

指標 緩 10

(がん患者の QOL) がん患者のからだのつらさ

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	57.4%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」1263/4920、「そう思わない」1541/4920。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。質問「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「からだのつらさ」の無さを指標とした。海外では、がん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。本指標は、政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44a. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	555	10.9%	10.6%
2. ややそう思う	1218	23.9%	23.9%
3. どちらともいえない	421	8.3%	8.1%
4. あまりそう思わない	1302	25.5%	25.9%
5. そう思わない	1607	31.5%	31.5%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 131 を除外。
なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は、57% (「あまりそう思わない」17%、「そう思わない」40%) であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料： ¹ Clauser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.

² Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario.
<<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

³ Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS.
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

⁴ 厚生労働省「受療行動調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 11

(がん患者の QOL) がん患者の疼痛

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	72.0%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」924/4805、「そう思わない」2494/4805。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「疼痛」の無さを指標とした。海外においてもがん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。本指標は政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44b. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	337	6.8%	6.3%
2. ややそう思う	721	14.5%	14.1%
3. どちらともいえない	390	7.8%	7.7%
4. あまりそう思わない	954	19.1%	20.0%
5. そう思わない	2585	51.8%	51.9%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 247 を除外。
なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は、66% (「あまりそう思わない」13%、「そう思わない」52%) であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- 1 Clouser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.
- 2 Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario. <<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 3 Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 4 厚生労働省「受療行動調査」 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 12

(がん患者の QOL) がん患者の気持ちのつらさ

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	61.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」1008/4819、「そう思わない」1879/4819。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。質問「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「気持ちのつらさ」の無さを指標とした。海外においてもがん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。
本指標は政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44c. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。(○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	477	9.5%	8.7%
2. ややそう思う	1011	20.2%	19.6%
3. どちらともいえない	520	10.4%	10.2%
4. あまりそう思わない	1044	20.9%	22.2%
5. そう思わない	1953	39.0%	39.3%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 229 を除外。

なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は 57%、「あまりそう思わない」15%、「そう思わない」42%であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- ¹ Clauser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.
- ² Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario.
<<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- ³ Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS.
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- ⁴ 厚生労働省「受療行動調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 予 1

成人喫煙率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人	現在習慣的に喫煙している者 (これまでにたばこを習慣的に吸っていた者) のうち、この 1 ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した者
結果	19.3% (男性32.2% 女性8.2%)	
期間	平成 25 年度	
注	減少傾向にある。目標は平成 34 年までに 12% 以下。自己申告のため過小評価の可能性がある	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、「現在習慣的に喫煙している」(これまでにたばこを習慣的に吸っている(吸っていた)者)のうち、この 1 ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した人の割合。

「現在習慣的に喫煙している者」とは、これまで習慣的にたばこを吸っていたと回答した人の数を指す。平成 15 ～ 21 年度の調査では、合計 100 本以上または 6 ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)と回答した人を対象とした。平成 25 年度の調査から「現在習慣的に喫煙している者」とは、たばこを「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答した人の割合に変更された。喫煙者の定義が変更されたことの影響について留意する必要がある。

指標の根拠： 喫煙は、肺、咽頭、喉頭、食道、胃、大腸、肝臓等に対して発がん性があることが「確実」と評価されている¹。日本人においても、喫煙によりがん全体のリスクが上がることは「確実」であり²、本人の喫煙のがん罹患に寄与する割合は男性で 29.7%、女性で 5.0%と推定されている³。喫煙は、特に男性においてがんに寄与する割合が最も高いリスク要因となっており、がん予防において喫煙率を低下させることは重要な課題であるとともに、がんのみならずほかの非感染性疾患(循環器疾患や肺気腫等)の予防にもつながる。成人の喫煙については、閣議決定された政府目標では、喫煙をやめたい人がやめることで成人全体の喫煙率の減少を目指しており、喫煙者(現在習慣的に喫煙している者)のうち、たばこをやめたいと回答した人(平成 22 年度、37.6%)がすべて禁煙した場合に到達する割合として 12%と設定された。本指標では国全体の成人の喫煙率を経年的に把握するために、「健康日本 21 (第二次)」でも活用されている国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考： 成人全体の喫煙率は、平成 7 年度以降減少傾向にある。成人男性では、平成 7 年度以降減少傾向であったが平成 22 年度以降は増加の兆しが見られる。成人女性では、平成 7 年度以降 40 歳代で増加傾向にあり、20 歳代・30 歳代では近年減少傾向にある。

基本計画目標		H 15 年度	H 19 年度	H 22 年度	H 24 年度	H 25 年度
全体		27.7%	24.1%	19.5%	20.7%	19.3%
男性	12% 以下 (H34 年度)	46.8%	39.4%	32.2%	34.1%	32.2%
女性		11.3%	11.0%	8.4%	9.0%	8.2%

< 参考資料 >

「国民生活基礎調査」の健康調査票からみた成人喫煙率

基本計画目標		H 19 年度	H 22 年度	H 25 年度
全体	12% 以下 (H34 年)	25.6%	21.2%	21.6%
男性	12% 以下 (H34 年)	39.7%	33.1%	33.7%
女性	12% 以下 (H34 年)	12.7%	10.4%	10.7%

満 20 歳以上の成人のうち、「あなたはたばこを吸いますか」という質問に対し、「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者の割合を示す。

