CHOOSING
WISELY
JAPAN

2020 No 4

Newsletter



Contents

Editorial	1
Choosing Wisely 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関する推奨	2
COVID-19 対策への緊急提言	3
COVID-19 についての私的提言	4
康永秀生教授の講演「医療の効果を継続検証する制度整備」を聴講して	4

Choosing Wisely® を用いた医療の質改善の取り組み	5
連載：実装科学と Choosing Wisely Campaign	6
Choosing Wisely Japan Student Committee (CWJ-SC) の現況報告	7
厚生労働省研究班が2年目に入りました	8



Editorial

2020 年度に入って早くも2か月が経ちましたが、Choosing Wisely Japan (CWJ) のニューズレター第4号をお届けします。今年1月の段階では、中国・武漢の海鮮市場から始まった原因不明の肺炎が猖獗(しょうけつ)を極めていたとのニュースを不安げに受け止めていただけでしたが、その後、新型コロナ感染症(正式名称は COVID-19)は急速に中国の国境を越えて、アジア、欧州、更には米国へと拡がり、私たちの生活の全ての局面を根こそぎ変えてしまう事態となっていました。わが国では専門家グループによるクラスター追跡と感染者の病院への収容、「不要不急の外出自粛」を国民に“強く”要請することが対策の中心で、ウイルス(正式名称は SARS-CoV-2)検査の実施が不十分で、感染の広がりを正確に把握できていないことが深刻な課題です。【参照：本号の徳田安春医師の記事】また、接客・飲食業などの小規模経営者、アーティスト等のフリーランス業界、アルバイトなど非正規雇用の人達を中心に未曾有の経済的危機がもたらされ、感染症対策としての社会的活動の抑制が社会の崩壊に直結するという厳しい現実に向かっています。

一方、現場の医療職がプロフェッショナルとして奮闘している姿は各国で称賛されていますが、中国、欧州、米国で多くの医療職が新型コロナウイルスに感染して命を落としている実態が報じられていて、心が痛みます。また、病床やマンパワーの不足による“医療崩壊”だけでなく、病院が新型コロナ対策に力を入れれば入れるほど病院経営が成り立たなくなる実態も明らかになりつつあり、医療システム全体の機能不全も現実の課題として強く懸念されます。

私たち、CWJ もこのような現状を直視しつつ、「コロナ下の Choosing Wisely」について熟考しなければなりません。まずは、現下の緊急事態に即した診療のあり方に着目した「注意喚起」が求められます。これについては、Choosing Wisely International が、過日、急ぎ公表した一般市民向け4項目、医療従事者向け5項目、計9項目の「リスト」があります。欧米の現状を反映した面もありますが、CWJ のホームページに邦訳とともに紹介していますので、是非、参照してください。(https://choosingwisely.jp/)

このリストでも、キーワードは、“不要不急”ですが、考えさせられることが少なくありません。一面では、これまで過剰に実施されてきた医療が“是正”される、ということもありますが、他方、救急外来への“コロナ疑い”以外での受診が大幅に減少している事実に見られるように、必要な医療を受けようとしなかったり、必要な定期フォローが先送りにされたり、と、「過少医療」の問題も生じ得ます。どういう診療行為がどういう局面で先送りされるのか、診療の優先順位はどのように決められるのか、等々、注意深く検証する必要があると感じます。わが国の場合、上述のように、患者・市民の不安感とともに、“病院の経営が成り立つか否か”の観点が最優先されてしまうのではないかとこの危惧もあり、医療を受ける側に立場に立った「賢明な選択」が、ますます問われていることは間違いありません。

小泉 俊三

Choosing Wisely Japan 代表

Choosing Wisely International は 2020 年 4 月 1 日、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関する推奨を公開しました (<https://choosingwiselycanada.org/covid-19/>)。これらの推奨は、感染が急拡大している欧米諸国の COVID-19 に対する危機感に基づいて作成されたものであり、必要に応じて随時見直されることになっています。

以下はその日本語訳です。参考文献・資料はリンク先を参照してください。

推奨の著作権は Choosing Wisely International にあり、日本語訳は Choosing Wisely Japan に対して認められたものです。推奨文の内容・表現を変更したり、推奨文を追加または削除したりすることはできません。なお、(注) は日本独自のものです。

◆ 推奨

【一般市民向けの推奨】

- 1) 不要不急の外出はしないでください。他人と安全な距離 (2 メートルまたは 6 フィート) を保ってください。国および自治体の公衆衛生当局 (注) の指示に従ってください。

Don't go out for non-essential reasons. Keep a safe physical distance from others (2 m or 6 ft.) and follow guidance from your national and local public health authority.

