

よく読めば回答が得られるPQ

- 発作を起こさないようにするには、どうしたらいいか？
- ヒューヒューといった症状がでたら、どのように対処したらいいか？
- どういうときに受診すればいいのか？
- 治療を変更するときの目安は何か？
- 症状がなくても治療を続ける必要があるか？

記載はあるが、 回答がえられるとは考えられないもの

- 気管支喘息は、風邪や気管支炎とどのように違うか？
- 空気清浄機を使えば、動物を飼っても喘息発作は起こらないのか？
- ホクナリンテープをどのように使えばいいのか？
- ステロイドを長年使用するとどうなるのか？

記載がないもの

- 喘息の診断がつくまでの対応が正しいかどうかをどのように判断すればいいか？
- 喘息発作の予兆はどんなものか？そのときどのようにすればいいか？
- どのようなときにどのような薬がどのように使われるのか(具体的な実際について)？
- 喘息の認定についての情報
- どこにいったら適切な治療を受けることができるか？

本人とその家族の抱える悩み

- 医師によって治療ゴールが異なる(少々発作が出てよいvs発作ゼロレベルを目指す)
- 親は「喘息」という診断を認めたくない
- いろいろ得た知識を実際自分の子どもにあてはめて応用するのは難しい
- ガイドラインを知らない医師との話し合いが難しい

ガイドラインはこうあってほしい

- 理解しやすくイラストを沢山入れてほしい
- 具体的なアクションプログラム
- 薬について、商品名、保険点数などを含め、使用法、副作用など詳しく載せてほしい
- 優先順位をつけて、大切なことを、大きくとりあげてほしい
- 自分に必要なことがどこに書いてあるのか見つけやすくしてほしい

グループ間の比較

- ベテラン母親グループと初期母親グループのPQの重なりが大きかった
- ベテラン母親グループは初期母親グループに比べて、PQに加えて「困ったこと」「悩み」に関する発言が含まれていた
- 患者会相談担当者からの発言は、PQに加えて「こうあってほしい」に関する意見が多く含まれていた。

今後の課題

- PQを系統的、網羅的に収集する方法として、患者グループ、および患者会担当者からの聞き取りが大きな可能性を持っていることが示されたが、今後検討すべき課題として
- ①必要、十分なPQを集める最適な方法について検討する:時間、費用などとのバランス
- ②多くのPQを集めることができる設問の仕方についての検討
- ③相談窓口を集められる相談内容の利用について

別添1

医療者の立場から、診療ガイドラインと本ガイドライン作成について思うこと

順天堂大学医学部附属順天堂医院看護師長

浅見万里子

■本ガイドライン作成過程で気づいたこと

今回、患者が診療ガイドライン作成に関与するための取り組みに、医療提供者として参加した。この活動を通して最も強く感じたことは、医療提供者が「患者のために」と思い、行ってきたことが、かならずしも患者にとってのそれとは一致しないという点である。診療ガイドラインは、患者へベストの医療を提供するためのひとつの指標である。それは、医療者にとってのガイドラインであると同時に、患者にとってのガイドラインでもある。そこに、医療者が代弁するのではなく、疾病と共に生きる専門家として患者が自ら意見を反映させることが、これからの診療ガイドラインに必要だと強く感じている。

■ガイドラインがもつ課題

診療ガイドラインは、その作成に人や時間など膨大なエネルギーを必要とする。しかし、そのような膨大なコストを伴い作成された診療ガイドラインがかならずしも有効利用されているとは限らない。診療ガイドラインは、医療現場で日常的に使用されて始めて、その有効性が試されることにもなる。

本ガイドラインは、この PIGL を「診療ガイドライン作成に使用すること」を中心に考案され、作成された。PIGL の使用と修正という課題もまた膨大なエネルギーを要するが、作成と同様重要だと感じている。

別添2

「診療ガイドライン作成過程への患者・支援者参画のためのガイドライン」の今後の課題

フリーライター
小島あゆみ

疾患の治療のためには、また疾患や障害がある人が生活の質を上げるためには、患者・支援者と医療専門職の双方が手を携え、ともに目標に向かって歩いていくことが不可欠である。にもかかわらず、患者・支援者と医療専門職のコミュニケーションやそのサポートの不足が進むべき道を阻害し、患者・支援者を、医療専門職を“迷子”にしてしまうことが多い。

診療ガイドラインは双方にとってのコミュニケーションのツールであり、進むべき道を示し、知るためのひとつの手がかりとなるが、その作成過程に患者・支援者の声が反映されれば、さらに使いやすく、普及しやすいものになり、患者・支援者側にも医療専門職にもメリットは大きいものと考えられる。

一方、昨今、各種審議会や都道府県の医療計画を決める場から、個々の病院の設計や接遇へのアドバイス等細かい部分まで、患者・支援者の声は求められている。

本研究では、透明性と公平性を確保しながら、診療ガイドライン作成の場に患者・支援者が参画する方法として、「診療ガイドライン作成過程への患者・支援者参画のためのガイドライン」を提案するものであるが、本ガイドラインが今後、広くさまざまな場で活用・応用されることを期待している。

本ガイドラインの作成を通じ、また、公開シンポジウムでの会場の反応等から感じた課題や提案を列記する。

●本ガイドラインでは、一定の条件を持つ患者団体をベースに患者・支援者委員を選定する形をとっているため、患者団体が無い、あるいは患者団体があっても条件を満たさない疾患・障害では、アレンジが欠かせない。とくに患者・支援者を探し出す方法は追記が必要である。

●例えば、患者・支援者委員が2人であると意見が食い違ったままになる場合があるが、3人以上であれば、違う帰結も考えられるかもしれない。このように患者代表の人数や診療ガイドライン作成委員会での比率、さらには選定方法やコーディネイトチームの支援方法などについて、診療ガイドラインの作成と普及というアウトカムにどのように影響するか、どうすれば効果的であるかは未知数である。今後の研究が待たれる。

●「解説」や本ガイドラインに述べてあるように、医療専門職についていて、当該の疾患や障害のある人は医療専門職と疾患や障害がある人の双方の立場を理解できると考えられるが、実際の診療ガイドラインの作成の場ではどうだろうか。

●本ガイドラインに述べたように、診療ガイドラインの作成過程には、科学技術コミュニケーションの専門家のような、医療専門職ではないが、科学用語に慣れている第三者がオブザーバーとして意見を述べると会議がスムーズになり、よりよいアウトカムが出る可能性がある。とくに患者向け診療ガイドラインの文言を選ぶ際には実効があるのではないだろうか。科学技術コミュニケーションの専門家は全国の大学院で養成が進んでいるので、実験的に取り入れることを提案したい。

