

厚生労働省委託事業：

EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業

代表者 山口直人

[再委託事業]

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 28 年度 総括研究報告書

研究責任者 今中 雄一

平成 29（2017）年 3 月

厚生労働省委託事業：

EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業

代表者 山口直人

[再委託事業]

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 28 年度 総括研究報告書

研究責任者 今中 雄一

平成 29（2017）年 3 月

目次

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 28 年度 -

報告書概要

1. 背景
2. 調査研究／開発の設計・計画
3. 診療ガイドライン横断的な CQ(クリニカルクエスチョン)検索・CQ データベース
 - 3.1. CQ ミニマムデータセット普及 趣旨
 - 3.2. CQ ミニマムデータセットによる診療ガイドライン横断検索ツール(雛形例)
 - 3.3 今後の展開について
4. 診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査票調査 [医師向け]
 - 4.1. 研究計画
 - 4.2. 診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査ご協力をお願い
 - 4.3. 診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査票
 - 4.4. 調査結果(中間集計)概要
 - 4.5. 調査結果(中間集計)：平成 28 年度調査結果速報
5. 一般診療に係る Common disease エビデンスセット作成プロジェクト
 - 5.1. 方針
 - 5.2. 米国内科学会(ACP)日本支部ワークショップ (案)
6. シンポジウム・学会発表
 - 6.1 Y. Imanaka. Think about the future of medical practice: a small step of ICT for EBM. J Holger Schunemann; CA, Rintaro Mori; JP, Francois Cluzeau; UK, Yuichi Imanaka; JP, (Chair) Naohito Yamaguchi; JP. Using Education to Support Quality Improvement [Session B12: Integrated Evidence-Based Approaches to Healthcare Quality and Safety Improvement].
The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference, Tokyo, Japan.16-19 October, 2016.
 - 6.2 N.Sasaki, A.Okumura, N.Yamaguchi, Y.Imanaka. Hospital Information Technology Infrastructure Affects Quality of Care [口演]
The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference (Tokyo, Japan. 16-19 October, 2016)

7. その他

7.1. セミナー・フォーラム等における各種報告

第 19 回 診療ガイドライン作成グループ意見交換会 (2016/7/23 開催)

「診療ガイドライン活用促進」(今中)

7.2. 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

—診療ガイドライン活用促進に向けて—報告書

(2016 年 10 月 Web 公開版

<http://minds4.jcqh.or.jp/implementation/gip.html>)

■病院情報環境チェックリスト(ver1.0)

7.3. 診療ガイドライン活用促進(案) (遠藤)

7.4. 診療ガイドライン活用への期待を AI で探る～患者コメントからの試行

平成 28 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

[代表 山口直人]

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

総括報告書

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 講師)

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 執行理事)

菅原浩幸 (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 課長)

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 客員研究主幹)

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)

報告概要

【背景】日本では、Minds (<http://minds.jcqhc.or.jp/n/> 公益財団法人 日本医療機能評価機構が運営)が、2002 年設立以来 Evidence-based medicine(EBM)普及推進事業の一環として、診療ガイドラインの標準化および利用環境の整備を行ってきた。多くの充実した診療ガイドラインが世界標準に則り多数生み出されてきた一方で、欧米先進諸国同様、診療ガイドラインが現場で十分活用されていないという課題がある。診療ガイドラインを臨床現場で実装する過程は複雑であり、エビデンス・プラクティスギャップを埋めるためには、多角的かつ重層的なアプローチが必要である。そこで、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) では、2014-15 年度に全国 400 施設以上の 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)の参加病院の病院管理者・研修医を対象に多施設調査票調査を実施し、院内 IT 環境が病院により大きくばらつくこと、若い世代の医師が書籍より電子情報に頼る傾向があること、IT 環境が医療の質指標 (QI: Quality Indicators) に影響すること等を明らかにした。また、病院の情報通信インフラ (有線/無線 LAN の整備状況、インターネットへの接続環境) や医療情報検索データベース等の整備、病院管理者の EBM に対する方針等が QI と関連すること等も判明した。しかしながら、より幅広い層の医師の活用実態は不明であり、より多くの医師が活用しやすいデータベースやシステムの整備も十分ではない。

【目的】本研究事業では、IT 環境の改善を軸として、医療機関の規模(診療所・病院等)や環境に応じて、診療ガイドラインを活用しやすい環境を統合的に設計していく。具体的には、

幅広い層の医師を対象とした診療現場の情報検索環境実態調査、診療ガイドライン横断的な CQ(クリニカルクエスチョン)検索・CQ データベースの構築、そして一般的な疾患に関する診療ガイドライン横断的なエビデンス・推奨の普及を促進する仕組みづくり(一般診療に係る Common disease エビデンスセット作成)を目的とする。さらに、より実践的・包括的な診療ガイドライン活用および EBM 推進に向けた取り組みを、調査、研究開発、教育・普及活動を通じて促進することを目指す。

【方法の概略】**1. CQ ミニマムデータセット** CQ 単位で入手できる限りの各種疾患・診療ガイドラインについて、網羅的に掲載された CQ ミニマムデータセットを整備する。常に最新の改訂版・情報が瞬時に検索できるシステムとなり、診療ガイドライン利用者一般(医師・医療スタッフ・患者・診療ガイドライン作成者等)がさらに詳細な情報を得るための必要な道標を短時間で得ることができるようなシステム(エクセル、csv 等で容易にダウンロード可能)の構築を図る。**2. 調査票調査(医師用)** 無記名自記式調査票調査(2014-15 年度調査票の発展型)を行う。全国の医療機関(診療所を含む)に勤務・または開業する医師で、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会に所属する医師に対し、集会などの機会に調査票を配布し、回収する。診療情報検索環境に関連して、診療環境で活用している情報源、インターネット閲覧環境(LAN 整備等)、診療ガイドラインの使用頻度等につき記述を行う。また、2014-15 年度研修医向け調査結果との比較を行う。**3. 一般診療に係る Common disease エビデンスセット作成プロジェクト** プライマリ・ケア若手医師コアメンバーを中心に、疾患頻度が多いものやプライマリ・ケアで重要な疾患について、既に評価されている診療ガイドラインの CQ と推奨を用いて、診療ガイドライン横断的で使いやすいエビデンスセットを開発する。**4. その他** 患者調査における自由記述データから、患者による医療の質の評価として、患者視点による治療・治療方針、そして診療ガイドライン活用への期待について、IBM Watson Explorer を用いて自然言語解析を行う。

【結果・考察】**1. CQ ミニマムデータセット** 書籍の診療ガイドライン(選定 7 冊+非選定 1 冊)を入力した改訂版およびモバイル分 34 ガイドラインを合わせた CQ データセットをもとに、検索機能を付加した検索ツールを作成した。また、新規に選定された診療ガイドラインを順次入力し、同時に検索機能の向上を図った。**2. 調査票調査(医師用)** 2017 年 1 月～2 月に開催された日本医師会・東京都医師会関連会議計 3 回および Minds フォーラム 2017 で調査票にご回答いただいた 56 名の医師(回収率 48.2%)を中間集計の対象とした。東京都医師会の集会群と Minds フォーラム群で参加者の構成が大きく異なり、活用している情報源や Minds 利用割合等も異なった。H27 年度研修医調査結果との比較でも、50 代以上が 8 割以上を占める対象集団では、診療ガイドラインの使用頻度がより少なく、診療ガイドラインの参照場所は外来が主で、情報検索を行う電子機器としてノート PC、デスクトップの順に多く、また、患者説明時に診療ガイドラインを活用していること等が明らかとなった。**3. 一般診療に係る Common disease エビデンスセット作成プロジェクト** タスクフォースコアメンバーを決定し、2017 年 3 月に初回ミーティングを開催した。2017 年 6 月の

米国内科学会(ACP)日本支部でワークショップを計画し、エビデンスセットの開発・応用と並行して診療ガイドラインの普及を図る。**4.その他** 患者調査における評価コメントは、患者の感じている課題への対応や説明を含むコミュニケーションに関するものが多い。今回の解析により、患者コメントを読み込んで自動的に課題領域を同定、分類することができた。今後このような解析は、患者視点の医療評価情報を拾い上げるシステムを構成する1つの土台となることが期待される。

【今後の展望】調査票調査の対象者を拡大すると同時に、各トピックのさらなる発展を目指し、診療ガイドラインなどエビデンスに則った診療(Evidence-based practice)を全国により広く普及させ、医療の質の維持・向上を実現していく。

1.

背景

1. 背景

現代のようにインターネット&モバイルを世界中で日常的に多用する時代において、根拠に基づく医療(EBM: Evidence-Based Medicine)を現場で実践し、医療の質を改善するためには、医学・医療のエビデンスおよびエビデンスに基づく推奨にアクセスしやすい、IT(Information Technology)環境(病院内外無線 LAN 利用や医学・医療のエビデンスデータベースの利用しやすさ)は大変重要である。

日本では、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)が、EBM 普及推進事業の一環として、2002 年設立以来、診療ガイドライン(CPG)の標準化および利用環境の整備を行ってきた。そして、多くの充実した CPG が世界標準に則り多数生み出されてきたものの、欧米先進国と同様¹⁾³⁾、これらの CPG が現場で十分活用されていないのではないかという懸念および課題がある。CPG を実臨床へ実装する過程は複雑であり、エビデンス・プラクティスギャップを埋めるためには、多角的かつ重層的なアプローチが必要である。

CPG の活用を阻害する因子として、施設・システムレベルの障害、医師レベルの障害等がこれまでに報告されているが¹⁾³⁾⁴⁾⁸⁾、本邦では、全国の診療現場における診療ガイドライン活用実態や活用の阻害要因等は明らかではなかった。そこで我々は、2014・15 年度に、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)として、診療や臨床研修に必須となる最新の医療情報を入手する際の病院の IT 環境と医師の情報検索行動、および CPG・QI(Quality Indicator: QI)等の活用状況について、全国 400 施設以上の 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)の参加病院の病院管理者・研修医を対象に多施設調査票調査を行った。その結果、院内 IT 環境は病院により大きくばらつくこと、若い世代の医師は書籍より電子情報に頼る傾向があること、IT 環境が QI に影響すること等が明らかとなった⁹⁾。特に、病院の情報通信インフラ(有線/無線 LAN の整備状況、インターネットへの接続環境)や医療情報検索データベース等の整備、病院管理者の EBM に対する方針等が医療の質指標(QI: Quality Indicators)と関連することが示唆された。これらの結果をもとに、病院情報環境チェックリストを開発し、一般病院においても簡便に自院の情報環境の実態が可視化できるようにした⁹⁾。

平成 28 年度以降は上記事業内容の継続発展を図るとともに、より実践的・包括的な診療ガイドライン活用および EBM 推進に向けた取り組みを、調査、研究開発、教育・普及活動を通じて促進することを目的とする。

平成 28 年度は、病院に限らず診療所を含む幅広い層の医師を対象とした実態調査のほか、診療ガイドライン横断的な CQ(クリニカルクエスチョン)検索・CQ データベースを可能と

する仕組みづくりや、一般的な疾患に関する診療ガイドライン横断的なエビデンス・推奨の普及を促進する仕組み（一般診療に係る Common disease エビデンスセット作成）づくりを中心として、一歩を踏み出した。

本調査研究（医師向け調査）により、病院勤務医に加えて診療所医師など、幅広い層の医師の診療現場での IT 環境と、診療ガイドラインやエビデンス情報の検索・活用状況や課題などについて、実態を把握し、多くの医師にとって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が可能となる。

また、研究事業としての CQ 検索データベースでは、常に最新の改訂版・情報が瞬時に検索できるシステムとなり、診療ガイドライン利用者一般（医師・医療スタッフ・患者・診療ガイドライン作成者等）がさらに詳細な情報を得るための必要な道標を短時間で得ることが期待できる、さらに、研究事業としての Common disease エビデンスセットにより、特に時間の余裕が少ない外来診療一般において、多くの医師が短時間で最新の診療ガイドラインから得られる横断的エビデンスを活用できることが期待される。

このように、IT 環境の改善を軸として、医療機関の規模(診療所・病院等)や環境に応じて診療ガイドラインを活用しやすい環境を目指し、統合的に設計していくことは、日本の医療の質の向上全般に大きく寄与すると考えられる。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が期待される。

参考文献：

1. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA et al. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci* 2011;6:26.
2. Mickan S, Burls A, Glasziou P. Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgrad Med J* 2011;87:670.
3. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Cont Educ Health Prof* 2004;24:S31.
4. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S et al . Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Cont Educ Health Prof* 2007;27:94.
5. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.
6. Menachemi N, Chukmaitov A, Saunders C, et al. Hospital quality of care: does information technology matter? The relationship between information technology adoption and quality of care. *Health Care Manage Rev* 2008;33:51.
7. Berland GK, Elliott MN, Morales LS, et al. Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *JAMA* 2001;285:2612.
8. Séror AC. Internet infrastructures and health care systems: a qualitative comparative analysis on networks and markets in the British National Health Service and Kaiser Permanente. *J Med Internet Res*.2002;4:E21.
9. http://minds4.jcqh.or.jp/implementation/qip/pdf/report_h26-27.pdf.

2.

調査研究／開発の
設計・計画

2. 調査研究／開発の設計・計画

Minds-QIP プロジェクトの展開：計画書 ver1.0

【背景・目的】

Mindsにより、設立の平成14年度から診療ガイドラインの普及推進事業として、診療ガイドラインは評価選定・標準化という形で系統的に整備されてきたが、臨床現場での診療ガイドラインの活用・遵守状況や、活用する際の障害などについては明らかではなかった。そこで、平成26-27年度にMinds-QIP事業として、診療ガイドラインの活用の把握と促進に向けた多施設質問紙調査を、全国400施設以上の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)の参加病院を対象に行い、病院のEBM/診療ガイドラインに対する方針・姿勢やIT環境、研修医の診療ガイドライン・クリニカルパス・医療の質指標(QI)等の認知・活用状況について、一定の知見を得た。具体的には、病院のIT環境の充実度と高いQIとの関係、EBMに関する病院の方針が及ぼしうる影響について、明らかにした。

今後は、上記事業内容の継続発展を図るとともに、より実践的・包括的な診療ガイドライン活用およびEBM推進に向けた取り組みを、調査、研究開発、教育・普及活動を通じて促進することを目的とする。

【当該プロジェクトの柱】

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。具体的には、下記I~Vを行う。

I. 診療ガイドラインの活用(Implementation)の促進と、そのためのツール(SIGNをモデルとして)の普及

- ・教材(医療関係者向け、一般向け等)、Audit tool、双方向性コミュニケーション etc
- ・現場の負担感を減らすための工夫についても検討する(例:学会や専門医制度とのリンク等)。
- ・モデルケースを増やしていく。
- ・Value-based care (high value care)として、「〇〇を止めましょう」の推奨など、大切に医療資源を使用して、最大限に効果を出そうということをどのように記載していくかを検討する。
- ・QIの普及ともリンクさせて、海外の工夫も参考にしながら情報発信を

行う。

II. 診療ガイドラインの作成者や利用者が意識した QI の普及

- ・例示を通して、診療ガイドライン作成者の QI 認知度向上を図る。
- ・多施設比較できる形で病院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。
- ・ガイドライン作成グループとの連携を図り、QI 導入に関するニーズの把握と QI 導入の支援を目指す。

III. 診療ガイドライン普及、EBM 推進に係る態度・行動・IT 環境の評価と促進

先の多施設調査およびインタビュー調査により、研修 1～2 年目は学生時代に蓄えた知識を実践に移す段階で、診療ガイドラインはあまり身近な存在ではないことが判明した。それに対し、研修 3～5 年目では、診療ガイドラインは最低限で、さらに新しい情報を求める傾向を認めた。以上の知見を踏まえ、調査対象を下記のように拡大して現況を把握し、より多くの医師、医療現場での活用促進を目指す。

- ・各種臨床現場（急性期病院、教育病院、療養病床、診療所等）において、診療ガイドラインに対する態度、普及阻害要因等を把握する。
- ・病院実態調査：質問紙調査等を実施し、また、適宜面談調査を行い、認識、活用状況、遵守の障害要因等に関する実態を把握する。
- ・シニア医師（卒後 10～20 年）の診療ガイドライン活用状況調査
医師会の協力等を得られるように計画する。
- ・調査とともに、よりより IT 環境の提案や、教育を兼ねたワークショップ等を行う。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阻害要因等も探る。

IV. 経済評価の診療ガイドラインへの記載のあるべき姿の検討 (診療ガイドライン作成者向け)

- ・限られた資源の中で、良質な医療を提供するために
- ・患者負担の考慮
- ・(コスト削減は目的ではない)

- V. 包括的な、診療ガイドライン横断的な CQ 検索・CQ データベースを可能とする仕組みづくり
- ・ポータルサイトとしての機能
(選定ガイドラインのみではなく、網羅性も考慮すれば、より多くのユーザーに参照されやすい。AGREEII 満たしたものは選定マークをつける等。)
 - ・user-friendliness
 - ・卒後の幅広い年数に対応した医師のニーズに沿った提供の仕方を検討。

5年間の主なアクションの予定

- ① **定例推進会議**
 - ・原則毎月、対面会議もしくは電話会議(Skype 会議含む)を行う。
- ② **診療ガイドライン普及、EBM 推進に係る態度・行動・IT 環境の評価と促進**
 - ・病院、診療所のシニア医師等に対し、各々全国規模で質問紙調査を実施する。
- ③ **診療ガイドライン活用促進のためのセミナーもしくはワークショップ (対象：医療関係者、データ協力病院関係者等)**
 - ・毎年最低 1 回は Minds-QIP セミナーまたはワークショップ開催予定
- ④ **より活用される診療ガイドラインづくり**
 - ・診療ガイドライン作成グループと連携を図り、QI や経済評価の診療ガイドラインへの導入・活用を促進する。
 - ・毎年開催される診療ガイドライン作成グループ意見交換会を開催において、本プロジェクトの調査結果を紹介し、意見交換を行う。
- ⑤ **診療ガイドラインの活用(Implementation)の促進のためのツール(プラットフォーム)作成**
- ⑥ **診療ガイドラインの作成者や利用者が意識した QI の普及**
- ⑦ **経済評価の診療ガイドラインへの記載のあり方調査・活用へ向けての検討**
- ⑧ **包括的な、診療ガイドライン横断的な CQ 検索・CQ データベースを可能とする仕組みづくり**

新たな試みの年次計画

	初年度 (H28.4~ H29.3)	2年度 (H29.4~ H30.3)	3年度 (H30.4~ H31.3)	4年度 (H31.4~ H32.3)	最終年 (H32.4~ H33.3)
診療ガイドラインの活用 (Implementation)の促進と、 そのためのツール(SIGNをモデルとし て)の普及	ツール原案計画	教材、Audit tool等の作成		ツールプラットフォーム作成	
診療ガイドラインの作成者や利 用者が意識したQIの普及	QI認知度向上セミナー	QI認知度向上セミナー		QI認知度向上セミナー	
診療ガイドライン普及、EBM推 進に係る態度・行動・IT環境の 評価と促進	シニア医師の診療ガイドライン活用 実態調査	臨床研修病院実態調査		病院機能評価への 導入・試行	
経済評価の診療ガイドラインへ の記載のあるべき姿の検討 (診療ガイドライン作成者向け)	文献検索による海外の評価方法参考		診療ガイドラインにおける経済評価		
包括的な、診療ガイドライン横 断的なCQ検索・CQデータベー スを可能とする仕組みづくり	GL意見交換会 での議論	GL意見交換会 での議論	GL意見交換会 での議論	GL意見交換会 での議論	
	CQ検索データベース のデザイン	再デザインと実行		CQ検索/CQデータベー ス定着発展・深化	
	▲	▲	▲	▲	▲
	年次報告	年次報告	年次報告	年次報告	年次報告

(注) より効果的な成果を得るために、スケジュールを調整することがある。

3.

診療ガイドライン横断的な
CQ(クリニカル
クエスチョン)検索・
CQ データベース

3.1. CQ ミニмумデータセット普及 趣旨

【目的】

日本医療機能評価機構 EBМ 医療情報事業（診療ガイドラインガイドライン活用促進部会および）Minds-QIP プロジェクトを通じて、診療ガイドラインクリアリングハウスの一環として、各学会など各種診療ガイドライン作成主体の協力を得て、最新の情報整備による日常診療での診療ガイドラインのさらなる活用、普及を目指し、誰もが容易に利用できる情報共通基盤を構築する。

【ビジョン】

約3-5年後に、Clinical Question (CQ)単位で入手できる限りの各種疾患・診療ガイドラインについて、網羅的に掲載されたCQミニмумデータセットを整備する。CQミニмумデータセットは常に最新の改訂版・情報が瞬時に検索できるシステムとなり、診療ガイドライン利用者一般（医師・医療スタッフ・患者・診療ガイドライン作成者等）がさらに詳細な情報を得るための必要な道標を短時間で得ることができるようになる（エクセル、csv等で容易にダウンロード可能）。

【背景・意義】

- CQ ミニмумデータセットは種々の診療ガイドラインを CQ 単位で網羅的に整理し、目次およびナビゲーターの役割を提供するものである。
- 各診療ガイドライン作成団体ごとに CQ フォーマットを作成・提供いただき、Mindsによりこれら最新のCQフォーマットを整理した一覧をWebを通じて一般公開、そして常時最新のアップデート版を配信することを目指す。
- これらの情報はWeb掲載を行うことで、診療ガイドラインのさらなる普及に貢献することが期待できる。
- 新しい情報が次々と入力・掲載されることにより、CQ単位でのアップデートおよび診療ガイドライン改訂に繋がりやすくなる。
- 安易なQ&Aを提供したり、個別の内容を支持することが目的ではなく、診療ガイドライン作成者、医師・患者家族を含めた診療ガイドライン利用者など、多くのステークホルダーにCQミニмумデータセットによる最新情報を通じて気づきを与え、日常診療への診療ガイドライン活用に導くことを目指すものである。

(注)CQミニмумデータセットに記載されている簡易情報それ自体は、個別の患者-医師関係に即座に適用できるものではないことに留意されたい。診療ガイドラインに誘導することを主眼とする。

3.2.00 ミニマムデータセットによる診療ガイドライン横断検索ツール(雛形)

#	CO	COq(クリニカル・クエスチョン)	推奨の内容(ステートメント)	推奨の強さ(グレード)	診療ガイドライン名	発行年月日	書籍情報	作成主体	Minds該当箇所リンク	該当箇所リンク(Minds以外)
1	CO1	乳癌患者の薬物療法を開始する前に患者の将来的な希望の有無について理解しておくことは勧められるか？	患者の将来の希望の有無について治療開始前から理解しておくことは必要であり、強く勧められる。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
2	CO2	乳癌患者に将来的な希望がある場合、がん治療専門医と生殖医療専門医とのコミュニケーションは勧められるか？	生殖可能年齢にある乳癌患者に将来の希望があり、その後の推奨される治療が妊孕性に影響を及ぼすことが予測される場合、がん治療専門医と生殖医療専門医とのコミュニケーションは勧められる。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
3	CO3	乳癌患者の生殖医療を行う施設としてどのような施設が勧められるか？	当該施設はがん診療施設と十分な連携をとることができる生殖補助医療(ART)施設である必要がある。全ての施設がこれに対応しているわけではない。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
4	CO4	乳癌患者が希望する場合、自然妊娠は勧められるか？	未受精卵子や卵巣凍結を行う場合、当該施設はこれらの患者に対する妊孕性温存治療について施設内倫理審査を施行して臨床研究としてこれを行っている必要がある。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
5	CO5	乳癌患者が希望する場合、生殖補助医療は勧められるか？	当該施設は長期間の配偶子や胚の保存に関する責任が担保される施設である必要がある。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
6	CO6-1	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(腫瘍側因子)	乳癌患者が希望する場合、再発リスクに感じ適切な術後治療を行ってほしいは自然妊娠は考慮してもよい。	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
7	CO6-2	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(患者側因子)	治療内容を工夫することにより施行可能な場合がある。	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
8	CO6-3	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(生種側因子)	乳癌治療後の妊娠・出産は患者の予後を悪化させないため、治療後の妊娠は許容される。将来の妊娠を希望する乳癌患者には、乳癌に対する治療計画とともに妊娠・出産についての計画についても十分相談することが推奨される。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
9	CO6-4	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(生種側因子)	未受精卵子・胚の凍結保存期間は当該女性の生殖年齢の範囲とする。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
10	CO6-5	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(生種側因子)	パートナーと死別・離別した場合、凍結した受精卵は使用できない。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
11	CO6-6	どのような乳癌患者に治療後の妊娠を勧められるか？(生種側因子)	子宮摘出後の場合、将来の代理懐胎を目的とした未受精卵子・卵巣組織の凍結保存は行わない。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関するガイドライン2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き2014年版、「乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム」・関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	編集：乳癌患者における妊孕性保持支援のための治療選択および患者支援プログラム、関係ガイドラインの開発班、発刊、日本がん・生殖医療研究会	https://minds.jp/n/med/4/me00006/G0000712/0001	http://j-sfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf

25	タモキシフェン内服中止によって上昇するリスクを軽減し、妊娠・出産等のベネフィットとリスクを考慮したうえで、中止を選択するのであれば、その判断は尊重されるべきである。	C2	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
26 CQ13	リンパ節転移陽性、もしくはリンパ節転移陰性かつ腫瘍径(浸潤径)1cm以上の患者に術前後を問わず合計1年間のトラスツズマブの投与が勧められる。	A	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
27 CQ14	化学療法終了直後の妊娠は勧められるか？	C1	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
28 CQ15	ホルモン療法終了直後の患者に妊娠は勧められるか？	D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
29 CQ16	トラスツズマブ終了直後の患者に妊娠は勧められるか？	D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
30 CQ17	ホルモン療法は勧められるか？	D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
31	15					
32 CQ17	化学療法は勧められるか？	C1	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
33		C1 C2 D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
34 CQ17	抗HER2療法は勧められるか？	D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
35		B	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
36		B	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
37 CQ17	ヒスチンアミノ酸製剤は勧められるか？	D	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf
38	乳房切除術・乳房部分切除術は勧められるか？	B	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する手引き 2014年版「乳癌」・「関係ガイドライン」の解説、金原出版	http://minds.jqchc.o/sf.org/dl/JSFP_tebi_ki_2014.pdf

39				C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者における妊娠選択のための治療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf
40			D	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
41	CO17	セシチネレルリンパ節生検は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
42	CO17	妊娠期乳癌の放射線治療は勧められるか?	D	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
43	CO18	拳児希望を有する患者に術後放射線治療は勧められるか?	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
44	CO19	卵巣機能の治療前評価・治療後予測にどのような検査が必要か?	B	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
45	CO20	拳児希望を有する乳癌患者に受精卵の凍結保存は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
46	CO21	拳児希望を有する乳癌患者に未受精卵の凍結保存は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
47	CO22	拳児希望を有する乳癌患者に卵巣組織凍結は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
48	CO22	乳癌患者に自然排卵による卵子獲得は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
49	CO23	乳癌患者に自然排卵による卵子獲得は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	
50	CO24	乳癌患者の卵子獲得のため、過排卵刺激は勧められるか?	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版	http://minds.jqchc.o r.jp/n/med/4/me000 06/G0000712/0001	http://j- sf.org/dl/JSFP_tebi ki.2014.pdf	

51	CQ25	乳癌患者の卵子獲得のため、GnRHアゴニストの使用は勧められるか？	血中エストロゲン値が高値となるため、乳癌患者の卵子獲得のための卵巣刺激法としてGnRHアゴニストの使用は勧められぬ。GnRHアゴニスト法における副作用を軽減させる目的でのGnRHアゴニストの使用は勧められる。	C1	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
52	CQ25	乳癌患者の卵子獲得のため、GnRHアゴニストの使用は勧められるか？	乳癌患者の卵子獲得のために、GnRHアゴニストの使用は、他の薬剤との併用により有効な刺激法である。	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
53	CQ26	乳癌患者の卵子獲得のため、レトロゾールの使用は勧められるか？	レトロゾールの使用は、エストロゲン上昇させない卵巣刺激が可能であり、乳癌患者の卵子獲得に有用な可能性がある。	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
54	CQ27	乳癌患者において採卵を勧められるか？	採卵の安全性(リスク)は一般の体外受精治療と変わらないと考慮し、乳癌患者においても、採卵を考慮してもよい。	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
55	CQ28	乳癌患者が術後に妊娠を希望した場合、再発スクリーニング目的の検査を行うことは勧められるか？	乳癌患者が術後に妊娠を希望した場合、再発スクリーニング目的の検査を行うことは勧められる。	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
56	CQ29	乳癌患者の妊娠中に乳癌フォローアップ検査は勧められるか？	乳癌患者の妊娠中に乳癌フォローアップ検査は勧められる。	B	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
57	CQ30	乳癌患者の妊娠中に再発が判明した場合、乳癌の治療は可能か？	乳癌患者の妊娠中に再発が判明した場合、乳癌の治療は可能か？	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
58	CQ30	乳癌患者の妊娠中に再発が判明した場合、乳癌の治療は可能か？	乳癌患者の妊娠中に再発が判明した場合、乳癌の治療は可能か？	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
59	CQ31	妊娠・出産のために術後薬物療法を非実施もしくは中止した乳癌患者に対して、妊娠・出産後の薬物療法の実施・再開は勧められるか？	妊娠・出産のために術後薬物療法を非実施もしくは中止した乳癌患者に対して、妊娠・出産後の薬物療法の実施・再開は勧められるか？	C1	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	乳がん患者の妊娠・生殖医療に関する手引き 2014年版	2014年9月1日	編集「乳癌患者における妊婦性保持支援のための治療選択および患者支援プログラムの開発ガイドライン」の発表、日本がん・生殖医療研究会	https://j-r.jp/n/med/4/med0006/G0000712/0001	http://j-rsfp.org/dl/JJFP_tebi_ki.2014.pdf
60	CQ1	MTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)不応性RA患者において、MTXの投与は投与しなかった患者と比較して疾患活動性を抑制するか？	MTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)不応性RA患者において、MTXの投与は投与しなかった患者と比較して疾患活動性を抑制するか？	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://search.jamas.or.jp/link/ui/2015377866	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0014
61	CQ2	RA患者において、MTXの投与は投与しなかった患者と比較して関節破壊を抑制するか？	RA患者において、MTXの投与は投与しなかった患者と比較して関節破壊を抑制するか？	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0014	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0014
62	CQ3	csDMARD(従来型抗リウマチ薬)未投与、MTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)不応性RA患者において、MTX単独療法はMTXとMTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)併用療法に比較して、効果と副作用における有用性が高いか？	csDMARD(従来型抗リウマチ薬)未投与、MTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)不応性RA患者において、MTX単独療法はMTXとMTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)併用療法に比較して、効果と副作用における有用性が高いか？	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0014	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0014
63	CQ4	MTX不応性RA患者において、MTX単独療法はMTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)との追加併用療法に比較して、効果と副作用における有用性が高いか？	MTX不応性RA患者において、MTX単独療法はMTX以外のcsDMARD(従来型抗リウマチ薬)との追加併用療法に比較して、効果と副作用における有用性が高いか？	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0020	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0020
64	CQ5	RA患者において、MTX1回投与は複数回投与と比較して有用性が高いか？	RA患者において、MTX1回投与は複数回投与と比較して有用性が高いか？	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0003	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0003
65	CQ6	RA患者において、MTX内服時の薬酸と活性型薬酸の投与はMTXの副作用を減弱させるか？	RA患者において、MTX内服時の薬酸と活性型薬酸の投与はMTXの副作用を減弱させるか？	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0021	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0021
66	CQ7	RA患者において、MTX内服時の薬酸と活性型薬酸の投与はMTXの治療効果を減弱させるか？	RA患者において、MTX内服時の薬酸と活性型薬酸の投与はMTXの治療効果を減弱させるか？	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0021	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0021
67	CQ8	整形外科手術の周術期においてMTXの休薬は必要か？	整形外科手術の周術期においてMTXの休薬は必要か？	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	2014年10月10日	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0022	http://minds.jqchc.or.jp/n/med/4/med0064/G0000706/0022

68 CQ9	RA患者に対して注射金動刺剤投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の治療選択肢として注射金動刺剤投与を推奨する。	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0023
69 CQ10	RA患者に対してブシラミン投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の疾患活動性改善を目的としてサラゾスルファピリジン投与を推奨する。	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0024
70 CQ11	RA患者に対してサラゾスルファピリジン投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の疾患活動性改善を目的としてサラゾスルファピリジン投与を推奨する。	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0025
71 CQ12	RA患者に対してレフルノミド投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の疾患活動性改善を目的としてレフルノミド投与を推奨する。ただし日本人における副作用発現のリスクを十分に勘案し、慎重に投与す	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0026
72 CQ13	RA患者に対してタクロリムス投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の疾患活動性改善を目的としてタクロリムス投与を推奨する。	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0027
73 CQ14	RA患者に対してイグラチマド投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の疾患活動性改善を目的としてイグラチマド投与を推奨する。ただし長期安全性は確認されていない。	弱い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0028
74 CQ15	RA患者に対してNSAID投与は非投与に比較して有用か？	RA患者の臨床症状改善を目的としてNSAID投与を推奨する。	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0029
75 CQ16	RA患者に対してステロイド全身投与は有効か？安全か？	低用量ステロイドの全身投与は有害事象の発現リスクを検討しううえで推奨する。	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0030
76 CQ17	インフリキシマブはRAの疾患活動性制御に有効か？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
77 CQ18	インフリキシマブはRAの関節破壊制御に有効か？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
78 CQ19	インフリキシマブはRAの機能障害制御に有効か？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
79 CQ20	インフリキシマブはRA患者に使用した際、有害事象による薬剤中止を増加させるか？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
80 CQ21	インフリキシマブはRA患者に使用した際、重篤な有害事象を増加させるか？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
81 CQ22	インフリキシマブはRA患者に使用した際、感染症を増加させるか？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
82 CQ23	インフリキシマブはRA患者に使用した際、死亡を増加させるか？	インフリキシマブ投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべき	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0031
83 CQ24	エタネルセプトはRAの疾患活動性制御に有効か？	疾患活動性を有するRA患者に対してエタネルセプト投与を推奨する。ただし個々の患者のリスクとベネフィットを勘案して適応を決めるべきであ	強い	関節リウマチ診療ガイドライン 2014	関節リウマチ診療ガイドライン2014, 日本リウマチ学会編, メディカルレビュー社, 東京, 2014	一般社団法人日本リウマチ学会	http://minds.jcchc.or.jp/p/n/med/4/med0064/G0000706/0032

