

2021年度 女性のための健診・予防医療のあり方検討委員会 —子宮頸がん検診に関するアンケート調査結果—

女性のための健診・予防医療のあり方検討委員会

委員長 佐々木 寛¹⁾ 副委員長 植松孝悦²⁾

委員 明石定子³⁾ 植田政嗣⁴⁾ 浦井典子⁵⁾ 大村峯夫⁶⁾ 木口一成⁷⁾ 齊藤英子⁸⁾

女性健診予防医療WG

委員 小田瑞恵⁹⁾ 鈴木美香¹⁰⁾ 杵本朋子¹¹⁾ 中井昌弘¹²⁾ 原田成美¹³⁾ 横尾郁子¹⁴⁾

背景

日本人間ドック学会は1,700を超える施設にご参加いただいております。健康診断のみならずがん検診においても我が国で大きな役割を果たしている。そして、質の高いがん検診を提供することを通じて国民の福祉に貢献するという公益性を有する公益財団法人であることから、各施設での検査やサービスの提供状況を調査することを実施してきた。

今回、本学会の「女性のための健診・予防医療のあり方検討委員会」では、子宮頸がん検診と乳がん検診に力点をおいて実施体制、精度管理状況についてアンケート調査を実施した。ここでは子宮頸がん検診について報告し、課題と展望について会員と共有することを目的とする。

対象・方法

「女性のための健診・予防医療のあり方検討委

員会」にてアンケート項目を設定し、2021年1月から3月末まで日本人間ドック学会施設会員全施設の1,713カ所を対象としてアンケート調査を実施した。調査方法は調査票の郵送とし、また日本人間ドック学会のホームページにアンケート実施のアナウンスとその内容を掲示して、郵送もインターネットでの回答も、いずれも可能とした。内容は自施設での子宮頸がん検診についてで、

アンケートⅠ. 子宮頸がん検診の実施体制に関すること

アンケートⅡ. 子宮頸がん検診(細胞診)を実施している施設としての体制・精度管理状況

アンケートⅢ. 子宮頸がん検診でヒトパピローマウイルス(HPV)検査を実施することを想定した場合の準備状況

からなる。

アンケートⅠには回答者の職種や、人間ドック健診施設機能評価の取得状況についても回答を求

- 1) 医療法人徳洲会千葉徳洲会病院 婦人科部長
- 2) 静岡県立静岡がんセンター 乳腺画像診断科兼生理検査科部長
- 3) 昭和大学病院 乳腺外科 教授
- 4) 畿央大学健康科学部 教授・健康科学部長
- 5) 日本航空健康保険組合 事務局長
- 6) 医療法人社団こころとからだの元氣プラザ 副所長・理事
- 7) 公益財団法人 東京都予防医学協会 検査研究センター センター長
- 8) 国際医療福祉大学三田病院予防医学センター 講師
- 9) 医療法人社団こころとからだの元氣プラザ 婦人科診療部長・理事
- 10) 聖隷健康サポートセンター Shizuoka 所長
- 11) 医療法人育和会 育和会記念病院 総合内科部長
- 12) 公益財団法人 三重県健康管理事業センター 診療所長
- 13) 東北大学大学院 乳腺・内分泌外科学分野 助教
- 14) 虎の門病院 健康管理センター 医長

めた。また、いくつかの項目については、検診依頼元別(住民検診, 健康保険組合, 共済組合, 協会けんぽ, 検診契約代行機関, 個人)に回答を依頼した。

アンケートⅡについては、地域保健・健康増進事業でのがん検診(住民検診)で実施されている「検診実施機関用チェックリスト」¹⁾(以下チェックリスト)を用いて、検診依頼元別(住民検診, 健康保険組合, 共済組合, 協会けんぽ, 検診契約代行機関, 個人)に、チェックリストの項目の実施状況について回答いただいた。項目数はすべての検診依頼元に共通するものが26項目、住民検診についてのみ回答いただくものが2項目である。回答は、「契約全例に適合」「一部の契約では適合」「まったく適合していない」からの選択とした。アンケートⅡの全依頼元への共通質問26個の個別施設の充足度を、「契約全例に適合：1点」「一部の

契約では適合：0.5点」「まったく適合していない：0点」として合計点を算出した。未回答項目については0点として計上した。

なお、オリジナルのチェックリストは住民検診を対象とした表現であったため、このアンケート調査では内容は変えずに、ほかの依頼元からの検診についても回答できるように表現の修正を行っている。

アンケートⅢは、現在の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」²⁾で実施が指示されている、住民検診での20歳以上、2年に1回の子宮頸部擦過細胞診による子宮頸がん検診に加え、近年では有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版³⁾などでHPV検査による検診方法も検討されていることから、HPV検査単独法による検診が導入される場合を想定し(図1)、30~60歳、5年に一度でアルゴリズム(検

わが国の子宮頸がん検診にHPV検査を導入する場合に検討されるアルゴリズムの例
保険外で行う検査の範囲が広がる可能性あり

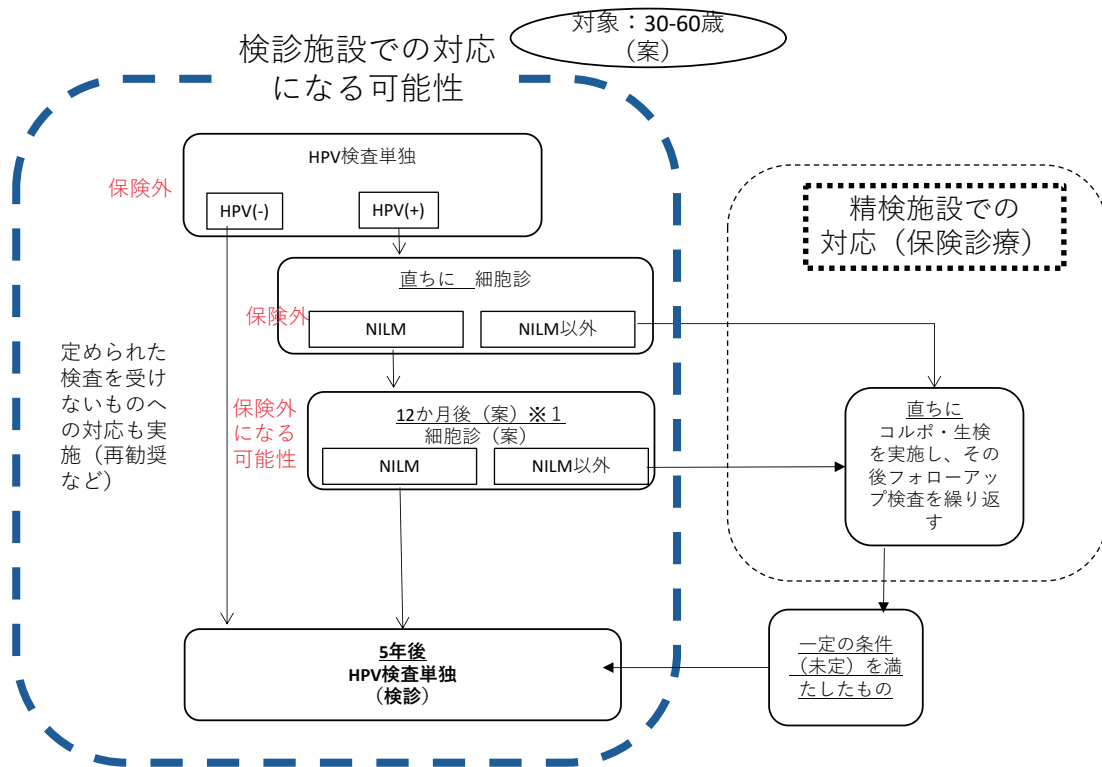


図1 HPV検査単独検診+細胞診トリアージを想定した場合のアルゴリズム案のフローチャート

アンケートⅢに回答していただくために示した、HPV検査単独検診+細胞診トリアージおよび1年後の細胞診による追跡検査を想定したアルゴリズム

診後の流れのフローチャート)を、現在の保険適応でない部分は保険外とした案を提示して、その仮定での実施説での実現可能性や準備状況について回答を求めた。本調査でのHPV検査単独検診とは、対象者全員に自施設で医師採取によるHPV検査を実施し、後日陽性者に自施設で医師採取による細胞診を実施することを想定しており、実務的に可能かを回答してもらった。回答の選択肢は、A. 現時点でも可能、B. 検討することが可能で、実現の可能性はある、C. 自施設の現状では困難～不可能と思われる、の3つとした。

なお、アンケートの回答は無記名で可とし、希望施設に対してはアンケートⅡの結果の全体での順位を報告することとしたため、返信先を明記してもらった。

結果

回答状況：1,713施設中245施設(14.3%)から回答が得られた。回答した職種(複数人での回答可)は多い順に事務職34%、看護職29%、常勤の婦人科専門医12%、検査技師・臨床検査技師・細胞検査士10%、常勤の婦人科専門医以外の医師6%、保健師3%だった(図2)。

アンケートⅠ：子宮頸がん検診実施体制に関すること

アンケートⅠの各項目について、結果の仔細は以下の通りであった(以下、図2内の番号を参照)。

I-(1)：回答施設の人間ドック健診施設機能評価の取得状況は42.9%だった。

I-(2)：子宮頸がん検診を実施しているのは86.5%だった。

子宮頸がん検診の提供体制について

以下の項目について、子宮頸がん検診を実施している施設212施設を対象に検討した。

I-(3)：検体採取の実施者は非常勤の産婦人科医が51.3%と最も多く、次いで常勤の産婦人科医が33.5%で、産婦人科以外の医師採取もあった。採取者はすべて医師であり、看護師による採取施設はなかった。自己採取による細胞診を提供しているの

は3.4%だった。

I-(4)：子宮頸がん検診を実施する契約団体数としては、いずれの契約形態でも25未満が多いが、健保組合や協会けんぽでは200以上との回答が10施設以上あった。500以上、1,000以上の団体と契約している場合もあった。

I-(5)：子宮頸がん検診の実施人数としては、いずれの契約形態でも100人以下が多いが、健保組合や協会けんぽでは1,000人以上との回答が10施設以上あった。

I-(6)：契約がある子宮頸がん検診の実施内容項目としては、いずれの契約形態でも医師採取の細胞診が最も多く、次いで内診が多かった。HPV検査を含む提供形態もみられたが、協会けんぽでは内診およびHPV検査を提供していない点が他の契約と異なっていた。自己採取の細胞診およびHPV検査は、それぞれ極少数ながらすべての契約形態で実施されていた。

I-(7)：質問(6)で自己採取細胞診を実施すると答えた施設の理由としては「受診者や契約団体の希望」が最も多かった。自己採取HPV検査を実施する理由としては「受診者や契約団体の希望」、「医師採取に抵抗のある受診者のハードルを下げるため」などの回答があった。

I-(8)：子宮頸がん検診に使用する細胞採取器具としてはブラシが69.5%、綿棒が19.8%、ヘラが8.4%だった。

I-(9)：採取した検体の処理法は液状化検体法が54.4%、直接塗抹法は38.7%、両方実施が6.9%だった。直接塗抹法を実施する理由は「不適正検体がほとんどないから」と「安価だから」が多かった。

