

# 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学術顧問

久布白兼行

東京都予防医学協会理事長・

検査研究センター長

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

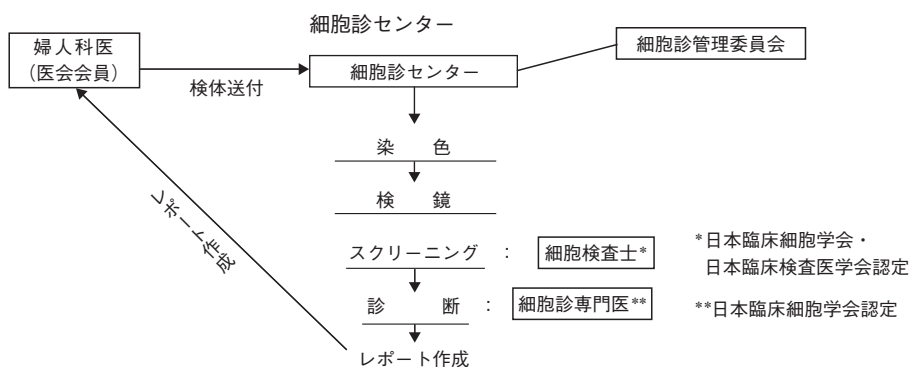
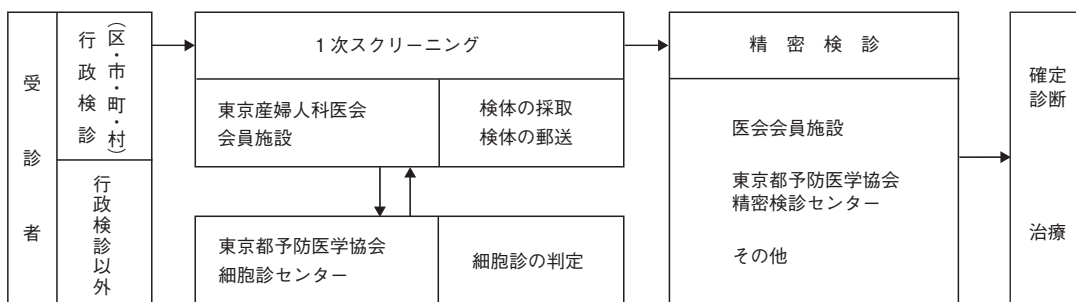
(50音順)

## ■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



# 子宮がん細胞診の実施成績

久布白兼行

東京都予防医学協会理事長・  
検査研究センター長

## 2021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。したがって、標本の母集団に相違が生ずるので、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(表1~4, 図)

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。

2021(令和3)年度の子宮頸がん検診受診者数は、行政検診は215,170人、行政検診以外は15,346人であった。2020年度と比較して、行政検診では16,659人増加、一方、行政検診以外では2,178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、個別に受診の呼びかけがなされた。このように無料クーポン配布の有無による影響が年次推移に反映されていると思われる。

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2013~2021年度のデータ、ならびに行政検診以外の2011~2021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:0.85, 行政検診以外平均値:0.81)安定した値を示した(表2)。中央値を大幅に下回るとは、検査精度としては問題ないと思われるが、このような差異が生じる原因として、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可能性がある。

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、本会では基準値を上回る(行政検診平均値：20.12%，行政検診

以外平均値：20.97%)高値を示している(表3)。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、

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
2020	192,881	2,057	385	2,188	804	47	103	10	31	5	198,511
2021	209,725	1,852	387	2,198	795	60	104	14	26	9	215,170
計	1,846,626	16,271	4,186	17,582	6,572	451	1,172	124	199	35	1,893,218
(%)	(97.54)	(0.86)	(0.22)	(0.93)	(0.35)	(0.02)	(0.06)	(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	35741	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
2020	16,110	447	93	523	264	30	36	1	17	3	17,524
2021	14,114	402	92	457	218	10	36	1	12	4	15,346
計	196,865	4,785	1,278	5,187	2,370	254	511	16	154	28	211,448
(%)	(93.10)	(2.26)	(0.60)	(2.45)	(1.12)	(0.12)	(0.24)	(0.01)	(0.07)	(0.01)	(100)

表2 ASC/SIL比

年度	行政検診			行政検診以外		
	ASC	SIL	ASC/SIL	ASC	SIL	ASC/SIL
2011				532	568	0.937
2012				525	578	0.908
2013	1,958	2,132	0.918	627	633	0.991
2014	2,844	3,152	0.902	603	728	0.828
2015	2,343	2,539	0.923	610	681	0.896
2016	2,217	2,354	0.942	536	678	0.791
2017	2,178	2,516	0.866	568	718	0.791
2018	2,159	2,647	0.816	539	742	0.726
2019	2,077	2,829	0.734	489	769	0.636
2020	2,442	2,992	0.816	540	787	0.686
2021	2,239	2,993	0.748	494	675	0.732
平均			0.85			0.81

