

参考文献

- 1 津谷喜一郎, 他. 日本に RCT はいくつあるか?. 臨床薬理 1999;30(1):189-90.
- 2 Lefebvre C, Clarke MJ. Identifying randomised trials. In: Egger M, Smith GD, Altman DG (eds) Systematic reviews in health care. BMJ books 2001. pp.69-86.
- 3 廣瀬美智代. コクランライブラリとハンドサーチ. ほすぴたるらいぶらりあん 1999; 24(3): 214-24.
- 4 津谷喜一郎, 他. 日本では毎月約 70 件の RCT が報告されている. 臨床薬理 2002; 33(2): 273S-274S.
- 5 中嶋宏 (監修), 津谷喜一郎, 山崎茂明, 坂巻弘之 (編). EBM のための情報戦略. 中外医学社 2000.
- 6 厚生科学研究費補助金「EBM を支えるリサーチライブラリアン養成についての調査研究」平成 13 年度総合研究報告書. 2002.
- 7 金子善博, 他. ランダム化比較試験の登録に関するロンドン会議報告. 臨床評価 2000; 27(3): 491-501.
- 8 青木仕. 構造化抄録の基礎知識. In: 中嶋宏 (監修), 津谷喜一郎, 山崎茂明, 坂巻弘之 (編). EBM のための情報戦略. 中外医学社 2000. pp.82-93.
- 9 The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. Moher D, et al. JAMA. 2001; 285: 1987-91.
(<http://www.consort-statement.org>)

医療鑑定が満たすべき条件と医療の適切性の基準に関する研究

研究協力者 関本美穂 (京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特任助手)
主任研究者 中山健夫 (京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 助教授)

研究要旨：鑑定の正確性・公平性・客観性の担保は、現在の医療鑑定制度が抱える重要な課題である。鑑定の質が一定の水準を保てない大きな理由は、「医療の適切性」を判断するための明確な定義がないからである。今回筆者らは、医療の適切性の判断に医療の質の評価法を応用することにより、鑑定の正確性・公平性・客観性を高めることが可能かどうか検討した。検討の結果、(1) 鑑定の曖昧性を最小限とし、より客観的な意見を引き出すために、鑑定事項を特異的にすること、(2) 具体的なデータや論拠による鑑定内容の裏づけを求めること、(3) 司法者が鑑定の中の客観的な意見と主観的な意見を区別すること、などが鑑定の質を保証するために必要と考えられた。同時に複数の鑑定人が同時に鑑定に携わるシステムも必要だと考えられた。

A. 研究目的

米国と比較するとはるかに少ないとはいえ、日本における医療関係訴訟はこの10年間で倍増した。平成5年(1993)度の新受件数は442件であったのに対し、平成14年(2002)度は896件である。他方、医療関係訴訟の長期化が問題化している。医療関係訴訟の平均審理期間は平成14年度で30.4月であり、地方裁判所の民事第一審通常事件(欠席事件を含む)の8.3月に比べ、約3.6倍も要している。

医療関係訴訟には、医学専門家の協力が不可欠である。20世紀において科学的知識が前例を見ないほど多様・深遠化した結果、法廷は科学的専門家に対して事実の認定あるいは意見の提供を求めざるを得なくなった。日本では医療鑑定人は通常、医学部や学会の推薦など複数の経路を通じて法廷により選任される。

しかし実際には、鑑定人の選定はかなり難航している。本井および西口は、医師が鑑定を引き受けたがらない理由として、鑑定を時間の浪費だと考えていることを指摘している[1]。さらに、日本の医療界には同業者の過ちを指摘することを良しとしない風潮があることも、その一因であると考えられる。坂本らは、日本の医療関係訴訟における鑑定の利用率を調査し、過去十年でわずか20%しか鑑定が利用されていないことを報告した[2]。また鑑定を用いたときに、審議期間もはるかに短くなることも指摘した。

医療鑑定が抱えるより重要な問題は、鑑定の質である。鑑定人の義務は、プロフェッショナリズム・公正性・独立性・専門家としての技量などで規定されている。Ellisは鑑定の役割を「医療鑑定はすべての判例において、原告側についても被告側についてもいけない。医療鑑

定は、患者が受ける権利を持つケアのことのみを考慮すべきである。」と記述している [3]。このように高い理想が求められているにも拘らず、正確性・信頼性・公正性の点で鑑定には問題があるとされている。近時最高裁判所は、平成9年2月25日判決と平成11年3月23日判決において相次いで、鑑定の採用が経験則に反するとして原審を破棄した。これは、鑑定内容が信頼性・信用性がないことを控訴審裁判所が見過ごしたこと及び、鑑定人が信頼性・信用性のない鑑定書を裁判所に提出したことを指摘したものである。従って次に我々がなすべきことは、鑑定内容についての信頼性・信用性を高めるための方法論的な検討であることがわかる。

Evidence-based medicine (以下 EBM) はかつて、治療や診断の臨床的有効性の評価について明確な基準を提示し、一世を風靡した。EBM 的な手法を医学鑑定における医療の適切性の判断に応用できるのではないかとの仮説に基づき、筆者らはかつて EBM に基づいた医療鑑定を試みたが、その結果、医療鑑定への応用には限界があることが分かった。その主な理由は、医療の適切性の判断は必ずしも医学的有効性だけに基づいて行われるものではないからである。今回筆者らは、医療の適切性に何らかの基準を設けることにより、鑑定の正確性・公平性・客観性を高めることが可能かどうか検討した。

B. 研究方法

実際の鑑定書を参考にして [4]、正確性・公平性・客観性において偏りがあることが疑われる鑑定に共通する特徴を

検討した。次に医療の質の評価に用いられる暗黙的な基準を、鑑定における医療の適切性に応用することを試みた。

C. 研究結果

医療鑑定に求められているもの

一般的に医学鑑定に求められているものは、1) 医学的知識の提供、2) 標準的な医療に関する見解、3) 医療の適切性の判断である。医療の適切性は、「標準的な医療」を基準にして判断されることが多い。しかし、「標準的な医療」に関する一定の見解や定義は現在のところ存在しない。本稿では、医療鑑定の役割のうち、「標準的な医療に関する見解」および「医療の適切性の判断」に焦点を当てて、議論を進める。

