

Table 2-2 Summary of the studies on the clinical impacts of guidelines

Category	Adherence to implementation strategy	Providers' adherence	Consumers' adherence	Clinical outcome	Results	Origin
PID	Not applicable	Not applicable	Not applicable	Clinical failure or success	Equivalence	USA
ARI	Not applicable	Not applicable	Not applicable	Response rate, duration	Equivalence	India
Cesarean section	Not complete for A/F	Positive for OLE	Not applicable	Vaginal delivery, hospital stay	Positive for OLE	Canada
Cancer pain	Not applicable	Positive	No difference between groups	Brief Pain Inventory	Positive	USA
Diabetics mellitus	Not reported	Positive	Not reported	HbA1c	Positive	USA
Low back pain	Not reported	Not reported	Not reported	Return to work, VAS for pain, and other questionnaires.	Positive	Canada
Anticoagulation	Not reported	Positive	Not reported	Death, major bleeding episodes	Positive	USA
Depression	Not applicable	Partly positive	Not reported	CES-D	Positive	Canada
Depression	Partly reported	Positive	Not reported	CES-D, SF-12	Positive	USA
Depression	Not applicable	Positive	Not reported	SCL-90, IDS	Positive	USA
Depression	Reported	Not reported	Not reported	HAD	Negative	UK
Depression	Poor adherence to CQI recommendation	Positive for AD	Not reported	HSL, SF-36	Negative or worsening with AD	USA
Depression and hypertension	Various	Negative	Not reported	Blood pressure, HSL	Negative	USA
Hypertension	Poor	Not reported	Not reported	Blood pressure, cholesterol, body mass index, risk	Negative	Norway
Diabetes mellitus	Used only partly	Positive for some	Not reported	HbA1c, blood pressure, and others	Negative	Norway
Low back pain	Not reported	Not reported	Not reported	Return to work, self assessed pain, satisfaction	Negative	USA
Gynecology	Not reported	Only partly positive	Not reported	SF-36, incontinencia questionnaire	Negative	Australia

CES-D: Centre for Epidemiologic Studies Depression scale; SF-12: Short-Form 12; VAS: visual analogue scale; SCL-90: Symptom Checklist-90; IDS: Inventory of Depressive symptomatology; HAD: hospital anxiety and depression scale; HSL: Hopkins Symptom Checklist; SF-36: Short-Form 36.

# 診療ガイドラインに対する利用者側の認識に関する研究

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 助教授）

**研究要旨：**医療消費者支援者に対する非構造化面接、および医療者と医療消費者の混合小グループによるワークショップにより、診療ガイドラインに対するこれら利用者側の認識を調査した。その結果、医療者や医療消費者は、策定過程や発表後の作成者とのコミュニケーションの不足によると考えられる疑問や不安を数多く抱えている他、エビデンスに基づくガイドライン、さらには患者の嗜好に基づくガイドラインを求める意見が多かった。一方医療消費者支援者は、ガイドラインそのものをコミュニケーションのツールとして捉えたとの認識に基づいて、その策定や利用方法への期待や意見を持っていることが明らかとなった。

## A. 研究目的

平成 13 年度の本研究では、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について、文献の系統的レビューを行なった。今年度の研究では、医療消費者支援者（consumer advocate）、医療消費者、および医療者が、診療ガイドラインについてどのように考えているのかを明らかにすることを目的として、以下の研究を行なった。

## B. 研究方法

医療消費者の支援を行なっている NPO 法人「COML」で代表を務める辻本好子氏に対する非構造化面接、および医療者+医療消費者の小グループによる診療ガイドラインの現状の問題点に関するワークショップを行い、前者は逐語録を、後者は KJ 法のプロダクトを解析した。

## C. 研究結果

辻本氏に対する非構造化面接では、

- ガイドラインに対する世代間、地域間の意識の違いを考慮した作製

と利用援助が必要

- ガイドラインを医師と患者が情報を共有するためのツールと捉え、患者の自立の支援に用いたい
- ガイドラインの策定プロセスが重要で、医療消費者がオブザーバーとしてでも参加することは効果が期待できる
- 訴訟などでの悪用は患者を二重の被害者意識に陥れる危険性があるとの認識が示された。

