

総論

エビデンスと看護ケア



宮下光令

東北大学大学院 医学系研究科
保健学専攻 緩和ケア看護学分野 教授

1994年3月東京大学医学部保健学科卒業，臨床を経験した後，東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て，2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

エビデンスは，日本語では「根拠」「証拠」「証明」などと訳され，一般的に臨床研究によって治療やケアの有効性が明らかになっていることを示します。このエビデンスを重視した医療をEBM（EBN）（Evidence-based medicine〈nursing〉）と言い，日本語では「根拠に基づいた医療（看護）」と訳されます。EBMの概念を図に示します¹⁾。

EBMは時に「ランダム化試験の結果に基づく医療で，患者の個別性を無視したものである」と誤解されることがあります。このような誤解の多くが，EBMとは図の右下の「Ⅰ. 科学的根拠」を過度に重視した誤った考え方です。もちろん科学的根拠は重要ですが，EBMはこの科学的根拠を基盤にしつつ，「Ⅱ. 患者の意向・行動（価値観）」と「Ⅲ. 臨床現場の状況・環境」などを総合的に考え，「Ⅳ. 医療者の技術や経験を含む専門性」を踏まえて個々の患者に対して最善の判断をすることです。

本特集では，エビデンスを「やっていますか?」「検討していますか?」「知っていますか?」の3段階で示しました。症状によって若干の違いはあるものの，「やっていますか?」はある程度確固たるエビデンスが国際的に固まっており，明日から臨床で活用すべきもの・活用しなければならぬようなものです。「検討してい

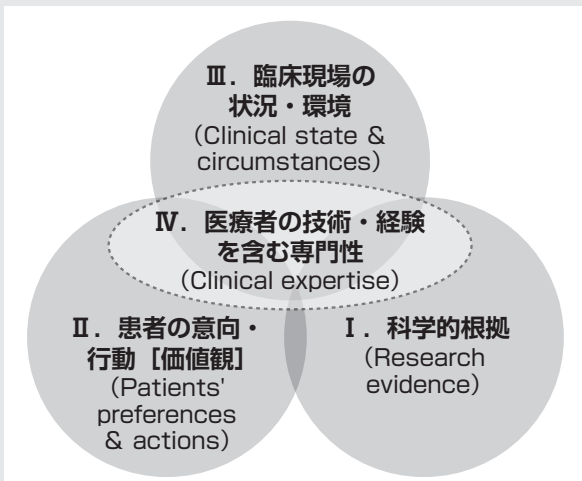
ますか?」は最近はこのような研究による知見・エビデンスが出ているので，目の前の患者の症状の緩和や看護に困ったら試してみてもよいのではないかと，いうものです。「知っていますか?」は，まだ確固たるものではないが，今後，より多くの研究の知見やエビデンスが蓄積される可能性がある注目のエビデンスです。

EBMの考え方について，本特集で角甲先生が書かれた「呼吸困難」に対する対応を例に考えてみましょう。呼吸困難の「やっていますか?」では，モルヒネの呼吸困難に対する有効性が述べられています。過去の多くの研究で，モルヒネの全身投与は呼吸困難に対して有効だということはほぼ確立したエビデンスであり，目の前に呼吸困難を抱える終末期がん患者がいたら第一に考えるべき治療法です。ただし，必ずしもすべての患者にこれが適用できるか分かりません。

例えば，患者は「モルヒネを使うと寿命が縮むのではないかと」と考えてモルヒネの投与を拒否するかもしれません。これは古くからある少なくない誤解ですが，十分に説明しても患者が拒否する以上，モルヒネを投与することはできません。これが「Ⅱ. 患者の意向・行動（価値観）」の尊重です。

また，患者の腎機能が非常に低下している

図 根拠に基づいた医療 (Evidence-Based Medicine)



Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. Jun 8 2002 ; 324 (7350) : 1350.

場合には、モルヒネの投与によって呼吸抑制が起こる可能性が上がります。さらに、モルヒネはせん妄の危険因子でもあり、モルヒネの投与によってせん妄が発症した場合には投与を中止せざるを得ないことがあります。これが「Ⅲ. 臨床現場の状況・環境」です。望ましいと考えられるエビデンスも、実際には患者の個別の状況や利用できる医療資源などの制約を受けます。腎機能の低下は必ずしも呼吸困難に対するモルヒネ投与の禁忌ではありませんが、このような治療の経験が少ない医療者にとっては避けたい場合もあるでしょう。これが「Ⅳ. 医療者の技術や経験を含む専門性」です。患者に対して責任を持つのは医師・看護師などの医療者であり、個々の患者に対する判断の基本になるものは自らの技術や経験です。エビデンスがあると言っても、達人にしかできないような難易度の高い手術を誰もがしてよいわけではありません。患者に対しては、モルヒネの投与だけでなく「検討していますか？」に示された酸素もしくは空気の投与（低酸素血症がない場合は空

気でも同等というデータが出ています）や「知っていますか？」に書かれている送風なども試してみる価値があると思われます。

このようにEBMは「Ⅰ. 科学的根拠」「Ⅱ. 患者の意向・行動（価値観）」と「Ⅲ. 臨床現場の状況・環境」「Ⅳ. 医療者の技術や経験を含む専門性」を組み合わせ、目の前の患者に対して最善の選択をしていくプロセスを言います。

これは当たり前のように思うかもしれませんが、過去にはエビデンスが実証されていない医療が行われてきた現実があります。例えば、呼吸困難に関しては「オピオイド吸入」や「フロセミド（ラシックス®）吸入」など確固たるエビデンスがない医療が理論的に有効ではないかという思いや乏しい経験を基に実施されてきました。このような治療法は、現在ではガイドラインで推奨されていません²⁾。

目の前の患者の困った問題に直面した時には、まずは「Ⅰ. 科学的根拠」に沿った第一選択となる治療やケアを検討することがあると思います。これには既存のガイドラインが役に立ちます。しかし、「Ⅱ. 患者の意向・行動（価値観）」や「Ⅲ. 臨床現場の状況・環境」などによってその実施が難しい場合には、できるだけ多くの治療やケアの「引き出し」を持っていることが望ましいと思います。本特集でそのような「引き出し」が増え、患者の価値観やさまざまな状況、利用できる医療資源などの制約の中、患者にとって最善の判断を行うきっかけになることを願っています。

引用・参考文献

- 1) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. Jun 8 2002 ; 324 (7350) : 1350.
- 2) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会：がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年度版，金原出版，2011.