

NO.	コホート名	筆頭著者	論文名	雑誌名	発表年	巻・頁
53	放射線影響研究所 成人健康調査コホート	Masayuki Hakoda	Serum Uric Acid Concentration as a Risk Factor for Cardiovascular Mortality: A Longterm Cohort Study of Atomic Bomb Survivors	J Rheumatology	2005	32:906-912
54	端野・壮警コホート	坂本 賢一	高齢者における動脈硬化危険因子の集積の意義	日本老年医学会雑誌	1998	35(5):382-388
55	端野・壮警コホート	Satoru Takagi	Relationship between blood pressure level and mortality rate: an 18-year study conducted in two rural communities in Japan	J Hypertens	2000	18(2):13-18
56	端野・壮警コホート	H.Ohnishi	Incidence of insulin resistance in obese subjects in a rural Japanese population: The Tanno and Sobetsu study	Diabetes, Obesity and Metabolism	2005	7:83-87
57	端野・壮警コホート	Hiroshi Takeuchi	Metabolic Syndrome and Cardiac Disease in Japanese Men: Applicability of the Concept of Treatment Panel III To Japanese Men-The Tanno and Sobetsu Study	Hypertens Res	2005	28:203-208
58	The JACC Study	Shigeaki Yamada	History of Blood Transfusion before 1990 Is a Risk factor for Stroke and Cardiovascular Diseases: The Japan Collaborative Cohort Study(JACC Study)	Cerebrovasc. Dis.	2005	20:164-171
59	大崎国民健康保険加入者コホート	Yoko Izumi	Impact of smoking habit on medical care use and its costs:a prospective observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan	Int J Epidemiol.	2001	30:616-621
60	大崎国民健康保険加入者コホート	S Kuriyama	Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study	Int J Obesity	2002	26:1069-1074
61	大崎国民健康保険加入者コホート	Ichiro Tsuji	Impact of walking upon medical care expenditure in Japan: the Ohsaki Cohort Study.	Int J Epidemiol.	2003	32:809-814
62	大崎国民健康保険加入者コホート	Shinichi Kuriyama	Joint impact of health risks on health care change: 7-year follow-up of National Health Insurance beneficiaries in Japan(the Ohsaki Study)	Preventive Medicine	2004	39:1194-1199
63	大崎国民健康保険加入者コホート	Yukiko Anzai	Impact of alcohol consumption upon medical care utilization and costs in men: 4-year observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan	Addiction	2005	100:19-27
64	小矢部コホート	Yoshiyuki Soyama	High-Density Lipoprotein Cholesterol and Risk of Stroke in Japanese Men and Women The Oyabe Study	Stroke	2003	34: 863-868
65	小矢部コホート	Katsuyuki Miura	Comparison of Four Blood Pressure Indexes for the Prediction of 10-Year Stroke Risk in Middle-Aged and Older Asians	Hypertension	2004	715-720
66	YKKコホート	Katsushi Yoshita	Relationship of alcohol consumption to 7-year blood pressure change in Japanese men. Ten-Year Follow-up Study on the Relation Between the development of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus and Occupation	J Hypertens Am J Industrial Medicine	2005 1997	23:1485-1490 31:80-84
68	YKKコホート	Yuko Morikawa	Relationship between shift work and onset of hypertension in a cohort of manual workers	Scand J Work Environ Health	1999	25(2):100-104
69	YKKコホート	Yuko Morikawa	Shift work and the risk of diabetes mellitus among Japanese male factory workers	Scand J Work Environ Health	2005	31(3):179-183

NO.	コホート名	補診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
1	The JACC Study	喫煙状況と禁煙後の年数	40~79歳 男性 41,782人 女性 52,901人	9.9年	循環器疾患死亡、脳卒中死亡、冠動脈疾患死亡	1)喫煙者→脳卒中死亡(男性、女性)○ 2)喫煙者→冠動脈疾患死亡(男性、女性)○ 3)喫煙者→循環器疾患死亡(男性、女性)○ 4)全女性禁煙者→冠動脈疾患死亡● 5)全女性禁煙者→循環器疾患死亡● 6)女性(40~64歳)禁煙者→脳卒中死亡●	喫煙者は非喫煙者に比べ、脳卒中死亡(男性1.4、女性1.7)、冠動脈疾患死亡(男性2.5、女性3.4)、循環器疾患死亡(男性1.6、女性2.1)が有意に高い。禁煙の効果は、冠動脈疾患死亡では禁煙後2年以内に、脳卒中死亡では2~4年経過後に認められる。禁煙後10~14年経過後には年齢層によらず禁煙の各死亡に与える抑制効果が認められた。喫煙の人口寄与危険度は女性5%、男性17%と計算された。
2	The JACC Study	過去1年間の飲酒状況(頻度、種類、量)、飲酒を始めた年齢	40~79歳 男性 42,072人 女性 55,360人	10年	総死亡、がん死亡、循環器疾患死亡	1)少量飲酒→総死亡(男性、女性)● 2)少量飲酒→がん死亡(男性)● 3)少量飲酒→循環器疾患死亡(女性)● 4)多量飲酒→総死亡(男性、女性)○ 5)多量飲酒→循環器疾患死亡(男性)○ 6)多量飲酒→がん死亡(男性)○	非飲酒者に比し、1日23.0g未満の少量飲酒者は、総死亡(男性0.80、女性0.88)が低い、1日69g以上の男性多量飲酒者は総死亡(1.3)、がん死亡(1.3)、循環器疾患死亡(1.3)が有意に高い。少量飲酒の総死亡抑制効果は60~79歳および非喫煙者で顕著であった。
3	The JACC Study	BMI	40歳~79歳 男性 43,889人 女性 61,039人	11年	全循環器疾患死亡、冠動脈疾患死亡、脳卒中死亡	1)BMI27.0以上→冠動脈疾患死亡(男女)○ 2)BMI18.5未満→脳卒中死亡(男女)○ 3)脳内出血(男女)○	BMI27.0以上の群では、冠動脈疾患死亡(男2.05、女1.58)が、BMI18.5未満の群では脳卒中死亡(男1.29、女1.92)及び脳出血死亡(男1.96、女2.32)が、それぞれBMI23.0~24.9の群を対照とした場合有意に高い。
4	The JACC Study	1日平均歩行時間(4段階)と週平均運動時間(4段階)	40~79歳 男性 31,023人 女性 42,242人	9.7年	循環器疾患死亡、脳血管性脳梗塞死亡、冠動脈疾患死亡	1)長時間歩行群→循環器疾患死亡(男性)● 2)長時間歩行群→循環器疾患死亡(全男女)● 3)長時間歩行群→脳血管性脳梗塞死亡(男性)● 4)長時間歩行群→冠動脈疾患死亡(全男女)● 5)長時間歩行群→脳血管性脳梗塞死亡(全男女)● 6)長時間運動群→循環器疾患死亡(男性)● 7)長時間運動群→冠動脈疾患死亡(女性)● 8)長時間運動群→脳梗塞死亡(女性)● 9)長時間運動群→冠動脈疾患死亡(全男女)● 10)長時間運動群→循環器疾患死亡(全男女)●	長時間歩行(一日1時間以上)をとする群はしない群(一日歩行30分)に比べて、有意に循環器疾患死亡(年齢調整:男性0.78、女性0.78、男女0.78、多変量調整男女:0.84)、脳梗塞死亡(男女年齢調整:0.83)、脳血管性脳梗塞死亡(多変量調整男女:0.71)、冠動脈疾患死亡(男女年齢調整:0.73)が低かった。長時間運動(週5日以上)はしない群(週1~2日)に比べ有意に低い冠動脈疾患死亡(年齢調整男性:0.57、多変量調整:女性0.30、男女0.51)、脳梗塞死亡(多変量調整:女性0.57)、循環器疾患死亡(多変量調整男性:0.7、男女0.73)を認めた。
5	The JACC Study	精神的ストレスを高・中・低の3段階から自己申告式で問診調査	40~79歳 男性 30,180人 女性 43,244人	7.9年	全脳卒中死亡、脳卒中のタイプ別死亡、冠動脈疾患死亡、心筋梗塞死亡、循環器疾患死亡	1)高ストレス群→全脳卒中死亡(女性)○ 2)高ストレス群→脳内出血死亡(女性)○ 3)高ストレス群→くも膜下出血死亡(女性)○ 4)高ストレス群→虚血性脳梗塞死亡(女性)○ 5)高ストレス群→冠動脈疾患死亡(女性)○ 6)高ストレス群→心筋梗塞死亡(女性)○ 7)高ストレス群→全循環器疾患死亡(女性)○ 8)中ストレス群→心筋梗塞死亡(男性)○	①女性の高ストレス群の脳卒中死亡および冠動脈疾患死亡は低ストレス群の2倍(年齢のみ補正) ②女性の高ストレス群の全心血管疾患死亡は低ストレス群の1.6倍(年齢のみ補正) ③女性で高血圧と糖尿病以外の循環器疾患危険因子を補正すると、高ストレス群の低ストレス群に対する相対危険度は、全脳卒中死亡が2.10、冠動脈疾患で2.20、心筋梗塞死亡で2.66、全循環器疾患で1.64(高血圧と糖尿病も補正すると、この傾向は弱まるが統計学的有意差は維持された)。 ④男性では高ストレス群においても、全脳卒中死亡、冠動脈疾患死亡、心筋梗塞死亡、全心血管疾患死亡で有意な危険度の上昇は認めない。 ⑤男性の中・高ストレス群は低ストレス群に比べ心筋梗塞死亡の相対危険度が高まる傾向があった(1.66)。 ⑥男女を区別せず、年齢(40~64歳と65~79歳の2群)・高血圧の有無・糖尿病の有無でそれぞれ心血管疾患死亡の相対危険度を比較すると、糖尿病に高ストレスが加わると全心血管疾患死亡が増加する傾向があった(P=0.06)。高齢にストレスが加わると全脳卒中死亡が増加する傾向があった(P=0.07)。

