

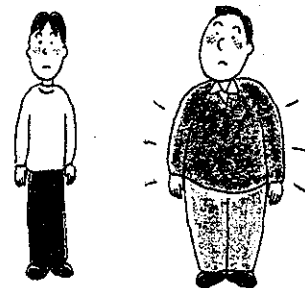
アメリカのDPP情報

アメリカのDPPは、インスリン非依存型(2型)糖尿病(NIDDM)の一次予防の国家的プロジェクトです。3,000人の糖尿病になる危険性の高いハイリスク者をリクルートして、3群に分けます。つまり、対照群と生活習慣の介入をする群、そしてメトホルミン(日本では市販名グリコラン)を使用して薬物による介入を行う群です。

日本のJDPPと異なるのは薬物介入を行うことです。しかし、生活習慣の介入についてはわれわれの手本となることが多いと思われまます。今後のニュースレターではこのアメリカのDPPの情報、あるいは介入に使用されている資料から取り上げて紹介していきたいと思ひます。

アメリカのDPPでは、最初の24週間の間に16回、ヘルスライフコーチと呼ばれるスタッフが対象者に面談して介入を行い、7%の減量と週に150分間の早足に相当する運動(約700キロカロリー相当)を行うことを目標にします。その後は少なくとも2ヶ月に1度面談して、24週間に得られた効果を維持していくこととなります。われわれのJDPPとは異なり、生活事情も予算も違いますので、利用できる手段に差があり、一概に比較はできませんが、目指すことは同じです。われわれのJDPPも国家的プロジェクトとしてさらに幅広く受けられるように、しかもわが国独自の方法として定着するようにしていきたいと思ひます。

このコーナーにも質問があれば、ご連絡ください。



JDPP Q&A

この7月に協力施設の皆さんから多くの意見をいただき、ありがとうございました。現在、JDPP中央委員会および研究班班会議でそれぞれに対する回答について検討中です。今後も質問、疑問点についてはこのJDPP Q&A欄でも紹介していきたいと思ひます。

これからいろいろなご意見をお寄せください。すべてのご意見に即答することはできないかもしれませんが、解決できるよう努力していきます。われわれも現在皆さんに提供できていることが完全であるとは思っていませんので、ご指摘があるたびに改善の努力を

したいと思ひます。ただし、予算上も経済的な制限があることをご理解ください。

アメリカのDPP情報満載

日本のJDPPの情報も質問に対する回答も掲載します

JDPP事務局およびセンター連絡先

JDPP事務局 国立京都病院 葛谷英嗣

事務担当 深海邦子

電話番号: 075-641-9161

FAX番号: 075-645-2781

E-mail: hkuzuya@kyoto.hosp.go.jp

管理センター 神戸大学医学部衛生学講座

佐藤茂秋

電話番号: 078-382-5525

FAX番号: 078-362-8600

生活習慣調査センター

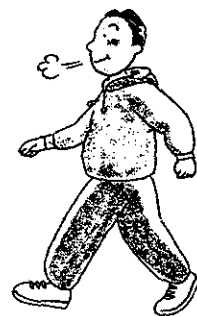
名古屋市立大学医学部公衆衛生学教室

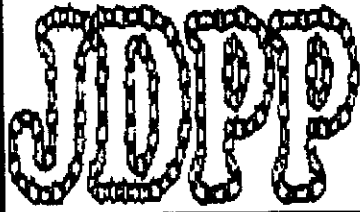
佐藤寿一

電話番号: 052-853-8177

FAX番号: 052-842-3830

E-mail: juichi@med.nagoya-cu.ac.jp





NEWSLETTER

日本糖尿病予防プログラム
JDPP

第1巻2号

平成11年12月

平成11年度全国研修会開催

前号で予告しました平成11年度全国研修会が11月23(火)～24日(水)、愛知県大府市あいち健康プラザで開催されました。全国30施設から参加した60名とスタッフ16名を含めて76名が一堂に会して、次のプログラムの内容で実施されました。

23日(火) 13:00～ 開会挨拶

I 研究の背景および目的・研究スタッフの紹介 (葛谷英嗣)

