

東京産婦人科医会との協力による 子宮がん細胞診

■検診を指導・協力した先生

青木大輔

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室教授

岡本愛光

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座主任教授

木口一成

東京都予防医学協会検査研究センター長

久布白兼行

東京都予防医学協会細胞病理診断部長

松本和紀

東京産婦人科医会副会長

山田正興

東京産婦人科医会会長

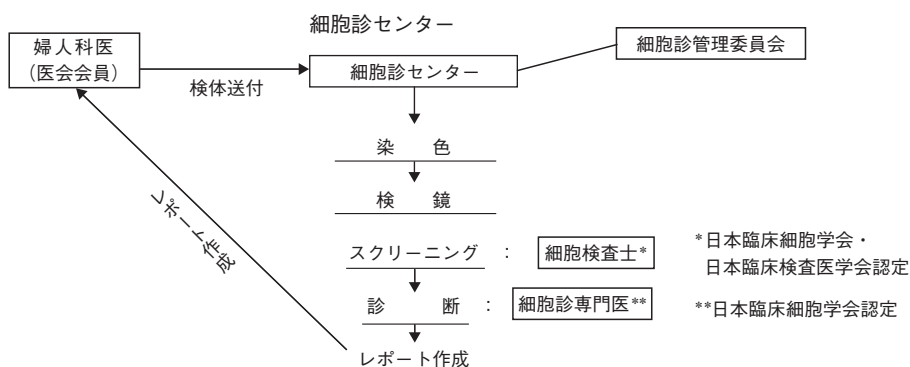
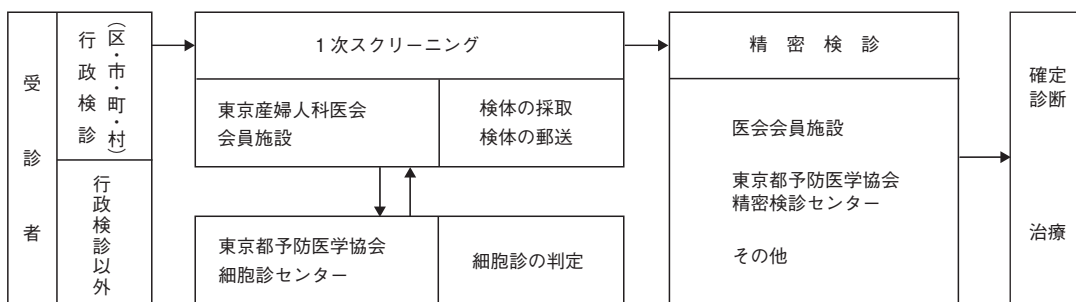
(50音順)

■検診の方法とシステム

この検診は、東京産婦人科医会（以下、医会／旧東京母性保護医協会（以下、東母））の会員施設を利用して検体（細胞診）を採取し、それを東京都予防医学協会細胞診センター（以下、細胞診センター）に送付し細胞診断を行う施設検診方式（いわゆる東母方式）で実施されている。

この東母方式には、下図のような流れがある。受診者は2種類に区分され、一つは東京都内の区、市、町、村が実施する「行政検診」で、子宮頸がん検診実施の各自治体が発行した受診票を持参して、地区内の医会会員施設に向いて検診を受ける方式である。もう一つは、「行政検診」に関係せず医会会員の施設で細胞診を実施し、それを細胞診センターに送付し細胞診断を行う「行政検診以外」である。

子宮がん細胞診のシステム



*日本臨床細胞学会・
日本臨床検査医学会認定
**日本臨床細胞学会認定

子宮がん細胞診の実施成績

木口一成

東京都予防医学協会検査研究センター長

2019(令和元)年度の統計とその分析

以前、東京都予防医学協会(以下、本会)の年報では、婦人科細胞診標本の母集団を、行政が検診主体になって実施する対策型検診の行政検診とそれ以外の自由検診と標記していたが、自由検診としている細胞診標本には任意型検診ばかりでなく臨床的に症状を有する場合も含まれている。それ故に、標本の母集団に相違があるので、2013(平成25)年版年報からは、標記を「行政検診」と「行政検診以外」としている。

[1] 年度別の受診者数の推移

2013年度より従来の表記を大幅に変更した。その理由として、行政検診以外は2011年度よりベセスダシステムによる分類(以下、ベセスダ)に移行しており、さらに行政検診においても2013年度より大部分の地域がベセスダに移行し、クラス分類はごく一部となったためである。そこで表1に示すように、行政検診については、1968～2012年度分を一括した合計および2013年度クラス分類報告分を掲載し、さらに、2013年度についてはベセスダ報告分を分けて記載した。また、2014～2019年度はほとんどの地区でベセスダへの移行がみられたため、ベセスダ単独の報告とした。

いち早くベセスダを採用した行政検診以外の検診のデータをみると(表1)、採用初年度(2011年度)に比べ、子宮頸がんの発見数は増加傾向にある。上皮内腺癌を含めた腺癌の増加が目立った。2016年度はいったん減少したようにみえたが、2017年度以降は

再び元の高いレベルに増加した。

近年改訂されたCAP(米国病理学会)の子宮頸がん検診精度管理チェックリストによると、ASC/SIL(異型扁平上皮細胞/扁平上皮内病変)比を細胞診判定結果に関するベンチマーク(基準)として統計データを記録するように指示しており、その中央値は1.5とされている。ASC/SIL比が重要視されるのは、検査機関が重要視する地域環境によって患者や検診受診者集団のリスク程度が異なっている場合が多く、それぞれの集団リスク背景に対して行われている細胞診検査の精度を管理するには有効な指標となるからである。本会の成績では、行政検診における2013～2019年度のデータ、ならびに行政検診以外の2011～2019年度のデータのいずれにおいても、中央値(1.5)をはるかに下回る(行政検診平均値:0.87, 行政検診以外平均値:0.83)安定した値を示した。中央値を大幅に下回することは、検査精度としては問題ないと思われるが、このような差異を生じる原因として、①米国と細胞診断の傾向が異なり、日本でのASCの判定率が平均2%と米国に比べ低値であること②受診者が極めて多数であり、しかも健常者のリピーターが多いことなど、本会独自の事情も影響していると考えられる。今後、このASC/SIL比の評価についても日本の実情に合わせた基準の検討が必要となる可能性も考えられよう。

さらにASC-H/ASC比については、ベセスダの基準では全ASCの10%以内となっているが、本会では基準値をはるかに上回る22%(行政検診, 行政検診

以外ともに)と高値を示している。ちなみに、わが国の他の施設も20~30%と高いデータを報告している。一方で、全診断中のASC-USの比率は、米国における検査室基準では5.0%以下にとどめることとしているが、わが国では、多くの検査室で1.0%以下(本

会の行政検診では、2013~2019年度の平均で0.84%)と低く保たれている。ASC-H/ASC比の高い理由としては、①ASC-USの頻度が低いこと、②ASC-Hと診断された標本中には、異型を伴う萎縮重層扁平上皮や異型未熟化生細胞に混じりCIN3・低分化腺扁平

表1 年度別・検診別子宮頸がん検診成績

年度	行政検診						計		
	I	II	III	(%)	IV	(%)		V	(%)
1968~2012	2,625,332	3,081,758	44,459	(0.77)	2,538	(0.04)	1,204	(0.02)	5,755,291
2013*	7,674	26,244	660	(1.91)	10	(0.03)	8	(0.02)	34,596
計	2,633,006	3,108,002	45,119	(0.78)	2,548	(0.04)	1,212	(0.02)	5,789,887
(%)	(45.48)	(53.68)	(0.78)		(0.04)		(0.02)		(100)

