

CHOOSING  
WISELY  
JAPAN

2024 No 18

# Newsletter



## Contents

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 要旨                              | 1 |
| Highlight                       | 1 |
| レクチャー 1 患者のための医療                | 2 |
| ■ 自己紹介 (Box 2)                  | 2 |
| ■ CW と High Value Care (Box 3)  | 2 |
| ■ Low Value Care (Box 4)        | 3 |
| ■ 「総合診療 ○×クイズ 110 問」を編集 (Box 5) | 3 |

|                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| レクチャー 2 大学の卒前教育における総合教育と Choosing Wisely について       | 3 |
| ■ 自己紹介 (Box 7)                                      | 3 |
| ■ 医学教育モデル・コア・カリキュラム (Box 8)                         | 4 |
| ■ 「診断と治療」誌「Choosing Wisely 内科医の賢明な選択とは」を編集 (Box 10) | 5 |
| □ 討論「提言：日本の Choosing Wisely, こうして進めよう」              | 5 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| ■ 特集号編集で留意したこと                             | 5  |
| ■ 提言 1 医学教育の中に CW の考え方を組み込もう               | 5  |
| ■ 提言 2 地域臨床実習で CW の考え方を教え、学ぶ               | 6  |
| ■ 提言 3 指導医へも CW, High Value Care の考え方を広めよう | 8  |
| ■ 我が国での CW を振り返る                           | 8  |
| ■ 提言 4 指導医、研修医の教育だけでなく、患者も賢くなるべき           | 9  |
| ■ 提言 5 医療者はコミュニケーション能力を涵養しよう (Box 15)      | 10 |



## 提言：日本の Choosing Wisely, こうして進めよう

本稿は、2024 年 10 月 6 日に開催された第 10 回 Choosing Wisely Japan オンライン・レクチャーの記録です  
**ご出席：山中克郎先生（諏訪中央病院）、鋪野紀好先生（千葉大学）、**  
**司会：小泉俊三先生（Choosing Wisely Japan 代表）**

### 要旨

山中先生は医学書院「総合診療」誌 2023 年 10 月号、鋪野先生は診断と治療社「診断と治療」誌 2024 年 4 月号で、特集企画として Choosing Wisely を取り上げた。Choosing Wisely キャンペーンが米国で立ち上げられてから 10 年以上が経過した。日本で「賢明な選択 (Choosing Wisely)」を進めていく上で何が必要か、講師の先生方にホンネで語っていただいた。山中先生は、「患者のための医療」と題して講演し、Choosing Wisely と MKSAP の High Value Care の考え方の類似を指摘し、医師への教育に有用であると述べた。鋪野先生は、「大学の卒前教育における総合教育と Choosing Wisely について」と題して講演し、医学教育モデル・コア・カリキュラムを紹介して、医学教育で、学習目標に沿いながら、学生時代から習得することの重要性を指摘した。そして、日本の Choosing Wisely をこうして進めようとの討論が行われ、以下の提言がなされた。

- 提言 1：医学教育の中に CW の考え方を組み込もう
- 提言 2：地域臨床実習で CW の考え方を教え、学ぶ
- 提言 3：指導医へも CW, High Value Care の考え方を広めよう
- 提言 4：指導医、研修医の教育だけでなく、患者も賢くなるべき
- 提言 5：医療者はコミュニケーション能力を涵養しよう

### Highlight

Recommendation for Choosing Wisely Campaign in Japan

Dr. Yamanaka and Dr. Shikino discussed Choosing Wisely (CW) in the October 2023 issue of Igaku Shoin's "General Medicine" and April 2024 issue of "Diagnosis and Therapy", respectively, as a special feature project. The CW Japan asked the lecturers and the participants to speak frankly about what is needed to promote CW in Japan. Dr. Yamanaka gave a lecture titled "Medicine for Patients," pointing out the similarity between CW and the MKSAP concept of High Value Care, which he said is useful for educating physicians. Dr. Shikino gave a lecture titled "Comprehensive Education and Choosing Wisely in Undergraduate Education at Universities," introducing the Model Core Curriculum for Medical Education and pointing out the importance of early exposure during the student years while following learning objectives in medical education. The CW Japan then discussed how to promote CW in Japan, and advocated the following recommendations.

## Recommendations

- 1: Incorporate the concept of CW into medical education.
- 2: Teach and learn the concept of CW in community clinical practice.
- 3: Spread the concept of CW and High Value Care to medical advisors.
- 4: Not only should supervisors and residents be educated, but patients should deliberate the medical service which they receive as well for their own wellbeing.
- 5: Medical professionals should cultivate communication skills for their day-to-day practice.

**北澤：**Choosing Wisely Japan（以下、CWJ）の事務局の北澤と申します。今日は、今後のCWJの活動をどうやって広めていったらいいかを改めて考えることがテーマです。最近、医学雑誌でCWを取り上げてくださった山中克郎先生、鋪野紀好先生にご参加いただいて、特集を組まれた経緯や反響をお話していただけるのではないかと思います。後半は皆様と自由に討論する形にしたいと思っております。

**小泉：**CWJ代表の小泉でございます。今日はお二人の講師の先生にご参加をいただき、特に日本でCWキャンペーンの活動を広げるために何かいい工夫があれば教えていただきたいというようなことも含めて企画させていただきました。諏訪中央病院の山中先生と千葉大学総合診療科の鋪野先生にご講演をいただき、後半は少し時間をとってお二人にいろいろご質問を投げかける形で自由なディスカッションができればと思っております。山中先生は去年（2023年）の10月に医学書院の「総合診療」に特集を組んでいただきました。鋪野先生には今年（2024年）の4月に「診断と治療」に特集を組んでいただきました。特集を組んでいただけたということは、世の中で問題意識が盛り上がり始めているのかなという気もしております。CWキャンペーンが日本に最初に紹介されてから暫くの間は、CWというキーワードが医療関係の皆さんの間で話題になった時期もありましたが、最近は少し静かになってしまったような懸念も感じておりまして、そういうことも含めて、二人の先生のお話を聞ければと思っております。

