

CHOOSING
WISELY
JAPAN

2023 No 9

Newsletter

本稿は、第2回 CWJ オンライン・レクチャー（2023年6月3日開催）の記録です

Contents

COVID-19 医療情報～混乱の検証～	1
□ はじめに	1
1 マスク	1
2 PCR 検査	2
□ PCR 検査の原理	2
□ 政府が政治家へ配布していた資料とその問題点 (Box 2)	2
□ 資料の間違い—その 1	2
□ 資料の間違い—その 2	2

□ PCR 検査説明図内問題点の筆者徳田による解説 (Box 3)	3
□ パンデミックにおける専門家助言組織のあるべき姿	4
3 ヒドロキシクロロキン	4
4 イベルメクチン	4
5 パルスステロイド	5
6 抗生物質	5
□ まとめ	6
□ Q & A	6

COVID-19 医療情報～混乱の検証～

徳田安春

東京財団主席研究員

総合診療医、群星沖縄臨床研修センター長

筑波大学客員教授

□ はじめに

Choosing Wisely は、臨床医と患者が、不要かもしれない検査や治療、医療介入について話し合い、質の高いケアについて効果的かつ賢明な選択を行うための世界的キャンペーンです。検査や治療、医療において不要の議論になることが多いですが、必要な検査や治療、医療介入については推奨する立場でもあります。そういう意味で EBM を推進する立場です。医療者だけでなく患者さん、そしてステークホルダーの様々なグループの方々も巻き込んだ協力が、このキャンペーンの実際の進行に必要となっています。世界の先進国の多くでこのキャンペーンが広がっています。アジアでも日本だけでなく、韓国、台湾でもこのキャンペーンが広がっています。

医療情報をわれわれが聞いたり見たりしたときに、その情報が自分にとってどういう意味があるのか、その判断を個々人で行うことになります。医療者でしたら実臨床でどのように応用していくか、ということになります。今回のコロナで私が感じたのは、そのような判断については、臨床推論についてのバイアスとほぼ同じバイアスが問題になるということです。Box 1 の 1～6 に臨床推論の主なバイアスを示します。このようなバイアスが、医療情報を解釈するときのバイアスにもなっています。

マスク、PCR 検査、ヒドロキシクロロキン、イベルメクチン、パルスステロイド、そして抗生物質は、この3年半のコロナパンデミックの中、日本や世界で話題

になりました。医療現場でも様々な議論がなされました。

1 マスク

私たちも病院の中ではまだマスクを装着しています。私は今日（2023年6月3日）沖縄からのフライトで飛んできましたが、ほとんどの乗客がマスクをしていました。一方、欧米諸国はどうでしょうか。マスクは普段からあまりしないという文化もあり、今回のコロナでは、パンデミックのときはマスクをしていましたが、今や街を見ているとマスクをしている人は少ないです。先月と先々月、私は台湾と香港に行ってきましたが、マスクをしている人は多かったです。アジア人ではマスクに対して親和性が高いことはコロナ以前からありましたが、そのことも影響してコロナ後もマスク装着が続いていると思います。

ブラジルの元大統領ボルソナロ氏はマスクに対して批

Box1 医療情報で注意すべきバイアス → 臨床推論と同じ

1. Anchoring Bias	最初に考えた仮説に固執して考えを改めない
2. Availability Bias	最近遭遇した類似ケースと同じ仮説を考える
3. Confirmation Bias	自分の仮説に不適合なデータを無視する
4. Hassle Bias	自分が最も楽に処理できるような仮説のみを考える
5. Overconfidence Bias	権威者等の意見に盲目的に従う
6. Rule Bias	通常は正しいルールであるが過信するとそれにミスリードされる

判的で、「マスクは意味がない」と公の場で言って、本人もほとんどマスクをしませんでした。その影響かもしれませんが、コロナにも罹りました。ミスインフォメーションあるいはディスインフォメーションという、科学的には妥当ではない情報を最も権力のある政治家が広く述べていたことは世界中で見られましたが、ボルソナロ氏はその代表的人物でした。その後、大統領職を失脚したことを見ると、コロナでどんな発言をしたのかは政治的予後にも影響したと思います。

米国元大統領トランプ氏も、最初の数か月はマスクをしていませんでした。ボルソナロ氏と同様反マスク派でした。CDCにも圧力をかけたことも後にわかりました。

トランプ氏がコロナに罹ったときは、抗体療法がちょうど開発された頃で、軍病院に行って直ちにモノクローナル抗体薬を使った治療を受けました。

ただ、マスクは、今回のコロナ前までは、感染予防効果がないのではないと言われていました。われわれは以前、聖路加国際病院でマスク装着看護師と非装着看護師を比べてかぜ症状を発症するか否かのプロスペクティブ・スタディ（前向き研究）を行いました。その結果、マスクをしてもかぜの発症予防があるという根拠は見つけられませんでした。我々は論文として発表し、その後のメタ・アナリシスの対象データにもなりました。WHOもCDCも2020年の1月頃にはマスクを医療従事者はつけるべきであるが、一般の人には推奨していませんでした。むしろ皆がつけてしまうと限られた在庫のマスクが医療者に行き渡らなくなるので、すべての人がつけるべきではない、医療従事者優先でマスクを供給すべきであると言っていました。しかしその後、いろいろな研究でマスクは有用であるということが示されました。

