

ただくので、それについて皆さん一言、言いながら、共通のスライドをつくって、共通の講演をすることにしました。その中には、かかりつけ医と専門医の連携を強化しようと紹介状や逆紹介状もつくっています。

医師を対象として何をするか

- **糖尿病対策推進のための講習会の開催**

出席しやすいように、京都府内の4ヵ所で開催

講習用の共通のスライドを作製

3回シリーズで開催（総論・治療・合併症）

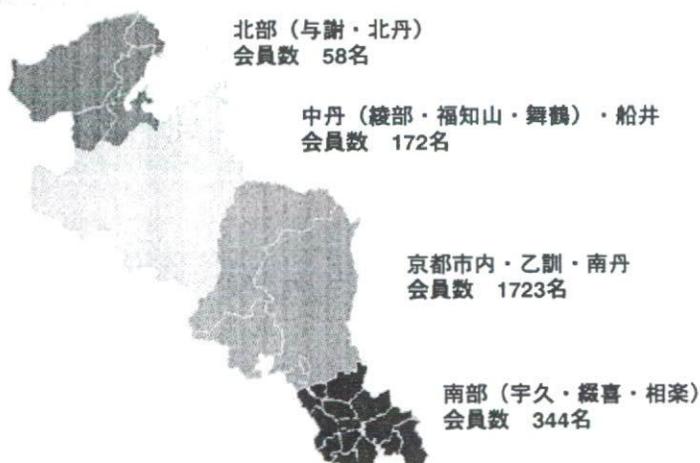
- **かかりつけ医と専門医の連携強化**

紹介状・逆紹介状（京都様式）

専門医情報の提供

北部は医師会員が58名。京都市内は1723名です。非常に差があります。

京都府内地区毎の講習会開催



これが修了証書です。最初につくったときは稲垣先生と森会長だけだったのですが、今度は知事名も入ることになりました。専門更新の単位数も、糖尿病学会から2単位、臨床内科医会から4単位できます。今度はコメディカルが入りますから、コメディカルのほうも療養指導士が1単位、それから薬剤師さんも入りましたから、薬剤師さんのほうも2単位が加わります。こういうことも1つのメリットかなということで出しています。

京都府糖尿病対策講習修了書

| | |
|----------------------------------|----------|
| 修了書 | |
| 殿 | |
| あなたは京都府糖尿病対策推進のための講習を修了されたことを証す。 | |
| 修了日 | 平成 年 月 日 |
| 修了番号 | 第 号 |
| 京都府糖尿病対策推進事業委員会 | |
| 委員長 | 稲垣 暢也 |
| 京都府医師会 | |
| 会長 | 森 洋一 |
| 京都府 | |
| 知事 | 山田 啓二 |

本講習会参加による取得単位

医師

日本糖尿病学会

3つのコースをすべて出席した場合のみ

2単位

日本臨床内科医会認定制度

4単位

日医認定産業医制度 基礎後期

または生涯専

門 2単位

日医生涯教育講座 5単位

コメディカル

糖尿病療養指導士（有資格者のみ） 1単位

認定薬剤師（薬剤師会会員のみ） 2単位

PINK21（病院薬剤師会会員のみ） 2単位

これで医師向けのスケジュールが終わったところですが、次が、コメディカルのほうの栄養士さんとか運動療養士さんとか薬剤師さんに入ってもらって、スライドをつくって、逐次、検討を始めたところですが。

これがかかりつけ医と専門医との紹介状です。専門医宛は京都府独自のものを作製しました。それから反対に、専門医からかかりつけ医への逆紹介状です。このように、かかりつけ医と専門医と交互にやりとりをしようということです。

医師を対象として何をするか

・ 糖尿病対策推進のための講習会の開催

出席しやすいように、京都府内の4ヵ所で開催

講習用の共通のスライドを作製

3回シリーズで開催（総論・治療・合併症）

・ かかりつけ医と専門医の連携強化

紹介状・逆紹介状（京都様式）

専門医情報の提供

これは今回のコメディカルの人に対する講習会の誘いです。この2月から4月までのコメディカルの会の案内を出して、ファクスなりで申し込みをいただくところです。

講習会へのお誘い

2002年の厚生省の調査によると、糖尿病患者は糖尿病の可能性を否定できない人を含めると、1,426万人と推計され、5年間で250万人が増加したと推定されています。生活習慣病の代表として糖尿病は医療経済的に大きな負担であり、国家的な取り組みが求められています。

このような中で、京都府医師会として、健康、京府民向け講演会やイベント等を通じて糖尿病患者に対する啓蒙を進めてきましたが、2006年12月に「糖尿病学会」および「糖尿病協会」とともに「京都府糖尿病対策推進委員会」を立ち上げ、糖尿病対策推進のさらなる強化に取組んでおります。

また、第1段階として、2006年7月から2007年7月にかけて、医師を対象とした3シリーズの講習会を府内各所で合計15回開催し、多数の医師の参加を遂げました。

次いで、第2段階として、上記コメディカルの皆さんを対象に、総論・総論・食事・薬物療法のコレクションの講習会を実施し、総論・食事の講習会を4回、2007年9月から12月にかけて開催し、皆さんから好評をいただいております。今回、治療・食事の日程が決まりましたのでお知らせします。この機会に基づきご参加ください。参加費は無料です。

なお、講習会参加者は以下の受講証を発行します。

1. 糖尿病療養指導士 1単位（有資格者へのみ発行）
2. 認定薬剤師 2単位（京都府薬剤師会会員へのみ発行）
3. PINK21 2単位（京都府病院薬剤師会会員へのみ発行）

