

## 中年期における特定健康診査の受診行動と 関連する要因の検討

ニシダ トモコ フナハシ ヒロコ サカキバラ ヒサタカ  
西田 友子\*1 舟橋 博子\*2 榊原 久孝\*3

**目的** 国民健康保険による特定健康診査の受診率向上を目指し、健診受診率の最も低い40～50歳代の特定健康診査対象者を対象に、健診受診に影響を与える要因を明らかにすることとした。

**方法** 愛知県A市の国保被保険者のうち、40～50歳代の特定健康診査対象者全員を対象とし、郵送による質問紙調査を行った。健診受診と関連する要因として、年齢、最終学歴、配偶者の有無、家族との同居、職業、経済状況、世帯収入、定期的な医療機関への通院、かかりつけ病院の有無、健康状態、心の健康状態（K6）、ソーシャルサポート、睡眠状況、朝食摂取、運動習慣、喫煙状況、飲酒習慣について検討した。回答が得られた660人（回収率25.2%）のうち、市町村国保以外で健診・人間ドックを受けている者は除外し、健診受診群263人、未受診群263人を対象に解析を行った。

**結果** 男女別に健診受診の有無と学歴や配偶者の有無、経済状況、生活習慣などの調査要因との比較を行い、関連がみられた項目を説明変数に用いて多変量ロジスティック回帰分析を行った。結果、男性では、配偶者の存在、かかりつけの病院があること、朝食を毎日食べることが健診受診行動に影響する要因であった。女性では、最終学歴が高いこと、かかりつけの病院があること、喫煙しないことが健診受診を高める要因であった。

**結論** 本研究では健診受診と関連する要因として、男性では配偶者の存在が影響することが明らかとなった。この結果から、男性の健診受診行動は配偶者など身近な者の影響を受けやすく、周囲からの勧めによって健診受診を促すことが出来ると期待される。今後、健診対象者本人への受診勧奨だけでなく、例えば夫婦や家族そろっての健診受診を勧めるなど、身近な者を通して受診を促すようなアプローチの検討も重要であると考えられる。また、本研究では、男女ともに、かかりつけの病院の存在が健診受診に関連していることが明らかになった。かかりつけ病院という身近な医療機関の存在は、予防行動を促し健診受診を高める要因になると考える。一方で、身近な医療機関のない者にも焦点を当てた、受診機会の拡大についても、今後検討が必要である。

**キーワード** 中年期、特定健康診査、受診行動、配偶者、かかりつけ病院

### I 緒 言

平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に実施義務が課

せられた特定健康診査・特定保健指導が行われている<sup>1)</sup>。この制度では、医療保険者に国の提示する目標値を達成することを求めており、平成24年度市町村国民健康保険（以下、国保）の

\*1 椋山女学園大学看護学部講師 \*2 元名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士前期課程

\*3 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻教授

特定健康診査（以下、特定健診）における目標受診率は65%である。しかし、厚生労働省が発表する平成21年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況<sup>2)</sup>によると、市町村国保の特定健診受診率は31.4%であり、目標受診率達成には程遠い。各年代の受診率をみると、40～44歳16.1%、45～49歳18.2%、50～54歳20.4%、55～59歳24.2%、60～64歳31.3%、65～69歳38.3%、70～74歳39.7%であり、特に40歳代および50歳代の受診率が低い状況にある。

健診受診者は未受診者に比べ、その後の死亡リスクが低いことが報告されている<sup>3)4)</sup>。市町村にとって健診受診を促進させる取り組みは、単に受診率向上の目的のみではなく、住民の健康増進のためにも重要な保健活動であると考えられる。働き盛りの年代である40～50歳代の健診受診をいかに促進するかは大きな課題である。

