

Evidence-based Nursing

日本発・看護治療の挑戦



2004/01/17

神奈川県看護協会

フジ虎ノ門健康増進センター
齊尾武郎

はじめに (1)

- スライドを作りすぎたので、この講演用スライドは、僕のホームページ上で一般に公開します。

<http://member.nifty.ne.jp/saio/>

- 僕自身のバックグラウンド

- 御殿場で一般内科、都内で総合病院の精神科外来、産業精神衛生。
- 何でも屋です。「医者は医者でしかない。それ以上でもそれ以下でもない。」「藪医者こそが名医」が信条。
- 「医学教育のマインドコントロールが解けた医者」と友人には言われている。
- EBMを勉強してみて分かったことは、人の生き死にを人間が左右するなんておこがましい、ということ。
- 尊敬する人
 - 千葉敦子 自律した女性への憧憬。
 - KOさん 研修医時代の受け持ちの胃癌患者さん。高倉健のような人間としての強さ。

はじめに (2)

- 僕がなぜEBNを考えるようになったのか。
 - 患者さんは医者 の能力向上を期待しているが、医師社会の価値観は必ずしも一般社会とマッチしていない。
 - EBMは医療を改革するための有力ツール。
 - ならば、医療専門職の中の最大勢力のナース、ユーザーの患者・一般市民にEBMを授けてしまえ！
 - ところがどっこい、そうは単純ではなかった。
 - 看護業務の範囲やら、職能としての自律性、キャリアパスなど、看護師および看護業務のおかれた社会性が浮かび上がった。
 - 翻ってEBMを勉強してみて感じたことは、「エビデンスそのものよりも、モノの考え方が重要だ」ということ。
 - 自分はナースの手でEBNを作り上げていくまでのつなぎの存在。
 - 友人のダブルライセンスYさんには期待しているが・・・
 - むしろ、感情労働に疲れてしまった、同僚のナースに期待している。
 - EBM それは僕自身の医療人としての、アイデンティティーを取り戻すための戦いでもあった。だから、燃え尽きた人にこそ、EBM/Nを勉強して欲しい。既成概念からの離脱を！

EBNって何ですか？

- 看護におけるEBMの実践をEBNという
 - これは僕の定義でしかありません。
 - 詳しくは阿部俊子先生の本を参照してください。
 - 看護実践のためのEBN ベストエビデンスへの手引
(中央法規出版 2001年)
- 看護独自のEBMの手法があるはず
 - 理論面などについては、昨年2月、東海ヘルスケア・クオリティー研究会(水野智先生)のところで話しました。
(下記のURLにととても細かい講義資料があります。)
 - みんなで考えよう、看護のなかのEBM:EBNが分からなかったあなたへ
 - http://www.med.nagoya-u.ac.jp/hp/medinfo/tokaihcq/tokaihcq_kako.html



まずは E B M の説明

1. 臨床疫学から E B M へ
2. E B M の 5 つのステップ
3. 研究デザイン、妥当性、バイアス
4. エビデンス・レベルと勧告の強さ

臨床疫学からEBMへ

- **臨床疫学**（臨床データから医学的な真理を得る）
 - 1938年(J.R. Paul)：個々の患者から患者集団の特性を得る
 - 1960年代(A.R. Feinstein)：患者集団のデータを臨床判断へ
 - 1970年代：各国で大学に臨床疫学講座が設けられる
 - 1982年：INCLEN(国際臨床疫学ネットワーク)結成
 - 1980年代前半：臨床疫学の教科書次々と刊行
- **EBM**（自己の患者へ医学研究を応用する）
 - 1992年：(G.H. Guyatt) EBMという言葉の登場
 - 1997年：(D.L. Sackett) How to teach EBM出版

日本のEBMの歩み

- 計量診断学(1978年) : EBM第1世代
- 臨床判断学研究会(1980年代) : 泊り込み合宿だったようだ : EBM第2世代
- ライフ・プランニング・センター(1986年 : 日野原) : 臨床疫学ワークショップ
- JANCOC設立(1994年 : 津谷・浜ら) : 現在休止状態
- 愛知県臨床疫学研究会 (1997年 : 名郷ら) : EBMセミナー : EBM第3世代

