

Q4. 「死亡する可能性がある」ということのみ説明されていた場合でも、予期していたことになるのでしょうか？

- A4. 医療法施行規則第1条の10の2第1項第1号の患者又はその家族への説明や同項第2号の記録については、当該患者個人の臨床経過を踏まえ、当該患者に関して死亡又は死産が予期されることを説明していただくこととなります。したがって、個人の病状等を踏まえ、「高齢のため何が起こるかわかりません」、「一定の確率で死産は発生しています」といった一般的な死亡可能性についてのみの説明又は記録は該当しません。

37

医療事故調査の対象

【事例1】

- 65歳男性が、肺がんのために化学療法と放射線治療を受けたところ、急性肺障害を発症し、死亡した。行った治療はガイドラインに沿ったものであり、合併症対策も適切に行っていた。

医療事故調査の対象

【事例2】

- 65歳男性が、肺がんのために化学療法と放射線治療を受けたところ、急性肺障害を発症し、死亡した。行った治療はガイドラインに沿ったものであり、合併症対策も適切に行っていた。しかし、治療の合併症について事前に十分な説明がなされておらず、遺族は患者の死亡に納得していない。

医療事故調査の対象

【事例3】

- 胸部異常陰影のために気管支鏡検査を受けた50歳男性が、経気管支的肺生検(TBLB)直後に大量出血を起こし死亡した。検査の説明同意文書には、まれであるが合併症として死亡もあることが明記されていた。

医療事故調査の対象

【事例4】

- 肝臓の手術の経験が全くない医師が、特段の指導もなく肺がんと診断された60歳男性の肝がん切除術を行い、術中の出血のため患者が死亡した。



平成28年1月9日(土)
平成27年度中山班
分担研究報告

医学系専門学会におけるガイドライン作成の課題と可能性 診療ガイドライン活用促進に関する調査

公益財団法人 日本医療機能評価機構 Mindsガイドラインセンター¹
国際医療福祉大学 化学療法研究所病院 人工透析・一般外科²

吉田 雅博^{1,2}、奥村 晃子¹、畠山洋輔¹

厚生労働省委託事業



筆頭演者 利益相反開示 吉田雅博

本研究発表に関し、経済的COIはありません。また、下記項目以外にアカデミックCOIとなる項目はありません
公的研究費: 厚生労働科学研究費補助金研究協力者

学歴、職歴:

富山医科薬科大学(現富山大学)卒、千葉県がんセンター外科医長、帝京大学非常勤講師、前帝京大学准教授
元千葉大学医学部第二外科

現職: 臨床医師 国際医療福祉大学 化学療法研究所病院 人工透析センター長・一般外科部長
研究: 医学博士

厚生労働省委託事業 EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業を、日本医療機能評価機構 EBM医療情報部
(Minds) 部長(客員研究主幹)として行っている。

研究背景

認定医、専門医、指導医: 日本外科学会、日本消化器外科学会、日本胆道学会、日本消化器病学会、日本がん
治療認定医機構、日本乳癌学会、インフェクションコントロールドクター

上記診療領域に関する学会の理事、評議員、ガイドライン関連委員会委員等多数

上記診療領域に関する出版物、学会発表多数

内容

1. 背景: EBM普及推進事業 Mindsの概要
2. 質問紙調査方法
3. 質問紙調査結果
4. 考察と結論

1. 背景: EBM普及推進事業 Mindsの概要

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

公益財団法人 日本医療機能評価機構の事業

- 1) 病院機能評価事業 (平成9年度より)
病院の評価認定を行っている。現在認定数 2259病院(2015年7月9日現在)
- 2) 認定病院患者安全推進事業(平成15年度より)
日本医療機能評価機構の認定証を取得した認定病院の有志が主体となり、患者安全の推進を目的として「認定病院患者安全推進協議会」が組織化された。
- 3) 産科医療補償制度運営事業(平成21年度より)
分娩に関係して発症した脳性麻痺の児とその家族の経済的負担を補償し、原因分析と、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る。
- 4) EBM医療情報事業【Minds】(平成14年度よりシステム開発、平成16年一般公開)
医療関係者、患者双方の治療法選択のための情報提供の推進
ガイドラインセンターとして、質の高い診療ガイドラインや医学情報を掲載
- 5) 医療事故情報収集等事業(平成15年度より)
本邦の医療事故報告収集: 日本国内の病院からの医療事故報告収集解析、広報、および医療安全情報を発信している。
- 6) 薬局ヒヤリハット事例収集・分析事業(平成21年度より)
全ての薬局を対象とし、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として、薬局におけるヒヤリ・ハット事例の収集、分析を行っている。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

