

情報検索をしてみよう

EBM Lecture for Residents 31

EBMの手順 ステップ2情報の検索

- 出発点: ある状況での判断に有用な情報を手に入れたい!
- Step 1: 今、判断を求められている課題をまとめる。
- Step 2: その課題に基づいて最も妥当な情報を探す。
- Step 3: 手に入れた情報を批判的に吟味する。
- Step 4: その吟味結果を基に判断を下す。
- Step 5: 一週の作業を繰り返す

EBM Lecture for Residents 32

検索を行ってみましょう

- 課題の4要素と種類(予後か、治療か、診断かなど)を念頭に置く。
- その課題にあった情報源を選択する。
- その情報源にあった検索方法を持ちいて、課題にあった検索の手順を考える。
- 実際にやってみて、うまくゆくかどうか確認する。
- 上手な人のやり方をまねる。自分のやり方を説明してみる。すでに知っていることがちゃんと引けるか確認するなど。

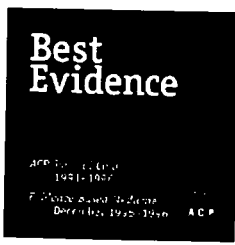
EBM Lecture for Residents 33

情報の検索

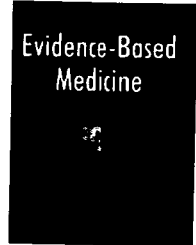
- Medlineなどのデータベースで検索する
- 二次情報を活用する
 - 有料ソース(図書館があれば、自分で買えば、...) クリニカルエビデンス、UpToDate, Cochrane Library, ACP Journal Club(ACP), Evidence based medicine (BMJ publisher group)
 - 無料インターネットソース: BestBETs, Evidence based On-Call, PedsCCM
 - ガイドライン(?) 案外 本でも良いものがたくさんある
- 個人情報ファイル
- 教科書や総説の参考文献
- 人に聞く: 原則として論文などを教えてもらう。

EBM Lecture for Residents 34

二次情報の例: ACPとBMJ




Best Evidence
ACP
1991-1997
7 Years of Evidence
December, 1997-1998 ACP



Evidence-Based Medicine

EBM Lecture for Residents 35

二次情報の例: Cochrane Library



THE COCHRANE LIBRARY

THE COCHRANE COLLABORATION OF EVIDENCE-BASED MEDICINE
THE DATABASE OF ABSTRACTS OF REVIEWS OF EFFECTIVENESS
THE COCHRANE CLINICAL TRIALS REGISTER
THE COCHRANE CLINICAL TRIALS REGISTER

UPDATING

- Database of systematic reviews
- Database of abstracts of reviews of effectiveness
- Controlled trials register
- Review of methodology database

EBM Lecture for Residents 36

新しい二次情報: ショートカットレビュー

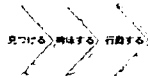
- Clinical Evidence: BMJ Publishers Group
 - 臨床での課題から情報を検索し、RCTと系統的レビューの「結果」をまとめて示したもの。
 - あくまでも、臨床で役立つ情報をまとめ、根拠からのギャップを減らすことを目的にしている。
 - 日本語版発売中
- UpToDate: UpToDate社
 - 年3回改訂される電子教科書。オンライン版も整備された。
 - ただ、ちょっと高いか

どうしても、論文を探したくなったときに Medlineで論文を検索する手順

- まず、目的となる課題を明らかにする。
 - Three-part questionをつくる
 - patient, intervention, (comparison), outcome
- それぞれの項目をkeywordsとして検索する。さらに、質の高い論文を選ぶために、clinical trial, cohort study, などのkeywordを加える。
- 検索した論文の内容によっては、さらにlimit a searchを利用して、human, abstract, といった制限を加えて絞っていく。

日本でのEBM教育・学習用ツール

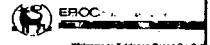
- EBM福井班ホームページ
 - <http://www.ebmedu.uimn.jp>
 - ワークショップ参加者の課題解決の記録なども掲載されている。吟味のチェックポイント集など。
- CASP Japan
 - <http://caspjp.uimn.ac.jp>
 - 吟味用ワークシートや情報検索のポイントなど。
- EBMのワークショップや学習会を行っている自主グループによる参加者を公募する企画も多くなってきた



EBM教育のための インターネット英語リソースの例

- BestBETs
 - <http://www.bestbets.org>
 - 現場の課題から定式化、文献検索、吟味、推奨までまとめられている
- Evidence-Based On-Call
 - <http://www.ebencall.org>
 - 救急関連の臨床情報のまとめ。救急医、研修医向け
- Attract
 - <http://www.attract.nhs.uk>
 - 一般医が直面した課題に答えたデータベース集
- いずれも継続的に改訂されており、学習者の手本になる

BestBETs
BEST EVIDENCE TOP CL



EBMの手順 ステップ3情報の吟味

- 出発点: ある状況での判断に有用な情報を手に入れた!
- Step 1: 今、判断を求められている課題をまとめる。
- Step 2: その課題に基づいて最も妥当な情報を探す。
- Step 3: 手に入れた情報を批判的に吟味する。
- Step 4: その吟味結果を基に判断を下す。
- Step 5: 一連の作業を繰り返す

EBMの手順を踏まえた抄読会

- Step 1: 今、判断を求められている課題をまとめる。
 - 実際の患者さんや状況から課題を抽出し、定式化する
- Step 2: その課題に基づいて最も妥当な情報を探す。
 - その定式化された課題に基づいて、実際の情報源から必要な情報を検索し入手する
- Step 3: 手に入れた情報を批判的に吟味する。
 - 担当者がその情報の内容をサマリーし、その情報の妥当性や弱い部分などについてまとめる。結果についてはなるべく定量的な評価までまとめる
- Step 4: その吟味結果を基に判断を下す。
 - その吟味をもとにしてどのように判断するか話し合う。あるいは、現場で行われた判断が妥当であったかどうか確認する。
- Step 5: 一連の作業を繰り返す
 - 表にの似たような患者・状況においてどのような判断が行われたかをチェックする。

研修中の中の学習機会、方法、手順

- 実際の患者から課題を作られるか?
 - 「今日解決しなかった課題は?」「調べておきたいことは?」と考え続ける
- 課題から情報検索につなげられるか
 - 施設内で利用可能な情報源を理解し活用する
- 手にした情報を吟味できるか
 - いきなり論文を最初から読まない、チェックポイントごとにまとめられた情報を利用する。論文を読むときにはそのチェックポイントを念頭に置いてとばし読み
- その結果を判断に適用できるか
 - その結果に基づき判断をベッドサイドカンファレンスなどで発表してみる
- 一連の作業を振り返る事ができるか
 - 判断に利用した情報、行った判断、結果・経過について振り返りながら話し合う

