

Q41	発作後、めまい・ふらつきが頻繁におこります。再発作ですか？治療法は？	
Q42	発作後、1カ月で自宅に戻りました。今後、特に何に注意して日常生活を過ごせば良いですか？	
Q43	外出や旅行は積極的に行って良いですか？	
Q44	脳卒中の後、元気がなくなりリハビリもやりたがりませんか？	
Q45	脳卒中の後、物忘れなどが目立ちます。どうすれば良いですか？	
Q46	お酒は何時からはじめてよいですか？	
Q47	たばこは何時からはじめて良いですか？	
Q48	食事はどのような物をとれば良いですか？	
Q49	入浴はどうしたらよいですか？	
Q50	運動は散歩ぐらいで十分ですか？	4
Q51	夫婦生活はどうしたら良いですか？	
Q52	日常生活では何に気をつけたら良いですか？	
Q53	再発はどの位の確率で何時おこりますか？	
Q54	再発予防にはアスピリンを飲んでいれば大丈夫ですか？	
Q55	抗血小板薬は効果がありますか？	
Q56	アスピリンで胃が痛くなります。薬の副作用ですか？	
Q57	アスピリンと他の薬で効果は違いますか？	
Q58	高血圧と糖尿病があります。その薬も飲むべきですか？	
Q59	発作後もコレステロールが高いのですが？	

- Q60 心臓に不整脈があります。脳卒中はそのためと言われ薬が出ました。
少なくとも1カ月に1度は検査するようにとの事ですが、そんなに危険な薬ですか？ Q60
- Q61 ワーフアリンという薬を飲んでいますが、納豆を食べると言われましたが何故ですか？
他に食べてはいけない物は？ Q61
- Q62 今、飲んでいる薬を変えて欲しい時、どうすれば良いですか？ Q62
- Q63 飲んでいる薬の名前や効果を知りたいのですが？ Q63
- Q64 脳卒中に効く漢方薬はありますか？ Q64
- Q65 脳卒中の後、めまいがしたり、歩いていると雲の上を歩いているような感じになりますか？ Q65
- Q66 脳出血の再発予防にもアスピリンが効きますか？ Q66
- Q67 医療費・治療費が高いのですが、何か解決方法はありますか？ Q67

第4章 リハビリテーションは自分から積極的に！

◎この質問は是非、聞きたい △この質問は聞いても聞かなくてもよい
○この質問は聞いたほうが良い ×この質問は不要
上記のいずれかを質問文の右隣のボックスにご記入ください。
○はいくつご記入いただいてもかまいません。特に聞きたい質問には◎をご記入ください。
ご協力のほどよろしくお願いたします。

- Q68 リハビリは発作後、何時からはじめれば良いですか？ Q68
- Q69 リハビリ室内で行う訓練の他に、病室に戻っても訓練は続けるべきですか？ Q69
- Q70 3回目の発作ですが、リハビリは同じで良いですか？ Q70

- Q71 飲み込みが上手くいきません。リハビリの方法を教えてください。 Q71
- Q72 呂律ろれつがまわりません。リハビリの方法を教えてください。 Q72
- Q73 退院してからの家庭で出来るリハビリの具体点なやり方を教えてください。 Q73
- Q74 発症して、6ヶ月たった後のリハビリは無駄ですか？ 行った方が良ければその方法を詳しく教えてください。 Q74
- Q75 むせたり、物が飲み込み難いのですがリハビリで治りますか？ Q75

その他に質問したいことをご記入ください。

ご記入欄のスペースが足りない場合は、別の用紙にご記入いただいても結構です。
例えば介護者の心構えなどで訊きたいことがあれば、いくつでも質問してください。

現在、下記のような脳卒中の後に生じた自覚症状がございましたら、右端に○印をお付けください

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ●時々またはいつも頭痛や頭が重い感じがする。 | <input type="checkbox"/> | ●最近、やる気が無くなった。 | <input type="checkbox"/> |
| ●脳卒中になってから、めまいやふらつきがある。 | <input type="checkbox"/> | ●無気力になり、元気がでない。 | <input type="checkbox"/> |
| ●肩がこるようになった。 | <input type="checkbox"/> | ●物忘れがひどい。 | <input type="checkbox"/> |
| ●耳鳴りがある。 | <input type="checkbox"/> | ●いらいらしたり、怒りっぽくなった。 | <input type="checkbox"/> |
| ●まひ側の手足がしびれる。または冷たい。 | <input type="checkbox"/> | | |

その他にもございましたら、具体的にお聞かせください。

お答えなければ下記に御名前をご記入ください。無記入でも結構です。

ご回答者御名前：

- * 1、2、3のいずれかに○印をお付けください
1. 脳卒中にかかったことがある患者様ですか？
 2. 介護をしていらっしゃる方ですか？
 3. その他（具体的にお聞かせいただければ幸いです）

ご住所：〒 _____

- * 1か2いずれかに○印をお付けください
ガイドライン完成時には送付を希望されますか？
- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

