

CHOOSING
WISELY
JAPAN

2024 No 16

Newsletter



Contents

要旨	1	□ 医療現場のコミュニケーション	4	■ 患者・市民にとっての健康リテラシー	6	第3部 「信頼」につながる「対話」とは？	8
自己紹介	2	■ I.C.(Informed Consent) から Shared Decision Making (SDM) へ	4	■ 医療職に求められるコミュニケーション能力	6	□ 医療職と患者・市民との対話の枠組みを拡げる	8
第1部 CWキャンペーンの軌跡	2	■ SDM：共有意思決定：「一緒に考え、一緒に決めよう。」	5	■ 「対話」はどこですれ違うのか？	6	□ 信頼関係の構築に向けて	8
■ 出発点	2	■ SDMの9ステップ	5	■ 信頼につながる「対話」のために(1)	6	■ ABIM財団の新しいプロジェクト：BUILDING TRUST (信頼の構築)	9
■ Choosing Wisely：4つのアプローチ	3	■ インフォームド・コンセント (IC) と共有意思決定 (SDM) の違い	5	■ 信頼につながる「対話」のために(2)	7	■ 米国医療の利潤追求体質	9
■ Choosing Wisely キャンペーンのルーツ	3	■ SDMのないEBMはエビデンスによる圧政 (evidence tyranny) に転ずる	6	■ 「情報の非対称性」に対する問題提起	7	Q & A	10
■ プロフェッショナリズムとは	3			■ 医療データの収集・エビデンスづくりと医療機関・医師に関する情報公開の現状	7		
■ 注目された「Top Five List」とは？	4			■ 公的機関が収集すべきデータ等と公開されるべき医療機関等の情報	7		
第2部 医療現場の対話	4						



「Choosing Wisely 2023-2024 –混沌の時代に私たちが出来ること」 「医療技術とウェルビーイングについての対話を続けよう」

本稿は、第7回 CWJ オンライン・レクチャー（2024年4月4日開催）の記録です。

小泉 俊三

Choosing Wisely Japan 代表

要旨

2024年度のCWJの活動を開始するにあたりキャンペーン発足時以来の主なテーマである医療職と患者との対話に重点を置いて、CW発祥の地である北米の活動を振り返りながら、われわれはどこまで来て、今後どこへ行こうとしているのか、その見取り図を示した。

第1部 CWキャンペーンの軌跡：

Choosing Wisely キャンペーンの軌跡を、「対話」をキーワードに解説した。初めに、このキャンペーン自体が、医療職としてのプロフェッショナリズムをいかに実際の仕事の中に生かすかという問題意識に基づいているキャンペーンであることを述べた。

第2部 医療現場の対話：「IC(Informed Consent)」から「SDM(Shared Decision Making)」へ：

次いで、医療現場の「対話」に関して「IC」から「SDM(意思決定の共有)」へ、をテーマに、患者・市民にとっての健康リテラシーと医療職に求められるコミュニケーション能力についてその課題を述べた。そして「対話」はどこですれ違うのかを、EBMと情報フローの観点から解説した。

さらに、「情報の非対称性」に対する問題提起に関する研究を紹介した。

第3部 「信頼」につながる「対話」とは？医療職と患者・市民との対話の枠組みを拡げる：

「信頼」につながる「対話」を問う中で、「信頼」の醸成には、ケアの専門職（プロフェッショナル）が日常診療のなかで、患者にとって身近な話題や社会の動向なども含めて多様な「対話」を地道に続けていくことの重要性を強調した。講演後、参加者から、①SDMとアドヒアランスやICとのちがいが、②SDMを推進するに当たっての準備段階の必要性、③SDMを難しくする状況への対処について質問が出され、演者との間で対話が行われた。

Choosing Wisely Japan 2023-2024: Navigating the Era of Uncertainty—Continuing the Dialogue on Medical Technology and Well-Being

1. Health Literacy Through Dialogue: The Trust Building Aim of Choosing Wisely Japan

At the start of the fiscal year 2024, the author emphasized the importance of dialogue between medical professionals and patients as the cornerstone of Choosing Wisely Japan. Reflecting on the Choosing Wisely campaign's origins in North America, the author presented a blueprint outlining the progress of Choosing Wisely Japan since its inception in 2011 and its future goals.

Part 1: The Evolution of the Choosing Wisely Campaign
The author detailed the evolution of the Choosing Wisely campaign, highlighting "dialogue" as a central theme. He emphasized that the campaign originated from the recognition that medical professionalism must be leveraged in practice to address various issues.

Part 2: Evolving Dialogue in Medical Practice: From Informed Consent to Shared Decision Making

The author then addressed the issues surrounding communication skills necessary for health literacy, focusing on the transition from Informed Consent (IC) to Shared Decision Making (SDM). He discussed the communication gaps between patients, residents, and medical professionals, analyzed discrepancies from the perspective of Evidence-Based Medicine (EBM), and introduced research on information asymmetry.

Part 3: Building Trust Through Dialogue: Expanding the Framework

The author explored how dialogue can foster trust between medical professionals and patients. He argued that building trust requires a sustained effort from professionals to engage in various forms of dialogue, including discussions on familiar topics and social movements relevant to patients.

Following the lecture, attendees engaged in a detailed discussion addressing:

1. The differences between SDM, adherence, and IC,
2. The need for preparation in advancing SDM,
3. Strategies for managing situations that complicate the implementation of SDM.