以降、EBMが行政に採り上げられ、医学論文にも用語として定着していく
近藤誠氏の預言通りの(嘆かわしい)実情

- いのちジャーナル 1998/12-1999/9に連載
 - Meaningful MedicineとEBM
<http://member.nifty.ne.jp/saio/fdrug/>

日本のEBMの現況

- 地域医療（僻地医療）・総合診療・家庭医学の臨床医
- 公衆衛生・疫学の学者
- 治験・がん治療関係者（臨床薬理学）
- 薬害問題の市民運動
- 国際保健・代替相補伝承医学
- 精神科医（精神症状測定学、操作的診断基準）
- 救急医療
- 臨床系各学会の「治療ガイドライン」（行政主導EBM）
- 医療情報学・データベース関係者
- 医学図書館司書（リサーチ・ライブラリアン）
 - その他：ネットワークカー、薬剤師、歯科医、助産師、医学雑誌編集者など。
 - 医学研究の最先端分野とは言い難い分野、応用医学とされている分野（周辺・境界領域）：サバルタン
 - 科学的医学への懐疑、医学の基盤を意識した人々の系譜
- 看護師はいずこに！



E B Mの5つのステップ

1. 臨床上の疑問の定式化・カテゴリー分け
2. 文献検索
3. 批判的吟味
4. 臨床応用
5. 反省

ステップ1

患者の問題の定式化（臨床上の疑問を明確にする）

‘PECO’に分類

P: patient（どのような患者さんに）

E: exposure（どんな治療/介入をしたら）

C: comparison（異なる方法をとった場合と比べて）

O: outcome（結果はどうか）

この後、得られた疑問をカテゴリー（治療・予後・害・診断など）分けする。

- ステップ1についての指針となる論文がない。
- 勉強用の臨床シナリオもない
 - 医学に関しては拙訳「リアル・エビデンス」（エルゼビア・ジャパン刊）をシナリオに使えば良い。

ステップ2

問題についての情報収集

(疑問の種類に応じて、どのような研究デザインのものが
解答を与えうるかを考え、論文を探す)

【主な情報源】

- ・ コクラン・ライブラリでシステマティック・レビューの結果を探す
- ・ Clinical Evidence, Best Evidence, Evidence-based On Call, UpToDateなど、臨床疫学的検討が既に行われた情報が収載されている**二次情報源**を探す。
- ・ Medline、EMBASEなどのデータベースにより過去に遡って臨床研究を検索する
- ・ 主要な国際的医学雑誌や電子ジャーナルから最新の臨床研究論文を探す
- ・ 教科書を読む。(実はこれが背景知識の獲得のために最重要)

ステップ3

情報の批判的吟味

(論文の記載・主張が間違っていないかどうかを検討する)

研究デザインは適切か

結果は信頼できるか

自分の患者にあてはまるか

にポイントを絞り、3点程度の論文につきfull text
を批判的に吟味する

■ ゴミ箱の思想

- 研究方法が正しくなければ、得られた結果は信頼するにあたらぬ、という考え方が背景にある。
- 同様に現場で使えないなら、そんな論文は捨ててしまえ！
- 拙訳 (中山書店刊) : EBMの道具箱



ステップ4

情報の患者への適用

(主として外的妥当性の吟味、診療への応用)

- 自らの症例にエビデンスが臨床応用できるかをさらに検討し、診療に実際に応用する
- ステップ4も未開拓の分野。決断科学との接点なのだが、理屈にこだわると、臨床でのコミュニケーションに支障を来たすだろう。
- 結局は、勉強しながら診療しなさい、ということだと思えばいい。
 - 勉強しないのが一番悪い。無知は罪（の積みりで）。



ステップ5

1～4のプロセスの評価

(診療行為の監査、反省、再検討)

- ・ 自分自身で1-4のプロセスをフィードバック、評価する
- ・ 現場の医療従事者や、EBM仲間との間でフィードバックする
- ・ 実際に患者に適用した結果を評価する

EBMのステップはそれより前のステップに行きつ戻りつ。

- **小グループ学習が重要**
 - 反省のないところにはなかなか進展もない。
- 「EBM教育」もまた、「**教えたがり屋さん**」を産む。
 - 細かいことにこだわると、魔道に嵌る。