「国民健康・栄養調査」からみた現在習慣的に喫煙している者(20歳以上)の禁煙希望割合

	H 20 年度	H 21 年度	H 22 年度	H 23 年度	H 25 年度
全体	30.5%	34.2%	37.6%	35.4%	24.6%
男性	28.5%	31.7%	35.9%	32.8%	23.4%
女性	37.4%	41.6%	43.6%	42.8%	28.6%

満 20 歳以上の成人のうち、「たばこをやめたいと思う者」の割合。H24 年度は調査未実施

留意点：

「国民健康・栄養調査」は、質問紙による調査であり回答者の自己申告であること（過少・過大申告の可能性）、調査協力率が男性より女性で、また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなど⁴に留意して結果を解釈する必要がある。喫煙率は、女性 60 歳代・70 歳代において低いため（平成 22 年度結果）、成人の男女総数の喫煙率は高齢化の影響や調査の回答率の影響を受けやすい。成人の総数での喫煙率だけでなく、性別・年齢階級別で約 4 割の喫煙率の減少が達成できるか否かを見る必要がある⁵。平成 22 年度の調査から所得別に喫煙率を比較すると、男女ともに所得が 200 万円未満の世帯（男性 37.3%、女性 11.7%）と 200～600 万円未満の世帯（男性 33.6%、女性 8.8%）と所得が、600 万円以上の世帯（男性 27.0%、女性 6.4%）と比較して高くなっており、世帯所得による喫煙率の違いについても留意する必要がある^{注 1}。さらに、平成 18～22 年度の 5 年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い、男性の喫煙率について高い方から低い方に 4 区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群 42.2%、下位群 33.5%と、地域による 10 ポイント近い格差が認められた（女性の都道府県別のデータについては該当者の割合が少なく変動係数が大きいいため解析されていない）ことから、地域による喫煙率の差についても考慮する必要がある。平成 23 年度の調査では、東日本大震災の影響を考慮して岩手、宮城、福島 の 3 県が除かれているが、この 3 県における平成 22 年度の喫煙率は、全国平均と比べて宮城は低く、福島は高い傾向が認められたが、岩手はほぼ中間であった。なお、20 歳以上の現在習慣的に喫煙している者のうち、「たばこをやめたいと思う者」の割合は、男女ともに減少している。母集団のより多い国民生活基礎調査の結果を見ると平成 22 年度と平成 25 年度の喫煙率は、ほぼ同程度となっている。

注 1) 所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）から、わからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。

データ源：

「国民健康・栄養調査報告」の生活習慣調査票

平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島 の 3 県を除く、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。

資料：

- 1 Secretan B, Straif K, Baan R, et al ; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. Lancet Oncol. 2009;10(11):1033-4.
- 2 Inoue M, Tsuji I, Wakai K, Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan, et al; Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. Jpn J Clin Oncol. 2005;35(7):404-11.
- 3 Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005—systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- 4 西信雄、中出麻紀子、猿倉薫子、他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生学の指標. 2012;59(4):10-15.
- 5 西信雄、奥田奈賀子. 健康日本 21 (第二次) の目標設定における国民健康・栄養調査. 保健医療科学 2012;61(5):399-408.

指標 予 2

未成年者の喫煙率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	中学校、高等学校の生徒	「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」
結果	中学男子 2.9% 中学女子 1.7% 高校男子 5.9% 高校女子 3.6%	
期間	平成 24 年度	
注	減少傾向にある。目標は平成 34 年までに 0%。自己申告のため過小評価の可能性がある。	

詳細

指標の定義： 中学校、高等学校の生徒のうち、「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」の割合。

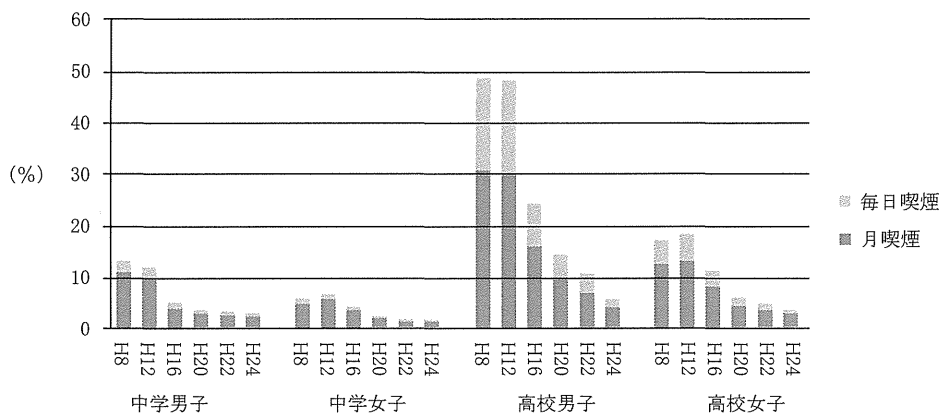
指標の根拠： 未成年者の喫煙は、法律上禁止されているとともに、発達期における有害物質への暴露は短期間・少量であっても成人に比べ健康への影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすい¹。さらに、喫煙が飲酒や非合法薬物へのゲートウェイ（入り口）になることが指摘されている²⁻⁵。実際に、青少年期に喫煙を開始すると、成人後に喫煙を開始した場合と比較して、がんや虚血性心疾患などの危険性がより高くなる⁶。国全体の未成年者の喫煙傾向について把握するため、これまで厚生労働科学研究として断続的に行われてきた「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査」^{7,8}の結果を用いた。