医療鑑定の質に関する問題点

医療鑑定は多くの問題を抱えているが最も憂慮すべき問題は、鑑定に協力する医師が不足していることに加え、鑑定の質を保証するシステムや方法がないことである。鑑定の質が(正確性・公平性・客観性という点において)基準を満たしているかどうか判断するのは、医学の非専門家にとって(そして時には専門家であっても)困難である。鑑定の内容が医学的常識から考えて明らかに誤っているかどうかは、専門家にとっては比較的容易にわかる。しかし、医療の適切性に関する判断が妥当かどうかは、非専門家にとっては勿論、専門家にとっても難しい。その理由は、「医療の適切性」の明確な定義がないからである。

適切性の定義が存在しないために、これまで裁判所は適切性の判断を個々の

鑑定人の良識に任せてきた。しかし一般に考えられるほど、医療の適切性について一定の見解は存在しない。つまり専門家の間でさえ、「適切性」について一致した見解があるとは考えにくい。このことは、同じ疾患に対する治療法が国により、地域により、医師の専門性により、そして時には同じ病院に勤務する同じ診療科の医師間でさえ異なる事実から、明らかである。したがって、「適切性」の判断を鑑定人任せにするべきではないし、鑑定を依頼する側が「適切性」に関する何らかの基準を持つべきである。

医療における意思決定の構成要素

医学鑑定の目的は、医療における意思決定 (Medical decision-making) や判断の適切性の検討である。Medical decision-making の代表的なものは治療法の決定であるが、診断 (種々のデータを基に最も適切な診断をつけること) も Medical decision-making のひとつであるといつてよい。治療に関する Medical decision-making の構成要素は、(1) 治療の選択肢、(2) 各選択肢により望ましい結果が得られる可能性、(3) 各選択肢の適応と要約、である。また診断に関する Medical decision-making の構成要素は、(1) 鑑別診断、(2) 各鑑別診断の尤もらしさ (likelihood)、(3) 医師の診断能力、である。

「治療の選択肢」とは、「他にどのような治療の選択肢が存在したか」ということである。また「各選択肢により望ましい結果が得られる可能性」とは、「別の治療が選択されていた場合、死や障害が回避できた可能性が高かったか」ということである。

治療の適切性を考えるときには、「適応」と「要約」が守られているかどうか考えることも必要である。「適応」とは、その治療を施行する必要性のことである。また「要約」とは、その治療を行っても良い条件のことである。一般的に「適応」は純粋な医学的判断だが、「要約」には医学以外の様々な要因が関係する。例えば、その医療が行われた特殊な状況やそれを行う医師の技量なども「要約」を考察するとき、重要である。もし患者にはその治療に対する適応があったとしても (したがって、その治療を選択した判断に一般的な間違いがなかったとしても)、それを行う医師にその治療を安全に行う技量がなかった場合、その判断そのものが誤りとなる。全くトレーニングを受けずに、難易度の高い内視鏡手術を行う場合などが、それに該当する。あるいは、手術設備を持たない施設で、あえて失敗した場合緊急手術が必要になるような手技を行う場合なども、同様である。帝王切開が必要になることが高率に予測される妊娠で、手術設備のない施設で分娩させる場合などがこれに該当する。

診断の適切性が問題になる場合、「鑑別診断」とは「患者の所見や検査結果から、他にどのような鑑別診断が存在したか」ということである。また「各鑑別診断の尤もらしさ (likelihood)」とは、「患者の所見や検査結果に最も合致する診断はどれか」、あるいは「ある所見や検査結果を得た場合、特定の疾患が存在する確率はどのくらいか」ということを意味する。

質の悪い医療鑑定とは、どのようなもの

か

一般的に、質の悪い（基準を満たさない）鑑定の特徴は以下のとおりである。

第一に、医学的に誤った事実が述べられているもの。

第二に、質問された事項に明確に回答せず、直接関連のない他の事項を恣意的に述べるにとどまったもの。例えば、「原告の血液からカンジダ抗原感受性検査で陽性反応が出た時点において、真菌性眼内炎の発症は予見可能か」という問いに対して、「感受性陽性で抗真菌剤が投与されており、治療は時期を失っていないと考える」などと回答する場合 [5] が、これに該当する。

第三に、情報や判断に偏りがあるもの。偏りがどのようなものか検討してみると、（１）治療（診断）の選択肢について十分な検討がされていない場合、（２）他の代替選択肢との間で公平な比較がなされていない場合、（３）データの（あるいは文献的な）根拠もなく単に鑑定人の私見を述べただけの場合、（４）具体的な数値や理由を挙げずに適切性を論じているもの、などがある。医療の適切性を検討する際に最も重要なことは、「他にもっと適切な治療（あるいは診断・判断）の選択肢があったか」ということである。したがって、他の選択肢の提示や他の選択肢との比較は医療の適切性の判断に不可欠である。また他の選択肢との優劣を比較するには、具体的な数値を挙げたり、各選択肢の適応や要約を詳細に検討することも必要となる。情報や判断に偏りがある鑑定は、実際に行われた治療（あるいは診断・医学的判断）の適応や要約のみを述べただけであったり、十分な根拠もなく他の選択肢の

存在を否定していたりする。鑑定内容を支持する具体的根拠がない場合は、いかに鑑定人がその方面の権威だとしても、やはり偏りのある鑑定と考えざるを得ない。

基準を満たさない鑑定は、なぜ生まれるのか

それでは、なぜ基準を満たさない鑑定が作り出されるのか。最も大きな要因は鑑定人の資質であるが、もう一つの大きな理由は医療の適切性に関して明確な定義や基準がないからである。適切性の定義がない場合、適切性の判断は恣意的にならざるを得ない。適切な医療とは何かの定義を「当時患者が受ける権利を持っていた最高の医療」とすれば医療者にとって基準が厳しすぎるだろうし、「その医師がその能力の範囲内で可能な医療」と定義すれば大半の質の悪い医療が適切とされる。しかし今までに医療の適切性に関する明確な基準がなかったことは、適切な医療の判断が鑑定人により大きく異なることは自明である。すなわち医学の専門家にとっても、何が適切な医療か決めることは容易ではないのである。

第三の理由は、鑑定事項の質問内容そのものが明確でないことである。適切性や妥当性の基準がない場合、「・・・は妥当か」、「・・・は適切だったか」という質問は、殆ど無意味である。つまり適切性について客観的な意見を求めているように見え、その実鑑定人の主観に任せているのである。それでも多くの鑑定は、他の選択肢を挙げ、選択肢間での公平な比較から適切性を判断することを試みている。しかし基準を満たさない一

