

平成26年度新潟市子宮頸がん検診成績報告

新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会委員長
新潟南病院 婦人科

見 玉 省 二

概要

平成26年度の子宮頸がん検診成績について報告します。検診受診率は、18.6%（前年17.8%）でやや増加し、不適正標本は0.07%（前年0.10%）に改善しています。精検受診率は94.2%（前年93.9%）と極めて高く、がん発見率（人口10万対）は198.8（前年274.1）に低下しています。年齢階級別の受診者数は、35歳～39歳代が最も多く、その後減少するものの費用が無料となる60歳以降から一過性の上昇がみられます。しかし、この高年齢者のハイリスクHPV検診の持続感染者は一般に5～7%程度以下で頸癌発生頻度は低いので、頻度の高い20歳代から30歳代での負担を軽減させるべく無料クーポン券の継続と、HPV併用検診を高齢者に導入して非持続感染の低リスク群に検診終了を前年度に引き続き提案いたします。更なる受診率の向上には、「Call-recall system」（受診勧奨通知システム）も有効であり、これからも引き続き幅広い

導入の展開が課題です。

はじめに

現在の当委員会の産婦人科医師の構成は、副委員長に内山三枝子、委員に徳永昭輝、吉谷徳夫、笹川 基、松井上子、倉林 工、菊池 朗、関根正幸の諸先生方が参加されています。

新潟市の子宮頸がん検診検討委員会は、平成21年12月1日に第1回が開催され、その後毎年評価・検討委員会が開催されてきました。液状化検体法は、平成22年度より導入され、不適正標本は激減しています。これまで、平成24年度¹⁾と平成25年度²⁾の検診成績を報告してきましたが、今回は平成26年度の検診成績と問題点を報告します。

1. 平成26年度子宮頸がん検診成績

1) 受診者総数（表1）

平成26年度は平成25年度より3,072人増加し、

表1 新潟市の子宮頸がん検診の成績

年度	対象者数	受診者数	受診率 (%)	不適正率 (%)	要精検者数	精検受診者数	精検受診率 (%)	子宮頸がん			#がん発見率
								浸潤がん	上皮内がん	合計	
H20	118,432	15,115	12.8	2296(15.2)	108	97	89.8	4	20	24	158.8
H21	131,588	19,396	14.7	2536(13.1)	197	177	89.8	5	34	39	201.1
H22	132,020	20,094	15.2	6(0.03)	512	422	82.4	8	48	56	278.7
H23	235,917	18,196	16.2	2(0.01)	485	450	92.8	9	41	50	274.8
H24	234,965	21,584	16.9	8(0.04)	688	639	92.9	14	49	63	291.9
H25	233,877	20,065	17.8	20(0.10)	667	626	93.9	12	43	55	274.1
H26	232,200	23,137	18.6	17(0.07)	816	769	94.2	13	33	46	198.8

■ H22年から細胞採取法が液状検体法となっています。

がん発見率：人口10万対

受診率は18.6%でした。

は94.2%と優れた成績でした。

2) 不適正標本 (表1、図1)

不適正標本数は、平成26年17名 (0.07%) でやや改善しています。この不適正標本の初診・再診、年齢階級別発生数は高年齢者に多く、50歳以降が14名 (82.4%) でした。細胞診採取に際しては、このことを念頭に置いての対応が求められています。

2. 子宮頸がん検診受診者の動向

1) 平成26年度年齢階級別受診者数 (図2)

年齢階級別の受診者数は、35歳～39歳代が最も多く、45歳以降では低下し横這いとなります。60歳から64歳で一過性の増加は検診費用の無料化が理由です。65歳以上の高齢者は3,943人で全体の17.0%を占めています。

3) 精密検診

精密検査の該当者数は816名で、精検受診率

2) 年齢階級別受診者数の年次推移 (図3)

