

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

— 子宮頸がん検診における厚労省の見解を受けて —

日本産婦人科医会常務理事：鈴木光明

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ 厚労省への要望・意見書  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ 厚労省への要望・意見書  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

# わが国の現状を踏まえたHPV検査導入法(日本産婦人科医会)

年齢	検診方法	受診間隔
20～29歳	細胞診単独法	1～2年
30～64歳	1. HPV検査上乗せ検診: 第1推奨 (細胞診をベースとして、節目年齢(指定年齢)にHPV検査を上乗せ)	1～2年
	2. 細胞診・HPV検査併用検診: 第2推奨	3年
65歳以上	30～64歳と同様。 (直近(60歳以降)の検診で細胞診とHPV検査がともに陰性であれば、検診を終了することもできる)	

※ HPV検査単独検診(5年間隔)は現時点では推奨しない

2021年9月23日、第2回理事会・令和3年度地域代表全国会議にて協議・承認

# 第39回がん検診のあり方に関する検討会 令和5年8月9日

## HPV検査単独法の導入案

2023年8月、厚生労働省から「子宮頸がん検診におけるHPV検査導入法」に関する指針が提示



対象年齢	検査法	受診間隔
20～29歳	細胞診単独法	2年に1回
30～60歳	HPV検査単独法*	5年に1回
	細胞診単独法	2年に1回
61歳～	細胞診単独法	2年に1回

\*HPV検査を用いた検診は、実現可能性のあるアルゴリズムの構築と検診の精度管理を含め、適切な検診の運用ができる場合にのみ実施すべきである

# HPV検査単独法を導入する市町村での 子宮頸がん検診の対象年齢と検診間隔

年齢	手法	検診間隔
20-29歳	子宮頸部の細胞診による子宮頸がん検診	2年に1回
30-60歳	HPV検査単独法による子宮頸がん検診 (子宮頸部の細胞診による子宮頸がん検診は実施しない)	5年に1回 (節目年齢)
61歳以上	子宮頸部の細胞診による子宮頸がん検診 またはHPV検査単独法による子宮頸がん検診のいずれか (市町村内でいずれかに統一する)	細胞診： 2年に1回 HPV検査単独法： 5年に1回 (節目年齢)

厚生労働省：子宮頸がん検診へのHPV検査単独導入法について  
(2023年12月18日 第40回がん検診のあり方に関する検討会資料)



# 子宮頸がん検診ガイドライン(2019年版原文)

総括表:子宮頸がん検診の推奨グレード					
手法	推奨	証拠の	利益と不利益の 対比	推奨の内容	対策型検診 / 任意型検診
	グレード	レベル (利益)			
細胞診検査 (従来法・液状検体法)	A		*	30～64歳での浸潤がん罹患率減少効果の確実なエビデンスがあり、65～69歳でのエビデンスも担保できる。20代についてのエビデンスは乏しいが効果を否定できない。 細胞診の不適正検体割合は、採取器具の進化や採取医の意識向上により改善している。液状検体法では不適正検体割合のパラツキが小さく、更に減少が期待できる。	対策型検診・任意型検診としての実施を勧める。 <u>検診対象は20～69歳、検診間隔は2年が望ましい。</u> 検体は <u>医師採取のみとし、自己採取は認めない。</u> 不適正検体割合が高い場合、採取器具の変更や液状検体法を利用する。
HPV検査単独法	A	中等度	利益はあるが、 不利益は中等度	浸潤がん罹患率減少効果のエビデンスがある。 評価した研究で得られた効果は、HPV陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性がある。 検診の間隔を2～3倍に延長することが可能である。ただし細胞診に比べて偽陽性率が大幅に上昇し、1,000人あたりの偽陽性は42人増加する。	対策型検診・任意型検診としての実施を勧めるが、わが国で統一された検診結果毎のアルゴリズムの構築**が必須条件である。 <u>検診対象は30～60歳、検診間隔は5年が望ましい。</u> 検体は <u>医師採取を原則とする***。</u>
細胞診・HPV検査 併用法	C	中等度	利益はあるが、 不利益は大	浸潤がん罹患率減少効果のエビデンスがある。 評価した研究で得られた効果は、HPV陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性がある。 検診の間隔を2～3倍に延長することが可能である。ただし細胞診に比べて偽陽性率が大幅に上昇し、1,000人あたりの偽陽性は101人増加し、不利益として3つの手法のなかで最大となる。	対策型検診・任意型検診として以下の条件が満たされた場合に実施できる。検診結果毎のアルゴリズムが構築され、その適切な運用が担保された場合のみ実施すべきである****。 <u>液状検体法を原則とし、検体は医師採取を原則とする*****。</u> <u>検診対象は30～60歳、検診間隔は5年が望ましい。</u>

今回の推奨から推奨Bを削除した。利益はあるが不利益が大きい推奨Cについては、課題となる条件が解決された場合に実施できるとした。

\*: 細胞診については、「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」2009年度版において検討済みであり、証拠のレベル・利益と不利益の対比は今回検討しなかった。

\*\* : 本ガイドラインを公開する2020年7月時点で国内でHPV検査の診断結果毎の統一版アルゴリズムは確立されていない。

\*\*\* : HPV検査単独法の自己採取法については、国内でのエビデンスが不足しており、受診率向上につながるか、精密検査以降のプロセスにつながるかなどのfeasibility研究が必要である。

\*\*\*\* : 液状検体の残りをを用いHPVサブタイプでのトリアージをするなど受診者の不利益を最小化する方法の確立と対象年齢・検診間隔の遵守、アルゴリズムに精通した婦人科医の確保を条件とする。

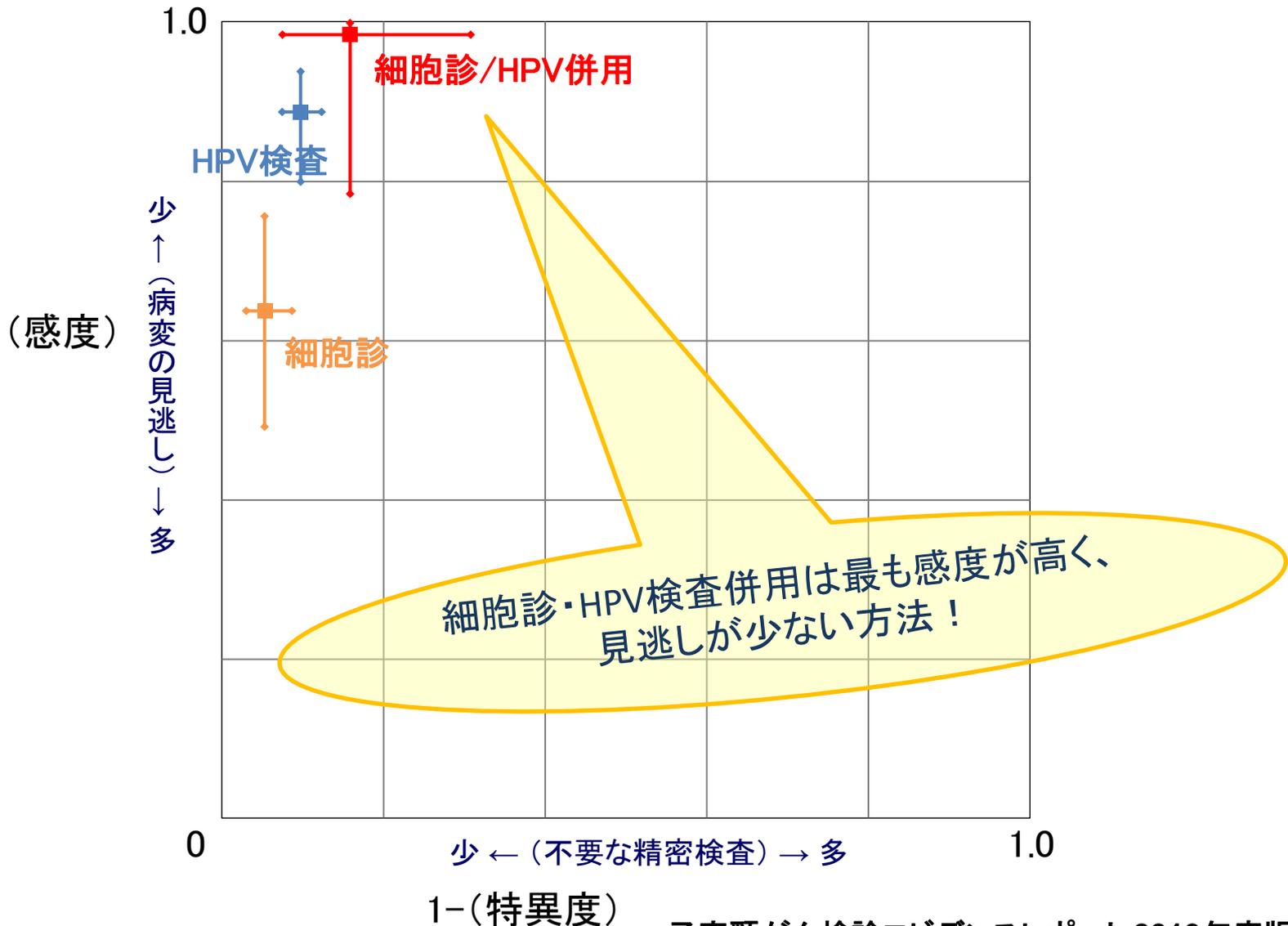
\*\*\*\*\* : 細胞診の自己採取法の精度が著しく低いことから、自己採取法による細胞診・HPV検査併用法は行わない。

