

200825055A

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

**未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた
循環器疾患予防のための地域保健クリティカルパスの
開発と実践に関する研究**

平成20年度 総括・分担研究報告書
(平成21年3月)

(研究代表者)

国立循環器病センター予防検診部
部長 岡村智教

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた
循環器疾患予防のための地域保健クリティカルパスの
開発と実践に関する研究

平成 20 年度総括・分担研究報告書

(平成 21 年 3 月)

(研究代表者)

国立循環器病センター予防検診部
部長 岡村智教

目次

I. はじめに	1
II. 総括研究報告	
未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた循環器疾患予防のための 地域保健クリティカルパスの開発と実践に関する研究	3
岡村 智教	
III. 分担研究報告	
1. 吹田コホート研究対象者および大津市国保加入者における健診保健指導実態調査	19
岡村 智教・小久保 喜弘	
2. 福島県 A 町の住民における健康診断・保健指導に関する調査	49
早川 岳人	
3. 山梨県内 2 市における特定健診受信者及び未受診者の特性に関する研究	55
山懸 然太郎	
4. 生活習慣病予防のための未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた地域保健 クリティカルパスの開発と実践に関する研究	67
西脇 祐司	
5. 高知県における特定健診非受診者の実態と受診率向上策	79
安田 誠史	
6. 岩手県一般地域住民における基本健診受診者・未受診者の特性に関する検討	95
大久保 孝義	
7. 地域における健診後の健康教室未参加者についての検討	105
三浦 克之	
8. 滋賀県甲賀市における国保加入者の健診長期未受診者の実態調査	121
上島 弘嗣	

9. 長期的な循環器疾患予防対策を行っている地域における健診受診有無別にみた脳卒中発症率の検討—八尾市南高安地区における検討— 141
木山 昌彦

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

V. 資料

班員一覧

I. はじめに

はじめに

健康管理が義務づけられている職域とは異なり、従来から市町村の健診受診率が低いことが問題とされてきた。「自覚症状のない個人」は健診受診の必要性の認識が乏しく、地域住民を対象としていた基本健康診査の受診率は40%程度に過ぎなかった。平成19年度までは、血圧測定等の一般健診は、この基本健康診査としての枠組みで市町村からサービス提供されてきたが、平成20年度からの特定健診では、同じ市民であっても国民健康保険、企業の健康保険組合や共済保健などに分割されることになった。特定健診・特定保健指導は、生活習慣病の予防と医療費の伸びの抑制を目指しているが、その入り口として最も重要なのは健診受診率を高めることであり、特定健診を受診しない限り階層化は行われず、階層化がなければ特定保健指導も行われぬ。そのためには未受診者の実態を把握し、受診に誘う効果的な働きかけの手法を開発する必要がある。また健診を受けた結果、保健指導の対象となっても保健指導に参加しない者も多く見られ、その点の検証も必要である。

本研究は多施設共同研究として、地域での疫学研究に従事している疫学・公衆衛生関係の研究者で構成されている。医療費が高い府県（大阪、高知）、中位の県（滋賀、群馬、福島）、低い県（長野、山梨、岩手）にそれぞれ研究対象地区を設定して、総計約2万～3万人を対象として未受診者の実態調査と未受診対策手法の開発を行っている。本研究は、国民皆健診・皆保健指導時代の礎となる重要な研究であり国民の公衆衛生の向上に役立つと考えている。

研究代表者 国立循環器病センター予防検診部長
岡村智教

Ⅱ. 総括研究報告

未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた循環器疾患予防のための地域保健クリ
ティカルパスの開発と実践に関する研究（H20-循環器等（生習）一般-009）