平成21年度以降からクーポン券事業が開始さ

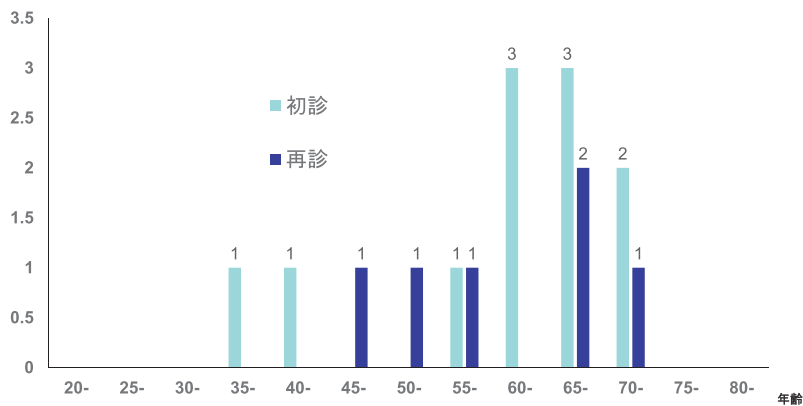


図1 平成26年度不適正標本の初診・再診、年齢階級別発生数

表2 新潟市の初診・再診別の発見病変とがん発見率

年度	受診	検診数	#1					#2がん	発見率
			浸潤癌	微小浸潤癌	上皮内癌	異形成高度	異形成中等度		
H21年	初診	12,135(62.6%)	3	1	29	19	15	54	271.9
	再診	7,261(37.4%)	0	1	5	1	4	11	82.6
	全体	19,396	3	2	34	20	19	65	201.1
H22年	初診	12,482(62.1%)	6	1	41	30	63	132	384.6
	再診	7,612(37.9%)	1	0	7	8	20	37	105.1
	全体	20,094	7	1	48	38	83	169	278.7
H25年	初診	11,286(56.2%)	6	4	33	29	52	127	381.0
	再診	8,779(43.8%)	1	1	10	9	19	65	136.7
	全体	20,065	7	5	43	38	71	192	274.1
H26年	初診	13,160(56.9%)	9(3)	3	27	35	80	187	296.4
	再診	9,977(43.1%)	1	0	6	6	6	18	70.2
	全体	23,137	10	3	33	41	86	205	198.8

#1()内は腺癌,#2がん発見率:人口10万対

れ、20歳代から増加傾向がつづいています。しかし、60歳～64歳代での第二のピークは依然として続きますが一過性でその後減少しています。

3) 最近4年間の年齢階級別の受診者数の年次推移(図4)

平成26年度は、20歳から40歳までは、平成24年度より減少した平成25年度をともに超えて増

加しています。60歳代以降ではこれまでと同様に減少する推移を示しています。

4) 平成26年度年齢階級別受診者の初診・再診と初診率(図5、6)

初診者数は、20歳代か45歳台までは初診者が多く、初診率は20歳～25歳代で86.3%と最も高いが(検診歴が少ないため)、その後は減少し50歳代以降では再診者が逆転して増加します。