(注) ※ベセスダシステム報告地区以外のみ

ベセスダシステム報告地区

年度	行政検診										計
	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	扁平上皮癌	AGC	上皮内腺癌	腺癌	その他の癌	
2013	186,548	1,462	496	1,451	681	47	139	5	14	4	190,847
2014	231,635	2,197	647	2,242	910	49	162	15	23	2	237,882
2015	214,195	1,856	487	1,918	621	51	131	17	24	2	219,302
2016	206,625	1,764	453	1,731	623	42	122	11	17	4	211,392
2017	196,551	1,717	461	1,868	648	47	148	19	20	3	201,482
2018	205,256	1,667	492	1,898	749	50	125	19	19	3	210,278
2019	203,210	1,699	378	2,088	741	58	138	14	25	3	208,354
計	1,444,020	12,362	3,414	13,196	4,973	344	965	100	142	21	1,479,537
(%)	(97.60)	(0.84)	(0.23)	(0.89)	(0.34)	(0.02)	(0.07)	(0.01)	(0.01)	(0.00)	(100)

年度	行政検診以外					計
	I	II	III	IV	V	
1968~2010	913,331	790,195	35,741	3,256	3,515	1,746,038
(%)	(52.31)	(45.26)	(2.05)	(0.19)	(0.20)	(100)

(注) 2011年度からベセスダシステムに移行

年度	行政検診以外										計
	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	扁平上皮癌	AGC	上皮内腺癌	腺癌	その他の癌	
2011	21,198	396	136	377	191	25	39	2	13	2	22,379
2012	20,516	394	131	380	198	24	39	0	13	4	21,699
2013	19,211	467	160	431	202	29	55	0	10	2	20,567
2014	17,843	471	132	504	224	30	52	3	18	5	19,282
2015	17,282	500	110	496	185	21	52	2	18	0	18,666
2016	18,442	435	101	456	222	13	35	0	8	0	19,712
2017	17,708	450	118	510	208	23	62	4	20	1	19,104
2018	17,280	423	116	517	225	26	63	0	13	2	18,665
2019	17,161	400	89	536	233	23	42	3	12	5	18,504
計	166,641	3,936	1,093	4,207	1,888	214	439	14	125	21	178,578
(%)	(93.32)	(2.20)	(0.61)	(2.36)	(1.06)	(0.12)	(0.25)	(0.01)	(0.07)	(0.01)	(100)

上皮がんも発見される可能性があることから、基準をオーバーすることはやむを得ないと思われる。

子宮頸がん検診受診者総数は、2018年度と比較して、行政検診では1,924人減少した。行政検診以外では161人の減少であった。2013年度は従来制度による無料クーポン配布の最終年となり、2014年度以降は20歳に限っての配布となった。さらに2014～2015年度の2年間はクーポン未使用の人にも改めて配布され、個別に受診を呼びかけるなど、受診率の落ち込みを必死に防ごうとの意図がみられたが、今後、クーポン配布以前の低い受診者数に逆戻りすることが懸念される(表1, 図)。

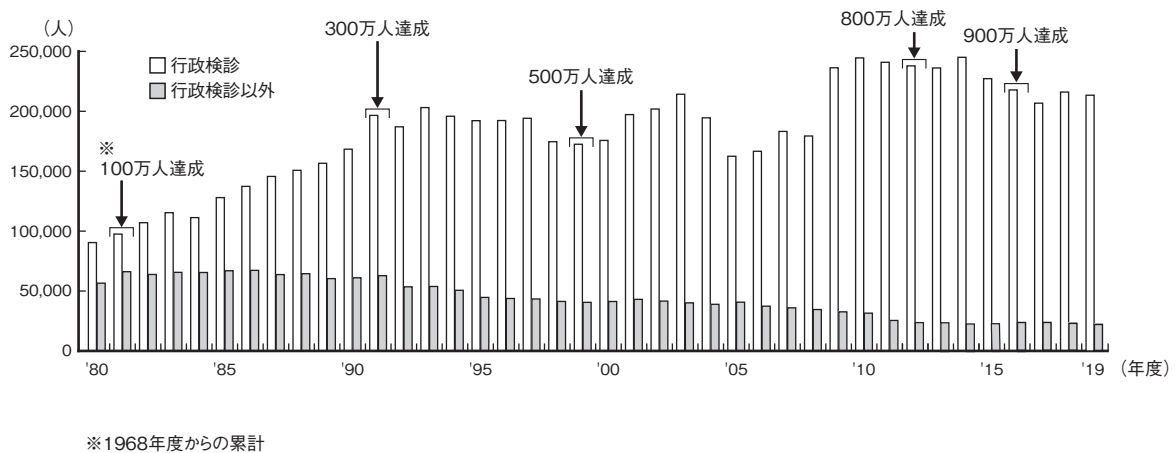
体がんに特化して受診者数をみると、2018年度との比較では、行政検診受診者は7人の減少で、行政検診以外の受診者は240人の減少となった。しかし、全体的に体がん検診の受診者は長期的な減少傾向にある。国が保険での検査を推奨していることもあり、この傾向は持続すると思われる。細胞診の疑陽性、陽性率をみると、陽性率については2018年度と比べて行政検診・行政検診ともに増加傾向がみられる。一方、疑陽性率については両者とも2014年度にそれまでの増加傾向に歯止めがかかったかのようにみえたが、行政検診では2015年度は再び増加する傾向を示した。一方、行政検診以外では減少傾向を維持している。本会のデータでも、疑陽性例のかなり

の部分が最終的には良性異型であり(データ未発表)、良性異型の疑陽性の診断をできる限り減少させることを今後の課題としたい(表2)。

[2] 年度別・検診別子宮がん検診数と子宮がん発見数および発見率

子宮頸がんにおいて2012年度までは上皮内癌を含むデータであったが、2013年度より上皮内癌を含まない統計となっている(表3)。また、従来は報告年度と、その前年度を含む1968年度からのデータの総和を比較していたが、1987年度より子宮体がんの検診数が加えられており、したがって子宮体がんも含む正確ながん発見率の比較は困難である。そこで2013年度より、表3に示す年度別のデータと、それとは別に、表4の1987～2018年度までの累計および報告年度の子宮頸がん検診追跡結果のデータ、さらには表5の1987～2018年度までの累計および報告年度の子宮体がん検診追跡結果のデータについてもコメントを加える。1968～2019年度にわたる子宮がん検診の合計受診者数は9,885,469人、がん発見数は14,622人、がん発見率は0.15%(2018年度と同様)であった(表3)。2019年度のデータを2012年度以前と比較すると、行政検診ではがん発見率(国の許容値0.05%以上)でわずかな減少(0.09→0.03%)がみられ、さらに行政検診以外でもかなりの減少(0.43→0.05%)がみられたが、上皮内癌症例が混在

図 年度別・検診別子宮がん検診受診者数



している中での不正確な比較であることを承知いただきたい。

次に、いわゆるプロセス指標として検診の精度管理上極めて重要な精検受診率については、表3では追跡率(結果判明率)として記載している。2019年度の行政検診は、厚生労働省の許容値である70%以上を大幅に下回る41.3%という低値にとどまっている。データ追跡中ではあるが、残念ながら2012

年度以前のハイレベルには到達できない予想である。本会で把握できないデータもあり、実際の精検受診率よりもかなり低い数値を示している可能性があることを言い訳として述べておきたい。原因として、個人情報保護法の誤った解釈に影響を受けている可能性や、いわゆる東母方式の長所でもあった1次検診機関での結果報告が徹底できないなどの可能性もあり、結果としてがん検診の精度が低くなるこ