EBM Lecture for Residents

43

研修医教育、医師の生涯教育のポイント

- 成人教育である。
- 実技を学ぶ必要がある。
- 一般化されるルール(グローバルルール)と、地域・施設で特殊なルール(ローカルルール)を共に身につける必要がある。
- リスク管理や法的妥当性、倫理性、経済性などの要素も考慮しなければならない。

- 質の高い情報の必要性は高まる一方で、問題は複雑になり考慮すべき要因と身につけるべき技術は増える
- 学習者のニーズは多様になり、画一的なプログラムでは対応できない

EBM Lecture for Residents

44

生涯学習の中でのEBM教育手法

- 現場の課題からはじめて現場の判断に帰るといふプロセスに従う
- 手順を実行しながら、適切な支援や評価を受けながら学ぶ
 - ↓
- 学習形式:参加型学習、小グループ学習、ワークショップ
- 日常業務への取り込み:職場研修や職種・地域での生涯学習、専門医教育の中に取り入れる
- 必要性に応じた多様な学習機会(ワークショップなど)がその現場で必要になる

EBM Lecture for Residents

45

まとめと今後の展望

- EBMを学ぶとは:EBMの手法を必要ときに実行できるようにすることが目的。決して、疫学や統計の専門知識を読んで学ぶことではない。
- そのポイントは:現場からはじめる、実際の判断に結びつける、学習者が独力できることが目標。
- いくつかの実例:課題を抽出するためのシナリオ、プレチュートリアル、クリニカルクラークシップ、生涯教育
- EBM教育の材料:インターネット上の情報源の紹介
- 今後の展望:「EBM教育・学習」として独立したもののから、専門教育や職場教育と一体化されたものとなる。多くの教材や手法が紹介され共有される。

EBM Lecture for Residents

46

これからEBM学ぼうとする方へ

- 治療にこだわらない
 - 治療よりも診断や予後をみつかった情報の方が切実で価値が高く感じられる場合も多い。「この心筋症生後意識障害患者は意識を回復するか?」「心電図で心筋梗塞は除外できるの?」など。
- 題材の一般性に引張られない
 - 専門医は自分の専門領域で直面した課題からはじめる。自分が学んできたこと、専門知識や経験、技術をフルに活かす。
- あいまいさを容認する
 - 情報や状況などにあいまいさが残っていたら、そのあいまいさを踏まえてどう判断するかを考えるのが、まさにEBMのコンセプトである。迷って、人に相談して判断を共有するのにもまさに現実で可能な課題解決方法。
- すでに整備された教育・学習用ツールを活用する
 - 情報源、教材、お手本などはたくさんある。自分にあったものを拾い上げながら活用すればよい

EBM Lecture for Residents

47

EBM懺悔の再会

時 2007.10.29
所 御茶ノ水

嵐山合宿を経て

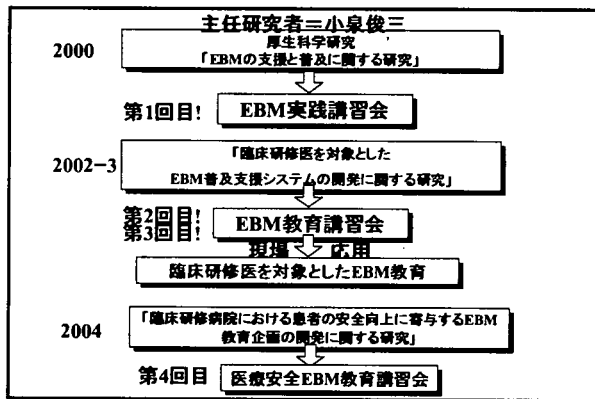
この研究が目指すもの
果たしてEBMは意味があったのか

長谷川 敏彦

第1部

問題提起

111



EBM研究班の自己評価

疑問1 EBMはこの10年で日本に根付いたのか
NO

疑問2 我が研究班はインパクトとなったのか
殆どNO

確かにクリニカルエビデンスは訳された
しかしそのインパクトは?

他に多くのユーザーフレンドリーWEB,研究会が!

EBMとは?!

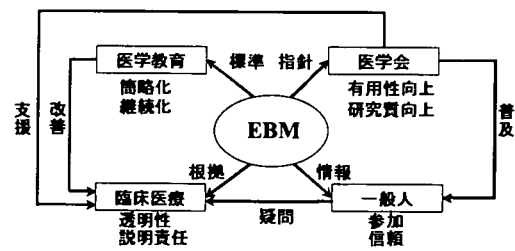
臨床家にとって

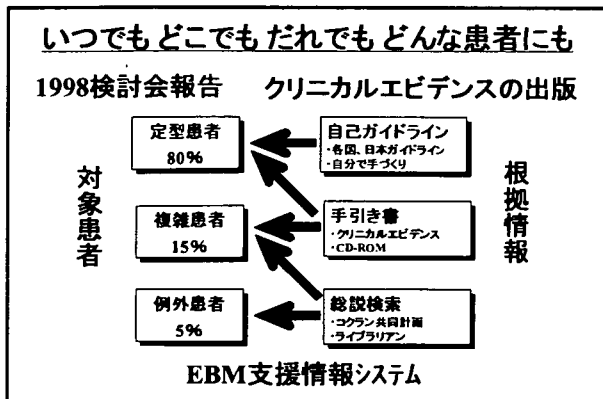
「いつでも」「どこでも」「だれにでも」「どんな患者にも」
「最新」「最良」

の
「科学的根拠に基づく診療」

を
負担なく容易に素早く実行できるようにする
支援

日本医療改造計画 EBMを通して





EBMは日本で何故失敗したのか

もともとEBMは無意味	誤謬説	} 発展 歴史 検討
日本文化に合わない	文化説	
考えは良いけれど非現実的	理想説	} 文化 背景 理解 限界
前提となるモデルが異なる	背景説	
実行に限界	限界説	} 克服 検討 教育 技法 再考
いいんだけど普及法がない (小泉班ががんばらなかった)	教育説	

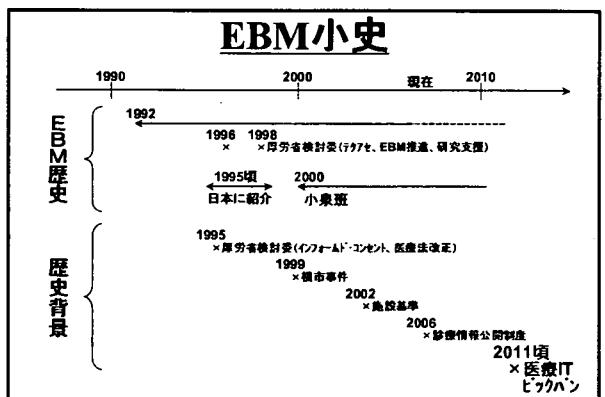
解答

歴史的産物	ますます重要 (アングロサクソン化)
日本は科学モデル	不確実性前提 (Shared Decision Making)
根拠が少ない	疾病構造変化、非現実的 (新臨床研究法)
教育普及が悪い	新しい教育法 (各種技法、IT)