健診受診行動と関連する要因を検討する研究は、これまでにいくつか報告されている。健診受診の有無は、教育歴<sup>5)6)</sup>、経済状況<sup>6)</sup>、主観的健康感<sup>3)6)7)</sup>、生活習慣<sup>3)5)-7)</sup>などと関連があることが報告されている。健診受診者はソーシャルサポートを多く受けていることも報告されている<sup>8)</sup>。健診未受診の理由を調査した報告では、医療機関に通院しているため<sup>9)10)</sup>、自分は健康だから<sup>9)11)</sup>などの健康状態に関連する回答が多く、また、40～50歳代のような働き盛りの年代では、「仕事や家事が忙しい」「受ける時間・暇がなかった」<sup>10)11)</sup>など日常の忙しさを訴える回答も多く報告されていた。しかし、これらの研究結果は、高齢者を対象とした研究がほとんどであり、40～50歳代に焦点を絞ったものはなかった。特定健診は40歳から74歳と幅広い年齢を対象としており、その年代によって生活スタイルも健康状態も大きく異なる。

著者らは以前、働き盛りの年代である40～50歳代に注目し、健診未受診者の背景を調査し日本公衆衛生雑誌で報告している<sup>12)</sup>。その報告の中では、市町村国保被保険者のうち40～50歳代の特定健康診査対象者全員を対象に郵送による質問紙調査を行い、健診受診者と未受診者の特徴を述べた。国保特定健診における未受診とさ

れる者の中には、他で健診または人間ドックを受けている者が3割存在し、健診も医療機関も受診していない者は未受診者のうち4割であった。さらに、同じ健診未受診であっても、他で健診を受けていることや医療機関への通院の有無で、特徴が異なることが明らかになった。また性別によっても、健診未受診者の特徴は異なることを報告した。

本研究は、先に行った40～50歳代対象の調査結果をさらに分析し、健診受診者の特徴のうち何が強く関係しているのかを検討した。この結果は、健診受診率の低い40～50歳代に対して特定健診受診率向上のためのアプローチを検討する上で、有用な資料となると考える。

## Ⅱ 方 法

### (1) 調査対象

愛知県A市の国保被保険者のうち、平成22年度において年齢40～50歳代で、平成20年度および平成21年度の両年度に特定健診の対象であった2,624人全員を調査対象とした。A市国保における、特定健診実施体制は、個々に医療機関で健診を受ける個別健診方式で、健診費用は自己負担無料である。また、平成20年度、21年度の健診受診率は33.2%、40.1%であった。A市における平成20年度または21年度どちらかの特定健診を受診した384人、または両年度の健診を受診した346人を受診群（730人）として調査した。両年度ともA市の特定健診を受診しなかった1,894人を未受診群として調査した。

### (2) 調査方法

愛知県A市役所保険医療課に協力を依頼し、郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。対象者には、質問紙とともに郵送した調査依頼文書で、本研究の目的、質問紙への回答は任意であること、データは統計的に処理を行い個人が特定されないこと、また、本研究の目的以外で用いないことを説明し、返信をもって研究への参加の同意を得た。質問紙、返信用封筒ともに無記名とした。対象者の抽出、質問紙の配

布・回収についてはA市役所保険医療課が実施した。本調査では受診群・未受診群の対象者を正確に把握するために、受診群と未受診群への配布質問紙を分けて郵送した。なお、本研究は、名古屋大学医学部生命倫理委員会保健学部の承認を得た（承認番号10-133）。

### （3）項目

先行研究より健診受診の有無と関連がみられた項目を参考に、年齢、最終学歴、配偶者の有無、家族との同居、職業、経済状況、世帯収入、定期的な医療機関への通院、かかりつけ病院の有無、健康状態、心の健康状態（K6）、ソーシャルサポート、睡眠状況、朝食摂取、運動習慣、喫煙状況、飲酒習慣について調査し、健診未受診の説明変数として使用した。

K6は気分・不安障害などをスクリーニングするためにKesslerらによって開発された尺度であり<sup>13)</sup>、Furukawaらによって日本語版もつくられている<sup>14)</sup>。過去30日間の気分・不安障害の程度を全6項目5件法で求め（得点範囲0～24点）、高得点ほど気分・不安障害の可能性が高い。5点以上は気分障害の可能性が示唆されており、本研究でも5点以上を高得点群とした。

ソーシャルサポートはZimetらが開発し<sup>15)</sup>、岩佐らによって日本語版がつけられた「ソーシャル・サポート尺度」短縮版<sup>16)</sup>の質問を使用した。この尺度は、本来7件法を用いて回答するものであるが<sup>16)</sup>、本研究では、各項目に「はい」と答えた場合を1点とし、ソーシャルサポートの程度（範囲0～7点）を把握した。