一方、アベノマスクが日本では話題になりました。遅れたタイミングで布マスクを全国民に郵送しました。私も郵送されたマスクをいただきましたが、問題は布マスクでした。われわれが使うサージカルマスクより布マスクは効果が弱い。ウレタンマスクも効果が弱い。様々な実験結果によるとサージカルマスクのほうが有効とわかり、医療機関では布マスクやウレタンを使う人はほとんどいませんでした。医療従事者では厳格な感染コントロールが重要ですから、一般の方とのギャップがマスクの使用でも見られています。コロナが5類に格下げになったタイミングのあとも、病院の中でクラスターが発生すると免疫力が弱い患者さんの状態が悪化することがありますから、感染予防を徹底させたい。このように病院の中と外では今でも感染対策に大きなギャップがあります。

2 PCR 検査

PCR 検査ほど日本で熱い議論がなされた問題はないと思います。まず、PCR について基本的なことをおさらいしましょう。

□ PCR 検査の原理

- ・ PCR 検査は核酸の特異的な塩基配列からなる遺伝子配列（プライマー）への反応を検出する。
- ・ 4 種類の塩基配列の順列としての遺伝子配列において、塩基数からなる長さが n であれば、順列のパターンは、4 の n 乗の順列パターンとなる。プライマーが $n=100$ であれば 4 の 100 乗通り（61 桁の数値）。
- ・ このパターンに対して、ランダムに数値を挙げてあたることのできる確率が、原理的な検査の偽陽性率となる。
- ・ そのような偽陽性はまれであり、「偽」陽性とは検査過程のヒューマンエラーの問題に帰結する。

検査過程のヒューマンエラーは、精度の問題であり、4 の n 乗の問題とは別の議論です。事務的な転記ミスとかも入れれば間違えることはありますが、検査自体の原理的なエラーではありません。

□ 政府が政治家へ配布していた資料とその問題点 (Box 2)

この資料が明るみになったのは、一般財団法人アジア・パシフィック・イニシアティブが「新型コロナ対応・民間臨時調査会調査・検証報告書」を刊行したからです。これは 2020 年の段階で報告されています。Box 2 に厚生労働省が政治家に配布した資料を示します。

□ 資料の間違い—その 1

人口 100 万人いる中で陽性者が 1000 人いたとして、1 万人を対象として検査した場合、どのような陽性判定、陰性判定になるのかが示されています。さらに人口 100 万人に対して検査を行った場合にはどうなるのかも記載されています。ここでの前提で重要なのは感度、特異度です。感度が 70%、特異度が 99% とあります。診断の感度は、体の中にコロナウイルスが存在していても咽頭のぬぐい液や鼻腔ぬぐい液に存在しない場合、陰性になってしまうので 70% はあり得ます。問題は咽頭ぬぐい液や鼻腔ぬぐい液にウイルスが存在しない場合、「感染性」という意味ではその患者さんの感染力はかなり弱い。周りに感染が伝播するリスクは低くなります。社会的検査の意味で感度 70% は間違っているのです。もちろん、臨床診断では感度 70% でよいのです。患者さんがコロナに感染しているかどうかは、コロナウイルスが体中のどこかに存在しているかどうかですから、鼻の奥と喉の奥に存在せずに、血管や腎臓の中等にウイルスが存在していたら、陰性になるわけです。血管や腎臓の中にウイルスが存在していたとしても周りに感染が伝播しません。このように、疫学的な感染予防のための検査では感度 70% を使うのは間違いです。