小泉: 皆さん、今日は年度初めということで、CWJがこのような活動をしているということを具体的にお示したいところですが、今年度は大きなテーマを、対話というところに置いて、CW発祥の地である北米の活動を振り返りながら、私たちがどこまで来て、今後どこへ行こうとしているのかについての大まかな見取り図をお話したいと思います。できれば質疑の時間に参加者の皆様からのお知恵もいただいて、私たちの今年度、さらに来年度以降の活動に具体的な形で生かしていきたいと思っています。

さて、現代はまさに混沌の時代ですが、このような時代に私たちができることのひとつとして、「医療技術とウェルビーイングについての対話を続けよう」というテーマを選びました。具体的には、「CWJが目指す健康リテラシー—『対話』から生まれる『信頼』—」という点に絞ったお話をさせていただきます。

自己紹介

1971年 京都大学医学部 卒業 1975年～1976年

Youngstown, Ohio (米国) で 外科系 1 年目臨床研修・修了
1976年～1980年 St. Vincent's Medical Center, Bridgeport, Connecticut (米国) で 一般外科専門研修・修了
(1981年 米国の外科専門医資格を取得)

1980年 天理よろづ相談所病院 腹部一般外科医員 (1980'94)
総合診療教育部副部長 (1984'94) 1994年 佐賀医科大学 (当時) 病院 総合診療部長・総合診療部教授 佐賀大学医学部に改組 (2003) 副病院長 (2006), 学長補佐 (2008)

2011年 東光会 七条診療所 (京都) 所長

2002年～2008年 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「臨床研修医が初期研修の二年間に習得すべき EBM 教育カリキュラムの開発に関する研究」主任研究者 2005～21年 医療の質・安全学会 理事

2016年～ Choosing Wisely Japan 代表

2022年～ 医療安全全国共同行動 議長

第 1 部 CWキャンペーンの軌跡

まず CW の出発点とキャンペーンの基本を述べますが、このキャンペーン自体の成り立ちが、医療職としてのプロフェッショナリズムをいかに実際の仕事の中に生かすかという問題意識に基づいているということをご理解いただきたいと思います。そのうえで、CW キャンペーンが注目されることとなった「Top Five List」とは何かについて述べます。

■ 出発点

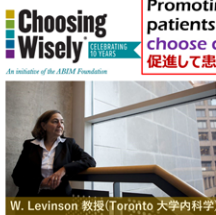
2011 年に CW という名前が付いたフォーラムが開催されました。このフォーラムは、米国内科専門医機構 (ABIM) 財団が、2002 年以降、毎年開催してきたプロフェッショナリズム啓発を目的としたフォーラムの一端です。(Box 1)。このときはじめて Choosing Wisely という言葉が公に用いられました。このキャンペーンを一言でいうと、Box 2 に示すように、患者と臨床家との間の会話を促進して患者の選択を助ける、また、不必要な医学的検査 / 治療 / 処置を避けるための国民的対話を推進するとされています。つまり「会話」や「対話」という用語が使われているのです。ですから CW キャンペーンの一番の骨格は、医療を提供する側と医療を受ける側の対話を推進して、その中でむだな医療に対して考えていこうということです。



Box 2

Choosing Wisely キャンペーンとは：『対話』

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



W. Levinson 教授 (Toronto 大学内科学)

- 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に基本原則を示します。医療職が主導するのであって、行政や政府が財政目的で行うのではないことを当初から強調しています。患者中心であるということの具体的な内容は、共同意思決定 (SDM) であることが謳われています。医療側の対話の出発点は、evidence based medicine (EBM) であること、この活動は医師が中心ですが、医療にかかわる多職種の方々を巻き込んだ活動であること、そして活動を行うに当たっては透明性を確保するとされています。

Box 3

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 (SDM) 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。

Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. BMJ Qual Saf. 2014;24:167-74

■ Choosing Wisely : 4つのアプローチ (Box 4)

活動の対象は、医療職であると同時に患者さん、メディア、そして関係団体です。医療界に対してむだな医療で特に目立つものをそれぞれの専門領域で5つずつ提示するように働きかけたところ、多くの専門学会が呼応してリストを提出しました。このほかにも、患者、メディア、そして関係団体に向けた活動を積極的に行っています。

Box 4

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

■ Choosing Wisely キャンペーンのルーツ

この活動のルーツが2011年のフォーラムであることは先ほど述べました。その10年ほど前、2002年に、米国内科専門医機構財団、米国内科学会、内科学欧州連合

学会の3団体が「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」を発表しています。Box 5にその骨格を示します。3つの基本原則と10項目のプロフェッショナルとしての一連の責務が記載されています。責務の5番目と7番目に以下のように記されています。

Box 5

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
---	--

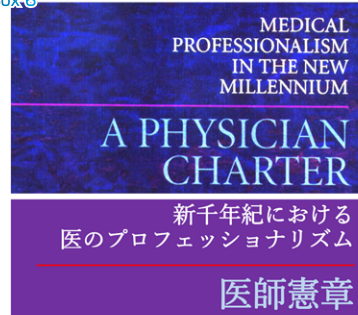
- 医療の質を向上させる責務
- 有限の医療資源の適正配置に関する責務

この2つの責務に対応するのがCWキャンペーンです。それ以外の残り8つをみてもらおうとお分りのように、新しい時代に即応する医療職の倫理に関する基本が簡潔に記載されています。

■ プロフェッショナリズムとは

語幹のProfessionあるいはProfessを辞書で調べると、Box 6に示すように、元来宗教的な用語であることが分かります。日本のメディアでは特別に優れた専門家のことを指しているようにとらえがちですが、そうではなく、今日ではすべての医療職が身に付けるべき行動様式とされています。伝統的なプロフェッショナリズム (Box 7) では、聖職者、弁護士、医師は特権階級であるがゆえに、社会に対する義務として社会貢献をするとされています。

Box 6



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】

- ① ② 職業的 (上) の
- ③ 根拠からの
- ④ ⑤ 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 7

伝統的なプロフェッショナリズム：西欧近代

- 主権の下にある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の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、社会的 (そしておそらく法的な) 圧力とも見なされる。
--	---

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：



た。しかし近年では、すべての医療職が専門職としてのありかたについて、医療の現場で、日常診療の中で学んでいくべきこととされています (Box 8)。これが現代のプロフェッショナリズムの核心です。

