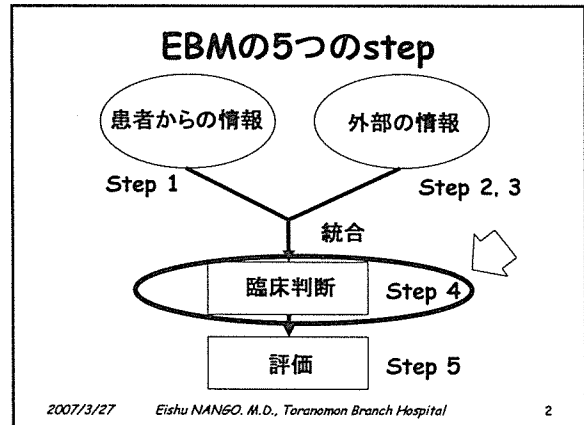


第6回EBM指導者講習会

医学判断学 Medical Decision Making

虎の門病院分院 内科総合診療科
南郷 栄秀

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 1



臨床で判断するということ

- EBMとはエビデンスに従う方法ではない
- エビデンスに基づいて、実際の判断はどうするかを考える
- 患者一人一人について判断は異なる
- Step4に相当する臨床判断は、EBMの最も重要なstepである

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 3

単一のエビデンスを臨床判断に適用する

- エビデンスを適用する際に考慮すべきこと
 - 論文で検討された治療法・予防法・診断法の効果は大きいのか？
 - 副作用(害)は小さいのか？
 - その治療法・予防法・診断法にかかるコストは小さいのか？
 - 目の前の患者は論文の患者と似ているのか？
 - 論文で用いられているものと同じ治療法・予防法・診断法が可能か？
 - 論文で検討されているアウトカムには、目の前の患者のアウトカムが含まれているのか？

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 4

「はじめてアプリシート」 <http://spell.umin.jp>

Beginners' Training Sheet for Application to Patients

well by last updated on May 11, 2006
Eishu, NANGO, M.D.
<http://spell.umin.jp>

このチェックシートの使い方

1. 論文で検討された治療法・予防法・診断法の効果は大きいのか？
2. 副作用(害)は小さいか？
3. その治療法・予防法・診断法にかかるコストは小さいか？
4. 目の前の患者は論文の患者と似ているか？
5. 論文で用いられているものと同じ治療法・予防法・診断法が可能か？
6. 論文で検討されているアウトカムには、目の前の患者の真のアウトカムが含まれているか？

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 5

心房細動をどう治療するか？

- 83歳男性の神保才人さんは心房細動です
- 弁膜症、高血圧、糖尿病、心血管疾患の既往はありません
- 心房細動は脳塞栓症のリスクファクターであり、電気的除細動をしたり、除細動せずにワーファリンを投与することが推奨されています
- 神保さんはどのように治療すべきでしょうか？

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 6

あなたならどうしますか？

- 神保さんに対して、あなたの選択は？
 - ワーファリン投与
 - 除細動
 - 無治療
- 判断するためには、他にどんな情報が必要か？

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 7

心房細動についてのエビデンス

- 非弁膜症性心房細動患者の脳梗塞発症率は年間5%
- ワーファリンを服用した場合、脳梗塞発症率は1%に減少するが、出血リスクは1%から2%に増加する
- 除細動した場合、1年後の心房細動再発率は50%
- 非心房細動患者の脳梗塞発症率は3%

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 8

エビデンスを知ってどうしますか？

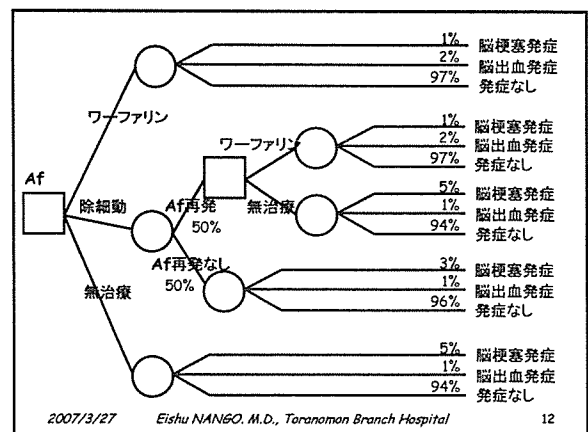
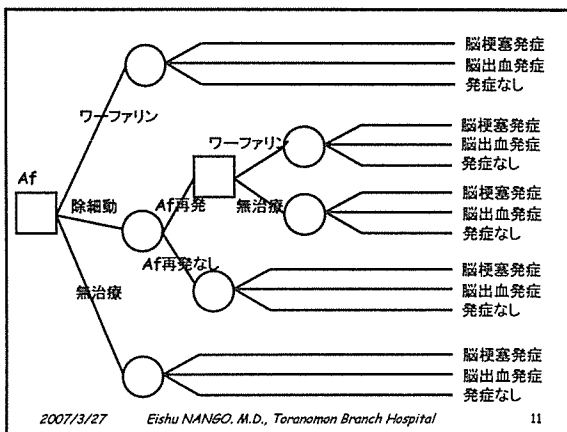
- あなたならどうしますか？
 - ワーファリン投与
 - 除細動
 - 無治療
- 周りの方とディスカッションしてみましょう

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 9

判断分析decision analysisとは？

- 臨床上の判断を支援するための定量的方法
- 判断樹 decision tree の作成
 - 判断の選択肢を決める
 - 選択肢ごとに、その判断によって生じるすべての結果を書き、それが発生する確率を割り当てる
 - それぞれの枝の最後にアウトカムを設定し、効用値utilityを割り当てる
 - これらの確率と効用値から、それぞれの選択肢について期待効用値を計算し、期待効用値の最も高い選択肢を選ぶ

