

東京産婦人科医会との協力による 子宮がん細胞診

■検診を指導した先生

青木基彰

東京産婦人科医会副会長

伊藤良彌

東京予防医学協会婦人検診部長

岩倉弘毅

東京婦人科医会癌対策部長

大橋克洋

東京産婦人科医会副会長

落合和彦

東京産婦人科医会副会長

木村好秀

東京産婦人科医学会学術部長

小林重高

東京産婦人科医会会長

田中忠夫

東京慈恵会医科大学教授

塚崎克己

慶應義塾大学医学部助教授

野澤志朗

慶應義塾大学医学部教授

長谷川壽彦

東京都予防医学協会検査研究センター長

■検診の方法とシステム

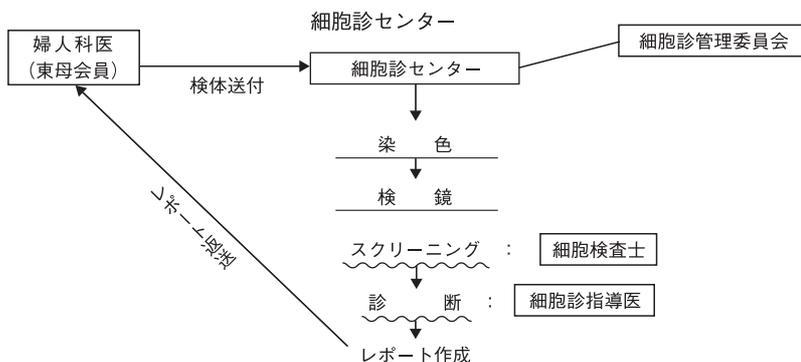
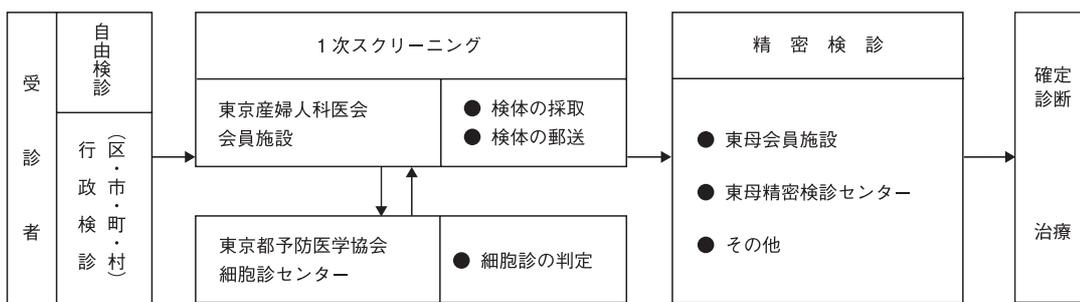
この検診は、東京産婦人科医会（略称・東母）の会員の施設を利用して検体を採取し、それを東京都予防医学協会細胞診センターに郵送して細胞診断を行う施設検診方式で実施されている。

この東母方式には、下図のような流れがある。一つは、受診希望者が東母会員の施設を訪れ、自費で検診を受けるものであり、「自由検診」といわれている。

「自由検診」に対して、「行政検診」は、区・市・町・村が検診の費用を公費で負担するもので、受診者は各自自治体が発行した受診券を持って地区内の東母会員の施設に向向いて検診を受ける方式である。

「自由検診」、「行政検診」ともに原則1次スクリーニングでclassⅢ以上と判定された受診者は、東母会員の施設または東京都予防医学協会内の東母精密検診センターなどで精密検査を受ける方式で実施される。

子宮がん細胞診のシステム



細胞診指導医：日本臨床細胞学会認定

細胞検査士：日本臨床細胞学会，日本臨床病理学会認定

子宮がん細胞診(頸がん・体がん)の 実施成績とその分析

長谷川 壽彦

東京都予防医学協会検査研究センター

はじめに

子宮がん検診の関係者は、検診が転機にあるとの認識の基に、国民の健康保持を考えると、検診への取り組みが現状より後退することも十分あり得ると危機感を募らせている。本稿では、子宮がん検診を取り巻く最近の情勢を述べ、次いで、東京都予防医学協会(以下「本会」)における検診者数、2004(平成16)年度の細胞診の状況やがん発見率など重要と思われる統計について、子宮がん検診環境の現状と合わせて分析を試みる。

子宮がん検診を取り巻く最近の情勢

(1) 子宮がん検診の推移

1960(昭和35)年代初めに宮城県を嚆矢として開始した細胞診による子宮がん検診は、その後急激に全国規模で展開するようになった。本会においても1968年4月から、症状がある、あるいは個人の意思で施設を受診し細胞診を行う自由検診と行政が関与する行政検診とを組み合わせた方式、いわゆる「東母方式」で子宮がん検診事業を開始した。わが国の子宮がん死亡率は、子宮がん検診事業の普及に伴い順調に低下してきていたが、近年逆転上昇してきている。さまざまな要因が考えられるが、伸び悩む検診受診率が最も大きな影響を与えているように思われる。その証拠は、受診率が伸びれば死亡率が減少する子宮がん検診受診率と子宮がん死亡率との関係である。わが国では、子宮がん検診受診率について、世界的にも有効性が確認されている子宮がん検診に

対する根拠のない「検診無用論」を主張した放射線科医師の出現、さらに盲目的にその主張を宣伝してしまうマスコミの姿勢、さらに老人保健法に基づき国の事業として実施してきた子宮がん検診が各行政単位ごとに行うことになり、検診費用が一般財源化されるようになったことで、一部例外を除いて全国的に検診受診率は低下してきている。それ以降、子宮がん死亡率の低下傾向が止まり、最近では横這い状態から上昇傾向に転じている。

子宮がん死亡率が上昇に転じている事実を受け止め当然対策を講じるべきであるが、わが国における子宮がん検診を取り巻く環境は必ずしも良好な方向にあるとは言い難い。行政が関与して子宮がん検診を実施する方式は、わが国が世界に先駆け開始し、大きな成果を挙げてきた。現在は、わが国の方式を取り入れ後から子宮がん検診を開始した欧米諸国のほうが、わが国より子宮がん死亡率低下に成功している。

(2) がん検診に関する検討会の中間答申

国は、国民の健康の保持・増進について数々の施策を立案実行しているが、経済の視点が優先しているように思われる。現時点は、がん検診事業よりも糖尿病や高血圧に関連する「メタボリックシンドローム」対策に主眼を置いている。メタボリックシンドローム対策ほどではないが、国民死の約3分の1を占めるがんについても、がん検診に関する新しい検診方法やシステム確立の研究を推進している。国として扱う場合、がんは子宮がんのみでないことは理解できるが、死亡率が上昇してきている状況を考え、

確立した検診で死亡率を確実に低下させられる子宮がん検診に目を向けるべきと考える。

2004年3月、厚生労働省内に設置された「がん検診に関する検討会」は中間答申として、婦人科がん検診のあり方を答申した。その内容の骨子は、子宮がん検診について、「原則として同一人について2年に1回行うものとする、および検診開始年齢を20歳以上とする、体がん検診については検診対象よりは保険診療の対象としての扱いが原則」であった。

後半部の検診開始年齢を20歳に引き下げることに關しては、多くの都道府県が実施しているがん登録事業の成績によると、わが国の若年者で上皮内がんを含めた子宮頸がんの罹患率が上昇しており、検診開始年齢を引き下げることに異論を挟む余地はない。さらに、若年から検診を開始することは、その後の検診受診姿勢に繋がると思われ、わが国の子宮がん検診にとって喜ばしいことと思う。しかしながら、検診開始年齢を20歳に引き下げたとしても、今後の子宮がん検診受診率を向上させる程に20歳代の対象者住民が検診を受けるかについては少なからず疑問がある。例年で見ると、新たに検診を受ける新規参入者、いわゆるNewcomerは10%、多い場合でも20%に満たない状態であり、20歳代の新規参入者が期待できるとしても、検診受診率の大幅な向上に結び付くとは思えない。

その一方で、隔年検診については少なからず問題がある。隔年検診について妥当性(いわゆるエビデンス)は、子宮がん死亡率低下について確実な実績を挙げている諸外国で毎年検診を行なっている国が少ないことや宮城県の数値として検診間隔2年までは、扁平上皮がんについて危険率を有意に低下させることができることである。実績のある諸外国の例としてアメリカでの実情を見ると、3年間に1度でも子宮がん検診を目的に細胞診を受ける住民の割合は80%以上であり、推定値で30%程度かそれ以下の検診受診率であるわが国を同列において議論してよいものか疑問である。対象者の80%以上が検診を受けるのであれば、検診間隔を開けても問題は少ないが、わ