Mindsウェブサイト <http://minds.jcqhcc.or.jp/>

Mindsフォーラム2016
2259の医療機関が
結集の存在の真実と日本の医療の未来

日時: 2016年6月10日(金) 13:00-17:00
場所: 日本医療機能評価機構 研修センター(東京都中央区)

「Minds」の検索機能
「Minds」の登録機能
「Minds」のログイン機能
「Minds」のログアウト機能
「Minds」のパスワードリセット機能

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Minds Lib
Facebookについて

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

EBM普及推進事業 Minds

- 2002~2010 厚生労働科学研究費補助金
- 2011~ 厚生労働省委託事業

Medical Information Network Distribution Service

ユーザー登録数約 **5.7万** 人(2015年6月時点)
約 40万ページビュー/月

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

EBM普及推進事業(2011~)の取り組み

2012~	2011~	2013~	2014~
作成支援	評価選定・普及	活用促進	評価
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療ガイドライン作成方法の開発・提案 ➢ 診療ガイドライン作成支援の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療ガイドラインの網羅的検索と評価選定 ➢ 作成方法の観点から質の高い診療ガイドラインの公開 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療ガイドラインの活用状況調査 ➢ 携帯端末用提供システムの開発 ➢ 活用促進の具体的方法の検討と普及 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ クオリティーインディケータ(QI)による診療ガイドライン活用状況の評価 ➢ 診療ガイドラインによるQI開発法の提案

2. 質問紙調査方法

診療ガイドライン活用促進に関する 質問紙調査概要

- 調査対象: 診療ガイドライン※作成代表者
※Mindsサイトに掲載された診療ガイドライン対象
- 調査目的: 診療ガイドライン作成方針および活用促進
に向けた取り組みの現状や要望を把握する。
- 調査期間: 2014年10月30日～11月30日
- 回収率: 30%(45/149)

診療ガイドライン活用促進に関する 質問紙調査項目

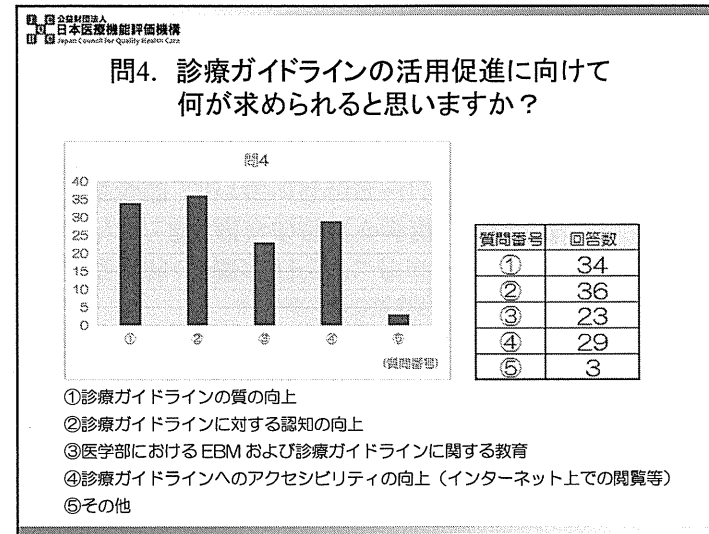
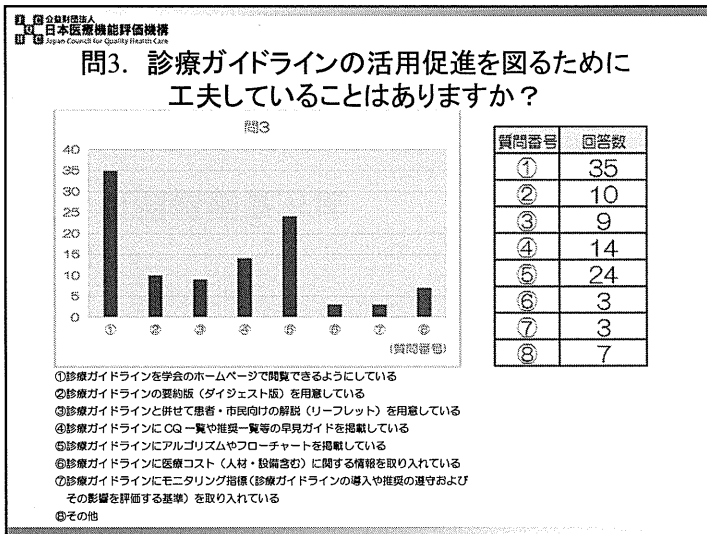
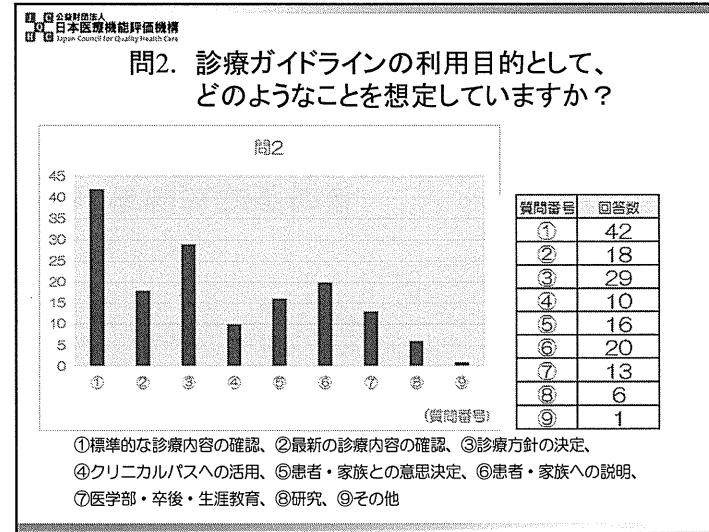
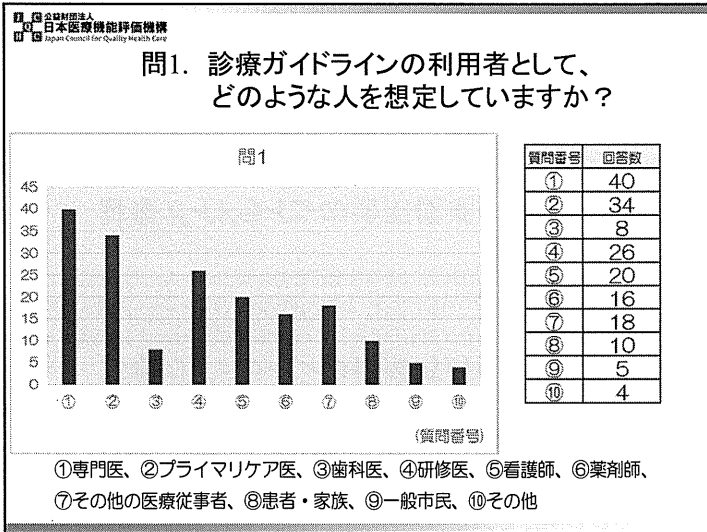
1-1. 診療ガイドラインの作成方針について【複数選択可】

