

201232027A

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

EBMに基づく診療ガイドラインの導入が医療に与える

影響に関する研究

(H24-医療-一般-020)

平成 24 年度

総括研究報告書

2013 年 3 月

研究代表者

長谷川 友紀

東邦大学医学部社会医学講座



厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

EBMに基づく診療ガイドラインの導入が医療に与える

影響に関する研究

(H24-医療-一般-020)

平成 24 年度

総括研究報告書

2013 年 3 月

研究代表者

長谷川 友紀

東邦大学医学部社会医学講座

## 研究組織

研究代表者 長谷川 友紀 東邦大学医学部社会医学講座

研究分担者 飯田 修平 社団法人全日本病院協会

松本 邦愛 東邦大学医学部社会医学講座

北澤 健文 東邦大学医学部社会医学講座

瀬戸 加奈子 東邦大学医学部社会医学講座

研究協力者 藤田 茂 東邦大学医学部社会医学講座

平輪 麻里子 東邦大学医学メディアセンター

大谷 裕 東邦大学医学メディアセンター

佐山 暁子 東邦大学医学メディアセンター

## 目 次

AGREE instrument を用いた日本語診療ガイドラインの評価.....	1
診療ガイドライン作成者に対するアンケート調査.....	8
DPC 病院における診療ガイドライン、クリティカルパス導入状況に関するアンケート調査.....	14
資料 1 診療ガイドライン作成者に対するアンケート調査票.....	16
資料 2 DPC 病院における診療ガイドライン、クリティカルパス導入状況に関する アンケート調査票.....	25

## AGREE instrument を用いた日本語診療ガイドラインの評価

### 研究要旨

診療ガイドラインは、毎年改定版を含み約 30 本が作成され、書籍、web 等で公開されている。本研究では、日本において発行された診療ガイドラインを original AGREE 評価票日本語版（以下、original AGREE）とその改定版である AGREE II 評価票日本語版（以下、AGREE II）を用いて評価を行い、2 つの手法での結果の違い等を検討すること、経年による AGREE 評価の結果の比較を行うことを目的とした。AGREE 評価の結果からは、全体としては向上傾向にあるものの、#5 適応可能性、#6 編集の独立性については未だ 50%を下回っており、改善を促すための方策を検討することが必要である。今後も、AGREE 評価票を用いて、診療ガイドラインの評価を継続的に実施し、その動向を明らかにするとともに、データの継続性を担保した形での AGREE II へのデータ移行が必要である。

### A. 研究目的

日本においては、EBM（Evidence Based Medicine）手法に基づく診療ガイドラインの作成は厚生労働科学研究費補助金により 2000 年より始まり、年間約 30 本の新規もしくは改定の診療ガイドラインが作成され、書籍、web 等で公開されている。診療ガイドラインのうち、EBM 手法に基づくものについては、東邦大学医学メディアセンター、日本医療機能評価機構の Minds が、クリアリングハウスとして整備され、使用を便宜が図られている。

本研究では、日本において作成された診療ガイドラインを original AGREE 評価票日本語版（以下、original AGREE）と AGREE II 評価票日本語版（以下、

AGREE II）を用いて評価を行い、2 つの手法での結果の違い等を検討すること、経年及び改定による AGREE 評価の結果の比較を行うことを目的とした。

### B. 研究方法

original AGREE 及び AGREE II の 2 つの評価手法を用いて、3 人の専門家が、個別に、2011 年、2012 年に発行された診療ガイドラインの評価を実施した。また、original AGREE と AGREE II は評価項目が一部変更し、評価スケールが 4 段階から 7 段階に変更されており、その評価項目の違いについても合わせて検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、発行された診療ガイドラインを AGREE 評価票(original AGREE、AGREE II) を用いて評価したものであり、倫理面の配慮が必要なデータ等は取り扱っていない。

### C. 研究結果

#### (1) 2012 年発行の診療ガイドライン

2012 年は、新刊、改定版も含めて 35 冊の診療ガイドラインが発行され、これらについて、original AGREE と AGREE II の 2 つを用いて評価を行った。結果については、次年度に解析を行い結果の報告を行う予定である。

#### (2) original AGREE 及び AGREE II の評価項目の違い

original AGREE 及び AGREE II ともに、6 つのカテゴリー(#1 対象と目的、#2 利害関係者の参加、#3 作成の厳密さ、#4 明確さと提示の仕方、#5 適用可能性、#6 編集の独立性) と全体評価で構成されている。

2 つの調査票の大きな変更点は 3 点ある。1 点目は、評価スケールが 4 段階から 7 段階に変更されたこと、2 点目は、全体評価に 7 段階評価が追加されたこと、3 点目は、評価項目の文言の一部修正、評価項目の削除追加、領域の変更などがなされたことである。評価項目の新旧対照表を表 1、表 2 に示す。