が国の現状は検診受診率の推定が30%程度で、さらにその30%は過去の実績から見て固定化していると思わなければならない。

さらに、諸外国での例では、検診間隔に年限を設けて行う場合、連続しての細胞診陰性やHPV検査との組み合わせで実施している。今回の答申では、無条件で隔年検診としているが、子宮がん死亡率低下に向けわが国が最も取り組むべき検診受診率の大幅な向上と結びつくような施策とは言い難いように思う。

体がん検診に關しては、その対象者の多くが出血を条件としているので、保険診療に取り入れることに抵抗感はないが、子宮頸がん検診と同時にを行う場合、検診と保険診療との関係から二重手間になることが問題である。

中間報告が公表された後、子宮がん検診関係者を中心とした検診率低下を危惧する声に対し、厚労省老健局老人保健課長はがん予防教育の必要性・重要性に關し課長通達を行っている。その真意を汲み取ることは難しいが、一つの考え方として、わが国の極端に低い検診受診率を向上させることを目的に、行政に対して検診の重要性に關する教育の徹底を促した通達とも読める。計算上では、隔年検診であれば同じ費用で倍の人数の検診が可能であり、現在の検診率を倍増できるわけである。

このような環境の中で子宮がん検診は実施されているわけであり、当然検診実績を分析する場合、検診環境の変化を見据えて行わなければならない。過去と現状の実績分析を基礎として、次に取り組むべき施策を考えるのであるが、検診環境についても考慮するものであるべきである。

本会における2004年度統計とその分析

(1) 年度別の受診者数の推移

1968年度に開始したいわゆる東母方式による子宮がん検診受診者の累計は、2004年度に600万人に達した。300万人に達するのに約13年度を要したが、その後は4～5年毎に100万人単位で増加している。

子宮頸がん検診受診者数は、自由検診、行政検診

とも2004年度は2003年度と比較すると、それぞれ8.0% (-14,863), 2.5% (-883)の減少であった。体がん検診においても同様に低下傾向を認めた。1999年度以来増加傾向にあった受診者数が減少したのは、2004年3月の答申の影響が考えられる。行政が実施する2004年度の検診計画は2003年末には決定されているが、2004年度の答申を先取りして、2004年秋より隔年検診を取り入れた自治体もあったためと考える。2005年度は、隔年検診を取り入れる自治体が増加する見込みでより大幅な減少が危惧される。

行政が関与する子宮がん検診者数は、検診経費負

担の予算の段階で決まってしまうが、検診実務は行政と医師会との話し合いを基本としているので、予算が決定される前の働きかけが大切である。毎年検診で費やした金額と同等の予算額の確保は今後の子宮がん検診にとって重要である。すなわち、隔年検診が実施されれば、毎年検診者の半数を検診すればよいことになり、検診のための予算は半額で済むようになるが、ここでは予算を節約できたと考えるのではなく、例年とおりの予算を有効に活用し、未受診者の検診受診勧奨への取り組みの推進、特に教育活動を推進することが大切と考える(表1、図1)。

表1 年度別・検診別・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

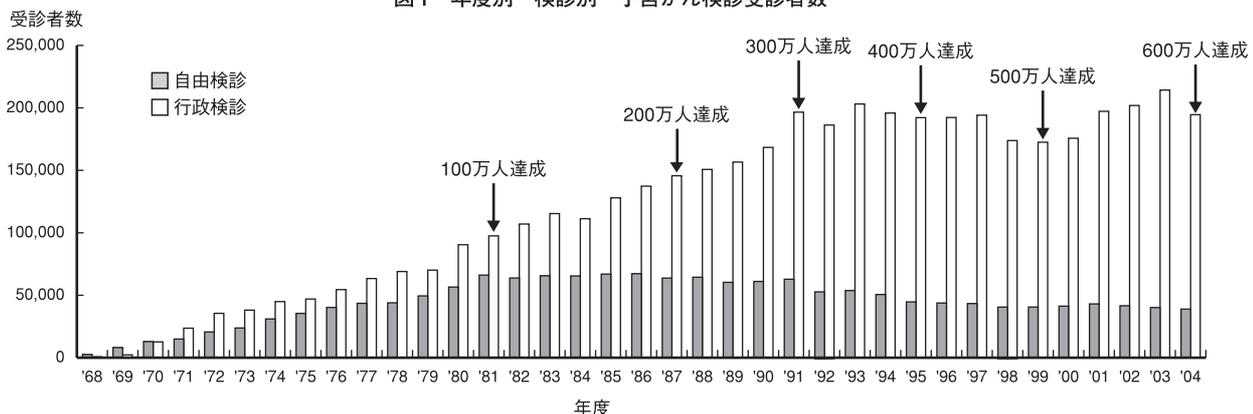
年度	自由検診				行政検診			
	検診数 人	が ん 発見数 人	発見率 %	追跡率 %	検診数 人	が ん 発見数 人	発見率 %	追跡率 %
1968～75	149,523	1,163	0.78	68.2	204,804	268	0.13	71.1
1976～80	233,820	1,116	0.48	76.2	347,443	260	0.07	81.9
1981～85	327,925	1,516	0.46	78.2	559,181	459	0.08	84.9
1986～88	195,431	890	0.46	77.3	433,701	435	0.10	86.7
1989	60,368	296	0.49	77.7	156,616	205	0.13	89.6
1990	61,051	253	0.41	73.5	168,381	177	0.11	88.4
1991	62,823	243	0.39	75.4	196,578	218	0.11	85.6
1992	53,509	208	0.39	79.2	187,051	169	0.09	85.2
1993	53,812	218	0.39	76.9	203,100	219	0.10	87.7
1994	50,596	227	0.49	78.4	195,862	183	0.09	87.9
1995	44,679	178	0.40	79.3	192,175	199	0.10	85.8
1996	43,783	185	0.42	79.0	192,294	218	0.11	86.3
1997	43,367	199	0.46	79.0	194,178	185	0.10	83.3
1998	41,322	201	0.49	78.1	174,629	186	0.11	84.7
1999	40,546	212	0.52	81.4	172,509	195	0.11	84.4
2000	41,268	201	0.49	81.9	175,678	199	0.11	84.1
2001	43,049	185	0.42	81.8	197,244	211	0.11	83.6
2002	41,579	131	0.32	72.4	201,904	153	0.08	80.7
2003	40,122	148	0.37	72.9	214,249	166	0.08	78.9
2004	38,918	115	0.30	59.9	194,554	122	0.06	65.0
計	1,667,491	7,885	0.47	76.3	4,562,131	4,427	0.10	83.3

自由検診と行政検診受診数の合計およびがん発見数・発見率
6,229,622件 12,312人 0.20%

注①がん発見数は、2004年10月31日現在の上皮内がんを含むがんの確定数。

②1987年から、子宮体がんの検診数を含む。

図1 年度別・検診別・子宮がん検診受診者数



[2] 年齢別受診者数の推移

検診受診者の年代別・年齢別受診推移について、各3年期間として1968～1970年度、1986～1988年度と2002～2004年度で見ると、初期に認めた35～44歳のピークは解消されている。自由検診では、最近の傾向として35歳未満年齢層にピークを認めるが、行政がこの年代を扱わないことと、妊婦検診に細胞診を取り入れている診療機関が多くなった結果と考える。行政検診では、2002～2004年度において50歳以降の検診受診者の割合が多いが、子宮がん検診の必要性をさまざまな機会を捉えて広報していた時代に、検診の有効性を理解して受診した年代が引き続いて検診を受けている結果と思われる。2005年度からは、検診開始年齢が20歳に引き下げられるが、自由検診の若年者ピークが行政検診にどのように反映するのか注目していきたい(図2-A, 図2-B)。

子宮頸がん検診者数について2003年度と2004年度

を比較すると、大きな変化を認めていないが、2004年度行政検診の30～34歳で13.9%、55～59歳で14.8%受診者数減少が目立った。自由検診では、30～34歳で1.0%増加していた(表2, 表3)。

[3] 子宮がん発見者数

2004年度の子宮頸がんの発見者数は2003年度とほぼ同数で、上皮内がんを含めて自由検診115例、行政検診122例であった。病変の比率に大きな差を認めていない。上皮内がんおよび微小浸潤がんが発見された子宮がんに占める割合は、56.1%で半数を超えている。1968年度以来の累積成績と比較すると、累積での比率が46.5%なのに対して最近は初期に発見されたがんが増加している。対象者が固定化している検診グループ内においては進行がんの発見数が減少しているためと考える。

若年者(29歳未満)における子宮頸部新生物の発見率は、早期がんで減少傾向にあるのに対して異形成

図2-A 子宮がん検診の年代別・年齢別受診推移 (自由検診)