参考：

基本計画目標		H8年度	H12年度	H16年度	H20年度	H22年度	H24年度	備考
中学 男子	0%	13.3%	12.0%	5.1%	3.7%	3.2%	2.9%	減少傾向
中学 女子	(H34年度)	5.6%	6.6%	4.2%	2.2%	1.8%	1.7%	
高校 男子	0%	48.7%	48.3%	24.4%	14.4%	10.6%	5.9%	減少傾向
高校 女子	(H34年度)	17.2%	18.5%	11.3%	6.2%	4.9%	3.6%	

< 参考資料 >

中学生、高校生の喫煙率



月喫煙とは、この30日の間に1日でも喫煙する機会があった者の割合を指す。

留意点： 質問紙による調査であり回答者の自己申告であるため、未成年者の正確な喫煙状況を捉えきれていない可能性がある。例えば、調査においては回答者のプライバシーを配慮して実施されているが、学校単位で行われた調査であるため社会的な望ましさから、喫煙者は回答しない、または喫煙経験を控えめに申告するなどの可能性や、逆に思春期心理から、喫煙していないにもかかわらず喫煙したと回答された可能性がある。また、調査にあたって地域によって調査協力率にばらつきがあり、回答者が日本全国を代表していない可能性がある。平成 22 年度に内閣府が実施した「第 4 回非行原因に関する総合的研究調査」の青少年調査の結果によると、「たばこを吸ったことがある」と答えた割合は一般少年中学生 4.8%、高校生 13.3%であったのに対し、「非行少年」では中学生 69.6%、高校生 73.5%と、対象集団の特性により大きな違いがある点に留意する必要がある⁹。

参考)「非行少年」：補導少年(20 都道府県のうち、刑法及び特別法に違反または触れる行為により警察に補導された 12 歳以上の触法少年及び犯罪少年)と少年鑑別所所在少年(15 都道府県に所在する少年鑑別所(17 か所)に在所している少年を対象とした。また、一般少年は 15 都道府県の公立中学校(29 校)及び高等学校(29 校)に在籍する中学生 2,909 名、高校生 3,136 名を対象に平成 21 年度に実施された。

データ源： 「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」^{7,8} は、平成 8 年度から 4 年に 1 度実施されており、平成 20 年度より 2 年に 1 度調査が実施されている。平成 22 年度の調査では、過去の調査と同様に全国学校総覧に掲載された全国の中学校・高等学校(全日制の私立・公立高校)より中学校 131 校(選択率 1.2%)、高等学校 113 校(選択率 2.3%)を無作為抽出し、在校生徒全員に質問紙調査を実施した。協力の得られた中学校は 89 校(68%)、高等学校は 81 校(72%)で、合計 98,867 名から回答を得た。なお、過去の調査における中学校・高等学校の選択率は中学校約 1.1～1.2%、高等学校約 1.9～2.3%であり、そのうち協力の得られた学校の割合(協力率)は中学校約 66～70%、高等学校約 66～80%で、回答生徒数は、中学生約 4 万人、高校生約 5 万 5 千～7 万人であった。平成 8 年度の調査報告によると、調査における抽出方法は層別 1 段クラスター抽出で、地域ブロック(北海道、東北、関東 I、関東 II、北陸、東海、近畿 I、近畿 II、中国、四国、北九州、南九州)ごとの喫煙率を検討するために、地域ブロックを層として学校を無作為に層別抽出、抽出された学校の生徒全員が調査対象とされた。抽出標本数は、平成 2 年度に行われた中学生・高校生の喫煙行動に関する全国調査で得られた学校別喫煙率の分散と調査回答率を利用して算出された。また、地域ブロック別の生徒数に従って地域ブロック別の抽出数が決定され、各地域ブロックにおける調査対象校の抽出は各校の生徒数に比例した確率で行われた(確率比例抽出)。調査対象者へは担任を通し調査票および糊付封筒が配布され、その場で封をした上で回収を行った。調査に際しては、喫煙や飲酒を肯定、あるいは否定したりする発言をしないこと、生徒の調査票記入中に席を回ったり、覗き込んだりしないこと、調査開始時にこれはテストではないのでありのままを書くように伝えること、教員は封を開けないことなどの点を確保してプライバシーは守られるように配慮された。地域ブロック別に見ると、調査協力の得られた学校(協力率)にはばらつきがみられた(33.3～100%)。(健康日本 21、目標設定に関する主要データ、未成年者の喫煙行動に関する全国調査<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/data_1/7_miseinenkitsuen/index.html>(アクセス 2015 年 2 月 2 日))

資料：

- ¹ 簗輪眞澄、尾崎米厚. 若年における喫煙開始がもたらす悪影響. 保健医療科学. 2005;54(4): 262-277.
- ² Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". J Sch Health. 1993;63(7):302-6.
- ³ Parra-Medina DM, Talavera G, Elder JP, Woodruff SI. Role of cigarette smoking as a gateway drug to alcohol use in Hispanic junior high school students. J Natl Cancer Inst Monogr. 1995;(18):83-6.

