

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻数	ページ	出版年
T Furuya, T Hosoi: et al.	Prevalence of and factors associated with vitamin D deficiency in 4,793 Japanese patients with rheumatoid arthritis.	Clinical Rheumatology	Vol.20		2012
Mayu Haraikawa, Naoko Tsugawa, Natsuko Sogabe, Rieko Tanabe, Yuka Kawamura, Toshio Okano, Takayuki Hosoi, Masae Goseki-Sone	Effect of gamma-glutamyl carboxylase gene polymorphism(R325Q) on the association between dietary vitamin K intake and gamma-carboxylation of osteocalcin in young men and women	Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition			In Press
Orimo H, Nakamura T, Hosoi T, Iki M, Uenishi K, Endo N, Ohta H, Shiraki M, Sugimoto T, Suzuki T, Soen S, Nishizawa Y, Hagino H, Fukunaga M, Fujiwara S	Japanese 2011 Guidelines for prevention and treatment of osteoporosis—executive summary	Arch Osteoporos			In Press
Furuya T, Inoue E, Hosoi T, Taniguchi A, Momohara S, Yamanaka H.	Risk factors associated with the occurrence of hip fracture in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a prospective observational cohort study.	Osteoporosis Int			
Koudu Y, Hosoi T, et al.	Association of CYP19 Gene Polymorphism with Vertebral Fractures in Japanese Postmenopausal.	Biochemical Genetics	Vol.50	389-396	2012
亀井智子、藤原佳典、細井孝之、深谷太郎、野中久美子、小池高史、渡邊麗子、澤登久雄、松本真澄、渡辺修一郎、田中千晶	独居認知症高齢者へのSmart home利用の包括的アセスメントと評価枠組みの開発—文献レビュー—と介入研究事例の統合から—	標準理学療法学・作業療法学専門基礎分野 老年学 第4版			印刷中

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻数	ページ	出版年
細井孝之、 黒田龍彦、 中村利孝、 白木正孝、 太田博明、 原田敦、 森聖二郎、 大橋靖雄、 折茂肇	全国データベースを用いた骨粗鬆症性 骨折の予防と治療に関する研究	Osteoporosis Japan			2012

# Ⅲ. 研究成果の 刊行物・別刷

Public Health Nutrition

# ウェルネス 公衆栄養学

第8版

●編集 / 沖増 哲  
前大道教子  
松原知子

医歯薬出版株式会社

4. 公衆栄養プログラムの目標設定	40
1) 目標の種類	40
2) 目標の設定	41
5. 公衆栄養プログラムの実施 松原知子	44
1) 地域社会資源の管理	44
2) コミュニケーションの管理	45
3) プログラム実施と関係者・機関の役割	46
6. 公衆栄養プログラムの評価	48
1) 評価の種類	48
2) 評価の流れ	52
3) 評価のための情報収集	52
4) 評価のためのモニタリングシステム	53
5) 評価結果のフィードバック	54
6) 評価のデザイン	54

### Chapter 3

### 栄養疫学 下方浩史

57  
page

1. 栄養疫学の概要	57
2. 曝露情報としての栄養摂取量	58
1) 食物と栄養	58
2) 食事の個人内変動と個人間変動	58
3) 日常的な、平均的な食事摂取量	59
3. 総エネルギー摂取量の栄養摂取量に及ぼす影響	60
1) 栄養密度法	60
2) 残差法	60
4. 食事摂取量の測定方法	61
1) 食事記録法	61
2) 思い出し法	62
3) 食生活調査	64
4) 食事摂取量を反映する生化学的指標	64
5) 食事摂取量を反映する身体測定値	65
5. 栄養疫学の方法	65
1) 健康問題を発見するには	65
2) 栄養と健康の関係を探るには	71
3) 系統誤差とバイアス	73
4) 交絡	74
6. 疫学の指標	77

1) 疾病の頻度, 死亡や生存にかかわる指標	77
2) 曝露要因の効果に関する指標	78

## Chapter 4

### 公衆栄養の現状と問題点を探る



1. 少子高齢社会の進展 佐久間章子	81
1) 出生率の低下	81
2) 平均寿命の延長	81
3) 高齢社会と健康・栄養問題	83
4) 増え続ける要支援・要介護高齢者	83
2. 健康状態の変化	85
1) 感染症の時代から生活習慣病の時代へ	85
2) 増加する生活習慣病患者数・国民医療費	85
3) QOLの低下をまねく循環器疾患の増加	86
4) 欧米に多くみられるがんの増加	87
5) 糖尿病および予備群は約2,210万人	88
6) 男性の肥満/若い女性のやせの増加, メタボリックシンドロームおよび予備群は約1,900万人	88
7) 歯の本数・喫煙習慣は食生活決定の一因子	89
3. 栄養状態の変化	91
1) 米離れ, 肉類・油脂類の増加	91
2) 動物性食品からのたんぱく質・脂質摂取量が増加	92
3) 食塩, 成人の60%以上の者が目標値以上摂取	95
4. 揺れる食行動 森脇弘子	96
1) 若年層に目立つ朝食欠食	96
2) 増える“コ”食	96
3) 増えた外食, 増え続ける中食	98
4) 増える栄養補助食品等の利用	100
5) 食態度の変容・食スキルの獲得	101
5. 変貌する食環境	101
1) 重視される食の安全性確保 佐久間章子	101
2) 深刻化する食料自給率の低下	101
3) はんらんする食情報 森脇弘子	103
4) 生活環境の変化	103
5) 変貌する社会・経済・文化的環境 岸田典子	104
6) 見直したい自然環境	106

