

月 14 日、その他の6言語は 1 月 20 日現在で行った。

対象文献数については、非英語圏7言語によるもので出版年が 1985 年から 2001 年の臨床試験文献数が 23,075 件、このうち抄録の付与された文献数は 19,262 件、さらに構造化抄録の付与された文献数は 3,087 件となっている。非英語 7 言語の臨床試験文献で、抄録付与率平均は 83.5%であったが、構造化抄録付与率平均は 16.0%である。

非英語圏の臨床試験文献に占める抄録の付与率は高いものがあるが、構造化抄録スタイルの占める比率は低く普及がまだ十分でない様子が明らかである。

3、 結果

PubMed から検索された臨床試験文献は、32 万2千件に及んでいる。現在、この PubMed には約 1000 万レコードが蓄積されている。2000 年を例にして、同年の全文献に占める臨床試験文献の比率を算出してみよう。2002 年 1 月 20 日の時点で、2001 年に出版された文献数は 497800 件、臨床試験文献は 21700 件であり、全体の 4.4%を臨床試験文献が占めている。PubMed 全体でみても 3%は存在していると推測できる。

32 万 2 千件の臨床試験文献を言語別にみると、英語文献は 86.4%、非英語文献は 13.6%となり、そして英語以外の主要な 7 言語(日本語、ドイツ語、フランス語、イタリア語、スペイン語、ロシア語、中国語)の比率は 11.3%であった。なお、日本語の臨床試験文献は 1.6%を占めているにすぎず、臨床試験への日本の寄与は小さいといえる。

1) 構造化抄録の言語別付与率

1985 年から 2001 年の非英語圏の臨床試験文献を対象にして、抄録の付与、さらに構造化抄録の付与率を調査した(表1)。日本語では、抄録の付与率は 92.8%と、他言語と比較して高いが、構造化抄録の付与率は 3.4%と最低であ

った。ドイツ語 15.5%、フランス語 15.0%、イタリア語 20.6%、中国語 23.5%、スペイン語は 44.4%という高さであった。これらからみて、日本語の臨床試験文献の構造化抄録付与率は低く、普及していない現状が明らかである。ドイツ語とフランス語の付与率がほとんど同じであったことと、スペイン語文献の付与率の高さが注目できる。

2) 構造化抄録の普及状況:構造化抄録を持つ文献の言語別年次変化(表2)

構造化抄録の普及状況を明らかにするために、言語別の年次変化を整理した。構造化抄録のアイデアが提案された年に、ドイツ語で3件の構造化抄録が出現していたが、これらは IMRAD ヘッディングを採用したもので、アメリカでの構造化抄録の提案を受けたものではない。PubMed を通して、最初の臨床試験による日本語文献は 1993 年の日本胸部疾患学会雑誌の論文で、「purpose、patients and methods、conclusions」という3つのヘッディングを持った抄録であった。

年次文献数変化から、2001 年と 2000 年分が 1999 年より少ないが、これについては、非英語文献であるために PubMed への収録が遅れている可能性が高い。特に、2001 年文献は、本調査が 2002 年 1 月、2 月に行ったものであり、まだ完全に収録されていないと考えるのが妥当である。構造化抄録の占める比率を3年毎にみていくと、普及の動向がわかる(図1)。1990 年代の後半から、構造化抄録の普及は全体として進行している。しかし、その中であって、日本の普及は低調といえる。

ドイツ語とフランス語は、ほぼ同様の傾向を示しており、2001 年には 50%前後にまで上昇していた。イタリア語とスペイン語の普及は急激なものがあり、2001 年でイタリア語は 73.0%、スペイン語は 85.7%にまで占有率が上昇している。中国語は、1997 年を契機に構造化抄録の普及が進み、1999 年から 2001 年の3年間では、100%を達成していた。構造化抄録の重要性が理解され、臨床試験文献の抄録スタイルは一挙

に構造化された。

3) 日本語文献における構造化抄録採用状況

日本語文献の構造化抄録付与の現状を、より詳細に検討するために、抄録の付与された3957文献について、掲載誌ランキング(上位20誌)を作成した(表3)。そして、同時に構造化抄録の付与された134文献について、比較のために掲載誌ランキングを作成した(表4)。

構造化抄録付与ランクの1位は「日本泌尿器科学科雑誌」であり57件、これは同誌の抄録付与文献の50%にあたり、国内誌のなかで構造化抄録を積極的に採用していた。2位の「日本眼科学会雑誌」では19%、3位の「癌と化学療法」ではわずか1.3%、4位の「Journal of Cardiology」では9%を示していた。

一方、抄録付の臨床試験文献掲載ランクにおいて、中心となっている上位10誌について構造化抄録の掲載状況をみていくと、2位「麻酔」、3位「Japanese Journal of Antibiotics」、4位「泌尿器科紀要」、9位「臨床血液」、10位「日本胸部外科学会雑誌」については、いずれも構造化抄録は掲載されていなかった。5位「核医学」では4件だけ構造化抄録を持っておりその比率はわずか2.2%でしかない。6位「日本医学放射線学会雑誌」では6件で3.7%であった。7位の「胸部外科」では2件の構造化抄録がありこれもわずか1.4%でしかない。

構造化抄録ランクの1位である「日本泌尿器科学科雑誌」は、構造化抄録の付与率も50%と高く評価できる。しかし、それ以外は、臨床試験文献の生産に寄与している雑誌でも、構造化抄録の採用は普及していないのが現状であった。

4) 構造化抄録を持つ文献の言語別掲載誌ランキング(表5-9)

日本以外の非英語圏の臨床試験文献掲載誌ランキングを作成してみた。どのような雑誌が、構造化抄録を採用しているかが示されるであろう。なお、ロシア語誌は「Ter Arkh」誌だけであり、作表していない。全体としてみると、麻酔科

学領域の雑誌が、すべての非英語圏の雑誌ランキングの上位を占めており、この分野での構造化抄録の普及が進んでいる実態が示されている。国別にみていくと、イタリア語では、放射線医学、心臓病学、産婦人科学、内科学、外科学、消化器病学、泌尿器科学と、さまざまな分野で採用されている。この傾向は、構造化抄録の付与率が高いスペイン語でも同様であり、構造化抄録の普及が進んでいる証拠であろう。また、中国語では、医学総合誌をトップとし、産婦人科、癌、結核・呼吸器病など、幅広い分野で採用されている。ドイツ語とフランス語でも、さまざまな分野に広がっている様子がみられるが、さらに代表的な総合医学雑誌での採用が特色であろう。臨床試験が困難な領域も存在するので、分野による特性は、それぞれの分野の代表誌などを特定し、別途調査が要請されるであろう。しかし、掲載誌ランキングからも、構造化抄録の採用にあたり、分野間の取組みの違いが示されている。