Box 8

「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」を通して示される
- 「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

日常診療の中で学ぶプロフェッショナリズム

WENDY LEVINSON • SHIHUA GONGLING
FREDERICK W. HOFFNAGLE • CATHERINE R. LIDDY

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)

注目された「Top Five List (5つのリスト)」とは？

医療界全体にこのことを提唱されたのは、Box 9に示した Howard Brody 先生で、2010 年に New England Journal of Medicine 誌に「医療改革における医療界の倫理的責任」を発表し、自分たちの行っている無駄な医療を明示して、それを減らす工夫を直ちに行うべきであるというメッセージを掲載されたことに始まります。これに多くの学会が呼応したのです。最初の「Top Five List」は家庭医療科、内科、小児科の有志が NPA (National Physician Alliance) の「医療における良き Stewardship 促進」プロジェクトで提案した 15 個のリストでした (Box 10)。その後、全米で約 80 の専門医学会から 500 以上のリストが提示されています。Box 11 は、そのうちの腎臓内科のリストです。臨床的有用性についてのエビデンスがないまま、頻繁に実施されている医療の代表的なものがそれぞれの領域で列挙されています。Choosing Wisely Japan のホームページにこの Top Five List が掲載されていますので、その閲覧方法を Box 12 に示します。

Box 9

注目された「Top Five List(5つのリスト)」とは？

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”ともいえる「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 10

最初の「Top Five List」(プライマリ・ケア領域の3学会)

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〜中等症の前鼻副鼻腔炎に対する抗菌薬は不要)	(無症候/健康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)	(渗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スメア検査は不要)	(21歳以下/子宮摘除後のPapスメア検査は不要)	(幼児には吸止め/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)

『医療における良き Stewardship 促進』プロジェクト(NPA)

Box 11

Choosing Wisely

American Society of Nephrology

Five Things Physicians and Patients Should Question

- Don't perform routine cancer screening for dialysis patients with limited life expectancies without signs or symptoms.
- 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.
- Avoid nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in individuals with hypertension or heart failure or CKD of all causes, including diabetes.
- Don't place peripherally inserted central catheters (PICCs) in stage III-IV CKD patients without consulting nephrology.
- Don't initiate chronic dialysis without ensuring a shared decision-making process.

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~IV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。

米国：80+の専門学会から500+リストが提示された。

Box 12

【参考】Top Five List の閲覧方法：

- Choosing Wisely Japan のホームページに入る
 - URL: <https://choosingwisely.jp/>
- 画面上段の「活動報告・資料」をクリック
 - 下のほうにスクロールしていくと「関連資料」の見出しが出てくる
 - 見出し直下の「詳細はこちら」をクリック
 - 下のほうにスクロールしていくと「米国ABIMのTOP5リスト一覧」が出てくる。これを、直接、クリックするとPDF版の一覧表を見ることができる(学術団体名のアルファベット順に配列されている)。そのすぐ下にカナダのリスト一覧表にもリンクされている。

以上駆け足でCWキャンペーンの軌跡をたどりました。年表風にまとめますと、

- 2002 年『新千年紀の医のプロフェッショナリズム：医師憲章』
 - 2010 年『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』
 - 2011 年『Arch. Intern. Med.』論文 (『医療における良き Stewardship 促進 WG』(NPA))
 - 【表題】：『プライマリ・ケアにおける Top Five List - Professionalism の責務』
 - 2012 年 Choosing Wisely キャンペーン 発足
 - 2014 年 Choosing Wisely International 開催
 - 2016 年 Choosing Wisely Japan 発足
- となります。

第2部 医療現場の対話：「IC」から「SDM」へ

冒頭に述べましたように、このキャンペーンは、医療現場における対話の促進を目標にしていました。そこで考えなければならないのは、informed consent(IC)の現状です。ICという言葉は現場で気軽に使われてしまっていますが、基本に立ち戻って、ICのプロセスの中で、医療の提供側と受け取る側との対話がどうすれば成立するかについて考慮する必要があると考えています。

医療現場のコミュニケーション

■ I.C.(Informed Consent) から Shared Decision Making (SDM) へ (Box 13)

医療現場のコミュニケーションには、基本的に4つのパターンがあると言われています。一番古いのは、1) パターナリズムです。難しいことは専門家に任せなさい

という医療職の態度です。次は2) 説明と同意です。医療側は説明して、医療を受ける側は了解する、即ち、医療側は情報提供をする役割のみです。最近言われているICは、3) 説明+患者の選択をサポート、で、患者側が選択肢について考える余地は少しはありますが、現場を見ているとどうしても医療側が提示した診療内容に同意するかどうかだけであり、患者側は受け身であるのが実情です。これに対しこの10年くらい言われてきているのが、4) 対話を通じて共に熟慮・判断しようとするShared Decision Making (SDM) という考え方です。

Box 13
【医療現場のコミュニケーション】

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

(Emanuel, E. et al.: Four Models of the Physician-Patient Relationship, JAMA 1992)

■ SDM:共有意思決定:「一緒に考え、一緒に決めよう。」

SDMの定義は、「医療者と患者が医学的なエビデンス(科学的な根拠)と患者の生活背景や価値観などを共有して一緒に治療方針を決定するプロセス」とされ、「特に、治療方針に関して、不確実性が高く、治療法(医療技術)の選択肢が多くあり、どの治療法がよいのか分からないときに必要となる」とされています。

■ SDMの9ステップ:

最近はこのSDMの9つのステップというまとめ方も提案されています。

- 1 意思決定の必要性を認識する
- 2 意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する
- 3 可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる
- 4 選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
- 5 医療者が患者の理解と期待を吟味する
- 6 意向・希望を提示する
- 7 選択肢と合意に向けて話し合う
- 8 意思決定を共有する
- 9 共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する