II 各施設からの報告・問題提起 (佐藤茂秋)

III 運動教室の実践 (あいち健康プラザスタッフ)

IV 調査の実践 身体活動度調査・食事摂取頻度調査 (佐藤寿一)

V 懇親会

24日(水) 9:00～

I 第1回糖尿病予防教室の実践 (佐藤寿一)

II 個別面談の行い方 検査結果の説明、調査結果の説明、従来の生活習慣の問題点指摘 (辻井悟)

III ランチオンミーティング 栄養指導の実践

—— 肥満外来から —— (吉田俊英)

IV 質疑応答 (佐藤茂秋)

閉会 ～14:00

多くの参加者を得て、活発な意見交換が行われました。あいち健康プラザの環境も抜群で、プール、アスレチックルーム、ジョッキングトラックなど運動施設が広いスペースに設置されうらやましい限りです。宿泊用の部屋もホテル並、料理も満喫しました。



葛谷英嗣 研究班長

目次:

あいち健康プラザにて
研修会開催 1

全国研修会報告 1

研修会 質疑応答 2

アメリカのDPP事情 3

JDPP Q&A 3

JDPP連絡先 4

ハイライト:

- ・平成11年度JDPP研修会開催!
- ・研修会情報
- ・研修会報告・質疑応答
- ・質問事項に対する回答
- ・アメリカDPP事情
- ・Q&A
- ・さらに質問はJDPP事務局まで

平成11年度全国研修会報告

現在18協力施設においてスクリーニングに始まり、個人面談に至るまで各段階で進行中です。11月22日現在で、170名(強力介入83/普通介入87)の対象者が参加しています。現段階で、一次スクリーニング682名のうち、二次スクリーニングでIGTと判明したのが183名、つまり検出率26.8%です。この段階でIGTの抽出の効率を上げられないかと検討中です。研修会では今までの経験を通じて、各施設から多くの意見が出されました。当初、各協力施設でのIGTのリクルートは20名を目標としましたが、各施設3～19名に

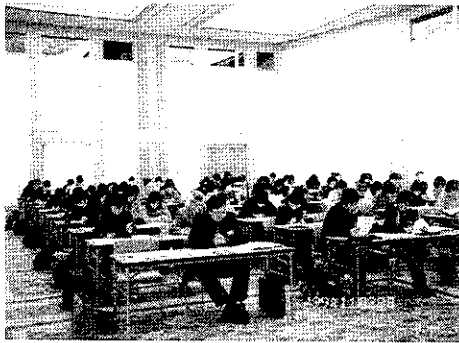
分布しています。10名以下のところも多く、今後協力施設を増やすにしても、現在進行中の施設で第二段のリクルートをするかどうかの意見が出されました。研究班としても、可能な施設では2回目の募集をお願いしたいと思っています。二回目であれば、協力施設のスタッフも対応に慣れて、進行がスムーズではないかと期待されます。研究班は二回目のリクルートにも全面バックアップの姿勢で一致しています。教材として、スライドのような旧式より、動画つまりビデオがいいのではないかと意見もあります。確かに、(次頁)

(前頁より) 動画の方が印象的であるかもしれませんが、手作りで一コマ一コマ説明が可能という意味ではスライドがいいもという意見もあります。ビデオ作りには多額の費用がかかり、研究班としては経済的面もあります。効果が見込まれば、将来的にビデオ作りも可能でしょう。一方的なものでなく、双方向の情報交換を大事にするという姿勢に立っています。スライドの

途中でも質問があれば、中断して積極的に答えていくという姿勢が交流を深めていくと期待されます。協力施設によって、参加者の便宜をはかって休日に介入のための会合を行うところがあります。研究班としても、対象者の便宜を図るために休日、夜間の利用もバックアップしたいと考えています。

