EBMを超えて

診療ガイドラインの動向や新しい潮流（GRADE）を中心として

相原 守夫

～～～　一部抜粋～～～

リビングシステマティックレビュー（living systematic review）

推奨を支持するエビデンス情報源は，その最新性が重要であり，エビデンスが最新かどうかを判断する簡単な方法は，引用された最新文献の日付を探すことである．もし数年以上古いものであれば，その後に発表された研究や将来の研究によって異なる結論がもたらされる可能性がある．つまり，システマティックレビューは“生きているもの”でなければならない．このような観点から，システマティックレビューの更新アプローチとして，living systematic review（LSR）が2014年に提案された[22−25]．LSRは，「関連する新たなエビデンスが利用可能になった時点でレビューに組み込むことによって継続的に更新するシステマティックレビュー」と定義されている．LSRにおいては，効率的なレビュー更新のため，人的検索と機械検索を融合したシステム（例：Cochrane Crowd[26]）が開発されつつあり，さらには，エビデンスのバイアスのリスク評価（例：RobotReviewerツール[27]）やシステマティックレビューの一部セクションの作成を自動化する試み（例：RevMan HAL：schizophrenia.cochrane.org/revman-hal-v4[23]）も登場している．2019年7月時点で，5件のLSRがCochrane webサイトに紹介されており（LSR Network: https://www.cochrane.org/lsr），さらには，ネットワークメタアナリシスのliving NMA SRへの取り組みもある（http://livenetworkmetaanalysis.com/）[28, 29]．

一方，レビューを最新に保つために，メタアナリシスも更新する必要があるが，標準的なメタアナリシスの方法を使用する場合，より多くの更新が行われるにつれて，それまでの効果なしのメタアナリシスが統計的に有意であると誤って結論付ける可能性（タイプⅠエラー）が急速に高まる．LSRでは，このタイプⅠエラーやタイプⅡエラー（誤って真の効果を検出できない）を調整した手法（例：試験逐次分析や逐次メタアナリシスなど）が必要となる[24]．

リビングガイドライン（living guideline）

推奨を更新する現行モデルは，その公表後の特定の時間間隔（例：3年）でガイドライン全体を更新するという手段を用いている[30]．この更新アプローチには2つの大きな限界がある．第一は，推奨事項の期限切れであり（支持しているシステマティックレビューが期限切れになる），推奨の妥当性に悪影響を及ぼす．第二の限界は，いくつかの推奨事項については，根底にあるエビデンスが変わらないため，それらの更新に投資された努力が無駄になることである．これは更新プロセスの効率に悪影響を及ぼす．このため，診療ガイドラインにおける推奨とエビデンスの確実性を最新に保つための効率的な作業が必要