

# 勤労者の主観的健康指標と食品摂取パターン

スヤマ ヤスオ  
須山 靖男\*

**目的** 健康日本21の実施に象徴されるように、わが国の健康管理は疾病の予防、健康保持・増進という一次予防をさらに重視する施策が積極的に行われるようになってきた。健康管理における一次予防の主軸となるライフスタイルのあり様を考えたとき、客観的な指標のみならず、主観的健康指標とライフスタイルの関係を見極めることも重要な課題と考える。本報告は、主観的健康指標を取り上げ、これらの指標が食品摂取パターンにいかなる影響を与えるかを検討したものである。

**対象** 対象は生命保険会社に勤務する職員で、調査項目に全て回答された男性4,671人と女性25,346人である。

**方法** 健康度自己評価は「非常に健康」から「健康でない」、体力自己評価は「大いに自信がある」から「自信がない」の4つの選択肢をそれぞれ用いた。食品摂取パターンは15食品(群)からなる食品摂取頻度調査を基に、因子分析を試行し、最適解の得られた各因子の名称を総称したもので、今回の結果、3因子が抽出され、第1因子が「副食の植物性食品の選択パターン」、第2因子が「副食の動物性食品の選択パターン」、第3因子が「主食の選択パターン」とそれぞれ解釈された。分析は、各食品摂取パターンを意味する因子得点を従属変数、健康度自己評価、体力自己評価、飲酒習慣、喫煙習慣、性を独立変数、年齢を共変量とする一般線形モデルを試行した。

**結果** ①男性の健康度自己評価で「あまり健康でない」とする者、体力自己評価で「あまり自信がない」とする者はいずれも40歳代に高率に認められ、各年齢階級のその分布は「逆U字型」が示された。②女性の健康度自己評価で「あまり健康でない」とした者の割合は各年代とも男性よりも高率に認められ、その分布は、20歳代から50歳代まで漸増した。体力自己評価で「大いに自信がある」とする者は40歳代を除き男性よりもその割合は低かった。③健康度自己評価と有意な関係が認められた食品摂取パターンは「副食の動物性食品の選択パターン」と「主食の選択パターン」、体力自己評価と有意な関係が認められた食品摂取パターンは「副食の植物性食品の選択パターン」と「主食の選択パターン」であった。このように、食品摂取パターンと健康度自己評価、体力自己評価には密接な関係を有することが明らかにされた。

**結論** 今回の結果から主観的健康指標の結果も参考にし、保健指導などを実施する必要があることが明らかにされた。

**キーワード** 食品摂取パターン、健康度自己評価、体力自己評価、勤労者、喫煙習慣、飲酒習慣

## I はじめに

健康に対するイメージには身体的な面はもと

より、仕事・生きがいにつながることで、心身ともに穏やかなこと、さらには幸福といったような精神的・社会的な側面を備えていることが指

\* 財団法人生命厚生事業団：新宿健診センター、健康疫学室（兼務）体力医学研究所、健康疫学研究室

摘されている<sup>1)</sup>。近年、健康日本21、トータルヘルスプロモーション (THP) の実施に象徴されるように、わが国の健康管理が疾病の予防、健康保持・増進という一次予防をさらに重視する施策が積極的に行われるようになってきた。とくに、健康日本21の基本理念では、健康に関連する機能を持った社会の様々な主体が、それぞれの特徴ある機能を生かして支援する環境をつくり、全体の健康づくりが総合的に推進されることが盛り込まれるようになってきた。

しかし、これらの一次予防は、有病率や死亡率といった客観的な指標を目標として策定されたものであり、健康の質をも反映するとされる<sup>2)</sup>主観的健康指標が考慮されているとは必ずしも言えない。健康管理における一次予防の主軸となるライフスタイルのあり様を考えたとき、客観的な指標のみならず、主観的健康指標とライフスタイルの関係を見極めることも重要な課題と考える。

一方、ライフスタイルはそれぞれが独立して存在するものではなく、相互の結びつきがあることが明らかにされており、各ライフスタイルも考慮して分析にあたる必要がある。食品摂取も例外ではない。食品摂取に関連する要因を探索する理由には2つに大別される。1つは食品摂取や栄養素の摂取が特定の疾患や健康事象と関連する場合、その交絡因子を明らかにし、統制しなければならないからである。2つ目は疾病の予防、健康増進の目的で食品摂取に関連している要因を見極めて行う必要があるからである。なお、われわれは、高齢者、女性勤労者においても、喫煙が食品摂取に影響されていることを報告している<sup>3)4)</sup>。

さらにまた、食品は個々に独立して摂取されることもあるが、そのほとんどは各食品との組み合わせにより摂取されている。そこでわれわれは、疫学調査で広く利用されている食品摂取頻度調査結果を基に、食品摂取間の結びつきを明らかにした「食品摂取パターン」の概念<sup>5)</sup>を提唱し、これまで食品摂取パターンに関連する要因について報告してきた。

本報告は、主観的健康指標の中でも「健康度

自己評価」と「体力自己評価」を取り上げ、これらの指標が食品摂取パターンにいかなる影響を与えるかを検討したものである。

## II 対象と方法

調査は生命保険会社に勤務する職員を対象に自記式による「健康に関するアンケート調査」を1994年に実施した。調査票は各支社・営業所単位に配布され、2週間後に郵送法により回収した。なお、本報告で分析を加える対象は、分析に用いた調査項目に全て回答された男性4,671人(平均年齢：40.5歳)と女性25,346人(平均年齢：42.2歳)である。

