

高齢者の生活習慣の地域差について

—群馬県新田町を対象として—

河原加代子, 細谷克子, 春山早苗, 中村美代子

山田桂子, 後閑容子, 山田雅代, 高木廣文²

群馬県立医療短期大学

¹新田町保健センター

²文部省統計数理研究所

新田町を構成する3地区の高齢者の生活習慣を総合的に把握し比較検討することを目的として, 実態調査を実施した。対象は無作為抽出による65歳以上の高齢者463名。調査方法は日野原らによる「生活習慣調査票」を用いて郵送法と訪問による聞き取り調査を併用した。

結果: 236名より回答を得た。高齢者の生活習慣における3つの地区で有意差が認められた尺度は「食事の規則性」($F=3.6$, $P=0.02$), 「料理の進取性」($F=3.2$, $P=0.02$), 「健康情報」($F=4.2$, $P=0.01$), 「情緒不安定」($F=3.2$, $P=0.04$), 「外向性」($F=2.8$, $P=0.05$)であった。「肉・油脂」「洋風の食事」「娯楽」「運動実施」といった尺度には有意な差は認められなかった。情緒不安定を示す傾向が有意に低かったA地区高齢者が他の2つの地区の高齢者に比べ健康観が高く, 相談できる医師をもつ割合が高いことから, 年齢, 性に加えて主観的健康意識, 相談できる他者の有無でも有意差が認められた。

キーワード: 高齢者, 生活習慣, 地域差

I はじめに

急速な高齢化が進展する我が国では, 平成9年には65歳以上の者のいる世帯数は1,405万1千世帯であり, 全世帯数に占めるその割合は31.5%である。特に「夫婦のみの世帯」と「単独世帯(ひとり暮らし)」との高齢者数は大幅に増加している¹⁾。このような社会環境の変化の中で, 高齢者が生活全般にかかわる自立的能力を維持し, かつ健康に年を重ねていくために, 保健・医療・福祉の専門職は高齢者の生活習慣改善に向けて保健指導を実施することが重要な課題となっている。

これまでの高齢者を対象とした生活習慣に関する調査では, 食生活に焦点をあて多世代世帯を中心とした同居家族との食事に関する報告がされており, 家族との食事の共有頻度が高い高齢者ほど,

栄養摂取や食材料摂取状況が良好であると報告されている²⁾。したがって単独世帯の高齢者の場合, 同居者と食事を共有する機会がないことから, 食材料摂取の全体的なバランスや野菜の摂取状況に問題が多いことが指摘されている³⁾。しかし一方で, 別居する子やその家族, あるいは親戚, 友人等と食事を共有する機会をもつというような食を通じた人との交流頻度の高いひとり暮らしの高齢者の場合は, 食事内容が良好であり健康状態もよいという報告^{4,5)}もある。

生活習慣病は, 食生活, 運動, 喫煙, 飲酒, 睡眠, ストレスといったふだんの生活習慣と深く関わっている⁶⁾。したがって生活習慣病の予防のためには, 食生活だけでなく生活習慣を多角的に捉え総合的に把握する必要がある。特に高齢者は年齢が上昇するにつれ, 高血圧, 動脈硬化, 糖尿病

などの慢性疾患に罹患している者が多くなる。高齢者を対象とした生活と生活習慣病に関する実態調査の充実が求められている⁷⁾が、これまでの報告は数少ない。

本研究は、高齢者の生活習慣を総合的に把握し、特に風土や文化などの地域特性を考慮した保健予防活動を展開するために地域差について比較することを目的とした。

II 対象および方法

調査対象地区である群馬県の新田町は関東平野の北部に位置し、北部は畑地、中央部は水田地帯、南西部は一部連鎖状台地をなしている。気候は年間を通して比較的温暖である。

町制が布かれる以前は本調査でA地区、B地区、C地区と表記した3村より構成されている(図1)。

新田町の総人口は約27,400人、世帯数は約7,600戸である。65歳以上の高齢者のいる世帯数は2,657戸(34.8%)、そのうち単独世帯数は163戸である。

調査対象者は平成9年4月1日現在、新田町在住の65歳以上の高齢者とした。新田町の協力を得て、単独世帯は全戸、同居世帯は単独世帯の年齢構成、男女比にあわせた層化抽出を行い、300世帯を抽出した。なお、単独世帯の高齢者は、いわゆ