## SUMMARY

- ① 栄養疫学は人の集団を対象として、健康や疾病とその栄養との関連を明らかにすることを目的としている。
- ② 食事には個人内変動、個人間変動があり、正確な評価は難しい。
- ③ 多数の集団を対象とした食事摂取量の測定方法には、記憶による思い出し法、実際に摂取した食事の内容を記録してもらう記録法などがあり、これらの食事調査は栄養疫学の基本である。
- ④ 栄養疫学にはさまざまな手法の解析方法があるが、系統誤差や交絡による影響を考えると誤った結論に至ることがある。

## 1. 栄養疫学の概要

栄養学の基礎研究には動物実験が多く用いられる。とくにラットやマウスなどの啮歯類<sup>げっし</sup>が用いられることが多いが、動物実験で得られた結果が人でも同じように当てはまるわけではない。生理代謝機能や罹患する病気も啮歯類と人間では大きく異なる。栄養学が目指す最終的な目標は、栄養を通して人の健康を守ることである。どのような栄養がどのように人の健康に影響を与えるのかを確認し、その結果からどのように栄養をとっていくことが重要なのかを明らかにして、病気の予防、健康の維持、増進に役立てていく。それが栄養疫学 (nutritional epidemiology) である。

疫学は、1人の人間ではなく、人の集団を対象として、健康や疾病とその規定要因との関連を明らかにすることを目的としている。規定要因を危険因子あるいはリスクファクター (risk factor)、曝露要因 (exposure) という。栄養疫学では曝露要因は食物、栄養であり、その量的な指標となる食物摂取量、栄養摂取量は曝露情報である。

わが国では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患が3大死因であり、これらは生活習慣が主な要因であるために生活習慣病と呼ばれる。糖尿病、高血圧症、高脂血症は動脈硬化を進行させ、脳血管疾患、心疾患などの循環器疾患を引き起こす。肥満はこれらの疾病の最大の原因であり、食習慣がその基盤にある。栄養疫学は日本人の健康問題を解決するための最も重要な役割を担っている。

曝露  
集団に何らかの影響を与えること。曝露要因はその影響を与える要因を示す。

## 2. 曝露情報としての栄養摂取量

### 1 食物と栄養

すべての生物は生命を維持するために、栄養素等が必要である。動物では栄養素等は食物として摂取される。人では毎日の食事として栄養素を摂取しているが、食事にはまず生命活動を維持するために必要なエネルギーが含まれる。そして主要栄養素としてのたんぱく質、脂質、糖質、微量栄養素としてのビタミン、ミネラル類などが含まれている。このほかに健康維持や疾病予防には重要ではあるが通常は栄養素には含まれないフラボノイド類などの抗酸化物質やオリゴ糖などの難消化性多糖体なども含まれている。さらに食品添加物や有害物質なども同時に含まれていることも忘れてはならない。食生活を評価するためには、食物摂取の量的指標として食品摂取量、栄養素摂取の量的指標として食事調査による栄養素摂取量の推定が行われる。また、食生活の質的な評価としては、食品への嗜好や食事の様式などの食習慣調査が行われる。

**フラボノイド**  
天然に存在する化合物で、強い酸化作用があり、色素性をもつものが多い。

**抗酸化物質**  
老化や動脈硬化を促進する活性酸素に電子を供給して消し去る作用をもつ物質。

**オリゴ糖**  
ブドウ糖や果糖などの単糖類が2～10個程度結びついた糖類の総称。腸内のビフィズス菌を増やし、腸内環境を整える働きがある。

**個人内変動**  
同一の個人における特性の変動。1日ごとの変動や年間を通しての変動などを含む。

**個人間変動**  
個人差。個人個人の違いによる特性の変動。年齢や性別、遺伝要因、環境要因などの影響がある。

### 2 食事の個人内変動と個人間変動

人は毎日毎日、同じ食事をとっているわけではない。多くの人が毎日の生活や好みに応じて、メニューを変え多彩な食生活を楽しんでいる。休日と平日で食事は異なるし、四季の変化が豊かな日本では、それぞれの季節ごとに旬の食品がある。

こうした同じ個人における変動を個人内変動という。1日ごとの変動は日間変動といい、わが国のように多くの食材が容易に入手でき、和食、洋食、中華など料理の種類が豊富な国では、その変動は大きい。また、曜日ごとに食事は異なり、休日には外食を楽しんだりすることも多いだろう。1日だけの食事調査では、集団全体の食事の評価には役立つかもしれないが、特定の個人の食事摂取を正確に評価することはほぼ不可能である。さらにわが国では季節変動にも注意が必要である。たとえば果物の摂取には季節の差による影響が大きく、果物に多く含まれるビタミンCなどの摂取は季節によって大きな変動がある。

食事の個人差も大きい。若者と高齢者、男性と女性では食事は大きく異なっている。性別や年齢だけでなく、同じ性別年齢であっても、嗜好、体格、運動量、教育、収入などが異なれば食事の内容は異なってくる。こうした個人ごとの差を個人間変動という。このように食事調査の結果は、個人内変動、個人間変動の影響を大きく受けるために、評価が難しいことが多い。調査時期、調査の曜日などにも注意をはらって、結果をみていく必要がある。



表 3-1 個人の日常的な食事摂取量を 10% 以内の誤差で推定するのに必要な調査日数

	栄養素など		食品群	
	男性	女性	男性	女性
エネルギー	13	12	穀類	16
たんぱく質	20	21	いも類	417
脂質	52	43	糖類	341
炭水化物	13	13	菓子類	1,138
カルシウム	47	47	油脂類	307
リン	20	20	種実類	3,403
鉄分	28	28	豆類	141
ナトリウム	32	31	魚介類	136
カリウム	29	21	肉類	579
レチノール	2,620	3,822	卵類	205
カロテン	169	140	乳類	255
ビタミン B <sub>1</sub>	45	33	野菜類	71
ビタミン B <sub>2</sub>	28	28	果実類	560
ナイアシン	61	62	きのこ類	874
ビタミン C	105	81	海藻類	1,316
			嗜好飲料類	106