CQ #	7
疾患分野名	内科
疫学系/治療選択系	治療
CQ	糖尿病性潰瘍の壊死組織を除去するために外科的デブリードマンは有用
推奨の内容 (ステートメント)	潰瘍に固着した壊死組織や痂皮、潰瘍とその周囲の角化物などを除去する初期のデブリードマン(initialdebridement)として、全身状態が許せば外科的デブリードマンを行うよう推奨する。ただし、末梢動脈疾患(peripheral arterial disease: PAD)が基盤にある場合には、外科的デブリードマンを行っても症状の改善を目指せない場合や潰瘍・壊疽の悪化を見る場合があるため、四肢特に末梢部の外科的デブリードマンは慎重に行うべきである。
推奨の強さ	B
エビデンスの強さ	*
診療ガイドライン該当箇所リンク	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/13/2912942_3.pdf
要点解説	
GL名	糖尿病性潰瘍・壊疽ガイドライン
作成年	2012
改訂年月	
作成主体 (取りまとめた委員会)	日本皮膚科学会/創傷・熱傷ガイドライン委員会
参照文献リスト/URL	<p>1) Edwards J, Stapley S.: Debridement of diabetic foot ulcers(Review). Cochrane Database Syst Rev. 2010 :CD003556.(エビデンスレベルI)</p> <p>2) Hinchliffe RJ, Valk GD, Apelqvist J, A et al.: Systematic review of the effectiveness of interventions to enhance the healing of chronic ulcers of the foot in diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 2008; 24: S119—144.(エビデンスレベルI)</p> <p>3) Steed DL, Attinger C, Colaizzi T, et al.: Guidelines for the treatment of diabetic ulcers..Wound Repair Regen 2006; 14: 680—692.(エビデンスレベルVI)</p> <p>4) Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG et al.: American College of Foot and Ankle Surgeons. Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline (2006 revision), J Foot Ankle Surg 2006; 45: S1—66(エビデンスレベルVI)</p> <p>5) Wraight PR, Lawrence SM, Campbell DA, et al.: Creation of a multidisciplinary, evidence based, clinical guideline for the assessment, investigation and management of acute diabetes related foot complications. Diabet Med. 2005; 22: 127—136, (エビデンスレベルVI)</p> <p>6) Brem H, Sheehan P, Rosenberg HJ, et al.: Evidencebased protocol for diabetic foot ulcers. Plast Reconstr Surg. 2006; 117: S193-209, (エビデンスレベルVI)</p> <p>7) Saap LJ, Falanga V.: Debridement performance index and its correlation with complete closure of diabetic foot ulcers. Wound Repair Regen 2002; 10: 354—359</p> <p>8) Steed DL, Donohoe D, Webster MW, Lindsley L.; Diabetic Ulcer Study Group. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. J Am Coll Surg 1996; 183: 61—64.</p> <p>9) Hess CT, Kirsner RS.: Orchestrating wound healing: assessing and preparing the wound bed. Adv Skin Wound Care 2003; 16: 246—257</p> <p>10) Sieggreen MY, Maklebust J.: Debridement choices and challenges. Adv Wound Care 1997; 10: 32—3711) Jensen JL, Seeley J, Gillin B.: Diabetic foot ulcerations.</p>
診断・治療アルゴリズム	
備考	
意見ボックス	

CQ ミニマムデータセットによる 診療ガイドライン横断検索ツール

<http://plaza.umin.ac.jp/~kdev1/minds/>

ガイドライン検索

検索は「推奨の内容」あるいは「CQ(臨床的クエスチョン)」を選択して検索してください。
「推奨の内容」では、様々なCQにまたがるキーワードを指定した場合、思いがけないCQが検索される可能性がありますので、「CQ」での検索もお試しください。

検索先:	<input checked="" type="radio"/> 推奨の内容 <input type="radio"/> CQ
キーワード:	<input type="text"/>
絞り込み	推奨の強さ <input type="checkbox"/> A(強い) <input type="checkbox"/> B(中程度) <input type="checkbox"/> C(弱い) <input type="checkbox"/> C1(弱い) <input type="checkbox"/> C2(弱い) <input type="checkbox"/> D(とても弱い) <input type="checkbox"/> 1(強い) <input type="checkbox"/> 2(弱い) <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> I(判別不能)
<input type="button" value="検索する"/>	

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by [CGI KOV](#)

2017.01.24更新

ガイドライン検索

検索は「推奨の内容」あるいは「CQ(臨床的クエスチョン)」を選択して検索してください。
「推奨の内容」では、様々なCQにまたがるキーワードを指定した場合、思いがけないCQが検索される可能性がありますので、「CQ」での検索もお試しください。

検索先:	<input checked="" type="radio"/> 推奨の内容 <input type="radio"/> CQ
キーワード:	<input type="text"/>
絞り込み	推奨の強さ <input checked="" type="checkbox"/> A(強い) <input type="checkbox"/> B(中程度) <input type="checkbox"/> C(弱い) <input type="checkbox"/> C1(弱い) <input type="checkbox"/> C2(弱い) <input type="checkbox"/> D(とても弱い) <input checked="" type="checkbox"/> 1(強い) <input type="checkbox"/> 2(弱い) <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> I(判別不能)
<input type="button" value="検索する"/>	

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by [CGI KOV](#)

ガイドライン検索

詳細	CQ(クリニカル・クエスチョン)	推奨の内容(ステートメント)	推奨の強さ(グレード)	診療ガイドライン名
詳細	骨転移を有する患者に対して、ビスフォスフォネート製剤等の薬剤を使用すると、使用しない場合に比べて骨関連事象(SRE)の発生頻度が減少するか、もしくは、ADL、QOLを改善することができるか？	骨転移を有する患者に対して、ビスフォスフォネート製剤を使用すると骨関連事象(SRE)の発生頻度は減少するとともに、その発生を遅らせるので、強く勧められる。	A	がんのリハビリテーションガイドライン
詳細	甲状腺乳頭癌における気管周囲郭清術の適応は？(頭頸部がん)	気管傍リンパ節転移が疑われる症例では central neck dissection(CND)が推奨される。	A	頭頸部癌診療ガイドライン 2013年版
詳細	切除不能な胆道癌はどのようなものか？	肝転移、肺転移、骨転移、腹膜播種、遠隔リンパ節転移(明らかな傍大動脈周囲リンパ節、腹腔外リンパ節等の転移を伴う胆道癌は切除を行わないことを推奨する。局所進展による切除可能か否かについては明らかなコンセンサスはない。	I	エビデンスに基いた胆道癌診療ガイドライン 改訂第2版
詳細	HER2陽性のすべての乳癌患者にトラスツマブの投与は勧められるか？	リンパ節転移陽性、もしくはリンパ節転移陰性かつ腫瘍径(浸潤径)≥2cm以上の患者に術前後を問わず合計1年間のトラスツマブの投与が勧められる。	A	乳がん患者の妊娠出産と生殖医療に関する診療の手引き 2014年版

再検索する

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by [CGI KON](#)

ガイドライン検索

検索は「推奨の内容」あるいは「CQ(クリニカルクエスチョン)」を選択して検索してください。
「推奨の内容」では、様々なCQにまかたるキーワードを指定した場合、思いがけないCQが検索される可能性がありますので、「CQ」での検索もお試ください。

検索先:	<input checked="" type="radio"/> 推奨の内容 <input type="radio"/> CQ
キーワード:	糖尿病
絞り込み:	推奨の強さ <input type="checkbox"/> A(強い) <input type="checkbox"/> B(中程度) <input checked="" type="checkbox"/> C(弱い) <input checked="" type="checkbox"/> C1(弱い) <input checked="" type="checkbox"/> C2(弱い) <input type="checkbox"/> D(とても弱い) <input type="checkbox"/> I(強い) <input checked="" type="checkbox"/> 2(弱い) <input type="checkbox"/> 強い <input checked="" type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> I(判別不能)
検索する	

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by [CGI KON](#)

ガイドライン検索

詳細	CQ(クリニカル・クエスチョン)	推奨の内容(ステートメント)	推奨の強さ(グレード)	診療ガイドライン名
詳細	【冠動脈疾患】(第6章 臓器障害を合併する高血圧)	ただし、心血管イベントリスクが高い患者(糖尿病、CKDや脂質異常症、喫煙、家族歴など危険因子の重積)では可能であればさらに低いレベル130/80mmHg未満を目指す。	C1	高血圧治療ガイドライン 2014
詳細	(第6章 臓器障害を合併する高血圧)	第一選択薬:糖尿病(+)の場合、アルブミン尿の有無にかかわらずRA系阻害薬を推奨する。アルブミン尿陰性では	C1	高血圧治療ガイドライン 2014
詳細	肺内外分泌機能はステロイド治療により改善するか?(自己免疫性肺炎)	自己免疫性肺炎患者にステロイド治療を行うと、肺内外分泌機能の改善を認める場合もある。ただし、2型糖尿病の既往がある症例ではステロイド治療で耐糖能は悪化する場合が多い。	C	自己免疫性肺炎診療ガイドライン 2013
詳細	ESWLの合併症は何か?	ESWLの晩期合併症としては、腎機能障害、高血圧、糖尿病の発生を認めることがある。	C1	尿路結石症診療ガイドライン 2013年版
詳細	高血圧を伴う後期高齢者CKDステージG3b~5への降圧治療は、末期腎不全への進展・心血管疾患の合併を抑制するため、収縮期血圧を150mmHg未満に緩和し降圧することを推奨する。	高血圧を伴う後期高齢者CKDステージG3b~5患者では、糖尿病合併の有無に関わらず、末期腎不全への進展を抑制し心血管疾患の合併を抑制するため、収縮期血圧を150mmHg未満に緩和し降圧することを推奨する。	2	CKDステージG3b~5患者のための腎障害進展予防とスムーズな腎代替療法への移行に向けた診療ガイドライン 2015
詳細	循環動態が不安定な(たとえば糖尿病患者における)血液透析等の体外循環施行時のアルブミン使用は有効か?	循環動態が不安定な(たとえば糖尿病患者における)血液透析等の体外循環施行時の等張アルブミン使用は原則として推奨されない。	2	科学的根拠に基づいたアルブミン製剤の使用ガイドライン
詳細	危険因子の管理(1)高血圧	2. 降圧目標として、140/90mmHg未満が強く勧められる(グレードA)。糖尿病や蛋白尿合併例には130/80mmHg未満、後期高齢者には150/90mmHg未満を目標とすることを考慮しても良い。	C1	脳卒中治療ガイドライン 2015
詳細	危険因子の管理(2)糖尿病	1. 糖尿病患者では血糖のコントロールが勧められるが、脳卒中予防効果に関する十分な科学的根拠がない。	C1	脳卒中治療ガイドライン 2015

再検索する

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by CGI KON

ガイドライン検索

CQ(クリニカル・クエスチョン)	【冠動脈疾患】(第6章 臓器障害を合併する高血圧)
推奨の強さ(グレード)	C1
推奨の内容(ステートメント)	ただし、心血管イベントリスクが高い患者(糖尿病、CKDや脂質異常症、喫煙、家族歴など危険因子の重積)では可能であればさらに低いレベル130/80mmHg未満を目指す。
診療ガイドライン名	高血圧治療ガイドライン 2014
作成主体	日本高血圧学会
Minds該当箇所リンク	http://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0019/G0000678/0001
該当箇所リンク(Minds以外)	

(注意)この画面に記載されている情報は、個別の診療に即座に適用できるものではありません。

1つ前の結果 結果一覧に戻る 1つ後の結果

—Search Engine Creator—
Copyright (C) 2016 All right reserved by CGI KON

CQ #	1
疾患分野名	整形外科
疫学系/治療選択系	治療
CQ	大腿骨頸部/転子部骨折手術時全身麻酔と局所麻酔(脊椎・硬膜外麻酔)のどちらがよいか
推奨の内容(ステートメント)	どちらも推奨
推奨の強さ	A
エビデンスの強さ	I-2
診療ガイドライン該当箇所リンク	
要点解説	合併症・死亡率に明らかな差なし
GL名	大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン改訂第2版
作成年	2011
改訂年月	
作成主体(取りまとめた委員会)	日本整形外学会診療ガイドライン委員会/大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン策定委員会
参照文献リスト/URL	
診断・治療アルゴリズム	
備考	
意見ボックス	

CQ #	
疾患分野名	
疫学系/治療選択系	
CQ	
推奨の内容(ステートメント)	
推奨の強さ	
エビデンスの強さ	
診療ガイドライン該当箇所リンク	
要点解説	
GL名	
作成年	
改訂年月	
作成主体(取りまとめた委員会)	
参照文献リスト/URL	
診断・治療アルゴリズム	
備考	
意見ボックス	

3.3. 今後の展開について

CQ ミニマムデータセット 進め方の方針

2017.02.22 (一部改訂)

1. 診療ガイドラインによる仕様の違いと課題 (資料1: 本報告書では割愛)

1-1 仕様のバリエーション

(例1) 『糖尿病診療ガイドライン 2016』

- ・推奨付きの CQ と推奨のない Q が混在

→データセットは推奨付き CQ のみ扱う

(例2) 『JRC 蘇生ガイドライン 2015』

- ・PICO 形式になっている→PICO は含めない
- ・推奨のあとに数タイプの注意書きがある

→提案に近いもののみ「推奨なし」として入れる。

1-2 アルゴリズムの取扱について

- ・原則は含めない→できるだけ含める
- ・多くの CQ が一目でわかるものについては掲載を検討 (リンク等も含む)

(例3) 『神経障害性疼痛 薬物療法ガイドライン改訂第2版』 CQ15

2. 著作権許諾について

図表を引用するイメージで、許諾を取った方がよいと考えられる。

著作権法改正に期待。(資料2: 本報告書では割愛)

(例3) 『神経障害性疼痛 薬物療法ガイドライン改訂第2版』

- ・CQ8, CQ15

4.

診療ガイドラインの 活用と情報検索環境に ついての調査票調査 [医師向け]

4.1. 研究計画

平成 28 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
診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査

A.目的

本調査は、病院勤務医に加えて診療所医師など、幅広い層の医師を対象に、厚生労働省委託事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業としてのナショナル・プロジェクトの一環として、診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討するために、実際の診療現場でどのような IT 環境のもと、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、情報検索環境の現状と課題などについて、情報インフラおよび医師の情報検索行動の実態を把握することを目的とする。

B.対象と方法

1 研究デザイン

前向きに無記名自記式調査票調査によりデータを得る横断的研究。

2 観察・調査項目とスケジュール

2.1 調査項目、調査方法、調査者

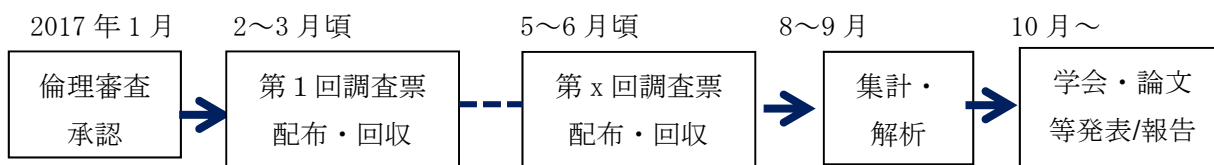
- 調査項目(添付資料(2)各項目参照)
 - 施設の情報検索環境等：利用できる情報源、参照場所
 - 医師個人の情報検索環境：持込私用電子機器、LAN 利用形態、情報検索環境満足度
 - 診療ガイドライン活用について：利用頻度、頻用する疾患領域、利用場面、閲覧方法、使いにくい理由、Minds/Minds モバイル利用状況
 - 医療の質指標(QI)について：認知、利用状況
 - EBM、診療ガイドラインについて：価値観、受けた教育、利用しにくい原因、重視するポイント等
 - 回答者基本属性：性別、年齢、診療経験年数、診療形態、主な診療科、専門医資格、勤務地都道府県、勤務地の都会度(主観的)
- 調査方法：無記名自記式調査票調査
課題探索的に非確率抽出法における情報収集を行い、協力の得られる範

圏内での実態の記述を行う。調査票は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 2014-15 年度調査票の発展型を作成し、調査を実施する。

- 調査者：研究責任者、研究実施者、研究協力者 のチーム

2.2 スケジュール

研究実施期間：倫理委員会承認日より 3 年間



3 研究対象者の選定

3.1 セッティング

日本全国の医療機関(診療所を含む)に勤務・または開業する医師で、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会に所属する医師に対し、日本医師会医療情報システム協議会や東京都医師会の各科医会協議会等で調査票の配布を想定している。

3.2 適格基準

3.2.1 選択基準

対象は、日本全国の医療機関(診療所を含む)に勤務・または開業する医師で、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会に所属し、日本医師会医療情報システム協議会や東京都医師会の各科医会協議会等に参加し、本調査の回答に同意が得られた者。

設定根拠：病院のみではなく、診療所を含む幅広い医師からの回答を得るため、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会の協力を得て、配布機会を設定する。

3.2.2 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) 研究責任者が参加者として不適当と判断した者
- 2) その他、回答が著しく不誠実であるもの等

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。

3.2.3 サンプルサイズ(対象者の人数)およびその算定根拠

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。ただし、一般医師が所属し、参加する複数の会合での調査票配布により、300 例前後の収集を目指す。

4 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

副次的評価項目：Minds/Minds モバイル利活用

2) 主な解析方法

- ・ 解析対象者背景の記述
- ・ 解析対象者各層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)
- ・ 専門科間や医療機関(規模)間などで層別解析を行う。
- ・ 情報環境、QI 利用および診療ガイドライン利活用との関連および関連要因について検討する。
- ・ 単変量解析、多変量解析、決定木分析等を用いる。

C.倫理的配慮等

1. インフォームド・コンセントを受ける手順

本研究では、調査により新たに情報(人体取得試料以外)を取得する。

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)。拒否の機会も同様に、同用紙へ明示的に記載する。

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。

2. 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む)

本調査は無記名自記式調査票調査であり、個人情報を取り扱わない。

3. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

1) 負担・リスク

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、該当しない。回答に要する時間が過度な負担をかけないように、約 5-10 分程度の設問数とした。

2) 利益

回答者が本調査に回答することで、直接的に得る利益はない。ただし、設問に回答することで、現在何がトピックになっているかを知ることができ、回答が今後の診療現場における情報環境の整備に貢献できると感じられる可能性がある。

- 3) 負担・リスクと利益の総合的評価
明らかな負担・リスクは発生しないので、総合的評価としても問題ないとする。

4. 試料・情報の保管及び廃棄の方法

- 1) 試料・情報等の保管期間
当該論文等の発表後少なくとも 10 年は調査データおよび解析データを保管する。
- 2) 試料・情報等の保管方法（漏えい、混交、盗難、紛失等の防止対策）
本研究において、調査票調査の結果（電子データおよび紙）は、医療経済学教室内で厳密な情報セキュリティシステムのもとに保管する。データは外付けメディア（CD-ROM または DVD）に取り込み、また紙による質問紙調査票とも常時鍵のかかる保管場所に保管する。保管場所は下記のように設定する。
保管場所：京都大学大学院医学研究科医療経済学分野
保管責任者：今中雄一
- 3) 保管期間または研究終了後に廃棄する場合はその処理の方法
調査票調査データは保存期間の終了後に、データをメディアごと破壊して廃棄する。また、調査票調査用紙は、データ入力して不要になった後に溶解処理による廃棄を行う。

■添付資料

- 添付資料(1)_診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査ご協力のお願い
添付資料(2)_診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査票

4.2. 診療ガイドラインの活用と 情報検索環境についての調査 ご協力のお願い

厚生労働省委託事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業

2017年3月吉日

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(マインズ)ガイドラインセンター[厚生労働省委託事業]による10年以上の活動により、本邦において、診療ガイドラインの標準化および利用環境の整備がなされてきました。しかしながら、全国の診療現場における診療ガイドライン活用状況や活用の阻害要因等については、まだ十分に明らかではありません。

そこで、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)では、診療ガイドライン/医療の質指標(Quality Indicator: QI)の活用に関する重要事項を明らかにするために、診療に必須となるEBM・診療ガイドライン等の情報を入手・利用する際の病院のIT環境と現場医師の情報検索行動について、2014-15年度に多施設調査を行いました。その報告は、

http://minds4.jcqh.or.jp/implementation/qip/pdf/report_h26-27.pdf をご参照ください。

本調査(2017-18年)は、病院や診療所の幅広い層の医師にご協力いただき、診療ガイドラインの活用や情報の検索環境の現状を把握するものです。
エビデンス情報や診療ガイドラインの普及・活用に役立てることを目指しています。

ご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(注) 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。回答に伴う負担・リスクはありません。参加により将来の診療ガイドライン活用に関連するシステム改善に資することが期待できます。調査結果は将来的に学会等での発表、Mindsホームページへ掲載予定です。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。回答を拒否される場合は、担当者へ調査票をご返却ください。研究実施期間は倫理委員会承認日より3年間です。他の研究対象者等の個人情報等の保護、研究に支障がない範囲での研究計画書および研究の方法に関する資料の入手・閲覧についてはQIP事務局へご連絡ください。

本研究は厚生労働省委託事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業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、利害の衝突はありません。情報の二次利用については、解析は両者で行います。本研究以外の研究に二次利用する可能性はありません。他研究機関に提供する可能性もありません。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、またデータは当該論文等の発表後少なくとも10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。

また、本研究は京都大学医学研究科・医学部医の倫理委員会による承認・研究機関の長の許可を得て、実施しています。



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@jcqh.or.jp

京都大学大学院医学研究科相談窓口：総務・人事室 利益相反掛
(tel) 075-753-4305 (E-mail) 060rieki-sohan@mail2.adm.kyoto-u.ac.jp
QIP (Quality Indicator/ Improvement Project) 事務局 本調査相談窓口：
京都大学大学院 医学研究科 医療経済学分野
TEL: 075-753-4454 / FAX: 075-753-4455 E-mail: qip-office@umin.ac.jp
本調査の責任者：今中 雄一、担当者：佐々木

4.3. 診療ガイドラインの活用と情報検索環境についての調査票

【お願い】本アンケート用紙は**医師の皆様方**にお伺いするものです。ご多用中とは存じますが、診療ガイドラインの活用や情報検索環境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。ご回答により直接的利益・不利益はありません。よろしくお願いいたします。

1. ご自身のことについてお伺いします

S1 診療経験年数 ()年

S2 主な診療形態を1つお答えください。

- 1.無床診療所(1人診療) 2.無床診療所(グループ診療) 3.有床診療所
4.病院勤務(一般病床数<200床) 5.病院勤務(一般病床数 200-499床)
6.病院勤務(一般病床数≥500床)

S3 主な診療科を1つお答えください。

- 1.内科系 2.外科系(整形外科以外) 3.整形外科 4.小児科
5.産科・婦人科 6.その他[]

S4 年齢をお教えてください。

- 1.20-29歳 2.30-39歳 3.40-49歳 4.50-59歳 5.60-69歳 6.70歳-

S5 性別をお教えてください。

- 1.男性 2.女性

S6 専門医/指導医資格(学会名)をお持ちですか。お持ちでしたら代表的な資格を1つお教えてください。

- 1.持っている []
2.持っていない

■勤務地の都道府県と都会度(主観的で結構です)をお教えてください。

S7 勤務地の都道府県[]

S8 1.都会 2.郊外 3.田舎 (左より1つお選びください。主観的で結構です。)

2. 診療に係わる情報検索の方法や環境について

1 Q2_1 勤務場所において、どのような情報源(アプリ・検索ツール等含む)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)

- 1.PubMed 2.Google/Yahoo 3.医師の会員向けサイト(無料) 4.薬剤添付文書
5.薬剤インタビューフォーム 6.学会ホームページ 7.Minds 8.医学中央雑誌(医中誌)
9.UpToDate 10.Cochrane Review 11.Clinical Key 12.Ovid
13.DynaMed 14.『今日の診療プレミアム』[電子版] 15.『今日の治療指針』[電子版]
16.『今日の診断指針』[電子版] 17.『M2PLUS』[電子版] 18.『今日の治療指針』[書籍]
19.『今日の診断指針』[書籍] 20.各種診療ガイドライン[電子版] 21.各種診療ガイドライン[書籍]
22.『今日の臨床サポート』[電子版] 23.その他[]

2 Q2_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[]

3 Q2_3 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.している 2.していない

4 Q2_4 情報検索を行う際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[]

5 Q2_5 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.職場で準備された有線LANを利用 2.職場で準備された無線LAN(Wifi等)を利用
3.自費契約の無線LAN(Wifi等)を利用

6 Q2_6 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

7 Q2_7 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。

3. 日常診療における診療ガイドラインの活用状況

8 Q3 診療ガイドラインを日常診療でどのくらいの頻度で使用しますか？

- 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

Q4 Q3で「使用する」(1.~4.)を回答した場合は設問Q4_1~Q4_4、「使用しない」(5.6.)を回答した場合は設問Q4_5にご回答ください。

<Q3で「使用する」(1.~4.)を回答した場合>

9 Q4_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)

- 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[]

10 Q4_2 特に下記のどちらを主に使用しますか。

- 1.自分の専門科の疾患が主 2.自分の専門科以外の疾患が主

11 Q4_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[]

12 Q4_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。 3.ダウンロードして使用する。

<Q3で「使用しない」(5.6.)を回答した場合>

13 Q4_5 診療ガイドラインを使いたくない/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/改訂に時間がかかる。
3.情報量が多すぎてわかりにくい。 4.閲覧・検索がしにくい。
5.有料である。 6.その他[]

Q5 Mindsについてお尋ねします。

14 Q5_1 **Minds**サイト(インターネットホームページ)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

Q5_1で「3.知らない」以外を回答された方のみ、Q5_2～Q5_5の設問に回答ください。

15 Q5_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[]

16 Q5_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

17 Q5_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

18 Q5_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.情報量が多すぎてわかりにくい。 4.閲覧・検索がしにくい。
5.サイトの運営主体がわかりにくい。 6.その他 []

19 Q5_6 **Minds**モバイル(タブレット・スマホ用アプリ)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

Q5_6で「3.知らない」以外を回答された方のみ、Q5_7～Q5_8の設問に回答ください。

20 Q5_7 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

21 Q5_8 **Minds**モバイルの使い勝手はいかがですか。使いにくい場合、理由もご記載ください

- 1.使いやすい
2.使いにくい []

4. 医療の質指標について

Q6 医療の質指標 (Quality Indicator: QI) についてお尋ねします。

22 Q6_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.聞いたことがある程度で、実際の指標を見たことはない
3.知らない

23 Q6_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

24 Q6_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

5. EBM(根拠に基づく医療)・診療ガイドラインについて

25 Q7_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

26 Q7_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

27 Q7_3 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・訓練を受けている/受けたことがありますか。

- 1.ある 2.ない

28 Q7_4 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[]

29 Q7_5 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

30 Q7_6 診療ガイドラインのクリニカル・クエスチョン(CQ)として、どのようなテーマが重要だと考えますか。(複数回答可)

- 1.疾患の疫学的・臨床的特徴 2.治療の選択 (alternative care option)
3.診断・治療全体のアルゴリズム(パスウェイ) 4.その他[]

31 Q7_7 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。
(ガイドラインのエッセンス情報の必要性、特にどのような疾患のエビデンスが必要か、検索機能に関する具体的要望等)

32 Q7_8 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

ご協力ありがとうございました。



(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 : qip-office@umin.ac.jp 担当:佐々木

～お知らせ～

Minds ホームページ <http://minds.jcqh.or.jp/n/>

Minds モバイルについて <http://minds4.jcqh.or.jp/resource/mindsmobile.html>

診療ガイドラインの活用と 情報検索環境についての調査[医師向け]

4.4 調査結果(中間集計)概要

【調査目的】診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討するために、病院勤務医に加えて診療所医師など、幅広い層の医師を対象に、実際の診療現場での情報インフラおよび医師の情報検索行動の実態、また情報検索環境の現状と課題などについて把握することを目的とする。

【調査対象】2017年1月～2月に開催された日本医師会・東京都医師会関連会議計3回およびMindsフォーラム2017において、調査票にご回答いただいた計56名の医師(回収率48.2%)

【方法】無記名自記式調査票調査。2014-15年度調査票の発展型調査票を用いる。全国の医療機関(診療所を含む)に勤務・または開業する医師で、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会に所属する医師に対し、集会などの機会に配布し、回収する。診療情報検索環境に関連して、診療環境で活用している情報源、インターネット閲覧環境(LAN 整備等)等について解析した。また、診療ガイドラインについて使用頻度や頻用疾患領域、使用場面、利用しにくい原因等、また医療の質指標(QI)の認知・活用状況を調査した。活用の阻害要因は、特に自由記述に注目して検討した。

【結果】東京都医師会の集会(2回)(A群)とMindsフォーラム(M群)ではかなり参加者の構成が異なったので、2群に分けて解析した(A群は無床1人診療約8割、8.5割が東京都で勤務していたのに対し、M群は病院勤務が約7.5割で、職場は6割が全国に及んだ)。その結果、2群で活用している情報源、診療ガイドライン使用頻度、頻用する疾患領域などに大きな違いを認めた。M群はPubMed(97%)、UpToDate(38%)、CochraneReview(35%)を活用していたが、A群はGoogle/Yahoo(70%)が最多で、PubMed(33%)、UpToDate(3%)に止まった。また、Minds関連集計として、M群のMinds利用は52%、A群は19%だった。Mindsサイトの認知は67%に及んだが、モバイルの認知は36%に止まった。双方の使用頻度は、月1回以上が多かった。Mindsサイトを使いにくい理由として、「閲覧」検索がしにくい」が最多(26%)だった。情報検索環境への提言として、「無線LAN整備によるアクセシビリティの向上」、「無料・公開の必要性」に関するものが多く挙げられた。また、診療ガイドラインが使いやすくなるためのコメントとして、「見易さ・検索のしやすさ」、「概要などアルゴリズムの提示」、「一般向け普及・解説」に関するものを多く認めた。

さらに、H27年度研修医調査と比較すると、診療ガイドライン使用頻度が「月1回以上」が最多(37～52%)[vs 研修医「週1回以上」50.9%]、診療ガイドラインの参照場所は外来が主(66%)[vs 医局80%]、情報検索を行う電子機器はノートPC64%>デスクトップ54%>スマートフォン43%[vs スマホ68%>タブレット44%>ノートPC40%]、患者説明時に診

療ガイドラインを活用(39%) [vs 20%]していた。

【考察・まとめ】まだ中間集計の段階ではあるが、H27年度の研修医調査結果と比較して、50代以上が8割以上を占める当集団においては、診療ガイドラインの使用頻度が少ないこと、診療ガイドラインの参照場所は外来が主になること、情報検索を行う電子機器として、ノートPC、デスクトップの順に多いこと、また、患者説明時に診療ガイドラインを活用していることなどが明らかとなった。対象集団全体が診療ガイドラインに興味を持っている人、専門家に偏る傾向があることに留意した上でも、年代により活用しやすいITインフラや状況・場面が異なることを念頭に、対象集団ごとのニーズを踏まえ、診療ガイドライン活用促進に向けたさらなる周知・活動が必要である。

4.5. 診療ガイドラインの活用と 情報検索環境についての調査 調査結果(中間集計)

(2017年2月22日時点)

平成28年度調査結果 速報



調査の目的・方法

【目的】

病院勤務医に加えて診療所医師など、幅広い層の医師を対象に、診療ガイドラインを利用しやすい仕組みを検討するために、実際の診療現場での情報インフラおよび医師の情報検索行動の実態、また情報検索環境の現状と課題などについて把握することを目的とする。

【方法】

無記名自記式調査票調査。2014-15年度調査票の発展型調査票を用いる。全国の医療機関(診療所を含む)に勤務・または開業する医師で、日本医師会、東京都医師会など団体や学会・研究会に所属する医師に対し、集会などの機会に配布し、回収する。

調査票配布・回収状況

開催日	集会名	配布数	回答数	回収率 (%)
2017/1/16	東京内科医会理事会(東京都医師会)	27	12	44.4
2017/1/28	Mindsフォーラム	31	29	93.5
2017/2/6	東京都各科医会(東京都医師会)	54	13	24.1
2017/2/11-12	日本医師会医療情報システム協議会	500	2 (途中)	

(2017年2月22日時点)

今回の解析対象は56名(回収率48.2%)

3

回答者属性 (1)