京都府糖尿病対策推進講習会

—コメディカルのための療養指導—

②運動・食事（4回とも内容は同じです）

| と き | と ころ | 講 師 |
|-----------------|---------------|---|
| 2月2日(土)13時～14時 | 京都府医師会館 | 福原 樹典氏(京都大学教授) 野 澤 一雄氏(京都大学管理栄養士) 和田 啓子氏(京都大学院糖尿病指導士・管理栄養士) |
| 3月8日(土)13時～14時 | C1Kビル(京田辺市) | 藤 本 隆二氏(さちやクリニック院長) 山形孝氏(京都府立総合医療センター管理栄養士) 尾形 謙吾氏(院務運動指導士) |
| 4月12日(土)14時～15時 | 京都市中央公民館(京都市) | 藤 本 隆二氏(院務運動指導士) 竹村 賢子氏(京都府立病院管理栄養士) 今井 慶氏(東山武術院院務運動指導士) |
| 4月19日(土)14時～15時 | サンライズ建物(福知山市) | 小出 純子氏(小出医院院長) 高木 洋子氏(京都府立センター管理栄養士) 久保慶子氏(京都大学院糖尿病指導士) |

主催：京都府糖尿病協会 共催：京都府薬剤師会 協賛：京都府健康協会、京都府栄養士会、京都府病院薬剤師会
シラード(京田辺校)の詳細は別紙を、改めて案内します。

京都府糖尿病対策推進講習会

—コメディカルのための療養指導— 参加申込書

□下に記入の上、京都府医師会事務局(TEL: 075-315-5200)まで

| | | | |
|-------------|-----------|------|-------|
| お名前 | 所属(医療機関等) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |
| 開催(講習)に□ | 2月 | 3月 | 4月 |
| 参加希望日(講習)に□ | 2月25日 | 3月8日 | 4月12日 |

受付順に発行します。当方から変更のお願いがない限り、ご希望日に参加してください。

(6) 糖尿病データベースに必要な要件

富山大学理事・副学長 小林 正

データの標準化を誰がするのかということ、例えば網膜症にしましても、福田の分類スコットの分類など種々の分類を使っている人がたくさんおられるのです。この様な分類を使われるのかと思うぐらい種々あるのですが、しかしその人たちはいろいろプリンシプルを持ってやっておられるわけです。だからこちらから「駄目だ」と決めることもできない場合が多い。そうすると、これを決定するのは誰かということ、やはり学会しかないのではないかと思います。もちろんナショナルインスティテュートのものすなわち国際医療センターなどで決定して頂ければいいと思うのですが、今のところ学会が主導するのが適当ではないかと思われま

す。それから誰がデータを収集するのかという問題ですが、これも、もちろんCRCをたくさん雇って財団でお金を出してもらっていろいろやるということになる事も考えられますが、やはり中立的に動く主体として学会が適当ではないか。個人あるいはグループの研究者も考えられますが、これもなかなか難しいように思われます。それからもちろん研究費が莫大なものが要ります。CRCもたくさん雇わなければいけない。それからインセンティブも、必ずドクターとか、患者さんに必要な場合もありますが、そういうことも考える必要もあり、なかなか片手間には研究を施行する訳にはいかないということがあります。

対象は誰を選んだらいいのか。サンプルは日本の大多数の患者さんを代表するということですから、われわれコーディックを用いた専門医の患者さんのデータを集めて解析していますと、「かかりつけ医」にかかる患者さんに比較し、重症であって1型が多い。インスリンの導入が多いですから、コーディックのデータが日本の患者さんの代表と言にくい。そうすると、日本全体の80%を占めるかかりつけ医の患者さんのデータが必要になります。

そうすると、ここはDOIT2で種々経験しましたが、4つの医師会で「かかりつけ医」の先生方に、大規模臨床研究の事務的煩雑さに皆さん文句を言われます。「かかりつけ医」での臨床研究の困難さがあるものとする。しかし、そのときに同時に言われたことは、やったおかげで医師会での連携が非常に良くなったということもあります。

しかし、研究の事務・手続きは非常に煩雑で、かかりつけ医の先生方がデータを集めるのはなかなか難しいわけです。従って、研究の実施の代償として何らかのインセンティブが要求されます。

それから地域のコホートの問題もあります。久山町などが非常に立派なものがあります。しかし、これはやはり九州地方のものであり、北海道の人と異なるかもしれない。それからコホートが経済的に恵まれているかどうかという問題もあり、コホートが日本人を代表するものかは、非常に難しいところがあるわけです。

しかも、かかりつけ医の先生方の患者さんも入れなければいけない。というのも、この

先生方が全体の80%の糖尿病の患者さんを受け持っているわけです。つまり370万人のうちの300万人がかかりつけ医の患者で、専門医は70万人の患者を診ています。これも考慮に入れなければいけない大きな問題だということです。

標準化されたデータ収集

- ・ データの標準化は誰がするか？
学会？ 困難:例:網膜症
- ・ 誰が収集するか？
学会？ 個人或いはグループの研究者？
研究費？ incentive?
- ・ 対象は？ サンプルは日本の大多数の患者を代表？
専門医の患者？ ;例 JDCS、JDDM
かかりつけ医の患者？ ;困難、例:J- DOIT2
地域のコホート:例 久山町

これは追跡情報で、空腹時血糖を測ったらいいというのですが、ほとんどの外来は食後血糖（随時血糖）なのです。これは非常に難しいわけです。患者さんにお腹を空かせて来てくれということも言えるのですが、インスリンを注射している人に空腹時に来てくれと言うことはできません。だから空腹時血糖はできればということで、この部分は色が変わっています。できればということで、空腹時IRIもそうです。

それから腎臓の先生はシスタチンを入れてはと言うわけですが、保険の問題もあります。それから空腹時トリグリセリドも難しい、高感度CRPも難しいということで、こういうものを決めるのに侃々諤々でありました。これらをまた裁定しなければいけないということです。

