

Box1 Choosing Wisely キャンペーンとは：

- 2002『新千年紀の医のプロフェッショナリズム：医師憲章』
- 2010『NEJM視点』論文（Howard Brody）
【表題】：『医療改革における医療界の倫理的責任—The Top Five List』

※《Top Five List》のルーツ：『医療における良き Stewardship 促進』(NPA)
- 2012 Choosing Wisely キャンペーン 発足
- 2014 Choosing Wisely International 開催
- 2016 Choosing Wisely Japan 発足

Box2 Choosing Wisely キャンペーンとは :



Promoting conversations between patients and clinicians by helping patients choose care that is: **患者と臨床家との間の会話を促進して患者の選択を助ける**



- Supported by evidence **エビデンスがある**
- Not duplicative of other tests or procedures already received **重複がない**
- Free from harm **「害」がない**
- Truly necessary **本当に必要**

Choosing Wisely is an initiative of the **ABIM Foundation** that seeks to advance a national dialogue on avoiding unnecessary medical tests, treatments and procedures.
不必要な医学的検査/治療/処置を避けるための国民的対話を推進する

Box 3 **Choosing Wisely** キャンペーンとは :

Choosing Wisely
CELEBRATING 10 YEARS
An initiative of the ABIM Foundation

LEARNING NETWORK NEWS CONTACT US

Our Mission Clinician Lists For Patients Getting Started Success Stories

Choosing Wisely®

Promoting conversations between patients and clinicians

The *Choosing Wisely* initiative continues to help patients choose care that is supported by evidence and is truly needed. However, ABIM Foundation's focus has evolved to include issues of trust in health care and how trust contributes to better health care outcomes, increased patient satisfaction, and greater physician well-being.

Learn more about the ABIM Foundation's new *Building Trust* initiative, a national effort focused on building trust as a core organizational strategy for improving health care.

BUILDING TRUST

Learn more about the ABIM Foundation's new *Building Trust* initiative, a national effort focused on building trust as a core organizational strategy for improving health care.

EXPLORE BUILDING TRUST



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't perform routine cancer screening for dialysis patients with limited life expectancies without signs or symptoms.

Due to high mortality among end-stage renal disease (ESRD) patients, routine cancer screening—including mammography, colonoscopy, prostate-specific antigen (PSA) and Pap smears—in dialysis patients with limited life expectancy, such as those who are not transplant candidates, is not cost effective and does not improve survival. False-positive tests can cause harm: unnecessary procedures, overtreatment, misdiagnosis and increased stress. An individualized approach to cancer screening incorporating patients' cancer risk factors, expected survival and transplant status is required.

2

Don't administer erythropoiesis-stimulating agents (ESAs) to chronic kidney disease (CKD) patients with hemoglobin levels greater than or equal to 10 g/dL without symptoms of anemia.

Administering ESAs to CKD patients with the goal of normalizing hemoglobin levels has no demonstrated survival or cardiovascular disease benefit, and may be harmful in comparison to a treatment regimen that delays ESA administration or sets relatively conservative targets (9–11 g/dL). ESAs should be prescribed to maintain hemoglobin at the lowest level that both minimizes transfusions and best meets individual patient needs.

3

Avoid nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in individuals with hypertension or heart failure or CKD of all causes, including diabetes.

The use of NSAIDs, including cyclo-oxygenase type 2 (COX-2) inhibitors, for the pharmacological treatment of musculoskeletal pain can elevate blood pressure, make antihypertensive drugs less effective, cause fluid retention and worsen kidney function in these individuals. Other agents such as acetaminophen, tramadol or short-term use of narcotic analgesics may be safer than and as effective as NSAIDs.

4

Don't place peripherally inserted central catheters (PICC) in stage III–V CKD patients without consulting nephrology.

Venous preservation is critical for stage III–V CKD patients. Arteriovenous fistulas (AVF) are the best hemodialysis access, with fewer complications and lower patient mortality, versus grafts or catheters. Excessive venous puncture damages veins, destroying potential AVF sites. PICC lines and subclavian vein puncture can cause venous thrombosis and central vein stenosis. Early nephrology consultation increases AVF use at hemodialysis initiation and may avoid unnecessary PICC lines or central/peripheral vein puncture.

5

Don't initiate chronic dialysis without ensuring a shared decision-making process between patients, their families, and their physicians.

The decision to initiate chronic dialysis should be part of an individualized, shared decision-making process between patients, their families, and their physicians. This process includes eliciting individual patient goals and preferences and providing information on prognosis and expected benefits and harms of dialysis within the context of these goals and preferences. Limited observational data suggest that survival may not differ substantially for older adults with a high burden of comorbidity who initiate chronic dialysis versus those managed conservatively.

1. 症状・徴候がなく、余命が限られている透析患者に、ルーチンのがんスクリーニングを行わない。
2. 貧血症状がなく、ヘモグロビン値が10g/dl以上のCKD患者に、赤血球造血刺激因子製剤(ESA)を投与しない。
3. 糖尿病を含め、すべての原因による高血圧、心不全、およびCKDのある患者では、NSAIDsを避ける。
4. 腎臓内科にコンサルトすることなしに、Ⅲ~Ⅴ期のCKD患者にPICC(末梢挿入式中心静脈カテーテル)を留置しない。
5. 医師と患者・家族との間で共同意思決定 (SDM)のプロセスを経ることなく、慢性透析を開始しない。

How This List Was Created

The American Society of Nephrology (ASN) maintains a Quality and Patient Safety (QPS) Task Force that advances ASN's commitment to providing high-quality care to patients and to raising awareness of patient safety issues for all professionals administering care to kidney patients. Each of ASN's 10 advisory groups contributes expertise to the task force to ensure it addresses all areas of nephrology practice, and the society's president, public policy board and council also provide insights. The QPS task force centered its focus on five items most likely to positively impact and influence optimal patient care. The final list of five items was unanimously approved by the ASN public policy board and council. ASN's disclosure and conflict of interest policy can be found at www.asn-online.org.

Sources

- 1 U.S. Renal Data System, American Society of Nephrology, American Society of Transplantation, *Archives of Internal Medicine*, *Seminars in Dialysis*.
- 2 U.S. Food and Drug Administration, *The New England Journal of Medicine* (multiple publications).
- 3 National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease; Chronic Kidney Disease in Adults: UK Guidelines for Identification, Management and Referral*; American Heart Association; *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: Scottish Intercollegiate Guidelines Network on Management of Chronic Heart Failure*.
- 4 *Fistula First Breakthrough Initiative – National Coalition Recommendation for the Minimal Use of PICC Lines*, American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology; *Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease*, *Seminars in Dialysis*, National Kidney Foundation *Clinical Practice Guidelines for Vascular Access*, *The Renal Network, Inc. PICC Line Resource Toolkit*, *Clinical and Experimental Nephrology*.
- 5 Renal Physicians' Association End-of-Life Care Guidelines, *Pediatric Nephrology*, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *Journal of Pediatrics*, *Nephrology Dialysis Transplantation*, *Archives of Internal Medicine*, *Nephrology Dialysis and Transplant*, *New England Journal of Medicine*, *Palliative Medicine*.

Box 5 **Choosing Wisely** : 4つのアプローチ

Physicians 医師

- Societies develop lists 専門学会によるリスト作成
- Disseminate through multiple channels さまざまな広報

Patients 患者

- Develop patient materials 患者用資料の作成
- Disseminate broadly through multiple channels さまざまな広報

Media メディア

- Coordinated approach toward media メディアへの働き掛け
- Multiple voices, a common message 複数の声、共通メッセージ

Stakeholders 関係団体

- Work through health care stakeholder organizations to implement and support adoption 医療関係の諸団体に協力を働き掛ける

Box 6 Choosing Wisely キャンペーン：基本原則

	基本原則	内容
1	医療職主導	医師の組織や専門職能団体が、プロフェッショナリズムを向上させる取り組みとして、“Choosing Wisely”キャンペーンを主導する。このことによって、このキャンペーンが政府やその他の医療団体による医療費削減や規制のために使われないようにもできる。
2	患者中心	このキャンペーンの核心は共同意思決定にあり、その過程で臨床家と患者が検査や治療が本当に必要か否かについて討論することである。
3	EBMに準拠	推奨（「5つのリスト」）には、常用されている検査や治療が患者に害を為すかも知れず、益をもたらさないことについてのエビデンスを引用する必要がある。このことは、医師と患者が互いに信頼するうえで必須である。
4	多職種協働	医師は、このキャンペーンにパートナーとして参画するその他の医療職と協働してケアを提供する。
5	透明性確保	推奨（「5つのリスト」）を作成する過程では、潜在的な利益相反を避けるために透明性を確保する必要がある。

MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN CHARTER

Preamble

Professionalism is the basis of medicine's contract with society. It demands placing the interests of patients above those of the physician, setting and maintaining standards of competence and health. The principles and responsibilities of medical profession are essential to the well-being of the patient, the medical profession, and society. Essential to this contract is public trust in physicians and the whole profession.

At times, the profession is confronted by an ethical dilemma. As a result, physicians and society, reaffirming the principles and responsibilities that are pursued by all physicians.

The medical profession is embedded in the tradition of the healer, which has roots extending back to Hippocrates. In the modern era, there are wide variations in the way the profession is expressed in different contexts and subtle variations in the form of three fundamental principles and as a set of definitive professional responsibilities.

Fundamental Principles

Principle of patient care. The principle is based on a dedication to serving the interest of the patient. Altruism contributes to the trust that is central to the physician-patient relationship. Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle.

Principle of patient autonomy. Physicians must have respect for patient autonomy. Physicians must be honest with their patients and empower them to make informed decisions about their treatment. Patients' decisions about their care must be paramount, as long as those decisions are in keeping with ethical practice and do not lead to demands for inappropriate care.

Principle of social justice. The medical profession must promote justice in the health care system, including the fair distribution of health care resources. Physicians should work actively to eliminate discrimination in health care, whether based on race, gender, socioeconomic status, ethnicity, religion, or any other social category.

A Set of Professional Responsibilities

Commitment to professional competence. Physicians must be committed to lifelong learning and be responsible for maintaining the medical knowledge and clinical and team skills necessary for the provision of quality care. More broadly, the profession as a whole must strive to see that all of its members are competent and must ensure that appropriate mechanisms are available for physicians to accomplish this goal.

Commitment to honesty with patients. Physicians must ensure that patients are completely and honestly informed before the patient has consented to treatment and after treatment has occurred. This expectation does not mean that patients should be involved in every minute decision about medical care; rather, they must be empowered to decide on the course of therapy. Physicians should also acknowledge that in health care, medical errors that injure patients do sometimes occur. Whenever patients are injured as a consequence of medical care, patients should be informed promptly because failure to do so seriously compromises patient and societal trust. Reporting and analyzing medical mistakes provide the basis for appropriate prevention and improvement strategies and for appropriate compensation to injured parties.

Commitment to patient confidentiality. Earning the trust of patients requires that appropriate safeguards be applied to disclosure of patient information on the patient's behalf when obtaining the patient's own consent. This is especially true in the context of the widespread increasing availability of genetic information. Physicians must occasionally yield to overriding considerations.

Commitment to maintaining appropriate relationships. Physicians must maintain appropriate relationships between physicians and patients, free of any sexual advantage, personal financial gain, or other

MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN CHARTER

Commitment to improving quality of care. Physicians must be dedicated to continuous improvement in the quality of health care. This commitment entails not only maintaining clinical competence but also working collaboratively with other professions.

MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN CHARTER

to provide health care that is based on the wise and cost-effective management of limited clinical resources. They should be committed to working with other physicians, hospitals, and payers to develop guidelines for cost effective care. The physician's professional responsibility for appropriate allocation of resources requires scrupulous avoidance of superfluous tests and procedures. The provision of unnecessary services not only exposes one's patients to avoidable harm and expense but also diminishes the resources available for others.

Commitment to scientific knowledge. Much of medicine's contract with society is based on the integrity and appropriate use of scientific knowledge and technology. Physicians have a duty to uphold scientific standards, to promote research, and to create new knowledge and ensure its appropriate use. The profession is responsible for the integrity of this knowledge, which is based on scientific evidence and physician experience.

Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest. Medical professionals and their organizations have many opportunities to compromise their professional responsibilities by pursuing private gain or personal advantage. Such compromises are especially threatening in the pursuit of personal or organizational interactions with for-profit industries, including medical equipment manufacturers, insurance companies, and pharmaceutical firms. Physicians have an obligation to recognize, disclose to the general public, and deal with conflicts of interest that arise in the course of their professional duties and activities. Relationships between industry and opinion leaders should be disclosed, especially when the latter determine the criteria for conducting and reporting clinical trials, writing editorials or therapeutic guidelines, or serving as editors of scientific journals.

Commitment to professional responsibilities. As members of a profession, physicians are expected to work collaboratively to maximize patient care, be respectful of one another, and participate in the processes of self regulation, including remediation and discipline of members who have failed to meet professional standards. The profession should also define and organize the educational and standard-setting process for current and future members. Physicians have both individual and collective obligations to participate in these processes. These obligations include engaging in internal assessment and accepting external scrutiny of all aspects of their professional performance.

Summary

➡ 2002年：米国内科専門医機構財団(ABIM-F*)、米国内科学会、内科学欧州連合学会の3団体が「医師憲章」を同時発表

*ABIM-F: American Board of internal Medicine - Foundation

Choosing
Wisely
キャンペーン
の
ルーツ

Box 8 新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章

• 基本的原則 (3)

- 患者の福利優先
- 患者の自律性
- 社会正義 (公正性)

- ACP-日本支部 翻訳project訳
- 出典：内科専門医会誌
- Vol. 18, No.1 2006 February

* 割当(配給)制から「無駄の回避へ」

“From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance”

(N Engl J Med誌、366巻、1949頁、2012)

• プロフェッショナルとしての一連の責務 (10)

- プロフェッショナルとしての能力に関する責務
- 患者に対して正直である責務
- 患者情報を守秘する責務
- 患者との適切な関係を維持する責務
- **医療の質**を向上させる責務
- 医療へのアクセスを向上させる責務
- **有限の医療資源の適正配置に関する責務**
- 科学的な知識に関する責務 (科学的根拠に基づいた医療を行う責務)
- 利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務
- プロフェッショナル (専門職) の責任を果たす責務

無駄の回避*

Choosing Wisely:
**The Responsibility of
Physicians, Patients and
the Health Care
Community in Building
a Sustainable System**

Tim Lynch, JD and Daniel Wolfson, MHSA

賢明な選択：
持続可能なシステムを構築するための
医師、患者、医療界の責務

Thank you to the ABIM Foundation 2011
Forum Planning Committee

Glenn Hackbarth, Chair

Richard Baron

Christine Cassel

Deborah Leff

Wendy Levinson

Catherine Lucey

Elizabeth McGlynn

David Reuben

Donald Wesson

MEDICAL
PROFESSIONALISM
IN THE NEW
MILLENNIUM

A PHYSICIAN
CHARTER

新千年紀における
医のプロフェッショナリズム

医師憲章

Profession【名詞】

- ①知的職業
- ②(一般に)職業
- ③【集合的】同業者仲間
- ④公言すること
- ⑤(宗門を)宣言すること
- ⑥宣誓した信仰
- ⑦入信時の宣誓

Professional【形容詞】

- ①②職業的(上)の
- ③根っからの
- ④⑤専門家(用の、による)

Professional【名詞】

- ①職業人、専門家
- ②熟達者、玄人

Box 11 伝統的なプロフェッショナリズム：西欧近代

- 王権の下にある3つのギルド（職能団体）
 - 聖職者
 - 弁護士
 - 医師

- Nobles oblige(ノブレス・オブリージュ)
 - 貴族に自発的な無私な行動を促す明文化されない不文律
 - 基本的には、心理的な自負・自尊であるが、それを外形的な義務として受け止めると、社会的（そしておそらく法的な）圧力とも見なされうる。

the moral obligation of those of high birth, powerful social position, etc., to act with honor, kindness, generosity, etc.