(Ogawa K, et al: Inter-and inter-individual variation of food and nutrient consumption in a rural Japanese population. Eur J Clin Nutr, 52:781-785, 1999<sup>1</sup> から改変)

### 3 日常的な、平均的な食事摂取量

食事には個人内変動があるが、同じ調査を長期間にわたって続ければ、特定の個人の日常的な、平均的な食事摂取量を推定することができる。個人の日常的な食事摂取量を推定するにはどのくらいの日数の調査が必要だろうか。個人内変動は栄養素ごとに異なる。多くの食品に含まれる主要栄養素よりも、特定の食品にしか含まれないような微量栄養素のほうが変動は大きく、調査にはより多くの日数が必要となる。表 3-1 に個人の日常的な食事摂取量を 10% 以内の誤差で推定するのに必要な調査日数を示した。エネルギーやたんぱく質などの主要栄養素、ミネラル類では 2 週間から 2 か月近く、ビタミン類では 2 か月から 3 か月以上も必要であると推定されている。食品別の摂取量でも穀類のようにほとんど毎日決まって食べるものについては、数日の調査で十分なこともあるが、果物のように季節変動が大きいもの、菓子類のように必ずしも毎日同じように食べるものではない食品では、摂取量の推定には数百日を要すると推定されている。

このように特定の個人の栄養素摂取量の日常的な、平均的な推定はきわめて難しく、食事調査に基づいて栄養指導などを行う場合には、注意が必要である。一方、集団としての平均的な栄養素摂取量の推定は調査人数を増やすことで、短い調査期間で可能となる。3 日間の食事調査で数十人から数百人の対象者があれば、集団全体としての平均的な栄養素摂取量の推定が可能である。1 日だけの調査でも人数を増やせば十分可能であり、厚生労働省の国民健康・栄養調査は現在では 1 日間の調査となっている。

特定の集団の平均的な食事摂取量の評価には、対象の選定も重要である。全員の調査ができない場合には、集団の一部に対して調査を行うことになるが、協力

的な人たちだけに調査を行えば、健康に関心をもつ人たちが多くなってしまい、全体の平均からは離れた調査結果になってしまうことに注意しなければならない。

### 3. 総エネルギー摂取量の栄養素摂取量に及ぼす影響

#### 1 栄養密度法

毎日の生活のために必要なエネルギー量は、体格、性別、運動量、年齢などによる個人差がある。エネルギー摂取量が多い人では、食物の摂取量が多くなり、栄養素摂取量も多くなる。このため各栄養素摂取量の絶対量ではなく、総エネルギーに対する相対量を栄養密度として求めて使用される場合がある。

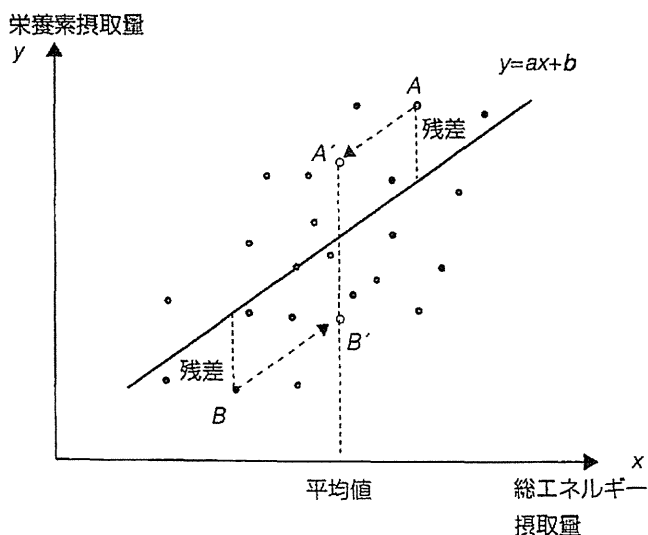
体内でエネルギーとなる栄養素であるたんぱく質、脂質、糖質、アルコールについては総エネルギー摂取量に対する各栄養素によるエネルギー摂取量の割合をパーセントで求めて示すことが行われる。エネルギーを産生しない栄養素では、たとえばエネルギー摂取量 1,000kcal あたりの各栄養素摂取量を計算することで、エネルギー摂取量に依存しない相対的な摂取量を求められる。

#### 2 残差法

集団を対象とした栄養素等摂取量の調査を行って、特定の個人がその集団における平均的な総エネルギー摂取量であったならば、各栄養素の摂取量はどのくらいであるかを推定する方法である。

実際には図 3-1 に示すように、調査を行った集団について横軸にエネルギー摂取量、縦軸に目的とする栄養素摂取量として回帰直線を求める。この回帰直線を用いて、各個人について回帰直線からの残差を求め、集団全体の総エネルギー

残差  
観察値から予想値を引いた残りの量。予想値は回帰分析などで求められることが多い。



総エネルギー摂取量 (x) と栄養素摂取量 (y) とのあいだに回帰直線 ( $y=ax+b$ ) を求める。この回帰直線を用いて、各個人についての実際の値 (A, B) の回帰直線からの残差を求め、集団全体の総エネルギー摂取量の平均値における栄養素摂取量にその残差を加えることで、総エネルギー摂取量を調整した栄養素摂取量、すなわち平均的な総エネルギー摂取であると仮定した場合の栄養素摂取量推定値 (A', B') を求めることができる。

