

## 基本健康診査受診者の受療行動の解析

—軽症疾患，高血圧，糖尿病，肝疾患を対象として—

小柳 玲子\*<sup>1</sup> 平野 亙\*<sup>2</sup> 川口 毅\*<sup>3</sup>

### I はじめに

昭和58年に老人保健法が制定され10年を経て，基本健康診査（以下基本健診）をはじめとする各種老人保健事業が広く全国の市町村において実施されている。平成6年度の老人保健事業報告に報告された基本健診受診者数は全国で981万人を数え，受診率は対象者の36.0%となっている<sup>1)</sup>。基本健診は，二次予防対策として疾病の早期発見・早期治療に重要な役割を担っているが，同時に住民の健康に対する意識を高め，より健康的な生活に向かわせるという一次予防機能を合わせもっている。

基本健診がその目的を達成するためには，健診受診率の向上および精度向上とともに，健診受診によって住民が健康に対する関心や意識を高め，日常生活の中に予防的行動を惹起し，さらには疾病に罹患した際にも早期発見・早期治療の観点からその受療行動の態様に変化をもたらすことが重要である。したがって，疾病に罹患した際の受療行動に健診受診が与える影響を知ることは，健診の効果を評価する観点からも重要である。

山口らは，住民健診受診者について受診後の受療行動を約1年間にわたり追跡調査をおこなった結果，高血圧性疾患では継続受診が多いこと，新規受診者のうち健診後の精査のために医療機関を受診した者の割合は経過の長い慢性疾患において多く，早期発見として

の役割を達成しやすいことを報告している<sup>2)</sup>。また小笹らは，国保加入者について成人健康診査受診後の受療行動をレセプトを用いて追跡調査し，健診受診の有無により受療行動に差があることを報告している<sup>3)</sup>。さらに成人健康診査の受診者について，受診経験の有無による比較研究や受診行動の変化にもとづいた比較研究を行ない，健診受診者の健康に対する意識が未受診者に比較して高いことを示す報告もある<sup>4)</sup>。

関山らは，1年間の国保レセプトを用いて，基本健診受診前後の医療費を分析し，健診以後の期間にかかった医療費が，健診前の受療の有無別にみても健診受診者と未受診者の間で差があることを報告している<sup>5)</sup>。このほか，健診受診行動やその後の受療行動についての調査や報告がなされているが<sup>6)7)8)</sup>，これらはいずれも健診の主な対象となる疾病について，健診受診とその後の受療行動を追跡調査しているものであり，健診の直接の対象疾患でない軽症疾患（上気道炎，腰痛など）についての受療行動を，健診の前後で追跡した研究はみられない。

そこで本研究においては，国保レセプトを用いて健診受診前後1年間の受療状況を追跡調査し，健診受診が軽症疾患や高血圧，糖尿病ならびに肝疾患の患者の受療行動に与える影響を明らかにすることを目的として検討を行った。

\* 1 昭和大学医学部公衆衛生学教室研究員

\* 2 同講師

\* 3 同教授

## II 方 法

### (1) 調査地区と調査期間

調査地区は神奈川県のア町とした。A町は人口41,789人(平成5年3月末現在)で、神奈川県の北部中央に位置し長い間純農村であったが、近年は東京、横浜に勤務する人々のベッドタウンとなっている。人口も年々増加し、老年人口割合8.8%(平成5年)と全国平均に比べ若い所帯が多い町<sup>9)</sup>である。調査期間は平成4年6月から平成5年5月までの1年間とした。

### (2) 調査対象および調査内容

調査期間中に調査地区に居住した40歳以上70歳未満の住民15,343人のうち、国民健康保険加入者5,177人を調査対象とした。その内訳は表1に示した如く、男2,638人(50.9%)、女2,539人(49.1%)であった。このうち平成4年9月から11月の3カ月間に実施された老人保健法による健診を受診した者は1,352人であった。なお、健診方式は医療機関に委託した施設健診である。

調査対象者のレセプト31,231件より性、年齢、傷病名および請求点数などを所定の調査票に転記しコンピュータに入力した。健診結果については、平成4年度基本健診受診者の健診結果(総合判定と病名)をコンピュータに入力し、レセプト情報とリンケージした。

### (3) 用語の定義

健診の行われた平成4年9月から11月までの期間より前の3カ月間(平成4年6月から8月)に、軽症疾患、高血圧、糖尿病および肝疾患を主傷病とする国保レセプトのある者を「受療歴あり」、レセプトのない者を「受療歴なし」とした。つぎに平成4年9月から平成5年5月までの間に上記4疾患を主傷病とするレセプトのある者を「受療あり」、ない者を「受療なし」とした。