各協力施設からいくつかの問題点も出されました。普通介入の方が夜歩くなど熱

心で、強力介入よりがんばっている。台風の後、残業多く仕事が忙しくなっているので参加しにくい。企業の同意が必要で大変なこと、トレーナー・栄養士の確保が必要であること、班員が同じ職場にいるのでやりやすいという意見もありました。300人の健診から二次スクリーニングに回ったのが91人で、そのうちIGTが12人で、メディカルチェックなどから最終的に8人になったという悩みもありました。自営業の人が一回のみ参加でその後来ないが、やめるとも言わない。「がんばってこい」とつなぎとめるのが大変。逆に積極的な人が多いところもあるようです。糖尿病予防教室の内容をかみくだくのが難しい、アンケートが多く記入もれ多い、出席が鈍ってる、運動指導士がいると運動の理解もいいが確保が必要ということもあるようです。食事の調査日のみバランスよく書いたり、奥さんも一緒に誘うが、連絡先は家より職場にしてほしいという方もあります。運動のメツツ表の内容を指摘する



研修会風景
最前列が佐藤寿一先生

対象者もおられました。JDPPとしては積極的にサポートができる体制を援助したいと思っていますので、家族の参加は大歓迎です。大きな不安として、個人面談をどう進めていくか、というのが多くの出席者にはありました。今回の研修会では、個人面談の進め方について説明がありました。進め方の方針というもので、研修会での発表内容は小冊子にまとめましたので参照ください。さらに、具体的なことに関しては、実際に進行中の面談経験、うまくいった例、失敗した例などをこのニュースレターなどを通じて紹介していただければ幸いです。今後参考となる題材を中央委員会としても用意したいと考えています。多くの皆さんに

知ってほしい経験がありましたら、是非ご連絡ください。

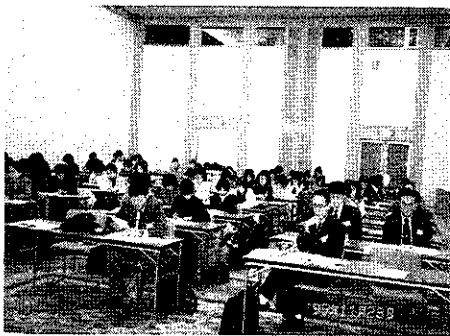
多くの調査票、アンケート、自己採点表などがあり、負担が多いと思いますが、次のことを頭に入れて対応してみてください。不安なところはブロック担当班員なり事務局にご相談ください。

I 行動変容を促すには行動のモニタリングが有用ですし、書くことで自ら軌道修正につなげられると考える。重要であることは間違いない。

II 本人の準備度がまちまちで、全てを完璧にしあげることが不可能でしょう。必要なものを取捨選択する必要があります。

III できるだけアプローチする。

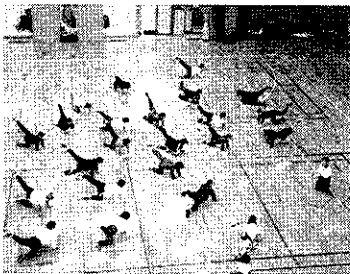
研修会風景



第2回全国研修会：質疑応答

*管理センターが二次スクリーニングのデータを分析していますが、IGTかとうかにかかわらずデータを集積しています。管理センターからお願いが行くかもしれませんが、収集データの情報は逐次各施設に報告されると思います。*普通介入の人にはこちらから積極的にアプローチはしないものの(検査結果は郵送)、質問に対しては普通に答えてください。*インスリン測定はIGTの人のみ中央からSRLに連絡して測ってもらっています。*禁煙が最終ゴールではないので禁煙指導は普通の健康指導として行う。*すでに介入進行中で、さらにやってみようという施設は2回目のリクルート

をお願いしたい。*新しく始めた運動の記録は、ある程度長く継続しないと評価が難しい。*やせている人には栄養バランスと運動に対してのアプローチを行っていく。*会合の頻度を減らすために、うまく運用できるなら第一回と二回は統一してやってよい。愛知総合保健センターはすでに試みており、あらかじめ割付を早くしてもらおうとできそう。*バイクの集配で万歩計がカウントするのは検討を要する。*糖尿病予防教室のプレゼンテーションはコンピュータから直接利用も可能なので必要な方は名古屋大学の佐藤寿一先生までご連絡下さい。



