

【第19回聖路加看護学会学術大会：教育講演】

# エビデンスとナラティブ

## —これからの医療と看護を考える—

中山 健夫

### I. 「根拠に基づく医療」の誕生

1991年にカナダの Guyatt が提唱した根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine ; EBM) は、質の高い医療を求める社会的な意識の高まりとともに、さまざまな臨床分野で普及した (Guyatt, 1991)。EBM は「臨床家の勤や経験ではなく科学的根拠 (エビデンス) を重視して行う医療」といわれる場合があるが、本来は「臨床研究によるエビデンス (best research evidence), 医療者の専門性・経験 (clinical expertise), 患者の価値観 (patient's value), そして患者の臨床的状況と環境 (clinical state and circumstances) の4要素を統合し、よりよい医療に向けた意思決定を行うもの」である (Straus et al., 2010)。

臨床研究によるエビデンスは、人間集団を対象とする疫学的な研究で明らかにされた「一般論」である。臨床試験、とくにランダム化比較試験を中心に、さまざまな介入 (治療・予防) の有効性を評価するシステムティックレビューを実施し、そのデータベースを構築しているコクラン共同計画は、定量的情報としてのエビデンスの代表的な取り組みといえる。近年では、多くの疾患に関して EBM の手法を用いた診療ガイドラインが作成され、臨床現場で利用されている (福井ら, 2014) (図1)。前述のとおり EBM は、医療における意思決定に役立つ最善の根拠 (ベスト・エビデンス) として、多くの人間を対象に、病気とその原因、治療法とその結果といった因果関係を統計的手法で明らかにする疫学の成果を重視している。しかし本来の EBM は、このような「人間集団でみられる一般論」だけではなく、上記の定義にあるように「臨床家の熟練」、そして「患者の価値観」を考慮合わせて、よりよい医療を目指すことを提案したものである。これらの3要素に続いて追加された「患者の臨床的状況と環境」は、患者の個性・多様性、そして医療の行われる場を考慮することの重要性を示している。同じ病気でも進行度・重症度は患者によって異なり、また同時にもっているほかの病気の状態 (併存症 ; co-morbidity) によっても異なる。「第Ⅲ期の進行胃がん」という病気であっても、80歳の男性の場合と30歳の女性の場



(<http://minds.jcqh.or.jp/n/>)

図1 公益財団法人日本医療機能評価機構 Minds

合では、その意味はまったく異なるであろう。「肥満の糖尿病患者」に対して、一般的に推奨される治療法は食事療法・運動療法、そして適切な薬物療法であるが、その患者が変形性膝関節症で膝の強い痛みを訴えていれば、通常は勧められる運動療法を行うことは適切とはいえない。また、ひとりの同じ患者であっても、大学病院を受診した場合と地域のクリニックを受診した場合で、期待される内容、実際行われる診療は同じものにはならないであろう。さらに、同じ患者がわが国で医療を受けた場合と、アメリカで受けた場合を考えれば、制度・文化の違いから、行われる医療が異なるのは当然といえる。

EBM の提示した「根拠に基づく」アプローチは、今日、臨床医のための方法を越えて、根拠に基づく「プラクティス」(Evidence-Based Practice ; EBP) として、すべての看護・ケア・リハビリテーション・予防などさまざまな領域に広がっている。

### II. 臨床疑問から研究デザイン,そしてエビデンスへ

EBM は「生涯に渡る自己学習 (self-directed learning) のプロセス」であり、患者指向の医療を実現するための問題意識の持ち方、見いだした問題を自力で解決する方法の体系化ともいえる。EBM の実践は「疑問の設定 (定式化) → 「根拠の検索」 → 「根拠の吟味」 → 「実際の適用」 → 「評価」の5段階からなる。臨床における疑問

表1 「疑問」のカテゴリーと代表的な研究方法

カテゴリー	研究方法
1. 頻度	横断研究 (有病割合) コホート研究 (罹患率)
2. リスク因子	コホート研究 症例対照研究
3. 診断	比較研究 (横断研究) 検査特性分析
4. 予後	コホート研究
5. 介入 (治療・予防)	介入研究 (ランダム化比較試験 [RCT] 等)
6. コスト	データ統合型研究 (費用対効果分析等)
7. 不確定状況での意思決定	データ統合型研究 (決断分析等)
8. 患者・医療者の体験 (how, why or what's X)	質的研究 (継続比較法 [GTA], 内容分析, 事例分析, エスノグラフィ, 談話分析等)