健診結果は、医師による総合判定で「異常

表1 性・年齢階級別(40~69歳)人口および国保加入者

	総 数	40-49歳	50-59	60-69
全 住 民 数	15 343	7 386	5 091	2 866
総 男	8 108	3 932	2 727	1 449
女	7 235	3 454	2 364	1 417
国保加入者				
総 数	5 177	1 649	1 572	1 956
男	2 638	881	745	1 012
女	2 539	768	827	944

なし」「要観察」「要指導」「要医療」のいずれかに区分される。上記4疾患の病名もしくは疑い病名のついたものを「異常あり」とした。なお軽症疾患とは、社会保険表章用99項目疾病分類表(疾病、傷害および死因統計分類基本分類・中分類に準拠)の呼吸系疾患(50急性上気道感染、51急性および詳細不明の気管支炎、52慢性副鼻腔炎、53アレルギー性鼻炎、55インフルエンザ、58その他の呼吸系の疾患)、消化系疾患(60胃および十二指腸潰瘍、61胃炎および十二指腸炎、68その他の消化系の疾患)、筋骨格系及び結合組織の疾患(85腰痛症、87肩の障害)に該当する主傷病名を持つものとした。

主傷病名の選択基準は、医師または専門家がレセプトを読み、処方された治療薬および治療内容から見て最も妥当性のある傷病名を選択した。傷病名が決定しにくい場合には国民健康保険で用いている選択基準、すなわち①最も重篤な傷病、②最も金額のかかった傷病、③第一傷病名(レセプトの先頭に書かれた傷病名)の順序で1つ選択した。

### (4) 受療行動の調査と解析

調査対象者5,177人を、上述の4疾患おのこのについて、健診前3カ月間の当該疾患による受療歴の有無別に、健診受診の有無と健診結果によって、図1-1~図1-4に示した18群に分け、健診後の9カ月間における当該疾患による受療(入院・入院外別)の有無を追跡した。各群ごとに、健診受診後の受療行動を入院受療、入院外受療および受療なしの3群に分け、各群で入院受療(以下入院)また

は入院外受療（以下通院）のあった患者数の割合（%）を入・通院率とした。健診期間以前の受療歴の有無は、健診後の受療行動に影響を及ぼすことが予想されたため、各疾患とも、