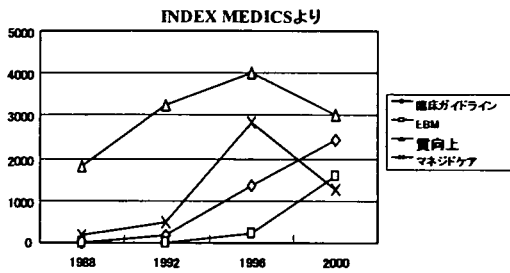
本日の問題提起

1. 臨床プロセスモデル
(不確実性、限られた資源)
2. プライマリーケア定義
(予防、継続ケア、疾病管理、急性期ケア)
3. 臨床研究、展望
(定義、敗北、今後)

第2部
歴史分析



雑誌に表れたテーマの時代変化



Drathwaite J, Black D, Westbrook JI. The impact of changing health care policy on the work of clinicians: longitudinal literature review and grounded theory group data. Sydney: Centre for Clinical Governance Research. Unpublished Manuscript, 2007.

「医療技術評価推進検討会」報告書について

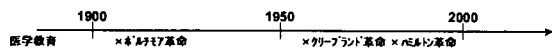
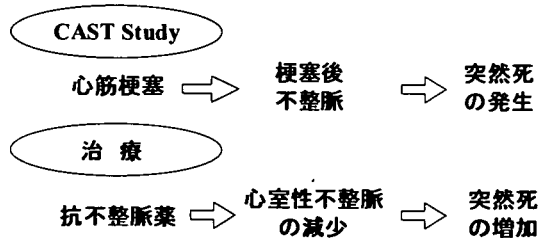
医療技術評価の目的における利用等について検討してきた「医療技術評価の在り方に関する検討会」の報告書が平成9年6月にとりまとめられ、医療技術評価(Health Technology Assessment)についての体系的な報告がなされた。
 医療技術評価を推進するためには、具体的に日本の医療現場でどのような形で医療技術評価を推進していけば良いのか等を検討することに加え、その成果が医療の現場で有効に活用され得ることを検証することが重要である。そこで、この医療技術評価の成果を臨床現場で利用する「根拠に基づいた医療」(Evidence Based Medicine: 以下「EBM」という。)について検討し、その普及及び推進等、特にEBM推進の一方策である診療ガイドラインの策定についても検討することを目的として、本検討会が平成10年8月に設置された。以後計6回にわたって検討を重ね、今後、報告書として取りまとめられた。

報告者	2 主な内容
報告者 (日本医師会常任理事)	(1) EBMの推進
名譽者 (日本医科大学副学長)	(2) 治療ガイドラインの作成・普及
推進委員 (国立がんセンター中央病院長)	(3) 総合的推進に向けての調整
推進委員 (慶應義塾大学医学部長)	(4) 臨床研究の推進並びに国民の理解及び協力
高久光雄 (自治医科大学学長・日本医学博士会会長)	(5) 情報ネットワークの必要性
小林 英一 (京都府立医科大学副学長)	
長谷川 隆彦 (国立長崎大学病態学・臨床医学研究部長)	
久野 晋雄 (徳島大学医学部衛生学講座教授)	
橋本 良典 (千葉大学医学部教授)	
橋本 次夫 (大阪大学医学部臨床検査学講座教授)	
宮城 隆博 (沖縄県立中央病院長)	
矢野 龍雄 (東京大学医学部長)	

アングロサクソン文化

1. 実証主義
理論 → 現実 ← 実証
2. 個人主義
知らされ理解した個人による意志決定

病態生理よりも臨床治験結果



20世紀革命 医療改革事業	70年代パラダイム 現代医学批判	21世紀転換 世界的医療制度改革
前進的進歩時代 近代経営学開始 医療技術有効	医療技術革新 医療費急増	質安全の評価 標準化、効率化 高齢化へ
ヘンダーソン フレクスター ウイムソン ↓ 評価 公衆衛生独立	イバンリフ マキーン コラン ↓ メグアヒ MDM	パーウック サケット ↓ ガイドライン EBM TQM Patient Safety



Harvard Professor Lawrence Henderson identified the period 1910-12 as

the "Great Divide" when "for the first time in human history, a random patient with a random disease consulting a doctor chosen at random stands a better than 50/50 chance of benefiting from the encounter."
 (Harris, Richard. *A Sacred Trust*. New York: New American Library, 1966)

歪められた医学史 医学は凄くない

© T. Hosogawa
MS, Japan

1920代後半

医療社会学者 ハーバード大学
ヘンダーソン教授

「人類が医師と遭遇して出会いが健康に貢献するようになったのは1912年頃のことである」(それまでは治すより殺したほうが多かった)

Henderson-Hasselbalch equation

$$\text{pH} = \text{pK}_a + \log_{10} \frac{[\text{A}^-]}{[\text{HA}]}$$

© T. Hasagawa
acid-base regulation 酸塩基平衡

1970代後半

公衆衛生学者 英国リード大学
マッキューン教授




「近代医療は死亡率の低下に貢献してこなかった。社会の発展が大きい要因」

消化器内科の権威 米国ハーバード大学
インゲルフィンガー教授

「その通り、ただ呪術医と同様、気休めには貢献した」NEJM編集後記編集長として

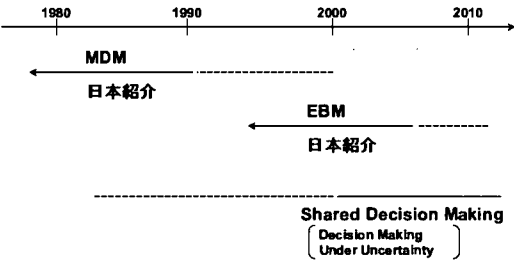
© T. Hasagawa
acid-base regulation

米国医学教育革命

第1回	1910頃	ボルチモア革命 ジョンズホプキンス大学 フレクスナー(報告書) 基礎2年臨床2年科学的医療	
第2回	1960頃	クリーブランド革命 クリーブランド大学 ミルズ(報告書) 早期臨床曝露、臓器別教育	
第3回	1980頃	ハミルトン革命 マクマスター大学 サケット(臨床疫学) 問題解決型学習	