研究代表者 岡村 智教 国立循環器病センター 予防検診部 部長

研究要旨：本研究の目的は、全国の複数の地域で特定健診および特定保健指導の未受診理由を調査して受診率向上の方策を明らかにし、実際の受診率の向上や循環器疾患のリスクの低減につながるかどうかを実地に検証することである。今年度当初は特定健診が開始されていなかったため、まずパイロット的に前年度までの基本健康診査の未受診者の状況について調査した。滋賀県において、甲賀市の3年連続健診未受診者から無作為抽出した1400人（郵送調査）、甲良町の前年度健診未受診者704人（訪問調査）、草津市の国保ヘルスアップ事業の保健指導未受診者179人（郵送調査）を調査した。その結果、健診の未受診理由としては、仕事などの時間の都合の他、「自覚症状がなく健康だから」という生活習慣病の病態についての理解が乏しいことが主な原因として示された。一方、保健指導への未受診理由は、時間帯が合わないことや指導期間が長い等、時間の都合の要素がより大きかった。またコホート研究のデータを再解析し、健診受診者と未受診者の循環器疾患発症率を比較し、受診者の発症率が低いことも確認したが、引き続き観察期間の延長を行なって検証していく必要がある。選択バイアスの影響はあるものの、特定健診等の受診を呼びかける際の啓発用の資料としては有用である。パイロット調査の結果を踏まえて未受診者調査票を作成し、特定健診の未受診者を対象として、大阪府吹田市、東京都小笠原村、長野県小海町、岩手県花巻市（大迫地区）、高知県高知市・梶原町、山梨県甲州市・南アルプス市、滋賀県大津市、福島県只見町の特定健診未受診者計3万人の調査を実施した。メタボリックシンドロームについては、制度導入前に大々的な国家的宣伝がなされたためどの地域でも認知度は非常に高かった。それにもかかわらず未受診理由はほぼ基本健診と同様であり、制度は変わっても国民の意識は変容していないことが示唆された。次年度以降は、特定保健指導の非参加者の実態を明らかにすると同時に、今回の結果を研究者間で討議・分析し、受診率向上のための方策を開発・実行していく。

分担研究者

山縣 然太郎 (山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座・教授)

西脇 祐司 (慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室・講師)

安田 誠史 (高知大学医学部医療学講座予防医学・地域医療学分野・公衆衛生学・教授)

大久保 孝義 (東北大学大学院薬学研究科医薬開発構想奇附講座・准教授)

三浦 克之 (滋賀医科大学社会医学講座・公衆衛生学・准教授)

上島 弘嗣 (滋賀医科大学社会医学講座・公衆衛生学・教授)

木山 昌彦 (大阪府立健康科学センター健康度測定部・部長)

小久保 喜弘 (国立循環器病センター予防検診部・医長)

A. 研究目的

平成 20 年度から開始された特定健診は特定保健指導を通じて生活習慣病の減少と医療費適正化を目的としているが、その前提として高い健診受診率が必須となる。基本健康診査の受診率に関する研究では、保健師数や受診勧奨方法が受診率に影響を与えていた(深尾 彰ほか、厚生指標 1990、辻 一郎ほか、厚生指標 1990)。地域住民 7 千人を対象とした主任研究者らの研究では、健康への関心度や社会的な繋がりが受診率と関連することを指摘している(岡村 智教ほか、日本公衛誌 1999)。しかしながら未受診理由とその対策について体系的に提示した研究は少ない。

受診率を上げるためには二つの手段が考えられる。一つは個人に対する働きかけであり、未受診理由を精査して個人のニーズに合わせた健診サービスを提供することである。例えば拘束時間を嫌ったり多忙を理由として未受診となっている者に対しては、健診・保健指導の実施時間帯や曜日だけでなく、個々の検査項目の分散実施や一部項目の自己測定なども選択肢に入れる必要がある。もう一つはポピュレーション・アプ

ローチであり、循環器疾患発症リスクの評価手段としての健診の重要性を広く市民に認識してもらい、受診に向かう行動変容を促す環境を整備することである。職域を対象とした HIPOP-OHP 研究では食堂での情報提供や計画的に実施された運動キャンペーンにより、喫煙率や脂質異常症などの危険因子のレベルが改善したことが報告されている(Okamura T, et al. J Hum Hypertens 2004.)。したがってこの手法を応用することにより地域の健診・保健指導受診率の向上や危険因子の改善を行うことが可能と考える。なお健診受診率の向上のためには検査項目等の健診の内容をより魅力的にしていくことも必要である。現状の特定健診のうち詳細な健診項目は選択検査であるが、基本健康診査時の安静時心電図と眼底検査を単にキャリアオーバーしただけであり、費用負担の目処が付けば追加的な問診や検査を取り入れる余地がある。これにより受診率を向上させ個人のリスク評価をより正確に行うことが可能かもしれない。本研究では、最新の医学研究の成果を踏まえ、追加的な詳細健診のあり方についても、費用対効果を含めて検討する。国民皆健診・保