4、 考察

構造化抄録の普及については、これまでいくつかの調査がある。日本では、青木や棚橋による調査が発表されている。青木4)は、医学図書館における受入れ雑誌610誌を対象に9.2%の56誌で構造化抄録を採用していることを明らかにした。また、青木5)は日本医学会分科会の日本の代表誌を対象に編集委員長へのアンケートを含め、その状況を示した。126誌中で6誌と、採用率は4.8%でしかなかったが、編集者の認識は高く今後の採用増を予見していた。棚橋6)は、1998年末で、目次速報誌 Current Contents を対象に調査し、その Clinical Medicine 編で臨床医学領域の採用率が40%であることを示した。

海外の調査で、本稿ともっとも関係するものは、Kulkarniの調査7)である。1990年後半から1995年前半までの期間を対象に、MDLINE データベースに収録された臨床試

験について構造化抄録の比率を調査した。結果は、28.5%が IMARD ヘッディングを含めたなんらかの構造化スタイルであることを示した。また、同時に 1995 年前半で、構造化抄録の比率が 71%に上昇していたことを明らかにした。この 71%という結果は、今回の調査対象とした同様の臨床試験文献について分析したものであり、非英語圏の付与率の低さ、特に日本の低調さを支持するデータである。すでに、MEDLINE を通して、世界の医学文献の生産量に占める日本文献の比率に比較して、臨床試験を行った日本発行誌文献比率の少なさが明らかになっていた8)。生産面からの貢献の少なさだけでなく、構造化抄録の採用における対応の遅れも示された。

5、 おわりに

EBM が実践的に臨床の現場に普及していくためには、情報源としてのガイドライン、データベース、要約紹介誌、テキストブックなどが形成される必要がある。この際、構造化抄録の普及はポイントのひとつである。その意味からすると、日本において、構造化抄録は十分な理解が進んでいないことがわかる。今後は、医学雑誌編集者、学会、そして著者へ、EBM の視点から構造化抄録の意義を広める必要がある。また、PubMed 文献全体の構造化抄録採用実態や、主要誌での採用状況など、今後さらに多くの調査が求められる。

本調査は、平成13年度厚生科学研究費補助金「EBM を指向した診療ガイドラインと医学データベースに利用される構造化抄録作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究」(研究代表者:中山健夫助教授、京都大学)にもとづいた研究プロジェクトの一部である。

参考文献

1)山崎茂明. Evidence-based medicine を支援するための新しい情報源とサービス. 情報管理 1999; 42(4):293-301

2) Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of Medical Literature. A proposal for more informative abstracts of clinical articles. Ann Intern Med 1987; 106(4): 598-604.

3) Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revised. Ann Intern Med 1990; 113(1): 69-76

4)青木仕. Structured Abstracts の有効性. 医学図書館 1995; 42(3): 317-324

5)青木仕. Structured Abstracts の概要と我が国における活用の可能性. 医学図書館 2000; 47(1): 52-60

6)棚橋佳子. 著者抄録の重要性と投稿規程における指示の比較. 情報の科学と技術 1999; 49(5): 236-243

7)Kulkarni H. Structured abstracts: still more. Ann Intern Med 1996; 124(7): 695-696.

8)山崎茂明. Medline データベースからみた臨床試験文献の分析. 学術情報センター紀要 1997; 9:233-239

表1 1987年～2001年の臨床試験文献につけられた構造化抄録の分析

臨床試験文献	日本語	ドイツ語	フランス語	イタリア語	スペイン語	ロシア語	中国	合計・平均
抄録付文献数(1)	3829	4210	2817	2195	2074	1964	1189	18278
構造化抄録付(2)	134	728	454	467	927	97	280	3087
構造化抄録付比率(2)/(1)	3.5%	17.3%	16.1%	21.3%	44.7%	4.9%	23.5%	16.9%

Source: PubMed 2002年1月20日*中国語については2002年2月14日の検索データ

表2 構造化抄録と抄録付の年次文献数変化と構造化抄録文献の占有率の変化(3年ごと小計含む)

SA日本語抄録付構成比	SAドイツ語抄録付構成比	SAフランス語抄録付構成比	SAイタリア語抄録付構成比	SAスペイン語抄録付構成比	SAロシア語抄録付構成比	SA中国語抄録付構成比	合計SA	合計AB	SA構成比															
2001	20	124	16%	99	184	54%	39	83	47%	27	37	73%	48	56	86%	6	60	10%	13	13	100%	252	557	45.2%
2000	22	241	9%	126	247	51%	85	151	56%	58	78	74%	147	191	77%	33	171	19%	17	17	100%	488	1096	44.5%
1999	33	358	9%	115	275	42%	87	234	37%	98	125	78%	157	223	70%	33	183	18%	18	18	100%	541	1416	38.2%
小計	75	723	10%	340	706	48%	211	468	45%	183	240	78%	352	470	75%	72	414	17%	48	48	100%	1281	3069	41.7%
1998	19	265	7%	83	279	30%	63	158	40%	104	149	70%	132	208	63%	24	171	14%	103	138	75.7%	528	1366	38.7%
1997	7	243	3%	92	281	35%	50	168	30%	92	232	40%	120	220	55%	1	163	1%	94	169	55.6%	456	1456	31.3%
1996	20	475	4%	71	309	23%	36	159	23%	21	208	10%	118	214	55%	0	112	0%	21	127	16.5%	287	1604	17.9%
小計	46	983	5%	246	849	29%	149	485	31%	217	589	37%	370	642	58%	25	446	6%	218	432	50.5%	1271	4426	28.7%
1995	10	664	2%	48	278	17%	52	192	27%	29	248	12%	91	248	37%	0	120	0%	13	191	6.8%	243	1941	12.5%
1994	2	538	0%	43	310	14%	29	197	15%	26	290	9%	59	206	29%	0	242	0%	1	211	0.5%	160	1994	8.0%
1993	1	177	1%	29	239	12%	9	194	5%	6	132	5%	27	111	24%	0	132	0%	0	71	0.0%	72	1056	6.8%
小計	13	1379	1%	120	827	15%	90	593	15%	61	670	9%	177	565	31%	0	494	0%	14	473	3.0%	475	4991	9.5%
1992	0	164	0%	13	251	5%	1	225	0%	6	169	4%	18	100	18%	0	122	0%	0	60	0%	38	1091	3.5%
1991	0	149	0%	1	343	0%	2	246	1%	0	145	0%	10	101	10%	0	183	0%	0	52	0%	13	1219	1.1%
1990	0	152	0%	1	400	0%	1	239	0%	0	171	0%	0	83	0%	0	126	0%	0	64	0%	2	1235	0.2%
小計	0	465	0%	15	994	2%	4	710	1%	6	485	1%	28	284	10%	0	431	0%	0	176	0%	53	3545	1.5%
1989	0	168	0%	2	356	1%	0	259	0%	0	153	0%	0	92	0%	0	103	0%	0	56	0%	2	1187	0.2%
1988	0	76	0%	2	249	1%	0	152	0%	0	26	0%	0	10	0%	0	49	0%	0	3	0%	2	565	0.4%
1987	0	35	0%	3	229	1%	0	160	0%	0	32	0%	0	11	0%	0	27	0%	0	1	0%	3	495	0.6%
小計	0	279	0%	7	834	1%	0	571	0%	0	211	0%	0	113	0%	0	179	0%	0	60	0.0%	7	2247	0.3%
合計	134	3929	3%	728	4210	17%	454	2817	16%	467	2195	21%	927	2074	45%	97	1964	5%	280	1189	23.5%	3087	18278	16.9%