### (1) 主観的健康指標

主観的健康指標は健康度自己評価と体力自己評価を取り上げ、健康度自己評価は「非常に健康」、「まあ健康」、「あまり健康でない」、「健康でない」、体力自己評価は「大いに自信がある」、「まあ自信がある」、「あまり自信がない」、「自信がない」の4つの選択肢をそれぞれ用いた。

### (2) 食品摂取パターン

食品摂取は食品摂取頻度調査法を採用し、取り上げた食品(群)はごはん、パン、めん類、つけもの、みそ汁、魚介類、肉類、卵、牛乳、大豆製品、緑黄色野菜、海藻、いも類、果物、油脂類の15種類である。摂取頻度は「1日に3回以上」、「1日に2回」、「1日に1回」、「2日に1回」、「1週間に1・2回」、「月に2・3回」、「ほとんど食べない」の7選択肢を用いた。

食品摂取パターンは因子分析を試行し、因子の抽出にあたっては共通性の推定値に1.0を用い、因子軸の回転はバリマックス法により行った。なお、食品摂取パターンとは因子分析により抽出された、最適解の得られた各因子の名称を総称したものである。

### (3) 分析方法

主観的健康指標と食品摂取パターンの分析は、因子分析により抽出された各食品摂取パターンの

因子得点を従属変数、健康度自己評価、体力自己評価、飲酒習慣、喫煙習慣、性を独立変数、年齢を共変量とする一般線形モデルを試行した。なお、健康度自己評価、体力自己評価の選択肢は、各指標の下位2つの選択肢を合計（健康度自己評価は「あまり健康ではない」と「健康でない」を『あまり健康でない』に、体力自己評価は「あまり自信がない」と「自信がない」を『あまり自信がない』とした）し、それぞれ3つに分類したものを分析に用いた。

### Ⅲ 結 果

(1) 主観的健康指標、飲酒、喫煙習慣の分布  
表1と表2は健康度自己評価、体力自己評価の各主観的健康指標、ならびに飲酒、喫煙習慣の分布を男女別に示したものである。男性の健康度自己評価で、「あまり健康でない」とする者の割合が最も高率に認められた年代は40歳代の18.0%であり、20歳代(8.8%)のそれとは2倍

(単位 人, ( )内%)

表1 年齢階級別の各要因の分布 (男性)

	総数	20~29歳	30~39	40~49	50~59	60~69
例数	4 671(100.0)	1 297(100.0)	897(100.0)	1 081(100.0)	1 312(100.0)	84(100.0)
健康度自己評価						
非常に健康	523( 11.2)	251( 19.4)	80( 9.0)	65( 6.0)	120( 9.1)	7( 8.3)
まあ健康	3 520( 75.4)	932( 71.9)	702( 79.0)	821( 75.9)	1 000( 76.2)	65( 77.4)
あまり健康でない	628( 13.4)	114( 8.8)	115( 12.9)	195( 18.0)	192( 14.6)	12( 14.3)
体力自己評価						
大いに自信がある	317( 6.8)	163( 12.6)	49( 5.5)	37( 3.4)	63( 4.8)	5( 6.0)
まあ自信がある	2 939( 62.9)	842( 64.9)	573( 64.5)	634( 58.6)	832( 63.4)	58( 69.0)
あまり自信がない	1 415( 30.3)	292( 22.5)	275( 30.9)	410( 37.9)	417( 31.8)	21( 25.0)
飲酒習慣						
飲まない	1 626( 34.8)	694( 53.5)	263( 29.6)	271( 25.1)	368( 28.0)	30( 35.7)
やめた	122( 2.6)	19( 1.5)	28( 3.1)	28( 2.6)	42( 3.2)	5( 6.0)
ほぼ毎日	2 923( 62.6)	584( 45.0)	606( 68.2)	782( 72.3)	902( 68.8)	49( 58.3)
喫煙習慣						
すわない	1 602( 34.3)	538( 41.5)	314( 35.3)	286( 26.5)	426( 32.5)	38( 45.2)
やめた	535( 11.5)	89( 6.9)	89( 10.0)	134( 12.4)	207( 15.8)	16( 19.0)
すっている	2 534( 54.2)	670( 51.7)	494( 55.6)	661( 61.1)	679( 51.7)	30( 35.7)

(単位 人, ( )内%)

表2 年齢階級別の各要因の分布 (女性)