- 問1. 診療ガイドラインの利用者として、どのような人を想定していますか？
- 問2. 診療ガイドラインの利用目的として、どのようなことを 想定していますか？
- 問3. 診療ガイドラインの活用促進を図るために工夫していることはありますか？

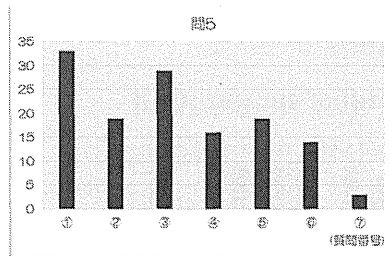
1-2. 診療ガイドラインの活用促進に向けて 求められることについて【複数選択可】

- 問4. 診療ガイドラインの活用促進に向けて何が求められると思いますか？
- 問5. 診療ガイドライン活用促進に向けてMindsに期待することを教えてください。

3. 質問紙調査結果



問5. 診療ガイドライン活用促進に向けて Mindsに期待することを教えてください。



質問番号	回答数
①	33
②	19
③	29
④	16
⑤	19
⑥	14
⑦	3

- ①迅速な診療ガイドライン評価・選定・掲載作業
- ②スマートフォン・タブレット等の携帯端末での閲覧
- ③Mindsサイトで公開された診療ガイドラインの広報
- ④Mindsサイト自体の広報
- ⑤診療ガイドラインの活用促進に関する勉強会やイベントの開催
- ⑥診療ガイドラインに関する e-learning 教材の提供
- ⑦その他

4. 考察と結論

質問紙調査結果のまとめ① 診療ガイドライン作成方針

- 診療ガイドライン作成者は、診療ガイドラインの主な利用者として、医師を想定している。
- 診療ガイドライン作成者は、診療ガイドラインの主な利用目的として、標準的な診療内容の確認、診療方針の決定を想定している。
- 診療ガイドライン作成者は、診療ガイドラインの活用促進に向けて、学会ホームページでの閲覧を可能にする、診療ガイドライン内へのアルゴリズム・フローチャートを導入する等の取り組みを行っている。