研究デザイン、妥当性、バイアス

■ 研究デザイン

- 探索的研究（どこに原因がありそうか探りを入れ、仮説を立てるための研究）なのか、検証的研究（仮説が正しいのかどうかを証明するための研究）なのかをまず考える。
- EBMで問題となるのは、検証的研究での証明能力の強弱。
 - 証明能力の強い研究方法と弱い研究方法がある。
 - あくまでもEBMでは「人間」にとっての治療法や検査法の効果を考える。

■ 妥当性

- 「辻褄が合っているかどうか」「現実に即しているか」といったこと。

■ バイアス

- 「ひいきの引き倒し」「お得意様専用」になってないか、ということ。

いずれも詳しくは成書参照。

エビデンス・レベルと勧告の強さ

■ エビデンス・レベル

- 因果関係の証明力の強さを基準に、研究デザインに序列を付けたもの。
- 因果関係を証明するには、基本的には「人体で試してみる」ことが必要。
- 当然、実験できるものなのかどうか（研究対象の性質）や、実験していいのかどうか（倫理性）が問題となる。

■ 勧告の強さ（お勧め度）

- 診療ガイドラインという「診療方法の見本」の中で、何らかの治療法や検査法をどの程度強く、「実施すべきだ」といえるのかどうかを示したもの。

■ エビデンス・レベルと勧告の強さの対応関係は、各ガイドライン作成班での約束事に過ぎない。

- そうは言っても、因果関係の強さと勧告の強さは基本的には照応すべき。

これも成書を参照のこと。



日本のEBN (1)

- 「ベッドサイドを科学する」という流れ（看護のための物理学）
- 病態生理からみた看護
- EBNの輸入:Alba DiCenso-福岡医師（名大）、Linda Johnston-小山・堀内（聖路加看護大）
- EBN総論：阿部（医科歯科大）
- 褥瘡：真田（金沢大 東大）
- EBM/N研：柳医師（東大阪医療短大）
- EB NURSING誌（中山書店）
- 医療改革のためのEBN/PUS（齊尾）
 - 総じて全国的な展開や組織・人脈の有機的結合に欠ける。
 - 科学論-質的研究からのアプローチが必要。（川島先生への期待）

日本のEBN(2)

- 特集号としては、Quality Nursing 4(7)の「看護とEvidence-based Medicine(EBM)」が最初。
 - その後、「Expert Nurse」、「月刊ナーシング」、「看護学雑誌」、「看護展望」、「ナーシング・トゥデイ」、「ハートナーシング」、「看護」「看護研究」「臨床看護」などに2-3回、特集号あり。
 - Quality Nursing誌はこれまで3回のEBN特集。散発的な掲載記事も比較的EBN関連の精密な記事が多い。
- EB NURSING (2000年12月創刊) 年間4冊。
 - じょく創、感染制御、嚥下・栄養法、高齢者転倒防止、失禁ケア、クリニカルパス、遷延性意識障害、EBN方法論、EBN総論、静脈注射法、看護記録、フットケアなどがテーマの特集号
 - EBNでなければ語れないものなのかどうか。
 - 他誌とは違った切り口で。

日本のEBN論文の問題点(1)

- データベース、文献の検索式の記載がない。
 - 検索語が不適切なもの、統制語の意識されていないものあり。
- 医学中央雑誌の検索だけ。
 - CINAHLはどこに行った？コクランライブラリは？
- 網羅性が高いばかりで、忙しい看護の現場で検索方法を真似できるとは思えないもの。
 - EBNは看護研究者だからこそできる贅沢のように思える。
- 文献を調べていない、自分の看護研究の紹介に終始するものが少なくない。
 - 私の研究はエビデンスを作っているのでEBNです。
 - 他人の研究は参考になりませんので、私の研究を書きます。
- 文献からの考察だけ。臨床家としての視点が皆無。
 - 名郷直樹. EBMのうまくいっていること, いていないこと. EB Nursing 2003; 3(1) での批判を受け止めよ。

日本のEBN論文の問題点(2)

- 結論に沿って実践したら最終的にどうなったか、が書かれていない。
- 何故、(CDCの感染防御、AHRQの尿失禁などの)ガイドラインがevidence-basedなのかということについての検討が甘い。
 - 「ガイドラインの妥当性を評価する方法」というものがある。
 - 来週(1/25)、東京でガイドライン・ワークショップあり。
 - 齊尾武郎, 栗原千絵子. EBMガイドラインのカラクリ: 誰でもできる評価の仕方. 臨床と薬物治療 2003; 22(11): 1049-56.
- EBNのプロセスを紹介しようとして、間違っただ内容となっているものもある。
 - つまり、EBN紹介論文自身が二次情報誌と類似機能を持っていることに留意すべきであり、結論の記載に責任を持つ必要がある。
- Foreground question (その患者固有の問題) とback ground question (一般的医学・看護知識) の区別がなされていない。