Source: PubMed: 中国語は2002.2.14、その他の言語は2002.1.20

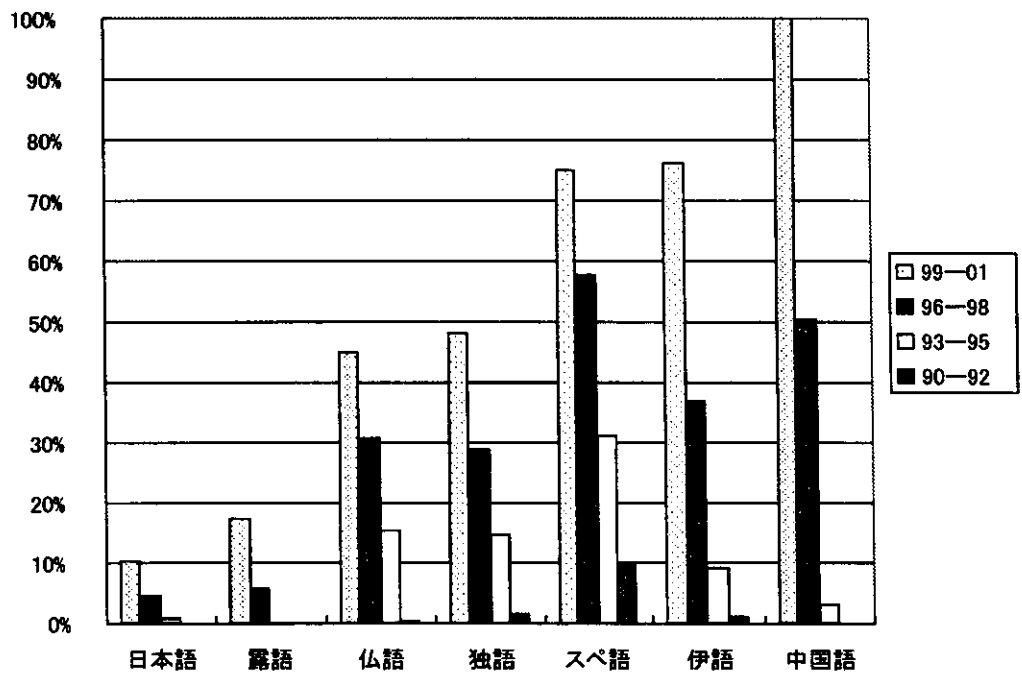


図1 7か国語別臨床試験文献の構造化抄録比率変化

表3 構造化抄録を持つ日本語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi	57
2	Nippon Ganka Gakkai Zasshi	12
3	Gan to Kagaku Ryoho	11
4	J Cardiol	8
5	Nippon Koshu Eisei Zasshi	8
6	Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi	6
7	Ryumachi	5
8	Kaku Igaku	4
9	No Shinkei Geka	3
10	Yakugaku Zasshi	3
	その他	17
	合計	134

Source:PubMed 2002年1月20日

表4 抄録を持つ日本語の臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数	構成比
1	Gan To Kagaku Ryoho	863	21.8%
2	Masui	411	10.4%
3	Jpn J Antibiot	390	9.9%
4	Hinyokika Kiyo	237	6.0%
5	Kaku Igaku	181	4.6%
6	Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi	164	4.1%
7	Kyobu Geka	142	3.6%
8	Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi	114	2.9%
9	Rinsho Ketsueki	100	2.5%
10	Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi	89	2.2%
11	J Cardiol	88	2.2%
12	Kansenshogaku Zasshi	86	2.2%
13	Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho	80	2.0%
14	Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi	77	1.9%
15	Nippon Ganka Gakkai Zasshi	63	1.6%
16	RinshoByori	60	1.5%
17	Arerugi	54	1.4%
18	Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi	47	1.2%
19	No Shinkei Geka	47	1.2%
20	Nippon Geka Gakkai Zasshi	45	1.1%
	その他	619	15.6%
	合計	3957	100%

Source: PubMed 2002年1月20日 (3957件:1985-2001)

表5 構造化抄録を持つドイツ語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Anaesthesiol Intensivemed Notfallmed Schmerzther	96
2	Anaesthesist	90
3	Klin Monatsbl Augenheilkd	58
4	Med Klin	58
5	Dtsch Med Wochenschr	44
6	Strahlenther Onkol	42
7	Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr	39
8	Fortschr Med	36
9	Ophthalmologe	26
10	Z Orthop Ihre Grenzgeb	25
	その他	214
	合計	728

Source:PubMed 2002年1月20日

表6 構造化抄録を持つフランス語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Ann Fr Anesth Reanim	70
2	Presse Med	61
3	Gastroenterol Clin Biol	41
4	J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris)	37
5	Prog Urol	33
6	J Fr Ophtalmol	24
7	Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot	18
8	Ann Chir	17
9	Arch Pediatr	15
10	Arch Mal Coeur Vaiss	14
	Cancer Radiother	14
	その他	180
	合計	454

Source:PubMed 2002年1月20日

表7 構造化抄録を持つイタリア語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Minerva Anesthesiol	115
2	Radiol Med(Torino)	68
3	G Ital Cardiol	62
4	Minerva Ginecol	50
5	Minerva Cardioangiolo	38
6	Minerva Med	24
7	Minerva Chir	21
8	Minerva Stomatol	20
9	Clin Ter	14
10	Minerva Urol Nefrol	13
	その他	42
	合計	467

Source:PubMed 2002年1月20日

表8 構造化抄録を持つスペイン語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Rev Esp Anesthesiol Reanim	142
2	Arch Esp Urol	106
3	Med Clin (Barc)	101
4	Rev Esp Cardiol	96
5	Rev Esp Enferm Dig	60
6	Rev Med Chil	56
7	Aten Primaria	45
8	Rev Neurol	43
9	An Esp Pediatr	41
10	Enferm Infecc Microbiol Clin	24
	その他	210
	合計	924

