

特定非営利活動法人 日本医療政策機構 循環器病プロジェクト

循環器病の早期発見・早期介入に向けた 健診の実効性向上をめざして

一働く世代の健診後の受療行動に関する調査を踏まえ一

2026年8月

目次

はじめに	2
提言	
視点1:エビデンスに基づく健診後の受診勧奨の推進	5
視点2:優先的に介入すべき対象者の精緻化とデータ連携基盤の整備	6
視点3:職域における受療支援体制の強化	7
視点4:健診後の受療支援を支える基盤としての健診の質の均てん化	8
調査結果「循環器病のリスクを指摘された働く世代の健診後の受療行動に関する調査」	
サマリー	10
調査概要	12
調査方法	14
調査結果	16
謝辞	39

はじめに

はじめに

日本における循環器病対策は、2019年に施行された「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」を基盤として着実に推進されてきた。2020年の第1期循環器病対策推進基本計画の策定以降、各都道府県において地域の実情に応じた計画が整備され、2025年度までに47都道府県で脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業が展開されるなど、医療提供体制や相談支援体制の整備も具体化しつつある。一方、循環器病は自覚症状に乏しいまま進行しやすいことから、重症化予防のためには、こうした体制整備とあわせて、リスクの早期把握と早期介入の実効性を高めていくことが重要である。とりわけ健康診断・健康診査(以降、健診)は、循環器病のリスクを早期に把握し、適切な医療につなぐための重要な入口である。しかし、健診を受けた後に必要な受療へ確実につながる仕組みは、十分に確立されているとは言い難い状況にある。健診の実施率向上に加え、健診後の受療までを一連のプロセスとして捉え、その実効性を高める視点が不可欠である。

近年の大規模データ分析により、働く世代の健診で心房細動が発見された場合、将来の脳梗塞による入院リスクが約5倍、心不全による入院リスクが約18倍に達することが示されている¹⁾。また、健診で重症化ハイリスクと判定された者が3か月以内に早期受診した場合、未受診者に比べて脳卒中や心不全による入院リスクが有意に低下することも明らかになっている²⁾。さらに、こうしたハイリスク者の66%が1年以内に医療機関を受療していないという報告³⁾もあり、健診で把握されたリスクが、その後の受療や重症化予防に十分に結び付いていない実態が示されている。一方で、こういった課題に対応する研究として、国民健康保険被保険者を対象としたクラスターランダム化による大規模介入研究の成果があげられる。健診で把握された高度ハイリスク者に対して、保健師による計画化された保健指導が医療機関への受療をより大きく促進したことが立証され、血圧や血糖値のコントロールの改善につながったことが示唆された⁴⁾。このように、健診受診後の受療における課題は、受診勧奨の内容や伝え方、受療行動を促す導線設計、データ連携基盤、職域における受療支援体制、そしてそれら基盤となる健診の質の確保など多岐にわたっている。個人の意識や行動の問題のみに帰せられるものではなく、制度と運用の両面にまたがる課題として捉える必要がある。

こうした背景を踏まえ、日本医療政策機構は、循環器病における健診後の受療に関する課題の整理と解決策の検討を目的として、患者・当事者、医療従事者、自治体、企業等へのヒアリングを実施するとともに、30～59歳の働く世代を対象として、循環器病に関する健診後の受療行動を後押しする要因を把握するための調査を実施した。さらに、これらのヒアリング・調査で得られた知見をもとに、産官学民の有識者による会合を開催し、多角的な観点から健診後の受療のフェーズにおける課題と対応策に関する議論を行った。これらを踏まえ、本提言は、1)エビデンスに基づく健診後の受診勧奨の推進、2)優先的に介入すべき対象者の明確化とデータ連携基盤の整備、3)職域における受療支援体制の強化、4)健診後の受療支援を支える基盤としての健診の質の均てん化、という4つの観点から実行可能な対応策を示すものである。健診を単なる受診機会にとどめず、早期発見から早期介入、重症化予防へとつながる実効的な仕組みへと高めていくことが、今後の循環器病対策において重要である。本提言が、自治体、保険者、企業、医療機関をはじめとする関係者の連携や地域とのつながりを促し、健診後受療の実効性を高める具体的な制度設計と運用改善につながることを期待する。

*本提言における「受療」とは、健診で要再検査・要精密検査・要治療等の指摘を受けた者が、その後に医療機関で再検査・精密検査・診察・治療等を受ける行動を指す。

1) Mori, Y., Sawano, M., Kohsaka, S., Tsugawa, Y., Yanagita, M., & Fukuma, S. (2025). Screening-detected atrial fibrillation and cardiovascular outcomes in working-age adults. *Circulation*, 152(19), 1338–1347.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.125.074433> <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.125.074433>

2) Dong, J.-Y., Iso, H., Muraki, I., Tanaka, M., & Imano, H. (2024). Timing of clinic visits after health checks and risk of hospitalization for cardiovascular events and all-cause death among the high-risk population. *Atherosclerosis*, 388, 117409.
<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117409> <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117409>

3) 磯博康. (2022). 生活習慣病の重症化ハイリスク者における医療機関受療による予防効果に関するコホート研究 [中間報告]. 第8回協会けんぽ調査研究フォーラム プログラム抄録集 (pp. 8–9). 全国健康保険協会.

4) Iso, H., Noguchi, M., Yokoyama, T., Yoshida, T., Saito, I., Shintani, A., Sairenchi, T., Nishizawa, H., Imano, H., Kitamura, A., & Shimomura, I. (2023). Effect of a community-based program to accelerate referral to physicians for individuals at high-risk of lifestyle-related diseases: A cluster randomized trial. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 30(1389), 1389–1406.
<https://doi.org/10.5551/jat.64100>

The background is a solid green color. It features several sets of thin, white, wavy lines that flow from the top right towards the bottom left, creating a sense of movement and depth. On the left side, the Chinese characters '提言' (Tíyán) are written in white, positioned next to a short vertical white line.

提言

視点 1

エビデンスに基づく 健診後の受診勧奨の推進

健診後の早期受療を促す勧奨手法のエビデンスを構築し、 自治体や保険者の特性・ニーズに応じた実装を強化すべきである

循環器病は無症状のまま進行しやすく、健診結果を通知するだけでは受療行動に結び付きにくいことがこれまでも指摘されている。こうした背景を踏まえ、現在、厚生労働省等からは健診後の受診勧奨に関する基準や文例が示されており、自治体をはじめとする保険者の現場でも受診勧奨の取組が進められている。一方で、当機構が今回実施した調査結果からも明らかに、健診後の受療を妨げる要因は、対象者の属性や生活環境によって大きく異なる。そのため、今後、健診後の受療をより実効的に進めるためには、一律的な対応にとどまらず、どのような情報提示や支援手法が、どのような対象者に有効であるかを明らかにし、そのエビデンスを自治体や保険者が活用しやすい形で整理し、実装につなげていくことが重要である。

1-1

心理的・物理的・経済的な受診障壁を踏まえた、 行動変容を促す情報提示と受療支援の在り方に関するエビデンスを構築する

現在、特定健康診査については国が示す「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」等に基づく基準に従い受診勧奨が行われており、判定区分に応じた結果伝達と医師の判断を踏まえた受診勧奨の枠組みが示されている。しかしながら、健診結果通知の多くは検査数値や簡易的な判定結果の羅列にとどまり、健診受診者に総合的な将来リスクが直感的に伝わりにくい。本調査でも、指摘内容の意味を理解していない層や、すぐに対応すべき健康課題として受け止めていない層の存在が一定程度確認された。加えて、循環器病の原因となる高血圧、高血糖や脂質異常症などは無症状のまま進行しやすく、痛みや違和感が伴わないこと自体が危機感の欠如を生み、受診行動を阻む心理的障壁となる。また、健診後の受診を阻む要因は個人の意識のみならず、加入している保険種別や医療機関への受診可能性を規定する居住環境等によっても異なる。本調査からは、被用者保険の本人層は、就労時間内に再検査を受けられることを重視する一方、国民健康保険の加入者層は、医療機関の探し方や受診までの導線への支援ニーズが相対的に高いことが示唆された。また、居住地の規模によっても重視される要素に違いがみられた。さらに、健診の結果を誰が伝えるか、費用の目安が示されているか、将来リスクがどう提示されるか、就労時間内で受診できるか、といった要素が受療行動のきっかけとして重視されることが示された。こうしたことから、健診後の受診勧奨については、これまでの受診促進や受療に関する多様な研究・検証を踏まえつつ、対象者の特性に応じてどのような情報提示や受療支援が最も行動変容につながるのかを検証し、エビデンスとして蓄積していくことが求められる。

1-2

構築したエビデンスを自治体や保険者の特性に応じて実装し、 継続的な運用改善につなげる

健診受診後の行動変容を効果的に促すには、前述のエビデンスに基づく受診勧奨が現場で実装され、機能する必要がある。しかし、自治体や職域の保険者が実施する健診後の受診勧奨事業では、対象者の属性、地域や職域の特性に応じた手法の使い分けが十分に進んでおらず、一律的な対応にとどまる例が少なくない。今後は、自治体や保険者が、地域、職種、事業者規模などの加入者特性に応じて柔軟に受診勧奨を実施できるよう、活用しやすい形でエビデンスを整理し、モデル事業やガイド等を通じて普及を図ることが重要である。実装にあたっては、市町村国保ヘルスアップ事業等の既存の財源や枠組みを循環器病領域でも積極的に活用し、エビデンスに基づく受診勧奨手法を対象事業として位置づけていくことが求められる。その上で、実施結果を評価し、PDCAサイクルに沿って運用体制を継続的に見直すことで、健診後の早期受療につなげていくことが期待される。

視点 2

優先的に介入すべき対象者の精緻化とデータ連携基盤の整備

優先的に介入すべき対象者を明確化し、受療勧奨を支えるデータ連携基盤を整備すべきである

健診後の受療勧奨を積極的に進める上では、勧奨方法の工夫に加え、限られた人的資源と財源の中で、誰に優先的に介入すべきかを見極める視点が不可欠である。現行制度でも受診勧奨判定値は設けられており、自治体や健康保険組合等の保険者の中には健診後の受診勧奨事業を積極的に実施している例もみられる。一方で、人材・財政的資源の制約等から、十分な対応が難しい保険者も少なくない。こうした状況を踏まえると、効果的かつ効率的な受療勧奨をするためには、二つの課題に一体的に取り組む必要がある。一つは、循環器病の重症化予防の観点から、現行基準が十分に検証をし、対象者やリスクに応じた層別化およびその検討を進めることである。さらに二つ目として、その判断を支える健診データや受療情報について、医療機関、自治体、職域保険者などの間の情報連携を強化し、必要なデータに迅速にアクセスして介入の可否を的確に判断できる環境を整えることである。

2-1 現行の受診勧奨基準の検証を通じ、優先的に介入すべき対象者を精緻化する

近年では、健診で循環器病のリスクを指摘された者に対する受診勧奨事業を積極的に実施する市区町村もみられる⁵⁾一方で、未受療である者へ一律に受診案内を行う場合も少なくない。限られた人的資源と財源の中で重症化予防の効果を最大限に高めるためには、健診で異常が認められた者のうち、誰をより優先して医療につなぐべきかをより明確化する必要がある。そのため、現行の受診勧奨判定値について、その設定根拠や関連する診療ガイドラインとの整合性に加え、併存疾患や生活背景などの個人のリスク因子を踏まえた運用の在り方も含めて、循環器病の重症化予防の観点から十分かを検証するとともに、対象者のリスクに応じた勧奨基準の多段階化や優先順位付けの考え方について、さらなる検討が求められる。

2-2 医療機関と自治体間のデータ連携を電子化し、人的資源を重点化する

循環器病に関する受診勧奨の重点対象者を適切に選別・支援するためには、その前提として、個人の健診データが電子的に管理され、活用できる仕組みが不可欠である。しかし、診療における検査データは電子化、個票管理が義務付けられていないことや、これらのデータを健診データとして活用する「みなし健診」制度においても、医療機関からのデータ回収が紙や個別対応に依存する場合も散見され、自治体の事務負担を増加させる一因となっている。本来であれば未治療者やハイリスクな重点対象者への個別支援に振り向けるべき人的資源が、こうした事務処理に圧迫されている状況にある。このため、診療・健診データの電子化、および医療機関と自治体間のデータ連携の電子化を加速させ、健診結果や受療状況を効率的に把握できる体制を整えることが急務である。こうした整備を進めることで、早期介入が必要な者への働きかけに資源を重点化することが可能となる。

