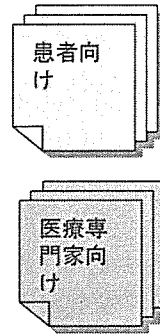
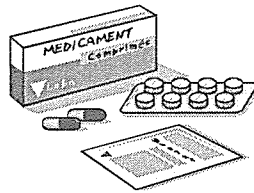


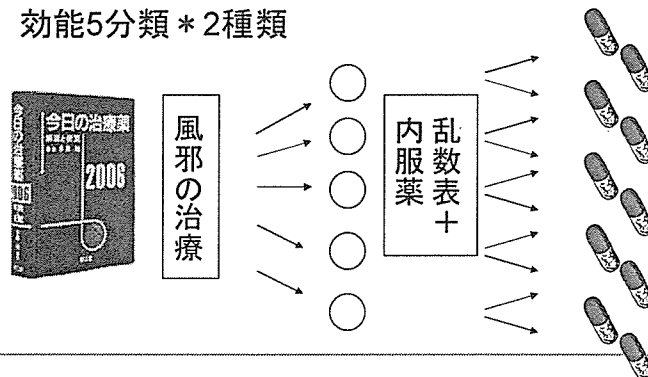
調査方法

- 調査対象 20文書
 - 10医療薬 * 2種類の文書



調査方法

- 医療薬 10種類
 - 「水島裕編集: 今日の治療薬2006年版(南江堂)」
効能5分類 * 2種類



Courtesy of Nankodo

調査方法

■ 患者向け文書

□ くすりのしおり®

- 患者向け服薬説明書
- A4用紙1枚に、項目数を限定し最小限の情報
- くすりの適正使用協議会
- 「中学生レベルを目標として書いた」
- トライアル調査で「わかりやすさ」に評価
- 分析対象は文書全体

調査方法

■ 専門家向け文書

□ 医療薬添付文書

- 薬事法による添付義務
- 分析対象は、「くすりのしおり®」で採用されている項目に対応する項目のみ

例)

「効能・効果」(=「このくすりの作用と効果について」)は含む
「組成・性状」「薬物動態」「臨床成績」は含まない

調査方法

■ 数え方

- 「文」と、「漢字列」を「文字列の長さ」別に数える
例)「くすりのしおり®」の一部

用法・用量(この薬の使い方)

通常、成人は1回0.2g(主成分として4mg)を、1日3回服用しますが、年齢や症状により適宜増減されます。必ず指示された服用方法に従ってください。

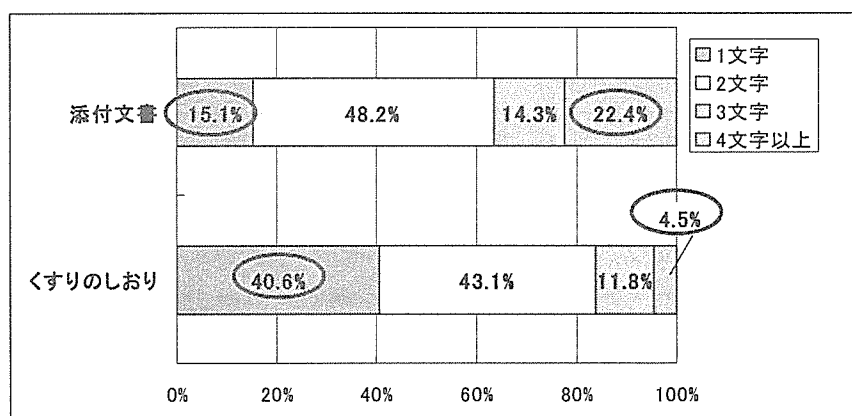
調査結果

■ 文の数と漢字列の数(文字列の長さ別)

	文の数	漢字列の数				漢字列 の数 合計
		1文字	2文字	3文字	4~文字	
添付文書	789	564	1,795	533	835	3,727
1文中平均	-	0.7	2.3	0.7	1.1	4.7
くすりのしおり	351	699	742	204	78	1,723
1文中平均	-	2.0	2.1	0.6	0.2	4.9

調査結果

■ 文字列の長さ別・漢字列の数の割合



調査結果

■ 「くすりのしおり®」4文字以上漢字列(2回以上)

