

格差の解消

エビデンスから行動へ



エビデンスに基づく
看護実践の理解

エビデンスの
ソース

変化のための検討書
の作成

エビデンスから
行動へ

格差の解消 エビデンスから行動へ



2012 年国際看護師の日

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)あるいは看護国際人材センター(ICHRN)から文書による許諾を得ることなく、本文の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録すること、販売することなど、一切の伝達を禁じます。短い引用(300語未満)に関しての許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses or the International Centre for Human Resources in Nursing. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright © 2012 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-75-8

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として公益社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

目次

ICN 会長および事務局長からのメッセージ	1
序論	2
第 1 章 エビデンスに基づく実践の理解	3
第 2 章 エビデンスのソース	9
第 3 章 エビデンスから行動へ	12
第 4 章 変化のための検討書の作成	20
第 5 章 各国看護師協会の役割	24
付属書	
付属書 1 批判的吟味のスキル	29
付属書 2 リフレクション実践の枠組み	31
付属書 3 事業計画・サービス開発のひな形	33
付属書 4 ICN 所信声明：看護研究	35
付属書 5 ICN ファクト・シート：看護の高感度アウトカム指標	37
付属書 6 ICN ファクト・シート：看護研究	40
参考資料	43
追加資源	45



2012年5月12日

皆様

保健医療の質とアクセスの向上を追求する際に、私たちは、エビデンスに基づくアプローチを看護サービスに活用する努力を怠ってはなりません。今日、世界の保健医療制度は、サービスの質・量の不公平と財源の縮小という重い課題を抱えています。情報が乏しい中で意思決定がなされることは、最善の方法でサービスが提供できない理由の一つです。また、そのために、保健医療サービスの活用が非効率的・非効果的・不公平になることもあります。私たちが行っていることを伝える際にエビデンスを利用することは、保健医療制度のパフォーマンスを向上させる上で非常に重要で、達成可能な方法です。

しかし、利用可能な情報の増加により、エビデンスの発見が容易になるのではなく、その量に圧倒されてしまう可能性があります。看護師はこれまで以上に、エビデンスを集める方法だけでなく、その知識を日々、活用する方法も学ばなければなりません。すべてのエビデンスが強固で信頼できるとは限りません。看護師は、保健医療サービス利用者のニーズと選択を考慮し、また、自身の専門性やスキル、エビデンスが自身の状況で活用可能かという臨床判断に基づき、入手可能な最善のエビデンスを明確することを学ぶ必要があります。

この2012年INDキットは、どのようなエビデンスを活用すべきか、そのエビデンスをどう解釈するか、そして、得られるアウトカムは、実践の変更や、他の所でも必要とされうる貴重な資源の利用の裏付けとして十分か、等を判断する力を看護師に与えるものです。

ICNは、背景状況や様々な制度、人口集団のニーズ、各地域の政策、社会的要因に関する重要な情報を提供するうえで、看護師は重要な役割を担っていると考えます。エビデンスに基づく方法を活用することで、私たちは実践に関するアプローチに挑み・挑まれ、また、自己の説明責任を果たすことができます。エビデンスに基づく方法を通じて、常に自己の実践を検証し、より効果的・効率的な新しい方法を追求し、それによってケアと安寧へのアクセスを高めることができます。

会長

ローズマリー・ブライアント

(Rosemary Bryant)

事務局長

デイビッド C. ベントン

(David C. Benton)

ICN • CIE • CH

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00

Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

情報の充実と科学の発達、世界のあらゆる場所で健康アウトカムの大きな向上をもたらしてきた。しかし、アウトカムの違いや健康格差、保健医療サービスの不十分なパフォーマンスによって、今でもすべての看護師は真の難題に直面している。世界の死亡の半数は、コスト効果の高い簡易な介入で防止できるはずであるが、世界保健機関も認めるように（WHO 2004）、保健医療サービスを必要とする人々にこうした介入を広く知らせる方法が、まだ十分に明らかにされていない。新しい製品・医薬品・診断法の発見だけではなく、知識をどう利用するか、エビデンスと行動の格差をどう埋めるかにも、一層、注目する必要がある。

看護師のコミュニティとして、私たちは、エビデンスから行動へという一連の流れにおいて自身が果たす役割を理解する必要がある。その役割はそれぞれ違っても、的確な疑問をもち、スキルを高め、同僚と協力しながら研究への投資が最大の効果を上げるようにするうえで、私たちは十分な情報を得ているとの自信を持つ必要がある。看護師は、実際の状況や様々な制度、人口集団、自己の場を取り巻く政策・社会要因の役割などについて、重要な情報を提供できる立場にあることが多い。これらの理解は、自己の場を取り巻くサービスの革新や新しい働き方の開発に不可欠である。

私たちは皆、エビデンスに基づく意思決定と実践を生み出す環境の整備に努力すべきであるが、これを達成するためには、研究を行うチームが、その成果を利用するチーム（広くコミュニティを含む）と密接に協力する必要がある。様々な理由から、このことは決して容易ではないが、このパートナーシップがなければ、私たちは資源の浪費を続け、重要な発見がベスト・プラクティスとして確立されるのに何年もかかることだろう。

このツールキットは、この複雑な開発ニーズのある分野について主なポイントを概観できるように設計されている。読者個人が自由に閲覧して、特定の関心分野やスキルニーズを追求できるように、詳細な資料へのリンクも多数掲載してある。

第1章

エビデンスに基づく実践の理解

国際連合が設けたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の達成は、全世界の願いであり、看護職も行動を起こすことが求められている。これらの目標とその他の多くの健康に関する目標は、十分な情報に基づく保健政策と十分に管理・統制されたアクションプランがあって、はじめて達成可能となる。しかし現実には、最善のエビデンスから得られた知識に基づく実践ではなく、習慣に頼った実践が行われており、この目標到達の妨げになっている。乏しい情報に基づいて意思決定が行われていることが、最善の方法でサービス提供ができない主な理由の一つであり、また、サービスの非効率・非効果・不公平を招くような実践のばらつきの原因ともなる。一方で様々な理由から、私たちは皆、予算を堅実に使うことを求められており、エビデンスはこの領域でも決定的な役割を果たす。

1990年代初めから、エビデンスに基づく医療を推進する動きがあり、医学上の意思決定に焦点が当てられてきた。この考え方は、オンタリオ州のマクマスター大学の研究者グループの取り組みに端を発するものであるが、彼らは、医学実践の見直しを行い、情報をより容易に収集・活用することを目指した。彼らは、医学的エビデンスよりも臨床経験を頼り、個人のバイアスと不完全な結果記録を特徴とする文化から、バイアスがかかっている記録情報と患者の利益が重視される文化へと、医療を変えることを望んだ。

このアプローチは、早い段階から患者への真のメリット提供とコスト削減に効果を示した。他の実践者も後に続き、このアプローチの原理は今では、サービス利用者や政策決定者、保健医療管理者、そしてもちろん看護師も含めて、保健医療システムのあらゆる側面で受け入れられている。エビデンスに基づく実践（evidence-based practice、EBP）に対する初期の批判は、それが、実践の大部分において研究エビデンスに基づく意思決定が可能という考え方を助長している、というものであった。研究基盤の開発がまだ前途遼遠であった看護にとって、このことは大きな課題であった。しかし、実際には決してそうではなく、EBPアプローチは、意思決定はエビデンスだけにに基づくものではなく、判断や価値観、個人的な要因も常に役割を果たすことを、これまでずっと認めてきた（Hamer & Collinson 2005）。

しかし、もう一つ明らかなこととして、看護師がエビデンスに基づくアプローチを実践に活用すれば、看護実践をいつ・どのように変えるべきかの確かな疑問を形成することができるほか、自己の意思決定の根拠として適切な情報を活用していることを立証することや実践を評価すること、測定しているアウトカムが適切で事前に合意されたものであることを確認することが可能になる。これこそが、ICNがその広報活動やICN研究ネットワークを通じて、エビデンスに基づく実践を促進・支援する理由である（ICN 2010; www.icn.ch/networks/research-network/）。

エビデンスとは何か？

EBP アプローチに関しては、従来から看護師の理解を妨げるような学術用語が使われることが多く、混乱が生じやすい。そこで、エビデンスとは何かについて、まず共通理解を得ておくことが有益だろう。Lomas et al. (2005) は、「エビデンスとは、ある結論の裏づけとして用いられる（実際の、または主張されている）事実に関わるものである」と記している。また、事実とは、観察または経験を通じて知られたものである。したがって、伝承の物語からインターネット上の画像まで、多くの異なる媒体を使った多くのエビデンスのソースがあるということになる。