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
6	The JACC Study	健診に対する興味レベル(無し・低・中・高)と健診参加(有・無)についての質問紙調査	40~79歳 男性 28,530人 女性 40,295人	9.7年	総死亡、循環器疾患死亡、がん死亡	1) 健診に興味(無)→総死亡○ 2) 興味(無)→循環器疾患死亡○ 3) 興味(無)→全がん死亡(男性・年齢補正)○ 4) 健診受診の有無→死亡率に差なし(男性)× 5) 健診受診(無)→総死亡(女性)○ 6) 健診受診(無)→循環器疾患死亡(女性)○ 7) 健診受診(無)→全がん死亡(女性)○ 8) 興味(低)かつ受診(有)→循環器疾患死亡(男性)○ 9) 興味(低)かつ受診(有)→総死亡○	健診に興味が無く受診していない人は、喫煙者、無職、飲酒量が多いなどの傾向があった。 ①男性で健診に興味(有)の群は循環器疾患死亡(1.94)、全がん死亡(1.49)、総死亡(1.58)が興味(有)群の比べ高かった。 ②女性で興味(無)の群は循環器疾患死亡(1.63)、全死亡(1.52)が有意に高かった。 ③女性で参加(無)の群は(有)群と比べ総死亡(1.21)、循環器疾患死亡(1.18)、全がん死亡(1.24)が高かった。 ④男性で興味(低)かつ受診(有)の群は、興味(高)かつ受診(有)群と比べ、総死亡(1.24)、循環器疾患死亡(1.35)が1.2~1.4倍高かった。 ⑤女性で興味(低)かつ受診(有)の群は、興味(高)かつ受診(有)群と比べ、総死亡が1.4倍高かった。
7	The JACC Study	既往歴、家族歴、喫煙、飲酒、睡眠・運動、ストレス、職業、食習慣、血圧、BMI	40~79歳 男性 45,551人 女性 63,742人	9.9年	くも膜下出血(SAH)死亡	1) 高血圧、収縮期高血圧、高血圧既往歴→SAH死亡(男性、女性)○ 2) 孤張期高血圧→SAH死亡(女性)○ 3) 脳卒中家族歴→SAH死亡(女性)○ 4) 喫煙→SAH死亡(男性、女性)○ 5) 多量飲酒→SAH死亡(男女)○ 6) 低BMI→SAH死亡(男女)○ 7) 好塩分摂取群→SAH死亡(男性、女性)○ 8) ストレス→SAH死亡(女性)○ 9) 輸血歴→SAH死亡(女性、女性)○	くも膜下出血死亡の危険因子として、高血圧、収縮期高血圧、高血圧既往歴、脳卒中家族歴、喫煙、1日2台以上の多量飲酒、低BMI、好塩分食、輸血歴が認められた。これらの中で独立した危険因子は高血圧(女性2.7、男性3.0)、脳卒中家族歴(女性2.1、男性2.0)、喫煙(女性2.3、男性3.1)、低BMI(男性2.7)、重度のストレス(女性2.9)、さらに新しく認められたものとして輸血歴(男性4.2、男女2.0)があった。
8	The JACC Study	教育レベルに対する問診調査(高:18歳を超えて教育を受けている群、中:16~17歳まで教育を受けた群、低:15歳までしか教育を受けていない群)	40~79歳で 1949年時点で 18歳以上の 人 男 16,715人 女 23,284人	10年	総死亡、がん死亡、脳血管疾患死亡、呼吸器疾患死亡、循環器疾患死亡、感染症・寄生虫による死亡、虚血性心疾患死亡、外傷等外的要因による死亡	1) 低教育群→全死亡○ 2) 低教育群→がん死亡(男性)○ 3) 低教育群→脳血管疾患死亡○ 4) 低教育群→外的原因による死亡○ 5) 低教育群→呼吸器疾患死亡(男性)○ 6) 低教育群→循環器疾患死亡(女性)○ * 高教育群→虚血性心疾患死亡がやや高めだが有意差はない。	高教育群に比し、 ①低教育群で全死亡率が高い(男性 1.16、女性 1.26) ②男性の低教育群でがん死亡率が高い(1.17) ③低教育群で脳血管疾患死亡率が高い(男性 1.23、女性 1.44) ④低教育群で外的要因による死亡率が高い(男性 1.81、女性 1.78) ⑤男性の低教育群で呼吸器疾患死亡率が高い(1.23) ⑥女性の低教育群で循環器疾患死亡率が高い(1.27)
9	The JACC Study	睡眠時間の長さ(自己記入式質問票)	40~79歳 104,010人 男性 43,852人 女性 60,158人	9.9年	全死亡	睡眠時間7時間と比較して 1) 4.5時間未満群→全死亡○ 2) 7.5~8.4時間→全死亡○ 3) 8.5~9.4時間→全死亡○ 4) 9.5時間以上→全死亡○ *7時間未満はメンタルの状況が改善すると有意差が消失した	①平均睡眠時間は男性7.48時間、女性7.12時間 ②睡眠時間は7時間より短くても長くても全死亡の危険性が増加する。7時間睡眠に対する相対危険度は、男性4.5時間未満で1.62、女性1.60、7.5~8.4時間群で男性は1.11、女性1.23。男性の8.5~9.4時間群は1.26、女性は1.35。男性の9.5時間以上では1.73、女性は1.92であった。

NO.	コホート名	値診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
10	茨城県民コホート	喫煙、飲酒、血圧値、総コレステロール、HDLコレステロール、BMI、血糖値、クレアチニン、尿酸蛋白定性	40~79歳 男性 32,705人 女性 63,959人	5年2ヶ月	全死亡、全循環器疾患死亡、脳卒中死亡、虚血性心疾患死亡、全がん死亡、肺がん死亡(男)	<p>結果の要約(一覽用)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 喫煙(男女)、飲酒(男女)、高血圧(男女)、高血糖(男女)、クレアチニン高値(女)、尿酸蛋白定性(男女)→全死亡</li> <li>2) 総コレステロール(男女)、HDLコレステロール(男女)→全死亡</li> <li>3) 喫煙(男女)、飲酒(男女)、高血圧(男女)、高血糖(女)、クレアチニン高値(男女)、尿酸蛋白定性(男女)→全循環器疾患死亡</li> <li>4) 総コレステロール(女)、HDLコレステロール(男)、BMI(男女)→全循環器疾患死亡</li> <li>5) 高血圧(男女)、BMI(男女)、クレアチニン(男女)、尿酸蛋白定性(女)→脳卒中</li> <li>6) 喫煙(男女)、高血圧(男)、コレステロール高値(男女)、高血糖(男女)、尿酸蛋白定性(男女)→虚血性心疾患死亡</li> <li>7) HDLコレステロール→虚血性心疾患死亡</li> <li>8) 喫煙(男女)、飲酒(男女)、BMI(男女)、血糖値(女)、尿酸蛋白定性(男)→全がん死亡</li> <li>9) 総コレステロール(男)、HDLコレステロール(男)→全がん死亡</li> <li>10) 男性のみでの検討: 喫煙、飲酒、尿酸蛋白定性→肺がん死亡</li> <li>11) HDLコレステロール→肺がん死亡</li> </ol>	<p>結果の要約(詳細)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 喫煙習慣: 禁煙者を除く非喫煙者に対し、喫煙者では全死亡(1日20本未満 男1.5、女1.7)、虚血性心疾患死亡(男2.5、女2.4)、全がん死亡(男1.7、女1.6)、肺がん死亡(男4.7)で有意であった。</li> <li>2) 飲酒習慣: 非飲酒者に対し飲酒者では、全死亡(男1日3合以上1.3、女1日2-3合で2.4)で有意だった。</li> <li>3) 血圧: 高血圧群(未治療収縮期 160mmHg以上または拡張期 95mmHg以上)は正常群(収縮期 140mmHg未満かつ拡張期 90mmHg未満)に比べ全循環器疾患死亡(男2.5、女1.7)、脳卒中死亡(男2.8、女2.2)、虚血性心疾患死亡で男2.7で有意であった。</li> <li>4) 総コレステロール: 最低群(160mg/dl未満)に対し、いずれの群でも全死亡(男女)、全がん死亡(女)は1未満にあり、虚血性心疾患死亡では最低群(180mg/dl未満)に対し高値群(220mg/dl以上)で男1.6女1.9と有意に高かった。</li> <li>5) HDLコレステロール: 最低群(35mg/dl未満)に対し最高群(50mg/dl以上)では男性で全死亡(0.8)、全循環器疾患死亡(0.7)、虚血性心疾患死亡(0.5)で有意だった。</li> <li>6) BMI: 低体重群(18.5未満)に対し全ての群で全死亡(1未満)、BMI30未満で全循環器疾患死亡(1未満)と有意に低かった。</li> <li>7) 血糖: 正常群(空腹時110mg/dl未満)と有意に低かった。また空腹時200mg/dl以上で、全死亡(男1.3、女1.5)、虚血性心疾患死亡(男1.7、女3.5)で有意であった。</li> <li>8) クレアチニン: 最低群(男0.8mg/dl以下、女0.6mg/dl以下)は最高群(男1.2mg/dl以上、女1.0mg/dl以上)に対し全循環器疾患死亡(男1.5、女2.0)、脳卒中死亡(男2.0、女2.1)全死亡(女1.7)と有意であった。</li> <li>9) 尿酸蛋白定性: 陰性群に対し(2+)以上群は全死亡(男2.0、女2.1)、全循環器疾患死亡(男1.6、女2.0)で有意であった。</li> </ol>
11	その他関連コホート(地域)	血清総コレステロール、喫煙、飲酒	40~69歳 男性 4,087人 女性 8,100人	8.9年	総死亡、悪性疾患死亡、冠動脈疾患死亡、他の循環器疾患死亡、非循環器・非悪性疾患死亡	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 血清コレステロール→総死亡、癌死亡(男性)</li> <li>2) 血清コレステロール、喫煙、飲酒→総死亡、癌死亡(男性)</li> <li>3) 血清コレステロール→追跡5年目以降の癌死亡(男性)</li> </ol>	<p>男性で血清総コレステロール値と総死亡率および癌死亡率との間には有意な逆相関がある。有意ではないが、コレステロール値と冠動脈疾患死亡、総循環器疾患死亡との間には正の相関があり、非循環器・非悪性疾患死亡との間には負の相関があった。血清コレステロールと癌死亡の逆相関は最初の5年間を除いて解析するとより強い。34mg/dl(1SD)コレステロール値が低いと、総死亡の相対危険度が26%上昇、癌死亡の相対危険度が26%高かった。</p>
12	その他関連コホート(職種)	HDLコレステロール(HDL-C)と総コレステロール	40~59歳 男性 6,408人	7.7年	冠動脈性心疾患発症(心筋梗塞+労作性狭心症)、心筋梗塞発症	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 低HDL-C群→冠動脈性心疾患発症(男)○</li> <li>2) 低HDL-C群→心筋梗塞発症(男)○</li> <li>3) 高総コレステロール群→冠動脈性心疾患発症(男)○</li> <li>4) 高総コレステロール群→心筋梗塞発症(男)○</li> <li>5) HDL-C群値(線形)→冠動脈性心疾患発症(男)●</li> <li>6) HDL-C群値(線形)→心筋梗塞発症(男)●</li> <li>7) 総コレステロール値(線形)→冠動脈性心疾患発症(男)○</li> <li>8) 総コレステロール値(線形)→心筋梗塞発症(男)○</li> </ol> <p>* 対象は男性のみ</p>	<p>低HDL-C(48 mg/dl未満)群は、冠動脈発症(相対危険度4.17)、心筋梗塞発症(3.99)が、HDL-C(64 mg/dl以上)群に比べて有意に高い。高コレステロール群(218 mg/dl以上)群は、冠動脈発症(4.89)、心筋梗塞発症(5.14)が、コレステロール(174 mg/dl未満)群に比べて有意に高い。*HDL-C、総コレステロールとも4分位の最上位と最下位を比較。</p>