未受診者において、国保特定健診以外の健診受診の有無を把握するために、未受診者用の調査項目に、最近2年間における個人または職場等での健診・人間ドック受診の有無について追加質問した。

### （4）対象データ

回答が得られたのは、健診受診者から263人（回収率36.0%）、未受診者から397人（回収率21.0%）、全体で660人（回収率25.2%）であった。先の研究でも報告したように<sup>12)</sup>、このうち

119人の未受診者は、A市国保の特定健診以外で健診や人間ドックを受診していると回答していた。本研究は、市町村国保の特定健診受診を促進する要因を明らかにすることを目的としているため、他で健診や人間ドックを受診している119人は本研究から除外した。また、健診・人間ドックや医療機関への受診について回答のない未受診者15人も本研究から除外した。解析は未受診群から除外者を除いた526人（健診受診群263人、未受診群263人）を対象に行った。

### （5）分析方法

はじめに、男女別に健診受診の有無と基本属性、経済状況、健康状態、生活習慣を、 $\chi^2$ 検定を用いて比較した。次に、 $\chi^2$ 検定で有意であった要因を説明変数として強制投入し、多変量ロジスティック回帰分析を行い健診受診に影響を与える要因を検討した。解析にはSPSS 14.0 for Windowsを用い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意であるとした。

## Ⅲ 結 果

健診受診と関連する要因を検討するために、男女別に健診受診の有無と学歴や配偶者の有無、経済状況、生活習慣などの調査要因との比較を行った（表1）。その結果、男性では健診受診と配偶者の有無、家族との同居、職業、世帯収入、かかりつけ病院の有無、ソーシャルサポート、朝食摂取、喫煙状況とで有意な関連がみられた。女性では、最終学歴、経済状況、かかりつけ病院の有無、睡眠状況、運動習慣、喫煙状況で有意な関連がみられた。

次に、これらの項目を説明変数に用いて多変量ロジスティック回帰分析を行った（表2）。結果、男性では、配偶者がいること（オッズ比（以下、OR）2.93、95%信頼区間（以下、95%CI）1.09-7.90）、かかりつけの病院があること（OR 2.47、95%CI 1.20-5.08）、朝食を毎日食べる（OR 3.24、95%CI 1.10-9.53）が健診受診行動に影響する要因であった。女性では、最終学歴が高いこと（中学vs.短大・専

表1 健診受診と基本的属性、経済状況、健康状態、生活習慣との関連（男女別）

(単位 人, ( )内%)