Source:PubMed 2002年1月20日

表9 構造化抄録を持つ中国語臨床試験文献掲載誌ランク

順位	雑誌名	文献数
1	Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi (Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine)	118
2	Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi (Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology)	58
3	Zhonghua Zhong Liu Za Zhi (Chinese Journal of Oncology)	22
4	Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi (Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases)	20
5	Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Chinese Medical Journal)	18
6	Chung Hua Yen Ko Tsa Chih (Chinese Journal of Ophthalmology)	8
7	Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi (Chinese Journal of Hepatology)	6
8	Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi (Chinese Journal of Hematology)	6
9	Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Waik (Chinese Journal of Plastic Surgery and Burns)	5
10	Acta Anaesthesiol Sin	4
	その他	15
	合計	280

Source:PubMed 2002年2月14日

診療ガイドライン策定過程への医療消費者の参加の必要性

分担研究者 野村英樹(金沢大学医学部附属病院 総合診療部)

はじめに

診療ガイドラインは、医療現場で実際に医療者と患者個人の合意の下に適用されて初めて「価値(Value)」を産み出す。この「価値」は、患者個人にとっての「価値」であり、かつまたガイドラインが利用される地域(あるいは国)の社会全体にとっての「価値」でなければならない。

従来、医療の現場において少なくとも患者個人にとって何が「価値」を持つかは、医療者により父権主義的に判断される傾向が我が国では強かった。しかしながら、医療消費者が自己効力感を高めるに従い、医療における「価値」の判断は、患者と医療者の共同作業へと変わりつつある。

今回、「EBMを指向した『診療ガイドライン』と医学データベースに利用される『構造化抄録』作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究」班において診療ガイドラインの受容性を検討するにあたり、我々は診療ガイドラインの作成も医療消費者との共同作業を取り入れていく必要があると考えた。研究初年度は、診療ガイドラインの策定に医療消費者の参加を求めることがなぜ必要なのか、過去に出版された文献を系統的にレビューして網羅的に検討を行った。ここでは、その方法と結果、さらに我々の理論的考察を概説する。

研究方法

1993年から2001年現在までのMedlineデータベースを、“Consumer Participation(1974年よりMeSH収録、下位には“Patient Participation”あり)”と“Practice Guidelines(1993年よりMeSH収録)”を、何れもexplode指定で掛け合わせ検索を行ったところ、146件のヒットが得られた。タ

イトルとアブストラクトのレビューの結果、今回の主題と何らかの関係があると思われる29件を詳細に検討した。

結果

文献レビューの結果、診療ガイドライン策定過程における医療消費者の参加の必要性に関する既存の理論的根拠は、次の3つのカテゴリーに分類された。

1 患者の価値の導入

David Eddyは、ガイドラインの持つべき条件として正確性、説明性、予見性、防御性、および使い勝手の5つを挙げている。ガイドラインは、従来のコンセンサスに基づくガイドラインから、統計的に有意なものを優先するガイドライン、さらには統計的に有意かつアウトカムの大きさに意義があるものを優先するガイドラインと推移するにつれて、これらの条件はより良く満たされる。さらにEddyは、意義あるアウトカムに加えて患者の嗜好を考慮したガイドラインは、より高いレベルで5条件を満足すると主張している。

2 情報と意志決定力の再分配

Hilda Bastianはいわゆるconsumer advocateであるが、彼女は単に消費者と情報を共有するのではなく、消費者が意志決定力を医療者と共有すること、さらには消費者こそが意志決定の主役となる必要があるとしている。

3 医療留保(Rationing)に対する民主的熟慮(Democratic Deliberation)

Medical Rationing (医療留保)とは、利益がある、ないしは利益がある可能性のある医療が、資源に限りがあるために受けられないことを指す。ドナー数の限られた移植医療などはその顕著な例であるが、他にも多くの状況で医療留保は起こっている。診療ガイドラインは医療留保を強いる可能性のある文書である。Ole Frithjof Norheim は、医療留保を含む診療ガイドラインは社会的に受け入れられるためには、その策定過程がオープンかつフェアである必要があり、そのために極めて幅の広い民主的な討議の過程が必要であることを指摘している。

4 「知」の活用と増価

4つめのカテゴリーとして、知識科学理論を当てはめた我々の理論的考察を述べる。医療者や患者、介護者ら全ての関係者は、それぞれに多くの「知」を所有している。その「知」は文書化され「形式知」から、言葉に表しにくい「暗黙知」的なものまで様々である。これらの「知」を活用したり、あるいはあらたな「知」を創造するためには、全ての関係者が知を共有したり、表出したり、統合するための「場」が必要となる。診療ガイドライン策定はまさに統合された「知」と言うことができ、可能な限り多くの「知」をこのサイクル (SECI サイクルと呼ばれる) に載せることが必要である。

参考文献

1. Eddy DM. Clinical Decision Making: From Theory to Practice. Practice Policies -- Guidelines for Methods. JAMA 263: 1839-1841, 1990.
2. Bastian H. Raising the Standard: Practice Guidelines and Consumer Participation. Int J Qual Health Care 8: 485-490, 1996.
3. Norheim OF. Healthcare rationing -- are

additional criteria needed for assessing evidence based practice guidelines? BMJ 319: 1426-9, 1999.

4. 野中郁次郎、紺野 登. 知識経営のすすめ ---ナレッジマネジメントとその時代. 筑摩書房, 1999.

診療ガイドラインの社会的意味を考える—特に法的観点から

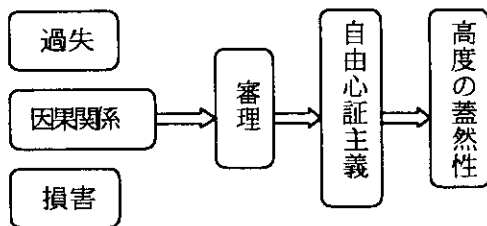
分担研究者 稲葉 一人 (京都大学大学院医学研究科 元大阪地方裁判所判事)

1 民事訴訟・裁判の流れ

統計資料(最高裁判所事務総局・司法統計年報)によれば、医療訴訟は、ここ10年、新しく訴えが提起される事件(新受事件という)は増加しており(平成12年度だけで、767件)、和解で終了する事件が多く(平成11年度は、48.3%)、原告の請求が認められる割合(認容率という)も増加している(ここ数年は30%台後半)。審理期間は、他の通常事件より長い(平成11年度は、平均33.4月)が、近年短くなっている。

1998年1月に民事訴訟の審理のルールを定める民事訴訟法が新しくなり、早い段階から争点を整理する手続や、証拠調べを集約して行う、集中証拠調べの手続が導入され、上記のように徐々にではあるが、審理が促進されている。医療裁判では、被害者が、不法行為(民法709条等)や債務不履行(民法415条、診療契約違反)を理由として請求を組み立て、審理を行うが、この関係を簡略して示すと、図4のようになる。

図4 審理手続きの流れ

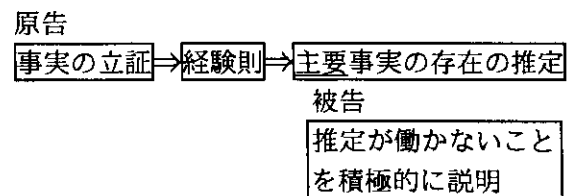


原告は、証拠により、過失行為、損害と、その間の因果関係が存在することを、高度な蓋然性の状態にあることを、裁判官に抱かせること(これを心証という)が求められる。東大病院リンパ球事件注1において、最高裁判所は、訴訟上の因果関係の立証について、「1点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、