I-(10), (11)：子宮頸がんの検診開始年齢は、個人の間ドック・検診を除いて20歳が最も多く、次いで30歳、40歳の順で、その傾向は協会けんぽで最も著明であった。個人に対しては年齢制限なしが多かった。検診の間隔は協会けんぽと住

民検診は2年に1回、それ以外は毎年が最も多かった。

検診結果等の取り扱いについて

I-(12)：子宮頸がん検診の結果報告の対象者は、健保組合では受診者のみに報告、それ以外は受診者と契約主両方に報告が最も多かった。また、契約主にのみ報告する場合もみられた。

I-(13)-1：子宮頸がん検診が要精密検査(要精検)となった場合、結果報告書以外に受診者本人へ個別連絡することが契約に含まれているのは、いずれの契約形態でも25%前後、本人への個別連絡を実施する契約ないものが40~50%程度だった。

I-(13)-2：ところが、子宮頸がん検診が要精検となった場合、受診者全員に個別連絡しているのは、いずれの契約形態でも45%前後であり、個別連絡を実施していないのは10%前後であった。

I-(14)-1, (14)-2：(13)-2で個別連絡をする

と答えた施設のうち、「施設の基準で異常者全員に連絡する」が58.7%と最も多く、次いで、施設としての基準はないが医師が自分で判断して連絡している場合が21.8%であった。施設の基準で連絡を取る場合の手段は手紙が多く、医師の判断で連絡を取る場合は電話の方が多かった。

I-(15)：契約団体として、受診者へ直接個別連絡することを予め契約で禁じているところも12.2%あった。

I-(16)：法律によって職域等、住民検診以外のがん検診の検診結果・精密検査結果は、個人の同意がなければ使用できないことを知っているとした施設は85.4%だった。

I-(17)：職域等のがん検診の検診結果・精密検査結果を精度管理など行うためなどに使用することを説明して、予め受診者本人の同意を得ているのは57.1%で、そのうち書面での同意が66.9%だった。

アンケートⅠ～Ⅲの回答者の職種(複数人での回答可)

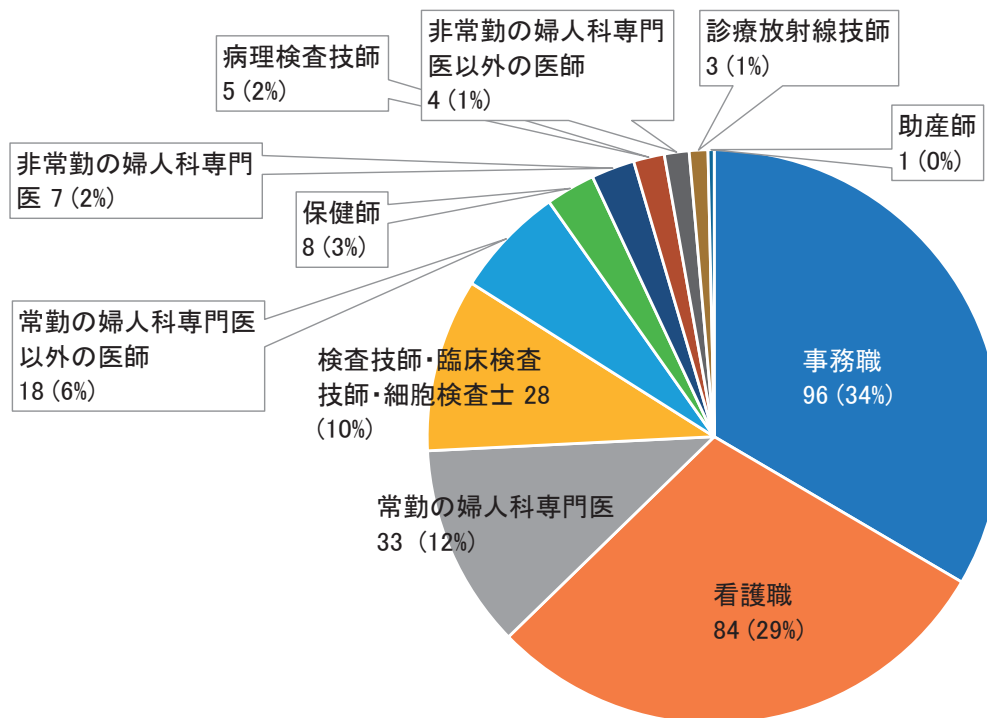
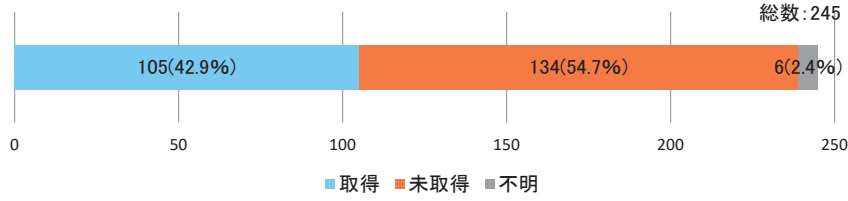
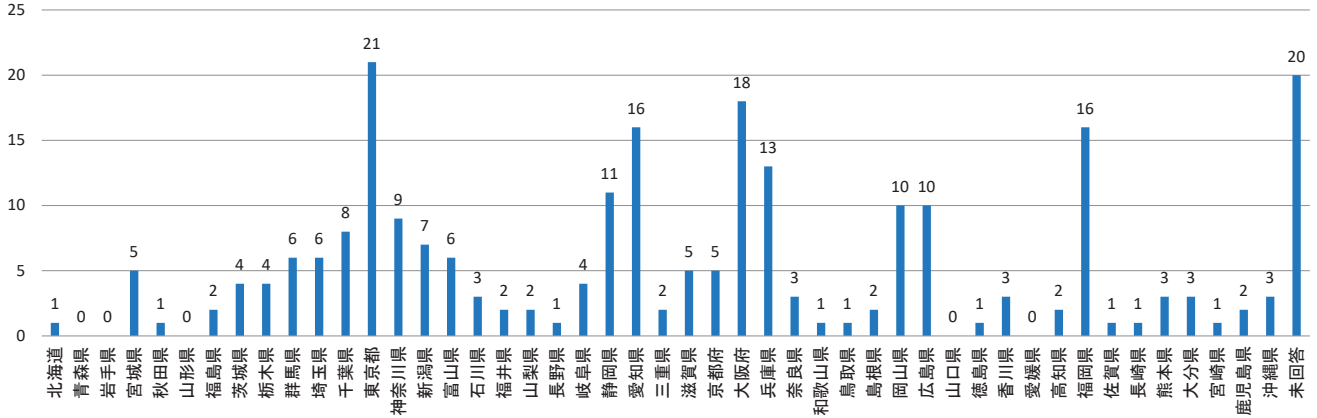


図2 アンケートⅠの結果：子宮頸がん検診実施体制に関することについての回答

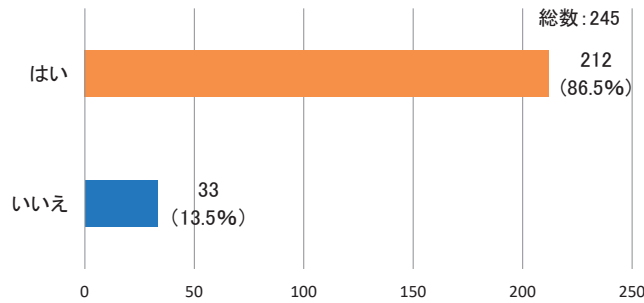
I-(1) 回答施設の機能評価認定施設取得状況



I-(1)-2 回答施設の都道府県



I-(2) 子宮頸がん検診の実施



I-(3) 検体採取の実施者(複数選択可)

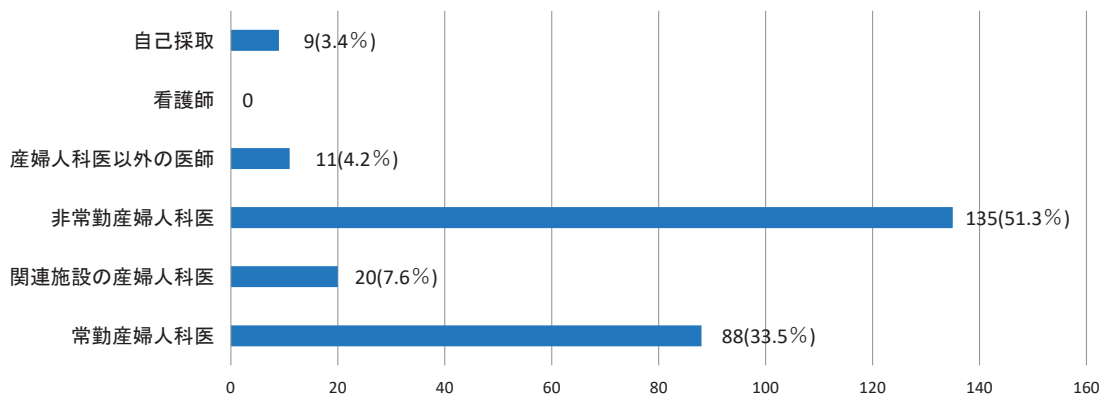
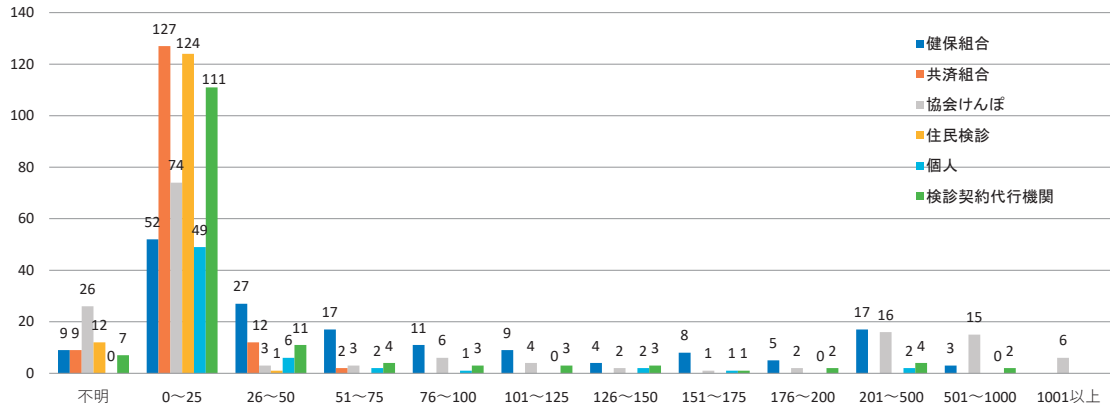
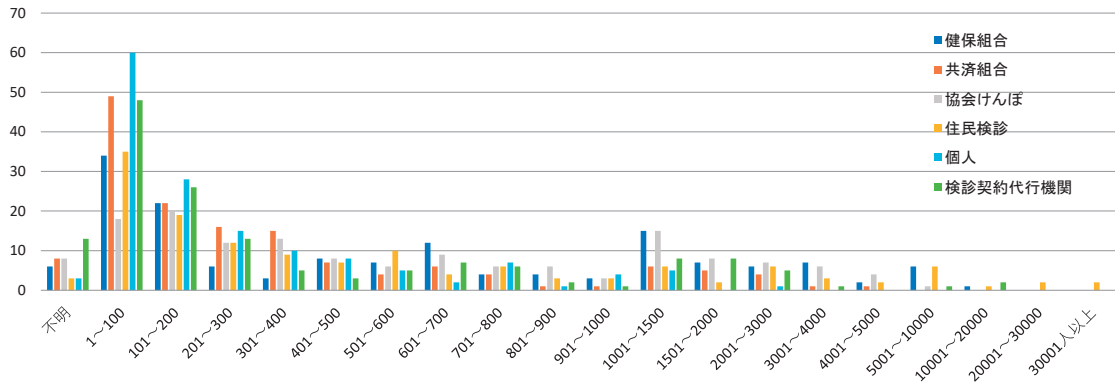