(注) 日本では厚生労働省、各地の保健所など

- 2) ルーチンの診療 (予防のための受診、通常の血液検査) や不要不急の診療を受けるために、事前に電話で問い合わせることなく、病院、診療所、医療提供施設に直接行かないでください。

Don't go in person to a hospital, clinic, or health care provider for routine care (preventative visits, routine blood work) or non-essential care without calling ahead.

- 3) 軽症の COVID-19 症状を診てもらうために救急外来を受診しないでください。利用が可能であればバーチャルなツールやスクリーニングセンター (注) を利用してください。

Don't go to the emergency department for assessment of mild COVID-19 symptoms. Use virtual tools or screening centres if available.

(注) 日本では帰国者・接触者相談センターや行政の電話相談窓口など

- 4) COVID-19 の予防や治療のために、効果が証明されていない治療薬を自己処方したり要求したりしないでください。

Don't self-prescribe or request unproven therapies to prevent or treat COVID-19.

【医療従事者向けの推奨】

- 5) 電話やオンライン診療といったバーチャルなツールの利用が可能であれば、不要不急の医療サービスを患者に直接提供しないでください。不要不急の診療や検査は、できれば後回しにしてください。

Don't offer non-essential services to patients in person, if virtual tools such as telephone or online visits are available. Delay non-essential care and laboratory testing when possible.

- 6) 緊急性があり現場で対応できないというのであれば、虚弱な施設入居者を病院に送らないでください。Don't send frail residents of a nursing home to the hospital, unless their urgent comfort and medical needs cannot be met on site.

- 7) ヘモグロビン値だけに基づいて赤血球を輸血しないでください。1 回の輸血は 1 バッグとし、追加する場合は再度評価してください。

Don't give red blood cells (RBC) based solely on an arbitrary hemoglobin level. Give one-unit of RBC at a time and reassess the need for more.

- 8) 虚弱な高齢患者に対して、患者の事前指示について家族と相談することなしに、できる限り挿管しないでください。

Don't intubate frail elderly patients in the absence of a discussion with family members regarding the patient's advance directives whenever possible.

- 9) 承認済みの臨床試験の場合を除き、効果が証明されていない治療薬を COVID-19 患者に処方しないでください。

Don't prescribe unproven therapies for COVID-19 patients other than in an approved clinical trial.

(文責・小泉 俊三)

COVID-19 対策：東京都医師会への緊急提言 (2020 年 4 月 4 日発表)

東京 近藤 太郎 (近藤医院、東京都医師会・元副会長)
 ロンドン 渋谷 健司 (WHO 事務局長上級顧問、英国キングス・カレッジ・ロンドン教授)
 沖縄 徳田 安春 (群星沖縄臨床研修センター長)

東京の医療現場は今、大変な状況下にあります。危機管理とは「最悪の事態も想定して準備すること」です。東京でこのまま指定医療機関に患者が殺到すると、本格的な医療崩壊になります。

PCR 検査が重症者と濃厚接触者に事実上制限されているため、実際の感染者数を過小評価しています。検査されていない軽症者や無症状者はかなりの数おり、隔離せずに感染が拡大していると考えられます。感染者が増えると、その中から重症者が出てきます。

医療機関やテストサイトでの PCR 検査のオーダーは現場の医師の判断でやらせてください。この病気は届け出対象なので、陽性ならばすぐに届出ができるようにすればよいのです。検査の適応を判断したらテストサイトへ送れるようにしてください。

PCR 検査を行うテストサイトは、休校中の都立学校の校庭などに設置すればよいと思います。テストサイトは、地域によっては、医療機関の輪番制で、その当日のみ特別にテストのみの診療業務を行うこともできると思います。医師の簡単な問診で適応を判断し、検体採取の担当は地域の医療者だけでなく、医療者ライセンスを持つボランティアと自衛隊にも依頼すればよいと思います。

また、至急、病院での急性期ケアが済んだ軽症者を全員、ホテルや選手村を改造し、医療管理が可能な施設として、そこに移してください。自衛隊などの応援要請も必要となると思います。

