EBPTの実践に向けて

For the Practice of EBPT

木村 貞治¹⁾

TEIJI KIMURA, RPT, PhD¹⁾

¹⁾ Department of Physical Therapy, School of Health Sciences, School of Medicine, Shinshu University: 3-1-1 Asahi, Matsumoto, Nagano 390-8621, Japan.

Rigakuryoho Kagaku 22(1): 19-26, 2007. Submitted Dec. 21, 2006.

ABSTRACT: The validity of clinical diagnosis for planning of intervention policy in physical therapy may influence the intervention effects itself. Therefore, it is important to promote a conversion conceptual framework from conventional empirical rule-based physical therapy to evidence-based physical therapy (EBPT). To put EBPT into practice, not only evidence of experimental proof by clinical research but patients' intention and values, and total clinical diagnosis which integrates physical therapists' specialized knowledge and skills are important.

Key words: EBPT, clinical research, evidence database

要旨: 理学療法における介入方針を立案するための臨床判断の妥当性は、理学療法の介入効果そのものを左右する可能性がある。したがって、従来の経験則基盤型の理学療法から、科学的根拠に基づく理学療法 (Evidence-based Physical Therapy, EBPT) へと概念的枠組みの変換を推進していくことが重要となっている。EBPTを実践していくためには、臨床研究による実証報告としてのエビデンスだけでなく、患者の意向や価値観、そして、理学療法士の専門的知識や技能を統合した総合的な臨床判断が重要となる。

キーワード: EBPT, 臨床研究, エビデンスデータベース

¹⁾ 信州大学 医学部保健学科理学療法学専攻: 長野県松本市旭3-1-1 (〒390-8621)

受付日 2006年12月21日

I. はじめに

理学療法の対象者に適切な介入を実施するためには、対象者の状況に即した適切な臨床判断 (clinical decision making) を行うことが重要となる。そして、適切な臨床判断を行うためには、対象者の年齢、疾病特性、障害特性、環境因子、リスク因子、そして、ニーズなど、多様な因子を考慮した総合的な情報処理を遂行することが必要となる。このような多様かつ階層的なマトリックスで構成されている臨床問題に対して、どのような理学療法をどのような順序で行えばよいのかという臨床判断のための思考過程は非常に複雑となる。

従来、わが国の理学療法における臨床判断は、欧米から導入された治療概念、病態生理学的な知見、そして、個々の理学療法士の経験則や慣習などに基づいて行われてきた。しかし、個人の経験則などに基づく臨床判断だけでは、偶然性や思いこみなど様々なバイアスの影響を受けることによって、個々の担当患者にとっての最適の意思決定とならない場合が生じる可能性がある。

医療現場におけるこのようなバイアスの影響を受けやすい不確実な状況下での臨床判断を科学的な根拠に基づいて実施するための行動指針として、「科学的根拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine, EBM)」の概念が、1991年にGuyattら¹⁾によって提唱された。

そして、このようなEBMの潮流を受けて、わが国の理学療法分野においても、従来の経験則基盤型の理学療法から、「科学的な根拠に基づく理学療法 (Evidence-based Physical Therapy, EBPT)」へ、パラダイムシフトを推進するための取り組みが進められてきた。

しかし、EBPTの理解の程度や実践状況に関しては、個々の理学療法士によって、そして、施設によって少なからず温度差があるように思われる。また、EBPTを臨床現場で実践する上で活用できる理学療法分野のエビデンスがまだ少ないことも大きな課題の1つとしてあげられる。

一方、エビデンスを構築していく上では、疾患別の評価フォーマットの標準化が不十分であること、理学療法分野においてはランダム化比較試験 (randomized controlled trial, RCT) の実施が困難な場合が多いこと、理学療法における介入変数が多様であるとともに、アウトカムが多様かつ階層的であるため同一の研究テーマに関するエビデンスが構築しにくいこと、チーム医療の中で実施している理学療法としては、単独の介入効果の抽出には限界があることなど、いくつかの課題があるのも事実であろう。

