

ケアの現場で陥りやすい過剰・過少医療を減らすために：

EBM 教育と患者中心の医療の役割^{*1}

葛西 龍樹^{*2}

井伊 雅子^{*3}

要 約

増え続ける社会保障給付費を削減するために、政府は医療費の効率化を進めようとしている。そこでの前提は、現状の医療制度には無駄なものがある（過剰医療）という発想だ。しかし、実は過剰医療だけでなく過少医療も問題だ。過剰医療と過少医療を是正し適正医療を多く実現するには、保健医療サービス提供者、利用者、行政担当者などの気づきと行動が必須である。人間の認知・行動に関わる領域であるだけに、行動変容は容易ではない。しかし、多くの国々は試行錯誤しながらこの問題に取り組んでいる。そこで明らかになったことは、臨床研究のエビデンスがあること（evidence）、診療ガイドラインや学会などの推奨があること（eminence）、そして経済的インセンティブがあること（economics）が影響力を持つということだ。それに加えて、保健医療専門職の教育（education）、特に利用者の感情（emotion）にも配慮し、費用対効果も考慮に入れた「患者中心の医療の方法」を理解し実践できるプライマリ・ケア／プライマリ・ヘルス・ケアの専門職の果たす役割が重要である。

海外の過剰医療と過少医療を減らす取り組みを参考にすると、我が国でも相当の財政効果が見込める。本論文では、健診・検診、スクリーニングの定義を再考し、肺がん検診・スクリーニングを例として過剰医療と過少医療を検討する。海外の過剰医療と過少医療改善の試みを紹介する。「患者中心の医療の方法」についても概略を解説する。

キーワード：過剰医療、過少医療、適正医療、健診、検診、スクリーニング、プライマリ・ケア、プライマリ・ヘルス・ケア、患者中心の医療の方法

JEL Classification：H51, I18, I19

* 本研究において利益相反関係の問題はない。

* 1 謝辞：本論文についての討論で貴重なコメントいただいた一橋大学経済研究所の小塩隆士教授と慶應義塾大学総合政策学部の印南一路教授に深謝する。

* 2 福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座 主任教授

* 3 一橋大学経済学研究科、国際・公共政策大学院 教授

I. はじめに・問題意識

「医学は日進月歩であり、その応用ともいうべき医療技術もとどまるところなく発展し続けている」と言われる。安全で質の高い医療がそれを必要とするすべての人たちに確実に提供される持続可能なシステムを構築することは難しい。しかし、ある場合には医療は過剰に提供されてきたし、現在も過剰に提供されている。

今ではイニシャルが正式名称となって *BMJ* と呼ばれる英国医学雑誌 *British Medical Journal* は、過剰医療の問題を取り上げて系統的に啓発するシリーズ『Too Much Medicine』を2015年から始めたが (*BMJ*, 2022), その遙か前に、*BMJ* の伝説の名編集長 Richard Smith は、*Australian Financial Review* のジャーナリスト Ray Moynihan と『Too much medicine? Almost certainly (過剰医療? ほぼ確実に)』と題する論説を *BMJ* に発表している (Moynihan and Smith, 2002)。その中で、彼らは、「脱学校論」「医原病」などで知られる文明批評家 Ivan Illich が言う「医療機関は健康への大きな脅威となってしまった¹⁾」(Illich, 1976) というメッセージに同意できる人はわずかでも、米国の経済学者 Alain Enthoven のメッセージ「医療の投入量の増加は、ある時点で逆効果になり、善よりも害をもたらすだろう²⁾」には多くの人が納得するだろうと述べている (原文の日本語訳は筆者による。以下すべて)。

過剰医療と過少医療は世界の至るところで行われている。それらを是正し適正医療 (right care) を多く実現するためには、保健医療サービス提供者、利用者、行政担当者などの気づきと行動が必須である。ただ人間の認知・行動が関わる領域であるだけに、行動変容は容易では

ない。

米国では、ほとんど有益性のない検査が、医師の診療行為の一部として半ば習慣化され、実施され続けていることが問題となっている。そうした診療の無駄が年間670億ドル (約76兆円) になると推定されている (Shrank, et al. 2019)。例として、症状のない患者に対しての頸動脈疾患スクリーニングに年間2億7400万ドル (約310億円) 以上、65歳以上の女性の子宮頸がんスクリーニングに年間1億1100万ドル (約125億円) 以上、などが費やされている。

こうした価値の低い診療行為をやめるには、そうすることについて臨床研究のエビデンスがあること (evidence), 診療ガイドラインや学会などの推奨があること (eminence), そして経済的インセンティブがあること (economics) が重要であると言われている (Powers, et al. 2020)。さらに、これらは主として保健医療サービス提供者の行動変容の領域に関連しているので、教育 (education), 特に利用者の感情 (emotion) にも配慮し、費用対効果も考慮に入れた「患者中心の医療の方法」を理解し実践できるプライマリ・ケア / プライマリ・ヘルス・ケア専門職の育成が重要であると筆者は考えている。

本論文では、健診・検診、スクリーニングの定義を踏まえた上で、肺がん検診・スクリーニングを例として、過剰医療と過少医療を検討する。そして、海外の過剰医療と過少医療改善の試みを紹介し、「患者中心の医療の方法」についても概略を解説する。

1) *The medical establishment had become a major threat to health.*

2) *Increasing medical inputs will at some point become counterproductive and produce more harm than good.*

Ⅱ．健診・検診，スクリーニングの定義

まず言葉の定義であるが，実は難しい。厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイト「e-ヘルスネット」では，健診は「健康診断あるいは健康診査の略語で全身の健康状態を検査する目的で行われる」，検診は「ある特定の疾患を発見するために行われる臨床的な検査」とされており，英語表記については，前者を health examination / health check-up，後者を case-finding³⁾としている（厚生労働省 e-ヘルスネット）。

だが，現行の健診を見る限り，「全身の健康状態」の定義とそれを測定する尺度は不明で，健診は個々の検査項目の集合と言わざるを得ない。それらの検査項目の中には特定の障害や疾患の早期診断につながるものもあるが，現時点で，その検査結果が早期発見やその後の健康増進に寄与するという臨床研究のエビデンスに支持されていないものも含まれている。また検診についても，本論文で肺がん検診を例に述べるように，多くの課題がある。

日本の健診・検診に相当するものは，海外では「screening（スクリーニング）」と呼ばれている。その定義には以下に述べるようにさまざまな条件が設定されており，意味するものは重層的である。

英国では，1994年にUK National Screening

Committee が下記の定義を発表している（Wald, 1994）。

「スクリーニングとは，ある特定の障害による症状についてまだ医療を利用していない人の中で，さらなる検査や直接予防措置を行うに足るほどその障害のリスクが高い個人を特定するための，検査や調査の体系的適用である⁴⁾」

2000年に同委員会はスクリーニングの定義を次のように変更した。

「スクリーニングは，特定の集団のメンバーが，疾患またはその合併症のリスクがある，またはすでに罹っているとは必ずしも気づいていない場合に，質問をしたり検査を行ったりして，疾患やその合併症のリスクを減らすためのさらなる検査や治療によって害を被るよりも助けられる可能性が高い人を特定する公衆衛生サービスである⁵⁾」

この変更に対しては，1994年の定義を考えたWaldから「扱いにくく不明瞭である」と次のような批判的コメントが発表されている（Wald, 2001）。

（1）定義された集団への提供は，もし実現できればそれが最良であるが，スクリーニングの定義に含まれる必要はない⁶⁾

（2）スクリーニングされる疾患の症状があつてすでに医療を利用した人は対象にならな

3) Case-finding の本来の意味は，症状をもつ患者に対してその症状を引き起こしている原因が何であるかの診断を進めていく診療行為のことであり，症状がない人を対象とするスクリーニングとは異なる。「e-ヘルスネット」の記載は誤解を招く危険がある（本項の続きを参照）。

4) 定義に用いられる英語は吟味して選択されたもので，原語でどのように書かれているかを参照できるようにそれぞれ脚注に引用した。

Screening is the systematic application of a test or enquiry to identify individuals at sufficient risk of a specific disorder to warrant further investigation or direct preventive action, amongst persons who have not sought medical attention on account of symptoms of that disorder.

5) [Screening is] a public health service in which members of a defined population who do not necessarily perceive they are at risk of, or are already affected by, a disease or its complications are asked a question or offered a test to identify those individuals who are more likely to be helped than harmed by further tests or treatment to reduce the risk of disease or its complications.