運動教室の実践

アメリカのDPP事情

アメリカのDPPは、食事について脂肪摂取量の制限を目的に食品の脂肪の量を小冊子にして指導教材にしています。脂肪は糖質や蛋白の倍以上のカロリーがあるので、カロリー制限する上で大きなウエイトを占めているからです。一日に取る脂肪の量を決めておいて、3食に取る量は銀行口座から引き出すようにとって行き、収支を合わせるようにします。

7%の減量と週に150分間の速歩に相当する運動(約700キロカロリー相当)を行うことを目標にしますが、減量できるようにカロリーを制限することになります。カロリーのモニターは正確には難しいので何カロリーにするというのは目安の目標になります。減量できるように減らしていくのが方針です。一般に5~10%減量する

ことで代謝的に有効な好影響があります。したがって、リバウンドを起こすような急激な減量が目標ではなく、実現可能な減量が目標となります。この方が長期間維持しやすいでしょう。そして、個人個人の目標が問題となり、その人に合った行動プランというものが相談の上立てられるます。目標を達成する上で障害となるものに対する対処をあらかじめ考えておく、うまく行かない場合は別の方策を考えるようにするなど柔軟な対処法を身につけるようにします。しかし、その基礎にあるのは自分の行動を記録して自らモニタリングすることです。具体的には食事・活動の記録ですが、これを継続することが行動変容の素材です。

このコーナーにも質問があれば、ご連絡ください。



歩行後の脈拍測定

JDPP Q&A

この7月に協力施設の皆さんから多くの意見をいただき、ありがとうございました。JDPP中央委員会および研究班班会議でそれぞれに対する回答についてまとめたものは研修会でも配布されました。今後も質問、疑問点についてはこのJDPP Q&A欄でも紹介していきたいと思えます。

I 調査用紙について

Q1:年齢はどの時点か? 調査表の年齢は経過を追って変わるので、今後は年齢欄は削除し、生年月日を入れるようにします。

Q2:煮た用紙が多いので煩雑;今年度から調査日単位でまとめました。

Q3:家族状況があると指導しやすい;現在、家族歴の調査しか行っていないので家族構成の調査も行うべきかも知れません。面談時に把握する必要あり。

Q4:報告書の様式を縦か横に統一すべきでは?できるだけ統一したいのですが、どうしても縦のフォーマットができない場合は横になります。

Q5:検査結果の記録表を一枚にまとめたらどうか?資料C-14とD-14について検討中です。

II 食事摂取頻度調査について

Q6:年に数回だけ記録するものの記入の仕方は?月に1回未満のものについては「ほとんど食べなかった」を選んでください。

Q7:写真集で同じ一人前でもエネルギー量が違うものと思われるものがある;大・中・小(3・2・1)や量の記載があるもの以外は見開きの上下の頁のものは同じ一人前として考えてください。

Q8:ほとんど食べないというのはどの程度をさすのか?平均(季節性のあるものはその季節の間の平均)して月に1回未満のものと考えてください。

Q9:食品の旬がわからず、記入が困難;「ある時期には食べた」と思いながらもおよその期間を特定できない場合は摂取頻度が極めて少ないものと考えられます。そのような場合は「ほとんど食べなかった」を選んでください。

Q10:テキスト「糖尿病にならないために」から求めた生活活動指数が食事診断報告の指数と異なる。新しいバージョンでは実寸法師の質問表の中で生活活動の程度を自分で記入するようになっていますが、旧バージョンでは仕事と運動に関する簡単な記載からこちらで判断して入力していたため、ずれが生じていました。

JDPPに関する質問をお寄せください。

JDPPは地域の糖尿病予防の試みを応援します。



研修会

III 行動くん、食事さんについて

Q11:身体活動、食事調査のコード表の文字が小さい;大きなフォントにするとそれだけページ数が増え、コードを探すのが困難になるという問題が生じてきます。しかし、小さすぎて読めないならば大きくする必要があります。

