



CHOOSING
WISELY
JAPAN

2023 No 10

Newsletter



Contents



要旨	1	第4部 現在、継続中 / 検討中のプロジェクト	5
第1部 Choosing Wisely キャンペーンとは	2	まとめ	6
第2部 Choosing Wisely キャンペーンの国際的広がり	3	Q & A	7
第3部 COVID-19 禍に直面して	5		

COVID-19 の教訓と Choosing Wisely Japan の新しいチャレンジ —持続可能な社会と持続可能な医療のために—

本稿は、第1回 CWJ オンライン・レクチャー（2023年4月8日開催）の記録です

小泉 俊三

Choosing Wisely Japan 代表

要旨：

Choosing Wisely（賢明な選択）は、医療者と患者が対話を通じて、科学的な裏づけ（エビデンス）があり、患者にとって真に必要で、かつ副作用の少ない医療（検査、治療、処置）を「賢明に選択」することをめざす、国際的なキャンペーン活動である。Choosing Wisely Japan は、日本で Choosing Wisely を推進するため、2016 年より活動している。この講演は第1回オンライン・レクチャーとして、Choosing Wisely とは何か、その始まりと広がり振り返るとともに、COVID-19 禍において直面した課題、そして展望を示すに当たって“持続可能性”とはなにかについて述べた。

Choosing Wisely キャンペーンのキーワードは 1) Patient Engagement「患者参画 / 協働（注¹）」、2) Sustainability「持続可能性」、そして 3) Health Disparity「健康格差」の3つであり、EBM の原点に立ち戻り、医療者と患者の「信頼」関係の構築が重要であることを強調した。

注¹ 現時点では、patient engagement の標準的な訳語が定着していない。

本日はお忙しい中、オンライン・レクチャーにご参加いただきありがとうございます。

Choosing Wisely Japan (CWJ) は、2016 年に発足以来、さまざまな活動をしてきました。2020～22 年はコロナ禍に翻弄されましたが、2023 年は、コロナ禍を経て、従来とは異なった活動を始めたいと思っています。このオンライン・レクチャーもその一環です。本日は、Choosing Wisely (CW) の全体像を中心にお話をしますが、今後、定期的に個別のトピックについて、それぞれの講師の視点から有意義なお話を伺えると思いますので、是非とも、ご聴講をお願いします。

今日の私の話は、現状をお伝えするために情報提供を目的として多めにスライド（※別紙参照）を作成しましたが、したがって、各スライドの詳細までは説明できませんが、ご関心をお持ちの方は、質疑応答の時間にご質問ないしはコメントをお願いします。

また本日のレクチャーにご参加の方には、CW キャンペーンに詳しい方もおられますし、そうでない方もおられます。また、医療提供者の方もおられますし、その中でも日々臨床に携わっておられる方、あるいは医療のあり方についてご関心をお持ちの方など、様々な方がおられます。さらに医療を受ける立場、市民の立場からこのテーマにご関心をお持ちいただいて参加されておられる方もおられると思います。そこでどのようなことをお話したらよいか少し悩み、社会全体の中での CW キャンペーンの位置付けについて話すこととしました。全体像

をお示しすることで議論の枠組みが広がりますがご了承願います。お話は、大きく4部に分けましたので、起承転結の構成を取ることにします。起承転結の「起」はCWキャンペーンの始まりとその原点、「承」は日本を含む全世界への展開、「転」は、2020年に始まったコロナ禍がもたらした問題です。これも踏まえて、私たちのCWの活動の今後について「結」として私見を述べたいと思います。

今日は、そのことをわかりやすく示すために、「持続可能な社会、持続可能な医療のために」という副題を付けました。

※ [Choosing Wisely Japan HOME](#) » 活動記録・資料 » Newsletter » Newsletter 資料

第1部 Choosing Wisely キャンペーンとは

年表風に言いますと、CW キャンペーンは2012年に北米で始まりました(Box 1)。2014年にはCW International、2016年にはCW Japan (CWJ) が発足しました。このキャンペーンの基本とルーツにあたる部分を解説します。

まず、CW キャンペーンの定義ですが、「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こと」とされています(Box 2)。その際、対話の中で、「エビデンスがある、重複がない、害がない、本当に必要」の4つの要点に沿って、患者さんが自分にとって一番良い医療を選択するのを助ける、というのがこのキャンペーンの本旨です。言い換えますと、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いうキャンペーンということです。