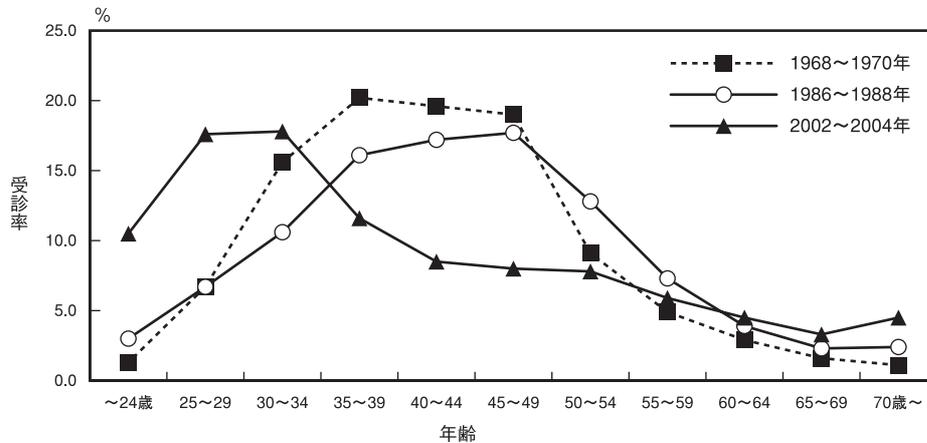
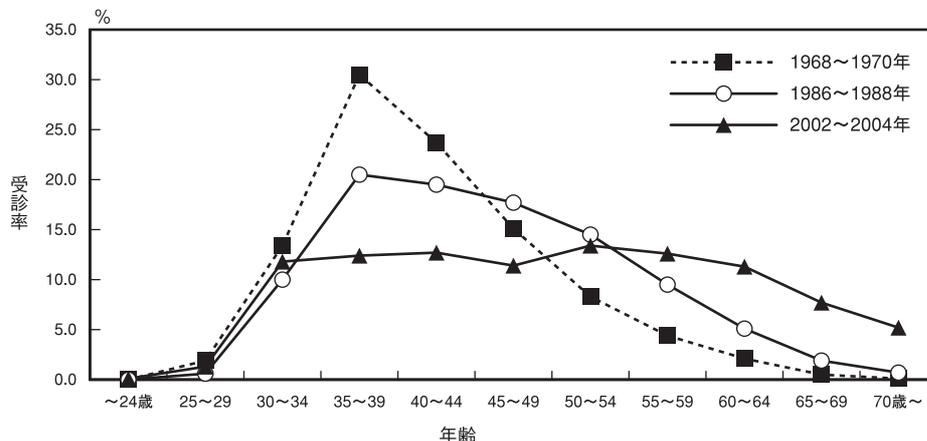


図2-B 子宮がん検診の年代別・年齢別受診推移 (行政検診)



で著明な増加傾向を認める。妊娠時の細胞診実施が普及し、若年者検体数の増加にともない異形成の発見数が増加したと思われる。また、早期がんの減少傾向は、若年者の検診機会の増加で異形成段階で発見処理した結果と思われる。

異形成の発見率については、数、比率とも自由検

診、行政検診に差を認めていない。累積成績との比較では、2004年度成績で発見割合が多い。がん症例の発見が減少した結果を反映していると考ええる。また、治療方法の進歩で子宮頸部病変を容易に治療できるようになり、高度異形成を治療対象とすることが多いので、異形成に占める高度異形成の発見者数

表2 年齢別子宮頸がん検診成績

(自由検診)		(2004年度)												
class	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
I	6,651	19.60	795	1,526	1,694	1,007	610	462	264	107	73	45	60	8
II	25,481	75.07	2,682	4,115	4,105	2,816	2,134	1,995	1,975	1,738	1,442	995	1,424	60
III a	1,508	4.44	289	275	266	165	138	107	78	65	43	26	56	0
III b	180	0.53	15	24	50	30	11	11	6	7	14	2	10	0
IV	63	0.19	4	1	15	10	12	4	3	6	1	1	6	0
V	56	0.17	1	1	2	4	5	6	2	11	8	4	12	0
計	33,939	100	3,786	5,942	6,132	4,032	2,910	2,585	2,328	1,934	1,581	1,073	1,568	68
%		100	11.16	17.51	18.06	11.88	8.57	7.62	6.86	5.70	4.66	3.16	4.62	0.20

(行政検診)		(2004年度)												
class	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
I	37,280	21.83	144	851	7,161	7,658	8,024	5,733	3,424	1,654	1,311	717	603	0
II	131,554	77.01	318	1,461	12,034	13,211	14,268	13,173	17,285	20,004	18,241	12,415	9,143	6
III a	1,652	0.97	12	46	328	337	267	195	151	115	98	54	49	0
III b	220	0.13	1	5	57	46	43	18	19	7	13	4	7	0
IV	74	0.04	1	1	18	13	18	8	4	4	4	1	2	0
V	31	0.02	0	0	5	4	3	4	1	3	3	3	5	0
計	170,811	100	476	2,364	19,603	21,269	22,623	19,131	20,884	21,787	19,670	13,194	9,809	6
%		100	0.28	1.38	11.48	12.45	13.24	11.20	12.23	12.76	11.52	7.72	5.74	0.00

(自由検診と行政検診の合計 204,750件)

表3 年齢別子宮頸がん検診成績(累計)

(自由検診)		(1987～2004年度)												
class	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
I	321,741	40.86	21,165	44,799	51,765	48,844	55,001	53,264	27,500	9,190	4,167	2,451	2,480	1,115
II	444,989	56.51	25,265	42,995	46,332	41,510	46,851	58,532	60,453	46,789	30,590	20,550	23,704	1,418
III	18,091	2.30	1,758	2,384	2,696	2,331	2,325	2,190	1,583	1,006	659	473	686	0
IV	1,289	0.16	21	75	184	189	207	162	137	90	58	58	108	0
V	1,404	0.18	3	19	63	87	119	120	160	190	173	121	349	0
計	787,514	100	48,212	90,272	101,040	92,961	104,503	114,268	89,833	57,265	35,647	23,653	27,327	2,533
%		100	6.12	11.46	12.83	11.80	13.27	14.51	11.41	7.27	4.53	3.00	3.47	0.32

(行政検診)		(1987～2004年度)												
class	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
I	1,088,274	37.98	399	16,419	172,021	138,532	277,038	252,228	133,830	49,731	26,966	12,907	6,574	1,629
II	1,755,725	61.27	420	11,891	115,357	146,847	175,047	220,155	312,897	313,592	245,628	135,894	75,842	2,155
III	19,570	0.68	17	377	3,192	3,317	3,442	3,139	2,420	1,431	1,137	634	464	0
IV	1,412	0.05	1	21	265	283	253	249	128	85	71	30	26	0
V	679	0.02	0	4	39	78	75	77	85	97	98	56	70	0
計	2,865,660	100	837	28,712	290,874	289,057	455,855	475,848	449,360	364,936	273,900	149,521	82,976	3,784
%		100	0.03	1.00	10.15	10.09	15.91	16.61	15.68	12.73	9.56	5.22	2.90	0.13

(自由検診と行政検診の合計 3,653,174件)

と割合も大切である。高度異形成の全異形成に占める比率は、2004年度で17.1%、累積成績は24.0%であり、最近の傾向として低率化している。この傾向についての評価は難しいが、累積成績中には初期の検診時に多く発見された数が含まれていることや高度異形成の組織診断基準を厳密にしたことなどが考えられる(図3, 図4, 表4・表5)。

子宮体がんについては、体がんが自由検診、行政検診でそれぞれ21, 14例発見されたが、受診者数での発見率は、0.4%と0.1%であった。2003年度の体がん発見者数がそれぞれ29, 36例で、2004年度はそれぞれ8, 22例減少している。体がん発見率は、全ての精査対象者での発見率で無く正確とは言いがたいが、細胞診異常例の追跡率が自由検診と行政検診において同等で、また2003年度とも同等であり、発見率としては信頼できると思われる。細胞診異常者の追跡数についても同等であり、本会のデータで減少した理由は不明である。体がん症例の増加は全国的傾向であり、一時的な現象と思われる(表6 P123・表7 P124)。

自由検診における体がん発見率が行政検診を上回る傾向は、2003年度までの累積成績においても全体がん検診者数に対してそれぞれ0.4%と0.2%で基本的に同一傾向にある。

4. 細胞診成績

(1) 子宮頸がん検診細胞診成績

子宮頸がん検診の細胞診で、いわゆる異常があり精密検査の対象としていたクラスⅢ, ⅣとⅤの全体に占める割合は、2003年度と2004年度それぞれ自由検診、行政検診で4.1%と1.0%、5.3%と1.2%であった。過去の実績として、1989年度と1994年度と比較すると、それぞれ自由検診1.9%, 2.1%で行政検診0.7%, 0.6%であったのが、近年倍増したことになる。クラスⅣ, Ⅴの陽性例の割合は、1989, 1994, 2003,