# エビデンスレポートにおけるHPV検査を含む検診方法の評価

評価項目	細胞診	HPV検査単独法	細胞診・HPV検査併用法
利益 (浸潤がん罹患率 減少効果)	比較対象	あり(Positive) リスク差は16人減少 (／1,000,000人年)	あり(Positive) リスク差は48人減少 (／1,000,000人年)
証拠のレベル(利益)	---	証拠の信頼性は 中程度(Moderate)	証拠の信頼性は 中程度(Moderate)
不利益 (偽陽性)	比較対象	偽陽性者数は <u>42人増加</u> (検診1,000人あたり)	偽陽性者数は <u>101人増加</u> (検診1,000人あたり)
利益と不利益の対比	---	利益はあるが、 <u>不利益中等度</u> (Moderate)	利益はあるが、 <u>不利益大</u> (Low)

## 細胞診・HPV検査併用法が推奨グレードCとされた理由

# 細胞診、HPV検査、細胞診/HPV検査併用の精度(感度・特異度)



# エビデンスレポートにおけるHPV検査を含む検診方法の評価

評価項目	細胞診	HPV検査単独法	細胞診・HPV検査併用法
利益 (浸潤がん罹患率 減少効果)	比較対象	あり(Positive) <u>リスク差は16人減少</u> (／1,000,000人年)	あり(Positive) <u>リスク差は48人減少</u> ◆ (／1,000,000人年)
証拠のレベル(利益)	----	証拠の信頼性は 中程度(Moderate)	証拠の信頼性は 中程度(Moderate)
不利益 (偽陽性)	比較対象	偽陽性者数は42人増加 (検診1,000人あたり)	偽陽性者数は101人増加* (検診1,000人あたり)
利益と不利益の対比	----	利益はあるが、 不利益中等度 (Moderate)	利益はあるが、 不利益大 (Low)

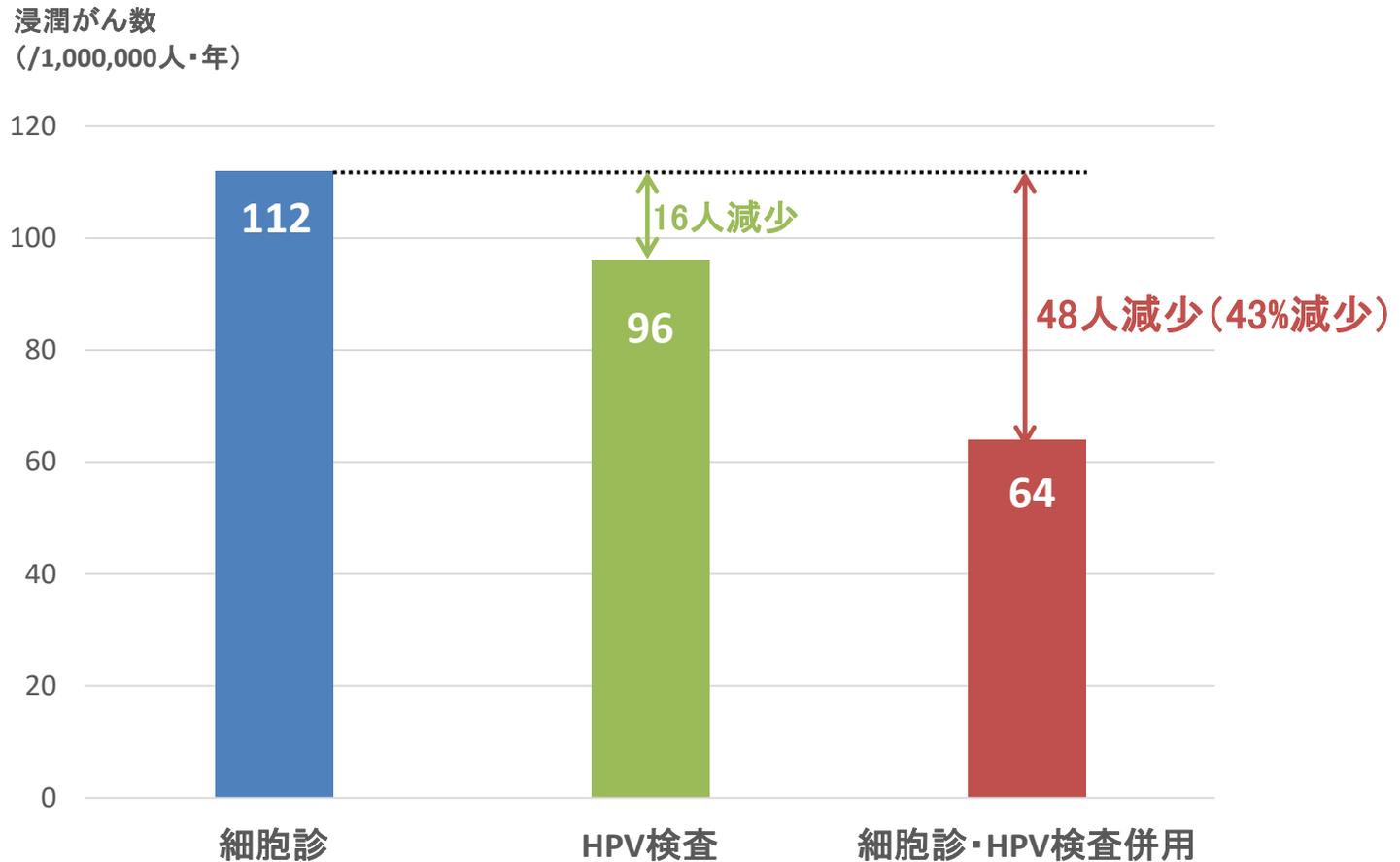
“浸潤がん減少効果”の利益が考慮されていない！

◆ 利益は考慮されていない

\* 不利益をEPRで過大に評価

# エビデンスレポートにおける検診方法による利益

## 浸潤がん罹患率減少効果



※ 細胞診の値は欧州で実施された4件の無作為化比較試験のプール解析に報告された細胞診群のイベント率(Ronco G, et al. Lancet 2014)による

# HPV検査を含む検診方法の評価のまとめ

評価項目	細胞診	HPV検査単独法	細胞診・HPV検査併用法
利益(浸潤がん罹患率減少効果)	比較対照	あり (Positive) リスク差は16人減少 (/10,000,000人年)	あり (Positive) リスク差は48人減少 (/10,000,000人年)
証拠のレベル (利益)	—	証拠の信頼性は中等度 (Moderate)	証拠の信頼性は中等度 (Moderate)
不利益 (偽陽性)	比較対照	偽陽性者数は検診1,000 人あたり42人増加	偽陽性者数は検診1,000 人あたり101人増加
利益と不利益の対比	—	利益はあるが、 不利益中等度 (Moderate)	利益はあるが、 不利益大 (Low)

# 有効性評価に基づく 子宮頸がん検診ガイドライン(2018)

細胞診検査(従来法・液状検体法)