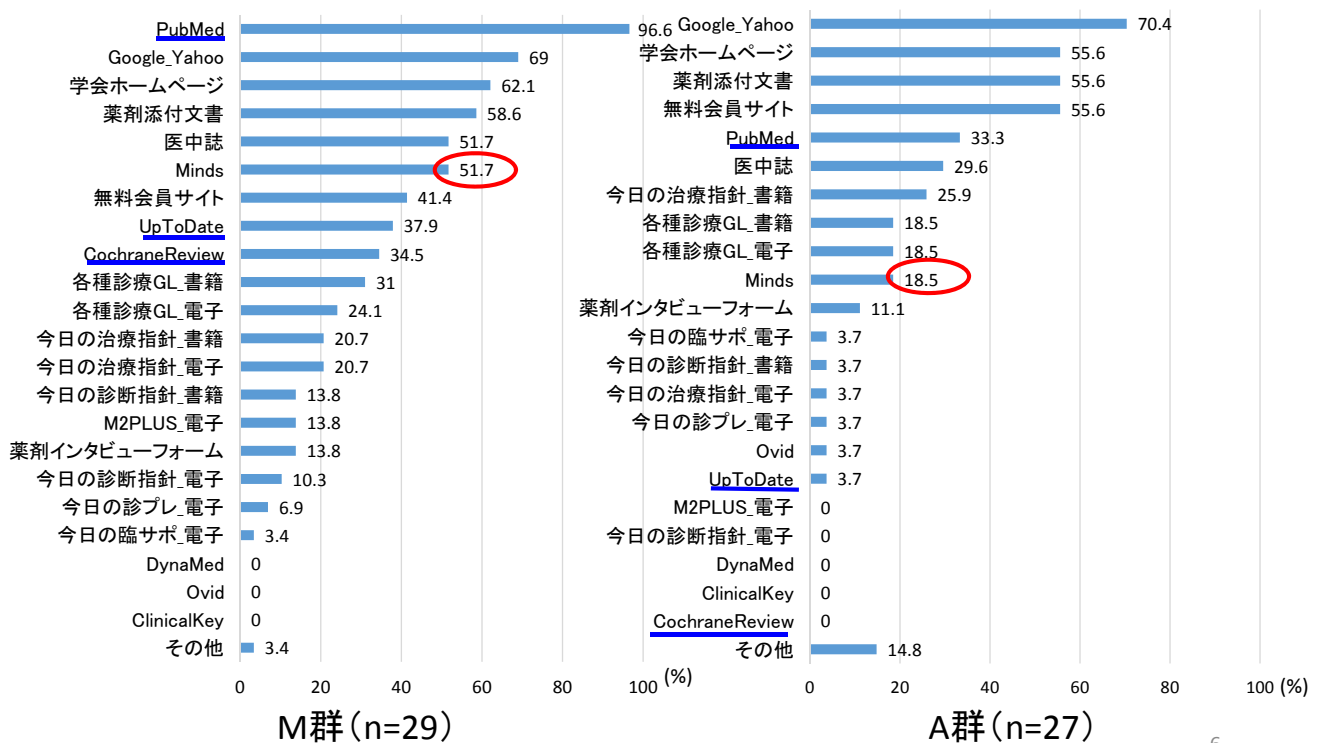
属性	All (n=56)	M群 (n=29)	A群 (n=27)
診療経験年数 (mean±SD,range)	31.0±8.7, 11-50	29.7±10.0, 11-50	32.4±7.0, 14-45
主な診療形態			
無床診療所(1人診療)	23(41.1)	2(6.9)	21(77.8)
無床診療所(グループ診療)	2(3.6)	0(0)	2(7.4)
有床診療所	1(1.8)	1(3.4)	0(0)
病院勤務(一般病床数<200床)	4(7.1)	4(13.8)	0(0)
病院勤務(一般病床数 200-499床)	7(12.5)	5(17.2)	2(7.4)
病院勤務(一般病床数≥500床)	19(33.9)	17(58.6)	2(7.4)
主な診療科			
内科系	27(48.2)	12(41.4)	15(55.6)
外科系(整形外科以外)	6(10.7)	5(17.2)	1(3.7)
整形外科	4(7.1)	1(3.4)	3(11.1)
小児科	3(5.4)	3(10.3)	0(0)
産科・婦人科	3(5.4)	2(6.9)	1(3.7)
その他	13(23.2)	6(20.7)	7(25.9)

4

回答者属性 (2)

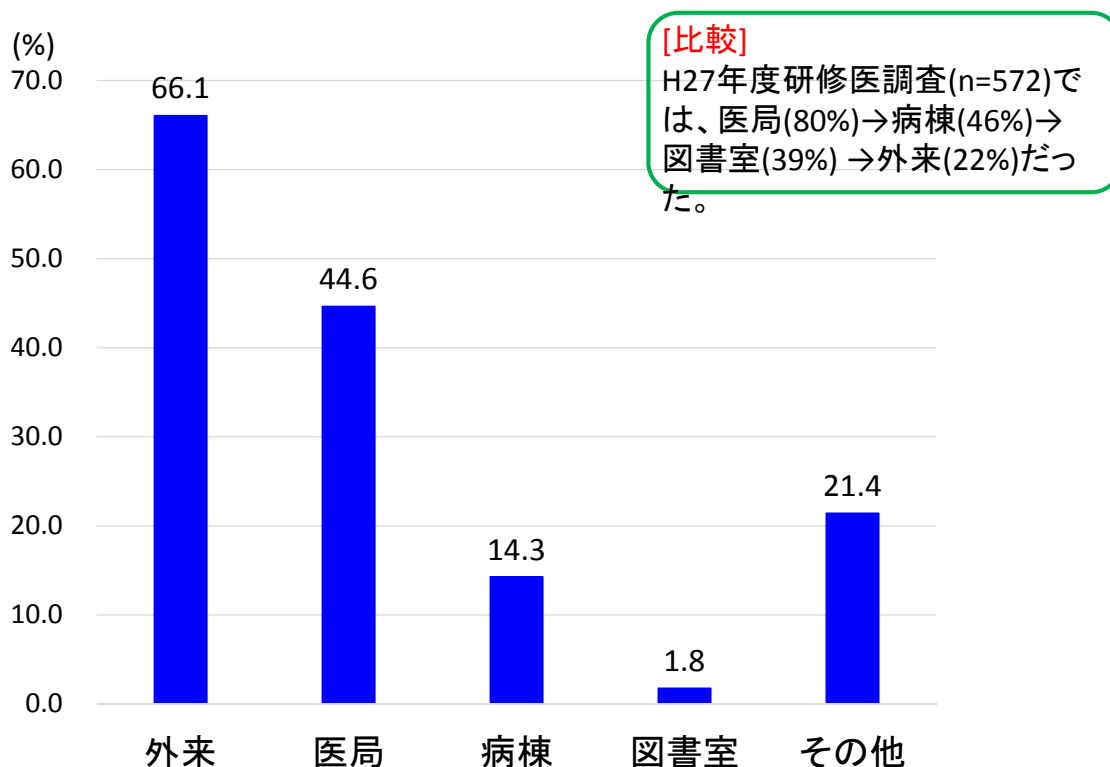
属性	All (n=56)	M群 (n=29)	A群 (n=27)
年齢			
20-29歳	0(0)	0(0)	0(0)
30-39歳	3(5.4)	3(10.3)	0(0)
40-49歳	6(10.7)	5(17.2)	1(3.7)
50-59歳	23(41.1)	10(34.5)	13(48.1)
60-69歳	22(39.3)	10(34.5)	12(44.4)
70歳-	2(3.6)	1(3.4)	1(3.7)
性別			
男性	48(85.7)	24(82.8)	24(88.9)
女性	8(14.3)	5(17.2)	3(11.1)
専門医/指導医資格			
持っている	51(91.1)	28(96.6)	23(85.2)
勤務地都会度			
都会	43(76.8)	22(75.9)	21(77.8)
郊外	8(14.3)	3(10.3)	5(18.5)
田舎	4(7.1)	4(13.8)	0(0)
無回答	1(1.8)	0(0)	1(3.7)
勤務地			
東京都	34(60.7)	11(37.9)	23(85.2)
東京都以外	21(37.5)	18(62.1)	3(11.1)
無回答	1(1.8)	0(0)	1(3.7)

活用している情報源



情報源の参照場所

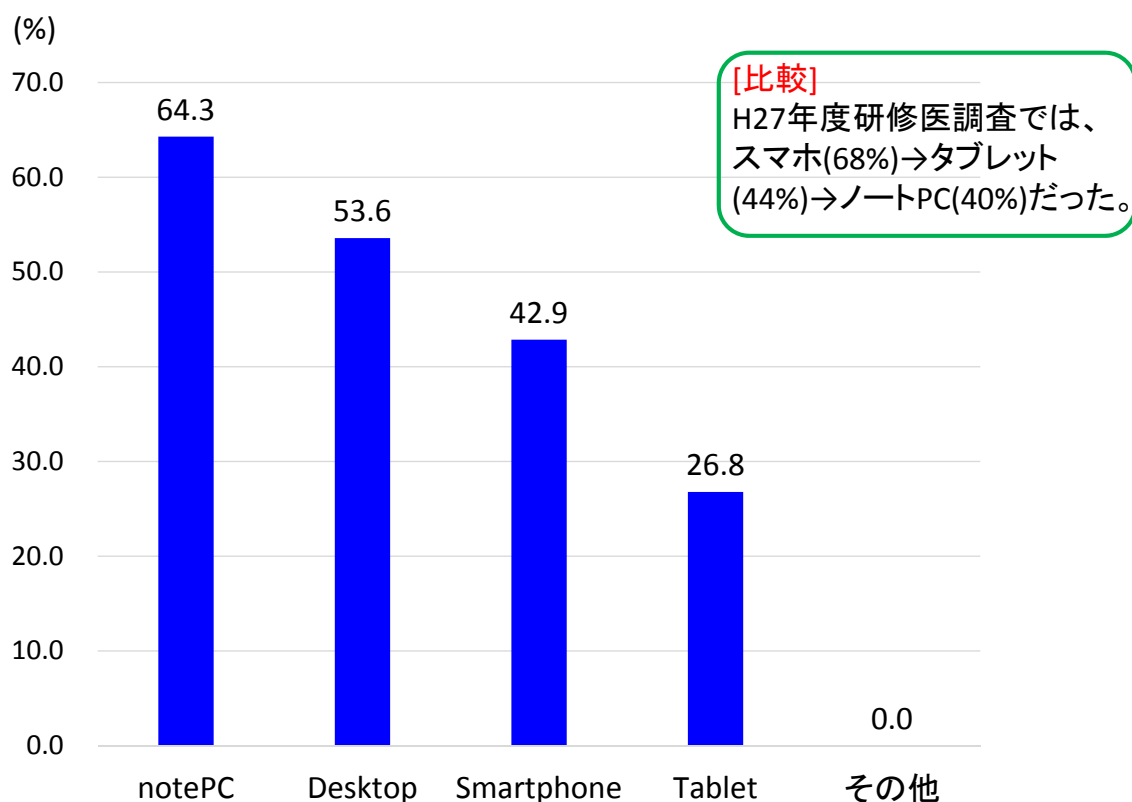
(n=56)



7

情報検索を行う電子機器

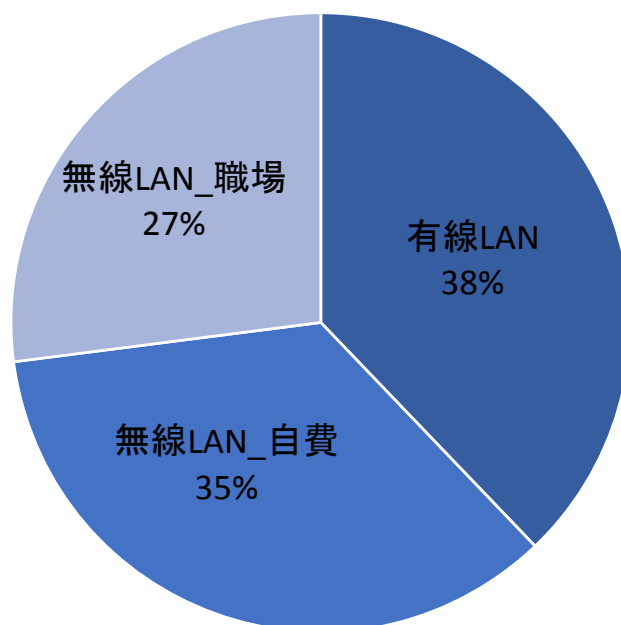
(n=56)



8

インターネットへのアクセス方法

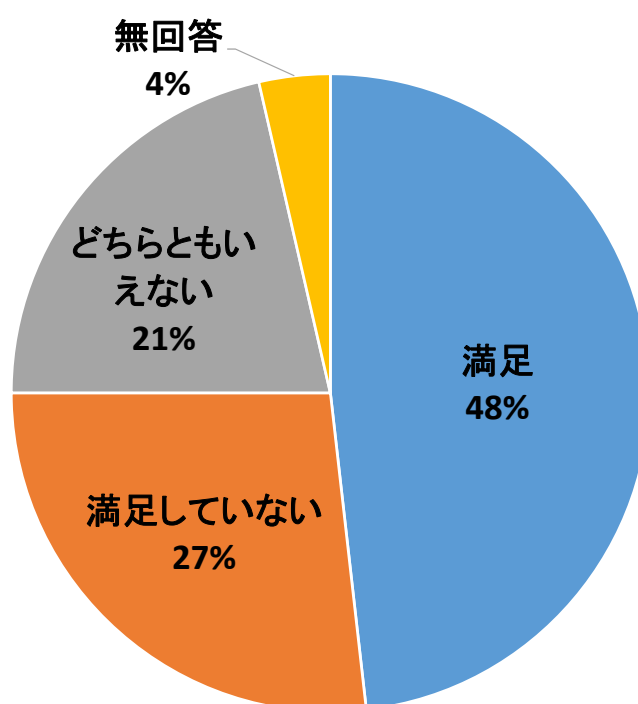
(n=56)



9

情報検索環境の満足度

(n=56)

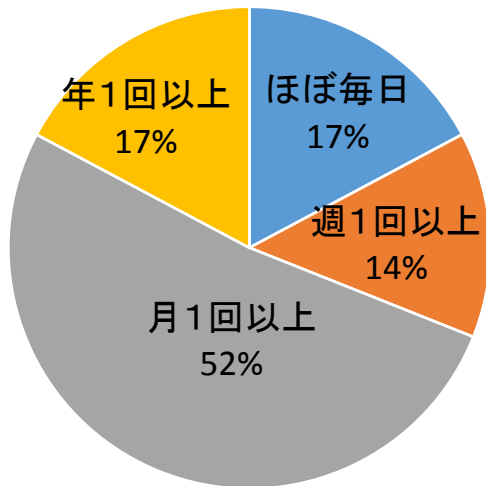


10

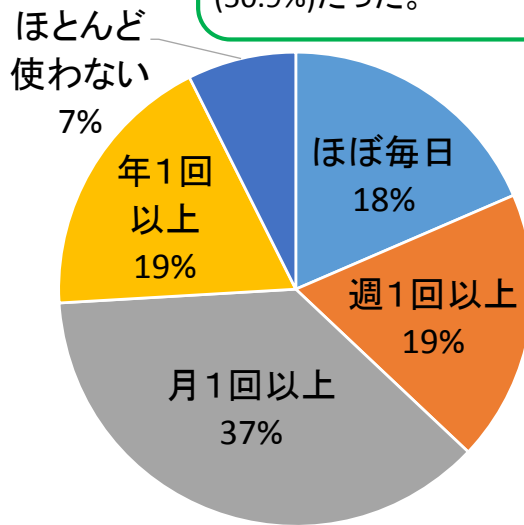
診療ガイドライン使用頻度

[比較]

H27年度研修医調査(n=581)では、「週1回以上」が最多(50.9%)だった。

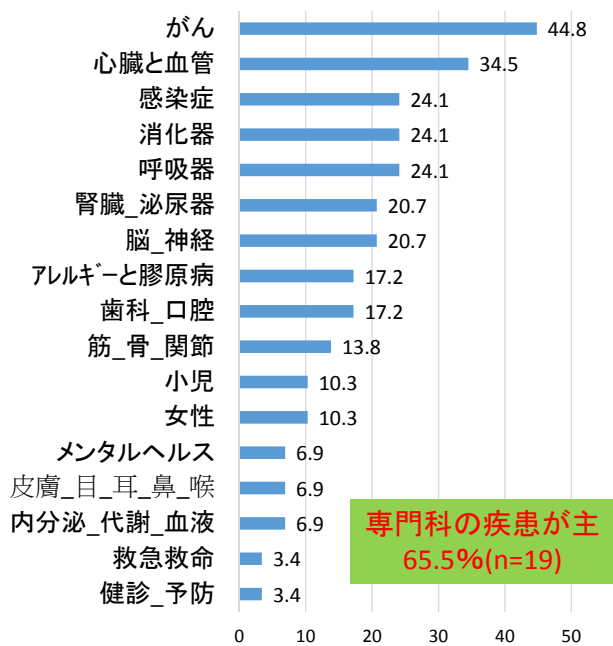


M群 (n=29)



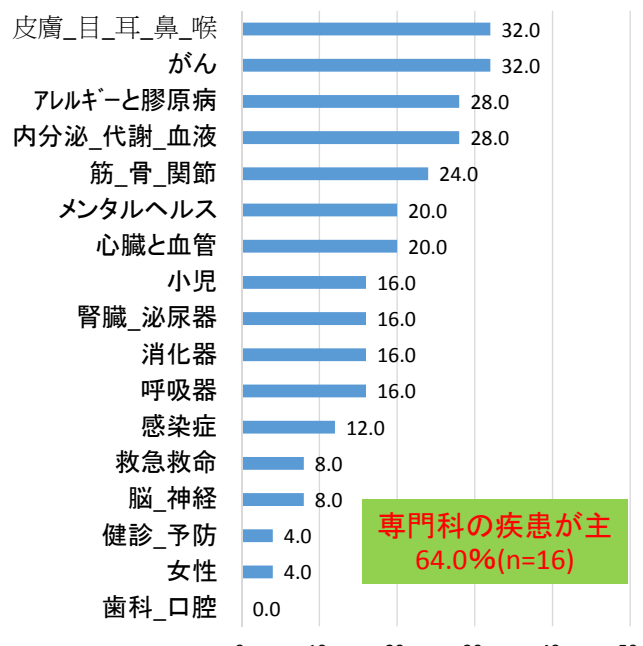
A群 (n=27)

頻用する疾患領域



M群 (n=29)

専門科の疾患が主
65.5%(n=19)

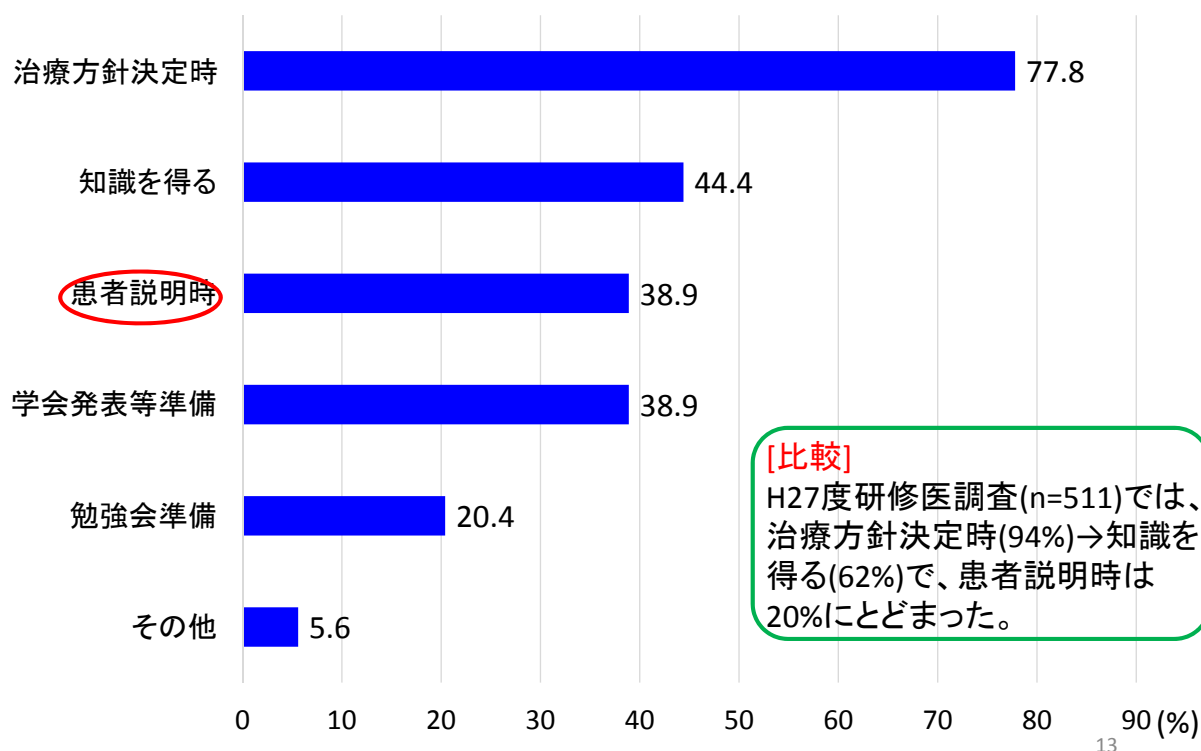


A群 (n=25)

専門科の疾患が主
64.0%(n=16)

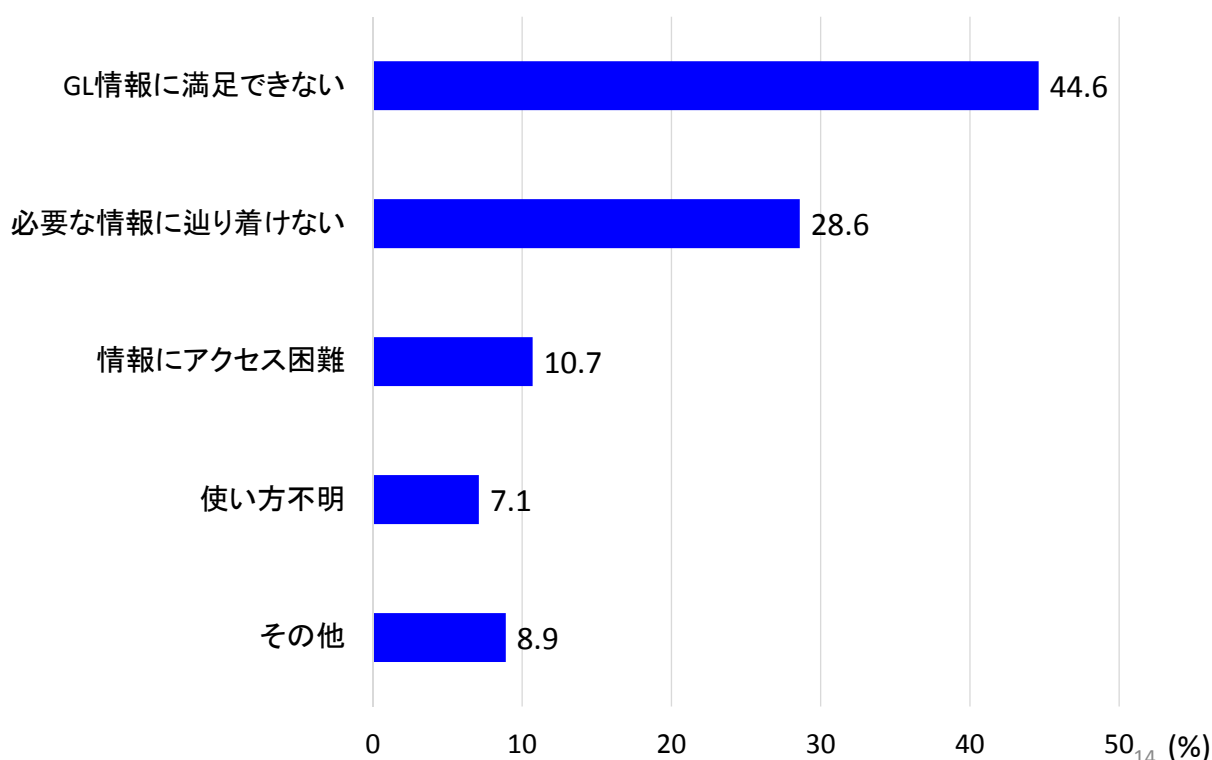
頻用する使用場面

(n=54)



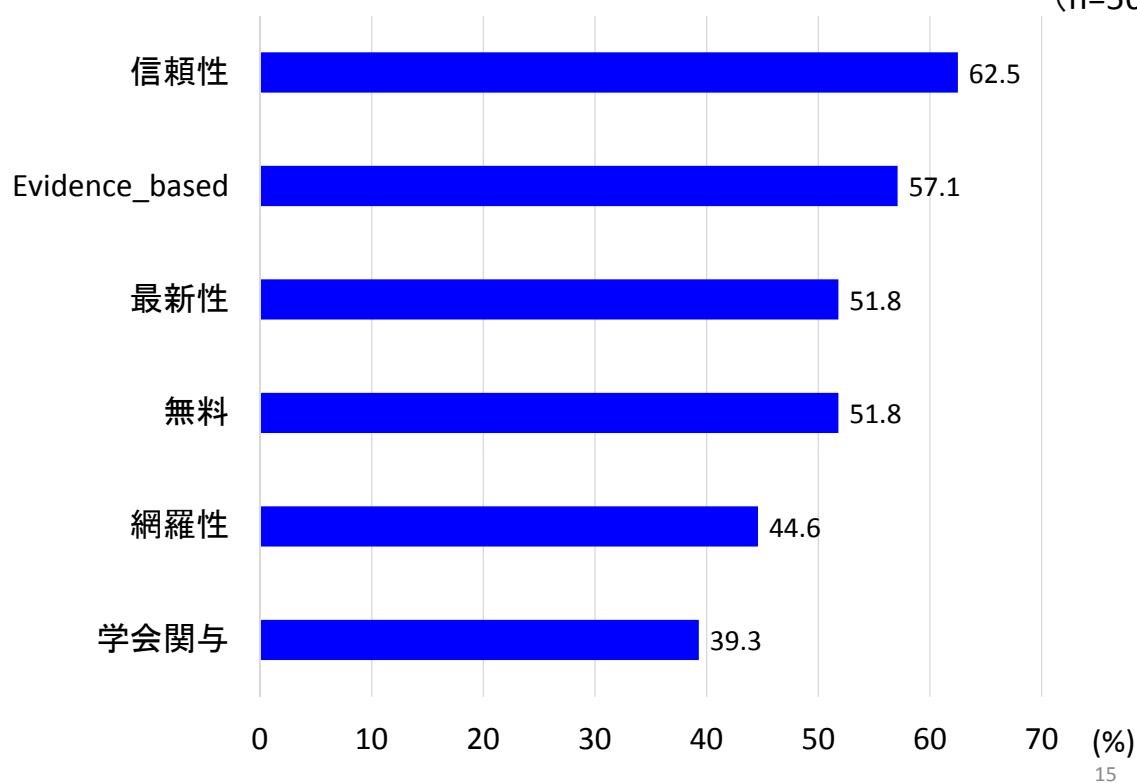
診療ガイドラインが利用しにくい原因

(n=56)



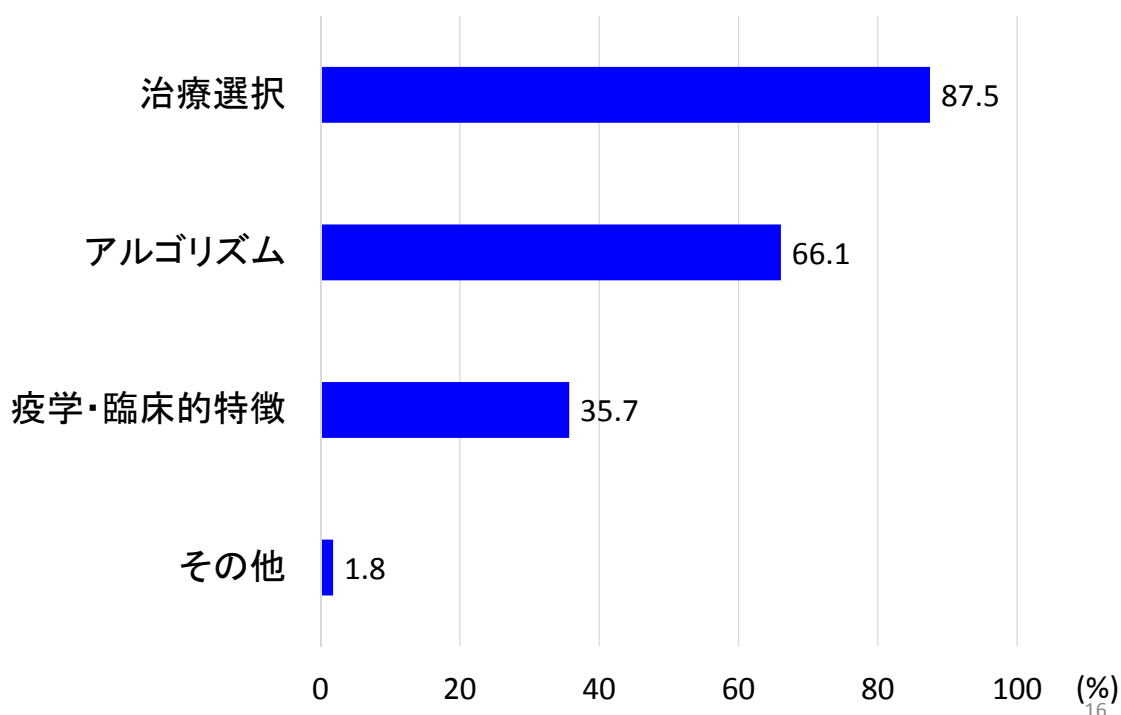
診療ガイドライン掲載サイト重視事項

(n=56)



CQ(クリニカルクエスチョン)として重要なテーマ

(n=56)



満足できる情報検索環境への提言例①

<Wifiの整備>

- どこでも小型タブレット又はノートPCでインターネットに接続できる環境
- 院内のwifi整備
- 無線LANが利用できること。
- 電子カルテのシステムを外部インターネットと融離しているので、外来、病棟で外部インターネットに接続できない。海外の病院のようにwifiを充実してほしいと思う。
- 病棟外来では病院が準備したwifiを利用できない。自分でルーターを運んでいるが、十分電波が届かないことがある。
- 院内モバイル環境が必要。ベッドサイドにて展開可能なもの。

17

満足できる情報検索環境への提言例①

<無料/公開性>

- 無料で閲覧できること
- Scientific paperのfull down loadをもっと自由に無料で行いたい。
- 学会員以外にも公開していること

<その他>

- 文字、図表はいりません。
- 医師の認証とコンテンツ

18

診療ガイドラインが使いやすくなる ためのコメント例①

<見易さ/検索しやすさ>

- どのようなガイドラインが掲載されているか、一目でわかる
- 簡単に！（10行以内にまとめよ、10行ルール）
- 簡便な手順による使用。
- キーワードを複数入力することで、ヒントがみえるようなもの
- 一般のスマホで簡単に検索の上位に来るしくみ作り エッセンスのみ 他はリンクへ、専門医への紹介条件
- 電子カルテシステムにおける一つの機能として、最新のガイドラインが薬剤、処置、手術、傷病名などと連動した形で参照、検索出来るように
- 新しい推奨が出た場合pushで通知されるシステム
- アクセススピードと、患者さんはみづらいこと。（たねあかした手品みたいになります。）

19

診療ガイドラインが使いやすくなる ためのコメント例②

<概要等の提示>

- 特にメジャーな疾患については、エッセンス情報(概要版)が必要
- 図表をうまく使い、臨床上のdecision makingの際にアルゴリズムを作図してあれば利用し易い
- (専門外の)日常診療における簡便な診断と治療のアルゴリズムがあると良い
- 専門領域の性格が高い診療ガイドライン作成時には、必ず他診療領域の医療者や一般の市民も利用できるCQ項目を加えることを義務化する
- Body of evidenceと推奨の根拠を別に明記する

<一般向け普及・解説>

- 一般の人に「診療ガイドライン」という言葉の普及
- 診療ガイドラインを作成する時に、患者が理解しやすいような、患者向けの資料を必ず作成願いたい

20

Mindsサイト・Mindsモバイル認知状況

(n=56)

