

Evidence based medicine vs. Experience based medicine

山縣邦弘

人間総合科学研究科教授

はじめに

昨今の医学教育については、従来の講義中心型から問題解決型のチュートリアル教育への移行、詰め込み型の記憶、知識量偏重型の内容から、知識量を限定したコア・カリキュラムによる教育内容の整備、また、客観的臨床技能試験 (Objective Structured Clinical Examination : OSCE) や Computer-based test (CBT) などの共用試験として実施、その後のクリニカルクラークシップの実施が全国的に開始されるなど、大きな変革の真っ只中にある。これらの多くはアメリカの医学教育で行われ、実績をあげているものであり、このような論理的、体系的な教育手法の医学教育への導入は、必須の方向性と思われる。そして臨床教育においては、Evidence に基づく診療ガイドラインの重視と日常診療においての Evidence based Medicine (EBM) の実践法の教育が求められている。このような中

で医学群での我々臨床医学に携わる者の教育内容とはいかにあるべきなのか。今回この執筆の機会をいただいたので自分の講義の内容がどうあるべきなのかを改めて確認してみたい。

臨床医学教育とは？

私は筑波大学附属病院での6年間のレジデントを経て、一般病院での実地診療を9年間勤め、母校でもある筑波大学に戻ってきたのが7年前である。本学にもどる前の一般病院では、仕事といえば診療がほぼ100%であった。それが大学教官になるとともに、研究と教育の比重が急に増幅増大してきた。即ち臨床・研究・教育の3足の草鞋を履く生活が始まったのである。現状の臨床医学系教官の教育との関わりはM1～M3までのチュートリアルでのチューター、M3、M4、M6の講義、臨床実習 (Bed-side learning) あるいはクリニカルクラーク

シップ)での学生指導である。中でも臨床医学系教官が教育の担い手として主役を演ずるのは自分の専門分野の臨床教育に他ならない。幸い、昨今の筑波大学附属病院では、外来患者数が順調に増加し、入院診療についても病床稼働率は維持しながら、平均在院日数は順調に減少しており、良質で豊富な臨床経験可能な患者数が維持されている。実際のところは診療と研究と教育のバランスの理想の形を頭に描きながら、マンパワー不足にめげずに日々を何とか過ごしているのが現実である。そのような中でわたしの講義の位置づけはいかにあるべきか。

EBMとは？

EBMとは、患者の診療方針を可能な限り客観的な多数例での検討の結果 (Evidence) をもとに、最良の方法を見出し実践しているという医学の手法である。ここでEBMの手法の概略を説明すると、①患者についての診断、治療法に関する疑問点の抽出 ②その疑問点について文献検索を行う、③検索された論文の質の評価、④以上から得られたエビデンスの適用性判断 (参考文献 福井次矢編 EBM 実践ガイド 医学書院 東京) の4つの段階により、疑問点を解決し、診療を実践していくことである。そして③に示した論文の質として最も重視

されるのが、多数症例による前向きランダム化比較試験あるいはこの前向きランダム化比較試験をまとめたメタアナリシスによる評価である。従って、EBMの手法そのものは極めて論理的であり、臨床前教育と相まって、非常に効果的体系的な医学教育の展開を期待させるものである。

Experience basedの重要性

しかしながら、実際の医療においては大半の診療方針の決定はEBMの手順を経ず、多くは自身 (広くは恩師、権威者を含む) の経験、伝聞や教科書の記載を基に判断し、実践していくのは紛れもない事実である。外科系の診療手技、手術に関わる技術については、指導医からの技術伝授が大きな位置を占め、経験が重要であることは論を待たない。ここに示す我々内科系の医療における Experience based とは、手技的なことでなく、診療方針を決定する場合における判断材料を前述のEBMを基にするか否かである。なぜEBMの手順が不可能かと言えば、常識の範囲で判断され、今更疑問にも思わないことで前向きランダム化比較試験の研究対象とならない場合、あるいは前向きランダム化比較試験の研究対象として極めてまれで、多数例での検討などそもそも不可能な場合などがあげられる。そのような内容は、EBMの手法で問題解決をしよう

にも、そもそも質のいい論文など存在せず、EBMの手法は不可能なわけである。従って最低限の常識の範囲までは、詰め込み型、知識量偏重型の教育が避けられない部分である。

さらに実際に臨床的に疑問点に遭遇し、それなりのエビデンスは存在するものの、先述のEBMの手技の④にあげたエビデンスの適用性判断を正しく行うことが可能か。この判断が、まさしく experience based であることである。

疾患の人種差

大半の良質な臨床研究が基本的に英文で書かれたものであり、我々の求めるエビデンスの情報ソースは欧米の雑誌を根拠としている。多くの疾病は人類共通の疾患であり、医療レベルが同一であれば何ら差はないはずである。しかし、現実には致死的疾患においても、明らかな人種差、生活習慣の相違による有病率の差、治療反応性の差が存在する。一方わが国からは基礎医学における良質な研究成果を多く輩出しているものの、臨床研究では必ずしも十分な研究成果を示してきたとは言い難い。研究の手法の問題もあるが、現実には日本人、アジア人という欧米からみれば minority な人種の臨床研究について、Caucasian と同一の結果であれば問題ないのだが、もしも異

なる結果の場合、この結果を公表する媒体である欧米の英文誌において、そのレフェリーを納得させるのにかなりの困難が付きまとい、欧米の一流誌での掲載が不可能となり、当然日本語で出版されることもなく、時には日の目を見ないまま終わることさえあるのも事実である。

この結果、実際に我々の検索対象となるエビデンスは欧米人にとって最良の evidence ではあるものの、我々の本来の診療の対象である目の前に患者（日本人）に対して最良かどうかの検証が抜け落ちてしまう危険が常に潜んでいる。

この点を補うのが、欧米の論文には掲載され得ない、日本人にとっての最良の方法あるいは目の前の患者にとって最良の方法かどうか、経験 (experience) に基づく判断である。

臨床決断の要素

さらに診療方針決定のための、臨床決断には①医学的判断、②患者の好み、③患者のQOL、④家族の意向 のすべてのバランスのもとに成り立つ。このような知識だけでなく、患者、家族とのコミュニケーション能力が重視される所以である。良き臨床医を育てるのにはこの臨床決断における4つのポイントのバランスがとれていることも極めて重要である。臨床医学、即ち医師

として実地に診療を行っていくためには、確かに学生時代の基本的知識の取得とその後の臨床医としての判断力とコミュニケーション能力を着実に身につけること、そのためにもなるべく多くの良質な経験を実地につむことが重要である。

理想の講義

このように考えると、詰め込み型・記憶、知識量偏重型教育を避け、問題点を自ら抽出し、考え方調べ方の教育を中心にして、EBMの手技を実践出来ることと同時に、何よりも重要なことは、我々日本人、あるいはアジア人特有のエビデンスを示し、あるいは我々が情報を確実に把握し、伝授することであろう。勿論、このようなエビデンスの情報発信も重要な責務であるが、これは必ずしも教育に直結するものではない。昨今の医学教育の流れの中で欧米の標準とされる教育方法を吸収し、一定量の知識とコンピュータ環境があれば誰でも実践可能な Evidence based Medicine を意識しつつ、専門教育である臨床医学の Experience based Medicine との良きバランスをはかるのが理想である。このような理想を臨床の場でなく、講義の中でどのように伝授していくか、これが最も大きな課題である。

(やまがた くにひろ／腎臓病態医学)