

看護師のギモンに答える!

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者

友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

エビデンスの 使い方・広め方

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!



第1回 Evidence-Based Practice 思考でいこう!

近年「エビデンスに基づく○○」といった言葉が広く使われるようになりました。この考え方は、Gordon Guyatt が1991年に提唱した Evidence-Based Medicine (EBM) にさかのぼります¹⁾。EBMの“Medicine”は、医学的な治療だけではなく、看護やリハビリなども含まれ²⁾、それらの実践を“Practice”としてとらえ EBP³⁾ と呼ばれることも増えました。

EBPは「利用可能な最良のエビデンス・医療者の経験・患者の価値観を統合し、最善の医療を行う」という考え方で²⁾、自分の知識や経験の範囲ではわからない、もっと他に良い方法がないか、何を頼りにすればいいんだろう……と臨床で迷うとき、特に臨床研究の知見は実践のよりどころの一つとなります。

本連載では、EBPの考え方や事例を紹介し、明日の実践につながるヒントをつづります。第1回は、臨床の悩みからエビデンスをたどり、実践に取り入れ患者アウトカムにつなげるまでを概観します。

臨床の悩みからエビデンス、そして患者アウトカムへ

私たちは悩みや疑問に遭遇したとき、何を頼りに解決の糸口を得ているのでしょうか? これまでの経験を手掛かりにしつつ、それでもわからなければ、誰かに尋ねる、手順書やチェックリストを確認する、WEBで情報を検索する、研修に参加する、臨床ガイドラインを読む、論文を探すなどの行動を起こして、実践の根拠(エビデンス)を探すと思います。

さまざまなエビデンスが存在する中で、特に研究から得られるエビデンスは臨床でどう役立つのでしょうか? ここでは「せん妄の発症や期間を減らしたい」と悩む看護師Aさんの事例から考えてみます。

事例

せん妄患者さんのチューブの自己抜去が起こってしまった。看護計画に沿って取り組んでいるけれど、うまくい

っているのかな……。主治医と薬の調整も相談したいし、他にも効果的な方法がないかな。日中に身体活動を促す? どれくらいの強度や頻度がいいんだろう。でも転倒が増えるのも不安だし、新しい取り組みだと業務が増えることに慎重になるスタッフもいるかも……。せん妄の発症機序も勉強し直さない。

「元気になって早く家に帰りたい!」って言う患者さんの希望に、看護師として応えたい!

Aさんの例では、例えば「効果的な方法がないかな」という疑問は、「せん妄患者に○○をすることは、今行っているケアや治療と比べて、せん妄の期間をより減らすのか?」という研究仮説に置き換えることができ、既に多数の先行研究があります。

一方で、「効果的な方法」と言っても患者の背景はさまざま個人差もあります。どのような人に効果が期待できるのか、そして、利益(メリット)ばかりでなく転倒など患者に起こり得る不利益(デメリット)がないかも考慮しなければなりません。「どのような背景を持つ患者さんに、どのような効果や有害事象が、どの程度起こり得るのか」といったエビデンスも研究から示されます。

自分の知識や経験ではわからないことも、論文には新たな情報や選択肢が提示されており、どの方法がより良いかのヒントも隠されています。EBPでは医療の不確実性を念頭に置き、エビデンスがどの程度信頼できるかを吟味して取捨選択し、「患者さんが元気になって早く家に帰る」という目標により早く近づく方法はどれかを検討します。

Evidence-Practice Gap をどう乗り越えるか

EBPに興味はあるけれど、「文献を探したり読んだりするのは自信がない」「他の人はEBPについてどう思うか」といった悩みもよく聞かれます。このような悩みは、効果や不利益に関するさまざまなエビデンスが研究から

示される中、「適用すること(適用しないこと)が望ましいケアや治療が、実際の臨床で行われていない(行われ続けている)」という Evidence-Practice Gap にもつながります⁴⁾。

そこで本稿では、EBPで欠かせない①エビデンスへのアクセスと、②組織的な取り組みの2点について述べます。

1つ目のエビデンスへのアクセスは、インターネットの普及と二次文献の増加により、信頼できる情報にアクセスしやすい環境へと近年急速に変化しています。二次文献の例には、臨床ガイドラインや系統的レビューと呼ばれる論文があり、信頼できる情報かを玉石混交の情報の中から吟味しまとめてくれています。

ただし、臨床ガイドラインや系統的レビューだけでは臨床で求められる情報が不足している場合やエビデンスの更新が早い分野は、最新の情報を得る方法や研究の質、結果を吟味するのを知っておくと安心です。

また、エビデンスを実践に適用し継続するための準備や工夫、多職種との連携などは、論文に詳しく示されていないことも多々あります。このようなときは、研究から得られたエビデンスに基づいて解説されている書籍や商業誌の特集も参考にできます。院内の手順書やチェックリストに反映するときは、どのような文献がエビデンスとして参照されているかを必ず確認しましょう。

次に2つ目の組織的な取り組みです。前述の「新しい取り組みだと業務が増えることに慎重になるスタッフもいるかも……」というAさんの心配にもあるように、従来の方法から新しい方法に変えることを組織が受け入れられるかは、EBPでも重要な鍵となります。ケアの質を維持して担保する上では、個々のスタッフの力量や熱意のみに依存したEBPではなく、組織的なアプローチと個人の努力の両輪で取り組むEBPが不可欠です⁵⁾。

チームで取り組むEBP

EBPに対する組織の準備状況に影響する要因には、EBPの推奨、EBPを学ぶ場、EBPを推進するスタッフやメンターシップ、多職種間でのエビデンスの共有といった日頃の組織文化や、施設で実施するために必要な物品とマンパワーもあります⁶⁾。

例えばせん妄に対しては、せん妄のスクリーニング、アセスメントツールの選択やアセスメントの頻度、適切な薬剤のコントロール、早期離床、環境整備など、実践のプロセスは多岐にわたる⁷⁾、これらも組織の状況によって影響を受けます。

また、日々変化する状況に対応するためにはそれぞれのエビデンスを念頭に置きつつ、ケアに必要なリソースをアセスメントし、多職種間でのタイムリーな情報共有が求められます。EBP

は日々のチーム医療の延長線上にあることから、看護師にはEBPの取り組みをリードしたりチーム間を調整したりする役割も期待されます⁸⁾。EBPを組織的に展開するときの理論やモデル⁹⁾も開発されており、「チームにEBPを根付かせるにはどうすれば良いか」を考える際に活用できます。

*

看護師と研究の接点を考えると、日本では院内看護研究を行う慣習があります。しかし、「臨床で生じた疑問や悩みに対して、他の人が明らかにした研究の知見をどのように実践へ統合していけば良いか」というEBPを学ぶ場は、いまだ発展途上です。EBPの理解は、より良い医療の実現に向けてスタッフ・多職種間の連携を加速させる鍵にもなるでしょう。

患者さんの思いや希望と現状を照らし合わせながら、「もっと良い方法はないか」「この方法で良かったのか」という臨床の悩みをチームで共有し、より良い方法を探るEBPの考え方や過程を、次回以降さらに掘り下げていきます。

明日から実践!

- EBPのスタートとして、現場の疑問「これは良いのだろうか?」を考えてみよう。
- まずは関連するケアの臨床ガイドラインや系統的レビューの論文を読んでみる。
- EBPに取り組む準備はできているか、組織の強み・弱みも見直そう。

謝辞: 深堀浩樹様(慶大)、津田泰伸様(聖マリアンナ医科大学)に編集協力いただきました。感謝の意を表します。

参考文献・URL

- 1) Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114:A-16. DOI: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16
- 2) Straus SE, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 5th ed. Elsevier; 2019.
- 3) Melnyk BM, et al. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
- 4) N Engl J Med. 2003 [PMID: 12826639]
- 5) Health Res Policy Syst. 2020 [PMID: 32600417]
- 6) Worldviews Evid Based Nurs. 2021 [PMID: 33713544]
- 7) 聖マリアンナ医科大学多職種せん妄対策プロジェクト(編集). もう悩まない! 困らない! 一般病棟ナースのためのせん妄ケア. 照林社; 2017.
- 8) Institute of Medicine of the National Academies. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. National Academies press; 2011. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/pdf/Bookshelf_NBK209880.pdf.
- 9) Implement Sci. 2015 [PMID: 25895742]

●ともたき・あい氏/2002年広島県立保健福祉短大看護学科(当時)卒。東大医学部健康科学看護学科の学士編入と看護師の臨床経験を経て、研究を通じた臨床現場への貢献に関心を持つ。東大大学院修士課程で疫学・生物統計学を学んだ後、臨床医主導の研究支援やデータ活用業務に携わる。15年より現職。看護師のEBPをテーマにした研究に取り組み、20年千葉大学大学院にて博士(看護学)取得。「連載を通じて、EBPのバトンをつないでいきます」。

自らの「教育」を1枚のチャートに可視化 教育者としての自分を再発見し共有しよう!

リフレクションを可視化する ティーチング・ポートフォリオ・チャート作成講座 (Web解説動画付)

ティーチング・ポートフォリオ・チャートは、1枚のワークシートに、「責任」「改善・努力」「成果・評価」「方法」「方針」「理念」「目標」といった項目を、行ってきた教育についてリフレクションしながら作成するものです。作成過程や出来上がったものを他者と共有することで、自らの教育に対する姿勢や行動の原理が明らかになります。本書を通じて、その具体的な作成方法とチャートを通して成長を得る方法身につけましょう。

栗田佳代子
吉田 暉



指導医から研修医へ 75年引き継がれてきた伝統、そして信頼 “レジデントのバイブル”、6年ぶりに改訂

ワシントンマニュアル 第14版

The Washington Manual® of Medical Therapeutics, 36th Edition

- ▶世界的に圧倒的な支持と評価を獲得している内科治療学のバイブル。
- ▶ベッドサイドにおける実践的知識とノウハウを網羅。
- ▶手順のみを示すポケットマニュアルとは一線を画し、臨床能力を高められる。
- ▶疾患名を中心に和文+英語併記を一層充実。薬品名は、日本で発売され使用可能なものはカタカナ、発売されていないものは原則として英語で表記。訳注も適宜追加。
- ▶看護師や薬剤師にも最新の内科治療を概観するテキストとして有用。
- ▶版を重ねるごとに信頼度を高めてきた、これぞスタンダード。

監訳: 高久史磨 地域医療振興協会会長/自治医科大学名誉学長
刈尾七臣 自治医科大学内科学講座循環器内科学部門教授

定価9,570円(本体8,700円+税10%)
A5変 頁1288 図37・写真7 2021年
ISBN978-4-8159-3017-8

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

看護師のギモンに答える! エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教
今回の執筆者
友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方と実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第2回 ▶ EBPに取り組むための5つのステップ

前回は、Evidence-Based Practice(EBP)の考え方を概観しました。そこで今回は、エビデンスを実践に統合するまでの過程を示すEBPの5つのステップ¹⁾を紹介します(註1)。

- Step 1: 疑問の明確化 (Ask)
- Step 2: 情報の入手 (Acquire)
- Step 3: 情報の吟味 (Appraise)
- Step 4: 適用 (Apply)
- Step 5: 評価 (Assess)

本稿では第1回に登場した看護師Aさんの「せん妄に対して他に効果的な方法はないか?」という疑問に焦点を当てながら、EBPのプロセスをひもときます。

事例

(前回の続き) せん妄患者のチューブの自己抜去が起こり、看護師Aさんは、今の看護計画がうまくいっているか疑問を抱いた。主治医と薬の調整を相談したいし、せん妄の発症機序も勉強し直したい……と考えを巡らせている。せん妄に対して他に効果的な方法はないか? と考え、身体活動を促すことに関心を持っているが、転倒の増加やスタッフの反応も気掛かり。「早く家に帰りたい」と言う患者の希望に応えられるよう、病棟全体でせん妄患者のケアをどう見直すか考えることにした。

Step 1 疑問の明確化——知りたいことを整理しよう

初めに疑問を明確にします。疑問が曖昧なままでは解決するために必要な情報が得られにくいからです。Aさんは「せん妄に対して他にも効果的な方法はないか?」と考えています。このような疑問は、「せん妄患者に〇〇することは、今行っているケアや治療と比べ、せん妄をより減らすのか?」のような仮説に置き換えられます。これはPICO形式と呼ばれます。Pは患者・集団 (Patient, Population), Iは介入 (Intervention), Cは比較対照 (Comparison), Oはアウトカム (Outcome) の頭文字を取ったものです(註2)。

PICOで整理できるのは介入研究によるエビデンスが得られやすい疑問で

す。介入研究とはケアや治療の効果を評価するための代表的な研究方法です。日常で感じる疑問とその分野の研究仮説は必ずしも一致しませんが、PICO形式に落とし込むことは研究によるエビデンスを探す際のキーワードの洗い出しにもつながります。

Step 2 情報の入手——文献を探して手に入れる

ケアや治療の効果に関する情報を探したい場合は、系統的レビューや臨床ガイドラインなどの二次文献から検索してみましょう。

医中誌やPubMedといった文献データベースの検索では、検索時に「Systematic review (系統的レビュー)」など出版タイプを含めると探しやすくなります。系統的レビューのみを検索できるCochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/>) もあります。臨床ガイドラインは、国内ではMindsガイドラインライブラリ (<https://minds.jqhc.or.jp/>)、海外では米国疾病予防管理センター(CDC, <https://www.cdc.gov/>) や英国国立医療技術評価機構(NICE, <https://www.nice.org.uk/>) のウェブサイトでも検索できます。またUpToDate®のように、研究から得られるエビデンスとともにさまざまなケアや治療について整理されているものもあります。二次文献で知りたい情報が得られない場合は、文献データベースを使ってさらに調べていきます。

Step 3 情報の吟味——文献を読み解く

次に、得られた情報はただ読み流すのではなく、実践のエビデンスとして有用かを吟味します。このような一連のステップは批判的吟味とも呼ばれます。

専門分野や研究方法によって吟味の着眼点に相違はありますが、介入研究の論文を吟味するときには、研究方法は妥当か、結果は何か、自分の実践で役立つかを評価します²⁾(註3)。

例えばある論文に、「せん妄の発症率を減らす効果がある」と書かれていたとします。しかし、せん妄の発症率を0.01%下げると、10%下げるのかでは、臨床への影響も異なります(註4)。適切な研究方法で行われていなければ、いくら論文化された研究であっても質が低い、信頼できない結果となり

ます。「この論文は臨床に役立つかどうか」はここまでの吟味の上に成り立つものです。研究の対象者と自分の臨床の対象者と状況は似ているか、不足している情報はないか、実際に行うときの実現可能性(費用やスタッフトレーニングなど)といった観点で、臨床への適用を吟味します。「エビデンス」と呼ばれる情報は、鵜呑みにするのではなく、このような一連の吟味を経ることで、根拠としての役割をより発揮するのです。

Step 4 適用/Step 5 評価——ケアの実践と評価

吟味したエビデンスに基づいてケアを行い(Step 4)、その結果、期待されたアウトカムが得られたのか、Step 1~4の一連の過程と合わせて評価します(Step 5)。

吟味したケアが臨床で実際に適用できるかは、患者さんの置かれた状況に加えて、適用しようとする方法の性質や組織の要因などによっても異なります³⁾。また、患者さんの価値観や希望をどこまで実現できるのかを検討した結果、吟味してきたケアは最終的に行わない判断もあり得ます。

評価は、実際の患者さんとの会話や身体所見などの観察データで確認できます。また、病棟カンファレンスやスタッフ同士で振り返りを行ったり、さらに施設で普段収集しているデータから評価したりすることも可能です。例えば、せん妄発症率やせん妄期間、あるいは、転倒など有害事象の発症率のデータを用いることも考えられます。

PICOの4要素で疑問を掘り下げる

Step 1で紹介したPICOの4要素を一つひとつ具体化するには、日頃のアセスメント力が求められます。効果があると言われる新しい方法(I)を取り入れる必要があるかは、普段自分がどのような患者に(P)、どのようなケアを行って(C)、どのような状態にあるのか(O)を把握できていなければ判断できません。

例えば、せん妄の発症を減らしたいと思い、「ICU入室患者(P)に、早期離床を促すと(I)、普段行っているケアと比べて(C)、せん妄発症を減らせるか(O)」というPICOを考えたとします。Cの「普段行っているケア」は、「早期離床を促さない場合」などに置き換えてみましょう。

しかしここで、「早期離床とは具体的に何か」「当院ICUは心臓血管外科の術後患者が多いが、ICU患者とくくりにして良いのか」「せん妄の判定基準は?」……など、新たな疑問も出てくるかもしれません。皆さんはどのような疑問を思い浮かべますか?

