

観察を行った。その後の観察でも、10日以上続くひどい咳で、日常生活にさしさわりのある患者はゼロで、206名はそのまま軽快もしくは治癒した。

なお、気管支炎で抗菌薬を投与した患者は2名あり、1名は脳性麻痺で、ここ3年間で8回肺炎になった患者である。もう1名は家族の希望が強く抗菌薬を処方したが、解熱せず、その後の検査でアデノウイルスによる気管支炎と判明し、抗菌薬を中止した。なお、RSウイルス迅速検査を行った患者で8名が陽性、そのうち2名が肺炎であったが、全例症状が軽く、入院せずに治癒した。気管支炎の1例を提示する。

【症例】 4歳、男児。主訴：咳・発熱。現病歴：

2日前より38.6℃の発熱と咳・鼻水あり。現症：体温39.2℃，多呼吸(-)，努力呼吸(-)，咽頭発赤(-)，胸部：清。治療：対症療法。

その後も夜の熱が続き、右耳痛も訴え、3日後再診(発熱期間計5日間)。その時、体温36.6℃，全身状態良好，胸部：清，鼓膜発赤(+)，CRP 7.0，WBC 11,900。炎症反応は高値だが胸部X線検査は正常であり、また乳様突起炎などの所見はないので、対症療法を続行。その後、熱は出ず、咳や耳痛も軽快した。

結論：さらに調査は必要であるが、一般の小児科外来では十分に利用できるガイドラインと思われた。

## 2) チャートでみる抗菌薬適正使用ガイドライン

### —⑤フォーカス不明の発熱—

西村 龍夫

にしむら小児科

**フォーカス不明の発熱と occult bacteremia**  
発熱で一般外来を受診する小児患者の中で、問診や理学所見、ウイルス抗原迅速検査、尿検査などで原因を特定しえない場合をフォーカス不明の発熱とする。フォーカス不明の発熱患者の中には、一定の割合で重症細菌感染症が含まれることを忘れてはならない。特に occult bacteremia (以下、OB) は多くの重症細菌感染症の原因となっており、早期に発見し治療することは重要であると思われる。

OBは発熱を主な症状とする菌血症で、時に感冒症状や中耳炎を伴うが、明らかな局所感染症状や全身症状が重篤ではないものと定義されてい

る。3～36カ月でフォーカス不明の39℃以上の発熱がある時、約5%の頻度でOBがみられる。OBの5～15%に細菌性髄膜炎、細菌性肺炎、急

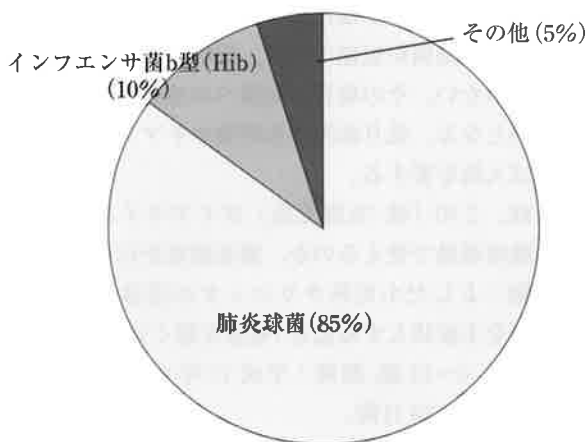


図1 Occult bacteremiaの起炎菌

Occult bacteremia in the 3-month-old to 3-year-old age group. *Pediatr Ann* 1993; Aug; 22(8): 484, 487-93

Symposium 2: 2) ⑤ Fever without a Source.

