

【「診療ガイドライン策定における分野横断的¹プロセス」では何が求められているのか？】

従来の研究では、各国の卓越したガイドラインプログラムにおいて関係する分野の複数の臨床家の参加が確保されているかどうかは前記のように明らかではない。そこで今回、米英加各国のガイドライン策定ポリシーの中で、前述の「分野横断性」に関してどのように規定ないし推奨されているかを調査した。

<米国>

IOM 報告書(1)では、分野横断的プロセスが必要な理由として次の3つを挙げている。

1. 多領域からの参加により、全ての関連する科学的エビデンスが同定されて批判的に吟味されることにより、ガイドラインの科学的基盤や取扱う範囲、および柔軟性を高めることができる
2. ガイドラインを使用する上での実際的な問題が同定されて検討され、これにより現実世界の臨床現場でガイドライン適用が成功するためのより強固な基礎が固まる
3. ガイドラインの異なる使用者に参加した実感あるいはオーナーシップが醸成され、ガイドラインの受け容れに

¹ 前述の IOM 報告書では、「分野横断的 multidisciplinary」という単語に対して「ここでは multidisciplinary という用語を狭い意味ではなく広い意味で用いている；単に学問分野あるいは専門職領域のみを指すものではない」と注釈をつけている

協力が得られる可能性を高める

参加すべき当事者として挙げられているのは、表に示すようなカテゴリーの人々である。大きくは臨床家、方法論のエキスパート、および非臨床家の使用者に分けられている。臨床家のカテゴリーでは、大学などの教育・研究施設との常勤関係がある者となない者、領域別臨床家および総合臨床家、関連のある医師ではない臨床家の策定委員としての参加が求められている。研究や分析法のエキスパートも、ガイドライン策定パネルへの参加が必要であり、単なるテクニカル面のコンサルタントあるいは助言小委員会のメンバーとして扱うべきではないとしている。

臨床家以外の利用者群の例として、病院管理者、ピア・レビュー(第三者評価)機関のメンバー、支払い者、および患者ないし医療消費者が挙げられている。また、ある一定の主(社会人口学的特長を持つ一群(年齢や少数民族など)を対象としたガイドラインの場合には、早い段階からその一群の代表者に参加してもらうべきとしている。報告書では、患者・消費者の参加は簡単な課題ではないとし、種々の形態(ガイドライン策定委員、ヒアリング、草稿回覧へのコメント、フォーカスグループ、プレテスト、など)での参加を組み合わせる必要性にも言及している。

<イングランド、ウェールズ>

英国イングランドとウェールズでは、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)が診療ガイドラインの策定を司っているが、ガイドライン策定委員会(Guideline Development Group: GDG)などは NICE への諮問機関という位置づけであり、

それぞれの診療ガイドラインの策定の際に新たに組織されることになる。委員会の座長および委員の任命方法については、「Appointments to Guidance Producing Bodies Advisory to NICE」と題する規定に定められており、その最新版は2006年11月15日に公表されている(2)。座長も委員も、NICEによる公募への応募者から、履歴書、カバーレター(応募の動機など)の提出と面接を経て、National Collaborating Centre: NCCのディレクター、Centre for Clinical Practiceのディレクター、およびNICEの非常任理事により構成される選考小委員会が決定する。

実際にどのような構成で委員を選ぶのかについては、2007年4月に改定された「The Guidelines Manual 2007」(3)に述べられている。その記述によると、第4セクション「ガイドライン策定グループの形成と運営」の冒頭に「生産的なガイドライン策定グループ(GDG)を編成することは、ガイドライン策定上の最も重要な段階の一つである。GDGは臨床的クエスチョンで合意し、エビデンスを考慮して推奨を策定する。このためGDGの委員構成は分野横断的である必要があり、これには臨床家(内容に関連する分野の領域別診療家と総合診療家のいずれも)、患者および/ないし介護者、および技術的専門家(訳注:ガイドライン策定上の技術を指す)が含まれる。」と明記している。ここで、「臨床家」「診療家」という言葉は、医師に限定されない様々な医療専門職を総称している。

<スコットランド>

スコットランドで診療ガイドラインの策定を

司っている Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGN)は、「SIGN 50: A guideline developers' handbook」(4)の第4セクションの中で、GDGの委員構成について詳しく記載している(4.1 Composition of the Guideline Development Group)。SIGNでも、ガイドラインのトピックに関連のある全ての職能からのインプットを得て、彼らが自分たちのガイドラインであると感じることができるようにすることをポリシーとしている。典型的なGDGのメンバー構成として挙げられたDyspepsiaのガイドラインのGDG構成では、座長を含む21名のメンバーのうち医師は13名、そのうちGeneral Practitionerは4名となっている。医師以外の臨床家としては、薬剤師、栄養士、看護師が計4名、患者代表が2名、SIGNスタッフ2名である。

<カナダ>

カナダ医師会の「ガイドライン策定のためのガイドライン」(5)には、簡潔だが明瞭に、「臨床ガイドラインは、全ての関連する医師のグループ、患者、必要に応じて医師以外のケア提供者の協調により策定されなければならない」と記している。