したがって、理学療法における臨床判断をEBPTの概念に基づいて展開していくためには、EBPTの理念、方法、そして、課題や限界などを正しく理解した上で、実用的にエビデンスを参照した臨床判断を行うとともに、わが国の文化や生活様式に即した理学療法分野のエビデンスの蓄積と公表を組織的に展開していくことが重要な課題であると考ええる。

本稿では、このような状況を鑑み、今後、EBPTを推進するための具体的な方略であるエビデンスを「使う」、「作る」、「伝える」という取り組みについて概説してみたい。

II. EBPTの概要

EBMとは、「入手可能で最良の科学的根拠を把握した上で、個々の患者に特有の臨床状況と価値観に配慮した医療を行うための一連の行動指針」²⁾、あるいは、「個々の患者の臨床問題に対して、①患者の意向、②医師の専門技能、③臨床研究による実証報告を統合して判断を下し、最善の医療を提供する行動様式」³⁾などと定義されている。そして、EBMのキー概念であるエビデンスとは、「臨床研究による実証報告」³⁾、または、「臨床判断に客観的な根拠を与えるための一般的情報」⁴⁾と定義されている。このようなEBMの概念は、わが国における様々な医療の分野における成書、学術雑誌、学会などで取り上げられ、実際の臨床現場においてその実践が展開されてきている。

そして、近年ではEBMの潮流を受けて、わが国の理学療法においても、「科学的根拠に基づく理学療法 (EBPT)」の実践に向けての取り組みが行われてきている。

EBPTの概念を上述のようなEBMの定義を参考にして定義すると、「個々の患者の臨床問題に対して、①患者の意向や価値観、②理学療法士の専門的知識と技能、③臨床研究による実証報告としての科学的根拠を統合して臨床判断を行うことによって、最善の理学療法を提供するための一連の行動様式」と位置づけることができよう。

このようなEBPTの普及と実践に向けて、わが国の理学療法分野における学会、研修会、そして、理学療法関連雑誌等において、EBPTの概念や方法論についての紹介が行われてきている⁵⁻¹²⁾。

日本理学療法学会では、第35回学会 (2000年) において「理学療法の効果判定」、第38回学会 (2003年) において「科学的根拠に基づく理学療法」がそれぞれテーマとして掲げられた。とくに第38回学会においては、

EBPTの実践を目指して、EBPTの概念から具体的な実践方法までの一連の情報が、大会長基調講演、特別講演、シンポジウム、ワークショップを通して示された。これらのうち特別講演においては、理学療法関連のエビデンスデータベースであるPEDro (Physiotherapy Evidence Database)を運営しているCEBP (Center for Evidence-Based Physiotherapy)のメンバーであるシドニー大学理学療法学部のRobert Herbert氏から、EBPTの実践に向けての具体的な方法論についての紹介が行われた¹³⁾。

また、社団法人日本理学療法士協会においては、2005年にEBPTプロジェクト特別委員会が設置され、わが国におけるEBPTの実践を支援するための組織的な取り組みが始動した。

EBPTに関するこのような組織的な取り組みや学術的な情報を活用して、従来の経験則基盤型の臨床判断から、①患者の意向や価値観、②理学療法士の専門的知識と技能、③入手可能で最良の臨床研究による実証報告としての科学的根拠を統合した臨床判断へと、概念的枠組みの変換を推進していくことが、わが国における理学療法法の重要な課題となっている。

III. EBPTの実践に向けて

EBPTを臨床の現場で具体的に実践していくためには、個々の担当患者における臨床的な疑問に関するエビデンスを効率よく検索、収集し、ヒットしたエビデンスの内容を吟味して、担当患者への介入に関する臨床判断を行うという過程である「エビデンスを使う」という取り組みが基本となる。

しかし、理学療法分野のエビデンスが決して十分ではない現状から、質の高い臨床研究の結果を組織的に収集、統合することによって「エビデンスを作る」という取り組みが重要となる。