る健康な高齢者および「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」のJランクの高齢者を含む。

調査期間は、1997年7月から8月である。

調査は郵送法による自記式質問紙調査を用いた。ただし対象者が単独世帯である場合には自記式質問紙の記入が困難な対象者も多いため、訪問聞き取り調査を併用した。調査員の評定者間の信頼性を高めるため、一定のマニュアルにそって訓練を受けた者が聞き取りを実施した。

測定用具は日野原らによる生活習慣調査票⁸⁻¹⁰⁾を用いた。調査項目は年齢、性別、職歴、教育歴、既往・現病歴、健康観、かかりつけ医の有無など個人のプロフィールに関する項目と生活習慣調査から成る。生活習慣調査票は22尺度136の質問項目より成り、生活習慣を多面的(身体、心理、社会)にとらえること、かつ数量的に把握できる。136項目は各々に「はい」「どちらでもない」「いいえ」等のような3カテゴリから成り、それぞれ2, 1, 0の得点を与えて数量化する。1尺度は6項目から成り、各6項目の合計得点で数値化され、1つの尺度は0~12までの得点となる。

解析は、地域差を検討するために一元配置分散分析、及び二元配置分散分析を行った。

解析ソフトには統計学パッケージ HALBAU/HALWIN を用いた¹¹⁾。

III 結 果

総計463名に協力を依頼し、236名(回答率51.0%)のデータが得られた。

1. 対象者の属性

対象地区の平均年齢は、A地区85人(男27人;女58人)75.0歳、B地区66人(男26人;女40人)75.3歳、C地区85人(男31人;女54人)76.1歳であった。3つの地区別高齢者の平均年齢に有意な差は認められなかった。各地区の男女別構成割合(表1)に有意差はなかった。

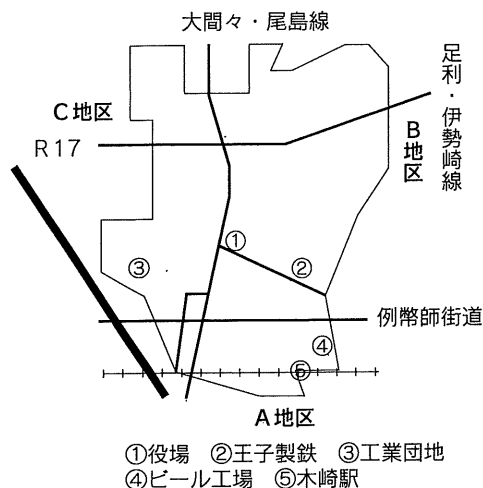


図1 新田町区分図

表1 地区別男女構成割合

		()内 %			
		A地区	B地区	C地区	合 計
男		27 (31.8)	26 (39.4)	31 (36.5)	84 (35.6)
女		58 (68.2)	40 (60.6)	54 (63.5)	152 (64.4)
合	計	85 (100.0)	66 (100.0)	85 (100.0)	236 (100.0)

表2 主観的な健康意識

		()内 %			
		A地区	B地区	C地区	合 計
健	康	53 (65.4)	31 (47.7)	42 (50.6)	126 (55.0)
ど	ち	24 (29.6)	20 (30.8)	28 (33.7)	72 (31.4)
不	健	4 (4.9)	14 (21.5)	13 (15.7)	31 (13.5)
合	計	81 (100.0)	65 (100.0)	83 (100.0)	229 (100.0)

$$\chi^2=10.5 \quad (p=0.0323)$$

表3 気軽に相談できる医師はいるか

		()内 %			
		A地区	B地区	C地区	合 計
い	る	68 (94.4)	42 (75.0)	59 (86.8)	169 (86.2)
い	な	4 (5.6)	14 (25.0)	9 (13.2)	27 (13.8)
合	計	72 (100.0)	56 (100.0)	68 (100.0)	196 (100.0)

$$\chi^2=10.0 \quad (p=0.0065)$$

表4 既往・現病歴

	()内 %		
	A地区	B地区	C地区
高血圧症	41(56.9)	23(47.9)	29(47.5)
高脂血症	11(16.9)	5(12.8)	12(24.0)
糖 尿 病	8(12.5)	5(11.9)	8(15.1)
狭 心 症	1(1.6)	4(9.5)	6(12.0)
心筋梗塞	0(0.0)	0(0.0)	3(6.0)
そ の 他	17(25.4)	12(27.9)	19(34.5)

