

1. 乳がん検診で望まれる 受診者情報の「見える化」 —— 検査歴の把握と問診票の活用

須田 波子 愛知乳がん検診研究会

乳がん検診は、乳腺診療への大きな入口の一つである。対策型検診のモダリティとして認められているマンモグラフィ（以下、MG）のほか、超音波検査（以下、US）が広く行われている。

本稿では、第一に、検診の場では受診者についてどのような情報の「見える化」が図れるかを整理する。第二に、現状ではまだ多くの検診が“フィルムレスにはなかったがペーパーレスにはならない”環境で行われており、これに由来する情報見落としに触れる。第三に、問診票の活用法を考える。レポートソフトウエア（以下、レポートソフト）未導入でも諸条件が合えば、受診票（問診票）・所見用紙など“紙に依存した運用”の負担を軽減できる拙案を報告したところ（第31回日本乳癌検診学会）、意外な反応があったので紹介する。

「見える化」が望まれる 検診受診者情報

多人数を扱う検診では、作業効率が重視される。一定の手技で一定の画像が撮影され、読影医はこれを連続的に判定する。日本乳がん検診精度管理中央機構の読影試験では、年齢以外の情報がない状態で読影・判定を行うが、試験の目的は画像のみから異常所見を検出・評価する能力を測ることである。実際の検診をこのような試験と混同し、情報不足のまま連続読影するとさまざまなミスを犯す。

検診において、受診者個々の生物学的乳がんリスクを十分把握することは難しい。そこで、どのような情報があるよりも安全な読影につながるのか、検査前・後に分け考えてみる。検査前は、情報を収集する段階で、問診・検診受診歴の確認などを行う。検査後は、それらの情報を判定医に伝達し、活用させる段階である。

情報をどこまで「見える化」できるのかは、PACS、レポートシステム（以下、レポートシステム）、遠隔読影の有無など、施設の事情により大きく異なるが、比較的情報を活用できている施設の運用を紹介する。この施設は、施設内検診を行い、精密検査外来も併設する。受診者は、検診・診療を通じ、1つのIDで管理される。PACSを2006年、レポートシステムを2011年、電子カルテを2013年に導入し、2021年度の検診受診

者はMG3251件、US3610件（約3割がMG・US同日併用）であった。精密検査担当医2名に検診の読影もさせるため、施設内で二重読影が完結する。視触診検診はない。

検査前の情報収集について述べる。技師は前日に、レポートソフトで過去の検診歴、診療歴を一覧し、“近年USしか受けていない”など検査歴に偏りがありそうな受診者を把握しておく。検査当日、本人に他院での検査歴なども聴取し、MG・USの検査種別の変更・追加を相談する（前回レポートにMGが脂肪性、USは不要との読影医コメントがあればUSの勧奨は行わない）。問診票はあらかじめ郵送する。特記事項の有無が一目で区別できるレイアウトとし、検査担当者は自覚症状、過去の他施設受診歴、精密検査歴、手術歴、家族歴、ホルモン補充療法の有無などを把握する。検査時、不詳な点を本人に確認し、レポート画面の所定欄に簡潔に記載するので、この施設では判定医が紙の問診票をめくる場面はない。

検査後は、判定医が情報を活用する段階である。レポートソフトに“MG・US同日併用者を自動で見分けて印を付ける機能”はないが、技師がレポート作成画面上の所定欄に決まった符号を付けると検査リスト（受診者一覧）にも表示され、判定医は“併用者”だけを連続的に先行読影可能で、一定の読影操作に集中しやすい。この施設では5MP（メガピクセル）ディスプレイにMGを、2MP医用カラーディスプレイにUSを同