この詳細は、名古屋の国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部のウェブサイトをご参照ください(Box 14)。ここには、共有意思決定質問紙(患者用)なども掲載されています(Box 15)。

Box 14

共有意思決定支援

国立長寿医療研究センター
在宅医療・地域医療連携推進部
ホームページより:

共有意思決定支援
(Shared decision making : SDM)

1. 共有意思決定支援 (Shared decision making : SDM) とは
 共有意思決定とは、患者と医療やケア専門職の2名以上の人が協力し意思決定を行うプロセスです¹⁾。
 そして、患者と医療やケア専門職間の情報の共有と決定の共有を重要視し、意思決定の評価は意思決定のプロセス(どのように決めたのか)で行います。

2. 共有意思決定支援 (Shared decision making : SDM) のカギ²⁾
 患者も医療やケア専門職も意思決定の当事者です。

<https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/index.html>

Box 15

共有意思決定質問紙(患者用)

1. 医師は、治療に関して何らかの決定をしなければならないことがあることを明確に伝えてくれた
2. 医師は、私がどのように決定に関わりたいかを丁寧に確認してくれた
3. 医師は、今回の病状に対して様々な治療の選択肢があることを伝えてくれた
4. 医師は、それぞれの治療におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明してくれた
5. 医師は、(説明された)全ての情報を理解できるように私をサポートしてくれた
6. 医師は、私が治療においてどの選択肢を希望するのかわかってくれた
7. 医師と私は、それぞれの治療方法について徹底的に比較検討した
8. 医師と私は、一緒に治療上の選択をした
9. 医師と私は、今後の治療の進め方について合意した

■ インフォームド・コンセント(IC)と共有意思決定(SDM)の違い

ICとSDMは似ているようですが異なります。医療側は、これから提供しようとしている医療の内容について重要なことを説明するのですが、患者側はそれを何とか理解して医療側が提示した選択肢を選ぶ、場合によっては選ばざるを得ないのがICです。このような医療者優位の医療者と患者の関係を、両者が対等な話し合いの場にしていけることが眼目になります。

中山健夫先生(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)はICとSDMの違いを図のように指摘しています(Box 16)。SDMでは、患者と医療者が熟慮し、話し合いの中で議論の筋道が見えてきて、ともに一つの地点に着地するというようになります。日常よくみられる一方通行的になりがちなICとは異なります。また学術的な面でも、ICとSDMをタイトルに含む論文数は、近年SDMがICの論文数を凌駕しています。

Box 16

informed consent & shared decision making

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

Informed consent と shared decision making をタイトルに含む論文数

2016年
Informed consent 216篇
shared decision making 253篇

2014年ピーク 280篇

1960 1970 1980 1990 2000 2010

--- informed consent --- shared decision making

■ SDM のない EBM はエビデンスによる圧政 (evidence tyranny) に転ずる

医療側は出発点として、EBM、即ち合理的な根拠に基づいた診断・治療が医学教育の中でも教えられていますし、現場でも基本的には参照点となります。診療ガイドラインもエビデンスに基づいて作るのが理想的です。したがって医療側は EBM を錦の御旗のように掲げてしまいがちですが、一方的にエビデンスを掲げるだけでは圧政になってしまいます。EBM は、Sackett 先生が約 40 年前に提唱されたときは、一方的に文献のデータを重視するのではなく、患者の価値観を十分尊重することが基本であるとされたのですが、それが忘れられ文献上のデータが一つの武器になっている様相を呈していることに中山先生も警鐘を鳴らしておられます。最近、診療ガイドライン作りにおいても患者参加が推奨されていて、実際、患者が参加した診療ガイドラインも増えてきています。

■ 患者・市民にとっての健康リテラシー

患者・市民が得ることのできる健康情報に対するニーズは高まっているのですが、その一方で、医療に関する知識は難しいので、専門家に任さざるを得ないという傾向も出てきています。また、現実には患者・市民に十分な健康情報がもたらされているかという点、これが大問題です。それを箇条書きしておきましょう。

1) 医療界が患者・市民に提供している情報:「量」,「質」に問題がある

- 学術団体・学会・医師会等による情報提供 / 啓発活動はあるが、わかりにくい
- 製薬企業 / 医療機器企業による情報提供はあるが、利益相反は不可避
- 医療機関ごとの診療実績や患者安全の管理体制、正しく提供している施設は少数
- 伝統的メディア (新聞・テレビ) が提供する健康情報、適否の判断に問題
- 玉石混交のインターネット / SNS 情報、質に問題
- 地域コミュニティの健康情報、伝える力の衰退

2) 患者・市民自身の健康問題への関心、適切な形での関心は薄い

- 無関心から過剰なこだわりまでばらつきが大きい
- 医療界への信頼度: アンビバレンス (過剰な依存と反感)

■ 医療職に求められるコミュニケーション能力

医療職のあいだでは、従来からコミュニケーション能力は重要ではなく、医学的に正しく、技術的に優れていることに、より強い関心もたれていました。患者さんに医療を行うことの必要性を理解していただくことへの取り組みは弱かったと思います。安全な医療を提供するという意味でも、医療を提供する側としての基本姿勢、あるいは医療職と患者のコミュニケーションをどのよう

に図るとよいのかなどの課題は、新しい関心事として議論され、最近では医療安全の領域では、コミュニケーションのあり方に関するいろいろな研修が行われています。多くの病院で安全な医療を育む病院の風土に病院管理者も意を用いるようになりました。医療安全の世界でも患者さんとのコミュニケーションが重要であることを示す新しい概念として、「患者・家族協働 (PFE: Patient Family Engagement)」が重視されています。「参画する」からさらに進んで、「一緒に働いて何か新しいことを創り上げる」という共有意思決定の考え方で踏み込んだ概念として、最近では「協働する」という用語が重視されています。そして医療の現場でも患者に分かりやすい説明が行き届く「透明性 (Transparency)」が求められています。

■ 「対話」はどこですれ違うのか?