図2 (続き)

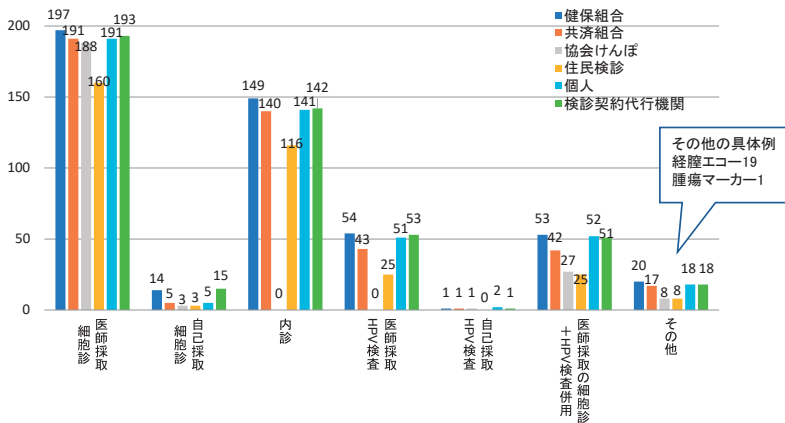
I-(4) 子宮頸がん検診実施の契約団体数(2019年度)



I-(5) 子宮頸がん検診実施人数(2019年度)



I-(6) 契約がある子宮頸がん検診の項目(複数回答可)



I-(7)

- I-(6)で「自己採取細胞診」を実施している施設のみ、その理由
- I-(6)で「自己採取HPV検査」を実施している施設のみ、その理由

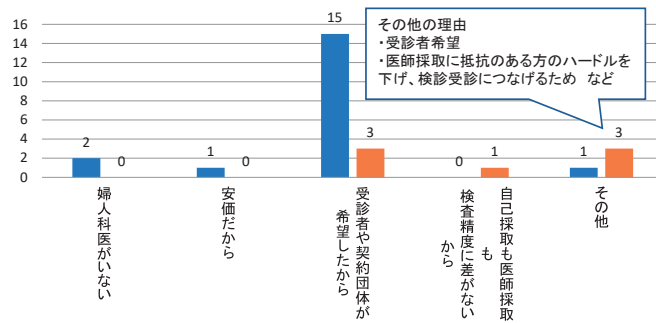
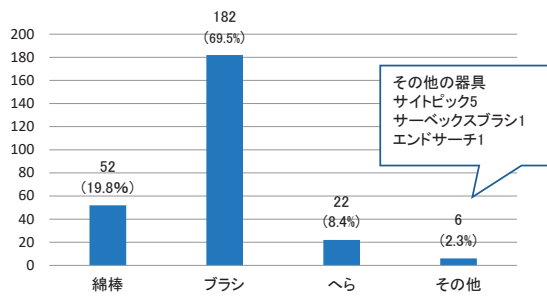
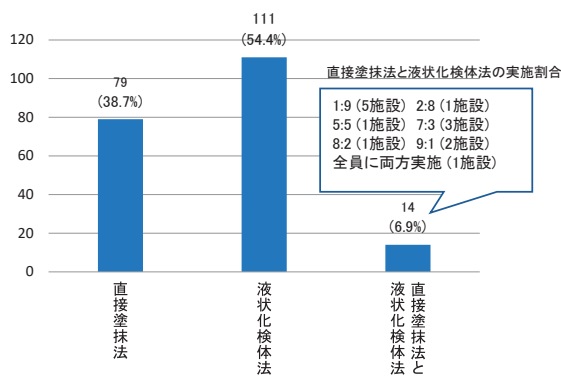


図2 (続き)

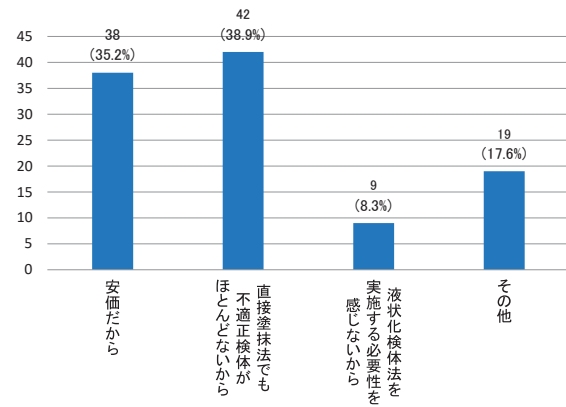
I-(8) 妊婦以外の子宮頸がん検診に使用している細胞採取器具
(複数回答可)



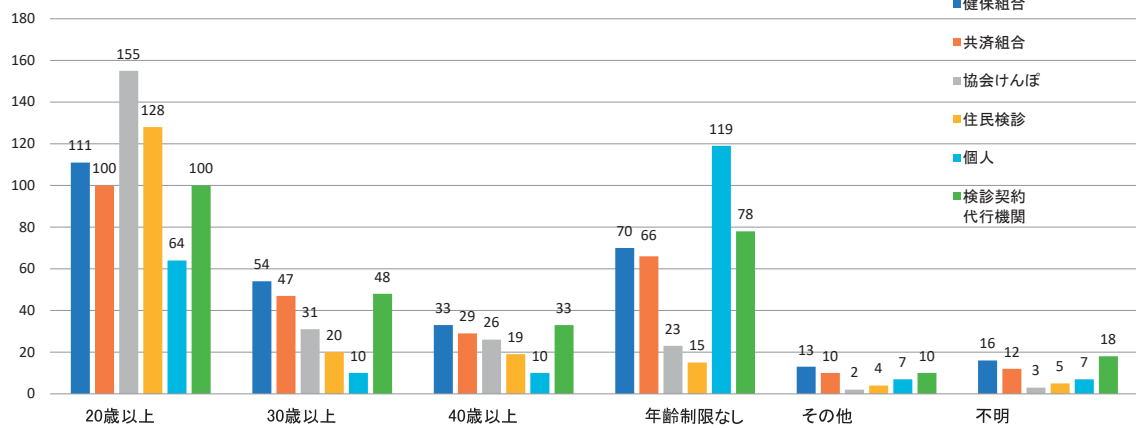
I-(9) 採取検体(細胞)の処理方法



I-(9)-2 直接塗抹法を実施している理由



I-(10) 契約している子宮頸がん検診の検診開始年齢
(複数回答可)



I-(11) 契約している子宮頸がん検診の検診間隔
(複数回答可)

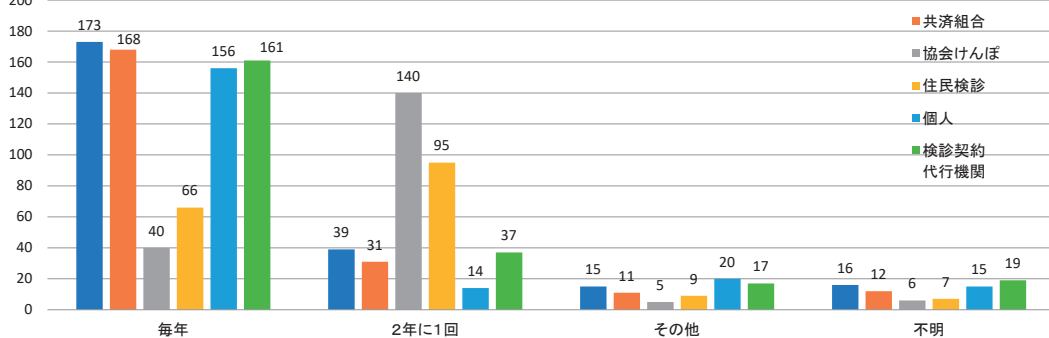
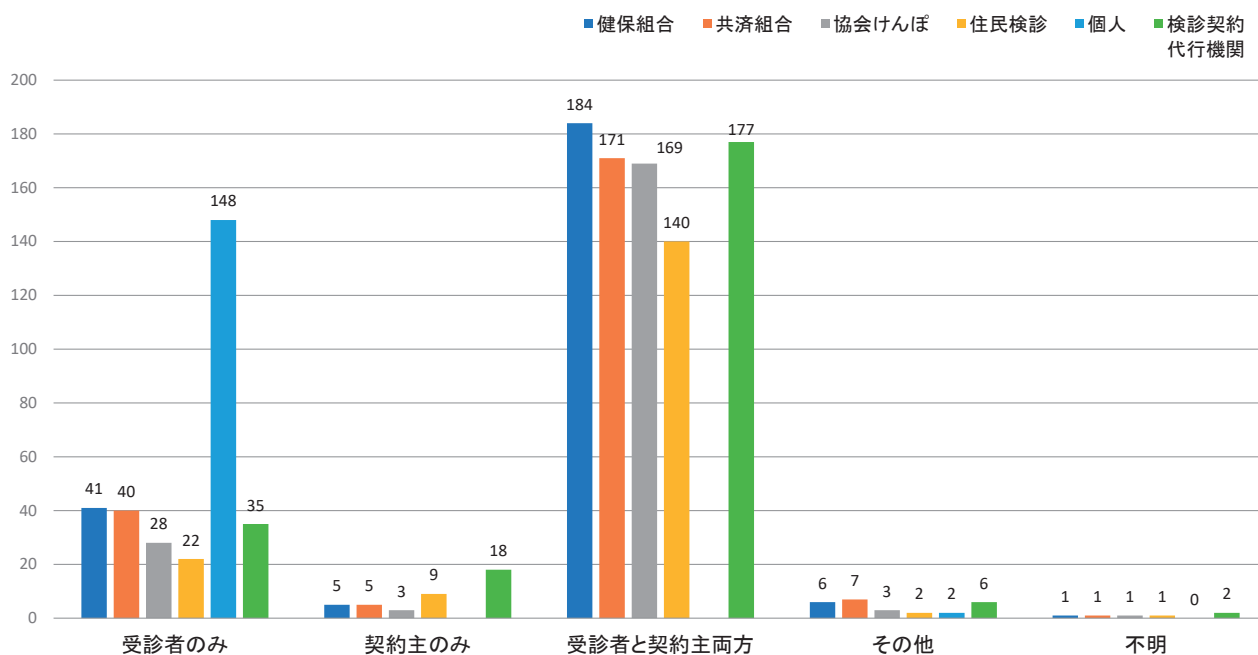
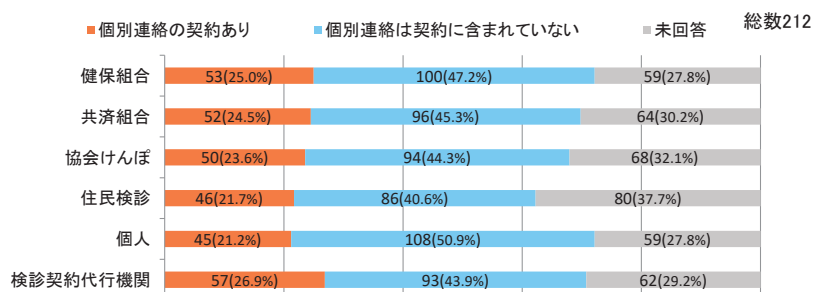


