

測定と疫学調査の基礎知識

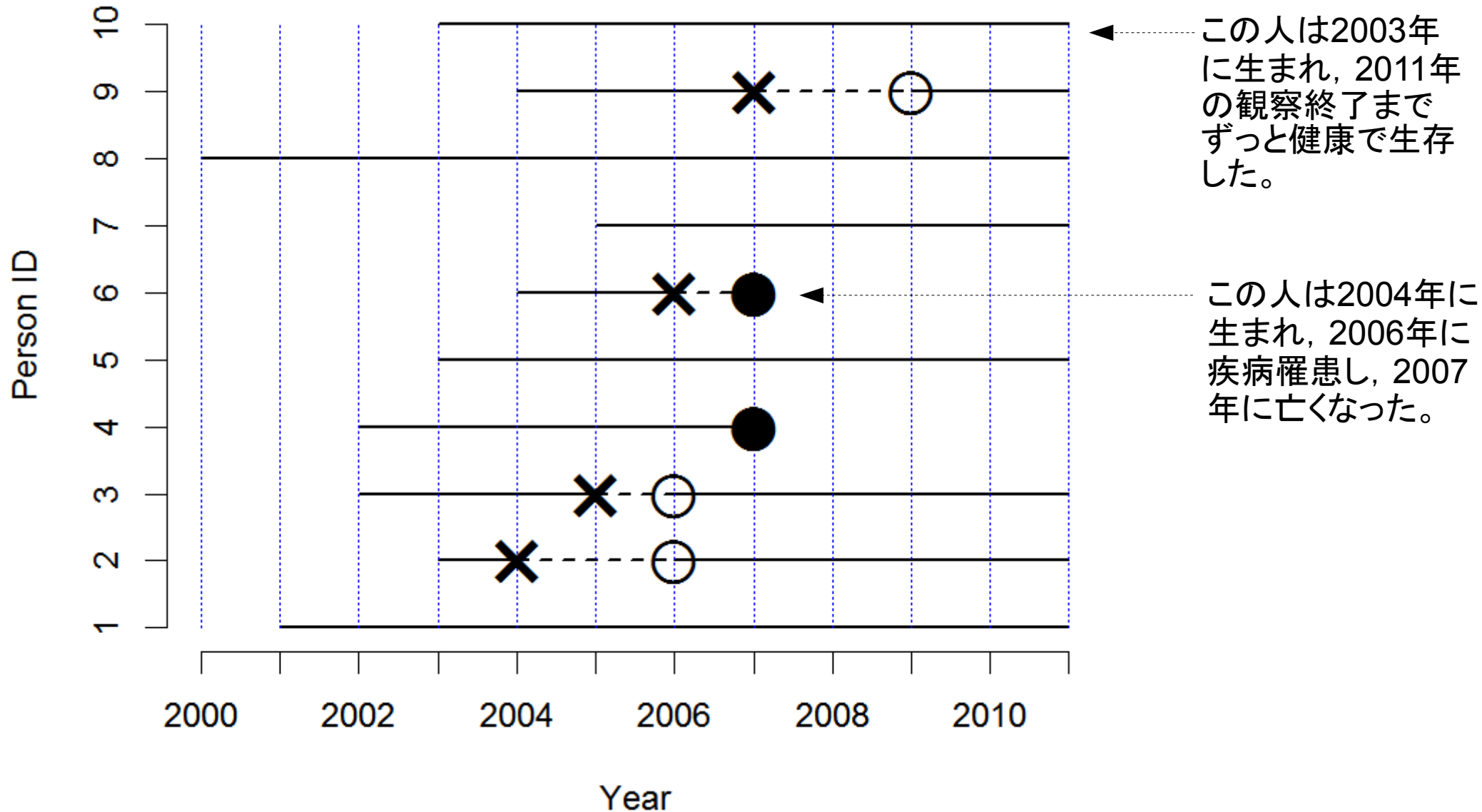
- Validity (妥当性)
 - 測りたいものを正しく測れていること
 - ELISAで抗体の特異性が低いと測定の妥当性が低い
- Accuracy (正しさ, 正確性)
 - バイアス(系統誤差)が小さいこと
 - ゼロ点調整に失敗すると正確さが損なわれる
- Precision (精度)
 - 確率的な誤差(ランダムな誤差)が小さいこと
 - 信頼区間が狭い, CV(変動係数)が小さいこととも同義
 - 感度の低い測定は精度が低い