表3 ASC-H/ASC比

年度	行政検診			行政検診以外		
	ASC-H	ASC	ASC-H/ASC	ASC-H	ASC	ASC-H/ASC
2011				136	532	25.56%
2012				131	525	24.95%
2013	496	1,958	25.33%	160	627	25.52%
2014	647	2,844	22.75%	132	603	21.89%
2015	487	2,343	20.79%	110	610	18.03%
2016	453	2,217	20.43%	101	536	18.84%
2017	461	2,178	21.17%	118	568	20.77%
2018	492	2,159	22.79%	116	539	21.52%
2019	378	2,077	18.20%	89	489	18.20%
2020	385	2,442	15.77%	93	540	17.22%
2021	311	2,239	13.91%	90	494	18.20%
平均			20.12%			20.97%

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、2013~2021年度の平均で0.85%)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、異型を伴う萎縮扁平上皮細胞や異型未熟化生細胞に混じりCIN3や浸潤癌も発見される可能性があることから、細胞診判定が過剰診断になることはある程度やむを得ないと考えている。

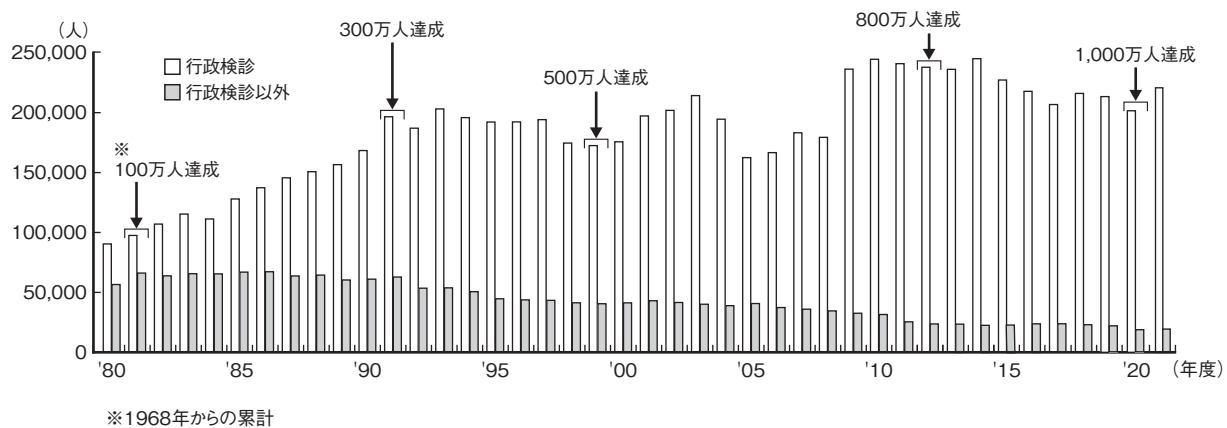
体がん検診については、2020年度との比較では、行政検診受診者は652人の増加で、行政検診以外の受

診者は328人の減少となった。全体的に体がん検診の受診者は2000年以後長期的な減少傾向にある。とりわけ2020年度は緊急事態宣言の発出によって各種検診の休止を余儀なくされたことも影響し、受診者数は減少した。細胞診の疑陽性率と陽性率をみると、2020年度と比べて行政検診・行政検診以外でいずれも減少傾向を示した。(表4)。

[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(表5~7)

子宮頸がんにおいて1968~2012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。また、従来は報告

図 年度別・検診別子宮がん検診受診者数



年度と、その前年度を含む1968（昭和43）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増えられていることから、子宮体がんを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5に示す年度別のデータとは別に、表6の1987～2020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7の1987～2020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述べる。1968～2021年度にわたる子宮がん検診の合計受診者数は10,351,561人、がん発見数は14,793人、がん発見率は0.14%であった。2021年度のデータを2012

表4 子宮体がん検診成績

検診別 判定	行政検診					行政検診以外				
	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	
2020	4,775	61 (1.26)	15 (0.31)	4,851		4,104	109 (2.57)	33 (0.78)	4,246	
2021	5,438	50 (0.91)	15 (0.27)	5,503		3,834	64 (1.63)	20 (0.51)	3,918	
計 (%)	510,628 (98.82)	5,458 (1.06)	663 (0.13)	516,749 (100)		178,680 (95.73)	6,819 (3.65)	1,154 (0.62)	186,653 (100)	

表5 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	72	(0.03)	(41.3)	24,134	13	(0.09)	(30.0)
2020	203,362	59	(0.03)	(47.4)	22,527	20	(0.09)	(33.3)
2021	220,673	60	(0.03)	(45.3)	19,530	14	(0.07)	(33.4)
計	8,200,128	6,428		(63.3)	2,151,433	8,365		(63.1)