	男性			女性		
	受診群	未受診群	p	受診群	未受診群	p
年齢						
40～44歳	15 (15.0)	22 (18.5)	0.450	26 (16.2)	29 (20.9)	0.220
45～49	26 (26.0)	22 (18.5)		39 (24.4)	29 (20.9)	
50～54	24 (24.0)	36 (30.3)		31 (19.4)	37 (26.6)	
55～59	35 (35.0)	39 (32.8)		64 (40.0)	44 (31.7)	
最終学歴						
中学校	9 (9.1)	25 (21.0)	0.053	7 (4.3)	19 (14.5)	0.001
高等学校	32 (32.3)	37 (31.1)		57 (35.4)	60 (45.8)	
短大・専門学校	17 (17.2)	23 (19.3)		68 (42.2)	38 (29.0)	
大学以上	41 (41.4)	34 (28.6)		29 (18.0)	14 (10.7)	
配偶者						
有り	78 (81.2)	57 (49.6)	<0.001	115 (72.8)	88 (64.7)	0.171
無し	18 (18.8)	58 (50.4)		43 (27.2)	48 (35.3)	
家族との同居						
単身	8 (8.2)	25 (21.0)	0.015	8 (5.0)	7 (5.0)	1.000
同居家族あり	90 (91.8)	94 (79.0)		151 (95.0)	132 (95.0)	
職業						
自営業、正社員	81 (81.0)	66 (56.4)	0.001	57 (35.8)	49 (36.0)	0.208
パート・アルバイト・派遣等	5 (5.0)	14 (12.0)		53 (33.3)	34 (25.0)	
無職（専業主婦含む）	14 (14.0)	37 (31.6)		49 (30.8)	53 (39.0)	
経済状況						
苦しい	34 (34.7)	56 (47.9)	0.075	44 (28.2)	52 (38.0)	0.014
やや苦しい	30 (30.6)	35 (29.9)		38 (24.4)	43 (31.4)	
普通～ゆとりがある	34 (34.7)	26 (22.2)		74 (47.4)	42 (30.7)	
世帯収入						
100万円未満	7 (7.1)	19 (16.7)	0.001	14 (9.0)	16 (12.0)	0.230
100～300万円未満	22 (22.4)	40 (35.1)		33 (21.3)	36 (27.1)	
300～600万円未満	39 (39.8)	42 (36.8)		60 (38.7)	53 (39.8)	
600万円以上	30 (30.6)	13 (11.4)		48 (31.0)	28 (21.1)	
医療機関への定期通院						
有り	48 (48.0)	46 (38.7)	0.210	68 (43.0)	59 (42.4)	1.000
無し	52 (52.0)	73 (61.3)		90 (57.0)	80 (57.6)	
かかりつけの病院						
有り	74 (75.5)	66 (55.5)	0.003	127 (81.4)	84 (60.9)	<0.001
無し	24 (24.5)	53 (44.5)		29 (18.6)	54 (39.1)	
健康状態						
非常に健康	8 (8.0)	4 (3.4)	0.135	11 (7.1)	12 (8.7)	0.206
まあ健康	75 (75.0)	84 (71.2)		116 (74.4)	87 (63.0)	
あまり健康でない	16 (16.0)	24 (20.3)		23 (14.7)	31 (22.5)	
健康でない	1 (1.0)	6 (5.1)		6 (3.8)	8 (5.8)	
K6						
0～4点	64 (64.0)	64 (56.6)	0.340	91 (58.7)	65 (48.1)	0.093
5点以上	36 (36.0)	49 (43.4)		64 (41.3)	70 (51.9)	
ソーシャルサポート						
0～3点	9 (9.3)	32 (28.8)	0.001	11 (7.3)	19 (14.8)	0.125
4～6	33 (34.0)	37 (33.3)		41 (27.3)	30 (23.4)	
7点	55 (56.7)	42 (37.8)		98 (65.3)	79 (61.7)	
睡眠時間						
十分である	46 (46.0)	50 (42.0)	0.762	53 (33.8)	43 (30.9)	0.010
少し足りない	44 (44.0)	54 (45.4)		93 (59.2)	70 (50.4)	
かなり足りない	10 (10.0)	15 (12.6)		11 (7.0)	26 (18.7)	
朝食摂取状況						
食べない	7 (7.1)	21 (17.6)	0.001	6 (3.8)	12 (8.6)	0.122
週数回抜くことがある	8 (8.1)	24 (20.2)		18 (11.5)	21 (15.1)	
毎日食べる	84 (84.8)	74 (62.2)		133 (84.7)	106 (76.3)	
運動習慣						
運動している	30 (30.0)	34 (28.6)	0.934	55 (35.5)	33 (23.7)	0.039
していない	70 (70.0)	85 (71.4)		100 (64.5)	106 (76.3)	
喫煙状況						
吸っている	26 (26.3)	50 (42.0)	0.022	13 (8.3)	31 (22.3)	0.001
吸っていない	73 (73.7)	69 (58.0)		144 (91.7)	108 (77.7)	
飲酒習慣						
飲まない	28 (28.0)	51 (42.9)	0.060	85 (54.1)	82 (59.9)	0.086
週数回飲む	30 (30.0)	32 (26.9)		48 (30.6)	27 (19.7)	
毎日飲む	42 (42.0)	36 (30.3)		24 (15.3)	28 (20.4)	

注 1) p値は $\chi^2$ 検定の結果を示す  
 2) 欠損値は除く

門OR 4.38, 95%CI 1.52-12.66, 中学vs.大学OR 4.82, 95%CI 1.49-15.65), かかりつけの病院があること (OR 3.60, 95%CI 2.01-6.45), たばこを吸っていないこと (OR 2.34, 95%CI 1.08-5.06) が健診受診を高める要因であった。