質問紙調査結果のまとめ② 診療ガイドライン活用促進に向けて求められること

- 診療ガイドラインに対する認知の向上
- 診療ガイドラインの質の向上
- 診療ガイドラインへのアクセシビリティの向上

[Mindsへ期待すること]

- 迅速な診療ガイドライン評価・選定・掲載
- Mindsサイトで公開された診療ガイドラインの広報
- スマートフォン・タブレット等の携帯端末での閲覧
- 診療ガイドライン活用促進に関する勉強会・イベントの開催

考察

- 診療ガイドライン作成者は、診療ガイドラインへのアルゴリズム導入など利便性の向上に向けた取り組みや学会ホームページでの公開といったアクセシビリティ向上に向けた取り組みは活発に行っている。
- 診療ガイドライン作成者の診療ガイドライン活用促進に向けた取り組みとして、以下が今後の課題として挙げられる。
 - 医療資源・コストに関する情報の導入
 - モニタリング指標の導入

結論

- Mindsガイドラインセンターは、診療ガイドラインの認知、診療ガイドラインの質、診療ガイドラインへのアクセシビリティの向上を図るために、診療ガイドライン作成者に向けた作成支援および活用促進に向けた取り組みをさらに充実させることが求められている。
- 特に、診療ガイドラインへのモニタリング指標の導入については、診療ガイドラインの導入や推奨の遵守による影響を測る上で重要な課題である。
- 今後は、上記の検証を踏まえた診療ガイドラインの質の向上、活用促進に向けた取り組みが必要である。

Minds

Medical Information Network Distribution Service

<http://minds.jcqh.or.jp/n/>

Contact: 吉田雅博
m-yoshida@jcqh.or.jp

稀少疾患の 診療ガイドライン作成 について

国立成育医療研究センター臨床疫学部
森 臨太郎 盛一 享徳

話の流れ

背景

小児慢性特定疾病診断の手引き

自己炎症性疾患ガイドライン

考察

話の流れ

背景

小児慢性特定疾病診断の手引き

自己炎症性疾患ガイドライン

考察

稀少疾患の定義

米 国・・・患者数が20万人未満の疾患

→ 発症率が人口1万人あたり7人未満

欧 州・・・発症率が人口1万人あたり5人以下の疾患

日 本・・・患者数が5万人未満の疾患（薬事法）

→ 発症率が人口1万人あたり4人未満

難病対策における指定難病の要件の一つに患者数が人口の0.1%程度
(当面は0.15%未満を目安とし患者数18万人(0.142%未満)を目安とする)とあるが

稀少疾患を取り巻く環境

- ① 患者数が乏しく、患者も専門家も散在している
- ② あらゆる資源が不足している（研究、ケア、情報...）
- ③ 臨床研究のセッティングが困難（患者数が少ない）
- ④ 市場として医療製品の開発に関心が薄い
- ⑤ 一般大衆や医療スタッフへの情報提供に制限や欠落があり、地域差が生じている。

Taruscio D. Overview of RARE-Bestpractices EU Project

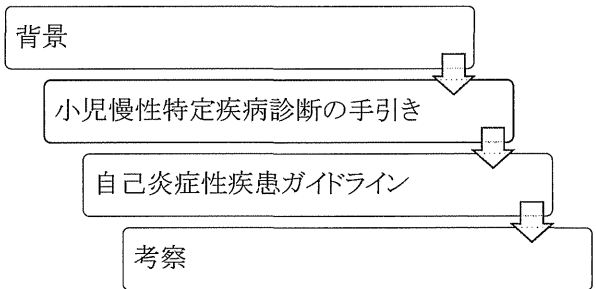
稀少疾患においてエビデンスを示すには？

- 稀少疾患ではランダム化比較試験が難しい
- 発症頻度少なすぎ十分な検出力を引き出すのに必要な対象者を集めるために膨大な時間と資金が必要
(小児であれば更に困難)

稀少疾患においてエビデンスを示すには？

- 発症頻度が低く自然歴も定かでないため、患者が発見されたらプールする仕組みが必要
 - ✓ 多施設共同の臨床研究
 - ✓ 疾病登録データベースの整備
- 臨床研究デザインの工夫 (代替アウトカムの利用)

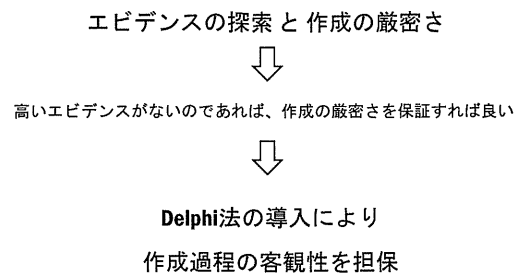
話の流れ



小児慢性特定疾病対策での取組み

- 小児慢性特定疾病対策は、小児期の慢性疾患に対する医療費等の助成事業
- 対象疾病は700以上であり、あらゆる分野を含む
- エビデンスが十分でない疾患が分野を超えて多数存在する中で、行政事業として統一された基準での診断基準作成が必要とされた