整形外科領域ガイドライン作成・利用における患者参加の検討

分担研究者 松下 隆 帝京大学整形外科 教授

研究要旨

整形外科領域では、大腿骨頸部・転子部骨折、腰椎椎間板ヘルニア、を始めとした 11 疾患についての診療ガイドライン作成をしてきている。この中で、一般臨床医向け診療ガイドラインが完成した疾患を中心に、患者向け診療ガイドラインの試作、この過程での患者参加の試み、などを行ってきている。医師向け診療ガイドライン、患者向け診療ガイドライン、いずれも、医師と患者の間のコミュニケーションのツールとして、医師と患者が最適の治療を選択するための手引きとなることを目指している。

A. 研究目的

診療ガイドラインは米国の Institute of Medicine により「特定の臨床状況のもとで、臨床医や患者が、適切な判断や決断を下せるように支援する目的で体系的に作成された文書」と定義されている。臨床医のみならず患者のためにも役立つことが期待されているものである。

日本整形外科学会を中心に整形外科領域では 11 疾患についての診療ガイドラインを作成し既に 8 疾患についてこれを完成させて刊行し、今年中には更に残りの 3 疾患も完成の運びとさせてきている。これらは、進んだ診療情報をいち早く共有して治療の「ばらつき」を少なくし、質の良い診療を提供できるよう努め、もって国民の医療に対する期待に応えようとのねらいからである。

当初の診療ガイドライン作成時には、作成に参画した医師・研究者等も「根拠に基づく診療ガイドライン」作成に不慣れなこともあり試行錯誤の結果として診療ガイドラインを形作ってきたが、今後の改訂やより一層診療ガイドラインの完成度を高めるためには何らかの形による患者参加が大切と考え、個々の疾患固有の状況も踏まえた患者参加の可能性と方法論を探り実践することが、本研究の目的である。

我が国では学会が独自に診療ガイドライン作成を進めていることが多くなっており、今後はその方向の中での患者参加が課題となって行くことと考えている。本研究はその先駆的なものの1つである。

B. 研究方法

診療ガイドラインの作成に関する患者参加で、これまでに検討し、試みであっても実際に実践した事項は、以下の通りである。

1. 完成した(またはドラフト)診療ガイドラインについて患者・介護者等の意見を求める。
2. 一般臨床医向けの診療ガイドラインを、患者・介護者向けに書き改める。
3. その書き改める過程で、患者・介護者等の参画を求める。
4. 診療ガイドラインに盛り込むべき事項について患者・介護者等の意見を聴取する。

C. 研究結果

1. 完成(またはドラフト)原稿への意見聴取

整形外科領域診療ガイドライン全般について患者・一般市民側からの声を聴取すべく、何回かのシンポジウムなどを開催した。

結果として、エビデンスに基づく診療ガイドラインのみでは、一般市民の期待する事項まで十分に答えていないこと、推奨グレードに対する認識の違いなどが明らかとなった。前者の代表例は、民間療法に関する情報であり、医師側ではエビデンスも無く問題外と考えている課題も、患者側では知りたい事項、情報を期待している事項であった。推奨グレードについて、診療ガイドライン作成の立場では、エビデンスの分類から機械的に推奨グレードのレベル分けをした方が、割り切りやすい面が強いものの、患者・介護者の読者側では、推奨グレードが個々のケースであてはまっている割合をストレートに示していると、受け止めがちであることが

分かった。

また、患者・介護者から原稿に関する読後レポートも受けているケースもある。

2. 患者・介護者向けの書き換え

患者・介護者を読者対象として想定し、専門医自らによる、診療ガイドラインの書き換えを4疾患のガイドラインで試みた。

外傷であり手術を要する大腿骨頸部・転子部骨折の場合、腰椎椎間板ヘルニアの如く慢性的で民間療法との関係も大きな部分を占める疾患、頸椎後縦靭帯骨化症の如く患者数も限られ日本独自に近い疾患で高いレベルのエビデンスがほとんど存在しない疾患の場合等々、対象疾患による差が大きいことが明らかとなった。

また、想定される読者対象を意識すると、説明文も長くなりがちであり、また、イラストを交えた説明充実化も必要とされる。

図1と図2は、腰椎椎間板ヘルニアの例であり、図3は頸椎症性脊髄症の例である。ヘルニアでは確定診断以前の読者も対象と考えるが、頸椎症性脊髄症ではむしろ確定診断が下された患者・家族が読むものと想定される。

図4は大腿骨頸部・転子部骨折の例で、治療法を選ぶ参考と言うよりもむしろ治療法やその選択に対する理解を促すもの、と言った性格が強くなっている。

3. 書き換えへの患者参加

図5は頸椎後縦靭帯骨化症の例であり、書き換え段階で患者団体などの協力を得て、ドラフトに目を通してもらい、意見を参考として、分かりやすい参考としたものである。分かりやすい説明とすると、広範囲な内容、対象疾患の周辺説明、などが含まれてくる。

4. 患者・介護者の疑問事項聴取

「根拠に基づく診療ガイドライン」の基本形は、Q&A形式であり、どの様なエビデンスがあったか、そのエビデンスをどの様に解釈し、どの様な推奨に繋がっているのか、論理的にも明らかにすることが求められている。

