

厚生労働省委託事業：

EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業

診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態
についての調査・研究

平成 26 年度 総括研究報告書

主任研究者 今中 雄一

平成 27（2015）年 3 月

診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についての調査・研究

研究責任者：

今中雄一 (京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野 教授)

研究実施者：

佐々木典子 (京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野 助教)

研究協力者：

山口直人 (東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座 主任教授
公益財団法人 日本医療機能評価機構 特命理事、EBM 医療情報部)

吉田雅博 (公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 部長)

奥村晃子 (公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部リーダー)

矢口明子 (公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部)

畠山洋輔 (公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部)

遠藤源樹 (東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座 助教)

猪飼宏 (京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野 講師)

研究要旨

【背景】Minds (<http://minds.jcqh.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002 年設立以来 EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく診療ガイドライン掲載や、国際的な動向を踏まえた、より質の高い診療ガイドライン作成方法の普及を中心に事業を進めてきた。その結果、多くの疾患・テーマに関する診療ガイドラインが標準化されて作成され、ホームページなどによる検索機能と併せて、多くの医師・患者を含む利害関係者が診療ガイドラインにアクセスしやすい環境が整ってきた。しかしながら、これらの診療ガイドラインが、実際に臨床現場でどの程度活用され、また遵守されているか、また活用の際に、何が阻害要因になっているか等については、まだ十分に把握されているとはいえない。諸外国では診療ガイドラインや医療の質指標 (QI) の普及についての研究が特定の疾患領域を中心に報告されているが、日本でこれらのトピックを扱った研究はなく、診療ガイドラインおよびその指標となる QI の利活用の実態および課題は不明であり、明らかにする社会的ニーズは大きい。

【目的】本研究は、診療ガイドラインと医療の質指標 QI の意識・活用状況に関する重要項目を明らかにするために、1) 診療ガイドラインと QI の利用実態について調べ、2) 情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握して、3) 診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討することを目的とする。

【方法の概略】

[インタビュー調査] 実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、また、それに関係しうる研修等がどのように行われているかについて、臨床研修病院として研修体制の充実した病院を対象にインタビュー調査および簡易版アンケート調査を実施する。

調査期間：2014年6月～8月 **対象：**参加同意の得られた5病院

対象者：対象病院の幹部:①院長、②質管理 and/or 情報管理に責任を持つ医師リーダーまたは副院長(診療/診療の質担当)、③研修教育に責任をもつ医師リーダー および研修医:④初期研修医(5-6名)、⑤後期研修医(5-6名)。④⑤はグループインタビューとする。

[調査票調査] 関連研究文献レビューとインタビュー調査を踏まえて作成した調査票を用いて、対象病院内の対象者に調査を行う。

対象：京都大学 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 参加 418 病院。第1段階として病院用調査(対象者; 施設代表者)を実施し、参加同意の得られた病院に対し、第2段階として研修医向け調査(対象者; 初期研修医全員および後期研修医全員、ただし多数の場合は各々20名まで)を実施する。

解析方法：調査票のデータで情報検索環境、診療ガイドライン、QI 活用状況をみる。また、QIP の DPC データで診療ガイドライン遵守状況等を QI を用いて測定する。2つのデータは、病院レベルで突合させて、解析を行う。病院名が匿名化されたデータを用いて、診療ガイドライン活用の実態を把握し、情報検索環境等と診療ガイドライン、QI との関連をみる。

【結果と考察】

[インタビュー調査]

- ・情報インフラおよび情報検索環境は病院により大きく異なった。
- ・タブレット等個人端末を持ち歩く若い医師が多く、診療ガイドラインはそのような環境に適応した形、すなわちタブレット等でも使いやすくすることが重要であると考えられた。

[調査票調査(病院用)中間集計結果] 回収途中で、まず151病院で中間集計を行った。

- ・情報環境は病院により大きく異なり、ばらついていた。
- ・診療に関連する情報検索活動は、デジタルで盛んに行われているが、診療ガイドライン等への必要な情報源に必ずしもアクセスしやすい環境とはなっていない。今後の診療ガイドラインはデジタル検索で使いやすいものを作成していく必要がある。
- ・EBM(根拠に基づく医療)や診療ガイドラインを病院として推奨している施設は、約60%弱を占めた(各々84/150、88/147)。
- ・QIの認知度が高まり、活用されだしてきている(特に病院幹部、関連事務系職員)。各科部長クラスや現場医療スタッフの活用はまだ約20%程度にとどまるため、病院内で広く活用されるためには、院内でさらなる周知が必要である。

【インタビュー調査結果(概要)】

詳細結果は5病院比較表参照。

診療ガイドラインの活用状況を示す代表的な意見につき、下記に示す。

1. 診療ガイドラインの“利点”と感ずること
 - ・ 基本的・標準的なこと（診療）を知る際に参考にする
 - ・ カンファレンスや発表の準備で使う
 - ・ 他科の疾患・新しい疾患の概要を知る（教科書的に読む）
 - ・ 治療方針を決めるときに、よく見る
 - ・ 訴訟の予防を意識して参考にする。
 - ・ 患者への説明の際に、資料として使用することがある
2. 診療ガイドラインへの要望
 - ・ ガイドラインの情報は最新ではない（最新のものほしい）
 - ・ オンラインで読みたい（読めないなら、使わない）
 - ・ 無料で提供してほしい。学会員でないと参照できない場合が多い
 - ・ ダウンロードして使用したい
3. 教育・研修場面での診療ガイドラインの活用状況
 - ・ 勉強会・学会発表の準備の際に使用
 - ・ 勉強会で自分たちの行っている診療が診療ガイドラインに則っているかを調べることもある
 - ・ 指導医からガイドラインを見るように言われることは多くない
 - ・ 学生時代に診療ガイドラインの使い方を習った人もいた
4. 診療に関する情報の検索行動
 - ・ インターネットを多用する若手医師が多い（情報の信頼性よりも入手しやすさを重視）
 - ・ インターネット検索（Google/Yahoo）＋他の医師に聞く＋レジデントマニュアルを参照する
 - ・ はじめての疾患については、PubMed、Harrison 電子版、UpToDate を調べる
 - ・ タブレット等個人端末を持ち歩く。院内情報検索環境が整備され、その必要がない病院もあり（情報検索環境は、病院間に大きな差）

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての 調査票調査[病院用] 中間集計（暫定版）抜粋

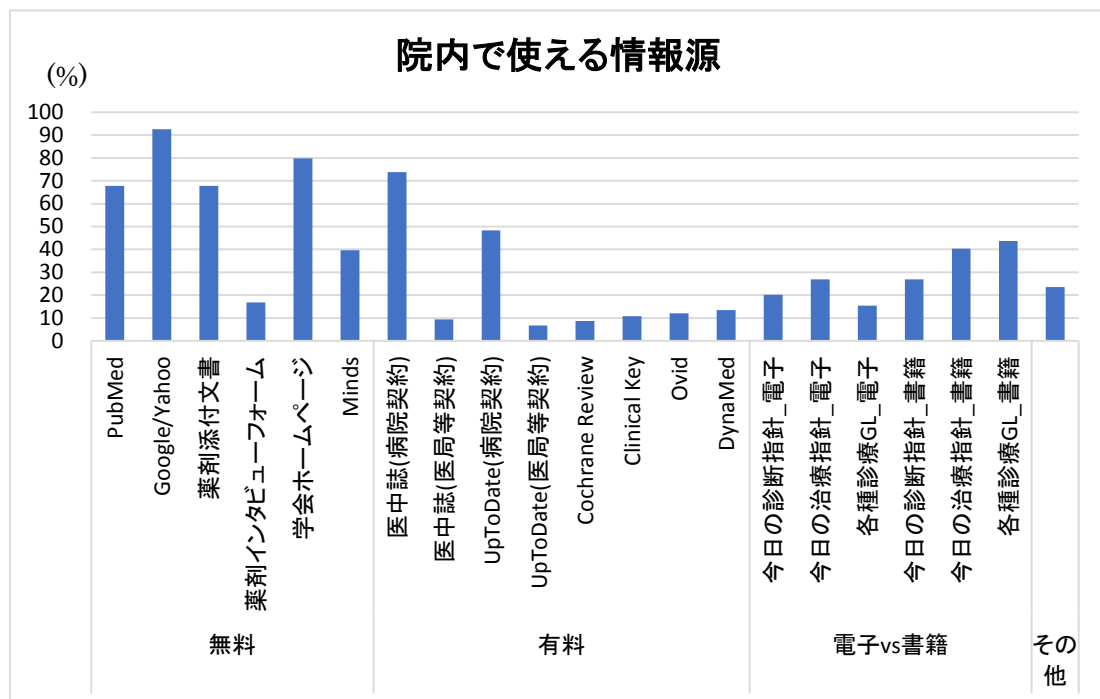
【解析対象】2015年1月～2月調査票にご回答いただいた QIP 参加 151 病院 施設代表者
(回収率 36.1%中間集計 2015年3月8日時点)

【回答者属性】役職：施設代表者 86 事務長ほか 53 無回答 12
性別：男性/女性 123 (87%) /19(13%)
年代：20代/30代/40代/50代/60代以上 4(3%)/20(14%)/24(17%)/48(34%)/44(31%)

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

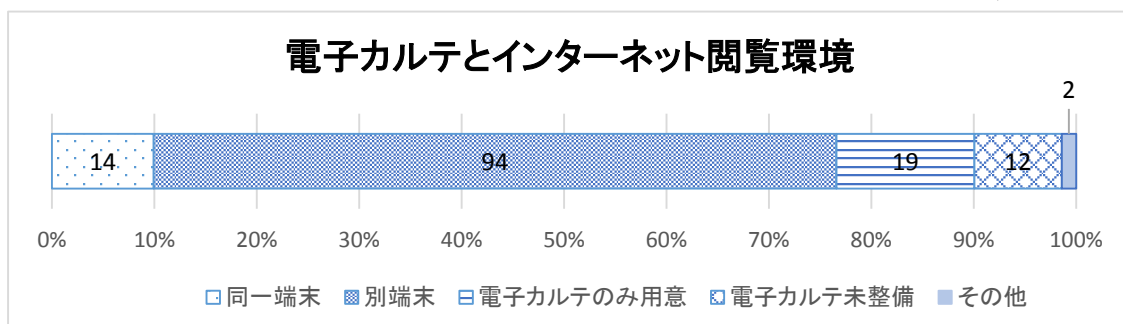
問1(2)どのような情報源を使えるようにしていますか？

(あてはまるものすべてに☑を記入してください) (有効回答 n=149, 95.3%)



問2 貴院における電子カルテとインターネットの状況を教えてください。

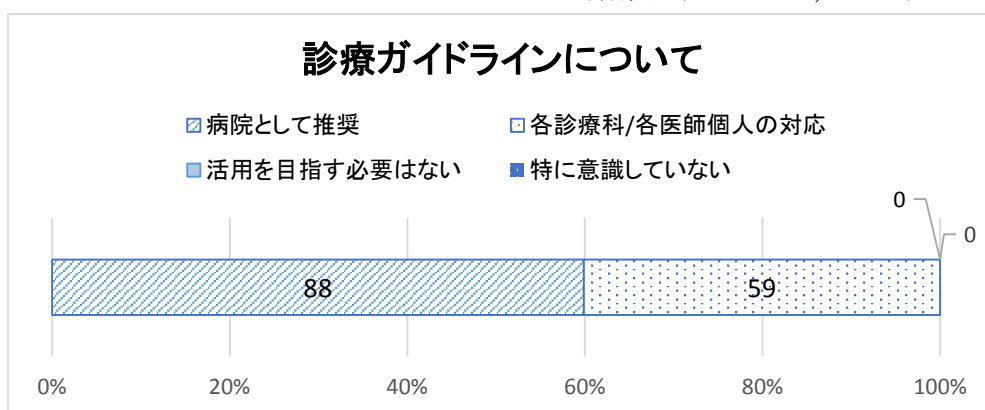
(1) (有効回答 n=141, 93.4%)



2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

問 5 診療ガイドラインについて、貴院ではどのような方針ですか。

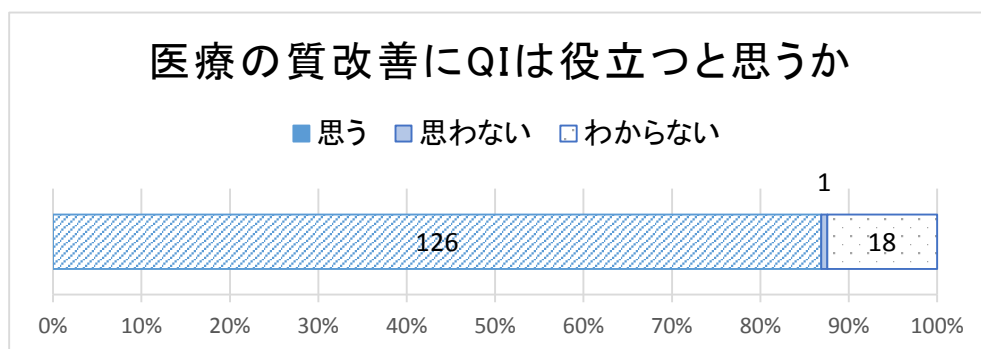
(有効回答 n=147, 97.4%)



3. 日常診療における QI (医療の質の指標) の活用状況

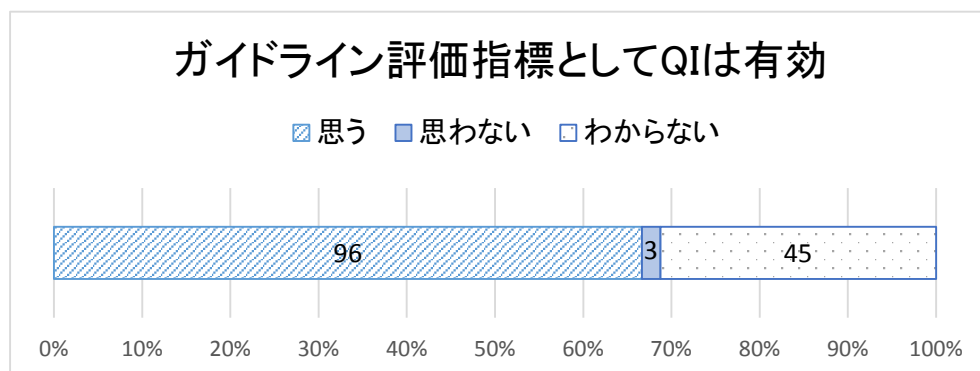
問 8 医療の質指標(QI: Quality indicators)について

(6) QI は医療の質改善に役立つと思いますか。(有効回答 n=145, 96.0%)



(8) 診療ガイドライン活用を評価する指標として QI は有効だと思いますか。

(有効回答 n=144, 95.4%)



診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態 についての調査・研究

目次

1. 背景
2. 研究の設計
3. 研究計画
添付資料(1)-(4)
4. 質問紙調査票作成のためのインタビュー調査(5 病院)
調査概要
インタビュー調査ご協力をお願い
インタビュー項目概要
インタビュー時に用いた調査票
インタビュー調査結果 (1) : 5 病院比較表
インタビュー調査結果 (2) : 代表的意見
インタビュー調査結果 (3) : 病院ごとインタビュー調査要点
5. 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての質問紙調査 (病院対象)
調査票調査ご協力をお願い
調査の手順
研修医向け調査票調査 参加同意書
調査票[病院用]
中間集計(暫定版)
中間集計まとめ・考察
6. 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての質問紙調査 (研修医対象)
施設代表者・調査担当者向け挨拶
調査票配布および返送の手順
調査票調査へのご協力依頼(研修医配布用)
調査票[研修医用]
7. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル
テーマ : 推奨作成における医療制度・経済的視点の考慮 [案]

8. 診療ガイドライン活用・遵守状況の測定について

(第16回 診療ガイドライン作成グループ意見交換会 2014/12/20 報告スライド)

9. 資料

- ・インタビュー調査聞き取り文面

1. 背景

1. 背景

Minds (<http://minds.jcqh.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002 年設立以来 EBM 普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく診療ガイドライン掲載や、国際的な動向を踏まえた、より質の高い診療ガイドライン作成方法の普及を中心に事業を進めてきた。その結果、多くの疾患・テーマに関する診療ガイドラインが標準化されて作成され、ホームページなどによる検索機能と併せて、多くの医師・患者を含む利害関係者が診療ガイドラインにアクセスしやすい環境が整ってきた。

しかしながら、これらの診療ガイドラインが、実際に臨床現場でどの程度活用され、また遵守されているか、また活用の際に、何が阻害要因になっているか等については、まだ十分に把握されているとはいえない。諸外国では診療ガイドラインや **QI** の普及についての研究が特定の疾患領域を中心に報告されているが¹⁻¹⁵、日本でこれらのトピックを扱った研究はなく、診療ガイドラインおよびその指標となる **QI** の利活用の実態および課題は不明である。さらに、病院ごとに異なることが予測される診療における **Information Technology** (以下、**IT**)整備環境および利用状況と診療ガイドライン等 **EBM** 情報を活用した診療との関連について検討した研究はまだない。

そこで、本研究では全国の約 300 病院が参加し、**DPC** データを用いて医療の質の評価と向上を目的としたデータ収集・解析・報告を行っている(1995 年～)、京都大学 **QIP(Quality Indicator Project)** プロジェクトと連携し、調査票調査を 2 側面から行って(対象：施設代表者及び研修医)、各病院の **IT** 整備環境や **EBM** への姿勢、また若手医師の **IT** 利用状況および診療ガイドラインの活用についての認知・行動について調査する。さらに、調査票調査集計結果と各施設との **QI** 利活用の実態との関連を探る。

本研究により、診療における **IT** 利用環境を念頭において、診療ガイドラインおよびガイドラインと表裏一体の関係にある **QI** の活用実態が把握できる。診療ガイドライン活用の促進要因と阻害要因を、個人レベル、診療科レベル、医療機関レベルで詳細に把握することで、全国の医療機関において診療ガイドライン活用が促進されるための方策を検討・提案することが可能となる。また、診療ガイドラインに則った診療(**Evidence-based practice**)を全国により広く普及させ、医療の質の維持・向上を実現する一助となることも期待される。

<参考文献>

1. Makdisse M, Katz M, Corrêa AaG, Forlenza LM, Perin MA, de Brito Júnior FS, et al. Effect of implementing an acute myocardial infarction guideline on quality indicators. *Einstein (Sao Paulo)* 2013;11:357-363.
2. McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin CL, Kistler C, et al.

Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2013;1-520.

3. Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L, et al. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *Int J Evid Based Healthc* 2010;8:79-89.

4. Kryworuchko J, Stacey D, Bai N, Graham ID. Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). *Implement Sci* 2009;4:49.

5. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.

6. Mehta RH, Montoye CK, Faul J, Nagle DJ, Kure J, Raj E, et al. Enhancing quality of care for acute myocardial infarction: shifting the focus of improvement from key indicators to process of care and tool use: the American College of Cardiology Acute Myocardial Infarction Guidelines Applied in Practice Project in Michigan: Flint and Saginaw Expansion. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:2166-2173.

7. Michie S, Johnston M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ* 2004;328:343-345.

8. Sanborn TA, Jacobs AK, Frederick PD, Every NR, French WJ, Investigators NRoMIA. Comparability of quality-of-care indicators for emergency coronary angioplasty in patients with acute myocardial infarction regardless of on-site cardiac surgery (report from the National Registry of Myocardial Infarction). *Am J Cardiol* 2004;93:1335-1339, A1335.

9. Foy R, MacLennan G, Grimshaw J, Penney G, Campbell M, Grol R. Attributes of clinical recommendations that influence change in practice following audit and feedback. *J Clin Epidemiol* 2002;55:717-722.

10. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, et al. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA* 2002;287:1269-1276.

11. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-530.

12. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-861.

13. Grol R, Zwaard A, Mookink H, Dalhuijsen J, Casparie A. Dissemination of guidelines: which sources do physicians use in order to be informed? *Int J Qual Health Care* 1998;10:135-140.
14. Melmed GY, Siegel CA. Quality improvement in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2013;9:286-292.
15. Werbrouck J, Bouche G, de Jonge E, Jacomen G, D'Hondt V, Denys H, et al. Evaluation of the quality of the management of cancer of the corpus uteri--selection of relevant quality indicators and implementation in Belgium. *Gynecol Oncol.* 2013;131:512-519.

2.研究の設計

－Minds 事業と QIP との連携に関する検討－計画書 ver.3

【背景】

Minds では、設立の平成 14 年度から、そして平成 23-25 年度にかけて、EBM 普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく診療ガイドライン掲載、国際的な動向を踏まえた診療ガイドライン作成方法の提示を中心に事業を進めてきた。

その結果、診療ガイドラインは近年多くの疾患について標準化され、整備されてきた。一方で、実際に臨床現場でどのように活用されているのか、また診療ガイドラインの遵守状況や、診療ガイドラインを活用する際の障害などについては、まだ十分に評価されているとはいえない。

平成 26-27 年度にかけては、上記事業内容の継続発展を図るとともに、診療ガイドラインの活用の把握と促進に向けた取り組みとして QI（臨床指標）を用いた事業計画を行う。

【目的】

診療ガイドライン活用状況の実態把握と活用促進方法の検討を行う。より具体的には、以下の（I）～（V）を行う。

- (I) QIP の QI（開発・改訂を重ねる）を用いて、診療ガイドラインの遵守状況を定量的に測定する
- (II) 診療ガイドラインに対する意識や活用状況の実態を把握する
- (III) 診療ガイドライン活用促進へのアプローチを開発する
- (IV) ガイドライン作成グループとの連携を図り、診療ガイドラインの推奨から QI を作成する方法、QI を考慮した推奨作成方法を提案する。
- (V) 診療ガイドライン利用者からのフィードバック内容をガイドライン作成グループに提供する。

【方法】

Quality Indicator/Improvement Project (QIP; 全国から自発的参加のベンチマーキング研究事業) の参加約 300 病院(随時募集して参加病院増加を目指す)を対象に、以下の検討を行う。

- (I) QIP の QI（開発・改訂を重ねる）を用いて、診療ガイドラインの遵守状況を定量的に測定する
 - ・ QIP の QI(従来開発された定義)を用いて、測定を行う。
 - ・ 新たに QI を作成・改訂したものを用いて、試行、実測を行う。
 - ・ 多施設比較できる形で病院に定期的にフィードバックし、よりよい測定方

法、フィードバック方法を検討する。

- ・ データ提供協力の徹底度を向上する努力をする。
- ・ ガイドライン作成グループとの連携を図り、QI に関するニーズの把握と対応を行う。

(II) 診療ガイドラインに対する意識や活用状況の実態を把握する

- ・ 上記(I)の結果に基づいて、QIP 参加病院を対象に質問紙調査等を実施し、また、適宜面談調査を行い、以下に示す項目に関する実態を把握する。
 - 病院における診療ガイドラインに対する認識
 - 診療ガイドラインの活用状況
 - 診療ガイドラインに沿った診療の実施状況と、遵守の障害要因の把握

(III) 診療ガイドライン活用促進へのアプローチを開発する

- ・ 病院における診療ガイドライン活用促進へのアプローチを開発し、試行に基づく改善への取り組みを行う。
- ・ データ、解析結果のフィードバックの場を設ける(セミナーなど)
- ・ ワークショップなど双方向性コミュニケーションを通じて、お互いの課題・工夫やベストプラクティスの共有など、診療ガイドラインの活用促進を図ると同時に、現場における普及の障害要因等も探る。

2年間の主なアクションの予定

① 定例推進会議

- ・ Minds-QIP ワーキンググループを立ち上げ、原則毎月第一金曜日に、対面会議もしくは電話会議(Skype 会議含む)。

② 診療ガイドライン遵守状況(プロセス指標等)の病院へのフィードバック

- ・ 年2回、多施設比較が可能な形でフィードバックする。

③ 診療ガイドライン活用に関する病院の臨床医等へのインタビュー

- ・ 年1回以上、1回数病院に対して調査を実施する。

④ セミナーもしくはワークショップ(対象: データ協力病院関係者他)

- ・ 1年目1回: 2015年1月中に Minds-QIP ワークショップ開催予定
- ・ 2年目1~2回: 時期は未定

⑤ ガイドライン作成グループと連携を図り QI に関するニーズの把握と対応

- ・ 診療ガイドライン作成グループ意見交換会を開催する。
(対象: 診療ガイドライン作成グループ代表)
- ・ 1年目: 2014年12月に開催予定
- ・ 2年目: 2015年6月または12月に開催予定

⑥ 報告書としてのデータブック作成(年度毎)

■新たな試みの年次計画(今回の契約期間は2年)

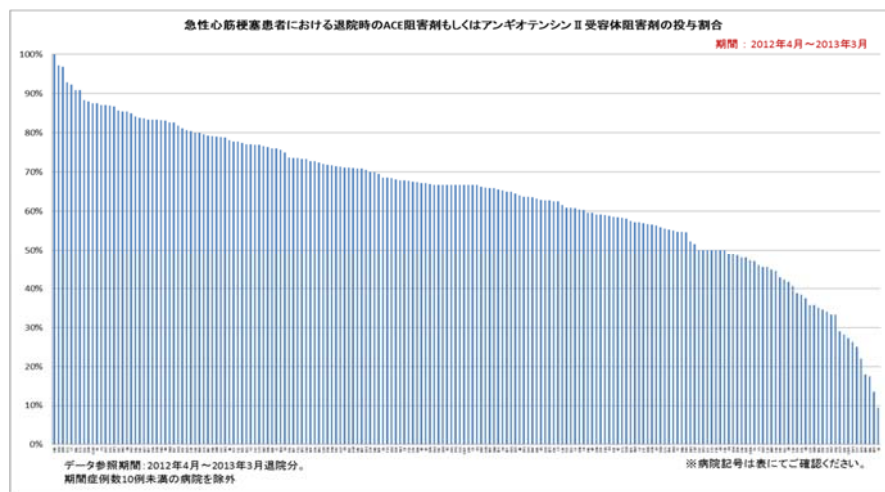
	(Ⅰ) 診療ガイドライン遵守状況の測定	(Ⅱ) 医療者の意識、診療ガイドライン活用状況の把握	(Ⅲ) 診療ガイドライン活用促進のためのアプローチ
1年目	<ul style="list-style-type: none"> ・ QI の定義に基づき多施設で測定し、当プロジェクトとして病院にフィードバックを開始する。 ・ ガイドライン作成グループと連携し QI に関するニーズ把握を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意識・活用状況に関する重要項目を収集・整理する ・ 調査票調査その1(プレテスト) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院へのフィードバックや現場の医療者の面談調査、ワークショップなど試行を行う。
2年目	<ul style="list-style-type: none"> ・ QI の定義を洗練し、新たに作成する。 ・ 新たな QI を実測し、より工夫してフィードバックする。 ・ ガイドライン作成グループと連携を図り、QI に関するニーズの把握と対応を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 系統的に意識・活用状況を把握する体系を試みに作る ・ 調査票調査その2(Baseline 測定) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ より効果的なフィードバックやワークショップを体系的に設計し実践を重ね改善する。
(3年目以降)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の算出、フィードバックを続けながら、時系列データでガイドライン遵守状況へのインパクト評価を行う。 ・ Minds 当プロジェクトと効果を図り見える化する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記で構築した体系的把握方法を適用していく ・ 右記活用のためのアプローチに対する意識・評価や行動変容を把握していく ・ 当アプローチを強化するための情報を収集し分析する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療ガイドライン活用促進のための包括アプローチを強化しつつ、診療ガイドライン活用・普及を図っていく。 ・ 当アプローチのインパクト評価を行い、Minds 当プロジェクト効果を見える化する。

【期待される成果】

- (I) QIP の QI を用いて、各種プロセス指標など診療ガイドラインの遵守状況が定量的に把握される。

・多施設の状況がわかる。

例)



・ガイドライン作成グループとの連携が構築される。(近未来的にはガイドラインに QI や遵守状況の把握が触れられるなど、内容的に関連してくることを目指す。)

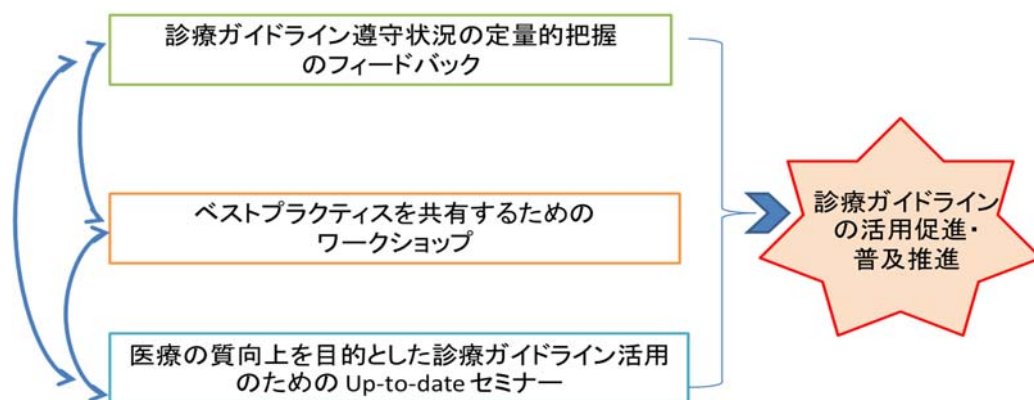
- (II) 診療ガイドラインに対する意識や活用状況の実態を把握する

例) ・診療ガイドライン活用に関する障害と促進要因

- ・診療ガイドラインのベストプラクティスの事例研究
- ・医療者レベルの動機づけ(モチベーション)、教育・訓練に関する要因
- ・制度・政策に望まれる要素の明確化 等

- (III) 診療ガイドライン活用促進へのアプローチの開発

例)



3.研究計画

平成 26 年度厚生労働省委託事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業研究報告書
診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についての調査・研究

A. 目的

本研究は、診療ガイドラインおよび医療の質指標(QI)の意識・活用状況に関する重要項目を明らかにするために、①診療ガイドラインおよび QI の利用実態について調べ、②情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握して、③診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討することを目的として、できる限り多くの病院において調査票調査を行う。

研究仮説は、「Evidence Based Medicine (EBM)関連のデータベースを検索・利用しやすい環境にある施設では、そうでない施設に比べて QI の値が高い」、である。

さらに、診療ガイドラインの使用や QI の遵守率との関連因子について、探索的研究も行う。

B. 対象と方法

1. 研究デザイン

調査①：無記名自記式調査票調査（多施設横断研究）

QIP（Quality Indicator/Improvement Project、詳細は後述）参加病院から、無記名自記式調査票調査によりデータを得る。

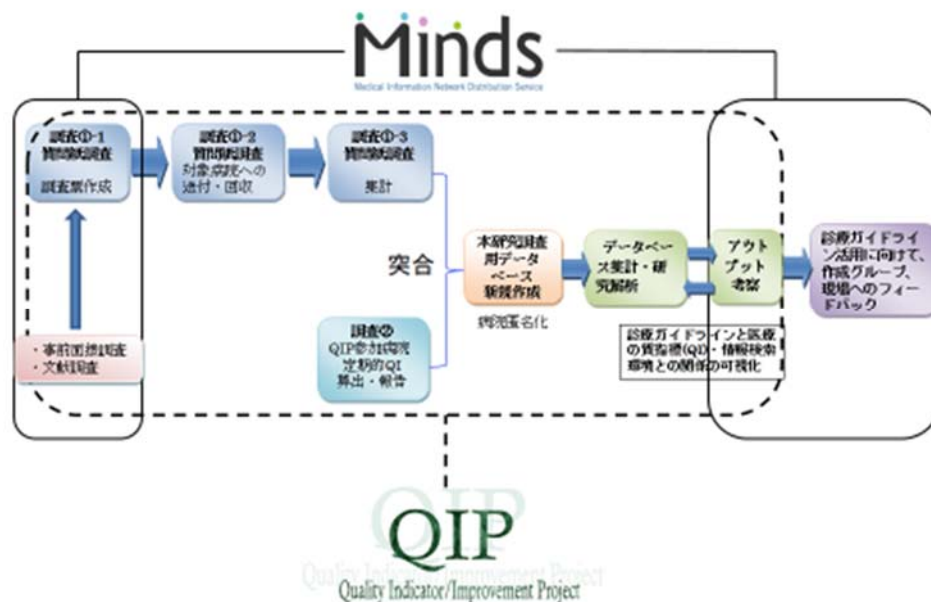
より多くの病院から情報を収集できるよう、関連研究の文献レビューや医療者のインタビューを踏まえて作成した調査票調査を病院向け、研修医向けの 2 段階で、時間差で行う。まず全国 QIP 参加病院に対する情報環境に関する調査(病院向け)を行い、次の段階として、研修医への調査に同意をいただいた病院に対し、情報検索行動・診療ガイドラインおよび QI の利活用実態（教育体制含む）に関する調査(研修医向け)を実施する。

調査②：DPC データを用いた QI 指標算出（多施設横断研究）

また、当該施設より得られた診療ガイドライン遵守に係る各種 QI 指標を、DPC データを用いて算出すると同時に、施設の医療資源を示す指標(一般病床数、研修医数、専門医数等)についてもデータを得る。

調査票のデータで情報検索環境、診療ガイドライン、QI 活用状況をみる。また、QIP の DPC データで診療ガイドライン遵守状況等を QI を用いて測定する。2つのデータは、病院レベルで突合させて、解析を行う。病院名が匿名化されたデータを用いて、診療ガイドライン活用の実態を把握し、情報検索環境等と診療ガイドライン、QI との関連をみる。

QIP 事務局(京都大学医療経済学分野)と Minds 担当者(日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部)の研究分担の関係を以下に表示する。



2. 対象となる被験者(セッティング、解析対象データ)

1) セッティング

- ・ **データ取得を行う施設**：本研究の参加施設は、全国に分布する Quality Indicator/Improvement Project (QIP) (<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>) 参加約 400 病院のうち、DPC データを定期的に提出している病院で、後述の手順[4. 対象病院・対象者選定の手順]で研究の趣旨に賛同し、同意を得られた病院とする。

セッティング概略は以下のとおりである。

第1段階：本研究の趣旨(添付資料(1))および、診療ガイドラインや QI に対する病院の方針・姿勢、情報検索環境概略および教育方針について、院長等施設代表者に、病院向け調査票調査(添付資料(2))を郵送で依頼する。

同時に研修医に対する調査票調査について、研究の趣旨に賛同いただければ、同意書を得て(添付資料(3))、返送いただく。

第2段階：上記同意を得られた病院の研修医に対し、研修医向け調査票(添付資料(4))を用いて、別途調査票調査を郵送にて実施する。

- ・ **対象者選定**：調査協力に同意いただいた下記適格基準に該当する医師。
- ・ **なぜそれが適当か**：医師個人の情報検索行動は、勤務病院の情報インフラ環境や病院の方針に大きく影響されると考えられる。そのため、まず、病院における情報検索環境や診療ガイドライン/医療の質の指標(QI)、Evidence-based practice に関する方針を明らかにする目的で、研修医への調査票調査承諾の有無に関わらず、病院

向けの調査票調査を行い、次に、診療ガイドラインに対する意識・活用状況や情報検索行動について、各研修医へ調査票調査を行う 2 段階構成が適切と考えた。

2) サンプルサイズ（対象者の人数）およびその算定根拠

実施可能性を考慮して、「3.1 選択基準」のように、サンプルサイズを設定した。

当該研究は探索的記述研究であり厳密な検出力計算を必要としない。また研究の目的は多施設における診療ガイドラインおよび QI の利活用実態調査であり、初期および後期の年間研修医数が各数名から数十名と病院によりばらつきが大きいことを考慮した。

3. 適格基準

3.1 選択基準

対象は、基本的に院内の初期研修医全員および後期研修医全員とする。20 名より多い場合は、それぞれ 20 名とする。20 名選ぶ場合は、各病院長に各診療科、診療経験年数等対象者が重ならないよう、ランダムに選ぶように依頼する。

設定根拠：初期研修医、後期研修医では研修体制、経験年数により、診療に対する考え方にも違いが出てくることが予測され、層別化して検討することとした。

3.2 除外基準

以下のいずれかに抵触する者は本研究に含めない。

- 1) 同意を得られなかった者
- 2) その他、研究責任者が参加者として不適当と判断した者

設定根拠：調査票調査で課題を明らかにするには、研究の趣旨を理解していただく必要があるため。

4. 対象病院・対象者選定の手順

対象病院・対象者選定の流れ

第 1 段階：本研究の趣旨(添付資料(1))および、診療ガイドラインや QI に対する病院の方針・姿勢、情報検索環境概略および教育方針について、院長等施設代表者に病院向け調査票(添付資料(2))を郵送で依頼する。

同時に研修医に対する調査について、研究の趣旨に賛同いただければ、同意書(添付資料(3))を返送いただく。

第 2 段階：上記同意を得られた病院の研修医に対し、研修医向け調査票(添付資料(4))調査を郵送にて実施する。

回収方法は、対象病院に対し、調査票調査および回答人数分の封筒を予め送付し、一定期間を設けて回答いただく。回答内容が配布・収集者にわからないよう、回答は無記

名で封筒に入れ、回答者に予め封をしていただく。それを代表者が収集し、事務局へまとめて送付いただく。

中止基準

研究責任者及び研究分担者は以下の理由で研究継続が不可能と判断した場合には、研究を中止する。

- 1) 研究自体が中止された場合
- 2) 対象者の利益や公益に反することにつながりうる事象が発生した場合
- 3) その他の理由により、研究責任者が研究を中止することが適切と判断した場合。

5. 観察・調査項目とスケジュール

1) 測定項目、測定方法、測定者または測定機関

調査①：無記名自記式調査票調査

- 測定項目
 - 施設単位：情報検索環境等（「調査票調査_病院用」添付資料(2)）各項目参照
 - 研修医個人単位：情報検索環境、診療ガイドライン活用の頻度等（「調査票調査_研修医用」添付資料(4)）
- 測定方法：無記名自記式調査票調査
- 測定者：研究責任者、研究実施者、研究協力者のチーム

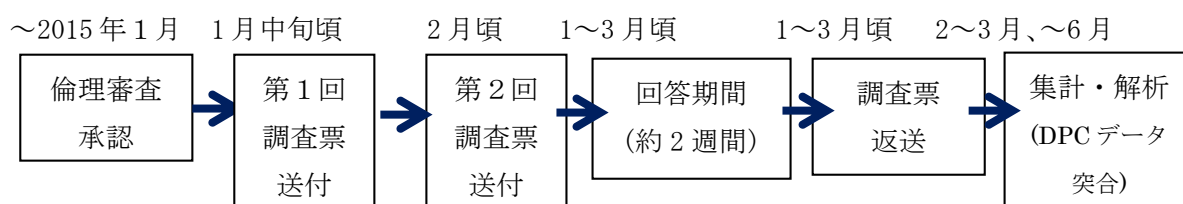
調査②：DPC データを用いた QI 指標算出

- 測定項目
 - 施設単位：各種 QI 値（例：急性心筋梗塞におけるバイアスピリン処方割合、脳卒中における tPA 実施割合）
- 測定方法：対象施設から提出された DPC データを用いて算出する
- 測定者：研究責任者、研究実施者のチーム

2) スケジュール

研究実施期間

倫理委員会承認後 ～ 2016年3月31日



6. 解析の概要

1) 主要評価項目、副次的評価項目の定義

主要評価項目：診療ガイドライン利活用、QI 値

副次的評価項目：なし

2) 主な解析方法

- ・ 解析対象者背景の記述
解析対象者の研修年数(初期研修医、後期研修医)別に対象者背景を記述統計で解析する。(連続データの場合は要約統計量を示し、分類データの場合は頻度および割合を示す)
- ・ 初期研修医/後期研修医 2 群間の比較や病院間の比較を行う。
- ・ 情報環境、診療ガイドライン利活用、および QI 値との関連および関連要因について検討する。
- ・ 多変量解析も用いる。

C.倫理的配慮等

1. 説明と同意

調査①：無記名自記式調査票調査（2段階：病院調査後に研修医調査）

対象病院の院長に本研究趣旨説明用紙、病院向け調査票調査を送付・実施同意を得られた病院において、研修医等の調査対象者を適宜選択いただく。そのため、調査票用紙への回答を持って、同意をいただくものとみなす旨、同用紙へ明示的に記載する(添付資料(1)参照)。

無記名自記式調査票調査で、質問内容が心理的苦痛をもたらさないと考えられるため、個別の同意取得は必要ない。

調査②：DPC データを用いた QI 指標算出

QIP を通じて得た DPC データに基づく研究については、京都大学医学研究科・医学部医の倫理委員会による倫理審査を経て、継続的に承認を受けてきている。参加施設からは DPC データの研究利用に関して、調査票調査等から得られたデータと病院とを連結して解析を行うことも含めて同意を得ている。

2. 個人情報保護・倫理的配慮について

個人情報保護・倫理的配慮については、関連組織の倫理審査の承認をもって行う。

本研究に関与するすべての者は「世界医師会ヘルシンキ宣言」(2008 年 10 月改訂版)および「疫学研究に関する倫理指針」(平成 25 年 4 月 1 日一部改正)に従う。

■添付資料

添付資料(1) 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査ご協力をお願い

添付資料(2) 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票[病院用]

添付資料(3) 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査同意書

添付資料(4) 診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票[研修医用]

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての 調査票調査ご協力のお願い

2015年1月

この度はご多忙の中、本調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。

Minds (厚生労働省委託事業 <http://minds.icqhc.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002年設立以来、EBM普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく Web への掲載、国際的な動向を踏まえたより質の高い作成方法の普及を中心に事業を進めてきました。

また、Quality Indicator/Improvement Project (QIP) では、これまで医療管理データ (DPC データやレセプトデータ) や診療録から収集された臨床データなどを利用して、各医療機関の医療の質指標(QI)を算出し、結果のフィードバックを通じて診療の質改善を目指す取り組みを行ってきました。2014-2015年度にかけて、診療ガイドライン活用の評価・推進のために、Minds と QIP が連携することとなりました。

本調査は、厚生労働省委託事業としての、ナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、関連する研修等がどのように行われているか、また、それらが QI といかに関係しているかについて、実態を把握するためのものです。

また、診療ガイドラインと表裏一体の関係にある QI 活用状況についてもお尋ねできれば幸いです。

ご協力いただきました回答内容をもとに解析を行い、その結果を踏まえて、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えています。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(注) なお、本調査は強制ではなく、不参加にて不利益が生じることはありません。調査にご参加いただいた各施設には、調査結果報告書をお返しいたします。調査にご参加・ご回答いただいたことをもちまして、調査の趣旨にご賛同いただいたものとさせていただきます。本研究は厚生労働省のナショナル・プロジェクトの一環で、日本医療機能評価機構から京都大学へ再委託された受託研究費に基づく研究であり、内容から見て、利害の衝突はありません。調査票資料用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による破棄、またデータは研究終了後5年間京都大学で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管され、終了後データをメディア(CD-ROM または DVD)ごと破壊して廃棄します。



公益財団法人 日本医療機能評価機構

EBM 医療情報部 Minds (マインズ)

TEL: 03-5217-2325/ FAX: 03-5217-2330

E-mail: minds.help@jqhc.or.jp



QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局

TEL: 075-753-4454 / FAX: 075-753-4455

E-mail: qip-office@umin.ac.jp (京都大学 医療経学分野)

病院名: □

No.

厚生労働省委託事業:EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票 [病院用]

2015.1

【お願い】QIP (Quality Indicator/Improvement Project)ではこれまで、ご提供いただいた臨床データを利用し、診療の質の分析、改善を目指す取り組みを行って参りました。ご多忙中とは存じますが、診療情報検索環境、診療ガイドラインや医療の質指標活用等に対する詳細な分析を行うための、アンケートにご協力ください。

本アンケート用紙は**施設としてのご方針**等をお伺いするものです。**施設代表者の方**にご記入いただければ幸いです。ご回答により直接的利益・不利益はありません。参加施設には本調査結果をお返しいたします。よろしくお願いたします。

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

問1 (1) 医師・研修医等が診療情報を検索するための電子環境を、貴院ではできるだけ充実させようという方針を持っている。

- 1.はい 2.いいえ 3.どちらでもない

(2) 貴院では、どのような情報源を使えるようにしていますか？(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

1. PubMed 2. Google/Yahoo 3. 薬剤添付文書
 4. 薬剤インタビューフォーム 5. 学会ホームページ 6. Minds
 7. 医学中央雑誌(医中誌)[病院で契約] 8. 医学中央雑誌(医中誌)[医局等で契約]
 9. UpToDate[病院で契約] 10. UpToDate[医局等で契約] 11. Cochrane Review
 12. Clinical Key 13. Ovid 14. DynaMed
 15. 『今日の診断指針』[電子版] 16. 『今日の治療指針』[電子版] 17. 各種診療ガイドライン[電子版]
 18. 『今日の診断指針』[書籍] 19. 『今日の治療指針』[書籍] 20. 各種診療ガイドライン[書籍]
 21. その他[]

問2 貴院における電子カルテとインターネットの状況を教えてください。

- (1) 1. 電子カルテとインターネットが同一端末で閲覧できる。
 2. 電子カルテとインターネットは別端末で、病院が用意している。
 3. 電子カルテは病院で用意するが、インターネットは各医局や各医師に任せている。
 4. 電子カルテが未整備である。
 5. その他[]

(2) インターネットにアクセスできる無線LAN環境(Wifi等)を病院で整えていますか？

- はい(利用場所制限あり) はい(利用場所制限なし) いいえ

(3) 貴院でのインターネットにアクセスできる有線LAN環境につき、主な利用場所にチェックしてください。(複数回答可)

1. 病棟 2. 外来 3. 医局 4. 図書室 5. その他[]

問3 貴院における図書室の利活用について。

(1) 貴院における図書館司書の人数を教えてください。

常勤[]名 非常勤[]名 非常勤の常勤換算[]名 (週1日1人勤務=0.2人と換算)

(2) 院内向け図書室ホームページを作成し、電子ジャーナルなどを利用しやすいようにしていますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらでもない

(3) 貴院での活動状況を教えてください。(複数回答可)

1. 診療に係わる情報検索環境を向上させるため、委員会で検討している。
 2. ペーパーレスを目指すなど 図書機能の充実を心がけている。
 3. 日本病院ライブラリー協会(JHLA)に参加して、他院との情報交流を図っている。
 4. その他[]

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

問4 EBM(根拠に基づく医療)を病院として推進していますか？

1. 病院として、研修等も含めて推奨している。
 2. 病院として特に推奨などはなく、各診療科または各医師個人の対応となっている。
 3. エビデンスに基づいた診療といっても限界があり、活用を目指す必要はない。
 4. エビデンスに基づいた診療については、特に意識していない。

問5 診療ガイドラインについて、貴院ではどのような方針ですか？

1. 病院として推奨している。
 2. 病院として特に推奨などはなく、各診療科または各医師個人の対応となっている。
 3. 診療ガイドラインの活用を特に目指す必要はない。
 4. 診療ガイドラインに基づいた診療については、特に意識していない。

問6 (1) 貴院ではMindsの活用を推奨していますか？ 1. いる 2. いない

(2) Mindsに対するご意見・ご要望を下記へ記載ください。

問7 貴院におけるクリニカルパスの準備・活用状況を教えてください。

- (1) クリニカルパスを作成・改訂する際、診療ガイドラインを活用するよう、病院として推奨していますか？
 1. いる 2. いない
- (2) 病院全体で準備されているクリニカルパスの概数は以下のどれですか？
 1. ほとんどない 2. 10未満 3. 10以上100未満 4. 100以上200未満 5. 200以上

- (3) 病院全体で実質活用されているクリニカルパスの概数は以下のどれですか。
1.ほとんどない 2.10未満 3.10以上100未満 4.100以上200未満 5.200以上
- (4) クリニカルパスを使用している具体的な疾患群を下記より選択してください。(あてはまるものすべてに☑を記入してください)
1.がん 2.脳・神経 3.筋・骨・関節 4.心臓と血管 5.呼吸器 6.消化器
7.歯科・口腔 8.腎臓・泌尿器 9.内分泌・代謝・血液 10.アレルギーと膠原病
11.皮膚・目・耳・鼻・喉 12.女性の健康・妊娠・出産 13.小児 14.メンタルヘルス
15.感染症 16.健診・予防 17.救急救命 18.その他[]

3. 日常診療におけるQI (医療の質の指標) の活用状況

問7 医療の質指標(QI: Quality indicators)について

- (1) 貴院で閲覧できるQIはどれですか。(複数回答可)
1.自院で独自に算出したもの 2.関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3.日本病院会 4.全日本病院協会 5.QIP 6.その他(民間会社等)
- (2) 上記のうち、最も活用しているQIはどれですか。(1つ回答してください)
1.自院で独自に算出したもの 2.関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3.日本病院会 4.全日本病院協会 5.QIP 6.その他(民間会社等)
- (3) QIをどのように利用していますか。(複数回答可)
1.他院とのベンチマーク
2.自院内での科間比較
3.自院内での経時的推移フォロー
4.あまり活用できていない
- (4) QIは誰が主に活用していますか。(複数回答可)
1.病院幹部 2.関連事務系職員 3.各科部長クラス
4.現場医師・看護師等 5.全職員
- (5) QIを病院内で共有する際、どのような手段を使用していますか。(複数回答可)
1.紙媒体報告書の配布 2.イントラネットによる報告 3.他の電子媒体(CD-ROM等)報告書の配布
4.Eメール 5.会議(少人数対象) 6.集会(多人数対象)
- (6) QIは医療の質改善に役立つと思いますか。
1.思う 2.思わない 3.わからない
- (7) QIを医療の質改善のために実際に参考にしていますか。
1.している 2.していない 3.どちらともいえない
- (8) 診療ガイドライン活用を評価する指標としてQIは有効だと思いますか。
1.思う 2.思わない 3.わからない

4. 診療ガイドライン・QIのさらなる活用にむけての提案

問8 診療ガイドライン・QIが日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が必要だと思われますか。

最後に、診療ガイドライン・QIに関連して、また本調査その他につきまして、ご意見等ございましたら、ご記入ください。

■ 貴院のストラクチャー情報のご記入をお願いいたします。

一般病床数 [] 床 療養病床数 [] 床 精神科病床数 [] 床
 病院の全常勤医師数(研修医除く) [] 名
 研修医数: 初期研修医数 [] 名 後期研修医数 [] 名

■ ご回答いただいた方についてお尋ねします。

ご役職 []
 性別 男性 女性
 年齢 20代 30代 40代 50代 60代～
 記入年月日 [] 年 [] 月 [] 日

《お問い合わせ先》
 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野内
 電話: 075-753-4454 FAX: 075-753-4455
 e-mail: yamashita.yoko.8n@kyoto-u.ac.jp
 担当: 佐々木



お忙しいところ申し訳ございませんが、1月30日までに緑色の返信用封筒に入れて封の上、郵送でご返送ください。
 研修医向け調査[2ndステージ]にご参加いただけます場合、参加同意書も同封ください。
 ご協力ありがとうございました。

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査 [2nd ステージ]

研修医向け調査票調査 参加同意書

本調査は、厚生労働省委託事業としての、ナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、関連する研修等がどのように行われているか、また、それらが医療の質指標(QI)といかに関係しているかについて、臨床研修病院として臨床活動・研修活動を行っておられます病院を対象に調査するものです。

上記内容につき、2nd ステージとして、初期研修医・後期研修医の方々に調査票(A4 裏表1 ページ分)を配布させていただければと存じます。ご協力いただける場合、下記を用いてご回答いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

ご協力いただきました回答内容をもとに解析を行い、その結果を踏まえて、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えています。

ご協力いただきました御施設には、研究終了後に報告書をお送りいたします。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(公財) 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 Minds (マインズ)

QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査 [2nd ステージ : 研修医向け調査]

QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局宛

(FAX: 075-753-4455, E-mail:qip-office@umin.ac.jp)

上記調査に協力します。

平成 年 月 日

初期 研修医数	後期 研修医数

調査票配布数(参考)としますので、ご記入ください。

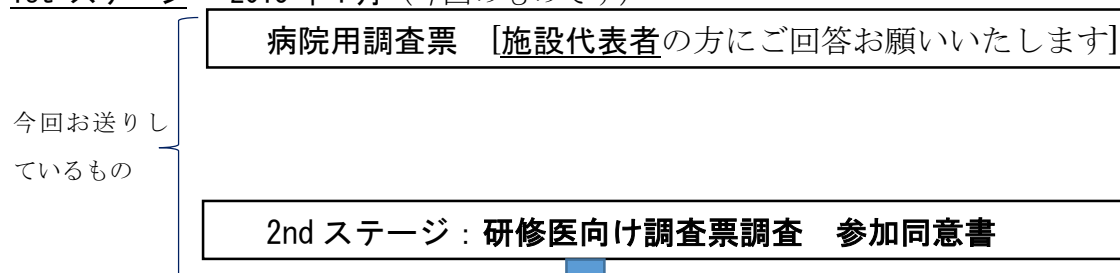
施設名 _____
 役職名 _____
 代表者氏名 _____

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査

調査の手順

今回実施いたします調査票調査（診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査）について、手順概要を下記にお示しいたします。

1st ステージ 2015年1月（今回のものです）



参加同意書をいただいた御施設へ、別途研修医向け調査票をお送りいたします。

2nd ステージ 2015年2月頃

研修医向け調査票（A4で裏表1ページ分）

初期研修医・後期研修医 全員（ただし各々20名まで）

ご協力いただきました御施設へは、ご協力調査部分に関する収集情報について、レポートをお返しいたします。

調査内容

- 院内の情報環境ならびに診療ガイドライン情報の利用状況
- 関連する研修等
- 医療の質指標(QI)の認知状況 など

今回は、1st ステージ：病院用調査票を送付させていただいています。

よろしければ、2nd ステージにあたる研修医用調査にも、ぜひご協力ください。ご同意いただけます場合、別紙参加同意書を緑色の返信用封筒に入れ、病院用調査票とともに事務局宛にご返送ください。

(3) どのくらいの頻度で使いますか？

- 1.ほぼ毎日 2.週1回以上 3.月1回以上 4.年1回以上
5.ほとんど使用しない 6.使ったことがない

(4) Mindsサイトをどう思いますか。

- 1.今後も利用したい 2.あまり使いたくない 3.わからない

(5) Mindsを使いたくない/使いにくいと感じる理由を教えてください。(複数回答可)

- 1.ほしい診療ガイドラインがない。 2.掲載されている診療ガイドラインが古い。
3.閲覧・検索がしにくい。 4.サイトの運営主体がわかりにくい。 5.その他 []

3. EBM(根拠に基づく医療)・診療ガイドラインについて

問7(1) EBM(根拠に基づく医療)について、どう思いますか。

- 1.とても重要 2.時に重要 3.あまり重要ではない 4.全く重要ではない 5.わからない

(2) 診療ガイドラインについて、どう思いますか。

- 1.とても重要 2.時に重要 3.あまり重要ではない 4.全く重要ではない 5.わからない

(3) 貴院の方針がEBM(根拠に基づく医療)を実践するように促していると思いますか。

- 1.思う 2.思わない 3.わからない

(4) 貴院の上記方針に満足していますか。

- 1.満足している 2.満足していない 3.わからない

(5) 勤務環境において、診療ガイドラインを活用した診療を推奨する教育・訓練を受けていますか(あるいは、受ける予定がありますか)。

- 1.受けた/受けている 2.受ける予定がある 3.わからない

(6) 医学生時代に、診療ガイドラインを活用した診療について教育を受けましたか。

- 1.受けた 2.受けなかった 3.覚えていない/不明

(7) 診療ガイドラインが利用しにくい場合、何が利用しにくい原因だと思いますか。(複数回答可)

- 1.使い方がよくわからない 2.情報にアクセスできない 3.アクセスできるが必要な情報に辿り着けない
4.診療ガイドラインの情報に十分満足できない 5.その他 []

(8) 診療ガイドライン掲載サイトについて、何を重視しますか。(複数回答可)

- 1.網羅されている 2.Evidence basedである 3.診療ガイドラインの信頼性が保証されている
4.学会の関与がある 5.無料である 6.最新の情報が含まれている

問8 診療ガイドラインが日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が必要だと思われますか。

4. クリニカルパス、医療の質指標について

問9 クリニカルパスについてお尋ねします。

(1) あなたはクリニカルパスを使用していますか。

- 1.している 2.していない

(2) 「している」と回答された方のみ、次の質問にご回答ください。

(A) クリニカルパスを使用している具体的な疾患群上位3つまで記載してください。

[] [] []

(B) クリニカルパスを作成・改訂する際、診療ガイドラインを活用するよう意識していますか。

- 1.意識している 2.意識していない 3.どちらともいえない
4.作成に関わっていない

問10 医療の質指標(Quality Indicator: QI)についてお尋ねします。

(1) QIを知っていますか。

- 1.知っていて、実際の指標も見たことがある 2.知っているが、実際の指標を見たことはない
3.知らない

(2) QIは医療の質改善に役立つと思いますか。

- 1.思う 2.思わない 3.わからない

(3) QIを実際参考にしていますか。

- 1.している 2.していない 3.どちらともいえない

最後に、診療ガイドラインに関連して、また本調査その他につきまして、ご意見等ございましたら、ご記入ください。

御所属(ローテーション中の場合は当該科) []

医師 卒後 [] 年 目

性別 男性 女性

年齢 20代 30代 40代 50代 60代～

記入年月日 [] 年 [] 月 [] 日

Minds
Medical Information Network Distribution Service

QIP
Quality Indicator/Improvement Project

(注)本研究は厚生労働省のナショナル・プロジェクトの一環で、公益財団法人日本医療機能評価機構から京都大学へ再委託された受託研究費に基づく研究であり、内容から見て利害の衝突はありません。調査票用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による破棄、またデータは研究終了後5年間は京都大学で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管され、終了後データをメディア(CD-ROMまたはDVD)ごと破壊して廃棄します。

《お問い合わせ先》〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
電話:075-753-4454 FAX:075-753-4455
e-mail: yamashita.yoko.8n@kyoto-u.ac.jp 担当:佐々木

お忙しいところ恐縮ですが、3月6日(金)までに 各人青色封筒に入れて封の上、担当者様より病院一括でご返送ください。ご協力ありがとうございました。

4. 質問紙調査票作成 のためのインタビュー 調査(5 病院)

4. 質問紙調査票作成のためのインタビュー調査 (5 病院)

本研究の本体にあたる質問紙調査を作成する準備段階として、関連の文献レビューに加えて、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、また、それに関係する研修等がどのように行われているかについて、臨床研修病院として研修体制の充実した 5 病院を対象にインタビュー調査および簡易版アンケート調査を実施した。

また、診療ガイドラインと表裏一体の関係にある医療の質の指標(QI)活用状況についても聞き取りを行った。

【調査目的】以下の①～③に関連して、質問紙調査票を作成する基礎となる情報を得ることを目的とする。

- ① 診療ガイドラインおよび QI の利用実態について調べる
- ② 情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握する
- ③ 診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討する

【調査期間】2014年6月～8月

【対象施設】調査に同意いただいた、臨床研修病院 5 病院

【対象者】対象病院の幹部：

- 1) 院長
- 2) 質管理 and/or 情報管理に責任を持つ医師リーダーまたは副院長
(診療/診療の質担当)
- 3) 研修教育に責任をもつ医師リーダー
および、
研修医：
 - 4) 初期研修医(5-6名)
 - 5) 後期研修医(5-6名)