疑問を掘り下げるうちに、例えば自施設のせん妄の判定基準や、今のケア内容を見直す必要性に気付くことも、EBPの大切な第一歩です。論文を探

す前に教科書など書籍を読むことで解決する疑問もあります。これは治療や病態、薬の作用機序など一般的な基礎知識に対する疑問も同様です(註5)。

*

EBPの各ステップを日々の実践で意識することは、目の前の患者さんや組織の状況を言語化し、課題や目標を可視化することにもつながります。それによって他者との連携や情報共有にも役立ちます。

今回は二見朝子氏(東大)より、エビデンスのあるケアを広めるときに実装科学の分野で使われるフレームワークや、組織的に取り組むときのモデルなどを紹介していただきます。

明日から実践!

- ☑ 気になっている臨床のギモンを、PICOの4要素で言語化しよう。
- ☑ これまでの実践や今取り組んでいる実践を、EBPの5つのステップで振り返ってみよう。
- ☑ なぜ・どのようなエビデンスを必要としているかを明確にする。

註1: 看護分野では、EBPの5つのステップに、Step 0「探究心を培う」、Step 6「EBPの結果を普及させる」を加えたEBPの7つのステップをMelnykらが提唱している⁴⁾。また米アイオワ大では、EBPの一連のプロセスを示したIOWA Modelを発表している⁵⁾。
註2: 本稿ではPICOを取り上げたが、例えば観察研究の場合はPECO(EはExposureで「曝露」と呼ばれる。なお、関心のあるテーマによっては、PI(E)COに当てはまらない場合もある。
註3: 文献の批判的吟味のチェックリストは既に多く発表されており、一般的には疑問の種類や研究デザイン別に用意されている²⁾。
註4: 量的研究では、効果を大ききで示すことができ、差や比の指標がよく使われ(例: リスク差、オッズ比、ハザード比)、その推定精度は信頼区間と呼ばれる。
註5: 文献検索(Step 2)や、批判的吟味(Step 3)に必要な統計・研究方法に関する書籍は多数あり、適用・評価(Step 4, 5)は日々の実践の延長線上にあるため、本稿ではStep 1を中心に述べた。さらに知りたい場合はEBM・EBPの書籍^{4,6,7)}で学ぶことができる。

謝辞: 深堀浩樹様(慶大)、津田泰伸様(聖マリアンナ医科大学)に編集協力いただきました。感謝の意を表します。

参考文献・URL

- 1) Phillips AC, et al. (友滝愛, 他. 翻訳). 根拠に基づく実践の教育的介入と教育の報告ガイドライン(GREET) 2016: E & E. 看研. 2020; 53(5): 228-62.
 - 2) Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklists. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
 - 3) 保健医療福祉における普及と実装科学研究会. 実装研究のための統合フレームワーク——CFIR. 2021. <https://www.radish-japan.org/resource/cfirguide/index.html>
 - 4) Melnyk BM, et al. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
 - 5) アイオワ大病院看護研究・EBP・質改善部門(編集). 松岡千代, 他(監訳). 看護実践の質を改善するためのEBPガイドブック——アウトカムを向上させ現場を変えていくために. ミネルヴァ書房; 2018.
 - 6) Guyatt G, et al. 古川壽亮, 他(監訳). 臨床のためのEBM入門——決定版JAMA ユーザーズガイド. 医学書院; 2003.
 - 7) Straus SE, et al. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 5th ed. Elsevier; 2018.
- ※本稿では、日本語訳のある文献を参考文献として挙げましたが、最新版と異なる場合があります。

CRCのことならまずはこの1冊! 学会編集による信頼の定番テキスト。充実の改訂版

CRCテキストブック 第4版

CRC (Clinical Research Coordinator) 必携テキスト、改訂第4版。グローバル化や規制の変化など大きな流れの中で臨床試験や臨床研究をコーディネートするCRCの基盤として。日本臨床薬理学会認定CRC試験の受験に必要な知識の習得に。各領域のプロフェッショナルによる全面改訂。CRCを目指す人、現役のCRC、そして臨床試験・臨床研究に関わるすべての医療従事者に活用いただきたい。

編集 一般社団法人日本臨床薬理学会
責任編集 下田和孝
森下典子
石橋寿子



2021年10月期 研修生募集

自治医科大学 看護師特定行為研修

研修で取得できる特定行為

- ①呼吸器(気道確保に係るもの)関連
- ②呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連
- ③呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連
- ④循環器関連
- ⑤胸腔ドレーン管理関連
- ⑥腹腔ドレーン管理関連
- ⑦ろう孔管理関連
- ⑧栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連
- ⑨栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連
- ⑩創傷管理関連
- ⑪創部ドレーン管理関連
- ⑫動脈血液ガス分析関連
- ⑬透析管理関連
- ⑭栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- ⑮感染に係る薬剤投与関連
- ⑯血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- ⑰術後疼痛管理関連
- ⑱循環動態に係る薬剤投与関連
- ⑲精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
- ⑳皮膚損傷に係る薬剤投与関連

※領域別パッケージ研修も有

募集定員.....30名(各特定行為区分の受け入れ数は1実習期間で概ね5名程度)

出願締め切り.....2021年7月15日(木) 当日消印有効

受講資格.....次の要件のすべてを満たしていること

- 1) 看護師免許を有すること
- 2) 看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること
- 3) 所属長(看護部長あるいは同等職位以上の所属長)の推薦を有すること

納付金(消費税込).....①入講納付金 20,000円 ②共通科目受講料 一括380,000円 ③希望する区分別科目の受講料(別途設定)

※実技試験を要する区分別科目においては、別途実習教材費がかかります。

人材開発支援助成金、専門実践教育訓練給付金制度の対象となります。

自治医科大学看護部特定行為研修センター <http://www.jichi.ac.jp/tokutei/index.html>
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-159 TEL:0285-58-8932 E-mail:j-endure@jichi.ac.jp

看護師のギモンに答える!

エビデンスの使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
二見 朝子
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学分野 客員研究員

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第3回 ▶ 組織を理解し取り組む EBP

本稿では、EBPに取り組む上で重要な役割を果たすとされる「職場環境」に焦点を当て、「EBPを促進・阻害する職場環境のアセスメント」と「EBPプロセスモデル」を紹介します。

事例

(前回の続き) せん妄患者のチューブの自己抜去が起こったため、ケアを見直すために看護師Aさんは、文献を探して吟味した。その結果、早期離床を促すケアの導入について病棟で話し合いたいと思っている。しかし、新たなケアの導入をスタッフが負担に感じてしまわないかなどが気掛かりで、病棟全体で取り組むためにどうすれば良いか頭を悩ませている。

EBPの取り組みは職場環境で成否が異なるとされます。例えば、日々の実践を振り返ったり話し合ったりする機会がない環境では、そもそも「ケアについて疑問を持つ」(Step1「疑問の明確化」の前段階)ことや、新たなケアを適用しようとするとき(Step4「適用」)にスタッフの協力を得ることが難しいかもしれません。その結果、エビデンスに基づいた新たなケアを導入したものの十分に実施されず、効果を評価できなかったとなる可能性があります。そのような状況を避けるために活用したいのが、職場環境をアセスメントするツールやEBPのプロセスモデルです。

EBPを促進・阻害する職場環境についてアセスメントする

では、EBPに取り組む上でどのような職場環境が影響するのでしょうか。組織文化、リーダーシップ、コミュニケーションなど、さまざまな要素が相互に影響し合いながら取り組みに影響すると言われています¹⁾。ここでは、職場環境をアセスメントする際に参考となる2つの枠組みを紹介します。1つ目は、「実装研究のための統合フレームワーク(Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR)」²⁾です。「実装研究」とは、エビデンスに基づく介入を臨床等で取り

入れるための戦略に関する研究です。CFIRは39の要素からなる5つの領域「介入の特性」「外的セッティング」「内的セッティング」「個人特性」「プロセス」で構成され(註1)、このうち「内的セッティング」が職場環境に当たります(註2)。CFIRは、EBPに取り組む上で考慮すべき観点が網羅されており、EBPの阻害・促進要因を特定する強力なツールです。

例えば、「内的セッティング」の要素の一つである「実装風土」の中に「変化への切迫感」があります。エビデンスに基づいた新たなケアに変更を試みると、従来のケアの問題点を多くのスタッフが直に感じていれば、ケアの変更が成功する確率は高くなるとされます。しかし課題を感じているのが管理職のみで、現場のスタッフにとって切実な問題でない場合は、新たなケアへの変更は成功しにくくなると考えられます。スタッフが変化への切迫感を実際に持っているか否かが、成功に至るための重要な前提条件となるのです。

続いて2つ目が、EBPの取り組みに影響する職場環境を測定できる尺度、Alberta Context Tool (ACT) です³⁾。職場環境の中でも、介入による変更が可能な10要素(リーダーシップ、文化、フィードバック、定期的開催される場での情報共有/交換、定期的開催される場以外での情報共有/交換、人々のつながり、院内/オンラインの情報源、スタッフ数、スペース、時間)について、全56~58項目で測定します。EBPに取り組む上で良いと言われていた要素を測定するものですので、組織の弱みと強みの可視化が期待されます。ACTは多言語の翻訳版があり、著者らが作成した日本語版も、今後使用可能になる予定です。

組織で取り組むために活用したい EBP プロセスモデルは

次に、実際にどのような流れでEBPに取り組んでいけば良いのか、と思いついたときに活用できるのが、EBPプロセスモデルです。職場環境を考慮した2つのモデルを以下に紹介します。1つ目はアイオワモデル⁴⁾です(図)。

「組織において優先順位の高いトピックかの判断」「チームの形成」といった組織的な観点も含まれているものです(註3)。EBPのステップに沿って具体的な取り組みや判断ポイントが示されているので、実際に進めていく際のガイドとして役立ちます。

2つ目は、職場環境が要素として明記されている Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC) モデル^{5,6)}です。ARCCモデルでは、まず「組織文化とEBPへの組織の準備性をアセスメントする」ことから始まります。EBPに対して肯定的な組織であることが、スタッフのEBPに対する価値観を高め、それによりEBPが進むことで、最終的に患者アウトカムの改善などにつながると考えられているからです。

ARCCモデルの特徴は、組織のEBPを促し先導する「メンター」の重要性に言及している点です。メンターの役割は、前述の組織のアセスメントやスタッフへのEBP教育、EBP実装のロールモデル、スタッフの相談、多職種との協働など多岐にわたります。いずれも、組織でEBPに取り組む上で重要で、メンターの果たす役割は大きいと言えます。

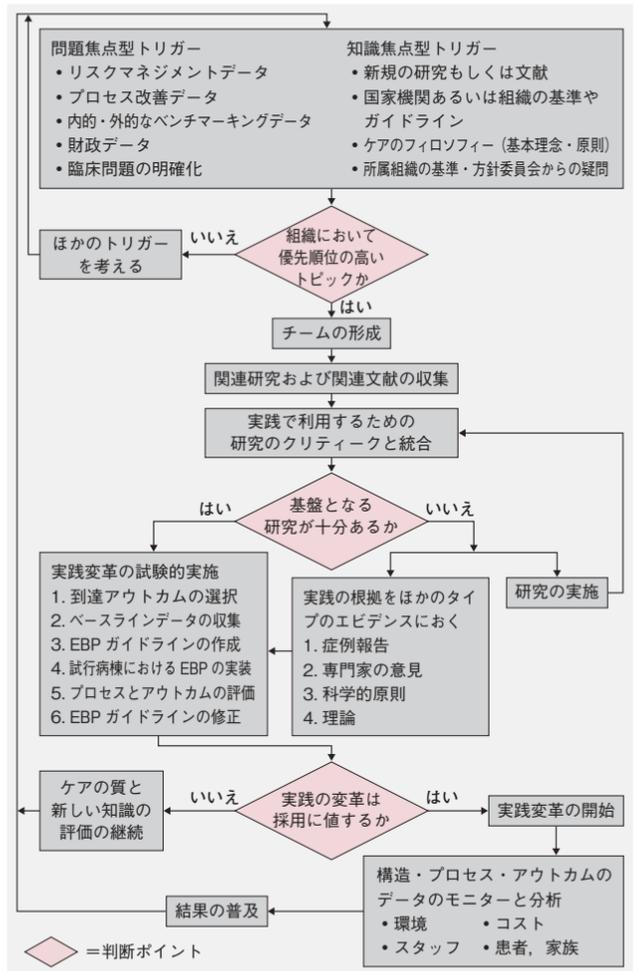
*

今回紹介した枠組みは、自身の職場環境の弱みと強みを把握し、実際にEBPを進める助けになります(註4)。冒頭のAさんの例では、まずCFIRのインタビューガイドを活用してスタッフに聞き取りを行い、新たなケアの導入に際して障壁となり得る職場環境を明らかにします。その上で、アイオワモデルやARCCモデルで見通しを立てるステップが考えられます。

本連載はここまで3回にわたりEBPの全体像を紹介しました。次回は酒井郁子氏(千葉大)より、EBPの職場環境の要となる管理職やリーダーの立場から、慣習を見直しEBPにつなげる実際の過程を紹介していただきます。

明日から実践!

- フレームワークやツールを用い、自施設におけるEBPに影響する要因をアセスメントしよう。
- 自分の取り組みをEBPプロセスモデルに当てはめて考えてみる。
- 自身の組織でメンターを担い得る人々に誰がいるかを考えてみよう。



●図 アイオワモデル(文献4より転載)

註1: CFIRの詳細はウェブサイトや翻訳書²⁾をご参照ください。この文献には、CFIRの各要素を評価するときのインタビューガイドも掲載されています。また、CFIRで見つけた組織の弱点を補うための戦略のリスト(Expert Recommendations for Implementing Change: ERIC)も開発されています(<https://cfirguide.org/choosing-strategies/>)。

註2: CFIRの「内的セッティング」の要素には、構造特性、ネットワークとコミュニケーション、文化、実装風土(変化への切迫感、適合性、相対的優先度、組織のインセンティブや報奨、目標とフィードバック、学習風土)、実装の準備性(リーダーシップ・エンゲージメント、利用可能な資源、知識や情報へのアクセス)があります。

註3: アイオワモデルは2017年に改訂版が発表されており、米アイオワ大のウェブサイト(<https://uihc.org/iowa-model-revised-evidence-based-practice-promote-excellence-health-care/>)に掲載されています。

註4: 本稿で紹介したモデル等は、EBPに影響する要素を幅広く示すものですが、分野や取り組みの内容、目的によって優先度の高い要素は異なります。また、今回紹介したものの以外にも、数多くの多様な枠組みが開発されています^{4,6)}。EBPにおける職場環境の研究はまだ発展途上であり、知見の蓄積が今後期待されます。

参考文献・URL

- 1) Syst Rev. 2018 [PMID: 29729669]
- 2) 保健医療福祉における普及と実装科学研究会. 実装研究のための統合フレームワーク—CFIR. 2021. <https://www.radish-japan.org/resource/cfirguide/index.html>
- 3) Translating Research in Elder Care. Alberta Context Tool. https://trecresearch.ca/alberta_context_tool
- 4) アイオワ大学病院看護研究・EBP・質改善部門(編集). 松岡千代, 他(監訳). 看護実践の質を改善するためのEBPガイドブック—アウトカムを向上させ現場を変えていくために. ミネルヴァ書房: 2018.
- 5) Worldviews Evid Based Nurs. 2017 [PMID: 28002651]
- 6) Melnyk BM, et al. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: 2018.