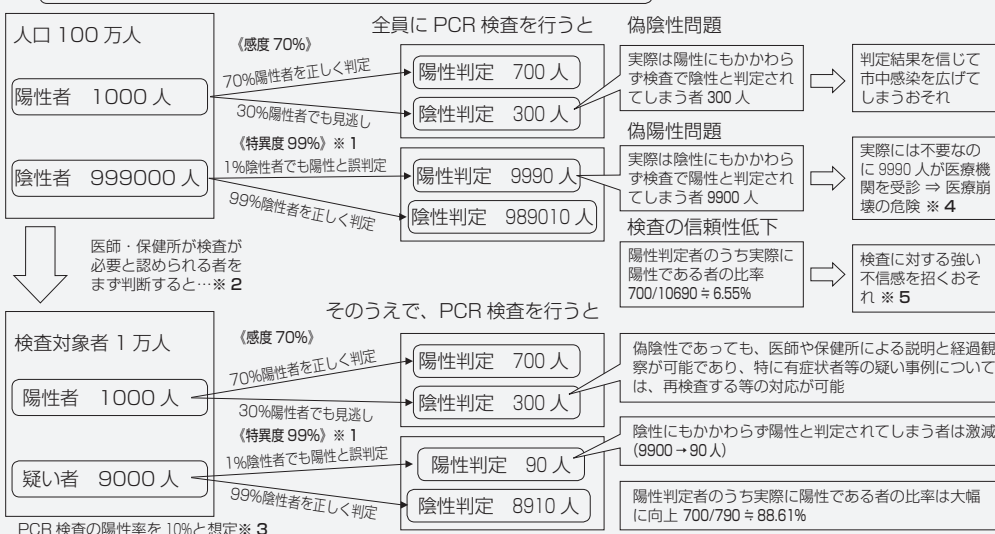
□ 資料の間違い—その 2

2 つ目の間違いは、特異度問題です。特異度 99% とあります。上述の PCR 検査の原理からいうと、99% は非

図 厚生労働省が政治家へ配布していた資料と問題点（※）

一般財団法人アジア・パシフィック・イニシアティブ『新型コロナ対応・民間臨時調査会調査・検証報告書』（ディスカヴァー・トゥエンティワン社、2020年）462項に掲載されていたものを筆者（徳田）作成

《試算》人口100万人の都市で、市民全員にPCR検査を行うと…



常に低いです。60桁以上もの順列パターンがあり、それがランダムに陽性になるというのはありません。原理的に特異度は100%になります。偽陽性が出るとしたら、ヒューマンエラーです。特異度99%に設定したのは全く根拠がありません。世界中でパンデミックが広がり、検査がかなり広範囲に行われるところになると、1日に100万人とか200万人に検査が行われていました。ところが9990人の陽性者が出ることはなかった。PCR検査の原理からいうとそんなに出ることはありえないのです。

□ PCR検査説明図内問題点の筆者徳田による解説（Box 3）

PCR検査の特異度は極めて高く、99%の特異度は明らかに誤りです。9990人も偽陽性者が出ることは、誤りとなるのです。また感度70%という数値は診断目的で検査する場合の数値です。リアルタイムの感染力を測定する社会的検査の場合、感度は極めて高くなるのです。

	疾患あり	疾患なし	合計
検査陽性	90	20	110
検査陰性	10	380	390
	100	400	500

上記の検査結果から、
1) 感度、2) 特異度、3) 偽陽性率、4) 偽陰性率、5) 陽性的中率、
6) 陰性的中率、7) 検査前確率、8) 検査後確率、9) 尤度比、
10) 検査前オッズ、11) 検査後オッズ、
を求めよ。

上記のような検査特性の問題を解くのに普段医師は慣れています。特異度99%はよくこういう問題で使われています。特異度99%と言われたら医師は納得してし

まうのです。ところが理科系の人間はPCRを実際に使っていますので、PCR検査99%の特異度と聞くと、そんなに低いことはあり得ないと言います。多くの医師がSNS上でその誤りを指摘できていませんでしたが、理科系の方々は指摘していました。

Box 3 筆者（徳田）によるBox2内問題点の解説

※1 PCR検査の特異度は極めて高く、99%は明らかに誤り。それゆえ9990人も偽陽性者が出ることにも誤りである。この図が配布された頃、米国では1日100万件以上のPCR検査がすでに実施されていた。また、感度70%という数値は「診断目的」検査の場合のデータである。リアルタイムの感染力（上気道内にウイルス粒子が存在すること）を測定する「社会的検査」の場合では感度は極めて高い。「診断目的」検査の場合でも、繰り返し検査することによって、感度は増加するので、単に「感度70%」とする図は、ミスリードしてしまう。

※2 図は「医師・保健所が検査が必要と認められる者をまず判断すると」陽性者1000人は全て検査対象になるとしている。この感染症は無症状期や無症状感染者から感染すると、閉鎖空間では空気感染することが特徴であり、検査なしに医師・保健所の判断のみで感染者全員を検査対象とすることは不可能である。

※3 図は「PCR検査の陽性率を10%と想定」とするが、感染拡大防止のための陽性率上限といわれる7%（千葉大グループ研究結果）を超えており、この前提ですでに検査不足である。

※4 図は「大規模検査を行うと医療崩壊が起こる」ことを主張している。しかし、（特にワクチン導入前では）陽性率を発見・保護することが、感染経路対策として重要であり、主張は「偽」であり、「大規模検査は医療崩壊のリスクを減らす」が「真」である。