健指導という法制度は世界に例を見ない実験的な試みであり、未受診者対策とその評価、対策の費用便益まで考慮した本研究は、制度の活性化や将来的な発展に有用であると考えられる。またポピュレーション・アプローチも受診率の向上や保健指導後の行動変容の持続に有効と考えられるが、地域集団でこの点を考慮した報告もほとんどない。

本研究は以上のような目的で計画されたが、初年度である本研究の目標は、全国の複数の地域で特定健診および特定保健指導の未受診理由を調査して受診率向上の方策を明らかにすることである。

B. 研究方法

(1) 対象と方法の概略

本研究は多施設共同研究として実施した。地域ベースでのコホート研究、疫学研究の実績を有する研究者が関与している複数の地域住民集団を対象とする。特定健診・特定保健指導は、生活習慣病の予防と医療費の伸びの抑制を目的としているため、医療費の現状をもとに対象地域を医療費が高い府県（大阪、高知）、中位県（滋賀、群馬、福島）、低い県（長野、山梨、宮城）とし、それぞれ研究対象地区を設定する。また特殊な地区として離島（東京都小笠原村）等も調査対象地域に加えた。対象は国民健康保険加入者を基本とするが、集団の抽出法によってはそれだけに限定せず、従来の基本健康診査の枠組みまで拡大可能とした。各地区の40歳以上の調査対象者数を最低4千人程度とし、総計約2.5万人以上を研究対象として設定した。本研究で具体的に明らかにしたいことは、1) 健診と保健指導の

未受診者の実態調査と未受診理由の解明、2) 未受診理由の地域差、3) 受診に繋がる個別アプローチや健診・保健指導実施手法の開発、4) 受診に繋がるポピュレーション・アプローチの開発、5) 早期介入が必要な対象者を効果的に発見できる健診実施内容、6) 詳細な健診（選択検査）への新しい検査や問診の検討、7) これらの費用対効果の検証を含む評価、である。一連の目的を達成するため3年計画で研究を遂行する。今年度はその初年度を実施した。

(2) 研究班集体制

岡村は、全体の計画遂行を調整すると同時に、小久保、三浦とともに大阪府北中部、滋賀県南部の地区を対象として未受診者の実態調査を行う。同様の調査は、山梨（山梨県担当）、長野および群馬（西脇担当）、高知（安田担当）、岩手（大久保担当）、滋賀中・北部（三浦担当）、大阪府南部（木山担当）でも実施する。また上島は、研究班集体の運営に助言・指導を行う。なお西脇は離島での調査も担当する。これらの結果に基づき、受診勧奨のための個別アプローチとポピュレーション・アプローチ手法を開発し、その効果を検証する。同時に健診での詳細な項目の候補として、新しい検査法や問診項目を検討し、受診率や保健指導参加率への影響を検証する（図1）。

(3) 研究の年次計画

1. 平成20年度

各地域で健診未受診者を対象として郵送または訪問調査を行い、未受診の理由を明らかにする。なお年度前半は特定健診が開始された直後であるため、前年度までに行われた当該地区における基本健康診査の結果に基づいてその未受診者調査を行う。そ

の結果に基づいてより実際的な問診票を開発し、後半は特定健診未受診者の実地調査に移行する。同時に特定保健指導の未受診者調査も行う。これらの分析結果を検討して、個人への受診勧奨、健診・保健指導の実施形態、ポピュレーション・アプローチの進め方についての対策を検討する。

2. 平成 21 年度

前年度の成果を踏まえて、実際の地域で、個別勧奨とポピュレーション・アプローチの併用による受診率増加を試みる。また十分な精度管理を担保した上で、自記式問診、家庭血圧測定などを別々の時間に実施し、最終的に医師の診察・総合判定と組み合わせるなど健診実施項目の分散化による利便性の向上についても検討する。施設内健診で用いられた新しい健診項目等を詳細な健診に追加し、受診率への影響やリスク評価指標としての意義を検討する。