© T. Hasagawa
MPC/Japan

MDMとEBM



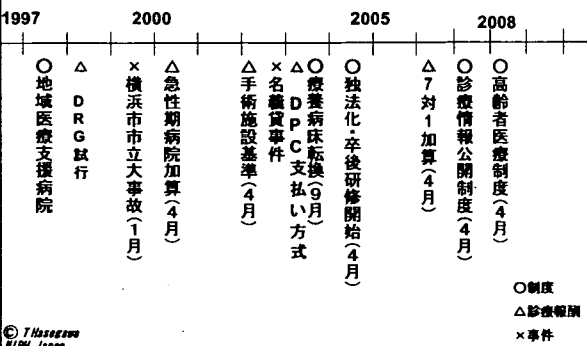
1980 1990 2000 2010

MDM
日本紹介

EBM
日本紹介

Shared Decision Making
(Decision Making Under Uncertainty)

歴史経緯



1997 2000 2005 2008

- 地域医療支援病院
- △ DRG 試行
- × 横浜市市立大事故(1月)
- △ 急性期病院加算(4月)
- △ 手術施設基準(4月)
- × 名義貸事件
- △ DPC 支払い方式
- 療養病床転換(9月)
- 独法化・卒後研修開始(4月)
- △ 7対1加算(4月)
- 診療情報公開制度(4月)
- 高齢者医療制度(4月)

○制度
△診療報酬
×事件

© T. Hasagawa
MPC/Japan

第3部 背景分析

解答

歴史的産物	ますます重要 (アングロサクソン化)
日本は科学モデル	不確実性前提 (Shared Decision Making)
根拠が少ない	疾病構造変化、非現実的 (新臨床研究法)
教育普及が悪い	新しい教育法 (各種技法、IT)

敗北の理由(敏彦3仮説)

- 疑問1 EBMはこの10年で日本に根付いたのか
NO
教育モデルが間違っている
- 疑問2 我が研究班はインパクトとなったのか
殆どNO
教育手法が間違っている
- 結局エビデンスが足りなかった

診療の過程とは

医学は不確実性の科学であり、
確率の技術である。
—ウィリアム・オスラー

米国内科学の父
ジョンズ・ホプキンス大学教授



WILLIAM, B. (ed.):

"Aphorisms from his bedside
teaching and writings"

1950, p. 125, Henry Schuman, New
York.

(July 12, 1839 - December 29, 1919)

臨床過程

<患者側>

不確実性

情報 (真実か否か) 価値 (多種) 理解 (ばらつき) 結果 (入院7~12% 事故)

問題提起 情報処理 問題認知 解決提起 解決実施

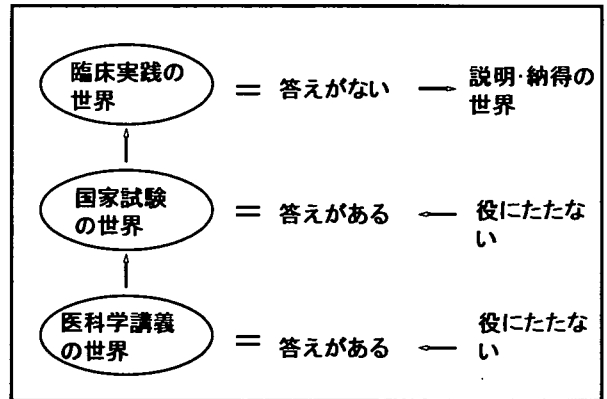
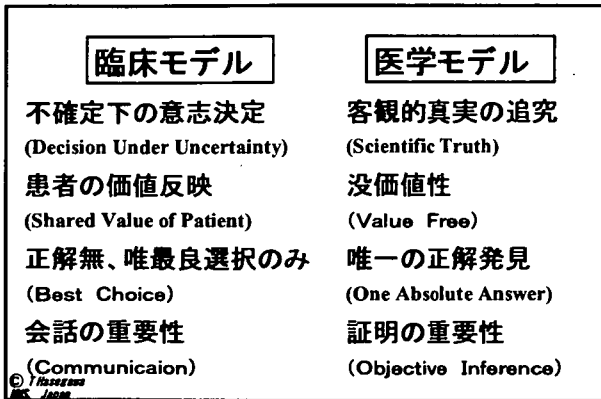
主訴 → 診察・検査 → 診断決定 → 治療決定 → 同意

問題 (把握可能か) 診断 (有名な沖中告白) 根拠 (EBM4段階確実度)

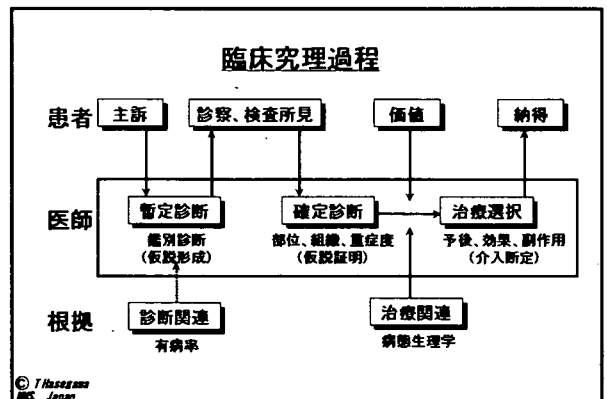
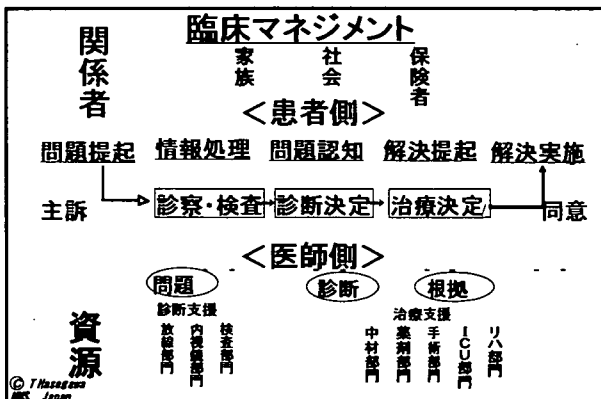
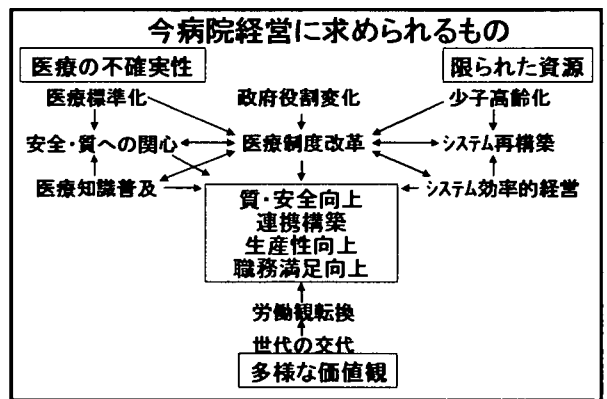
<医師側>