通常人が疑を差し挟まない程度に真実の確信を持ち得ることを必要とし、かつ、それで足りるものである」(最高裁昭和50年10月24日判決・民集29巻9号1417頁)と判示する。注2

2 推定の理論との関係

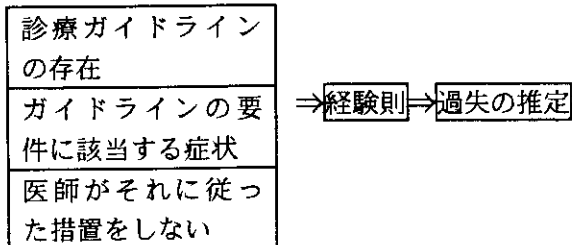
裁判所は、争いのある事実等について、証拠から直接、あるいは、証拠から間接事実を認定し間接事実に基づいて、主要事実(医療訴訟では、過失、損害、因果関係等)の存在を推認する。この推認は経験則を用いて行われる。これを事実上の推定という。事実上の推定が奏効した段階に至れば、実質上は証明責任が転換された同一の効果が生ずる。その結果、相手方は、当該主要事実について推定が働かないことを立証する必要性を負うことになる。たとえば、医療裁判において、患者側が腹腔内に医療器具が残存していたことを立証できると、医師の過失が事実上推定されること(これを一応の推定や表見証明ということもある)になり、医師側が当該行為は医師の過失を推定しないことを積極的に説明する必要が出る。この関係を図示すれば、以下のようなになる。



ところで、当該医師の治療行為が、医療水準を満たすものであれば、当該治療行為は過失と評価されない。つまり、過失の存否は、当該医療行為(作為、不作為)の、医療水準適合性である(最高裁昭和36年2月16日判決・民集15巻2号244頁、輸血梅毒事件、最高裁平成7年6月9日判決・民集49巻6号1499頁、未熟児網膜症姫路日赤病院事件)。ところで、こ

の医療水準と、EBM に基づき作成された診療ガイドラインとの関係を考える必要がある。仮に、これを＝(イコール)で結び、これまでの過失の推定の議論を結びつけると、以下のような、医師側の説明義務(責任)が生ずることになる。

原告



被告

ガイドラインに沿った措置をしなかったことが過失を推定しないことの説明(義務)

もっとも、医療水準と診療ガイドラインとを直接結びつけることができるか、ガイドラインには多様な領域と性質があり、このように一般的に評価できるかについて疑問もあり、以下では、最近の最高裁判決を参考に、診療ガイドラインの法的な意味について検討を加える。

3 未熟児網膜症判決(最判平7年6月9日民集49巻6号1499頁)

未熟児網膜症最高裁判決における光凝固法の手技を中心に医療水準理論は発展してきた。その問いは、当該医師又は医療機関の置かれている社会的・経済的・地理的諸環境—研究機関の付属する大学病院か、地域に基幹となる国公立の総合病院か、小規模病院か、一般開業医の診療所か—が医療水準の判断要素となるかというものであった。

これに対して、上記判例は、昭和49年12月出生の未熟児に対して、「ある新規の治療法の存在を前提にして検査・診断・治療等に当たることが診療契約に基づき医療機関に要求される医療水準であるかどうかを決するについては、当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律

に解するのは相当でない」「新規の治療法に関する知見が当該医療機関と類似の特性を備えた医療機関に相当程度普及しており、当該医療機関において右知見を有することを期待することが相当と認められる場合には、特段の事情が存しない限り、右知見は当該医療機関にとっての医療水準であるというべきである」として、昭和50年8月における、光凝固法の治療基準について統一的な指針を示した、厚生省研究班の報告が医学雑誌掲載される前の事例であっても、医師の過失を認めた。注3

この判決は、昭和50年8月における、光凝固法の治療基準について統一的な指針を示した、厚生省研究班の報告だけを、医療水準判断の基準にしなかったという意味で、診療ガイドラインが当然には、医療水準とはならないことを、示したと読み込むことができる。注4

また、同判決は、「ある疾病について新規の治療法が開発され、それが各種の医療機関に浸透するまでの過程は、おおむね次のような段階をたどるのが一般である。すなわち、まず、当該疾病の専門的研究者の理論的考案ないし施行錯誤の中から新規の治療法の仮説というべきものが生まれ、その裏付けの理論的研究や動物実験等を経た上で臨床試験がされ、他の研究者による追試、比較対照実験等による有効性(治療効果)と安全性(副作用等)の確認などが行われ、この間、その成果が各種の文献に発表され、学会や研究会での議論を経てその有効性と安全性が是認され、教育や研修を通じて、右治療法が各種の医療機関に知見(情報)として又は実施のための技術・設備等を伴うものとして普及していく。疾病の重大性の程度、新規の治療法の効果の程度等の要因により、右各段階の進行速度には相当の差が生ずることもあるし、それがほぼ同時に進行することもある。また、有効性と安全性が是認された治療法は、通常、先進的研究機関を有する大学病院や専門病院、地域の基幹となる総合病院、そのほかの総合病院、小規模病院、一般開業医の診療所といった順序で普及していく。そして、知見の普及は、医学雑誌への論文の登載、学会や研究会での発表、一般のマスコミによる報道等によってされ、まず、当該疾病を専門分野とする医師間には比較的短い、実施のための技

術・設備等の普及は、当該治療法の手技としての難易度、必要とされる施設や器具の性質、財政上の制約等によりこれに要する時間に差異が生じ、通常は知見の普及に遅れ、右の条件次第では、限られた医療機関のみで実施され、一般開業医において広く実施されるということにならないこともある。」とし、診療ガイドラインが臨床医療の実践の指針となり、現実それに沿った実践ができるまでに、様々なステップを経なければならないことを示している。

4 エホバの証人の信者への説明義務判決 (最判平成12年2月29日民集54巻2号582頁)

事案は、(1) 患者はエホバの証人の信者として、宗教上の信念から、いかなる場合にも輸血を受けることを拒否するという固い意思を有していた。医科研では、外科手術を受ける患者がエホバの信者である場合、信者が輸血を受けるのを拒否することを尊重し、できる限り輸血をしないことにするが、輸血以外には救命手段がない事態に至ったときは、患者らの諾否に関わらず輸血するという方針を採用していた。(2) 患者は、別の病院で、悪性の肝臓血管腫と診断を受け、平成4年8月18日、紹介により医科研に入院し、医師らによって、9月16日肝臓の腫瘍を摘出する手術を受けたが、患部の腫瘍を摘出した段階で出血量が約2245mlに達する状態になったので、輸血をしない限り患者を救うことはできない可能性が高いと医師らは判断して、予め用意してあった輸血を行った。患者は退院後、平成9年8月13日死亡した。(3) 患者は、手術に先立つ9月14日、患者と夫の連署した、免責証書を手渡していた。右証書には、患者は輸血を受けることはできないこと及び輸血をしなかったために生じた損傷に関して医師及び病院職員等の責任を問わない旨が記載されている。