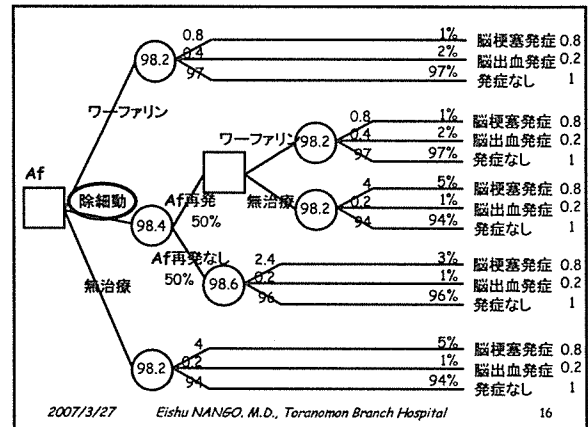
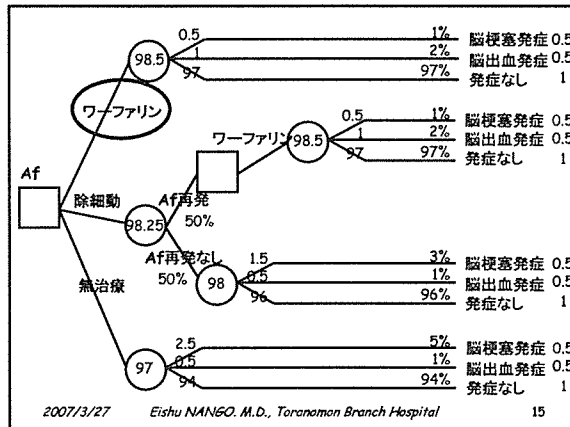
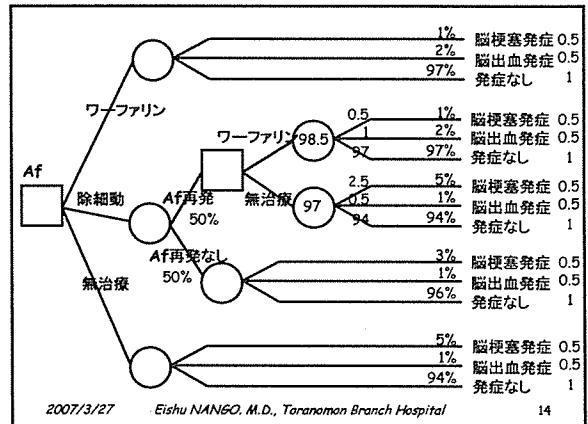
2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 10



効用値を割り当てましょう

- 効用値とは、様々なアウトカムの相対的な価値を定量的に表したもの
- 0: 死亡, 1: 健康
- それぞれのアウトカムについて、ご自分の印象で効用値を付けてください

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 13



皆さんの判断樹はどうなりましたか？

- 効用値の置き方によって、各選択肢の期待効用値の大きさが変わる
- それぞれの効用値を変化させて、各選択肢の期待効用値の大小を比較することを感度分析という

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 17

まとめ

- 同じエビデンスを用いても、患者一人一人について医学判断は異なる
- 医学判断を行うためには、エビデンス、医療者の経験、患者の希望やおかれている環境を総合評価する必要がある
- Step4に相当する臨床判断は、EBMの最も重要なstepである

2007/3/27 Eishu NANGO, M.D., Toranomon Branch Hospital 18

よろしければ参考にどうぞ
The SPELL : <http://spell.umin.jp>

The SPELL
The Square of Practicing EBM and Lifelong Learning

Comments

The SPELLホームページようこそ！！
EBM(Evidence-Based Medicine, 根拠に基づく医療)の発展と生涯学習の広場です。
EBMについて興味ある方、お集まりください。EBMに関する最新情報、EBM
ワークブックなどを提供させていただきます。

<http://spell.umin.jp>

EBM
Evidence-Based Medicine
1999

What's new

pES club 第6回EBM Seminarを
12月3日(日)に行います！！
参加申し込みが開始しました、申し込みはこれから。

医学判断学

平成 18 年 11 月 18 日

虎の門病院分院 内科総合診療科 南郷 栄秀

<http://spell.umin.jp>

臨床で判断すること

EBM とはエビデンスに従う方法ではない。エビデンスに基づいて、実際の判断はどうするかを考えるので、患者一人一人について判断は異なる。Step4 に相当する臨床判断は、EBM の最も重要な step である。

【シナリオ】

83 歳男性の神保才人さんは心房細動です。弁膜症、高血圧、糖尿病、心血管疾患の既往はありません。心房細動は脳塞栓症のリスクファクターであり、電氣的除細動をしたり、除細動せずにワーファリンを投与することが推奨されています。神保さんほどどのように治療すべきでしょうか。

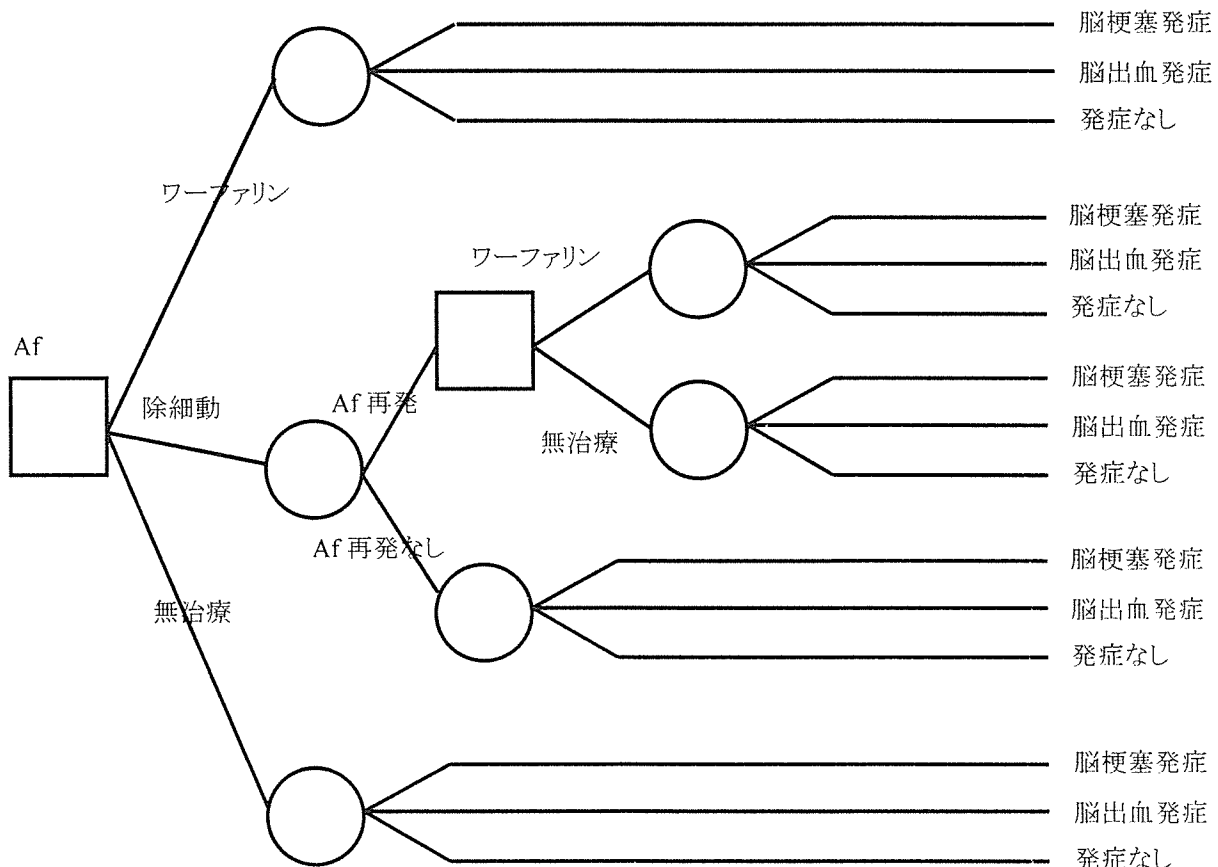
<考えられる選択肢>

- ワーファリン投与
- 電氣的除細動
- 無治療

<心房細動についてのエビデンス>

- 非弁膜症性心房細動患者の脳梗塞発症率は年間 5%
- ワーファリンを服用した場合、脳梗塞発症率は 1%に減少するが、出血リスクは 1%から 2%に増加する
- 除細動した場合、1 年後の心房細動再発率は 50%
- 非心房細動患者の脳梗塞発症率は 3%