患者の爆発的増加に対応するため、オリンピック会場などをシェルター病院に変換してください。中国からの参考資料として、中国のシェルター病院「鍵と機能」があります (Lancet 誌より)。これは、3 つの鍵 (迅速設置、巨大スケール、低コスト) と 5 つの機能 (隔離、トリアージ、基本的医療、頻回モニタリングと迅速な患者搬送、基本的な社会生活の環境設置) です。

最後に、最も重要なことですが、PPE の迅速大量生産を民間に依頼お願いします。これは医療者を助けます。

トリアージ案：

- (1) 無症状者は自宅またはホテルや選手村等の施設
- (2) 軽症者はモニタリング可能なホテルや選手村等の施設 (可能であれば、医療が必要な中等症者はシェルター病院)
- (3) ICU ケアやハイレベルケアが必要な重症者は指定医療機関 (回復したらシェルター病院やホテルへ)

以上

COVID-19 についての私的提言

COVID-19 のパンデミックに対して、日本政府は、5月14日より順次、緊急事態宣言を解除しています。ただ、クラスターだけを追いかける今の政府のやり方では、完全な封じ込めはできません。Choosing Wisely キャンペーンの基本は、価値の低い検査を推奨しないことです。COVID-19 の PCR 検査は、適切なケースに、適切なタイミングで、適切な手技で、適切な結果の解釈を行うことで、価値の高い検査となります。

ウイルスは高温多湿で活動が弱まります。この文章を書いている現在、感染が下火になってきたのも気候の影響が大きいと考えられます。気候が再び変われば事態は動き、感染拡大の第二波がくる可能性が高いでしょう。そうなれば、また緊急事態宣言が発令され、外出自粛が繰り返されます。国民全員隔離の状態が続き、経済は破滅的な影響を受けます。倒産や自殺、うつ病、糖尿病、家庭内暴力なども増え、国民の心身の健康も害されています。だからこそ PCR 検査の体制を大規模に拡大する必要があると考えます。

このウイルス SARS-CoV-2 は、高齢者や基礎疾患を持つ高リスク者に感染すると重症化のリスクが高くなります。それを防ぐためには、広範囲に検査し、感染者を早期に発見することが大切です。つまり、感染者を保護・隔離し、ウイルスを徹底的に封じ込める戦略へとかじを切る必要があります。感染を封じ込めなければ経済が回っていきません。それに気づいた経済界やスポーツ界からも検査拡充の声が上がってきています。

ワクチンが開発されて皆に接種されるまでは少なくとも1年半はかかります。また、一定の集団が感染すると、自然に収束する「集団免疫」を獲得するためには、人口の60%が感染する必要があるといわれています。そこにいたるには時間がかかります。

せっかく第二波までのある程度の準備期間があるので、従来の戦略を検証し、仕切り直すべきです。さらにはまた、このウイルスは変異します。気候に順応するか、毒性も強まる可能性もあります。欧米では、川崎病類似の病態をきたした小児ケースが多数報告されています。ウイルスの進化の将来像はいまだにわかって

いないからからこそ封じ込めることが大事です。「大規模投資」と考え、初動が遅れて反省した米国のように数兆円規模で予算をつぎ込み、検査を拡大すべきです。

拡大する条件もあります。大学やバイオ関係の研究所に依頼すれば検査数は増やせます。ノーベル賞受賞者の京都大学山中伸弥教授も、PCR の機械が30台あるから使ってほしい、と安倍晋三首相に直接訴えました。私の地元・沖縄の沖縄科学技術大学院大学からは1日5,000件の検査ができると話しています。山中さんは、全国の機械を使えば、1日10万件はできる、といわれています。

新型コロナの封じ込めは地域経済にとっても急務です。私の地元・沖縄は「観光立県」です。国内外から観光客がこなければ県の経済が成り立ちません。私も県に繰り返し提言し、県内5所にPCR検査センターが設置されました。患者を受け入れた病院の収入を補てんするなど、他県より進んでいることは評価しています。

PCR 検査にともなう医療費は一定かかります。検査を受けるハードルを下げるためにも患者さんの自己負担分を補てんしてほしいと思います。検査検体採取センターの医療スタッフも今はボランティア頼みです。急いで医療機関に手当てをしてほしいと希望します。