図 3-1 残差法による総エネルギーで調整した栄養素摂取量の求め方

摂取量の平均値における栄養素摂取量にその残差を加えることで、総エネルギー摂取量を調整した栄養素摂取量の推定値を求めることができる。栄養素摂取量の評価を行う場合に、総エネルギー摂取量の影響を除くためには有用な方法であり、得られる数値のもつ意味がはっきりしない密度法と異なり、測定値としてわかりやすい値が得られる。しかし、集団が異なれば回帰直線は異なったものになり、同じ栄養素摂取量でも集団が異なれば値は大きく変わってしまう。個人への栄養指導などに用いることには不向きであろう。

## 4. 食事摂取量の測定方法

地域住民や特定の集団での栄養問題を発見しようとするときには、その集団に対しての食事摂取量の測定および評価は欠かせない。多数の集団を対象とした食事摂取量の測定方法には、被験者の記憶による思い出し法、実際に摂取した食事の内容を記録してもらう記録法などがある。また、食事として実際に摂取した量ではなく、血液検査、尿検査などによる生化学的指標の評価、体重や体脂肪率などの身体計測値による評価によって、食事摂取量が足りないのか、過剰なのかを判定することもできる。

生化学的指標  
血液や尿の生化学的な分析  
によって求められた成分量  
からの指標。

### 1 食事記録法

本人または家族の食事の内容を1日から7日間程度にわたってすべて記録してもらい、その結果をもとに栄養摂取の解析を行うものである。摂取量を秤で計量する秤量法、大きさや形状を記録する目安量法、カメラを使う写真記録法がある。実施に際しては、管理栄養士・栄養士による指導や確認が必要である。食事記録法は思い出し法に比べて、記録をするための作業が煩雑であり対象者の負担が大きい。調査期間が長くなるほど精度は増すが、負担はさらに大きくなる。また、調査を意識して料理が日常と異なった内容になることも注意しなければならない。

#### 1◎秤量法（国民健康・栄養調査方式）

秤を用いて対象者の食物摂取量を正確に計測する方法である。1つ1つの食品を計量して記録していくことは面倒であり、食器と一緒に計測してしまうなど秤の使い方の間違いもある。レストランなどに秤を持って行くわけにはいかないので、外食がある場合には秤量法は事実上不可能である。調味料など少量しか使用しない食品では秤量が難しい。このように秤量を行うのが難しい場合には目安量が使われる。以前の国民栄養調査は、3日間の秤量法による世帯ごとの食事記録法が採用されてきたが、1995年（平成7）から1日だけの調査に切り替わっている。秤量法による調査を行うには秤が必要であるが、正確な秤が必ずしもすべての家庭にもあるわけではない。秤を各家庭に提供する必要もある。

## 2◎目分量法

食品の摂取量を計量スプーンでの換算、パンの枚数、果実の個数、ビンや缶の本数、個数などを単位とした目分量で記録する方法である。目分量の把握の仕方には個人差が大きい。食品ごとの目分量の決め方、記録の仕方について、実際の調査の前にフードモデルなどを用いての管理栄養士・栄養士による十分な教育、訓練が必要である。

フードモデル  
実物大で実物そっくりに作られた食品模型。食事調査や栄養指導に使われることが多い。

## 3◎写真記録法

対象者に毎食、食事の前後に食事の内容を撮影してもらい、あらかじめ用意したスケールと一緒に撮影してもらい、食器のサイズがわかり、摂取量の判定精度が上がる。食事の前後を撮影することで、実際に何をどれだけ食べて、何を残したかが判定できる。写真記録法単独で行われることもあるが、秤量法や目分量法による調査の精度を上げるために写真記録が併用されることもある。高齢者ではカメラの操作に不慣れであったりすることもあり、加えてカメラを用意したり、フィルムの現像、焼きつけなど、調査のための費用がかかることも問題である。

## 2 思い出し法

### 1◎24時間思い出し法

24時間思い出し調査は通常、管理栄養士・栄養士による面談で行われ、被験者に前日の24時間もしくは過去24時間のあいだに摂取した食事の内容をすべて思い出してもらい、栄養素摂取量を求めるものである。対象者の負担が少なく、協力が得やすい。食事内容には日々の変動が大きく、個人の栄養素摂取の判定には適さないが、多数の集団で行えば、集団全体としての栄養素摂取状態を判断することができる。24時間思い出し法による調査を同じ人に何度も繰り返すことで精度を上げることも可能である。調査は対象者の記憶力に左右されることが多い。高齢者や小児では実際に摂取したものをすべて思い出してもらうことは難しい。フードモデルや実物大写真、食器などを用いて各食品の摂取量を聞き出す。面接を行う管理栄養士・栄養士の技量による影響も大きい。しかし、食事記録法と異なり、調査によって食事の内容が変容してしまうということはない。

### 2◎食物摂取頻度調査法と妥当性・再現性

食物や食品の摂取頻度を調査して、食習慣や栄養素等摂取の状況を調査する方法を食物摂取頻度調査という。英文名を略してFFQといわれる。代表的な数十種類から200種類くらいまでの食品について、その摂取頻度を調査し、食品の摂取量を推定しようとする調査法である。対面調査だけではなく郵送での調査も可能で、簡便に行うことができる。また、日常的な平均的摂取量を推定することができる。頻度に加えて摂取量の調査も行うか、あるいは各食品の日本人における1回の平均的摂取量を用いるかして、1日の栄養摂取量を推定することもできる。各食品の1食あたりの摂取量を3段階から5段階ほどに分けて、摂取頻度

食物摂取頻度調査 (food frequency questionnaire; FFQ)  
代表的な食品や料理の摂取頻度と平均的な1回摂取量を質問票にて調査し、食習慣や食品摂取量を検討する調査方法。