受療歴のある場合とない場合に分けて検討を行なった。なお、平均および出現率の差の検定にはt検定および $\chi^2$ 検定を用い、有意水準を5%とした。

図1-1 健診以前の受療歴・健診受診の有無別・健診開始後9ヵ月の受療行動（軽症疾患）

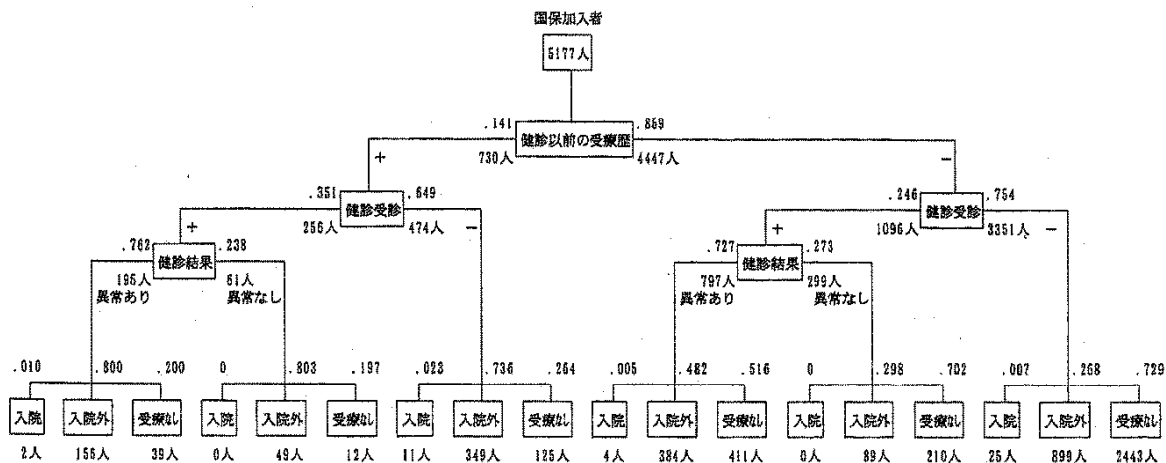


図1-2 健診以前の受療歴・健診受診の有無別・健診開始後9ヵ月の受療行動（高血圧性疾患）

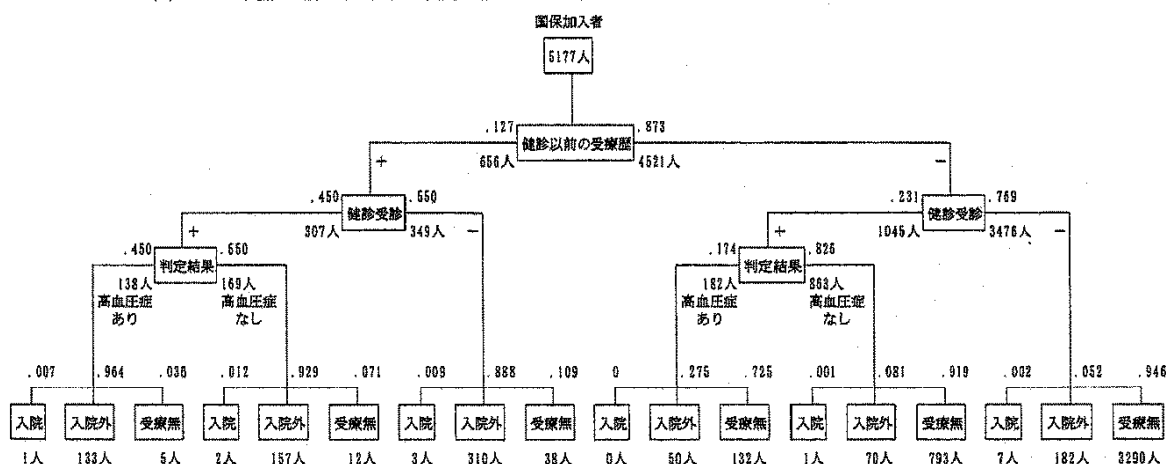


図1-3 健診以前の受療歴・健診受診の有無別・健診開始後9ヵ月の受療行動（糖尿病）

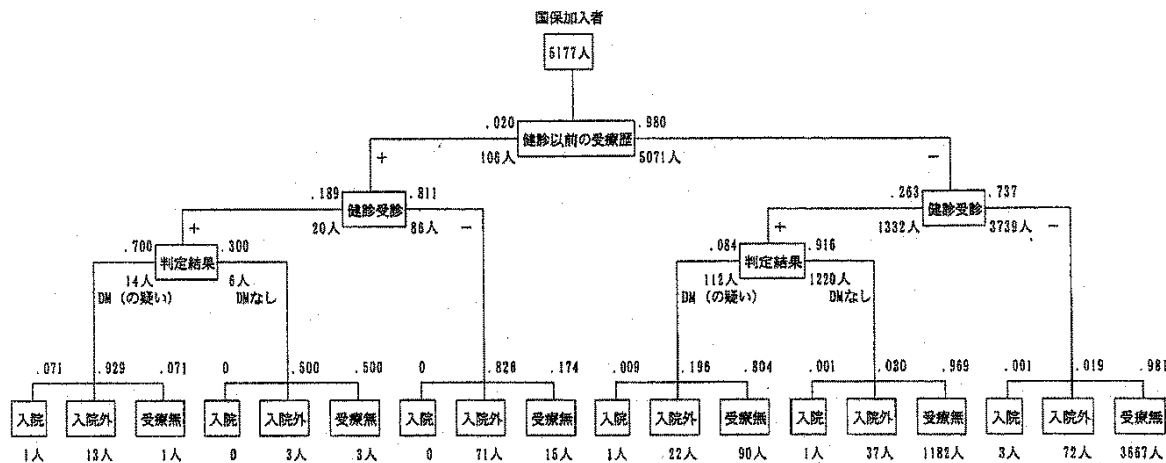


図1-4 健診以前の受療歴・健診受診の有無別・健診開始後9ヵ月の受療行動(肝疾患)

