

CHOOSING
WISELY
JAPAN

2024 No 12

Newsletter



Contents

- | | | | |
|--|---|---------------|---|
| 1. 自己紹介 | 1 | 5. 海外の指標との比較 | 6 |
| 2. 日本における救急領域の Choosing Wisely 指標作成の動機 | 1 | 6. 指標作成で感じた課題 | 6 |
| 3. 指標作成過程のご紹介 | 2 | Q & A | 7 |
| 4. 指標を具体的に紹介 | 5 | | |



「救急領域の Choosing Wisely」

本稿は、第4回 CWJ オンライン・レクチャー（2023年12月2日開催）の記録です

花木 奈央

大阪大学公衆衛生学

本日私がお伝えしたいことは、次の2つです。

- 1) 日本の救急領域の Choosing Wisely 指標があるということ
- 2) 指標作成の方法・工夫
合間に2回ほどご質問の時間を設けますので、お尋ねください。

本日の予定は次の通りです。

1. 私と Choosing Wisely の出会い（自己紹介）
2. 日本における救急領域の Choosing Wisely 指標作成の動機
3. 指標作成過程のご紹介
4. 日本における救急領域の Choosing Wisely 指標
5. 海外の指標との比較
6. 指標作成における課題

1. 自己紹介

私の自己紹介は下記の通りです。

- ・医師、社会健康医学博士
- ・救急医として働く中で社会と医療の関わりについて関心をもつ
- ・救急医療の提供体制、医療の質について京都大学医療経済学教室で学ぶ
- ・現在は、大阪大学公衆衛生学教室、京都市内の救命救急センター勤務
- ・国際医療の質学会で Choosing Wisely に出会う

■ 私と Choosing Wisely の出会い

ぜひ YouTube で「Choosing Wisely」「Happy」で検索してみてください。Pharrell Williams さんという方が「Happy」という曲に乗せて、カナダの Choosing Wisely のグループの方々がキャンペーンの狙いを伝えています。これを私が知ったのは、2015 年ころで、日本で行われた国際医療の質学会（International Society for Quality in Health Care：ISQua（イスクワ））でした。そのときこの Choosing Wisely の活動があることも初めて知りました。YouTube で楽しく伝えていることに驚きました。医療の領域で重視していることを広く普及させ、実践していく活動があることを知りました。この動画を見ると、そのメロディーがしばらく脳内に流れ続け、学会の期間中このことを考え続けていたことを覚えています。

2. 日本における救急領域の Choosing Wisely 指標作成の動機

■ 指標作成のきっかけ

私は NPO 法人の EM Alliance で救急医のネットワーク作りの活動をしています。メンバーの一人の国際医療福祉大学の志賀隆先生が、日本の救急領域の Choosing Wisely 指標を作らないかと提案され、私に関わらせていただきました。（Box 1）EM Alliance だけでなく、それ以外の京都大学の山田 淑恵先生、長崎大学の宮田潤先生にもご協力をいただき4人でこのプロジェクトを始めました。



■ EM Alliance とは

ER 型救急を志す・実践する者による非営利団体で、2009 年より活動開始しています。メーリングリスト会員は 4000 人以上で、学習・交流の機会を提供してワークショップや講演会を行っています。教育コンテンツの提供はホームページ、メーリングリスト、Facebook、Instagram、YouTube で行っています。

■ 指標作成の時に気を付けたこと

私たちは、科学的な手法で指標を作成しようとしてしました。2018 年当時、日本で Choosing Wisely 指標を作成していたのは 感染症領域の IDATEN（日本感染症教育研究会）のみでした。ただ IDATEN の先生方は指標をメーリングリストやホームページのみで示していましたが論文としては発表されておらず、どのようにして作られたのかを知ることはできませんでした。IDATEN の指標作成に携わった先生にご相談しましたが、今後同じように指標作りを行う、他の団体のために、私たちの指標の作成過程を論文として残したいと願ったのです。そして指標を作った結果、どのように practice がなされているかなど、次の研究に繋がるのが望めます。その時にその指標が検証に堪えるように、科学的な手法で指標を作成しようとしてしました。そして修正デルファイ法を用いて指標を作成することを決定し、国際医療福祉大学医学部倫理委員会の承認を得てプロジェクトが進んでいきました。

■ 修正デルファイ法とは (Box 2)