今年の4月上旬現在の北米のCWのホームページをご紹介します。この画面の右端に「Trust」と記載されていますが、これについては後述します。

CW キャンペーンが成功したのは、Box 3に示すようなリスト (Top Five List) が専門学会から提示されたことです。実際、このような Top Five List は全米のほとんどの臨床系の専門学会から提出されました。Box 4に示した1例は米国の腎臓内科学会が提出したリストです。CW キャンペーンの対象は、本来、Box 5の2番目にある患者ですが、それ以外にも、医療職、メディア、医療関係団体も含め、4つの集団を対象にさまざまなアプローチが行われてきました。CW キャンペーンの基本原則をBox 6に示します。医療職主導、患者中心、EBMに準拠、多職種協働、透明性確保の5つです。

□ Top Five List を検索する

先ほど示したCWのホームページにあるClinician Listsをクリックし、いろいろなKeywordsを入れて各学会から提出されたリストを検索することができます。

それぞれのリストには参考文献もついています(注²)。

このリストが専門学会から積極的に寄せられたことで、北米では、たいへん注目を浴びました。北米のCWキャンペーンの発足5年を記念する報告書には、専門学会が80以上参加、推奨(リスト)の数が525、賛同団体70以上、医学雑誌でCWを扱った論文は1,230、CWホームページへのアクセス数は19,000,000回、19の国でそれぞれCWキャンペーンが行われていると記載されています。

注² このレクチャーの後に、CWのホームページが大幅に改訂され、このリストは、直接、閲覧できなくなりました。現在、CWJのホームページ上に原文が掲出されている。

□ CW キャンペーンのルーツを探る

■『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』と現代の医療職に問われているプロフェッショナリズムについて

2002年に発表されたこの医師憲章が、CWキャンペーンの起点となっています。基本原則が3つ、プロフェッショナルとしての責務が10項目あります。(日本語訳も公表されています。(Box 7))

日本の医療界は、このプロフェッショナリズム憲章についての反応が少し足りなかったように思います。10項目の責務のうちの7番目、「有限の医療資源の適正配置に関する責務」がCWキャンペーンの活動に該当します。5番目の、「医療の質を向上させる責務」にも過剰医療への対応について言及されています(Box 8)。

またCWという言葉は、この医師憲章を発表した米国内科専門医機構財団が主催した2011年のフォーラムのテーマとして初めて使われました(Box 9)。フォーラムのタイトルは、「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」と記され、この時からsustainableという言葉が使われています。また、責務があるのは、医師、患者、ヘルスケア・コミュニティ全体であるとされています。このresponsibilityという言葉は、当時、米国でオバマ政権が発足しましたが、オバマ大統領の就任演説で用いられた重要なkeywordの一つでした。

ここでは、プロフェッショナリズム、プロフェッション、プロフェッショナルなどの言葉について一言付け加えておきたいと思います。professionは抽象名詞としてだけでなく、集合的な用法でも使われ、専門職の職能団体を指します。日本語に訳すときにもこのことを銘記すべきです(Box 10)。また、professionalには、熟達者、玄人との語義もあり、テレビ番組でよく使われ、特別に優れた人を指すようですが、特別に優れているということではなく、医療にかかわるすべての専門職の行動規範として実践してほしいと思っています。

□ 歴史をたどる

西欧近代の伝統的なプロフェッショナリズムを見てみましょう。王権のもとにある3つのギルド（職能団体）のうち、聖職者、弁護士、医師の3つのギルドだけが特別扱いされ、特権が伴うとされました。“特権”を持つゆえの社会に対する義務があるという文脈で、Nobles oblige（ノブレス・オブリージュ）という言葉も使われていました（Box 11）。現代では特権という言葉はそぐわないと思います。最近では、プロフェッショナリズムというのは、医療職が日々の医療実践の中で学んでいくものであるという考え方が広がりを見せています。私たちも「日常診療の中で学ぶプロフェッショナリズム」という翻訳本を出版しました。これはトロント大学のレビンソン先生が編集された「Understanding Medical Professionalism」という本の日本語訳で（Box 12）。今日、「医のプロフェッショナリズム」を考えるうえで重要な著作です。プロフェッショナリズムというのは特別に優れた人が身に付けるということではなく、すべての医療職が日々の行動の中で体现していくものなのです。プロフェッショナリズムから逸脱した行動があったとしても、たんに恥じ入るのではなく、それを学習の機会にするということでもあります。また個人の問題ではなく、チーム、組織、場合によっては職能集団全体の問題でもあるという考え方も必要です。