図3 子宮がん追跡結果 (がん発見数・発見率)

(1968~2004年度)

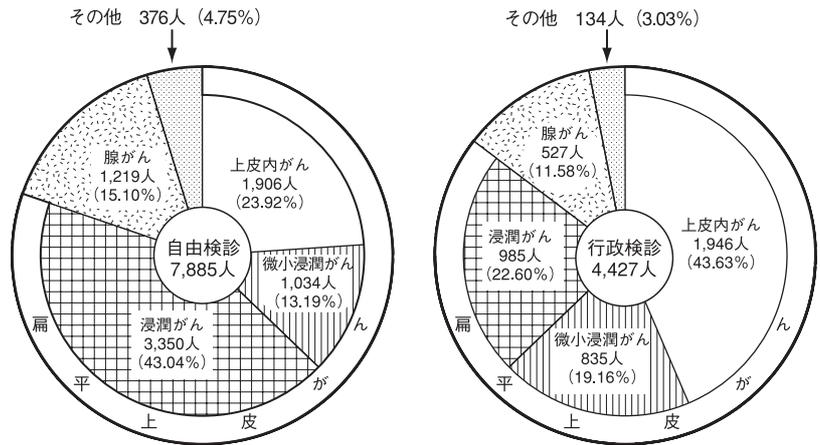
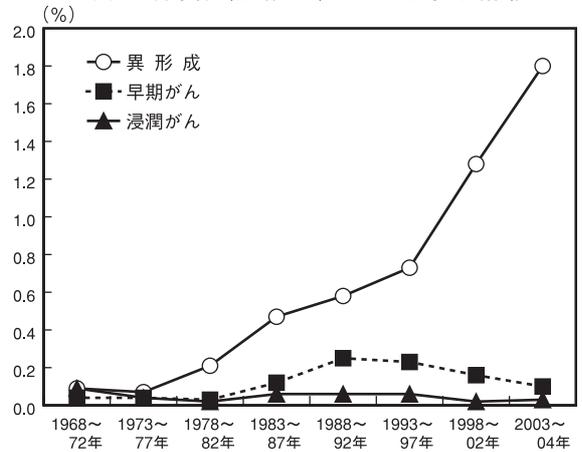


図4 若年者 (29歳以下) における年次別推移



2004年度を比較して、年度に関係なく自由検診で約0.3%、行政検診で約0.1%と大きな変化を認めていないので、クラスⅢの増加が精密検査を増やしていた原因であった。クラスⅢ増加の主因は、子宮頸がんの原因として定着したHPV感染を細胞診で積極的に評価しようとしたことで、特に、異型を伴わないようなHPV感染についても診断したことによる影響が大きい。HPV感染所見の存在について、子宮頸がん取り扱い規約では軽度異形成とみなすことを明記したので、結果的に異形成を疑う核所見の有無に関係なくHPV感染を認めればクラスⅢaと判定しているが最も大きな要因である(表8)。

(2) 子宮体がん検診細胞診成績

子宮体がん検診の細胞診は、2004年度で異常ありとした率が、自由検診、行政検診それぞれ7.1%, 1.3%

表8 年度別・検診別・子宮頸がん検診成績

(1987～2004年度)

年 度	自由検診					計	行政検診					計
	I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V	
1987年	32,199	25,360	1,198	137	95	58,989	90,629	53,038	767	79	15	144,528
1988	30,911	26,698	1,189	120	122	59,040	86,962	57,577	814	86	24	145,463
1989	28,669	25,409	1,041	102	97	55,318	82,480	64,688	857	87	38	148,150
1990	29,943	24,429	978	100	101	55,551	85,995	70,110	797	77	39	157,018
1991	29,484	25,682	955	87	88	56,296	94,418	85,503	1,039	98	38	181,096
1992	23,679	23,196	787	58	70	47,790	87,270	81,683	860	44	39	169,896
1993	22,944	23,648	739	53	78	47,462	89,855	91,769	1,030	88	33	182,775
1994	21,251	22,122	781	76	77	44,307	83,380	89,515	907	75	26	173,903
1995	17,061	20,839	751	48	62	38,761	76,977	91,004	1,026	80	43	169,130
1996	14,601	22,456	754	49	79	37,939	65,737	100,864	981	69	45	167,696
1997	11,724	24,823	769	53	69	37,438	56,305	110,580	952	57	39	167,933
1998	9,723	25,089	1,001	46	73	35,932	45,004	106,285	1,114	60	42	152,505
1999	9,065	25,012	888	61	74	35,100	40,098	109,310	1,242	79	40	150,769
2000	8,961	25,506	1,003	69	62	35,601	38,804	113,130	1,155	94	57	153,240
2001	9,244	26,612	1,113	66	78	37,113	40,973	127,299	1,203	95	52	169,622
2002	8,035	26,837	1,119	55	70	36,116	39,792	134,192	1,335	94	38	175,451
2003	7,596	25,790	1,337	46	53	34,822	46,315	137,624	1,619	76	40	185,674
2004	6,651	25,481	1,688	63	56	33,939	37,280	131,554	1,872	74	31	170,811
計	321,741	444,989	18,091	1,289	1,404	787,514	1,188,274	1,755,725	19,570	1,412	679	2,965,660
%	40.85	56.51	2.30	0.16	0.18	100	40.06	59.21	0.66	0.05	0.02	100

であった。体がん発見率と同様な傾向を示したが、自由検診では高率に有症状者を扱うことが原因である。累積でも、それぞれ5.2%、12%と同一傾向であったが、自由検診で異常率が増加していることは注目すべきである。体がん症例増加と結びついていると考えられる(表9, 表10, 表11)。

(5) 細胞診異常例の追跡について：子宮頸がん検診と子宮体がん検診

細胞診に異常を認め、最終診断まで追跡できた例を2004年度でみると、子宮頸がん検診で自由検診、行政検診それぞれで59.9%、65.0%であった。2003年度の追跡可能率64.6%、71.2%と比較しても約5%低下している。2004年度の追跡は最終報告でないが、5%の差は有意に低下していると思われる。また、2003年度までの追跡可能率が76.3%、84.1%であり、検診開始時より率の悪化は明らかである。子宮体がん検診では、2004年度自由検診、行政検診それぞれ61.7%、37.1%で、累積の追跡率が77.7%、80.8%と比較して大きく低下している(表2, 表4, 表5, 表6, 表7)。

検診の質について、その良し悪しを論じる場合、異常細胞診例の最終結果の判明率は重要な因子であ

る。最低でも80%以上を達成していなければ、検診の質に問題があると考えなければならない。2005年2月に、厚生労働省は子宮がん検診における事業評価の実施について、精検受診率も含めた具体的な指示をし、検診事業で質向上の重要性を示している。個人情報保護法が施行されたが、診断結果の通知がこの法律に抵触するとの誤解を生じているようで、検診取り扱い機関における追跡作業がより困難になると思われる。最終診断判明率が検診の質向上に必要なことへの理解を得ながら、個人情報保護法に関する誤解を解消する努力をしていかなければならない(表5, 表6, 表7, 表9)。

おわりに

本会における子宮がん検診の結果について、子宮がん検診を取り巻く環境を勘案して評価分析を試みた。今後解決していかなければならない問題が山積しているが、国民に検診の重要性を理解して貰えるよう知恵を出し合っていくのが問題解決の第一歩と思われる。

表4 子宮頸がん検診の追跡結果

(2004年度)

確定病変		自由検診	%	行政検診	%	合計	%
頸部	良性	463	42.3	579	44.5	1,042	43.6
体部	良性	36	3.3	11	0.9	47	2.0
頸部腺異形成		3	0.3	5	0.4	8	0.3
内膜増殖症		2	0.2	1	0.1	3	0.1
内膜異型増殖症		1	0.1	0	0.0	1	0.00
異形成	軽度	279	25.5	340	26.2	619	25.9
	中等度	126	11.5	126	9.7	252	10.5
	高度	85	7.8	118	9.1	203	8.5
異形成の合計		490	44.8	584	45.0	1,074	44.9
早期がん	上皮内がん	43	43.4	65	55.2	108	49.8
	微小浸潤がん	13	13.1	12	10.2	25	11.5
	上皮内腺がん	1	1.0	3	2.5	4	1.8
	微小浸潤腺がん	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	その他	2	2.0	1	0.8	3	1.4
浸潤がん	扁平上皮がん	12	12.1	15	12.7	27	12.4
	頸部腺がん	6	6.1	5	4.2	11	5.1
	腺扁平上皮がん	1	1.0	0	0.0	1	0.5
	体部腺がん	16	16.2	14	11.9	30	13.8
	その他のがん	5	5.1	3	2.5	8	3.7
がんの合計		99	9.0	118	9.1	217	9.1
追跡可能例		1,094	64.55	1,298	65.66	2,392	63.21
追跡不能例		713	35.45	679	34.34	1,392	36.79
追跡対象例		1,807	100.00	1,977	100.00	3,784	100.00