2-3 転職・退職に伴うデータ分断を解消し、保険者間の連携を強化する

継続的に健康状態を把握する上で、加入保険の移動に伴うデータの分断は大きな課題である。転職や退職等に伴い保険者が変わること、健診結果や受療履歴を含む個人の健康情報が継続的に引き継がれにくい現状は、ハイリスク者への円滑かつ継続的な受診勧奨や状況把握を難しくしている。こうした課題への対応には、保険者の枠を超えたデータ連携が不可欠である。特に、国民健康保険を担う自治体と、協会けんぽ等の全国規模の被用者保険とが連携し、マイナ保険証の活用促進も含めて、健診データとレセプトデータを継続的に共有・活用できる基盤を、国が主導して整備していくことが求められる。

5) 厚生労働省,(2025). 令和6年度国保ヘルスアップ(支援)事業 先進的モデル事業事例集. <https://www.mhlw.go.jp/content/001463828.pdf>

職域における受療支援体制の強化

職域における健診後受療を進めるため、 企業規模や働き方に応じた支援体制を整備すべきである

働く世代の多くは、職域を通じて健診の機会を得ている。その後の受療行動も職場環境の影響を大きく受けるため、職域は循環器病の予防と早期受療を支える重要な基盤である。現行制度においても、保険者の取組を評価する枠組みは一定程度整備されているが、職域では企業、保険者、産業保健スタッフの役割が分かれているため、健診後の受療支援が必ずしも一体的に運用されているとは限らない。さらに、企業規模によって産業保健資源や支援体制に大きな差があり、とりわけ小規模事業者では独自の取組に限界がある。こうした中で、企業と保険者の連携を強化し、就労と両立可能な受療支援体制を整備するとともに、業界団体や公的産業保健資源、既存の連携基盤を活用しながら、企業規模にかかわらず実行可能な支援モデルを職域全体に普及させていくことが求められる。

3-1 健康経営とデータヘルスの連動を強化し、就労と両立可能な受療支援体制を整備する

働く世代が多くの時間を過ごす職域は、循環器病予防と早期受療を支援する重要な基盤である。本調査でも、被用者保険の本人層において、「再検査の時間」の確保が受療行動に大きく影響しており、就労との両立が受療の鍵となることが示唆された。現行制度においても、後期高齢者支援金の加算・減算制度の総合評価指標の一つとして、「医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率」が位置付けられており、健診後の受療につなげる取組を評価する枠組みが設けられている。一方、職域においては、健診で異常を指摘されても、忙しさや自覚症状の乏しさから受療に至らない場合があるほか、就労時間内に受診しにくいこと、企業と保険者の連携体制や産業医・産業保健スタッフの関与の在り方が事業所間で異なることなどから、受診勧奨が必ずしも実際の受療に結び付いていない実態がある。このため、企業と保険者が連携し、人事部門、産業保健スタッフ、保険者の役割分担や情報連携のルールを明確化した上で、就労時間内に受療できる運用や受療しやすい導線を整備することが求められる。また、保険者の評価においても、受療結果の把握にとどまらず受療関連指標の比重を高め、受療促進に向けたインセンティブを強化することも欠かせない。これらを加速させるには、企業の取組成果を可視化し、経営層がその効果を経営面から把握・納得できるようにすることが重要である。そのためには、疾患リスクへの寄与度等の長期的なアウトカム指標に加え、短中期的な指標を併用し、効果を早期に確認できるような工夫も必要である。

3-2 中小企業を含む職域全体で実行可能な受療支援モデルを整備し普及させる

中小企業、とりわけ小規模な事業者では、人材や資金の制約から産業保健体制が手薄になりやすく、独自に受療支援体制を整備することが難しい場合が多い。日本の企業の大多数を中小企業が占め、中でも小規模事業者が多い⁶⁾ことを踏まえると、職域全体で健診後の受療促進の取り組みを底上げするには、産業保健資源の乏しい小規模事業者を重要な対象と位置づける必要がある。その際、個々の事業者の取組だけに委ねるのではなく、保険者・業界団体・企業間の連携を活用し、企業規模にかかわらず実施可能な仕組みを構築することが求められる。その方策の一つとして、従業員の健康リスクを業界特有のリスクや損失として捉え、業界団体を通じて展開することがされており、業種の特性に応じた取組が進んでいる。こうした枠組みは、同様の条件を備える他の業種へも横展開していく余地が大きい。あわせて、小規模事業者を支えるうえでは、既存の公的産業保健資源を活かすことも欠かせない。産業保健総合支援センター及び地域産業保健センターは、労働者50人未満の事業場を対象として、健康診断結果に基づく健康管理の指導・助言等を無料で提供しており、小規模事業者への受療支援を担う公的インフラとして位置づけられる。一方で、独立行政法人労働者健康安全機構が令和6年度に実施した調査では、回答した業界団体の85.9%がセンターを「知らない」と回答しており⁷⁾、業界団体を通じたセンターへのアクセスは十分に機能していない可能性がある。小規模事業者が個別にセンターを利用することもできるが、それだけでは職域全体への普及にはつながりにくい。そのため、業界団体をセンターへの入口の一つと位置づけ、その周知と活用促進を両者が連携して進める体制づくりが望まれる。さらに、こうした取組を職域全体へと広げるには、好事例や実践知を共有する既存基盤を活かすことが重要である。健康経営優良法人認定事務局ポータルサイトでは、各企業の好事例が集約・発信されているほか、業界や職種、企業の枠を超えてアカデミアとも連携するプラットフォームとして、健康経営アライアンスが設立されている。こうした発信基盤や連携の場を活かし、データ利活用のノウハウ、有効な介入方法、業種に応じた受療促進の運用モデルを職域全体で共有・展開できる環境づくりを着実に進めていく必要がある。

視点 4

健診後の受療支援を支える基盤としての 健診の質の均てん化

健診後の受療支援を支える基盤として、 健診の質の均てん化を進めるべきである

健診後の受療支援を着実に進めるためには、前述の支援体制の整備に加え、その前提となる健診結果が受診先にかかわらず一定の水準で得られ、継続的な判断や支援に活用できる環境を整えることが重要である。今回の調査でも、健診施設の種別は様々ではなく、健診専門施設や地域の医療機関など、多様な受診先が確認された。こうした受診先の多様性を踏まえると、健診の質の均てん化を進めることは、前述の提言を実効的に進めるための共通基盤として重要である。そのため、既存の認定制度や精度管理の枠組みの活用に加え、医療DXの進展を通じた健診データの活用を進めることで、健診の質の均てん化を一層推進していくことが求められる。

4-1 既存の認定制度や精度管理の枠組みを活用し、健診の質を確保する

優先して医療につなげる人を判断するための健診結果については、一定水準の質を確保し、受診先にかかわらず活用可能なものとすることが重要な前提となる。また、健診を受ける施設の設備、健診医の専門性や体制も異なる中、受診先にかかわらず一定水準の健診精度を確保できる環境を整えることが重要である。日本総合健診医学会や日本人間ドック・予防医療学会等は、健診施設の認定制度や精度管理に関する取組を実施しており、今後は、こうした既存の枠組みをさらに広く活用していくことが期待される。あわせて、認定制度や精度管理の取組について、自治体、保険者、受診者に対する周知を進めることも、質の高い健診の普及を後押しするうえで有用である。

4-2 経年比較を含む健診データの活用を進め、医療DXを通じた現場での利活用を促進する

健診結果は、複数年度にわたる推移を踏まえて把握することで、より適切なリスク評価に資することが期待される。マイナポータルを通じた特定健診情報等の経年推移の閲覧が進展することにより、年度によって健診先が異なっても、データ連携を通じた経年的な把握が可能となりつつある。一方で、検査特性によって活用可能性には差があり、血圧値や血液検査結果といった数値データは判定結果のみからでも推移を把握しやすいが、心電図のように波形そのものの参照が診断上重要となる検査では、現状の判定結果のみの蓄積では活用が限定的である。そのため、検査特性に応じたデータ共有の在り方を検討していくことが必要である。加えて、データ基盤の整備を進めるだけでなく、蓄積された健診データが実際のリスク評価や判断に活用され、健診の質のさらなる向上につながるよう、医療機関や健診機関の現場におけるデータ利活用を促す動機づけ支援や、運用面でのインセンティブの在り方を検討していくことが重要である。

6) 中小企業庁 (2023) 「中小企業の企業数・事業者数：中小企業・小規模事業者の数 (2021年6月時点) の集計結果を公表します」
https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/2023/231213chukigyocnt.html

7) 独立行政法人労働者健康安全機構労働者医療・産業保健部産業保健課 (2025) 「令和6年度 産業保健活動総合支援事業 アウトカム調査報告書」
https://www.johas.go.jp/wp-content/uploads/2026/03/R6sanpo_outcomehoukokusyo.pdf

調査結果

「循環器病のリスクを指摘された
働く世代の健診後の受療行動に関する調査」

1 サマリー

本調査の概要

本調査は、健診で循環器病関連の異常所見について指摘を受けた30～59歳の男女を対象に、健診後の再検査・医療機関の受診等の受療行動を左右する要因を比較する目的で実施した。2026年2月にウェブ・オンライン形式で実施し、有効回答は432名(受療あり群・受療なし群 各216名)である。指摘後1年未満に医療機関を受診した者を「受療あり」、それ以降の受診者及び未受診の者を「受療なし」と定義し、両群の比較に加え、選択型コンジョイント分析により受療行動を後押しする要因を分析した。

注目すべき主な結果

受療あり群と受療なし群の特徴

受療あり群は、かかりつけ医がいる人の割合や地域活動への参加率が受療なし群を大きく上回り、医療・地域とのつながりが受療行動と関連している可能性が示唆された。

調査回答者(432名)の受療の有無で比較したとき、以下が示された。

- かかりつけ医が「いる」：受療あり群81.9%、受療なし群44.0%
- 地域活動に月1回以上参加：受療あり群32.9%、受療なし群11.1%
- 自覚症状「強い症状あり」：受療あり群12.0%、受療なし群3.7%
- 自覚症状「症状なし」：受療あり群55.6%、受療なし群66.7%
- 生活習慣「改善するつもりはない」：全体17.1%、男性／50～59歳21.9%(全性年代で最高)

コンジョイント分析による全体的な選好傾向

6属性の相対重要度は以下のとおりであった。

属性	重要度(全体)
再検査の勧奨の伝え手	28.8%
費用の目安の示され方	19.9%
リスク情報の見せ方	15.3%
再検査の時間	14.4%
医療機関の探し方	14.0%
結果通知での再検査時期の見せ方	7.6%

各属性において効用値が特にプラスであった水準(受療行動を促進する要素)は「自宅/職場への結果通知のみ」「3,000～5,000円程度」の費用明示、「放置した場合の発症リスク・医療費シミュレーションの提示」、「就労時間内の受診」であった。一方で、マイナスであった水準(受診を阻害する要素)は「看護師や保健師が対面/電話で受診勧奨する」「費用記載なし」「自分で医療機関を探して予約」であった。

受療あり群と受療なし群で比較すると、受療あり群は、「3,000～5,000円程度」の費用明示、「放置した場合の発症リスク・医療費シミュレーションの提示」のプラス効用が高く、受療なし群は「結果通知のみ」のプラス効用が相対的に高かった。とくに費用については、「3,000～5,000円程度」「最大1万円程度」「費用の目安について、特に記載がない」の効用値が順に低いことから、費用の具体的な金額提示に対する選好が明確になった。

セグメント別にみた選好傾向

保険種別でも選好の傾向に違いがみられた。被用者保険本人群では「再検査の勧奨の伝え手」の相対重要度が他群より高く、「再検査の時間」を重要視する傾向もみられた。国民健康保険加入者群では「医療機関の探し方」と「費用の目安の示され方」の重要度が被用者保険本人群より相対的に高い傾向であった。被扶養者群では「自分で医療機関を探して予約」水準のマイナス効用が被用者保険本人群より大きい点が選好上の特徴としてあらわれた。

居住地別でも選好の傾向に違いがみられた。大都市の受療なし群では「再検査の時間」の重要度が他の受療なし群より高く、中都市・小都市の受療なし群では「費用の目安の示され方」の重要度が大都市より高かった。未受療者において重視される要素は居住規模によって異なる可能性があると考えられる。

自覚症状・受療経験別でも選好の傾向に違いがみられた。受療なしかつ強い自覚症状あり群では「医療機関の探し方」と「再検査の時間」の重要度が他群より上位に位置し、「費用の目安の示され方」は相対的に下位となっていた。この群ではアクセスや時間に関わる要素を相対的に重視している傾向が示唆された。

こうしたことから、健診後の受療行動を後押しするには、費用・伝え手・リスク提示といった共通要素に加え、対象者の保険種別、居住地、自覚症状の有無に応じた働きかけが有効である可能性が示唆された。

なお、本調査はオンラインパネルを対象としており、デジタルでの情報活用に慣れた層の選好が反映されやすい点に留意が必要である。そのため、本結果の解釈にあたっては、結果を過度に一般化することなく、慎重に判断することが求められる。