そして、疾患や障害の特性に応じた介入効果に関するエビデンスが構築されれば、それらを公表することによって「エビデンスを伝える」という活動が必要になる。

したがって、今後EBPTを推進していくためには、臨床場面における担当患者の臨床的疑問に対する臨床判断の根拠の1つとして「エビデンスを使う」という行動が実用的に実践できるように、多様な理学療法の状況に即した「エビデンスを作る」という取り組みと、それらの「エビデンスを伝える」という取り組みが、三位一体となって有機的に展開されることが重要となる。

以下に、EBPT実践に向けての基本的な方略について整理してみたい。

表1 EBPTの進め方

ステップ1: 臨床上の疑問点の抽出と定式化
ステップ2: 臨床上の疑問点に関する情報の検索
ステップ3: 得られた情報の批判的吟味
ステップ4: 得られた情報の患者への適用の検討
ステップ5: 介入結果の評価

1. エビデンスを「使う」

エビデンスを使うための具体的な流れは、表1に示すとおり、①臨床上の疑問点の抽出と定式化、②臨床上の疑問点に関する情報の検索、③得られた情報の批判的吟味、④得られた情報の患者への適用の検討、⑤介入結果の評価という5つのステップとなる。

ステップ1: 臨床上の疑問点の抽出と定式化

EBPTを実践するための第一歩は、日々の臨床活動における様々な疑問を抽出し、調べやすい形に整理することである。臨床的な疑問を明確にするためには、疑問に対して答えやすい形にするために、“PICO”というフォーマットに整理することがポイントとなる。PICOとは、P (Patient): どのような患者に、I (Intervention): どのような介入を行った場合、C (Comparison): 何と比較して、O (Outcome): どのような結果になるか、というように疑問点を定式化するためのフォーマットのことである。このようなPICOによる疑問点の定式化に基づいて、具体的な文献検索を展開することになる。

理学療法におけるPICOの例としては、P: 慢性的な腰痛を呈する患者に、I: 超音波療法を実施した場合と、C: 電気刺激療法を実施した場合とでは、O: どちらの治療法の方が疼痛軽減効果が高いか?などのように、できるだけ具体的な構成要素に整理して定式化することがポイントとなる。

このような疑問点を抽出するためには、日々の臨床活動で感じた疑問点をカルテに明記するとともに、それらを疑問点リストとしてエクセルのワークシートなどにリストアップしていくことが有用である。

ステップ2: 臨床上の疑問点に関する情報の検索

PICOによって疑問点が整理されれば、次のステップとして、PICOに関連した文献を検索・収集する作業に進む。

文献情報には一次情報 (primary information) と二次情報 (secondary information) がある。一次情報とは、専門誌や学会誌・協会誌に掲載されている独創的な学術研究

の成果を理論的にまとめた原著論文のことである。また、二次情報とは、複数の原著論文を要約して1つにまとめたもので、メタ分析 (meta-analysis) や系統的総説 (systematic review)、そして、ガイドラインなどがこれにあたる。

系統的総説とは、①研究テーマの設定、②テーマに関連する一次情報の収集、③各一次情報の批判的吟味 (critical appraisal)、④結果の解釈、⑤編集と更新という作業を通して、一次情報を総合的に取りまとめたものである。また、メタ分析とは、同様に複数の一次情報を収集し、各一次情報の結果をオッズ比などを指標として定量的 (統計学的) 手法に基づいて統合したものである。

多忙な臨床現場で効率よくEBPTを実践していくためには、PICOに基づいて、まず、これらの二次情報を検索することである。何故ならば、二次情報はEBMの手順に精通したグループが、一次情報を網羅的に検索・収集し、最新、最良のエビデンスとしてまとめ、世界中に発信してくれているからである¹⁴⁾。

これらの二次情報の中でも、とくに、患者を介入群と対照群に無作為に割り付けし、両群の比較に基づいて介入効果を検証したランダム化比較試験 (RCT) の結果を統計学的手法を用いて総合的に分析したメタ分析の結果に基づいて取りまとめられた系統的総説は、臨床疫学的な指標としての有用性が高い (表2)。