診療ガイドラインに関するワークショップでは、各小グループよりそれぞれ、極めて広い範囲の現状の問題点が提起された。その内容は、

- 診療ガイドライン策定の目的や策定メンバーの決定、および策定過程などが明示・公開されないことによる疑問や不安
- 目的外使用や弊害の不安
- 使い易さや普及に向けた努力の不足の指摘
- Evidence に基づく診療ガイドライン策定の方法に沿っていない部分の指摘
- 患者の意思決定への利用が想定されていないことの指摘

に大別された。前3者はコミュニケーション不足による問題としてまとめることができる。

#### **D. 現段階での考察**

近年本邦において発表された診療ガイドラインに対し、医療者や医療消費者は、策定過程や発表後の作成者とのコミュニケーションの不足によると考えられる疑問や不安を数多く抱えている。また、エビデンスに基づくガイドライン、さらには患者の嗜好に基づくガイドラインを求める意見が多い。

これに加えて医療消費者支援者は、ガイドラインそのものをコミュニケーションのツールとして捉えたとの認識に基づいて、その策定や利用方法への期待や意見を持っている。

#### **E. 結論**

診療ガイドラインは、その利用者によって医療者と医療消費者の間のコミュニケーションツールとして期待されており、その策定や普及にあっても、策定者側と利用者側の双方向性の十分なコミュニケーションを担保することが重要である。

COML代表 辻本好子氏インタビューまとめ  
(日時 平成14年5月21日5時～7時)

- 患者の医療に対する意識には、世代間や地域間の違いがあり、ガイドラインに対するニーズにも微妙な違いがあることをまず認識した上で作成し、患者がガイドラインを利用する上で必要なサポートの提供についても、同時に考える必要がある。
  - 患者の意識の4つの世代の格差：微妙なニーズの違いがあるという前提の上でガイドラインを作り、それをどうユーザーが利用するかということのサポートを同時に考えていかないといけない
    - ◇ 70代、80代：パターンリズムのお医者さんの方が安心
    - ◇ 50代、60代：まだ全員がアクセス能力、つまりコンピュータを駆使できる世代ではない。「これって患者の権利ですよ、でも、お医者さんの前に行くともう言えないのです」、だけど行動変容はしたいというひそかな希望は持っている
    - ◇ 30代、40代：情報を集めることには何も支障のない人たち、共通一時試験世代であり、「正しい答えを知りたい」。
    - ◇ 20代：マニュアル世代
  - 意識の地域差：西高東低であり、日本海側や四国あたりはパターンリズム、神奈川、東京、大阪、名古屋は権利意識が強い。
  - (日本人には) 医療費は「取られる」という意識が強く、「支払う」という意識が弱い
- ガイドラインは、医師と患者が情報を共有するためのツールとしてとらえ、これを患者の自立の支援に使いたい
  - 理解と選択が、患者側の責任
  - ガイドラインが上から与えられるパターンリズムへの懸念
  - 医療の問題ということを一般市民が考えるのは、患者というレッテルを貼られてはじめて興味関心を示す。自立を促す啓発活動がない
  - 医療の限界性、不確実性ということをもっと患者が理解し、引き受けていくことが必要
  - 不信感だけではなくて、信頼関係を共に作らなければいけない
  - 医療消費者というキーワードを使っているのは、権利ということ振りかざすための武器ではなくて、他の消費活動の武器に、もう少し私たちは意識して、選んで、自分が払うお金に対しても満足度ということをね、もう少し考えて行動していたと思う
  - 目で見て確認でき、家へ持ち帰って家でもう一度見直せるものがあれば、患者の理解度や満足度は全然違う
  - インフォームドコンセントの隙間を埋めるために、「こういういいものが出来たんですよ」と利用する
  - 解った振りをされるよりも、解らないけれど調べてみましょう、一緒に考えてみましょうという姿勢を見せてくれるお医者さんの方が信頼できる
  - 全て解っているわけではないとすればね、それがね、ガイド