診療ガイドラインで求められるものは？



小児慢性特定疾病対策での取組み

- 診断基準の作成方法に客観性を持たせるため、医師以外の関係者(コメディカル、患者代表)を含めて、作成方法について Delphi変法による総意形成を施行
- 小児慢性特定疾病登録データベースを疾病登録データベースとしても活用することを目標に整備

作成方法についての総意形成

- カテゴリ A
 - ... 系統的レビューを行う事がふさわしくない場合
- カテゴリ B
 - ... 既に学会等により作成過程に客観性が担保されている診断ガイドラインが作成済の場合
- カテゴリ C
 - ... 新たに系統的レビューを行うことが適切である場合

話の流れ

背景

小児慢性特定疾病診断の手引き

自己炎症性疾患ガイドライン

考察

自己炎症性疾患の場合

稀少疾患の場合には **Randomised controlled trial** を行う事が難しく、エビデンスの高い報告が行われていない事が予想されるという背景がある。

しかし今回あえて稀少疾患に対し、通常のガイドライン作成手順を用いて作成する方針とした、自己炎症性疾患のガイドライン作成過程を紹介する。

方法論的には...

結局のところ、**Rare diseases** も **Common diseases** もエビデンス示すための方法は変わらない。

RCT が無いならば、たとえ逸話的な症例報告でも、判断の参考として無視してはならないという方針。

概要

- 厚労省研究班が主体
- 診断方法は研究班の成果として既に完成済
- 今回は治療に関してクリニカルクエスチョンを作成

検索方法

- 治療ごとに個別に検索を行うと取りこぼしが生じるため、基本は「疾患名 **AND** 全治療」のみでの検索で総ざらいを目指した。
- 今回の作成対象は自己炎症性疾患と呼ばれる分野に属し比較的症例の多い6疾患を対象とした

1. 家族性地中海熱

- 反復する発熱と漿膜炎
- 日本国内の患者数約**300**人
- 治療抵抗性の症例あり
- アミロイドーシスの合併が予後を左右する

1. 家族性地中海熱

網羅的検索結果 (CENTRAL+EMBASE+MEDLINE)

計 **2121** 文献

一次スクリーニング終了後



計 **83** 文献

まとめ

- 現在は一次スクリーニングが終了し、二次スクリーニングに入る段階（論文取寄せ中）
- 大凡一般の疾患と比べ検索される結果数が一桁少ない印象
- 今後二次スクリーニングで採用された論文の状況について確認し推奨決定までのプロセスを分析したい。

話の流れ

背景

小児慢性特定疾病診断の手引き

自己炎症性疾患ガイドライン

考察

確認事項1

診療ガイドラインの質
≠
含まれている科学的根拠の質

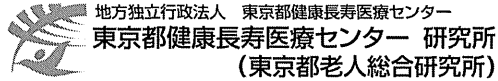
確認事項2

たとえ結果的に科学的根拠がなくとも
探してなかったという事実が大事

確認事項3

科学的根拠を求めることが不適切でも
客観的総意形成法といった方法で、
客観性を高めることが可能

多病とガイドライン



福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
石崎達郎

本日の内容

- Evidence-based clinical careの限界
- 多病 (multimorbidity) とは
- 国内での多病実態把握の一例
- 多病に対応可能な診療ガイドライン策定のために
- 次年度に向けて

Evidence-based clinical careの限界

(Ann Long-Term Care 2012;20:12)

- 質の高い診療ガイドラインは診療の質向上に有用
- 診療ガイドラインの限界
 - 単一の疾患について作成
 - 高齢患者(75歳/80歳以上)は除外
 - 複数の慢性疾患(多病)を有する者は除外
- 高齢患者(75+/80+)に機械的に適用すると
 - ケアの質低下(Boyd, et al. JAMA 2005)