図1：主な用語の定義

エビデンスに基づく実践 (Evidence-based Practice)

臨床意思決定に向けた問題解決手法で、ケアリングという文脈の中で、最善かつ最新のエビデンスおよび臨床上の専門知識とアセスメント、患者が好む価値観の追求を包含するアプローチ。

看護研究 (Nursing Research)

看護研究には、看護知識の開発・洗練・拡大のために明確にデザインされた体系的探求が含まれる。看護研究の意図は、量的・質的あるいはそれらを混合した科学的手法を使って、疑問に答え知識を深めることである。

品質改善 (Quality Improvement, QI)

品質改善・臨床改善・業績改善は、システムやプロセスおよび機能的・臨床的アウトカム、満足度やコストにおけるアウトカムに焦点をあてる。QI プロジェクトは、ベストプラクティスや、看護師が関与するケアのプロセスの理解に貢献しうる。QI は看護実践基準や看護科学の発展を意図したものではない。

Mazurek Melnyk et al (2005)

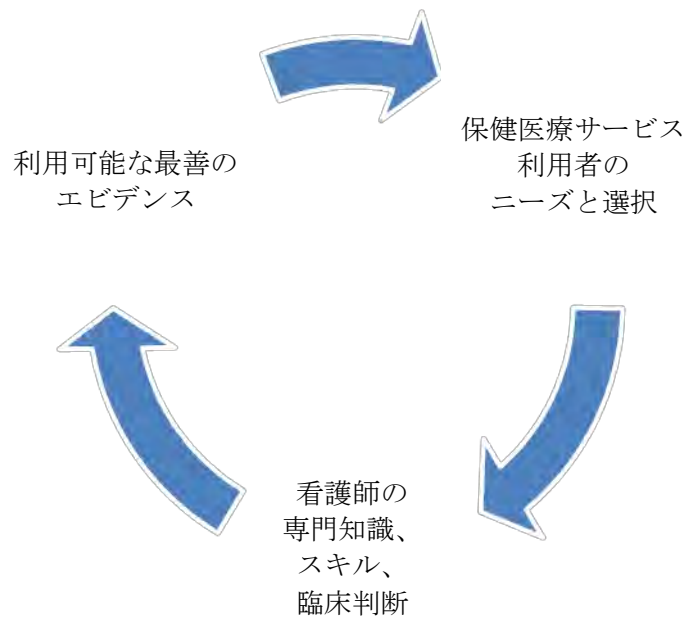
すべてのエビデンスが同等に有用なわけではない。エビデンスがどの程度有用なのかについては議論が多い (WHO 2004) が、一般に研究エビデンスは、観察結果の収集・分析に体系的な方法を使用しているため、意思決定プロセスにおいてより重視される。また、研究デザインと実施の面で優れていなければならないほど、その研究は意思決定者から有用と評価される。

エビデンスの使用について判断を下す際（そして、多様なタイプのエビデンスを使用できる場合）、どのようにしてその判断に至ったかを他の人々に説明できることが大切である。したがって、他の人々に明確に伝えられるような、体系的・可視的な方法で意思決定プロセスを実行するのがよい。これにより意思決定の質が向上し、間違いや不一致の可能性が減少し、さらには、すべてのエビデンスが文脈特有のものとなるため、新しい実践が実施される可能性が高まる (Ruland 2010)。このプロセスは、エビデンスへのニーズの明確化に役立ち、他の実践者がエビデンスを見出して評価することを可能にする。

疑問のタイプに応じて、異なるタイプのエビデンスが適切であることから、看護師は、利用可能な場合には、適切な研究を確実に特定・評価・利用できるように、積極的に関与する必要がある。患者と介護者の視点をこのプロセスに取り込むことも、変更プロセスが成功する可能性を高めるためには不可欠である。

エビデンスに基づく実践の成功の3つのカギを、図2にまとめた。

図 2：エビデンスに基づく看護実践の要素



エビデンスを特定する

看護師が、意思決定の根拠となる情報を得るために、エビデンスを探し始めるのには多くの理由が考えられる。実践の変更の裏付けとするため、広範囲の選択肢の中から最善の選択肢を決定するため、あるいは様々な形態の治療コストを比較するため、などが考えられる。その理由はどうであれ、最初の一步は、適切な疑問を持つことである。

例えば、看護師にとって未経験の症状を患者が呈している場合などのように、看護師自身が明らかな知識の不足を特定できる場合には、その疑問は容易に定義できる。しかし、「ルチン」であって長年、疑問を持たれていなかった看護実践について、他の実践者や患者からのフィードバックによって変更の必要性が示唆されるような場合（例えば、患者に慢性症状の自己管理を促す、など）は、疑問の特定と定義はやや難しくなるかもしれない。

いったん問題が特定されれば、適切な疑問に助けられて、問題の対処に必要なエビデンスの特定に向けて前進しやすくなる。

疑問を形成する方法は多数あるが、その多くは4つの要素を含む（図3）。

図 3：適切な疑問を持つ

PICO:

問題 Problem

介入 Intervention

比較 Comparison

アウトカム Outcome

問題：あなたが対応している患者またはクライアント、人口集団または状況

1. あなたが検討している介入
2. 既存の介入との比較（必ずしも必要でない）
3. 関心の的となるアウトカム

疑問を特定すれば、エビデンスの所在を明らかにすることができる。情報に不足はないが、実はそのことが難題となってくる（図 4）。図書館の棚は専門誌であふれ、インターネット上ではクリック一つで数千の情報呼び出せる。エビデンスのソースは幅広すぎて、看護師や患者は、積極的で情報を有し、批判の目を持つ消費者であるために、そして、自身に関わるつもりのない業務に圧倒されないようにするために、相当な努力を必要とする。すべての看護師は、エビデンスが生み出された方法の長所や短所、限界を判断し、それが適切かどうかを批判的に評価しながら使用すべきである。批判的吟味ツールの一例を、**付属書 1**に掲載した。

図 4：潜在的なエビデンスのソース

- ❖ 保健医療専門職または学者による研究
- ❖ 企業（製薬会社など）による研究
- ❖ 研究のレビューおよび臨床ガイドライン
- ❖ 専門家の意見
- ❖ 同僚の意見
- ❖ 臨床経験
- ❖ 患者・介護者・クライアントの経験
- ❖ 診療監査データ

すべてのエビデンスにはそれぞれの価値があり、同僚の実践者および患者の提言も同様に重要である。

研究は、使用しているプロセスの点で、他の形のエビデンスと異なる。研究には様々なタイプがあるが、すべて体系的で（明確なプロトコルに従っている）、厳格で、妥当であることが求められる。また、多くの実践分野では、疑問のタイプによって使用する研究方法が限定されている。例えば、ランダム化比較試験は、新しい治療法の有効性を検証することができるが、その治療法の効果に関する患者の気持ちを把握するには質的手法が必要である。こうした研究方法の組み合わせは、新しい実践の導入を成功させるうえで、ますます重要視されるようになっている。だからこそ ICN は、看護研究に関する所信表明（2007）の中で、質的研究と量的研究を同等に重視しているのである。前述のとおり、実施しようとする変更を理解するためのエビデンスが多いほど、成功の可能性は上がるのである。

これをエビデンスの連続体として表したのが図 5 である。

図 5：エビデンスの連続体

質的					量的
経験に基づく意見	体系的な量的デザイン	記述的研究	調査	コホート研究	ランダム化比較試験

どのような方法を使おうとも、すべてのエビデンスには長所と短所がある。核になる疑問は常に、「これは適切な方法か?」「研究は厳格かつ体系的に行われたか?」という点である。様々な研究方法についてより詳しくは、このツールキットの最後にまとめたリンク集や資源を参照いただきたい。

メタアナリシス (Meta analysis)

このテクニックは、類似の研究の元データを結合し、統計的手法を用いて、一つの推定結果を導き出すものである。

エビデンスをまとめる

看護師がエビデンスを探し始める場合、個々の研究を吟味することは非常に時間と費用がかかる場合がある。「一次」¹エビデンスは、矛盾する見解を示す可能性がある。大量のエビデンスを評価して勧告をまとめる際に用いられる専門スキルがある。保健医療サービスに関しては、この作業は大学が行うことが多い。この困難な事業と関連するコストを考慮して、多くの政府は、臨床ガイドラインやシステマティックレビュー、クリティカルレビューを実施するための専門部門を設置している。