修正デルファイ法は、診療ガイドラインなどの推奨を決定する手法の一つです。次のように会議と投票をセットで組み合わせて行うのが特徴です。

- 1) 適切な情報を与えられた専門家が個別に投票を行う (第 1 ラウンド)
- 2) その評価結果を資料とした会議での議論後に、再度個別に投票を行う (第 2 ラウンド)
- 3) 第 2 ラウンドの結果として得られた中央値をもとに、推奨についてのコンセンサスを決定する

このように、科学的な手法で推奨を決定しよう、それなら修正デルファイ法で、という流れで指標作成に入っていました。

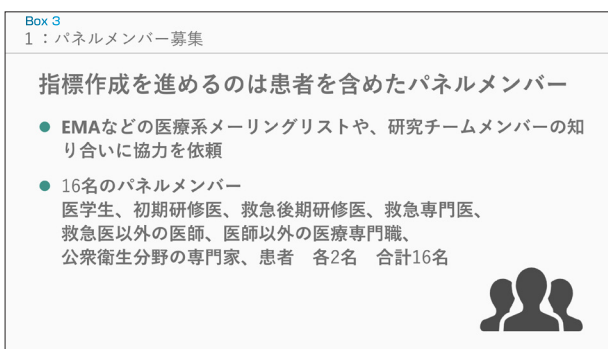


3. 指標作成過程のご紹介

1) パネルメンバー募集

■ 指標作成を進めるのは患者を含めたパネルメンバー (Box 3)

今回どのように指標を作っていくかを考えたとき、救急外来に関わる様々な人に加わっていただいた方が良いと思いました。医師だけでなく初期研修医、後期研修医、救急以外の他科の医師、看護師など医師以外の医療専門職に。加えて救急外来での医療の受け手である患者さん、患者さんのご家族にも加わっていただいたほうがよいということで、8つの立場から2名ずつ、合計16名にパネルメンバーにご参加いただきました。これらのメンバーは EM Alliance などの医療系メーリングリストや、研究チームメンバーの知り合いに協力を依頼しました。



■ 同意書

・論文発表も見据えて 作成 (Box 4)

論文発表を考えて、最初の段階で同意書を作成しました。ここには、指標作成プロジェクトである、謝金は発生しない、ディスカッションのときは他者の意見を批判しないで建設的に行う、などを記載しています。皆様に署名いただいて PDF で返送していただきました。

Box 4
1: パネルメンバー募集

救急領域における Choosing Wisely Project 推奨事項作成プロジェクト
パネルメンバー参加同意書

調査責任者: 志賀隆
国際医療福祉大学救急部救急医

同意書

- 論文発表も見据えて作成した

本プロジェクトは、救急領域に関わるさまざまな立場の人が参加しています。本プロジェクトにおけるディスカッションは出版を目的とするために、本プロジェクトのパネルメンバーとして参加する人は以下の点に同意の上参加をお願いします。

- 1) 本プロジェクトへの参加によって知り得た情報や、研究の進捗状況、ディスカッションの内容などには守秘義務があることに留意し、研究責任者の事前の許可なく第三者に開示してはならない。
- 2) 必要な調査に賛同し、Skype などを用いたディスカッションに参加することでパネルメンバーとして本プロジェクトに貢献する。
- 3) 参加者の発言は所属組織を代表するものではないことに留意する。
- 4) 発言の際は、単なる個人的見解であるか、研究結果や学会発表などの引用であるか、明示して発言するよう努める。
- 5) ディスカッションの場はみだりに他の発言者を批判せず、建設的に行う。
- 6) 本プロジェクトは研究成長を論文やWebサイトで公表する際には、研究グループが執筆となりパネルメンバーは協力者として氏名を公表する。
- 7) 研究に参加することによるパネルメンバーへの謝礼は発生しない。

続いて指標稿を Web 上のフォームから募集しました。

- ・募集項目は、救急医療における過剰行為・推奨行為を診断領域・治療領域で区別して募集しました。診断と治療を分けたのは、どちらかに偏るのを避けて、2つを分けておく双方を考慮して候補を挙げてくれるのではないかと考えたからです。また海外の指標は、過剰であるとか、止めようというものですが、私たちはそのみでなく、推奨行為も寄せてほしいと募集しました。
- ・募集方法は、2018 年 11 月末から 2019 年 2 月に実施 Web 上のフォームに入力、EM Alliance のメーリングリスト登録者に依頼しました。

Box 5

2：指標候補の募集

Web上のフォームから募集

海外の指標と異なり「推奨行為」も募集しました

募集項目

救急医療における過剰行為・推奨行為を診断領域・治療領域で区別して募集

募集方法

2018年11月末から2019年2月に実施Web上のフォームに入力EMAのメーリングリスト登録者に依頼

3) 指標候補の集計 (Box 6)