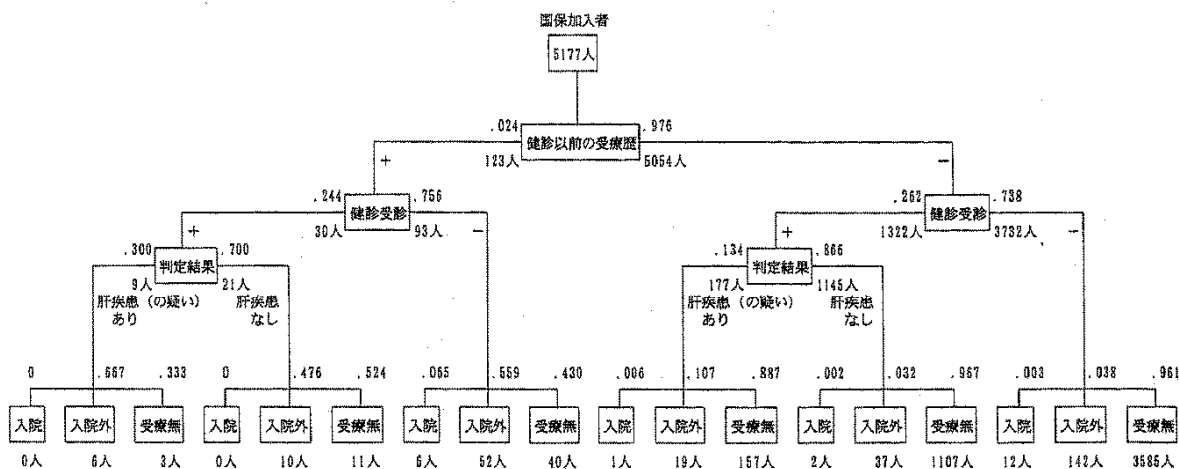


表2-1 軽症疾患の受療歴の有無別・健診受診の有無別・結果別の人数と入・通院率

群	人数	入・通院者	重複受診者	入・通院率
HC (+)	195	156	2	80.0
HC (-)	61	49	—	80.3
Hc	474	349	11	73.6
hC (+)	797	386	2	48.4
hC (-)	299	89	—	29.8
hc	3 351	908	16	27.1

注 HC (+) : 受療歴あり, 健診受診 (異常あり)  
 HC (-) : 受療歴あり, 健診受診 (異常なし)  
 Hc : 受療歴あり, 健診非受診  
 hC (+) : 受療歴なし, 健診受診 (異常あり)  
 hC (-) : 受療歴なし, 健診受診 (異常なし)  
 hc : 受療歴なし, 健診非受診

表2-2 高血圧の受療歴の有無別・健診受診の有無別・結果別の人数と入・通院率

群	人数	入・通院者	重複受診者	入・通院率
HC (+)	138	133	1	96.4
HC (-)	169	157	2	92.9
Hc	349	311	2	89.1
hC (+)	182	50	—	27.5
hC (-)	863	70	1	8.1
hc	3 476	186	3	5.4

表2-3 糖尿病の受療歴の有無別・健診受診の有無別・結果別の人数と入・通院率

群	人数	入・通院者	重複受診者	入・通院率
HC (+)	14	13	1	92.9
HC (-)	6	3	—	50.0
Hc	86	71	—	82.6
hC (+)	112	22	1	19.6
hC (-)	1 220	38	—	3.1
hc	3 739	72	3	2.0

### III 研究結果

#### (1) 軽症疾患

##### 1) 受療歴のある群

図1-1に示した如く、国保加入者5,177人のうち健診前3ヵ月間に上気道炎や腰痛症など軽症疾患の受療歴のある群は730人(14.1%)で、そのうち健診を受診した者は256人(35.1%)であった。健診の結果、高血圧や肝疾患など何らかの異常が認められた者は195人(76.2%),「異常なし」と判定された者は61人(23.8%)であった。表2-1は、国保加入者全員の群ごとの入・通院率を示したものである。受療歴のある群は表中のHC(+), HC(-)およびHcである。

健診受診の有無別(表3)および健診結果の異常の有無別(図2-1)に、健診後9ヵ月

表2-4 肝疾患の受療歴の有無別・健診受診の有無別・結果別の人数と入・通院率

群	人数	入・通院者	重複受診者	入・通院率
HC (+)	9	6	—	66.7
HC (-)	21	10	—	47.6
Hc	93	53	5	57.0
hC (+)	177	20	—	11.3
hC (-)	1 145	38	1	3.3
hc	3 732	147	7	3.9

間の各群の受療率を比較したが、いずれも有意差は認められなかった。

2) 受療歴のない群

図1-1に示した如く、国保加入者5,177人中、健診前3カ月間に軽症疾患の受療歴のない者は4,447人(85.9%)であった。このうち健診を受診した者は1,096人(24.6%)で、「異常あり」とされた者は797人(72.7%)、「異常なし」と判定された者は299人(27.3%)であった。群ごとの入・通院率は、表2-1のhC(+), hC(-)およびhcに示される。

健診を受診し、「異常あり」とされた797人の通院率は48.4%、「異常なし」であった299人の入・通院率は29.8%で、有意差(P<0.001)が認められた(図2-2)。また健診非受診者3,351人の入・通院率27.1%は、「異常あり」の者の入・通院率48.4%に比べ有意に(P<0.001)低く、さらに健診受診者全体の入・通院率43.4%と比べても有意に(P<