EBNが広まらないのは何故か（１）

- 英語、パソコン、統計学が苦手（医者も同じ）
- ナース同士の連携の弱さ・転職の多さ・バーンアウト（キャリアパスの問題）
- 研究ばかりしているナースと研究を知らないナースのギャップがかなり大きい
 - EBNは看護研究を「すること」ではない。
 - 患者を集団として評価するのではなく、細かい看護上の工夫を共有し合うことのほうが重要だろう。（evidence-based case reporting）
- 看護文献を検索することの難しさ（データベースの未整備）
- 看護研究の多くは社会学的研究なのに、医療社会学の文献が入手しにくい。
 - 一方、社会学の重要なフィールドは医療現場である。
 - 社会学を勉強すると、看護研究が見えてくる。

EBNが広まらないのは何故か（２）

- EBNの概念がはっきりしない。
 - EBMではいかんのか？
 - 旧来の看護研究とEBNの違いは？
- 「看護学」は学問なのか。
 - 昔からある問題。別に学問である必然性/必要性はない。
 - 学問(学者)が偉いわけでもない。
- 看護はフィールド重視。
 - 臨床重視が基本理念であるEBMはむしろ看護がリードせねばならない部分が多い。
 - しかし、現場のナースの創意工夫は院内発表会や学会の地方会どまり。Local knowledgeに止まる。
 - 「貧乏だから研究できない」は本当か。

EBNが広まらないのは何故か（3）

- EBMは当初は医師のために開発された。
 - Evidence-based patient choiceという患者中心主義的EBMの登場
 - Public understanding of science(PUS)の時代要請とEBM
 - 素人こそが医療の主役（のはず）
- 専門家支配・看護職能の自立 / 自律
 - nursing subordination（ナースキャップは聞き耳頭巾？）
 - 看護業務の独自性、範疇
 - 専門志向はほどほどに（基本は全人的医療）
- 医療倫理とEBMの接点としてのEBNという展開もある。
 - しかし、現行の医療倫理研究自身の底の浅さを感じる。現場の悩みは論文には現れない。
 - Evidence-based case conferenceの必要性。
 - 医療は科学性と倫理性のハーモニー

EBNの展開（１）

- まだ定まった方法論はない。
- EBMの方法論を踏襲するに止まる。
- 看護独自の診断・介入・成果
 - NANDA-NIC-NOCはもっと整理できないか。
 - 看護独自の介入がある。「看護療法」と呼ぼう。
 - 薬のNNTと看護療法のNNTを比較せよ。
 - 看護にもNNHがあるはず。
- もう少し科学的な言葉で（ただし、看護の代替療法性あり）
 - 「患者さんの笑顔」はアウトカムか？
 - 「ナースの直感」？
 - そう書きたい気持ちは分からなくもない。
- 分からないことの多くは、英語の教科書に載っている。
 - 文献検索する前にまず基本書を探せ。
 - EBN以前の問題かも。

EBNの展開（2）

- 組織改革にも方法論あり。
 - ビジネスの世界で用いられている改革手法を学ぼう。
 - 闇雲に会議を開いても、結論は見え透いている。
 - 拙訳「チェンジ・プラクティス」（エルゼビア・ジャパン刊）
- 医学図書館、看護図書館を解き放て
 - 温故知新
 - 死蔵される看護文献
 - Open Access Initiative - George Sorosの思想
 - Karl Popperの「開かれた社会」
 - <http://www.soros.org/openaccess/index.shtml>
 - 医学・看護雑誌は、「記録を残すため」なのか、「議論を促すため」なのか、「最新の知見を広めるため」なのか？
- キャリアの仕上げは専門雑誌のフルタイムの編集長
 - 欧米では業界を育て、後進を指導するための重職。

