CHOOSING
WISELY
JAPAN

2021 No 6

Newsletter



Contents

Editorial	1
Choosing Wisely International SPRING 2021 ROUNDTABLE(Web 開催) に参加して	2
Top Five List 入りにはランダム化比較対照研究が必須なのか?	3

「禍を転じて福と為す」コロナ禍の受診控え	4
連載：実装科学と Choosing Wisely Campaign	5
輸血療法における賢明な選択 2020 年 3 月版	6
厚生労働省 Choosing Wisely 班で Web 調査を行いました	8



Editorial COVID-19 下の Choosing Wisely とは

小泉 俊三

Choosing Wisely Japan 代表

COVID-19 のパンデミックは、高所得国、低中所得国を問わず、それぞれの国の保健医療制度、更にはその国の社会システム全体の弱点を白日の下に晒しています。

わが国の場合も、病床の逼迫、医療崩壊の現状が、重症患者数、病床占有率、緊張感漂う医療現場の映像とともに、日々報じられていますが、何が欠けているからこのような状況に陥っているのか、急ぎの対策とともにじっくり考えてみる必要を感じています。過剰医療の大きな要因の一つに出来高払い方式の診療報酬体系があることは紛れもない事実ですが、国公立も民間も共にギリギリの経営を強いられてきた多くの病院で、現場スタッフが COVID-19 患者のケアで過剰な負荷を強いられている一方、COVID-19 以外の患者の「受診控え」によって病院が経営上の打撃を受けていることも幾つかのアンケート調査で示されています。

パンデミックに直面した患者・市民の多くが、“自発的”に受診を控えたことは、医療機関や介護施設でのクラスターが報じられる中、「病院でコロナをうつされるかも知れない」、「コロナにかかるかも知れない」（発症した高齢者の致死率は約 10%）との恐怖とともに、

健康関連の「リスク」を、“わがこと”として受け止めたことの表れと見ることができます。このこと自体は、特に驚くに当たらないことかもしれませんが、がん検診やがん診療における対応の遅れが生じた過剰医療の例も報じられ、“賢明でない”受診控えに対する啓発活動も関連学会等から行われています。その一方で、「受診控え」体験は、これまで受けてきた医療が過剰であったことに気付く機会ともなり得ます。“賢明な”「受診控え」について、今回の経緯を実証的に跡付けし、今後、どのような受診が重要でどのような受診がそれほど必要でないか、患者が賢明な選択を行えるように、病院経営とは異なる視点で、医療提供側からの積極的な啓発・対話が求められているといえるでしょう。

また、外出制限、店舗の営業規制がもたらす経済活動への影響だけでなく、外出を恐れることで、フレイルが進行したり、人とのつながりが失われ、生活に活力が失われるなどの現象は、高齢者の場合、特に深刻です。処方や検査だけでなく、健康と密接に関連する生活習慣においても、新型コロナ時代の Choosing Wisely が求められています。

小泉 俊三

Choosing Wisely Japan 代表

つい最近(5月18日)、恒例のChoosing Wisely International Round-table(円卓会議)が今年(2021年)も ZOOM 会議システムを用いて開催された。米国、カナダをはじめ、南米(ブラジル、アルゼンチン)、スペイン、イタリア、スイス、ドイツ、北欧(デンマーク、スウェーデン、ノルウェイ)の他、ニュージーランド、イラン、韓国も含め、47名の参加があった。また、OECDのKazinga氏も参加された。今年の企画で最も注目されたのは、先日、メーリングリストでも紹介したDavid Asch先生を囲む質疑応答であった。

円卓会議に先立って5月12日、13日の両日に開催されたChoosing Wisely Canada 年次総会におけるAsch先生の特別講演の動画が予め円卓会議参加者に配信され、その内容に基づいて活発な質疑応答が行われた。Asch先生の特別講演は、会員の皆さんに紹介したYouTube動画と同様、シートベルトを着けていなかったニュージャージー州知事の交通事故の話の皮切りに、豊富な事例を通じて保健・医療領域において行動経済学を応用することのメリットを力説する内容であった。臓器移植への同意率が default 設定の違いで大きく異なることや、保育所に子供を迎えに来る母親が遅刻したときに追加料金を請求するとかえって遅刻が増えたなど、行動変容を促すための“褒賞”と“ペナルティー”との間の微妙な関係についての事例は特に印象的であった。医療現場での実践例としては症状緩和目的の照射療法で毎回CT撮像を求める手順書の改訂が有効であった例が紹介され、クリニカル・パスのあり方にも一考を要すると感じた。また、「価値に基づく支払い(Value-based payment)」に関心が集まっていることも紹介された。