研修医はグループインタビューとし、また各自に配布した簡易版アンケート調査に記入し、提出していただいた。

診療ガイドラインと QI*の活用についての インタビューご協力のお願い

*QI:医療の質の指標

2014年7月

この度はご多忙の中、本調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。

Minds (厚生労働省委託事業 <http://minds.icqhc.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002年設立以来、EBM 普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドライン(以下、CPG)の評価選定に基づく CPG 掲載、国際的な動向を踏まえたより質の高い CPG 作成方法の普及を中心に事業を進めてきました。また、Quality Indicator/Improvement Project (QIP) では、これまで医療管理データ (DPC データやレセプトデータ) や診療録から収集された臨床データなどを利用して、各医療機関の診療パフォーマンスを評価し、結果のフィードバックを通じて診療の質改善を目指す取り組みを行ってきました。2014-2015 年度にかけて、CPG 活用の評価・推進のために、Minds と QIP が連携することとなりました。

本調査は、厚生労働省委託事業としての、この CPG のナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように CPG やエビデンス情報を検索し活用しているか、また、それに関係する研修等がどのように行われているかについて、臨床研修病院として模範的な臨床活動・研修活動を行っておられます数病院を対象に調査するものです。

また、CPG と表裏一体の関係にある医療の質の指標(QI)活用状況についてもお尋ねできれば幸いです。

ご協力いただきました回答内容をもとに、後日質問票調査を広く行い、その結果を踏まえて、今後の CPG 普及、活用に役立てたいと考えています。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(注) なお、本調査は決して強制ではありません。調査にご参加・ご回答いただいたことをもちまして、調査の趣旨にご賛同いただいたものとさせていただきます。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
EBM 医療情報部 Minds (マインズ)
TEL: 03-5217-2325/ FAX: 03-5217-2330
E-mail: minds.help@jqhc.or.jp



QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局
京都大学 大学院医学研究科 医療経済学教室
TEL: 075-753-4454 /FAX: 075-753-4455
E-mail: qip-office@umin.ac.jp

診療ガイドラインと QI*の活用についての

インタビュー項目(当日用)

*QI:医療の質の指標

2014.6.19 版

1. 診療に係わる情報環境（情報検索の方法や環境）について

- 勤務場所(病棟、外来、医局ほか)において、どのような情報源を活用しているか
- 上記の理由
例：診療ガイドライン書籍、UpToDate®、Minds、Google/Yahoo、学会ホームページ等

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

<診療ガイドライン活用実態>

- 診療ガイドラインを日常診療で活用しているか
- 上記の理由

<診療ガイドライン入手・参照方法>

- Minds サイトを利用したことがあるか
- どのような手段/サイトで診療ガイドラインや EBM 情報を得ているか

<Patient-centered care との係わり>

<診療ガイドラインの効用>

<診療ガイドライン活用を推奨する文化>

- 勤務環境において、クリニカルパス 作成時に診療ガイドラインを活用しているか
- 具体的に診療ガイドラインをどのように活用しているか
- 勤務環境において診療ガイドラインに沿った診療を推奨する教育・訓練システムがあるか

3. 日常診療における QI の活用状況

<QI の活用実態>

- 自院の QI を知っているか？
- 具体的に QI をどのように活用しているか

<Patient-centered care との係わり>

<QI の効用>

4. 診療ガイドラインのさらなる活用に向けての提案

5. その他

病院名：

問7 (1)勤務環境において、クリニカルパスに診療ガイドラインが活用されていますか
されている されていない わからない

(2)「されている」と回答された方のみ、次の質問にご回答ください。
クリニカルパスに利用された診療ガイドラインの具体例とその活用方法を3つまでを記載してください

問8 (1)勤務環境において、診療ガイドラインに沿った診療を推奨する教育・訓練を受けていますか(あるいは、受ける予定がありますか)
受けた/受けている 受ける予定がある わからない

(2)「受けた/受けている」と回答された方のみ、次の質問にご回答ください。
具体的な例をお示しください。

[

]

3. 日常診療におけるQI(医療の質の指標)の活用状況

問9 (1) QIは役に立つと思いますか。
思う 思わない QI自体を知らない

(2)自院がQIを算出していることを知っていますか。
知っている 知らない

(3)「知っている」と回答された方のみ、具体例を下記へ記載してください(3つまで)。

4. 診療ガイドラインのさらなる活用に向けての提案

問10 どのような情報環境が診療ガイドラインやQIのさらなる活用に必要だと思われますか。

問11 診療ガイドラインやQIが日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が必要だと思われますか。

最後に、診療ガイドライン・QIに関連して、また本調査その他につきまして、ご意見等ございましたら、ご記入ください。

御所属(ローテーション中の場合は当該科)

[]

医師 [] 年目

性別 男性 女性

年齢 20代 30代 40代 50代 60代～

ご協力ありがとうございました。

診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についてのインタビュー調査(5病院比較)(1)					
	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
病床数規模	600床以上	400-600床	600床以上	400-600床	400-600床
回診研修医数 初期/後期 (人)	6/4	6/5	6/5	6/5	7/2
性別 男性/女性 (人)	8/2	8/2	7/4	7/4	6/3
年代 20代/30代/40代/50代以上 (人)	20代:7、30代:3	20代:10	20代:9、30代:1、40代:	20代:10、30代:1	20代:8、30代:1
所属科 () :調査票のみ記入	循環内・外・救急・産婦・糖内・脳外科	腎内・糖内・消化器・小児・総内・循・外	リウマチ・精神・放科・内・麻酔・総合診療・産	血内・精神・放科・小児(・救急・麻酔・耳鼻・整形外)	
1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について					
WiFi環境が院内に整備されている	○	x	x	x	x
WiFi環境を医局単位等で整備している	x	x	○	x	x
電子カルテとインターネットがつながる	○	○(DLは不可)	x	x	x
図書館経由HPで診療ガイドライン等各種情報整備	○	○	x	○	x
勤務場所(病棟、外来、医局ほか)での情報源	PubMed、医中誌、UpToDate、Google/Yahoo、薬剤添付文書、学会HP、レジデントマニュアル、診療ガイドライン書籍、Cochrane Review、.m3.com、メディカルオンライン	PubMed、医中誌、UpToDate、Google/Yahoo、薬剤添付文書、学会HP、レジデントマニュアル、診療ガイドライン書籍、Cochrane Review、.m3.com、メディカルオンライン	PubMed、医中誌、UpToDate、Google/Yahoo、薬剤添付文書、学会HP、レジデントマニュアル、診療ガイドライン書籍、.m3.com、メディカルオンライン	PubMed、医中誌、UpToDate、Google/Yahoo、薬剤添付文書、学会HP、レジデントマニュアル、診療ガイドライン書籍、.m3.com、メディカルオンライン、院内指	PubMed、医中誌、UpToDate、Google/Yahoo、薬剤添付文書、学会HP、レジデントマニュアル、診療ガイドライン書籍、.m3.com、メディカルオンライン、院内指
上記を利用する理由	アクセスの容易さ・情報が新しい・情報の信頼性・書き込める	無料・慣れ・情報量が豊富・情報の根拠が確実・信頼性・知識の整理・情報が新しい・検索しやすい(UpToDate)・標準的医療の記載	慣れ・情報量が豊富・信頼性・情報が新しい・検索しやすい・情報が得やすい・軽い	慣れ・手軽・根拠がある・検索しやすい・情報量が豊富・診療の質の向上	見やすい・アクセスしやすい・便利・わかりやすい・身近・信頼できる
私用PC等を持ち込んでいる	4/10 (40%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	5/11 (45%)	5/9 (56%)
持ち込む理由:					
診療に必要な情報にアクセスするため	3/4 (75%)	9/10 (90%)	9/10 (90%)	4/5 (80%)	3/5 (60%)
その他	検索内容保存/慣れ	落ち着かない	私用メール等	検索しやすい	役立つときがある

診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についてのインタビュー調査(5病院比較)(2)					
	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況					
診療ガイドラインの使用頻度					
ほぼ毎日	4/10	0/10	0/10	3/10	1/9
≧週1回	4/10	8/10	5/10	4/10	6/9
≧月1回	1/10	2/10	5/10	4/10	2/9
≧年1回	1/10	0/10	0/10	0/10	0/9
使用する疾患領域	がん、心、呼、感、腎、救急、内分泌、筋、脳、女性、不偏	がん、心、呼、消、感、腎、内分泌、筋、脳、小児、救急、小児、アレルギー	がん、心、呼、感、腎、救急、内分泌、筋、脳、小児、アレルギー、歯科、女性、救急、健診	がん、心、呼、消、感、腎、内分泌、脳、アレルギー	がん、脳、心、呼、消、感、腎、内分泌、小児、救急
所属する科が主	5/10	7/10	6/10	9/11	4/9
Mindsサイト使ったことなし	7/10	7/10	8/10	5/11	5/9
使用する疾患領域	がん、心、呼、内分泌、アレルギー	がん、心、呼、感、腎、内分泌、筋、脳、アレルギー	がん、心、呼、消、感、腎、内分泌、筋、脳、小児、アレルギー、歯科、女性、皮膚	がん、呼、消、感、腎、内分泌、アレルギー	心、脳、消
クリニカルパスにガイドラインが使用されているかが不明	6/10	8/11	9/11	6/11	8/9
ガイドライン推奨する診療の教育・訓練を受けた	7/10	7/11	10/11	6/11	4/9
3. 日常診療におけるQI(医療の質の指標)の活用状況					
QI自体を知らない	8/10	10/11	8/10	9/11	5/9

【インタビュー調査結果(概要)】

詳細結果は5病院比較表参照。

診療ガイドラインの活用状況を示す代表的な意見につき、下記に示す。

1. 診療ガイドラインの“利点”と感ずること
 - ・ 基本的・標準的なこと（診療）を知る際に参考にする
 - ・ カンファレンスや発表の準備で使う
 - ・ 他科の疾患・新しい疾患の概要を知る（教科書的に読む）
 - ・ 治療方針を決めるときに、よく見る
 - ・ 訴訟の予防を意識して参考にする。
 - ・ 患者への説明の際に、資料として使用することがある
2. 診療ガイドラインへの要望
 - ・ ガイドラインの情報は最新ではない（最新のものがほしい）
 - ・ オンラインで読みたい（読めないなら、使わない）
 - ・ 無料で提供してほしい。学会員でないと参照できない場合が多い
 - ・ ダウンロードして使用したい
3. 教育・研修場面での診療ガイドラインの活用状況
 - ・ 勉強会・学会発表の準備の際に使用
 - ・ 勉強会で自分たちの行っている診療が診療ガイドラインに則っているかを調べることもある
 - ・ 指導医からガイドラインを見るように言われることは多くない
 - ・ 学生時代に診療ガイドラインの使い方を習った人もいた
4. 診療に関する情報の検索行動
 - ・ インターネットを多用する若手医師が多い（情報の信頼性よりも入手しやすさを重視）
 - ・ インターネット検索（Google/Yahoo）＋他の医師に聞く＋レジデントマニュアルを参照する
 - ・ はじめての疾患については、PubMed、Harrison 電子版、UpToDate を調べる
 - ・ タブレット等個人端末を持ち歩く。院内情報検索環境が整備され、その必要がない病院もあり（情報検索環境は、病院間に大きな差）

V 病院インタビュー調査要点

2014.06.23

佐々木、今中

山口(2014.09.09 加筆)

■情報検索

- ・電子カルテ（N社）用の院内PCでインターネット利用も可能になっている。
- ・各医局にPCが設置されている。図書室にもある。全部で〇〇台程度設置されている。
- ・意思が自分のタブレット等を持参して利用することは問題ない。病棟にはオープンwifiがあってアクセス可能になっている。
- ・オープンwifiとは別に病棟用wifiがあって、そちら経由でも診療情報へのアクセスが可能になっている。持ち込みPC等でも可。
- ・将来的には、パーソナルクラウドのようなものが導入されることになると考えている。
- ・ジャーナルも多くは電子化されて提供している。UpToDateも提供している。
- ・若い先生は、おそらく、インターネット検索を多用していると思う。各科に毎年〇〇万円の書籍費も出している。

[研修医]

- ・ネット環境は恵まれている
- ・Google そのもの(特に急ぐ時)を利用。Googleで画像も検索。
- ・UpToDate(最後の Summary and recommendation)
- ・Mindsも検索で引かかるが、しっかりとみていない。
- ・タブレット(スマホもあり)はテキストを入れて持ち込む人もいる。利点としてダウンロードしたものを保存できること。医局で用いる。
- ・日本語/英語はやはり日本語がよい
- ・「図書室」というコーナーがイントラネットにあって、PubMed、UpToDate、医中誌などを一括してみられる。

■診療ガイドライン

- ・東邦大学の診療ガイドラインサービスとMindsの比較について
- ・「診療上の基本方針」(H24.9.1)内に”ガイドラインに準拠して診療指針を作成し、クリティカルパスとして標準化することが望ましい”
- ・入職者への冊子、オリエンテーションで、医療の質に関する指導をする。
- ・司法界のガイドラインに対する見方に硬直性残る
- ・ガイドラインの推奨は、必ずしも必須ではないはずだが、そのような点を明記してあるガイドラインとないガイドラインがある。そこは改善して欲しい。
- ・M&Mカンファレンスで科を越えて議論するときにガイドラインが引用されることがある。研修医にも参加を要請しているが、あまり参加は多くない。

- ・ **Journal Club** でガイドラインと自院他科との **practice** を論じる
- ・ ガイドラインの購入は、図書室よりも各科で行うことが多い。ただし、海外の評価機関を考えると、情報は中央管理にしておくべきで、その方向で検討したい。
- ・ ガイドラインを参照するのは、自分の科に関する場合が多い。他科の問題は、他科に依頼する方が多い。
- ・ 若い先生には、ガイドラインを参照するようにアドバイスすることはあるが、参照しているかどうかを確認することまではしていない。
- ・ **Minds** は皆に十分に知られているかどうかわからない。ネット検索すると **Minds** に出会うことはあると思う。
- ・ 最新のガイドラインを見たい。書籍として出版された際に、内容を見たいと思うが、それから時間がたってから **MINDS** に公開されても、その時には見たいという希望はなくなっている。
- ・ 他の病院との連携でガイドラインが取り上げられることは直接はないが、可能性としては地域連携パスで取り上げる場面であろう。
- ・ **Minds** への要望として、ガイドラインのすべてが読めないという意見は良く聞く。
- ・ **Minds** の利用向上には図書館へのアプローチが大事ではないか。
- ・ わかりやすく端的に読める形式が望ましい。

[研修医]

- ・ 胃がん：わかっているから見ない、呼吸器内科：関連領域(循環器内科)みる
- ・ 研修医、下級レジデント指導時使用（確認、復習）
- ・ **Minds**：網羅性に乏しく、ほしい疾患がない、最新版の公表が遅い、手元にないガイドラインが見られるのはよい
- ・ ガイドラインの情報は最新ではない、という認識あり。・ 開業医がガイドラインをもっと使ってはどうか。
- ・ 他科の医師にガイドラインを見てほしい。
 - 一般診療レベルの底上げにつながるか。
- ・ 需要は内科領域 > 外科領域か。
- ・ アクセスが限られるとガイドラインを使用する機会も限られる
 - インターネットアクセス必須
 - 一方で、消化器外科・救急などこだわらない診療科領域もあり(胃がん：頻りにガイドライン変わらない等)
- ・ 医中誌で珍しい症例報告(一例報告)等を参照することは一般的
- ・ ガイドラインは、各科に置いてあり、必要に応じて借りられる。
- ・ ガイドラインは初期研修に役立っている。
- ・ 科によってガイドラインを全部読んでおくと指示されることはある

- ・グレードCの場合は、元文献まで読んで、適応を検討するように言われる。
- ・ガイドラインによっては有料のものもあるので、無料で提供して欲しい。
- ・ネット検索で **Minds** に当たり、得体の知れないサイトと感じてひるんだことがある。
- ・循環器内科後期研修では、ガイドライン勉強会で、循環器病のガイドラインを勉強している。教科書的に読む。
- ・外科では、癌診療はガイドラインを参照することが多い。
- ・後期研修医からガイドラインへの要望として、オンラインで読めないこと、無料で提供して欲しいこと、海外のガイドラインと日本のガイドラインで記述内容が異なるときに困ること、自分の科のガイドラインはむしろ余りみない。
- ・後期研修医は患者に説明することがあるが、ガイドラインに基づいて説明することはあまりない。

■QI

- ・病院名を知った上での比較こそが重要
- ・「診療上の基本方針」(H24.9.1)内に主要疾患によるデータベース評価の重要性指摘。
- ・「第6次院長基本方針」(H24.9.1)内に”インディケータに基づく質の管理を徹底し”の記載。
- ・「基本理念」”科学的根拠にもとづいた医療を行う”
- ・質管理専門の担当先生談では、QIについての現場応用は困難そう（どうしても各科任せにならざるを得ない現状）
→病院の質を表すQIと各科の求める特化した(deepな)指標との乖離が阻害要因か。
- ・研修医はほとんど存在すら知らない。
- ・研修医は情報提供されているニュースレターを読んでいないようだ。
- ・80項目のQIを定期的に算出して、イントラネット『医療の質』というコーナーで公開している。また、冊子を作って周知している。
- ・診療管理会議という部長クラスの会議があって、そこでQI等が議論されている。
- ・病院管理者だけがQIを利用すれば良いとは考えていない。地域の他施設との比較などについて、若い先生に話すこともある。
- ・QIを見て、良かったとか言っているだけでは不十分で、サイクルでの改善活動に活用すべき。
- ・QI算出は、情報システム課の助けで、結構手作りをしている。
- ・QIの時間変化等の詳細な分析については、原稿を依頼する形で実施する努力をしている。だが、医療の質管理室には専任職員もおらず、そこまで想定した組織ではないので、PDCAサイクルを効果的に回す活動まではできていない。
- ・QIの選定は、医療の質管理室の設置当初は、各科が持っていたリストを集めた上で、管理室主導で決定した。だから、各科がQIを積極的に活用する状況はできにくかった。しかし、時間と共に、各科からの要望も取り入れて、少しずつ各部署の主体性が増している。
- ・QI設定の際に、診療ガイドラインを参考にしてくださいというような働きかけはしていない。そこまでやろうとすると、組織改編が必要になる。
- ・自院と関係する11施設(S病院、K病院など)があるが、それらは日本病院会のQIプロジェクトに参加しているので、比較分析することはできる。
- ・QIPは病院数が多すぎて抵抗がある。民間企業のベンチマーキングには参加していない。
- ・QIは大事だが、その数値をよくすることが目的となることには賛成しない。診療が改善して、その結果としてQIが改善するというのがあるべき姿ではないか。ただし、Door-to-balloonのようにQIが直接の目標となることもなくはない。(医師教育研修部部长)

■ クリニカルパス

- ・ガイドラインに基づいて作成されたパスはある
- ・クリニカルパスに修正をかけるきっかけを作るのは、管理者レベルに限らない。たぶん、若手のスタッフの場合が多いのではないか。

[研修医]

- ・初期研修医は、クリニカルパスとかかわることは多くない
- ・パスの作成や変更は後期研修医から関わる。

<その他>

- ・医師教育研修部部長先生による統計(SPSS 等)、医療情報環境(UpToDate, 図書・雑誌)等の充実がレジデント・研修医へ好影響
→前向きな提案が活かされる(能力を引き出せる)病院

■ 病院内の組織体制

- ・2009年に「医療の質管理室」を設置。スタッフは9名。毎月1回、QI等の解説を出している。M&Mカンファレンスも医療の質管理室が主催している。
- ・情報システム課のひとりが医療の質管理室の構成員になっていて、両者が連携できるようになっている。
- ・図書委員が提供情報の選定等を行っている。
- ・医局は構造的には、各科でまとまっている。ただし、初期研修医、後期研修医はそれぞれでまとまっている。
- ・中期目標(5年に1度)の設定は部長クラスが集まって行う。EBMという言葉は出なくても、医療の質に関する議論は行う。数値目標をどうこうすることは飽和状態に達していて、むしろバリューの問題として取り上げられている。自院は、教育で復活した病院という認識は持っている。

■ EBM 関連の教育 (医師教育研修部部長)

- ・初期研修医にはオリエンテーションで、医療情報の概論の講義を行っている。その中で、6Sモデルなどを取り上げており、教科書で解決できる問題、ガイドラインで解決できる問題、原著論文まで戻るべき問題への取り組みを教えている。
- ・年に1回はガイドラインの使い方のレクチャーも行っている
- ・後期研修医は基本的には各科での対応となる。全体的な取り組みとしてはMEDLINEの使い方のような講義は希望者に提供している。

・年に1回以上、臨床研究のワークショップは開催している。研究プロトコルの立て方、統計解析等を取り上げる。それから、英語のプレゼンテーション。以上は、教育研修部が実施している。

・OJT的にガイドラインの使い方を教育する機会は各科で行うジャーナルクラブで与えられている。

・診療ガイドラインに関連して、この治療はすべきと化すべきでないという話を医師同士で行うのは不毛であり、やはり、患者を目の前にして、どのような意思決定をすべきかという状況で考えるべき。

・ガイドラインだけを参照してはダメで、原著論文も批判的に吟味するような取り組みが大切。そのようなことを教えることが重要と考えている。

・患者本位の医療のために大事なものは、患者とのリレーションシップであり、コミュニケーション演習を行っている。

・害の評価は、自院は良くやっている方だと思う。M&Mもある。感染症は合併症として大きな問題で、感染管理委員会で対応している。

[研修医]

・初期研修医は、医学部教育でEBM、ガイドラインを行けたのはほんの一部。

■ 一般向け情報

[研修医]

・実際の患者が聞きたいことが載っていることが大事

W 病院インタビュー調査要点①

2014.07.30

今中、佐々木

参加：今中、佐々木 9:00-10:00

■ 病院長、医療安全管理室長（医療の質担当）、臨床研修センター長

> 情報検索環境

- ・ 関連親会社のポリシーとして、セキュリティに穴は必ずあるので、電子カルテとインターネットは同端末で繋げないようにしている。
- ・ 電子カルテ端末は病院全体で約 900 台。
- ・ 病院内に WiFi 環境はない。公共エリアには患者向け NTT スポットはあり。研修医等は個人持ち PC で Web につなぐ。各病棟に院外 LAN 端末はあり。
- ・ 電子カルテと同一端末には”〇〇”があり、その中に院内診療ガイドライン、病院全体の共通ルール、各科別取決め等が入っている。例：医師基本指針、海外の評価機関海外の評価機関対策のための基本指針(海外の評価機関(対策)海外の評価機関委員会)、感染対策委員会、医療安全委員会。ただし、包括的に管理しているわけではない。
- ・ 図書館に online journal は整備 (UpToDate など)。iPhone など電話回線で図書館にはアクセス可能。

別添資料(コピー)：①院内システム〇〇ホームページ ②医師基本指針 ③海外の評価機関海外の評価機関の基準による指針と手順

> 診療ガイドライン

- ・ 診療ガイドラインは学会ガイドラインをもとに、限られた数のみ”〇〇”に掲載。
例：抗凝固療法の中止・再開、緩和ケア、疼痛管理。
- ・ 医学的知識の確認は、学会の作成する診療ガイドラインを参照することが多い。
- ・ (診療指導でガイドラインに触れる場面?) 各科のポリシーによる。泌尿器科の場合など、腎臓、前立腺、膀胱など複数ガイドラインがある中で、1st line therapy を確認する。
一般診療（総合内科、救急等）では、感染症の抗生剤選択や治療期間等。
- ・ EBM プロセスの指導は特に弱く、指導医任せになっているのが現状。指導医をどのように指導していくかは gray zone.
- ・ オリエンテーションは昨年は3日だったが2週間に伸びた。
- ・ 科のカンファレンスで文献検索など指導。
- ・ 専門的になればなるほど、ガイドライン通りではないウラもわかってくるが、これは日常的な指導のレベルではない。

>QI,パスなど

- ・クリニカルパス委員会：診療科の自由ではない。診療ガイドラインの根拠を示せとまではいわれないが、暗黙で診療ガイドラインが基本となっている。
- ・QI（プロセス指標）は病院全体としてはない。QI委員会もない。一部感染、デバイス管理の中の4-5項目を見ようとはしている段階。
- ・海外の評価機関受審にあたり、海外の評価機関対策委員会（下部に医療安全委員会、感染対策委員会）を設置。海外の評価機関でも process measure は推奨されているので、組織づくりの目標とはしている。

各科毎年1つはQIを設定して、部長が改善に結びつけないと、とは言われている。

- ・日本病院会のQIプロジェクトやDPC病院の報告指標など、各科の臨床指標がどの程度普段の臨床に役立っているかは、現状では何とも言えず、これからの問題。

例：尿バルン留置率....電子カルテで抽出するのはかなり大変（実用的でない）

転倒率....報告を求められているだけで、やりっ放し。

HbA1c...Lower is better なのか。何を目的にするのか。患者に役立つのか、医師の診療姿勢を問いたいのか。

現状を知るシステムがほしい（オーダリングベースではなく）。研究者/担当者の関心のみで分母を集めているので、病院として本当に役立ち、必要なことかはわからない。

本質的な医療の質改善に結びつくか心配。重点を置いて、変えていく必要があるかもしれない。

- ・米国とは根本姿勢、考え方が異なる。
- ・日本はこれまで医師の裁量権が大きく、これにかなり振り回されてきた。標準化してコストが変わらないのであれば、特定の治療法へのこだわりは不要。できるところはできるだけ単純化するのがよい。昔ながらのドグマに囚われていると、今後高齢化に伴い、患者の脆弱性は増加、ケアの手間も増え、安全性は複雑化するので、対応が大変になる。

>Minds について

- ・知らなかった。
- ・がん診療について、これまではNIHのホームページで catch up していたので、日本で情報が手に入るのはありがたいし、便利。領域外もあり、よい。泌尿器科は少し少ない印象。

>診療ガイドラインへの要望

- ・学会の指導的立場の人が作成。
- ・欧米のガイドラインの方がEBMに準拠している印象。
- ・日本の場合、各科の裁量権に委ねられている。歯科口腔外科はかなり欧米のガイドラインに沿って作成されているが、一方、消化器学会(内視鏡)などは総論に終始。「〇〇の文献がある」など、どうしても解釈できる内容で、判断をしていない。臨床現場追認の立場にな

りやすく、現場に適用する際、混乱を避けようとする姿勢を感じる。

- 日本のエビデンスに沿っていけばよりよい。
- 最近では推奨レベルで分けていて冗長（根拠の文献がだらだら長い）。集約した形でまとめたものを最初に 2-3 ページつけるのがよい。臨床で使えるためには簡潔に。
- 情報をオープンにしても失われないものが本来の専門性ではないか。（オープンアクセスが望ましい）

>海外の評価機関関連

- 海外の評価機関 surveyor のマザー(200 箇所以上訪問)的な人が、日本に初めて来て、トヨタで当然のことが病院でなされていない、評価方法が不十分、と驚いていた。医療も NPO ではないので、経営が非常に大切と。バンドルはウズベキスタン、アフリカでもしている。
- (全職員向けに QI など教育・伝達の機会を設けることはあるか?) 3年前落合院長のときに海外の評価機関がスタートし、最初は集会を行ったが、以後改めて集会を持つことはしていない。各科部長管理だが、部長の能力をどのように担保するかは、今後の課題(今は丸投げ)。
- PDCA サイクルを個人単位では行っているが、手術室など組織単位で回すのは難しい。
- 個々で頑張りきれないことが随分増えてきた。週休 2 日、勤務時間などが全体に与える影響など考慮が必要。
- 病院全体の改善の方向性はこれまで意識してこなかった。日本には個々に局所最適がある。しかし、全体を harmonize するのは難しい。日米の文化の違いか。
- 海外の評価機関は最初はハードルが低いですが、次々に上がる仕組み。違うことを document することも増える中で、職員の、新しいことに対する負担感をできるだけ少なくするにはどうしたらよいか。システムとして持つ方法が難しい。

W 病院インタビュー調査要点 ②

2014.08.13

今中、佐々木

山口(2014.09.09 加筆)

参加：山口、今中、奥村、矢口、佐々木

■図書館司書 2 名 17:00-17:30

>情報検索環境

- ・院内 LAN 端末 600 台。電子カルテとは別。図書館機能+インターネット。
- ・ホームページの構成；JDREAMIII、UpToDate、医中誌、Ovid。
- ・ダウンロードして持ち歩くためのコーナーを設置。
- ・紙の雑誌は約 300 冊(online に順次切り換えたため、以前の 700 冊より減少)。
- ・Online は約 4000 タイトル。外国のものは 90%が online になっている。4000 タイトルのうち、約 3200 は文献入手可能。
- ・ペーパーレスが目標。予算は〇万円/年。できるだけ e-book にしていきたい。同じ出版社であれば、ネットサーフィンができる。
- ・教科書は Access Medicine (パッケージ)+Ovid が最多(500 冊以上)。Ovid Medicine を使っているいろいろ調べられる環境。初期研修医には入職時に 30 分弱講習。
- ・購入内容を決定するのは図書委員会。
- ・2001 年から現在の図書館。それ以前は紙ベースだったので、さらに倍のスペースがあった。
- ・JHLA(Japan Hospital Library Association;日本病院ライブラリー協会)へは参加。W 病院(図書館)は見学コースになっている。研修年 2 回。互いに資料を貸借など、ネットワークづくり。
- ・司書全 5 名(うち非常勤 2 名)。
- ・診療ガイドライン書籍コーナーあり。
- ・診療ガイドラインについては、新刊案内や学会発行のガイドラインを必ずチェックしている。書店からメールなども届く。
- ・業者の講習などは開催していない(参加者が忙しいので、日程あわないため)。
- ・(1F 患者図書室あり)
- ・初期研修医向けに情報検索などの教育を 30 分で行っている

■初期研修医 (1 年目、2 年目各 3 名、計 6 名) 17:30-18:20

>情報検索環境

- ・小さな疑問については、Google/Yahoo + 他の医師 + レジデントマニュアル /PubMed/UpToDate などで検索。「疾患名+ガイドライン」等の検索語を使用。そのような検索は、病院に設置されている PC を使用する。

- ・勉強会や抄読会の資料検索、難しい/珍しい疾患では図書館を利用する。
- ・図書館データベースは十分使えていない。調べるのに慣れていない。
- ・個人用の iPad などにダウンロード可能であることなどについては、知らない。
- ・PubMed が検索していて引っかけやすい。原著論文には行き着けて、プリントアウトして読むことが多い。病院 PC では、ダウンロードができないので紙での入手が多い。
- ・タブレットは病棟でありあまり使用しないよう指導されている。

>診療ガイドライン

- ・学会サイトで公開されているガイドラインを参照。図書館の書籍ガイドラインも、必ずしも目的のものがない。
- ・ガイドラインについて学部で習うことあり（メタアナリシスやシステマティックレビューが原著論文よりエビデンスレベルが高いことは、聞いたことがない）。
- ・ガイドラインの中にエビデンスレベル/推奨レベルがあることを習ったことがある 5/6名。
- ・指導医から内科の標準的治療が何かなど、診療ガイドラインの内容について勉強会レベルで聞かれる程度で、日常診療では Evidence-based practice について意識することはない。

>QI,パスなど

- ・QI:全員聞いたことなし。
- ・クリニカルパスは、オーダーは研修医レベルで可能。
- ・クリニカルパスは、把握は楽だが、頭を使わなくなる。薬アレルギーなどに対応しにくい。
- ・外科は術前・術後ほぼ 100%クリニカルパス対応。内科では ERCP や慢性腎不全/糖尿病教育入院など。脳梗塞もほぼ 100%。抗生剤の量などの minor change を加える。患者にも予定表として外来で提示する。
- ・パスを使うと、看護師がわかりやすい。

>Minds について

- ・知っていた 1/6
- ・患者さんの方が知っているの、知らなければと思った。

>診療ガイドライン/Minds への要望

- ・公開/非公開のもの両方があり、入手しやすくしてほしい。
- ・(Minds) 医療従事者向けページか患者向けページか、どちらかわかりにくい。

>その他

- ・コクラン知っている 0/6。
- ・(海外の評価機関関係あったか?) →カルテ記載が細かくなった等。しかし、細かくなった入力項目は最初からあるものとして対応する形。
- ・システマティックレビュー、メタ分析の論文を読むことは多くない。

- Evidence-based practice について日頃から意識しているということはない。

■後期研修医（高血圧/腎、呼吸器、産婦、血液内科、消化器外科 計5名） 18:20-19:10

>情報検索環境

- ・iPad等は基本的に使用しない。
- ・院内システム●●ホームページより、診療ガイドラインを参照している(最新の治療や学会ベースのガイドラインが取り込まれている。例：結核診療指針、肺がん診断ガイドライン等)。ダウンロードはできないが、検索しやすい。患者説明用同意書テンプレートなどもあり、ここから印刷して使用する。
- ・PubMed, UpToDate, Google/Yahoo、薬剤添付文書、今日の治療指針・診断指針、学会ホームページなどを多用。
- ・コクラン：全員使用しない。
- ・ガイドラインはよく見る(全員)。治療方針を決めるとき。産科(分厚い書籍ガイドライン)は外来での使用が多い。婦人科の書籍ガイドラインは薄い。
- ・専門科以外のガイドラインはGoogleで探す。
- ・学生時代にガイドラインは習わず(全員)。初期研修医時代～独習。
- ・糖尿病・内分泌内科ではガイドラインを1冊もらえる。
- ・造血管疾患領域については、通常各病院でマニュアルができていて、適当なガイドラインない。米国NCCNガイドラインも参考にしている。髄空内注射など、細かい手技等のテーマ別に、ガイドラインを参照することもある。
- ・システマティックレビューは日常診療ではあまり使わない。血液内科では原著論文にしかプロトコルが載っていないので、それが最新情報になる。
- ・(図書館の)教科書パッケージは利用しない(あることを知らない、検索の仕方が慣れない)。

>診療ガイドライン

- ・エビデンスレベル、推奨レベルなどしっかりは読んでいない。
- ・一般外科はガイドラインの内容があまり変わらない。
- ・患者を診るときに、主病名はもちろん、合併疾患についてもガイドラインを見るようにしている。

>QI,パスなど

- ・QI:全員聞いたことなし。
- ・クリニカルパス：(血液内科) なし
(呼吸器) あるが、使用したことなし；肺炎・喘息ともvariationが多すぎて、使っていない。
(腎臓内科) 腎生検、シャント造設、教育入院などはパスを使用。ガイドラインにリンクしているかは不明。
(産婦人科) ほぼ100%。お産(カイザー/経膈分娩)、赤ちゃん。改訂はどここの科でもし

ているが、ガイドラインは意識していない。ロキソニンセレコックスに変えたり、土日の採血を変えたりなど、後期研修医(5年目)1名しかいないので(全部で8名)、自分がパスの改訂をしている。指導医は承認のみ。

(外科) ガイドラインを使用してパスを改訂した。食道、胃、結腸(右/左)、胆嚢、肝臓、虫垂炎、緊急手術など。パス担当の看護師と指導医等と相談して改訂。

>診療ガイドライン/Mindsへの要望

- ・目当てのものを探しにくい。
- ・(Minds)フルテキストがあるとしても、抜けがあると使いにくい。
- ・乳がんのガイドラインは分厚く、薬も多く、使いづらい。結局答えが見つからずに、上司に聞く。化学療法、ホルモン療法(HRT)をわかりやすくしてほしい。現在はフェジイな印象。胆のう炎、胆管炎などはクリアカットでわかりやすい。
- ・血液内科は英語が多く、常に最新を求めると英語になる。日本語があればうれしい。

>その他

- ・後期研修医は初期研修医上がりメイン(9:1や8:2等。医局派遣なども少数あり)
- ・システマティックレビューを日常診療で参照することはないが、調べることはある。メタ分析論文を読むくらいならば、ガイドラインを参照する。

X 病院インタビュー調査要点

2014.07.18

今中、佐々木

■病院長（司書さんのお話も含む）

>情報検索環境

- ・院長のもと、病院は情報環境整備に力を入れておられ、院内 WiFi 完備、Dr 全員タブレット配布、UpToDate, Clinical Key, Cochran もアクセス可能、End note の研修（業者さんによる）もある。
- ・2014年1月より電子カルテを全面的に入換え、院内全医師各々に iPad（キーボード付）を配布。看護ステーションが手狭のため、院内どこでもカルテ入力や患者への病状説明、文献検索などが可能となるようにした。（しかし、若い医師には不人気。デスクトップがよいらしい。）
- ・同じ端末から電子カルテ(NEC)とインターネットへの接続可能。
- ・末端に情報を残さずに、クラウドを利用。
- ・診療ガイドライン、文献へは院内図書室 HP（pdf 資料参照）を介してアクセスが容易にできるようになっている(サーバ契約)。(SFX リンクリゾルバで文献フルテキストを得やすくなっている)
- ・図書費用予算として約〇〇万円くらいか(電子ジャーナル、本・書籍・雑誌購入含む)。〇〇大学関連で安く共同購入する形となっている。

>病院の方針

- ・医療の標準化（Evidence-based）を目指しているが、どう評価・検証するかは、体制を新しく整えている段階。
- ・（診療ガイドライン等）遵守については、現場任せ。

>QI,パスなど

- ・(病院グループや QIP などの)QI についての認知度や利用については、管理職・幹部は知っているが、現場の若い人には未浸透。会議でみる程度か。
- ・クリニカルパスは電子化しているが、電子化により融通が利かないなど使いづらいため、利用率は高くなっていない。
- ・病院の組織として、診療部、看護部、薬剤部等 5 部門のほかに横断的な Clinical Quality Center（センター長：A 副院長）を独立部門として設けている。同センターは、①医療安全、②感染制御、③栄養管理、④褥瘡管理、⑤緩和ケア、⑥クリニカルパスの 6 つの重要部門で構成されている。⑥以外には専従看護師を配置している。⑥にはパスに詳しい事務職員を配置し、パス普及率などをチェックしている。

【例】褥瘡発生率が他院より高く、衝撃を受け、対策を行った(褥瘡専従看護師を復帰

させた)結果、QI の改善に結びついた。

>Minds について

- ・図書室の HP には、司書によって、従来から Minds がトップに置かれており、院長は、Minds 立上げのころから、ユーザー登録されている。

X 病院インタビュー調査要点②

2014.07.29

今中、佐々木

山口(2014.09.09 加筆)

参加者：山口、今中、奥村、矢口、佐々木

■A 副院長（診療の質担当）12：00-12：30

>情報検索環境

- ・電子カルテ PC はインターネット接続ができ、情報検索は自由にできるが、文書等のダウンロードはできない環境である。
- ・情報環境整備の経緯：①院長が積極的、②研修病院だから。
- ・「コンピュータ委員会」「電子カルテプロジェクト」などがある。医療情報センターとしてまとまろうとしているが、実現は未。
- ・電子カルテは NEC.

>医療の質指標

- ・ Clinical Quality Center が 2011 年に発足。前身は院長が始めていた TQM。多職種チームで構成され、担当項目は以下の分野。
 - 1) クリニカルパス
 - 2) 医療安全*：レポートの件数、内容の分析→年 1 回全職員へフィードバック。
 - 3) 感染制御*：手指衛生指数 5 段階評価や、創部感染等
 - 4) 褥瘡*：発生率・有病率を毎月報告
 - 5) 緩和ケア*：プロセス評価。疼痛管理のスコア(看護師)、また医師がオピオイド使用時に必ず rescue ができているかを 1 とし、出ていなければ看護師がフィードバックなどの項目等。
 - 6) 栄養支援：管理栄養士

*認定看護を配置

「医療の質委員会」を年 4 回実施し、実績を管理している。

- ・クリニカルパスは当該部署で作成されたものを委員会で審査。ガイドラインを尊重しているかなど。クリニカルパス委員会の役割は、作るときの支援と作成後の評価。
- ・使われているパスに対し DPC ナビ（ダッシュボード）で出来高コストを他院とベンチマーク。入院期間が突出していないかなどを検討。これに基づきパス委員会から現場に提言したことも、少数だがある。

例えば、泌尿器科で TUR-Bt のパスの中で、抗生剤の量が多く、コストがかかっていた→種類を変更。その他白内障パスなど。

>診療ガイドライン、QI など

- ・診療ガイドラインはパス作成時には話題となるが、普段はならない。病院として推奨しているガイドラインは特にない。

- ・個人的には診療ガイドラインも変遷し、玉石混淆という印象。がん診療は NCI ガイドライン和訳版やガイドラインになる前の最先端の情報という観点から治験から得られる情報がガイドライン相当になると考えられる。Q&A 方式については、患者との対話のときに使えるものがある。
- ・疾患概念が統一されていない影響か、失禁のガイドラインなど、1つの学会が作成しているわけではなく、少しずつオーバーラップはしているが、違うものが世に出ていて、どちらを使えばよいかわかりにくいことがある。
- ・診療ガイドラインへの要望：作成の意図が、作成者に直接聞かないとわかりにくい。偏っているのではとおもうこともある。診療ガイドライン作成者と直接話ができると、作成の意図などが理解できて助けになると思う。自分が最も専門にしている分野以外は参考になる。
- ・緩和ケア関連 QI は時系列評価に用い、他院とのベンチマークはしていない。
- ・QI は各診療科ごとや研修医の教育に反映。
- ・QI 作成は、電子カルテから情報を抽出して専従者が算出している。
- ・医療の質委員会で診療ガイドラインが話題になることはない。
- ・診療ガイドラインが問題とならない理由として、①余裕がない②ガイドラインは計画作成時に問題となるが、自分たちが重点的に行っているのは結果の評価と改善
- ・病院全体として診療ガイドラインを使いましょうという話もない。
- ・各科がホームページに科の治療方針を出している場合があり、それには診療ガイドラインは反映されていると思う。

>Minds について

- ・あまり使用していない
- ・日本医療機能評価機構の中に診療ガイドラインの事業があるということの認知度が低い。

>その他

- ・患者用図書室はない。
- ・図書室の職員用書籍ガイドラインはコメディカル利用がメイン。医師は〇〇大学の ID でコンピュータから広くアクセス可能なので、物理的に図書室を利用しないことが多い。

■B 副院長（教育担当）12：30-13：00

>教育体制について

- ・若い医師はあまり GL 利用していない。EBM という言葉自体は知っていて、実践への情報もある程度は得ている。

- ・英語での検索を推奨(Pubmed, UpToDate)しているが、必ずしも英語が得意でなく、日本語への要望もある。一次資料の原著論文よりも二次資料の UpToDate を推奨している。Cochrane は余り使っていないと思う。
- ・初研修医はいろいろな科に進むので、英語が不得意な人も多い。(〇〇大出身約 1/4。意図的に抑えている面もある)
- ・後期研修医は医局派遣が多い。特に外科、マイナー科はほとんどが医局派遣。内科はその他外部の公募、初期研修から上がる者で構成される。プログラムとして明文化している部分とされていない部分があり、明確なルールはない。大抵専門医になることを目標としている。

＞診療ガイドライン、EBM、パス、QI など

- ・情報源プラットフォームとして何を入れるか(Clinical Key 等)は、責任者。司書さんの努力や業者デモなどを加味して決定する。
- ・診療ガイドラインの活用度についての経年変化としては、標準的でないとトラブルになるという認識は定着してきた。ガイドラインと異なることをする場合も、理由づけを考えるようになっている。研修医同士でも議論する風土あり。
- ・初期研修医に対してはオリエンテーションで EBM の話をするが、その他 EBM カンファレンスも 3・4 か月に 1 回開催している。症例を提示してエビデンスをどう整理するかを、発表の数週間前からシナリオをつくり、準備する。スライドにまとめさせて発表。症例は内科的なものが中心で、外科の手術適応検討例などもある。診療ガイドラインをどう適用するかというよりは、ガイドラインに載っていない部分を深く、より良いものを見つけるためにどうするか、等をスタッフ Dr (各科指導医) 指導の下、検討する。
- ・(研修医に対する指導の細かさについて)ある程度方向づけしないと、自分では走り出せない人もいたので、テーマを与えて、どう情報にアクセスするかなど、コンピュータ指導も含めて行う。原著論文にあたる方法、学会発表や論文に繋げるための方法など。学生時代からある程度できるようになっている者～全くできない者までばらつきが大きい。
- ・(教育の中にクリニカルパスは登場するか?)→しない。
クリニカルパスは外科予定手術が主。循環器はほとんどない。情報環境システムとして variance を受け付けないシステムだったため。改善にはまだいない。
- ・(ガイドラインの Pt 説明コンテンツなどを利用するか?) →外来でのアクセスは手間(電子カルテに戻る必要など)で、絵本など紙ベースが主体。病棟では可能かも。簡単に利用できるしくみがあるだろう。
- ・(QI について研修医に指導する必要性を感じるか?) →初期、後期研修医とも QI の重要性についての認識は無いと思う。QI の持つ意味や QI を重視する姿勢がそもそも指導者にならないう状態。QI 自体は済生会グループ、日本病院会などであるものの、十分周知できていない。

- ・研修医の指導の中で、ガイドラインをちゃんと見るように指導することはある。ガイドラインに100%準拠しろということではなく、まずガイドラインを抑えた上で、それとは異なる治療を行うにはきちんとした理由付けが必要であると教えている。
- ・surface というタブレットを医師一人に1台ずつ与えている。しかし、電子カルテを参照して、それから、インターネットにアクセスしようとする、電子カルテを閉じなくてはいけない。使い勝手は良くないと思う。

>Minds について

- ・内容が情報として届いていない。周知されていない影響もあるだろう。
- ・卒後臨床研修病院についての評価機構（卒後臨床研修評価機構）の審査で推奨されれば、認知度が上がるのではないか。

■初期研修医 6/12 名 13:00-13:50

- ・各医師に配布されているタブレットは、電子カルテとしては使用するが、情報源としてはあまり使用しない。Pdfとしてダウンロード・保存できないため。
- ・ipad/ipad mini 2名、スマホ 4名使用。
- ・はじめての疾患については、すべて Pubmed, Harrison 電子版、UpToDate (Google はあまり使用しない)。指導医にもよるが、Harrison、UpToDate の使用を推奨される。

人により調べ始めるのに利用するものが異なる（2パターン）

- ① とりあえず疾患自体について教科書から調べる
 - ② まずガイドラインで何日分処方したらよいかなど、実務的なことを調べてから、勉強や発表のために教科書類を調べる。
 - ・EBMカンファレンスはすでに2回行われた。原著論文や Review を読んで紹介する。
- 例：Af についてのリズムコントロール/レートコントロール等。
- ・論文を読むのは学生時代からで、知識を増やすことがメイン。現場応用を考えるのは限界があり、他の方法になる。
 - ・循環器病学会のガイドラインは誰でも参照できるが、学会読んでないトリルことのできないガイドラインも多い。
 - ・新しい患者の治療方針を立てるように指導されたときは、ガイドラインに沿って治療方針を立てるように指示されることはある。
 - ・科を回るときに、ガイドラインを渡されて、それを基に治療方針を立ててみるように指示される。だが、科によっては、ガイドラインよりも UpToDate などを参照するように指導されることもある。
 - ・コクランのことは誰も知らない
 - ・学生の時に使い方を教わったものを、継続して使っていることが多い。

- ・ガイドラインなどの情報を wifi で自分のタブレットでダウンロードできて保存できると嬉しい。

>Minds について

- ・Minds のガイドライン知っている 2名
- ・各項目ごとにクリックするのが面倒。ガイドライン全体が 1 ページになっている方が使いやすいと思う。
- ・中耳炎のフローチャートが使いやすかった。
- ・まずぱっと全体が見渡せる表(例：CKD など)が先にあり、あとから詳細なことがわかる形式がよい。質問形式など。
- ・アプリの方が便利。自分のタブレットは病院内の wifi にはつなげないため。
- ・Minds という会社が作っているのかと思った。謎のガイドラインとっていた。
- ・指導医が Minds を知っていて、「Minds を引けよ」みたいな指導を受けると、研修医も使うようになると思う。

>目的とする情報へ到達するための検索の仕方等の教育？

- ・研修医 1 年目は入職時に司書さんより説明があった。(2 年目はなし)
- ・学生時代にポリクリで受けた人もいる。

>その他

- ・クリニカルパスは直接関係しない。パス適用の権限が初期研修医にはない。電子カルテ上のオーダーは一定年数以上の医師が担当する。
- ・(ガイドラインに沿っているかを検討する場面?) →治療方針を立てるとき[総合内科/小児科]
- ・初期研修では主要症候から検査計画を立てるまでの意思決定能力が求められるが、その際に参照するのはハリソン。

■後期研修医 5/12 名 14 : 00-14 : 45

- ・iPhone 4/5 名、タブレット 1/5 名使用。
- ・UpToDate はタブレットに入れているので、ガイドラインで調べるより早い。
- ・他科疾患の場合は Harrison。コンサルする前にある程度調べる人と、すぐにコンサルする場合がある。
- ・院内 PC、surface で UpToDate は読める。
- ・UpToDate、PubMed、グーグルスカラーなどを良く参照する
- ・Minds からダウンロードできるものについては、ダウンロードしてエバーノートで PDF 化して活用している。

- ・ガイドライン一般の利用について。血液内科ではNCCNガイドラインは使うが、日本のものは使わない。日循のガイドラインはよく使う。外科では、癌のガイドラインを買う。総合内科では、高血圧、喘息のガイドラインは使う。
- ・合併症で他科依頼する場合など、いきなり丸投げではなく、ガイドラインを調べるようにはしている（総合内科）。ただし、緊急の場合は、すぐに電話でコンサルトする。
- ・ガイドラインを見たくても見られないことも多く、UpToDateを見てしまう。
- ・コクランは全然使っていない
- ・20年30年たって、最新の情報が簡単に入手できない環境になったときには、ガイドラインは重要だと思う。
- ・ガイドラインの内容はダウンロードできる方がありがたい。

>Ptに説明する際のガイドラインの使用の仕方

- ・ガイドラインに掲載されている治療は古い→保険適応内で行える治療は限られる。最新の治療や、他の病院で採用されている治療などを知る必要がある[血液内科]
- ・患者説明にガイドラインを使用することはほとんどない
- ・待機的手術の場合はガイドラインに沿って患者説明を行う。[外科]
- ・ガイドラインは引き合いに出さずに「日本ではこういう標準治療になっています」のような説明が多い。

>その他

- ・学生時代に学んだガイドラインは、がんのステージングなど。治療への応用という視点でみることは少なかった。
- ・クリニカルパスは、外科や消化器科の食道静脈瘤検査入院に用いる程度。内容がずれると調整しづらい。

Y 病院インタビュー調査要点

2014.08.27

今中、佐々木

参加：山口、今中、奥村、畠山、佐々木

別途アンケート記入：初期研修医 7名、後期研修医 2名、それ以外(10年目以上) 2名

■病院長、院長補佐 15:55-16:30

>情報検索環境

- ・電子カルテ(F社)とインターネットの端末は別。インターネット端末は図書室に4-5台、医局、病棟詰所にある。
- ・無線のアクセス環境は整備している。各医師個人契約のルーターで却って使いにくくなることも。放射線科医などは電子カルテを開きながら、一方で、個人持込iPadで診断・参照などを行っている。どのくらい持ち込まれているかは把握できていない。
- ・UpToDateではなく、類似のDynaMed®を使用(一部の人のみ)。
- ・図書館HP(個人iPadはつながらない)からDynaMed®,医中誌、PubMed等にアクセスできる。
- ・図書委員会があり、購入雑誌の種類などを決める。司書1名。
- ・図書費用予算として約〇〇万円くらい(電子ジャーナル、本・書籍・雑誌購入含む)。

>病院の方針・QI,パスなど

- ・Total Quality Management(TQM)大会に年1度参加(全職種から)。ここで、QIを用いてベンチマーク、年次的変化を確認しよう、と発信はしているが、普段はあえて触れない。TQMでガイドラインに沿った診療をしましようという話はない。
- ・QIについて、医師へのフィードバックなどはしていない。
- ・DPCを使用したQIを利用(できるだけ労力をかけない方向)。
- ・クリニカルパスは140種類あり、それらをすべて電子カルテへ移行したが、薬の変更がしにくいなどで稼働率は低下している。電子カルテ導入でパスは使いにくくなっているが、紙ベースを並行利用することはせずに、電子カルテで頑張ろうと考えている。
- ・肺炎のパス→市中肺炎ガイドラインなどを参考に作成。
- ・パスは各科の自律性に任せる。多職種を交えた(薬剤師・検査技師等)委員会は、当初は医師からの反発もあったが、定着してきた。

>エビデンス・診療ガイドラインなどを意識するか

- ・小児・産婦人科カンファレンスでは、抗菌役の使い方等については診療ガイドラインもよく利用するが、おかしいと思う項目もある。
- ・研修医向けには抄読会・勉強会、多科合同カンファレンス、自科カンファレンス等がある。診療ガイドラインも参照させている診療科もあるが、診療ガイドラインは(内容が)だめだ

という話も多く出る。鵜呑みにしないよう指導。

- ・血液領域はプロトコルで治療が動く。プロトコルの分量はガイドラインの10倍以上あり、これ自体診療ガイドラインのようなもの。
- ・診療ガイドラインは一定の判断の基礎としては使用しているが、実際の診療は flexible.
- ・他科のガイドラインはあまり見ない。

>Minds について

- ・以前は小児科の項目が少なかった。久しぶりにアクセスすると小児科の項目が増えたが、既に持っているガイドラインばかり。

>その他

- ・初期研修医 9名(定員)前後×2年=18名 (〇〇大:最大3、通常0-1等)
- ・後期研修医 全12-13名(初期研修医から継続者は多くない)
- ・情報検索の仕方は研修医に教えるが、既によく知っている。
- ・EBM としてキッチリは教えないが、オリエンテーション(1週間)や〇〇府で主催するオリエンテーションの中に一部含まれる。
- ・(学会・論文発表の推奨状況)学術委員会があり、発表件数一覧を作成し、月ごとに広報している。年1回冊子作成。
- ・科を越えて先進的取り組みをしていることを、各科部長等に公園してもらっている(3ヶ月ごとくらい)。院外の医師も聴講者として呼ぶが、参加者は多くないのが現状。

■初期研修医1名(小児科)、後期研修医1名(小児科)

16:30-17:10

>情報検索環境

- ・後期研修医：自分のノートパソコン(部屋)+iPad。iPadでエバーノート、ドロップボックス、各種ガイドライン・紙媒体スキャン後のもの等を活用。(1名)
- ・接続はWiFiで特に問題なし。
- ・スマホで必要時にGoogleで検索。
- ・PubMed,医中誌、UpToDate,Google/Yahoo,Minds、Medical Onlineをよく使用。
- ・大学時代のアカウントを使って情報を入手できる。
- ・初期研修医：自分のタブレットなどを持ち込むことはない。
- ・Google検索はよく使う。

>診療ガイドラインへのイメージ

- ・とりあえずやっていないといけないことが記載されているので、まず抑える必要あり。

- ・〇〇大学生時代にガイドラインの推奨度・エビデンスレベル、文献検索等については「医療情報学」で学んだ。〇〇大では関連授業なし。

>Minds について

- ・周知されていないと思う。たまたまパンフで見つけたので、意識的に検索して辿り着けた。一般にはそのきっかけは持ちにくい。診療にしようするには数ステップ必要なので、添付文書などオフラインで使用できるとよい。(カルテでは添付文書は見ることも可能)
- ・小児科は不十分。小児科意外で利用。
- ・良くまとまっているので利用していたが、どのような団体によるものか等は不明だった。
- ・検索で載っている疾患と載っていない疾患があり、広くカバーできていない。
- ・疾患名のみではすぐにサイトにアクセスできない。
- ・スマホ、タブレットで Minds が利用できたら嬉しい。

>その他

- ・クリニカルパス使用していない(眼科、消化器内科、外科が多い)
- ・QI: 聞いたことなし
- ・コクラン: 知らない

Z 病院インタビュー調査要点

2014.07.11

今中(文書化協力：佐々木)

■A 病院長

- ・(QI は使用していないが) ガイドラインを浸透させる(見せる)よりは、QI(数値)で見える化した方が Evidence-based practice に繋がるのでは。
- ・Minds について：評価選定して厳選されたものを載せているが、Evidence-based に関係なく載せてもよいのでは。(Evidence-based でない学会ベースのガイドラインをよく使用するため)
- ・電子カルテはインターネットにつながらない。
- ・医局単位で医局費などお金を出し合って、Wifi 経由でインターネットにつなげる。
- ・各科はカンファレンスなど積極的で、各科任せになっている。いくつかの科で内科/外科合同カンファレンスなども行っている。週 20 くらいある。8~9 部門で週 2 回位。
- ・CPC:年 5-6 回。
- ・DPC は DPC 分析ソフト A を使用。自治体病院協議会 QI プロジェクトは参加検討中。
- ・QI 委員会はない。臨床的な数値を部門間など皆で共有はしていない。
- ・年報に掲載するような数値は出している。
- ・クリニカルパスは 10 数年前から導入。150 位あるが、紙カルテから電子カルテとなり少し減った。運用度が低いものも多いのではないかと。

■B 副院長 (質・医療機能評価担当)

- ・各部門のポテンシャルは高い。
- ・委員会などでは、それぞれガイドラインを理解してやっている。
- ・一丸にはなりにくいですが、脳死移植など何かあれば協力できる体制はある(チームワークは良いのでは)。
- ・S 病院の QI は有意義とは思いますが、特に取り入れていない。
- ・運営会議があり、その中で安全、感染、NST 活動などがトピックとなることがあるが、QI の話はなし。特別食、廃棄食などについて、4 か月に 1 度インディケーターを出している。
- ・多部署・多職種で協力するメリットはあると思う。2 年後の医療機能評価に向けて、コンサルタントを呼んで、会合を持ったりする。
- ・クリニカルパス委員会：2 か月に 1 回以上見直し。
- ・図書委員会：Medline, 医中誌、電子ジャーナルなどをどうするか等につき検討。一元化されていない。Wifi, UptoDate 等は医局費で各医局単位で入れている。(病院の関与なし)
- ・研修医等情報検索環境：卒後 1 年目位の若い医師ではタブレットで調べている。

卒後 2 桁になると、持ち歩いていない。

■司書さん

>情報検索環境

- ・イントラネット 2 台、インターネット 2 台 →もう少し増設したい。
 - ・ Pubmed は図書室+医局で使用可能(電子カルテとはリンクせず)
 - ・ 医中誌 図書室×2回
 - ・ UptoDate 図書室(各自で購入)、24H 利用可能。
 - ・ コクランはない。
 - ・ 薬剤添付文書は見られる。
 - ・ 今日の治療薬等は見られる(外来)
- ・ 司書：若年 2 名+元職員 1 名 (現委託)。

2004 年に新司書さんが来られてから、図書室勉強会等が発足、活発化。
- ・ コメディカル(ME,Ns 系)がよく利用；看護研究/看護事例研究等
- ・ 検索方法などを指導する時間はあまりない。
- ・ ガイドライン冊子体一式がラックに備えられ、よく利用されている。
- ・ ○○大学-医中誌が共同でガイドラインリストをつくっている。

>Minds について

- ・ アピールして使ってもらえば。

>その他

- ・ ○○万円の年間予算(電子ジャーナル、本購入含む)。
- ・ 図書委員会 月 1 回。
- ・ 日本病院図書館協会 (JHLA) 以前山口 Dr 講演。
- ・ 患者図書室はない。ただし、各階ラウンジ(各階ダイルーム、小児病棟、外来)に「つつじ文庫」がある。読み物を置いているが、患者体験記は置かない。癒し系よみもの。

■D 科長

>診療ガイドラインについて

- ・ ガイドライン調べるなら当該科の医師に聞く (その方が早い)。
- ・ 大きな病院では分野ごとに専門の医師がいて、聞けるのであまり使用されないが、小さな病院ではそのような医師がいないので、ガイドラインの価値が出てくるのでは。
- ・ 管理職クラスでは **QI** を見ていきたいと思うので、伸びしろはある。

>Minds について

- ・作る側は大変だと思われるが、臨床現場では馴染みがない。UpToDate, Pubmedの方が馴染んでいる。
- ・専門医は各学会ホームページを調べることの方が多いのではないか。
- ・誰に向けて発信しているか、誰のニーズのストライクゾーンにあるのか。あるとしたらプライマリケア医か。
- ・常に広い範囲をみる人にニーズが多いのでは。(プライマリケア学会、若手医師、開業医など)

>その他

- ・教育研究委員会：各部会長、院長、副院長等が集まる。今後専門医認定制度が変わるので対応していこうとしている。認定看護師もとれるように検討中。地域支援病院も獲得したいと思っている。
- ・本日（またはこの3日間）の診療において、診療ガイドラインがどのくらい役立ったかを聞いても面白いかもしれない。

Z 病院インタビュー調査要点②

2014.08.06

佐々木、今中

山口(2014.09.09 加筆)

参加：山口、今中、矢口、佐々木、科長

初期研修医 6名(1年/2年各3名)、後期研修医 4名(QQ/放射線、婦人科、総合診療) 計
10名

>情報検索環境・よく使用する教科書類ほか

- ・電子カルテ用 PC ではインターネット接続はできない
- ・iPad、スマートフォンを持参して使っているドクターは多い。ただし、患者の前で使うことはない。
- ・基本的に Wifi を携帯し、書籍があれば使用する程度。
- ・電子書籍を iPad(mini)に入れ、必要に応じてネット検索(QQ 科は診療する場所の近くに自分のパソコンがあるので、それを使用)
- ・婦人科は書籍のガイドライン 5 冊で内容が網羅できており、すぐにどこでも見られる環境になっている。
- ・インターネットは市ではなく、病院で繋げている(ログを取られるので市としては抵抗あり)。LAN 費用は、医局全体で天引き。実費は職員で約 8000-9000 円/月、研修医では約 1000 円/月。
- ・(情報の活用の仕方を習う機会?) 独習。婦人科の場合は訴訟が多いので、最先端情報を仕入れる目的よりは、何かあったときに身を守る説明ができるようにする目的での使用がメイン。なんとなくわかっているが、細かい数値などの確認。婦人科がんでは「患者様家族へ」に向けた説明に使用。
- ・PubMed が主。UpToDate は個人契約(自費)6/9 名。図書館で使えるパソコンは 1 台しかなく、UpToDate もあるが、アクセス悪い。
- ・教科書は辞書的なものを使用。「ICU/CCU 薬の使い方」等。
- ・救急科では診療スペースの裏に PC があって、そこで使える。
- ・書籍を購入した後で自炊して電子化していることが多い。
- ・レジデントマニュアルを電子化して iPad に入れておいて、見つからない場合は後でインターネットで調べる
- ・検索は Google 検索が多い。

>Minds について

- ・知っていた人 2/9 名。
- ・診療ガイドラインが集まっているもの、という認識。

- ・科によって内容にばらつきがある。消化器は揃いがよいので、参照することが多い。
- ・調べたい疾患がカバーされていないので、もっと従事すしてはどうか。
- ・「やさしい解説」がついているかどうか、すぐにわからないのも改善できるか。主要な疾患が必ずしもカバーされていない。
- ・もっと宣伝しては。何のサイトかわかりにくい。トップページに書いてはどうか。対象者を明示した方がよいのでは。
- ・スマホ用のサイトがない。実際スマホを検索に利用している医師が多い中で、どういう状況で利用してほしいのか。タブレット端末からアクセスしやすいのが大切。
- ・Minds を調べるといよりも、ネット検索をしていたら、たまたま Minds のページがヒットしたということが多い。
- ・ネット検索で Minds にたどり着いたときに、どんなサイトかわからない。
- ・スマートフォン用のサイトがあると良いと思う。
- ・学生時代から Minds のことを知っていたら活用したと思う。

>診療ガイドラインについて

- ・指導医と相談して治療方針を決めるので自分で診療ガイドラインを見ることはあまりない。
- ・2週に1度程度担当にならないか症例報告の際、診療ガイドラインを使用するが、特に指示されているわけではない。
- ・他科の疾患、新しい疾患（例：急性膵炎）の概要を知る際に参考にする。
- ・循環器学会ホームページのガイドラインを参考にする。
- ・（後期研修医）基本的・標準的なことを知るためにはガイドラインは大切。指導する立場で使用する。時代遅れかどうかは不明。
- ・（原著論文まで調べる場面？）①発表時、②ガイドライン推奨度が低い場合、③医中誌などぱっとしない場合、**Review**を見たりする。
- ・患者や家族の説明にガイドラインを使用する 1/9 名(婦人科のみ)。ただし、研修医 1-2 念目が患者・家族に直接説明することなし。
- ・ガイドラインは患者と共有した方がよいと思う。
- ・なぜ Ia なのか、どのような人が対象なのか等が、ガイドラインに記載されていないことが多い。勉強道具としては使える。
- ・学生時代から存在を知っていればよかった。日本語で教科書より一歩先を調べたいときなどに使えたかもしれない。
- ・指導医からガイドラインを見るように言われることは多くない。自分で最初にガイドラインを見るようにしている。
- ・ガイドラインの内容を知っておかなければならないことと認識している（後期研修医）
- ・産婦人科では、狭い範囲なのでガイドラインは良く活用するし、患者への説明の際も、

それ用の資料も出ていてよく使う。

- ・総合診療での勉強会で、自分たちのやっている診療が診療ガイドラインに則っているかを調べることもある。
- ・推奨度が弱いときこそ、原著論文まで調べて慎重に適応を見極めるようにしている。

>クリニカルパスについて

- ・利用できる疾患に限られる。急性期はほぼ無理。元気な人が中心。オーダー出すのは楽。看護師とのやりとりも楽、看護師も楽では。毎週のサイクルが立てやすい。
- ・気管支鏡検査入院、開腹/腹腔鏡入院等。婦人科はほぼすべてパス。
- ・合併症のある人の対応に漏れが出やすいかも。画一的思考になりやすい。
- ・(パスを見直す際に診療ガイドラインを使用するか?)