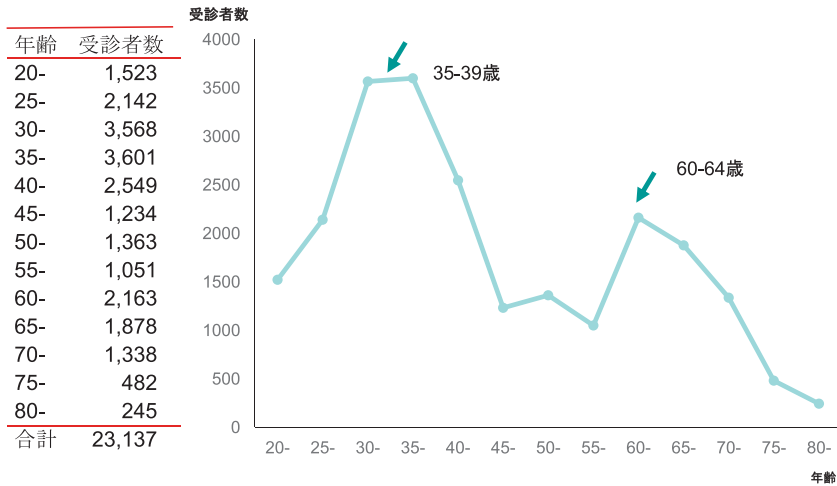


図2 平成26年度の年齢階級別受診者数

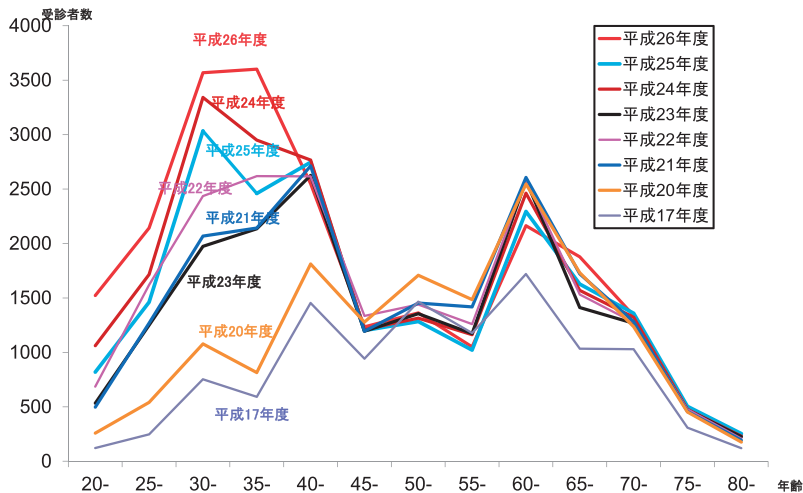


図3 新潟市の子宮がん検診受診者の年次別、年齢階級別推移

平成26年度の年齢階級別初診率は、40歳代では平成25年度を上回る初診率でしたが、全体としてほぼ同様な傾向でした。

3. がん発見

1) がん発見率（人口10万対）（表1、2、3）

平成22年に細胞採取法が液状検体法となり、同年のがん発見率は278.7と最も高い値でした。平成26年度は198.8（前年度274.1）で、前年よ

り低下しています。

2) 初診・再診での比較（表2、表3）

平成26年度は、初診296.4と比して再診は70.2と前年度と比較して大幅に減少しています。再診発見が少ないのは、初診発見で多く発見され見逃しが少なくなっている液状検体法の影響も考えられます。