図 6：専門家センターの例

コクラン・コラボレーション (Cochrane Collaboration) は、国際的な独立非営利の組織で、100 カ国以上から 2 万 8,000 人以上の協力者が、世界で日常的に利用されているヘルスケアの効果について、最新の正確な情報を提供しようと取り組んでいる。協力者は保健医療介入のシステマティックレビューを作成しており、これはコクラン・レビュー (Cochrane Reviews) として知られ、オンライン上のコクラン・ライブラリー (Cochrane Library: www.thecochranelibrary.com) で発表されている。

ジョアンナブリッグス研究所 (Joanna Briggs Institute, JBI) は、南オーストラリア州のアデレード大学ヘルスサイエンス学部に本拠を置く、国際的な非営利の会員制研究開発組織である。JBI は世界各国の 70 以上の提携団体と国際的な協力をしている。JBI と提携団体は、実現可能で適切、有意義、有効な保健医療の実践を特定することによって、エビデンスの統合・移転・活用を促進・支援し、全世界で保健医療アウトカムの向上に役立っている。www.joannabriggs.edu.au

¹ 一次ソースとは、解釈や評価のフィルターを通していない原資料であり、他の研究が依拠するものである。通常は、物理的フォーマットや印刷物、電子フォーマットの形をしていて、初めて正式に発表された研究結果である。それらは、オリジナルの考えを示したり、発見を報告したり、新しい情報を共有するものである。(出典：メリーランド大学図書館：www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html)

システマティックレビューは、特定のテーマについて、すべての文献を確認しようというものである。Cullum (1997) は、システマティックレビューは、いくつかの重要な要素から構成されるべきであると述べている。

- 明確な問題または疑問の形成
- 既発表・未発表を含め研究を探し出し選定するための、包括的な検索法の活用
- 明確な選択・除外の基準
- 報告された研究の質の体系的なグレード評価
- 元となる研究からのデータ抽出とデータの統合（可能な場合）
- 結果の解析と提示

クリティカルレビューによって、数多くの研究をまとめることができ、ある研究分野のエビデンスの概要を示すのに役立つことが多い。

臨床ガイドラインは、入手可能な最善のエビデンスを集め、理想的には透明で厳格なアプローチを使って、その結果から、専門職向けの実践指針を策定するものである。看護師のためのエビデンスのソースとして、臨床ガイドラインの重要性は増しており、有効性の評価方法として活用できる。臨床ガイドラインは、政府組織や各国看護師協会（NNA's）、専門誌、専門的関心団体（患者擁護団体など）が作成する場合がある。

ガイドラインは、自己の実践の場で策定することも可能である。ガイドラインは適切に開発されて初めて有用になる。ガイドラインは、そのデザインによっては実践により大きく影響する可能性があるため、看護師は、ガイドラインがどのように開発されたかを知り、この観点からエビデンスを評価すべきことを理解しておく必要がある。

クリニカルパスは、患者が特定の状態に対する治療の間に受けるサービス介入と、達成が期待されるアウトカムを記述しようとするものである。エビデンスは、期待される回復・治療経過を明確に説明する目的で使用される。期待される介入や一連のイベントは、明確に記録される。したがって、このパスから逸脱する場合は、臨床家は慎重に検討しなければならない。パスの進展のすべての段階で、患者が関与する明確な機会がある。また、このアプローチは、アウトカムに基づくサービス開発の機会を拡大する効果もある。このパスを活用することにより、根拠となるエビデンスの欠落部分を明確にして、将来の研究の優先事項を特定することも可能である。例として、大腿骨頸部骨折の患者のケアに関するアプローチについて、

www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/Focus_On/DVQ_path_fracturefemurPROOF_Nov.pdf を参照のこと。

エビデンスの探求

入手できる情報が増えると、エビデンスを見つけやすくなるよりは、むしろ見つけにくくなると感じる場合がある。学習スタイルは教育過程だけではなく、情報探索行動にも影響するため、看護師は自身がどのような学習方法を好むのかを理解する必要がある。

臨床実践は、「問題特定」「仮説形成と検証」「問題解決」というプロセスに導かれている。この同じプロセスは、看護師が情報の処理・移転をする際にも利用できる。Browne (1997) は、アイデア創造、疑問形成、分析、解釈、評価、組織化、検索、リパッケージ、普及、回収という各段階を示した。これらの段階は、臨床実践と同様に、それぞれ個別のイベントとして生じるわけではないが、エビデンス探索中の看護師は常に学習をしているため、このプロセスは発展・変化していく。

エビデンスを見つける第一歩は、看護師が利用可能な情報ソースを特定することである。過去において看護師は、口頭伝承を非常に頼りにし、多くの看護実践はこの方法で共有されてきた（将来もそうなるだろう）。しかし、看護が学問として発展し、多職種チーム内で信頼される一員となるにつれ、書籍・ジャーナル・専門図書館などが情報源に加わるようになってきた。エビデンスに基づく実践を重視する文化の成長と臨床的有効性に関する情報をより効率的に共有しようとする動きが、アクセスの大幅な改善につながった。

一方、インターネット上の洗練された検索エンジンの発達で、一度に複数の資源を検索することも可能になった。こうしたツールは、看護師が調べる必要があるエビデンスの総量を絞り込む助けにもなる。

多くの看護師が持つと思われる一般的な疑問としては、以下が挙げられる：

- 研究結果を要約し、様々なメディアを通じて利用を促進する専門組織
- 関心分野に焦点を絞った専門ジャーナル
- 専門データベース
- インターネット

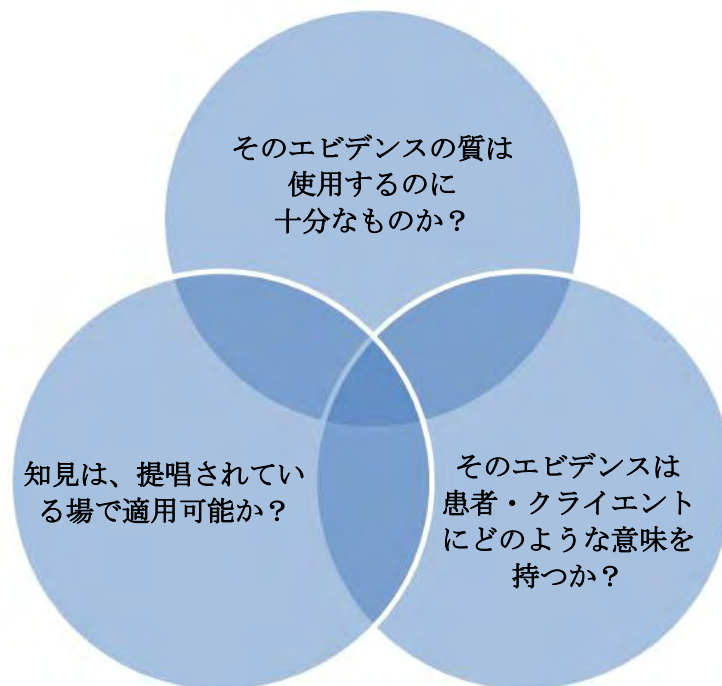
確認バイアスとは、情報が本当かどうかに関わらず、自己の先入観や仮説を裏付ける情報を重視してしまう傾向のことである。その結果、選択的にエビデンスを集めたり、記憶から情報を引き出したりし、バイアスのかかった形でそれを解釈する。このバイアスは、特に感情的に重要な問題や確立された信念に関して現れる。

これらのソースは使い勝手が改善しつつあるとはいえ、看護師が効果的に使いこなすにはスキルが求められるだろう。検索スキルの育成は、検索の成功の程度に大きく影響するため、今では多くの看護カリキュラムや研究のコースにこれが盛り込まれている。優れた検索戦略は、できる限り多くの参考文献を抽出することに始まり、その後、より具体的に要件を定義することへと進む。その次の課題は、より範囲を狭めて特定した参考文献の中で、質の高いエビデンスを探すことである。理解をより深めたい読者のために、読者にもその同僚にも有用と思われる追加資源を、このツールキットに一覧にして示してある。