部の鑑定は、質問の曖昧さを逆手に取って偏った結論に導いている。

医療の適切性をどのように判断するか

これまでに述べてきたように、医学鑑定の大きな課題は医療の適切性の基準を示すことである。筆者らは医療の適切性を論じるにあたり、医療の質を評価する手法が応用できるのではないかと考える。近年医療の質に対する一般的な関心が高まった結果、医療の質を評価する方法論について様々な提案がなされた。医療のプロセス、アウトカム（結果）、あるいはその双方に基づいて質を評価する方法は、暗黙的な方法と明示的な方法の二つに大きく分類される。明示的な方法とは、明示的な基準を用いてケアの提供を評価する。例えばプロセスに関する基準は、心筋梗塞後の患者に対してβブロッカーを投与しているか、糖尿病の患者に対して毎年眼科医が眼底の観察を行っているか、などである。一般的に明示的な基準は、EBM 的なこれに対して暗黙的な方法は、医療の質の善し悪しに明確な基準や合意がない場合に用いられる。評価者はデータ（通常はカルテ）を見ながら次の3つの質問に答える。(1) ケアのプロセスは十分か、(2) より良いケアがなされていたら、より良いアウトカムが得られたか、(3) ケアのプロセスとアウトカムから考えて、ケアの質は許容範囲にあるか。

次の項で、この暗黙的な基準を用いて医療の適切性の判断をより明確にするための提案をする。

医療鑑定を分かりやすくする手段

1. タイム・テーブル（イベントと時系

列の関係を明らかにしたもの）を作成する

医療行為は、一連の複雑な診断・治療に関する意思決定から成り立っている。したがって鑑定の第一歩は、疾患の診断と治療という複雑な一連のプロセスを見直し、理解し、過誤の可能性が存在する可能性のある箇所を見つけ出す作業から始まる。患者が診療を受け始めてから不満足な転帰を迎えるまでの間に、何が起り、何が行われたかをタイム・テーブルで示す。例えば、次のような事例を考えてみよう。

平成4年8月冠動脈バイパス手術を受けたところ、患者に真菌血症が発症した。ところが、真菌血症に対し抗菌薬が適切に投与されず、また真菌性眼内炎を疑って眼底検査が行われなかったため、患者が真菌性眼内炎に罹患し、両眼を失明した[4]。

(「冠動脈バイパス術後、真菌性眼内炎が発症し両眼を失明した事例」医療過誤訴訟 鑑定書第13集 医療事故情報センターより)

この事例をタイム・テーブルに表してみると、「8月初旬・手術」・「8月21日・カンジダ抗原陽性」・「8月23日・抗真菌剤投与開始」・「8月24日・血液培養カンジダ陽性」・「8月26日・縦隔ドレーンからカンジダ」・「9月26日・『目が見えにくいのか』の看護記録」・「失明」の順であり、おそらく8月の終わりから9月26日の間に、真菌性眼内炎の発症があったと考えられる。

2. 各イベントが起こった時点で、医療

の適切性を考えるための問いを発してみる。

(治療の適切性)

- ① その時点で、どのような治療の選択肢が存在したか。
- ② その時点で、不幸な転帰を回避する他の治療選択肢は存在したか。
- ③ 別の治療が行われていた場合、違った結果が得られた可能性はどのくらいか。
- ④ ②で別の手段が存在した可能性がある場合、別の手段を選択する適応と要約は何か。

(診断の適切性)

- ① その時点の患者の所見や検査結果から考えて、どのような鑑別診断が存在したか。
- ② 患者の所見や検査結果から考えて、その時点で患者が特定の疾患を発症している可能性(確率)はどのくらいか。

この観点から、医療の適切性を判断するための質問事項を列挙したのが表1である。この中で診断の適切性に関する鑑定事項「カンジダ抗原感受性検査で陽性反応が出た時点において、真菌性眼内炎の発症は予見可能か」を、「血液のカンジダ抗原反応が陽性である場合、真菌性眼内炎の発症リスクはどのくらいか」という質問に置き換えた。「予見可能か」という曖昧な質問は、「眼科医以外には、予見は難しい」との主観的な一言で片付けられる危険性を孕む。しかしこの鑑定事項が求めている判断は、被告医師の資質や技量を斟酌した上での診断可能性

ではなく、純粋な医学的観点から見た診断可能性であろう。

また「『目が見えにくいのだろうか』との記載およびその前後のカルテ並びに看護記録の記載から、真菌性眼内炎の発症は予測可能か」という鑑定事項を、「血液培養にてカンジダ陽性かつ縦隔ドレーンからカンジダが検出されている患者に視力障害の疑いがある場合、真菌性眼内炎が発症している可能性はどのくらいか。」と「この時点で眼科医の診察を受けていたら、視力障害の程度は異なっていた可能性はあるか」という2つの質問に置き換えた。

これらの質問の中で、「どのような治療選択肢が存在したか」と「どのような鑑別診断が存在したか」は、単純な医学的知識の提供を求めた質問であり、鑑定人の主観が入りにくい。また「その時点で、不幸な転帰を回避する他の治療選択肢は存在したか」・「別の治療が行われていた場合、違った結果が得られた可能性はどのくらいか」・「患者の所見や検査結果から考えて、その時点で患者が特定の疾患を発症している可能性(確率)はどのくらいか」も、具体的なデータや論拠を求めることで、かなり客観性を期待できるだろう。最後に残る「手段が存在した可能性がある場合、別の手段を選択する適応と要約は何か」には、どうしても鑑定人の主観が色濃く反映されざるを得ない。しかし何が「客観的な意見」で何が「主観的な意見」か、明確に区別できていれば、それほど今までに問題となってきたような混乱を招かないのではないか。鑑定事項をより特異的かつ明確にすることで、質問の曖昧性とそれに対する不適切な回答をある程度回避でき