	総数	20~29歳	30~39	40~49	50~59	60~69
例数	25 346(100.0)	4 171(100.0)	5 611(100.0)	8 702(100.0)	5 854(100.0)	1 008(100.0)
健康度自己評価						
非常に健康	2 758( 10.9)	749( 18.0)	662( 11.8)	798( 9.2)	466( 8.0)	83( 8.2)
まあ健康	17 737( 70.0)	2 879( 69.0)	4 056( 72.3)	6 133( 70.5)	3 976( 67.9)	693( 68.8)
あまり健康でない	4 851( 19.1)	543( 13.0)	893( 15.9)	1 771( 20.4)	1 412( 24.1)	232( 23.0)
体力自己評価						
大いに自信がある	921( 3.6)	209( 5.0)	189( 3.4)	294( 3.4)	192( 3.3)	37( 3.7)
まあ自信がある	11 837( 46.7)	2 070( 49.6)	2 623( 46.7)	3 965( 45.6)	2 671( 45.6)	508( 50.4)
あまり自信がない	12 588( 49.7)	1 892( 45.4)	2 799( 49.9)	4 443( 51.1)	2 991( 51.1)	463( 45.9)
飲酒習慣						
飲まない	17 848( 70.4)	3 077( 73.8)	3 647( 65.0)	5 987( 68.8)	4 320( 73.8)	817( 81.1)
やめた	909( 3.6)	230( 5.5)	245( 4.4)	234( 2.7)	171( 2.9)	29( 2.9)
ほぼ毎日	6 589( 26.0)	864( 20.7)	1 719( 30.6)	2 481( 28.5)	1 363( 23.3)	162( 16.1)
喫煙習慣						
すわない	18 010( 71.1)	2 710( 65.0)	3 323( 59.2)	6 261( 71.9)	4 825( 82.4)	891( 88.4)
やめた	606( 2.4)	157( 3.8)	206( 3.7)	157( 1.8)	73( 1.2)	13( 1.3)
すっている	6 730( 26.6)	1 304( 31.3)	2 082( 37.1)	2 284( 26.2)	956( 16.3)	104( 10.3)

以上の差が認められた。なお、50歳代は14.6%と60歳代よりも若干高率であった。一方、「非常に健康」とする者は「あまり健康でない」とする者の割合を反映し、40歳代が最も低く(6.0%)、20歳代が最も高率に認められた(19.4%)。しかし、60歳代のそれは8.3%と50歳代よりも低い値であった。

体力自己評価もまた、40歳代に「あまり自信がない」とする者が37.9%と最も高率であり、その年齢分布は『逆U字型』が示された。「大いに自信がある」とした者の分布は、「あまり自信がない」とする者の分布とは逆に『U字型』であり、40歳代が3.4%と最も低く、20歳代においても12.6%であった。

飲酒、喫煙習慣で「ほぼ毎日」飲酒している者、ならびにタバコを「すっている」とした者の年齢階級別の分布はいずれも『逆U字型』が示され、40歳代に両方の習慣が最も高率に認められた。なお、「やめた」とする者はいずれの習慣とも60歳代に高率であった。

女性の各主観的健康指標、ならびに飲酒、喫煙習慣の分布は表2に示したが、健康度自己評価で「あまり健康でない」とした者の割合は各年代とも男性よりも高率に認められ、その分布は50歳代まで高齢になるにしたがい漸増し、60歳代で減少する傾向が示された。なお、「非常に健康」とする分布は、20歳代から50歳代にかけ

て漸減したが、50歳代(8.0%)と60歳代(8.2%)の割合は近似していた。

体力自己評価で「大いに自信がある」とする女性は、40歳代を除き男性よりもその割合は低く、20歳代の女性は5.0%と、男性(12.6%)の1/2以下であった。また、この分布を反映してか、「あまり自信がない」とする分布は、各年代とも男性よりも女性にその割合は高率であり、およそ半数の者に認められた。なお、男性では各年代とも「まあ自信がある」とする割合は、「あまり自信がない」とする割合の2倍程度高率であったが、女性では20歳代と50歳代を除き、「まあ自信がある」とする割合は、「あまり自信がない」の割合を下回っていた。

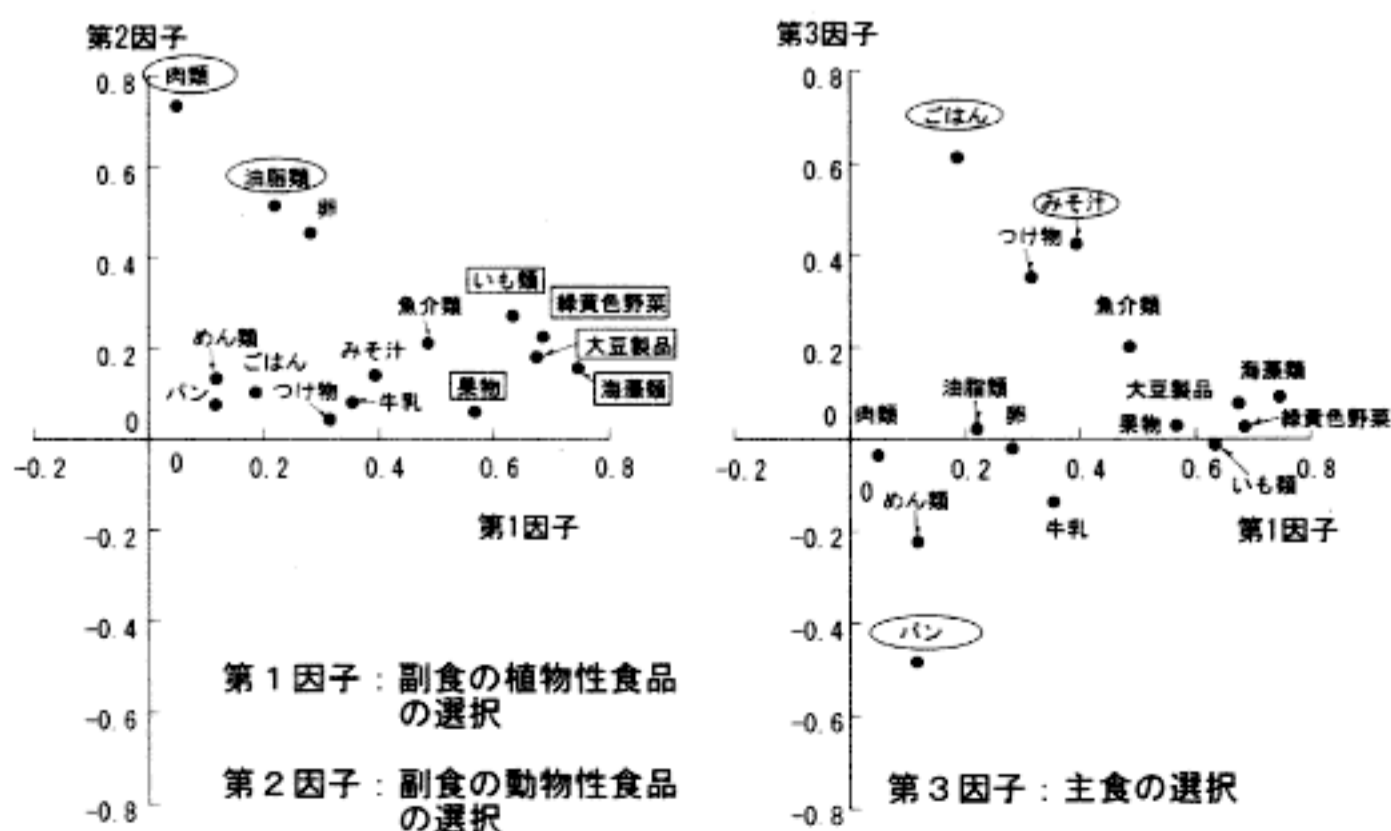
飲酒を「ほぼ毎日」とする者、ならびに喫煙習慣を「すっている」とする者は、いずれも30歳代に高率に認められ、その分布は『逆J字型』が示され、飲酒、喫煙習慣を有している割合が最も低率であった年代はいずれも60歳代であった。