→指導医 matter。マンパワー(病棟の都合)など。

>EBM 関連教育

- ・内科カンファレンスがあつて、研修医が発表の場があり、原著論文を調べたりする

>その他

- ・コクラン使用したことなし。システマティックレビューなど二次論文読む人なし。
- ・QI：全員聞いたことなし。

5. 診療ガイドライン
と医療の質指標の活用
についての質問紙調査
(病院対象)

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての 調査票調査ご協力をお願い

2015年1月

この度はご多忙の中、本調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。

Minds (厚生労働省委託事業 <http://minds.icqhc.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002年設立以来、EBM普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく Web への掲載、国際的な動向を踏まえたより質の高い作成方法の普及を中心に事業を進めてきました。

また、Quality Indicator/Improvement Project (QIP) では、これまで医療管理データ (DPC データやレセプトデータ) や診療録から収集された臨床データなどを利用して、各医療機関の医療の質指標(QI)を算出し、結果のフィードバックを通じて診療の質改善を目指す取り組みを行ってきました。2014-2015年度にかけて、診療ガイドライン活用の評価・推進のために、Minds と QIP が連携することとなりました。

本調査は、厚生労働省委託事業としての、ナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、関連する研修等がどのように行われているか、また、それらが QI といかに関係しているかについて、実態を把握するためのものです。

また、診療ガイドラインと表裏一体の関係にある QI 活用状況についてもお尋ねできれば幸いです。

ご協力いただきました回答内容をもとに解析を行い、その結果を踏まえて、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えています。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(注) なお、本調査は強制ではなく、不参加にて不利益が生じることはありません。調査にご参加いただいた各施設には、調査結果報告書をお返しいたします。調査にご参加・ご回答いただいたことをもちまして、調査の趣旨にご賛同いただいたものとさせていただきます。本研究は厚生労働省のナショナル・プロジェクトの一環で、日本医療機能評価機構から京都大学へ再委託された受託研究費に基づく研究であり、内容から見て、利害の衝突はありません。調査票資料用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による破棄、またデータは研究終了後 5 年間京都大学で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管され、終了後データをメディア(CD-ROM または DVD)ごと破壊して廃棄します。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
EBM 医療情報部 Minds (マインズ)
TEL: 03-5217-2325 / FAX: 03-5217-2330
E-mail: minds.help@jqhc.or.jp



QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局
TEL: 075-753-4454 / FAX: 075-753-4455
E-mail: qip-office@umin.ac.jp (京都大学 医療経学分野)

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査 [2nd ステージ]

研修医向け調査票調査 参加同意書

本調査は、厚生労働省委託事業としての、ナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、関連する研修等がどのように行われているか、また、それらが医療の質指標(QI)といかに関係しているかについて、臨床研修病院として臨床活動・研修活動を行っておられます病院を対象に調査するものです。

上記内容につき、2nd ステージとして、初期研修医・後期研修医の方々に調査票(A4 裏表1 ページ分)を配布させていただければと存じます。ご協力いただける場合、下記を用いてご回答いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

ご協力いただきました回答内容をもとに解析を行い、その結果を踏まえて、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えています。

ご協力いただきました御施設には、研究終了後に報告書をお送りいたします。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(公財) 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 Minds (マインズ)

QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査 [2nd ステージ : 研修医向け調査]

QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局宛

(FAX: 075-753-4455, E-mail:qip-office@umin.ac.jp)

上記調査に協力します。

平成 年 月 日

初期 研修医数	後期 研修医数

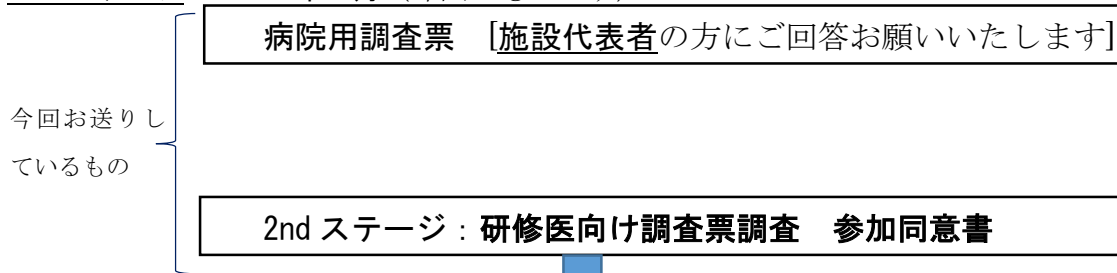
調査票配布数(参考)としますので、ご記入ください。

施設名 _____
役職名 _____
代表者氏名 _____

調査の手順

今回実施いたします調査票調査（診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査）について、手順概要を下記にお示しいたします。

1st ステージ 2015年1月（今回のものです）



参加同意書をいただいた御施設へ、別途研修医向け調査票をお送りいたします。

2nd ステージ 2015年2月頃

研修医向け調査票（A4で裏表1ページ分）
初期研修医・後期研修医 全員（ただし各々20名まで）

ご協力いただきました御施設へは、ご協力調査部分に関する収集情報について、レポートをお返しいたします。

調査内容

- 院内の情報環境ならびに診療ガイドライン情報の利用状況
- 関連する研修等
- 医療の質指標(QI)の認知状況 など

今回は、1st ステージ：病院用調査票を送付させていただいています。

よろしければ、2nd ステージにあたる研修医用調査にも、ぜひご協力ください。ご同意いただけます場合、別紙参加同意書を緑色の返信用封筒に入れ、病院用調査票とともに事務局宛にご返送ください。

病院名: □

No.

厚生労働省委託事業:EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票 [病院用]

2015.1

【お願い】QIP (Quality Indicator/Improvement Project)ではこれまでも、ご提供いただいた臨床データを利用し、診療の質の分析、改善を目指す取り組みを行って参りました。ご多忙中とは存じますが、診療情報検索環境、診療ガイドラインや医療の質指標活用等に対する詳細な分析を行うための、アンケートにご協力ください。

本アンケート用紙は**施設としてのご方針**等をお伺いするものです。**施設代表者の方**にご記入いただければ幸いです。ご回答により直接的利益・不利益はありません。参加施設には本調査結果をお返しいたします。よろしくお願いたします。

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

問1 (1) 医師・研修医等が診療情報を検索するための電子環境を、貴院ではできるだけ充実させようという方針を持っている。

- 1.はい 2.いいえ 3.どちらでもない

(2) 貴院では、どのような情報源を使えるようにしていますか？(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

1. PubMed 2. Google/Yahoo 3. 薬剤添付文書
 4. 薬剤インタビューフォーム 5. 学会ホームページ 6. Minds
 7. 医学中央雑誌(医中誌)[病院で契約] 8. 医学中央雑誌(医中誌)[医局等で契約]
 9. UpToDate[病院で契約] 10. UpToDate[医局等で契約] 11. Cochrane Review
 12. Clinical Key 13. Ovid 14. DynaMed
 15. 『今日の診断指針』[電子版] 16. 『今日の治療指針』[電子版] 17. 各種診療ガイドライン[電子版]
 18. 『今日の診断指針』[書籍] 19. 『今日の治療指針』[書籍] 20. 各種診療ガイドライン[書籍]
 21. その他[]

問2 貴院における電子カルテとインターネットの状況を教えてください。

- (1) 1. 電子カルテとインターネットが同一端末で閲覧できる。
 2. 電子カルテとインターネットは別端末で、病院が用意している。
 3. 電子カルテは病院で用意するが、インターネットは各医局や各医師に任せている。
 4. 電子カルテが未整備である。
 5. その他[]

(2) インターネットにアクセスできる無線LAN環境(Wifi等)を病院で整えていますか？

- はい(利用場所制限あり) はい(利用場所制限なし) いいえ

(3) 貴院でのインターネットにアクセスできる有線LAN環境につき、主な利用場所にチェックしてください。(複数回答可)

1. 病棟 2. 外来 3. 医局 4. 図書室 5. その他[]

問3 貴院における図書室の利活用について。

(1) 貴院における図書館司書の人数を教えてください。

常勤[]名 非常勤[]名 非常勤の常勤換算[]名 (週1日1人勤務=0.2人と換算)

(2) 院内向け図書室ホームページを作成し、電子ジャーナルなどを利用しやすいようにしていますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらでもない

(3) 貴院での活動状況を教えてください。(複数回答可)

1. 診療に係わる情報検索環境を向上させるため、委員会で検討している。
 2. ペーパーレスを目指すなど 図書機能の充実を心がけている。
 3. 日本病院ライブラリー協会(JHLA)に参加して、他院との情報交流を図っている。
 4. その他[]

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

問4 EBM(根拠に基づく医療)を病院として推進していますか？

1. 病院として、研修等も含めて推奨している。
 2. 病院として特に推奨などはなく、各診療科または各医師個人の対応となっている。
 3. エビデンスに基づいた診療といっても限界があり、活用を目指す必要はない。
 4. エビデンスに基づいた診療については、特に意識していない。

問5 診療ガイドラインについて、貴院ではどのような方針ですか？

1. 病院として推奨している。
 2. 病院として特に推奨などはなく、各診療科または各医師個人の対応となっている。
 3. 診療ガイドラインの活用を特に目指す必要はない。
 4. 診療ガイドラインに基づいた診療については、特に意識していない。

問6 (1) 貴院ではMindsの活用を推奨していますか？ 1. いる 2. いない

(2) Mindsに対するご意見・ご要望を下記へ記載ください。

問7 貴院におけるクリニカルパスの準備・活用状況を教えてください。

- (1) クリニカルパスを作成・改訂する際、診療ガイドラインを活用するよう、病院として推奨していますか？
 1. いる 2. いない
- (2) 病院全体で準備されているクリニカルパスの概数は以下のどれですか？
 1. ほとんどない 2. 10未満 3. 10以上100未満 4. 100以上200未満 5. 200以上

- (3) 病院全体で実質活用されているクリニカルパスの概数は以下のどれですか。
1.ほとんどない 2.10未満 3.10以上100未満 4.100以上200未満 5.200以上
- (4) クリニカルパスを使用している具体的な疾患群を下記より選択してください。(あてはまるものすべてに☑を記入してください)
1.がん 2.脳・神経 3.筋・骨・関節 4.心臓と血管 5.呼吸器 6.消化器
7.歯科・口腔 8.腎臓・泌尿器 9.内分泌・代謝・血液 10.アレルギーと膠原病
11.皮膚・目・耳・鼻・喉 12.女性の健康・妊娠・出産 13.小児 14.メンタルヘルス
15.感染症 16.健診・予防 17.救急救命 18.その他[]

3. 日常診療におけるQI (医療の質の指標) の活用状況

問7 医療の質指標(QI: Quality indicators)について

- (1) 貴院で閲覧できるQIはどれですか。(複数回答可)
1.自院で独自に算出したもの 2.関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3.日本病院会 4.全日本病院協会 5.QIP 6.その他(民間会社等)
- (2) 上記のうち、最も活用しているQIはどれですか。(1つ回答してください)
1.自院で独自に算出したもの 2.関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3.日本病院会 4.全日本病院協会 5.QIP 6.その他(民間会社等)
- (3) QIをどのように利用していますか。(複数回答可)
1.他院とのベンチマーク
2.自院内での科間比較
3.自院内での経時的推移フォロー
4.あまり活用できていない
- (4) QIは誰が主に活用していますか。(複数回答可)
1.病院幹部 2.関連事務系職員 3.各科部長クラス
4.現場医師・看護師等 5.全職員
- (5) QIを病院内で共有する際、どのような手段を使用していますか。(複数回答可)
1.紙媒体報告書の配布 2.イントラネットによる報告 3.他の電子媒体(CD-ROM等)報告書の配布
4.Eメール 5.会議(少人数対象) 6.集会(多人数対象)
- (6) QIは医療の質改善に役立つと思いますか。
1.思う 2.思わない 3.わからない
- (7) QIを医療の質改善のために実際に参考にしていますか。
1.している 2.していない 3.どちらともいえない
- (8) 診療ガイドライン活用を評価する指標としてQIは有効だと思いますか。
1.思う 2.思わない 3.わからない

4. 診療ガイドライン・QIのさらなる活用にむけての提案

問8 診療ガイドライン・QIが日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が重要だと思われますか。

最後に、診療ガイドライン・QIに関連して、また本調査その他につきまして、ご意見等ございましたら、ご記入ください。

■ 貴院のストラクチャー情報のご記入をお願いいたします。

一般病床数 [] 床 療養病床数 [] 床 精神科病床数 [] 床
 病院の全常勤医師数(研修医除く) [] 名
 研修医数: 初期研修医数 [] 名 後期研修医数 [] 名

■ ご回答いただいた方についてお尋ねします。

ご役職 []
 性別 男性 女性
 年齢 20代 30代 40代 50代 60代～
 記入年月日 [] 年 [] 月 [] 日

《お問い合わせ先》
 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野内
 電話: 075-753-4454 FAX: 075-753-4455
 e-mail: yamashita.yoko.8n@kyoto-u.ac.jp
 担当: 佐々木



お忙しいところ申し訳ございませんが、1月30日までに緑色の返信用封筒に入れて封の上、郵送でご返送ください。
 研修医向け調査[2ndステージ]にご参加いただけます場合、参加同意書も同封ください。
 ご協力ありがとうございました。

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての

調査票調査[病院用] 中間集計 (暫定版)

2015.03.08

【解析対象】2015年1月～2月調査票にご回答いただいた QIP 参加 151 病院 施設代表者

(回収率 36.1%中間集計時)

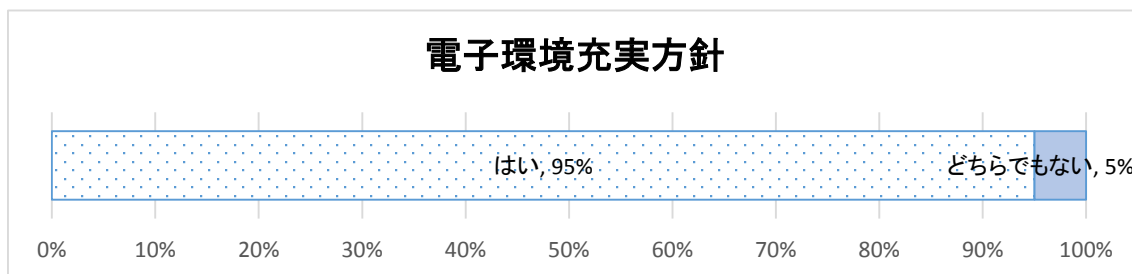
【回答者属性】役職：施設代表者 86 事務長ほか 53 無回答 12

性別：男性/女性 123 (87%) /19(13%)

年代：20代/30代/40代/50代/60代以上 4(3%)/20(14%)/24(17%)/48(34%)/44(31%)

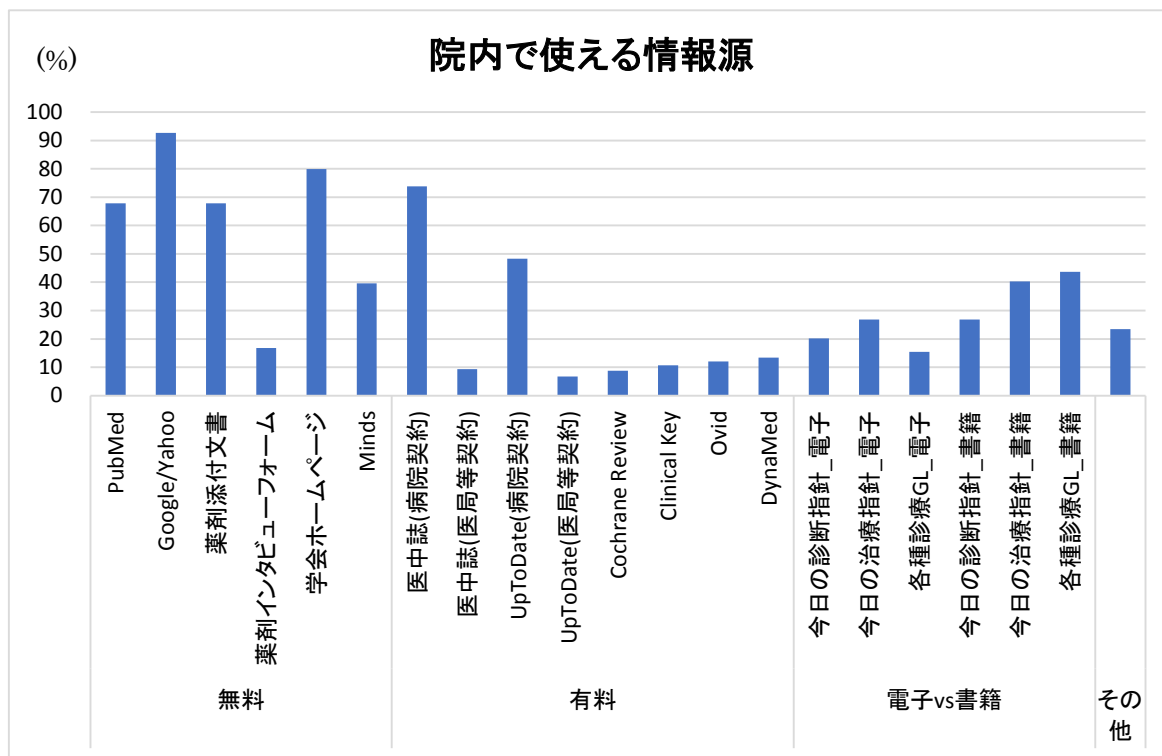
1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

問1(1) 医師・研修医等が診療情報を検索するための電子環境を、貴院ではできるだけ充実させようという方針を持っている。(有効回答 n=149, 95.3%)



(2) どのような情報源を使えるようにしていますか？

(あてはまるものすべてに☑を記入してください) (有効回答 n=149, 95.3%)



問1 (2) [その他] (記述)

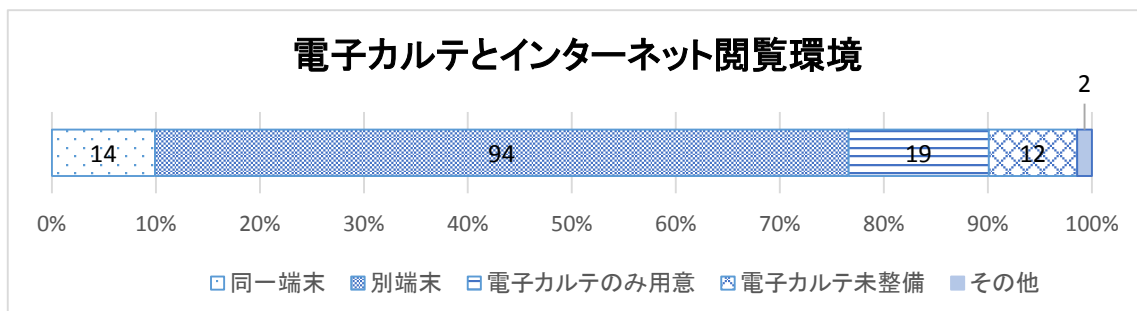
- ・日経メディカルオンライン 19 (うち病院で契約 1)、
- ・J Dream 3 9
- ・今日の診療 3
- ・Medline with Full Text 4
- ・Procedures CONSULT 3
- ・電子ジャーナル 3

その他

Cochrane Library, CiNii, Springer Link,
今日の臨床、EBSCO, ProQuest 等。

問2 (1) 貴院における電子カルテとインターネットの状況を教えてください。

(有効回答 n=141, 93.4%)

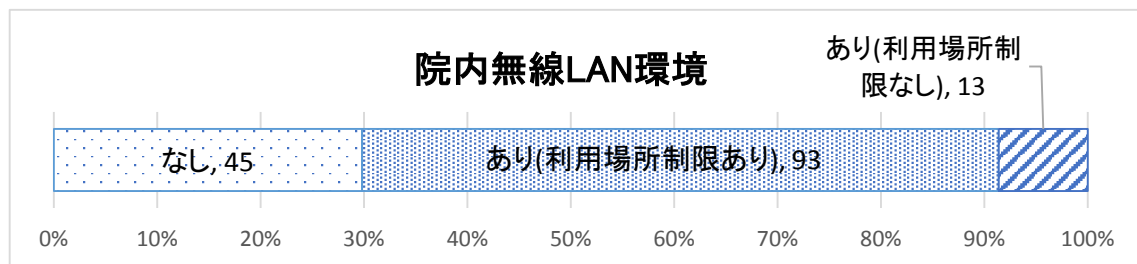


[その他] (記述)

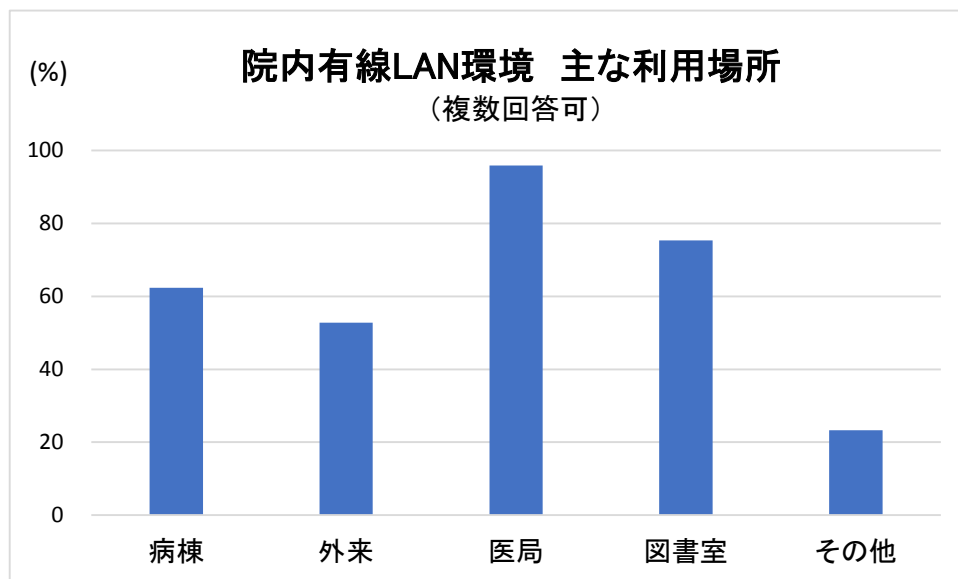
- ・電子カルテは病院で用意。インターネット回線を病院で用意し端末は共用。
- ・近々整備予定
- ・図書など一部の場所では同一端末で閲覧できる
- ・個人持込みのインターネット接続PCも利用可
- ・医師は各自で用意し病院にてセッティング、その他職員は病院で準備
- ・インターネットは各医師の個人端末でも利用可。(医局で)

(2) インターネットにアクセスできる無線LAN環境(Wifi 等)を病院で整えていますか？

(有効回答 n=151, 100%)



(3) インターネットにアクセスできる有線 LAN 環境につき、主な利用場所にチェックしてください。
 (有効回答 n=146, 96.7%)

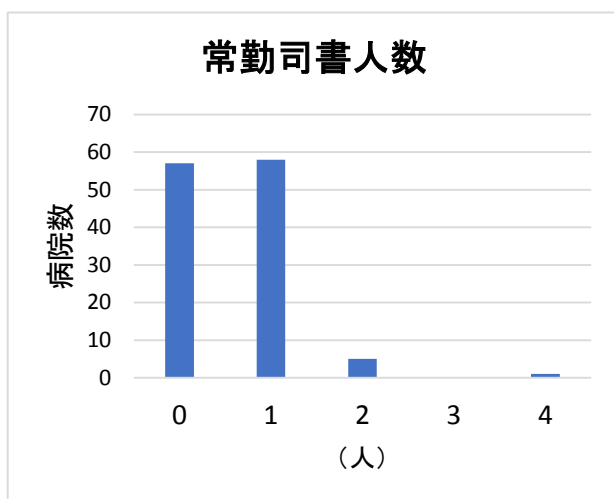


[その他] (記述)

- ・電子カルテは病院で用意。インターネット回線を病院で用意し端末は共用。
- ・近々整備予定
- ・図書など一部の場所では同一端末で閲覧できる
- ・個人持込みのインターネット接続PCも利用可
- ・医師は各自で用意し病院にてセッティング、その他職員は病院で準備
- ・インターネットは各医師の個人端末でも利用可。(医局で)

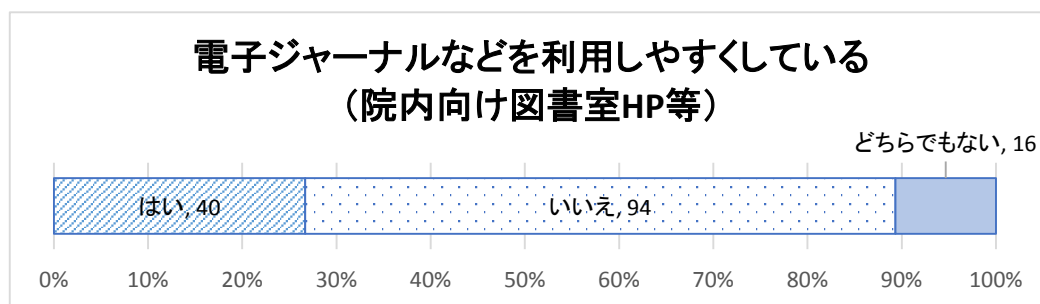
問3 病院における図書室の利活用について。

(1) 図書館司書の人数



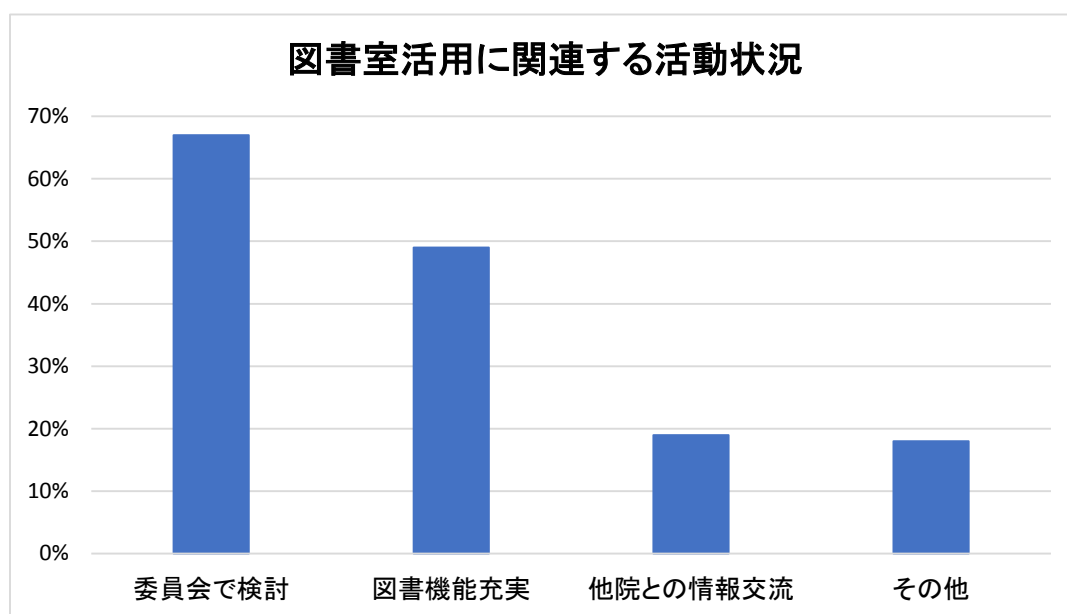
■常勤：平均 0.60 ± 0.65 人、
 中央値 1.0 人、範囲 0~4 人
 (有効回答 n=121, 80.1%)
 ■非常勤司書を含む常勤換算：
 平均 0.62 ± 0.63 人
 (有効回答 n=135, 89.4%)

(2) 院内向け図書室ホームページを作成し、電子ジャーナルなどを利用しやすいようにしていますか。 (有効回答 n=150, 99.3%)



(3) 図書室活用に関連する活動状況 (複数回答可) (有効回答 n=123, 81.5%)

- 回答選択肢
1. 診療に係わる情報検索環境を向上させるため、委員会で検討している。
 2. ペーパーレスを目指すなど 図書機能の充実を心がけている。
 3. 日本病院ライブラリー協会(JHLA)に参加して、他院との情報交流を図っている。
 4. その他



[その他] (記述)

Positive

- ・「図書室から」という情報紙を毎月発行している
- ・地域ネットワークとの情報交流, ILL (文献相互貸借) を実施
- ・JMLAに参加
- ・北海道病院ライブラリー協会に参加。
- ・東海地区医学図書館協議会に参加。
- ・中国四国九州医学図書館ネットワークに参加し、他院との情報交流を図っている。
- ・中四国九州病院図書室ネットワークに加入している。東海、近畿図書室ネットワークにも雑誌所蔵目録を公開。
- ・沖縄メディカルライブラリー研究会に参加し、県内病院図書室間の交流を図っている。

- ・委員会で図書室のインターネット端末を管理しています。これは主にコメディカルの人が使用しています。
- ・全国済生会図書連絡会に加入し、済生会施設と交流を図っている。
- ・赤十字病院間で情報交流を図っている
- ・データベースの講習会等を開催している

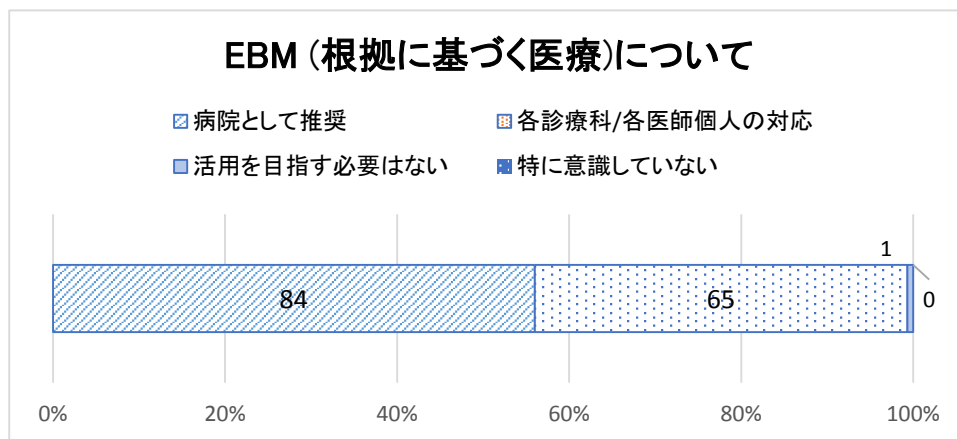
Neutral

- ・文献取り寄せ、文献検索補助を行っている。
- ・ガイドラインをそろえる程度
- ・準備中にて未確定
- ・各自
- ・特になし

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

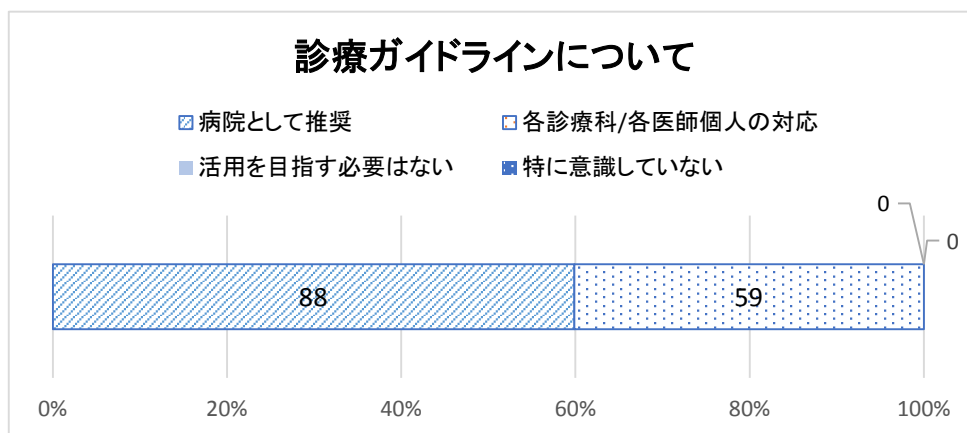
問 4 EBM (根拠に基づく医療) を病院として推進していますか。

(有効回答 n=150, 99.3%)



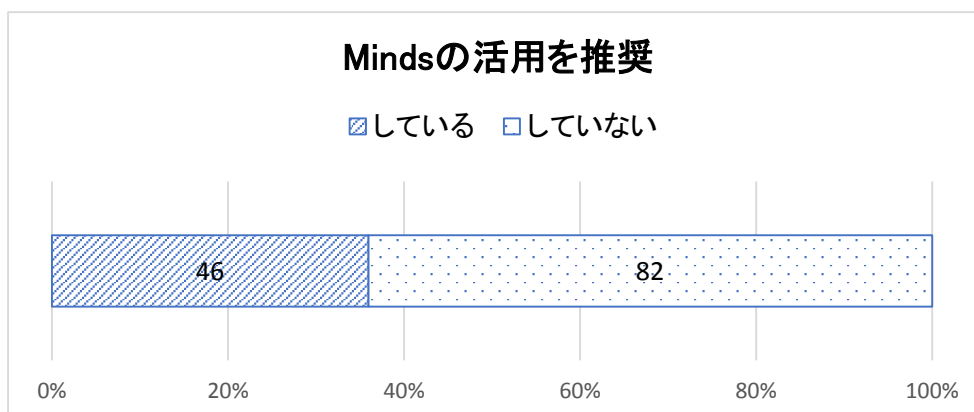
問 5 診療ガイドラインについて、貴院ではどのような方針ですか。

(有効回答 n=147, 97.4%)



問6 (1) 貴院では Minds の活用を推奨していますか。

(有効回答 n=128, 84.8%)



(2) Minds に対するご意見・ご要望 (記述)

Positive

- ・充実している
- ・各診療科のガイドラインがまとめられており、重宝している
- ・各学会のガイドラインを参照できるよう、より多くのリンクをしてほしい。
- ・サイト内で探しにくいガイドラインを直接閲覧出来るようにしてほしい (外部サイトへ行くのではなく)
- ・新しいガイドラインを紹介してもらえるのでありがたい。(個人的に)
- ・各科にMindsを確認するようにすすめてはいる
- ・(1) 学会のホームページ (2) Minds になっています。
- ・今後活用するよう推奨します

Negative

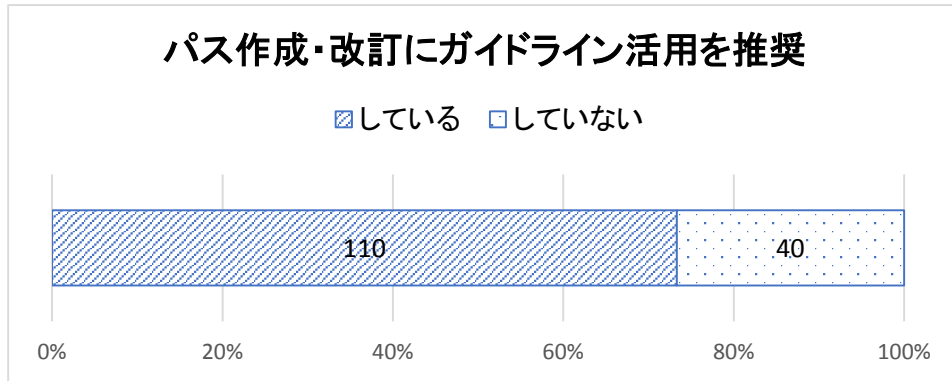
- ・使い勝手の問題がある
- ・電カル端末からのインターネット接続を不可としている為、アクセスに不便がある。

Neutral

- ・特になし
- ・内容を知らない/認識しておりませんでした/はじめて聞くお名前です
- ・個人的に利用している
- ・院内のオンライン図書サイトにバナーを設けた時期もあったが院内利用は顕著に多いわけではなかった為、現在はバナーを削除した経緯がある。
- ・申し訳ございません。現時点では電子カルテ端末ではインターネットにアクセス出来ないため、個々人が選択して利用しているのみで特に意見はありません。
- ・院内LANで利用できる様にしていきたい (CD-ROM や、ダウンロードでの提供を希望します)
- ・全てのガイドラインがのっているかわからないので、冊子単位で購入しています

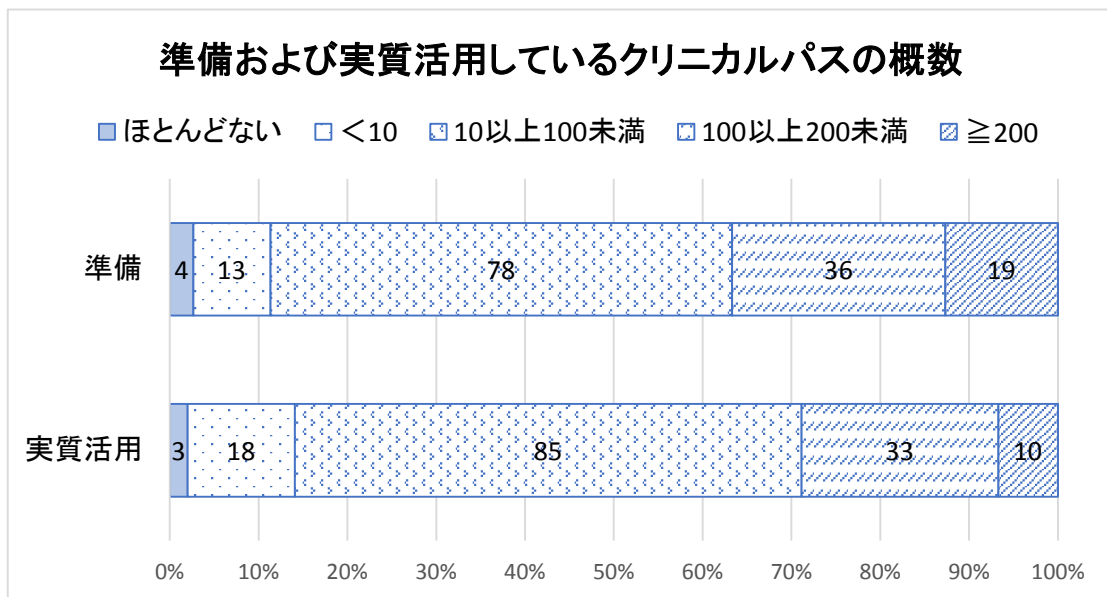
問7 クリニカルパスの準備・活用状況

(1) クリニカルパスを作成・改訂する際、診療ガイドラインを活用するよう、病院として推奨していますか。
 (有効回答 n=150, 99.3%)



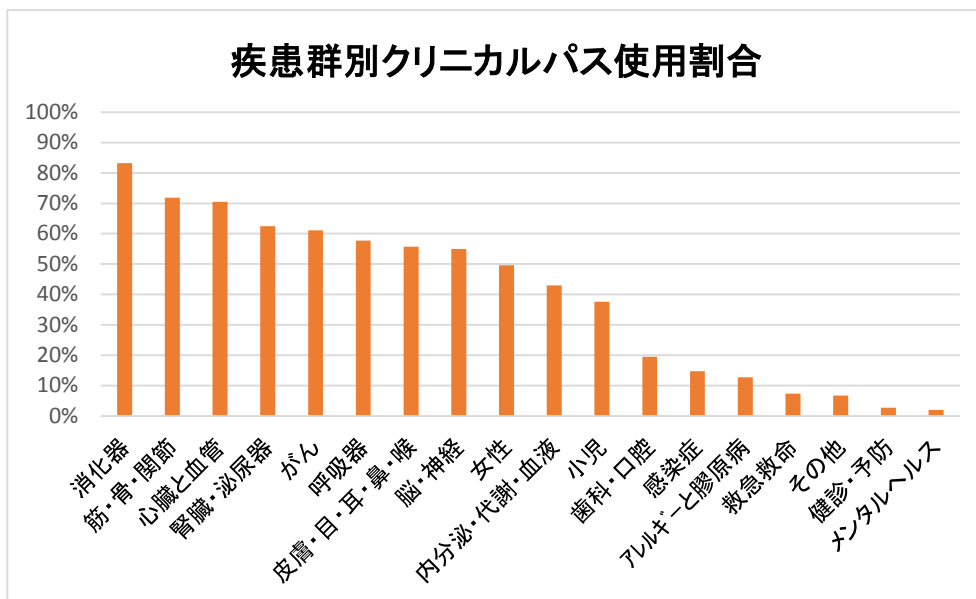
(2) 病院全体で準備されているクリニカルパスの概数の概数 (有効回答 n=150, 99.3%)

(3) 病院全体で実質活用されているクリニカルパスの概数の概数 (有効回答 n=149, 98.7%)



(4) クリニカルパスを使用している具体的な疾患群(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

(有効回答 n=149, 95.3%)



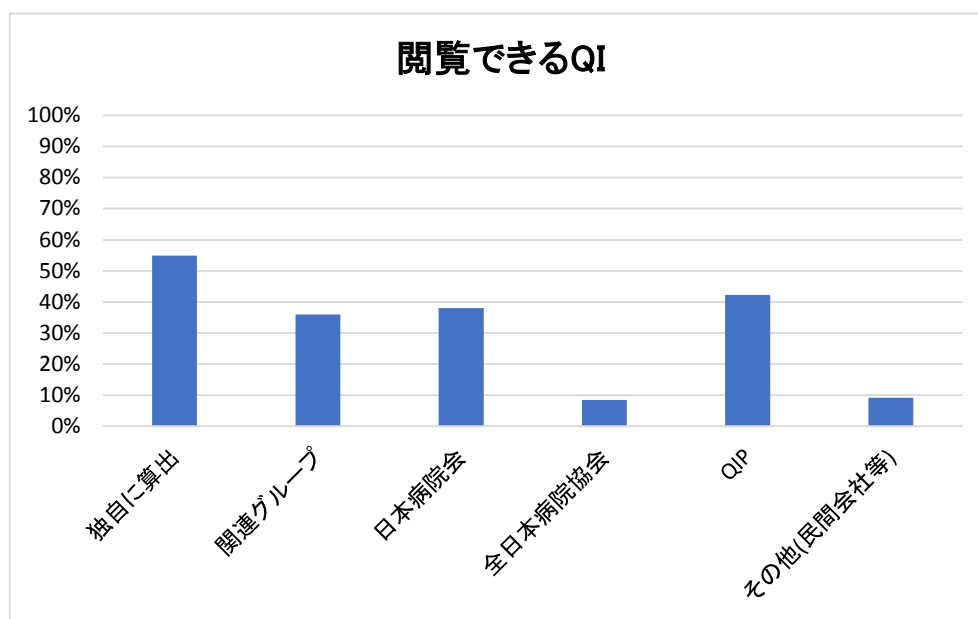
[その他] (記述)

眼科手術、地域連携パス、短期入院経過観察、脳卒中、リハビリパス、NST、身体拘束、緩和ケア、ヘルニア、放射線科

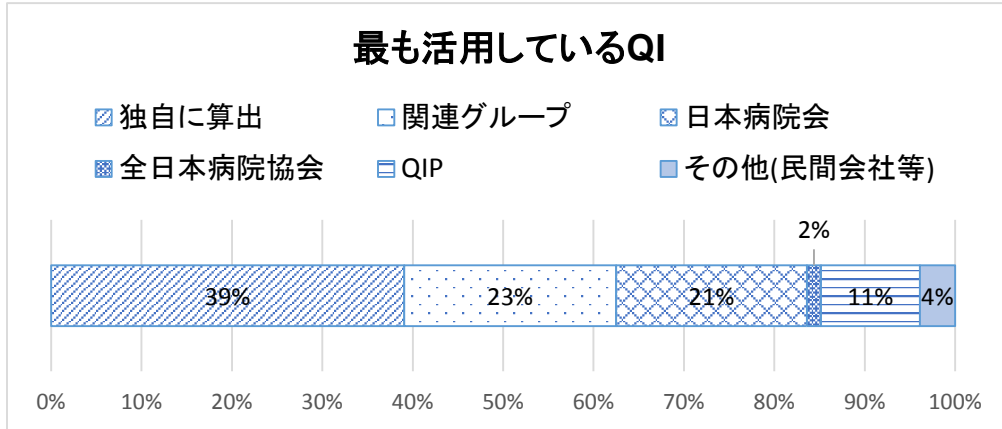
3. 日常診療における QI (医療の質の指標) の活用状況

問 8 医療の質指標(QI: Quality indicators)について

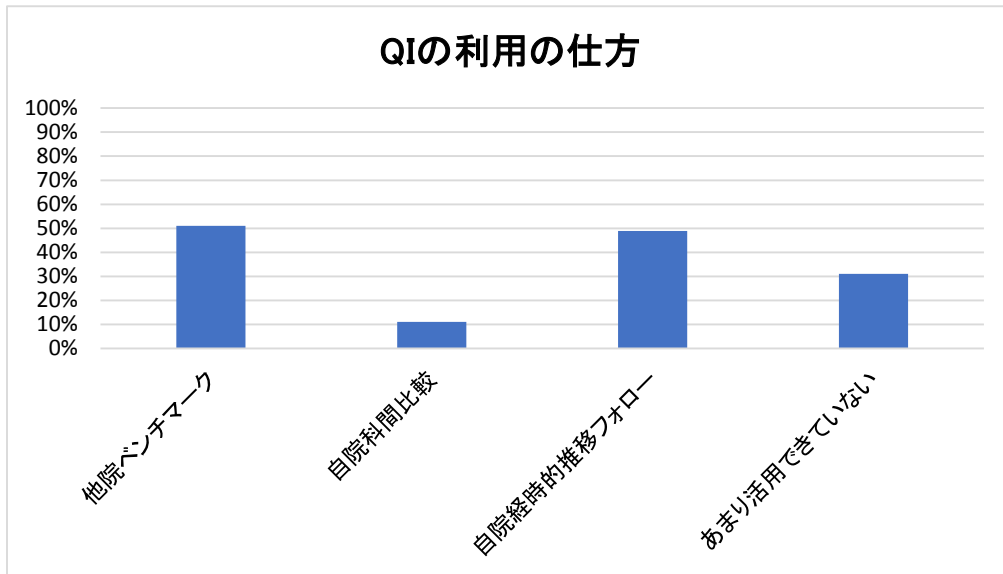
(1) 閲覧できる QI はどれですか。(複数回答可) (有効回答 n=142, 94.0%)



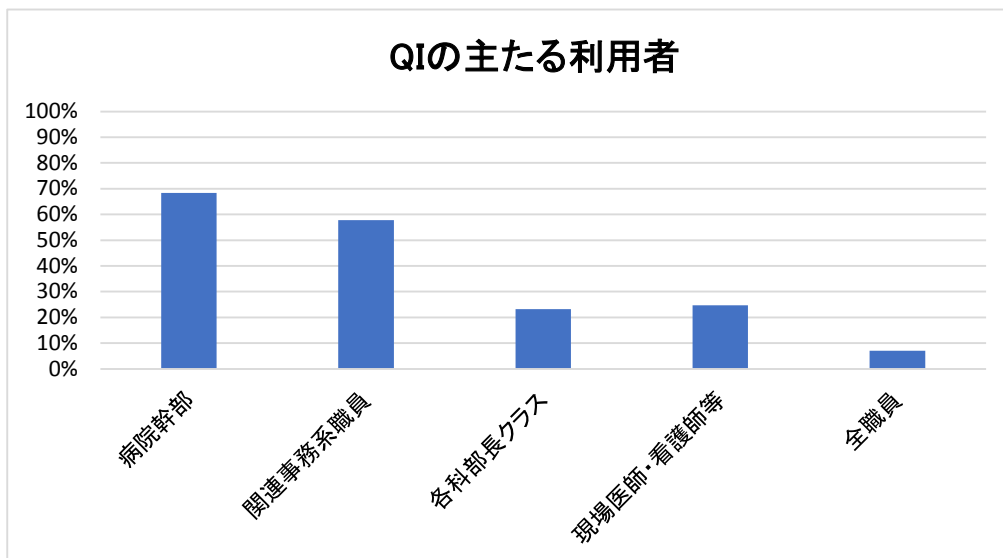
(2) 上記のうち、最も活用している QI はどれですか。(有効回答 n=128, 84.8%)



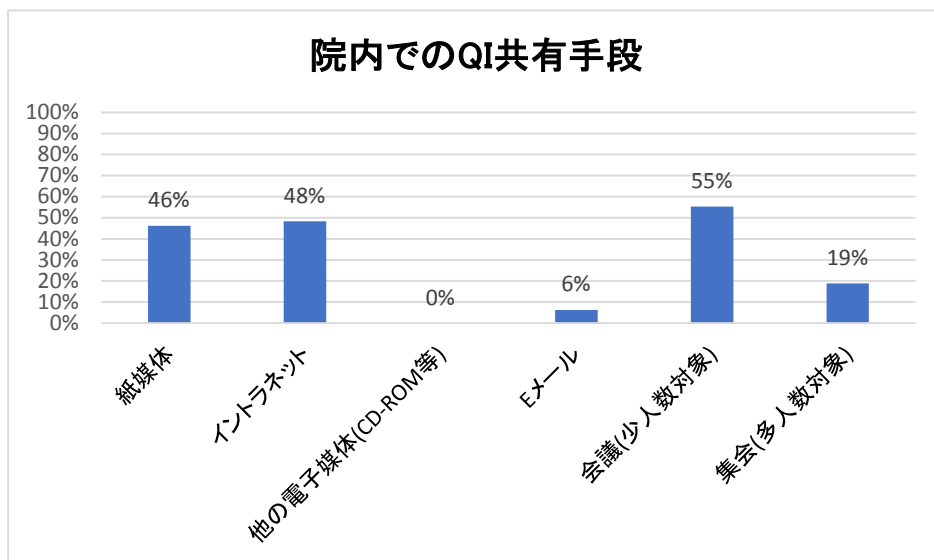
(3) QI をどのように利用していますか。(複数回答可) (有効回答 n=145, 96.0%)



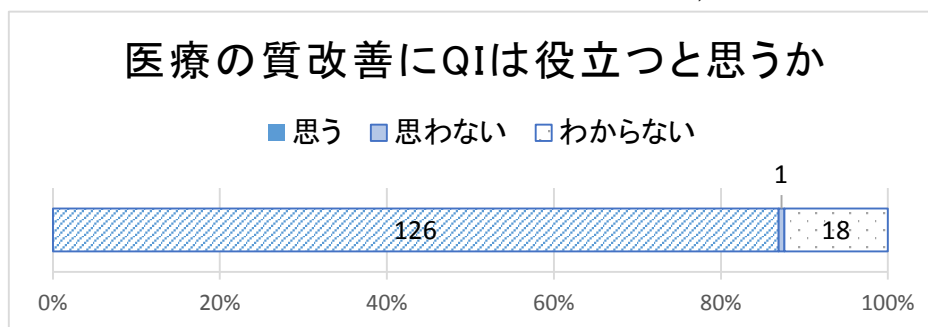
(4) QI は誰が主に活用していますか。(複数回答可) (有効回答 n=142, 94.0%)



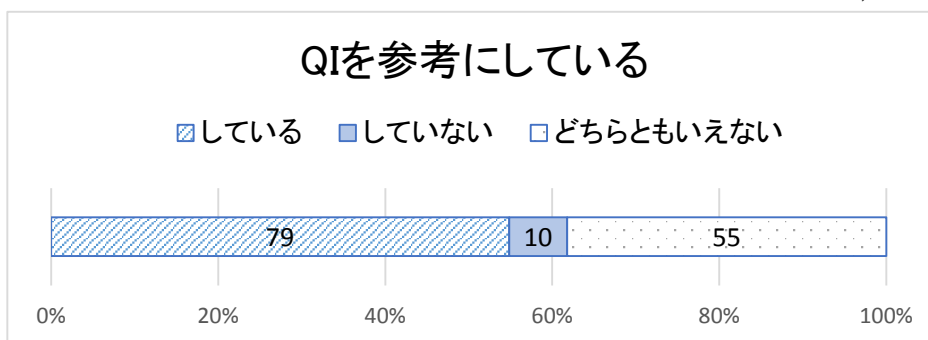
- (5) QI を病院内で共有する際、どのような手段を使用していますか。(複数回答可)
 (有効回答 n=143, 94.7%)



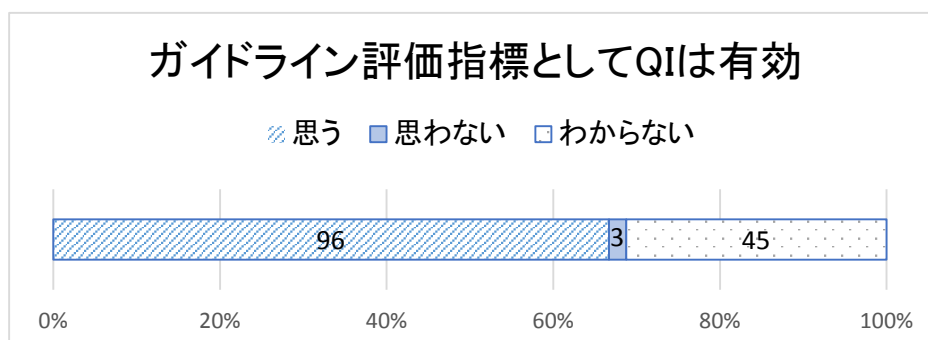
- (6) QI は医療の質改善に役立つと思いますか。(有効回答 n=145, 96.0%)



- (7) QI を医療の質改善のために実際に参考にしていきますか。(有効回答 n=144, 95.4%)



- (8) 診療ガイドライン活用を評価する指標として QI は有効だと思いますか。(有効回答 n=144, 95.4%)