大腿骨頸部・転子部骨折等では、患者・介護者に対して知りたい事項(診療上の疑問点)に関するアンケート調査を実施しており、今後の診療ガイドライン改定などに役立てることを考えている。

アンケートは途中経過となるが、医療費の問題、家族の介護問題など、診療ガイドラインで直ちに採り入れがたい疑問もあり、今後の検討課題となっている。

D. 考察

診療ガイドライン作成に対する患者参加について、様々な検討と試行を行ってきた。疾患毎に固有の問題が多いことは課題である。また、具体的に参加を期待できる患者・介護者を、如何にして探し出すのかは、より大きな課題であった。

E. 結論

診療ガイドライン作成にあたって「根拠に基づく診療ガイドライン」を意識すると当初に立ちはだかった最大の問題点は、全ての疾患で必ずしも診断基準を明確にして専門医の間で共有できる様には必ずしもなっていないことであった。診断基準や疾患定義があいまいであると、当初の文献検索でも異なる概念の疾患を1つの疾患名キーワードで検索してくることになってしまい、文献吟味の過程で大いに悩み、また「根拠に基づく診療ガイドライン」の根拠が薄弱となってしまう。

患者向けを意識すると、更に確定診断以前の情報を盛り込む必要が出てきており、この問題点は拡大することになってくる。

前者の課題は専門医などが中心となって取り組むべき事項であることは明白なものの、後者の課題は社会的な側面も強く、課題解決を診療ガイドライン作成者側に負わされても解決不可能であろう。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

『**「根拠に基づく診療ガイドライン」の適切な作成・利用・普及に向けた
基盤整備に関する研究:患者・医療消費者の参加推進に向けて**』
—急性膵炎の診療ガイドライン:一般向け—

分担研究者 吉田雅博 帝京大学医学部外科 助教授
研究協力者 高田忠敬 帝京大学医学部外科 教授
平田公一 札幌医科大学医学部第一外科 教授
真弓俊彦 名古屋大学医学部 救急部、集中治療部 講師

研究要旨

背景

15年8月に厚生労働省より「医療提供体制の改革のビジョン」が公表された。この中で、今後の医療提供体制の改革は、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを基本として進めるべきであり、特に患者の選択のための情報提供の推進が必要であるとしている。

目的

「エビデンスに基いた急性膵炎診療ガイドライン」は日本において唯一の Evidence に基づいた急性膵炎に対するガイドラインである。出版後2年が経過し、一般向けガイドライン作成に入るにあたり、最新の Evidence を評価し、用いることは言うまでもないが、臨床医、患者介護者の評価を受けて内容を充実させる必要がある。本研究は、出版された「エビデンスに基づいた急性膵炎診療ガイドライン」の問題点を抽出し、さらに「患者の意向を取り入れた一般向け急性膵炎診療ガイドライン」の可能性と意義を検討することを目的とした。

方法

・平成16年度【アンケート】

臨床医によるガイドラインの使用評価として日本腹部救急医学会、日本肝胆膵外科学会、日本膵臓学会、厚生労働科学研究(難治性疾患克服研究事業)難治性膵疾患に関する調査研究班(大槻班)の班員から計2,180名を抽出し、2005年12月から2006年1月にかけて記述式のアンケートを郵送法によりアンケート調査を行った。

・平成17年度【英文化】

出版責任者を高田忠敬(帝京大学教授)、委員長を平田公一(札幌医科大学教授)とし、出版作業を行った。

・平成18年度【一般向けガイドライン】

患者、臨床医の意見を取り入れて一般向けガイドライン作成を行った。

結果および考察

1. アンケート結果

回答率は約30%(600/2,000)であった。急性膵炎診療ガイドライン発刊前後で、診療行為の変化が認められ、死亡率の低下が示唆されたが、ガイドラインを見たことがない医師が18.1%(102/565)あった。ガイドラインの適切な普及はまだ十分でないことや、改善すべき点が明らかになった。

2. 国際版出版

平成18年2月にSpringer社のJ Hepatobiliary Pancreat Surg から学術論文として発刊した。

3. 患者、臨床医の意見を取り入れて一般向けガイドライン作成を行った。

期待される効果

本研究によって作成された一般向けガイドラインによって、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービス提供が期待できる。

15年8月に厚生労働省より「医療提供体制の改革のビジョン」が公表された。この中で、今後の医療提供体制の改革は、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを基本として進めるべきであり、特に患者の選択のための情報提供の推進が必要であるとしている。