追跡情報（初年度）

必須項目

1. 身体所見

| | |
|----------|--------|
| ①体 重 | kg |
| ②ウエスト周囲径 | cm |
| ③血 圧 | / mmHg |

2. 血液検査

| | |
|---------------------------|---------------|
| ①血 糖 | mg/dl (食後 時間) |
| ②空腹時血糖 | mg/dl |
| ③空腹時IRI (インスリン注射の無い場合) | μU/ml |
| ④HbA _{1c} | % |
| ⑤血清クレアチニン | mg/dl |
| ⑥血清シスタチンC | ng/ml |
| ⑦血清アルブミン | g/dl |
| ⑧LDL-コレステロール | mg/dl |
| ⑨HDL-コレステロール | mg/dl |
| ⑩総コレステロール | mg/dl |
| ⑪空腹時トリグリセリド | mg/dl |
| ⑫高感度CRP | mg/dl |

先ほどの網膜症がありました、糖尿病学会が中心として進めるデータベースの研究では、図に示すように単純、増殖前、増殖というようにシンプルにしまして、これに眼科の先生にチェックして頂くことにしました。

5. 網膜症指標

①眼底写真 (可能であれば両眼1眼ずつ、あるいは1眼4方向の眼底写真) あり(別添) なし

②眼科医所見 実施年月日 20 年 月 日

| 視力・前線部所見 | | 右眼 | | 左眼 | |
|----------------|-----------|--|--|--|---|
| 矯正視力 | | X | D | X | D |
| 虹彩ルベオシス | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 白内障(視力に影響する程度) | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済 | |
| ③眼底所見 | ④増殖前網膜症 | 毛細血管痙攣・出血 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 硬性白斑 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 軟性白斑 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ⑤増殖前網膜症 | | 網膜内細小血管異常 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 膜疣異常(数珠状並列) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 新生血管 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ⑥増殖網膜症 | | 増殖膜 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 網膜前・硝子体出血 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | | 網膜乳瘤 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ⑦黄斑病変 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ⑧眼科的処置 | ⑨網膜光凝固 | | <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑 | <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑 | |
| | ⑩硝子体手術 | | <input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | ⑪その他の内眼手術 | | 術式 | 術式 | |

これは神経障害ですが、アキレス腱、振動覚などをチェックしますが、振動覚に必要なC128という音叉を持っていない医師も少なくない。神経の専門家によると、これも皆さん、診察室に備えるべきものなことなのですが、持ってない医師がいる。それから痛覚検査で、つまようじ試験というのがあるのですが、これもみんなやるべきだということをいわれるのですが、なかなかこれも実際難しいということです。

表5.

①～⑧は必須項目です。記入しなかった場合は書き添い。
⑨～⑪は必須項目ではなく任意項目は、記入(または「-」)の項目を記入してください。
データ採取日 20 年 月 日

6. 神経障害指標

①神経障害問診票

1. 両足指または両足底部のしびれがありますか? あり なし

2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがありますか? あり なし

3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか? あり なし

4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか? あり なし

5. 触った力何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快感がありますか? あり なし

②アキレス腱反射 右: 正常 減弱 消失 左: 正常 減弱 消失

③振動覚(C128) 右: (秒数を記入) 秒 左: (秒数を記入) 秒

④痛覚検査 (爪楊枝または竹串使用) 右: 正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下
左: 正常 足趾のみ痛覚低下 足首まで低下 下肢中央まで低下

⑤CV_{R-R} %

それから糖尿病治療に関しては、個々の商品名をなるべくやめて、ACEIとかARBとかCCBという形でチェックしていただく。こういう標準的なものを決めるのに、時間がかかります。誰かが思い切って決めなければいけないということです。

B. 糖尿病治療情報

①食事療法 管理栄養士などによる指導
なし あり 【遵守状況/優 良 可 不可】
 食事調査票(別紙)BDHQ

②運動療法 運動指導
なし あり 【遵守状況/優 良 可 不可】
 国際身体活動調査票(別紙)IPAQ

③経口血糖降下薬 SU薬 グリニド薬 α -GI ビッグアナイド薬 チアソリジン薬
 ●服薬コンプライアンス【10割服薬 8割 5割以下】

④インスリン療法 1回 2回 3回 4回 5回以上 CSII
 合計単位 単位/日

⑤SMBG (+) (-)

⑥降圧薬 ACEI ARB CCB 利尿薬
 α -blocker β -blocker その他()

⑦抗高脂血症薬 スタチン系 フィブラート系 その他()

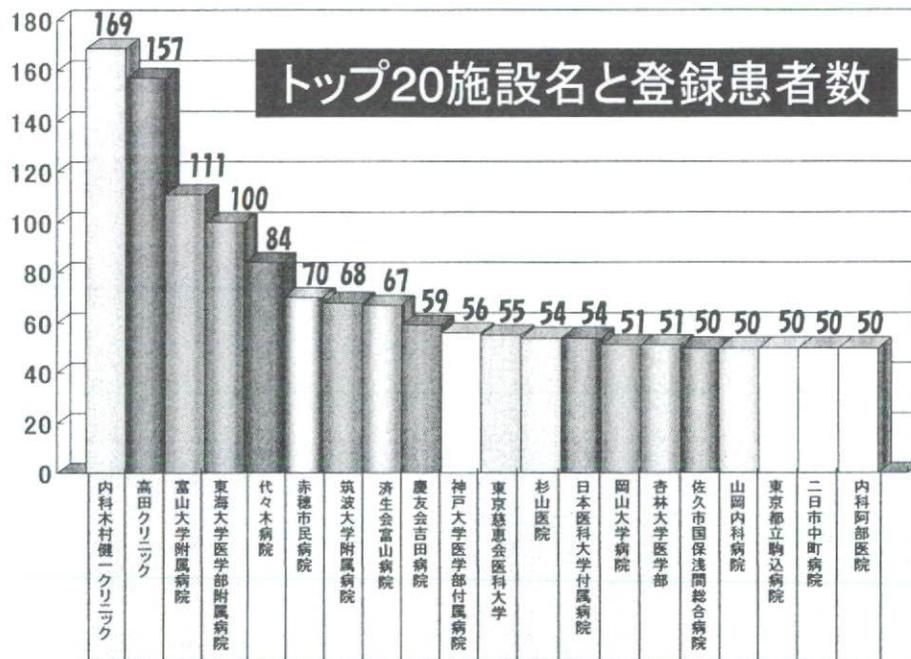
⑧抗血小板薬 アスピリン シロスタゾール(プレタール[®]) 糖質チクロピジン(パナルジン[®])
低分子ヘパリン(プレビックス[®]) その他()