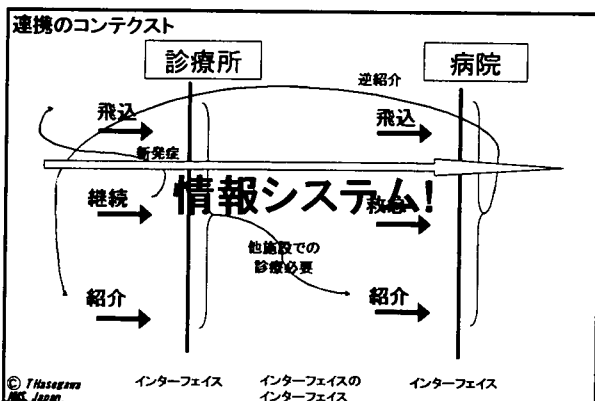
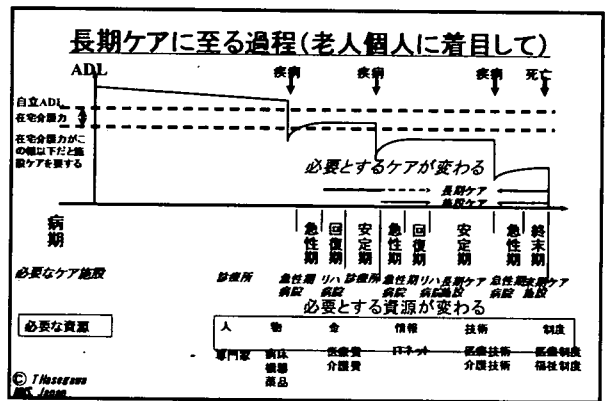
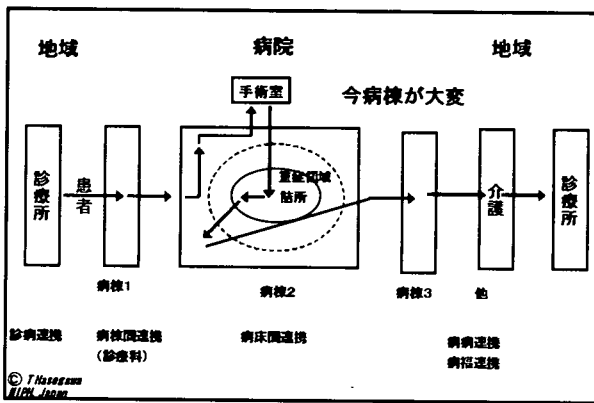
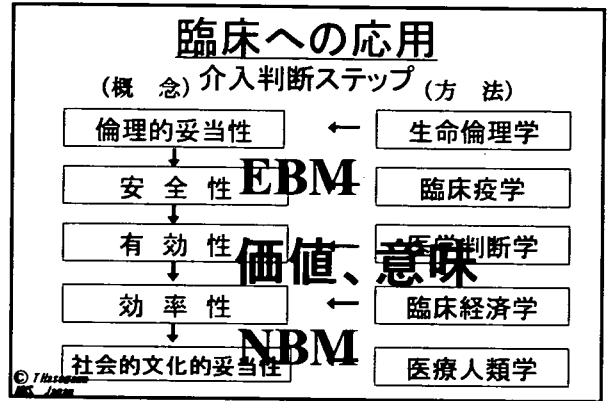
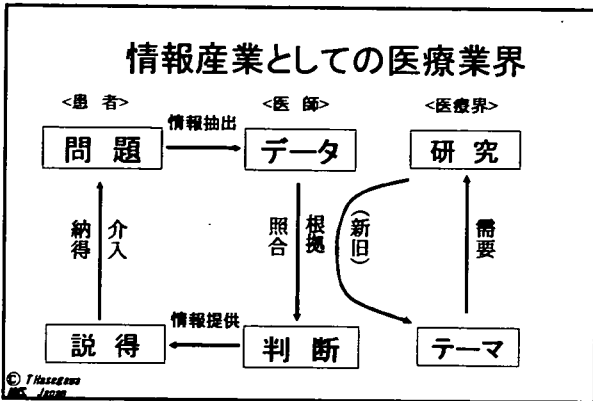
医療は不確実性の科学

- 主訴 患者は必ずしも本当の事を言うとは限らない
- 診断 確実なことは殆んどない(沖中誤診告白)
- 根拠 医学の科学的根拠でさえ確実度に段階有
- 理解 患者側の理解にはばらつきがある
- 価値 提供者側の患者価値理解不確実
- 結果 一番不確実！入院7-13%確実に医療事故



社会の中で医療とは





医療マネジメント

レベル	リンク	システム	マネジメント
地域	施設と施設	地域医療システム	地域医療 ネットワーク経営
病院	部門と部門	病院システム	病院経営
病棟	専門家グループと 専門家グループ	病棟システム	病棟経営
臨床	提供者と患者	臨床システム (人物情報技術)	臨床マネジメント

保健医療介護モデル

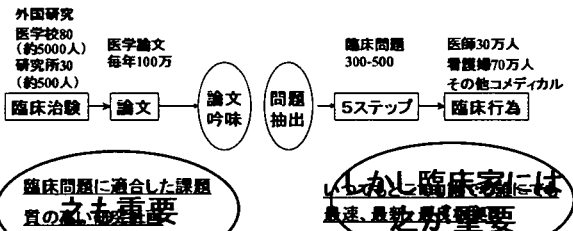
予防(社会)	公衆衛生モデル	行政
予防(個人)	行動変容モデル	会社? 行政
慢性継続ケア	?? 人生の変化 コーチング	診療所 会社?
急性期ケア	臨床マネジメントモデル	病院
福祉ケア	福祉モデル	実際は 福祉と医療

第4部 根拠作り 研究の課題

解答

歴史的産物	ますます重要 (アングロサクソン化)
日本は科学モデル	不確実性前提 (Shared Decision Making)
根拠が少ない	疾病構造変化、非現実的 (新臨床研究法)
教育普及が悪い	新しい教育法 (各種技法、IT)