二次情報を検索するためには、理学療法関連のデータベースであるPEDro (Physiotherapy Evidence Database) (<http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/>) や、イギリスで発足した治療・予防に関する医療の評価プロジェクトであるコクラン共同計画 (Cochrane Collaboration, <http://www.cochrane.org/index.htm>) におけるCochrane Library (<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>) などのデータベースを活用することが有用である。

また、設定したPICOに関連した二次情報が入手できない場合には、一次情報である原著論文を検索することになる。

このようなエビデンスの検索のためには、米国立

医学図書館 (National Library of Medicine, NLM) が提供する医学文献データベースMEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line) の無料検索サービスであるPubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>) やEMBASE (<http://www.embase.com/>) などのデータベースを活用することになる。

しかし、原著論文を検索する場合、検索条件によっては膨大な数の論文がヒットするため、多忙な臨床業務の合間でこれらの一次情報の内容を把握することは効率が悪い。そこで、PubMedでキーワードを入力するクエリーボックスにPICOに関連したキーワードを入力した結果、ヒットした文献が多すぎる場合には、クエリーボックスのすぐ下にあるフィーチャーズバーの“Limits”の機能を利用して、文献の言語や文献のタイプ、そして、出版年などで絞り込むと効率がよい。

また、逆にヒットした文献が少ない場合には、すぐに諦めずに、クエリーボックスの左下にあるサイドバーの中央付近にあるMeSH Databaseを活用して、MEDLINEで使われているキーワードを検索することが大切である。“MeSH”とは、Medical Subject Headingsの略で、NLMが医学用語をできるだけ統一して使用するために作成した見出し語すなわちシソーラスのことである¹⁵⁾。

ステップ3:得られた情報の批判的吟味 (critical appraisal)

系統的総説などの二次情報がヒットした場合には、専門家によって内的妥当性が吟味されているため、自分が設定したPICOと二次情報の結果との整合性の程度を確認した上で、ステップ4の患者への適用について検討することになる¹²⁾。

また、PICOで検索しヒットした文献が一次情報の場合には、その文献の内容を妥当性や信頼性の面から批判的に吟味する必要がある。批判的に吟味する場合のポイントは、表2に示すような研究デザインのレベルの評価を行うとともに、表3や次に示すような観点から論文の内的妥当性を検討することである。具体的には、研究のデザインとして、理学療法プログラムへの割付が無作為

表2 エビデンスのレベル(文献2を一部改変)

Ia	ランダム化比較試験(RCT)のメタ分析による
Ib	少なくとも1つのランダム化比較試験(RCT)による
IIa	少なくとも1つのよくデザインされた非ランダム化比較試験による
IIb	少なくとも1つの他のタイプのよくデザインされた準実験的研究による
III	比較研究や相関研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による
IV	専門家委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床経験

表3 EBPT実践用ワークシート（文献12を一部改変）

作成年月日： ____年 ____月 ____日
患者氏名： _____ 年齢： ____歳 主治医： _____ 担当理学療法士： _____
I. PICOの定式化
Patient（患者）： _____
Intervention（介入）： _____
Comparison（比較）： _____
Outcome（効果）： _____
II. 検索文献（□一次情報・□二次情報）
著者： _____
論文タイトル： _____
雑誌名： _____ 巻 ____号 ____頁－ ____頁 ____年
III. 検索文献の批判的吟味
☐ 研究デザインは適切である（□ランダム化比較試験である） ☐ 比較した群間のベースラインは同様である ☐ 盲検化されている（□一重盲検・□二重盲検） ☐ 患者数は十分に多い ☐ 割り付け時の対象者の85%以上が介入効果の判定対象となっている ☐ 脱落者を割り付け時のグループに含めて解析している ☐ 統計的解析方法は妥当である ☐ 結果と考察との論理的整合性が認められる
IV. 臨床適用の可能性
☐ エビデンスの臨床像は自分の患者に近い ☐ 臨床適用が困難と思われるような禁忌条件・合併症等のリスクファクターはない ☐ 倫理的問題はない ☐ 自分の臨床能力として実施可能である ☐ 自分の施設における理学療法機器を用いて実施できる ☐ カンファレンス等における介入計画の提案に対してリハチームの同意が得られた ☐ エビデンスに基づいた理学療法士としての臨床判断の説明に対して患者の同意が得られた ☐ その他： _____
V. 具体的な介入方針
内容： _____
注意事項： _____