A. 研究目的

急性膵炎は、重症例では今もって高い死亡率を示す疾患であり、厚生労働省の難病対策事業の一つである特定疾患治療研究事業(医療費の公費負担制度)の対象疾患に指定されている。特に急性期に迅速で適切な対処が必要であり、重症例の死亡率は20-30%に達する。近年、CT、MRI、内視鏡的乳頭処置、持続ドレナージ、動注療法、CHDF等種々の診断、治療手技が開発されてきたが、一方、緊急手術が選択される症例も存在し、施設によりその診療内容が大きく異なっているのが現状である。2003年に、我々が出版した「エビデンスに基づいた急性膵炎診療ガイドライン」は日本において唯一のEvidenceに基づいた急性膵炎に対するガイドラインである。しかし、臨床医に役立つガイドラインであるためには常に更新された内容を提示するべきと考える。出版後2年が経過し、改定作業に入るにあたり、最新の情報、最新のEvidenceを評価しつけ加えることは言うまでもないが、臨床医、患者介護者の評価を受けて内容を改訂する必要がある。今回さらに英文版を刊行し、ガイドライン内容について国際的な評価を受け、改訂版出版に向けて内容の更なる充実を図る。

本研究は、出版された「エビデンスに基づいた急性膵炎診療ガイドライン」の問題点を抽出し、さらに「患者の意向を取り入れた一般向け急性膵炎診療ガイドライン」の可能性と意義を検討することを目的とする。

B. 方法

1. 研究経過

平成16年度【アンケート】

臨床医によるガイドラインの使用評価として日本腹部救急医学会、日本肝胆膵外科学会、日本膵臓学会、厚生労働科学研究(難治性疾患克服研究事業)難治性膵疾患に関する調査

研究班(大槻班)の班員から計2,180名を抽出し、2005年12月から2006年1月にかけて記述式のアンケートを郵送法によりアンケート調査を行った。

平成17年度【英文化】

出版責任者を高田忠敬(帝京大学教授)、委員長を平田公一(札幌医科大学教授)とし、出版作業を行った。

平成18年度の研究方法

【患者向けアンケート】

1. 入院中心配だったことや、知りたかったことは何ですか?
2. 退院するとき心配だったことや、知りたかったことは何ですか?
3. 外来で心配なことや知りたいことは何ですか?
4. その他、患者さん向けガイドラインにあればいいと思う情報をお書きください。

【一般向けガイドライン作成】

患者、臨床医の意見を取り入れて一般向けガイドライン作成を行った。

【一般向けガイドライン作成委員会】

出版委員長:高田忠敬(帝京大学外科)

委員:(外科)吉田雅博

(救急)真弓俊彦

患者代表 2名(医師1名+一般1名)

C. 結果

【患者向けアンケート結果】

1. 入院中心配だったことや、知りたかったことは何ですか?
 - ・痛み止めを希望したいが、いくら使ってもいいのか?
 - ・膵炎とは何か?
 - ・回復期間、経費、手術について説明がもっとほしい
2. 退院するとき心配だったことや、知りたかったことは何ですか?
 - ・禁止事項は、理解したが、逆に推奨事項は何か?
3. 外来で心配なことや知りたいことは何ですか?
 - ・一生お酒は飲めないのか?
4. その他、患者さん向けガイドラインにあればいいと思う情報をお書きください。
 - ・食事方法について詳しく知りたい

・食べるものがない

【一般向けガイドライン作成】

添付資料「一般向け急性膵炎ガイドライン(案)」

2007.3.28 版参照

D. 考察

欧米においてはその地域独特の医療情勢(保険、生活習慣、他)に合わせて独自の急性膵炎ガイドラインが作成され、改訂が行われているが、本邦では、本年7月にわれわれが発刊したガイドラインが唯一である。重症急性膵炎が難治病に指定され、死亡率が高い点からも、その普及による効果的な診療が望まれている。

一方、患者側に対しても、重症膵炎の医療費補助制度の利用や注意すべき生活習慣等、情報を提供する必要性は大きい。一般向けガイドラインもエビデンスに基づいていることは必要である。それに加えて、今回の研究によって得られた、臨床医、一般患者・介護者からの意見、要望、評価全てを盛り込んで練り上げられたガイドラインは臨床上極めて使い勝手がよく、「役に立つガイドライン」になると期待される。

患者と主治医が、このガイドラインを共通情報として十分な相談を行い納得して診断、治療が選択され、施行され、納得できる結果が得られると期待するものである。

その一方、ガイドラインは教科書でもなく、料理指導本でもないことを再確認するべきであろう。つまり、ガイドラインは診療の道筋を広く示すものであり、参考資料として用いるべきである。実際の治療方針はそれぞれの患者と主治医でよく相談して決めるべきである。

E. 結論

本研究によって作成される一般向けガイドラインによって、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービス提供が期待できる。

F. 参考文献

- 1) 高田忠敬、吉田雅博、真弓俊彦、他. 急性膵炎の診療ガイドライン作成委員会 編. エビデンスに基づいた急性膵炎の診療ガ

イドライン. 金原出版、東京、2003.