●診療ガイドラインそのものとのとらえ方が医療専門職のあいだでもまちまちである。また、例えば、慢性疾患や生活習慣病と急性疾患では、患者が診療ガイドラインを利用する際のとらえ方が異なるかもしれない。患者・支援者委員に何を求めるのか、その役割を明確にしたうえで、作成委員会が開かれるべきだろう（診療ガイドラインを硬直的にとらえるべきではないように、本ガイドラインも状況に応じての活用を期待している）。

●公開シンポジウム「日本小児アレルギー学会 患者向け診療ガイドライン 患者委員選定の手続きに関する実験報告」でも挙げられているように、アレルギーの患者団体へのアンケートでは、診療ガイドラインを知らないと答えた患者団体がある。医師向けと患者向けが作られるケースがあること、作成委員会の大変な努力の末に生まれることなども含めて、診療ガイドラインそのものの存在と意義をもっとアピールする必要がある。

●診療ガイドライン作成にかかわる医療専門職には手当等の金銭的な保証がないケースがほとんどと考えられるが、患者・支援者委員の交通費や日当等の経費、ひいてはコーディネーターチームの労力に対する対価はどうするのかは、患者・支援者を選ぶ前から学会の担当者と話し合う必要がある。学会や厚生労働省が診療ガイドラインを重視するのであれば、作成や普及にかかる経費を十分に計上するべきではないだろうか。

●診療ガイドライン作成への参画を進めると同時に、患者団体の組織の強化が欠かせない。疾患や患者数によっては患者団体の連合体の結成や運営強化も必要になるだろう。患者団体の連合体が増えた場合、本ガイドラインの患者・支援者委員の選定方法を再考するべきかもしれない。

神経学領域の治療ガイドラインの今後の改善の方向性の検討 : 日本神経学会員を対象とした質問票調査結果の解析から

研究協力者 飯野 直子 東京女子医科大学公衆衛生(二)研究室研究生
主任研究者 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科健康情報学分野教授

研究要旨

平成16年度に日本神経学会治療ガイドライン評価委員会(以下 評価委員会と記す。)と協力して、実施した日本神経学会が作成した6疾患(パーキンソン病、痴呆、てんかん、筋萎縮性側索硬化症、頭痛、脳卒中)治療ガイドラインに対する質問票調査結果について各種分析を実施し、今年度は評価委員会の1年間の継続設置により、今後の改善の方向性について追加解析し検討した。次期ガイドライン改訂の具体的な内容検討に関しては、評価委員会委員と検討を重ね、一連の調査結果に基づく結論を出した。

1. 目的

日本神経学会(以下学会と記す)より、学会が作成した6疾患(頭痛・パーキンソン・てんかん・ALS・痴呆疾患・脳血管障害)の治療ガイドラインについての評価と次回改訂に向けての方向性の明確化を目的とした学会会員を対象とした調査の協力依頼があった。

調査票は学会の診療向上委員会の下部組織として設置されたガイドライン評価小委員会と研究班と協議のうえ調査票を作成した。

調査票作成にあたっては、学会会員の他の診療ガイドラインに対する意見と学会作成の6疾患個々の治療ガイドラインに関する意見を収集、解析できるよう配慮した。(以上 平成16、17年度報告書のとおり)

この集計結果から、次期ガイドライン作成にあたっては、その目的や対象者をより明確にする必要性があげられた。よって、結果を臨床経験年数別・プライマリケア医師と専門性の高い診療に携わっている医師別の層別解析を実施し、より詳細な検討することとなった。

2. 解析結果と考察

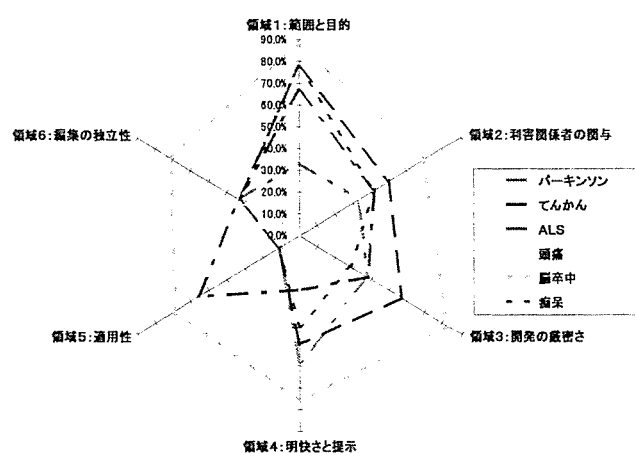
層別解析結果については、後述の図表を参照。

今年度は、質問票の解析結果に加えて、AGREEの評価法を用いて、ガイドラインの構成に関する

客観的評価を実施し、今後の改訂の際の課題の抽出のための資料とした。

○ AGREEの評価結果

日本神経学会ガイドライン(2002年)のAGREEによる評価結果



脳卒中は、日本神経学会の治療ガイドラインのひとつとして暫定版が発表されていたが、評価では日本脳卒中学会を中心とする5学会(日本神経学会を含む)合同の脳卒中治療ガイドラインが公表されていたため、こちらを評価対象とした。5学会合同の脳卒中治療ガイドラインは、作成当初から、AGREE手法を意識していたため、今回、高い評価を得たと考えられる。

各診療ガイドラインによって課題となる領域5; 適用性、領域6; 編集の独立性は低い得点であった。

3. 各ガイドライン共通の改善すべき問題点

以下は、評価委員会委員の諸先生方と共に、今回の調査結果から得た共通の問題点のうち、学会内での調整ならびに運営に関する事項を除いた点を記す。

- (1) ガイドライン作成の理念の徹底が不足していた。
- (2) ガイドラインの参照対象者が明確に認識していなかった。
- (3) 各ガイドラインの記載方法に統一性がなかった。
- (4) エビデンスレベルが高くても症例数や投与期間の評価を適切に行い、論文の質の評価を行ってから当該論文の採否を決定する必要がある。
- (5) 治療の推奨レベル(以下推奨度と略す。)の記載方法が各ガイドラインにより異なっているので違和感がある。
- (6) 各ガイドラインでの推奨度の根拠が不明確なものがあり、各治療法で推奨度の基準を明記すべきである。
- (7) 経済的観点を考慮した場合の推奨度も必要であった。
- (8) 系統的文献レビューの結果、推奨度を示しているが治療方針の要約として可能なものはアルゴリズムを作成することが利用者側にとって臨まれるが、アルゴリズムのないガイドラインが多かった。