- ⁴ Lindsay GB, Rainey J. Psychosocial and pharmacologic explanations of nicotine's "gateway drug" function. J Sch Health. 1997;67(4):123-6.
- ⁵ 鈴木健二, 木村充, 武田綾, 松下幸生. 思春期の喫煙開始は成人のアルコール乱用の gateway drug といえるか: 未成年者飲酒問題長期追跡調査から, 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 2008;43(1):44-53.
- ⁶ 厚生労働省 未成年者の喫煙について
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/qa/detail5.html>> (アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ⁷ 大井田隆 (代表) 厚生労働科学研究「循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業: 未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」報告書, 2010 年
- ⁸ 大井田隆 (代表) 厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」報告書概要版, 2012 年
- ⁹ 内閣府「非行原因に関する総合研究調査」(2010 年 5 月)
<<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikou4/gaiyou/gaiyou.html>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)

指標 予 3

受動喫煙の機会を有する者の割合

対象 (分母)		算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人	現在喫煙者以外の者が「この 1 ヶ月間に自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対して「ほぼ毎日、週に数回程度、週に 1 回程度、月に 1 回程度」と回答した者
結果	行政機関 9.7% 医療機関 6.5% 家庭 9.3% 飲食店 46.8%	
期間	平成 25 年度	
注	平成 23 年度から 25 年度の結果をみるとほぼ同程度かやや微増傾向にある。目標は平成 34 年度までに行政機関・医療機関 0%、家庭 3%、飲食店 15%。自己申告のため過小評価の可能性はある	

詳細

指標の定義： 受動喫煙とは、「現在習慣的に喫煙している者」以外がたばこの煙を吸う機会のことであり、成人の男女総数のうち、現在喫煙者以外の者が下記に挙げられた場所それぞれにおいて「この 1 ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対する回答（「ほぼ毎日」「週に数回程度」「週に 1 回程度」「月に 1 回程度」「全くなかった」「行かなかった」）をもとに評価した。

各場所における「受動喫煙の機会を有する者」の定義

行政機関・医療機関	「行かなかった」と回答した者を除く、「月に 1 回程度」以上と回答した者
家庭	「ほぼ毎日」と回答した者（「行かなかった」という選択肢はない）
飲食店	「行かなかった」と回答した者を除く、「月に 1 回程度」以上と回答した者

指標の根拠： 受動喫煙は、非喫煙者においても肺がんの「確実」なリスク因子である¹のみならず、虚血性心疾患や脳卒中、小児における脳腫瘍や血液がんの確実なリスク因子である。日本人における受動喫煙ががん罹患に寄与する割合は、男性で 0.2%、女性で 1.2%と推定されており²、日本人のがんのリスクの評価においても、受動喫煙が肺がんのリスクとなるのは「ほぼ確実」と判断された³。厚生労働省は健康局長通知において、公共の場所においては原則全面禁煙が望ましい旨を通知しているが、全面禁煙が極めて困難な場合には、当面暫定的かつ例外的に喫煙可能区域（喫煙所）の設置を認めている。そこで、がん対策推進基本計画における国の政策目標としては、家庭と飲食店について、現状値から禁煙希望者が全て禁煙した場合の割合を減じた割合（家庭 6.7%、飲食店 31.3%）を半減させた値（家庭 3%、飲食店 15%）を目標として定めた。行政機関と医療機関については、これらの機関の公共性に鑑み、「受動喫煙の機会を有する者をなくす」という観点から、目標は 0%とされた。国全体としての受動喫煙の機会を有する者の割合について経年的に把握するために、「国民健康・栄養調査報告」を用いた。

参考：

基本計画目標		H 20 年度	H 22 年度	H 23 年度	H 25 年度
行政機関	0% (H34 年)	16.9%	—	7.0%	9.7%
医療機関	0% (H34 年)	13.3%	—	5.9%	6.5%
家庭	3% (H34 年)	13.9%	10.7%	9.3%	9.3%
飲食店	15% (H34 年)	62.3%	50.1%	45.1%	46.8%

留意点：

「国民健康・栄養調査」は、質問紙による調査であり回答者の自己申告であること（過少・過大の可能性）、調査協力率が男性より女性で、また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなどに留意して結果を解釈する必要がある⁴。受動喫煙の機会を有する者の割合は、喫煙率とも関連するためこれらのデータを合わせてたばこ施策については評価していく必要がある。ただし、受動喫煙の機会が実際にどの程度あったかが不明瞭であり、回答者の主観的な回答に依存するため、調査結果は受動喫煙の機会を過小評価している可能性がある。

データ源：

「国民健康・栄養調査報告」の生活習慣調査票

平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島の 3 県を除く、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。現在習慣的に喫煙している者とは、これまで習慣的にたばこを吸っていたと回答した者。

資料：

- ¹ Secretan B, Straif K, Baan R, et al. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol.* 2009;10(11):1033-4.
- ² Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. *Ann Oncol.* 2012;23(5):1362-9.
- ³ 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター 予防研究グループ
<http://epi.ncc.go.jp/can_prev/index.html> (アクセス 2015 年 1 月 28 日)
- ⁴ 西信雄、中出麻紀子、猿倉薫子、他 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因。厚生生の指標。2012;59(4):10-15.