根拠作成 根拠整理 根拠使用



日本の臨床研究は破綻

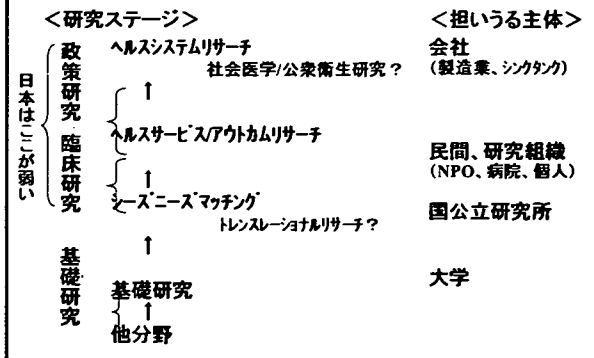
サイテーション、インデックによる世界標準調整評価
秘密入手、暫定結果報告

最低	九州大学	基礎に重点?
軒並み低位	旧伝統校 東大、京大	ほんとうに国際的に 勝てる報告があるのか
高位	琉球大	県立中部病院と競争 しているからか
	岩手医大	

医局講座制の内部解体、外部解体

1990年頃より次第に機能喪失
「研究」「臨床」「教育」の3機能を束ねる研究無意味化
研修生の専門医資格指向、学位重視
学位のための基礎研究 何ら結果を生み出さず
1990年代後半、国民の質安全への関心高まり
医療情報、技術、非医局経由増大、「慈恵医大育戸事件」
2002年名義貸し事件 2004年新臨床研修制度

知識から実践の応用へ



新臨床研究の方法

疫学の歴史的発展を踏まえて

第1世代疫学	感染症	記述疫学 (数を数えてみる)	確率的
第2世代疫学	成人病	分析疫学 (きれいなデータで関係をみる)	非確定的
第3世代疫学 (前期)	医源病	評価疫学 (臨床疫学とも言われ第2世代の方法を使う)	非確定的
(後期)		汚いデータから真実を読み取る データマイニング	なんでもあり

第5部 教育方法 誰がどのように

EBMの5ステップと研修の重点

		基礎コース 全員必修 (1年次研修必修)	発展コース 応用 (2年次研修必修)
ステップ1	質問の設定	+++	+
ステップ2	根拠の検索	+++	+
ステップ3	根拠の吟味	+	+++
ステップ4	臨床に応用	+++	+++
ステップ5	診療の評価		+++

EBM研修の実際

研修内容

初任者研修(オリエンテーション)(1週間から1日)の中の0.5日-講師:自院1人、場所:自院

1年目 | **A** | _____ |

任意の2日間 講師:近隣病院から数名、場所:地域で決める(病院外の会場など)

2年目 | _____ | **B** | _____ |

留意

ただし研修の2年の間、「症例検討会」「CPC」「早朝や昼食時のカンファレンス」時にEBMの考え方を整理し、進捗することによりEBMを日常で使えるようにする。

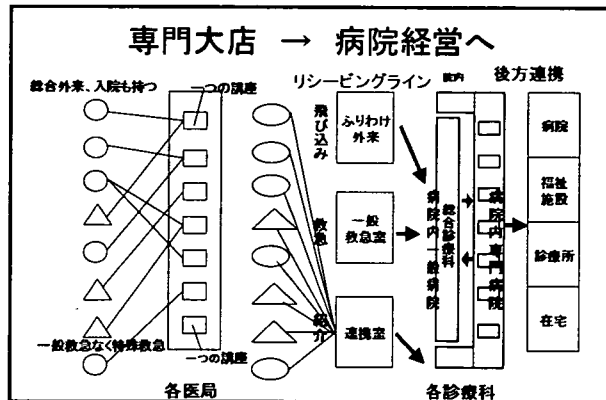
プライマリーケアの混乱

歴史 二度のトラウマ

医師会vs厚生省 論争のトラウマ(日野原北井)1986
前期卒後研修制度の失敗(理念なき強権)2004

組織 乱立

実地医科の会	悩めるお人好し開業医
自治医大グループ	地べた派
総合診療グループ	高踏派
厚生省米国研修	グループ帰国子女
家庭医グループ	原理主義者
医師会	無見識
厚労省	無能



- ### 総合診療科の役割
1. 病院内一般総合二次病院
一般教皇ととびこみ外来を受け持つ
専門診療科から連絡介されて得意分野(複合疾患、感染症など)を受け持つ
 2. 専門診療科とは融合
良い意味で常に専門診療科と緊密関係にある
 3. 教育を担当
 - 1) 卒前基礎教育 臨床家が教えた方がいい
 - 2) 卒後前期研修 とびこみ、教皇は主治医がいないからいい
 - 3) 総合診療の専門家教育 特に専門から地域へ移動する
中年医増加するのでその研修モデル
 4. 研究担当
 - 1) 教育研究 人類史的課題
 - 2) 臨床研究 EBM、アウトカム研究など
 5. 組織

チーフ	1	教授
アシスタント	2	教授 40代 (教育、研究)
現場	3-4	講師、助手 (教育、臨床)
研修生		前期、後期

第5部 まとめ

参 考 资 料

EBM

Evidence-Based Medicine

The Duke Division of General Internal Medicine

Teaching and Leading EBM: A Workshop for Teachers and Champions of Evidence-Based Medicine

April 22 – 25, 2008

Workshop Description

This workshop is an intensive and interactive 4-day program designed to develop the knowledge and skills required to practice and teach evidence-based care. Sessions will feature a mix of small and large group discussions, interactive lectures, and case-based studies. Participants will spend 36 hours in active and assigned coursework. **As a key workshop highlight, attendees will be assigned dedicated small-group mentors to guide them in achieving personal goals and objectives.**

Workshop Objectives

Following participation in this activity, participants should be able to:

1. Investigate, evaluate, and improve patient-care practices utilizing scientific evidence and methods.
2. Facilitate evidence-based clinical practice in their teaching and practice settings.
3. Practice the skills involved in evidence-based medicine including clinical question formation and acquisition of medical evidence from the literature.
4. Review, develop, and refine critical appraisal skills and application of available evidence to patient care and medical education.
5. Identify and utilize a variety of evidence-based resources.

Target Audience:

- Chief residents
- Program Directors
- Primary-care and specialty-care physicians
- Pharmacists
- Nurses
- Medical Librarians

For More Information & Registration

www.mcilibrary.duke.edu/training/courses/ebmworkshop

Or Contact:

Sheri A. Keitz, MD, PhD

skeitz@med.miami.edu or (305) 573-3160

Connie Schardt, MLS

connie.schardt@duke.edu or (919) 660-1124

Tuition for 2008 Workshop:

- Duke Faculty or Staff \$1680
- Any Chief Resident \$1680
- Other Non-Duke \$1880

General Information

The registration fee covers tuition, conference materials (including textbooks, notebook, and syllabus), continental breakfasts, lunches, and snacks throughout the four days.