: 推奨グレード **B**

HPV検査単独法: 推奨グレード **B**

細胞診・HPV検査併用法: 推奨グレード **B**

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

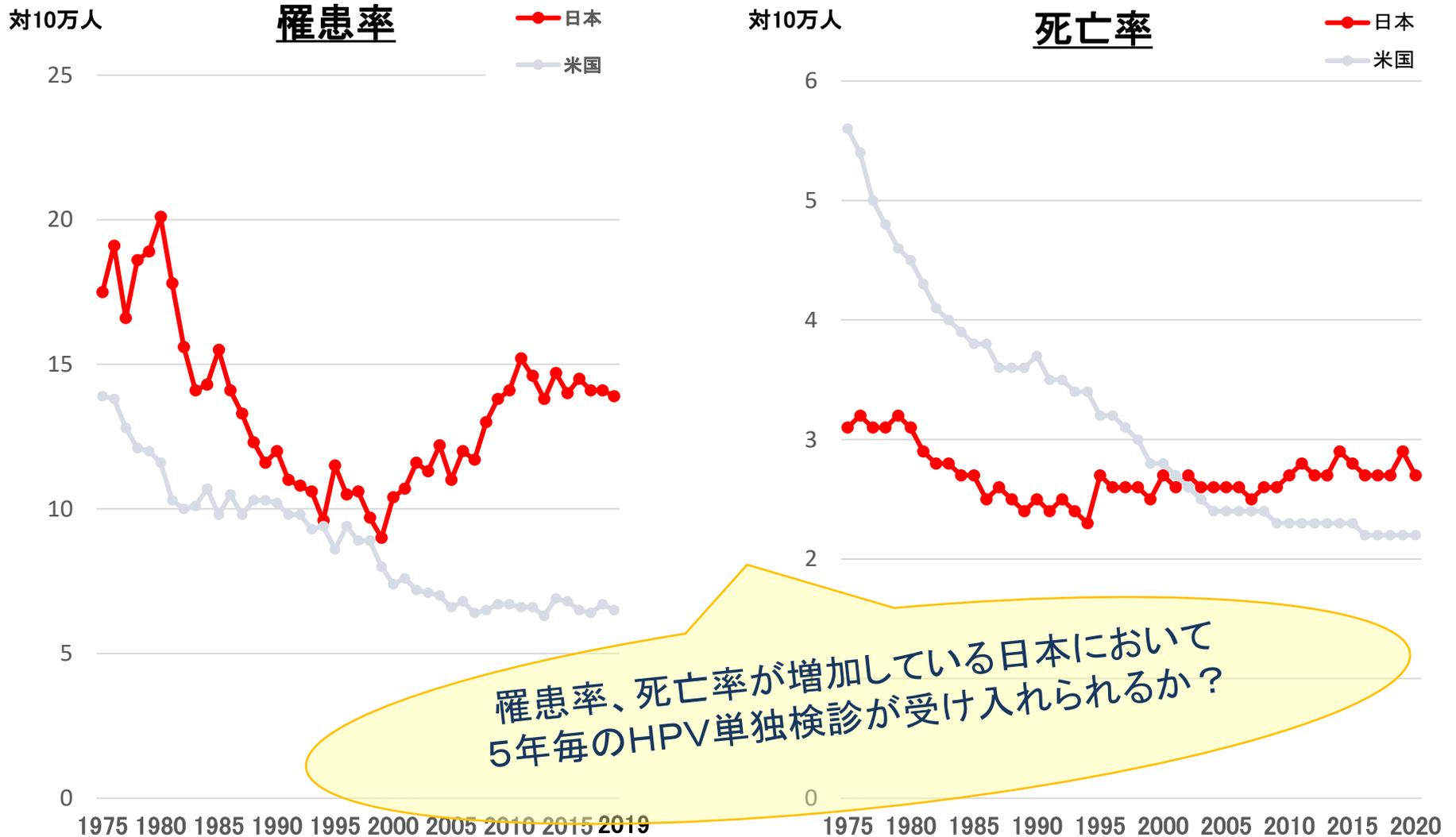
- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ 厚労省への要望・意見書  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

# HPV検査単独検診(5年毎)を推奨しない理由

## わが国の現状を鑑みるとHPV検査単独検診は時期尚早

- 先進諸国では子宮頸がんの罹患率、死亡率はともに減少しているが、わが国は検診受診率が低く、ワクチン接種率も低率なため、上昇傾向が続いている。先ずはこれに歯止めをかける必要がある
- 少子化が進んでいるわが国においては、死亡率減少だけでなく、早期発見により妊孕性温存が急務である
- 女性の産婦人科受診機会の減少にともない、子宮体がん、卵巣がん、乳がんなど重大な疾患の発見も遅れる可能性がある
- ✓ 受診者の登録制度をはじめ、検診の精度管理体制が不十分である
- ✓ 検診受診率が低いわが国において、5年間隔検診導入はさらなる受診率低下につながりかねない
- ✓ 受診間隔を5年にまで延ばせることを担保する国内エビデンスが無い

# 子宮頸がんの罹患率と死亡率（日本vs米国；1985年～2019年）

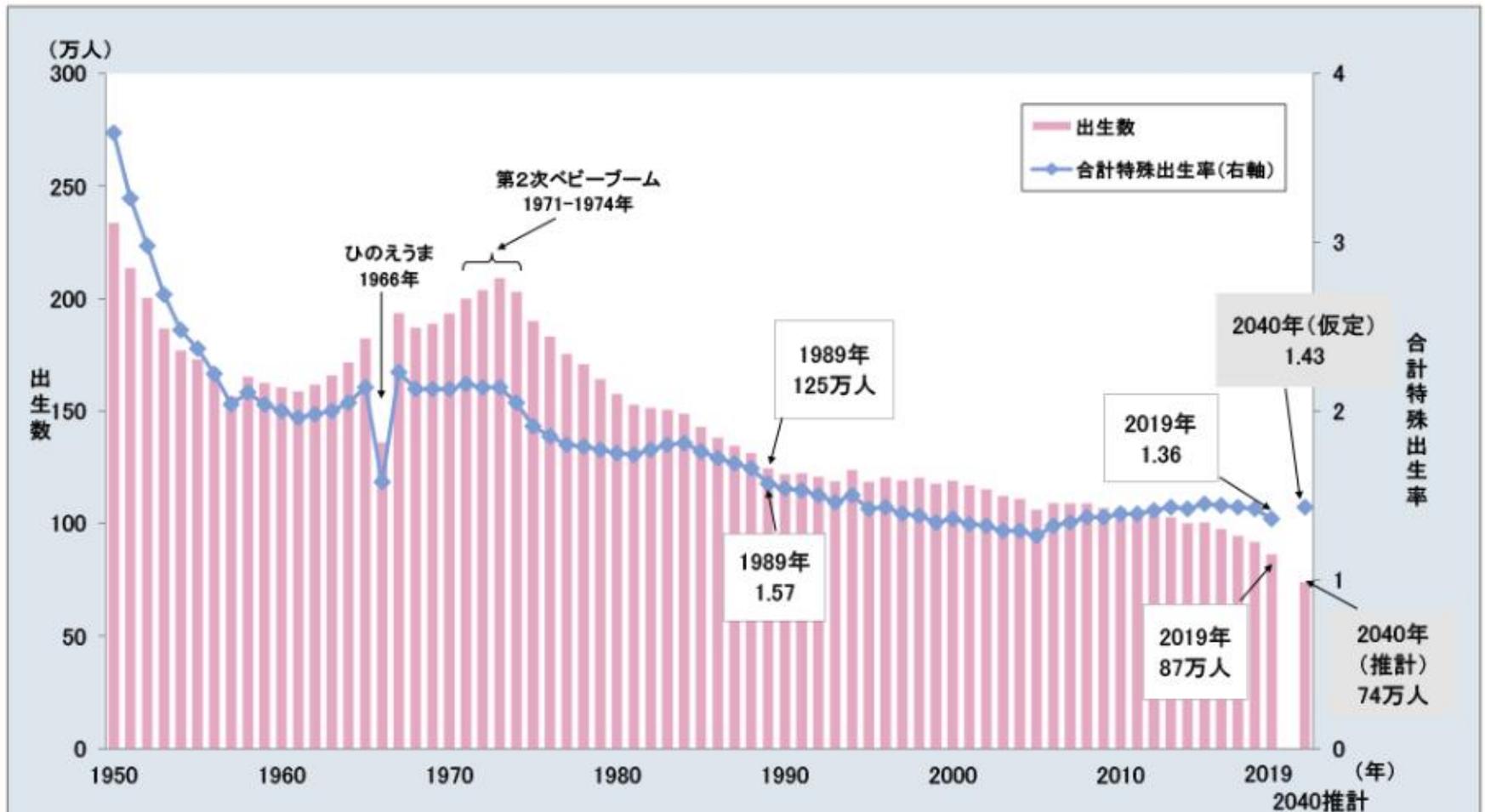


# 日本と英国・北欧とのがん検診体制の違い

	日本	英国・北欧
概観	人口 1億2424万 <sup>1)</sup>	イギリス：6708万 <sup>2)</sup> (1/2) スウェーデン：1052万 <sup>2)</sup> (1/12) デンマーク：596万 <sup>2)</sup> (1/21)
HPVワクチン接種率	第1回：42.2%、3回：30.2% <sup>3)</sup>	60 - 80%
子宮頸がん罹患率 (対10万人)	13.9 <sup>4)</sup>	7.0 <sup>5)</sup>
前がん病変有病率(対10万人)	15.2 <sup>5)</sup>	イギリス：9.91 <sup>5)</sup> スウェーデン：10.4 <sup>5)</sup> デンマーク：10.2 <sup>5)</sup>
がん検診体制	Opportunistic screening (任意型検診)	Organized screening (組織型検診)
実施主体	市町村、企業	国
個人定期検診通知制度	なし	あり
Call/Recall制度	なし	あり
病理細胞診結果登録制度	なし	あり
細胞採取	産婦人科医	smear taker(看護師等)
受診間隔	1~2年	3~5年 (3~5年間受診不可)
年齢制限	上限設定なし	あり (65歳以上受診不可)
自己負担金	あり	なし
備考 子宮体がん検診	可能	不可能
経膈超音波検査	可能	不可能