- ラインにアクセスしたり、本を出したりということだね、さっき言った、共有しながらという、そういうやりとりが出来ていたら、患者さんも誘導でなく、私は啓発ということにつながって行くのではないかという気がします
    - 複数の選択肢をガイドラインで示しても良い
  - たものがとりあえずのガイドラインになっている
    - 思わぬ使われ方（悪用）ということもありうる
- (ひとつのガイドラインにひとりの医療消費者の参加は現状でも) 可能
  - オブザーバーとしての参加でもプラスに効果を生む可能性がある
- 患者の自立のインフラ整備
  - 患者の学習権を保証する図書コーナーの設置
  - ホテルで言うコンシェルジュ、よろず相談窓口
  - チーム医療の再構築
- ガイドラインの策定過程
  - マニュアル、ガイドラインがどう作られたかのプロセスが重要
  - レイショニングについては、バイオエシックスの一環として理解
- ガイドラインは医師向けか、患者向けか
  - 最終的に患者向けのガイドラインということにするのか、医師向けにするのか
  - 患者向けの、市民向けの、一般向けの医学書なんかを見るとね、「うまく書いてあるな！」と、思う
- 訴訟に関する懸念
  - 医療現場で被害者意識に陥った患者あるいは遺族がこんど司法の現場の、二重、三重の被害者意識になっていく
  - 今でも、弁護士さんたちは何かガイドラインはありませんかと私なんかにもおっしゃってくるくらいですからね。ですから今は、それこそ医学書院のね、今日の治療指針とか、ああいつ

第6回EBM&Nセミナー

プレワークショップ 分科会

2002年11月16日(土) 9:00~12:00

## Bグループ (大場、片岡、三沢、宮林、佐々木、富永、小山、上田、北野)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・小山)

1. 目的と定義
  - ・ 誰のために作っているのか不明確である
  - ・ 効率のみ優先されているのではないか
2. 作成者
  - ・ 適正な作成者であるか 公正かどうか
3. 根拠
  - ・ 日本人でのデータが少ないのではないか
  - ・ ガイドラインそのものの評価がなされているか
  - ・ 種々のデータから pick up する基準はどうなっているか
4. アクセス
  - ・ 患者を含め広く公開されているか
  - ・ 医療従事者が使いやすい状態になっているか
5. コンビニ医療
  - ・ 画一化されすぎてはないか
  - ・ すべての人に適用できるのか
6. 医療経済
  - ・ 薬剤会社の影響はないのか
7. その他
  - ・ 疾患の数に限りがあるのでは

などの問題点が提示された。

### テーマ2：その対策 (記録・片岡)

- ① どの問題を取り上げるか?
  - ガイドラインの目的が明らかでない《目的》・・・決定
    - ・ アクセスの方法
- ② ガイドラインの目的・・・なぜガイドラインが必要か。何の目的で作られたガイドラインが望ましいか

KJ法でまとめる →

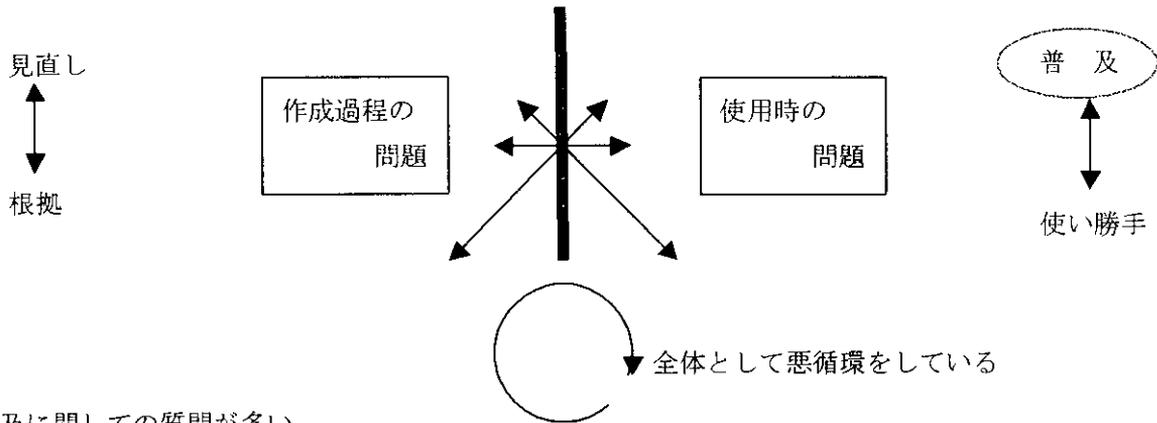
1. 患者さんの満足
2. 医療レベル↑
3. 医療費削除 (コストエフェクティブ)