とはいえ、医療者と患者の対話はすれ違いがちであることも事実です。そのすれ違いの実際を挙げてみましょう。

1) 患者・市民の思い込み、思い、現実:

- 「医療職 (特に医師) は忙しい (忙しそう)」→ 「対話」が始まらない、声をかけるのはばかられる。

- 「(専門家である) 医師と話すときは気後れする」

- 「医師の話は専門用語が多くてついていけない」

2) 医療職 (特に医師) の思い込み、思い、現実:

- 「専門的なことは、いくら説明しても一般の人には理解できない」と思い込んでいる医師もいる。

- 「説明に時間をかけても、患者さんの理解が進んだとは思えない」と半ばあきらめを持っている医師もいる。

- 「承諾書は必要なので、とにかく署名か押印をもらわないと…」が優先されがち。

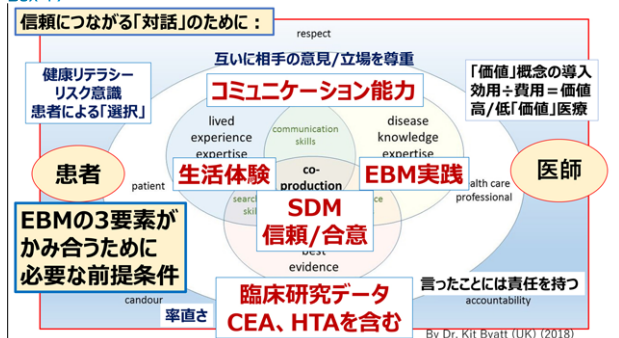
このように、医師の側も患者の側も対話が成り立つための条件に関して、後ろ向きの考え方があるように思います。

■ 信頼につながる「対話」のために (1) (Box 17)

EBM は、エビデンスと患者の価値観と現場の医師の能力の 3 つが組み合わさって、患者に最適な医療が実現するという考え方です。しかし、エビデンスと言われる臨床研究論文が、先述したように過大視され、まかり通ってしまう。研究や論文は専門家が作成するものですので、どうしても重要な情報は専門家側にあるということは避けられない面がまだまだあります。患者も医師もコミュニケーション能力についてはよく考慮しなければならないと思います。患者は医療を受けることを通じて医療の力によって自分の健康問題を解決しようとしているのですから、最終的にはわがことです。自らの生活体験を経て医療を受けようとしているわけですから、そのことを中心において自分の意思を表明する気持ちを持たないと、どうしても専門家の言うとおりになってしまい

ます。自分の意見を率直に医療側に示してよいと思います。一方、医療職には医学的な研究データがすべてに優先するという考え方を、いったん棚上げし、患者の声を聞くことが求められています。

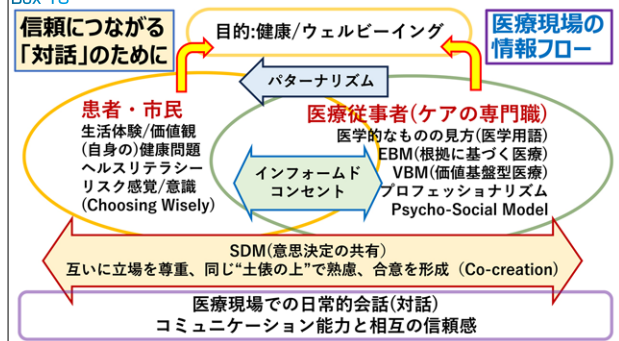
Box 17



■ 信頼につながる「対話」のために (2) (Box 18)

医療職も元来、患者に害を与えたり、余計な負担をかけようと思って医療を行っているわけでは決してありません。遠い目標は同じはずですが、そこへ至る道筋が異なるので、お互いの意思疎通ができないところに問題があると思います。医療側は、EBMを実践するといっても、数値としての専門知識あるいは専門的な研究データを取り上げる傾向があります。よく考えますと、臨床研究は、患者が医療を受けた結果を解析しており、医療に対する患者の反応が表現されています。文献、論文と言われているものも、医療側の特権的な知識としてではなく、患者が健康を回復するための貴重なデータとして、患者・市民も共有できるような形で提供されなければなりません。

Box 18



■ 「情報の非対称性」に対する問題提起

これまで医療に関する情報に関して医師と患者のあいだで非対称性があると強調してきましたが、このことについて問題提起をしている報告書があります。『患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会報告書～医療従事者と患者の共有意思決定が成り立つ社会の実現に向けて～』と題されたこの報告書は、令和3年11月、患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会から発表されています。この報告書で述べられている「情報の非対称性」を解消する環境整備のための考え方を Box 19 に示します。ここでは、医療のデータを患者にもわかりやすく提供する努力がさらに必要であるとまで踏み込んで提案しています。

Box 19

「情報の非対称性」を解消する環境整備のための考え方

- ・医療機関、医師の治療実績・アウトカムデータ、臨床評価指標の収集
- ・データ収集のための公的機関（「医療の質」評価研究センター（仮称））の設置
- ・公的機関による医療機関情報のデータ公開サイトの開設
- ・短期集中的な施策実現のための財源の投入
- ・患者に対するエビデンスに基づく治療法（医療技術）等選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化
- ・共有意思決定推進のため、生命リスクが高く、治療法の不確実性の高い疾患と、インバプションが多い疾患を中心に実施
- ・治療法（医療技術）選択時の障壁をなくするため、先進医療、選定療養、患者申出療養等の保険外併用療養費制度の弾力的な運用・制度改正の実施
- ・患者が気軽に病状や治療法について相談できる場や、情報を得られるサイト等の厚生労働省等の第三者による認証の実施

■ 医療データの収集・エビデンスづくりと医療機関・医師に関する情報公開の現状：

現在、制度化されているデータ収集事業を以下に挙げます。患者も使えるようなデータですが、患者にとっては咀嚼しにくいものとなっています。これをもう少し誰にもわかるような形にすることが必要であると思われます。