- 2) 高田忠敬、吉田雅博、真弓俊彦、他. 急性膵炎の診療ガイドライン作成委員会 編. エビデンスに基づいた急性膵炎の診療ガイドライン【第二版】. 金原出版、東京、2007

G. 健康危険情報

該当なし

H. 研究発表

論文発表(書籍)

1. Tadahiro Takada, Koichi Hirata, Yoshifumi Kawarada, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, Miho Sekimoto. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Cutting-edge Information. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 2-6
2. Yoshida M, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Sekimoto M, et al. Health Insurance System and Payment Provided to Patients for Management of Severe Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 7-9
3. Miho Sekimoto, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Epidemiology, Etiology, Natural History, and Outcome Predictors in Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 10-24
4. Masaru Koizumi, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Diagnosis Criteria for Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 25-32
5. Hirota M, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, Masaru Koizumi, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Diagnosis Criteria for Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 25-32
6. Shuji Isaji, Tadahiro Takada, Yoshifumi

- Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Surgical Management. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 48-55
7. Kazunori Takeda, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Medical Management of Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 42-57
 8. Yasutoshi Kimura, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis: Treatment of Gallstone-induced Acute Pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 56-60
 9. Toshihiko Mayumi, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Masahiro Yoshida, Miho Sekimoto, et al. Management Strategy for Acute Pancreatitis in the JPN Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13: 61-7

I. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

一般向け急性膵炎ガイドライン(案)

2007.3.28 版(加筆修正中)

目次

- 第1章 このガイドラインの目的
- 第2章 急性膵炎とはどんな病気か？
- 第3章 膵臓とは？
- 第4章 急性膵炎はどうして起こるのか？
- 第5章 急性膵炎はどんな人に起こりやすいか？
- 第6章 急性膵炎はどんな症状があるか？
- 第7章 急性膵炎は膵臓癌になるのか？
- 第8章 急性膵炎はどんな検査をするか？
- 第9章 急性膵炎は治る病気ですか？その死亡率は？
ー重症の場合:「公費負担制度」を利用して下さいー
- 第10章 急性膵炎はどんな治療をするか？
- 第11章 再発の予防のためにはどうしたらよいのか？

第1章 このガイドラインの目的

—患者と医療スタッフのパートナーシップの向上に役立ててください—

患者さんと医療従事者が、同じ医療情報で急性膵炎を理解し、その治療方法を選んでいくために、この「一般向け急性膵炎ガイドライン」が作られました。主体的に急性膵炎の予防、検査、治療などに関わっていくためにこのガイドラインを役立ててください。

第2章 急性膵炎とはどんな病気？

膵炎には慢性的に炎症が残っていたり、炎症をたびたび繰り返したりする慢性膵炎と、突然発症する急性膵炎があります。初めて膵炎を生じた場合はほとんどが急性膵炎として発病します。

何らかの原因(表1 作成予定)で、膵液中の酵素(トリプシンなど)が活性化され、膵臓に急性の炎症を生じる状態が急性膵炎です。急性膵炎では膵臓自体やその周囲の組織が消化されます。

また、多種類多数の化学物質が活性化され、肺など離れた臓器が障害され、呼吸困難などを生じる場合もあります。多くの場合は軽症で軽快しますが、重症な場合には、血圧が低下したり、意識が失われたり、多くの臓器が傷害され、死に至る場合があります。

第3章 膵臓とは？

膵臓は背骨の前側で臍のやや頭側を右上腹部から左上腹部にかけて位置しています(図作成予定)。食事をとると、多種類の膵酵素を含んだ膵液が膵管を通過して十二指腸に分泌され、主に脂肪の消化を担います(図作成予定)。また、膵臓はインスリンを分泌しますが、これは血液内に入って血糖をコントロールするので、膵炎の直接的な原因にはなりません。

第4章 急性膵炎はどうして起こるのでしょうか？

膵液中のトリプシンなどの酵素が活性化され、膵臓自体やその周囲の組織が消化されます。また、多種類の多数の化学物質が活性化され、肺など離れた臓器が障害され、呼吸困難などを生じる場合もあります。

第5章 急性膵炎はどんな人に起こりやすいか？

1. 原因とその頻度

わが国での急性膵炎の原因とその頻度を表1に示します。アルコール(飲酒)や胆石が原因となって起こる急性膵炎が多くを占めます。それ以外に、高脂血症や遺伝によるもの、膵管や胆管の検査である内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)に伴って発症する場合があります。特に ERCP後の検査では時に重症となり、稀に死亡する場合があります。原因を特定できない場合を特発性としています。

2. お酒を飲むと、なぜ膵炎になるのですか？

飲酒に伴い、アルコール刺激により濃い消化酵素を含む膵液(消化液)が多量に分泌さ

れます。これに加えて、膵液中の酵素（トリプシンなど）が活性化され、膵臓自体やその周囲の組織が消化されます。また重症になると、多種類の多数の化学物質が活性化され、肺など離れた臓器が障害され、呼吸困難などを生じる場合もあります。

3. 胆石を持っていると急性膵炎になるのですか？

胆嚢結石(胆石)を持っている方が急性膵炎になることは多くはありません。しかし、時に、胆石が肝臓と十二指腸を繋ぐ胆管(胆汁の通り道)に落ちて、十二指腸に流入する膵臓からの膵管(膵液の通り道)(図作成予定)や十二指腸への流入部を閉塞すると、膵管の圧が上昇し、膵酵素が活性化され、急性膵炎を起こす場合があります。