#### (3) 診療ガイドライン評価の経年変化

6 つのカテゴリーと合計の 7 項目について 2011 年度までに経年変化について

検討した。比較に際しては、発行年をもとにして 2 年ごとに比較を行った(2012 年分は評価中であるため、2011 年までの結果を示した)。詳細については図 1 に示す。

全体として AGREE 評価の結果は、向上傾向にあることが明らかとなった。

2009-2010 年と比較して向上している項目は、#1 対象と目的、#4 明確さと提示の仕方の 2 項目であった。特に、対象と目的の項目については、95.5%と 90%を超えていることから、多くの診療ガイドラインにおいて明確に記載がなされていることが明らかとなった。反対に、#2 利害関係者の参加、#3 作成の厳密さ、#5 適応可能性、#6 編集の独立性の 4 項目については、2009-2010 と比較して低下していた。中でも、#5 適応可能性、#6 編集の独立性については、33.4%、46.7%と 50%を下回っていた。

### D. 考察

#### (1) original AGREE 及び AGREE II の評価項目の違い

Original AGREE 及び AGREE II は、評点の変更や細かい文言の修正だけではなく、評価項目の削除追加がなされていることが明らかとなった。

カテゴリー別に検討すると、#1 対象と目的、#6 編集の独立性の 2 カテゴリーは文言の修正のみで大きな変更はなかった。#3 作成の厳密さは新規の評価項目が 1 つ追加となり、設問が 7 項目から 8 項目に増加した。しかし、#2 利害関係者の参加と #4 明確さと提示の仕方は 4 項目から 3 項目に減少し、反対に #5

適応可能性が3項目から4項目に増加した。この3カテゴリーは、相互に関連して評価項目の追加削除がなされていることが明らかとなり、今後データの移行を行う際に、これらを考慮して行うことが必要と考えられた。

#### (2) 診療ガイドライン評価の経年変化

診療ガイドラインの作成手順、日本において定着してきており、全体的に向上傾向にあることが窺えた。しかしながら、50%を切る項目もありまだ十分とは言えない現状にある。今後は、評価結果が特に低い傾向にある項目について、実際どのような内容の記載が必要なのか、マニュアル等により明らかにすることが必要と考えられる。また、診療ガイドラインを評価するためのツールが公表され、これらを参考に作成することで、良質な診療ガイドラインを効率的に作成することに寄与していると考えられた。

#### E. 結論

診療ガイドラインの質は向上傾向にあることが明らかとなった。しかし、項目によっては十分ではないことから、これらの項目を向上させるための改善策を講ずることが必要であろう。また、AGREEのデータ移行については、カテゴリー別

に検討し、特に評価項目が統合、カテゴリーの変更がなされた部分について検討し換算表を作成することが必要であると考えられた。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### G. 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

AGREE instrument の日本語翻訳版は、平成14年度厚生労働科学研究費補助金「医療技術総合研究事業（診療ガイドラインの評価に関する研究）」（主任研究者：長谷川友紀）の一環として作成され、東邦大学医学メディアセンターよりPDFファイルにてダウンロードすることができ。 (<http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/AGREE-final.pdf>)