⑨ARI (+) (-)

⑩その他の薬剤 炭素(クレメジン[®])・シビリダモール(ベルサンチン[®])・EPA(エパ[®]) (+) (薬名) (-)

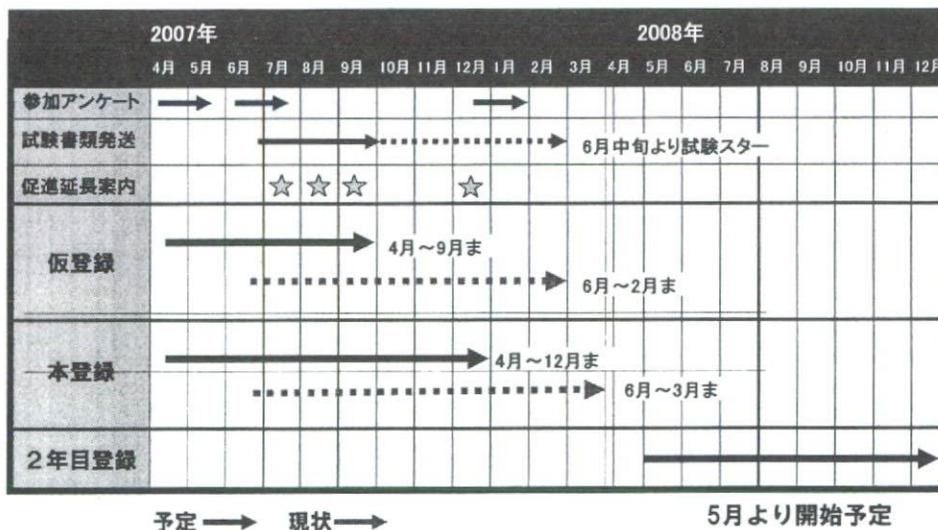
アンケートから本登録までのプロセスについてですが、これは症例可能であるというアンケートを医師にお願いしましたが、4000人ぐらいしか本登録ができていないわけです。そこで学会認定教育施設の認定委員会の委員長の清野先生にお願いしまして、認定施設の先生は最低この研究に参加しなければいけないということをお願いしたのです。そうしたら急に皆さん、研究に参加するようになりました。ということで、こういうことで今、参加して頂けることができないということです。インセンティブがない場合は、手変え足変えいろんな方法を考えなければいけないということです。

ただ、民間の公的病院は医師不足でありますし、多忙であるということで、現在の実情も考慮する必要があります。



結局われわれは、2008年の5月末まで延ばしました。そうしないと、1万例を超えないということがあります。こういう問題点が山ほどありますので、これから考えなければいけない。

スケジュールと現状



それからデータからエビデンスがということは、やはりサンプルサイズが重要です。これも決める必要があります。それから対象患者を代表しているのかどうかと、先ほど申しました。やはり薄く広くということも必要ですし、またコホートのポピュレーションスタディでも構わない。

患者さんの選択にバイアスが働いていないかの問題も重要であり又、先ほど申しましたように、かかりつけ医と専門医でも違うわけですから、そのへんを考えなければいけない。

それから解析目的は何なのかということも重要です。治療法との関係とか合併症。あるいは失明がどのぐらいの頻度なのか等、その同定の仕方によって変わってきます。

データからエビデンスが得られるか？

- サンプルサイズ
- 対象患者は代表しているか？
- 患者は“介入”されていないか？
- 解析の目的は？
- 解析方法が適当であるか？

今回はデータベースを何のために構築するのかといいますと、結局は厚労省の施策に資するというのも目的の一つです。日本でいかに効率よく合併症を抑制し、しかも糖尿病の方に生き生きといつまでも元気で生きてもらうにはどうしたらいいのか。お金をできるだけ使わないようにするにはどうしたらいいか。医療費抑制や、患者QOLの向上というためにはやはりガイドラインが必要である。ガイドラインの構築のためには、先ほどもおっしゃっていましたが、データを得なければいけないということで、私のお話は終わりたいと思います。

(7) 効率的な情報発信とそれにおける協力体制 ～ Minds 事業を踏まえて ～

(財) 日本医療機能評価機構 医療情報事業部長 吉田雅博

最初に、診療ガイドラインの広報と現況、日本と世界の医療情報発信事業について報告いたします。インターネットで検索した場合に、Minds 以外の website で、どのように行われているかということについて調べてまいりました。

日本においては Amazon というインターネット書籍販売サイトがあり、ここで診療ガイドラインで検索しますと、書籍で約500件、ヒットします。東邦大学医学メディアセンターにはガイドラインが約230件。これはリンクがひも付けされており、ポータルサイトとして機能しています。また、本として売られてはいないが、報告書や論文として出ているものについては300件。これを合わせたものが530件になります。以上より日本語のガイドラインを調べて出てくる数は、500件前後という数字ではないかと思えます。つまり一般の方々はインターネットを使うと500件のガイドラインに出会うことができるというのが、今の日本の現状です。

世界に目を向けますと、アメリカ、イギリス等、数多く検索されます。Guideline International Network は、ヨーロッパを中心として全世界の国々が参加しているガイドラインのネットワークです。ガイドラインのリンクが2700件ありまして、英語、ドイツ語、その他、各国語のガイドラインにもリンクしてあります。