CRCのことならまずはこの1冊! 学会編集による信頼の定番テキスト。充実の改訂版

CRCテキストブック 第4版

CRC (Clinical Research Coordinator) 必携テキスト、改訂第4版。グローバル化や規制の変化など大きな流れの中で臨床試験や臨床研究をコーディネートするCRCの基盤として。日本臨床薬理学会認定CRC試験の受験に必要な知識の習得に。各領域のプロフェッショナルによる全面改訂。CRCを目指す人、現役のCRC、そして臨床試験・臨床研究に関わるすべての医療従事者に活用いただきたい。

編集 一般社団法人日本臨床薬理学会
責任編集 下田和孝
森下典子
石橋寿子



シンプルで濃い プラチナファミリーのあたらしい仲間です

新刊 消化器診療プラチナマニュアル

▶ 好評プラチナマニュアルシリーズ待望の第3弾。
▶ 幅広い消化器領域の症候、疾患、治療薬について、外来・病棟で活用できる項目に絞り、胸ポケットに入るボリュームにまとめた。
▶ 「5大原則」に始まり、「治療薬と検査・手技」、「関連の症候」、「主な疾患」に分けて全42項目で構成。
▶ 日常診療で困ったときの指針を国内外で経験・研鑽を積んできた著者がわかりやすく解説。
▶ 専門・非専門問わず、研修医からベテランまで、さらには看護師・薬剤師にも有用。

著: 小林健二 市立大町総合病院内視鏡室長/副内科部長

定価2,200円(本体2,000円+税10%)
三五変 頁288 図13・表40 2色 2021年6月
ISBN978-4-8157-3023-9

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

看護師のギモンに答える!

エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
酒井 郁子
千葉大学大学院看護学研究院
教授

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第4回 ▶ 慣習を見直し EBP につなげるリーダーシップ

前号までは、EBPの基盤となる5つのステップとEBPを促進するためのフレームワーク、EBPのプロセスモデルを紹介しました。実際にEBPを進める上で「まず何から考えれば良いか?」との悩みをよく聞きます。そこで本稿では、筆者が大学院修士課程において指導教員としてかかわった事例から、管理者がEBPに取り組む前に行う「慣習の見直し方」について解説します。

★ 事例

法人組織の人事異動で療養型病院の看護部長に就任したAさんは、着任早々から驚きの連続だった。中でも衝撃を受けた出来事は、認知症の高齢患者のほぼ全員が、移動能力にかかわらずリクライニング車いすに安全ベルトを装着され、デイルームで「座らせられていた」ことだった。

なぜ身体機能にかかわらず皆がそうしているのか、誰に聞いても確かな答えは返ってこない。目の当たりにした課題を前に、Aさんは早速、現場スタッフと共にEBPのステップに沿って解決を図ることにした(表)。

「聖なる牛」を見つける Step 0

慣習や伝説に基づいた実践を表す言葉に「聖なる牛 (Sacred Cow)」があります¹⁾。牛は立ったまま寝るため軽く押すと転倒するという、言わば都市伝説です。しかし、牛は寝るときは横になり、押し倒すには少なくとも2人以上必要なため、この伝説を裏付ける証拠はありません。慣習に基づくケアが定着し、知らず知らずのうちに変化に抵抗して残る「伝統」が看護にもあるのではないのでしょうか。皆さんの部署にも「聖なる牛」の慣習が潜んでいるかもしれません。それに気付いて現場のケアを見直すことは、EBPを実装するStep 0です。

入職してすぐ最先端の教育を受けた新人看護師は、部署に配属されると先輩看護師からその部署ならではの仕事のやり方を教えられます。2時間おきに体位交換をする、患者が夜眠れなければ勤務室に連れてきて見守る、せん妄になりそうだったら身体拘束を前もってしてしまう——、などです。「部署の仕事」として先輩看護師から教わる慣習の中には、根拠に基づいている

か否か吟味されていないものも多くあります。教える先輩看護師にとっても根拠が曖昧な場合があります²⁾。従来の方で何事もなかった看護師は、困っていると認識が芽生えないため、ケアが「聖なる牛」かどうか判断できません。その結果、自分は仕事ができると自信満々の先輩看護師が、その部署の慣習に確信を持って新人看護師を教えるため、長く継承されることにつながってしまうのです。

ケアの改善に向け管理者は、 どうアクションを起こすか

慣習に基づくケア(聖なる牛)には下記のような特徴があるでしょう。

- 病棟スタッフの多くが疑いを持たずにケアを行い、誰も根拠を説明できない。
- 効果を評価したことがない。
- 継続的なルーティンに行動パターンとして落とし込まれ、疑問を差し挟む余地がない。
- 異動などによる新規参加者が疑問を呈すと、部署のスタッフの誰かが感情的に反応する。 など

管理者はこれらを端緒に、慣習に基づくケアを特定することになります。まずは、患者アウトカムのベンチマークや部署データの経年的なトレンドなどの客観的情報から、「自部署に良くない出来事が生じつつある」「ケアの質が良くない原因は慣習にあるかもしれない」と管理者自らが気付くことがEBPの第一歩です。課題に気付けない管理者は、自身がEBP推進の障壁になる可能性があることに留意が必要です。

課題に気付いた管理者は、その時点でスタッフに改善の必要性を伝え、変革に向けたプロセスへと入ります。しかし看護師の実践を変えるための準備は複雑です。エビデンスも種々あるため明日からすぐに変えられるものではありません。また、従来の慣習を維持する信念と対立する価値が提示された現場では、看護師に認知的不協和が生

じる可能性が高いからです³⁾。例として急性期病院における身体拘束の非実施が挙げられます。医療安全が第一との信念に基づき、既に身体拘束の手順が組織のルーティンに組み込まれている場合があるためです。看護師の実践に内在化している場合は、非実施の実現は困難を極めることがあります。

では、変革への抵抗に対して管理者にはどのような役割が求められるのでしょうか。慣習に基づくケアに対し、①中止する理由の説明、②潜在的なリスクに関する情報提供、③変革の足かせとなっている機器や物品の排除、そして④具体的な代替案の提示を一貫して行うこと——の4点です。管理者は継続に向けモニタリングを行い、EBPによるケア改善を推進します。達成できれば、サクセスストーリーを組織内に周知し賞賛することも大切です。

あらためて冒頭のAさんの事例を表に沿って振り返ってみましょう。慣習に基づいたケアからEBPに移行し、部署の課題改善を進める上で必要なのは、看護部長や各部署の師長がそれぞれ、EBPを実装してケアを改善するために同じ方向を向いたリーダーシップだとわかります。

EBPをケア提供に組み込む上で、看護部長は明確なビジョンを示し組織変革を継続する変革のリーダーです。各部署の師長はEBPの実装を推進する要ですので、EBPの熟知とともに、先を見越して根気強く取り組む行動力と、EBPに対するスタッフの努力と学習を支持するリーダーシップ⁴⁾が欠かせません。管理者が現場に即したリーダーシップを発揮することで、スタッフがEBPに安心して取り組む環境が整うのです。

次回以降、リサーチエビデンスを実践に統合する過程を掘り下げます。第5回は、津田泰伸氏(聖マリアンナ医大病院)がクリティカルケア領域の事例を紹介します。

★ 明日から実践!

- ✓ 慣習に基づくケアに気付き見直すことは、EBPを実装するStep 0である。
- ✓ EBPによるケアの改善に向け、看護部長、師長、チームリーダーが同じ方向を向いたリーダーシップを発揮しよう。
- ✓ 成果を組織内で周知し賞賛することで、EBPに安心して取り組める環境を整えよう。

謝辞: 事例紹介にご協力いただいた榎木野桃子氏(医療法人社団桐和会川口さくら病院)に感謝申し上げます。

参考文献・URL
1) Worldviews Evid Based Nurs. 2015 [PMID: 25630893]
2) Int J Nurs Pract. 2019 [PMID: 30656794]
3) Crit Care Nurse. 2019 [PMID: 31961940]
4) J Subst Abuse Treat. 2016 [PMID: 27431044]
5) 日本シーティング・コンサルタント協会. 車椅子シーティング実践ガイドライン 2019. <https://bit.ly/3xBTFFPM>

●表 看護部長と師長・スタッフ別にみた EBP のプロセス

領域	看護部長のアクション	病棟師長・スタッフのアクション
Step 0 慣習に基づいたケアを見つける	認知症のある高齢患者が、なぜ身体機能にかかわらずリクライニング車いすに安全ベルトを装着しているか疑問を持ち、スタッフに確認した。	転倒を防ぐため、リクライニング車いすを使ってきた。病棟におけるケアの質の悪さに悩む師長もいたが、何から始めれば良いかわからない状態だった。
Step 1 疑問の明確化	病院全体で高齢者ケア改善プロジェクトを立ち上げ、モデル病棟としてケア改善に取り組む病棟を募集した。 身体拘束の弊害と縮小のメリットを、看護師長会で繰り返し情報提供し、慣習に基づくケアを共に抽出した。	師長は現場のスタッフとも話し合い、現場の改善テーマを「患者に適切な車いすを選定し、離床を進めることで患者の生活機能を改善する」と決定した。
Step 2 情報の入手 Step 3 情報の吟味	同プロジェクトに看護師長2人が手を挙げ、モデル病棟を対象に慣習に基づいたケアの改善とEBPのジャーナルクラブをスタートさせた。	看護師長は自部署で車いす選定に関する改善プロジェクトを立ち上げて、文献検討を実施。 検討の過程で、「車椅子シーティング実践ガイドライン」 ⁵⁾ の存在を知り、スタッフ全員で読んだ。
Step 4 適用 Step 5 評価	病棟で準備できる車いすの選定とシーティングのアクセスメントを実施。「車椅子シーティング実践ガイドライン」を適用して選んだ車いすを新たに使用した。 それまで鎮静されていた症状が患者に出現したのを受け、「後戻りせず患者に向き合おう」と師長を励ました。 事例検討から得られたサクセスストーリーを看護部長が院内全体に披露し祝福した。 これを機に、院内全体のEBP推進環境整備などを併せて実施。半年後、看護計画に個別計画の記入が2倍、カンファレンス実施数が3倍に増え、日常の看護記録の分量も増加した。 20%台だった病院全体の在宅復帰率が、1年後に50%台に上昇した。	車いすを適切に選定し、良い姿勢を保つことで患者のADL改善がみられた。その結果を病棟内にポスターで掲示し、看護計画に組み込んだ。 スタッフが仕事中にいつでも参照できるようにポケットガイドを作成し、どのような姿勢の維持が推奨されるか写真入りでスタッフに配布した。 患者の中には自ら立ち上がりた、歩きたいとの希望が強くとスタッフが気付き始めた。個別に理学療法を行うこととし、結果的に患者の下肢筋力が増して、車いすの使用をやめられた患者もいた。 ケアの質向上によりスタッフのやりがいが増し、1年後の看護師離職率が低下する要因となった。

NANDA-I 看護診断
定義と分類
2021-2023
原書 第12版
訳 上鶴 重美

NANDA-I 看護診断の オフィシャルブック最新版

NANDA インターナショナルで承認された看護診断を収めたハンドブック。46の新しい看護診断を追加、67の看護診断を改訂、17の看護診断名が変更。アセスメントから適切な看護診断確定までのプロセスについての解説も充実。

A5 2021年 頁624
定価: 3,520円(本体3,200円+税)
[ISBN978-4-260-04628-2]

詳細はこちらから

講義動画 NANDA-I 看護診断 徹底解説

動画で苦手意識を払拭!
看護診断レクチャーの決定版

動画はこちらから

医学書院

看護師のギモンに答える!

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者

津田 泰伸

聖マリアンナ医科大学病院
救命救急センター副部長/
急性・重症患者看護専門看護師エビデンスの
使い方・広め方

EBP (Evidence-Based Practice)

の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。

エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!



第5回 ▶ コロナ禍のICUで実践する多職種とのEBP

臨床では、「患者にとって良いケアは?」「個別的な看護とは何か?」といったケアを選択する意思決定の連続でしょう。そこで、より良い新たな選択肢を考える際に有用なのが、研究の知見を活用する方法です。

筆者が勤務する大学病院救命救急センターでは、2020年2月からCOVID-19重症患者の受け入れが始まりました。初めて直面する数々の課題を前に、困難の日々が今も続いています。

重症患者の治療とケアを集中的に行うクリティカルケア領域では、生命の危機的な状態からいち早く脱するための治療法や二次的合併症を予防する研究が多数積み重ねられ、エビデンスに基づくガイドラインの作成や普及活動が積極的に行われています。

実際にCOVID-19患者の治療で脚光を浴びたケアもあります。それが、重症の呼吸不全を来す急性呼吸窮迫症候群(ARDS)の改善に有効な手段である腹臥位(prone position)です。当院もARDS患者に腹臥位を行っていましたが、新たな課題も生じました。COVID-19患者に腹臥位を行うには、有害事象、とりわけ皮膚トラブルを防ぐ必要に迫られたことです。そこで本稿では、本課題に対する取り組みの過程を、クリティカルケア領域におけるEBPの5つのStepに基づき紹介します。

事例

腹臥位は、COVID-19重症患者の酸素化改善や中等症患者の重症化予防、死亡率の低下など臨床的な効果が期待できる¹⁾。その反面、体位を整えるために多数の人員確保や、うつ伏せにより圧迫される部位の皮膚障害などの課題もある。

COVID-19パンデミック以前よりさまざまな患者に腹臥位を実施してきた当院では、体外式膜型人工肺(ECMO)装着を含め重症患者が増えたことで、腹臥位を実施する機会が増加。患者数が増え多忙を極める中、褥瘡/医療関連機器圧迫創傷の発生率が高くなり、体位や皮膚障害予防について検討する必要性が生じた。

そこで、COVID-19患者で人工呼

吸器管理を行う方に腹臥位を施すに当たり、皮膚障害を起こさないよう現行の方法を見直すことにした。

EBPの5つのステップで、腹臥位療法の皮膚障害予防を考える

Step 1 臨床疑問を明確にする

私たちが直面した問題は、「腹臥位により褥瘡が多発する」ことです。腹臥位によって褥瘡が発生しやすいことは知られていたものの、それに対し推奨される介入が不明瞭でした。どのような方法を行えば、腹臥位による褥瘡を予防できるのかの問いを出発点に課題解決に取り掛かりました。

まず教科書的な知識の確認から状況を整理し、当院の腹臥位による褥瘡の発生数と発生部位を調べました。既に報告されている研究データ²⁾と比較した結果、当院では顔面(前額、頬、顎)や胸部で好発しやすいとわかりました。特に頭頸部の褥瘡を防ぐ必要性が明らかになったのです。

次に、スタッフの実際の行動からケアのプロセスを観察しました。腹臥位中の積極的な体位変換や、高低差から生じる圧迫部位への配慮、皮膚保護剤による予防策について改善の余地がありました。マニュアルやチェックリストはあったものの、実際に皮膚障害の発生率が増えている実態を踏まえると、従来の方法には問題もあると考え、次のPICOを考えました。

P: 腹臥位を実施するCOVID-19患者を対象に、
I: リサーチエビデンスを反映したチェックリストを用いると、
C: 従来のケアと比較して、
O: (特に頭頸部の) 皮膚障害発生率を低減できる。