□ 「5つのリスト (Top Five List)」とは何か？

注目された「5つのリスト」とは何でしょうか。これを推奨したのは、Howard Brody 先生という、家庭医でもあり臨床倫理学者でもあるテキサス大学の教授です。2010年に、「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）という記事の中で、“医師たるもの、学会たるものにとって、この5つのリストを提示することは、あなたたちの倫理的な義務である”と強調されました（Box 13）。

□ 『Top Five List』の由来（追補）

医師憲章に触発されて動きだした若い医師が診療科を越えて一つの団体を作りました。National Physicians Alliance という団体です（Box 14）。この団体のプロジェクトとして、「医療における良き Stewardship 促進」プロジェクトというのが立ち上がり、ここでプライマリ・ケアを担う内科、小児科、家庭医療科それぞれの診療科の代表が集まってそれぞれのリストを出そうということになり、最初この3つの領域から5つのリストが提出されました。内科と家庭医療科それぞれで、腰痛に対する画像診断、骨粗鬆症に関連したDEXA検査などが無駄な過剰医療とみなされており、同じ項目が挙がっています（Box 15）。なぜ5つかについては、ちょっとしたエピソードが知られています。これを最初に思いついた人は、

Brown 大学家庭医療科の Stephen R. Smith 教授という方で、Box 16 に示す National Physicians Alliance の記念写真の中に映っておられます。この人たちが集まって議論している間に「5つのリスト」として出すとわかりやすいのではないかという着想が生まれたようです。最初、「Top 10 Lists」というのが頭に浮かんだそうですが、半分の5つに落ち着いたようです。これは、当時、茶の間の人気TV番組「Talk Show」の司会者として有名だった Letterman という人が、どんな話題についても Top 10 Lists を作って見せるのが得意だったことから来ているようです。米国民で Letterman の Top 10 Lists を知らない人はいなかったようです（Box 17）。

■ 米国内科学会（ACP）：High Value Care Initiative

CW キャンペーンと同様の趣旨で、米国内科学会では会員を対象に、High Value Care Initiative が行われています（Box 18）。ACP のホームページを参照してください。

第2部 Choosing Wisely キャンペーンの国際的広

CW キャンペーンはヨーロッパを中心に19か国に広がりました（Box 19）。ヨーロッパの主要都市を巡回する形で、毎年、国際円卓会議（Round Table）が開催されてきました（Box 20）。コロナ禍の下ではZoomを用いた遠隔会合となりました。Dr. Berwick は医療の質・安全領域の世界的権威ですが、Berwick 先生の講演も遠隔会合のかたちで行われました（Box 21）。

■ Choosing Wisely International の Top 10 Recommendations

ここでは10項目の提言を行っています（Box 22）。

■ 過剰診断防止国際会議 Preventing Overdiagnosis Conference 2013年～（毎年）

同様に、過剰な医療に対する警鐘を鳴らすという意味で、過剰診断防止国際会議が2013年から毎年開かれています。事務局はOxford大学にあり、毎年世界各地で開かれています。過去に開催されたこの会議のレクチャーの幾つかは、インターネット上で、YouTube 画像として閲覧することができます（Box 23）。

■ LOWN INSTITUTE（ラウン研究所）

Lown Institute という団体が活発な活動をしています。Dr. Bernard Lown は循環器内科の専門医で、不整脈の権威として著名ですが、平和活動でノーベル平和賞も受賞されています。晩年は、Lown Institute を主宰して過剰な医療に対する警鐘を発しておられました。ホームページには、過剰医療に対する取り組みをしっかりと

行っている病院を患者さんのためにランク付けする病院指標が提供されています (Box 24).

■わが国での展開:Choosing Wisely Japan

今回のCWJ オンライン・レクチャーで講師をされる徳田安春先生が監修された「Choosing Wisely in Japan: Less is more(過ぎたるは猶及ばざるが如し)」が2014年5月にカイ書林から刊行されました (Box 25). これが日本でCWキャンペーンが活発になった最初の企画です.

日本では、「過ぎたるは猶及ばざるが如し」という論語の格言が日本人の心になじんでいます. この言葉でCWがどういうことを求めているのかがすぐにわかります.

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

Evidence-Practice Gap ということがよく言われていました. これは、多くの場合、エビデンスがあるのに実施されていない医療がある、ということを目指していましたが、裏を返せば、エビデンスがないのに実施されている医療があることに對してどうすればいいのか、という問題でもあります. 診療ガイドラインの推奨も同様です. エビデンスがあるとして、実施することを推奨する場合が多いのですが、エビデンスがないのであれば、実施することを推奨しないことを意味します. しかし、推奨しない、実施しないほうがよいということは、わが国の診療ガイドラインの文章の中にはあまり出てきません. そこに着目して問題提起したのがCWキャンペーンです (Box 26).