NO.	コホート名 その他関連コホート (地域)	懐胎または問診項目 中性脂肪	対象者 40~69歳、 男性 4,452人、 女性 6,616人	追跡期間 15.5年	エンドポイント 冠動脈性心疾患発症 (心筋梗塞+狭心症+ 心性突然死)	結果の要約(一覽用) 1) 随時血清中性脂肪値→冠動脈性心疾患発症(男性、女性、男女計) ○	結果の要約(詳細) 随時血清中性脂肪値にて4分位(低いほうからQ1~Q4)に分けると、冠動脈疾患発症のハザード比は男女ともQ1~Q4にわたって上昇し、中性脂肪1mmol/L上昇の相対危険度は男性で1.29、女性で1.42であった。男女あわせると、心筋梗塞、狭心症、突然死のいずれもQ4では有意な危険度の上昇がみられた。これらの傾向は、血中総コレステロールおよびHDLコレステロールを中央値で高値、低値に分割しても、何れの群でも同様に見られた。
13	その他関連コホート (地域)	糖尿病の有無(血糖値高値または服薬により、正常、境界域、糖尿病)、高血圧の有無、肥満(BMI、上腕三頭筋皮厚、肩甲骨下皮厚)	40~69歳 男性 4,287人 女性 6,295人	17年	非冠動脈性虚血性梗塞、ラクナ梗塞の発症	1) 糖尿病→非冠動脈性虚血性脳梗塞 ○ (男性、女性) 2) 糖尿病→ラクナ梗塞(女性) ○ (男性はborderline) 3) 非冠動脈性、BMI高値、上腕三頭筋皮厚高値、肩甲骨下皮厚高値、非高血圧者のうちBMI高値、非高血圧者のうち肩甲骨下皮厚高値、→非冠動脈性虚血性脳梗塞(男女計) ○	糖尿病者では正常血糖者に対し非冠動脈性虚血性脳梗塞のハザード比は年齢地域調整後、男性1.9倍(境界域)、女性2.6倍(有意)であった。多変量調整後は女性性は2.2倍であった。ラクナ梗塞の女性のハザード比は年齢地域調整で2.8倍、多変量調整後2.4倍であった。各危険因子の有無別に、糖尿病患者の正常血糖者に対する非冠動脈性虚血性脳梗塞発症の危険度をみると、非高血圧者(3.1)、BMI高値(2.2)、上腕三頭筋皮厚高値(2.3)、肩甲骨下皮厚高値(2.8)、非高血圧のBMI高値(3.6)、非高血圧の上腕三頭筋皮厚高値(3.6)、非高血圧の肩甲骨下皮厚高値(4.9)であった(男女計)。血糖値高値で非高血圧者の非冠動脈性虚血性脳梗塞発症の危険度はBMI高値(3.6)、上腕三頭筋皮厚高値(3.6)、肩甲骨下皮厚高値(4.9)であった(男女計)。
14	その他関連コホート (地域)	心電図ST-T異常	40~69歳 男性 4,205人 女性 6,536人	15.4年	脳卒中発症	1) ST-T高度異常 → 脳卒中発症(男性、女性) ○ 2) ST-T高度異常 → 虚血性脳卒中発症(男性) ○ 3) ST-T高度異常 → 出血性脳卒中発症(女性) ○ 4) ST-T軽度異常 → 脳卒中発症(男性) ○ 5) ST-T軽度異常 → 虚血性脳卒中発症(男性) ○ 6) ST-T軽度異常 → 出血性脳卒中発症(男性) ○	心電図でST-T軽度異常(ミネソタコード4-3、4-4、4-5または5-3、5-4、5-5)が認められた群は、認められない群に比し、男性では全脳卒中(1.8)、虚血性脳卒中(1.8)、出血性脳卒中(2.0)の発症が有意に高かった。ST-T高度異常(ミネソタコード4-1から4-2または5-1から5-3、または3-1から3-4または4-3または5-1から5-3)が認められた群は、全脳卒中(男性2.1、女性2.1)、虚血性心疾患脳卒中(男性2.6)、出血性脳卒中(女性3.3)の発症が有意に高かった。
15	その他関連コホート (地域)	喫煙状況(非喫煙、禁煙、1日20本以内、1日21本以上)血圧	40~69歳 男性 3,626人	14.3年	脳卒中、脳出血、脳梗塞、冠動脈疾患、心血管病の発症	1) 21本/日以上以上の喫煙→脳卒中(全脳卒中・脳出血・虚血性脳梗塞) ○ (禁煙・現在の喫煙とも)→冠動脈疾患 ○ 2) 喫煙 3) 1日21本以上の喫煙→全循環器疾患 ○	21本/日以上以上の喫煙者で、脳卒中の相対危険度は1.9(年齢・地域調整)、1.6(多変量調整)であった。脳出血の相対危険度は2.2(年齢・地域調整)であった。虚血性脳梗塞は1.7(年齢・地域調整)、1.6(多変量調整)であった。冠動脈疾患の相対危険度は年齢・地域調整で4.2、喫煙者20本/日以下で4.2、21本/日以上で4.5であり、多変量調整してもほぼ同様であった。高血圧者に限ると、21本/日以上以上の喫煙者で、脳卒中の相対危険度は2.3、虚血性脳梗塞は2.2(多変量調整)であった。
16	その他の関連コホート(JPHC Study Cohort I)	喫煙状況(非喫煙者・禁煙者・喫煙者は男性のみ本数で区分、1~19本/日、20~39本/日、40本以上/日)	40~59歳 男性 19,782人 女性 21,500人	11.0年	全脳卒中、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、ラクナ梗塞、皮質系大梗塞、虚血性梗塞の発症	1) 喫煙者→全脳卒中発症(男性、女性) ○ 2) 喫煙者→くも膜下出血発症(男性、女性) ○ 3) 喫煙者→脳梗塞発症(男性) ○ 4) 喫煙者→ラクナ梗塞発症(男性) ○ 5) 喫煙者→皮質系大梗塞発症(男性) ○ * 禁煙者と非喫煙者にリスクの差はなかった。	非喫煙者と比べて ①喫煙者は全脳卒中発症のリスクが高い(男性 1.27、女性 1.98) ②喫煙者はくも膜下出血発症のリスクが高い(男性 3.60、女性 2.70) ③喫煙者は男性で脳梗塞発症のリスクが高い(1.56) ④喫煙者は男性でラクナ梗塞(1.54)と皮質系大梗塞発症(2.16)のリスクが高い。