- ・「Minds」
- ・「医療機能情報提供制度」
- ・「医療の質の評価・公表等事業」
- ・全国がん登録
- ・全国がんセンター協議会部位別、施設別生存率データ
- ・一般社団法人 National clinical database (NCD)

■ 公的機関が収集すべきデータ等と公開されるべき医療機関等の情報

また、政府や専門機関が行うべきこと、また各医療機関が行うべきことやできることについて次のような提案がなされています。

公的機関が収集すべきデータの例として：

- ・「病期・病態に合わせた標準治療法、全国の平均的な治療実績・成績（予後）」
- ・「臨床評価指標（QI）の全国の平均的な実績値」
- ・「診療ガイドライン」→患者が理解できるような記述にする。
- ・医療機関ごとに公開すべきものの例
- ・「病院（主治医（専門医））ごとの治療実績・成績（予後）」→データを患者に示す。
- ・「病院ごとの臨床評価指標（QI）の実績値」
- ・「患者経験価値（Patient Experience: PX）」
- ・「疾病ごとの治療に係る平均費用」

また、この報告書では患者主体の医療を実現するための5つの提言が行われています。

1. 情報公開に特化した新規データ収集制度の構築
2. 医療データ収集・公開のための公的機関（「医療の質」評価研究センター（仮称））の設置
3. 公開情報による国民・患者の医療機関選択の促進と短期集中的な財政支出の必要性

4. 医師による選択肢提示と共有意思決定 (SDM : Shared Decision Making) 導入促進策の制度化
5. 患者に寄り添う人材の育成と、相談の場や情報収集サイト等の公的機関による第三者認証の実施

中でも提言4では、以下の具体策が示されています。

1. 最新のデータ・エビデンスをもとに、患者への治療法（医療技術）の選択肢の提示
2. まずは、生命リスクが高く、治療法の不確実性の高い疾患から開始
3. 大病院の専門医を対象として実施
4. 医師だけでなく関係職種も含めて、医療機関として対応するチーム医療としての位置づけ・体制づくり
5. 最新の治療法（医療技術）が遅滞なく提供されるよう保険外併用療養費制度の柔軟な運用、制度設計

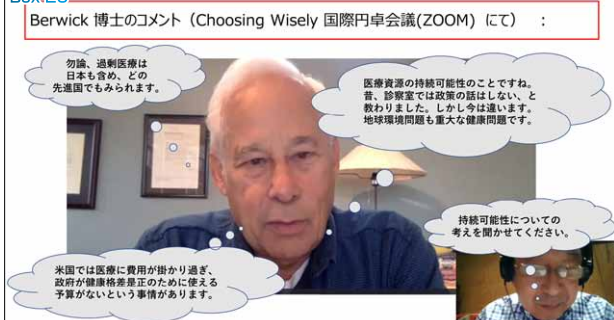
第3部「信頼」につながる「対話」とは？

□ 医療職と患者・市民との対話の枠組みを拓ける：

ここでは、米国における患者安全の第一人者である Berwick 博士のコメント（Choosing Wisely 国際円卓会議 (ZOOM) にて）をご紹介します (Box 20)。先生は、臨床現場における対話の中で、患者さんの生活や世の中の動向も含め、話題を拓けることを通じて、共通の問題認識ができれば、より深いレベルでの信頼感につながるのではないかとおっしゃっていました。ですから SDM の場を設けて、今から時間をとって話をしましょうということだけでなく、日常診療の些細な場面であっても、自由に対話ができる環境、雰囲気作りを心掛けることがケアの専門職（プロフェッショナル）に求められています。「信頼」の醸成につながる日頃の「対話」の要点を次のようにまとめてみました。

- ・「話題」を拓けることで、共通の基盤が見えてくる。
- ・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 20



Patient for Patient Safety という患者団体があります。(Box 21)。これは、安全な医療を実現するには患者さん自身がもっと声を上げないといけないとの考えで結成され、国際的な広がりを見せています。

また、最近一部の病院では、話し言葉の対話だけではなく、日常的に自分のカルテを見たいときはいつでも見ることができる電子カルテを通じて患者さんとの意思疎通を図るシステムが日本でも導入されています。米国では既に広く普及しているようです。患者・家族協働 (Patient-Family Engagement) の考え方がこのようなたちでも広がってきていると言えます。(Box 22)。

また、「患者体験」による医療評価という考え方も注目されています。〔『患者体験』による医療評価 (PX) 〕, Box 23)。こいう指標を活用することで、患者さんの思い、気持ちを具体的な形で反映させることができるようになれば、「信頼」の向上につながると思います。

Box 21

患者・家族協働(Patient-Family Engagement)

患者安全領域



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 22

患者・家族協働(Patient-Family Engagement)



患者とのカルテ共有(群馬大学医学部付属病院)

自らの病状や検査、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 23

『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

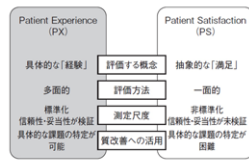


図1 Patient Experience (PX) と Patient Satisfaction (PS) の比較

394 医療の質・安全学会誌 Vol.17 No.4 (2022)

□ 信頼関係の構築に向かって

Box 24 のように「信頼」関係の構築に向かって様々な活動がありますが、患者・家族との信頼関係の構築に関して先駆的な提案をしてこられた Inui 先生（ハーバード大学教授）は、関係性中心の医療を提言しておられます。

Box 24

「信頼」関係の構築に向かって：

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



■ ABIM(米国内科専門医機構)財団の新しいプロジェクト：BUILDING TRUST(信頼の構築)