<判断分析 decision analysis>



診療ガイドラインについて

2006年11月18日
 第6回EBM指導者講習会
 東邦大学 医学部 社会医学講座
 医療政策・経営科学分野
 長谷川 友紀

Crossing Quality Chasm
 Institute Of Medicine 2001
 医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ

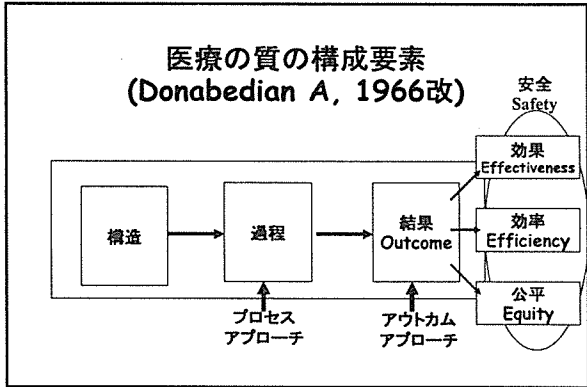


- ・ 現在の医療の問題
- ・ 解決策
 - 地域ごとに優先順位の設定
 - 医療計画 戦略計画・執行計画
 - 医療情報を核とした医療提供体制の抜本的変革
- ・ 21世紀の医療情報のあり方
 - 電子化 電子化、リアルタイム、全数、二次利用可能
 - EBIM, EBPH
- 医療の質に基づく支払制度
 - Payment for performance (P4P)
 - Medicare Modernization Act 2003

**医療の質についての
現在の考え方**

- ・ 深刻なQuality Gap(谷間)の存在
 - 急性期→慢性期に疾病構造が変化: GAPの拡大
- ・ 医療の質はいくつかの構成要素からなる
 - 分布(=不確定要素)の最小化⇒標準化
 - レベルの向上⇒狭義の質の向上
- ・ 可視化が可能である
- ・ 管理の対象である

今後の医療を考える上での キーワード



**プロセスアプローチと
アウトカムアプローチの連携**

	プロセス アプローチ	アウトカム アプローチ
特徴	最適な治療方法を提示	治療の結果を提示
欠点	最適な方法は必ずしも最良の結果を保証しない	結果が悪くても改善策を提示できない
例	EBM クリニカルパス	臨床指標を用いたアウトカム評価

**プロセスアプローチの実際
Evidence Based Medicine**

EBM(Evidence Based Medicine)

- ・前提
 - ある病態には、最適な治療法が存在する
- ・目的
 - 臨床研究の結果を患者へ還元
 - 医療の標準化を促進
 - 医師の行動変革の促進
- ・特徴
 - 一定の方法論に基づく過去の医学論文の評価
 - 信頼性に基づく医学情報のランク付けを行う
 - 最終結果はガイドラインに集約される
 - プロセスの保障を行う(結果の保証を必ずしも意味しない)

治療法推奨の3つのレベル

- ・ Standard(標準)
 - 全員一致
- ・ Guideline(ガイドライン)
 - 推奨に値する、全員一致をみない
 - Evidence table<Systematic review<Guideline
(Deborah et al, Annals of Internal Medicine 127(3) 210-216,1997)
- ・ Option(選択肢)
 - 治療法がよく知られていない
 - 価値の選好が異なる

EBMの構成

- ・ 問題の発見・優先順位の設定:社会的影響
- ・ リサーチ課題の明確化: PICO
- ・ 既存の情報の再吟味: critical appraisal
- ・ 経済的評価
- ・ ガイドライン(Clinical Practice Guideline)の作成
- ・ 患者の治療
 - 大多数(standard patient):ガイドラインに基づく治療
 - 少数:専門家による個別判断に基づく治療
- ・ ガイドラインの改善

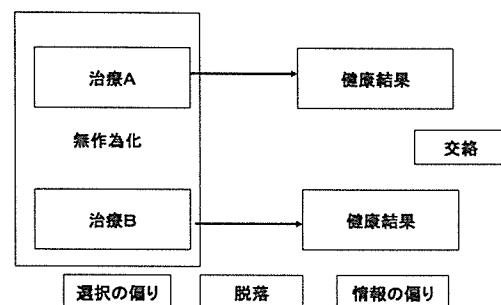
EBMに対する3つの立場

- ①オリジナル情報の作成:RCTの実践者
 - ②二次情報の作成:ガイドラインの作成
 - ③消費者
 - General Practitioner
 - 患者
- ①②⇒③に対するサービス、GPのbottom-up
①②ではatypicalな患者を治療(ガイドラインでは対応していない)
③はガイドラインに基づく治療

情報の再吟味

- ・ 研究デザイン:RCTを重視した情報の信頼性の重み付け
 - RCT(Randomized Clinical Trial)
 - 無作為化しないコントロール(同時>過去)
 - 症例集積研究・専門家の意見
- ・ 普遍性・代表制:結果の適応可能性
- ・ 真の結果指標か?
- ・ 治療方法の推奨

Randomized Clinical Trial



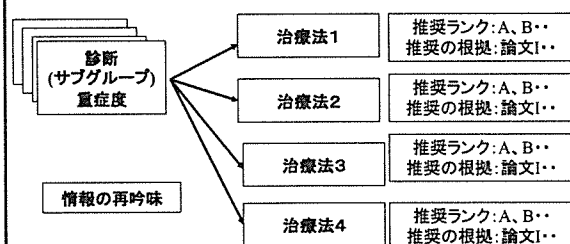
臨床論文のランク付け

- ・ I : 大規模のRCTで結果が明らかなもの
 - ・ II : 小規模のRCTで結果が明らかなもの
 - ・ III : 無作為割付によらない同時期のコントロールを有するもの
 - ・ IV : 無作為割付によらない過去のコントロールを有するもの
 - ・ V : 症例集積研究(コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの
- RCT: Randomized Clinical Trial