行政検診と行政検診以外の合計は10,351,561件、がん発見数14,793人、発見率0.14%

注1) 2022年9月30日現在のデータ

なお2012年度までは上皮内癌の数を含まず、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

2) 個人情報保護法以前のデータを含むため、追跡率の平均値は高く出ている

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→0.07%)がみられた。ただし、この数値は上皮内癌症例が混在している中での比較であることを付記しておく。

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5で追跡率(結果判明率)として記載している。2021年度の行政検診は、厚生労働省の許容値である70%以上を下回る45.3%という低値にとどまっている。また、行政検診以外についても追跡率は33.4%と低値であった。これらは2022年9月30日現在のデータであり、まだデータ追跡中であるが、2012年度以前のレベルには

表6 子宮頸がん検診の追跡結果

確定病変	(1987年~2020年度)			(2021年度)		
	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	21,493 (38.35)	10,881 (42.12)	32,374 (39.54)	677 (27.50)	122 (29.54)	799 (27.79)
上皮内病変	腺異形成	72 (0.13)	36 (0.14)	108 (0.13)	0 (0.00)	0 (0.00)
	上皮内腺癌	157 (0.28)	34 (0.13)	191 (0.23)	9 (0.37)	4 (0.97)
	CIN1	15,983 (28.52)	5,319 (20.59)	21,302 (26.01)	1,085 (44.07)	164 (39.71)
	CIN2	7,539 (13.45)	2,964 (11.47)	10,503 (12.83)	420 (17.06)	93 (22.52)
CIN3	7,666 (13.68)	3,457 (13.38)	11,123 (13.58)	215 (8.73)	24 (5.81)	
早期癌	微小浸潤腺癌	28 (0.05)	8 (0.03)	36 (0.04)	2 (0.08)	0 (0.24)
	微小浸潤癌	791 (1.41)	582 (2.25)	1,373 (1.68)	4 (0.16)	0 (0.00)
浸潤癌	頸部腺癌	233 (0.42)	113 (0.44)	346 (0.42)	8 (0.32)	1 (0.24)
	扁平上皮癌	1,027 (1.83)	1,177 (4.56)	2,204 (2.69)	19 (0.77)	2 (0.48)
頸部その他のがん	92 (0.16)	90 (0.35)	182 (0.22)	1 (0.05)	1 (0.00)	
体部良性	250 (0.45)	424 (1.64)	674 (0.82)	3 (0.12)	0 (0.00)	
内膜増殖症	140 (0.25)	232 (0.90)	372 (0.45)	1 (0.00)	0 (0.00)	
体部腺がん	429 (0.77)	344 (1.33)	773 (0.94)	15 (0.61)	2 (0.48)	
その他のがん	150 (0.27)	174 (0.67)	324 (0.40)	3 (0.12)	0 (0.24)	
追跡可能例	56,050 (61.66)	25,835 (59.95)	81,885 (61.11)	2,462 (45.22)	413 (33.52)	
追跡不可能例	34,850 (38.34)	17,261 (40.05)	52,111 (38.89)	2,983 (54.78)	819 (66.48)	
追跡対象例	90,900	43,096	133,996	5,445	1,232	

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7 子宮体がん検診の追跡結果

確定病変	(1987年~2020年度)			(2021年度)		
	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	2,554 (41.73)	2,614 (51.31)	5,168 (52.41)	22 (64.71)	12 (44.44)	34 (55.74)
内膜増殖症	649 (10.60)	1,035 (20.31)	1,684 (17.08)	2 (5.88)	1 (0.00)	3 (4.92)
内膜異型増殖症	111 (1.81)	131 (2.57)	242 (2.45)	2 (5.88)	3 (11.76)	5 (8.20)
体部腺癌	542 (8.85)	586 (11.50)	1,128 (11.44)	8 (23.53)	7 (25.93)	15 (24.59)
頸部良性	372 (6.08)	273 (5.36)	645 (6.54)	0 (0.00)	2 (0.00)	2 (0.00)
頸部上皮内病変	310 (5.06)	222 (4.36)	532 (5.40)	0 0.00	1 (3.70)	1 (1.64)
頸がん	172 (2.81)	161 (3.16)	333 (3.38)	0 0.00	1 (0.00)	1 (1.64)
その他のがん	55 (0.90)	73 (1.43)	128 (1.30)	0 (0.00)	0 (5.88)	0 (1.75)
追跡可能例	4,765 (77.85)	5,095 (63.90)	9,860 (69.96)	34 (52.31)	27 (32.14)	61 (40.94)
追跡不可能例	1,356 (22.15)	2,878 (36.10)	4,234 (30.04)	31 (47.69)	57 (67.86)	88 (59.06)
追跡対象例	6,121	7,973	14,094	65	84	149

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

到達できないと見込まれる。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もあることを述べておきたい。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必ずしも徹底できないなどの可能性もある。結果としてがん検診の精度が低くなることは、検診の精度管理上重大な問題である。また、検査実施機関でデータが把握できないもう一つの原因として、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求めている。一方で、ASC-US例のヒトパピローマウイルス（以下、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。

