

留意点：

本指標で用いた HTLV-1 の感染率は、初回献血者のデータを用いた推計値であり、研究者らは HTLV-1 関連疾患患者が家族にいる場合や自身が HTLV-1 キャリアである場合は献血を行わないこと、献血を行う人は元来健康である人が多い傾向にあること⁷などから、ここでの推定 HTLV-1 感染者数は実際よりも、少なく見積もられている可能性がある¹。献血者がどの程度日本の国民を代表するののかについては十分に検討されておらず、推計値の解釈には留意を要する。HTLV-1 の感染は、ATL や HAM といった重篤な疾病を発症するため政府は、将来の発症者減少を目指し平成 22 年 HTLV-1 総合対策を策定した⁴。この中で、HTLV-1 の主な感染が母乳を介した母子感染と考えられていること、さらに人工乳による哺育を行うことである程度低減できることから、平成 22 年 10 月 6 日雇児母発 1006 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知により、妊婦健康診査の医学的検査の標準的な検査項目に追加され、検査が公費負担の対象となった。しかし、近年の HTLV-1 の感染率は減少傾向にあり、特に母子感染予防対策が必要な出産年齢世代のキャリア率は低く（平成 18～19 年調査 20 歳代女性 0.20%、30 歳代女性 0.27%）、HTLV-1 スクリーニング検査（PA 法、CLEIA 法）は一定の確率で偽陽性の結果が出る。そのため検査陽性者にはスクリーニング検査で陽性の場合必ず確認試験（Western blot 法）が求められている。しかしながら、この確認試験においても約 10～20% が判定保留になると言われており、確認試験で判定保留の場合は PCR 法（自費診療）を行うことを提案するなどの慎重な対応が求められている⁸。また HTLV-1 キャリア数のピークは、平成 10 年の調査では 50 代であったのに対し、平成 18～19 年の調査では 70 代に移行しており、ATL の発症患者の高齢化の一因となっていると考えられる^{1,6,9}。

データ源：

厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」⁶

資料：

- ¹ Satake M, Yamaguchi K, Tadokoro K. Current prevalence of HTLV-1 in Japan as determined by screening of blood donors. *J Med Virol* 2012;84:327-35.
- ² Hino S. Establishment of the milk-borne transmission as a key factor for the peculiar endemicity of human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1): the ATL Prevention Program Nagasaki. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci* 2011;87:152-166.
- ³ 国立がん研究センター がん対策情報センター・がん情報サービス、
<<http://ganjoho.jp/public/cancer/data/ATL.html>>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁴ 厚生労働省 HTLV-1
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁵ 齋藤滋（代表）厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「HTLV-1 の母子感染予防に関する研究班 平成 21 年度総括・分担研究報告書」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/02.pdf>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁶ 山口一成（代表）厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策 平成 20～22 年度報告書」
- ⁷ Atsma F, Veldhuizen I, Verbeek A, et al. Healthy donor effect: its magnitude in health research among blood donors. *Transfusion* 2011;51:1820-28.
- ⁸ 板橋家頭夫（代表）平成 24 年度厚生労働科学研究補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生時のコホート研究 総括研究報告」
<<http://www.aiiku.or.jp/~doc/houkoku/h24/19015A010.pdf>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁹ 山田恭暉, 跡上直, 長谷川寛雄, 上平憲, 早田みどり, 佐竹正博, 山口一成. 成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (ATL) 全国調査, *臨床血液* 52(11): 1765-1771, 2011

指標 予 8

ハイリスク飲酒者（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者）の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	満 20 歳以上の成人	1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者
結果	男性14.7% 女性7.6%	
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 34 年までに男性 13%、女性 6.4% 以下	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合。清酒 1 合の純アルコール量が 22g であることから、調査項目の「飲酒の頻度」と「飲酒日の 1 日当たりの飲酒量」をもとに、以下の式で概算した。なお、1 日 5 合以上の飲酒は、頻度にかかわらず、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているとした。

< 式 >

男性（「毎日×2 合以上」+「週 5～6 日×2 合以上」+「週 3～4 日×3 合以上」+「週 1～2 日×5 合以上」+「月 1～3 日×5 合以上」）/ 全回答者数
 女性（「毎日×1 合以上」+「週 5～6 日×1 合以上」+「週 3～4 日×1 合以上」+「週 1～2 日×3 合以上」+「月 1～3 日×5 合以上」）/ 全回答者数

「飲酒の頻度」

「週に何日くらいお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか」という質問に対し、「毎日」「週 5～6 日」「週 3～4 日」「週 1～2 日」「月に 1～3 日」「やめた（1 年以上やめている）」「ほとんど飲まない（飲めない）」から 1 つ選択する。

「飲酒日の 1 日当たりの飲酒量」

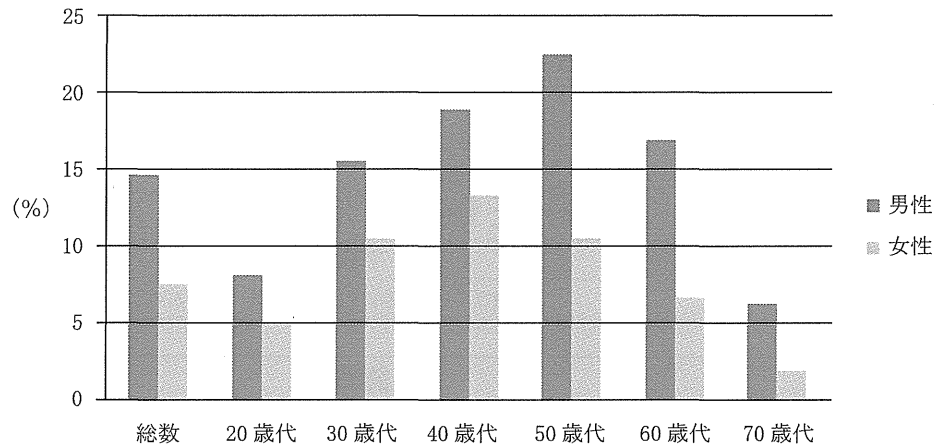
飲酒の頻度の設問で「やめた」「ほとんど飲まない」以外の回答をした者に、「お酒を飲む日は 1 日あたり、どのくらいの量を飲みますか」という質問をし、清酒に換算し、「1 合（180ml）未満」「1 合以上 2 合（360ml）未満」「2 合以上 3 合（540ml）未満」「3 合以上 4 合（720ml）未満」「4 合以上 5 合（900ml）未満」「5 合（900ml）以上」から 1 つ選択する。