Q12:食事コードの数が多すぎる;現在のコード数でも当てはまるものがないという指摘も度々あります。検討中です。

Q13:行動くん、食事さんの詳しい入力マニュアルが必要;以前作成して事務局に送っていますが、去年は配布しなかったようです。

Q14:食事さんは料理名だけでなく原材料名での入力を可能にほしい;同じ料理でも原材料名で入力する場合と料理名で入力する場合が生じると、結果の普遍性がより損なわれことになるので、料理名での入力を統一しています。

Q15:結果はコメントをつけて早期に返却してほしい;生活習慣調査センターに送られたデータは直ちに入力していますが、未記入や誤記入の部分がある場合、問い合わせや確認を行い、その返事を頂いてからデータを再入力して返却しているため、かなりの返却が遅れてしまった施設があります。調査センターに送る前にデータの未記入例や明らかな誤記入のないことを確認してから送るようにしていただくと、結果の返却までの時間が短縮できます。食生活診断と身体活動度調査のコメント欄は、各施設で記入していただくこととなります。

IV 糖尿病予防教室について

Q16:資料や教材を早めに送ってほしい;初年度は、資料や教材の完成が予定より遅れて、一部の施設に迷惑をおかけしました。次年度以降は既にほとんどの資料や教材は完成しているため、各協力施設に速やかに送るようにします。

Q17:スライドの内容が難しく、説明に時間がかかる;一部改変し、内容をより易くしました。

Q18:スライドによる教育は興味を持たせにくい;指導者が前もってその内容を確実に把握し、当日は話にメリハリをつけながら指導を行っていただくことで、参加者の興味がより高まると思います。研修会での話も参考になると思います。

Q19:テキストの文字が小さい;ページ数から考えて妥当な大きさだと思います。

Q20:運動教室をするスペースの確保が困難;各地区担当者と相談して下さい。場合によって野外で行っていただいてもよいと思います。

V 個別指導について

Q21:食事記録と運動記録のバンスシートがマイナスになる場合の指導の仕方は?いずれも二日間のみの調査であり、まずそれらのデータが日常を表すものであるか否かを確認する必要があります。体重変動と日常の平均的なバンスシートが合わない場合(消費エネルギー量が極端に大きい場合や摂取エネルギー量が極端に小さい場合)は、記録の仕方に問題があるかもしれません。

Q22:生活改善度自己採点表は自己採点でよいのか;食事、行動記録を一週間前に記入する理由は何でしょうか;自己採点してください。

指導者側から客観的な評価は生活習慣改善のチェックリスト(指導者記入用)を用いてください。次回の会合までに評価するために前もって回収します。

Q23:減量のペースの目標をマニュアル化しては?まず最初の半年間の減量目標を立てますので、それを等分して一ヶ月あたりの減量目標としてはいかがでしょうか。

Q24:食事と運動の処方に関して統一したものが欲しい;運動に関しては現在の身体活動に1日あたり160kcalに相当する運動(身体活動)を週4日以上負荷する。また食事に関しては食習慣を是正することにより、標準体重ないしは最初の半年間で7%以上の減量を目指すことは統一しています。しかし、それを達成するために食事と運動の処方は、各参加者の状況を評価し、それに応じて作成することとしています。

Q25:FAX通信は必要あるのか?FAX通信は参加者とのコミュニケーションおよび参加者のモチベーションを維持する目的で行います。糖尿病予防教室と個別指導の回数を減らすことを目的に導入しました。

VI スクリーニング・検査等について

Q26:スクリーニングをもっと効率よくできないか?現在二次スクリーニングの効率を上げるためにその適応について検討中です。

Q27:参加者が少人数でも2群に分けなければならないのか;施設感のバイアスの影響を小さくするためにはたとえ少人数でも施設内での割付が必要です。

Q28:検査や指導の日程が一日だけでは難しい;協力施設の方で、複数日に分けて行うことが可能ならば、分けていただいで結構です。

Q29:連絡先は事業所長等にして欲しい;各協力施設の連絡先名簿を再作成しています。

Q30:郵送料は立替払いでよいのか?OK!