■ 知っている ■ 見たことはあるが、内容はよく知らない □ 知らない □ 無回答

Mindsサイト

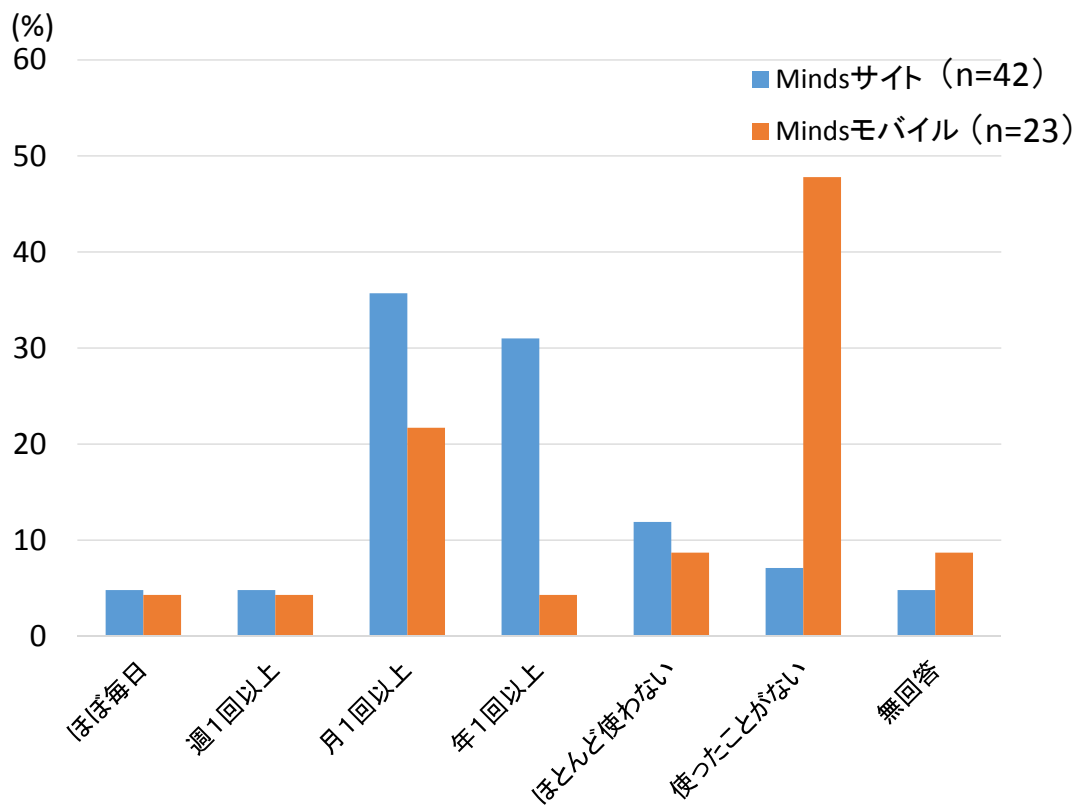


Mindsモバイル



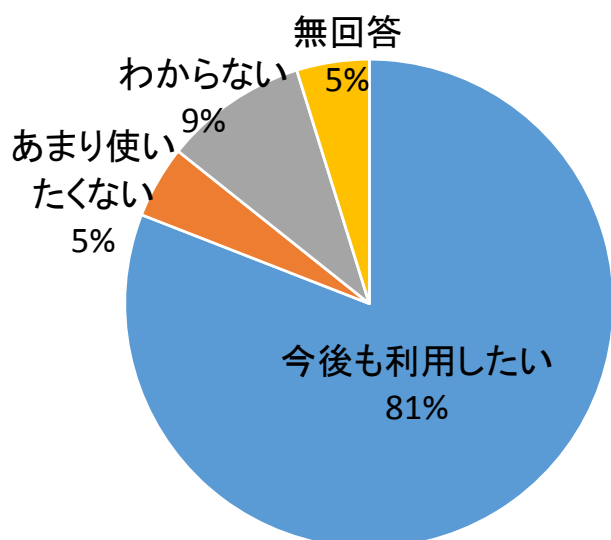
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Mindsサイト・Mindsモバイル使用頻度

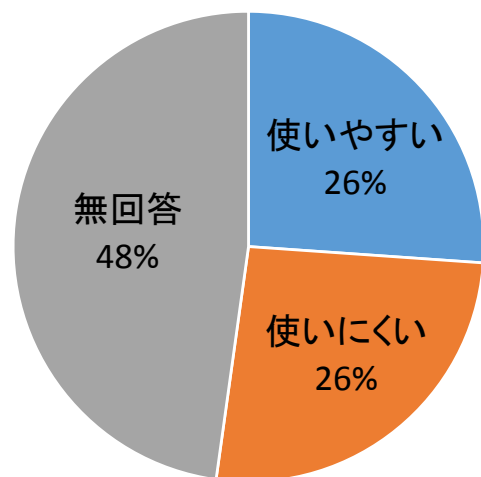


23

Mindsサイト・Mindsモバイル印象



Mindsサイト (n=42)

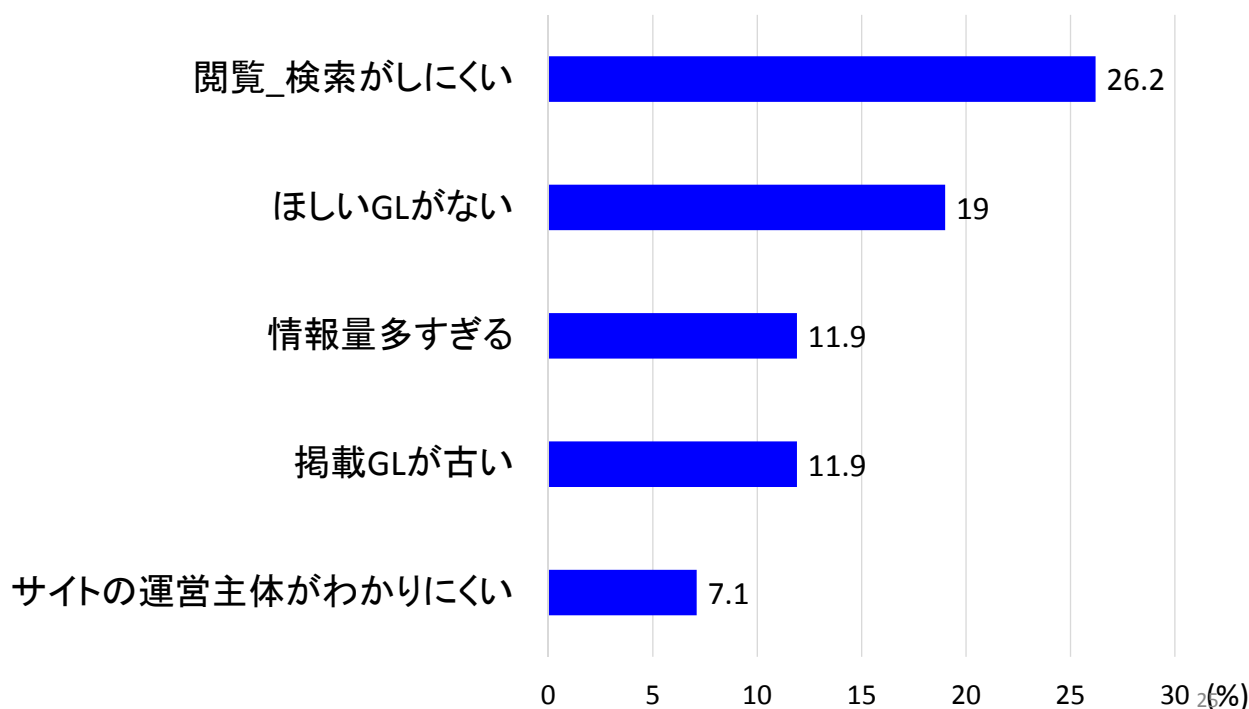


Mindsモバイル (n=23)

24

Mindsサイトを使いにくい理由

(n=42)



結果のまとめ

まだ中間集計の段階だが、H27年度の研修医調査結果と比較して、50歳台以上が8割以上を占める当解析集団において、診療ガイドラインの使用頻度が少ないこと、診療ガイドラインの参照場所は外来が主になること、情報検索を行う電子機器として、ノートPC、デスクトップの順に多いこと、また、患者説明時に診療ガイドラインを活用していることなどが明らかとなった。

考察

対象集団全体が診療ガイドラインに興味を持っている人、専門家に偏る傾向があることに留意した上でも、年代により診療ガイドラインなどを活用しやすいITインフラや状況・場面が異なることを念頭に、診療ガイドライン活用促進に向けたさらなる周知・活動が必要である。

5.

一般診療に係る

Common disease

エビデンスセット

作成プロジェクト

5. 1. Common disease エビデンスセット作成プロジェクト

進め方の方針

1. 方針の確認

- 既に評価されている診療ガイドラインの **CQ**、推奨を用いる。
(新たにシステマティックレビューをしたり、診療ガイドラインを作成する予定はない)
- エビデンスに基づく推奨(診療ガイドライン)の普及のために、見やすく、伝えやすいツールを目指す。
- 対象とする疾患領域：疾患頻度が多いものやプライマリ・ケアで重要な疾患。
例) 動脈硬化性疾患(ASCVD risk disease)：高血圧，糖尿病，脂質異常症，慢性腎臓病，喫煙
肺炎、COPD、脳卒中、心不全、精神疾患(抑うつ、不安、てんかん等)、腰痛、頭痛 etc.

○標準データセットを構成する基本項目

エビデンスセット(枠内)の収集

■ クリニカル・クエスチョン (CQ)

- 外来や入院診療において1日に1回は遭遇するような : common
- 過去・現在において常に問題となる : anytime
- 日・欧米，僻地-都会，診療所-病院まで場所にとらわれない : anywhere
- 上記の対象疾患領域について収集を始める。

■ 推奨の内容

■ 推奨の強さ

□ エビデンスの強さ・確実性 (オプション)

■ 引用診療ガイドラインとそのリンク

日・欧米のガイドラインについては **Minds** からアクセス可能にする。

■ エビデンスセットに対する要点解説

■ タスクフォースと協力者

診療規模と地域、**EBM** の実践の実績を考慮して各地域の総合診療医を中心とし、疾患ごとに各専門家にご協力いただく。

2. 初回ミーティング開催

日時：3月2日（木）19：30～

場所：日本医療機能評価機構 9階 中会議室1

出席：今中雄一、江本賢、佐々木典子、小坂鎮太郎、筒泉貴彦、藤谷 茂樹、山田康博、山口直人、Minds事務局：奥村 晃子、篠原 義人、菅原 浩幸、中井 美幸、畠山 洋輔（敬称略、五十音順）

<上記方針を含めた確認事項>

- ・メンバーの先生方の負担が大きくなるよう、既存の CQ をまとめるところから始め、どうしてもない場合は海外のものなどを参考にさせていただく方向とする。
- ・とりあえず大事な CQ を順に挙げて持ち寄ることとなった。

3. 今後のスケジュール（案）

- ・2017年3月末までに優先順位の高い CQ を挙げ、全体で共有する。
- ・2017年6月11日（土）ACP 日本支部における WS での普及活動。いくつかの CQ に対する解決方法を WS で参加者で行う。
- ・同 WS で使用する CQ の設定と見本例の作成。作業手順を共有してある程度確定する。

3. タスクフォースコアメンバー（案）

練馬光が丘病院 総合診療科/救急・集中治療科 小坂 鎮太郎先生

松村医院、東京医療センター 松村真司先生（プライマリケア連合学会）

愛仁会明石医療センター総合内科 筒泉貴彦先生（ACP, JHospitalistNetwork 編集委員）

京都岡本記念病院 総合診療科 高岸勝繁先生

麻生飯塚病院 総合診療科 江本 賢 先生

国立病院機構 東京医療センター 山田 康博先生

アドバイザー：聖マリアンナ医科大学 藤谷 茂樹先生

5.2. 米国内科学会 (ACP) 日本支部ワークショップ (案)

ACP JAPAN ワークショップ ver1

聖マリアンナ医科大学 藤谷 茂樹先生作成

日時：2017年6月10日 1300-1430

場所：京都大学国際学科イノベーション棟5階 I-2 会場 会議室5

対象：医学生、研修医、若手医師 (定員48人)

ゴール：

-臨床疑問を解決し、患者に役立てるための実践的方法を伝える。

-MINDS についての認知向上

-実臨床に即した題目を提示し、それを解決していくことで日本古来の方法がまかり通っていることを理解いただき、かつそれを適切な評価で導き出された回答を提示いただく。MINDS のゴールである質の高いエビデンスによる適切な加療を提供するためのステップを実際に経験してもらう。

タイトル：

クリニカルクエスチョンを解決し、実臨床に活かすテクニック

目的：

本邦では世界各国の先陣を切って高齢化社会が進行している。それに伴い、基礎疾患や社会的問題を複数持つ患者が増加し、これらの問題を適切に解決する能力が求められている。近年ではエビデンスが豊富な各国のガイドラインが充実してきている一方で、その内容をいかに本邦において日本固有のガイドライン、保険適応、専門科の方針に適切に融合させるかが大きな課題となっている。単独臓器だけに焦点を当てるのではなく、患者全体の問題を評価し、持ちうるツールをバランスよく使用するための知識及び技能を涵養することが今後の日本医療において必要なものであると考えられる。

今回のセッションでは、前半は講義形式で、クリニカルクエスチョンから適切な解答を導くために必要な知識の習得を目指す。後半はワークショップ形式で、習得した知識を実臨床において活用できるようになるための技能を学ぶ。

内容：

前半：講義形式(20~30分)

クリニカルクエスチョンの作りかたとそれを解決するための方法

—自身が臨床の場面で遭遇する疑問(クリニカルクエスチョン)をいかに抽出するか

について説明する。それらに対して Pubmed などのツールを用いて 1 次文献や 2 次文献を検索する手法を伝える。

—エビデンスの質について吟味する方法をジャーナルクラブの具体例を簡潔的にまとめて説明する。

—ガイドラインがいかにかに作成されているかを説明する。そして、主に GRADE システムの手法について説明し、ガイドラインの記載の妥当性をいかに吟味するかを伝える。MINDS のサイトを紹介し、各ガイドラインを閲覧できること、日本版のガイドラインの作成が如何に行われているかについても紹介する。

—上記内容及び患者背景、環境、施設基準などを統合してクリニカルクエスチョンの解答を導き出し、それを如何に実臨床において適応するかについての具体的方法について説明する。

補足

—限られた時間で対象の知識レベルにも幅があることが推定されるので臨床疑問から解決までの流れを表面的に総論を伝えていく。

—講義する人数について確認必要。1~3 人で良いかと思われる。

後半：

ワークショップ (45~70 分)

クリニカルクエスチョンから解決に至るまでのシミュレーション

—聴講者を 1 グループ 6~8 人に分けて、それぞれのグループにファシリテーターを配置する。

—各グループに実臨床に即した遭遇しうる状況を題目として提示する。

—各グループはそれぞれの題目に対してインターネットを利用して Pubmed, MINDS のサイトを閲覧し、実践的に問題解決につなげる方法を体感する。

—あらかじめ用意されていた論文を渡す。これを読む時間がないと思われるので GRADE システムでチェックポイントとされる要点を記載している部分に下線部をあらかじめ引いておく。

—グループ内で導き出した解決策を実臨床に使用する方法、工夫について議論する。

—グループ同士でお互いの課題に対するアプローチを発表しあい、共有する。

補足

—時間が限られているのでタイムマネジメントが必要。

-ジャーナルクラブでの批判的吟味や GRADE を論文において反映することは現実的に困難。ファシリテーターによる先導で行なっていく。

-各グループにおいて実臨床でありがちな内容について触れる。それらを発表しあうことでお互いの見地を深める。

例：

-脳梗塞患者におけるエダラボン

脳外科が強く推奨してくる。欧米でのデータなし。日本でのデータを GRADE で評価。費用、アウトカム、保険適応が日本にあることなどを踏まえてどこを着地点にするか。

例：

-心房細動における抗血小板薬

ベテラン医師がエビデンスがあるからと言ってアスピリンをしようとしている。渡された論文は SPAF-2 トライアル。この論文では有意差を持って抗血小板薬の効果が証明されているが実際は試験デザインとして微妙なところがある。メタ解析においてもこの論文以外は抗血小板薬の効果は証明されなかった。一方で高齢患者、転倒のリスクが高く薬のコンプライアンスが悪い。抗凝固療法を使用するのか、何も使用しないのか、お茶を濁して抗血小板薬を使用するのかについて議論。

他の案：

-心不全における ACE-I、ARB どちらが良いのか。

いずれも相応のエビデンスがあるが ACE-I の方がエビデンスが蓄積されている、副作用の空咳は 10%程度、何より安い、などのことを包括的に評価。

-緩和患者に輸液療法を入れないのは是か、非か。

輸液療法の論文を読み解きながらその効果について評価。また、それを実践の場を使用する際の病棟や家族をどのようにして巻き込んでいくか。

-肝性脳症におけるアミノレバン

エビデンスは多少はあるがそれほど強くない。否定はしないが輸液を先んじて行い、改善を見ても良いのではないか？という話し合い。

必要参加スタッフ：

6~8 人？

Minds 今中先生よりご挨拶

6.

シンポジウム・
学会発表

Think about the future of medical practice a small step of ICT for EBM

Yuichi Imanaka, MD, PhD

Executive Board Member, Japan Council for Quality Health Care
<http://jcqhc.or.jp/>

Professor, Kyoto University Graduate School of Medicine
Dept. Healthcare Economics & Quality Management
<http://med-econ.umin.ac.jp/>

Evidence-based practice ?

(Cochrane et al. J Cont Educ Health Prof 2007;27:94)

(Gagliardi et al. Implement Sci 2011;6:26)

(Grimshaw J et al. J Cont Educ Health Prof 2004;24:S31)

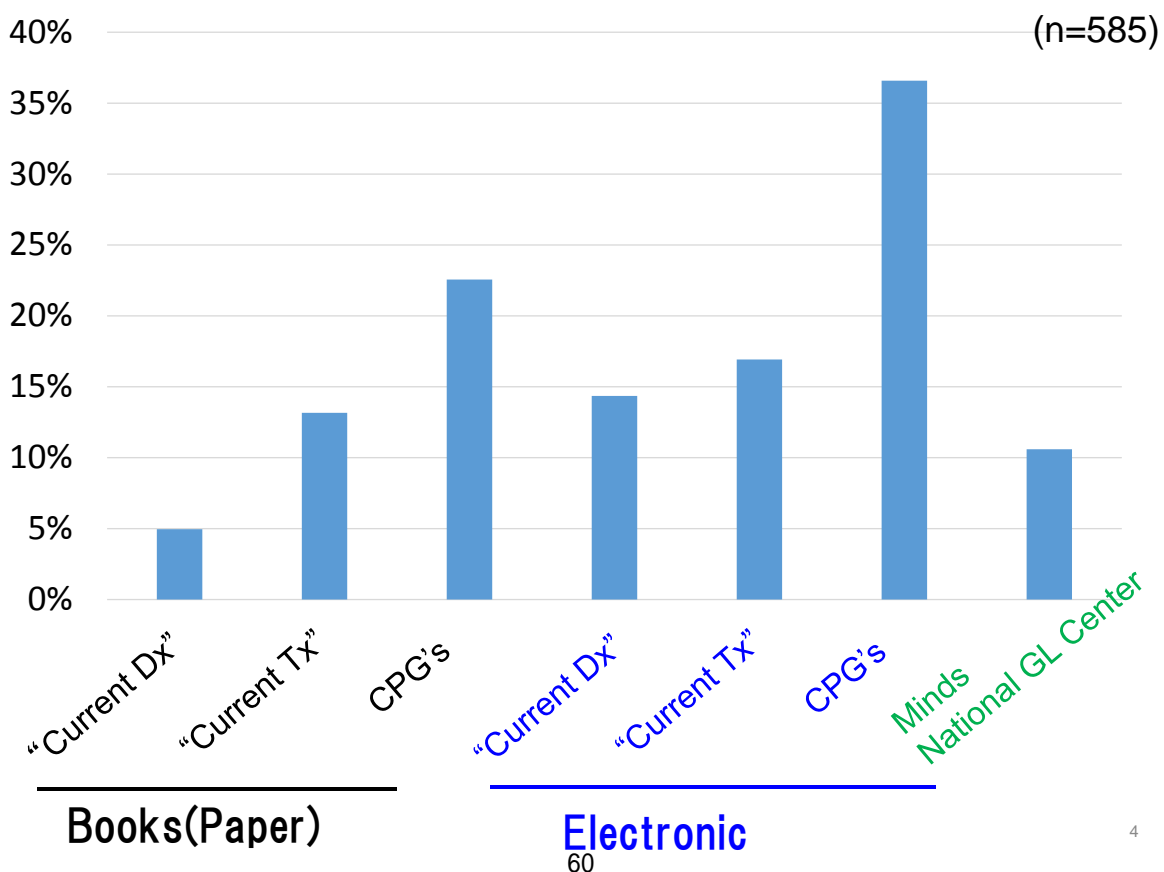
- Clinical guidelines (CPG) or evidence-based recommendations continue to be under-used even in developed countries.
- Several studies have identified individual behavioral barriers and **system barriers**.

In the information age of
Internet Mobile BigData AI

Evidence-Based Practice
will be dependent on
hospital **ICT** infrastructure.

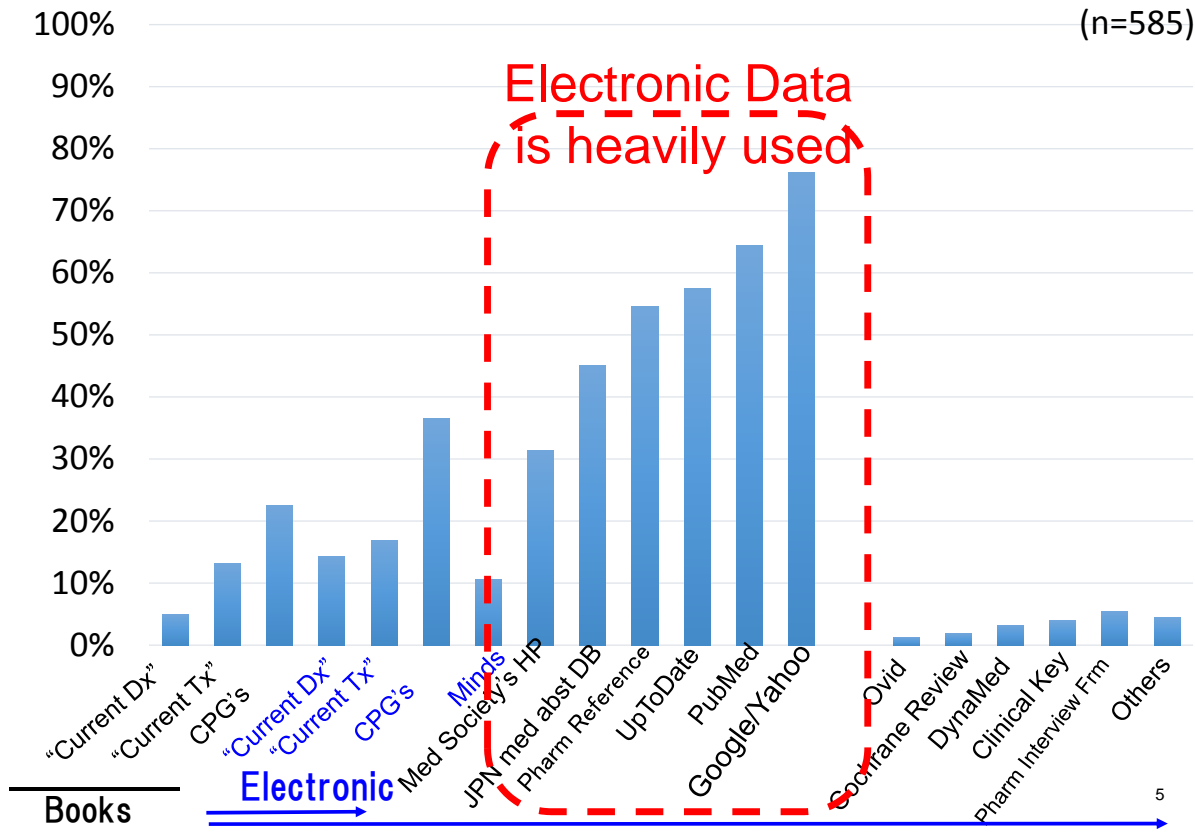
3

Data Sources that Residents Use Now (1)



4

Data Sources that Residents Use Now (2)



Let's Think about the Future

Digital Information search is getting more and more important for physicians, particularly for younger and future physicians

7

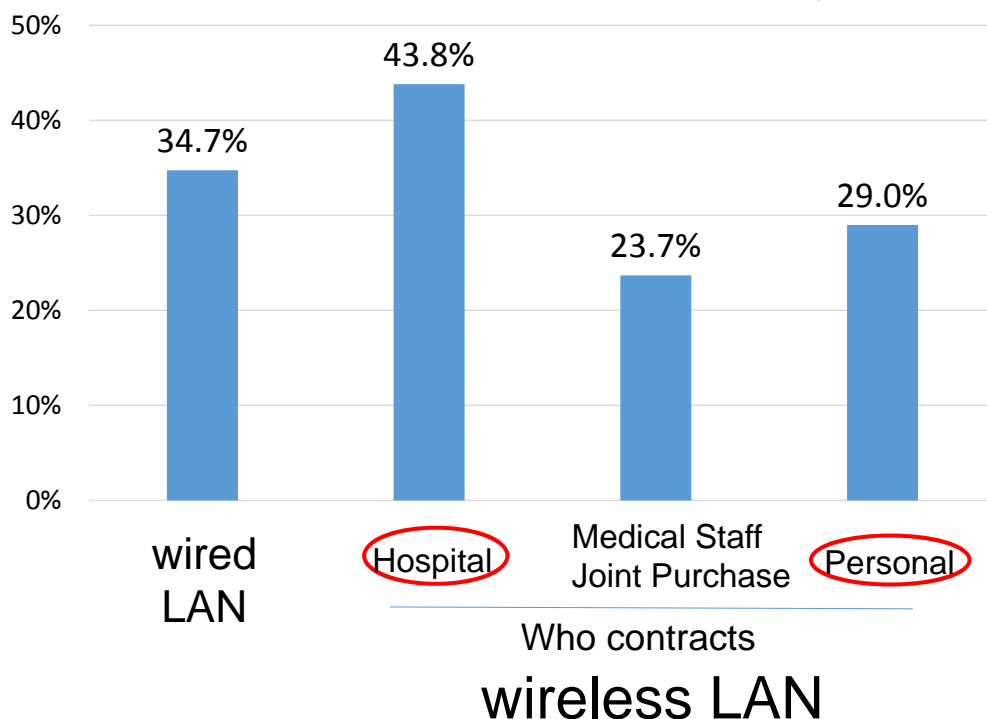
Evidence-practice gaps

- ✓ When you observe large variations in Quality Indicators, problems of evidence-practice gaps are obvious.
- ✓ Evidence-based recommendations need to be adopted more often in daily practice.
- ✓ However, evidence is being accumulated with increasing speed, and evidence-based recommendations getting changed and larger in volume.
- ✓ It is getting harder and harder to keep updated, and the need for efficient & effective recommendation search is growing.

8

Internet Access for Professionals in Hospitals

(452 Hospitals)



9

Hospital IT Infrastructure CHECKLIST

(ver1.0)

- Are **charged databases** below subscribed and provided in your hospital? (Multiple answers allowed)
 - [1] YES, we provide *Igaku Chuo Zasshi* (ICHUSHI) Database. (Individual or member subscription not included)
 - [1] YES, we provide Medical databases such as UpToDate, Clinical Key, Ovid, DynaMed etc.
 - [0] NO, we do not provide any charged databases.
- Please check the **location(s) where you can access the Internet** through *wired LAN*. (Multiple answers allowed)
 - [1] Outpatient Clinic
 - [1] Ward
 - [0] Library
 - [0] Medical Office
- Is **wireless LAN (Wi-Fi etc.) provided** by your hospital?
 - [2] YES, without restrictions where to use.
 - [1] YES, but there are some restrictions where to use.
 - [0] NO, we do not provide any wireless LAN. It depends on individual staffs or each department.
- Does your hospital facilitate the use of e-journals etc by making **intranet library homepage**?
 - [1] YES
 - [0] NO
- What kind of **activities related to hospital library** are adopted in your hospital? (Multiple answers allowed)
 - [1] Periodical meetings are held in order to improve information retrieval environment for better practice.
 - [1] Always trying to improve our library services and usability.
 - [1] Participate in the Hospital Librarian Associations and communicate with other hospital librarians
 - [0] Not in particular.

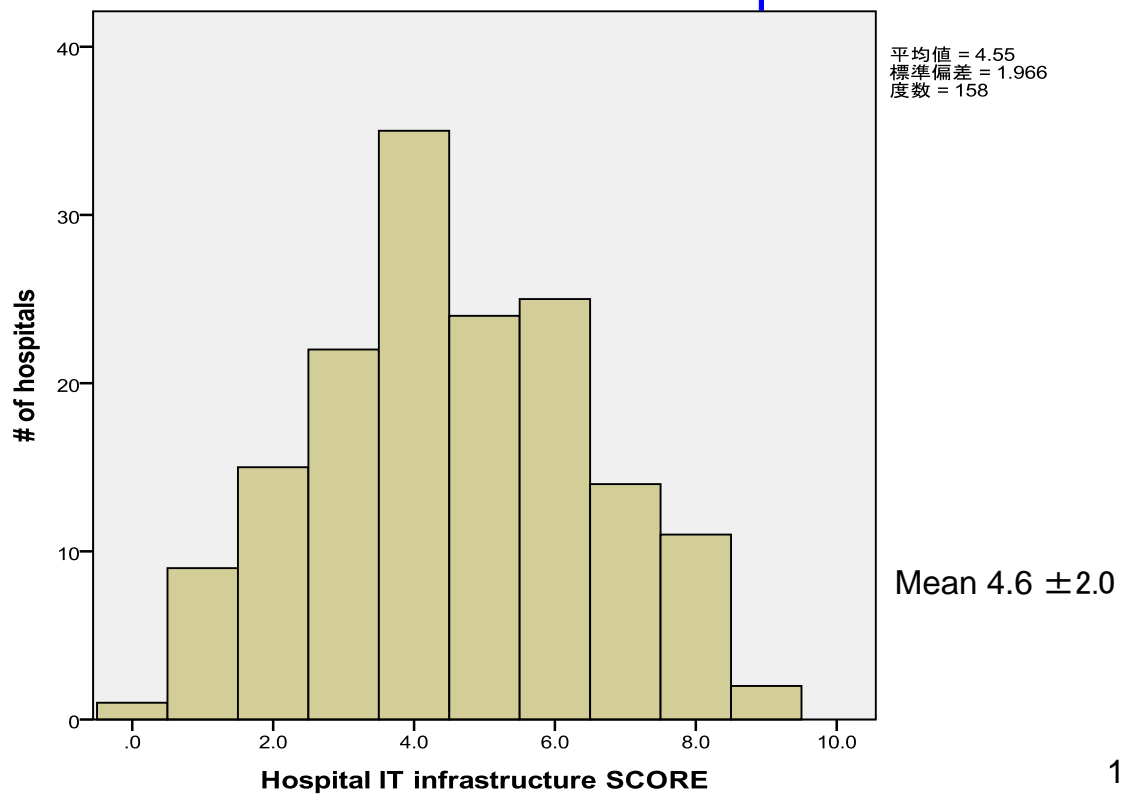
↑
score

TOTAL Hospital IT Infrastructure SCORE

/10

Hospital IT Infrastructure SCORE

~ Distribution of 158 Hospitals ~

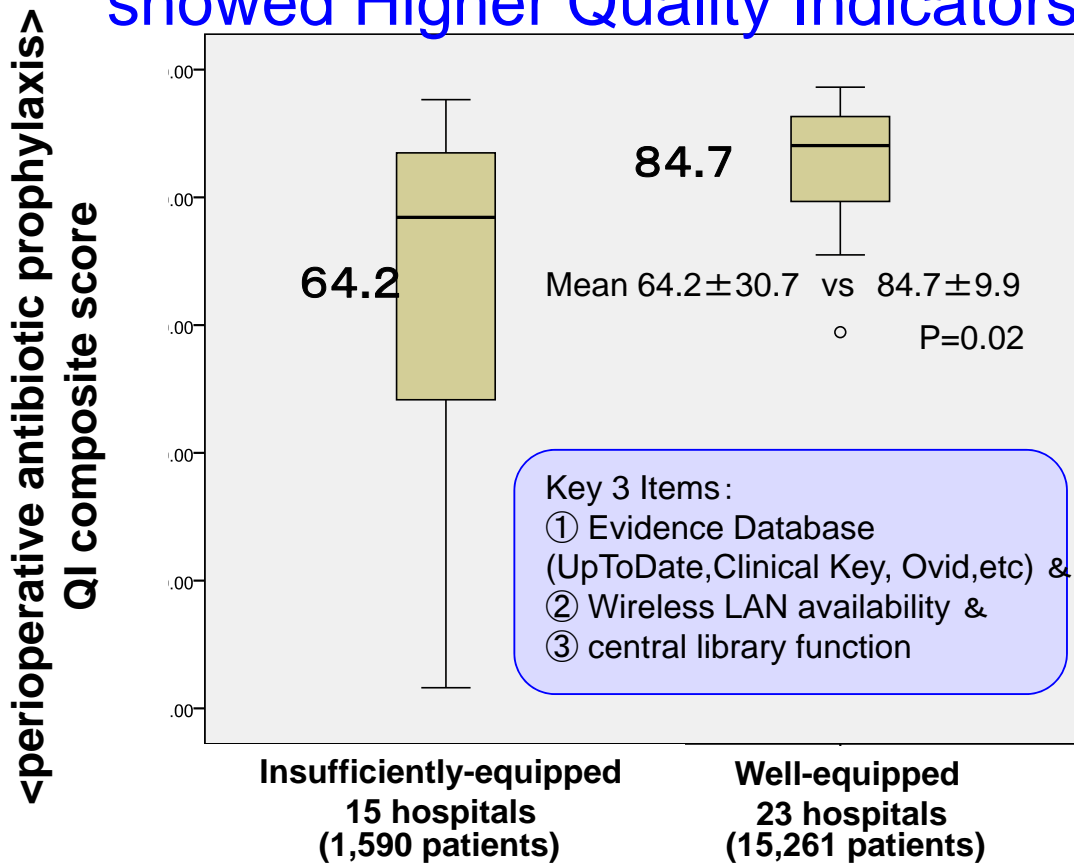


11

Three Key ICT Areas for evidence search

1. Medical Reference Database
(UpToDate, Clinical Key, Ovid, etc)
2. Internet Access (incl. Wifi)
3. Central Library Function
(which design/manages info search environment)

Hospitals with High IT Score showed Higher Quality Indicators



13

Message (1)

For the current & future **Information Age**,

- ✓ MD's are getting more dependent on digital information search.
- ✓ Accessibility to Digital Database of evidence-based recommendation is getting more and more important.