図2 (続き)

I-(12)子宮頸がん検診結果の報告の対象者
(複数回答可)



I-(13)-1 子宮頸がん検診が要精検となった場合、
結果報告書以外に受診者本人へ個別連絡することが契約に含まれているか



I-(13)-2 子宮頸がん検診が要精検となった場合、
結果報告書以外に受診者本人へ個別連絡を実施しているか

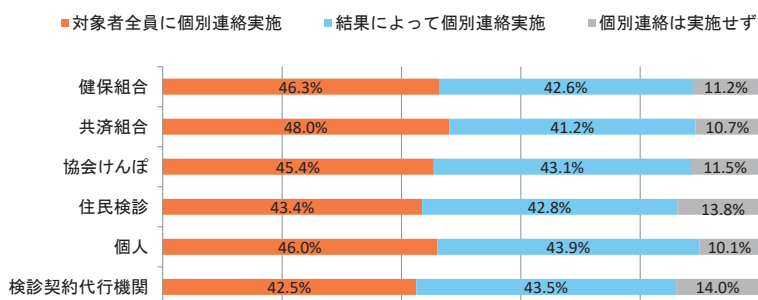
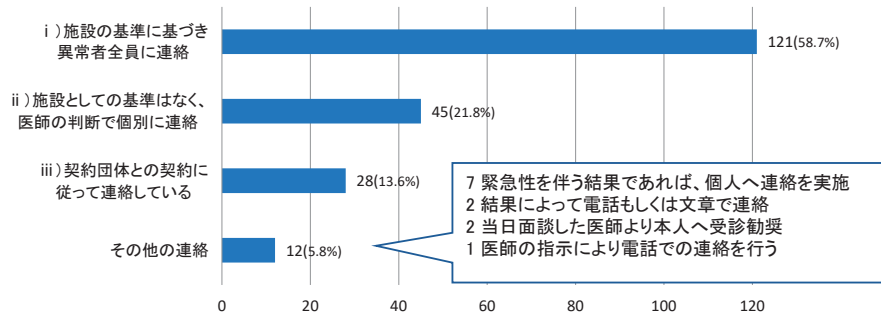
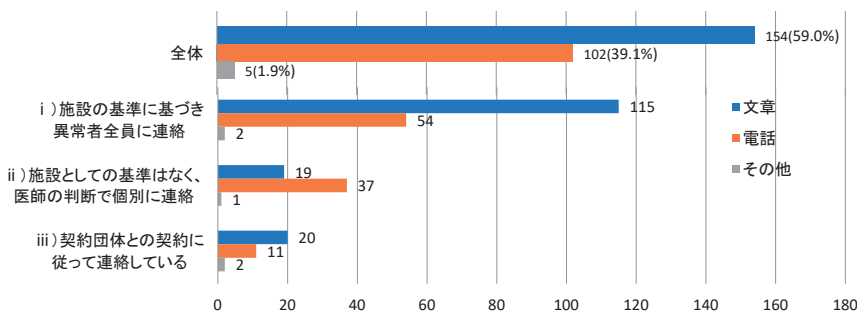


図2 (続き)

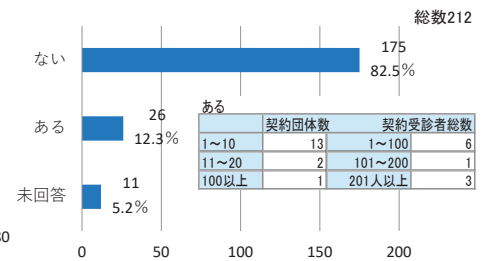
I-(14)-1 (13)-2で個別連絡をしていると答えた施設へ
どのように受診者本人への個別連絡を行なっているか
(複数回答あり)



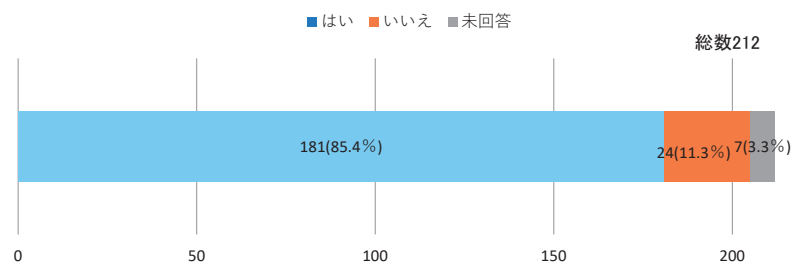
I-(14)-2 受診者本人への個別連絡手段
(複数回答可)



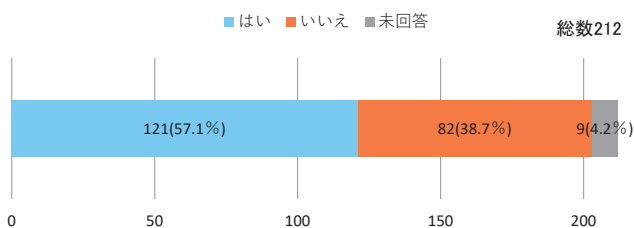
I-(15) 直接受診者への個別連絡を禁じている契約団体の有無



I-(16) 職域等のがん検診の検診結果・精密検査結果は、個人の同意がなければ使用できない(個人情報保護法の要配慮個人情報に該当する)ことをご存知ですか。



I-(17)-1 職域等のがん検診の検診結果・精密検査結果を精度管理などを行うためなどに使用することを説明して、あらかじめ受診者本人の同意を得ていますか。



I-(17)-2 「はい」と答えた施設へ 同意を得ている場合は書面での同意ですか。

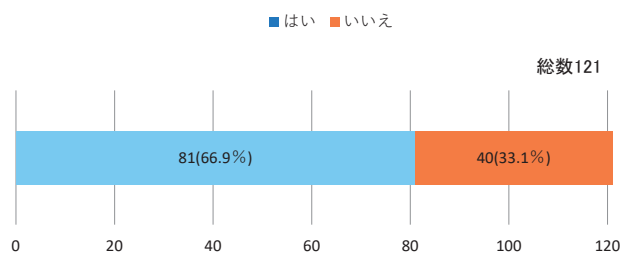


図2 (続き)

アンケートⅡ：子宮頸がん検診(細胞診)を実施している施設としての体制・精度管理状況

回答施設245施設中、アンケートⅠにて、子宮頸がん検診を実施していると回答した212施設について集計を実施した。なお、契約別の回答数(母数)は、住民健診167、個人の健診・人間ドック205、健保組合201、共済組合194、協会けんぽ191、健診代行機関194だった。

結果各項目の回答結果を図3に示す。また、「契約全例に適合」と回答した割合が、住民検診>住民検診以外、住民検診<住民検診以外、あるいは住民検診と住民検診以外で同等かを表1(「契約全例に適合」の割合)に示す。

図3に示すように未回答の割合はⅡ-2-④のすべての契約形態とⅡ-2-⑦での個人契約で未回答が15~19%高い以外はすべての契約形態で1~数%程度であり、本チェックリストは住民検診以外でも、住民検診と同等に回答可能であった。この検討では適合の選択肢に「契約全例に適合」と「全く適合していない」のみならず「一部の契約で

は適合」を設定したが、いずれの項目においても「一部の契約では適合」の占める割合はわずかであった。

住民検診以外の契約形態は、「契約全例に適合」の割合がいずれの項目でも似通った値であり、一方、住民検診では他の契約形態とは一部で異なっている部分があった。表1に示すように、アンケートⅡ-1では、①②および④~⑥のいずれの項目でも「契約全例に適合」との回答が、住民検診ではそれ以外の契約形態と比較して数%~20%程度高い。Ⅱ-2では「契約全例に適合」割合が住民検診で高いものは1/10、同等が2/10項目、住民検診以外が優位のもの7/10項目であった。Ⅱ-3では同等が1/6項目、住民検診以外が優位であるものが5/6項目であった。Ⅱ-4では、同等が4/5項目で、住民検診以外が優位のもの1/5項目であった。またアンケートⅡ-全体を通して住民検診では契約があるにもかかわらず未回答であった項目の割合がやや多かった(表1、図3)。

全契約形態に回答を求めた26項目全体での「契約全例に適合している割合」は住民検診とそれ以

表1 「契約全例に適合」の割合

		住民検診>住民検診以外	住民検診≒住民検診以外	住民検診<住民検診以外	備考
1	①	○			
	②	○			
	④	○			
	⑤	○			
	⑥	○			
	2	①			○
②		○			
③				○	
④			○		
⑤			○		
⑥				○	
⑦				○	※個人のみ著しく低い
⑧				○	
⑨				○	
⑩				○	
3	①			○	
	②		○		
	③			○	
	④			○	
	⑤			○	
	⑥			○	
4	①			○	
	③		○		
	④		○		
	⑤		○		
	⑥		○		

外の契約形態のいずれも19/26前後でほとんど差がなかった(図3)。

アンケートⅡの各項目について結果の仔細は以下の通りであった(以下、図3内の番号を参照)。

1. 受診者への説明

- Ⅱ-1-①：要精検となった場合に必ず精検を受ける必要があることを明確に説明しているかについては、住民検診のみ75%が契約全例に適合しており、それ以外の契約形態では65%程度にとどまり、そのなかで10ポイント程度の差があった。
- Ⅱ-1-②：精検の方法について説明しているかについては、住民検診では契約全例に説明しているのが46%程度で、他の契約形態では30%弱が契約全例には説明しておらず、15ポイント程度の差があった。
- Ⅱ-1-③：住民検診に限定した項目で、精検結果を市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精検を依頼した場合は検診機関がその結果を共有することを説明しているかについては約70%が契約全例に適合していた。
- Ⅱ-1-④：検診の有効性などががん検診の欠点について説明しているかについては、住民検診では契約全例に説明しているのが約50%で、他の契約形態では32%程度で、20ポイント近い差があった。
- Ⅱ-1-⑤：検診の継続(隔年)が重要であることを説明しているかについては、住民検診では67%程度で契約全例に説明していたが、それ以外の契約形態では55%程度であり、10ポイント以上の差があった。
- Ⅱ-1-⑥：子宮頸がんの罹患率について説明しているかについては、住民検診では契約全例に説明しているのが約50%で、他の契約形態では32%程度で、20ポイント近い差があった。