4. 診療ガイドライン・QI のさらなる活用にむけての提案

問 9 診療ガイドライン・QI が日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が必要だと思われますか。

(自由記載)

<IT 環境>

- 検索機能の充実
- 電子カルテへの取り込み
- 診療データと診療ガイドラインをリンクさせる統一されたフォーマットが必要。
- 必要な情報を抽出するアクセス性の向上 各病院からのデータ元の標準化・画一化
- アクセス環境の整備
- スマートフォン・アプリでの利用向上でしょうか。
- 生データの処理に、時間と手間がかかる。使いやすいシステムがいる。
- 簡単に収集作業ができ、早く数値を作成できること
- Q I 集計のシステムづくり (簡素化)
- 著作物など色々と障壁はありまじょうが、利用し易いホームページ設定をしてほしい。
- 院内電子カルテ (インターネットに接続されていない P C) 上で閲覧出来ると、さらに利用し易いと思う。
- インフラの整備
- イントラネットで診療ガイドラインが掲示できる様になれば更に使いやすくなります。自院だけの整備には困難があり、問 7 で回答しました様に定期的に C D ロムやダウンロードできる様になればと思います。
- アルゴリズムから各ガイドラインを参照できる画面講成
- 疾病別や、病態別の検索機能のを持つソフトの開発、診療ガイドラインと Q I データの統合。

<算出方法・目標設定・活用/比較内容>

- いろいろな Q I の算出方法の統一化
- それぞれの Q I が持つ意味の明確化、活用方法など
- Q I 値、目標値の設定があれば使いやすいのでは・・・
- 定期的な指標の見直しと質の評価の継続的实施。また、院内への情報発信体制の整備。
- Q I : 各 D r の診療内容評価が容易にできること
- 同規模や同じような環境での比較が必要
- 標準化されること。病院機能に準じた指標の整備とベンチマークの簡便性向上。
- 参加施設の数、内容、地域性
- Q I について自院のデータとベンチマークが速やかに見れることが望ましい。外部から見の場合も同様。
- 時系列推移、指標結果に基づく患者データ

<病院内運営・マネジメント>

- 病院が医療の質をマネジメントするためには、必要とする機能を病院内に構築し、運用することが重要。医療サービスの中に質を作り込む仕組みを導入して、P D C A サイクルを継続させ医療の質の向上を図る。業務プロセス設計とするための Q I 活動 (Q I 委員会等) があり、職員が育成されることが必要である。このようなシステムを院内に構築/運用できる状況となった組織が、日常的により医療を生産できる状態にある。
- 院内での情報共有だと思います。
- 病院全体での意識統一

<教育・研修・周知>

- 指標に関連する部署への周知、Q I をいかに活用するかの教育。Q I を活用し、成果をあげている病院の見学など。
- Q I は、院内に o p e n にしてよいのではと考える
- 職員への啓発。職員が自発的に Q I を利用する力をつけること。
- 院内の共通理解、共通認識。W a t c h すべき人が W a t c h しやすい情報の提供、共有環境の整備。

- 閲覧の工夫。みやすい画面
- ガイドラインを電子カルテ端末や i P a d で参照できるようにすると、日常的により活用できるようになると使いやすいと思います。
- まだ全職員に浸透しているとは言えない状況ではないので、まずは意識づけを行い環境整備を行う必要があると考えます。
- 医師への周知。
- 各病院の活用事例の紹介
- D r . に周知したいと存じます。
- 臨床現場でとっさに目に付くような文書の配布が必要

<政策>

- 容易にベンチマークできるよう厚労省で取り組んでいただく
- 担当職員増が可能となる診療報酬アップの政策

<その他>

- 更新、入手情報がわかりやすくなること。入手方法は書籍、学会誌ネットと一元化されていないので入手情報がわかりにくい。有料の本ベースのG Lがある。学会員以外は利用しにくい。でも問題がおこるとG Lに準拠しているか問われる。(2) 同一疾患に2つのG Lがある場合あり。例：B型肝炎。肝臓学会のと厚労省研究班の事情はわかるが、臨床の現場ではわずらわしい。
- Q I が具体的に何を指すのか分からない
- 日々のデータ入力（診療録）を正確に記載する。ガイドライン自体の質の向上が必要と考えます。
- M i n d s の存在を多くの人に知ってもらう
治療の進歩に、ガイドラインの変更、改訂がおいつくようにする。

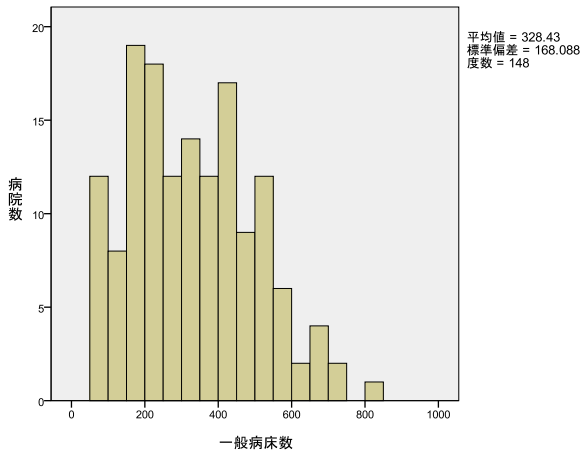
■最後に：その他意見（自由記載）

- M i n d s は最新版のガイドラインが掲載されていないので、使用するD r はほとんどいない
- 改善につなげていただければすばらしい。エビデンスやガイドラインが全てではないので、実臨床の妨げにならないような調査と周知の仕方を要する
- 本調査をきっかけに診療ガイドラインへの認識が高まると良いと思います
- ガイドラインは「あるべき姿」を示しているので、最低ライン（義務）の医療についても言及された方が良い
- U M I N からM I N D S にすぐ行けるリンクがあると便利ですが。
- M i n d s を良く理解し、運用したいと考えております。

■ ストラクチャー情報

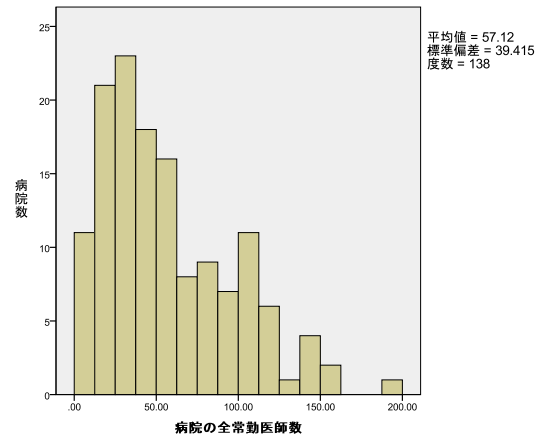
一般病床数

平均 328±168 床



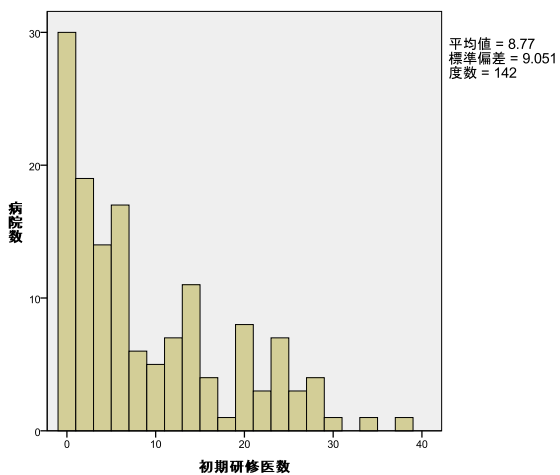
病院の全常勤医師数 (研修医除く)

平均 57±39 人



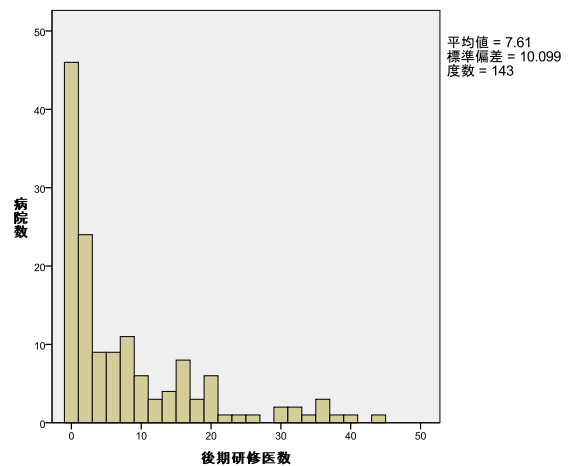
初期研修医数

平均 9±9 人



後期研修医数

平均 8±10 人



診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての 調査票調査[病院用] 中間集計まとめ・考察

○目的

診療ガイドラインと医療の質指標 **QI** の意識・活用状況に関する重要項目を明らかにするために、1) 診療ガイドラインと **QI** の利用実態について調べ、2) 情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握することを目的として、調査票調査[病院用]を実施した。

ご回答いただいた中間集計結果について、以下に結果の要約および考察を行う。

○**解析対象病院**：2015年1月～2月調査票にご回答いただいた151病院（回収率 36.1% 中間集計時）

施設構成：平均 328 床(一般病床)、病院の常勤医師数(研修医除く)平均 57 人、初期研修医平均 9 人、後期研修医平均 8 人

回答者属性： 調査票を各施設代表者宛に依頼したが、実際に施設代表者に回答していただいた施設は約 57% (86/151) だった。また、男性が 87%(123/151)、50 代以上が 65%(92/151) という構成だった。

○全体の結果要約

- ・情報インフラおよび情報検索環境は病院により大きく異なり、ばらついていた。
- ・診療に関連する情報検索活動は、デジタルで盛んに行われているが、診療ガイドライン等への必要な情報源に必ずしもアクセスしやすい環境とはなっていない。今後の診療ガイドラインはデジタル検索で使いやすいものを作成していく必要がある。
- ・EBM(根拠に基づく医療)や診療ガイドラインを病院として推奨している施設は、約 60% 弱(各々84/150、88/147)を占めた。
- ・**QI** の認知度が高まり、活用されだしてきている(特に病院幹部、関連事務系職員)。各科部長クラスや現場医療スタッフの活用はまだ約 20%程度にとどまるため、病院内で広く活用されるためには、幹部や事務系職員から各科部長クラスや現場スタッフ等へ、さらなる周知が必要である。

○各設問に関連する考察

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

- ・医師・研修医等が診療情報を検索するための電子環境をできるだけ充実させようという方針を持った施設は95% (142/149) に上った。(問1(1))
- ・院内で使用できる情報源は、無料でアクセスできるものが多く、契約を必要とする有料な情報源としては、病院契約の医中誌、UpToDateの順に多く、各種診療ガイドラインや今日の診断指針/治療指針等については電子媒体よりも書籍の方が、使用割合が高い傾向を認めた。自由記載では日経メディカルオンラインが多かった。また、無料の情報源の中で、薬剤インタビューフォームの認知度・利用度が低いことがわかった。(問1(2))
- ・電子カルテとインターネットへのアクセス環境を院内で同時に用意している施設は約8割弱に及んだが、電子カルテと別端末が圧倒的に多かった(94/141)。情報セキュリティ上の問題から別端末にしている可能性が考えられた。(問2(1))
- ・院内無線LAN(Wifi等)が利用できる施設は約7割と多かったが、6割強は利用場所制限のある形での提供だった(93/151)。一方、有線LANの利用場所として多かったのは医局、図書室、病棟、外来の順で、外来診療時に診療情報検索目的で必ずしもインターネットにアクセスできない施設も多いと考えられた。(問2(2),(3))
- ・司書が常勤している施設は回答病院のうち約半数のみで、施設あたり常勤司書は平均0.60人だった。(問3(1))
- ・院内向けホームページ作成等を通じて電子ジャーナル等の活用を図っている施設は約3割弱(40/150)だった。(問3(2))
- ・図書室活用に関連する取り組みとして、委員会で検討することが約7割弱を占め、ペーパーレスを目指すなどの図書機能の充実、ライブラリー協会等への参加による情報交流の順に多かった。その他自由記載欄内では、各地域ごとに図書室ネットワークがあり、それらへ参加されている実情が明らかとなった。情報誌の発行や講習会開催等を行っている施設も散見された。(問3(3))

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

- ・EBM(根拠に基づく医療)や診療ガイドラインについて、病院として推奨している施設はどちらも約6割前後(各々84/150、88/147)だった。各診療科や各医師個人に任せているところも少なくはなかった。
- ・Mindsの活用を推奨している施設は約4割弱(46/128)にとどまった。
- ・Mindsに対する意見等自由記載からは、認知度、施設のITインフラの問題、およびリンク等の課題が浮かび上がった。
- ・クリニカルパス作成・改訂に診療ガイドラインを活用するよう推奨している施設は約7割(110/150)だった。
- ・病院全体で準備・実質活用されているクリニカルパスの概数として最も多かったのは10

以上 100 未満で、約 5 割となった。100 以上準備されている場合、実質活用されている数は少なくなる傾向を認めた。

- ・疾患群別クリニカルパス使用割合では消化器が約 8 割強と最多で、その後に整形外科系、循環器系、腎臓・泌尿器、がん、と続いた。疾患群の設定は現在の Minds の分類に従った。今後診療ガイドラインを整理する際、参考にできる可能性がある。

3. 日常診療における QI (医療の質の指標) の活用状況

- ・各施設で閲覧できる QI として、独自に算出しているものが 5 割以上と最多となっていた。また、最も活用している QI も約 4 割と独自に算出しているものが最多だった。
- ・QI の利用の仕方として、「他院ベンチマーク」および「自院の経時的推移フォロー」がほぼ同程度に多く、約 5 割を占めた。「あまり活用できていない」も約 3 割に上った。
- ・QI の主たる利用者は病院幹部が約 7 割弱と最多で、関連事務系職員が 6 割弱だった。各科部長クラスや現場の医療スタッフの利用は 2 割前後のとどまることが示された。
- ・院内での QI 共有手段としては、会議が 55%と最も多く、イントラネット、紙媒体が 5 割弱で続いた。CD-ROM や USB 等の他の電子媒体の利用は全くなかった。
- ・QI に関して、医療の質改善に役立つと思う回答者は 8 割以上だったが、実際に参考にしているのは約 5 割強程度に止まった。
- ・診療ガイドライン活用を評価する指標として QI が有効と考える回答者は約 7 割弱だった。疾患、取り扱うテーマにより有効と考えられるかどうか異なったり、ばらつく可能性がある。

4. 診療ガイドライン・QI のさらなる活用にむけての提案

診療ガイドライン・QI が日常診療でさらに使いやすくなるために、何が必要かにつき、自由記載いただいた。トピックとしては、IT 環境の整備、算出方法・目標設定・活用/比較内容、病院内運営・マネジメント、教育・研修・周知、および政策に関連すること等が挙げられた。

個々の施設により対応が可能または必要な項目として、IT 環境の改善や病院内運営・マネジメント、教育・研修・周知等がある。

また、QI 算出方法・目標設定・活用/比較内容等や教育・研修・周知に関しては、各施設を越えた事例・ベストプラクティスの共有等を通じて、各施設の向上が可能ではないかと考えられる。Minds による情報整理が、このような部分でも貢献できれば望ましいと考える。

6. 診療ガイドライン と医療の質指標の活用 についての質問紙調査 (研修医対象)

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査

施設代表者様 御机下

拝啓

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は QIP プロジェクトにご協力いただき、まことにありがとうございます。

この度は、お忙しい中、Minds (厚生労働省委託事業 <http://minds.jcqh.or.jp/n/> 公益財団法人日本医療機能評価機構が運営)と QIP の連携プロジェクトである、「診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査」にご参加いただき、深謝申し上げます。

今回は 2nd ステージとして、**研修医向け調査票**および関連資料一式を送付させていただきます。調査票配布および返送の手順につきましては、別紙記載の通りです。どうぞよろしく願いいたします。

ご協力いただきました回答内容・解析をもとに、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えております。お手数をおかけいたしますが、可能な限りご協力いただければ幸いに存じます。

何かご質問等ございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせください。

ご高配賜りますよう、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

敬具

2015 年 2 月

Q I P (Quality Indicator/Improvement Project)事務局
京都大学大学院医学研究科・医療経済学分野
代表 今中雄一
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
TEL: 075-753-4454 FAX: 075-753-4455
qip-office@umin.ac.jp
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>

調査票配布および返送の手順

施設代表者様、当調査票調査ご担当者様/ QIP 担当者様

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

先日は病院用調査 (1st ステージ)にご協力いただき、また、この度は研修医向け調査 (2nd ステージ)にご協力いただき、まことにありがとうございます。

今回は、前回ご返送いただきました参加同意書に記載された研修医数：初期研修医・後期研修医全員 (ただし多数の場合は、各々20名までとさせていただきます) 分、下記①～③を同封しています。

・調査票調査ご協力をお願い

- ① 研修医向け調査票
- ② 記入した調査票を各人が入れる封筒 (青色)

研修医の先生方には、調査票へのご回答をもって、参加にご同意いただいたとみなさせていただきます(調査票内ご参照ください)。

また、研修医多数の病院様におかれましては、所属科や学年等のばらつきが少ない形で調査票を配布いただけましたら、ありがたく存じます。

調査内容にバイアスがかかることを避けるため、記入内容が本人以外にはわからないよう、②の封筒を配布させていただきます。研修医の先生方が記入された①の調査票を各自で②の封筒(青色)に封入し、それらをご担当者様が病院として一括おとりまとめの上、

③ 調査票とりまとめ返送用封筒 (オレンジ色)

(参加人数多数の病院様にはマチ付き封筒および宅急便伝票を同封)

で事務局宛にご返送いただければ幸いです。

ご多忙のところ、大変お手数ですが、3月6日(金)までによろしくお願い申し上げます。

敬具

2015年2月

《お問い合わせ先》 QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局

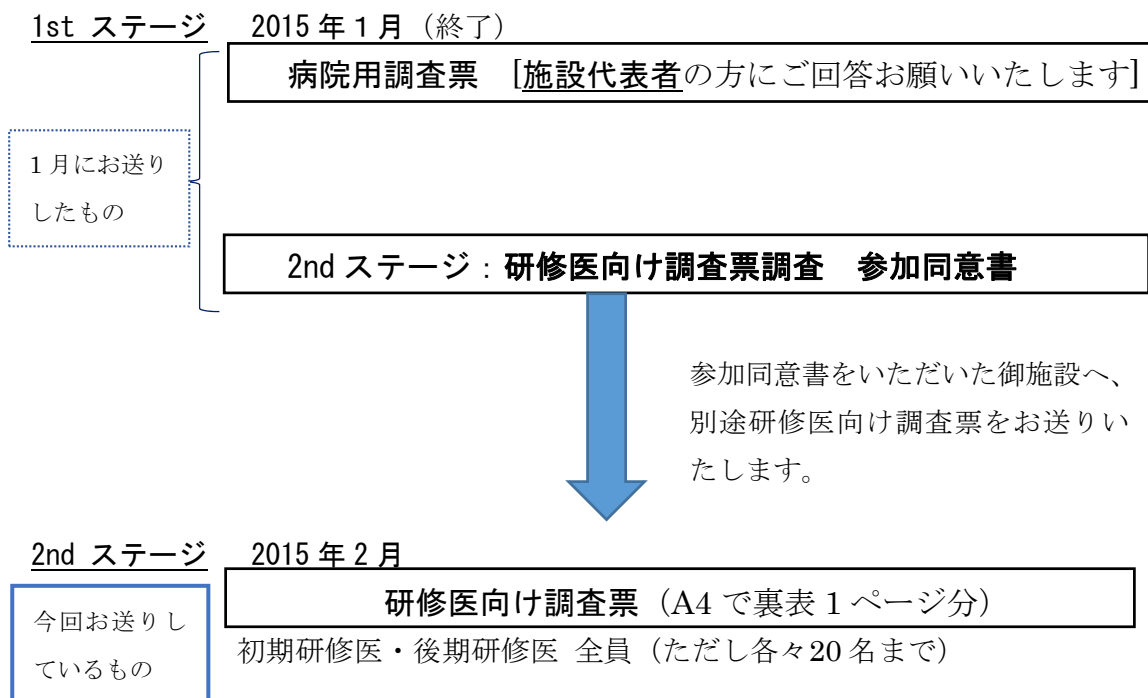
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 電話：075-753-4454 FAX：075-753-4455

e-mail：yamashita.yoko.8n@kyoto-u.ac.jp 担当：佐々木

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査

調査の概要（ご参考）

調査票調査（診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票調査）について、手順概要を下記にお示しいたします。



ご協力いただきました御施設へは、ご協力調査部分に関する収集情報について、レポートをお返しいたします。

調査内容

- 院内の情報環境ならびに診療ガイドライン情報の利用状況
- 関連する研修等
- 医療の質指標(QI)の認知状況 など

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての 調査票調査ご協力をお願い

2015年1月

この度はご多忙の中、本調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。

Minds (厚生労働省委託事業 <http://minds.icqhc.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)は、2002年設立以来、EBM普及推進事業の遂行にあたり、系統的な診療ガイドラインの評価選定に基づく Web への掲載、国際的な動向を踏まえたより質の高い作成方法の普及を中心に事業を進めてきました。

また、Quality Indicator/Improvement Project (QIP) では、これまで医療管理データ (DPC データやレセプトデータ) や診療録から収集された臨床データなどを利用して、各医療機関の医療の質指標(QI)を算出し、結果のフィードバックを通じて診療の質改善を目指す取り組みを行ってきました。2014-2015年度にかけて、診療ガイドライン活用の評価・推進のために、Minds と QIP が連携することとなりました。

本調査は、厚生労働省委託事業としての、ナショナル・プロジェクトの一環として、実際の診療の中で医師がどのように診療ガイドラインやエビデンス情報を検索し活用しているか、関連する研修等がどのように行われているか、また、それらが QI といかに関係しているかについて、実態を把握するためのものです。

また、診療ガイドラインと表裏一体の関係にある QI 活用状況についてもお尋ねできれば幸いです。

ご協力いただきました回答内容をもとに解析を行い、その結果を踏まえて、今後のエビデンスに基づく医療や診療ガイドラインの普及・活用に役立てたいと考えています。

どうぞよろしくご協力のほど、お願い申し上げます。

(注) なお、本調査は強制ではなく、不参加にて不利益が生じることはありません。調査にご参加いただいた各施設には、調査結果報告書をお返しいたします。調査にご参加・ご回答いただいたことをもちまして、調査の趣旨にご賛同いただいたものとさせていただきます。本研究は厚生労働省のナショナル・プロジェクトの一環で、日本医療機能評価機構から京都大学へ再委託された受託研究費に基づく研究であり、内容から見て、利害の衝突はありません。調査票資料用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による破棄、またデータは研究終了後5年間京都大学で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管され、終了後データをメディア(CD-ROM または DVD)ごと破壊して廃棄します。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
EBM 医療情報部 Minds (マインズ)
TEL: 03-5217-2325 / FAX: 03-5217-2330
E-mail: minds.help@jqhc.or.jp



QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局
TEL: 075-753-4454 / FAX: 075-753-4455
E-mail: qip-office@umin.ac.jp (京都大学 医療経学分野)

病院名:

No.

厚生労働省委託事業:EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業

診療ガイドラインと医療の質指標の活用についての調査票 [研修医向け]

2015.2

【お願い】QIP (Quality Indicator/Improvement Project)ではこれまでも、ご提供いただいた臨床データを利用し、診療の質の分析、改善を目指す取り組みを行って参りました。ご多忙中とは存じますが、診療情報検索環境、診療ガイドラインや医療の質指標活用等に対する詳細な分析を行うための、アンケートにご協力ください。

本アンケート用紙は**研修医の皆様方**にお伺いするものです。ご回答により直接的利益・不利益はありません。参加施設には本調査結果をお返しいたします。よろしくお願いいたします。

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

問1 (1)勤務場所(病棟、外来、医局ほか)において、どのような**情報源を活用(よく使用)**していますか？(あてはまるものすべてに☑して下さい)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1.PubMed | <input type="checkbox"/> 2.Google/Yahoo | <input type="checkbox"/> 3.薬剤添付文書 |
| <input type="checkbox"/> 4.薬剤インタビューフォーム | <input type="checkbox"/> 5.学会ホームページ | <input type="checkbox"/> 6.Minds |
| <input type="checkbox"/> 7.医学中央雑誌(医中誌)[病院 で契約] | <input type="checkbox"/> 8.医学中央雑誌(医中誌)[医局等 で契約] | |
| <input type="checkbox"/> 9.UpToDate[病院 で契約] | <input type="checkbox"/> 10.UpToDate[医局等 で契約] | <input type="checkbox"/> 11.Cochrane Review |
| <input type="checkbox"/> 12.Clinical Key | <input type="checkbox"/> 13.Ovid | <input type="checkbox"/> 14. DynaMed |
| <input type="checkbox"/> 15.『今日の診断指針』[電子版] | <input type="checkbox"/> 16.『今日の治療指針』[電子版] | <input type="checkbox"/> 17.各種診療ガイドライン[電子版] |
| <input type="checkbox"/> 18.『今日の診断指針』[書籍] | <input type="checkbox"/> 19.『今日の治療指針』[書籍] | <input type="checkbox"/> 20.各種診療ガイドライン[書籍] |
| <input type="checkbox"/> 21.その他[] | | |

(2)上記を**参照する場所**を教えてください。(複数回答可)

- 1.病棟 2.外来 3.医局 4.図書室 5.その他[]

問2 (1)私用の電子機器(PC/タブレット/スマートフォン等)を持ち込んで、診療に係わる情報検索に使用していますか？

- 1.いる 2.いない

(1)で「いる」と回答された方のみ、(2)~(4)の設問に回答ください。

(2)その私用の電子機器は具体的に次のどれですか。(複数回答可)

- 1.デスクトップ 2.ノートパソコン 3.タブレット 4.スマートフォン 5.その他[]

(3)持ち込む理由は何ですか。(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

- 1.診療上、必要な情報源にアクセスするため 2.メールなどにアクセスするため
3.気分的に落ち着かないため 4.その他[]

(4)インターネットへのアクセス方法を教えてください。(複数回答可)

- 1.病院で準備された**有線LAN**を利用 2.**病院**で準備された無線LAN(Wifi等)を利用
3.**医局等**で準備された無線LAN(Wifi等)を利用 4.**自費契約**の無線LAN(Wifi等)を利用

問3 貴院における診療に関わる情報検索環境に満足していますか。

- 1.いる 2.いない 3.どちらともいえない

満足できる情報検索環境に必要と思われる提言があれば、ご記入ください。

2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

問4 **診療ガイドライン**を日常診療でどのくらいの頻度で使いますか？

- 1.ほぼ毎日 2.週1回以上 3.月1回以上 4.年1回以上
5.ほとんど使わない 6.使ったことがない

問5 問4で「使用する」(1~4.)に回答された場合、下記(1)~(4)の設問に回答ください。

(1)どの領域の診療ガイドラインを使いますか。(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.がん | <input type="checkbox"/> 2.脳・神経 | <input type="checkbox"/> 3.筋・骨・関節 | <input type="checkbox"/> 4.心臓と血管 | <input type="checkbox"/> 5.呼吸器 | <input type="checkbox"/> 6.消化器 |
| <input type="checkbox"/> 7.歯科・口腔 | <input type="checkbox"/> 8.腎臓・泌尿器 | <input type="checkbox"/> 9.内分泌・代謝・血液 | <input type="checkbox"/> 10.アレルギーと膠原病 | | |
| <input type="checkbox"/> 11.皮膚・目・耳・鼻・喉 | <input type="checkbox"/> 12.女性の健康・妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 13.小児 | <input type="checkbox"/> 14.メンタルヘルス | | |
| <input type="checkbox"/> 15.感染症 | <input type="checkbox"/> 16.健診・予防 | <input type="checkbox"/> 17.救急救命 | <input type="checkbox"/> 18.その他[] | | |

(2)特に下記のどちらを主に使いますか。

- 1.所属している科の疾患が主 2.所属している科**以外**の疾患が主

(3)どのような場面で使用することが多いですか。(複数回答可)

- 1.日常診療で治療方針を決めるときなど 2.勉強会・抄読会準備時 3.学会発表等準備時
4.知識を得るため 5.患者に説明するとき 6.その他[]

(4)診療ガイドラインの主な閲覧方法について教えてください。(複数回答可)

- 1.書籍
2.オンラインで使用する。(具体的には: Minds 学会サイト等)
3.ダウンロードして使用する。

問6 **Minds**についてお尋ねします。

(1) **Minds**サイトを知っていますか。

- 1.知っている 2.見たことはあるが、内容はよく知らない 3.知らない

(1)で「3.知らない」以外を回答された方のみ、(2)~(5)の設問に回答ください。

(2)どのようにして知りましたか。

- 1.検索していて偶然 2.友人・知人から 3.パンフレット 4.雑誌等の広告 5.その他[]

- (3) どのくらいの頻度で使いますか？
1.ほぼ毎日 2.週1回以上 3.月1回以上 4.年1回以上
5.ほとんど使用しない 6.使ったことがない
- (4) Mindsサイトをどう思いますか。
1.今後も利用したい 2.あまり使いたくない 3.わからない
- (5) Mindsを使いたくない/使いにくいと感じる理由を教えてください。(複数回答可)
1.ほしい診療ガイドラインがない。 2.掲載されている診療ガイドラインが古い。
3.閲覧・検索がしにくい。 4.サイトの運営主体がわかりにくい。 5.その他 []

3. EBM(根拠に基づく医療)・診療ガイドラインについて

- 問7(1) EBM(根拠に基づく医療)について、どう思いますか。
1.とても重要 2.時に重要 3.あまり重要ではない 4.全く重要ではない 5.わからない
- (2) 診療ガイドラインについて、どう思いますか。
1.とても重要 2.時に重要 3.あまり重要ではない 4.全く重要ではない 5.わからない
- (3) 貴院の方針がEBM(根拠に基づく医療)を実践するように促していると思いますか。
1.思う 2.思わない 3.わからない
- (4) 貴院の上記方針に満足していますか。
1.満足している 2.満足していない 3.わからない
- (5) 勤務環境において、診療ガイドラインを活用した診療を推奨する教育・訓練を受けていますか(あるいは、受ける予定がありますか)。
1.受けた/受けている 2.受ける予定がある 3.わからない
- (6) 医学生時代に、診療ガイドラインを活用した診療について教育を受けましたか。
1.受けた 2.受けなかった 3.覚えていない/不明
- (7) 診療ガイドラインが利用しにくい場合、何が利用しにくい原因だと思いますか。(複数回答可)
1.使い方がよくわからない 2.情報にアクセスできない 3.アクセスできるが必要な情報に辿り着けない
4.診療ガイドラインの情報に十分満足できない 5.その他 []
- (8) 診療ガイドライン掲載サイトについて、何を重視しますか。(複数回答可)
1.網羅されている 2.Evidence basedである 3.診療ガイドラインの信頼性が保証されている
4.学会の関与がある 5.無料である 6.最新の情報が含まれている

問8 診療ガイドラインが日常診療でさらに使いやすくなるためには、何が重要だと思われますか。

4. クリニカルパス、医療の質指標について

問9 クリニカルパスについてお尋ねします。

- (1) あなたはクリニカルパスを使用していますか。 1.している 2.していない
- (2) 「している」と回答された方のみ、次の質問にご回答ください。
 (A) クリニカルパスを使用している具体的な疾患群上位3つまで記載してください。
 [] [] []
- (B) クリニカルパスを作成・改訂する際、診療ガイドラインを活用するよう意識していますか。
1.意識している 2.意識していない 3.どちらともいえない
4.作成に関わっていない

問10 医療の質指標(Quality Indicator: QI)についてお尋ねします。

- (1) QIを知っていますか。
1.知っていて、実際の指標も見たことがある 2.知っているが、実際の指標を見たことはない
3.知らない
- (2) QIは医療の質改善に役立つと思いますか。 1.思う 2.思わない 3.わからない
- (3) QIを実際参考にしていますか。 1.している 2.していない 3.どちらともいえない

最後に、診療ガイドラインに関連して、また本調査その他につきまして、ご意見等ございましたら、ご記入ください。

御所属(ローテーション中の場合は当該科) []

医師 卒後 [] 年 月 日
 性別 男性 女性
 年齢 20代 30代 40代 50代 60代～
 記入年月日 [] 年 [] 月 [] 日



(注)本研究は厚生労働省のナショナル・プロジェクトの一環で、公益財団法人日本医療機能評価機構から京都大学へ再委託された受託研究費に基づく研究であり、内容から見て利害の衝突はありません。調査票用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による破棄、またデータは研究終了後5年間は京都大学で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管され、終了後データをメディア(CD-ROMまたはDVD)ごと破壊して廃棄します。

《お問い合わせ先》〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
 電話: 075-753-4454 FAX: 075-753-4455
 e-mail: yamashita.yoko.8n@kyoto-u.ac.jp 担当: 佐々木

お忙しいところ恐縮ですが、3月6日(金)までに 各人青色封筒に入れて封の上、担当者様より病院一括でご返送ください。ご協力ありがとうございました。

7. Minds 診療ガイド ライン作成マニュアル

テーマ：推奨作成における医療制度・
経済的視点の考慮

[案]

Minds 診療ガイドライン作成マニュアル

テーマ：推奨作成における医療制度・経済的視点の考慮【案】

京都大学大学院医療経済学分野
佐々木典子、猪飼宏、今中雄一

1.0 概要

診療ガイドラインが日常診療で継続的に活用されるためには、エビデンスに基づいた臨床的有用性に加え、現場応用を促進/阻害する要因を考慮する視点、承認の有無・段階や入手しやすさ等の医療制度上の視点、費用が許容範囲内か等を検討する費用対効果(cost effectiveness)等の経済的視点などについても、診療ガイドライン作成段階（エビデンス収集～推奨作成）から考慮することが望ましい。

本章では、NHMRC (National Health and Medical Research Council), AGREE II, G-I-N (Guidelines International Network)を主に参考にしながら、日本の現状を鑑みて、診療ガイドライン導入時に考慮すべき視点を紹介する。

具体的な作成にあたっては、診療ガイドライン活用の促進/阻害要因や経済評価等について、作成準備段階より専門家を作成グループのメンバーに含め(第2章対応)、クリニカルクエスチョン設定(第3章対応)やそれに続くシステムティックレビュー(第4章対応)の過程でもこれらの視点を踏まえて設定や情報収集を行い、その上で推奨を作成(第5章対応)することが理想である。そのようにすることにより、作成過程の各フェーズにおいて、現場での診療ガイドラインの活用を意識することに繋がると考えられる。さらに、外部評価が実施される最終化(第6章対応)の局面や、現場への導入・改訂の際(第7章対応)にもこれらの視点が組み込まれれば、診療ガイドラインはより現場に即した形となり、活用しやすいものとなるだろう。

2.0 患者・医療提供者(医療者/医療施設)・医療制度レベルにおける診療ガイドライン活用の促進/阻害要因

診療ガイドラインを作成する際（特に推奨作成の段階において）、臨床的有用性に加えて、現場において、どの段階で、何が促進/阻害要因になるかを念頭に置く必要がある。以下に挙げる要因は、単独または複数で、また患者・医療提供者・医療制度の各レベルにおいて、実際的な活用を促進/阻害する可能性がある。そのため、これらの点については検討するにとどまらず、重要な促進/阻害要因に対する対策例などについても記載があれば理想的である。

2.1 患者レベルでの促進/阻害要因

患者レベルにおいては、介入に伴う副作用などの直接的な影響以外にも、患者・家族などの生活に密着した社会・経済環境を考慮に入れる必要がある。

たとえば、以下のような点につき、考慮することが必要になる場合があるだろう。

- ・副作用が強い
- ・患者および患者家族の費用・機会費用の負担の大きさ(例：頻回通院が必要)
- ・患者の理解力不十分/高齢化等に伴う理解力低下(例：認知症による抗凝固薬管理困難、一般薬管理困難)
- ・患者を取り巻く環境要因（例：独居、支えとなれる家族・知人の存在の有無、適切な医療介護サービスを利用できているか）
- ・患者の支払い能力とそれを補う医療制度的裏づけの有無

2.2 医療者レベルでの促進/阻害要因

医療者レベルでは、下記のように、医師・看護師を含めた医療スタッフによる提供体制の整備状況、および介入に直接携わる医師の個人的技量などが問題になる場合があり得る。

- ・推奨内容が限定的あるいは広範囲すぎて、診療対象となる患者の条件が該当せず、応用しにくい(例：高度な判断力や経験が要求される)
- ・推奨内容を正しく実施するために、医療提供者の診療の負担が増加する(例：頻回診療、慣れない処方・治療・検査手技)
- ・推奨内容の薬剤・器材の入手しやすさ(コスト含む)

2.3 医療施設レベルでの促進/阻害要因

医療施設レベルでは、下記のように、病院幹部の医療提供・教育等に対するビジョン・方針などが影響する場合があり、2.2 「医療者レベルでの促進/阻害要因」にも繋がるものが考えられる。

- ・診療ガイドラインや推奨事項に、必要なときにアクセスしやすい情報環境
- ・各施設ごとの基本的なストラクチャー情報に対する当該診療ガイドラインの応用可能性を考慮（施設の基本属性、対象となる患者集団の数、スタッフの数ほか）
- ・推奨内容の薬剤・器材・専門的人材の準備状況、アクセスのしやすさ
- ・専門的人材の教育・訓練の機会
- ・関連するスタッフへの該当診療ガイドラインの共有（教育の充実）
- ・推奨内容の広報による周知徹底(掲示板、ニュースレター、パンフレットほか)
- ・介入に関連して発生する一連のコストが、医療機関自体の持続可能性に与える影響(例：高価な検査・治療機器購入が経営を圧迫等)

2.4 医療制度レベルでの促進/阻害要因

診療ガイドラインに沿った診療を行おうとする際に、医療に係る制度・政策や提供体制が、バリアになったり、推進力になったりすることも少なくない。一方で、診療ガイドラインの信頼度は、その作成の資金源の影響も受ける。診療ガイドラインの普及に向けて、下記で重要と考えられる点について、記載があれば理想的である。

- ・ 推奨される介入(診断、治療など)の選択肢が現行の医療保険制度内で運用できるか。(保険償還可能な「適応」病名により、アクセスがある程度制限される。)
- ・ 特殊な薬剤、設備、スタッフ等が必要な場合、アクセスのしやすさについて言及する。
- ・ 現行の政府の規制との関係はどうか。
- ・ 保険償還の対象となる可能性や、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)により承認されると予測されるまでに要する期間等がどうなっているか。
- ・ 日本国内で受療できる治療のオプションの明示
- ・ 資金源となる企業等の明示

3.0 経済評価

診療ガイドラインは、臨床的有用性のみでなく、介入の「費用」についても十分考慮することで初めて、健康状態の改善を最大化できる。診療ガイドライン作成にあたっては、有限な医療資源が最も効率的に使用されるよう、介入の費用について考慮していることを明記すべきである。

3.1 経済評価の意義

診療ガイドラインが、介入の費用をまったく考慮しないで高価な検査・治療等を推奨する場合、社会に大きな経済的負担を強いることになる。また、患者中心の医療の実現に繋げるためには、患者負担も念頭に置くことが望ましい。現状では、残念ながら、診療ガイドラインの多くは費用面について考慮していないか、していてもわずかに言及するにとどまる。

診療ガイドラインの開発・導入にあたっては、医療資源が有限であることに十分配慮しながら、下記の点も考慮して作成にあたる必要がある。

- ・ 治療オプションは限られる
- ・ 地域・施設により、実際に受療可能な治療(機器等を含む)にばらつきがある
- ・ 現在と将来の医師の訓練・経験・技術のばらつき
- ・ スタッフ数およびスタッフの専門性のばらつき

3.2 経済評価の方法

診療ガイドラインに経済評価を含めることは重要で、治療法の選択をする意思決定を行う際の参考になる。2つ以上の介入(治療プログラム)を比較するか、1つの介入とプラセボ群を比較する場合に、下記①～③の3つの分析手法が用いられる。(NHMRC、1998) 医療技術評価の分類上、この3分類は完全な経済評価 (full economic evaluation)に含まれ、プログラム間の比較のみでなく、投入する費用 (input)と結果(output)を比較するものである。(Drummond et al., 1997) 中でも、②費用効果分析、③費用効用分析は重要で、頻用される。

① 費用最小化分析 cost-minimisation analysis

効能が同等で副作用が異なると仮定、またはケアの違いが異なるとかかる費用も異なると仮定して、推奨する介入の直接費用を比較する

② 費用効果分析 cost-effectiveness analysis

測定された相対的効果(例：一定期間で血圧が〇〇mmHg 低下した、あるいは障害を回避できた日数等)と2つの介入相対的な直接費用を、増分費用と増分効果の比を用いて比較(例：生存年数延長に要した費用、日あたり要した費用または障害を回避できた費用)

③ 費用効用分析 cost-utility analysis

費用効果分析から導かれた効果について、各介入による患者の quality of life (QOL) で重み付けされた効果指標を用いる(その結果、質調整生存年 quality-adjusted life year: QALY あたり増分費用のような指標が使用される)。

○手順

診療ガイドラインの開発段階および普及・導入・評価・改訂各段階において、より重点的に記載を考慮した方が望ましいポイントにつき、下記に例示する。

【診療ガイドライン開発段階】

- ・異なる治療間の費用(効果・副作用に加える)を比較する。
- ・公的な政策や考慮された費用に関する疑問を記載すると同時に、どのように診療ガイドラインに反映させたかの方法についても記載する。
- ・特殊な訓練、機器、設備が必要かどうかを記載する。
- ・専門家の関与について、相談した内容等を記載する。
- ・消費者(患者)の視点がどのように考慮されたかを記載する。

【診療ガイドライン普及・導入・評価・改訂段階】

- ・対象となる患者・患者層(年齢、重症度による条件等)や利害関係者を明示する。
- ・特殊な環境における推奨の場合(例：地方と都市部施設との連携による遠隔医療等)、その旨明記する。
- ・ガイドライン導入計画とその促進/阻害要因を評価する。
- ・医療資源の利便性、費用および限界を考慮する。
- ・異なる立場の消費者の価値観や嗜好を考慮する。
- ・費用データなど、得られる情報ごとにギャップがある場合や、経時的に情報が変化する場合、その旨記載する。

○テンプレート

日本では未整備だが、医療技術評価(Health Technology Assessment, HTA)の一環で、英国では The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ガイドラインの経済的影響を評価して地域医療政策に活用できるよう、代表的疾患について、評価ツールのテンプレートがフリーアクセス・ダウンロードできるようになっている。本テンプレートを利用することにより、疾患ごとに地域の費用の把握と予測ができ、費用の節約につながると言われている。

ここでは、脳卒中・一過性脳虚血発作(TIA)について、NHS costing template for stroke~ Implementing NICE guidance 2008 を紹介する

(<http://www.nice.org.uk/guidance/CG068>)。テンプレートはエクセルファイルで入手でき、以下のシートで構成されている。

- タイトル
- ファイルの使用方法
- ステップ1. 地域人口の選択：地域ごとの費用の影響を計算する。
- ステップ2. 費用についてのテンプレート：評価額の背景と地域の事情を反映
- ステップ3. 費用のサマリー：結果の要約(図1)
- 感度分析. 評価と予測の不確実性を示す(図2)
- ガイダンスの見つけ方

(図 1) ステップ 3. 費用のサマリー

Costing summary

Cost of fully implementing the guidance nationally and for [Enter the name of your locality here]

Area Costed	National population	Selected population	
	Standard assumptions £ 000s	Standard assumptions £ 000s	Local assumptions £ 000s
Increase in carotid endarterectomy procedures	2,768	7	7
Estimated direct NHS savings	-2,690	0	0
Estimated direct NHS savings plus informal care savings	-5,273	0	0

The costing template and report has not quantified the impact of recommendations that are consistent with the National Stroke Strategy published by the Department of Health in December 2007. The National Stroke Strategy was accompanied by an 'impact assessment' document, which sets out the major costs and benefits that may result from implementation of the strategy.

The activity and associated costs and savings identified for carotid endarterectomy are thought to be above the activity identified in the DoH impact assessment document.

(図 2) 感度分析用シート

Sensitivity analysis

Assessment of sensitivity costs to a range of variables							
Parameter varied	Baseline value	Minimum value	Maximum value	Baseline costs (£ 000s)	Minimum costs (£ 000s)	Maximum costs (£ 000s)	Change (£ 000s)
Identified costs							
Incidence of stroke (+ and - 10%)	110,000	99,000	121,000	2,768	1,806	3,733	1,927
Incidence of TIA (+ and - 10%)	25,777	23,199	28,355	2,768	2,060	3,479	1,419
Unit cost of carotid endarterectomy	£3,434	£1,901	£3,897	2,768	1,532	3,141	1,609
Stenosis of 50-99%	15%	10%	20%	2,768	2,768	9,519	6,751
Identified savings							
Number needed to treat (NNT) - direct NHS savings	5.5	4.0	7.0	-2,690	-3,697	-2,105	1,592
Number needed to treat (NNT) - direct NHS plus informal care savings	5.5	4.0	7.0	-5,273	-7,245	-4,125	3,120

Impact of sensitivity analysis on costs

There are a number of assumptions in the model for which no empirical evidence exists. The model is subject to a degree of uncertainty because of limited data and uncertainty in predictions of how things might change as a result of the guidance. It is not possible to arrive at an overall range for total cost because the minimum or maximum values of individual variables would not occur simultaneously. We undertook one-way simple sensitivity analysis, altering each variable independently to identify those that have greatest impact on the calculated total cost. The results are shown in the table above and discussed in the costing report.

○記入例

■AGREE II では領域 5.「適用可能性」内、項目 20.「推奨の適用にあたり、潜在的に資源に関して意味する事柄が考慮されている」として、経済的視点を考慮する必要性が記載されている。(AGREE II 日本語訳 試行版 ver.01 より一部抜粋)

使用の手引の解説

推奨が適用されるために付加的な資源が必要になることがある。たとえば、専門家スタッフ、新しい設備、そして高価な薬物治療などである。これらは医療費として考慮すべき対象である。ガイドラインでは、資源に対する推奨の潜在的な影響について議論されるべきである。

確認すべき箇所

～

推奨の背後にあるエビデンスや判断の議論における費用の影響を段落に提示しているガイドラインもある。この情報が記載されたガイドラインの節や章には通常、方法(methods)、費用効用(cost utility)、費用効果(cost effectiveness)、費用(acquisition costs)、予算(implications for budgets) への影響などが含まれる。

点数のつけ方

項目内用に次の基準が含まれるか

- どのような種類のコスト情報が考慮されている (例：経済評価、薬剤費)
- コスト情報を探索した方法 (例：ガイドライン作成グループに参加した医療経済学者、具体的な薬剤に対する医療技術評価の利用など)
- 調査から得られた費用に関する情報についての記載(例：治療内容ごとの具体的な薬剤費)
- 収集した情報がどのようにガイドライン作成過程や推奨の作成に使用されたかに関する記載

追加的に考慮すべき事項

- 項目は詳しく書かれているか。記載内容は明確で簡潔か。
- 項目はガイドライン内で見つけやすいか。
- 費用に関する情報の探索・分析に適切な専門家が参加したか。

■日本の診療ガイドラインで経済評価に触れているものは、現状では決して多くはないが、たとえば『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011 年版』では経済的視点からの知見・評価を「資料」として記載している。以下に同書内クリニカルクエスチョン(CQ)ごとの記載例を示す。

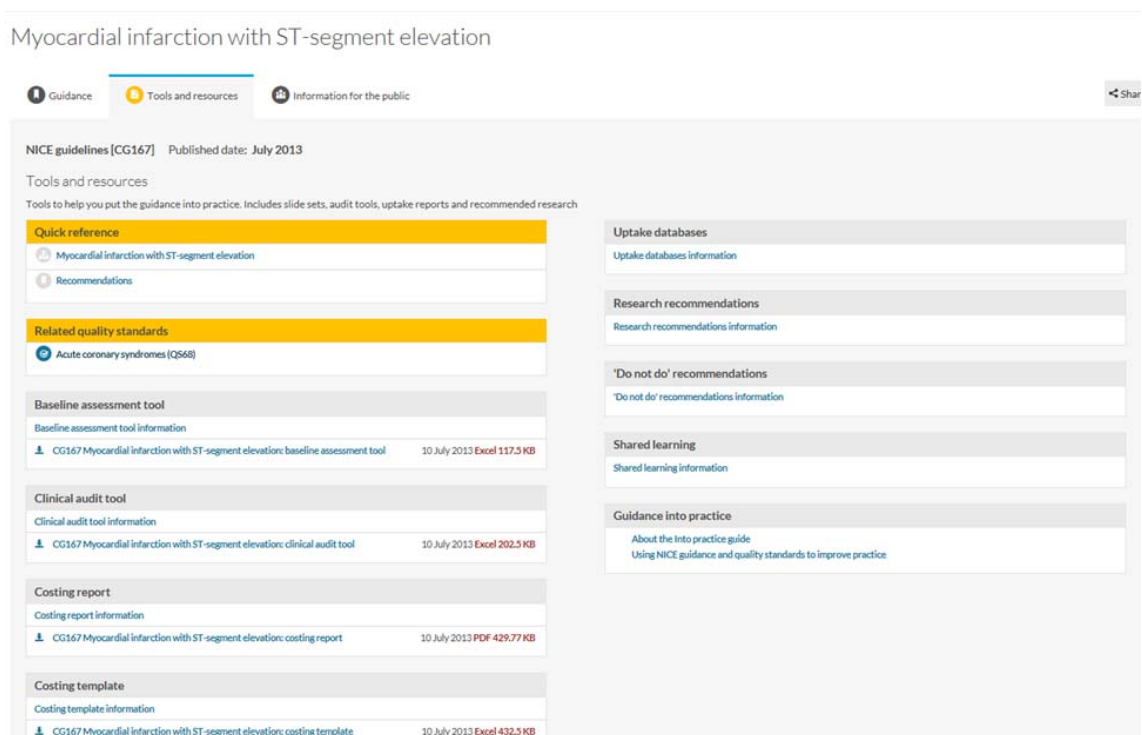
[資料] 治療薬のコストと医療経済

- CQ：骨粗鬆症治療に対する医療経済の意義は
- CQ：医療経済評価の方法は
- CQ：わが国における報告は
- CQ：骨折抑制を指標とした評価は
- CQ：骨折抑制以外の指標を用いた評価は
- CQ：医療経済評価をめぐる今後の問題点は

■英国 The National institute for Health and Clinical Excellence (NICE)の場合、各疾患の診療ガイドラインは、費用効果分析報告書や先述の Costing template などとともに疾患ホームページより自在にアクセスできるようになっており(図5)、診療ガイドライン本文該当箇所から費用効果分析報告書へも URL を通じてアクセスできる。

(図5) NICE 疾患別ホームページ (例: ST 上昇型心筋梗塞)

診療ガイドラインのみでなく、費用効果分析報告書、テンプレートその他情報へのアクセスが容易になっている。(https://www.nice.org.uk/guidance/cg167/resources)



3.4 経済評価を考慮する際の注意点 (NHMRC、1998 より改編)

経済評価それ自体、調査・評価・分析の方法、判断が難しいことも少なくないため、適切な専門家と協働して検討し、検討内容を診療ガイドライン推奨に反映できれば理想的である。下記のような点にも注意が必要である。

- ・費用対効果について、他の介入と比較する場合、適切な比較対照を選ぶことが重要となる。理想的には、さまざまな治療選択肢について、相対的な利益および相対的な費用を議論して検討することが望ましい。しかし、実際はいくつかのタイプの治療を組み合わせた治療「オプション」が提示されることが多く、新しい治療の場合は費用情報が手に入らないことも多い。

- ・代替選択肢の介入について、費用が大きく異なるだけで、健康アウトカムの改善度が同等で、臨床家や消費者も受容できるという結果がエビデンスで得られた場合、より経済的な安価な治療法を診療ガイドラインが推奨することは合理的である。
- ・診療ガイドラインに経済評価を含めるには多くの難しさが伴う。最大の難点のひとつは、多くの治療についての正確な費用情報が得にくいことである。しかしながら、現場に蓄積された多くの経済データを診療ガイドラインの作成・評価に活用できる可能性はある。
- ・医療技術評価(Health Technology Assessment, HTA)からの知見を応用できる可能性はあるが、利用する際は、目的および誰の視点からの応用か(政策関係者の視点、病院経営者の視点、医療提供者の視点、患者・消費者の視点)を常に考慮する。

4.0 診療ガイドライン活用のモニタリング

診療ガイドラインがどの程度活用されているかについては、**AGREE II** 領域 5.「適用可能性」内、**項目 21.「ガイドラインにモニタリング・監査のための基準が示されている」**として、適用を測定するための「ガイドラインの重要な推奨に基づいて明確に定義された基準」の必要性が記載されている。これらには、医療の質指標(クオリティ・インディケーター、quality indicator:QI)、監査基準(audit criteria)等、すなわち、過程の尺度、行動の尺度、臨床や健康上のアウトカムを測る基準が含まれる。

AGREE II では以下のような具体例が挙げられており、**QI** を示していることが理解できる。

- ・ HbA1c は 8.0%未満でなければならない。
- ・ 拡張期血圧は 95mmHg 未満でなければならない。
- ・ 50 才人口の 80%は便潜血検査による大腸がん検診を受けるべきである。
- ・ 急性中耳炎の症状が 3 日以上続く時は、アモキシリンが処方されるべきである。

また、同項目内「点数のつけ方」として注目すべきポイントとして、以下の記載がなされており、**QI** 等を使用して、推奨の遵守度をモニターすることが求められていることがわかる。このように、診療ガイドライン活用の内容を可視化できれば、診療ガイドラインにおける推奨の普及・促進に役立つと考えられる。

項目内容に次の基準が含まれるか

- ・ ガイドラインの導入や推奨の遵守を評価する基準
- ・ 推奨の導入による影響を評価する基準
- ・ 測定の頻度と間隔についての助言
- ・ 基準を測定する方法についての記載と操作的定義

追加的に考慮すべき事項

- ・ 項目は詳しく書かれているか。記載内容は明確で簡潔か。
- ・ 項目の内容はガイドライン内で見つけやすいか。
- ・ 過程の尺度、行動の尺度、臨床や健康上のアウトカムを含んだ一連の基準が提供されているか。

5.0 診療ガイドラインの活用に向けて、考慮すべきその他の要素

最後に、診療ガイドラインの活用之际、考慮した方が望ましいと考えられるその他の項目についても、参考までに以下に列挙しておく。

- ・地域の各施設に対するニーズ
- ・望ましいサービスが時代により変化すること
- ・医学の進歩等による診療内容の変化
- ・検討委員会を多分野の学際的メンバー(医師、看護師、薬剤師、医療経済学者、メンタルケアチームほか)+患者(消費者)で構成するよう心がけること
- ・専門家集団やネットワークからの助言を積極的に得る努力をすること
- ・学会や診療ガイドライン作成委員会主導で当該疾患に関する経済評価の知見を蓄積すること
- ・海外環境での応用可能性

6.0 結語

診療ガイドラインの作成過程において、その中で推奨する診療行為が、様々な環境の現実に置かれた場で適切に活用され普及していくために、制度面、経済面なども含むバリアや促進要因についても検討され、診療ガイドラインの中で対応されると、理想的である。

参考文献

- ・ AGREE Next Steps Consortium.2009. The AGREE II Instrument [Electronic version]. Retrieved October 20, 2014, from <http://www.agreetrust.org>.
- ・ Drummond M, O'Brien B, Stoddart G et al.1997. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2nd Edition. Oxford University Press, Oxford.
- ・ Evans N, Rawaf S. Implementing NICE guidance.
- ・ Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA et al.2011. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. Implement Sci 6:26.
- ・ Guidelines International Network. International Guideline Library. <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library> (2014.11.11 accessed)
- ・ National Health and Medical Research Council (NHMRC) (1998) *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*, Commonwealth of Australia, Canberra.
- ・ National Institute of Health and Clinical Excellence. How to put NICE guidance into practice. A guide to implementation for organisations. Retrieved October 27,

2014, from <http://www.lumsa.it/sites/default/files/UTENTI/u492/nice.pdf>

- (公財)日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部. AGREE II 日本語訳 試行版 ver.01 2014. <http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/guideline/pdf/AGREE2jpn.pdf> (2014.12.04 accessed)
- 委員長 折茂肇.骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011年版.ライフサイエンス出版

8. 診療ガイドライン 活用・遵守状況の測定 について

第16回 診療ガイドライン作成グループ意見交換会

2014年12月20日

診療ガイドラインの 活用促進に向けて “Minds-QIP”プロジェクトほか

京都大学大学院医学研究科

医療経済学分野

今中 雄一、佐々木典子

診療ガイドラインの活用促進 —概要—

1. 活用の促進要因と阻害要因
2. 活用促進に関するプロジェクト
(Minds-QIP)の紹介
3. 活用度を可視化する
QI (医療の質指標)
4. まとめ

1. 診療ガイドライン活用の 促進要因と阻害要因

APPRAISAL OF GUIDELINES
FOR RESEARCH & EVALUATION **II**



AGREE II

INSTRUMENT

The AGREE Next Steps Consortium
May 2009

UPDATE: September 2013



Advancing the science of practice guidelines

TABLE OF CONTENTS	
構成:6領域23項目 +全体評価2項目	
I. INTRODUCTION	
I. Overview.....	1
II. Applying the AGREE II.....	4
III. Key Resources and References.....	4
II. USER'S MANUAL: INSTRUCTIONS FOR USING THE AGREE II.....	6
I. Preparing to Use the AGREE II.....	7
II. Structure and Content of the AGREE II.....	7
III. Rating Scale and User's Manual Sections.....	8
IV. Scoring the AGREE II.....	9
V. Overall Assessment.....	10
VI. Guidance for Rating Each Item	
a. Domain 1. Scope and Purpose.....	11
b. Domain 2. Stakeholder Involvement.....	15
c. Domain 3. Rigour of Development.....	28
d. Domain 4. Clarity of Presentation.....	28
e. Domain 5. Applicability.....	32
f. Domain 6. Editorial Independence.....	37
g. Overall Guideline Assessment.....	40
III. AGREE II INSTRUMENT.....	1
I. Domain 1. Scope and Purpose.....	2
II. Domain 2. Stakeholder Involvement.....	3
III. Domain 3. Rigour of Development.....	4
IV. Domain 4. Clarity of Presentation.....	7
V. Domain 5. Applicability.....	8
VI. Domain 6. Editorial Independence.....	10
VII. Overall Guideline Assessment.....	11

適用可能性

領域5:適用可能性

項目18.

ガイドラインの適用にあたっての促進要因と阻害要因が記載されている。

項目19.

どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している。

項目20.

推奨の適用にあたり、潜在的に資源に関して意味する事柄が考慮されている。

項目21.

ガイドラインにモニタリング・監査のための基準が示されている。

項目18.

ガイドラインの適用にあたっての促進要因と阻害要因が記載されている。

「ガイドラインの普及/導入に関する段落/章やガイドラインの導入に関する特別な計画や戦略に関する追加的文書」内に「阻害要因 (barriers)、ガイドラインの活用 (guideline utilization)、クオリティ・インディケーター (quality indicators) などが含まれる」かを確認する。

項目内容に次の基準が含まれるか

- 検討されている 促進要因と阻害要因の明示
- 促進要因と阻害要因に関する 情報を収集した方法 (例: 重要な利害関係者からのフィードバック、ガイドラインを広く導入する前に行う試行)
- 調査から得られた 促進要因と阻害要因の特性に関する情報/記載 (例: 臨床家は推奨されるケアを行う能力があるが、対象集団の受診資格者全員にマンモグラフィー (乳房X線検査) を受けさせることができるだけの十分な機器がない)
- 上記の 情報がガイドライン作成過程や推奨作成に与える影響 についての記載

項目19.

どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している。

例: 要約した文書、早見ガイド (quick reference guide)、教育ツール、試行の結果、患者向けリーフレット、そして、コンピューターによる支援

項目内容に次の基準が含まれるか

- ガイドラインの導入に関する章があるか。
- 適用を促進するツールと資源
 - ガイドラインの要約
 - チェックリストやアルゴリズム
 - 使用マニュアル
 - 阻害要因の分析と解決法
 - 促進要因とその活用法
 - 試行結果とそこから得られた知見
- 利用者がツールや資源にアクセスするための方法の指示

診療ガイドライン活用の促進/阻害要因



A. 患者レベル

患者・家族などの生活に密着した社会・経済環境の考慮等

- ・副作用が強い
- ・患者および患者家族の費用・機会費用の負担の大きさ
例：頻回通院が必要
- ・患者の理解力不十分/高齢化等に伴う理解力低下
例：認知症による抗凝固薬管理困難、一般薬管理困難
- ・患者を取り巻く環境要因
例：独居、支えとなれる家族/知人の存在の有無、適切な医療介護サービスを利用できているか
- ・患者の支払い能力とそれを補う医療制度的裏づけの有無

診療ガイドライン活用の促進/阻害要因



B.-1 医療提供者(医療者)レベル

医師・看護師を含めた医療スタッフによる提供体制の整備状況、および介入に直接携わる医師の個人的技量などを考慮

- ・推奨内容が限定的/広範囲すぎて、診療対象となる患者の条件が該当せず、応用しにくい
例：高度な判断力や経験が要求される
- ・推奨内容を正しく実施するために、医療提供者の診療の負担が増加
例：頻回診療、慣れない処方・治療・検査手技
- ・推奨内容の薬剤・器材の入手しやすさ(コスト含む)

診療ガイドライン活用の促進/阻害要因



B.-2 医療提供者(医療施設)レベル

病院幹部の医療提供・教育等に対するビジョン・方針などが影響する可能性あり

ここに注目！

- ・診療ガイドラインや推奨事項に、**必要ときにアクセスしやすい情報環境**
- ・各施設ごとの基本的なストラクチャー情報に対する当該診療ガイドラインの応用可能性(施設の基本属性、対象となる患者集団の数、スタッフの数ほか)
- ・推奨内容の薬剤・器材・専門的人材の準備状況、アクセスのしやすさ
- ・専門的人材の教育・訓練の機会
- ・関連するスタッフへの該当診療ガイドラインの共有
- ・推奨内容の広報による周知徹底 例: 掲示板、ニュースレター、パンフレットほか
- ・介入に関連して発生する一連のコストが、医療機関自体の持続可能性に与える影響 例: 高価な検査・治療機器購入が経営を圧迫等

診療ガイドライン活用の促進/阻害要因



C. 医療制度レベル

- ・推奨される介入(診断、治療など)の選択肢が現行の医療保険制度内で運用できるか。
- ・現行の政府の規制との関係はどうか。
- ・特殊な薬剤、設備、スタッフ等が必要な場合、アクセスのしやすさはどうか。
- ・保険償還の対象となる可能性や、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)により承認されると予測されるまでに要する期間等がどうなっているか。
- ・日本国内で受療できる治療のオプションの明示
- ・資金源となる企業等の明示

2. 診療ガイドライン活用促進 に関するプロジェクト (Minds-QIP)の紹介

診療ガイドラインの活用促進に関する プロジェクト (Minds-QIP)

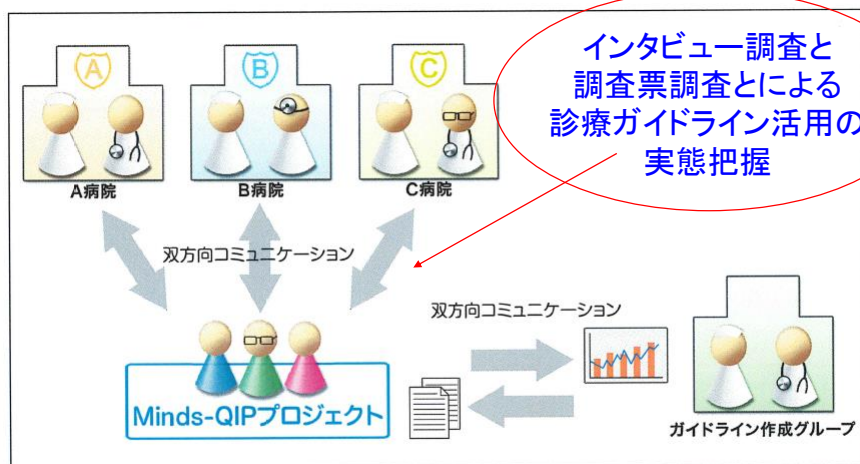


図4 Minds-QIPプロジェクトイメージ

プロジェクトの目標

- 診療ガイドラインの普及と活用促進の効果を医療の質指標 (Quality Indicator: QI) により評価
- わが国の診療ガイドラインに基づくQIの開発

2014～2015年度

- QIによる医療機関別の診療ガイドライン活用状況の把握
- 診療ガイドライン活用状況との関連性の分析

進行中の共同研究の概要

診療ガイドライン/QIの活用に関する重要事項を明らかにするために:
(ステップ1) 研修体制の充実した臨床研修病院数病院における面接調査を事前に行う。

(ステップ2) それらを踏まえて調査票調査を実施する。

(ステップ3) さらに、調査票から得た情報検索環境や診療GL利用状況と各種GL遵守状況等 (QI) との関連を分析する。

【調査の目的】

- ① 診療ガイドラインおよびQIの利用実態について調べる
- ② 情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握する
- ③ 診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討する

【調査票調査対象施設<ステップ2>】

- ・病院向け調査: QIP参加約400病院すべて
- ・研修医向け調査: 上記のうち、研修医調査への参加に同意を得られた臨床研修病院

事前面接調査

診療ガイドライン/QIの意識・活用状況に関する重要項目を明らかにするための質問紙調査票を作成するために、まず研修体制の充実した臨床研修病院5病院において、下記要領でインタビュー調査を実施する。

【調査目的】以下の①～③に関連して、質問紙調査票を作成する基礎となる情報を得ることを目的とする。

- ① 診療ガイドラインおよびQIの利用実態について調べる
- ② 情報インフラおよび医師の情報検索行動を把握する
- ③ 診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討する

【調査期間】2014年6月～8月

【対象施設】調査に同意いただいた、臨床研修病院5病院

【対象者】対象病院の幹部：

- 1) 院長
 - 2) 質管理and/or情報管理に責任を持つ医師リーダー または 副院長(診療/診療の質担当)
 - 3) 研修教育に責任をもつ医師リーダー
- および、
- | | | |
|--|---|------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 4) 初期研修医 (5-6名) 5) 後期研修医 (5-6名) | } | グループインタビュー |
|--|---|------------|

診療ガイドラインとQI*の活用についての インタビューの領域

1. 診療に係わる情報検索環境について
2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況
 - <診療ガイドライン活用実態>
 - <診療ガイドライン入手・参照方法>
 - <診療ガイドラインの効用>
 - <診療ガイドライン活用を推奨する文化>
3. 日常診療におけるQIの活用状況
4. 診療ガイドラインのさらなる活用に向けての提案等

診療ガイドラインとQI*の活用についての インタビュー項目(当日配布分)

1. 診療に係わる情報検索環境（情報検索の方法や環境）について *QI:医療の質の指標
2014.6.19版
 - 勤務場所(病棟、外来、医局ほか)において、どのような情報源を活用しているか
例：診療ガイドライン書籍、UpToDate[®]、Minds、Google/Yahoo、学会ホームページ等
 - 上記の理由
2. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況
 - <診療ガイドライン活用実態>
 - 診療ガイドラインを日常診療で活用しているか
 - 上記の理由
 - <診療ガイドライン入手・参照方法>
 - Mindsサイトを利用したことがあるか
 - どのような手段/サイトで診療ガイドラインやEBM情報を得ているか
 - <Patient-centered careとの係わり>
 - <診療ガイドラインの効用>
 - <診療ガイドライン活用を推奨する文化>
 - 勤務環境において、クリニカルパス 作成時に診療ガイドラインを活用しているか
 - 具体的に診療ガイドラインをどのように活用しているか
 - 勤務環境において診療ガイドラインに沿った診療を推奨する教育・訓練システムがあるか
3. 日常診療におけるQIの活用状況
 - <QIの活用実態>
 - 自院のQIを知っているか？
 - 具体的にQIをどのように活用しているか
 - <Patient-centered careとの係わり>
 - <QIの効用>
4. 診療ガイドラインのさらなる活用に向けての提案等

診療ガイドラインの活用状況 ～研修医インタビュー調査より～

1. 診療ガイドラインの“利点”と感ずること

- 基本的・標準的なこと(診療)を知る際に参考にする
- カンファレンスや発表の準備で使う
- 他科の疾患・新しい疾患の概要を知る
(教科書的に読む)
- 治療方針を決めるときに、よく見る
- 訴訟の予防を意識して参考にする。
- 患者への説明の際に、資料として使用することがある

2. 診療ガイドラインへの要望

- ガイドラインの情報は最新ではない(最新のものがほしい)
- オンラインで読みたい(読めないなら、使わない)
- 無料で提供してほしい。学会員でないと参照できない場合が多い
- ダウンロードして使用したい

3. 教育・研修場面での診療ガイドラインの活用状況

- 勉強会・学会発表の準備の際に使用
- 勉強会で自分たちの行っている診療が診療ガイドラインに則っているかを調べることもある
- 指導医からガイドラインを見るように言われることは多くない
- 学生時代に診療ガイドラインの使い方を習った人もいた

4. 診療に関する情報の検索行動

- インターネットを多用する若手医師が多い(情報の信頼性よりも入手しやすさを重視)
- インターネット検索(Google/Yahoo) + 他の医師に聞く + レジデントマニュアルを参照する
- はじめての疾患については、PubMed、Harrison 電子版、UpToDateを調べる
- タブレット等個人端末を持ち歩く。院内情報検索環境が整備され、その必要がない病院もあり(情報検索環境は、病院間に大きな差)

これらの意見を踏まえて作成した

調査票調査の紹介(一部)

調査票調査の質問項目例(研修医用)

1. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

問1 (1)勤務場所(病棟、外来、医局ほか)において、どのような情報源を活用(よく使用)していますか？(あてはまるものすべて)

1. PubMed 2. Google/Yahoo 3. 薬剤添付文書
4. 薬剤インタビューフォーム 5. 学会ホームページ 6. Minds
7. 医学中央雑誌(医中誌)[病院で契約] 8. 医学中央雑誌(医中誌)[医局等で契約]
9. UpToDate[病院で契約] 10. UpToDate[医局等で契約] 11. Cochrane Review
12. Clinical Key 13. Ovid 14. DynaMed
15. 『今日の診断指針』[電子版] 16. 『今日の治療指針』[電子版] 17. 各種診療ガイドライン[電子版]
18. 『今日の診断指針』[書籍] 19. 『今日の治療指針』[書籍] 20. 各種診療ガイドライン[書籍]
21. その他[]

(2)上記を参照する場所を教えてください。(複数回答可)

1. 病棟 2. 外来 3. 医局 4. 図書室 5. その他[]

問2 (1)私用の電子機器(PC/タブレット/スマートフォン等)を持ち込んで、診療に係わる情報検索に使用していますか？

1. いる 2. いない

(1)で「いる」と回答された方のみ、(2)～(4)の設問に回答ください。

(2)その私用の電子機器は具体的に次のどれですか。(複数回答可)

1. デスクトップ 2. ノートパソコン 3. タブレット 4. スマートフォン 5. その他[]

(3)持ち込む理由は何ですか。(あてはまるものすべてに☑を記入してください)

1. 診療上、必要な情報源にアクセスするため 2. メールなどにアクセスするため
3. 気分的に落ち着かないため 4. その他[]

(4)インターネットへのアクセス方法を教えてください。(複数回答可)

1. 病院で準備された有線LANを利用 2. 病院で準備された無線LAN(WiFi等)を利用
3. 医局等で準備された無線LAN(WiFi等)を利用 4. 自費契約の無線LAN(WiFi等)を利用

問3 貴院における診療に関わる情報検索環境に満足していますか。

1. いる 2. いない 3. どちらともいえない

調査票調査の質問項目例(病院用)

3. 日常診療におけるQI(医療の質の指標)の活用状況

問7 医療の質指標(QI: Quality indicators)について

- (1) 貴院で閲覧できるQIはどれですか。(複数回答可)
1. 自院で独自に算出したもの 2. 関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3. 日本病院会 4. 全日本病院協会 5. QIP 6. その他(民間会社等)
- (2) 上記のうち、最も活用しているQIはどれですか。(1つ回答してください)
1. 自院で独自に算出したもの 2. 関連グループで算出したもの(国立病院機構、済生会等)
3. 日本病院会 4. 全日本病院協会 5. QIP 6. その他(民間会社等)
- (3) QIをどのように利用していますか。(複数回答可)
1. 他院とのベンチマーク
2. 自院内での科間比較
3. 自院内での経時的推移フォロー
4. あまり活用できていない
- (4) QIは誰が主に活用していますか。(複数回答可)
1. 病院幹部 2. 関連事務系職員 3. 各部長クラス
4. 現場医師・看護師等 5. 全職員
- (5) QIを病院内で共有する際、どのような手段を使用していますか。(複数回答可)
1. 紙媒体報告書の配布 2. イン트라ネットによる報告 3. 他の電子媒体(CD-ROM等)報告書の配布
4. Eメール 5. 会議(少数対象) 6. 集会(多数対象)
- (6) QIは医療の質改善に役立つと思いますか。
1. 思う 2. 思わない 3. わからない
- (7) QIを医療の質改善のために実際に参考にしていますか。
1. している 2. していない 3. どちらともいえない
- (8) 診療ガイドライン活用を評価する指標としてQIは有効だと思いますか。
1. 思う 2. 思わない 3. わからない

Minds-QIPプロジェクト 今後の予定

- 調査票の発送、回収、集計
- DPCデータより算出した各種QI指標と突合し分析



診療ガイドラインと医療の質指標(QI)・
情報検索環境との関係の可視化



診療ガイドライン活用に向けて、重要
関係者へのフィードバック

3. 診療ガイドライン活用度を 可視化するQI (医療の質指標)

AGREE II 項目21

ガイドラインにモニタリング・監査のための基準が示されている。

適用を測定するための「ガイドラインの重要な推奨に基づいて明確に定義された基準」の必要性。

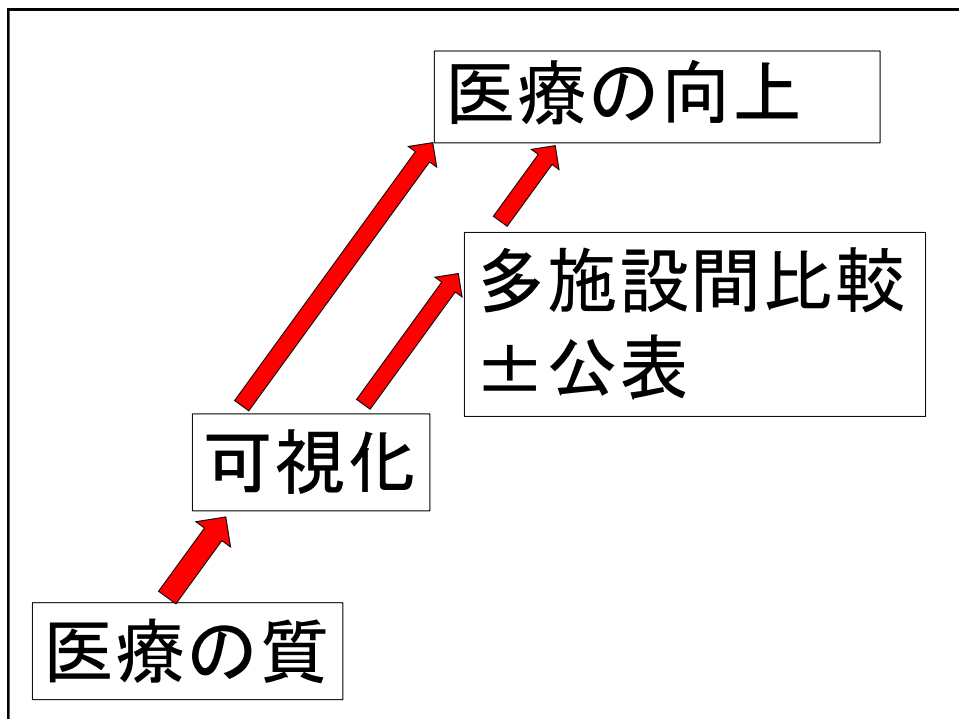
医療の質指標(quality indicator: QI)、監査基準(audit criteria)等、すなわち、過程の尺度、行動の尺度、臨床や健康上のアウトカムを測る基準を含む。

AGREE II 項目21

ガイドラインに**モニタリング・監査のための基準**が示されている。

AGREE II からの**具体例**：

- ・HbA1cは8.0%未満でなければならない。
- ・拡張期血圧は95mmHg未満でなければならない。
- ・50才人口の80%は便潜血検査による大腸がん検診を受けるべきである。
- ・急性中耳炎の症状が3日以上続く時は、アモキシリンが処方されるべきである。

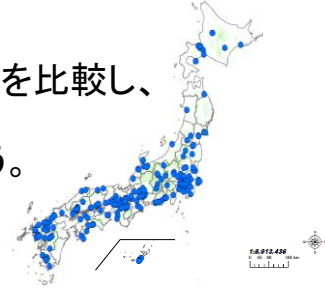


全国 多施設 臨床指標プロジェクト

Quality Indicator/Improvement Project

QIPとは？

- 1995年度に発足。
- 目的：有力な病院同志でデータを比較し、医療の質と効率をさらに高めよう。そして、わが国の医療をリードしよう。制度・政策の改善に貢献しよう。
- 北海道～沖縄の約400の有力病院が参加 ⇒



研究費による参加費無料のプロジェクト

随時、参加可能

<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP>



AMI：アスピリンが処方された患者の割合

1) 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与の割合

急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与は再発予防に有効です。

注意：禁忌症例(アスピリン喘息・消化性潰瘍・出産予定日12日以内・本剤にアレルギー歴、など)を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶然に多いと処方割合が低くなります。

(注：今回の計算では外来処方を含んでいません。)
目標設定：処方割合が低い例(例えば70%割)に高くない場合、診療内容見直しの余地があるかもしれません。ただし、この指標には、上記のような限界があります。

参考「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)」日本循環医学会ほか

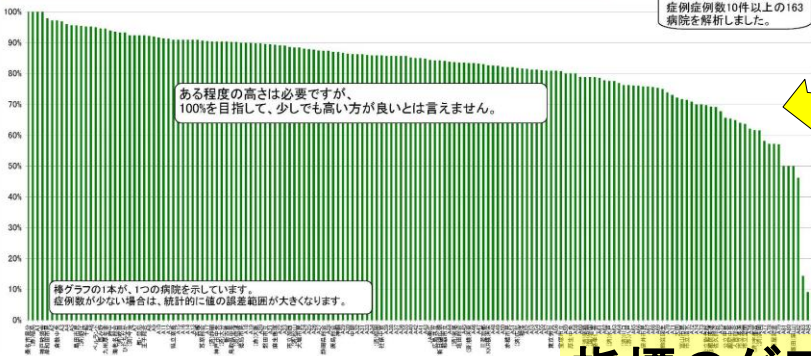
データの定義

分母：DPCコード6桁が050030「急性心筋梗塞」の症例数

分子：上記のうち、入院中に1回でもアスピリン(後発品を含む)を処方された症例数

対象データ期間：2009年4月1日～2010年3月31日の退院症例

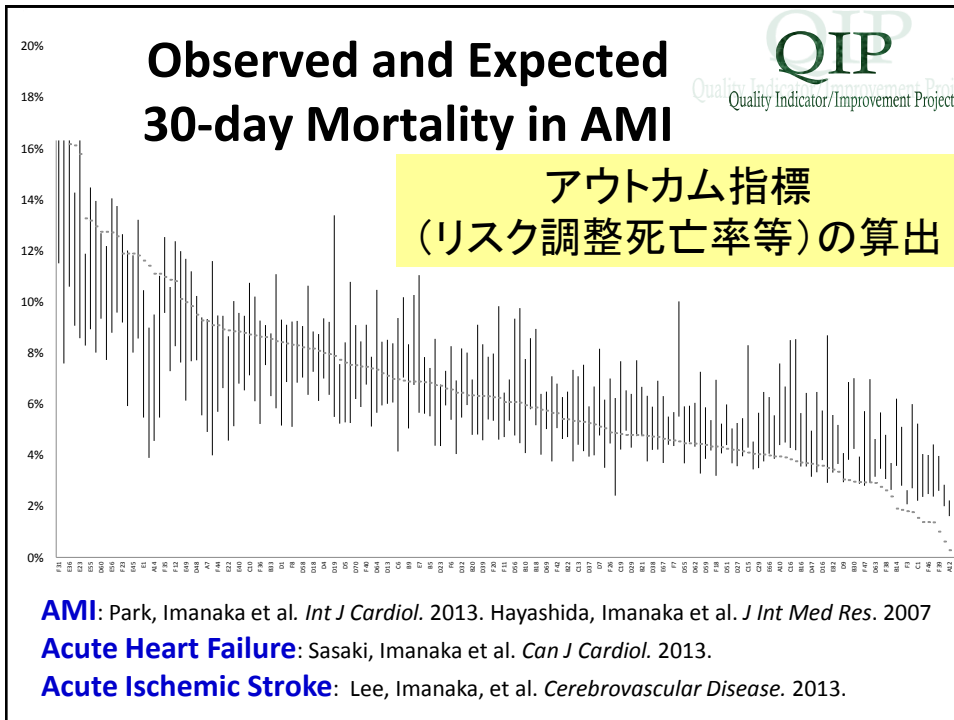
データ提出237施設のうち、症例数10件以上の163病院を解析しました。



ある程度の高さは必要ですが、100%を目指して、少しでも高い方が良いとは言えません。

棒グラフの本数が、1つの病院を示しています。症例数が少ない場合は、統計的に値の誤差範囲が大きくなります。

指標のグラフと説明・注意事項



医療の質指標ポータルサイト

Healthcare Quality Indicator Portal Site

<http://quality-indicator.net/>

- 各病院団体のQIのプロジェクトを紹介
- 病院団体等のコンソーシアムで約100のQIの定義プール(再現可能な詳細定義)を共有



4. 提案・まとめ

診療ガイドラインへの期待・要望

- インターネットで直ちにCQ(clinical question)検索可能
- 診療領域・診療科 横断的に検索可能
→既に山口直人教授が“CQ Finder”作成
- タイムリーな更新
- 推奨の迅速な流布(推奨完成～臨床現場に届くまでのタイムラグを縮める)
- 臨床専門家のもとに、必要なマンパワーの結集(臨床疫学、多量な文献の適切なレビュー人材、司書機能など)

一つの理想型としての
CQごとと更新システム・
CQごとと領域横断検索システム
の展望

新たなフレームワークへの期待

- 診療領域毎の監修・指揮(方向性の設計、質保証)
 - 診療領域毎、CQごとの、貢献者のクレジット明記
- 上記の基本を抑えた上で
- CQごとの随時・迅速な更新、普及
 - それを可能とするマンパワーを広くから結集
(ミニマムの標準化、司書機能、シソーラスの充実、レビュー人材NW育成等)
 - 領域横断的に、
 - インターネットで容易に検索できる、
 - CQのプラットフォーム/データベース

まとめ

- ◇ AGREE II にも記載されているように、診療GLを普及させるために**促進要因と阻害要因を考慮**することが重要。
- ◇ AGREE II にも記載されているように、診療GLへの遵守状況を示す**Quality Indicators の定義の明記**も重要。
- ◇ インターネット時代により適合した診療GLのあり方に向けて、調査研究進行中。情報検索環境の構築にも大きな可能性。

9. 資料

インタビュー調査聞き取り文面

W 病院インタビュー調査

2014.08.13

■ 司書

00 : 00 : 00

今中 : 予算といいますか、電子ジャーナルやデータベースの紙とかも含めまして、どれぐらいの予算、

司書A : 全部ということですか？

今中 : はい。

司書A : あまり申し上げたくないのですが、〇〇円です。

今中 : そうですか。それは今まで聞いた中でずば抜けて。

司書A : そうですね。やっぱり電子系の購入というのが年々増えてまして、それがかなり予算の中では大きな位置を占めてますので、どうしてもそのくらいに行ってしまいます。国外のものは今、ブックも eブックといひまして、テキストブックはほとんど電子化されておりますので、本当に日本の出版物が遅いんですが、一応はでき得る限り eブックにしていきたいと思っております。

今中 : いろいろな、例えばハリソンの内科のテキストも電子で見てる人が今多いですけども、そういうのは図書館でも購入されてるんですか。

司書A : はい、図書館でも購入してます。同じ出版社のものですと、ハリソンだけじゃなくて、いろんなネットサーフィンができますので、それは皆さん、若い方は特に面白がっていらっしゃるようですね。

今中 : それは、今いただいたブックのところのどれかが、何かそういうパッケージになっているんですか。

司書A : そうですね、eブック。

司書B : 〇〇 というものの中に入ってます。

今中 : 勉強不足で申し訳ないんですけど、〇〇の中にはどんなものが入ってるんですか。テキスト何冊分ぐらいが入っているんですか。

司書B : 〇〇は、それほど多くはないです。一番多いのが Ovid になりますので。

司書A : Ovid ですね。こちらのパソコンで、ちょっと見にくいかもしれませんが、当館で購入している雑誌、和雑誌、ブック、全部入ってます。一応、ブックでいきますと、かなり。

今中 : これは Ovid も Access も含めてですね。

司書A : 〇〇も含めて全部。利用する方は、〇〇とか Ovid とか全然関係ないですよ。テキストの名前で調べますから、出版社の垣根を払って全部アルファベットで探せるようにしております。ちょっとこれを……

司書B : なかなか性能がよくないので……

司書A：あちらの＝ジャーナル＝室のほうが、まだスピードを速くしておりますので、こちらがちょっと……

今中：先ほど並んでるのを見ましたら、結構何十冊というようなレベルで、

司書A：そうですね、何百冊、500は超えています。

今中：そうですか。

山口：研修医の先生方は、ここに来るほうが多いんですか、それとも院内にある端末で、

司書A：院内でご覧になってる方のほうが多いですね。たまたま過去に1回だけ、サーバーがダウンしたことがあるんですが、その時に電話が鳴りやまなかったということが。その時に「ああ、こんなに現場で見られるんだ」ということを、あらためて認識いたしましたけれども。

司書B：○○の雑誌の一覧が。ちょっとまだ続きますけど。

今中：本の表紙ですね。

司書A：表紙です。出版社の垣根が取れるとよろしいんですけどね。これが出版社別にしかパッケージになっていないので、これが利用者にとってちょっと不便なところですね。

佐々木：このパッケージを選ばれるのは司書さんの仕事なんですか。それとも院長先生とかと相談されるとか。

司書A：いえ、出版のニュースが入ってきますので、こちらでも紙ベースのものが入っているものは購入するという同意を得ていますので、それはそちらのオンラインのほうに移し替えて購入しております。

00：05：14

佐々木：もともとこちらで置いていらしたものを、見れるものを優先して、こちらへ、

司書A：そうですね、優先して。あとはパッケージになっているものもありますので、出版社の。そのパッケージのものは、一応、購入するかどうかというのを図書委員会にかけまして、そちらで。だいたいオンライン化されたもののほうを購入するというのが図書館のテーマとしてありますので、そちらの方向ではかなり進んでいっております。

矢口：図書委員会は研修医の先生もおられて？

司書A：そうですね、研修……

司書B：研修医の先生は入っていらっしゃ……

司書A：ええ……

今中：スペース自体も広くて、落ち着いて、普通の大学の図書館より、ちょっといい感じですね。

司書A：そうですね、皆さんにそう言われるんですけど、最初にここをつくる時に、2001年だったんですけども、「親会社の通信会社の図書館らしく、電子化した図書館にしません」という上からの要望が出ましたので、それでその意向に沿ってやっていると、だんだん大きくなっていったということ。

今中：広さも大きくなっていったんですか、2001年以降。

司書A：広さは、前はもっと広がったです。印刷雑誌だけでしたから、この倍ぐらいありました。で、電子化するというので、コンパクトにすると。部屋は半分ぐらいでも大丈夫だろうということで、このぐらいになりました。

今中：半分でも広いですよ。どんな広さだったんだろうと思いますけど。後でまた研修医の先生方に聞いてみますけれども、1年目2年目の研修医の人というのは、そのありがたみを分かっているんですか？

司書A：さあ、まだちょっと分かってないですかね。

今中：上の先生は分かると思いますけど。

司書A：そうですね、大学ではPubMedが多いんです。PubMedですと、その図書館用のリンクとかっていうのができないものですから、うちではOvid MEDLINEを使って、フリージャーナルとかオンラインジャーナルに自動的にアクセスできるようにしてるんです。その便利さがちょっとまだ。大学の4年間の教育で、Ovid MEDLINEに慣れていらっしやらないので、PubMedでコツコツと探すみたいなやり方ですから、「えっ、こんなことができるの？」みたいな感じにはなってると思います。

今中：特に初期臨床研修医の先生方が入ってきた時には、情報の使い方とかそういうのは、研修があるんですか。

司書A：はい、今年もやりました。

今中：それは新人の初期研修医の先生方だけですか。

司書A：そうですね。あとは、いろいろ個人的なパスワードが必要というアクセスのものが有りますので、その都度聞きに見えられますので、その時に使い方なども簡単にペーパーで渡したり、お知らせしたりしています。

山口：その最初のトレーニングコースはどのくらいの時間をお取りになるんですか。

司書A：ちょっと短いんです。30分なかったですかしら。

山口：それはいろいろの最初の研修の、

司書A：そうです。最初の病院の案内の中に組み込まれてます。まだ何もお分かりになってない時だと思いますので、一応こういうものがあるというのだけ知っていただくということを主眼にしていますけど。なかなか1年目2年目はお忙しいみたいで。

00：10：10

今中：病院図書室の司書さん方の集まりというのが、何かあるんですよ。

司書A：JHLA (Japan Hospital Librarian Association)、日本病院ライブラリー協会ですが、そちらには参加しております。

今中：それはニューズレターがあつたり、しょっちゅう集まったりという、

司書A：そうですね。研修会は年2回ほどありますし、ネットワークは横のつながりがありまして、お互いに資料の貸し借りをしておりますから、一応、ネットワークは強くなっております。

佐々木：その中でも、やっぱり見本になるような位置づけというか、

司書A：そんなことはないですが、新任者教育というのがありまして、そこで一応、見学コースにはなってます。

今中：今、司書さんはお二人ですか。

司書A：いえ、全部で5人おりますけど、毎日出勤ではない方が2人ぐらいおります。

奥村：司書の方がいらっしゃる時間帯というのは、

司書A：残念ながら9時～5時半ですね。

奥村：実際、日中にいらっしゃる訪問者のニーズというか、教えてほしいみたいなことを言われることがあるんですか。

司書A：かなりあります。勤務時間を変えてくれと言われることもあります。

奥村：それはやっぱり検索の仕方とか、欲しい文献の求め方とか、

司書A：そうですね。ですから、いろんな方むけに夜間の講習会をやっております。

矢口：先ほど、研修医の先生はご自身のデスクでというお話だったんですけど、コメディカルの方がこちらを利用するとか、＝オファーが多いとか＝、

司書A：そうですね、コメディカルの部屋にも何台かは置いてあるんですけども、一応、こちらで利用できるようにはなってます、全員が。全スタッフ対象です。

矢口：実際にいらっしゃるの、どういう方が多いとかというのは。

司書A：薬剤師さんとか、技師さんもいらっしゃいますし、熱心な方は熱心ですね、やっぱり。

矢口：診療ガイドラインについて何かお問い合わせといたしますか、

司書A：年に何回かは、あると思います。

矢口：何か欲しいとかいうことで、

司書A：「がんの患者さんのリハビリとかのガイドラインはありますか」って聞かれたことはあります。何回かはあります。

山口：ガイドラインの書籍はどこかにまとまって置いて、

司書A：まとめて置いてあります。

山口：そうですか。

司書A：割合、分かりやすいところに置いてあるつもりなんですけれども、なかなか。

矢口：それは発刊されると、それをご購入されて、こちらに、

司書A：だいたい購入しております。

矢口：じゃあ、ほとんど、

司書A：そろっております。

矢口：そうですか。

今中：今の話ですけれども、ガイドラインに注目して、いつもウォッチして、何か出たら購入するとかされてるんですか。

司書A：一応、購入担当は新刊案内を全部チェックしてますから。

矢口：書籍のほうの新刊案内、

司書A：そうですね、書籍のほうと、オンラインのほうもデータで流れてくる時もありますし、メールで流れてくる時もありますので、それはかなりチェックしております。

矢口：メールで流れてくるというのは、どちらから流れてくるんですか。

司書A：書店さんから。

矢口：「こういうのが発刊されました」と。

司書A：はい。

矢口：ほかの、例えば学会等が発行されているガイドラインについてはいかがですか。

司書A：基準がありますよね、がんのガイドライン。ああいうのは私ども割合重要視しますので、必ずチェックするようにしております。

奥村：基準というのは、規約みたいな、

司書A：そうです、規約です。

00：15：07

佐々木：すいません、先ほど、これ、看護師さんだけという話でしたけど、看護師さんだけに特別な何かがあるんですか。

司書A：そういうわけではないんですが、看護師さんはどうしても人数が多いですので、1人1台というわけにはいかないんです、院内の端末。それで図書館に集中的に置いてくださいということで、看護師さん用にということで。

佐々木：特別な何かにつながってるとか、そういうことでは全然なくて、

司書A：というわけではないです。

今中：終わる前にいつもガイドライン置き場を見せていただいています。

矢口：ガイドラインの古い版とかはどうされてますか。新しい版、改訂版とか、

司書A：改訂版は購入してます。

司書B：古い版も特に廃棄とかはしないで、スペースが許す限り、

司書A：置いてあります。

矢口：全部、そうですか。

(00：16：08 まで)

■ 初期研修医

00 : 00 : 03

山口：今日お邪魔しました趣旨は、私は本郷の大学で公衆衛生を教えるんですけど、この日本医療機能評価機構という公益財団法人で Minds という事業をやってまして、これは、質のいい診療ガイドラインを選んでウェブ上で提供するという、厚生労働省のお金でやってる事業なんです。もう 10 年以上やってまして、130 ぐらいのガイドラインを掲載しています。掲載は 100 を超えたのですけれども、なかなか先生方に使っていただけないと。それは多分、Minds の問題がいろいろあるのではないのかなというふうに思ってます。それを若い先生方にいろいろアドバイスをしてほしいというのが今日の趣旨であります。ですから、何でもいいです。もう何か所か病院でほかの初期研修の先生方のご意見をもらって、「Minds、もっとしっかりしろ」みたいな意見もいっぱいもらいましたので、あるいは「Minds、全然知りません」ということだったら、それでも構いませんので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

今中：お手元に配りましたクリップどめのものがありますけれども、今、山口先生がおっしゃった趣旨でございます。右下に Minds というマークがありますけれども、これが国のお金でやっているガイドラインのプロジェクトです。横に QIP と書いてあるのは、これは Quality Indicator を多施設で比べていこうというプロジェクトです。共同してやりましょうということで、今、進めております。

今日伺いたいメインは、アンケート用紙みたいなものが後ろに付いてまして、だいたいこれに沿ってお話を伺いたいと思っております。1 番のところに「情報検索の方法や環境」と書いてありますけれども、今、教科書とかレジデントマニュアルみたいなマニュアル類を見るというよりは、電子媒体で皆さん、情報検索されたり、いろいろされたりしてると思いますので、そのあたりの状況を伺いたいと思っております。

それから真ん中あたりに 2 番というのがあって、「日常診療における診療ガイドラインの活用状況」と書いてありますけれども、ガイドラインというものに皆さんがどういうふうに触れたり使ったりされることがあるのかなというあたりをお伺ひしたいと思っております。

そして裏に 3 番というのがありまして、日常診療における QI、Quality Indicator のことですけれども、医療の質の指標の活用状況、これは、研修医の先生方はあまり関係されていない場合が多いんですけども、念のために少し伺うことになってまして、最後にガイドラインというものを今後活用していくにはどうしたらいいか、もしご提案があったりとか、あるいは Minds というサイトについて、あるいは事業について、今日思い付いたことでも構いませんので、何かご意見がありましたらお伺ひしたいと思っております。また、ご質問があったらしていただければと思います。あと 35 分ぐらいですけれども、そういう流れで進めたいと思います。

まず 1 番に戻りまして、「診療に係わる情報検索」ということですが、この W 病院

ではインターネットにもつながる端末がいろいろなところに置いてあると伺いましたし、そういうイントラで、電子カルテとは別の端末で、たくさんの電子教科書とか検索データベースとかが入っていると伺いました。皆さんは今、現状で何か調べ物をしようとか思った時に具体的にはどうされているのかをお伺いしたいと思っております。どなたか何か言ってください方、いらっしゃいますか。研 A 先生。

00 : 05 : 26

研 A : 僕が調べようとか、ちょっと疑問に思ったことは、だいたい Google とか Yahoo で調べて、あとは先生に聞くという感じですね。

山口 : Google とか Yahoo で検索する時は、病院の中に 200 台ぐらい、インターネットに接続されてる端末が置いてあると聞いたんですけど、それでやるんですか。

研 A : そうです。

今中 : 場所は具体的にはどこでやることが多いですか。

研 A : 場所は病棟のナースステーションだったり、レジデント室です。

今中 : 今、医局的なところは、レジデントは別なんですか。

研 A : そうですね、レジデントはレジデントだけで、

今中 : それは何年まで一緒なんですか。

研 A : レジデント 1 年 2 年は同じ部屋です。

今中 : Google とか Yahoo で検索される時、すいません、細かいこと聞いて、どんなふうに検索されますか。

研 A : 検索……そうですね……一応、ガイドラインというキーワードは多分打ち込んでると思います、いつも。

山口 : 何か病気とかの名前とガイドラインみたいに書いて、

研 A : そうですね。ちょっとそれしか手段を知らなかったの。

山口 : この図書館というか病院って、ものすごく充実したデータベースを、今、図書館の司書の先生に聞いてきたんですが、随分たくさんあるんですけど、それはあまり使わないですか。

研 A : あまり……何を使ったらそれが出てくるのかっていうのが、よく分かってなくて、それを探す時間もちょっと……

山口 : その辺は 2 年目になると熟達してきてるとか、そういうことはあるんですか。

研 B : 勉強会の時とか、資料を検索する時に、図書館のパソコンでいろいろ調べたりとか、あと難しい疾患の時とか、ガイドラインとかもないと思うんですけど、そういう時にはたまに使ったりします。

山口 : 勉強会というのは、研修医の先生が発表するとか、そういう？

研 B : 各科を回る時に、抄読会みたいな、英語論文なんか引っ張ってきたりとか、そういうところで僕は活用しています。

今中：C先生はいかがですか。

研C：私も日常的に小さい疑問のことはYahooで調べたりとか、あとはレジデントマニュアルが一番使いやすいんですけども、抄読会ですとか、あるいはちゃんとした文献に当たりたい時とかは……。ただ、私もあまり多分、図書館の方々がおっしゃってるようなものより、普通にPubMedとかが一番多いです。PubMedかUpToDateが一番多いです。

山口：PubMedよりもっとランクが上のOvidSP Medicineというのがあって、これはPubMedと同じようにMEDLINEで引けて、論文そのものを入手すぐできちゃう。PubMedはすぐ入手できないですものね。みたいなものもあるんですが、それよりPubMedのほうが使い慣れてる？

研C：個人的にはPubMedのほうが、検索の引っ掛かり方が使いやすい感じがします。慣れの問題だと思いますけど。PubMedで調べて、その原文を出してます。ちょっとめんどくさいんですけど。

山口：その原著論文とかを入手するのは、図書館のデータベースで電子的にすぐ入手できちゃうんですか。

研C：そうですね。あとは、電子版がない場合は図書館の紙媒体しかないので、やってます。

山口：例えば原著論文とかはダウンロードしたくなりますよね。そういう時、病院のパソコンは共用だから、ダウンロードするわけにはいかないですよ。そういう時は図書館にテーブルがあって、自分のiPadとか持っていくとダウンロードできるという説明を聞いたんですけど。

00：10：07

研C：知らなかったです。そうなんですか。

山口：そういうサービスもひそかにやられてるみたいなんですけど。

研C：じゃあ活用します。そうなんですか。もう完全にプリントアウトして、それで読んでました。めんどくさいなと思いつつ。

山口：そうですか。自分でiPadにそういうものがダウンロードできて持ち歩けたら、なんか便利じゃないかなと思ったんですけど、そういうことはおやりになってるんですか？ iPadとかスマートフォンとか。

研C：やってないです。

山口：病院のパソコンがあるから、そういうニーズはないわけね。どこでも見れるんですものね。

研C：ほかの病院ははっきり知らないですけど、ほかの病院ほど多分、タブレットの使用率は高くないんじゃないかなと思います。「病棟でスマートフォンをいじってるというのは、あまりよろしくない」と△△が言ってたりですとか。

山口：「N社だから、そんなことしちゃいかん」と。

矢口：ちなみにタブレット使ってる方は、

一同：一応、持ってはいますけど、使ってないです。

山口：そうすると、ダウンロードということは、ほとんどなさらないということによろしいですね。紙にして。

今中：先ほど UpToDate のお話も出てきましたけれども、UpToDate は皆さん、使われるのでしょうか。D 先生、いかがでしょうか。

研 D：そうですね。どちらかというとなら日常診療となると、早く答えが出る教科書とかにどうしても行ってしまって、特に興味が出たテーマとか、あとは先ほど B が言ったような、勉強会の時とかには利用します。勉強会があった日にだいたい利用してるぐらいですけども。

今中：1 年目の先生は、まだ半年たってない、結構まだフレッシュな状況だと思いますけれども、いかがですか。文献検索とかなさることは多いですか。

研 J：多いとは言えないかもしれないです。

今中：勉強会の時とかは、やはりされる？

研 J：そうですね……。

研 K：やはり論文とかになってしまうと、図書館とかのを利用しないとなかなか見つけづらいうのかなと思うんですけど、日常のちょっとした疑問とかになってしまうと、やはり時間と、あと自分がまだこういう検索のものに慣れてないというのがあるので、そうするとやっぱり手早く簡単に開けちゃう Google とか Yahoo とかで、情報源としてはどうなのか分からないですけども、簡易的に調べてしまうというのが現状だと思います。

今中：Google とか Yahoo で調べたら、どこに行くんですか。

研 K：適当に疾患の名前を入れて、それこそガイドラインだったら「ガイドライン」と打ちますし、治療法が知りたかったら「治療法」で調べますし。

今中：そういう時に Minds が登場することはありますか。今まで意識……、

研 K：いや、今までちょっと……

今中：今回聞いたかもしれませんが、それまでに Minds を知ってた方はいらっしゃいますか。

研 C：知ってます。

今中：聞いたことありますか。お 1 人ですね。

研 B：今まで開いた中で、Minds△△、「あつ、なんか聞いたことある名前だな」という印象です。

山口：例えば Google とかで検索して、「ガイドライン」でキーワードを入れると、もしかしたら Minds が出てくるかもしれないですけども、でも Minds が何かということまでは知らなかった？

研 B：それは知らなかったです。

山口：なんか得体の知れないサイトだなあと。

研 B：一応、ガイドラインってことが言ってるので、信頼できるかなと思って使ってみました。

山口：そういうふう聞くことが多いんですね。

研 J：学会が公開してるガイドラインとかは見るんですけど。

山口：基本は学会が作ったガイドラインを、お願いして **Minds** に載せますけど、学会のサイトでガイドラインを見たりすることはありますか。

研 J：それはあります。

00 : 15 : 02

山口：循環器病学会とか。

研 J：はい。ガイドラインを公開されている学会と、そうじゃない学会がありますので、調べてみないと分からないんですけど。

山口：図書館にガイドラインが集まっているコーナーがあるんですけど、そういうところを見に行くことはあるんですか？ 一番奥にあります。

研 C：ありますが、全部そろっているわけではなかったりして、ものによってはそっちも見ます。

研 J：一応、文献検索でガイドラインを検索してから、その本のほうに行ったりはしますけど。

山口：勉強会で、上のほうの先生から「ガイドラインではどう書いてありました？」みたいな質問をされることはありますか。

研 C：科によってはあります。

山口：例えば？

研 C：いわゆる内科の標準的な治療法がどこまで、どこからがトライアルとしてやられてるのかというのが問題になってくる時には、聞かれたりします。ただあまり正直、勉強会以外で、日常診療で聞かれたりとかは、あまりないです。

今中：アンケートの最初のところの 6 番に **Cochrane Review** とあるんですけど、**Cochrane** を使ったことある方。この図書館のデータベースにも **The Cochrane Library** というのが入ってるんですけど。使ったことある人は？……ないですね。

山口：さっきの原著論文の勉強会の話で、原著論文、いろいろ検索すると出てくると思うんですけど、**systematic review** とか **meta-analysis** とか、あるじゃないですか。そういう論文を調べて読んだりすることはありますか。……読みますよね。その時、多分、**Cochrane** は **systematic review** をしたものの集まりなので、もしかしたら **Cochrane** という名前を意識しない見ている可能性はあると思います。**Systematic review** の論文とかを読むのは多いですか。そんなに読まない？ むしろ原著論文のほうが多いですよ。

研 C：原著を探す時に、うまいこと探せない時に **meta** から孫引きで持ってくることはありますが、そんなに頻繁に **systematic review** を読んでるわけではないです。

研 D：**Systematic review** を読もうというのはあまりない感じで、言ったように、見つからない時とか、探してたという可能性があるという気がします。

山口：最近の **EBM** の考え方では、原著論文 1 個 1 個よりも **systematic review** のほうがエ

ビデンスレベルは高いと。複数の原著論文を全部ひっくるめたらこうだということなので。みたいなことは学部とかで勉強する機会がありましたか。「Systematic review は大事だよ」とか。そこまではないですよ。ガイドラインについてどうですか。要するに研修に入る前に、ガイドラインという言葉とか、「ガイドラインは重要だ」みたいな話というのは、学部で聞くチャンスとかありましたか……………あった？ それは臨床の先生の講義とか、そういうところで？……………あ、それはうれしいな。そうですか。

今中：ガイドラインの中にエビデンスのレベルとか、推奨度のレベルとか書いてありますけれど、そういうのを皆さんどこかで習ったこと、ありますか。

研 J：はい。

今中：それはどんなところで。

研 J：大学の時に。

00：20：02

今中：そうですか。そういうのは臨床の先生が教えてくれるんですか。

研 J：確か臨床か公衆衛生か、ちょっと覚えてないですけど、授業でだいたいこれがこのレベルみたいなのを教えてもらった記憶があります。

今中：大学の時に習ったことのある方、ほかにいらっしゃいますか。……………いらっしゃいますか。ああ、結構、

山口：皆さん、習ってるんですね。何年前かに、国試のガイドラインに診療ガイドラインということが今入ってるようですね。だから学部で教えるようになったんです。

今中：病院に入ってから、実際に研修医として臨床に就かれて、Evidence Based Medicine というか Evidence Based Practice のお話とか、上の先生から聞くことありますか。B 先生。

研 B：あまりない……………日常からエビデンスがエビデンスという感じではないです。

今中：多くの医療は、どういう時には何をやらねばいけないということが整理されてますから、エビデンスどころと言わなくても、エビデンスに基づいたことをいろいろやることにはなってると思います。

山口：初期臨床研修の 2 年間だと、主要症候から検査計画みたいなものを身につけるといいうのも多分大事だと思うんですけども、そういう時は自分で勉強しようと思ったんですよ。診断確定の話というのは、情報検索するとしたらどういうものを使うと有利でしょうか。それは経験で身につけるみたいな感じですか。

研 D：何がと言われるとあまり。上の先生から教えてもらったりとか、今まで学校で勉強してきたことを応用したりとか、本を読んだりとか。何が特についていうのは見つからないんですけど。

山口：病院の先生に聞いたら、ハリソンを読むことが多いという。すごい面白いなと思ったんですけど、それは教科書ですよ、勉強するとしても。だけどハリソンは主要症候がダーッと書いてあるところがありますけど。ありがとうございます。

佐々木：新しい病気に出合った時に、まず Google に名前を入れるか、それか教科書でどんな病気の全体像とか、そういうのを調べるのか、ガイドラインを使ったりとかするとか、いろいろあるので、どういうのを優先的に使いますか。

研 J：まず教科書。

佐々木：昔の教科書、学部で使った教科書？

研 J：ですね……

研 K：そうですね、教科書か、インターネットで調べちゃうという。

山口：学部で使ってた教科書とか、国試用の、ありますよね。ああいうのは卒業してからも役に立ちますか。△△、捨てちゃった？

研 J：そこまで詳しく載ってるわけではないので、聞いたことあるなと思った時にそういうのを見て、ああ、これだったと思ってから、さらに調べるっていうことに使ったりもすると思います。

研 D：新しく出合った疾患が、例えば医者になってから初めて肺炎を見たときだと教科書とかを取っちゃうと思うんですけど、例えば膠原病とかで珍しい疾患だとかいったら、そもそもどう診断するのか分からないので、その時にガイドラインの診断基準とかを参考にするのが多いと思います。

00 : 25 : 09

今中：ちょっと違う話をしますけども、裏に書いてある **Quality Indicator**、医療の質の指標。聞いたことある人、いらっしゃいますか……聞いたことない人……。みんな聞いたことない。例えば、あるガイドラインに、こういう患者さんの時にはこういうことをしましょうという、プロセスに関してのガイドラインの **recommendation** があった時に、その **recommendation** に沿って医療が行われている割合とかいうものです。本当は適応のある患者さんについては全部やったほうがいいんですけど、十分にまだ、こういう時にはこういうことをしようというのが行きわたってない場合は、必ずしも 100%やられてないことがあって、そういうようなものを数字にして、より高くしていきましょうということが一部であります。

例えば周術期の予防的抗生剤投与を術前の 1 時間以内にしましょうとか、そういうものは W 病院ではもうきっちりやられているかもしれませんが、全然やってないような病院も数年前まではあったので、できている割合を外に出していきましょうとか、その数字を見ながらよくしていきましょうということがいろいろ動いていて、いくつかのプロジェクトでは病院の名前を出してインターネットに載せようとか、そういうこともやっと今、起きてきています。

それとちょっと関連するんですけども、海外の第三者評価機関の外部評価、6 月ぐらいかに受けられたと思うんですけど、そういうのは、臨床研修をやられてる時に何か関係してきましたか。

山口：インタビューを受けたとか、そういうのはなかったですか。

今中：あるいは何か準備を手伝ったとか。基本的に関係ないですか。

研 D：カルテの記載が海外の第三者評価機関のおかげで、やや細かくなったのかなというのが。

山口：細かくなったまま、ちゃんと続いていけそうですか。

研 D：入力項目があるものとして最初からやってたので、ほかの人から「これは海外の第三者評価機関のためにやってるんだよ」と言われて、ああそうなんだと。自分としてはもう慣れてしまってるから、あまり感じないです。

今中：病院が何となくざわざわして落ち着かなかったとか、そういうことは特にないですか。

一同：それは……（笑）

今中：実際に審査の時の数日間というのは、研修医の先生方もインタビューを受けたりとかするんですか。

研 K：研修医で受けた人はいないと思います。

研 J：たまたま……

今中：回ってる様子とかを見たりとかは、

一同：ありました。

今中：ガイドラインとか **Minds** のあり方について、どっちでもいいんですけど、ガイドライン一般のお話でもいいし、**Minds** のお話でもいいんですけども、何か。まずはどっちかのほうがいいですね。ガイドライン一般についての何かご要望・ご意見はないですか。もうちょっとこんなふうにしたら使いやすいのになとか。

研 J：公開されてるものと、そうじゃないものがあるので。本だったらこれは見れるらしいというのと、ネットで調べた時にそのままいってしまえばただで見れるものと、そういう違いがあって、アクセスの必要な程度というはあまり変わらないのに、アクセスがちょっと、入手しやすさとかも変わってくると思うので、できれば入手しやすい形にしていくのがいいのかなというふうに思います。

00 : 30 : 15

山口：**Minds** は一応、ガイドラインを評価して、作り方から考えて、質が十分に高いと考えられるものだけを選んでいるんですね。だから、だいたい選ばれる率が 50%ぐらいなので、残りの 50%は載ってないんですね。ただ「これは選ばれませんでした」というのもちょっと出せないで、「これを選びました」という情報しか出してないんです。「選んでないんだったら、選んでないって言ってくれよ」という意見は結構聞かれるんですが。

今中：循環器学会のガイドラインなんかは、みんながアクセスしやすいので、あと病気のいろんなところで関わってくるかもしれないけれども、使ってる方は多いようですね。

山口：誰でもアクセスできるんですよ。

今中：アクセスできないと使いようがないですね。

山口：日本はすごく特別というか、普通はガイドラインというのは雑誌に公表されてることが多くて、雑誌に公表されたやつも電子版という、お金を払わないと見れない場合もあるん

ですけど、ガイドラインはほとんど、例えばアメリカの **American College of Physicians** というアメリカ内科学会が出しているガイドラインは、ガイドライン自体は誰でもただで見れるようになってるんです。日本は本で出すという。本で出してるのは日本ぐらいじゃないかと思うんですが、書籍で出るじゃないですか。あれは出版社がお金を取って売ってるので、なかなか難しいんですよ。それを **Minds** は「ただで載せさせてください」とお願いして、でも出版社も分かってくれて、掲載を許してくれるんですが、あまり本を出した直後だと「本が売れなくなっちゃうから、ちょっと待ってください」とか、いろいろな制約があって、なかなか出せないところがあるんです。

今中：先ほどの話にもありましたが、今、100以上のガイドラインのフルテキストが見れるようになってます。100以上のいろんな疾患の。もちろん、ここで見たいようなものはないかもしれませんが、ちょっとまた見てみてください。**Minds** にたまたま行き当たった人で、「もうちょっとこうだったら使ってたのにな」というような感想・ご意見はございませんか。

研 C：どうでもいい疑問なんですけど、最初に検索で行き当たった時に、医療従事者向けのページに行くのか患者さん向けのページに行くのか、結構ランダムな気がするんですけど、これはどうなってるんですか。

山口：それはネット検索した時ということですか。

研 C：そうです。

山口：それは **Google** とかの中でどっちが上位に来てるかなのだと思うので、ちょっと我々にはコントロールしようがないですよ。一般向けは、病気の基本的なことを患者さんに知ってもらうコーナーで、それは40ぐらいでしたっけ。

奥村：そうですね。44が **Minds** のオリジナルで作っているものがありますし、それ以外にも学会が作っているのでも20ぐらい出ていますので、一般向けの解説というのも、**Minds** では数を増やしていくと思います。

研 C：もちろん医療従事者側としても使いますが、患者さんが見てるのかなというのは思います。患者さんと話して、「あのサイトは知ってる」みたいなことは、むしろ患者さんのほうも言ったりします。なので、こっちの情報を見てるんだなという、私がそっちを参照して、ああ、このぐらいは知ってるんだなというのは、それがコミュニケーションにつながったりするので、そういう意味でもむしろありがたいなと思ってます。

山口：40だから、そんなにたくさんは持ってないんですけど、ぜひ患者さんにも宣伝していただければ。

00 : 35 : 15

研 C：特に内科のいわゆるあまり多くない病気の人とかは、新しいというか、=ソースが=、新しい知識が少ないので、使ってるみたいです。

今中：一般の人にも分かりやすい図で説明してあるページもありますので、また患者さんの説明用に使えるんじゃないかと思います。今、40というのは、それのことですか。それと

もまた別の、

奥村：やさしい解説という、紙芝居を目指して、お芝居にしてから作ったものが、今 44 出ています。それが一見やさしいんですけども、ただ、すべてガイドラインにひも付いていて、ガイドラインを作った先生方に監修をしていただいている、必要最低限のものを分かりやすく提示をするということを原則で作っています。

矢口：普段は患者さんに病気のことを説明するのに、何か使われている資料は、

研 C：でも、研修医が直接 IC するというのはあまり多くはないので。

矢口：今後例えばもし欲しいなっていうものはありますか。どんな情報が、

研 C：それこそネットでもいいですし紙でもいいですし絵がいっぱいあってというのはいいと思いますね。緩和ケア科を回っている時に、主治医が言っていることを聞いて、プラス、別の機会で「終末期というのは、こういうことが起こります」みたいなパンフレットを見て、一致して納得できて、＝パソコン見たり＝して。そういう意味でも、主治医が口で説明する部分と、一般のガイドラインなりで＝見せられる部分があると思います＝。

佐々木：ちょっと話、違うんですけど、クリニカルパスとかそういったものを、それぞれの患者さんに使われているんですか。使いやすかったりとか、自分でやってる時にこれはちょっと注意したほうがいいなと思うこととか、いい面と悪い面と両方あると思うんですけど、その辺のご意見を聞かせてください。どんな疾患にそもそも使っていますか。

研 K：今、僕、血管を回ってるんですけど、血管は術前から術後の管理に関しては、基本的にパスに乗ってそのままずっと行くので、術前のオーダーとか、そういうのは全部パスで全患者さんが同じように進むので、把握という面ではやりやすいところがありますけど、頭を使わなくなるというか。あとは、薬でアレルギーがあったりとか、そういう時には、そのままオーダーしちゃって引っかけちゃったりするので、そういう細かいところ。大枠としてはいいんですけども、細かいところの修正は必要なので、そういうところが若干おろそかになる時があります。

今中：クリニカルパスというと、電子カルテの中に、オーダーの中に組み込まれているわけですか。

研 K：はい。

今中：それを選んでオーダーを出すのは、研修医の先生もできるんですか。

研 K：はい。

今中：今、クリニカルパスがどれぐらいあるとか聞いてますか。いっぱいありますか。

研 J：いっぱいある……十……

今中：どの科でもいっぱいあるという感じですか。

研 J：外科だったら手術する場所とか術式によって、かなりたくさんある。

今中：内科系はどうですか。

研 J：内科系だと……

研 B：○。消化器内科、何か手技があるところは、その手技に応じてあったりはします。

研 J：あと、腎不全だったり糖尿病とかで教育入院をされてる方はパスを入れたりして。

00：39：58

佐々木：そうすると、今、担当の患者さんを持って、例えば 10 人とかの何人とかの中の何割ぐらいはクリニカルパスですか。

研 K：手術の患者さんはほぼ 100%になっています。全員が手術の患者さんじゃないですけど、化学療法とかいるので。

佐々木：内科系はどうですか。

研 B：先月、脳卒中科を回ったんですけど、脳卒中科の患者さんも、脳梗塞と脳出血とくも膜下出血。脳梗塞の患者さんの場合はほとんどクリニカルパスを使ってやりました。だいたい全部使えるわけではないですけど、ある程度当てはまるので、漏れがないという意味では使いやすいかなと。