表2 子宮体がん検診成績

検診別	行政検診					行政検診以外				
	判定	陰性	疑陽性 (%)	陽性 (%)	計	陰性	疑陽性 (%)	陽性 (%)	計	
1987～1999		216,540	2,106 (0.96)	228 (0.10)	218,874	70,700	3,004 (4.05)	409 (0.55)	74,113	
2000		22,145	256 (1.14)	37 (0.16)	22,438	5,353	279 (4.92)	35 (0.62)	5,667	
2001		27,304	272 (0.98)	46 (0.17)	27,622	5,599	281 (4.73)	56 (0.94)	5,936	
2002		26,167	256 (0.97)	30 (0.11)	26,453	5,212	209 (3.83)	42 (0.77)	5,463	
2003		28,273	256 (0.90)	46 (0.16)	28,575	5,000	238 (4.49)	62 (1.17)	5,300	
2004		23,436	281 (1.18)	26 (0.11)	23,743	4,624	319 (6.41)	36 (0.72)	4,979	
2005		14,555	296 (1.99)	22 (0.15)	14,873	5,375	401 (6.90)	39 (0.67)	5,815	
2006		13,479	275 (2.00)	10 (0.07)	13,764	4,848	277 (5.38)	28 (0.54)	5,153	
2007		15,797	163 (1.02)	15 (0.09)	15,975	5,429	203 (3.59)	29 (0.51)	5,661	
2008		13,624	163 (1.18)	12 (0.09)	13,799	4,912	172 (3.37)	26 (0.51)	5,110	
2009		14,523	169 (1.15)	23 (0.16)	14,715	5,257	151 (2.77)	40 (0.73)	5,448	
2010		13,220	133 (0.99)	24 (0.18)	13,377	5,412	171 (3.05)	22 (0.39)	5,605	
2011		13,005	105 (0.80)	20 (0.15)	13,130	4,707	113 (2.33)	30 (0.62)	4,850	
2012		11,237	103 (0.91)	15 (0.13)	11,355	4,803	94 (1.91)	27 (0.55)	4,924	
2013		10,566	124 (1.16)	13 (0.12)	10,703	4,663	125 (2.60)	26 (0.54)	4,814	
2014		6,853	68 (0.98)	9 (0.13)	6,930	4,765	108 (2.20)	36 (0.73)	4,909	
2015		6,883	93 (1.33)	10 (0.14)	6,986	4,902	105 (2.08)	33 (0.65)	5,040	
2016		6,259	48 (0.76)	14 (0.22)	6,321	5,076	103 (1.98)	27 (0.52)	5,206	
2017		6,072	68 (1.11)	7 (0.11)	6,147	4,658	95 (1.98)	37 (0.77)	4,790	
2018		5,246	53 (1.00)	12 (0.23)	5,311	4,845	105 (2.11)	23 (0.46)	4,973	
2019		5,231	59 (1.11)	14 (0.26)	5,304	4,602	93 (1.96)	38 (0.80)	4,733	
計		500,415 (98.82)	5,347 (1.06)	633 (0.13)	506,395 (100)	170,742 (95.66)	6,646 (3.72)	1,101 (0.62)	178,489 (100)	

表3 子宮がん検診数(頸がん・体がん)と子宮がん発見数および発見率

年度	行政検診				行政検診以外			
	検診人数	がん発見人数	発見率 (%)	追跡率 (%)	検診人数	がん発見人数	発見率 (%)	追跡率 (%)
1968～2012	6,213,984	5,825	(0.09)	(74.9)	1,934,770	8,223	(0.43)	(70.7)
2013	236,146	69	(0.03)	(55.4)	26,040	17	(0.07)	(54.8)
2014	244,817	100	(0.04)	(62.9)	24,931	20	(0.08)	(43.2)
2015	226,288	84	(0.04)	(56.9)	24,518	12	(0.05)	(26.9)
2016	217,982	50	(0.02)	(45.2)	25,764	13	(0.05)	(38.1)
2017	207,629	51	(0.02)	(45.1)	24,735	15	(0.06)	(34.0)
2018	215,589	58	(0.03)	(44.5)	24,484	18	(0.07)	(32.8)
2019	213,658	56	(0.03)	(41.3)	24,134	11	(0.05)	(30.0)
計	7,776,093	6,293		(53.3)	2,109,376	8,329		(41.3)

行政検診と行政検診以外の合計は9,885,469件、がん発見数14,622人、発見率0.15%

(注) 2020年7月27日現在のデータ

なお2012年度までは上皮内癌の数を含むが、2013年度からは含まない
1987年から、子宮体がんの検診数を含む

とは、検診の精度管理上重大な問題である。検査実施機関でデータが把握できないさらにもう一つの原因としては、近年、追跡調査を実施主体自らが施行するケースが増えてきたこともあげられる。さらに、医療機関によっては、理由は不明だが、データ提供を拒否する施設も一部に存在するため、報告をする義務を負う側の理解を強く求めていきたい。一方で、ASC-US例のHPVテストによるトリアージの結果、

HPVテスト陰性の場合には次回の検診が1年後となり、追跡結果の判明が年度末の報告に間に合わない場合がある。こうした年度をまたぐデータの処理については、今後の対策が必要と考える。

[3] 子宮がん検診の追跡結果

2013年度より子宮がん検診の表記載については、上皮内癌が子宮頸部上皮内病変(高度異形成；CIN3)に分類されたのに伴い、子宮頸部異形成の表

表4 子宮頸がん検診の追跡結果

(1987～2018年度)						(2019年度)							
確定病変	行政検診	(%)	行政検診以外	(%)	合計	(%)	行政検診	(%)	行政検診以外	(%)	合計	(%)	
頸部良性	20,061	(39.60)	10,627	(42.73)	30,688	(40.63)	639	(30.21)	104	(24.82)	743	(29.32)	
上皮内病変	腺異形成	71	(0.14)	36	(0.14)	107	(0.14)	1	(0.05)	0	(0.00)	1	(0.04)
	上皮内腺癌	132	(0.26)	30	(0.12)	162	(0.21)	14	(0.66)	5	(1.19)	19	(0.75)
	CIN1	13,609	(26.86)	4,929	(19.82)	18,538	(24.54)	882	(41.70)	166	(39.62)	1,048	(41.36)
	CIN2	6,601	(13.03)	2,747	(11.05)	9,348	(12.38)	322	(15.22)	94	(22.43)	416	(16.42)
	CIN3	7,168	(14.15)	3,376	(13.58)	10,544	(13.96)	211	(9.98)	43	(10.26)	254	(10.02)
早期癌	微小浸潤腺癌	25	(0.05)	8	(0.03)	33	(0.04)	3	(0.14)	1	(0.24)	4	(0.16)
	微小浸潤癌	778	(1.54)	582	(2.34)	1,360	(1.80)	6	(0.28)	0	(0.00)	6	(0.24)
浸潤癌	頸部腺癌	211	(0.42)	111	(0.45)	322	(0.43)	12	(0.57)	2	(0.48)	14	(0.55)
	扁平上皮癌	987	(1.95)	1,169	(4.70)	2,156	(2.85)	11	(0.52)	1	(0.24)	12	(0.47)
頸部その他のがん	90	(0.18)	86	(0.35)	176	(0.23)	1	(0.05)	0	(0.00)	1	(0.04)	
体部良性	244	(0.48)	422	(1.70)	666	(0.88)	2	(0.09)	0	(0.00)	2	(0.08)	
内膜増殖症	139	(0.27)	232	(0.93)	371	(0.49)	0	(0.00)	0	(0.00)	0	(0.00)	
体部腺がん	399	(0.79)	338	(1.36)	737	(0.98)	10	(0.47)	2	(0.48)	12	(0.47)	
その他のがん	144	(0.28)	175	(0.70)	319	(0.42)	1	(0.05)	1	(0.24)	2	(0.08)	
追跡可能例	50,659	(63.46)	24,868	(61.48)	75,527	(62.80)	2,115	(41.12)	419	(31.22)	2,534	(39.07)	
追跡不可能例	29,166	(36.54)	15,582	(38.52)	44,748	(37.20)	3,029	(58.88)	923	(68.78)	3,952	(60.93)	
追跡対象例	79,825		40,450		120,275		5,144		1,342		6,486		