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覧用)	結果の要約(詳細)
18	その他の関連コホート(JPHC Study Cohort 1)	飲酒状況(問診で求めた1週間あたりの平均飲酒量)	40~59歳 男性 19,544人	11.0年	脳卒中発症(病型別)	1) 多量飲酒 → 全脳卒中発症 2) 多量飲酒 → 脳内出血発症 3) 多量飲酒 → 脳内出血発症 4) 少量から中程度飲酒 → 脳血管性脳梗塞発症 5) 少量から中程度飲酒 → フラガナ脳梗塞発症 6) 少量から中程度飲酒 → 全脳卒中発症 7) 少量から中程度飲酒 → 脳出血発症	週にエタノール換算450g以上のアルコール摂取者は機会飲酒者(月に1-3日)に比べて脳卒中発症(1.43)、脳出血発症(2.15)、脳内出血発症(2.07)が有意に高かった。少量から中等量飲酒者(週に150-449g)は脳血管性脳梗塞発症(0.59)、フラガナ脳梗塞発症(0.43)が有意に低かった。脳出血発症は高い傾向を認め(1.73)たが脳卒中発症全体ではリスク上昇を認めなかった。
19	その他関連コホート(地域)	飲酒状況(問診で求めた1日の平均飲酒量)	40~69歳 男性 4,378人 女性 7,394人	9.4年	くも膜下出血発症	1) 多量飲酒 → くも膜下出血発症(男性、男女計) 2) 多量飲酒 + 喫煙 → くも膜下出血発症(男性) 3) 多量飲酒 + 高血圧 → くも膜下出血発症(男性)	一日平均エタノール換算69g以上の男性飲酒者は非飲酒者に比べてくも膜下出血発症(4.3)が有意に高い(男女計で3.9)。喫煙を伴う場合(6.0)、高血圧を伴う場合(13.0)にはさらにくも膜下出血発症の危険が増大した。
20	その他関連コホート(職域)	飲酒状況(問診で求めた1日の平均飲酒量)	40~59歳 男性 8,479人	8.8年	冠動脈性心疾患(心筋梗塞、狭心症)発症	飲酒 → 冠動脈性心疾患発症	非飲酒者に比べ冠動脈性心疾患発症の相対危険度は飲酒者で0.83、1日平均エタノール消費量1-22gで0.69、23-45gで0.55、46-68gで0.41、69g以上では0.59であった。飲酒は心筋梗塞、狭心症とも同様に発症抑制効果があった。
21	その他関連コホート(地域)	飲酒状況と飲酒量(エタノール換算)	40~69歳 男性 2,890人	10.5年(平均)	病型別脳卒中、発症冠動脈疾患発症、突然死、総循環器疾患発症	1) 多量飲酒 → 総脳卒中発症 2) 多量飲酒 → 脳内出血発症 3) 多量飲酒 → 突然死 4) 多量飲酒 → 総循環器疾患発症	エタノール換算で1日70g以上の多量飲酒者は、非飲酒者と比較して、総脳卒中(2.7)、脳内出血(6.2)、突然死(9.9)が有意に高い。アルコール摂取量と脳梗塞発症との間にはJ字型の関係を認め、1日42g以下の飲酒者は非飲酒者よりも危険度が小さかった。
22	その他関連コホート(地域)	脂肪、たんぱく質の摂取(24時間思い出し法)	40~69歳 男性 2,269人 女性 2,506人	14年	脳内出血発症	1) 総脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 2) 飽和脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 3) 一価不飽和脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 4) 多価不飽和脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 5) n-3多価不飽和脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 6) n-6多価不飽和脂肪高値 → 脳内出血発症(男女計) 7) コレステロール → 脳内出血発症(男女計) 8) 総蛋白 → 脳内出血発症(男女計) 9) 動物性蛋白 → 脳内出血発症(男女計) 10) 植物性蛋白 → 脳内出血発症(男女計)	脂肪や蛋白質の摂取と脳内出血発症との関連を検討した。エタノールが一調整した総脂肪摂取量の4分位では(第1四分位を1.00)、1.10、0.79、0.46と摂取量が増えるほど脳内出血発症率が減少する傾向を示した。同じく飽和脂肪の摂取でも第1四分位を1.00とすると0.77、0.66、0.30と摂取量が増えるほど脳内出血発症率が減少する傾向を示した。
23	その他関連コホート(地域)	抑うつスケール(Zung SDS score)	40~78歳 男女 879人	10.3年	脳卒中、脳梗塞、脳出血の発症	1) Zung SDS score高値 → 脳卒中発症(男女) 2) Zung SDS score高値 → 脳梗塞発症(男女) 3) Zung SDS score高値 → 脳出血発症(男女)	年齢、性別、BMIなどを調整して、Zungの抑うつスケール(SDS score)によるスコアと脳卒中との関連を検討した。SDS score高値群(35以上)で脳卒中(1.9)、脳梗塞(2.7)で有意なリスクの上昇を認めた一方、脳出血(0.9)では有意な結果が認められなかった。
24	その他関連コホート(地域)	心電図、血圧、眼底、総コレステロール	40~69歳 合計 7,390人 男性数 不詳 女性数 不詳	4.1-8.5年	脳卒中発症	1) 血圧高値、喫煙 → 脳出血発症 2) 血圧高値、眼底異常 → 脳梗塞発症 3) 血圧高値、心電図異常(ST-T異常、心房細動) → 脳出血発症 4) 血質枝系脳梗塞(塞栓性血栓)発症	脳出血発症群では対照群に比べて血圧、喫煙の頻度が有意に高く、正の関連を認めた。穿通枝系脳梗塞発症群では対照群に比べて血圧、眼底異常、眼底異常の頻度が有意に高く正の関連を認め、皮質枝系脳梗塞群では対照群に比べて血圧、眼底異常の頻度を、心電図異常(ST-T異常、心房細動)の頻度が有意に高く正の関連を認めた。

\* コホート内症例対照研究

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
25	茨城県民コホート	喫煙	40~79歳 男性 39,528人 女性 88,613人	4.5年(男性) 4.9年(女性)	糖尿病(Type2型)の発症	1) 喫煙→Type2型糖尿病(男性、女性) ○ * 本研究の糖尿病の定義: 空腹時血糖値 126mg/dl以上または随時血糖値 200mg/dl以上(空腹は8時間以上)。	糖尿病のない男女約12万人を追跡して喫煙と糖尿病発症の関連をみた。非喫煙群に比し、喫煙群は有意に糖尿病を発症しやすかった(男性: 1.27, 女性: 1.39)。この関連は40~59歳でも(男性: 1.37, 女性: 1.45)、60~79歳でも認められた(男性: 1.20, 女性: 1.34)。また男性では両親のいずれかに糖尿病の家族歴がある場合、喫煙の糖尿病発症に対するリスクが高かった(1.84)。
26	大迫町コホート	家庭血圧	40歳以上 1,702人(男女比 37対63)	10.6年	脳卒中発症、脳出血発症、脳梗塞発症	1) 家庭収縮期血圧高値群→脳卒中発症、脳発症罹患 ○ 2) 家庭拡張期血圧高値群→脳卒中罹患 ○	収縮期血圧高群(135mmHg以上)では、脳卒中発症(2.22)、脳梗塞発症(3.44)が低値群(114mmHg以下)に比べ有意に高い。拡張期血圧高値群(85mmHg以上)では脳卒中発症(2.42)、脳出血発症(4.02)、脳梗塞発症(2.20)が低値群(69mmHg以下)に比し有意に高い。収縮期血圧/拡張期血圧で10/5mmHgの上昇は脳卒中発症で30/20%、脳出血発症で32/28%、脳梗塞発症で30/17%リスクを上昇させる。これまでの健診時の血圧測定では収縮期血圧高値群で脳梗塞発症においてのみ相対危険が高く、家庭血圧の方が健診時の血圧測定より有用である。
27	大迫町コホート	家庭での安静時心拍数	40歳以上 1,780人(男女比 4対6)	10年	循環器疾患死亡、脳血管疾患死亡、心疾患死亡	1) 家庭安静時心拍数高値群→循環器疾患死亡、脳卒中死亡 ○	朝の心拍数が60拍/分以下に比し、70-74拍/分では循環器疾患死亡が2.54倍、74拍/分以上では2.61倍と有意に高かった。夕方方の心拍数でも同様の傾向であった。朝夕とも心拍数5拍/分の上昇に伴い循環器疾患死亡のリスクが17%、脳血管疾患死亡のリスクが20%上昇する。家庭収縮期血圧が135mmHg未満と通常の場合でも、心拍数が70拍/分以上の場合は正常の血圧と心拍数を有する場合に比し循環器疾患死亡のリスクが2.16倍であった。
28	大迫町コホート	家庭血圧(HBP)、健診時血圧(OBP)	40歳以上 男女1,702人	11年	脳卒中発症、一過性脳虚血発作発症	1) JNC 70の分類による家庭血圧→脳卒中発症、一過性脳虚血発作発症	JNC 70の血圧ステージ分類はOBPの場合血圧120/80、140/90、160/100を境界値として4群に分ける。さらに各群は冠危険因子の有無によってa, b群に分けられる。HBPの場合は各境界値を5mmHg低く設定する。CBPによる分類では正常に比べ2b、4a群でも有意な年齢・性別調整ハザード比の上昇はなかったが、HBPによる分類では3a, 4a, 2-4b群で有意なリスクの上昇が見られた。
29	NIPPON DATA80	尿検査(蛋白尿)、血清クレアチニン	30歳以上 男性 3,180人 女性 4,023人	19年	総死亡、循環器疾患死亡	1) 蛋白尿士以上→総死亡(女性) ○ 2) 蛋白尿士以上→循環器疾患死亡(女性) ○ 3) 蛋白尿2+→循環器疾患死亡(男性) ○ * 血清クレアチニン値で3区分すると、クレアチニンが低い群では蛋白尿と循環器疾患の関連は明確ではなかった。	男性の蛋白尿2+群では、循環器疾患死亡(4.20)が、蛋白尿1群に比べて有意に高い。女性では、蛋白尿士以上群は以下群に比べて、総死亡(1.74)、循環器疾患死亡(2.21)が有意に高い。このようなりスクの上昇は、血清クレアチニン値が低い(男性 96 μmol/L以下、女性 70 μmol/L以下)と認められなかった。
30	NIPPON DATA90	HDLコレステロール(HDLc)	30歳以上 男性 3,014人 女性 4,161人	9.6年	総死亡、脳卒中死亡	1) HDLc高値→総死亡(男女計、女性) ● 2) HDLc値(総形)→総死亡(男女計、女性) ● 3) HDLc高値→脳卒中死亡(男女計) ●	男女計のHDLコレステロール 70mg/dl以上群は、HDLコレステロール40~59mg/dl群と比べて総死亡が有意に低い(0.70)。この関連は男女別にみても同様であり、女性では有意差を認めなかった。HDLコレステロールと総死亡の間に線形の負の関連を認めなかった(女性と男女計は有意、男性はborderlineの有意差)。またHDLコレステロールと脳卒中死亡の間に線形の負の関連を認めなかった(男女計)。