次に集まった意見を集約しました。28 人から回答がありました。28 名でしたが、診療行為と検査、推奨と過剰とあるので、たくさんのご意見をいただきました。類似の意見は同一の意見として集約し、研究メンバーで確認し「指標候補」としました。この段階で 80 の指標候補が集まりました。

Box 6

3：指標候補の集計

集まった意見を集約

28人から回答あり

類似の意見は同一の意見として集約研究メンバーで確認し「指標候補」とした

この段階で80の指標候補が集まった

集まった80指標候補を集計

関係する病態・行為の観点で分類し記述統計を実施

例：〇〇における△△の行為は過剰だ→〇〇を病態、△△は行為

××は過剰だ→病態はないが、××を過剰行為として集計

■ 指標候補の集計 (Box 7)

実際に救急医がどのような領域に関心があるのか、集まった 80 指標候補を集計しました。

- ・関係する病態・行為の観点で分類し記述統計を実施しました。
- ・例：〇〇における△△の行為は過剰だ→〇〇を病態、△△は行為としました。
- ××は過剰だ→病態はないが、××を過剰行為として集計しました。

Box 7

3：指標候補の集計

集まった意見を80に集約

28人から回答あり

類似の意見は同一の意見として集約研究メンバーで確認し「指標候補」とした

この段階で80の指標候補が集まった

集まった80指標候補を集計

関係する病態・行為の観点で分類し記述統計を実施

例：〇〇における△△の行為は過剰だ→〇〇を病態、△△は行為

××は過剰だ→病態はないが、××を過剰行為として集計

まず過剰行為を見てみましょう。

■ 診断領域の過剰行為 (Box 8)

- ・病態ではインフルエンザ (23%) が最多でした。
- ・行為では画像検査 (44%) が最多、次いで迅速検査 (27%) でした。
- ・「ルーチン」「全例」「スクリーニング」検査を過剰とする意見が多くみられました。

Box 8

3.1：診断領域の過剰行為

<過剰行為で挙げられた病態>

インフルエンザ	9
高齢者（高齢者、高齢者頭部外傷、高齢者精査）	4
発熱	4
失神	4
頭部外傷	3
肺塞栓	2
めまい	2
妊娠除外	2
診断全般	2
その他（肝内臓、中毒、脳卒中疑い、など）	7

(単位：意見)

<過剰行為で挙げられた行為>

画像（頭部CT、頭部MRI、レントゲン、など）	19
迅速検査	12
血液培養	3
妊娠反応検査	2
その他（心臓性失神検査、血液ガス、など）	7

(単位：意見)

病態ではインフルエンザ（23%）が最多

行為では画像検査(44%)が最多、次いで迅速検査（27%）であった

「ルーチン」「全例」「スクリーニング」検査を過剰とする意見が多かった

■ 治療領域の過剰行為 (Box 9)

- ・病態では感染症 (15%) が最多、次いで高齢者でした (10%)
- ・行為では抗菌薬 (44%) が最多でした。

Box 9

3.2：治療領域の過剰行為

<過剰行為で挙げられた病態>

感染症	6
高齢者（高齢者、覆たきり高齢者の診療、など）	4
軽症の創傷	3
疼痛	3
インフルエンザ	2
急性アルコール中毒	2
急性冠症候群	2
治療全般	2
その他	14

(単位：意見)

<過剰行為で挙げられた行為>

抗菌薬処方（広域抗菌薬の処方、など）	15
輸液（大量輸液、不要な点滴治療）	4
酸素	2
疼痛管理（不要な外用薬、鎮痛薬の処方）	2
抗インフルエンザ薬	2
その他	14

(単位：意見)

病態では感染症（15%）が最多、次いで高齢者（10%）

行為では抗菌薬(44%)が最多

次に推奨行為を見てみましょう。

■ 推奨行為 (Box 10)

- ・病態では特に病態を指定しない診療行為全般に関するもの (30%) が最多でした。
- ・行為では培養 (13%) が最多、次いで疼痛管理 (10%) や患者教育 (10%) でした。