Tatsuo Nishimura

著者連絡先：西村龍夫

にしむら小児科

〒582-0021 大阪府柏原市国分本町 3-9-3

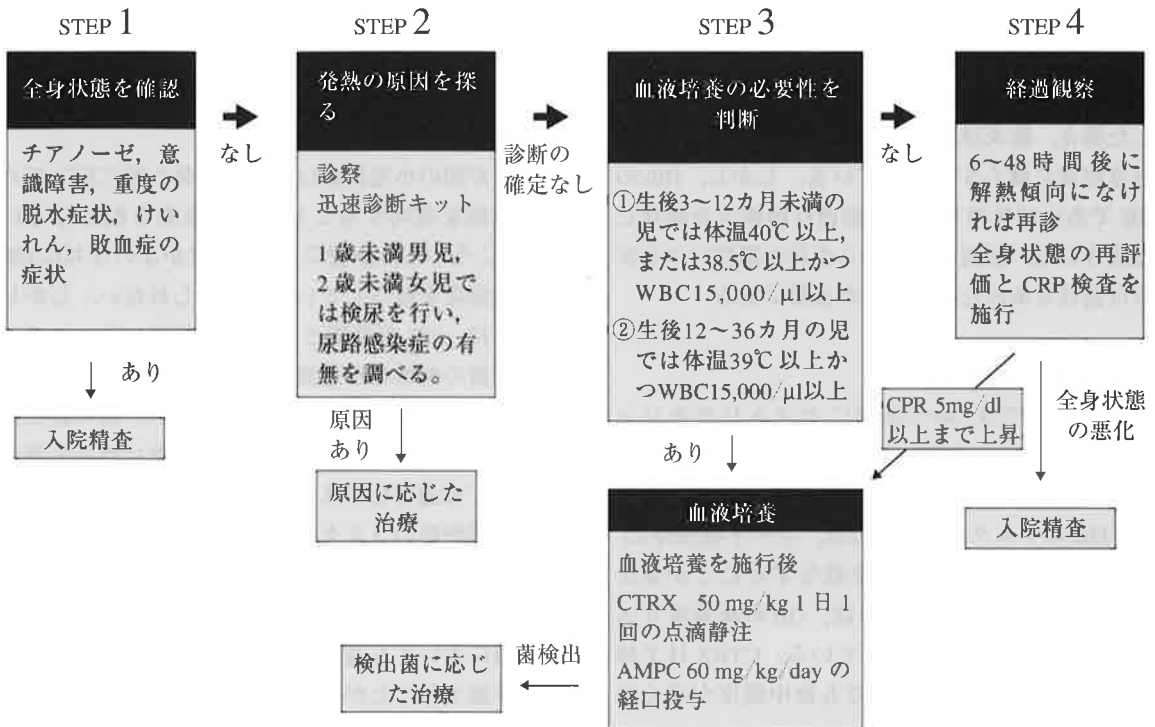


図2 フォーカス不明の発熱

性喉頭蓋炎、化膿性関節炎、骨髓炎といった重篤な局所感染が続発する。起炎菌は肺炎球菌が85%と最も多く、次いでインフルエンザ菌b型（以下、Hib）が約10%、そのほかは、髄膜炎菌、サルモネラ菌、ブランハメラ・カタラーリス、黄色ブドウ球菌、溶連菌などである（図1）。フォーカス不明の発熱の児を診察した時、次の3項目を満たす場合にはOBを想定した対応が必要となる。

- ①月齢3～36カ月
- ②最高体温39.0℃以上
- ③白血球数15,000/μl以上（あるいは好中球数10,000/μl以上）

#### ガイドライン（図2）

今回の診療指針は、OBの研究をもとにBaraffらが提唱した指針に基づいたものであり、生後3カ月以上で免疫不全等の基礎疾患のない児を対象

とする。

#### 1) 全身状態が重篤な場合

チアノーゼ、意識障害、呼びかけへの反応に乏しい場合、重度の脱水症状、けいれんなどがあれば全身状態が重篤と判断する。直ちに入院し、適切な治療のために精査を行う。

#### 2) 全身状態が重篤でない場合

基本的に抗菌薬を投与せずに経過観察を行うが、下記のリスクファクターがある症例はOBを念頭に置き、血液培養を採取後、CTRX 50 mg/kgの点滴静注またはAMPC 60 mg/kg/dayの経口投与を行う。

- ①生後3～12カ月未満の児では体温40℃以上、または38.5℃以上かつ白血球数15,000/μl以上（あるいは好中球数10,000/μl以上）
- ②生後12～36カ月の児では体温39℃以上かつ白血球数15,000/μl以上（あるいは好中球数10,000/μl以上）

### 抗菌薬の経口投与

エビデンスには乏しいが、AMPCを経口投与した場合、肺炎球菌のOBでは続発症のリスクを半分程度に減らすとされている。しかし、HibのOBであれば無効であり、細菌性髄膜炎を続発した場合には、診断の遅れから予後の悪化につながる可能性もあるため、注意が必要である。

### 抗菌薬の静脈内投与

アメリカではOBの治療にセフトリアキソン(CTRX)の筋肉内注射が行われているが、わが国では点滴ルートを取って静脈内注射が行われる。OBのリスクの高い児には、ルート確保時に、血液培養を採取後CTRXを投与することが望ましい。抗菌薬の静脈内投与は、OBの続発症リスクを減らすことが証明されている。CTRXは半減期が長く、投与後24時間でも血中濃度が高く保