クロス集計

- 2つのカテゴリ変数間の関連性の程度を評価
- 疫学調査では、通常、「疾病／非疾病」と「曝露／非曝露」の関連性を調べる
 - 疾病量をどのように把握（評価）するか
 - prevalence（有病割合）/risk（リスク）/incidence rate（罹患率）
 - 疾病と曝露の関連性の程度【=effect（効果）】をどのように評価するか
 - difference（差） / ratio（比）
- 検定と推定のやり方：p値関数の使い方
 - p値関数推奨。しかし検定は便利

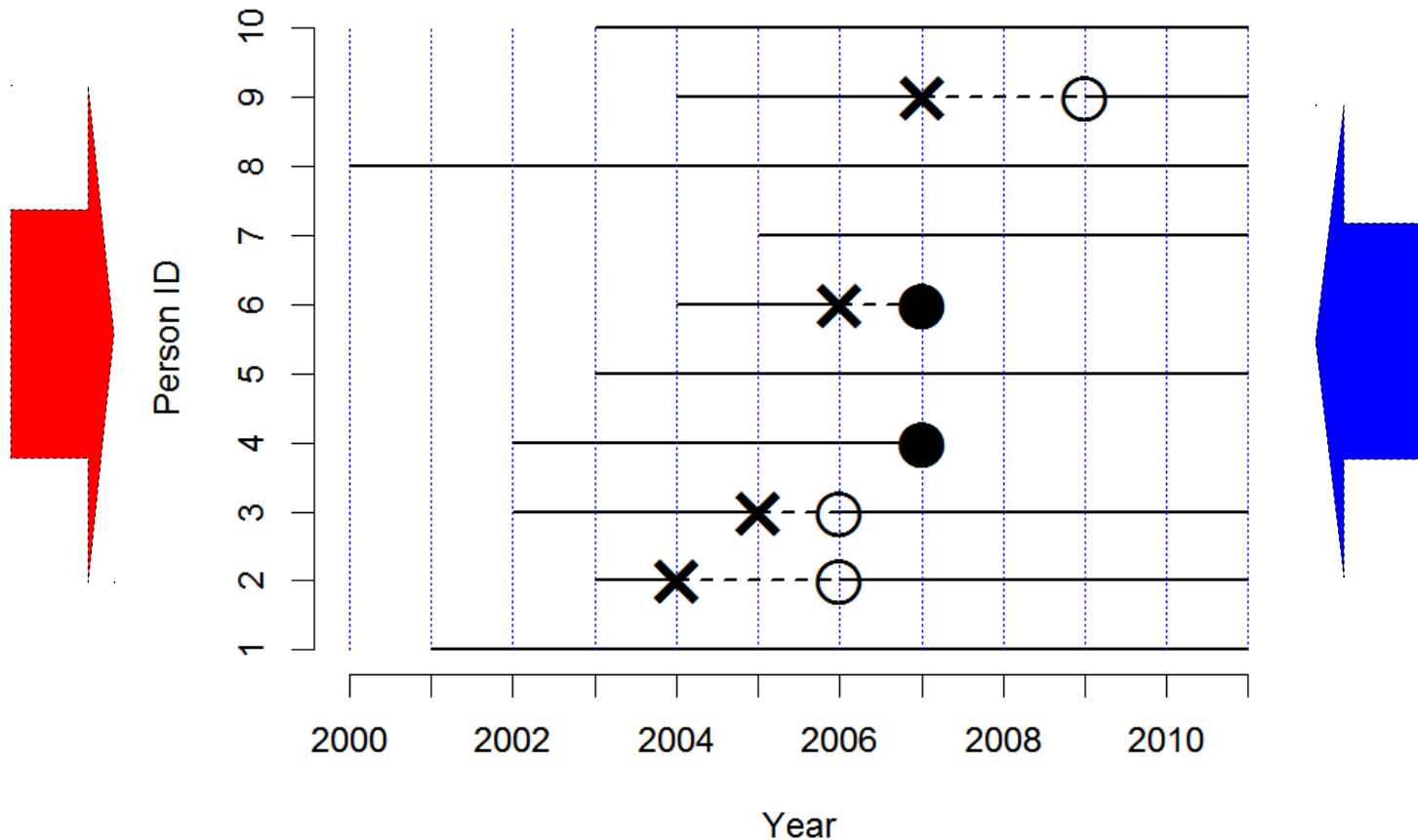
疾病量の把握

- 疾病発生の実際の状況を考えてみよう。下図では、横線のそれぞれが1人の個人を意味し、実線は健康、破線は疾病である状態を示す。×は疾病罹患、○は治癒、●は死亡を意味する。横軸は観察年を意味する。



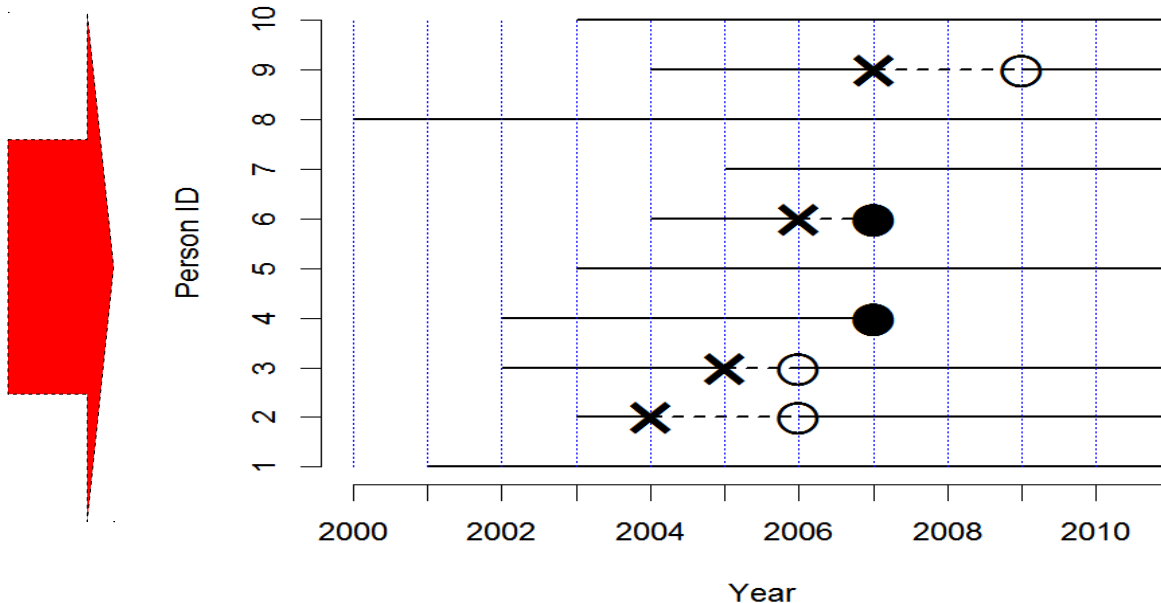
リスク(risk, 累積罹患率ともいう)