注1) 各症例の%は追跡可能例に対する割合を示す
 2) その他のがんは子宮以外のがんや、部位不確定のがん等の症例

表5 子宮体がん検診の追跡結果

(1987～2018年度)						(2019年度)						
確定病変	行政検診	(%)	行政検診以外	(%)	合計	(%)	行政検診	(%)	行政検診以外	(%)	合計	(%)
体部良性	2,499	(41.79)	2,586	(51.35)	5,085	(52.34)	21	(52.50)	8	(47.06)	29	(50.88)
内膜増殖症	641	(10.72)	1,032	(20.49)	1,673	(17.22)	2	(5.00)	0	(0.00)	2	(3.51)
内膜異型増殖症	108	(1.81)	126	(2.50)	234	(2.41)	4	(10.00)	2	(11.76)	6	(10.53)
体部腺癌	524	(8.76)	571	(11.34)	1,095	(11.27)	11	(27.50)	3	(17.65)	14	(24.56)
頸部良性	372	(6.22)	270	(5.36)	642	(6.61)	0	(0.00)	0	(0.00)	0	(0.00)
頸部上皮内病変	310	(5.18)	219	(4.35)	529	(5.44)	1	(2.50)	3	(17.65)	4	(7.02)
頸がん	172	(2.88)	158	(3.14)	330	(3.40)	1	(2.50)	0	(0.00)	1	(1.75)
その他のがん	54	(0.90)	74	(1.47)	128	(1.32)	0	(0.00)	1	(5.88)	1	(1.75)
追跡可能例	4,680	(78.26)	5,036	(65.01)	9,716	(70.78)	40	(54.79)	17	(12.98)	57	(27.94)
追跡不可能例	1,300	(21.74)	2,711	(34.99)	4,011	(29.22)	33	(45.21)	114	(87.02)	147	(72.06)
追跡対象例	5,980		7,747		13,727		73		131		204	

注1) 各症例の%は追跡可能例に対する割合を示す
 2) その他のがんは子宮以外のがんや、部位不確定のがん等の症例

記を便宜的に腺異形成およびCINに変更するとともに、子宮頸がんとう子宮体がんのデータ内容を、それぞれ明確に分けて記述するよう変更した(表4, 表5)。

2019年度の子宮がん発見率を以前(1968～2012年度の合計)と比較すると、大幅に低下しているように見えるが(表3)、上皮内癌が2012年度まで含まれていることを考慮すれば、それを差し引いた発見率は、やや低下した状態とみられる。がんと診断する前に治療する症例(CIN3等)が増加すれば、この傾向は持続するが、子宮がん罹患率や死亡率は若年者においてむしろ増加を示しており、がん症例が大幅に減少したとは思われないので、今後の推移を注意深く見守ることが大切である。

子宮頸がん検診で発見された頸部の早期癌と浸潤癌について、2018年度以前と2019年度の比率を比較すると、行政検診・行政検診以外ともに減少している。子宮頸部上皮内病変(腺異形成, CIN, AIS)について、2018年度以前と2019年度の発見率を比較すると、行政検診・行政検診以外ともに減少した。浸潤癌(扁平上皮癌, 腺癌, 腺扁平上皮癌)に対する微小浸潤癌合計数の比率は、2018年度以前と同様に2019年度も行政・行政以外の検診ともに浸潤癌の割合が多かった。また、近年増加傾向にある頸部腺癌(上皮内腺癌を含む)については、2018年度の34例より減少し、33例であった。

子宮頸がん検診で発見された新生物症例、特に体部腺癌については、2018年度の15例に対し2019年度は12例と減少した(表4)。

[4] 細胞診成績

年齢別子宮頸がん検診成績(表6)

1. 行政検診のデータについて

子宮頸がん検診の細胞診における受診者の年齢層を分析すると、2013年度以前の集計では30～59歳に幅広いピークがあるが、2013年度以降のデータでは明らかにより若年層、すなわち29歳以下の受診者の増加が目立っている(2013年度以前: 4.68%, 2013～2018年度: 11.68%)。これは2009年度からの無料クーポン検診などの効果とみられる。

細胞診によるがん診断率については、ベセスダ報告以前(0.06%)とそれ以降の5年間(2013～2018年度: 0.03%, 2019年度: 0.04%)の差はほとんどみられない。

2. 行政検診以外のデータについて

子宮頸がん検診細胞診受診者の年齢層を分析すると、2010年度以前においては25～54歳に幅広いピークがあったが、2011年度以降は明らかに若年層、特に29歳以下の受診者が増加しており、これは行政検診とほぼ同様で、近年の特徴だと言える。無料クーポン配布による効果が持続している結果とみる。

2017年度より、組織診も含めたCINを使用しないSILのみによる分類に変更された。

さらに、腺異形成(glandular dysplasia)は、WHO分類第3版(2003年)では「上皮内腺癌の診断基準を満たさないが、glandular dysplasiaを越える核異型によって特徴付けられる腺系病変」と定義されており、子宮頸癌取扱い規約第3版(2012年)もこれに準拠して「核の異常が反応性腺異型よりも高度であるが、上皮内腺癌の診断基準を満たさない腺上皮の病変」と記載されていたが、WHO分類第4版および子宮頸癌取扱い規約病理編第4版(2017年)では削除された。その理由として、①腺異形成との共存はまれ②HPV DNAの検出率が低い③glandular dysplasiaと正常頸管腺とのレクチンプロファイル上の差がない④glandular dysplasiaが上皮内腺癌や腺癌に進展するというデータがない⑤glandular dysplasiaの平均年齢が上皮内腺癌より高い——などがあげられている(安田政実, 三上芳喜共著: 子宮頸癌第2版「上皮内癌腺癌」. 文光堂, 2018より抜粋)。

今後は以上の変更を加味し、統計データ比較において、さらなる工夫が必要と思われる。

おわりに

国が考える子宮がん検診の精度管理の概念を紹介しつつ、本会における2019年度の子宮頸がん検診の結果について、例年のごとく上皮内癌をがんに含まない検診のデータや、ベセスダによる細胞診判定

の精度管理の指標（ASC/SIL比など）を示しながら考察した。

新たな子宮頸がん検診に関するトピックとして、2020年7月29日、国立がん研究センターより「有効性に基づく子宮頸がん検診ガイドライン更新版」が11年ぶりに公開された。

更新版のポイントは、検診対象年齢と検診間隔、検体採取法が明示され検査法としては従来より推

奨されている細胞診（検診対象は20から69歳、検診間隔は2年）に加えHPV検査単独法（検診対象は30から60歳とし検診間隔は5年）も推奨Aに変更・推奨されている。ただし、HPV検査単独法については、判定結果毎の診療アルゴリズムが国内では未確定のため実施しても期待される効果が表れない可能性もあり検診としての導入には、その構築が必須条件であるとされている。