1) 総務省統計局2023年12月1日現在、2) 外務省 英国基礎データ、3) 第94回第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和5年度第5回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会(令和5年7月28日)、4) 国立がん研究センターがん情報サービス 全国がん罹患データ(2016~2019年)、5) ICO/IARC HPV Information Centre, <https://hpvcentre.net/index.php> (cited Jan 24, 2024)

# 図10. 日本の出生数の年次推移

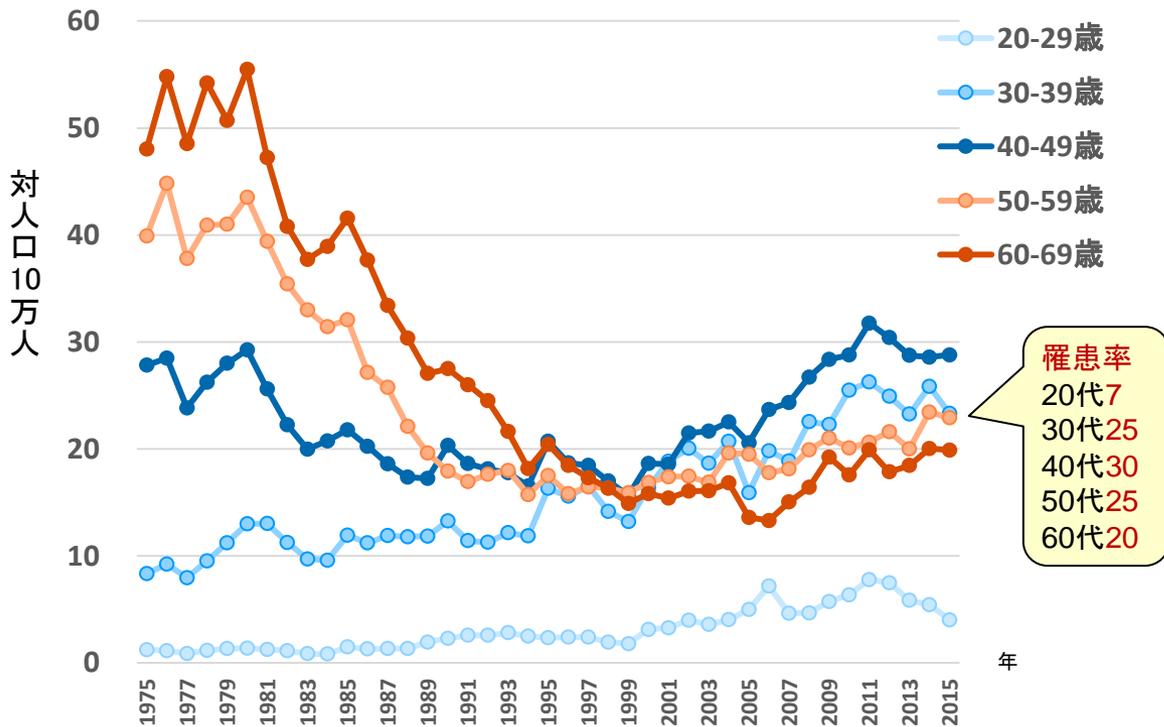


資料：2019年までは厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」（2019年は概数）、2040年の出生数は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位仮定による推計値。

# 子宮頸がん,高度前がん病変(CIN2/3,上皮内がん)罹患率の動向

子宮頸がん(浸潤がん): 10,879人<sup>1)</sup>/年(2019年)  
(2,999人<sup>2)</sup>死亡2022年)

日本



国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』より作成

高度前がん病変 (CIN2/3)  
: 33,291人/年

令和3年4月～令和4年3月  
子宮頸部切除術 (K867)、子宮頸部  
摘出術 (K867-3)、子宮頸部異形成上  
皮又は上皮内癌レーザー照射治療  
(K867-4)  
(第8回NDBオープンデータ: 厚労省)

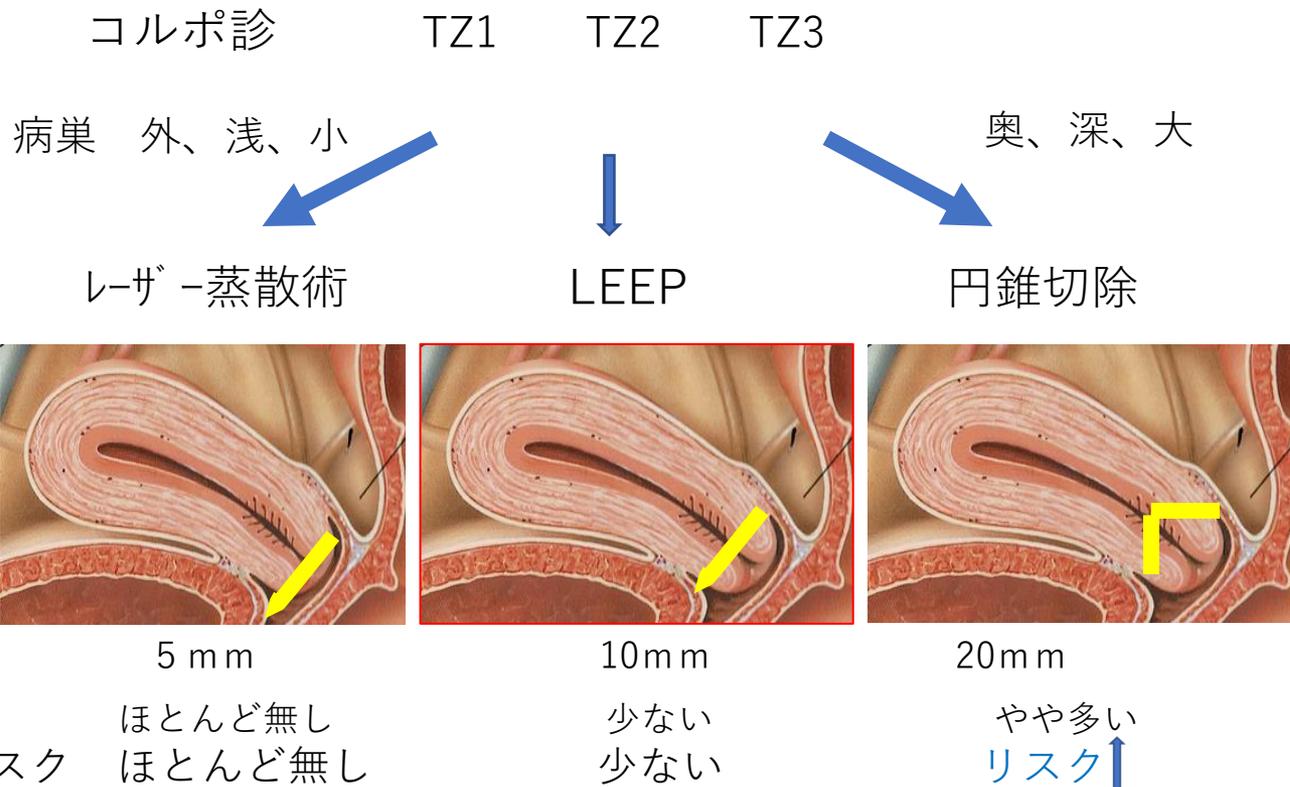


2000年ごろから特に若年層の罹患率が急増し  
現在罹患率は25~30と高値です

少子化対策、妊孕能温存が急務!

1) 国立がん研究センターがん情報サービス 全国がん罹患データ(2016~2019年) numberシート  
2) 国立がん研究センターがん情報サービス 全国がん死亡データ(1958年~2022年) numberシート