第6章 急性膵炎はどんな症状がありますか？

腹痛、背部へ広がる痛み、食欲不振、嘔気、嘔吐などの症状が認められることがあります。

腹痛は、お臍の周辺やみぞおちが痛むことが多く、背中の中の痛みの場合もあります。多くは激痛で、エビのように背中を丸くして痛みを和らげようとします。

このような症状があっても急性膵炎以外である場合もありますが、激しい痛みの場合には休日や夜間でもなるべく早く病院を受診して下さい。

第7章 急性膵炎は膵臓癌になりますか？

急性膵炎が進行して膵臓癌になるということはありません。ただし、膵臓癌の方が急性膵炎を発症する場合や、膵管胆道合流異常という生まれつきの病気が隠れている場合があります。急性膵炎を繰り返す場合には原因を調べる検査を受けましょう。

第8章 急性膵炎ではどんな検査をしますか？

急性膵炎を疑った場合、問診、身体所見、血液検査、画像診断を行います。

問診では、症状の出現時期やその部位や性状、それ以外に、今までの病気やアレルギー、ご家族の方の病気などについてお尋ねします。

身体所見で痛みの部位やその性状などの腹部所見をはじめ全身の身体所見を診察します。

血液検査では膵酵素であるリパーゼ、アミラーゼなど以外に、炎症の程度や全身状態をチェックします。

画像診断では、腹部レントゲン検査、腹部超音波検査、場合によっては腹部 CT 検査や内視鏡検査を行う場合もあります。

これらによって急性膵炎以外の疾患を除外するとともに、急性膵炎か否かを診断します。

第9章 急性膵炎は治る病気ですか？その死亡率は？

急性膵炎には軽症から最重症の膵炎まで重症度はさまざまです。

急性膵炎の死亡率は医学の進歩とともに徐々に低下してきており、急性膵炎全体では 2.9%で

すが、重症膵炎では8.9%で、最重症では何と59.3%です。

急性膵炎の多くは、絶飲絶食、点滴で自然に軽快する軽症膵炎です。しかし、時に生じる最重症の場合は、現在の最新の医療を駆使しても半数以上の方が死に至っています。重症になる前に、病院にかかることが、最も大切です。

ー重症の場合:「公費負担制度」を利用して下さいー

重症急性膵炎に対する医療費の公費負担制度 (図1)

厚生労働省の難病対策事業の一つとして、特定疾患治療研究事業、すなわち医療費の公費負担制度があります。この制度は、重篤なあるいは稀少性のある難病に対して、医療費の自己負担を軽減する事業で、重症急性膵炎はその対象疾患の一つで、重症でない場合には対象となりません。患者さんまたはそのご家族が「特定疾患医療受給者証交付申請書」と「住民票」に担当医師が記載した「臨床調査個人票」を添えて患者さんの居住地を管轄する保健所、あるいは県庁へ申請します(どちらへ申請するかは地域によって異なります)。認可されると、原則として6ヶ月間(重症急性膵炎の状態が継続している場合には更新できます)の医療保険の自己負担分が、国と都道府県とで折半して負担されます。なお、申請後の分の医療費しか公費負担の対象ではないので、急いで手続きを行う必要があることや、本制度における重症急性膵炎とは厚生労働省の重症度診断基準によることなどに留意する必要があります。

第10章 急性膵炎ではどんな治療をしますか？

1.入院

急性膵炎では入院治療が原則です。

中等症から重症ではより専門的な治療が必要ですので、2次救急医療病院や、重症では時には、膵臓専門の消化器内科や消化器外科医が常駐している高次医療病院へ転送される場合があります。