N B Mの再検討を

- N B Mは患者の話すことを傾聴すること？
- N B Mの方法論が定式化されていない
- N B Mの適応症は？
- N B Mの実践は治療的なのか、反治療的なのか。
- NBMの定義は？
 - 実は某教授がGreenhalgh先生からもらった私信だった！（友人のT M先生が発見）
 - 心身症外来プライマリケアにおけるナラティブ・アプローチ 神経性過食症の事例を中心に． 総合臨床 2002: 51;1067-70.
- NBMを文献検索してみても。
 - Narrative based medicine, narrative medicineなどのキーワードを使う。
 - NBMは日本のトレンドかも。

経皮的胃瘻(PEG)の管理 (1)

- 瘻孔が膿んでしまう。
 - スキンケアか、感染防御か、医療器材の管理か、術後管理か。
- 消毒とガーゼ保護
 - 夏井睦「これからの創傷治療」(医学書院)
 - 新しい創傷治療 「消毒とガーゼ」の撲滅を目指して
<http://www.asahi-net.or.jp/~kr2m-nti/wound/>
- 実はPEGの造設キットの英文説明書(ボストン・サイエンティフィック社)に書いてあった。
 - PEGろうは石鹼で洗え。
 - ストーマ・ケアと同じこと(気切もなんだけどなあ)。
 - “Best practices: a guide to excellence in nursing care”
Lippincott Williams & Wilkins. 2002. ISBN: 1-58255-163-4 pp611

経皮的胃瘻(PEG)の管理(2)

- 最近はもっぱら以下の本
 - 蟹江治郎.胃瘻PEGハンドブック(医学書院・2002)
 - 経皮内視鏡的胃瘻造設(P E G業績紹介のページ)
<http://www.fukiage-clinic.com/peg.htm>
 - 臨床看護;2003年5月:経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)とケアの実際
- そもそも嚥下の評価は難しい。
 - サウス・テムズE B M実践プロジェクト(S T E P)
- 栄養サポートはチームワーク
 - 多くの医者は栄養のことは知りません。
 - N S T
- 口腔ケアを蔑ろにしないこと!
- 文献検索する前に、まずは成書を「自腹で買きましょう」
 - 書いてあることを鵜呑みにしないこと。(skepticalに)
 - 看護常識に沿っているかどうか、保険診療の範囲はどうか。
- 実はネットに出ている情報が一番役立ったりして!

経皮的胃瘻(PEG)の管理(3)

•その他

- NPO法人：PEGドクターズネットワーク

<http://www.peg.ne.jp/>

- HEQ研究会

- 日本静脈経腸栄養学会

•ガイドライン作り あまりマニアックなものでは困る

- 院内の合意が取り付けられないと、「おかしな治療・看護をしている」と非難される。分かりやすいことが肝心。

- 実際は治療行為はどれもこれも怪しいもんです。

- 佐藤雅彦. 現代医学の大逆説(工学社・2000)

- 脱線 治療はどれもあまり効かないもの 治療的謙虚リズム。

- 治療必要数(NNT)を考えよう。

- 患者さんに無理強いするだけの論拠はあるのか？

- 名古屋の歯科医院の掲示「歯は抜くな、削るな、自然を拜め」

- 今、正しくても(エビデンスがあっても)、いずれは結論がひっくり返ることが少なくない。



紫色尿バッグ症候群

- 初めて見る人は皆驚く。
- 僕が初めて知ったのは、10年位前の医事新報での説明論文
- 実物を見たのは、5年くらい前か。
- 色素を出す菌が尿に居るだけ。
- 高齢者施設では全然珍しくない。（頻度不明なのが問題）
- 便秘が原因の一種だと言われているが、本当かや？
- 文献は英文で20本程度、和文でもそう多くはない。
- 医源性の感染（院内感染）を疑うべきだろう。
- 分からないことは、
 1. 本で調べる
 2. 人に訊く
 3. 文献検索
 4. ネットに訊く・検索する（ググる www.google.co.jp）

腹臥位療法（有働式生活療法）

- 有働尚子先生（神経内科医）が開発。
- 5年前から日野原重明先生・川島みどり先生の肝いりで腹臥位療法推進研究会が年に1回開催されている。（日野原先生が「うつむけ」とおっしゃるのが印象的。）
- 高齢者低ADL患者さんのQOLの改善のための看護治療。
 - そもそもが治療に「医師の治療」も「看護の治療」もヘツクレもないんだが、便宜的にそう書く。
- 肺炎、褥瘡などの治療・予防に効果があるとされているが、エビデンスとしては症例集積研究しかない。
- ただし、病態生理学的には十分に意義のある治療法である。
- 有働先生は、本療法による精神機能の賦活・全人的医療を重視している。
- そもそも英米では、脳卒中患者はICUではSims体位を取らせるものであって、仰臥位は禁忌だそうです。うつ伏せにすることで、肺炎の防止になるのは常識だとのこと。（植村研一先生のお話）
 - 何で、こういう欧米の常識が日本には伝わらないのか？