質疑では、人々の非合理的な行動様式を“脊髄反射”に喩えられたAsch先生に対してドイツの医師や実装科学の専門家から意見が表明され、行動変容を目指す介入には困難を伴うとしても辛抱強く続ける必要があるとの

結論では一致した。また、行動経済学的手法をツールと捉えたと悪用される懸念があることから、医療職の教育や医療職の基本姿勢(プロフェッショナルリズム)が問われる問題でもある、との意見も表明された。

引き続きシンポジウムでは、3人の演者から、それぞれ刺激的な話題が提供された。

イスラエルのRan Balicer氏はDigital Healthの専門家、データ集約による変異株の早期把握、迅速なワクチン接種など、ITを活用したCOVID-19対策の実例を紹介された。因みにBalicer氏は、今年の3月、日本記者クラブでも講演されている。(YouTubeで視聴可能)(<https://www.youtube.com/watch?v=wInyPkzVyaE>)
次いで、スウェーデン・コ克蘭計画の研究者で家庭医でもあるMinna Johansson氏は、診療ガイドラインがもたらす過剰医療についてユニークな問題提起をされた。昨年、スクリーニングの弊害についての論考(※)も発表しておられるが、強いエビデンスに支えられた運動療法推奨プログラムを例として、この推奨プログラムを家庭医として実践するだけで自分の診療時間の20%を使い果たしてしまう、将来、“優れた”ガイドラインが次々と整備されてくると、その全てを実施することは不可能になると話されたのが印象的であった。(※[https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(20\)31116-1/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(20)31116-1/fulltext))

最後に、カナダの代表者からCOVID-19時代に特に問題とすべきlow-value careについて、400あるChoosing Wisely Canadaの推奨のうち、特に重要なリストを抽出したことが紹介された。(報告書は、<https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/hc0017>で閲覧可能)

以上、約2時間と短い時間ではあったが、Choosing Wiselyを取り巻く様々の課題について、じっくりと考えるまたとない機会となった。

徳田 安春

群星沖縄臨床研修センター長

◆ Choosing Wisely キャンペーン Top Five List 作成の背景

Choosing Wisely キャンペーンは、根拠に乏しいまま実施されている医療介入の見直しを推進し、医療者および患者への啓発を行っている。その核となるプロダクトは、根拠に乏しいまま実施されている医療介入を Top Five Listとしてリストアップすることだ。リストアップを担当するのは、各国の代表的な臨床医学系学会である。例えば、アメリカであれば、アメリカの内科学科、救急医学会、外科学会などだ。

世界の国々の医療システムは異なる。そこで医療システム背景と現状の最重要課題に合わせたリストを挙げる作業は容易ではない。各国のリストには、すでにガイドラインや複数のランダム化比較対照研究でその無効性と有害性が確立されているものは多い。しかし、中には既存のガイドラインにはないものや、ランダム化比較対照研究が存在しないものもある。

なぜそうなったのか。それは、キャンペーンで対象となるのが、そもそも「根拠に乏しいまま実施されている医療介入」だからだ。しかし、医療介入には有害事象があり、コストもかかる。支払うのは、患者と国民(保険)だ。根拠に乏しいまま実施されている医療介入には、そもそも有効性の根拠となるランダム化比較対照研究がないものが多いのである。結果として、無益性を確実に示すランダム化比較対照研究がないものもあるのだ。

◆ ランダム化比較対照研究のないリストの例

しかし、そもそも無効性を確実に示すランダム化比較対照研究の存在は必須なのか、という問いを考える必要がある。そのような研究は費用と手間がかかるので、そ

れを実施するには高い障壁が多く、実施されることは意外に少ない。例えば最近、日本のEM Allianceが発表したリスト(https://www.emalliance.org/content/media/Choosing_wisely.pdf)に「季節性インフルエンザの迅速検査の如何にかかわらず治療法が変更にならない場合、季節性インフルエンザ迅速検査を実施することは推奨しない」がある。このリストの参考文献には(1)が挙げられているが、ランダム化比較対照研究ではない。その学会がこの検査介入をリストに入れた理由は、日本の多くの医療機関でこの検査が当たり前のように実施されているからだ。しかし、インフルエンザ迅速検査をやってもやらなくても臨床判断には影響しないのならその検査をやる必要はない。あたりまえのことだ。これは臨床推論が扱う事項なのであり、ランダム化比較対照研究を行うまでもないのだ。