Message (2)

For the current & future **Information Age**,

- ✓ Superior ICT infrastructure can enable higher quality care,
- ✓ while hospitals varies a lot in ICT infra.
- ✓ Improving hospital ICT infrastructure may contribute to better implementation of evidence-based practice.

15

Thank you very much
for your attention !



imanaka-y@umin.net

6. 2. 国際医療の質学会 (ISQua) 2016 発表抄録

ISQua 2016 Abstract Submission

Health Information Technology

ISQUA16-1665

HOSPITAL INFORMATION TECHNOLOGY INFRASTRUCTURE AFFECTS QUALITY OF CARE

N. Sasaki*¹, A. Okumura², N. Yamaguchi^{2,3}, Y. Imanaka¹

¹Department of Healthcare Economics and Quality Management, GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE, KYOTO UNIVERSITY, Kyoto, ²Minds National Guideline Center, Japan Council for Quality Health Care, ³Department of Public Health, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Preferred presentation method: 15 min oral presentation

Are you a first time presenter at an ISQua conference?: No

Have you presented this abstract at an ISQua Conference before?: No

I confirm that the submission has been approved by all authors: Yes

I give ISQua the permission to publish this abstract on the ISQua website: Yes

What year was the study conducted?: 2015

Objectives: To investigate the association between hospital information technology (IT) infrastructure that facilitates the retrieval of evidence-based practice recommendations and hospital compliance to healthcare quality indicators (QIs).

Methods: A cross-sectional study was conducted on Japanese hospitals using survey data and administrative data. Firstly, a questionnaire survey as part of the Minds-QIP Project was conducted by mailing the administrators of hospitals participating in the Quality Indicator/Improvement Project (QIP). The survey was designed to reveal the hospital IT infrastructure and the attitudes of the hospitals' leaders toward the usage of clinical practice guidelines. Hospital IT infrastructure was assessed according to the following three elements: (i) wireless local area network (LAN) availability, (ii) accessibility to charged medical evidence databases in English, and (iii) medical library usability, such as a well-organised intranet interface. Secondly, QIs were calculated using administrative data from the QIP. The QI of interest for this study was a composite score of the proportion of adherence to clinical practice guidelines for perioperative antibiotic prophylaxis, which was aggregated from the results of 11 different surgery types. Finally, we compared the composite score of adherence to clinical practice guidelines between the well-equipped hospitals (which fulfilled all three IT infrastructure elements) and the ill-equipped hospitals (which fulfilled none of the elements).

Results: Among the 239 hospitals that responded to the questionnaire survey (response rate: 57.2%), we were able to calculate and integrate the QI data with the survey data in 158 hospitals. The composite QI score was significantly higher in the well-equipped hospitals (84.7; 23 hospitals, 15,261 patients) than in the ill-equipped hospitals (64.2; 15 hospitals, 1,590 patients).

Conclusion: These findings indicate that hospitals with superior IT infrastructure may provide higher quality care. Hospital IT infrastructure (such as wireless LAN availability, accessibility to charged medical evidence databases, and medical library usability) enables medical staff to retrieve the latest information on evidence-based medicine, and is essential for the dissemination of clinical practice guidelines in the Internet era. Hospitals should focus on establishing adequate IT infrastructure in order to support the effective implementation of these guidelines.

I do not want to receive other promotional material from ISQua: No

Disclosure of Interest: None Declared

Keywords: clinical practice guidelines, healthcare quality indicators, hospital IT infrastructure

6. 2. 国際医療の質学会 (ISQua) 2016 発表 [口演]

Hospital Information Technology Infrastructure Affects Quality of Care

Noriko Sasaki¹, Akiko Okumura²,
Naohito Yamaguchi^{2,3}, Yuichi Imanaka^{1,2}

¹Department of Healthcare Economics and Quality Management,
Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto,

²Minds - National Guideline Center, Japan Council for Quality Health Care,

³Department of Public Health, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, JAPAN



In the Era of **Internet & Mobiles**

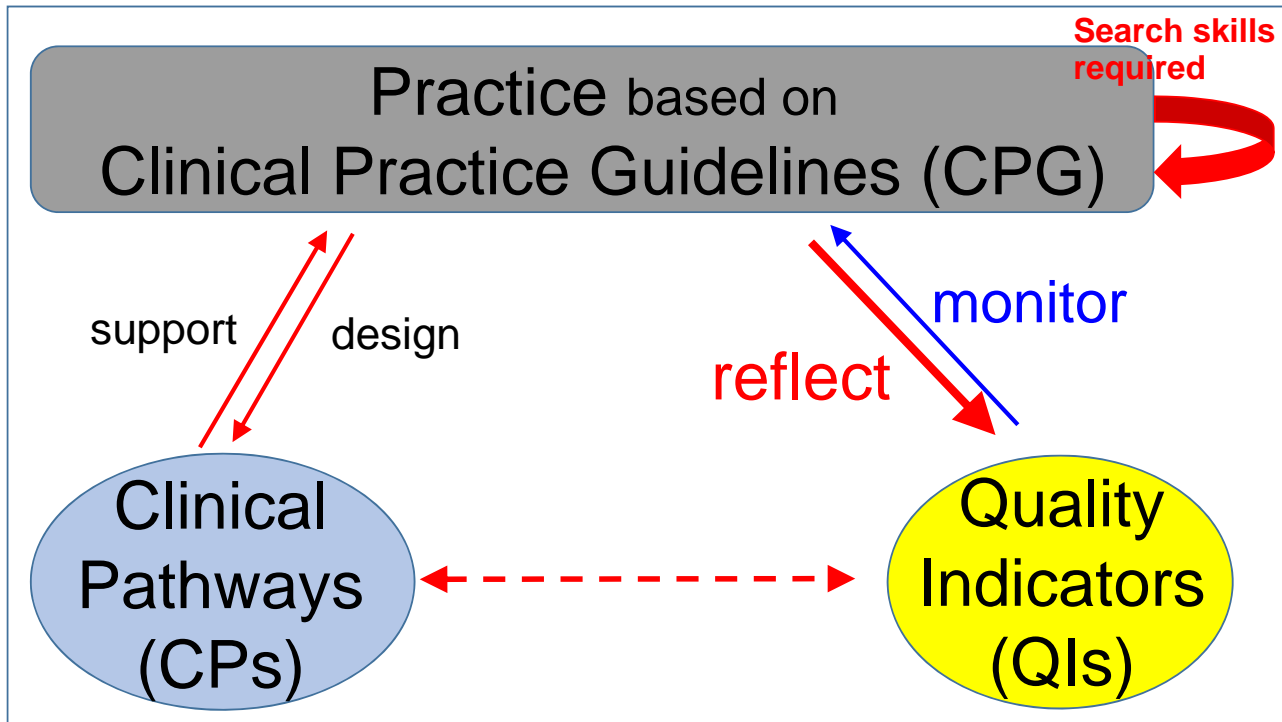
Evidence-Based Medicine & Practice
is dependent on

hospital **IT** infrastructure* .
(information technology)



- * wireless LAN within a hospital
- * medical evidence database

Quality Triangle



(Sasaki et al, 32nd ISQua Conference 2015, revised)

3

Is Hospital IT Infrastructure a Barrier for Guideline Implementation?

Evidence-based practice
Clinical guidelines (CPG) continue to be underused in developed countries, and several studies have identified individual behavioral barriers and system barriers.

(Cochrane et al. J Cont Educ Health Prof 2007;27:94)

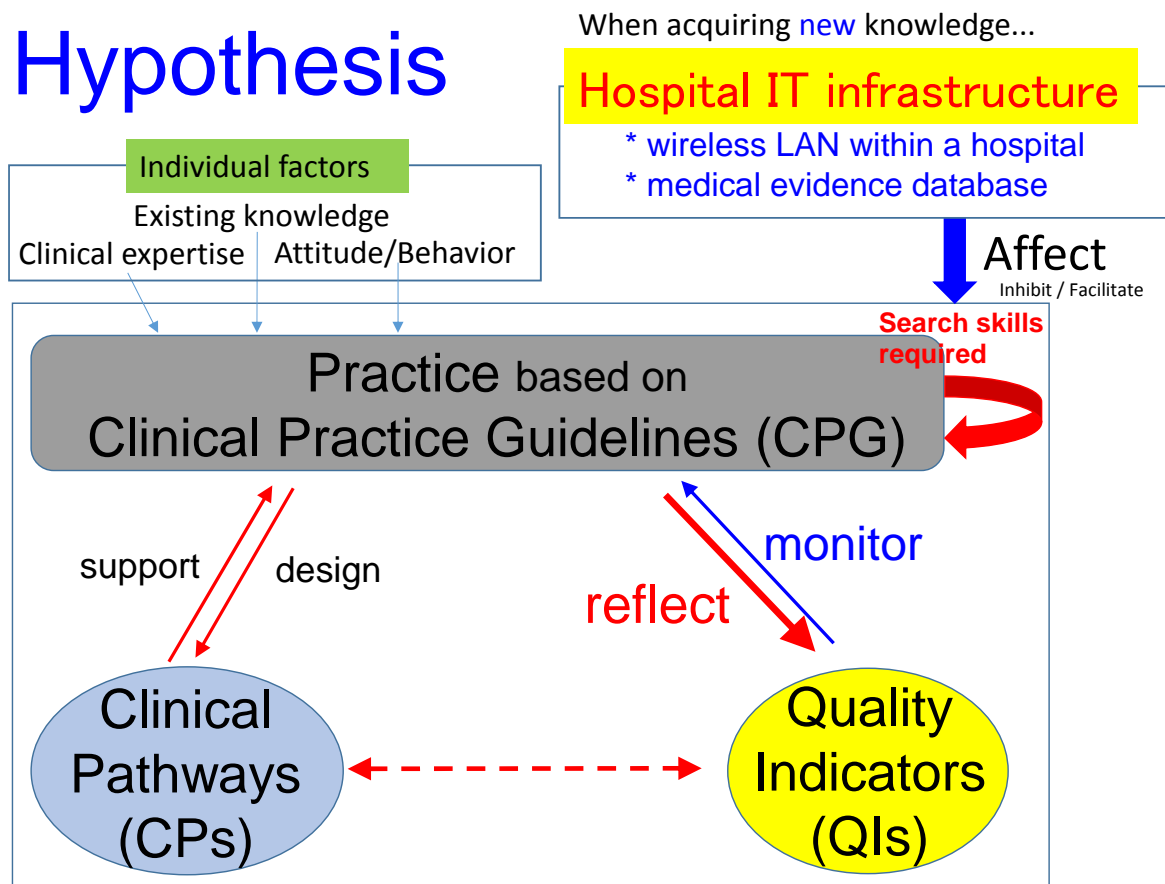
(Gagliardi et al. Implement Sci 2011;6:26)

(Grimshaw J et al. J Cont Educ Health Prof 2004;24:S31)

How IT infrastructure in each hospital affects QI, reflecting the CPG use and quality of care remains unknown.

4

Hypothesis



(Sasaki et al, 32nd ISQua Conference 2015, revised)

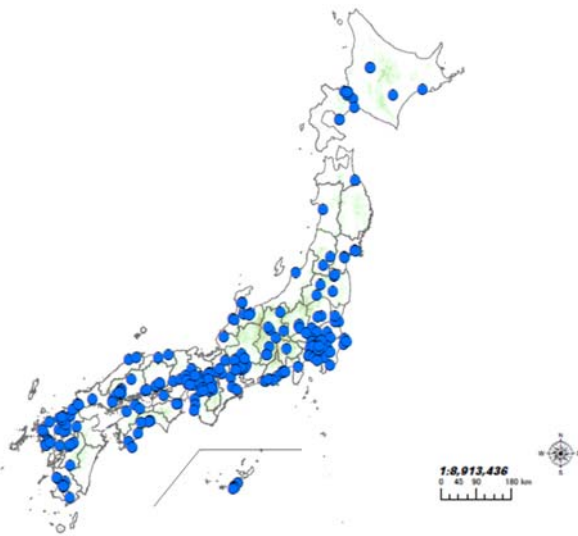
5

Objectives

To investigate the association between **hospital IT infrastructure** that facilitates the retrieval of evidence-based practice recommendations and **hospital compliance to healthcare quality indicators (QIs)**.

6

Methods



**DB from more than 400
Hospitals in Japan**

- A cross-sectional study using both survey data and administrative data
- A questionnaire survey as part of the Minds-QIP Project was conducted by mailing the hospital administrators participating in the Quality Indicator/Improvement Project (QIP).

7

Methods (1)

~ Survey of IT infrastructure ~

We asked the hospital IT infrastructure and the hospital leaders' attitudes towards the better circumstances of IT infrastructure in the survey.

Hospital IT infrastructure was assessed according to the following three elements:

- (i) wireless local area network (LAN) availability,
- (ii) accessibility to charged medical evidence databases in English, and
- (iii) medical library usability, such as a well-organized intranet interface.

8

Methods (2)

~ QIs for perioperative antibiotic prophylaxis ~

Secondly, QIs were calculated using diagnosis procedure combination (DPC) administrative claims data from the QIP.

The QI of interest was a composite score (0 to 100) of the proportion of adherence to CPG for perioperative antibiotic prophylaxis, which was aggregated from the results of 11 different surgery types.

Surgical evacuation of intracranial hematoma, gastrectomy, cholecystectomy, total hip replacement, mastectomy for breast cancer, thyroid surgery, surgery for prostate cancer, surgery for uterine myoma, surgery for uterine cancer, surgery for benign ovarian tumors, and surgery for ovarian cancer.

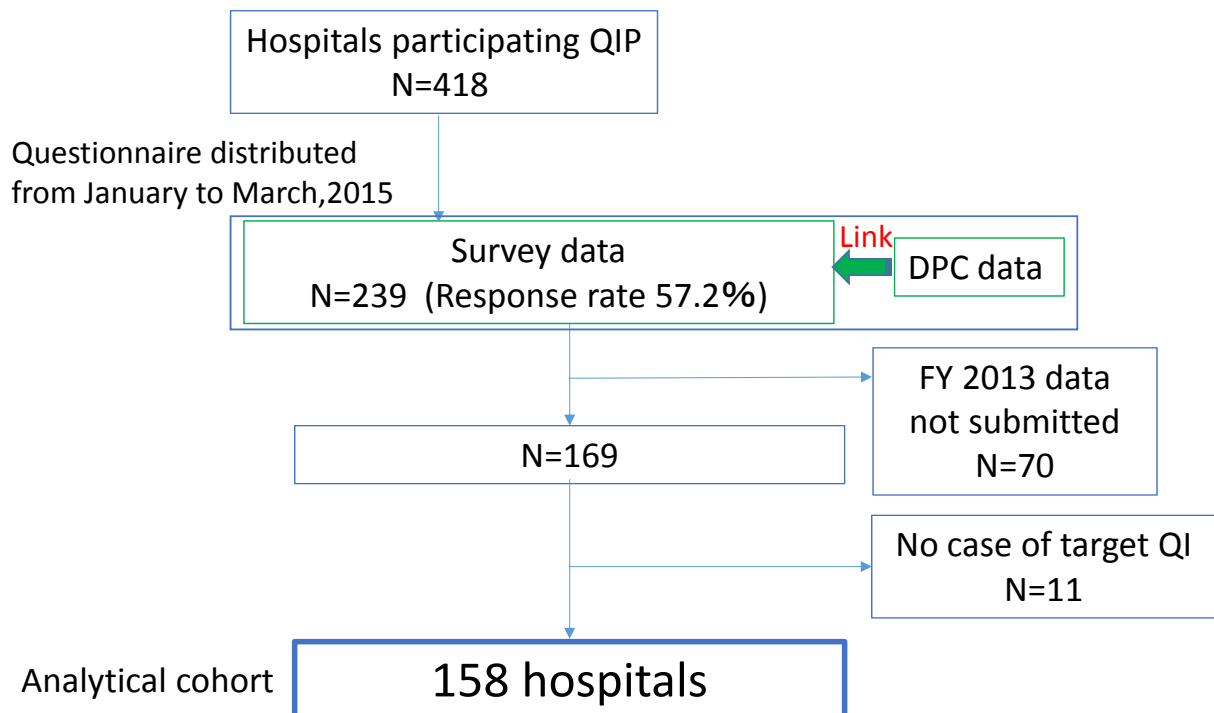
Methods (3)

~ Compare hospital groups ~

Hospitals which responded the survey and had data of at least one QI were included. Finally, we compared the composite score of adherence to clinical practice guidelines between the *IT well-equipped hospitals* (which fulfilled all three IT infrastructure elements) and the *IT insufficiently-equipped hospitals* (which fulfilled none of the elements).

Results

Flow diagram



Baseline Characteristics of Hospitals

(158 Hospitals)

Table 1. Baseline characteristics of the responding hospitals

	median (IQR)	Min/max values
Beds	300.0 (199.0-434.0)	50/1161
Physician/hospital*	50.5 (27.3-83.8)	5/268
Junior resident (1-2 years)	5.0 (0.0-14.0)	0/61
Senior resident (3-5years)	2.0 (0.0-11.3)	0/150

Teaching hospital** (n, %)	119 (75.3)	

*Data missing in 14 hospitals.

**University hospitals were not included.

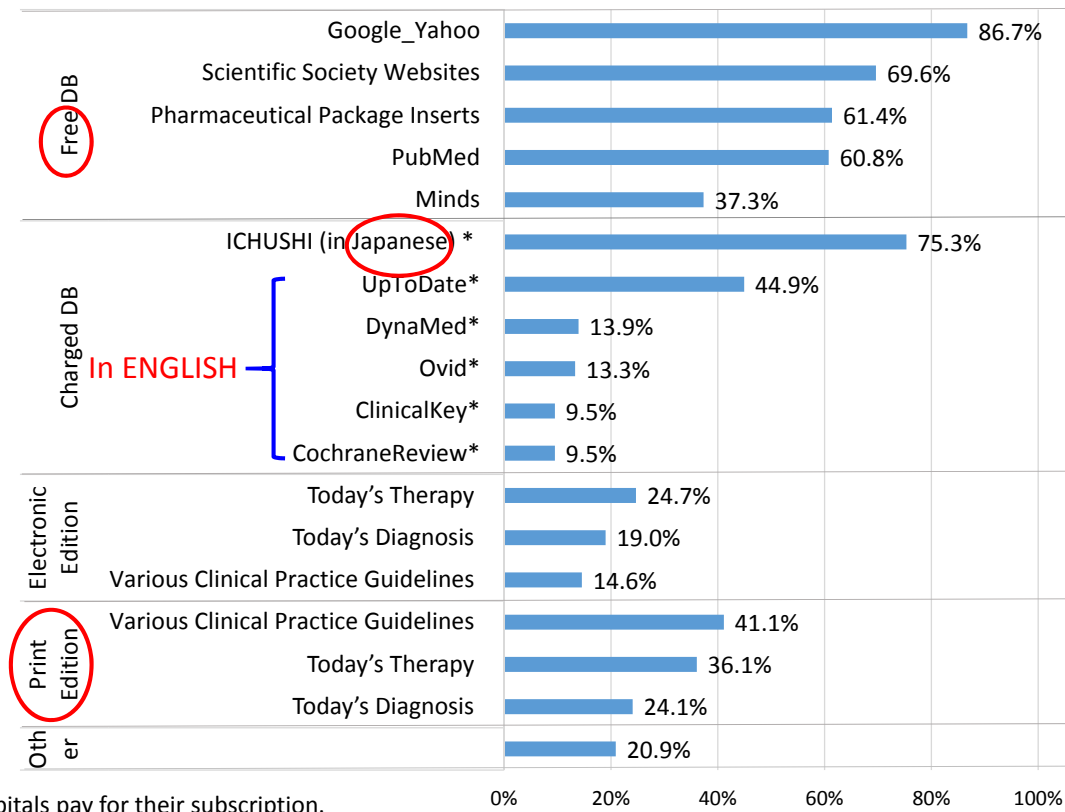
13

Factors for better hospital IT environment

Table 2. (158 Hospitals)

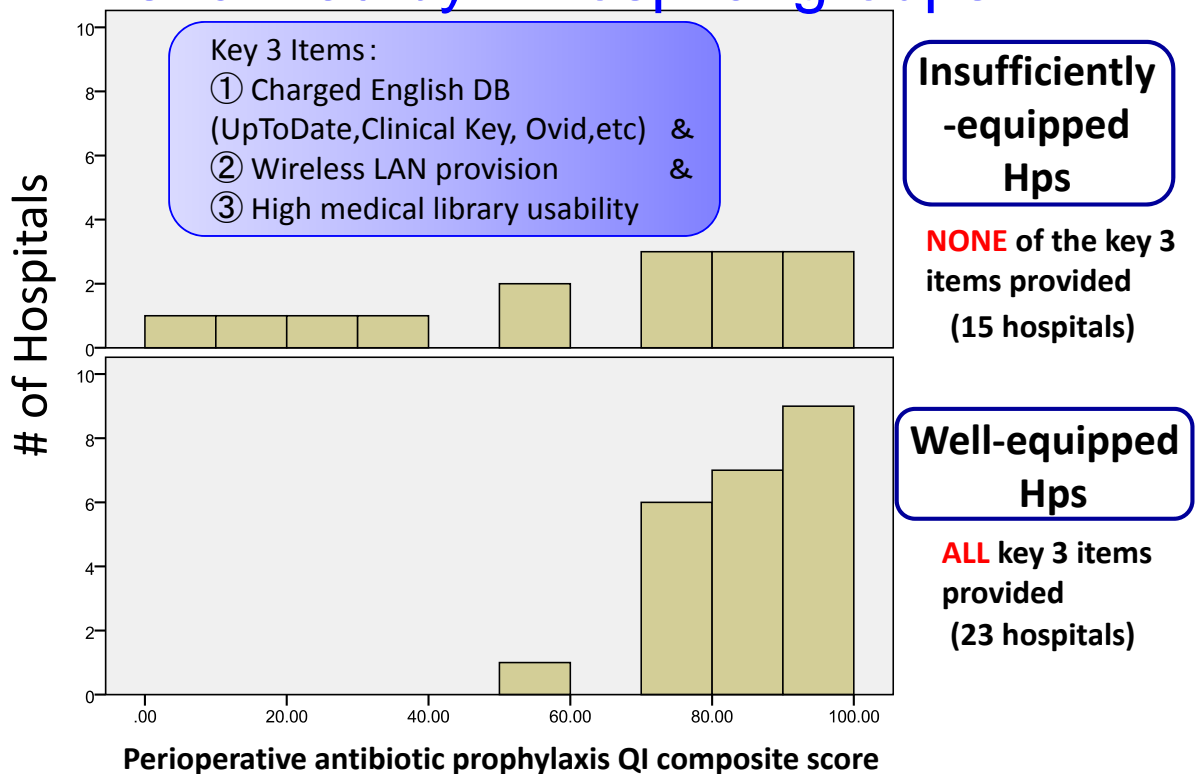
Factors	n (%)
Clear vision of Hp administrators to cultivate IT infrastructure	146 (92.4)
Wireless LAN (Wi-Fi etc.) provided by the hospital	112 (70.9)
Charged English DB (UpToDate,Ovid, etc) provided by the hospital	84 (53.2)
Facilitate the use of e-journals etc by making intranet library homepage	43 (27.2)

Information sources available or intentionally provided by hospitals (158 Hospitals)



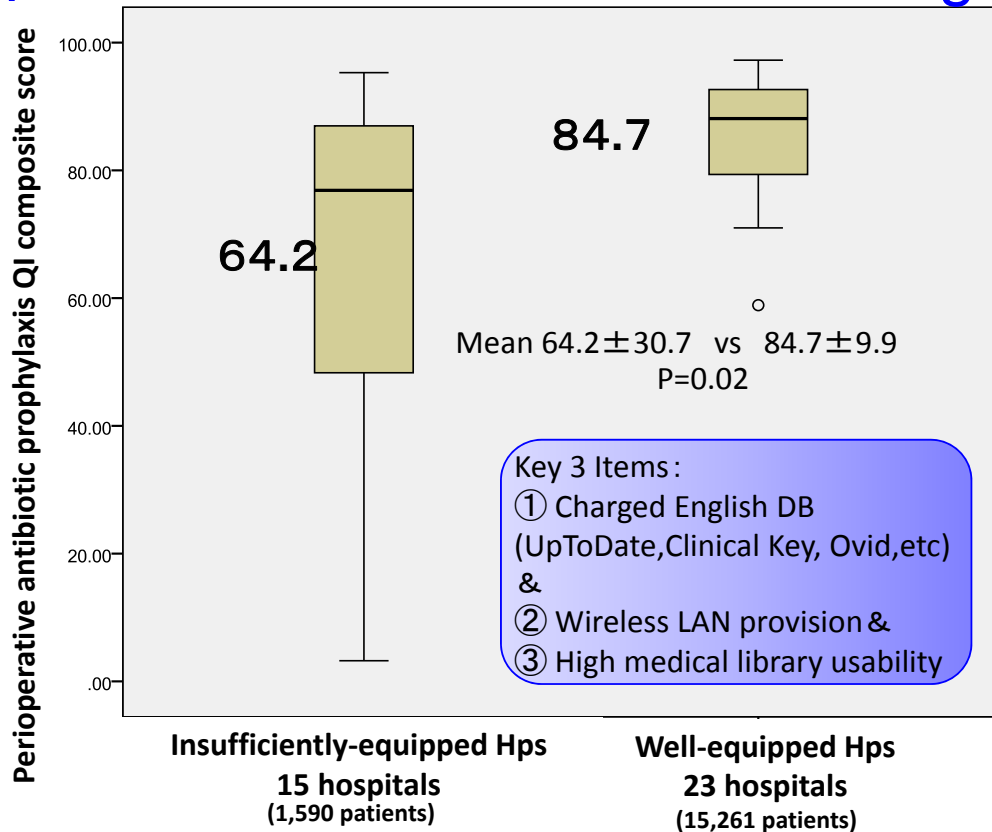
15

Distribution of QI composite score stratified by 2 hospital groups



16

Hospitals which fulfilled all Key 3 Items of Hospital IT Infrastructure showed Higher QI



17

Hospital IT Infrastructure CHECKLIST (ver1.0)

- Are **charged databases** below subscribed and provided in your hospital? (Multiple answers allowed)
 - [1] YES, we provide *Igaku Chuo Zasshi* (ICHUSHI) Database. (Individual or member subscription not included)
 - [1] YES, we provide Medical databases such as UpToDate, Clinical Key, Ovid, DynaMed etc.
 - [0] NO, we do not provide any charged databases.
- Please check the **location(s) where you can access the Internet** through *wired LAN*. (Multiple answers allowed)
 - [1] Outpatient Clinic
 - [1] Ward
 - [0] Library
 - [0] Medical Office
- Is **wireless LAN (Wi-Fi etc.) provided** by your hospital?
 - [2] YES, without restrictions where to use.
 - [1] YES, but there are some restrictions where to use.
 - [0] NO, we do not provide any wireless LAN. It depends on individual staffs or each department.
- Does your hospital facilitate the use of e-journals etc by making **intranet library homepage**?
 - [1] YES
 - [0] NO
- What kind of **activities related to hospital library** are adopted in your hospital? (Multiple answers allowed)
 - [1] Periodical meetings are held in order to improve information retrieval environment for better practice.
 - [1] Always trying to improve our library services and usability.
 - [1] Participate in the Hospital Librarian Associations and communicate with other hospital librarians
 - [0] Not in particular.

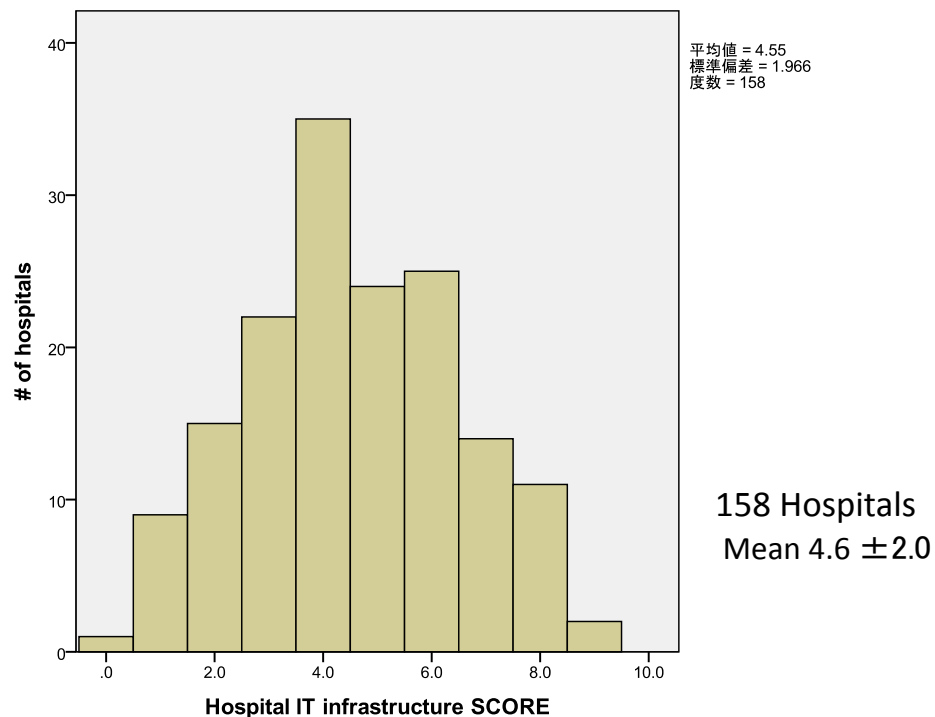
↑
score

TOTAL Hospital IT Infrastructure SCORE /10

18

Hospital IT Infrastructure SCORE

~ Distribution of Subject Hospitals ~



19

Discussion (1)

- *Wireless LAN availability, accessibility to charged English medical databases, and medical library usability* were considered to be the key factors of hospital IT infrastructure from the survey results.
- *IT well-equipped hospitals with all 3 key items* showed significantly higher QI compared with *IT insufficiently-equipped hospitals with none of them*.
- Using these results, we developed hospital IT infrastructure checklist and the score distribution showed the possibility to its further implementation.

Discussion (2)

- Wide variations of IT environments among the subject hospitals were observed.
- QIs for perioperative antibiotic prophylaxis may highlight the hospital culture including compliance to clinical practice guidelines regardless of the disease specific issues.
- Further investigation is required to clarify the relationship between hospital IT infrastructure and other QIs as well as the checklist and quality of care.

Conclusion

In this Internet era,

- Hospitals with superior IT infrastructure may provide higher quality care.
- Improvement of hospital IT infrastructure may contribute to seamless and better implementation of the clinical practice guidelines.

Thank you very much
for your attention.



7.

その他




診療ガイドライン活用促進

今中 雄一

京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野
Kyoto University Department of
Healthcare Economics and Quality Management
<http://med-econ.umin.ac.jp/>

1

診療ガイドラインの活用促進

- 1) エビデンスに基づく推奨の
実践 
- 2) 診療ガイドライン (書籍・論文形態) の
利用 
- 3) Mindsの利用 
[上記1), 2)を促進するため]

本日の内容

Part 1

世界に見る診療ガイドライン活用
に関する努力

Part 2

診療ガイドライン活用推進に係る
諸事項

Part 3

EBM推進のための情報検索環境：
実態調査

3

—PART 1—

世界に見る
診療ガイドライン活用に関する
努力

APPRAISAL OF GUIDELINES
FOR RESEARCH & EVALUATION II



AGREE II

INSTRUMENT

AGREEII における 診療ガイドラインの活用評価



Advancing the science of practice guidelines

5

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。

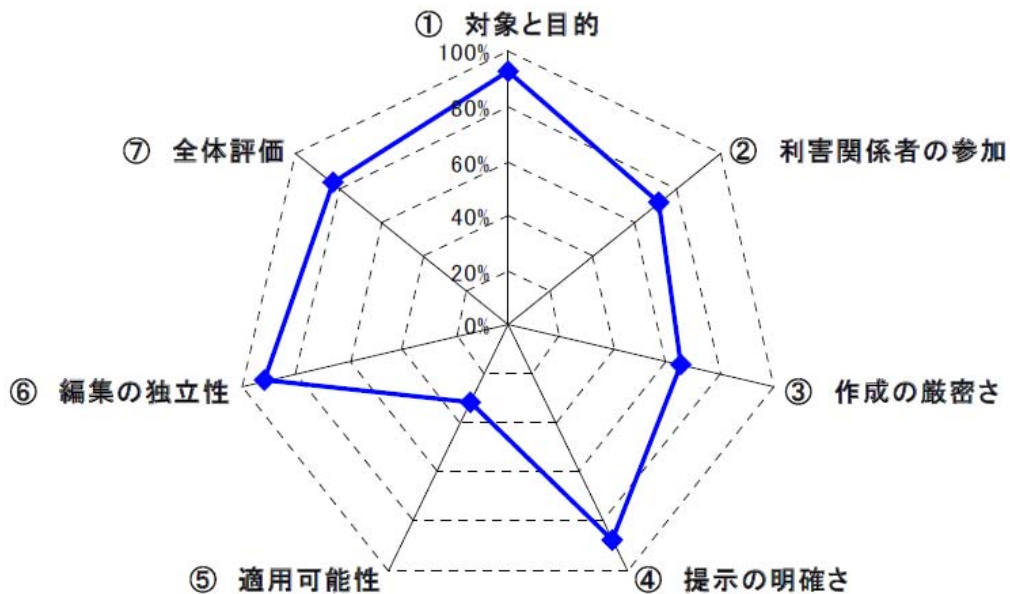
項目20.