指標の根拠： 国際的に飲酒は、口腔、咽頭、喉頭、食道、大腸（男性）、乳房のがんのリスクを上げることが「確実」、肝臓、大腸（女性）のがんのリスクを上げることも「ほぼ確実」とされている¹。日本人においても、飲酒によりがん全体のリスクが上がることは「確実」と報告されており²、飲酒が全がん罹患の原因として寄与する割合は、それぞれ男性で 9.0%、女性で 2.5%と推定されている³。がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクが 1 日平均飲酒量とともにほぼ直線上に上昇することが示唆される。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えないこと、一般に女性は男性に比べて肝機能障害など飲酒による臓器障害を起こしやすくアルコール依存症に至るまでの期間も短い。そのことを考慮し、健康日本 21（第 2 次）では、ハイリスク飲酒者を 1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者と定義し、その割合を低減させること（約 15% の低減）が目標に掲げられた。本指標では、この定義を採用し、国全体としてのハイリスク飲酒者の割合を把握するために、国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考：

健康日本 21（第二次）目標		H 22 年度	H 24 年度	備考
男性	13%（H34 年度）	15.3%	14.7%	やや減少傾向
女性	6.4%（H34 年度）	7.5%	7.6%	ほぼ変化なし

平成 24 年度ハイリスク飲酒者の割合（20 歳以上、性・年齢階級別、全国補正值^{（注）}）



^{（注）} 全国補正值：平成 23 年度以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近 3 年間の実施世帯数の和を平成 24 年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近 3 年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の 3 県で調査を実施できなかった平成 23 年を除く、平成 20～22 年のものが用いられた。

留意点：

国民健康・栄養調査の質問紙による回答者の自己申告に基づいている（過少・過大申告の可能性）。また、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。過去の検証において、協力率は男性より女性の方が高い。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。ハイリスク飲酒者を年齢階級別に見ると、年代によって違いがあり、男性では 40～60 歳代で高くなっており、また女性では 30～50 歳代で高くなっている。そのため、年齢階級別にハイリスク飲酒者の割合の低減が達成できているかを評価していく必要があると考えられる。飲酒習慣者（週に 3 日以上飲酒し、飲酒日 1 日当たり 1 合以上を飲酒すると回答した者）の割合は、男性では世帯の年間所得によって違いがあり（200 万円未満 32.6%、200 万円以上～600 万円未満 36.6%、600 万円以上 40%）、これら所得による飲酒習慣の違いについても留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）。

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。また、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、男性の飲酒習慣者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 43.3%、下位群 31.4%と、地域による差が認められた（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）（なお、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）。平成 25 年度国民健康・栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める男性の飲酒量（清酒換算で 2 合以上）を正しく知っている者の割合は、男性 29.3%、女性 24.9%であり、生活習慣病のリスクを高める女性の飲酒量（清酒換算で 1 合以上）を正しく知っている者の割合は、男性 24.5%、女性 27.4%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 International Agency for Research on Cancer. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2010;96. Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC.
 - ² Inoue M, Wakai K, Nagata C, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Alcohol drinking and total cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol.* 2007;37(9):692-700.
 - 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. *厚生指標.* 2012;59(4):10-15.

指標 予 9

運動習慣のある者の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人	「運動の実施頻度として週 2 日以上、持続時間として 1 回 30 分以上、継続期間として 1 年以上の運動習慣があると回答した者」
結果	<p style="text-align: center;"> < 20～64歳 > 男性 22.3% 女性 19.4% < 65歳以上 > 男性 47.6% 女性 37.8% </p>	
期間	平成 25 年度	
注	20～64 歳までの就労世代で減少傾向、65 歳以上は横ばい傾向。目標は、平成 34 年までに 20～64 歳男性 36%、女性 33% 65 歳以上男性 58%、女性 48%。自己申告のため過大評価の可能性はある。	

詳細

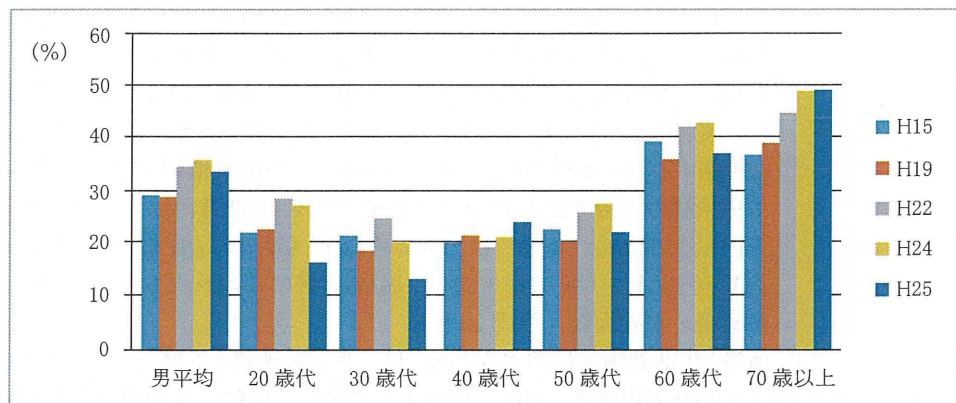
指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、身体状況調査表の問診において、「運動の実施頻度として週 2 日以上、持続時間として 1 回 30 分以上、継続期間として 1 年以上の運動習慣があると回答した者」の割合（運動の強さは運動習慣の判定に含まれない）。