指標 予 4

受動喫煙の無い職場の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全国の全ての業種を含む事業所	受動喫煙防止対策 (全面禁煙又は空間分煙) を講じている職場
結果	65.5% (全面禁煙又は空間分煙実施割合)	
期間	平成 25 年度	
注	増加傾向である。目標は平成 32 年までに受動喫煙の無い職場の実現。事業所規模や業種によってばらつきがある	

詳細

指標の定義： 全国の全ての業種を含む事業所のうち、「受動喫煙防止対策 (全面禁煙又は空間分煙) を講じている職場」の割合

指標の根拠： 指標 予 3「受動喫煙の機会を有する者の割合」参照。職場における受動喫煙防止対策については、平成 4 年度以降、労働安全衛生法第 71 条の 2 の、「快適な職場環境の形成のための措置」における事業主の努力義務として対策が進められてきたが、平成 19 年度労働者健康状況調査で「全面禁煙」または「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」の措置を講じている事業所は、46%にとどまった。これを受け、平成 22 年 6 月には「新成長戦略」として平成 32 年度までに受動喫煙のない職場の実現が目標として掲げられた¹⁾。

参考：

基本計画目標	H 23 年度	H 24 年度	H 25 年度
受動喫煙の無い職場の実現 (H34 年)	64% (職場における受動喫煙防止対策に係る調査 ²⁾)	-	-
全面禁煙の割合 (敷地内、建物内禁煙)	25.8%	42.0% (11.0%、31.0%)	65.5% (全面禁煙又は空間分煙実施)
空間分煙実施割合	44.3% (労働災害防止対策等重点調査)	19.4% (労働者健康状況調査)	(労働安全衛生調査 <実態調査>)

留意点： 健康日本 21 の評価及び健康日本 21 (第二次) の目標設定においては、平成 19 年度の「労働者健康状況調査」および平成 23 年度の「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」の結果が参照値として用いられている。しかしながら、受動喫煙防止のための取り組み内容の調査項目が調査年度によって一部変更されており、結果を比較する際には注意する必要がある (例えば、平成 25 年、24 年の調査では受動喫煙防止対策に取り組んでいるか否かを問うた後に、その内容として「敷地内を含めた事業所全体を禁煙にしているか」といった質問等で調査しているのに対し、平成 23 年の労働災害防止対策等重点調査では「全面禁煙を実施している」「空間分煙を実施している」「上記以外の何らかの対策を実施している」「取り組んでいない」といった質問になっている)。喫煙所の設置等、何らかの受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業所の割合は、平成 19 年度は 75.5%であったのに対し平成 25 年度は 85.6%と増加している。平成 25 年の調査結果を、事業所規模別にみると、規模の大きい事業所ほど何らかの受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業所の割合が高く、50 人以上の全ての事業所の規模での取り組みは 9 割超、10～29 人規模の事業所でも 82.4%となっている。

産業別にみると、「電気・ガス・熱供給・水道業」（98.2%）が最も高く、次いで「金融業、保険業」（98.0%）、「複合サービス業」（96.2%）、「医療、福祉」（94.6%）、「学術研究、専門・技術サービス業」（93.4%）、「教育、学習支援業」（91.1%）となっている。これに対し「鉱業、採石業、砂利採取業」（64.8%）、「農業、林業（林業に限る）」（70.8%）、「生活関連サービス業、娯楽業」（76.7%）、「宿泊業、飲食サービス業」（78.8%）は低くなっている。事業所規模、業種によって、受動喫煙防止対策の取り組み状況に違いがあることに留意する必要がある。また、平成19年世界保健機関（WHO）のたばこ規制枠組み条約において屋内での全面禁煙が唯一の科学的根拠に基づいた受動喫煙の防止策であるとしている³。これを受け、わが国の受動喫煙防止対策でも多数の者が利用する公共的な空間においては原則全面禁煙であるべきとされているが、全面禁煙が極めて困難である場合には、当面の間、喫煙可能区域を設定するなどの受動喫煙防止対策をとることとし、将来的には全面禁煙を目指すことを求めるとしている⁴。その際、分煙効果判定基準策定検討会報告書（平成14年）を参考に喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないことなど適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要があるとされている。そのため今後の調査においては、全面禁煙、および適切な受動喫煙防止措置がとられているのかなどを厳密に調査する必要がある。

データ源：

- 1) 労働安全衛生に関する調査（労働安全衛生特別調査）における「労働者健康状況調査」、「労働災害防止対策等重点調査」

労働安全衛生に関する調査（労働安全衛生特別調査）は、労働安全衛生法に基づき昭和41年に「労働安全基本調査」として開始され、以後5年ローテーションで毎年テーマを変えて実施されている。労働者健康状況調査は、日本標準産業分類による林業、鉱業・採石業・砂利採取業、建設業、製造業、運輸業・郵便業、宿泊業・飲食サービス業などを含む産業で常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約12,000～14,000事業所を対象に実施された。労働者健康状況調査全体の有効回答率は、約70～73%であった。

平成23年の「労働災害防止対策等重点調査」では東日本大震災による企業活動への影響などを考慮し、被災地域に所在する事業所を抽出対象から除外し、被災地域から調査対象として抽出する予定の数を被災地域以外の地域に所在する同一の産業・規模に属する事業所から抽出し、調査対象とされた。

- 2) 「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」²

「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」は、厚生労働省の委託を受け電通リサーチにおいて事業所（日本国全域の全ての業種を含む）に雇用されている労働者2,000人を対象に平成23年3月1日現在でインターネット調査が行われた。調査結果の詳細な情報は記載されていない。