※5 この図の主張が「偽」であることはSNS等において国民により直ちに指摘され、逆に政府の検査戦略に対する強い不信感を招くことになった。

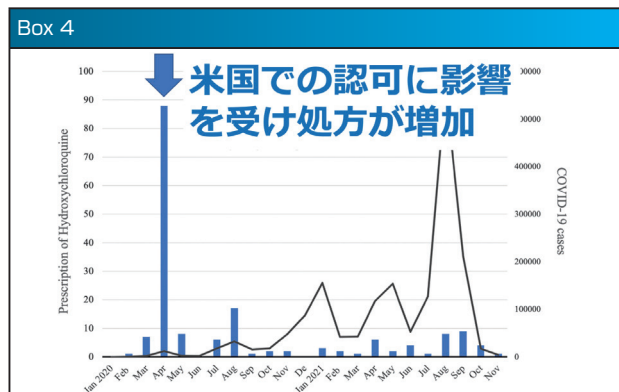
□ パンデミックにおける専門家助言組織のあるべき姿

国内のみならず世界的な最新の研究結果を吟味して、科学的にオープンな提言を行うべきです。パンデミックは世界で起こっていますので、世界中の研究者グループが有用な研究結果を提供してくれています。また、国内の疫学データとその分析方法に問題はないかダブルチェックするためにも、データ収集方法の詳細や数理モデル等も個人情報保護した形で公開すべきです。数理モデルを使う場合、その式がオープンになって検証できるように透明化すべきです。

厚生労働省から独立した組織にすることも大事です。政治的な影響を受けないために、独立しなければなりません。組織リーダーの人は、科学者を入れるべきです。パンデミックのマクロ対策では疫学の知識が必須で、感染症疫学の学術専門家をリーダーに選出すべきです。さらには、診療ガイドラインの作成時には必須となるピア・レビュー委員会を独立した組織として設置し、助言組織の科学的妥当性も常に監視すべきです。

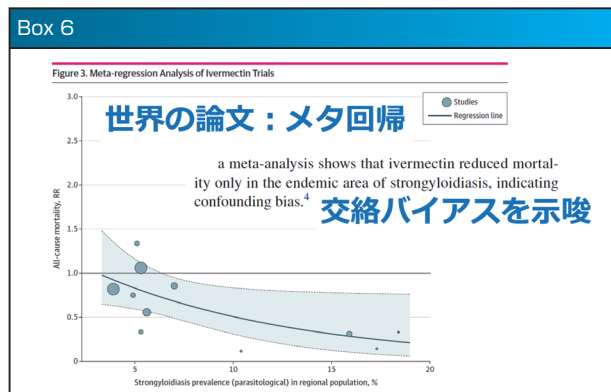
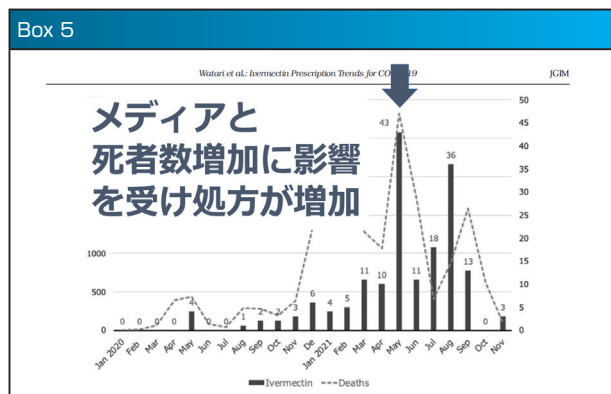
3 ヒドロキシクロロキン

これはリウマチ、膠原病で使われる薬ですが、第1波のときにヒドロキシクロロキンの処方が増えました。米国で政治的問題になったのは、ヒドロキシクロロキンでの意見対立です。NIHのファウチ氏がエビデンスのなさについて早くから注意を促していましたが、トランプ氏はヒドロキシクロロキンの使用を支持していました。その結果、FDAはヒドロキシクロロキンを認可してしまいました。これは政治的な圧力に屈したといえると思います。日本ではどうなったのでしょうか。われわれが調べたところ、ヒドロキシクロロキンはBox 4のように日本での使用症例数は、第1波でのヒドロキシクロロキンの頻度が多いことがわかります。アメリカでの使用頻度の急激な増加は2020年の2月から3月でした。日本では遅れて3月から4月にピークを迎えました。これはアメリカの影響です。ヒドロキシクロロキンが有効であるという偽情報がSNSで流れた結果ですが、エビデンスとしてのRCT（ランダム化比較試験、randomized controlled trial）も出ていない中で日本でも使用頻度が増えました。



4 イベルメクチン

この薬が日本で注目された理由は、この薬を開発したのは日本の先生でノーベル賞もとられていたからです。われわれはイベルメクチンについても調査しました（Box 5）。イベルメクチンはパンデミックの後半で使われるようになりました。イベルメクチンの使用が2021年に増えたのはBox 5の図からわかります。死亡数が増える中で何らかの薬を使って患者さんを救いたいという気持ちは理解できますが、イベルメクチンには副作用もあり、保険適応もない中、使用する判断は問題だということです。Box 6のように、メタ・アナリシスによってある特別な地域でイベルメクチンが有効であることがわかりました。実は隠れた交絡因子がありました。X軸は、糞線虫症がその地域でどれくらい蔓延しているか、縦軸はイベルメクチンを使ってどれくらいコロナの患者さんの死亡率が下がったかを示します。Y軸の値が1.0より小さくなるのは効果があることを意味します。糞線虫症があまり蔓延していない地域ではイベルメクチンを処方しても死亡率にはあまり関係しない。糞線虫症が蔓延している地域ではイベルメクチンの効果は認められた。このように世界の論文をメタ解析してわかったことは、交絡バイアスがあることです。交絡というのは説明変数（実際に使用された医療介入はイベルメクチン）とアウトカム変数（死亡率の低下）の両方に関連するものですが、この場合の交絡因子は糞線虫症の蔓延だったのです。しかし、実はもう一つの重大な因子があるのです。コロナとイベルメクチン投与での隠れた因子、それはステロイドです。