#### IV 考 察

著者らは以前、国保被保険者のうち40~50歳代の特定健康診査対象者全員を対象に郵送による質問紙調査を行い、同じ国保健診未受診者の中にも、他で健診または人間ドックを受けている者や、健診は受けていないが医療機関へ通院

している者がおり、それぞれ特徴が異なることを報告した<sup>12)</sup>。その報告では、男性のうち、健診も医療機関も受診していない者は、健診を受診している男性と比べ、配偶者がいない者が多く、自営業や正社員として働いている者が少なく、世帯収入も少ないことを述べた。また、困ったときにそばにいてくれる存在がいないと答える割合が高く、この特徴は女性では見られず、男性特有の傾向であったと報告した。本研究は、この調査結果<sup>12)</sup>をさらに分析し、健診受診者の特徴のうちどのような要因が強く関係しているのかを検討した。その結果、男性では、配偶者の存在、かかりつけ病院の存在、朝食の摂取が健診受診行動と関連があり、女性では学歴、かかりつけ病院の存在、喫煙状況が関連することが明らかとなった。

表2 多変量ロジスティック回帰分析による健診受診行動の関連要因 (男女別)

	オッズ比	95%信頼区間	p
男性			
配偶者：無し	1.00		
有り	2.93	1.09-7.90	0.034
かかりつけの病院：無し	1.00		
有り	2.47	1.20-5.08	0.014
喫煙状況：吸っている	1.00		
吸っていない	1.69	0.82-3.50	0.157
家族との同居：単身	1.00		
同居家族あり	0.72	0.20-2.61	0.612
職業：自営業、正社員	1.00		
パート・アルバイト・派遣等	0.96	0.24-3.91	0.960
無職 (専業主婦含む)	0.75	0.23-2.41	0.629
ソーシャルサポート：0~3点	1.00		
4~6	1.72	0.53-5.57	0.363
7点	1.81	0.57-5.76	0.316
朝食摂取状況：食べない	1.00		
週数回抜くことがある	0.76	0.19-3.09	0.701
毎日食べる	3.24	1.10-9.53	0.033
世帯収入：100万円未満	1.00		
100~300万円未満	0.56	0.13-2.38	0.434
300~600万円未満	0.77	0.18-3.32	0.726
600万円以上	1.77	0.35-9.02	0.490
女性			
最終学歴：中学校	1.00		
高等学校	2.24	0.80-6.28	0.125
短大・専門学校	4.38	1.52-12.66	0.006
大学以上	4.82	1.49-15.65	0.009
かかりつけの病院：無し	1.00		
有り	3.60	2.01-6.45	< 0.001
睡眠時間：かなり足りない	1.00		
少し足りない	2.35	0.95-5.78	0.063
十分である	2.21	0.85-5.73	0.103
運動習慣：運動していない	1.00		
運動している	1.71	0.95-3.09	0.074
喫煙状況：吸っている	1.00		
吸っていない	2.34	1.08-5.06	0.031
経済状況：苦しい	1.00		
やや苦しい	0.85	0.44-1.65	0.630
普通~ゆとりがある	1.32	0.70-2.48	0.398

注 目的変数は未受診：0、受診：1とした

本研究では健診受診と関連する要因として、男性では配偶者の存在が大きく影響することが明らかとなった。先行研究でも、男性では配偶者をはじめとする身近な者の存在が、健診受診と関係することが報告されている<sup>8)17)</sup>。検診受診と身近な者の存在との関連を報告する研究では、男性を対象にがん検診受診に関連する要因を検討した結果、配偶者がいることは検診受診と関連していた<sup>17)</sup>。在宅高齢者を対象にした調査では、男性の検診受診者は親友や親密な親戚、近隣とより親密な関係を有する者の割合が高く、未受診者より手段的・情緒的サポートを多く受けていたことを報告し、この関連は女性では認められなかったことも報告している<sup>8)</sup>。また、男性における身近な者の存在は、健診受診だけでなく健康行動にも影響する。未婚男性と既婚男性の生活習慣や心血管系 (CVD) リスクを比べた研究では、既婚男性は未婚男性に比べ生活習慣が良くCVDリスクも低かったと報