縛らない看護・院内転倒予防

- 患者さんの身になってみれば、括り付けるのは酷いことだと分かる。 逮捕・監禁罪
- はっきり言う。「これは療養環境が劣悪だから、ナースが犯罪をさせられているのだ」と。
- どうやったら縛らなくて済むのか、海外のエビデンスを探しても、見付からない。
 - 探し方が悪いだけかも。本日の阿部先生の講義に期待。
 - 縛らないのが当たり前。いや、出版バイアスか？
 - 精神科では積年の問題：施設病
- 寝かせきり老人：大熊由紀子氏命名。
- 優しい手で泣きながら縛らないで。
 - 患者さんを管理するという発想。
 - 看護がタフな神経でないと務まらぬのはおかしい。



褥瘡のラップ療法

- 平たく言えば夏井理論の褥瘡版
- 鳥谷部俊一先生（内科医）が開発。
<http://www1.neweb.ne.jp/wb/decubitus/>
- サ*ンラップが命を救う。
- エビデンスは、症例集積研究があるのみ。
- 病態生理学的には十分な根拠がある。
- そもそも、外傷学の古いテキストには、消毒薬を塗りたくれとは書いてない。これは基本的な外傷学への回帰現象かも。
 - 流行の治療法の淵源をたどると、10年くらい前の治療法のリバイバルなんてことは珍しくないことである。
- ドイツの褥瘡スキャンダル 医療の質のベンチマーキング

フットケア

- 患者さんのケアの行き届かないところに気を配るのが看護の要諦。
 - フットケアはどの科が専門なのか？
- フットケアについてのまとまった書籍はほとんど無い。
 - 宮川晴妃編. メディカルフットケアの技術：疾病・転倒・寝たきり予防にも役立つ. 日本看護協会出版会；2003.
- 欧州にはchiroprody、podiatist（足病治療医）の伝統がある。
 - 薬剤師にも歴史あり・・・pharmacist、apothecary以外にもmedicine man（薬草医）、medical man（薬医）などの言葉あり。医師との区別は・・・昔は薬は工業製品ではなかった。
 - フットケアを論じるのに、足病治療医のテキストを読まないのは問題。（現在入手できるテキストだけでも、20種類以上あり。）
- Reflexology（反射区療法）などの代替療法との関連性。
- 日本ではツメの切り方は美容学校で習う。



IVHの感染予防

- 中心静脈カテーテルは感染予防だけが問題なのか？？
 - これ単独でエビデンスを調べて何になる。
 - IVH関連の有害事象を総括せねば。。
- 海外ではこれほどIVHは行われていない。
 - IVHしないと餓死させることになるのか？
 - 手間に金を払わず、モノに金を払う診療報酬制度。
 - 血管が取れないから、中心静脈にカテ留置？
- 感染を起こさなくても、胸腔内点滴や気胸を起こせば鎖骨上アプローチは危険じゃないか？
- そもそもIVH挿入の仕方が間違っって翻訳されているという指摘もある。
 - 丸川征四郎，安井大雅．
内頸静脈穿刺の穿刺針は同側乳頭に向けてはいけない！
治療（増刊号）2003；85(3)：1391-3.

海外のEBN

- World views on evidence-based nursing誌(今年創刊予定)
- Sigma Theta Tau international:<http://www.nursingsociety.org/>
- “Evidence-based Nursing”誌
- Joanna Briggs Institute (JBI/オーストラリアのAdelaide大)
 - 豪・ニュージーランド・香港・タイなどにJBI collaboration
- 英York大学EBNセンター
- Centre for Evidence Based Nursing – Aotearoa (CEBNA)
(ニュージーランド)
- Hong Kong Centre for evidence based nursing & midwifery (HKCEBNM) (香港中文大学)
- German Center for evidence-based nursing
- McMaster大健康科学図書館 (カナダ)
- Academic center for evidence-based nursing(ACE) テキサス大