い、という記載がない

（3）ある疾患や障害に罹るリスクの気づきは複雑で特定することが困難なため、スクリーニングは「リスクがあることに必ずしも気づいていない」個人に適用されるべき、という記載は妥当性と正確さを欠く

（4）「さらなる検査や治療によって害を被るよりも助けられる可能性が高い人を特定することへの志向性は、スクリーニングに限らず医療すべてが持つものである

最新版の『Oxford Textbook of Medicine』（第6版）の医療スクリーニングの章はWaldらによって執筆されており、医療スクリーニングの定義は下記の通りである（Wald and Law, 2020）。

「医療スクリーニングは、特定の障害についてのさらなる検査または直接的な予防措置の恩恵を受けるだけその障害のリスクが十分にある個人を特定するための検査や調査の体系的な適用である（これらの個人はまだその障害の症状のために医療を利用していない）⁷⁾」

さらに、解説には次のように書かれている。

「この定義の鍵は、疾患の早期発見はそれ自体が目的ではないということである。予後を変えずに診断を進めることは有益でなく、有害かもしれない。（中略）潜在的なスクリーニング検査を実施する前に、人的および経済的費用を

正当化するのに十分な程度まで、その疾患による死亡または重度の障害を予防することが示されなければならない⁸⁾」

英国の国民保健サービス（National Health Service; NHS）のスクリーニングの定義は下記の通りである。

「スクリーニングは、人々が健康上の問題を抱えている可能性が高いかどうかを調べる方法である。これにより、早期治療を提供したり、情報に基づいた意思決定を行うための情報を提供したりできる⁹⁾」

米国 Johns Hopkins 大学の健康情報ウェブサイト『Health』に書かれているスクリーニング検査の定義は次の通りである。

「スクリーニング検査は、疾患の症状がない人の潜在的な健康障害や疾患を検出するために行われる。その目標は、疾患のリスクを減らすため、あるいは最も効果的に治療できるように十分早く疾患を検出するための早期発見と、ライフスタイルの変更または監視である。スクリーニング検査は診断するためではなく、疾患の有無を判断するために追加の検査を受けるべき集団のサブセットを特定するために使われる¹⁰⁾」

以上を考慮した上で、筆者は、1994年のWaldのスクリーニングの定義を基本として、他の定義から重要な部分を抜粋して注意事項とし

6) スクリーニングの対象は特定の条件（例：A市在住の50歳以上80歳未満で、1日のタバコ喫煙本数×喫煙年数が400以上の喫煙歴がある人）をもつ個人とするのが現実的であって、その条件をもつ集団（全員）を対象とするような理想的な表現を定義に含めるべきではない、という意味。

7) *Medical screening is the systematic application of a test or inquiry to identify individuals at sufficient risk of a specific disorder to benefit from further investigation or direct preventive action (these individuals not having sought medical attention on account of symptoms of that disorder).*

8) *Key to this definition is that the early detection of disease is not an end in itself; bringing forward a diagnosis without altering the prognosis is useless and may be harmful. (...) Before a potential screening test is introduced into practice it must be shown to prevent death or serious disability from the disease to an extent sufficient to justify the human and financial costs.*

9) *Screening is a way of finding out if people have a higher chance of having a health problem, so that early treatment can be offered or information given to help them make informed decisions.*

10) *A screening test is done to detect potential health disorders or diseases in people who do not have any symptoms of disease. The goal is early detection and lifestyle changes or surveillance, to reduce the risk of disease, or to detect it early enough to treat it most effectively. Screening tests are not considered diagnostic, but are used to identify a subset of the population who should have additional testing to determine the presence or absence of disease.*

表1 スクリーニングの定義

「スクリーニングとは、ある特定の健康上の問題による症状についてまだ医療を利用していない人の中で、さらなる検査や直接予防措置を行うに足るほどその問題のリスクが高い個人を特定するための、検査や調査の体系的適用である」
〈注意事項〉
(1) 健康上の問題を抱えている可能性が高いかどうかを調べる方法である
(2) 疾患の早期発見それ自体が目的ではない
(3) 経過を改善できないのに診断を進めることが害となる場合がある
(4) 早期治療を提供したり、情報に基づいた意思決定をしたりするためのものである
(5) 人的および経済的費用を正当化するのに十分な程度まで、その疾患による死亡または重度の障害を予防できることが示されなければならない
(6) 診断のためではない。診断のための追加検査を受けるべき絞り込まれた集団にその個人が属するかを特定するためのものである

(出典) Wald, 1994; Wald and Law, 2020; NHS; Johns Hopkins Medicine を参考に著者作成

て加えることを提唱したい(表1)。日本の健診も検診も、それぞれの対象となる健康上の問題が異なるだけで、基本的には同じ取り組みである。

より良い制度を運用するためには、そもそもその制度が何を指して設計されたのかを折々に確認して、取り組みの改善を継続させる必要

がある。スクリーニングの定義はそのような工程で積極的に参照されるべきである。さもないとそれぞれの現場の事情に合わせることばかりが優先され、運用しやすいけれど有益性に乏しく費用がかかるだけの制度になってしまう危険がある。

Ⅲ. 日本の健診・検診の問題点

OECD (2019) で指摘されたように、日本の公衆衛生の政策は非常に分権化されている。政策立案やサービス提供の責任は、国と地方自治体、省庁間、保健所、職場と別れており、その上、医療機関ともあまり連携ができていない。例えばコロナ禍では自宅で症状が急変した患者が少なからず出たが、保健所がもつ自宅療養者の感染情報は、法律上、行政情報であり、本人の同意なしに医療機関に出せないことになっており、日頃診察しているかかりつけ医がいたとしてもその医師に周知して、早めに対応することはできなかった。このように極度に分権化した保健医療サービスでは、過剰医療と過少医療の両方が起こりやすい。

日本では、早期発見・早期治療のために、集

団に対する健康診断に大きく頼っている。この数十年間にわたり、健康診断の項目と対象者の範囲は拡大してきた。法律上義務づけられた常勤労働者を対象とした健康診断、生活習慣病の予防を目的とした40～74歳の人々への特定健康診査、法的に定められていないが、自治体、健康保険組合、共済組合などの保険者や医療提供者による健康診断などが数多くある(縄田・井伊・葛西, 2022の図13および表8)。その上「任意型検診」と呼ばれる人間ドックもある。これらの質は様々であり、便益とリスクが明確でない。こうした広範囲の健診や検査は、OECD諸国の中でも独特で国際的な標準から程遠い。

多くのOECD諸国と異なり、日本のがん検

診も、国として標準化された方法で行われていない。国の指針「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省、2013；2021年一部改正）は存在するが、対象集団と検診間隔は、地方自治体や保険者、医療機関によって異なる。市区町村は、個人のリスクに関係なく、多くの場合は年齢基準だけで、各自治体がそれぞれの検診プログラムの通知を地域住民に配布している。また、多くの市区町村は、上記の国の指針で推奨されている5つのがん検診（胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がん）以外のがん検診も実施している。2015年には、85%の市町村が国が推奨していないがん検診を行ったと報告している（厚生労働省、2016）。

日本では、公衆衛生の政策が分権化されていることもあり、健診と検診における企業の役割も大きい。しかし産業医の配置やがん検診など、主に大企業で働く常勤職員が対象になっている。そのため、非常勤職員、失業者、退職者、高齢者などが対象から漏れている場合が少なくない。

そもそものがん検診の日本のガイドラインは、国際的な標準（対象集団や検診頻度）から外れていることが多い。例えばOECD諸国の多くでは、乳がん、子宮頸がん、大腸がんの検診プログラムの上限年齢は69歳であるが、日本では上限年齢の設定がない。多くのOECD諸国の子宮頸がん検診は3年ごとに行っているが、日本はより頻繁（2年ごと）だ。また本論文で詳しく見るように、肺がんについては、日本国内での症例対照研究に基づいてガイドラインが作成されているが、国際的に推奨されているリスクの高い対象集団への低線量CTスキャンの推奨はない。

胃がん検診は、日本では50歳以上のバリウム造影や内視鏡検査による隔年の検診に重点が置かれているが、OECD諸国では一般的ではない。日本の胃がん検診への影響は不明だが、ヘリコバクター・ピロリ菌の検査と除菌によって胃がんの罹患と胃がんによる死亡が減少する