とともに調査して摂取量を推定する方法を半定量式食物摂取頻度調査という。調査する食品数は限られており、食品リストになければ反映されない。一般に過去1か月、あるいは1年間の食物摂取頻度を調査するが、みかんなど特定の季節にしか食べない食品に関しては、出回る時期での平均的な摂取頻度、量から、1年間の平均値を求める作業も必要である。推定された栄養素摂取量について個人が集団のなかで、どのくらいの順位にいるかを判定することはできるが、対象集団の栄養素摂取量の推定には用いることは難しい。

地域の特産品のように、地域によって特徴的に食べられる食品もある。また、同じ“うどん”でも関西と関東では、調味料使用や食品構成の内容が大きく異なる。年齢によっても同じ料理が若者では量が多く油っこい内容であり、高齢者では量が少なめであっさりした内容となっていることが多い。米飯の摂取量に関しては、ごはん茶碗何杯というようなかたちで1食あたりの摂取量が調査されるが、ごはん茶碗は“夫婦（めおと）茶碗”の例でもわかるように、男性用と女性用ではサイズが異なる。女性では摂取量を過大に評価されてしまう可能性がある。調査をする地域で、対象となる年齢層や性別を考慮してFFQの調査票を作成する必要がある。そのためには地域で食事記録調査を行い、料理や食品の摂取頻度、標準的な1食あたりの摂取量（ポーションサイズ）、各料理の食品構成を調査し、それらのデータをもとにしてFFQを作成することが望ましい。

ポーションサイズ  
特定の食品や料理について  
の1食あたりの平均的な  
摂取量。地域、性別や年齢  
などで異なることが多い。

FFQの再現性は、同一の人に同じFFQの調査票を用いて一定の期間において調査を繰り返して行い、食事摂取量の一致度を調べることで検討できる。対象者に調査結果を返すことで、特定の栄養素摂取量や食品の摂取が過剰あるいは不足しているということがわかると、食習慣を変更してしまうことがある。このように対象者が食習慣を変化させている場合には再現性は悪くなる。また、季節によっても摂取する食品が異なるため調査結果が変化してしまうことにも注意が必要である。

FFQの妥当性は、FFQで推定された栄養素摂取量がどれだけ真の摂取量に近いかで検討する。実際には真の摂取量を知ることはほぼ不可能であり、一般には3日間以上の食事記録法を季節ごとに行い、それらの平均値とFFQでの栄養素摂取量との推定値との差や相関を計算することで妥当性の検討が行われる。24時間思い出し法が用いられることもある。また、妥当性の検討には血液検査など生化学的生体指標との比較で行われる場合もある。

### 3◎食事摂取の判定

判定項目を表3-2に示した。集団として、性別、年齢別、身体活動レベル別に栄養素別摂取量を検討する。食品別摂取量についても、同様に区分別食品構成表と比較できる。エネルギー比率（PFCエネルギー比）や塩分使用量も検討される。

表 3-2 栄養調査の判定項目

- 栄養素別摂取量
- 栄養比率(PFC比, 動物性たんぱく質比率)
  - 食事比率(3食, 間食, 夜食への比率)
- 栄養素摂取のパターン化(高エネルギー型, 低たんぱく型など)
  - 1日あるいは1食あたりの食品数・料理数
- 料理形態・料理の組み合わせ
- 特定食品の出現頻度
- 加工食品(半・完全調理済み食品, 冷凍食品など)の利用状況
- 自然食品・健康食品の利用状況
- 嗜好傾向
- 塩分使用量

表 3-3 食生活調査

- 外食, 欠食, 間食, 夜食の状況
- 共食者(食事をともにする者)
- 食事時間
- 食事所要時間
- 食事場所
- 調理担当者
- 料理伝承
- 食事儀礼(行事食, 食卓作法, 食物禁忌)
- 食事歴(過去の食生活)
- 食具調査
  - ・所有する調理道具の種類, 数, 使用状況
  - ・食器の種類, 数および使用状況
  - ・台所・食事室の設備

### 3 食生活調査

食生活調査の主な項目を表 3-3 に示す。

食習慣を含めた食生活調査は、栄養素等の摂取状況と密接な関連をもち、重要である。食事の時間や摂取状況、地域の特性、食器など食生活に関連する道具(食具)、過去の食生活について調査する食事歴調査などもこれに含まれる。

## 4 食事摂取量を反映する生化学的指標

### 1 血液検査

**コレステロール**  
脂質の成分のひとつ。細胞膜の構成成分やホルモンの前駆体として重要だが過剰になると動脈硬化を促進させる。

**トリグリセリド**  
中性脂肪とも呼ばれ、脂質の成分のひとつである。脂肪細胞中にエネルギーとして蓄えられる。

**HDL コレステロール**  
高密度リポたんぱく質(high density lipoprotein; HDL) 中に含まれるコレステロール。動脈硬化を防ぐ善玉コレステロールといわれる。

**γGTP**  
肝機能検査の項目のひとつ。アルコール摂取で高値となるが、肝炎などでも高値になることがある。

栄養状態を評価する血液検査としては、血清コレステロールやトリグリセリド(中性脂肪)などの血清脂質、血清たんぱく、特にアルブミンなどが用いられる。

血清脂質は一般に高栄養では高値になり、低栄養では低くなるが、体質や遺伝による影響も強い。HDL コレステロールは善玉コレステロールとも呼ばれ、その値が高いと動脈硬化の進行を予防し、長寿につながるといわれるが、肥満や糖尿病、喫煙で低下する。逆に運動や適度なアルコールはHDL コレステロールを上昇させる。血清たんぱくの約60%を占めるアルブミンは低栄養の指標となるが、低栄養状態がかなり進まないと低値とならない。血糖値は糖尿病などがなければ栄養状態に大きくは影響を受けない。

過度のアルコール摂取や肥満は肝細胞に脂肪を蓄積させ、肝機能を障害する。特に肝機能検査のひとつであるγGTPはアルコール摂取量をよく反映し、習慣性のアルコール摂取の客観的判断にも用いられる。また、アルコール摂取が多いとトリグリセリドや血清尿酸も高くなる。