ハーバード大の外科医でNew YorkerコラムニストのAtul Gawandeは、OverkillというエッセイでNo value careがアメリカ医療に広がっていると述べている(<https://www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande>)。そのようなケアには、「頭痛への脳波検査」が挙げられている。頭痛で脳波を記録してメリットがあるかどうかのランダム化比較対照研究はもちろん存在しない。臨床推論として成立しないから、そのような研究は倫理委員会の審査は通過しないだろうし、取り上げるガイドラインもないだろう。

文献

- 1) Monto AS, et al. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. Arch Intern Med. 2000; 160 (21): 3243-7.

池田 美智雄

一般社団法人 全日本医療経営研究会 代表理事

医療機関での窓口負担が少ないことやフリーアクセスなどの要因によって、日本の1人当たりの受診回数は欧米先進国の約2～3倍。その対策として定額負担の導入が繰り返し検討されてきましたが、日本医師会は反対の立場です。反対理由は、患者が経済的な負担増加のために受診抑制をしてしまい病状を悪化させる可能性があること、結果的に医療費を増加させてしまう懸念があることなどです。

「本当にそうなの？」と思っても検証は容易ではありませんでしたが、昨年から続くコロナ禍は受診抑制の影響を調べるにあたって、非常に稀有な機会になったのではないのでしょうか。


2月に健康保険組合連合会が「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査」報告書を公表しましたので、一部を紹介します。

新型コロナウイルスの感染拡大による緊急事態宣言が解除された後（2020年6月頃）において、通院を抑制（頻度減+通院とりやめ）していた「持病あり」群のうち、
「通院しない、あるいは頻度を少なくしても体調が回復した」（7.3%）
「特に体調が悪くなったとは感じない」（69.4%）

「体調が（少し+とても）悪くなったと感じる」（12.1%）
30人以上の回答があった疾患のうち、
「通院しない、あるいは頻度を少なくしても体調が回復した」との回答割合が高かった上位の疾患：「がん・腫瘍」（13.3%）、「花粉症」（10.6%）、「気管支喘息」（9.5%）
「特に体調が悪くなったとは感じない」との回答割合が高かった上位の疾患：「脂質異常症」（78.9%）、「眼科系の疾患」（77.0%）、「アトピー性皮膚炎以外の皮膚系の疾患」（76.5%）


疾患による違いや時間軸による違いは当然あり、更なる検証は必要でしょう。ただこれまで曖昧であった受診控えの影響は、マイナスだけではなくプラスもある可能性が明らかになったのではないのでしょうか。
多人数の「持病あり」の方を対象とした受診抑制による影響の効果測定は、通常時は困難でしょう。Withコロナ時代は当面は続きそうです。アカデミアの方々には「禍を転じて福と為す」となるように、受診控えの影響に関する研究に積極的に取り組んでいただきたいと思います。

（編集部より：本稿の全文は下記よりご覧いただけます。）
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa_r02_01.pdf



新型コロナウイルス対策を診断する

著者：徳田 安春
定価：1,500円（+税）
ISBN 978-4-904865-55-2 C3047
2020年10月20日 第1版第1刷 115ページ



第3回 Choosing Wisely De-implementation Framework

梶 有貴^{*1*}, 島津 太一^{*2}

^{*1} 国際医療福祉大学成田病院総合診療科

^{*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

実装研究では、効果的に新たなエビデンスに基づく介入を現場に導入するまでのプロセスを示したモデルやフレームワーク（“プロセスモデル”）が考案されており¹⁾、研究全体の概観の把握、研究の進め方のガイドとして役立つ。脱実装の研究で言えば、効果的に「価値の低い医療（low value care: LVC）」を現場のプラクティスから「取り除く」までのプロセス、と読み換えていただきたい。まずは、脱実装研究の具体的な流れを知っていただく意味でも、この脱実装のプロセスモデルのうち2020年に発表されたChoosing Wisely 脱実装フレームワーク（Choosing Wisely De-Implementation Framework: CWDIF）をご紹介します。²⁾