## (2) 食品摂取パターン

食品摂取パターンは15食品(群)からなる摂取頻度調査結果を基に因子分析を試行し、その最適解から得ようとしたものである。因子の抽出は固有値の大きさを基に2因子よりはじめ、5因子にいたるまで行ったが、最適解が得られたのは因子数を3にしたときであった。図1は各因子の因子負荷量をプロットしたものである。

第1因子は大豆製品(0.674)、緑黄色野菜(0.685)、海藻類(0.746)、いも類(0.633)、果物(0.567)に、第2因子は肉類(0.735)、油脂類(0.515)に、第3因子はごはん(0.614)、パン(-0.483)、みそ汁(0.425)にそれぞれ大

図1 食品摂取パターン(食品摂取頻度:因子分析)





きな因子負荷量が認められた。なお、第3因子のパンのみは負の因子負荷量であり、他の食品(群)は正の因子負荷量が示された。なお第3因子までの累積因子寄与率は47.9%であった。これらの結果から第1因子は「副食の植物性食品の選択パターン」、第2因子は「副食の動物性食品の選択パターン」、第3因子は「主食の選択パターン」とそれぞれ解釈された。

### (3) 食品摂取パターンに関連する要因の分析

因子分析により抽出された各食品摂取パターンの因子得点を従属変数、健康度自己評価、体力自己評価、飲酒習慣、喫煙習慣、性を独立変数、年齢を共変量とする一般線形モデルをそれぞれ試行した。なお、分析にあたっては、2要因間以上の交互作用を無視する方法を採用し、有意な関連の認められた独立変数では各カテゴリー間の多重比較を行った。なお、取り上げた各独立変数のカテゴリーの大きさと向きは、推定平均値をそれぞれ図示した。

図2は、「副食の植物性食品の選択パターン」と解釈された第1因子を従属変数とする結果を示したもので、健康度自己評価を除く各要因に有意な関連が認められ、ほとんどのカテゴリー間に有意差が認められた。推定平均値がプラスの偏りが認められたカテゴリーに注目したとき、体力自己