これに対して、最高裁は、医師側に50万円の慰謝料の支払いを命じた原審の判断を、以下の理由を述べて支持した。

「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、こ

のような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。」「医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態に生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。」「本件では、この説明を怠ったことにより、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。」というものである。

この判例は、当時の最高水準である医療機関での輸血の判断が、患者らの意思により制限を受けることを認めたものである。つまり、診療ガイドラインといえども、患者らの意思により制限を受けることを明らかにしたといえよう。

5 乳がん乳房温存療法の説明義務判決(最判平成13年11月27日判決・民集54巻2号582頁)

事案は、患者(昭和23年生れ)は、平成3年P医院に診察を受け、乳がんの診断を受けた。医師は、胸筋温存乳房切除術適応と判断し、乳房を全部切除するが、筋肉は残す旨説明した。患者は、乳がんの治療が乳房を可能な限り残す方法へ変ってきたという新聞の紹介記事に接し、入院した際に、自己の心情をつづった手紙を交付した。医師は、平成3年2月28日、本件手術を行い、乳房を切除したものである。

判例は、「ここで問題とされている説明義務は、患者が自らの身に行われようとする療法(術式)につき、その利害得失を理解した上で、当該療法を受けるか否かについて熟慮し、決断することを助けるために行われるものである。医療水準で確立した療法が複数ある場合には、患者がそのいずれを選択するかにつき熟慮の上、判断することができるような仕方それぞれの療法の違い、利害得失を分かりやすく説明することが求められるは当然である。」「本件にお

ける胸筋温存乳房切除術と乳房温存療法のように、一方は既に医療水準として確立された術式であるが、他方は医療水準として未確立の療法である場合、医師が後者について常に選択可能な他の療法として説明すべき義務を負うか、また、どこまで説明すべきかは、實際上、極めて難しい問題である。」「一般的にいうならば、実施予定の療法は医療水準として確立したものであるが、他の療法が医療水準として未確立のものである場合には、医師は後者について常に説明義務を負うと解することはできない。」「とはいえ、このような未確立な療法であっても、医師が説明義務を負うと解される場合があることも否定できない。少なくとも、当該療法が少なからぬ医療機関において実施されており、相当数の実施例があり、これを実施した医師の間で積極的な評価もされているものは、患者が当該療法の適応である可能性があり、かつ、患者が当該療法の自己への適応の有無、実施可能性について強い関心を有していることを医師が知った場合などにおいては、たとえ医師自身が当該療法について消極的な評価をしており、自らはそれを実施する意思を有していないときであっても、なお、患者に対して、医師の知っている範囲で、当該療法の内容、適応可能性やそれを受けた場合の利害得失、当該療法を実施している医療機関の名称や所在を説明すべき義務がある」とした。

この判決は、医師の説明義務の範囲は、医療水準として確立された療法だけではなく、患者の医師を含めた種々の状況のもとで、確立されていない療法にも及ぶことがあることを認めた。この判例は、医師の説明義務の範囲を広げたという意味で医療従事者には厳しいが、他方、説明義務は、医療水準だけでは決まらないことを明らかにしたのもである。

6 上記3つの最高裁判決を踏まえて、診療ガイドラインの法的意味をまとめる。

- (1) 診療ガイドラインは、医療水準に直結しない(未熟児網膜症判決)。
- (2) 医療水準の治療であっても、患者の明示的な意思があれば、これを控える場面がある(エホバの証人判決)

- (3) 医師の行為規範(説明義務の範囲)は、患者との相互作用の中で決められる(乳房温存療法判決)

7 以上を踏まえて、今後更に検討すべき諸論点を掲げておく。

- (1) 医師のいわゆる裁量権との関係
- (2) 診療ガイドラインの種別(急性のもの、慢性のもの、療養上の指導のもの等)による違い
- (3) 診療ガイドラインの比較法的観点からの位置付け

注1 化膿性髄膜炎で入院した患者(当時3歳)が、医師からルンバール(腰椎穿刺による髄液採取とペニシリンの髄腔内注入など)を受けたところ、突然嘔吐し、けいれん発作を起こし、その後重度の知的障害を残した。そこで、患者らが、ルンバールにより発作が発症しその後も病変も生じたとして提訴したのに対して、医師側は、病変等が化膿性髄膜炎の再燃により生じたものとして争った事案である。

注2 訴訟上の因果関係を、自然科学的証明とすると、主張・立証責任を負担したものがほとんど敗訴する。そこで、判示のような訴訟上の因果関係に関する立証命題を示したものである。そして、「高度の蓋然性」という表現は、因果関係の判断には、不可避免的に価値判断や評価要因が入り込むところ、事案により、そのような要因を組み入れることが可能となることを示したものと受けとめられている。しかし、そのことにより、個々の因果関係の認定・判断の基準としては不安定とならざるを得ないこととなる。

注3 当該医療機関において知見を有することを期待することが相当と認められる場合には、当該医療機関に所属する医師としては、それに相当する医療行為を行うことが期待されることとなる。

注4 未熟児網膜症事件は、通常、「厚生省研究班の報告の前であっても、そのような医療実践が期待されている場合は、それが当該医療機関の医療水準となる」として読み込まれている。しかし、当該判決は、厚生省研究班の報告の時期と、(上にも下にも)臨床実践としての医

療水準とは直接の関係がないとしたものというべきである。

海外文献の構造化抄録採用状況および構造化抄録項目調査

分担研究者 平位信子(医学中央雑誌刊行会研究開発課)

研究要旨

ISI社のJournal of Citations Reports(2000年版)を参照し、一般臨床医学領域のインパクト・ファクター上位30誌の、2001年1月の時点での原著論文における構造化抄録採用状況を、PubMedで検索したAbstractsを出力して調査した。総ヒット件数467件のうち抄録付文献は304件で、このうち構造化抄録は188件(61.8%)、非構造化抄録は116件(38.2%)であった。調査対象誌27誌のうち全ての抄録が構造化抄録であったのは5誌(18.5%)、一部が構造化抄録であったのは14誌(51.9%)、構造化抄録を採用していなかったものは8誌(29.6%)であった。さらに、構造化抄録188件のパターンに対するクラスター分析(ワード法)により、IMRAD形式のもの125件(66.5%)、8項目およびそのバリエーション63件(33.5%)の2カテゴリーに分類した。構造化抄録は有力国際誌でも、バリエーションが多く、必ずしも適切な形で採用されていない実態が明らかになった。