英国を中心とした研究が世界的に行われ、酸素を必要とする重症患者にはデキサメサゾンが有効であることが示されました。そのためステロイドが多くの重症患者さんに投与されました。問題は、糞線虫症が蔓延している地域です。この虫は普段は症状を出さないで、十二指腸や小腸の粘膜に隠れている。ステロイドを投与すると、全身に播種して臓器障害を起こします。播種性糞線虫症という恐ろしい病気で、肺炎や髄膜炎を起こします。糞線虫症を持つケースにステロイドを投与すること自体がコロナの死亡率を上昇させます。

ではここでイベルメクチンを投与したらどうなるでしょうか？糞線虫症の発生を抑え、コロナの死亡率の上昇を抑えてくれる。

イベルメクチンは隠れていた交絡因子を明らかにしてくれました。これは臨床疫学を学ぶための将来の教科書のよい演習ケースになると思います。コロナにイベルメクチンというテーマは、交絡因子を勉強する学術材料になるでしょう。

5 パルスステロイド

日本で使用されていたパルスステロイドは、重症肺炎のリスクのある人で肺炎がひどくなる前によく使われていました。われわれは日本でのステロイドパルス効果研究として、RCT にできるだけ近づけた統計学的モデルを作って行いました (Box 7)。最終結果を Box 8 にお示しします。iMV (invasive mechanical ventilation, 侵襲的人工呼吸器) が必要であるか、必要でないかで死亡に対するハザードが逆転していることが注目すべき点です。パルスステロイドを使う場合、対象患者さんの呼吸状態が重要であることがわかりました。気管挿管が必要な ARDS (急性呼吸窮迫症候群) の重症ケースには死亡率を下げる効果があるが、そうでない患者さんには免疫力が低下することやステロイド潰瘍が起こるなど様々なリスクがあります。

Box 7



RESEARCH Open Access

Intravenous methylprednisolone pulse therapy and the risk of in-hospital mortality among acute COVID-19 patients: Nationwide clinical cohort study

Takuro Moromizato^{1,4†}, Ryoto Sakaniwa^{2†}, Yasuhiro Tokuda^{3,4,5†}, Kiyosu Taniguchi^{4,6} and Kenji Shibuya⁴

日本でのステロイドパルス効果研究

Box 8

Table 4 Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (95% CIs) for the risk of in-hospital mortality after pulse methylprednisolone therapy and an intermediate/higher dose of methylprednisolone among acute COVID-19 patients with or without invasive mechanical ventilation (iMV)

Pulse methylprednisolone therapy (≥ 500 mg per day) ^a	iMV-free patients		iMV-receiving patients	
	Not prescribed	Prescribed	Not prescribed	Prescribed
No. at risk	63,149	1814	1955	430
No. of deaths	1441	353	483	123
Crude mortality	2.3%	19.5%	24.7%	28.6%
Multivariable-adjusted ^b HRs (95% CI)	Reference	2.86 (2.53–3.22)	Reference	1.01 (0.88–1.16)
Marginal structural model ^c HRs (95% CI)	Reference	3.38 (3.02–3.79)	Reference	0.59 (0.52–0.68)
Intermediate/high dose of methylprednisolone (40–250 mg per day)	Not prescribed		Prescribed	
	Not prescribed	Prescribed	Not prescribed	Prescribed
No. at risk	64,500	2253	1790	595
No. of deaths	2012	238	456	150
Crude in-hospital mortality	3.1%	10.6%	25.0%	25.2%
Multivariable-adjusted ^b HRs (95% CI)	Reference	1.76 (1.53–2.02)	Reference	0.85 (0.71–1.03)
Marginal structural model ^c HRs (95% CI)	Reference	2.38 (2.11–2.70)	Reference	0.80 (0.71–0.89)