■ Choosing Wisely Japan: 最初のステップ

2015年、医療の質・安全学会の組織の中に「過剰医療とChoosing Wisely キャンペーン」ワーキンググループが発足しました (Box 27). 2016年には、Choosing Wisely Japan キックオフ大会にトロント大学のLevinson先生をお招きして講演を行っていただきました (Box 28).

■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」

その翌年に日本医学会シンポジウムでCWキャンペーンが取り上げられました. これに関しては、当時の日本医学会会長の故高久史磨先生がたいへん深い理解を示され、ご尽力いただきました (Box 29).

■保健医療 2035 提言書 (2015)

2015年当時、塩崎恭久厚生労働大臣の諮問機関として「保健医療 2035」が設置され、若手リーダーの一人として徳田安春先生も参加されましたが、「保健医療 2035 提言書」の中でCWキャンペーンのことも言及されています (Box 30).

■ Choosing Wisely の具体例

・薬剤

CW キャンペーンの具体例を示します. CW キャンペーンの活動とは独立に日本老年医学会編:「高齢者のための安全な薬物療法ガイドライン 2015」が刊行され、多剤併用(polypharmacy)に警鐘を鳴らす活動が始まっています (Box 31). また、CWキャンペーンに共鳴する若手医師が医学雑誌や研修会を通じてさまざまな啓発活動に取り組みました.

・画像検査

放射線学会を中心に画像検査のオーダーのやりすぎに對してガイドラインが出されています. 8月のCWJ オンライン・レクチャーで講演していただく隈丸加奈子先生(順天堂大学)からも画像診断の賢明な選択について詳しくお話を伺える予定です (Box 32).

・冠動脈形成術

冠疾患に対するインターベンションに関しても、循環器内科医の中から、日本では心臓カテーテル検査の適応が諸外国と大きく異なることに警鐘が鳴らされています. そのこともあって、今では保険診療の規則でも、冠動脈インターベンションの適応に関して厳しい基準が設けられています (Box 33).

・ジェネラリスト教育コンソーシアムの「5つのリスト」

徳田安春先生が主宰されている「ジェネラリスト教育コンソーシアム」からは、ジェネラリストとしての「5つのリスト」が公表されています. 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ことなどにも言及されています (Box 34).

・AMR 対策: 抗菌薬の適正使用

感染症に関しては、IDATEN (日本感染症教育研究会)の若手・中堅の感染症専門医からの「5つのリスト」があります (Box 35). 5番目は、すべての小児に適切な予防接種を行うというように、積極的に「行う」ということばも入っています. この会はコロナ禍で活躍された忽那賢志先生や大曲貴夫先生がリーダーシップをとっておられますが、抗菌薬の適正使用は国の政策にもすでに取り入れられています.

・輸血

秋田県合同輸血療法委員会のリストがあります. これは米国のリストのうち日本の現状でとくに注目すべき輸血に関する標準的な診療行為を5つのリストとしてまとめたものです. この秋田県合同輸血委員会のサイトに入ると啓発用のビデオや資料を閲覧することができます (Box 36).

・EM Alliance: 救急領域における Choosing Wisely 指標

若手の救急医の間でもCWキャンペーンへの関心が広がっています. EM alliance では修正デルファイ法を用いて「救急領域におけるChoosing Wisely」が策定されました. 救急領域のリストでは9項目が提示されて

います (Box 37)。このリストを策定するにあたってのプロセスをまとめた研究論文が、Journal of Emergency Medicine に掲載されています。中心メンバーの花木奈央先生も、このCWJ オンライン・レクチャーで近く講演される予定です。

・「私にとっての “Choosing Wisely”」(2019)

医学生の中にも CW キャンペーンの活発なグループがあります。そのリーダーシップを取っておられた莊子万能先生は、CW キャンペーンに関心を抱いた学生グループの多様な意見をまとめて、「私にとっての “Choosing Wisely”」という書物を私と一緒に監修されました (Box 38)。

第3部 COVID-19 禍に直面して

■ COVID-19：悪疫の渦中で

COVID-19 は、疾患としてだけでなく人々の医療利用行動を含む多方面に影響を及ぼしました。社会の仕組みそのものがダメージを受けましたが、それをまとめるにはまだ日が浅いと思います (Box 39)。