multimorbidity(多病)とは

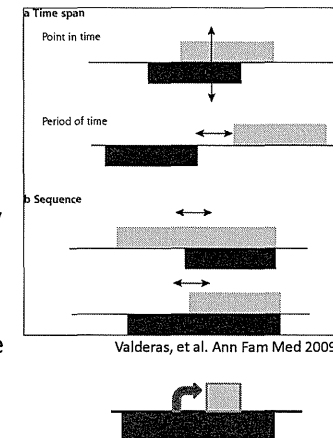
合併症: complication

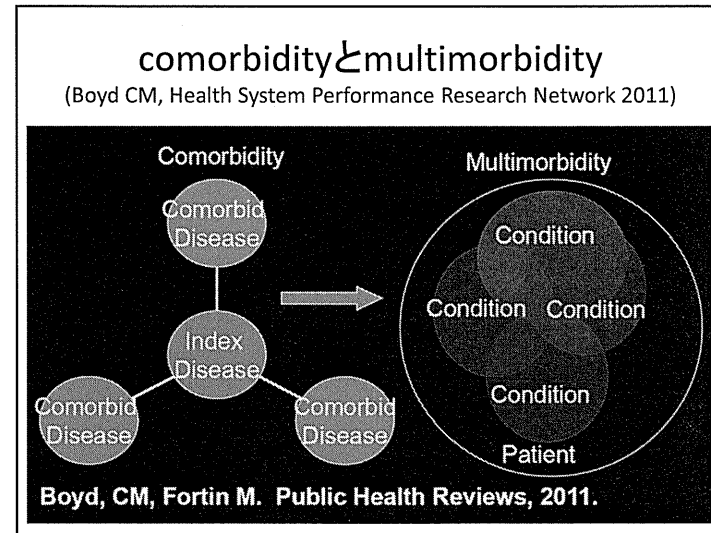
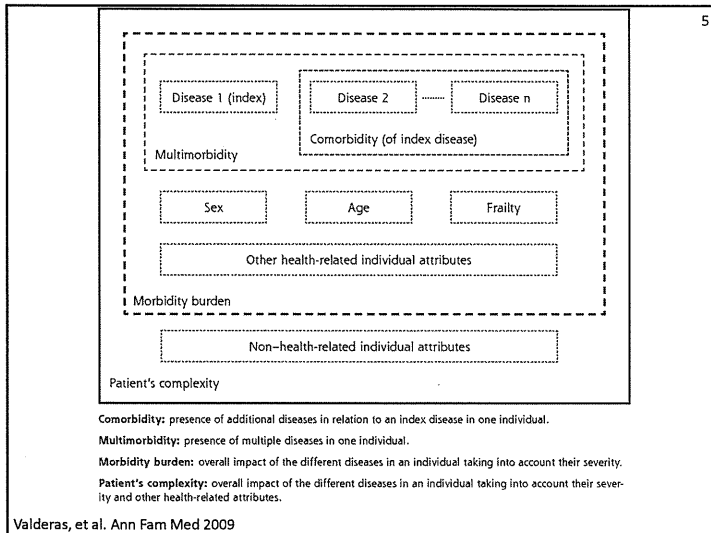
併存症: comorbidity

- The existence or occurrence of any distinct additional entity during the clinical course of a patient who has the index disease under study (Feinstein, et al. 1970)

多病: multimorbidity, multiple chronic conditions

- The co-occurrence of multiple diseases or medical conditions within 1 person (Valderas, et al. 2009)





- 7
- ### Problems commonly experienced by patients with multimorbidity (Wallece E, et al. BMJ 2015)
- Polypharmacy
 - Treatment burden
 - Functional difficulties
 - Reduced quality of life
 - Increased healthcare utilization
 - Fragmentation and poor coordination of care

8

多病の実態把握(東京都後期高齢者医療広域連合医療費分析、使用データ:2013/9~2014/7外来レセプト)
 対象疾患:後期高齢者に多く認められる重要な慢性疾患のうち、薬物治療を受けていると容易に考えられる8疾患

対象疾患	対象疾患の同定に用いた医薬品
関節症・脊椎障害	鎮痛薬(アセトアミノフェン・非ステロイド系抗炎症薬)内服薬のみ
高血圧症	降圧薬(Ca拮抗薬、ACE阻害薬、アンジオテンシンII受容体拮抗薬、 α/β 遮断薬、降圧利尿薬)
骨粗鬆症	ビスフォスフォネート製剤
脂質異常症	スタチン、フィブラート系薬
胃・十二指腸潰瘍	プロトンポンプ阻害薬、H2受容体拮抗薬
糖尿病	抗糖尿病薬(インスリン、スルホニル尿素薬、即効性インスリン分泌薬、ピグアナイド類、 α グルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン誘導体、インクレチン関連薬)
認知症	抗認知症薬(コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体アンタゴニスト)
白内障・緑内障	白内障治療薬(点眼薬のみ)、緑内障治療薬(点眼薬のみ)

2種類の疾患の併存状況(全体)