“特権”を持つゆえの社会に対する義務：



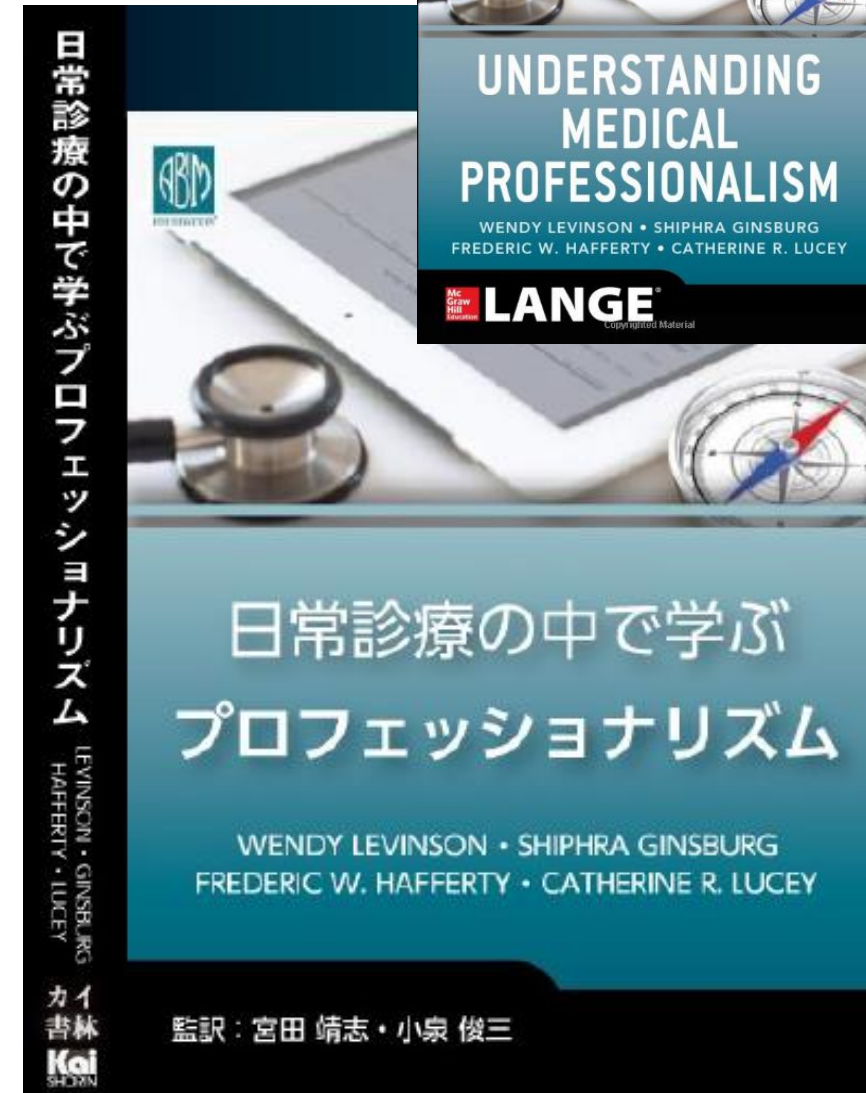
Box 12 「日常診療の中で学ぶプロフェッショナリズム」

- 「性格特性」ではなく、「行動」を通じて示される
- 「逸脱(lapse)」は、学習の機会である
- “個人で抱え込まないように、”
 - チームのプロフェッショナリズム
 - 病院（組織）のプロフェッショナリズム
 - プロフェッショナル集団（職能団体）のプロフェッショナリズム
- 規範は時代とともに変化する



プロフェッショナリズムの
価値観に沿った行動は、
日常診療の中で学び、
身に付けることができる。

Prof. Wendy Levinson (U. of Toronto)



「5つのリスト(Top Five List)」とは何か？」



**Howard Brody, M.D.,
Ph.D.**

Director, Institute for the
Medical Humanities
Professor, Family Medicine
The University of Texas
Medical Branch at Galveston

各専門学会の会員が頻回に指示する「診断のための検査」や「治療」のうち、最も高価で、且つこれらが常用されている患者群に対して有益でないとのエビデンスが既に示されている「5つ」の「診療行為」

- 即ち、各専門領域において、患者が医療の恩恵を受ける機会を奪わずに、最も手早く医療費を節約するための“処方箋”ともいべき「診療行為」

• **2010: Howard Brody, M.D., Ph.D.**

- 「医療改革における医療界の倫理的責任」
- “Medicine’s Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List” (N Engl J Med誌、362巻、283頁)

Box 14『医療における良き Stewardship 促進』プロジェクト (NPA)



**Committed to Advancing the Core
Values of the Medical Profession:
*Service, Integrity, and Advocacy***

[Home \(http://npalliance.org\)](http://npalliance.org) » Promoting Good Stewardship in Medicine

Promoting Good Stewardship in Medicine

(<http://npalliance.org/promoting-good-stewardship-in-medicine-project/>)

“Promoting Good Stewardship in Medicine” is a project of the [npalliance.org \(http://npalliance.org/\)](http://npalliance.org/) inspired by the [Physician Charter on Professionalism \(http://www.abimfoundation.org/Professionalism/%7E/media/F8B71F15DE8B486599F13E662603F25D.ashx\)](http://www.abimfoundation.org/Professionalism/%7E/media/F8B71F15DE8B486599F13E662603F25D.ashx) and funded in 2009 by the American Board of Internal Medicine Foundation to **identify five steps** primary care physicians could take in their daily practices to achieve the highest goals of doctors and patients alike: *excellent care that we can afford together.*

『医療における良き Stewardship 促進』プロジェクト(NPA)

Box 15 最初の「Top 5 List」

家庭医療科	内科	小児科
(腰痛に対する6週間以内の画像検査は要注意徴候がない限り不要)	(腰痛に対する6週間以内の画像検査は要注意徴候がない限り、不要)	(溶連菌陽性でない咽頭炎に抗菌薬は不要)
(軽~中等症の副鼻腔炎に対する抗菌薬は不要)	(無症候/健常な成人に血液化学のセット検査は行わない)	(意識消失のない頭部外傷例では画像検査は不要)
(無症候・低リスク者にECG スクリーニングは不要)	(無症候・低リスク者にECG スクリーニングは不要)	(滲出性中耳炎症例を早期に専門医に紹介しない)
(21歳以下/子宮摘除後のPapスミア検査は不要)	(スタチンは後発品から開始すること)	(幼児には咳止め/風邪薬を使わないように指導する)
(65歳以下の女性/70歳以下の男性：DEXA検査は不要)	(65歳以下の女性/70歳以下の男性：DEXA検査は不要)	(喘息の管理にはステロイド吸入薬を適正に使用する)

Box 16『5つのリスト』：挿話

"When I originally came up with the idea, I was influenced by David Letterman's top-10 lists,"

"This is something that people can wrap their minds around. It doesn't overwhelm people."

(Stephen R. Smith, MD, MPH*)

* professor emeritus of family medicine at the Warren Alpert Medical School of Brown University in Rhode Island

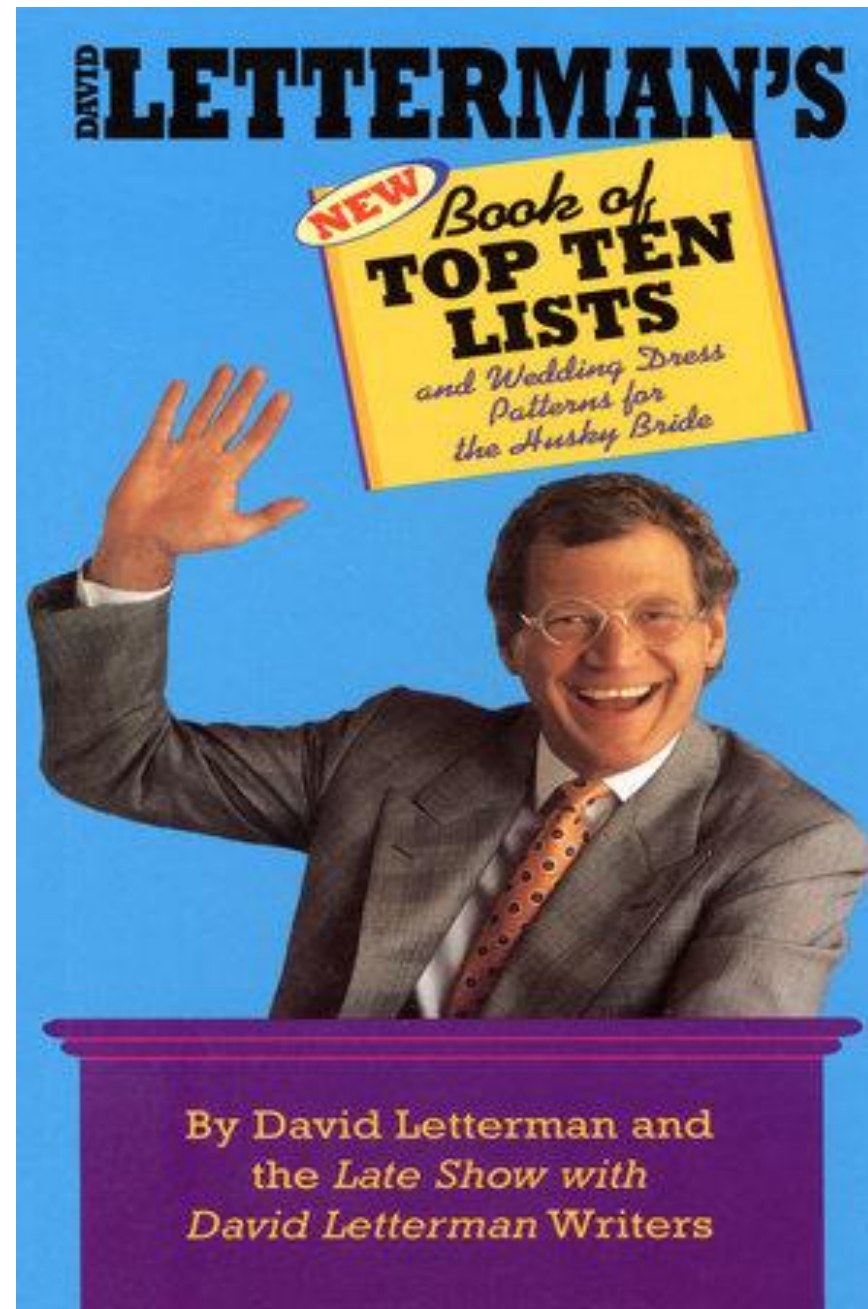


Meeting with lawmakers on Capital Hill, National Physicians Alliance members: (left to right) Charu Sawhney, MD; Lydia Vaias, MD, MPH; Judy Zerzan, MD; Bethany Picker, MD; Marc Dalton, MD; Rupin Thakkar, MD; Stephen R Smith, MD, MPH; Jean Silver-Isenstadt, MD, PhD; Mara Merritt, MD; and Lenny Lesser, MD.



**THE BEST
OF BAD
SUMMER
TOP TEN
LISTS**

LETTERMAN



Box 18 米国内科学会 : High Value Care Initiative

MEMBERSHIP

CME & MOC

MEETINGS & COURSES

CLINICAL INFORMATION



High Value Care Initiative



1 in 3 healthcare dollars wasted
\$400 billion in physician-driven waste



Healthcare
Transparency:
Talking to Patients
about the Cost of
Their Health Care

High Value Care
Coordination
(HVCC) Toolkit

Box 19 Choosing Wisely キャンペーン of 国際的広がり

CHOOSING WISELY INTERNATIONAL

2017 INTERNATIONAL ROUNDTABLE

September 11 2017:
Pakhuis de Zwijger,
Piet Heinkade 179, 1019 HC

September 12-13 2017:
Tobacco Theatre
Nes 75-87, 1012 KD
Amsterdam, Netherlands



各国のChoosing Wisely



Box 20

CHOOSING WISELY INTERNATIONAL ROUND-

2014: Amsterdam

2015: London

2016: Rome

2017: Amsterdam

2018: Zurich

2019: Berlin

2020: (Web-based)

2021: (Web-based)

2022: (Lisbon)



2017 INTERNATIONAL ROUNDTABLE

September 12-13, 2017; Amsterdam, Netherlands


Box 21 2020 Choosing Wisely International Round-table



Choosing Wisely
2020 International Roundtable
October 13, 2020

"The New Normal": Care System on the of the Curve

MD
nd Senior Fellow
are Improvement




PowerPoint Slide Show - DAY 1_2020 International Roundtable - master slide deck.pptx - PowerPoint

In conversation with Dr. Don Berwick

Addressing Overuse in the 'New Normal'

October 13 | 8 a.m. ET

Presented by: Choosing Wisely International



Box 22 Choosing Wisely International Top 10 Recommendations

- 1. Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present.
- 2. Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.
- 3. Don't use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia, agitation, or delirium.
- 4. Don't maintain long-term Proton Pump Inhibitor (PPI) therapy for gastrointestinal symptoms without an attempt to stop/reduce PPI at least once per year in most patients.
- 5. Don't perform stress cardiac imaging or advanced noninvasive imaging in the initial evaluation of patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.

- 1.腰痛
- 2.抗菌薬
- 3.デパス
- 4.PPI
- 5.心画像

Box 22 Choosing Wisely International Top 10 Recommendations

- 6. Don't use antipsychotics as the first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.
- 7. Don't perform routine preoperative testing before low-risk surgical procedures.
- 8. Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.
- 9. Don't place, or leave in place, urinary catheters for incontinence, convenience, or monitoring in noncritically ill patients.
- 10. Don't perform annual stress cardiac imaging as part of routine follow-up in asymptomatic patients.

- 6. 認知症
- 7. 術前検査
- 8. 細菌尿
- 9. 尿道カテ
- 10. 例年の心負荷検査



PREVENTING OVERDIAGNOSIS

AUG 14-16, **COPENHAGEN**



2023

<https://www.cebm.ox.ac.uk/upcoming-events/preventing-overdiagnosis>



CEBM

Centre for
Evidence-Based Medicine

🏠 / Events / Preventing Overdiagnosis 2023 International Conference

Preventing Overdiagnosis 2023 International Conference

[t Share](#) [f Share](#) [in Share](#)

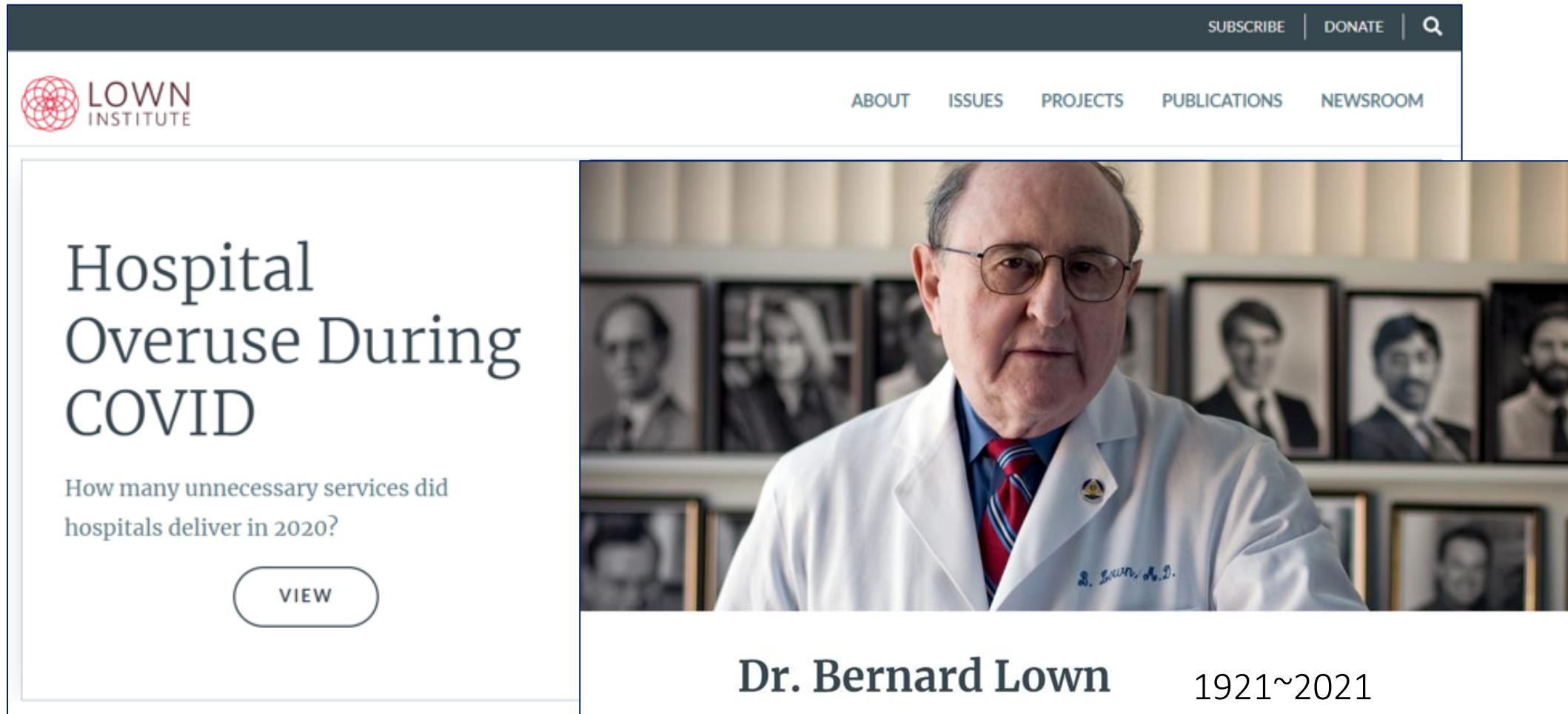
Hosted by the Danish College of General Practitioners

Box 23 過剰診断防止
国際会議

2013年～ (毎年)

Box 24 **LOWN INSTITUTE**

<https://lowninstitute.org/>



The screenshot shows the Lown Institute website. At the top right, there are links for 'SUBSCRIBE', 'DONATE', and a search icon. The main navigation menu includes 'ABOUT', 'ISSUES', 'PROJECTS', 'PUBLICATIONS', and 'NEWSROOM'. The Lown Institute logo is on the left. The main content area features a large article titled 'Hospital Overuse During COVID' with a sub-headline 'How many unnecessary services did hospitals deliver in 2020?' and a 'VIEW' button. To the right is a portrait of Dr. Bernard Lown in a white lab coat, with a name tag that reads 'B. Lown, M.D.'. Below the portrait is a white box containing the text 'Dr. Bernard Lown' and '1921~2021'. The background of the portrait shows a wall with several framed black and white portraits of other individuals.