高齢者の「主観的な健康意識」(表2),「相談できる医師の有無」(表3)は3つの地区別高齢者の回答数に有意な差が認められた。「学歴」,「職業」,「飲酒・喫煙習慣」,「BMI」,「主観的満足感」は3地区の高齢者の回答に差はなかった。「既往・現病歴」では3地区すべての高齢者に高血圧症が最も多く,次いで高脂血症,糖尿病であった(表4)。

表5 高血圧症

		()内 %			
		A地区	B地区	C地区	合 計
全体	現在かかっている	34 (47.2)	22 (45.8)	22 (36.1)	78 (43.1)
	かかったことがある	7 (9.7)	1 (2.1)	7 (11.5)	15 (8.3)
	かかったことがない	31 (43.1)	25 (52.1)	32 (52.5)	88 (48.6)
	合 計	72 (100.0)	48 (100.0)	61 (100.0)	181 (100.0)
$\chi^2=4.98 \quad (p=0.2887)$					
男	現在かかっている	13 (61.9)	8 (42.1)	4 (18.2)	25 (40.3)
	かかったことがある	2 (9.5)	1 (5.3)	3 (13.6)	6 (9.7)
	かかったことがない	6 (28.6)	10 (52.6)	15 (68.2)	31 (50.0)
	合 計	21 (100.0)	19 (100.0)	22 (100.0)	62 (100.0)
$\chi^2=9.26 \quad (p=0.0548)$					
女	現在かかっている	21 (41.2)	14 (48.3)	18 (46.2)	53 (44.5)
	かかったことがある	5 (9.8)	0 (0.0)	4 (13.6)	9 (7.6)
	かかったことがない	25 (49.0)	15 (51.7)	17 (43.6)	57 (47.9)
	合 計	51 (100.0)	29 (100.0)	39 (100.0)	119 (100.0)

$$\chi^2=3.40 \quad (p=0.4928)$$

表6 生活習慣尺度得点の一元配置分散分析の結果

		地区全体 (SD)	男 (SD)	女 (SD)
肉 ・ 油 脂	A	4.4 (2.3)	4.4 (2.2)	4.3 (2.3)
	B	4.4 (2.6)	4.7 (2.8)	4.1 (2.4)
	C	4.3 (2.1)	4.8 (2.5)	4.1 (1.8)
F 値 (P 値)		0.0 (0.99)	0.1 (0.89)	0.2 (0.80)
洋 風 の 食 事	A	4.4 (2.3)	4.2 (2.2)	4.4 (2.2)
	B	3.9 (2.3)	4.4 (2.4)	3.5 (2.0)
	C	4.4 (2.1)	4.6 (2.2)	4.2 (1.9)
F 値 (P 値)		1.0 (0.33)	0.1 (0.81)	2.0 (0.13)
高 塩 分	A	5.4 (2.6)	5.3 (2.7)	5.4 (2.6)
	B	6.0 (2.7)	5.9 (2.1)	5.4 (2.9)
	C	6.0 (2.4)	6.7 (2.5)	5.7 (2.3)
F 値 (P 値)		1.6 (0.19)	3.0 (0.05)	0.2 (0.81)
糖 分	A	3.6 (2.6)	3.1 (2.5)	3.9 (2.7)
	B	3.7 (2.3)	4.7 (2.4)	3.1 (2.1)
	C	4.5 (2.4)	4.8 (2.8)	4.2 (2.1)
F 値 (P 値)		2.4 (0.08)	3.4 (0.03)	2.4 (0.08)
食 事 規 則 性	A	11.3 (1.3)	11.1 (1.6)	11.3 (1.1)
	B	10.6 (2.2)	9.9 (2.9)	11.1 (1.4)
	C	10.5 (1.9)	10.1 (2.3)	10.8 (1.6)
F 値 (P 値)		3.6 (0.02)	2.0 (0.13)	1.9 (0.15)
料 理 進 取 性	A	4.6 (3.2)	3.4 (2.9)	5.0 (3.3)
	B	3.2 (2.9)	2.2 (2.4)	3.9 (3.0)
	C	4.0 (3.1)	2.6 (2.4)	4.8 (3.1)
F 値 (P 値)		3.2 (0.02)	1.5 (0.22)	1.6 (0.19)