3. 平成 22 年度

各地域の受診率向上手法から全国共通の方法を抽出して全国展開可能なモデルプランを構築する。また本研究で導入した健診項目の分散実施や詳細な健診項目の追加について、危険因子の水準や医療費を指標に費用対効果を推計する。最終的に地域において生活習慣病予防のために必要な健診の仕組みについて、受診勧奨から健診内容、保健指導との連携を含めたクリティカルパスを構築する。

C. 研究結果

前項でも述べたが、本研究の目的は、全国の複数の地域で特定健診および特定保健指導の未受診理由を調査して受診率向上の方策を明らかにし、実際の受診率の向上や

循環器疾患のリスクの低減につながるかどうかを実地に検証することである。詳細な調査結果は各分担研究報告に記載したが、ここでは主任研究者が直接関わった調査結果に基づき本年度の研究の進捗を概略する。

今年度当初は特定健診が開始されていなかったため、主任研究者は上島、三浦と共同し、まずパイロット的に前年度までの基本健康診査、国保ヘルスアップ事業に基づく保健指導の未受診者の状況について調査した。滋賀県において、甲賀市の3年連続健診未受診者から無作為抽出した1400人（郵送調査）、甲良町の前年度健診未受診者704人（訪問調査）、野洲市の国保ヘルスアップ事業の保健指導未受診者179人（郵送調査）を調査した。

1) 甲賀市

国民健康保険世帯で過去5年間連続して健診（特定健診の制度が始まる前の基本健康診査）を受診しなかった者を対象に未受診理由に関する調査を行った。上記に該当する40歳から74歳までの市民を男女別に5歳階級ごとに100人ずつ計1,400人を無作為抽出した。最終的に質問紙の配布が可能だったのは1,346人であり、回収率は男性で54.1%、女性で60.5%であった。市の健診を受診していないと回答したのは、男性で69.5%、女性で60.5%であったが、これから職場健診や医療機関の受診を除くと真の未受診者は3割と推定された。真の未受診者の未受診理由としては「自分は健康だから」と回答していたものが最も多かった（男性64%、女性70.6%）。次いで「仕事が忙しい」と答えた者が多く、男性の43%、女性の33%を占めていた。65歳未満の真の未受診者の中でメタボリックシンドローム予

防・改善のための保健指導等に参加したいと答えた者は 22. %であったが、参加を希望する曜日や時間帯は、性別、年齢でばらつきがあった。

2) 甲良町

健康診査未受診者のうち 75 歳未満の国保加入者 704 人を対象に、健診・医療受診状況および生活習慣の改善に対する意識に関する自記式アンケート調査を健康推進委員の訪問により配布・回収して行った。アンケートの回収率は 80.3%(565 人)であった。解析に必要な情報が揃っている 495 人(男性 266 人、女性 229 人)を対象として解析した。未受診の理由はいずれの年齢層においても“健康だから”という回答が最も多く全体の 42%を占めた。次いで若年者では“都合がつかない”高齢者では“通院中”があげられた。BMI 25 以上の肥満者は 21.8%であった。肥満者において生活習慣の改善を勧められた割合は 57%であった。また、肥満者の半数がメタボリック症候群を知っていると回答したが、メタボリック症候群健康教室への参加意向は 27%であった。不参加理由は“健康だから”、“都合がつかない”、“通院中”がそれぞれ 3分の 1 を占めた。対象者の医療受診状況は高血圧 18%、脂質代謝異常 5.5%、糖尿病 6.5%であったが、生活習慣改善教室を推奨されていても実際に参加している割合はその半数にみたなかった。

3) 野洲市

健診受診者 2,096 人のうち、肥満、高血圧、脂質異常症、耐糖能異常、喫煙のうち、1つでも危険因子を有する 179 名が保健指導の対象とされた。対象者全員に 3ヶ月間の健康教室を勧奨した。健康教室の参加率