# 前がん病変（CIN2/3：中等度異形成～上皮内がん）の治療



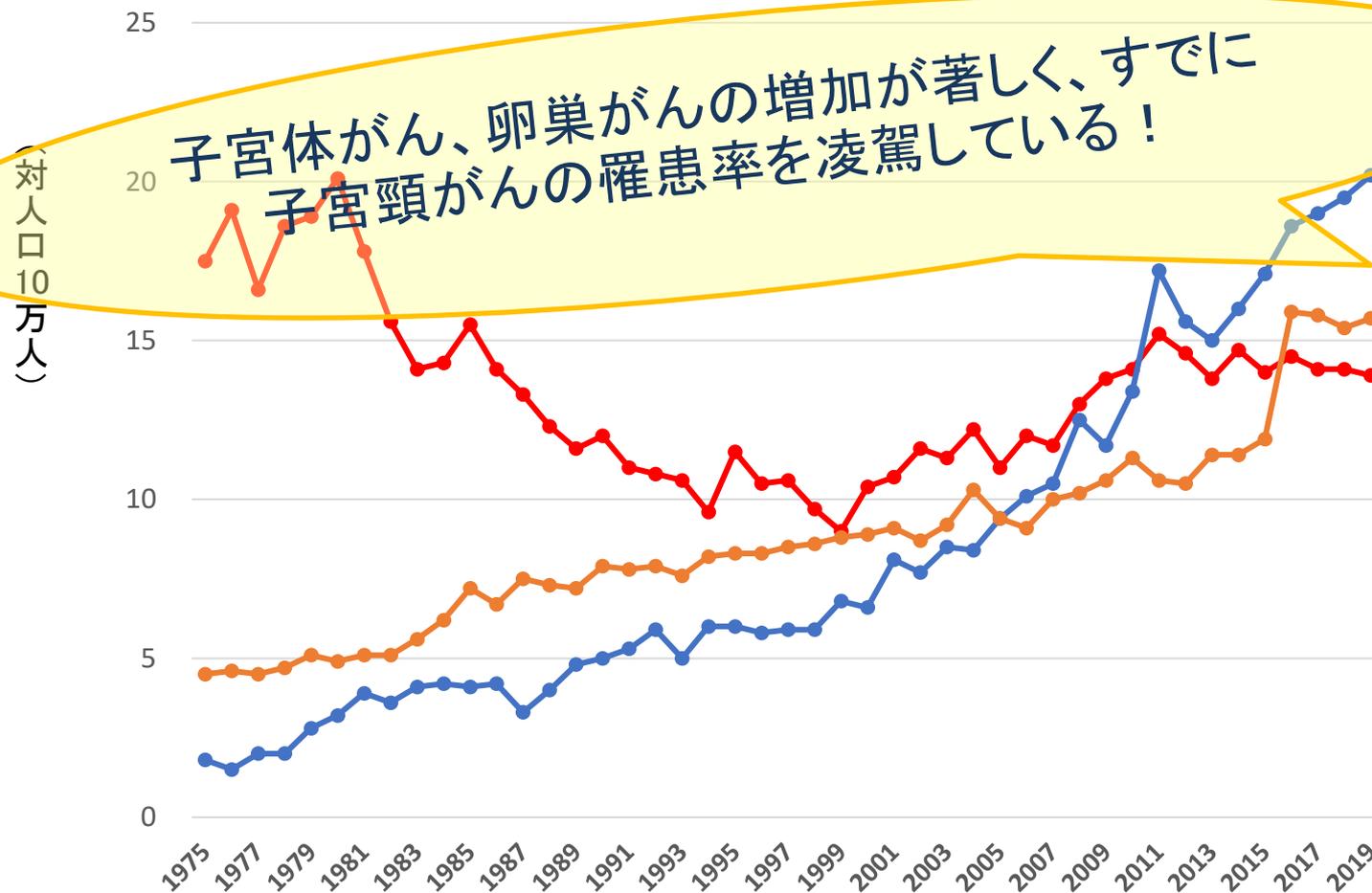
子宮頸部深さ10mmまでの切除は早産リスク少ない\*→早期発見が重要

\*産婦人科診療ガイドライン 婦人科編2023, BMJ 2008;337, BMJ 2016;354

早期発見により侵襲の少ない治療→妊孕能温存、早産防止

# 子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんの年齢調整罹患率(年次推移)

● 子宮頸がん ● 子宮体がん ● 卵巣がん



# 日本のがん検診体制の問題点

- Organized screening(組織型検診)体制が未確立
- 個人通知制度が未確立
- 細胞診、組織診登録制度が未確立
- Call/Recall制度が未確立
- 自治体検診、職域検診、妊婦健診、外来診療などが混在し、未受診者の把握が困難

精度管理が不十分で「住民の意識と記憶に任せた」  
がん検診制度である

→5年間隔検診導入はさらなる受診率低下を招く可能性！

# ドイツの子宮頸がん検診プログラム(2020年1月～)



年齢	ドイツ連邦保健省
20-34歳	細胞診単独 (毎年)
35-65歳	HPV併用検診 (3年間隔)



ドイツ連邦共和国  
面積: 357,578km (日本の94%)  
人口: 8,312万人  
**GDP: 世界4位**



# 米国の子宮頸がん検診の実情

米国ではHPV単独検診、細胞診/HPV併用検診の両方が推奨されているが、対象年齢（30-64歳）においては**84.3%が併用検診**を施行している！

ドイツ、米国など経済規模の大きな国では細胞診/HPV検査併用検診が施行されている！

Cuzick J et al. Gynecol Oncol 2021

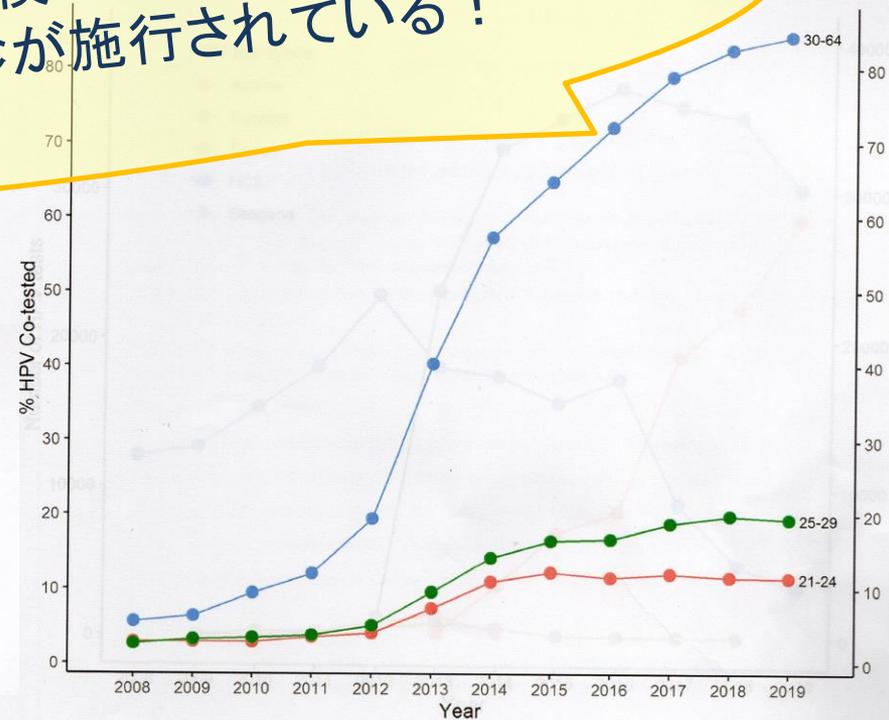
 **HHS Public Access**  
Author manuscript  
Gynecol Oncol. Author manuscript; available in PMC 2022 September 01.

Published in final edited form as:  
Gynecol Oncol. 2021 September ; 162(3): 555–559. doi:10.1016/j.ygyno.2021.06.029.

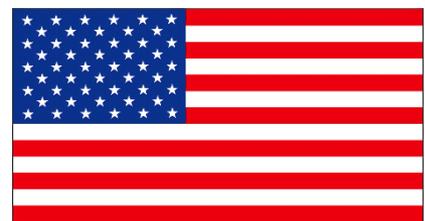
2008–2019 among women aged 21–64 years, with a focus on cytology negative years to distinguish

**Uptake of Co-testing with HPV and Cytology for Cervical Screening: A population-based evaluation in the United States**

Jack Cuzick<sup>a</sup>, Ruofei Du<sup>b</sup>, Rachael Adcock<sup>a</sup>, Walter Kinney<sup>c</sup>, Nancy Joste<sup>d</sup>, Ruth M. McDonald<sup>d,h</sup>, Kevin English<sup>e</sup>, Salina M. Torres<sup>f</sup>, Debbie Saslow<sup>g</sup>, Cosette M. Wheeler<sup>d,h,\*</sup>, New Mexico HPV Pap Registry Steering Committee<sup>1</sup>



**Figure 2:** Proportion of women with negative screening cytology co-tested (HPV and cytology), by year and age group. The proportion of women who were co-tested out of all women with negative screening cytology is plotted, by year (2008–2019). Curves are plotted separately for women aged 21–24 years, 25–29 years and 30–64 years.



# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ **厚労省への要望・意見書**  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

## 医会の子宮頸がん検診方法に関する意見書 提出・説明

- 令和4年6月10日 厚生労働省健康局がん・疾病対策課長中谷祐貴子殿との面談  
30歳への子宮頸がん検診（HPV検査＋細胞診）無料クーポン券の配布に関する要望書を提出  
鈴木光明常務理事、小澤信義がん対策委員長
- 令和5年9月21日 厚労省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長西嶋康浩殿との面談  
「子宮頸がん検診方法に関する意見書」を提出  
参議院議員会館（三原じゅん子事務所）にて  
石渡勇会長、鈴木光明常務理事、小澤信義がん対策委員長
- 令和5年9月28日 衆議院議員野田聖子氏と面談  
厚生労働省西嶋康浩殿に当てた「子宮頸がん検診方法に関する意見書」を提出・説明  
衆議院議員会館（野田聖子事務所）にて  
石渡勇会長、鈴木光明常務理事、小澤信義がん対策委員長
- 令和5年12月8日 厚労省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長西嶋康浩殿との面談  
「子宮頸がん検診方法に関する意見書」について、再度、確認  
参議院議員会館（三原じゅん子事務所）にて  
石渡勇会長、鈴木光明常務理事、小澤信義がん対策委員長
- 令和5年12月14日 厚生労働大臣 武見敬三殿に子宮頸がん排除への施策に関する要望書（HPVワクチン接種の更なる推進に関する要望）を提出（日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会日本医師会連名）  
厚労大臣室にて  
石渡勇会長、釜菴 敏日医常任理事、加藤聖子日産婦学会理事長
- 令和5年12月22日 厚労省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長西嶋康浩殿との面談  
石渡 勇会長、鈴木 光明常務理事
- 令和6年1月31日 厚労省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長西嶋康浩殿との面談  
石渡 勇会長、鈴木 光明常務理事

# 「子宮頸がん検診方法に関する意見書」

記

日産婦人会発第 222 号  
令和 5 年 9 月 21 日

厚生労働省 健康・生活衛生局  
がん・疾病対策課長 西嶋康浩 殿

公益社団法人 日本産婦人科医会  
会長 石渡 勇  
がん部会担当常務理事 鈴木 光利  
がん対策委員会委員長 小澤 信義

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は、本会業務へのご尽力に厚く御礼申し上げます。

さて、我々日本産婦人科医会会員（約 1 万 1000 人）は、政府の「異次元の少子化対策」に賛同し、産婦人科医として少子化防止に日々努力しています。

産科に関しては安全・安心・快適な分娩を目指した結果、周産期死亡率・妊産婦死亡率は世界のトップクラスを維持しています。

婦人科に関しては、HPV ワクチン接種と HPV 検査を導入した精度の高い子宮がん検診により子宮頸がんは予防可能となり、少子化対策に貢献できる目的がたちました。

英国、北米諸国等は、HPV ワクチン高接種率と検診高受診率の成果で、すでに子宮頸がんは撲滅状態（罹患率 6）となり、子宮摘出は激減しました。その結果、子宮頸がん予防の重点をワクチン接種とし、検診は費用対効果の良い方法に移行しました。しかし、ワクチン接種率、検診受診率ともに低いわが国は、未だに罹患率 16 と高い状態が続いています。そのため子宮摘出を余儀なくされている若年女性が数多くあります。また HPV ワクチンは 14 歳前後に接種するため、その効果が結実するまでには 10 年以上かかります。

以上のようなわが国の現状を鑑み、日本産婦人科医会は子宮がん検診方法に関して下記のように要望致しますのでご検討賜りますようお願いいたします。

## 記

- 日本産婦人科医会は 2011 年に精度の高い子宮がん検診として HPV 検査/細胞診併用検診（以下併用検診）を提唱し、全国に啓発活動を行ってきました。その結果、現在 230 を超える市町村が併用検診（HPV 検査上乘せ検診を含む）を実施し、子宮頸がん罹患率の減少という好結果が得られています。これらの市町村に混乱が起きないためにも併用検診の存続をお認め戴きたい。
- わが国の子宮頸がん罹患率は現在 16.8 と高く、少なくともこれが 6 以下に低下するまでは、細胞診/HPV 検査併用検診（HPV 検査上乘せ検診を含む）をお認め戴きたい。
- 5 年間隔の HPV 検査単独検診は時期尚早と考えます。
- HPV 検査単独法（5 年間隔）は子宮がん検診受診率、HPV ワクチン接種率がともに高く、すでに子宮頸がん罹患率が低い国のエビデンスから得られたものであり、わが国の実情とはかけ離れていると考えます。

子宮頸がん検診の現場では常に見逃しによる訴訟を心配しながら実施しています。責任は実施主体の市町村とされていますが、大膽に立つのは直接検診を行う医療現場です。そのためにもできるだけ見逃しの少ない検診方法が望まれます。

（参考）

子宮頸がん（浸潤癌）の HPV 陰性率は 5-18%と報告されています。

日本では年間約 10,000 人の子宮頸癌が確認されていますが、HPV 単独検診での HPV 陰性率を約 15%とすると、この検診法では年間約 1,500 人の癌の発見が遅れる可能性があります。HPV ワクチンの効果が期待できない今後 10 年間において、15,000 人の癌の発見が遅れることになりま。細胞診を併用した場合は、このがん発見の遅れを減らせることが可能です。また、細胞診の併用によって、子宮体癌が発見されることもあります。

前癌病変である CIN3（高度異形成と上皮内癌）の HPV 陰性率は約 5%と報告されています。

日本での CIN3 を年間約 70,000 人（浸潤癌の 7 倍）とすると、その約 5%に相当する 3,500 人が HPV 検査単独では陰性になると推定されます。今後の 10 年間では約 35,000 人の発見が遅れ、早期治療の機会を失い、侵襲的な手術を受けることになります。細胞診を併用することにより、子宮摘出、深い円錐切除を少なくすることが可能です。少子化対策の観点からも、細胞診/HPV 検査併用検診を勧めるべきと考えます。

● 日本産婦人科医会は2011年に精度の高い子宮がん検診としてHPV検査/細胞診併用検診（以下併用検診）を提唱し、全国に啓発活動を行ってきました。その結果、現在230を超える市町村が併用検診（HPV検査上乘せ検診を含む）を実施し、子宮頸がん罹患率の減少という好結果が得られています。これらの市町村に混乱が起きないためにも併用検診の存続をお認め戴きたい。

わが国の子宮頸がん罹患率は現在16.8と高く、少なくともこれが6以下に低下するまでは、細胞診/HPV検査併用検診（HPV検査上乘せ検診を含む）をお認め戴きたい。

● 5年間隔のHPV検査単独検診は時期尚早と考えます。HPV検査単独法（5年間隔）は子宮がん検診受診率、HPVワクチン接種率がともに高く、すでに子宮頸がん罹患率が低い国のエビデンスから得られたものであり、わが国の実情とはかけ離れていると考えます。

厚生労働省 健康・生活衛生局  
がん・疾病対策課長 西嶋康浩 殿

公益社団法人 日本産婦人科医会  
会 長 石渡 勇  
がん部会担当常務理事 鈴木 光明  
がん対策委員会委員長 小澤 信義

子宮頸がん検診における細胞診とHPV検査の併用（細胞診/HPV検査併用検診（3年毎）、  
HPV検査上乘せ検診（日本産婦人科医会2021年3月））に関する意見書・補足

過日、日本産婦人科医会は子宮頸がん検診方法に関して要望書を提出いたしました但補足説明をさせていただきたいと存じます。

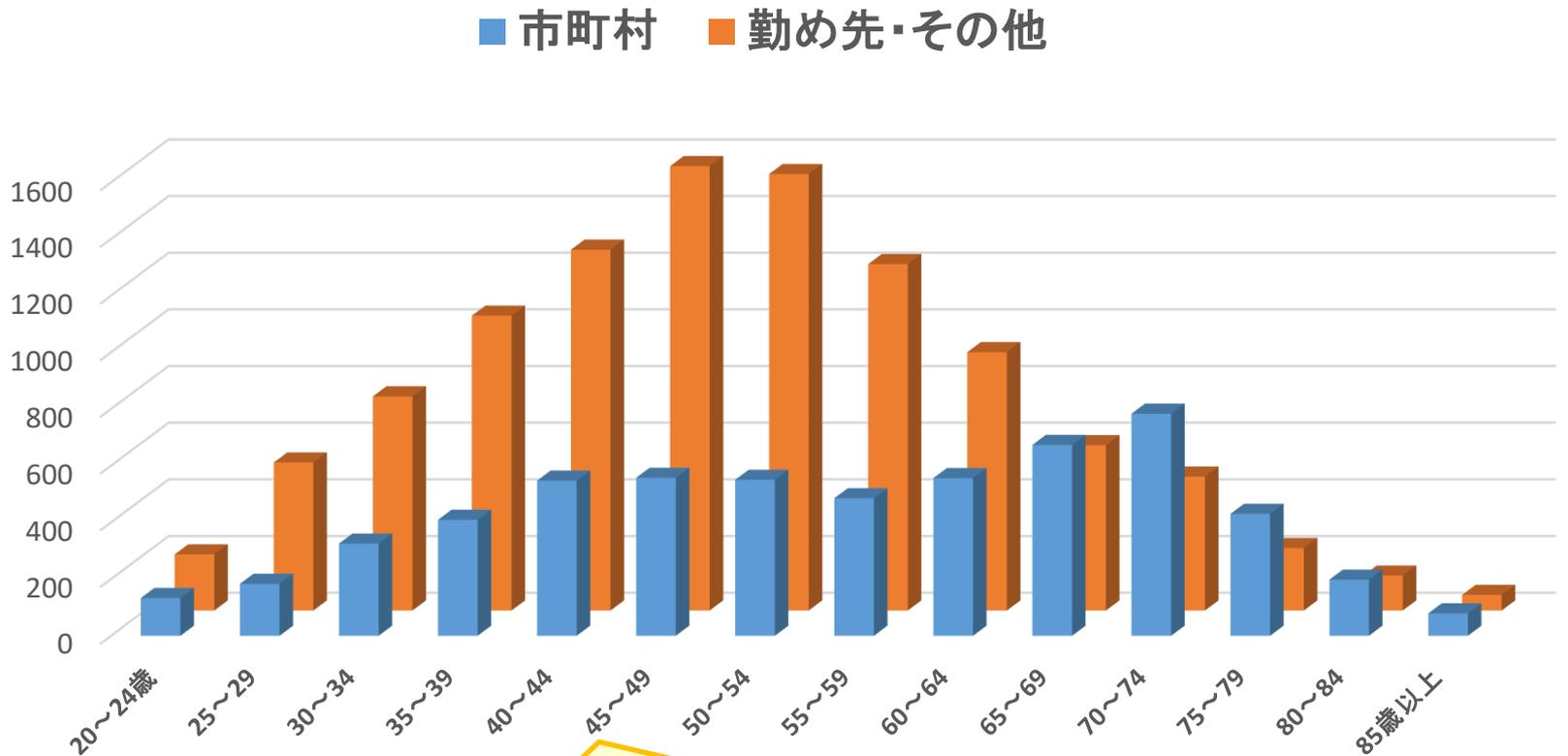
今回の指針では30-60歳の女性にはHPV検査単独法（5年に1回）だけが推奨され、細胞診・HPV検査併用法（以下「併用法」）は削除されています。この背景は国立がん研究センター作成・有効性評価に基づく子宮頸がんガイドライン（2019年版）において、HPV検査単独法が推奨グレードA、併用法が推奨グレードCとされたためと考えられます。