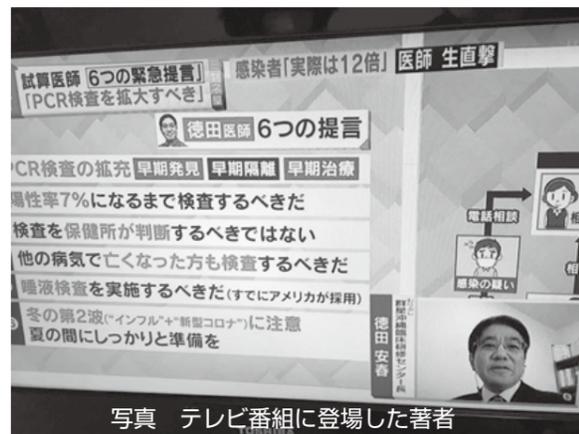


写真 テレビ番組に登場した著者

群星沖縄臨床研修センター
徳田 安春

康永秀生教授の講演『医療の効果を継続検証する制度整備』を聴講して

昨年(2019年)末、日本総合研究所(SMBC系のシンクタンク；略称：日本総研)のリサーチ・コンサルティング部の担当者から、Choosing Wisely Japan の取り組みや、医師/患者の行動変容を促す仕組みのあり方、更には日本総研が米国研究製薬工業協会(略称：PhRMA)の委託を受けて検討を進めている「医療資源の効率的な配分および患者目線の医療提供がなされる」ための政策

提言案についての意見を求めたい、とのことでインタビューを受ける機会がありました。

このことが契機となって、2020年2月7日、『医療の効果を継続検証する制度整備』と題された康永秀生教授(東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学)の講演を聴講しました。講演会は日本総研と「健康長寿グループの会」(東大COI)が、製薬企業、メディアを対象と

して開催した企画でしたが、康永先生のお話は実に明快で、リアルワールドデータ(ビッグデータ)の活用により医薬品の市販後評価が可能になり、薬漬け医療から脱却し、検査の無駄を省くことができる、ということでした。また、世界のChoosing Wisely キャンペーンについてもよくご存じで、講演の中でも紹介されました。

講演では、最初にRCT実施上の困難とRCTを補完するリアルワールドデータ研究の利点について解説されました。もちろん、リアルワールドデータ研究に内在する課題にも触れ、新薬の治験にはRCTが必須であることについては念を押されました。一方、近年の統計解析法の進歩によって交絡(confounding)の調整が可能となっていることも強調され、リアルワールドデータ研究の実例を紹介されました。

敗血症に対してエンドトキシンを吸着するPolymyxin B hemoperfusion という治療法があります。日本(東大)で開発されたのですが、数十人の患者で血圧値の改善がみられたとのデータだけで、わが国では1994年に承認されたそうです。2009年にはイタリアで世界最初のRCT(n=64)が実施され、有効性が立証されたと注目を浴びたのですが、症例が少ないこと、対照群の死亡率が高すぎるなどの批判が相次ぎました。2014年には、康永先生のグループによるリアルワールドデータを用いた再検証で28日以内の死亡率に有意差がないことが示されました*。もちろん、これにも反論がありましたが、2015年にはフランスで(n=243)、2018年には北米で

(n=449)、RCTが実施され、やはり、28日死亡率に有意差がないことが示されました。

* Iwagami M. et al. Crit Care Med. 2014; 42: 1187-93.

その他、DICに対するトロンボモジュリン、敗血症に対する免疫グロブリン、脳梗塞に対するアルガトロバンなど、いずれもリアルワールドデータ研究では効果がなかったこと、ダ・ヴィンチ手術は合併症発生率は低いが医療費は高いことなどを示されました。一方、肺塞栓症に対する大静脈フィルター留置については、リアルワールドデータ研究でその有効性が示されたとのことでした。

康永教授の講演に続いて日本総研の主席研究員の方から6項目にわたる「効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言」が示されましたが、概ね首肯できる内容でした**。

** 提言は、<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=35753>で閲覧可能です。

康永教授とは、講演後にゆっくりお話しする時間がありましたが、医療の効果を検証するのは行政ではなくアカデミア主導でなければならないとの持論も力説され、Choosing Wisely Japan の強力なサポーターとして、今後、継続的にご協力いただけると感じた次第です。

(文責・小泉 俊三)