4. 今後のガイドライン改訂の方向性のまとめ

(1) 作成方法手順について

- ① 作成の理念、手法の統一を徹底する。
- ② 各ガイドラインに共通の様式をとる。
- ③ 目的および対象者を明確にし、学術的になりすぎず、治療ガイドラインとして実践に役立つ内容とする。
- ④ エビデンスの取り扱いにつき、エビデンスレベルのみの評価だけではなく、当該治療における位置づけまで考慮した推奨にする。

⑤ エビデンスの明らかでないものを含めて、専門家の見解としての根拠を明らかにしたうえで推奨度を各委員会ですとめ、可能であればアルゴリズム等で解りやすく記載し、短時間で目を通す内容と、さらに詳細を知るための内容を分けて記載するなど、読みやすくする必要がある。

⑥ 経済的観点や保健適応外使用、日本未承認治療についての言及についてもその可否を検討し、統一した見解で作成すべきである。

(2) ガイドラインの評価について

よりよいガイドライン作成のためには適切な評価が必要である。今後も評価方法を検討し、計画的に継続する必要があるが、その方法も今回の経験をもとに改善する必要があると結論づけられた。

AGREEなどのガイドラインの構成に関する客観的評価(いわゆる外部評価)に耐えうるものにする必要があるのでこれらについては事前に検討する必要がある。

今回は、ガイドラインが実際の診療に役立つかどうかという評価の視点を重視した設問による調査であったが、診療の標準化におけるガイドラインの普及という視点では、ガイドラインを参照にしたことで、実際の診療にどのように影響を与えたかのアウトカムの検証も必要となるであろう。

(3) 患者・家族、他の医療職向けのガイドラインの作成について

医療内容の公開、透明性という観点からは一般向けにガイドラインの解説書を作成することは意義あると考えられる。学会ホームページ等にガイドラインが公表されることにより、医療関係者以外の方々に誤解を与えることのないような配慮が必要である。

本調査結果で、会員の約30%がガイドラインは医療訴訟に利用されることを懸念していることから

も、作成する側もこれに対する対応を検討し、方針等を決定する必要がある。

また、ガイドラインには、患者やその家族の視点も考慮し作成することも意義のあることであり、今後は作成委員会に患者団体などの参加の可否も検討されるべきだとの委員会各委員からの意見が上げられた。

謝辞 本調査の実施ならびに結果の検討につき、ご協力の機会を与えて頂きました日本神経学会・治療ガイドライン評価委員会(委員長・山本光利 香川県立中央病院神経内科部長)の諸先生方に心より感謝いたします。

報告書別添え表

- 表 1 回答者プロフィール(年齢)
- 表 2 回答者プロフィール(臨床経験年数)
- 表 3 専門医と非専門医別回答数と%
- 表 4 専門医と非専門医別回答数(層別解析)
- 表 5 回答者全体におけるガイドライン参照度
- 表 6 ガイドライン参照度:臨床経験年数別
- 表 7 ガイドライン参照度:専門医と非専門医別(層別解析)
- 表 8 診療で分からない時や困ったときの対処方法:専門医と非専門医別(層別解析)
- 表 9 診療で分からない時や困ったときの対処方法:臨床経験年数別層別解析
- 表 10 ガイドラインは日常診療の役に立っているか:専門医と非専門医別層別解析
- 表 11 ガイドラインは日常診療の役に立っているか:臨床経験年数別層別解析
- 表 12 ガイドラインが役に立たないと思う理由
- 表 13 ガイドラインが役に立たないと思う理由:専門医と非専門医別層別解析
- 表 14 ガイドラインが役に立たないと思う理由:臨床経験年数別層別解析
- 表 15 各ガイドライン別の認識度:全体
- 表 16 各ガイドライン別の認識度:臨床経験年数別層別解析
- 表 17 各ガイドライン別の認識度:専門医と非専門医別

表1 回答者プロフィール(年齢)

問2 年齢

答え	専門医		非専門医			小計	臨床医	ライマリ	専門医療	総計
	プライマリ	専門	小計	ライマリ	専門					
-30歳	0	0	0	16	34	50	56	16	34	75
-40歳	20	75	95	12	25	38	138	32	103	153
-50歳	43	91	135	14	19	34	169	57	110	179
-60歳	19	45	66	12	14	27	93	31	59	110
-70歳	9	13	22	5	3	9	31	14	16	45
>70歳	1	5	6	2	2	4	10	3	7	10
無回答	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1
合計	92	230	325	61	97	162	498	153	330	573
答え										
-30歳	0.0	0.0	0.0	26.2	35.1	30.9	11.2	10.5	10.3	13.1
-40歳	21.7	32.6	29.2	19.7	25.8	23.5	27.7	20.9	31.2	26.7
-50歳	46.7	39.6	41.5	23.0	19.6	21.0	33.9	37.3	33.3	31.2
-60歳	20.7	19.6	20.3	19.7	14.4	16.7	18.7	20.3	17.9	19.2
-70歳	9.8	5.7	6.8	8.2	3.1	5.6	6.2	9.2	4.8	7.9
>70歳	1.1	2.2	1.8	3.3	2.1	2.5	2.0	2.0	2.1	1.7
無回答	0.0	0.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.3	0.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

