

## 委員会企画 予防・検診関連委員会

## PPV3の意義と普及のための啓発活動への提言

## 委員会-予防・検診-1

## 診断カテゴリーの考え方と具体例

<sup>1</sup>獨協医科大学 埼玉医療センター 放射線科、<sup>2</sup>聖路加国際病院 放射線科  
久保田一徳<sup>1</sup>、角田 博子<sup>2</sup>

2019年に日本乳癌学会より「乳がん検診精検報告書作成マニュアル」が発行され、検診で用いる「検診カテゴリー」とは別に、精密検査で用いる「診断カテゴリー」が設けられた。「**診断カテゴリー (DC)**」は精検機関での乳房画像検査によって決定された最終判定カテゴリーであり、基本的にマンモグラフィおよび超音波による総合判定によって決定される。

- DC1, 2** 異常なしまは良性で精検機関は終了。対策型検診の該当者には定期乳がん検診受診の勧奨
- DC3** 短期間(6か月後)の経過観察(マンモグラフィなどでの画像監視の継続)
- DC4, 5** 悪性またはほぼ悪性の可能性があるため、組織(細胞)診断を必ず実施する。

一方で、診断マンモグラフィカテゴリー (DMC) や診断超音波検査カテゴリー (DUC) はそれぞれの検査のガイドラインにおいて記載されている。これらのカテゴリー 3 の一部には良性の可能性が高いが悪性も否定できない病変が含まれ、生検の適応となる診断カテゴリー DC 4 に相当することがある。それぞれのカテゴリー間での乖離があることを十分に理解しなければ誤解が生じる。これまでのマンモグラフィ、超音波ともに、検診においては個々の所見からカテゴリー判定が行えるように要精検基準が作成されてきたが、診断カテゴリーにおいては明確で十分な判定方法が示されていないのが現状といえる。これらの事情を踏まえて、診断カテゴリーを理解するために、精密検査におけるマンモグラフィ所見、超音波所見の判定例を用いて解説を行うこととした。今後、具体的な症例や判定例の検討を増やし、明確な判定方法を構築していく必要がある。

## 委員会-予防・検診-3

## PPV3により各施設の診断精度向上を目指すための岡山県精密検査依頼・報告書/初年度結果から読み解けること

<sup>1</sup>川崎医科大学総合医療センター 外科・川崎医科大学 総合外科学、  
<sup>2</sup>岡山大学病院 呼吸器・乳腺内分泌外科、  
<sup>3</sup>岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会 乳がん部会  
中島 一毅<sup>1,3</sup>、枝園 忠彦<sup>2,3</sup>、園尾 博司<sup>3</sup>

実臨床においては「診療の質」が保たれていることが重要である。「診療の質」が担保されている状態とは、的確なタイミングで、適切な最新の診療行為が行われておりかつ最新の診療知見が現場で活かされている状態である。「適切な最新の診療」とは、Evidence Based Medicineによる知識であり、診療ガイドラインとして学会等から提供されている。日本乳癌学会でも最新のシステムティックレビューに基づいた診療ガイドラインを刊行して、十分に普及しているようである。

一方、「最新の診療知見が現場で活かされている」ことの評価には、Quality Indicator(QI)が用いられる。QIとは、医療の質を示す評価のための指標であり、「医療従事者が自ら各自の医療の質を評価・改善可能なツール」であり、決して施設間の質を比較するものではない。各自の医療の質を担保、成長するツールであると共に、全国規模でQIを導入評価され、各地区でフィードバックが行われれば、標準診療の普及や地域/施設の問題点が明らかとなり、医療の質の均てん化にも寄与する可能性が高い。乳癌領域では治療領域でのQI評価がすすんでいるようであるが、診断領域は未普及のようである。

以上の国内状況のため、日本乳癌学会では、2019年「乳がん検診精密検査報告書作成マニュアル」が発刊されたが、5年経っても普及する状態ではない。しかし、2022年7月「日本乳癌学会乳癌診療ガイドライン」、「乳がん検診要精検施設基準」発表が発表され、2022年11月 日本乳癌検診学会評議員会においても「乳がん検診要精検施設基準」が同意・承認され、QI導入の動きがようやく活発化してきた。

そこで、岡山県としても、県の医療の質を担保するため、「岡山県乳がん検診精密検査施設認定基準」を変更するとともに、乳癌学会刊行の「乳がん精検報告書作成マニュアル」に準じ、PPV3算出、乳房構成、BRCA家族歴の記載等追加し、一枚で記録できる工夫を行った「乳がん精密検査依頼書・結果通知書」作成、2023年度より導入した。

まだ、導入初年度であるが、昨年12月までの集計で一定の情報が得られたので、PPV3算出でどのような傾向が見られるので、どのような役に立つのか、報告したい。本年3月までで2165件の報告用紙が届いているが、6月までまって最終集計を行い、PPV普及のため、本会で報告させていただきたい。最終結果をもとにPPV算出の有用性を理解していただきたい。

## 委員会-予防・検診-2

## 『検診カテゴリーと診断カテゴリーに基づく乳がん検診精検報告書作成マニュアル』に準じた精密検査の現状

神戸市立西神戸医療センター 乳腺外科  
川西 佳奈、奥野 敏隆

マンモグラフィによる対策型検診が導入されて20年が経過する。マンモグラフィの撮像・読影の精度保証は担保されているが、精密検査の精度保証には課題が少なくない。2019年6月に出版された『検診カテゴリーと診断カテゴリーに基づく乳癌検診精検報告書作成マニュアル』においては精密検査のquality indicator (QI)としてpositive predictive value3 (PPV3) = (乳癌数) / (診断カテゴリー 4, 5の生検施行例) が提唱された。マニュアルに示されている各種指標を算出し把握することは当院の乳がん検診の精密検査の精度向上に寄与すると考える。

2019年8月1日から2023年9月30日までに当院で乳がん検診の精密検査を行った427症例を対象とし、カルテ情報を用いてPPV3を算出し、目標値(33.8%)と比較した。さらに推奨マネージメントの遵守率、乳がん検診の不利益を最小化するための評価指標を算出した。

427例中、診断カテゴリー (Diagnosis-Category; DC) はDC1: 59例 (13.8%), DC2: 90例 (21.1%), DC2D: 1例 (0.2%), DC3: 82例 (19.2%), DC3D: 7例 (1.6%), DC4: 147例 (34.5%), DC4N: 5例 (1.2%), DC5: 36例 (8.4%)であった。PPV3は56.4%と目標値の33.8%を上回っており、生検の適応となるDC4, 5の判定が適正に行われていた結果と考える。推奨マネージメント遵守率は95%であり、DC1, 2で患者希望などにより当院で経過観察されている症例が22例、DC3以上で経過観察されず検診に戻った症例が1例あった。

乳がん検診の不利益を最小化するための評価指標として、欧州の検診マンモグラフィではFNA/CNB/VABで乳癌と確定診断した割合(許容値>70%, 目標値>90%), FNAの検体不適正の割合(許容値<10%), 乳癌と確定診断された病変におけるFNAの検体不適正の割合(許容値<25%, 目標値<15%), CNB/VABの検体不適正の割合(許容値<20%)をQI項目として提示している。『乳癌取扱い規約第18版』ではFNAの検体不適正の割合10%以下を目標値としている。当院でFNA/CNB/VABで乳癌と診断した割合は53.9%と許容値の70%より低く、良性病変を正確にDC3以下と判定し、過剰な生検を減らすことが課題であると考えられる。FNAの検体不適正の割合は20.5%と、乳癌取扱い規約における許容値内ではあるが目標値を下回っており、FNAの適応と手技の是正が課題であると示唆された。乳癌と確定診断された病変におけるFNAの検体不適正の割合、CNB/VABの検体不適正の割合はいずれも0であった。