という中等度のエビデンスが主として日本、中国、韓国での研究で見出されていることが、最近Cochrane Databaseのシステマティックレビューとして発表された（Ford, et al. 2020）。

がん検診は、市区町村などの地方自治体や職場によって提供されるがん検診、個人が医療機関で自発的に受ける人間ドックなど多くのがん検診があるが、地方自治体と職域と医療機関などのデータは統合されていない。2016年には全国的ながん登録が開始し、全国のデータが整備されつつあるが、がん検診に関しては、国立がん研究センターでも、正確な検診受診の状況は把握できていない。このような状況では全国レベルでのがん検診費用をすべて把握することもできず、がん検診の有効性の評価や経済的評価を行うことは困難である。

個人が自発的に受けるがん検診だけでなく、市区町村や職域でのがん検診にも、対象範囲や頻度など質を保証する仕組みはない。そのため、放射線被曝、偽陽性結果によるさらなる不必要な検査と治療による健康リスクと不要な心理的ストレス（過剰医療）、偽陰性によって必要な医療が行われない（過少医療）などの可能性がある。個人が自発的にがん検診を受ける時でも、健康保険組合や民間健康保険から検診の費用が一部補助される場合がある。ほとんどの保険者（国、地方自治体、民間）は、増え続ける医療費・介護費を少しでも抑制するためには予防が重要であり、早期発見・早期治療のためにがん検診の受診率を上げる施策を進めている。しかし上記のようながん検診の不利益に関する情報¹¹⁾に基づいて政策を決めれば、個人への身体的・心理的負担も減らし、より健康に寄与し、財政負担の軽減も可能であろう。

Ⅳ. 肺がん検診・スクリーニングを例として過剰・過少医療を考える

Ⅳ-1. 肺がん検診・スクリーニングの国際比較から

海外の肺がんスクリーニングについての主要ガイドラインと公益財団法人日本対がん協会（以下、対がん協会）の現行の取り組みを比較した（表2）。

この国際比較から、海外の取り組みは次の点で対がん協会のものと異なることがわかる。

- （1）対象年齢の上限と下限を設定している
- （2）喫煙歴から高リスク者を絞り込んでいる
- （3）禁煙しても15年未満はリスクとして考慮している
- （4）胸部X線や喀痰細胞診は推奨しないと明記している
- （5）年1回の低線量CTと標準的なフォローアップが推奨されている
- （6）喫煙者には禁煙指導を推奨している
- （7）無症状であることが対象者の条件の一つである
- （8）共同意思決定を実施している（後述）

この中で、現時点で最新の肺がんスクリーニングのガイドラインは、米国胸部疾患学会（American College of Chest Physicians; ACCP）と米国予防医療専門委員会（US Preventive Services Task Force; USPSTF）が2021年にそれぞれ発表したものである（Mazzone, et al. 2021; Krist, et al. 2021）。後者はUSPSTFが前回2013年に発表した肺がんスクリーニングのガイドラインを更新するためのもので、特に、低線量CTの正確さ、スクリー

ニングとしての有益性と害、スクリーニング開始と終了の至適年齢、至適検査頻度、他のスクリーニング法との比較を検討している。その時検討した詳細なエビデンスの検討過程についても同時に発表された2つの論文で明らかにしている（Jonas, et al. 2021; Meza, et al. 2021）。

USPSTFは多数のガイドラインを発表しているが、それぞれ更新されれば直ちにUSPSTFのウェブサイトとアプリ、学術論文としてその分野のエキスパートによる正式な論説とともにJAMA（米国医師会雑誌）に掲載され、その他JAMAのポッドキャストやSNS経由など複数の媒体で発表され、その時点での最新最良のエビデンスを含む情報が、すぐに世界中誰でも参照できるようになる。誰でも、賛否に関わらず様々なコメントをフィードバックすることができる。こうしたタイムリーかつアクセスが容易でフィードバックを歓迎するガイドラインの公開様式は、表2に示した海外の主要なガイドラインではほぼ同様であり、日本の状況と比べてとてもうらやましい。

日本では、ほとんどの診療ガイドラインは関連する各学会で作成しているが、その作成費用がかかることから、ガイドラインは書籍として販売されることが多い。その内容の一部または全部が学会のウェブサイトに公開される場合もあるが、閲覧できるのは学会員限定だったり、書籍販売開始から一定の時間を経ての公開だったりする。

筆者の一人が運営委員を務める公益財団法人

11) 「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理（令和元年版、厚生労働省、2020）には、がん検診に偽陽性、偽陰性、過剰診断、偶発症があることが「現状と課題」にデメリットとして書かれており、日本でもようやく過剰診断に取り組む兆しが見られたと歓迎する向きもある。ただ、これらのデメリットについて参考になっている文献は「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック」（厚生労働省、2010）であり、刊行から10年も経っている。国民の予防、健康維持・増進に資する情報は、もっと速やかにそして積極的に周知されることを期待したい。

表2 肺がんスクリーニングの主要ガイドライン

学会・機関	対象	介入、検査	間隔
日本対がん協会	40歳以上 *喀痰細胞診の対象者は、 50歳以上で喫煙指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が600以上の人	質問、胸部X線、喀痰細胞診*	年1回
全米総合がんセンターネットワーク National Comprehensive Cancer Network (NCCN), [Wood, et al. 2021]	50歳以上で20 pack-year（1日の喫煙箱数×喫煙年数）以上の高リスク者 *リスク評価：喫煙歴、ラドン曝露、職業性曝露、がんの既往歴、肺がんの家族歴、COPDと肺線維症の病歴、受動喫煙 *肺がんの症状、肺がんの既往、または治療を妨げる全身状態や併存症があればスクリーニング対象外	有益性と害の相談を含む共同意思決定、低線量CT、標準的低線量CTレポート（米国放射線学会の Lung-RADS など）	標準的低線量CTレポートで提案されたフォローアップ
米国予防医療専門委員会 US Preventive Services Task Force (USPSTF), [Krist, et al. 2021]	50～80歳、20 pack-year 以上の喫煙歴。喫煙中または禁煙してから15年未満	共同意思決定 低線量CT 喫煙者への禁煙プログラム	年1回 標準的低線量CTレポートで提案されたフォローアップ
米国胸部疾患学会 American College of Chest Physicians (ACCP), [Mazzone, et al. 2021]	下記すべてを満たす無症状者に推奨：55～77歳、30 pack-year 以上の喫煙歴、喫煙中または禁煙してから15年未満 下記すべてを満たす無症状者に提案：50～80歳、20 pack-year 以上の喫煙歴、喫煙中または禁煙してから15年未満	スクリーニング前に ・カウンセリングと共同意思決定 ・現在症状があれば診断検査へ 低線量CT 胸部X線と喀痰細胞診は推奨しない 喫煙者への禁煙指導・治療	年1回 標準的低線量CTレポートで提案されたフォローアップ
アメリカがん協会 American Cancer Society (ACS), [Wender, et al. 2013]	無症状、55～74歳、30 pack-year 以上の喫煙歴、喫煙中または禁煙してから15年未満	共同意思決定 低線量CT 喫煙者には禁煙プログラム 胸部X線は推奨しない	年1回
米国胸部外科学会 American Association for Thoracic Surgery (AATS), [Jaklitsch, et al. 2012]	55～79歳、30 pack-year 以上の喫煙歴。79歳までの長期肺がんサバイバー。50～54歳、20 pack-year 以上の喫煙歴、5年肺がん発生リスク5%以上。	低線量CT	年1回
カナダ予防医療専門委員会 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), [2016]	無症状、55～74歳、30 pack-year 以上の喫煙歴、喫煙中または禁煙してから15年未満	低線量CT 胸部X線や喀痰細胞診は推奨しない	年1回、連続3回まで

（出典） 日本対がん協会；Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2016; Jaklitsch, et al. 2012; Krist, et al. 2021; Mazzone, et al. 2021; Wender, et al. 2013; Wood, et al. 2021 を参考に著者作成