で行われたか？患者数は十分に多いか？フォローアップは十分に長く行われたか？臨床的アウトカムが評価指標（エンドポイント）とされているか？統計学的解析方法は妥当か？理学療法の介入によるマイナスの影響についても報告されているか？などのチェックポイントがあげられる¹²⁾。

一次情報の批判的吟味において重要な点は、闇雲に論文の質的な問題点を列挙するのではなく、担当患者に関する臨床上の疑問・問題点を解決する上で、その論文が根拠になり得るかどうかを検討することである¹²⁾。

また、表3に示すようなワークシートを各自が作成し、それらをテーマ別に分類したファイルに一元管理することにより、複数のスタッフが臨床現場で効率よくEBPTを実践していくことが可能になる。ただし、系統的総説の内容には賞味期限があるため、定期的に新しい内容に更新していくことが重要である。

ステップ4：得られた情報の患者への適用の検討

ステップ4では、ステップ3で批判的に吟味したエビデンスの結果を実際の担当患者に適用するかどうかにつ

いて検討する。

この段階で重要な点は、論文の結果 (best research evidence) だけでなく、患者の価値観 (patient value) (意欲, 目標等) や、理学療法士の専門的知識と技能 (clinical expertise) などと併せて総合的に介入方針を検討していくことである¹⁶⁾。担当患者の臨床的疑問に関連した質の高いエビデンスを入手できたとしても、患者の意向や価値観と合わなかった場合や、治療環境などの面から実践が難しいと思われた場合には他の選択肢について検討しなければならない^{11,12)}。

そして、担当患者の臨床的疑問に関連したエビデンスの結果を包含した理学療法士としての総合的な臨床判断の根拠と具体的な介入方針を患者や家族に対して分かりやすく、そして、丁寧に説明することによって患者自身に納得していただいた上で、積極的に理学療法に取り組むという姿勢をもっていただくことが重要である¹²⁾。

また、EBMやEBPTに対する誤解の1つとして、臨床疫学的な研究結果の数値に偏重した判断であるという指摘があげられるが、決してそうではなく、上述のように患者の意向や価値観を丁寧に考慮した上で総合的な臨床判断を下すことによって、できるだけ質の高い医療を提供するという患者中心型医療としての具体的な方略であることをきちんと理解することが重要である¹⁷⁾。

斎藤⁴⁾は、EBMについて、「何らかの疾患をもった患者一般について、何らかの一般的判断を行うこと」と誤解されることが多いことを指摘した上で、「エビデンスとは臨床判断に利用される一般的情報であり、EBMとは、エビデンスを有効に利用することで個々の患者の最大幸福を目指す診療実践である。EBMとエビデンスの概念を混同してはならない。」と述べている。

ステップ5：介入結果の評価

ステップ4で、エビデンスの結果も踏まえた総合的な臨床判断とインフォームドコンセントに基づいて具体的な介入が実施されれば、その短期的、長期的効果について自己評価することが重要となる。

どのような臨床問題に対して、何を根拠として、どのような介入方針に関する臨床判断を行い、その結果、どのように臨床問題が変化したのか、という一連の情報を明確な操作的定義のもとにデータベースとして蓄積していくことが、この後に述べる「エビデンスを作る」という重要な取り組みにつながっていくことになる。

2. エビデンスを「作る」、そして、「伝える」

これまで述べてきたような二次情報を臨床現場で活用していく上で、定式化したPICOの内容によっては、関連するエビデンスがヒットしない場合もある。とくに、わが国の理学療法分野においては、一次情報としての原著は数多く公表されているが、それらの一次情報の内容を吟味した上で、系統的にとりまとめた二次情報としてのエビデンスは、非常に少ないというのが現状である。

したがって、日本の文化、制度の中で行われ、日本語で報告された理学療法関連の臨床研究の結果である一次情報を取りまとめたメタ分析や系統的総説などの二次情報を構築し、それらを公表していくことが、わが国における理学療法分野の大きな課題となっている。