#### ③ 結果

- ・ ガイドライン 3種類必要
  - 患者さん用
  - 一般開業医用
  - 専門医用
- ・ アクセス
  - 内容
  - 言語のバリアー
  - どのようなツールを用いるか (インターネット、テレビ、雑誌、など多面的に)
- ・ 患者・医師関係 患者さんの意思決定

**Cグループ** (池亀俊美、和藤幸弘、紺谷真、山本由香里、丁元鎮、今本桂子、大石裕子)

**テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点** (記録・大石)



普及に関する質問が多い

- ・ガイドラインはそんなに普及していないのか
- ・規制がない
- ・普及させるべきなのか

**テーマ2：その対策** (記録・今本)

問題点をひとつつえらぶ

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| ・使い勝手までは考えていない。       | ・研究のためのガイドライン。     |
| ・継続した研究ができない。         | ・作成の側で患者の視点がぬけている。 |
| ・患者のニーズに答えるための医者を使うもの | ・患者も勉強する資料にしたい。    |
| ・ガイドラインに権威があってもいい     | ・訴訟になってもいい。        |

一つにしぼった問題点⇒◎患者に役に立つためのガイドラインを作るにはどうしたらいいか

KJ法でやる

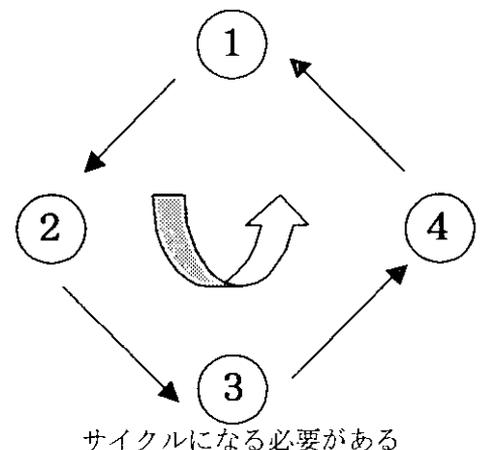
内容② アクセス 過程③ 評価④ 目的①

グループ① 目的を明確に、だれのため、だれが使う。

グループ② 内容

グループ③ 公開

グループ④ 検証 医師、患者両方の視点のフィードバック



ガイドラインが必要かどうかも含めて  
 患者の知らないところでできて、役に立つものであるかどうか  
 必要であると前提して考える

ガイドラインのチェックリスト (アグリー) がある

## Dグループ (小西、日野村、中川、森岡、上木、南郷、前田、鹿野)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・盛岡)

- 1 What is guideline?
- 2 Guideline in making guideline?
  - Sponsor?
  - Authority based?
- 3 purpose for patient?
  - True endpoint?
- 4 To whom merit?
  - May be link of feedback from patient

### テーマ2：その対策 (記録・小西) (小西、日野村、森岡、上木、南郷、神代、鹿野)

「ガイドラインは必要なのか」という問題点に対して

対策 ・ 目的を明確にする、確立する。

- その目的とは
  - ・医療の level の bottom up  
(“～してはいけない”という勧め)
  - ・医療全体の level up
  - ・経済効率
- ※ “～しろ” という勧めは高度な医療を殺すこともある。

- 目的を確立するために
  - ・使用者の明確化
  - ↓
  - 誰が対象者なのか？
    - 専門医？ Primary care 医？
  - 記述をわけることが必要

## Eグループ (五十嵐 俊、肥山 淳一郎、吉田 和代、守内 匡、柿本 淳子、

竹山 知志、栗原 千絵子、遊道 桂子)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・五十嵐)