表6-1 年齢別子宮頸がん検診成績（行政検診）

														(1987～2013年度)	
Class	検査数	(%)	～24	25～ 29	30～ 34	35～ 39	40～ 44	45～ 49	50～ 54	55～ 59	60～ 64	65～ 69	70～	年齢 不明	
I	1,609,345	(35.44)	20,510	62,693	251,599	325,413	361,792	298,039	156,459	60,340	36,798	20,273	13,777	1,652	
II	2,887,450	(63.59)	33,315	90,624	247,927	287,855	316,952	314,528	409,990	427,129	364,644	227,390	164,912	2,184	
III	41,330	(0.91)	1,498	3,622	7,921	7,334	7,048	4,802	3,357	2,102	1,618	1,063	965	0	
IV	2,014	(0.04)	4	52	359	426	398	313	161	118	97	45	41	0	
V	964	(0.02)	0	7	52	109	106	99	119	126	146	80	120	0	
計	4,541,103		55,327	156,998	507,858	621,137	686,296	617,781	570,086	489,815	403,303	248,851	179,815	3,836	
(%)		(100.00)	(1.22)	(3.46)	(11.18)	(13.68)	(15.11)	(13.60)	(12.55)	(10.79)	(8.88)	(5.48)	(3.96)	(0.08)	

														(2013～2018年度)	
TBS	検査数	(%)	～24	25～ 29	30～ 34	35～ 39	40～ 44	45～ 49	50～ 54	55～ 59	60～ 64	65～ 69	70～	年齢 不明	
NILM	1,235,195	(97.60)	48,647	92,541	120,272	157,595	174,884	156,825	117,741	88,210	80,419	89,355	108,706	0	
ASC-US	10,663	(0.84)	835	1,358	1,915	1,576	1,640	1,206	830	389	286	276	352	0	
ASC-H	3,036	(0.24)	55	279	566	570	513	273	197	135	147	123	178	0	
LSIL	11,108	(0.88)	1,189	2,221	2,297	1,676	1,591	980	584	211	109	114	136	0	
HSIL	4,232	(0.33)	108	469	998	880	875	448	205	81	43	54	71	0	
扁平上皮癌	286	(0.02)	0	6	33	40	44	30	25	21	21	27	39	0	
AGC	827	(0.07)	10	32	82	112	150	137	120	53	40	32	59	0	
上皮内腺癌	86	(0.01)	0	4	16	22	25	11	6	2	0	0	0	0	
腺癌	117	(0.01)	0	0	6	23	10	12	13	11	8	17	17	0	
その他の癌	18	(0.00)	0	0	0	1	4	4	1	1	3	0	4	0	
計	1,265,568		50,844	96,910	126,185	162,495	179,736	159,926	119,722	89,114	81,076	89,998	109,562	0	
(%)		(100.00)	(4.02)	(7.66)	(9.97)	(12.84)	(14.20)	(12.64)	(9.46)	(7.04)	(6.41)	(7.11)	(8.66)	(0.00)	

														(2019年度)	
TBS	検査数	(%)	～24	25～ 29	30～ 34	35～ 39	40～ 44	45～ 49	50～ 54	55～ 59	60～ 64	65～ 69	70～	年齢 不明	
NILM	203,210	(97.53)	7,866	12,395	19,780	20,612	26,036	23,722	23,017	15,969	15,452	14,091	24,270	0	
ASC-US	1,699	(0.82)	106	215	238	214	282	211	193	74	57	32	77	0	
ASC-H	378	(0.18)	10	28	61	59	48	36	46	20	15	24	31	0	
LSIL	2,088	(1.00)	271	393	408	276	260	191	131	72	33	25	28	0	
HSIL	741	(0.36)	19	60	167	137	148	95	40	21	16	17	21	0	
扁平上皮癌	58	(0.03)	0	0	3	6	11	7	9	4	6	0	12	0	
AGC	138	(0.07)	2	4	21	21	20	19	23	10	5	9	4	0	
上皮内腺癌	14	(0.01)	0	0	2	1	4	3	4	0	0	0	0	0	
腺癌	25	(0.01)	0	0	1	4	2	2	4	3	1	2	6	0	
その他の癌	3	(0.00)	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	
計	208,354		8,274	13,095	20,681	21,330	26,812	24,286	23,468	16,174	15,585	14,200	24,449	0	
(%)		(100.00)	(3.97)	(6.28)	(9.93)	(10.24)	(12.87)	(11.67)	(11.26)	(7.76)	(7.48)	(6.82)	(11.73)	(0.00)	

注意すべきは、現在健康増進法に基づく健康増進事業として市区町村が実施している子宮頸がん検診は、「有効性に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2009年度版」で定める内容で運用されているため、今後直ちにHPV検査単独法が採用されるということではないことを肝に銘じる必要がある。

今後アルゴリズムを含め、新たな指針を受け入れ

る準備としては、さらなる受診勧奨、結果の把握を含めた精度管理体制の整備（ハイリスクを拾い上げフォローする体制整備、精度管理知識の啓発など）が重要と考えられる。

2019年度末の2020年2月頃より、新型コロナウイルス感染症の影響で検診の遅延・延期に伴う検診の集中・マンパワー不足に伴う診断の遅れなどが危惧されている。一日も早い感染の終息を期待したい。

表6-2 年齢別子宮頸がん検診成績（行政検診以外）

(1987～2010年度)														
Class	検査数	(%)	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～	年齢不明
I	363,061	(37.52)	26,157	53,390	61,659	55,947	59,340	56,421	29,008	9,790	4,547	2,729	2,901	1,172
II	575,749	(59.51)	38,288	61,643	65,860	56,614	58,396	69,708	69,618	55,579	38,302	26,930	33,229	1,582
III	25,650	(2.65)	2,841	3,809	4,077	3,368	3,125	2,757	1,928	1,267	849	643	986	0
IV	1,469	(0.15)	23	90	217	215	231	177	147	102	75	64	128	0
V	1,590	(0.16)	3	23	72	96	133	132	176	215	196	143	401	0
計	967,519		67,312	118,955	131,885	116,240	121,225	129,195	100,877	66,953	43,969	30,509	37,645	2,754
(%)		(100.00)	(6.96)	(12.29)	(13.63)	(12.01)	(12.53)	(13.35)	(10.43)	(6.92)	(4.54)	(3.15)	(3.89)	(0.28)

(2011～2018年度)														
TBS	検査数	(%)	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～	年齢不明
NILM	149,482	(93.38)	13,873	22,576	26,017	20,980	14,749	14,226	10,310	6,206	5,274	5,160	10,046	65
ASC-US	3,536	(2.21)	536	646	614	475	433	324	199	81	52	54	122	0
ASC-H	1,004	(0.63)	42	137	215	178	130	115	46	29	30	23	59	0
LSIL	3,671	(2.29)	623	771	680	510	450	300	160	51	35	31	60	0
HSIL	1,655	(1.03)	85	279	404	295	250	200	56	28	24	10	24	0
扁平上皮癌	191	(0.12)	0	4	10	18	22	16	12	13	18	13	65	0
AGC	397	(0.25)	13	19	30	42	56	60	67	22	20	21	47	0
上皮内腺癌	11	(0.01)	0	2	3	1	3	1	1	0	0	0	0	0
腺癌	113	(0.07)	0	0	4	5	5	20	12	12	13	13	29	0
その他の癌	16	(0.01)	0	0	1	1	1	2	0	0	5	1	5	0
計	160,076		15,172	24,434	27,978	22,505	16,099	15,264	10,863	6,442	5,471	5,326	10,457	65
(%)		(100.00)	(9.48)	(15.26)	(17.48)	(14.06)	(10.06)	(9.54)	(6.79)	(4.02)	(3.42)	(3.33)	(6.53)	(0.04)