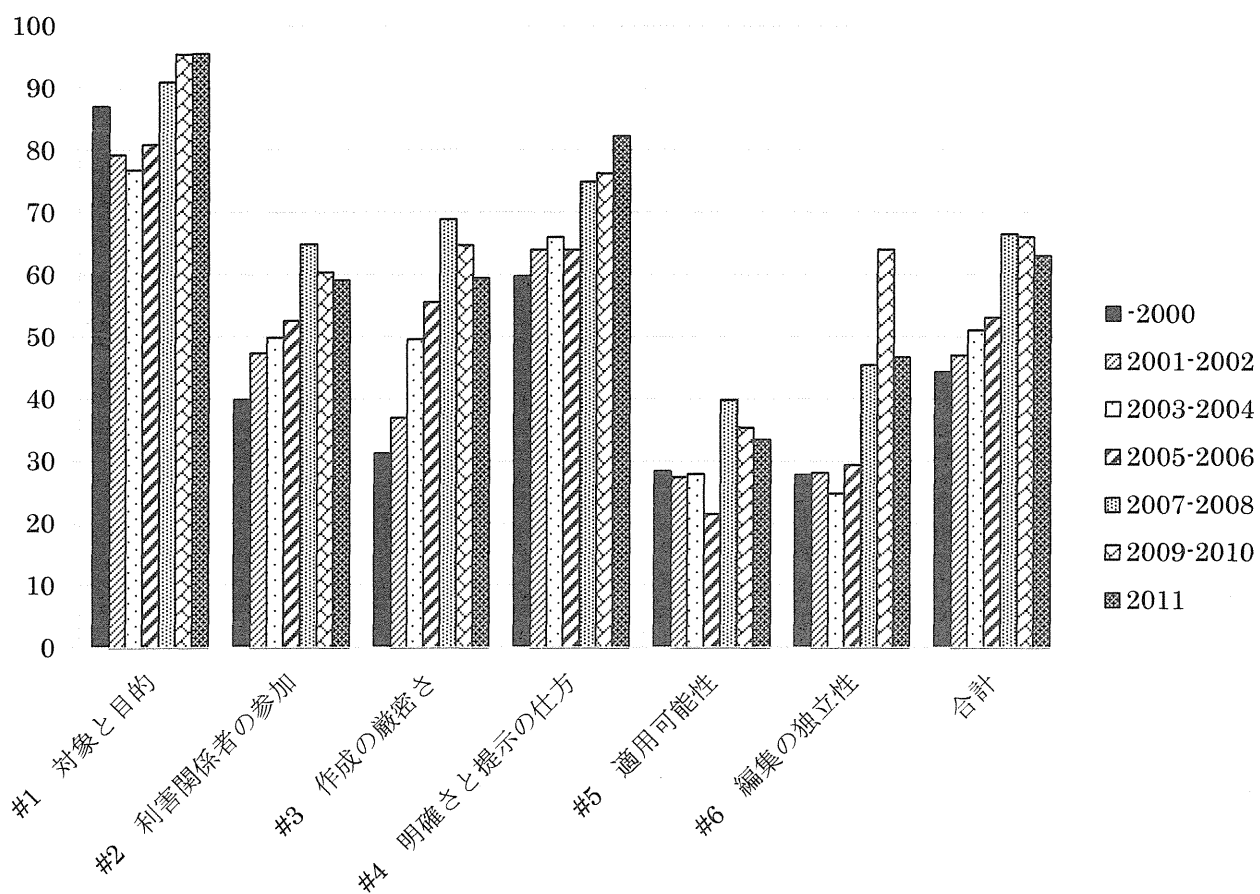


図1 AGREE instrument 経年評価 (2年毎)



表 1 original AGREE と AGREE II の対比表

Original AGREE Item	AGREE II Item
<b>Domain1 Scope and Purpose 対象と目的</b>	
1. ガイドライン全体の目的が具体的に記載されている。	1. 変更なし
2. ガイドラインで取り扱う <u>臨床上の問題</u> が具体的に記載されている。	2. ガイドラインが取り扱う <u>健康上の問題</u> が具体的に記載されている
3. <u>どのような患者</u> を対象としたガイドラインであるかが具体的に記載されている。	3. <u>どのような集団（患者、市民など）</u> を対象としたガイドラインであるかが具体的に記載されている。
<b>Domain2 Stakeholder Involvement 利害関係者の参加</b>	
4. ガイドライン作成グループには、関係する全ての専門家グループの代表者が加わっている。	4. 変更なし
5. <u>患者の</u> 価値観や好みが十分に考慮されている。	5. <u>対象集団（患者、市民など）の</u> 価値観や好みが十分に考慮されている。
6. ガイドラインの利用者が明確に定義されている。	6. 変更なし
7. ガイドラインの想定する利用者で既に試行されたことがある。	削除項目 項目 19 に組み込む
<b>Domain3 Rigour of Development 作成の厳密さ</b>	
8. エビデンスを検索するために系統的な方法が用いられている。	7. 内容の変更なし、項目番号が 7 に変更
9. エビデンスの選択基準が明確に記載されている。	8. 内容の変更なし、項目番号が 8 に変更
	9. 新項目 <u>エビデンスの強みと限界が明確に記載されている。</u>
10. 推奨を決定する方法が明確に記載されている。	10. 変更なし
11. 推奨の決定にあたって、健康上の利益、副作用、リスクが考慮されている。	11. 変更なし
12. 推奨とそれを支持するエビデンスとの対応関係が明確である。	12. 変更なし
13. ガイドラインの公表に先立って、外部審査がなされている。	13. 変更なし
14. ガイドラインの改訂手続きが示されている。	14. 変更なし

Domain4 Clarity of Presentation 明確さと提示の仕方	
15. 推奨が具体的であり、曖昧でない。	15. 変更なし
16. <u>患者の状態に応じて、可能な他の選択肢が明確に示されている。</u>	16. <u>患者の状態や健康上の問題に応じて、可能な他の選択肢が明確に示されている。</u>
17. どれが重要な推奨か容易に見分けられる。	17. 変更なし
Domain5 Applicability 適応可能性	
18. <u>利用のためのツールが用意されている。</u>	19. 領域を「領域を明確さと提示の方法」から「適用可能性」変更し、項目番号を 19 に変更 <u>どのように推奨を適応するかについての助言、ツールを提供している。</u>
19. <u>推奨の適用にあたって予想される制度・組織上の障害が論じられている。</u>	18. 内容を変更し、項目番号を 18 に変更 <u>ガイドラインは、推奨の利用にあたっての促進・障壁因子を記載している。</u>
20. 推奨の適用に伴う付加的な <u>費用（資源）</u> が考慮されている。	20. 推奨の適用に伴う付加的な <u>資源</u> が考慮されている。
21. ガイドラインにモニタリング・監査のための <u>主要な基準</u> が示されている。	21. ガイドラインにモニタリング、監査のための <u>基準</u> が示されている。
Domain6 Editorial Independence 編集の独立性	
22. <u>ガイドラインは編集に関して資金源から独立している。</u>	22. <u>資金源によりガイドラインの内容が影響されていない。</u>
23. <u>ガイドライン作成グループの利害の衝突が記載されている。</u>	23. <u>ガイドライン作成グループのメンバーの利害の衝突が記載され、適切な対応がなされている。</u>
Overall Guideline Assessment 全体評価	
1. なし	1. このガイドライン全体の質を評価してください。
2. あなたはこれらのガイドラインを診療に用いることを推奨しますか？	2. あなたはこれらのガイドラインを診療に用いることを推奨しますか？