上段は実数， 下段は%を示す

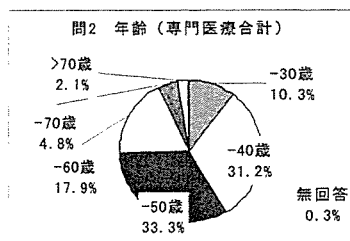
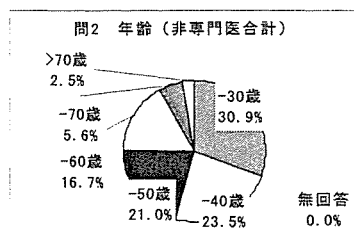
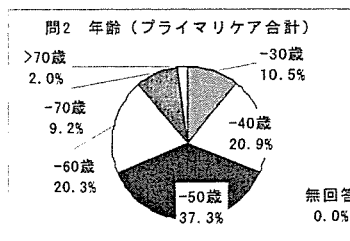
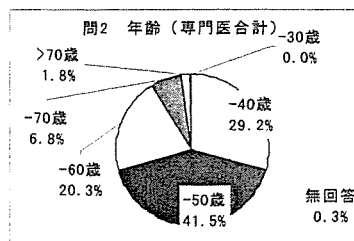
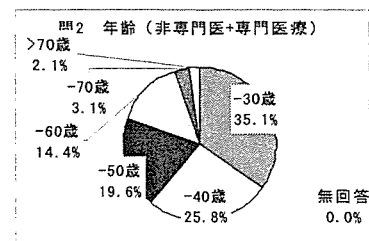
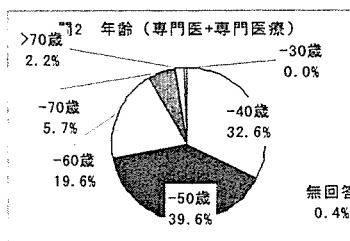
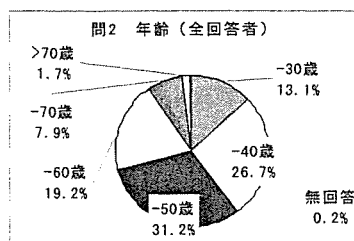
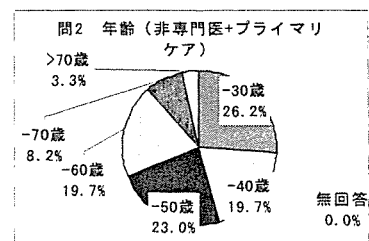
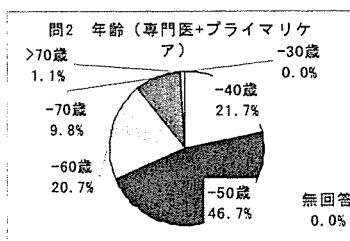
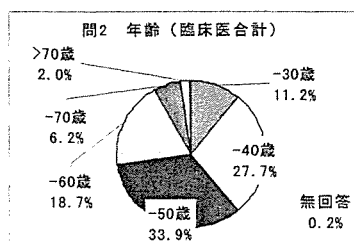
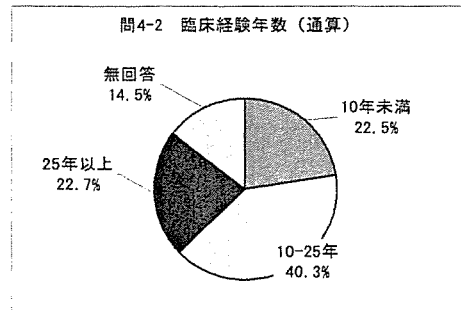


表2 回答者プロフィール(臨床経験年数)

問4-2 臨床経験年数(通算)

答え	回答数
10年未満	129
10-25年	231
25年以上	130
無回答	83
合計	573
答え	%
10年未満	22.5
10-25年	40.3
25年以上	22.7
無回答	14.5
合計	100.0



上段は実数, 下段は%を示す

表3 専門医と非専門医別回答数と%

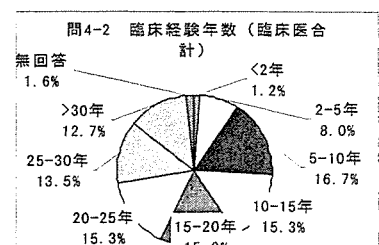
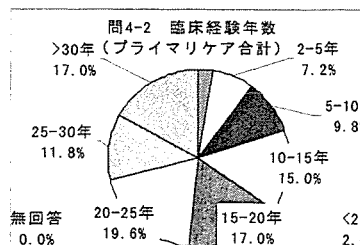
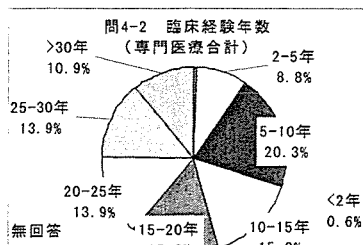
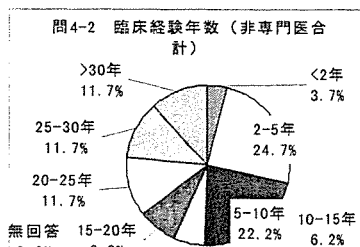
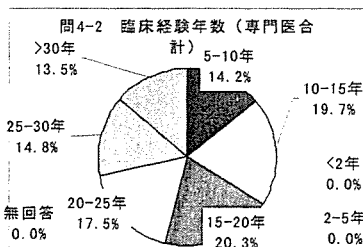
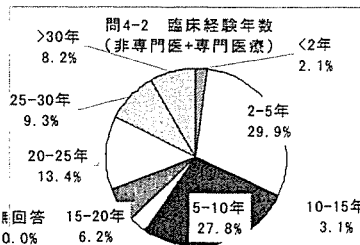
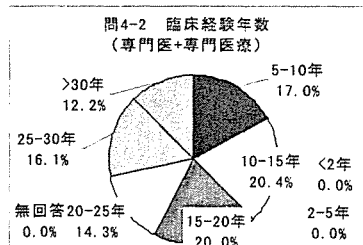
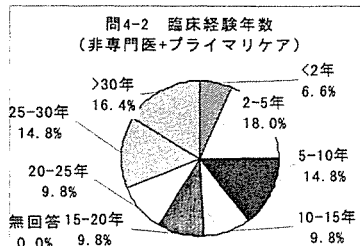
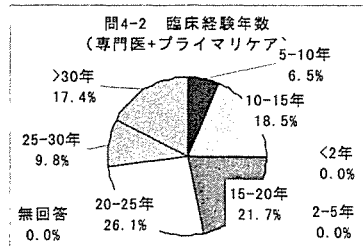
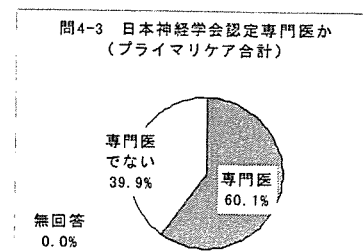
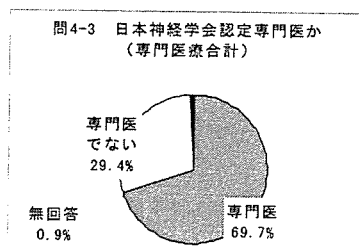
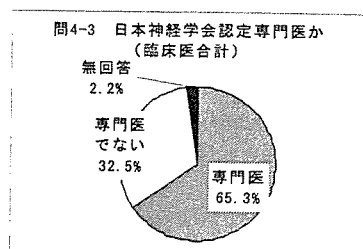