本ガイドラインによれば併用法はHPV検査単独法に比べて偽陽性者数が多く、不利益が大きいと説明されています（子宮頸がん検診エビデンスレポート2019年度版によると、検診1,000人あたりの偽陽性者数：細胞診52人、HPV検査単独法94人、併用法153人）。しかしながら、本評価は併用法ではいずれかの検査が陽性であれば、精密検査を実施することを前提としていることから、現在、国内の一部自治体で実施されている併用法とは運用法が異なります。医会が実施した国内の併用法実施自治体115,273例の検討結果では、併用法での要精検率は3.1%（検診1,000人あたり31人）にとどまっています（Int J Gynaecol Obstet 2021 Oct4. doi:10.1002/ijgo.13961）。したがって併用法には懸念されるほどの不利益はないものと考えられます。

また本ガイドラインでは併用法の浸潤がん減少効果という大きな利益が考慮されておりません。本ガイドラインによれば、1,000,000人年あたり浸潤がんの発生の絶対イベント数は、細胞診の112人に対し、HPV検査単独法は96人、併用法は64人となっています。併用法による浸潤がん罹患数は細胞診に比べ43%減少していますが、HPV検査単独法では14%の減少にとどまります。したがって併用法には浸潤がん減少効果という大きな利益があると考えられます。

欧米に比べ子宮頸がん罹患率・死亡率が高く、検診受診率が低い本邦においては、できる限り見逃しの少ない検診、すなわち細胞診とHPV検査の併用（HPV検査上乘せ検診,細胞診・HPV検査併用検診（3年毎））を当面（子宮頸がん罹患率が少なくとも10万人あたり6以下に低下するまで）容認すべきと考えます。

# 子宮頸がん検診の受診者数(2年間)



60歳以下の若年女性では住民検診よりも  
職域検診が圧倒的に多い！

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ 厚労省への要望・意見書  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

# 子宮頸がん検診のあり方についてアンケート調査

日産婦医会発第319号

令和5年12月28日

各都道府県産婦人科医会 会長 殿

公益社団法人日本産婦人科医会

会長 石渡 勇

がん部会

主担当常務理事 鈴木 光明

子宮頸がん検診のあり方について

拝啓 時下益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

また、日頃は本会の事業活動に対する深い御理解と御支援、御協力を賜っておりますことに心から感謝申し上げます。

さて、子宮頸がん検診のあり方について厚労省案が出されているところですが、本会が従来より推奨している検診とは大きく異なることから、皆様のご意見をお伺いさせて頂きたく、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

貴会会長のお考えでも構いません。

ご回答は令和6年1月12日までに、日本産婦人科医会がん部会（メール：afuku@jaog.or.jp）まで、お送りくださいますようお願いいたします。

なお、本調査は本会の倫理委員会の承認を得ており、本アンケート調査結果は、今後の医会の子宮頸がん検診のあり方の資料として活用させていただきます。

質問内容：

1. 都道府県
2. 回答者氏名
3. 都道府県医会役職
4. 子宮頸がん検診のあり方について、どちらの案を希望されますか？

A: 医会案に賛成

B: 厚労省案に賛成

C: どちらでも良い

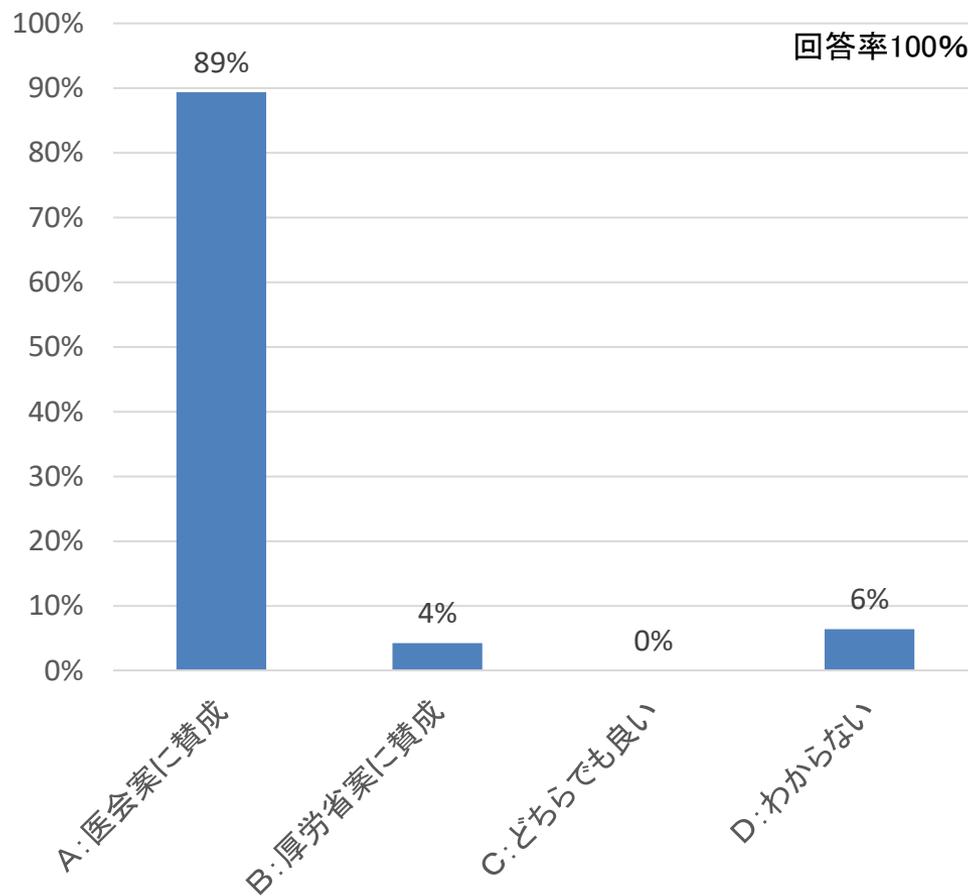
D: わからない

5. その他(ご意見)

# 子宮頸がん検診のあり方についてアンケート結果

(47都道府県で回答)

子宮頸がん検診のあり方について	
A: 医会案に賛成	42
B: 厚労省案に賛成	2
C: どちらでも良い	0
D: わからない	3



# 子宮頸がん検診のあり方についての意見の概要

## A: 医会案に賛成の方々の意見

- ・厚労省案は時期尚早:HPVワクチン接種が進んでいない。検診受診率が低いなど
- ・ HPV単独法では併用に比べて、見逃しが多くなる
- ・ 5年間隔の検診間隔に不安
- ・ HPV単独検診の日本のエビデンスがない
- ・他疾患(子宮体癌・卵巣癌など)の見逃しの不安