ると考える。

D. 考察

それでも医療の適切性の判断は難しい

以上、正確・公平・客観的な医療鑑定を得るための方法論について考察した。如何に方法論を尽くそうとも、医療の適切性の絶対的評価は不可能だが、なるだけ偏りの少ない鑑定を得ることは多少可能だろう。偏りの少ない鑑定を得るための方策をあと 2, 3 付け加えるとすれば、第一に複数の専門家が鑑定に携わることである。自分以外に他の鑑定人が存在することにより、専門家はより客観的な判断を下そうと試みるだろうし、また専門家間で意見が異なることは、それだけ適切性の判断が困難だということの意味する。第二に、医療の適切性の判断を鑑定任せにしないことである。医療の意思決定の構成要素のうち、選択肢、確率、適応は医学的要素が強いが（医学的知識として論じることが可能だが）、要約は様々な要因の影響を受け、必ずしも医学的知識だけで成り立つものではない。重要なことは、司法判断する側が鑑定人の「客観的な」意見と「非客観的な」意見を区別することである。

最後に、いかに努力したところで、医療の適切性の判断には灰色の部分、つまり適切かどうか判断不可能な部分が残る。しかし原告側にとっては、医療の帰結が不満足な結果に終わったということは明確であり、そのような事例に対して一定の基準の下に救済処置を施すシ

ステムを作ることが重要だろう。

E. 結論

上記に同じ

F. 参考文献

1. Nishiguchi H. Medical malpractice litigation and medical expert witness (Iryoh-kago-sosho to kantei). In: Ohta Y. Medical malpractice litigation law (Iryoh--kago-sosho), Tokyo, Seirinshoin, pp.509-23.
2. Sakamoto N, Maeda S, Ikeda N, Ishibashi H, Nobutomo K. The use of experts in medical malpractice litigation in Japan. Med Sci Law. 2002 Jul; 42(3): 200-6.
3. Ellis J. The 'whole truth' about practice. J Child Health Care. 1998 Winter; 2(4):174-7.
4. 医療過誤訴訟 鑑定書集 (第 13 集) 医療事故情報センター
5. 「冠動脈バイパス術後、真菌性眼内炎が発症し両眼を失明した事例」 医療過誤訴訟 鑑定書集 (第 13 集) p 116 医療事故情報センター
6. Brook RH, McGlynn EA. Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. New Engl J Med 1996; 335: 966-70.

H. 研究発表

なし

図 1. 日付とイベントのタイムテーブル

8/4	8/21	8/23	8/24	8/26	9/26	
手術	カンジダ抗原陽性	抗真菌剤投与開始	血液培養陽性	縦隔ドレーンからカンジダ	「目が見えにくいのか」の看護記録	失明

表 1. 時系列に合わせた、医療の適切性を判断するための質問

日付	イベント	実際の鑑定事項	医療の適切性を判断するための質問
平成 4 年 8 月初旬	冠動脈バイパス手術		
	IVH 留置	本件の IVH 施行医あたって、医療従事者の措置は適切であったか	<ul style="list-style-type: none"> ● 本件で IVH 管理は、必要であったか。 ● 本件で IVH 管理法が異なっていたら、真菌性眼内炎が発症しなかった可能性はあるか ● もし可能性がある場合、それはどの程度か
8 月 14 日	発熱		
8 月 21 日	カンジダ抗原陽性	カンジダ抗原感受性検査で陽性反応が出た時点において、真菌性眼内炎の発症は予見可能か	<ul style="list-style-type: none"> ● 血液のカンジダ抗原反応が陽性である場合、真菌性眼内炎の発症リスクはどのくらいか ● この時点で抗真菌剤が適切に投与されていた場合、真菌性眼内炎が発症しなかった可能性はあるか ● もし可能性がある場合、それはどの程度か ● 患者の全身状態と真菌性眼内炎の発症リスクを考慮した場合、この時点で抗真菌剤を投与する適応はあったか
8 月 22 日	縦隔洞炎の疑い		

8月23日	抗真菌剤投与開始	原告に対する抗真菌剤の投与は、必要性、危険性との関係で適切であったか	<ul style="list-style-type: none"> ● この時点で抗真菌剤の投与方法がもっと多ければ、真菌性眼内炎が発症しなかった可能性はあるか ● もし可能性がある場合、それはどの程度か ● 患者の全身状態と真菌性眼内炎の発症リスクを考慮した場合、この時点でより多くの抗真菌剤を投与する適応はあったか ● 血液培養カンジダ陽性判明した場合、真菌性眼内炎の発症リスクはどのくらいか ● この時点で抗真菌剤がもっと多量に投与されていたら、真菌性眼内炎が発症しなかった可能性はあるか ● もし可能性がある場合、それはどの程度か ● 患者の全身状態と真菌性眼内炎の発症リスクを考慮した場合、この時点で抗真菌剤を投与する適応はあったか
8月24日	血液培養カンジダ陽性判明		
8月26日	縦隔ドレーンからカンジダ検出・閉鎖式縦隔洞郭清開始		
9月29日	「目が見えにくいか」の看護記録	「目が見えにくいのだろうか」との記載およびその前後のカルテ並びに看護記録の記載から、真菌性眼内炎の発症は予測可能か	<ul style="list-style-type: none"> ● 血液培養にてカンジダ陽性かつ縦隔ドレーンからカンジダが検出されている患者に視力障害の疑いがある場合、真菌性眼内炎が発症している可能性はどのくらいか。 ● もし可能性がある場合、それはどの程度か ● この時点で抗真菌剤が適切に投与されていたら、真菌性眼内炎が発症しなかった可能性はあるか ● 患者の全身状態と真菌性眼内炎の発症リスクを考慮した場合、この時点で抗真菌剤を投与する適応はあったか ● この時点で眼科医の診察を受けていたら、視力障害の程度は異なっていた可能性はあるか
11月12日	真菌性眼内炎の診断 失明		

構造化抄録はコクラン共同計画でのシステマティックレビューの 作成に有用か？

研究協力者 田中 優 (市立松原病院 麻酔科)

要旨: 構造化抄録がコクランの体系的レビューを作成するのに有用であることを検討した。

コクラン共同計画の体系的レビューの作成過程の7つの段階の全てに対して構造化抄録とその影響は有用であることが示された。

構造化抄録がコクラン共同計画でのシステマティックレビュー作成に有用であるか？を考察することが本稿の目的である。そのためシステマティックレビュー作成の各段階に構造化抄録が有用であるかを検討し結論を出そうと考えた。

構造化抄録(structured abstracts)では、研究において目的 (the objectives)、研究デザイン(basic research design)、施設 (clinical setting)、対象(participants)、介入 (intervention)、主なアウトカム (major outcome measurement)、結果 (results) と結語(conclusion)を原著者がアブストラクトで明らかにすることが要求される(Haynes RB et al 1990)。このことは、構造化抄録をよめば、研究の質と内容の骨子がすばやく把握できることを意味している。