Lown Institute Hospitals

Index



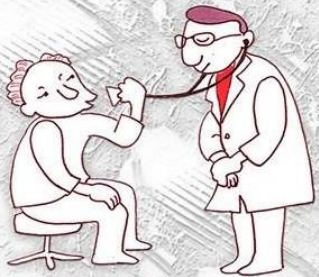
CHOOSING
WISELY
JAPAN

Box 25 過ぎたるは、猶お、及ばざるがごとし

Vol.5

Consortium for Education of Generalist

CHOOSING WISELY
IN JAPAN —LESS IS MORE—



責任編集：徳田安春

あなたの医療
ほんとはやりすぎ？
過ぎたるは猶及ばざるが如し

- 子貢問、師與商也孰賢乎、子曰、師也過、商也不及、曰、然則師愈與、子曰、過猶不及也
- (孔子「論語 先進第十一」)

2014年5月 「カイ書林」刊
2013年12月、名古屋医療センターで
開催されたシンポジウム記録などを掲載



Box 26 Choosing Wisely キャンペーンのルーツと立脚点 EBM(Evidence-Based Medicine)

Evidence-Practice Gap:



- エビデンスがあるのに実施されていない医療がある
- エビデンスがないのに実施されている医療がある

診療ガイドラインの推奨:



- エビデンスがあるので、実施することを推奨する
- エビデンスがないので、実施することを推奨しない

Box 27 Choosing Wisely Japan: 最初のステップ:



一般社団法人
医療の質・安全学会
Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare

March 8th, 2015年3月8日:
「医療の質・安全学会」の中に
「過剰医療とChoosing Wisely キャンペーン」ワーキンググループ発足

医療の質・安全学会誌 The Japanese Journal of Quality and Safety in Healthcare
一般社団法人 医療の質・安全学会 〒113-0033 東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル201 TEL:03-5803-7828

2014 vol.9 no.2

医療の質・ 安全学会誌

The Japanese Journal of
Quality
and Safety
in Healthcare

医師の意識による
診療費のばらつきの研究
—Diagnosis Procedure Combination(DI
中心静脈カテーテル挿入に
インシデント発生防止を目的
カテーテル挿入施行医認定
リハビリテーション強化型病
入院部門における理学療法
言語聴覚士によるインシデ

報告

電子カルテ不具合への対応
—注射薬の誤投と事例を経験して—

短報

チームモニタリング:研修医
問題指摘行動に関する予備

特集

医療の質・安全の観点から
業務環境のあり方
—平成25(2013)年度 医療の質・安全学
課題別ワーキンググループ活動報告—

- ▶ 医療従事者の労働環境と安:
ガイドライン等に関するレビ:
WHO患者安全カリキュラム
- ▶ 多職種版2011に見る「自己
—疲労とストレスを管理するノンテクニ
- ▶ 主観的労働負担の何が、医療
影響を与えるのか?
- ▶ 世代間の差と、これからの医

会員の声

仏バリで開催された医療の

Box 28 2016年10月: **Choosing Wisely Japan** キックオフセミナー



医療における
“賢明な選択”を
目指して



CHOOSING
WISELY
JAPAN

【商標登録済】



メールしました

RSS

検索

お問い合わせはこちら
お気軽にご相談・お問い合わせ下さい。

Professor Wendy Levinson, U. of Toronto

<https://choosingwisely.jp/>

Box 29 日本医学会シンポジウム (2017) : 「医療における“賢明な選択”を目指して」



第151回 日本医学会シンポジウム

The Japanese Association of Medical Sciences Symposium

平成29年 6月1日 日 13:00 ▶ 17:00

日本医師会館 大講堂 入場無料
事前登録制

〒113-8521 東京都文京区本駒込2-28-16
TEL: 03-3946-2121 (F) FAX: 03-3943-6517

13:00	開会の挨拶	高久 史郎 (日本医学会)
13:05	序論—医療の過不足について	小泉 俊三 (徳島大学 医学部)
I Choosing Wisely キャンペーンとは?—世界の医療界に広がるムーブメント		
司会: 山口 眞人 (東京女子医科大学 放射線科 准教授)		
13:15	1. 北米の Choosing Wisely キャンペーン—「5つのリスト」とその波紋	小泉 俊三 (徳島大学 医学部)
13:45	2. わが国の現状について ~ More is not always better ~	徳田 安寿 (JGIC 4代総研, 東京大学 医学部)
II Choosing Wisely キャンペーンへの期待と課題		
司会: 小泉 俊三 (徳島大学 医学部)		
14:15	3. 患者・市民の立場から: 標準でありたい私たちと医療への期待	北澤 真子 (徳島大学 放射線科, 京都府立大学 医学部)
14:45	4. 放射線科医の立場から—画像診断の適切な使用について—	橋本 加寿子 (東京大学 大学院 放射線科 准教授)
15:15	5. Choosing Wisely を可視化する	今中 謙一 (徳島大学 大学院 放射線科 准教授)
15:45	休憩	
16:00	総合討論	司会: 山口 眞人・小泉 俊三
16:55	閉会の挨拶	寺本 良生 (日本医学会)
17:00	終了	

医療における

「賢明な選択」を目指して

(Choosing Wisely)

〒113-8521 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内
TEL: 03-3946-2121 (F) FAX: 03-3943-6517

U R L <http://jams.med.or.jp/>

〒113-8521 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内
TEL: 03-3946-2121 (F) FAX: 03-3943-6517

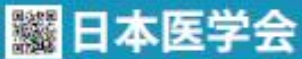
日本医学会(JCMS: Japan Council of Medical Sciences)

目的: 日本医師会と密接な連携の下に、「医学に関する科学および技術の研究促進を図り、医学および医療の水準の向上に寄与する」こと

加盟学会数: 臨床部門 (93学会), 社会部門 (19学会), 基礎部門 (14学会)



● 最寄りの駅: 有明駅 (徒歩約10分)
● 最寄りのバス: 有明駅 (徒歩約10分)
● 最寄りの地下鉄: 有明駅 (徒歩約10分)



日本医学会

Box 30 保健医療2035提言書(2015)



2035年、
日本は
健康先進国へ。

(1)「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」

保健医療システムへの投入資源に対して、人々が得られる価値を最大化する。

「より良い医療をより安く」享受できるよう、患者にとっての価値に基づく医療の質の向上や効率化を促進し、地域主体でその特性に応じて保健医療を再編する。

〔具体的なアクションの例〕 ～2020年

- ・医療技術評価の制度化・施行
- ・**現場主導による医療の質の向上支援（過剰医療や医療事故の防止など）**
- ・「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置

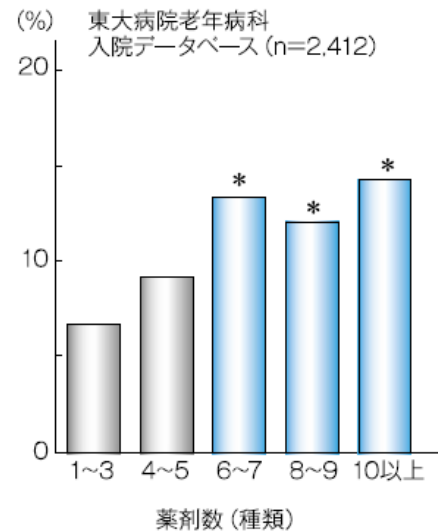
・また、世界各国で急速に広がっている「賢い選択（Choosing Wisely）」の取組み、すなわち、検査や治療の選択において必要性を的確に吟味し、無駄を控えるように推奨するなどの専門医学会等による自律的な取組みを進める。

Box 31 Choosing Wisely の具体例: 薬剤



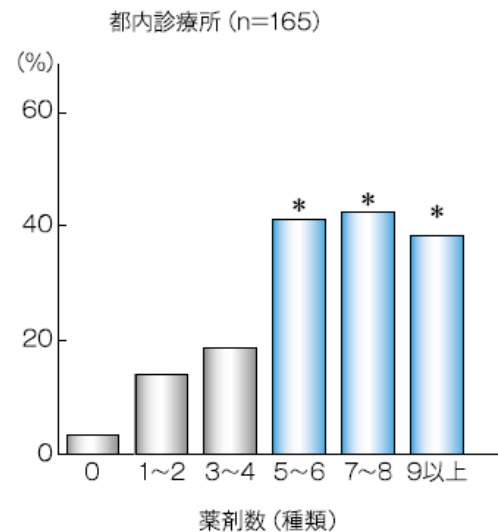
高齢者のpolypharmacy

1) 薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2, より引用)

2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30, より引用)

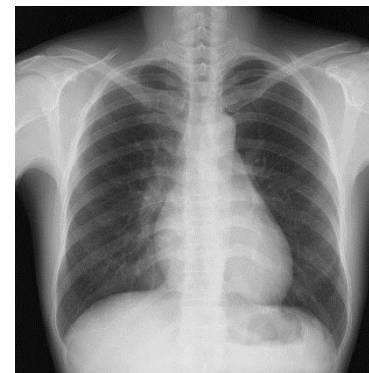


日本老年医学会編：「高齢者のための安全な薬物療法ガイドライン2015」より

Box 32 Choosing Wisely の具体例:画像検査



- 画像検査： 単純X線検査・造影X線検査、マンモグラフィー、CT、MRI 等



疾患	対象	検査内容	グレード
乳がん	40歳以上の女性	1~2年ごとのマンモグラフィー	B
子宮頸がん	21~65歳の女性	3年ごとの細胞診	A
	30~65歳の女性	5年ごとの細胞診+HPV検査	A
大腸がん	50~75歳	毎年の便潜血検査	A
		10年ごとの全大腸内視鏡検査	A
		5年ごとの大腸CT	A
肺がん	重喫煙者	毎年の低線量CT	B
その他のがん			推奨なし

グレードA：利益（死亡率減少効果）が不利益を確実に上回ることから，対策型検診・任意型検診の実施を勧める

グレードB：利益（死亡率減少効果）が不利益を上回り，その差は推奨Aに比し小さいが，対策型検診・任意型検診の実施を勧める

医学界新聞：「賢く使う画像検査」より本来は適応のない画像検査，「念のため」の画像検査，オーダーしていませんか？本連載では，放射線科医の立場から，医学生・研修医にぜひ知ってもらいたい「画像検査の適切な利用方法」をレクチャーします。検査のメリット・デメリットのバランスを見極める“目”を養い，賢い選択をしましょう。

隈丸 加奈子

（順天堂大学医学部放射線診断学講座）

Box 33 Choosing Wisely の具体例:冠動脈形成術



- PCI
- (Percutaneous Coronary Interventions)



J Jpn Coron Assoc 2016; 22: 51-55

冠疾患誌 (中尾)

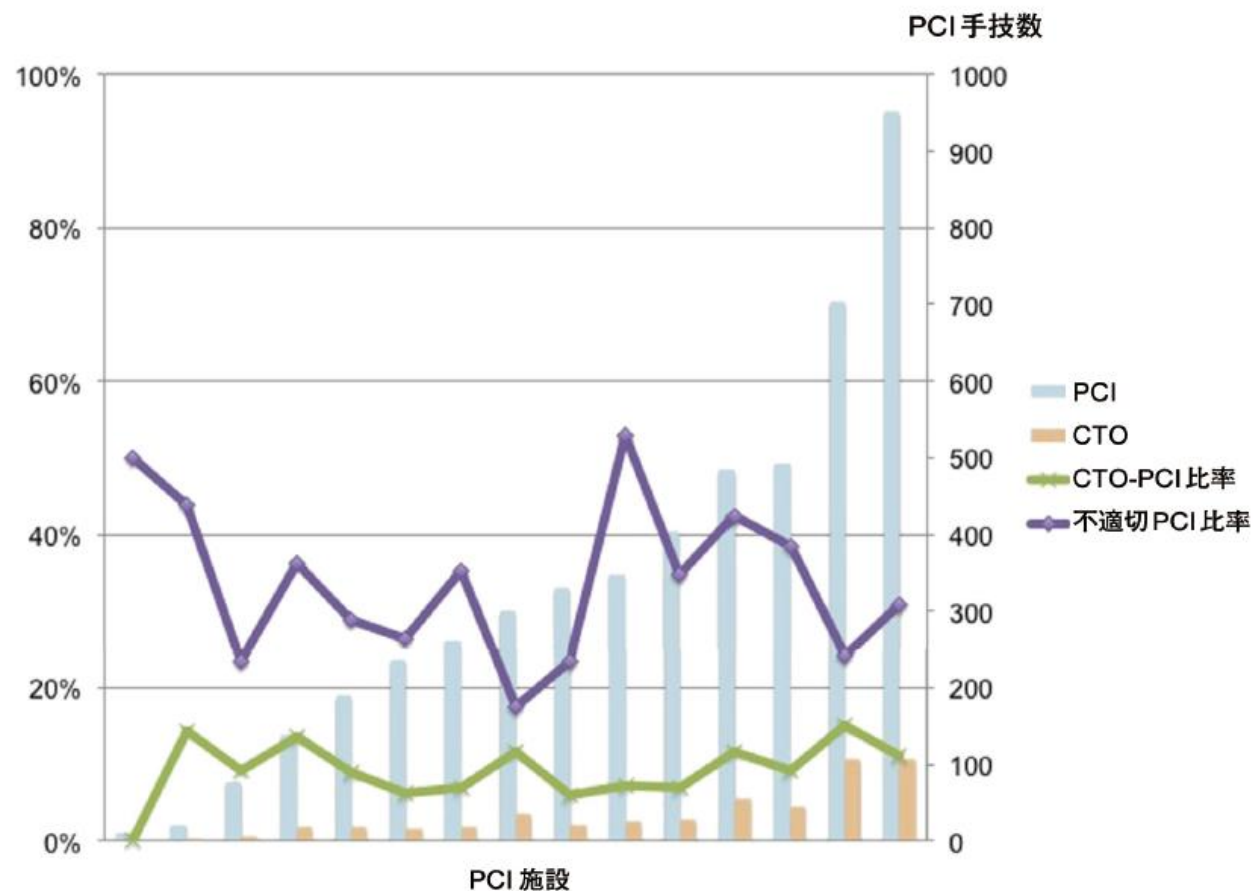
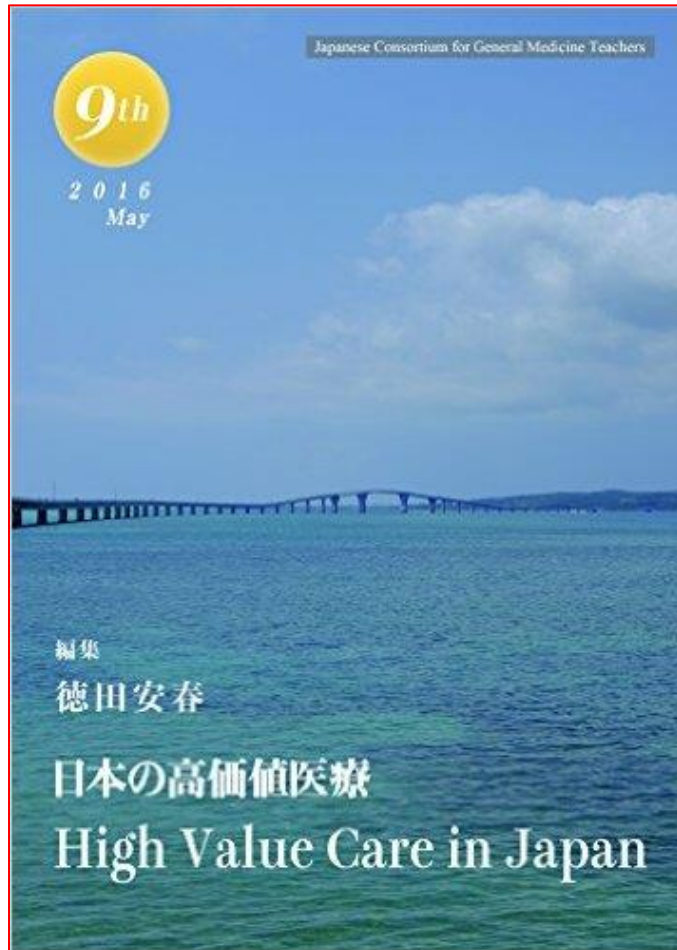


Fig. 4 PCI 施設における施術数と, CTO 治療数 (割合) あるいは不適切 PCI 割合の関係 [文献 24]



Box 34 ジェネラリスト教育コンソーシアムの「5つのリスト」



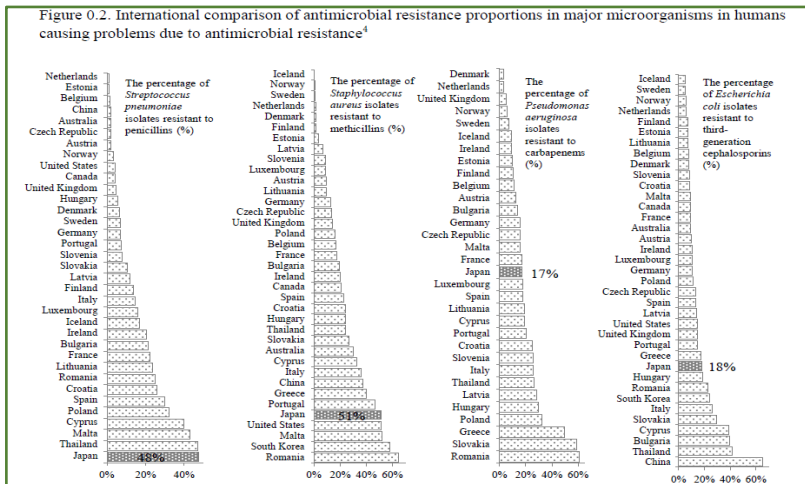
- 健康で無症状の人々に対してPET-CT検査によるがん検診プログラムを推奨しない
- 健康で無症状の人々に対して血清CEAなどの腫瘍マーカーによるがん検診を推奨しない
- 健康で無症状の人々に対してのMRI検査による脳ドック検査を推奨しない
- 自然軽快するような非特異的な腹痛でのルーチンの腹部CT検査を推奨しない
- 臨床的に適用のないルーチンの尿道バルーンカテーテルの留置を推奨しない
 - (Tokuda et al. Gen Med 2015; 16: 3-4)

Box 35 Choosing Wisely の具体例 :

AMR対策:抗菌薬の適正使用

National Action Plan on Antimicrobial Resistance (AMR)

2016-2020



April 5, 2016

The Government of Japan

IDATEN:日本感染症教育研究会



忽那賢志先生

Satoshi Kutsuna

大曲貴夫先生

Norio Ohmagari

IDATEN の[5つのリスト](2017年9月5日)