2 調査概要

目的

本提言の取りまとめにあたり、健診で循環器病関連の指摘を受けた人が再検査・診察を受診する(受療)行動を後押しするための効果的な対応策をデータに基づいて検討することを目的に定量調査を実施した。受療行動をしている人の傾向を把握するだけでなく、実際にどのような働きかけの組み合わせが受療行動に対して寄与しうるかを明らかにするため、ロジスティック回帰分析を用いた予備分析と選択型コンジョイント分析(CBC: Choice-Based Conjoint Analysis、以降コンジョイント分析)を組み合わせた。

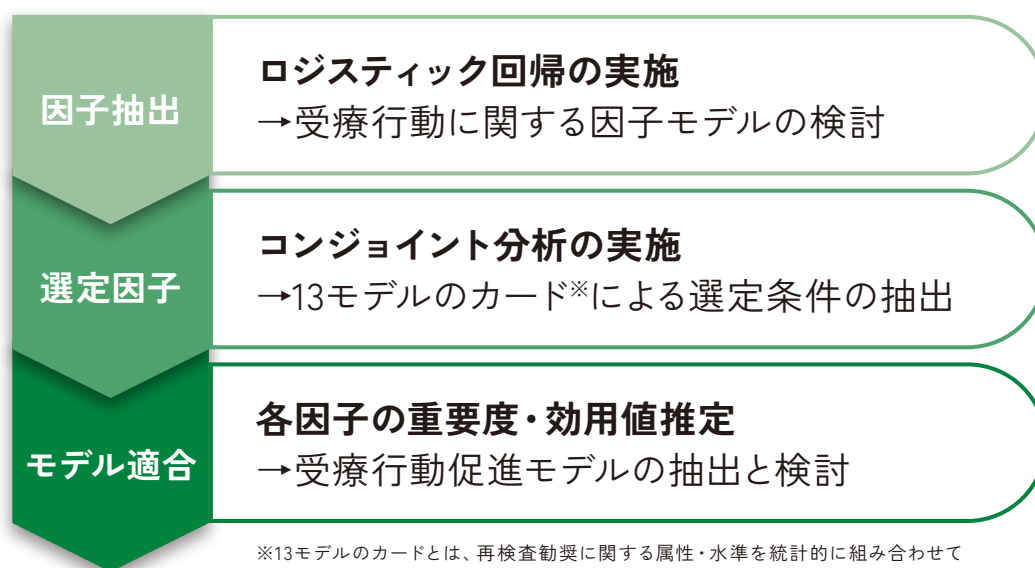


図1 調査全体設計

調査の構成

予備調査と本調査の2段階で構成した。予備調査では、ロジスティック回帰分析を行い、健診後の受療行動に関連する候補因子を整理した。その結果を踏まえ、本調査におけるコンジョイント分析の設計をし、調査・分析を実施した。

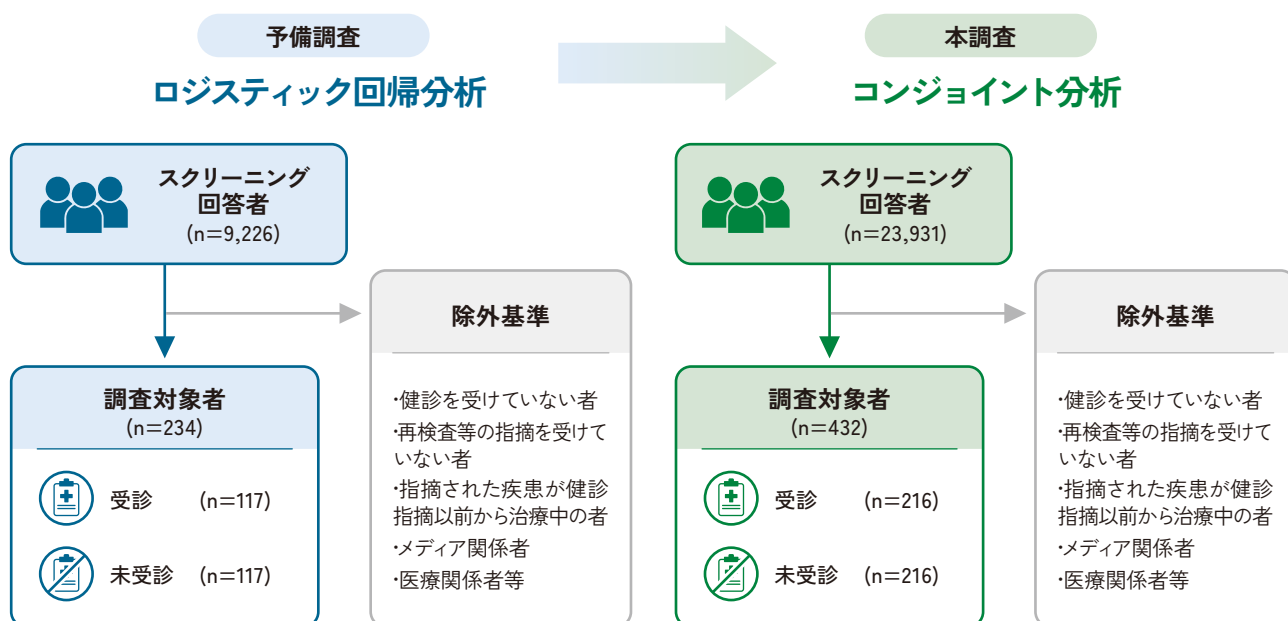


図2 調査の構成と対象者フロー

コンジョイント分析とは

本調査で用いたコンジョイント分析は、複数の条件を組み合わせた受診勧奨案(カード)を回答者に提示し、最も受診しやすい案を選んでもらうことで、各条件が受療行動に与える影響を比較・推定する手法である。本調査では、各設問で3つの受診勧奨パッケージと「どれも選ばない」を提示し、回答者の選択結果から各属性の相対重要度と水準別効用値を推定した。

3 調査方法

*以下、調査とはコンジョイント分析(本調査)を指す。

対象者

調査の対象者は、オンラインパネルのうち、日本在住30～59歳の男女で、2024年1月～12月に特定健康診査または労働安全衛生法に基づく定期健康診断(人間ドックを除く)を受け、その結果として循環器病関連の「要再検査」「要精密検査/要治療」の指摘を受けた者である。本調査では、指摘後1年未満に医療機関等を受診した者を「受療あり」、1年以上たってから受診した者、又はまだ受診していない者を「受療なし」と定義した。サンプリングは令和2年度国勢調査を基にした人口構成比割合に応じて配信し、年齢階級、性別、居住地により調整を行った。

データの取得

調査はウェブ・オンライン形式の自己記入式アンケートとして実施した。まずスクリーニング調査により健診受診の有無と循環器関連の指摘有無を確認し、該当者に対して本調査を配信した。本調査のスクリーニング回答は23,931人、有効回答は432人、調査期間は2026年2月16日～2月20日である。

調査項目

調査項目は、健診受診の有無、循環器関連の指摘内容、指摘後の受診状況、かかりつけ医の有無、地域とのかかわり、生活習慣改善意向、自覚症状、健診結果を受けた後の理解・危機感・情報探索行動、ヘルスリテラシー、保険種別、就業状況、年収、学歴等の背景属性で構成した。加えて、健診後の受療行動を促進する要因のコンジョイント分析では、以下の6属性を設定した。

属性	水準
再検査の勧奨の伝え手	・医師が対面/電話で再検査を促す ・看護師や保健師が対面/電話で再検査を促す ・自宅/職場に検診結果通知(紙・デジタル)のみで再検査を促される
リスク情報の見せ方	・数値とA～Eの判定結果の羅列のみ ・検査結果の経年変化グラフを提示 ・「放置した場合」の発症リスクや医療費のシミュレーションの提示
医療機関の探し方	・自分で医療機関を探し、再検査の予約をする ・健診結果と一緒に、自宅や職場近くの医療機関リストを提供がされ自分で予約する ・希望に応じてコーディネーターが医療機関を探し、再検査までの予約サポートする
費用の目安の示され方	・3,000～5,000円程度(自治体のがん検診〔大腸・肺がん検診など〕と同程度) ・最大1万円程(胃がん検診で内視鏡検査、乳がん検診で画像検査と同程度) ・費用の目安について、特に記載がない
結果通知での再検査時期の見せ方	・具体的な時期の提示あり(例:「3か月以内の受診を推奨」など) ・具体的な時期の提示なし(「お早めに」などの抽象的な表現のみ)
再検査の時間	・就労時間内(業務とみなして)に ・就労時間外(業務とみなさない)に *専業主婦・主夫、無職の人は就労時間内を平日で、就労時間外を土日で聴取

表1 コンジョイントカード(属性・水準)

コンジョイントカードでは各属性水準を組み合わせた3つの案と「どれも選ばない」を回答者に提示し、最も受診しやすい選択肢を選択してもらった。

倫理的配慮

調査開始前に、研究目的、回答内容の利用目的、任意参加であること、回答途中で中止できること、個人が特定されない形で集計・分析することを画面上で説明し、同意した回答者のみを対象とした。氏名や住所等の直接識別子は取得せず、分析は匿名化されたデータに対して実施した。

解析手法

調査では、記述統計量の算出とクロス集計により、受療あり群・受療なし群の背景や健診結果の受け止め方を整理した。コンジョイント分析は、個人の回答で直交し閉じたデータを取得できる選択型CBCを採用した。フルプロファイル形式で3つの受診勧奨パッケージと「どれも選ばない」を提示し、同様の設問を7回実施した。効用値の推定には階層ベイズ法(HB法)を用い、相対重要度の算出とセグメント別比較を実施した。モデル適合の確認にはMcFadden R^2 を用いた。

調査の限界

インターネット調査であるため、インターネット利用者に回答者が限定され、一定のサンプリングバイアスを含む可能性がある。また、健診での指摘内容や受診時期は自己申告であり、さらに後ろ向きデザインである。健診での指摘から回答までの時間が経過したことによって、リスクの切迫感が薄れた状態での選好が反映された可能性や、自己申告に基づく測定誤差の影響を受ける可能性がある。本調査は横断調査であるため、受診行動と各要因の因果関係を直接推定することはできない。また、オンラインパネル調査のため、本対象者は比較的健康意識が高く、デジタルを介しての情報収集・活用に慣れている集団に偏っている可能性がある。コンジョイント分析は表明選好に基づく手法であり、実際の受診行動と完全に一致するものではない。

4 調査結果

1.対象者の属性

表2に対象者の主要属性を示す。

変数	全体 (n=432)	受療なし群 (n=216)	受療あり群 (n=216)	検定	p値
人口統計学的変数					
年齢, 平均(SD), 歳	48.2 (7.5)	49.3 (7.0)	47.1 (7.8)	MWU	0.0041
性別				x²	1.000
男性	302 (69.9)	151 (69.9)	151 (69.9)		
女性	130 (30.1)	65 (30.1)	65 (30.1)		
最終学歴				x²	0.103
高等学校	109 (25.3)	63 (29.3)	46 (21.3)		
専門学校	43 (10.0)	23 (10.6)	20 (9.3)		
短期大学・高専	33 (7.6)	12 (5.6)	21 (9.7)		
大学・大専校	204 (47.3)	98 (45.4)	106 (49.1)		
大学院	30 (6.9)	11 (5.1)	19 (8.8)		
その他	7 (1.6)	4 (1.9)	3 (1.4)		
答えたくない	6 (1.4)	5 (2.3)	1 (0.5)		
就労状況				x²	0.216
会社員・役員	274 (63.4)	135 (62.5)	139 (64.4)		
公務員・団体職員	42 (9.7)	14 (6.5)	28 (13.0)		
自営業	18 (4.3)	11 (5.1)	7 (3.3)		
パート・アルバイト	50 (11.6)	26 (12.0)	24 (11.1)		
派遣・契約社員	16 (3.7)	9 (4.3)	7 (3.3)		
専業主婦・主夫	12 (2.8)	9 (4.3)	3 (1.4)		
無職	20 (4.6)	12 (5.6)	8 (3.7)		
週労働時間				x²	0.599
週40時間未満(1日平均8時間未満)	135 (31.3)	66 (30.6)	69 (31.9)		
週40～60時間未満 (1日平均8～12時間未満)	235 (54.4)	117 (54.3)	119 (55.1)		
週60～80時間未満 (1日平均12～16時間未満)	29 (6.7)	14 (6.5)	15 (6.9)		
週80時間以上(1日平均16時間以上)	8 (1.9)	6 (2.8)	2 (0.9)		
世帯年収				x²	0.508
200万円未満	63 (14.6)	35 (16.3)	28 (13.0)		