表4 専門医と非専門医別回答数(層別解析)

問4-3 日本神経学会認定専門医か	専門医			非専門医			臨床医	ライマリ	専門医療
	プライマリ	専門	小計	プライマリ	専門	小計			
答え	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数
専門医	92	230	325	0	0	0	325	92	230
専門医でない	0	0	0	61	97	162	162	61	97
無回答	0	0	0	0	0	0	11	0	3
合計	92	230	325	61	97	162	498	153	330
答え									
専門医	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	65.3	60.1	69.7
専門医でない	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	32.5	39.9	29.4
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	0.9
合計									

上段は実数，下段は%



臨床経験年数別

問4-3 日本神経学会認定専門医であるか	10年未満	10-25年	25年以上
答え			
日本神経学会認定専門医である	46	187	92
日本神経学会認定専門医でない	82	42	38
無回答	1	2	0
合計	129	231	130
答え			
日本神経学会認定専門医である	35.7	81.0	70.8
日本神経学会認定専門医でない	63.6	18.2	29.2
無回答	0.8	0.9	0.0
合計	100.0	100.0	100.0

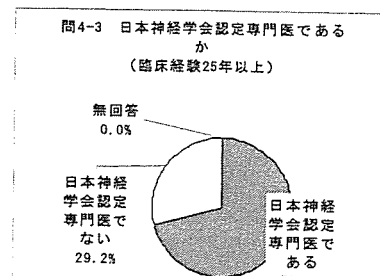
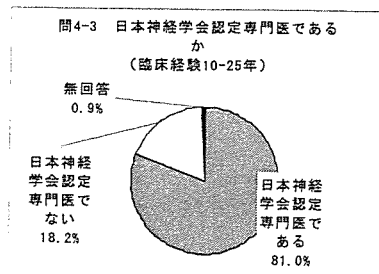
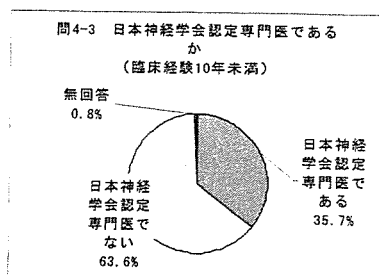


表5 回答者全体におけるガイドライン参照度

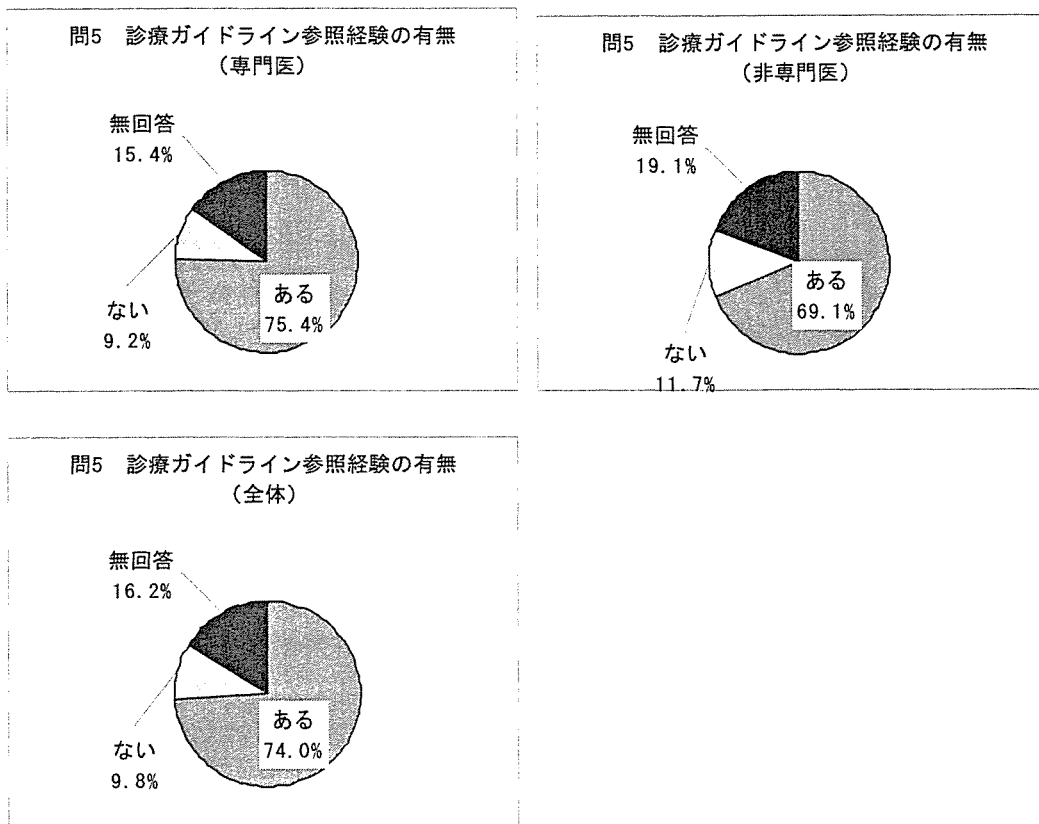


表6 ガイドライン参照度：臨床経験年数別

問5 診療ガイドライン参照経験の有無			
答え	10年未満	10-25年	25年以上
ある	118	205	101
ない	10	24	22
無回答	1	2	7
合計	129	231	130
答え	10年未満	10-25年	25年以上
ある	91.5	88.7	77.7
ない	7.8	10.4	16.9
無回答	0.8	0.9	5.4
合計	100.0	100.0	100.0

表7 ガイドライン参照度：専門医と非専門医別(層別解析)

問5 ガイドライン参照経験の有無

	専門医		非専門医			小計	臨床医	プライマリ	専門医療
	プライマリ	専門	小計	プライマリ	専門				
答え	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数
ある	76	211	290	44	85	131	422	120	297
ない	16	15	31	14	9	25	58	30	26
無回答	0	4	4	3	3	6	18	3	7
回答者数	92	230	325	61	97	162	498	153	330
答え									
ある	82.6	91.7	89.2	72.1	87.6	80.9	84.7	78.4	90.0
ない	17.4	6.5	9.5	23.0	9.3	15.4	11.6	19.6	7.9
無回答	0.0	1.7	1.2	4.9	3.1	3.7	3.6	2.0	2.1
回答者数									