- 1 感冒（風邪）に抗菌薬は投与しない
- 2 無症候性細菌尿に抗菌薬を投与しない
- 3 経口の第3世代セファロスポリン系、フルオロキノロン系およびマクロライド系の抗菌薬を安易に処方しない。
- 4 抗菌薬投与前に必要な微生物検査を行う
- 5 すべての小児に適切な予防接種を行う

Box 36 秋田県合同輸血療法委員会のリスト

<https://www.akita-yuketsu.com/>

輸血療法における賢明な選択-「1バッグ輸血を推奨します」

**CHOOSING
WISELY**
Transfusion
Medicine



**輸血療法における
賢明な選択**

▼


**1バッグ輸血
(400mL献血由来)を
推奨します**

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

 **CHOOSING
WISELY
JAPAN**

<https://www.youtube.com/watch?v=9NmYvTOq8OA>


**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。

〈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。



1bag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。



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で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。



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



Box 37 EM Alliance:

救急領域におけるChoosing Wisely 指標

夢と、若さと、情熱で日本の救急医療を変える

- 1 軽症頭部外傷に対してリスク評価を経ることなく頭部CT検査を実施することは推奨しない。
- 2 ウイルス性上気道感染（感冒・風邪）疑いに対する抗菌薬の処方 は推奨しない。
- 3 季節性インフルエンザが疑われる患者に抗インフルエンザ薬を処方する際には、季節性インフルエンザ合併症のリスク評価を行うことを推奨する。
- 4 中心静脈穿刺実施時に超音波画像を利用することを推奨する。
- 5 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。
- 6 感染性下痢症に対する抗菌薬処方にあたっては重症化のリスク評価を行うことを推奨する。
- 7 バイタルサインに基づいた緊急度と重症度の評価を行うことを推奨する。
- 8 肺塞栓のリスクが低い患者に、除外目的のCT検査を実施することは推奨しない。
- 9 確定診断前であっても迅速な除痛の実施を推奨する。

https://www.emalliance.org/share/choosing_wisely

志賀 隆	国際医療福祉大学 医学部救急医学
花木 奈央	大阪大学 大学院医学系研究科 社会医学講座 公衆衛生学
山田 淑恵	京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野
宮田 潤	大阪大学 大学院医学系研究科 社会医学講座 公衆衛生学

INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICINE |

CHOOSING WISELY® IN JAPANESE EMERGENCY MEDICINE: NINE RECOMMENDATIONS TO IMPROVE THE VALUE OF HEALTH CARE

Nao Hanaki, MD, DrPH & • Jun Miyata, MD, PhD • Yoshie Yamada, MD • Takashi Shiga, MD, PhD, MPH

Published: January 30, 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.01.005>

Published: January 30, 2023 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.01.005>

Box 38 「私にとっての“Choosing Wisely”」 (2019)

ISBN978-4-7663-1790-0
C3047 Y4800E

価格(本体4,800円+税)

私にとっての
“Choosing Wisely”

医学生・研修医・若手医師の
“モヤモヤ”から

若手世代、総勢50名が集結!
“Choosing Wisely”の
リアルと未来が
ここにある!

本書は
最も患者と医療者の
狭間で揺れ動く存在である
“医学生と研修医/
若手医師の体験”を通じて
“Choosing Wisely”の
理念と具体像を
描き出そうとする
一つの試みである

すべてCT撮影
すべき?

不必要検査は
減らすか?

抗がん剤の
適正使用は?

Choosing Wisely Japan
Student Committee

Choosing Wisely Japan
Student Committee

Choosing Wisely Japan
Student Committee

BertelsmannStiftung

2019
Choosing Wisely
Campaigns & Medical
Education Meeting
BERLIN

November 3, 2019

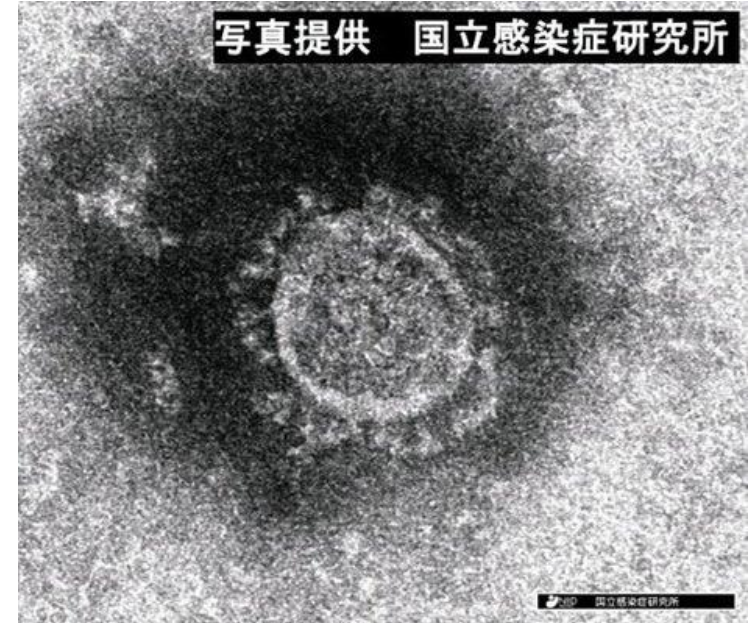
Venue: Unter den Linden 1,
10117 Berlin

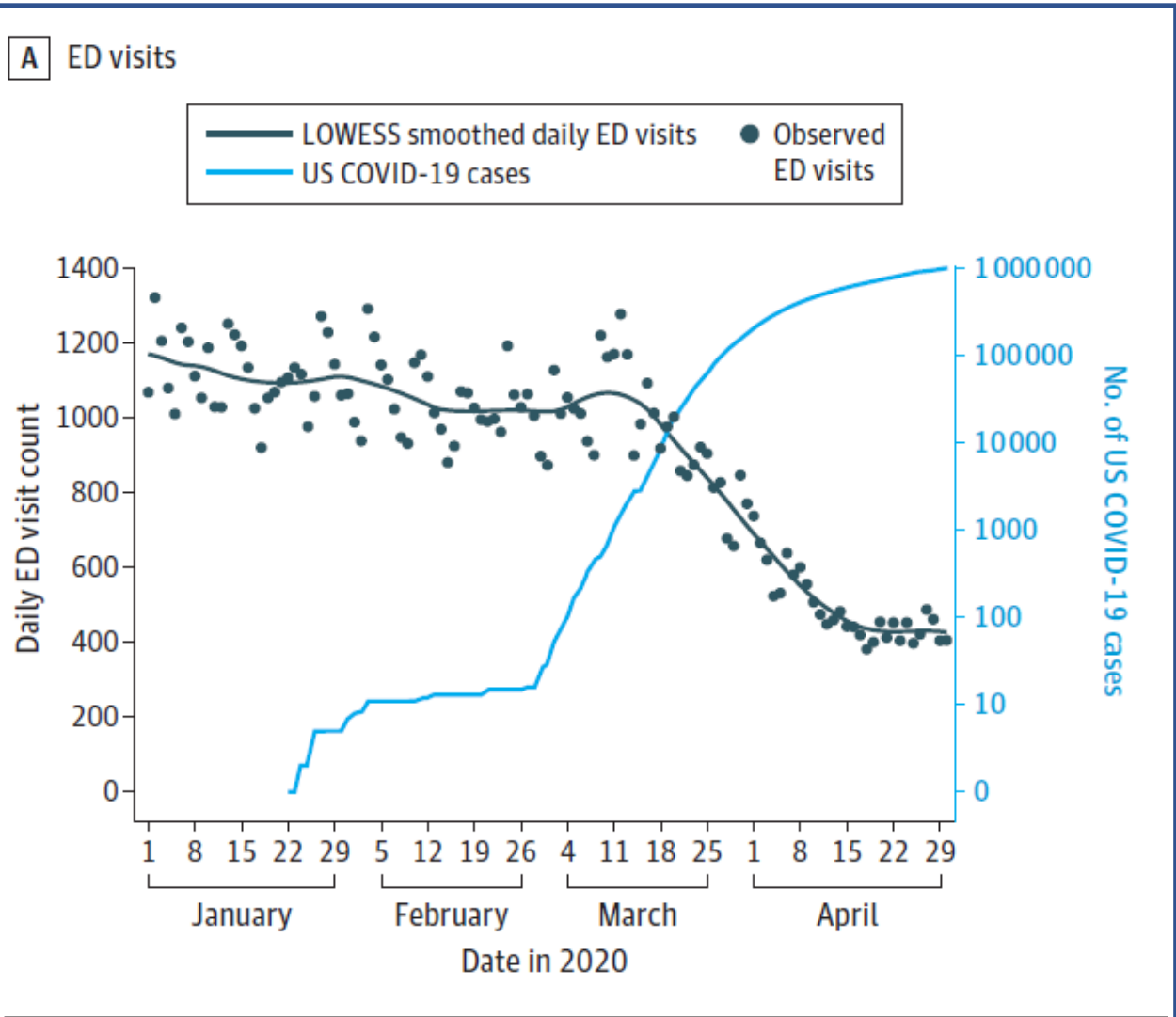
国際円卓会議(2019,ベルリン)で紹介

Box 39

COVID-19：悪疫の渦中で

- 疾患として：感染者数、病状、死亡者数
- 疫病への恐れ：**受診困難と受診控え**
- 保健・医療システムへの負荷：逼迫、崩壊
- 医療機関の経営危機：通常診療の先送り
- ワクチン/治療薬：m-RNAワクチン、他
- ワクチン副反応への不安/**ワクチン忌避**
- 変異株：感染力、重症化率、後遺症？
- 人々の意識：“3密”回避、「**コロナ疲れ**」
- 社会システムの脆弱性：防疫と経済活動





A, Emergency department visit counts in 5 EDs in New York and US coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases (plotted on a log scale) are shown. B, Hospital admission rates from the ED and New York's new daily confirmed COVID-19

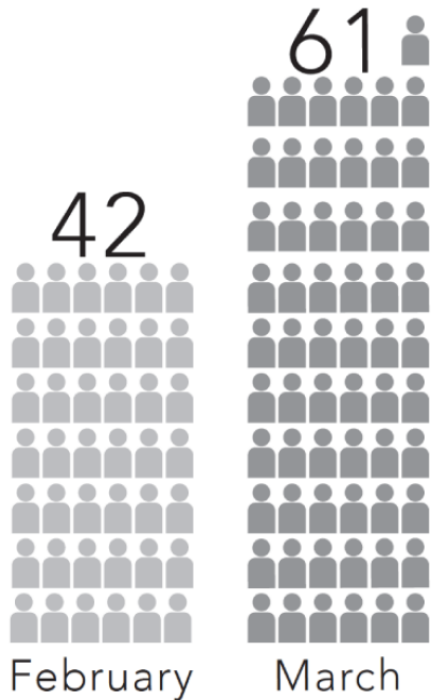
Box 40 COVID-19 と救急外来受診患者数



M.M.Jeffrey et al. JAMA Intern Med.
 doi:10.1001/jamainternmed.2020.3288
 Published online August 3, 2020

Box 41 院外の心肺停止 :

EMS-Reported
Cardiac Arrests

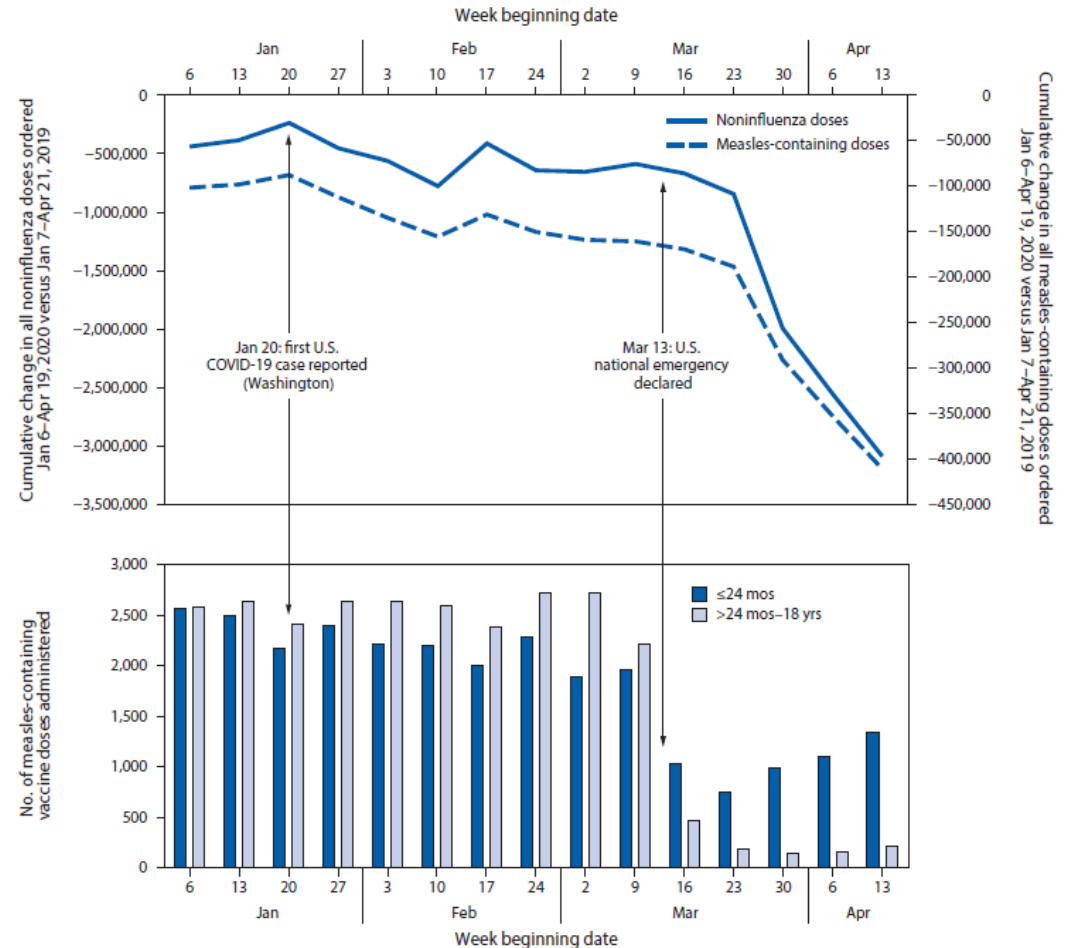


Source: The authors
NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

**L.E. Wong et al. :Where Are All the Patients?
Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick
Patients to Seek Emergency Care**

Box 42 小児のワクチン接種 :

FIGURE. Weekly changes in Vaccines for Children Program (VFC) provider orders* and Vaccine Safety Datalink (VSD) doses administered† for routine pediatric vaccines — United States, January 6–April 19, 2020



* VFC data represent the difference in cumulative doses of VFC-funded noninfluenza and measles-containing vaccines ordered by health care providers at weekly intervals between Jan 7–Apr 21, 2019, and Jan 6–Apr 19, 2020.

† VSD data depict weekly measles-containing vaccine doses administered by age group (age ≤24 mos and >24 mos–18 yrs).

Box 43 がん検診

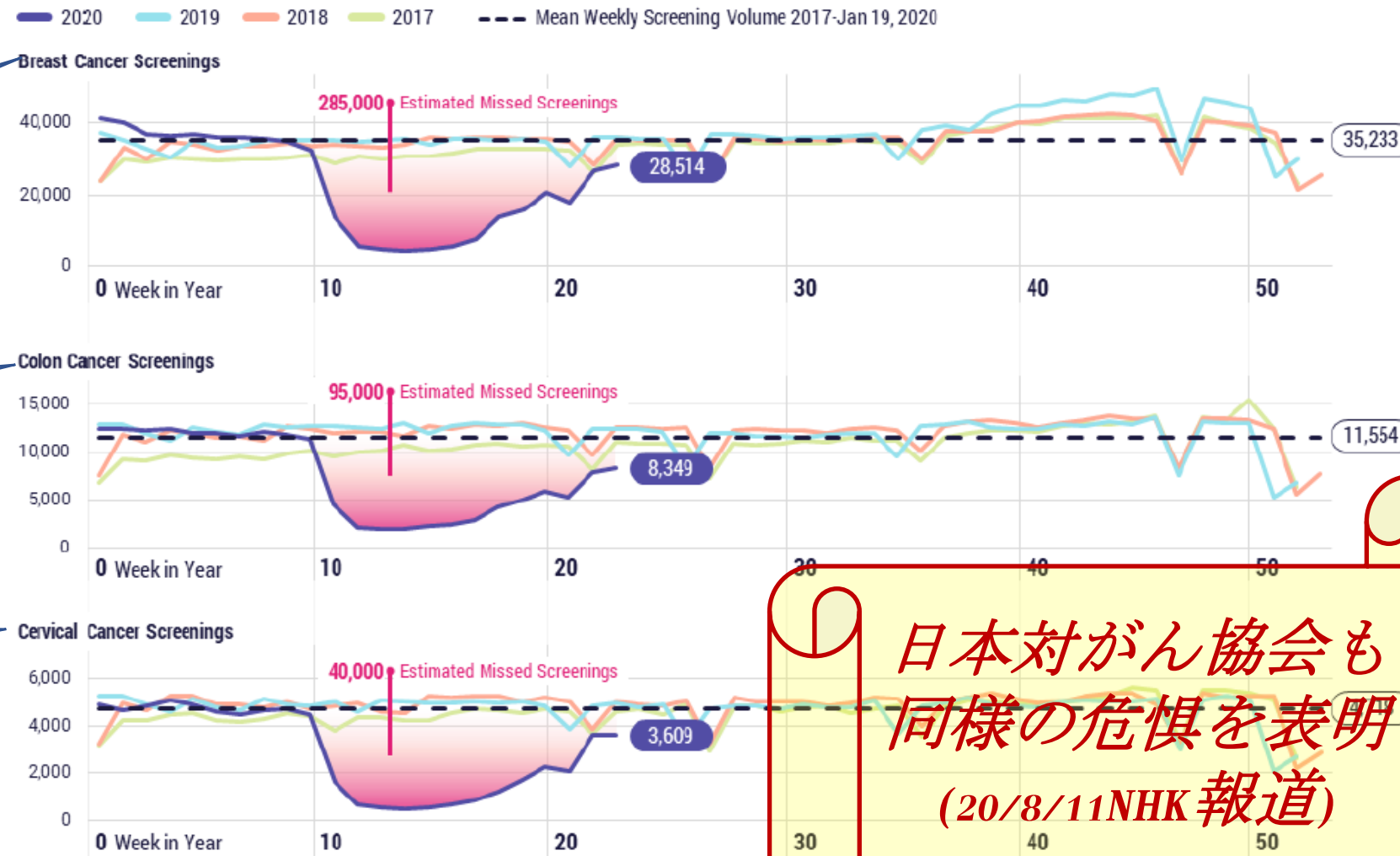
乳がん

大腸がん

子宮頸がん



Cancer Screenings in the U.S.