資料：

- ¹ 厚生労働省「たばこ健康に関する情報ページ」
 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/tobacco/index.html>（アクセス2015年6月2日）
- ² 厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」
 <http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/120329_4.pdf>（アクセス2015年6月2日）
- ³ World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. 2007
- ⁴ 職場における受動喫煙防止対策に関する検討会「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会報告書」（平成22年5月26日）
 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006f2g-att/2r98520000006f47.pdf>>（アクセス2015年6月2日）

指標 予 5

B型・C型肝炎ウイルス感染（キャリア）率

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国民	B型・C型肝炎ウイルス感染者
結果	HBV 0.2% HCV 16-19歳 0.13% HCV 20-29歳 0.21% HCV 30-39歳 0.77% HCV 40-49歳 1.28% HCV 50-59歳 1.80% HCV 60-69歳 3.38% 無症候性キャリア 2.8～3.2万人	
期間	HBV：平成22～24年、HCV：平成12年 無症候性キャリア：平成20～22年	
注	過小評価の可能性がある。HBV=初回献血者HBs抗原陽性率。HCV=初回献血者によるHCV抗体陽性率。 無症候性キャリア=B型・C型無症候性キャリア（診療報酬記録調査）。	

詳細

- 指標の定義：** HBV：一般国民のうち、HBs抗原が血液検査で陽性の者の割合。
 HCV：一般国民のうち、HCV抗体が血液検査で陽性の者の割合。
 ただし、一般国民全体への調査は存在しないため、以下のデータ源に記す調査の結果を使用する。
- 指標の根拠：** B型・C型肝炎ウイルスの持続感染は、肝がんの発がん要因といわれ、非ホジキンリンパ腫にも関連があるといわれている^{3,4}。B型・C型肝炎ウイルスは、主に血液や体液を介して感染する。出産時の母子感染、輸血や血液製剤の使用、まだ感染リスクが明らかではなかった時代の医療行為などが感染源として考えられている。このため、肝炎ウイルス感染率を把握することは肝炎ウイルス対策を効果的に行う上で重要と考えられる。B型・C型肝炎ウイルス感染率について、厚生労働科学研究で行われた研究結果を記載する。

参考：

	現状	備考
B型肝炎	(初回献血者における感染率 ^{注1)} HBs 抗原陽性率 昭和 21～昭和 25 年出生者 男性 約 0.9% 昭和 26～昭和 30 年出生者 女性 約 0.6% 全体 約 0.2% (男性 約 0.2%、女性 約 0.1%) HBc 抗体陽性率 昭和 16～昭和 20 年出生者 男性 約 23.2% 昭和 16～昭和 20 年出生者 女性 約 17.5%	出生年が新しくなるほど陽性率は減少傾向
C型肝炎	(初回献血者における感染率) HCV 抗体陽性率 16～19 歳 0.13%、20～29 歳 0.21%、 30～39 歳 0.77%、40～49 歳 1.28%、 50～59 歳 1.80%、60～69 歳 3.38%	高齢者で感染率が高い傾向にある
B型・C型肝炎	(診療報酬記録調査) 無症候性キャリア 2.8～3.2 万人 (1.2～5.1 万人) 慢性肝炎 47.6～52.0 万人 (41.4～58.4 万人) 肝硬変 2.3～2.9 万人 (1.1～4.7 万人) 肝がん 2.9～3.7 万人 (1.4～5.4 万人)	

注 1) 昭和 16 年以降の出生者を 5 年毎に出生年・男女別に推定した結果、最も陽性率が高かった年齢における算出値を記載。

留意点： 昭和 60 年より B 型肝炎母子感染防止事業が開始され、母子間の HBV 感染によるキャリアの発生は減少した⁵。初回献血者の調査結果の解釈において、HBs 抗原陽性者、肝炎患者、手術や輸血歴がある者はあらかじめ献血対象者から除外されるため、HBs 抗原陽性率がやや低く算出される可能性がある。また、HCV 抗体陽性者には HCV に持続感染している例とウイルスが既に排除された感染既往例が混在しており、約 7 割が HCV 持続感染者 (HCV キャリア) と考えられている¹。診療報酬記録からの推計値の解釈にあたっては現在肝硬変や肝がんの患者は 65 歳以上の年齢層に多いのに対し、調査では 64 歳以下が対象となっていることに留意する必要がある²。以上より、わが国の B 型・C 型肝炎ウイルス感染率 (キャリア率) は、高齢者に多く、若い世代で少ないことが示唆されている。また近年、慢性肝炎疾患に移行するリスクが高い遺伝型 (A 型) が増加しているとの報告もあり⁶、これら遺伝型の違いによる感染率についても把握することが重要と考えられる。

データ源： 国立感染症研究所ウイルス第二部のホームページ¹、厚生労働科学研究費補助金 (肝炎等克服緊急対策研究事業)「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」²

調査 1 (初回献血者調査)

B 型肝炎ウイルス感染：

平成 22 年 4 月から平成 24 年 3 月までの全国の日本赤十字社輸血センター初回献血者約 107 万人を対象として実施。出生年・男女別の献血者数、輸血用血液のスクリーニング検査で HBs 抗原陽性と判定された献血者並びに HBs 抗原陰性・HBc 抗体陽性者数の調査を実施。