それでは山中先生からお願いできますでしょうか？

### レクチャー 1 患者のための医療

**山中克郎**（諏訪中央病院）

**山中：**皆さん、日曜日のお忙しい中お集まりいただきありがとうございます。私は諏訪中央病院で働いています。

病院は標高800mの長野県茅野市にあります。高原ですが、今年の夏は猛暑でした。やっと秋になり本当に楽しみな季節になりました。

Box 1は夏休みに88歳の母をオランダまで迎えに行った時の写真です。妹夫婦が最近オランダに転勤となりました。母は腰が曲がり杖をつきながら歩くのですが、母が「死ぬ前にオランダに行きたい」と言い出したのです。妹の夫が日本への出張の帰りに母をオランダに連れていってくれ、3か月間滞在しておりました。「帰りは、おまえが迎えに来い」と言われたので、夏休みを取って迎えに行きました。オランダは大変きれいな国で、高齢者にも優しいです。母が杖をつきながら路面電車に乗り込むと三人の乗客がさっと席を立ち譲ってくれます。弱者に対して優しい国だなと感激しました。



### ■ 自己紹介 (Box 2)

私は、血液内科医として名古屋で働き、HIV診療も行っていました。その後、総合診療の領域に入り藤田医科大学を中心に活動しました。救急と病棟診療、さらに集中治療が大切だと思い医療チームを作りました。55歳になった時に、地域で医療がしたくなり、長野県や福島県で地域医療に携わりました。定年になったので、今年から長野県に戻って地域医療を続けております。

#### Box 2

血液内科  
→ HIV 診療  
→ 総合診療  
(救急+病棟診療+集中治療)  
→ 地域医療 (長野、福島)

### ■ CW と High Value Care (Box 3)

CWは大変素晴らしいキャンペーンだと思います。米国内科学会のMKSAP(American College of Physiciansが発行する、自己学習用の内科学テキストと問題集)が好きで勉強しています。MKSAPのテキストにHigh Value Careという言葉がありました。それがCWと非常によく似たコンセプトだなと思いました。Box 3をご覧ください。

## Box 3

## High Value Care

- 静脈血栓の可能性が低い患者に高感度 D-dimer を調べる：低コスト，陰性的中率が高い
- インフルエンザワクチン：低コスト，発症や重症化を防ぐ
- 良性発作性頭位めまい症患者への Dix-Hallpike テスト：低コスト，害を与えずに正確な診断ができる
- 不眠患者への認知行動療法：中程度のコスト，薬剤の副作用はなく有効
- 傷口への湿潤療法：創傷治癒を促進

例えば，High Value Care とされるのが，

- 静脈血栓の可能性が低い患者に高感度 D-dimer を調べる：低コスト，陰性的中率が高い
- インフルエンザワクチン：低コスト，発症や重症化を防ぐ
- 良性発作性頭位めまい症患者への Dix-Hallpike テスト：低コスト，害を与えずに正確な診断ができる
- 不眠患者への認知行動療法：中程度のコスト，薬剤の副作用はなく有効
- 傷口への湿潤療法：創傷治癒を促進

#### ■ Low Value Care (Box 4)

一方，Low Value Care というのもありまして，

- 失神患者への頸動脈エコー：中程度のコスト，診断的価値が低い
- 心疾患や肺疾患がない患者に胸部レントゲン撮影を行う：中程度のコストだが，専門医へのコンサルトや CT 検査で不必要なコストがかかる．臨床上的転機は変わらず
- Red Flag（発熱，原因不明の体重減少，失禁）のない腰痛患者への画像検査：中程度のコスト，診断的価値が低い

## Box 4

## Low Value Care

- 失神患者への頸動脈エコー：中程度のコスト，診断的価値が低い
- 心疾患や肺疾患がない患者に胸部レントゲン撮影を行う：中程度のコストだが，専門医へのコンサルトや CT 検査で不必要なコストがかかる．臨床上的転機は変わらず
- Red Flag（発熱，原因不明の体重減少，失禁）のない腰痛患者への画像検査：中程度のコスト，診断的価値が低い

#### ■「総合診療 OXクイズ 110 問」を編集 (Box 5)

山中：CW と High Value Care を若い先生方に効率的に学んでいただくために 2023 年 10 月に医学書院の『総合診療』という雑誌で「総合診療 OXクイズ 110 問」という企画をさせていただきました。

## Box 6

医学書院  
Journal of  
Generalist  
Medicine

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療

10

2023  
Vol.33  
No.10

編集  
山中克郎

OXクイズ  
110問!

日常診療アップグレード

Choosing Wiselyと  
High Value Careを学ぼう

小泉：アムステルダムの写真が出てきました (Box 6)。実は CW が国際化した時に最初にヨーロッパで円卓会議 (ラウンドテーブル) が開かれましたが，その会議が開かれた街も偶然ですがアムステルダムでした。確かにフランスやドイツと比べると比較的小さな国ですが学術的な面でもかなりヨーロッパ全体をリードするような位置にある国柄だと思います。

山中：そうですね。日本のように資源が少ない国です。そのため，いろいろな国と貿易をしたり交流しないと発展できません。日本と共通した認識がありますね。

小泉：江戸時代，鎖国していてもオランダだけは例外で貿易ができていましたが，国際的な広がり の 起 点 としては大変重要な都会のような気がします。

引き続きいて鋪野先生にお願いしていいでしょうか？

#### レクチャー 2 大学の卒前教育における総合教育と Choosing Wisely について

##### 鋪野 紀好

千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学

千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任准教授

鋪野：この度はこのような貴重な場でお話しさせていただくことになりまして，誠にありがとうございます。私は現職としましては総合診療をしつつ医学部の方で地域医療教育を中心に行っています。その中で大学として卒前教育から総合医の養成と，特にこの CW という考え方の啓発が非常に重要であると認識しています。自分がそれ考えるようになったきっかけや，なぜそういう着想になったかというところをご説明させていただければと思います。

#### ■ 自己紹介 (Box 7)

千葉大学医学部後に千葉市立青葉病院で，臨床研修をしました。そこでは内科のローテーションが細切れでな

く「総合内科」というくくりで臓器横断的に連続した内科研修できることが魅力で、トレーニングをさせていたいただきました。研修医自身が主体的に動いてやれるところまでまずやらせていただいて、その後、指導医にコンサルトするというようなトレーニングをさせていただいておりました。そこでの2年間のトレーニング後、もともと、学生時代から総合診療の方に興味がありまして、母校の千葉大学で生坂政臣教授（当時）が総合診療科を立ち上げましたので入局をしました。