2021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みえるが（表5）、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。

### 〔3〕子宮がん検診の追跡結果（表6、7）

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。

まず子宮頸がん検診の追跡結果について述べる。

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、2020年度と2021年度の比率を比較すると、早期癌は行政検診で増加している。浸潤癌は行政検診で増加し、行政検診以外は減少している。子宮頸部上皮内病変の2020年度と2021年度の実見率を比較すると、CINに大きな差はなかった。上皮内腺癌については行政検診で減少し、行政検診以外では増加した。腺異形成（glandular dysplasia）については2020年度以降は0例となる。これは腺異形成の病理学的取り扱いの変更によるためである。なお、経緯について触れておくと、腺異形成は、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」と定義されている。その後、『子宮頸癌取り扱い規約第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『子宮頸癌取り扱い規約病理編第4版』（2017年）では削除され現在に至っている。

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、2020年度以前と同様に2021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について2021年度は行政検診・行政検診以外を合わせて9例（0.31%）であった。子宮頸がん検診で発見された悪性新生物症例、特に体部腺癌については、2021年度は17例（0.59%）であった（表6）。

子宮体がんの追跡結果について、体部腺癌は2020年度以前に比べ2021年度は行政検診・行政検診以外いずれも増加し、15例（24.59%）であった（表7）。

### 〔4〕細胞診成績

#### 年齢別子宮頸がん検診成績（表8-1、表8-2）

##### 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:468%, 2013~2020年度:11.62%)。2021年度は11.30%と高値が続いている。これは2009年度からの無料クーポン検診などの効果と思われる。

細胞診によるがん診断率(扁平上皮癌+腺癌)については、ベセスダ報告以前(0.06%)とそれ以降の5年間(2013~2020年度:0.03%, 2021年度:0.04%)で

ほぼ同率であった。

## 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、2011~2020年度は24.62%、2021年度は24.79%であった。これは

表8-1 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	(63.58)	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)

ベセスダ判定地区 (2013~2020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	1,631,286	(97.54)	66,282	118,957	160,398	198,167	225,038	202,173	162,569	118,846	109,617	114,955	154,284	0
ASC-US	14,419	(0.86)	1,107	1,844	2,466	2,047	2,217	1,648	1,244	563	423	352	508	0
ASC-H	3,799	(0.23)	74	339	689	694	615	347	281	179	180	168	233	0
LSIL	15,384	(0.92)	1,766	3,089	3,140	2,237	2,093	1,363	862	329	164	152	189	0
HSIL	5,777	(0.35)	147	634	1,344	1,164	1,167	615	317	117	78	77	117	0
扁平上皮癌	391	(0.02)	0	7	41	52	61	45	38	29	31	28	59	0
AGC	1,068	(0.06)	13	38	116	143	186	178	160	72	47	43	72	0
上皮内腺癌	110	(0.01)	0	4	19	25	32	16	11	2	0	0	1	0
腺癌	173	(0.01)	0	0	9	27	14	16	20	17	17	21	32	0
その他の癌	26	(0.00)	0	1	1	1	6	5	2	2	3	0	5	0
計	1,672,433		69,389	124,913	168,223	204,557	231,429	206,406	165,504	120,156	110,560	115,796	155,500	0
(%)		(100.00)	(4.15)	(7.47)	(10.06)	(12.23)	(13.84)	(12.34)	(9.90)	(7.18)	(6.61)	(6.92)	(9.30)	(0.00)

ベセスダ判定地区 (2021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	209,725	(97.47)	9,030	13,988	19,827	19,434	25,559	23,609	25,963	17,283	16,097	13,904	25,031	0
ASC-US	1,852	(0.86)	139	234	237	187	246	250	202	114	90	45	108	0
ASC-H	387	(0.18)	11	24	71	44	52	48	44	23	19	17	34	0
LSIL	2,198	(1.02)	316	466	414	259	259	193	156	53	33	13	36	0
HSIL	795	(0.37)	32	69	171	146	162	89	56	21	17	11	21	0
扁平上皮癌	60	(0.03)	0	1	6	8	8	5	5	6	6	4	11	0
AGC	104	(0.05)	1	4	9	12	13	21	23	5	5	5	6	0
上皮内腺癌	14	(0.01)	0	0	2	5	2	1	2	0	0	2	0	0
腺癌	26	(0.01)	0	1	1	2	3	1	3	5	2	1	7	0
その他の癌	9	(0.00)	0	0	0	4	1	1	1	1	1	0	0	0
計	215,170		9,529	14,787	20,738	20,101	26,305	24,218	26,455	17,511	16,270	14,002	25,254	0
(%)		(100.00)	(4.43)	(6.87)	(9.64)	(9.34)	(12.23)	(11.26)	(12.29)	(8.14)	(7.56)	(6.51)	(11.74)	(0.00)