日本医療機能評価機構の厚生労働省委託事業である EBM 普及推進事業、通称 Minds（マインズ；Medical Information Distribution Service に由来）では、日本で公開された診療ガイドラインの質を評価した上でそれらを Minds ガイドラインライブラリに収載し、利用しやすいように無料で公開している（日本医療機能評価機構，2022）。この事業でも問題となってきたのは、学会ごとに診療ガイドラインを一般公開することへの考え方の違いである。医学医療の科学的知見が公共のものであるとは考えず、いまだに最新版の診療ガイドラインの公開を拒み、旧版しか Minds での一般公開を許可しない学会がある。これでは医学医療に関して発表されたエビデンスを含む情報へのアクセスに不公平が生じ、知識の非対称化が助長される。そのことが、以下に述べる共同意思決定を困難にする。過剰医療や過少医療の遠因となる可能性もある。

Ⅳ－２．日本の肺がん検診の問題点：過剰・過少医療のエビデンス

諸外国のスクリーニングと比較して、日本の肺がん検診は過剰医療や過少医療になっている可能性がある（表 3）。これに関連して臨床研究で示されているエビデンスをいくつか紹介する。

まず、日本では定番として行われている胸部 X 線と喀痰細胞診については、Manser ら（2013）が Cochrane Library のレビュー・プロジェクトとして、8つのランダム化比較試験を含む 9つの比較試験（総対象者 453,965 人）

のメタアナリシスを行い、喫煙者・非喫煙者で毎年の胸部 X 線を通常ケアと比較して肺がん死亡率減少なし（RR 0.99, 95% CI 0.91 to 1.07）、胸部 X 線＋喀痰細胞診を胸部 X 線のみと比較して肺がん死亡率減少に有意差なし（RR 0.88, 95% CI 0.74 to 1.03）という結果を得ている。さらに、日本で検診に使用していない低線量 CT については、高リスクの喫煙者と既喫煙者で毎年の低線量 CT を胸部 X 線と比較して有意に肺がん死亡率が減少した（RR 0.80, 95% CI 0.70 to 0.92）ことを示している。こうしたエビデンスを参照して、諸外国では肺がんスクリーニングに胸部 X 線も喀痰細胞診も使用していない。

ただ、臨床研究のエビデンスには、明確に有益性や害を判断しにくいものも多い。そうした実例を少し示したい。

英国政府機関で最大の臨床研究資金提供者である National Institute for Health Research（NIHR）では、Snowsill ら（2018）が行った医療技術評価研究シリーズの一環として、高リスク集団への肺がんスクリーニングとしての低線量 CT の臨床的有効性と費用対効果を検討する 12 のランダム化比較試験（RCT）によるシステマティックレビューを発表している（Snowsill, et al. 2018; Chapter 3, pp. 13-61）。

肺がん死亡率については 4 つの RCT のみが検討対象となり、対照群と比較して低線量 CT は、9.8 年の追跡期間で統計的に有意ではない肺がん死亡減少に関連していた（pooled RR 0.94, 95% CI 0.74 to 1.19）。ただ、効果の程度に中程

表 3 日本の肺がん検診の問題点

過剰医療として
（１）胸部 X 線検査をすべての 40 歳以上の人に毎年実施している
（２）高リスクの 50 歳以上の人に喀痰細胞診を毎年実施している
（３）肺がん検診を終了する年齢を設定して <u>いない</u>
過少医療として
（１）高リスクの人に低線量 CT を実施して <u>いない</u>
（２）共同意思決定してから検診する流れになって <u>いない</u>

（出典） 著者作成

度の不均質性があるため ($I^2=43.3\%$)、結果の解釈には注意が必要だとしている。実際、1つの質の低い研究を除外すると、結果は統計的に有意に肺がん死亡減少に関連しており (pooled RR 0.85, 95% CI 0.74 to 0.98)、不均質性は減少した ($I^2=6.9\%$)。

同じレビューで、総死亡率については、低線量 CT は 9.8 年の追跡期間で統計的に有意ではない総死亡増加に関連していた (pooled RR 1.01, 95% CI 0.87 to 1.16)。ここでも、効果の程度にかなりの不均質性があるため ($I^2=57.0\%$)、結果の解釈には注意が必要だとしている。1つの質の低い研究を除外すると、結果は統計的に有意でない総がん死亡減少に関連しており (pooled RR 0.95, 95% CI 0.89 to 1.00)、不均質性は減少した ($I^2=0\%$)。このように複数の RCT をレビューする時には、ある一つの RCT を分析に含めるか含めないかでも結果が大きく異なることがある。実際にガイドラインを作成する場合にも、複数のエビデンスを合成していく過程で起こりうることである。

スクリーニングで発見される肺がんの数については、低線量 CT は最低 5 年の追跡期間で統計的に有意な肺がん発見数増加に関連していた (pooled RR 1.38, 95% CI 1.02 to 1.86)。また、低線量 CT は、有意な早期 (I と II) 肺がん発見数増加 (pooled RR 1.73, 95% CI 1.27 to 2.37) と有意な進行期肺がん発見数減少 (pooled RR 0.85, 95% CI 0.73 to 1.00) に関連していた。発見されるがんの数がより早期のものへシフトすることは、低線量 CT を用いる臨床的な有益性の一つと考えられる。

費用対効果について (Snowsill, et al. 2018; Chapter 5, pp. 69-73; Chapter 6, pp. 75-113) は、様々な頻度 (単回, 3 回, 1 年ごと, 2 年ごと)、検診開始年齢 (55 歳, または 60 歳)、検診終了年齢 (75 歳, または 80 歳)、予想リスクの設定 (3%, 4%, または 5%) を組み合わせた 48 の肺がんスクリーニングについて検討した。

60 歳から 75 歳の 3% 以上の肺がんリスクがある喫煙者に対して単回の低線量 CT で肺がんスクリーニングをすることは、1 QALY (quality adjusted life years, 質調整生存年) あたり 28,000 英ポンド費用がかかった。通常英国で考えられる 1 QALY あたりの閾値は、上限が 30,000 英ポンドと下限が 20,000 英ポンドなので、費用対効果の面からも低線量 CT を実施する意味があるとは言える。しかし、1 QALY あたりの閾値の設定はあくまで恣意的なもので、この結果をどう政策立案に落とし込むかはまた別の課題である¹²⁾。

Ⅳ－３．共同意思決定

表 2 を見て気が付くことは、海外の主要な肺がんスクリーニングのガイドラインのうち、米国胸部外科学会とカナダ予防医療専門委員会を除くすべてのガイドラインで、共同意思決定をスクリーニングの介入の一つとして明記していることである。

共同意思決定 (shared decision making) とは、「入手可能な最良のエビデンスを用いて医療者と患者と一緒に意思決定するアプローチ」である。患者は利用可能なケアの選択肢と起こりうる有益性と害について考えることを促され、自分の好みを医療者へ伝え、自分にとって最適な進め方を選ぶことを支持される。共同意思決定は、患者の自主性と積極的な参加を尊重する (Elwyn, et al. 2010)。

共同意思決定の基盤にあるのは、医療者と患者が対等のパートナーであるべきだという考えで、それ自体は以前から言われていたが、2000 年代の最初の 10 年間に米国、カナダ、英国で医療政策上の提言としてより強調されるようになったことは興味深い。それはこの時代に患者のケアについての意思決定に当事者である患者を適切に含めることの倫理的必要性が認知されてきたことと、そうしたアプローチの有益性を示すエビデンスが蓄積されてきたことによる。こ

12) 費用対効果評価の閾値をめぐる詳しい議論は、井伊・五十嵐・中村 (2019) を参照。

の時期に、治療についてのエビデンスのデータベースが構築され、ようやく臨床の現場で利用可能になってきたこともこの流れを後押しした。

医師の父権主義から脱して患者の権利を尊重しつつ医療の方法を変革しようとする共同意思決定の原則は理解されていたが、実際の診療でそれを行うには具体的なモデルが必要だった。Elwyn et al. (2012) は「3つの会話モデル (The three-talk model)」を提唱し、その後改訂されて、現在は、医療者が支援し目標を尋ね患者が選択について語り共に進める「チームの会話 (Team talk)」, 選択肢の有益性と害を含めて比較吟味して相談する「選択肢の会話 (Option talk)」, 患者にとって最も重要なことを知り必要な情報を十分理解した上で意思決定する「意思決定の会話 (Decision talk)」からなる (Elwyn et al., 2017)。