	人数	有病割合	高血圧症	胃・十二指腸潰瘍症	脂質異常症	関節症	骨粗鬆症	糖尿病	白内障・緑内障	認知症
高血圧症	774,889	58.6%		47.4%	40.8%	31.9%	15.8%	17.8%	13.4%	8.9%
胃十二指腸潰瘍症	542,722	41.0%	67.7%		39.2%	37.9%	19.2%	16.4%	14.0%	8.6%
脂質異常症	431,737	32.6%	73.3%	49.3%		33.1%	17.8%	21.6%	14.3%	8.0%
関節症	378,789	28.6%	65.2%	54.3%	37.8%		27.1%	14.1%	15.4%	7.6%
骨粗鬆症	196,259	14.8%	62.6%	53.0%	39.1%	52.3%		11.2%	15.9%	8.7%
糖尿病	186,052	14.1%	74.2%	47.9%	50.2%	28.6%	11.9%		14.4%	8.7%
白内障・緑内障	167,188	12.6%	62.2%	45.3%	37.0%	35.0%	18.7%	16.0%		6.5%
認知症	115,789	8.8%	59.8%	40.5%	29.7%	24.7%	14.8%	14.0%	9.3%	

多病のガイドライン作成時に考慮すべき点(Boyd, 2010)

- Were individuals with multiple morbidities in the studies considered?
- What is the quality of evidence for those with comorbidities?
- Is there within-trial heterogeneity of treatment effect?
- What are goals of therapy?
- What are highest priorities if recommendations cannot all be done in a person with comorbidities?
- How should patient preferences be discussed and incorporated?
- What interactions are common or important given highly prevalent comorbid conditions?
- What is the complexity of the recommended medication regimen?
- What is the burden of therapy?

診療ガイドラインの評価研究

UK (Hughes, et al. Age Ageing 2013)

- 糖尿病、心筋梗塞、変形性関節症、COPD、うつ病

UK (Dumbreck, et al. BMJ 2015)

- 糖尿病、慢性心不全、うつ病

Canada (Mutasingwa, et al. Can Fam Physician 2011)

- 糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全、うつ病、骨粗鬆症、高血圧症、GERD、COPD、変形性関節症

USA (Boyd, et al. JAMA 2005)

- 高血圧症、慢性心不全、安定狭心症、心房細動、脂質異常症、糖尿病、変形性関節症、COPD、骨粗鬆症

国限定なし(Lugtenberg, et al. PLoS One 2011)

- COPD、うつ病、糖尿病、変形性関節症

次年度に向けて

わが国の診療ガイドラインのレビュー

- 高頻度に認められる多病の組み合わせ
- 後期高齢患者診療で重要な慢性疾患の組み合わせ
 - 内科系疾患と外科系疾患
 - 身体疾患と精神疾患
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会、2015)

【平成 27 年度 公開シンポジウム (2016 年 2 月 24 日) 資料】

Shared decision making 〈SDM〉 の今・これから

: 診療ガイドラインの新たな可能性を考える

- * 根拠に基づく医療、診療ガイドライン、そして SDM
中山 健夫 (京都大学大学院医学研究科 教授) 126
- * SDM と意思決定支援
中山 和弘 (聖路加国際大学 教授) 131
- * 薬物療法における SDM
山本 美智子 (昭和薬科大学 教授) 137
- * SDM と診療ガイドラインの融合を考える
藤本 修平 (京都大学大学院博士後期課程) 145
- * 脳卒中リハビリテーションの立場から
今 法子 (河北リハビリテーション病院) 151
- * 地域医療の立場から
大浦 智子 (星城大学リハビリテーション学部 講師) 155
- * がんケアの立場から
瀬戸山 陽子 (東京医科大学医学部看護学科 講師) 160

Shared decision making 〈SDM〉 の今・これから

: 診療ガイドラインの新たな可能性を考える

日時 : 平成 28 年 2 月 24 日(水) 13:00~16:10 (12:45 受付開始)

場所 : 京都大学東京オフィス (品川インターシティ内)

〒108-6027 東京都港区港南 2-15-1 品川インターシティ A 棟 27 階

<http://www.kyoto-u.ac.jp/ja/tokyo-office/about/access.html>

代表者: 中山健夫(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授)

後援 : 公益財団法人日本医療機能評価機構 Minds

<主旨>

今日の医療において医療者と患者の協働的な関係づくりは大きな課題であり、そのキーワードの一つとして”shared decision making 〈SDM〉”への関心が高まっています。本シンポジウムでは、SDM をめぐる国内外の動向を概観し、SDM を可能とする上で重要なコミュニケーションの方法、「患者の医療者の意思決定の支援 (Minds 2014)」を目的とする診療ガイドラインの役割など、第一線の研究者と実践者からの報告をもとに、関心を持つ方々と広く意見交換を行いたいと願っています。

.....