ヘモグロビンは赤血球中に含まれており、酸素を運ぶ重要な働きを担っている。鉄分の摂取が少なくなると、血中ヘモグロビン濃度が減り、栄養素等摂取の指標となる。

### 2 尿検査

ナトリウムは一部が汗などとして排出されるが、ほとんどは尿中に排泄される

ため、尿検査で食塩の摂取量を推定することができる。しかし、尿中のナトリウム濃度は1日を通して一定ではないため、1日の食塩摂取量をみるためには、1回の尿だけでは判定できず、24時間蓄尿する必要がある。一方、カリウムは多くが糞便中に排泄されるため、尿による摂取量の判定は正確には行えない。

栄養素等摂取の不足が続くと脂肪が分解されて、代謝産物としてのケトン体が尿中に出るようになる。尿中クレアチニンは全身の筋量の指標としても使われることがある。

尿中クレアチニン  
筋肉のなかに含まれるクレアチンが分解されてできた老廃物。直接尿に排泄されるので筋肉量や運動量に相関する。

## 5 食事摂取量を反映する身体測定値

### 1 体格

一般に肥満は栄養過多の指標であり、やせは栄養不良の指標である。ただし、体格には遺伝的要因も大きく影響し、一概に肥満者が栄養素等摂取の過剰であり、やせた人が栄養素等不足であるわけではないことに留意しなければならない。

### 2 身体所見

医師の診察により栄養に関連する身体所見が見いだされることがある。栄養不良時にみられる身体所見としては、貧血によって眼瞼結膜が赤味を失い、毛髪の色素が薄くなり、黒髪が茶色くなる。毛髪が抜け落ちることもある。爪は薄くなり、スプーンのように反り返ってしまう。これをスプーン爪 (spoon nail) という。また、栄養不良で血清たんぱくが低下すれば、血清浸透圧が維持できず、浮腫が生じる。ビタミンB<sub>1</sub>が欠乏するとやはり浮腫が生じ、腱反射が失われる。とくにビタミンB<sub>1</sub>の欠乏症の診断には膝蓋腱反射の消失が診断に役立つ。

一方、栄養過多の身体所見としては高コレステロール血症による黄色腫がある。アキレス腱などにコレステロールが付着し肥厚する腱黄色腫、肘や膝などの皮下にできる結節性黄色腫、上眼瞼 (まぶた) などにできる扁平黄色腫などがある。高コレステロール血症では眼球結膜周辺に角膜環がみられることがある。習慣性飲酒者では鼻の毛細血管が拡張し赤鼻となる。アルコールを多量に摂取していると肝臓機能に障害を与えることがある。肝機能障害が進み、肝硬変になると手掌の母指側が赤くなる手掌紅斑や、皮下の末梢動静脈が短絡して、くも状血管腫と呼ばれる小さな赤いクモの巣のような模様が手背、腕、前胸部、顔面などに現れることもある。

膝蓋腱反射  
膝蓋骨の下の膝蓋靭帯を軽く叩くと、大腿四頭筋が収縮して膝関節が伸展する反射。ビタミンB<sub>1</sub>欠乏による脚気などでは反射が消失するのが特徴とされる。

## 5. 栄養疫学の方法

### 1 健康問題を発見するには

観察集団に潜在する健康問題を発見するには、他の集団や、わが国全体との、あるいは世界との比較を行うことが基本となる。国勢調査、人口動態統計や生命

表、あるいは患者調査や国民生活基礎調査、家計調査年報などの医療統計や生活に関する統計は、地域の健康状態をほかと比較して問題を発見するための基礎的な統計資料である。地域住民や特定の集団での健康問題を発見し、その特徴をみようとするときには、通常その集団に対しての健康調査を実際に行うことが必要となる。

### 1 健康調査の方法

健康調査には、質問票（アンケート）だけによる調査と、運動機能検査、採血や医師の診察による身体検査などを組み合わせた調査がある。

### 2 調査対象者

地域住民全体を対象とする調査、企業や学校内の集団、老人ホーム入居者など特定の年齢や特性をもつ集団を対象とする調査など、対象により健康問題は大きく異なるので、対象の特性に対応した調査が必要である。

対象者が少数の場合は全員を対象とした調査（全数調査、悉皆調査）を行うが、対象者が多数の場合、全員に調査を行うのは困難であり、集団全体から対象者を選び出し選ばれた人たちに対してだけ実際に調査が実施される（標本調査、標本抽出調査）。対象者の抽出は乱数などを使って行われる。この場合もとの全集団と抽出された集団で性別や年齢などの分布に差が出ないようにすることが望ましい。それには全集団を性別、10歳ごとの年齢群などに分け、各群で一定の割合で無作為抽出を行えば分布に差が生じる危険はなくなる。これを層化無作為抽出という。もとの全集団の全体としての健康問題ではなく、たとえば性別・年齢ごとの健康問題についての比較検討を行いたい場合には、性別・年齢群別に分けた各群の人数が等しくなるようにしたほうがよい。この場合には各群の抽出率を変えて抽出人数が一定になるように層化無作為抽出を行う。全国調査などでは、まず全国から市町村を無作為に選び、選ばれた市町村から個人あるいは世帯を選ぶという多段階抽出法が行われることが多い。

### 3 質問票による健康問題の調査

質問票による調査方法については、Chapter 2を参照。質問票での質問事項は、そのすべてを網羅しようとするれば膨大な数になってしまう。調査項目が多いと記入に手間取り、回収率も悪くなる。健康問題のうちどのような項目を知る必要があるのか、焦点を絞る必要がある。表3-4に一般的に用いられる質問事項について簡単にまとめてみた。これらは健康に直接関係するものと、直接的な健康問題ではないが、人の健康に大きな影響を与える可能性のある毎日の生活習慣などの項目が含まれる。以下、それぞれの内容を簡単に説明していく。