変数	全体 (n=432)	受療なし群 (n=216)	受療あり群 (n=216)	検定	p値
200～300万円未満	40 (9.3)	20 (9.3)	20 (9.3)		
300～400万円未満	47 (10.9)	23 (13.4)	18 (8.3)		
400～500万円未満	54 (12.5)	29 (12.0)	25 (13.0)		
500～600万円未満	43 (10.0)	21 (9.7)	22 (10.3)		
600～700万円未満	29 (6.7)	15 (6.9)	14 (6.5)		
700～800万円未満	33 (7.6)	15 (6.9)	18 (8.3)		
800～900万円未満	34 (7.9)	23 (10.6)	11 (5.1)		
900～1,000万円未満	18 (4.3)	11 (5.1)	7 (3.3)		
1,000～1,500万円未満	15 (3.5)	8 (3.7)	7 (3.3)		
1,500万円以上	10 (2.3)	2 (0.9)	8 (3.7)		
答えたくない/わからない	42 (9.7)	22 (10.3)	20 (9.3)		
保険種別				x²	0.315
被用者保険(本人)	265 (61.3)	135 (62.5)	130 (60.3)		
被用者保険(被扶養者)	78 (18.1)	33 (15.3)	45 (20.8)		
国民健康保険	68 (15.7)	34 (15.7)	34 (15.7)		
その他	1 (0.3)	1 (0.5)	9 (0.0)		
あてはまるものはない/覚えていない	20 (4.6)	13 (6.0)	7 (3.3)		
健診受診時の自覚症状				x²	0.003
強い自覚症状あり	34 (7.9)	8 (3.7)	26 (12.0)		
多少自覚症状あり	134 (31.0)	64 (29.6)	70 (32.4)		
自覚症状なし	264 (61.1)	144 (66.7)	120 (55.6)		
健診指摘疾患数, 平均(SD), 件	2.3 (1.7)	2.0 (1.1)	2.6 (2.1)	MWU	0.026
健診受診設				x²	0.401
健診専門施設(人間ドック施設を含む)	163 (37.7)	83 (38.4)	80 (37.0)		
地域の医療機関(診療所等)	127 (29.4)	56 (25.9)	71 (32.9)		
大規模医療機関(大学病院等)	33 (7.6)	16 (7.4)	17 (7.9)		
職場出張健診	106 (24.5)	60 (27.8)	46 (21.3)		
その他	3 (0.7)	1 (0.5)	2 (0.9)		
健診で指摘された疾患(複数回答)					
高血圧	261 (60.4)	130 (60.3)	131 (60.6)	x ²	1.000
不整脈	65 (15.0)	26 (12.0)	39 (18.1)	x ²	0.106
心電図異常	105 (24.3)	43 (19.9)	62 (28.7)	x ²	0.044
弁膜症	13 (3.0)	1 (0.5)	12 (5.6)	Fisher	0.003
心肥大	24 (5.6)	13 (6.0)	11 (5.1)	x ²	0.834

変数	全体 (n=432)	受療なし群 (n=216)	受療あり群 (n=216)	検定	p値
その他の心疾患	41 (9.5)	18 (8.3)	23 (10.6)	χ^2	0.511
その他の循環器病	16 (3.7)	9 (4.3)	7 (3.3)	Fisher	0.338
HDL コレステロール低値	33 (7.6)	9 (4.3)	24 (11.1)	χ^2	0.011
LDL コレステロール高値	128 (29.6)	62 (28.7)	66 (30.6)	χ^2	0.752
中性脂肪高値	97 (22.5)	44 (20.4)	53 (24.5)	χ^2	0.356
家族性高コレステロール血症などの 遺伝性脂質異常疾患	18 (4.3)	6 (2.8)	12 (5.6)	χ^2	0.229
その他の脂質異常症	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	Fisher	1.000
高血糖	68 (15.7)	26 (12.0)	42 (19.4)	χ^2	0.048
尿糖の異常	44 (10.3)	18 (8.3)	26 (12.0)	χ^2	0.266
糖尿病	45 (10.4)	14 (6.5)	31 (14.4)	χ^2	0.012
その他の糖代謝異常	3 (0.7)	0 (0.0)	3 (1.4)	Fisher	0.248
上記以外の指摘	32 (7.4)	19 (8.8)	13 (6.0)	χ^2	0.358
覚えていない/わからない	3 (0.7)	2 (0.9)	1 (0.5)	Fisher	0.622
かかりつけ医の有無				χ^2	<0.001
強い自覚症状あり	272 (63.0)	95 (44.0)	177 (81.9)		
多少自覚症状あり	160 (37.0)	121 (56.0)	39 (18.1)		
地域活動への参加頻度				χ^2	<0.001
週に1回以上	15 (3.5)	2 (0.9)	13 (6.0)		
週に1回程度	18 (4.3)	3 (1.4)	15 (6.9)		
月に2～3回程度	17 (3.9)	5 (2.3)	12 (5.6)		
月に1回程度	45 (10.4)	14 (6.5)	31 (14.4)		
半年に1回程度	78 (18.1)	33 (15.3)	45 (20.8)		
全く/ほとんど参加しない	259 (60.0)	159 (73.6)	100 (46.3)		
健康行動の改善意思				χ^2	0.005
改善するつもりはない	74 (17.1)	49 (22.7)	25 (11.6)		
6か月以内に改善するつもり	126 (29.3)	67 (31.0)	59 (27.3)		
近いうちに少しずつ開始	71 (16.4)	34 (15.7)	37 (17.1)		
既に取り組み始めた(6か月未満)	59 (13.7)	30 (13.9)	29 (13.4)		
既に取り組んでいる(6か月以上)	102 (23.6)	39 (18.1)	63 (29.3)		

表2. 対象者の特性(受療状況別, n = 432)

MWU: Mann-Whitney U 検定

 χ^2 : カイ二乗検定

Fisher: Fisher の正確確率検定。p 値は受診群と未受診群の分布の差を参考情報として示したものであり、本研究は記述的分析を目的としているため、交絡や有意差の判定基準としては解釈しない。

2.項目別の集計結果

2-1 かかりつけ医の有無

- 「かかりつけ医がいる」と回答した割合が全体の63.0%と過半数を占めている。
- 受療あり群では「かかりつけ医がいる」割合が81.9%に達し、受療なし群の44.0%と比較して約2倍近い大きな差がみられる。
- 地域活動に半年に1回以上参加している層の80.9%や、生活習慣の改善に既に取り組んでいる層の74.5%においても、かかりつけ医を持つ割合が高い傾向がみられた。

			n=	かかりつけ医がいる	かかりつけ医がない
全体			432	63.0	37.0
受療・未受療	受診していない	216		44.0	56.0
	受診した	216		81.9	18.1
性/年代	男性/30-49歳	142		61.3	38.7
	男性/50-59歳	160		61.3	38.8
	女性/30-49歳	80		73.8	26.3
	女性/50-59歳	50		56.0	44.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272		100.0	
	かかりつけ医がない	160			100.0
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173		80.9	19.1
	ほとんど参加しない	259		51.0	49.0
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163		58.3	41.7
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など 近隣の医療機関を指します)	127		74.0	26.0
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33		60.6	39.4
	職場などでの出張健診	106		56.6	43.4
改善の意志	改善するつもりはない	74		36.5	63.5
	改善するつもりである・徐々に進めている (概ね6ヵ月以内)	197		63.5	36.5
	既に改善に取り組んでいる	161		74.5	25.5
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28		67.9	32.1
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107		67.3	32.7
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83		72.3	27.7
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190		57.4	42.6
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合 など)(本人)	265		60.8	39.2
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合 など)(被扶養者)	78		67.9	32.1
	国民健康保険	68		67.6	32.4

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図3 属性別にみた「かかりつけ医」の有無

2-2 「住民同士のつながりや地域の活動」への参加頻度

- 「住民同士のつながりや地域の活動(自治会・ボランティア・お祭り・防災・子育て・高齢者支援など)」への参加頻度に関して、全体では「全く/ほとんど参加しない」が60.0%と最も高く、過半数が地域活動に不参加の状況である。
- 受療状況別に見ると、受療なし群では「全く/ほとんど参加しない」が73.6%に達する一方、受療あり群は「月に1回程度」以上の頻度で参加している割合が相対的に高かった。

			n=					
			週に2回以上		週に1回程度		月に2~3回程度	
			月に1回以上		半年に1回程度		全く/ほとんど参加しない	
全体			432	3.5	4.2	3.9	10.4	18.1
受療・未受療	受診していない	216	0.9	1.4	2.3	6.5	15.3	73.6
	受診した	216	6.0	6.9	5.6	14.4	20.8	46.3
性/年代	男性/30-49歳	142	4.9	6.3	8.5	14.1	19.0	47.2
	男性/50-59歳	160	1.8	1.3	9.4	20.0		67.5
	女性/30-49歳	80	7.5	8.8	3.8	8.8	12.5	58.8
	女性/50-59歳	50	2.0	6.0	18.0			74.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	5.1	6.3	5.9	14.3	19.9	48.5
	かかりつけ医がいない	160	0.6	0.6	3.8	15.0		79.4
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	8.7	10.4	9.8	26.0		45.1
	ほとんど参加しない	259						100.0
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	6.1	4.3	3.1	11.7	18.4	56.4
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	2.4	8.7	7.1	13.4	16.5	52.0
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	6.1	9.1	6.1	6.1		72.7
	職場などでの出張健診	106	6.6			22.6		70.8
改善の意志	改善するつもりはない	74	4.1	1.4	6.8	10.8		77.0
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	1.0	6.6	7.6	10.2	18.3	56.3
	既に改善に取り組んでいる	161	6.2	2.5	1.2	12.4	21.1	56.5
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	7.1	7.1	10.7	3.6	28.6	42.9
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	2.6	2.6	5.6	15.0		73.8
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	8.4	8.4		14.5	21.7	10.8
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	2.1	1.6	0.5	8.9	22.1	64.7
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	2.6	3.0	3.8	9.4	21.5	59.6
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	7.7	6.4	2.6	12.8	9.0	61.5
	国民健康保険	68	2.9	7.4	5.9	10.3	17.6	55.9

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図4 属性別にみた「住民同士のつながりや地域の活動」への参加頻度

2-3 健診を受けた場所・施設

- 全体では、「健診専門施設(人間ドック施設も含む)」が37.7%と最も高く、次いで「地域の医療機関」が29.4%となり、この2か所で全体の約7割を占めている。
- かかりつけ医が「いない」層は「健診専門施設」での受診が42.5%と全体より高い。一方、かかりつけ医が「いる」層では「健診専門施設」(34.9%)と「地域の医療機関」(34.6%)がほぼ同率で並んでいる。

			健診専門施設 (人間ドック施設も含む)	地域の医療機関 (クリニックや町の 診療所など近隣の 医療機関を指します)	大規模な 医療機関 (大学病院や 国立病院など)	職場などでの 出張健診	その他
n=							
全体			432	37.7	29.4	7.6	24.5 0.7
受療・未受療	受診していない	216	38.4	25.9	7.4	27.8	0.5
	受診した	216	37.0	32.9	7.9	21.3	0.9
性/年代	男性/30-49歳	142	38.0	28.2	7.7	26.1	
	男性/50-59歳	160	36.3	30.0	6.3	26.3	1.3
	女性/30-49歳	80	37.5	28.8	10.0	22.5	1.3
	女性/50-59歳	50	42.0	32.0	8.0	18.0	
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	34.9	34.6	7.4	22.1	1.1
	かかりつけ医がいない	160	42.5	20.6	8.1	28.8	
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	41.0	35.3	5.2	17.9	0.6
	ほとんど参加しない	259	35.5	25.5	9.3	29.0	0.8
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	100.0				
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	100.0				
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	100.0				
	職場などでの出張健診	106	100.0				
改善の意志	改善するつもりはない	74	41.9	20.3	5.4	32.4	
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	36.5	32.5	8.1	22.3	0.5
	既に改善に取り組んでいる	161	37.3	29.8	8.1	23.6	1.2
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	46.4	28.6	3.6	21.4	
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	36.4	30.8	11.2	19.6	1.9
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	41.0	33.7	7.2	18.1	
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	36.3	24.2	6.8	32.1	0.5
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	38.5	27.2	8.3	25.3	0.8
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	42.3	30.8	5.1	21.8	
	国民健康保険	68	29.4	38.2	8.8	22.1	1.5