Step 2 文献検索/Step 3 文献の批判的吟味

ARDSにおける腹臥位療法の効果やケアに関するメタアナリシス³⁾やガイドライン^{4,5)}は既にいくつかあり、腹臥位療法の知見を二次文献から拾い上げることにしました。世界的な感染拡

大に伴い、COVID-19患者の腹臥位に関する研究報告も増えつつあったため、論文の新着情報が通知されるメールアラートを設定して適時文献を追いました。さらに、周術期体位である腹臥位時の褥瘡予防のシステムティックレビューによるガイドライン⁶⁾や褥瘡予防と管理の国際的な学会のガイドライン⁷⁾も参照し、褥瘡予防の具体的な方法を探求して当院における実施状況の把握に注力しました。

文献検索では、PubMedやCINHAL、Cochrane Databaseなどを用い、「prone position」「pressure ulcer/injury」「checklist」「protocol」といった用語で検索しました。質がある程度担保されるシステムティックレビューやガイドラインであっても推奨レベルに注意しつつ、当院の実態と対比させて読みました。例えば当院のクッションパッドや皮膚保護剤は推奨の素材と一致しているか、一致していない場合は代用できるかなどの検討です。

文献を読み進めると、当院に必要な改善点も新たに見えてきました。例えば各種ガイドラインの推奨項目にある、腹臥位前の「エアーマットの使用」「鎮静目標値の確認」「可動域の評価」です。COVID-19患者の増加で体圧分散マットを使用できていなかった時期があったことや、筋弛緩薬を積極的に使用していないなど当院ならではの背景がありました。

腹臥位中も2時間ごとの体位変換が推奨されていますが、関節や頸部の可動域の事前評価を行っておらず、顔の向き替えや自然に近い体位であるswimming positionが不十分とわかりました。

Step 4 適用/Step 5 評価

Step 2と3で明らかになった課題を踏まえ、適用と評価に進みました。まず抽出したエビデンスと皮膚障害予防の対策をどのように導入していくか検討し、質改善の方略⁸⁾としてチェックリストを改訂しました。ポイントは、職種ごとに何を確認するか明示した点です。多職種の参画が必要な手技が含まれるため、腹臥位前・中・後に確認すべき項目を加えました。

患者への不利益(有害事象の発生)がないと思われ、なおかつ現場でも取り入れやすいケアは、論文のエビデンスレベルが高くなくても採用しています。

現在進行中のこの取り組みは、日々の患者アウトカムの評価や適時のフォローアップに加え、チェックリストの使い勝手の評価を病棟全体でも行っています。この改善活動も新たな知見を生む可能性があり、研究としてまとめて公表することも必要と考えています。

EBPの過程で生じた葛藤をどう乗り越えたか

当院では従来からEBM思考を基盤にガイドラインを遵守した治療を行い、付随するケアマニュアルやチェックリストを作成してきました。一方で、

多忙な業務やスタッフの入れ替わりで形骸化したり忘れられたりしたケアもありました。チェックリストは実際に使われなくては意味がありません。ケアを行う中で参照しやすいようシンプルな内容とし、パウチ化などの工夫を施しました。

ガイドラインのとらえ方には葛藤も生じます。例えば「推奨事項を必ず全て実践すべき」という思い込みです。まずは実践できる力とリソースが自施設にあるか、しっかり足元を見る必要があるでしょう。実行できない理想論の押し付けでは、全く意味がありません。期待される効果と推奨レベル、実行可能性のバランスに鑑みて導入することが肝になります。

さらに受け持ち看護師にとどまらない、部署レベルの共通認識が持たれたケアを実現するには、チームアプローチに加え管理者を巻き込むことが必要です。課題解決のEBPには多職種チームを形成し、文献を集める人、吟味する人、実際にできるか検討する人と適材適所の役割分担で取り組むと良いでしょう。

*

臨床では即時の対応とタイムリーな改善が求められます。しかし、エビデンスを丁寧に吟味し、マニュアルの作成に時間をかけることは容易ではありません。一方で、経験知識だけでは解決が難しいが故にエビデンスの活用は必要で、その読み方と活用方法を間違えないよう慎重な吟味が必要です。エビデンスの活用と組織への定着は1人では難しいので、EBPプロセスを伴走してくれるメンターを見つけ仲間と取り組むことをお勧めします。

今回は奥野史子氏(伊勢赤十字病院)より、EBPプロセスのコンサルテーションにかかわる立場から事例を紹介いたします。

明日から実践!

- タイムリーな改善のために適材適所の人員動員を。できればチームでEBPの活動をしよう!
- 組織の意識を高め行動を変えるには、スタッフが実感の持てる患者アウトカムの設定が重要になる。
- EBPはプロセスであり、常に見直しと評価を継続するサイクルを回す。

謝辞: Prone Positionプロジェクトに協力してくださっている当院スタッフの皆さん、聖マリアンナ医科大学救急医学講座の藤谷茂樹教授に感謝いたします。

参考文献

- J Intensive Care Med. 2021 [PMID: 33380236]
- Dimens Crit Care Nurs. 2020 [PMID: 31789984]
- Ann Am Thorac Soc. 2017 [PMID: 29068269]
- Nurs Crit Care. 2004 [PMID: 15068054]
- Intensive Crit Care Nurs. 2001 [PMID: 11817446]
- Int Surg. 2015 [PMID: 25692433]
- J Tissue Viability. 2019 [PMID: 30658878]
- Cochrane Database Syst Rev. 2017 [PMID: 28639262]

コロナ禍で活用できるサービスも解説! 必要な医療福祉サービスが見つかる、わかる!

医療福祉総合ガイドブック 2021年度版

医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2021年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しによりさらに理解しやすい内容に! 医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。コロナ禍で利用できるサービスも解説! 医療福祉関係者必携の1冊。

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会



ソーシャルマーケティングの実践的テキスト、待望の刊行

新刊 ソーシャルマーケティング: 行動変容の科学とアート

健康、安全、環境保護、省資源分野等への応用の最前線
Social Marketing: Behavior Change for Social Good, 6th edition

▶ ソーシャルマーケティングのロングセラー教科書、最新第6版の翻訳。マーケティングの考え方や技術を健康増進プログラム等の「計画→実践→評価」のプロセスに応用し、必要な行動変容のための系統的アプローチについて基本的理論から実践まで平易に解説。人々の行動変容につながる具体例を豊富に収載。保健・健康・医学分野はもちろん、社会科学や行政学の分野の研究者にも役立つ知識を提供する。

訳: 木原雅子・小林英雄・加治正行・木原正博

定価7,480円(本体6,800円+税10%)
B5 頁552 図62・写真71 2021年
ISBN978-4-8157-3024-6

看護師のギモンに答える! エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教
今回の執筆者
奥野 史子
伊勢赤十字病院 MPU (精神科
身体合併症病棟) 師長/
精神看護専門看護師

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!



第6回 ▶ EBPのモデルを用いて組織横断で取り組む

患者アウトカムの改善をめざすEBPは、日常の質の高いケアを支える大切な取り組みです。組織一丸で取り組むにはマネジメントを担うリーダーシップを持つ人材が必要です。当院では専門看護師(CNS)や認定看護師(CN)が、EBP促進の重要な旗振り役となっています。

ところが、いざEBPに取り組もうにもさまざまな障壁から断念せざるを得ない経験をしたCNS・CNから、EBPを推進する筆者に「どうすればEBPのプロジェクトを成功できるか」との相談が徐々に増えてきました。

そこでCNSやCN、認定看護管理者が参加する当院の「専門・認定会議」(以下、会議)にて、EBPの事例として前職の聖路加国際病院で経験したEBPプロジェクトの例¹⁾を、アイオワモデル²⁾に沿って紹介する機会を得ました(第3回・図参照、註1)。皆が理解しやすい共通言語を用い、各自のEBPプロジェクトに当てはめて検討できる説明を心掛けました。現在も、EBPの実装に向け、進行中あるいは未着手のプロジェクトを共に検討する場を設け活動しています。

本稿ではAさんの事例から、会議でアイオワモデルのフローに沿ってプロジェクトをどう見直し促進したかを紹介します。

★事例

特定集中治療室(ICU)での多職種による早期離床・リハビリテーションの取り組みについて、2018年に診療報酬加算が新設された。当院も多職種チームが発足し、活動を開始。しかし実際には、加算数が伸び悩んでいると、ICU勤務の集中ケア認定看護師Aさんから相談を受けた。

この取り組みは、エビデンスに基づく必要な治療・ケアと認められているが、現場では「加算の要件を満たせない」との理由で実施されていないという。取り入れても、離床までの日数やICU入室期間が減るなどのアウトカムが出るのか、本当に必要なケアが患者に届くのかかわらないと危惧していた。

5つのステップで プロトコルを見直す

Step 1 現状のケアを振り返り、臨床疑問を明確にする

Step1として、初めにAさんから活動開始の経緯を聞きました。そして会議で事例紹介をしてもらい、複数のグループに分かれて課題を検討しました。

始まりは「ガイドラインをもとにプロトコルを作成し診療報酬の加算を取得する」という少し自動思考的ともいえる知識焦点型トリガー(註2)でした。さらに「入室後48時間以内に介入できていない」「加算ありきで本当に必要なケアが浸透していない」などの問題焦点型トリガー(註3)も検討されました。組織において優先順位の高いトピックかは既に集中治療委員会での検討を経ており、集中治療専門医や集中ケア認定看護師、心臓リハの専門性を有する理学療法士らからなる算定要件を満たすチームが構成され、プロトコルも作成されていました。

実践変革が試験的に行われていたにもかかわらず、うまくいかないポイントはどこにあったのでしょうか? EBPのガイドとなる当院プロトコルを皆で見直すと、誰が担当するかの記述はあるものの、患者のアセスメントやどのタイミングで誰が主治医に計画書を依頼し導入を開始するかが不明確で、アクションの「最初のスイッチ」が入っていないことがわかりました。そこで、会議で以下のPICOを考えました。

P: ICU入室患者に、
I: 早期離床・リハビリテーションのプロトコルを改訂して実施すると、
C: 従来の方法と比較して、
O: 胸部外科・外科患者への新規介入数が増え、離床までの日数・ICU在室日数が減少する。

Step 2 文献検索/Step 3 文献の批判的吟味

プロトコル作成時に参照した日本集中治療医学会発行の「根拠に基づくエキスパートコンセンサス」(註4)³⁾

とプロトコルをあらためて比較すると、最低限の項目は網羅されているものの、実際に適用するには次のような曖昧な点もあることがわかりました。

- 自分たちがめざすアウトカムが明確でない。
- 実際には外科患者も術後ICU入室件数が多く適用であるものの、プロトコルでは胸部外科患者以外は対象外という印象が強く、胸部外科患者のみで開始していた。
- ICUにかかわる医師・看護師全てにはプロトコルが浸透していない。
- チームの要件を満たすメンバーはいるが、実際にリハビリの開始を判断する現場の看護師や、管理者がメンバーに入っていない。

また、AさんはPICOを検討した会議のメンバーから他施設での実践を尋ねられ、他院の実践報告を見直すきっかけを得ました。ガイドライン等は実装の詳細が記述されていないことも多いため、特に未経験の取り組みに着手するときは他院の情報も有用です。

Step 4 適用/Step 5 評価——EBPの実装戦略

次にAさんはStep 1~3を経て、①プロトコルの改訂、②チームに管理者や核となるスタッフを加える、③診療科の拡大、④かかわる全てのスタッフがもう一度学習できる機会を増やす——など具体的な追加・修正案とともに、EBPの実装戦略をチームに提示しました。現在は新たなプロトコルの適用と評価に取り組んでいます。早期離床・リハビリテーションに対するチームのモチベーションも高まり、介入事例も少しずつ増えているようです。

アイオワモデルのフローに沿ってプロジェクトを見直し取り組みが、EBP活動をどう促進したのでしょうか。まず、試験的導入までできている事例を異なる専門分野の人と共に共通のフレームワークでとらえ直したことで、客観的視点による再検討で、本格的に実装できていない段階だと明確になりました。Aさん自身も実装戦略の綿密な検討が重要と認識できました。

EBPを推進する風土作りのポイントは

筆者が当院で工夫を重ねるEBPの促進では、「いつもの会議」で、「さまざまな専門家が共に検討する」方法を意識しています。そして、アイオワモデルなどを共通言語として用い、EBPの実装戦略のプロセスを丁寧にたどることで、闊達なディスカッションができる風土作りに努めています。

こうした過程を経て、EBPの取り組みが多職種やスタッフナースに広がり成功事例が積み重ねることが、CNS・CNのモチベーション向上にも寄与すると考えます。会議に参加した他のCNS・CNは他領域のプロジェクトを客観視でき、一連の検討過程が自身のプロジェクトを見直しシミュレーションにもなりました。

EBPのプロジェクトを新たに始め

EBPを実装するには多くの仲間とエネルギーが必要です。客観的な視点を持ち、共に考える仲間が大切になります。同じ専門領域の者同士、話し合いがスムーズに進んでも、いざ運用となるとうまくいかない場面も生じるでしょう。他の人の目にさらすのは勇気がいる事例も、「患者に良いケアを届けたい」と願う異なる専門分野の人と検討すれば、視点が多岐に広がり問題点の理解が格段に深まります。客観的視点と改善のアイデアが実際の適用につながり、患者アウトカムの向上や組織変革を実感できるのです。

人と人をつなぐリーダーと、チームを支えるメンターの存在は、EBPを開始し持続させる要です。管理者には、スタッフが共にEBPを考える機会を醸成できるよう組織を導いていただきたいです。そしてスタッフは、互いに励ましアイデアを出し合えるEBP推進の仲間を広げていきましょう。

今回は坂本晴世氏(国際医療福祉大学大学院)より、患者一人ひとりに寄り添うEBPをテーマに紹介します。

★明日から実践!

- ☑ EBPの共通言語(=モデル)を用い、他領域の客観的視点も交え一緒に検討しよう。
- ☑ EBPは、そのプロセスとアウトカムを、リアルタイムでお互いに見せ合いながら進めたい。
- ☑ お互いに応援し、サポートし合える仲間作りが大切になる!

註1: EBPのプロセスを示すモデルであるアイオワモデルは、EBPプロジェクトで多く用いられているモデルの一つである(Worldviews Evid Based Nurs. 2020 [PMID: 32246749])。

註2: 知識焦点型トリガーとは、アイオワモデルで使われるEBPの契機を示すもので、新規の研究・文献、国際機関、組織の基準やガイドラインなどから生じる疑問がある。

註3: 問題焦点型トリガーも同様にアイオワモデルで使われるEBPの契機を示すもので、日々の臨床疑問や、Quality Improvement(QI)の質改善データをはじめ院内外のさまざまなデータがある。

註4: 本エキスパートコンセンサスは、原則としてランダム化比較試験やそのメタアナリシスが根拠となっているが、日本人を対象とした質の高いエビデンスの収集が困難なことからエキスパートコンセンサスとして標準的な治療方針が整理されている³⁾。

謝辞: 事例掲載を快諾して下さった当院の西川圭子師長と、いつも共に考え励ましてくれる当院専門・認定会議の皆さんに感謝します。

参考文献・URL

- 1) 奥野史子. アルゴリズムの開発と院内のケアシステムにおけるせん妄ケアの強化. 看護管理. 2019; 29 (3): 235-41.
- 2) アイオワ大学病院看護研究・EBP・質改善部門(編集). 松岡千代, 他(監訳). 看護実践の質を改善するためのEBPガイドブック——アウトカムを向上させ現場を変えていくために. ミネルヴァ書房; 2018.
- 3) 日本集中治療医学会編. 集中治療における早期リハビリテーション——根拠に基づくエキスパートコンセンサス(ダイジェスト版). 2017. https://www.jsicm.org/pdf/soki_riha_1805.pdf

JRC 蘇生ガイドライン 2020

監修/一般社団法人日本蘇生協議会

詳しくは▼



JRC 蘇生ガイドライン 2020

その生命を
繋ぎ止めるために

救急現場の現場に必須のガイドライン、待望の改訂

救急蘇生の現場を支える 基本のガイドラインが5年ぶりの改訂

編集委員会、作業部会による徹底した議論によって検討され、まとめられたガイドラインは、蘇生現場のコンセンサスとして必携。すべてGRADEによる評価を採用した国際基準のガイドライン。新たに「妊産婦の蘇生」「海外での課題」の章を追加し、補遺にはCOVID-19への対応をまとめた。

Contents

- 序文
- 第1章 一次救命処置(BLS)
- 第2章 成人の二次救命処置(ALS)
- 第3章 小児の蘇生(PLS)
- 第4章 新生児の蘇生(NCPR)
- 第5章 妊産婦の蘇生(Maternal)
- 第6章 急性冠症候群(ACS)

- 第7章 脳神経蘇生(NR)
- 第8章 ファーストエイド(FA)
- 第9章 普及・教育のための方策(EIT)
- 第10章 海外での課題
- 補遺 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対策

看護師のギモンに答える!