行政検診とほぼ同様で、近年の特徴だと考えている。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。

### おわりに

本会における2021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め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。

2021年度の子宮頸がん検診受診者数は、行政検診は215,170人、行政検診以外は15,346人であった。2020年度と比べ行政検診と行政検診以外の合計では増加となった。しかし精検受診率については、2020年度と同様に行政検診・行政検診以外いずれも、厚生労働省の許容値である70%以上を下回っている。今後、引き続き精検受診率の向上を目指して検討が

表8-2 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)

(2011～2020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	182,756	(93.19)	16,771	27,611	31,803	25,430	17,949	17,628	13,019	7,742	6,246	6,038	12,454	65
ASC-US	4,383	(2.24)	629	765	770	603	521	428	277	108	59	67	156	0
ASC-H	1,186	(0.60)	46	164	248	213	150	135	68	37	34	25	66	0
LSIL	4,730	(2.41)	790	992	846	676	548	400	218	76	49	41	94	0
HSIL	2,152	(1.10)	97	356	527	374	331	256	93	36	33	16	33	0
扁平上皮癌	244	(0.12)	0	5	13	24	24	25	14	23	22	14	80	0
AGC	475	(0.24)	14	26	40	45	64	69	82	31	24	25	55	0
上皮内腺癌	15	(0.01)	0	2	3	3	4	2	1	0	0	0	0	0
腺癌	142	(0.07)	0	0	5	8	6	25	15	16	16	15	36	0
その他の癌	23	(0.01)	1	0	1	2	2	2	1	0	6	2	6	0
計	196,106		18,348	29,921	34,256	27,378	19,599	18,970	13,788	8,069	6,489	6,243	12,980	65
(%)		(100.00)	(9.36)	(15.26)	(17.47)	(13.96)	(9.99)	(9.67)	(7.03)	(4.11)	(3.31)	(3.18)	(6.62)	(0.03)

(2021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	14,114	(91.97)	1,262	2,180	2,417	1,835	1,367	1,466	1,151	656	408	324	1,048	0
ASC-US	402	(2.62)	66	67	66	36	39	39	45	18	9	5	12	0
ASC-H	92	(0.60)	4	10	23	17	14	9	12	0	2	1	0	0
LSIL	457	(2.98)	97	80	78	71	42	34	36	8	0	3	8	0
HSIL	218	(1.42)	9	28	41	45	40	25	11	5	5	4	5	0
扁平上皮癌	10	(0.07)	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	6	0
AGC	36	(0.23)	0	1	2	3	7	6	6	4	3	1	3	0
上皮内腺癌	1	(0.01)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
腺癌	12	(0.08)	0	0	0	1	2	0	1	4	1	1	2	0
その他の癌	4	(0.03)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0
計	15,346		1,438	2,366	2,627	2,009	1,512	1,582	1,263	695	429	339	1,086	0
(%)		(100.00)	(9.37)	(15.42)	(17.12)	(13.09)	(9.85)	(10.31)	(8.23)	(4.53)	(2.80)	(2.21)	(7.08)	(0.00)

必要である。

さて、去る2022年2月に開催された「第34回がん検診のあり方に関する検討会」では、日本の目指すべきがん検診として、がん検診事業の評価に関する研究班からOrganized screening（組織型検診）の構築が提唱された。これは住民検診・職域検診によらず、「科

学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持するシステム、およびプログラムの各工程の質を高めるためのデータ収集・モニタリング・評価のできるシステムの構築をめざすというものである。これは職域におけるがん検診の精度管理の水準を高めるためにも重要である。

# 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理事長・  
検査研究センター長

## 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(昭和43)年に全国に先駆けて、それまでのような単検診ではなく、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、医会会員施設におい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、2021(令和3)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2016~2020年度の報告と同様にベセスダシステム分類で2020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2020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)

2021年度の年間受診者数は初診および再診を含めて3,012人であり、2020年度の2,803人と比べ209人増加し、2001年度以来、最多となった。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人に達し2021年度には初めて3,000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。

月別の受診者数をみると、2021年度は年間を通してすべての月で200人を超えており、特に6月は最も多く270人に達した。2015年度までと比べ2016年度以後、全体的に受診者数は着実に増加している。

## 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、2021年度は29歳以下が692人(23.0%)と最も多く、次いで30~34歳の551人(18.3%)、35~39歳の391人(13.0%)であった。2016年度以後、全年齢のうち29歳以下が占める割合は最も多くなっている。

この年齢分布では、2021年度は39歳以下の占め

る割合が54.3%と過半数を占めている。この傾向は2020年度と同様であった。特に29歳以下は全体の23.0%を占め最も多いことは、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は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2020年度と同様であるが、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2020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ハイリスクHPV検査(以下、HPV検査)が陽性に