表2 カテゴリー別 original AGREE から AGREE II への変更点

<b>Domain1 Scope and Purpose</b> 対象と目的
文言の修正のみで大きな変更なし。
<b>Domain2 Stakeholder Involvement</b> 利害関係者の参加
設問が 4 項目から 3 項目に変更。 Q7「ガイドラインの想定する利用者で既に試行されたことがある。」は、Q18「利用のためのツールが用意されている。」に組み込み、新 Q19「どのように推奨を適応するかについての助言、ツールを提供している。」になり、#5 のカテゴリーに変更。
<b>Domain3 Rigour of Development</b> 作成の厳密さ
設問が 7 項目から 8 項目に変更。 新 Q9「エビデンスの強みと限界が明確に記載されている。」が追加。
<b>Domain4 Clarity of Presentation</b> 明確さと提示の仕方
設問が 4 項目から 3 項目に変更。 Q18「利用のためのツールが用意されている。」に、Q7「ガイドラインの想定する利用者で既に試行されたことがある。」を組み込み、新 Q19「どのように推奨を適応するかについての助言、ツールを提供している。」になり、#4 から #5 のカテゴリーに変更。
<b>Domain5 Applicability</b> 適応可能性
設問が 3 項目から 4 項目に変更。 Q18「利用のためのツールが用意されている。」は Q7「ガイドラインの想定する利用者で既に試行されたことがある。」に組み込み、新 Q19「どのように推奨を適応するかについての助言、ツールを提供している。」になり、#4 から #5 のカテゴリーに変更された。
<b>Domain6 Editorial Independence</b> 編集の独立性
文言の修正のみで大きな変更なし。
<b>Overall Guideline Assessment</b> 全体評価
設問が 1 項目から 2 項目に変更。 「このガイドライン全体の質を評価してください。」が追加。

### 診療ガイドライン作成者に対するアンケート調査

#### 研究要旨

診療ガイドラインは、医療の標準化を確保し、質の向上を図るための有力な手段である。診療ガイドラインの評価手法の開発、診療ガイドライン作成のためのプログラムの策定及び支援体制の整備は、良質な診療ガイドラインを効率的に作成するために重要な役割を有する。本研究では、これまでに診療ガイドラインを作成した責任者の方を対象として、アンケート調査を実施し、作成上の問題点、考えられる支援体制を明らかにすることを目的とした。調査対象は、2006～2011年に発刊された診療ガイドラインのうち、AGREE 調査の対象とした 167 とした。有効回答率は 38.3%であった。AGREE 評価票は内容を知っているとの回答が 53.9%と過半数を超えていた。作成にあたって苦労した点としては、日本人についての情報がない、情報がない部分の取り扱いが多く挙げられた。あれば有用であった支援としては、文献検索の専門家の協力、診療ガイドライン専門家の協力、診療ガイドライン作成方法のマニュアルが多く挙げられていた。今後、より質の高い診療ガイドライン作成が円滑に遂行するために、人的サポート体制の構築やマニュアルの整備が必要と考えられた。

#### A. 研究目的

EBM 手法に基づいた診療ガイドラインの整備は、医療の標準化を確保し、質の向上を図るための有力な手法である。現在は、各学会の自主的な活動として年間約 30 本（改定版も含む）が作成されている現状にある。今後も診療ガイドラインの作成、改定版の作成されることから、診療ガイドラインの評価手法の開発、診療ガイドライン作成のためのプログラムの策定、支援体制の整備は、良質な診療ガイドラインを効率的に作成する上で重要な役割を有するといえる。

本研究では、上記の目的を達成するために、診療ガイドラインの作成の責任者の方を対象としてアンケート調査を実施し、作成上の問題点、考えられる支援体制などについて明らかにすることを目的とする。

#### B. 研究方法

2006 年以降に新刊もしくは改定版が出版された診療ガイドラインのうち、AGREE 評価票を用いた調査の対象とした 167 の診療ガイドラインを調査対象とした。調査は、郵送法で行い、自記式の

調査票を用いた。調査期間は2013年1～2月である。本調査で使用した調査票は、2005年に実施した診療ガイドライン作成者に対するアンケート調査票を一部修正したものである。