指標の根拠： 国際的な評価においては、身体活動を上げること（運動すること）は、大腸（結腸）がんのリスクを下げることで「確実」とされており、また閉経後の乳がん、子宮体がんのリスクを下げることで「ほぼ確実」とされている¹。日本人を対象とした 8 つの研究に基づく評価では、大腸（結腸）がんのリスクを下げることは「ほぼ確実」とされ²、身体活動に起因するがん罹患の割合は、男性で 0.3%、女性で 0.6%と推定されている³。健康日本 21（第二次）の目標の設定においては、余暇時間に取り組む運動の実施が就労の有無に影響を強く受けるため、性別に 20～64 歳と 65 歳以上に分けて掲げられた（各年齢群で約 10% 増加）。国全体としての運動習慣がある者の割合について把握するために、国民健康・栄養調査報告を用いた。

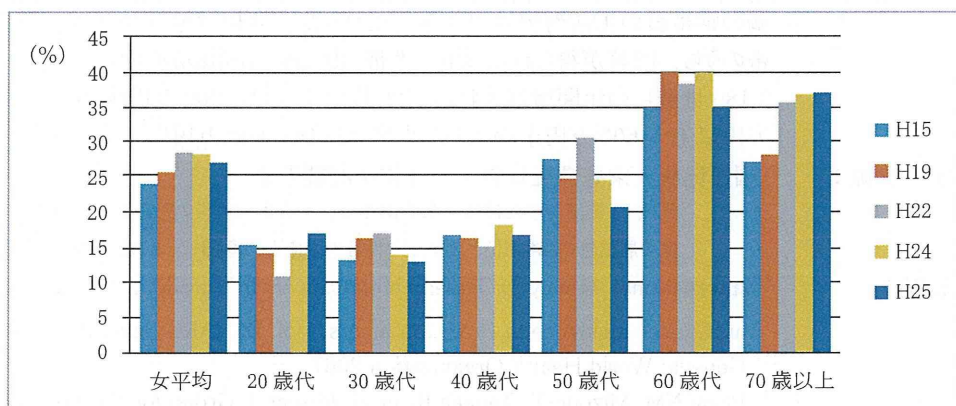
参考：

健康日本 21（第 2 次）目標		H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
男性	20～64 歳 36%	29.3% (全体平均)	29.1% (全体平均)	26.3% 47.6%	36.1% (全体平均)	22.3% 47.6%	65 歳未満の就労世代で運動習慣が低い
	65 歳以上 58% (H34 年度)						
女性	20～64 歳 33%	24.1% (全体平均)	25.6% (全体平均)	22.9% 37.6%	28.2% (全体平均)	19.4% 37.8%	65 歳未満の就労世代で運動習慣が低い
	65 歳以上 48% (H34 年度)						

運動習慣のある者の割合の推移（20歳以上、性・年齢階級別、全国補正值^注）
男性



女性



20～64歳、65歳以上の群での数値が得られなかったため、10歳単位の傾向を示す。平成24年では、全国補正值^注の値が用いられた。

注 全国補正值：平成23年以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重みづけが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近3年間の実施世帯数の和を平成24年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近3年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の3県で調査を実施できなかった平成23年を除く、平成20～22年のものが用いられた。

留意点： 国民健康・栄養調査の質問紙による回答者の自己申告に基づいている（過少・過大申告の可能性）。また、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約67%（平成25年度）。過去の検証において、協力率は男性より女性の方が高い。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。運動習慣者の割合は、平成22年の調査で男女とも60歳以上あるいは70歳以上の高齢者で高いことから、性別に加えて20～64歳と65歳以上の目標を区別して示していることは、達成状況を評価する上で重要と考えられる。一方で、運動習慣のない者の割合は、男性では200万円未満の世帯で高く（200万円未満70.6%、200万円以上～600万円未満63.7%、600万円以上62.5%）、女性では600万円以上（67.7%）と比較して200万円未満（72.9%）と200万円以上～600万円未満（72.1%）の世帯で高くなっている点に留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成22年）。

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うえで、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」の身体状況調査票

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 International Agency for Research on Cancer. In Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. IX, IARC Scientific Publications No.160. Geneva: World Health Organization 2007.
 - ² Pham NM, Mizoue T, Tanaka K, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Physical activity and colorectal cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Jpn J Clin Oncol. 2012;42(1):2-13.
 - 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.

指標予 10

野菜と果物の摂取量

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	満 20 歳以上の成人	「1 人 1 日当たりに摂取している野菜（緑黄色野菜以外も含む）の量」及び「1 日当たりに摂取している果物の量が 100g 未満の者」
結果	野菜摂取量 283.1g 果物摂取量 100g 未満の者 56.4%	
期間	平成 25 年度	
注	野菜摂取量はほぼ横ばい、果物摂取量 100g 未満の者はやや減少。目標は平成 34 年までに野菜摂取量 350g、果物摂取量 100g 未満の者 30% 以下。自己申告のため過大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、「1 人 1 日当たりに摂取している野菜（緑黄色野菜以外も含む）の量」、及び「1 日当たりに摂取している果物の量が 100g 未満の者」の割合。世帯毎に被調査者が摂取した食品を秤量記録したもものから算出^{注1}。