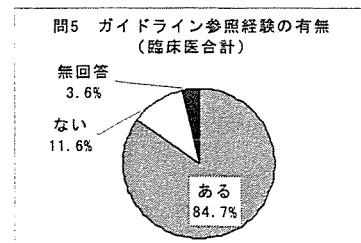
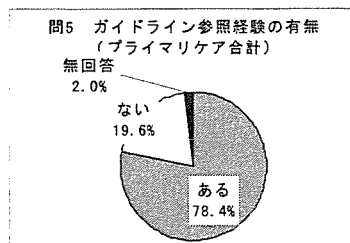
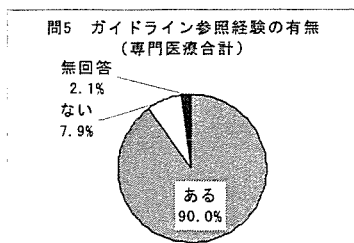
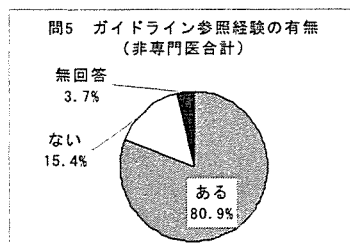
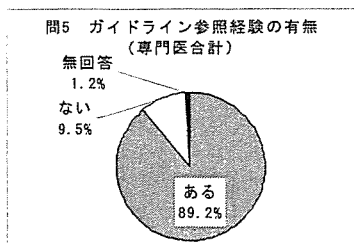
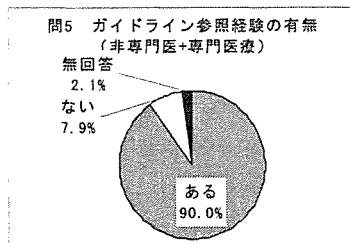
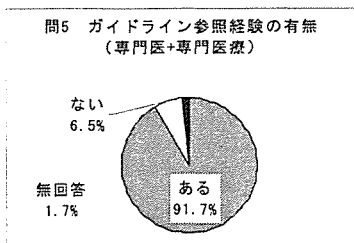
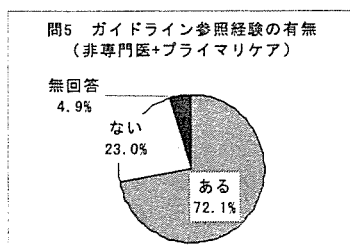
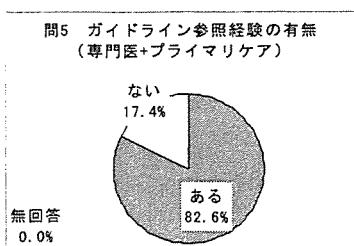


表7 診療で分からない時や困ったときの対処方法: 専門医と非専門医別(層別解析)

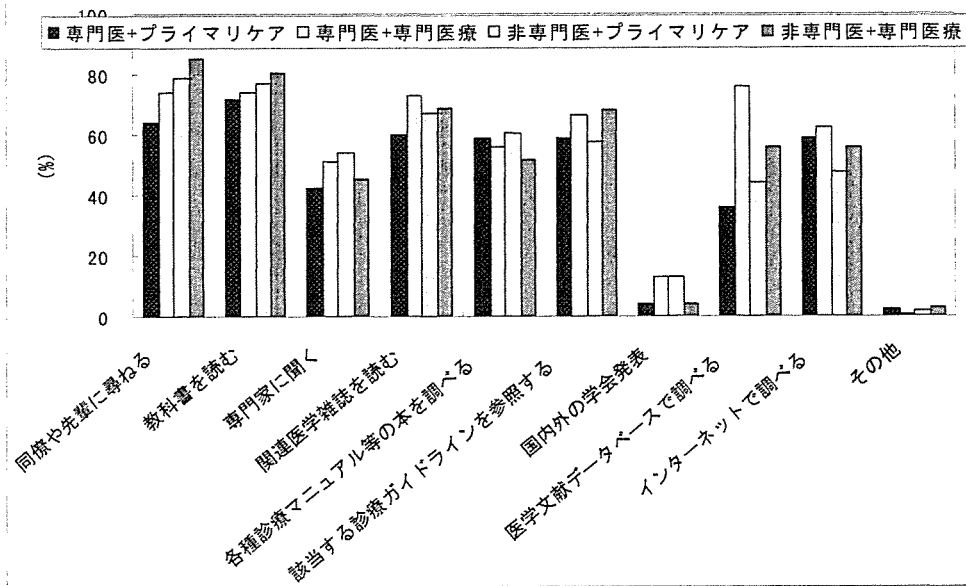
問4-4 診療で分からないときや困ったとき(複数回答)

	専門医			非専門医			臨床医	プライマリ	専門医療
	プライマリ	専門	小計	プライマリ	専門	小計			
	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数	回答数
同僚や先輩に尋ねる	59	171	231	48	83	134	367	107	256
教科書を読む	66	170	237	47	78	129	367	113	249
専門家に聞く	39	118	157	33	44	79	237	72	163
関連医学雑誌を読む	55	168	226	41	67	110	338	96	237
各種診療マニュアル等の本を調べる	54	128	183	37	50	89	274	91	180
該当する診療ガイドラインを参照する	54	153	209	35	66	101	312	89	221
国内外の学会発表	4	30	35	8	4	13	49	12	35
医学文献データベースで調べる	33	175	209	27	54	83	293	60	230
インターネットで調べる	54	144	200	29	54	85	286	83	199
その他	2	1	3	1	3	4	8	3	5
	92	230	325	61	97	162	498	153	330
同僚や先輩に尋ねる	64.1	74.3	71.1	78.7	85.6	82.7	73.7	69.9	77.6
教科書を読む	71.7	73.9	72.9	77.0	80.4	79.6	73.7	73.9	75.5
専門家に聞く	42.4	51.3	48.3	54.1	45.4	48.8	47.6	47.1	49.4
関連医学雑誌を読む	59.8	73.0	69.5	67.2	69.1	67.9	67.9	62.7	71.8
各種診療マニュアル等の本を調べる	58.7	55.7	56.3	60.7	51.5	54.9	55.0	59.5	54.5
該当する診療ガイドラインを参照する	58.7	66.5	64.3	57.4	68.0	62.3	62.7	58.2	67.0
国内外の学会発表	4.3	13.0	10.8	13.1	4.1	8.0	9.8	7.8	10.6
医学文献データベースで調べる	35.9	76.1	64.3	44.3	55.7	51.2	58.8	39.2	69.7
インターネットで調べる	58.7	62.6	61.5	47.5	55.7	52.5	57.4	54.2	60.3
その他	2.2	0.4	0.9	1.6	3.1	2.5	1.6	2.0	1.5