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。

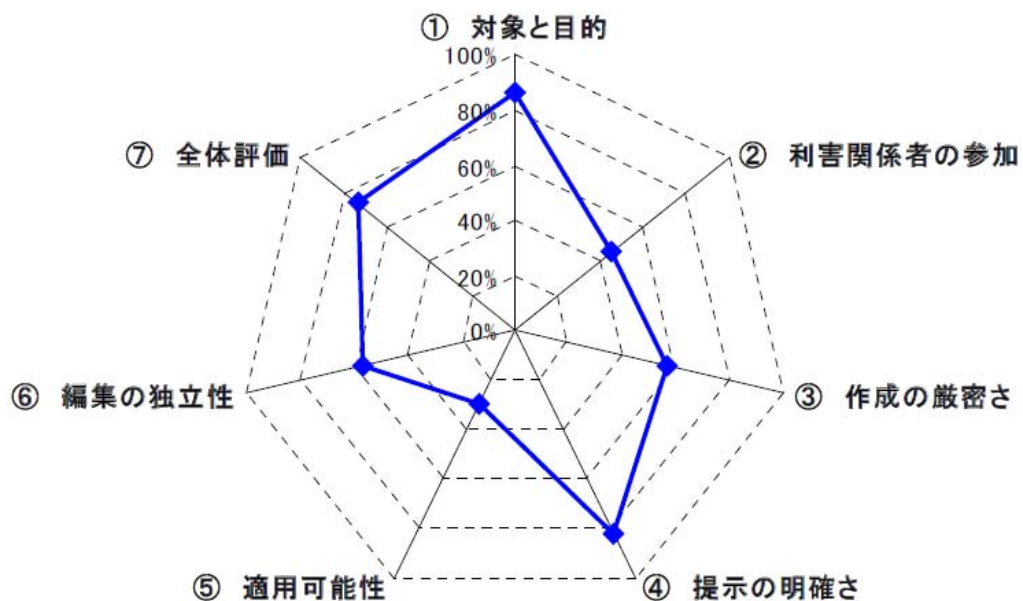
項目21.

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。

〇〇病 診療ガイドライン AGREE II に基づく評価結果



△△病 診療ガイドライン AGREE II に基づく評価結果



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」の必要性が記載されている。すなわち、

医療の質指標(Quality Indicator: QI)、**監査基準(audit criteria)**等、プロセスの尺度、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。

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、アモキシシリンが処方されるべきである。

=QI

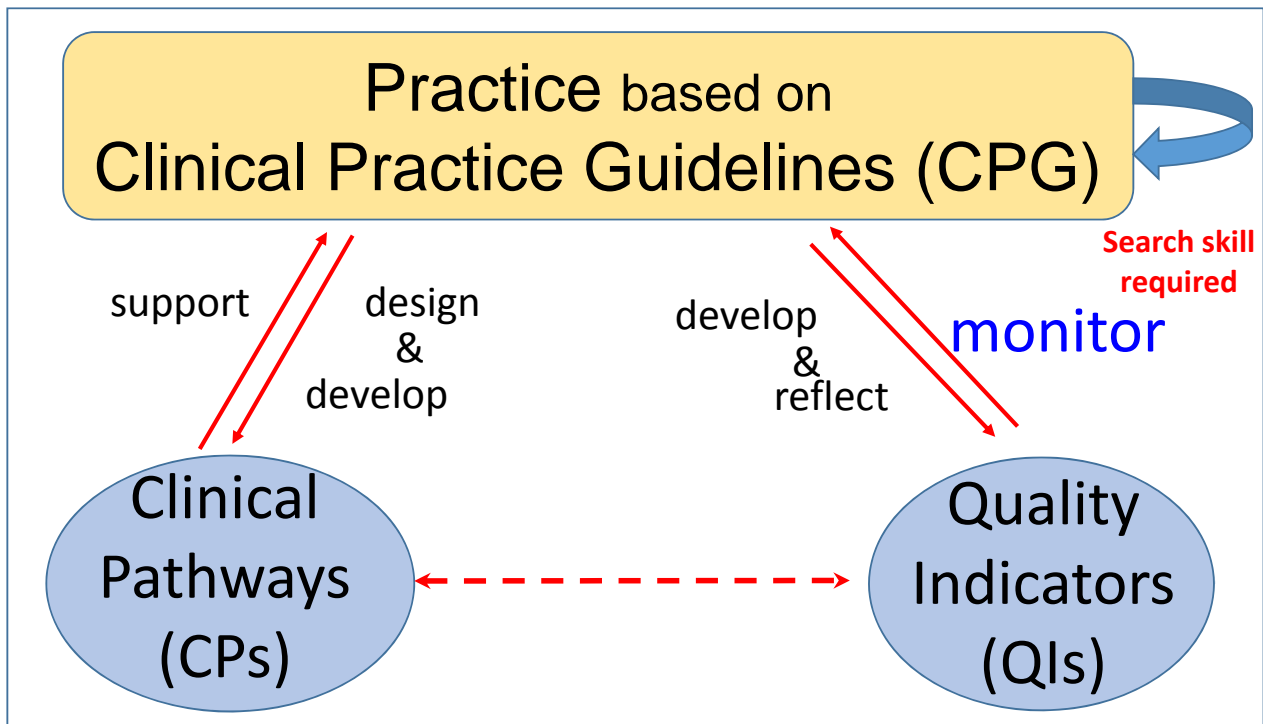
9

診療ガイドラインの活用状況は

医療の質指標 (QI) で

モニターできる

Quality Triangle



11

診療ガイドラインが十分活用
されていない

= 先進各国共通の懸念



Mickan S et al. Postgrad Med J 2011;87:670
Gagliardi et al. Implement Sci 2011;6:26
Grimshaw J et al. J Cont Educ Health Prof
2004;24:S31

活用を評価するしくみ：事例紹介

- ✓ SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network(スコットランド)
- ✓ 急性膵炎診療ガイドライン(日本)
- ✓ うつ病診療ガイドライン(スペイン)～質指標 QI

活用を評価するしくみ 事例

13

Implementation Strategy

Evidence based practice活用に向けてのSIGNの戦略

Improved processes:	Awareness raising & Education:
<ul style="list-style-type: none">▪ Robust dissemination process▪ More interactive website	<ul style="list-style-type: none">▪ Local clinical champions▪ Awareness raising activities▪ Patients as champions for change▪ Training modules linked to CPD
Networking:	Implementation support resources:
<ul style="list-style-type: none">▪ Linking with professional networks▪ Linking with national projects▪ Meetings with NHS Boards	<ul style="list-style-type: none">▪ Algorithms & Care Pathways▪ Resource implications calculator▪ Audit tools▪ Electronic decision support tools▪ Slide sets

高齢者の大腿骨頸部骨折

Audit tool for SIGN Guideline 111:
management of hip fracture in older people

This audit tool is based on recommendations from the guideline.

Audit Tool

Aim

- to help measure current practice and assist in implementation of the SIGN guideline on management of hip fracture in older people

Target patient group

- older people with a hip fracture

Healthcare setting

- tertiary care/emergency department/orthopaedic or geriatric care

desired, after a minimum of 2 audit cycles.

The risk assessment items require interrogation of ED/paramedic documents, clerking, MDT discussion in trauma meetings, and nursing admission notes including risk assessment charts eg waterlow if used etc. Overall, the forms are usually completed most easily around 24 hours post-op.

Background

The 'Scottish Hip Fracture Audit' is a longstanding, comprehensive national project and this tool does not mean to replace it. Rather, it is hoped that this tool may allow interested individuals or setting junior doctors, nurses

目的:

現在の診療内容を測定し、
SIGNガイドライン活用を促す

高齢者の大腿骨頸部骨折

Audit Tool (個別患者用)

Audit tool for SIGN Guideline 111:
management of hip fracture in older people

3. 多職種・多 領域チーム

1. 治療・関与 内容

5項目

2. 患者のリス クアセスメント

11項目

Patient ID (including DOB and CHI number)	
Name of person completing this form	

OPERATIONAL

Did medical staff assessment, whether ED or ward, take place within an hour of arrival?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

Was there an unnecessary delay in the timing of SAFE surgery for a fit patient?

If patient unfit score as NO, 1 point as delay here is OK

If patient fit score 1 for NO, 0 for YES SCORE ▾

Did the patient receive their operation out of hours (0000-0800)?

Score 0 for YES, 1 for NO SCORE ▾

Did the anaesthetist in charge of the patient have an interest in trauma orthopaedic/elderly medicine?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

Was a supported discharge package used, where applicable in the case management?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

TOTAL OPERATIONAL SCORE 0 / 5

RISK ASSESSMENT

Did the first formal assessment of the patient include (if)

Pressure sore risk SCORE ▾

Hydration and nutrition SCORE ▾

Fluid Balance SCORE ▾

Pain SCORE ▾

Core body temperature SCORE ▾

Continence SCORE ▾

Coexisting medical problems SCORE ▾

Mental State SCORE ▾

Previous mobility SCORE ▾

Previous functional ability SCORE ▾

Social circumstances/carer arrangements (Score 1 for each 1) SCORE ▾

TOTAL RISK ASSESSMENT SCORE 8 / 11

MULTIDISCIPLINARY

Was a dedicated geriatrician consulted within the unit for ongoing patient management?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

Was the patient's postoperative mobilisation and rehabilitation begun within 24 hours of the post operative period?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

If not fit at 24 hours due to comorbidity, score YES if no delay in achieving mobilisation at acceptable time scale for that patient

Was there clear documentation of multidisciplinary discussion and planning in this patient's progress notes towards rehabilitation?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

Was there multidisciplinary input to the discharge planning?

Score 1 for YES, 0 for NO SCORE ▾

TOTAL MULTIDISCIPLINARY SCORE 0 / 4

OVERALL TOTAL SIGN-COMPLIANCE

SCORE 0 / 20

4項目

20点満点で評価

急性膵炎診療ガイドライン2015

日本腹部救急医学会

改訂Pancreatitis bundles 2015(1)

1. 急性膵炎診断時、診断から24時間以内、および、24-48時間の各々の時間帯で、厚労省重症度判定基準を用いて重症度を繰り返し評価する。
2. 重症急性膵炎では、診断後3時間以内に、適切な施設への搬送を検討する。
3. 診断後3時間以内に、病歴、血液検査、画像検査などを用いて、膵炎の成因を鑑別する。
4. 胆石性膵炎のうち、胆管炎合併例、黄疸の出現または増悪などの胆道通過障害の遷延を疑う症例には、早期のERC+ESの施行を検討する。
5. 重症急性膵炎の治療を行う施設では、造影可能な重症膵炎症例では、初療後3時間以内に造影CTを行い、膵不染域や病変の広がり等を検討し、CT gradeによる重症度判定を行う。

(吉田雅博先生より¹⁾提供)

急性膵炎診療ガイドライン2015

改訂Pancreatitis bundles 2015(2)

6. 急性膵炎では発症後48時間以内は、十分な輸液とモニタリングを行い、平均血圧 65mmHg以上、尿量 0.5ml/kg/h以上を維持する。
7. 急性膵炎では疼痛のコントロールを行う。
8. 重症急性膵炎では 72時間以内に広域スペクトラムの抗菌薬予防的投与の可否を検討する。
9. 腸蠕動がなくても診断後48時間以内に経腸栄養(経空腸が望ましい)を少量から開始する。
10. 胆石性膵炎で胆嚢結石を有する場合には、膵炎沈静化後、胆嚢摘出術を行う。

平均血圧: 拡張期血圧+(収縮期血圧-拡張期血圧)/3

(吉田雅博先生より²⁾提供)

Pancreatitis Bundles 2010の項目達成数と死亡率

(Hirota M. Hepatobiliary Pancreat Sci. 2014;21:829-30)

達成項目数 (10項目中)	死亡率
≥ 8 項目	7.6%*
< 8 項目	13.7%

Pancreatitis Bundles 2015は、 Bundles 2010の評価結果を基に改訂

(吉田雅博先生より提供)

急性膵炎モバイルアプリに掲載



JPN GL 2015

急性膵炎診療ガイドライン 2015 モバイルアプリ

- 序文
- 診断基準
- 重症度判定・カルキュレーター
- フローチャート
- 胆石性膵炎の診療方針
- Pancreatitis Bundles 2015**
- JPN GL 2015 フォルダリスト ウェブド

フォントサイズ 1 2



3. 重症度判定・カルキュレーター
厚生労働省急性膵炎重症度判定基準 (2008)

A. 予後因子について下記9項目

- Base Excess ≤ -3 mEq/L, またはショック (収縮期血圧 ≤ 80 mmHg)
はい いいえ
- PaO₂ ≤ 60 mmHg (room air), または呼吸不全 (人工呼吸管理が必要)
はい いいえ
- BUN ≥ 40 mg/dL (or Cr ≥ 2 mg/dL), または乏尿 (輸液後も 1 日尿量が 400 mL 以下)
はい いいえ
- LDH ≥ 基準値上限の 2 倍
はい いいえ

はい いいえ 入力

(吉田雅博先生より提供)

8. Quality indicators

大うつ病(成人)診療ガイドライン

- What are the indicators that allow monitoring quality in the management of depression?

Clinical Practice Guideline on the Management of Major Depression in Adults: Quality Indicators

～スペイン NHSより～

It is important to know if the expected objectives are reached, recommendations considered to be the most important. Therefore, it is important to assess some of the process variables that take part and the most relevant in assessing the clinical management of depression, it is advisable to measure those related to quality, for which some indicators are initially proposed, due to their reliability and feasibility of use in primary care consultations and in healthcare areas.

Five of the proposed indicators are listed and described below, which are quantitative measures that can be used as a guideline and which, if they are obtained with certain frequency, allow analysing the evolution over time, meaning that they allow the indicators to be monitored.

Proposed indicators:

Area	Focus of the assessment	Indicator name
Diagnosis	Process	Underdiagnosis of major depression.
Treatment	Process	Follow-up of treatment with antidepressants
Treatment	Outcome	Maintenance of treatment with antidepressants
Treatment	Process	Efficient use of antidepressant drugs
Treatment	Process	Psychotherapeutic treatment in severe major depression
Treatment	Process	Psychotherapeutic treatment in mild major depression

5つの質指標

- 1) 過小診断
- 2) 抗うつ薬治療経過
- 3) 抗うつ薬維持療法
- 4) 抗うつ薬の効率的な使用
- 5) 心理療法

Dimensions of the considered quality:

Quality dimension	Indicator name
Diagnostic effectiveness	Underdiagnosis of major depression
Therapeutic effectiveness	Follow-up of treatment with antidepressants
Therapeutic effectiveness	Maintenance of treatment with antidepressants
Therapeutic effectiveness	Efficient use of antidepressant drugs
Therapeutic effectiveness	Psychotherapeutic treatment in severe major depression
Therapeutic effectiveness	Psychotherapeutic treatment in mild major depression

21

診療ガイドラインが記載する質指標(例1)

Indicator name	EFFICIENT USE OF ANTIDEPRESSANT DRUGS
Formula	$\frac{\text{Recorded number of adult patients diagnosed with major depression that are treated with SSRI drugs in the first attempt.}}{\text{Recorded number of adult patients diagnosed with major depression for which treatment with antidepressant drugs was indicated}} \times 100$
Description of terms	<p>Adult patients: all adult patients over 18 years of age with a recorded diagnosis of major depression and the start during the time period of reference.</p> <p>Recorded diagnosis of history: a new episode of major depression during the time period. The new episode also be counted.</p> <p>Patient's medical history: it will be considered to be the information coming from the medical history of the patient in Primary Care and/or hospital care and on paper support and/or electronic format.</p> <p>Indication of treatment: all new indications of pharmacological treatment with antidepressants made during the time period of reference will be included.</p> <p>Indication of treatment with SSRI drugs in the first attempt: it will be considered that treatment with SSRI drugs in the first attempt has been indicated for a patient if it thus recorded in the medical history.</p>
Data sources	Patient's medical history.

抗うつ薬の効率的な使用 SSRIの早期使用

大うつ病(成人)診療ガイドライン
スペイン NHS

22

診療ガイドラインが記載する質指標(例2)

Indicator name	MAINTENANCE OF PHARMACOLOGICAL TREATMENT WITH ANTIDEPRESSANTS
Formula	$\frac{\text{Recorded number of adult patients diagnosed with major depression who maintain treatment with antidepressant drugs for 6 months}}{\text{Recorded number of adult patients diagnosed with major depression for which treatment with antidepressant drugs was indicated}} \times 100$
Description of terms	<p>Adult patients: patients aged 18 years and over.</p> <p>Indication of treatment antidepressants after episodes of patients: Indication must be recorded in the patient's medical history.</p> <p>Recorded in the patient's medical history: Indication must be recorded in the patient's medical history of Primary Care and/or Hospital Outpatient Department.</p> <p>Time period of reference: all adult patients from the geographic area who are diagnosed in the reference period, generally the last 12 months, will be included.</p> <p>Geographic area: the geographic area of reference will be indicated in order to define the resident population in this geographic area and that, if diagnosed with major depression, would be considered a case.</p> <p>Indication of treatment: all new indications of pharmacological treatment with antidepressants made during the time period of reference will be included.</p> <p>Maintenance of treatment: it will be considered that a patient has maintained treatment for 6 months and that the treatment has been adequate if it is thus recorded in the medical history.</p>
Type of indicator	Outcome
Data sources	Patient's medical history

抗うつ薬の維持療法
抗うつ剤6ヶ月以上使用

大うつ病(成人)診療ガイドライン
スペイン NHS 23

—PART 2—

診療ガイドライン活用推進に係る 諸事項

特に、
ぜひ、ご意見をいただきたい課題

医療機関で(組織として)
エビデンスに基づく診療や
診療ガイドライン活用を、
推進するためのヒント集・事例集。

ユーザー意見の反映、ベストプラクティス
やその成果等を収集整理する。

構成要素例

- 医療機関の方針
- 各診療科の方針
- 参照データベースの利用可能化
- インターネット、イントラネット環境の充実
- 図書室機能の強化
- EBM教育機会、カンファレンス、施設間連携
- QI、クリニカルパス、チェックリスト等の活用

エビデンスに基づく推奨： CQ標準データセットの提案 (1/2)

標準データセットに基づき CQごとに
エッセンスを標準化して整理しておく、

- (1) 検索システムに載せやすい
- (2) ガイドライン横断的な検索も可能となる
- (3) CQごとの推奨のアップデートを推進
- (4) 最新情報を迅速に普及させやすくなる

27

エビデンスに基づく推奨： CQ標準データセットの提案 (2/2)

- 標準データセット(例)
- クリニカル・クエスチョン(CQ)
 - 推奨の内容
 - 推奨の強さ
 - エビデンスの強さ・確実性
 - 要点解説
 - 診療ガイドライン該当箇所へのリンク
 - 取りまとめた委員会
 - 参考文献リスト

28

地域レベル、協会・団体、学会・研究会等との**共同取り組みの推進**

- 各種の研修機会との協働をめざす。
- 診療の場でのニーズに応えるべく、より使いやすく有用な支援ツール・システムへと改訂していく。
- データベース利用が推進されていく中、地域レベルの臨床指標が、今後、出てくる可能性がある。

29

医学教育の中での効果的なあり方

- 医学教育モデル**コア・カリキュラム**改訂中
前回改定H22(6年ぶり改訂)
- **医学教育の一貫性委員会 発足**
 - > 日本医学教育学会
 - > 卒前(医学部)、臨床研修、専門研修、生涯教育

30

—PART 3—

EBM推進のための情報検索環境
実態調査



エビデンスに基づく医療は

医療の質の要である

インターネット& モバイル時代には

エビデンスに基づく医療
は

IT * 環境にも依存する

(Information Technology)

- * 病院内外 wireless LAN
- * 医学・医療のエビデンスデータベース

33

特に:

- 若い医師/研修医
- 幅広い疾患を扱う診療所医師
- 担当専門分野以外の症例の診療時
など

インタビュー調査で抽出された情報検索行動の傾向と課題

- 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



Webを多用する若手医師のニーズに対し、
情報検索環境は病院間で大きな差

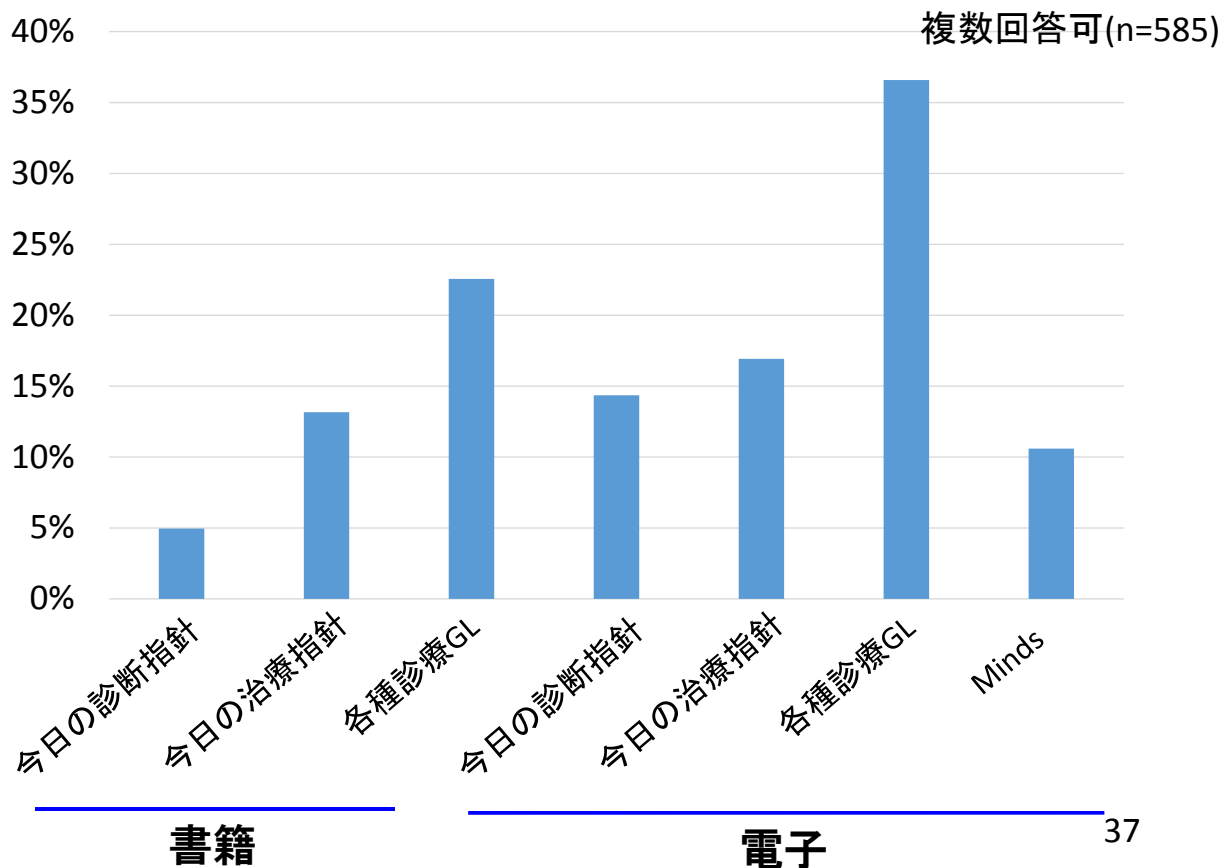
35

研修医対象調査 方法

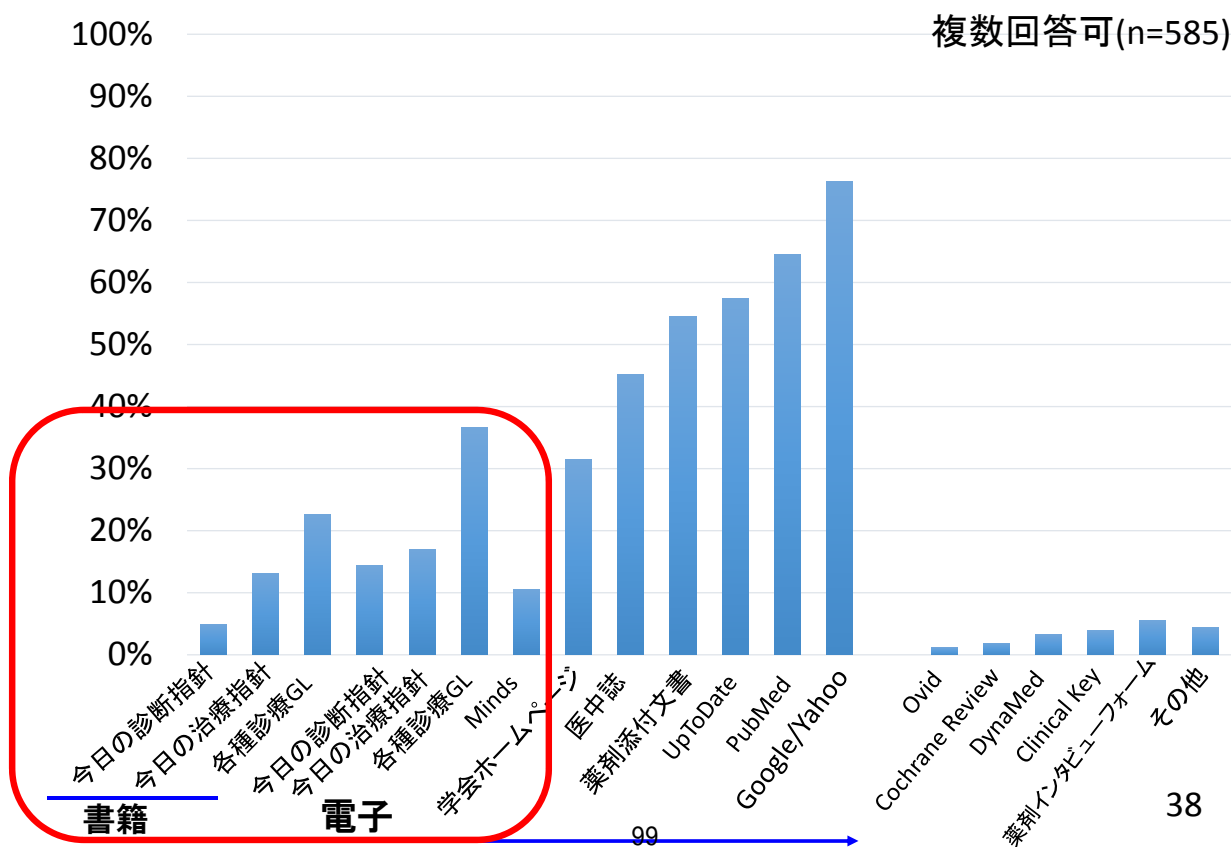
【調査実施期間】2015年2月～4月

【解析対象】施設代表者の参加同意を得て2015年2月～4月配布に調査票を送付したQuality Indicator/Improvement Project(QIP)参加109病院に勤務中の研修医1698名のうち、調査票に回答いただいた**81病院・研修医585名**(回収率34.5%、中間集計時)

各種情報源へのアクセス・選好 [研修医①]

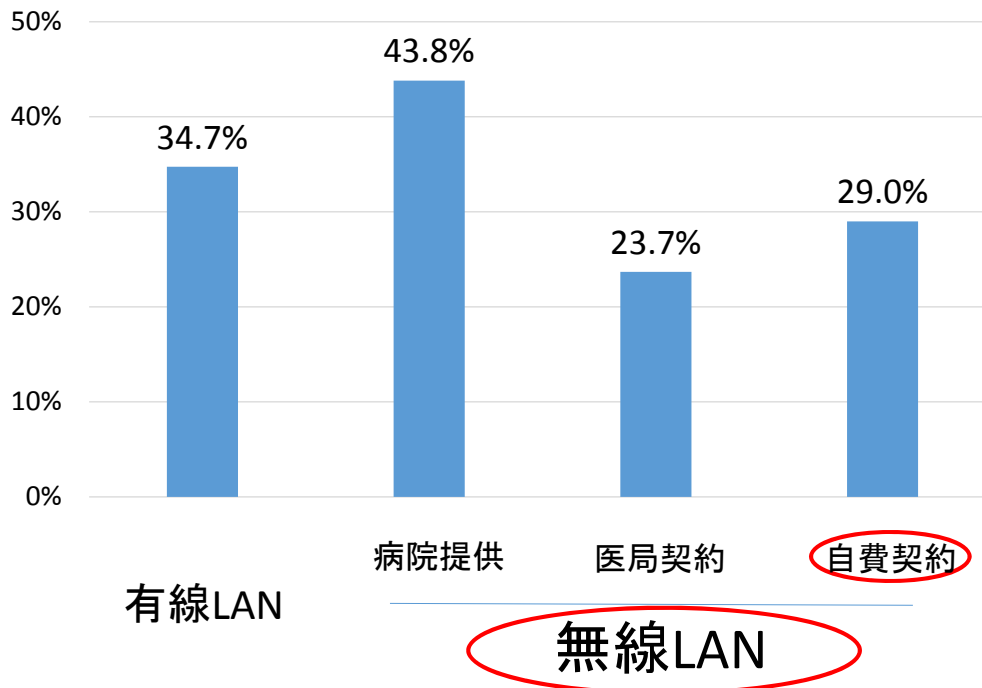


各種情報源へのアクセス・選好 [研修医②]



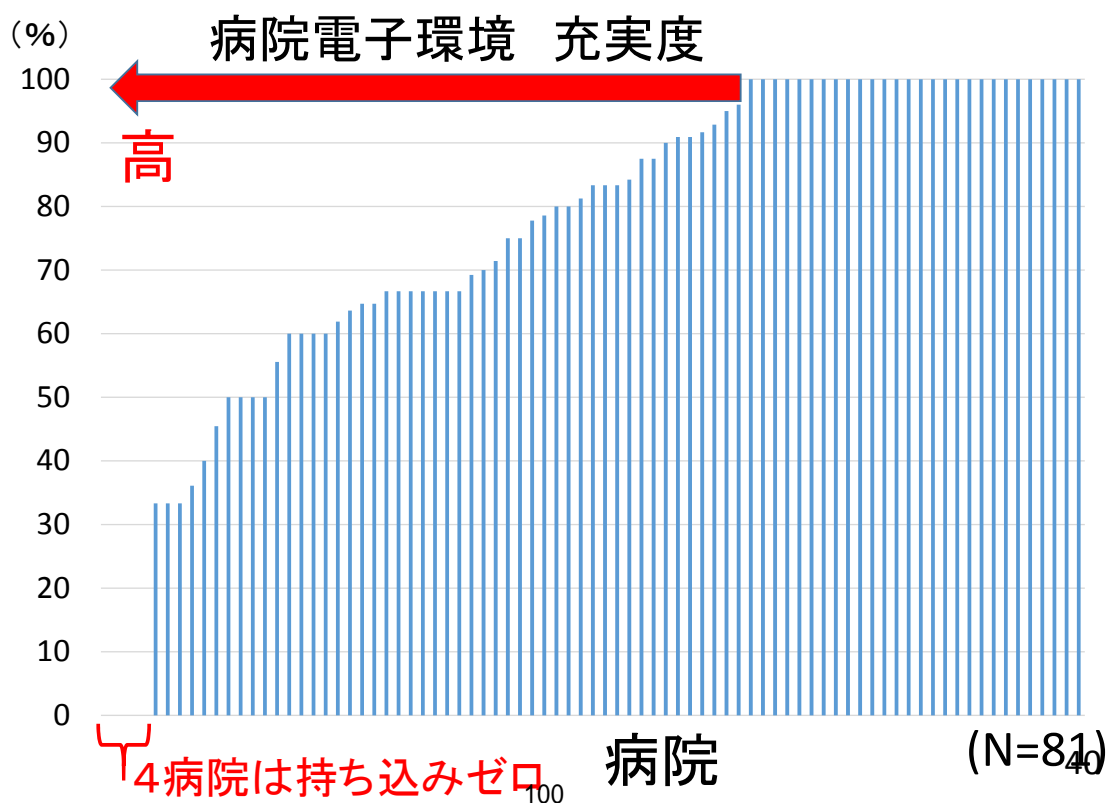
インターネットへのアクセス環境

複数回答可(n=452)



39

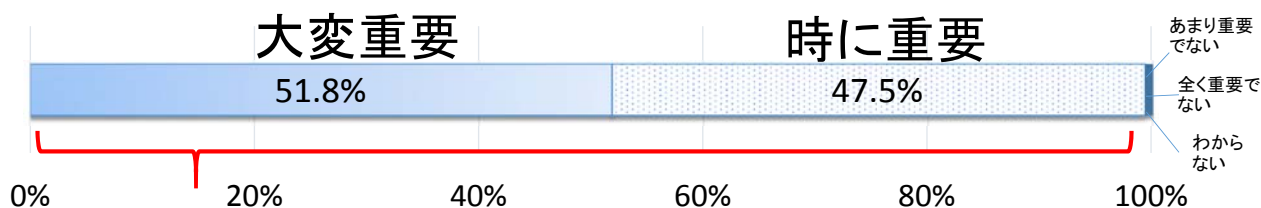
私用電子機器の持込割合 病院別分布



診療ガイドラインに対する態度・行動 (1)

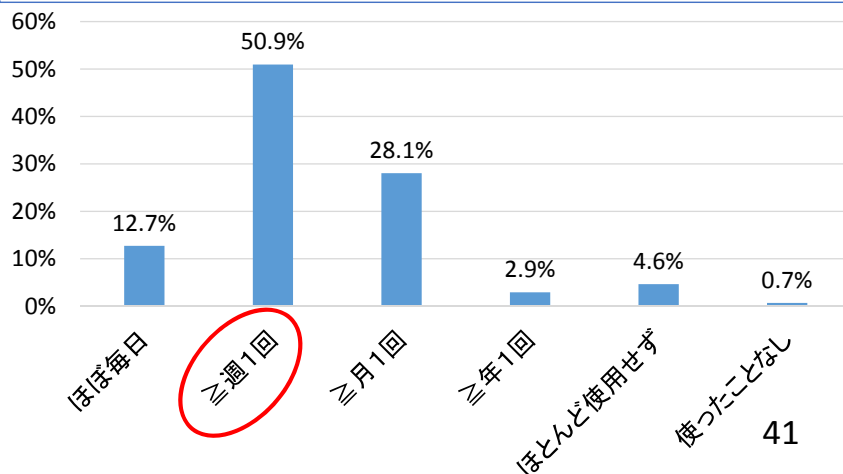
Q) 診療ガイドラインをどう思うか?