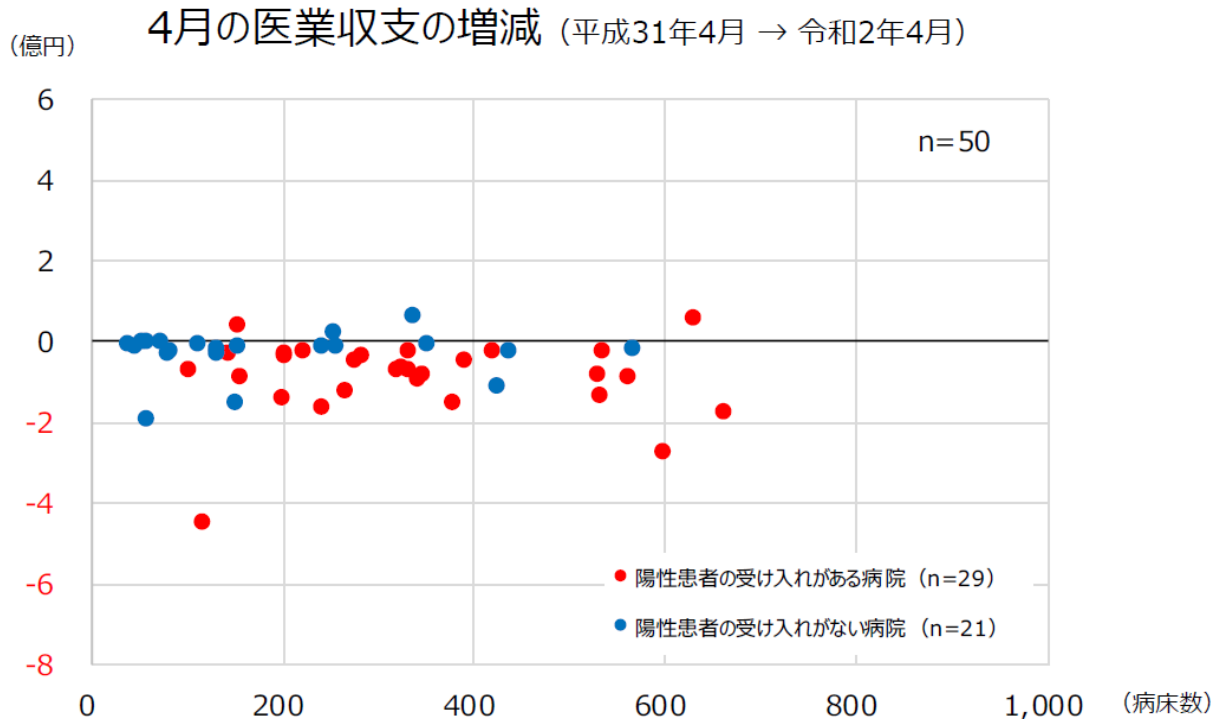


日本対がん協会も
同様の危惧を表明
(20/8/11NHK報道)

Figure 1. Weekly cancer screening volume vs. week number in year for each type of cancer screening. Colored capsules show the last observed volume.

Box 44

新型コロナウイルス禍と病院経営(全自病データ)：



(単位：万円)

【 3月、4月の収支状況 】	陽性患者の受け入れの有無	最小値	平均値	中央値	最大値
3月の医業収支の増減 (前年同月比)	A ● 陽性患者の受け入れがある病院 (n=91)	-68,710	-4,007	-1,253	37,467
4月の医業収支の増減 (前年同月比)	C ● 陽性患者の受け入れがある病院 (n=29)	-44,310	-8,118	-6,464	6,581
3月と4月の増減 (A-C)		24,400	-4,111	-5,211	-30,886
3月の医業収支の増減 (前年同月比)	B ● 陽性患者の受け入れがない病院 (n=86)	-38,070	-301	-269	28,193
4月の医業収支の増減 (前年同月比)	D ● 陽性患者の受け入れがない病院 (n=21)	-18,899	-2,129	-642	7,081
3月と4月の増減 (B-D)		19,171	-1,828	-373	-21,112

Box 45 COVID 19パンデミック下での一般市民の医療利用行動 healthcare seeking behaviorsについてのウェブ調査(2020・9)：【研究班】



ORIGINAL RESEARCH PAPER

ORIGINAL RESEARCH PAPER

医療利用行動動についての横断調査

Health-care-seeking behaviours of the Japanese lay public during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study

Kyoko Kitazawa MSc;^{1,4} Yasuharu Tokuda MD, MPH;² Shunzo Koizumi MD, FACS³

¹Kyoto Pharmaceutical University, Kyoto, Japan.

²Department of Medicine, Muribushi Okinawa for Okinawa Residency Programmes, Okinawa, Japan.

³Shichi-jo Clinic, Kyoto, Japan.

⁴Corresponding author. Email: kyokokitazawa@hotmail.co.jp

Kitazawa K, et al.

J Prim Health Care. 2021; 13: 351 8.8.)

ABSTRACT

INTRODUCTION: Owing to a decrease in visits to health-care facilities during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, the health-care-seeking behaviour of the Japanese lay public has yet to be adequately clarified.

Received: 27 May 2021 | Revised: 11 November 2021 | Accepted: 16 November 2021

DOI: 10.1002/jgf2.512

SPECIAL ARTICLE

Journal of General and Family Medicine WILEY

Healthcare use and RT-PCR testing during the first wave of the COVID-19 pandemic in Japan

Masaru Kurihara MD¹ | Kazuhiro Kamata MD² | Shun Nakahara MD¹ |
Kyoko Kitazawa MPH³ | Shunzo Koizumi MD⁴ | Yasuharu Tokuda MD, MPH⁵

Kurihara M, et al. J Gen Fam Med. 2021; 23: 3 8.

¹Department of Hospital Medicine, Urasoe General Hospital, Okinawa, Japan

²Department of General Internal Medicine, Aizu Medical Center, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan

³Kyoto Pharmaceutical University, Kyoto, Japan

⁴Shichijo Clinic, Kyoto, Japan

⁵Muribushi Okinawa Center for Teaching Hospitals, Okinawa, Japan

Correspondence

Yasuharu Tokuda MD, MPH, Muribushi

Abstract

Background: Rapid testing, tracing, and isolation among symptomatic patients are the standard for controlling the COVID-19. However, during spring 2020, Japan employed a RT-PCR test policy by using a guideline, which was used for the public to visit hospitals or clinics when they had mild symptoms for 4 days or longer ("4-day rule") among low-risk patients. It is unknown of patients' experience of healthcare use and testing during the period under the guideline. Thus, we investigated the healthcare visiting and testing among patients who developed cold-like symptoms during the period.

Methods: Our survey was conducted online in September 2020 to a nationally rep-

第1波での
受療/迅速PCR検査実施状況

Box 46 COVID 19パンデミック下での一般市民の医療利用行動 healthcare seeking behaviorsについてのウェブ調査(2020・9)：方法と対照等

- 【調査の時期】：2回に分けて実施：
 - 【第1の時期→①】 2020年2月半ば～5月末
 - (国 が[相談・受診の目安]を公表してから[緊急事態宣言]を解除するまで)
 - 【第2の時期→②】 2020年9月
 - (7 月から 8 月にかけての “第二波”が収まってきた頃)
- 【調査の内容】：医療機関への受診、および 健康診断（特定健診含む）・がん検診・人間ドックへの受診の有無と理由
- 【調査の対象】：調査会社のモニターに登録された全国の一般市民7756人
 - 調査対象者の個人情報匿名化して集計・分析
 - 回答が得られたのは2137人(27.6%、男性1041人、女性1096人)
 - 平均年齢52.6歳

Box 47 COVID 19パンデミック下での一般市民の医療利用行動 healthcare seeking behaviorsについてのウェブ調査(2020・9)：調査結果

- 回答者の80%(1698人)が、厚生労働省が発表した「相談・受診の目安」を知っていた
- 144人がかぜ様症状を発症、多くが地域の保健所への電話連絡が通じず、医療機関を受診できたのは25人(17%)
- 25人のうち、15人(60%)は医師や地域の保健所の判断のため、PCR 検査を受けることができなかった
- COVID-19(疑い含む)以外の病気の治療目的での新たな受診を控えたのは、664人(31.1%)(①)、409人(19.1%)(②)
- 従来から通っていた医療機関への受診を控えたのは、534人(25.0%)(①)、267人(12.5%)(②)
- 受診を控えた診療科は、①、②ともに、歯科、内科、眼科が多かった
- 受診を控える理由：「医療機関で感染したくない」と「医療機関に限らず外出を控えたい」
- COVID 19の感染が仮に収束しても 受診を控えるか：
 - ①：新たな受診を控える、は55.6%、従来からの受診を控える、は55.6%
 - ②：新たな受診を控える、は40.6%、従来からの受診を控える、は50.9%

Box 48 COVID-19パンデミックで見えてきたこと：

- 日本型保健・医療**システムの脆弱性**：検証と制度改革が必要
 - **検疫体制・保健所機能**とメディア/行政/政治システム
 - **医療機関**の対応（個別・相互協力・対行政）
 - **医療費**支払い体系と個別医療機関の経営危機
- 「**受診控え**」の深層(真相)についての学術的解析が必要
 - 「**過少医療**」なのか?、「**過剰医療**」の是正なのか?
 - ビッグデータ(リアルワールドデータ)の活用
 - 社会科学を含む**学際的/国際的**アプローチ（**実装科学**）
- **社会**のあり方全般が抱える問題
 - **格差社会/健康格差**（非正規労働者やエッセンシャル・ワーカーへのしわ寄せ）
 - 不十分な**デジタル化**（今後の課題：遠隔医療の推進など）
 - 未熟な**リスクコミュニケーション**(生活全般におけるリスクの啓発)



Dr. Don Berwick

Box 49 COVID-19が医療にもたらした劇的な変化：

- Speed of Learning and Change
 - How to spread change, but with discipline
- Standardization and Commitment to Science
 - Decreasing unwarranted variation
- Virtual Care and Reconsidering “Proximity”
 - Substitution or addition
- Protecting the Workforce
 - A broadened view of our healing assets
- Preparedness
 - How much and for what other uses
- Inequity
 - The underlying driver of needless morbidity

学習と変化のスピード

標準化と「科学」への依拠

遠隔医療と近接性の再考

(第一線の)医療関連職を守る

(危機への)「備え」

不平等(「健康格差」)



00:14:28 / 00:53:33

速度 CC

Box 50【参考】：

「より安心できる医療介護サービス提供体制を作るには」(松田晋哉氏の考察)

- 体系化された情報システムの構築
- 救急医療提供体制の再構築
- プライマリケア体制の強化
- 医療介護サービスの総合的提供体制の構築
- Factベースで議論する社会文化の醸成とリスクコミュニケーションの強化
- 地域医療計画の実効性の向上
- 現場力が生かせるシステム作り
- 健康危機管理体制
- 大学病院の在り方の見直し
- 公的病院・民間病院の在り方問題の帰結としての「公的病院サービス」という概念の具体化



Box 51 生涯教育セミナーでの 問題提起：

第13回(2016)秋季生涯教育セミナー(講演Ⅱ)

「これは、本当に必要？」

— Choosing Wisely キャンペーンについて

七条診療所	小泉 俊三
京都薬科大学 客員教授	北澤 京子
大阪医科大学 学生	莊子 万能
倉敷中央病院	花田 沙穂
(医)太融寺町谷口医院	谷口 恭

第16回(2018)秋季生涯教育セミナー(WS25)

Choosing Wisely!

論文を読みながら学ぶ費用対効果分析のキホン

堺市立総合医療センター	水田 貴大
京都薬科大学 客員教授	北澤 京子
神戸薬科大学 医療統計学研究室	准教授
	森脇 健介
株式会社ファーマシィ	医療連携部
	竹内 雅代
東京大学大学院医学系研究科	公共健康医学専攻
	梶 有貴
総合病院 南生協病院	初期研修医
	莊子 万能

第11回(2015)秋季生涯教育セミナー(WS13)

さよならポリファーマシー会議

～処方におけるchoosing wiselyをみんなで考えるワークショップ～

やわらぎクリニック 副院長


西和医療センター 感染制御内科	北 和也
大阪府立急性期・総合医療センター 総合内科	宮里 悠佑
京都大学大学院医学研究科	青木 拓也
橋本市民病院 内科	井藤 英之
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科	片岡 裕貴
兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科	斎藤 恵美子
橋本市民病院 内科	橋本 忠幸
近畿中央胸部疾患センター 心療内科	松田 能宣
神戸大学医学部附属病院 膠原病リウマチ内科	脇 大輔
	ききょう薬局
	村上 博之
	阪南市民病院
	町谷 安紀
	北島 正大
	りんくう総合医療センター
	村井 扶
	ソーク薬局
	岩崎 瑛子
大阪府立急性期・総合医療センター	株式会社キリン堂
	的場 俊哉

Box 52 プライマリ・ケアにおける低価値医療(Low-value care)に関する意識調査—(国際研究)への参加:

この度、プライマリ・ケア連合学会医療の質・患者安全委員会では、ヘルシンキ大学およびフィンランド医学会を中心とした国際的な研究グループ（スウェーデン、ドイツ、オーストリア、イタリア、ギリシャ、日本、イスラエル）とともに実施する国際、学会員の医師を対象としたプライマリ・ケアにおける低価値医療（Low-value care）についての意識調査を実施することとなりました。低価値医療とは、利益と害、利用可能な代替案、コスト、患者の嗜好などを考慮したうえでも、患者にとっての利益がほとんど与えられない医療行為を指します。この問題は近年さらに注目されており、みなさまのご意見をお聞かせいただければ幸いです。

※本調査ではプライマリ・ケアにおける国際共同研究を進めるとともに、学会事業の一環として今後のプライマリ・ケア連合学会医療の質・患者安全委員会におけるChoosing Wiselyの基礎資料とすることを目的

※ここでのプライマリ・ケアは初療にあたる全ての診療のとしての外来も含まれます。

 Gmail 小泉俊三 <koizums@gmail.com>

[JPCA-ML:004252] 【学会からのお知らせ】 【国際共同研究へのご協力をお願い】 低価値医療に関するあなたのご意見をぜひお聞かせください

日本プライマリ・ケア連合学会ML配信用 <pc-office@umin.ac.jp> 2022年11月8日 11:57
返信先: pc-office@umin.ac.jp
To: JPCA-ML <jpca-ml@umin.ac.jp>

※本メールは日本プライマリ・ケア連合学会の医師会員の皆様にご案内しています。

【国際共同研究へのご協力をお願い】 低価値医療に関するあなたのご意見をぜひお聞かせください

日本プライマリ・ケア連合学会医療の質・患者安全委員会Choosing Wisely/実装科学チームの梶有貴、青木拓也と申します。

Box 50 Choosing Wisely Finland からの提案(2021年10月)



Alekski Raudasoja

[@AleksiRaudasoja](https://twitter.com/AlekskiRaudasoja)

MD, PhD student [@helsinkiuni](https://twitter.com/helsinkiuni)

[@DuodecimFi](https://twitter.com/DuodecimFi)

Research interests: De-implementation, Low-value care, cluster RCTs, Choosing Wisely. Käypä hoito -toimittaja

Box 53 『学会』からの『Top Five List』提案を支援する活動：

・プライマリ・ケア連合学会の場合：

- ・ 学術集会／セミナー等でのワークショップ開催
- ・ 『Top Five List』作成のためのワーキンググループ立ち上げ
- ・ 「修正 Delphi 法」に沿ったコンセンサス作り
- ・ 広報と他学会への働きかけ