英国では、National Institute for Health and Care Excellence (NICE) が共同意思決定のガイドライン (NICE, 2021) を作成するほど共同意思決定が重視されている。そのガイドラインには、すべての医療現場で共同意思決定を日常のケアの一部にする方法について、共同意思決定を行うための医療者向けトレーニング、意思決定支援ツールを使用時のリスク・害・有益性についてのコミュニケーションの仕方、そして共同意思決定を保健医療組織の文化と業務にどのように組み込むかについての推奨事項が含まれている。このように教育と連動した改革は有効で、共同意思決定と費用対効果を考慮した適正医療を目指すことを当たり前の文化として浸透させることができる。

Ⅳ－４．英国 NICE の独自の取り組み

英国では、2015 年に National Institute for Health and Care Excellence (NICE) が新しいガイドライン『がんが疑われる場合：発見と紹介 (Suspected cancer: recognition and

referral)』を発表して肺がんのスクリーニングを中止した (スクリーニングの有益性が示されている大腸がん、乳がん、子宮頸がんのスクリーニングは継続して実施している)。このガイドラインには、(1) 小児・青年・成人にわたって現れる様々ながんによって引き起こされる可能性のある症状をもつ患者を発見すること、(2) プライマリ・ケアでの適切な対応をすること、そして (3) 二次医療 (病院) へ紹介するタイミングについての推奨事項が網羅されている¹³⁾。NICE のガイドラインは一般公開されているため、このガイドラインはがんが疑われる場合に医療機関 (プライマリ・ケアと二次医療) でどのようなことが行われるのかを市民が理解することにも役立っている。

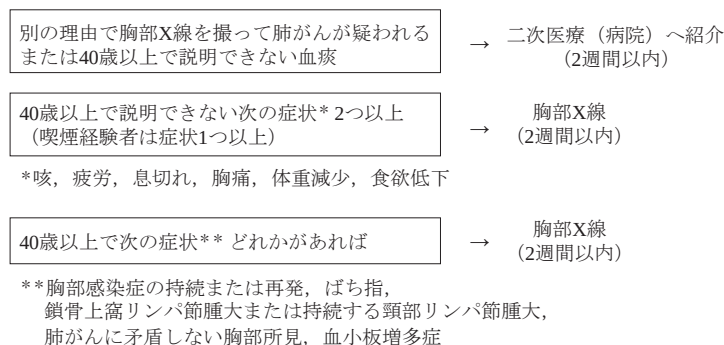
肺がんについては図 1 のような推奨事項が記載されている。

このガイドラインでは、ある閾値を設定し、身体の一部別に様々ながんによって引き起こされる症状のリスクがその閾値を超える場合に、診断のための検査や二次医療への紹介というアクションをとることを推奨している。

陽性適中率 (positive predictive value; PPV) がその閾値として使用されている。PPV とは、ある症状が陽性の人のうち真に疾患を有している人の割合である (例：血痰がある人のうちで肺がん罹患している人の割合が血痰の PPV)。以前のガイドラインではばらばらに設定されていた PPV であるが、5% 未満のものはほとんどなかった。PPV を低く設定すれば、がんの見逃しは減少するが、より多くの患者が検査と二次医療 (病院) へ紹介され、医療費が増加する。真にがんをもたない人の紹介も多くなるので不必要な検査と紹介 (過剰医療) も増える。しかし、PPV を高く設定すれば、検査と二次医療 (病院) への紹介は減り、医療費が減少するが、真にがんをもつ人で必要な検査や紹介がされず (過少医療)、がんの見逃しが増加する。

13) 英国では医療の機能分担が進んでおり、救急などを除き、病院の専門医療 (二次医療と呼ぶ) を使うためには患者が登録する診療所の GP (general practitioner, 家庭医) からの紹介が必要になる。GP がカバーする領域をプライマリ・ケアと呼ぶ (詳しくは VI-1 を参照)。

図1 肺がんが疑われる場合のケアの進め方（NICE）



（出典） NICE を参考に著者作成

どこで線引きするかは難しいが、このガイドライン作成グループは、推奨事項を拡大するための財政的および臨床的コストを検討した上で、PPVを3%に設定したという。

英国ではほとんどの人は最初にGP（general practitioner、家庭医）に相談するため、がんの可能性のある症状をもつ人も通常、その人が登録する家庭医診療所を利用する。その症状とその後の診療経過から診断された疾患（最終診断）を結びつけるプライマリ・ケアの現場からの膨大なデータが蓄積されているので、このガイドラインで要となるPPVが計算できるのである。

この取り組みを実効性のあるものになっている

もう一つの要素は、GPの診療の質である。PPV3%の症状を問診と診察で見つけ出して適切に紹介するGPの機能（gatekeepingと呼ばれる）が標準化されていなければならない。これを可能にしているのはGPを対象とした継続した情報共有と質の高い教育である。コロナ禍で明らかになったように、日本では新型コロナウイルス感染症が疑われる患者が最初にかかりつけ医を受診しても、そこから病院へ紹介される際の症状の閾値は標準化されていない。適切な情報共有と教育の提供は十分ではなかった。紹介の閾値があまりに低ければ、軽症・中等症の患者で病院があふれて真に集中治療が必要な重症患者のケアに支障が出る。

V. 適正医療を推進する海外での取り組み

適正医療を推進する海外での主要な取り組みを表4にまとめた。多くは影響力の強い総合的な臨床医学雑誌と学会が母体となっている。質の高いエビエンスのデータベースを構築しやすい利点がある。

日本でこうした取り組みが継続して浸透していくには、日本の総合的な臨床医学雑誌と学会が、もっと過剰・過少医療に問題意識を持ち、

適正医療を実現するために臨床研究のエビデンスに基づいた医療（Evidence-Based Medicine; EBM）をもっと推進していこうという強い使命感が必要である。それに支えられたプロジェクトチームが組織され、医療者および市民への適切で質の高いEBM教育プログラムが継続して提供されることが望まれる。

表4 適正医療を推進する海外での主要な取り組み

名称	母体	内容	リンク
Too Much Medicine	BMJ	・2002年4月13日号、<i>BMJ</i>で Too Much Medicine 特集号発刊（編集 Dr Richard Smith） ・過剰医療に関する論文シリーズ掲載（慢性閉塞性肺疾患、骨粗鬆症、マンモグラフィー、軽症高血圧、糖尿病前症、妊娠糖尿病、気分の落ち込み、多動性症候群、軽度認知障害、甲状腺癌、慢性腎臓病、肺塞栓、多嚢胞性卵巣症候群） ・デジタル特集サイト Overdiagnosis に関連論文を収載して公開 ・国際学会 Preventing Overdiagnosis をメディア・パートナーとして開催 ・英国家庭医学会 RCGP とともに Better medicine: shared decisions, best evidence キャンペーンを推進	https://www.bmj.com/too-much-medicine
Less is More	American Medical Association	・<i>JAMA Internal Medicine</i>（米国医師会雑誌グループの内科雑誌）のシリーズ ・いかに過剰医療がアウトカムを改善せず、患者に危害を加え、資源を無駄にしているかを示している論文をシリーズで掲載 ・2017年7月から現在まで108論文を掲載	https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more
Right Care	The Lancet	・2017年、英国の <i>The Lancet</i> グループが特集号で Right Care を提唱 ・過剰医療だけでなく過少医療も対象にした ・国連サミットのSDGs（2015）の中心的課題である Universal Health Coverage に焦点を当て、保健医療への至適なアクセスと提供、持続可能性と公平・公正を追究する姿勢が強調されている	https://www.thelancet.com/series/right-care
Choosing Wisely	The ABIM Foundation	・2012年、American Board of Internal Medicine（ABIM; 米国内科専門医試験委員会）が全米の医学会へ呼びかけたのが起源 ・患者と臨床家との間での対話を促進し、エビデンスに基づき、すでに行ったものと重複しない、害のない、本当に必要なケアを患者が選択することを支援する ・各学会が、その領域でよく行われる検査と処置のうち、その必要性について検討すべきもののリストを公表している ・2016年に Choosing Wisely Japan が発足した	https://www.choosingwisely.org
Value Based Health Care	Harvard Business School	・「競争戦略論」の Michael E. Porter 教授（Harvard Business School）らによる医療制度改革・再構築の枠組み。それを実践するためのリソースを提供 ・ここで「価値 value」とは、患者にとって重要なアウトカムとそのアウトカムを達成するための費用と定義される（Porter, 2010） ・患者の健康アウトカムを改善し、暴走する医療費を制御するために重要なアプローチ	https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/