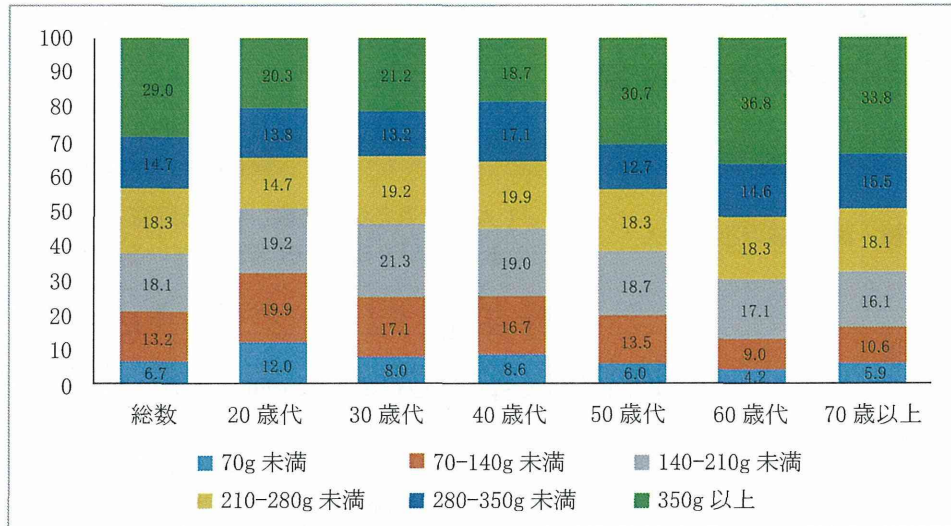
注1 被調査世帯においてなるべく普通の摂取状態にある日に実施し、調査開始前に被調査地区民に対し調査の趣旨を説明した上で調査員が栄養摂取状況調査票を各世帯に配付し、秤量を記入する。使用量が少なく秤量困難なものなどについては目安量を記入する。栄養素等の算出には、「日本食品標準成分表 2010」を使用し、調理による重量変化率を加味して算出した。なお、1 日分の食事内容の調査であるため習慣的な摂取量の分布曲線を得ることはできない。

指標の根拠： 米国のレビューによれば野菜と果物は、口腔、咽頭、喉頭、食道、胃、及び肺（果物のみ）のがんに、それぞれ予防的に作用することが「probable（可能性あり）」と評価されている¹。日本人における野菜・果物の評価は、食道がんのリスクが低くなることが「ほぼ確実」、胃及び肺がん（果物のみ）のリスクが低くなる「可能性がある」とされている²。野菜・果物の摂取不足ががん罹患に寄与する割合は、男性で野菜 0.7%、果物 0.7%、女性で野菜 0.4%、果物 0.8%と推定されている³。健康日本 21（第二次）の目標の設定において、野菜は当初の健康日本 21 と同様に平均値の増加が目標とされたのに対し、果物は摂取量が 100g 未満の者の割合を減少させることが目標とされた。これは、野菜・果物は摂取量が多いほどがんのリスクが低下するとはいえないが、ここでは健康日本 21 の項目にならない野菜摂取量と果物摂取量 100g 未満の者を指標とした。国全体としての野菜と果物の摂取量を経年的に把握するために国民健康・栄養調査を用いた。

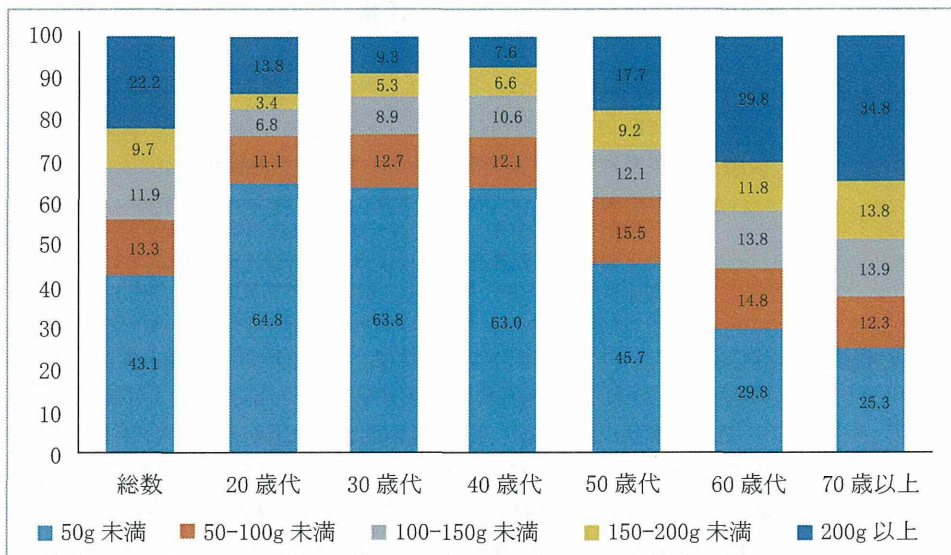
参考：

健康日本 21（第二次）目標		H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
野菜	平均値 350g (H34 年度)	293.4g	290.1g	281.7g	286.5g	283.1g	H9 年からほとんど変化がなく、どの年代においても 350g には達していない
果物	100g 未満の者 30% 以下 (H34 年度)	-	-	61.4%	58.8%	56.4%	やや減少傾向。20～40 代において摂取量が少ない傾向がある

平成 25 年度野菜摂取量の平均値（20 歳以上、男女計・年齢階級別）（%）



平成 25 年度果物摂取量の状況（20 歳以上、男女計・年齢階級別）（%）



留意点：

国民健康・栄養調査の栄養摂取状況調査票は、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。過去の検証において協力率は男性より女性の方が高い。また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いと判明していることに留意して結果を解釈する必要がある⁴。さらに、野菜摂取量と果物摂取量のいずれも、50 歳以上で男女とも多い傾向にあるため、年齢階級別の変化の検討も必要であろう⁴。野菜摂取量は、男女とも 200 万円未満（平均摂取量男性 256g、女性 270g）と 200 万円以上～600 万円未満（男性 276g、女性 278g）の世帯で、600 万円以上（男性 293g、女性 305g）の世帯と比較して少なかった（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）^{註 2}。所得が低い者より高い者で野菜類の摂取量が多くなっており、所得による差がある点に留意する必要がある。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、野菜摂取量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、上位群は男性 339g、女性 321g、下位群は男性 272g、女性 253g と、地域による差が認められた。地域による野菜摂取量の違いについても留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）。

注 2 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」の栄養摂取状況調査票

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 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- ² Wakai K, Matsuo K, Nagata C, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Lung cancer risk and consumption of vegetables and fruit: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence from Japan. Jpn J Clin Oncol. 2011;41(5):693-708.
- 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 の 指 標. 2012;59(4):10-15.