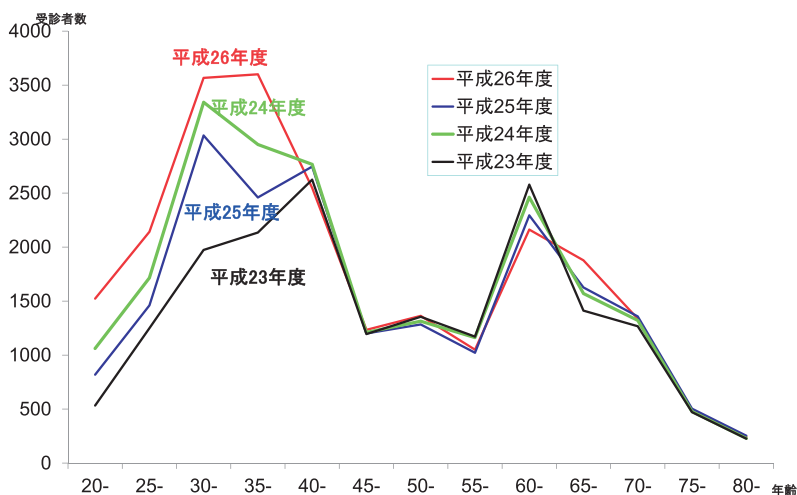


図4 新潟市の子宮がん検診受診者の最近の年次別、年齢階級別推移

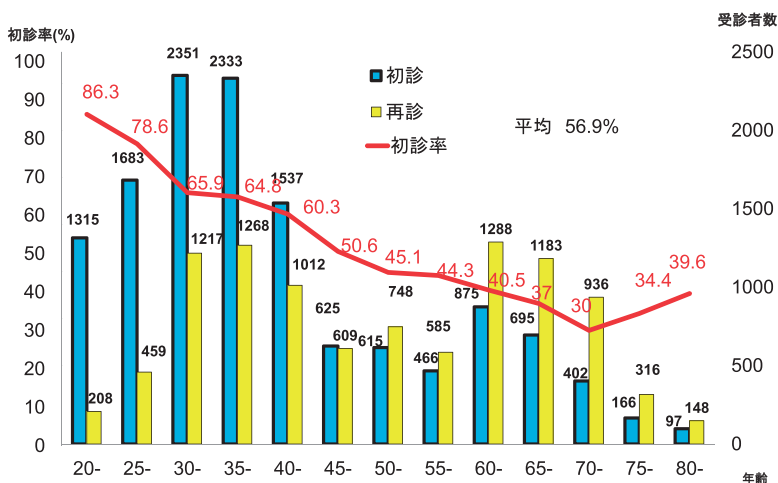


図5 平成26年度の年齢階級別の初診・再診と初診率

3) 年齢階級別のがん発見 (図7、図8)

平成26年度に発見の上皮内癌は、30-34歳で8人と最も多い。浸潤癌は、35-39歳4人、60-64歳5人と二峰性ですが、高齢者の4名は出血症状があり保険診療の対象者でした。

4. ベセスダシステム報告と精検結果 (表4)

精検受診者数は769人 (表1) で、細胞診断がASC-USから浸潤癌1例、上皮内癌1例、高度異形成4例、体癌1例が発見されています。ASC-Hから上皮内癌8例、LSILから上皮内癌

3例や高度異形成4例の発見でした。HSILは、HSIL (3a) から上皮内癌3例 (上皮内腺癌1例)、HSIL (3b) から浸潤癌2例、上皮内癌7例 (上皮内腺癌1例)、HSIL (IV) から浸潤癌3例 (微小浸潤癌3例) と上皮内癌10例が発見されました。SCCは6例で、浸潤癌は4例ですが、上皮内癌1例と高度異形成1例がありました。AGCの19例中10例は異常なく、浸潤癌2例、高度異形成1例が発見されました。細胞診がAISの1例は病変が発見されず、腺癌2例中1例は浸潤腺癌で、他の1例は体癌でした。