Box 10
3.3：推奨行為

<推奨行為で挙げられた病態>		<推奨行為で挙げられた行為>	
診療行為全般（特に病態指定せず）	12	培養（血液培養、その他の培養）	4
感染症	4	疼痛管理	3
疼痛管理	3	患者教育（事故予防、禁煙指導など）	3
中心静脈穿刺	2	血液ガス分析	2
その他（喫煙者、精神疾患患者、腹痛、など）	9	超音波検査	2
（単位：意見）		心電図	2
		その他（バイタルサイン測定、問診、など）	14
		（単位：意見）	

- ・ 病態では特に病態を指定しない診療行為全般に関するもの（30%）が最多
- ・ 行為では培養（13%）が最多、次いで疼痛管理（10%）や患者教育（10%）

ここまでたくさん寄せられた指標候補のご意見を集約して、それをパネルメンバーの皆さんに伝えて、投票作業、ディスカッションへと進みます。ここまでで参加者の皆さん、ご質問はありませんか？

参加者 A：メンバー募集は、学会を介してではなかったのですか？

花木：はい、学会を介してではありませんでした。学会にお願いするのが一番良かったのですが、我々 EM Alliance の方が規模が小さいため機動力が速く、私たちのほうで作ったら学会の先生方も関心を持つのではないかとということで EM Alliance のほうで進めていきました。

北澤：パネルメンバーの患者さんはどのような患者さんでしょうか？

花木：医師でもなく医療の専門職でもない方を患者さんと定義しました。疾患を持つ患者さんというのではなく、救急外来で患者、家族として来る可能性のある方としてメンバーを募らせていただきました。

参加者 B：資金はゼロだったのですか？

花木：はい、ゼロでした。当初は対面で話し合えればいいと考えていましたが、お金もないし、そのうちコロナのパンデミックとなり、会議はすべて Web となりました。皆さんの労力に対しても研究に係った方にもお礼はできていません。

小泉：指標候補の募集に反応された方が少なめだったとのことですが、メーリングリストのリマインドなどは、どのようにされましたか？

花木：2 回か 3 回はリマインドしました。2018 年の 12 月ころリマインドしたあと、すぐに投票いただいた方もいましたが、その後は反応は良くなく、年明けと募集が終わる直前に声掛けをしました。

それでは次の、パネルメンバーの方に主にご協力いただいたことをお示しします。

4) 第 1 ラウンド (2019 年 8 月)

指標候補 80 → 24 へ

1. 個別投票

「自分の感覚として妥当か」を基準に 5 段階で評価を依頼しました。

2. パネル会議 (オンライン)

投票の結果をもとに、この指標を残しても良いか無記名投票を行いました。一つの基準として、参加者したパネルメンバーの 70% 以上の賛同を得られない指標は、不採択としました。

その際は画面を共有した状態で、投票には「slido」を利用し、これは残す、これは残さないという形で結果を共有しながら進めました。

■ 留意事項

このプロジェクトには様々な職種の方が参加しており、ほぼ初対面のディスカッションを行うこととなります。ディスカッションを有意義なものとするために留意すべき点を記載した留意事項を作成し、パネル会議の前に送付しました。

■ 議事録

第 1 ラウンド終了時 (2019 年 8 月) の議事録を作成しています。

5) 第 2 ラウンド (2020 年 1 月)：パネル会議

■ パネル会議前に準備

1. 個別投票と結果の共有

第 1 ラウンドで残った 24 の指標候補について個別投票を行いました

投票結果をエクセルで集計し、事前にメールで送付しました。

2. パネル会議における留意事項を作成

多職種が参加する会議なので、気持ちよく、活発なディスカッションができる環境作りができるように留意しました。

事前に配布した資料：各指標候補ごとに個別投票の結果を記載しました。

■ 想定外

1. 全員（合計 20 名）が参加できる会議の日程が調整できなかったため、欠席者議事要旨を作成し、情報共有に努めました。
2. 1 回でオンライン会議が終わらず、2 回に分けて実施することになりました。

■ 指標候補 24 → 9 へ

1. 24 の指標候補とそれぞれに関連する医学情報を提供しました。
2. 個別投票：「Choosing Wisely 指標として残したい」指標上位 5 つを投票し、各指標の獲得点数を集計しました。
3. パネル会議（オンライン）
オンライン協議を経て 9 指標となりました。

■ 個別投票

1. 24 の指標候補から「採択したい指標上位 5 つ」を投票しました。
2. 順位別に点数づけ：1 位を投票された指標 → 5 ポイント獲得、2 位 → 4 点、3 位 → 2 点、4 位 → 1 点、5 位 → 1 点 例：全パネルメンバーが 1 位投票 → 80 点獲得
3. 投票結果はパネル会議の参考資料とした