表7 生活習慣尺度得点の一元配置分散分析の結果

		地区全体 (SD)	男 (SD)	女 (SD)
娯 楽	A	4.1 (2.6)	4.8 (2.6)	3.7 (2.6)
	B	3.6 (2.4)	4.2 (2.8)	3.3 (2.0)
	C	4.1 (2.7)	4.0 (2.7)	4.2 (2.7)
F 値 (P 値)		0.7 (0.49)	0.5 (0.60)	0.4 (0.22)
健 康 情 報	A	5.1 (3.4)	5.8 (3.1)	4.9 (3.5)
	B	3.7 (2.8)	5.0 (2.7)	2.9 (2.5)
	C	5.0 (3.1)	4.8 (3.1)	5.1 (3.1)
F 値 (P 値)		4.2 (0.01)	0.8 (0.41)	5.9 (0.00)
社 会 奉 仕	A	4.5 (3.2)	5.2 (3.1)	4.3 (3.3)
	B	4.2 (2.5)	4.7 (1.9)	4.0 (2.7)
	C	4.4 (2.8)	4.6 (2.8)	4.3 (2.9)
F 値 (P 値)		0.1 (0.84)	0.3 (0.68)	0.1 (0.88)
義 理 人 情	A	9.2 (2.2)	9.8 (1.9)	8.9 (2.3)
	B	9.1 (2.2)	9.3 (2.7)	9.0 (1.9)
	C	9.0 (2.2)	8.9 (2.6)	9.0 (2.0)
F 値 (P 値)		0.1 (0.83)	0.9 (0.39)	0.0 (0.95)
経 済 型	A	7.4 (2.3)	7.8 (2.2)	7.2 (2.3)
	B	7.6 (2.3)	8.1 (2.2)	7.3 (2.3)
	C	7.7 (2.0)	7.5 (2.1)	7.7 (1.9)
F 値 (P 値)		0.3 (0.70)	0.4 (0.67)	0.9 (0.38)
伝 統 型	A	10.3 (1.9)	10.2 (1.8)	10.3 (2.0)
	B	10.1 (1.7)	10.1 (1.5)	10.1 (1.9)
	C	10.3 (1.7)	10.0 (2.2)	10.5 (1.3)
F 値 (P 値)		0.3 (0.68)	0.0 (0.90)	0.7 (0.46)

表8 生活習慣尺度得点の一元配置分散分析の結果

		地区全体 (SD)	男 (SD)	女 (SD)
清 潔	A	10.2 (1.9)	9.5 (1.9)	10.5 (1.9)
	B	9.7 (2.1)	9.3 (2.0)	10.0 (2.1)
	C	9.8 (2.1)	8.8 (2.5)	10.5 (1.6)
F 値 (p 値)		1.1 (0.31)	0.8 (0.44)	1.0 (0.34)
運 動 実 施	A	3.8 (2.8)	4.4 (2.8)	3.5 (2.8)
	B	3.2 (2.2)	3.4 (2.1)	3.0 (2.3)
	C	3.4 (2.6)	3.8 (2.4)	3.2 (2.6)
F 値 (p 値)		0.9 (0.40)	0.8 (0.43)	0.3 (0.68)
疾 病 頻 度	A	5.0 (2.2)	4.9 (2.3)	5.1 (2.2)
	B	5.6 (2.9)	5.7 (3.2)	5.5 (2.6)
	C	5.3 (2.8)	4.9 (3.2)	5.6 (2.4)
F 値 (p 値)		0.9 (0.37)	0.6 (0.54)	0.7 (0.48)
多 愁 訴	A	3.3 (3.1)	3.2 (3.5)	3.4 (2.9)
	B	3.8 (3.3)	4.0 (2.7)	3.7 (3.6)
	C	3.3 (2.8)	3.4 (3.3)	3.4 (2.5)
F 値 (p 値)		0.5 (0.60)	4.3 (0.65)	0.1 (0.86)
情 緒 不 安 定	A	3.1 (3.1)	3.4 (3.3)	3.0 (3.0)
	B	4.0 (3.1)	3.7 (2.8)	4.3 (3.3)
	C	3.8 (2.5)	3.3 (2.3)	4.2 (2.6)
F 値 (p 値)		2.1 (0.11)	1.1 (0.89)	3.2 (0.04)