## B: 厚労省案に賛成の方々の意見

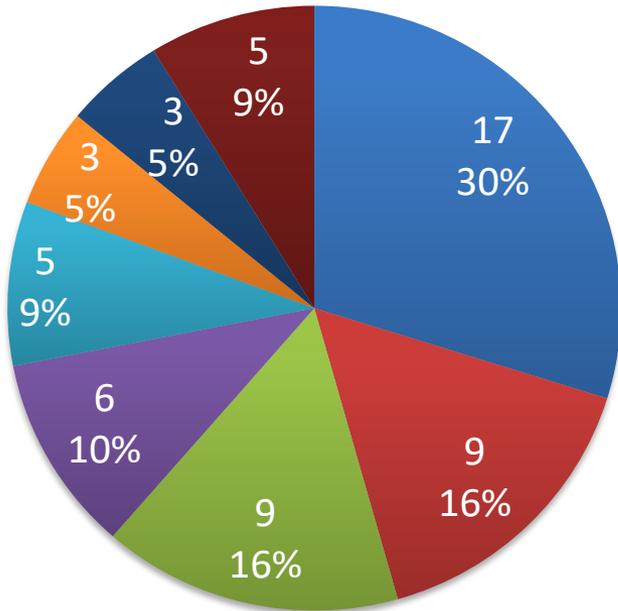
- ・精度や有効性はHPV単独検診(厚生省案)が望ましいと思う。しかし、HPV陰性の対象が5年ごとには長すぎるので2~3年とすべき
- ・令和7年度からHPV単独健診を予定している。ただし、3年毎で実施する

## D: わからないの方々の意見

- ・要件を満たしかつ希望する自治体が、HPV検査による子宮頸がん検診に移行すべき
- ・厚労省案は正しいと思うが、医会の案も納得できる。十分に体制が整っていないこの時期に、厚労省案を進めれば現場の混乱は必定と思う
- ・いずれの方式も賛成するに足る国内エビデンスがない

# 厚労省案に反対する理由

(複数回答あり)



- 時期尚早:HPVワクチン接種・検診受診率が低いなど(17)
- HPV単独法では併用法に比べ、見逃しが多くなる(9)
- 5年の検診間隔に不安(受診機会の減少含)(9)
- HPV単独検診の日本のエビデンスがない(6)
- 他疾患(子宮体癌・卵巣癌など)の見逃しの不安(5)
- 受診率低下への懸念(3)
- 細胞診をベースにした方が良い(HPV上乘せ検診含)(3)
- その他(5):精度管理体制が不十分など

# HPV検査の導入に関する日本産婦人科医会の見解

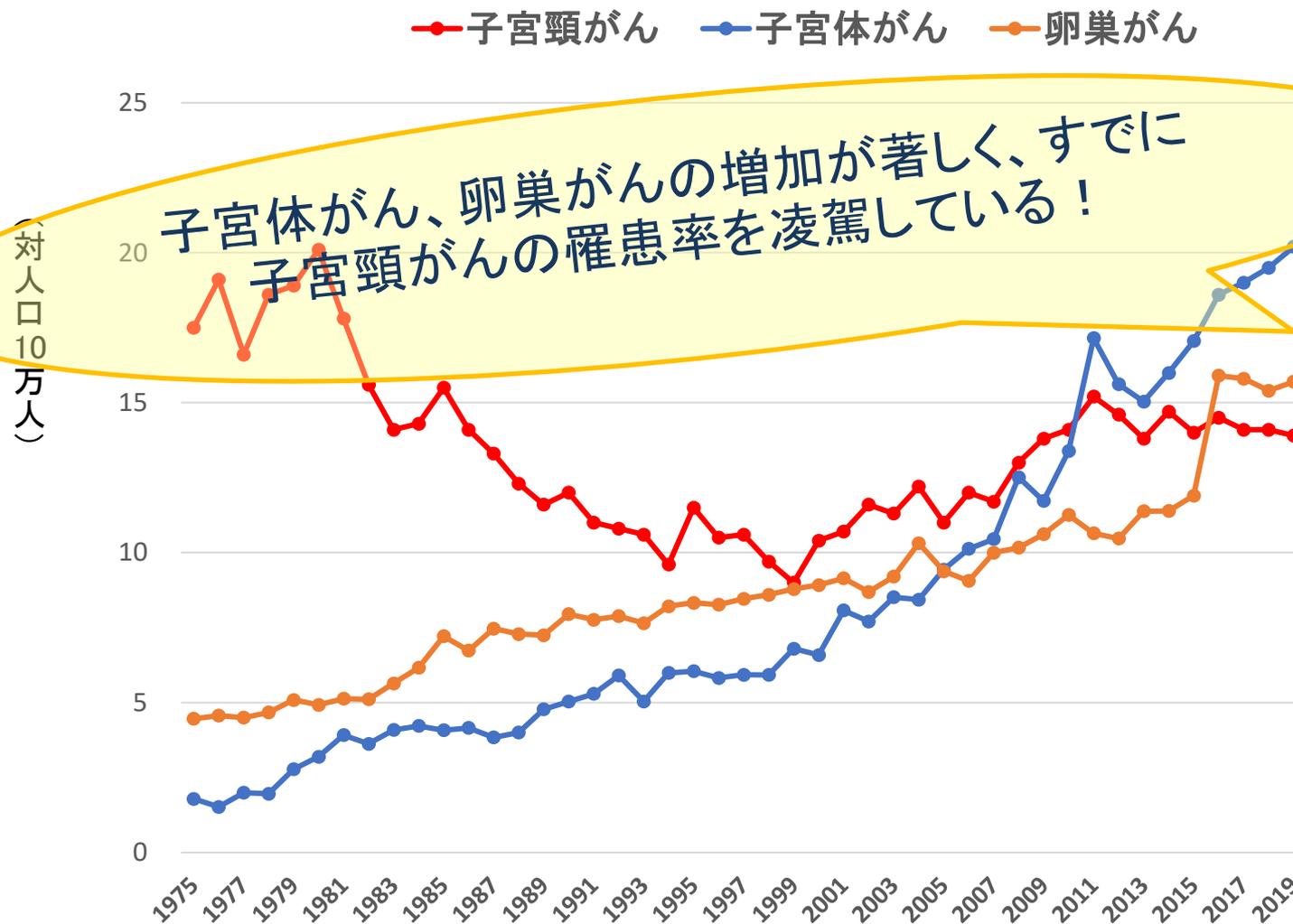
- ✓ 細胞診/HPV検査併用法(HPV検査上乘せ法も含め)は浸潤がん減少効果、高度前がん病変の発見数の大幅な増加というメリットがあり、適正に運用すれば利益が大きいと考えられる
- ✓ HPVワクチン接種、子宮頸がん検診受診率が上昇し、子宮頸がん罹患率が制圧レベル(6人/10万人)に達するまでは、細胞診とHPV検査併用による見逃しの少ない検診を施行すべきである
- ✓ 検診間隔の延長に関しては、妊孕性温存の観点から、また子宮体がん・卵巣がん等の重大な疾患の発見遅延の観点からも慎重な配慮が必要である
- ✓ 細胞診/HPV検査併用法は日本産婦人科医会会員から大きな支持を受けていることが確認され、当面はこの検診方法を採用すべきと考える

# 5年毎のHPV検査単独検診は時期尚早！

- ✓ 厚労省によるHPV検査単独法(5年毎)推奨の背景
- ✓ 日本産婦人科医会はなぜHPV検査単独法を推奨せず、HPV検査・細胞診併用法を薦めるのか？
- ✓ 厚労省への要望・意見書  
(付)子宮頸がん検診に占める職域検診の割合
- ✓ 「子宮頸がん検診のあり方」アンケート調査
- ✓ 産婦人科医会が目指すこれからの“婦人科がん検診”

# これからの婦人科がん検診を考える

## 子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんの年齢調整罹患率(年次推移)



# 経腔超音波機器 (TUV) の進歩



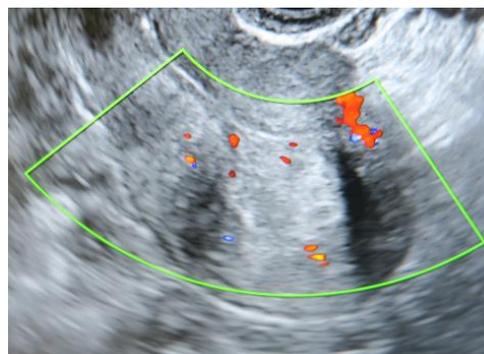
子宮内膜厚：3mm  
正常（癌なし）



子宮内膜厚：23mm  
内膜癌



プローブの小型化により痛みが軽減



子宮内膜厚：18mm  
内膜癌

高解像度化により精度向上

(小澤信義先生提供)

# これからの婦人科がん検診

子宮頸がん検診：HPV検査＋頸部細胞診



子宮がん検診（頸がん/体がん）：HPV検査＋頸部細胞診＋内膜細胞診



婦人科がん検診（頸がん/体がん/卵巣がん）：HPV検査＋頸部細胞診  
＋内膜細胞診＋経膈エコー



（レディースドック検診：頸がん、体がん、卵巣がん、**乳がん**）

受診者は子宮頸がんだけの発見を望んではない  
→婦人科がん全ての早期発見を望んでいる

婦人科がんの早期発見には1-2年毎の検診が必須である