■ 医学・服薬		□ 気管支喘息	2
□ 初期症状	6	□ 分娩後疼痛	2
□ 適宜増減	5	□ 貧血症状	2
□ 食欲不振	3	□ 前立腺肥大	2
□ 急性上気道炎	3	□ 低出生体重児	2
□ 呼吸器疾患	2	□ 服用方法	2
□ 変形性関節症	2	■ 一般	
□ 副鼻腔炎	2	□ 効果以外	2

調査結果

■ 4文字以上の漢字列の数と平方根

文の数		200	300	400
添付文書	4~漢字列の数	212	317	423
	平方根	15	18	21
「くすりのしおり®」	4~漢字列の数	44	67	89
	平方根	7	8	9

学年レベルに相当↑

考察

■ 比較分析から

- 「くすりのしおり®」は文の数が少ない
= 項目数+情報量が少ない
- 「くすりのしおり®」は4文字以上の漢字列が少ない

考察

■ 比較分析から

- 4文字以上の漢字列に医学・服薬用語が多い
 - 長くて読みにくい+難解である
 - 4文字以上の漢字列が可読性判定の目安になる可能性
 - 4文字以上の漢字列が可読性向上の鍵となる可能性
- 200~400文の4文字以上の漢字列の数の平方根が学年レベルに相当
 - 学年レベル判定への適用可能性
 - サンプルの拡大、標準テストでの裏づけの必要性

結論

- 患者向け日本語文書の可読性判定
- SMOGの応用可能性
- 「くすりのしおり」と「医療薬添付文書」の比較
 - 文の数も有用
 - 多音節語に代えて、4文字以上の漢字列の数が判定の目安となる可能性
 - 学年レベルを導く公式を定めるには、サンプルの拡大、標準テストによる被験者における検証が必要

謝辞

- 平成18年度厚生労働科学研究費補助金
「患者／家族のための良質な保健医療情報の
評価・統合・提供方法に関する調査研究」
- 国立国語研究所 横山詔一博士

患者向け説明文書の可読性 判定

酒井由紀子 Yukiko Sakai
慶應義塾大学信濃町メディアセンター
yukiko@lib.keio.ac.jp
Nov 11, 2006@MSLIS

第2回市民への健康情報提供サービス調査研究会議（拡大）の 開催について：報告

分担研究者：山口直比古（東邦大学医学メディアセンター）

研究協力者：真下美津子（国家公務員共済組合連合会中央図書室）

研究協力者：牛澤典子（東邦大学医学メディアセンター）

1. はじめに

2007年2月16日(金)に、国立保健医療科学院2階交流対応大会議室にて標記の拡大班会議を行った。昨年に引き続き、医学図書館、病院図書室、公共図書館等の職員や、その他市民への健康情報提供サービスに関心を持つ方々へ参加を呼びかけた結果、当日の参加者数は全体では34名、内訳は表1のとおりであった。

表1 分野別参加者数

大学医学図書館	7名
病院図書室	14名
公共図書館	5名
その他	10名
計	34名

本会議では、杉本節子氏（大阪市立大学大学院創造都市研究科）に「日本における患者図書室の現状」と題して基調報告をしていただいた。このほか、病院、大学、公共図書館、患者市民の立場から5名の方に指定発言をお願いした。また、各分野からの参加者が均等になるように少人数グループを構成して討論を行い、各分野間の情報交換を行った。その後全体討論を行い、質疑応答が行われた。

また、昨年度の第1回の拡大班会議にて立

ち上げに同意が得られ、以来情報交換に利用しているメーリングリストへの参加呼びかけがなされた。

2. 基調報告

杉本節子氏（大阪市立大学大学院創造都市研究科）の主な内容は以下のとおりである。

医療情報を取り巻く社会的動向として法律、行政の動向を解説された。具体的には医療法の改正、広告規制の緩和、診療ガイドラインの試験提供、がん対策基本法の施行、病院機能評価などを挙げ、法律、行政が患者や市民に対する医療情報サービスについて積極的であると述べられた。

続いて、各論について ○求められる患者の情報ニーズ（医療機関情報、カルテ情報、医学・医療知識など）、○どんなときに情報が必要か（治療前と告知後の治療中、治療終了後では異なる）○患者向けの医療情報はどうあるべきか、といったことについてまとめられ、揃えるべき資料も提示された。