は男性 5.5%、女性 19.4%であった。危険因子の個数は、1個、2個、3個、4個の順に 28.5%、39.1%、27.4%、5.0%であった。危険因子の個数別参加率は順に 17.6%、15.7%、12.2%、11.1%であり、危険因子が多いほど参加率が低かった。不参加者 152 名のうち、電話連絡ができた 86 名に不参加の理由をたずねたところ、「時間の都合」が 55%、「プログラムに興味が無い」が 27%であった。メタボリックシンドロームに関心があるかどうか尋ねたところ、42%は「関心がある」と答えたが、「3ヶ月以内に生活習慣の改善をしようと思う」割合は 5.9%にすぎなかった。

これらの調査から、健診の未受診理由としては、仕事などの時間の都合と同時に「自覚症状がなく健康だから」という生活習慣病の自然歴と病態についての理解が乏しいことが主な原因として示された。一方、保健指導への未受診理由としては、時間帯が合わないことや指導期間が長い等、時間の都合の要素がより大きい可能性がある。

パイロット調査の結果を踏まえて研究班としてある程度共通化した特定未受診者調査の問診票を作成した。ただし地域の特性や対象者の保険者、調査方法や対象者数が対象地域によって大きく異なっているため、基本的なベースは共通化したものの地域ごとの変更や選択肢の取捨選択は可能なものとした。基本問診票(郵送用の省略なしバージョン)を資料 1 に示した。

この調査票の一部もしくは全部に基づいて特定健診未受診者を対象として、大阪府吹田市、東京都小笠原村、長野県小海町、岩手県花巻市(大迫地区)、高知県高知市・梶原町、山梨県甲州市・南アルプス市、滋

賀県大津市の特定健診未受診者計3万人の調査を実施した。なお当初予定した地域に加えて医療費中位県として福島県只見町でも調査を実施した（一部はまだ実施中）。大阪府八尾市についても調査を準備中である。

主任研究者が直接関わった調査結果の概略を提示する（これも詳細は別途記載した）。対象としたのは大阪府吹田市の吹田研究対象者と滋賀県大津市である。吹田では国立循環器病センターのコホート研究（吹田研究）対象者のうち2008年11月末の未受診者1,925人に郵送で質問紙調査を行った。大津市では今まで特に基本健診受診率が低かった40～55歳の国保加入者9,750人を調査対象とした。それぞれ1,163人、1,313人から回答があった（大津市は2月末までの回収分）。両者のももとの集団特性はかなり異なっているが、調査結果からはかなり似通った特性が示された。すなわち健診未受診の理由としては、他機関での受診や医療機関での受療などを除くと、「自分は健康だから」、「時間の都合がつかない」と回答した者が多かった。特に前者の回答は無症状のうちに危険度評価を行うという特定健診の主旨が理解されていない可能性を示唆している。また医療機関での個別健診などで夕方や土曜日の受診機会は確保されているにもかかわらず、時間の都合がつかないと回答した者が多かったため、具体的な日時や時間についても別途明らかにしていく必要があると考えられた。また健診所要時間に対する許容範囲は非常に短く、待ち時間を含めて1時間未満と答えた者が吹田では6割、大津では8割を占めていた。分担研究者が実施した個々の調査の詳細については、本報告書中の分担研究報告に記

載されているためここでは詳述しないが、未受診理由はほぼ同様の傾向を示している。メタボリックシンドロームについては事前の国家的な宣伝がかなりなされておられ、その名称等の認識についてはどの地域でも90%を超えていた反面、未受診理由については地域を問わず今まで示したものとほぼ同様の傾向が示されつつある。

また八尾市でコホート研究のデータを再解析し、健診受診者と未受診者の循環器疾患発症率を比較し、受診者からの循環器疾患の発症率は未受診者に比し低いことを確認したが、引き続き観察期間の延長や他地域での検証を行う必要がある。

D. 考察

今年度の計画としては、前半に未受診理由に関するパイロット調査（基本健診時の実態調査）と健診受診者と未受診者の循環器疾患発症率の比較による啓発資料の作成を行い、後半は実際の特定健診・特定保健指導の未受診者調査を行う予定であった。