エビデンスは利用に値するか？

エビデンスが特定できたら、看護師は、実践の変更を考えるべき事例があるかどうかを評価しなければならない。疑問に対する答が不十分である、あるいは、看護師が自信を持って行動に移すほどエビデンスが強力ではない、という場合もある。このプロセスは、しばしば批判的吟味と呼ばれ、エビデンスに基づく実践においては、エビデンスの学術的メリットとエビデンスを適用すべき背景状況とを検証することを意味する。このプロセスは、3つの主要な側面を持ち、そのすべてが同時に検討されるべきである。一つの領域での疑問への答えが、他の領域に影響を及ぼす場合もある。

図7：批判的吟味の3つの側面



研究の質の評価は、このツールキットの中で様々な箇所に取り上げられており、そのプロセスの詳細な例を**付属書 1**に掲載した。幅広いオンライン学習ツールもこのツールキットの中に、一覧として示してある。

研究者自身も、研究の活用促進の一環として、研究結果の利用を望む人々への支援にこれまで以上の責務を担うようになってきている。研究者はしばしば、研究の限界（完璧な研究などというものはない）を詳細に示し、また、利用の可能性について助言を与えてい

る。知識移転に関する研究でも提言されているように、自身の研究を特定の探求分野の文脈に位置付ける研究者が増えており、このことが研究の重要性の理解を助けることになっている。

自己を取り巻く実践環境に**研究結果が応用できるかどうかを評価する**には、看護師は多くのことを検討しなければならない。研究の中で示された一つの状況が他と同じである可能性は少ない。

文脈とは、定義そのものからして、常に独特のものである。そこで看護師は、以下の要素を考える必要がある。

図8：研究の適用性を評価するための質問

これは何に関する研究か？

研究の参加者はどのような人々か（例：年齢、性別、状態、職業）？

自身が担当する患者や状況とはどのように異なるか？

研究はどこで行われたか（施設、国）？

記述されている変更のメリットは何か？

変更のコストは（その他の財政）？

提案されている変更が、職員や患者の価値観や選択と相容れない可能性は？

（出典：Pettigrew & Roberts 2005）

- この研究の参加者は、同様の特徴を持っているか？
- 記述されている介入を導入することは可能か？
- 財政面への影響の可能性はどのようなものか？
- 患者の受容性に考慮すべき点はあるか？

職員と患者に対する影響のアセスメントは、意思決定プロセスの主要な側面となりうる。しかし、研究結果は確立や尤度として表現される傾向があり、エビデンスが患者個人に対してどのような意味を持つかは、アセスメントが難しい場合がある。結果が臨床的に意味をもつかどうかを計算する方法は多数ある。

「臨床的有意性」は、介入または治療が「どのくらい有効か」、あるいは、その治療がどの程度の変化をもたらすかという疑問に答えるものである。臨床治療を検証する場合、実践的有意性は、詳細な量的情報に基づき、効果サイズや治療効果発現必要症例数などの指標を使って、知見の重要性を概念的に示すものである。実践的有意性は、その有用性に関して、半定量的または相対的アセスメントや、実現可能性のアセスメントを提示する場合もある。

上記に説明したプロセスはすべて、ある程度予備的であり、エビデンスのソースに注目したものである。この時点で、行動に移すかどうかの判断は読者とその同僚に委ねられる。さて、エビデンスを行動に移す準備はできただろうか？

エビデンスから行動へ

まさにその特質から、エビデンスに基づく実践（EBP）は現実の観察と方法論に立脚していることが多く、そのため、前述のとおり、EBPは臨床現場により迅速に適用できる。多くの場合EBPは、新しい治療法や機材の導入というよりは、むしろ、情報を取り出し、行動やガイドラインを変えるという課題に関連している。しかし、保健医療システムの何らかの部分を変えるには、慎重な検討と計画が必要であり、一人の看護師が実践の一要素の変更を決定することで、直ちに同僚や患者に影響が及ぶこともありうる（図9参照）。

「手洗いの方法を変える」といった一見単純そうなことであっても、他の専門職、患者、補助スタッフ等の人々や、洗浄剤の入手、流しの位置にまでも影響を与える可能性がある。

図9：例外的な患者ケアは、エビデンスに基づく看護実践にそのルーツがある

患者に感染をもたらすことは、保健医療関係者が最も避けたいことである。登録看護師の Joyce Maygers（看護学修士）は、研究テーマを探る中で、脳卒中患者の尿路感染（UTI）に注目した。データによると、脳卒中患者はUTIを起こす率が高いことが示されていたが、それを防ぐ方法についてはあまり情報がなかった。尿路カテーテル（脳卒中患者には日常的に使用される）がUTIの大きな原因であることが判明した。Maygersは、患者アウトカム分析における自身の経験とスキルから、この問題に簡単な解答があるのでないかと思った：「脳卒中患者全員にカテーテルを使用する必要はないのではないか？」「それほど長期間、留置する必要はあるのか？」脳卒中患者に自動的にカテーテルを用いる医学的根拠を探し始めたところ、彼女は、ルチンとしてのカテーテル使用に対する臨床指標がないことに気付いた。

Maygersは、1年に渡って、John Hopkins Bayview Medical Centerの医師、看護師、その他の保健医療従事者と、カテーテル留置が本当に必要かどうかを検討した。彼女は、脳卒中患者への対応とUTIを予防する方法に変化をもたらした。当初、彼女は、カテーテル使用件数を10%減らすことを望んでいたが、努力の結果、ほぼその2倍の成果に達した。Bayview 脳卒中センターの患者におけるカテーテル使用日数は20%以上減り、UTIの減少とUTIによる脳卒中患者の再入院減少、入院日数の減少というアウトカムは非常に注目を集め、このプロセスは現在、Bayview センター全体での採用が検討されている。

Source: John Hopkins Nursing Magazine, Spring 2010, Vol. VIII, Issue 1

http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant

次に、組織や政策レベルで新しいサービス提供の方法を導入した場合、資源の面でどのような影響があるかを慎重に検討する必要がある。変更計画がうまくいかずに資源が無駄になる例が多いだけでなく、今ある計画を維持することさえできなくなる可能性がある。その結果、サービスの一貫性欠如やばらつきを招きかねない。

変更とは、人々やシステムの行動の方法を変えることであるため、簡単ではない。変更は面倒で時間の無駄になる場合も多く、予想しない結果を招く場合もある。しかし、変更は刺激的で意欲を掻き立てるものである。したがって、どのようにエビデンスを実践に取り入れるか、すなわち知識を実行に移すかを理解し計画することが重要である。この分野は非常に重要であるため、それ自体についての研究が増えてきている。アイデア（革新）を取り上げ広める方法を理解することは、知識普及あるいは知識移転と呼ばれる。現在、「サービスの革新」が難しい問題への簡単な解決策となるという見方があるが、既述のとおり、この問題の扱いには慎重さが必要であり、この実践分野にも同様のEBPスキルを用いる必要がある。

サービスの革新に向けたエビデンスに基づくアプローチの好例として、ICNが行っている結核（TB）予防に対するアプローチが挙げられる。ICNの研修法は、ピアエデュケーションを促進し、看護師の労働環境を考慮した実践的な問題解決アプローチを採用している。現在までにTBおよび多剤耐性結核（MDR-TB）の重い負担を担う国々の看護師1,100名以上が、ICN指導者研修（TOT）コースに参加した。参加した看護師は、さらに2万8,000名の看護師とヘルスケアワーカーの教育に携わっている。参加者からのフィードバックにより、ICNのTBプロジェクトを通じて発展させた研修法が、患者に対する姿勢の向上、未治療率の低下、症例発見の向上、職場環境の安全向上につながっていることが示された（このコースについては、www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/参照）。

もう一つは、ボツワナの例である。世界保健機関のコラボレーションセンターであるボツワナ大学看護教育学部は、地域開発アプローチやアクションリサーチなど様々なEBP活動を活用して、地域の慢性疾患患者へのケア提供を担う「コミュニティヘルスに基づくケア委員会（community health-based care committees、CHBC）」を設置した。これは、この国のHIV/AIDSの発症率の高さに対応したもので、施設内ケアからCHBCへの移行につながった（Tlou 2006）。アウトカムは、患者ケアの改善と地域の参加向上であった。