加えて、継続的運営のための9項目にわたる具体化策（医学図書館・病院図書室、医療従事者との連携、スタッフの研修、予算の確保ほか）や運営上の工夫や配慮（医療従事者との信頼関係、PRほか）も示された。

3. 指定発言

3.1 病院から 関 和美氏(亀田総合病院) ――患者さまリソースセンター「プラタナス」紹介――

亀田総合病院で 2001 年から運営されている“患者さまリソースセンター「プラタナス」”を紹介していただいた。ボランティア、司書のほかに、看護師 2 名が担当者として入っておられる。また自分のカルテを閲覧できる端末を用意しているとのこと、病院ならではの運営をされている。

「プラタナス」へ寄せられる質問を室内の整備につなげていることや、院内他部署との連携調整などについて具体的に話された。

3.2 大学から 大瀧 博久氏(島根大学附属図書館医学分館)

――島根大学医学部附属病院における患者図書室の設置と運営――

島根大学医学部附属病院で 2005 年 2 月にオープンされた患者図書室「ふらっと」を紹介していただいた。開設準備は島根大学附属図書館医学分館が行ったが、組織上は事務部医療サービス課医療支援室に所属し、実際の運営には病院雇用の司書があたっておられるとのこと。

バックアップ体制として出雲市立出雲中央図書館、島根大学附属図書館本館および医学分館と連携している。貸出もしているが、市立図書館分の貸出冊数が多い。また、連携機関からの複写取り寄せのできる態勢も組んでおられる。

3.3 公共図書館から 吉田 倫子氏(横浜市中央図書館)

――横浜市中央図書館の医療情報コーナーについて――

昨年 12 月に医療情報コーナーをオープンされた。開設は健康福祉局から図書館への提案が契機になったそうだが、図書館業界に医

療情報サービス支援の機運もあり、職員もレファレンスから市民の医療情報要求のたかまりを感じておられたとのこと。

「①病気や医療について調べたいとき最初にアクセスするコーナー ②市民が自力で医療情報探索をするためのナビゲーション機能の充実 ③患者会資料・ガイドラインなど、多角的な視点での情報収集・提供」とコーナーのコンセプトをきちんと決め、それを実現するために様々な工夫をしておられる。たとえば分類を診療科名にしたり、エビデンスに基づいている資料を選択する、索引や目録・パスファインダーを用意するなど。

コーナーのオープンにより、「レファレンスの量と質がアップ」し、「職員の知識・意識の向上」があり、「コーナーは新しい情報と呼び込む」という変化があったことを報告された。

3.4 患者市民の立場から 小祝 南子氏(神奈川県立子ども医療センター ピアサポーター, 社会福祉士)

患者ご家族として、また患者家族の話を聞くピアサポーターとしての立場からお話をしていた。

患者さんが知りたい情報は、病気のことはもちろん、かかっている病院・医師で良いのか、受けている治療が最善か、ということである。今日では病名が細分化されている、たとえば、遺伝子の何番が多い、足りない、といった診断をされることが多いと感じておられるようだ。また、退院後の生活について地域の福祉や、幼稚園・学校、福祉機器などについて聞くためには病院の窓口や役所もあるけれども、退院してからは患者をおいて動けないので、入院中に情報が欲しい。患者さんへの情報提供のあり方としては、病院の中にもいつでも利用できる医療情報コーナーがあって、司書がいて、医師、看護師に相談できるのが望ましい。

患者・家族が考える分類は図書館のものとは違う、医師と連携がとれていればより早く情報が入手できる、患者会は病名をそのままつけることは少ないので患者会の情報提供は病名を加えることが必要、等のアドバイスもいただいた。

4. グループ討論

指定発言に続き、昨年と同じくグループ討論を行った。大学や病院、公共などそれぞれの分野が均等に配分されるように、参加者は4つのグループに分けられた。1グループ7名から8名で各館の状況紹介や情報交換および討論を行った。