<オーストラリア>

オーストラリアの国立健康医学研究評議会 National Health and Medical Research Council による「臨床診療ガイドラインの策定、採用、および評価のためのガイド」(6)には、「医療消費者を含む分野横断的アプローチ」のセクションに、領域別診療医や総合診療医、他の医療職、方法論のエキスパート

(疫学者や医療経済学者など)、および医療消費者の参加により医療の質と継続性が改善し、ガイドラインの受容の可能性を高める」と記載されている。このような多様な分野からの参加者が、重要なアウトカム、価値観、対象となる利用者、および異なる利用者への異なるガイドライン形式を同定する上で有意義な貢献を与えることができるとしている。また、ガイドラインの受容にあたって阻害因子となり得る要因を同定して、受容のための戦略の形成に重要な役割を果たすことができるとも記載している。

<ニュージーランド>

ニュージーランドガイドライングループ NZGG の「明確なエビデンスに基づく臨床診療ガイドライン策定ハンドブック」(7)には、「医療消費者を含めた分野横断的アプローチ」のセクションで、「総合医、領域別診療医、他の医療従事者、研究手法のエキスパート、および医療消費者の参加により、ガイドラインの適合性が改善し、その受容可能性も上がる可能性が高まる」と記載されている。

<日本>

厚生労働研究の一環として作成された「診療ガイドラインの作成の手順」は現在 ver. 4.3 が公開されているが、そこでは「委員には、当該テーマに関わるさまざまな臨床分野から少なくとも 1 名ずつ、それに診療ガイドライン作成の専門的知識(臨床疫学や生物統計学、図書館・情報学)を有する者が任命されるべきである。そして、可能な限り、患者の立場を代表する者(当該疾患の経験者

や一般有識者)を加える。」と記述されている。ただし、この「手順」は実際のガイドライン策定にあたり強制力はない。

【各国の腰痛ガイドラインに見る策定プロセスの分野横断性比較】

今回、プライマリケア医を受診することが多い急性腰痛のガイドラインを例として取り上げ、各国の診療ガイドラインにおけるガイドライン策定委員会の構成を調査した。調査の対象としたのは、日本のガイドラインを除けば英語でインターネットを通じて入手できた計 7 ガイドラインである(8~14)。表 2 に示す通り、日本を除く他のガイドライン策定委員会は、概ね委員の3分の1以上を医師ではないメンバーが占め、また日本以外では全て、総合診療医も参加していた(1~3 名)。一方、本邦のガイドラインは 14 名の委員全員が整形外科ないしリハビリテーション医であった。なお、ガイドライン策定委員会は座長は全てのガイドラインで医師が務めていたが、その専門領域が記載されていたのは 4 カ国であり、英国とノルウェーでは総合診療医が、ニュージーランドでは精神科医(のちに産業医に交代)が、日本では整形外科医が務めていた。

【Minds で公開されている本邦の診療ガイドラインに見る分野横断性】

平成 20 年 2 月 29 日 現在で Minds に登録されている診療ガイドライン(表 3)のうち、策定メンバー各人がどのような立場で参加し

ているのか(領域別診療医か総合診療医か、領域別診療医の診療領域、医師以外の医療職の職種、患者・医療消費者代表、など)を全員について明記したガイドラインは、全44ガイドライン中、周産期ドメスティック・バイオレンスガイドラインおよび褥瘡ガイドラインのみであった。その他多くのガイドラインは委員の氏名のみ、あるいは氏名と所属、ないし氏名と所属と肩書きを列挙していた。

D. 結論

世界各国では、診療ガイドラインの策定にあたり分野横断的のプロセスの必要性が強調され、実際にその努力が払われているが、わが国の診療ガイドライン策定過程では単一領域の領域別診療医によってガイドライン策定委員会が構成される傾向が強い。本邦においても、複数領域の領域別診療医、総合診療医、他の医療職、方法論のエキスパート、医療経済学のエキスパート、さらには患者／医療消費者代表など、多岐にわたる分野からの人材で構成されるガイドライン策定委員会による幅広い視点の取り込みを促進する必要がある。また、そのようなプロセスが採られているか否かを示すために、各委員の所属のみならず、どのような立場で委員として参加をしているのかをガイドラインに明記する必要がある。

参考文献

1. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. Clinical Practice

Guidelines: Directions for a New Program. National Academy Press, Washington, C.C., 1990.

2. Andrew Dillon, Chief Executive, NICE. Appointments to Guidance Producing Bodies Advisory to NICE. November 2006.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (April 2007) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook. Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
5. Canadian Medical Association. Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines. 1992. Available from: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/gccpgg-e.htm>.
6. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1998. Available from: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>
7. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-based Clinical Practice Guidelines. 2001. Available from:

http://www.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf

8. 厚生労働省研究班「EBMの普及のためのシラバス作成と教育方法および EBMの有効性評価に関する研究」(研究代表者福井次矢)、同「日本における EBM のためのデータベース構築及び提供利用に関する調査研究」(研究代表者丹後俊郎)。「診療ガイドラインの作成の手順 ver. 4.3. 2001.11.7.