Core Faculty

Clay Bordley, MD, MPH Duke University Medical Center	Cathy P. Kaminetzky, MD, MPH Duke University Medical Center
Denise Campbell-Scherer, MD, PHD University of Michigan	Sheri A. Keitz, MD, PhD Co-Director, Program on Teaching EBM University of Miami
Cathleen Colon-Emeric, MD, MHSc Duke University Medical Center	Miami Veterans Affairs Medical Center
Phillip Dahm, MD University of Florida	Thomas G. McGinn, MD Mount Sinai School of Medicine
Jane Gagliardi, MD Duke University Medical Center	Thomas A. Owens, MD Co-Director, Program on Teaching EBM Duke University Medical School
David Feinstein, MD University of Wisconsin	Manesh Patel, MD Duke University Medical Center
Kenneth L. Goldberg, MD Durham Veterans Affairs Medical Center Duke University Medical Center	Connie Schardt, MLS Co-Director, Program on Teaching EBM Duke University Medical Center
Mitch Hefflin, MD Duke University Medical Center	Grace Thrall, MD Duke University Medical Center
Cassie Kennedy, MD Mayo Medical School	Heather Whitson, MD Duke University Medical Center

Workshop Schedule

Time	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
7:30am - 8:30am	Continental Breakfast	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting
8:00am - 9:30am				
9:30am - 10:00am	Break	Break	Break	Break
10:00am - Noon		Small Group Tutorial	Faculty Meeting Small Group Tutorial	Small Group Tutorial
Noon - 1:00pm	11:30am to 1:00pm Lunch with Small groups	Randomization Lunch	Lunch	Lunch - Interest Groups Noon to 1:00pm
1:00pm - 3:00pm	Concurrent sessions: MEDLINE - Published MEDLINE - Ovid Conferences Self Study Computer Lab	Concurrent sessions: MEDLINE - Ovid Bridgite Conferences Self Study Computer Lab	Concurrent sessions: PDA and Clinicians MEDLINE - Published Conferences Self Study Computer Lab	
3:00pm - 6:00pm	Small Group Tutorial	Small Group Tutorial	Small Group Tutorial	
6:00pm - 6:30pm				
6:30pm - 6:50pm	Welcome Reception / Light Dinner	Faculty Dinner		
7:00pm - 8:00pm				

Cancellation Policy

A written notice of cancellation must be received at least 6 weeks before the start of the course and will result in a \$250 cancellation fee. After that date, cancellation requests cannot be honored unless the space can be filled.

Special Needs Statement

The Duke Department/Division of General Internal Medicine is committed to making its activities accessible to all individuals. If you are in need of an accommodation, please do not hesitate to call and/or submit a description of your needs in writing in order to receive service.

Note:

The Program on Teaching EBM has elected not to accept any industry or pharmaceutical sponsorship.

Workshop Schedule

Time	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
7:30am - 8:00am	Continental Breakfast	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting	Continental Breakfast Tutor Trainee Meeting
8:00am - 9:30am	Large Group Session Welcome Evidence Cycle	Large Group Session Randomization/ Ovid Search	Large Group Session Diagnosis	Large Group Session Systematic Reviews
9:30am - 10:00am	Break	Break	Break Faculty Meeting	Break
10:00am - Noon	10:00am to 11:30am Large Group Evidence Cycle Workshop	Small Group Tutorials	Small Group Tutorials	Small Group Tutorials
Noon - 1:00pm	11:30am to 1:00pm Lunch with Small groups	Randomization Lunch	Lunch	Lunch - Interest Groups Noon to 1:00pm
1:00pm - 3:00pm	Concurrent sessions: MEDLINE - PubMed MEDLINE - Ovid Consultations Self Study Computer Lab	Concurrent sessions: MEDLINE - Ovid EndNote Consultations Self Study Computer Lab	Concurrent sessions: PDAs and clinicians MEDLINE - PubMed Consultations Self Study Computer Lab	1:00pm to 3:00pm Large Group Applicability Back to Bedside Wrap-up
3:00pm - 6:00pm	Small Group Tutorials	Small Group Tutorials	Small Group Tutorials	
5:00pm - 5:30pm	Large Group - Vocab Check	Large Group - Vocab Check	Large Group - Vocab Check	
5:30pm - 6:30pm	Welcome Reception / Light Dinner	Faculty Dinner 6:00pm - 8:00pm		
7:00pm - 9:00pm	Computer Lab Project Preparation	Computer Lab Project Preparation	Computer Lab Project Preparation	

EBM普及推進公開討論会 質問について

EBM普及推進公開討論会
根拠に基づく医療のあるべき姿
－EBMの理解と活用を進めるために－

公開討論会にご参加頂いた皆様からの質問について

<掲載にあたって>

- (注1) 特定のパネリストを指名してのご質問は、ホームページ掲載に当たり「(パネリスト宛)」と記載させていただきました。
- (注2) 上記以外は、原則として、当日参加者の皆様方からいただいたご質問等をそのまま掲載しています。(1件のみ、長文にわたるご体験の記述を割愛させていただきます。)

<ご質問やご感想について>

- 1 根拠に基づく医療の根拠とはどのようなものか、その基準はあるのでしょうか。治療法について患者さんに示すのは良いとしても、どの程度確立された治療法なら出せるのか等疑問を持ちました。
また、経験に基づく医療と根拠に基づく医療のどちらかを医師が選択するのかわなったら、安全な経験に基づく方を選ぶのではないかと思います。
- 2 医療者がEBMについての取り組みは必要不可欠であり、患者にも情報発信をきちんとしなくてはいけないということは改めて認識しました。医療というのは患者がなくてはなりたちません。患者の治療に対する参加意欲を高めるために何をすべきかが重要なのではないかと思います。日本人の文化としての「おまかせ医療」をどのように変えるかについてマスメディアとしての考えはあるか？よくアンケート調査とかで情報を浸透させるための知識はあると思います。また、そのノウハウを医療施設にも情報提供してすべてのところでどんどん情報が聞けるシステム構築も必要ではないでしょうか？
- 3 EBMの普及推進については、インフラ整備が最も大切ではないかと思います。いかがでしょうか？