#### ① 健康に直接関連する項目

自分の健康状態を自分で判断したものを主観的健康度もしくは健康状態自己評価といい、“非常によい” “よい” “ふつう” “少し悪い” “非常に悪い” などの段階での判定を行うような質問が使われる。過去にかかった病気、過去にあった健

健康調査  
集団の健康問題を発見するための調査。アンケート調査やさまざまな検査が含まれる。

層化無作為抽出  
調査対象を性別、年齢などで分け、そのなかから一定の割合で乱数表などを用いて対象の一部を選び出すこと。

主観的健康度  
疾患の有無などは別に自分自身の判断による健康度をいう。死亡リスクとの関連が大きいと言われる。



表 3-4 健康問題発見のための調査項目の例 (質問票による項目)

健康に直接関連する項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>●健康状態自己評価 (self-rated health : SRH)</li> <li>●現症 (現在の自覚症状)</li> <li>●アレルギーの有無</li> <li>●現病歴, 治療中の疾患 (病名, 治療法, 薬物)</li> <li>●既往歴 (過去に罹患した疾患)</li> <li>●家族歴 (家族の罹患した疾患)</li> <li>●かかりつけの医療機関, 主治医</li> </ul>
生活歴
<ul style="list-style-type: none"> <li>●家族構成, 家系調査</li> <li>●職歴</li> <li>●結婚歴</li> <li>●学歴, 教育歴</li> <li>●社会的経済的状況</li> <li>●ライフイベント</li> </ul>
環境
人口, 騒音, 大気汚染, 受動喫煙, 住居, 移動, 日光, 子どものころの環境
生活習慣
<ul style="list-style-type: none"> <li>●運動習慣, 運動量: 運動の種類, 時間, 頻度, 強度</li> <li>●睡眠</li> <li>●嗜好: 喫煙, 飲酒, 嗜好品 (コーヒー, 紅茶など)</li> </ul>
ADL (日常生活活動)
基本的 ADL, 手段的 ADL, 社会的 ADL
精神的問題
QOL (生活の質), 生きがい, 生活満足度, 知能, 性格, 個性, ストレス, うつスコア, 家族関係 その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>●健康診断の受診状況</li> <li>●健康問題への関心</li> <li>●文化的背景, 俗信, 価値観</li> </ul>

康上の問題を既往歴といい, 重要な健康上の情報である。現在自覚している症状や健康上の問題を現症という。神経症状, 消化器症状から, 婦人科的症状まで分け方によっては数百にも及ぶ, 多くの項目がある。

治療中の疾患があれば, 病名とその治療法, 服用中の薬物などを調査する。薬物名がわからなければ, できれば薬を実際に見せてもらい, 薬剤に記載されている記号を手がかりに薬品集などを利用して薬物名を調べる。健康問題には遺伝的・体質的要因, 文化的背景, 環境要因などが大きく関与するため, こうした要因を共有する家族についての調査も重要である。家族が現在かかっている, あるいは過去にかかった病気を家族歴として十分調査する。また, かかりつけの医療機関・主治医があれば聞いておくとよい。

## ②生活歴に関する項目

職歴, 結婚歴, 教育歴, 社会的経済的状況, 家族構成などが生活歴として調査される。また, 家族の死など人生での重要な出来事はライフイベントといわれ, 健康と重要なかかわりをもつ。表 3-5 に主なライフイベントを重要なものから

ライフイベント (life event)  
人生での重要な出来事, 健康と大きなかかわりをもつことが多い。

表 3-5 重要度の高いものから順に並べた主なライフイベント

- 配偶者の死亡
- 離婚
- 別居
- 留置場その他の施設への拘禁
- 配偶者に次いで近しい家族の死亡
- 大きなけがや病気
- 結婚
- 仕事を解雇されること
- 配偶者との和解
- 退職
- 家族の健康上の大きな変化
- 妊娠
- 性的不満足
- 新たな家族を得ること（出産、養子、親との同居など）
- 大きな職業的变化（合併、組織の改変、破産など）
- 収入の大きな変化（悪化、向上）
- 親友の死
- 異なる業務への異動
- 配偶者との会話回数の顕著な変化
- 大きな買い物（家庭、ビジネス）のための抵当やローン
- 抵当物件流れ
- 仕事の責任の重大な変化（昇進、降格、左遷など）
- 息子や娘が家を離れる（結婚、就学に際してなど）
- 姻戚者とのトラブル
- 個人的な顕著な業績
- 妻の就業、退職
- 学業を始めたり、やめること
- 生活条件の大きな変化（自宅の新築、自宅や近隣の改造や状況劣化）
- 個人的習慣の改変（着衣、つき合い、生活マナー）
- 上司とのトラブル
- 就労時間・条件の大きな変化
- 転居
- 新しい学校への転校
- レクリエーションのあり方と量の変化
- 社会活動の変化（クラブ、ダンス会、映画、訪問交遊関係）
- 車やテレビ、冷蔵庫など比較的小さな買い物でのローン
- 睡眠習慣の変化
- 家族の集いの回数の変化（増加、減少）
- 食習慣の大きな変化
- 休暇
- 軽犯罪（交通違反など）

(Holmes TH and Rahe RH: The social readjustment rating scale. Psychosom Res, 11:213-218, 1967<sup>2</sup> から一部改変)

順に並べて示した。

### ④ 環境に関する項目

環境は健康と深いかかわりをもつ。気温や地勢などの自然環境と人口や騒音、大気汚染など住んでいる地域の様子、集合住宅か一戸建てか、日当たりなど住居の様子、通勤手段や時間などの社会的物質的環境がそれである。そして、現在の