C 型肝炎ウイルス感染：

全国の日本赤十字社輸血センター初回献血者のデータに基づく、平成 12 年時点の年齢に換算した推計値 (国立感染症所ホームページ参照²、詳細なデータは不明)。

調査2 (診療報酬記録調査)²

20 の健康保険組合に属する本人および家族の全診療報酬記録を解析対象とした。解析では、肝疾患関連診断がなされたデータを抽出し、性別・年齢別に期間有病率を算出した。対象者数は、平成 20 年 582,922 人、平成 21 年 757,869 人、平成 22 年 787,075 人。このうち、64 歳以下の年齢層の推計患者数を算出した。

資料：

¹ 国立感染症研究所ウイルス第二部 <<http://www.nih.go.jp/niid/ja/expert.html>>

(アクセス 2015 年 6 月 2 日)

² 田中純子 (代表) 厚生労働科学研究費補助金 (肝炎等克服緊急対策研究事業) 「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」平成 24 年総括研究報告書

³ 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 予防研究グループ「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」

<http://epi.ncc.go.jp/can_prev/93/3457.html#suisho6>

(アクセス 2015 年 5 月 7 日)

⁴ International Agency for Research on Cancer.

<<http://www.iarc.fr/en/research-groups/ICB/>> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

⁵ 厚生労働省「肝炎総合対策の推進」

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/index.html>>

(アクセス 2015 年 2 月 2 日)

⁶ 国立感染研究所感染症センター B 型肝炎 2006 IASR 2006:27(9)

<<http://idsc.nih.go.jp/iasr/27/319/inx319-j.html>> (アクセス 2015 年 2 月 2 日)

指標 予 6

B型・C型肝炎ウイルス抗体検査受検率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人 (20 ~ 79 歳)	肝炎検査を受検した者
結果	HBV 受検率 57.4% HCV 受検率 48.0%	
期間	平成 23 年度	
注	検査を受けたことを認識していない者が多数存在。	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、肝炎ウイルス検査を受検した者の割合。

指標の根拠： 肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個人が肝炎ウイルスに感染した可能性があるか否かを一概に判断することが困難なため、全ての国民が少なくとも 1 回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があると考えられている¹。肝炎ウイルス検査は、健康増進事業、特定感染症検査等事業、職域における健診での検査等様々な事業において実施されてきた。各事業で肝炎ウイルス検査受験者数は把握されているものの、重複受検者の存在や対策などの関係からウイルス検査を受けたと考えられるが無自覚の者が多数存在していると考えられ、どの程度の国民が肝炎ウイルス検査を受検しているのか正確な数値を把握することが難しい。そこで、国は平成 23 年度 20 歳から 79 歳を対象に肝炎検査受検状況実態調査(国民調査、保険者調査、自治体調査)を実施した。この結果を、B 型・C 型肝炎ウイルス抗体検査受検率の参考値として記す。

参考：

	現状	備考
国民調査	肝炎ウイルス検査自己申告受検者の割合 B 型肝炎ウイルス検査 17.6% C 型肝炎ウイルス検査 17.6% 非認識受検者 B 型肝炎ウイルス検査 39.8% C 型肝炎ウイルス検査 30.4% 手術前検査などから検査を受けたと推定される者を合わせた割合 B型肝炎ウイルス検査受検者割合 57.4% C型肝炎ウイルス検査受検者割合 48.0%	女性は、手術前の検査、妊娠・出産時の検査で受検したと回答した者が多い
保険者調査	検査実績 (平成 22 年度) B 型肝炎ウイルス検査受検率： 被保険者 15.0%、被扶養者 2.8% C 型肝炎ウイルス検査受検率： 被保険者 9.3%、被扶養者 1.8%	被扶養者で受検率が低い

自治体調査	<p>健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査 (平成 22 年度)</p> <p>B 型肝炎ウイルス検査の実績</p> <p>① 市町村 40 歳検診 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 99 人 22.7%、100 ~ 499 人 30.4%、 500 ~ 999 人 13.2%、1,000 ~ 4,999 人 15.7%、 5,000 人以上 0.8%、無回答 17.2%</p> <p>② 41 歳以上 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 17.7%、10 ~ 49 人 25.1%、 50 ~ 99 人 12.4%、100 ~ 499 人 25.1%、 500 ~ 999 人 6.0%、1,000 人以上 4.5%、 無回答 9.2%</p> <p>C 型肝炎ウイルス検査の実績</p> <p>③ 市町村 40 歳検診 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 44.3%、10 ~ 49 人 31.3%、 50 ~ 99 人 8.7%、100 ~ 499 人 8.1%、 500 人以上 0.3%、無回答 7.2%</p> <p>④ 41 歳以上 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 17.8%、10 ~ 49 人 25.3%、 50 ~ 99 人 12.5%、100 ~ 499 人 24.9%、 500 ~ 999 人 5.9%、1,000 人以上 4.4%、 無回答 9.1%</p>	ほぼ変化なし
-------	---	--------

留意点： 全体として肝炎ウイルス検査を受けたと回答した割合は 26.2% であり、肝炎ウイルス検査を受けたことは認識しているが、その種類を覚えていない者が 8.6% 存在する。このため、実際に肝炎ウイルス検査を受けたと考えられる割合は 17.6% よりも高い可能性がある。また、国民調査で得られた受検率はあくまでも肝炎ウイルス検査を受検したと回答した者の割合であり、客観的な受検率については、今後研究班で検討していく予定とされている¹。今回の調査結果から、「肝炎」という病気についてほとんど知らないことが検査の受検を妨げていることが考えられ、疾患について国民に理解されるように周知する必要があると考えられる。一方で、毎年定期的に受検するものと考えていた者が 24.2% おり、感染する危険性のある行為がない場合は、短い期間で再検査を行う必要はないことも併せて周知する必要がある。また、スクリーニング目的で行われる検査について、陽性の場合には適切な医療へとつなげ、陰性の場合には結果を本人が認識できるよう医療機関との連携についても今後検討していく必要がある。