(clinical questions) には、大きく2つのカテゴリーがある。1つは背景疑問 (background questions)、もう一方は前景疑問 (foreground questions) である (Straus et al., 2010)。背景疑問とは、疾患や症状に関する一般的な知識であり、たとえば「高血圧の定義は?」「高血圧による臓器障害の特性は?」「降圧薬の種類は?」などの疑問がそれにあたる。前景疑問は、個々の患者の個別の問題を志向 (patient-centered, patient-focused) する疑問であり、その4要素の頭文字をとってPECO (ペコ; Patient-Exposure-Comparison-Outcome)、介入の有効性に関心のある場合はPICO (ピコ; Patient-Intervention-Comparison-Outcome)と表現される。背景疑問、前景疑問に対応する知識を、それぞれ背景知識、前景知識とよぶ。学部での卒前教育では人体や疾病に関する背景疑問を中心に、教科書的な知識を系統的に学ぶ。臨床現場では、一定の背景知識の体系を前提として、実際の臨床判断の必要性から生じる特定の前景疑問に対して、素早く適切な回答を手に入れ、意思決定につなげる能力が必要となる。すべての医療者が向き合う、この課題にひとつの解決策を提示したのがEBMであった。表1に臨床疑問のカテゴリーと、それに回答を与える適切な研究デザインをまとめる。

EBMの導入期には、「EBM=エビデンス=ランダム化比較試験」といった誤解が少なくなかった。既述のように疫学的方法を用いた臨床研究のエビデンスはEBMの主要な構成要素のひとつである。ランダム化比較試験は多くの臨床疑問のなかで介入の有効性という疑問に答える際に、もっとも妥当性の高いエビデンスを提示する研究デザインであるが、臨床疑問のすべてに最上のエビデンスを与えるものではない。

臨床家がエビデンスという言葉に振り回されず、それを適切に活用するため、そして自らがエビデンスの創出にかかわっていくためには、疫学研究の方法論を知ることが不可欠といえる。

### Ⅲ. エビデンスからナラティブへ

本来のEBMは、その定義のとおり、「疫学研究で得られた(数字を重んじる)一般論としてのエビデンス」だけではなく、多面的な視点からよりよい患者ケアの実現を目指してきたものである。しかし、EBMの提唱後、世界的にも、わが国でも、しばらくの間は「エビデンス」の部分のみが注目され、大切なほかの要素への配慮が相対的に不十分になった。そのような「エビデンス偏重」の風潮のなか、1999年にEBMの推進者であったイギリスのGreenhalghらは「ナラティブ・語りに基づく医療 (narrative based medicine; NBM)」を提案した (Greenhalgh et al., 1998; Greenhalgh et al., 1999)。これは「確率論を用いる定量的情報であるエビデンス」への注目から、対照的に鮮明化した患者個人の内面的体験への関心であり、エビデンスのみを過大視する偏ったEBMムーブメントの一部を修正するものとなった。

NBMへの関心を高めたもうひとつの背景も忘れてはならない。それは患者自身の力である。医師をはじめとする医療者が医療・ケアの方針をすべて決めていた伝統的な医療スタイルから、意思決定の少なくない部分が患者の側にシフトしつつある状況は世界的に共通といえる。そのような背景のなかで、集団から得られた「一般論としてのエビデンス」だけでなく、1人ひとりの存在のもつ「多様な物語」が重視されてきたことは自然な流れといえる。今日、インターネット上では、患者をみる医療者ではなく、病気をもつ人々自身による情報発信が一般化し、新聞やテレビでも患者として実名で発言する人々の存在は珍しいことではなくなっている。

### Ⅳ. 「ナラティブ・データベース」の試み: DIPEXの誕生

コクラン共同計画の創設者のひとりである、イギリスの臨床薬理学者Herxheimerが、著名な家庭医であったMcPhersonとともに、2001年、世界に先駆けて創設したナラティブのデータベースがDIPEX (Database of Individual Patient Experiences) である (佐藤ら, 2014)。このウェブサイトでは、がん、心臓病、てんかん、うつ、糖尿病、HIV、がん検診、出生前診断など、さまざまな病気や検 (健) 診などの体験が数多く集められ、数千を越す人々の語りや音声や映像として収録され、その一部がインターネット上で自由に閲覧できる。DIPEXは、多くの人々の共感を得て、現在DIPEX-internationalとして世界的に展開されつつある。

DIPEX では人文社会科学領域で発展した質的研究の方法を用いて、多くの人々からの語りのデータが系統的に収集・編集、そして研究目的で解析されている。面接では、年齢・病期・治療法・居住地等が偏らないように、maximum variation sampling という手法を用いて、多様な体験を集める努力がなされている。ひとつの病気に関して30～50人を対象に自由度の高い半構造化インタビューが実施され、その語りの映像・音声を編集して数百個のビデオクリップが作成され、トピックごとに検索できるデータベースが構築されている。現在は、本人である患者 (patient) に限定せず、家族の問題や予防医学的なテーマも取り入れて、「ヘルストークオンライン」、16～25歳向け「ユースヘルストーク」というサイト名に変更され、取り組みが拡大している。

**V. ディベックス・ジャパン：日本での展開**

イギリスDIPEXの活動には、比較的早い時期にわが国からも関心が寄せられた。2007年に有志による任意団体として発足した「健康と病いの語りディベックス・ジャパン」は2009年に特定非営利活動法人として承認され、がんや認知症の患者インタビューに基づき、ウェブ上に動画で「ナラティブ」情報を提供している (図2)。2013年には東京都より認定NPO法人として承認を受けた。その後、多くの賛同者のご協力のもと、乳がん、前立腺がん、認知症の語りが公開され、現在、臨床試験への参加、大腸がん検診などのテーマで内容の充実が図られている。