0.001)低かった(表3)。

(2) 高血圧性疾患

1) 受療歴のある群

図1-2に示した如く、健診前3カ月間に高血圧性疾患の受療歴のある者は656人(12.7%)であった。このうち健診受診者は307人(45.0%)であり、さらに「高血圧あり」と判定された者は138人(45.0%)、「高血圧なし」と判定された者は169人(55.0%)であった。国保加入者の群ごとの入・通院率を表2-2に示す。受療歴のある群は表中のHC(+), HC(-)およびHcである。

「高血圧あり」と判定された138人の入・通院率は96.4%、「高血圧なし」と判定された169人の入・通院率は92.6%で、有意差は認められなかった(図2-1)。

健診非受診者349人の入・通院率は89.1%で、「高血圧あり」の者の入・通院率96.4%に比べ有意に(P<0.05)低く、さらに健診受診者全体の入・通院率94.5%と比較しても有意に(P<0.05)低かった(表3)。

2) 受療歴のない群

図1-2に示した如く、健診前3カ月間に高血圧性疾患の受療歴のない者は4,521人(87.3%)であった。このうち健診受診者は1,045人(23.1%)で、さらに「高血圧あり」と判定された者は182人(17.4%)であった。これに対して健診の結果「高血圧なし」と判定された者は863人(82.6%)であった。群ごとの入・

表3 疾患別・受療歴の有無別・健診結果別にみた入・通院率

	健診 非受診群	健診受診群		
		総 数	異常あり	異常なし
軽症疾患				
受療歴あり	73.6	80.1	80.0	80.3
受療歴なし	27.1	43.3***	48.4***	29.8
高血圧症				
受療歴あり	89.1	94.5*	96.4*	92.9
受療歴なし	5.4	11.5***	27.5***	8.1**
糖尿病				
受療歴あり	82.6	80.0	92.9	50.0
受療歴なし	1.9	4.5***	19.6***	3.1*
肝疾患				
受療歴あり	57.0	53.3	66.7	47.6
受療歴なし	3.9	4.4	11.3***	3.3

注 非受診者に対するχ<sup>2</sup>検定結果：  
\* P<0.05 \*\* P<0.01 \*\*\* P<0.001

図2-1 疾患別にみた健診結果別の入・通院率  
-受療歴ありのものについて-

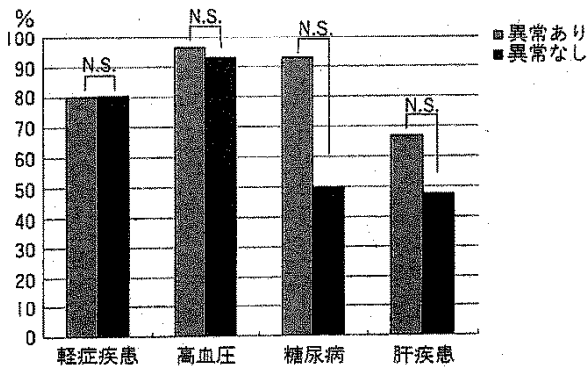
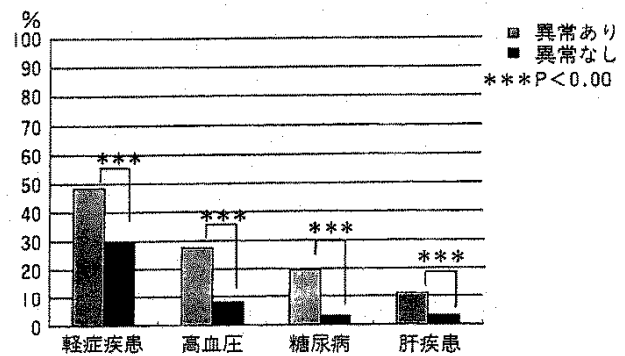


図2-2 疾患別にみた健診結果別の入・通院率  
-受療歴なしのものについて-



通院率は、表2-2のhC(+), hC(-)およびhcに示される。

健診で「高血圧あり」と判定された182人の入・通院率は27.5%であったのに対し、「高血圧なし」と判定された863人の入・通院率は8.1%と低く、有意差が認められた ( $P < 0.001$ ) (図2-2)。

健診非受診者3,476人の入・通院率は5.4%で、「高血圧あり」の者の入・通院率27.5%に比べ有意に低く ( $P < 0.001$ )、さらに「高血圧なし」の者の入・通院率8.1%より有意に ( $P < 0.01$ ) 低かった (表3)。

### (3) 糖尿病

#### 1) 受療歴のある群

図1-3に示した如く、健診前3カ月間に糖尿病の受療歴のある者は106人(2.0%)であった。このうち健診を受診した者は20人(18.9%)で、さらに「糖尿病(疑いを含む)あり」と判定された者は14人(70.0%)、「糖尿病なし」と判定された者は6人(30.0%)であった。国保加入者全員の群ごとの入・通院率を表2-3に示す。受療歴のある群は表中のHC(+), HC(-)およびHcである。