- 2011年に生き残っている8人の子供について親に過去の罹患について思い出してもらい, 3人について疾病罹患が報告されたなら, この11年間のリスクは $3/8=0.375$ と推定される←研究は簡単で安価にできるが, 既に亡くなった子供を聞き逃してしまっている
- 2000年から11年間のコホート研究をして, 10人の子供のうち疾病罹患は4人が経験したので, 11年間のリスクは 0.4 となる。ただし生後1年間に同じ病気に罹るリスクは $1/10=0.1$ ←リスクは観察期間に依存する



罹患率(incidence rate)

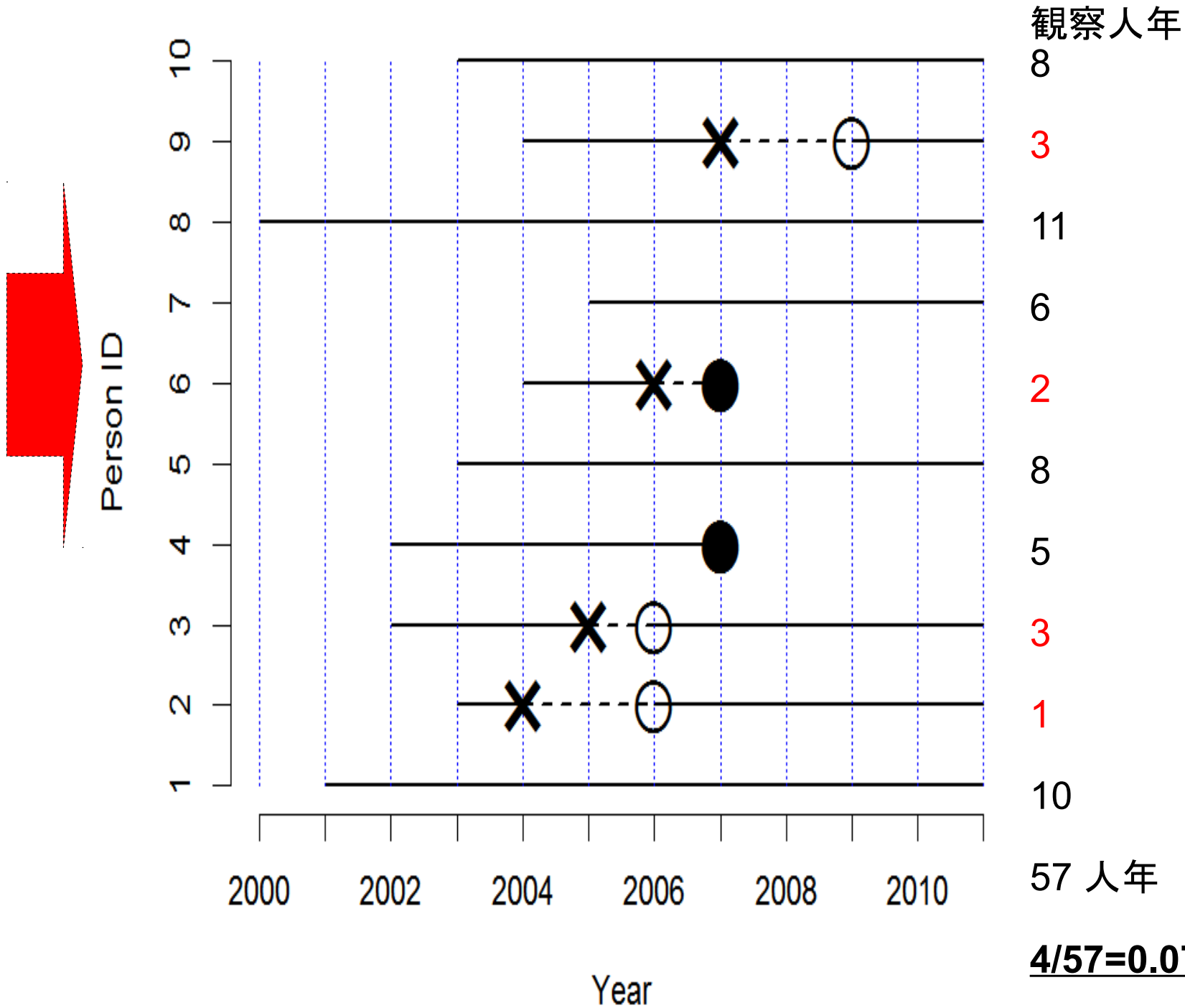
- 2000年からコホート研究すれば全人年データを観察できる
- 注目している疾病が一生に一度しか罹らないものなら、一度罹患した人は感受性を失うので、患者はリスク人口(population at risk)から除去される。感受性のある観察期間の合計人年を分母、疾病発生数を分子にした値は「罹患率」(incidence rate)となる。1/年という次元をもつ。
- 何度も罹患する疾病について、集団の罹患率を求めるには、年央のリスク人口を分母、その年の疾病発生数を分子とすると、罹患率が得られる(通常、10万人年当たりで計算する)。