2. 検診機関での精度管理

- Ⅱ-2-①：細胞診、問診、視診の契約全例への実施は住民検診では90%程度にとどまるのに対して、他の契約形態では95~97%であり、5~7ポイントの差があった。
- Ⅱ-2-②：細胞診の方法(従来法/液状検体法、採取器具)が契約書や仕様書に記載されているかについては、住民検診では契約全例に適合が50%程度あったのに対し、他の契約形態では30~40%にとどまり、10~20ポイントの差があった。
- Ⅱ-2-③：細胞診の採取については、住民検診では契約全例に適合が90%程度であったのに対し、他の契約形態では94~95%程度であった。
- Ⅱ-2-④：細胞診を二次委託する場合、施設名が契約書や仕様書に記載されているかについては、契約形態を問わず、契約全例実施が64~69%程度であった。
- Ⅱ-2-⑤：検体が不適切との判定を受けた場合、再度検体採取を行っているかについては、いずれの契約形態でも75~79%程度が契約全例に行っていた。
- Ⅱ-2-⑥：検診結果の5年以上の保存については、住民検診では91%が契約全例に適合しており、他の契約形態では99%程度が契約全例に適合しており、8ポイント程度の差があった。
- Ⅱ-2-⑦：問診での必要項目の聴取の契約全例実施は、住民検診での91%、個人での82%が低い以外は、他の契約形態では95~97%程度実施されていた。
- Ⅱ-2-⑧：問診上、症状のある者には適切な医療機関への受診勧奨を行っているかについては、住民検診では契約全例に適合が90%で、他の契約形態では94~95%程度が契約全例に行っていた。
- Ⅱ-2-⑨：問診記録の5年以上の保管については、住民検診では91%が契約全例に適合し、他の契約形態は96~98%程度で

あった。

Ⅱ-2-⑩：視診は腔鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているかについては、いずれの契約形態でも90%前後が契約全例に行っていた。

3. 細胞診判定施設での精度管理

Ⅱ-3-①：臨床細胞学会の認定または認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているかについて契約全例で実施していたのは、住民検診では82%、その他では86~88%程度であった。

Ⅱ-3-②：細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について再スクリーニングを行っている、または再スクリーニング施工率を報告しているかについては、いずれの契約形態でも約70%が契約全例に適合していた。

Ⅱ-3-③：細胞診結果の報告にベセスダシステムを用いる、が契約全例に適合しているかについては、住民検診では91%で、それ以外では96~98%程度であった。

Ⅱ-3-④：すべての子宮頸がん検体標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記している、が契約全例に適合しているかについては、88~94%程度であった。

Ⅱ-3-⑤：がん発見例は、過去の細胞所見の見直しが契約全例に適合しているかについては、住民検診では72%程度で、他の契約形態では77~79%程度が契約全例に適合していた。

Ⅱ-3-⑥：標本の5年間以上の保存の契約全例に適合については、83~90%程度の間で分散していた。

4. システムとしての精度管理

Ⅱ-4-①：受診者への結果の通知・説明、またはそのための委託元への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているかの契約全例に適合については、

住民検診では85%台で、他の契約形態では91~94%台であった。

Ⅱ-4-②：住民検診に対してのみの質問である。がん検診の結果およびそれに関わる情報について、市区町村や医師会等契約元・委託元から求められた項目をすべて報告している。もしくはすべて報告されていることを確認しているかについては、85.6%が契約全例に適合していた。

Ⅱ-4-③：精密検査方法および、精密検査(治療)結果について、積極的な把握に努めているかについては、いずれの契約形態でも70%台が契約全例に適合しており、契約形態での差がみられなかった。

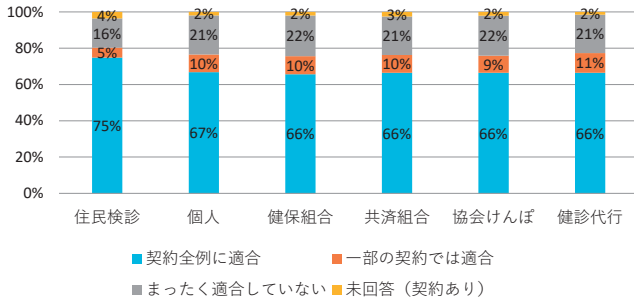
Ⅱ-4-④：診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会等を設置している。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているかについては、いずれの契約形態でも契約全例に適合は30%台にとどまっていた。

Ⅱ-4-⑤：自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているかについては、いずれの契約形態でも50%台が契約全例に適合し、契約形態で差がなかった。

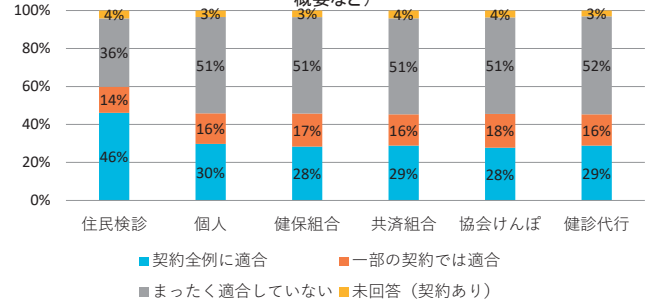
Ⅱ-4-⑥：プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っている。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているかについては、いずれの契約形態でも50%台が契約全例に適合し、契約形態で差がなかった。

1. 受診者への説明

II-1-① 検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明している

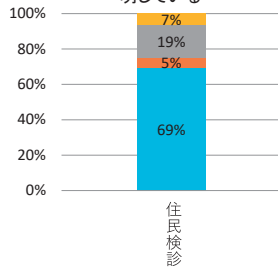


II-1-② 精密検査の方法について説明している(精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など)

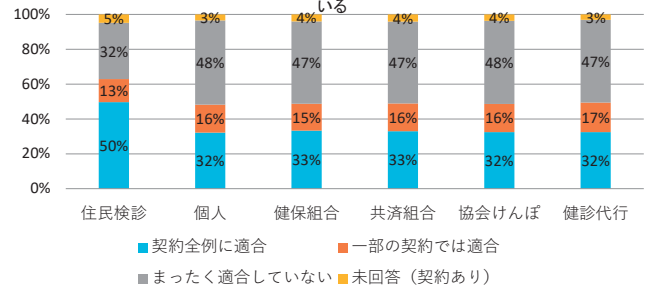


II-1-③ 住民検診のみ

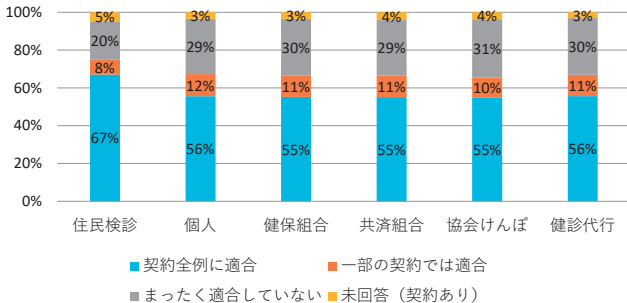
精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明している



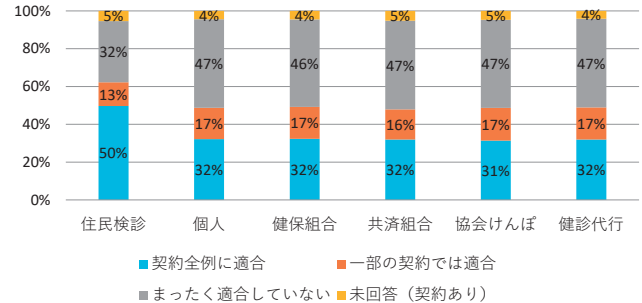
II-1-④ 検診の有効性(細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること)に加えて、がん検診で必ずがんが見つかるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明している



II-1-⑤ 検診受診の継続(隔年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明している

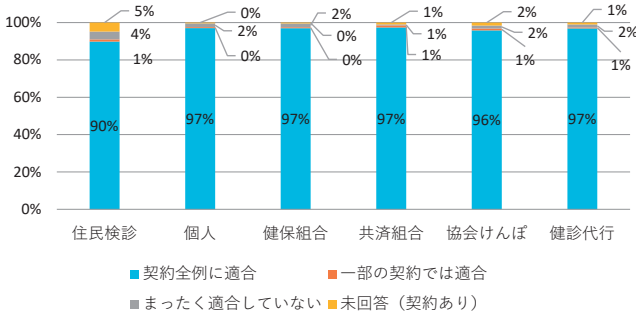


II-1-⑥ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんで比較的多く、また近年増加傾向にあることなどを説明している



2. 検診機関での精度管理

II-2-① 検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っている



II-2-② 細胞診の方法(従来法/液状検体法、採取器具)が契約書や仕様書に記載されている

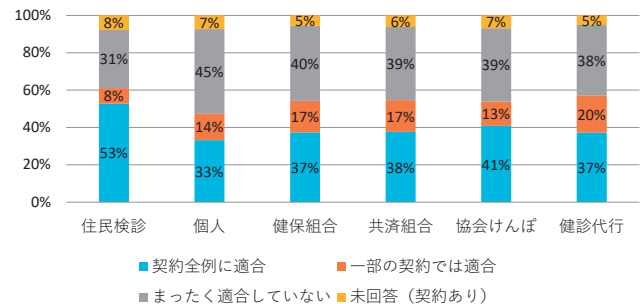
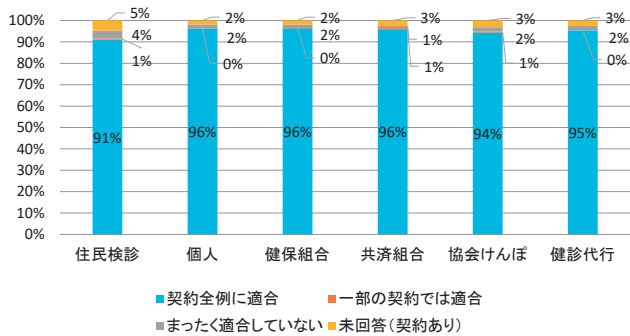
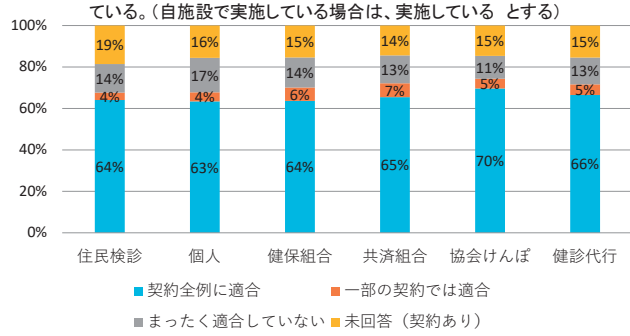


図3 アンケートIIの結果：子宮頸がん検診(細胞診)を実施している施設としての体制・精度管理状況についての回答

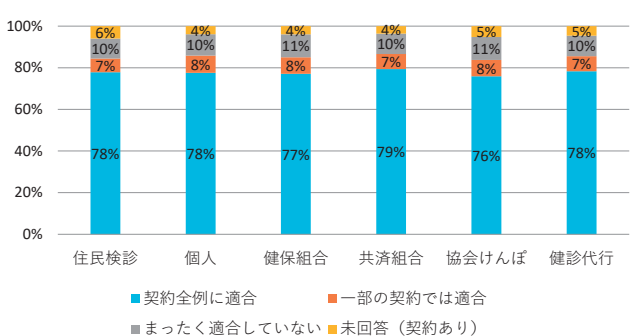
II-2-③ 細胞診は、直視下に子宮頸部及び陰部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理している