まず3市町で昨年までの基本健康診査や国保ヘルスアップ事業の未受診者の調査を行い、その結果を踏まえて特定健診未受診者調査票を作成した。そして特定健診の未受診者がある程度確定した時点で、大阪府吹田市、東京都小笠原村、長野県小海町、岩手県花巻市（大迫地区）、高知県高知市・梶原町、山梨県甲州市・南アルプス市、滋賀県大津市、福島県只見町の特定健診未受診者計3万人の調査を行うことができた。

しかしながら今回の制度変更に伴う保険者等での事務手続きの遅れから4月から特定健診を開始できた市町村は稀であり、早いところでも6月からの開始となった。ま

たデータの電子化に際してのシステムトラブルが全国的に発生し、保健指導対象者の選定と階層化の作業が遅延した。特に医療機関に委託して特定健診を実施している市町村の場合、データの電子化後に初めて保健指導対象者の氏名が確定するという状況のため、電子化の遅れがそのまま保健指導対象者の階層化の遅れとなっている。そのため特定健診の未受診者調査は何とか実施できたものの、特定保健指導の未参加者調査については年度内に調査を設定することができず、特定保健指導の実際の未参加者ではなく「もし特定保健指導への参加を呼びかけられたらどうするか」という仮定の設問で調査を実施した。これによりある程度の情報が得られたと考えているが、この結果は実際の特定保健指導未参加者での調査で追試検証される必要があり、次年度の課題となっている。

集団特性に合わせた未受診者対策を構築するという当初の目論見通り、一人あたり医療費や居住環境が異なる様々な地域での調査が実施できた。その意味で地域的な偏りのないわが国を代表するデータを収集できたと考えている。しかしながら浮かび上がって来た実態は、地域差などの特殊事情ではなく未受診に共通する全国的な特性であった。すなわちどの集団でも共通して、時間の都合と並んで、未受診の理由として「自分は健康だから」と回答した者が最も多く、無症状のうちに危険度評価を行って将来の病気（循環器疾患）の発症予防に役立てるといふ健診そのものの主旨が理解されていない可能性が示唆された。わが国の検診は結核検診から始まりがん検診の歴史も長い。1983年から始まった初期の基本健

診も重症高血圧の早期発見・早期治療に重点が置かれていた。そのため市民感覚としては未だ健診で治療が必要な「病気」を見つけてもらうという意識が強いと推測される。特定健診は現在の病気を見つけるものではなく、将来の発症可能性を判定するために実施しているということを周知していく必要がある。そのためにはNIPPON DATAリスクチャートのような個人の健康危険度評価が有用かもしれない。

また分担研究者が行っている循環器疾患の地域登録とコホート研究のデータを解析し、健診受診者と未受診者の循環器疾患発症率を比較した。その結果として受診者の発症率が非受診者よりも低いことが示されており、科学的には当然ながら選択バイアスの影響を考慮すべきであるが、特定健診等の受診の必要性を呼びかける際の啓発資料として有用と考えられた。

メタボリックシンドロームについては、制度導入前に大々的な国家的宣伝がなされたためその認知度は非常に高い。それにもかかわらず、ほぼ基本健診の未受診理由と同様の傾向が示されつつあり、制度が変わっても国民の意識の変容には至っていないことが示された。次年度は、今回の結果を研究者間で討議・分析し、その結果に基づいて受診率向上のための方策を開発・実施していく。

E. 結論

背景となる生活習慣や一人あたりの医療費は大きく異なるものの、今回調査した全国の8地域では特定健診の未受診理由はほぼ同一の傾向を示した。一方、メタボリックシンドロームの認知度は極めて高かった。

無症状のうちに危険度評価を行って将来の病気（循環器疾患）の発症予防に役立てるという健診そのものの主旨が理解されていない可能性が示唆され、健診本来の目的について市民啓発が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