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図5 属性別にみた「健診を受けた場所」

2-4 健診をきっかけとした生活習慣の改善に対する意志

- 「健診で指摘を受けたことで、運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。」に対して、全体の29.2%が「改善するつもりである(概ね6か月以内)」、23.6%が「既に改善に取り組んでいる(6か月以上)」と回答しており、上位を占めた。
- 受療あり群では「既に取り組んでいる(6か月以上)」が29.2%と高く、受療なし群では「改善するつもりはない」が22.7%と相対的に高い。
- 性年代別に見ると、女性で30-49歳の群は「改善するつもりはない」が7.5%と全体平均の17.1%を大きく下回っており、当該層の健康意識の高さがうかがえる。対照的に、男性で50-59歳の群は「改善するつもりはない」が21.9%と全性年代の中で最も高く、改善意欲に課題が見られた。

			n=	改善する つもりはない	改善する つもりである (概ね6か月以内)	近いうちに (概ね1か月以内) 改善するつもりであり、 少しずつ始めている	既に改善に 取り組んでいる (6か月未満)	既に改善に 取り組んでいる (6か月以上)	
全体			432	17.1	29.2	16.4	13.7	23.6	
受療・未受療	受診していない	216	22.7	31.0	14.4	13.9	18.1		
	受診した	216	11.6	27.3	18.5	13.4	29.2		
性/年代	男性/30-49歳	142	19.0	31.0	16.9	10.6	22.5		
	男性/50-59歳	160	21.9	23.1	13.8	17.5	23.8		
	女性/30-49歳	80	7.5	36.3	23.8	11.3	21.3		
	女性/50-59歳	50	12.0	32.0	12.0	14.0	30.0		
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	9.9	27.6	18.4	15.8	28.3		
	かかりつけ医がいない	160	29.4		31.9	13.1	10.0	15.6	
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	9.8	27.2	22.5	15.0	25.4		
	ほとんど参加しない	259	22.0	30.5	12.4	12.7	22.4		
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	19.0	28.8	15.3	11.7	25.2		
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など 近隣の医療機関を指します)	127	11.8	28.3	22.0	13.4	24.4		
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	12.1	30.3	18.2	12.1	27.3		
	職場などでの出張健診	106	22.6	30.2	11.3	17.0	18.9		
改善の意志	改善するつもりはない	74	100.0						
	改善するつもりである・徐々に進めている (概ね6か月以内)	197	64.0						36.0
	既に改善に取り組んでいる	161	36.6						63.4
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	10.7	28.6	32.1	7.1	21.4		
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	15.9	31.8	8.4	15.0	29.0		
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	19.3	24.1	22.9	9.6	24.1		
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	17.9	30.5	15.3	14.7	21.6		
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合 など)(本人)	265	16.6	32.8	13.6	13.2	23.8		
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合 など)(被扶養者)	78	14.1	20.5	25.6	17.9	21.8		
	国民健康保険	68	17.6	30.9	20.6	7.4	23.5		

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図6 属性別にみた「健診をきっかけとした生活習慣改善意志」

2-5 指摘された疾患の自覚症状の有無

- 全体では、「自覚症状はなかった」と回答した割合が61.1%と6割以上を占めた。
- 受診状況別に見ると、受療あり群では「強い自覚症状があった」が12.0%に達しており、受療なし群の3.7%と比較して3倍以上の開きがある。

n=			強い自覚症状があった	多少の自覚症状があった	自覚症状はなかった
全体			7.9	31.0	61.1
受療・未受療	受診していない	216	3.7	29.6	66.7
	受診した	216	12.0	32.4	55.6
性/年代	男性/30-49歳	142	11.3	26.8	62.0
	男性/50-59歳	160	4.4	33.1	62.5
	女性/30-49歳	80	11.3	32.5	56.3
	女性/50-59歳	50	4.0	34.0	62.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	10.7	33.5	55.9
	かかりつけ医がいない	160	3.1	26.9	70.0
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	13.3	37.0	49.7
	ほとんど参加しない	259	4.2	27.0	68.7
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	10.4	28.2	61.3
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	6.3	37.8	55.9
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	12.1	45.5	42.4
	職場などでの出張健診	106	4.7	22.6	72.6
改善の意志	改善するつもりはない	74	6.8	16.2	77.0
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	8.6	36.0	55.3
	既に改善に取り組んでいる	161	7.5	31.7	60.9
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	17.9	35.7	46.4
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	4.7	37.4	57.9
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	15.7	37.3	47.0
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	5.3	22.1	72.6
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	5.7	27.2	67.2
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	11.5	35.9	52.6
	国民健康保険	68	13.2	38.2	48.5

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図7 属性別にみた「自覚症状」の有無

2-6 ヘルスリテラシー

- 「指摘された内容の意味がよくわからなかった」に対して「非常にあてはまる/ややあてはまる」と回答した割合は全体の21.5%であった。健診で「要再検査」や「要精密検査」といった指摘を受けても、その意味や深刻さを正しく理解できていない層が一定数いることが示された。なお、就業時間40時間以上かつ深夜勤怠のある群では32.5%と全セグメントで最も高かった。
- 「今回の指摘は今すぐ対応すべき問題だと感じた」に対して「非常にあてはまる/あてはまる」と回答した割合は45.6%であった。
- 「指摘内容について情報を比べながら、どう対応すべきか考えた」に対して、全体傾向として、「非常にあてはまる/あてはまる」と回答した割合が48.8%と最も高く、約半数が結果を受けて自ら情報収集や比較検討を行っていた。

項目	n=	割合(%)				
		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる
指摘された内容の意味がよくわからなかった	432	20.1	31.5	26.9	16.0	5.6
今回の指摘は今すぐ対応すべき問題だと感じた	432	6.9	18.3	29.2	34.0	11.6
指摘内容について情報を比べながら、どう対応すべきか考えた	432	6.7	13.2	31.3	37.7	11.1

表3 ヘルスリテラシー全体

n=30以上で		n=	あてはまらない・計			あてはまる・計		あてはまらない計	あてはまる計
全体+10pt以上	全体-10pt以上		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる		
全体+5pt以上	全体-5pt以上								
受療・未受療		432	20.1	31.5	26.9	16.0	5.6	51.6	21.5
受療・未受療	受診していない	216	16.2	28.2	31.9	17.1	6.5	44.4	23.6
	受診した	216	24.1	34.7	21.8	14.8	4.6	58.8	19.4
性/年代	男性/30-49歳	142	19.0	22.5	30.3	23.2	4.9	41.5	28.2
	男性/50-59歳	160	21.3	33.8	26.9	11.3	6.9	55.0	18.1
	女性/30-49歳	80	21.3	38.8	26.3	10.0	3.8	60.0	13.8
	女性/50-59歳	50	18.0	38.0	18.0	20.0	6.0	56.0	26.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	22.8	33.1	23.5	14.7	5.9	55.9	20.6
	かかりつけ医がない	160	15.6	28.8	32.5	18.1	5.0	44.4	23.1
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	17.9	31.8	26.6	17.3	6.4	49.7	23.7
	ほとんど参加しない	259	21.6	31.3	27.0	15.1	5.0	52.9	20.1
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	18.4	32.5	27.0	17.2	4.9	50.9	22.1
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	22.8	26.0	28.3	18.1	4.7	48.8	22.8
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	18.2	39.4	27.3	12.1	3.0	57.6	15.2
	職場などでの出張健診	106	20.8	33.0	25.5	13.2	7.5	53.8	20.8
改善の意志	改善するつもりはない	74	25.7	24.3	32.4	10.8	6.8	50.0	17.6
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	12.7	33.0	31.0	18.3	5.1	45.7	23.4
	既に改善に取り組んでいる	161	26.7	32.9	19.3	15.5	5.6	59.6	21.1
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	7.1	32.1	35.7	14.3	10.7	39.3	25.0
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	28.0	33.6	13.1	20.6	4.7	61.7	25.2
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	18.1	28.9	20.5	19.3	13.3	47.0	32.5
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	18.4	31.1	35.3	12.6	2.6	49.5	15.3
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	20.4	32.1	25.3	17.0	5.3	52.5	22.3
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	14.1	37.2	28.2	15.4	5.1	51.3	20.5
	国民健康保険	68	22.1	27.9	27.9	16.2	5.9	50.0	22.1

※n=30未満は参考値のため灰色。

(%)

図8 属性別にみたヘルスリテラシー「指摘された内容の意味がよくわからなかった」

n=30以上で		n=	あてはまらない・計			あてはまる・計		あてはまらない計	あてはまる計
■全体+10pt以上	■全体-10pt以上		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる		
■全体+5pt以上	■全体-5pt以上								
受療・未受療		432	6.9	18.3	29.2	34.0	11.6	25.2	45.6
受療・未受療	受診していない	216	8.3	20.4	36.6	27.8	6.9	28.7	34.7
	受診した	216	5.6	16.2	21.8	40.3	16.2	21.8	56.5
性/年代	男性/30-49歳	142	6.3	20.4	27.5	34.5	11.3	26.8	45.8
	男性/50-59歳	160	6.9	14.4	29.4	35.0	14.4	21.3	49.4
	女性/30-49歳	80	7.5	21.3	27.5	33.8	10.0	28.8	43.8
	女性/50-59歳	50	8.0	20.0	36.0	30.0	6.0	28.0	36.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	6.3	16.2	25.0	37.1	15.4	22.4	52.6
	かかりつけ医がいない	160	8.1	21.9	36.3	28.8	5.0	30.0	33.8
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	5.8	16.8	23.1	38.2	16.2	22.5	54.3
	ほとんど参加しない	259	7.7	19.3	33.2	31.3	8.5	27.0	39.8
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	6.1	15.3	33.1	33.1	12.3	21.5	45.4
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	5.5	20.5	26.8	36.2	11.0	26.0	47.2
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	12.1	15.2	27.3	33.3	12.1	27.3	45.5
	職場などでの出張健診	106	8.5	21.7	27.4	32.1	10.4	30.2	42.5
改善の意志	改善するつもりはない	74	12.2	27.0	39.2	17.6	4.1	39.2	21.6
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	4.6	19.8	32.5	36.5	6.6	24.4	43.1
	既に改善に取り組んでいる	161	7.5	12.4	20.5	38.5	21.1	19.9	59.6
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	7.1	28.6	28.6	28.6	7.1	35.7	35.7
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	12.1	14.0	26.2	37.4	10.3	26.2	47.7
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	8.4	22.9	19.3	33.7	15.7	31.3	49.4
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	3.2	17.4	35.3	33.2	11.1	20.5	44.2
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	5.7	18.9	30.9	34.0	10.6	24.5	44.5
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	9.0	15.4	21.8	41.0	12.8	24.4	53.8
	国民健康保険	68	11.8	19.1	27.9	27.9	13.2	30.9	41.2

※n=30未満は参考値のため灰色。(%)

図9 属性別にみたヘルスリテラシー「今回の指摘は今すぐ対応すべき問題だと感じた」

n=30以上で		n=	あてはまらない・計			あてはまる・計		あてはまらない計	あてはまる計
■全体+10pt以上	■全体-10pt以上		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる		
■全体+5pt以上	■全体-5pt以上								
受療・未受療		432	6.7	13.2	31.3	37.7	11.1	19.9	48.8
受療・未受療	受診していない	216	5.6	14.8	40.3	31.9	7.4	20.4	39.4
	受診した	216	7.9	11.6	22.2	43.5	14.8	19.4	58.3
性/年代	男性/30-49歳	142	8.5	12.7	31.0	34.5	13.4	21.1	47.9
	男性/50-59歳	160	5.6	15.0	35.0	31.9	12.5	20.6	44.4
	女性/30-49歳	80	8.8	10.0	25.0	46.3	10.0	18.8	56.3
	女性/50-59歳	50	2.0	14.0	30.0	52.0	2.0	16.0	54.0
かかりつけ医	かかりつけ医がいる	272	7.4	12.9	26.5	39.0	14.3	20.2	53.3
	かかりつけ医がいない	160	5.6	13.8	39.4	35.6	5.6	19.4	41.3
地域への参加	参加している(半年に1回以上)	173	6.9	13.3	24.9	40.5	14.5	20.2	54.9
	ほとんど参加しない	259	6.6	13.1	35.5	35.9	8.9	19.7	44.8
受診場所	健診専門施設(人間ドック施設も含む)	163	6.7	11.0	33.7	35.0	13.5	17.8	48.5
	地域の医療機関(クリニックや町の診療所など近隣の医療機関を指します)	127	5.5	13.4	28.3	43.3	9.4	18.9	52.8
	大規模な医療機関(大学病院や国立病院など)	33	12.1	12.1	42.4	27.3	6.1	24.2	33.3
	職場などでの出張健診	106	6.6	17.0	28.3	37.7	10.4	23.6	48.1
改善の意志	改善するつもりはない	74	13.5	20.3	35.1	27.0	4.1	33.8	31.1
	改善するつもりである・徐々に進めている(概ね6ヵ月以内)	197	3.6	14.2	36.0	41.1	5.1	17.8	46.2
	既に改善に取り組んでいる	161	7.5	8.7	23.6	38.5	21.7	16.1	60.2
就業時間 × 深夜勤怠	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠あり	28	14.3	17.9	42.9	17.9	7.1	32.1	25.0
	週40時間未満(ほぼ残業無)×深夜勤怠なし	107	9.3	12.1	28.0	40.2	10.3	21.5	50.5
	週40時間以上×深夜勤怠あり	83	8.4	18.1	22.9	33.7	16.9	26.5	50.6
	週40時間以上×深夜勤怠なし	190	3.7	11.6	33.7	40.5	10.5	15.3	51.1
加入保険	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(本人)	265	5.7	13.6	30.2	39.6	10.9	19.2	50.6
	被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済組合など)(被扶養者)	78	7.7	12.8	25.6	44.9	9.0	20.5	53.8
	国民健康保険	68	11.8	13.2	35.3	27.9	11.8	25.0	39.7