(2019年度)														
TBS	検査数	(%)	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～	年齢不明
NILM	17,164	(92.75)	1,447	2,494	3,089	2,279	1,627	1,757	1,431	818	531	454	1,237	0
ASC-US	400	(2.16)	39	71	74	62	49	41	31	12	1	6	14	0
ASC-H	89	(0.48)	1	15	14	15	10	10	10	5	3	2	4	0
LSIL	536	(2.90)	76	105	100	95	46	49	25	13	9	5	13	0
HSIL	233	(1.26)	6	38	56	36	37	26	18	5	6	1	4	0
扁平上皮癌	23	(0.12)	0	0	1	4	0	3	0	7	1	1	6	0
AGC	42	(0.23)	0	3	9	3	5	4	9	4	1	1	3	0
上皮内腺癌	3	(0.02)	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
腺癌	12	(0.06)	0	0	0	0	0	2	1	2	3	2	2	0
その他の癌	4	(0.02)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0
計	18,506		1,569	2,726	3,343	2,496	1,774	1,893	1,526	866	556	473	1,284	0
(%)		(100.00)	(8.48)	(14.73)	(18.06)	(13.49)	(9.59)	(10.23)	(8.25)	(4.68)	(3.00)	(2.56)	(6.94)	(0.00)

子宮がん精密検診センターの実施成績

久布白兼行

東京都予防医学協会細胞病理診断部長

はじめに

東京産婦人科医会(以下、医会/旧東京母性保護医協会<以下、東母>)では、1968年(昭和43年)に全国に先駆けて、それまでのような車検診ではなく、医会会員が自分の施設で行う子宮がん検診(いわゆる東母方式)を開始した。

その事業の実務を東京都予防医学協会(以下、本会)が全面的に引き受け、医会会員施設にて採取され郵送された、あるいは本会職員が回収した標本を診断し、その診断結果にコメントをつけて報告してきた。

そして、1973年には細胞診異常例に対する精密検診センター(以下、精検センター)を本会内に開設し、医会会員から委託された要精検者の精密検査を実施してきた。

現在では、医会会員から紹介された要精検者の他に、本会女性検診センターで施行された職域検診や行政検診および人間ドック検診における要精検者で本会精検センターを希望する人にも精密検査を行っている。

さて、医会では2009(平成21)年4月以降、細胞診断表記として従来のクラス分類に替えてベセスダシステム分類を導入し10年余りが経過した。今回、2019年度の精密検査成績の年次報告をするに当たり、精検受診者の1次検診における細胞診判定は2016～2019年度の報告と同様にベセスダシステム分類で前年度と比較した。

また、精検センター受診時の細胞診についても、

ベセスダシステム分類で2019年度と比較しつつ、若干の考察を加えて報告する。

精検実施数(表1)

2019年度の年間受診者数は初診および再診を含めて2,808人であり、前年度の2,893人に比べほぼ横ばいであった。2001年度以降の受診者数をみると、2010年度までは5年間で5,500～5,600人であったが、2011年度から着実に増加し、2016～2017年度は年間で約2,500人となった。さらに2018年度は2,893人と最多に達し2019年度も2,800人を超える受診者数となった。こういった年次推移を踏まえ、精検実施数が増加している背景には、ベセスダシステム分類においてHPV感染を軽度異形成と同様にLSILとして精密検査の対象としたことなどが理由にあげられる。

また、2018年6月より土曜日に精検受診者の結果説明の外来を開始した。土曜日の検査結果説明の希望者は多い。土曜日に検査結果の説明を行うことによって、月曜日～金曜日の精密検査受診者の待ち時間の短縮に寄与していると思われる。

月別の受診者数をみると、本年度は10月と3月が最も多く255人であり、年間を通して9月を除いてすべての月で200人を超えている。2015年度までと比べ2016年度以後、全体的に受診者数は増加している。

精検受診者の年齢分布(表2)

精検受診者の年齢分布をみると、2019年度は30～34歳が532人(18.9%)と最も多く、次いで29歳

以下の524人(18.7%), 35~39歳の434人(15.5%)であった。

この年齢分布では、2019年度は39歳以下の占める割合が53.1%と過半数を占めている。この傾向は2018年度と同様であった。特に29歳以下は18.7%を占めており、30~34歳に次いで多いことは、2012~2013年頃から細胞診でHPV感染をLSILとして精検対象としたことが影響していると思われる。

なお、50歳以上ではそれぞれの年齢層が10%未満で、特に55歳以上は約2~5%と激減する。この年齢分布は2018年度同様であるが、この理由としてそれまでに異形成以上の病変が認められ治療などを受けている症例があること、またHPV感染の機会が減少していくことなどを反映していると思われる。

精検受診者の1次検診における細胞診判定(表3)と精検受診者におけるHPV検査(表4)

冒頭に述べたようにベセスダシステム分類による前年度との比較である。

NILMでの受診は、本会の女性検診センターなどでのコルポスコピー診異常やポリープ、ハイリスクHPV検査(以下、HPV検査)が陽性等による受診である。

ASC-USが746人(26.6%)、前年度25.3%で、LSILが1,171人(41.7%)、前年度41.8%と、この両者で過半数を占める。

なお、ASC-USで、HPV検査が依頼医で未実施のため本会で実施したものが265件、そのうちHPV陽性は125件(47.2%)であった。今年度、ASC-USでHPV陽性のうち、HPV16型陽性は30例(24.0%)、HPV18型陽性は11例(8.8%)、その他のハイリスク型陽性は95例(76.0%)であった。ASC-USでHPV陽性例はコルポスコピー診・組織診の対象となるので、約半数の症例は組織診が実施されたことになる。

LSILにはコルポスコピー診で異常所見がごく軽度あるいは正常所見の例もあると思われる。しかし精密検査という観点では、組織診を実施しない場合、登録上では「未受診」の扱いになるので原則として組織診を実施している。

表1 年度別・月別・精検実施数

													(単位:人)
年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
2001~2005	438	375	485	550	494	440	529	467	436	422	419	461	5,516
2006~2010	365	347	511	537	562	485	479	472	454	473	486	501	5,672
2011~2015	864	733	667	968	882	849	998	870	821	857	909	924	10,342
2016	205	186	228	192	207	213	213	213	208	207	240	242	2,554
2017	230	205	216	206	234	180	190	202	185	200	222	225	2,495
2018	242	247	276	256	227	188	263	254	232	211	251	246	2,893
2019	240	245	229	231	235	193	255	223	231	238	233	255	2,808
(%)	(8.5)	(8.7)	(8.2)	(8.2)	(8.4)	(6.9)	(9.1)	(7.9)	(8.2)	(8.5)	(8.3)	(9.1)	(100.0)

表2 年度別・精検受診者の年齢分布

												(単位:人)
年度	年齢											計
	~29歳	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70歳~		
2001~2005	708	1,004	916	791	622	627	383	197	127	141	5,516	
2006~2010	881	1,083	1,030	957	623	398	245	179	135	141	5,672	
2011~2015	2,184	2,124	1,832	1,625	1,038	635	261	252	194	197	10,342	
2016	521	511	469	386	288	146	90	44	55	44	2,554	
2017	552	458	379	355	274	212	105	55	52	53	2,495	
2018	582	523	407	415	383	249	140	73	45	76	2,893	
2019	524	532	434	398	321	237	149	86	53	74	2,808	
(%)	(18.7)	(18.9)	(15.5)	(14.2)	(11.4)	(8.4)	(5.3)	(3.1)	(1.9)	(2.6)	(100.0)	

HSILはCIN2(中等度異形成)347人(12.4%),前年度12.0%,CIN3(高度異形成+上皮内癌)は93人(3.3%),前年度4.1%である。

なお、扁平上皮癌は微小浸潤癌を含め7人(0.2%),前年度0.1%である。腺系病変をみるとAGCは60人(2.1%),前年度2.5%,AISは7人(0.2%),前年度0.2%,EC-ACは4人(0.1%),前年度0%。