システマティックレビューとは、現在得られる最良の科学的根拠と考えられている。コクラン共同計画ではシステマティックレビューを作成するには、標準化された書式を用いること

が決められている (Cochrane Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003)。それは、1.問題の定式化(Formulating of Problem) 2.論文の検索・収集・選択 (Locating and Selecting studies) 3.研究の質の評価 (Quality Assessment of the studies) 4.データの収集(Collecting of Data) 5.結果の分析と提示(Analysing and Presenting Results) 6.結果の解釈 (Interpreting the results) 7.レビューの刷新 (Improving and update)である。この7つのプロセスはそのまま作成の時間の流れである。

1. 問題の定式化 (Formulating of Problem)

構造化抄録は問題の定式化をするのに有用である。なぜなら、良い問題の問い方に必要な基本の要素が構造化抄録に含まれているからである。対象はどんな人か？ (What type is the participants?) どんな種類の介入か？ (What type of comparison is?) どんな種類のアウトカムか？ (What type of the outcome is?) その疑問に適した研

究デザインは何か？(What type of study design is?) の4つがその要素である (Cochrane Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003)。筆者は、このポイントをふまえつつ日常の診療のなかで自分が疑問に思っていて、本心から解決したいと思う問題を選ぶことが、その後の研究を継続させる動機を維持するのに大切なことだと考えている。

2. 論文の検索収集選択 (Locating and Selecting studies)

構造化抄録は、論文を検索収集選択するのに有用である。なぜなら論文を収集・選択するときの条件が、構造化抄録の要素にくみこまれているからである。この論文を収集・選択する基準は4つある。研究の種類 (Type of studies) と対象の種類 (Type of participants) と介入の種類 (Type of interventions) と結果の種類 (Type of outcomes) である (Cochrane Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003)。コクラン共同計画でのシステマティックレビューの特徴のひとつは、包括的に文献を集め選択することがあげられる。これには電子検索で包括的検索可能な検索式をもとにして、未発表データや製薬会社の資料まで当たることが多い。構造化抄録であれば、データへのアクセスの速度があがることはもちろん、構造化抄録は著者に上の条件を明らかにすることを要求する (Haynes RB et al. 1990) ので、データが意識して測定されることがあげられる。著者の経験では、術後の咽頭痛がタイトルに明

記されているのにもかかわらず咽頭痛の頻度がアウトカムとして明記されていなかった論文があり、著者に e-mail を通して、コンタクトを取ったが咽頭痛の頻度は結局わからなかった。この場合、論文としては質のいい論文ではあったが次の段階のデータ抽出と分析の段階に踏み出すことができなかった。

3. 論文の質の評価 (Quality Assessment of the studies)

構造化抄録は論文の質の評価を容易にし論文の質を高める可能性がある。それは、論文を評価する4つのポイントが構造化抄録によってより著者に意識されると思われるからである。4つのポイントとは治療の割付の生成と隠蔽 (concealment of treatment allocation)、盲検化されているか (use of blinding/masking)、脱落への対処方法 (handling of attrition in the analysis) を仔細にみることである (Juni P, Altman DG, Egger M. 2001)。もちろんその専門領域の知識や経験もレビューの対象となる論文の質を評価するときにあるほうが望ましいと考えられる。

4. データの収集 (Collecting of Data)

構造化抄録は、データの収集を容易にする可能性がある。データ収集のために必ず必要なデータ収集シートは、研究の方法 (method)、対象 (population)、介入 (intervention)、アウトカム (measurement and results) の要素が含まれていることが必須である (Cochrane

Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003) が、それは構造化抄録が要求する内容と一致しているからである。先に述べたようにタイトルとアウトカムの内容が一致しない論文もあった。このようなことが、構造化抄録を意識すれば減少すると思われる。

5. 結果の分析と提示 (Analysing and Presenting Results)

結果の分析と提示の段階にも構造化抄録は有用であると考えられる。なぜならば、結果の分析には結果がきちんと書かれていることが前提であるからである。構造化抄録は著者に結果の種類を意識して研究をくみためたり、論文を書くように動機づけると考えられるからである。分析する場合、データの形が5種類 (Dichotomous (or binary) data, Continuous data, Ordinal data Counts and rates calculated from counting the number of events that each individual experiences, Time-to-event (typically survival) data) のどれかはつきりしていることが望まれるのである。また何を対象群に置くかも重要である(*Cochrane Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003*)。提示が上手くいくかは、分析が上手くいくことに依存していることはいうまでもない。

6. 結果の解釈 (Interpreting the results)

結果の解釈にも構造化抄録は有用である。とくに科学的根拠の強さ (Strength of evidence) には、おのこのの研究のデザインや方法などが深くかかわっており、1 から 5 の段階がしつ

かりしていることが必要である。

7. レビューの刷新 (Improving and update)

レビューの刷新 (Improving and update) の過程は、1. から 6. の過程を繰り返すので構造化抄録が有用である。

以上より、構造化抄録はコクラン共同体でのシステマティックレビュー作成の7つの各段階の作成に有用であり、レビューの作成に有用であることが考察された。より質のよいレビュー作成やより迅速なレビュー作成にも構造化抄録は有益である。コクラン共同計画でのシステマティックレビュー作成のためにも構造化抄録の普及と遵守が望まれる。

参考文献

- Cochrane Reviewers' Hand Book 4.2.1 2003*
- Juni P, Altman DG, Egger M. Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ* 2001; 323 (7303): 42-6.
- Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More Informative Abstracts Revisited. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113 (1): 69-76.