※n=30未満は参考値のため灰色。(%)

図10 属性別にみたヘルスリテラシー「指摘内容について情報を比べながら、どうすべきか考えた」

3.コンジョイント分析の結果

3-1 全体

各属性の相対重要度

*パーセンテージが大きいほど、受療行動を促進する方向へ寄与する

- 相対重要度は「再検査の勧奨の伝え手」が28.8%で最も高い。次いで「費用の目安の示され方」が19.9%、「リスク情報の見せ方」が15.3%の順で高かった。6つの属性において、当事者は受療行動を決定する際に、「誰からどのように勧められるか」と「費用がどれくらいかかるか」を重要視する傾向があった。

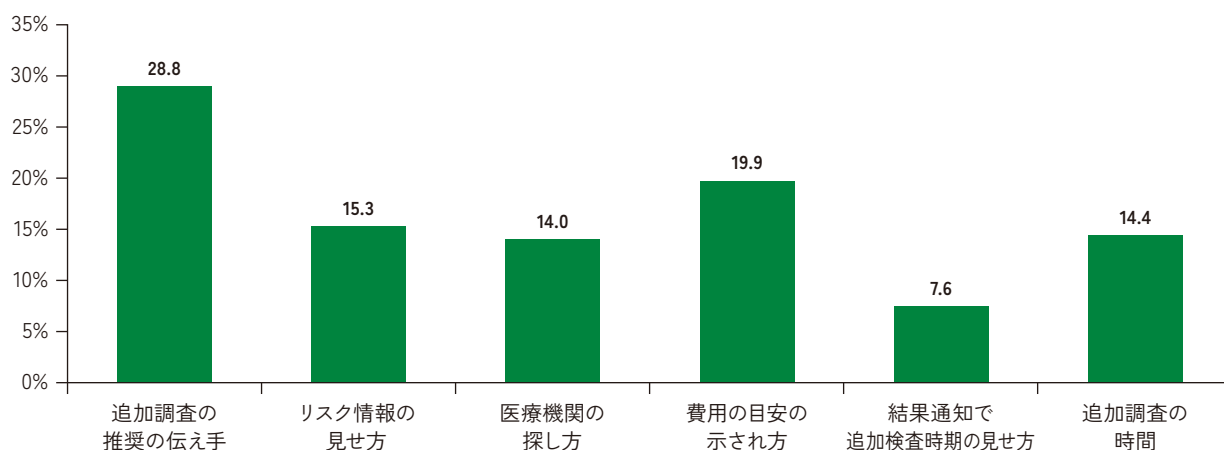


図11 各属性の相対重要度

各水準の効用値

*縦軸の数値がプラスであると、受療行動を促進する方向へ寄与する

- 再検査の勧奨の伝え手：「自宅／職場に健診結果通知(紙・デジタル)のみ」が当該属性内で最もプラス効用を示し、受療行動を促す上で選好される水準であることが示された。オンラインパネルを対象とした本調査では、結果通知という受動的な形式が相対的に選好される傾向が見られたと考えられる。
- 費用の目安の示され方：「3,000～5,000円程度」が強いプラスの効用を示した一方、「特に記載なし」は低い効用値にとどまった。費用が明示されることへの選好が見られ、費用の不透明さが受診の障壁となっている可能性が考えられる。なお本因子は全因子の中で効用値の振れ幅が最も大きく、受療行動に対する影響力が最も高い因子であった。
- リスク情報の見せ方：「放置した場合の発症リスクや医療費のシミュレーションの提示」が当該属性内で最も効用値が高く、受診行動の動機づけとして機能する可能性がある。
- 再検査の時期の見せ方：「具体的な時期の提示あり」がプラスの効用値を示したが、効用値の差は他因子と比べて小さく、時期の明示による影響は限定的である可能性がある。
- 再検査の時間：「就労時間内に」がプラスの効用を示した一方、「就労時間外に」は大きなマイナスの効用を示した。

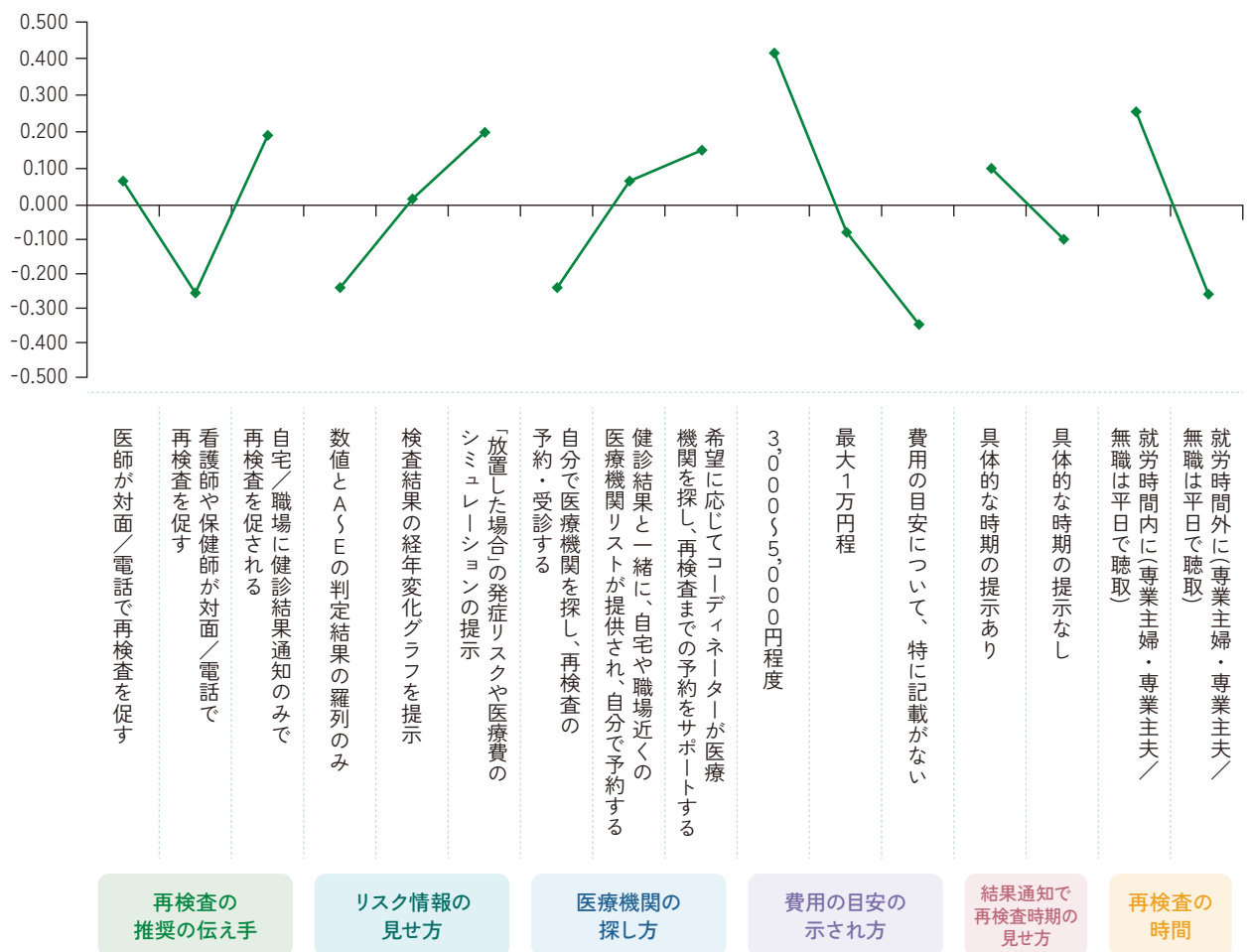


図12 各水準の効用値

3-2 受療行動の有無

分析対象の構成(n数・構成比)

分析区分	n	構成比
全体	432	100.0%
受療なし	216	50.0%
受療あり	216	50.0%

各属性の相対重要度

● 受療行動にかかわらず「再検査の勧奨の伝え手」、「費用の目安の示され方」、リスク情報の見せ方の順に重要視されている。

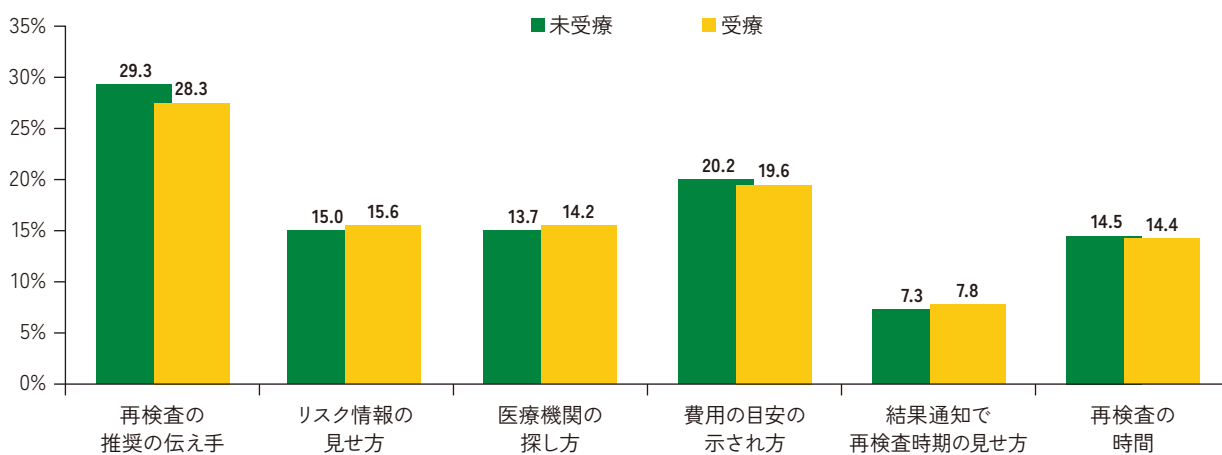


図13 受療あり・なし別 各属性の相対重要度

各水準の効用値

- 再検査の勧奨の伝え手：「自宅／職場に健診結果通知のみで再検査を促される」については、受療なし群の0.219が受療あり群の0.156を上回るプラス効用を示している。
- 費用の目安の示され方：「3,000～5,000円程度」と具体的に提示された際のプラス効用値が、受療あり群は0.45、受療なし群は0.37であり、受療あり群が上回っている。逆に「費用の目安について、特に記載がない」場合は、受療あり群は-0.38と方が受療なし群よりマイナス評価を下している。受療あり群は費用の透明性を選考する傾向があった。
- リスク情報の見せ方：「『放置した場合』の発症リスクや医療費のシミュレーションの提示」に対する効用値は、受療あり群で0.243、受療なし群の0.162であった。いずれの群も将来のリスクの具体的な提示を選考する傾向が見られたが、受療あり群においてより選好される傾向があった。



図14 受療あり・なし別 各水準の効用値

3-3 受療行動および自覚症状の強度

分析対象の構成(n数・構成比)

自覚症状	全体n(%)	受療なしn(%)	受療ありn(%)
強い自覚症状があった	34(7.9%)	8(3.7%)	26(12.0%)
多少の自覚症状があった	134(31.0%)	64(29.6%)	70(32.4%)
自覚症状はなかった	264(61.1%)	144(66.7%)	120(55.6%)

各属性の相対重要度

- 「再検査の勧奨の伝え手」の重要度について、自覚症状がない群では30.3%、と強い自覚症状がある群および多少の自覚症状がある群と比較して高かった。
- 受療なしかつ強い自覚症状がある群においては、「医療機関の探し方」が21.3%、「再検査の時間」が19.0%とほかの群と比較して高く、「費用の目安の示され方」は14.8%と相対的に低い。強い症状がありながら受療なし群においては、他と比較して、受診先にたどり着くまでの手続きや受診時間といった物理的・環境的なハードルがある可能性が示唆された。
- 「費用の目安の示され方」は、自覚症状が「ない」または「多少ある」群で約19～21%と高く、受診判断の大きな基準となっている可能性が考えられた。