指標 予 11

食塩摂取量

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人	1 人 1 日 当 た り に 摂 取 し た 食 塩 の 量
結果	10.2g (男性 11.1g 女性 9.4g)	
期間	平成 25 年度	
注	やや減少傾向にある。目標は平成 34 年までに 8g。自己申告のため過少評価の可能性はある。	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人人口のうち、「1 人 1 日 当 た り に 摂 取 し た 食 塩 の 量」。世帯毎に被調査者が摂取した食品を秤量記録したものから算出^{注1}。

注 1 被調査世帯においてなるべく普通の摂取状態にある日に実施し、調査開始前に被調査地区民に対し調査の趣旨を説明した上で調査員が栄養摂取状況調査票を各世帯に配付し、秤量を記入する。使用量が少なく秤量困難なものなどについては目安量を記入する。栄養素等の算出には、「日本食品標準成分表 2010」を使用し、調理による重量変化率を加味して算出した。なお、1 日分の食事内容の調査であるため習慣的な摂取量の分布曲線を得ることはできない。

指標の根拠： 国際的には、食塩及び高塩分食品は胃がんのリスクを上げることが「ほぼ確実」と評価されている¹。日本人においても、食塩が胃がんのリスクを上げるのは「ほぼ確実」とされ、食塩に起因するがん罹患の割合は、男性で 1.9%、女性で 1.2%と推定されている²。健康日本 21（第 2 次）の目標設定においても、健康日本 21 と同様に成人の男女総数の平均値が使用されており、この減少が目標に掲げられた。食塩摂取の目標量について、WHO では 1 日 当 た り 5g を 掲 げ て い る が、日本では、日本人の食事摂取基準（2010 年版）において目標量を 1 日 当 た り 成 人 男 性 9g 未 満、成 人 女 性 7.5g 未 満 と し、日本型の食事の特長を保ちつつ食塩摂取量を減少させるために健康日本 21（第 2 次）では 8g という目標が掲げられた。国民の食塩の摂取量を経年的に把握するために、国民健康・栄養調査を用いた。

参考：

健康日本 21 (第二次) 目標	H 15 年度	H 19 年度	H 22 年度	H 24 年度	H 25 年度	備考
8g (H34 年度)	総数 11.7g 男性 12.7g 女性 10.9g	総数 11.1g 男性 12.0g 女性 10.3g	総数 10.6g 男性 11.4g 女性 9.8g	総数 10.4g 男性 11.3g 女性 9.6g	総数 10.2g 男性 11.1g 女性 9.4g	やや減少 傾向

平成 24 年度のみ全国補正值^{注2}

注 2 全国補正值：平成 23 年度以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近 3 年間の実施世帯数の和を平成 24 年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近 3 年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の 3 県で調査を実施できなかった平成 23 年を除く、平成 20～22 年度のもので用いられた。

留意点：

国民健康・栄養調査の栄養摂取状況調査票は、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約67%（平成25年度）。また、過去の検証において協力率は男性より女性の方が高い。また60歳代や70歳以上の高齢者で高いと判明していることに留意して結果を解釈する必要がある³。食塩摂取量は、男女とも50歳代や60歳代で高い傾向にあり（国民健康・栄養調査、平成22年度）、年齢構成の変化の影響を受けやすいため、年齢階級別の変化も併せて検討する必要がある⁴。また、食塩摂取量は近年減少傾向にあるが、摂取カロリーも70歳以上を除く全ての年齢階級で男女とも減少傾向にあるため、摂取カロリー当たりの食塩摂取量についても評価することが望ましい⁴。平成18～22年の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、食塩摂取量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、上位群は男性12.7g、女性10.8g、下位群は男性11.0g、女性9.4gと、地域による差が認められた（国民健康・栄養調査、平成22年度）^{注3}。よって、食塩摂取量の値について解釈する際には、地域による差を考慮する必要がある。

注3 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」の栄養摂取状況調査票*

*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、福島を除外、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 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- 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 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.
- ⁴ 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 12

肥満者割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	肥満者 20～60歳男性、40～60歳女性 やせ 20歳代女性	肥満者：「BMI値25以上の者」 やせ：「BMI18.5未満の者」
結果	<p>< 肥満者 ></p> <p>男性 29.0% 女性 19.6%</p> <p>< やせ ></p> <p>女性 21.5%</p>	
期間	平成 25 年度	
注	男性の肥満者、女性のやせはほぼ横ばい、女性の肥満者はやや減少傾向にある。目標は平成 34 年までに肥満者男性 28%、女性 19%、やせ 女性 20%。自己申告のため過少評価の可能性がある。	

詳細

指標の定義： 適正体重を維持している者とは、BMI^{注1}が18.5以上25未満となる体重を維持している者である。肥満者とは「BMI値25以上の者」、やせの者とは「BMI18.5未満の者」を指す。BMIの算出にあたっては、身体状況調査において調査対象者を会場に集めて調査員（医師、保健師等）が計測した身長・体重の値を使用。