推奨のランク付け

- ・ A: 最低2つ以上のレベル I の臨床研究に裏付けられる
- ・ B: 1つのレベル I の臨床研究に裏付けられる
- ・ C: レベル II の臨床研究に裏付けられる
- ・ D: 最低1つ以上のレベル III の臨床研究に裏付けられる
- ・ E: レベル IV または V の臨床研究しか存在しない

ガイドラインのProduct Image



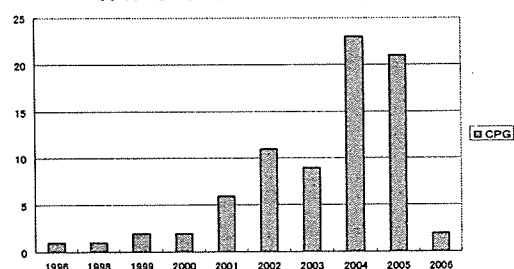
ガイドラインの内容

- ・ 対象疾患
- ・ Standard patient
- ・ ガイドライン作成の基本的考え方・方法
- ・ 診断方法、治療方法の推奨
- ・ 実施者が明示されていること
- ・ 効果の指標、期待される効果が明示されていること
- ・ アルゴリズムで全体の流れが示されていること
- ・ 資料: 文献リスト、他

診療ガイドラインの整備状況

- ・ 1999年: 日本では 0
- ・ 厚生労働科学研究費: 23疾患
- ・ 東邦大学メディアセンター: 約350疾患
- ・ 米国ナショナル・ガイドライン・クリアリングハウス: 約1000+α疾患
- ・ 各病院でのクリニカル・パスの整備

CPG作成状況 (-2006.04 改訂を含む)



よいガイドラインとは？ ガイドラインの評価

- ・対象疾患選択
- ・作成過程の適切性
- ・導入による医療内容の変化
- ・発展可能性

ガイドライン対象疾患選択の妥当性

- ・情報整備
 - ガイドラインを作成できるだけの情報が得られているか
- ・介入効果
 - 現在の診療に大きなばらつきがあるか
 - ガイドラインには管理に重要な影響を与える新しい根拠が含まれているか
- ・疾病負担
 - 多数の人の管理に影響するか (high volume)
 - 危険が高い人に関係するか (high risk)
 - 高い費用を含んでいるか (high cost)

ガイドラインの比較研究

(Burgers et al: Quality of clinical practical guidelines, 2002)

- ・ガイドライン作成プログラムを有している組織の作成したガイドラインはそうでない場合と比較してより質が高い
- ・ガイドラインの推奨内容は異なった国・機関でほとんど変わらない
- ・推奨内容にもっとも大きな影響力を有するのは、メガスタディと有力が学会の作成したガイドライン
- ・その他の文献引用では自国のものが多い

The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)

- ・概要: 診療ガイドラインの定量的評価の試み
- ・評価項目
 - 23項目+全体評価
 - 各項目について 1-4点
- ・目的
 - 診療ガイドラインの質の向上
 - 円滑な作成
 - 国際的な整合: ECの地域事情
- ・支援・推奨: EU、WHO

THE AGREE RESEARCH TRUST

Home About the Trust The AGREE Instrument Resources Projects Publications Lists

URL アドレス:
<http://www.agreetrust.org/index.htm>

THE AGREE RESEARCH TRUST

Home About the Trust The AGREE Instrument Resources Projects Publications Links

The mission of the Association of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument is to provide a framework for assessing the quality of clinical practice guidelines.

Further materials relating to the AGREE Instrument can be found on our website page:

- The AGREE Instrument (English version)
- German translation
- Chinese translation
- French translation
- Italian translation
- Japanese translation
- Korean translation
- Spanish translation
- Swedish translation
- Turkish translation
- Vietnamese translation
- Arabic translation
- Bengali translation
- Hindi translation
- Indonesian translation
- Malay translation
- Nepali translation
- Persian translation
- Portuguese translation
- Russian translation
- Thai translation
- Urdu translation

ガイドラインの研究・評価用チェックリスト
Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
(AGREE) instrument

AGREE 共同計画

2001年9月

URL アドレス:
<http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/AGREE-final.pdf>

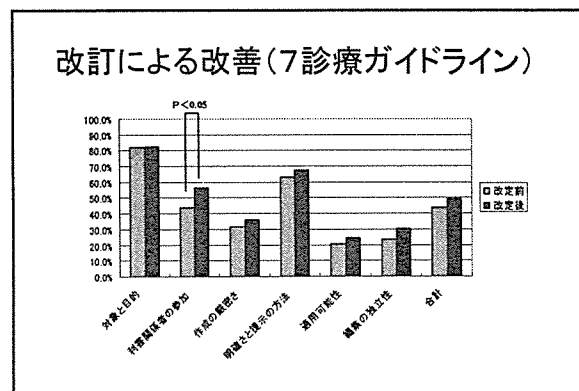
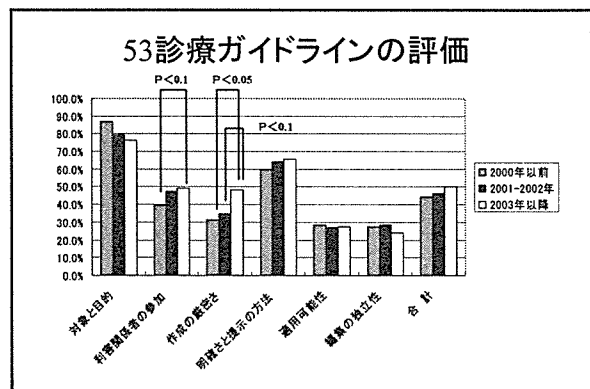


評価項目

- ・ (対象と目的)
 - 1. 目的の具体的な記載
 - 2. 取り扱う問題の具体的な記載
 - 3. 対象患者の具体的な記載
- ・ (利害関係者の参加)
 - 4. 専門家代表者の作成への参加
 - 5. 患者の価値観や好みへの考慮
 - 6. 利用者の明確な定義
 - 7. 想定利用者による試行
- ・ (作成の厳格さ)
 - 8. エビデンスの系統的な検索
 - 9. エビデンスの選択基準の記載
 - 10. 推奨決定方法の記載
 - 11. 健康上の利益・副作用・リスクの考慮
 - 12. 推奨とエビデンスの明確な対応関係
 - 13. 公表前の外部審査
 - 14. 改訂手続きの予定

評価項目2

- ・ (明確さと提示の方法)
 - 15. 推奨の具体性
 - 16. 患者の状態に応じた選択肢の明示
 - 17. 重要な推奨の明確さ
 - 18. 利用のツールが用意
- ・ (適用可能性)
 - 19. 推奨の適用による制度・組織上の障害の考慮
 - 20. 推奨適用に伴う費用の考慮
 - 21. モニタリング・監査の基準の提示
- ・ (編集の独立性)
 - 22. ガイドライン編集の独立性
 - 23. 作成グループとの利害関係の記載
- ・ (全体評価)



Synthesis 新しいガイドラインの評価法 (AHRQ)

- ・ 同一病態、類似病態を対象にした複数のガイドラインを対象
- ・ 専門家パネルによる比較検討
 - scope of the guidelines
 - interventions and practices considered
 - major recommendations
 - rating schemes and strength of the evidence
 - areas of agreement, and the areas of disagreement.