Q31:医師会の謝金は?メディカルチェックは医師が行うことになっているので、協力施設あるいは地区担当者でできない場合は研究班名で医師を雇っていただくこととなります。謝金については事務局に相談してください。

Q32:調査地区、施設の位置付けはどうなっているのでしょうか?協力して下さる所を選択しているため全国的に統一されてはいません。

Q33:地区担当者と連絡つきにくい;このようなことがないよう、地区担当者の連絡がつきやすい曜日等を詳細に記した表を作成し、お渡します。

JDPP事務局およびセンター連絡先

JDPP事務局 国立京都病院 葛谷英嗣

FAX番号: 078-362-8600

事務担当 深海邦子

生活習慣調査センター

電話番号: 075-641-9161

* 所属が変わっていますので注意してください!

FAX番号: 075-645-2781

名古屋大学医学部総合診療部

E-mail: hkuzuya@kyoto.hosp.go.jp

佐藤寿一

管理センター 神戸大学医学部衛生学講座

電話番号: 052-744-2961

佐藤茂秋

FAX番号: 052-744-2962

電話番号: 078-382-5525

E-mail: juichi@tsuru.med.nagoya-u.ac.jp

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

ハイリスク者を対象とした生活改善によるインスリン非依存型糖尿病の予防に関する研究

分担研究者 佐藤 寿一 名古屋大学医学部附属病院総合診療部助手

研究要旨：日本糖尿病予防プログラム（JDPP）参加者を対象にして、介入開始 6 ヶ月後における介入効果を評価した。強力介入群、普通介入群の両群とも、体重および BMI は介入前に比して有意に低下しており、両群の間に有意差はなかった。身体活動度においては両群とも介入による有意な効果は認められなかった。問題食行動のうち、介入開始 6 ヶ月後で両群間の有意差を認めた項目は、「手近にあると食べる」のみであった。身体活動度および食行動はほとんど変化しておらず、介入開始 6 ヶ月後における 7%の減量という介入目標も達成されていなかった。食事に関しては問題食行動の是正により焦点を絞った、また運動については運動習慣の妨害要因を明らかにしそこにアプローチするような個別指導が必要と考えられた。

A. 研究目的

日本糖尿病予防プログラム（JDPP）における生活習慣への介入が行動変容に及ぼす影響について評価する。

B. 研究方法

JDPP 参加施設のうち平成 12 年 1 月末の時点で、第 6 回会合（介入開始 6 ヶ月後）を終えた 10 施設における参加者（強力介入群 35 名、普通介入群 34 名）を対象とした。体重、BMI、身体活動度について、介入開始前と開始 6 ヶ月後における強力介入群と普通介入群の比較（対応のない t 検定）および各群における介入前後の比較（対応のある t 検定）を行った。また肥満の原因となる問題食行動について、介入開始前と開始 6 ヶ月後における強力介入群と普通介入群の比較（カイ 2 乗検定）を行った。統計学的有意水準は 5%とした。

C. 研究結果

1. 体重および BMI について

介入開始前および半年後とも体重は強力介入群と普通介入群の間に有意差はなかった（ 61.2 ± 11.0 kg vs. 60.5 ± 8.5 kg, and 59.9 ± 10.9 kg vs. 59.4 ± 8.4 kg）。BMI についても体重と同様であった（ 24.5 ± 3.5 vs. 24.6 ± 2.8 , and 24.0 ± 3.6 vs. 24.2 ± 2.9 ）。どちらの群も半年間に体重で 1kg 強、BMI で約 0.5 の有意な低下を認めた。

2. 身体活動度について

各活動当量と合計活動当量、および総称費エネルギー量、生活活動指数について、介入開始前および半年後いずれにおいても強力介入群と普通介入群との間に有意な差を認めなかった（表 1）。また、両群ともすべてのパラメーターについて介入開始前と半年後の間に有意な差を認めなかった。

3. 食行動について

介入開始前における頻度の高い問題食行動

としては、両群とも「満腹になるまで食べる」「食べるのが速い」「味付けが濃い」「手近にあると食べてしまう」「人に勧められると食べてしまう」「余るともったいないので食べてしまう」などがあげられる（表 2）。強力介入群においては、「手近にあると食べてしまう」の頻度が半年の間に少し低下した。その結果、介入開始前には両群間でこの項目において有意差はなかったが、介入開始半年後の調査では両群間に有意差を認めた。そのほか、「間食をする」「夕食が遅い」の頻度が強力介入群においては、半年の間に低下していた。