図2 第1因子(副食の植物性食品の選択)を従属変数とする各カテゴリー間の推定平均値

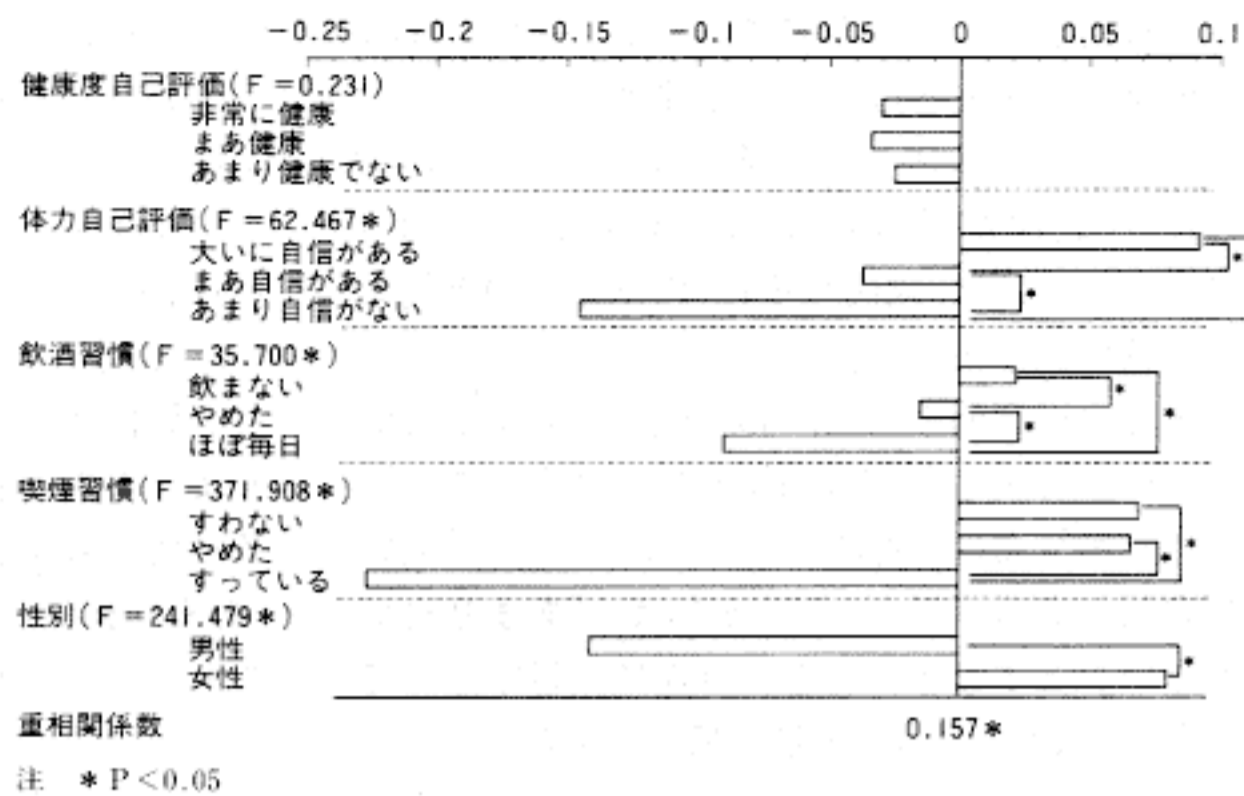


図3 第2因子(副食の動物性食品の選択)を従属変数とする各カテゴリー間の推定平均値

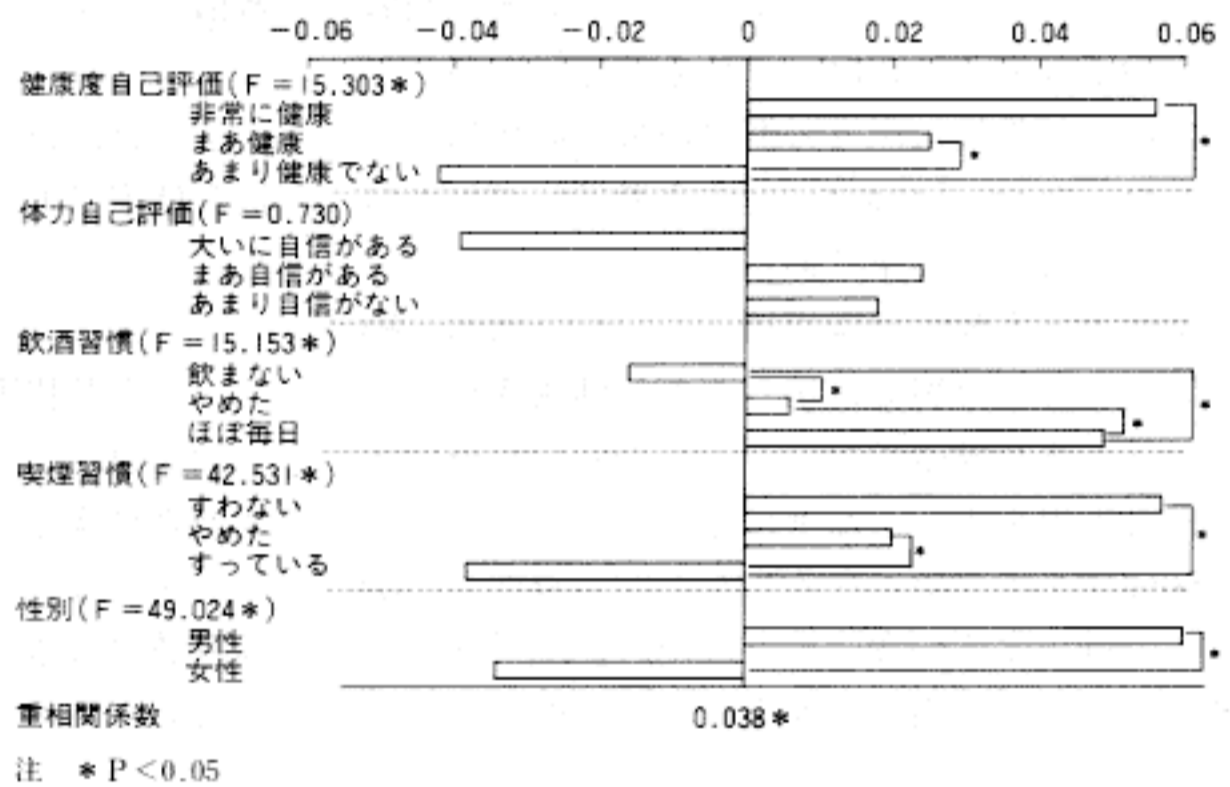
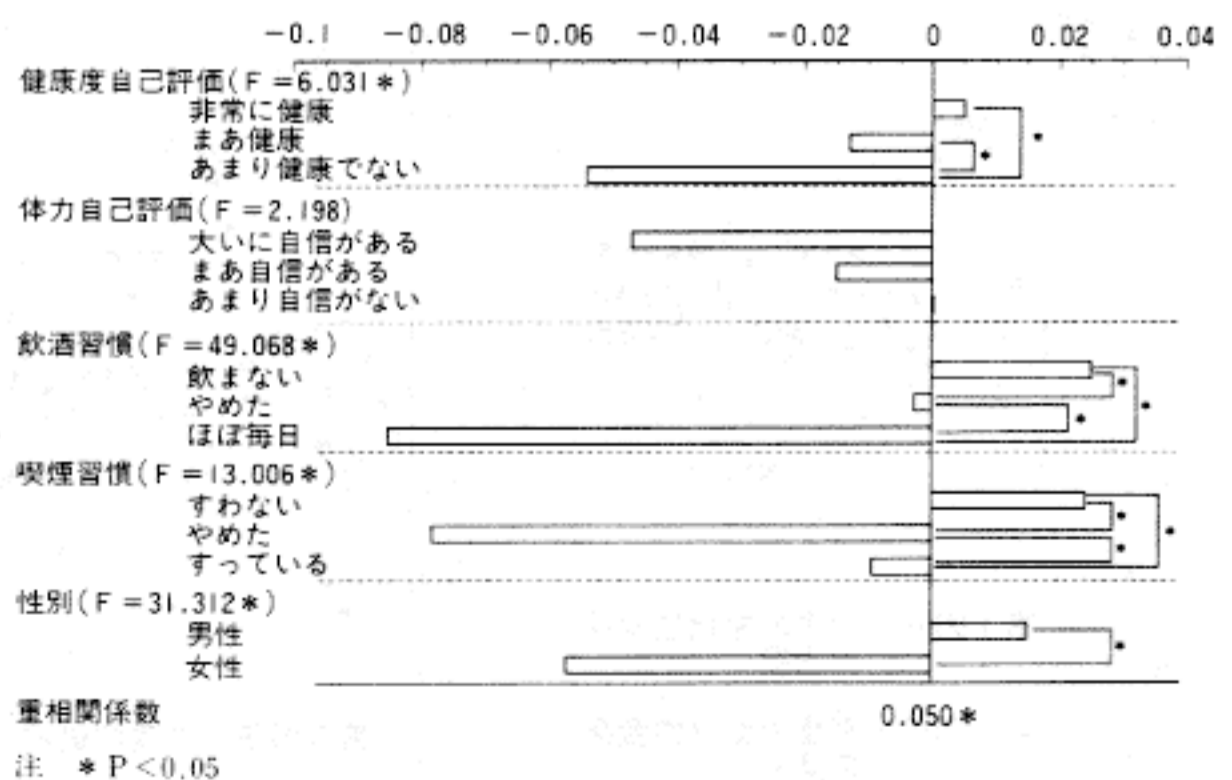