表 1 ガイドライン策定に誰が参加すべきか

臨床家

教育・研究関係者／非関係者

領域別診療／総合診療

医師、看護師、ないし必要に応じて他の専門職

方法論のエキスパート

科学的データベース分析のエキスパート

集団コンセンサス形成法のエキスパート

非臨床家の利用者

患者、患者になり得る人、および家族

支払い者および医療保険の資金供出者

ピア・レビューおよび質保証のエキスパート

公共政策決定者

表2 各国の腰痛ガイドライン策定委員会への総合医および患者代表の参加

国	策定母体	年	委員会名	ガイドライン名	委員数	医師数	総合医数	患者代表
米国	Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)	1994	The Panel on Acute Lower Back Problems in Adults	Acute low back problems in adults	23	人数不明	参加 (人数不明)	1
ニュージーランド	National Advisory Committee on Health and Disability	1997	Expert Panel	New Zealand Acute Low Back Pain Guide	13	8	1	1
オーストラリア	National Health and Medical Research Council (NHMRC)	2003	Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group (Low Back Pain Review Group)	Evidence-Based Management of Acute Musculoskeletal Pain (Low Back Pain)	9	5	1	1
英国	Royal College of General Practitioners	1999	Low Back Pain GDG	Clinical Guidelines for the management of Acute Low Back Pain	15	6	3	2
デンマーク	Danish Institute for Health Technology Assessment	2000	Low Back Pain Group	Low-Back Pain, Frequency, Management and Prevention from an HTA perspective	14	9	1	0
ノルウェー	The Norwegian Back Pain Network	2002	interdisciplinary working group	Acute low back pain Interdisciplinary clinical guidelines	8	5	2	0
日本	厚生労働科学研究	2002	科学的根拠(Evidence Based Medicine:EBM)に基づいた腰痛診療のガイドラインの策定に関する研究班	同報告書	14	14	0	0

表3 平成20年2月29日現在 Minds で公開されている診療ガイドライン一覧

アルツハイマー型痴呆	前立腺癌
胃潰瘍	前立腺肥大症
胃癌	大腿骨頸部/転子部骨折
胃がん検診	大腸癌
潰瘍性大腸炎	大腸がん検診
肝癌	痛風・高尿酸血症
急性心筋梗塞	糖尿病
急性膀胱炎	特発性正常圧水頭症
急性胆管炎・胆嚢炎	軟部腫瘍
クモ膜下出血	乳癌
頰椎後縦靱帯骨化症	尿失禁
頰椎症性脊髄症	尿路結石症
健康診査の健診項目	脳梗塞
高血圧	脳出血
骨粗鬆症	肺癌
子宮体癌	肺がん検診
周産期ドメスティック・バイオレンス	白内障
小児急性中耳炎	鼻アレルギー
上腕骨外側上顆炎	慢性頭痛
褥瘡	腰椎椎間板ヘルニア
膝癌前十字靱帯(ACL)損傷	腰痛
喘息	

PubMedが収載する患者教育用ハンドアウト記事の分析

分担研究者 山崎茂明 愛知淑徳大学文学部図書館情報学科

1. はじめに

PubMed/Medline は、1997年にインターネット経由で誰でもが無料で利用できる生命科学・医学・健康科学のデータベースとして提供され、現在1700万件をこえるレコード数になっている。米国国立医学図書館により制作され、利用数は驚異的であり、2007年にはサーチ件数で9億をこえた。インターネットでの公開により、研究者・医師・医療従事者だけでなく、患者を含め一般の人々からの利用も急激に増加した。そして、内容もポピュラー医学雑誌、代替医療や伝統医学もカバーし、さらに新聞記事も収録するよう変化していった。1879年にJohn Shaw Billingsを中心に創刊されたIndex Medicusを継承したものであり、医療の質の向上に寄与している。このPubMed/Medlineが収載している患者教育用ハンドアウト(Patient education handout)に着目し、その特性を分析することで、カバーする疾患領域の特徴、患者教育用ハンドアウト記事数の年次変化、掲載誌ランクリスト、フルテキストへの接続度などを示し、PubMed/Medlineが一般の人々への情報伝達へどう取り組んでいるかを明らかにしたい。また、同時に患者教育用ハンドアウトを多く掲載している雑誌が特定されることで、CHI(Consumer Health Information)へ積極的に取り組んでいる雑誌を識別し、患

者指向の臨床医学雑誌のあり方として検討する。

PubMed/Medlineの開始された翌年の1998年に、一般の人々を対象にした信頼できる医療情報の提供を目標に米国国立医学図書館よりMedlinePlusが創設され、700以上の疾患を収録し、さらに医学百科事典、医学辞書、ニュース、人名・機関名録などを含んでいる。患者を含め一般の人々への情報提供の情報源は、このMedlinePlusを中心に展開されつつある¹⁾。近年、医師が診察や治療にあたり、薬物を処方するように、同時に医療情報を処方(Health Information Rx)することで、インフォームド・コンセントを支援し、患者の治療向上をはかる考えが提唱されている^{2,3)}。優れた情報資源であっても、信頼できる人を通じた提供が求められており、情報提供者として医師の果たす役割の重要性がある。