【参考】

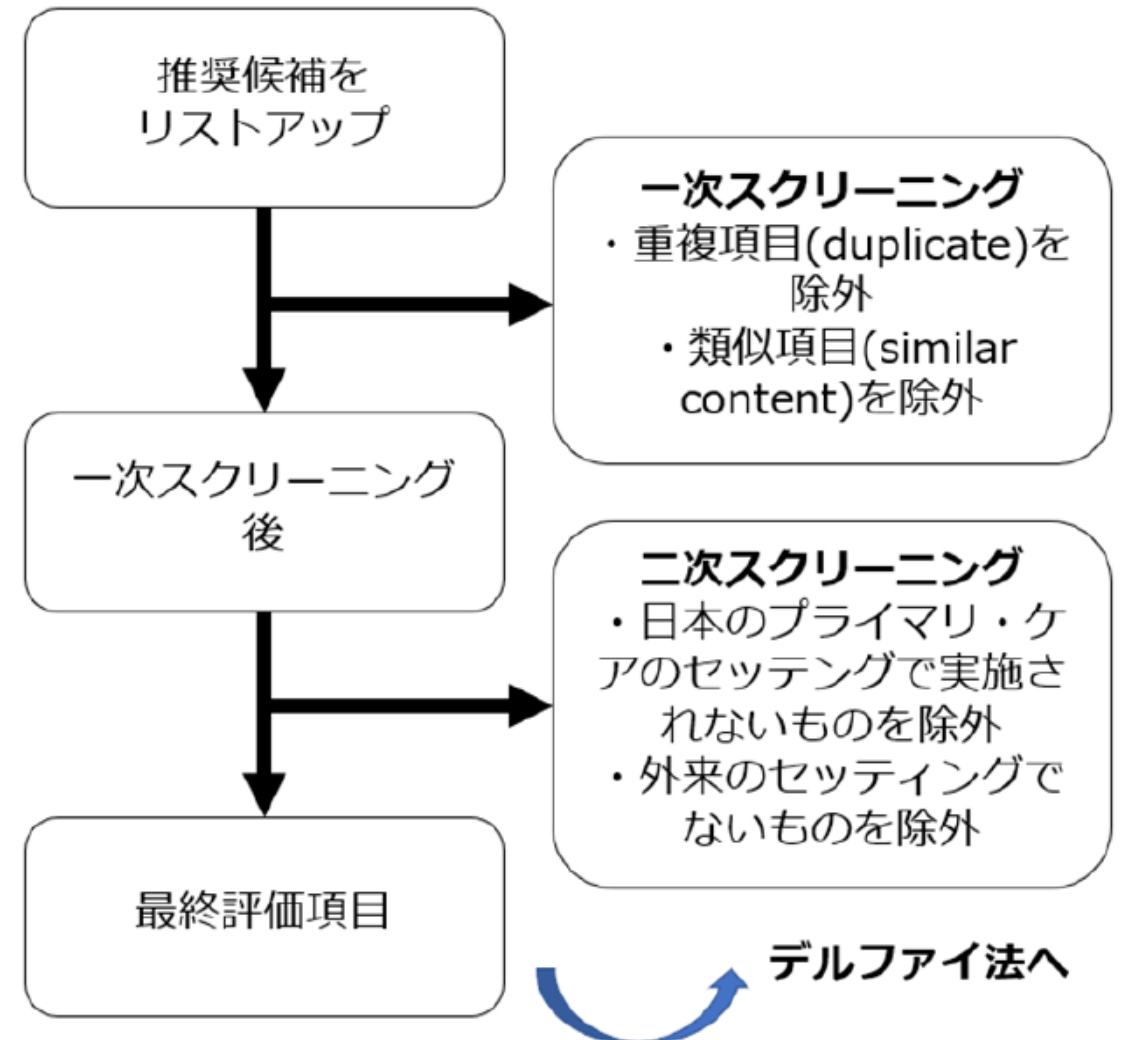
Hazard et al. *BMC Family Practice* (2020) 21:161
<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01235-5> BMC Family Practice

RESEARCH ARTICLE Open Access

A top 5 list for French general practice

Agnès Hazard^{1*}, Lucie Fournier², Louise Rossignol², Nathalie Pelletier Fleury³, Corentin Hervé², Thibaud Pitel², Cécile Pino², Olivier Saint-Lary^{1,3}, Thomas Hanslik^{2,4}, Thierry Blanchon² and Mathilde François^{1,3}

Check for updates



Box 54 医療行為の“Choosing Wisely(賢明な選択)”に関する臨床医学・看護系学会宛の質問紙調査を実施(検討中) :

- 【目的】：日本の代表的な臨床系学会の「科学的根拠に乏しい医療行為」に対する認識と現時点の活動について調査する
- 【研究以外の補足的な目的】：①日本の代表的な臨床系学会にChoosing Wiselyキャンペーンについて知らせる ②日本の代表的な臨床系学会に「Top Five List」を作成する意向について調査する
- 【対象】：Minds(※)が抽出した医学会
 - ※ Minds(EBM普及推進事業)は、Medical Information Distribution Serviceの頭文字に由来、質の高い診療ガイドラインの普及を通じて患者と医療者の意思決定を支援し、医療の質の向上を図ることが目的。患者と医療者が、十分に科学的合理性が高いと考えられる診療方法の選択肢について情報を共有し、患者の価値観・希望や、医療者としての倫理性、社会的な制約条件等を考慮して、患者と医療者の合意の上で最善の診療方法を選択できるように、診療ガイドラインおよびその関連情報を提供する。
- 【方法】：ネット調査 (Google formを使用)

厚生労働省委託事業 公益財団法人日本医療機能評価機構

Minds ガイドラインライブラリ

(front of card)

How do I talk with my health care provider about tests, treatments, and procedures? (flip over to get the co

 **Choosing Wisely**

An initiative of the ABIM Foundation



www.mainequalitycounts.org/choo

Box 55 Choosing Wisely Patient Wallet Card

(back of card)

5 QUESTIONS to Ask Your Health Care Provider Before You Get Any Test, Treatment or Procedure:

- 1** Do I really need this test or procedure?
- 2** What are the risks?
- 3** Are there simpler, safer options?
- 4** What happens if I don't do anything?
- 5** How much does it cost?

www.mainequalitycounts.org/choosingwisely

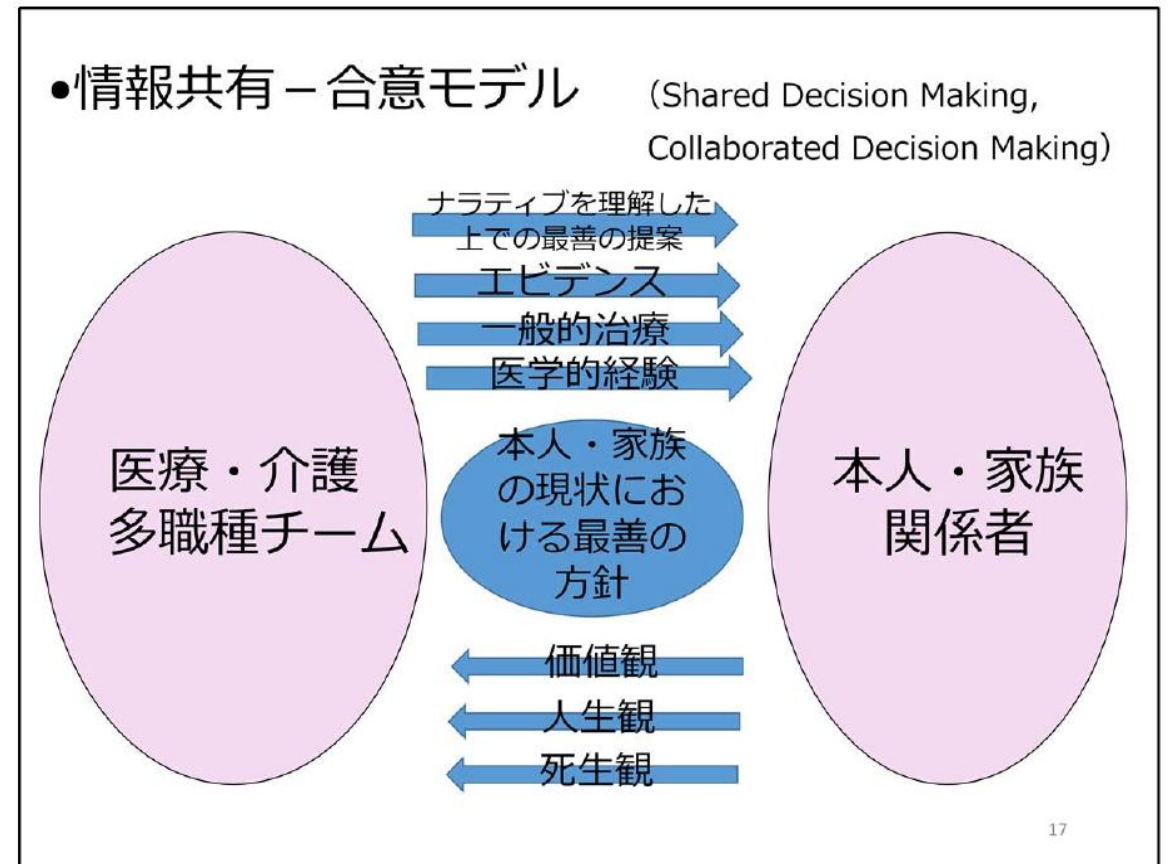
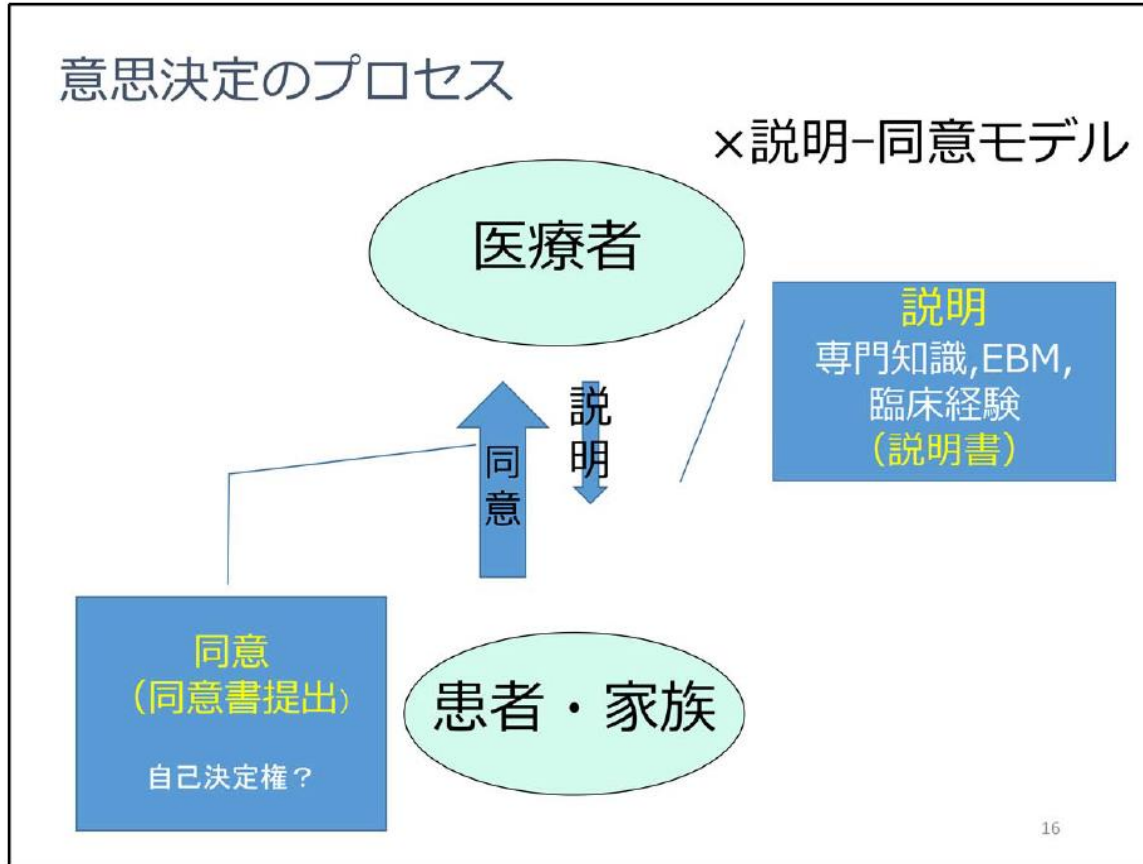
Box 56 I.C.(Informed Consent)から
Shared Decision Making (SDM)へ
共有意思決定:「一緒に考え、一緒に決めよう。」



CHOOSING
WISELY
JAPAN

- **PATERNALISTIC MODEL** パターナリズム
 - (Priestly, Parental) Health professional's FACTS and VALUES.
- **INFORMATIVE MODEL** 説明と同意
 - (Scientific, Engineering, Consumer) Health professional's FACTS and patient/client's VALUES.
- **INTERPRETIVE MODEL** 説明 + 患者の選択をサポート
 - (Counselor) to elucidate the patient/client's values and to help the patient/client select the available interventions Health professional's FACTS and patient/client's VALUES as elucidated/interpreted/understood by the health professional.
- **DELIBERATIVE MODEL** 対話を通じて共に熟慮・判断
 - patient empowered to consider, through dialogue, alternative health-related values, their worthiness, and their implications for treatment. Health professional's FACTS and VALUES, and patient/client's VALUES

Box 57 インフォームド・コンセントと共同意思決定：

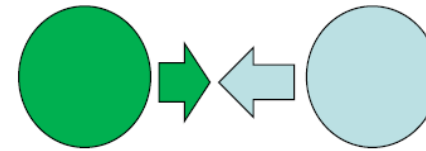


東京慈恵会医科大学柏病院総合診療部三浦靖彦先生のスライドより

informed consent & shared decision making

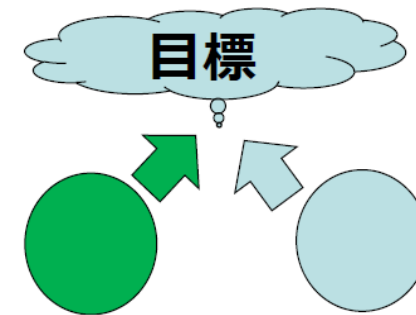
• Informed consent

- 「医療者が示す選択肢」への着地が期待される
- 必ずしもその選択肢がエビデンスで支持されているかは問われない
- 医療者の誘導の影響が大きい



• SDM

- 患者さんも医療者も、どこに着地するか分からない
- しかし目指す目標が、過程の中で共有されていく
- 「エビデンスの確実性」が高くない場合に特に大切



15

2016年1月28日
Minds フォーラム2017
日本医師会館

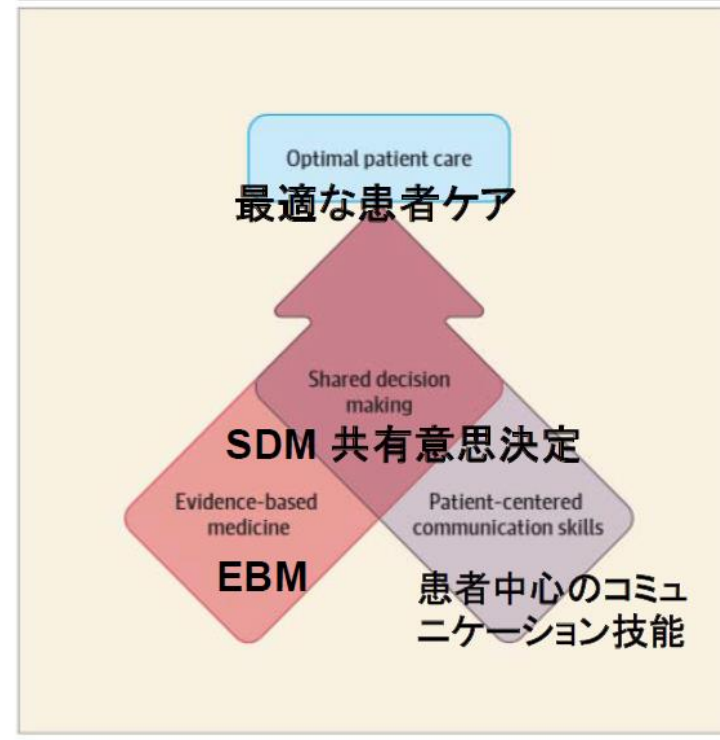


The connection between evidence-based medicine and shared decision making.

