication, patients. Education and Counseling, 62(1): 104-110.
 - 21) Miura S, Yamaguchi Y, Urata H, et al. (2004) Efficacy of Multicomponent Program for Lifestyle Modification in Patients with Essential Hypertension. Hypertension Research, 27(11): 859-864.