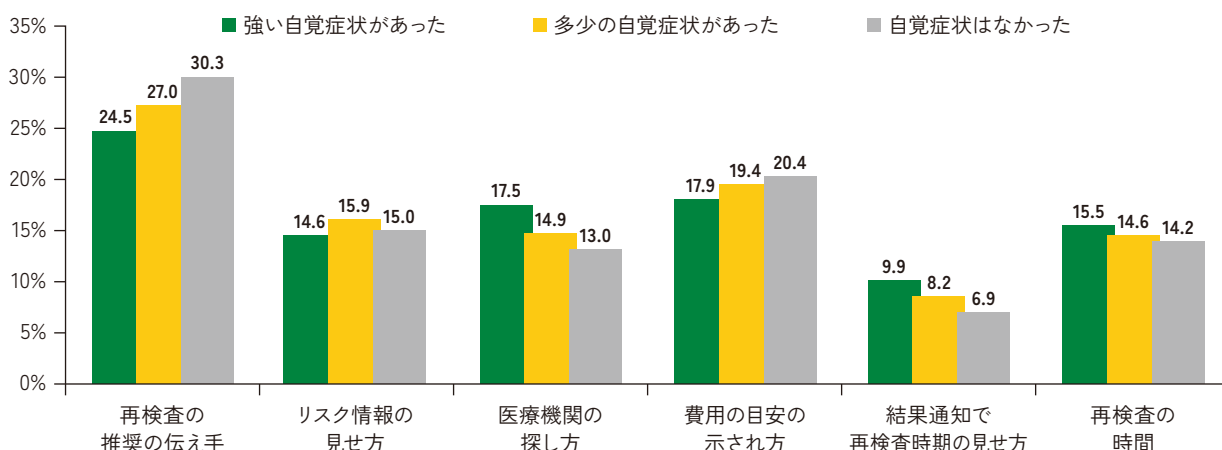


図15 自覚症状別 各属性の相対重要度

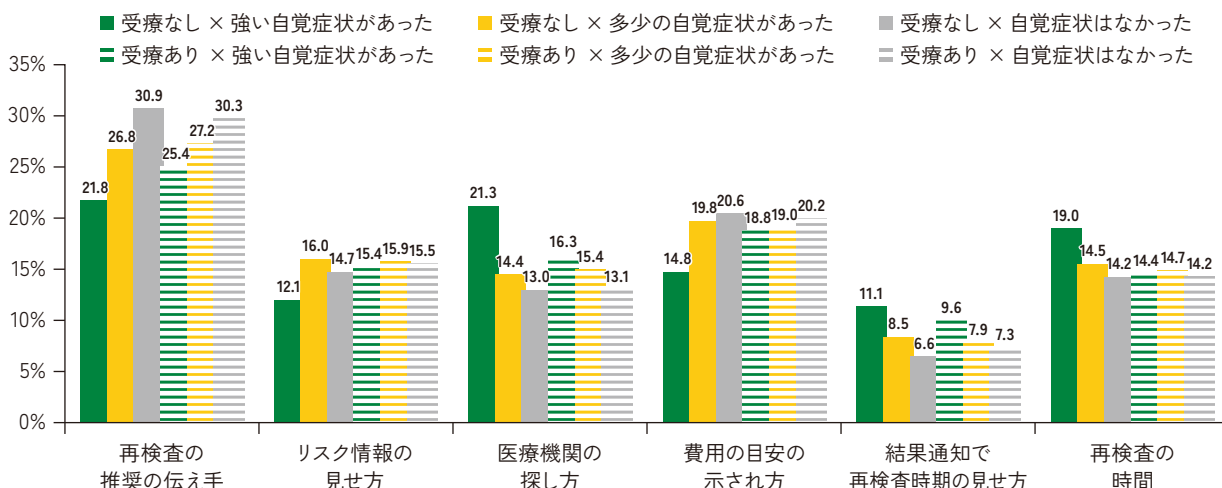


図16 受療あり・なし/自覚症状別 各属性の相対重要度

各水準の効用値

- 受療なしかつ自覚症状がない群は、「結果通知のみ」に対するプラスの効用値が、受療ありかつ自覚症状がない群よりも顕著に高い。自覚症状がない受療なし群においては、ほかの群と比べて、対面や電話での直接的な介入よりも、手軽なアプローチ(結果通知のみ)を好む傾向がある。
- 程度に差はあるものの、多くの群において「数値とA～Eの判定結果の羅列のみ」や「費用記載なし」「就労時間外に」はマイナス因子となっている。
- 受療ありかつ強い自覚症状あり群は他群と比較して特異的なパターンを示しており、わずかではあるが「看護師や保健師からの対面/電話勧奨」および「医師が対面/電話で再検査を促す」の効用値が「結果通知のみ」より高かった。



図17 自覚症状別 各水準の効用値

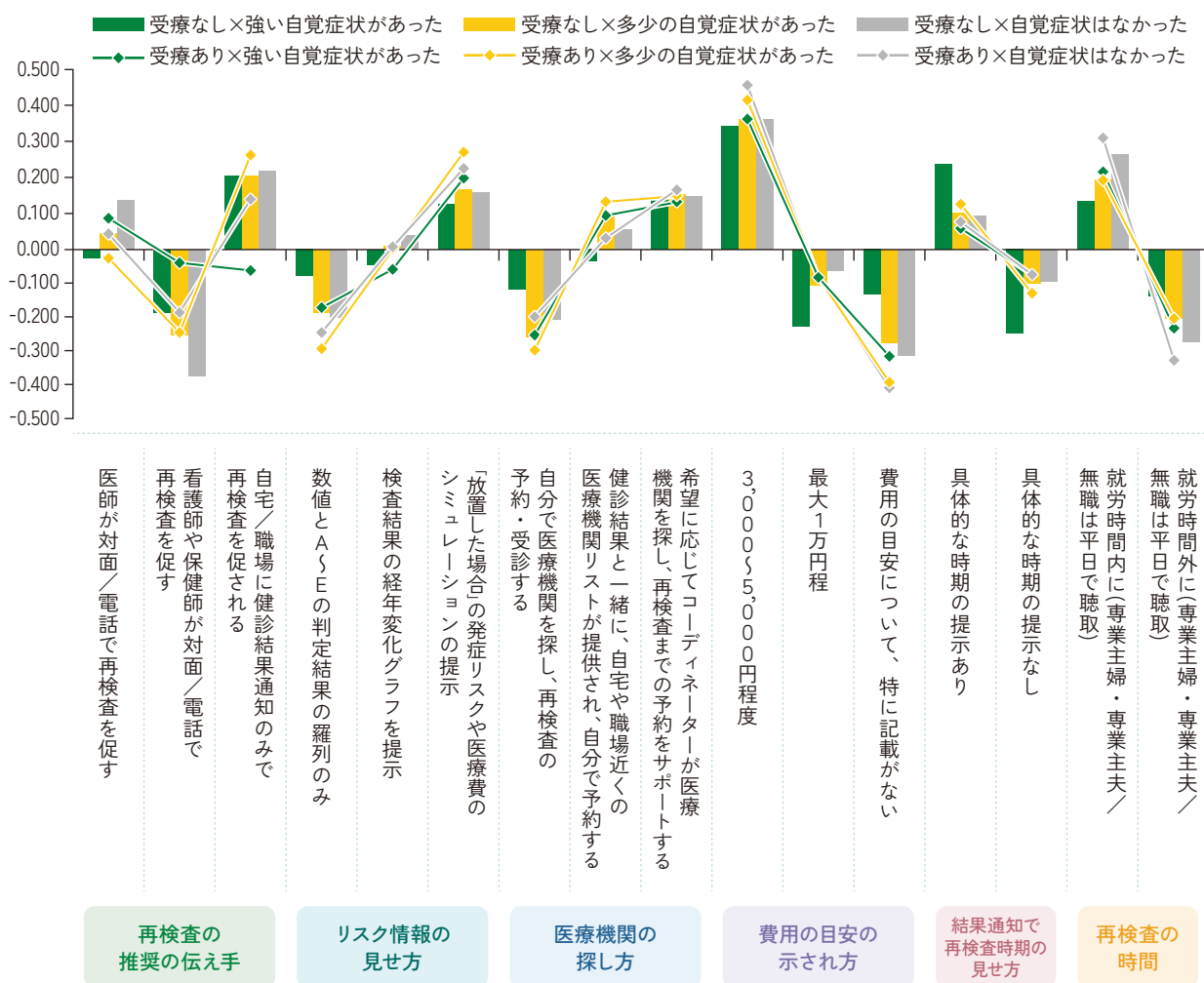


図18 受療あり・なし/自覚症状別 各属性の効用値

3-4 受療行動および保険種別

保険種別	全体n(%)	受療なしn(%)	受療ありn(%)
全体	432(100.0%)	216(100.0%)	216(100.0%)
被用者保険(本人)	265(61.3%)	135(62.5%)	130(60.2%)
被用者保険(被扶養者)	78(18.1%)	33(15.3%)	45(20.8%)
国民健康保険	68(15.7%)	34(15.7%)	34(15.7%)
その他・不明等	21(4.9%)	14(6.5%)	7(3.2%)

注：受療なし・受療ありの構成比は、それぞれの群内(n=216)に対する割合。

各属性の相対重要度

- 被用者保険(本人)群は国民健康保険群と比較して「伝え手」の重要度が約28～30%と高かった。
- 被用者保険(本人)群は、国民健康保険群に比べて「再検査の時間(就労時間内等)」を重視している傾向が見られた。
- 国民健康保険群では「医療機関の探し方」および「費用の目安の示され方」の重要度が、被用者保険(本人)群と比較して相対的に高い傾向がみられた。
- 再検査の勧奨の伝え手に関し、受療なし群のうち、被用者保険(本人)群が30.2%、国民健康保険群が29.0%であった。これは同保険の受療あり群よりも高い。受療なし群のうち、被用者保険(本人)および国民健康保険群においては、受療行動を促す要因となる可能性がある。

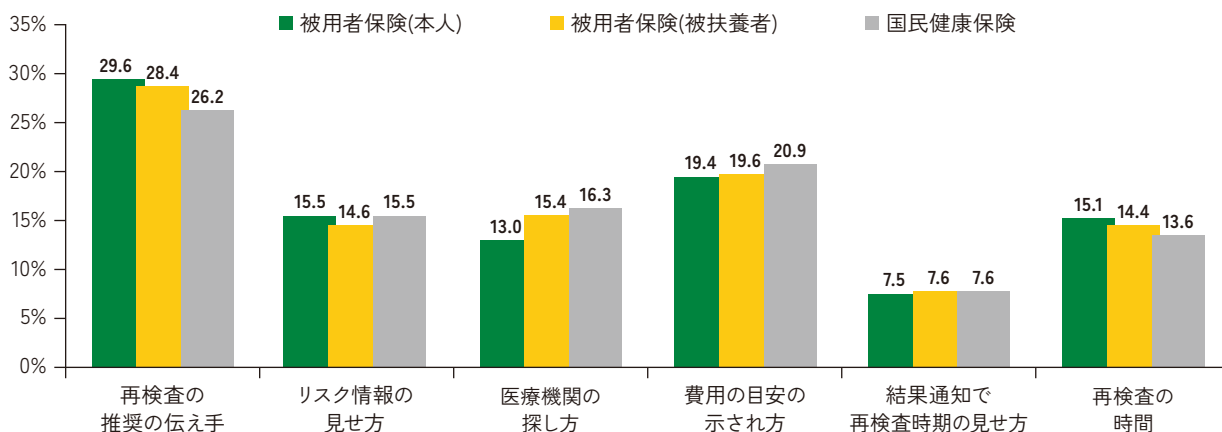


図19 保険種別 各属性の相対重要度

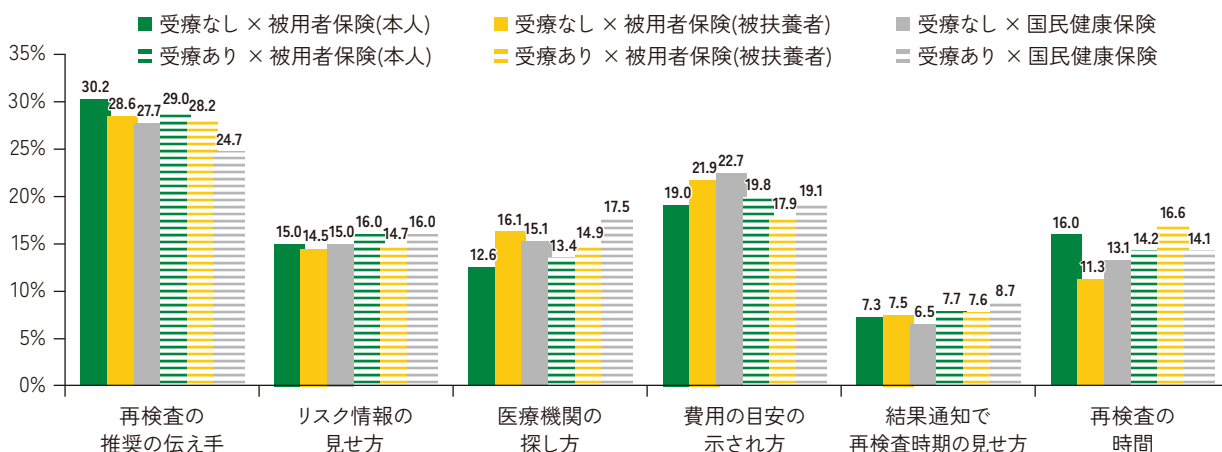


図20 受療あり・なし/保険種別 各属性の相対重要度

各水準の効用値

- 被用者保険(被扶養者)群および国民健康保険群は「自分で医療機関を探し、予約・受診する」ことのマイナス効用値が被用者保険(本人)群と比べて大きく、被用者保険(本人)群の-0.169と比べて約2倍となっている。
- 再検査の勧奨の伝え手に関し、被用者保険(被扶養者)群は「医師が対面/電話で再検査を促す」の効用値が他群より大幅に高かった。
- 再検査の勧奨の伝え手に関し、受療なしの国民健康保険群は、「自宅/職場に健診結果通知のみ」に対するプラスの効用値が高く、重視していると考えられる。一方、受療なしの被用者保険(被扶養者)群は医師が対面で勧奨することを重視している傾向が見られた。
- リスク情報の見せ方に関し、受療あり群に比べて効用値が低いものの、受療なしの被用者保険(本人)群においては、「『放置した場合』の発症リスクや医療費のシミュレーション」に対してほかの受療なし群より高い効用値を示している。
- 再検査の時間に関し、受療なしの被用者保険(本人)群においては、同保険の受療あり群より「就労時間内」の効用値がやや高い。