NO.	コホート名	標本または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
31	NIPPON DATA80	心電図所見(全般)	30歳以上 男性 4,103人 女性 5,535人	19年	総死亡	1) 異常Q波→総死亡(男女計、男性、女性) ○ 2) 右軸偏位→総死亡(男女計、男性) ○ 3) 左軸偏位→総死亡(男女計、女性) ○ 4) 高いR波→総死亡(男女計、男性、女性) ○ 5) T波逆転、平坦→総死亡(男女計、男性、女性) ○ 6) 房室ブロック→総死亡(男女計、男性) ○ 7) PQ短縮→総死亡(男女計、男性) ○ 8) 左脚ブロック→総死亡(男女計、男性) ○ 9) 右脚ブロック→総死亡(男女計) ○ 10) 期外収縮頻発→総死亡(男女計、男性) ○ 11) 心房細動→総死亡(男女計、男性) ○ 12) 期外収縮散発→総死亡(男女計、男性) ○ 13) 時計回転→総死亡(男女計、男性) ○	年齢、収縮期血圧値、血清値、喫煙、性別を調整した場合、男女計の心電図所見ありの総死亡に対する相対危険度は、心電図所見なしと比べて、異常Q波(1.57-3.71)、右軸偏位(1.80)、左軸偏位(1.37)、高いR波(1.34-1.35)、T波逆転(1.54-2.33)、房室ブロック(2.01-7.82)、PQ短縮(2.21)、左脚ブロック(2.11)、右脚ブロック(1.44)、期外収縮頻発(1.92)、心房細動(2.42)、期外収縮散発(1.45)、時計回転(1.47)のそれぞれ有意に高かった。男女別の相対危険度もほぼ同様であった。注)心電図相互の関連は考慮していない。コードによっては部位や重症度が細分されており、相対危険度は範囲で示している。
32	NIPPON DATA80	血圧、BMI	30歳以上 男性 4,081人 女性 5,257人	17.3年	脳卒中死亡、脳出血死亡、脳梗塞死亡	BMI 21.2 kg/m <sup>2</sup> 以下では、 1) 収縮期、拡張期血圧値(線形)→脳出血死亡(男女計) ○ BMI 21.3-23.8 kg/m <sup>2</sup> では、 2) 収縮期、拡張期血圧値(線形)→脳梗塞、脳出血死亡(男女計) ○ BMI 23.9kg/m <sup>2</sup> 以上では、 3) 収縮期、拡張期血圧値(線形)→脳梗塞死亡(男女計) ○	BMIを3分位で分割して(21.2、21.3-23.8、23.9)、血圧と脳卒中死亡の関連を検討した。収縮期血圧10mmHgの上昇により、BMIが低い群では脳出血死亡(1.38)、高い群では脳梗塞死亡(1.21)の相対危険度が高かった。BMIが中位の群では、収縮期血圧は脳出血、脳梗塞のいずれとも有意な関連を示した。拡張期血圧を用いて解析しても結果は同様であり、血圧と脳卒中の関連はBMIによって修飾されていた。
33	NIPPON DATA80	魚の摂取頻度(5項目)	30歳以上 男性 3,945人 女性 4,934人		総死亡、がん死亡、脳卒中死亡、心筋梗塞死亡	魚摂取頻度→総死亡(男女計) ×	魚摂取が1-2回/週群に比べて2回/週群の総死亡のリスクは0.99、脳卒中死亡は1.29、心筋梗塞は0.91、で有意な差は認められなかった。恐らく日本人の大半が有効性を示す閾値以上の魚摂取をしており、欧米でよく少ない量の基準として用いられる月1回未満の魚摂取をする人の頻度が極めて少なく、比較解析が不可能であったことに起因すると考えられる。
34	NIPPON DATA80	喫煙	30歳以上 男性 3,972人 女性 4,957人	14年	循環器疾患死亡、脳卒中死亡、脳梗塞死亡、心筋梗塞死亡	1) 1箱以内および2箱以上の喫煙→循環器疾患死亡(男性) ○ 2) 1箱以内および2箱以上の喫煙→脳梗塞死亡(男性) ○ 3) 2箱以上の喫煙→脳卒中死亡(男性、女性) ○ 4) 2箱以上の喫煙→心筋梗塞死亡(男性) ○ * 1箱は紙巻きタバコで1日20本	男女別に喫煙と循環器疾患の関連をみた。1日1箱以内および2箱以上の喫煙は、男性の循環器疾患(1.49、2.00)、脳梗塞(2.97、3.26)の死亡率が、非喫煙者に比べて有意に高かった。1日2箱以上の喫煙は、男性の脳卒中(2.17)と心筋梗塞(4.25)、女性の脳卒中(3.91)の死亡率が有意に高かった。
35	NIPPON DATA80	血清アルブミンと総コレステロール	30~59歳 男性 3,062人 女性 3,895人	13.7年	総死亡、がん死亡、循環器疾患死亡、非がん非循環器疾患死亡	1) 低アルブミン→総死亡(男性) ○ 2) 低アルブミン→循環器疾患死亡(男性) ○ 3) アルブミン値(線形)→総死亡(男女) ● * ただし総コレステロール値が高め(中央値以上)の場合に認められた。	男性の低アルブミン(4.3g/dl未満)かつ高コレステロール(185mg/dl以上)群は、総死亡(3.4)、循環器疾患死亡(5.0)が、アルブミン4.7g/dl以上群に比べて有意に高い。男女とも高コレステロール群では、アルブミンと総死亡の間に線形の関連を認めた。
36	NIPPON DATA80	鶏卵の摂取頻度(5項目)	30歳以上 男性 4,077人 女性 5,186人	19年	総死亡、がん死亡、脳卒中死亡、心筋梗塞死亡	鶏卵摂取頻度→総死亡(女性) ○	女性において鶏卵摂取頻度は血清総コレステロール値と正の相関があり、多変量解析の結果、鶏卵摂取が1回/日群に比べて1-2回/週群の総死亡ハザード比は0.78(0.63-0.96)で有意に低く、他の死因による死亡率も低い傾向にあった。男性では、鶏卵摂取頻度は総コレステロール値、総死亡に影響を与えなかった。鶏卵摂取を制限する指導は少なくとも女性に対しては有用である。