Choosing Wisely® を用いた医療の質改善の取り組み

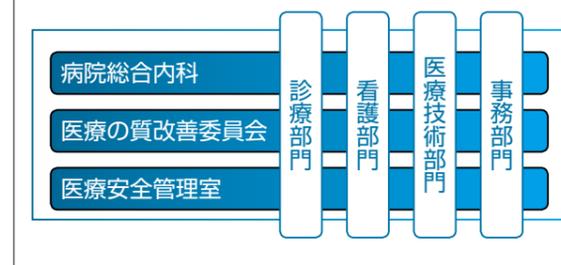
◆ 当院の紹介 (浦添総合病院)

当院は救命救急センターを有する311床の中核病院である。2019年からホスピタリストシステムに移行し、患者マネジメントの安全性と質改善を目的とした病院総合内科(the department of hospital medicine)を設立した。同時に「医療の質改善委員会」を発足し、院内全体の「医療の質」を可視化することで、医療安全管理室とともに病院全体の安全管理と質改善に努めている。(図1)今回、質改善の取り組みの一例として当院での入院患者の心電図モニターの削減活動を報告する。

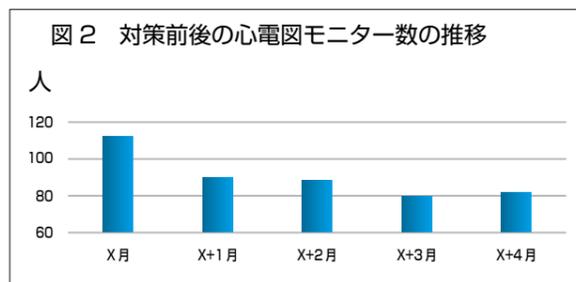
◆ 実践例—入院患者の心電図モニターの削減—

当院では以前から、「心電図モニターが貼られているがモニターできていない」「モニターのアラームが鳴っているが反応しない」を背景に、心電図モニターが関係するインシデントやアクシデントが多発し院内の主要な課題となっていた。Society of Hospital MedicineのFive listに心電図モニターの適切使用が掲載されていたこともあり¹⁾、我々が中心となって、心電図モニターを適切化するワーキンググループを立ち上げることとなった。まず問題となったのが、「不適切な心電図モニター」の定義である。本邦には心電図モニターについて主要なガイドラインが存在しなかったため、アメリカ心臓協会のガイドライン²⁾を用いて不適切な心電図モニター装着の状態を定義した。続いて、QC(Quality Control)手法を用いて、①心電図モニターを外す基準の設定、②院内での心電図モニター過剰による有害事象の共有、③心電図モニターに関するクリニカルパスの修正、④心電図モニター回診の実施を行った。以上のような対策を行ったところ、心電図モニター数は対策実施前(X月)が112人であったが、徐々に減少し、80人前後にまで減少し

図1 浦添総合病院での医療の質改善の仕組み



ている。(図2) また、Quality Indicatorとして院内全体の心電図モニター数を設定し、継続できるように努めている。



◆ 今後の展望

—実践する際の Choosing Wisely® の役割—

Choosing Wisely® の Home page によると、このキャンペーンの本来の使命は「患者が適切なケアを選択できるようにすることで、臨床医と患者の間の会話を促進すること」とされているが³⁾、今回我々が臨床現場で普及する際には、むしろ医療者同士の対話に用いたところ良好なコミュニケーションが得られた。今回の心電図モニターのような病院の多くの関係者が関わる事象では、院

内各部署のステークホルダーの協力と利害関係の把握が必要である。また必ずしも医学知識レベルが均等ではないため、医学における推奨を分かりやすく共有する必要がある。そのような医療者間でのコミュニケーションにおいて、Choosing Wisely® の five list はとても理解が得られやすく参考になった。このような Choosing Wisely® で推奨されている項目をどのように現場へ「実装」するかを今後も継続していきたい。

参考文献

- 1) <https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/SHM-Adult-Choosing-Wisely-List.pdf>
- 2) Kristin E S, et al. Update to practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2017 Nov 7;136(19):e273-e344.
- 3) <https://www.choosingwisely.org/our-mission/>

浦添総合病院 病院総合内科
栗原 健

ための方法は、こういった現場の疑問点から端を発しているのが本連載でご紹介していく「実装科学(Implementation Science)」である。実装科学とは、学際的なアプローチにより、患者、保健医療従事者、組織、地域などのステークホルダーと協働しながら、エビデンスに基づく介入を効果的、効率的に日常の保険医療副活動に組み込み、定着させる方法を開発、検証する学問のことをいう⁶⁾。様々な呼称があるが、主に米国では「Dissemination & Implementation (D & I)」⁷⁾、カナダでは「Knowledge Translation (KT)」⁷⁾とも呼ばれ、世界で急速に広がり発展を見せている学問領域となっている。

今回以降でこの実装科学の分野の中でも Choosing Wisely Campaign と大きく関わりのある “de-implementation” を中心に概説していくことにする。

◆ 引用文献

- 1) Koo KK, et al. Pulmonary artery catheters: evolving rates and reasons for use. *Crit Care Med*. 2011; 39(7): 1613-8.