(Hoffmann TC, et al. JAMA 2014; 312(13):1295-6)

SDMの無いEBMは
エビデンスによる圧政
(evidence tyranny)
に転ずる。

Figure. The Interdependence of Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making and the Need for Both as Part of Optimal Care



2016年1月28日
Minds フォーラム2017
日本医師会館



*** 患者・市民のための診療ガイドライン*** 患者と医療者の協働意思決定と診療ガイドライン
京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野 中山健夫教授のスライドより

診療ガイドライン作成における「患者参加」 ： 2つの意味

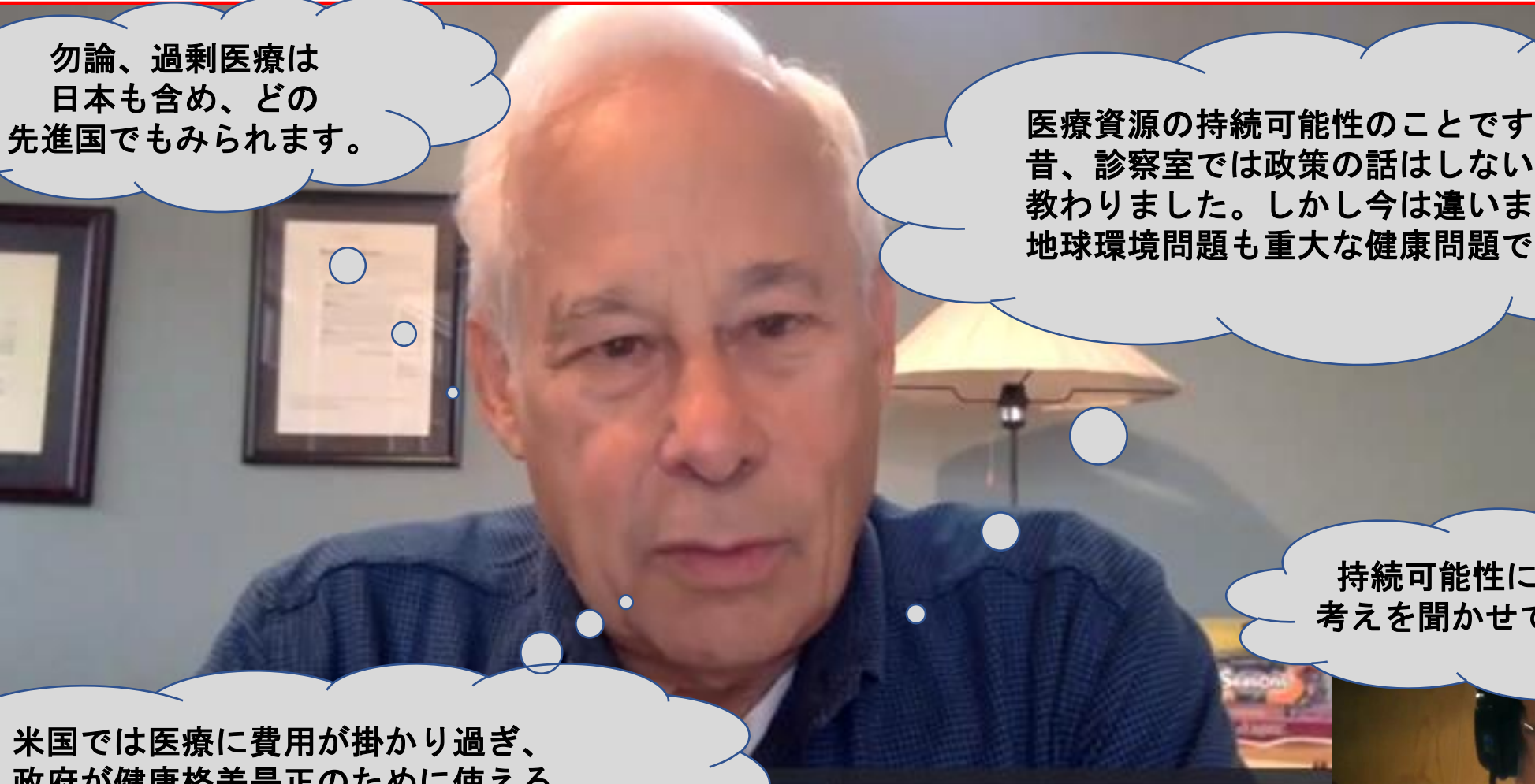
- 患者の視点を医療者へ
- 医療の現実を患者（社会）へ
 - 医療の限界・不確実性の共有
 - 医療のできること、できないこと
 - 何に（限られた）費用をかけるべきか
 - 適切な医療・受療・セルフケア行動
 - 患者安全、訴訟問題
 - マスメディアの役割・・・
- **co-design / co-production**
- **共に問題に向き合う関係の構築**

2016年1月28日
Minds フォーラム2017
日本医師会館




- 「**話題**」を拡げることで、共通の基盤が見えてくる。
 - Psycho-Social Issue は、プライマリ・ケア医の守備範囲
 - 個人の疾病/健康だけでなく、家族・地域・社会が話題に、
 - 格差社会と健康格差、貧困の問題、生活環境の問題
 - 世界規模での気候変動、頻発するさまざまな災害
 - 社会や国家間に広がる狭量な考え方と対立構造
- 共通の基盤の上に「**信頼感**」が生まれる。
 - 「医療の受け手」側にも、社会の一員としての自覚が生じる
 - 病気との付き合い方、人生の生き方にも思いが及ぶ

Box 62 Choosing Wisely International Roundtable 2020(10/16/2020)
Question and Answer session with Dr. Berwick:



勿論、過剰医療は
日本も含め、どの
先進国でもみられます。

医療資源の持続可能性のことですね。
昔、診察室では政策の話はしない、と
教わりました。しかし今は違います。
地球環境問題も重大な健康問題です。



持続可能性についての
考えを聞かせてください。

米国では医療に費用が掛かり過ぎ、
政府が健康格差是正のために使える
予算がないという事情があります。

VIEWPOINT

Donald M. Berwick,
MD, MPP
Institute for Healthcare
Improvement, Boston,
Massachusetts.

The Moral Determinants of Health

The source of
called "the mo
its role in the s
dictatorship so
plicit. should be

Life Span and Life Circumstances

Life Expectancy
 Δ 10 years



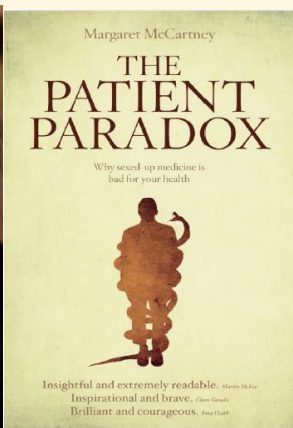
Loss of Life:
6 Months/Minute
2.3 Years/Mile

JAMA. 2020;324(3):225-226.
doi:10.1001/jama.2020.11129

Moral determinants of health, Berwick で検索 :
シンシナチ小児病院主催のビデオ講演が視聴可能
<https://www.youtube.com/watch?v=ZFHnEymLmnY>

Box 64 Over-use & Under- use of Healthcare 「過剰医療」と「過少医療」

Over-Diagnosis & Under-diagnosis 「過剰診断」と「過少診断」



“Too much testing of well people and not enough care for the sick worsens health inequalities and drains professionalism, harming both those who need treatment and those who don’t.”

Margaret McCartney

thebmj

Box 65 健康の社会的決定要因

Social Determinants of Health



2018 Berkeley School of Public Health
75th Anniversary Speaker Series

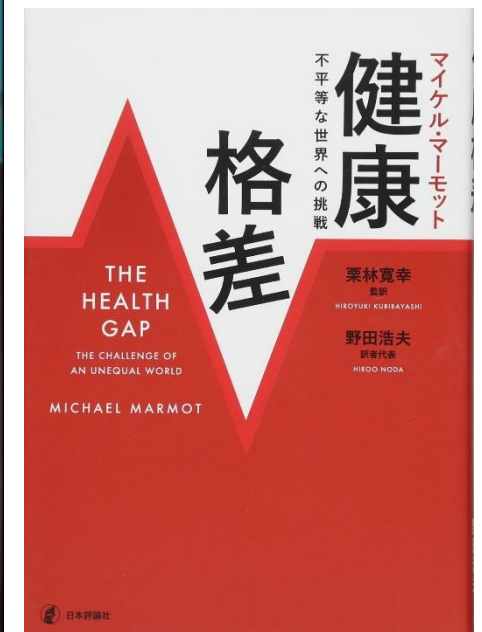
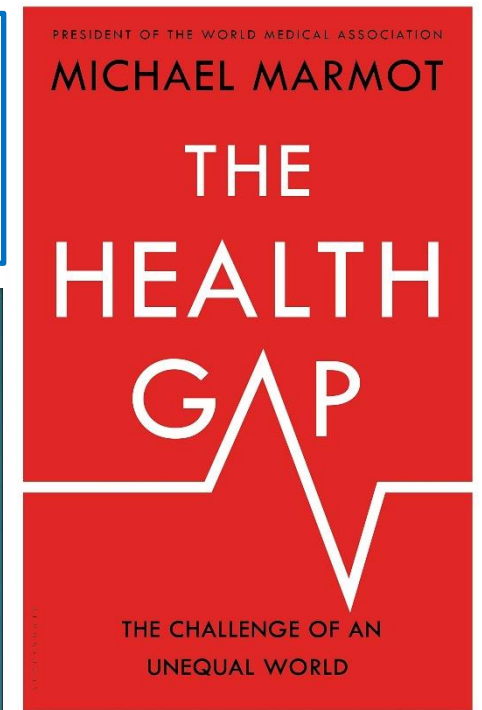
Social Justice and Health Equity

Sir Michael Marmot

Professor of Epidemiology,
University College London

December 13, 2018

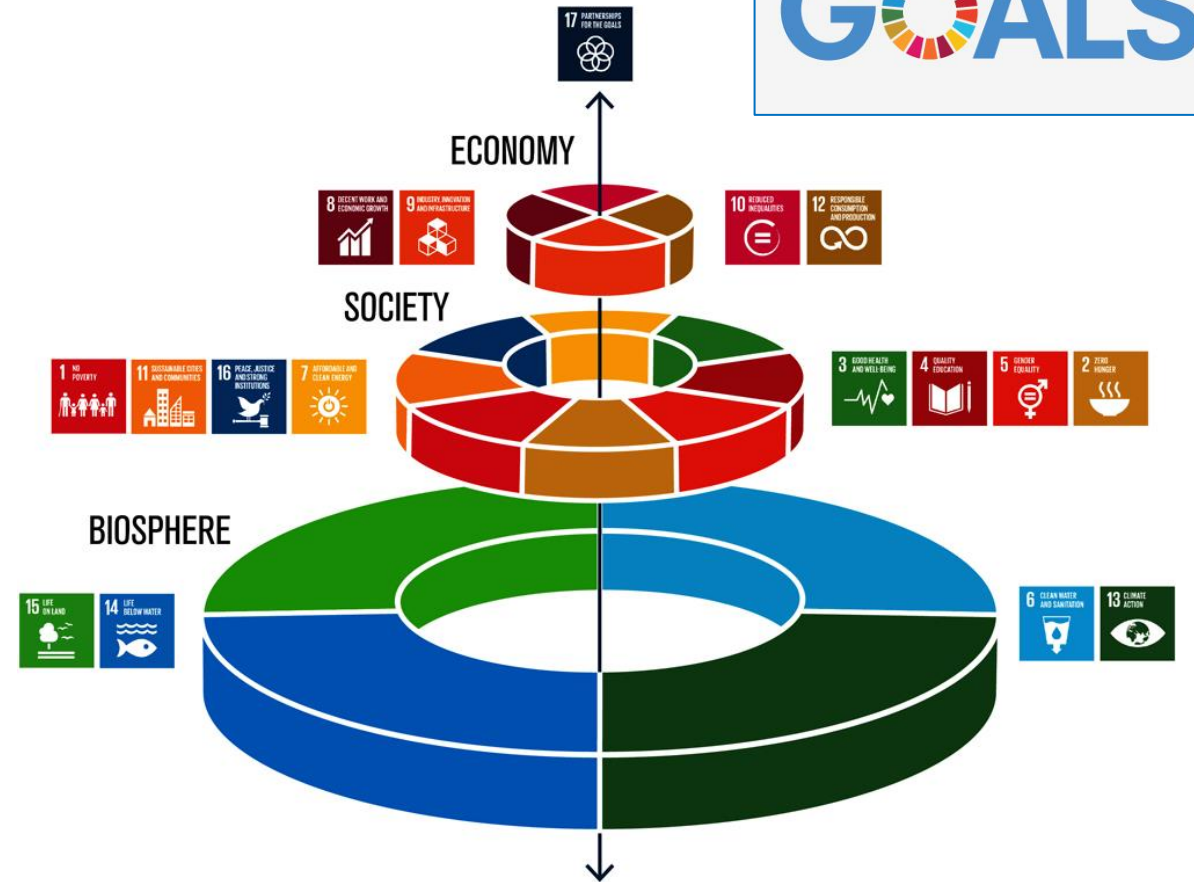
First Floor Colloquia, Berkeley Way West



Box 66

Sustainable Development Goals:

2030年に向けて世界が合意した「持続可能な開発目標」



Box 67 気候変動と健康

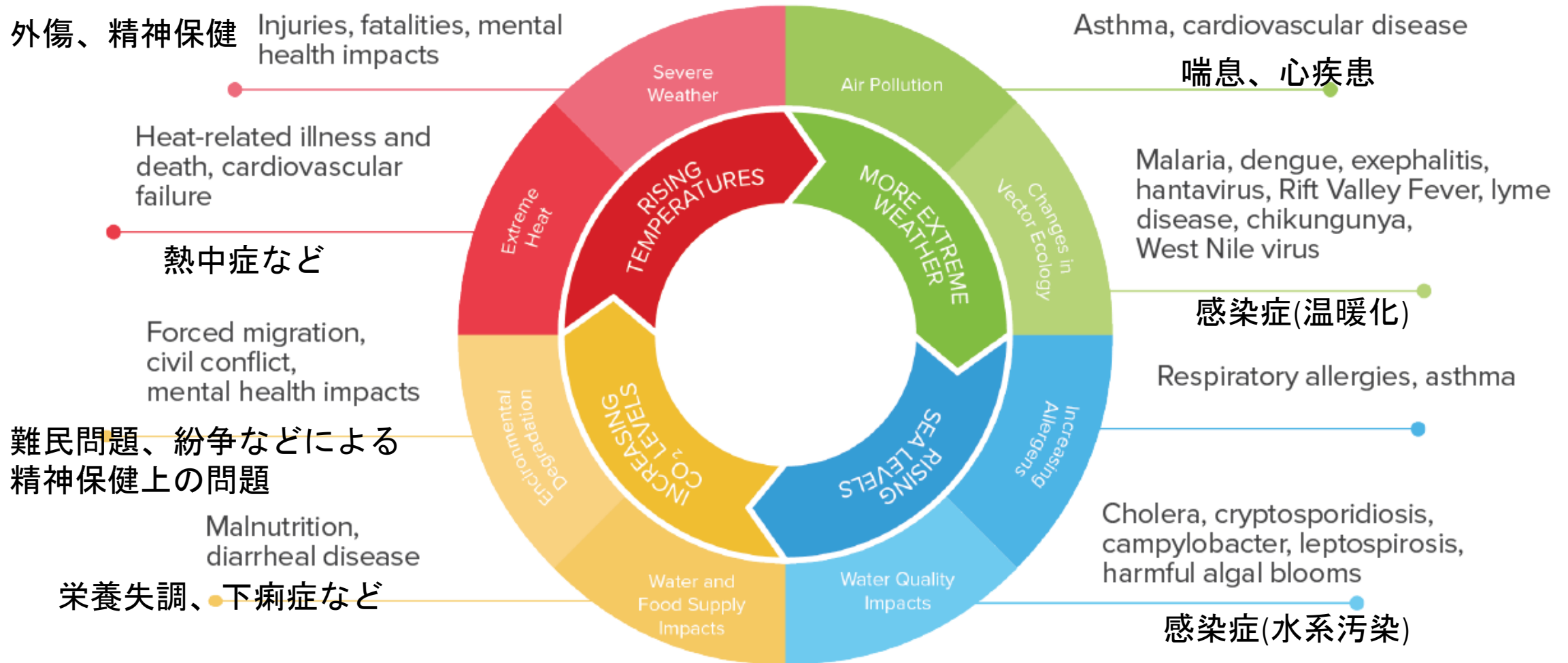


Figure 1: Impact of climate change on human health (Source: U.S. Centers for Disease Control and Prevention)

HEALTH CARE'S CLIMATE FOOTPRINT

Box 68 気候変動における医療のフットプリント

HOW THE HEALTH SECTOR CONTRIBUTES TO THE GLOBAL CLIMATE CRISIS AND OPPORTUNITIES FOR ACTION



ARUP

Health Care Without Harm
Climate-smart health care series
Green Paper Number One

Produced in collaboration with Arup
September 2019

Box 69 プラネタリー・ヘルス

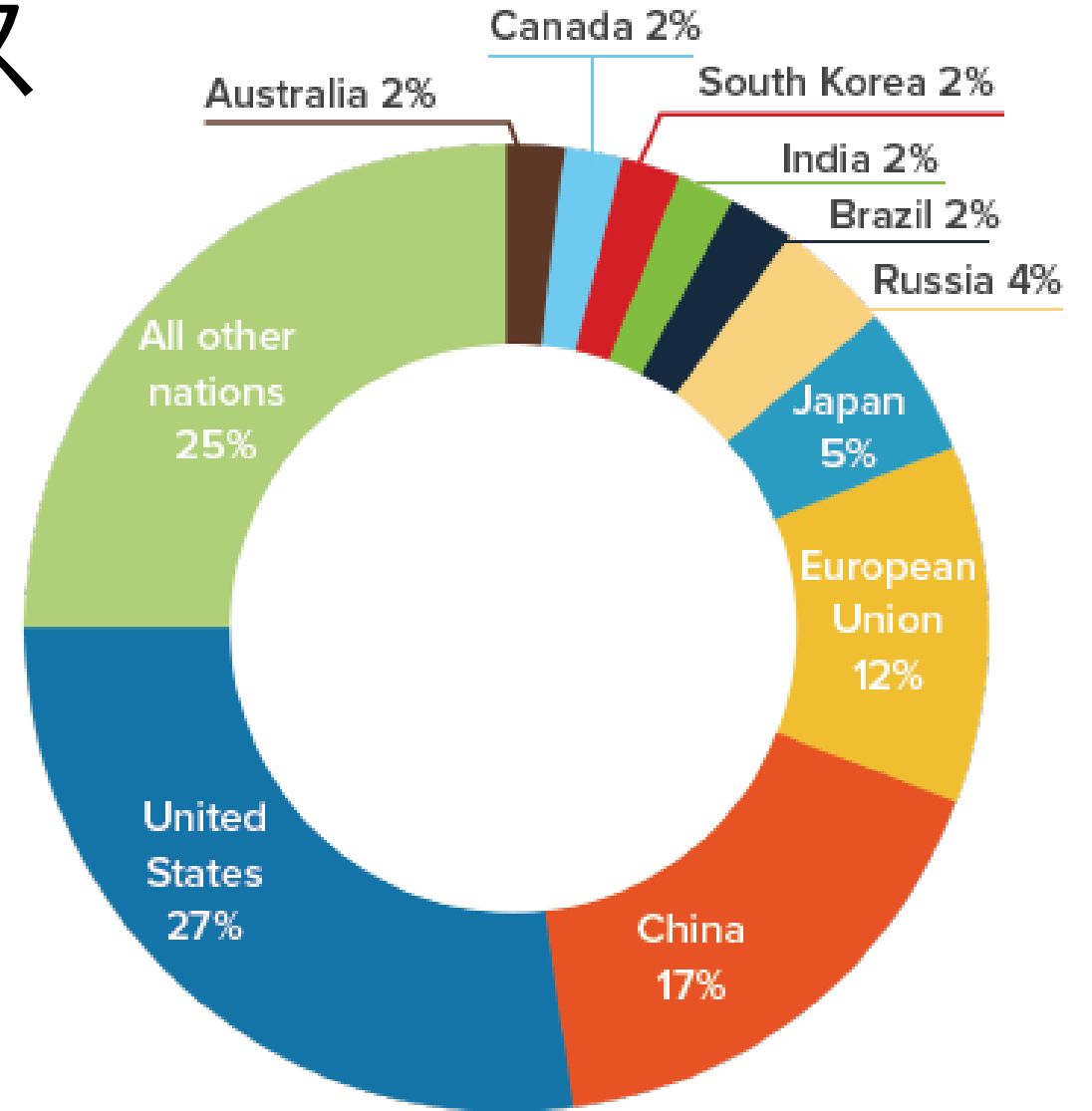
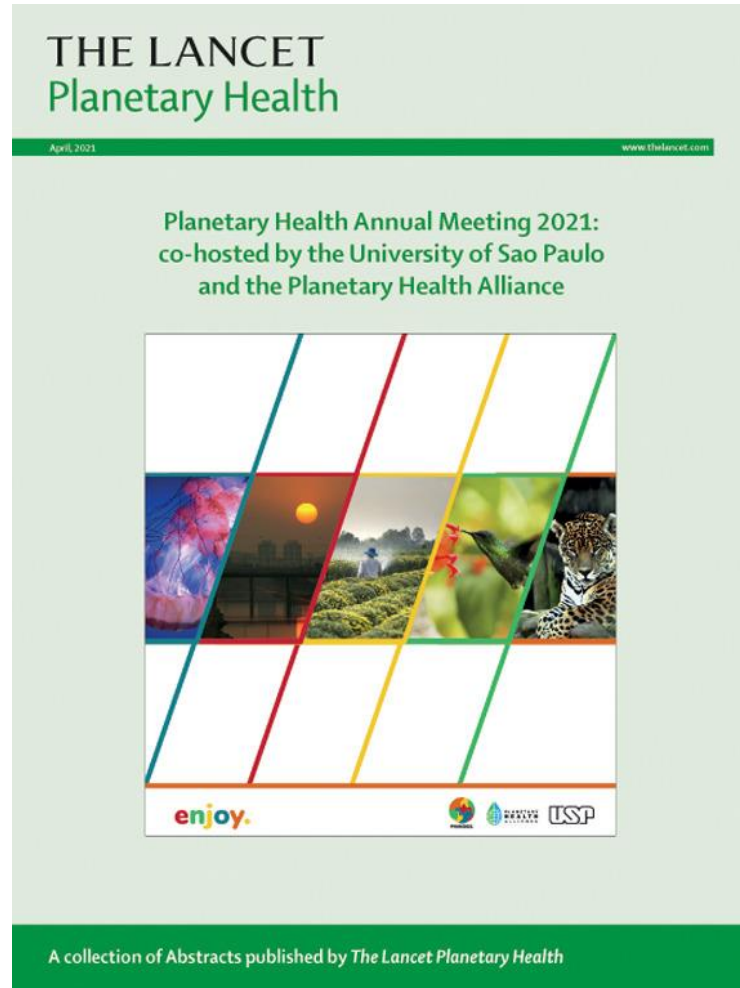
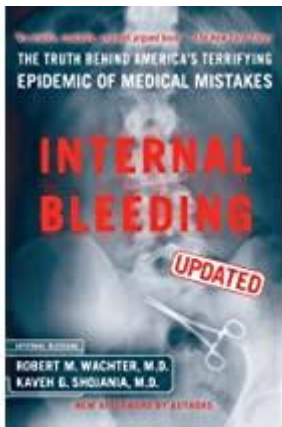