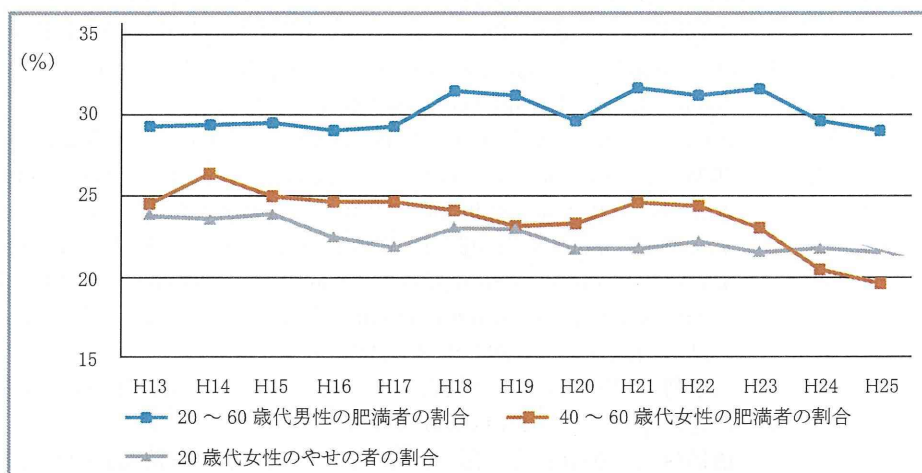
注1 BMI値 = 体重 (kg) / 身長 (m)² (日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会 平成12年)

指標の根拠： 肥満は、大腸、乳房（閉経後）、食道、子宮体部、腎臓、膵臓の各部位のがんのリスクを上げることが「確実」とされている^{1,2}。日本人において、肥満は閉経後の乳がんのリスクを上げることが「確実」とされ、また大腸がん及び肝がんのリスクを上げることが「ほぼ確実」とされている^{3,4}。BMI値25以上の過体重ががん罹患に寄与する割合は、男性で0.8%、女性で1.6%と推定されている⁵。一方で南アジアや東アジアのデータを対象とした研究と同様、BMI低値による全死亡率及び全がん死亡率の上昇が認められており⁶、BMI低値（やせ）に対する対策も併せて進めることが重要である。そのため健康日本21（第二次）の目標設定においては、①20～60歳代の男性肥満者（BMI値25以上の者）、②40～60歳代の女性肥満者（BMI値25以上の者）、および③20歳代女性でやせの者（BMI値18.5未満の者）の割合を減少させることが掲げられた。①の肥満者の割合と②の肥満者の割合については、加齢により肥満者の割合が増加するのではなく、約10年後も現在の肥満者の割合が維持されると仮定されている。また、③については、最近10年間の推移や15～19歳における現状をもとに、20%と設定された⁷。国全体の成人の適正体重を維持している者の割合を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：

健康日本 21 (第二次) 目標	H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
肥満者 20～60歳代男性 28% 40～60歳代女性 19% (H34年度)	29.5%	31.2%	31.2%	29.6%	29.0%	男性の肥満者は、ほぼ横ばい傾向、40～60歳代女性の肥満者は、やや減少傾向
やせ 20歳代女性 20% (H34年度)	23.9%	23.1%	24.4%	21.8%	21.5%	ほぼ横ばい傾向

肥満及びやせの者の割合の年次推移



20歳代女性やせの者の割合は、移動平均により平滑化した結果から作成。移動平均：グラフ上の結果のばらつきを少なくするため、各年次結果と前後の年次結果を足し合わせ、計3年分を平均化したもの。ただし、平成23年度については単年の結果である。平成24年度のみ全国補正值^{注2}。

注2 全国補正值：平成23年以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近3年間の実施世帯数の和を平成24年度の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近3年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の3県で調査を実施できなかった平成23年を除く、平成20～22年度のものが用いられた。

留意点：

国民健康・栄養調査は、協力率が男性より女性の方が高く、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⁸。調査における対象者の協力数、協力率については報告されていない。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所得別に体型(肥満者)について比較した結果、肥満者の割合は男性では所得による差がみられず(200万円未満31.5%、200万円以上～600万円未満30.2%、600万円以上30.7%)、女性では600万円以上(13.2%)と比較して200万円未満(25.6%)と200万円以上～600万円未満(21.0%)の世帯で高かった(国民健康・栄養調査、平成22年)^{注3}。また、平成18～22年の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肥満者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39.7%、下位群25.2%と、約10%の地域による違いが認められた(国民健康・栄養調査、平成22年)(なお、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ため解析されていない)。

注3 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などの状況を比較した。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」の栄養摂取状況調査票*

*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 International Agency for Research on Cancer. In Curado MP, Edwards B, Shin B, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. IX, IARC Scientific Publications No.160. Geneva: World Health Organization 2007.
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- 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/index.html>> (アクセス2015年2月2日)
- ⁴ Tanaka K, Tsuji I, Tamakoshi A, et al Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan . Obesity and liver cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Jpn J Clin Oncol. 2012;42(3):212-21.
- ⁵ 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.
- ⁶ Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. J Epidemiol. 2011;21(6):417-30.
- ⁷ 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.
- ⁸ 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. 厚生指標. 2012;59(4):10-15.

指標 早 1a, 1b

市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	指針以外のがん種の検診を実施している市区町村
結果	77.3%	
期間	平成 24 年度	
注		

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	指針に基づくがん検診を実施している市区町村
結果	胃がん（X線検査） 99.1%	大腸がん（便潜血検査） 99.9%
	肺がん（X線検査） 96.0%	乳がん（X線検査） 99.0%
	肺がん（喀痰細胞診） 85.8%	子宮頸がん（細胞診） 90.8%
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 28 年までに全ての市区町村で実施。	

詳細

指標の定義：

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合とは、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいたがん検診以外を実施している市区町村の割合とする。推奨される検診を行っているかどうかはこの算定には考慮しない。

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合とは、上記指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合とする。

調査は平成 20 年から毎年行われ、対象は、全市区町村及び 23 特別区である。各都道府県を通じ管内市区町村に対しがん検診の実施状況（1 月 1 日時点）について調査した（回答率は、99.6～100%）。調査は毎年 4～5 月に実施され、調査前年度のがん検診事業（調査年の 1 月 1 日現在）のがん検診の実施状況について回答することとなっている。ここでは、調査対象年度（平成 25 年の調査報告書は平成 24 年度として記載）を用いて記載する。