#### (倫理面への配慮)

本調査は、診療ガイドライン作成状況を問うものであり、個人情報には取り扱っていない。調査への参加は、任意であり調査票の返信をもって同意が得られたものとした。

### C. 研究結果

#### (1) 有効回答率

調査票は65通回収され、そのうち無効票1通を除いた64を有効回答数とし、有効回答率は38.3%(64/167)であった。

#### (2) 診療ガイドライン作成委員会の構成

診療ガイドライン作成委員会のメンバーの専門分野では、当該疾患・診療科の専門医は全ての診療ガイドラインでメンバーとして参加しており、臨床疫学・生物統計・EBM専門家・ライブラリアンが46.0%、一般医が25.4%、患者代表、医療経済学者がそれぞれ6.3%と少なかった(図1)。また、作成委員会メンバーにEBM手法に基づく診療ガイドライン作成の経験者を有すると回答したのは84.1%であった。メンバーの選出については、学会の選出が54.0%、研究代表者の個人的な依頼が22.2%、その他が23.8%であった。

#### (3) 作成費用

診療ガイドライン作成の総費用における負担割合としては、学会が79.4%、厚生労働科学研究費が14.3%、その他の公的研究費が6.3%、その他が4.8%であった(図2)。そのうち、学会が100%費用を支出したとの回答が66.7%と多く、厚生労働科学研究費が7.9%であった。

#### (4) 文献検索

文献検索において、ライブラリアン等の専門家の支援を受けたとの回答は、40.3%と半数以下であった。また、検索の際に診療ガイドラインのデータベースを用いたのは20.6%と少なかった。反面、過去に作成された当該疾患・関連疾患の診療ガイドラインを参考にしたのは87.3%であった。

#### (4) 診療ガイドラインの編集方法

診療ガイドラインの編集において、薬剤名の取り扱いについては、原則として一般名を用いたが93.7%、原則として商品名を用いたが3.2%、無回答が3.2%であった。また、医療保険外の治療法については、医療保険の対象でないことを明記して、診療ガイドラインで取り扱ったが57.1%と多く、診療ガイドラインの対象としなかった、医療保険については特に明記せず診療ガイドラインで取り扱ったがそれぞれ20.6%、無回答が1.6%であった。

#### (5) 診療ガイドラインの普及の方策

診療ガイドラインの普及のための活動



を行っていないとの回答は 1.6%と少なく、多くの診療ガイドラインで普及のための活動が行われていた。具体的には、インターネットで公開（学会等）、診療ガイドラインをテーマとしたシンポジウム等の開催がそれぞれ 58.1%と最も多く、インターネットで公開（Minds）、専門医向け診療ガイドラインの印刷、頒布がそれぞれ 54.8%、一般医向け診療ガイドラインの印刷、頒布が 48.4%、診療ガイドラインを学会誌、医学関連雑誌への掲載が 33.9%であった。

#### (6) 診療ガイドラインの評価

診療ガイドラインの評価を行っていないとの回答は、28.6%であった。評価を行なっているもののうち、作成メンバーとは別の専門家からの評価が 51.1%、診療ガイドライン専門家からの評価は 44.4%、一般からの意見の聴取が 31.1%、診療ガイドライン使用状況の調査が 26.7%、診療ガイドラインに基づいた治療効果の評価が 13.3%、既存の評価ツールでの評価は 8.9%であった。

#### (7) AGREE 評価票

AGREE 評価票（診療ガイドラインを評価するためのツール）について、内容を知っている（作成に実際使用した・使用しなかった）との回答は、53.9%と過半数であり、名称だけ知っているが 12.7%、知らないが 25.4%、無回答が 7.9%であった（図 3）。

(8) 診療ガイドライン作成で苦勞した点と欲しかった支援

診療ガイドライン作成で苦勞した点としては、日本人についての情報がない、情報がない部分の取り扱いがそれぞれ 61.4%と最も多く、編集取りまとめ作業が 50.8%、文献の系統的評価が 46.0%、組織の編成、文献検索の方法がそれぞれ 25.4%であった（図 4）。

また、あれば有用であった支援としては、文献検索の専門家の協力が 50.8%、診療ガイドラインの専門家の協力が 49.2%、診療ガイドライン作成方法のマニュアルが 41.3%、医療経済の専門家の協力が 20.6%、診療ガイドラインのデータベースが 14.3%であった（図 5）。

#### (9) 改定

当該診療ガイドラインの改定予定（既に改定したもの含む）が決まっていると回答したのが 65.1%と過半数を超えていた。

#### D. 考察 E. 結論

本年度は単純集計のみを実施した。経時的変化など詳細な分析は来年度に実施する予定である。

診療ガイドライン作成委員会には、当該疾患の専門医の他に、臨床疫学・生物統計・EBM 専門家・ライブラリアンが約半数の診療ガイドラインのメンバーとして参画していた。反対に、医療経済学者や患者代表の参加は少なく、今後はサービス提供者である患者との共同も重要であると考えられる。