侵襲的人工呼吸器が必要な重症例では有効

6 抗生物質

抗生物質は、重症肺炎をきたしたコロナ患者さんに細菌の共感染もあるのではないかとということで使用されるようになりました。しかし、抗生物質には様々な副作用があります。そして AMR (薬剤耐性) の問題もあります。多数のコロナ患者さんに対して抗生物質を使うと耐性菌が出現します。われわれは Box 9 で示すように日本のコロナ患者への抗菌薬使用調査を行いました。入院と外来に分けて調べましたが、Box 10 のように 13%、約 10 人に一人が抗生物質の投与を受けていました。関連因子も調べましたが、高齢で多疾患併存の方や酸素療法、人工呼吸器を受けている方がより多く抗生物質を投与されていました。これは、酸素療法や人工呼吸器を受けている方で細菌感染の共感染の可能性が高い方にはリーズナブルだと思います。問題は、ルーチンに投与されていると AMR の問題が生じることです。Box 11 は、2 年間で

Box 9

scientific reports

OPEN Prevalence and characteristics of antibiotic prescription for acute COVID-19 patients in Japan

Seiji Hamada¹, Yasuhiro Tokuda^{2,3,4,5†}, Hitoshi Honda¹, Takashi Watarai⁵, Tomoharu Suzuki¹, Takuro Moromizato¹, Masashi Narita¹, Kiyosu Taniguchi^{1,2} & Kenji Shibuya²

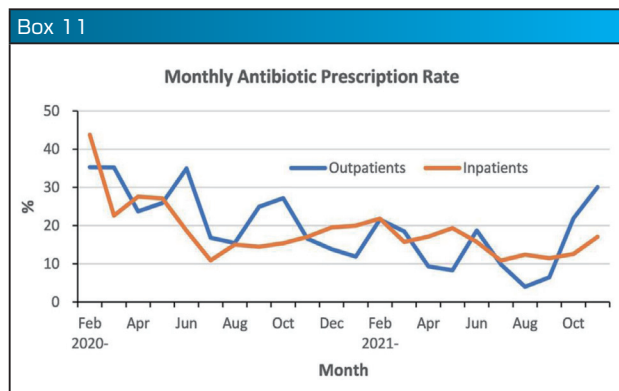
日本のコロナ患者への抗菌薬使用研究

Box 10 COVID19 での抗菌薬の投与

- ・ 18,550 / 140,439 (13%) の患者が抗菌薬の投与を受けた。
- ・ 外来患者 (7741 / 73,527: 11%)
- ・ 入院患者 (10,809 / 66,912: 16%)
- ・ 外来抗菌薬使用の関連因子: 高齢・多疾患併存
- ・ 入院抗菌薬使用の関連因子: 高齢、男性、多疾患併存、酸素療法、人工呼吸器

系列にフォローしてみた抗生物質の使用頻度です。徐々に減少してきましたが、最初の頃、コロナのことがよくわからず、細菌感染症を疑い抗生物質がかなり使われていました。減少トレンドはコロナに対する理解が深まったことを示します。2021年の冬に少し上昇していますが、これは重症者の割合が多かったことも影響しています。

Box 12 に日本のコロナ患者へ使用された抗菌薬の種類を示します。外来でセファゾリン使用が多かった理由は不明です。



Box 12 日本のコロナ患者へ使用された抗菌薬

A. Outpatients			B. Inpatients		
Rank	Antibiotic	Patients	Rank	Antibiotic	Patients
1	Cefazolin	1446	1	Ceftriaxone	3502
2	Ceftriaxone	943	2	Ampicillin/Sulbactam	1500
3	Ampicillin/Sulbactam	817	3	Azithromycin	1369
4	Levofloxacin	663	4	Levofloxacin	1093
5	Cefmetazole	532	5	Piperacillin/Tazobactam	897
6	Azithromycin	472	6	Meropenem	363
7	Piperacillin/Tazobactam	402	7	Clarithromycin	316
8	Clarithromycin	289	8	Garenoxacin	228
9	Amoxicillin	288	9	Cefepime	150
10	Meropenem	206	10	Amoxicillin	144

Table 2. Frequently prescribed antibiotics.

□ まとめ

最後に、Box 1 のスライドを再度ご覧ください。医療情報診断で注意すべきバイアスは、臨床推論と同じです。Anchoring bias（最初に考えた仮説を改めない）、イベルメクチンが効くと思ったらずっとその考えに固執する。SNS ではいろいろなテクニックが使われます。自分の意見に一致するような、自分の発信した情報に近い情報が SNS 上に提示されます。このことから confirmation bias が起きます。Overconfidence bias はオーソリティーに盲目的に従うということです。政府の意見が正しいということは、情報が乏しい新興感染症では言えないのです。研究論文であっても正しいかどうか確実ではありません。

最後に COVID-19 における Choosing wisely の検証を、イラストで Box 13 に示します。これは日本についての私の検証です。マスクについては、アベノマスクはありましたが、ボルソナロ氏やトランプ氏のようなことはあ

りませんでしたので丸が2つです。PCR 検査については、赤丸2つで反省しなければならないと思います。ヒドロキシクロキンは抑え込むことができたので丸が1つ。イベルメクチンは比較的抑えられたので丸1つ。パルスステロイドは使いすぎたのではないかと思います。抗生物質は、欧米ほど使われていなかったことがわかりましたので丸1つです。