- 2) Bekelis K, et al. De-adoption and exnovation in the use of carotid revascularization: retrospective cohort study. *BMJ*. 2017; 359: j4695
- 3) Niven DJ et al. Effect of published scientific evidence on glycemic control in adult intensive care unit. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(5): 801-9.
- 4) Atkinson P, et al. CJEM Debate Series: #ChoosingWisely - The Choosing Wisely campaign will not impact physician behaviour and choices-CORRIGENDUM. *CJEM*. 2019; 21(5): E10.
- 5) Rosenberg A, et al. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely campaign. *JAMA Intern Med*. 2015;175: 1913-1920.
- 6) Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 2006; 1: 1.
- 7) Brownson RC, et al. Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2018.

◆ 連載：実装科学と Choosing Wisely Campaign

① なぜリストは現場に浸透しないのか ～実装科学とその背景～

梶 有貴^{*1*2)}、島津 太一^{*2)}

^{*1)} 国際医療福祉大学成田病院総合診療科 助教

^{*2)} 国立研究開発法人 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室

「有効なエビデンスがあるのにも関わらず、なぜ目の前の患者に最新の知見が提供されていないのだろうか。」このような悩みを抱えている医療者は少なくないかもしれない。あるいは、「有効ではないというエビデンスや推奨があるのにも関わらず、漫然と古い医療が提供され続けているのだろうか。」特に本誌を手にとっていただいている読者は特にこちらの悩みを抱えている方が多いのかもしれない。多忙な医療の現場を支えながらも、弛まぬ自己研鑽を続け自らのエビデンスを更新し続けているプロフェッショナルな医療者ほど、このような“エビデンス”と“プラクティス”の間にあるギャップに悩みをかかえている人は多いことだろう。

かつては、エビデンスが論文化されると自然のなりゆきままにそのプラクティスが実践されていくものと考えられていた。要は学術的なインパクトの高い論文を出版することがその研究のプロセスの最終地点だと考えられていたのである。ただし、公表後のプラクティスの変化を観察した研究から、公表するだけで実践されていく

ようなプラクティスもある一方で、そうでもないプラクティスも存在することがわかってきた^{1),2),3)}。これは Choosing Wisely の推奨リストという形であっても同様であった。米国の各専門学会から提言されているこのリストは、一部エビデンスレベルが十分ではない項目も含まれているという指摘はあるものの⁴⁾、各々の項目は現場の医療者と患者にとって納得できるものが数多く選ばれている。ただ、やはりこの推奨リストも単に公表するだけではプラクティスを変えるには不十分であることが報告される。Rosenberg らの米国の大規模データを用いた 2015 年の研究では⁵⁾、Choosing Wisely のリストに掲載されている 7 項目のうち、リスト公表の前後で過剰医療が有意に減少したのはたったの 2 項目だけであり、うち 2 項目は逆に増加を示していた。筆者らは公表するだけでなく Choosing Wisely のリストを現場に定着させる、「実装」の追加の介入が必要であると結論している。なぜ現場で実践されないのだろうか。どのようにすれば現場で実践されていくのだろうか。より効果的に実践を促す

◆ Choosing Wisely Japan Student Committee (CWJ-SC) の現況報告

◆ 「Choosing Wisely × マスコミ」を開催

はじめまして、東京医科歯科大学医学部 4 年の因間朱里でございます。Choosing Wisely Japan Student Committee のコアメンバーとして現況を報告させていただきます。

昨年(2019年)12月21日、全国82大学医学部行脚勉強会を16校目として東京医科歯科大学にて行いました。また、医療の質・安全学会「過剰医療と Choosing Wisely キャンペーン」ワーキンググループの企画として、2020年2月8日に東京医科歯科大学湯島キャンパスにて「Choosing Wisely × マスコミ」を開催させていただきました。