左の図で罹患率は
どうなる？

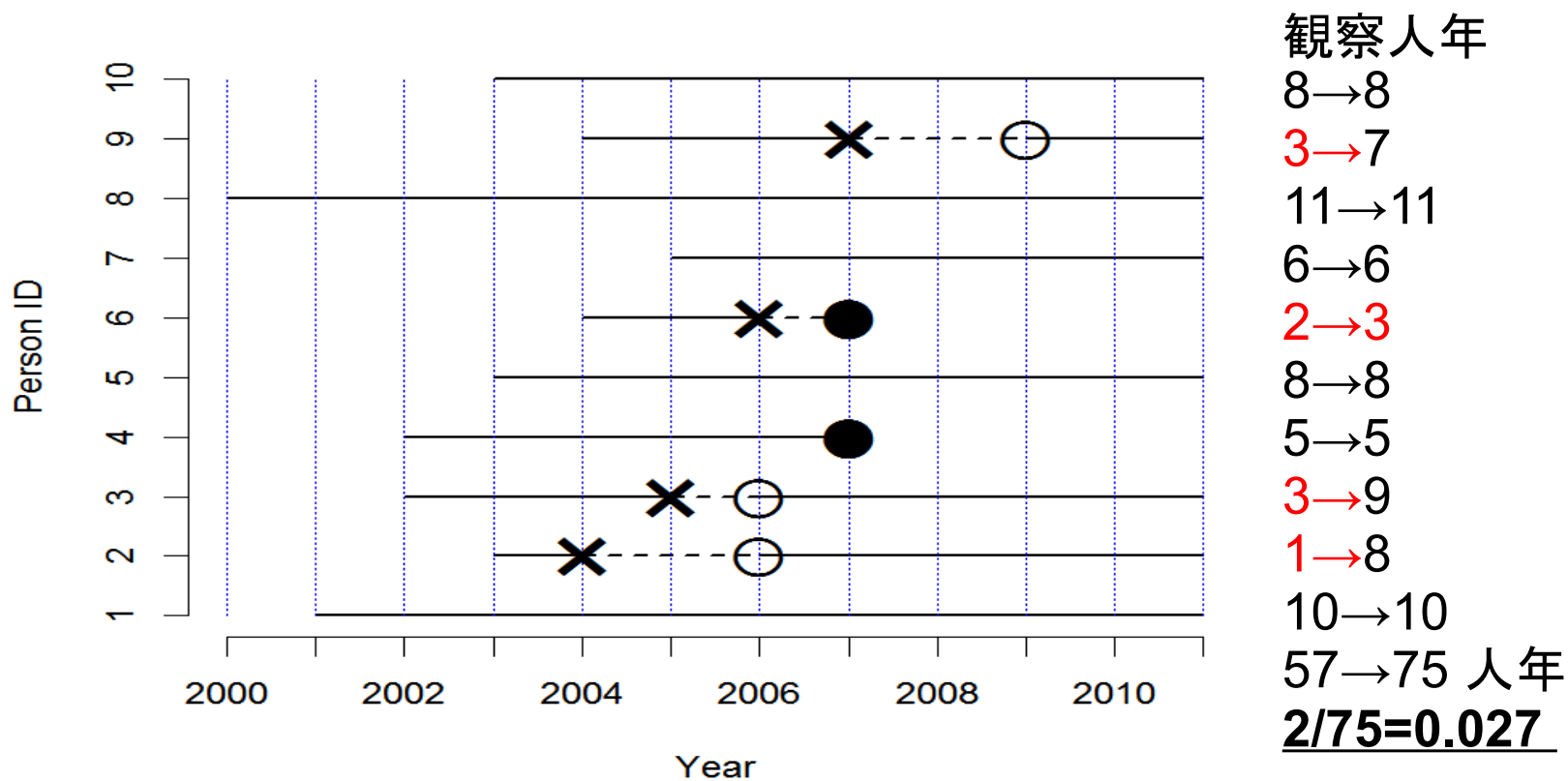
↓
解答は次ページ

コホート研究による罹患率の計算例



死亡率 (mortality rate)

- 観察のエンドポイントを疾病発生から死亡に変えると、罹患率の代わりに死亡率が計算できる→下図のように0.027/年となる
- 死亡は一生に一度しか罹らない疾病と同様に扱う
- 大集団についての指標としては、年間死亡数を年央人口で割るとその年の死亡率が得られる(通常、1000人年または10万人年当たりで表す)
→この例で計算すると、2007年に0.2/年、他の年は0となる



曝露と疾病の関係

= 曝露と非曝露の間で疾病量を比較する

- 典型的な比較方法

- 差(絶対比較)
- 比(相対比較)
- 両方ともそれぞれ意味がある

- 比較する疾病量による違い

- リスクの場合→リスク差またはリスク比
- 罹患率の場合→罹患率差または罹患率比
- 死亡率の場合→死亡率差または死亡率比
- 有病割合の場合→オッズ比(有病割合の差を比べることはあまりない)

絶対比較: リスク差または率差 = 寄与危険 (超過危険ともいう)