(n=575)



ほとんどの研修医が診療ガイドラインを重要だと考えている。

診療ガイドライン使用頻度

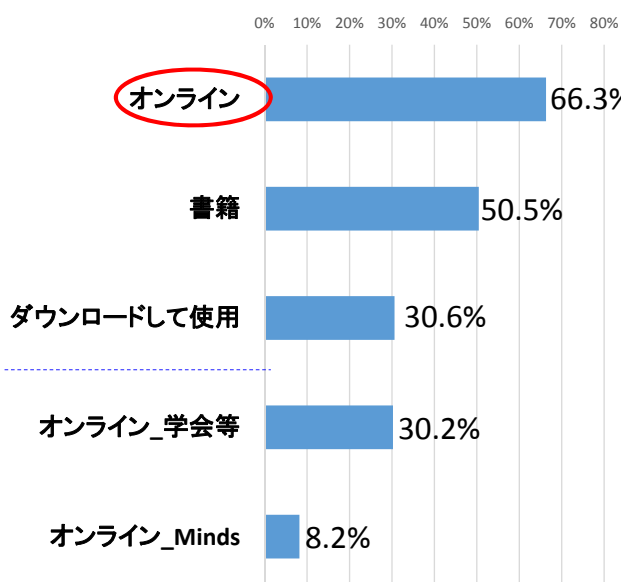


診療ガイドライン活用の実態

主な検索方法

(複数回答可)

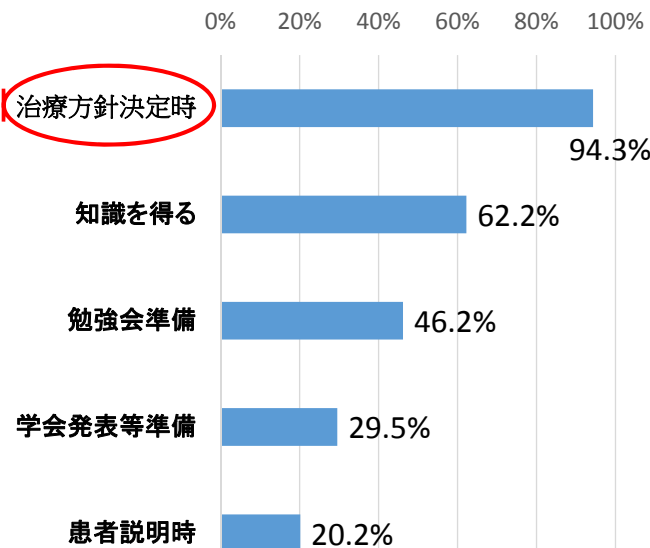
(n=549)



よく使用する場面

(複数回答可)

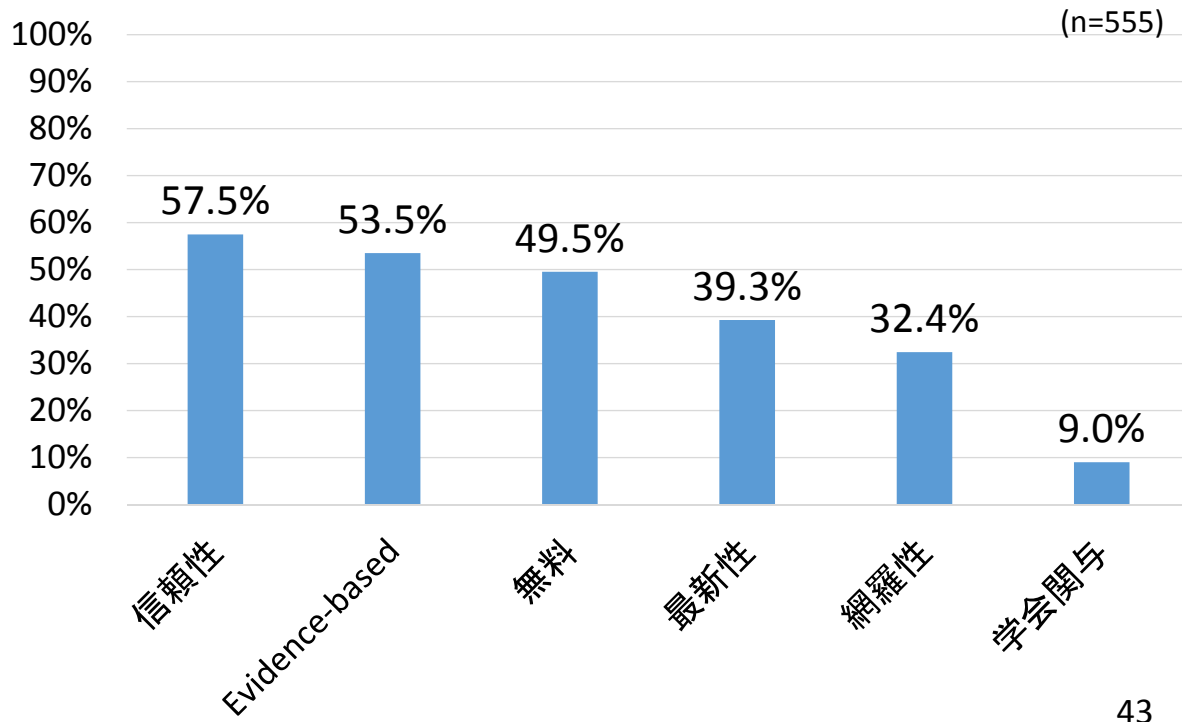
(n=511)



42

診療ガイドラインに対する態度・行動 (2)

診療ガイドラインサイトで重視するポイント



結論 (抽出された課題)

結論①

- 日常診療・医師研修に必要な、EBM関連情報を検索するIT環境は、病院によりばらつきが大きく、EBMや診療ガイドライン活用の阻害要因となっていることが明らかとなった。
- 病院ごとのIT環境の見直し・整備によりインターネットへのアクセス環境等が少しでも改善できれば、シームレスにEBM活用を促進する契機となり、医師の診療の質向上に繋がる可能性がある。

45

病院 IT環境の 系統的評価の試み

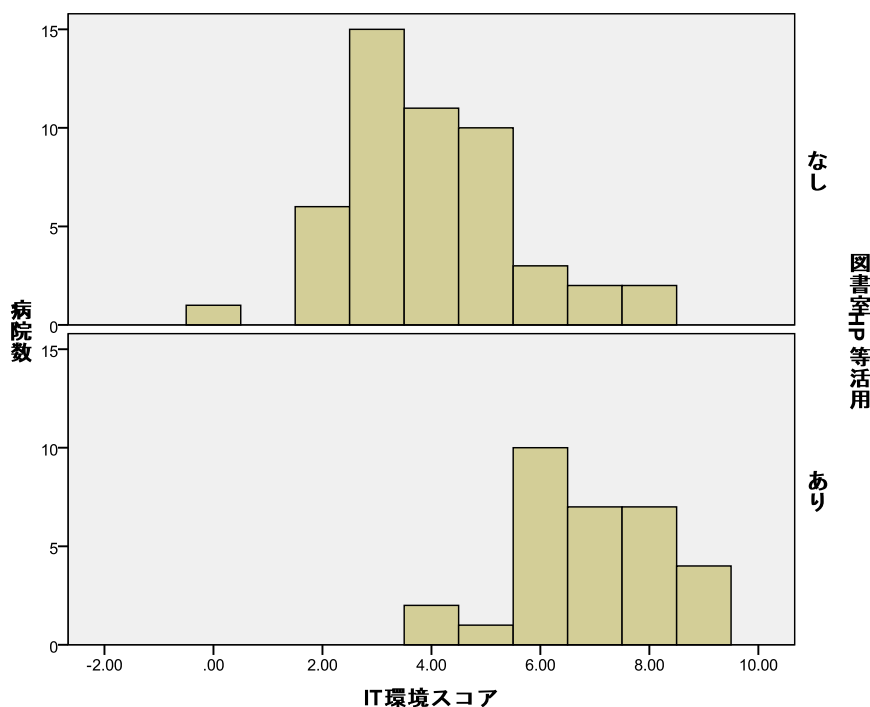
病院情報環境チェックリスト(案)

*[]内ポイント

1. 情報検索のために病院が契約して以下の検索環境を準備している。(複数回答可)
 - [1] 医中誌 (病院契約)
 - [1] UpToDate, Clinical Key, Ovid, DynaMed等の医学関連文献検索データベース(病院契約)
 - [0] 病院からは特定の有料検索データベースを提供していない
2. 院内で有線LANによるインターネットが以下の場所で見つかる。(複数回答可)
 - [1] 外来
 - [1] 病棟
 - [0] 図書室
 - [0] 医局
3. 病院が契約した無線LAN環境が
 - [2] ある(利用場所制限なし)
 - [1] ある(利用場所制限あり)
 - [0] 無線LANは病院から提供していない(個人または医局等契約に任せている)
4. 院内向け図書室ホームページを作成する等で電子ジャーナルなどを利用しやすくしている。
 - [1] はい
 - [0] いいえ
5. 院内での図書関連活動状況 (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
 - [1] 図書機能充実を図っている
 - [1] 病院ライブラリー協会等の参加を通じて、他院との情報交流を図っている
 - [0] 特に何もしていない

合計 点 (10点満点) **47**

図書室HP等を活用している病院にはIT環境スコアが高い病院が多い



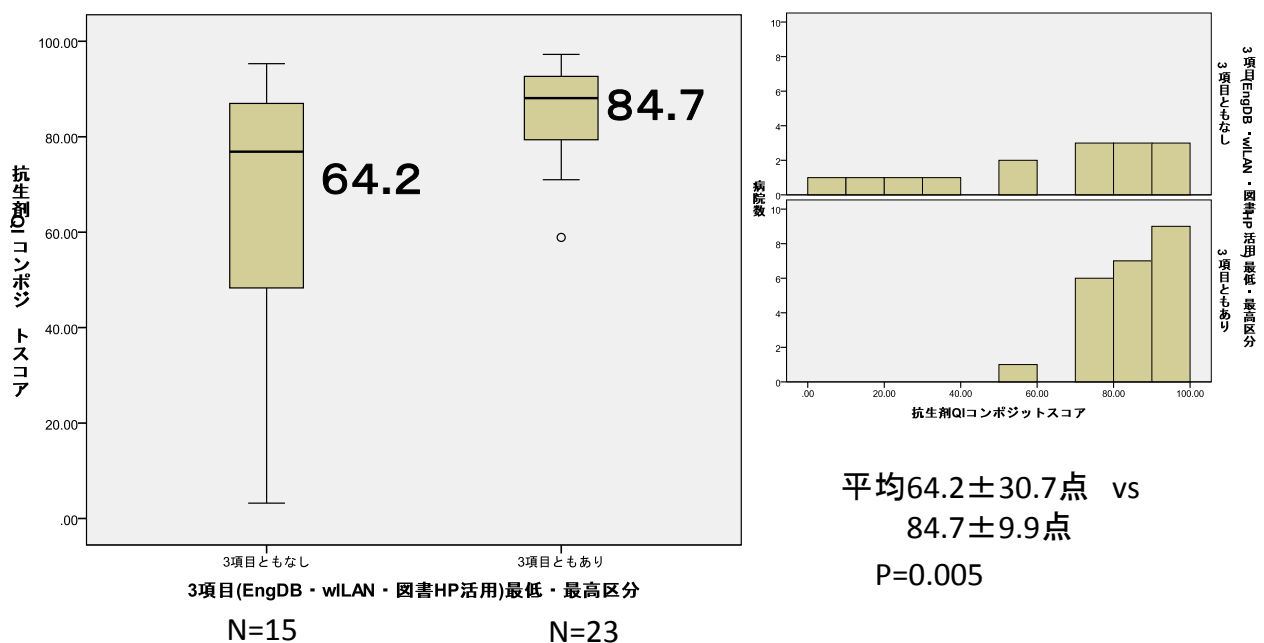
(N=81)

周術期予防的抗菌薬投与に関する 診療ガイドライン遵守率* VS EBM推進のIT環境スコア

- ・2013年度QIP提出データと調査票データを突合して解析
- ・周術期:頭蓋内血腫除去、胃切除、胆嚢摘出、人工股関節置換、乳房切除、甲状腺手術、前立腺がん、子宮筋腫、子宮がん、卵巣嚢腫、卵巣がんを含む、質指標の合算値composite score.

49

IT環境の重要3項目有無とQIの関連



- 3項目: ①英語有料DB(UpToDate, Clinical Key, Ovid, etc) &
②無線LAN提供 &
③図書室HP活用等₁₀₅

50

まとめ (今後の展望)

51

今後の展望 1/2

インターネット& モバイル時代に
EBM を普及させ、医療の質を改善するためには、
医学・医療のエビデンスにアクセスするためのIT 環境
(病院内イントラ、WiFi、医学・医療のエビデンスデータ
ベース)が

- もっと注目され、
- もっと充実するよう工夫され、

かつ

病院レベルで(標準化を目指して)統合的に設計されることが理想である。

今後の展望 2/2

- 診療ガイドラインの中での **Applicability 適用可能性** の認知度をあげていく。
- 診療ガイドライン **活用に関するツール** (チェックリスト、バンドル、質指標など) を普及する。
- 協働の推進、活用推進マニュアル、標準データセット、情報検索環境の推進、など、多角的に **環境を整備** していく。

53



imanaka-y@umin.net

ご清聴ありがとうございました

第33回 医療の質国際学会 “ISQua” 学術総会
2016年10月16-19日 世界のリーダーが集結



70カ国以上から
約2000人が参加

7.2. 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 —診療ガイドライン活用促進に向けて— 報告書

(2016 年 10 月 Web 公開版)



今中雄一¹、佐々木典子¹、奥村晃子²、
遠藤源樹^{2,3}、畠山洋輔²、矢口明子²、吉田雅博²、山口直人^{2,3}

¹ 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

² 公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部

³ 東京女子医科大学 医学部 衛生学公衆衛生学第二講座

はじめに

Minds(マインズ)ガイドラインセンター[厚生労働省委託事業]による 10 年以上の活動により、本邦において、診療ガイドラインの標準化および利用環境の整備がなされてきました。しかしながら、全国の臨床現場における診療ガイドライン活用状況や活用の阻害要因等についてはまだ明らかではありません。

そこで、診療ガイドライン/医療の質指標(Quality Indicator: QI)の活用に関する重要事項を明らかにするために、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)では、2014 年度より、診療や臨床研修に必須となる EBM・診療ガイドライン等の情報を入手・利用する際の病院の IT(Information Technology)環境と現場医師の情報検索行動および診療ガイドライン・QI・パス活用状況について、病院施設代表および研修医を対象に多施設調査票調査を行いましたので、ここにそのエッセンスをご報告いたします。

現代のようなインターネット& モバイル時代において、根拠に基づく医療 (EBM: Evidence-Based Medicine) を普及させ、医療の質を改善するためには、医学・医療のエビデンスおよびエビデンスに基づく推奨にアクセスしやすい、IT 環境 (病院内外無線 LAN 利用や医学・医療のエビデンスデータベース)が大変重要となってきました。このような IT 環境について、病院レベルで標準化を目指して統合的に設計していくことは、日本の医療の質の向上全般に大きく寄与すると考えられます。

今回の調査結果をもとに、病院情報環境の質を評価するためのツールとして、病院情報環境チェックリスト(ver1.0)を作成し(詳細は後述)、各施設でご利用いただけますよう、ダウンロードできるようにいたしました。ぜひご利用いただき、ご感想などいただければ幸いです。

また、診療ガイドライン活用を評価・普及する仕組み・事例についても、国際的な視点も踏まえて、あわせてご紹介いたします。

2016 年 10 月

目次

- I. 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結果 [研修医用]
 - (1) 若い世代の医師は書籍より電子情報に頼る傾向あり
 - (2) 院内 IT 環境は病院によりばらつきが大きい

- II. 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結果 [病院用]
 - (1) 病院が提供しているのは主に書籍および日本語有料データベース
 - (2) 院内向け図書室 HP 作成により電子ジャーナルなどを利用しやすく工夫している病院あり

- III. 病院の方針や病院情報環境と医療の質指標 (QI)
 - (1) IT 環境は医療の質指標(QI)に影響するか?
 - (2) 病院の方針も QI・パス等の活用に影響する

- IV. 病院情報環境チェックリスト
～病院 IT 環境の評価の試み～

- V. 世界に見る診療ガイドライン活用に関する努力
 - (1) AGREEII における診療ガイドラインの活用評価
 - (2) 活用を評価するしくみ事例
 - i. SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (スコットランド)
 - ii. 急性膵炎診療ガイドライン (日本)
 - iii. うつ病診療ガイドライン (スペイン) ～質指標 Q I

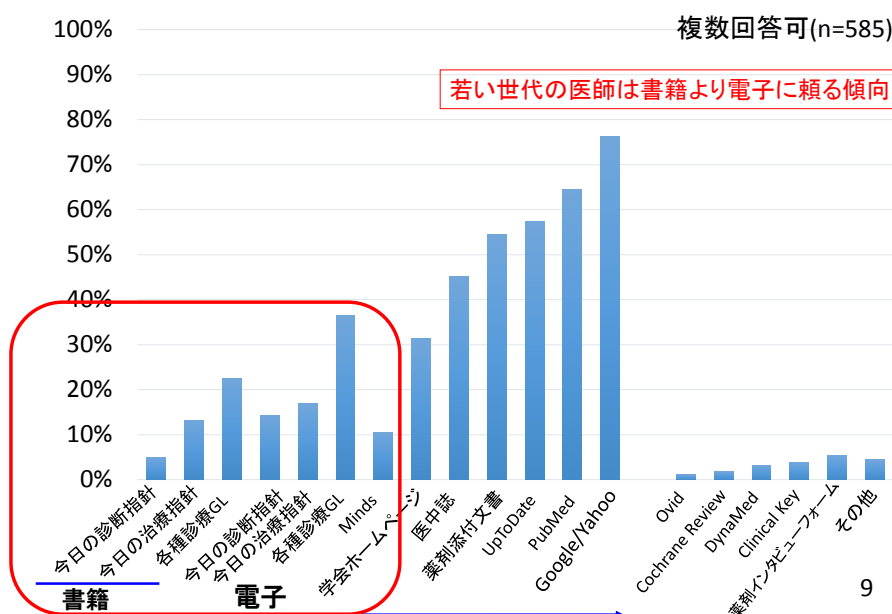
- VI. 診療ガイドライン活用推進に係る諸事項

- VII. 今後の展望

I. 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結果 [研修医用]

(1) 若い世代の医師は書籍より電子情報に頼る傾向あり

各種情報源へのアクセス・選好



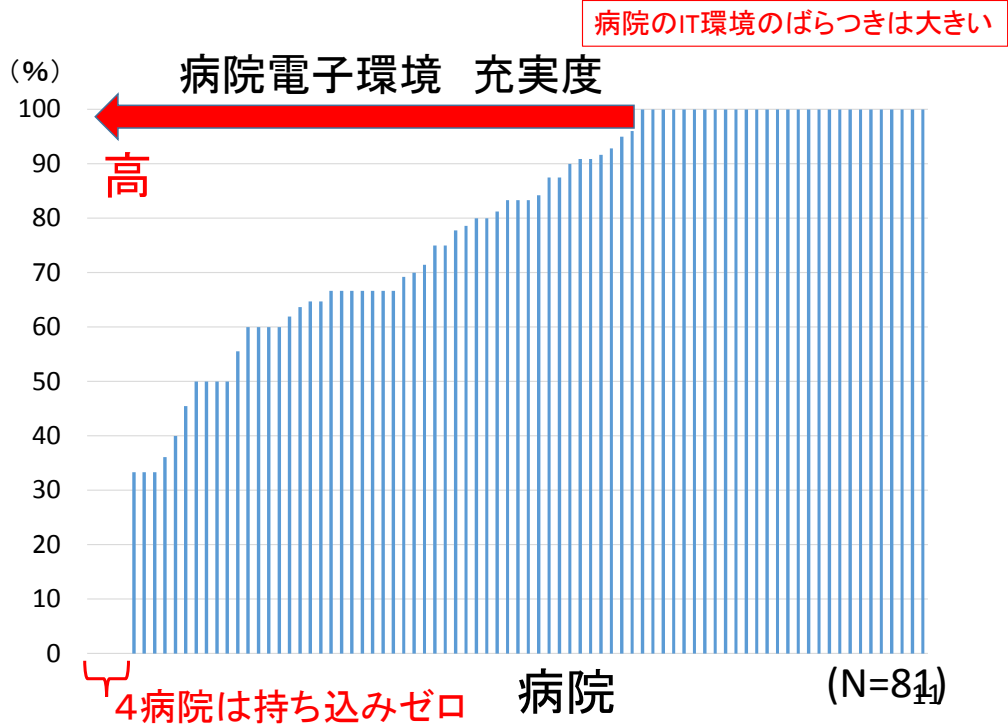
若い世代の医師は、各種診療ガイドラインや各種医療情報について調べるにあたり、書籍より電子情報に頼る傾向を認めた。特に、PubMedなどの医療情報検索エンジンよりもGoogle/Yahooが最も多用されている実態が明らかとなった。

【調査実施期間】 2015年2月～4月

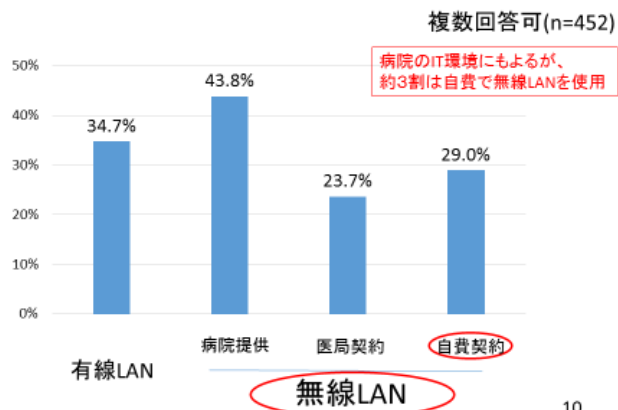
【解析対象】 施設代表者の参加同意を得て2015年2月～4月配布に調査票を送付した Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 参加109病院に勤務中の研修医1698名のうち、調査票に回答いただいた81病院・研修医585名(回収率34.5%、中間集計時)

(2) 院内 IT 環境は病院によりばらつきが大きい

私用電子機器の持込割合 病院別分布



インターネットへのアクセス環境



無線 LAN(Wifi 等)の導入、有線 LAN の配置状況などインターネットへのアクセス環境は、病院によりばらつきが大きく、院内 IT 環境が充実しているほど研修医の使用電子機器の持込み割合が減少する傾向を認めた。また、病院の IT 環境にもよるが、回答者の約 3 割は自費契約で無線 LAN を使用していることが明らかとなった。

II. 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結果【病院用】

(1) 病院が提供しているのは主に書籍および日本語有料データベース

IT環境についての病院の方針と使用できる情報源

(有効回答 n=149, 95.3%)

- 有効回答中、95%の病院で情報検索環境をできるだけ充実させようとしていた。



研修医が書籍より電子情報を頼る傾向だったのとは対照的に、病院が主体的に提供している情報としては、診療ガイドライン等は書籍が多く、有料データベースでは医中誌(73.8%)が中心で、UpToDateが続いた。

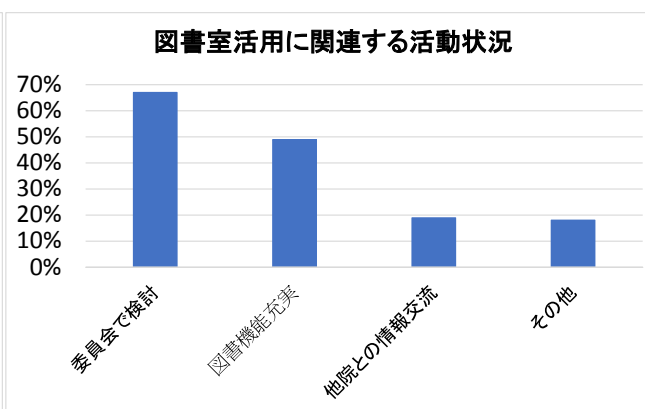
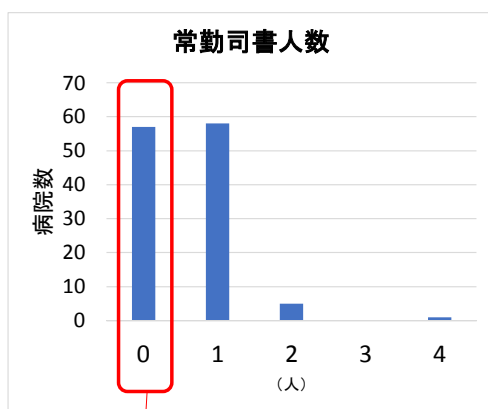
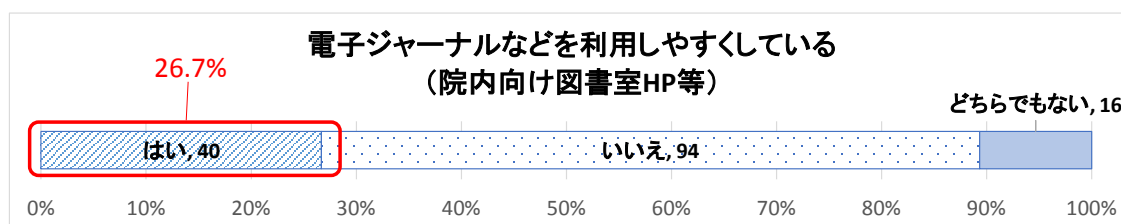
【調査実施期間】 2015年1月～2月

【配布・解析対象】 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) *参加 418 病院代表者へ郵送。ご回答いただいた 151 病院 (回収率 36.1%、中間集計時) を解析対象とした。

【解析項目】 診療情報検索環境に関連して、病院としての電子環境整備方針、院内で使用できる情報源、電子カルテとインターネット閲覧環境(LAN 整備等)、院内図書室や司書の利活用について解析した。

(2) 院内向け図書室 HP 作成により電子ジャーナルなどを利用しやすく工夫している病院あり

病院における図書室の利活用



回答施設の約半数で常勤司書がない

(有効回答 n=135, 89.4%)

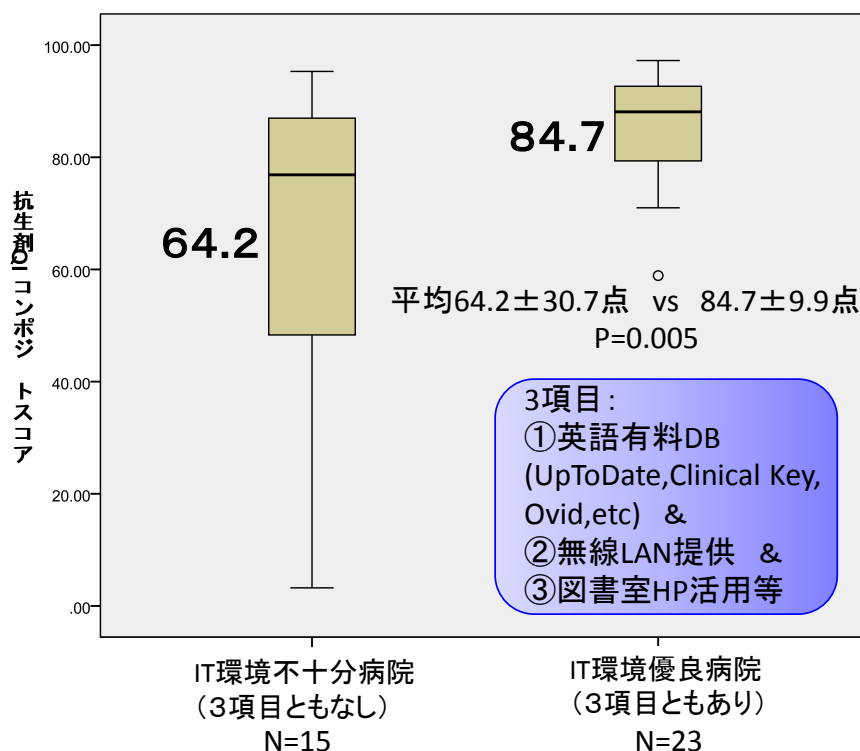
院内で電子ジャーナル等の利活用を促すため、院内向け図書室ホームページ (HP)作成により電子ジャーナルなどを利用しやすく工夫している病院を認めた。常勤司書の関与によるところが大きいと考えられ、図書室の利活用も院内情報検索環境改善の柱になり得る。

Ⅲ. 病院情報環境・病院の方針と医療の質指標(QI)

(1) IT環境は医療の質指標(QI)に影響するか？

方法：病院のIT環境として、調査票調査[病院用]内の(i)無線LAN環境、(ii)医療データベース(有料・英語)のアクセスのしやすさ、および(iii)院内図書室ホームページ等の活用の2および3項目を評価した。また、各病院について、QIをQIPへ提出されている2013年度医療管理データより算出した。今回注目したQIは、専門科横断的な周術期予防的抗菌薬投与日数の診療ガイドライン遵守率で、11種類の手術のコンポジットスコアを用いた。11種類の手術としては、頭蓋内血腫除去、胃切除、胆嚢摘出、人工股関節置換、乳房切除、甲状腺手術、前立腺がん、子宮筋腫、子宮がん、卵巣嚢腫、卵巣がんが含まれる。最後に、QIP提出データと調査票データを突合して、調査で得られたIT環境項目とQI(コンポジットスコア)との関連を明らかにするため、IT環境2ないし3項目をすべて満たす病院とすべて満たさない病院について、QIスコアを比較した。

IT環境の重要3項目有無とQIの関連

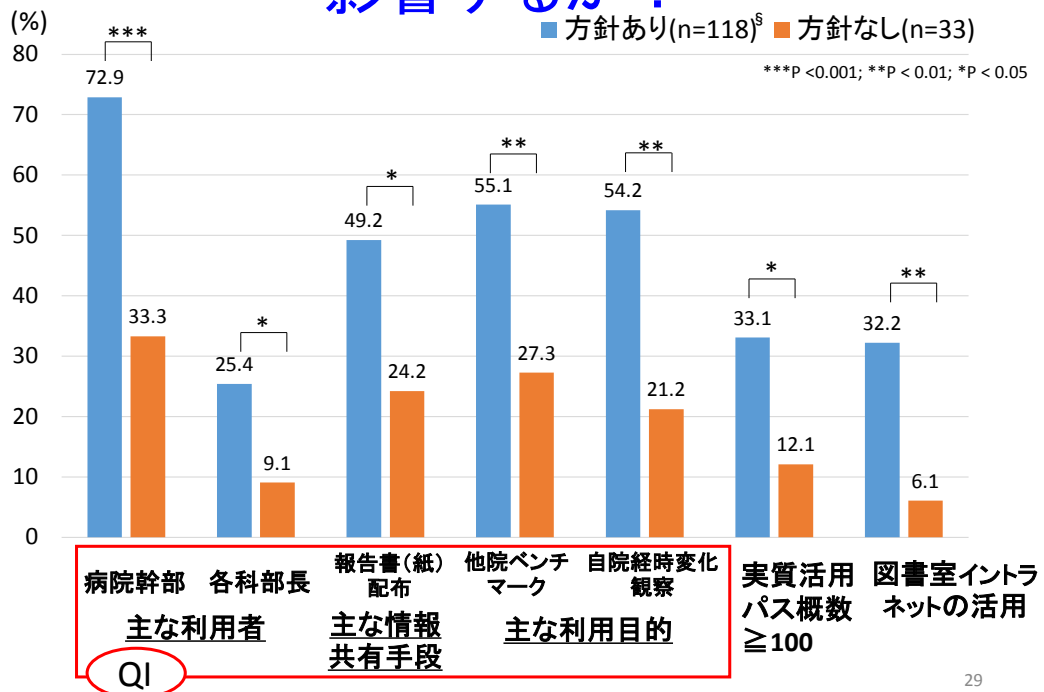


IT環境の重要3項目をすべて満たしている病院は、すべて満たしていない病院に比べ、抗菌剤の投与日数遵守率QIが明らかに高い傾向を認めた。

(2) 病院の方針も QI・パス等の活用に影響する

方法：病院の方針として EBM または診療ガイドラインを推奨、または医療の質改善目的で QI を参考に行っている病院を「方針あり病院」(118 病院)、それ以外の病院を「方針なし病院」(33 病院)として、QI の利用状況 [主な利用者、主な情報共有手段、主な利用目的]、実質的に活用しているクリニカルパスの概数が 100 以上、図書室イントラネットの活用の有無について比較を行った。