■ COVID-19 と救急外来受診患者数

外国でも救急外来の受付人数がコロナの症例数が上昇するのと反比例して減ったり、院外心肺停止の数が増えたり、小児のワクチンの接種が9割方なくなったり、様々な影響がありました。またがん検診の件数も大幅に減りました (Box 40, 41, 42)。

日本も同様で、2021 年の夏頃には日本対がん協会もがん検診受診者減少への危惧をメディアを通じて表明しています (Box 43)。また日本中の病院で、コロナへの対応の有無にかかわらず、診療報酬が大きく減少しました (Box 44)。

■ Choosing Wisely 研究班で実施した調査研究

COVID 19 パンデミック下における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) を行い、2つの研究論文にまとめました (Box 45, 46, 47)。調査対象とした約 7700 人のうち約 2100 人から回答があり、最初は検査を受けたくてもなかなか受けられなかった現状が明らかになりましたが、同時に病院には行きたくないという受診控えもありました。日本では受診控えが多かった中に内科も入っています。これも原因はいろいろあると思います。一般の方々にとっては、「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」が受診控えの主な理由でした。

COVID 19 の感染が仮に収束しても 受診を控えるかという問いに対しては、この時点では、コロナが終わっても病院には行きたくないという人が結構多かったようです。

■ COVID-19 パンデミックで見えてきたこと

まとめると Box 48 のようになります。

- ・ 日本型保健・医療システムの脆弱性
- ・ 「受診控え」の深層 (真相) についての学術的解析が必要
- ・ 社会のあり方全般が抱える問題

■ COVID-19 が医療にもたらした劇的な変化

先述した Dr. Berwick は米国の状況を Box 49 のようにまとめています。

- ・ 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」)

この中でも社会の中の不平等、エッセンシャルワーカーと呼ばれる人々が置かれた状況を深く憂慮されています。

【参考】：現在日本ではまだまとまった論考はないのですが、最近、松田晋哉氏 (産業医大公衆衛生学) による論考「ネットワーク化が医療危機を救う」(勁草書房、2022) が刊行されました (Box 50)。新型コロナ禍の体験を踏まえて、より安心できる医療介護サービス提供体制を構築するには、保健・医療・介護・福祉のネットワーク化が必要であるとの考察です。この書籍では、日本のコロナ対策だけでなく、米国、英国、フランス、ドイツの取り組みが紹介されています。

第4部 現在、継続中 / 検討中のプロジェクト

■ 生涯教育セミナーでの問題提起

日本プライマリ・ケア連合学会のセミナーなどで CW についての啓発活動を行っています (Box 51)。

■ 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

CW Finland から国際研究への誘いがありました (Box 52)。これに関しては CWJ として日本プライマリ・ケア連合学会に申請して、そのメーリングリスト上でアンケートを実施して、その結果をフィンランドに送りました。現在、国際研究のまとめ役である Aleksi Raudasojä 先生の手でまとめの論文が作成されているところです。

■ 『学会』からの『Top Five List』提案を支援する活動

日本プライマリ・ケア連合学会から、独自の Top Five List を提出していただくべく、その策定を支援する研究活動を再開しています (Box 53)。

■ 医療行為の“Choosing Wisely(賢明な選択)”に関する臨床医学・看護学会宛の質問紙調査(検討中)

診療ガイドラインを出している多くの臨床系専門学会でガイドライン作成に携わっておられる先生方の意識調査も実施しようとしています。日本医療機能評価機構の中のMINDSというガイドラインの作成と普及に関してリーダーシップをとっている組織と提携しつつ、実施したいと考えています(Box 54)。

■ 米国の Choosing Wisely Patient Wallet Card

一般の人に、Wallet Card(財布に入る質問項目を書いたカード)を持ってもらい、医療機関を受診する際に勇気を出して質問することを勧める取り組みですが、これの日本版を作成し、普及させることも考えています(Box 55)。

以下に私の考えを述べます。

■ 医療職と患者・市民との対話を深化させる(Box 56)

これまで医療職と患者・市民との対話を深めないといけないということで、Shared Decision Making(SDM)が最近注目されています。これまでI.C.(Informed Consent)が形の上では普及していますが、やや表層に流れがちです。これをSDMという形で進める必要があります。

■ インフォームド・コンセントとSDM(共同意思決定)(Box 57)

この両者は似ていて異なるものです。SDMはお互いの立場を越えてじっくり話し合うところまで踏み込み、対話が深まります。これに関してはCWJの熱心なサポーターである中山健夫先生(京都大学大学院)がわかりやすく解説されています。(Box 58, 59, 60)