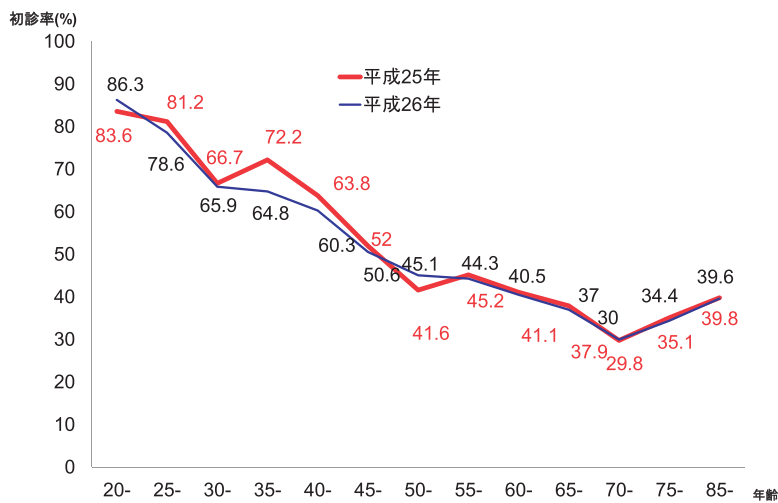


図6 平成25・26年度受診者の年齢階級別の初診率

表3 新潟市の初診・再診別の発見病変とがん発見率

年度	受診	浸潤癌	上皮内癌	異形成	#がん発見率
初診	H21年	0.03%	0.24%	0.73%	271.9
	H22年	0.06%	0.33%	1.80%	384.6
	H25年	0.09%	0.29%	1.84%	381.0
	H26年	0.09%	0.21%	2.29%	296.4
再診	H21年	0.01%	0.07%	0.22%	82.6
	H22年	0.01%	0.09%	0.85%	105.1
	H25年	0.02%	0.11%	1.06%	136.7
	H26年	0.01%	0.06%	0.30%	70.2

#がん発見率:人口10万対

現在、要精検未受診者は47名（前年41名）で経過が気になります。

5. 細胞診断の精度管理

1) 子宮頸部上皮内癌の細胞診と術前診断（表5）

上皮内癌33例中11例は術前診断が高度異形成で、細胞診HSIL（IV）は10例に過ぎませんでした。細胞診でSCCの1例が含まれています。

2) 浸潤癌の細胞診と臨床像（表6）

浸潤癌13例の一覧を表に示します。このうち子宮頸癌IB期以上に進行した浸潤癌8例の初回細胞診断は、SCCやADと正しく診断されたのは5例で、ASC-USが1例、AGCが1例、HSIL（3b）1例のそれぞれがunder-diagnosisでした。

3) 子宮体癌（表7）

子宮体癌は5例発見され、細胞診はASC-US

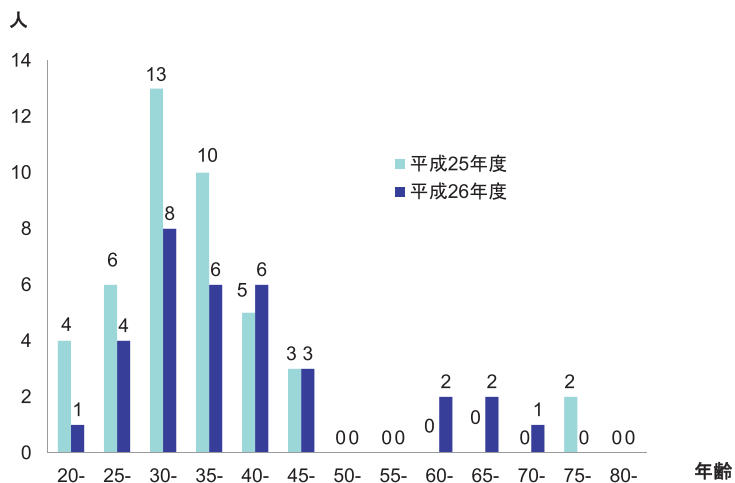


図7 平成25・26年度年齢階級別上皮内癌発見数

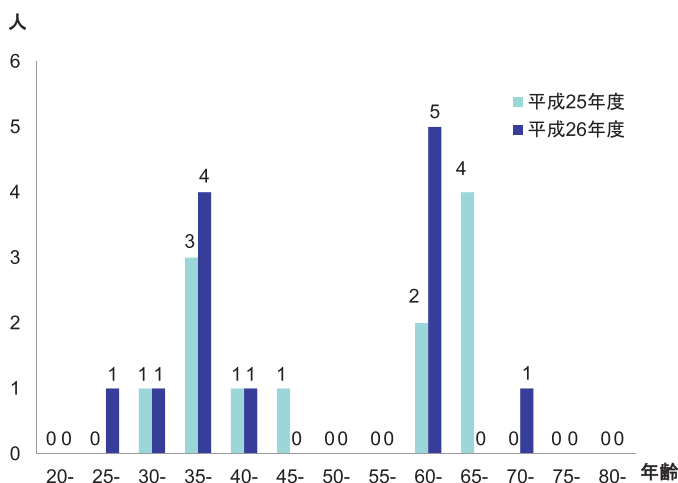


図8 平成25・26年度年齢階級別浸潤癌発見数

が1例、AGCが3例（1例は内膜型）、腺癌が1例で、4例は有症状者でした。

細胞診断がoverdiagnosisやunderdiagnosis症例、再診者からのがん発見例については、細胞診断専門医や検査技師による合同の標本検討会を開催して、診断の妥当性を評価することを現在準備中です。

