

番号	日時	質問	回答	分類
1	2016年2月2日	<p>先週の日本総合健診医学会の「エビデンス指標委員会報告」を拝聴した者です。その中で、先生から描出不能をD2にするのは問題という発言がありました。</p> <p>膵臓描出不能について</p>	<p>“描出不能”については、カテゴリーおよび判定区分の超音波画像所見の項に</p> <p>① “臓器が全く描出できない場合には描出不能とする”と記載しています。</p> <p>“膵臓描出不能はよくある”と述べておられるご施設では、膵臓が全く描出できない症例が多数あるのでしょうか？もし、そうならばその施設の超音波検査の担当者の技能に問題があると思います。もっと技師の技術レベルを上げる必要があると思いますし、もしかすると、他の臓器も十分に観察できていない可能性があるのではないのでしょうか？</p> <p>② 同じ項に“臓器の一部が描出できない場合には、描出可能な部位の所見を採用し、描出不能部位を記載する。”としています。この場合にはD2とする必要はありません。</p>	腹部超音波
2	2018年3月16日	<p>腹部超音波健診判定マニュアルでは総胆管拡張は8mm以上とされていますが、seven-eleven ruleから7mm以下が正常とするのが一般的かと思われれます。</p> <p>そこで、7.1mm～7.9mmの場合は拡張とはしないのでしょうか？？マニュアルが作成された当初から総胆管拡張は8mm以上とされているのでしょうか？</p>	<p>通常、用いられている超音波診断装置では、カーソルを合わせると、0.1mmの単位まで計測値が表示されます。しかし、腹部超音波検査に使用される超音波の周波数は通常2～6MHz程度なので、生体内での波長は0.2～0.8mm程度と予測され、0.1mm単位までの計測は論理的に無理があります。</p> <p>従って、マニュアルではあえて、小数点以下の表記はしておりません。モニターに表示された数値から四捨五入して判定していただくことをお勧めいたします。</p> <p>マニュアル作成の途中段階では“7mmを越える”と表記されていましたが、全項目にわたり統一的に“以上/以下”を使用することとなり、最終的に“8mm以上”と表記することとなりました。</p>	腹部超音波

番号	日時	質問	回答	分類
3	2019年4月25日	<p>胸部エックス線や上部消化管エックス線健診判定マニュアルには、読影は医師による「二重読影」と明記されていますが、腹部超音波健診判定マニュアルには明記されていません。しかし、学会や研修会では、腹部超音波健診についても専門医を含めた医師による「二重読影」を強調されています。明記されているマニュアルがあれば教えてください。また、日本人間ドック学会としては、どのようにお考えか教えてください。よろしくお願いします。</p>	<p>人間ドックの基本検査項目での画像検査は1) 眼底, 2) 心電図, 3) 胸部X線, 4) 消化管造影検査, 5) 消化管内視鏡検査, 6) 腹部超音波であります。オプションでは, 7) マンモグラフィー, 8) 乳腺超音波があります。</p> <p>1) 2) は単独読影, 診断難しい場合は専門医にコンサルトしていると思います。 3) 4) 7) は二重読影 5) 観察医師(検査実施医師)の判断のみ。ただし, 不明な場合は, 生検(バイオプシー), 色素付加, NBIなどさまざま診断精度向上手法もあります。検査後は記録画像による専門医コンサルトとなります。ただし, 見逃しは6)に同じ(下記補足参照)。</p> <p>ただし二重読影については, 「上部消化管スクリーニングマニュアル」(監修日本消化器内視鏡学会)の72ページに記載があります。</p> <p>6) 特殊であり, 観察が通例, 医師でなく検査技師であること。病変診断が難しいと, 医師にコンサルトだが, 健診超音波の現場に来てもらうことは困難。5)と同様に病変存在を見逃した(記録していない)場合には, 1年後の検査で, その当時(1年前)に病変は存在したか, しなかったは, 検証できないかと思います。8)も同様化と思います。</p>	腹部超音波

番号	日時	質問	回答	分類
3		つづき	<p>「学会や研修会では、腹部超音波健診についても専門医を含めた医師による「二重読影」を強調されています。」</p> <p>に対しては、記録画像での二重読影は可能かと思いますが、費用対効果を考えると、診断困難症例のみのコンサルトになるかと思いますが。この演者は臨床現場のみ？健診現場で勤務されているかはわかりません。</p> <p>聞くとところによると、専門医研修会の共同運用の総合健診学会から、研修会で「ドック学会作成の判定マニュアル」の内容を言及してはならないという指示があるようです。</p> <p>6年前再発足した健診判定・指導マニュアル作成委員会では、読影者までの規定の指示までは行っていないため、委員会毎の報告書に統一性がとれていません。そのため、胸部X線のマニュアルには記載がないという結果になっています。</p>	腹部超音波

番号	日時	質問	回答	分類
4	2019年5月9日	<p>胸部エックス線や上部消化管エックス線健診判定マニュアルには、読影は医師による「二重読影」と明記されていますが、腹部超音波健診判定マニュアルには明記されていません。しかし、学会や研修会では、腹部超音波健診についても専門医を含めた医師による「二重読影」を強調されています。明記されているマニュアルがあれば教えてください。また、日本人間ドック学会としては、どのようにお考えか教えてください。よろしくお願いします。</p>	<p>超音波検査の医師による二重読影について、日本人間ドック学会としての考えは以下の通りです。</p> <p>日本人間ドック学会としては、腹部超音波健診判定マニュアルに記載の通り、検査担当者：（医師以外では）日本超音波医学会認定の超音波検査士（消化器・健診）の資格保有者が望ましい。</p> <p>読影、超音波診断：日本消化器がん検診学会認定医（肝胆膵）または日本超音波医学会専門医が望ましい。</p> <p>としています。医師の二重読影を求めるという記載はありません。</p> <p>日本人間ドック学会の機能評価認定基準においても、「胸部X線や上部消化管X線、マンモグラフィの二重読影・比較読影」（HPより抜粋）とし、腹部超音波は入れておりません。また研修会講演者に確認しても「医師による」二重読影とは話していないとのことです。</p>	腹部超音波

番号	日時	質問	回答	分類
4		つづき	<p>超音波検査の実施から診断までの過程については、以下を推奨しています。</p> <p>a. 超音波検査士（消化器・健診）有資格の有能な検査担当者が精度の高い検査を行う</p> <p>b. 診断装置、その他の検査環境が整っている</p> <p>c. 検査担当者はマニュアルに則って、超音波画像所見を的確に検出し入力する</p> <p>d. システムとして導入された腹部超音波健診判定マニュアルにより、入力された超音波画像所見に応じた、カテゴリー、超音波所見（結果通知表記載）、判定区分が自動的に導かれる</p> <p>e. 日本消化器がん検診学会認定医（肝胆膵）または日本超音波医学会専門医が、記録画像を読影し診断を行う。この際に、判定区分などを必要に応じて修正する。</p> <p>超音波検査では検査担当者（ほとんどの場合臨床検査技師ないし診療放射線技師）が系統的な走査を行い、病変を発見し、診断に耐える画像を記録に残せるかどうか重要であり、それが行えていない場合、医師（たとえ超音波専門医であっても）による二重読影を行っても診断の精度が上がる可能性は低いと考えられます。</p> <p>現状では、医師による二重読影以前に、医師の診断に耐える検査が実施されていることが重要です。そのためには、技師の養成（超音波検査士資格取得や症例検討による研鑽）や検査環境の整備（外部評価の受審・マニュアルの採用等）などを行うことが必要と考えています。</p>	腹部超音波