患者のための EBM～「私」を主語とした「問題の定式化」の試み

研究協力者 佐藤（佐久間）りか

研究要旨: Evidence-based Medicine (EBM:根拠にもとづく医療)は、科学的な根拠にもとづく医療の実践にとどまらず、個々の患者の価値観や意向も配慮した上で最善の医療を提供することを目的としており、そこには患者の主体的な参画が必要不可欠である。しかしながら、現実にはごく一部の医療消費者の間で CASP などの学習が行われているに過ぎず、EBM の概念は未だ患者に浸透しているとは言いがたい。本稿では、ある婦人科疾患の当事者グループの機関誌に掲載された「患者のための EBM」という連載記事の内容とその波及効果についての報告を通じ、「患者自身を主語にした問題の定式化」を手がかりとした、「患者主体の EBM」の確立の可能性について考察する。

序

本来、Evidence-based Medicine (EBM:根拠にもとづく医療)には、「個々の患者の医療判断の決定に、最新で最善の根拠を良心的かつ明確に、思慮深く利用すること」¹ という定義がある。つまり、EBM とは、「今この患者にとって最善の医療は何か」ということを科学的に追求する手法であって、あえて「患者のための EBM」とことあげるのは一種の重言といえなくもない。しかし、cookbook medicine の批判にも見るように必ずしも医療関係者の間でもこうした理解は浸透しているとはいいがたく、ましてや受益者であるはずの当の患者の間では、「EBM」という言葉自体を知っている人は未だ少ないというのが現状ではないだろうか。

確かに、エビデンスを検索しその内容を吟味し、実際にそれを診断や治療などの臨床実践に適用するプロセスには高度の専門的知識が必要とされ、その行程の大半において医師が主体とならざるを得

ないのは事実である。しかし、そうした EBM 実践のプロセスの出発点にある「問題の定式化」は、患者抜きではありえない。アウトカムを設定する時点で、個々の患者の主体的関与がなければ、そのあとの検索・吟味・適用・評価といったステップは単なる機械的手順で終わってしまう。

そうした患者の主体的関与を可能にするためには、まず患者自身に「EBM とは何か」ということの最低限の知識がなければなるまい。もちろん、医師が時間をかけて患者の声を聞き、その望むところを十分に聞き出す技能を身につければよいのかもしれないが、今日の日本の医療体制から考えるとそれは容易なことではない。むしろ、患者自身が EBM の概念を理解し、それを上手に利用する方法を知ることが、EBM が真の意味での「患者のための医療」となるための近道ではないだろうか。

このような考え方にもとづいて、筆者は自分が参加している婦人科疾患の当事者グループの機関誌に、「患者のための

EBM～よりよい自己決定をめざして」と題した小論を4回にわたって連載した。以下ではその内容について簡単に紹介するとともに、その連載に対する反響について報告したい。

背景

1) 筆者とたんぽぽについて

ここで紹介するのは、子宮筋腫・内膜症体験者の会「たんぽぽ」がその会員向けに年に6回発行している機関誌『たんぽぽ通信』に筆者が投稿した記事²である。筆者自身は社会学の研究者だが、専門領域は文化とジェンダーで、医学に関する専門知識はない。自らが子宮筋腫の患者であり、過去に1度核出手術の経験がある。その後筋腫自体は再発しているが、現時点では症状がないため経過観察中である。

たんぽぽは、筆者が入会する1年前の1994年に、2人の女性の提案により設立された当事者中心の自助グループである。当初は筋腫患者のみを対象としていたが、その後子宮内膜症、子宮腺筋症、卵巣のう腫など良性の腹腔内婦人科疾患を持つ人、およびこれらの疾患により子宮や卵巣を摘出した人に、その対象を広げている。現在900人弱の会員を持つこの会は、年6回機関誌を発行するほか、東京・横浜・船橋・松本・福岡の5都市で定期的なおしゃべり会の開催、医師を招いての公開セミナーや自分たちで制作した手術ビデオの上映会の実施、電話やメールによる相談の受付、ホームページや会員向けのメーリングリストの開設、筋腫や内膜症治療に関する小冊子や書籍の発行な

どを行なっている。

たんぽぽの相談事業には年間400件近い相談が会の内外から寄せられる。筆者は電話相談スタッフとして、毎週金曜日の午前10時から午後1時の3時間、電話を受けている。

2) EBM との出会い

筆者がEBMを知ったのは1999年ごろで、@nifty FDRUGのEBMワークショップに参加したことをきっかけに興味を持った。その後、2001年9月に厚生科学研究費補助金事業として湘南国際村で開催された「EBMワークショップ～あなたの疑問からはじめるEBM」にも参加する機会を得た。このワークショップでは、EBMの5つのステップのうち、ステップ2の情報検索のテクニックやステップ3の批判的吟味の手法が詳しく教授されたが、それらの手法を用いても実際に自分が抱いている疑問に答える文献はまったく見つからず、いささか落胆した。また、ステップ1の「問題の定式化」の説明で、「患者を主語にする」という説明がありながら（今思えばこれは疾患や臓器を対象とするのではなく一定の価値観を持って生きる患者を全人的に捉えよ、という意味合いだったのかもしれないが）、実際の例文では「〇〇の患者に××を投与した場合…」というように「患者」はあくまでも「目的語」であることに、患者の立場から参加している者としてはある種の違和感を覚えた（50名余りの参加者のうち患者の立場から参加していたのはおそらく筆者だけだったと思う）。

その後、比較的平易に書かれたEBMの解説書を何冊か読み、EBMというものが

医療行為に科学的な根拠を求めることにとどまらず、患者主体の医療の実現をめざしたものであることを知り、患者自身がEBMとは何かを知らなければ医師がEBMを実践することは困難である、という思いを強くした。そこから、患者によるEBM学習の試験的な試みとして、2003年11月より機関誌『たんぽぽ通信』（隔月刊）に「患者のためのEBM～よりよい自己決定をめざして」と題して、EBMに患者の立場からどのように関わっていくか、ということに焦点を置いた連載を開始した。結果的に『たんぽぽ通信』59号から62号までの約半年間にわたる4回の連載となった。

「患者のためのEBM」とは？

1) 二つの混乱と思い込み

まず連載を始めるにあたり、「なぜ今EBMに注目するのか」ということを、最近の電話相談の傾向分析から説明した。その傾向とは、「インフォームド・コンセント」と「セカンド・オピニオン」という二つの概念の一般化によって引き起こされた患者側の混乱である。4～5年前までは、受診した病院でほとんど説明なしに「手術ですね」と言われてパニックしてたんぽぽに相談してくる人が多かったのだが、近年は医師から「手術と薬物療法があるがどちらにするか次回の診察までに決めてくるように」と言われて当惑して相談してくる人が増えている。つまり、複数の選択肢を提示されてもどのように選べばよいのかわからないのである。このような当惑の一番の原因は、「インフォームド・コンセント」を取るとい

いながら、医師が十分な説明をしていないことである。しかし、それとは別に患者の側にもまだ「治療法は医師が決めるもの」という認識があり、さらに「自分としてはどうしたいのか」ということをはっきり意識化して、言葉にして医師に提示することができない、ということもあると思われる。