図4 第3因子(主食の選択)を従属変数とする各カテゴリー間の推定平均値



評価では「大いに自信がある」、飲酒習慣では「飲まない」、喫煙習慣は「すわない」、「やめた」、性別では「女性」であった。

図3は、「副食の動物性食品の選択パターン」と解釈された第2因子を従属変数とする結果を示したもので、体力自己評価を除く各要因に有意な関連が認められ、これらのカテゴリー間のほとんどに有意差が認められた。図2と同様に、推定平均値がプラスの偏りが認められたカテゴリーに注目したとき、健康度自己評価では「非常に健康」、「まあ健康」、飲酒習慣は「やめた」、「ほぼ毎日」、喫煙習慣は「すわない」、「やめた」、性別では「男性」であった。

図4は、「主食の選択パターン」と解釈された第3因子を従属変数とする結果を示したもので、図3に示した「副食の動物性食品の選択パターン」と解釈された第2因子と同様に体力自己評価を除く各要因に有意な関連が認められた。ここでも推定平均値がプラスの偏りが認められたカテゴリーに注目したが、健康度自己評価では「非常に健康」、飲酒習慣では「飲まない」、喫煙習慣は「すわない」、性別では「男性」であり、これらの者はごはんならびにみそ汁の選択が強いことを意味している。

## IV 考 察

### (1) 主観的健康指標、飲酒習慣、喫煙習慣の分布

今回取り上げた主観的健康指標は健康度自己評価、体力自己評価の2要因であるが、健康度自己評価に関する研究は、これまで多くの報告が行われており、将来の健康状態を予測する指標であることが報告されている<sup>6)-8)</sup>。一方、体力自己評価の信頼性と妥当性については詳細に検討されてはいないが、健康、ならびに体力の概念には身体的要素と精神的要素がいずれも含まれており、この2つの概念には密接な関係があると報告<sup>9)</sup>されている。しかしまた、健康度自己評価と体力自己評価の関係を検討した成績では、健康度自己評価のみでは体力という健康指標をカバーできない可能性があるとも指摘されてお

り<sup>10)</sup>、そこで今回、健康度自己評価の他に体力自己評価も主観的健康指標の1つとして取り上げ、これらの健康指標と食品摂取パターンの分析を試みた。

今回対象とした健康度自己評価と体力自己評価の年齢階級別の分布は、男性の健康度自己評価(あまり健康でない)、体力自己評価(あまり自信がない)は「逆U字型」が、女性の健康度自己評価(あまり健康でない)、体力自己評価(あまり自信がない)は「逆J字型」が認められ、年齢と必ずしも直線的な動きでないことが明らかにされた。しかし、平成10年に実施された国民生活基礎調査で実施された「健康意識調査」<sup>11)</sup>では、「あまりよくない」、「よくない」とする分布は高齢になるにしたがいその割合は高くなっており、本対象集団の分布と趣を異にしており、今回対象とした集団が特殊な集団である可能性は否定できない。