- 注1) がん以外の症例・がん合計は追跡可能例に対する%を示す。
 2) 中段のがんの%は、がんの合計に対する割合を示す。
 3) 浸潤がんのその他のがんは転移がん、部位不確定のがん等の症例。
 4) 追跡結果は2005年10月31日現在。

表5 子宮頸がん検診の追跡結果

(1987～2004年度)

確定病変		自由検診	%	行政検診	%	合計	%	
頸部	良性	6,376	40.7	8,013	44.4	14,389	42.8	
体部	良性	354	2.3	178	1.0	532	1.6	
頸部腺異形成		16	0.1	31	0.2	47	0.1	
内膜増殖症		208	1.3	112	0.6	320	0.9	
内膜異型増殖症		15	0.1	12	0.1	27	0.1	
異形成	軽度	2,647	16.9	3,388	18.8	6,035	17.9	
	中等度	1,375	8.8	1,655	9.2	3,030	9.0	
	高度	1,322	8.4	1,468	8.2	2,790	8.3	
異形成の合計		5,344	34.1	6,511	36.2	11,855	35.2	
早期がん	上皮内がん	1,085	49.1	1,456	66.5	2,541	57.6	39.1
	微小浸潤がん	554		614		1,168		17.9
	上皮内腺がん	10		10		20		0.3
	微小浸潤腺がん	1		8		9		0.1
	その他	3		8		11		0.2
浸潤がん	扁平上皮がん	1,101	32.7	642	20.4	1,743	26.7	
	頸部腺がん	93	2.8	100	3.2	193	3.0	
	腺扁平上皮がん	60	1.8	41	1.3	101	1.5	
	体部腺がん	294	8.7	208	6.6	502	7.7	
	頸部その他	5	0.1	3	0.1	8	0.1	
その他のがん	161	4.8	60	1.9	221	3.4		
がんの合計		3,367	21.5	3,150	17.5	6,517	19.3	
追跡可能例		15,680	75.45	18,007	83.13	33,687	79.37	
追跡不能例		5,102	24.55	3,654	16.87	8,756	20.63	
追跡対象例		20,782	100.00	21,661	100.00	42,443	100.00	

- 注1) がん以外の症例・がん合計は追跡可能例に対する%を示す。
 2) 中段のがんの%は、がんの合計に対する割合を示す。
 3) 浸潤がんのその他のがんは転移がん、部位不確定のがん等の症例。
 4) 追跡結果は2005年10月31日現在。

表9 年齢別子宮体がん検診成績

(自由検診)			(2004年度)											
判定	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
陰性	4,624	92.87	49	106	244	400	741	1,003	852	492	361	185	183	8
疑陽性	319	6.41	2	2	7	14	35	71	71	41	28	19	29	0
陽性	36	0.72	0	0	2	0	1	4	6	9	5	2	7	0
計	4,979	100	51	108	253	414	777	1,078	929	542	394	206	219	8
%		100	1.02	2.17	5.08	8.31	15.61	21.65	18.66	10.89	7.91	4.14	4.40	0.16

(行政検診)			(2004年度)											
判定	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
陰性	23,436	98.71	5	65	1,070	1,883	3,354	3,765	4,705	3,488	2,605	1,519	977	0
疑陽性	281	1.18	0	1	10	18	35	56	76	38	25	8	14	0
陽性	26	0.11	0	0	2	5	1	4	5	3	3	2	1	0
計	23,743	100	5	66	1,082	1,906	3,390	3,825	4,786	3,529	2,633	1,529	992	0
%		100	0.02	0.28	4.56	8.03	14.28	16.11	20.16	14.86	11.09	6.44	4.18	0.00

(自由検診と行政検診の合計 28,875件)

表10 子宮体がん検診成績

検診別	自由検診				行政検診			
	陰性	疑陽性	陽性	計	陰性	疑陽性	陽性	計
1987	4,536	191	20	4,747	1,071	34	3	1,108
1988	5,167	205	32	5,404	5,215	46	3	5,264
1989	4,817	220	13	5,050	8,366	93	7	8,466
1990	5,207	269	24	5,500	11,238	120	5	11,363
1991	6,272	225	30	6,527	15,339	138	5	15,482
1992	5,507	190	22	5,719	16,995	143	17	17,155
1993	6,035	281	34	6,350	20,091	209	25	20,325
1994	6,065	192	32	6,289	21,798	136	25	21,959
1995	5,701	186	31	5,918	22,868	155	22	23,045
1996	5,623	174	47	5,844	24,400	165	33	24,598
1997	5,696	193	40	5,929	26,043	174	28	26,245
1998	5,025	321	44	5,390	21,800	293	31	22,124
1999	5,049	357	40	5,446	21,316	400	24	21,740
2000	5,353	279	35	5,667	22,145	256	37	22,438
2001	5,599	281	56	5,936	27,304	272	46	27,622
2002	5,212	209	42	5,463	26,167	256	30	26,453
2003	5,000	238	62	5,300	28,273	256	46	28,575
2004	4,624	319	36	4,979	23,436	281	26	23,743
計	96,488	4,330	640	101,458	343,865	3,427	413	347,705
%	95.10	4.27	0.63	100	98.90	0.99	0.12	100

(1987～2004年度の自由検診と行政検診の合計 449,163件)

表 11 年齢別子宮体がん検診成績

(自由検診)			(1987～2004年度)											
判定	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
陰性	96,488	95.10	771	2,208	5,124	9,305	17,154	24,289	18,928	8,786	4,576	2,709	2,405	233
疑陽性	4,330	4.27	21	64	127	215	572	981	1,086	543	239	174	308	0
陽性	640	0.63	0	4	3	11	24	46	120	124	103	81	124	0
計	101,458	100	792	2,276	5,254	9,531	17,750	25,316	20,134	9,453	4,918	2,964	2,837	233
%		100	0.78	2.24	5.18	9.39	17.49	24.95	19.84	9.32	4.85	2.92	2.80	0.23

(行政検診)			(1987～2004年度)											
判定	検査数	%	～24歳	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	年齢不明
陰性	343,865	98.90	18	749	13,708	24,987	44,450	64,993	84,770	53,367	33,395	15,720	7,424	284
疑陽性	3,427	0.99	0	6	94	151	339	660	1,160	509	282	144	82	0
陽性	413	0.12	0	1	9	20	16	43	84	100	68	41	31	0
計	347,705	100	18	756	13,811	25,158	44,805	65,696	86,014	53,976	33,745	15,905	7,537	284
%		100	0.01	0.22	3.97	7.24	12.89	18.89	24.74	15.52	9.71	4.57	2.17	0.08

(自由検診と行政検診の合計 449,163件)

表 6 子宮体がん検診の追跡結果

		(2004年度)						
確定病変		自由検診	%	行政検診	%	合計	%	
体 部	良 性	149	67.7	111	55.9	260	62.2	
	類 部 良 性	12	5.5	35	17.6	47	11.2	
内 膜 増 殖 症		13	5.9	10	5.0	23	5.5	
内 膜 異 型 増 殖 症		2	0.9	7	3.5	9	2.2	
体 部 腺 が ん		21	9.6	14	7.0	35	8.4	
部 病 変	異 形 成	腺 異 形 成	0	0.0	1	0.5	1	0.2
		軽 度	9	4.1	6	3.0	15	3.6
		中 等 度	3	1.4	2	1.0	5	1.2
		高 度	5	2.3	2	1.0	7	1.7
	早 期 が ん	上 皮 内 が ん	3	1.4	6	3.0	9	2.1
		微 小 浸 潤 が ん	0	0.0	1	0.5	1	0.2
		上 皮 内 腺 が ん	0	0.0	1	0.5	1	0.2
	浸 潤 が ん	扁 平 上 皮 が ん	1	0.4	0	0.0	1	0.2
		頸 部 腺 が ん	0	0.0	1	0.5	1	0.2
		腺 扁 平 上 皮 が ん	1	0.4	0	0.0	1	0.2
そ の 他 の が ん		1	0.4	2	1.0	3	0.7	
追 跡 可 能 例		220	61.97	199	64.82	419	63.29	
追 跡 不 能 例		135	38.33	108	35.15	243	36.71	
追 跡 対 象 例		355	100.00	307	100.00	662	100.00	

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。
 3) 追跡結果は2005年10月31日現在。

表7 子宮体がん検診の追跡結果

(1987～2004年度)