また、アメリカでは国営の National Guideline Clearinghouse、ここには英語のガイドラインが2100件、リンクできるようになっています。また、イギリスではガイドライン作成研究組織、国営の National Institute for Health and Clinical Excellence—NICE と呼ばれていますが、ここではガイドラインの作成、広報を行っており、120件のガイドラインが掲載されています。

このように世界中には膨大な数のガイドラインがあります。しかしこれらが全て日本の臨床に役に立つかという点については非常に問題があります。そのままでは混乱することが予想されます。重要な考え方としては、つくり方が正しいか、本当に根拠に基づいて最新の情報か、というようなガイドラインそのものの妥当性と、それからそれが日本の臨床で使えるか、保険が通るか、限られた施設の一部ではないか、ということを検討しなければならないというのがガイドラインの課題だと思います。医療機能評価機構、医療情報センターMinds では、作成方法の妥当性について、Minds 内部に評価部会を設けて、それを検討し、ガイドラインを掲載しています。

診療ガイドライン広報の現況(世界と日本)

- ・amazon internet + 日本医書出版データベース: 書籍約500件
- ・東邦大学医学メディアセンター: 書籍約230件、報告書論文約300件
- ・Guideline International Network: ガイドラインリンク 2700件
- ・National Guideline Clearinghouse: ガイドラインリンク 2100件
- ・National Institute for Health and Clinical Excellence: ガイドライン120件

しかし、本当に日本の臨床で役に立つガイドラインか？

「作成方法論、手順、組織は確かか？
根拠に基づいているか？
情報は、更新されて新しいものか？」＝内的妥当性

「日本の一般臨床で使える内容か？保険適応か？
限られた施設の治療ではないか？」＝外的妥当性

Minds は、Medical Information Network Distribution Service というものの頭文字を取ったもので、2004年から厚生労働科学研究費補助金にて運営しています。すべての内容は無料で使え、ユーザー登録は現在3万1000人を超えています。

The logo for Minds, featuring the word "Minds" in a large, bold, dark blue font. The letter "i" has a small grey dot above it. The letters "n", "d", and "s" have small grey dots above them as well.

Medical Information Network Distribution Service

2004年5月11日 公開

<http://minds.jcqhc.or.jp>

厚生労働科学研究費補助金にて運営中

ユーザー登録数は**31,233**人(2008年1月末)

日本医療機能評価機構と Minds の関係について簡単に図示いたします。Minds は、2003年より、厚生労働省の研究補助金事業として始まりました。現在も、同様です。日本医療機能評価機構では、本体事業として病院評価を行っており、現在2406の病院を認定しています。また、認定した病院における患者安全についての支援活動。それからヒヤリ・ハット報告や医療事故報告を行っております。また、昨年からは、産科医療補償制度準備室が開設されまして、今年の4月から運営部ということで動く予定です。このように5つある

柱のうちの1つが、医療情報の発信および普及に関する Minds 事業ということになっています。

日本医療機能評価機構の事業

- 1) 医療情報サービス事業【Minds】(2003年度より)
 - ・厚生労働省の補助金事業
 - ・医療関係者、患者、介護者の治療法選択のための情報提供の推進
 - ・EBMセンターとして、質の高い診療ガイドラインや医学情報を国民、医療従事者向けに掲載
- 2) 病院機能評価事業 (1997年度より)
 - ・2007年10月現在の認定病院数 2,406(全病院数8,892)
- 3) 認定病院患者安全推進事業(2003年度より)
 - ・認定病院が自主的に行う患者安全推進のための活動支援
- 4) 医療事故報告、安全支援センター総合支援事業(2003年度より)
 - ・日本国内の病院からの医療事故報告、ヒヤリ・ハット報告を厚生労働省の委託事業として収集解析、広報
- 5) 産科医療補償制度運営組織準備室 (2007年度より)

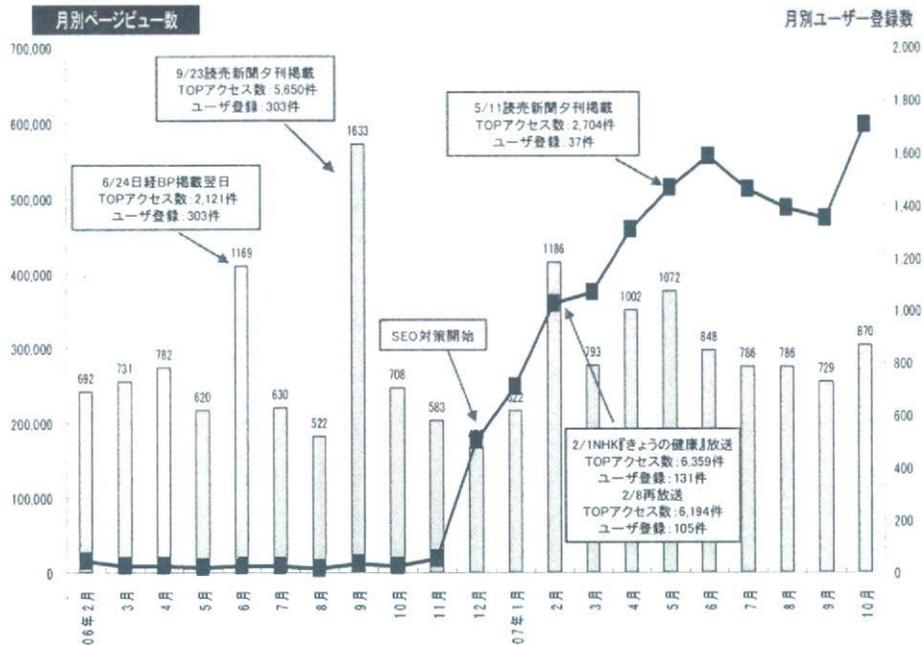
会員数に関するグラフを見ますと、いろいろなことが見えてきます。実は2006年11月頃までは、一生懸命いいものをつくれればいろんな人が見てくれる、いいものがすべてだと思っていたのですが、ほとんどアクセス数が伸びませんでした。そこでSEO対策と書いてありますが、サーチエンジン最適化、つまりインターネットでグーグルやヤフーなどを使って検索した場合に、Minds がヒットしやすいような方法を検討して、実施した所、グラフのように増加傾向となりました。