これとは反対に、医療機関で一つしか選択肢が示されず、それが自分の意に沿わなかった場合に「セカンド・オピニオン」を取る人も増えている。電話相談をしてくる人の中にも、2つ以上の医療機関で診断を受けている人が多い。ところが子宮筋腫や子宮内膜症という疾患では、治療法の提案が施設ごとに異なることが珍しくない。ある医療機関では手術を勧められたが、別のところに行ったら手術は無理だと言われた、といった相談が頻繁にある。それならサード・オピニオンをとって決めようと3つめの病院に行って、結局三者三様の回答を得てさらに困惑した、という例もある。患者はこのような経験を通して婦人科疾患の医療がいかに標準化されていないかを知ることになる。もちろん、画一化された医療が望ましいのではない。ただ、患者が複数の医療機関から得た意見を、同じ土俵の上において、どれが今の自分に一番合った治療法かということ判断するための材料が不足しているのだ。そのため患者は、医師の名声や病院の評判などを頼りに治療法を判断せざるを得なくなり（どの治療法が自分に最適か？を考えるのではなく、正しいのは誰か？と考えてしまう）、名医紹介本や病院ランキング本がよく売れるのである。

インフォームド・コンセントもセカンド・オピニオンも、患者の権利を守るために大切な概念であることはいうまでもない。ただ、それがかえって患者側に混乱を引き起こしているというのは皮肉なことだ。ここで感じるのは、混乱している患者の意識の中に二つの思い込みがあることだ。一つは、黙っていても医師が自分にとっての「最善の治療法」を提示してくれるものという思い込み、もう一つは、医学というものが、数学のように唯一の正解を導き出すための学問であるという思い込みだ。まず、患者は「黙って座ればピタリと当たる」という幻想を捨てなくては先に進めない。そのために患者は EBM を学ぶべきなのである。

2) 学ぶべきは技術ではない

医療という高度に専門化された領域において、素人である患者が後悔しないような選択をするためには、単なる法律上の「説明義務」の履行としての形式的インフォームド・コンセントではなく、患者と医師が互いに意見を交わし、責任も分かち合いながら、治療法の決定を共同で行うような Shared Decision Making³ が望ましい。立場が異なる者同士が協働して治療方針を決めていくためには、信頼できる客観的な根拠と、最終的な決定に至るプロセスに関して一定の合意が必要である。EBM という問題解決型の手法はまさにこれらの要件を満たしており、患者自身が EBM を学ぶことにより、医師との Shared Decision Making がスムーズに行われるようになると考えられる。

ただ、ここで大切なのは、患者が学ぶべきは必ずしも情報検索と論文の批判的

吟味といった、EBM の技術的な側面ではないことである。患者の多くは一般に情報検索データベースへのアクセスを持っていない。無料で抄録レベルの情報を集められる PUBMED のようなものであっても、まず英語の医学論文を読みこなす語学力と医学知識が必要である。その部分をクリアできる患者には、CASP のような医学論文の評価手法習得プログラムも用意されており、実際にそれを使ってワークショップを開催している患者会⁴もあるが、CASP によって情報検索と批判的吟味の技術を患者の大多数が身につけるとするのは容易なことではない。⁵

むしろ、そうした個別的な技術以前に、EBM の基本的な考え方、特に 5 つのステップ、すなわち

ステップ 1 : 臨床上の疑問を解答可能な形で挙げる (問題の定式化)

ステップ 2 : エビデンスを探す (情報検索)

ステップ 3 : エビデンスを妥当性と関連性の点から批判的に吟味する (批判的吟味)

ステップ 4 : エビデンスと自分の臨床的専門技能や患者の価値観を統合し、診療に関わる決断をする (患者への適用)

ステップ 5 : 以上の過程を経て行われた診療の結果を評価する (1~4 についての批判的吟味)

があることについての理解、そしてステップ 1 と 4 における患者の主体的関与なしに EBM はありえない、ということについての認識を獲得することが重要ではないかと筆者は考える。

患者が最初に医療機関を受診するとき、

多くの場合、ただ漠然と「治してもらいたい＝以前に健康だったときの体に戻してほしい」という希望を抱いている。「自分はどのような治療を求めているのか」「自分にとって治療の最大の目的は何か」というところまではっきり意識して受診する患者は多くない。必ずしも初診の段階からそこまではっきりした意識を持っていなくてはならないわけではないが、これから始まる治療の第1歩は「問題の定式化」から始まる、ということを経験者と医師の双方が認識することができれば、Shared Decision Making に向けてよいスタートが切れるのではないだろうか。

3) 「私」を主語にして問題を定式化する
そこで、この連載では、EBM というものが「A という病気に対する最良の治療法を見つける」手法ではなく、「A という病気を持つ X さんにとって最善の選択肢を見つける」手法なのだ、ということを経験者を強調した。そして、この X さん自身が自分のニーズが何なのか、ということを経験者に伝えるところから EBM は始まるとして、「問題の定式化」の4要素 (PECO/PICO) について詳しく説明した。

その際、特に注意したのは、患者が自分の言葉で「問題の定式化」をすること、つまり自分を主語にした疑問文を作ることだった。一般に医師が「問題の定式化」をする場合、患者は目的語である (たとえば、「P: 高齢の収縮期高血圧患者に、E: 降圧療法を行うと、C: 行わないのに比べ、O: 脳卒中が減少するだろうか」)。⁶しかし、「患者主体の医療」をめざすな

らば、主体が目的語になっているのはおかしい。そもそも、患者が目的語だと疑問文の中に患者の意識や価値観を入れ込みにくいが、患者を主語にすると、臨床上の疑問に患者の価値観や患者にとっての真のエンドポイントを反映させやすくなる。上記の例で言うならば、「P: できることなら薬は飲みたくないと思っている高齢の収縮期高血圧患者が、E: 薬剤以外の治療法を選んだ場合、C: 治療を行わないのに比べ、O: 脳卒中による寝たきりになる確率は減らすことができるだろうか」という形になる。

もちろん、この P に定義されるような患者だけを対象にしたエビデンスが存在するはずはない。従って、エビデンスを検索する場合はある程度の一般化が必要になり、実際には患者を目的語とした疑問文を参照しながら検索することになるのかもしれないが、再びステップ4で個別の患者に適用する段階になったら、改めてこの「患者を主語にした疑問文」に立ち返ることが有用だと思われる。最低限、患者が問題を定式化する場合には、自分を主語にして文章を作る努力をするべきであろう。