（学会発表）

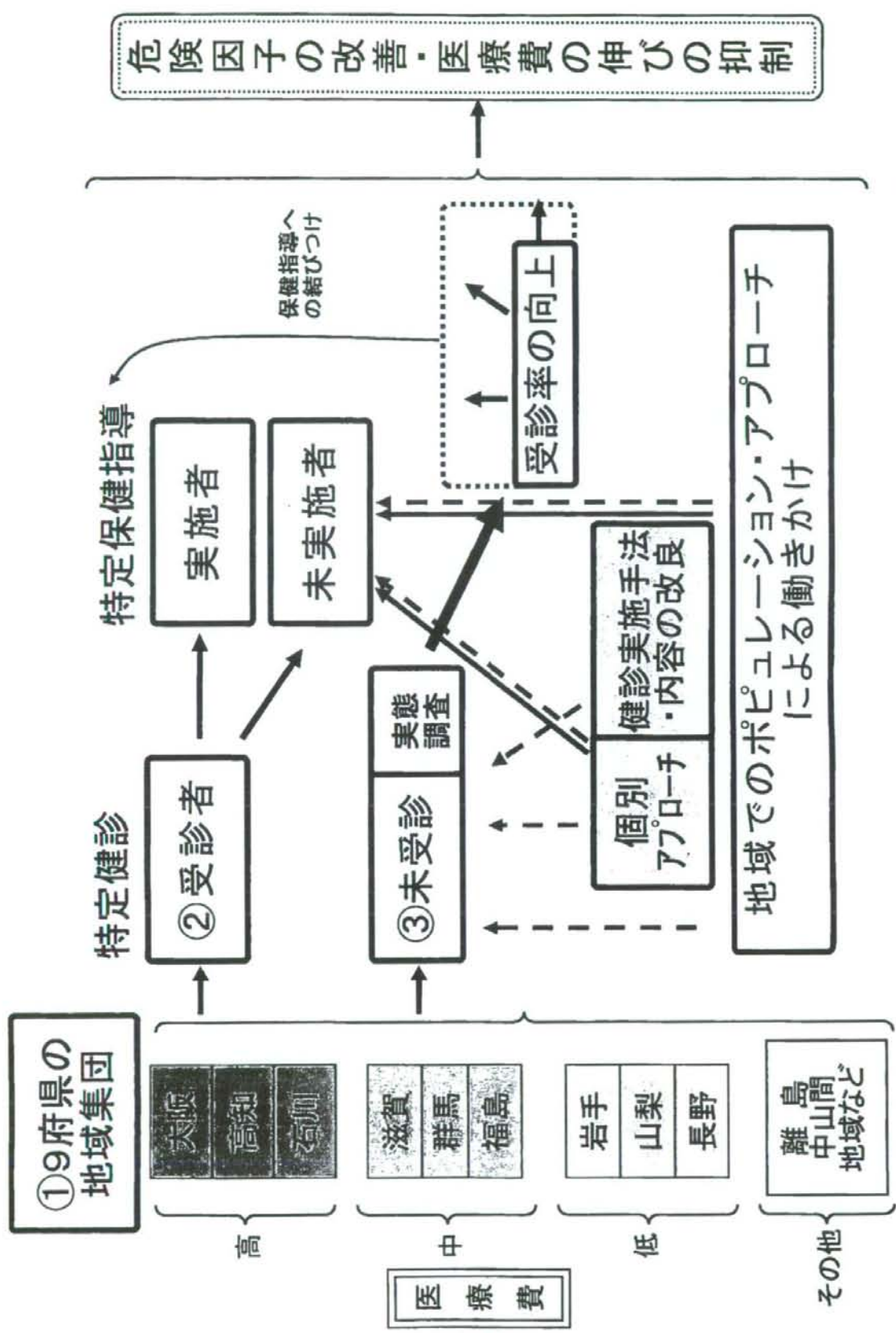
1. 山下亜希代、門脇崇、清水めぐみ、櫻井真汐、三浦克之、岡村智教、上島弘嗣。地域における健診後の健康教室未参加者についての検討。日本公衆衛生雑誌 2008; 55(10) 特別附録: 324
2. 米田志保子、門田文、田中太一郎、岡村智教、上島弘嗣。滋賀県K町における健康診査未受診者の特性と生活習慣改善に対する意識についての検討。日本公衆衛生雑誌 2008; 55(10) 特別附録: 350
3. 田口真里、門脇紗他佳、寶澤篤、岡村智教、上島弘嗣。滋賀県甲賀市国保加入者の健診未受診者の実態について。日本公衆衛生雑誌 2008; 55(10) 特別附録: 350