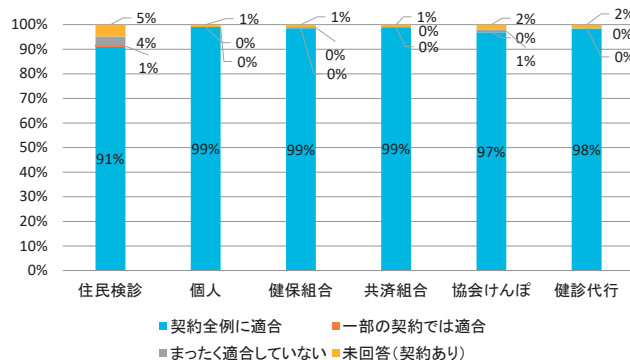
II-2-④ 細胞診の業務(細胞診の判定も含む)を外部に2次委託している場合、その委託機関(施設名)が契約書や仕様書に記載されている。(自施設で実施している場合は、実施しているとする)



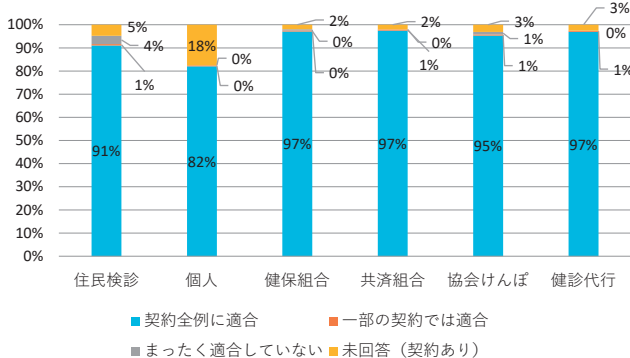
II-2-⑤ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っている



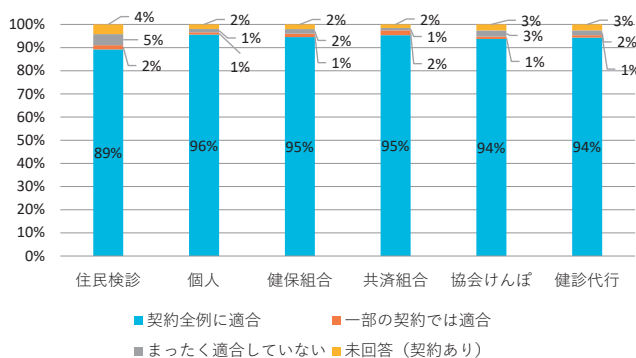
II-2-⑥ 検診結果は少なくとも5年間は保存している



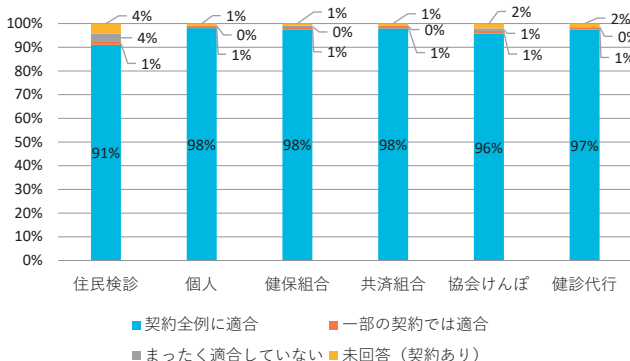
II-2-⑦ 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取している



II-2-⑧ 問診の上、症状(体がんの症状を含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っている



II-2-⑨ 問診記録は少なくとも5年間は保存している



II-2-⑩ 視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察している

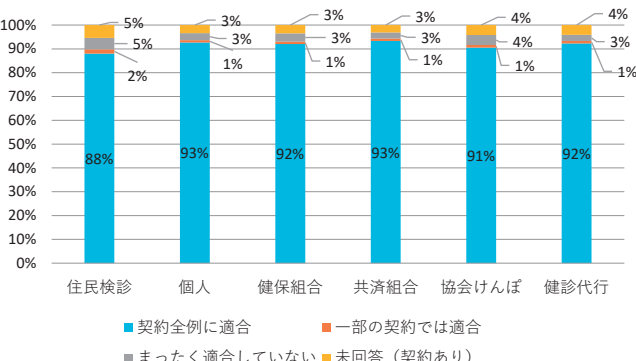
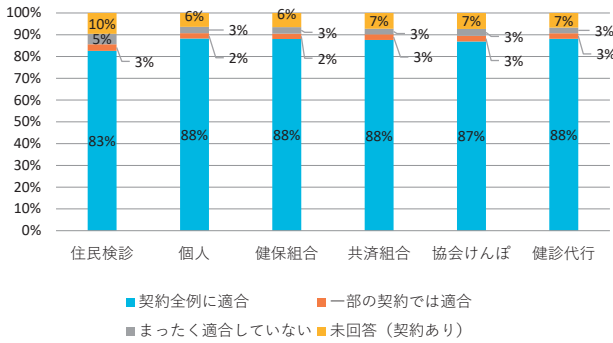


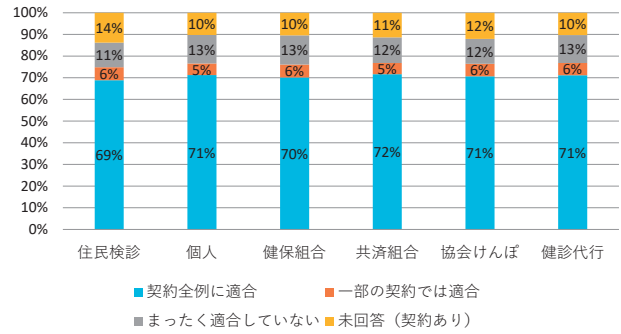
図3 (続き)

3. 細胞診判定施設での精度管理

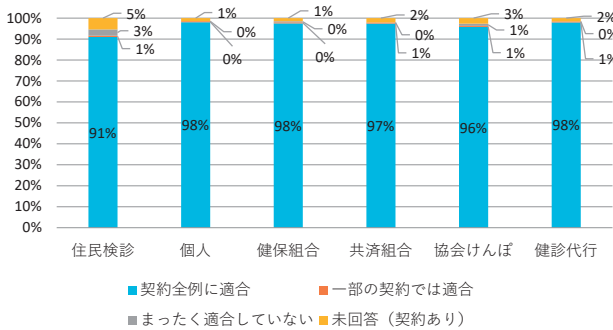
II-3-① 細胞診判定施設は公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けている。もしくは公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っている



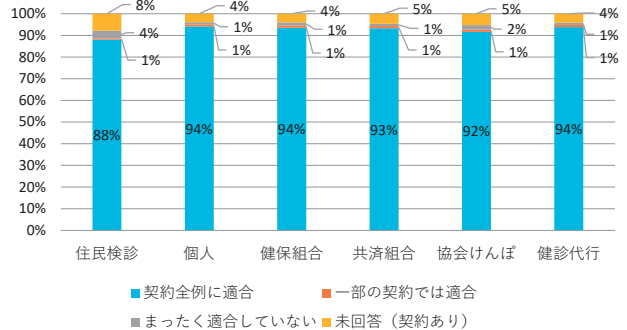
II-3-② 細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っている。または再スクリーニング施行率を報告している



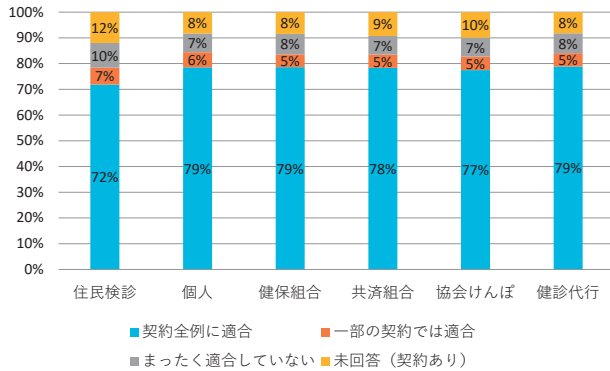
II-3-③ 細胞診結果の報告には、ベセスダシステムを用いているか



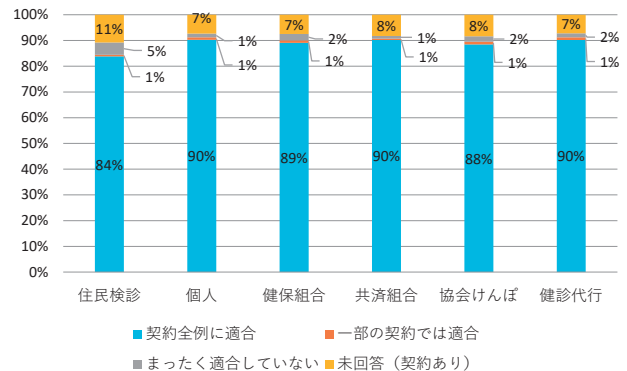
II-3-④ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記している



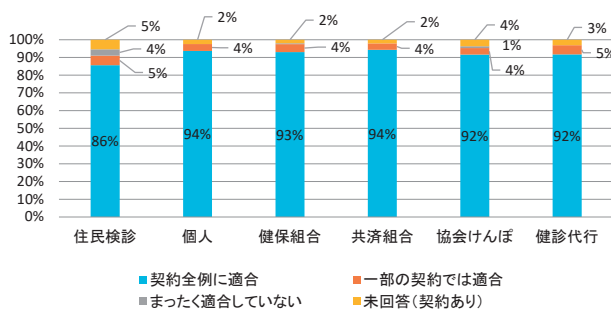
II-3-⑤ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っている



II-3-⑥ 標本は少なくとも5年間は保存している



II-4-① 受診者への結果の通知・説明、またはそのための委託元への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされている(健保などで受診者のみに結果を通知する取り決めの場合は、受診者への報告日でよい)



II-4-② がん検診の結果及びそれに関する情報について、市区町村や医師会等契約元・委託元から求められた項目を全て報告している。もしくは全て報告されていることを確認している

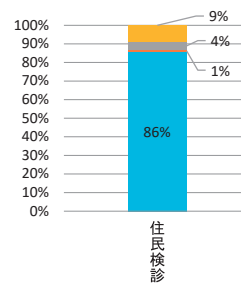
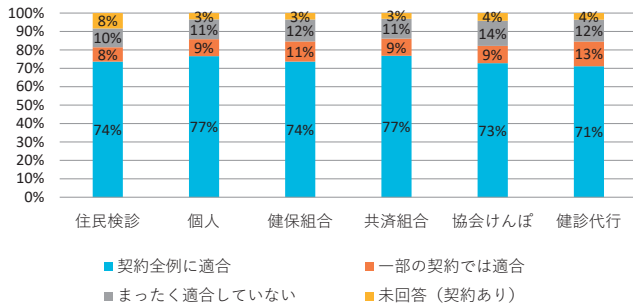
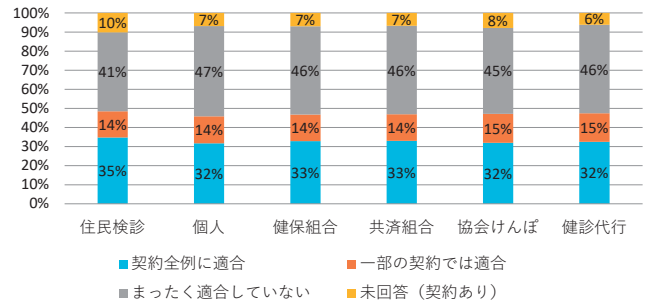


図3 (続き)