そこでのトレーニング内容を少し紹介させていただきたいのですが、私は医師3年目に入った時に、一番びっくりしたのは3年目の医師は検査をオーダーすることはできないというルールが敷かれていたことです。それは医師育成という観点でやられていたのですが、どういうことかという、病歴と身体診察という医師としてエッセンシャルな能力をトレーニングすることを主体として、そういったルールが敷かれていて、そこから始まるわけです。自分の今まで2年間培ってきた能力で太刀打ちできなくてショックを受けました。そのようなトレーニングを受けていましたが、年次が高くなるにつれて、なぜそういうのが大事か徐々に理解してきました。

私は、「日本の高価値医療」（徳田安春編集、カイ書林、2019）という書籍を見る機会がありました。それはHigh Value Careを取り上げていました。

<http://kai-shorin.co.jp/product/consortium009.html>

そこでHigh Value Careという概念や逆にLow Value Careという概念があるというのを認識したときに、自分のこのトレーニングを受けてきたところに立ち返りました。例えば、医療面接におけるラポール形成ですとか詳細な病歴聴取、認知行動療法、患者教育というのがこのHigh Value Careという中にこう位置づけられていることを知りました。もしかしたら自分がこうトレーニングしているのはこういうことなのかなと実感し、認識を深めたという記憶があります。

**Box 7** 大学の卒前教育における総合診療とChoosing Wiselyについて

**経歴**

2008年4月～千葉市立青葉病院 臨床研修医

2010年4月～千葉大学医学部附属病院 総合診療科 シニアレジデント

2011年4月～千葉大学医学部附属病院 総合診療科 医員

2013年4月～千葉大学医学部附属病院 総合医療教育研修センター 特任助教

2021年4月～文部科学省 高等教育局 医学教育課 技術参事（2023年3月まで）

2022年4月～千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学 特任准教授（現職）

**<学歴>**

2008年3月 千葉大学医学部医学科卒業（MD）

2015年3月 千葉大学大学院医学薬学府 博士課程修了（PhD）

2020年8月 ミマサチューセッツ総合病院 医療者教育学 修士課程修了（MHPE）

**<専門医等>**

総合内科専門医、総合診療特任指導医、病院総合診療特任指導医、プライマリケア認定医・指導医 FACP（米国内科学会フェロー）、医学教育専門家

**Box 7** 大学の卒前教育における総合診療とChoosing Wiselyについて

**鋪野 紀好**  
Kiyoshi Shikino, MD, MHPE, PhD

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム (Box 8)

その後、文科省の技術参事として働かせていただくことがありまして、医学教育モデル・コア・カリキュラムという、卒前教育で各大学のカリキュラムがここに則って2/3はこれに沿ったものにしようというルールのもとになっているものがあります。これは7年に一

回改訂があるのですが、その改定メンバーに加えていただけることになりました。そこで一つ大きく、新しく取り上げられたのがBox 8の赤字で、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」というところが、今回新しく加えられました。

**Box 8** 大学の卒前教育における総合診療とChoosing Wiselyについて

**医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）概要**

- 各大学が決定する「カリキュラム」のうち、各大学で共通、互に認め合うコアの部分を抽出し、「モデル」として体系的に整理したもの。
- 初回は平成13年3月に策定。医療を取り巻く環境変化に伴い改訂（平成19年度、22年度、28年度）。
- 学生が卒業時までに身に付けておくべき基礎的・実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学習目標を明確化。
- 学生の学習時間数に医学・3分の2程度、歯学・6割程度を目安としたもの（現行は各大学の特色あるカリキュラムを反映）。

「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」

人口減少地域の増加  
高齢化率の上昇  
新興感染症・災害リスクの増大  
新技術・新技術の台頭

「医師/歯科医師に求められる基本的な能力」を共通化（※赤字は新設）

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| PR. プラティファクトリズム     | IT. 情報・科学技術の活用能力   |
| GE. 総合的に患者・生活者をみる姿勢 | CS. 患者ケアのための診療技能   |
| LL. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢   | CM. コミュニケーション能力    |
| RE. 科学的探究           | IP. 多職種連携能力        |
| PS. 専門知識に基づいた問題解決能力 | SO. 社会における医療の役割の理解 |

文部科学省、医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）

その中での学習目標を一部紹介させていただきます。この総合的に患者・生活者をみる姿勢は、「患者を抱える問題を臓器横断的にとらえた上で、心理社会的背景も踏まえ、ニーズに応じて柔軟に自身の専門領域にとどまらず診療を行い、個人と社会のウェルビーイングを実現する」というものがあります（Box 9）。この大きな目標がある中に、この全人的な視点とアプローチ、地域の視点とアプローチ、人生の視点とアプローチ、社会の視点とアプローチというものが出てきたという形になってきます。ここで再度認識したのが特に全人的な視点、地域の視点、医療資源とかも含めてですけども、非常に現在重要視されていることです。

**Box 9** 大学の卒前教育における総合診療とChoosing Wiselyについて

**総合的に患者・生活者をみる姿勢**

**GE：総合的に患者・生活者をみる姿勢**

患者の抱える問題を臓器横断的に捉えた上で、心理社会的背景も踏まえ、ニーズに応じて柔軟に自身の専門領域にとどまらずに診療を行い、個人と社会のウェルビーイングを実現する。

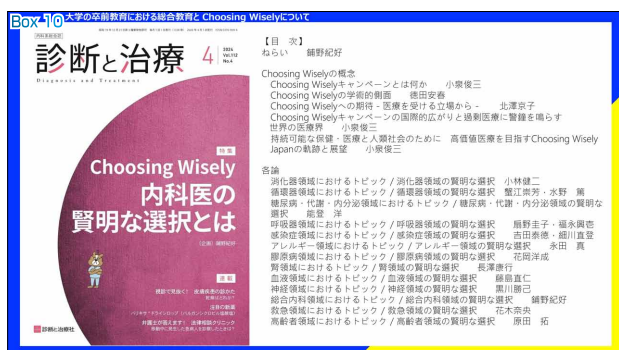
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>GE-01:</b><br/>全人的な視点とアプローチ</p> <p>患者の抱える問題を臓器横断的に捉え、心・身・心・社会的視点で捉え、専門領域にとどまらない姿勢で責任をもって診療に関わり、最善の意思決定や行動科学に基づいた臨床実践に関与できる。</p> | <p><b>GE-02:</b><br/>地域の視点とアプローチ</p> <p>地域の実情に応じた医療・保健・福祉・介護の現状及び課題を理解し、医療の基本としてのプライマリケアの実践、ヘルスケアシステム全体の向上に貢献するための能力を養育する。</p> | <p><b>GE-03:</b><br/>人生の視点とアプローチ</p> <p>患者・生活者の成長、発達、老化、死のプロセスを踏まえ、経時的に患者・家族・生活者に応じ得る精神・社会・医学的な問題に関与できる。</p> | <p><b>GE-04:</b><br/>社会の視点とアプローチ</p> <p>文化的・社会的文脈のなかで生成される健康観や人々の行動・関与性を理解し、文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点から、それを臨床実践に活用できる。</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