実践に基づくEBPアプローチは、米国中西部の小児病院の看護師にも活用された。彼女たちは、小児および新生児の経鼻胃管チューブ留置の確認方法を導入した。腹腔内への空気注入の聴診は、この方法を疑問視する研究が1980年代にあったにもかかわらず、多くの現場で留置確認のため実施されている。留置を確認する唯一確実な方法はX線であるが、栄養投与の都度、X線を用いるのは費用がかかり現実的ではない。ベッドサイドで実施できる別な方法が必要であった。そこで彼女たちは、エビデンスに基づく看護実践アプローチを導入し、看護実践の要点をまとめ、NGチューブの誤留置によるリスクを最小化した。プロジェクトの結果、聴診の使用は減少（93.3%から46.2%へ）し、経鼻胃管チューブの留置確認のための、より信頼できる方法の使用が増えた（Farrington et al. 2009）。

図10：オーストラリアの救急部における脳卒中急性期の看護ケア改善に向けたエビデンスに基づくアプローチ

オーストラリアのメルボルン北部にある病院の救急部の看護師たちは、脳卒中急性期における救急看護ケアを改善するために、早期合併症の予防に関するエビデンスの活用を促進することによって、実践の変更を行った。彼女たちは、脳卒中急性期に関する救急部看護管理ガイドラインを使って、テスト前・テスト後のデザインを用いた。データはカルテから収集した。この研究における介入は脳卒中の救急看護管理ガイドラインであり、その実施には指導者が付けられた。

主なアウトカム指標を、ガイドライン実施の前後で測定した。指標は、トリアージのカテゴリ、待ち時間、救急部滞在時間、専門医の評価までの時間、バイタルサインの評価とモニタリング、体温と血糖、静脈血栓塞栓症、褥創リスク評価と介入であった。

結果としては、トリアージの判断に有意な改善が見られた。呼吸数、心拍数、血圧、酸素飽和度の評価の頻度が増加した。リスクマネジメントの点では、圧迫部位への介入の記録が向上し、記録が向上し、経口摂取前の嚥下評価が向上し、救急部での言語病理学的評価が向上し（非有為）、入院患者が言語病理学的評価を受けるまでの時間が93.5分短縮した。

Source: Considine & McGillivray (2010)

実践への知識移転を調査した研究プロジェクト（図 11）により、有用な枠組みが作られた（詳細は**付属書 2**に掲載）。この枠組みは、知識移転の複雑さに焦点を当てただけでなく、このプロセスにおける積極的なリーダーシップと管理が変更プロジェクトの成功の可能性を高めることを立証している。

図11：知識移転に関する枠組み案

知識移転（knowledge transfer、KT）が直線的に進展することは、ほとんどない。KTは、研究者と利用者の間の一連の相互作用やつながりを伴う複雑な社会的プロセスである（McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008）。しかし、KTの計画・実施・評価には、基礎となる理論的枠組みが必要である。リーズ健康科学研究所（Leeds Institute of Health Science; LIHS）の研究は、28件のKTモデルの主題分析（Ward et al. 2009）とその後のフィールドワークから得られたエビデンスに基づき、KTプロセスの枠組みを作成した。この枠組みは、KTの計画と実施に不可欠といえる5つの主要要素から成り、これらの要素に関する活動を概観している。またこのモデルは、各要素が相互に作用し、単独でも同時進行でも機能すること、そして、それぞれの要素の強さはKTプロセスの経過にともない変化することを明らかにした。詳細は**付属書 2**を参照のこと。

Source: Ward et al. (2010)

この枠組みは、看護師および管理者、研究者が協働して、自身が検討している変更について、より理解を深めることを助けるものである。

文脈と文化が極めて重要

変更の実施に関わるすべてのモデルは、文脈と文化の重要性を認識している。エビデンスが十分に提示され説得力があるにも関わらず、前進するには周囲の状況が難しすぎる場合が非常に多い(図 12 参照)。変更を推進する要因と成功の可能性を評価する方法として、以下に詳細を述べる PESTLE 分析がある。

- **政治的要因 (Political)** : 政策・政府・選挙の役割
- **経済的要因 (Economic)** : 財政的考慮、需用・供給の問題
- **社会的要因 (Social)** : 一般市民の反応、受容性
- **技術的要因 (Technological)** : 新しい機器・情報システム・検査の開発
- **法規制的要因 (Legal)** : 法律問題、契約法
- **倫理的要因 (Ethical)** : 職業上の基準、アクセスの問題

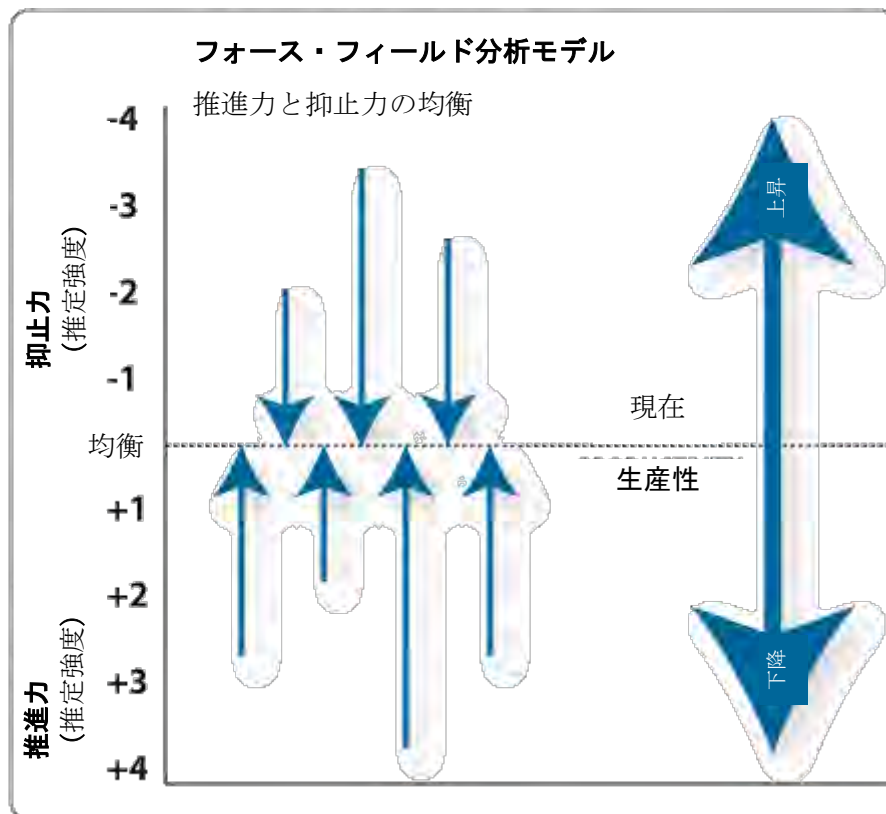
文化と文脈が評価できれば、期待される変更にも協力的な文化を作り出すことが可能になることが多い。変更を主導する人々に彼らを取り巻く諸要因に対する真の理解を与えるための周到な準備と、変更で最も影響を受けると思われる人々とのプロセス全体を通じた効果的なコミュニケーションが大切である (Dunning et al 1998)。

活用できるテクニックとして、フォース・フィールド分析 (Force Field Analysis) がある。フォース・フィールド分析は、社会科学分野のパイオニア Kurt Lewin (1997)が、状況診断のために開発したマネジメント技術である。このアプローチを使うと、計画している改善策の障害となりうる人々や問題、物を迅速に特定できる。また、支援してくれる支持者も見つけやすくなる。有利に持っていくには、特定した影響力のいくつかに働きかける必要がある。フォース・フィールド分析は、変更への抵抗に打ち勝とうとする際の、チーム作りのプロジェクトにも有用である。Lewin は、どんな状況でも、生じる変化に対して、そこに影響を与える推進力と抑止力の両方が存在すると指摘している。

推進力は、状況に影響を与え、特定の方向性に押し進める力である。変化を起こし、変化を継続させる傾向がある。

抑止力は、推進力を抑えるまたは低減させる方向に働く力である。推進力の合計と抑制力の合計が同じになった時、均衡状態に達する。

図 12 : フォース・フィールド分析モデル (Lewin 1997)



検討すべき「力 (フォース)」のタイプ

- 利用可能な資源
- 伝統
- 既得権益
- 組織構造
- 関係
- 社会または組織の傾向
- 人々の態度
- 規制
- 個人またはグループのニーズ
- 現在または過去の実践
- 施設の方針または規範
- エージェンシー
- 価値観
- 要望
- コスト
- 人々
- 出来事