語り・ナラティブの情報は、それに接した人間に影響を与えるだけではない。語った本人が、それによって自分を取り戻すことができた、自分なりの整理を進めることができた、異口同音に答えられる。このウェブサイトは、患者自身が同じ病気の体験者の語りから、病気に立ち向かう勇気を得たり、治療法を主体的に選択したり、生活上の工夫を学べ、家族や友人にとっては、患者の気持ちを理解する手がかりを得られる、などの意義をもつといえる。

ディベックス・ジャパンのコンテンツは2014年時点、医学・看護・薬学など30大学以上の学部教育で、コミュニケーションや倫理的問題を考える貴重な「ナラティブ教材」としても利用されている (中山ら, 2013)。このような「ナラティブ教材」の意義は、医療者や医療系の学生が、生物医学的な疾病の知識だけでなく、文化社会的な“病い体験”の理解を深めるのに役立つ可能性がある。たとえば、患者の語り・ナラティブに接することは、以下のこと (の一端) を実感として理解する手がかりとなるであろう。

- ①患者が医療者の前ではどのような面を見せていないか、話していないかを知る。
- ②患者は医療者の思いもよらないことを感じ、考えて



(http://www.dipex-j.org/)

図2 認定NPO法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン

いる場合があることに気づく。

- ③語りを通して「一個の人間」としての患者に接することで、医療者として内省を深める。

**VI. Health Experience Research (患者体験学)の創生**

2014年7月20日、京都大学で「病いの語り医療を変える～患者体験学の創生」と題したシンポジウムが開催された。そこでは、病いの体験を学術的・体系的に研究するイギリス、日本、ドイツ、スペイン、韓国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドの研究者が一堂に会し、患者体験学 (Health Experience Research ; HER) という新しい学問領域が議論された。シンポジウムで、Oxford大学Health Experience Research Group(HERG)のディレクターであるSue Ziebland氏は、「もはや患者の声を聴くだけでは不十分である。これからは患者の声をヘルスケアの向上のために活かしていかなくてはならない」ということを強調した (佐藤ら, 2014; Coulter et al., 2014; Ziebland et al., 2013)。

エビデンス偏重への対照から注目されたともいえる「ナラティブ」は、「患者の声に耳を傾ける」ことから一歩を踏み出し、「患者体験学」として「病いの体験を医療の質向上のための社会資源として活用していく方法論の確立」に向けて進み始めている。その実現の鍵となるのが、患者と医療者の協働 (co-production/co-design) であることはまちがいない。

医療・看護において、もっとも重要な概念のひとつとなった「エビデンス/EBM」もまだ誕生して20年あまり、そして「ナラティブ/NBM」はわずか15年である。その歴史は長いようで、まだ短い。医療・看護を提供する立場として医療者は、その両方をバランスよく携えて、それぞれを思慮深く活用し、患者ケアにあたることが求められている。さらに医療・介護をめぐるさまざまな問題の複雑化・多様化を背景に、医療・ケアを「提供

する・される」の関係を越えて、臨床から健康・医療の政策レベルに至るまで患者やその家族と医療者が共に問題の解決にあたる場面が増えてくることが予想される。

以上、医療と看護におけるエビデンスとナラティブの意義と関係を概観した。エビデンスとナラティブが共に、これからの患者・医療者のよりよい関係づくりと新しい価値の創造に向けた議論に資することを願いつつ、本稿を終えたい。

#### 引用文献

Coulter A, Locock L, Ziebland S, et al.(2014) : Collecting data on patient experience is not enough ; they must be used to improve care. *British Medical Journal*, 348 : g2225.  
福井次矢, 山口直人 (監修) (2014) : *Minds 診療ガイドライン作成の手引き2014*. 医学書院, 東京.  
Greenhalgh T, Hurwitz B (1998) / 斎藤清二, 岸本寛史, 山本和利 (2001) : ナラティブ・ベイスト・メディスン : 臨床

における物語りと対話. 金剛出版, 東京.

Greenhalgh T, Hurwitz B (1999) : Narrative based medicine ; why study narrative? *British Medical Journal*, 318 (7175) : 48-50.

Guyatt GH (1991) : Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 114 : A-16 (suppl 2).

中山健夫 (2013) : 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「国民のがん情報不足感の解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究」平成24年度および25年度総括・分担研究報告書.

佐藤 (佐久間) りか, 中山健夫 (2014) : 患者の語りが医療を変える ; 英国と日本における DIPEx の取り組み. *8020*, 2015 ; 14 : 40-45, (印刷中)

Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, et al.(2010) : *How to Practice and Teach EBM* (4th ed.). Churchill Livingstone, Edinburg.

Ziebland S, Coulter A, Calabrese DJ, et al.(2013) : *Understanding and Using Health Experiences ; Improving patient care*. Oxford University Press.