NO.	コホート名	随診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
37	NIPPON DATA80	安静時心拍数	30歳以上 男性 3,856人 女性 4,944人	16.5年	総死亡、循環器疾患死亡、心筋梗塞+心不全死亡	1) 心拍数高値→総死亡(男性、女性) ○ 2) 心拍数高値→循環器疾患死亡(男性) ○ 3) 心拍数高値→心筋梗塞+心不全死亡(男性、女性) ○ 4) 心拍数→脳卒中死亡 × 5) 心拍数(線形)→総死亡(男性、女性) ○ * すべての解析で有意差を認めたのは男女とも60歳未満の対象者のみであった。	男女別々に安静時心拍数の4分位で分けた(男性:-59, 60-65, 66-73, 74-, 女性:-63, 64-69, 70-77, 78-, 拍/分)。心拍数が最も低い群と比べて、最も高い群では、総死亡(男性:1.45, 女性:1.94)、循環器疾患死亡(男性:2.55)、心筋梗塞+心不全死亡(男性:3.99, 女性:9.37)が有意に高かった。男女とも安静時心拍数と総死亡の間に線形の正の関連を認めた。心拍数と脳卒中の間に関連はなかった。また60歳以上では心拍数と疾患に有意な関連を認めなかった。
38	NIPPON DATA80	血糖値	30歳以上 男性 3,984人 女性 5,090人		総死亡、脳卒中死亡、脳梗塞死亡、脳出血死亡	1) 随時血糖値(線形)→総死亡(男性、女性) ○ 2) 随時血糖値(線形)→脳卒中(男性、女性) ○ 3) 随時血糖値(線形)→脳梗塞(男性) ○ 4) 随時血糖値(線形)→脳出血(女性) ○ 5) 随時血糖高値→総死亡(男性、女性) ○ 6) 随時血糖高値→脳卒中(男性、女性) ○	まず男女別に血糖値の4分位で分けて年齢のみ調整した相対危険度を求めた。随時血糖値 122.5mg/dl以上では、99.3mg/dl以下と比べて、総死亡(男性:1.33, 女性:1.66)、脳卒中死亡(男性:1.59, 女性:2.27)が有意に高かった。随時血糖値 8.9mg/dlの上昇により、総死亡(男性:1.04, 女性:1.04)、脳卒中死亡(男性:1.05, 女性:1.04)、脳梗塞死亡(男性:1.07)、脳出血死亡(女性:1.08)は有意に上昇していた。
39	NIPPON DATA80	総コレステロール	30歳以上 男性 4,035人 女性 5,181人	13.2年	冠動脈性心疾患、肝臓がん	1) 高コレステロール血症→冠動脈性心疾患死亡(男性、女性) ○ 2) 低コレステロール血症→肝臓がん死亡(男女計) ○ 3) 低コレステロール血症→脳出血死亡(男性) ○ 4) 高コレステロール血症の冠動脈性心疾患死亡に対する寄与危険度は、1,000人年あたり約1人であった。	総コレステロール値によって、160未満、160-199、200-239、240mg/dl以上の4群に分けて、160-199群の基準として死亡率を比較した。240 mg/dl以上群では冠動脈性心疾患死亡(男性:4.76, 男女計:2.93)が有意に高かった。また160mg/d未満群では肝臓がん(男女計:2.40)、脳出血(男性:2.70)の死亡率が有意に高かった。総コレステロール 240mg/d以上群の160-199群に対する寄与危険度は1,000人年あたり0.98であった。
40	NIPPON DATA80	血圧(JNC-VIによる血圧区分)	30歳以上 男性 4,245人 女性 5,393人	14年	総死亡、循環器疾患死亡、心臓病死亡、脳卒中死亡	1) JNC-VIによる血圧区分→総死亡(男性、女性) ○ 2) JNC-VIによる血圧区分→循環器疾患死亡(男性、女性) ○ 3) JNC-VIによる血圧区分→心臓病死亡(男性) ○ 4) JNC-VIによる血圧区分→脳卒中死亡(男性、女性) ○ 5) 脳卒中による過剰死亡の分布をみると、JNC-VIの軽症高血圧からの死亡寄与が最も多かった(母集団に占める軽症高血圧者の人数が多いため)。 * JNC-VI: 至適(SBP<120 and DBP<80)、正常(SBP 120-129 or DBP 80-84)、正常高値(SBP 130-139 or DBP 85-89)、軽症高血圧(SBP 140-159 or DBP 90-99)、中等症高血圧(SBP 160-179 or DBP 100-109)、重症高血圧(SBP180以上 or DBP 110以上)の6区分(単位は mmHg)。	JNC-VIによる血圧区分(高血圧の重症度)と死亡の関連を検討した。血圧区分と総死亡、循環器疾患死亡、心臓病死亡、脳卒中死亡とは男女とも有意な正の関連を示した(女性の心臓病を除く)。血圧区分が一つ高くなると、総死亡(男性:1.16, 女性:1.09)、循環器疾患死亡(男性:1.37, 女性:1.18)、心臓病死亡(男性:1.29)、脳卒中死亡(男性:1.45, 女性:1.27)は有意に高くなった。なお至適血圧群(SBP<120 and DBP<80)を基準として、脳卒中による過剰死亡数の分布をみると、男女とも軽症高血圧(SBP 140-159 or DBP 90-99)が最も高い割合を示していた。
41	NIPPON DATA80	尿酸	30歳以上 男性 3,596人 女性 4,576人	14年	総死亡、循環器疾患死亡、脳卒中死亡	1) 尿酸値(4分位)→総死亡(男性、女性) × 2) 尿酸値(4分位)→循環器疾患死亡(男性、女性) × 3) 尿酸値(4分位)→脳卒中死亡(男性、女性) ×	男女別に尿酸の4分位で分類した(男性:-296, 297-338, 339-395, 396-, 女性:-213, 214-248, 249-290, 291-, 単位は $\mu\text{mol/L}$ )。下の要因を調整しない場合、女性の291 $\mu\text{mol/L}$ 群は、213以下群に比し、総死亡(2.25)、循環器疾患死亡(3.09)、脳卒中死亡(4.76)の有意な上昇を示した。しかしながら交絡要因(年齢、BMI、収縮期血圧、隣任剤の使用、総コレステロール、クレアチニン、血糖値、喫煙、飲酒、左室肥大)を調整すると、尿酸とこれらの死亡の関連は消失した。

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覧用)	結果の要約(詳細)
42	滋賀県国保コホート	血圧	40～69歳 男性 1,819人 女性 2,372人	10年	総死亡、入院、医療費	1) 高血圧群→総死亡(男性)○ 2) 高血圧群→入院(男性)○ 3) 高血圧群→医療費(男性)○	男性のStage2高血圧群は、正常血圧群に比べて、総死亡、入院医療費、総医療費が有意に高かった。医療費(円/月)は、男性で、13,882(正常)、10,741(高血圧前症)、9,113(Stage1)、8,599(Stage2)、女性で、15,475(正常)、12,926(前症)、11,718(Stage1)、8,429(Stage2)であった。高血圧(前症、Stage1、Stage2)に起因する医療費は全体の23.7%である。高血圧の分類はJNC7に基づく正常血圧(SBP: 120かつDBP: 80mmHg未満)、高血圧前症(SBP: 120-139またはDBP: 80-89mmHg未満)、Stage1高血圧(SBP: 140-159またはDBP: 90-99mmHg)、Stage2高血圧(SBP: 160またはDBP: 100mmHg以上)の4区分。
43	滋賀県国保コホート	血清ALT、BMI	40～69歳 男性 1,833人 女性 2,591人	10年	総死亡、医療費	1) 高ALT群→総死亡○ 2) 高ALT群→医療費○ *ただしBMI値が低め(中央値未満)の場合に認められた。	低BMI(22.7kg/m <sup>2</sup> 未満)では、高ALT(50IU/l以上)群は、ALT20IU/l未満群に比べて、総死亡(8.1)、医療費が有意に高かった。低BMIでは、ALTと総死亡の間に線形の正の関連を認めた。低BMI群では、医療費(円/月)は、19,882(ALT<20)、26,752(ALT20-29)、46,559(ALT30-39)、33,276(ALT40-49)、62,956(ALT50-)であった。
44	久山町コホート	喫煙状況と喫煙本数	40歳以上 男性 699人 女性 904人	23.0年	冠動脈疾患発症、脳塞栓を除く脳梗塞発症	1) 喫煙→冠動脈性心疾患発症(男性、女性、男女計)○	1) 10本を超える喫煙者で冠動脈疾患発症が非喫煙者よりも有意に増加していた。喫煙以外に古典的危険因子(高血圧、高コレステロール)がもう一つ増加すると冠動脈疾患発症の危険度が2.4～7.7倍増加した。喫煙と脳梗塞との関連は認めなかったが、年齢が交絡している(高齢者ほど喫煙者が少ない)可能性がある。
45	久山町コホート	飲酒状況(1日の飲酒量)	40歳以上 男性 707人 女性 914人	26.0年	脳梗塞発症、脳内出血発症	1) 多量飲酒→脳内出血発症(男性)○ 2) 高血圧+多量飲酒→脳内出血(男性、女性)○ 3) 高血圧+多量飲酒→脳梗塞(男性、女性)○	男性では、飲酒量が増加すると脳内出血発症が増加したが、脳梗塞については少量飲酒の方が非飲酒者よりも発症危険度が小さい傾向にあった。女性では飲酒者の方が非飲酒者よりわずかに小さい脳梗塞の危険度を示す傾向にあったが、脳内出血については飲酒者の方が大きいリスクを示す傾向にあった。高血圧患者で性・年齢を調整すると、多量飲酒が脳内出血(3.13)および脳梗塞(1.96)の有意な危険因子であった。正常血圧者では、飲酒量に伴い脳内出血の危険度が大きくなる傾向にあったが、少量飲酒は脳梗塞の危険度を上昇させなかった。
46	久山町コホート	血圧、糖負荷試験、心電図(ST、左室肥大、心房細動)、BMI、喫煙習慣	40歳以上 男性 707人 女性 914人	32年	脳梗塞発症(ラクナ梗塞、皮質枝血管性梗塞、塞栓性梗塞)	1) 収縮期血圧→脳梗塞、ラクナ梗塞、動脈硬化性梗塞発症(男性、女性)○、塞栓性梗塞発症(女性)○ 2) ST低下(男性)、耐糖能異常(男性)、喫煙(男性)、左室肥大(女性)、BMI(女性)→ラクナ梗塞発症○ 3) ST低下(女性)→皮質枝血管性梗塞発症○ 4) 心房細動(男性、女性)、左室肥大(女性)→塞栓性梗塞発症○ 5) 高コレステロール血症(女性)→塞栓性梗塞発症●	1) 全脳梗塞発症について有意であった危険因子は、収縮期拡張期血圧10mmHg上昇(男女とも1.2)、左室肥大(男女とも2.0)、ST低下(男3.4、女1.7)、心房細動(男4.7、女2.9)、耐糖能異常(男1.8、女1.9)であった。 2) ラクナ梗塞に関し有意であった危険因子は、血圧の上昇(収縮期: 男女共1.2、拡張期: 男性1.4、女性1.5)、男性のST低下(3.7)、耐糖能異常(2.3)、喫煙習慣(2.2)、女性の左室肥大(1.8)、BMI(1.1)であった。 3) 皮質枝血管性梗塞発症については有意だったのは、男女の血圧(収縮期: 男女とも1.3 拡張期: 男性1.9、女性1.6)、女性のST低下(2.9)であった。 4) 塞栓性梗塞発症について有意だったのは、女性の血圧(収縮期1.3 拡張期1.4)、女性の心房細動(男17.8、女5.9)、女性の左室肥大(3.0)であった。また、総コレステロールの1mmol/L上昇のハザード比は0.8であり負の相関が認められた。