プロジェクトや計画中の変更を支援または妨害するものが明らかになったら、次の段階はこの知識を確実にプロジェクトの推進に活用することである。「プロジェクトまたは変更計画を支援または妨害するものについて、何ができるか？何をしているか？」と自問してみよう。

実践の発展を支援するためには、臨床環境が、アイデアや革新、エビデンスの価値を高く評価するような場でなくてはならない。先に見たとおり、現実には、臨床環境自体が変更に対して大きな障害になる場合がある。実践を変更するためには、実践者が自信を持ち十分に支援を受けている必要がある。実践に対して究極の説明責任を負うのは実践者自身だからである。彼らは、変更を行う権限を持つ必要があり、交渉や販売、合意形成、リスク引受などのスキルを必要とするだろう。さらに、あらゆる変更は時間を要するため、長期にわたる支援と積極的な指導も必要だろう。EBP に熱心に取り組む保健医療チームならば、知識を共有し他者に教えることが容易であることに気づき、これがさらなる意欲になるだろう。

EBP を促進し実施する実践的な方法は多数あるが、以下のように概括して提示することができる。

- **パートナーシップの構築** – 共有のビジョンや目的意識を構築するために、個人およびグループ、チームをまとめる。
- **擁護者・チェンジ・エージェントの利用** – 変更を支援してくれる中心人物を特定し引き入れる。彼らは信頼性があり、あなたが影響を与えたいと思っている人々から尊敬されている必要がある。
- **情報の共有と普及** – これは特定の対象者を念頭に、様々なメディアを通じて行うことができる。リーフレットの作成、寸劇の利用、ソーシャルメディアプラットフォームの利用などが考えられる。
- **教育・訓練による介入** – 継続教育モジュール、意思決定支援システム、一对一のコーチング、オンライン学習、シミュレーションの利用など。
- **実践の標準化** – クリニカルパス、診療評価、バリエーション報告、チェックリスト、ガイドラインなどを用いる。

成功を収めるうえで、これらの介入のすべてを使う必要はないが、いくつかのアプローチを組み合わせる必要はあるだろう。そのすべてにコストが伴うことから、デザインの段階でこの点は検討しておかなければならない。図 13 に一例を示した。

何を变えたいか、どのように着手するかが明確になったら、いくつかの目標とアウトカム指標を設定することが役立つ。頭文字で **SMART** と呼ばれるものが、有用でよく利用されている。

具体的 (Specific) – 目標は、漠然とした大まかな記述ではなく、具体的で詳細な記述とすること。

測定可能 (Measurable) – 何かが変化したかどうかをモニターできること。

適切 (Appropriate) – 設定する目標は、到達可能で現実的であること。

関連性 (Relevant) – 目標は、プロジェクトの全体的な目的の点で意味あるものであること。

期限 (Time bound) – 目標は明確な期間を伴うこと。

学ぶ時間を作る：実践のリフレクション

実践を変更するための様々な組織的アプローチを検討してきたが、それらは全て、自身は何を求めるのか、変化を望むのかを考える個人（看護師または患者）の能力にかかっている。変更は、継続的な学習プロセスと考えることもできる。リフレクションに対して体系的に取り組むことによって、実践者は意義ある建設的な方法で、自己の実践を理解することができる。リフレクションを取り入れた実践は、今では専門職実践の主要要素と考えられており、このスキルを養成するための技術が各種の研修プログラムに取り入れられている。しかし、多忙な実践環境では、これを行う時間を別途確保する必要がある（付属書2参照）。

「エビデンスの階層構造は、最も有用なエビデンスの形としてランダム化比較試験を推進してきたが、実際には、実践や政治・イデオロギー、認識論における矛盾や限界のために、最も効果的な治療法の利用を妨げている可能性がある。加えて、エビデンスに基づく実践は、リフレクションを取り入れた実践と非常によく似た定義や目的、手続きを共有しているように見える。したがって、エビデンスに基づく実践の運動は、エビデンスの階層構造より、実践に関するリフレクションを活用したほうが、より大きなメリットを得る可能性がある。」（Mantzoukas 2007）

ピアリフレクション（アクションラーニング・グループとも呼ばれる）は、特に、実践の変更の時期に有用である。しかし、各グループには支援と指導が必要である。グループが妨げられないよう、臨床領域から離れて過ごす時間が与えられる必要があるほか、定期的なミーティング、グループ内の高い信頼と守秘義務、グループがプロセスを進められる創造的で挑戦的な環境の整備が必要である。行動計画の策定も有益である。

EBPの共有と普及には、ネットワーク構築も重要である。Lomas (2007) は、ニュージーランドの保健医療制度全体へのエビデンスの導入を検証する中で、ネットワークの本質を指摘している。

ネットワークは、巨大かつ複雑な専門職グループとしての看護職が、知識を共有する重要な方法である。プレッシャーが大きい時期には、公式・非公式の両面で、こうしたネットワークは価値が低く、重要でないと判断されがちである。しかし、McSherry and Warr (2008) は、情報の共有と普及のためのネットワークや枠組みは卓越へのカギであると述べている。彼らは、以下の理由からネットワークは重要であるとしている：

- 革新および変更に向けて、個人やチーム、組織への支援を確保するため。
- アイディアを探り、共有するため。
- 個人の成長および専門職開発のための支援ネットワークを構築するため。
- 変更のための協力とコミュニケーションの強固なシステムを確保するため。
- 革新と変更に馴染むようにスタッフを促し、参加させるため。
- 革新と変更に関する先端的な知識と評価を共有し拡大するためのネットワークを構築するため。
- 仕事に関係するストレスの軽減と自信の醸成のため。

あるチームがこうしたアプローチの多くを活用した例について、追加資源に示す Gallagher Ford (2011) の論文を参照していただきたい。

変更がコスト削減をもたらす場合もあるが、しばらくは新旧のシステムが重複して並行運用されるため、移行資金が必要な場合もある。移行資金は、このツールキットで前述した抑止力に対抗するためにも必要になる場合がある。

エビデンスに基づく実践が根付くための優れた環境を開発する方法を考えたら、次に、EBPが保健医療制度の資源に及ぼす幅広い影響を考えることも重要である。実際、実践を進めるために、限られた資源をめぐって競合することも多く、変更をよく理解して揺るぎない主張をする必要がある。この点は、次の章で扱う。

図 13： EBP による自己の実践の場における介入の例

状況・背景：入院・外来を問わず、糖尿病患者のフットケア行動の改善は、糖尿病性足潰瘍とさらなる負の影響を最小限にとどめるための最も効果的な戦略の一つである。

目的：糖尿病の入院患者におけるフットケアの知識と行動を明らかにすること。選択されたフットケアの知識・行動の改善についてのエビデンスを適用すること。その有効性を評価すること。

デザイン・方法：事例研究、事前・事後面談

セッティング：タイの大学病院の外科病棟

参加者：3日以上ケアを受けている4名の糖尿病患者

介入・方法：患者の学習ニーズに基づく教育プログラム。糖尿病フットケアのリーフレットを提供し、患者が目標と行動計画を立てるのを支援する。治療の3日目に、患者のフットケアに関する知識と目標、フットケア行動改善のためのアクションプランを評価する。

主なアウトカム指標：患者のフットケア知識と目標、フットケア行動改善のためのアクションプラン

主な結果・知見：患者全員がフットケア行動の改善を必要としており、目標設定とアクションプランを伴う教育プログラムによって、入院患者のフットケア知識と主観的なフットケア行動を改善した。

結論：この組み合わせによる方法は、簡単で安全であり、糖尿病の入院患者への適用が容易と考えられる。今回の研究結果は、糖尿病入院患者のフットケア知識・行動の改善について、重要な情報を提供するものである。著者たちは、糖尿病ケアの質の向上に貢献できるよう、看護師がこのエビデンスに基づく看護実践を活用することを推奨する。

Source: Kurniawan & Petpichetchian (2011)

実践の変更を評価する

保健医療制度の資源には限りがあり、現存のものを可能な限り効果的に使うことが求められる。最近まで、EBP の分野では、介入の有効性を確立すること、すなわち「この新しい介入はうまくいくのか？」ということに最大の重点が置かれてきた。しかし、変更のために強力な臨床エビデンスを得ることだけでは十分でない。エビデンスに非常に説得力があっても、財政的に利用可能でない場合や、成功するには別の資源の導入が必要とされる場合もあるからである。