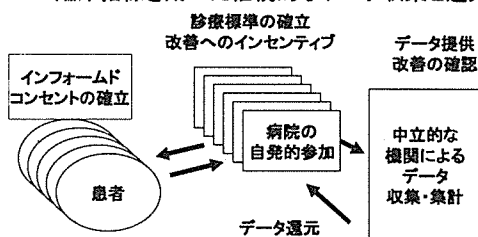
ガイドライン導入による 医療内容の変化

評価の視点	過程		結果
概念	標準化(Distribution) 促進		質(Level) 向上
例	対象疾患を有する患者の多くに適応できる治療者間の治療法の差異縮小 ガイドラインコンプライアンス増加	治療結果 在院日数 医療費 のパラツキ縮小	治療結果の改善 在院日数の短縮 医療費の減少 副反応の減少

アウトカム評価

アウトカムアプローチ

臨床指標を用いた継続的なデータ収集と還元



全日本病院協会 診療アウトカム評価事業

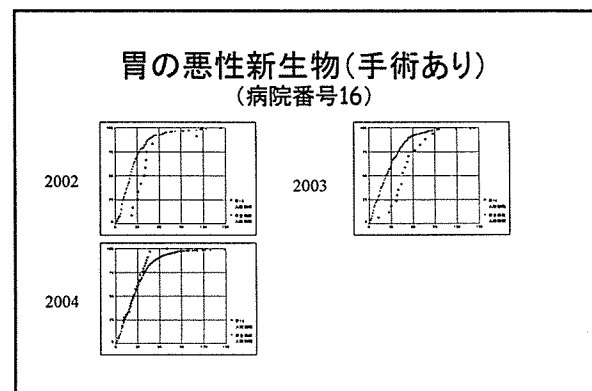
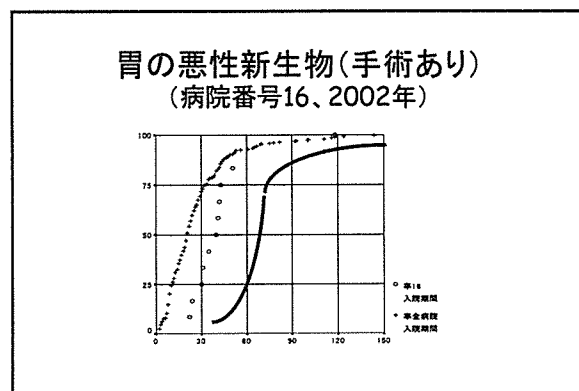
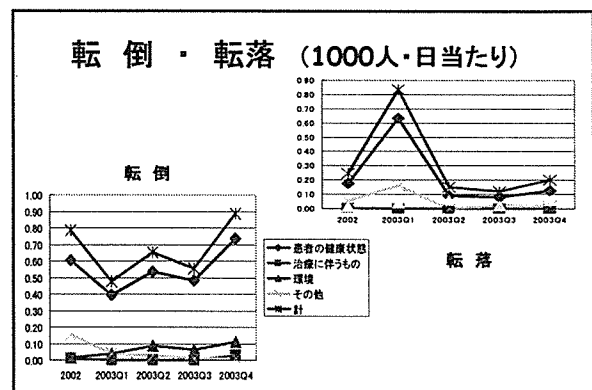
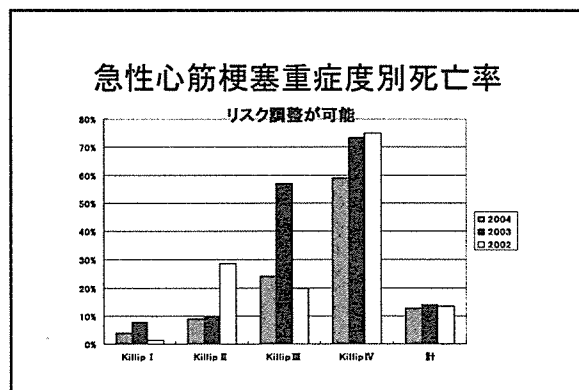
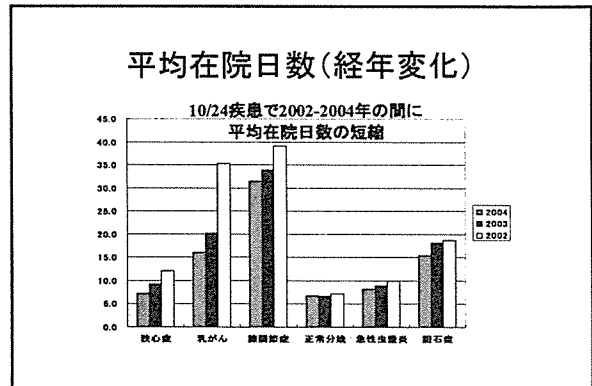
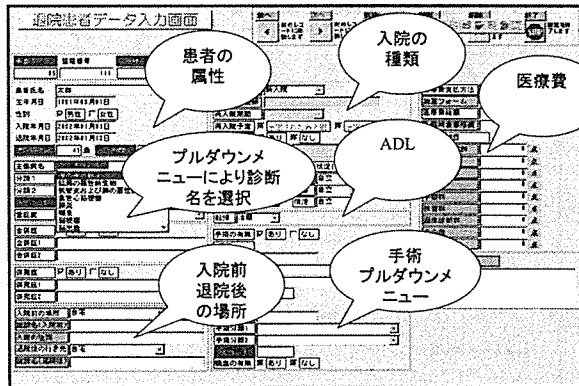
診療アウトカム評価事業

- 参加病院
 - 2004年7月より約50病院
 - 東京都内病院、全日本病院協会の会員
- データ
 - 個人レベルのデータ
 - 専用ソフトウェアを利用⇒FDDでの回収
 - 25疾患の患者個票+病院全体の指標(入院後発症感染症、転倒・転落、抑制)
 - 年間40000+α人
- データの公開
 - 病院協会は個別病院の参加についてコメントしない
 - 対一般:統計データ
 - 対病院:参加病院vs統計データ