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
坂本 晴世

国際医療福祉大学大学院 保健福祉学研究所 看護学分野 准教授 / 感染症看護専門看護師

エビデンスの 使い方・広め方

EBP (Evidence-Based Practice)

の考え方や実証科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。

エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!



第7回 ▶ EBPで患者・家族の意思とエビデンスを統合する

筆者はこれまで、急性期病院の感染管理担当者として院内の感染対策に取り組んできました。医療関連感染の予防には、エビデンスに基づいた実践が必要です。しかし、エビデンスレベルの高い予防策は、実はそれほど多くありません。現場の状況や利用可能な資源は一律ではないため、目の前の患者や施設の状況に応じたEBPが必要です。特に、限られた情報の中で組織や患者ケアの方針を決めざるを得ない場合、感染症分野ではその選択の良しあしが、患者や医療者を感染のリスクに曝すこととなります。

本稿では、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の事例を用い、エビデンスが十分でない状況下での患者の問題解決に、EBPをどう展開したか考えていきます(実際の事例を基に創作した架空の事例です)。

★事例

2021年1月、進行性の大腸がんで在宅療養中だったAさん(68歳、女性)は、同居家族からCOVID-19に感染し入院となった。呼吸状態が悪化したためNasal High Flow™で呼吸管理を行い、SpO₂ 98%を維持できるようになった。同時にAさんは、大腸がんの悪化により、余命は数日から数週間と考えられた。隔離病棟に入院して以来、家族とは対面で面会できておらず、Aさんと家族は「会いたい」「少しでもそばにいたい」と訴えていた。

Aさんは厚労省が示す10日間の隔離期間を過ぎていたが、酸素吸入から離脱できていなかった。重症患者はウイルス排泄が遷延することが指摘されており、一般病棟への転棟や、家族との自由な面会を行うことへの危険性が懸念された。

EBPの5ステップで考える

Step 1 臨床の疑問を明確にする

終末期の患者が、残された時間を家族と共に過ごす環境を整えるのは、当たり前のように行われてきました。しかしCOVID-19患者であれば、家族も面会時には個人防護具の着用が必要

です。そのため自由な面会や、長時間の付き添いは積極的に勧められてはいけません。

筆者はEBPの方向性を決める際に、「エビデンスに基づく臨床的意思決定のための更新モデル」(図)を用います。「病態と状況」「患者の好みと行動」「研究結果」の3つの構成要素から成り、これらを統合する手段として「臨床の専門知識」が位置付けられています。本事例でも患者の療養環境を調整する方向性について同モデルに沿い、まず「病態と状況」「患者の好みと行動」について次のように考えました。

- 病態と状況：COVID-19については、酸素吸入が必要だが、咳嗽はなくバイタルサインも落ち着いている。大腸がんの進行による全身の衰弱は著しく、検査データも芳しくない。隔離病棟の個室に入院中のため、家族の自由な面会は難しい。
- 患者の好みと行動：Aさんと家族は自宅での看取りを希望。Aさんは家族に会うことを望んでいる。家族はCOVID-19に罹患したAさんを自宅に迎えることには不安があり、せめて毎日対面で面会したいと考えている。

もしAさんが一般病棟へ転棟できるのであれば、面会希望に柔軟に対応できる可能性が高くなります。Aさんが発症から3週間経過しているものいまだに酸素吸入を行っているため、ウイルスの排泄が遷延しているのではないかと、一般病棟で受け入れても大丈夫なのかを内科病棟師長は心配していました。そのため、Aさんの転棟受け入れには消極的でした。そこでここに同モデルの「研究結果」を統合するため、以下のPICOを立てました。

P：大腸がん終末期で重症のCOVID-19患者を、
I：一般病棟で管理することは、
C：隔離病棟での入院を続けることと比較して、
O：周囲の感染リスクを高めるか。

Step 2 文献検索, Step 3 文献の批判的吟味

COVID-19に関する論文の数は、2020年11月初めまでに既に20万本とも言われていました。論文は症例報告や後ろ向き調査が多く、よくデザイ

ンされた介入研究はほとんど見当たりません。また、迅速な情報共有のためにウェブ上で多数公表されたプレプリント(査読前の論文)は、内容を慎重に読み解く必要がありました。

軽症から中等症のCOVID-19患者は、発症前後に感染性のピークを迎え、10日経過すると他者に対する感染性はほとんどなくなります³⁾。厚労省や米疾病予防管理センター(CDC)の2021年1月時点の指針^{4,5)}では、症状が軽快し、発症から10日間経過した後の隔離解除のみが示され、重症患者の隔離期間は言及されていませんでした。そこで、重症のCOVID-19患者の感染性について文献検討を行いました。すると以下のことがわかりました。

- ウイルスの感染性は、発症前後にピークを迎え、その後は徐々に感染性を失う⁶⁾。
- 重症のCOVID-19患者129人を対象とした研究では、感染性を有するウイルス分離期間の中央値は発症後8日(四分位範囲：5~11日)であった。ウイルス分離の可能性は、発症15.2日で5%以下まで低下した⁷⁾。
- 免疫不全患者20人のうち、発症後20日以降もウイルスが分離されたのは3人で、同種造血幹細胞移植患者2人(発症後25日、26日)とCAR-T細胞療法を受けた1人(発症後61日)であった⁸⁾。

Step 4 適用, Step 5 評価

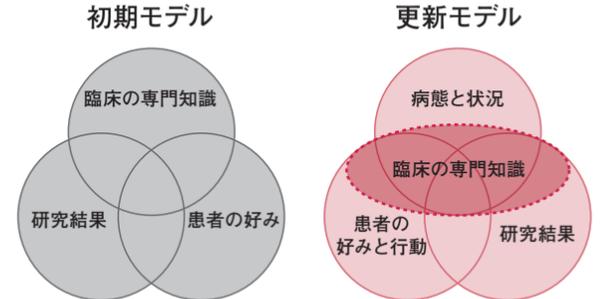
文献から、Aさんはウイルス排泄が遷延する条件がそろっているものの、重度の免疫不全ではありません。したがって、発症から21日経過しているAさんが感染性を有するウイルスを排泄している可能性は低いと考えられ、厳密な隔離病棟での管理を解除することは可能と判断しました。

そこで一般病棟と隔離病棟の各看護師長と主治医に文献から得たエビデンスを共有し、Aさんの今後の療養の方向性についてそれぞれの意向を確認しました。3人とも、Aさんの一般病棟への転棟について異論はありませんでした。ただ、文献の質からもウイルス排泄のリスクがゼロではないことや、Aさんのマスク着用が困難であることから、入室には少なくともN95マスクとゴーグルの着用を必須としました。Aさんは一般病棟へ転棟し、家族と最期の時間を過ごすことができました。

判断に至った根拠を周知する

感染症の対策やケアにおけるEBPは、患者と第三者のリスクという2つの側面から、合意形成を図る必要があります。その事例にかかわる当事者たちの感情を理解し、配慮しなければうまくいきません。

本事例では一般病棟の看護師長を通じて、受け入れる看護スタッフの考えについても確認しました。直接ケアに当たるスタッフが、口には出せなくて



●図 EBMの初期モデル(左)とエビデンスに基づく臨床的意思決定のための更新モデル(文献1より改変)

1992年に公表されたEBMの初期モデル²⁾から、更新モデルでは「臨床の専門知識」が患者の「病態と状況」に変わり、「患者の好み」には「患者の行動」を含むことが明示された。「臨床の専門知識」はこれらに「研究結果」を加えた3要素を統合する位置付けとなっている。

も不安を抱えている場合があります。「知らされなかった」という事実は負の感情を生み、その後の取り組みの障壁になり得ます。EBPの実践では、どんな階層の人も抜かさずに、この判断に至った根拠と経緯を説明し、理解を求めることが必要です。

新興感染症のパンデミックでは、質の高い文献が少ないことや、次々に公表される膨大な論文の中から信頼できる情報を拾い集めなければならない困難さがあります。そのため、限られた文献から理論的に解を導かなければならない場合もあります。

「目の前の患者に提供するケアは最善か?」

この問い掛けによって1人の患者に対するEBPが始まります。患者の意向と病態、そしてエビデンスとなる研究結果の3つの構成要素を専門的視点で統合することで、一人ひとりの患者のアウトカムを高める看護実践につながると考えます。

今回は、松本佐知子氏(藤沢エデンの園一番館)より、対象者の人生と向き合うプロセスを紹介します。

★明日から実践!

- 意思決定には、「病態と状況」「患者の好みと行動」「研究結果」を専門的知識によって統合する。
- 新興感染症のEBPでは、プレプリントを含み網羅的に文献をクリティークする。
- そのEBPの影響を受ける全ての人々に対して十分な説明を行う。

参考文献・URL

- 1) Vox Sang. 2002 [PMID: 12749371]
- 2) JAMA. 1992 [PMID: 1404801]
- 3) J Infect. 2020 [PMID: 33049331]
- 4) 厚労省. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者及び無症状病原体保有者の退院の取扱いに関する質疑応答集(Q&A)の一部改正について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/000745526.pdf>
- 5) CDC. Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html#previous>
- 6) Science. 2020 [PMID: 32234805]
- 7) Nat Commun. 2021 [PMID: 33431879]
- 8) N Engl J Med. 2020 [PMID: 33259154]

2022年度大学院生募集

※短大、専門学校を卒業された方でも、修士課程の出願が可能です(各分野の出願資格、出願資格審査要件をご確認ください)

看護学分野
看護管理学や看護教育学などをはじめとした研究コースを開設。さらに、実践に特化した<周麻酔期看護学領域><公衆衛生看護学実践コース(保健師免許取得)><専門看護師コース:がん・精神・感染管理・在宅>を開設し、多面的に看護学を学ぶことができます。

特定行為看護師養成分野
厚生労働省より特定行為研修指定機関として指定を受けており、特定行為研修に準拠した21区分38行為の特定行為を習得できるほか、プライマリー・ケアおよびクリティカル・周術期の両分野において専門に偏らずに活躍できる看護師の育成をめざします。

助産学分野
国家試験受験資格を取得する課程と、有資格者の実践能力の向上をめざす課程として「実践コース」、また、助産領域の研究者・教育者の育成をめざす「論文コース(修士・博士)」の2つのコースを展開しています。

上記の他にも「災害医療分野」「遺伝カウンセリング分野」など、多くの看護職の方が「保健・医療・福祉」を多面的に学んでいます。

事前相談受付中。右記HPをご参照のうえ
教員へメールでお問い合わせください。

お問い合わせ

東京赤坂キャンパス入試事務室
TEL 03-5574-3903

MAIL daigakuin-nyushi@iuhw.ac.jp
URL <https://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/>



医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。

国際医療福祉大学

社会人が
学びやすい

3つの特長

- 1 大田原(栃木)・成田(千葉)・赤坂(東京)・小田原(神奈川)・熱海(静岡)・福岡・大川(福岡)の7キャンパス
- 2 多くの授業を平日の夕方以降と土曜の昼間に開講
- 3 各キャンパスを同時双方向遠隔授業システムで結び、授業をリアルタイムで受講可能

認定看護管理者 教育課程

詳細は各センターのホームページ(下記URL)をご参照ください

看護生涯学習センター(東京赤坂)
<https://www.iuhw.ac.jp/mceec/tokyo/>
九州地区生涯教育センター(福岡)
<https://www.iuhw.ac.jp/mceec/kyushu/>

看護師のギモンに答える! エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教
今回の執筆者
本松 佐知子
社会福祉法人聖隷福祉事業団
藤沢工場の園一番館 課長/
老人看護専門看護師

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実証科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!



第8回 ▶ 対象者の人生と向き合う EBP のプロセス

高齢者ケアは医療だけでなく、日常・社会生活を支える意思決定支援も重要であり、対象者の個性に沿ったケアが求められます。一方で、高齢者の「自分らしい生き方」を支えるためのエビデンスは十分ではありません。

筆者が勤める高齢者ケア施設には、高齢者が安心・安全な終の住処を求め、日常生活が自立しているうちに入居しています。施設で長年暮らす中で認知症になるなど、要介護状態を経て亡くなる入居者が少なくありません。

こうした状況から、入居者が重度認知症になったり終末期を迎えたりしたときの意思決定の一助となるよう、エンディングノート(以下、ノート)を配布する取り組みを行っている施設があります。ノートにはこれまでの人生経験や自身の価値観、将来の介護や終末期ケアの意向、葬儀の希望などを記入できるようになっています。

本稿では、高齢者ケア施設におけるノート活用の取り組みを紹介します。

事例

赴任した施設では、入居者にエンディングノートを配布し、任意で記入してもらっていた。筆者がノートを取り扱う担当になったため、まずノートの運用状況を確認することにした。すると、「書き方がわからない」と悩んでいる入居者や、「ケアに活用しにくい」と感じている職員がいるとわかった。

また、入居者と職員の間で「ノートは将来のケアに活用するもの」と認識されていたが、記入内容について入居者、家族、職員で共有する機会はほとんどなかった。しかし、ノートの存在が入居者と職員にすでに浸透していたため、それを無くして新たな仕組みを作ることは混乱を招くと予想された。そこで、ノートのより良い活用法を検討することにした。

5つのステップで、エンディングノートの利用方法を考える

Step 1 臨床の課題を明確化する

ノートを有益なものにするために

は、「ノートを書きたいと思っている入居者への支援」と「ノートの内容を家族や職員が理解し、ケアに生かせる仕組み」の両輪が必要であると筆者は考えました。

折しも、厚生労働省が「人生会議」の愛称で、Advance Care Planning (ACP) の普及・啓発を始めた頃(2018年)で、入居者や職員の関心も高まっていた時期でした。そこで ACP の概念を施設に導入するのは有用であり、良いタイミングかもしれないと考えようになったのです。

筆者にとって ACP は日常的に用いていた言葉でした。しかし、「なじみのある言葉こそ、吟味したほうがよい」との恩師の助言を思い出し、ACP への理解をあらためて深めるために文献を検索しながら、PICO を考えることにしました。

Step 2, 3 情報の入手および文献検索

ACP の定義やアウトカムに関する文献、介入効果に関する系統的レビューなどからわかったのは、次のことです(註1)。

- ACP として実施されている介入やアウトカム指標は多様である¹⁾。
- ACP の定義やアウトカム指標についてコンセンサスを得るための議論は、まだ始まったばかりである^{2,3)}。
- ランダム化比較試験など、エビデンスレベルの高い研究成果の多くは、重篤な疾患や終末期にある人を対象とした医療・ケアに関するものである。

エビデンスの適用可能性の観点から考えると、これらの知見と筆者の勤める施設の状況には相違点が見えてきました。それは、入居者は健康状態が安定している高齢者であり、終末期医療に限定されない将来のさまざまなことを考えたい、というニーズを持っている点です。そのため、既存のエビデンスの適用は難しいように考えられました。

