

●What's EBM ? ①

身近な医療情報を読み解くために

中山 健夫

I. Evidence-based Medicineの発展…その背景

「医療の質」評価に対する社会的関心を背景に“エビデンス（根拠）に基づく医療（Evidence-based Medicine, EBM）”は、1990年代半ばから急速な発展を遂げました。

現実の医療現場での意思決定は「限りある医療資源」のもとで、「医師の専門性（clinical expertise）」「患者の嗜好（patient preference）」「研究の成果（research evidence）」などが勘案されて行われますが、EBMは特にこの「研究の成果（research evidence.中でも臨床研究の成果）」を活用するための体系的な手法です。

EBMの考え方は「臨床疫学」に由来していると言われます。「臨床疫学」とは、主として地域住民を対象として、数々の疾病の原因（または危険因子）を解明してきた「疫学（epidemiology）」が、臨床の問題を解決するために使われたものです。わが国でも、インターネットを始めとするIT革命の恩恵により、海外からEBMの考え方が積極的に導入されてきました。この2年ほどでEBMをタイトルに含む書籍は20を越え、さまざまな施設でEBMの研究会が開催され、それぞれ活況を呈しています。

EBMは「患者個々のケアにおける意思決定に際して」「入手可能な最良のエビデンスを」「注意深く（意識して）、明示的に（はっきり授と根拠を示しながら）、適正に用いること」と定義されています。創始者のDavid Sackett

らは“Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM”（現在、第2版。1997年の第1版は「根拠に基づく医療」として邦訳されています）でEBM実践の5ステップ、「質問の設定」→「根拠の検索」→「根拠の吟味」→「実際の適用」→「評価」を示しています。また「EBMの実践は、生涯に渡る自己学習（self-directed learning）のプロセスである」とし、これが新奇な小手先の技術ではなく、患者さん指向の医療を実現するための問題意識の持ち方、見出した問題を自力で解決していく方法であることを強調しています。

II. 現代社会におけるインフォメーション・リテラシー…EBMの一步手前で

EBMの一つの柱は、医療の有効性を科学的に考え直すことと言えます。それはつまり、どこかで見聞きし、何かで読んだ情報を鵜のみにせず、いくつかのポイントをチェックして、どの程度信じられるか、これからの行動を決める拠りどころとしてよいか自分で判断することです。その目の付けどころ、情報の良し悪しの考え方にEBMは数々の手がかりを与えてくれます。

現代は情報社会と言われますが、私たちは情報を読み間違えていることが少なくありません。「リテラシー」という言葉は、もとは文字の読み書き能力の意味でしたが、コンピュータの普及に伴い、コンピュータを扱えるかどうか「コンピュータ・リテラシー」と表現されるようになりました。さらに私たちが身近に接するいろいろな情報や、研究論文の形で伝えられる学術的な情報を読み解く能力が「インフォ

なかやま たけお：京都大学大学院医学研究科
医療システム情報学 助教授
nakayama@pbh.med.kyoto-u.ac.jp

メーション・リテラシー」、または「リサーチ・リテラシー」と呼ばれるようになりました。EBMを理解する鍵は「情報の読み取り方」、つまりこの「インフォメーション・リテラシー」にあると言えます。この連載では身近な出来事からの「インフォメーション・リテラシー」を通して、EBMの解説を進めていきたいと思えます。

早速一つ例を考えてみましょう。

Ⅲ. 「私は名医」と医者には信じているけれど… 「名医のバイアス」

臨床医のほとんどは自分がそこそこの名医であるという自負を持っています。「自分の外来に来る患者さんは、みんな『先生のおかげで良くなりました、先生は名医です』と言ってくれる」という話も聞きそうです。ただ、こういう時に気をつけなければいけないのは、「良くならなかった患者さんは何も言わずに転院している」かもしれない、という可能性があることです。残念ながら、外来に通い続けていて、臨床医が診ている(というより臨床医に見えている)のは一部の患者さんに過ぎません。この患者さんたちだけを見て、自分が本当に良い医者かどうか実のところは分からないのです。これは「脱落例 (dropout)」という、情報を読み解く際の基本的な、そして最も大きな落とし穴の一つです。ではそれに落ちないためにはどうしたら良いかという、この場合には、受診した患者さんを全員登録して追跡調査を行うことで解決します。こうすれば何人が転院してしまったか(途中で亡くなってしまった場合もあるでしょう)把握できますので、初めに受診した患者さん全部を「母集団」と考え、そのうちの何人が良くなり、何人が良くならなかったのか、きちんと割合を示すことができるわけです。

意図的でも(治療成績を良く見せるには、予後の悪そうな患者さんは除外する=初めから診ない、という場合も考えられます)、意図的で

なくとも、「母集団」のうちの多くが脱落した後、選ばれて残ったケースだけから判断する誤りを、疫学的には「選択バイアス(対象者の選択の偏り。Selection bias)」による誤りと言います。

いわゆる症例報告が医学の進歩に大きな役割を担ってきたことは申し上げるまでもありません。特に新しい疾患の発見や稀な疾患の治療法の研究では、症例報告無しには何も始まらなかったと言えます。しかし日本の臨床現場では「例外的な1例」を(学会発表のため?)大事にしすぎる傾向が指摘されているのも確かです。特に臨床の初期研修の際は、個々の症例、つまり分数の「分子」にあたるケースを病理学的・生理学的に突き詰めようとするトレーニングが重視されています。これをもとに研修医が学会の地方会—ほとんどすべて症例報告で占められています—で発表することは当然のように受け容れられてきました。一方、分数の「分母」、すなわち目の前の患者さんが由来してきた「母集団」を意識する、場合によっては適切に取り扱う術はほとんど学ばないままでは感じられます。この術こそが疫学であり、臨床疫学でした。EBMへの関心から若干遠回りはあったものの、このような疫学的な考え方への認識が広まりつつあります。

次回から身近な実例を通じて、疫学的な考え方を紹介し、なぜ今EBMが必要とされているのか、そしてEBM時代に情報の専門家として図書館員がどんな役割を期待されているかお話ししていきたいと思えます。

参考文献

- 1) Sackett DL他著; 久繁哲徳監訳. 根拠に基づく医療. オーシーシー・ジャパン, 1999.
- 2) Fletcher. RH. 他著; 福井次矢監訳. 臨床疫学: EBM実践のための必須知識. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1999.