



FACT SHEETS

# Clinical Practice Guidelines

## 診療ガイドライン

2022 痛みの知識を実践に生かす

GLOBAL YEAR

### 診療ガイドラインとは何か？

診療ガイドライン(CPGs)は、「特定の臨床状況に適した医療に関する臨床医と患者の意思決定を支援するために体系的に作成された提言」[1]または「患者ケアを最適化することを目的とした推奨事項を含む提言」と定義されており、エビデンスの系統的レビューと代替の医療オプションの有効性と欠点の評価の情報に基づいている[2]。CPGsの全体的な目標は、医療者やその他の専門家が特定の状態の人々をどのようにケアすべきかについての推奨事項を提供することである[3]。この報告書では、痛みを伴う人々の治療のためのCPGsに焦点を当てる。

### なぜ診療ガイドラインが重要なのか？

痛みを患う人々、臨床医、および政策立案者は、熱心な支持者に支えられているが困惑せざるを得ないような治療選択肢が存在するということに直面している。エビデンスに基づくことは急速に普及しているが、そのエビデンスの質は実に様々である。痛みを患う人々に提供されるケアの量、種類、質が様々に異なることは知られている。CPGsは、最良のエビデンスを体系的にまとめて、臨床ケアとその実践を導くための明確な推奨事項を作成するための重要なツールである。CPGsは、効果的なエビデンスに基づく治療法を推奨し、科学的根拠が不足している治療法

の実践を思いとどまらせることで、効果がないまたは安全でない治療法に関連する無駄と潜在的な危害を減らしながら、ケアの質を最適化しようとする[4]。

### 誰が診療ガイドラインを開発し、なぜそれが重要なのか？

CPGs は、英国の国立医療技術評価機構(NICE)などの政府支援機関、または専門家/特定の学術興味のための団体によって開発されることがよくある。例としては、米国内科学会や国際疼痛学会(IASP)の神経肢障害性疼痛分科会(NeuropSIG)などである。どのタイプの組織が CPGs を開発するにせよ、患者のケアに関連し実臨床の経験を持つ複数の臨床分野の人々からの重要な意見に基づいて作成される必要がある。これが保証されていない場合、診療ガイドラインが最良の臨床実践ではなく特定の専門家グループの利益を反映する可能性があり、推奨事項が痛みを患う人々と一緒に暮らす人々または世話をする人々の需要を現実的に反映されない危険性がある。また、専門家と業界の双方の利益と関係性を含み、ガイドライン開発チームでは考え得る利益相反について完全な透明性が必要である[5]。

### 診療ガイドライン(CPGs)はどのように開発される必要があり、信頼できる CPGs はどのように見つけることができるか？

CPGsの開発は、体系的で透明性のあるプロセスである必要があり、エビデンスを検索する前に、ガイドラインと方法論の明確な範囲を開発および定義することが含まれる必要がある。適切な知識、技術、および代表者を備えたガイドライン開発グループ(委員会)を召集し、概説されている臨床疑問に特有の系統的レビューを実施し、最終的にエビデンスを評価し、それらを推奨事項に変換する。最終的にガイドラインを作成するときには、痛みを患う人々を含む全ての重要な利害関係者と協議するプロセスが必要である。CPGs は、推奨事項と、それらを作成するために使用されたエビデンスの確実性を明確に伝える必要がある。

AGREE-II ツールを使用して、CPGs の品質を評価できる[6]。ガイドラインの範囲と目的、利害関係者の関与の質、開発の厳密さ、表記の明確さ、ガイドラインの適用性、編集上の独立性および批評の予定について検討する。

### 同じ議題に関する異なるガイドラインが一致しないのはなぜか？

同じ議題に関する複数のガイドラインが矛盾する推奨事項を記載することがある理由はいくつかある。このような理由には、関心のある母集団と地域の設定の違い、ガイドラインの根拠となる研究論文が異なることに繋がる可能性があるエビデ