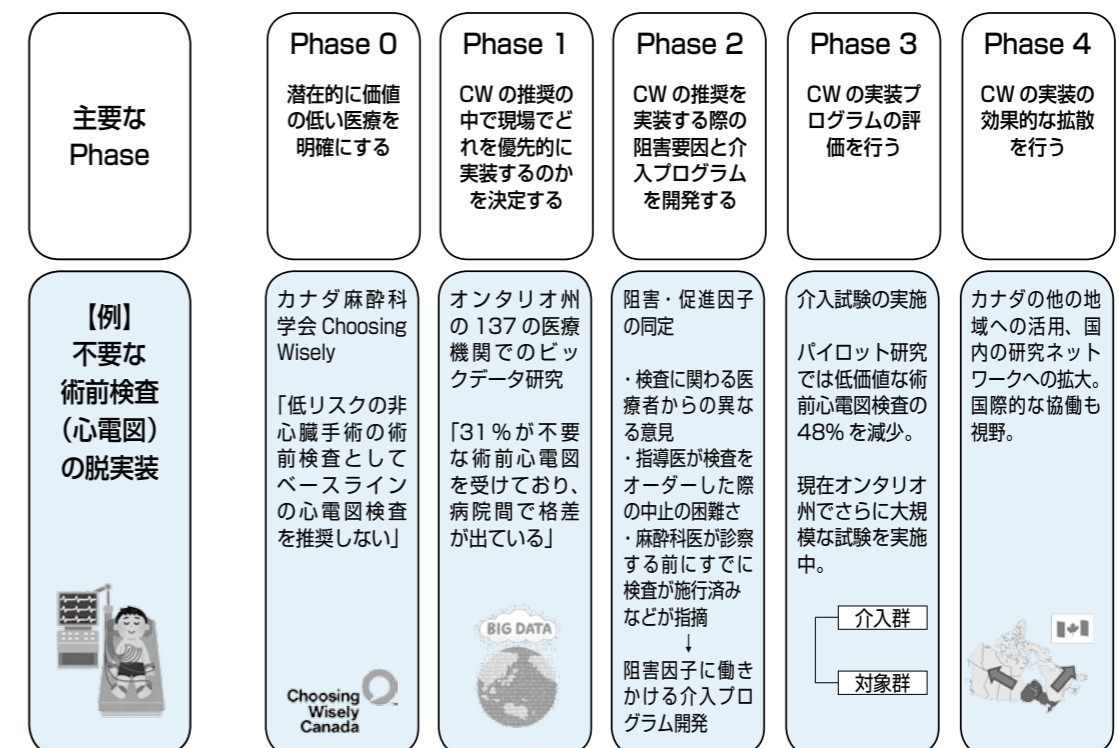
脱実装の前段階として、Choosing Wiselyの推奨リストのように「何がLVCなのか」を明確にする（Phase 0）。その上でどのLVCを優先的に脱実装するのかを決定する（Phase 1）。脱実装するLVCが決まったら、そのLVCを減らす介入を行う際に関わる阻害・促進要因

を特定し、それに対応するような介入プログラムを開発していく（Phase 2）。介入プログラムを行い、LVCが減少するのかを評価する（Phase 3）。効果的に脱実装できていれば、それが他の施設や地域、国に広げられるかを検証する（Phase 4）。以上のような概要である。次回以降ではこの各Phaseについてもう少し詳しく解説していく。

参考文献

- 1) Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015; 10: 53.
- 2) Grimshaw JM, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29: 409-417.

【図1】 Choosing Wisely De-implementation Framework (CWDIF)



Grimshaw JM, et al. *BMJ Qual Saf* 2020;0:1-9.

Choosing Wisely とは？

What is Choosing Wisely?

医療者と患者が、対話を通じて、科学的な裏付け（エビデンス）があり、患者にとって真に必要なで、かつ副作用の少ない医療（検査、治療、処置）を「賢明に選択」することをめざす、国際的なキャンペーン活動です。

どんな活動をしていますか？

What kind of activities does Choosing Wisely do?