各グループでの討論の概要は、引き続き行われた全体討論の中で、グループの代表者から報告していただいた。

5. 全体討論

グループ討論で話し合われた概要を報告していただいた。例として次のようなものがあった。

- 健康情報の提供サービス以前に公共図書館では指定管理者制度や委託の問題があり、連携は考えにくい。
- 情報提供業務の館種による棲み分けが必要
- 人的交流が必要
- インターネット情報を整理する人が必要
- 身近に情報を得られるところとして患者図書室があるのに、現状としては予算がなく司書もいない、また公共図書館もあるが、正規の職員がいるのにもっと努力しないのか。
- 患者の自己決定を支援したい
- 公共図書館で行っているEメールレファレンスを連携して行えないか。
- NDL総合目録を活用したら良いの

ではないか

このように、すでに連携を行っている、あるいは行おうとしている地域と、指定管理者制度により連携が見込めない地域とで格差が感じられたが、館種の違う図書館が初めて一同に会した昨年よりも具体的な討論が見された。

6. 会議のまとめ

来年度以降も本拡大会議が継続して行われるかどうかについては明言できないが、今後もメーリングリストを通じて情報交換等を継続していくことが確認された。

7. 最後に

筆者らはこれまでに各地の患者図書室のアンケート調査や訪問調査を行ってきたが、その中から昨年度に引き続き今年度も本拡大会議で状況報告をしていただいた。それぞれの環境の中で、医学情報の提供を始める契機も違えば人員配置、予算配置も異なる中で活動を行っているが、これで十分といえる状況にどこでも達しているわけではない。

2回にわたって、参加者は他館の取り組み事例を知り、館種を超えた討論を行ったなかで、次のレベルアップのチャンスの糸口をつかむことができるかもしれない。人的ネットワークを広げたことにより連携機関を見つける機会に恵まれるかもしれない。メーリングリストも順調に稼働しているので、この会議を行った成果が徐々に現れてくることを期待したい。

公開講演会

エビデンスに基づくヘルスケアと電子図書館

Evidence-Based Health Care and E-Library

～ヘルスポリシーとマネージメントの意思決定をどう行うか～

Lecture1: "Knowledge management in Evidence-based health care using e-Library"

Lecture2: "Knowledge networks for chronic disease screening and policy-making"

演者: Sir Muir Gray CBE DSc MD FRCP FRCPSGlas FCILIP

Programmes Director, NHS UK National Screening Committee

司会: 国立保健医療科学院

Lecture1:

研究情報センター・情報評価室 (Section of Knowledge Evaluation)

室長/ 緒方裕光 (Hiromitsu Ogata)

Lecture2:

人材育成部 (Department of Human Resources Development)

部長/ 水嶋春朔 (Shunsaku Mizushima)

- 日時: 2006年4月6日(木) 13:30-15:20
- 場所: 国立保健医療科学院 (埼玉県和光市南2-3-6)
高層棟2階 交流対応大会議室(209号室)
- 主催: 国立保健医療科学院 (National Institute of Public Health)
研究情報センター (Center for Information Research and Library)
〒351-0104 埼玉県和光市南2-3-6
Tel: 048-458-6111 (代)

平成 18 年 4 月 6 日に J. A. ミュアグレイ 卿の公開講演会を行った (別紙: 講演会資料)。ミュアグレイ 卿は、「患者は何でも知っている: EBM 時代の医師と患者 (著: J. A. ミュアグレイ、斉尾武郎 監訳、中山書店)」を著されており、インターネット/電子図書館を通しての患者・家族向け情報提供にも熱心である。さらに生活習慣病対策に関しては、英国でも生活習慣病検診の委員会委員長を務められ、施策から住民への情報提供まで幅広いテーマをとりあげ、講演された。折りしも国立保健医療科学院に来院していた、WHO-NCD コース (Japan-WHO International Visitors Programme on Non Communicable Disease Prevention and Control) 参加者である、世界保健機関 (WHO) 西太平洋地域事務局 (WPRO) スタッフや、西太平洋地域の各国の保健省スタッフからも活発な質問が寄せられた。日英両国の患者向け情報配信の話題に限らず、西太平洋地域の国々の対応についても議論が繰り広げられた。講演終了後も、ミュアグレイ 卿はご自身の提供されているブログや、PodCast などによる一般向けの情報提供の事例について紹介された。