このような状況を鑑みて、2005年に社団法人日本理学療法士協会にEBPTを組織的に推進するためのプロジェクトとして、EBPTプロジェクト特別委員会が設置された。筆者も同委員会のメンバーであることから、わが国の理学療法分野のエビデンスを「作り」、「伝える」ことによって、臨床場面において実用的にエビデンスを「使う」ということを支援することを目的としたエビデンスデータベースシステムの概要について以下に紹介する。

EBPTプロジェクト委員会では、わが国におけるEBPTの実践の普及を推進することを目的として、インターネットを利用したエビデンスデータベースシステムであるJAPTED (Japan Physical Therapy Evidence Database) を構築してきた。JAPTEDは、図1に示すとおり、全国の理学療法士と、専門領域研究部会など協会組織側のワーキンググループとの間において、エビデンスの橋渡しを支援するためのエビデンスデータベースシステムである。

JAPTEDの理念は、多施設間共同研究などによる介入研究の結果に基づくエビデンスの構築 (Data Working) と、すでに論文として報告されている原著 (一次情報) の結果を取りまとめたエビデンスの構築 (Paper Working) によってエビデンスを「作り」、それを「伝える」ことによって、全国の理学療法士が担当患者に対する臨床判断を行う際にエビデンスを実践的に「使う」ことができるよう支援することである。

JAPTEDの機能は、EBPTの実践に必要な次のような3つのプロセスを支援することを目的としている。

(1) エビデンスを作る

各専門領域研究会など協会組織のワーキンググループが中心となって、疾患別、介入内容別の介入効果に関する多施設間共同研究を推進し、それらの結果をJAPTEDに送信してもらうことがエビデンス作りの第一段階と

図1 社団法人日本理学療法士協会 EBPT プロジェクト特別委員会で構築中である理学療法分野のエビデンスデータベースであるJAPTED (Japan Physical Therapy Evidence Database) の概念図

なる。

しかし、この段階において、領域別に研究テーマとして掲げた疾患に関する“評価項目”や“評価方法”が統一されていないと、いくら多くのデータを集めても意味のあるデータにはならない。そこで、主要疾患に関する標準化された評価フォーマット (Clinical Evaluation Format, CEF) の構築と、評価方法の統一のための技術研修会を開催した上で多施設間共同研究を展開し、同一疾患群に対する介入内容別の効果の大きさを比較することが重要な取り組みとなる。

そして、次の段階としては、ワーキンググループが中心となって、JAPTEDを用いて収集した複数の多施設間共同研究の成果をJAPTEDのメタ分析機能を用いて統計学的に分析、統合し、その結果を系統的総説としてとりまとめることによって、「エビデンスを作る」ことになる。

また、JAPTEDは、上述のとおり、このような臨床データに基づくエビデンスの構築 (Data Working) だけでなく、論文として公表されている一次情報の結果を系統的総説にとりまとめることによるエビデンスの構築 (Paper Working) を支援する機能も有している。

(2) エビデンスを伝える

ワーキンググループが中心となって構築した Data WorkingやPaper Workingに基づくエビデンスをJAPTEDにアップすることによって、全国の理学療法士に対して

「エビデンスを伝える」ことが可能になる。

EBPTの実践においては、多忙な臨床業務の中でできるだけ効率よくエビデンスを検索、収集することがポイントとなる。したがって、全国の理学療法士が、PEDroやPubMedを利用した英文のエビデンスの検索、収集と併せて、JAPTEDを利用することによって、日本語のエビデンスを臨床判断の根拠の1つとして活用できるように「エビデンスを伝える」ことが重要な取り組みとなる。

(3) エビデンスを使う

JAPTEDを利用した組織的なエビデンスの構築と公表によって、全国の理学療法士が、担当患者に関する臨床判断を行う際に、日本で行われた質の高い理学療法の臨床結果に基づいたエビデンスを活用する、すなわち「エビデンスを使う」という活動が促進される。