たれるため、OBを疑う症例の外来管理に適した薬剤である。

### 細菌の耐性化とOB

わが国の小児科医は従来、発熱の児に対してその原因を究明することなく抗菌薬を投与していた。こういった診療により、気付かないうちにOBの続発症を減らしていたのかもしれない。しかし近年は、OBの原因となる肺炎球菌、インフルエンザ菌の耐性化が急激に進んでいる。外来医療における抗菌薬の過剰投与が、これらの菌の耐性化を進めてきたことは疑いない。今後は外来医療においても適切なリスクマネジメントを行い、重症細菌感染症のリスクの高い児にのみ抗菌薬を限定的に投与することで、抗菌薬使用量を減らしていくべきであると考えられる。そのためには、外来医療においても適切な検査を行い、発熱のリスクを評価することが必要であると思われる。

## 3) 私たちの提案したガイドラインの意義と課題

### —①ガイドラインのネット公開の経緯と意義：ガイドラインの実践を阻むもの—

吉田 均

よしだ小児科クリニック

上気道炎に抗菌薬がなぜ処方されるのだろうか？ その理由は複雑かつ多岐にわたるようだ。エビデンスを根拠に抗菌薬の使用を減らそうとしても、その前に立ちはだかる壁はあまりにも高い。それは医師と患者の関係性 (doctor-patient relation-

ship) に起因していると思われ、改善には患者の協力が欠かせない。一般の方の理解を得るにはガイドラインのネット公開が有益であると考えた。

以下、ガイドラインの実践を阻むものについて考察する。

### 抗菌薬処方者の心理的側面

#### 1) 親切(?)心

「少しでも早く治してあげたい」という親切(?)心に起因したもの。これは医師として大切な資質のひとつであるだけに、余計に修正が難しい。しかし、これは本当の親切心とは言えず、むしろ「おせっかい」や「おしつけ」に近いものであろう。

Symposium 2:3) Meaning and Issues of Our Proposed Guideline. ① Background and Meaning of Releasing the Guideline to the Public on the Internet; Barriers to Implementing Guideline.

Hitoshi Yoshida

著者連絡先：吉田 均

よしだ小児科クリニック

〒923-1225 石川県能美市松が岡 3-67

このような場合、ガイドラインのキーワードである wait and see approach の実行は難しい。

## 2) 少し違う“使命感”

「病気を治すことが医師の役目である」という“使命感”に起因したもの。患者の期待に応じて、なんととしてでも治したいと思うのであろう。使命感は医師としての基本精神でもあるため、ここからの脱却は難しい。熱心な医師ほど陥りやすい状態だ。

## 3) do something (心のよりどころ)

患者は「何かに頼りたい」と薬を希望する場合も多い。一方、医師は「何もしないのでは申し訳ない」と考える。しかし、“心のよりどころ”として最も有効なのは、医師の「大丈夫!」のひとことではなからうか。それとも、もしかして、医師自身も何か“心のよりどころ”がほしいのかもしれない。

## 4) 過去の苦い経験

抗菌薬を処方せず肺炎になった症例からの反省や、後医に見逃しを指摘された苦い経験から、抗菌薬の処方が多くなる場合である。抗菌薬を出していてもいなくても、肺炎になる確率は同じであるのに、このように反省するのは医師の強い責任感のためかもしれない。ガイドラインでは「肺炎と診断してから治療を開始」となっているが、これを実行するには努力が必要だろう。

## 5) 患者の処方希望

患者の希望をかなえることもひとつの医療なので、患者からそのように頼まれれば頭から否定するわけにはいかない。ただ、医師の思い込みだけのことも多く、抗菌薬が不要なことを説明すれば多くの患者は理解してくれる。

## 6) 医療も一種のビジネス、経営も大切

通説だが、薬をたくさん出す医院ほど繁盛しているという。患者は、自然治癒した場合でも、抗菌薬のおかげで治ったと判断する傾向にある。そのような経験をした患者は、次回も同様の症状でまた受診し、薬を求める。これが繁盛の理由かもしれない。

## 7) 近隣の医師と異なる医療はできない

例えば、抗菌薬を処方しなかった→解熱しないので他の医院へ行った→抗菌薬を内服し、解熱した→顧客を失った。これがその理由かもしれない。ここで残念なのは、自然治癒したのに、患者は抗菌薬のおかげで治ったと解釈する点だ。かつての顧客にそれを説明できないことが余計に悔しい。こういった面から、地域でのコンセンサスが重要である。