■ 医療職と患者・市民との対話の枠組みを拓ける(Box 61)

対話を深めるためには、対話の枠組みを拓けることも大切です。「話題」を拓けることで、共通の基盤が見えてきます。元々、Psycho-Social Issueについても積極的に関与することは、プライマリ・ケア医の守備範囲です。

個人の疾病/健康だけでなく、家族・地域・社会にまつわるさまざまな事象が話題になります(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など)。このような対話を通じて得られる共通の認識基盤の上に「信頼感」が生まれます(「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、など)。

■ Choosing Wisely International Roundtable 2020(10/16/2020)(Box 62)

医師と患者との間の対話のあり方について、2020年のCW国際円卓会議(ZOOMによる遠隔会議)で、Dr. Berwickは、その講演の中で、地下鉄の駅が数駅違うだけでその地区の住民の平均余命が10年も異なることを示されましたが(Box 63)、これは世界の大都市に共通の現象です。講演の翌日、Dr. Berwickを囲むQuestion and Answer sessionがありました。その場で、医療の現場で、直接、個人の健康問題と関係のない話をするについてDr. Berwickに尋ねてみましたが、さまざまな話題について話し合うことについて全面的に賛同を得ました。このような議論の背景には、過剰医療と過少医療の問題が、健康の社会的決定要因と相互に関連していることがあります(Box 64, 65)。

■ 私たちはどのように生き延びることができるのか?

最近、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」のロゴマークをよく見かけます(Box 66)。気候変動も健康にさまざまな影響を及ぼしていますが(Box 67)、医療を提供するシステムそのものがCO₂を排出していることに対する問題意識が欧米で急速に広がっています(Box 68)。

プラネタリー・ヘルスというキーワードで語られていますが、医療そのものが地球環境に悪影響を及ぼしている可能性があるという論点です(Box 69)。医療安全に中心的な活動をされた方々も、医療現場の問題も大切だが、社会全体で起きている大きな問題に無関心ではいけないことを表明されています(Box 70)。

まとめ

■ まとめ その1: キーワードは3つ: (Box 71)

- ・ Patient Engagement「患者参画/協働(※)」
- ・ Sustainability「持続可能性」
- ・ Health Disparity「健康格差」

※ 現時点では patient engagement の標準的な訳語が定着していない。

■ まとめ その2: EBMの原点に立ち戻る(Box 72, 73)

すでに半世紀近く経過したSackettの「臨床疫学」や1990年代に普及したEBM(根拠に基づく医療; Dr. Guyattが命名)は、臨床医の実践と「疫学」とをドッキングさせて新時代を拓いたのですが、最近では患者の価値観や意向、臨床現場での個別の判断について議論を深化させるよりも、臨床研究のデータが、データの解釈の仕方も含めて、過大に取り扱われ、特に、新薬のプロモーションのために使われることが多くなりました。この傾向については、再考する必要があります。一方、ピッ

ゲデータの活用という点では、日本でどのくらい過剰医療（低価値医療）が行われているのかという私たちのクエスチョンに対して、徳田安春先生のグループが、全国の診療報酬請求データをもとに検討して論文を発表されました。（Box 74）

■まとめ その3：「信頼」関係の構築（Box 75～78）

また、基本的なことですが、CW キャンペーンは信頼関係の構築を念頭に置いて展開されなければなりません。患者・家族の参画ないしは協働（Patient-Family Engagement）が言われていますが、群馬大学附属病院ではいつでも患者さんがカルテを閲覧できる取り組みが始まっています（Box 75）。また医療安全の領域でも、患者の安全のためには患者自身が発言しなくてはならない、即ち、患者・家族が積極的に医療にかかわることが強調されています。それから『患者体験』による医療評価（PX：Patient Experience）の軸を取り入れるべくこのPXというキーワードを中心に様々な評価方法が開発されつつあります。

今日では、医療職と患者・市民との間の信頼関係をどのようにして構築していくのが最も重要な課題となっています。PXのほか、最近では「患者力」という考え方も注目されていますが、このような考え方がこれからの医療におけるコミュニケーションの柱になっていくのだろうと思っています。

米国のCW キャンペーンのホームページにも「Building Trust」という新しいロゴが出ていましたが、CW キャンペーンの今後の発展のためには、いかにして患者さんとの信頼関係を構築するかという新しいキャンペーンが同時並行で始まっています。信頼関係の構築に取り組んでいる病院を紹介したり、患者さんの立場からの対談などが動画で紹介されていますので、是非、ご覧ください。