- 4 ○日本語によるEBM情報の流通のために、医師、一般への情報提供の支援のための情報専門家(情報の収集から評価までを行う)が必要とされるのではないか。
○学会、医療界から一般の人々へのEBM情報の提供、啓蒙はどのようにあればよいのだろうか。より強力にすべきであると思うが。
- 5 EBMの確立も大切と思いますが、それを活用する医者教育も合わせて行う必要があるように思います。
(EBMが十分に活用されたか、それが隠れ蓑になってしまう)
- 6 技術であれば、技術が標準化されればそれを運用できる技術者の養成が求められます。EBMが推進すると同時に、それを理解、消化して臨床に適用できる医師はどう養成されるのでしょうか？
今後の医学教育のあり方について厚労省、医学界はどう考えておられますか？
- 7 EBMを一般国民に伝えたいと思うとき2点の障害があります。
(1)医療側からは、「妙な知恵を患者につけないでほしい、外来がパンクしてしまう」というような意見
(2)患者側からは、「こんな知識を持って、今の担当医に嫌われるだけ、知っても、それを実践してくれる医療機関が身近にない」
この2点を乗り越えるための現時点でのポイントは何になるのでしょうか？
- 8 (1)「根拠」の信頼性と価値は誰が判断するのか。論文や統計データが異なる場合、どちらが正しいのか。「根拠」の定義は何なのか。
(2)「必要性は感じています」「今作成中です」「前向きに検討しています」というのは良くわかりますが、EBMが未完成の中で医療提供が行われていることをどうお考えなのでしょう。お話を伺っていますと医療は「科学」ではなく、「経験」なのかと思ってしまうのですが。
(3)専門医が存在する疾病に対して、非専門医が診断治療を行うとはどういうことなのか。もともと専門医は必要ないのか。EBMも同じように思えてしまいますが。
(4)メディアが社会に対してEBMの必要性を訴えるのは良いが、それは国民が根拠の乏しい医療を受けていることを知る。そんな医療に30兆円もお金を使っていることを知る。と言うものになってしまいますが、医師が科学的視点に立った改革を先に行った方が混乱を起こす可能性は低いように思いますが。
(5)「EBM」は必要とは思いますが、日本人の国民性や文化をふまえた使用方法にすべきだと思います。
(6)EBMは最新の医療をすべての医療提供者に早く正確に伝える手段にすぎないのではないですか。
(もっともそれすらないのが今の状態ですか)

- 9 EBMとはガイドラインづくりという前提で議論が進められているが、医療者が患者個人それぞれのそれぞれに最適のエビデンスを探す努力、すなわちその患者に最も合った医療を提供し、患者の利益を追求することにあるのではないのか。
「正しい答えがあるはずなら、ガイドラインは必要ない」(パネラー)というのはいまにその通りで、EBMはまず医療者教育のための根本的課題として議論されるべきではないのか？
- 10 ○ガイドライン作成に患者代表を入れるという事は当初は予定されていたのに、何故、中止されたのか？
(福井班のガイドライン作成のガイドラインには、当初はあったはず)
○今日は、何故、医師だけが医療の代表なのか？
○医療の専門家支配の問題は？
- 11 近年、日本でつくられているGLは、一般医、専門医、そして患者向けにつくられています。それぞれの違いは、どこにあるのでしょうか？
また、患者向けはどのように活用されているのでしょうか。どのようにして患者に伝えられているのでしょうか。もっと、オープンにできないものなのでしょうか？
- 12 クスリの場合は、利益を得る製薬会社が負担して evidence を集める慣行となっているが、数多くある手法の中からガイドラインという暫定的なベストパフォーマンスを作成するにあたっての予算を誰が担うのか。医療というサービスによって利益を得る医師とすれば済むのでしょうか？
- 13 (1)EBMが医療現場で使われない最も大きな理由は何ですか？
(2)EBMを使いたいと思った時に最も欲しいと思うアイデアは何ですか？
(3)EBMの為のデータ作り(大規模臨床試験など)のスポンサーは誰がやるべきですか？
理想的には国だと思いますが、現実的にはメーカーになるのですか？
- 14 「ガイドライン」とはどのようなものか。その医学的、法的位置づけはどうなっているのか。もう一度共通認識としておく必要があると思われます。
○GL作成の主体は学会であって、あくまでもコンセンサスを得た治療法、診断法の一部ですとだけいっているだけです。
○GL自体を評価していく研究が必要
○混合診療を認めること
- 15 (1)ガイドライン＝標準治療に縛られるのは問題だが、ガイドラインを踏まえずに個人特性を考慮した診療は出来ないと思う。その意味でガイドラインは重要だと思うが、現状のガイドラインは多くの医師のニーズに応えてないものが多いようだが、これはどうしてなのか？
(2)ガイドラインは学会が作っているようだが、本当にそれで良いのか。誰がどの

ような過程を経て作るべきなのか？

(3)EBMを普及推進する為には医師の能力(EBMを理解するために必要な疫学、統計などの)が格段に向上しなければならないが、それは可能なのか？(能力だけでなく文化(数値で表す)を変える必要？)

(4)米国では一般紙にかなり詳細な医療記事が頻々載っている。日本では「一般向け」は「平易な言葉で」書くことが多く、内容が「すかすか」になっているような気がする。どうしてなのか？

16 (1)エビデンスとして、レベルが低いものしかない場合でも、診療ガイドラインは必要だと思いますがどうでしょうか？

(2)日本におけるRCTによるエビデンス創出のためには、メディアの協力が必要ですが、その他に法的な助力、とくに経費的補助、刑罰的補助が必要と思うがいかが？

(3)ガイドラインの改訂は、大きな新しいエビデンスが出たときとされています。

17 日本癌治療学会が音頭をとって、各種(がん)ガイドラインを作りネットで公表していく予定の様ですが、

(1)ガイドラインを策定した委員の専門と氏名を公開すること

(2)ガイドラインの、医師にとっての、国民にとっての位置づけを明確にすること。
EBMは単なるベース、その上に narrative や、QOL、個々の価値観を加味することが必要

↓

ここの部分が医師、患者のコミュニケーションの中でやりとりされていくことに診療時間が使える。

○EBM公開により、EBMの部分はすつとばせる

(3)学閥、医局が生きたままで、このEBMは生かされるのでしょうか？

18 (1)ガイドラインは、日本国内で受けられる治療の最低限の基準というものであり、様々な治療方針の中での最大公約数であると思われる。厳守すべき至上のものではなく利用しやすく、且つ、汎用性のあるものに作成して欲しい。日本での evidence を集めるとするなら、各地域、各施設でのなわばり意識など取り払わなければ確実な日本人の standard とならないのではないか。

(2)EBMと言っても必ずしも大規模試験が必要というわけではないが、日本国内ではあたかもそれが重要であるように取り沙汰されているのはおかしくないか。さらに、保険適応の枠によりEBMの探求に制限がついている。

(3)ガイドラインの作成について、学会や医師会主導でつくる際に、常に更新できていくような仕組みが必要ではないか。また、失礼ながら高齢の医師(幹部となるような)ではなく、若手中心に推進できないのか。