## 8) 「熱=抗菌薬」という習慣

一度身についた行動パターンは意外と修正が難しい。強い動機付けと自己規制が必要だ。この習慣は研修医時代に形成されることが多いので、指導医の責任は大きいと思われる。

## 9) 訴訟の心配

このことが臨床医の心を支配しているとしたら、憂慮すべきことである。上気道炎関連では髄膜炎の誤診が最も懸念される。そして、その訴訟を恐れて抗菌薬が処方される。しかし、抗菌薬には“訴訟の予防効果”は期待できない。訴訟を避ける完璧な方法はないが、可能性を減らすことはできる。それは診察のスキルアップと、説明と同意、慎重経過観察などの医療の基本姿勢であろう。

## 10) 副作用の軽視

抗菌薬にはショックやスティーブンス・ジョンソン症候群、腎障害、肝障害、血液障害などの重篤な副作用がある。例えば、平成9年から3年間の皮膚障害は全年齢で厚労省への報告数が69,872名で、そのうち重症例が882名、死亡例が81名であった。原因薬剤で多かったのは、抗菌薬、解熱剤、抗てんかん薬であった。訴訟が心配なら、これらの副作用に注意を向けるべきだろう。

## 11) 耐性菌への認識不足

目の前の患者の治療を優先するあまり、患者の将来や地域全体のことに考えが及ばない。それは、医師には患者の現在の病気については責任があるが、将来の病気や他の患者についてはペナルティを課せられない、という考えが根底にあるからだろう。また、近隣で耐性菌髄膜炎が発生しても、

自分の処方に関係があったとは考えないものだ。

### 今後の対策

患者とその家族に次の点を理解していただくことが重要であろう。

- ①上気道炎の大部分は自然治癒する。
- ②抗菌薬の内服はリスクを伴う。
- ③肺炎は抗菌薬で予防できない。

④抗菌薬よりも慎重経過観察が大切。

⑤耐性菌の蔓延は危険。

医師に対しては、自然治癒を望む患者が増えてきているという点と、ていねいな説明が薬よりも患者満足度を高める、ということを理解していただくことであろう。ネット公開がその助けになることを願っている。

## 3) 私たちの提案したガイドラインの意義と課題

### —②海外での抗菌薬適正使用の流れと私たちのガイドラインに対する評価—

#### 武内 一

耳原総合病院小児科

#### ヨーロッパの取り組み

A Surveillance Community Network for Vaccine Preventable Infectious Diseases (EU-VAC) <http://www.ssi.dk/euvac/HP> を開くと、ヨーロッパ各国のワクチンスケジュールを知ることができ、一方で、ワクチンで予防可能な疾患の各国での発生状況を閲覧できる。例えば、麻疹ワクチンの追加接種を行っていないドイツで、麻疹発生数が際立って多いことがわかる。

The European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) <http://www.rivm.nl/earss/HP> を開くと、各国の各種の菌に対する耐性化状況がマップで閲覧でき、例えば、2004年のブルガリアの非感受性肺炎球菌 (PNSP) は10~25%であることがわかる。関連サイトであるブルガリア細菌学会のHPを開くと、外来での咽頭ぬぐい

液のPNSPが約20%とグラフで示されている。

Statens Serum Institute (SSI) <http://www.ssi.dk/> は、デンマークの感染性疾患および先天性疾患の予防と制御のための組織で、ワクチンも製造している。このHPから化膿性髄膜炎をたどると、例えば、2004年のインフルエンザ菌b型 (Hib) の発生は1名のみで、Hibワクチン歴があることがわかる。

#### ヨーロッパと日本の小児感染症への姿勢

2004年に開催されたヨーロッパ小児感染症学会 (ESPID) と日本小児感染症学会の演題を比較した (図1)。ワクチンと疫学の取り上げ方などに両学会で大きな差がみられた。

ヨーロッパ vs わが国の違いについて、①Hibあるいは肺炎球菌といった細菌感染症に対してワクチンで対応する vs 広域抗菌薬で対応する、②重症細菌感染の発生数を把握する仕組みを持ち、疫学的観点から感染症をとらえ対策をたてる vs 免疫学やウイルス学など基礎研究を重視し感染対策をたてる、③ヨーロッパ全体で各国が役割を果す vs 国内対応に関して内部で完結的に対応する、という3つの対抗軸でまとめられた。

Symposium 2: 3) —② The Trend toward Judicious Use of Antibiotics and the Evaluation of Our Guidelines in Europe.