「発展途上国の資源は限られており、機能するであろう保健医療に投資することが特に重要である。エビデンスに基づく実践の事例は長い間、西側諸国で構築されてきた。しかし、低所得国の脆弱なコミュニティに働く保健医療専門職にとっては、情報アクセスの乏しさから、この取り組みはほぼ不可能である。多くの途上国に見られるその他の根本的な経済的、社会的、政治的問題も、保健医療サービスや医薬品へのアクセスを妨げており、防衛費が優先されて保健医療サービスが二の次になることもしばしばある。一部の国では、官僚主義の混乱と不適切な管理により、利用可能な保健医療予算が使われないまま残されることすらある。こうした問題を考えると、この独特な背景状況において最も実現可能で、適切で、意味のある有効な保健医療の介入や活動に投資することが急務である。」（Pearson & Jordan 2010）

すでに、私たちが今後の開発資金を確保している以上に、多くの確立した介入がある。これまで見てきたとおり、どのエビデンスを使うのか、どのようにエビデンスを解釈するのか、どの程度結果に信頼が置けるのかなど、常に判断が求められる。最も重要なのは、期待されるアウトカムが実践を変更するほど十分に重要で重大であるかどうか、そして他で使うかもしれない資源を充てるに値するかどうかを判断することである。資源を争う可能性はかなり高く、なぜ実践を変更したいのか、どの程度のコストがかかるのかをある程度詳細に説明しなければならないだろう。投資対効果検討書（business case）や、その他の何らかの経済的評価を作成するよう求められる可能性もある（経営・サービス開発のひな形は、**付属書 3**を参照）。

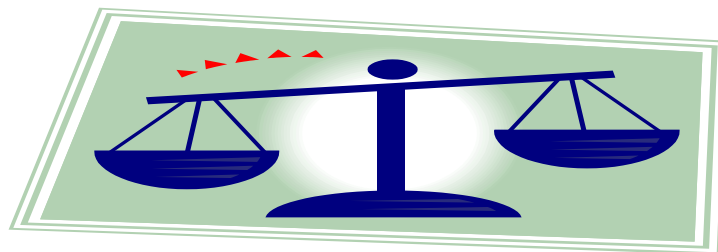
看護師は、新しい介入により期待されるアウトカムを幅広い視点から数量化することに、自信を持てるようであればならない。多くの状況で、サービスの改革の実施は、他の何かの中止を伴う。プロジェクトの提案では、中止によるコストも考慮しなければならない。もし主要パートナー（患者やその介護者を含む）がコストとリスクがメリットと比較して大きすぎると判断した場合、変更の提案が成功する可能性は低い。

様々な選択肢を詳説する検討書を作成する際、以下の点を明らかにするとよい。

1. どのような選択肢を比較しようとしているのか？
2. 比較下にある選択肢がもたらし得る、最も重要なアウトカムは何か？
3. 選択肢の影響としてどのような可能性があるか？
4. 正式な経済分析は意思決定に役立ちそうか？
5. 変更を導入するリスクは何か？
6. 変更の実施およびシステム強化のための能力はあるか？
7. 変更に関するリーダー側の支援はどの程度か？

これらの疑問を検討する際には、その検討自体がすべての選択肢に関する評価であるとしてとらえて、成功を導くには何らかのバランスを図る必要があると考えるとよいだろう。図 14 に示すとおり、例えば新しい公衆衛生サービスを導入しようと考えているなら、少なくとも、アクセスおよび資源の使用、公平性、サービスの利用に関する問題検討をすることになる。

図 14： 選択肢のバランスを図る： 考えるべき問題は？



メリット

アクセスの改善
不公平の減少
コスト削減
サービスの利用改善

デメリット

アクセスの悪化
不公平の増加
コスト増加
サービスの不適切な利用

これらの点を明らかにすることで、考えをまとめ、エビデンスを構成し、メリット・デメリットを分かりやすく一覧したバランスシートを作成することに着手できる。このアプローチの目的は、主要な意思決定と最も重要なアウトカムにチームの意識を集中させることを助けることであり、このことが評価活動の支援にも役立つ (Oxman et al. 2010)。

実践の変更の成否を判定するには、アウトカム指標を特定することが役立つ。また、指標の測定と報告が簡単であるとさらによい。例えば、感染管理方針を導入したいと考えているならば、短期的にはすべての職員が手洗いの評価で合格することにアウトカムを設定し、長期的には感染率の低下に関連のあるアウトカムを選ぶ。実践の変更を持続させることも、EBPイニシアチブの価値の認識には重要である (図15は事例研究)。

図 15：喘息と糖尿病の成人のための臨床ガイドラインの実施：3年間の看護ケアの追跡評価

カナダのオンタリオ州登録看護師協会 (Registered Nurses' Association of Ontario) は、臨床看護実践と健康的な労働環境に関する 42 ものガイドラインを策定し、発表している。これまでに、評価としてガイドライン実施の影響に関する 1 年間の調査を実施してきたが、最初の実施期間に行われた実践の変更が維持されているかどうかについては、ほとんど明らかにされていない。

目的：成人の喘息ケアに関するベストプラクティスガイドラインと糖尿病患者の足合併症減少に関するベストプラクティスガイドラインの実施後、看護ケア指標の 3 年間の追跡評価を報告すること。臨床現場における背景状況の変化を明らかにすること。

介入・方法：2 病院で主要情報提供者に現場での調査と面談を実施。看護ケア変更の 6 カ月後の指標を、3年後の同じ施設での遡及的カルテ監査から得られた指標と比較した。

主な結果・知見：喘息ケアに関する 12 の指標のうち 3 つは変わらず高かった (監査対象カルテの 84%以上) が、4 つの指標は有意に ($p < 0.01$) 低下していた。糖尿病フットケアに関する 12 の指標のうち 9 つは、有意に ($p \leq 0.05$) 向上していた。

結論：ガイドラインの持続的な実施を促進するためには、臨床指標と状況要因の両方の長期追跡をモニターすることが重要である。

Source: Higuchi et al. (2011)

新しい施設の建設や新しい職員の採用などのように、意思決定が複雑で資源の利用に大きな違いが出る可能性が高い場合、何らかの経済的モデリングを利用する必要があるだろう。例えば、少数の患者に対して大きなメリットがあるのか、多数の患者に対して小さなメリットがあるかを判断しなければならない場合もある。あらゆる保健医療制度が圧力を受け、資源の奪い合いが激しい現状では、この領域は考慮すべき点として重要度を増している。この形の意思決定を支援するため、保健医療制度の管理者も、他の分野から導入された経済モデルを適用するようになっている。

経済評価の種類は様々あり、この分野の専門家の支援があれば看護師も評価を実施できる (Gray 1999、図 16)。提案に伴うコストとメリットの可能性を評価する枠組みを採用することで、確実な透明性のある形で、時に困難な選択となる提案でも実施できる可能性が出てくる。利用可能な枠組みは多数あり、その一例を付属書 3 に掲載した。

図 16：経済評価の例

- 費用分析：アウトカムに関する情報は得られない。代替案との比較ができない場合がある。コストが明らかになるのみ。
- 費用最小化分析：主な関心は最小コストの選択肢の特定と選択。
- 費用対効果：アウトカムが明らかな場合に、特定の代替案と比較して、アウトカムの差の割合を見ることができる。

Source: Gray (1999)

最後に、アウトカムの変化が介入の結果であることを確認するため、何らかの形のモニタリングまたは影響評価を構築することが望ましい。実際に何が起きているのかを知りたい場合にモニタリングは有用であり、例えば、クリニカルパスの実施状況をモニタリングすることを決定することもあるだろう。これにより、早期に情報を入手し、必要であればプログラムを調整することが可能になる。モニタリングへの着手は費用を伴うことでもあり、データが活用されないのであれば意味がない。モニタリング活動は、指針やプログラムが関心対象の指標に影響を与えたかどうかを、必ずしも示すわけでもない。

影響評価は、計画的変更の時点で確立しておくべきであり、調査研究と同じ注意をもってデザインしなければならない。影響評価の目的は、観察されたアウトカムの変化が実施した介入の結果であるかどうかを明確にすることである。優れた評価活動は、他者がその介入を自分の状況にどの程度移転可能かを判断する際にも役立つ。