この講演会を通して、ミュアグレイ 卿は、「For good health people need pure clear knowledge, just as they need pure clear water」という言葉を強調され、組織や住民の前での国営サービスの役割としては「The mission of the National Knowledge Service is to ensure that all decisions can be based not only on best current knowledge but also on the needs and preferences of the individual patient」と表現された。つまり、集団を対象とするサービスにおいても、個々の患者の優先・選択事項にまで配慮が必要であることを強調された。

(文責: 研究情報センター情報デザイン室長 星佳芳)

参考文献:

- 1) Gray J A Muir. エビデンスに基づくヘルスケア—ヘルスポリシーとマネージメントの意思決定をどう行うか. 津谷喜一郎, 高原 亮治, 訳. 東京:エルゼビア・ジャパン;2005.
J A Muir Gray. Evidence-based Healthcare :How to Make Health Policy and Management Decisions.2nd ed. London: Churchill Livingstone;2001.
- 2) J A ミューア・グレー. 患者は何でも知っている EBM時代の医師と患者. 斉尾武郎, 訳. 東京:中山書店;2004.
J A Muir Gray. The Resourceful Patient. Oxford: eRosetta Press; 2001.
- 3) Muir Gray J A. 根拠に基づく保健医療—健康政策と経営管理の判断決定の方法. 久繁哲徳, 訳. 大阪:オーシーシー・ジャパン;2006.
J A Muir Gray. Evidence-based Healthcare. London: Churchill Livingstone;1997.
- 4) ベッシー M P, ミューア グレイ J A. がん リスクと予防. 岡崎勲, 訳. 新潟:西村書店;1990.
M.P. Vessey, Muir Gray, editors.Cancer Risks and Prevention. Oxford: Oxford University Press;1987.

Knowledge is
the enemy of
disease

3 types of generalisable knowledge

Knowledge from research - Evidence

Knowledge from measurement of healthcare
performance-Statistics

Knowledge from experience-Of patients and clinicians

2 types of particular knowledge

Knowledge about this patient

Knowledge about this service

The application of what we
know already will have a
bigger impact on health and
disease than any drug or
technology likely to be
introduced in the next decade

The application of what we
know can prevent disease and
promote health

Getting research into practice can
prevent and minimise the 7
ubiquitous healthcare problems

- Errors and mistakes
- Poor quality healthcare
- Waste
- Unknowing variations in policy and practice
- Poor patient experience
- Overenthusiastic adoption of interventions of low value
- Failure to get new evidence into practice

"In 2004, an MRC controlled trial – the
CRASH Trial – yielded very important
results. These showed that systemic
steroids given to patients suffering from
acute traumatic brain injury, an unevaluated
treatment that has been in use for at least
three decades, had actually been killing
many of the patients treated in this way."

Sir Iain Chalmers

Ensuring that the public and professionals have easy access to clean clear knowledge is a public health responsibility.

Public health professionals have a key role to play in the National Knowledge Service, the 21st C equivalent of the water services of the 19th C

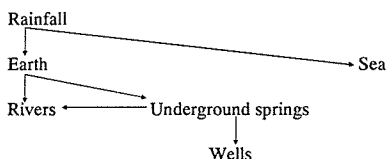
Professionals and patients need clean clear knowledge for decision making just as they need clean clear water for hand washing

Water may look clear but be polluted and poisonous

500,000 reports of research (articles) rain down each year

The quality of mercy is not strained; it falleth as the gentle rain from heaven
Shakespeare

At present people simply hold out a basin to collect knowledge, or dip a bucket in the sea of PubMed, one of the wonders of modern healthcare but peer review is no guarantee of freedom from pollutants - bias and errors due to chance- or poison due to the deficiencies of the peer review and editorial process

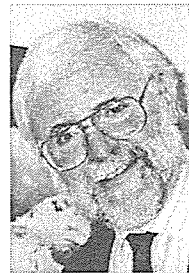


The first step in purification is to collect the water in reservoirs and let it lie there, letting rubbish sink to the bottom and exposure to sunlight and ozone begin the process of purification. Very, very few articles claiming greater efficacy of a treatment should be implemented within a year of publication to let criticism have its purifying effect; reports of safety problems may require faster action

500,000 reports of research
(articles) rain down each year

The quality of mercy is not strained; it falleth as the
gentle rain from heaven
Shakespeare

Drummond Rennie
Deputy editor (west), JAMA



There seems to be no study too fragmented, no hypothesis too trivial, no literature citation too biased or too egotistical, no design too warped, no methodology too bungled, no presentation of results too inaccurate, too obscure, and too contradictory, no analysis too self serving, no argument too circular, no conclusions too trifling or too unjustified, and no grammar and syntax too offensive for a paper to end up in print.