「糖尿病あり」と判定された14人の入・通院率は92.9%、「糖尿病なし」と判定された6人の入・通院率は50.0%であったが、両者の間に有意差は認められなかった (図2-1)。

健診非受診者86人の入・通院率と、健診受診者の入・通院率との間に有意差は認められなかった (表3)。

#### 2) 受療歴のない群

図1-3に示した如く、健診前3カ月間に糖尿病の受療歴のない者は5,071人(98.0%)であった。このうち健診受診者は1,332人(26.3%)で、さらに「糖尿病(疑いを含む)あり」と判定された者は112人(8.4%)、「糖尿病なし」と判定された者は1,220人(91.6%)であった。群ごとの入・通院率は、表2-3のhC(+), hC(-)およびhcに示される。

「糖尿病あり」と判定された112人の入・通院率は19.6%であり、「糖尿病なし」と判定さ

れた1,220人の入・通院率3.1%との間に有意差 ( $P < 0.001$ ) が認められた (図2-2)。

健診非受診者3,739人の入・通院率は1.9%で、「糖尿病あり」の者の入・通院率19.6%に比べ有意に低く ( $P < 0.001$ )、さらに「糖尿病なし」の者の入・通院率3.1%より有意に ( $P < 0.05$ ) 低かった (表3)。

### (4) 肝疾患

#### 1) 受療歴のある群

図1-4に示した如く、健診前3カ月間に肝疾患の受療歴のある者は123人(2.4%)であった。このうち健診を受診した者は30人(24.4%)で、さらに「肝疾患(疑いを含む)あり」と判定された者は9人(30.0%)、「肝疾患なし」と判定された者は21人(70.0%)であった。表2-4は、国保加入者全員の群ごとの入・通院率を示し、受療歴のある群は表中のHC(+), HC(-)およびHcである。

「肝疾患あり」と判定された9人の入・通院率は66.7%で、「肝疾患なし」と判定された21人の入・通院率(47.6%)との間に有意差は認められなかった (図2-1)。

健診非受診者93人の入・通院率と、健診受診者の入・通院率の間には有意差が認められなかった (表3)。

#### 2) 受療歴のない群

図1-4に示した如く、健診前3カ月間に肝疾患の受療歴のない者は5,054人(97.6%)であった。これらのうち健診を受診した者は1,322人(26.2%)であった。その結果、「肝疾患(疑いを含む)あり」と判定された者は177人(13.4%)、「肝疾患なし」と判定された者は1,145人(86.6%)であった。群ごとの入・通院率は、表2-4のhc(+), hc(-)およびhcに示される。

「肝疾患あり」と判定された177人の入・通院率は11.3%であったが、「肝疾患なし」と判定された1,145人の入・通院率は3.3%で、両者の間には有意差 ( $P < 0.001$ ) が認められた (図2-2)。

健診非受診者3,732人の入・通院率は3.9%

で、「肝疾患あり」の者の入・通院率11.3%に比べ有意に低かったが ( $P < 0.001$ ), 健診受診者全体の入・通院率4.4%との間には有意差が認められなかった (表3)。

#### IV 考 察

本研究の結果、健診の対象疾患 (高血圧、糖尿病、肝疾患) では、受療歴のある者の (健診受診後の) 入・通院率は、高血圧を除いて健診受診者と非受診者で有意差がなかった。同様のことは関山らの報告でも指摘されており<sup>9)</sup>、健診受診以前から受療していた者は、健診を日頃の受療行動の中に取り込んでいることが推察され、健診結果にもあまり左右されることなく通院を続けるものと考えられる。一方、受療歴のない者では、健診の結果「異常あり」と判定された者の入・通院率は、3疾患とも健診非受診者に比較して有意に高く、健診結果を契機に医療機関を受診した住民がいることが確認された。

しかしながら、健診以前の受療歴がない受信者の多くは、健診で異常が発見されても医療機関で受療しないことが明らかになった。姜逸群らは成人病健診で高血圧と判定された者102名の追跡調査の結果、1カ月以内に医療機関で受診したものが43%であったことを報告している<sup>10)</sup>。本研究においても、受療歴のない場合、健診で「異常あり」とされた者が、健診後に医療機関で受療する割合は11~27%と低く、健診結果が住民に活用されていない可能性が示唆された。健診で異常ありといわれ、人はなぜ医療機関へ行かないのであろうか? その原因として考えられるのは、①健診後の医療機関への受診が本人に確実に伝えられていない、②本人が医療機関への受診の必要性を理解していないかもしくは無視している、③「異常あり」という判定に、あまり緊急を要しないレベルのものが含まれている、等である。前2者、健診後の情報伝達ないしは受信者の認識の問題に関しては、フィールドワークで追跡調査を行う他確かめる方法は