エビデンスを①作る。 ②作る→伝えるの橋渡し ③伝える ④使う

ガイドラインのもととなる

- ・日本人の大規模研究がない。
- ・日本人の臨床試験データに基づいていない。
- ・日本人データなら質が低くても利用している。
- ・日本人データの質が不明。
- ・GLの報告基準が不明。
- ・言葉が難しい。
- ・GLの評価基準がない。



外国人の結果をそのまま利用している。

- ・特定の人間だけで作製している。
- ・作製に各職種が参加していない。
- ・Ptの知りたい事をきいていない。
- ・作成に消費者の参加がない。
- ・専門家グループだけで作られており客観的評価ができていない。
- ・情報収集にもれがある。
- ・必ずしもエビデンスに基づいていない。

待ちが長い



GLが出てから  
医療に変化が起き  
るまでが長い

- ・海外のGLさえ知られていない。
- ・GLの内容が知られていない。
- ・浸透していない。
- ・知らない人が多い。
- ・普及していない。

GLが指針として役立っていない。  
現場に導入されていない。  
強制されていると勘違いされる。

(裏面)

ガイドラインの問題点

エビデンスとしてのデータの内容

日本人データの有無

日本人データの取扱い

外国人データの利用について

作り手の問題

- 学会等の特定の人を作っている。
- 専門家以外の声が反映されない。

## 伝え方

- ・言葉が難しく一般の人には理解しにくい。
  - ・報告がぶ厚くて全てを読むことは不可能
- よむ気がなくなる。

## 実際

- 何の罰則もないので、強制力がない。
- 内容を知らないので実行できない。
- 浸透していない、意味がない。

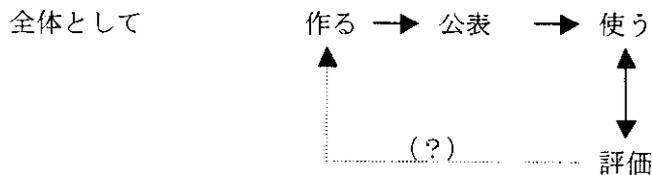
## テーマ2：その対策（記録・）

基本はシンプルでベーシックであること。

- ◆メンバーの構成が公平であり、公開されていること。
- ◆脱学会！ 学会主導や監修等はやめて、コメディカルの参加や患者団体やマスコミ等をまきこんだ形で作成をしてはどうか？
- ◆作製過程をオープンにすることや作成時間の短縮を。  
マスコミの取材や問題点当を公表するしくみをつくる。
- ◆ミニガイドラインづくり。
  - ① 医師向けのむづかしい内容ではなく、患者様が、自分の治療に関して、わかるようなわかりやすい、情報をもりこむ。
  - ② 権威あるGLひとつではなく、あちこちにあって、それが淘汰されていってもいいのではないかな？
- ◆再評価  
作成されたGLを、一定の期間でみなおす必要がある。

## Gグループ (橋本秀子、松本直子、清水誠、椎名宏吉、細川康二)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・細川)



という流れがある。

- 〈作る〉
  - ・目的が不明確
  - ・誰が作るのか：権威の意見や偏りのある可能性、又は印象がある。
  - ・作る方法論：evidenceの質に疑問
- 〈伝える〉
  - ・公表が不十分、最新のもののがわかりにくい。
- 〈使う〉
  - ・量が多くなり、使いにくいかも。
  - ←→ 量が少なく、何か大切なことがもれでる。
  - ・例外的な症例があつかえない。

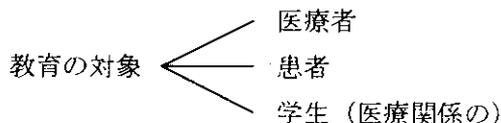
その他の意見 ⇒ EBMに基づくガイドラインと言う言葉はおかしい。

コメント》作り方に対する疑問点が多い傾向にある。

作り方が明確に皆に理解されるようにならないといけない。

### テーマ2：その対策「よりよくガイドラインを使うための教育とは何か?」(記録・細川)

「よりよくガイドラインを使うための教育とは何か?」について議論した。教育することが大切と考えたことによる。



#### ▼医療者の教育

マニュアルとして、ガイドラインがあるなら、その使い方などを教育する必要はないと思われます。しかし、ガイドラインはマニュアルではないと考える考え方 (= EBMで学んでいく思考方法) があるので、この考え方にもとづくと、ガイドラインの使い方、読み方をEBM的な思考方法と共に、教育することは必要である。