なったためである。

ASC-USが809人(26.5%)、2020年度27.5%、LSILが1,379人(45.2%)、2020年度44.3%と、この両者が過半数を占める。

なお2021年度にASC-USでHPV検査を実施した271件のうち、HPV陽性は106件(39.1%)で、HPV16型は16例(15.1%)、HPV18型は5例(4.7%)、その他のハイリスク型は94例(88.7%)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4割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が、原則として組織診を実施している。

HSILでは中等度異形成は326人(10.7%)、2020年度11.6%、高度異形成+上皮内癌は120人(4.0%)、2020年度3.9%である。

なお、扁平上皮癌は微小浸潤癌が2人(0.1%)、

表1 年度別・月別・精検実施数

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
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
2020	68	163	269	262	218	260	289	247	257	237	239	294	2,803
2021	269	247	270	256	238	258	263	257	262	235	220	237	3,012
%	(8.9)	(8.2)	(9.0)	(8.5)	(7.9)	(8.6)	(8.7)	(8.5)	(8.7)	(7.8)	(7.3)	(7.9)	(100.0)

表2 年度別・精検受診者の年齢分布

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～		
2006～2010	881	1083	1030	957	623	398	245	179	135	141	5,672	
2011～2015	2184	2124	1832	1625	1038	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	
2020	626	554	418	371	263	237	143	65	54	72	2,803	
2021	692	551	391	371	325	293	143	93	59	94	3,012	
%	(23.0)	(18.3)	(13.0)	(12.3)	(10.8)	(9.7)	(4.7)	(3.1)	(2.0)	(3.1)	(100.0)	

表3 精検受診者の1次検診における細胞診判定

判定	年度		2018		2019		2020		2021	
		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)
NILM			46	(1.6)	38	(1.4)	54	(1.9)	62	(2.0)
	内HPV +		39		38		41		42	
ASC-US			733	(25.5)	746	(26.8)	771	(27.5)	809	(26.5)
ASC-H			335	(11.7)	311	(11.2)	242	(8.6)	254	(8.3)
LSIL			1,211	(42.1)	1,171	(42.0)	1,241	(44.3)	1,379	(45.2)
頸	中等度異形成		348	(12.1)	347	(12.5)	324	(11.6)	326	(10.7)
	高度異形成		105	(3.7)	82	(2.9)	94	(3.4)	103	(3.4)
	上皮内癌		13	(0.5)	11	(0.4)	14	(0.5)	17	(0.6)
MISCC			1	(0.0)	2	(0.1)	1	(0.0)	2	(0.1)
SQCA			3	(0.1)	5	(0.2)	3	(0.1)	0	(0.0)
部	AGC		73	(2.5)	60	(2.2)	53	(1.9)	47	(1.5)
	AIS		6	(0.2)	7	(0.3)	3	(0.1)	2	(0.1)
	EC-AC		0	(0.0)	4	(0.1)	0	(0.0)	2	(0.1)
	EM-AC		0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	その他の悪性腫瘍		1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(0.1)
	不適正		0	(0.0)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	計		2,875		2,786		2,800		3,048	
体	疑陽性		19		21		12		22	
	陽性		1		1		1		0	
	計		20		22		13		22	

(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)

年度	検査数	陽性数	(%)	陽性詳細					
				16型	(%)	18型	(%)	その他のハイリスク型	(%)
2019	265	125	(47.2)	30	(24.0)	11	(8.8)	95	(76.0)
2020	306	113	(36.9)	18	(15.9)	5	(4.4)	98	(86.7)
2021	271	106	(39.1)	16	(15.1)	5	(4.7)	94	(88.7)
計	842	344	(40.9)	64	(18.6)	21	(6.1)	287	(83.4)

2020年度0.1%である。腺系病変をみるとAGCは47人(1.6%)、2020年度1.9%、AISは2人(0.1%)、2020年度0.1%、EC-ACは2人(0.1%)、2020年度0.0%であった。

なお、2021年度は頸部細胞診で体部がんの判定をされた症例はなかった。総じて2021年度と2020年度は各病変とも比率に大きな差異は認められなかった。

体がん検診においては、2021年度は疑陽性が22人(2020年度は12人)で、例年どおり疑陽性が多い。疑

陽性は子宮内膜のホルモン不均衡などの機能性異常、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0人(2020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の725例中、病理組織診断でCIN1となったのは133例、CIN2は21例、CIN3(高度異形成)

は2例であったが、CIN3の上皮内癌,浸潤癌は認められなかった。なお、NILMのうち異形成以上の病変は156例(21.5%)に認められた。2020年度は24.5%,2019年度は21.8%,2018年度は21.9%,2017年度は18.9%であった。

ASC-USでは411例中、CIN1が144例、CIN2が25例、CIN3は高度異形成2例、上皮内癌1例であった。ASC-USのうち異形成以上の病変は172例(41.8%)に認められた。2020年度は41.5%,2019年度は42.1%,2018年度は36.6%,2017年度は40.7%である。