本稿では、PubMed/Medlineに収載された患者教育用ハンドアウト記事を対象に、一般の人々への情報の流れについて検討する。

2. 対象と方法

PubMed/Medline データベースの索引語であるMedical Subject Headings (MeSH)に含まれる出版タイプ(Publication Type)から、“Patient

education handout”を用いて「患者教育用ハンドアウト」を特定し、個人文献管理ソフト(ProCite)へダウンロードした。2007年8月28日に、PubMed/Medlineから2203件を検索し、それを分析対象とした。フルテキストへのアクセスについては、2007年9月20日に調査した。Patient education handoutの定義は、「生物医学雑誌に掲載された記事内容を説明するための報知的な資料であり、患者や一般人向きに非専門的な言語で書かれているもの」である。このPatient education handoutは、2002年に出版タイプとして導入されている。

3. 結果と考察

1) 患者教育用ハンドアウト記事数の年次変化

PubMed/Medlineで識別できる最初の患者教育用ハンドアウト記事は、1999年に1件見出された。2002年に346件と本格的に収載されるようになり、2004年に471件とピークを示していた。その後、成長の度合いをやや落としながら現在にいたっている(図1)。医学雑誌は、患者教育用ハンドアウト記事の掲載において、その普及が進んでいるとはいえない。

2) 患者教育用ハンドアウト記事の掲載誌ランク

患者教育用ハンドアウトを掲載している雑誌を特定するために、掲載記事数によるランクリストを作成した(表1)。1位はAmerican College of Physicians(ACP)の刊行するAnnals of Internal

Medicine誌であり、549件を掲載し、全患者教育用ハンドアウト記事の25パーセントを占めていた。上位3誌で、全ハンドアウト記事の56パーセント、上位10誌で73パーセントになり、特定の雑誌に集中していることが判明した。専門誌は少なく、医師会による総合誌が、記事掲載の主体になっている。

Annals of Internal Medicine、American Family Physicians、JAMAの上位3誌が、患者教育用ハンドアウトの掲載に力を入れていた。医師会誌が、会員の臨床家だけでなく、サービスの受け手である医療消費者向きの記事を掲載することは、雑誌制作上も重要な方針であろう。Annals of Internal Medicineでは、一般の人にも役立つ論文(原著、レビュー、症例報告など)と判断された記事には、分かりやすい抄録として「Summary for Patients」のもとで利用ができる(図2)。同誌は、内科専門誌として専門家だけでなく一般の人々への伝達を重視した編集をしている。実施例は少ないが、臨床系医学雑誌へ普及することが望ましい。このAnnals誌は、構造化抄録の採用や、ACP Journal Club誌の創刊など、常に情報伝達の向上を目標に先進的な試みを行っている。

3) 疾患領域から見た患者教育用ハンドアウト記事

どのような疾患を対象にした患者教育用ハンドアウトが刊行されているのかは、興味深い事項である。そこで、PubMed/Medline文献が、MeSHの「Diseases Category」(MeSH Major Topics)により、索引されているのを利

用して、Animal disease から Virus diseases までの 22 主題領域と、精神疾患については Psychiatry and Psychology Category を加え、総計 23 の疾患領域に記事を識別した。2203 件の患者教育用ハンドアウトを 23 のカテゴリーへ分けると、総計 3170 件になった。1 記事あたり 1.5 件の割合で、重複したカテゴリーに振り分けられていることを示している。なお、各カテゴリーの PubMed/Medline 文献数は、出版年を特定していない。23 カテゴリーの文献累計は、16,373,149 件にのぼっていた。患者教育用ハンドアウト記事数の占有率は、1 万分比で示している。

- ・ 疾患領域の占有率からみた特徴

23 のカテゴリーに占めるハンドアウト記事の比率の高い順に並べると、表 2 のようになる。トップは Virus diseases であり、2 位 Cardiovascular diseases、3 位 Endocrine diseases、4 位 Stomatognathic diseases となっていた。ウイルス感染症、循環器疾患、内分泌疾患、口腔疾患という、日常的に注目される疾患を中心に、ハンドアウト記事が提供されていた。Neoplasms は研究対象として主要な領域であるが、占有比率では低い。

- ・ 掲載記事数からみた疾患領域

患者教育用ハンドアウト記事数の多い順でカテゴリーを並べてみた (表 3)。1 位は Psychiatry and psychology category であり、2 位は Cardiovascular diseases、3 位は Pathological conditions, signs and symptoms、4 位は Nervous

system diseases であった。2 位の Cardiovascular diseases は、占有率ランクでも 2 位をしめており、一般の人々からの関心が高い疾患領域である。精神疾患や神経疾患にたいしても、高い関心の所在がみえる。Neoplasms は、占有率では低い、記事数では 5 位 (178 件) をしめていた。

4) 記事全文へのリンク状況

PubMed/Medline から検索された患者教育用ハンドアウトは、例えば診療の場ですみやかに患者へ提供でき、患者が自宅からインターネットを介して全文を読めれば効果的である。そこで、フルテキストへのリンク状況と、さらに無料でリンクされた記事の比率を明らかにしてみた (表 4)。この調査は、2007 年 9 月 20 日に行った。患者教育用ハンドアウト記事数は 2220 件で、83.6 パーセントの記事はフルテキストへのリンクが付けられ、すぐに利用できるようになっていた。無料で提供されているフリー・フルテキスト記事は、62.7 パーセントを占めていた。今後、無料提供の比率が高まることが望ましい。