< 第 1 部 > 13:00-14:20

1. 厚生労働省医政局 ご挨拶
2. 根拠に基づく医療、診療ガイドライン、そして SDM: 中山健夫 (京都大学大学院 教授)
3. 特別講演
 - 3-1 SDM と意思決定支援: 中山和弘 (聖路加国際大学 教授)
 - 3-2 薬物療法における SDM(仮): 山本美智子(昭和薬科大学 教授)

-休憩 10 分-

< 第 2 部 > 14:30-16:10 座長: 杉森裕樹(大東文化大学 教授)、中山健夫

4. 様々な医療の場における SDM の試み
 - 4-1. SDM と診療ガイドラインの融合を考える: 藤本修平(京都大学大学院博士後期課程)
 - 4-2. 脳卒中リハビリテーションの立場から: 今法子(河北リハビリテーション病院)
 - 4-3. 地域医療の立場から: 大浦智子(星城大学リハビリテーション学部 講師)
 - 4-4. がんケアの立場から: 瀬戸山陽子(東京医科大学医学部看護学科 講師)
5. シンポジウム「SDM: 何を・どのように共有するのか?」

患者と意思決定を共有するプロセスにおいて、何を共有する必要があるか、そのコミュニケーションで重要な要素、プロセスは何か、シンポジスト間、そしてフロア参加者の意見交換により議論を深める。

シンポジスト: 藤本修平、今法子、大浦智子、瀬戸山陽子

特別発言: 中山和弘、山本美智子

※ 事前登録は不要です

※ お問い合わせ先 E-mail : healthinfo_sec@umin.ac.jp

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金
『社会的責任に応える医療の基盤となる
診療ガイドラインの課題と可能性の研究』班・公開シンポジウム

SDM シンポジウム 2016

Shared decision making (SDM) の今・これから
：診療ガイドラインの新たな可能性を考える

日時：2016 年 2 月 24 日（水）13:00～16:30

会場：京都大学 東京オフィス

主催：平成 27 年度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）

『社会的責任に応える医療の基盤となる診療ガイドライン
の課題と可能性の研究』班（代表：中山健夫）

後援：公益財団法人 日本医療機能評価機構 Minds

◆ご注意事項◆

- ・本シンポジウムの撮影、録音はご遠慮ください。
- ・講演中の携帯電話の使用はお控えください。また、携帯電話はマナーモードに設定していただくか、電源をお切りくださいますようお願いいたします。
- ・会場で出ましたゴミなどはすべてお持ち帰りいただきますようお願いいたします。

ご挨拶

京都大学大学院医学研究科
社会健康医学系専攻健康情報学分野
中山 健夫

本日は、ご多忙のところ、SDM シンポジウムにご参加いただき、誠にありがとうございます。開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本事業の開催に際しまして、ご参加の皆様、厚生労働省様、ご講演いただく先生方、ご後援いただく日本医療機能評価機構 Minds 様に心より感謝申し上げます。

今回の開催は、厚生労働科学研究事業「社会的責任に応える医療の基盤となる診療ガイドラインの課題と可能性の研究」班において、診療ガイドラインの新たな可能性を提案するものです。

診療ガイドラインとは、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するための最適と考えられる推奨を提示する文書」と定義されます（Minds、診療ガイドライン作成の手引き 2014）。これは、診療ガイドラインが、「患者と医療者の意思決定を支援する」ためのツールになり得ることを示しています。

一方、根拠に基づく医療（EBM）が誕生し、発展した同じ 1990 年代に、患者と医療者が治療や検査などに対する意思決定に至る過程を共有するコミュニケーションとして、Shared decision making (SDM) が提唱され始めました。これまで、Informed consent（説明と同意）が医療者と患者の主な合意形成手法であった時代から、近年では特に不確実性の高い治療選択において、SDM の重要性が急速に高まりつつあります。

患者と医療者の意思決定を支援する診療ガイドラインにより、SDM という患者と医療者が治療に至る過程を共有するコミュニケーションが進めば、患者と医療者が困難で複雑な課題に協働して向き合っていけるような、新たな関係づくりの可能性が広がるかもしれません。

そのような背景から、今後の継続的な SDM シンポジウムの第 1 回として、本会を位置づけ、開催するに至りました。今回は、意思決定支援や SDM に関する専門家の先生方にご講演いただき、シンポジウムを通して、ご参加いただきました皆様と意見交換ができればと願っております。

今後とも、皆様の更なるご支援・ご協力を賜りますことをお願い申し上げます。