ASC-Hでは160例中、CIN1が35例、CIN2が52例、CIN3(高度異形成)が9例、CIN3(上皮内癌)が1例であった。扁平上皮癌ならびにその他の悪性腫瘍は認められなかった。なお、ASC-Hのうち異形成以上の病変は97例(60.6%)に認められた。2020年度は68.1%,2019年度は62.6%,2018年度は66.8%,2017年度は69.6%である。

LSILは816例中、CIN1が424例、CIN2が69例、CIN3(高度異形成)が2例認められた。CIN3(上皮内癌),浸潤癌は認められなかった。LSILのうち

異形成以上の病変は495例(60.7%)に認められた。2020年度は59.6%,2019年度は59.7%,2018年度は62.2%,2017年度は66.8%である。LSIL相当の軽度異形成は424例(52.0%)であり、2020年度とほぼ同じ割合であった。

HSILは422例中、CIN1が88例、CIN2が198例、CIN3(高度異形成)が72例、CIN3(上皮内癌)が17例、上皮内腺癌が4例、扁平上皮癌が1例であった。HSILのうち異形成以上の病変は380例(90.0%)に認められた。2020年度は87.0%,2019年度は87.7%,2018年度は85.8%,2017年度は93.5%である。HSILの中で病理組織診はCIN2>CIN1>CIN3(高度異形成)>CIN3(上皮内癌)の順に多く認められた。HSIL相当のCIN2とCIN3(高度異形成),CIN3(上皮内癌)の合計は287例(68.0%)であった。2020年度は69.4%,2019年度は70.3%,2018年度は70.6%,2017年度は82.0%である。

微小浸潤癌と扁平上皮癌を合計すると5例で、組織診は扁平上皮癌が3例(60.0%),上皮内癌が2例(40.0%)であった。

表5 精検センター受診時の細胞診と病理組織診断

(2021年度)

細胞診	病理組織診断		CIN3		微小浸潤癌	扁平上皮癌	上皮内腺癌	頸部腺癌	その他の悪性腫瘍	体部良性	内膜増殖症	体がん	小計	未実施	判定不能	合計
	良性	CIN1	CIN2	高度異形成												
NILM	566	133	21	2						2	1		725	73	8	806
ASC-US	239	144	25	2	1								411	21	4	436
ASC-H	63	35	52	9	1								160	7		167
LSIL	320	424	69	2						1			816	30	6	852
頸部	中等度	36	82	157	24	1		3					303	5	1	309
	高度	4	6	37	39	7	1	1					95	2		97
	CIS	2		4	9	9							24			24
	MISCC					2							2			2
	SQCA						3						3			3
体部	AGC	12	1	1				1		1			16		1	17
	AIS	1						1					2			2
	MIAC				1								1			1
	EC-AC			1									1			1
	EM-AC		1										1			1
	その他の悪性腫瘍								1				1			1
	不適正												0			0
	陰性	13	5	2						9	1		30	1	2	33
	疑陽性	1	1							2			4		1	5
	陽性		1										1			1
	判定不能												0	1		1
	未実施	7	1	1	1							1	11	268		279
合計		1,264	834	370	89	21	0	4	6	0	1	15	2,606	408	23	3,037

(注) 頸部・体部細胞診同日採取含む

表6 頸がん患者の年齢の推移

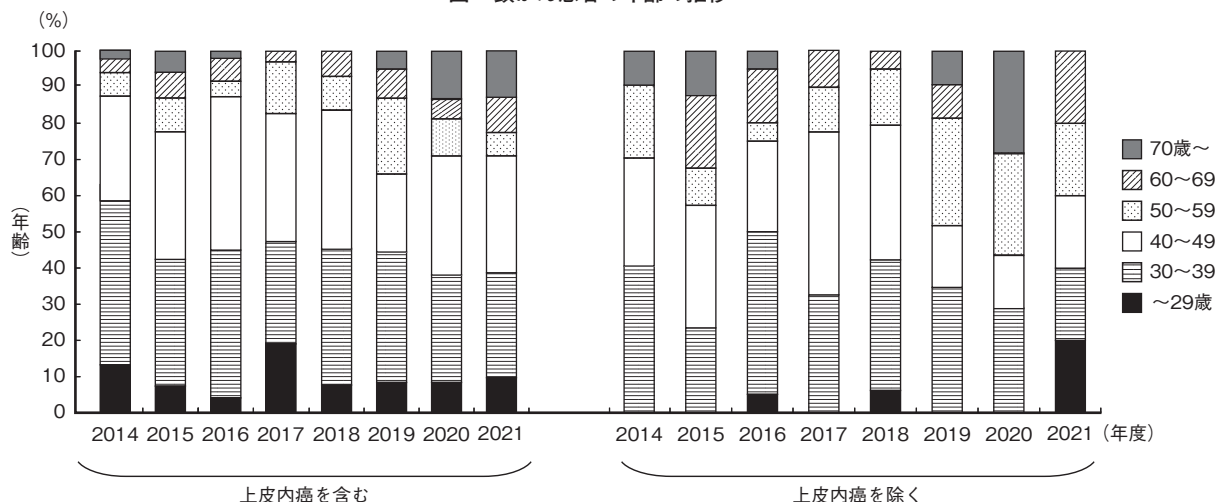
上皮内癌を含む		年 度							
年 齢		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
～29歳		12.7	6.0	4.3	18.2	7.1	7.0	8.1	9.7
30～39		43.6	36.0	40.4	30.3	38.2	37.2	29.7	29.0
40～49		29.1	34.0	42.6	33.3	38.2	20.9	32.4	32.3
50～59		7.3	10.0	4.3	15.2	9.5	23.3	10.8	6.5
60～69		3.6	8.0	6.4	3.0	7.1	7.0	5.4	9.7
70歳～		3.6	6.0	2.1	0.0	0.0	4.7	13.5	12.9