質的研究の科学哲学的意味づけ

- 仮説生成型研究（質的研究）vs. 仮説検証型研究（量的研究）
- 観察の理論付加性と科学知識の社会構成主義
 - すなわち、科学知識は理論というフィルターを通して見るのであって、客観的な事実があって理論が組み立てられるのではない。（「客観的事実」などというものは、想像上の産物）
 - だから、量的な尺度で「実証」されているものが、非量的な言説よりも「高級」「上級」ということはないのである。
 - 「ものを見る」「ものを測る」ということは、必ずどこかに「定規」を持っている。（操作主義）
 - しかし、その定規が絶対的に正しいものだということを証明することはできない。
 - 従って、モノの見え方の枠組みが切り替わると、全く異なった理論体系が出来上がる。（科学革命、パラダイム・チェンジ）
 - 学問は実用に耐えてこそその学問。（ネオ・プラグマティズム）

質的研究と量的研究

質的研究と量的研究との比較

質的研究

仮説生成型

言語や現象(概念)

合目的的抽出

哲学・社会学理論

量的研究

仮説検証型

数値データ

無作為抽出

数理統計学的理論

(瀬畠:2000 日公衛誌)

Q : これは「正しい」でしょうか。

A : 正しいとか、正しくないとか言うこと自身が無意味かも。こういう考え方もOKだとは思う。

- 学問なんて、所詮はモデリングの違いだよな。

質的研究

質的研究の分類

	ミクロ研究(個人誌研究)	マクロ研究(一般化研究)
調査手法	個人面接 デイスコース アナリシス 観察法 ドキュメント分析	個人面接(複数) フォーカスグループ (観察法) コンセンサスメソッド
研究視座	ケーススタディ エスノグラフィー 現象学	グランデッド・セオリー

(瀬畠:2000 日公衛誌)

- 何を知りたいのか、あるいは何が分かりそうか、ということは研究する前に予感しているのです。
- モノの見方を知らないと、見えない。
- ならば、モノの見方を鍛える方が先決ですよ。
- その意味では、既存のテキストの解読こそが修行になる。あるいは、日々の臨床での観察を丹念にやることです。

質的研究の評価

量的研究

質的研究

trustworthiness 信憑性

内的妥当性
internal validity

信用性
credibility

外的妥当性
external validity

移行性
transferability

信賴性
reliability

依存性
dependability

客観性
objectivity

確証性
confirmability

<http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/constructivisteval.pdf>

<http://pweb.sophia.ac.jp/~t-oka/papers/2000/qrswj/qrswj4.pdf>

おまけ

- 看護が科学的である必要性はどこにあるのか？
- 医療行為（介入）は必ず患者さんに利益をもたらすとは限らない。
- そもそもが病院という施設が作る病気もある。
 - せめて、「転んでも安心な床」であってほしい。
 - カーテンの汚い認証病院
 - リトリート（待避所）としての病院の機能・社会的入院
- 「賢い患者」・・・医者よりも贗医者が信頼されていた時代あり。
- 往診・訪問看護こそが医療の基本（医療の出前）
- レッテル張りとはEBM
- Professional autonomy論の陥穽
- 患者アドボカシーとケアマネジメント（担い手は？）
 - 患者の治療方針に関する意思決定での職業的代理人制度が必要かもしれない。
 - 成年後見制度

まとめ

1. EBNはEBMから派生したものである。
2. EBNをEBMから分けて考えるだけの看護の独自性 (domain)がある。
3. EBNは看護研究を行うことではなく、他者の行った看護研究を活かすことであろうが、他者の研究を臨床に役立てる方策は未整備。
4. 当面はEBNの方法論よりは、海外の看護研究を紹介する事業が期待される。
5. 看護実践も介入である限りは、「看護治療」である。
6. 日本の「医師」の開発した「看護治療」がある。
7. 留学するのであれば、日本での治療の適応症との違いを学んできて欲しい。
8. 看護をこそ、患者さんとの一期一会を大切にした実践と研究を。
9. 患者さんにも、ナースにも優しい医療でなければ、おかしい。
 - ただし、その責任が目の前の医者にあると早計しないで欲しい。医者がそういう行動を取るに至る諸般の事情がある。
10. EBNを学ぶ終局的な意義は、思い込みを無くすことだろう。