（出典） 著者作成

VI. 患者中心の医療の方法（Patient-Centered Clinical Method）

Ⅵ-1. プライマリ・ヘルス・ケアとプライマリ・ケア

日本での注目度は低かったが、WHO（世界保健機関）と UNICEF（国際連合児童基金）が中心となって、プライマリ・ヘルス・ケア（primary health care; PHC）に関する国際会議を 1978 年 9 月と 2018 年 10 月に開催して、それぞれ開会地の名をつけた「アルマ・アタ宣言」（WHO, 1978）と「アスタナ宣言」（WHO, 2018）が採択された。後者は前者の重要性を再確認するもので、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（universal health coverage; UHC）と持続可能な開発目標（sustainable development goals; SDGs）を達成するために必須のものとして PHC が強調されている。さらに、PHC のプレーヤーの質を担保する専門教育の重要性についても強調されている。PHC の定義は時代とともに進化してきたが、現時点で筆者は表 5 のように定義している（葛西, 2021）。

我が国では米国の影響で、患者個人とその家

族へ個別に提供されるケアとしての意味合いが強いプライマリ・ケア（primary care; PC）という名称の方が使用されることが多い（葛西, 2018）。しかし、英国、デンマーク、オランダなど歴史的に強い PC を持つ国々でも PC の意味するものがここ数十年で拡大してきており、地域住民全体の包括的な健康改善に多職種保健チームが分担して責任をもつモデル、すなわち「アルマ・アタ宣言」「アスタナ宣言」が目指す PHC へと変換してきたことに注目したい（van Weel and Kidd, 2018）。

この良い例が、新型コロナウイルス感染症のパンデミック下で、各国の家庭医診療所が、軽症・中等症患者をケアするだけでなく、公衆衛生機関としても機能して地域での感染サーベイランスとワクチン接種も含めた蔓延防止策の最前線に立っていることである（Noknoy, et al. 2021）。このような事情を考慮して、本論文では PC と PHC は互換性のある言葉として使用している（以下、PC/PHC）。

表 5 プライマリ・ヘルス・ケアの定義

プライマリ・ヘルス・ケアとは、日常よく遭遇する病気と健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用と予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち、家族と地域の実情と効率性（費用対効果）を考慮して提供されるサービスに加えて、地域住民全体の包括的な健康の改善にも多職種保健チームが分担して責任を持つシステムである。

（出典） 葛西, 2021

VI-2. 患者中心の医療の方法

本特集で発表された論文によって、過剰医療と過少医療が大きな問題であることの理解が有識者を中心に進むことが期待される。しかし一方で、ケアの現場での医師の行動が変わらなければ、どんな提言や推奨も「絵に描いた餅」である。

世界の家庭医は、その専門性が確立する過去30年にわたり、目の前の患者・その家族・担当する地域住民全体の健康維持・増進のために最適な方法の開発に試行錯誤してきた。実際に教育が可能であり、患者アウトカムまで含めた評価がされており、継続した改良がされている、現時点でもっとも精緻なアプローチが「患者中心の医療の方法 (Patient-Centered Clinical Method; PCCM)」である (Stewart, et al. 2014; 葛西監訳, 2021)。PC/PHC の専門医である家庭医 (日本では総合診療専門医とも呼ばれる) が、その専門性のコアとして習得すべき方法である。家庭医・総合診療専門医に限らず、PC/

PHC に携わるすべての保健医療専門職の教育にも必要である。

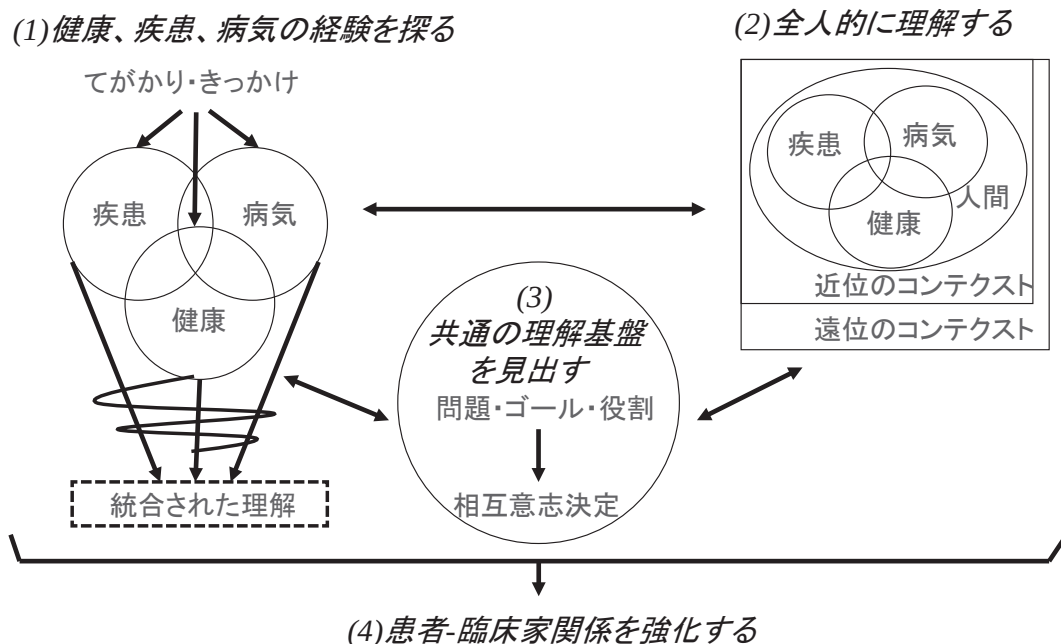
PCCM は過剰医療と過少医療を減らすことだけを目指す方法ではないが、適正医療を増やす日本の医療制度改革への重要な切り札となりうる優れた PC/PHC 専門職育成の基盤である。その整備を医療政策のアジェンダとして優先的に考慮していただきたく、本論文に PCCM の概略についての解説を加えた次第である。

PCCM は相互に作用する 4 つの構成要素からなる (図 2)。

(1) 健康、疾患、病気の経験を探る

ここでは、疾患を探索し、健康と病気についての患者の認識を探る。PC/PHC 専門職は、積極的に患者の世界に入り込もうと努力する。ここで健康とは、患者にとっての健康の意味である。疾患 (disease) とは、病理学的プロセスを説明するために使われるラベルである。最新・最良の科学的根拠 (エビデンス) や診療が

図2 患者中心の医療の方法



(出典) 葛西監訳, 2021 を参考に著者作成

イドラインの批判的吟味を行うことも含まれる。病気（illness）とは、身体あるいは心理的な不具合についてのその患者の個人的経験である。同じ「疾患」を持っていても「病気」はその患者特有のものであり個別の理解が必要になる。どう辛いのかという医療の自覚的側面を重視して、患者の感情（emotion）にも十分配慮する。PC/PHC 専門職は、これら健康、疾患、病気の経験をバランス良く考慮していく。

例えば肺がん検診を受けようか相談にきた人（Aさん）に、家庭医は症状の有無を確認し（症状があればそれに関連した診察をする）、必要に応じて心身の診察を実施し、リスクを評価し（喫煙していれば禁煙についての相談をする）、肺がん検診を受けたい（または受けたくない）理由、以前の検診歴、何か心配していることがないか、医療者に何をしてほしいか（そして何をしてほしいくないか）、検診やもしその後精密検査や治療を受けることになったらAさんと家族の仕事と生活にどんな影響が出るか、などを尋ねていく。

（2）全人的に理解する

人の健康、疾患、病気の経験は、その人を取り巻く様々な要素によって影響を受ける。そのような要素をコンテキスト（context）と呼ぶ。PCCMの第2の構成要素では、患者がもつ健康、疾患、病気の経験を理解し、患者が生きるコンテキストを含めた全人的理解へ統合させていく。

個々の患者が生きる世界のコンテキストに置かれて初めて、臨床の情報は役に立つ知識となる。多くの健康上の問題は、それらについてのコンテキストの中で見ないかぎり完全に理解することはできない。その個人の健康の社会的決定要因（social determinants of health; SDH）を理解することも含まれる。

例えば上記のAさんでは、コンテキストとして次の点を理解したい：子どもの頃からの医療との関わり方、大きなライフイベント、肺がんやがんに罹った家族・親戚がいるか、いた場

合にどんな経験をしたか、現在の家族の状況、仕事と生活の状況、社会との関わり、その他に健康上の心配事がないか、など。必要な時に家族と地域社会からどのような支援が得られるかも重要である。