#### ▼一般の人へ、患者の方へ、の教育

EBMの普及とEBMにもとづくガイドラインとは何かの普及をしないとけない。

しかしそれは、患者さんには、余計であつたりするかも。

#### ▼医療、看護系の学生への普及

むつかしいかもしれないが、意義は大きい。

コメント》EBMにもとづいた思考方法でガイドラインが正しく理解されるように教育、普及活動が行われるべきである。

## Hグループ (前田智美、上山伸也、福井直仁、八重ゆかり、豊島義博、井関)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・八重)

#### 伝える場合

- ・ガイドラインが広く知られていない。
- ・公開性が低い (結果の公開性)
- ・ガイドラインそのものの情報量が足りない。

#### 使う場合

- ・使い方が明確になっていない。
- ・使う人がガイドラインの良し悪しを評価できない。
- ・一般開業医の意見がフィードバックされていない。
- ・患者の意見がフィードバックされていない。
- ・使用後の評価がされていない。

#### 作る場合

- ・公開性が低い (作り方の公開性)
- ・結果の質評価がされていない。
- ・EBMをわかっている人が作成者に入っていない。
- ・専門家だけで作っている (一般開業医の意見が反映されていない)。
- ・使用後の評価のものをさしを決めずに作っている。
- ・患者の意見が作るときに入っていない (医療者中心で作られている)。

↓  
ガイドライン作成の手引きに入っているのか？

- ・作る側の人間をどう選ぶのか、作るものの種類をどのように選んだのかが、その手順が不明瞭。

#### 発表後の Discussion で出てきたこと

- ・ガイドライン作成者としてどの範囲の人を含めるのか？
- ・作成者の範囲の異なる GL が雨後の筈のように出てきていいのか？
- ・誰がどんな意図で作った GL かが明確なら、どんなものができてもいいのか。

テーマ2：その対策「使う」(記録・前田)

レセプトでガイドラインが  
ゆがめられない  
ことを防ぐため

医療者の教育

- ・医療者に対して、ガイドラインの講習会をし、出席を義務づける。
- ・認定医試験に入れる・・・ボランティアする。
- ・ビデオ作成。
- ・EBMを教育する。

レセプトデータで  
評価しないことを明言する

一般・医療者の普及

- ・学会・厚労省はガイドラインをWebで公開する。
- ・ガイドライン広告をテレビで流す。
- ・患者さんがガイドラインを知る。
- ・全国紙にガイドラインの一面広告を厚労省がのせる。
- ・ガイドラインキャンペーンを行う。

使い方の教育

公表

- ・ガイドライン一覧表を病院外来にはる。
- ・病院内掲示ポスター作成

必要な情報だけが  
取り出しやすいようなシステム作り

ローカル

タイミング

- ・健康診断でガイドライン教育をする。

◎患者1人1人に情報を伝えるボランティアをつける — ガイドラインって何から説明ができる。  
患者が理解できるように伝える

DISERN (日本) を作る  
チェックリスト

WEBには必ず feed back をする

学会に出席することによるボランティアの期間をもうける。

色々な環境で、患者さんが知りたいことを伝えるシステムを整える。

## Jグループ (齊尾武郎、山口節枝、山本八穂、高垣信匡、小野修治、小野田圭佑)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・小野田)

Jグループでは次のポイントがあがった。

- ・費用
- ・利用者
- ・妥当性
- ・根拠
- ・global standard と local standard
- ・ガイドラインに対しての無知
- ・利用者へのアピール
- ・厚生省

これらの関連性は

- ・どんな根拠に基づいているかわからないのでガイドラインが妥当かどうかわからない。
- ・利用者へのアピールがたりないのでガイドラインに対して無知である。
- ・費用と厚生省とのつながり。
- ・またアピール不足で global standard とへだたりができています。