対象疾患

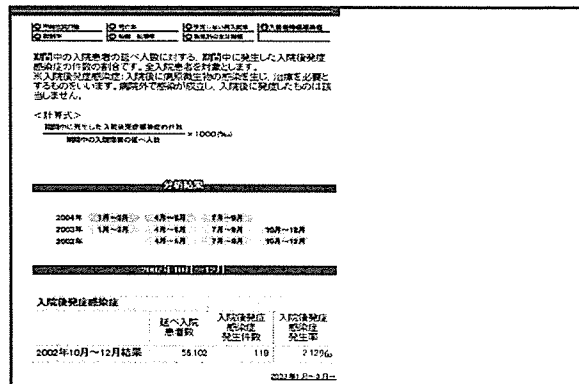
1	胃の悪性新生物	13	分娩
2	結腸・直腸の悪性新生物	14	急性虫垂炎
3	気管支および肺の悪性新生物	15	胆石症
4	急性心筋梗塞	16	前立腺肥大症
5	肺炎	17	白内障
6	喘息	18	痔核
7	脳梗塞	19	子宮筋腫
8	脳出血	20	狭心症
9	糖尿病	21	腎結石及び尿管結石
10	大腿骨骨折	22	乳房の悪性新生物
11	胃潰瘍	23	膝関節症
12	急性腸炎	24	そけいヘルニア

全患者の
30-40%を
カバー



病院別の比較 (肺炎、ある四半期)

	人数	年齢	在院日数	合併症	死亡率	医療費	1日当医療費
A	197	37.4	10.9	4.1%	8.6%	45369	4153
B	72	71.0	18.3	36.1%	13.9%	54515	2983
C	69	72.9	16.3	10.1%	7.2%	36272	2225
D	33	80.7	21.5	0.0%	9.1%	57516	2677
E	33	70.4	15.1	27.3%	30.3%	49275	3272
F	31	77.8	13.3	6.5%	19.4%	42041	3171
G	29	70.3	38.2	6.9%	13.8%	81984	2144
H	22	76.1	24.0	0.0%	4.5%	—	—
I	15	76.4	24.5	6.7%	26.7%	61208	2495
K	14	72.5	31.2	50.0%	7.1%	75269	2411



他の国では

- ・ 米国
 - メリーランド病院協会のQIP(Quality Indicator Project)
 - CDCのNNIS(National Nosocomial Infection Surveillance)
- ・ 豪
 - ACHSのアウトカム評価
- ・ オランダ
 - NICEプロジェクト

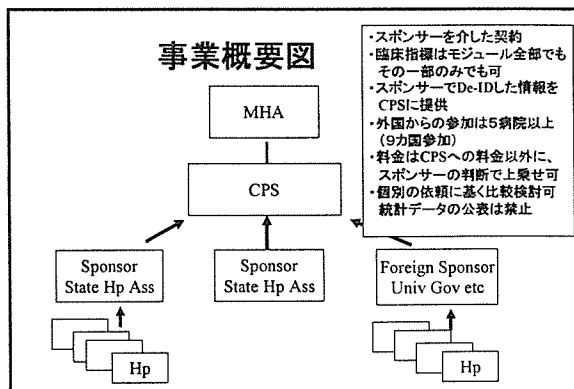
米国メリーランド病院協会の 急性期Clinical Indicator

- ・ 院内感染症発症率
- ・ ICUでのデバイスの使用率
- ・ 手術創の感染率
- ・ 入院死亡率
- ・ 新生児死亡率
- ・ 周手術死亡率
- ・ 予定しない再入院
- ・ 外来処置後の予定しない入院
- ・ 予定しないICUへの再転科
- ・ 予定しない手術室への再入室
- ・ CABGによる死亡率
- ・ 抑制
- ・ 転倒・転落
- ・ 鎮静・麻酔に伴う合併症

米国メリーランド病院協会の 慢性期Clinical Indicator

- ・ 予期しない体重増加・減少
- ・ 褥創の点有病率
- ・ 転倒・転落
- ・ 外傷を生じた転倒・転落
- ・ 一般病床への予期しない転科
- ・ 身体抑制(時間・原因・開始時刻)
- ・ 症候性の尿路感染(感染のイベント数)
- ・ 症候性の尿路感染(複数の場合を含む)のため治療を受けた患者数

事業概要図



診療報酬支払

診療報酬支払方法

- ・ 出来高(Fee For Service)
 - 医療行為を単位とした積み上げ
- ・ 定額払い
 - Per Diem (1日定額) (DPC、療養型など)
 - Case Payment (DRG/PPSなど1入院定額)
- ・ 人頭払い(Capitation)

+総額予算制度あり・なし
質を反映していない

医療機関の財政リスク
標準化の促進
過少診療のリスク

出来高払いと定額払の比較

	出来高払い	定額払(DPC)
支払い単位	医療行為	1日定額+処置
危険負担	患者・保険者	病院
診療のインセンティブ	過剰診療	過小診療
感染症の影響	中立~収益増	赤字
医師のコスト意識	小	大
質についての認識	小	大
病院経営	売上増加	コスト削減

定額払い(DRG/PPS)導入の影響 (米国1983-)

- ・ 病院医療の変化
 - 平均在院日数の短縮
 - 入院患者重症度の増加
 - 外来手術の増加
 - 他の施設との連携、HHCの増加
- ・ 病院経営の変化
 - 病床利用率の低下
 - 病院数の減少
 - 利益率は 高一低一高
- ・ 医療費の伸びは鈍化
- ・ 医療の質についての関心の増加

}

→

入院患者の重症化
標準化
機能分化と連携

*Case Mix Index
Clinical Indicator*

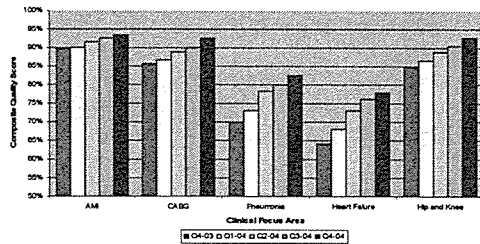
- ### P4Pの試み
- ・ Hospital Quality Initiative (MMA section 501(b))
 - 10の臨床指標
 - データ提供を行わなかった場合には0.4%の減額
 - 2004年には98%の病院の参加
 - ・ Premier Hospital Quality Incentive Demonstration
 - 274病院を対象
 - 5疾患34臨床指標(急性心筋梗塞、CABG、心不全、肺炎、膝・股関節置換術)
 - 上位10%の病院には2%、上位11-20%の病院には1%の加算
 - 初年度の成績に基づいて下位20%の病院には3年目に到達すべき目標値が設定され、達成しない場合には1-2%の減算
 - ・ 英国NHSでの家庭医に対する支払
 - 2004年より10の慢性疾患について146の臨床指標を設定し、診療効率と治療結果を加味する支払い