以上を踏まえ、肝炎ウイルス対策において若い世代での肝炎ウイルス感染率が減少傾向にあるものの、慢性肝炎疾患に移行するリスクが高い遺伝型への感染が増加していることから、がん予防においても引き続き肝炎ウイルス感染状況を把握するとともに、国民の肝炎ウイルス検査受検状況及び国民の肝炎ウイルス、肝炎ウイルス検査についての認知度も併せて把握していく必要があると考えられる。

データ源： 平成 23 年度肝炎検査受検状況実態把握事業（国民調査、保険者調査、自治体調査）^{2,3}
国民調査：平成 24 年 1 月、住民基本台帳より地域・市町村の人口規模による層化二段階抽出した満 20 ～ 79 歳を対象、回収率 32.1%（74,000 件中 23,720 件回収）。
国民調査における自己申告受検者とは、「肝炎ウイルス検査を受けたことがある」かつ「B 型（C 型）肝炎ウイルス検査を受けたことがある」と回答した者。非認識受検者とは、肝炎ウイルス検査を「受けたことがない」または「分からない」と回答しているが、大きな外科手術などの経験があり、検査を受けていることが予想される者。B 型肝炎ウイルス検査は、昭和 47 年 4 月以降に献血を受けた者、昭和 56 年 6 月以降に大きな外科手術を受けた者、昭和 60 年 6 月に妊娠・出産した者は検査を受けていることが予想される。また、C 型肝炎ウイルス検査は、平成 1 年 12 月以降に献血を受けた者、平成 4 年 4 月以降に大きな外科手術を受けた者、平成 4 年 4 月以降に妊娠・出産した者は検査を受けていることが予想される。
保険者調査：平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月、組合健保及び共済組合の 1,529 団体対象、回収率 64.9%（1,529 件中 992 件回収）及び全国健康保険協会（船員保険を除く）のデータ集計。
自治体調査：平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月、都道府県及び特別区・保険所設置市を除いた全ての市町村、回収率 74.6%（1,631 件中 1,216 件回収）。

資料：

- ¹ 厚生労働省「肝炎総合対策の推進」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou09/index.html>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ² 厚生労働省「肝炎検査受検状況実態調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ³ 株式会社サーベイリサーチセンター「平成 23 年度肝炎検査受検状況実態把握事業事業成果報告書」(2012 年 3 月)
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)

指標 予 7

ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全国民	ヒトT細胞白血病ウイルス1 (HTLV-1) に感染している者
結果	約108万人 (男性0.66% 女性1.02%)	
期間	平成18年～平成19年	
注	初回献血者を対象とした調査のため過少評価の可能性がある。	

詳細

指標の定義： 一般人口中、血液検査でHTLV-1抗体陽性の者の数と割合を指標とした。
平成18～19年全国の初回献血者の約120万人を対象に47都道府県を7つの地域別(北海道・東北・関東・中部・近畿・中国/四国・九州)に感染者数を推定し、全国の感染率を推定¹⁾。

指標の根拠： ヒトT細胞白血病ウイルス1型 (Human T-cell lymphotropic virus type 1/Human T-cell leukemia virus type 1:HTLV-1) は、成人T細胞白血病 (Adult T-cell Leukemia:ATL) の主要な要因とされている。日本におけるHTLV-1感染は、沖縄、鹿児島、宮崎、長崎県を中心とする南西地域に多くこれらの地域全体のキャリア数は約49万人とされている¹⁾。近年これらの地域におけるHTLV-1感染率は低下傾向にあり、特に若い世代の感染が低くなっている¹⁾。

HTLV-1の感染経路は、母乳、胎盤、産道を介する垂直感染と、性交、輸血等を介する水平感染とがある²⁾。HTLV-1に感染しても自覚症状はほとんどなく、無症候性キャリアとなる。キャリアからのATL発症は、40歳を超えるまではほとんどなく、40歳を過ぎると年間キャリア1,000人に1人の割合で発症する(生涯ATL発症率男性4～7%、女性2%)³⁾。HTLV-1が引き起こす疾患はATLだけでなく、HTLV-1関連脊髄症 (HTLV-1-Associated Myelopathy:HAM) やHTLV-1関連ぶどう膜炎 (HTLV-1-associated Uveitis:HU) がありHTLV-1全体としての対策がとられている⁴⁾。

現時点で有効なATL発症予防方法はなく、輸血用血液のスクリーニングが導入された現在、母子感染による持続感染を防止することが重要とされている。母子感染経路としては、母乳による感染が主とされている。キャリアの母から長期母乳哺育を受けた児の感染率は、約18%とされるが、これを人工乳哺育では約3%まで減少すると報告されている⁵⁾。3ヶ月までの短期母乳哺育のHTLV-1母子感染率は、症例数が少なく十分な結論を得るには至っていないが、人工乳とほぼ同じレベルとの報告⁵⁾もある。

参考：

	S 63年	H 18～19年	備考
感染者数 (HTLV-1キャリア率)	推定約120万人	推定約108万人 男性：0.66% 女性：1.02%	やや減少傾向