Hajime Takeuchi

著者連絡先: 武内 一

耳原総合病院小児科

〒590-8505 大阪府堺市堺区協和町4丁465

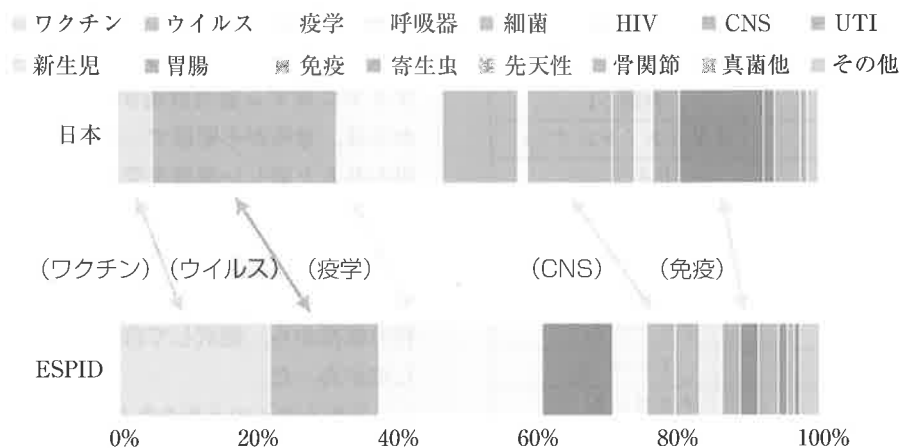


図1 2004年日本&ヨーロッパ小児感染症学会演題分類—ESPIDでの分類に基づいて—

### ガイドラインの海外評価

ガイドラインの全文を英訳し、指針のみの簡潔版、解説を含む完全版に返信フォームを添付し、今回の春季カンファで発表するための取り組みであるとの主旨を添え、ESPIDメンバーを中心にメールした。その結果、イギリス4名、オランダ3名のほか、18の国と地域24名から返事をいただいた(表1)。

全体として受け入れられるか否かという質問に、20名(90%)が基本的に受け入れられると回答したと報告し、ガイドラインに対していただいた様々なご意見の一部を紹介した。

感冒：基本は、わかりやすく書くため、治療指針は「抗菌薬の適応はない」の一言でよい、10～14日間続く膿性鼻汁などにwait and seeの方針が臨床医に受け入れられるかは疑問なので、1週間まで使用せず以降再評価するというのはどうか、重症細菌感染の治療を適切に行うためには安易な内服抗菌薬は不適切である点に賛同する、など…。

咽頭炎・扁桃炎：溶連菌の診断に迅速検査を利用する指針に同意する意見と、溶連菌スコアと組み合わせるべきとの意見をいただいた。溶連菌スコアおよび二次症と抗菌薬の関係、βラクタム剤にアレルギーがある時の各国の選択抗菌薬など

について紹介した。

中耳炎：使用する場合、第一選択とするアモキシシリンの投与量は60 mg/kg×5日間としたが、海外では40～150 mg/kgと投与量は概してわが国より多く、投与期間については5～10日間と意見は一致していなかったことなどを示した。また、アモキシシリンの投与方法としてわが国にはない溶ける錠剤を紹介した。

急性副鼻腔炎：ヨーロッパでは、βラクタマーゼ産生菌を考慮しアモキシシリン+クラブラン酸で治療が行われているが、主たる起炎菌である肺炎球菌がペニシリン結合タンパクの変異であるわが国では、その方針は適切でないとして説明した。

咳・気管支炎：インフルエンザによる気管支炎を記述すべき、あるいは細菌性気管炎に触れるべき、との指摘を紹介した。

フォーカス不明の発熱：ヨーロッパではワクチンの普及でHibはほぼ制圧されているが、重症化する髄膜炎菌感染症の問題などを紹介した。

全体を通して、ガイドラインは抗菌薬適正使用に関する医師教育の中でどのように位置づけられているのか、また、ガイドラインの質を維持するためだがどのような方法でどの程度のサイクルで改訂作業をするのか、そういったガイドラインのあり方への意見、またガイドラインはポリュウ