そこで PICO のうち、P: 居住系施設または地域で生活している高齢者、I: 終末期に関連したケアに関する話し合いを行う、という P と I のみの設定で文献検索を進め、ノートに類似し

た書類を活用している研究を探しました。なお、エビデンスの少ない分野であり、文献をできるだけ多く収集したかったため、C と O はあえて立てませんでした。

文献検索の結果、香港中文大学で終末期ケアを研究する Chan 氏らが2010年に開発した、「Let Me Talk ACP プログラム」を用いた非ランダム化比較試験⁴⁾にたどり着きました。

本研究の方法は、介入群であるナース・ホームの入居者に対し、看護師がライフストーリーや終末期ケアの希望などについて数回面談し、冊子にまとめるというものです。そして、本人の同意が得られた場合は家族との話し合いを行っていました。

本研究は、認知機能障害がなく介護のニーズも低い高齢者が対象で、プログラムと当施設のノートの内容が類似しており、課題解決に適用できるのではないかと考えました。思い切って Chan 氏に直接問い合わせたところ、面談に関する資料を送っていただくことができたのです。その内容を踏まえ、ノートの運用方法の変更を試みました。

Step 4 適用, Step 5 評価

Chan 氏らの論文や資料を読み、施設の状況と照らし合わせる過程で、「Let Me Talk ACP プログラム」をそのまま導入する場合、入居者と面談を重ねる必要があり、入居者の負担が大きいが予想されました。

また先行研究から、ノートの配布だけではなく、対象者との面談や職員の研修など複数のケアを組み合わせるなど、ACP は複合的な介入をしたほうがメリットがあると示唆されていました¹⁾。

そこで入居者や職員の意見を聞きながら、ノートの改訂とともに入居者に対する勉強会や面談なども行うようにしました。

このような取り組みを通して、職員は手応えを感じたようです。一方で、入居者の中には、かえって戸惑いが増えたり悩みが深まったりした人が想定していたよりも多く、ノートを配布した後のプロセスにも職員が寄り添い続ける必要性を感じました。

研究成果を現場の状況に合わせて実用化する

今回の高齢者の終末期に関連したケアのようにエビデンスが少ない分野では、研究のセッティング(対象者、介入方法、アウトカム)と実際の現場が乖離していることもあります。また、ACP のように文化的な背景や一人ひとりの個性への配慮が求められるケアでは、海外での研究成果をそのまま導入することに躊躇する場合もあるでしょう。

しかし、現場での課題に対して、その時点で自分がベストと考えた研究成果を現場の状況に合わせて実用化することは、EBP の第一歩ではないかと

一臨床家として考えています。

加えてその組織に応じた EBP を行うには、Block らの研究⁵⁾のように期待した成果が残念ながら得られなかった研究であっても、研究目的やセッティングに自身の取り組みと類似した点があれば、参考にしながら現場に潜在する課題を考えることも重要です(註2)。

また、対象者の人生と向き合う過程では量的研究だけではなく、質的研究のエビデンスも活用して EBP に取り組むことが必要です。実際に今回の取り組みでは、入居者の気持ちに寄り添った ACP ができるよう、施設に入居している高齢者と家族の ACP に対する考えに関する質的研究の統合レビュー結果⁶⁾も活用しています。

臨床の課題解決に向けてエビデンスを探す過程で、共通点や改変して応用可能な部分を見いだせれば、日々のケアも少しずつ前進するはず。たとえすぐに成果につながらなくとも、諦めずに EBP の意欲を持ち続けければ新たな解決の糸口も見えてくるでしょう。

*

さて、本連載の第4~8回までは、看護師がエビデンスを念頭におきながら、臨床実践に取り組む事例を紹介してきました。今回は教育場面での事例として、EBP の文脈で文献を読むための取り組みを紹介します。

明日から実践!

- ✔ 良いと思っている既存の取り組みも、マイナス面があるのではないかと意識を持つ。
- ✔ エビデンスを複眼的にみる姿勢が現場での活用のヒントを生む。
- ✔ EBP に伴う困難があっても粘り強く取り組み続けて、未来につなげよう!

註1:筆者がこの取り組みを行った当時、ACP のエビデンスに関する日本語書籍等がほとんどなかったが、現在はわかりやすく説明する書籍⁷⁾もある。時間や文献へのアクセスに制約を受けやすい臨床家にとって、入門書からエビデンスを探究するのも、有用な方法の一つとなる。註2: Block らの緩和ケアプログラムの有効性に関する研究が直面した障壁として、介入が複雑で量が多いなどの理由が考えられている。日本語での解説⁸⁾もあるので、関心のある方は参照していただきたい。

参考文献

- 1) Palliat Med. 2014 [PMID: 24651708]
- 2) Lancet Oncol. 2017 [PMID: 28884703]
- 3) J Pain Symptom Manage. 2018 [PMID: 28865870]
- 4) J Clin Nurs. 2010 [PMID: 21040013]
- 5) JAMA Intern Med. 2020 [PMID: 31710345]
- 6) Clin Interv Aging. 2017 [PMID: 28424546]
- 7) 森雅紀, 他. Advance Care Planning のエビデンス—何がどこまでわかっているのか?—. 医学書院; 2020.
- 8) 宮下光命. 注目! がん看護における最新エビデンス. 第35回 欧州のナース・ホームにおける緩和ケア教育プログラムの評価: PACE クラスタ・ランダム化試験. エンドオブライフケア. 2020; 4 (3): 111-3.

「成人・老年」「小児」「母性」「精神」「在宅」の実習に自信をもって臨める!

看護実習ポケットマニュアル

これから実習に臨む学生さんを応援するための本。「成人・老年」「小児」「母性」「精神」「在宅」の実習においてお守りとなるあらゆる情報を掲載。アセスメントに役立つ情報(バイタルサイン、フィジカルアセスメント、観察項目など)のほか、実習で出会う症状・疾患に対するケアのポイント、感染対策、持っていくものリストなどについて、その場でパッと聞いて確認できる。簡便性・即時性を重視した実用的な一冊!

編集 岡田佳詠
大村知子
神谷摂子
林 静子



ACP、知っているようで知らないことばかりだ!

Advance Care Planningのエビデンス 何がどこまでわかっているのか?

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人と家族、医療者が繰り返し話し合うプロセス」=ACP。でも不確かな将来を話し合うことは、誰にとっても難しい。どうやって話し合いのきっかけを作るか、どうすれば患者と家族の希望に沿った医療・ケアを提供できるか、国内外で積み重ねられてきたエビデンスが、ACPを深めるためのヒントを与えてくれる。患者と家族の幸せにつながるACP実践のために、知っておきたいことがある!

森 雅紀
森田達也



看護師のギモンに答える!

エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教
今回の執筆者
友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第9回 ▶ EBPの批判的吟味を効率的に学ぶには?

教員として働く筆者は、看護師としての臨床経験と、疫学・生物統計学を学んだ経緯から、「EBPの文脈で文献を批判的に吟味できるよう、効率的に学べる場を作れないか」と考えるようになりました。

これには2つの理由があります。1つは、「実践と研究の乖離を埋めていくには、どんなアプローチがあるか」に関心があり、両者をつなぐのがEBPであると考えたからです。もう1つは、看護師の多くはEBPを肯定的にとらえているものの、EBPの実際の取り組みについて自己評価が低く、文献の検索や批判的吟味に対して不得意と感じる人が多いことが、現在も国内外で報告されていることです^{1,2)}。

そこで本稿では、EBPを目的に行う、文献の批判的吟味に焦点を当てた学習の事例を紹介します。

事例

看護師や看護学生などに、EBPの取り組みや文献の批判的吟味について話を聞いたところ、大学の授業や院内看護研究、認定・専門看護師などの養成課程で研究について学ぶ機会があっても、臨床において研究の知見の活かし方がわからないという。また、論文を読んでいるときに、特に量的研究の専門用語が難しいと感じることが多く、研究に関して学び直しのニーズがあることもわかった。

研究の知識を一朝一夕で身につけることは難しい。繰り返し学習が必要な分野ではあるものの、従来行われている研究方法論の授業や量的研究のセミナーは、EBPの文脈で「実践に活かすための研究の知識やスキル」を習得することにつながるのか、疑問に感じた。

EBPを意図した学習を考える

Step 1 臨床疑問を明確にする

筆者のこれまでの経験から、「EBP」「エビデンス」の言葉が、「看護研究を(自分が)行うこと」とイメージされることも多く、EBPへの誤解もある

と感じていました。

日本の臨床現場で行われる院内看護研究は、EBPに必要な研究の知識・スキルを向上する要因の一つですが³⁾、ポジティブな体験として意味付けられるばかりではなく、ネガティブな感情をもたらすこともあります³⁾。例えば「研究」というキーワードに苦手意識が付きまってしまう等です。

このような背景から、「研究をするための研究の学習」では「実践で研究成果を使う」という実際の場面を想起しにくいのではないかと思います。

そこで、臨床でEBPに取り組む場面に近い思考をたどれるような学習方略が望ましいのでは——との仮説を立て、次のPICOを考えました。

- P**: EBPに関心のある看護師、看護学生・大学院生、看護系教員を対象に、
- I**: EBPを目的として文献の批判的吟味を行うと、
- C**: 看護研究のための一般的な授業やセミナーと比べて、
- O**: 量的研究の苦手意識を緩和する、EBPに対する理解が深まり動機付けになる。

Step 2 文献検索, Step 3 文献の批判的吟味

文献検索では、この分野の論文で用いられる用語が統一されておらず検索に苦戦しましたが、PubMedやCochrane Libraryで“EBP”“education”“critical appraisal”“systematic review”等の用語を用いて論文のスクリーニングを行いました。論文を読むと、EBP教育の介入研究は多数あるものの、エビデンスレベルは低く、効果的なEBP教育は未確立であることがわかりました⁴⁻⁶⁾。

また、このような限界はありながらも、「EBPを意図した学習方法は、EBPを意図しない学習方法と比べて、文献の批判的吟味に対する知識・スキルを改善しやすい傾向があるのでは」との視点に着目する研究も報告されていました^{7,8)}。

しかし、肝心の「EBPを意図した学習」は、論文には詳細が記述されていないため、学習方法の具体的な検討

ができませんでした。そこで、歴史的にも先行して行われている医師のEvidence-Based Medicine (EBM) 教育の書籍^{9,10)} やウェブサイト¹¹⁾ 等も読み、さらに情報収集を重ねました。

EBPを意図した学習の例

- 臨床疑問に始まり、「研究の妥当性」「効果の大きさ」「実践への適用可能性」の視点で吟味し、吟味した結果は臨床に帰着させる。
- 研究の欠点や限界は、臨床への適用にどの程度影響するのかを吟味することがより重視される(研究の欠点や限界を指摘することそのものや、より適切な研究方法を議論することが狙いではない)。
- 読んだ論文を発表するときは、EBPの観点でディスカッションするジャーナルクラブ形式で行う(発表者に対して他の人がコメントするスタイルではない)。

Step 4 適用, Step 5 評価

集めた文献を元に、EBPに関心のある看護師・看護学生等を対象とした、EBPのための文献の批判的吟味のワークショップとして、内容を再構成しました。

実際にワークショップに参加した方々のディスカッションを通して、筆者自身も新たな気付きがありました。それはどの議論も、「この論文で提案されている方法は、目の前の患者さんに有用かどうか」に帰着する点です。自分の看護観や日々のアセスメントが色濃く表れること、それが結果的に「看護を語る場」にもなっていました。

例えばPICOの4要素(連載第2回参照)は、EBPの最初に臨床疑問を明確化するときだけではなく、論文の批判的吟味でも有用です。

本連載で紹介されたこれまでの事例のように、「目の前の患者の状況と研究の対象者は似ているのか(P)」「研究で提案されている方法は、自分の現場でも利用できるのか(I)」「研究で用いられている比較対照群は、自分たちの実践と違うのか(C)」「研究のアウトカムと自分たちが大切にしているアウトカムは一致しているか(O)」といった視点は、日頃のアセスメントがあつてこそ議論できるものだからです。

このような視点は研究を行うときにも重要ですが、EBPの文脈でPICOを明確に意識することで、現場を念頭に置いた一貫した思考になるのかもしれない。

効果的な学習の場を作るための工夫は?

ワークショップの構成を検討する上では、さまざまな学習理論も念頭に置きつつ、EBP学習の阻害・促進要因の分析を学修者のレディネスに合わせて行いました。例えば、文献検索データベースへのアクセスや文献検索、英語の読解、研究方法論や統計に関する専門用語の理解などは、EBPの阻害要因として以前から知られています^{12,13)}。これらのハードルを下げながら、「文

献の批判的吟味」の習得に集中できる学習の場をいかに作るか? という視点で、学修者自身に行ってもらおう作業と、ワークショップで補助する内容を選別していきました。

本稿のような取り組みを行うときは臨床とアカデミアが連携できると良いですが、まずできることとして、「実践に役立ちそうと思った文献を部署のメンバー同士で紹介し合う」ことが挙げられます。もし医師など他職種が行っているジャーナルクラブがあれば、参加させてもらうのもオススメです。

文献から得る情報が、実践を見直すEBPのトリガーとなり¹⁴⁾、さらに他者との学び合いによってその後の共通言語にもなる——これこそがEBPのサイクルやEBPに取り組む組織文化の醸成にもつながっていきます。筆者自身はアカデミアの立場から、その基盤となる継続的な学習環境の整備に努めていきたいと考えています。

*

今回は、宮下光令先生(東北大学)に、患者中心の医療の実現に向けたPatient-reported outcomeの臨床での活用について、解説していただきます。

明日から実践!

- ✓ 教育方法の開発や学習の場作りもEBP思考で展開する。
- ✓ 論文を読むときも、PICOの4要素を意識しよう。
- ✓ 論文を紹介し合ったりジャーナルクラブに参加したりしてみよう。

謝辞: 本稿の編集にご協力いただきました深堀浩樹先生(慶應義塾大学)、津田泰伸様(聖マリアンナ医科大学病院)に感謝の意を表します。また本稿は、筆者が行っている授業や研究(JSPS-JP-18K17452, 16H07464)等に基づくものです。この一部は博士論文¹⁵⁾としてまとめています。指導教員の酒井郁子先生(千葉大学)に感謝いたします。

参考文献・URL

- 1) Jpn J Nurs Sci. 2020 [PMID: 31173465]
- 2) Worldviews Evid Based Nurs. 2018 [PMID: 29278664]
- 3) 宇多絵里香. 臨床看護研究に関する文献検討. 看研. 2012; 45 (7): 630-7.
- 4) BMC Med Educ. 2016 [PMID: 27044264]
- 5) Nurse Educ Today. 2018 [PMID: 30179782]
- 6) PLoS One. 2021 [PMID: 34292986]
- 7) J Surg Educ. 2012 [PMID: 22208839]
- 8) Chonnam Med J. 2016 [PMID: 27231674]
- 9) Straus SE, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 5th ed. Elsevier; 2019.
- 10) Guyatt G, 他(編集). 古川壽亮, 他(監訳). 臨床のためのEBM入門——決定版JAMAユーザーズガイド. 医学書院; 2003.
- 11) Critical Appraisal Skills Programme. <https://casp-uk.net/>
- 12) Implement Sci. 2010 [PMID: 20420696]
- 13) J Nurs Manag. 2011 [PMID: 21223411]
- 14) アイオワ大学病院看護研究・EBP・質改善部門(編集). 松岡千代, 他(監訳). 看護実践の質を改善するためのEBPガイドブック——アウトカムを向上させ現場を変えていくために. ミネルヴァ書房; 2018.
- 15) 友滝愛. 専門看護師の「根拠に基づく実践のための文献の批判的吟味」に関する教育プログラムの開発と評価. 2020. <https://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/108476/>

悪いことですか?