■ パネル会議の進め方

1. 事前投票の上位のものから議論を進めました
2. 言葉・用語の確認 → slido で投票を繰り返しました。
3. 上位 10 指標でまず議論 & 投票 → 9 つが採択されました。

脱落したのは「身体診察の実施は推奨」：重要だが、救急外来診療の指標としてあえて採択する必要はない、という意見でした。

4. 残った指標を再度評価

脱落した指標・残りの指標で採択したいものがないか確認し、当初の通り、9 つの指標で確定となりました。

6) 指標発表に向けた作業

1. 解説文作成

エビデンスを重視しつつ、パネル会議での議論を反映しました。

2. パネルメンバーによる指標・解説文確認

パネルメンバーの意見をふまえて運営メンバーで修正し、誤解を招かない表現、専門知識がなくてもわかるよう平易な文章となるよう配慮しました。

3. Choosing Wisely Japan 事務局に確認

4. 指標発表

指標は、EM Alliance のホームページに掲載しました。

それぞれのページに指標、指標の解説、参考文献、作成方法、を記載し、最後に研究メンバー、パネルメンバーが掲載されています。判断材料についての注意事項も記載しています。

4. 指標を具体的に紹介

日本における救急領域の Choosing Wisely

- 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。
2023 年に軽症頭部外傷ガイドラインが 15 年ぶりに改訂（アメリカ救急医学会）
CQ) 頭部 CT が不要な患者を特定するための臨床的意思決定ツールはありますか？
回答) レベル A；カナダ頭部 CT ルール（CCHR）が方針決定に役立つ
- 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とは推奨しない。
- 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。
日本大腸肛門病学会の一般向けのサイト、JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2015 の「感染性腸炎」にも記載されています。
- 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。
バイタルサイン以外でも、「問診」「身体診察」を推奨事項として入れる提案がありました。救急外来の指標なので、より救急診療で重視される「バイタルサイン」を指標として採択しました。
- 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。
肺塞栓：下肢あるいは骨盤の静脈にできた血栓が、肺動脈を閉塞し呼吸・循環状態に障害をきたす疾患。
日本での患者数は 2011 年の報告では 100 万人あたり 126 人（日本医療安全調査機構資料より）
- 9 確定診断前であっても迅速な除痛の実施を推奨する。

【9 つの指標の解説はこちらから】

こちらから直接 pdf ファイルのダウンロードができます。

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

5. 海外の指標との比較

■ カナダの救急領域における Choosing Wisely 指標 2021 年改訂版 (Box 11)

Box 11 は、私が調べた中で最新のカナダの救急領域の Choosing Wisely 指標です。カナダの救急医学会が作成しています。10 個の指標のうち赤丸が付いているものが私たちが作成したものにはないものです。抗菌薬やレントゲンなどは考えていることは似ていると思いますが、カナダの指標の特徴：画像撮影についての指標が半分以上です。

- ・10 指標のうち 6 指標が画像撮影に関するものであり、残りの 4 指標が抗菌薬処方に関するもの。
- ・各指標の解説文で書かれていたこと：
不要な放射線被ばくの影響と不要な検査を行うことで
の診察の遅延
不要な抗菌薬処方によるアレルギーや皮疹・下痢などの副作用
耐性菌増加のリスク

一方、日本の特徴は「推奨項目」と「インフルエンザ」です。

- ・海外の指標は「～しない」という指標です。今回私たちは「行ったほうが良い行為についても周知するほうが良い」ということで「推奨項目」を設定しました。
- ・日本の指標では 9 つのうち 2 つが季節性インフルエンザ関連でした。これは指標候補を募集したのがインフルエンザシーズンであったことと関係があるのかもしれませんが。

Box 11 カナダの救急領域における Choosing Wisely 指標 2021 年改訂版	
1. 軽度の頭部外傷患者には、頭部 CT をオーダーしない。	○が付いているのは日本とは異なる指標
2. 成人の気管支炎や喘息、小児の気管支炎には抗生物質を処方しない。	
3. 非外傷性腰痛で、レッドフラッグや病理学的指標がない患者には、腰部（腰部）脊椎画像を指示しない。	
4. カナダ C-spine ルールが陰性だった患者に、頭部 X 線写真をオーダーしない。	
5. 合併症のない皮膚腫瘍の切開排膿後は、広範囲の蜂巣炎が存在しない限り、抗生物質を処方しない。	
6. 単純性失神の成人患者において、高リスク因子がない場合は、頭部 CT をオーダーしない。	
7. 判定ルールによるリスク層別化を行い、必要に応じて d-dimer の結果が出るまで、肺塞栓症が疑われる患者には、CT 肺動脈造影や VQ スキャンを実施しない。	
8. 合併症のない咽頭痛には、抗生物質を日常的に使用しない。	
9. オタワアンクルルールが陰性だった患者には、足首や足の X 線検査を実施しない。	
10. 合併症のない急性中耳炎には抗生物質を使わない。	
(Emergency Medicine - Choosing Wisely Canada, Accessed June 19, 2023.より改変)	

