シンポジウム9　「ポストEBMの時代は来たのか －エビデンスとアート－」

東洋医学におけるEBMとNBM

鶴岡（つるおか）　浩樹（ゆうき）（日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科）

1990年代初頭、科学的根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine：EBM）の登場により、医学界に大きなパラダイムシフトがおこった。臨床の現場では、疑問の解決法としてEBMが脚光を浴びた。しかし1990年代末となるとEBMの実践者達から、EBMだけでは現場の疑問を解決できないことが指摘されはじめた。患者にエビデンスを提供したいと誠実に行動しても、患者の価値観と合致しなければ、処方できないジレンマに陥った。客観的な科学というモノサシ、主観的な患者のモノサシ、両者に橋をかけるにはどうすればよいか。1998年、EBMを推進する英国のプライマリ・ケア医が中心となり、物語に基づく医療（Narrative-based Medicine: NBM）がうまれた。人はそれぞれ自分の物語を生きており、病をその物語の一部分と考えてみる。NBMは患者の病の物語を傾聴し、その意味を理解し、アプローチすることである。EBMとNBMは互いに補い合うもので、相反するものではない。病の物語を理解しEBMを実践すると、ステップ1のPECOが変わり、得られるエビデンスも異なり、臨床判断に影響を及ぼす。物語を考慮することで患者に直接還元できる質の高いEBMを可能にする。EBMの立場から見れば、物語やナラティブは、Sackettの定義のpatient valueに相当する。2006年、NBMは物語医療学（narrative medicine: NM）へと展開する。臨床家には、現場に散りばめられた細切れの情報を一貫性のある物語に構成する能力が必要で、これを物語能力（narrative competence）という。この作業は、現場の物語の多様性を汲み取りながら解釈を導くことを意味する。NMは物語能力を通じて実践される医療と定義され、EBMもNBMをも包括する臨床判断のスキルといえる。

略歴

1993年　順天堂大学医学部卒業、自治医科大学地域医療学教室入局
1996年　岩手県国保藤沢町民病院内科
2001年　ケース・ウェスタン・リザーブ大学家庭医療学講座　客員研究員
2004年　自治医科大学総合診療部　外来医長
2007年　つるかめ診療所　所長
2013年　日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科　教授

医学博士
日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医
日本東洋医学会EBM委員会委員
日本統合医療学会編集委員、指導医

東洋医学におけるEBMとNBM

第65回日本東洋医学会学術総会シンポジウム9
ポストEBMの時代は来たのかーエビデンスとアートー
2014年6月29日　東京国際フォーラム

鶴岡浩樹
日本社会事業大学大学院
福祉マネジメント研究科

EBM実践者のジレンマ

- 1990年代初頭、疑問の解決法としてEBM登場
- 1990年代後半、EBMだけでは
  現場の問題に対応できないと指摘

客観的	主観的
「科学という医師のモノサシ」	vs 「患者のモノサシ」

両者に橋をかけるにはどうすればよいか？

Narrative　＝　ナラティブ
語り、語ること、物語

NBMの誕生

人はそれぞれ「自分の物語」を生きており
「病い」はその物語の一部分と考える

1998年：Narrative- Based Medicine（NBM）の誕生

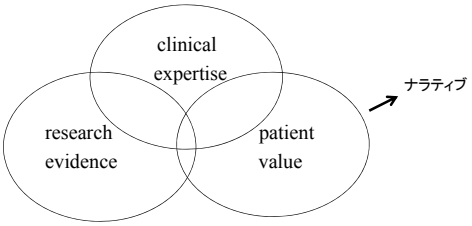
NBMとは、患者の病の物語を傾聴し、
その意味を理解し、アプローチすること
（鶴岡浩樹、医学教育　2007）

現場の様々な物語

36歳女性、早期胃がん
内視鏡的な手術を拒否
玄米食と祈祷で克服したい

80歳男性、慢性関節リウマチ
ステロイドは副作用が多いから
光線療法で治したい

EBM の3要素



EBMは最善のエビデンスを、
臨床の環境と患者の価値観と統合したもの
（Sackett　DL. Evidence-based medicine. Churchill Livingstone, 2000）