[Rennie 1986; 2002]

‘Conclusions in trials funded by for profit organisations may be more positive due to biased interpretation of trial results’

The experimental drug was recommended as treatment of choice in 16% of trials funded by nonprofit organisations
51% of trials funded by for-profit organisations
($p < 0.001$)
Trials funded by for-profit organisations were significantly more likely to recommend the experimental drug as the treatment of choice – odds ratio 5.3 (CI 2.0-14.4)

Association of funding and conclusions in randomised drug trials
Als-Nielsen B et al (2003) JAMA 290; 921-928

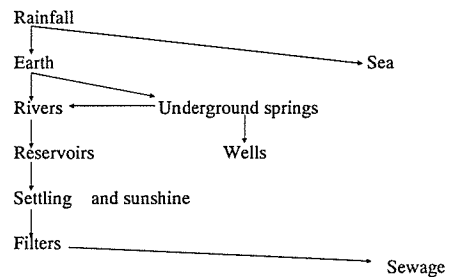
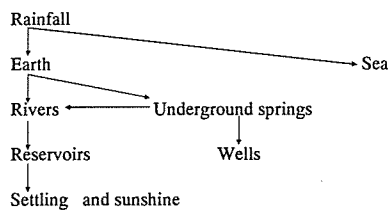
“evidence from recent trials, no matter how impressive, should be interpreted with caution”

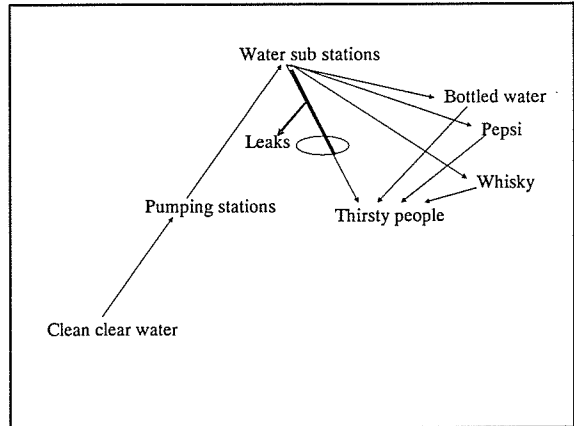
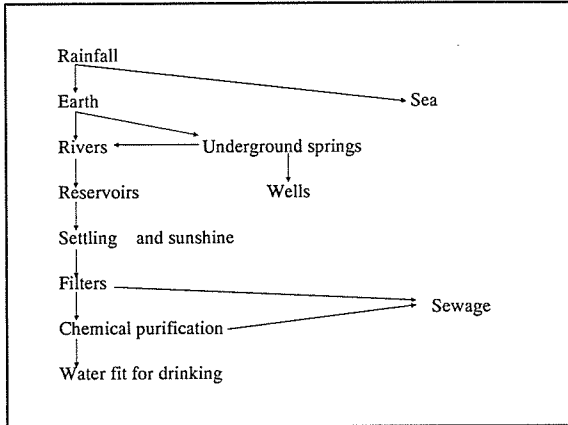
claims for efficacy made in 45 highly cited citations were subsequently contradicted or weakened for 14 of the interventions

Ionnidis JPA (2005)