6. 指標作成で感じた課題

指標作成プロジェクトの時に思ったことは、

- ・きっと参加する人も自分たちも大変
- ・これから CW 指標を作成する人の参考になるように、参加者の意見を聞きたい
- ・（そしてあわよくば、何かしらの形で残したい）ということでした。

■ 研究への患者市民参画することの課題

・研究参加者の負担

準備やトレーニング不足のため研究に貢献できない研究者ではない参加者にとって負担が大きい (Brett et

al. 2014)

・研究参加者の満足度

臨床研究では、提供された治療技術・スタッフの親切や交流が満足度と関連していました。

(Sano et al. 2014)

ディスカッション形式で行われるデルファイ法に関する満足度の研究は確認できません。

■ ということでアンケート調査を実施しました。

パネルメンバーへの質問紙調査を示します。

実施方法・時期、質問紙の内容、回答方法は Box 12 の通りです。

Box 12 ということでアンケート調査を実施しました		
パネルメンバーへの質問紙調査		
実施方法・時期	質問紙の内容	回答方法
・ Google フォーム使用 ・ 指標作成完了1週間後に実施 ・ パネルメンバーにアンケート URL と参加を依頼するメールを送付 ・ 回答期限はメール送信2週間後	4 カテゴリー全24項目 1. 指標候補の投票について 2. 研究チームから提供された学術情報について 3. パネル会議について 4. プロジェクト全体について (満足度を問う質問あり) プロジェクト開始時の属性	・ 満足度に関する5段階の選択肢から1つを選択 ・ 一部数値入力、自由記載あり ・ 回答者の氏名、年齢、性別など個人特定につながる情報は収集せず 会議に1度も参加していない場合 会議に関連する項目は上から3項目 (中国)
J Emerg Med 64:371-379		

■ 結果：回答者背景、投票・学術情報閲覧時間、満足度 (Box 13)

結果：満足度に関連する項目の検定を行いました。

Box 13 結果：回答者背景、投票・学術情報閲覧時間、満足度	
プロジェクトに「満足」は13名 (81.3%)	
表1：回答者背景、投票・学術情報閲覧時間、満足度	
回答数, n (%)	16 (100)
男性, n (%)	12 (75.0)
満足と回答した参加者数, n (%)	13 (81.3)
投票に要した時間 (分), 平均 (SD)	27.3 (23.4)
学術情報の閲覧に要した時間 (分), 平均 (SD)	47.2 (40.4)

満足度の高さは会議の出席・内容に関連していました (Box 14)

Box 14

結果：満足度に関連する項目の検定

満足度の高さは会議の出席・内容に関連

表2. 満足度に関連する項目の検定

	1回以上 不参加	1回以上 参加	満足 (n=11)	p 値
パネル会議参加, n (%)	1 (20.0)	9 (81.8)	0.036	
第1回投票の指示の明確さ, n (%)	4 (80.0)	2 (18.2)		
学術情報の客観性, n (%)	5 (100.0)	11 (100.0)	NA	
学術情報の有用性, n (%)	3 (60.0)	9 (81.8)	0.55	
学術情報の有用性, n (%)	2 (40.0)	2 (18.2)		
学術情報の有用性, n (%)	3 (60.0)	10 (90.9)	0.21	
学術情報の有用性, n (%)	2 (40.0)	1 (9.1)		
パネル会議でのモデレーターの機能, n (%)	1 (20.0)	9 (81.8)	0.036	
パネル会議でのモデレーターの機能, n (%)	4 (80.0)	2 (18.2)		
パネル会議の議論の有用性, n (%)	1 (20.0)	9 (81.8)	0.036	
パネル会議の議論の有用性, n (%)	4 (80.0)	2 (18.2)		
パネル会議の議論の論拠に基づく程度, n (%)	1 (20.0)	9 (81.8)	0.036	
パネル会議の議論の論拠に基づく程度, n (%)	4 (80.0)	2 (18.2)		
パネル会議の議論の論拠のわかりやすさ, n (%)	4 (80.0)	11 (100.0)	0.31	
パネル会議の議論の論拠のわかりやすさ, n (%)	1 (20.0)	0		