告されている<sup>18)</sup>。高橋らの報告<sup>19)</sup>では、壮年期の男性では、生活習慣病予防に向けた健康行動の実施には精神的な支援者がいることが関連すると述べていた。これらのことから、男性にとって配偶者をはじめとする身近な者の存在や情緒的な支援者の存在は大きく、生活や健康へ影響を与える要因であると考えられる。

今回の結果から、男性は配偶者の存在に影響を受け、保健行動や健康管理への意識が高まり、健診を受診することが考えられる。これは、男性の健診受診行動は配偶者など身近な者の影響を受けやすく、周囲からの勧めによって健診受診を促すことが出来ると期待される。40歳代健診未受診者を対象にした高橋らの調査では、「今後、健診を受けるつもりだ」という受診意思には配偶者からの勧めが影響していたことを報告<sup>20)</sup>している。身近な者からの勧めは健診受診の促進に有効であり、今後、健診対象者本人への受診勧奨だけでなく、例えば夫婦や家族そろっての健診受診を勧めるなど、身近な者を通して受診を促すようなアプローチの検討も重要であると考えられる。

本研究では、男女ともに、健診受診にはかかりつけの病院の存在が関連していることが明らかになった。先行研究では、かかりつけ医がいることは予防スクリーニングの利用増加に関連していたと報告されている<sup>21)22)</sup>。また、竹内<sup>23)</sup>の健診受診と医療受診との関連を調査した結果では、健診受診者は未受診者に比べて外来受診率が多く、健診だけでなく医療機関も積極的に利用する傾向が報告されており、健診受診者には身近に受診しやすい医療機関である「かかりつけの病院」があることが予想される。これらのことから、かかりつけ病院という身近な医療機関の存在は、予防行動を促し健診受診を高める要因になると考えられる。

一方で今回の結果は、調査対象であるA市国保の健診実施体制が影響していることも考えられる。A市では、自己負担無料の個別健診体制を採用している。個別健診は、医療機関において健診受診者が、診療を目的として来院している患者に混ざって健診を受ける体制であり、健

診の日時や場所を指定せず、受診者の都合に合わせて自由に健診が受けられる。この体制は自分で医療機関に行き、受診するため、「かかりつけの病院」を持っている者にとっては受診促進になるだろう。しかし、身近な医療機関のない者にとっては自己負担無料であっても受診行動につながりにくく、かかりつけ病院の有無によって健診受診に差がでる結果となったと考える。国民健康保険中央会「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」の報告書<sup>24)</sup>では、特定健診の受診率向上の対策として個別健診と集団健診を組み合わせた受診機会の拡大が勧められている。若年・中高年層や有職者では、かかりつけ医を持つ割合は少ないことも報告されており<sup>25)</sup>、働き盛りの40～50歳代は、かかりつけ病院がなく、健診未受診にもなりやすいことが懸念される。今後、身近な医療機関のない者に焦点を当てた、受診機会の拡大について検討が必要である。

その他の要因として、男性では朝食の摂取、女性では学歴および喫煙状況が健診受診と関連があることが明らかになった。健診受診の有無と学歴に関しては、健診受診者のほうが教育歴<sup>5)6)</sup>が高いことが報告されている。本研究では、男性においては明らかな影響要因としては出てこなかったが、女性において先行研究と同様の傾向がみられた。生活習慣については、先行研究でも健診受診者で健康な生活習慣の者が多いことが報告されている<sup>3)5)7)</sup>。本研究では、男性では朝食摂取、女性では喫煙状況という要因が、健診受診行動と関連する要因として出てきたが、健康に関心がある者は、良好な生活習慣を送りやすく、健診も受診する傾向にあることが考えられる。

本研究の限界として、調査は郵送による質問紙調査で行っており、結果が自己申告のため実際の状況と違う可能性もある。また、調査の回収率が低く、健診受診者および未受診者の状況を正確に捉えられているかには限界がある。40～50歳代の健診未受診者の多い年代に焦点を当てているため、調査回収率も低くなってしまいうという面はあるだろう。本調査の回収率をみて