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
47	久山町コホート	飲酒状況(1日の飲酒量)	40歳以上 男性 433人 女性 668人	9.2年	高血圧発症	1) 飲酒者→高血圧(男性) 2) 飲酒者→高血圧(女性、年齢のみ補正) 3) 飲酒者→高血圧(女性、循環器疾患危険因子補正) × * 純アルコール23g/日以下の少量飲酒者でも有意にリスクが高い。	①男性飲酒者では、飲酒量にかかわらず高血圧発症リスクが高い。飲酒量の相対危険度は、非飲酒者に対し飲酒量23g/日未満で2.00、飲酒量23~45g/日で2.60、46g/日以上で2.24であった。 ②女性飲酒者では、年齢のみ補正した場合、高血圧発症リスクが高かった(1.47)。 ③女性飲酒者では循環器疾患危険因子を補正すると有意差がなくなった。
48	久山町コホート	血圧(JNC-VIによる血圧区分)	60歳以上 男女588人	32年	脳卒中、冠疾患、心血管疾患の発症	JNC-VIによる血圧区分→脳卒中発症 JNC-VIによる血圧区分→心血管疾患発症 *JNC-VIの分類は5-13を参照。	至適血圧者(SBP<120かつDBP<80)に比べてステージ1の心血管疾患発症ハザード比は2.57、ステージ2では2.36、ステージ3では5.34であった。
49	久山町コホート	年齢、収縮期血圧値、耐糖能異常、総コレステロール、ECG、蛋白尿	病理解剖例 839人 平均死亡年齢: 男性 73歳、女性 78歳 男性 458人 女性 381人	32年 (1962-1994年)	糸球体硬化症 (Glomerular sclerosis)、 小動脈の硝子様変性 症(Arterolar Hyalinosis)、動脈硬化	1) 年齢→糸球体硬化症(男性、女性) 2) 収縮期血圧→糸球体硬化症(女性) 3) 耐糖能異常→糸球体硬化症(男性) 4) 蛋白尿→糸球体硬化症(男性) 5) 年齢→小動脈の硝子様変性症(女性) 6) 収縮期血圧→小動脈の硝子様変性症(男性、女性) 7) 総コレステロール→小動脈の硝子様変性症(男性) 8) 年齢→腎臓の動脈硬化(男性、女性) 9) 収縮期血圧→腎臓の動脈硬化(男性) 10) ECG異常→腎臓の動脈硬化(女性) 11) 蛋白尿→腎臓の動脈硬化(女性)	ロジスティック回帰(指標:オッズ比)の結果、年齢(男性:1.76、女性:2.11)、収縮期血圧(女性:1.16)に加え、耐糖能異常(男性:2.29)、蛋白尿(男性:3.45)が糸球体硬化症の危険因子であった。小動脈の硝子様変性症では年齢(女性:1.45)、収縮期血圧(男性:1.23、女性:1.15)に加え、総コレステロール(男性:1.57)が危険因子であった。腎臓の動脈硬化では年齢(男性:2.19、女性:2.12)、収縮期血圧(男性:1.31)に加え、ECG異常(男性:2.78、女性:2.41)、蛋白尿(女性:2.81)が危険因子であった。
50	久山町コホート	飲酒、不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比(P/S比):量・頻度法による調査	40~74歳 男性 1,016人 女性 1,318人	5年	境界型糖尿病発症、 糖尿病発症	1) 飲酒量の増加→境界型糖尿病発症、糖尿病発症(男性) 2) 多価不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比(P/S比)の低下→境界型糖尿病発症、糖尿病発症(女性)	男性では飲酒量の増加により境界型糖尿病、糖尿病の発症者が有意に増加していた(飲酒量10g/日の増加に対しオッズ比は1.19)、女性では多価不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比(P/S比)が増加すると境界型糖尿病、糖尿病の発症者が有意に減少していた(P/S比0.1の増加に対しオッズ比は0.94)。
51	久山町コホート	糸球体濾過量(GFR)(血清クレアチニンより換算)	40歳以上 男性 1,110人 女性 1,524人	12年	循環器疾患死亡(冠動脈疾患、虚血性脳卒中、出血性脳卒中)	1) 腎機能低下→冠動脈疾患死亡(男性) 2) 腎機能低下→循環器疾患死亡(女性) 3) 腎機能低下→虚血性脳卒中死亡(女性) 4) GFR値(線形)→冠動脈疾患死亡(男性) 5) GFR値(線形)→虚血性脳卒中死亡(女性)	腎機能低下(GFR60ml/min/1.73m2未満)群は、GFR60ml/min/1.73m2以上群に比べて、男性では冠動脈疾患死亡(2.26)が、女性では循環器疾患死亡(1.62)、虚血性脳卒中死亡(1.91)が、有意に高かった。男性ではGFRと冠動脈疾患死亡との間に、女性ではGFRと虚血性脳卒中死亡との間に線形の有意な負の関連を認めた。
52	放射線影響研究所 成人健康調査コホート	HbA1c、問診による糖尿病の有無	平均年齢67歳 男性 1,142人 女性 2,658人	8.8年	総死亡、がん死亡、循環器疾患死亡、 糖尿病死亡、 脳卒中死亡	1) HbA1c軽度高血糖群、高血糖群、問診による糖尿病有群→総死亡(男女計) 2) HbA1c軽度高血糖群、高血糖群、問診による糖尿病有群→循環器疾患死亡(男女計) 3) HbA1c軽度高血糖群、高血糖群、問診による糖尿病有群→がん死亡(男女計)	HbA1c正常群に比べ、軽度高血糖群(6.0%<6.5)、高血糖群(6.5or more)、問診による糖尿病有群では総死亡、循環器疾患、がん死亡の相対危険度は有意に高かった。HbA1c1%の増加に対してハザード比は総死亡で1.32、循環器疾患で1.25、がん死亡で1.31であった。
53	放射線影響研究所 成人健康調査コホート	尿酸	20~89歳 男性 3,860人 女性 6,755人	24.9年	全死亡、循環器疾患死亡、冠動脈疾患死亡、 脳卒中死亡	1) 男性尿酸高値群→総死亡 2) 女性尿酸高値群→総死亡、循環器疾患死亡、脳卒中死亡	1) 男性では尿酸値5.0mg/dl未満群に対し8.0mg/dl以上の群では、総死亡の相対危険度は1.22と有意に高かった。 2) 女性では尿酸値4.0mg/dl未満には総死亡(6.0-6.9mg/dlで1.44、7.0mg/dl以上で1.63)、循環器疾患死亡(6.0-6.9mg/dlで1.58、7.0mg/dl以上で1.79)、冠動脈疾患死亡(6.0-6.9mg/dlで2.28)、脳卒中死亡(7.0mg/dl以上で1.67)と有意に高かった。