指標の根拠： がん検診によりがん死亡を減少させるためには、科学的根拠に基づく検診を正しく実施する必要がある^{1,2}。がん検診の対象は、無症状の一般的な健常者であり、がんの早期発見・早期治療という利益のほか、偽陽性、偽陰性、偶発症、受診者の身体的・心理的な負担等の不利益について考慮する必要がある。つまり、がん検診による死亡率減少効果とこれら不利益について科学的根拠に基づいて判断し実施することが重要である。死亡率減少効果が証明されていないものについては対策型検診としては勧められない。厚生労働省は「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年4月厚生労働省健康局長通知）を定め、市区町村における科学的根拠に基づくがん検診を推進している^{3,4}。同指針において推奨されているがん検診は、内外の広範な文献レビューに基づく知見をもとに、死亡率減少効果があると考えられた検診である。ここでは、指針に基づいたがん検診の実施状況について把握するため、厚生労働省が行った「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」の結果を用いた⁵。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨される検診

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部 X 線検査	40 歳以上	年 1 回
肺がん検診	問診、胸部 X 線検査及び喀痰細胞診	40 歳以上	年 1 回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40 歳以上	年 1 回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房 X 線検査（マンモグラフィ）	40 歳以上	2 年に 1 回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳以上	2 年に 1 回

胃がん検診：平成27年7月30日厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」において、内視鏡検査の追加が提言された。

乳がん検診：平成15年度まで、対象者は50歳以上、受診間隔は年1回。

子宮がん検診：有症状者は、まず医療機関の受診を推奨。ただし、本人が同意する場合には子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を実施（平成15年度まで、対象者は30歳以上、受診間隔は年1回）。

参考：

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

指針以外のがん種のがん検診実施割合

検査項目	H 19 年度 ^{注1} (回答数 1,822)	H 21 年度 ^{注2} (回答数 1,783)	H 24 年度 (回答数 1,735)	備考
指針以外のがん種の検診を実施	1,146 (62.9%)	1,238 (69.4%)	1,341 (77.3%)	増加傾向
指針で示しているがん種のみ の検診実施	672 (36.9%)	527 (29.6%)	388 (22.4%)	
検診項目（複数回答）				
前立線がんの検診（PSA 検査）	900 (49.4%)	1205 (67.6%)	1300 (74.9%)	増加傾向
前立腺がんの検診（PSA 検査以外）	-	-	8 (0.5%)	
肝臓がんの検診（超音波検査）	31 (1.7%)	55 (3.1%)	127 (7.3%)	
肝臓がんの検診（超音波検査以外）	-	-	16 (0.9%)	
卵巣がんの検診（超音波検査）	-	29 (1.6%)	66 (3.8%)	
卵巣がんの検診（超音波検査以外）	-	-	1 (0.1%)	
甲状腺がんの検診（超音波検査）	5 (0.3%)	10 (0.6%)	27 (1.6%)	
甲状腺がんの検診（超音波検査以外）	-	-	36 (2.1%)	
口腔がんの検診	-	25 (1.4%)	44 (2.5%)	
咽頭・喉頭がんの検診	-	-	19 (1.1%)	
その他のがん種の検診 ^{注3}	-	-	36 (2.1%)	

集計結果には、未回答・その他を含むため合計が100%とならない。

注1 平成19年の結果は、国の指針以外の方法によるがん検診の実施状況（平成20年度調査結果）。

注2 平成21年の前立腺がんの検査には PSA 検査以外での前立線がん検診を含む割合。肝臓がんの検査では、「肝臓がん、胆のうがん、膵臓がん」の超音波検査及び血液検査を含む割合。口腔がんの検診には、咽頭がん・喉頭がんの検査を含む割合となっている（平成22年度調査結果）。

注3 平成24年（平成25年度4月の調査結果）の「その他のがん腫の検診」には、「膵臓がん」「胆のうがん」「PET 検査」等が上げられた。なお、子宮体がんは除外された集計結果である。

指針以外のがん検診項目（方法）によるがん検診実施割合

検査項目	H 19 年 (実施数)	H 21 年 (実施数)	H 24 年 (実施数)	備考
胃がん検診	(1,822)	(1,782)	(1,734)	
胃内視鏡検査	53 (2.9%)	234 (13.1%)	318 (18.3%)	増加傾向
ペプシノゲン法	21 (1.2%)	53 (3.0%)	84 (4.8%)	
ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	-	18 (1.0%)	50 (2.9%)	
肺がん検診	(1,821)	(1,720)	(1,707)	
胸部 CT	84 (4.6%)	150 (8.7%)	184 (10.8%)	増加傾向
大腸がん検診	(1,822)	(1,720)	(1,735)	
大腸内視鏡検査	-	32 (1.8%)	35 (2.0%)	ほぼ横ばい
S 状結腸鏡検査	-	30 (1.7%)	26 (1.5%)	
注腸 X 線検査	-	5 (0.3%)	5 (0.3%)	
乳がん検診	(1,822)	(1,783)	(1,735)	
超音波検査（エコー）	206 (11.3%)	536 (30.1%)	547 (31.5%)	3 割以上が 実施
子宮頸がん検診	(1,822)	(1,781)	(1,729)	
HPV 検査	-	26 (1.5%)	59 (3.4%)	やや増加

胃内視鏡検査は、平成 27 年 7 月 30 日時点で、厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」で推奨検診項目への追加が提言された。本指標における調査時点では推奨されていないため、内視鏡検査は「指針以外のがん検診項目」に含まれている。

