

## ■ 編集だより

## 編集後記

最近、ガイドライン作成の仕事にかかわるようになった。ガイドラインとは「エビデンスのシステムティックレビューと複数の治療選択肢の利益と害の評価に基づいて、患者ケアを最適化するための推奨を含む文書」(米国医学研究所: Institute of Medicine 2011) や「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステムティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量し、最善の患者アウトカムを目指した推奨を提示することで、患者と医療者の意思決定を支援する文書」(Minds 2016) と定義されている。これまで精神科医療は個人や医師としての体験を通して磨きあげられる職人芸であったが、それでは当たり外れが大きく、医療の均てん化からは程遠い。患者からすれば同じ医療費を払っているのに医療サービスの質が異なるのは不公平であると感じる人がいるのは当然であろう。

一方でガイドラインが普及しすぎることも問題である。ガイドラインで提示されている内容は「規則」ではなく、比較的緩やかな推奨である。したがって、ガイドラインとは診療を縛るものではない。しかし、免責事項が記載されているにもかかわらず、訴訟ではガイドラインに準拠しない治療を行った場合、厳しく追及されることがあると聞く。そもそも「ガイドライン」とは対象となる患者の60~95%に当てはまることを示すものであるという意見もあり(中山健夫: EBMを用いたガイドライン作成・活用ガイド。金原出版, 2004), 残りの5~40%の人には役に立たないものでもある。このような状況でわれわれは何をするべきなのか。ガイドラインにない治療はするべきではないと考えるのか。少なくともわれわれは目の前の患者を見捨ててはならない。エビデンスレベルは低くとも効果的だったという治療の症例報告を探したり、経験豊かな先輩にアドバイスをもらったりしながら、ガイドラインには載っていない治療法を試す努力を惜しんではならない。

さらに、臨床実感と明らかにずれているガイドラインが存在する場合、どうすればよいのか。臨床家に相手にされないガイドラインは存在意義を失っている。これはRCTのメタアナリシスに組み込まれた研究のデザインや組み入れ基準を大きく制限しているため起こる現象である。さらに、遺伝的な違いなどから日本人には当てはまらないこともある。ごく限定された日本人以外の患者群を対象とした研究から生まれたエビデンスをもとにしたガイドラインをわれわれはどのように評価し、活用すべきなのかは今後の検討課題といえる。

私は若い医師に指導をする際、ガイドラインを地図にたとえている。目的地(治療ゴール)まで明確な道が見えている時はガイドラインを参考にする必要はない。しかし、自分の位置がわからなくなった時やどちらの方向に進むべきかわからなくなった時、人は地図を参考にする。ただし、裏技として、地元の土地勘のある人に道を尋ねると、地図に載っていない近道を教えてくれることを忘れてはならない。

古郡規雄