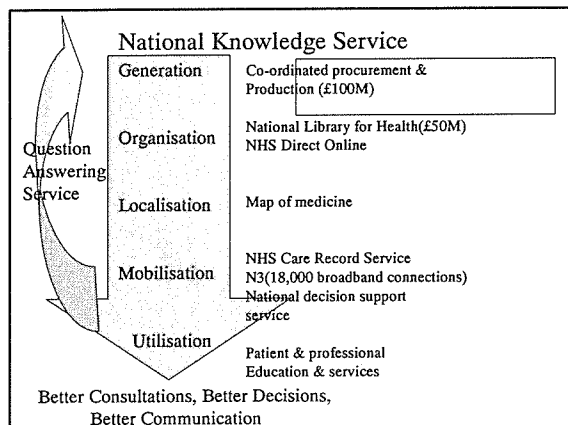
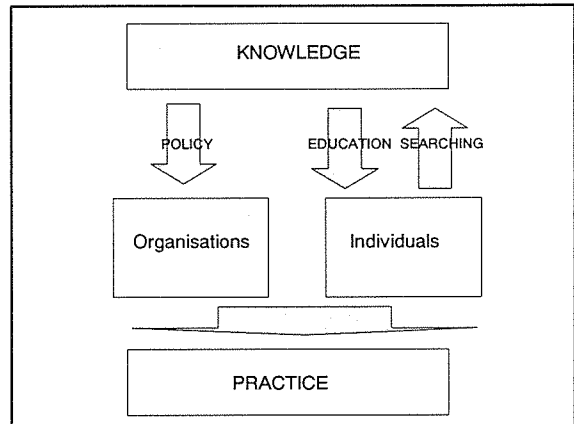
Contradicted and initially stronger effects in highly cited clinical research

JAMA 294; 218-228

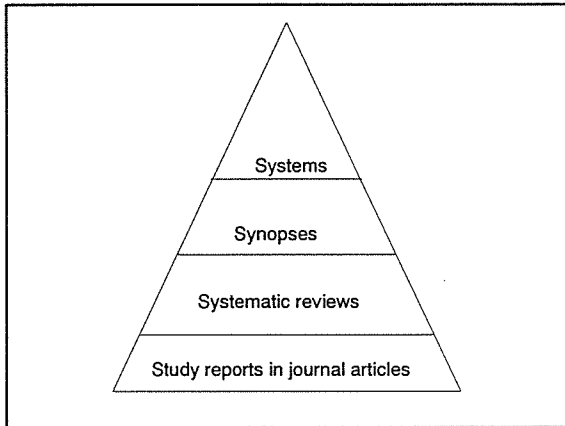




The mission of the National Knowledge Service is to ensure that all decisions can be based not only on best current knowledge but also on the needs and preferences of the individual patient

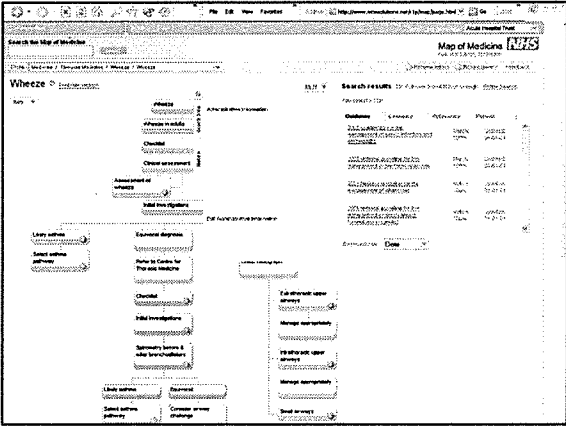


1. PRODUCE THE KNOWLEDGE

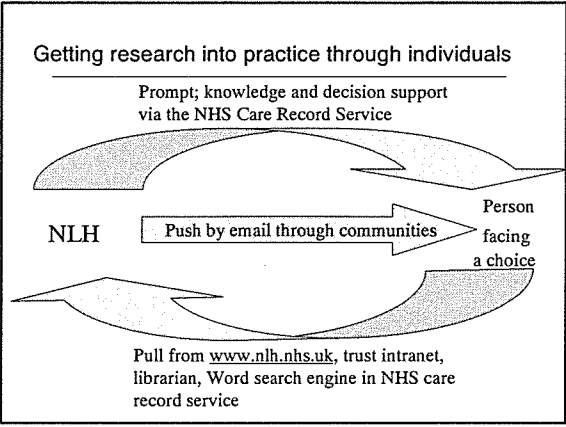


2. ORGANISE THE KNOWLEDGE INTO A NATIONAL LIBRARY OF PUBLIC HEALTH

3. LOCALISE THE KNOWLEDGE



4. MOBILISE THE KNOWLEDGE



“The false positive rate is especially important in low prevalence settings where the number of false positives may exceed the number of true positives”