佐々木：抗生剤の種類とかも、実はパスの○で決まっちゃってないですか？

研 B：脳梗塞の場合は抗生剤は特にいかないですけど、外科のほうでは、手術によって抗生剤が違うんですけど、決まってます、パスによって。

研 J：量とか回数とかは、その人の腎機能だったりとか、その人によって小さくマイナーチェンジを加えながら、全員に適応していく形になると思います。

研 B：パスを使うと、看護師さんたちもどういう流れで治療をやるのかというのが分かりやすいみたいで、そういうメリットもあるのかなと。

今中：患者さんに見せるパスというのものもあるんですか。

研 J：あるみたいです。予定表みたいな紙を入院の時に渡して、

今中：それはパスによってあったりなかったという感じですか。

一同：だいたいはあると思います。

研 J：だいたい皆さん、入院後には、△△に行くと、皆さん、その紙を持ってらして、この何日目はこれをしますみたいな、そういうのを持ってるイメージなんですけど。

今中：それは誰が説明するんですか。

研 K：恐らく外来か何かで入院説明される時に、パスの説明という項目が入ってます。

今中：そろそろ時間になりましたので。

(00：42：41 まで)

■後期研修医

00：50：06

山口：私は東京女子医大の公衆衛生の山口ですけど、日本医療機能評価機構で Minds というガイドラインをウェブサイト上で提供する事業をやっています。Minds は厚生労働省が 100%お金を出してやっている事業で、もう 10 年以上やっているんです。ガイドラインは

今 130 ぐらい載ってて、ガイドラインを掲載するという意味では、数も少し増えたかなということなんですけれども、今最大の課題は、活用していただけてないということでありまして、病院の先生方に、診療所もそうなんですけれども、活用していただくためにはどうしたらいいのかなということを先生方からアドバイスをいただきたいというのが、今日の趣旨であります。ですから何なりと厳しいご意見でいいですので、いただけたらと思いますので、よろしくお願いいたします。

今中：今日、皆さんには、だいたいお手元のアンケートに沿ったようなことをお伺いしたいと思っています。ザッと初めに概要をご説明しますと、1 番に「診療に係わる情報検索の方法や環境について」とありますけれども、皆さんが何か情報を探したりというときに、昔は本とか雑誌しかなかったんですけど、紙のものしかなかったんですけども、今はインターネットで検索したり、あるいは病院のデータベースで検索したりということをしてると思いますので、実際にどういうことをされてるのかを教えてくださいと思っています。

2 番目、この紙の真ん中あたりに、「日常診療における診療ガイドラインの活用状況」というのがありますけれども、皆さんがガイドラインといわれるものを使う時には、どんなふうにするのかなというのを教えてくださいと思っています。

裏にまいりまして、3 番というのがあるって、日常診療における **QI**、これは **Quality Indicator** のことなんですけれども、医療の質の指標の活用状況というのを聞きたいと思っておりますけれども、この **Quality Indicator** というのを聞いたことある人……聞いたとない方……皆さん、ないですね。後期研修医の先生方はあまりご存じないのが普通なんですけれども、上のほうの方は課題にされていると思いますので、これについては、今のうちに言っておきますと、例えばガイドライン、こういう時にはこういうことをしましょうと。例えば「手術の前の予防的抗生剤投与は術前の 1 時間以内にしましょう」とか、そういうものがまだ十分に普及してない時に、何割ぐらいがちゃんとガイドラインの診療に沿ってやられているかというのを数字で出して、それをフォローしていこうと。あるいは病院間で比較して、「ああ、ちょっとうちはまだ低いな」というときに、高くする励みにしようかと。そういうプロジェクトが今いくつか動いてまして、病院団体とかでもやられていますし、下に **Minds** とともに書いてある **QIP** というプロジェクト、**Quality Indicator/Improvement Project** というのがあるって、やられています。そういう状況だけお伝えしたいということで、この質問があります。

それから最後に「診療ガイドラインのさらなる活用に向けての提案」というのが 4 番目にありますけれども、診療ガイドライン一般について、もっとこうだったらいいのになとか、あるいは **Minds** というガイドラインのサイトがありますけれども、それをちょっとでも見たことあるような人は、もっとこうだったら使いやすいのになというようなことを、ご意見をいただければと思います。思い付きのご意見でも結構ですし、ご質問でも結構です。

それで、初めに戻りまして「診療に係わる情報検索の方法や環境について」ということが

書いてあります。W 病院ではインターネットなりイントラネットのデータベースにアクセスできる端末がいっぱいいろんなところに置いてあって、非常に情報環境が恵まれていると思うんですけども、実際皆さんが何か調べ物をしようと思った時とかは、どこでどういう情報を探されるのでしょうか。E さん。

00 : 55 : 31

研 E : 私がよく用いるのは、1 番の PubMed や 2 番の医学中央雑誌、3 番の UpToDate、4 番の Google/Yahoo。あと、7 番の薬剤添付文書を特に用いると思います。

今中 : ということは全部コンピューターということですね。

研 E : そうですね。

今中 : それはレジデント室の中でされるのか、病棟で探されるのか、どういう場面で。

研 E : 一番多いのは図書館のインターネットを用いることが多いです。

今中 : G 先生は。

研 G : 私も似たり寄ったりなんですけれども、PubMed を使ったり UpToDate、あとは薬剤添付文書だったり、あとは『今日の診断指針』とか、あとは学会のホームページを見てということが多いです。

今中 : 学会のホームページは、どこのを。

研 G : 一応、呼吸器なので肺癌学会とかを見る人が多いです。あとは院内、私も図書館をよく使うことは使うんですけども、病院のいわゆるカルテの端末のところ各科の診療マニュアルみたいなものがあって、それでたまたまうちの呼吸器内科だと比較的最新の、例えば結核の治療の診断指針とかいうのがカルテの端末で見れるようにはなっているので、それを見たりというのをよくします。

今中 : それは電子カルテの端末で見れるわけですね。

研 G : そうですね。電子カルテの〇〇とって、院内……、そのカルテの端末から見れるので。

今中 : 電子カルテから直接アクセスできるものは、何が出るんですか。

研 G : 電子カルテと同じパソコンのところから、例えば結核だったら結核の治療指針とか、そういうのが見れるようになっています。あとは肺癌の診断のガイドラインとか。最新のものではないこともあるんですけども、結構多くが見れるので、それを見てます。

今中 : それは院内の指針ですか。

研 G : 院内ではなくて、いわゆる学会とかで出しているような、結核学会とか肺癌学会から出しているものを、多分それを取り込んで見れるようになっているので、それを見たりします。

山口 : 病院の中の端末ですと、検索して、見て、ダウンロードとかはできないんですよね、共用だから。見たらまた検索すればいいやということですか。それとも紙に印刷するとか、あるいはダウンロードすることはないですか。

研 H：比較的検索しやすいのと、あとは、ガイドラインもそうなんですけど、説明同意文書のテンプレートだったりとか、そういうものに関しては印刷して使用することがあります。

山口：印刷して、自分のために取っておくみたいなの。

研 H：患者さんの説明を印刷してやって、

山口：差し上げちゃうとか、

研 H：はい。そういうのはあります。

山口：ほかの病院では、ダウンロードできたほうが良いというご意見ももらったりしたことがあったんですけど、ここは iPad とかスマートフォンとか、自分自身の端末はあまり持っていないということなんですけど、お持ちですか。

一同：ないです……ないですよね……

研 I：個人的には持ってるんですけど。

山口：それを病院で使ったりはしないんですか。

研 I：どっか置き忘れちゃう可能性が。

山口：共用のやつをもっぱら使う。

研 I：そうですね。

研 G：あとは、論文とかだと図書館に自分のパソコンを持っていけば、そこで Wi-Fi みたいなのがつながってるので、そこでダウンロードしたい論文があれば、自分のパソコンにダウンロードすることは時々あります。

01：00：15

今中：それは皆さん、されてるんですか。さっき、初期の臨床研修の先生方はダウンロードできることを知らなかったと。

研 G：ダウンロードといっても論文とかなので、ガイドラインとかは全部できるかどうかわからないですけども。

山口：なんかテーブルの黒くなっている、

研 G：そうですね、テーブルの黒くなっているところに持って行ってというのは、やりません。

今中：それは皆さん、されてるんですか。

研 F：院内のパソコンだと○できるので、医局のパソコンとかでやります。図書館で自分のを持ってくのもちょっと面倒で、あまり持ってかないです。

山口：すいません、この中で 6 番に Cochrane Review とあるんですけど、Cochrane を普段使うことはございますか。

一同：たまに使います。

今中：電子テキストも結構いろいろありますよね。英語のテキストブックがコンピューターでもたくさん見れるみたいですけど、それはお使いになりますか。

山口：パッケージでたくさん教科書が入ってる場所なんですけど。

一同：そんなのあったの……知らない……あまり使わないです……

今中：結構入ってましたね。100冊超えてるのかどうか分からないけど、何十冊か。多分、ハリソンとかも入ってるんですよ。

山口：多分、後期研修になると自分の専門科だから、教科書を読んだりというよりも、調べたりということですよ。

一同：そうです。

山口：ガイドラインというのはいかがですか。よく見るものですか。それともめったに見ないものですか。よく見る方……おっ、皆さん、よく見られますか。どんな場面でご覧になることが多いですか。患者さんの治療方針を決める時とか、そういう時が多いですか。

研F：それが一番多いと思います。

研I：私、産婦人科なので、産婦人科って産科のガイドラインがものすごく厚くて、婦人科はペラペラなんです。なので産科の診療の外来で使うことが一番多いです。外来中に「こういう結果が出た人はどうしたらいいんだっけな」というので、見ます。

山口：結構厚いですよね、最近もまた出ましたけど。

研I：そうですね。

山口：あれを医局とか、

研I：外来には1冊置いてあって、病棟にも置いてあって、自分たちにも1冊あります。

山口：あれはまだネットでは公開できてないですよ。

奥村：そうですね。選定されましたので。

今中：余談ですけど、産科医療補償制度ってありますよね。あれはこのMindsでやってる日本医療機能評価機構で運用をやってまして、その中の人々がやっているというか、専門家の人たちを集めて、そこで分析したりしてます。それに関係する、ちょっと勉強になりそうないろんな情報も載ってますので、何かの折にちょっと見てください。

研I：分かりました、ありがとうございます。

山口：患者さんによっては、いろいろ合併疾患があって、他科も関係するようなこともあるじゃないですか。そういう、自分の専門以外のガイドラインを見にいたりすることは、ありますか。……ありますか。そういう時は、ガイドラインはどうやって探すんですか。ネットで？

研G：まずはネットで。

〇〇：ネットが多いですね。

山口：ネットでどういうふうに見ますか。Googleが多いですか。

一同：はい……うん……そうですね。

01:05:00

山口：Googleに病気の名前とガイドラインみたいのをに入れて、探す。

研G：うん。

山口：Mindsも、あれば結構上のほうに引っ掛かってくると思うんですけど。

研F：胆嚢炎とかで確かMindsがよく出てますね。

山口：Minds はガイドラインを評価選定してるので、だいたい選定率が 5 割ぐらいなので、選定されないガイドラインは載ってないんです。

今中：今、実は 100 を超えるガイドラインがフルテキストで載ってるんです。全疾患ではないんですけども、お役に立つ時もあるかもしれないです。

山口：話がそれるかもしれないんですけど、もう忘れちゃったかもしれないんですけど、学部の教育でガイドラインのことは習いましたか。……習ってないですか。

一同：習ってないですね。

山口：初期研修の先生方はみんな「習った」って言ってました。

一同：(笑)

山口：国試の出題基準とかにガイドラインっていう言葉が最近入ったので、それで多分、違うんですよね。先生方の時代はまだ……

一同：(笑)

山口：そうすると卒業して初期研修とかで、だんだんガイドラインのことを知ってきたということですよ。

研 E：そうですね。

山口：上の先生方から、ガイドラインがどうみたいな、そういうこともあるんですか？ もう先生方はだんだん若い先生を指導する立場かもしれないんですけど、もっと上の先生からガイドラインのことでの話はありますか。

研 E：あります。

今中：どういう話があるんですか。

研 E：具体的に例えば患者さんを見る時に、やっぱりその患者さんの主病名もそうですし、合併症も一応ひと通りはガイドラインを引くようにはしています。それで医療の質の担保をしてるのではないかと個人的には思ってます。

今中：E 先生は何科ですか。

研 E：僕は高血圧・腎臓内科ですので、やはり腎臓内科学会とか透析医学会はガイドラインが結構ありますので、そちらを参照することは多いです。

今中：ほかの先生方はいかがですか。

研 F：糖尿病・内分泌内科、ここにはいないですけど、研修で回るとガイドラインをもらえます。そういうふうにして、「これ、読んでおいてね」という感じで言われてます。

山口：血液内科は、あまりガイドラインはない？

研 F：造血器腫瘍ガイドラインが最近出ましたけど、あれもちょっと使ってますけど、どちらかというと各病院でマニュアルがあって、そこに原著がいっぱい載ってるので、それを見てやってるのが多いので、あまり新しいガイドラインというのは出ないかもしれないです。

山口：アメリカの NCCN のガイドラインとかを見ることはありますか。

研 F：あります。そういうのじゃなくても、例えば、細かなことですけど、髄腔内注射のガ

イドラインとか、そういうのもいろいろなところで出てるので、そういうのを結構見たりします。

山口：最近ガイドラインを作る時に、ベースになるエビデンスを、systematic review をちゃんとやるべきだというふうにだんだんできてきているんですけども、先生方は systematic review の論文みたいなものを勉強したりとか読んだりとかということは、多いですか。あまりないですか。原著のほうが多い？ Meta-analysis とか。結構ありますか……。……ぐらいですか。

研 F：日常診療ではあまり使わないですけど、勉強という意味では使います。

山口：原著論文のほうが日常診療で多いということですか。

研 F：多分、特殊だと思うんですけど、血液内科は治療プロトコルが載ってるのが原著論文だけなので、そういう意味ですけど。Meta-analysis を読んで治療に役立てるよりは、診療ガイドラインのほうが早いので、meta-analysis でまとまって載ってるというイメージはあまり。よほど最新の情報を得たければ使います。

01 : 10 : 01

今中：ガイドラインにエビデンスのレベルとか推奨のレベルが載ってますよね。そういうものは注意されて見たりとかしてますか。そういうのは別に習わなくてもガイドラインに書いてあるから、それを読んで把握してるというあれですか。エビデンスレベルがそれぞれ何を意味するかとか、推奨度のレベルが何を意味するかとか、エビデンスのレベルと推奨度はどう違うんだとか、そういうのはみんな特別困ってないですか。

研 F：正直なところを言うと、あまりしっかり読んでないです。

一同：(笑)

研 F：文章のほうを読んでも、後ろに括弧で書いてあるじゃないですか。その辺まではしっかり見ないです。

山口：最初の推奨のところを見て、疑問に思ったら解説を読む。

研 F：そうです。

山口：ガイドラインを、どうですか、先生方、もう3年4年とやってきて、ガイドラインを作るほうの活動に参加してみようかなとか、そういうのはないですか。

研 I：私、いくつか論文書いたんですけど、一応「多施設の RCT をやりませんか」というやつを書いたので、そういうのも面白いかなとは思ってます。自分が論文を書いてみて、その論文の意味だったりとか推奨レベルとかを調べる、逆引きすることが多いかもしれない。日常診療だと、今、水野君が言ったように、パパッと読んで「ああ、そうなんだ、はあはあ」で終わりなんですけど、じっくり仕事が終わって、論文を書いたり、その論文の参考文献を見たりする時に、私はいつも孫引きで調べるんですけど、それを見た時に、「ああ、なるほど」と思って。じゃないと、日常臨床だとあまり考える時間が取れないというか。

山口：日常診療じゃなくて、例えば初期臨床の先生方は、各科回った時に勉強会があるんだという話をさっき聞いたんですけど、後期研修の先生方は何か発表会とか、そういうのはな

いんですか。自分で何かテーマがあって、病院内で発表するとか。それよりも論文書いたり学会発表したりという感じですか。

一同：……

今中：学会発表とか論文を書くことは、この病院でものすごくサポーターティブというか推奨されているんですか。

研 I：科によるんじゃないですかね。

山口：先生方はもう△△なんですよ。後期研修の先生は病院によってはどこかの大学から回ってくるんですけど、先生方がプロパーですか。

研 F：ここの初期研修医出身。

山口：もう初期研修医が後期研修医に進んでいくという流れになっているわけですね。

今中：全員ですか。

研 E、研 G：今日たまたまこの場にいるメンバーが。

山口：プロパーなんですね。分かりました。

今中：後期研修医から入ってこられる先生もいらっしゃるわけですね。

一同：そうです。

今中：どれぐらいの割合ですか。半々ぐらいですか。

研 I：9：1とか8：2とか、それぐらい。下から上がってくるほうが多い。

今中：初期からのほうがメイン、そうですね。

研 I：脳外と△△ぐらいでしょ。

研 E：あと麻酔科2人。

研 I：じゃあ、もっというか。

研 F：放射線科に1人、循内2人。

研 E：結構います。

研 I：循内って、でも医局派遣でしょ？ 医局派遣を抜いちゃうと、病院採用となると、あまりいないですよ。

山口：その医局派遣という先生が、9：1ぐらいの1ぐらい？

研 I：もっといいます。そうすると6：4とか7：3とかになってくると思うんですけど。でも、うちの後期研修でホームページに出して応募してくる人たちというのは、多分、本当に1学年に、中から上がってなければ2人3人とか、そんなものだと思う。

今中：今までにガイドラインをお使いになった時に、もっとこうだったらいいなとかいうご要望はありますか。

01：15：11

研 F：探しにくい点。目当てのものを探しにくい。Mindsも、フルテキストで載ってるものって何百とかっておっしゃってましたけど、

今中：百いくつか。

研 F：それでも抜けがあると、抜けがあるというだけで、もう使いにくくなると思うんです。

山口：それは2つ理由があって、1つは選定されなかったガイドラインで、もう一つは、選定されても、本でガイドラインが出たばかりだと本が売れなくなっちゃうから。Mindsは無料で出していいと、提供してもらっているの、「ちょっと1年ぐらい待ってくださいね」みたいな。そうするとその間は本文が出せないんです。それが悩みなんです。

研 F：1年間とかって結構長いですね。

山口：そうなんです。次のガイドライン、出ちゃうじゃないですか。それを今、解決しなければいけない一番大きな課題なんです。で、50%ぐらいの選定率で、50%は残念ながら選定できてないんです。そっちはガイドラインを作る先生方をサポートするというのを今一生懸命やって、100%選定になるように。そうすると網羅的に出せるようになると思うんですけど。

今中：ほかに何かガイドラインや Minds についてご要望はありますか。

一同：……

今中：皆さんガイドラインは、日本語と英語と、どっちを使うことが多いですか。

研 E：日本語があれば、まずは日本語です。

今中：科によっても違うかもしれないですね。血液内科なんかは英語が多いんですか。

研 F：多いです。要はそれでないと載ってないという理由も結構あるので、どこに何が書いてあるのかを覚えておかないと、見ることもできないので。

山口：多分、血液内科みたいな領域は、トライアルみたいな研究がどんどん進んで、どんどん変わってっちゃうので、なかなかガイドラインは作りにくいかもしれないですね。

今中：症例を集めにくいんですね。

研 F：そうですね。

佐々木：ガイドラインになる前の治験とかの情報も集めたりされますか。

研 F：治験は第Ⅲ相試験ということですよ。それはします。Meta-analysis ぐらいからが実際の診療に使えるレベルだと思ってますけど、でも、こういういうのが出てきてるのは、やっぱり知っておいたほうがいいので。例えば当院の治験を採用したりしてるので、その治験の薬が実際どういうものなのかというのを調べないと使えないですし、患者に提案する時にも使いにくいですし、あとは治験の内容を見ないと、実際の OS とか PFS とか分からないので、そういうのも見ます。

佐々木：常に最新のものと。

研 F：なるべくですけど。

今中：H 先生は何科ですか。

研 H：僕は一般外科なので、そんなにガイドラインも変わらないというか。本がもう医局に置いてあるので、ガイドラインにしても△△にしても、そっちを利用することが多いんですけども。一番困っているのが、乳癌のガイドラインが分厚いし、△△も多くてちょっと使いづらいなど、いつも思ってます。

山口：4冊か5冊ぐらい、

研 H：そうですね、治療編とか診断編とか分かれてるので。特に治療に関してのものが、それぞれの項目で何点か推奨されることが書いてあるんですけど、実際にこの患者さんに何を使うかを考えたときには、結局答えが見つからずに、上司に聞くという、そういうパターンが多いので。

01：20：20

奥村：以前、5分冊だったのが3分冊ぐらいになって、それで治療のところは厚みが増してしまった。前、外科療法とかは別立てだったんです。

研 H：特に化学療法の部分とか、ホルモン療法のところをもうちょっと分かりやすくなればなどは思ってるんですけど。

山口：やっぱり「こういう場合はこれが推奨されます」とクリアに書いてあるほうが。

研 H：そうなんです、結構ファジーに全体的に書いてあるんです。ほかのガイドライン、胆嚢炎のガイドラインは非常にクリアカットで分かりやすいんですけど、乳癌だけはちょっと、という印象です。

今中：話が変わるんですけども、クリニカルパスがありますよね。それは電子カルテの中にオーダーセットみたいに入ってるわけですよね。それは常日ごろからそれを使われているんですか。これも診療科によって違うと思いますけど。

研 F：使わないです。

今中：血液内科は、ないんですね。

研 F：ないです。

研 G：呼吸器もありますけど、使ったことはないです。

山口：あるけど、当てはまるものがないという意味ですか。

研 G：あるというか、肺炎のクリニカルパスというのを、昔作ったんだと思うんですけど、あまりにも肺炎と言っても広すぎて、結局、自分で抗生剤入れて自分で処置入れて自分でやったほうが早いというので。あと喘息とかもあるんですけど、結局使ってないという。

今中：腎臓内科はありますか。

研 E：当科では、腎不全教育パス、腎生検パス、シャント造設パスはよく使います。それがガイドラインとリンクしているのかとか、そういうことは分からないんですけど。

今中：教育はちょっと違いますけど、教育とか処置の場合に乗りやすいんですかね。

研 E：そうですね。

今中：産婦人科なんかはどうですか。

研 I：うちはもう外科系なので、ほぼ全員パスになっています。お産も産褥でパスに乗せませし、生まれた赤ちゃんもパスに乗せませし、赤ちゃんのパスも、カイザーで生まれた子と下から生まれた子で2種類ありますし、パスの改訂は多分どこの科よりもやっているのではないかと思います。やっぱり常にパスに頼っているので、パスのここが使いにくい。私たちは一番、やっぱりパスを立てたり消したりというのを日常でやるので、このパスのこの薬はやりにくいとか、例えば最近、セレコックスという薬が術後疼痛に通ったので、それを使

ってみようとかといってパスを変えたりということをよくやっています。

今中：パスを改訂していく時というのは、後期研修医の先生方も関わるんですか。

研 I：うちは、ほぼ私が 1 人でやって、上の先生に「これでいいですか」と聞いて。後期研修がほかにいないので 1 人でやって、ほとんどの患者さんのパス、入院中の患者さんの手術の人はほとんど私が全員立てているので。ただ、土日で採血とかを変えたりとか、日を変えたりとかはしますけど。だから上の先生たちは、あまりパスのことは分かってないかもしれないです。

山口：パスを分かっているのが先生？

研 I：そうですね。うちのパス、ちょっと不備があるので、このパスのここは直して立てないと。パスどおりに立ててるといけないところがあるんですけど、それを直せるのは、完璧に立てられるのは、多分、産婦人科だと私しかいないと思います。

佐々木：それはコンピューターができるからなんですか？

01：25：00

研 I：把握してないからということだと思います。前、パスを変えた時に、うち、開腹の人は術後 7 日目に退院なんですけど、退院指示が 5 日までしかなぜか入らなくなっちゃっていて、自分たちで 2 日間延ばさなきゃいけないんですけど、それを上の先生がそのまま立ち上げちゃったりとか、あと今言ったように、薬を今、術後疼痛の薬をロキソニンからセレコックスに変えたりとかしてるので、その辺の細かい変更を。セレコックスは術後 1 日目に 2 錠飲んで、その後 1 錠で行かなければいけないんですけど、そういう薬の細かい立ち上げが、上の先生たちには無理なんです。なので、立ち上げてくれたのを直したりというのは、よくやっています。上の先生が立ち上げてくれたものの足りない退院指示を延ばしたり、薬を変えたりとかというのは、後期研修医の仕事です。

山口：後期研修の先生お 1 人で、あとはスタッフの先生だけ？

研 I：あとは 1 個下に医局派遣の先生がいるんですけど、その先生は今年来たばかりなので、あまり……。パスは立てますけど、直すのは全部私の仕事です。

今中：I 先生は何年目ですか。

研 I：5 年目です。

今中：産婦人科ってドクターは、派遣の先生も入れて何人いらっしゃるんですか。

研 I：今 8 人です。

奥村：パスの改訂をする時に、ガイドラインを使ったりしますか。

研 I：パスは特に使わないです。パスに乗ってるは薬とか点滴とかぐらいなので、特には使わないです。

研 H：外科は最近、ERAS にのっかって大幅に変わったんですけど、その時には使ったんです。

今中：外科のクリニカルパスも後期研修医の先生方が結構関わるんですか。

研 H：そうですね。研修医もしくは後期研修医がパスを。立てるのは、パスを変更するの

は、やっぱり上のドクターと病棟の看護師さんでクリニカルパスの係みたいなのがついて、そういう人たちが相談して決めてるという。

佐々木：どんな疾患ですか。

研 H：食道、胃、結腸も右左で分かれてて、あとは胆嚢と肝臓と虫垂炎と、それから緊急手術のパスとか、そういうのも一応あります。

今中：だんだん終わりに近づいてきてはいるんですけども、このアンケートを、もしよろしければ、ちょっとお話ししながらでもちょこちょこっと書いて、最後に出していただけますでしょうか。先ほど論文とか学会発表のお話がありましたけれども、一般外科も、発表とか論文を結構上の先生にプッシュされるんですか。

研 H：先生によるんですけど、先生によっては題材をくれてこれでという風に、上司によります。

今中：血液内科は、結構発表を勧められるんですか。

研 F：機会があれば、やらせていただけるという感じですか。論文に関しても、できそうなものがあれば、△△一緒に担当してくれてやるという感じですか。

今中：呼吸器内科はどうですか。

研 G：うちも人が少ないので、若手が私しかいないので、基本的に部長は全部だいたい学会の発表とか論文は「やったら？」と言ってくれて、恵まれてはいます。極力時間も「学会に行ってきたいいよ」というふうには言われます。

01：30：20

今中：腎臓内科はどうですか。

研 E：腎臓内科でも学会とかの機会は多くいただいていて、論文の作成に関しても、上司からテーマの助言をされたりとかはしております。

今中：W 病院の図書室なり、情報環境が大変恵まれているので、ほかの病院より格段恵まれています。ほかの人がうらやましがると思います。

研 F：逆に読めない論文があると、ちょっとイラッとしますね。(一同笑) ウェブで読めないものとか。

今中：UpToDate も病院で用意していない。研修では非常に有名で頑張っているけど、そういうのを病院で用意してないから、自分たちでお金出し合ってアクセスしたりとか。

研 F：かわいそう。

研 G：普通に来て病棟でも見れるし。

今中：あとタブレットも、夜中にいろんなテキストとかいろいろ入れ込んだりとかして、それをポケットに入れて持って歩いたりとか。ちっちゃいタブレットを。それをほぼ全員若いドクターがされてたりとかする病院もあります。

一同：ふーん……。

今中：恵まれた環境をぜひフルに活用していただきたいと。僕が言うようなことじゃないですけど。今日はいろいろ貴重なお話を聞かせていただきまして、お忙しいところをどうもあ

りがとうございました。

山口：Minds をよろしくお願いします。

(01：32：35 まで)

X 病院インタビュー調査

2014.07.29

■A 副院長

00 : 00 : 00

山口：日本で、教育研修で中核的なことをおやりになっている病院の先生方にご意見をお伺いして、それに基づいて、あとは結構大規模なアンケート調査みたいなものを今企画しているところでもあります。今まで、V 病院、Z 病院と参りまして、今回先生のところが 3 つ目の病院ということです。どうぞ、よろしく願いいたします。

今中：今お配りした紙を 1 枚めくっていただきまして、「インタビュー項目（当日用）」というのがあるんですけども、ガイドラインを活用することを促進したいと思っているんです。前段階として、ガイドラインあるいはガイドラインの類の情報にどのように皆さんが、特に若いドクターがアクセスされておられるのか。その際に、今は紙の本もそうですけれども結構 PC なりインターネットを使うことが大変多い状況になっています。その環境がどのようになっているのかということをお伺いしながら、若いドクターの方々がどのように情報検索をされてどういう情報を見ておられるのかという辺りを調べて、ガイドラインの状況を見ていきたいと思っております。

1 枚めくって、アンケートのかたちのものがあります。だいたいこういうことを聞いていこうと考えております。われわれの想定もずれているかと思しますので、先生方とお話し合いして軌道修正していきたいと考えております。X 病院においては、かなり情報化を進めておられると伺っております。ぜひ、参考にさせていただきたいと思っております。

まず、情報の環境です。X 病院では電子カルテからそのまま同じ PC でインターネットにアクセスできたりするのですか。

A 副院長：はい。

今中：この問 1 のところに PubMed、医中誌、Up To Date など書いてありますが、こういうのはたいてい見られるわけですね。

A 副院長：そうです。電子カルテにつながっている端末が同じ端末で仮想化になっていて、それを介して外部のインターネットにつながることができる環境になっています。ですから、そこを通じれば、一般的な検索画面やどんなサイトにも到達することはできます。ただ、ダウンロードしたりということとはできない環境だと思います。

全部を把握しているわけではないので申し訳ないんですが、Up To Date をはじめとしていくつかのものに関しては当院で図書室をもとに契約しているデータベースがありますので、そこに入れば、職員であれば検索が自由にできるようになっています。

今中：前に院長とお話ししておおよそのことは聞いたんですけども。例えば、院内は Wi-Fi も整備されていていろいろなところからインターネットにつながると聞いています。そのように情報化を進められたのは、どのようにして決められたのでしょうか。

A 副院長：これは、もともと当院が教育研修病院として結構昔からやっているということと、今の当院の院長がそういうことに積極的であるということだろうと思います。

00 : 05 : 06

今中：情報化の委員会のようなものはあるんですか。

A 副院長：コンピュータ委員会ですとか、情報化に関しては、電子カルテの導入に当たってはそのプロジェクトみたいなチームプロジェクトを組んでやったと思います。

あと医療情報センターとしてまとめようということにはなっていて、その運営をしようということになっているんですけども、現実には、その中の図書室であるとか、臨床研究センター立ち上げのプロジェクトとかが動いていて、それを統括したかたちで医療情報センターとしてバランス取ってプロジェクトを進めるという体制はまだ取れていないという感じです。図書室は図書室でやって、そこで必要なものの要求をあげていったりというかたちです。

今中：A 先生は診療の質をご担当されているということですが、ガイドラインと関係するようなことはございますか。例えば、クリニカルパスとかそういうものは質担当のお話になるのでしょうか。

A 副院長：クリニカルパスに関しては当該の実際に使う部署でパスとかつくるんですけども、それを審査してコンピュータ上で使える許可を出すっていうのは、クリニカルパスの委員会のほうがやっています。その委員会でも、どういう過程を経てこれはできたものであるとか、そういったことは審査をするというかたちになっています。そのときの内容の中に、例えばガイドラインを尊重してつくっているのかとかそういったことは入れています。

あとは、なかなかできていないんですけども、できて走っているパス、ある程度使われているパスに関して、DPC ナビとかダッシュボードとかベンチマークすることができるものを使って他院ともベンチマークのようなことをして、入院期間が突出していないとか、あるいは抗生物質の使用量はどうかとか、そういったものをチェックしています。

それに基づいて、パス委員会のほうで現場に「これは変える余地があるのではないのでしょうか」というようなことを投げます。そのときも、「いや、その抗生物質はガイドラインに載っているからこうなんです」とか、「ガイドラインにあるものから選び直してください」というようなかたちにしたという実績は、数少ないんですけどもあります。

今中：大変恐縮ですけども、例えばどういうクリニカルパスでなされたのでしょうか。

A 副院長：実際にやったものに関しては、泌尿器科の膀胱腫瘍の内視鏡手術 TUR-Bt といいますけれども、そのパスを使って、比較的数多くそれを発しているものですから、他院との DPC 上のベンチマークをして、「どうも抗生剤の量が多い」あるいは「金額的に多い」ということが出て、それを泌尿器科に話して、相談して、抗生剤を変えたりということはありません。

今中：それは、泌尿器科の先生方がきっかけになったというよりは、どこかの委員会のようなところでチェックされて、それを泌尿器科の先生方にお話しされたということですか。

A 副院長：そうですね。クリニカルパス委員会の活動として、たくさんつくってもらおうということと、つくるときのアシストと、できれば見直しをかけるようにしたいということで、それがなかなかできなかつたんです、まだ第一弾で。じゃあ、うちのところへということで始めたんです。

ですから、ほかにいくつかありますかと言われると、できたのはそればかりです。あとは、比較的短いパスですとできるものですから、眼科の白内障のパスでベンチマークをしたりとかというようなことはしています。

00：10：12

今中：診療の質ご担当の先生の見られる範囲というのは、クリニカルパス委員会のほかはどういう領域なのでしょう。

A 副院長：基本的には、医療安全と感染制御、それから NST ですか、褥瘡。そういうところですね。あと、緩和ケアの辺りも、それぞれに指標になるものをつくりましょう。何か選びましょう。できているところもあれば、今いろいろなデータを取って始めたばかりというところもあります。

今中：質あるいは質の代理変数になるようなものを何か設定されて、フォローされるということの一部でやられているんですか。

A 副院長：はい。院内の職員に全て明らかに見えるようなかたちにまでは、まだ企画中なんですけれども。そういった医療の質の委員会というのを年 4 回やっております、その中では、例えば感染制御で言いますと、手指衛生の指数というのも一応考えまして、のべの患者さんで患者さん 1 人当たりは何回手洗いしているかというのが、だいたい防除とかあいつたものの払い出し回数と患者さんの数や何かから割り出せるようにして、「患者さん 1 人に対して 5 という指標でいけばいいね。今、3 だからもう少しやりましょう」とか。あるいは、サージカルサイトは始めたばかりなんですけれども。感染に関してはそのようにしています。

それから、医療安全に関しては、レポートの件数ですとか内容の分析は定期的にあげています。年 1 回必ず全職員に「去年はどうだった」「一昨年と比べてどうだった」ということはやっています。

今中：今先生がおっしゃったのは、多職種チーム医療的なところが多いんですね。

A 副院長：そうですね。横の部分を主に担当していますので、褥瘡は発生率ですとか、有病率を毎月合同部課長会議で出すとか。あとは、緩和ケアに関しては、厚労省のほうに確か QI がいくつも出ています。緩和ケアをスタートするときにプロセスの評価として疼痛の管理ができているかという QI を導入して、各病棟のリンクナースにそれが上がっているか、下がっているかを確認してもらいます。

医師には痛みどめのモルヒネのようなものを使った場合、オピオイドを使った場合には必ずレスキューが同時に出ているかどうかというのを確認します。一つの QI として選んだものですから、1 と言ったら必ず両方出るようになっていくかというのを確認して、緩和の

担当ナースのチームがそこに関与してオピオイドの使い方をリファインしていくというようなことをやっています。

山口：先生、今の話は、全てこの医療の質委員会がおやりになっていることということでしょうか。

A 副院長：質委員会で四半期ごとにそういう実績は管理します。そして、それぞれのチームがタスクとしてやっていく。

山口：この委員会等々で、ガイドラインのことが話題になったりすることはございますでしょうか。

A 副院長：診療ガイドラインに関しては、あまりそこでは話題になりません。クリニカルパスの作成のときに話すということはありますけれども、なかなかその辺のところは。

00：14：58

山口：先ほどのクリニカルパス委員会とこの医療の質委員会は、また別の組織ということでしょうか。

A 副院長：クリニカルクオリティセンターと院長は名付けたんですが。その中に含まれる組織として、緩和ケア、医療安全、感染制御、栄養支援、褥瘡、クリニカルパスというのが入っていて、活動状況をモニタリングしているという感じです。

今中：クリニカルクオリティセンターというのはいつごろからあるんでしょうか。

A 副院長：この名前になったのは3年ぐらい前です。その前はTQMというかたちで、院長が始めていました。

今中：クリニカルクオリティセンターの全体のセンター長のような役割を先生がやられているということですね。

A 副院長：私がやらせていただいています。始まったときはそれぞれに専従者がまだなくて、月1回の委員会を束ねるという格好でしたので、量的に指標を出していくというようなことも全然できませんでした。まず専従、主に認定看護師さんが多いんですけども、認定を取ってもらって、専従者を入れて、それからQIなり何なりになりそうなものを調べながら始めて、やっこの程度というところですよ。

今中：褥瘡とか、感染とか、認定ナースが全領域にいらっしゃるんでしょうか。

A 副院長：そうですね。医療安全は看護師さんにリスクマネジャーをやってもらっています。感染も認定看護師です。栄養支援は管理栄養士ですね。それから褥瘡は認定看護師です。クリニカルパスに関しては、看護師はいなくて事務の人間がやっています。緩和ケアは認定看護師がやっています。

山口：先生はガイドラインにはあまり取り組まれていらっしゃらないということだと思いますけれども。先生からご覧になって理由と伺いますか、あまり役に立っていないということでしょうか。

A 副院長：なかなか手が回らないというところと、ガイドラインというのは診療なり何なりを始めるときに、計画を立ててそれを始めるときに役立つんでしょうけれども。その結果と

してどうなっているかとかそっちを見るかたちになるので、どうしてもちょっと後手になっています。クリニカルパスなり、こういう診療プロセスを採用しなさいというときにはガイドラインというのがすぐ頭に浮かぶんですが、なかなか浮かばないというところだと思います。

山口：病院全体としてガイドラインを使いましょうとか、そういうことにはなっていないということでしょうか。

A 副院長：病院としてまとめたかたちで全ての領域にこういうガイドラインをというかたちで進められてはいません。例えば、各診療科がホームページとか出します。そういったところには、この病気にはこの治療方針というのを出している場合もあります。そういうときには、十分ガイドラインを参照したかたちのもので客観性のあるものにしましょうということはもちろん強調しています。

佐々木：ガイドラインはあまりお使いになられないという話でしたけれども。ベンチマーキングとして、例えばクオリティ・インディケーターは同じ X のグループの中の病院でしょうか。同じ指標で使われているのでしょうか。具体的にどんな。

A 副院長：QI に関して、先ほどの緩和の QI はベンチマークとしてというよりも、時系列上緩和ケアが始まったときにこの程度の当院の薬の出し方だったのが、だんだんよくなってきたとかというのに使って、ベンチマークには QI は使えてないです。

00：20：09

横の評価という意味では、QI を使ったケースはあまりないです。逆に、DPC の出来高とか何をしているとかというのに関しては、DPC ナビとかダッシュボードっていうのを使って、ベンチマークには使っていません。

ガイドラインとか診療のそれに関しては、私のほうでというよりも、各診療科あるいは臨床研修において研修医の教育とかの面ではたぶん反映されているのではないかと思います。その辺はよく分かりません。

山口：QI は、独自でいろいろな情報ソースを使って検索とか指標を出しているということでもよろしいのでしょうか。電カルがメインでしょうか。

A 副院長：電カルから抜いてきて、専従者がそれぞれつくっていきます。

山口：電子カルテというのはどこの会社のを使っているのですか。

A 副院長：N 社です。

今中：A 先生ご自身がガイドラインをご覧になるときというのはどういうときでしょうか。

A 副院長：私の臨床上のときは、基本的にはガイドラインに準拠したかたちでと思ってやっています。

今中：それは、学会のサイトとか、学会の雑誌とか、学会を通じてガイドラインを見るといふことが多いのでしょうか。

A 副院長：そうですね。がんの診療なんかに関しては、名前が出てこないんですけれども、アメリカのあれがありますよね。

山口：NCCN とかですか。

A 副院長：NCI でしたっけ。あれと、あれを日本語版にしたやつも K 市で出ていますので、あれを基本的には使っています。

山口：NCI の日本語訳を K 市の何とかセンターというところですね。

A 副院長：はい。やっています。治験を勧めるかたちが出ていますね。ここまで以上のエビデンスがないものに対して一番いい治療法は治験であるというようなかたちが、あその姿勢として出ていますけれども、日本ではなかなかそこまでできないということと、じゃあ、その治験の何が行われて JCOG の何がどうこうというところまですぐに辿り着くのは難しいので、その辺は必ずしも全部そこに沿うわけではないのですが、基本はそこ、個人的にはそんなかたちでやっています。

あとは、日本泌尿器科学会の推奨しているガイドラインの Q&A 方式になっているものは、本になっているものがいくつかあります。それは、患者さんとの受け答え、お話のときなんかにも使いやすいので使わせていただいているということではございます。

山口：泌尿器科学会はたくさんガイドラインを出していると思うのですが、それより、がんについては NCI のほうが良いということですか。

A 副院長：そんなに違わないと思いますけれども。あとは、自分の専門の領域の中でよく吟味してみると、じゃあ、ガイドラインが全ていいのか、ちょっと。ガイドラインも変遷があって玉石混交の部分もあるかなと、自分の中で思うところもあります。

今中：先生は、Minds のことはご存じだったでしょうか。

A 副院長：随分前に、機能評価重視するころに、機構のサイトによくアクセスすることがありまして、そのときに Minds というのを知りました。それ以来、実は最近まで忘れていたんですけれども。随分ガイドラインが増えていたような印象がありました。3 年ぐらい前に見たときです。

00 : 25 : 16

山口：今、いくつかな。

奥村：今、全部で 160 がもう本文を見られる状態です。

今中：特にこの 3 年ぐらいで変わった。

山口：そうですね。泌尿器科関係は、たぶん 10 ぐらいは載っていますかね。がん以外の病気が多かったと思います。O 先生が結構熱心にガイドラインをおつくりになっていた時期がありました。N 市の。

A 副院長：ああ。〇〇センターの。

山口：そうです。たぶんご専門の先生は、ガイドラインは出たときにちょっと見れば、普段はそんなに必要ないんですよ。たぶんガイドラインに載っているようなことは、専門の先生だったらもう全部頭に入っているというか。

A 副院長：最近、あまり自分の専門領域にもキャッチアップできなくなっているんで、私なんかはブラッシュアップする意味でときどきは使わせていただきます。あと、Q&A みたい

な形式のところ、患者さんとの対話のときに役立つことが多いような気がします。使えるのと使えないのがあると言ってはおかしいかもしれませんが、あるので、それはときどき読み直して使わせていただいたりはしています。

今中：ガイドラインのあり方についてのご要望とか、ございますか。もう少しこういうふうだと使いやすいと。今 Q&A 形式のお話がありましたけれども。

A 副院長：つくってる先生方と忌憚のないお話をする機会などがあると、「こういう思いとかこういう狙いがあったんだよ」「ここを強調したかったんだよ」みたいなお話も出てくることもあります。そう言われれば「なるほど、そうか」というところと、逆に、偏っているのではないかと思ってしまうところとあります。ただ、極めて自分がよく知っているところ以外のところであれば、やはりそれはすごく参考にはなるのかなと思います。

今中：Minds という事業がございしますが、また、サイトがございしますが、そこについて何かアドバイスなどございせんか。「もう少しこうしたらみんな見てくれるのに」とか。

A 副院長：僕もそんなに拝見しているわけでもないので何とも分からないんですけども。機能評価機構の方々の医療安全ニュースとか、そういうのが回ってきたりとか、いわゆる機能評価で審査以外のこともしていただいているのに、その中にガイドラインの事業があるということの認知度がちょっと低いというのがあります。何か迷ったり、探すときに、例えば自分の関連の学会ではないところで調べたいと思ったらあそこに行けばいいという、網羅的にあそこでアップデートなものが見られるという認知度が今一つかなというところがございます。

矢口：先ほど、先生の診療のときの患者さんとのやり取りで Q&A を方式になっている情報等をお使いになるということをおっしゃいましたが、ほかに、患者さんとのやり取りで欲しい情報とか、そういうのはございますか。

A 副院長：ガイドラインですか。

00 : 29 : 59

矢口：ガイドラインに出ていないものでも、こういう情報があったらとか。形式とかでも構わないんですけども。

A 副院長：泌尿器科の領域の話でいいですか。

矢口：結構です。

A 副院長：例えば、排尿障害関係のガイドラインでも女性の失禁のガイドラインでもいろいろあって。そのガイドラインが版を新たにしていくかというところと、そうでない題名のもとに、似たような違うガイドラインができてきたりします。少しずつオーバーラップはしているんですけども、ちょっと違う。

それは、疾患概念がそういう領域でかなり変わってくるので、ガイドラインとしても違う体裁のものにせざるを得ないのだろうというところもあるのです。「あれ、このガイドライン改訂されてないな」と思ったら、ちょっと違うものになっているというようなときに、じゃあ、これはもう破棄してこちらなのか、どちらなのかというのが分かりにくい部分とい

うのが細かい領域になるとあります。

例えば、学会なり何なりが一つの学会でつくっていないんですね。ガイドラインをつくる委員会としてつくっていたりします。それをどのように切り分けているのかを学会なり何なりがはっきり示していただけると、この版のガイドラインを使っていたけど、これからはこちらのガイドラインを参照に値するものとして見るというように、ある程度切り分けができます。ただ、全部こちらのだけというのではなくて、そうならなければいいかなとは思っています。

奥村：病院の中には、医療者や患者さんが使える図書館みたいなものはあるんでしょうか。

A 副院長：患者さんが使える図書室というのは、残念ながらまだ整備できていません。新棟の課題ということになっています。職員が使える図書室はあります。

奥村：そこには、ガイドラインとかは整備されていますか。

A 副院長：全て整備されているわけではないですが、いくつかはあります。

奥村：では、他科の先生が自分の診療科以外のガイドラインを見たいと思われたときなんかには、図書館に行くとかある可能性があるということですね。

A 副院長：そうですね。ただ、医師が何となく検索で図書室に行くというよりは、医師はコンピュータ上からいろいろ探すことが多いです。コメディカルの方、看護師さんなんかでも、図書室をよく利用されている方はいらっしゃいます。あとは、この病院の性質上かもしれませんが、大学病院から研修医の先生がローテーションみたいにして回ってきます。比較的若い先生です。〇〇大学病院のほうから回ってくる人たちは、〇〇大学の全体、あるいは医局で持つて ID でもっていろいろなところにアクセスできます。全く図書室に足を踏み入れない医師というのもいて、じゃあ、その人は勉強していないのかというと、そういうわけではないです。その差があるところを、どうやって皆さんに使ってもらえるような図書室にするかというのは課題なんです。

奥村：〇〇大学の学生の方が、ご自分の大学の ID で病院の中のインターネットとかを使えるような仕組みになっているということですね。

A 副院長：そうです。

今中：では、長い時間取っていただいて、どうもありがとうございました。

A 副院長：お答えになったかどうか分からないですけども。

今中：われわれにとりましては大変貴重なことをいろいろ教えていただきましてありがとうございます。

奥村：ありがとうございました。

山口：私にとっては、認知度が低いというのは。

A 副院長：私が認知していないだけです。

山口：どこの病院に行っても、だいたい同じなんです。認知度が低いと言われていることが最近多いんです。

A 副院長：機能評価機構というと、受診が怖い、大変だということと、あとは医療安全関係

のニュースをしょっちゅう送っていただいていることもあって、そちらは多いんです。

00 : 35 : 02

山口 : Minds も頑張りますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

A 副院長 : じゃあ、これはいただひてよろしいですか。

奥村 : はい。

全員 : どうもありがとうございました。

(終了)

■B 副院長

00 : 00 : 00

山口：本日お伺いした趣旨は、日本医療機能評価機構で、先ほど申しあげました **EBM** とかガイドライン、平成 14 年度から始めまして、もう 12 年ぐらいたっています。ガイドラインの数は結構 160 ぐらいまで増えましたが、なかなか病院先生方に活用していただけていないという現実があります。それで、これを何とか活用していただくために、われわれ何をやるべきかという辺りのご意見、アドバイスをいただきたいというのが、今回お邪魔した趣旨であります。よろしくお願いいたします。

B 副院長：よろしくお願いいたします。お役に立てるどうか、ちょっとあれなんですけど。

今中：お手元にお配りしていますものを 1 枚めくっていただきますと、「インタビュー項目（当日用）」というのがございます。おおよそこういうようなことを聞いてまいります。

ガイドラインの利用を推進しようということをやっているわけですけれども。その前に、何かあったときに、どのように情報検索されるのかとか、その情報検索の環境がどうなっているのかとかいうところをお伺いしながら進めております。

もう一方で、若いドクターはあまり認知されていないようなんですけれども、ガイドラインに沿っているかどうかのプロセスのクオリティー・インディケーターの辺りということもあります。そういうものが地について使われるような状況にはまだなっておりませんが、どういう取り組みがあるのかなという辺りをお伺いしたりしております。

B 副院長：私は、副院長になったのは 1 月で、その前は臨床研修室というところで、初期研修医をもう 10 年以上だと思わんですが管理していたというか、面倒見ていたような立場でした。それからもともと内科で、私は循環器ですけれども、初期研修医のあとの後期のプログラムにある程度関与していました。若い方の教育の責任者と言えば言えるので、その立場で今日はお話ししたいと思います。

若い先生方も、実情についてはあとでインタビューがございましたので、あまり利用されていないという現実になってしまうかと思っておりますけれども。教育している立場からお話しさせていただくと、実際、**EBM** という言葉自体はもうみんな分かっていますし、それから、**EBM** のやり方そのもの、**EBM** を実践するためにどうするかというものについては、ある程度情報は得ていると思えます。

これは、**Minds** そのものが、名前は存じ上げているんです。私もあまりアクセスしたことがなくて。確かに周知をされていないという部分の一つあるんだろうと思うんですが。一般的によく出てくるのは、一次のあれですと **PubMed** がありますけれども、むしろわれわれが推奨しているのは二次資料である **Up To Date** であるとか、**Cochrane** はあまり使っていないと思います。そのほかのいくつかのモジュールがありますので、図書室を中心にそういったものを入れるか入れないかというかたちでやっています。**Up To Date** のほうはいつでも利用できるようになっています。

ただ、最近の若い方々は英語というのは必ずしも得意でない方がいて、日本語のデータベ

ースを求めるような部分があることはあります。ですから、そういった意味でやっていくと、ある程度できるのかなという気はするんですが。

院長も申し上げたかもしれないんですけども、Minds のガイドラインの中身というかそういったものが、確かにわれわれのところに情報として届いていないという、それは間違いない事実ではないかと思います。われわれが、例えば医学教育の分野で情報を得るとすると、一番インパクトが強いのは卒後臨床研修評価機構の審査ですね。あれで出てくるのが、Minds にもあったかどうか私も記憶が明らかでないんですけども、そういったところでもかなり推奨されるとなると、われわれの認知度はかなり上がるのではないかという気はいたします。

00 : 05 : 00

今中 : ここでは、クリニカルキーも入れられているようなお話を伺いました。そういうものは、どこで誰が決めるんですか。

B 副院長 : 何を入れるかというのは、基本的には責任者が OK を出します。データベースそのものは図書室がある程度管理しているので、A さんという方が 1 人ずっと常勤でおられるので、その方がいろいろ情報を集めて、内容を開示して、それからクリニカルキーも含めてデモンストレーションは必ずあります。その辺のところに入れるか、入れないかということで決めていきます。

ただ、先ほど申し上げたようにクリニカルキーとかも英語なんですね。初期の研修医とかは、ぜひ英語に慣れてほしいという部分もあって英語のデータベースをわれわれは推奨するのですが、何せ初期研修というのはいろいろな科に進む方なので、必ずしも英語は得意でないというか、むしろ不得意で全然駄目という方もいます。その辺のところをどうするかということです。目標は高く置きながら、現実の部分でどうするかというのは、ちょっとジレンマではあります。

今中 : この病院には〇〇大学の先生が多いと思うんですけども、初期臨床研修の先生方も〇〇の先生が多いのですか。

B 副院長 : いや、4 分の 1 だと思います。ある意味で半分意図的に抑えている部分があります。〇〇の出身者はみんな大学のということもあるんですけども、いろいろな大学から広く採用したいという希望もありますので、そういうかたちになっております。

今中 : 後期研修の先生方は、〇〇大学からの方が多いのでしょうか。

B 副院長 : 後期研修は、医局の派遣が全体としては多いと思います。どうしても科によってばらつきがありまして、外科系とか、それからマイナーだといわれるような科は、ほとんどが医局の派遣です。一部の科と、それから内科に関しては、これはむしろ自前のというか初期研修からさらに上がったもの、あるいは外部から公募で応募してくれたもの、それから一部が〇〇からの派遣みたいなかたちで、〇〇からの派遣は年間 1 名ぐらいだと思います。

山口 : 後期研修の中で派遣でいらっしゃる人は、後期研修のプログラムは例えば〇〇のプログラムにのって、そのうち 1 年こちらに来ると、そういうことでよろしいんでしょう

か。

B 副院長：プログラムは、明文化されている部分と、必ずしも明文化されていない部分がまだあります。うちの内科のプログラムは明文化されてつくってありますけれども、じゃあ、〇〇から派遣されている方が明文化されたプログラムにのっているかというのと、のっていないのです。

山口：そうなんですか。

B 副院長：ええ。むしろ、うちのプログラムに沿ってやってもらうみたいな話です。それから、外科系がどうかというのは何とも言えないですが、みんな専門医を志向しているので、専門医の目標であるとか経験疾患であるとかいうのは当然念頭にはあると思いますけれども、まだ専門医としてスタートしていないので、その辺の厳格なルールというのはないと思います。

今中：循環器内科とかでは、エビデンスに基づくガイドライン的なものは明確なものがあるかと思うんですけども。そういうものは、専門の先生方はガイドライン見る機会があまりなくて、常々ブラッシュアップされておられるので、ガイドラインというものの存在はあまりどうでもいいものなんでしょうか。どういう場面で参照されたりされるのですか。

B 副院長：最近の傾向とすると、やはりガイドラインがかなり整備されてきておりますので、ガイドラインそのものは学会のホームページに全部公開されています。循環器の場合は循環器学会のホームページに全部載っていますし、簡単にアクセスできます。これは、スタッフも、それからローテーションしてくる研修医も、それを利用しています。

00：10：04

あれは簡易版みたいなものもありますし、そういったもので直接アクセスしてそこからダウンロードしたりインストールしたりして利用しているというのが現実だと思います。

それ以外のものに関しては、もう少し深くとか広くとかいうことになるのと、Up To Date やったり、PubMed を調べてみたりというようなかたちです。これは受け持ちの全症例ではなくて一部のまとめみたいな、プレゼンテーションしてもらうときにやるとか、そういうかたちですけども。そういったかたちでやっています。

おそらく、ほかの診療科もある程度同じようなかたちなんだろうと思います。ですから、ガイドラインそのものは世の中に流れて若い人たちは非常に関心があるので、それに対してはむしろ積極的にアプローチしているのではないかと思います。

山口：先生の指導者の立場で、「ちゃんとガイドラインを見ろよ」みたいなご指導は特に。

B 副院長：あります。若い人も含めて、ガイドラインに載っているか、載っていないか。もちろん、載らないときにどうするかという議論も含めてガイドラインの話はよく出ています。

今中：このガイドラインというものの臨床現場における位置付けとか利用度合いというのは、10年前と比べたり、5年前と比べて、どういう傾向でございますでしょうか。

B 副院長：やはり、ある程度標準的なものをやらないといろいろな意味でトラブルになるという認識が、若い人の中にも浸透しているのだと思います。ですから、ガイドラインはあくまでガイドラインで、全てそれにのっとる必要は必ずしもないけれども、そこを押さえた上で、そこから違うことをやるんだとすると、それなりの理由付けがもちろん必要であるという、そういう感覚で利用しているし、また、頭の隅に入れて診療に当たっているのだと思います。

ですから、明らかに違うものだとすると、なぜだということは、私たち上のものが言わなくても若い人たちが若い人どうして議論しますので、ガイドラインということに関しては、かなり重み付けされているのだらうと思います。

今中：初期研修医の先生方はいろいろな科も回らないといけないし、現場に出始めでございますから、先生が全体のご指導をする中で、ガイドラインというのは何か位置付けがあるのでしょうか。

B 副院長：初期研修の中でですか。

今中：はい。

B 副院長：例えば、オリエンテーションで EBM の話はある程度しますし、それから EBM のカンファレンスという名目で症例をある程度出して、それに対してエビデンスをどのように見付けて整理していくかということはやっているんです。その中で、当然ガイドラインは出てくるのですが。ただ、ガイドラインはガイドラインなので、むしろ EBM のカンファレンスで重要視しているのはガイドラインに載っていない部分であるとか、それ以外の部分をさらに深く、よりスタンダードなものというか、よりよいものを見付けるためにどうするかというような、そういう指導にしているつもりではあります。

佐々木：指導するにあたって、どうやって調べるとか、テクニカルなところまで指導に必要なのか、勝手に自分たちでお互いどうして学んでくるのかとか、そういうことの手取り足取りさ加減はどうなのでしょう。

B 副院長：教える必要があると思います。最初の一步は教えないと駄目なんですよ。私も 10 年前に教えているから。最近なんですけど、EBM のカンファレンスやるようになったら、ある程度方向付けをしてあげないと、走り出せない人たちが結構いるのです。情報が氾濫していますので、どういうものをセレクトすべきなのかとか、そういったものはある程度整理しないとイケない。EBM のカンファレンスの中ではあてるのは数名なんですけれども、ある程度テーマを与えて、その中で、じゃあ、その情報にどうアクセスするか。もちろん、自分でやってきてもらうんですけども。それに、「それはこういうふうにしたほうがいい」とか、「じゃあ、ここまで二次の資料がそろったとしたら、一次のプライマリーの文献にもあたって、それに対して何か考察を加えよ」とかいうかたちの指導にはしています。

00 : 15 : 11

たぶん、放っておくとなかなかうまくいかない。結局なぜそういうことをやっているかという、ゆくゆく学会発表なり、論文なりということにつなげないといけないと思いますの

で、その辺の第一歩なんだと思います。学生時代にある程度やっている子もいます。できる子もいるんですけども、必ずしもできないというか、全然できない子もいます。

山口：EBMカンファレンスというのはどの程度の頻度でおやりになるのですか。

B 副院長：頻度は、前は2カ月に1回やっていました。今は3カ月か4カ月に1回ぐらいです。

山口：スタッフの先生も入るのですか。

B 副院長：入ります。必ず、循環器なら循環器のある程度スタッフが入って、何週間か前からシナリオをつくり、文献を探し、それをある程度まとめさせてきて、最終的にはスライドにまとめさせて発表するというスタイルです。

山口：循環器内科だったら循環器内科としてやるということですか。

B 副院長：いや、これは初期研修医なので、どうしても内科的なものを中心になりますけれども。もちろん、外科の手術の適用であるとか、そういったものも含めての話です。指導するのは各科の指導医ですね。うちは、臨床研修室に室員というのがいて、ある程度各科の人員を確保はしてあるので、その人たちが主にやってもらうというかたちです。

今中：後期研修医の先生方は各科でやるということですか。

B 副院長：現実的にも各科になっていますね。ですから、本当は、内科は内科として全体でまとまりを持ったかたちの何かそういうカンファレンスなり何なりというのを踏みたいのですが、いわゆるジェネラルな部分とスペシャリストの部分では、どうしてもスペシャリストの部分のほうが、サブスペシャリティーの教育のほうが今は重きが置かれてしまっているので、その辺のところはもう少し考えようと思っています。現実には、そんな感じです。