（論文発表）

1. 岡村智教。健診から介護に至る切れ目のない疾病管理。循環器疾患の診療指針（2009-2010）。中山書店（東京）、2009年（印刷中）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



【別紙】H21年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業
「未受診者対策を含めた健診・保健指導を用いた循環器疾患予防のための地域保健クリティカルパスの開発と実践に関する研究」
【H20-循環器等(生管)-009】研究代表者：岡村智敬

9. その他 ()

【10】健診の待ち時間と健診に要する時間の合計はどのくらいまでなら我慢できますか？

1. 30分未満
2. 30～1時間未満
3. 1時間～2時間未満
4. 2時間～3時間未満
5. 3時間～4時間未満
6. 4時間以上でも良い

【11】特定健診では、全員に問診、血圧測定、ウエスト計測、採血、尿検査などが実施されています。また詳細な健診項目（選択検査）として、安静時心電図検査と眼底検査が行なわれています。これ以外にどのような検査があったらいいと思いますか？（いくつでもお答え下さい。よくわからない場合は無理に○をつけなくても結構です）。

1. 頸部エコー検査（超音波で首の血管に動脈硬化がないかどうかを調べます）
2. 心エコー検査（心臓の動きや大きさを超音波で調べます）
3. 糖負荷検査（ブドウ糖の入った甘いサイダーのような液体を飲み、2時間後にどれくらい血糖値が上がるかを調べます）
4. 負荷心電図検査（検査室で心電図を付けたまま運動してもらい、運動中の心電図に変化がないかどうかを調べます）
5. 四肢血圧検査（横になって手と足の血圧を同時に測り、足の血管が詰まっていないかどうかを調べます）
6. 24時間血圧測定（腰に下げて持ち歩ける血圧計を貸し出して、1日の血圧の変化を測定します）
7. 24時間心電図測定（腰に下げて持ち歩ける心電計を貸し出して、1日の心電図の変化を記録します）
8. その他 ()

【12】あなたは今までに肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症などの改善のために、食生活の改善や運動を増やすなど生活習慣の改善を勧められたことがありますか？

1. ある
2. ない
3. 覚えていない

【13】設問12で生活習慣の改善を勧められたことがある人にお尋ねします。

それはどこで勧められましたか？（いくつでもお答え下さい）

1. 医院や病院（健診以外での受診時）
2. 市の健診・保健センター
3. 職場の健診
4. 人間ドック
5. 知人・家族
6. その他 ()

【14】 全員にお聞きします。あなたは今までに肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症などに関して食生活の改善や運動量を増やすための健康教室に参加したことがありますか？

1. ある 2. ない 3. 覚えていない

【15】 全員にお聞きします。

あなたは“メタボリックシンドローム”という言葉聞いたことがありますか。

1. 聞いたことがあります内容もある程度知っている 2. 名前だけ知っている
3. 聞いたことがない

【16】 全員にお聞きします。メタボリックシンドロームとは、肥満に血圧の上昇、血糖値の上昇、高脂血症などが重なって、脳卒中や心臓病などをおこしやすくなった状態です。もしあなたがメタボリックシンドロームと判定されたら、メタボリックシンドロームの予防や改善のための健康教室（保健指導や運動・栄養教室）が市で開催された場合、参加しようと思いませんか？

1. 思う 2. 思わない 3. よくわからない

<16-1> 「1. 思う」と答えられた方におたずねします。

健康教室（保健指導等）の参加に自己負担費用の支払いが必要な場合でも参加しようと思えますか？

1. 無料なら参加する
2. 費用が高くなければ参加する
→いくらくらいまでなら参加しようと思えますか？（ 円）
3. わかならい

<16-2> 「2. 思わない」と答えられた方におたずねします。

希望されない理由は次のうちどれですか？（いくつでもお答え下さい）

1. 特に自覚症状もなく健康だから 2. 仕事などで時間の都合がつかないから
3. 身体の調子が悪く外出できないから 4. いつも同じことしか言われないから
5. 医師にかかっているから 6. どうせ体重や血圧の改善につながらないから
7. 面倒だから 8. 生活習慣に干渉されるのは嫌だから
9. 会場が不便だから 10. その他（ ）