表1 お返事いただいた国

2005年 ESPID 会員（韓国1名はその他）合計24名

韓国：1	台湾：1
イギリス：3	イギリス・ケニア：1
オランダ：3	ドイツ：2
スウェーデン：2	スペイン：1
スイス：1	フィンランド：1
フランス：1	ポーランド：1
リトアニア：1	ウクライナ：1
ブルガリア：1	トルコ：1
ブラジル：1	イスラエル：1

ムがあるので簡略化したチャートのようなものを提示すべきとの指摘を紹介した。

重症感染症のサーベイランス・システムの必要性、あるいはガイドラインのみならず、基本としていねいな診療姿勢の重要性が指摘されたこと

を示した。

短期間の英訳作業であったため、我々のガイドラインに対する総合評価が30点のスイスの医師からは、意味が不明確で一部は誤訳されていると思われると厳しい指摘を受けたが、最後はことばの壁を越え、メールのやりとりという共同作業でよりよいガイドラインになると確信した、とお褒めをいただいた。また、ポーランドの小児感染症科の教授から、翻訳して自国で紹介したいとの申し出があった。

未熟な我々の大胆な取り組みでしたが、お返事をくださった海外の小児科医に心から感謝いたします。また、この発表は有志のカンパに支えられて実現しました。誌上でお名前を紹介いたします。ありがとうございました。中村英夫、土田晋也、神川 晃、芳賀恵一、日時規公也、松本重孝、渋谷 勉、服部愛子、岡崎 実、水口淳一、西村龍夫、深澤 満、吉田 均、草刈 章（敬称略）

### 3) 私たちの提案したガイドラインの意義と課題

#### —③上気道炎抗菌薬適正使用ガイドラインの問題点と今後の課題—

岡本 茂<sup>1)</sup> 中山 健夫<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学 <sup>2)</sup>同教授

#### はじめに

診療ガイドラインは、「特定の臨床状況において、適切な判断を行うために、臨床医と患者を支援する目的で系統的に作成された文書<sup>1)</sup>」とされている。診療ガイドラインが必要とされた背景には、類似の臨床状況でも医師の診療にバラツキが大きいこと、爆発的に増大する情報に多忙な臨床医が

効率よく対処するために系統的に収集・評価された2次情報への関心が高まったことがあげられる。英国 SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) は「現在のエビデンスに基づく健康を含む診療ガイドラインの作成・普及により、診療とアウトカムのバラツキを減じ、患者ケアの質を向上させる」と、診療ガイドラインの特性、役割を簡潔に述べている。

診療ガイドラインの作成方法は、“GOBSAT (Good Old Boys Sitting Around the Table)”と揶揄されるように、専門家だけで集まって議論して作成するスタイルから、根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine: EBM) の手法を取り入れた作成方法に変化しつつある。その特徴は「臨床上の

Symposium 2:3)–③ Problems and Issues of Judicious Use of Antibiotics for Upper Respiratory Infections.

Shigeru Okamoto, et al

著者連絡先：岡本 茂

E-mail: shigeru@kuhp.kyoto-u.ac.jp

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学  
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

疑問の明確化」から始まり、あげられた臨床的疑問に対する「エビデンスの検索・評価」を行い、それに基づいて「推奨度の決定」をするというものである。

現在、厚生労働省の取り組みとして、主要疾患に関して根拠に基づく診療ガイドラインが作成されており、財団法人日本医療機能評価機構の医療情報サービス事業 (Medical Information Network Distribution Service : Minds) に掲載されている<sup>2)</sup>。

診療ガイドラインの質を評価する方法として、AGREE 共同計画が提案する 24 項目の評価票<sup>3)</sup>が普及しつつある。我々はこの評価票を用いて「上気道炎抗菌薬適正使用ガイドライン」の評価を行った。AGREE の提案する方法は「対象と目的」「利害関係者の参加」「作成の厳密」「明確さと提示の仕方」「適応可能性」「編集の独立」の 6 領域で診療ガイドラインの記述内容、形式を評価するものである。通常、2 名から 4 名の評価者の平均点が用いられるが、今回は 3 名の小児科医が独立に評価を行った。その結果、本ガイドラインは、「対象と目的」「明確さと提示の仕方」の評価点は高かったが、「利害関係者の参加」「作成の厳密さ」「適応可能性」「編集の独立」は低い評価となった。全体評価は、「強く推奨する」か「推奨する」(条件付きで、もしくは修正の上で)であった。

AGREE 評価票 (日本語版)<sup>4)</sup>はインターネット上で公開されており、無料で入手可能である。一般的な診療ガイドラインのチェックポイントを知る上でも、広く外来小児科学会員が AGREE 評価票の実物を手にされることを期待したい。