Figure 8: Top ten emitters as percentage of global health care footprint.



15 months later, hard to keep track of the crises

- Current & future pandemics
- Climate crisis
- Structural violence against racialized groups



CITY-WIDE MEDICAL GRAND ROUNDS

ROUNDS CHAIR:
Dr. Arno Kumagai

Reshaping research priorities to match the massive crises we face

with **Kaveh Shojania, MD**

Professor and Vice Chair, Quality & Innovation, Department of Medicine, CQuIPS Senior Scholar, University of Toronto

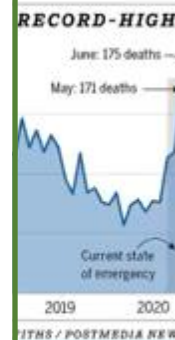
via **Zoom videoconference**

<https://uoft.me/CWMGR-2021-03-24>

Wednesday, March 24, 2021 @ 12:00 to 13:00

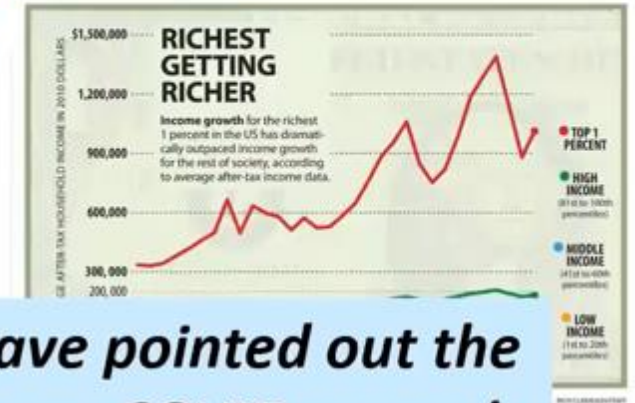


g income inequality
idemic



US Billionaires Have Increased Their Riches By \$1 Trillion During the Pandemic

BY MEAGAN DAY



e of these crises, many have pointed out the
tance of not returning to pre-COVID normal

Box 70 Kaveh Shojania 博士
BMJ-Quality & Safety 誌 編集委員長

Box 71 Patient Engagement「患者参加」

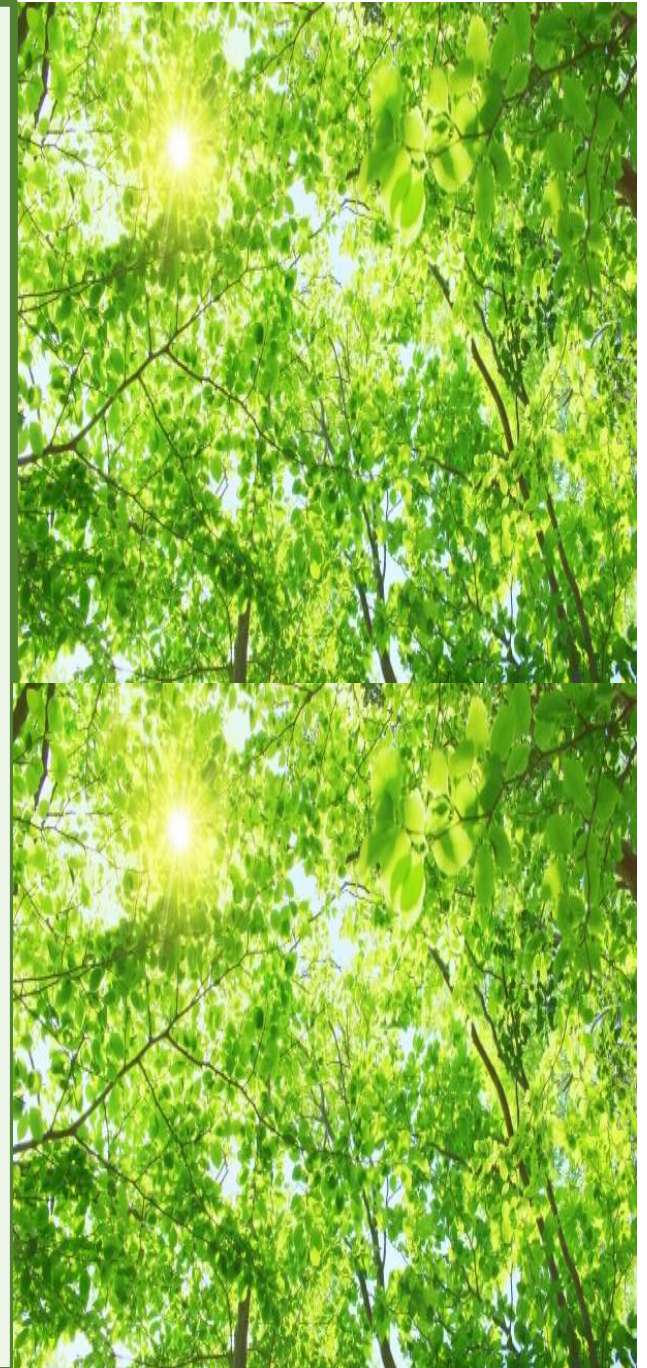
SDM (Shared Decision Making)
意思決定の共有
患者・家族との協働(情報、医療現場)

Sustainability「持続可能性」

SDG,s (Sustainable Development Goal's)
持続可能な開発目標
(17領域)地球環境問題(気候変動/環境汚染など)

Health Disparity「健康格差」

SDH (Social Determinants of Health)
健康の社会的決定要因
格差社会➡健康格差 (各国内/各国間)
過剰医療と過少医療



Box 72 EBM (根拠に基づく医療) 臨床医の実践と「疫学」とのドッキング



Dr. David Sackett
(1934～2015)

- 臨床判断の要素：
 - (1) 臨床研究から得られた“根拠” (「文献」)
 - (2) 患者/家族の思い (価値観), 社会的規範, 法
 - (3) 臨床現場の個別状況
 - (3-1) 診療の場 (施設, 機器, マンパワー)
 - (3-2) 医療提供者の臨床能力 (経験/専門性)

respect

互いに相手の意見/立場を尊重

コミュニケーション能力

「価値」概念の導入
効用÷費用＝価値
高/低「価値」医療

健康リテラシー
リスク意識
患者による「選択」

lived
experience
expertise

communication
skills

disease
knowledge
expertise

患者

patient

生活体験

co-
production

EBM実践

health care
professional

医師

SDM
信頼/合意

臨床研究データ

CEA、HTAを含む

evidence




candour

率直さ

accountability

言ったことには責任を持つ

BMJ Open Prevalence and changes of low-value care at acute care hospitals: a multicentre observational study in Japan

Atsushi Miyawaki ^{1,2} Ryo Ikesu,³ Yasuharu Tokuda ^{4,5} Rei Goto,⁶ Yasuki Kobayashi,² Kazuaki Sano,² Yusuke Tsugawa ^{1,7}

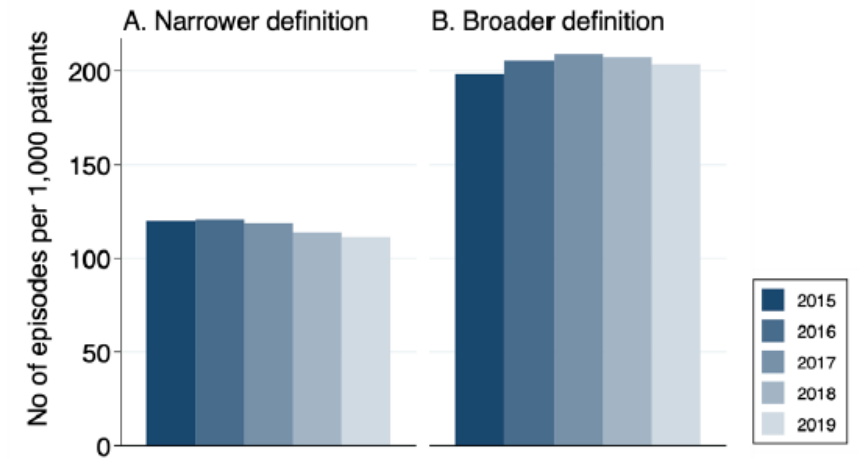


Figure 1 Total number of low-value episodes per 1000 patients: fiscal year 2015–2019. Among the 33 identified low-value services, we evaluated the aggregated number of 31 low-value services that were measurable throughout the period, except for bone mineral testing (measurable from FY2017) and breast MRI (measurable from FY2016).

Box 74 STRENGTHS AND LIMITATIONS

- Ⓡ 日本の低価値医療の頻度/コスト/傾向に関する最初の調査研究
- Ⓡ 厳密な文献調査に基づいて33の低価値医療を定義/検討
- Ⓡ 242の急性期病院からの通常の診療報酬請求データを用いた（日本の退院総数の11%に該当）
- Ⓡ 他の不適切医療は考慮せずエビデンスのある低価値医療については今後の検討が必要
- Ⓡ 外来/非急性期病院/介護施設等は未検討

Results

- ・ 広義の低価値医療は7.5%で生じていた(全医療費の0.5%)
- ・ 狭義の低価値医療は4.9%で生じていた(全医療費の0.2%)
- ・ 全体としては2015年と2019年の間で明らかな傾向は無し
- ・ 低価値医療の99%を占める17の診療行為を個別に検討したところ、上記の期間で6つの診療行為において漸減傾向がみられたが、3つの診療行為で増加がみられた
- ・ 病院の規模、患者の属性、併存疾患の有無だが、価値医療を受ける可能性と関連していた

Box 75 患者・家族協働 (Patient-Family Engagement)



患者とのカルテ共有(群馬大学医学部附属病院)

自らの病気や検査、治療内容について理解することは患者参加型医療の基本となります。

当院は、診療記録(カルテ)を医療者と患者さんが共有できるシステムを開発し、入院患者さんが診療記録を閲覧できるようにしました。

診療記録は、医師が記録するいわゆるカルテの他に、看護記録やCTやMRIなどの検査の画像、血液や尿検査の結果などを含んでいます。

What is OpenNotes?


OpenNotes is the international movement advocating greater transparency in healthcare. Through research and education, we identify and disseminate best practices for sharing medical information with patients and their care partners.

OpenNotes is not software or a product. It's a call to action.

Box 76 患者・家族協働(Patient-Family Engagement)

患者安全領域

Patients for Patient Safety
Partnerships for Safer Health Care



Patients as Partners


Les patients en tant que partenaires

与病人并府合作

El paciente como aliado

المرضى كشركاء

ПАЦИЕНТЫ КАК ПАРТНЕРЫ



World Health Organization



Agency for Healthcare
Research and Quality

Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety

Research shows that when patients are engaged in their health care, it can lead to measurable improvements in safety and quality. To promote stronger engagement, Agency for Healthcare Research and Quality developed the Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety, a tested, evidence-based resource to help hospitals work as partners with patients and families to improve quality and safety.

Box 77 『患者体験』による医療評価 (PX) :



Patient Experience (PX) 評価の意義と展望

Significance and Perspective of Patient Experience (PX)

Assessment

青木 拓也 AOKI, Takuya

東京慈恵会医科大学 総合医科学研究センター
臨床疫学研究部

Division of Clinical Epidemiology, Research Center for Medical Sciences, The Jikei University School of Medicine

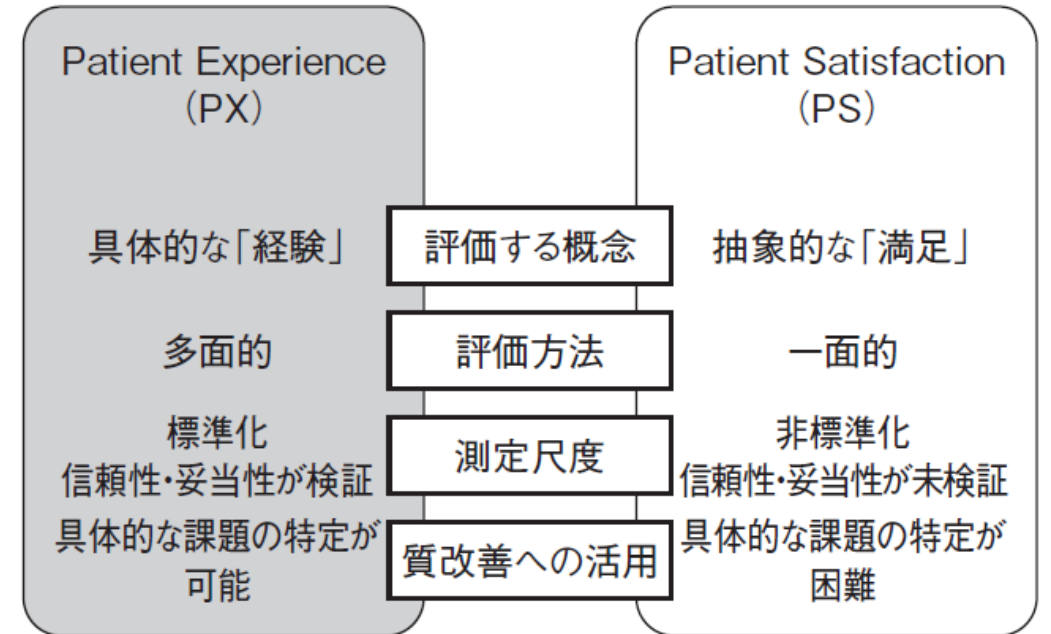
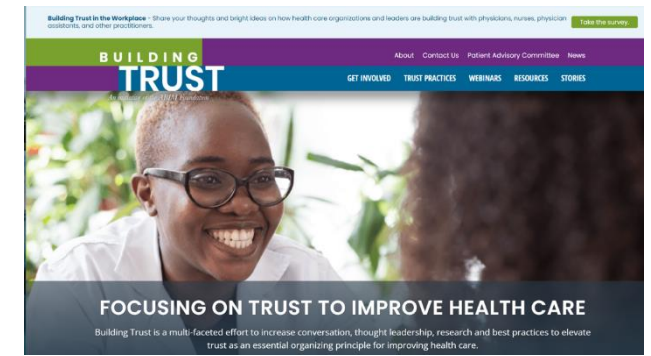


図1 Patient Experience (PX) と Patient Satisfaction (PS) の比較

Box 78

「信頼」関係の構築：

- Patient Autonomy
- Patient Centeredness
 - Relationship-Centered Care (T. Inui)
- Patient Empowerment : 「患者力」
- Patient Experience : 「Patient Journey」





‘Think globally,
act locally.’

Box 79 Choosing Wiselyに関するご質問は
choosingwiselyjapan@gmail.com
までご遠慮なくお問合せください。

René Dubos : Advisor to the United Nations
Conference to the Human Environment, 1972