今中：クリニカルパスとガイドラインだと関係はあるんですけども。教育の中では、クリニカルパスというのは登場するのでしょうか。

B 副院長：登場しないですね。今のところ、うちの病院では取り組めていないです。クリニカルパスそのものも、循環器のことを言うとほとんどないに等しいぐらいです。電子カルテのシステムが今年の1月に変わったんですが、その前のシステムが非常に使いづらくて、バイアスがあると全部使えないというかたちで、ほとんど使えないかたちだったんですね。今年1月からちょっと変わって使いやすくなっているんですけども、まだ取り組めていません。

研修医は、各科で決まったパスがあるときにはそのパスを出したり、それにのっとって研修が行われていると思いますけれども。科によってかなりばらつきがあると思います。ご存じのようにテクニカルパスは、ある程度スタンダードなというか標準的なもので、スケジュール通りに進むのが基本です。どうしても外科的な予定手術であるとか、そういったものが多いのは事実だと思います。ただ、循環器の部門でもほかの部門でもつくれないわけではないので、つくる予定ではいるんですけども、まだ取り組めていないです。

奥村：最近では、例えばiPadとかそういうもので、ツールが、いろいろなものが出てきたんですけども。研修医、初期研修も後期研修も含めてなんですけれども、そういう情報探索コード

みたいなものは、ベースとしてもともと身に着いたものが上がってきているみたいな傾向はあるのでしょうか。

B 副院長：もうお話出たかもしれませんが、1月の電子カルテを導入したときに、○という端末を全員に渡しています。それは、もちろん電子カルテはアクセスできますし、ネットにもアクセスできます。ただ、それが活用できているかどうかちょっと。現実に研修医に尋ねていただいたほうがいいと思います。多少重いので、携帯性がいまいちなんです。iPadも考えたんですけども、iPadはいろいろな意味で採用していないんです。

00：20：02

山口：1人1台ということですか。

B 副院長：そうです、1台です。

山口：電子カルテもそれで見られる。

B 副院長：見られます。小さいんですけども。字が小さくて、われわれはちょっときついんです。オーダーもできて、何でもできるんです。

山口：固定型のコンピュータもあるわけですね。

B 副院長：あります。それは各病棟とかいろいろなところに配置されていますけれども、どうしても看護師さんとの取り合いになってしまいます。

山口：そうですよね。

B 副院長：はい。ですから、データを見るだけだとか、あるいは、例えば患者さんに説明する、ベッドサイドで説明するとか、そういったときはかなり便利だと思います。エビデンスに対しては私には分かりません。お聞きください。

山口：はい。

今中：クオリティー・インディケーターのプロジェクトが済生会とか病院団体とかでありますけれども。そういうものは、研修医の先生方は認識されているのでしょうか。

B 副院長：していないと思います。聞いていただければ分かると思いますが、済生会本部からの呼びかけというか、全体の取り組みである程度出しておりますけれども、まだまだ周知はされていないと思います。スタッフの間でもあまり知られていない部分があります。それから、より下の研修医とか何とかというのは **QI** 自体知らないのではないかと思います。

やはり、**QI** はベンチマークとしていかに利用するかということなんですけれども、取り組み自体は病院としても、それから済生会全体でも病院によって差があると思いますが、まだまだではないかなと思います。

佐々木：研修医に対して、あまり教える必要性もお感じにならないですか。

B 副院長：**QI** ですか。

佐々木：はい。

B 副院長：いや、教える必要がないわけではないと思いますね。それは、ガイドラインと同じような意味を持つのだらうと思います。具体的に教える場面を想定したことがなかったのであれなんですけれども。やはり、上の人間がある程度 **QI** 自体を重視した診療をやっ

いかないと、なかなか下の人間は興味を持ってくれないという現実はあると思うんですね。QIの持つ意味であるとか、そういうものを考えさせる土壌ができていないんですね、確かにね。

矢口：先生が診療されていて、患者さんとのコミュニケーションの中でガイドラインというのを意識されるというか、活用されることはありますか。

B副院長：ガイドラインというのは、常に意識はしていると思います。特にわれわれの場合、例えばペースメーカーであるとか、いわゆるICDとか、そういったものの基準というのはかなり厳しくなっています。刻々と変わったりする。そういうことがあるので、その辺はかなり気を付けているのではないかと思います。それから、実際にIC取るときも、これは適用がある、適用がないというときは、ガイドラインに沿って話します。それは念頭に置いた診療をほとんどの医者はやっているのではないかと思います。

矢口：ご説明されるときに、例えば資料とか。Mindsでは一般の方向けに情報提供をしているんですけども、病気についての解説とか。

B副院長：はい。

矢口：そういうのを見て活用されているということは。

B副院長：いかに利用するかなんですけれども。結局、例えばわれわれが診療しているときに、外来と病棟の場면을想定したときに、外来の場面で実際にそういうものにアクセスするとなると、それなりに手間がかかるんです。

矢口：そうですね。

B副院長：今、クラウドなんですけれども、クラウドですから電子カルテを開いている場面から戻らないといけないんですね。並列で出せないんです。電子カルテも2面になっていますけれども、現実的にはその2面でデータを説明したり何とかということになるので、病気の基本的な説明したりというのは、まだ僕はプリントアウトした冊子とか、出来上がった冊子とか、そういったものを使っていることのほうが多いですね。もし、そういったものを利用できるとしたら、病棟では利用できるのかもしれないんですけども、病棟で簡単に見せられるような仕組みが必要なのかなと思います。

00：24：50

これは若い人に聞いてみていただきたいんですけども、例えばベッドサイドに持っていけるのは〇〇ぐらいしかない。じゃあ、〇〇の使い勝手がどれだけいいかというと、〇〇も基本的には固定のPCと同じなのでクラウドになっていますから、電カルの場合を映して、じゃあ、ネットにアクセスするかというと、元に戻ってアクセスしないといけないんです。電カルもクリックだらけなので、なかなかそういう意味でのハードルが高いような気がします。

だから、本当にベッドサイドですぐに瞬時に立ち上がるような、患者さん一人一人にディスプレイがあるような。病室で。すぐにデータも出るけれども、一般的なそういったものにもアクセスできるということになると、それは全然違うと思うんですね。だから、現実性

というか、ある程度利便性が先がないとコンテンツが生きてこないという気はするんですけど、どうでしょうか。

矢口：ありがとうございます。

今中：先生、どうも長い間ありがとうございました。貴重なお話ありがとうございます。

B 副院長：あとは若い人たちの。あんまりいいお勉強はやっていないかと思うんですが。すみません、よろしくお願いします。

今中：どうもありがとうございました。

(終了)

■初期研修医

00 : 00 : 00

山口：みんなで今日はどういう趣旨で来たかといいますと、EBMとか、診療ガイドラインのプロジェクトをやっているんですが、ガイドラインとかあんまり使われていないんですね。という問題認識があって、先生方はまだ1年目、2年目の先生方だと思うんですが。どのようにしたらわれわれの活動がよりよくなるかという辺りについて、先生方からアドバイスが欲しいということなので、よろしくお願ひしたいと思います。

今中：ガイドラインという前に、皆さんいろいろな情報を検索されたりすることあると思うんですけども。あるいは、昔でいうとレジデントマニュアルみたいなのがあったんですけども、今は皆さん本使ったり、iPad的なタブレット使ったり、どんな情報をどうやって持ち歩いたり、検索されたりされるんですかね。そういうレジデントマニュアル的なものというのは、ポケットに入れたりとかしているんですか。

研A：レジデントマニュアルは入っています。

今中：入っていますか。はい。今、〇〇というのを配られていますね。それは、初期研修の先生にも配られているんですか。

研修医：はい。

今中：何を検索することが一番多いんですかね。

研F：〇〇は基本的には電子カルテを使うときに用いていて、情報検索には使ってないです。

山口：インターネットも見られると、さっきお話があったんですけども。

□□：そうですね。

山口：見られることは見られる。

今中：見られることは見られるけれども。

研B：病棟のパソコンからもインターネットにアクセスはできます。ただダウンロードして保持することはできないので、タブレットでも。病院から支給された〇〇は電子カルテ及び〇〇で保存ができないんです。

今中：見るだけですわね。

研B：なので、別で持っている人はiPadとか、iPad miniとか持って、そこに書籍を入れている人はいます。

山口：先生方はどうですか。独自の何か端末はお使いなんですか。iPadみたいなタブレットとか。スマートフォンとか。

研E：スマートフォンの中に入っています。

山口：スマートフォンに入れている先生は何人ぐらいですか。タブレットは、1人。先生は、じゃあ。

研D：僕はタブレット持っているんですけども使わないです。やはり、病棟ですぐ調べられるので。カルテ書きながら院内で引いています。検索しています。

今中：何を検索されるんですか。

研D：検索することは、やはり1年目なので基本的に全部知らないことだらけなので、まず初めて見る疾患は全部、ガイドラインもそうなんですけれども、最初の欧米の先生のあれなのかもしれないんですが、PubMedとかでフェース全部開かせたりとか。あとは、ハリソンとか引けっという先生も多かったんで、ハリソンの電子版で引いたりとかです。

山口：ハリソンの電子版って提供されているんですか、それとも自分で買うの。

00：05：00

研D：提供されています。

山口：このX病院で。

研D：病院内で。はい。

今中：ほかの先生方はどうですか。

研B：僕はUp To Dateとか。

今中：どこぞの病院では、単純にグーグルで病気の名前をひいていました。

研B：病気の生で調べるときは、僕はガイドラインとかそういう文献から読もうと思っっています。どこかのホームページにあるような情報だけだとちょっとどうかなと思ったりすることがあります。そういうときは、ガイドラインとかがあればそちらのほうが。

山口：Mindsというガイドラインサイトを見たことありますか。見たことある先生。2人。やはり2年目ですかね。どうですか、見て。

研B：項目ごとにクリックしないといけないのが少し大変なんですけれども。でも、量が多過ぎると大変で時間がかかるから細分化しているのかなとも思う。

山口：ページごとにね。あれは、もともとのガイドラインのページ。もともとガイドラインは本になっているでしょう。その本のページをそのままページにしているからだよね。

奥村：そうですね。

山口：100ページのガイドラインになると、100枚になってしまうんですね。それは、ダーンってなっているほうが便利ですか。

研B：のほうが、1個ずつ、途中でまた戻って、次の項目とかになるのがちょっと。1枚になっているほうが見やすい。

山口：見やすい。アンカーか何かついていて戻ればいいみたいな。

研B：はい。

山口：先生はいかがですか。

研C：あまり詳しく見たことがなかったんですけども、あれは旧版なんですか。1年前とつか、例えば2013年版のガイドラインが今出ているけれども2009年版のがパソコンとつかMindsに載っていたりします。

山口：旧版は新しい版が出たら旧版コーナーに一応隠すようにはしているんですけども、今の仕様だと、検索するとそれも見られなくはないんですね。

研C：そういうことですか。

山口：旧版も見るという設定にしないと、普通は見られないようにしてあるんです。

研C：Minds という会社がつくっているガイドラインということなんでしょうか。

山口：Minds というのは会社ではなくて、われわれ日本医療機能評価機構が厚生労働省からお金をいただいて、公的な資金で運営しているんですね。ですから、全部タダで提供していて広告とかもついてませんでしょう。

研C：ああ。はい。

山口：あれは国のお金でやっているんです。

研C：そうなんですか。そこがあまりよく分からなくて。例えば日本循環器学会とはまた別のところが出している謎のガイドラインなのかなと思っていて部分があつて。すみません、公的なものだと思っていなくて。どなたかそういう別のところが出しているものだと思っていたんです。

山口：そうですか。もうちょっときちんと説明したほうがいいですね。

研C：すみません。よく見ていなかったの。

山口：いえ、いえ。そういうご意見を聞きたいんです。ありがとうございます。

今中：ほかの病院で若いドクターから言われましたね。ちょっと怪しいところかと思って飛ばしたと言っていました。ちゃんとした専門家の先生方とか学会がつくったガイドラインを、しかもエビデンスに基づいてつくっているいいやつだけをリストアップしているサイトなんですよ。

研C：そうなんですか。

今中：Minds 自体がつくっているわけではなくて、普及をするために評価して集めて載せているのです。各専門家の先生方が、みんなガイドラインをつくる専門家ではなくて臨床の専門家なので、臨床家の専門の先生方がいいガイドラインをつくろうというときに、つくり方とかを山口先生が指導されたりとかしています。それで、かなりいろいろなガイドラインの水準が上がってきて、使いやすいいいガイドラインが今は増えてきて、この5年ぐらいで増えてきました。今、Minds には160ぐらいのガイドラインが載っています。それはもう、みんなちゃんとした先生方が、それぞれの領域の日本の一番の専門家の先生方がつくられたガイドラインです。

00：10：13

山口：学会のホームページとかでガイドラインを見る人が多いですか。

研C：そうですね。

研B：循環器だと。

山口：循環器ね。

研B：ただ、循環器じゃないと、学会員じゃないと見られないことが多いです。

山口：循環器は全部オープンで見られるんですかね。

研B：はい。

今中：日ごろ上の先生からガイドラインのこととか話されることありますか。 「ガイドライン見とけよ」とか、あるいは「浴っているかどうか検討しなさい」とか、何か言われるこ

とありますか。どんな場面で言われますかね。

研E：新しい患者さん来たときに、まずガイドライン読んで、それに沿って治療方針立ててこいみたいなこと言われます。

今中：そうですね。それは何科の先生がおっしゃっていましたか。

研E：そのときは総合診療科だったんですけども。

今中：F先生、どうですか。

研F：私も今まで4月に消化器回って、そのあと腎臓内科、今小児科なんですけど。いずれの科でも、私自身はガイドライン持っていないのですが、その科に1冊は必ず新しいガイドラインがあって、新しい患者さんが来たら「これ見といて」ということで渡されて、一応治療方針を確認してから先生と相談しています。

今中：なるほど。D先生。

研D：僕も同じです。ワシントンマニュアルとかそういう本のこともありますし、こういうちゃんとした、循環器は学会のガイドラインだったりとかも見ました。

今中：2年目の先生方はどうですか。結構、ガイドラインは指導の中で話題に出てくるのですか。そうでもない。

研C：ガイドラインというよりも、むしろもうちょっと。Up To Dateもガイドラインか。Up To Dateとか、ハリソンとか、そういうのを見なさいと言われることのほうが多いです。

山口：じゃあ、1年目と2年目で違う。1年目は総合診療とかがメインなんですか。

研E：そのときは、たまたま何の疾患だったか忘れたんですが、その疾患のときだけ、「これはガイドライン読んどいたら」みたいな感じでした。

山口：EBMカンファレンスというのが年に何回か開かれると聞きました。今年度はもう開かれましたか。

研D：2回ほど。

山口：もう2回もやったんですか。すごいですね。それは、先生方のためにやるんでしょう。何か、発表とかやりましたか。

研F：やりました。

今中：やりましたか。

山口：そのときは、当然ガイドラインもちゃんと調べる。

研F：そうですね。私のときは心房細動についてなので、循環器学会のガイドラインを調べたんですが、一応そのときのテーマがレートコントロールとリズムコントロールのどちらがいいのかということについて、有名なAFFIRM studyとかの原著の論文を読んで、あと日本でやったスタディーの論文も両方読んで。それを私たちが紹介してみんなで研究するという。

山口：そういうときは、PubMedとか、そういうのも調べるんですか。一次的な原著論文みたいなものを見たりするんですか。

研F：そうですね。そのときは、読む論文は決まっていたので、その論文を読んだんですけ

れども。

山口：「これ読んで」みたいな感じですか。

研B：カンファレンスも、担当する先生のやり方によって少し違います。先生によっては、一つのレビュー論文をまず出して、それから自分で派生して論文を調べたりして、エビデンスとしてみんなに紹介したりとか、そういうやり方をする先生もいます。ワイワイとディスカッションをやったりもします。

今中：論文を読むというのは、学生の時もやりましたか。EBMの実践とかいうことと関係してやるわけですか。学生時代にもそんなことやりましたか。E先生どうですか。

00：15：12

研E：読んだと思うんですけど、何で読んだのか。これ読みなさいと言われて読んでたんですけれども。

研B：学生ときは、メディスンにつなげるというほうまではあまり発展してなかったと思います。練習とか知識を増やすとかその程度で、実際にそれを現場に生かせるかというところまで関係ない。実際どういったことをやっているかは把握しきれていなかったと思います。

山口：読みなさいと言われる論文の中には、システムティックレビューとか、メタアナリシスみたいな論文も当然入っていますよね。そういうのは、難なく読めますか。

研A：何とか。

山口：システムティックレビューの論文とか、メタアナリシスの論文も、学生時代に多少は勉強していましたかね。そうですか。うちの大学、遅れているかもしれない。

今中：Up To Dateも、タイトルは日本語だけど中身は英語ですよ。それもよく読まれますか。

山口：Cochraneとかはあまり見ない。Cochraneって何という感じですか。

今中：クリニカルキーは参照されますか。

山口：クリニカルキーというデータベースがあります。

今中：あまり見ないか。医中誌とか見ますか、日本語の。それは見ますか。

矢口：そういうデータベースを選ぶ基準というのはどんなもので決めていますか。アクセスしやすいとか。

研F：図書館のパソコンからアクセスできるデータベースです。

矢口：それが第一条件。

研F：そうですね。それを使う感じですね。

矢口：入ってみてから、調べやすい方法は何かありますか。データベースでありますか。このページは調べやすいな、使いやすいと思って使われているところとか。

研B：学生の時もUp To Dateは使っていて、今も使います。

研A：学生のために使い方を教わったものしか、あんまり。視野を広げてない感じです。

矢口：PubMedに入って、そのあとの雑誌も皆さん読めるようになっているんですか。

今中：X病院の情報環境はすごいですね。いろいろなところからネットにもアクセスできるし、データベースもいっぱい使えるし、素晴らしいですね。こういう病院はなかなかないと思います。

矢口：ほかに情報収集するときにこんな条件があったらいいなとかいうことはありますか。〇〇は重いのではないかと、先ほど副院長先生がおっしゃっています。普段どんなことがありますか。こんなことがあったらいいなとか。

研C：自分が検索するのに、病院の中ですか。

矢口：そうですね。

研C：例えば、病院に Wi-Fi が飛んでいて自分の iPad で検索できて、気に入ったガイドラインとかよく使うガイドラインを見つけられて、pdf で落とせるとか、そういう感じがあったらすごく便利だなとは思いますが。例えば、ガイドラインとか Up To Date はファイルで保存することができないので、また探してということになるので、保存することができたらいいなと思います。

矢口：保存して手元に置きたい。書籍より、やはり。

00 : 19 : 58

研C：自分は本派なので。そういうことができたらいいなと思ったんですけども。

今中：話変わりますけれども、皆さん、クリニカルパスは日々の診療の中で関係しますか。

研B：僕らは研修医以上がクリニカルパスを適用する権限があって、研修医のうちはできないので、僕らは直接は。

今中：直接は関係しない。

研B：はい。

今中：関係する、しないというのは、どこでどう違うんですか。

研B：どの患者さんにクリニカルパスを適用するかどうかとかは、上の先生が。

今中：3年目以上の先生が決める。それを提案したりとかすることはできないんですか。それはもう上からおりてくるんですか、する、しないというのは。

研D：看護師さんがパスにしてくださいと言ってきて、「僕らはできないんで上の先生に言ってください」って、やっていただくみたいな感じです。

今中：パスを適用するには、電子カルテ上パス適用というオーダーをするわけね。

研D：はい。それができないですから。

今中：そういうことね。パス＝電子カルテのクリニカルパス適用ということになるわけですね。紙とかでは存在しないんですか。存在している場合もある。クリニカルパスと言えば電子カルテのオーダーセットみたいになるわけですかね。

また話変わりますが、クオリティ・インディケーターというのを聞いたことがありますか。ないですか。

研A：ないです。

今中：例えばエビデンスに、こういうときはこういうことをしましょうというエビデンスに

基づいたガイドラインがあるときに、そういうことをちゃんとやっている割合とか、一種の診療の質を数字にして、プロセスのクオリティーのインディケーターということで数字にして、だんだんよくなるか、見ていきましょうとか、そういう動きが業界にはあります。それで、X病院でもそういうことに少し取り組まれていまして、全国のX病院で比較しようということをやっています。まだあまり浸透していないんです。ほかの病院でも、研修医の先生方はほとんど知らないんですけれども、医療界ではちょっとずつそういうことが話題になっています。

それでは、私ちょっと学会の用事で抜けないといけなくて、すみませんが、どうもありがとうございました。

山口：初期臨床研修では、腫瘍症候から鑑別診断とかして検査計画のところまでであると思うんですけども、そういうことを勉強するときに役に立っている情報ソースがありますか。それはもう体で覚えるとか、経験で覚えるとか、そういう感じですか。

研B：ハリソン。

山口：ハリソン。うん。ハリソンは役に立ちますか。

研B：第1巻の最初のところに腫瘍症候など、結構あります。

山口：ハリソンは内科的なことがメインですよ。確か、初期臨床研修でこれだけの腫瘍症候を勉強しなさいみたいなリストがありますよね。ハリソンは、あれはだいたいカバーできているんですか。

□□：〇〇。

山口：でも、ハリソンは役に立ちますか。

□□：そうですね。

00：24：50

佐々木：回っている科によっても、指導される先生の指導内容によっても、使われ方は違うかもしれないんですけども。ガイドラインとハリソンなりの教科書で、どうしてもハリソンとかになると最新の情報からは遅れてきてしまうと思うんですけども、その辺の使い分けとかは意識されていますか。何か、ご自分の目の前にいる患者さんで新しい病気に出会ったときに、いろいろなものをいっぱい引いてみるとか、取りあえず答えがあればそこでOKで満足するとか。その辺はどの程度を目標にされていますか。

研D：1年目なのでハリソンとか基本的なことで、もちろん昔のあれなので今は違うのかもしれないんですけども、とにかく調べて。で、上の先生に「こう書いてあったのでこうしたいと思います」と言うと、「確かにそう書いてあるけれども、今はこうなんだよ」ということは上の先生がおっしゃってくれると思うので、「じゃあ、今度はこれを引いてみようか」みたいな感じですか。取りあえず1個調べて「僕はこうしようと思います」ということを述べたら、上がそこは調整してくださると思います。

佐々木：皆さん、そんな感じでしょうか。

研F：私は、逆に最初に処方とか出さないといけないので。何日間投与したらいいのかとか

も全然分からないので、まずガイドラインを引いてみます。家に帰ってから自分の勉強としてハリソンとか読むことはあるんですけども、まずハリソン引いてということは、私はあまりないかもしれないです。

佐々木：皆さん、二手ぐらいの感じでしょうか。ほかのパターンとかありますか。

研A：先に病棟業務のほうをある程度やらないといけないので。ハリソンとかは腰を据えて落ちついたときにやるとかして、答え合わせではないですが、病態のほうとか見ないといけない人が多いですね。

佐々木：深く調べるときに教科書を見るという感じでしょうか。

研A：そうですね。

矢口：ガイドラインご覧になって、どんな書かれ方というか、いろいろなパターンのガイドラインがあると思うんですけども、お使いになりやすいものとか、そういうものの感想はありますか。

研F：循環器のガイドラインは pdf として持てるので、見たいときに携帯で見たりできるのですごく使えますけれども、Minds を見たことがなかったので今まで本しかないと思っていたほかのガイドラインとかは、外来に置いてあったら見るんですけども。

山口：Minds ではクリニカルクエスションと呼んでいるのですが、こういう状況ではこれが推奨されますという構造でガイドラインをつくることを推奨しているんですね。昔のガイドラインはハリソンと同じように教科書みたいにドーンと書いてあるのが多かったんですけども、どちらかという、臨床の場面で使うということを考えると「こういう場面ではこうしたほうがいいですよ」と書いてあるほうが使いやすいのではないかと思います。そういうのはどうですか。

研F：小児科なので、最近見たガイドラインが急性中耳炎なんですけれども、それがフローチャートみたいになっていてすごく分かりやすく使いやすいと思いました。

山口：先生方、どうですか。教科書のほうがいいですか。

研C：CKD のガイドラインで、最初に表がバンと載っていて、そこについて調べたいと思ったら後に詳しく載っているの、そういうガイドラインはすごくいいなと思います。質問形式も多いと思います。最初にドンと載っていて後ろに質問形式だったりとか、開きたいときにすぐ見られるというのがガイドラインのいいところだと思います。

山口：ガイドラインが、スマホとかタブレットで見られたら活用しますかね。

研修医：します。

山口：今、それをつくろうというプロジェクトを考えているところなんです。前に試作したやつはダウンロードしてアプリとして動くみたいなやつだったんですけども、ここみたいに Wi-Fi が充実していたら、インターネットでダウンロードせずに見られるというかたちのほうが便利ですよ。言っていることは分かりますか。どちらがいいでしょうね。ダウンロードできるほうがありがたいのかな。

00 : 30 : 11

研E：アプリのほうがいいです。

山口：アプリのほうがいい。どうしてですか。

研E：ここはWi-Fi 飛んでいるのですか。

山口：飛んでないの？

研E：自分の携帯はつなげないんです。

山口：そう？

研B：iPad とかも、自分がWi-Fi のデータとか持っていたらネット環境あるんですけどけれども、病院のLAN にアクセスすることはできないんです。

研A：自分のやつはつなげないので。

山口：それはそうだね。自分で電話番号持っていないと使えないということですね。でも、アプリだったらダウンロードしておいて見られるからいいかなということですね。

奥村：ガイドラインに限らず、日本の文献と海外の文献があったときに、一応両方見ようとされるのか、それともやはり日本を優先して、そして足りなかったら海外。それとも、もう日本・海外問わず海外のものがあるようであれば海外なのか。ガイドラインも含めてどういう感じなのでしょう。

研F：感染症などだと抗菌薬の投与量はまず海外を見ますが、日本では保険適用がないとかもあるんで、それであれば日本のものをチェックしていかないといけないです。

研E：日本のものを見ます。足りなかったりしたら海外のものを探そうかなという感じです。

研D：やはり英語の文献を読んでいないと駄目みたいな風潮を感じるので、英語も読みつつ、でも実際ここは日本なので、そういう患者の人種とかもちろん違いますし保険とかの問題もあるので、日本も読まない結局は駄目です。

奥村：なるほど。英語の文献を見なさいとかいうことを割と言われるんですか。

研D：学生のと時から英語をちゃんとひかないと、医中誌とかも引きつつ PubMed も引かないと、エビデンスレベルの問題で言われてしまいます。

研C：英語がペラペラで、英語を日本語レベルで読めるのだったら全部英語のほうを見ようかと思うんですけども、日本人で日本語読むほうが速いので、救急外来で見たいとかそういう感じになると日本語です。

研B：英語だと読むのに時間がかかるので。英語を調べつつ〇〇、必要だなと。

研A：自分もそうですね。英語はそこまで堪能ではないので読むのに時間がかかってしまったりとかします。ただちょっと調べたりすることがあるので、それは日本語で読んでいて、足りなかったりとか古かったりとかって感じだったら追加で調べようと思うんですけども。基本的には日本語でまず調べて、大まかな情報を知ることがほとんどです。

奥村：お手元に Minds のパンフレットがあると思います。一応、Minds は日本のガイドラインを網羅的に検索収集して、評価選定を経て、著作者の先生方に許諾を得たものを順次掲載しています。例えば、ガイドラインで国際的に英語版がある場合には、英語コーナーというところもあって、英語版も見ることができます。あとは、先ほどあまり知られていなかった

た Cochrane についても、Cochrane のガイドラインが掲載されているものについてのレビューをいくつか抽出して、そのアブストラクトの日本語訳というものも Minds のサイトで見ることができます。日本語を中心として見るのであれば、Minds を活用することができるのかなとも思いました。

山口：ぜひ、ご活用ください。

矢口：パンフレットをご覧になって、ホームページ見てみたいなど思っていますか。

研F：使ってみたいと思います。

矢口：ありがとうございます。

研B：周知されれば。

矢口：どの辺が響いて、見てみたいなどという気持ちになりますか。

00：34：56

山口：まず、Minds の存在を知ってもらわないといけないし、Minds が得体の知れない謎のサイトではないということとちゃんと知ってもらわないと駄目だということですね。それは大事なことです。

研E：僕たち研修医だけではなく、上の先生は Minds をご存じなのですか。

山口：それがね、あまり知ってもらえてない。

研E：上が知っていないと、上から「Minds 引けよ」と言われたら、「分かりました」となると思います。

山口：なるほど。そうですね。

佐々木：上の人からは大事ですね。

奥村：そうですね学部時代は、Minds のことについて学校で何か教えていますか。

山口：ないよね。

研B：ふと検索したときに Minds というところに行き着いて、ここはガイドラインがまとまっているんだなと思って。それで、ガイドラインをたどっていくと、元は普通につくられたガイドラインをこちらに載せているんだなということが分かって、見るようにしています。たぶん、学校の授業とかで紹介するのはガイドラインそれだけで。

佐々木：例えば、図書館の機能が充実していて、皆さんが行ったらいろいろなところにアクセスできるようになっているところを見せていただいたんですけども。一つ一つ入ったときの引き方ですとか、どんなキーワード入れたら知りたいところに早くアクセスできるとか、そういうのは業者さんからデモンストレーションとかはないですか。上の先生から、まとまって1時間なり講義を聞く機会とかありますか。

研F：入職したときに、一応司書さんから検索の仕方とかはありました。

研D：データベースの使い方はありました。

佐々木：そうなんですね。そういうのを聞くとやりやすいですね。

研D：学生のときに使い慣れているものを使ってしまいます。クリニカルキーとかも教わっ

たんですけれども、結局は使わない。慣れているものを使うので、やはり学生のと時からそういうことを叩き込まないと使わないかもしれないです。

佐々木：2年生の先生たちは独学というか、自分なりに。

研B：学生のと時に PubMed とか Up To Date は使うように指導されました。あとは、情報を得るために2時間分ぐらい授業がありました。

佐々木：そういう授業があったんですか。

研B：どこを検索するとか、検索のところのレビューをチェックすると絞り込めるとか、ちょっとしたやつです。

佐々木：じゃあ、それをベースにして利用されているということですね。大学は違いますか。

研C：大学は違います。

研A：ここは一緒です。

研C：ここは一緒だ。大学で論文を読みなさいという課題を出されたときに PubMed とかの使い方を、授業はなかったと思うんですけれども、上の先生に教えてもらうというかたちでした。

佐々木：そんなに引くのに苦労はしないで臨床で使っていらっしゃるんですかね。時間が迫ってきていますが、ここに配らせていただいている2枚目のアンケートの用紙があります。

今、それに沿って聞かせていただいたのですが、お一人お一人違うと思うので、それに記入していただいて、提出していただいてもよろしいでしょうか。

(終了)

■後期研修医

00 : 00 : 05

山口：外来の正面入り口入ると、会計と支払いの窓口があるでしょう。あの真ん中に X 病院の由来みたいなことが書いてあるの、見たことありますか。あるでしょう。その上に認定証というのが飾ってあるのに気が付いたことないですか。病院の認定証。それを出しているのが、日本医療機能評価機構なんですね。病院を認定するというのが主な業務です。それは、あとであそこを通りかかったら「これだ」と、見てくれたらいいんですけども。その日本医療機能評価機構が平成 14 年から診療ガイドラインを皆さんに提供するというプロジェクトをやっています。それが、このニックネームで Minds というサイトなんです。Minds を見たことありますか。

A：ありません。

山口：全員なしですか。はい、分かりました。それでいいんです。この 10 年ぐらいいろいろな学会がガイドラインをつくったりしているのですが、その中でクオリティーがいいやつを集めてホームページ上で提供しているのが、この Minds というサイトなのです。あまり知られていないし、活用もされていないので、これから先生方に活用していただくにはどうしたらいいかというアドバイスを欲しいというのが、今日の趣旨であります。

A：無料でダウンロードできるのですか。

山口：ダウンロードというか、見られます。資金源は国の厚生労働省のお金で運営しているのでタダで見られます。ただ、ガイドラインというのは本でも出ているでしょう。だから、出版社との関係でダウンロードはなかなか許してもらえないのです。一部はダウンロードできるやつもあります。

それからもう一つは、右側に QIP と書いてあるのは、クオリティー・インディケーターという言葉はご存じですか。これは、病院のベンチマークとか、要するに先生方がおやりになっている診療がどのくらいの効果を上げているかみたいなものを数値で測るという、そういうプロジェクトです。こちらは〇〇大学が運営しているプロジェクトで、佐々木先生はそれを担当している先生です。今、Minds と QIP がコラボをして、ガイドラインを活用していただいて、その結果を QIP の数字で測ろうということをやっています。

今日は、全体について後期研修の先生方からアドバイスが欲しいということなので、Minds のことや QIP のことを知らなくても全然構いません。ぜひ、いろいろなご意見をいただけたらと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

最初に、先生方は後期研修ですからバリバリ診療をおやりになっていると思うんですが、診療をやっているときにいろいろな情報を入手しますよね。その情報を入手する仕方、〇〇という端末を皆さん 1 台ずつお持ちだということ聞いたのですが、いろいろな必要な情報は、普段どのようにして入手していらっしゃるんですか。

E：iPhone ですかね。

山口：iPhone ですか。スマートフォンで入手する先生はどのくらいいらっしゃるんですか。

先生はしない？

C：タブレットです。

山口：タブレット。

B：一緒じゃん。

C：やりやすいということで。

山口：スマートフォンが4人でタブレットがお一人。タブレットもお使いになるんですか。

A：僕も持っています。

山口：そうですか。〇〇は使わない。

A：使わないです。

山口：電子カルテを見て、それからインターネットを見に行くのにすごく大変というお話をさっきちょっと聞いたのと、ダウンロードができないということですかね。

B：電カルでということですよ。

山口：はい。

B：電子カルテ自体ではダウンロードはできない。

山口：もちろんできないよね。それは危険すぎるもんね、ダウンロードできたら。

B：電子カルテ端末は仮想空間でネットにつながるようになっているので、病院内のパスがあつたらどれでも Up To Date は見られるので。病棟とかにいるときは Up To Date を普通に読めますけれども。

00：05：07

山口：〇〇で。

B：〇〇でも読めますし、普通の電カルの端末でも読めます。

山口：スマホとかタブレットで見る情報というのは、どんなものを見る人が多いんでしょうか。

E：情報だと、私は Up To Date のソフトが入っているのでそれで見るとは思いますが。

山口：アプリ版ですか。

E：自分の医師室とか、私は血液内科なんですけれども、カンファレンスルームに行ってコンピュータで、PubMed をそれで見たりとか。あと、〇〇病棟だと共用の大きい iPad があるので、病棟ではそれを使っています。今はちょっと別の病棟で働いているので、そこでは自分の PC 持ち込むか。

山口：Up To Date、PubMed、それ以外はどうでしょうか。

E：それ以外は、グーグル・スカラーとか。

A：医中誌。

C：僕は Minds のサイト。お世話になっています。

山口：Minds 見えていますか。ありがとうございます。

C：さらに申しますと、エバーノートという pdf とかにできるソフトで、Minds からダウンロードできる分に関してはダウンロードして、エバーノートで編集して、科ごとのファイ

ルをつくりまして、やっています。ダウンロードできなくても、ページをコピーできるので、それでエバーノートに張り付けて、それを使っています。

山口：そうですか。

B：たぶん、このみんなはクリニカルキーというスピンがあるやつを契約しているので、家でも引ける。

山口：クリニカルキーは皆さんお使いですか。

E：知らないです。

B：図書館にいと全部ありますね。家で全部引ける。

E：PubMed とどう違うの。

B：PubMed とはちょっと違うんです。契約している、〇〇ってあったじゃないですか、〇のマークの。

E：製薬会社。ああ、本屋さん。

B：そう、本屋さん。だから、マンデルとかも読めます。パソコンでダウンロードできます。あとは、病院の図書館のやつが、パスがいるんです。

山口：Minds はお一人以外にご存じないということなんですけれども。ガイドライン一般についてはいかがでしょうかガイドラインは、普段皆さんの臨床の中で。自分の専門の診療科のガイドラインというのは、お使いになることは多いでしょうか。

E：NCCN のガイドライン。

山口：NCCN のほうが多い。血液内科は日本であまりガイドラインないのかな。

E：一応本は出ているんですけれども、あまり使わないです。

山口：あまり使わない。そうですか。ほかの先生方は。

D：日循は使います。

山口：日循ね。日循のガイドラインは学会のホームページでご覧になったり、ダウンロードしたりする。先生はいかがですか。

C：僕はがんの診療ガイドライン買ったり、I さんにもらったやつを使うとかかしてます。

山口：「がんち」のホームページとか見ないですか。

C：あんまり見ないですね。

山口：先生は。

A：僕は総合内科に来ているので、高気圧とか喘息とかは見ますけれども。それを見るぐらいです。

佐々木：専門以外の何か合併症とかで一緒にやっていけないときに、コンサルトしたり、それでも一回は引いてみたりするものか。そういうのは、どうのご利用のされ方をされていますか。

C：あまりにも丸投げするのはちょっと。私も今は総合内科なんです。ある程度ガイドライン、標準治療というものを。自分の専門外ではありますけれども、標準治療か、その診断基準とかを自分でできるだけやって、検査も全部やってから、「こういう状態で、こうなん

です」ということを、コンサルトの前に、せめて自分でしっかりと段階付けてからコンサルトするようにしています。

00 : 10 : 04

佐々木：そのときに、ガイドラインを使って。

C：使います。

D：僕とかは、ガイドラインは使えるのが少ないので、教科書とかで調べています。ハリソンとかで調べて必要最低限ですかね。それで、聞いちゃいます。

佐々木：コンサルトするということですか。

D：もう、コンサルトします。

A：急ぎでなければ自分で調べてからやりますけれども、急ぎだったらすぐ電話してコンサルトします。事態が緊急だったら。時間があるんだったら、調べて、自分で考えてやる。それでも分からないときにはコンサルトする。

佐々木：時間次第。緊急のときは。

A：緊急だったらすぐ電話します。

E：外来とかだとハリソンとか持ち込めないので、iPhoneのUp To Dateで調べて、必要だったらコンサルトします。

B：僕も、外来は本とか見てしまうことが多いですけども。入院患者とかで時間があるときは、どちらかというUp To Dateとか。院内でタダで見られるというのがあるので。ガイドライン見たくても結構見られないガイドラインとかもあるでしょう。Up To Dateとかで見てしまうことのほうが多いです。

佐々木：そのほうが、結局短時間でたどり着けるということですね。

B：短時間でたどり着けるし。入れているので、全部。タブレットに全部本が入っている。

E：あまり時間がないので。

B：外来のアンチョコみたいなやつです。

山口：先生方は後期研修だから、ご自身で持っていらしたり、治療方針決めて患者さんとかご家族に説明したりすることもあるんですね。そういうときに、ガイドラインではこう書かれていますとか、そういう説明は特にない、あまりしないということではないんですかね。

A：僕らはします。化学療法とか。ステージによって術後化学療法がいいとなると、ガイドラインに沿ってこのようにしていますと説明します。

E：ガイドラインとは言わないですけども、NCCNも言わないですけども、世界的に標準の治療と言います。ガイドラインという言葉は好きではないので。

山口：標準的な治療はこうですという説明はなさる。

E：そういう感じです。

山口：そのときに、先生はNCCNを参照していることが多い。

E：NCCNは見なくて。結局ガイドラインの治療というのは古い治療で、あまりあれなの

で。世界的に本当はもっといい治療があるけれども、日本では保険の都合上できませんという説明はするかもしれません。

山口：ガイドラインの治療は古いと感じている先生はどのくらいいらっしゃいますか。血液内科は進歩が速いからとか、そういうことはあるのかな。

E：そうですね。がんの治療に関しては、高血圧とか糖尿病とかはガイドラインでいいと思うんですけども、がんの治療に関してはあんまり。ガイドラインをつくっている人たちはもっと上を知っていて、ほかの病院はこちらでやっておけというような感じでコントロールしておいて、自分たちはいい治療をしているのかな。

山口：何かのかたちで根拠がないと、自己流ではいけないと思うんですけども。

E：そうですね。

山口：ここはあれですか。例えば血液内科だと、臨床試験のプロトコールで治療していらっしゃるとか。

E：そういうこともあります。

山口：そういうこともあるし、そうでない場合も世界の最先端はこうですからということで。

E：それは、あまり自由にはできないので。保険の都合上とか。

山口：そうですよね。

E：血液内科はそれでも自由な面があるので。ほかの固形がんだと武器を失った状態で闘っているようなものはあまりないと思うんですけども、血液内科では割とフレキシブルにそこが保険でもできる場所があります。ガイドラインに沿ってやっても全然いい治療できないので、保険にひっかからない限りでいい治療を提供していくのが難しいんですけども。

00 : 15 : 19

山口：先生は、固形がんのほうですよ。

D：はい。

山口：先生のご専門は何ですか。

D：循環器です。

山口：循環器は、患者さんに説明するときにはガイドラインも参照することはありますか。

D：そうですね。ガイドライン使って話すときというのは、何か、やるか、やらないかみたいな感じが。脂肪細胞とかそのぐらいですか。あまり、ゆっくり「こういう治療があつて」とか、説明します。脂肪細胞とか〇〇とかだったら、ガイドライン新しくなったのもありますし話しますけれども。あんまり、患者さんのムンテラとかで引き合いに出すことはないですね。

山口：総合診療はいかがですか。

B：使うタイミングということですか。おっしゃられているのは。

山口：先ほどの質問は、患者さんに治療方針を決めて「こういう治療でいきたいんですけど」というときに、何かしらの根拠がないとまずいのかなと思って。そのときに、例えばガイド

ラインを根拠にしている場合があまりないというお話があったんだけども。

A：場合によるのではないですか。僕らは、待期的な手術だと時間があるので、手術後に関しても説明できる時間がたっぷりあります。循環器とかだと病気が速いので、そんなにゆっくり説明していたら手遅れになってしまいます。ガイドラインの話を出してゆっくりしていると。そういう違いはあると思います。

山口：そうですね。

A：なので、僕らは時間があるのでガイドラインの本を持ってきてとか、実際こんな感じですよというようにゆっくり説明しています。

山口：総合診療は、具体的にどんな患者さんを担当することが多いんですか。

B：ここは、各科をまたローテするという感じなので。別に、総合診療部でどういう患者がいるというよりは、各科ローテの感じです。

山口：後期研修で総合診療を専攻していると、そういうことなのですか。

B：総合診療という名の各科ローテーションです。

C：実際に、総合診療科というのはあるんですけども。ここはここで、患者さんに説明するとき、ガイドラインの言葉を丸々使うよりは、「日本ではこういうことが標準的な治療になっています」というような説明をします。

山口：ありがとうございます。何かありますか。

矢口：学生のときに、ガイドラインについて学ぶ機会はありましたか。

E：むしろ、ガイドラインしか習わなかった気がします。

矢口：しか、習わなかった。ああ。

B：がんに関してとかは、たぶんガイドラインの、どれぐらいのステージだったらこうするというのをみんな学ぶかもしれないですが、それ以外のガイドラインというのは、例えばどういうガイドラインなのか。高血圧のガイドラインとかは結構見たりするかもしれない。高尿酸血症とかのガイドラインとかもあるでしょう。Mindsの方々がオープンにしているようなガイドラインとは、何のガイドラインのことをおっしゃっているのですか。

山口：Mindsには160ぐらいのガイドラインが掲載されています。だいたい、学会がおつくりになったガイドラインです。

B：例えばどんなものがあるのですか。

山口：160のガイドライン。高血圧もあります。

B：高血圧とか高尿酸血症は、まあまああるでしょう。ほかに、例えばどんな疾患が、がんとかも入っていますか。

奥村：そうですね。各がん腫はあります。カテゴリー別に分けられています。

00：20：03

矢口：ちょっとご覧になってね。

C：そうですね。見ていただいたほうがいいと思います。

奥村：脳神経系、それから神経内科系、消化器系、整形外科系。

B：整形外科があるんですか。

奥村：そうです。あまねく網羅的に。

山口：学会によって、日本整形外科学会はとても熱心にガイドラインをつくっていて、結構数が出ていますよね。循環器学会も結構熱心につくったりします。

B：指針のやつとかもあるということですよ。

D：循環器はフリーでダウンロードできるものが多い。

B：そうですね。循環器はフリーでダウンロードできる。

C：学生のときは、治療の具体的なお薬というよりは、診断からこういう治療を。具体的な治療に関しては、あまり学生の場合はたどり着かないことが多いので。もしかしたら、〇〇に比べてガイドラインを見る機会は少し少なかったかもしれないですね。

山口：がんは見るでしょう。

C：カルテのステージングとか、そういうのは見ます。

山口：ステージングと、その他標準治療に関しては学生でも見ると思います。

矢口：今ご覧になって、どうですか。

A：もし、ガイドラインが見られるのであればありがたいと思います。わざわざ買う必要もないし。

B：買わなくていいのはいいですよ。

A：古い人間で買うことが多いので。

矢口：本がお好きというか。

A：そうですね、残るので。

山口：あと、1階に入って、奥にずっと入っていく右側に、病診連携の登録医の、ドンとものすごいパネルがあったね。X 病院は病診連携をかなり熱心におやりになっているんだなと思うんですけども。そういう外の診療所の先生とかとのコミュニケーションみたいなことには、後期研修の先生は関わってあるんですか。返事を書くとか、そういうことだと思いますけれども。

C：誰か紹介を受けた場合は、やはり返事は自分らで書かせていただくので。

山口：たぶん、ああいうふうによく書いているということは、ある時期になったらお返しするというのもちゃんとしていらっしゃるということですよ。

C：そうですね。ちょうどそのキーのクリニックの先生方でフォローできる範囲内であればお返しして、大きなことがあればまたご紹介くださいというかたちでお返しすることが多いです。

山口：そういうときに、こういう治療をしましたとか、いろいろな説明をして返しますよね。そういうときに、ガイドラインというのは念頭に置いたりすることはないんですかね。

C：標準的な治療という意味で、ガイドラインに従ってとか、そういう文章化はしませんけれども、いわゆる標準的な治療という意味で一般名を使って、皮膚炎であれば、〇〇をつけましたとか、そういうことを書くことはあります。

山口：何が言いたかったかという、そんなにいつでも標準的な治療をやるわけではないですよ。患者さんの状態によっては標準からちょっと離れるような治療を選択したりすることもありますよね。そういう場合には、こういう治療を選択しましたみたいなことは、登録医の先生には情報としてお返しすることはないんですか。

A：経過はちゃんと書いて、紹介状として書いています。特殊な、例えば手術前化学療法したりとか、そういったことはちゃんと書いています。ガイドラインという話はたぶん出さなと思いますけれども。

山口：Cochraneはどうですかね。お使いになることあるのかな。

E：アメリカだと使っていますけれども。

00：25：00

山口：いや、先生方が。

E：まだ使っていないです。

山口：ご自身の診療では、Cochraneを見られるようになっているんですか、この病院は。

A：見られないのではないですか。

山口：なっていない。

奥村：Mindsのサイトでは、Mindsでガイドラインが掲載されているものについては、いくつかレビュー、Cochrane Review Abstractと書いて日本語訳が見られる状態になっています。全てのレビューではないんですけれども。全Cochraneの30%か40%ぐらいは網羅しています。なので、そういう取っ掛かりにもMindsのサイトをぜひご利用いただける部分もあるのかなと思います。

山口：先生方は、普段は英語ですかね、情報ソースを見るときは。英語が多いですか。日本語ですか。

A：日本語が多いです。困ったときは英語も見ますけれども。

E：私は英語のほうが多いです。

B：Up To Dateというのは探しやすいんです。

E：探しやすい。

B：探しやすいんです、Up To Dateは。ポンポンと行けるから、探す時間を考えると。しかもタダという。

矢口：探しやすいのはレイアウト上とか。検索語の並びというか。

B：普通に検索するでしょう。バーツと出てきて、開くとこちら側に出るんです。治療とか、病院とか、全部出るので、だから読みたいところにポンと行ける。面倒くさいことは書いてなくて、簡潔に書いてあったりするから。それで行っちゃうんだと思います。気になったら、そこから引けばいい。

E：単語でも検索できるし、英語もすごく分かりやすく書いてあります。専門家が書いてあるのを英語の専門家が直して、すごく分かりやすく書いてあるんです。あと、最近日本語でも検索ができる。英語でスペルとか忘れちゃったときは日本語で取りあえず入れれば、すぐ

できる。便利です。

佐々木：少し話が変わるんですけども、クリニカルパスというのは使われていますか。

A：外科は使っています。

佐々木：外科は。上の先生でないと出せないというのではなくて、先生方は直接。

A：僕らは全部出します。

佐々木：出せるんですか。

山口：初期研修の先生は出せないんですよね。

A：初期研修医はたぶんまだ駄目だと思います。オーダーとか全部決まっている。

佐々木：作成に関われることは、基本的にはなくて。

A：外科だと、作成はスタッフ。専修医以上が一応やっています。相談を受けることはありますが、自分でつくったことはないです。

佐々木：使い勝手はどうですか。

A：簡単な手術やるときには楽ですね。何もしなくて済む。

佐々木：何も考えなくて済む。

A：その代わり、ちょっとずれると削除したりするのが面倒くさいです。

佐々木：内科的にはあまり使われてないですか。

B：消化器ぐらいではないですか。消化器の＝バリニムス＝とか、検査入院とかはあるかもしれないですけど。それ以外はあまりないですよ。ケモのパスとかもあるんですか。個人によって違い過ぎるから。

佐々木：あまりにも違うんですね。

A：定期的なやつしかできないと思います。外科だと、それがやっていいのか考える。内科だと緊急入院の対応とか難しい。

00：30：30

佐々木：どれぐらいその病院で標準的な治療が達成されているかとかを見るクオリティー・インディケーター（QI）という指標があるんですけども。それは、どこかで聞かれたことはありますか。言葉だけでも。

A：名前だけは聞いたことがあるかもしれません。

D：具体的にはあまり分かりません。

佐々木：どこで聞かれたことがあるんですか。学生時代ですか。それとも働き出してからですか。

A：働き出してではないですかね。病院の研修か何かで1回名前が出たような気がします。忘れちゃったんですけども。

佐々木：普段の診療では特に意識することは。

A：ないですね。標準的な治療というのはガイドラインに出ている治療ということなんですか。

佐々木：そうですね。例えば、心筋梗塞で来たらバイアスピリンを基本的には飲ませましょ

うみたいな、あまりにも当たり前と言われているようなことを、ちゃんとその病院で何%ぐらい実施されているのかという。

B：それはやっているのではないですか。難しいですよ。たぶん、ガイドラインに載っていてみんなが当たり前だと思っていることを、いちいちガイドライン調べていますかと言われたら、みんなが当たり前と思っているからしていないしという感じで。たぶん、先生方がおっしゃる標準的な治療という概念が、そこが合っていないのかもしれないんですけれども、われわれと。ガイドライン、みんなベースで、例えば知っている部分というものではないですか。そこが難しいと思うんですよね。そのすり合わせが。

山口：今までほかの病院の研修の先生方のお話しも聞いてつくづく思ったんだけど。先生方は後期研修でたぶん今一番怖いものない状態で、最先端のことを勉強して、しかもこういう大きな病院にいてね。上の指導の先生もいっぱいいるし、情報源もたくさんあって、みたいな。ご自身の20年後とか30年後とかを想像したときに、キャリアパスはだんだん多様なキャリアパスで、こういう病院で偉くなっていく先生もいるし、大学の教授みたいにしていく先生もいるし、あるいは市中病院で最前線の診療を担う先生もいるし、みたいになんてなっていくでしょう。

そうやってきたときに、いつまでも今みたいな最先端の情報源が **at hand** で常にあるとは限らないでしょう。しかも、20年後の若い先生は最先端の教育受けているけれども、先生方は20年たつとその教育を受けるチャンスはないです。そうすると、だんだん診療の質がばらけてきます。ものすごくいいハイクラスの治療をやる先生と、だんだんちょっと怠けてしまってレベルの低い治療をしているような先生が、20年後、30年後の全国平均を見るとそんなイメージになってくると思うんです。

そのときに、ガイドラインは最低レベルの保証みたいなところがあって、最低レベルの保証よりも落ちる治療をやってほしくないなというところがあるわけです。ガイドラインというのはそういう位置付けです。でも、そういうガイドラインを日常の診療でミニマム使っていたかためには、若いうちからそういうリテラシーをちゃんと身に着けていただかないといけないのではないかと考えているんです。

ほかの後期研修の先生もそうだったんだけど、ガイドラインなんて古いから、そんなの相手にしていたら最先端の治療できないと言います。それは、今の先生方のシチュエーションは全くそのとおりだと思います。先ほど言ったように、20年後、30年後に同じレベルの診療をきちんとやれるかどうかという、そこなんですよね。

僕は公衆衛生だから全国レベルでそれを保証するにはどうしたらいいかと考えるわけです。それで、やはりガイドラインが大事だと考えて、僕は10何年間もこの仕事をやっています。いいガイドラインもなかなか出てこないし、使ってもらえないという現実があるので。それを、若い先生方の感覚でどうしたらいいのかなというのをお聞きしたいということなんですよ。

00 : 34 : 50

そういうことを考えたときに、上の先生方はどうですか。20年ぐらい先輩の先生いますよね。50歳ぐらいの先生方。こういうところだと、たぶん学会とかにもちゃんと参加して論文も読んでみたいにしてきちんとやっていると思うんだけど。でも、全国全部X病院レベルではないですものね。そういう先生方も含めてどうか考えたとき、ガイドラインをどう思われますか。

A：あったほうがいいと思いますし。確かに20年、30年たったとき、自分の考えで凝り固まってということもあるだろうし、ちょっと離れたところに行くと情報を仕入れずに古い知識のままでやっているということもあります。ガイドラインは必ず必要だと思います。

かつ、それをどうやって手に入れるかという、だんだん最先端の医療から遠ざかっていくと、開業とかもそうですけれども、自分で情報を仕入れないといけないので。うちの病院みたいに大きなところだとMindsの紹介とかあると思いますが、そういうのがないところだと手に入らないかになってくる。そういう人にとっては、ガイドラインをこのようにしてやってもらうように仕向けるようにすべきだと思います。難しいとは思いますが。それが最低限の今保証されているものだと思います。

山口：たぶん、X病院みたいな病院で活躍している先生は、むしろガイドラインをつくるほうの立場で活躍していただいたほうがいいのかもしれないです。

B：160個も、例えばMindsにたくさん出ているとなったときに、最低限のレベルを担保するためのガイドラインだというお話だったんですけども。腰痛とか、今見たら咳とか、そういうガイドラインもあるのでびっくりしたんですけども。例えば1冊、ガイドラインを買くと3,000円とかします。それを160冊買ったなら48万ですか。

山口：はい。

B：それをMindsみたいなもので見られるのがすごくいいなと思います。ただ、僕はpdfで落としたいですから、落とせたら便利です。

佐々木：将来的に、ダウンロードしやすい環境になるように。

B：なるといいと思います。やはり、すぐにガイドライン見たいとき、自分がよく分からないので見るときにそういうのがあると便利だと思います。いかんせん、欲しいガイドラインが3,000円とか言われると、3,000円はちょっと考えませんか。本だったら別にいいんだけど、ガイドラインで3,000円かとなると。

山口：ガイドラインを本にして売っているのは日本固有の文化になっています。NCCNなんかタダじゃないですか。登録していればね。だから、日本だけ変な方向に進んでしまったんですね。ガイドラインがね。本当は、非常に公共性の高いものだから、誰でもタダで読めないといけない。

A：ガイドラインこそそうしたほうがいいと思います。買うのはアホらしいです。

C：更新されるともう。

奥村：そうですね。

B：患者さんも欲しいですね。もし、自分が患者になったときに見たくても、なんか。

E：何で有料にしたのか。

B：それは出版社の。

山口：学会の先生方に聞くと、別にお金が欲しいから売っているわけではなくて、本にすると出版社がきれいにつくってくれるでしょう。あれが貴重らしいです。自分たちであればできないものね。

B：じゃあ、Minds さんがつくればいいのではないですか。

山口：そうなんです。今、それを努力しています。

C：データ化すればお金も節約できますし。

山口：ほかに何かありますか。アンケートを書いていただいて。

佐々木：そうですね。そしたら 3 枚目に付いている 1 枚裏表のものがあります。今、お話をいろいろ聞かせていただいたいものなんですけれども、お一人お一人でいろいろ違われると思いますので、書いていただいて提出していただけたらと思います。

(終了)

Y 病院インタビュー調査

2014.08.27

■院長・副院長

00 : 00 : 52

山口：今回お邪魔しました趣旨は、Minds という事業をもう 12 年前からやっています、診療ガイドラインを扱っていただくという所です。Minds は学会が作ったガイドラインを評価・選定をしまして、ホームページに載せて見ていただくという、厚生労働省のためのをやっています。もう十何年たってガイドライン自身は 170 ぐらい掲載できるようになってきて「やれやれ」という感じではあるんですけども、なかなか現場の先生方に使っていないという、だんだん問題意識として大きくなってきてまして。

それで、中核的な病院の先生方にちょっとアドバイスをいただけないかというのが今回の趣旨でありまして。病院の先生方——研修医の先生から先生のようにトップマネジメントの先生がいらっしゃって——それぞれの立場でアドバイスをいただけないかなというので、よろしく願いいたします。

A 院長：いいえ、どうも。

今中：診療ガイドラインの活用について、今まで Minds の中で今、先生のおっしゃったようなこれまでの成果として、活用のところをちょっといろいろ調べていこうというのが分かりましたでしょうか。

A 院長：分かりました。

今中：それで、この裏にこういうような内容のことを聞きたいというのがございまして。

佐々木：2 枚目かな？ 3 枚目？ 3 枚目。

今中：こんなように。まずガイドラインの前に、情報が欲しい時にどういう情報探しをされているか。昔は本なり紙だけだったんですけど、今はネットだったりデータベースを使ったりいろいろやられてますので、その辺りを研修医の先生方を中心に聞いていこうということをやっております。

A 院長：ぜひとも。

今中：そして、実際にガイドラインはどういうふうに使ったり接したりすることがあるのかというのをまた若い先生方にお伺いする。そして、3 番目にあります **QI** の活用状況。**Quality Indicator** に関しては上の方の先生しか認識されていないということがほとんどですので、一応それを分かった上で聞こうかなと予定しております。

A 院長：分かりました。

今中：あと、Minds のあり方とかガイドラインについてのご要望とかをお伺いしようというように予定しております。

A 院長：分かりました。

今中：もう一つのこういうアンケートものがございまして、これが今のものをもうちょっと

具体的に落としたものですがけれども、問 1 の所に、病院でいろいろ診療なさる時に UpToDate は使いますかとか、『今日の治療指針』とか使いますかとか、そういう辺りをちょっと具体的に。

そして、病院によってインターネット・アクセスがしやすい所もあれば、しにくい病院もあり、個人でインターネットにつながらないといけない病院もあれば、病院が全部用意させている所もある。その辺りをお伺いしております。

ちなみに、Y 病院では電子カルテとインターネットにつながる端末は別？ 一緒ですか？

00 : 05 : 00

A 院長：別です。

今中：ちなみに電子カルテはどこのでしょうか？

A 院長：F 社です。

今中：ちょっと話はずれますけれども、F 社のユーザー会が結構大きなのが……

A 院長：ありますですね。

今中：ユーザー会の人らの中でも、データをどうやって電子カルテから取ってくるかのデータウェアハウスを研究している人たちがいるので、その人たちと F 社と評価機構も加わって、Quality Indicator を——今、日本病院会などでやっているようなやつのもっとたくさんの量の Indicator を——電子カルテから取ってこれるようにしようと、そういうのを今やっているようなユーザーもあります。これは余談です。