なお、今年度は頸部細胞診で体部がんの判定をされた症例は1例であった。総じて2019年度と2018年度は各病変とも比率はほぼ同様であった。

体がん検診においては、2019年度は疑陽性が21人(前年度は19人)で、例年どおり疑陽性が圧倒的に多い。疑陽性は内膜のホルモン不均衡などの機能的異常、子宮内膜増殖症、子宮内膜異型増殖症や内膜癌疑いと、いろいろな病態を包含する。内膜細胞診の診断の困難さ・限界を反映している。また陽性は1人(前年度は1人)であった。

精検センター受診時の細胞診(表5)

NILMであっても病理組織診断で614例中軽度異形成が101例、中等度異形成が33例、高度異形成は認められなかった(計21.8%)。また、上皮内癌、扁平上皮癌は認められなかったが、腺異形成が2例、頸部腺癌が1例認められた。なお、NILMのうち異形成以上の病変が認められた比率は、2018年度は21.9%、2017年度は18.9%、2016年度は27.8%、2015年度は29.8%、2014年度は27.5%であった。したがって、細胞診がNILMで組織診はLSIL~HSILと診断された症例は最近3年間で減少している。

表3 精検受診者の1次検診における細胞診判定

(単位:人)

判 定		年 度	2016	2017	2018	2019
	NILM		13	6	46	38
	ASC-US		603	574	733	746
	ASC-H		316	324	335	311
	LSIL		1,114	1,095	1,211	1,171
頸	中等度異形成		281	292	348	347
	HSIL 高度異形成		99	84	105	82
	上皮内癌		15	10	13	11
	MISCC		6	3	1	2
	SCC		2	2	3	5
部	AGC		54	73	73	60
	AIS		7	4	6	7
	EC-AC		3	2	0	4
	EM-AC		1	0	0	1
	その他の悪性腫瘍		0	0	1	0
	判定不能		0	0	0	1
	体	疑陽性		25	29	19
部	陽性		3	3	1	1
合 計			2,542	2,501	2,895	2,808

(注)各年度により、重複例が含まれる

表4 精検受診におけるHPV検査(コバス)

(2019年)

検査数	陽性数	陽性率(%)	16型	18型	その他のハイリスク型
265	125	47.2	30	11	95

ASC-USでは359例中軽度異形成が121例、中等度異形成が28例、高度異形成が2例認められた(計42.1%)。なお、異形成以上の病変が認められた比率は、2018年度は36.6%、2017年度は40.7%、2016年度は42.8%、2015年度は52.7%、2014年度は44.1%である。

ASC-Hでは179例中軽度異形成が31例、中等度異形成が66例、高度異形成が13例、上皮内癌が2例であった(計62.6%)。微小浸潤癌、扁平上皮癌、上皮内腺癌、頸部腺癌、体癌は認められなかった。なお、異形成以上の病変が認められた比率は、2018年度は66.8%、2017年度は69.6%、2016年度は74.8%、2015年度は71.5%、2014年度は75.1%である。

LSILは700例中軽度異形成が329例、中等度異形成が80例、高度異形成が8例、上皮内癌は1例であった(計59.7%)。微小浸潤癌、扁平上皮癌、頸部腺癌、

体癌は認められなかった。なお、異形成以上の病変が認められた比率は、2018年度は62.2%，2017年度は66.8%，2016年度は74.8%，2015年度は71.5%，2014年度75.1%である。LSIL相当の軽度異形成は329例(47.0%)であった。

HSILは464例中軽度異形成が80例，中等度異形成が236例，高度異形成が75例，上皮内癌が15例，上皮内腺癌が1例であった(計87.7%)。また，微小浸潤癌，扁平上皮癌，頸部腺癌，体癌は認められなかった。なお，異形成以上の病変が認められた比率は，2018年度は85.8%，2017年度は93.5%，2016年度は96.1%，2015年度は92.9%，2014年度は95.6%である。細胞診HSILの中で病理組織診は中等度異形成，軽度異形成，高度異形成，上皮内癌の順に多く認められた。HSIL相当の中等度と高度異形成，上皮内癌の合計は326例(70.3%)であった。2018年度は70.6%，2017年度は82.0%，2016年度は82.4%，2015年度は77.8%である。

MISCCとSCCを合計すると7例で，組織診は扁平上皮癌が3例(42.9%)，高度異形成2例，上皮内癌2例であった。

AGCは29例中，良性(慢性頸管炎など)は21例(72.4%)と多く，扁平上皮系異形成が5例，上皮内腺癌が2例，頸部腺癌が1例であった。なお，本報告における腺異形成，上皮内腺癌はおの「子宮頸癌取扱い規約病理編第4版2017年7月」に記載されている低異型度上皮内腺癌，上皮内腺癌(通常型)にほぼ相当する。AGCのうち約70%の症例で良性であることは，扁平上皮系病変に比べAGCの診断の難しさを示している。また，今年度は内膜増殖症，体癌などの体部病変は検出されなかった。しかし，AGCの中には体部病変が見つかる場合もあるので，注意が必要である。なお，AGCの診断では，AGCの表記にとどめる施設とAGC-NOSとAGC-FNに細分類している施設の両者がある。本会ではAGC-NOS，AGC-FNに細分類して報告書を作成しているが，この年報においては症例数が多くないことからAGCの表記に統一している。AGCについては，想定される病変として頸部・体部病変の両者が含まれるので，コメントで細胞所見・推定病変をご理解いただけるように配慮することが大事であると考えている。

表5 精検センター受診時の細胞診と病理組織診断

(2019年度)

頸部細胞診	病理組織診断	良性	異形成			上皮内癌	微小浸潤癌	扁平上皮癌	腺異形成	上皮内腺癌	頸部腺癌	体部良性	内膜増殖症	体癌	小計	未実施	判定不能	計
			軽度	中等度	高度													
	NILM	474	101	33					2		1	3			614	60	1	675
	ASC-US	208	121	28	2										359	21	3	383
	ASC-H	67	31	66	13	2									179	6	2	187
	LSIL	282	329	80	8	1									700	29	6	735
頸部	中等度	45	65	199	26	4									339	5	1	345
	高度	11	13	35	42	9			1						111	1		112
	CIS	1	2	2	7	2									14			14
	MISCC				2	2									4	1		5
	SCC							3							3	1		4
体部	AGC	21	3	2					2	1					29			29
	AIS	1							1						2			2
	EC-AC								4	2					6			6
	EM-AC														0			0
	その他の悪性腫瘍													1	1			1
	判定不能			1											1			1
	未実施	6	1	1											8	255		263
体部	陰性	4	4	1								6			15	5		20
	疑陽性	2	4									2	2	3	13	5	1	19
	陽性										1			4	5		1	6
	判定不能														0			1
合計	1,122	675	447	100	20	0	3	2	8	4	12	2	8	2,403	389	16	2,808	

表6 頸がん患者の年齢の推移

年度 年齢	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
～29歳	4.3	9.2	3.1	13.1	12.5	12.7	6.0	4.3	18.2	7.1	7.0
30～39	52.2	39.5	53.8	49.2	39.3	43.6	36.0	40.4	30.3	38.2	37.2
40～49	28.3	39.5	24.6	26.2	26.8	29.1	34.0	42.6	33.3	38.2	20.9
50～59	8.7	2.6	7.7	4.9	12.5	7.3	10.0	4.3	15.2	9.5	23.3
60～69	6.5	5.3	10.8	6.6	8.9	3.6	8.0	6.4	3.0	7.1	7.0
70歳～	0.0	3.9	0.0	0.0	0.0	3.6	6.0	2.1	0.0	0.0	4.7