も、健診受診者よりも健診未受診者のほうが回収率は低く、生活の安定した調査に協力しやすい者のみの結果である可能性も考えられる。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03d-1.pdf>) 2013.2.11.
- 2) 厚生労働省. 平成21年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000neou-att/2r985200000neqb.pdf>) 2013.2.11.
- 3) 中野匡子, 矢野順子, 安村誠司. 基本健康診査未受診の高齢者における生命予後へのリスク要因の検討. 厚生指標 2006; 53(3): 26-32.
- 4) Ikeda A, Iso H, Toyoshima H, et al. The relationships between interest for and participation in health screening and risk of mortality: the Japan Collaborative Cohort Study. Preventive medicine 2005 41: 767-71.
- 5) 吉田祐子, 岩佐一, 権珍瑛, 他. 都市部在住高齢者における介護予防健診の不参加者の特徴 介護予防事業推進のための基礎資料(「お達者健診」)より. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55: 221-7.
- 6) 平松誠, 近藤克則, 平井寛. 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因 社会経済的因子に着目して. 厚生指標 2009; 56(3): 1-8.
- 7) 三鸞雄, 岸玲子, 江口照子, 他. 在宅高齢者の健診受診行動と関連する要因 社会的背景の異なる三地域の比較. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50: 49-61.
- 8) 三鸞雄, 岸玲子, 江口照子, 他. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の健診受診行動の関連性 社会的背景の異なる三地域の比較. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 92-104.
- 9) 久保田和子, 大久保孝義, 佐藤陽子, 他. 岩手県花巻市における特定健診未受診者の未受診理由と健康意識. 厚生指標 2010; 57(8): 1-6.
- 10) 後藤めぐみ, 武田政義, 開沼洋一, 他. 特定健診未受診者へのアンケート調査からみた未受診の要因と対策. 厚生指標 2011; 58(8): 34-9.
- 11) 渡辺美鈴, 臼田寛, 谷本芳美, 他. 国民健康保険加入の特定健康診査未受診者の年齢別未受診理由について. 厚生指標 2012; 59(3): 14-9.
- 12) 舟橋博子, 西田友子, 岡村雪子, 他. 中年期における特定健康診査未受診者の特性. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60: 119-27.
- 13) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. Psychological medicine 2002; 32: 959-76.
- 14) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International journal of methods in psychiatric research 2008; 17(3): 152-8.
- 15) Zimet GD, Powell SS, Farley GK, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of personality assessment 1990; 55: 610-7.
- 16) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性 中高年者を対象とした検討. 厚生指標 2007; 54(6): 26-33.
- 17) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T, et al. Socio-economic status and cancer screening in Japanese males: Large inequality in middle-aged and urban residents. Environmental health and preventive medicine 2007; 12(2): 90-6.
- 18) Kamon Y, Okamura T, Tanaka T, et al. Marital status and cardiovascular risk factors among middle-aged Japanese male workers: the High-risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) study. Journal of occupational health 2008; 50(4): 348-56.
- 19) 高橋和子, 工藤啓, 山田嘉明, 他. 生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連. 日本公衆衛生雑誌 2008 55: 491-502.
- 20) 大橋由基, 渡井いずみ, 村嶋幸代. 壮年期国保被保険者における特定健診未受診者の受診意思 家庭訪問・個別面接を通して. 日本地域看護学会誌 2012; 15(2): 64-72.
- 21) Qi V, Phillips SP, Hopman WM. Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. BMC Public Health 2006; 6: 275.
- 22) Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, et al. Factors affecting use of preventive tests for cardiovascular risk among Greeks. International journal of environmental research and public health 2009; 6: 2712-24.
- 23) 竹内清美. 老人保健事業による基本健康診査受診と国保医療費との関連. 日本衛生学雑誌 2002; 56: 673-81.
- 24) 国民健康保険中央会. 市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会「特定健診・保健指導の実施に関するワーキンググループ報告書」([http://www.kokuho.or.jp/statistics/an\\_hoken.html](http://www.kokuho.or.jp/statistics/an_hoken.html)) 2013.2.11.
- 25) 松嶋大, 岡山雅信, 松嶋恵理子, 他. 住民がかかりつけ医を持っていない割合とその特性. 厚生指標 2009; 56(11): 22-5.