表9 生活習慣尺度得点の一元配置分散分析の結果

		地区全体 (SD)	男 (SD)	女 (SD)
外 向 性	A	7.1 (3.2)	7.2 (3.2)	7.0 (3.2)
	B	6.2 (2.5)	5.9 (2.1)	6.4 (2.7)
	C	5.8 (2.7)	5.8 (2.8)	6.2 (2.6)
F 値 (p 値)		2.8 (0.05)	2.2 (0.11)	0.9 (0.38)
共 感 性	A	8.7 (2.5)	8.9 (1.9)	8.6 (2.7)
	B	9.0 (2.0)	8.8 (2.0)	9.1 (2.0)
	C	8.9 (2.3)	8.4 (2.6)	9.2 (2.0)
F 値 (p 値)		0.2 (0.81)	0.3 (0.67)	0.7 (0.49)
自 発 性	A	7.4 (3.0)	8.7 (2.5)	6.8 (3.0)
	B	6.9 (3.0)	7.1 (3.1)	6.7 (2.9)
	C	7.3 (2.7)	7.6 (3.0)	7.1 (2.6)
F 値 (p 値)		0.6 (0.51)	1.9 (0.14)	0.1 (0.82)
妻 主 導 型	A	7.8 (1.6)	7.1 (2.1)	8.2 (1.2)
	B	7.2 (2.2)	7.4 (1.8)	7.1 (2.4)
	C	7.6 (1.9)	7.5 (2.4)	7.6 (1.6)
F 値 (p 値)		1.7 (0.16)	0.2 (0.77)	4.3 (0.01)

高齢者の高血圧症にかかっている者の割合は男の群に地区差が認められた (表5)。

2. 地区別による生活習慣尺度得点のF検定の結果

(1) 食習慣に関するもの

高齢者の食習慣に関する尺度で3つの地区別尺度得点平均値に有意差が認められた尺度は「食事

の規則性」, 「料理の進取性」であった (表6)。食事を規則正しく摂る傾向を示す「食事の規則性」は, A地区高齢者の尺度得点平均値が他の2つの地区のそれと比べ, 有意に高い得点11.3 ($p=0.02$) を示した。また, 新たな料理方法を積極的に取り入れる傾向を示す「料理の進取性」は, B地区の得点平均値3.2 ($p=0.02$) がA, C両地区

表10 生活慣尺度得点の一元配置分散分析の結果

		地区全体 (SD)	男 (SD)	女 (SD)
遺 伝 的 健 康	A	7.1 (2.1)	6.9 (2.5)	7.2 (1.9)
	B	7.0 (2.1)	6.5 (1.8)	7.3 (2.1)
	C	6.8 (2.3)	6.1 (2.6)	7.2 (2.0)
F	値 (P 値)	0.4 (0.62)	0.7 (0.49)	0.0 (0.97)

のそれに比べて有意に低かった。

「高塩分」の尺度得点は男の群でC地区の得点が他の地区のそれに比べて有意に高値6.7 ($p=0.05$)を示した。「糖分」尺度では男の群でA地区の得点が他の地区のそれに比べて有意に低値3.1 ($p=0.03$)を示した。「肉・油脂」や「洋風の食事」の尺度得点については地域差、性差のいずれも認められなかった。

(2) 生活の規範に関するもの

A地区、B地区、C地区の3地区別による高齢者の得点平均値に有意差が認められた尺度は健康に関する情報を取り入れる傾向を示す「健康情報」であった。「健康情報」は二元配置分散分析の結果、「地区」および「性」の2要因に主効果が認められた(表7)。地区の尺度得点がA地区C地区の2地区に比べ有意に低値3.7 ($p=0.01$)を示し、B地区女が他の地区のそれに比べて有意に低値2.9 ($p=0.00$)を示した。「地区」と「性」の2要因の交互作用に有意差は認められなかった。「娯楽」、「運動実施」、「経済型」、「伝統型」、「義理人情」、「社会奉仕」などの尺度得点平均値に地区による差は認められなかった。

(3) 心身の不安定性に関するもの

「疾病頻度」と「多愁訴」の高齢者の得点平均値に地区による有意差は認められなかった。「情緒不安定」は、女でA地区の得点平均値が他の地区のそれに比べて有意に低値3.0 ($p=0.04$)を示した(表8)。

(4) 行動力に関するもの

「外向性」は、A地区の得点平均値がB地区とC地区のそれに比べて有意に高値7.1 ($p=0.05$)