■ 考察

会議の時間の長さ・他者との作業が満足度と関連しているのかと研究メンバーは考えました。 (Box 15) パネ

ル会議は、たしかに拘束時間は長いのですが、多くの時間をプロジェクトに費やすことが満足度と関連しているのではないかと。パネル会議はすべての作業の中で 唯一の他者との共同作業です。他者と共にプロジェクトに関与することが満足度と関連しているのではないかと。また、時間がかかりすぎることで、患者を含めたガイドライン作成の障害になっているという報告もあり (George et al. 2015)、我々もパネル科会議の日程調整は困難でした。パネル会議の調整に加え会議に参加できない参加者へのフォローが重要だと思います。

Box 15 考察		
会議の時間の長さ・他者との作業が満足度と関連？		
所要時間の長さ 投票：27.3分 学術情報の閲覧：47.2分 ↓ パネル会議：2時間以上 多くの時間をプロジェクトに費やすことが満足度と関連？	他者との共同作業 パネル会議はすべての作業の中で唯一の他者との共同作業 他者と共にプロジェクトに関与することが満足度と関連？	時間がかかりすぎることで、患者を含めたガイドライン作成の障害になっているという報告あり (George et al. 2015) 我々もパネル科会議の日程調整は困難だった パネル会議の調整に加え会議に参加できない参加者へのフォローが重要

■ Choosing Wisely 指標を作成してみたの思い

日本でも各領域で Choosing Wisely 指標が必要であると思います。

- ・Choosing Wisely 指標は「ガイドライン」と「実臨床」のギャップを埋める役割があります。
- ・「必要最低限」なので目に留まりやすい。
- ・その領域の「非専門家」に果たす教育効果もあります。
- ・指標（目標）がないと、向上につながらないのではないのでしょうか。

■ まとめ

- ぜひみなさん自身で Choosing Wisely 指標を
- ・医療専門職のみなさん、学会や研究会で Choosing Wisely 指標を作成してください。
- ・非医療専門職のみなさん、ご自身の意見・考えをぜひ指標作成の現場に届けてください。ご清聴ありがとうございます！

- * 救急領域における Choosing Wisely 指標と解説は、NPO 法人 EM Alliance のホームページで紹介しています。

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

- ** 指標作成の過程は 2023 年 4 月に Journal of Emergency Medicine 誌で公開されました。Int Emerg Med. Published online on Jan 30, 2023.

<https://authors.elsevier.com/a/1gsHT2dT1Cy5hv>

Q & A

北澤：たいへん参考になる重要なお仕事で、皆様にとって有用なお話でした。参加者の皆様、せっかくの機会ですので花木先生へお聞きしたいことなどご質問をお願いします。

参加者 A：Choosing Wisely を発表するとき、各領域にエキスパートの方々がいますが、その方々にどういう形で発信していくべきなのか教えてください。プロセスなどで配慮すべきことがあればお願いします。

花木：救急医学会で 3 回発表して活動を示しました。最初 80 の指標を示して、後日確定した指標を発表する旨述べました。次は指標ができた段階で、このような指標を作成したので、よかったら参考にして利用してくださいということを発表しました。3 回目に満足度に関連する項目の検定を発表しました。実際パネルメンバーに救命救急センター長クラスの先生にご参加いただいていたので、幅広く認めていただいたと思います。

小泉：「Less is More 考える集中治療」（金芳堂、2021）という本を集中治療の若手の方（静岡県立総合病院集中治療センターの太田啓介先生）が出版されています。それぞれの領域には指導的な立場の方もおられます。現場の若手、中堅が意見を述べるという形で作っていただくのがいいのではないかと考えて聞いていました。

参加者 A：Systematic review とか Cochrane に載っている review がありますが、昔ながらの伝統に縛られている施設もあり、それを決めているのが上級医で中堅から見ると最近のものと違うのではないかと、不愉快な表情をされることもあります。縦のつながりでなく、横の若手、中堅のつながりで活動するのがいいのかと悩みながら聞いていました。ICU 領域でも何か出来たらよいと思っています。

花木：今回は研究という形で落とし込んでいきました。論文として発表して認められていけば、EM Alliance のホームページを見る人はいなくても、論文として残れば引き継いでいけます。研究として発表したのが良かったのではないかと思います。