4. まとめ

PubMed/Medline を対象にして、医学雑誌が掲載している患者教育用ハンドアウトの現状を調査した。Annals of Internal Medicine、American Family Physicians、JAMA など、積極的にハンドアウトを掲載しており、さらに Annals 誌は、医学専門家だけでなく一般の人々

へも有益と考えられる医学記事を対象に、患者向き抄録(Summary for Patients)として分かりやすく書き直している。このような医療消費者を意識した姿勢が、雑誌編集に反映されることは、よりよい影響を医療にもたらすだろう。1998年に開始された MedlinePlus が、米国において医療消費者を対象にした信頼できる医療情報資源としての地位を確立している。この一方で、患者教育用ハンドアウトは、医学雑誌を中心に普及が進んでいるとはいえない。しかし、学術雑誌の速報性を活かし、また医療消費者を意識した臨床専門誌が増加することは、情報伝達の視点からは望ましいものであり、患者教育用ハンドアウトの普及が期待される。

引用文献

- 1) Warren B. Free and reliable consumer health information for patients. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2006 April; 19(2): 132-133.
- 2) Harkin T. The health information Rx. NLM Newslines 2003; 58(1):3,6.
- 3) Siegel ER, Logan RA, Harnsberger RL, Cravedi K, Krause JA, Lyon B, Hajarjian K, Uhl J, Ruffin A, Lindberg DA. Information Rx: Evaluation of new informatics tool for physicians, patients and libraries. Inf Serv Use 2006; 26(1): 1-10.

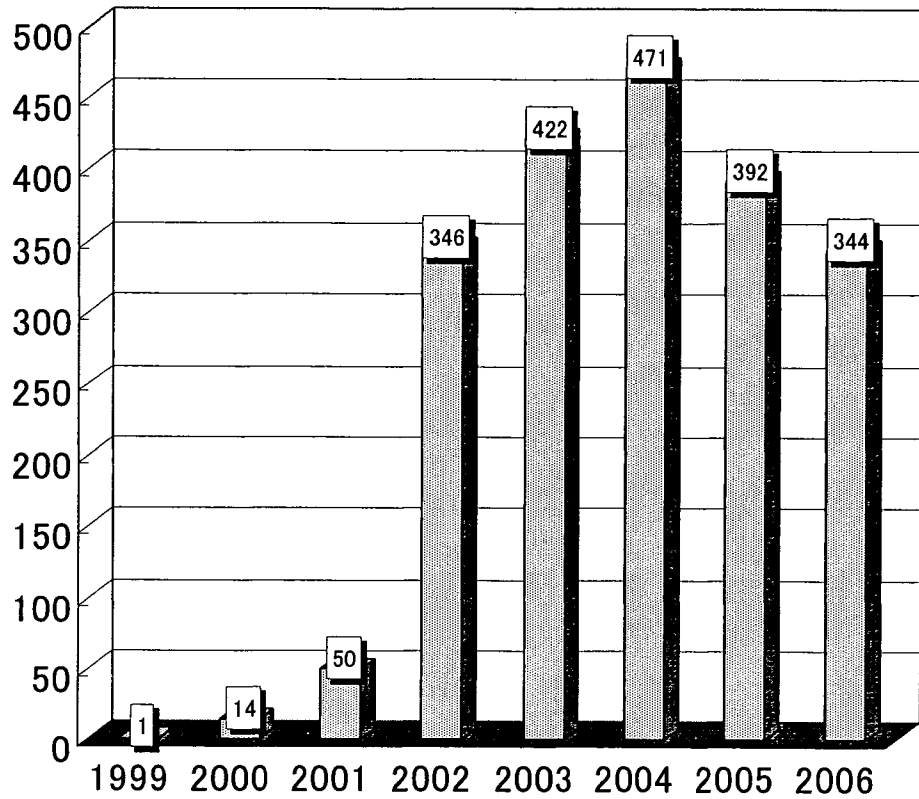


図1 患者教育用ハンドアウト(Patient Education Handout)記事数の年次変化
(ソース:PubMed 28 Aug, 2007)

表1 患者教育用ハンドアウト主要掲載誌ランク

順位	雑誌名	記事数
1	Ann Intern Med	549
2	Am Fam Physician	415
3	JAMA	266
4	Ethn Dis	87
5	J Am Dent Assoc	62
6	Adv Nurse Pract	53
7	Circulation	47
8	Nursing	47
9	Neurology	41
10	Postgrad Med	39
		1606

(N=2203, PubMed 28 Aug 2007)

TABLE OF CONTENTS
4 December 2007 Volume 147 Issue 11

◀ Previous Issue | Next Issue ▶

VIEW CHECKED ABSTRACTS CLEAR

Articles 

Treatment of Hepatitis B e Antigen–Positive Chronic Hepatitis with Telbivudine or Adefovir: A Randomized Trial

Henry L.Y. Chan, E. Jenny Heathcote, Patrick Marcellin, Ching-Lung Lai, Mong Cho, Young M. Moon, You-Chen Chao, Robert P. Myers, Gerald Y. Minuk, Lennox Jeffers, William Sievert, Natalie Bzowej, George Harb, Ralf Kaiser, Xin-Jian Qiao, Nathaniel A. Brown and the D18 Study Group

The best way to suppress viral replication in chronic hepatitis B remains an open question. In this 52-week open-label trial, 135 adults with hepatitis B e antigen–positive chronic hepatitis were randomly assigned to telbivudine or adefovir for 52 weeks, or adefovir for 24 weeks followed by telbivudine for 28 weeks. At 52 weeks, the reduction in viral load was similar in the telbivudine-only and adefovir-to- telbivudine groups and greater than that in the adefovir-only group.

