

【一次審査判定基準】

心エコー図の報告書を記載することは、検査を実施することと同じくらい重要である。報告書の記載により検査や治療の方針が検討され、その結果、患者が心臓カテーテル検査を受けることになったり、手術を受けることになったりするからである。そのためには、心エコー図の報告書は、単に所見を羅列するばかりではなく、解釈や判断を記載し、それを基に医師が診断したコメントが必要である。

どこまでが医師が記載して、どこまでが技師が記載したかを明確に区別することは必要ではない。全部技師が記載しても、医師が添削し、最後に医師が確認していれば、よいと思われる。検査を実施するのは技師で、医師がその場にはいない場合には、技師は患者の病態を予測し、必要な所見を集め、必要な項目を計測し、観察する。そして、検査を実施した技師が、どうしてその項目を測定したのかがわかるような筋道の通った所見を報告書に記載し、医師が結論を導くこととなる。

一次審査の判定では、報告書の内容において記載すべき項目をポイントごとに加算している。このポイントが記載されていなかったり、筋道が立っていなければ、ポイントがつかない。

学会に提出する心エコー図の報告書は、貴施設の診療で日常的に臨床使用している報告書とする。試験のために報告書を新たに作成してはいけない。また、審査を目的として学会に提出する心エコー図の報告書において個人情報、審査委員がどのような方法をもってしても、生年月日、ID 番号、氏名など個人を特定できる情報が見えないように配慮しなくてはならない。透かして見ると読める場合には、消去していないと判断される。個人情報が適切にマスキングされていない症例が1例でもあれば不合格となる。

※なお、報告書や画像にある検査日は、個人情報にはあたらぬとする。

もし、この一次審査判定基準を読んで、貴施設の報告書に足りない項目があれば、この機会に貴施設の報告書を見直して、基準を満たすようにしてほしい。

以下に注意点を記載する。

1. 画像

症例の特徴的な所見を示す画像は、必ず記録すること。

ふだんから、鮮明で説得力のある画像を記録することを心がけるべきである。ただし、症例によっては、鮮明な画像が撮れない場合もある。鮮明でないというだけで、減点にはならない。むしろ、適正な基本的断面が提出されているかがポイントとなる。また、ゲイン、フォーカスの設定が正しくされているかもポイントである。

鮮明な画像は加点となるが、不鮮明な画像の場合には、それを補う他のアプローチによる画像が記録されていれば、それで加点される。

2. 所見の記載

症例の診断や病態の把握に必要な所見を、もれなく記載すること。

不鮮明で見えなかった所見、陰性所見も記載する必要がある。たとえば、感染性心内膜炎を疑っていれば、「疣腫がないこと」、「新たな弁逆流がないこと」、「弁の破壊がないこと」などを書いておく必要がある。

最後に所見の総括が必要である。ここでは重要度順に記載する。

また、重度の僧帽弁逆流があると記載したら、どのような所見（定量評価か？、定性評価か？）からそう判断したのかという根拠を記載すべきである。重症度評価には様々な所見が用いられているので、同一施設内ではある程度統一すべきと考える。

3. 心機能評価

鮮明でない画像から計測された数値には信頼性が欠けるので、やむを得ない場合には「参考値」等のコメントが必要である。

左室内径の計測は必須である。Mモード法より断層法が望ましい。測定できない場合には、他の参考指標を示すべきである。左室容積や駆出率は直交2断面もしくは3次元心エコー図によるディスク加算法（シン普森変法）を用いて計測すること。Teichholz法は推奨しない。左室重量も重要である。拡張機能は計測値を包括的に評価する。日本心エコー図学会のホームページ上に、「ASE-EACVIガイドラインの心腔計測におけるガイドライン 2015年ダイジェスト版」、「心エコーによる左室拡張機能評価のための勧告 2016年」の日本語訳が掲載されているので参考にしてほしい。