問4-4 「その他」内容

専門医+プライマリケア	大学病院等へ紹介 地域の検討会に出す
専門医+専門医療	メーリングリスト
非専門医+プライマリケア	新聞の切り抜きを参照する
非専門医+専門医療	専門家へ紹介する しかるべき人に紹介

問4-4 診療でわからないときや困ったとき（複数回答）



問4-4 診療でわからないときや困ったとき（複数回答）

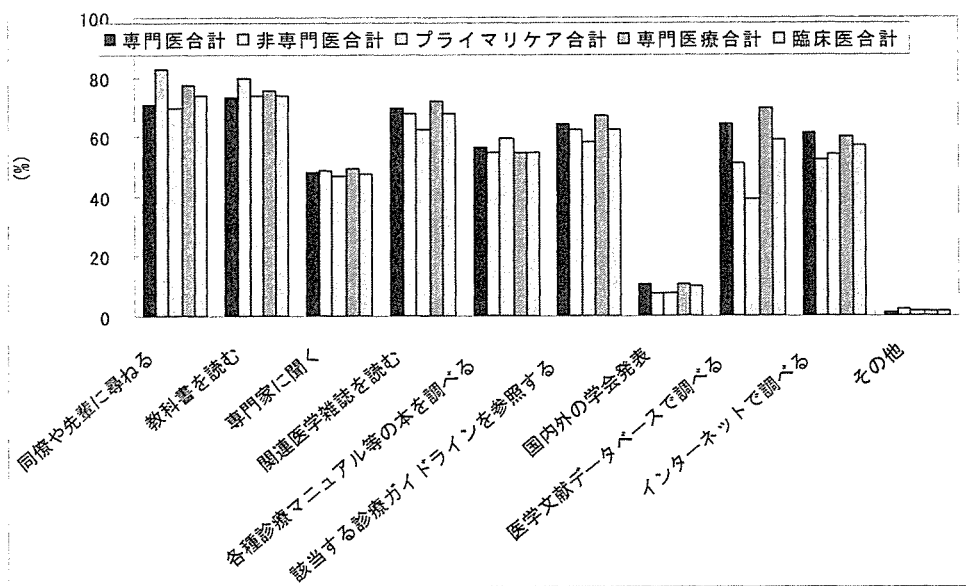


表 9 診療で分からない時や困ったときの対処方法:臨床経験年数別層別解析

問4-4 診療でわからないときや困ったとき

	10年未満	10-25年	25年以上
同僚や先輩に尋ねる	125	175	67
教科書を読む	118	175	74
専門家に聞く	51	113	73
関連医学雑誌を読む	84	162	92
各種診療マニュアル等の本を調べる	76	127	71
該当する診療ガイドラインを参照する	92	150	70
国内外の学会発表	9	26	14
医学文献データベースで調べる	89	138	66
インターネットで調べる	82	145	59
その他	1	4	3
合計	129	231	130

	10年未満	10-25年	25年以上
同僚や先輩に尋ねる	96.9	75.8	51.5
教科書を読む	91.5	75.8	56.9
専門家に聞く	39.5	48.9	56.2
関連医学雑誌を読む	65.1	70.1	70.8
各種診療マニュアル等の本を調べる	58.9	55.0	54.6
該当する診療ガイドラインを参照する	71.3	64.9	53.8
国内外の学会発表	7.0	11.3	10.8
医学文献データベースで調べる	69.0	59.7	50.8
インターネットで調べる	63.6	62.8	45.4
その他	0.8	1.7	2.3

問4-4「その他」内訳

10年未満	新聞の切り抜きを参照する
10-25年	製薬メーカーに聞く。 大学病院等へ紹介 専門家へ紹介する メーリングリスト
25年以上	地域の検討会に出す しかるべき人に紹介

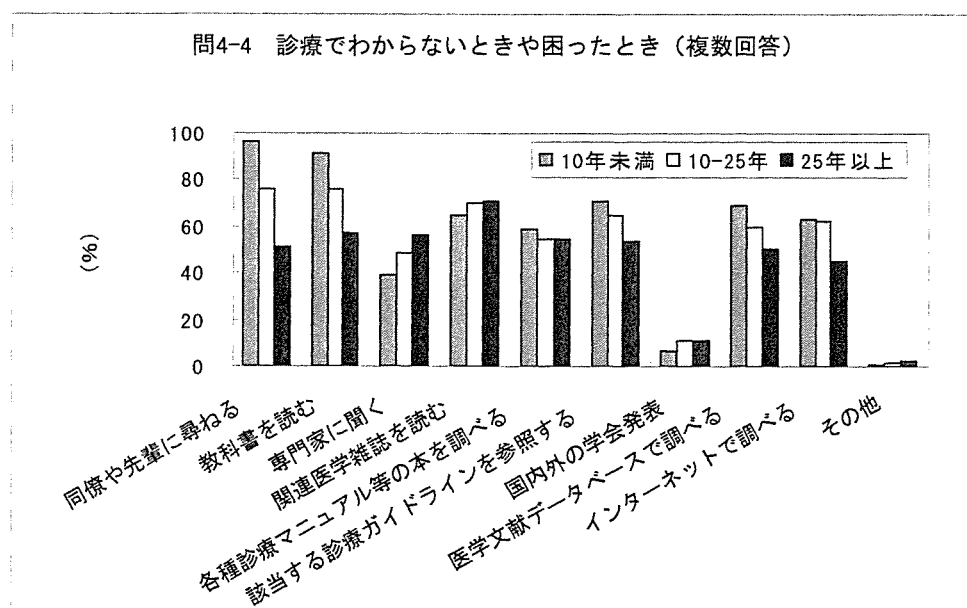


表 10 ガイドラインは日常診療の役に立っているか: 専門医と非専門医別層別解析

問6 診療ガイドラインは日常診療の役に立っているか

答え	専門医			非専門医			臨床医	ライマリ	専門医療
	プライマリ	専門	小計	ライマリ	専門	小計			
大いに役立っている	2	20	22	3	13	17	39	5	33
役立っている	56	156	215	36	63	99	323	92	221
あまり役立っていない	12	32	44	8	12	21	65	20	44
役立っていない	4	1	5	14	0	14	19	18	1
使ったことがない	4	4	8	0	1	1	10	4	5
無回答	14	17	31	0	8	10	42	14	26
回答者数	92	230	325	61	97	162	498	153	330
答え									
大いに役立っている	2.2	8.7	6.8	4.9	13.4	10.5	7.8	3.3	10.0
役立っている	60.9	67.8	66.2	59.0	64.9	61.1	64.9	60.1	67.0
あまり役立っていない	13.0	13.9	13.5	13.1	12.4	13.0	13.1	13.1	13.3
役立っていない	4.3	0.4	1.5	23.0	0.0	8.6	3.8	11.8	0.3
使ったことがない	4.3	1.7	2.5	0.0	1.0	0.6	2.0	2.6	1.5
無回答	15.2	7.4	9.5	0.0	8.2	6.2	8.4	9.2	7.9
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