医療者はどのように情報発信をしていけばよいのか、他者の行動を変えるにはどうしたらよいのか、そして Choosing Wisely について発信していき人々の行動を変えていこうとする取り組みの中で、医学生にできることはなにか。こうしたクエスチョンについて、ゲストの皆様からそれぞれご講演をいただきました。

まず、小泉俊三先生からは Choosing Wisely の総論的なお話を、そして 荘子万能先生からは Choosing Wisely Japan Student Committee についてお話いただきました。その後は島根大学 大野智先生より、「誰かの行動を変えるには何が必要なのか?」について、健康・医療に関する意思決定プロセスを切り口にご講演いただきました。様々なメディアでご活躍の大野先生からいただいた、誰かの行動を変えようとする前にまずなにを考えなければいけないかについてのご指摘は、いま振り返れば

ば、この新型コロナウイルス感染拡大に際して人々の行動を変えなければいけなかったこの時代にまさに大切なヒントを含んでいたように思います。続いて京都薬科大学 北澤京子先生、そしてメディカルジャーナリズム勉強会代表 市川衛さまから、メディアに携わる立場からの医療情報に対するお考えについてお話を伺いました。

リアルタイムの質問ツールを使って集めた参加者からの質問をもとにしながらパネルディスカッションを行いました。「時間が足りなかった、もっと話が聴きたかった」という参加者からの声も上がったほどの盛り上がりを見せた勉強会となり、Choosing Wisely を医学生が「自分事」としてとらえる時間になったのではないかと感じている次第です。この場をお借りして、ご登壇いただきました先生方に改めてお礼申し上げます。

しかしその後、全国的に新型コロナウイルスの感染拡大により、こうした対面での勉強会の実施は難しくなっている状況です。ですが、オンラインでのイベントは地理的制約がなく、また時間的制約も比較的少なく実施が可能だろうということで、まずは大学行脚勉強会をオンラインの強みを活かして行おうと現在計画中です。その他の企画もふくめ、引き続き Student Committee としての活動も積極的に進めてまいりますと存じますので、今後ともご指導・ご鞭撻のほど何卒宜しくお願い致します。

因間 朱里

東京医科歯科大学医学部 医学科 4 年

Choosing Wisely Japan Student Committee

厚生労働省研究班が2年目に入りました

2019年度にスタートした厚生労働省「診療ガイドラインへの「Choosing Wisely」の導入に向けた研究」は、今年度2年目に入りました。この研究班は、Choosing Wisely Japan (CWJ) が行う活動のうち研究面を担いますが、その研究資金について厚生労働科学研究の一環としての補助を受ける仕組みです。

2019年度は、5月に京都および東京で「公開フォーラム」を開催した他、8月には京都で、韓国、台湾で Choosing Wisely に取り組んでいる先生方と「東アジア円卓会議」を持ち、内外の医療関係者および一般の方々と意見交換を行い、Choosing Wisely への理解を深めることができました。また、「医療の質安全国際フォーラム」(9月、台北)、「Choosing Wisely 国際会議」(11月、ベルリン)、「過剰診断予防会議」(12月、シドニー)に参加し、世界各国の Choosing Wisely の研究・実践の最新動向を調査しました。また、先行研究を系統的に調査し、これから Choosing Wisely について知りたい人の参考に

なるようにまとめました。その結果はCWJのウェブサイトにも順次公開する予定です。

2年目は、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響でやや出遅れています (!?) が、日本の医療現場における意識調査や、現在の診療ガイドラインに Choosing Wisely の推奨がどの程度盛り込まれているかの文献調査などを行う予定にしております。公的医療保険制度の持続可能性の点からも、Choosing Wisely の考え方や具体的な推奨を日本の医療に普及・実装させることが求められています。今年度末には、Choosing Wisely をいかに普及・実装させていくかについて、研究班としての提言をまとめる計画です。CWJ 会員のお知恵をお借りする場面が出てくるはず (!) です。どうぞよろしくお願いいたします。

(文責・北澤 京子)

Choosing Wisely Japan Newsletter No.4

発行：2020年6月15日

発行者：Choosing Wisely Japan 代表 小泉 俊三

〒606-8142 京都市左京区一乗寺燈籠本町24番地 一乗寺国際研修センター 内

choosingwiselyjapan@gmail.com

制作：株式会社 カイ書林 generalist@kai-shorin.co.jp