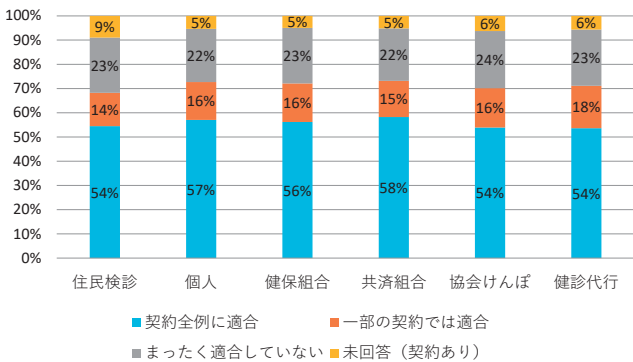
II-4-③精密検査方法及び、精密検査(治療)結果(精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと)について、積極的な把握に努めている



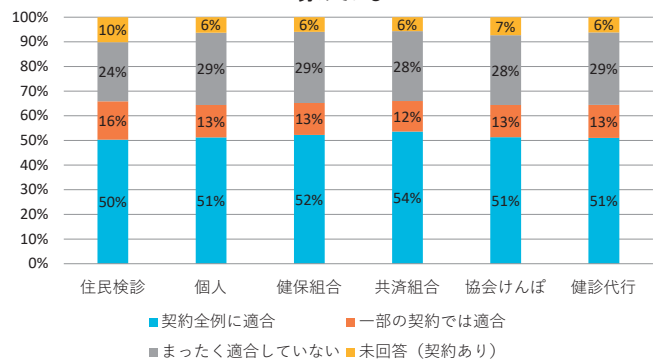
II-4-④診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会(自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医を交えた会)等を設置している。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加している



II-4-⑤自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握している



II-4-⑥プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っている。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めている



アンケートⅡ 平均点

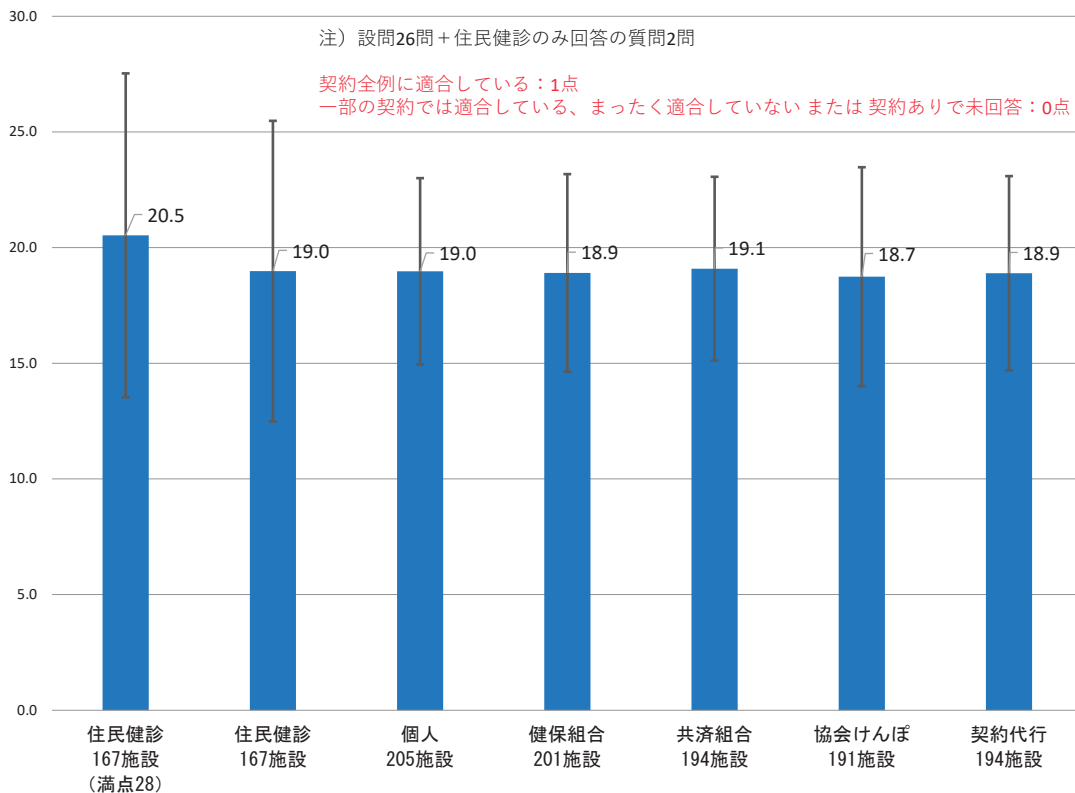


図3 (続き)

アンケートⅢ：子宮頸がん検診でヒトパピローマウイルス(HPV)検査を実施することを想定した場合の準備状況

回答施設245施設中、アンケートⅠにて、子宮頸がん検診を実施していると回答した212施設について集計を実施した。

アンケートⅢの各項目について結果の仔細は以下の通りであった(以下、図4内の番号を参照)。

Ⅲ-(1)：検診受診者全員に書面で、検診(HPV検査)で陽性となった場合、実施する細胞診検査を必ず受診することや、HPV検査による利益、不利益の説明体制について

- ①説明のための書面を作成できるかについては、現時点で可能が15.1%、実現の可能性ありが51.9%、不可能が20.3%と、検討すれば実現可能との回答が多かった。
- ②書面で受診者全員に配布する体制を構築できるかについては、現時点で可能が17.9%、実現の可能性ありが48.6%、不可能が20.3%と、検討すれば実現可能との回答が多かった。
- ③受診者からの質問に対して産婦人科専門医や訓練を受けた医師・看護師が回答する体制を構築できるかについては、現時点で可能が19.3%、実現の可能性ありが36.3%、不可能が31.6%と、約半数の施設が体制を整備できる可能性があるとしていた。

Ⅲ-(2)：HPV陽性者に対する細胞診トリアージの体制について

- ④検診でHPV陽性者に対して、検診受診から1ヵ月以内に自施設での細胞診の実施、判定が可能かについては、現時点で可能が17.9%、実現の可能性ありが36.3%、不可能が31.6%と、約半数の施設が自施設での細胞診および判定ができる可能性がある。
- ⑤検診でHPV陽性者に対して、HPV検査結果判明直後に、ただちに細胞診検査を自施設で受診するように連絡(勧奨)することが可能かについては、現時点で可能が18.3%、実現の可能性ありが39.6%、不可能が28.3%と、受診勧奨体制を整備できる可能性があるとの回答が60%近くであった。

- ⑥HPV陽性者で細胞診検査を未受診の者に対して、検診受診から3ヵ月以内に細胞診検査を受けるよう再度勧奨することが可能かについては、現時点で可能が13.7%、実現の可能性ありが46.7%、不可能が26.9%と、現時点で受診勧奨可能な施設は少ないが、検討すれば実施の可能性を含めると60%近くに達した。

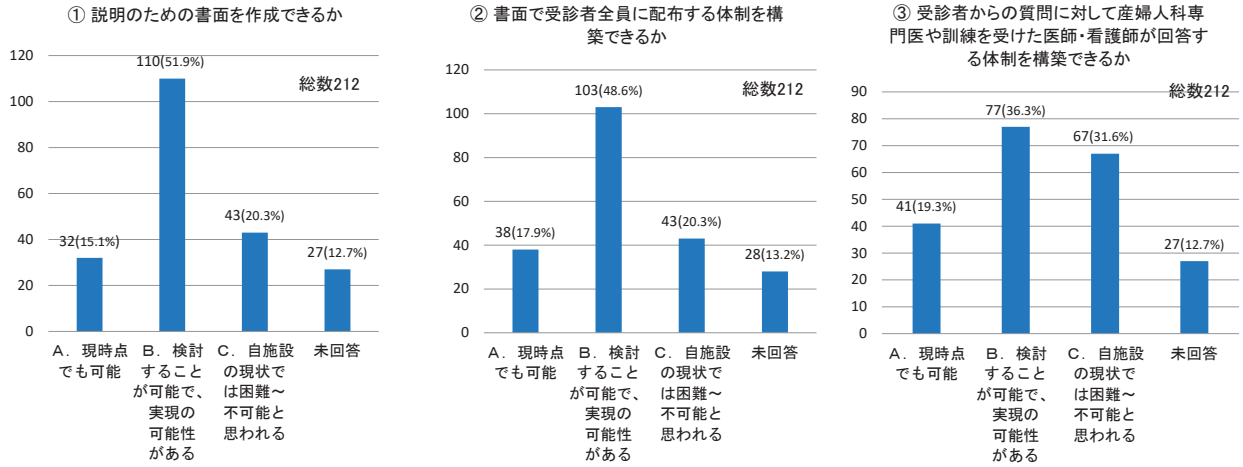
Ⅲ-(3)：液状化検体法の可否について

- ⑦HPV検査を、医師による液状化検体法で実施し、残余検体で細胞診を実施する体制を構築することは可能かについては、現時点で可能が21.6%、実現の可能性ありが35.3%、不可能が28.7%と、約半数の施設が実施できる可能性がある。

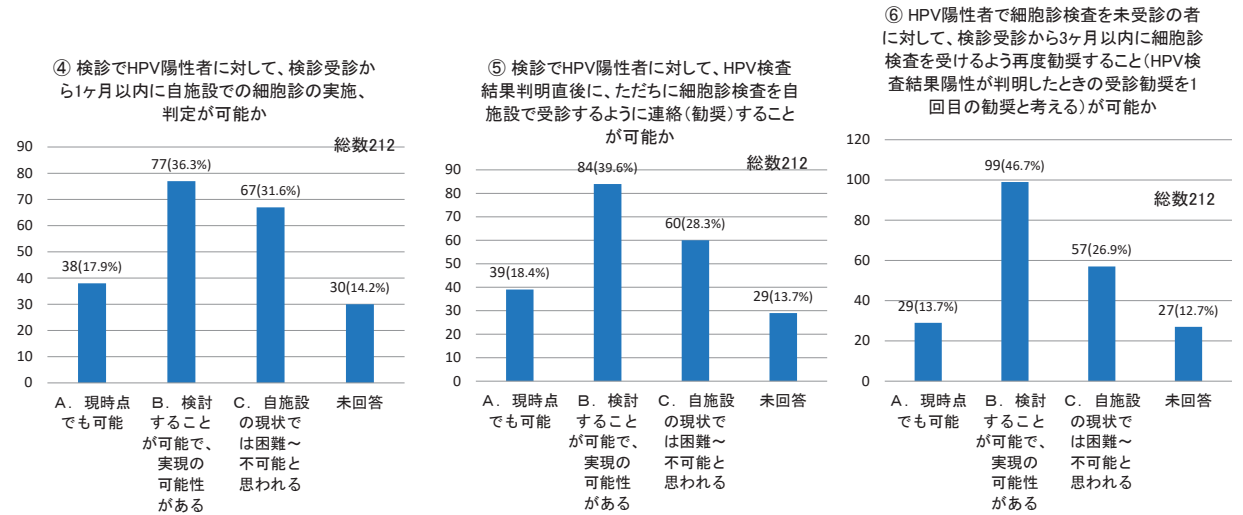
Ⅲ-(4)：検診でHPV陽性かつその後の細胞診陰性(NILM)者に対する対応について