を示した。「共感性」、「自発性」の尺度得点に地域差、性差は認められなかった(表9)。

「妻主導型」はA地区の女の得点平均値が他の地区に比較し、有意に高値を示した。

(5) 遺伝的健康観について

「遺伝的健康観」は健康に関して遺伝的要因を含めた健康観、例えば自分の高血圧は親譲りであると思っているか等を意味する。この尺度については、地域差、性差は認められなかった(表10)。

IV 考 察

1. 新田町における高齢者の生活習慣

性別や年齢は生活習慣に影響する重要な変数である。本調査の対象となった新田町の高齢者の生活習慣の特徴を把握するためには、他の地域の高齢者の生活習慣と比較する必要がある。しかし高齢者を対象としたこれまでの研究は、高齢者の身体的活動と心理的側面、主観的健康感と社会的活動の関連、女性のひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の食生活をテーマとした報告など、ほとんどが高齢者の生活の部分的な面に焦点を当てた報告である¹²⁻¹⁷⁾。生活習慣を総合的に把握し同時に相互に比較できるデータが必須のこととなるが、本調査の対象となった前期・後期高齢者を対象とした報告がほとんどないため、本調査で用いた生活習慣調査票によるこれまでの調査結果^{18,19)}と比較し検討した。

22の生活習慣尺度のうち、食習慣に関連した内容では、本調査における高齢者は、平均年齢が50歳代(男53.7歳;女54.6歳)である他の調査結果と比べて、肉類などの脂質を多く含む食事、塩分、

糖分の取り方が少ない傾向にある。一方、食事を規則正しく摂る習慣は高齢者は50代に比べて高い。このように社会の第一線を退いた高齢期のライフスタイルが50代のそれと異なることは当然といえる。また、高齢者がひとり暮らしであったり、高齢者のみの世帯である場合は、健康を害した場合の生活及び医療受診などの不安が強く、健康習慣に関する関心が高い。したがって、脂質、塩分、糖分などの摂りすぎが健康を害するといわれている食品摂取を控える傾向があると思われる。

しかし新たな料理を工夫して生活に取り入れる傾向には、高齢者の男性では平均年齢50代の中年層の男性と比べて変わりはないが、高齢者の女性では家族の食生活の中心を担う中年層の女性と比べ、新たに料理を工夫し取り入れていく傾向は低い。平均年齢50代の女性が世代の異なる家族を構成している割合が高いと考えると、性別や年齢の影響にくわえて高齢者の家族形態による相違も考慮していく必要がある。

次に、社会との関わりでは、統行事や町内の奉仕活動への参加や近所とのつきあいなどは、高齢者は男女ともによく行う傾向があることがわかった。一方、旅行に行ったり家族とレジャーを楽しむといった娯楽に関して高齢者は中年層に比べるとその傾向がかなり低いことが示された。高齢者だけで安全に行動する範囲は限られてくるため、ひとり暮らしの高齢者や高齢者だけの世帯の高齢者は遠くまでの外出は困難であることもその一因と考えられる。本調査の高齢者は身近な環境である社会との関わり方は、町内の伝統行事への参加を重んじ、義理や人情を大切にしたいつきあい方をしている一方で、自力で移動できる生活圏内を除くと、楽しみを求めた遠出は制限されているといえよう。さらにこの地域は3つの地区が新田町に統合されて、町の政治の中心となる役場や健康に関する検診事業を行う公共機関が3つの地区をあわせた中心に置かれることになったため、それぞ

れの地区に公共の場があった以前に比べると、大幅に移動する距離が広がった。高齢者が自らの健康を管理し地域で生活を継続していくためには、高齢者サービスを目的とした施設を充実させると同時に、高齢者が自力でサービスを利用できるように移動手段を検討する必要があるだろう。

健康に関しては、やはり高齢者は平均年齢50代の結果と比べると病気にかかる割合は増加している。しかし多愁訴や情緒不安定という心理的な面での訴えは男女ともに高齢者の方が安定している傾向が示された。毎日歩く等の規則正しく運動を取り入れている傾向もやや高齢者のほうが高く、健康に関する情報への関心も高い傾向があった。健康に関する情報は現在のようにマスメディアが発達した社会では、実際に行動する範囲は狭くても情報収集力に差はないと考えられるため、結果的にはその情報を自分の生活に取り入れて実行できるかどうかが問題となる。また外向性や共感性、自発性といった面でも、平均年齢が50代の結果に比べて、本調査の高齢者の方が男女ともにそれぞれ高い傾向であった。

