

■ 巻頭言

2014年に患者中心の検査について考える

西村重敬

埼玉医科大学国際医療センター 心臓内科

2014年のマルチモダリティ時代に、患者中心の検査について考えてみます。わが国の医療体制は、国民・患者と保険者・政府と医療機関が三角形の頂点に位置するような関係で構成されています。国民が診療を受けた際には、保険者・政府が、国民からの保険料・税金を医療機関へ支払ようになっていきます（図1）。保険料・税金は医療費の7割を負担しています。医療に多様な意見がでるのは、この三者間の利害が対立することも一因です。

本邦の体制では、公平性が重視され、それらはアクセス（利用）の公平、負担の公平、給付（医療サービス）の公平、です。本学会員は、診療を行い、支払を受ける医療機関に属しています。それでは、われわれの提供している医療サービスの公平性は、担保かつ検証されているのでしょうか。現状では、診療の質の評価はなされていないと言わざるを得ません。同一の疾患であれば、同様の診療が受けられるような「診療の標準化」も不十分です。負担側、支払い側は、受けている診療内容を「標準」と比較して評価ができなければ、負担・費用に同意しにくくなります。このような状況は、「情報の非対称性」と呼ばれています。その非対称性を少しでも解消するためには、「標準」が必要となります。

診療の標準化にはガイドラインの果たす役割は大きく、異なる国・地域、学会でEBMに基づき作成・公開されています。内容には、根拠、アウトカム、実行性等を重視する立場による差異があり、医療が国営化されている英国では、国策として適切とする診療が明示されています。

そこで、心臓核医学領域で最も数多く行われている、

虚血性心疾患例・疑い例への心筋血流シンチを例に、患者中心の検査を考えてみます。医師は、検査を選択する前に、検査前有病率、その目的（得たい情報）、方法、安全性、検査に要する時間と身体的負担、費用等を考慮します。検査目的に応じて、診断、重症度、リスク評価、治療方針決定に有用な臨床情報を、エビデンスに基づいて、得ることができます。放射線被曝量減少のために、負荷像のみの検査を行うような多様なプロトコルを選べ、運動不可能例では薬剤負荷の選択肢がある利点を有します。検査の特性として、診断精度が妥当であり、定量化、再現性においても優れています。安全性では、造影剤にくらべて副作用発症リスクが低く、腎障害例にも可能である点が適応を広げています。患者の安全性における重要な有効性は、心筋虚血の誘発されなかった例では、その後の検査・治療によるリスクを回避できることです。CAGのみの評価では、不要なPCIのリスクと随伴するDES再閉塞リスク（0%ではない）、抗血小板副作用リスクを負わせてしまう例を増加させるからです。患者中心の検査では、安全性というアウトカムも重視されるべきです。このように考えると、心筋血流シンチは、ガイドライン推奨度はclass I、IIaかつエビデンスレベルBで、標準的検査であることが理解できます。

昨今、臨床研究における利益相反が問題となっています。利益相反は、定義においても法律から倫理レベルまであり、むずかしい課題です。前述した不要なPCIも利益相反との解釈もできます。診療に「情報の非対称性」が存在するために、患者、医師、医療機関の間でさまざまな利益相反が起きています。この課題の解決には、医師のモラルに頼るのではなく、「標準診療を行うことが、患者、医師、支払い側の三者にとって望ましい制度となる改革」を、中長期的に目指すべきではないかと考えています。一方で、ただちにできるのは、標準的診療を担うバランスのとれた総合循環器医を育成するための教育、臨床研修を充実させることです。これは、学会の責務であり本学会も努力を重ねています。今後とも、会員の御協力をお願い申し上げます。

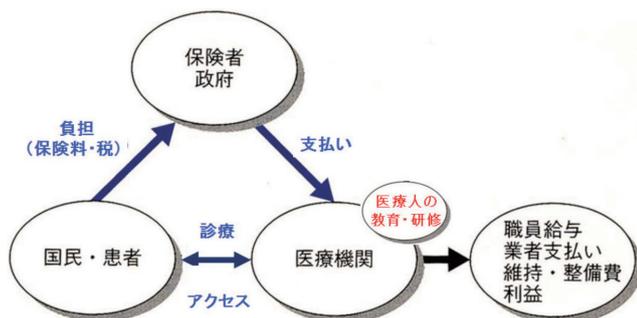


図1 本邦の医療体制