確定病変		自由検診	%	行政検診	%	合計	%
体部	良性	1,749	42.2	1,457	46.8	3,206	46.0
頸部	良性	195	1.8	305	9.8	500	7.2
内膜増殖症		993	25.7	556	17.9	1,549	22.2
内膜異型増殖症		87	2.3	57	1.8	144	2.0
体部腺がん		453	11.7	302	9.7	755	10.8
頸部	異形成						
	腺異形成	4	0.1	6	0.2	10	0.1
	軽度	69	1.8	104	3.3	173	2.5
	中等	29	0.8	56	1.8	85	1.2
部病変	早期がん						
	上皮内がん	35	0.9	60	1.9	95	1.4
	微小浸潤がん	24	0.6	31	1.0	55	0.8
	上皮内腺がん	1	0.0	4	0.1	5	0.1
浸潤がん	微小浸潤腺がん	0	0.0	1	0.0	1	0.0
	扁平上皮がん	94	2.4	72	2.3	166	2.4
	頸部腺がん	14	0.4	24	0.8	38	0.5
その他の組織型		14	0.4	6	0.2	20	0.3
その他のがん		67	1.7	31	1.0	98	1.4
追跡可能例		3,865	77.77	3,115	81.12	6,980	79.23
追跡不能例		1,105	22.23	725	18.88	1,830	20.77
追跡対象例		4,970	100.00	3,840	100.00	8,810	100.00

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。

3) 追跡結果は2005年10月31日現在。

東母精密検診(2次検診)センターの 活動状況(31報・2004年度)

塚 崎 克 己
慶應義塾大学医学部助教授

はじめに

東京産婦人科医会(略称・東母)では、全国に先駆けてそれまでの宮城県などのような単検診ではなく、東母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1968(昭和43)年に開始した。

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てきたが、細胞診異常例に対する精密検診施行の受け皿として、1973年12月に精密検診センターを本会内に開設し、東母会員から委託された要精検受診者の精密検査を実施してきた。現在では、これら東母会員からの要精検受診者のほかにも、本会婦人科検診センター(通称グリーンルーム)や行政検診における要精検受診者の精密検査を行っている。

以下、2004(平成16)年度およびそれまでの成績を若干の考察を交えて報告する。

精検実施数

2004年度の年間受診者数は1,193人であり、前年度より45人増加した。

1973年のセンター開設以来、2004年度までの32年間の精検者数の合計は19,468人となる。月別の受診者数をみると、従来は夏、秋に多く、年度替わりの4月、5月が少なかったが、最近は平均化の傾向にあり、月別の受診者に大きな差異は認めていない(表1)。

精検受診者の年齢

精検受診者の年齢を5歳ごとに区分すると、2004年度では35～39歳が198人(16.6%)と最も多く、次いで30～34歳の197人(16.5%)、29歳以下の187人(15.7%)の順となっており、特に29歳以下の受診者数の増加が著しいのが特徴である(表2)。

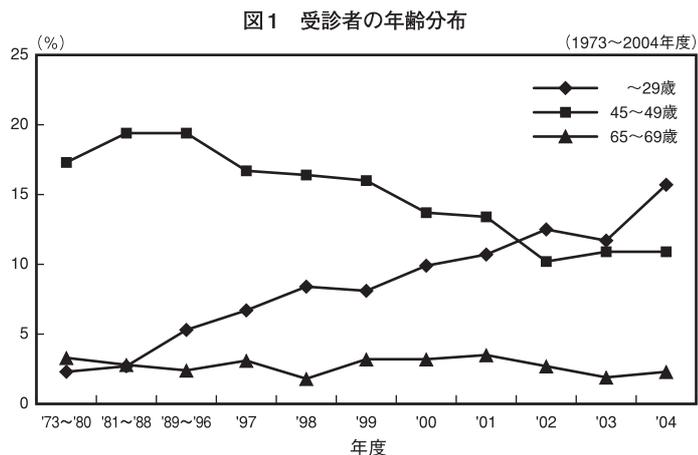
センター開設以来の年齢別受診者比率の変遷を、代表的な3世代(29歳以下、45～49歳、65～69歳)

表1 年度別・月別・精検実施数

年度	(1973～2004年度)												計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1973～80	70	93	139	171	133	76	123	111	116	93	92	115	1,332
1981～88	204	228	410	477	344	276	352	351	314	225	229	271	3,681
1989～96	339	374	701	844	553	453	600	595	497	436	374	446	6,212
1997	45	44	65	64	64	70	72	82	87	63	75	72	803
1998	60	43	86	101	112	73	79	87	77	68	74	87	947
1999	75	49	95	118	131	98	79	110	75	70	88	76	1,064
2000	80	62	79	107	94	81	98	93	69	79	79	81	1,002
2001	82	74	94	114	90	64	116	90	88	91	87	93	1,083
2002	78	65	76	110	82	68	100	81	86	82	85	90	1,003
2003	79	75	93	122	97	102	108	94	95	90	101	92	1,148
2004	110	82	116	113	112	107	103	90	87	79	84	110	1,193
(%)	(9.2)	(6.9)	(9.8)	(9.5)	(9.4)	(9.0)	(8.6)	(7.5)	(7.3)	(6.6)	(7.0)	(9.2)	(100.0)
計(人)	1,222	1,189	1,954	2,341	1,812	1,468	1,830	1,784	1,591	1,376	1,368	1,533	19,468
%	6.3	6.1	10.0	12.0	9.3	7.5	9.4	9.2	8.2	7.1	7.0	7.9	100.0

注 2004年度の下段の数字は%。表2、3、5も同じ。

を例にとって比べてみると、29歳以下の受診者比率は1973年のセンター開設時(2.3%)以来右肩上がりに増加を続けており、2004年度では、15.7%に達した。これに反し、45～49歳の受診者の比率は1981～1996年度頃19.4%とピークを示したが、以後減少の一途をたどって、2002年度には29歳以下の受診率を下まわる10.2%にまで下がり、以後横ばいである。一方、65～69歳の受診比率はほぼ2～3%で年代を通してほぼ一定であり、弱年層の増加と中年層の減少の傾向が示唆される(図1)。



精検受診者の1次検診における細胞診class分類

頸がんに関しては、2004年度の受診者のclass分類をみると、class III aが947例(87.5%)で最も多く、以下class III bの104例(9.6%)、class IVの18例(1.7%)、

class I・IIの11例(1.0%)、class Vの2例(0.2%)の順であった(表3)。

受診者の各年度における1次検診時のclass分類を4年ごとに集計した例数と2004年度の例数を表4に示し、その推移をみた。class IVやclass Vは漸減傾向にあり、class III aは増加傾向、class III bは横ばいである。

表2 年度別・精検受診者の年齢分布

年度	～29歳	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳～	計
1973～80	31	126	198	282	231	166	116	78	44	60	1,332
1981～88	99	380	716	691	714	440	245	193	102	101	3,681
1989～96	327	753	889	1,201	1,205	825	455	289	152	116	6,212
1997	54	99	130	121	138	125	56	40	25	15	803
1998	80	118	151	138	155	130	79	60	17	19	947
1999	86	152	137	137	170	186	102	50	34	10	1,064
2000	99	129	127	159	137	166	72	56	32	25	1,002
2001	116	187	168	138	145	151	70	40	38	30	1,083
2002	125	194	176	143	102	113	78	29	27	16	1,003
2003	134	207	199	180	125	137	79	41	22	24	1,148
2004	187	197	198	164	130	119	86	47	27	38	1,193
(%)	(15.7)	(16.5)	(16.6)	(13.7)	(10.9)	(10.0)	(7.2)	(3.9)	(2.3)	(3.2)	(100)
計(人)	1,338	2,542	3,089	3,354	3,252	2,558	1,438	923	520	454	19,468
%	6.9	13.1	15.9	17.2	16.7	13.1	7.4	4.7	2.7	2.3	100.0

表3 精検受診者の1次検診における細胞診判定

年度	頸がん検診					計	体がん検診			なし	計
	I・II	III a	III b	IV	V		疑陽性	陽性	計		
1973～80	23	530	354	249	174	1,330	0	0	0	2	1,332
1981～88	240	2,288	583	307	187	3,605	64	5	69	7	3,681
1989～96	219	3,967	853	367	158	5,564	611	61	672	41	6,277
1997	33	525	116	29	17	720	68	8	76	10	806
1998	79	613	109	22	10	833	114	7	121	17	971
1999	30	708	121	35	9	903	154	7	161	19	1,083
2000	18	711	103	36	19	887	116	4	120	15	1,022
2001	17	787	115	41	20	980	135	13	148	17	1,145
2002	28	728	107	36	9	908	101	10	111	22	1,041
2003	20	913	86	28	12	1,059	104	9	113	17	1,189
2004	11	947	104	18	2	1,082	115	3	118	18	1,218
(%)	(1.0)	(87.5)	(9.6)	(1.7)	(0.2)	(100)	(97.5)	(2.5)	(100.0)		(100)
計(人)	718	12,717	2,651	1,168	617	17,871	1,582	127	1,709	185	19,765
%	4.0	71.2	14.8	6.5	3.5	90.5	92.6	7.4	8.6	0.9	100