2.治療

1)食事・点滴

初期は絶飲絶食で、十分な輸液が必要です。軽症の場合には多くはこれのみで軽快します。

2)薬

a. 膵臓の消化酵素を抑える薬

通常、膵酵素や大量に産生される化学物質(メディエーター)の活性化を抑制する蛋白分解酵素阻害薬を使用することが多いです。

b. 鎮痛薬

重症になると、痛みと吐き気が強くなります。お薬を十分に使って可能な限り症状が軽くなるようにします。我慢する必要はありません。医師に相談しましょう。

3)集中治療

重症や重症になりそうな場合に行われます。

a. 呼吸や循環の管理:酸素投与や心電図計測がおこなわれます。

人工呼吸が行なわれる場合もあります

b. 施設によっては血液透析のような血液浄化療法や膵臓近傍の動脈から蛋白分解酵素阻害薬や抗菌薬を持続的に投与する治療が行われる場合もあります。

第 11 章 急性膵炎の再発の予防のためにはどうしたらよいですか？

1) してはいけないこと

急性膵炎の誘因である飲酒を制限して下さい。特に大量飲酒は厳禁です。

2) したほうがよい治療

・胆石を持っている場合には、胆石による急性膵炎を再び生じる場合が多いので、急性膵炎が消退後、胆嚢を摘出する手術をするとよいでしょう。

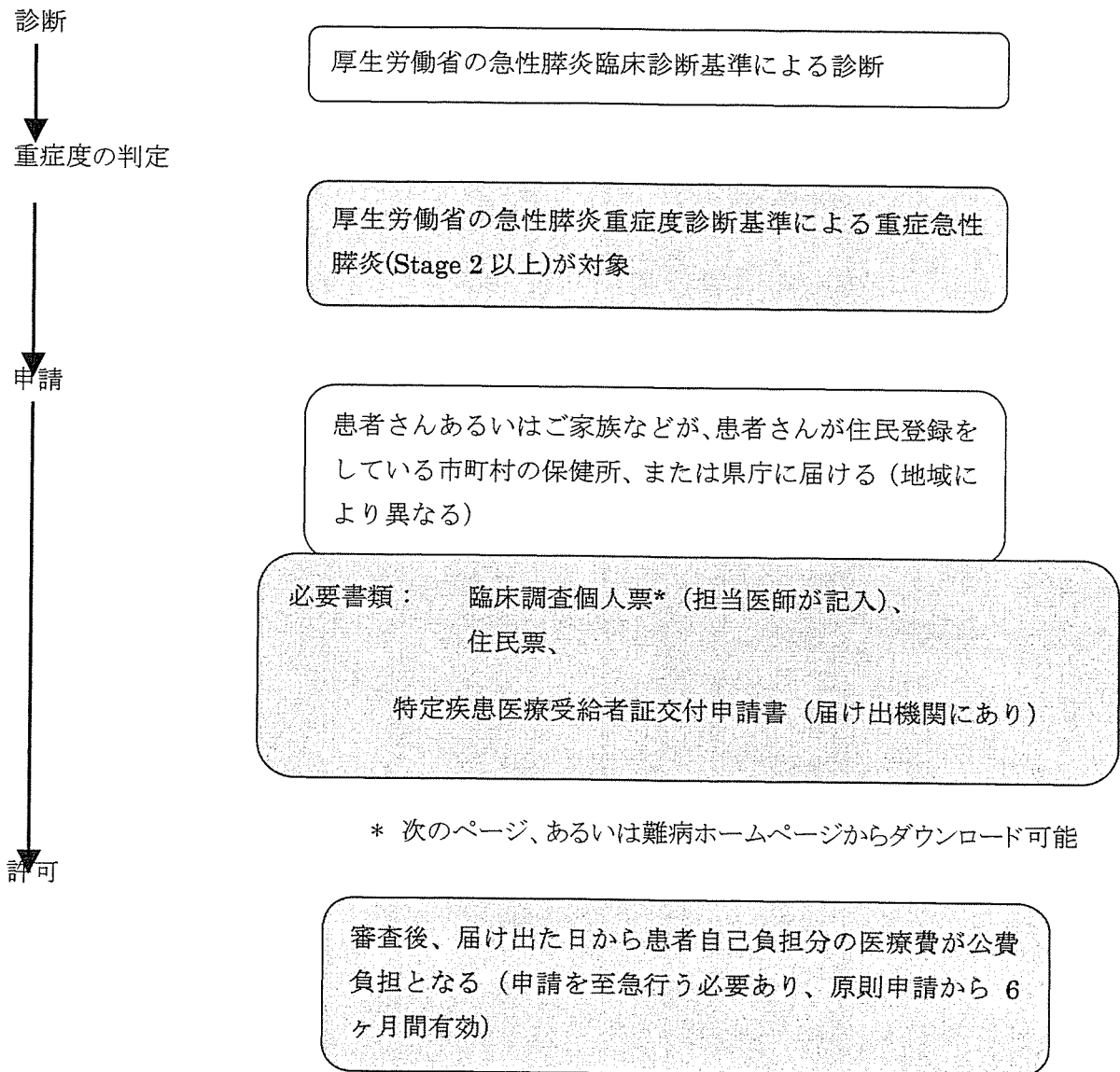
・著しい高脂血症(多くは遺伝性)の場合には、その治療を受けて下さい。

3) できるだけ避けること

一般的に、過労や睡眠不足などは避けるように日頃から健康管理に気を付けましょう。

図1. 特定疾患治療研究事業、すなわち医療費の公費負担制度

対象患者さん：
(1)健康保険を有すること
(2)生活保護を受けていないこと



研究協力者報告

診療ガイドラインの利用と普及における患者・一般市民向け情報のあり方に関する研究

lay person の視点の検討

主任研究者: 京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 教授 中山健夫

研究協力者: お茶の水女子大学ジェンダー研究センター 研究協力員 佐藤(佐久間)りか

研究要旨

目的: lay person である患者の目を通して、国内外の診療ガイドラインを比較検討することにより、患者の自己決定に資するような診療ガイドラインのあり方を探り、さらに患者の声を診療ガイドラインの作成・改訂に反映させるための手法の開発を検討する。