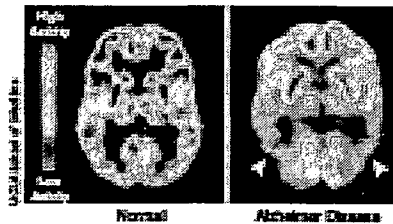
[Abstract](#) | [Full Text](#) | [PDF](#) | [Summary for Patients](#) | [Audio Summary](#)

図 2 Annals of Internal Medicine に用意された「Summary for Patients」（一般の人々向けの分かりやすい抄録）へのリンク

Alzheimer Disease

Dementia is a general decline in mental abilities including memory, language, and logical thinking that persists over time. Dementia can interfere with a person's normal daily activities and social relationships. Alzheimer disease (AD) is the most common form of dementia and affects approximately 4 million people in the United States. It usually affects people older than 65 years, although people in their 40s or 50s can have AD.

The exact cause of AD is not known. It is named for a German physician, Dr Alois Alzheimer, who in 1906 described abnormal changes and tangles of fibers in a patient's brain after she died. These changes and tangles are hallmarks of AD. They can only be seen by examining brain tissue under a microscope, so physicians use symptoms and testing to diagnose the disease. An article in the November 7, 2001, issue of JAMA discusses a type of brain imaging (positron emission tomography) sometimes used to evaluate people with dementia.



Positron emission tomography (PET) scans show the activity of brain cells in different regions of the brain. The red, orange, and yellow areas are the most active regions; green areas have mid-range activity; and blue and violet areas are the least active. In Alzheimer disease, brain activity is decreased, especially in the back portion of the brain (circled), which is important for processing language and memories.

SYMPTOMS OF ALZHEIMER DISEASE

Being forgetful does not mean that you have AD. Everyone has memory lapses at times. Symptoms of AD vary from person to person but gradually get worse over time.

Mild symptoms include

- Confusion and memory loss
- Being disoriented or getting lost in familiar surroundings
- Changes in personality and judgment

- Problems with sleeping
- Wandering or pacing
- Difficulty recognizing family and friends

Moderate symptoms include

- Difficulty with the activities of daily living such as banking or feeding
- Anxiety, suspiciousness, agitation, or depression

- Severe symptoms include
- Loss of speech
- Loss of appetite and weight loss
- Loss of bladder and bowel control
- Total dependence on others for daily living

DIAGNOSING ALZHEIMER DISEASE

- **Medical history**—Your doctor will ask about general health and past medical problems; he or she will want to know about any problems carrying out daily activities.
- **Blood and urine tests**—These may be done to eliminate other possible causes of dementia; in some cases, a small sample of spinal fluid may be taken.

- **Neuropsychological tests**—These are tests of memory, problem solving, attention, counting, and language to check mental ability.
- **Brain scans**—These are images taken of the brain with special machines. By looking at such images, your doctor can identify areas that are not normal.

TREATMENT

There is no cure for AD. There are medications that can sometimes delay the progression of the disease or improve symptoms such as agitation, sleeping problems, and depression. Support groups and respite care can help those caring for people with AD. Your doctor can help in selecting a treatment plan. Doctors, nurses, or social workers familiar with AD can make recommendations for making the living environment safer for a person with AD.

FOR MORE INFORMATION

- Alzheimer's Association
800/273-8200
www.alz.org
- Alzheimer's Disease Education and Referral Center
800/438-4380
www.alzcenter.org
- Administration on Aging (Department of Health and Human Services)
800/675-5501
www.aoa.gov
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)
800/353-9474
www.ninds.nih.gov/brain_and_nerve_disorders/alzheimers_disease.html

INTERNAL VALIDATION

To find this and previous JAMA Patient Pages, go to the Patient Page Index on JAMA's Website at www.jama.net. Patient Pages on aging and health were published in the January 26, 2001, and July 9, 2000, issues.

Source: Administration on Aging, Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Research and Quality, Alzheimer Association of Patient Person, Center for Disease Control and Prevention, American Medical Association, Psychophysics of Medicine, National Institute of Neurological Disorders and Stroke

Lisa M. Stevens, MA, Writer
 Geoffry Lyman, MA, Illustrator
 Richard M. Chas, MD, Editor

The JAMA Patient Page is a service of JAMA. The information on this page is intended to help you understand your condition, but it is not a substitute for medical advice. For specific information concerning your personal medical condition, JAMA suggests that you consult your physician. This page only provides general information and is not intended to be used as a substitute for professional medical advice. If you have any questions, contact your physician. © 2001 JAMA. All rights reserved.