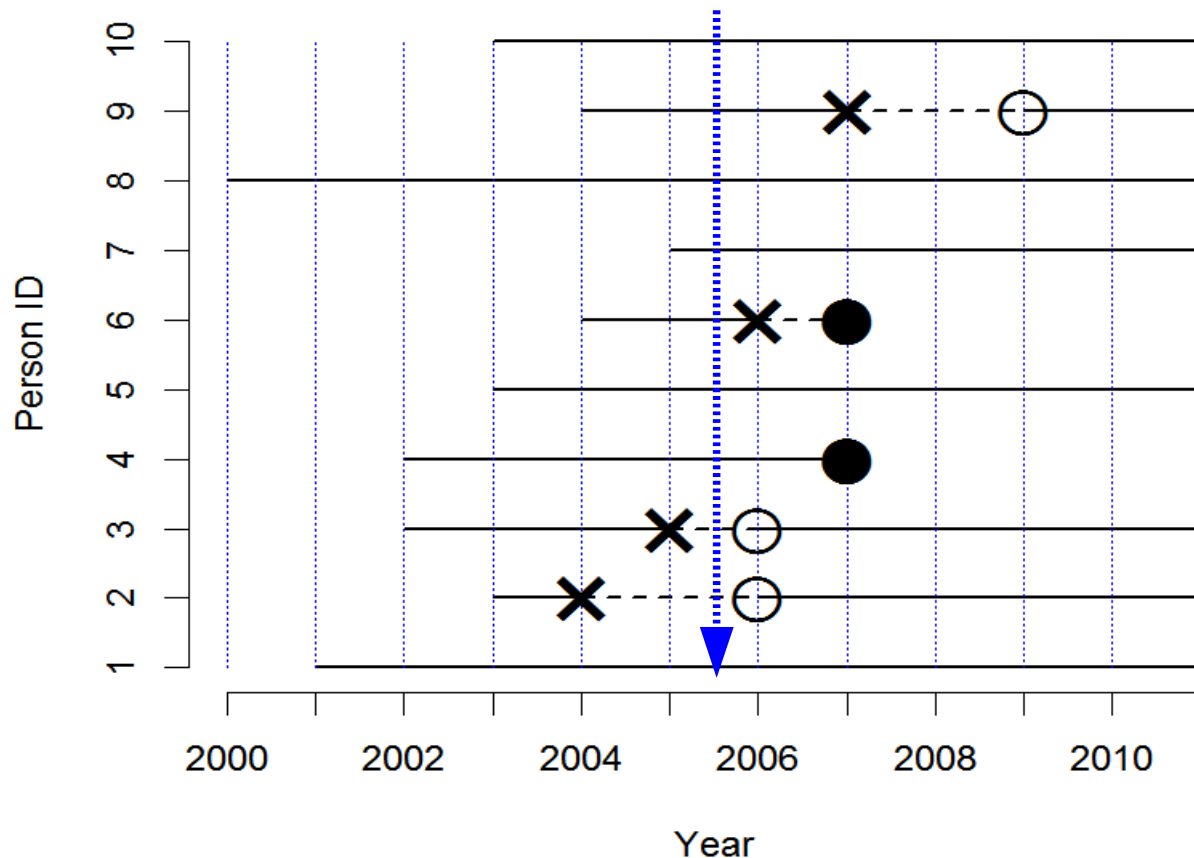
- (架空の例) 高圧線の近くの住民10万人(曝露群)を5年間追跡調査して, 毎年2人ずつ白血病患者が見つかったとする。高圧線から離れたところの住民10万人(非曝露群)を同じ期間追跡調査して, 毎年1人ずつ白血病患者が見つかったとする。この人たちに居住地以外の(教育歴とか年収とか人種とか気候とか)違いはないものとする。
- リスク差 = $10/100000 - 5/100000 = 5/100000 (=5e-5)$
- 罹患率差 =
 $10/(100000+99998+99996+99994+99992)$
 $- 5/(100000+99999+99998+99997+99996)$
 $\doteq 0.0000100006 (/year)$
- 罹患率自体が非常に小さいので, 差は小さく見える

相対比較(1):リスク比と罹患率比

- 同じ例
- リスク比 = $(10/100000)/(5/100000)=2$
- 罹患率比 =
$$\frac{10/(100000+99998+99996+99994+99992)}{5/(100000+99999+99998+99997+99996)}$$
$$\doteq 2$$
- どちらの値も、「高圧線の近くに住むと白血病のリスクが約2倍になる」ことを意味する
- 統計学的に有意？
 - 「比が1」という帰無仮説を検定する
 - R (EZR), SAS, JMPのようなソフトを使えば簡単→p値は0.2より少し小さい程度なので有意水準5%では有意でない

相対比較(2): オッズ比

- 断面研究では有病割合が疾病量の指標になる。しかし有病割合そのものの差や比は評価しない。代わりにオッズ比を計算する
- 下図で、2005年に調査したとして、偶数番号の人が喫煙者、奇数番号が非喫煙者だったとする。喫煙者の疾病オッズは1/4、非喫煙者の疾病オッズも1/4となる。オッズ比は $(1/4)/(1/4) = 1$.



* 症例対照研究では、オッズ比は症例の曝露オッズ (曝露有りの人数の曝露無しの人数に対する比) を対照の曝露オッズで割った値になる。もし2005年に2番と3番の人が症例として見つかった人で、他の8人が対照として標本抽出された人だったとすると(かつ偶数番号の人が喫煙者)、オッズ比は $(1/1) / (4/4) = 1$.