2. 地域差について

本調査の対象となった新田町は、図に示すように、例幣師街道を中心として昔から宿場町として栄えてきたA地区と大きな農家が点在して農業を中心としてまとまっているB地区、そして国道が開通することによって新たに開拓されて工業団地として生まれたC地区とに分かれていた。町制が布かれて40年たつが、本調査の対象である65歳以上の高齢者は大部分が男性はこの土地の生まれであり、女性は嫁いでからの住民である。そのため長年生活してきた生活習慣が、社会的文化的に異なる3つの地区別に、どのような特徴があるのかを検討した。

食生活習慣では男性の塩分、糖分と食事の規則性や料理の進取性の各尺度得点に地域差が認められた。社会との関わり方や情緒不安定を示す尺度

を除く心理面における生活習慣に地域差は認められなかった。しかし健康に関する情報の取り入れ方やそのような情報を実際の食生活などに生かすといった行動面に地域差が認められた。現在も商店街を中心としてにぎわっているA地区と、工業団地を中心として新たな住宅が進出しているC地区に比べると、B地区の女性の高齢者は、健康に関する情報収集や新たな料理の取り入れ方が少ないといった特徴が示された。B地区は広い敷地をもつ豪農があり、農業を中心としたまとまりをもつ地域である。そこでは昔ながらの習慣が継続されているため、生活の基盤である食生活は昔からあまり変化がみられないものと考えられる。訪問時の高齢者からの訴えでも食習慣をはじめとする昔ながらの生活習慣を変えることには困難があると思われた。

3地区の主観的な健康観の比較では、A地区において自分は健康ではないと感じていると回答した割合が他の2地区と比べて有意に低いことが認められた。またA地区は気軽に相談できる医師はいるかの質問に「いない」と回答した割合がBとCの両地区に比較して非常に少ない。さらにA地区の高齢者が他のB、C地区の高齢者に比べて、情緒不安定尺度得点が有意に低い傾向を示していた。A地区の高齢者は健康に関する情報の取り入れ方が積極的であり、同時に食生活などの実際に取り入れていく傾向が他のB、C地区の高齢者に比べて高いことがA地区高齢者の情緒安定に役立っているものと考えられる。生活習慣と主観的健康意識、そして健康に関して相談できる他者の存在をもつといった要因の関連性について、今後継続的に検討していく必要があるだろう。

V 結 論

高齢者の生活習慣について身体面、心理面、社会面から総合的に把握するために、新田町の65歳以上の高齢者を無作為抽出し、調査を行った結果、

236名(回答率51.0%)のデータが得られ、以下のことが明らかになった。

1. 食習慣に関しては、A地区高齢者が他の2つの地区の高齢者に比べ、規則正しく食事を摂る傾向が有意に高い傾向を示した。また、B地区高齢者は他の2つの地区の高齢者に比べ、健康によい食事の工夫などを新たに取り入れる傾向が有意に低いことが認められた。
2. 社会との関わりでは、健康に関する情報を取り入れる傾向を示す「健康情報」に、地区別および性別の2要因に有意差が認められた。B地区の高齢者はA地区、C地区の2つの地区の高齢者に比べ健康に関する情報収集が有意に低い傾向を示した。さらにB地区女性高齢者ではその傾向が強まることが示された。
3. 心理的側面では、A地区高齢者は他の2つの地区の高齢者に比べ、情緒不安定を示す傾向が低いことが認められた。A地区高齢者がB、C地区の高齢者に比べ主観的な健康意識が高く、相談できる医師をもつ割合が多いことが認められた。

文 献

- 1) 厚生統計協会(1998)：国民衛生の動向，厚生
の指標 臨時増刊45，厚生統計協会
- 2) 足立己幸，金沢扶己代，宮坂忠夫(1978)：家
族の食事時間の共有度と老人の食事の関係，女
子栄養大学紀要 9：85-95
- 3) 池田順子，浅野美登里，木谷輝男ほか(1991)：
高齢者の食品摂取頻度の実態，栄養学雑誌
49(5)：257-271
- 4) 武見ゆかり(1988)：家族と近隣とのかかわり
からみた老人の家族等との共食と食事内容の関
係，女子栄養大学修士論文
- 5) 武見ゆかり，足立己幸(1997)：独居高齢者の
食事の共有状況と食行動・食態度の積極性との