### テーマ2：その対策 (記録・山口)

#### ○費用の対策

中身の充実したものが出来れば費用をかけてよい。

#### ○根拠、妥当性の対策

ガイドラインの作成の方法を公開する。

ガイドラインの中にマスト考慮を入れていく。(メーカーとの関連がある)。

E BMと政治経済の両方を意識していく必要がある。

#### ○利用者の対策

誰の為のものか判っていない。

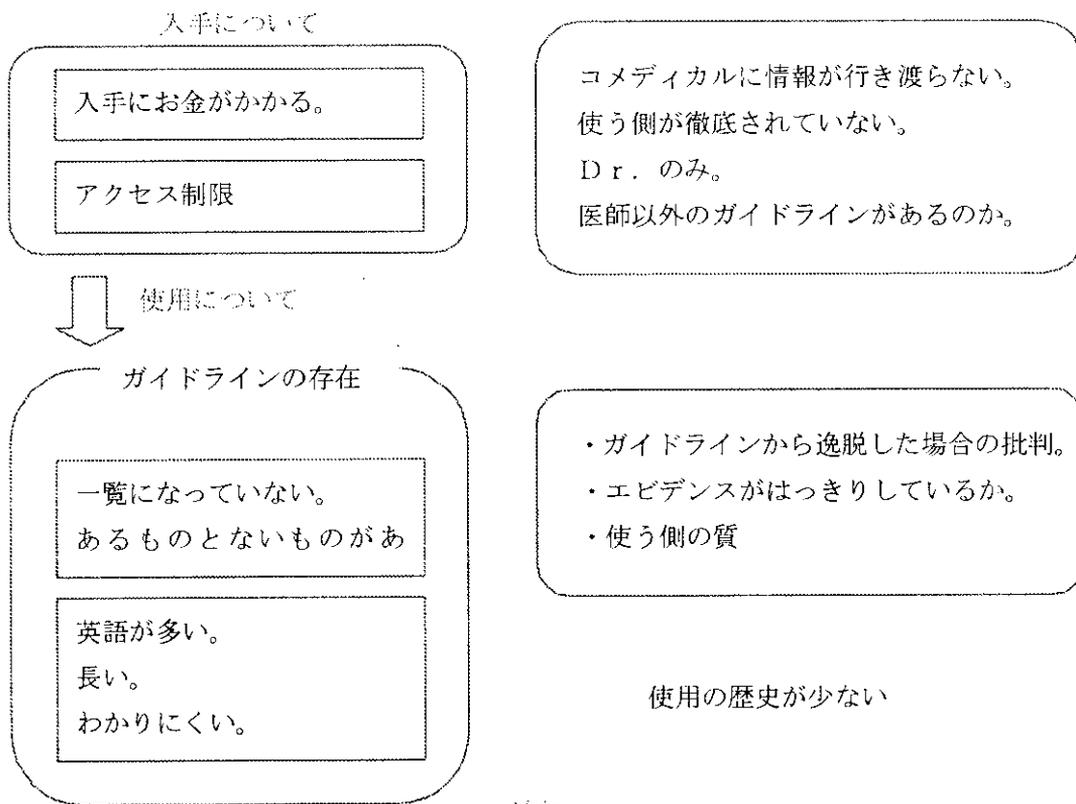
## Kグループ (安田、藤井、江藤、石川、泉、丸山)

### テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・丸山)

- 1・ガイドラインの限界。
  - ・画一化される はずれた時。
  - ・個別性をどう考えるか。
  - ・作るのに人、物が膨大にかかる。
  
- 1・ガイドラインの作成上の問題。
  - ・ガイドラインの指針の根拠が、レベルが不ぞろいである。
  - ・ガイドラインの手前の臨床研究が少ない。
  - ・エビデンスの考え方が人によってさまざまである。
  - ・日本固有のエビデンスの不足。
  - ・海外、欧米のものを取り入れているが、それでいいのか。
  - ・エビデンスにもとづいたガイドラインであるか、エビデンスが明示されていない。
  
