

- ・大阪府における臓器別の5年相対生存率と、上記の意味の「均てん化」が達成された場合の5年生存率を表4に示した。これを全国の罹患数で加重平均すると、5.5%の改善となる。
- ・生存率改善の大きさを死亡率減少の大きさに換算し、2005年の死亡数で加重平均をとり、がん死亡全体で減少の大きさを計算すると9.8%となった。また、主要5臓器に限って均てん化を進めた場合は6.5%となった。
- ・しかし、これには均てん化達成から死亡減少に要する時間的要素が考慮されていない。均てん化達成から死亡減少までに5年のラグタイムがあり、均てん化を達成するまでに10年を要するとすると、10年後の死亡減少効果は予想の半分となる。従って、上記の死亡減少効果は、それぞれ、4.9%、3.2%となる。また、均てん化達成するまでに7年を要するとすると、10年後の死亡減少効果は予想の3割減となり、それぞれ、6.8%、4.5%となる。

本推定を行うにあたり以下の研究者の協力を得た。

国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部 祖父江友孝

味木和喜子

片野田耕太

雑賀公美子

国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診技術開発部

斉藤博

大阪府立成人病センター調査部

津熊秀明

井岡亜希子

参考文献

たばこ対策

- (1) 平成16年国民健康・栄養調査結果の概要。
- (2) 平成18年度循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「たばこに関する科学的知見の収集に係る研究」班（主任研究者 祖父江友孝）報告書。
- (3) 平成18年度第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」班（主任研究者 大島明）報告書。

がん検診

- (4) 平成16年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班（主任研究者 祖父江友孝）「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」2005。
- (5) 平成16年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班（主任研究者 祖父江友孝）「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」2006。
- (6) 平成18年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班（主任研究者 祖父江友孝）「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」2006。
- (7) 平成12年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「新たながん検診手法の有効性の評価」（主任研究者 久道茂）報告書。2001。
- (8) U. S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>
- (9) Tanaka T, Tsukuma H, Kasahara A, Hayashi N, Yoshihara H, Masuzawa M, Kanda T, Kashiwagi T, Inoue A, Kato M, Oshima A, Kinoshita Y, Kamada T. Effect of interferon therapy on the incidence of hepatocellular carcinoma and mortality of patients with chronic hepatitis C: a retrospective cohort study of 738 patients. *Int J Cancer*. 87:741-9, 2000.
- (10) Ikeda K, Saitoh S, Arase Y, Chayama K, Suzuki Y, Kobayashi M,

Tsubota A, Nakamura I, Murashima N, Kumada H, Kawanishi M. Effect of interferon therapy on hepatocellular carcinogenesis in patients with chronic hepatitis type C: a long-term observation study of 1,643 patients using statistical bias correction with proportional hazard analysis. *Hepatology*. 29:1124-30, 1999.

(11) 平成16年度地域保健・老人保健事業報告(老人保健編).
がん医療の均てん化

(12) Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W. Hospital procedure volume and survival for cancer patients in Osaka, Japan: a population-based study with latest cases. *JJCO*. (in press)

図1 線形回帰による年齢調整死亡率の予測
(1990年から2005年のデータを使用) 男女計 75歳未満

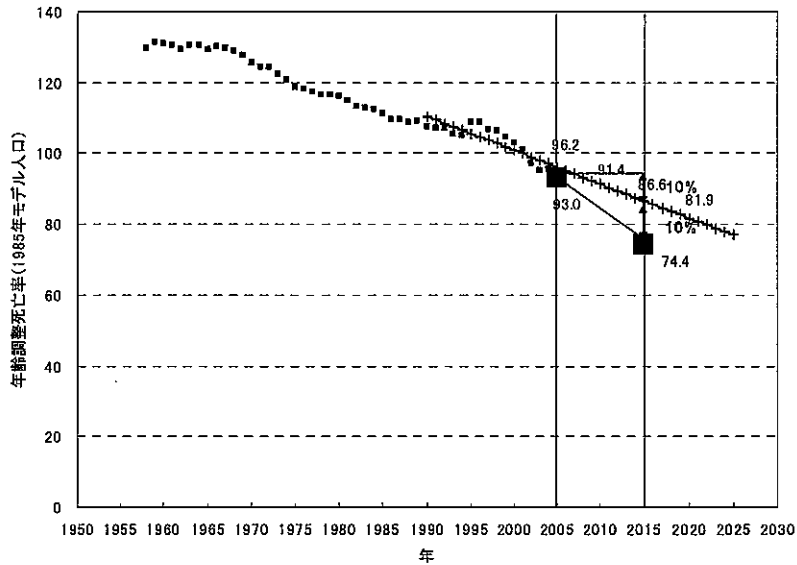


表2 検診受診率が50%または70%になった場合のがん死亡率減少の大きさの予測

	死亡減少効果(%)	精度管理など(%)	修正死亡減少効果(%)	現状の受診率			死亡率減少(%)		死亡数(2005年)	死亡率減少(%)	
				B0	B1	B2	50%受診	70%受診		50%受診	70%受診
	A1	A2	A3 = A1 x (1-A2)				O1 = A3 x (B1-B0)	O2 = A3 x (B2-B0)	D	OをDで加重平均	
胃	59%	20%	47%	12.9%	50%	70%	19%	27%	50311	2.9%	4.2%
大腸	60%	20%	48%	17.9%	50%	70%	15%	25%	40830	1.9%	3.1%
肺	28%	30%	20%	23.2%	50%	70%	5%	9%	62063	1.0%	1.7%
乳房	19%	0%	19%	11.3%	50%	70%	7%	11%	10808	0.2%	0.4%
子宮	78%	20%	62%	13.6%	50%	70%	23%	35%	5381	0.4%	0.6%
肝臓	36%	20%	29%	4.4%	50%	70%	13%	19%	34268	1.4%	2.0%
その他									122200	0.0%	0.0%
合計									325941	7.8%	12.0%

検診と死亡の間にラグタイム5年・受診率を10年で達成と仮定すると