2194 JAMA, November 7, 2001—Vol 286, No. 19

Downloaded from www.jama.com on September 30, 2003

図3 JAMAに掲載された患者用資料 (JAMA 2001 Nov 7, 286:2194)

表2 疾患領域別のハンドアウト資料: 占有率順(1万分比)

疾患領域(Major Topics)	Medline	Handout	1万分比
Virus Diseases	440181	154	3.5
Cardiovascular Diseases	1166958	332	2.8
Endocrine System Diseases	446553	126	2.8
Stomatognathic Diseases	250189	69	2.8
Male Urogenital Diseases	540682	130	2.4
Skin and Connective Tissue Diseases	634252	147	2.3
Psychiatry and Psychology Category	1688114	384	2.3
Respiratory Tract Diseases	634888	144	2.3
Female Urogenital Diseases and Pregnancy Complications	783893	170	2.2
Nervous System Diseases	1222781	252	2.1
Pathological Conditions, Signs and Symptoms	1579783	323	2.0
Disorders of Environmental Origin	690401	134	1.9
Musculoskeletal Diseases	500353	88	1.8
Otorhinolaryngologic Diseases	178950	31	1.7
Digestive System Diseases	843347	145	1.7
Immune System Diseases	752620	122	1.6
Bacterial Infections and Mycoses	706409	114	1.6
Neoplasms	1579309	178	1.1
Parasitic Diseases	202984	20	1.0
Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities	595081	50	0.8
Eye Diseases	273900	22	0.8
Hemic and Lymphatic Diseases	454863	33	0.7
Animal diseases	206658	2	0.1
合計	16373149	3170	1.9

PubMed: 28 August, 2007

表3 疾患領域別のハンドアウト資料：ハンドアウト数順

疾患領域(Major Topics)	Medline	Handout	1万分比
Psychiatry and Psychology Category	1688114	384	2.3
Cardiovascular Diseases	1166958	332	2.8
Pathological Conditions, Signs and Symptoms	1579783	323	2.0
Nervous System Diseases	1222781	252	2.1
Neoplasms	1579309	178	1.1
Female Urogenital Diseases and Pregnancy Complications	783893	170	2.2
Virus Diseases	440181	154	3.5
Skin and Connective Tissue Diseases	634252	147	2.3
Digestive System Diseases	843347	145	1.7
Respiratory Tract Diseases	634888	144	2.3
Disorders of Environmental Origin	690401	134	1.9
Male Urogenital Diseases	540682	130	2.4
Endocrine System Diseases	446553	126	2.8
Immune System Diseases	752620	122	1.6
Bacterial Infections and Mycoses	706409	114	1.6
Musculoskeletal Diseases	500353	88	1.8
Stomatognathic Diseases	250189	69	2.8
Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities	595081	50	0.8
Hemic and Lymphatic Diseases	454863	33	0.7
Otorhinolaryngologic Diseases	178950	31	1.7
Eye Diseases	273900	22	0.8
Parasitic Diseases	202984	20	1.0
Animal diseases	206658	2	0.1
合計	16373149	3170	1.9

PubMed: 28 August, 2007

表4 患者教育用ハンドアウト記事のフルテキストへのリンク状況

Patient Education Handout	リンク記事数	リンク率
Links to Full Text(全文記事へのリンク)	1855	83.6%
Links to Free-Full Text(無料での全文記事へのリンク)	1393	62.7%

PubMed 20 Sept 2007 : Patient Education Handout 2220件

ガイドライン出版後の患者、医療者間の情報共有と医療者教育に関する研究

分担研究者 吉田雅博 帝京大学医学部外科 准教授
日本医療機能評価機構 医療情報センター(Minds)部長
研究協力者 高田忠敬 帝京大学医学部外科 名誉・客員教授

【研究要旨】

背景

診療ガイドラインは、作成段階で内容について厳密な検討評価が行なわれて公開されていますが、作るだけでは、十分とは言えません。作成に引き続き、ガイドラインが臨床医や患者に対して「本当に役に立っているか」を十分に評価する必要があります。「普及」そして「臨床利用」されてはじめてその有効性が発揮できることとなります。

目的

診療ガイドラインが出版された後、どのように普及、利用されているかについて調査する。また、臨床利用しやすいようにするにはどのような方法があるか研究する。

方法

1. 医師側の普及度と教育

急性膵炎診療ガイドライン、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドライン出版後調査を検討し、医師側の普及度を解析する。

2. 医師（主治医）と患者間の医療情報の共有

上記アンケート調査を用いて、外来や病棟での診療ガイドライン共有について調査、解析する。

3. 出版後の普及と情報共有のための研究

日本医療機能評価機構 医療情報センター（Minds）で行なっている診療ガイドラインの用語解説研究への協力について報告

結果および考察

1. 医師側の普及度と教育

診療ガイドラインを見たことがあるか？については、見たことがあるが急性膵炎診療ガイドラインでは82%、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドライン61%であった。ガイドラインによって診療内容が変化しましたか？については、急性膵炎61%、急性胆管炎、胆嚢炎59%が変化したと報告。