診療ガイドラインを評価するためのツールである AGREE 評価票は、約 2 割で診療ガイドラインの作成において使用さ

れていた。反対に、作成した診療ガイドラインの評価は、約3分の1でしか行われておらず、今後は質を担保するためにも標準的な評価手法を作成マニュアルに組み入れること等を検討する必要があると考えられた。

また、ガイドライン普及の方法としては、インターネットでの公開や、学会でのシンポジウムの開催などは多く、当該診療科における普及啓発は十分に行われていると考えられた。

診療ガイドラインの改定予定が決まっているものが多く、多くの診療ガイドラインが継続的に改定され、新しい医学情報が提供されていくシステムが作られていることが明らかとなった。

今後、より質の高い診療ガイドライン作成が円滑に遂行するために、人的サポ

ート体制の構築やマニュアルの整備が必要と考えられた。

F. 研究発表

- 1. 論文発表  
なし
- 2. 学会発表  
なし

G. 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

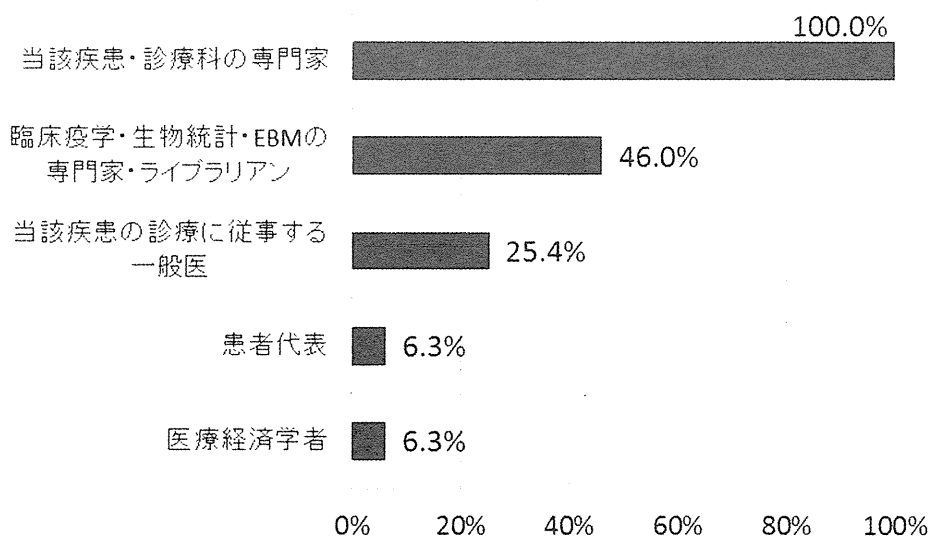


図1 作成委員会メンバーの専門分野

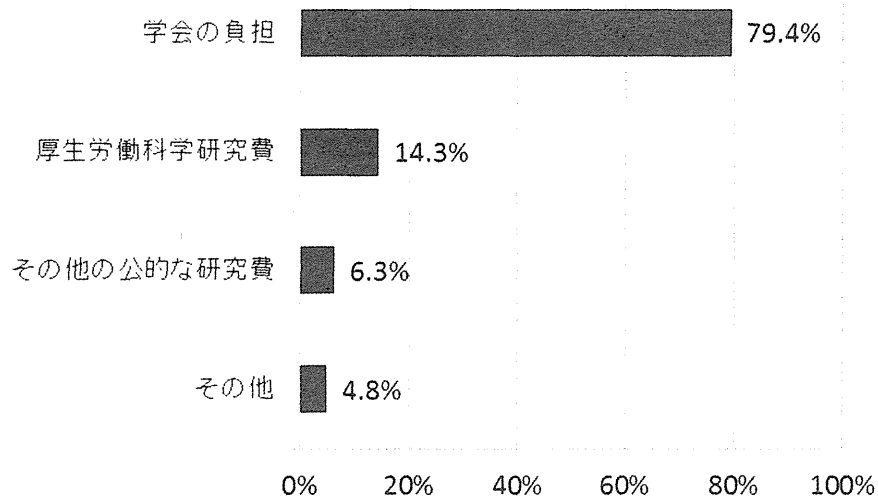