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

検査項目	H 19 年 (実施数)	H 21 年 (実施数)	H 24 年 (実施数)	備考
胃がん検診	(1,822)	(1,782)	(1,734)	
問診	1,782 (97.8%) ^{注 4}	1,768 (99.2%)	1,722 (99.3%)	ほぼ全国で実施
胃部 X 線検査		1,767 (99.2%)	1,719 (99.1%)	
肺がん検診	(1,821)	(1,720)	(1,707)	
問診	1,682 (92.3%) ^{注 4}	1,671 (97.2%)	1,647 (96.5%)	ほぼ横ばい
胸部 X 線検査		1,671 (97.2%)	1,638 (96.0%)	
喀痰細胞診		1,495 (86.9%)	1,465 (85.8%)	
大腸がん検診	(1,822)	(1,781)	(1,735)	
問診	1,782 (97.8%) ^{注 4}	1,675 (94.0%)	1,667 (96.1%)	ほぼ全国で実施
便潜血検査		1,773 (99.6%)	1,733 (99.9%)	
乳がん検診	(1,822)	(1,783)	(1,735)	
問診	1,601 (87.9%) ^{注 4}	1,774 (99.5%)	1,411 (81.3%)	ほぼ全国で実施
視・触診		1,520 (85.0%)	1,502 (86.6%)	
乳房 X 線検査（マンモグラフィ）		1,750 (98.1%)	1,718 (99.0%)	
子宮頸がん	(1,822)	(1,781)	(1,729)	
問診	1,711 (93.9%) ^{注 4}	1,778 (99.8%)	1,729 (99.7%)	9 割以上で実施
視診・内診		1,529 (85.9%)	1,647 (94.9%)	
細胞診（従来法）		1,665 (94.2%)	1,576 (90.8%)	
細胞診（液状検体法）		38 (2.2%)	288 (16.6%)	

注 4 各がん検診について、「国の指針どおりに実施している」と回答した市区町村の数。

留意点：

厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されているがん検診については、ほぼ9割以上の市区町村で実施されている。しかしながら、同指針に基づかないがん種や検査項目（方法）によるがん検診を実施している市区町村が一定数存在し、その数は近年増加傾向にある。がん検診は診療とは異なり、健康な人を対象としていることからがん検診による早期発見・早期治療による死亡リスクの減少といった利益の他に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益についても考慮する必要がある。集団の死亡率を減少させるために行う対策型検診では、限られた資源の中で集団にとって最大の利益が得られるように検診を行うことが求められる（例えば、不必要な精密検査による費用や有害事象のリスクを避けるなど）。平成20年6月に全国1,984市区町村のがん検診担当者を対象に行われた「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」に関する理解度・認知度・利用に関する調査（回答率59.5%）では、ガイドラインに関する認知度は高いものの、がん検診の体制に関する基礎用語である「対策型検診・任意型検診」やガイドラインにおける推奨と科学的根拠との関連などに関する理解度は十分ではなかった⁶。今後は、がん検診のガイドラインについての正しい知識なども、市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況調査とともに把握していくことが必要かもしれない。また、今後のガイドラインの更新によってここで記述したがん検診の推奨内容が変更となる可能性がある点にも留意する必要がある。

データ源：

市区町村におけるがん検診の実施状況調査（厚生労働省）⁵

資料：

- ¹ 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター・検診研究部検診評価研究室「科学的根拠に基づくがん検診」〈<http://canscreen.ncc.go.jp/kihon/aim.html>〉（アクセス2015年2月2日）
- ² 祖父江友孝，濱島ちさと，斎藤博他「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン作成手順（普及版）」癌と化学療法 2005;32(6):893-900.
- ³ 厚生労働省 がん検診〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_kenshin.html〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁴ 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成25年8月〈<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000019915.pdf>〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁵ 厚生労働省 平成25年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査結果〈<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=147922&name=0000013913.pdf>〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁶ 斎藤博（主任研究者）「平成19年度老人保健事業補助金推進費等補助金（高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業等）がん検診事業の効果的な実施及び老人保健事業25年の成果に関する調査研究 全国市町村における「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知度・理解度及び利用に関するアンケート調査報告」平成21年3月

指標 早 2

市区町村におけるがん検診の精度管理：「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合（技術・体制的指標）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村
結果	胃がん 71.8% 肺がん 71.9% 大腸がん 71.3%	乳がん 69.7% 子宮頸がん 67.8%*
期間	平成 26 年度	
注	目標は平成 28 年までに全ての市区町村で実施 *総合実施割合：但し、チェックリスト Q1-3 の回答は含まれない。	

詳細

指標の定義： 平成 20 年度の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」¹で示された「事業評価のためのチェックリスト」の実施割合。調査対象は、健康増進事業に基づく集団検診を「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」²（厚生労働省、平成 20 年）に基づいた検査方法で行っている市区町村である。平成 26 年度の調査では、1,736 市区町村のうち 1,414 市区町村から回答を得た（回収率 81.5%）。

指標の根拠： がん検診の実施において期待されるがん死亡率減少効果を得るためには、科学的根拠に基づく検診を適切な精度管理下で実施することが必要である。平成 20 年度の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」¹では、がん検診の精度管理を「目標と標準の設定」「質と達成度のモニタリング・分析」及び「改善に向けた取組」の 3 段階に整理し、精度管理の指標と目標を設定し、モニタリングし、改善を目指すこととされている。

がん検診の精度管理のための指標は、「技術・体制的指標」「プロセス指標」「アウトカム指標」に分類される。「アウトカム指標」はがんの死亡率により評価されるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要することから「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すこととされている。

そこで、ここでは市区町村におけるがん検診の精度管理実施状況について「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」の 2 つの側面から把握することとする。同報告書に基づき、「技術・体制的指標」として「事業評価のためのチェックリスト」の実施状況を、「プロセス指標」として精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度について、国全体の傾向を把握するため、厚生労働科学研究の研究班による調査結果及び地域保健・健康増進事業報告の結果を用いて記述する。