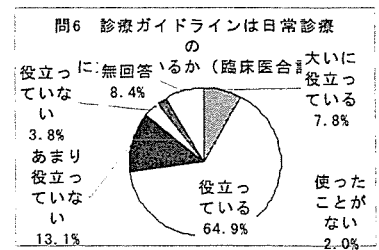
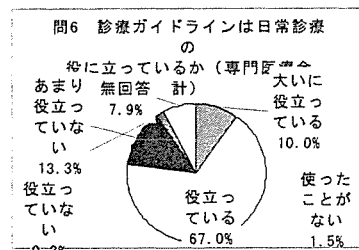
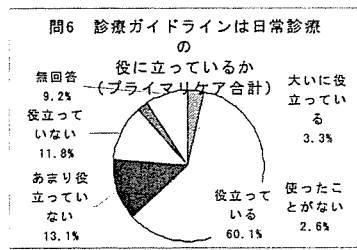
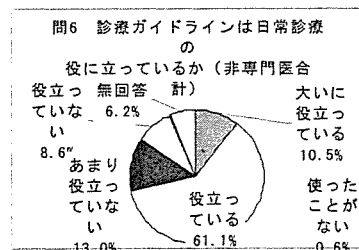
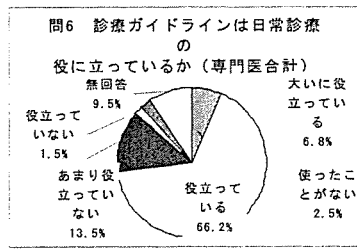
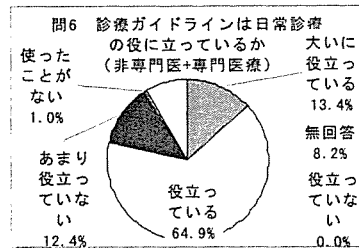
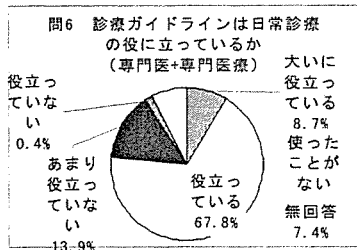
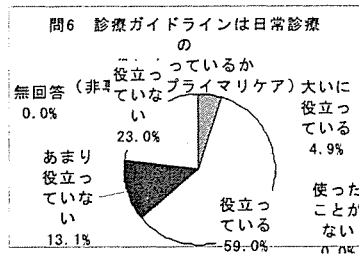
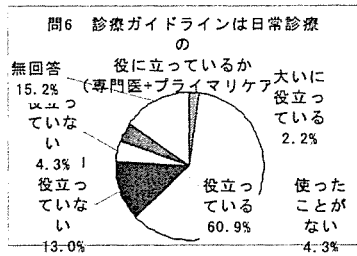


表 11 ガイドラインは日常診療の役に立っているか:臨床経験年数別層別解析

問6 診療ガイドラインは日常診療に役立っているか			
答え	10年未満	10-25年	25年以上
多いに役立っている	13	16	10
役立っている	90	155	71
あまり役立っていない	16	27	22
役立っていない	0	4	1
使ったことがない	0	5	4
無回答	10	24	22
合計	129	231	131
答え	10年未満	10-25年	25年以上
多いに役立っている	10.1	6.9	7.7
役立っている	69.8	67.1	54.6
あまり役立っていない	12.4	11.7	16.9
役立っていない	0.0	1.7	0.8
使ったことがない	0.0	2.2	3.1
無回答	7.8	10.4	16.9
合計	100.0	100.0	100.0

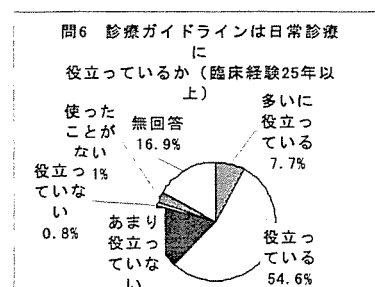
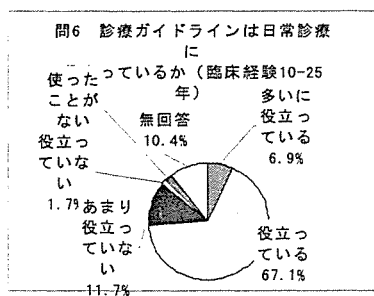
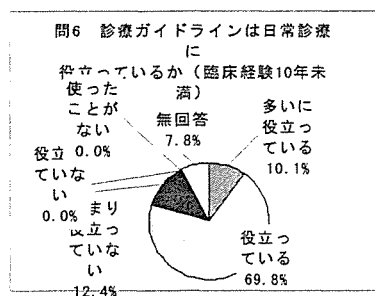


表 12 ガイドラインが役に立たないと思う理由

問6-1 診療ガイドラインが役に立たないと思う理由			
問6-1	全体	専門医	非専門医
推奨内容が不明瞭なものが多い	16	7	7
根拠が十分に示されていない	4	3	1
複雑すぎる	25	17	6
患者への説明に使える表現になっていない	16	9	5
必要なガイドラインを探すことができない	4	1	3
柔軟性のないものが多い	23	11	6
日常臨床の疑問に答えていない	39	21	15
その他	13	8	2
	70	41	20

問6-1			
問6-1	全体	専門医	非専門医
推奨内容が不明瞭なものが多い	22.9	17.1	35.0
根拠が十分に示されていない	5.7	7.3	5.0
複雑すぎる	35.7	41.5	30.0
患者への説明に使える表現になっていない	22.9	22.0	25.0
必要なガイドラインを探すことができない	5.7	2.4	15.0
柔軟性のないものが多い	32.9	26.8	30.0
日常臨床の疑問に答えていない	55.7	51.2	75.0
その他	18.6	19.5	10.0

(100%=問6の3および4回答数)