EBMの実践：疑問の解決法

ステップ1：疑問の定式化
ステップ2：情報収集
ステップ3：批判的吟味
ステップ4：患者への適用
ステップ5：行為の評価

Patient:　どんな患者に
Exposure:　何をすると
(Intervention)
Comparison:　何と比べて
Outcome:　どうなるか

PECO

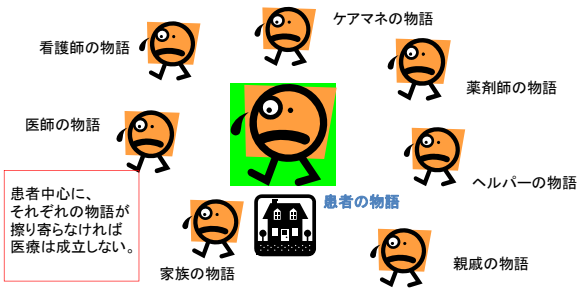
通常のPECO	ナラティブを考慮したPECO
P: 認知症/興奮症状	P: 認知症/興奮症状 （抗精神病薬の副作用心配）
E: リスペリドン （リスパダール®）	E: 抑肝散
C: チアプリド （グラマリール®）	C: リスペリドン （リスパダール®）
O: 症状緩和	O: 症状緩和 安全性 介護の手間の軽減

NBMはEBMを補完する

- ナラティブはEBMのステップ1を変える
- ステップ1が変わることはステップ2～4も変わる
- ナラティブは臨床判断を変える
- ナラティブを考慮したEBMは
  患者のニーズに直接応える
- NBMをEBMを補完する

＊ NBMがひとり歩きすることは危険

臨床の現場には様々な物語が交錯する
在宅劇場



古くて新しいナラティブ

1950年代　バリント・グループ　(Michel Balint)
1969年　患者中心の医療　(Michel Balint)
1980年代　解釈モデル・説明モデル (Arthur Kleinman)
disease vs illness、illness narrative
患者中心の医療の発展(Moira Stewart)
1990年代　NBM　(Trisha Greenhalgh)
relationship-centered care：(Mary C Beach)
様々な関係から医療は構築される
mindful practice：(Ronald Epstein)
熟慮、謙虚、柔軟、好奇心、共感的
2006年　narrative medicine　物語医療学(Rita Sharon)

医師中心 ➡ 患者中心 ➡ 患者中心を超えた第三の枠組み(関係性)

narrative medicine(NM)
物語医療学

- 物語医療学(NM)とは、
  物語能力(narrative competence)を通じて
  実践される医療

- 物語能力とは、
  現場に散りばめられた情報を1つの物語に
  構成する能力

⇒ 臨床能力に他ならない

物語能力の基盤

1. 物語を認識できる感受性
2. 複数の視点を自由に切り替える豊かな想像力
3. 適切な筋書き（plot）を描く力

物語能力の磨くには

「書く」「読む」「共有する」作業をくりかえす

書く： 創造的作業。定型的でなく普通の言葉
①反省的記述②物語的記述
③パラレルチャート④ライフストーリー

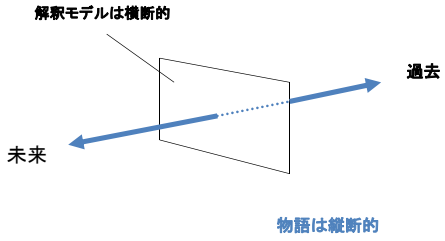
読む： 精密読解 close reading
あらゆる側面に関心を払う

共有： 自分の書いたものが共有される

物語の可能性

- NBMからNM（物語医療学）へ
- 物語には「橋をかける＝関係づける」
  医療従事者と患者、家族／異なった専門分野
- 患者が語ること自体に緩和的な意味
  Ex） 闘病記、日記、傾聴ボランティア、
- 健康と病いの語りのデータベース（DIPEX-JAPAN）
- 物語は言葉（医学用語）を変え、検索ターム、カルテ、論文、学会発表の様式に影響

物語 vs 解釈モデル



傾聴

患者の話に耳を傾け、
患者の物語 (narrative) に興味を持ち、
それを共有することは、
今日の診療から実践可能！

まとめ

- 患者の「語り」「思い」を物語として捉える
- NBMは患者の物語を傾聴し、理解し、対応すること
- EBMを補完する意味で生まれた
- 臨床の現場には様々な物語が交錯
- 物語が寄り添う:「多職種協働」や「患者中心の医療」
- 物語は「未来」を変え、「過去」の意味づけも変える
- 患者が「語る」ことが治療的な意味をもつ
- NBMからNMへ
- 現場の細切れな情報を筋書きのある物語に構成
- その基盤となる物語能力を磨こう
- 患者の話に耳を傾けることは明日の診療から可能