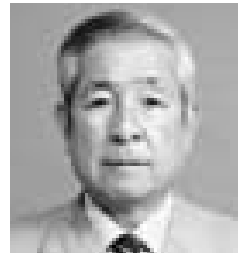


フィルムの質的向上,読影の向上を目指して

結核予防会千葉県支部(ちば県民保健予防財団)
画像診断部参事

矢部 勤



平成18年度・結核予防会フィルム評価会が2006年12月21日,22日の2日間,結核予防会結核研究所において,全国44支部施設から医師13名,放射線技師63名と,メーカーから9名の技術者が参加して行われました。

プログラムは,初日に胸部間接フィルムの評価とフォーラム「胸部検診の精度管理の向上に向けて」,2日目に胸部直接フィルムの評価と技術検討会と,精度管理を重視した内容でした。

<フィルム評価>

評価は参加者が6班に分かれ,それぞれ医師である班長と放射線技師の副班長が進行役となって合議のうえで総合判定を下します。初めにグループ間の評価に偏りをなくするためにサンプルフィルムを用いた評価を行い,十分な全体討議を加えて統一性を持たせました(目合わせと称する)。

本評価は全国支部が集まった間接・直接フィルムについて,濃度,コントラスト,鮮鋭度等の10因子(直接:9因子)について,それぞれの良否を解析して最終的に読影価値からみた総合判定を下しました。

間接フィルム

A評価「読影価値の極めて優れたフィルム」と, B評価「優れたフィルムで, A評価に近いもの」が115本中55本(48%)と約半数, C上評価「読影可能で, B評価に近いもの」が54本(47%)でした。

直接フィルム

A評価とB評価が95枚中42枚(44%), C上評価が51枚(54%)でした。

デジタル処理フィルム

評価AとB評価が48枚中14枚(29%), C上評価が31枚(65%)でした。

結核予防会フィルム評価会が合格基準としているA評価, B評価, C上評価は,間接・直接フィルムでそれぞれ95%, 98%を占めており,結核予防会支部施設が撮影しているフィルムは,読影価値の高いものであると言えます。また,精度管理も行き届いた状況下にあることが窺われました。

デジタル処理フィルムは22支部施設から集まり漸次増加しております。今後,モニター読影や画像評価面の精度管理が必要と感じました。

C上評価以下であったフィルムはわずかですが存在しました。評価を下げた要因については,装置,撮影条件,現像処理等に分けて改善案を纏めて当該支部に提案されております。

<フォーラム>

最初に結核研究所の星野斎之医師から結核病型や胸部疾患症例で精密検査の対象になる割合が低かった症例,健常者例を精密検査とした症例の画像評価が実施されました。

次に,岡山県健康づくり財団附属病院の西井研治医師から「肺癌検診の精度管理」と題して,専門的な立場から,1)肺癌検診は必ずしも肺癌死亡率の減少に寄与しているとは言えないレベルの市町村や検診機関が存在する,2)精度管理が行き届いていない市町村や検診機関が存在する,3)精度管理を無視した価格競争になっている等,肺癌検診の現状,肺癌検診に必須な実践的な精度管理について話され,大変参考になりました。

<おわりに>

検診の精度向上は,検診を実施していくうえで重要であり,精度の良否は結核,肺癌検診に大きく影響すると考えます。現在,結核予防会が実施している胸部検診のシェアは全国の約半数を占めます。

このことから「結核予防会フィルム評価会」の果たす役割は重要でありその責務も重いと考えます。今後も評価会を継続することにより,間接・直接フィルムの質的向上,その読影の向上に期待したいと存じます。



全体でのフィルム評価の風景

「肺癌検診の精度管理」

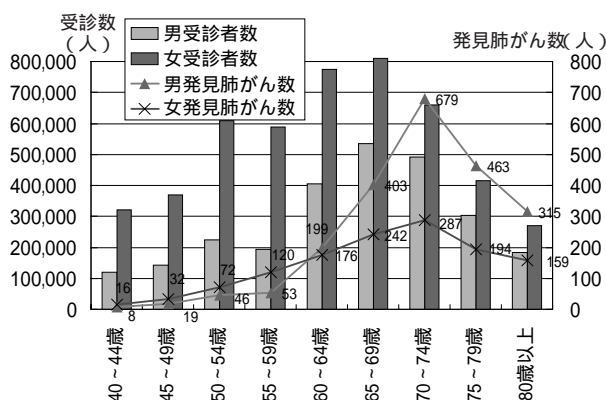
平成18年12月21日(木)～22日(金)、結核予防会フィルム評価会が開催された。この中で行われた21日のフォーラムで、肺癌検診ガイドラインの策定にも関わっていらっしゃる岡山県健康づくり財団附属病院長の西井研治先生に、肺癌検診にまつわる様々な問題点を提起していただいたので、報告する。

今、肺癌検診が置かれている状況は非常に厳しいものがあり、生き残っていくのは本当に厳しいということが言えるだろうという発言があった。

国では、現在肺癌検診ガイドラインの作成を行っており、標準的な方法で検診を実施すれば、死亡率低下を証明できるだけの検診であることが報告されていて、自信を持ってやっていたらいいという励ましの言葉も頂いた。ただ、CT検診については、死亡率を低下させる十分な証拠が現在のところないということで、勧められないという結論に至っていることも報告された。

さらに、注目されていることは精度管理で、先日(12月16日)に行われた肺癌集検セミナーでの議論について、紹介された。大阪府立成人病センター疫学課の中山富雄先生がまとめられた報告による「性・年齢階級別受診者数と発見肺癌数」を見ると、60歳以上から発見率が上がり、受診効率が低い、一方、効率は悪くとも重症化を防ぐという意味では、40歳台からの受診を促すべきであろうということがひとつにある。

図 性・年齢階級別受診者数と発見肺癌数



次に受診者数の伸びは全国統計では少なく、集団検診はほぼ横ばいとなっており、個別検診が都市部において増加している。受診者数が増えているのに、それに応じて発見数が増えていないのは、個別検診の精度管理が十分ではない可能性が想定される。個別検診に関するまとまったデータがなく、精検完了率が61.5%（集団方式80.7%）と低いので精度にはばらつきがある。

現在、考えられる肺癌検診の精度管理の問題点は、個別検診の精度管理を高めることである。地域の精度管理をどう見守るかという問題においては、生活習慣病精度管理指導協議会の機能を高めることが必要であり、生活習慣病精度管理指導協議会が、検診機関ごとに数値を集計し、検討した事項を公表していけば、検診受診者も検診委託自治体もその事実を比較検討することができる。

次に大きな問題は、検診受診者の減少である。老人保健法における肺癌検診の最初の入り口は市町村が対象者に受診勧奨するところから始まるが、その勧奨が個人情報保護や市町村合併などの諸事情で十分できないことにある。受診者がきちんと把握されなければ受診間隔が定まらず、高い精度を保つ検診は望めなくなる。さらに、検診方法が施設・地域ごとによって異なり、精検率にも影響し、誰のための検診かわからなくなるという、肺癌検診の存在意義が問われるようになっている。

岡山県下で行った市町村の検診担当者アンケートの中でも、検診委託業者選定に入札という価格競争が入り込み、精度管理項目を無視した選定が実施されていることが判明している。この現実を見極め、精度管理を高めて、受診者の死亡率低下が肺癌検診の目的であることを受診者・検診を委託する市町村・そしてその精度管理を見届ける生活習慣病精度管理指導協議会を含めた都道府県・国にきちんと示していく必要があるとまとめられた。

(文責：編集部)