延命治療を選ぶのは、

まとめない ACP
整わない現場、予測しきれない死

宮子あずさ

●A5 2021年 頁168
定価: 2,200円(本体2,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-04719-7]

書籍の詳細はこちら

最期をどこで、どのように迎えたいかを話し合うプロセス=ACP。ACPが、延命治療を諦めさせるためのものであってはいけない。いかに死が近づいている人であっても、その人が生きようとする気持ちを支えたい。予測通りにいかない人の生き死にを看護師として、家族として見てきた著者が考える、「無理にまとめないACP」の進め方。

目次

- Part 1 私とACP
- Part 2 「死ぬ」ということについて、私が知っている範囲のこと—ACPを進めるための基礎知識
- Part 3 「整わない現場」でのACPをシミュレーションする

医学書院

看護師のギモンに答える！ エビデンスの 使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
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

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう！

第10回 ▶ 患者報告型アウトカムを臨床に実装する

突然ですが、皆さんの病棟や施設では、患者さんの「痛み」をどのように評価・記録していますか？ 通常の会話から患者の痛みの程度を推測し、「-/+/++/+++」などと記録している施設もあるでしょう。あるいは患者さんに「今の痛みの程度は0点から10点のうち何点ですか？」と質問し、点数を記録している施設もあるはずです。

Patient-reported outcome (PRO: 患者報告型アウトカム) とは、評価尺度を用いて痛みや不安などの身体・心理的な症状を患者に直接尋ね、主観的な評価を測定する指標です。例えば次のような質問に、患者さん自身に0（全く支障がなかった）から4（耐えられないくらいあった）の5段階で答えてもらいます（以下、文献1から抜粋）。

- Q. 痛みによってどれくらい生活の支障がありましたか？
- Q. 病気や治療のことで不安や心配を感じていましたか？
- Q. 治療や病気について、十分に説明がされましたか？

「そんな臨床で当たり前に行っている！」と思うかもしれませんが、毎回の患者ラウンド時などに一連の症状を系統的に尋ねる行為は、国内外を問わずあまりされてきませんでした。しかし、患者の症状は一般的に主観的であり、医療者はそれを過小評価すると広く知られるようになった経緯から、最近ではPRO（評価尺度）を臨床でもっと活用しよう！ との声が聞かれるようになりました。では臨床で患者さんに、自身の身体・心理的な症状についてPROを用いて報告してもらうことは、予後やQOLにどのような影響

があるのか。以下で、米国の著名なランダム化比較試験 (RCT)²⁾ から、患者中心の医療の実現にエビデンスをどう活用するか考えてみましょう。

緩和ケアでもPROは有効か？

本研究では、転移を伴う固形がんに対し外来化学療法を受ける患者766人を、診察時に「PROを用いて医師や看護師に症状を報告する群 (PRO使用群)」と「通常の診療を行う群 (PRO未使用群)」にランダム化しました。結果、6か月後のQOLの改善は、PRO使用群が34%、PRO未使用群が18%と、PRO使用群でQOLが大幅に改善されました。さらに、その後の追跡調査で、PRO使用群でより生存期間が延長するとの結果も得られています³⁾。

緩和ケアの領域において184の研究をレビューした論文⁴⁾ ではPRO使用の患者への効果が表1のようにまとめられています。しかし残念ながら、緩和ケア領域でPROを臨床で活用する有効性を評価したRCTは少なく、十分なエビデンスがあるとは言えません。そこで、がん患者に対する緩和ケアを専門とする私たちのグループは最近、緩和ケア領域におけるPROの有効性の研究を開始しました。

エビデンス使用の障壁と導入に向けた打開策は

私が臨床におけるPROの活用を研究するのは、これが初めてではありません。20年以上前からカナダではPROが用いられ、日本への導入を20年前に

●表2 緩和ケアにおけるPRO導入のポイントとその詳細

導入のポイント	詳細
1) 評価のタイミングと項目数を厳選する	<ul style="list-style-type: none"> ● 毎日評価するのは難しく、メリットも少ない。評価は患者の病状が変化した時点や1週間ごとでもよい。 ● 評価のタイミングは入院時のみでもよい。最初は入院時などに絞り小規模に始めるのが重要である。 ● 研究と異なり臨床では必要な項目のみの評価でよく、開始当初は項目を厳選して始めるのが望ましい。
2) 患者が自分で全て記入する必要はない	<ul style="list-style-type: none"> ● PROの原則は患者の自己記入だが、緩和ケア病棟などでは難しい場合もある。看護師が1問1問尋ねながらの記入も可。 ● データに欠損があってもよい。英国の報告では、入院時でも欠損が10~20%で、2回目の測定ができた患者は半数程度とされる。 ● 全ての項目を無理に取ろうとするとPRO使用に消極的になる。患者が答えられず医療者の評価で記入するか、欠損のままにするかは、施設ごとの判断で可。 ● 心理的な問題など医療者ではわからないことも多く、医療者が必ず記入すべき扱いはない。
3) 医療者は評価を取りっ放しにせず、問題点に必ず対応する	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の立場に立てば、症状や困り事を記入するも何の対応もなければ不信感を抱く。記載内容は患者からのメッセージであり、受け止める必要がある。 ● PROのスコアだけで現状は詳細にわからない。困り事を患者に直接尋ねれば、患者に対する深い理解とアセスメントにつながる。 ● PRO使用が軌道に乗るとプロセスがルーチン化し、ケアに生かされない場面が生じ得る。評価方法を定期的に見直したい。
4) 医療者が効果を実感できる方法で進める	<ul style="list-style-type: none"> ● PROの導入では、1人または複数の責任者を決める。連絡ノートの使用などで、スタッフが困ったらすぐに対応できる体制を整える。 ● PRO収集の利益が負担感を上回るには、導入初期が肝心。カンファレンスなどでPROの結果を取り上げ共有する。PROを使つての発見やケアにどう生かされたかの振り返りを通じ、効果を実感しながら導入を進めたい。効果を感じられなければ、方法の変更を検討する。 ● 定期的な集計で、全体を俯瞰し進めるのが望ましい。ただし、電子カルテとの連携が必要な場合が多い。電子カルテや電子デバイスと連携した、「ePRO」の導入は今後の課題。

一度試しました。しかし、失敗に終わりました。その原因は、「導入方法」にあったのです。

新しい手法の導入は、何らかの形で医療者の負担が増す場面が多く、さらにPROの場合は記入や聞き取りで患者負担も増えます。病棟や施設の文化、人間関係にも配慮しなければなりません。慎重な導入方法の必要性に思い至らなかったのが失敗の要因です。当時私はまだ30歳前後と若く、経験不足もありました。現在はそのリベンジ・マッチとしてPRO活用の研究に注力しているわけです。

私たちは現在数施設において、ホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の一つであるIPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale)¹⁾を用いて、PROの導入試験を行っています (PROの使用では「患者の声を聴く」ことが重要であり、どのツールを用いるかは大きな問題ではないとされる)。

過去の経験から1施設ごとに丁寧に導入を行い、そのプロセスや効果について看護師へのインタビューやアンケートを実施、さらにはカンファレンスへ参加するなどの方法を用いて記述しています。結果をまとめる今の段階で見た導入のポイントを、表2にまとめました。①責任者を決める、②小規模に始める、③評価のタイミングや項目は、その病棟でやりやすいものを選ぶ、④全ての項目を無理に埋めようと思わない、⑤スタッフや患者が効果を実感できるよう進める、などが見いだされました。これらは一般病棟、緩和ケア病棟、外来、在宅ケア、施設ケアなど、どの場でも共通する内容です。そしてPROに限らず、新しいエビデンスを臨床に応用する際に共通して起こる問題でもありま

す。エビデンスと一口に言っても多様です。薬物療法は新しい薬の有効性が示されれば、患者に投与するだけで良いことも多いでしょう。しかし、PROのように新しいタイプのケアでは組織や病棟などに「どう実装するか」が重要で「こうしたケアを複雑介入 (complex intervention) とも言う)。

今後私たちは、今回開発した導入方法に基づき、緩和ケア領域におけるPRO使用の有効性のエビデンスを作成するため、RCTの実施を検討します。通常はエビデンス作成→臨床に導入のプロセスを踏みますが、既にあるエビデンスを別の領域に応用するには、まず「どうやって導入するか」を考え、その方法に基づくエビデンスの作成も必要になるのです。

今回は定性的なデータから得られるエビデンスの活用について概説します。

明日から実践！

- エビデンスを臨床で活用するには、新たに医療者や患者の負担が生じることを念頭において進めたい。
- 責任者を決める、小規模に始める、効果を実感できるよう進める、定期的に見直すなど、導入から実装までのポイントを押さえよう。
- 導入までのプロセスをおろそかにすると、優れたエビデンスでも定着しない。導入が成功したら、学会などで共有することも大切に。

参考文献・URL

- 1) IPOS 日本語版. 2019. <http://plaza.umin.ac.jp/pos/>
- 2) J Clin Oncol. 2016 [PMID : 26644527]
- 3) JAMA. 2017 [PMID : 28586821]
- 4) J Pain Symptom Manage. 2015 [PMID : 25135657]

●表1 緩和ケアにおけるPROの効果 (文献4より作成)

症状評価の迅速化	<ul style="list-style-type: none"> ● 症状や有害事象、その悪化に迅速に気付ける。 ● 包括的にアセスメントすることにより、心理的・スピリチュアルな問題など、潜在的な問題に気付ける。
患者と医療者のコミュニケーションの促進	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者はより正確に症状や有害事象を医療者に伝えられる。 ● 現在の症状やQOLに関する認識が患者と医療者で一致する。 ● 患者や家族、医療者の意思決定に貢献する。 ● 患者の医療者に対する信頼感が高まる。
適切な治療や紹介	<ul style="list-style-type: none"> ● 症状緩和のための治療やケアを迅速に実施できる。 ● 緩和ケアチームや多職種チームに迅速に紹介できる。
QOLや生存期間への寄与	<ul style="list-style-type: none"> ● 症状や有害事象が緩和される。 ● QOLが向上する。 ● 患者や家族の満足度が向上する。 ● より適切に化学療法を実施でき、生存期間が延長する。

対象者のストレスがみえる！ 精神看護過程の決定版

ストレスからみた 精神看護過程 +全体関連図、ストレス・マッピングシート

対象者自身が望む「自分のなりたい姿」を目標に、対象者の考えや経験等をストレスングスとして活かす視点から看護過程を解説する待望の書。ストレスングスモデルを把握できる強みだけでなく、生物学的・心理学的・社会的情報 (BPSモデル)、セルフケアに関する情報も併せたアセスメントのポイント、ストレスングス・マッピングシート、取り組むことの見出し方、全体関連図、看護計画の立案と実施、評価までを指南する。

編集 菅真実
編集協力 林直樹

ハイブリッド型支援でリハビリの旅に伴走しよう

実習記録の心強い味方、小児看護過程の決定版！

発達段階からみた 小児看護過程 第4版 +病態関連図

乳児期、幼児期、学童期～思春期の発達段階ごとに章を構成。それぞれの期に特徴的な疾患をもつ患児に対する看護過程を展開。実習施設で出会いやすい疾患とともに、小児に特徴的な症状、特殊治療における看護過程も掲載。発達・成長の側面を意識しつつ、子どもと家族の全体像がみえるフローチャートや病態関連図を設けています。医学情報のアップデートと看護診断ラベルの更新を中心に、全面リニューアルで待望の第4版が登場！

編集 浅野みどり
杉浦太一
大村知子
編集協力 高橋義行
佐藤義朗

看護師のギモンに答える!

エビデンスの使い方・広め方

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第11回 ▶ 質的分析によるエビデンスをEBPで活用する

臨床疫学を基盤とする Evidence-based practice (EBP) では、その名称から“Evidence”に意識が向きがちですが、EBPの定義に立ち戻ると、「利用可能な最良のエビデンス・医療者の経験・患者の価値観を統合し、最善の医療を行うこと」とされます¹⁾。実際に、臨床において量的なエビデンスのみで意思決定することはありません(連載第3~8回参照)。

また、EBPは人を対象とした臨床研究(量的研究)の結果をエビデンスとして実践に統合する方法論として始まりました。そのため、質的分析から得られる研究成果(註1)をEBPに統合する方法論はまだ発展途上にありますが、最善の医療を行うというEBPの目的において活用できると筆者は考えます。

そこで本稿では、EBPのプロセスで、看護師が質的分析による知見をエビデンスとして活用する視点について考えたいと思います(事例は、筆者の経験に基づく架空の例です)。

事例

看護師Aさんは、主治医から患者Bさんへの診断結果と治療方針の説明の場に同席している。Bさんは当初、治療の成功率について詳しく尋ねていたが、その後、治療を受ける場合の身体的・心理的な負担、仕事や生活への影響に関する質問が増えてきた。Bさんは、知りたい内容を整理して質問をしているように思えるが、どれだけ情報を得ても、治療を受けるか決めかねている様子。Aさんは、「どうすれば、治療の選択に悩んでいる患者さんの助けになれるだろうか」と考えるようになった。

医療者と患者が協働するEBPのStep4「適用」

患者さんが治療の成功率を知りたい場合、医療者は治療の効果に関するPICOを立て、調べた情報を患者さんに提供することができます。医療者にとっては「治療を行う・行わない」と

いう選択の根拠となり、その選択による医療的な経過についても見立てることができます。

しかし、これはEBPのゴールではありません。ここで、①「患者さんに情報は提供した。あとは患者さんの決断を待とう」と考えるか、②「治療の選択に悩んでいる患者さんの助けになれるか」と考えるかで、患者-医療者間の関係性やコミュニケーションの在り方が変わってくるのではないのでしょうか。

この過程をEBPの一場面として、Step4の「適用」の観点から考えてみましょう。すると、EBPは単に「エビデンスを患者に当てはめる作業」としてではなく、「医療者と患者(家族)が協働して、エビデンス情報を利用しつつ、臨床決断を共同構成する作業(Shared decision making)²⁾」を行っていくことが重要になるでしょう。

PICOで答えられない問い、患者にとっての意味・経験とは

別の日、看護師Aさんは、患者Bさんから思いを打ち明けられました。「しんどい治療を頑張っても、成功率は高くない……。残りの人生を考えると、治療を受けない選択もあるのかな。でも、治療を受けない選択をした自分をこの先受け入れられるか自信がない。後悔したくないから、結果がどうであれ治療を受けたい気持ちと、このことをずっと考えるつらさから解放されたい気持ちで、決められないんだ」

患者さんが必要とする情報は、治療の成功率の数字だけではなく、なぜならば、患者さんにとっては、その数字がどのような意味を持つのか、医療の側面からとらえた情報だけではわかりにくいからです。

治療方針の選択によって、自分の療養や生活、心理面にどのように影響してくるのか、他の患者さんはどう向き合っているのか?といった数字のみでは表されない、患者さんの体験の世界や、治療が患者さんにとって持つ意味も大切です。治療方針の決断に至るまでの気持ちの整理に伴走してくれる

誰かが必要なこともあるでしょう。このとき医療者は、患者さんが置かれている状況や、病いの体験にどのような意味を見だして、その意味が患者さんの生活にどのように影響するのかを理解したい——といった、患者さんにとっての「体験・意味」に焦点を当てた問いが生まれます。この問いに対する答えはPICOで答えることができませんが、臨床での重要な問いです¹⁾(註2)。

患者の意思決定に必要な情報やプロセスを考える

このように患者さんが迷っているとき、医療者はどう接すれば良いのでしょうか。前述の、患者さんにとっての「体験・意味」を理解するための問いには、質的分析から得られる知見が役立つ可能性があります。例えば、「同じような状況にある他の患者は、どのような体験をしているのか」「治療を受ける/受けないという選択の過程やその後、どのような心理のプロセスをたどるのか」などの知見です(註3)。