“Think globally, act locally”（Box 79）といういつもの言葉で私の講演を終了します。

Q & A

■政策や研究への期待

Q1：過剰医療と過少医療を是正することは急務と考えますが、具体的に政策や今後期待される研究はありますか。

小泉：CWキャンペーンは北米を中心に始まり大いに注目されましたが、実効性はあるのかという批判は当初からありました。（ステートメントを公表して）重要だというだけで診療の内容が一変することを期待するのは難しいですが、まずは地道な活動が大切であり、個別領域での小さな取り組みを積み重ねていくことで、長い目で見ると説得力が出てくると思っています。輸血の問題についても、輸血というひとつの診療行為に対するきめ細かな活動が続いていく中で変化が起きると思います。C

Wキャンペーンの実践が進んでいるカナダでは、リストに取り上げられた診療行為について、5年単位でどれくらい実施されているかの比較がなされ、実際のデータも公開されています。それぞれの現場で具体的なことについての着実な取り組みが必要かな、と思っています。データについては、臨床研究を行う研究者が医療の過剰／過少ということについての問題意識をもって研究計画を立てて取り組まないと有用なデータも出てきません。日本ではそういう問題意識をもった臨床研究がまだまだ少ないようです。

Q2：CWJの活動が日本の医学界の診療ガイドラインや医療政策にどのように反映されていますか？現状と今後の課題を教えてください。

小泉：（過剰／過少医療の問題については、）ある時点で、改めて提言という形でまとめ、医療関係団体や行政に具体的な形で提案しなければいけません。一方、CWJを始めたとき、いろいろなところからアプローチがありました。行政サイドからは医療費が高騰していることから医療費削減の立場を強調したアプローチがありました。しかし医療費の問題だけに限定すると、必要な医療も切り捨てられる懸念があるとの反発を受けます。北米のCWキャンペーンでも当初は同様だったようで、その点は注意しなければなりません。現在の社会全体が抱えているさまざまな問題を広く考察して、医療提供のありかたそのものにまで踏み込んで、患者さんとの対話を深め、信頼関係が構築できれば、費用の問題についても患者さんに理解してもらえる時代になってきていると感じています。

■CW キャンペーンの始まった背景

参加者 A：CW が米国で始まったのであれば、医療費や訴訟など過剰医療で訴えられるというような背景があったのでしょうか。日本ではどうなるのでしょうか。以前、腰痛の患者さんにRed Flagを満たしていないとMRIをオーダーができないという（外国の）施設を見たことがありました。日本でもそのようなシステムを導入することはできないでしょうか。

小泉：最近、医療のデジタル化の中で電子カルテの導入を政府もはじめようとしています。電子カルテの仕組みに組み込むことはできると思います。日本の電子カルテは病院ごとに異なっていますが、それがクリアされれば電子カルテにリマインダーという形で組み込むことは可能だと思います。米国では10年前から電子カルテのシステムに導入されています。（システムの導入も考慮すべきですが、）米国でCWキャンペーンが始まった契機は、医療のプロフェッショナリズムに関する「医師憲章」なのです。「医師憲章」がなぜ大きな影響を与えたのかは、マネージド・ケアに対して良心的な医療従事者が危機感を持ったことにあると思っています。これは、安上

がりの医療をしたほうが医師の収入が上がるような仕組みに行きつきかねない制度設計でした。これでは医師の本分はどうなるのかという危機意識が医療界の中で高まりました。この危機意識を反映したのが「医師憲章」でした。このことは、上述した3つの基本原則の3番目のsocial justiceにも反映されていますし、この憲章の「前文」でも述べられているのですが、マネージド・ケアが、医療を単なる金儲けの仕組みにしてしまい、医の心が失われてしまうことに対する懸念が基本となっています。

その一方で、現実世界では、医療行為が収入につながるか否かが決め手になってしまいますので、難しい面もあります。マネージド・ケアは、安い保険に入ると、いざというときに受診できない病院もあるとか、救急車を呼ぶときはまず保険会社に確認するとか、患者の思いを考えないような医療制度になりそうだったので、国民全体の反感があったのです。

■ 多職種連携が重要

参加者B：医療現場で医師の行動変容を数年見ていて、血液培養2セットとるとか、感染対策ルールの順守とかの話のときに、先見的な医師はいますが、大部分の医師層は関心が薄い。むしろ現場の看護師や薬剤師が積極的だったりします。CWを進めていこうとすると多職種連携が想像以上に重要ではないかと思います。多職種についての話題や展望はいかがでしょうか？