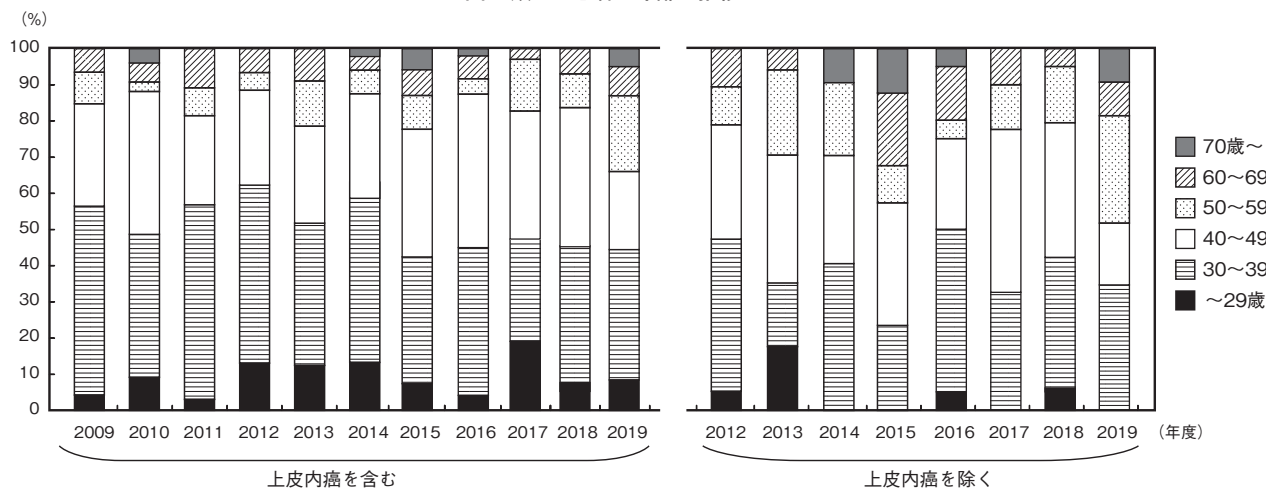
(注)単位：%

上皮内癌を除いたもの

年度 年齢	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
～29歳	5.3	17.6	0.0	0.0	5.0	0.0	5.3	0.0
30～39	42.1	17.6	40.0	22.2	45.0	33.3	36.8	34.8
40～49	31.6	35.3	30.0	33.3	25.0	44.5	36.8	17.4
50～59	10.5	23.5	20.0	11.1	5.0	11.1	15.8	30.4
60～69	10.5	5.9	0.0	22.2	15.0	11.1	5.3	8.7
70歳～	0.0	0.0	10.0	11.1	5.0	0.0	0.0	8.7

(注)単位：%

図 頸がん患者の年齢の推移



AISは2例中上皮内腺癌が1例，良性が1例であった。頸部腺癌は認められなかった。

EC-ACは6例で，頸部腺癌は2例であった。

ベセスダシステム分類は，クラス分類に比べ細胞所見を記述するという点がよいと考えられている。とりわけ腺型病変が加えられたことがよいと思われるが，本会のデータでもそれが裏付けられている。

精検センター受診時の病理組織診断(表5)

2019年度の精検受診者の子宮頸部病理組織診断は，軽度異形成675例(28.1%)，前年度26.7%，中等度

異形成447例(18.6%)，前年度16.5%，高度異形成100例(4.2%)，前年度4.6%である。

上皮内癌は20例(0.8%)，前年度0.9%，扁平上皮癌は3例(0.1%)，前年度0.2%である。また腺異形成は2例(0.08%)，前年度0.04%，上皮内腺癌は8例(0.33%)，前年度0.37%，頸部腺癌は4例(0.2%)，前年度0.2%である。

従来，本会精検センターでは子宮頸部早期がんとして上皮内癌と微小浸潤癌を合計して発表していたが，上皮内癌はHSILの中に分類され癌と呼称できないので，2012年度からがん登録に報告できるよう

に微小浸潤癌と扁平上皮癌、頸部腺癌を合計して子宮頸部浸潤癌とした。2019年度の子宮頸部浸潤癌は7例(0.3%)、前年度0.4%である。

一方、子宮体部病変では子宮内膜増殖症2例、体癌が8例で計10例(前年度は6例)である。このように子宮頸がんの精密検査のなかで体部病変が検出される場合もあるので、十分に注意しながら精密検査を行っている。

子宮頸がん患者の年齢の推移(表6, 図)

2009年度から上皮内癌を含む頸がんの年齢の推移をみると、2009年度は30～39歳が最も多かったが、2015年度までその状況が続いた。2016年度に順位が逆転し40～49歳が最も多くなり、2018年度は30～39歳と40～49歳が同率、2019年度は再び30～39歳が最も多くなった。

また、2019年度をみると29歳以下は上皮内癌を含めて7.0%であった。前年度は7.1%、前々年度18.2%であったので、前年度に比べほぼ横ばいとなっている。30～39歳と40～49歳はそれぞれ37.2%、20.9%であった。2019年度について29歳以下と30～39歳の症例数が全体の44.2%を占めている。39歳までの年代で上皮内癌を含む頸がんの症例数が全体の40%を超える状況は憂慮するべきものと考えている。日本産科婦人科学会の婦人科腫瘍委員会報告や国立がん研究センターのがん登録のデータと同様に、本会でも若年層で上皮内癌を含む頸がんが多くみられる。

本会では2012年度からがん登録のために上皮内癌を除くデータを作成している。2017年度は29歳以下の浸潤癌は認められなかったが、2018年度は5.3%認められ、2019年度は認められなかった。浸潤癌は30～39歳は34.8%、40～49歳は17.4%であり、上皮内癌を含めた症例数とほぼ同様であった。浸潤癌も若年化傾向を示しているが、その一方で高齢化時代に入り60歳以上に17.4%の浸潤癌がみられる。これらのことは年代を問わず検診の重要性を示唆している。

おわりに

2016年度より、精検受診者の1次検診も頸部細胞診がクラス分類からベセスダ分類による分析に切り替えられた。

精検時の受診者への説明では、細胞診ベセスダ分類ASC-US、LSIL、HSILなどの横文字での羅列では理解され難い面がある。細胞診の検査報告書には今もベセスダ分類とクラス分類は併記されているものがあり、受診者には細胞診の結果について丁寧な説明を心掛けている。

細胞診のベセスダ分類に合わせるように、病理組織分類にもすでにLSILやHSILが導入されている。しかし、HSILの内訳の中等度・高度異形成・上皮内癌の3段階の分類は、臨床的情報として十分役に立つと思われる。実際、経過観察か、または治療の必要性をはじめとして、それぞれ臨床上的取り扱いが異なるので、これらの用語は現在も精密検査センターでは説明に使用している。また、近年では細胞診でLSIL/HPV感染所見がある場合も要精検としている。そのため先に述べたように、当精検センターでは受診者がそれまでの1,600～1,800人から、2013年度以降は2,000人を超えて増加し、2016年度は2,554人、2017年度は2,495人、2018年度は2,893人、2019年度は2,808人と増加しているものと考えている。

2020年4月、「産婦人科診療ガイドライン2020 婦人科外来編」(日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編集・監修)が発刊された。子宮頸部細胞診ASC-US症例の取り扱い、また、組織診で確認されたCIN1/2(軽度・中等度異形成)の管理・治療についてはいずれも改訂はなかった。CIN1の管理については従来とおり経過観察が基本となる。一方CIN2の管理についても妊娠女性を除いて1～2年のフォローアップにおいて自然消失しない場合やHPVタイプ検査の結果でHPV16、18型をはじめ8つのタイプのいずれかが陽性の場合などに治療することが容認されている。今後も引き続きCIN2の管理については、厳重な経過観察が必要である。