NO.	コホート名	観察または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
61	大崎町国保コホート	歩行習慣(問診3項目)	40~79歳 男性 15,019人 女性 12,412人	4年	医療費	1) 歩行習慣不足群→医療費(男女計)○	歩行習慣不足(歩行習慣1日1時間未満)群は、歩行習慣1日1時間以上群に比べて、総医療費が有意に高かった。総医療費(円/月)は、20,124(歩行習慣1日0.5時間未満)、19,458(歩行習慣1日0.5-1時間)、17,514(歩行習慣1日1時間以上)であった。
62	大崎町国保コホート	喫煙(問診2項目)、BMI、歩行習慣(問診3項目)	40~79歳 男性 14,908人 女性 11,202人	7年	医療費	1) 喫煙、肥満、歩行習慣不足群→医療費(男女計)○ 2) 喫煙、歩行習慣不足群→医療費(男女計)○	喫煙(禁煙中含む)、肥満(BMI25以上)、歩行習慣不足(歩行習慣1日1時間未満)の各群および喫煙+歩行習慣不足群は、これらがいずれもない群に比べて、医療費が有意に高かった。医療費(円/月)は、29,364(喫煙+肥満+歩行習慣不足)、23,976(肥満+歩行習慣不足)、27,048(喫煙+歩行習慣不足)、23,004(喫煙+肥満)、22,236(歩行習慣不足)、22,056(肥満)、22,296(喫煙)、20,592(いずれもなし)であった。
63	大崎町国保コホート	飲酒(問診5項目)	40~79歳 男性 17,497人	4年	医療費	1) 非飲酒群→医療費(男性)○	非飲酒(禁酒者を含まず)群は、エタノール換算150-299g/週の飲酒群に比べて入院医療費が有意に高かった。非飲酒群は、飲酒(あらゆる飲酒習慣の合計)群に比べて外来医療費が有意に高かった。入院医療費(円/月)は、13,882(非飲酒)、10,741(-149g/週)、9,113(150-299g/週)、8,599(300-449g/週)、10,609(450-g/週)であった。外来医療費(円/月)は、15,475(非飲酒)、12,926(-149g/週)、11,718(150-299g/週)、8,429(300-449g/週)、8,204(450-g/週)であった。
64	小矢部コホート	HDLコレステロール(HDL-C)	35~79歳 男性 1,523人 女性 3,466人	10年	脳卒中発症、脳梗塞発症	1) 低HDL-C群→脳卒中発症(男女計)○ 2) 低HDL-C群→脳梗塞発症(男女計)○ 3) HDL-C値(線形)→脳卒中発症(男女計)● 4) HDL-C値(線形)→脳梗塞発症(男女計)●	低HDL-C群(<30mg/dl)は、高HDL-C群(60mg/dl)に比べて脳卒中の発症率が有意に高く(1万人年あたり)低HDL-C群では男性103、女性49、高HDL-C群では男性26、女性15)、低HDL-C群の脳卒中および脳梗塞発症の相対危険度は、高HDL-C群に対して2.89と2.92であった。
65	小矢部コホート	収縮期血圧(SBP)、拡張期血圧(DBP)、脈圧(PP)、平均血圧(MBP)	35~79歳 男性 1,523人 女性 3,466人	10年	脳卒中発症、脳梗塞発症、脳出血罹患、脳卒中死亡	1) SBP、DBP、PP、MBPの1標準偏差の増加→全脳卒中発症、脳梗塞発症、脳出血発症、全脳卒中死亡(男女計)○ 2) 65歳以上ではSBP、DBP、PP、MBP→全脳卒中発症(男性、女性)○だが、65歳未満ではSBP、DBP、MBPのみ→全脳卒中発症(男性、女性)○	1) 各因子の1標準偏差の上昇に伴う全脳卒中発症に対する相対危険度は、SBP(1.68)、DBP(1.72)、MBP(1.80)、PP(1.34)、脳梗塞発症に対してはSBP(1.67)、DBP(1.74)、PP(1.33)、MBP(1.78)、脳出血発症についてはSBP(1.69)、DBP(1.70)、MBP(1.81)、全脳卒中死亡に対してはSBP(1.43)、DBP(1.44)、PP(1.23)、MBP(1.50)であった。 2) 全脳卒中発症について性別と65歳を区切りとした層別解析では、男女とも65歳以上では4つの血圧指標がいずれも有意であったが(男性ではSBP(1.62)、女性ではMBP(2.48)が最高)、65歳未満では男女ともPPは有意ではなかった(男性ではDBP(1.79)、女性ではMBP(1.66)が最高)。以上よりSBPとDBPもしくはMBPは脳卒中発症予測に対して全年代有用であるが、PPは若い層については有用ではなかった。

NO.	コホート名	健診または問診項目	対象者	追跡期間	エンドポイント	結果の要約(一覽用)	結果の要約(詳細)
66	YKKコホート	飲酒状況(問診で求めた1週間の平均飲酒量)	20~59歳 男性 3,900人	7年	収縮期血圧(SBP)、拡張期血圧(DBP)	1)7ルコ-ル200-299g/週→SBP値のハ-スライからの上昇 2)7ルコ-ル300g/週以上→SBP値のハ-スライからの上昇 3)7ルコ-ル300g/週以上→SBP値の年変化 4)7ルコ-ル200-299g/週→DBP値のハ-スライからの上昇 5)7ルコ-ル300g/週以上→DBP値のハ-スライからの上昇 6)7ルコ-ル300g/週以上→DBP値の年変化 x	結果の要約(詳細) アルコ-ル摂取と血圧との関連を7年間追跡調査した。SBP値のハ-スライ測定時からの変化は、アルコ-ル摂取200-299g/週で3.87mmHg、300g/週以上で4.97mmHgと有意な上昇が見られた。SBP値の経年変化では、アルコ-ル摂取300g/週以上では0.33mmHg/年の有意な上昇が見られた。DBPはハ-スライの時の飲酒量とは関連は見られなかったものの、経年変化では関連を認めなかった。
67	YKKコホート	職種(管理職・技術職・事務職・運送・肉体系労働)	35-49歳 男性 1,087人	10年	糖尿病の発症(空腹時血糖 $\geq 120\text{mg/dl}$ 又は尿糖+の従業員をOGTTにて確認)	1) 運送業従事者→糖尿病発症 ○	多変量解析の結果、2型糖尿病の発症率は10年間で3.1%であった。相対危険度は運送業従事者では肉体系労働者の3.95倍であった。
68	YKKコホート	問診で勤務パターン(交代勤務か日勤か)を把握	18~49歳 男性 1,551人	5年	高血圧発症	1)18~29歳継続交代性勤務者→高血圧 ○ 2)40~49歳で交代制勤務から日勤になった者→高血圧 ○	①29歳以下の若年男性で継続的な3交代性勤務者は日勤に比し高血圧の発症が多い(4.0)。 ②40~49歳では追跡途中で交代勤務から日勤に変更になった者は高血圧発症の相対危険度が高い(2.5)。
69	YKKコホート	勤務形態(日勤・二交代・三交代)とHbA1c	19~49歳 男性 2,869人	8年	糖尿病の発症(HbA1c $\geq 6.1$ または医療機関で医師に糖尿病と診断)	1) 2交代制→糖尿病発症(男性) ○ 2) 3交代制→糖尿病発症(男性) x	日勤のみの事務職群に比し、肉体系労働の2交代性勤務群は2.01倍の糖尿病発症の危険度であった。3交代性勤務群は1.61倍と高かったが有意ではなかった。

## 班員・担当者 一覽

	所 属		職 名	氏 名
主任研究者	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	教授	上島 弘嗣
分担研究者	大阪大学大学院	医学系研究科社会環境医学講座 公衆衛生学	教授	磯 博康
分担研究者	東北大学大学院	薬学研究科医療薬学講座 臨床薬学分野	教授	今井 潤
分担研究者	東京大学	医学系研究科 生物統計/疫学・予防保健学	教授	大橋 靖雄
分担研究者	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	助教授	岡村 智教
分担研究者	国立循環器病センター	循環器病予防検診部	部長	岡山 明
分担研究者	九州大学大学院	医学研究院環境医学	教授	清原 裕
分担研究者	(財)放射線影響研究所	疫学部	部長	児玉 和紀
分担研究者	札幌医科大学	医学部内科学第二講座	講師	斎藤 重幸
分担研究者	国立長寿医療センター 病院	第2外来総合診療科	医長	玉腰 暁子
分担研究者	東北大学大学院	医学系研究科社会医学講座 公衆衛生学分野	教授	辻 一郎
分担研究者	金沢医科大学	健康増進予防医学	教授	中川 秀昭
分担研究者	京都大学大学院	医学研究科社会健康医学専攻系 健康情報学分野	助教授	中山 健夫
研究協力者	茨城県常陸大宮保健所		所長	入江 ふじこ
研究協力者	茨城県立健康プラザ	企画情報部	係長	西連地 利己
研究協力者	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	他班リサーチ メント	田中 太一郎
研究協力者	茨城県保健福祉部	保健予防課	技佐	鳥山 佳則

研究協力者	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	助手	中村 幸志
研究協力者	東京大学大学院	医学系研究科 生物統計学/疫学・予防保健学	日本学術振興 会特別研究員	原田 亜紀子
研究協力者	国立保健医療科学院	人材育成部	部長	水嶋 春朔
研究協力者	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	講師	村上 義孝
研究協力者	滋賀医科大学	臨床看護学	教授	宮松 直美
研究協力者	(財)放射線影響研究所	臨床研究部	副部長	山田 美智子
研究協力者	筑波大学大学院	人間総合科学研究科社会環境医学	講師	山岸 良匡
研究協力者	東北大学大学院	薬学研究科医薬開発構想寄附講座	助教授	大久保 孝義
研究協力者	東北大学大学院	医学系研究科内科病態学講座 臨床薬学分野	大学院生	目時 弘仁
研究協力者	東京大学	医学系研究科 生物統計/疫学・予防保健学	大学院生	吉田 征太郎
研究協力者	国立循環器病センター	循環器病予防検診部	医師	小久保 喜弘
研究協力者	国立循環器病センター	循環器病予防検診部	医師	奈倉 淳子
研究協力者	九州大学大学院	医学研究院環境医学	学術研究員	二宮 利治
研究協力者	(財)放射線影響研究所	疫学部	副部長	笠置 文善
研究協力者	東北大学大学院	医学系研究科公衆衛生学分野	講師	栗山 進一
研究協力者	金沢医科大学	健康増進予防医学	助教授	三浦 克之
リサーチアシスタント	東北大学大学院	薬学研究科医薬開発構想寄附講座	研究補佐員	宇津木 恵
事務局	滋賀医科大学	社会医学講座福祉保健医学	事務補佐員	吉田 稔美

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金  
健康科学総合研究事業

「疾病予防サービスに係わるエビデンス構築のための  
大規模コホート共同研究」

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

発行 平成 18 年（2006）年 3 月

発行者 「疾病予防サービスに係わるエビデンス構築のための  
大規模コホート共同研究」班

班 長 上島 弘嗣  
〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町  
滋賀医科大学 社会医学講座福祉保健医学  
TEL：077-548-2191 FAX：077-543-9732

印刷 アイイズ株式会社  
〒523-0894 滋賀県近江八幡市中村町 49-12  
TEL：0748-32-1101 FAX：0748-31-2067