研究目的

構造化抄録は、必要とされる情報に沿ってあらかじめ項目を立て、項目ごとに記載していく形態の抄録である。構造化抄録の記載内容は、従来の抄録に比べ質的に優れているとの報告がみられ¹⁾、EBMの観点からも普及が望まれている。また、生物医学雑誌への投稿のための統一規程であるUniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journalにおいても、1993年より正式に推奨されており、その重要性は高く評価されている。

日本で発行された雑誌における構造化抄録付与状況の調査は、1998年度の時点での報告がみられ、構造化抄録の普及の遅れが指摘されている²⁾。

これに対し、海外での現状を把握するため、有力国際誌における構造化抄録付与率および、構造化抄録の項目調査を実施した。

研究方法

ISI社のJournal of Citations Reports

(2000年版)を参照し、一般臨床医学領域(Medicine, General & Internal)のインパクト・ファクター上位30誌(表1)の、2001年1月(一部の雑誌については2001年通年、または2001年2月)の時点における構造化抄録採用状況を調べた。採用状況は、PubMedで検索したAbstractsを出力して調査した。対象文献を原著論文に絞るため、Journal Article[pt]で絞り込んだ後、Review、Meta-Analysis、Historical Article、Legal Cases、Consensus Development Conference、Comment、Guideline、Practice Guideline、BiographyのPublication Typeの文献を論理演算子NOTで除外した。

PubMedでヒットした文献のうち、構造化抄録が掲載されているものについては、構造化抄録のパターンに対して解析ソフト(SAS JMP)を用いてクラスター分析(ワード法)を行った。縦項目には構造化抄録が掲載されている188文献を取り、横項目には構造化抄録項目を取った。構造化抄録項目は、全42項目のうち意味解釈して項目併合できるものを11項目にまと

めた(表2)。さらに、Methods and Resultsのように明らかに異なる事項が含まれている項目については、それぞれに分けてカウントした。

研究結果

インパクト・ファクター上位30誌のうち、PubMedで上記の検索式がヒットしたのは27誌であった(表3)。総ヒット件数467件のうち抄録付文献は304件で、このうち構造化抄録は188件(61.8%)、非構造化抄録は116件(38.2%)であった。また、27誌のうち全ての抄録が構造化抄録であったのはN Engl J Med、BMJなど5誌(18.5%)、一部が構造化抄録であったのはJAMA、Lancetなど14誌(51.9%)、構造化抄録を採用していなかったものはMedicine、Amyloidなど8誌(29.6%)であった。

なお、投稿規程における構造化抄録の扱いを、構造化の指示なし、IMRAD形式、8項目およびそのバリエーションに分けて示した(表3)。これによると、構造化の指示のなかったものがAnnu Rev Med、Medicineなど7誌、IMRAD形式がN Engl J Med、Lancetなど13誌、8項目およびそのバリエーションがJAMA、Ann Intern Medなど8誌であった。

さらに表4に示すとおり、構造化抄録188件のバリエーションは多岐に渡っており、ひとつの雑誌の中でも様々なパターンがみられた。

これらの構造化抄録項目の組み合わせを、クラスター分析のデンドログラムより、Altmanらの推奨する8項目パターン(原著論文対象)3)4)とそのバリエーション、および旧来のIMRAD形式(Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion)の2カテゴリーに分類した。188件中IMRAD形式のものは125件(66.5%)、8項目およびそのバリエーションは63件(33.5%)であった(表3)。

なお、IMRAD形式の125件のうち4件(IF28)は、Background、Aim、Design and Study、Setting、Method、Results、Conclusion(s)の項目を有し、一見8項目のバリエーションとも受け取れ、IMRADの一般的な形式からは外れていた。しかしながら、上位次元の分類ではBackground(ContextまたはIntroduction)、Method(s)、Results、Conclusion(s)というIMRADの代表的な項目を有するカテゴリーに含まれており、項目数こそ7項目を数えるが、IMRADの形式に分類されるべきものと考えられる。

一方、8項目およびそのバリエーション63件のうち1件(IF22)は、Objective、Design、Results、Conclusionsの項目を有し、8項目のバリエーションからは外れたIMRAD形式に近い印象を与える。しかし、上位次元の分類ではObjective、Design、Results、Conclusion(s)を核として、Setting、Main Outcome Measure(s)等を追加した項目を有するカテゴリーに含まれており、項目の構成上、8項目のバリエーションとして捉えるべきものと考えられる。

さらに8項目およびそのバリエーション63件のうち、8項目パターンであったのは4件であり、構造化抄録188件に占める割合は、わずか2.1%であった。

考察

構造化抄録の採用状況は有力国際誌の中でもバラツキがみられ、全ての抄録が構造化抄録であったものはN Engl J Med、BMJ、Ann Medなど5誌(約2割)であり、一部に構造化抄録がみられるものが約半数、構造化抄録を全く採用していないものも3割みられた。

さらに文献単位で見ると、304件中の構造化抄録付与率は61.8%(IMRAD41.1%、8項目およびそのバリエーション20.7%)であり、8項目の構造化抄録の普及が進んでいない実態

が認められた。

クラスター分析により、IMRAD 形式、および 8項目とそのバリエーションを構築している項目の特性が明らかになった。IMRAD 形式では、Context (Background または Introduction)、Method(s)、Results、Conclusion(s)を核として、その他の項目である Objective(s) (Aim または Purpose) や Patients (Participants、Population、Subjects、Material(s) 等)、Discussion (Recommendation または Interpretation) などを加えたバリエーションがみられた。一方、8項目のバリエーションはさらに複雑で、全ての文献に共通しているのは Results と Conclusion(s)のみであり、Context、Patients および Main Outcome Measure(s)を含むカテゴリーや、Objective(s)、Intervention(s) および Main Outcome Measure(s)を含むカテゴリー、さらに Objective(s)、Patients および Main Outcome Measure(s)を含むカテゴリーなどの複数のパターンに分類されていた。

これら構造化抄録の多彩なバリエーションは、今後整理され、一定の形式にまとめ直していく必要があると思われる。そのためには、まずは旧来の IMRAD 形式から 8項目への移行により、より詳細な内容を抄録に盛り込む形式の定着が望まれる。どのような抄録パターンを採用するかは、雑誌単位で決められている傾向も認められることから、今後、各雑誌の投稿規程および査読の段階で、8項目の構造化抄録を定着させる動きがみられることを期待したい。

構造化抄録の採用実態調査において、構造化抄録は有力国際誌でも、バリエーションが多く、必ずしも適切な形で採用されていない実態が明らかになった。特に、8項目およびそのバリエーションの構造化抄録付与率は、抄録全体の 20.7%、IMRAD 形式を含む構造化抄録全体の 33.5%を占めるに留まっており、付与率の低さが目に付いた。

稿を終えるにあたり、構造化抄録項目のクラスター分析において、東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学の正木朋也助手にご尽力いただきましたことを、深謝いたします。