- 1・ガイドライン使用上の問題
  - ・ガイドラインを使用する上で使い方が認識によって徹底されない。
  - ・ガイドラインそのものがわかりにくい。
  - ・身近でない。
  - ・不透明。
  - ・ガイドラインに接している人が少ない。どうなっているのかという所でのWS。
  - ・種類、存在が良くわかっていない。
  - ・日本と外国で違う場合にどうするか。

テーマ2：その対策（記録・石川）

使用上の問題



追加

- ・日本のガイドラインの必要性
- ・どこがガイドラインを作成の主導権を取るか、
- ・患者用のガイドライン（解説）も必要

**Lグループ** (内藤徹、日野村葉子、舩田弘美、浜下幸子、澤本晶子、相野田紀子、山崎静香、中島絢子、紺家千津子)

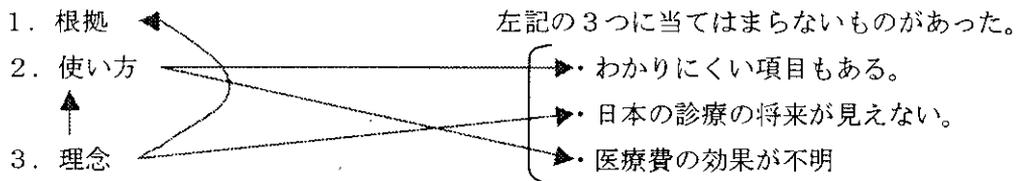
**テーマ1：日本の診療ガイドラインの現状の問題点 (記録・紺家)**

グループ内でガイドラインとは何かについて最初に3分間ディスカッションを行った。  
(コメディカルの多いグループ、消費者もいるというグループの特徴あり)。

KJ法で検討する。

1人3つ提案

27のワードをもとに3つの概念を抽出した。



特に理念としては、医療者ではないメンバーの参加による貴重な意見から、「ガイドラインを使用した場合、患者の個別性は尊重されているのか」ということが提案された。

Pt. のための治療であるべきものと考え、ガイドラインの使用は最適であるのか問題である。

- ・病気しか見ない。
- ・全体像が見えない。
- ・使用者にメリットがあるか。
- ・自然治癒力がある (人には)

**根拠**

ガイドラインに掲載されている内容は、本当に根拠があるのか。日本の場合、ランクが記入されていない、など、根拠が不明ということが問題として挙げられた。

- ・根拠のレベルが不明
- ・根拠に乏しいものがある。
- ・エビデンスが不明。
- ・評価があいまい。

**使い方**

使い方が不明であるということが挙げられた。

- ・コメディカルにはわからない。
- ・ガイドラインの使い方。
- ・電子化されていない。
- ・使用されていない。
- ・使用価値不明

## テーマ2：その対策（記録・澤本）

### ガイドラインの問題点

- ・エビデンスの不明
- ・ユーザーのためか？
- ・消費者のためか？

上記から“消費者”に焦点をあてて、対策を考えることにする。

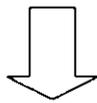
（\*当グループに消費者の方々がいらっしゃるため、その意見を伺えるという意見がでたため）

- ・消費者の知的レベルに応じた情報の提供が必要。

☆情報は open に！

但し、現在様々な情報（西洋医学、健康食品、代替医療 etc.を含む）が飛び交い、消費者は混乱している。

どこで見極めるのか、は消費者・医療従事者ともに大切。



『診療ガイドライン → “診療の  $\left\langle \begin{array}{c} \text{提供者} \\ \text{受益者} \end{array} \right\rangle$  のためのガイドライン”』 であるべき。

そして情報は☆；  $\left\{ \begin{array}{l} \text{消費者により多く還元されるものが best。} \\ \text{evidence の有無を知った上で利用されるのが best。} \end{array} \right.$

（例えば、海外では一般向けに **Medicine Plus** がある。日本では・・・??）

又、消費者が求めるガイドラインは、

☆；  $\left\{ \begin{array}{l} \text{医学的に一番良いと思われるガイドライン} \\ \text{診療のコストと効果の関係から一番適切なガイドライン} \\ \text{その人に応じた（ナラティブな）ガイドライン} \end{array} \right.$

☆1、2を満たすガイドラインの作製が大切！！