たとえば、婦人科検診で子宮筋腫が発覚した20代女性なら、「P: 20代で当面結婚する予定がなく、無症状の子宮筋腫を持つ私が、E: 薬物療法を選んだ場合、C: その他の治療法を選んだ場合に比べ、O: いずれ結婚したときに無事に妊娠・出産できる確率を上げることができるだろうか」といった形で、自分のニーズや疑問を言語化するのである。しかし、「真のエンドポイント」については、しばしば患者自身もはっきりと認識していない。

多くの場合とにかく「子宮筋腫を小さくしたい」ということを考えてしまうので、「P：子宮筋腫を持つ私が、E：薬物療法を選んだ場合、C：その他の治療法を選んだ場合に比べ、O：筋腫を小さくすることができるだろうか」と考えてしまいがちである。すると、GnRH アゴニスト療法には筋腫縮小に関して強力な RCT のエビデンスがあるので、それがいいということになりかねない(注1)。しかし、GnRH アゴニスト療法に骨量減少の副作用があるため、一度の使用は6ヵ月までとされており、しかも使用を中止すると間もなく筋腫は元の大きさに戻る。従ってもしこの女性が本当に気にかけているのが、何年先になるかわからない妊娠・出産のことだとすると、この時点で GnRH アゴニストを使うことはあまり意味がないことになる。

従って、患者は「私」を主語にするだけでなく、改めて自分のライフスタイルや価値観、これからの人生設計などをしっかりと見つめなおし、それを疑問文の中に盛り込んでいかななくてはならない。これは、おそらく一定のトレーニングを必要とするだろうが、CASP の学習をすることに比べれば容易なことだと思われる。また、エビデンスの批判的吟味のテクニックに関心が偏ると、「真のエンドポイント」からずれていても気づかずに、エビデンスの強さだけで治療の良し悪しを判断してしまう恐れがある。たとえば医療消費者向けに書かれた EBM の本⁷で、星の数でエビデンスの強さを表してあるのを見て、著者の意図とは関係なく、レストランのランキングを思い浮かべて「星の数が多いほどよい治療」と思って

しまう可能性もある。そうならないように、何が自分にとって一番大事なのか、ということを考えることが、患者のための EBM の第一歩なのである。

連載の反響

この連載はあくまでも「患者のための EBM」の試論であり、筆者自身勉強不足で、とても Shared Decision Making を可能にする、患者のための EBM 学習プログラムを作成するには到らなかった。そういう意味では、実際にこういう形 (CASP などの情報評価手法の学習とは異なる形) で EBM を患者が学ぶことが、本当に有効なのかどうかを検証することはできない。しかし、連載を読んだ会員からのメールに、その有効性に関するいくつかのヒントが見出せると思う。

一つは、筋腫核出後に妊娠、間もなく出産を控えている会員からのメールで、自然分娩を希望しながら帝王切開を勧められ、手術を受けた病院にセカンド・オピニオンを取りに行くことにしたとき、この連載に「疑問点の整理に『自分』を主語にすること」と書いてあるのを読み、現在受診している病院の担当医に向かって、「子宮に手術歴のある私が前向きに帝王切開を受けたいので、A大病院(手術を受けた病院)に話を聞きにいきます」と伝えることができた、おかげで担当医には「行ってらっしゃい」という感じで受け入れてもらえた、というもの。直接的に EBM を実践したということではないが、「私」を主語にした「問題の定式化」が患者と医師の間のコミュニケーションに役立った例と言えるだろ

う。

もう一つは、40代後半にGnRHアゴニストによる「逃げ込み療法」を2クール受けた筋腫患者で、強い副作用と2ヵ月間に3回の1,000mgを越す大出血のため「逃げ込み」を断念し、子宮鏡下に粘膜下筋腫を核出した会員からのメールである。薬剤費が高額であるにもかかわらず、期待した効果が得られなかったことから、この会員は「逃げ込み療法」という言葉に疑問を抱き始め、45歳以上の女性がGnRHアゴニストを使用した場合に、実際に閉経に逃げ込める確率はどのくらいなのか、というエビデンスを主治医や薬剤師の知人、インターネットを通じて調べ始めた。その中で、「逃げ込み療法」は閉経を控えた筋腫や内膜症の患者に対してごく標準的な治療法として勧められているが、実際にはこの年齢層でも1~2クールで逃げ込めることを示すエビデンスはほとんどなく、いつ来るかわからない自然閉経までの時間稼ぎに過ぎない、ということを知り、治療の効果についても経済的負担についても、まったく予測がつかないような確実性の低い治療法を続けていていいのか、という問題提起を『たんぽぽ通信』に投稿した。⁸

彼女の場合、EBMの連載がきっかけで「逃げ込み療法」に疑問を抱いたというわけではないのだが、連載を読んで自分が抱いている疑問が正当なものである、ということを確認し、逃げ込み療法に関する論文を書いた医師に手紙を書いて問い合わせたり、製薬会社に電話してデータの有無の確認したり、といった積極的な情報収集を始める気になったという。以下に彼女のメールを引用する。

今までの医療は一方通行で、医師が考える患者にとっての最善の治療法だったと思います。インフォームド・コンセントにしたって、医師が提案する治療法を患者が承認するだけでは、形式だけのものになってしまって、真の意味でのインフォームド・コンセントではないと思います。何を求めているか患者も声を発しないと、医療を「患者にとっての」よりよいものに変えられないと思います。

今回の「患者のためのEBM」も、興味深く読ませていただきました。患者が主語にならなければ、一方通行になってしまうと思います。それでは、医師が病気を治す為だけのEBMになってしまうのではないのでしょうか？患者を主語にするということは、一步踏み込んだEBMだと思います。最初に「患者のためのEBM」を読んだ時、まさに私が知りたいと思っていたことでした。

これもまた「患者を主語にする」ということが、一つの行動変容につながったケースと言えるだろう。彼女はさらに、いくら調べてもほしいと思うエビデンスがないことから、患者側が声を上げてエビデンス作りに関わっていかなくてはならない、と主張する。

医療関係者がガイドラインを作りつつあるというなら、患者側も「治療法の選択」について、データを集めるといったことをして、医療関係者に報告するっていうのはどうでしょうか？

患者抜きでは、医者の為のガイド