また、NHKの「きょうの健康」や読売新聞などに Minds の名前を出していただくたびに伸びていきまして、現在も努力を続けているところです。

これを見て分かるように、一般の方、医療者を含めたコンピュータを使っている方々は、インターネットなどを使って情報をさがしている、各種医療報道等に敏感に反応しているということが分かったわけです。

Mindsアクセス数 (2008年1月現在)

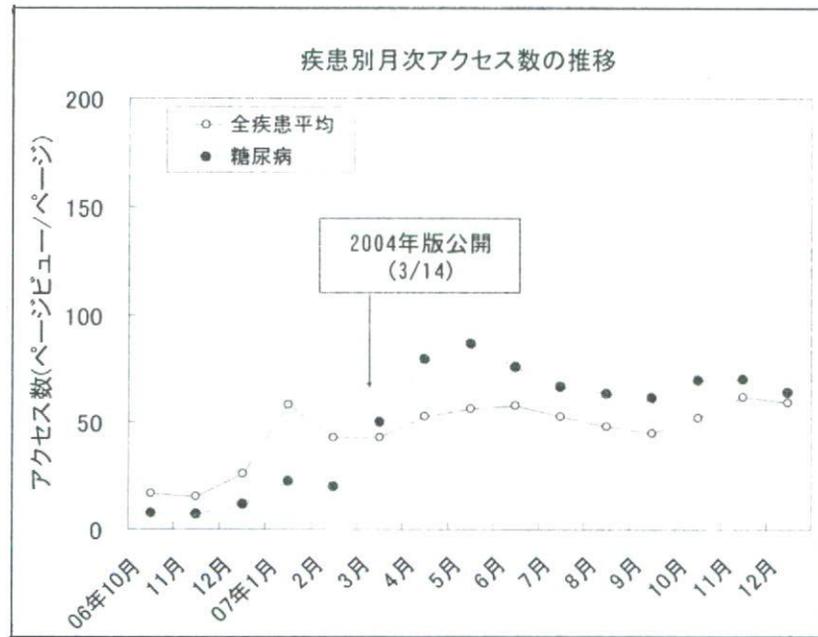
- 月別ページビュー数：約50万件
- ユーザー登録総数：31,233件



また、糖尿病に関するアクセスを見てみます (P. 70)。白丸グラフは全疾患平均、ガイドラインをどれぐらい見に来ているかというグラフです。黒丸は糖尿病です。しばらく平均よりも下でしたが、改訂版を載せた瞬間にどんと上がりまして、平均を上回っています。つまり新しい情報があるということが分かった瞬間に、ユーザーは敏感に反応してこれを見にアクセスしているということが分かると思います。つまり新しい情報を求めているということ、それからインターネットを使っている人が非常に多いということが分かると思います。

尚これは、ガイドラインを見に来た人をガイドラインのページで割った数字です。ページ数が多いガイドラインは、たくさんの方が内容の閲覧にきても数が減ってしまうことになります。糖尿病のガイドラインは情報ページ数が多いので、頭初この傾向にあったと思いますが、現在はかなりたくさんの方が見に来ていることが分ります。

糖尿病ガイドラインアクセス数



糖尿病をはじめとして、診療ガイドラインを中心に Minds 事業では掲載・広報を行っていますが、ガイドライン以外にも、ガイドラインを補うような情報を公開しています。

Minds提供情報

| 診療ガイドライン | |
|----------|------------------------|
| 医療者向け情報 | MindsPLUS |
| | Mindsアブストラクト(論文の構造化抄録) |
| | コクラン・レビュー・アブストラクト日本語訳 |
| | トピックス |
| | CPG(診療ガイドライン)レビュー |
| 一般向け情報 | 一般向けガイドライン |
| | MindsPLUS |
| | ガイドライン解説 |

ガイドラインについては、現在、42疾患掲載しています。

Minds 掲載 診療ガイドライン -医療提供者向け-

2008年2月現在公開中(50音順): 42疾患

- | | | |
|----------------|-----------------------|---------------|
| 1. アルツハイマー型認知症 | 15. 子宮体癌 | 29. 特発性正常圧水頭症 |
| 2. 胃潰瘍 | 16. 周産期トメスティック・ハイオレンス | 30. 軟部腫瘍 |
| 3. 胃癌 | 17. 小児急性中耳炎 | 31. 乳癌 |
| 4. 胃がん検診 | 18. 上腕骨外側上顆炎 | 32. 尿失禁 |
| 5. 潰瘍性大腸炎 | 19. 褥瘡 | 33. 尿路結石症 |
| 6. 肝癌 | 20. 睪癌 | 34. 脳梗塞 |
| 7. 急性心筋梗塞 | 21. 前十字靭帯損傷 | 35. 脳出血 |
| 8. 急性膵炎 | 22. 喘息 | 36. 肺癌 |
| 9. 急性胆管炎・胆嚢炎 | 23. 前立腺癌 | 37. 肺がん検診 |
| 10. クモ膜下出血 | 24. 前立腺肥大症 | 38. 白内障 |
| 11. 頚椎後縦靭帯骨化症 | 25. 大腿骨頸部/転子部骨折 | 39. 鼻アレルギー |
| 12. 頚椎症性脊髄症 | 26. 大腸癌 | 40. 慢性頭痛 |
| 13. 健康診査の検診項目 | 27. 大腸がん検診 | 41. 腰椎椎間板ヘルニア |
| 14. 高血圧 | 28. 糖尿病 | 42. 腰痛 |