Choosing Wisely のホームページに入ろうとすると、最近、BUILDING TRUST(信頼の構築)をキーワードに、患者安全の専門家や患者代表の対談等を紹介したサイトが出てきます。対話の幅を広げることも含め、医療システムに対する患者の信頼を回復するためのヒントを与えてくれます。特に米国では医療費が高すぎることにによる医療不信の問題が深刻で、このことについても話されています。日本も日本なりに、患者さん側の遠慮とか旧来のスタイルから抜けられない医師が多いなどの問題を抱えていると思います。

どのように対話を促進するかについて、皆さんからも良いアイデアをお教えいただけるとありがたいです。昨年のオンライン・レクチャーでも紹介したキーワードを、ここでもう一度挙げておきます。

現代世界における医療の課題

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

最近では、これに加えて、気候変動と健康(プラネタリーヘルス)も挙げられています。(Box 25)このような課題も、日常の医療の中でさりげなく会話することを通じて、医療者と患者さんの信頼関係が培われる時代になっていると思います。

社会的な問題は、社会改革まで踏み込んだ課題になると思いますが、むだな医療を受けている人の裏側でまともな医療を受けられない人たちもいることに思いを馳せることも必要でしょう(Box 26)。Berwick 先生は、健康の道徳的決定要因について述べる中で、地下鉄の駅が数個違うだけで住民の寿命が大きく異なることも指摘し

ています(Box 27)。

Box 25

気候変動と健康：プラネタリーヘルス



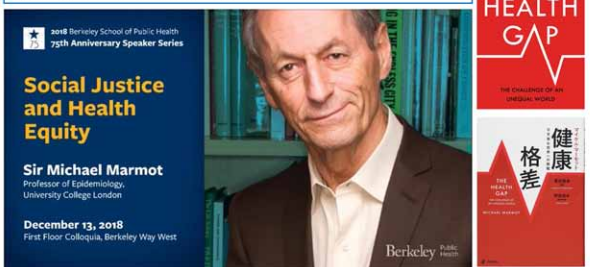
Figure 1 Impact of climate change on human health (Source: U.S. Centers for Disease Control and Prevention)



HEALTH CARE'S CLIMATE FOOTPRINT

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

Box 26

健康の社会的決定要因
Social Determinants of Health

Box 27

健康の道徳的決定要因

The Moral Determinants of Health

VIEWPOINT

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

The source of what is called "the moral life" and its role in the social dictatorship some people believe should be the

Life Span and Life Circumstances

Life Expectancy Δ 10 years

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

Moral determinants of health. Berwick で検索：シンポジウム小児科医主催のビデオ講演が視聴可能
<https://www.youtube.com/watch?v=ZFHNyLmY>

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

■ 米国医療の利潤追求体質

Berwick 先生はまた、ローマ帝国の時代、商業で繁栄していたポンペイが火山の噴火によって瞬時に壊滅した事例を引き合いに、今の米国医療は利潤追求体質に蝕まれているとも警告しています(Box 28)。日本も同様の問題に直面していくことが懸念されますので、よく目を見開いて関心を保っていきたく願っています。

本日は複雑なお話も述べましたが、どのような対話を持つのがよいのかは、現場の工夫があると思いますが、皆さんのほうからよいアイデアがあれば教えていただきたいと思います。以上で私の話を終えたいと思います。

Box 28

Salve Lucrum (Hail Profit): 「利潤歓迎」

- Dr. D. Berwick at IHI Forum 2022 : 「Keynote 講演」
- JAMA 視点論文 : February 28, 2023 Volume 329, Number 8, p.629
 - Salve Lucrum: The Existential Threat of Greed in US Health Care
- 米国医療:利潤追求体質(製薬企業、保険者、病院、etc.)
 - 高価薬(バイオ医薬品ほか)
 - メディケア・アドバンテージ
 - ヘルスケア団体CEOの高給
 - 医療負債(人口の40%、8人に一人は1万ドル以上)



Q & A

北澤：小泉先生、ありがとうございました。Choosing Wisely キャンペーンの根幹である対話を中心にお話いただきました。医療を提供する側と受ける側が対話を重ねることを通じて、本当に必要な医療は何なのか、必要でないのに行ってしまう医療は何なのか、そのようなことを考える契機になると思います。また、小泉先生がおっしゃった、「信頼」というキーワードも対話の中から生まれてくるのではないかと感じました。

それでは参加者の皆さまからご意見をいただきたいと思っています。

■ SDM はアドヒアランスや IC とどう違うのでしょうか？

参加者 A（薬剤師）：信頼を得るための対話のキーポイントとしてSDMを教えてくださいました。最近学校教育の中でアドヒアランスという言葉がよく出てきます。また製薬メーカーも以前はICという言葉を使っていました。最近はアドヒアランスが多く使われています。このアドヒアランスとSDMの概念の違いを教えてください。

小泉：アドヒアランスは、お薬をきちんと飲んでいるかどうかというときに使われる用語です。昔はコンプライアンス（Compliance）という用語が使われていました。Complyは薬を処方した医師の言う通りにするというニュアンスがあります。処方した医師のほうが力があって、その言う通りにしたかどうかという意味が強いのです。そこでその言葉を嫌って、お互い納得したやり方、基準を守りましょうという意味でアドヒアランス（adherence；遵守する）という言葉になったのだと思います。しかし、その意味合いは、何にadhere（沿う）するか、その基準がどのようにして作られたかによって左右されます。医療側が作った基準にadhereするとなると昔のComplianceと大差ないわけです。選ばれた治療がどのようにして選ばれたかを問わないと、単に言葉を変えただけで、本質は変わらないことになってしまいます。この処方で行こうと決めるその時に、患者さんもいろいろな想いを伝え、医療側もその患者さんの想いを斟酌して処方内容を決めるということがないといけないと思います。アドヒアランスという言葉を使ったからといって突然良い方向に行けるというのは言葉の魔術に陥ると思います。