注 各年度に重複例が含まれる。表5も同じ。
体部不能再検例は含まない。

これは、上皮内がんや浸潤がんの減少に反し、近年は異形成特に軽・中等度の異形成が増加していることを反映している。

体がん検診に関しては、2004年度は内膜細胞診疑陽性が115例(97.5%)で、前年度に比べ細胞診疑陽性率は増加している。一方、陽性例は3例で前年度より6例減少している(表3)。4年ごとに集計した表4をみると、体がん精検受診者数は、年々増加の傾向を示しているが、細胞診陽性率は逆に低下の傾向を示しており、対照的に疑陽性率はますます増加の傾向にある。このことは、腔内細胞診における細胞像の複雑化による最近の細胞診断の難しさを反映しているものと考えられる。

病理組織診断

2004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454例(34.6%)、高度異形成107例(8.2%)、上皮内がん38例(2.9%)、微小浸潤がん10例(0.8%)、浸潤がん7例(0.5%)であった。特に上皮内がんと微小浸潤がんを合計した早期がんが48例で頸がん55例の中で87.3%を占めていることは、転移の可能性が増加する浸潤がんになる前に診断できたということであり、縮小手術が可能となるため、Quality of life の面か

らも意義が大きい。

1973年度より2004年度までの各病変の総合計の比率と2004年度の比率を比較すると、上皮内がん以上の病変の各比率がすべて低下しているが、逆に軽度異形成が増加している。

一方、子宮体部病変では、2004年度における子宮体がんと内膜増殖症はそれぞれ12例(0.9%)と18例(1.4%)であり、1973年度からの体がんの平均比率1.7%、内膜増殖症の平均比率2.5%に比べ低率であった。しかしながら、これは体がんの減少傾向を意味するものではなく、頸部の異形成数の増加による見かけ上の減少であり、ちなみに、当センターにおける1973年度からの累計子宮体がんは334例で、頸がん2,069例(上皮内がんを除く)に対する割合は16.1%であるが、2004年度は体がん12例、頸がん17例で、その割合は70.6%と対頸がん比は増加の傾向を示している。(表5、図2)

表4 細胞診判定の推移

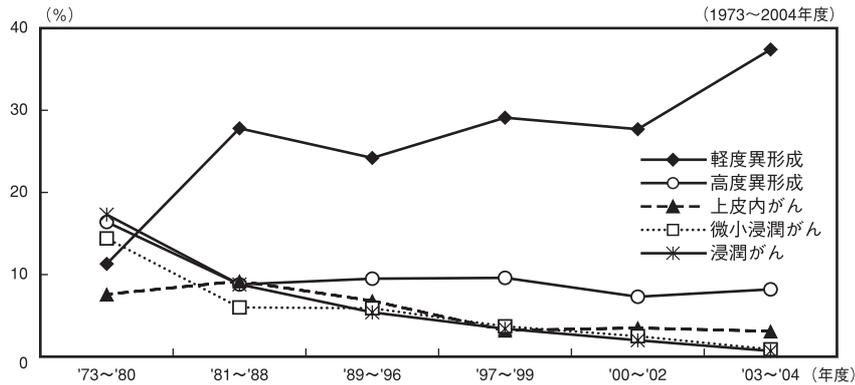
		(1973~2004年度)								
判定	年度	1973~81	1982~85	1986~89	1990~93	1994~97	1998~2001	2002	2003	2004
	頸部	I・II	35	92	158	112	118	138	28	20
III a		681	1,000	1,629	1,889	2,111	2,819	728	913	947
III b		397	255	417	405	432	448	107	86	104
IV		293	123	194	196	146	134	36	28	18
V		203	100	92	87	54	58	9	12	2
体部	疑陽性	0	0	128	383	282	519	101	104	115
	陽性	0	0	14	29	31	31	10	9	3
計(人)		1,609	1,570	2,632	3,101	3,174	4,147	1,019	1,172	1,200

注 各年度により、重複例が含まれる。また、未実施例は除いた。

表5 病理組織診断

組織診断年度	(1973~2004年度)												
	良性	軽度異形成	高度異形成	上皮内がん	微小浸潤がん	浸潤がん	体がん	内膜増殖症	その他	未実施	判定不能	追跡中	計
1973~80	406	150	218	101	192	230	14	0	12	7	0	0	1,330
1981~88	1,301	1,021	325	339	222	322	49	13	3	79	0	0	3,674
1989~96	2,359	1,512	595	425	370	338	120	254	5	204	18	43	6,243
1997	211	274	77	22	32	30	12	41	0	89	0	18	806
1998	367	270	105	20	33	34	8	41	0	75	0	18	971
1999	445	288	92	48	39	32	14	45	0	56	0	5	1,064
2000	399	291	92	39	43	32	22	41	0	191	0	8	1,158
2001	399	342	76	55	28	24	24	24	14	216	26	8	1,236
2002	383	341	90	29	16	15	22	12	6	195	11	3	1,123
2003	471	403	86	32	12	8	37	11	7	172	17	0	1,256
2004	461	454	107	38	10	7	12	18	4	176	23	0	1,310
(%)	(35.2)	(34.6)	(8.2)	(2.9)	(0.8)	(0.5)	(0.9)	(1.4)	(0.3)	(13.4)	(1.8)	(0.0)	(100.0)
計(人)	7,202	5,346	1,863	1,148	997	1,072	334	500	51	1,460	95	103	20,171
%	35.7	26.5	9.2	5.7	4.9	5.3	1.7	2.5	0.3	7.2	0.5	0.5	100.0

図2 年度別発見率



病理組織診断と年齢

病理組織診断と年齢の関係をみると、高度異形成の比率は29歳以下で49.8%、39歳以下で44.2%、と若年者で高いのに反し、浸潤がんの比率が60～69歳で44.8%、70歳以上では71.2%と大幅に上昇している。ただし、29歳以下では7.9%、30～39歳でも12.2%を占めている。一方、体がんでは、50歳以上がほとんどを占めていることがわかる(図3)。

頸がん(上皮内がん以上で、頸部腺がんも含む)の年齢の年度群別の推移をみると29歳以下の頸がんの比率は1986～1989年度群3.7%であったのに対し、2002～2004年度は8.0%とほぼ倍の比率に増加している。また30～39歳も漸増して若年化傾向が認められる(図4)。

1次検診時の細胞診と病理組織診

2004年度では、class III aと推定病変の軽度異形成と合致した割合は、855例中精検未実施と判定不能例を除く840例中417例(49.6%)であった。また、11例の上皮内がんと3例の浸潤がんを検出している。一方、良性所見が346例(41.2%)と半数近くを占めていることは、今後の精密検査のあり方を考える上で興味深い。

細胞診class III b以上になると良性は減って、推定病変の高度異形成は90例中38例(42.2%)で割合としては一番多いが、

上皮内がん以上が23例(25.6%)と悪性の割合が増加してくる。

そして、細胞診class IVは早期がん以上が17例中13例(76.5%)となり、class Vでは1例中1例が浸潤がんであった。

子宮内膜細胞診の疑陽性では、精検の未実施や判定不能例を除いた73例中12例(16.4%)が推定病変と

図3 年齢別病理組織診断

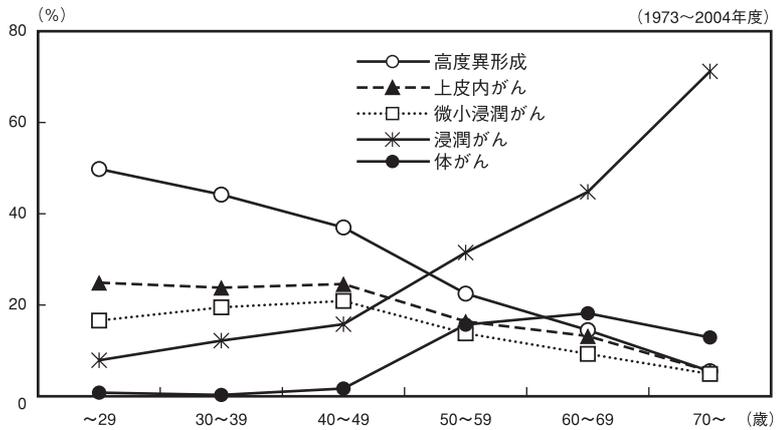
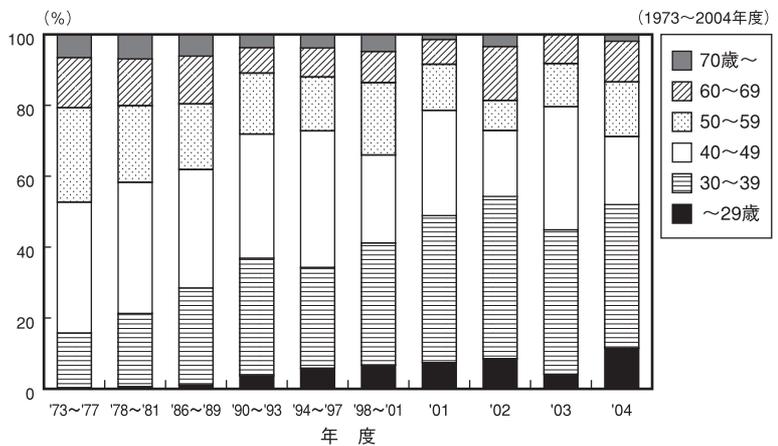