ないが、足達らは健診結果説明時の紹介状発行により、成人健康診査後の受療指示に対するコンプライアンスが改善したことを報告しており<sup>6)</sup>、健診後のフォローアップがその後の受療行動に及ぼす影響が小さくないことを示唆している。

判定レベルに関しては、どうであろうか。今回の観察集団では、医療機関による施設健診が実施されており、要医療、要指導、要観察の区分が医師に一任されている。その区分の基準が明確でないため、これらをすべて一括して「異常あり」と分類して解析を行った関係上、同じ「異常あり」の中に症状や緊急度の異なる患者が存在することは推定できる。しかしながら、関山らは本調査と同地区・同期間の健診情報から、循環器疾患の受療歴のない群では、「要医療」と判定された者に限っても、わずか32.7%しか健診後医療機関を受診していないと報告している<sup>9)</sup>。今回の3疾患においても「要医療」と判定された者の受療行動が、異常の認められた者全体の行動と異なることは想定しにくく、彼らの受療行動が健診後の情報伝達ないしは受診者の認識に影響されていることを疑わせるものと考えられる。このことは、今後の老人保健法に基づく健診のあり方について、ひとつの問題提起となるものと考えられる。

健診が対象とする疾患でない軽症疾患 (上気道炎、腰痛など) に関する受療行動をみると、受療歴のある者では健診対象疾患と同様に、健診受診者と非受診者の入・通院率に有意差がなかった。しかし受療歴のない者では、健診で「異常あり」の判定を受けた場合に軽症疾患の入・通院率も高くなっていた。このことは、健診を受診したことが、その後の保健行動の中で一般に医療機関受診の動機を高めるような影響を及ぼした可能性が考えられた。松尾らも住民総合健診を行うことにより保健意識が向上したことを報告している<sup>11)</sup>。

その一方で、健診を受診する者は疾病を持つ者が多く、もともと健康に関心が高くて、医療機関を多く利用する傾向があるという報

告もある<sup>4)12)</sup>。また小笹らは国保レセプトを利用して老人健診受診者群と非受診者群を比較し、健診受診者群に対象外の疾病に罹患している者の受診が多い傾向がみられることを報告している<sup>13)</sup>。本研究はこれらの点を考慮して、健診前3カ月間の受療の有無別に健診後の受療行動を追跡したものであるが、健診受診群のうち軽症疾患での受療歴のある率18.9%に対して、健診非受診群のうち受療歴のある率は12.4%と、先行研究と同様に、健診受診群のほうが受療歴のある割合が高かった。このことから、日頃医療機関を利用する習慣のある人は、健診の機会もよく利用するとも推察され、健診受診と日頃の受療行動のいずれが他方の誘因であるかは定かではない。健診受診が医療機関の活用頻度を実際に高めるか否かは、時系列的な研究が必要であり、今後さらに長期にわたる観察等を重ねる必要があると思われる。

健診受診及びその後の受療行動に影響を及ぼす要因については、Breslowらの「セルフケアとしての保健行動をよく行う者では予防的な受診(健診や歯科受診)の回数も多くなる」という報告<sup>14)</sup>や、垣内らの「健診をよく受ける者はよりセルフケアに心がけ、高血圧の症状も軽い<sup>15)</sup>」という報告がある。柏崎らは、健診を受診するかどうかは、本人の日常的な疾患への対処の方法や年齢、職業、出生地による違いが大きく影響していることを報告している<sup>16)</sup>。今回の分析では、例数が十分でないことから、観察対象の属性による補正を行っていないが、今後、より大きな集団を用いて、性・年齢等の属性別にみた受療行動を解析する必要があるだろう。

小川らは、基本健康診査の未受診者の追跡調査の結果から、未受診者のなかには自覚症状のあるものが多いこと、なかでも40歳代ではセルフケア行動が実行できていないものが多く、健康状態も良くなかったことを報告している<sup>17)</sup>。海外においても、E.Smithらが、高血圧を指摘された患者が以後に継続して受診するかどうかには、年齢や教育レベルの差が

強く影響していることを報告している<sup>18)</sup>。さらに山本らは国保レセプトを利用して、医療機関の多受診世帯においては健診受診率も高いことを報告しているが<sup>19)</sup>、この点に関しては今回我々の調査結果においても、継続受診者の健診受診率が非継続受診者に比較して高かったことと一致する。なお本研究を行ったA町における健診は、全て医療機関に委託される施設健診であることから、「かかりつけ医」による継続受診が多かったものと推察される。

