

## 医政メモQ&A

### EBM について

**Q 1 : EBM とは**

**A :** EBM とは Evidence Based Medicine の略語で「根拠に基づく医療」と訳されている。すなわち EBM は「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用し医療を行うこと」と定義できる実践的な手法である。

現在の最良の科学的根拠を妥当性のある方法で患者に臨床応用できることから、世界で急速に普及、実践され始めている。

EBM は次の 3 要素を統合するものと考えられる。

- ①利用可能な最善の科学的な根拠
- ②患者の価値観及び期待
- ③臨床的な専門技能

**Q 2 : 経緯は**

**A :** EBM の哲学的起源は19世紀のパリやそれ以前にまでさかのぼることが出来ると言われているが、1991年、カナダのマクマスター大学の G. H. Guyatt が初めて EBM として提唱し、D. L. Sackett がその概念を整理し普及してきた。

日本でも20年以上前より同じ概念が公衆衛生学、臨床疫学の分野で「医学判断学」として提唱されてきたが、1997年6月にとりまとめられた厚生省の医療技術評価の在り方に関する検討会」の報告書を機に注目され始めた。

望ましい医療の実施のためには医療技術評価 (Health Technology Assessment) とそれに基づいた「正しい医療技術」による医療の実践、つまり EBM を医療現場に普及させる必要があるからである。

**Q 3 : 実践手順は**

**A :** EBM を臨床現場で応用するには次の 5 段階のステップを踏むことになる。

1. 目の前の患者に関し臨床上的の疑問点を抽出する。
2. 疑問点に関する文献(根拠のある情報)を検索する。
3. その根拠のある情報(エビデンス)の有効性と適切性、妥当性を評価する。
4. その結果を患者に適用する。
5. 実際の医療を事後、評価する。

疑問点の抽出とは各臨床医が患者に対してより適切な対応方法を選び出すことである。例えば、ある段階の乳がん治療法で、乳房を全摘するか、病巣摘出と抗がん剤投与や放射線療法の併用にするかなどの選択である。

文献の検索方法は医学書、医学雑誌等による旧来の方法以外に最近発達してきた情報処理機器を利用することができる。

MEDLINE や英国のコクラン共同計画 (EBM の国際的情報基盤) にアクセスすることにより最新のデータを迅速かつ簡便に得ることが可能になってきた。

文献の妥当性の評価は各臨床医が臨床疫学と生物統計学の基礎知識をもとに科学的な信頼性を自ら評価しなければならない。

例えば、治療ではランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) がなされているか、試験に参加した対象がすべて解析されているか等、科学的な信頼性を自分自身で評価する。

RCT は評価対象である治療法を乱数表等によりランダムに患者に割り当て、患者を追跡調査し長期予後と比較検討することにより、治療法がどのような場合に、より効

果を発揮するのかを明らかにするものである。

患者への適用は、得られた文献結果の知見をそのまま活用できるか、個々の患者の価値観、期待感と合致するかなどインフォームド・コンセントを得た上で判断する。

行った医療の評価とは、診断、治療が本当に科学的な根拠や患者の価値観に基づいているか等を検討することであり、評価方法は自己評価と外部評価がある。

#### Q4：問題点は

A：Davidoff らによれば一般内科医が自分の専門領域の最新知識を常に獲得するためには、毎日19の医学論文を忙しい日常診療の合間に読み続けなければならないと言う。しかし近年の情報科学技術と情報機器の発展、普及により、膨大な科学論文の情報処理が可能となり、臨床医が科学的根拠に基づく文献の検索が実行しやすくなってきた。また科学的根拠となる妥当性の高いデータがランダム化比較試験を筆頭に多く蓄積されるようになり、臨床医は外部から最善の情報を容易に得ることが可能になってきた。このような状況のもとでEBMの核となる文献検索とその評価が世界各国で急速に広まってきている。当然、個人にコンピュータと英語に関する能力が要求される。

しかし欧米の知見は必ずしも日本人に最適とは限らない。日本独自の臨床研究の結果が必要である。

わが国は医学的な情報等を系統的に収集、蓄積、作成しデータベースにのせる体制が不十分である。

EBMの理念は理解できるが、忙しい臨床医の実態からかけ離れ、現場への適応は難しいとの批判もある。

日本でEBMを推進するにはそれを支える医療環境整備が是非必要である。

EBMを円滑に実施する全体の流れは図1の如くである。

#### Q5：今後は

A：厚生省の「医療技術評価推進検討会」では、EBM「輸入」の試みとして治療ガイドラインの作成に着手し、今後2年程かけて完成させる見通しだ。

EBM実践のための対象疾患の選択は、各国における医療技術評価の対象優先決定方法を参考に日本の事情を考慮して優先順位リストを作成した(表1：上位10疾患)。

この優先順位に従って上位の疾患から順に関係学会、医師会等と協力の上、治療ガイドラインを作成しEBMを臨床現場に普及・定着させる考えだ。

今後、EBMがどのような形でわが国に定着するかは不透明な状況にある。

日本医師会はEBMの考え方には理解を示しているが、医療費削減の観点からマネージド・ケアに利用されることを懸念している。(医政部長 安井 隆弘)

#### 参考資料

- 1) 厚生省「医療技術評価推進検討会」報告書'99.3.23.

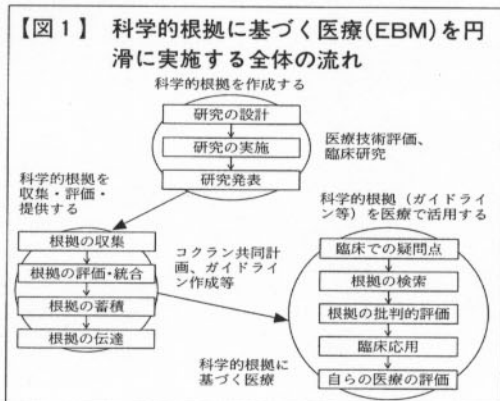


表1 治療ガイドライン対象疾患優先順位リスト(上位10位)

順位	疾患
1	本態性高血圧症
2	糖尿病
3	喘息
4	急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患
5	白内障
6	慢性関節リウマチ(脊椎除く)
7	脳梗塞
8	腰痛症
9	胃潰瘍
10	くも膜下出血及びその他の脳出血