文献

- 1) Taddio A, Pain T, Fassos FF, Boon H, Ilersich AL, Einerson TR. Quality of nonstructured and structured abstracts of original research article in British Medical Journal, the Canadian Medical Association Journal and the Journal of the American Medical Association. *Can Med Assoc J* 1994; 150(10):1611-5
- 2) 青木仕. Structured Abstracts の概要と我が国における活用の可能性. *医学図書館* 2000;47(1):52-60
- 3) Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts. *Ann Intern Med* 1987;107(5):790-1.
- 4) Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med* 1990;113(1):69-76

表1 調査対象誌一覧

IF01	The New England journal of medicine
IF02	JAMA
IF03	Lancet
IF04	Annual review of medicine
IF05	Annals of internal medicine
IF06	Archives of internal medicine
IF07	The American journal of medicine
IF08	BMJ
IF09	Medicine
IF10	Amyloid
IF11	Proceedings of the Association of American Physicians
IF12	The journal of family practice
IF13	Annals of medicine
IF14	Journal of general internal medicine
IF15	CMAJ
IF16	Journal of internal medicine
IF17	Archives of family medicine
IF18	Journal of investigative medicine
IF19	QJM
IF20	Mayo Clinic proceedings
IF21	American journal of preventive medicine
IF22	European journal of clinical investigation
IF23	Palliative medicine
IF24	The journal of laboratory and clinical medicine
IF25	The Medical journal of Australia
IF26	British medical bulletin
IF27	Journal of pain and symptom management
IF28	The British journal of general practice
IF29	Preventive medicine
IF30	The American journal of the medical sciences

IF: Impact Factor

IF11およびIF17は2001年以降のデータなし。

表2 構造化抄録項目バリエーションの併合

- | | |
|---|--|
| ① | Objective(s) ← Aim、Purpose |
| ② | Design ← Design of Study、Study Design |
| ③ | Setting |
| ④ | Patients ← Patients/Participants、Population、Subjects、Participants、Material(s)、Cases、Data Source(s) |
| ⑤ | Intervention(s) |
| ⑥ | Main Outcome Measure(s) ← Outcome、Outcome Measures、Measurements |
| ⑦ | Results ← Main Results、Findings |
| ⑧ | Conclusion(s) |
| ⑨ | Context および Background および Introduction |
| ⑩ | Discussion および Recommendation および Interpretation |
| ⑪ | Method(s) |

表3 PubMedヒット件数および抄録内訳

No.	雑誌名	期間	PubMedヒット件数	非構造化抄録 (%)		構造化抄録 (%)		構造化抄録内訳		投稿規程による抄録形式*	備考	
				件数	割合	件数	割合	IMRAD形式	8項目およびそのA/E/J-E/J-N (%)			
IF01	N Engl J Med	2001/01	32件うち抄録付18件	0/18	100	18/18	100	0/18	0	IMRAD		
IF02	JAMA	2001/01	59件うち抄録付21件	1/21	5.0	20/21	95.2	0/20	20/20	8項目		
IF03	Lancet	2001/01	51件うち抄録付21件	2/21	9.5	19/21	90.5	19/19	0	IMRAD		
IF04	Ann Rev Med	2001 通年	0件							指示なし		
IF05	Ann Intern Med	2001/01	14件うち抄録付12件	3/12	25.0	9/12	75.0	0/9	9/9	8項目		
IF06	Arch Intern Med	2001/01	37件うち抄録付29件	3/29	10.3	26/29	89.7	24/26	2/26	IMRAD		
IF07	Am J Med	2001/01	31件うち抄録付22件	15/22	68.2	7/22	31.8	7/7	0/7	IMRAD		
IF08	BMJ	2001/01	37件うち抄録付12件	0/12	0	12/12	100	0/12	12/12	8項目		
IF09	Medicine(Baltimore)	2001/01	3件うち抄録付3件	3/3	100	0/3	0			指示なし		
IF10	Amyloid	2001 通年	40件うち抄録付35件	35/35	100	0/35	0			指示なし	2000年以降データなし	
IF11	Proc Assoc Am Physicians		0件									
IF12	J Fam Pract	2001/01	18件うち抄録付5件	1/5	20.0	4/5	80.0	3/4	1/4	8項目		
IF13	Ann Med	2001/02	4件うち抄録付4件	0/4	0	4/4	100	4/4	0/4	IMRAD		
IF14	J Gen Intern Med	2001/01	7件うち抄録付7件	1/7	14.3	6/7	85.7	0/6	6/6	8項目		
IF15	CMAJ	2001/01	12件うち抄録付5件	2/5	40.0	3/5	60.0	3/3	0/3	IMRAD		
IF16	J Intern Med	2001/01	8件うち抄録付8件	1/8	12.5	7/8	87.5	1/7	6/7	8項目		
IF17	Arch Fam Med		0件									
IF18	J Investig Med	2001/01	11件うち抄録付10件	1/10	10.0	9/10	90.0	9/9	0/9	IMRAD	2001年以降データなし	
IF19	GJM	2001/01	5件うち抄録付5件	5/5	100	0/5	0			IMRAD		
IF20	Mayo Clin Proc	2001/01	12件うち抄録付10件	4/10	40.0	6/10	60.0	6/6	0/6	IMRAD		
IF21	Am J Prev Med	2001/01	17件うち抄録付15件	6/15	40.0	9/15	60.0	8/9	1/9	IMRAD**		
IF22	Eur J Clin Invest	2001/01	10件うち抄録付10件	0/10	0	10/10	100	9/10	1/10	IMRAD		
IF23	Palliat Med	2001/01	7件うち抄録付7件	7/7	100	0/7	0			指示なし		
IF24	J Lab Clin Med	2001/01	9件うち抄録付8件	8/8	100	0/8	0			8項目		
IF25	Med J Aust	2001/01	8件うち抄録付6件	1/6	16.7	5/6	83.3	0/5	5/5	100		
IF26	Br Med Bull	2001 通年	4件うち抄録付2件	2/2	100	0/2	0			指示なし		
IF27	J Pain Symptom Manage	2001/01	9件うち抄録付9件	9/9	100	0/9	0			指示なし		
IF28	Br J Gen Pract	2001/01	9件うち抄録付9件	5/9	55.6	4/9	44.4	4/4	100	8項目		
IF29	Prev Med	2001/01	11件うち抄録付10件	0/10	0	10/10	100	10/10	0/10	IMRAD		
IF30	Am J Med Sci	2001/01	2件うち抄録付1件	1/1	100	0/1	0			IMRAD		
Total			467件うち抄録付304件	116/304	38.2	188/304	61.8	125/188	63/188	66.5	33.5	

*[投稿規程による抄録形式]

指示なし: 構造化の指示なし

IMRAD: IMRAD形式

8項目: 8項目およびそのバリエーション

**Intervention studies に関しては8項目