文部科学省、医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）

実際、この部分を教えるところでCWの考え方とか、High Value Careの考え方が大に関わってきます。まさにこの卒前教育で、こういった学習目標を沿いながら、CW、High Value Careのことを学生の時代からしっかりと習得してもらう。そういった価値観を持った学生が研修医になり、その後3年目になっていくという日本の世の中になったら、非常に良い医療が提供できる流れになってくるのかなというのを日々感じているところで、す。

## ■「診断と治療」誌「Choosing Wisely 内科医の賢明な選択とは」を編集 (Box 10)

2024 年の 4 月に、「Choosing Wisely 内科医の賢明な選択とは」を企画させていただきました。私は、「診断と治療」誌の編集委員として初めての企画で、何をやるかと思った時に最初やっぱりやりたいのがこのテーマでした。たいへん大事な企画ですので、この CW の概念をはじめ、そもそも CW キャンペーンとは何かを小泉先生にご執筆いただいたり、北澤先生にも、医療を受ける立場から大事なことをご執筆いただきました。他の部分もそれぞれの領域の CW を取り上げさせていただきましたので、少しでも多くの医師の手元に届けばいいなと思っている企画でございます。



## □ 討論「提言：日本の Choosing Wisely, こうして進めよう」

**小泉：**お二人の先生のお話しの中で特にキーワードとして High Value Care とその裏返し Low Value Care が出てきたと思います。このキーワードは大変わかりやすいのですが、Value の定義がいろいろあるように思います。

これから参加者のほうから、もう少し説明を聞きたいとか、よくわからなかったとか、ご自身のお考えがあるとか、積極的にご発言いただきながら、討論の形で進めたいと思います。

### ■ 特集号編集で留意したこと

**北澤：**私から山中先生と鋪野先生に伺います。それぞれの領域でどなたにご執筆いただくかは、特集を編む上で工夫のしどころの一つではないかと思います。執筆者の選択や全体の特集を作る上の工夫について伺わせてください。

**山中：**初めての企画でしたから誰に執筆していただくかは本当に悩みました。まず CW と High Value Care を集めた資料を作りました。資料を参考にしてもらい若手医師に執筆をお願いしましたが、中には執筆が難しいと断られることもありました。その場合には若手医師と一緒に執筆を行いました。「自分の専門領域だがあまり深

く考えたことはなかった」と言ってくださる先生もいて結構楽しんで書いてくださったようです。診療ガイドラインと勘違いしてお書きいただいた原稿をもあったので、その場合は少し修正させていただきました。

**鋪野：**私もいろいろ迷ったのが正直なところですが、最初に雑誌の編集会議があって、そこでは消化器内科や代謝内分泌科の subspecialty の先生がいらっしゃるのですが、執筆するのは難しいと言われたのがまず覚えているところです。subspecialty の科を代表して執筆する形になるので、その難しさを認識した上で人選をさせていただきました。自分の中ではこの CW となんぞやという概念の部分をもっと適切に理解していただくことが非常に重要でしたので、総論としてどうしても小泉先生以外の名前が思いつかず、ぜひ小泉先生に書いていただきたいと思います。学会会場で小泉に直接お願いさせていただきました。各論の部分は、自分の方で諸外国中心に各領域でどういう研究が進行しているのかを調べました。その上で、公開されているトピックスと各著者の特色を出していただくという二部構成とさせていただきました。例えば救急領域は今日ご参加の花木奈央先生（大阪大学大学院医学系研究科）にお願いさせていただいたのですが、救急領域で総合救急医学研究会 (EMA) などでも活躍されていて、そういった方にもご依頼をさせていただいたという経緯がございます。

### ■ 提言 1 医学教育の中に CW の考え方を組み込もう

**小泉：**山中先生のおっしゃった MKSAP は、米国内科学会の生涯教育ツールです。これは教育の観点から、鋪野先生もコア・カリキュラムというかたちで医学生教育の中に組み込まれているということを話されましたが、これは大変重要な論点だと思います。先生方は、若い研修医や医学生と接することが多いと思います。日本の医学教育で、いろいろな手技をマスターしたり、知識を得たりというような、何かをやるということについての指導や教育は有り余るほどあるのですが、逆にこういうことは、この状況では必要がないとか、やってもあまり結果につながらないとかいうことで診療行為を差し控える、そのほうが患者さんにとって結果的にメリットがあるのだというようなことについての教育というのは、系統だっけ行われてこなかったと思います。その辺何かお感じになっておられることはありますか？

**山中：**いろいろな病院で若い先生方を指導していても、つい検査中心になってしまいます。

病歴や身体診察で鑑別診断を絞り込まないといけなのに、その部分がないがしろになってしまっているように思います。一例を挙げますと、私は診療所で

も週に一回外来を行っていました。大学病院の循環器科で5年間高血圧を見てもらっているという高齢の女性が紹介受診されました。「いいですよ、こちらで診させていただきます」と言って聴診をし始めたら、患者さんがびっくりするのです。

患者：「先生、聴診されるのですか？」

山中：「5年間循環科の先生に見ていただいていた聴診を受けたことないのですか？」

患者：「一度もないです。」

山中：「いつもその先生はどうやって診療されているのですか？」

患者：「コンピュータを見ながらキーボードをうち私に検査の結果説明をして、あとは処方箋を出してもらって終わりです。」

大学病院では循環器科の先生も最近は聴診をしないのかなと思った出来事がありました。全ての人にあてはまるわけではありませんが、指導医も身体所見を軽視する風潮があります。コロナパンデミックの影響があるのかもしれませんが、最近ではそのことを強く感じるようになりました。

小泉：それは衝撃的ですね。鋪野先生からも何かございますか。

## ■ 提言2：地域臨床実習でCWの考え方を教え、学ぶ

鋪野：大学病院の実習になると、どうしてもCWやHigh Value Careとは違う路線での教育の場になってしまいがちではあると思います。その中で大学全体として一つ課題意識を持っていたのが、教える場を新たにその地域の現場にお力添えをいただいて、地域臨床実習を始めようということで、実は今年（2024年）から千葉大学では始めました。そこでは、この限られた医療資源でどうやって診療するのか、患者が考える価値観は何なのか、そういったものを踏まえた上での医療を考えなければいけないというところをコンセプトにしてやっています。そこで大事になってくるのが、そこでこう教育に携わってくださる方のFaculty Development（教員が、授業内容・方法を改善し、向上させるための組織的な取り組み）が非常に大事だと思っています。私たちの中でそういうコンセプトを共通認識として持って教えてくださいと言ったら、学生の反応を見ているところです。例えば今山中先生がおっしゃったような内容も含めて、実際に教育の実践を始めてくださっている施設も出てきます。そういうところで学生がこのCWやHigh Value Careを学ぶ機会をうまく提供できることが大事だと改めて認識した次第です。

小泉：医学教育モデル・コア・カリキュラムの文言に直接にそういう表現は書き込みにくいところもありますか？

鋪野：実際直接それを書き込むことも、議論にはもちろんなったのですが、もう少し噛み砕いた用語で伝えたいということで、全人的な医療ですとか地域医療という形で落とし込ませていただいたというような流れかもしれません。

小泉：確かに病歴聴取とか患者さんの生活背景を知るとか身体診察とかはHigh Value Careですので、そこでそのような診療スタイルを身につけるような指導があるといいということになるのでしょうか。

このValueという用語について関係者の間で意味が微妙にずれていることがあります。最初にこの用語を使い出したのは医療経済学の方々です。Valueは、患者さんが得られる利益をコストで割り算したものだという経済学的な考え方でしたが、現場の臨床医としては、単なる患者さんが支払うお金の金額ではなくて、いろんな副作用によるリスク、時間、労力も含めてコストを考えるとこの考え方になっています。診療を患者さんのためにとやってやるのですが、その裏返しでそういう意味でのコストがついてまわることについての問題意識というのはなかなか現場では意識されにくいということがあるのでしょうか。

山中：私が強く感じるのは人間ドックです。腫瘍マーカーが特に問題だと思います。医学的にはそれを調べても予後を改善することはありませんし、PSA（前立腺特異抗原、prostate-specific antigen）の検査結果により患者さんに不要な治療を受けさせたり、がんがあるということで不安にさせてしまいます。特に前立腺がんはほとんどの男性で発症し、相対的5年生存率は99%以上あるので、早期に見つけて本当に意味があるのかという考えもあります。かなり進行した人にはすぐに治療が必要な疾患であるということは理解しているのですが、無症状の人にどんどん人間ドックでPSA検査をやってしまったら、専門医や、プライマリ・ケア医に紹介するのは、患者さんに不安をあおり、時間や医療費を無駄に使っているという現実があります。腫瘍マーカーの測定については、何年も前から、皆さんがいろいろ問題提起をしていますが、全然変わらない。できれば国が主導で改善してほしいと私は感じております。

小泉：ありがとうございます。私も個人的な体験があります。地域の基幹病院にはいろいろな患者さんが相談に来られます。検診を受けて、特定のがんではなくて何種類かのがんを疑うきっかけになる可能性があるマーカーの数値がわずかに正常を超えているということで、近医に相談に行ったら、心配だったらPET/CTで調べるのがよいという話になって、その費用を聞いた患者さんが相談に来られました。なぜその項目が検診

の項目に入ったのかということコロナになって呼吸機能検査を検診項目から外さざるを得なくなったので、検診として何かやらなくなった項目を補充する項目を付け加えないといけないとの考えで、そういうマーカーが選ばれたというような話がありました。どの検診でどの項目を採用するかについては、エビデンスに基づいて医学的な立場から検討して採用するというプロセスはきちんと行われていない。単にビジネスの発想で項目を決めてしまうことが現場で行われているという懸念を持ちました。医師会で検診のことに関わっておられる先生もその実際の内幕を話すとそういうことがまかり通っているという話をされていました。行政や検診の学会できちんと議論されてデータを整理して推奨を出していただくのがいいかと思いますが、個別の推奨ということになると様々な企業の利益相反とかがあったりして、曖昧な表現でしか推奨は示されないのが、どうも日本では際立っているような気がしています。推奨しないというはっきりした表現は診療ガイドラインでもあまり書かれてないです。ある条件であることを推奨するのであれば、その条件がない場合は推奨しないということを裏に含んでいると思いますが、そういう表現はなぜか避けてしまうという傾向が、特に日本の診療ガイドラインにはあるような気がします。その点、イギリスなどははっきり do not と明記しています。推奨の表現の仕方には文化の差があるのではないかと感じています。

**北澤：**お二人の先生方からもお話のあった“教育”がキーワードの一つになると感じました。鋪野先生のお話の中にも、学生や研修医の教育に加えて、faculty development も同時に必要になってくると思いました。鋪野先生などのご努力もあり、医学教育コア・カリキュラムをはじめ今後いろいろなところで変わっていくのではないかと期待しています。

もうひとつは日本の診療報酬制度と切っても切れない問題です。これまでも繰り返し議論されてきました。本当に複雑な問題が絡んでいます。病院の経営のために、わかっているけどやっている、ということもあるのだろうと思います。自分の個人的な例で言うと、近くの病院では、血液検査、X線検査などの検査を済ませてから診察を受ける順番になっています。患者はなぜこの検査をするのかとか、聞くタイミングもありません。それが病院の経営にどれだけ役に立っているのか分からないのですが、とりあえず検査を先にやっておくのが当たり前になっている。医療を受ける立場としては疑問に思っていたところでした。

**参加者 A：**プライマリ・ケア領域でのCWに関して、私の妻が内視鏡ナースをしていて、そこで日頃もやややを感じていることがあります。都会では内視鏡検査を快適に受けられるようになっていますが、妻の話では比較的

年齢が低くて併存疾患のない方の腹痛に対して、おそらく学校のことや環境に関することで問題がありそうなことにナースでさえ気づくことがあるけれども、クリニックレベルでは上部消化管内視鏡を実施してしまう。それに対する抑止力は患者さんへの教育に尽きるのでしょうか？