Box 13 COVID-19 における Choosing wisely の検証

マスク	😊😊
PCR 検査	😞😞
ヒドロキシクロキシン	😊
イベルメクチン	😊
パルスステロイド	😞😊
抗生物質	😊

□ Q & A

Q1: 患者会ではない、現在健康な一般（住民）に Choosing Wisely の考え方をどのような方法で広めていけばよいでしょうか。保健福祉に関する区民勉強会を立ち上げているので、助言いただければ嬉しいです。

徳田: 一般の方々にも Choosing Wisely を知っていただきたいですね。患者さんからのリクエストも医療介入の要因です。正しい情報をきちんとお伝えすべきです。病院に受診されている方はかかりつけの先生方や医療者がお伝えすればいいのですが、病院に来られない方々にもお伝えすべきです。私は様々な媒体を使っています。例えば「FM 那覇」で毎月レギュラー出演をしています。1 時間番組で医療介入について正しい情報を伝えています。YouTube でも聞くことができます。推奨する医療介入をお伝えし、そうでない医療介入はどうして推奨できないのか述べています。さきほど SNS の問題を述べましたが、ネットも重要です。使い方が課題となります。新聞や雑誌よりもネットが使われる時代ですので、そこを通してわれわれは情報発信をすべきです。

Q2: 将来、このままでは老人医療は財政的に破綻すると思われませんが、その際 EBM や CW が役にたつのでしょうか。将来日本の医療は財政的にはとても耐えられない時代になると思っています。そのために特に老人医療については直ぐに改革しなければならないと思っています。

徳田: 医療費については注意すべき点があると思います。医療費亡国論がありますが、それは間違いです。税金で集めたお金を何に優先的に使うかといえば、私は教育、福祉、医療に使うべきだと思います。軍事費を増やしてお

いて、医療費が増えたら国が亡びるというのはいかがなものかと思います。財政の健全化には、エビデンスのあるヘルスポリシーを実行すればいいのです。たとえばたばこ税を上げる。そうすれば税収も上がるし、健康のアウトカムも改善することがわかっています。たばこ農家の方々には適切な補償をして、たばこ以外の農作物の栽培に従事してもらい生活ができるように促せばよいのです。医療費を恐れるよりも、私は軍事費の増加を恐れています。

医療費から高齢者医療のあり方を論じるのは問題だと思います。高齢者の終末期医療が倫理的な原理、原則と本人とご家族の意向を尊重されていないことが日本で問題なのです。お金がなくなっているから高齢者医療を削減するというのではなく、胃瘻などの医療介入は本人、家族が望んでいたかという倫理的な観点から論ずるべきなのです。形だけの ACP（アドバンス・ケア・プランニング）ではなく、信頼関係に基づいた ACP をとる。EBM だけでなく倫理的な議論も含めて行われるべきだと思います。

Q3：日本の医療の仕組み上、各医療機関単位では、不要な検査も含めて、検査等を実施すれば収益につながる構図かと思いますが、同時に国全体としては医療費削減も求められるかと思いますが。このような中で、国全体としての Choosing Wisely の在り方の方向性や、個々の医療機関における Choosing Wisely の活用の仕方についてご意見を伺いたいです。

徳田：Choosing Wisely だけでなく、同じ目標を持っている団体が結集して、国民に広く情報を提供できる、信頼できる情報リソースのゴールド・スタンダードをつくるのが望まれます。例えば、ChatGPT の情報をそのまま信じてしまうことが恐ろしいことだと言われています。それを拡散するのが AI の恐ろしさであると指摘されています。ChatGPT の情報をダブルチェックできるような Choosing Wisely Japan とその目的を共有するグループを集結し、それを広く国民に提供する取り組みが望まれます。医療者向けでしたら Minds の診療ガイドラインがありますが、患者さん側にはまずそこに行ってみるとよいというのが日本にはない。政府でない組織がそれを作るべきです。様々なチェック機能、peer review を備えたゴールド・スタンダードの情報リソースを日本でも備えて、それによって ChatGPT が書きだした文章でさえわれわれが指摘して修正できるようにすべきだと思います。

アメリカでは Consumer Report という雑誌があり、早くから Choosing Wisely キャンペーンに参加しています。毎回国際会議にも参加して情報を収集しています。日本でも医療ジャーナリストがいますので、そういう

方々を仲間に入れることも大事です。

Q4：2021 年以降コロナによる超過死亡が増加しているという情報があり、原因について様々な議論がみられます。コメントをお願い出来れば幸いです。

徳田：ワクチンができてコロナに対する影響が変化しました。ワクチン前は、コロナ自身に罹るのが非常に大きな問題で、予防疫学的な対応が優先されました。検査をうまく活用して陽性者を保護して、感染拡大を防ぐことが必要でした。ところがワクチン後は、持続感染が免疫不全の方に起こり、変異を起こしていく。変異したコロナで最大の問題は感染力の増加です。致死率は低いですが感染力が大きい。オミクロンがそのようなタイプの感染症になってしまいました。肺炎より持病が悪化するパターン。オミクロンになってからは、感染力が増加して、繰り返し感染する人が出てきた。そうすると体力が落ちている方々、病気の方、高齢者が感染して重症化する。ワクチンと飲み薬、そして general care が求められます。オミクロン以降はプライマリ・ケアの医師が早期診断、早期治療を行い、入院後は GIM、ホスピタリストがみる。日本で数が少ないのはプライマリ・ケアや GIM です。これがもろにオミクロンで露呈したのです。