(注) 単位：%

上皮内癌を除く		年 度							
年 齢		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
～29歳		0.0	0.0	5.0	0.0	5.3	0.0	0.0	20.0
30～39		40.0	22.2	45.0	33.3	36.8	34.8	28.6	20.0
40～49		30.0	33.3	25.0	44.5	36.8	17.4	14.3	20.0
50～59		20.0	11.1	5.0	11.1	15.8	30.4	28.6	20.0
60～69		0.0	22.2	15.0	11.1	5.3	8.7	0.0	20.0
70歳～		10.0	11.1	5.0	0.0	0.0	8.7	28.6	0.0

(注) 単位：%

図 頸がん患者の年齢の推移



AGCは16例中、良性(慢性頸管炎など)が12例(75.0%)と多く、そのうち扁平上皮系異形成は2例、上皮内腺癌は1例であった。なお、本報告における上皮内腺癌は『子宮頸癌取扱い規約病理編第4版』(2017年7月)に記載されている上皮内腺癌(通常型)にほぼ相当する。AGCのうち70～80%の症例が良性であることは、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、2021年度は内膜増殖症、体がん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。

AISは2例中、上皮内腺癌が1例であった。頸部腺癌は認められなかった。

EC-ACは1例であったが、上皮内腺癌や頸部腺癌は認められなかった。

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点と考えられるが、本会のデータでもそれを裏付けていると思われる。

#### 精検センター受診時の病理組織診断(表5)

2021年度の精検受診者の病理組織診断は、CIN1が834例(32.0%)、2020年度31.2%、2019年度28.1%であった。CIN2が370例(14.2%)、2020年度16.8%、2019年度18.6%、CIN3(高度異形成)が89例(3.4%)、2020年度3.9%、2019年度4.2%である。

CIN3(上皮内癌)は21例(0.8%)、なお、2020年度1.0%、2019年度0.8%、扁平上皮癌は4例(0.2%)、2020年度0.2%、2019年度0.1%である。また上皮内腺癌は6例(0.23%)、2020年度0.25%、2019年度0.33%、頸部腺癌は認められず、2020年度0.04%、2019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CIN3の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。2021年度の子宮頸部浸潤癌は10例(0.38%)、2020年度0.25%、2019年度0.3%である。

一方、子宮体部病変では子宮内膜増殖症2例、体がんが1例で計3例である。

#### 子宮頸がん患者の年齢の推移(表6、図)

2014年度から上皮内癌を含む頸がんの年齢の推移をみると、2014年度は30～39歳が最も多く、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、2019年度は30～39歳が最も多くなり、2020年度ならびに2021年度は40代が最も多くなった。

また、2021年度をみると29歳以下は上皮内癌を

含めて9.7%であった。2020年度は8.1%、2019年度は7.0%、2018年度7.1%であったので、2018年度以降ほぼ横ばい、ないし微増となっている。30～39歳と40～49歳はそれぞれ29.0%、32.3%であった。2021年度について29歳以下と30～39歳の症例数が全体の38.7%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ほぼ40%に相当する状況は、日本におけるデータ、たとえば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の傾向である。

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。29歳以下の浸潤癌は、2018年度は5.3%認められ、2017、2019、2020年度は認められていなかった。2021年度は29歳以下の浸潤癌が1例認められている。

#### 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解析に切り替えられた。

2021年度の年間受診者数は初診および再診を含めて3,012人であり、2001年以来、最多となった。受診者数は2022年度に入ってから増加傾向がみられており、今後予約枠などを含めて予約状況に遅延が生じないように工夫が必要であると感じている。また、精検施行時の細胞診と病理組織診断を解析した結果では、2020年度と比べ大きな差異は認められなかった。

現在、組織診で確認されたCIN1/2の管理・治療は、基本的に『産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2020』にのっとり方針を決定している。本ガイドラインは2023年版の刊行(2023年9月予定)に向けて、案が策定中である。「組織診で確認されたCIN1/2の管理・治療は？」のCQについても一部改訂について検討されている。今後ガイドラインの動向も注視していきたい。