

がん検診の評価について

藤本 伊三郎

地域がん登録全国協議会

地域がん登録は、地域におけるがんの実態を明らかにし、がん対策を企画、評価する、という目的をもっている。しかし、わが国の府県がん登録事業は、老人保健法の中の検診精度管理事業から国庫補助を受けており、そのため、厚生省老人保健福祉局としては、がん登録事業の主な目的を、がん検診の評価においてるように見える。しかし、検診の評価は、がん登録本来の目的の一部分であると、筆者は考えるが、ここでは、それに関する論議は省略し、標題について述べる。

がん登録資料によるがん検診の評価には、実施対策面の評価と実施技術面の評価とがあり、前者では、目標がんの死亡減少効果を調べ、後者では、そのがん検診のスクリーニングの精度（偽陰性率）を調べるのが主になる。

検診技術面（偽陰性率）の評価については、昨年、長崎での本協議会研究会において、「関連研究班の活動報告」の中で報告したように、現在、唯一、信頼度の高い集検精度の測定法は、「集検受診者ファイルと地域がん登録ファイルとの記録照合方式」である。平成5-7年の老人保健研究班での成果を要約すると、(1) 胃がん検診でも、偽陰性例が必ず存在すること、(2) この偽陰性例のうち、翌年の検診で発見された例と、翌年の検診までに一般病院を受診して見つかった例（中間例）とを比べると、後者の方に進行した例、診断後1年以内の死亡例が多く、精度測定では、この群をもっと重視し、その把握に努めるべきであること、(3) ところが中間例は、地域がん登録との記録照合方式でしか系統的に把握できないこと、つまり、高精度の地域がん登録が存在する時に、はじめて、がん検診の精度がわかること、(4) ただし、記録照合には、それ相応の準備（検診データの入力、検診フィルムの整理、保管など）が必要であること、などを報告した。

実施対策面、すなわちがん登録資料を用いての「検診による死亡の減少」の評価方法には、いくつかの段階がある。私見によると、第1段階としては、地域がん登録例を、検診由来例とその他に分け、両者の臨床進行度、手術率、治癒切除率、などを比較する。第2段階では、両群の5年生存率を比較する。第3段階では、いろんな

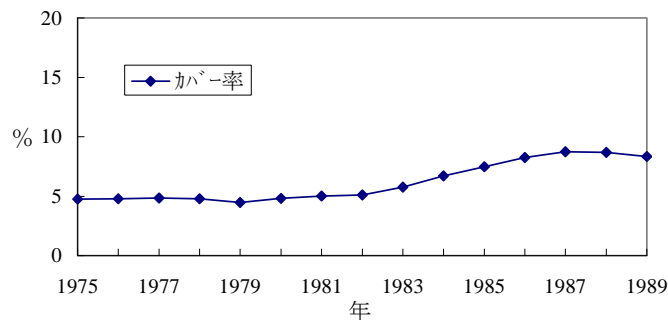
記述疫学的、分析疫学的方法を駆使して、目標がんの死亡率の動きを調べる。

平成8年度の老人保健研究班では、上の第3段階のうち、死亡率と罹患率との推移をみて、がん検診の評価を試みた。以下に、花井彩班員が、「地域がん登録」研究班で推計した全国罹患率と、人口動態統計での全国死亡率とを用いて、解析した成績の一部を示す。

図1は、胃がん検診カバー率（老健法による）の推移を示し、図2は、1975年の男の胃がんの全国年齢調整罹患率、全国同死亡率（共に標準人口は世界人口）を、それぞれ1.00とし、その後1989年までの毎年の同罹患率、死亡率の値を、1975年の値に対する比の形で示したものである。図2では、罹患率比は減少していたが、1983-85年に反転上昇し、その後減少した。1985年以降に、死亡率の減少率が僅かながら加速され、かつ、罹患率と死亡率との乖離は、次第に大きくなっていった。女でも、同様の傾向が示された。図1、2から、1985年以降の検診の普及が、死亡率の減少率を大きくしたようにみえる。

ところが肺がんでは、老健法による検診は1987年に導入された（図3）が、胃がんでみられたような罹患と死亡の乖離は僅かしかみられず（図4）、結腸がん（図5、6）

図1. 厚生省「老人保健事業報告」による市町村実施
検診カバー率 —胃がん，男女計—



黒石らの資料（1975-84年）および
厚生省資料（1985-89年）による。

図2. 1975年の年齢調整率に対する率比 —胃がん，男—