New Jersey Hospital Performance Report: Top 10% scored equal to or higher than

Year	Overall Score %	O2 Assess. %	Pneumo. Vaccine %	Antibiotic Timing - 4 hrs. %
2004	75	98	48	65
2005	83	99	69	75
2006	88	99	80	81

Results show significant improvement

Composite Quality Score: Quarterly Median Improvement by Focus Area
 CMS/Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project Participants
 October 1, 2003 - December 31, 2004
 Preliminary Results



CMS-Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) project

- Estimated the following to be avoidable for CAP and CABG patients in 1 year
 - Health cost savings: \$1 billion
 - Deaths: 3,000
 - Complications: 6,000
 - Readmissions: 6,000
 - Days in hospital: ½ million
- Confirmed that clinical quality and financial performance are inseparable
 - Efficiency without quality is unthinkable
 - Quality without efficiency is unsustainable

ガイドラインかアウトカム評価か

- GLは長すぎる
- 同一の疾患について多数のGL
 - 市中肺炎: IDSA, ATS, CIDS, CDC
 - どれがよいか
- エビデンスレベルの異なった推奨
- 医師の行動を変えるというデータに乏しい
- アウトカム評価との併用の必要

ガイドラインの発展可能性

- 医療計画:
 - 医療提供体制
 - 費用の最適配分
- 教育
 - 初期研修での習得事項
 - 専門医の習得事項
- 疾病マネジメント
- 課題
 - 患者参加
 - コンプライアンスの評価

良い診療ガイドラインを作るには

- 作成組織
 - 臨床家+ガイドライン専門家の協同
 - 評価手法を用いたプロファイリング
 - 積極的な公開+public comments
 - 導入による効果の実証
 - 定期的な改定
- 環境整備
 - ガイドライン作成プログラム
 - 支援体制
 - テクノロジーアセスメントの充実
 - Clearinghouse

ご清聴ありがとうございました
 Thank You

tommie@med.toho-u.ac.jp
 長谷川友紀

なぜ、物語なのか

- 織田信長は誰にどこで暗殺されたか？
- 織田信長はいつ暗殺されたか？
- 人は物語として現実を把握する

Narrative物語とは

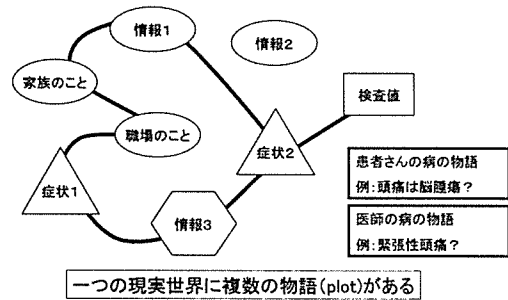
- ある出来事についての言語記述(ことば)を、何らかの意味ある連関によってつなぎあわせたもの
- ことばをつなぐことによって意味づけるもの

Storyとplot

「王様の死」「王妃様の死」

- 王様が亡くなりました。そしてその後すぐに、王妃様も亡くなりました。
→ 時間経過に沿った物語 (story)
- 王様が亡くなりました。そして悲しみのあまり、王妃様も亡くなりました。
→ 因果的に意味づけられた物語 (plot)

患者も医師も自分なりに物語っている



Narrative Medicine

—コロンビア大学の試み—

- 患者に対する「事実偏重」の対処法
↓
- 物語を診断や治療の中心にする試み
 - 医師として行うことの多くが物語を中心に展開
 - 患者は自分の病気について物語る
 - 医者はその言葉で疾患を物語る
 - 検査結果の分析と患者物語の理解ができる医師
 - 共感する能力を高める
 - 患者の訴えに敏感になる→正しい診断、治療のために

ビジネスにおける組織的ストーリーテリング ゼロックス社の試み

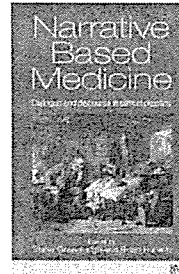
- 修理部門の社員達はマニュアルからでなく、他の社員と話を交わすことで機械の修理を学んでいた
↓
- 社員が持つ「物語」をデータベース化した(「ユーレカ」)
- 「ユーレカ」の資産価値は1億ドルと言われている
そのノウハウは他社が真似できない資産価値

同様の試みがヒューレット・パカード、3Mでも始まっている
「組織の情報は、組織内で語られる物語の中にある」
情報からいかに物語りを紡ぐかが重要

EBM(疫学)とNBM(個々の事例)

- ・ <この治療法での有効率は55%です>
- ・ 「お話はよくわかりました。ところで先生、私は効く方でしょうか、効かない方でしょうか？」
- ・ <この病気の平均余命は3年です>
- ・ 「お話はよくわかりました。ところで先生、私は後何年生きられますか？」

NBMの生い立ち



- ・ 英国のプライマリ・ケア医の間から起こったムーブメント
- ・ 多くはEBMを専門的に研究・実践してきた人々
- ・ EBMの対立概念ではなく、EBMの実践に際し必要から生まれたもの

NBMの定義

病を人生という大きな物語りの中で展開する一つの物語として捉え、

患者を物語の語り手として尊重すると同時に、

医学的診断や治療法もあくまで医療者側の一つの物語りとして相対化し、

両者をすり合わせる中から新たな物語がうまれてくることを治療と見なす、

という姿勢を基本におく医学

(斎藤清二、岸本寛史「ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践」)

NBMのプロセス

1:「患者の病いの体験の物語」の聴取のプロセス



2:「患者の物語りに関する物語り」の共有のプロセス



3:「医師の物語り」の進展のプロセス



4:「物語りのすり合わせと新しい物語りの浮上」のプロセス



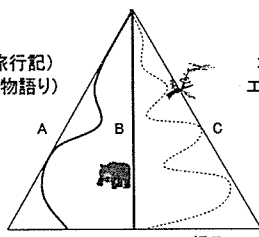
5:ここまでの医療の評価のプロセス

(斎藤清二、岸本寛史「ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践」)

EBMとNBM

頂上 臨床問題の解決

旅の過程(旅行記)
Narrative (物語り)



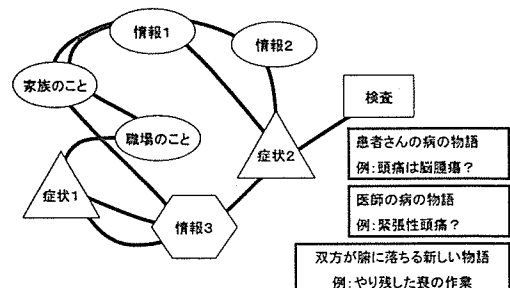
地図(縮尺度)
エビデンス(序列)