## 今後の課題

### 1. 診療ガイドラインの作成と利用方法に関する議論の深まり

EBM の手法を用いた診療ガイドライン作成の一般的な手順は整理されつつある。そのようにして作成された診療ガイドラインが現場で適正に利用されるためには、個別の臨床現場の経験から、政策決定や法的判断に至る広い視点での議論が望

まれる。そして、そのような作成・利用経験を診療ガイドラインの更新作業に反映させてゆく継続的な仕組みが必要と言える。

作業の手順 (モデル) がインターネット上で公開されている<sup>5)</sup>。

### 2. 日本外来小児科学会としての公式ガイドラインの位置付けに関する議論

今回提案された「上気道炎抗菌薬適正使用ガイドライン」は、学会外部から日本外来小児科学会の公式なガイドラインと捉えられている可能性がある。その適切な位置付けは、今回の春季カンファレンスでの議論も含めて検討中であると考えられるが、現時点では日本外来小児科学会の公式ガイドラインとして認知されているものではない。本学会は、参加型・実践志向型の伝統があり、本ガイドラインもそれぞれに強い思いのある有志によって自発的に作成されたものであり、その試みには大きな敬意が払われるべきものである。本ガイドラインは「私たちの提案」として、学会誌に掲載され、またインターネット上にも公開された経緯があり、学会において公式ガイドラインの可能性と課題を考える契機として大きな役割を果たしたと言える。

今後の議論の深まりに向けた問題提起として、まず本学会の公式の診療ガイドラインの作成には誰が参加できるのか、参加することが望ましいのかについて述べたい。診療ガイドラインの作成に参加できるのは抗菌薬適正使用グループだけではない。グループ以外の外来小児科学会員、外来小児科学会以外の小児科医、耳鼻咽喉科医、プライマリ・ケア医、医学統計家や疫学者などの研究方法論の専門家、情報検索の専門家である医学図書館員、そして患者 (保護者) もより良い診療ガイドラインの作成のために参加が望まれる存在である。さらに他学会 (例えば耳鼻咽喉科学会) との調整や日本小児科学会 (小児科医全体) や行政への対応など、大きな齟齬が生じないような適切な位置付けにも留意していく必要がある。



### 3. 総合小児科医としての診療ガイドラインの議論の必要性

現在は情報化社会であり、我々小児科医が主に対象とする保護者の世代（20代～40代の世代）は、インターネットで診療ガイドライン情報を集めるのに何も支障がないと思われる<sup>9)</sup>。重要なことは、情報が個々の例にあてはまるかどうかの検証であり、診療ガイドラインのカバー範囲に関する医師・患者の共通の理解である。Eddy DM<sup>7)</sup>らは、診療ガイドラインのカバー範囲は60～95%の患者にとどまると述べ、さらに95%以上の患者に適應される「スタンダード」と、50%ほどの患者にしか適應されない「オプション」と区別している。以上から「すべての患者を診療ガイドラインどおりに対応しなければいけないのか」という質問は誤りであることが理解される。

マスコミ報道による誤解や情報の混乱の事例としては、白内障ガイドラインに関する2003年6月24日の読売新聞報道がある。この記事では、通常眼科医が使用している「白内障薬は効果なし」と見出しが出され、臨床現場に混乱が生じた。これは、4日後の白内障学会で発表予定のガイドラインが先行されて報道されたものであった。翌日の新聞の片隅に訂正記事として「効果なしではなく科学的根拠なし」とされ、続けて冷静な解説記事も掲載されたが、医療行為に対する社会の不信感をいわずらに印象付けるようなマスコミ報道となってしまった可能性は否定できない。今後、診療ガイドラインの一部を取り出して拡大解釈し、訴訟の際の根拠として用いる事例の増加も懸念される。医療の立場から、このように誤用されないためにも、継続した責任ある社会的発言が必要であろう。

総合小児科医としてなぜ診療ガイドライン論が必要だろうか。少なくとも日本では、今まで小児科医が診療ガイドラインについて議論をしてこなかったように思われる。この理由のひとつは、これまでは専門家が集まって診療ガイドラインを作成し我々に提供されただけで、いわゆる一般臨床