D. 考察

本研究においては、適正な体重（BMI 22）の達成と過体重・肥満者にあっては 7%以上の減量、および運動習慣を身につけることを最初の 6 ヶ月間の目標としている。しかし今回の中間調査では、強力介入群の過体重・肥満者における BMI の変化は -2.0%であり、この値は普通介入群の -1.8%とほぼ同じであった。減量の効果的な手段として、肥満の原因となる問題食行動を明らかにし、そこにアプローチする方法を本研究では導入しているが、問題となる食行動の改善が予期していたほどは得られていない。個別指導において食行動の改善により重点を置くことを再度徹底することが必要と考えられる。

総消費エネルギー量は、強力介入群では平均で 1 日当たり 28kcal 増加していたが、1 日

160kcal の運動を週 4 日以上行うという介入目標には到底達していない。これらの成績を現場にフィードバックし、運動習慣を持つことに対して障害となっている要素を抽出し、その解決を目指す個別指導を行うことにより介入効果をより高める必要があると思われる。

E. 結論

JDPP 参加者を対象にして介入開始 6 ヶ月後における介入効果を評価した。強力介入群、普通介入群の両群とも、体重および BMI は介入前に比して有意に低下しており、両群の間に有意差はなかった。身体活動度においては両群とも介入による有意な効果は認められなかった。問題食行動のうち、介入開始 6 ヶ月後で両群間の有意差を認めた項目は、「手近にあると食べる」のみであった。今後、個別指導をさらに充実させることの必要性が明らかとなった。

表1 強力介入群と普通介入群の身体活動度の比較

	介入開始前					介入開始半年後				
	強力介入群		普通介入群		p 値	強力介入群		普通介入群		p 値
	n	value	n	value		n	value	n	value	
身体活動当量 (METs・分)										
睡眠	35	338±49	34	341±48	.794	35	347±49	34	334±58	.317
仕事	35	411±395	34	620±628	.103	35	420±354	34	583±595	.169
移動	35	74±74	34	92±102	.406	35	85±84	34	102±95	.427
家事	35	541±506	34	527±462	.906	35	588±496	34	519±423	.533
運動	35	44±107	34	54±75	.633	35	60±102	34	80±102	.438
趣味	35	70±112	34	60±99	.698	35	71±115	34	50±95	.425
合計	35	2066±331	34	2193±403	.156	35	2119±281	34	2188±412	.423
総消費エネルギー (kcal)	35	2133±285	34	2277±460	.126	35	2161±295	34	2253±487	.341
生活活動指数	35	0.55±0.25	34	0.64±0.30	.156	35	0.58±0.21	34	0.64±0.31	.349

表2 強力介入群と普通介入群の問題食行動の割合の比較

	介入開始前			介入開始半年後		
	強力介入群	普通介入群	カイ2乗p値	強力介入群	普通介入群	カイ2乗p値
朝食を食べない	3/34	5/34	.709	3/34	3/34	-
食事が不規則	9/34	12/34	.431	7/34	11/34	.272
夕食が遅い	13/34	8/34	.189	8/34	12/34	.287
夜食をする	2/34	5/34	.428	3/34	4/34	1.000
間食をする	12/34	14/34	.618	6/34	13/34	.059
満腹になるまで食べる	15/34	17/34	.627	15/34	18/34	.467
食べるのが速い	22/34	25/34	.431	25/34	23/34	.595
味付けが濃い	14/34	19/34	.225	12/34	15/34	.457
夕食を独りで食べる	6/34	8/34	.549	5/34	9/34	.230
いらいらすると食べる	10/33	6/34	.225	11/34	8/34	.418
手近にあると食べる	15/34	21/34	.145	12/34	22/34	.029
勧められると食べる	20/34	18/34	.625	20/34	22/34	.618
余ると食べる	20/34	19/34	.806	18/34	17/34	.808

* 「はい」と答えた人数 / 回答者数