Booth JCL et al (2001)
Gut 49 (Suppl 1) i4 column 1
Section 3.1 lines 23-27

“The false positive rate is especially important in low prevalence settings where the number of false positives may exceed the number of true positives”

Booth JCL et al (2001)
Gut 49 (Suppl 1) i4 column 1
Section 3.1 lines 23-27

Royal Cornwall Lab Service

Muir Gray
21/06/1944
400 186 6897

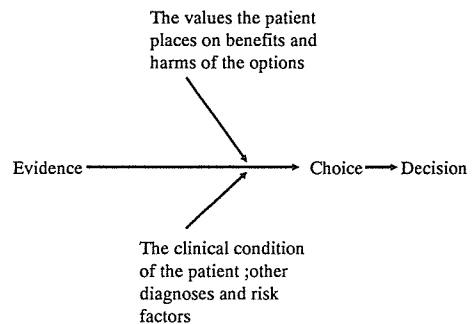
ELISA 26.5
Hepatitis C is of low prevalence in Cornwall. National Guidance is that diagnosis should be confirmed by PCR test in low prevalence populations

For PCR test click [here](#)
For access to full text of National Guidance click [here](#)

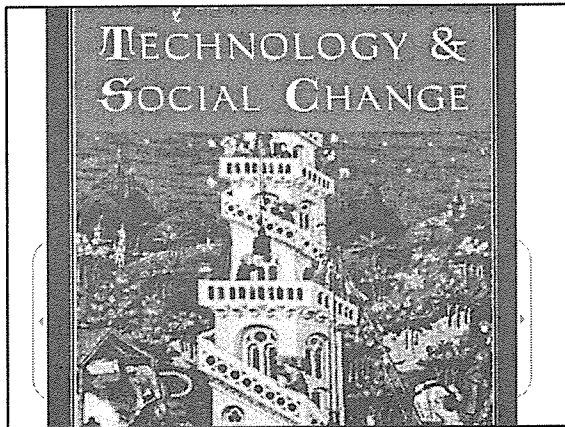
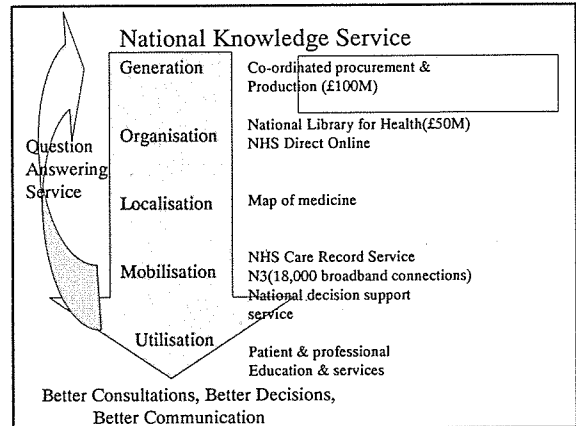
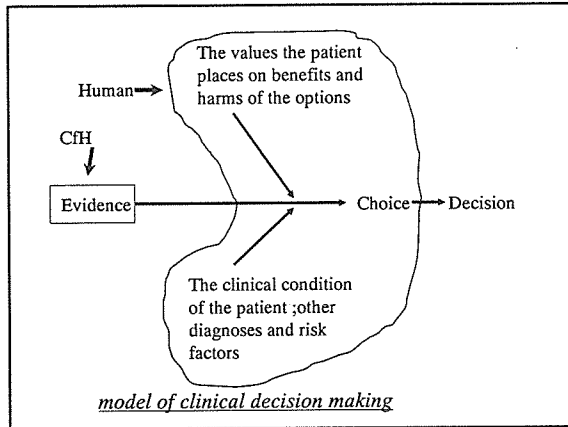
5. UTILISE THE KNOWLEDGE



The Resourceful Patient
J A Muir Gray



model of clinical decision making



What passes for history is "the history of mankind as it was viewed by the small and specialized segments of our race which have had the habits of scribbling"

Those who made tools and machines did not record the social impact of their work, mostly because they could not write

Lynn White Junior
Medieval Technology and Social Change
OUP 1962

A device or implement esp,
one carried in the hand used
to carry out a particular
function

mac dictionary

Guidance in long esoteric
documents can be embedded
in lab request and report
forms