小泉：日本でもリストを学会全体で作って発表しようとしていますが、まだ、現在進行形でしかありません。日本の組織文化では学会レベルになると動きが鈍いと感じられます。米国は専門医認証機構から学会のトップに呼びかけ、かつリーダーシップを取っている先生が New England Journal of Medicine などでも論陣を張っていたので、学会が応じたという経緯があります。

北澤：今回 EM Alliance の9つのリストを作成する過程で、検査や治療にかかる費用などの経済的な面の考慮はされましたか？

花木：ディスカッションの中では出たかもしれませんが、今回指標に選ばれはしませんでした。MRI 検査など高額な検査に関しては最初に募集した段階では多かったもので、経済面を考慮されている方は多いのだと思います。

参加者 B：今回の Choosing Wisely の項目を現場で遵守しているかを測定する予定はありますか？診療ガイドラインでも、どれだけそれが守られているか、実装されているかを見ることもあります。

花木：当初論文にすることを目標にしている、遵守率がどれくらいか、また実際の診療がどれくらい変わっていくのか考えていました。では作ってみたときに、どうすれば遵守率が測れるのかは今後の課題で、救急診療での実際の患者さんの詳しい状況は聞かれていません。それらを含んだ大規模データベースもありますが、不十分です。現時点では多施設共同研究をするか、救急領域でもデータベースを作っていこうという動きがあります。そういうものが今後実現できればいいと思います。

北澤：お聞きしていて感心したのは、パネル会議の前に、皆さんに約束してほしいこととして、一人で話すぎない、人の話を聞くなど、オンライン会議のディスカッションの進め方を共有していたことです。様々な立場の方が会議に参加されるなかで、重要だと思います。これには先例や作法があったのですか？

花木：留意事項にはとくに先例はなく、これを作った理由は2つあります。1つはパネルメンバーに入った方を見ると、いろいろな方がいて、たくさんの想いを抱えているなど推測できました。看護師さんなど患者さんの立場の方が来られると、医師だけが話すのはよくないですから、その点をあらかじめ配慮しました。2つ目は、北澤さんと一緒に勉強会で、いろいろなステークホルダーの方が参加して、ディスカッションをする際には、冒頭で共通認識を持ったうえで参加することが大事であることを感じていました。私の経験と他のメンバーと議論して作成しました。

参加者 A：初期研修から患者さんをトータルに見るようにと学び、現在は集中治療で行っています。いろいろな施設で働いていると見えてくるものがあります。閉鎖的な環境にいと、診療が統一されるという利点がある反面、ほかの文化が入りにくいことがあり、興味深いと思いつながら日々診療をしています。

北澤：花木先生は今後の実装に向けてどのような活動をしていきたいとお考えでしょうか？

花木：広く知っていただくためには学会が主導して作っていただくと、学会員には伝わりますので、日本でも学会が主導してほしいと思います。以前も Choosing Wisely の研究会で発表しましたが、その際メディアの方から関心を持っていただきました。そのとき学会発表だけでは記事にしにくいので論文にしてほしいと言われました。論文になると記事になり広く報道できるそうです。そのため今回の指標作成も論文にしました。このように論文にして広く知ってもらうのも重要だと思います。今回の救急領域の Choosing Wisely も、満足度調査で、これが論文に値するかどうかは不明ですが、アンケートにご協力いただいた方への感謝として発表することで多くの人に知っていただきました。そして次に同様のことをしたいという人のための参考になり、理想はこれを改訂していければよいと思います。今回の作成母体は NPO 法人になりますので、同じ志を持った人が引き継いでくれるかどうか気になりますが、学会でしたら組織として継続していけるので学会も取り組んでほしいと思います。私としては、次の満足度に関する論文は、日本の救急領域の雑誌に投稿し、雑誌の editor の先生には記憶に残ってもらいたいと思っています。

北澤：ぜひこの取り組みを種々の領域の皆様にも広く知っていただいて、Choosing Wisely の考え方を、現在の日本の医療には必要なものなので、広めていただきたいと思います。本日は論文ではわからないご苦労な面も含めてお話をいただき、ありがとうございました。

小泉：本日は、花木先生の活動のたいへん重要なところを教えてくださいました。先生に続くグループの方もおられますので、ぜひご指導をいただけるとありがたいです。

(以上)

Choosing Wisely Japan Newsletter No.12

発行：2024 年 1 月 20 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