ンス検索の固定の日付と範囲の違いが含まれる可能性がある。さらに、臨床的有効性についての説得力のあるエビデンスを示す方法論の閾値が様々に異なること、および異なるガイドライン委員会による同じエビデンスの解釈の違い[4,7] など、様々な理由が含まれる。エビデンスの量と質が高まるにつれて、ガイドライン間で推奨事項が矛盾する可能性は低くなる。実際、ガイドライン間での推奨事項の不一致は、弱いエビデンスの警告サインである可能性がある[4]。

### なぜ、臨床での実践をいつも変えないのか？

CPGs を発行しても、臨床での診療内容が変わることを保証するものではない。複数の潜在的な障壁が実践の変更を妨げるため[9,10]、ガイドラインの推奨事項が広く遵守されていない事例は多くある[8]。これらには、ガイドラインに関する臨床医の知識と理解、その推奨事項を受け入れる意欲(多くの場合、深い信念、臨床経験、好み、および既得権益)に直面して、CPGs 推奨事項を実践することの実現可能性に関連する地域的な問題および組織の文化、ガイドライン自体のアクセス可能性と信頼性[9-13]、および患者のガイドライン推奨の受容性またはその欠如[14] が含まれる。

### 診療ガイドラインはどのように実践されるのか？

臨床での診療内容の変更は複雑なプロセスであり、特定の戦略を裏付ける強力なエビデンスはない[15,16]。CPGs の推奨事項を最適に実践する方法を慎重に検討する必要がある。これには、地域の臨床環境と地域の患者コミュニティの多様性の詳細な理解、CPGs の実践を支援するために必要な地域の医療資源の評価、臨床医への適切なトレーニングと支援、患者集団とのパートナーシップ、および評価と適応の継続的なプロセスが必要になる可能性がある。疼痛治療の分野における効果的な CPGs の実践についてのさらなる研究が行われることは喫緊の課題である。

### 結語

CPGs は、エビデンスに基づく診療を実践する上で重要なツールである。それらは、臨床ケアの質、一貫性、効率性を改善し、患者により良い治療を提供し、臨床システムの効率性を改善するのに役立つ可能性がある。CPGs の実践を計画しているユーザーとリーダーは、CPGs を批判的に吟味し、誰が CPGs を開発したか、および CPGs の開発プロセスが確立された品質指標を満たしているかどうかを検討する必要がある。

## REFERENCES

Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

Graham R, Mancher M, Miller, Wolman D. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2011.

National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines> . Accessed 23/11/21

O'Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(2):54-57. doi:10.2519/jospt.2018.0602

Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: An appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. PLoS ONE 15(1): e0227045.

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449

O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30:968-980. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.00>

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 ;391(10137):2368-2383. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6)

Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800-816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>

Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4:36.

<https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. “Lovely pie in the sky plans”: a qualitative study of clinicians’ perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40:1842-1850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001215>

Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker’s compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. 2003;3:442-450. [https://doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00152-9)

Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance – a qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:97-105. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.006>

Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative

study from the patients' perspective. *J Eval Clin Pract.* 2017;23:165-172. <https://doi.org/10.1111/jep.12660>

Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:258. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>

Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci.* 2016;11:126. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>

## AUTHORS

Neil E O'Connell, Phd, Reader, Department of Health Sciences, Centre for Health and Wellbeing across the Lifecourse, College of Health, Medicine and Life Sciences, Brunel University London, UK

Didier Bouhassira (MD, PhD), Director of Research, Laboratory of Pathophysiology and Clinical Pharmacology of Pain, Inserm (U987), APHP, Paris-Saclay University, Ambroise Paré Hospital, Boulogne-Billancourt, France.

Prof. Denise Harrison (RN, RM, PhD) Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. University of Melbourne.

## Translation

Mizuho Sumitani, MD



Department of Pain and Palliative Medicine, The University of  
Tokyo Hospital, Tokyo, Japan

Masahiko Sumitani, MD, PhD

Department of Pain and Palliative Medicine, The University of  
Tokyo Hospital, Tokyo, Japan

Department of Pain and Palliative Medical Sciences, Faculty of  
Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan