

大腸CT 導入から3年間の軌跡

船津 大輔 医療法人社団 健診会理事
〔共 催：GEヘルスケア・ジャパン(株)〕医療法人社団健診会の
紹介 (図1, 2)

当院は、1982年に内科を中心とした無床診療所(クリニック滝野川内科)として開院し、1999年に早期発見・早期治療を目的としてMRIとCTを導入した。院内患者のみでMRIとCTの検査数を担保することは難しく、近隣の診療所、中小病院、大学病院への院外営業を行い、画像診断検査センターを併設した。2010年には健診・人間ドック業務を開始し、業務拡大とともに2012年に医療法人社団健診会を設立。健診会東京メディカルクリニック、健診会滝野川メディカルクリニック2施設での運用となっている。現在、MRI 5台、CT 2台、X線TV 4台、マンモグラフィ 1台、内視鏡2台、超音波診断装置4台にて、内科、整形外科、乳腺科、脳外科、循環器科、泌尿器科、放射線科、健診/人間ドック部門を運用している。職員内訳は医師6名、看護師13名、診療放射線技師14名、臨床検査技師9名、医事課47名である。

導入目的

旧診療所においては、上部消化管造影(MDL)検査のみを行っていた。上部/下部消化管内視鏡検査の適応患者は外部委託にて検査を行っていたが、大腸がん患者数は年々増加し、厚生労働省の大腸がん患者の人数推移は当院においても同様の傾向を示していた。新規で診療所、画像診断センター、健診/

人間ドックセンターを開設するに当たり、旧診療所の一番の弱点でもあった消化器領域の画像診断ツールとして、上部/下部消化管内視鏡検査の導入が先に決まっていたが、開院時は消化器科医師2名でのスタート予定であり、予定していた内視鏡検査数(上部/下部)に対する医師数は足りておらず、内視鏡に代わる下部消化管検査の導入は必須であった。また、大腸内視鏡検査は、前処置の複雑さや検査に対する恐怖心が強く受診者の敷居が高いのが現状であり、旧診療所から他院へ紹介した患者からも同じような声をよく耳にしていたため、大腸CT検査は便潜血検査、腫瘍マーカー検査と内視鏡検査の間をつなぐ重要な検査として注目し、導入を決定した。

導入までの問題点・課題

当院が大腸CT検査を始めた頃は、検査を実地している施設も少なく、メジャーな検査ではなかったため、医師・看護師を含め、初めてこの検査を耳にする者も多かった。まず、大腸CT検査が本当に有用な検査であるのかを調べる必要があったが、JANCT(多施設共同臨床試験)のデータが公表されており、国内・

海外論文も含め、客観的なエビデンスの下に当院の消化器内科医師・看護師への理解を求めることが可能であった。また、診療放射線技師への教育に関しては、大腸CT検査に精通した診療放射線技師を当院に招き、前処置、検査、一次読影に関して月2回のペースで半年間トレーニングを行い、勉強会への積極的な参加を促した。また、放射線科医師の読影の際には必ずそばに付くことで、読影方法や一次読影時の所見の記載方法、検査時の注意点を学ばせた。高額なCT、自動炭酸ガス送気装置、ワークステーション導入によるコスト面での経済性も考慮する必要があるが、導入当初は保険収載も認められていない状況であり、人件費、読影料、装置リース料、薬剤、消耗品コストを考えると、とても利益を生む検査でないことを理解する必要があったため、人間ドックをメインとした自費検査での運用から開始した。現在では保険収載されており、一定の条件を満たした患者であれば600点が加算される。加算点数を考慮に入れてもコストを差し引くと、あまり経済性の良い検査とは言えないが、増え続ける大腸がん患者に歯止めをかけるためには、大腸CT検査は絶対必要であると考えている。



図1 健診会東京メディカルクリニック外観



図2 待合室の様子