病院の方針はQI・パス等の活用に 影響するか？



[§] 病院の方針として EBM または診療ガイドラインを推奨、または医療の質改善目的で QI を参考に行っている病院

EBM や診療ガイドラインの活用を施設の方針としている病院群の方が、そのような方針を持たない病院群と比較して、QI やパスの運用を積極的に行う傾向を認めた。

結論

- 日常診療・医師研修に必要な、EBM 関連情報を検索する IT 環境は、病院によりばらつきが大きく、EBM や診療ガイドライン活用の阻害要因となっていることが明らかとなった。
- 病院の提供している情報源と研修医の情報源ニーズにはギャップが存在した。
- EBM や診療ガイドラインを活用するよう、病院が方針とし推奨していると、QI やパスの運用を積極的に行う傾向があり、リーダーシップが現場での活用状況に影響を与えている可能性が示唆された。
- 病院の IT 環境の充実度と QI（医療の質の一側面）に関連があることが示唆された。
- 病院ごとの IT 環境の見直し・整備によりインターネットへのアクセス環境等が少しでも改善できれば、シームレスに EBM 活用を促進する契機となり、医師の診療の質向上に繋がる可能性がある。

IV. 病院情報環境チェックリスト

～病院 IT 環境の評価の試み～

病院の IT 環境を系統的に評価するツールとして、関連する調査票調査項目に注目してチェックリストを開発し、10 点満点でスコア化した。本チェックリストを用いて、自院の大体の位置づけがチェック可能である。

病院情報環境チェックリスト (ver1.0)

*[]内ポイント

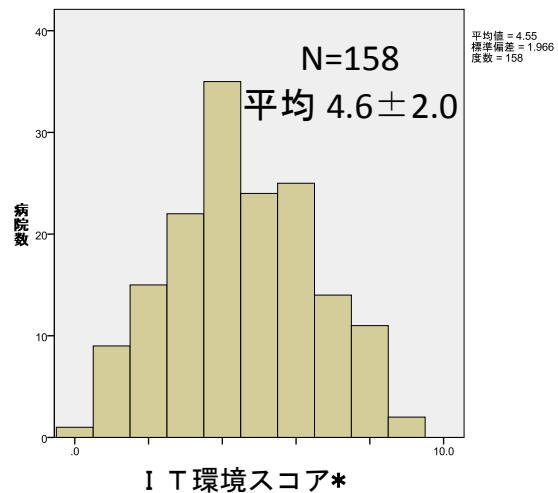
1. 情報検索のために病院が契約して以下の検索環境を準備している。(複数回答可)
 - [1] 医中誌 (病院契約)
 - [1] UpToDate, Clinical Key, Ovid, DynaMed 等の医学関連文献検索データベース(病院契約)
 - [0] 病院からは特定の有料検索データベースを提供していない
2. 院内で有線 LAN によるインターネットが以下の場所につながる。(複数回答可)
 - [1] 外来
 - [1] 病棟
 - [0] 図書室
 - [0] 医局
3. 病院が契約した無線 LAN 環境が
 - [2] ある (利用場所制限なし)
 - [1] ある (利用場所制限あり)
 - [0] 無線 LAN は病院から提供していない (個人または医局等契約に任せている)
4. 院内向け図書室ホームページを作成する等で電子ジャーナルなどを利用しやすくしている。
 - [1] はい
 - [0] いいえ
5. 院内での図書関連活動状況 (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
 - [1] 図書機能充実を図っている
 - [1] 病院ライブラリー協会等の参加を通じて、他院との情報交流を図っている
 - [0] 特に何もしていない

合計 点
(10 点満点)

■対象 158 病院における IT 環境スコアの分布

IT 環境 は、教育病院間でも大きく異なる

* EBM 推進のための病院の情報環境を評価するためのチェックリストに基づく



病院情報環境チェックリスト ver1.0 項目解説

1. 若手医師世代は EBM を簡単に検索できるよう、Yahoo/Google 等無料の検索エンジンをはじめとした電子情報を好む傾向にあります。有料情報検索データベースのニーズも高くなっています。
2. 院内において、外来や病棟で有線 LAN によりインターネットがつながる病院は必ずしも多くなく、EBM 情報検索を行うには私的電子機器を持ち込まざるを得ないなど、充実した情報検索環境が提供されている施設は決して多くありません。
3. 院内無線 LAN の提供がなされている場合でも、接続場所や接続の不安定性など、無線 LAN 環境の充実を望む声が多くなっています。
4. 病院によっては、院内スタッフが情報収集しやすいよう、院内向け図書室ホームページ等のプラットフォームを作成し、電子ジャーナルなどを利用しやすいように病院長や司書等が創意工夫されています。
5. 病院によっては、ライブラリーネットワークなど他院との情報交流を通じて、情報収集環境がより充実するよう、図書室司書が努力されています。

ダウンロード用 URL :

http://minds4.jcqh.or.jp/implementation/qip/pdf/itchecklist_1.0.pdf

V. 世界に見る診療ガイドライン活用に関する努力

(1) AGREEII における診療ガイドラインの活用評価

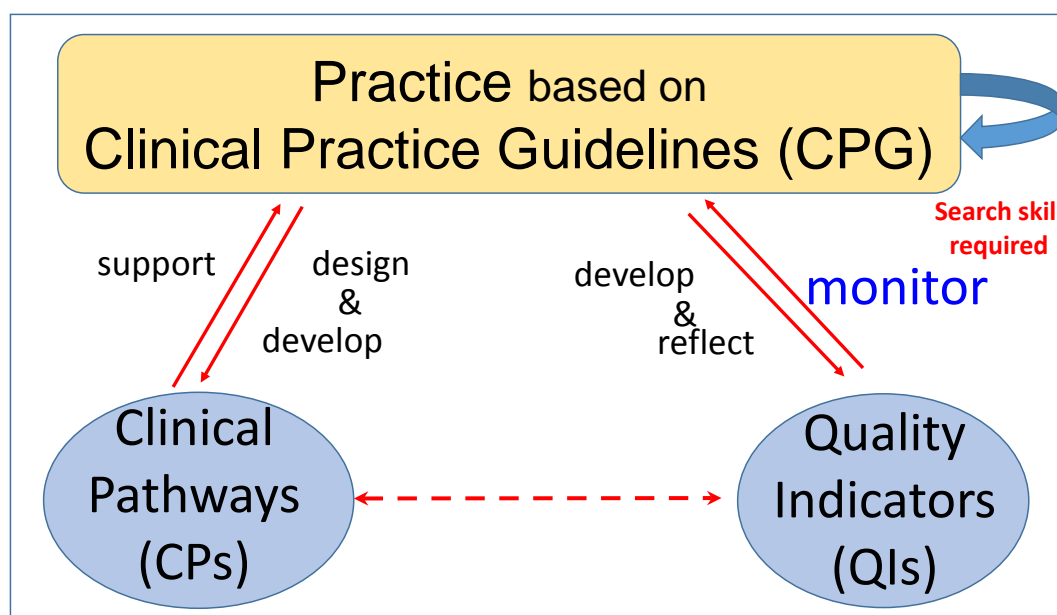
ここ十数年間で数多くの診療ガイドラインが世界的に整備され、手に入りやすくなってきたものの、診療現場で診療ガイドラインが十分活用されていない、ということは先進各国共通の懸念である。

AGREEII(日本語訳 試行版 ver.01 2014*)においても、「領域 5：適用可能性」「項目 21」において、「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。すなわち、医療の質指標(Quality Indicator: QI)、監査基準(audit criteria)等、プロセスの尺度、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」ことの重要性が明記されている。

すなわち、診療ガイドラインの活用状況は医療の質指標(QI)でモニターできるといえる。しかし、これら活用状況の指標まで明記した診療ガイドラインは、世界的にみても未だ少ない。

*<http://minds4.jcqh.c.or.jp/minds/guideline/pdf/AGREE2jpn.pdf>

Quality Triangle



(2) 活用を評価するしくみ事例

そこで、診療現場で実際にどの程度活用されているかを評価するしくみの事例として、

- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (スコットランド)
- 急性膵炎診療ガイドライン (日本)
- うつ病診療ガイドライン (スペイン) ~質指標 Q I について、紹介する。

i. SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (スコットランド)

スコットランドにおいて診療ガイドライン開発と普及を実践している SIGN では、ホームページ(HP)をユーザーに使いやすく、かつ双方向性になる形に工夫している。同 HP 内、「Evidence based practice 活用に向けての SIGN の戦略」実装支援ツールの中に「Audit tools」(監査ツール)があり、各々の診療ガイドラインについて、目的、対象患者集団、どのような状況で活用されるべき診療ガイドラインか、等の概要が記されたファイルが準備されている。さらに、個別患者を治療、患者リスク、多職種連携などのバンドルごとに評価するチェックリスト(下図：高齢者の大腿頸部骨折ガイドライン参照)があり、またそれらを総合して各施設での活用状況を評価する施設用シートが準備され、その結果を SIGN 本部へフィードバックする仕組みとなっている。

高齢者の大腿骨頸部骨折

Audit Tool (個別患者用)

1. 治療・関与 内容

5項目

2. 患者のリスク アセスメント

11項目

Audit tool for SIGN Guideline 111:
management of hip fracture in older people

Patient ID (including DOB and CHI number)	
Name of person completing this form	
OPERATIONAL	
Did medical staff assessment, whether ED or ward, take place within an hour of arrival? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
Was there an unnecessary delay in the timing of SAFE surgery for a fit patient? If patient unfit score as NO, 1 point as delay here is OK. If patient fit score 1 for NO, 0 for YES	SCORE <input type="checkbox"/>
Did the patient receive their operation out of hours (0000-0800)? Score 0 for YES, 1 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
Did the anaesthetist in charge of the patient have an interest in trauma or the elderly medic? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
Was a supported discharge package used, where applicable in the case management? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
TOTAL OPERATIONAL SCORE 0 / 5	
RISK ASSESSMENT	
Did the first formal assessment of the patient include (1)	
Pressure sore risk	SCORE <input type="checkbox"/>
Hydration and nutrition	SCORE <input type="checkbox"/>
Fall distance	SCORE <input type="checkbox"/>
Pain	SCORE <input type="checkbox"/>
Core body temperature	SCORE <input type="checkbox"/>
Continence	SCORE <input type="checkbox"/>
Coexisting medical problems	SCORE <input type="checkbox"/>
Mental State	SCORE <input type="checkbox"/>
Previous mobility	SCORE <input type="checkbox"/>
Previous functional ability	SCORE <input type="checkbox"/>
Social circumstances/care arrangements (score 1 for each 1)	SCORE <input type="checkbox"/>
TOTAL RISK ASSESSMENT SCORE 0 / 11	

3. 多職種・多 領域チーム

4項目

MULTIDISCIPLINARY	
Was a dedicated geriatrician... within the unit for ongoing patient management? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
Was the patient's postoperative mobilization and rehabilitation begun within 24 hours of the post operative period? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
If not fit at 24 hours due to comorbidity, score YES if no delay in achieving mobilization at acceptable time scale for that patient?	SCORE <input type="checkbox"/>
Was there clear documentation of multidisciplinary discussion and planning in this patient's progress notes towards rehabilitation? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
Was there multidisciplinary input to the discharge planning? Score 1 for YES, 0 for NO	SCORE <input type="checkbox"/>
TOTAL MULTIDISCIPLINARY SCORE 0 / 4	
OVERALL TOTAL SIGN-COMPLIANCE SCORE 0 / 20	

20点満点で評価

SIGN
Scottish Intercollegiate Guidelines Network

ii. 急性膵炎診療ガイドライン（日本）

急性膵炎診療ガイドラインでは、下記のような10項目が満たされているかどうかをバンドルで評価するよう推奨している。項目達成数が高いと死亡率が低い(Hirota Mら、2014)ことが報告されている(Pancreatitis Bundles 2015は、Bundles 2010の評価結果を基に改訂)。また、本バンドルはモバイルアプリにも搭載され、診療現場で活用しやすくなっている。

急性膵炎診療ガイドライン2015

改訂Pancreatitis bundles 2015(1)

日本腹部救急医学会

- 急性膵炎診断時、診断から24時間以内、および、24-48時間の各々の時間帯で、厚労省重症度判定基準を用いて重症度を繰り返し評価する。
- 重症急性膵炎では、診断後3時間以内に、適切な施設への搬送を検討する。
- 診断後3時間以内に、病歴、血液検査、画像検査などを用いて、膵炎の成因を鑑別する。
- 胆石性膵炎のうち、胆管炎合併例、黄疸の出現または増悪などの胆道通過障害の遷延を疑う症例には、早期のERC+ESの施行を検討する。
- 重症急性膵炎の治療を行う施設では、造影可能な重症膵炎症例では、初療後3時間以内に造影CTを行い、膵不染域や病変の広がり等を検討し、CT gradeによる重症度判定を行う。

(吉田雅博先生よりご提供)

iii. うつ病診療ガイドライン（スペイン）～質指標 Q I

QI が診療ガイドライン内に記載されている代表例として挙げられる。過少診断、抗うつ薬治療経過など5つの質指標が記載されている。

8. Quality indicators 大うつ病(成人)診療ガイドライン

• What are the indicators that allow monitoring quality in the management of depression?

Clinical Practice Guideline on the Management of Major Depression in Adults: Quality Indicators ~スペイン NHSより~

It is important to know if the expected objectives are reached recommendations considered to be the most important. Therefore, it is important to assess the clinical management of depression, it is advisable to measure the quality, for which some indicators are initially proposed, due to their reliability and feasibility of use in primary care consultations and in health care areas.

Five of the proposed indicators are listed and described below, which are quantitative measures that can be used as a guideline and which, if they are obtained with certain frequency, allow analysing the evolution over time, meaning that they allow the indicators to be monitored.

Proposed indicators:

5つの質指標

Area	Focus of the assessment	Indicator name
Diagnosis	Process	Underdiagnosis of major depression.
Treatment	Process	Follow-up of treatment with antidepressants
Treatment	Outcome	Maintenance of treatment with antidepressants
Treatment	Process	Efficient use of antidepressant drugs
Treatment	Process	Psychotherapeutic treatment in severe major depression
Treatment	Process	Psychotherapeutic treatment in mild major depression

- 1) 過小診断
- 2) 抗うつ薬治療経過
- 3) 抗うつ薬維持療法
- 4) 抗うつ薬の効率的な使用
- 5) 心理療法

Dimensions of the considered quality:

Quality dimension	Indicator name
Diagnostic effectiveness	Underdiagnosis of major depression
Therapeutic effectiveness	Follow-up of treatment with antidepressants
Therapeutic effectiveness	Maintenance of treatment with antidepressants
Therapeutic effectiveness	Efficient use of antidepressant drugs
Therapeutic effectiveness	Psychotherapeutic treatment in severe major depression
Therapeutic effectiveness	Psychotherapeutic treatment in mild major depression

VI. 診療ガイドライン活用促進に係る諸事項

今後、本プロジェクトでは、診療ガイドライン活用促進を目指し、以下のような方向性で取り組む予定である。

(1) 診療ガイドライン活用促進の方策の普及

医療機関で（組織として）エビデンスに基づく診療や診療ガイドライン活用を図る。推進するためのヒント集・事例集も有用であろう。

ユーザー意見の反映、ベストプラクティスやその成果等を収集整理する。

構成要素例として下記のようなものが考えられる。

- ・ 医療機関の方針
- ・ 各診療科の方針
- ・ 参照データベースの利用可能化
- ・ インターネット、イントラネット環境の充実
- ・ 図書室機能の強化
- ・ EBM 教育機会、カンファレンス、施設間連携
- ・ Q I、クリニカルパス、チェックリスト等の活用

(2) CQ標準データセットの提案（CQ：Clinical Question）

CQごとにエッセンスを標準化して整理しておくこと、

- ① 検索システムに載せやすい
- ② ガイドライン横断的な検索も可能となる、
- ③ CQごとの推奨のアップデートを推進、
- ④ 最新情報を迅速に普及させやすくなる、

といった利点が考えられる。

標準データセットを構成する基本項目例：

- ・ クリニカル・クエスチョン（CQ）
- ・ 推奨の内容
- ・ 推奨の強さ
- ・ エビデンスの強さ・確実性
- ・ 要点解説
- ・ 診療ガイドライン該当箇所へのリンク
- ・ 取りまとめた委員会
- ・ 参考文献リスト

(3) 共同取り組みの推進（地域レベル、協会・団体、学会・研究会、医学教育等）

- ・ 各種の研修機会との協働をめざす。
- ・ 医学教育カリキュラム内での位置づけの強化を目指す。
- ・ 診療の場でのニーズに応えるべく、より使いやすく有用な支援ツール・システムへと改訂していく。
- ・ データベース利用が推進されていく中、地域レベルの臨床指標が、今後、出てくる可能性がある。

VII. 今後の展望

現代のようなインターネット& モバイル時代に
EBM を普及させ、医療の質を改善するためには、
医学・医療のエビデンスにアクセスするための IT 環境 (病
院内イントラ、WiFi、 医学・医療のエビデンスデータベー
ス)が
もっと注目され、
もっと充実するよう工夫され、
かつ
病院レベルで (標準化を目指して) 統合的に設計される
ことが理想である。

- 診療ガイドラインの中での **Applicability (適用可能性)** の認知度をあげていく。
- 診療ガイドライン活用に関するツール (チェックリスト、バンドル、質指標など) を普及する。
- 協働の推進、活用推進マニュアル、標準データセット、情報検索環境の推進、など、多角的に**環境を整備**していく。



禁無断転載

病院情報環境チェックリスト(ver1.0)

2016.10

*[]内ポイント

1. 情報検索のために病院が契約して以下の検索環境を準備している。(複数回答可)
 - [1] 医中誌 (病院契約)
 - [1] UpToDate, Clinical Key, Ovid, DynaMed 等の医学関連文献検索データベース(病院契約)
 - [0] 病院からは特定の有料検索データベースを提供していない
2. 院内で有線 LAN によるインターネットが以下の場所につながる。(複数回答可)
 - [1] 外来
 - [1] 病棟
 - [0] 図書室
 - [0] 医局
3. 病院が契約した無線 LAN 環境が
 - [2] ある (利用場所制限なし)
 - [1] ある (利用場所制限あり)
 - [0] 無線 LAN は病院から提供していない (個人または医局等契約に任せている)
4. 院内向け図書室ホームページを作成する等で電子ジャーナルなどを利用しやすくしている。
 - [1] はい
 - [0] いいえ
5. 院内での図書関連活動状況 (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
 - [1] 図書機能充実を図っている
 - [1] 病院ライブラリー協会等の参加を通じて、他院との情報交流を図っている
 - [0] 特に何もしていない

合計

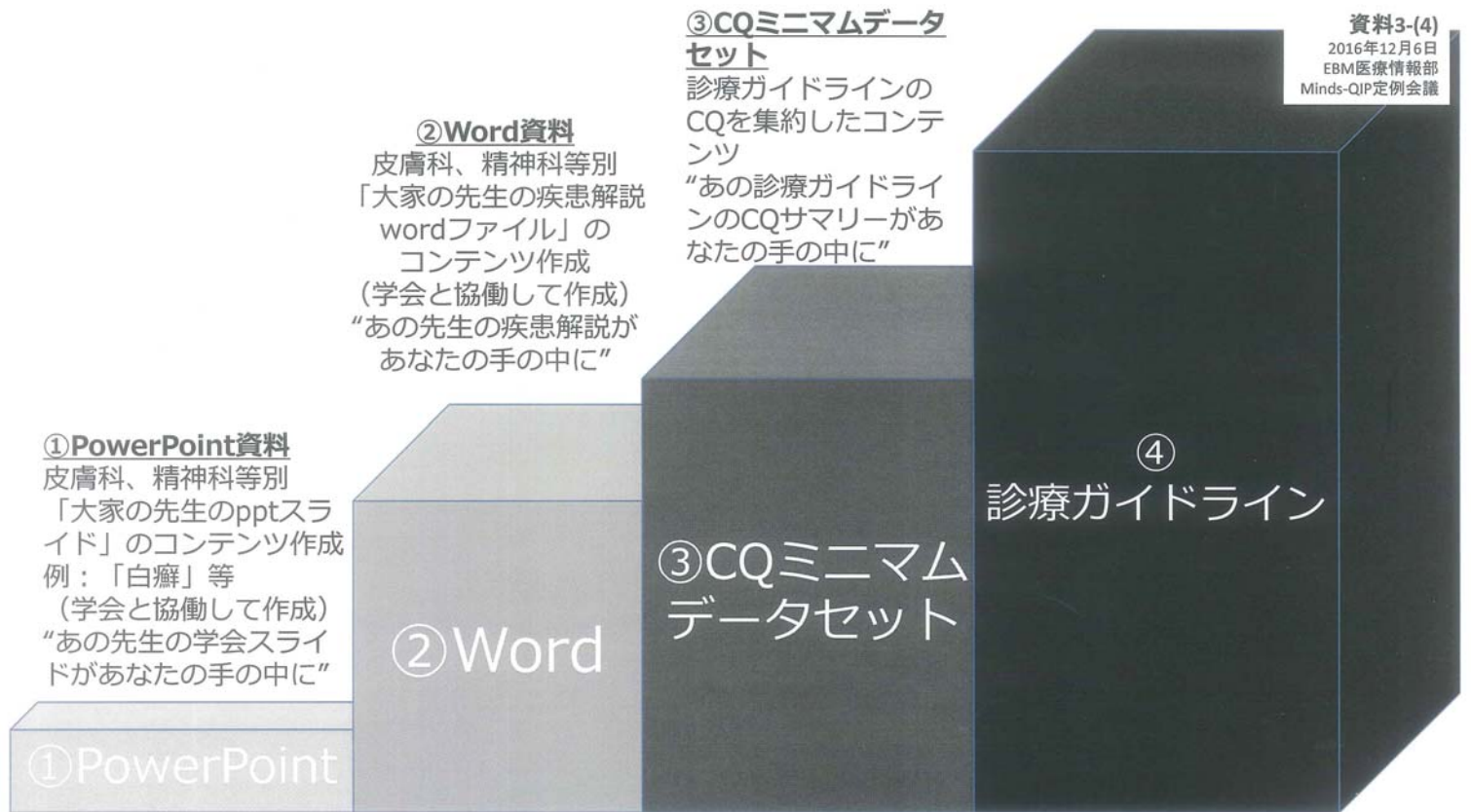
点

(10 点満点)

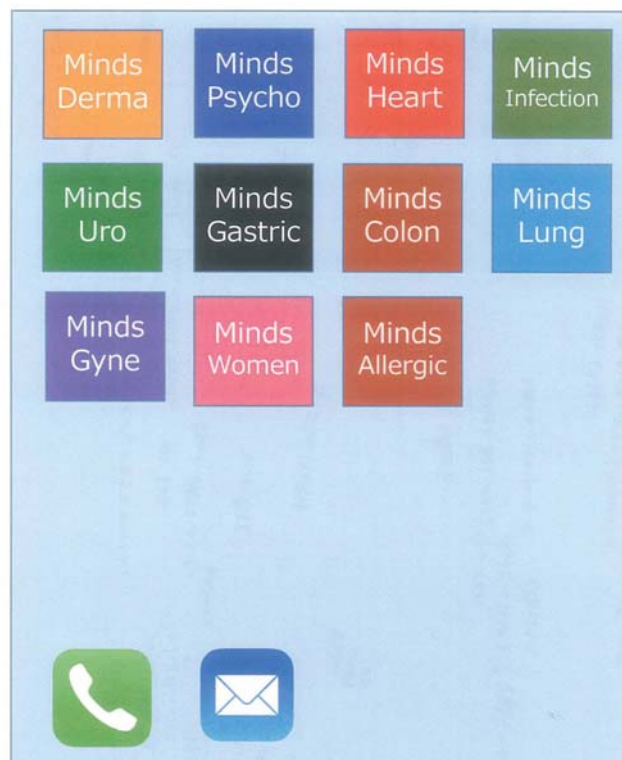
上記各項目の背景の解説

1. 若手医師世代は EBM を簡単に検索できるよう、Yahoo/Google 等無料の検索エンジンをはじめとした電子情報を好む傾向にあります。有料情報検索データベースのニーズも高くなっています。
2. 院内において、外来や病棟で有線 LAN によりインターネットにつながる病院は必ずしも多くなく、EBM 情報検索を行うには私的電子機器を持ち込まざるを得ないなど、充実した情報検索環境が提供されている施設は決して多くありません。
3. 院内無線 LAN の提供がなされている場合でも、接続場所や接続の不安定性など、無線 LAN 環境の充実を望む声が多くなっています。
4. 病院によっては、院内スタッフが情報収集しやすいよう、院内向け図書室ホームページ等のプラットフォームを作成し、電子ジャーナルなどを利用しやすいように病院長や司書等が創意工夫されています。
5. 病院によっては、ライブラリーネットワークなど他院との情報交流を通じて、情報収集環境がより充実するよう、図書室司書が努力されています。

7.3. 診療ガイドライン活用促進(案)



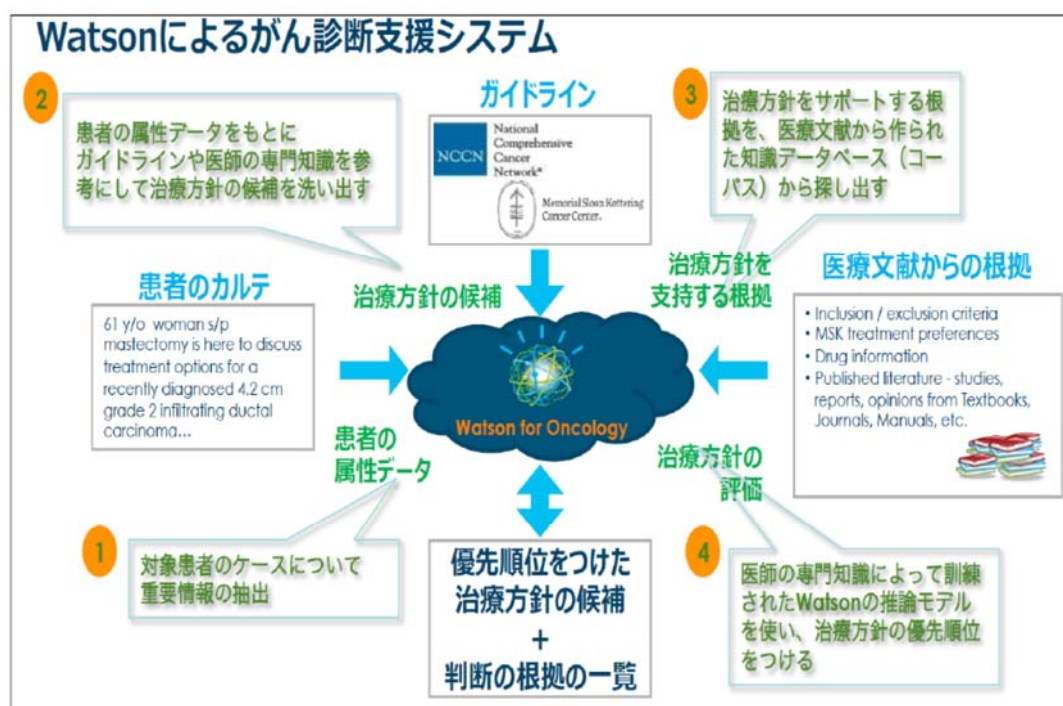
東京女子医科大学 遠藤 源樹先生作成



7.4. 診療ガイドライン活用への期待を AI で探る ～患者コメントからの試行

【背景】医療における複雑な意思決定や診断補助にどれほど Artificial Intelligence (AI) が活用できるか、その検討はまだ緒についたばかりである。先行研究では、自然言語処理を用いて診療ガイドラインの推奨を自動作成するものが情報工学の分野でいくつか報告されているが、非確率的・マニュアル的・かつ領域特異的なもの限定されている。^{1,2} さらに、患者中心医療を目指して診療ガイドラインを活用するにあたり、どのような形で AI を利用できるかは未知数である。

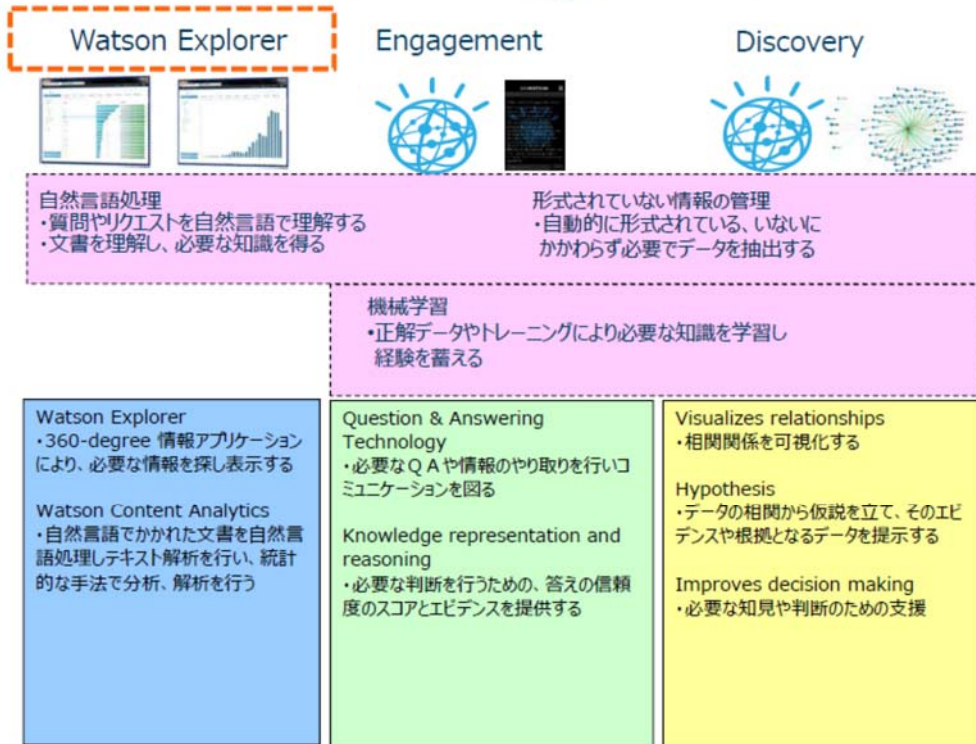
IBM Watson はゲーム Jeopardy! で有名だが、このような「正解あり」学習だけではなく、自然言語処理を含めた複合的 AI として知られている。³ そこで、今回、日本語で記載された医療に関する記述を多面的に解析する第一歩（礎）として Watson の機械学習システムを用いた解析を試行した（図 1、図 2、図 3）。



IBM資料より 2

(図 1) 診療ガイドライン、患者データの活用が試みられている

Watson Explorerとは



IBM資料より 1

(図 2) Watson Explorer

IBM Watson テキストアナリティクスとは



大量のテキストから必要な情報を抽出し、知見を獲得する技術



IBM 資料より

(図 3) テキストアナリティクス

【目的】患者調査における自由記述データから、患者による医療の質の評価として、患者視点による治療・治療方針、そして診療ガイドライン活用への期待を探索的に検討する。

【解析対象】患者調査を実施したのべ36病院の外来患者8,561人（自由記述ありは4,118人）およびのべ131病院の入院患者13,783人（自由記述ありは6,046人）から得られた回答を対象とした。

【方法】統合型検索エンジン機能と高度なテキストアナリティクス機能を有する IBM Watson Explorer (以下「WEX」v11.0)を用い分析した。WEXは、自然言語解析を核としたテクノロジーに基づく対話型ソリューションを有する Watson ファミリー群におけるプラットフォームとして位置づけられる。WEXを用いることで、テキスト部分の言語解析によって、形態素解析で単語を区切ると共に、構文解析により単語間の係り受けを特定することが可能である。患者視点による治療・治療方針、そして診療ガイドライン活用への期待について、テキストマイニングを行うため、本研究では調査票の自由記述データから、代表として10因子(治療方針がわかる/わからない、スキル・技術・質のレベルが高い/低い等)を列挙し、これらの項目についての記載の解析抽出を行った。具体的には、同10因子から作成したテキスト分析ルール(辞書)を用いて、調査票から単なる単語の抽出でなく、係り受けや否定表現も考慮した上で意味検索や分析を行った。

【結果・考察】記述文章を文に分割し、解析を行った。文中から単語、文節、類義語を考慮し、一部では目視による分析も行うことで辞書のチューニングを行い、因子の項目を同定した。各文には、複数の因子が複数個含まれることがあり、それらを可能な限り拾い上げリストアップした。

患者による医療の評価コメントの中では、診療ガイドラインやエビデンスという単語そのものはほとんど記載されていないが、医療の水準や質に対する関心は大きい。評価コメントにおいては、患者の感じている課題への対応や説明を含むコミュニケーションに関するものが多い。今回の解析により、患者コメントを読み込んで自動的に課題領域を同定、分類することができた。診療ガイドラインの推奨事項を診療に適用する際には、患者の思いやニーズを取り入れる必要があり、今回の研究結果は患者視点の医療評価情報を拾い上げていくのに役立つシステムの1つの礎になると期待できる。

<参考文献>

1. Gerber MS, Brown DE, Harrison JH. Automatic formalization of clinical practice guidelines. *Association for the advancement of artificial intelligence* 2012.
2. Kaiser K, Miksch S. Versioning computer-interpretable guidelines: Semi-automatic modeling of 'Living Guidelines' using an information extraction method. *Artificial Intelligence in Medicine* 2009;46:55-66.
3. Ferrucci D, Levas A, Bagchi S et al. Watson: Beyond Jeopardy! *Artificial Intelligence* 2013;199-200:93-105.