**山中：**胃がんは日本人によく発症するので、50歳以上であったり、説明のできない体重減少や、強い痛みがある場合には、精神的なことかなと思っても悪性腫瘍の否定のために上部消化管検査をオーダーすることはよくあります。ただ、比較的若い人に関しては悪性腫瘍以外の原因が多いと思いますので、プロトンポンプ阻害薬（PPI）を使って、とりあえず治療して経過を見るのも、選択肢の一つと考えております。

**鋪野：**今山中先生がおっしゃったことに私も同感で、患者さんとの対話の中でいろいろ決めるようにしています。例えば内視鏡を本人がやりたいとご希望がある方でも、例えばもちろん最初から内視鏡をやるのも選択肢だし、お薬を使った後に、どうしても反応が悪い場合は精密検査するというやり方もありますよという形で、患者さんの価値観も考えつつ、最終的には患者さんに良い選択になるような形をうまく関係作りをする部分が大事なのかなと思いました。

**小泉：**消化器内科クリニックと銘打っておられるところでは比較的快適に内視鏡検査が受けられるということが売りになっていて、消化器内科医の門をたたくこと自体が検査をしてくださいと言っている人だという前提で物事が始まってしまうので、多分、患者さんの知恵としては調子が悪いと思ったときには効率的に内視鏡検査してくれる消化器内科クリニックに行く前に、もう少し幅広い相談ができる医療機関を選ぶのがよいのかもしれない。

**参加者 B：**介護施設や老健施設に相談を受けることがあるのですが、そこへ行きますとレントゲンもないし病歴が本当かどうか分からないので一生懸命家族の人とお話をするという状態です。大部分いらぬ薬を使いすぎているために血圧が下がったり糖尿病の低血糖が多い。ですから薬をやめる、あるいは一時的に控えることの方が非常に多いと気がついています。老人施設に若い先生方を行かれると何か月かのトレーニングは結構役に立つと思います。

**小泉：**よくわかります。特に高齢の方だと、その方の生活史といいますか、これまで過ごしてこられた経緯を幅広くお聞きして診察をすることが重要です。今急いでこれはしなきゃいけないという検査が必要な患者

がいれば急性期病院に紹介するのが筋でしょうけども、最近の急性期の診療現場ではなんとなく患者さんの話を聴くことがおろそかになりがちのような気がします。救急ではいろんな患者さんに真っ先に対応されるので、指導医の先生方はそういうことについての問題意識はかなり持っておられると思います。

### ■ 提言3：指導医へもCW, High Value Careの考え方を広めよう

**参加者C：**救急外来診療に携わっているものとして意見を述べさせていただきます。救急領域では多くの患者さんに初めて相對しますので患者さんの状況やお考えなども十分にわからないということもあり、どうしても検査が多めになってしまいます。理由としては、患者さんのいつもの様子がわからないということが一つと、救急外来に来られて、患者さんは一般外来に比べて状態が切迫されていることが多く様々な鑑別診断を考えて順序立てて診察や問診に時間をかけてよく考えた上で検査をオーダーすることができないことがあります。救急外来でどうしても検査が多くなる理由は、この二つかなと思います。検査データやいつも飲んでおられるお薬に関しては、今後診療情報が共有されるということが進んでいくとある程度改善していくとは思いますが、

もう一つ、この機会にお話できればと思うのが先ほど北澤さんもおっしゃいましたけれども、研修医の先生、若手の先生へのCWの普及に加えて、若手医師を指導する立場の医師にもこのCWの考え方を広がってほしいと思っています。私は今、京都市内で複数の救命救急センターで非常勤医師として働いていますが、それぞれの病院で検査に対する考え方が多様であることに驚いています。ある病院では救急車で救急外来に来た方に凝固系の検査も一律で、ほぼ全員の方に採血をオーダーする施設もあります。医師の方ではその凝固系の検査をオーダーするというのがどういう状況かある程度お分かりいただけるかと思いますが、救急車で来られる方でも凝固系の検査が必要とされる方はあまり多くはありません。重症かもしれない患者さんだからとか、今後必要になるかもしれないことを懸念してオーダーされるということが多く勤務をしていて思います。先ほど山中先生のご講演にもありましたけれども、適切な検査を選ぶというときに、例えば、その凝固系の検査一つを取りましても必要になったときに検査をするのであれば、時間がかかって患者さんに不利益が生じるかもしれないという懸念もありますし、必要になった時に、もう一度穿刺針を指すということが、患者さんに苦痛を与えるかもしれないという懸念もあります。特に救急外来領域においてはCWの考え方は、私も重要だと思っています。そのために救急領域での指標作成などに携わらせてはいただいているのですが、救急医に対してメッセージを発信するときには、なぜこの考え方が大事だと

思うのか？実際の臨床現場でどう落とし込んでいくのかということも含めて、メッセージとして出していくのが必要なのではないかと今回改めてお話しさせていただきました。

**鋪野：**おっしゃる通りで、学生、研修医の教育を携わる人材の育成も大事です。学生、研修医は指導医の様子を本当に見ています。指導医の立ち居振る舞いを見て、学生、研修医がそれと多分同じように行動するというのは、私たちの医療職の育成には避けられないと思います。そういった中でも、CW, High Value Careを意識した診療をしている姿勢を指導医が常に示せることが非常に重要になってくるのを再認識しました。ありがとうございます。

**小泉：**卒前はコア・カリキュラムだと思いますが、卒後研修の場合だと、米国ではEPA (Entrustable Professional Activity)、研修医の診療能力について、研修医自身がある程度全体像を把握して自分で判断できる能力を身につけていると指導医が信頼しているかどうかという観点で議論が進められていていろいろなカリキュラム評価のフレームワークができていますけども、日本では研修医教育の現場で、指導医も勉強しなければいけないことだと思いますが、あまり細かくは示されていないのですね。逆に今先生がおっしゃったように、指導医のやっているのを横で見て、見様見真似で覚えるみたいなことが結構多いのですね。

**鋪野：**そうですね。EPAに関しては、臨床研修指導ガイドラインというのがありますけどもそこまではまだその考え方は十分反映されていないのかなというのは率直なところですよ。研修病院も本当にいろいろありまして、どうしても見学的になりがちのところもあれば、こう能動的に非常に参画して診療に従事できるところもあると思います。本当に多種多様でまだバラバラというのが、肌感覚としては持っております。