A 院長：それはほんまに興味がありますので、またそれができれば、よろしく願いいたします。

今中：それで、この問 1 の所にありますような PubMed とか UpToDate とか、こういうものを病院でどれだけ用意しているかとかしていないかとか、そういうのは図書室で管理されているんでしょうか？

A 院長：図書室のインターネット環境もありますし、医局にもインターネット環境を引いております。インターネットに関しては、各病棟の詰所でもできる状況にはなっております。医局は、実はドクターがある意味勝手に無線ルーターを付けられてやられるので、かえっていろいろ動きにくくなっているというようなことが起きているというのを聞いています。

ただ、やっぱり無線ルーターの環境がないと困るという、例えば放射線診断の先生方とかはそうでないと困るとおっしゃられるので、それを病院側がちゃんといわゆる電子カルテとは全く別個の、ハウリングを起こさないようなかたちでのルーターを設置して、ちゃんと使えるような状況にしています。放射線診断の先生方はご自分の iPad を持ってきて、それに接続していろいろな情報を入れながら診断をつけているようです。

今中：そうすると、自分の持ち込んだタブレットを病院の患者さんの情報につなげるようなことが放射線診断においては……

A 院長：患者さんに直はつながりません。ですから、もともとタブレット自体にも情報がい

ろいろ入れてあるようなものなんだろうと思いますけれども、それでインターネットから引いてきたものを参照しながら。実際の入力では、患者さんの情報自体は全く別個の電子カルテに入力していますので。

今中：参照するようなときに……

A 院長：参照する、いわゆる本を持ち歩くような感じで iPad を使いたいので、無線のアクセス環境がないとできないとおっしゃるので提供しているということだと思います。

山口：その iPad は各自のプライベートで買った……病院側は関係ない？

A 院長：個人のです。ですから病院が出してません。

山口：それは他の先生方も同じですか？ iPad を使いたければ自分で買いますか？

A 院長：ですから、どの方が何を持って来られているかは、はっきり言って細かく把握しきれてないというのが実情です。

山口：はい、分かりました。病院の例えば病棟にあるインターネット環境を見るためのパソコンは、別に病院としてはあるんですか？

A 院長：それは病院として用意したのがあります。

山口：それは固定しているパソコンを？

A 院長：固定しているパソコンです。

今中：それは図書室には何台かあるんでしょうか？

A 院長：B 先生、すみませんけどちょっとお願いできますか？ 専門家がいますので。彼なら絶対知ってますから。「図書館にインターネットのは何台ぐらいありますか？」ということなんですが。

B 副院長：インターネットの……

A 院長：端末。

B 副院長：端末環境ですか？ 一応あそこにあるだけで、全部で 4 台か 5 台あったと思いますけれども。

A 院長：遅れましたけど、副院長の B 先生です。

B 副院長：すみません。

山口：お世話になります。

B 副院長：お願いします。

00 : 09 : 58

A 院長：臨床研修とかいろいろなことを全て担当してくださっている院長補佐の先生ですので、私はほとんど分かりませんが B 先生が全部答えてくださると思いますので、よろしくお願いします。

今中：今日の予定で後ほどお話しいただく予定を立ててくださっていた先生ですね。どうもありがとうございます。

ここにありますような……

B 副院長：自分のを持ってきます。

今中：ありがとうございます。

病院で例えばPubMedとかにアクセスができるようにしているとか、あるいはUpToDateで……

A 院長：UpToDateにアクセスができるようにしているんですけど、あまり大きな声で言えないかたちでアクセスできるようになっています。できるんですけど、みんな百何十人の医師が誰が使ってもいいという環境を提供しているのかと言われると、少し違うかたちにはなっています。

B 副院長：今、DynaMedというのが入ってますので、それで使ってらっしゃる方がここにいらっしゃってます。

山口：ダイナミッド？

B 副院長：DynaMed といって、UpToDate にちょっと似たような感じのものだと思いますけど。

山口：UpToDate 自身じゃなくて別のものが用意されている？

B 副院長：そうですね。

今中：論文が欲しい時に、その論文の入手というのはしやすい状態になるのでしょうか？

B 副院長：普通に図書館が、PubMed とかその辺を一体にして一つの括りで医学中央雑誌とかその辺——名前を忘れましたが、あといくつかのもの——を入れてありまして、図書館のホームページに行くとそれが開けられて検索ができるということで、そんなに不自由はなく足りているかと思います。

山口：論文のPDFやああいうものも入手できるんですか？

B 副院長：一応契約の問題がありますので、契約している所は入手できるのがその一体として図書館のホームページの中に入っております。

今中：図書室に結構お金がかかると思うんですけども、予算はいくらぐらいでしょうか？

A 院長：予算はだいたい〇〇円です。

B 副院長：図書館のホームページは医局でも立ち上げられるようになってますので、図書館に行かなくても医局それぞれで立ち上げられます。

今中：そういう図書館のサイトは、自分が持ってきたiPadとかではつながらない？

B 副院長：つながらないです。

今中：つながらないんですね。分かりました。

図書室の中で紙の診療ガイドラインというのはいろいろな所にあるのでしょうか？ それともどこか1カ所にまとめてあるとか。

B 副院長：前、機能評価があった時には一応まとめて冊子にしてあったんですが、今はちょっと冊子としてまとめてはなかったかと思いますが。

今中：我々は審査でも何でもなく(笑)、現状はどんなかというのを結果として、それで200~300の病院にアンケートをしようと思っていてまして。今後に向けて現状がどうなっているかという、例えばUpToDateを使っている所・使っていない所がどれぐらいとか、実際に若

い докторが使っているか・使っていないかとか、インターネット・アクセスを病院はどれだけ支援しているか・していないかとか、そういうのをちょっと集計をして、それでお出ししようと思ってまして。その調査をするにあたって、いろいろと現状の話を伺いたいと思っています。

では、ちょっと話は変わるんですけど、クリニカルパスの中でガイドラインを最少にして内容を踏み込んでいくような話もあるんですけども、今、クリニカルパスは Y 病院ではいかがでしょうか？

00 : 15 : 16

B 副院長：院内ではだいた 140 ぐらい走ってますけれど、電子カルテになってからちょっと動きが悪くなりまして。紙の時はそれぐらい走ってて、現状でもたぶんそれぐらい戻っているんですが、ちょっと動きが——いろんな薬が変わった時にパッと変えられないとか——いろいろありまして、ちょっと使い勝手が悪いという状況はあるんですけども、一応それぐらいは走っております。

その中で抗菌薬の使い方とかその辺についてはガイドラインを利用していると思いますけれども、各部門の事柄についてはどれぐらいガイドラインを使っているかは少し不明です。

私は小児科ですので小児科について言いますと、今はほとんどパスは使っていないんですが、もともと使った時は、市中肺炎のガイドラインですとかその辺は一応参考にして作っているという、そんなかたちです。他もたぶん同じようなものだと思います。

今中：今、電子カルテでクリニカルパスもしようというところでは、かなりやりにくくなって止まっているお話はいろいろな所で聞こえているのですけれども、そういう場合に紙も並行して走らせるとかそういうことは特にないでしょうか？

B 副院長：紙は一応もう走らさんと、電子カルテで頑張ってみようということになっていて、結局使えていないというのが生じていることはありますけれども、一応電子カルテがメインでやっております。

今中：今、カンファレンスもいろんなカンファレンス——診療科の中であつたり、他科のカンファレンスであつたり——があると思うんですけども、そういう中でエビデンスがどうなっているんだとか、ガイドラインではどうなっているんだという話は頻繁に出てくるものなんではないでしょうか？ すみません、ザツとした質問で。

B 副院長：私は小児科で、小児科・産婦人科の合同カンファレンスとか小児科のカンファレンスとかありますけれども、小児科の中では抗菌薬の使い方とかはそういう「ガイドラインがこうなっているからこうこう……」という話はよく出てきますけど、やっぱり「それはおかしいんじゃない？」という話もちろん出てきますので、そういうような使い方はしていると思いますし、他科もたぶん同じような感じかなと思います。

今中：小児科・産科で合同でやる時は、産科のほうも同じような……

B 副院長：その会のほうは専ら情報共有が主になりますので、あまりそのところのディス

カッションはそんなにはしていない状態です。

山口：すみません。今のお話で、初期臨床研修の先生がローテーションで小児科に回ってきますよね。そういう若い先生に何か勉強させるためのカンファレンスとか勉強会とか、そういうのはおやりに……

B 副院長：抄読会と勉強会は、毎週水曜日に抄読会をして——小児科の話ですが——、木曜日にカンファレンスをするという、そんな感じです。

山口：それも各科だいたい同じようにおやりになっているんですか？

B 副院長：消化器とかはたぶんもっとあると思います。

山口：もっとやっている、そうですか。

B 副院長：大量のものをもっとやっていると思います。呼吸器も外科と内科の関係がありますので、その辺の合同カンファレンスと自分の所のカンファレンスと全部やってらっしゃると思います。

山口：そういう時には、例えば論文を読んで来いとか、そういう感じですか？

B 副院長：回して順番に。特に消化器は——向かいに消化器の先生がいらっしゃるんで、よくお話をしますが——かなりいろいろ読んだり、学会の前になると結構 12 時を越えてやってらっしゃいますけど。

山口：そういう時にガイドラインを参照させるというかチェックさせるとか、そういうことはございますか？

B 副院長：あるように聞いておりますけれども、「ガイドラインはあかんのや」という話も結構……。「あかん」というのは語弊がありますけれども、ガイドラインのとおりではなくて「やっぱりちょっとそこは……」というような話はたくさん出るみたいですけど。

山口：「ガイドラインをうのみにして、そのとおりにやればよいということではない」みたいなことを教えてらっしゃると、そういうことですよ。

00 : 19 : 57

今中：すみません、ちょっと偏った言い方でたいへん申し訳ないんですが、病院全体で例えばエビデンスに基づいた診療をやろうとか、クリニカルパスをどんどん使おうとか、そういう方針みたいなものはいかがでしょうか？

A 院長：Total Quality Management の大会を年に一度開いてますので、その時に QI を用いてベンチマークでの自分たちの医療の質をチェックしようということと、その年次的な変化で改善していることを確認しようというようなことは発信はしてますけど、年がら年中「ガイドラインに沿った医療をしましょう」なんてことを言っているというのではないですね。

今中：当院の医師の心得みたいなのを作ってそこに書いたりとか、そういうのは特に無いんですね？

A 院長：それは書いてます。QI のことは書いてないですね。

B 副院長：QI は一応、S（病院）の分だとか国立病院機構の分だとか、あるいは病院協会の

分だとかの **QI** を用いて各科にフィードバックして、医師は割合数字に敏感ですので、自分の所が低いと「え？」とか思うので、「その理由を書いてほしい」と言って、それは8割ぐらいの所から返ってきます。一応それで意識付けというか、そういうのがある一定ちょっとはできているかなと思っています。

山口：この **Total Quality Management** 大会は全ドクターが参加するみたいなの……

A 院長：いえいえ、参加する人は数は少ないんですけど、全職種は参加しています。

山口：そうですか。トップクラスの先生方が集まるという、そういうイメージですか？

A 院長：のときもありますけど、そんなに病院を挙げて何百人も参加するというのとは全然違いますね。

佐々木：すみません、先ほどのドクターに成績を返して意識付けというのは、S病院をモデルにされて、こちらの病院でも各医師に何か……

B 副院長：S(病院)みたいに厳しいことをやると、あそこまでやるとビッとやるので、(笑) そこまで……

A 院長：F先生がしてきてみたいなの、あんなことは一切してません。だから、可視化を付けてどうのこうのとか、「手を洗ってるか？」とか、あんなことをしたら謀反が起きます。(笑)

山口：F先生の所は同じF社でデータウェアハウスの機能を使っていろいろ検索して出していますと聞いてますが、先生の所も同じようにいろいろ出してらっしゃるということでしょうか？

A 院長：いいえ、DPCを使って出してこれるような。だから、あまり腕力が要るようなQIはやめようということにしていますので。

奥村：すみません、クリニカルパスの話に戻るんですが、クリニカルパスを改定する時の仕組みみたいなものというのはあるんでしょうか？例えばガイドラインを参考にするとか、そういうようなことは？

B 副院長：まずクリニカルパスの大会を開いて——年に2回してますけれども——、その時にやっぱり組上に上がったものがいちばん変えやすいというのがありますので、それ以外は各科の自主性に任せるというかたちで。内容を必ずしも把握してませんけれども、〇〇大会の時はそういうガイドラインももちろんですが、特に薬局の薬剤師さんが割合ワーワー言ってくれはるのと……

奥村：薬の用量のこととか種類とか。

B 副院長：それと検査の方も言われますし。その辺はみんな均等にちゃんと発言してもらうようにして。それでブスツとする医師もいますけど。(笑) そこでちょっと外圧を加えてというようなことで最初はやってましたけど、今はもう皆さん慣れたので、そこまでブスツとする人はいなくなりましたけれど。

今中：Y病院では発表されたりとかそういうのも非常に多いと思うんですけども——学会発表とか論文を書くとか——、そういうことに関しては病院として推進しようというふ

うになっているのでしょうか？

A 院長：院内学術委員会という委員会がありまして、毎月、発表件数とか、どの科がどういう発表をしたかというの一覧を作って、月ごとに広報しています。

00：25：07

それと、いわゆる発表と論文発表とをまとめた冊子を年に1回作ってますから、それで後からリファレンスすることができるというのと、科が違って他の科が何をしているか全然分からないというのがあるので、科を越えて先進的な取り組みをしているのを知するための部長講演会みたいなことも行っているのは行っています。

山口：それは年に1回……

A 院長：いえいえ、それは3カ月に一度、院外の先生もお呼びしてやっているんですけど。

今中：それは聴く人はどなた？

A 院長：どれもあまり参加者が多くないので。だから取り組みとか仕組みはいいとは思いますが、さっきも言いましたように、それが数百人の人が参加してできるとそれはゴロツといろいろな意識が変わってくるんでしょうけど、そういうことはなかなか難しいです。皆さん本当に臨床の現場で忙しいので、「無理むり参加してよ」とも言えませんから。だから、時間のある人に参加してほしいということで。本当にそれで参加するものすごく有益だと思んですけど、なかなかそうはいかないのが現状です。

山口：発表するほうは交代というか順番になるべくは……

A 院長：そうです。そのとおりです。

山口：それは院長先生としては評価を兼ねて、それはないんですか？

A 院長：いえいえ、あえてそういうことには使っていません。

山口：すみません、ちょっと話題を変えてもいいですか？ 若い研修の先生方ですが、初期臨床の研修の先生は何人ぐらいいらっしゃるんですか？

B 副院長：だいたい定員としては9人なんですけど、ちょっと少ない年もありまして。ただ、〇〇大とも助け分けもありますので9人よりも増える時もありますが、9人前後というようなかたちです。

山口：9人で2年ですから、9人掛ける2倍の先生が……

B 副院長：そうですね。だいたい18人ぐらい。

山口：18人ぐらいの先生がいらっしゃる。後期の先生は？

B 副院長：後期は全部で12～13人だと思います。

山口：この先生方は初期研修からずっと上がっていく感じですか？

B 副院長：いや、あっちこっちみんな移りますので。そのままという方もいらっしゃいますけれども、そんな多くはありません。

山口：やっぱり〇〇大の先生が多いんですか？

B 副院長：いや、〇〇大は年によってその9人のうち3人というのが最高で、たいていは1人かゼロかです。

山口：それは初期研修の先生？

B 副院長：初期研修ですね。

山口：あまり来ない？

B 副院長：そうですね。〇〇大じゃなくて他大学が多いですね。〇〇大から〇〇大学まであっちこっちから来てます。

山口：全国ですね。後期研修の先生も同じですか？

B 副院長：後期も、ちょっと科によっては偏りがあるかもしれませんが、〇〇大が多い科も少しありますけど、全然そうじゃなくて違う所から少し集中している科もあります。

山口：〇〇大から派遣みたいな先生もおられるんですか？

B 副院長：たまにいらっしゃいます。

今中：いろいろなガイドラインがいろいろありますけれども、それをより使いやすくするために何かご意見とかご要望とかございますでしょうか？

A 院長：ガイドライン自体がよく「医師よりも看護師のほうが＝見誤って＝いる」と言われているから、という感じに医療職はまだとっているところがあるのかもしれませんが。ただ、やはりそれなりに「全体としてのコンセンサスは今ここにあるんだな」というある一定の判断の基礎としては使っていると思いますけど。

山口：ただ、実際の診療はもっと違う……

A 院長：もう少しフレキシブルに診療していると思います。

00：30：08

今中：ご注文とかご要望みたいなものは無いでしょうか？

B 副院長：Minds もだいぶ見てなかったんですけども、最初の頃、小児科はあまり無くなって、それで見てなかったんですが、最近は結構増えて。ただ、ガイドライン自体はもう既に知れ渡っているガイドラインなので、みんなそれぞれを持っていますので、あんまり……。すみません。

山口：先生のご自身の専門領域だったら、一回パラッと見れば「ああ、こうだね」みたいな感じですか？

B 副院長：血液についてはあんまり内容までは書いていませんので、やっぱりいろんなプロトコール、マニュアルというのがありますので、そちらのほうがずいぶん10倍以上分量もあるので、そっち側をやっばり見てますので。

山口：先生は血液の……

B 副院長：小児の一応、血液なんです。

山口：私は疫学のほうで小児科の先生には散々お世話になって。研究グループが JACLS とかいろいろあって……

B 副院長：あれはうちがやってると思いますけど。

山口：プロトコールで治療が動いてますよね。あんまりガイドラインはなじみ……

B 副院長：そこまではちょっと踏み込めないの。あれも標準的治療になっているのでガイ

ドラインみたいなものなんですけど、ものすごく詳しいので。

今中：ご自分の科でない診療科の所でのガイドラインという機会というのはあまり無いでしょうか？

B 副院長：あまり無いです、すみません。この機会にちょっと覗きはしましたけど、あまりそれを見てないんだというのはあまり無いです。

今中：始めのほうの話に戻りますけれども、病院でさっきの DynaMed とか医中誌とかどういふものを入れようかというのは、図書委員会か何かで決めるんですか？

B 副院長：おそらくそうだと思いますけれども。

A 院長：雑誌の購入についても全部、一応、図書委員会を通して購入を決定していますので、病院側は総枠の予算を提示して、「その中に収めてよね」というのを申し上げてますけれども。

今中：図書室は司書さんのようなかたちの係の人が……

A 院長：いらっしゃいます。

今中：何人ぐらいいらっしゃいますか？

A 院長：今はお一人です。

今中：司書の方ですか？ 司書ではない事務の方ですか？

A 院長：いえいえ、司書の方です。専門のそういう資格を持ってられます。

山口：ここは24時間オープンとかいうのになっているんですか？

A 院長：図書館がですか？

山口：はい。

A 院長：入れることは入れるんです。鍵を……

B 副院長：鍵があるので、当直事務の方が。

山口：司書の方は……

A 院長：当然、司書の方はいらっしゃらなくなりますけど。

佐々木：情報検索の仕方とかを研修医の方が入ってきて入職の時に指導したりとかは、そういったような何かのことはされますか？

A 院長：しているはずですよ。

B 副院長：してますけど、彼らはすぐ分かるので、あまり教えんでも……

佐々木：もう既に知っている？

B 副院長：すぐ分かりますね。

山口：先生方からご覧になって、最近の若い先生方はそういうのはやっぱり得意ですか？

A 院長：それはものすごく。

B 副院長：得意ですよ。

今中：本当は若いドクターの時間の時に聞きたいと思うんですけども、皆さん、端末——iPad とかそういうもの——を結構持ち歩かれているんでしょうか？

B 副院長：持ち歩いている人は結構いるとは思いますが。

A 院長：今申し上げた放射線の先生は、そうやって使ってられると思いますけど。

山口：それは各自の自由ということですよね？

A 院長：そうです。

山口：自分のなんか〇〇と思って……

A 院長：昔、手帳を持っていたように使う人も当然いるんだと思います。

今中：初期研修の中でエビデンスベースとプラクティスはこんなものなんだとか、そういうのというのは教える場とかはあるんでしょうか？

00：35：05

B 副院長：それをキッチリそういうふうに教えているというのはあまり無いかもしれませんが、オリエンテーションが特に1年目は1週間ほどありますので、TQMの中でそういう話は少しはしますし、京都府医師会のオリエンテーションも受けるので、少しその辺りの話がありますけれど、それに特化して長々とはやっておりません。

今中：他にご質問ありますか？ 奥村さん、いかがですか？

奥村：大丈夫です。

00：35：50

■研修医

00 : 00 : 00

今中：今日はお忙しいのにお時間をとっていただきまして、ありがとうございます。

山口：20～30分程ですけど、よろしくお願ひします。

今日お伺ひした最大の目的は、診療ガイドラインの情報サービスで **Minds** というのを我々はもう10年以上やっています、掲載している数はそこそこの数になったんですけど、あまり使われてないんです。活用されてないので、なんとかしなくてはいけないというふうに思っています。どういうふうにしていったら先生方に使っていただけるのかということ、ちょっといろいろアドバイスが欲しいということなので、ああしてほしいとか、こうしてほしいとか、ここがダメとか、何でもいいですから教えていただけたらと思いますので、よろしくお願ひいたします。

今中：既にこのアンケートを **B** 先生からいただきまして、どうもご協力ありがとうございます。ダブるんですけども、お伺ひしていきたいと思ひます。

病院の中で何か情報を収集しようという時に、昔は本とかしか無かったんですけども、今はインターネットを使ったりいろいろなデータベースを使ったりということがありますが、どういうものをよく見られるのでしょうか？ **C** 先生から、では。

C 先生：私は普段いちばん使うのは、インターネットで見ることと本で見ることとどちらもやっております、このインタビューのアンケート用紙で見させていただくと、PubMed、医中誌、あとは UpToDate、Yahoo/Google であるような普通の検索エンジンであって、**Minds** もガイドラインについて私は個人的には使用させてもらうことがあります。

あと、薬剤の添付文書、『今日の治療指針』です。あとは診療ガイドラインのいろいろな所から出ているものと、一般的な書物。あと、インターネットでいえばメディカルオンラインはよく使います。

山口：そういうのをご覧になるのは、病院のパソコンですか？ それともご自分で何か……

C 先生：私自身の医局に置いてある自分のノートパソコンで、病院のパソコンは——私もまだあれなんですけど——基本的にカルテが見られるパソコンがインターネットアクセスができないので、自分のパソコンでそういう情報の検索というのはしております。

山口：それは持ち歩いているんですか？ それともどこかに置いてあるんですか？

C 先生：私のはちょっと大きいのでどこかに置いている分と、あと iPad で持ち歩いて見しております。

今中：iPad の中にはいろんな情報を入れているんですか？

C 先生：はい。iPad の中に入れているのは、基本的には Evernote というようなそういうクラウドサービスであったり、あと Dropbox のようなものに PubMed だったりから落とした PDF を全部入れておまして、必要な時にそれで見るといようなかたちにしてたりとか。ガイドラインなどはだいたいタブレットの中に入れていくようにはしています。

山口：EvernoteとかDropboxに盛り込むのは、図書館で入手できるPDFとかをそこにポン入れて？

C先生：そうですね、何でも。インターネットから落としたものであっても普段のコピーしたものであっても、とりあえずポータブルのスキヤナーを置いて、普段から紙でもパッと入れちゃうようにしているんです。なんか紙はクチャクチャになって、すぐ無くなってしまいうので。

今中：iPadでアクセスするにあたって、接続で困ることは無いですか？

C先生：院内でたまにちょっと電波が悪い所があるんですけど、基本的には最近ではiPhoneとつなげてWi-Fiで利用できるんで、そこはあまり問題無いかなと思ってます。

たまたま私がつい最近まで大学のほうにおりましたので、大学のほうのアクセスのパスワードを使うとPubMedとかそういったものも全部見放題になっているので、それで私の場合は調べやすい環境にはあるかなと思います。

00：05：08

山口：先生は、すみません、何科でいらっしゃるんですか？

C先生：小児科です。

山口：B先生の所？

C先生：そうなんです。

B副院長：声掛けやすい所に……（笑）

今中：では、D先生は何年目ですか？

D先生：研修医2年目です。

今中：今まで何科を回られたんですか？

D先生：今まで内科全般と外科と耳鼻科と放射線科と麻酔科もありました。

今中：今は何科ですか？

D先生：小児科です。

今中：同じような質問なんですけれども、調べ物をする時とかは何を参照に開いていますか？

D先生：救急外来とかではポケットマニュアルのレジデントマニュアルとかそういったものを使いますし、あと、救急外来のインターネットを使って検索をかけてみたりはします。

今中：ご自分でノートパソコンとかタブレットは持って来られてるんですか？

D先生：研修医室にあるので、なかなか帰ってまで使うということはないで……

山口：持ち歩くことはない？

D先生：はい。

山口：研修医室にはご自分のパソコンがあるんですか？

D先生：はい。あと、スマートフォンとかで調べたりすることもあります。

山口：スマートフォンは持ち歩いているんですよね？

D先生：はい。

山口：しょっちゅう見ますか？ スマートフォンは。

D先生：カルテで分からない言葉とかあると調べる時はあります。

山口：スマートフォンではどんなものを調べるんですか？ ネット検索ですか？

D先生：はい、Googleを使います。

山口：Googleで。ワツとか喋っちゃたりして。

D先生：違います。(笑) 打つタイプです。(笑) あとは『治療指針』とかガイドラインは、部屋に帰ってゆっくりした時に調べたりとかはします。

山口：研修医の先生が17~18人いると聞いたんですけど、皆さん、だいたい同じような感じですか？ 研修医室にパソコンを持っているというのは。

D先生：はい。

山口：自分ではスマートフォンで調べるほうなんですね？

D先生：そうです、はい。

今中：タブレットをいつも持ち歩いている人もいますか？

D先生：そういう人もおられます。

今中：それは少数派ですか？ 多数派ですか？

D先生：タブレットを持ち歩く場合はWi-Fiもたぶん自分で持ち歩いてないといけないので、それを持っているかどうかによって決まると思います。

山口：MindsでガイドラインをタブレットとかWi-Fiで見れるようにしようかなと今ちょっと検討しているんですけども、もしもそういうことがあったら使っていただけますか？

D先生：ものすごく使いたいです。

今中：D先生はMindsというのをご存じでした？

D先生：洋名を調べた時に時々トップで出てくることがあって、それでクリックして調べたらすごいまとまっていたので、いいサイトだなと思ってたんですけども、どういった方たちが作っているのかイマイチ把握してなかったです。

山口：「Mindsってどこの会社だろう？」みたいな、そうだよな？

D先生：はい。

今中：イメージとしては信用できそうに思いましたか？ それとも「これはちょっと信用したらいかんな」と思いましたか？ このサイトに価値あるか、信用できるような人たちが作っているのか、それとも「ちょっとこれはあまり信用できないな」とか、どういうイメージを持たれましたか？

D先生：すごくよくまとまっていたので、変なサイトではなさそうな感じはしたんですけども。

山口：他の病院で、やっぱりネット検索で引っかかって「得体の知れないサイトだ」と思われている所があったので、ちょっと今、反省しているんです。

00:10:00

今中：C先生はMindsが使われたことがあるとおっしゃってましたけれども、どういう使

われ方をされてたんですか？

C先生：ガイドラインはだいたいどういうのが載っているのかなというのとかを、ネット検索もそうですし、一回……これ、登録が必要じゃなかったでしたっけ？　なんか……

今中：登録はしてもしなくてもどっちでもいいんです。

C先生：確か（登録を）して、それで「どういうのが載っているのかな？」って見て、たまに「載っているかな？」って見るという感じで使ったり、載ったら利用させてもらって。ただ、小児科のがあまり充実してなくて、小児科じゃない時に使うことがあったけど、小児科というのを限定するとなかなか使えなくて残念だなとは思ってました。

今中：小児科が充実してない問題のご指摘がありましたけれども、他に Minds について「もっとこういうふうだったらいいのにな」というご要望とかありますか？

C先生：この Minds 自体がガイドラインが載っているということをたぶんみんながあまり知ってなくて、私はたまたまこのパンフレットをどこかで見つけて、それでアクセスしてみたというのがたぶん始まり。それまではたぶんネット検索で——D先生と一緒に——引っかかってきた時に見たという程度だったんですけど、「こういうのがあるんだな」というので自分から Minds にアクセスしたというのがあったんですけど、そのきっかけがみんなは無い気がするの。

もし使いやすくというのを考えると、添付文書みたいな感じで普通のカルテ端末とかそういう所からオフラインでも見れるようなものがあったりしたら、すごく嬉しいなというふうには思いますし。アクセスするのに結構知らなきゃいけないとか、たぶん自分のパソコンが要るとか、診療にすぐ使うという意味では1ステップ、2ステップ要るなという気がするの。

カルテの端末——ちょっと難しいのかもしれないんですけど——そういうのに入っていると、みんながとりあえずはアクセスする場所になる気がするんですけど。

今中：薬の添付文書はもう入ってるんですか？

C先生：入ってるんです。

今中：D先生はガイドラインとか Minds に対して何かご要望は無いですか？　もっと使いやすくするために。

D先生：検索する時にどんな病気が載っててどんな病気が載ってないか、よく分からないので、必ずここで調べるとい癖が今はまだついてないので。

今中：全部広くカバーしてたらまずそこに行こうかなと思うけれども、今はそうでないんですかね。

D先生：はい。それで検索してみて、もっと上のほうに来てくれたらもっと使うんですけども、わざわざ Minds を一緒にキーワードに入れて検索するということはあまり無いので、引っかけにくいのかなというふうに思います。

山口：Google で検索する時に病気の名前の後ろに例えば「ガイドライン」と付けて検索したりすることはありますか？

D 先生：あります。

山口：そういう時は **Minds** はたぶん比較的上のほうに行くと思うんです。ただ病気の名前だけだと、たぶん **Minds** はずっと下のほうに見えない所にですね。

D 先生：分かりました。

今中：ガイドラインというそういう言葉も行き渡って来ましたけれども、そういうもの全体——図書館としてもあそこにガイドラインがありますけれども——のガイドラインというものに関しては、いいものだとか頼りになるものだとか、当たり前のことしか書いてないとか、どういうイメージを持たれてますか？ C 先生、どんな感じ？

C 先生：私はまだ専攻医の身分なので、専門という意味で一つの領域を深めている立場ではないんですけど。なので、ガイドラインというのはたぶんいちばん初めにとりあえず絶対にやってなきゃいけないことが書いてある。あとは、多くの人がたぶんそのとおりにまず沿えば、結構ハズレは無いというふうなイメージで。

00 : 14 : 56

とりあえずガイドラインがあるものに関しては一通り目を通して、その上で例えばエビデンスであったり、それがうまくいかなかった時に他にどういうふうな治療があるのかというのを、枝分かれとか派生して調べるようにはしているんですけど。ガイドラインがあるものはとりあえずガイドラインを全く無視して治療するという勇氣は全然無いので、それをまず押さえるというのが基本かなというふうには考えているんですけど。

山口：何年か前になってしまったと思うんですけど、学部の教育ではガイドラインのこととかがって教わりましたか？

C 先生：無いです。

山口：D 先生はどうですか？

D 先生：無いです。

今中：ガイドラインにエビデンスのレベルとか推奨度だとか書いてありますけれども、そういうのというのはどこかで習ったことはありますか？

C 先生：それは大学で習います。エビデンスレベルであったり文献検索に関しては学ばんですけど、ガイドラインがどうこうとか、そういう話は無いです。

今中：C 先生が習ったのはどこの大学ですか？

C 先生：〇〇大学です。

今中：どの講義ですか？

C 先生：医学情報なんチャラという、そういう講義が一応あって、そんなに回数は多くないんですけど。簡単のところからでは PubMed だったり医中誌だったりそういうものの検索から、どういったふうに文献自体を吟味して、丸呑みするんじゃなくて考えるのかとか、そういう授業が一応……医療情報学だったかな？ 何かあるんです。その中で学んだ気がします。ちょっとうる覚えなんですけど。

今中：D 先生、どうですか？

D 先生：私は〇〇大学なんですけれども、そういった授業は全く無かったです。

今中：先生から他にご質問は無いですか？

では、クリニカルパスのこととちょっと関係してお伺いしたいんですけれども。クリニカルパスは使われていますか？

C 先生：使ってないです。

今中：D 先生、どうですか？ 触れることはありますか？

D 先生：クリニカルパスは、病棟に置いてある、何日目に何をしてというものでしょうか？

今中：はい。

D 先生：一応、参考に見たことはありますけれども、よく分からないです。使ってないです。

山口：全く科によるということですね。科によっては置いてあるんですね。

C 先生：たぶん外科はクリニカルパスを結構使っている気がしますけど、内科はあまり無い気がします。

B 副院長：補足しますと、眼科と消化器内科、それと外科系がかなりたくさん置いてあります。小児科は以前あったんですが、電子カルテになった時に無くなりました。(笑) あんまり評判が良くなかったので、今は使ってないです。

今中：Quality Indicator とか医療の質の指標というのが最近ありまして、流行っているというほどにはなっていないんです。いろいろな病院の団体とかで比べたりとか、ガイドラインに沿ってる割合を比べたりとかというのがあるんですけれども、そういうのは認識されたことはありますか？

C 先生：正直、それは無いです。

今中：そういう Quality Indicator って聞いたことはありますか？ 聞いたことは無いに等しい？

C 先生：今日、B 先生から教えていただいたぐらいです。

今中：分かりました。そういうのは、病院団体とかのプロジェクトでいろいろ成績を比べましょう、〇〇ということです。ご参考までに。

B 副院長：一応、病院のホームページにもあります。(笑)

C 先生：分かりました、すみません。ちょっと勉強しておきます。

今中：佐々木先生、何か。

佐々木：今答えていただいた中で少し教えていただきたいと思ったのは、iPad で Evernote と Dropbox で、Dropbox は PDF を全部入れているとおっしゃって、Evernote はどんな使い方をされてるんですか？

C 先生：Evernote も PDF を入れることもできますし、あとは必要な情報を私はノートにして全部入れていて、すぐにオフラインでも見れるようにできるんです。なので、入れたやつをパソコンで打ったものであれ何であれ、全部載っけておくと……

00 : 20 : 06

佐々木：では、Word とかもですか？

C先生：そうです、そんなのでも入れてます。何でも入れられるので。Evernote 自体がノートになっているので、そこに普通に直接落ち込むこともできるんです。それがタブレットであったり iPhone みたいなスマートフォンでオフラインで見えるので、インターネット接続が無い所であってもノートが勝手にアップデートされているので、パソコンだったりいろんな端末で入れたものが全部入ってくるんです。

佐々木：どこからでも同じものが見えるというメカなんですね。

C先生：そうなんです。

佐々木：Dropbox はなぜわざわざ別に？

C先生：Evernote はやっぱりノートなので、Dropbox はファイルとしていろんなものを管理するには向いていて。なので、両方に同じものが入っているパターンもありますし。Evernote はノートなので、ファイルをそのまま入れてても自分が欲しい情報は実はその一部だったりするので、自分でそういったものを抽出してぶち込んで入れてたりするのを…

佐々木：使い分けする？

C先生：そうですね。

山口：それは周りの先生方皆さんもだいたい同じですか？

C先生：やっている人とやってない人がかなりいると思います。やっぱり紙媒体のほうが好きだという人もいれば、私は紙はすぐに無くてしまったり管理がへたくそなので。それと、携帯は常にポケットに入れているんですけど、なんとなく「あの本が無い」とかいうのがすごく嫌で、取りに行かないと手元に無いというのが嫌なので。自分が勉強したことに関してだけしか入らないですけど、初見のことは本とかでとりあえずまた探さなきゃいけないんですけど、大事な情報だけ入れておくと、前やったことは検索がするというふうにはしているんです。

今中：最近、教科書とか全部 PDF にしてパソコンに入れている人がいますけど、そういう人は多いんですか？

C先生：そうですね。教科書の種類にもよって、やっぱりターッと見てパラパラパラッとめくって見るほうが辞書的に使いやすいものと、それこそガイドラインみたいにタブレットに入れてても検索がすごいしやすいものとで結構 2 パターンで本当に分かれるので。

簡単にパッと調べて PDF のほうがやりやすいものに関しては、私は〇〇大学でそのまま研修をしたんですけど、研修医が 50 人とか 60 人とかいるので、それで希望者だけ一緒にお金を出し合って本を 1 冊買って、PDF に全部しちやって、みんな PDF を分け合って——ちょっと著作権の問題があるかもしれないんですけど（笑）——、それでそれぞれのタブレットに入れて、というふうには持ち歩いているので。お互いパソコンだったりタブレットだったり、というふうには抜粋して PDF にしたほうが使いやすいものに関しては共有してます。

奥村：一つお聞きしたいんですが、患者さんとお話する時っていうのは、いつもご自分が

何かを調べるといふこととは別に、何か別のツールみたいなものを使ったりとか見たりとかすることはありますか？ 説明をするためにかみ砕いた資料みたいなものとか、そういうのを参考にしてお話しされるのか、それともご自分が習得したことを自分の中でかみ砕いてそのままお話しするか？

C先生：今はまだそういう患者さん向けの説明書とかを作るところに至ってないんです。私の理想としては、たぶん患者さんにお渡しできるような簡単な説明書があったらいいと思うんですけど、そういったものが無い場合は自分の中でかみ砕いた説明をしたりとか、その場で図を描いたり文字に起こしたりして説明することが今のところは多いです。

奥村：Minds のサイトにも疾患は限られているんですけど一般向けの所があって、ガイドラインが出ているものについてはその一部に患者さんの説明やそういった解説も作っているんで、もし時間があつた時に見ていただくと……

C先生：分かりました。ありがとうございます。参考にします。

山口：小児科系は無いかもしれないですけど。

奥村：そうですね、今のところは。ただ、今後も作る候補には挙がっていますので。あとは例えば虚血性疾患、高血圧とか、いろいろな共通している罹患者数が多い疾患なんかは割と載っているかと思います。もしよろしければ。

C先生：分かりました。

今中：「わかりやすい解説」というのを作ったので。

奥村：「やさしい解説」。

今中：「やさしい解説」。結構分かりやすい絵が載ってて、ちゃんとプロのガイドラインを作った先生方がちゃんと監修に入ってます、それなりにちゃんとした——それなりにじゃなくて、ものすごくちゃんとした（笑）——ガイドラインがありますので、またよろしく。

00：25：00

C先生：分かりました。ぜひ小児科も。（笑）

今中：領域を広げていかないと。

奥村：そうですね。

C先生：むしろ小児科はよく分からない疾患もいっぱいあるので。

畠山：聞きたいことはいっぱいあるんですけども、一つだけ。臨床の現場で「ちょっと分からない」とか「ちょっと困った」という時に、何かを調べるといふことはありますか？ 例えば家に帰ってガイドラインとか教科書とかを調べることはあるとして、現場でスマホとかで何かを調べるとかそういう時に、何をどういう基準で探しに行きますか？ どういう情報が欲しいと思って探しに行きますか？

C先生：現場で患者さんがいるっていう時は、例えば自分の中でだいたいある程度考えられる検査等をして、患者さんが検査をされている間に調べるんですけど。一つは、小児科でいうと『小児内科』とか『小児科診療』とか出ているような雑誌であつたりとか、そういったのにやっぱり結構専門の先生が割とかゆい所に手が届く感じで書いてくれてはったり。あ

とはやっぱりスマートフォンが今あるので、その場でガイドラインというのを検索することが多くて。5~10分間でスマートフォンで検索して、ガイドラインがあるものはガイドラインをバーッと目を通します。

なので、あまり家に帰ってから落ち着いた時にガイドラインというよりは、その5~10分を結構使ってフルに検索することが多いです。やっぱり家に帰ってからするのはPubMedとかで、その場では絶対検索しないですけど、ガイドラインであったりインターネット、GoogleとかYahooもそうですし、あとUpToDateは見ることもあるかな。さすがに文献までは検索しないですけど、『今日の治療指針』みたいなまとまった書物であったりとか。

山口：ちょっとゴメン。Cochrane というのは見ることはありますか？

C先生：Cochrane？

山口：無いですよ。

C先生：分からないです。何ですか？

山口：Cochrane というのはシステマティックレビューのデータベースがあるんですけども、その世界的なデータベースで、4,000~5,000のシステマティックレビューがあります。

C先生：私もこれからちょっと……分かりました。それは登録して見るという？

山口：有料なんです、ライブラリなのは。

畠山：ただアブストラクトだけは無料で見れるので、触りだけは結果だけは見れますので。

佐々木：〇〇大のにアクセスできるんですよ？

C先生：でも〇〇大のにアクセスできるんですけど、〇〇大の中にこれ入ってますっけ？

佐々木：入ってます。

C先生：あれ？ 私が使ったことない？ たぶん使ったこと無いです。これからちょっと知るようになります。ごめんなさい。

山口：D先生も聞いたことないですか？

D先生：初めて聞きました。

山口：いろいろな所で初期研修・後期研修の先生方に聞いてきましたけれども、今までゼロです。(笑)

C先生：なぜか、ずっと〇〇大でアクセスしてますけど、使ったことない。UpToDateは使うし……。

奥村：Minds のサイトでガイドラインの掲載されているものの一部なんですけれども、そのCochrane Review Abstractの日本語訳というコンテンツもあるので、もしそれもよろしかったら……

C先生：分かりました、ぜひ。

佐々木：すみません、ちょっとお話し中なんですけど。小児科だと大人とはちょっと違うかもしれないんですけども、他科の患者さんで悩んだ時にガイドラインを見たとか、そういうような使い方をされることはありますか？

C先生：研修医の時はずっとそういうことがあったんですけど、小児科というふうになってから他科のものでガイドラインというと……。例えば大人にもあるような疾患で子どもというときに、ガイドラインを一応見るというのはすることはありますけど。研修医の時ほどそういう活用方法が無くなっているような気はします。

佐々木：例えば小児循環器でも直接紹介しちゃうか、ちょっと自分で悩みながら診るかとか、そうしたら循環器とかのガイドラインとかを……。そういうのはある？

C先生：それはあります。

山口：よろしいですか？

今中：お忙しいところ、ありがとうございました。

一同：ありがとうございました。

00：30：22

Z 病院インタビュー調査

2014.07.11

■ 院長

00 : 00 : 07

山口：私がちょっと口火を切らせていただきます。私、御挨拶申し上げましたように日本医療機能評価機構で12年前からマインズという事業をやっています、これは診療ガイドラインを評価選定しまして、ホームページに掲載して普及するというそういう趣旨のプロジェクトであります。掲載するガイドラインはもう150ぐらいですかね、になって少し余裕が出てきたところですが、問題は病院の先生方にかにガイドラインを活用していただけるかというところが、だんだん問題の正面に出てまいりまして、それで今中先生に相談申し上げて、実際に日本で先進的におやりになっている病院の先生方に御意見をお聞きしたいというのが今回の趣旨であります。活用を促進して、その結果、例えば今中先生がおやりにやっているQIPというあの指標で、ガイドラインを積極的に取り入れている病院の方が成績がいいみたいなものが出れば我々もちょっと鼻が高くなるのかなという、そんなことでございます。

A 院長：はい。歴史はよく理解致しました。

山口：よろしくお願い致します。

D 科長：先日お送りいただいた資料で、本日は病院長と、あと機能評価とか医療の質関係の担当の副院長と、あと図書室の司書さんという形に設定させていただいているのですが、大体15分から20分、25分ぐらいずつを別々の方がよろしいか、それとも一緒の方がよろしいかというのをもう一回ちょっと確認させていただければと思うのですが。

今中：もしよろしければ別々で。

D 科長：別々の方、じゃこの予定どおりで進めさせていただきます。

今中：インタビューの趣旨ですけれども、数病院インタビューで、いろいろ前向きに取り組みされている病院のちょっとお話を伺わせていただいて、その後に数十病院か、200、300の病院にアンケートをしようと考えております。たたき台のたたき台みたいなものが、今日お手元にお配りしましたクリップ止めの下の方にある1枚裏表物でございます。もう一つのアイデアは、協力のお願いに書いてありますホチキス止めの2枚目のところに、インタビュー項目とかつこ当日用と書いてあるページがございまして、おおよそこういう内容を各病院にお伺いしていきたいと思っております、病院長には病院全体の方針はどうなっているのかというのを伺いして、あと院長レベルの先生方には〇〇かをお伺いして、研修時には実際の研修活動をどうなさっているのかお伺いしようということで今進めております。

それで、ガイドラインの話だけというよりは、いろいろなこういうときにどうしようというときにいろんな情報検索をされますので、今病院の環境の中もアップツデー、〇〇で

はありますけども、検索をたくさん使われている人もいらっしゃる、インターネットを通じていろいろ情報検索をされていますので、実際にはどういうふうに情報を集めて考えていらっしゃるのかを研修医の先生方に、後期研修の先生方にお伺いしようというふうに考えております。そういうことで、ちょっとずつ進めている次第でございます。

A 院長：はい、ありがとうございます。

今中：そういうような感じで、そういう情報の環境とか、あるいはエビデンスに基づいて臨床をやっていきましょうとか、そういうことに関して病院の方針とか、推進されている何かというのはございますか。

00 : 05 : 07

A 院長：まず現状ですけれども、例えば情報、いろんなところで〇〇それこそお話しいただきましたマインズ、ホームページへすぐ一人一人の机のところにあって、情報端末があつてですね。それで、それが病院から供給されていて、それで随時見られるというような状況にはないですね。個人的にワイファイなんかを使用して、私は全部理解してないかもわかりませんが、余り医局に出入りしないですから。医局としては 1 つの契約している対外的、URL につなげるあれはあるわけですね。

D 科長：あります。院長先生がおっしゃられたとおりですけど、ちょっと実務的な技術的なところだけ追加でお話しさせていただくと、今から 13 年前、14 年前ですね。この病院が新設された建て替えの以降から、全ての医師の医局のそれぞれのデスクに、外のインターネットを接続できるラインはきちんと整備されています。ワイファイに関してはどういうふうに設定するかということがここ数年随分進んでいて、医局の中では大きな部屋ごとに一つずつぐらいは自主的に飛ぶような形にはなっているのですが、病院全体でそれを全部お金を出しているかというところはまだ途上の状態です。ですので、検索をする環境は用意はしているというところで、それをどういうふうに活用しているかどうかというのは個人個人の意思に委ねているという感じです。すみません、途中で。

A 院長：いいえ。私医局をほとんど利用したことがなくて、5 年ほど前にこちらに参ったものですから、そういうことで全体のシステムがちょっと理解できていないところがございます。ただ今お話ししたように、そういった外部環境とそれぞれがつながるようなものは、病院として提供しているというよりも、医局として契約しているというような形でつながっているというのがある意味渡っていることは理解しておりましたけれども、今の D 科長からの説明で私も今ちょっとわかったところではございますが。

山口：そうしますと、病院には電子カルテのコンピューターがございますね。それはインターネットにはつながっていないという。

A 院長：つながっておりません。全く中だけのことなので外部にはつながってはないということで、そういう意味でのセキュリティーというのは守られていると思います。

山口：はい。

A 院長：というようなことなので、病院としてこういったものを使用してエビデンスに基づ

いた医療、もちろん医療をしましょうということはあるんですが、方針としてこういった仕様を使って、あるいはこういったものをしてやるということまでは至っていない、個々の診療科の状況に任せてしまっているというのが現状です。それぞれが優秀な医師なので、それぞれの考えでエビデンス・ベースド・メディシンを行っている、あるいはそれに近いものを行っているというふうに理解はしているところです。

山口：病院全体で症例のカンファレンスをおやりになるとか、そういうことはございませんか。

A 院長：各診療科、もちろん DPC はある程度病院全体ということになると思うのですが、各診療科あるいは数科にまたがったカンファレンスというのがございますが、病院全体で何らかのテーマに基づいて症例カンファレンスを行うというのは、基本的には大きなものはないです。〇〇カンファレンスですとか、そういったものでもう少し小さな単位で行っているというのは週 1 回とか、あるいはもう少し頻回にやるところもございます。

00 : 09 : 53

D 科長：今院長先生がお話し申し上げたとおりで各部門ごとに行っていて、例えば内科という大きな組織の中であると、呼吸器内科とか糖尿病内科とか部門ごとにカンファレンスがあって、それは週あたり 20 ぐらいです。すごいです。各セクションごとに週 2 回ぐらいやるんで、掛けるセクションが 8 つの本来分かりますから、それが外科であれば外科で、また整形外科なら整形外科で非常にたくさんあります。病院全体で集まるというふうになると CPC、臨床病理症例検討会のみになります。

今中：CPC はどれぐらいなさるのですか。

D 科長：年 5 回ないし 6 回。

今中：少し話ずれるのですけども、クリニカルパスは今どういう現状ですか。積極的にやられているのか。

A 院長：積極的にクリニカルパスで行おうというあれはあります。今幾つぐらいあるんでしょうか。

D 科長：私自身がちょうどクリニカルパス委員会の副委員長を今拝命しているのですが、これも今から十数年前からクリニカルパス委員会というのが立ち上がっておりまして、紙カルテから電子カルテに移行するところが実は一番数が多くて、数でいうと 150 ぐらいあったのですね。ただ例えば整形外科の骨折において、股関節手術に関するパスといたら、それだけで条件がちょっと変わるだけで 3 種類 4 種類というふうに数えていくと、パスとして百幾つになるという。ただその中で実際に運用されているもの、運用率を見ると以外と低かったりするものもあって、今それを整備して減らしているという状況ですね。外科系のパスが非常に多くて内科系のパスが少ないので、例えば肺炎とか脳梗塞に関するパスをどういうふうに作っていくかというところで、まだ検討を重ねている状況です。

今中：クリニカルパスを作る委員会では、なるべくエビデンスなりガイドラインを導入しましょうとか、そういう基本的な方針とかモットーみたいのところはあるのでしょうか。

D 科長：率直に申し上げますと、エビデンスとかガイドラインというところに照らして、それが適切かどうかというところの議論までは行ってないのがZ病院のクリニカルパスですね。いわゆる電子〇〇、DPCの他の病院では、この疾患だったら何日で入院して何日で退院しているということに照らして何日のパスにしましょうという議論が現実的などころでございいます。

今中：DPCのデータで比較するときは、どういうベンダーのあれに入っておられるのですか。=G社=とかN社。

D 科長：N社関係ですね。

今中：=DPC解析ソフトA=

D 科長：一時DPC解析ソフトBに入っていたのですが、そこが潰れてしまった後は、電磁業の関係でN社関係に入っています。

今中：〇〇で〇〇を比較するプロジェクトがございいますね。

D 科長：どれぐらい利活用されているかちょっと。

A 院長：今少し募集しているというかそういう。インディケータとしては何かどうなのかなというのは。今それについては検討中で、そこに参加するかしらないかという。実際の結果に関してはアウトプットしてくださるということで、我々の情報を提供するかどうかということと、求められているものに関して、ちょっとこちらで作業を要するものがあるので、それで全面的に〇〇が進展しているところではあります。

今中：一次データに限らないのですけれども、そういうインディケータ的なもの、あるいは何かをやっている率とか割合とか、そういうものというのは病院レベルでレビューしたりするのでしょうか。それとも各科で〇〇

A 院長：病院全体で例えばQIの委員会があって、どういったものを病院としてというような論議はされておられません。ですから臨床的なものに関しては全く。B副院長がQIのあるいは病院機能評価担当ということで、何らかの思いというか計画というのは恐らくあるのだらうと思うのですけれども、実際に運用はされていないということだと理解していますけれども。

00:15:19

D 科長：おっしゃるとおりです。何をもってインディケータにするかというところなのですけれども、いわゆる病院年報に出すような事務方が普通に作れるようなデータというのは、すごく長く〇〇データが蓄積されていて、それに基づいて病院長以下三役の先生方も非常に細かく議論はされておられるのですが、例えば私の職業でいうと、糖尿病に関してヘモグロビンA1cが7%以下に管理されている人は何パーセント居ますか、眼科に依頼されている人は何パーセント居ますか、感染症であればどれぐらい血液培養が提出されていますかというような臨床に即したインディケータを集計しているかという、部門が勝手に努力をして集計していて、病院全体として組織立って集計しているという段階ではないというのは現状です。

今中：部門に集められた指標というのは、ほかの病院と比べたりなさるのですか。

D 科長：はできてないと思いますね。もしかしたら一部の外科系の先生方におかれては、共同のグループとかでやってらっしゃるかもしれないけれども、そういうことをしているかどうかもきっと情報共有ができてない。部門の長に聞かないとわからないというのが現状かもしれないですね。

今中：このマインズということで私が聞くのは〇〇。マインズというガイドラインを普及するためのサイトが〇〇でございますけれども、こういうマインズの事業に対しての御要望とか御意見ございますでしょうか、御感想とか。もっとこういうふうにしたらいいなとか、こういうのは困るなとか。

A 院長：申し上げますと、ほとんど今まで、今日のお話をいただくまで利用するということがなく、改めてホームページを拝見して、これは素晴らしいいろんなものが集積されているなというふうに思ひまして、これからちょっとうまく活用していきたいなと。ということをおっしゃるところなのです。多分こういう素晴らしい事業があるということ自体が、私の不勉強のせいもあるのかと思うのですが、十分に周知が行ってなかったという。私が知らなかったのも、ちょっと周囲に聞きましたところ、あまり活用しているという人をちょっと聞いてないのですね、実は。もちろん院内でかなり D 科長はじめ〇〇をさせていただいているドクターも多いとは思いますが、それが何人ぐらいかというのはちょっと把握しておりません。私、麻酔科医なのですが、診療科で周囲にちょっと聞いてもあまり利用していない。あるいは物を知らないというのが現状でした。

山口：先生がおっしゃるのは我々も認識は同じです。全国的にあまり使われてないのですね。これを何とかしないといけないとふうに思ひまして、作る先生は作るのに精いっぱい。使っていただく努力をするのは、我々は厚生労働省からお金をいただいておりますので、我々の役割なのだなというふうに今考えているところであります。

今中：せっかくの機会ですからお話ししたいのですが、ガイドラインを作っていきますよねとか、あるいはそれなりにちゃんと参考にしましょうねとか、あるいはそういうものがネットでも参照できたり。

00：20：00

あるいはちょっと話は変わりますが、そういうのに基づいてガイドラインの充実度がどうなっているか、それで出てくる。インディケーター〇〇出てくると。そういうようなあたりのことに関して、御感想とか御要望とかいかがでしょうか。

A 院長：マインズに載せられているガイドラインというのは、非常にエビデンスレベルがどうかきちんと書かれているガイドラインばかりで、とても参考になるものだというふうに思ひますが、そういうガイドラインも我々がいろんなことをするとき、学会のホームページなんかを開いて、それに載っているガイドラインしか〇〇。それについてはきちんとしたエビデンスレベルが載っていないものもいっぱいあるのですが、そういうのも結構参考になるので、臨床的には。ですから、このガイドラインで全体のエビデンスはど

のくらいだからどのくらいの参考程度になりますよぐらいでも、そういったものを全て集積が見られるようなだとかちょっとうれいかなというのは思いました。確かにきちんとしたガイドラインだけを載せて、幾つかチェックされて、ここに載せるに値するものだけを載せていらっしゃるという御努力に関しては非常にあれだし、ここに載っているガイドラインについてはきちんとしたガイドラインで。ガイドラインの中でもいいかげんなものもやっぱりあるのだろうと思いますので。ただそういうものが何もないよりはあった方が、いろんなことを日々臨床をやっていく立場では非常に参考になることもありますので。ガイドライン全体の評価レベルは、それをすると多分いろいろ問題も起こってくるからそれでいいかもしれませんが、ガイドラインがどのくらいの参考程度、非常にこれがしっかりしたガイドライン、これはまあ、なかなか難しいです、それはね。でもそういうものがちょっと見られて、一元的に見られると非常に臨床家としてはありがたいかなというふうに思いました。それがこの事業と整合性が伴うものかどうかというのは、また別の問題になるかもしれません。

山口：〇〇大学にメディアセンターというのがあるのですが、そちらは比較的網羅的ですね。

A 院長：網羅的、ああそうですか。

山口：本体が出ているばかりではないですので、日本にこれだけガイドラインが出ます。

我々は EBM の考え方で考えていいものを厳選するというでということ。

A 院長：おっしゃることなのだろうなというふうに思います。〇〇大学のメディアセンターが網羅的にそういうガイドラインを全部参照できるというか。

今中：参照というか、物の名前が載っている。

山口：名前が載っていますね、はい。

A 院長：名前から昨今ネットで検索すれば出てくることも多いと思います。ありがとうございます。

今中：今後の病院の御方針として、ガイドラインとかエビデンス・ベースド・メディスンとか、そういうあたり何か今後変わってきそうなところはございますでしょうか。

A 院長：当然のことながら、医療をやってくれて質の高い医療を提供するというのは必須のことなので、エビデンスに基づいた診療はこれからしていかなきゃいけない。ただいろんな診療が多岐にわたっていますので、逆に言えば **QI** をいろいろつくって、それでそれをエビデンスに基づいて診療をやっていくとどのくらい変わっていくかというのが、目で見えるような形で提示できると、またいいのかなということなのでと思いますので。案外もしかしたら、エビデンス、エビデンスと言っているよりも旧来の方から逆に行くのが近道かなというふうにはちょっと思いましたですけね。ただ今やっていない現状で何をあれするか。

00 : 24 : 51

今、D 先生が言われたように **HbA1C**、これを指標としてどういった薬剤を与えることによって、S（病院）で講演を聞いたことがあるのですけれども、ドクターのレベルで **HbA1C** の値がかなり違って、それがどういった投薬をなされていて、それでエビデンスに基

づいた投薬はこれで、こういうにしたいってこうなったという。ああなるほど、これは非常にわかりやすいことだなというふうに思ったので。エビデンスが何ぞやという勉強するよりも、そういったデータをまず出して行ってというほうが結構臨床家としてはわかりやすいかなというふうに思っておりますが、それをどうふうに全体の診療科をどういうふうに進めていくかというのは、またいろいろと QI の〇〇どれも〇〇するかとか、いろんな議論があると思います。難しいかなというふうにはちょっと思っていますけれども、そこら辺はまた頭のいい D 先生がきっと考えてくれるかなと期待しているところなんです。

D 科長：おっしゃるとおり臨床の現場で仕事をしている人の集団に浸透するというと、何らかの視点でニーズがないといけないって。だから病院の全体の質をよくするというニーズにどうコミットするかというふうに考えていくと、今 A 院長が話した取り組みというのが恐らくベスト、現実的だと。研修医の先生の視点で利活用という意味になると全く別の視点になるので、それは後日研修医の先生の生の声を聞いていただくといいと思って、きっと切り口によって方向は違うかもしれないですね。

今中：今回無理な難題のインタビューの調査を入れてくださいますと本当にありがとうございます。貴重な御意見をいただきまして。

A 院長：先進的なおっしゃっていただいて、ちょっと何か座っているのが恥ずかしいような。みんなそれぞれのドクターで〇〇かなり頑張って努力をしてやっている。それがまた個々のレベルになっておりまして、こういうことを機会にちょっと我々も考えなきゃいけないなというふうに思っております。いい機会を与えていただいたのは私の方なので、これからいろいろと御指導いただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。

今中：これからもどうぞよろしくお願い致します。

山口：どうもありがとうございました。