- ⑧検診から12ヵ月後(暫定案)の細胞診を保険外で実施する体制を施設内で構築できるかについては、現時点で可能が14.1%、実現の可能性ありが40.5%、不可能が32.5%と、約半数の施設が実施できる可能性がある。
- ⑨検診から12ヵ月後(暫定案)の細胞診を受診するよう、検診9~10ヵ月後に受診勧奨を行う体制を構築できるかについては、現時点で可能が7.5%、実現の可能性ありが44.8%、不可能が34.4%と、現時点で実現可能は少ないが、検討すれば実現可能との回答が半数弱であった。
- ⑩検診から12ヵ月後(暫定案)の細胞診を受けていないものを把握し、検診から18ヵ月目(暫定案)までに繰り返しの受診再勧奨をする体制を構築できるかについては、現時点で可能が6.1%、実現の可能性ありが38.6%、不可能が41.9%と、不可能の回答が多かった。

Ⅲ-(1) 検診受診者全員に書面で、検診（HPV検査）で陽性となった場合、実施する細胞診検査を必ず受診することや、それにかかる費用、その後の精密検査を含め、HPV検査による利益、不利益について説明について



Ⅲ-(2) HPV陽性者に対する細胞診トリアージ（細胞診でのふるい分け検査）の体制について



Ⅲ-(3) 液状化検体法の可否について

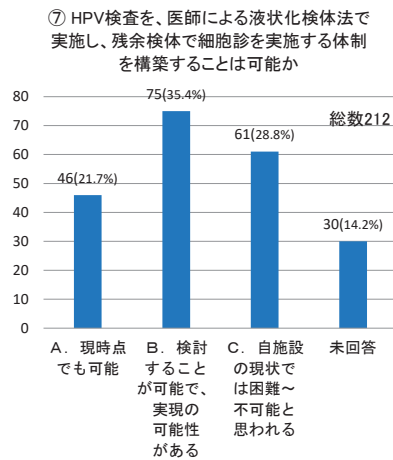


図4 アンケートⅢの結果：子宮頸がん検診でヒトパピローマウイルス(HPV)検査を実施することを想定した場合の準備状況についての回答

Ⅲ-(4) 検診でHPV陽性かつその後の細胞診陰性 (NILM) 者に対する対応について

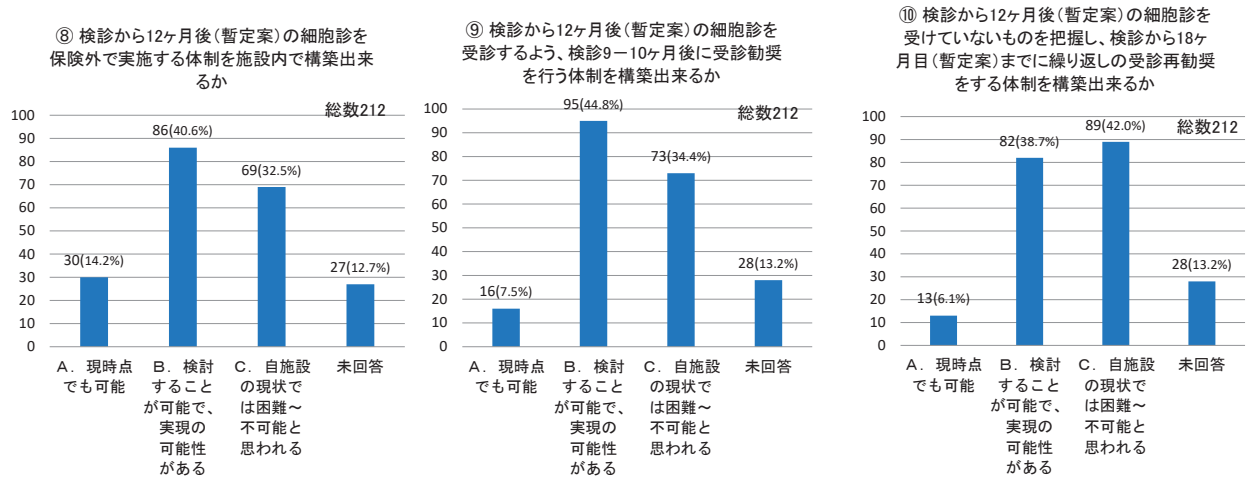


図4 (続き)

考察

アンケートⅠにて回答施設の子宮頸がん検診の傾向が読み取れる。まず、検体採取者は自己採取以外全員医師であり、しかも産婦人科医がほとんどであることは、採取検体の質の担保に向けて回答施設の努力の姿勢として評価できる。一方、自己採取を採用している理由として最も多かったのが「受診者や契約団体が希望したから」であり、判断が科学的根拠や受診者の利益・不利益に基づくものではない点は憂慮すべきである一方、契約元の要求に応じざるを得ない状況のも推察される。採取器具も、「子宮頸部細胞採取の手引き」⁴⁾や地域保健・健康増進事業の指針²⁾で指定されているブラシやヘラなど適切な器具が採取されている一方で、適切な細胞採取が見込めず避けるべきとされている綿棒を使用している施設が20%程度もあることは、本学会からも適正化を求める必要があるだろう。細胞診処理法では直接塗抹のみが4割程度、液状検体法を実施している施設6割程度であり、後者ではアンケートⅢでの液状検体法を用いたHPV単独検査および細胞診トリアージへの移行に際して障壁が低くなる可能性が示唆される。

子宮頸がん検診の対象者については、住民検診での指針や職域検診マニュアルに示されている項目のうち、20歳から開始を順守する施設が多い一

方で、2年に1回の検診間隔の順守率が低く、課題が残る。原因としては、検診機関、契約元のいずれかもしくは両方で、これらに関する精度管理や利益・不利益が検討されていない可能性が示唆される。そのなかで、協会けんぽのみが対象年齢、検診間隔の順守率が他の契約元より高いことが特筆すべきであり、職域検診でも対象者の精度管理が実現可能であることを意味している。

検診結果の報告先について、受診者のみ、契約主のみ、両者と色々なパターンがあり、足並みが揃わない。また、どのような場合に個別の連絡をとるかについても一定しておらず、この辺りを本学会としてあるべき姿を検討して提示することにより、精密検査受診率の向上にもつながる可能性がある。職域等のがん検診および精密検査結果は個人情報保護法の要配慮個人情報に該当することを認識している施設割合は85%と比較的高い反面、その使用について予め本人から同意を得ている施設割合は十分でなく、本学会でひな型を提示することも一案であろう。

アンケートⅡで判明したことは次の通りである。住民検診で用いられている検診機関用子宮頸がん検診チェックリストは、住民検診以外の契約形態の検診でも使用可能、回答可能である。またいずれの契約形態でも、住民検診と同様に「契約全例に適合」を満たしているか否かでの回答で、

改善を求めるか否かを判断できると考えられ、簡便に回答できると思われた。さらに、子宮頸がん検診では住民検診と住民検診以外とで、充足できている項目に差があり、住民検診以外は個々の契約形態ごとの調査ではなく、「住民検診」と「住民検診以外」の括りで調査することが可能である。全契約形態について回答いただいた26項目の全体充足率は検診形態ごとの大きな差はみられず、我が国では住民検診以外でも検診機関での精度管理実施が十分に実現可能であることが、今回初めて示された。

項目ごとの充足状況に着目する。1. 受診者への説明の充足状況は住民検診>住民検診以外の傾向が強かったことについては、住民検診では説明を自治体が書面で事前に配布することが認められていることの影響が示唆される。したがって住民検診以外でも、同様の書面を配布することによって、大幅な改善が見込まれる。2. 検診機関での精度管理および3. 細胞診判定施設での精度管理では充足状況が住民検診<住民検診以外であった理由として、住民検診では未回答施設の割合が多いことの影響も示唆される。未回答の理由は不明であるが、今後同様のアンケートを実施する場合は未回答を回避する構造をとる必要がある。住民検診において、これらに対して「契約全例に適合」と回答できなかった施設の理由として、これらの項目のなかには検診機関が自身で把握せず、医師会や自治体任せになっているものがある可能性も示唆される。その根拠はチェックリストにある「②自治体や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)」については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい。ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない¹⁾の文言の存在である。もし、住民検診に関する部分の精度管理が自治体や医師会任せになっているならば、検診施設単位での精度管理のレベルが把握できるよう、自治体や医師会に回答を求めておくよう本学会からも説明していく必要があるだろう。また、多くの項目においてすべての契約形態が全

契約形態で実施が8, 9割であったことから、住民検診以外でも2. 検診機関での精度管理および3. 細胞診判定施設での精度管理が十分実現可能であることが判明した。一方、4. システムとしての精度管理については、住民検診でも、住民検診以外でもともに充足率が低く、契約形態によらず我が国の子宮頸がん検診の克服すべき課題であり、今後本学会でそのサポートとして何をすべきかを検討する必要がある。なお、施設ごとの住民検診と住民検診以外での各項目の充足状況の一致・不一致についてはさらなる統計学的検討が必要である。

アンケートⅢでは、HPV検査単独での検診、細胞診によるトリアージ、12ヵ月後の細胞診での追跡検査を念頭においたときの、各施設での実現性について尋ねている。ここから明らかになったことは、検診について書面で案内することの実現性は高い反面、受診者への質問に対応できる人員の確保には1/3の施設が困難さを感じていた。技術的な問題としてはアンケートⅠで液状化検体法を提供している施設がすでに125/212施設あり、アンケートⅢで液状化検体の残余検体での細胞診実施可能な施設が121/212とほぼ一致していたことから、アンケートに参加した子宮頸がん検診実施施設の2/3近くはHPV検査単独検診+細胞診トリアージまでは実現可能な状況にあるといえよう。細胞診トリアージに付随する体制構築についても2/3近くが実現可能と回答している。12ヵ月後の細胞診実施に関する項目については実施可能を選択した施設は4~5割強であり、検診直後の細胞診トリアージよりも実施を困難とする施設が多く、検診施設での、年度を跨いで受診者個人の管理という精度管理体制構築の困難さが窺われた。

今回の子宮頸がん検診に関しての会員施設に対するアンケートの結果は回答率が14.3%と低く、我が国の検診機関すべてを代表するものではないが、さまざまな契約形態でのデータが得られている点で今後活用すべきものと考えられる。特に検診機関用のチェックリストは住民検診以外でも十分に実施可能であり、かつ回答いただいた本学会諸施

設は住民検診以外でも高いスコアをマークすることが可能であることが示され、住民検診以外でも精度管理が実施可能であることを強調したい。また、HPV検査単独による検診についても、その先のアルゴリズムを考慮した上での実現が可能と考えられる施設が一定数あることも判明し、今後は抽出された課題の解決策を検討することによって、検診施設の立場から質の高いHPV検査単独検診実現に向けての提言も可能であろう。

文 献

- 1) 国立がん研究センター：検診実施機関用チェックリスト. https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/pdf/cervix_uteri02_2021.pdf[2022.2.15]
- 2) 厚生労働省：がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000838645.pdf>[2022.2.15]
- 3) 国立がん研究センター がん対策研究所：有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版. <http://canscreen.ncc.go.jp/shikyukeiguide2019.pdf>[2022.2.15]
- 4) 日本婦人科がん検診学会編：第2章 子宮頸がん検診の実際. 子宮頸部細胞採取の手引き, クバプロ, 東京, 2019, 29-57.