【公開準備中】

慢性心不全、虚血性疾患の一次予防、不整脈(非薬物治療)、食道癌、骨粗鬆症、骨・関節術後感染予防、

さて、その診療ガイドラインについて、先ほど改訂版が掲載されると閲覧に訪れる人が多いと述べました。現在糖尿病をはじめとして、喘息、肺癌など改訂版が出ているものについては順次、Minds に掲載させていただいています。

Minds 掲載 診療ガイドライン -医療提供者向け- 改定版掲載状況

2008年2月現在: 3疾患

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. アルツハイマー型認知症 | 15. 子宮体癌 | 29. 特発性正常圧水頭症 |
| 2. 胃潰瘍...2007年改定あり | 16. 周産期トメスティック・ハイオレンス | 30. 軟部腫瘍 |
| 3. 胃癌 | 17. 小児急性中耳炎 | 31. 乳癌...薬物療法のみ2007年改定あり |
| 4. 胃がん検診 | 18. 上腕骨外側上顆炎 | 32. 尿失禁 |
| 5. 潰瘍性大腸炎 | 19. 褥瘡 | 33. 尿路結石症 |
| 6. 肝癌 | 20. 睪癌 | 34. 脳梗塞 |
| 7. 急性心筋梗塞 | 21. 前十字靭帯損傷 | 35. 脳出血 |
| 8. 急性膵炎...2007年改定あり | 22. 喘息(2004年版)...2006年改定あり | 36. 肺癌 |
| 9. 急性胆管炎・胆嚢炎 | 23. 前立腺癌 | 37. 肺がん検診 |
| 10. クモ膜下出血 | 24. 前立腺肥大症 | 38. 白内障 |
| 11. 頚椎後縦靭帯骨化症 | 25. 大腿骨頸部/転子部骨折 | 39. 鼻アレルギー |
| 12. 頚椎症性脊髄症 | 26. 大腸癌 | 40. 慢性頭痛 |
| 13. 健康診査の検診項目 | 27. 大腸がん検診 | 41. 腰椎椎間板ヘルニア |
| 14. 高血圧 | 28. 糖尿病(2004年版)...2007年改定あり | 42. 腰痛 |

ガイドラインを補う情報としましては、「Minds PLUS」という企画を行っています。1つは、ガイドラインが出た後、出版された医学論文を構造化抄録にして出すという作業をしています。ガイドラインは出版すると、改訂版が出るまでの数年間、情報が更新されません。一方医学会において医療情報はどんどん発信されており、新しい論文やいろんな検討がなされているわけです。それが積み重ねられて、次のガイドライン改訂につながるわけですが、一般の臨床医は多忙で常に最新の情報を手にすることがむずかしいという背景をふまえて企画したものです。

糖尿病に関しては、ガイドラインを出版後の論文を100件掲載しています。コクラン・レビューという企画は、ご存知のようにコクランコラボレーションでつくっているレビュー論文の抄録の、その日本語訳を公開しています。糖尿病は47件、公開しています。

また、最近の学会で議論されるようなトピックスに関しても、糖尿病では6件。それからCPG (clinical practice guidelines) レビューとして、日本と海外、糖尿病に関するいろいろなガイドラインが世界中で出ている場合は、それらを比較して日本の特徴を紹介していただくコーナーもつくっています。このような最新の情報を積み重ねて、次のガイドライン作成にも役立てていただける様努力しています。

一般向けとしてはガイドライン解説があります。これは医療者向けにつくられたガイドラインの中の医学用語をやさしくする企画です。一般の方、もしくは医療従事者であるが、その分野の専門ではない方（私は例えば消化器外科医ですので、糖尿病に関しては非専門です）に分かるようにする解説をつくっています。私が帝京大学の学生にこの企画について質問した所、レポートを書くときにこれを見て参考にしてみますと、言っていました。いろんな使い方があるのだなと思っていますが、これもガイドラインの内容を広く一般に示す方法だと思っています。これも現在、作成を検討していて、また糖尿病の作成班の先生方にご指導いただきたいと思っています。

医療者向け情報 Minds PLUS

| | | | |
|---------------------|-------------------|---|---------------|
| Minds PLUS 医療者向け | Minds アブストラクト | ガイドライン作成後に発表された医学論文の構造化抄録と専門医のコメントを日本語で紹介 | 糖尿病 100件掲載 |
| | コクラン・レビュー・アブストラクト | コクラン・システマティック・レビューのアブストラクト部分を和訳して提供 | 糖尿病 47件掲載 |
| | トピックス | 国内外で公表された最新の医学情報やレビューを提供 | 糖尿病 6件掲載 |
| | CPGLEビュー | 国内外の診療ガイドラインの比較や特徴などを紹介 | 執筆 ご依頼中 |
| Minds PLUS 一般向け | ガイドライン解説 | 医療者向けガイドラインを一般向けに用語解説 | 作成検討中 |

また、そのような一般向けの情報公開だけではなくて、ガイドラインをつくっている先生方に対して、標準的なガイドラインのつくり方、いわゆるガイドラインをつくるガイドラインというものも作成しています。

ガイドライン改定支援

**Minds 診療ガイドライン
作成の手引き 2007**

監修: Minds診療ガイドライン選定部会
編集: 福井次矢/吉田雅博/山口直人

B5判 68ページ 発行年 2007年09月
定価 2,520円 (ISBN:978-4-260-00480-0)