80以上の臨床系の専門学会が、医療者、患者双方が考え直すべき“5つのリスト”を作成しています。それらを合計すると、約550項目（2020年3月現在）にも上ります。“5つのリスト”は、その根拠となる文献とともに、インターネット上に公開されています。同時に、一般（患者・市民）向けにやさしく書かれた説明書が作成されています。

令和2年3月発行厚労省抗微生物薬適正使用の手引き第二版「感冒に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する」にはChoosing Wiselyの考え方が反映されています。

また、総合診療指導医コンソーシアムが、以下に挙げる“5つのリスト”を発表しました（GenMed. 2015; 16: 3-4.）。

- 健康で無症状の人々に対してPET-CT検査によるがん検診プログラムを推奨しない
- 健康で無症状の人々に対して血清CEAなどの腫瘍マーカー検査によるがん検診を推奨しない
- 健康で無症状の人々に対してMRI検査による脳ドック検査を推奨しない
- 自然軽快するような非特異的な腹痛でのルーチンの腹部CT検査を推奨しない
- 臨床的に適用のないルーチンの尿道バルーンカテーテルの留置を推奨しない

<参考>医療における“賢明な選択”を目指して。Choosing Wisely Japan, 2018.

CHOOSING WISELY
Transfusion Medicine

輸血療法における賢明な選択
(2020年3月初版発行)

<秋田県合同輸血療法委員会相談窓口>
E-Mail akitatxjc-head@umin.ac.jp
<秋田県合同輸血療法委員会ホームページ>
http://plaza.umin.ac.jp/~tx-akita/

秋田県合同輸血療法委員会
Akita Prefecture Joint Committee on Blood Transfusion Therapy

CHOOSING WISELY JAPAN

CHOOSING WISELY
Transfusion Medicine

以下の推奨は、諸外国の輸血関連 Choosing Wisely 項目をスクリーニングし選定し、厚生労働省「血液製剤の使用指針」、日本輸血・細胞治療学会「科学的根拠に基づいた赤血球製剤の使用ガイドライン」等を考慮した上で策定された内容です。

待機手術
Elective Surgery

薬物治療が可能な患者には、貧血が改善するまでは待機的手術を行わない。

貧血の根本にある原因を常に調査して治療することが重要であり、可能な場合は貧血が改善するまで手術の延期を考慮すべきである。

上記薬物治療以外にも、投薬の変更、慢性炎症状態または以前に診断されていない悪性腫瘍の管理、または病因に基づく他の介入が含まれる。

薬物治療
Drug Treatment

薬物治療が可能な貧血※にはできるだけ輸血しない。

※鉄欠乏、ビタミンB₁₂・葉酸欠乏、腎性貧血

鉄欠乏性、ビタミンB₁₂欠乏性などによる貧血は短時間の間に著しく進行することはなく確実に改善するため、適切な安静を保って欠乏した成分を補充し貧血の回復を待つ。

生命の維持に支障をきたす恐れがある場合以外は、赤血球輸血は推奨しない。

<主要参考文献>

Jeannie L et al: The AABB recommendations for the Choosing Wisely campaign of the American Board of Internal Medicine. TRANSFUSION 54:2344-2352, 2014.
Choosing Wisely Canada. Transfusion medicine: Ten Things Physicians and Patients Should Question. (June 2019).
Choosing Wisely UK. Choosing Wisely recommendations for Blood Transfusion. (Nov 2018).

Hb7~8
Hemoglobin Value

必要以上の輸血をしない。

安定した非出血性の入院患者には赤血球輸血トリガー値として、Hb値7~8g/dLを推奨する（心血管疾患の既往がある場合8g/dL）。

輸血の決定は患者臨床症状とヘモグロビン値等の検査値、両方で判断されるべきである。

輸血に制限をしなかった群と輸血制限群を比較しても患者転帰は変わらないとの報告もあり、必要最小量の輸血が推奨される。

1 bag 輸血
1 bag Transfusion

状態が安定し出血が見られない患者へ、一度に複数の赤血球製剤（バッグ）を輸血しない。

1バッグ輸血（400mL 献血由来）を非出血性入院患者の標準的輸血療法とすべきである。追加の輸血は、ヘモグロビン値と患者を臨床的に再評価してから検討すること。

輸血は高リスクの入院患者における罹患率および死亡率の増加と関連しているとの報告がある。

医原性貧血
Iatrogenic Anemia

医原性貧血を避けるため診断や管理に不要な検査採血をしない。

目的が明らかでない検査を避け、必要な検査のみに限定し採血量を減らす。

臨床検査は疾患の診断、予後および治療に役立つが、かなりの数の検査が不恰当か不必要であり、医原性貧血は、入院期間の延長および死亡の原因となるとの報告がある。

内容を解説した動画はコチラから▶
www.youtube.com/channel/UC1cLwZMq-sKo2ppoSEYIIIhw



Ir-RBC-LR-2 1本投与	体重 (Kg)	30	35	40	45	50	60	70	80	90	100
	予測上昇値 (g/dL)		2.5	2.2	1.9	1.7	1.5	1.3	1.1	0.9	0.8

$$\text{予測上昇 Hb 値 (g/dL)} = \frac{\text{投与 Hb 量 (g)}}{\text{循環血流量 (dL)}}$$

※(照射)赤血球濃厚液 (Ir-) RBC-LR-2) の Hb 量 = 53g/1本で計算
循環血流量: 70mL/kg [→循環血流量 (dL) = 体重 (kg) × 70mL/kg/100]

Ir-PC-LR-10 1本投与	体重 (Kg)	30	35	40	45	50	60	70	80	90	100
	予測上昇値 (万/μL)		6.3	5.4	4.8	4.2	3.8	3.2	2.7	2.4	2.1

$$\text{血小板輸血直後の 予測血小板増加数 (万/μL)} = \frac{\text{輸血血小板総数}}{\text{循環血流量 (mL)} \times 10^3} \times \frac{2}{3}$$

※(照射)血小板濃厚液 1単位 (Ir-) PC-LR-1: 含有血小板数 0.2 × 10¹¹ 個以上
循環血流量: 70mL/kg [→循環血流量 (dL) = 体重 (kg) × 70mL/kg]



北澤 京子

京都薬科大学

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」班の活動の一環として、COVID-19の流行拡大下における一般市民の医療利用行動をテーマに、Web調査を行いました。日本でCOVID-19が広がり始めてからいわゆる“第1波”で1回目の緊急事態宣言が発出された2020年2月半ば～5月末ごろ（第1の時期（春））と、7～8月の“第2波”を乗り越えた9月初旬ごろ（第2の時期（夏））の2つの時点で、一般市民の方々が、医療機関への受診についてどのように考え、行動していたかについてお尋ねしました。

第1の時期（春）、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」（当初（結核感染症課事務連絡2020年2月17日、<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000596978.pdf>）は「風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続く」場合に帰国者・接触者相談センターに連絡することになっていた）については回答者のほとんどが知っていましたが、実際に風邪症状のあった人の多くが保健所への電話が通じず、結果的に医療機関への受診ができませんでした。さらに、医療機関を受診してもPCR検査を受けられなかった人が6割に上りま

した。今から振り返れば、第1の時期は、医療を必要としている人に十分な提供ができていない、いわば“過少医療”の状態だったことがうかがえます。

受診の手控えに関して、COVID-19（疑い含む）以外の病気の治療目的で、新たな受診を控えたと回答した人の割合は、第1の時期（春）では約3割でしたが、第2の時期（夏）では約2割とやや減少していました。持病などで従来から通っていた医療機関を受診するのを控えた人もいらっしゃいました。COVID-19に伴って医療機関への受診を控えていた人が少なくなかったことが、今回のWeb調査で確認できました。これらの調査結果は現在、学術論文として投稿中です。

Web調査の後も、2020年末～2021年1月の“第3波”、そして4月～5月の“第4波”と、COVID-19の収束はいまだみられません。COVID-19をきっかけに、「いまの自分に必要な医療は何か」、「いますぐに受診する必要があるのか」、「受診せずに（＝病気にならずに）過ごすにはどうすればよいか」について改めて考えてみることは、医療を受ける患者・市民にとっての“Choosing Wisely”かもしれません。



事務局より

- 会員の皆様から、メーリングリストへの投稿をお待ちしております。皆様の周囲でのChoosing Wiselyの取り組みなど、関連情報をお持ちの方は、メーリングリスト（cw-j@choosingwisely.jp）でお知らせください。
- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の収束がまだ見通せないことから、Choosing Wisely Japanの2020年度総会は、昨年同様、オンラインで開催することを考えております。8月の開催を予定しておりますが、日程を含めて詳細は、決まり次第メーリングリストでご案内いたします。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.6

発行：2021年5月30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