### ■ 我が国でのCWを振り返る

**小泉：**ここでわが国におけるCWキャンペーンの紹介に移りたいと思います。

Box 11は、わが国におけるChoosing Wiselyキャンペーンの嚆矢となった「ジェネラリスト教育コンソーシアム Vol.5 あなたの医療ほんとはやりすぎ」(カイ書林, 2014)の表紙です。徳田安春先生が監修されました。「過ぎたるは、猶、及ばざるが如し」という孔子の言葉が引用されています。

Box 12は、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」のポスターと当時の日本医学会会長、高久史磨先生、次いで会長となられた門田守人先生のお写真です。このシンポジウム

を機会に Top 5 リストのような形の推奨にまでもっていかうと、日本医学会学術委員長の南学正臣先生と相談していた頃にちょうどコロナパンデミックになり、活動が頓挫したという経緯があります。

Box 11

Vol.5  
CHOOSING WISELY  
IN JAPAN —LESS IS MORE—

過ぎたるは、猶、及ばざるがごとし

• 子貢問、師與商也孰賢乎、子曰、師也過、商也不及、曰、然則師愈與、子曰、過猶不及也  
• (孔子「論語 先進第十一」)

コンソーシアム ブックス 第5巻 (カイ書林)  
2014年5月刊行(2013年12月に名古屋で開催された Choosing Wisely in Japan シンポジウムの記録集)

Box 12

第15回 日本医学会シンポジウム  
The Japanese Association of Medical Sciences Symposium

平成29年6月1日 日曜 13:00~17:00  
日本医師会館 大講堂

「医療における「賢明な選択」を目指して」  
(Choosing Wisely in Japan)

高久史廣先生(1931-2022) 門田守人先生(1945-2023)

日本医学会(JCMS: Japan Council of Medical Sciences)  
目的: 日本医師会と密接な連携の下に、「医学に関する科学および技術の研究促進を図り、医学および医療の水準の向上に寄与すること」  
加盟学会数: 臨床部門(93学会)、社会部門(19学会)、基礎部門(14学会)

「医療における「賢明な選択」を目指して」  
(Choosing Wisely in Japan)

診療ガイドラインというのは、何かいろいろなことをするように、ということが書いてある文書のように捉えられがちですが、よく考えれば エビデンスがないのに現場でやっていることについては、できるだけ控えようというメッセージが言外に入っているはずですが、それがあまり強調されない。それをしっかり言おうというのが、CW キャンペーンです。EBM と診療ガイドラインの観点から、Box 13 のように説明すると、よく理解していただきました。

Box 13

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

Evidence-Practice Gap:

- エビデンスがあるのに実施されていない医療がある
- エビデンスがないのに実施されている医療がある

診療ガイドラインの推奨:

- エビデンスがあるので、実施することを推奨する
- エビデンスがないので、実施することを推奨しない

そして最近では、現代医療が直面している課題として、Sustainability「持続可能性」= SDGs (Sustainable Development Goal's) と、Health Disparity「健康格差」= SDH (Social Determinants of Health) 健康の社会的決定要因の2つが特に重要であると考えに至りました(Box14)。

Box 14

現代世界における医療の課題:

Sustainability「持続可能性」  
SDG,s (Sustainable Development Goal's)  
持続可能な開発目標  
(17領域)地球環境問題(気候変動/環境汚染など)

Health Disparity「健康格差」  
SDH (Social Determinants of Health)  
健康の社会的決定要因  
格差社会→健康格差 (各国内/各国間)  
過剰医療と過少医療

持続可能な形で進めないといずれ医療は破綻するという問題意識を、医療を提供する側も、医療を受ける側も持たないといけないし、過剰な医療と過少な医療は表裏一体で、医療がうまく行われていないということになります。これは一言でいうと健康格差ということになります。医療現場で日々診療していると、そこまでなかなか見えにくいですが、社会全体を見渡すと、住民一人ひとりが受けられる医療は、経済格差にかなり左右されている現実が見て取れます。こういうことについても CW キャンペーンからメッセージを出すべきではないかという気持ちも持っております。

これからの CWJ の活動について具体的なアイデアをご紹介します。

#### ■ 提言 4: 指導医、研修医の教育だけでなく、患者も賢くなるべき

山中: 鋪野先生もおっしゃったように、指導医を教育するのは、非常に大事だと思います。とくに若い世代を中心に CW の活動をアピールするのは重要です。私は患者さんも賢くならないといけないと思っています。例えば、風邪の診断で近くのクリニックから5種類の薬が処方されているのです。解熱鎮痛薬剤だけでいいんじゃないのかと思うケースがありました。軽いケガに対しても第3世代のセフェム抗菌薬がまだかなり投与されています。患者さんにアピールして無駄な医療になっていることを伝える必要が私たち医療者にはあるのかなと感じております。

北澤: 山中先生、ありがとうございます。お医者さんにかかるときに、どういうことを確認しなくちゃいけないとか、どういうことを聞いた方がいいのかとか。CWでも5つの質問をお医者さんに言ってみましょうというキャンペーンをアメリカでやっていました。同じことはできなくても、似たようなことができるようなことをやっていけばいいのでしょうか。メディアも含めて、こういうことやろうっていう情報は山ほどあるけれども、やらなくてもいいという情報はあまりなくて、逆に、こういうのは危険だと煽るような、極端から極端の情報しかなくて、それに右往左往させられているのが、普通の人の行動なのかなと思います。

私はCWに出会った最初の頃に、小泉先生に教えていただいていたのだなと思ったんですけれども、患者は医師に対して、何か自分のためにしてくれているということを感じるだけで、非常にありがたくて、「いろいろ検査とかをしてくれてありがとう」みたいになってしまう。患者の側も医療者に質問する勇氣を持ったり、あるいは本当にこれが必要か？と聞いてみることもあって、もよいのかもしれませんが、医師の方々にも、患者が聞きながらいるということを理解してもらったら、もと思えます。

**参加者D：**患者さんの教育についてですが、普通の元気でいらっしゃる方々が私たち以上に興味を持つのは無理な話です。私が医師を始めた頃、私のボスは、今おっしゃった抗生物質の話ですけど、そのころは抗生物質をやるということはもうありがたいことだったのです。ですから、その先生は患者さんに、つまり解熱剤を出したわけですけど、患者さんは「他にないんでしょうか？」といってその患者さんは抗生剤を投与してほしいということを言外に臭わされているのです。そのときについては私のボスはいや、もうこれ以上言われたら菌磨き粉以外にありませんね」とおっしゃって、とりえず話が終わりになりました。私が医師になってすぐのころは「あの先生の薬の盛りが多い、少ない」というのが問題になっていました。もう少しすると「あの先生はよう検査をしていたんだ」というようになるかもしれませんが、これが過剰検査になるのでしょうか。医師は頑張らないといけないと思います。非常に大学の先生方もそこに物があればそれはやります。やった方が医師は精神的には楽ですからね。やったけどわからなかったというのは、やらないでどうしてそれを見落としたんだという話よりは医師にとっていいわけです。ということも考えると、医療だけでその適否を判断するのはなかなか難しいのではないのでしょうか。