血圧値などの医学的指標のほとんどは、高齢になるにしたがい基準値を超える者が多くなることが知られている<sup>12)</sup>。また、先に示した国民生活基礎調査<sup>11)</sup>の健康状態の成績でも高齢になるにしたがい、通院をとまなう症状が多くなることが報告されている。さらにまた、今回示さなかったが、本対象集団においても服薬治療中の病気を有する者の分布は高齢になるにしたがいその割合が高率になることを報告している<sup>10)</sup>。これらの結果は、客観的指標のみでは健康という問題を把握できないことを示唆するものであり、この結果からも健康度自己評価と体力自己評価などの主観的健康指標に有用性があるものと考えられる。

飲酒習慣と喫煙習慣の分布を、対象特性の面から考察してみた。本研究の調査が実施された1994年の国民栄養調査成績<sup>13)</sup>を引用したとき、男女とも本対象集団では飲酒習慣と喫煙習慣を有する者が多く、とくに女性の喫煙者が多いのが特徴であった。

### (2) 食品摂取パターン

食品摂取頻度調査の有効性と信頼性については、Jain et al.<sup>14)</sup>、Mullen et al.<sup>15)</sup>などにより古

くから検討されており、疫学研究などで広く利用されている。一方、食品は個々に独立して摂取されることもあるが、そのほとんどは各食品との組み合わせにより摂取されていることに注目され、食品摂取重量調査から食物消費構造<sup>16)</sup>の概念が生まれ、数量的な面から食生活が理解されるようになってきた。そこでわれわれは、食品摂取頻度調査結果を基にした数量的なアプローチを行い、その結果、高齢者をはじめ、青年層、中年層の男女でも、ほぼ同様な因子が抽出されることに着目し、「食品摂取パターン」<sup>5)</sup>という概念を提唱してきた。このパターンは、足立<sup>17)</sup>の報告している核料理の基本理念である食品構造に近似しており、比較的簡便な摂取頻度調査法から得られることから、食品摂取に関連する要因などを研究する上で有用であることを報告してきた。なお、今回得られた食品摂取パターンの結果も、地域の異なる高齢者を対象にした結果<sup>3)</sup>とほぼ同様な因子が抽出されている。

### (3) 主観的健康指標と食品摂取パターン

客観的健康指標と食品摂取の研究は、横断研究、介入研究とも枚挙にいとまがない。しかしこれが、主観的健康指標となるとその数は極めて少ない。すでにわれわれは、主観的健康指標とライフスタイルの関係などについて報告<sup>10)</sup>しており、主観的健康指標は飲酒習慣や喫煙習慣、さらには運動・スポーツの習慣などと関係があることを報告してきた。そこで今回、主観的健康指標の他に飲酒習慣と喫煙習慣を独立変数に加味し、分析を試行した。なお、今回取り上げた主観的健康指標である健康度自己評価と体力自己評価は主観的な側面と客観的な側面の両方を備えていることが先行研究で報告<sup>10)</sup>されているため、今回の分析には客観的な健康指標を独立変数ならびに共変量には投入しなかった。

取り上げた2つの主観的健康指標のうち、健康度自己評価に有意な関係が認められた食品摂取パターンは、肉や油脂類を選択するパターンである第2因子と主食を選択するパターン（プラス方向にごはん、みそ汁。マイナス方向にパン）である第3因子であった。これらの結果は色々と

解釈できるが、肉や油脂類はいわゆる「食の西欧型」の代名詞に使用されているように、これらの食品を摂取することで、生活習慣病（調査当時は成人病）に罹患しやすいと思われており、「非常に健康」、「まあ健康」と評価している者は、健康ゆえ肉や油脂類を摂取しても良いという考えから、これらの推定平均値がプラスの方向を示したものとする。一方、「あまり健康ではない」とする者は、より健康を害するゆえ、推定平均値が食べない方向を示すマイナスとなったと思われる。なお、主食を選択するパターンである第3因子と健康度自己評価との間には有意な関係が認められたが、今回の結果から結論を導き出すのは危険である。今後、より詳細な分析が必要と思われる。

体力自己評価は、大豆製品、緑黄色野菜、海藻類、いも類、果物といった副食の植物性食品を選択するパターンと有意な関係が認められ、「大いに自信がある」とした者にその推定平均値はプラスの方向を示した。これは、体力に絶大なる自信を持ち、それを維持するために食事などに気をつけ、よりバランスよく食べようとする結果を反映したのかも知れぬ。

飲酒習慣、喫煙習慣は3つの食品摂取パターンを意味する因子とも有意な関係が認められ、飲酒習慣を有する者の推定平均値は「副食の植物性食品」は食べない方向に、逆に「副食の動物性食品」は食べる方向にあり、飲酒者が植物性食品を選択していないことが明らかにされた。これは、高齢者の成績<sup>3)</sup>、ならびに平成11年国民栄養調査<sup>12)</sup>の「飲酒習慣別栄養素等摂取量」の結果とも近似しており、飲酒者に対する食生活のあり様も古くて新しい課題である。