6. 今後の展望

政令指定都市では、一般に検診受診率は低

く、平成26年度では新潟市は18.6%（全年齢）で新潟県の23.1%（全年齢）より低く報告されています⁵⁾。一方、国民生活基礎調査（平成25年度）による過去2年間での検診受診率は、新潟県は46.5%で全国11位の成績でした⁴⁾。

1) 子宮頸がん検診受診率の向上

今後の検診の目標は、引き続き受診者の増加を図ることですが、特に20歳から30歳代の初診者の増加を図ることが求められます。それに

表4 平成26年度ベセスダシステムの細胞診断結果

ベセスダ 分類	人数	異常なし	#1浸潤		異形成			#3不明・未		
			癌	癌	高度	中等度	軽度	体癌	他	受診
ASC-US	278	101	1	1	4	19	93	1	38	32(12)
ASC-H	53	10	0	8	7	7	14	0	2	8(3)
LSIL	254	74	0	3	4	34	117	0	11	31(20)
HSIL(3a)	66	16	0	3(1)	5	17	21	0	3	7(6)
HSIL(3b)	55	8	2(0)	7(1)	14	16	6	0	0	3(1)
HSIL(4)	33	1	3(3)	10	7	4	5	0	2	2(1)
SCC	6	0	4(0)	1	0	1	0	0	0	0
AGC	19	10	2	0	1	0	0	3	3	2(2)
AIS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
腺癌	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0
その他の悪性腫瘍	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1(1)
NILM-, 所見がん疑	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1(1)
合計	769	222	13(3)	33(2)	42	98	256	5	60	87(47)

#1:()内は微小浸潤癌, #2()内は上皮内腺癌, #3()内は未受診

表5 平成26年度発見の子宮頸部上皮内癌の術前診断と細胞診断像

術前診断/ 細胞診断	例数	HSIL						
		ASC-US	ASC-H	LSIL	(3a)	(3b)	(4)	SCC
高度異形成	11	1	3	0	0	5	1	1
上皮内癌	22	0	5	3	3	2	9	0
合計	33	1	8	3	3	7	10	1

は、①無料クーポン券の継続、②「Call-recall system」（受診勧奨通知システム）の導入が有効であることが既に知られています。新潟市は、今年度は無料クーポンを中止し、検診初年度の20歳の受診料を無料にしますが、若年者が受診しやすい経済的なサポートと受診勧告の継続を期待しています。

2) 初診・再診とがん発見

がん発見率は、平成25年から低下し、ことに再診者からの減少が著明です。液状検体法では、初診者においては見逃しが少なくなることが指摘されています⁵⁾、今後の推移を見る必要はありますが受診間隔についても検討課題になることが予測されます。

3) HPV併用検診の提案

国内外では、従来の細胞診に加えて精度の高いHPV検査の導入は避けて通れない状況となっています。現在、厚生労働省は平成26年度より子宮頸がん検診にHPV検査併用の効果検証事業を開始し、登録は既に終了しfollow-up期間に入っていますが、その成績に基づくガイドライン等の公表は時間を要するものと推察されます。HPV検査は、原因ウイルスであるHPVの感染の有無を調べる方法で、細胞診との併用検診でより精度が高く、早期発見や受診間隔の延長などに効果が期待されます。HPV検査併用検診でのHPV陽性率は、鳥根県では全体で8.3%、60歳-64歳5.0%以下⁶⁾、新潟県刈羽村では全体で7.5%、60歳-64歳8.3%でした。細胞診とHPV検査が共に陰性（ダブルネガティ