■ SDMの推進にはそのための準備段階が必要ではないでしょうか。

参加者 B（看護師）：SDMを推進するためには、診療報酬でという議論が出てきますが、そのための準備段階が必要だと思います。多くの人を巻き込むので、診療報酬だけでは難しいのである程度の準備をしてそれなりの

コンセンサスを得ながら、医療チームも患者さん側も情報共有をしていれば、診療報酬が付いても問題ないと思います。日本の今までの流れでは、それまでの議論の大体が省略されてしまい、今のadherenceの言葉の問題もそうですが、単に衣替えをすることで終わってしまう。

Advance Care Planningを「人生会議」と言い換えたりするのもそうです。皆で話し合っても、実はあらすじが決まっていたり、寄せ集めただけのことが多いと思います。SDMの推進の仕方についても、そのような懸念があります。小泉先生はそれについてアイデアをお持ちでしょうか。フィンランドでOpen Dialogueという動きがあります。基本は家族療法的な背景で、ほとんど薬物療法を使用しないで、精神科の急性期治療に医療チームが関わってかなりの成果を上げています。患者さんを薬も病院も使わず何とか地域で支えることができ、医療費もかなり抑制できているようです。このSDMを日本でどのような戦略で取り組んだらよいのでしょうか。

小泉：CWといっても、無駄をやめようという風土、土壌が育っていかないと、唐突に何かが成就することはないと思います。先進国で、ある程度経済的に余裕がある社会では、知らず知らずのうちに、やりすぎ、むだ使いの医療があることを皆が認識することが必要です。ポリファーマシーという言葉を中心に、過剰な薬物投与の問題は浸透してきていると思います。こういう話題を提供するときは、世の中全体の基本的なもののとらえ方が全体として動いていかないとなかなか根付かないと感じています。SDMに保険点数を、というのもアイデアですが、私は疑問に思います。最低30分くらいは時間をかけるなどと言われていますが、昔、5分以上診察に時間をかけたら加算が付くという議論もありました。最近では、Mindsや診療ガイドラインの文章が少しずつ洗練されてきています。これがもう少し広がれば、誰もが理解でき、且つ、信頼できるエビデンス、ガイドラインが整い、誰が読んでもすぐに理解できるかたちで、健康情報が常に存在するという状況が生まれると思います。ソーシャルメディア、AIの時代を迎え、デジタル時代の健康リテラシーのあり方も工夫次第で良い方向に向かうのではないかと思います。

■ SDMを難しくする状況への対処法はありますか？

参加者 C（医師）：2011年にこのChoosing Wisely キャンペーンが始まったということを知って、東日本大震災により福島原発事故が起こったのも2011年ですので、時を同じくしていたなと思いながら拝聴していました。私は原発事故以後の大規模な健康調査に深く関与しました。その中で今日小泉先生がお話しされたような、SDMや、それを達成するための対話の重要性、また信頼関係、そういったものが成立しない環境下で健康調査

を行うことの難しさを経験してきました。SDM が非常に大事で、それが患者さんや対象者の方が幸福になったり、自信を持って生きていったり、そして心から安心して生きることにためには必須だということはよく理解しています。ところで2つの状況がそれを難しくするのではないかと考えてお聞きしていました。1つは、災害下であるとか特殊な危機の状況、たとえば戦争とか、福島原発事故のような大規模、未曾有の地震、津波による原発事故というような危機的状況が起こると、SDM というような重要な考え方がキャンセルとまでは言わなくとも、優先順位ではなくなってくるということが往々にして起こるのではないかと考えて拝聴しました。

もう一つは、SDM のためにどうしても必要な対話に基づく信頼が、スクリーニングのような大規模な調査では最初からそれが前提にないのです。スクリーニングするときに一人一人に十分わかるように情報の提供を行ってSDM をするということが、日常診療でも結構難しいですが、スクリーニングとなるとさらに難しくなります。その2つについて、何かほかにやりようがあったのではないかと自問してお聞きしていました。

小泉：似たようなことで、COVID-19、コロナのときに、今は何となくマスクをする人も少なくなったり、行政上5類になったりして受け取り方が変わっていますが、この3年半から4年くらいは異常な事態でした。行政の施策も、識者から言わせれば非常な偏りがあったり、最悪のシミュレーションが大々的に取り上げられたり、パニックを倍加させたとか、後になって考えると、反省す

べき点があるようです。非日常的な事態の中では、正常な判断力を失ってしまうことはありがちです。特に福島の例はまさに悪い方向に過剰に情報が誇張され、それが大合唱を伴うような雰囲気を作られてしまいました。少し時間が経って振り返ると、異なる立ち位置の考え方も出てくるのかと考えますし、正しい情報を私たちが地道に伝える努力が必要かと思います。

北澤：ありがとうございます。お話が深まり、オンラインではありますが、対話が成り立ったのではないのでしょうか。私自身は残念ながら、診察室で、今日、小泉先生が語られたような対話を経験したことはないのですが、診察室、薬局などの現場での会話を契機に生まれてくることを期待したいと思います。実際そのような素晴らしい関係ができている方々もいらっしゃると思います。そうした中から対話が生まれ、その結果、CW キャンペーンが広がっていくのが望まれる姿だと思います。

一方でCW がまだまだ周知されていないのも事実です。キャンペーンとして伝えていく私たちの努力に皆様のお力添えをお願いしたいと思います。

小泉先生、本日は心に残るご講演をありがとうございました。

次回は、6月30日(日)14:00 からに緑川早苗先生が「過剰診断の害を伝えなければ共有意思決定はできない～福島の甲状腺検査からわかったこと～」を行います。また8月18日(日)20:00 から有吉俊二先生が薬剤関連のレクチャーを開催します。

どうぞよろしくお願いいたします。

Choosing Wisely Japan Newsletter No.16

発行：2024年9月30日

発行者：Choosing Wisely Japan 代表 小泉 俊三

choosingwiselyjapan@gmail.com

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