医療者は、同じ治療を受ける患者さんを多く見ている、医療者がとらえる患者像と、患者自身が抱えている思いは、しばしば異なります³⁾。患者さんが抱える葛藤や不安について、インタビュー等を通して得た患者さんの言葉を分析して得られる知見は、医療者の思い込みを取り払う上でも重要です。また、患者さんは医療者にいつでも気持ちを話せるとは限りませんし、言葉に話さなくてもあります。さらに、患者さんの悩みや答えは一つではなく、経過とともに変わりゆくものです。質的分析による知見が、患者さんを理解する手立てとなります。

EBPをめぐる質的分析によるエビデンスの議論

EBPにおける量的分析と質的分析の知見について、エビデンスの位置付けを考えてみましょう。筆者自身は、臨床試験・疫学研究など実証主義に基づく研究にかかわってきました。それに対し、質的分析が用いられる研究は構成主義や解釈主義など異なる考え方にに基づきます。そのため、EBPにおける質的分析によるエビデンスの活用は、相容れないものとする議論もあります。

しかし、EBPとはエビデンスそのものを指すのではなく、エビデンスを統合して実践することを意味します。EBPは、臨床の疑問の明確化から始まるとされています(連載第2回参照)、その疑問の一つが患者さんにとっての「体験・意味」であることが、EBMの成書でも述べられています¹⁾。エビデンスと実践の統合という過程を患者の意思決定の観点からとらえると、隣接する概念にNarrative Medicine/Narrative-based Medicine²⁾や、Evidence Narrative-based Medicine⁴⁾があり、今後

の議論に注目したいと思います。また、「効果があるとされるエビデンスのある治療やケアを行う(あるいは効果がない治療やケアをやめる)」という、エビデンスに基づく介入(Evidence-based intervention)の取り組みについて、量的分析と質的分析の両方で評価する知見も蓄積されています。本稿では、質的分析による知見をエビデンスとしてEBPで統合する際の視点について紹介しました。EBPでは質的分析によるエビデンスが軽視されているようにとらえられることもありますが、これは誤解です。臨床で焦点を当てる疑問に対して、その答えが量的分析と質的分析のどちらの知見により得られるか?という違いがあるにすぎません(註4)。最善の医療を目的としたより良い実践のよりどころとなるエビデンスの統合が望まれます。

さて、本連載は次回が最終回です。エビデンスと実践の関係をあらためて概観するとともに、エビデンスのその先について考えたいと思います。

明日から実践!

- エビデンスとして示される数値が、患者さんにとってどのような意味を持つのかを考えよう。
- 質的分析の知見を、患者さんにとっての最善の医療とは何かを理解するための手掛かりにしよう。
- 患者さんが意思決定する経験やそのプロセスについて、質的分析の知見を探してみよう。

謝辞：本稿の編集協力で、津田泰伸様(聖マリアンナ医科大学病院)、深堀浩樹先生(慶應義塾大学)に感謝の意を表します。

註1：質的分析から得られる知見はさまざまなものがあるが、本稿では、患者、家族へのインタビューや、参与観察などを通して得られたデータ等を質的に分析した研究結果の総称として「質的分析のエビデンス」を用いる。なお本稿の主題は「質的分析のエビデンスを臨床へ活用すること」であり、「質的研究による個々の研究結果を統合すること」や「EBPにおける患者や家族の語りを分析すること」とは異なる。
註2：臨床で生じる疑問の例には、「臨床の所見」「リスク因子や原因の特定」「疾患の頻度や兆候」「診断」「検査」「予後」「治療」「予防」「意味・経験」「質改善活動」などの種類があるとされている²⁾。
註3：「質的分析によって得られた知見を、目の前の患者さんに同様に当てはめて考えられるのか」といった吟味については、本稿では議論しない。
註4：EBMに関する誤解と、臨床研究等のエビデンスを患者のナラティブとどのように統合すればよいかの考え方については、文献2や文献4を参考にされたい。

参考文献
1) Straus SE, et al. Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. 5th ed. Elsevier; 2018.
2) 斎藤清二. 医療におけるナラティブとエビデンス 改訂版——対立から調和へ. 遠見書房; 2016.
3) Circ Rep. 2020. [PMID: 33693202]
4) James PM, 他(著). 岩田健太郎(訳). ナラティブとエビデンスの間——括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療. メディカルサイエンスインターナショナル; 2013.

緊急搬送される患者のほとんどが、大切なことをまだ決めていない。

緊急ACP VitalTalkに学ぶ悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方

「あらかじめ」ではなく、救急外来や集中治療室などの「いざという場面」で行うAdvance Care Planning=緊急ACP。説明したはずなのに同じ質問が繰り返される、感情があふれて話が前に進まない……。患者も家族も混乱する中で、いかに患者の価値観に沿った治療のゴールを見出すか。コミュニケーションスキルトレーニング「VitalTalk」から、緊急ACPの決め方を考えます。

編集 バイタルトーク日本版

緊急ACP VitalTalkに学ぶ悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方

救急搬送される患者のほとんどが、大切なことをまだ決めていない。

貴重な包括的テキストの決定版、初の邦訳

がんサバイバシップ学

がんにかかわるすべての人へ

Handbook of Cancer Survivorship, 2nd Edition

▶がん治療後のケアや、経済的問題、加齢、疼痛、仕事、対人関係、さらには身体活動や食事など「がんサバイバー」を取り巻く課題は幅広い。がんサバイバー特有の課題や今後の方向性などあらゆる領域を網羅し、体系的に解説。先行する海外の研究例や実践例を豊富に収録。医師・看護師など医療従事者をはじめ、ソーシャルワーカーや心理士など、がんサバイバーのフォローアップに関わるすべての人に有用な一冊。

監訳/訳：高橋 都 NPO法人日本がんサバイバシップネットワーク 代表理事ほか
佐々木 治一郎 北里大学医学部新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門臨床腫瘍学 教授
久村 和穂 金沢医科大学医学部腫瘍内科学 学内講師

定価6,820円(本体6,200円+税10%)
B5 頁420 図27 2022年
ISBN978-4-8157-3037-6

看護師のギモンに答える!

監修 友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

今回の執筆者
友滝 愛
国立看護大学校看護学部 助教

エビデンスの 使い方・広め方

EBP (Evidence-Based Practice) の考え方や実装科学、実際の取り組み事例から、明日の実践につながるヒントを届けます。エビデンスに基づいて思考過程をブラッシュアップしましょう!

第12回 (最終回) ▶ エビデンスを使う・広める、そしてその先へ

Evidence-based practice (EBP) やその研究にかかわる方々に、リレー形式でEBPのバトンをつないできた本連載も、今回が最終回です。連載を読んでくださった方々の中には、「よし! 明日からできることを実践しよう!」と思われた方もいれば、「私には難しいな……」と感じた方もいるかもしれません。でも、どちらの方々にもEBPのバトンを託したく、EBPのアプローチを整理したいと思います。

あらためてEBPとは何か

本連載では「利用可能な最良のエビデンス・医療者の経験・患者の価値観を統合し、最善の医療を行う」とのEBPの定義¹⁾に基づき、「疑問の明確化」「情報の入手」「情報の吟味」「適用」「評価」という5つのStep(第2回参照)に沿ってEBPを紹介してきました。

臨床での困り事を解決したい、自分(たち)の経験だけではうまくいかない、もっといいケアがしたい——そのような場面で、エビデンスをよりどころの一つとしながら、患者さんのアウトカムの改善をめざす実践の過程がEBPであると言えるでしょう。

本連載で紹介した事例はどれも、より良い患者アウトカムをめざした取り組みでした。その際に、どのプロセスがエビデンスに基づいているのか?との観点から考えると、次のように整理できます。

- 複数のスタッフが関与するケアや治療のより良い方法を探し、標準化する部分をくみ上げていく(第5回)。
- 患者・家族といった個々の対象者の置かれている状況に合わせて対応する(第7回)。
- 複数のスタッフが、共通して用いることができるアプローチにより、対象者の個性に寄り添っていく(第8回)。

また、本連載では触れませんでした、EBPは「地域」「社会」といったより大きな集団を対象とすることもあります。EBPに対して、「個別性を軽視している」「ガイドラインを遵守さえしていればよい」、あるいは「看護研究に取り組むことですか?」などと言われることもあります。いずれも誤解であると本連載の事例からもわか

ります。EBPにおける「エビデンスの使い方」とは、エビデンスを臨床に当てはめる作業ではなく、「最善の医療」をめざす意思決定の過程であり、その根拠の一つとして「利用可能な最良のエビデンス」に基づくものであると、あらためて強調したいと思います。

EBPを促すリーダーシップと組織文化

EBPを阻害・促進する要因にはさまざまなものがあります。本連載では特に、リーダーシップや組織文化に注目して解説しました(第3回参照)。その理由は、EBPには多くのステークホルダーが介在するため、臨床看護師の立場では患者さんや家族とのかかわりの前に、多岐にわたる医療者間の調整を要するからです。

一方で、リーダーシップの発揮を求められる立場の人たちも、「エビデンスを使う・広める」ことを難なく行っているわけではありません。エビデンスという最良の知識を他のスタッフらと共有し、チームの課題やニーズを把握しながらエビデンスを浸透させていく過程²⁾には困難も伴います。本連載でも、次にまとめるようにそれぞれの立場で課題と向き合い、チームで取り組む過程が紹介されました。

- 看護部長は明確なビジョンを示し組織変革を継続する変革的リーダーであり、各部署の師長はEBPの実装を推進する要である。EBPの熟知とともに、先を見越して根気強く取り組む行動力と、スタッフの努力と学習を支持するリーダーシップが必要(第4回)。
- さまざまな領域の認定看護師や専門看護師が、お互いの疑問や課題を共通のフレームワーク(例:アイオワモデル)を用いて、EBPのプロセスに沿って共有することで、EBPの取り組みを互いに後押しする(第6回)。
- EBPの実装では、時に、これまで行ってきた方法を変えるという過程を伴う。医療者や患者さんに生じる新たな負担など、導入から実装までのポイントを押さえながら進める(第10回)。

EBPは、臨床でのつまずきや困りごとからスタートします。そのため「これを行えば患者さんが良くなる」との強い思いがあっても、解決はそもそも

容易なことばかりではないでしょう。EBPの実装を検討するときは、「実装研究のための統合フレームワーク(Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR)」を活用できません(第3回参照)。CFIRを参照することで、EBPの検討過程で見落とししている点の点検や、組織の強みをアセスメントすることにもつながります。

「やっぱりEBPは難しい……」そんなときは?

◆理想と現実のギャップに気付く機会を大切に

本連載を通して「難しい」と思われた方は、「自分がめざしたいと思う姿」と「自分が今持っている知識やスキル」とのギャップに、既に気付いているのかもしれませんが。このようなギャップに気付けることは、EBPに必要な能力でもあります³⁾。

そこで、ギャップを明確にする機会として、「事例検討」を行うときにEBPの視点を含めることを提案したいと思います。日々の実践例をEBPのプロセスで振り返りながら、今後の実践へつなげる試みです。本連載の第4~8回が参考になるので、ぜひ読み返してみてください。

また、EBPに取り組む専門看護師の方々に筆者が行ったインタビューで皆さんに共通していたのは、内省する力を持っていることでした。「これって、あのやり方でよかったのかな」との自分の中のつまずきや違和感を流さず、立ち止まって振り返り、さらにエビデンスと照らし合わせることで、次の実践へと土台を固めていた様子が見えてきました。

◆論理的思考と臨床のアセスメント能力を高めよう

複雑な状況にある臨床場面に研究のエビデンスを落とし込むには、臨床の悩みを整理するためのアセスメント力と論理的思考⁴⁾の両輪が欠かせません。その背景に、研究は現場の複雑な状況に無数に存在する疑問の中からある特定の疑問に答えられるように、臨床のある部分にのみ焦点を当てていることも挙げられます。

◆文献の検索・読解も誰かと共に行おう

「臨床はよくわかっているけれど、研究の知識スキル(註)について自信が持たにくい」と感じている人もいるかもしれません⁵⁾。筆者も、「『あなたは研究に詳しい人よね』と周囲から思われているけれど、文献を検索したり論文を読んだりするのは、本当は自信がなくて……」との声をしばしば聞きます。しかし自信がない時こそ、周りの人と一緒にEBPのプロセスを共有するチャンスです。

例えば、EBPの多職種チームを形成し、文献を集める人、吟味する人、実際にできるか検討する人と適材適所の役割分担で取り組むことも大切です(第5回参照)。また、EBPを目的に自分たちの実践に関連するガイドライ

ンや論文と一緒に読むなどの学び合う場を作ることは、EBPのプロセスを疑似的に共有することにもつながるでしょう(第8回参照)。

臨床で育みたいEBPの文化

臨床では、カンファレンスや事例検討会、あるいは実践報告などを通して、日々の実践が共有されていると思いますが、そこにEBPの視点を含めることもおすすめしたいです。「効果があるとされていることが、なぜ実際には普及しないのか」「患者さんや家族はエビデンスとされるものとのように向き合い、どのようなプロセスをたどりながら過ごしているのか」なども含めて、EBPの実際について看護師の間でもっと語られても良いのだと思います。

また、筆者自身が臨床研究に携わってきた経験から、本連載では「エビデンス」を一つのキーワードに、エビデンスの使い方・広め方を取り上げてきました。ただし、この「使う・広める」の主語は、あくまで医療者です。EBPの考え方が、医療の中に数ある課題を解決するためのアプローチの一つとして定着し、EBPについて患者さん・家族とのShared decision makingの視点(第11回参照)から臨床で語られることが日常になったとき、EBPという言葉自体が使われなくなるのだろうと思います。

本連載を読んでくださった皆さまにEBPのバトンが引き継がれ、それぞれの臨床でEBPの文化が育まれることを願っています。そしてEBPで悩むときには、本連載がEBPの羅針盤の一つとして皆さまのお役に立つことができれば幸いです。

明日から実践!

- 臨床でのつまずきや違和感を大切にしよう。
- 日々の取り組みをEBPの観点から共有し合おう。
- 看護師を主語にしたEBPから、患者・家族とのShared decision makingに変えていこう。

註:ここでの研究の知識スキルとは、研究を行うための知識スキルではなく、研究の知見を検索・読解するための知識スキルを指す。

謝辞: 深堀浩樹先生(慶大)、津田泰伸様(聖マリアンナ医科大学)に編集協力いただきました。感謝の意を表します。

参考文献

- 1) Straus SE, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 5th ed. Elsevier: 2018.
- 2) 赤崎美美, 他. 根拠に基づく実践を促進する看護師のナレッジブローカリングの過程. 日看学会誌. 2021; 31(1): 97-110.
- 3) Melnyk BM, et al. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: 2018.
- 4) 二見朝子, 他. 看護師のクリティカルシンキングと科学的根拠の利用の関連. 日看科会誌. 2019; 39: 261-9.
- 5) Jpn J Nurs Sci. 2020 [PMID: 31173465]

Webセミナー CLoCMiP レベルⅢ認証申請のための必須研修*承認セミナー

*「ウィメンズヘルスケア提供のための基盤能力」

医学書院

枠のない活動を楽しもう! 赤ちゃんから思春期まで、 切れ目のない助産師活動



講師 直井 亜紀 先生 (さら助産院院長) 定員 50名

対象 助産師 (病院勤務、開業、フリー) 受講料 1万1,000円 (税込)

使用媒体 Zoom

プログラム

第1部 「枠のない」助産師活動の実践

第2部 現場の応用力を磨く助産師になろう

詳細・お申し込みは
医学書院ウェブサイトから

<https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar/detail/220514sem>



開催日時 5月14日(土) 13:00~18:00

5月14日(土) セミナーを受講された方を対象に、7月30日(土)に「アドバンス講座」も予定しています。詳しくは医学書院ウェブサイトをご参照ください。