地図もエビデンスも本来無機質なもの

旅人 ← Patient valuesの提示
患者 ← Research evidenceの共有 → ガイド
← Clinical expertiseの提供 → 医師

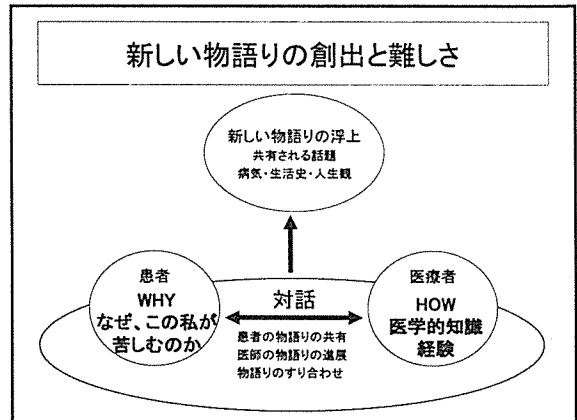
(北, 2006)

新しい物語の創出



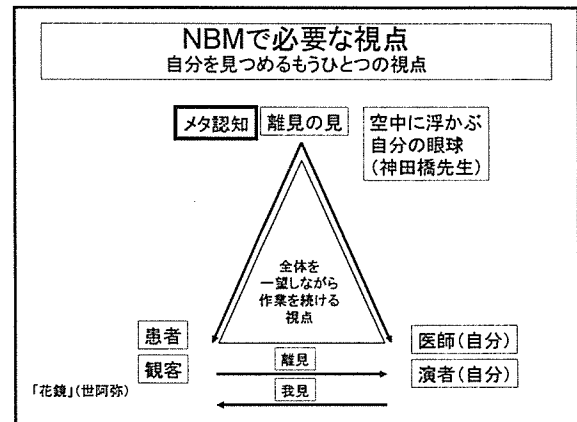
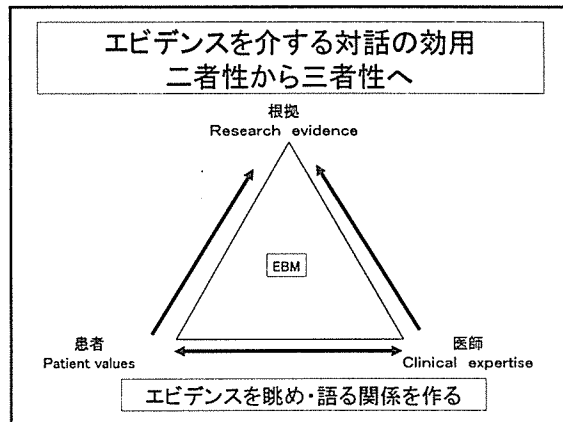
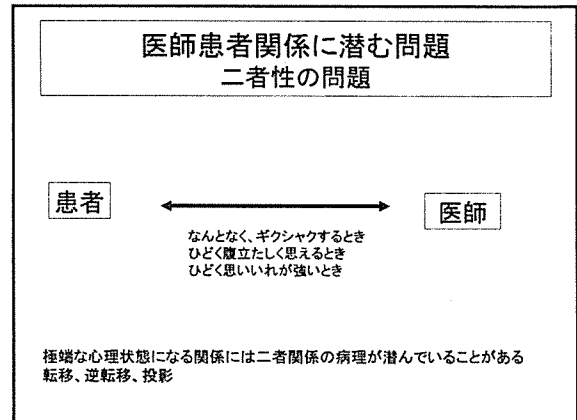
NBMの特徴

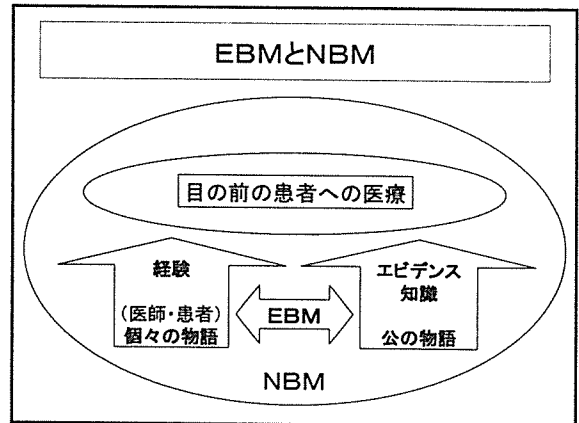
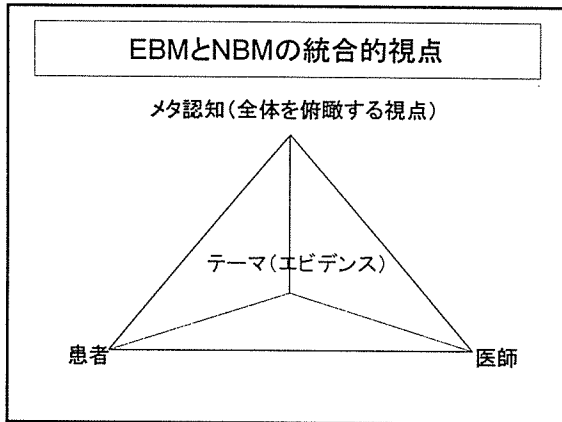
- 主観の尊重
 - 患者を物語りに対する主体として尊重
- 多元的、相対主義的視点
 - 絶対的に正しい唯一の物語りなど存在しない
 - 全てを相対化
 - 医療者の見解や判断も「一つの物語」
 - 疫学的エビデンスも「一つの物語」
- 関係性の重視
 - 治療者と患者との対話を重視
 - あたらしい物語の創造を治療とみなす
 - 大変難しく、エネルギーを使うこと



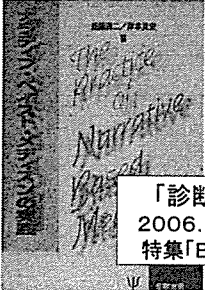
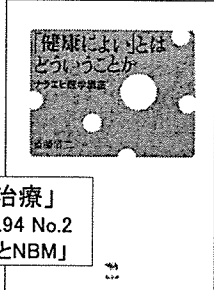
Narrativeが展開するとは？(私見)

- ほっとすること、腑に落ちなかったことに合点がいくこと
- 病の体験を自分の中におさめていくために必要なプロット (岸本寛史)
- 「エビデンスという公の物語」も展開の機転になることが多い
→NBMではプロットの一つととらえる





NBM お勧めの本

「診断と治療」
2006. Vol.94 No.2
特集「EBMとNBM」