小泉：無駄な処方やセット検査などがワンクリックで全部できてしまうことについて、検査技師や薬剤師が、実際は大きな問題意識を持っています。北米では、このような現場の問題についてのBest practiceがCWキャンペーン全体をリードしています。こういう活動の中では医師の意識が一番遅れがちです。このことについては多職種のチームワークの中で古い意識を持つ医師層への啓発が注意深くなされるべきです。これは専門職の教育として考えなくてはなりません。米国の卒後研修ではEntrustable professional activities (EPA) という、これとこれができていれば任せられるという研修達成のレベルを示していますが、このEPAの項目の中には、必ずルール順守やチームメンバーの助言を聞くことなどが明記されています。研修医教育の中では、こういうことを分かりやすく示していく必要があります。

■ 診療報酬とCWキャンペーン

北澤：日本でCWキャンペーンが今一つ盛り上がっていないのは、診療報酬、つまり出来高払い制度の壁が大きいのではないかと思うのですが、お金とCWキャンペーンの問題をどういうふうにバランスをとっていくかについてご意見ををお願いします。

小泉：現在の出来高払いがこのような傾向をもたらしているのも、いろいろな手直しが提唱されています。多剤処方すると点数が若干減るとかいうレベルの修正ではなく、抜本的に療報酬の算定方式を変更する方法はあるはずで、世界中でいろいろな人が工夫しています。Pay for valueとかPay for performanceとかの考え方が提案されています。ただ、それをどう具体的な形で算定するかのところで止まっています。医療の評価について、治療のアウトカムから見て役に立ったかどうか、という評価軸もありますが、患者さんの体験の側面からの医療の評価をうまく結びつけることができると医療界の行動変容につながるのではないのでしょうか。いいことは分かっているができないことをどうするかについて、最近、実装科学という方法論が提唱されています。他業種の例や行動経済学や行動心理学を学際的に取り入れて、何かいい工夫をしていくことが求められていると思います。医療職は、現在ではEBMに依拠することについて概ね賛同していますが、EBMも従来のRCT中心のエビデンス作りを抜本的に考え直す時期に来ているのではないかと、ということをMindsの福岡敏雄先生もおっしゃっています。EBMそのものも進化しなければなりません。

■ どういうときにCWのリストを参照することができるか

参加者A：先ほどのオーダーリングシステムにおけるリマインドに似ていますが、1日の中でこういったときにCWを開けばいいのか考えています。たとえばiPhoneのアプリで見られるのがいいのか、書籍と一緒に開いてみたらいいのか。CWのリストはあるのですが、たくさんあって、該当項目をすぐに見られないのです。この件についてアドバイスをお願いします。

小泉：徳田安春先生がやってこられたのですが、若手医師のために臨床推論の「闘魂道場」のような啓発活動の中で若い医師の基本的な考え方を変えるのが王道です。診療現場でつい流されてしまうことに対しては、例えばある検査をオーダーするときに、オーダーの基準となるリストがすぐに出てくるようなことはできると思います。ChatGPTの時代ですから、電子カルテになると自動的にリマインダーとして勝手に表示されるということはずぐにでも実現可能のように思います。

参加者A：英国の家庭医療の現場を2014年に見たときに、予防医療でこの年代のこの性別の方にまだできていないことがあるというリマインドが（電子カルテ上に）ポップアップで出てくるのは見たことがあります。特定の処方やオーダーをしたときに逆のポップアップが出てこないか。電子カルテの中に上にアドオンするソフトがあると聞いたことがあります。

北澤：いいことがわかっていても、それをどうやって実行に移すか、かつスムーズにできるようにするかが課題です。そしてCW キャンペーンをもっと知っていただくことも重要で、そのためにも本日のようなオンライン・レクチャーを継続して行うことが大切だと思います。皆様、引き続きご聴講をお願いします。なお本日のレクチャーの貴重なスライドは、CWJ の会員になっていたと後日お送りします。会員へのご加入をご希望の方は [Choosing Wisely Japan のホームページ](#) からお申し込

みください。

小泉：本日はCW の全体像をお話しましたが、次回以降、テーマを絞って内容を掘り下げたレクチャーが企画されていますのでご期待いただければ、と思います。

北澤：それでは以上でCWJ の第1回オンライン・レクチャーを終了します。

(以上)

Choosing Wisely Japan Newsletter No.10

発行：2023年8月30日

発行者：Choosing Wisely Japan 代表 小泉 俊三

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

choosingwiselyjapan@gmail.com

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