- 関連, 民族衛生 63(2):90-110
- 6) 日野原重明(1997):「生活習慣病」がわかる本, ごま書房, 東京
- 7) 久道 茂(1998):「生活習慣病」の考え方, 公衆衛生 62(2):92-94
- 8) 日野原重明, 柳井春夫, 高木廣文ほか(1982): 循環器疾患予防のための生活習慣に関する研究 (第1報) 生活習慣の多変量解析による分析, 日本公衆衛生学雑誌 29(7):309-320
- 9) 佐伯圭一郎, 高木廣文, 日野原重明ほか(1988): LPC 式生活習慣検査の作成, 行動計量学 15(2):32-44
- 10) Takagi, H., Saiki, K., Hinohara, S., Yanai, H., Douba, N. & Mizuguchi, M. (1991): Construction of the Life Habits Inventory, Methods and Applications in Mental Health Surveys, Suzuki, S. & Roberts, R. E., eds., 103-121 and 297-306, University of Tokyo Press, Tokyo
- 11) 高木廣文, 佐伯圭一郎, 中井里史(1989): HALBAU によるデータ解析入門, 現代数学社, 京都
- 12) 杉澤あつ子, 杉澤秀博, 柴田 博(1998): 地域高齢者の心身の健康維持に有効な生活習慣, 日本公衆衛生学雑誌 45(2):104-111
- 13) 芳賀 博, 安村誠司(1997): 高齢者の生活機能の変化に及ぼすライフスタイルの影響, 健康文化研究助成論文, 29-37
- 14) 前田大作ほか(1984): 老人の主観的健康感の研究, 社会老年医学 11:15-31
- 15) 宮田延子, 大森正英子, 水野敏明(1997): 在宅高齢者の健康度と生活習慣, 第一報 健康生活習慣からみた健康高齢者の特性, 日本公衆衛生学雑誌 44(8):574-585
- 16) 鏑 吉, 大橋綾子, 西川浩昭(1996): 一人暮らしと夫婦暮らしの高齢女性の生活習慣に関する研究;—LPC 式生活習慣検査を用いた分析—, 民族衛生 62(3):113-126
- 17) 斉藤具子, 櫻木智江, 上地 勝(1997): 中高年者の健康生活習慣の性差について, 一茨城県里美村における調査研究—, 日本公衆衛生学雑誌 44(11):803-815
- 18) 高木廣文, 金子 俊, 佐伯圭一郎(1993): 質問紙を用いた食塩摂取量推定について, 民族衛生 59(3):113-122
- 19) 高木廣文, 西山悦子, 佐伯圭一郎ほか(1997): 生活習慣尺度の改定とその尺度得点の分布について, 第62回日本民族衛生学会 63:140-141

The Life Styles of the Elderlies

— for Nitta-machi in Gunma Prefecture —

Kayoko Kawahara, Katsuko Hosoya, Sanae Haruyama, Miyoko Nakamura,
Keiko Yamada, Youko Gokan, Masayo Yamada*, Hirofumi Takagi**

Gunma Prefectural college of Health Sciences

*Nitta-machi Health Center

**The Institute of Statistical Mathematics

We conducted an epidemiologic survey in order to investigate and compare the life styles of the elderlies living in Nitta-machi divided into three communities A, B, and C.

463 subjects, who were sixty-five years old or more, were selected by the stratified random sampling method, and 236 cases were collected finally, of which coverage is 51.0% of the sample residents. We divided the subjects into three regional groups; i. e. group A consists of 27 males and 58 females, group B consists of 26 males and 40 females, and group C consists of 31 males and 54 females. The tool of measurement was the Life Habits Inventory Questionnaire by Hinohara et. al., which consists of 136 items. Data collected were analyzed by using the statistical package HALBAU.

The following results were obtained;

The means of five scales, "Regular intake of meals" ($F=3.6, p=0.02$), "Motivation and interest in cooking" ($F=3.2, p=0.02$), "Intellectual and cultural activities" ($F=4.2, p=0.01$), "Emotionally unstable" ($F=3.2, p=0.04$) and "Extrovert" ($F=2.8, p=0.05$), were significantly different among three regional groups of elderlies, while those of 4 scales, "Meat and fats", "Western-style diet", "Entertainment" and "Exercise" were not significant.

"Emotionally unstable" score of the elderlies, in community A were significantly lower than those of the B and C regions. Furthermore, most of elderlies in community A had the highest positive response rates of the questions about good perceived health and home doctor.