本研究の結果、健診受診が住民の受療行動に何らかの影響を与える可能性のあることが示唆された。今後地域保健事業を推進する上で、健診受診率の一層の向上をはかることも大切であるが、事後指導・事後管理の体制を整備していくことも大切である。そのためにも、個人の健康に対する意識や教育が、健診後の受療行動にどの様に影響しているのかについて、さらに詳細な研究が行なわれる必要がある。また、今回の調査は1地域における国保加入者の悉皆調査であり、レセプトもすべて1年分解析してあるが、人口4万人余りの小集団であり、国保加入者からなる解析対象者も5,177人であるため、標本の変動が大きいと思われる。したがって、より大きな人口規模における解析が必要であろう。

#### 参考文献

- 1) 厚生統計協会, 厚生指標, 国民衛生の動向; 43(9): 123-126, 1996.
- 2) 山口直人, 大久保利晃, 舟谷文男他, 住民健診受診者のその後の受療行動に関する追跡調査, 日本公衛誌; 37(4): 281-287, 1990
- 3) 小笹晃太郎, 東あかね, 渡辺能行他; 検診受診行動と医療受療行動の関連, 日本公衛誌; 40(12): 1111-1118, 1993.
- 4) 小笹晃太郎; 成人健康診査受診者の特徴 第1報 受診経験の有無による比較研究, 日衛誌; 43(5): 995-1003, 1988.
- 5) 関山昌人, 平野 互, 渡辺由美他; 老人保健事業によ



- る基本健康診査と医療費の関連—循環器疾患について。日本公衛誌：43(11)：965-973, 1996.
- 6) 足達淑子, 松本久美子, 入沢由美子：保健所における成人健康審査後の受療指示に対するコンプライアンスと紹介状の効果：日本公衛誌：36(7)：413-419, 1989.
- 7) 佐藤林正, 園田恭一, 岡村純：集団健診の受診行動にかかわる社会的要因の分析(その1) 社会属性との関連。日本公衛誌：26(10)特別附録：555, 1979.
- 8) 佐藤林正, 園田恭一, 岡村純：集団健診の受診行動にかかわる社会的要因の分析(その2) 自覚症状, 健康感, 疾病感との関連。日本公衛誌：26(10)特別附録：556, 1979.
- 9) 愛川町民生部保健衛生課：平成6年度保健衛生年表1994.
- 10) 姜逸群, 吉田享, 川田智恵子他：高血圧要医療と判定された者のその後の受診行動の要因—認識と実態の次元からの検討—。日本公衛誌：34(10)特別附録：327, 1987.
- 11) 松尾弘文, 杉村巖, 小西行夫他：鷹栖町における住民総合健診をとおしてのプライマリ・ヘルスケアの確立。日農医誌：36(2)：71-78, 1987.
- 12) 小笹晃太郎：成人健康診査受診群の特徴 第2報 受診行動の変化にもとづいた比較研究。日衛誌：43(5)：1004-1012, 1988.
- 13) 小笹晃太郎, 東あかね, 渡辺能行他：成人健康診査受診者の医療背景に関する研究。日衛誌：44(4)：856-862, 1989.
- 14) Berkman LF, Breslow L, Wingard D.: Health practice and mortality risk: Health and ways of living Ed. by LF Berkman and L Breslow. Oxford University Press Inc, New York & Oxford, pp.61-112, 1983.
- 15) 垣内博成, 垣内孝子, 松原勇：老人健診受診状況別にみた高血圧患者の受療状況の検討。公衆衛生：55(1)：35-37, 1991.
- 16) 柏崎浩, 守山正樹, 佐藤洋他：人々の受診行動と関連する要因は何か：地域健康診断受診者と未受診者の比較—宮城県野々島住民の場合—。日本公衛誌：29(9)：358-391, 1982.
- 17) 小川三重子, 平山朝子, 山岸春江他：基本健康診査未受診者の健康と生活行動。千葉大学看護学部紀要：14：17-25, 1992.
- 18) Smith, E., Curb, J., Hardy, R., et al.: Clinic attendance in the hypertension detection and follow-up program. Hypertension：4(5)：710-715, 1982.
- 19) 山本澄子, 長谷川かず江, 本郷温子：某地区における多受診者, 無受診者の現状—受療状況, 健康意識調査から—。厚生指標：37(5)：38-43, 1990.

■ 発売中

表示は本体価格です。  
定価は別途消費税が  
加算されます。

1997年 国民衛生の動向 ……2,000円

1997年 国民の福祉の動向 ……1,700円

1997年 保険と年金の動向 ……1,700円

財団法人 厚生統計協会

〒106 東京都港区六本木5-13-14  
TEL 03-3586-3361