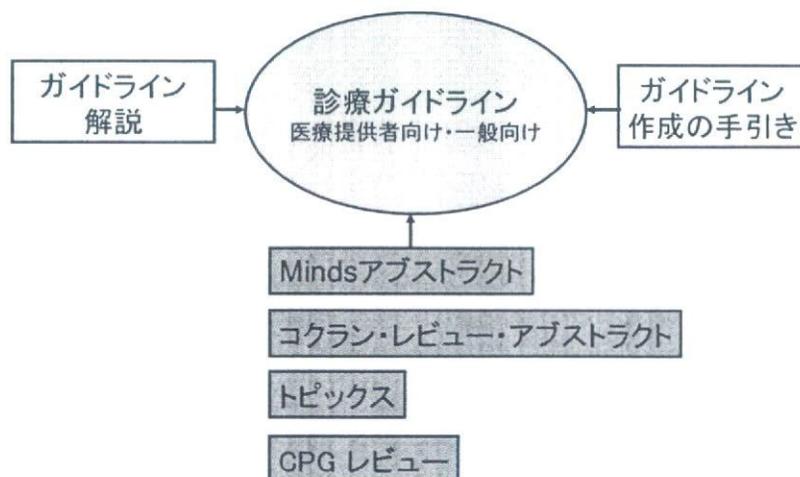


医学書院HPより. <http://www.igaku-shoin.co.jp/prd/00150/0015003.html>

以上のように、Minds では診療ガイドラインを中核に置きまして、作成の手引き、一般向けの情報提供、そして最新の情報をこれに積み重ねることでガイドラインの広報を行っているところです。

特に糖尿病に関しては、作成班の先生方に現在まで多大なご協力をいただいております。これからも Minds は、先生方がつくられた素晴らしいガイドライン、それから医療情報を、国民向けに発信してゆく所存であります。

Minds事業のまとめ



4. 討議

(野田先生)

地域の拠点病院を核とした糖尿病診療のあり方についてという、今まで7人の先生方による糖尿病対策をあらゆる角度から眺め回して、そして非常に困難を感じたというのが私の実感に近いところです。その中でどういうふうにしていったらいいかというのは、武田先生、いかがでしょうか。コツがあったらすでに解決しているのでしょうかけれども、武田先生と土井先生に、いちばん大切な1つのものというのをお聞かせ願えればと思います。

一朝一夕にそこまでいかないと思うのですが、どのようにしてあそこまで、海士町もそうですけれども、県単位で糖尿病の取り組みが進んでいったか。例えば私も確かに東京都糖尿病対策推進委員の1人ですが、これは誰のせいとかそういうわけではないのですが、東京で非常に進んでいるかどうかというと、平均プラスマイナス1シグマぐらいのところかなと思います。先生のご経験から、何が非常に重要なポイントか。

(武田先生)

短期間に広くやっていくには、厚生労働省を中心とする行政の係わりを、必ず医療と行政が一緒になってやっていくことが大事であると思います。

ただ、スタートはそうですが、そういうトップダウンのものは制度としてはうまくいきますが、崩れやすいわけです。そういうものがボトムアップと一緒にあって本当に根づくようにしていくには、やはり地域のもっと根底にあるところ、人をつくっていくことと、組織をできるだけ、トップダウンでやったものをきちんと根づくような組織にしていくための人をつくっていかないといけないということだろうと思います。

だから何をやるのにもそうですが、特に今度は私も見ていて、本当に短期間に効果を上げようと思えば、今、既存の例えば行政が糖尿病対策をどこの県も保健計画を改定しているから、4月からそれで糖尿病が4疾病の中に入っていて各県が取り組もうとしているから、そういうものをうまく伝達していく、情報を伝えていくとか、そういうものに使うということがいいのではないかなという気がします。

それから、できるだけうまく既存のものを使って効果を上げるためには、やっていかないと現実的には難しいので、糖尿病対策推進会議とか、これも県によって温度差がありますが、東京のものがどういう具合に使えるか分かりませんが、そういう既存のものでどこまで使えるか。今あるものを、情報をおろしていく、そして情報を上げていくための組織として、必要なところとはタイアップしてやっていかないと効率的にできないと思います。

その中に、こういう考え方を持った人たちを養成していくことを、先生が出されたブロック、ブロックで中心になる医療機関を設けて、それを今度は人を養成していくということをやって、そういう組織と人とをきちんと組み合わせて進めていかないと、なかなか効率的にいかないのではないかなという気がします。

(野田先生)

小林先生、どうぞ。

(小林先生)

先生が言われましたように、やはりトップが大事だと思います。われわれの県で言いましたら知事さんなのですが、彼はたまたま糖尿病でして、糖尿病対策には僕らには打ってつけでした。それからもう1つは、行政のトップとといいますと、厚生センターあるいは保健所の所長が非常に大きな役割を果たすということも感じています。

それからもう1つは、今度のDOIT2で感じたのですが、やはり何かがありますと、医師会が非常に“燃える”ということも分かりました。医師会の先生方も最初は連携がうまくいかなかったのに、こういうことを通じて非常にうまくいったということですので、そういう外からの働きかけに対して、受け皿はあるのだということも分かりました。ですから、そういう機会を生かすということも重要かと思います。

(野田先生)

今のお話をまとめますと、行政、医師会、人づくり、それから中心になる人物と。これは東京の新宿区から見ていてもなかなか北海道の先まで見通しにくいというのは確かにあるわけで、そういう意味もありまして、非常に教えを請いたいと思います。

それから話題が変わりますが、小林先生、稲垣先生のほうからございましたが、糖尿病の臨床は、今日も昼、石井先生とお話ししていたのですが、癌の臨床と違って5年後に生きてるか死んでいるか見ればいいというのと違って、ありとあらゆることを登録しながら、検査データ、家庭的なこと等も含めた本人のバックグラウンドデータ。それからエンドポイントですね。心筋梗塞とか。こういうデータベースをいかに構築するというのは一瞬で言えますが、非常にご苦労もある。

先生はすでにいろいろおやりになりまして、稲垣先生からご提示がありました、先ほど先生がお示しく下さいましたようなものやっけていく上での困難というか、そのあたりはいかがなものでしょうか。

(小林先生)

これは最初のデータが必要なのです。大きいと非常に煩雑ですし、研究者が困ります。従って、誰がそれをカットするか。思い切って、エイヤーとやってもらわなければならないのです。

(野田先生)

J-DOIT2の診療達成目標のような感じですか。

(小林先生)

そういうことです。