しかし、理学療法が対象とする疾患、障害と介入内容の多様性から勘案して、層別化された多様な臨床象に対する臨床判断のためのエビデンスを構築していくためには、協会組織におけるワーキンググループの精力的かつ継続的な活動と、全国の理学療法士の継続的な協力が必須の条件となる。

おわりに

理学療法士の臨床活動は、臨床判断の連続である。患者の表情や言動に応じた接遇の仕方に関する判断、評価方法に関する判断、臨床推論に基づく障害特性に関する

判断, 介入方針に関する判断など, 多様な臨床判断を限られた時間の中で遂行していかななくてはならない。

これらの臨床判断のうち介入方針に関する判断の妥当性は, 担当患者に対する理学療法の効果を左右することになる。したがって, 患者にとって最良の選択となるように, 理学療法士自身が自己の臨床判断の妥当性そのものを謙虚に吟味することが重要である。

そのための具体的な方略としてEBPTの実践がある。今後わが国においてEBPTを実用的に展開していくためには, 患者に対する最良の介入方針を検討するために「エビデンスを使う」ことができるよう, 「エビデンスを作る」, 「エビデンスを伝える」という組織的な取り組みが重要となる。そして, そのような組織的な取り組みの1つとして, 本稿で紹介したエビデンスデータベースであるJAPTEDの活用があげられる。

全国の理学療法士が担当している患者やその家族の方々が, できるだけ健康で, そして, 少しでも自分らしい生活を送れるよう質の高い理学療法を提供していくためには, 多くの理学療法士の真摯な臨床活動と併せて, お互いが共有できる質の高いエビデンスを構築していくための地道な努力が必要不可欠となる。そのような弛まない組織的な活動によってJAPTEDからエビデンスが発信され, それらのエビデンスが多くの理学療法士の臨床判断の一助を担っていくことを期待したい。

引用文献

1) Guyatt GH: Evidence-based Medicine. ACP Journal Club, 1991,

March/April, A16.

- 2) 福井次矢 (編): EBM実践ガイド. 医学書院, 東京, 2000.
- 3) 能登 洋: EBMの正しい理解と実践. 羊土社, 東京, 2003.
- 4) 斎藤清二: EBMの目的とその誤解について. 理学療法, 2006, **23**(11): 1535-1541.
- 5) 中澤住夫: 理学療法の臨床研究とEBPTの課題. 理学療法学, 2003, **30**(8): 440-444.
- 6) 丸山仁司: 理学療法におけるEBMの実践. 理学療法学, 2003, **30**(8): 445-446.
- 7) 伊橋光二: 科学的根拠に基づく理学療法と研究方法論—根拠を創るには—. 理学療法学, 2003, **30**(8): 447-451.
- 8) 大峯三郎: 理学療法におけるEBMの実践—臨床分野から—. 理学療法学, 2003, **30**(8): 452-454.
- 9) 荻島久裕: 理学療法におけるEBMの実践—教育分野から—. 理学療法学, 2003, **30**(8): 455-458.
- 10) 中澤住夫: EBMからEBPTへ. 理学療法, 2001, **18**(11): 1032-1035.
- 11) 木村貞治: EBPTの実践. 理学療法学, 2004, **31**(4): 263-266.
- 12) 木村貞治: 科学的根拠に基づく理学療法モデル. 理学療法ジャーナル, 2004, **38**(5): 358-367.
- 13) Herbert RD, Sherrington C, Moseley AM, et al.: Evidence-based physical therapy. 理学療法学, 2003, **30**(8): 431-439.
- 14) 福井次矢: EBMの基礎知識. 理学療法, 2001, **18**(11): 1025-1031.
- 15) 阿部信一, 奥出麻里: 図解PubMedの使い方. 日本医学図書館協会, 東京, 2003.
- 16) Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al.: Evidence-based Medicine, How to Practice and Teach EBM, 2nd ed. Churchill Livingstone, London, 2000.
- 17) Stewart M, Brown JB: Patient-centredness in medicine. Evidence-based patient choice: inevitable or impossible? Oxford University Press, Oxford, 2001, pp97-117.