図4 頸がん患者の年齢の推移



した内膜増殖症であったが、他に体がん6例(8.2%)が発見された。ただし、55例(75.3%)の良性所見があるのは例年どおりで内膜細胞診の限界ともいえる。

子宮内膜細胞診の陽性例では、体がんが1例中1例であった。なお、頸部細胞診における体がんや内膜増殖症例は、いずれも腔内細胞診疑陽性以上の症例である。

1973年度から2004年度までを合計すると、細胞診class I～IIでコロボ診異常の理由で精検を行った697例の中に異形成が118例(16.9%)あった。また、上皮内がんも含めたがんも8例(1.1%)あった。これは本会での婦人科検診センターにおける1次検診時にコロボ診を採用していることによる細胞診の偽陰性例に対する補い効果と思われる。

また、腔内細胞診疑陽性例における病理組織診良性例は1,374例中803例(58.4%)で、2004年度の75.3%を下まわっており、近年の経口避妊薬やHRTなどホルモン剤使用の増加に伴い腔内細胞診の診断がますます難しくなっている現状がうかがわれる(表6)。

表7は精検センター受診時の細胞診と病理組織診の結果である。細胞診class III aの軽度異形成の合致率は未実施や判定不能例を除く685例中395例(57.7%)で、1次検診の49.6%を上回っている。class III bでは、推定病変の高度異形成の割合42.2%をやはり上回っている。

なおclass IVでは、47例中早期がん以上31例(69.5%)と1次検診の推定病変の合致率を下回っている。ただし良性は0例で、他の病変は軽度から高度の異形成で

表6 1次検診時の細胞診と病理組織診断

(2004年度)												
病理組織診断 細胞診	良 性	軽 度 異形成	高 度 異形成	上皮内 が ん	微小浸 潤がん	浸 潤 が ん	体がん	内 膜 増殖症	その他	未実施	判 定 不 能	計
I・II	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
頸部 III a	346	417	59	11	1	2	0	1	3	7	8	855
III b	15	12	38	16	6	1	2	0	0	0	0	90
IV	0	0	4	11	2	0	0	0	0	0	1	18
V	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
体部 疑陽性	55	0	0	0	0	0	6	12	0	1	10	84
陽 性	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
計(人)	427	429	101	38	9	4	9	13	4	8	20	1,062

(1973～2004年度)													
病理組織診断 細胞診	良 性	軽 度 異形成	高 度 異形成	上皮内 が ん	微小浸 潤がん	浸 潤 が ん	体がん	内 膜 増殖症	その他	未実施	判 定 不 能	追跡中	計
I・II	566	109	9	4	0	4	3	2	0	28	0	3	728
頸部 III a	5,157	4,735	986	320	210	148	20	29	18	469	28	45	12,165
III b	372	307	688	487	356	268	35	5	9	69	1	12	2,609
IV	99	41	112	282	283	308	19	0	4	4	1	5	1,158
V	17	10	18	42	81	386	37	1	4	14	0	2	612
内 膜 疑陽性	803	11	3	1	4	4	97	441	10	16	53	29	1,472
陽 性	16	1	0	0	1	4	75	11	2	0	3	4	117
計(人)	7,030	5,214	1,816	1,136	935	1,122	286	489	47	600	86	100	18,861

表7 精検センター受診時の細胞診と病理組織診断

(2004年度)												
病理組織診断 細胞診	良 性	軽 度 異形成	高 度 異形成	上皮内 が ん	微小浸 潤がん	浸 潤 が ん	体がん	内 膜 増殖症	その他	未実施	判 定 不 能	計
I・II	144	30	2	0	0	0	0	0	1	103	3	283
頸部 III a	249	395	37	0	0	0	0	2	2	42	3	730
III b	9	26	54	13	2	1	4	1	1	8	1	120
IV	0	2	14	25	5	1	0	0	0	1	0	48
V	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	1	8
体部 陰 性	39	0	0	0	0	0	0	1	0	22	7	69
疑陽性	20	1	0	0	0	1	4	14	0	0	6	46
陽 性	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	5
判定不能	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
計(人)	461	454	107	38	10	7	12	18	4	176	23	1,310

ある。class Vは全例が浸潤がん(微小浸潤がんも含む)である。また細胞診と組織診が合致しない時は再度精検を試みたり、頸管奥の病変で組織採取が困難な例は病変決定のため頸部円錐切除を他機関に依頼するようにしている。

なお、子宮内膜細胞診では、未実施や判定不能を除いて内膜増殖症と推定した疑陽性40例中14例(35%)が内膜増殖症と一致していたが、20例(50%)が良性であった。

おわりに

精検センターの受診者は1999年度以来、連続年間1,000人の大台を超え、2004年度は1,193人と過去最高となった。あらためて本施設を利用してくださった東母の諸先生に感謝申し上げる次第である。この受診者の増加は頸がん精検者、特に29歳以下の精検者の増加によるものであり、近年の妊婦検診時の頸部細胞診検査の励行や、若年者におけるHPV感染の急増がその背景にあると考えられるが、2004年度に関していえば、厚生労働省の子宮がん検診に対する指針の改訂によって検診対象年齢が20歳以上に引き下げられたことも大きな要因と考えられる。またこの改訂によって、受診間隔が2年に1度に改められたことから、2005年度以降の受診者数にどのような影響があらわれるのか、興味のあるところである。

頸がん精検者での年度別の傾向をみてみると、精検者の若年化に伴って細胞診判定におけるclass III aや、病理組織診断における軽度異形成の割合が増加の一途をたどっている。またその一方で、class III a者の病理組織診断で慢性頸管炎などの良性異型と診断される割合は40%以上に達している。細胞診判定class III aの細胞像を分析すると大きく3種類に分類される。1つは、炎症性変化などの良性異型細胞で軽度・中等度異形成細胞との鑑別を要するもの。この内には、コイロサイトーシスやパラケラトーシスなどの所見を有するHPV感染を疑わせる細胞も含まれる。2つめは、典型的な軽度・中等度異形成細胞の出現を認めるもの。3つめは、高度異形成細胞との

鑑別を要するもの、たとえば、高度異形成をrule outする必要のある異型性細胞の標本または異型化生細胞(ASC-H)などが含まれる。現在は治療指針としてclass III aは病理組織診を行う地区があるが、病理組織診断で高度異形成以上であったclass III aのほとんどは3つめのtypeであることから、1, 2のtypeは病理組織診をせずに3~6ヵ月後の細胞診再検で良いのではないかと考えている。このようにして、class III a者における病理組織検査の必要性を選別することにより、患者の精神的、肉体的負担を軽減させるとともに、多少ともtotalとしての医療費を節約し、その分、頸がん検診の間隔の見直しの検討を行うのも1つの考え方ではないかと考える。

次に、体がん精検者の年度別の傾向をみてみると、1999年度の年間受診者数161人をピークとして最近はやや減少傾向にある。この原因の1つとしては、行政検診における体がん検診の減少が考えられるが、生活の欧米化に伴って体がんの罹患率が増加している現在、早期がん発見の手段としての体がん検診の手びかえが医療経済上はともかく、国民の健康管理を考える上で正しい方向であるのか疑問が残る。体がん精検患者の細胞診判定と病理組織診断との関係を見ると、細胞診疑陽性で、病理組織診が内膜増殖症以上であった率は、1973年度からの平均で39.2%、2004年度に限ればわずか24.6%であり、逆に偽陽性率はそれぞれ、60.8%、75.4%と高率であり、しかも近年ますますその傾向が強くなっている。その理由については本文中に記載したごとくであるが、これが腔内細胞診に対する信頼を失わせるとともに、不必要な組織診検査をふやし、医療経済上の問題から、前述したごとく、行政検診において体がん検診を手びかえさせる要因の1つとなっている。したがって、これを改善するために、腔内細胞診における細胞の採取手技、標本作製法、診断技術、診断評価などについて再検討を行い、偽陽性率を低下させることによって腔内細胞診に対する信頼を回復してゆきたいと考えている。