Q5：ステロイドパルス vs. IL-6・JAK 阻害薬の優劣についてのエビデンスはあるのでしょうか。われわれはデキサメサゾン投与下で呼吸不全が増悪する場合に IL-6・JAK 阻害薬を使用しており、パルス療法は例外的な場合にしか用いておりません。

徳田：これは非常に興味深い clinical question だと思います。このパルス vs. IL-6・JAK 阻害薬の RCT はたぶんないと思います。ステロイドパルス療法自体、世界ではあまり行われていません。日本でのパルス dose は 500mg ～ 1g、ミニパルスは 250mg。世界ではパルスといった場合 125mg くらいです。われわれがパルスの調査論文を投稿したとき、査読者も日本ではこんなに使っているのかと驚いていました。しかし、この clinical question は重要です。JAK 阻害薬がパルスより効果があることがわかれば、これを選ぶという選択肢もあり得ます。われわれの手元にデータがありますから調べてみたいと思います。このような質疑応答から研究のヒントになることがあります。

Q6：大学病院で GIM をやっています。大学病院では臓器別専門家からこぼれ落ちる患者さんが多く、危険な状況になっています。大学病院でこそ GIM、内科系 ICU が頑張るべきだと思います。徳田先生のコメントはいかがでしょうか。

徳田：プライマリ・ケアと GIM が重要である。とくにオミクロンではそう言えるとおっしゃいました。それは量、比率の問題です。日本の開業医の方が約 10 万人いますが、日本プライマリ・ケア連合学会の会員は約 1 万人です。10%しかプライマリ・ケアを担う医師がいないことが問題です。世界の国々では半分がプライマリ・ケア医です。そのために日本ではかぜ症状の患者さんはお断りになってしまうのです。もう一方の病院のほうですが、20 万人の医師がいますが、そのうち GIM は、病院総合診療医学会の会員で約 1000 人です。その状況のなか、大学病院で GIM をやっている先生はたいへん素晴らしいです。大学病院でこそ GIM があるべきです。たとえばアメリカのミシガン大学ではホスピタリストが 200 人います。それだけの数がいてこそ、できることがやれるのです。オミクロンのケアは、GIM が得意です。

しかしオミクロンの患者さんが多数入院している病院では GIM のみが診ればいいのかというのは問題です。日本で GIM を養成することができなかったという反省があるのであれば、GIM 以外の医師もヨーロッパのように診ればいいのか。コロナ蔓延のときはあらゆる診療科がコロナ患者さんを診ていたのです。ジェネラルで診療できる基本的なスキルを身に付けるべきだと思います。

20 万人いる病院の医師をうまく活用すべきです。需要が減少したところの医師を需要の大きいところに一時的にコンバートすればいいのです。需要がある患者さんのケアが必要である場合は、コロナは比較的シンプルな疾患なので、やる気であればできるのです。そういったこともプロフェッショナル・オートノミーとしてやってほしいです。

小泉：徳田先生は情報を発信されていますが、その情報がどこまで伝わるかでもどかしく思われたこともあると思います。その中でとくに今日参加されている皆さんに伝えておきたいことをお願いします。

私からのコメントとして、いかにうまく情報を伝えることができるか。情報の受け手、出し手の問題もあります。コロナのような緊急事態だと、現場の医療職も右往左往してしまいます。そのようなときどのような情報の伝わり方が望ましいのか。一般の方が参加しやすい信頼できる情報ソースの仕組みを作ることに Choosing Wisely Japan がリーダーシップをとって進めていきたいと思っています。

徳田：情報はダブルチェックが大事です。Open AI の開発者が、「生成系 AI が人類の脅威になる」と言っています。間違った情報が拡散されることです。もしわれわれが情報を発信するならば、必ずダブルチェックして発信すべきです。私はコロナが始める以前から一次情報から確認していました。RCT などの最も重要なデータを見てから自分の情報を発信する。例えば信頼できるジャーナルの Editorial を見れば scientific community の最新の動向もわかります。Choosing Wisely は世界的なダブルチェックをやる組織です。

北澤：徳田先生、そしてご参加の皆さま、本日はご参加ありがとうございました。このオンライン・レクチャーは第 3 回を本年 8 月に「医療現場で求められる放射線検査の賢い選択」をテーマに開催します。どうぞご参加をお願いします。以上で終了します。

Choosing Wisely Japan Newsletter No.9

発行：2023 年 8 月 10 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