図2 作成費用の支出先

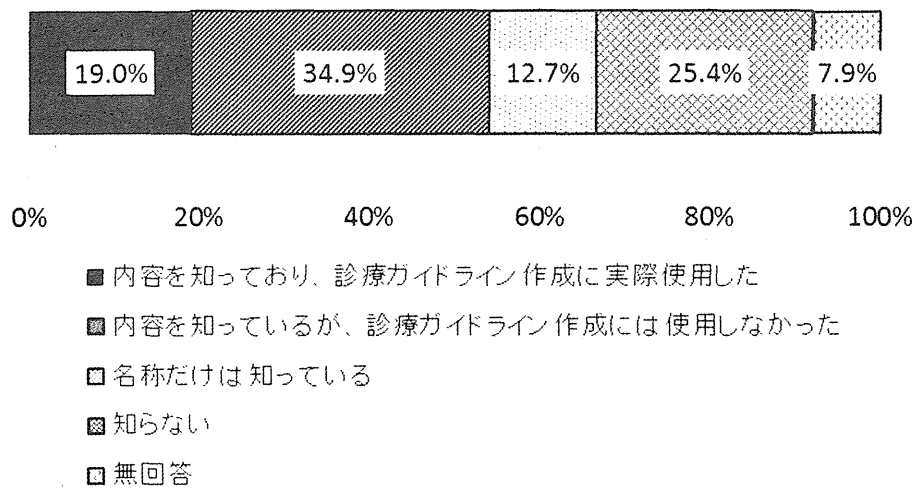


図3 AGREE 評価票の認知度

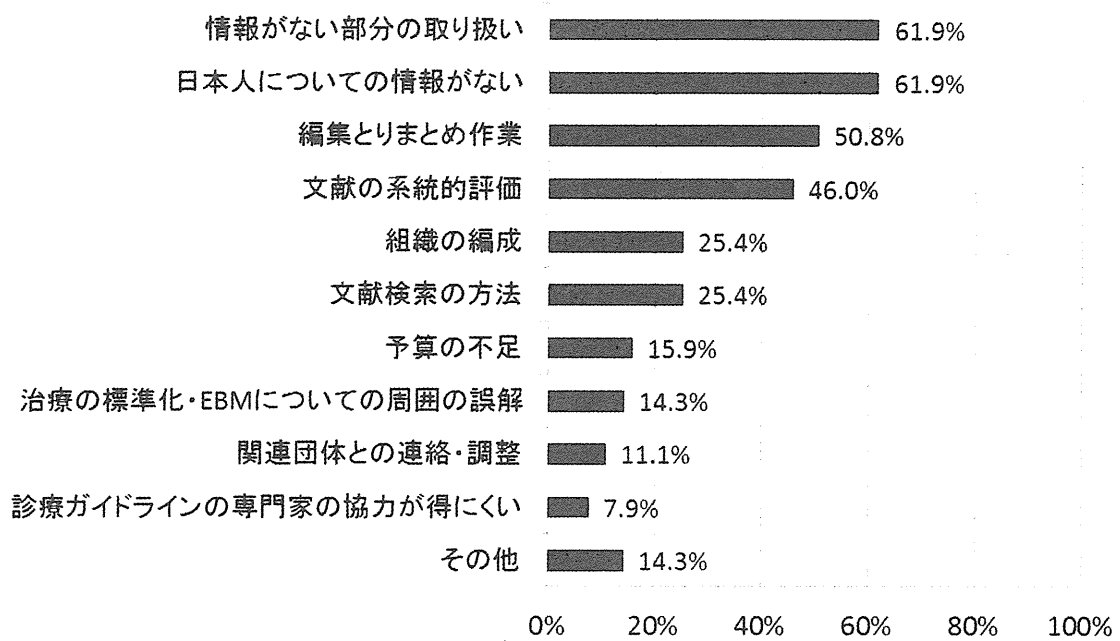


図4 診療ガイドライン作成全般で苦勞した点

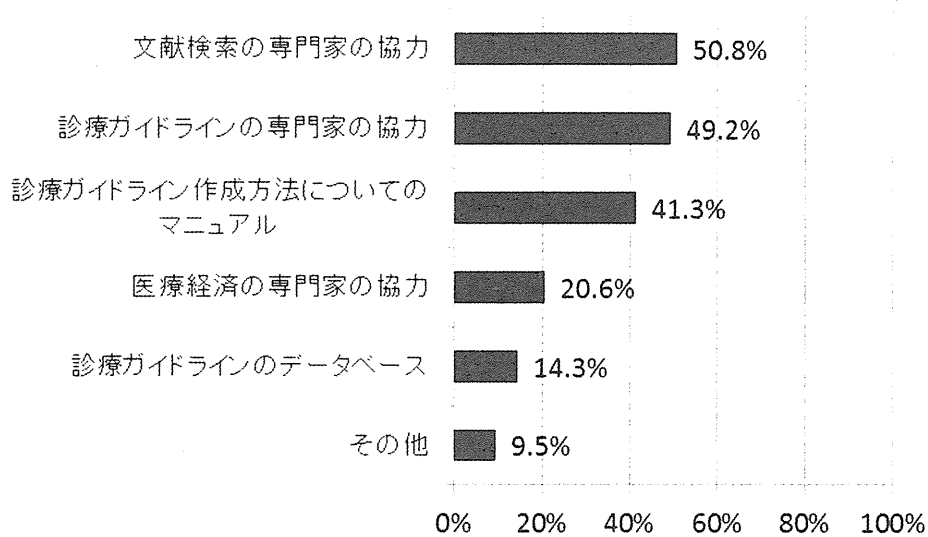


図5 診療ガイドライン作成にあたり、あれば有用であった支援体制

DPC 病院における診療ガイドライン、クリティカルパス導入状況  
に関するアンケート調査

研究要旨

EBM 手法に基づいた診療ガイドラインの整備は、医療の標準化を確保し、質の向上を図るための有力な手法である。現在、提供する医療内容の標準化を目的として、診療ガイドラインやクリティカルパス（クリニカルパス）の利活用が多く病院で推し進められている。本研究では、急性期病院における診療ガイドライン、クリティカルパスの利活用の現状について明らかにするため、質問票を作成し、DPC 病院を対象にアンケート調査を実施した。今後は、アンケート調査の結果について解析を行い、診療ガイドライン、クリティカルパスの導入状況などの、医療の標準化に対する病院の取り組み状況を明らかにする予定である。