表6 平成26年度発見の浸潤癌と臨床所見一覧

年齢	初再診	症状	細胞診断	組織診断		進行期
				初診診断	組織型	
1.30歳後半	初診	無	HSIL(4).	高度異形成	扁平上皮癌	IA1期
2.30歳後半	初診	無	HSIL(4)	上皮内癌	扁平上皮癌	IA1期
3.40歳前半	初診	有	HSIL(4).	上皮内癌	扁平上皮癌	IA1期
4.60歳前半	初診	無	HSIL(3b).	高度異形成	扁平上皮癌	IA1期*
5.60歳前半	再診	有	AGC,	腺癌疑い	腺癌	IA1期*
6.20歳後半	初診	有	ASC-US.	HPV感染疑い	腺癌	IB1期*
7.30歳後半	初診	有	SCC.	浸潤癌	扁平上皮癌	IB1期
8.60歳後半	初診	無	HSIL(3b).	高度異形成	扁平上皮癌	IB1期*
9.60歳前半	初診	無	AD,	腺癌	腺癌	IB1期
10.60歳前半	初診	有	SCC,	扁平上皮癌	腺扁平上皮癌	IB1期
11.70歳前半	初診	不明	SCC.	扁平上皮癌	扁平上皮癌	IB1期
12.30歳後半	初診	無	AGC.	腺癌疑い	腺扁平上皮癌	IIA2期*
13.30歳後半	初診	有	SCC.	扁平上皮癌	扁平上皮癌	IIB期

表7 平成26年度発見の子宮体癌の臨床所見一覧

年齢	初再診	症状	細胞診断	推定病変	組織型	進行期
1.50歳前半	初診	有	AGC.	腺異形疑い	腺癌	IA期*
2.60歳後半	初診	有	AGC	内膜腺異型	癌肉腫	IA期*
3.60歳後半	初診	有	AGC,	腺異型疑い	腺癌	IA期*
4.70歳前半	初診	無	ASC-US,	異形成疑い	腺癌	IA期*
5.70歳後半	初診	有	AD.	内膜癌	腺癌	IVB期

ブ)は、わが国でも90%以上の報告が多く、その場合には米国のガイドラインによれば検診間隔を5年に延長、65歳以降に検診の終了となっています^{7,8)}。高年齢者への検診無料のサービスは、がん検診の不利益(交通費や転倒・事故の危険性、結果への不安)についても考慮されるべきです。

おわりに

新潟市の平成27年の子宮がん死亡は34名(前年31名)で、その内訳は頸部15名(同年8名)、体部16名(同年13名)、部位不明3名(前年9名)です³⁾。子宮頸がん死亡の減少はもとより、早期発見による子宮温存で少子化対策の一環となりますことを願っています。

文献

1. 児玉省二：平成24年度新潟市の子宮頸がん検診成績.新潟市医師會報, 524 : 31-36, 2014.
2. 児玉省二：平成25年度新潟市の子宮頸がん検診成績.新潟市医師會報, 534 : 27-34, 2015.
3. e-Stat (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>) (閲覧2016年8月3日).
4. 新潟県福祉保健部健康対策課：にいがたの生活習慣病平成26年度, 新潟県福祉保健部健康対策課. 2016年.
5. Akamatsu, S., Kodama, S., Himeji, Y., Ikuta, N., Shimagaki, N., : A comparison of liquid-based cytology with conventional cytology in cervical cancer screening. *Acta Cytol.* 56 (4): 370-374, 2012.
6. 岩成治：細胞診・HPV-DNA検査併用検診の効用—高精度化・効率化・受率向上. *産婦人科治療* 102 (6): 937-946, 2011.
7. Wright, T. C., Jr, Massad S., Dunton, C. J., Spitzer, M., Wilkinson, E. J., Solomon, D. : 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol.* 197 (4): 346-355, 2007.
8. Saslow, D et al, American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 16: 1-29, 2012.