図21 保険種別 各水準の効用値

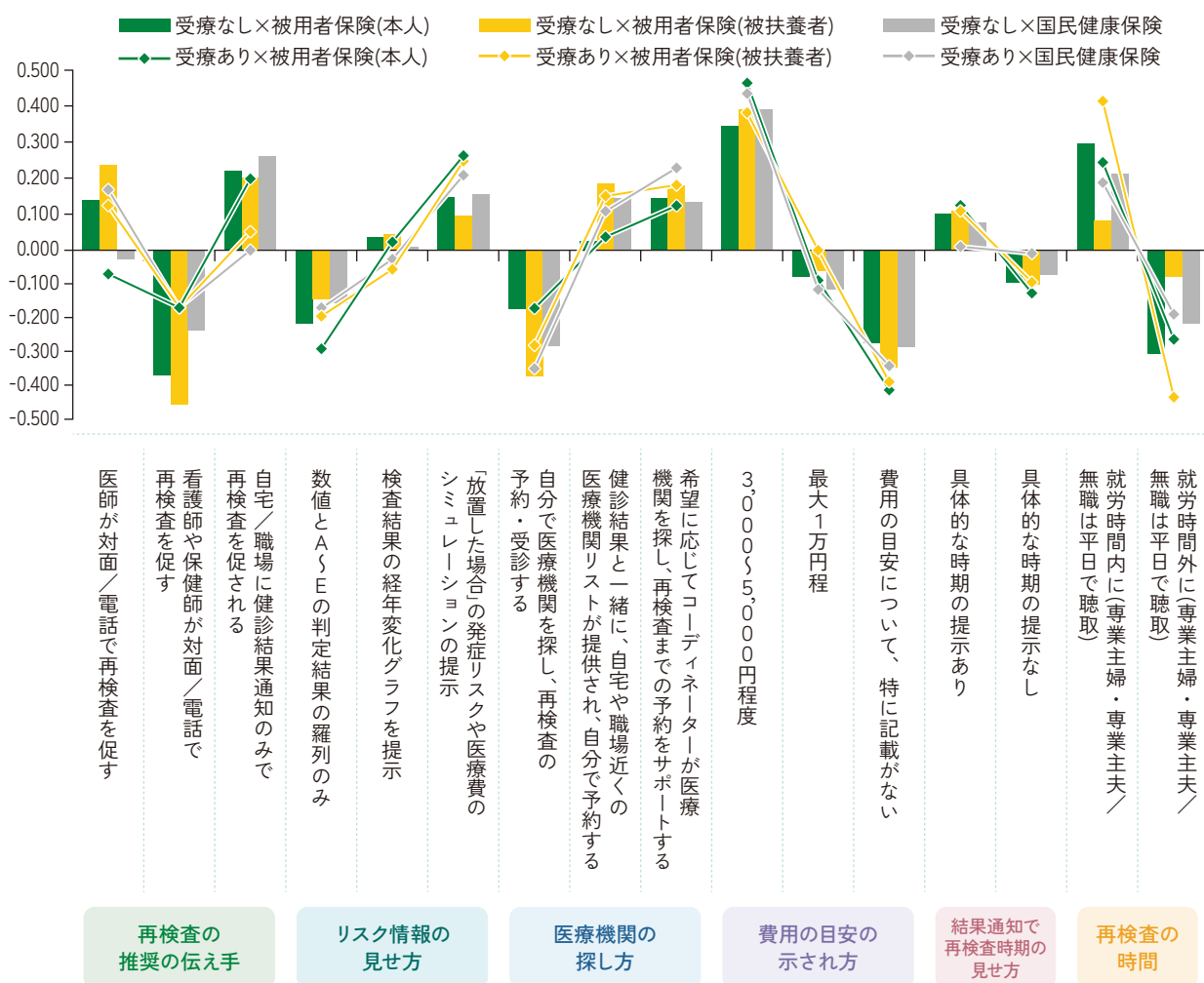


図22 受療あり・なし/保険種別 各水準の効用値

3-5 受療行動および居住地の規模

分析対象の構成(n数・構成比)

居住地規模	全体n(%)	受療なしn(%)	受療ありn(%)
全体	432(100.0%)	216(100.0%)	216(100.0%)
大都市	163(37.7%)	83(19.2%)	80(18.5%)
中都市	171(39.6%)	82(19.0%)	89(20.6%)
小都市	98(22.7%)	51(11.8%)	47(10.9%)

各属性の相対重要度

*なお、居住地の規模とは全国を以下の3区分に分けたものをさす

- ・大都市：東京23区と政令指定都市
- ・中都市：人口規模10万人以上の都市
- ・小都市：人口規模10万人未満の都市・町村・郡部

●「居住地の規模にかかわらず「誰が勧めるか(伝え手)」が約3割を占め、居住地域を問わず行動変容の最大の鍵となっている可能性が示唆された。

●大都市の受療なし群では「再検査の時間」の重要度が16.4%、受療なしかつ中・小都市と比較して高かった。一方、中都市・小都市の受療なし群では「費用の目安の示され方」の重要度が大都市を上回った。

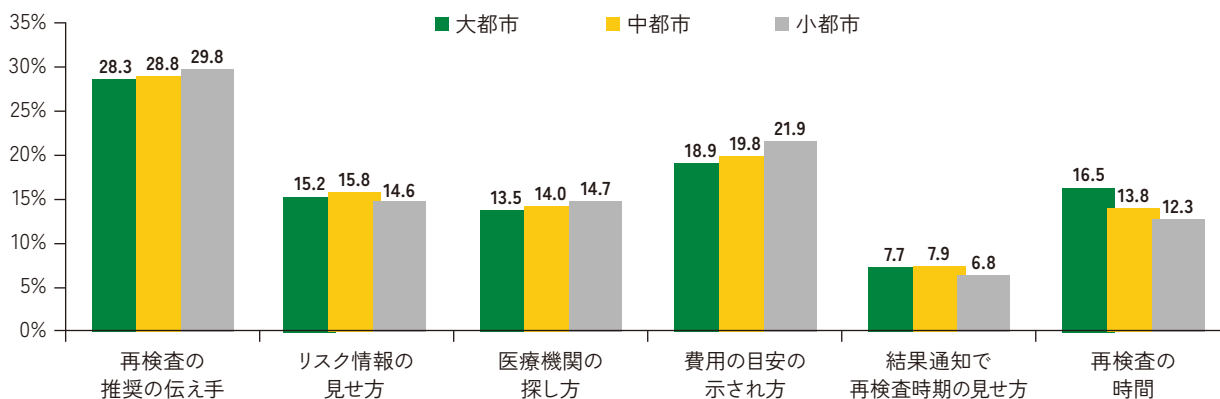


図23 居住地別 各属性の相対重要度

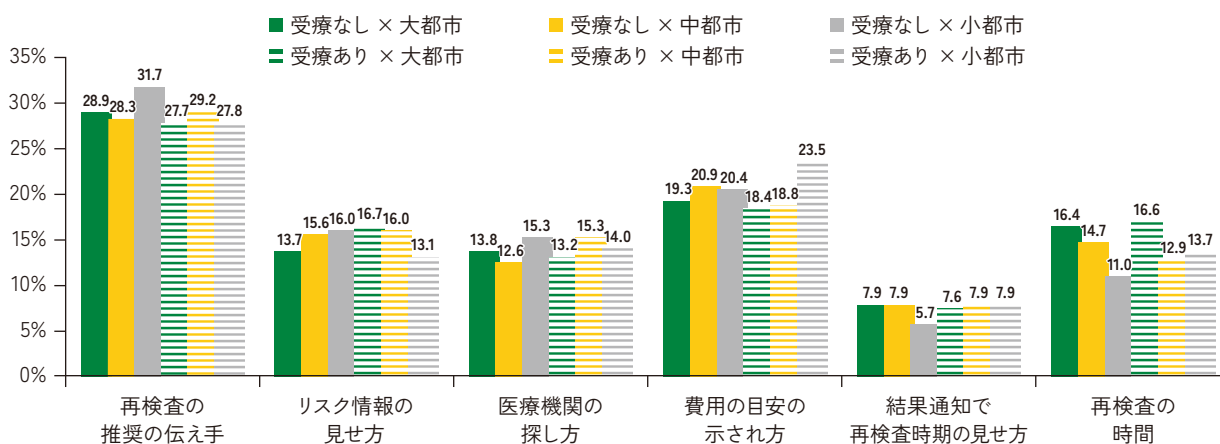


図24 受療あり・なし/居住地別 各属性の相対重要度

各水準の効用値

- 大都市の受療なし群と受療あり群を比較すると、受療なし群では「『放置した場合』の発症リスクや医療費のシミュレーションの提示」が重視されている。
- 小都市の受療なし群と受療あり群を比較すると、受療なし群では「医師が対面もしくは電話で再検査を促す」が高く、勧奨する人がだれであるかが重要視される可能性がある。



図25 居住地別 各水準の効用値



図26 受療あり・なし/居住地別 各水準の効用値

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

賛助企業・団体(五十音順)

エドワーズライフサイエンス合同会社

MSD株式会社

ノバルティスファーマ株式会社

謝辞

本政策提言の作成にあたっては、産官学民の多くの方からご意見を頂戴いたしました。以下に記載のない方も含め、本プロジェクトに対して専門的な見地からご助言・ご協力をくださった皆様へ深く御礼申し上げます。

アドバイザーボードメンバー

安藤 伸樹 (前 全国健康保険協会 理事長/東和薬品株式会社 社外取締役・監査等委員)

岡田 就将 (東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授)

岡村 智教 (慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学教室 教授)

後藤 励 (慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授)

三枝 昭裕 (一般社団法人 日本健康管理協会 新宿健診プラザ 所長/公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会 理事/
一般社団法人 日本総合健診医学会 審議員)

福原 斉 (心臓弁膜症ネットワーク 代表理事)

調査アドバイザー

小笠原 克彦 (北海道大学大学院 保健科学研究院 教授)

松元 美奈子 (慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室 助教)

ヒアリング

秋山 典男 (コルクレド株式会社 代表取締役)
磯 博康 (国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター センター長・理事長特任補佐)
佐野 順子 (一般社団法人 日本健康管理協会 新宿健診プラザ 医師)
原田 睦生 (はらだメディカルクリニック 院長／日本循環器協会 幹事)
藤井 聡 (LVAD座談会 代表)
松平 かがり (一般社団法人 日本健康管理協会 新宿健診プラザ 医師)
渡邊 雅貴 (医療法人社団みやび 理事長/みやびハート&ケアクリニック 院長)
網走市 健康福祉部 健康推進課
加西市 市民部 国保医療課／福祉部 健康課
倉敷市 国民健康保険課
*ご所属・ご役職は2025年度当時

提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構 (HGPI: Health and Global Policy Institute) は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動を続けていきます。

執筆者

河田 友紀子 (日本医療政策機構 マネージャー)
平家 穂乃佳 (日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
塚本 正太郎 (日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
山下 織江 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
小澤 愛菜 (日本医療政策機構 インターン)

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示-非営利-継承4.0国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

・表示：出典(著者／発行年／タイトル／URL)を明確にしてください。

・非営利：営利目的での使用はできません。

・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示-非営利-継承4.0国際」ライセンスでの公開が必要です。

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。 <https://hgpi.org/copyright.html>



特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木5-11-16 国際文化会館内
Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291
E-mail: info@hgpi.org

