

(第18号) ***EBMの現状と問題点***

これまでにご紹介してきたEBM(Evidence Based Medicine)は、今や日本でも教育、研究の場に定着していますが、臨床現場への普及は十分とは言えません。そこで、日本にEBMが浸透しにくい主な要因を、医療する側、される側、それを取り巻く環境の3つに大別してみます。

まず、医療サイドの問題として、理解と認識の不足があります。忙しい日常の中では、能動的に学習する機会はなかなか得られず、「EBMは個々の医師の経験や知識を否定するもの」とか、「ガイドラインはデータ至上主義により医療を画一化するもの」などの誤解による、食わず嫌いが見受けられます。実際のEBMは、その時入手できる最も信頼性の高い根拠をもって、患者の症状と価値観に即した判断で医療を行う目安となるもので、「その患者に最適なエビデンスを選ぶ」、「患者の問題を知る」という過程には、正しい問診や最適な情報の適用など、専門家としての経験や知識が不可欠です。また、RCT(Randomized controlled trial=ランダム化比較試験)にも矛盾は存在すること、同じエビデンスを用いても作る側の立場によって異なる結論が出る場合があること、ガイドラインはマニュアルではなくメニューとして捉えることなど勘違いしやすい事柄を理解するためには、数字に惑わされないための正しい統計知識や、判断を誤らない能力を身に付けるプロとしての努力が求められます。

続いて、患者サイドの問題として、理解が乏しいことでエビデンスを求めない、自分の問題に対して受け身であるといった場合があります。また、エビデンスのために重要な治験に協力的でないといった傾向も見受けられます。「治験=人体実験」という考え方が根強い背景には、患者や一般市民に対する医療情報提供の不足があります。

これらは、EBMを取り巻く環境の問題でもあり、国内での大規模臨床試験が困難である要因として、治験に対する社会のコンセンサスが低い、医療保険制度が適さないため治験参加者にメリットがない、社会的体制や財政支援に乏しい、医療側に時間的余裕がない、多数の症例をエントリーできる病院が少ないということが挙げられます。また、国内のデータ自体が少ないという現状もあります。雑誌からハンドサーチという手作業でRCT論文を抽出する作業は精密さを要求され、時間と労力を費やしますが、人材が少ないこと、構造化抄録の普及が遅れていることにより手間がかかることなどが、要因となっています。加えて、臨床疫学専門医やリサーチナース、コーディネーターが不足しており、対策として、その正当な評価と地位の確立が求められます。

以上のような問題点を踏まえ、今後、EBMを浸透させるためには、医学教育の一環としてEBMの知識とともに問題解決技法などの技術も教育すること、人類全体としてのエビデンス作成の一端を担うことのできる医療制度改革、構造化抄録の普及、患者図書館の開設や一般市民への医学図書館の開放の推進、多忙を極める医療従事者を支援するためのクリニカルライブラリアンやEBMデータベース作成のためのリサーチライブラリアンの育成などが必要とされます。EBM先進国である英国で、EBMがNHS(National Health Service)のもと、最善の医療普及のツールとして医師側、患者側双方の立場から支持されていることを考えると、日本はまだまだ発展途上にあると言えますが、それぞれの立場からEBMを再認識してみてはいかがでしょうか。もちろん、私たち図書館員も例外ではなく、その一翼を担えるよう、EBM志向に努めて行きたいと思えます。

*** 図書館トリビア ***

他の図書館等からよく複写を申し込まれる雑誌に「岩手公衆衛生学会誌」があります。この雑誌は本学の衛生学公衆衛生学講座が刊行しており、第1巻から最新号まで所蔵している図書館が本学のみであるため、昨年度は平均すると1日おきのペースで受け付けていました。

メールマガジンに関する意見・質問は、運用係 unyo@lib.iwate-med.ac.jpまで。