（3）共通の理解基盤を見出す

この構成要素は、①問題を定義する、②治療のゴールと優先順位を決定する、③患者とPC/PHC 専門職それぞれの役割を同定する、という3つの領域で患者とPC/PHC 専門職が相互に理解・同意する過程である。PCCMの4つの構成要素すべてを統合させていく過程であり、患者にとっての費用対効果を考慮し、過剰医療や過少医療に陥らないようなケアプランを策定していく。患者の利益を最大限優先する「患者にとっての真の代理人」としてのPC/PHC 専門職の能力が発揮される場面である。共同意思決定の要素は、すべてこの構成要素に含まれている。しかしPCCMでは、共同意思決定のみを取り出して実施するのではなく、相互に作用する4つの構成要素を進める過程へ共同意思決定の要素を自然に含むことができるため、患者とPC/PHC 専門職の双方にとって進めやすい。

例えば肺がん検診に関連する次の点について、家庭医はAさんと十分に話し合って意思決定する：Aさんが最も大事にしたいことは何か、問題と感じていることは何か、肺がん検診の選択肢（しない場合も含めて）ごとの有益性と害を理解したか、それぞれについてAさんにとってのメリットとデメリットは何か、肺がん検診を受けて結果が陽性だった場合と陰性だった場合とでその後どうしたいか、Aさんと家族と医療者チームそれぞれがどんな役割を分担するか。

（4）患者-臨床家関係を強化する

従来の医療での患者-医師関係では、（上下関係ではないと言われてきているものの）医師は患者から距離を置く観察者である。一方で、度を越した感情移入は同情疲労（compassion

fatigue) や転移 (transference) ・逆転移 (countertransference) へ至る危険がある。PC/PHC 専門職は、自らを振り返り、同僚と相談しながら洞察を深める過程を並行させながら、同情、思いやり、共感、信頼、力の共有、継続性、恒久性、癒し、そして希望を含む、患者との持続的なパートナーシップを築いていく。

例えばこの家庭医は、A さんまたはその家族をすでに継続してケアしてきているかもしれない。たとえ今回の肺がん検診の相談がこの家庭医への最初の受診であっても、今後も継続して、どのような問題でも、本人だけでなく家族の健康問題についても相談していけることを家

庭医は保証していく。現在のコロナ禍であれば、それについての心配や症状への対処法、ワクチン接種の情報なども必要に応じて提供していく。

PCCM は、患者満足度、治療アドヒアランス、患者の心配、健康自己評価、高血圧・糖尿病の検査値、うつ病患者の良好なアウトカムなどの指標を改善する有益性が臨床研究で示されている (葛西監訳, 2021, pp. 368-387)。気になる経済的効果については、PCCM はより少ない診断検査の使用と専門医への紹介と関連しており、家庭医の診療の質の高さが医療費の減少と関連していることも臨床研究で示されている (葛西監訳, 2021, pp. 364-366)。

VII. まとめ・提言

標準的ながん検診のあり方に関しては、国も問題意識をもち様々な検討会を行なってきた。例えば、2012 (平成 24) 年には、厚生労働省内に「がん検診のあり方に関する検討会」が設置された。「国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行うとともに、受診率向上施策について、これまでの施策の効果を検証した上で、より効率的・効果的な施策等を検討すること」を趣旨とする検討会である (厚生労働省, 2012)。2020 (令和 2) 年には、議論の中間整理としてまとめられている (厚生労働省, 2020)¹⁴⁾。健診全般に関しては、2015 (平成 27) 年に、健康診査等専門委員会が設置され、2019 (令和元) 年には報告書が出ている (厚生労働省, 2019)。

しかし、こうした報告書は、厚生労働省など

のウェブサイトから原則的には自由に誰でもアクセスできるが、存在すら知らない人が多いことが残念である。一部は学術論文として出版されているかもしれないが、その他は通常の学術論文検索で探し出すことは困難である。経験を積んだ研究者が本論文執筆のために検索した場合でも、がん検診に関連するすべての報告書を探し出せてはいないだろう。一般の人たち (医療者も含む) がアクセスしやすい対がん協会や国立がん研究センターのサイトや、ガイドラインなどにもこうした報告書の情報が反映されているようには見えない。報告書で検討されたことが、例えば共同意思決定の過程で患者と医療者に利用されることを想定して、情報提供の方法をもっと使い勝手が良くなるように見直してほしい。

14) この中間整理の p.4 には、肺がん検診における推奨グレード I (現時点では、死亡率減少という利益が明らかにされておらず、検査の偽陽性や偶発症、過剰診断等の不利益が、利益を上回る可能性が否定できないもの) として低線量 CT が挙げられている。この推奨グレードの判断の根拠は、2006 (平成 18) 年度の厚生労働省がん研究助成金がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」のようである (根拠の対象となる文献は 2005 年 7 月までのもの)。遡ること 15 年前かそれより古いエビデンスを元にした中間整理ということになる。

さらに、提供される情報はできるだけ最新最良のものであってほしい。脚注14に記載したように、「中間整理」で参考にする最も新しいデータが15年前の文献というのは、今、その検診（この場合低線量CT）をするかしないかの相談で参考にするには古すぎるだろう。ちなみに、肺がん検診・スクリーニングの国際比較の項（IV-1）に記載したように肺がんスクリーニングについて現時点で最新のガイドラインは2021年に発表されている。そのうち ACCP のガイドラインを作るための分析に採用されたエビデンスは、メタアナリシスに含められた10件のRCTからのものである。その中で一番古いものの発表年が2007年、それ以外の9件は2011年から2020年のものである。USPSTF のガイドラインでは26の論文に発表されたエビデンスを分析しているが、それらの発表年は2004年から2020年にわたり、2005年以前のは2編だけである。日本で2020年に発表された中間整理がすべて2005年以前のものであるのと比較してあまりにも差がありすぎないだろうか。できるだけタイムリーに臨床研究のエビデンスを評価して共同意思決定の現場で使いやすいように提供するためには国家的プロジェクトが必要である。そうしたデータベースが整備され利用可能になってはじめて、医療および医療政策でのよりエビデンスに基づいた議論が日本でも可能になってくる。ケアの現場で陥りやすい過剰・過少医療を減らすために必要な情報インフラと言える。

費用対効果の計測に関しても、縄田・井伊・葛西（2022）で考察したように、日本では、健診・検診の経費はいろいろな予算に溶け込んでおり、全国レベルでの費用の把握は難しく、がん検診の有効性の評価や経済的評価を行うことは困難である。そもそも健診情報も主体がばらばらで、情報の適切な共有が図られてこなかった。2021年の法改正でようやく保険者が事業

所の健診等の情報を集めることは可能になった。全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律である（厚生労働省、2021）。こうした情報を統合し、より正確な健診・検診の評価が行われることを期待したい。

ケアの現場で陥りやすい過剰医療と過少医療を減らす取り組みは、我が国でも相当の財政効果が見込める。その取り組みを推進するためには、エビデンスに基づいて費用対効果を考慮に入れたEBM診療が実践できる教育の提供、診療ガイドラインのタイムリーな公開と医学医療情報への良好なアクセスを保証するデータベースの整備、そして患者中心の医療の方法を理解し実践できる家庭医・総合診療専門医とプライマリ・ケア/プライマリ・ヘルス・ケア（PC/PHC）専門職の育成が急務である。PC/PHCの質を高めるために、PC/PHCの現場からのデータを用いて診療上の疑問に答えを出す臨床研究の振興も重要である。これらを総合的に進めることで医療の質を保ちつつ医療費適正化を試みる方向性は、世界の多くの国々が目指してきた医療政策の方向性である（van Weel and Kassai, 2017; Kassai, et al. 2020; Noknøy, et al. 2021¹⁵⁾）。

15) これに関する欧米のPC/PHC先進国からの報告は以前から多くあるが、最近アジア太平洋諸国からの報告も発表されたので参考文献とした。

参 考 文 献

- 井伊雅子・五十嵐中・中村良太 (2019)『新医療経済学：医療の費用と効果を考える』日本評論社, pp. 79-83
- 葛西龍樹 (2018)「プライマリ・ヘルス・ケアとプライマリ・ケア 家庭医・総合診療医の視点」『国際保健医療』第33巻第2号, pp. 79-92
- 葛西龍樹 (2021)「質の高いプライマリ・ヘルス・ケア専門職の育成を急げ」『健康保険』第75巻第8号, pp. 14-19
- 葛西龍樹 (監訳) (2021)『患者中心の医療の方法 原書第3版』羊土社
- 厚生労働省 (2010) 平成21年度厚生労働省がん検診受診向上指導事業がん検診受診向上アドバイザリーパネル委員会「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック」
〈https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000059965_1.pdf〉
- 厚生労働省 (2012)「がん検診のあり方に関する検討会」〈https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128563.html〉
- 厚生労働省 (2013)「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」
〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000838645.pdf>〉
- 厚生労働省 (2016)「がん検診の現状」
〈<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000127253.pdf>〉
- 厚生労働省 (2019) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 健康診査等専門委員会 報告書 〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000859916.pdf>〉
- 厚生労働省 (2020)「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 (令和元年度版) 〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000816469.pdf>〉
- 厚生労働省 (2021)「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の成立について, p. 2 第143回社会保障審議会医療保険部会資料1 2021年6月25日 〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000797412.pdf>〉
- 厚生労働省 e-ヘルスネット「健診」
〈<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/metabolic/ym-093.html>〉
- 日本医療機能評価機構「Minds ガイドライブラリ」
〈<https://minds.jcqhc.or.jp/>〉
- 日本対がん協会「肺がん検診について」
〈https://www.jcancer.jp/about_cancer_and_checkup/各種の検診について/肺がん検診について〉
- The ABIM Foundation (2020), “Choosing Wisely: Promoting conversations between patients and clinicians”, 〈<https://www.choosingwisely.org/>〉
- American Medical Association (2020), “Less is More”, *JAMA Network*, 〈<https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>〉
- The BMJ (2022), “Too Much Medicine”
〈<https://www.bmj.com/too-much-medicine>〉
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (2016), “Lung Cancer (2016)” 〈<https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/lung-cancer/>〉
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P. and Thomson, R. (2010), “Implementing shared decision making in the NHS”, *BMJ*, Vol. 341, c5146, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Wiliams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. et al.

- (2012), “Shared decision making: a model for clinical practice”, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27 No. 10, pp. 1361-7
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z. et al. (2017), “A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process”, *BMJ*, Vol. 359, j4891, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Ford, A.C., Yuan Y., Forman, D. Hunt, R., and Moayyedi, P. (2020), “Helicobacter pylori eradication for the prevention of gastric neoplasia”, *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 7 No. 7 CD005583, doi: 10.1002/14651858.CD005583.pub3.
- Illich, I. (1976), *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health (English Edition)*, Marion Boyars
- Jaklitsch, M.T., Jacobson, F.L., Austin, J.H.M., Field, J.K., Jett, J.R., Keshavjee, S., et al. (2012), “The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups”, *J Thorac Cardiovasc Surg.*, Vol. 144 No. 1, pp. 33-38, doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.05.060.
- Johns Hopkins Medicine, “Screening Tests for Common Disease”
〈<https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/screening-tests-for-common-diseases>〉
- Jonas, D.E., Reuland, D.S., Reddy, S.M., Nagle, M., Clark, S.D., Weber, R.P., et al. (2021), “Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: Update evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force”, *JAMA*, Vol. 325 No. 10, pp. 971-987 doi: 10.1001/jama.2021.0377
- Kassai, R., van Weel, C., Flegg, K., Tong, S. F., Han, T.M., Noknoy, S, et al. (2020), “Priorities for primary health care policy implementation: recommendations from the combined experience of six contries in the Asia-Pacific”, *Australian Journal of Primary Health*, <https://doi.org/10.1071/PY19194>
- Krist, A.H., Davidson, K.W., Mangione, C.M., Barry, M.J., Cabana, M., Caughey, A.B., et al. (2021), “Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement”, *JAMA*, Vol. 325 No. 10, pp. 962-970 doi: 10.1001/jama.2021.1117
- The Lancet (2017), “Right Care Series”, *Lancet* 〈<https://www.thelancet.com/series/right-care>〉
- Manser, R., Lethaby, A., Irving, L.B., Stone, C., Byrnes, G., Abramson, M.J., et al. (2013), “Screening for lung cancer”, *Cochrane Database Syst Rev.*, Vol. 2013 No. 6 CD001991, doi: 10.1002/14651858.CD001991.pub3.
- Mazzone, P.J., Silvestri, G.A., Souter, L.H., Caverly, T.J., Kanne, J.P., Katki, H.A., et al. (2021), “Screening for Lung Cancer: CHEST Guideline and Expert Panel Report”, *Chest*, Vol. 160 No. 5, pp. e427-e494, doi: 10.1016/j.chest.2021.06.063. Epub 2021 Jul 13.
- Meza, R., Jeon, J., Toumazis, I., ten Haaf, K., Cao, P., Bastani, M., et al. (2021), “Evaluation of the benefits and harms of lung cancer screening with low-dose computed tomography: Modeling study for the US Preventive Services Task Force”, *JAMA*, Vol. 325 No. 10, pp. 988-997 doi: 10.1001/jama.2021.1077
- National Institute for Health and Care Excellence (2015; last updated January 2021), “NICE guideline [NG12] Suspected cancer: recognition and referral”
〈<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>〉
- National Institute for Health and Care Excellence (2021), “NICE guideline [NG197] Shared decision making”
〈<https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>〉

- NHS, "NHS screening"
 〈<https://www.nhs.uk/conditions/nhs-screening/>〉
- Noknoy, S., Kassai, R., Sharma, N., Nicodemus, L., Canhoto, C. and Goodyear-Smith, F. (2021), "Integrating public health and primary care: the response of six Asia-Pacific countries to the COVID-19 pandemic", *Br J Gen Pract*, Vol. 71 No. 708, pp. 326-329, doi: 10.3399/bjgp21X716417
- Porter, M.E. (2010), "What is value in health care?", *N Engl J Med*, Vol. 363 No. 26, pp. 2477-2481
- Powers, B.W., Jain, S.H., and Shrank, W.H. (2020), "De-adopting Low-Value Care: Evidence, Eminence, and Economics", *JAMA*, Vol. 324 No. 16, pp. 1603-1604, doi: 10.1001/jama.2020.17534
- Shrank, W.H., Rogstad, T.L., and Parekh, N. (2019), "Waste in the US Health Care System", *JAMA*, Vol. 322 No. 15 pp. 1501-1509, doi: 10.1001/jama.2019.13978
- Snowsill, T., Yang, H., Griffin, E., Long, L., Varley-Campbell, J., Coelho, H., et al. (2018), "Low-dose computed tomography for lung cancer screening in high-risk populations: a systematic review and economic evaluation", *Health Technol Assess*, Vol. 22 No. 69, doi: 10.3310/hta22690
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., and Freeman, T.R. (2014), *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, 3rd ed., CRC Press
- van Weel, C. and Kassai, R. (2017) "Expanding primary care in South and East Asia", *BMJ*, Vol. 356, j634, doi: 10.1136/bmj.j634
- van Weel, C. and Kidd, M.R. (2018) "Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage", *CMAJ*, Vol. 190, E463-6, doi: 10.1503/cmaj.170784
- Wald, N.J. (1994), "Guidance of terminology", *J Med Screening*, Vol. 1 No. 1, p. 76
- Wald, N.J. (2001), "The definition of screening", *J Med Screen*, Vol. 8 No. 1, p. 1
- Wald, N. and Law, M. (2020), "Medical screening", in Firth, J., Conlon, C., Cox, T. (ed), *Oxford Textbook of Medicine*, 6th ed., doi: 10.1093/med/9780198746690.003.0018
- Wender, R., Fontham, E.T.H., Barrera, E., Jr, Colditz, G.A., Church, T.R., Ettinger, D.S., et al. (2013), "American Cancer Society Lung Cancer Screening Guidelines", *CA Cancer J Clin*, Vol. 63 No. 2, pp. 107-117, doi: 10.3322/caac.21172
- Wood, D.E., Kazerooni, E.A., Aberle, D., Berman, A., Brown, L.M., Eapen, G.A., et al. (2021), "Lung Cancer Screening, Version 1.2022", in National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (ed), *Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)*. 〈https://www.nccn.org/guidelines/category_1〉
- World Health Organization (1978), "Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978" 〈http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf〉
- World Health Organization (2018), "Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018" 〈<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>〉