#### ■ 提言5：医療者はコミュニケーション能力を涵養しよう (Box 15)

##### Box 15

##### 「信頼」につながる「対話」とは？

・「話題」(対話の枠組み)を拡げることで、共通の基盤が見えてくる。

- ・個人の疾病/健康だけでなく、家族・地域・社会が話題に、
  - ・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

- ・共通の基盤の上に「信頼感」が生まれる。
  - ・「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

**小泉：**市井の庶民にも世の中の仕組みとか、医療に必要なお金がどういうふうに工面されているのかということ

も知っていただいた上で、医師が丁寧に説明すればかなりの患者さんは、その考えに同意してくださると思います。医療者は話し方、対話の持ち方など、専門職としてきちんとお話できる能力を持たないといけません。従来、医療者は、患者さんとうまくコミュニケーション取るということについては、おざなりにしてきたように思います。「信頼」につながる「対話」とは何かをBox15に示しました。

**参加者D：**一番問題なのは日本の医療はいろいろ良いことがたくさんありますが、その中で問題なのは出来高払いの制度です。何の痛みを感じなくても、それに一つものを加えると利益になるというシステムが非常に問題です。特に開業しておられる先生方にはちょっと加えるか加えないかでお金プラスになるかならないかは、かなり深刻なことだと思います。喋っていて納得をさせても、それがお金にはならない。

**参加者E：**私は群馬県の調査薬局に勤務している薬剤師です。抗生物質の乱用は危険性もありますけど、耐性の問題等もありますので、その人の未来やその世代の未来も考えなければいけないと思います。患者教育に関しては、地道に患者さん一人一人に問いかけていくことが大事と思っています。薬が増えていく現状を私も見ることもありまして、例えば3年前、胸焼けがしてずっとPPIが出てるとか、鎮痛剤が痛みがないのに出ている。患者さんに聞いてみると、ドクターが出したから飲んでいると言ひ、ドクターに問い合わせると、患者さんが希望したから出していると言う。話の出どころがふわふわ浮いているような感じがありますので、そういったときに、薬局薬剤師はどういう立ち位置でやるのかっていうときは、CWに関わる団体が示しているような方向性で、今後の世代の人たちが一番いい選択ができるような選択肢を提示していくということが大事になってくると思います。そのあたりの患者教育、医師教育、医療従事者の教育が大事だと思います。

**小泉：**現場の薬剤師の先生方がわかりやすくお話されるような形になれば、信頼できる薬剤師ということで、患者さんも薬剤師のお話を聞かれるのかなと思います。ポリファーマシーのことでは地域の薬剤師会が大変頑張っておられるので、ぜひとも引き続きお願いしたいなと思います。ドクターと薬剤師のコミュニケーションの手段現実には、疑義照会ですが、そのあたりのニュアンスをうまくコミュニケーションし合えるようなツールがあると、処方した医師と、実際現場で患者さんに調剤をしている薬剤師さんの間の連携も良くなるのかなと期待します。

**北澤：**例えば、薬剤師からトレーシングレポートとい

う形のフィードバックもできるので、医師と薬剤師のコミュニケーションに役立つと思います。地域医療で活躍するキーパーソンとして、薬剤師の先生方には頑張ってもらいたいと思います。

**小泉：**出来高払いが、諸悪の根源だということもまさにその通りかと思いますが、アイデアだけでも何かこんな風な仕組みにしたらしはこの問題の解決につながるのではないかなというようなご提案とかありますでしょうか？

**参加者 F：**今私たちの病院も大学もそうだと思いますが、DPC（急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度）や DRG（疾病分類）で、一つ一つを売るのではなく、固まりで何円というシステムが次第に増えないと、儉約したら少しいいことがあるということがないとなかなか難しいような気がします。

**小泉：**いわゆる包括払いですね。日本のやり方はちょっと特殊で改善の余地があると思います。机上の空論かもしれないけれども、診療行為別に High Value Care に関しては償還率を上げる扱いをする、Low Value Care に関しては償還率を下げてそういうケアをしたくなるような報酬体系とするなど、IT が進んだ今日なら工夫できそうな気がします。償還率を診療行為ごと、High Value Care か Low Value Care かで変えることはできないような気がします。

**北澤：**今日は山中先生と鋪野先生のお二人に、CW と High Value Care をキーワードにお話ししていただきました。CWJ の活動がますます必要であるという時代に入っていることも確認ができて、具体的な方法はなかなか難しいところもありますが、引き続きいろんなア

イデアをお寄せいただければと思います。

**小泉：**最後に何か一言ずついただいて、CWJ オンライン・レクチャーを終えたいと思います。

**山中：**私も改めていろいろ考えさせられました。教育は大事だなと思いますので、医師に向けた教育、そして患者さんへの教育は地道にやっていくしかないのかなと考えます。長い時間をかけて少しずつ準備してアピールしていきたいと思います。

**鋪野：**このオンライン・レクチャーに参加させていただきまして、自分自身も大変勉強になりました。この CW に関わるのは医療者、患者、おそらく行政も入ってくると思います。そのような方々にどう行動していくか、どこから、どのようにして行っていくかが改めて課題と感じつつ、自分の方でもまずできるところをどうやって実行していくかを模索していきたいと思います。

**北澤：**小泉先生、山中先生、鋪野先生、どうもありがとうございました。

今回のオンライン・レクチャーのご案内です。

<https://peatix.com/event/4163610/view>

とき：2024 年 12 月 8 日 20:00 ~ 21:30

演題：「Measuring Low-Value Care」

演者：宮脇 敦士先生

特任講師

東京大学大学院医学系研究科 ヘルスサービスリサーチ講座

以上で、Choosing Wisely Japan 第 10 回オンライン・レクチャーを終了します。

Choosing Wisely Japan Newsletter No.18

発行：2024 年 11 月 30 日

発行者：Choosing Wisely Japan 代表 小泉 俊三

choosingwiselyjapan@gmail.com

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