普及度は、満足できる結果とはいえないが、内容に影響を受けていることが判明した。

2. 医師（主治医）と患者間の医療情報の共有

臨床医が、患者、介護者からガイドラインを話題にされたことがある割合は、3～5%。

臨床医が、患者、介護者に対してガイドラインを話題にしたことがある割合は、34%。

診療の時、患者、介護者にガイドラインを資料として用いている割合は、23%

今後の更なる広報と利用の工夫が望まれる。

3. 出版後の普及と情報共有のための研究

本医療機能評価機構 医療情報センター（Minds）で行なっている診療ガイドラインの用語解説研究の一環として、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドラインの用語解説とコメント作成について作業を行なっている。ホームページ公開の予定である。

期待される効果

本研究成果によって、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

診療ガイドラインが出版された後、どのように普及、利用されているかについて調査する。また、臨床利用しやすいようにするにはどのような方法があるか研究する。

B. 方法

1. 医師側の普及度と教育

急性膵炎診療ガイドライン、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドライン出版後調査を検討し、医師側の普及度を解析する。

2. 医師（主治医）と患者間の医療情報の共有

上記アンケート調査を用いて、外来や病棟での診療ガイドライン共有について調査、解析する。

3. 出版後の普及と情報共有のための研究

本医療機能評価機構 医療情報センター（Minds）で行なっている診療ガイドラインの用語解説研究への協力について

C. 結果

1. 医師側の普及度と教育

1) 診療ガイドラインを見たことがある
急性膵炎診療ガイドライン 82%、
急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドライン 61%

2) ガイドラインによって診療内容が変化した急性膵炎 61%
急性胆管炎、胆嚢炎 59%

普及度は、満足できる結果とはいえないが、内容に影響されてることが判明した。

2. 医師（主治医）と患者間の医療情報の共有

1) 臨床医が、患者、介護者からガイドライ

ンを話題にされたことがある割合は、3~5%。

2) 臨床医が、患者、介護者に対してガイドラインを話題にしたことがある割合は、34%。

3) 診療の時、患者、介護者にガイドラインを資料として用いている割合は、23%

外来や病棟での診療ガイドライン共有について調査、解析した結果では、上記のごとく、いまだ満足すべき結果とはいえない。今後の更なる広報と利用の工夫が望まれる。

3. 出版後の普及と情報共有のための研究

本医療機能評価機構 医療情報センター（Minds）で行なっている診療ガイドラインの用語解説研究の一環として、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドラインの用語解説とコメント作成について作業を行なった。ホームページ公開の予定である。

D. 考察

患者と主治医が、診療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。

今回の調査では、医師側の普及度と教育に関しては、普及度は、満足できる結果とはいえないが、内容に臨床医が多く割合で影響されてることが判明した。また、外来や病棟での医師と患者間の診療ガイドライン共有について調査、解析した結果でも、その割合は低い結果であり、今後の更なる広報と利用の工夫が望まれる。

本研究結果もふまえ、医療機能評価機構 医療情報センター（Minds）で行なっている診療ガイドラインの用語解説研究の一環として、急性胆管炎、胆嚢炎診療ガイドラインの用語解説とコメント作成について作業を行なっている。成果はホームページで公開の予定である。

E. 結論

患者と医療者間の診療ガイドラインの役割は今後もその重要性を増すものと思われるが、今回の研究では、普及、共有のいずれもいまだ満足できる結果とはいえない。

医療者、患者双方への教育を目標にいろいろな広報手段、各種教育ツールを作成し、啓発事業を行なうことで患者に対する質の高

い医療提供への効果を期待したい。

供する Web 上のデータベースシステム Minds (Medical Information Network Distribution Service)システムの開発と運用. 医療情報学 2007 ; 27 (4) : 365 - 375.

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
- 3) 高田忠敬. 急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン作成委員会 編. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン【第一版】. 医学図書出版、東京、2005
- 4) 真弓俊彦、高田忠敬、平田公一、木村康利、吉田雅博、他. 急性膵炎診療ガイドラインのアンケート調査結果と改訂について. 膵臓 2006;21(6): 514-518.

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

G. 健康危険情報

該当なし

H. 研究発表

論文発表

1. 吉田雅博、高田忠敬、真弓俊彦、平田公一、木村康利、小泉勝、他. エビデンスに基づいた急性膵炎の診療ガイドライン出版後の普及活動と今後—インターネット化、ダイジェスト版、英文化—. 日本腹部救急医学会雑誌 2007 ; 27 : 487-490
2. 吉田雅博、高田忠敬、真弓俊彦、平田公一. 急性膵炎診療ガイドライン・レビュー. 日本医師会雑誌 2007 ; 136 : 1789-1791.
3. 吉田雅博、高田忠敬、浅野武秀. 新しい診断と治療の ABC54/消化器 8 膵炎・膵癌 急性膵炎ガイドライン、下瀬川徹編集、最新医学 別冊、最新医学社、東京 2008 ; 52-60
4. 佐藤康仁、吉田雅博、山口直人. 診療ガイドラインおよび関連する医療情報を提