A. 研究目的

EBM 手法に基づいた診療ガイドラインの整備は、医療の標準化を確保し、質の向上を図るための有力な手法である。2000 年以降、厚生労働科学研究費補助金等により開発が進められ、現在は主に各学会の自主的な活動として年間約 30 本(改定版も含む)が作成されている。また、提供する医療内容の標準化を目的として、診療ガイドラインやクリティカルパス（クリニカルパス）の利活用が多く病院で推し進められている状況にある。しかしながら、実際の診療における、診療ガイドラインやクリティカルパス等の導入状況、それを支える院内体制については、十分に明らかになっていないのが現状である。

本研究では、急性期病院における診療ガイドライン、クリティカルパスの利活用の現状について明らかにするため、DPC 病院を対象としてアンケート調査を実施するための質問票を

作成した。

B. 研究方法

DPC (Diagnosis Procedure Combination) は日本独自の診療報酬支払における包括評価手法として、平成 15 年度から特定機能病院を対象に導入され、その後徐々に対象病院を増やしており、現在では急性期病院における標準的な支払い方法となっている。

平成 24 年現在の DPC 病院 1505 病院を対象としてアンケート調査を実施するための調査票を作成した。作成に当たっては、先行文献を参考に調査票をおこし、急性期病院の院長、医療の質向上を目的とする部署の担当者からコメントを求め、最終案とした。調査は、郵送法で行い、無記名自記式の調査票を用いた。調査票は、2013 年 2 月に発送した。



(倫理面への配慮)

本調査は、無記名で実施し、調査票の回収をもって調査への参加同意とみなした。

### C. 研究結果

質問票の回答者は、医療機関における診療ガイドライン、クリティカルパスの利活用を明らかにするため、医療機関の代表者である理事長、院長、または、院内において診療ガイドライン、クリティカルパス導入にあたり委員会等でその取りまとめを行っているものとした。

質問票は、①医療機関属性、②院内での標準化や質向上の取り組み、③院内でのクリティカルパスの利用状況、④院内での診療ガイドラインの利用、⑤回答者の属性から構成される。

調査票の発送は完了し、現在までの回収率は、21.5% (324/1505) である。

### D. 考察

本年度は、急性期医療を提供している DPC 病院を対象として、アンケート調査を実施した。

次年度は、アンケート調査の結果について解析を行い、診療ガイドライン、クリティカルパスの導入状況などの、院内での標準化や質向上の取り組みとして実施している活動や院内組

織、診療録の電子化との関連についても明らかにする予定である。

### E. 結論

DPC 病院における診療ガイドライン、クリティカルパスの導入状況等を明らかにするための調査票を作成した。調査票の発送は完了し、現在までの回収率は 21.5% であり回収途中である。次年度、アンケート調査の解析結果について報告する。

### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

### 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

平成 24 年 1 月 4 日

## 診療ガイドラインについてのアンケート調査のお願い

厚生労働科学研究「EBM に基づく診療ガイドラインの  
導入が医療に与える影響に関する調査」  
研究代表者 長谷川 友紀

EBM 手法に基づいた診療ガイドラインの整備は、医療の標準化を確保し、質の向上を図るための有力な手法です。2000 年以降厚生労働科学研究費補助金等により開発が進められ、現在は各学会の自主的な活動として年間約 30 本（改定版も含む）が作成されております。診療ガイドラインの評価手法の開発、診療ガイドライン作成のためのプログラムの策定、支援体制の整備は、良質な診療ガイドラインを効率的に作成する上で重要な役割を有します。

私どもの研究班では、上記の目的を達成するため、これまでに診療ガイドライン作成を行った方を対象にアンケート調査を実施し、作成上の問題点、考えられる支援体制などについて明らかにしたいと考えております。ご多忙のおり、まことに恐縮ではありますが、アンケート調査にご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

### アンケート調査ご回答の注意

○ 診療ガイドライン作成にあたって実際に主導的な立場で取りまとめを行われた方にご回答をお願いします。

○ 集計の都合上、2013 年 1 月 30 日までにご返送ください。

お忙しいところまことに恐縮ではありますが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

#### <連絡先>

〒143-8540 大田区大森西 5-21-16

東邦大学医学部社会医学講座

電話 03-3762-4151 内 2415

FAX 03-5493-5417

担当：瀬戸、北澤