環境だけでなく、子どものころの環境も重要である。

#### ④生活習慣に関する項目

健康に関与する生活習慣としては運動、睡眠、喫煙、飲酒、嗜好品などがあげられる。生活習慣としての運動の調査項目は定期的な運動をしているか、運動の種類、頻度、時間、強度などである。睡眠については睡眠時間、入眠困難の有無、睡眠の深さ、いびきなどである。

喫煙習慣は健康問題とのかかわりが強く、詳細な調査が必要である。パイプや葉巻、紙巻きタバコといった喫煙の種類、紙巻きタバコの場合は銘柄を聞いておくとタールやニコチンの摂取量が推定できる。フィルターの有無、最後まで吸うかどうか、肺まで吸い込むか、ふかすだけかなどの吸い方についても聞いておくとよい。喫煙開始年齢、現在および過去の喫煙量、喫煙年数、量を減らしているか、増えてきたか、禁煙の試み、禁煙をした場合はその理由、禁煙をした年齢・時期などが必要である。本人が喫煙をしない場合でも、家庭や職場などで知らず知らずのうちにタバコの煙を吸い込んで、健康に影響を与えている。家族の喫煙の有無、喫煙量、職場での受動喫煙の様子、子どものころの親や家族の喫煙状況なども重要である。

飲酒習慣は日本酒、ビール、ウイスキー、ワイン、焼酎などの酒の種類、飲酒開始年齢、飲酒頻度、過去および現在の飲酒量、飲酒期間、飲酒中止理由、飲酒中止年齢、二日酔いの状況、アルコール依存の程度などについて調査する。飲酒量はグラム数で求めた1日あたりのエタノール量、もしくは日本酒で換算した合数で示すことが多い。

コーヒー、紅茶などの嗜好品の摂取状況も、量だけでなく、濃さや飲み始めた年齢などについても調査すれば、カフェイン摂取量などの推定に役立つ。

#### ⑤ADLに関する項目

Activity of daily living を略してADLといい、日常生活活動を指す。食べる、排泄する、歩くなど、動物としての基本的活動から、銀行で預金をするなど、高次の社会的活動までを含めている。身体的、知的障害により、ADLは障害される。客観的健康度の指標としてさまざまなADLの判定法が考案され、使用されている。

#### ⑥精神的問題に関する項目

身体的健康問題だけではなく、精神的問題も重要である。これらにはQOL、認識力、知能、性格、個性、ストレス、うつ状態を判定するためのスコアなどがある。QOLには生きがい、生活状況、生活への満足度などの概念が含まれる。精神的問題の把握は複雑で、既成の調査票を使っても時間と手間がかかる。

#### ⑦その他

健康診断の受診状況など、健康問題への関心も重要な健康問題の要素であろう。文化的背景、地方の健康に関する俗信、価値観なども場合によっては調査が必要となる。

ADL  
日常生活を送るうえでの活動能力をいう。ADLの障害の判定は健康調査の重要な項目である。

表 3-6 運動機能調査

運動機能	運動機能検査
筋力	握力, 背筋力
瞬発力	垂直飛び
敏捷性	反復横飛び, 全身反応時間
平衡機能	閉眼片足立ち, 重心動揺
柔軟性	立位体前屈, 上体反らし
持久力, 運動耐用能	踏み台昇降, トレッドミル, エルゴメーター

#### 4 〇運動量調査, 運動機能検査による健康問題の発見

##### ① 運動量調査

生活時間研究(タイム・スタディ, time study)  
1日の生活を時間を追って調査し, 運動量の推定を行う。

運動によるエネルギー消費の定量化は1日の行動の詳細な聴き取り, あるいは生活時間研究から行うことができる。スポーツなど特別の運動だけでなく, 歩行時間, 立位の時間, 座っている時間, 横になっている時間などを調査すれば, それぞれのエネルギー消費量を計算して, 1日の総エネルギー消費の推定を行うことができる。動作により作動するモーション・カウンターを身体につけて, 1日の運動量を推定することもできる。

##### ② 運動機能検査

運動機能にはいろいろな要素がある。筋力, 瞬発力, 敏捷性, 平衡機能, 柔軟性, 持久力などである。一般的にはこれらの機能は表3-6に示したような検査で判定できる。

#### 5 〇血液・尿検査などによる健康問題の発見

健康問題の把握は質問票によるものが一般的であるが, より客観的な観察には血液・尿検査, 医師による健康診断などを同時に行うことが必要である。これら一部の検査は, 後述する栄養問題に関連する調査項目と重複するものがある。これは血液・尿検査所見が健康問題と栄養問題の両方を反映するためである。

一般的な健康状況を判定するための血液検査としては, 貧血の有無, 白血球数, 肝機能検査, 腎機能検査, 血清脂質検査, 血清電解質, 血清尿酸, 血清たんぱくの定量, 糖尿病の判定のための経口糖負荷試験などが行われる。尿検査では尿糖, 尿たんぱく, 尿潜血などがチェックされ, 糞便潜血反応なども行われる。さらに血圧測定, 肺活量などの肺機能検査, 骨密度, 上部消化管透視, 頭部CT検査, 胸部X線撮影, 心電図なども実施されることがある。

#### 6 〇健康調査における機密保護

健康問題に関する調査はプラバシーに深くかかわる事項を多く含んでいる。調査票には調査の目的および個人情報の守秘について表紙に明記すべきである。面接による調査や血液検査, X線検査などを実施する場合には, 目的, 具体的な調査内容および方法, 予想される危険性, 調査への参加はまったくの自由意思によるもので参加を拒否しても何らの不利益を受けないこと, 調査の個人データの守