方法: ここでは良性婦人科疾患を例に取って検討した。調査対象は、患者グループに所属して情報収集を行っている婦人科疾患当事者ならびに患者支援者。当該疾患についての国内外の診療ガイドラインを事前に読み込んでもらい、これらの診療ガイドラインが患者にとって使いやすい形で提供されているか、患者にとって意味のあるアウトカムを評価しているか、こうした診療ガイドラインの情報を医師と共有しながら治療法を選んでいくことをどう思うか、といったことについて専門家も加わってグループ・ディスカッションを実施。ディスカッションの逐語録の内容分析を通じて、参加者が診療ガイドラインというものをどのように理解し、どのような形で利用したいと考えているのかを明らかにする。

結果: 子宮筋腫 7 人、子宮内膜症 3 人、非当事者の電話相談スタッフ 1 人の合計 11 人が調査協力の意思を表明。それを 5 人と 6 人のグループに分割して別々の日にそれぞれ約 3 時間に及ぶディスカッションを行った。その結果、検討対象となった国内外の 4 本の良性婦人科疾患の診療ガイドラインのうち、医師と患者の両者が利用することを前提として作られた、SOGC の子宮筋腫ガイドラインが、体裁や言葉の使い方の点で、もっとも患者にとって分かりやすく利用しやすいものであり、医師向けに作られた日本産科婦人科学会の子宮内膜症のガイドラインは、患者には非常に親しみにくいものになっていることが明らかになった。しかしながら、患者の自己決定に資するような診療ガイドラインのあり方、ということで考えると、既存のガイドラインはいずれも十分に「患者の知りたいこと」に答えることができず、「疑問の定式化」の段階から、あるいはその前のエビデンス作りの段階から、当事者女性の声を反映させていくことが重要であることが示唆された。また、本調査で用いられた deliberative technique は、lay person の視点を診

療ガイドラインの作成・普及に生かす手法として有効であり、同時に患者のエンパワメントにも貢献することが確認された。

結論:医学については lay person である患者でも、十分な時間と理解の手がかりとなるような用語解説などが供給されれば、診療ガイドラインのような専門的なテキストを読み込んで、それに対して有益な批判や意見を述べる事が可能である。今回の調査では、既存の診療ガイドラインでは、患者が知りたいと思う情報が必ずしも盛り込まれているとは限らないことや、診療上の疑問を定式化する際のスコープが狭すぎる傾向があること、自己決定を支援するような書き方がされていないことなどが明らかにされた。患者の自己決定に資するような診療ガイドラインを開発していくためには、本調査のような手法を用いて積極的に患者の声を取り込んでいくことが必要である。

A. 背景

近年、インターネットの発達とともに患者が自ら情報を集めて、治療に関する決定により主体的に関与することを望むようになってきている。特に日常生活の質には影響するものの、致命的な経過を取ることはまれな良性の慢性疾患では、患者が一定の時間をかけて情報を収集した上で治療法を決めていくことが可能であることから、良質の医療情報に対するニーズが高まっている。しかしながら、系統だった医学教育を受けていない一般の患者にとって、玉石混交のインターネット情報を適切に選別することは容易ではなく、それらの情報を診療の現場に持ち込むことで、かえって医師とのコミュニケーションに混乱が生じる危険もある。US Institute of Medicine の定義によれば、診療ガイドラインとは「特定の臨床状況において、適切な判断を行なうために、臨床家と患者・介護者を支援する目的で系統的に作成された文書」¹⁾であり、EBM (根拠に基づく医療) の手法を用いて作成された診療ガイドラインは、医師をはじめとする医療者と患者が共有しうる信頼性の高い情報源として期待されている。

子宮筋腫や子宮内膜症といった良性婦人科疾患は、患者の価値観や嗜好により治療法が大きく変わってくるため、医師と患者の信頼に基づく情報共有が特に重要な課題の一つである。子宮筋腫は成人女性の3~4人に1人、子宮内膜症は同じく

10人に1人が罹患しているといわれ、ともに良性疾患ではあるものの、生活の質や妊孕性に与える影響は大きく、現時点では子宮あるいは卵巣の全摘出以外の根治療法がないことから、そのような治療法を望まない多くの女性が、発症から閉経まで10年以上の長期にわたってこれらの疾患を持って生活することを余儀なくされている。両疾患の保存的治療法は多岐に亘るが、現実に個別の医療機関で患者に提示される治療法の選択肢は限られており、施設ごとのバラつきが大きく、必ずしも患者のおかれた状況や価値観・嗜好にあわせた治療法が提示されているとは限らない。従って、根拠に基づく診療ガイドラインの導入が患者にもたらす利益は大きいと予想される。

しかし、平成11年度より始まった厚生(労働)科学研究費で作成されている主要疾患の診療ガイドラインの中で、女性疾患を対象としたものは「女性尿失禁」と「乳がん」のみであり、婦人科系疾患のガイドラインは含まれていない²⁾。産婦人科領域の診療ガイドライン開発は現在、日本産科婦人科学会や日本婦人科腫瘍学会などの学会主導で行われているが、今のところ産科や生殖医療、悪性腫瘍に関する診療ガイドラインが中心となっており、良性婦人科疾患の診療ガイドラインの開発は遅れている。

子宮内膜症については、2004年10月に発表された日本産科婦人科学会編集の『子宮内膜症取