医の参加がなかったこともあるかも知れない。診療ガイドライン作成をその「成熟段階」という視点で見ると、専門家のみで作成する第1段階、臨床疫学者・生物統計学者などの臨床研究方法論の専門家が参加する第2段階、そして患者・消費者または関連企業などより広い“stakeholders（利害関係者）”が参加する第3段階と分けられる<sup>8)</sup>。本ガイドラインは、一般臨床医が中心となって作成した診療ガイドラインであり、その意味では第2段階のものであり、プライマリ・ケアを担当する小児科医にとって最も身近な診療ガイドラインといえるかもしれない。

近年、EBMの普及によって、ともすればEBM＝エビデンスと混同される状況がある。EBMは、①医師の専門性や経験・熟練、②患者の価値観、③エビデンスの3要素をバランスよく統合し、よりよい患者ケアの意思決定を行うもの<sup>9)</sup>である。Haynes RBらは、EBM新モデル<sup>10)</sup>として2002年に、「患者の病態・臨床情報」「患者の価値観と行動」「エビデンス」の3つの輪の中心に臨床医の腕を現すモデルを発表した。さらに、Muir Gray<sup>11)</sup>は、患者群または集団に関する政策の意思決定は、「エビデンス」「価値」「資源」の3つの要因の組み合わせを基礎としていると述べている。診療ガイドラインはエビデンスの集合体であり、意思決定に影響する要因のひとつに過ぎない。

診療ガイドラインをどう活かすかは臨床医の腕のみせどころであり、そのことも踏まえて、今後さらに診療ガイドラインが増加してゆく中で、臨床経験の少ない若い小児科医とも診療ガイドライン論を深めてゆく必要があるだろう。

本ガイドラインは、適切な抗菌薬処方をめざす目的で作成された。逆に言えば、「なぜ臨床医は風邪に抗菌薬を使用するのか」という研究も重要である。Butler CC<sup>12)</sup>らは、開業医21人と咽頭痛あるいは上気道炎症状を訴えてこれらの医院を受診した17人の患者インタビューの質的研究で、抗菌薬処方決定にはエビデンスよりも患者-医師間の問題が大きく関与している。患者側の受診の

真意を聞き出すことが、むしろ患者との関係を壊すことなく不必要な抗菌薬処方減らす良法ではないかと述べている。

このように情報化時代の中で、総合小児科医にとって、診療ガイドラインそのものの議論や診療ガイドラインをどう利用するか、診療ガイドラインをとりまく環境との関係などを含む成熟した議論が必要となってきた。我々にとって最も身近な診療ガイドラインである「上気道炎抗菌薬適正使用ガイドライン」の存在が、その議論の先鞭をつけることが期待される。

貴重なアドバイスをいただいた日本外来小児科学会診療ガイドライン作成検討会の皆様に深謝します。

## 文 献

- 1) Field MJ and Lohr KN (eds). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington DC, National Academy Press, 1990: 32
- 2) 特集 Minds 入門: インターネットによる診療ガイドライン活用方法. 医事新報 2004; 4184: 1-15  
<http://minds.jcqh.or.jp/to/index.aspx> (2006年4月30日現在)
- 3) 長谷川友紀. 診療ガイドラインを取り巻く状況: AGREE Collaborationの動向. EBM ジャーナル 2003; 4: 294-297
- 4) <http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/AGR>

[EE-final.pdf](#) (2006年4月30日現在)

- 5) 福井次矢・丹後敏郎. 診療ガイドライン作成の手順. EBM ジャーナル 2003; 4: 284-292  
<http://minds.jcqh.or.jp/st/svc/115.aspx> (2006年4月30日現在)
- 6) 野村英樹. 診療ガイドラインに対する利用者側の認識に関する研究. 厚生労働科学. 資料1 COML 代表辻本好子氏インタビューまとめ EBMを指向した「診療ガイドライン」と医学データベースに利用される「構造化抄録」作成の方法論の開発とそれらの受容性に関する研究 (主任研究者・中山健夫) 2003年度報告書, 17-18
- 7) Eddy DM. Clinical decision making; from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA 1990; 263: 3077-3081, 3084
- 8) 中山健夫. EBMを用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド. 金原出版株式会社, 東京, 2004
- 9) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choices. ACP J Club 2002; 136: A 11-14
- 10) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physician' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002; 324: 1350
- 11) Muir Gray JA. Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions. Churchill Livingstone, London, 2002  
津谷喜一郎・高原亮治 (監訳). エビデンスに基づくヘルスケア: ヘルスポリシーとマネジメントの意志決定をどう行うか. エルゼビア・ジャパン, 東京, 2005
- 12) Butler CC, Rollnick S, Pill R, et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998; 317: 637-42