喫煙習慣と食品摂取パターンの関係もまた、これまで報告してきたが、これまでの結果と同様に喫煙者は「副食の植物性食品」の選択頻度が低いことが明らかにされた。さらに今回、「副食の動物性食品」の選択頻度も低いことが示された。Itoh et al.<sup>18)</sup>は喫煙者は非喫煙者よりも血中アスコルビン酸濃度が低いこと、Suber et al.<sup>19)</sup>は、NHANESIIの研究で、喫煙者はビタミンA、Cを豊富に含んでいる野菜、果物などの摂



取量が低いことを報告しており、今回の結果、主観的健康指標を加味しても、喫煙習慣が独立に食品摂取パターンに影響していることが明らかにされ、飲酒者同様、喫煙者に対する禁煙指導はもちろんのこと、食事指導も必須の課題である。なお、飲酒習慣、喫煙習慣とも主食を選択するパターンである第3因子と有意な関係が認められたが、今回の結果からは解釈できない。今後の課題である。

以上、主観的健康指標と食品摂取パターンの関係について検討を加えてきたが、「副食の植物性食品」、「副食の動物性食品」と健康度自己評価、ならびに体力自己評価と密接な関係を有することが明らかにされた。これまでの食事を含めた保健指導は、客観的な結果を基に実施する傾向にあったが、今回の結果を見る限り、主観的健康指標の結果も参考にし、保健指導などを実施する必要があることが明らかにされた。高齢者の健康度自己評価は、その後の転帰に影響することが報告されているが<sup>7)</sup>、勤労者における青壮年世代の主観的健康指標の転帰などは十分に明らかにされているとはいえない。自己健康度、体力度を過大評価あるいは過小評価している可能性もあり、それゆえの食生活を営んでいる可能性も否定できない。職場などにおける定期健康診断が定着し、一次予防に主眼が置かれてきた現在、各主観的健康指標も保健指導における重要な指標になりうるものと考えられる。

一方、厚生省（現：厚生労働省）の国民健康会議（1985年）では、病気やけがなどで自覚症状を有する有訴者率の増加に注目し、「一病息災」の時代と指摘しており、主観的と客観的な側面から、健康に対する概念の再構築の時期を向かえているのかも知れぬ。

#### 文 献

- 1) 島内憲男. 現在家族と健康管理「家族社会学(母子保健講座6)」. 東京. 医学書院, 1982.
- 2) McDowell I, and Newell C. The theoretical and technical foundations of measuring health. *Measuring Health*, New York : Oxford University Press, 1987.
- 3) Suyama Y and Itoh R. Multivariate analysis of

- dietary habits in 931 elderly Japanese males, smoking, food frequency and food preference. *J. Nutrition for the Elderly* 1992 ; 12 : 1-12.
- 4) Suyama Y and Itoh R. Smoking and dietary patterns in Japanese female workers. XV International Congress of Nutrition, 1993 ; 900.
- 5) 須山靖男, 芳賀博, 柴田博, 他. 地域在宅老人の食品摂取パターンに関連する要因. *老年社会科学* 1989 ; 11 : 264-82.
- 6) 朝倉木綿子, 奥山正司, 手島陸久, 他. 東京都における中年期男子の主観的健康とその関連要因に関する研究—低死亡率地域と高死亡率地域の比較から—. *日本公衛誌* 1991 ; 38 : 333-43.
- 7) 芳賀 博, 柴田 博, 須山靖男, 他 (1991) : 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. *日本公衛誌* 1991 ; 38 : 783-9.
- 8) Mossey JM. and Shapiro E. Self rated health, a predictor of mortality among the elderly. *Am. J. Public Health* 1983 ; 72 : 800-8.
- 9) 青木 高. 現代社会と健康・体力. 体力づくり国民会議事務局, 総務庁青少年対策本部編「国民の健康・体力づくりの現状」. 東京:大蔵省印刷局, 1991.
- 10) 須山靖男. ホワイトカラー男性の主観的健康指標とライフスタイル. *体力研究* 2000 ; 99 : 16-24.
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成10年国民生活基礎調査. 東京:厚生統計協会, 2000.
- 12) 厚生省保健医療局. 国民栄養の現状—平成11年国民栄養調査結果—. 東京:第一出版, 2001.
- 13) 厚生省保健医療局. 国民栄養の現状—平成6年国民栄養調査結果—. 東京:第一出版, 1996.
- 14) Jain M, Howe GR, Johnson KJ, et al. Evaluation of a diet history questionnaire for epidemiologic studies. *Am J Epidemiology* 1980 ; 111 : 212-9.
- 15) Mullen BJ, Krantzler LE, Grivetti HG, et al. Validity of a food frequency questionnaire for the determination of individual food intake. *J Clinical Nutrition* 1984 ; 39 : 136-43.
- 16) 豊川裕之. 計量的食生態学の方法. 細谷憲政, 鈴木継美編. 食生活研究. 東京:第一出版, 1975.
- 17) 足立巳幸. 料理選択型栄養教育の枠組みとしてのその構成に関連する研究. *民族衛生* 1984 ; 50 : 70-107.
- 18) Itoh R, Yamada K, Oka J, et al. Sex as a factor in levels of serum ascorbic acid in a healthy elderly population. *Int J Vit Nutr Res* 1989 ; 59 : 365-72.
- 19) Subar AF, Harlan LC, Mattson ME, et al. Food and nutrient intake differences between smokers and non-smokers in US. *Am J Public Health* 1990 ; 80 : 1323-9.