学際的なチームの活発なメンバーとして、看護師の役割と活動が拡大するにつれて、実践へのアプローチに挑戦し、また挑戦を受けて立つ力を持つこと、説明責任を持つことがますます重要になっている。エビデンスに基づくアプローチは、まさにそれを可能にしてくれる。すなわち、絶えず自己の実践を見直し、新しくより効果的な方法を探求することを助けるものである。同様に、経済的に困難な時に、持っている資源を可能な限り効率的に利用することも可能にする。私たちは皆、取り入れ共有できる多くのものを持っており、似たような問題に取り組む同僚を支援することができる。これこそ、専門職ネットワークが、アイデアを行動に移すまでの時間の短縮に非常に役立つ点である。

最終章では、具体的なガイドライン策定の支援から全世界のネットワーク構築における看護研究者の支援まで、各国看護師協会が EBP サイクルのあらゆる側面を発展させる力になる方法について、重要なポイントを示す。

各国看護師協会（NNAs）は、患者が入手できる最善のエビデンスに基づいた安全で効果的な患者中心のケアを受けられるよう主導するという、極めて重要な役割を担っている。様々な保健医療現場に最適な技術的専門知識や臨床推論、エビデンスを組み合わせることで応用する看護師の能力は、長い時間をかけて育成されるものであり、正式な授業や経験による学習や効果的な指導、リフレクション実践の結果でもある。NNAsは、この課題を支援する最も有利な立場にある。いくつかの研究は、大半の看護師は看護学校で学んだ内容に基づいてケアを提供し、専門ジャーナルの記事や、研究報告、病院図書館の参考文献などを利用することはほとんどないという結果を示している（Pravikoff et al. 2005）。

エビデンスに基づく実践（EBP）という難題に立ち向かうには、NNAsによる先見性と深い関与が必要である。競合する喫緊の優先事項や現在の厳しい経済状況を考えると、EBPを後回しにしたくなる。しかし、患者安全および質、費用対効果の向上に向けたエビデンスに基づく実践のニーズは、かつてなく高まっている。今こそNNAsが看護職に対するリーダーシップを発揮することが欠かせない。

NNAsは、地域社会および雇用者、パートナー、政策決定者、学校、患者、家族などの幅広いステークホルダーと協力しながら、EBPを進展させ、ウェルビーイングを促進し、可能な限り最善の健康アウトカムを達成できるように、あらゆる看護師たちに情報を提供し、関与を促し、力を与える強い立場にある。

NNAsは、状況に適した行動計画を決定する際には、EBP実施の能力や資源と支援の利用可能性など、様々な要素を検討しなければならない。エビデンスを実践に移転することのメリットを立証するため、いくつかの活動を選択し、それらを上手く実施することで、エビデンスに基づく実践への転換が実現する可能性が高まる。

情報の普及とアドボカシー

NNAsは、エビデンスに基づく実践について、その会員や看護管理者、教育者、政策策定者に広く情報と主要メッセージを伝えられる立場にある。意識を喚起し行動変容に影響を与えるためには、EBPのメリットについての総合的なエビデンスに基づく情報を、広く普及させなければならない。エビデンスを実践に移転することの重要性についての情報を共有することも、よりよい健康アウトカムに向けて変化および実践、改革、評価を育成する環境を生み出すためには必要である。NNAsには、以下のようなことができる。

- 他の看護師とアイデアやベストプラクティスを交換するためのオンライン・コミュニティを構築すること。
- ジャーナルや、ウェブサイト、発表、学会、プレスリリースなどを通じて、エビデンスに基づく実践の主要情報やメリットを一般に広めること。
- 会員や看護管理者、政策策定者に対して、エビデンスに基づく実践に関する情報を広めること。

- エビデンスに基づく実践の意識を高めるため、国内キャンペーンやイベントを主催すること。
- 関連の看護やその他のフォーラム、会合において、エビデンスに基づく実践に関する議論の基盤を提供すること。
- エビデンスに基づく実践に関する卓越性と革新性を顕彰する制度を設定し、出版物やウェブサイト、学会などでの看護師の活動を取り上げること。
- 他の医療専門職の協会や保健省、研究団体、その他の関連セクターやステークホルダーとの連携関係を促進すること。
- 保健省などと協働し、国内の保健医療およびその他の関連の公共政策がエビデンスに基づく実践を支援するように影響を与えること。
- ベストプラクティスとアウトカムに関するエビデンス（コストを含む）を普及させること。

パートナーシップを構築する

エビデンスに基づく看護実践の実施を成功させるためには、保健省や教育機関、保健医療従事者、保健医療の民間セクターとの協調のとれた行動が必要である。効果的なパートナーシップは、連携を促進し、重複を最小化し、資源の競合を軽減し、さらには各組織がEBPの実施を強化し相互に学びあうことを推進する。

- エビデンスに基づく看護への移行のため、情報共有と戦略策定と資源動員ができるよう、保健医療専門職や政策策定者とパートナーシップを築くこと。
- 看護労働力への投資を増やし、エビデンスに基づく実践を促進するプログラムや政策を実施するため、政策策定者と協働すること。
- 保健医療組織や研究者、政策策定者に対し、知識をエビデンスに移転することの意義や、より良いアウトカムやコスト削減を含むメリットに関して提言すること。
- エビデンスに基づく実践を看護カリキュラムへの統合を強化するために、教育機関と協力すること。
- 研究結果の普及と応用を促進するため、看護教育および研究機関と連携すること。

能力を構築する

NNAsは、入手可能なエビデンスを活用して可能な限り最高のケアを提供するという看護職の使命を果たすため、看護職全体の能力強化と、エビデンスを実践に移転するという看護師の能力の育成においても主要な役割を果たす。

- エビデンスに基づく実践の推進のため、ワークショップやジャーナルクラブ（抄読会）、ディベート、ダウンロード可能なツール、その他の資源を提供すること。
- 実践への知識移転に関して、実施したことや学んだこと、変革したことなどについて意見交換と議論を図るためのスペースやフォーラムを提供すること。
- 看護師その他に対し、最新のエビデンスに基づく看護の革新を普及させること。
- 看護師のための研究奨励制度や研修の機会、キャリア機会の開発を通じ、看護研究への関心を活性化すること。
- 適切な研修やフィードバックの仕組みを通じて、新しい情報技術の導入を確保/促進すること。
- エビデンスに基づく実践を支援するため、変更管理を推進すること。

政策概況説明を作成する

看護が保健医療政策に対して果たすべき貢献は大きい。看護師は多くの場合、資源が少ない状況でも、ケア提供の能力と瞬時の問題解決に優れている。看護師は、幅広い場で保健医療の消費者と接する。このことにより、看護師は、環境の諸要因が利用者と家族の健康状況にどのように影響するのか、人々が様々な戦略やサービスにどう反応するかなど、健康ニーズの幅広い理解が可能である。しかし、看護がこのメッセージを政策策定者に伝えるには困難がある。NNAsは、ベッドサイドと会議室をつなぐことによって、政策に影響を与えうる最適の立場にある。これを成功させる一つの方法は、政策概況説明を作成し、看護の意見を保健医療の意思決定に一層取り入れるよう働きかけることである。長期的には、NNAsは、看護師を政策会議の場に送り込み、看護師の隠れ蓑を取り除いて看護師の声を強めることで、政策に影響を与える必要がある。そのためにNNAsは、問題を提起し、重要なメッセージを示し、必要な支援を明示する政策概況説明を策定しなければならない。

エビデンスに基づく実践が成功裏に行われるためには、NNAsが自己の前提を打ち破ることに挑戦し、他者と協力してケアプロセスと患者のアウトカムを向上させる意思を持たなければならない。エビデンスに基づく実践には資源と時間と努力がいるが、アウトカムはそれに値するものである。全ての患者は、最善の科学的知見に基づいた、質の高い費用対効果の高いケアを受ける権利がある。全国レベルで看護師の声を集約するNNAsは、エビデンスに基づく実践への転換における重要なパートナーなのである。

結論として、NNAsは、様々なアプローチを駆使し、より良い健康アウトカムに向けて、エビデンスの実践への移転に対するコンピテンスと考え方の変化に注目しつつ、エビデンスに基づく実践を積極的に推進していかなければならない。NNAsはまた、行動指向型アプローチ、構造的、社会的または、経済的影響を活用したアプローチなど、他の様々な活動の形を探究し、エビデンスに基づく看護実践のための持続可能な環境を整備しなければならない。

付属書

付属書 1

批判的吟味のスキル

研究を読むときは、それがシステマティックビューでも、ランダム化比較試験でも、経済評価でも、その他の研究デザインでも、「妥当性」「結果」「関連性」と大まかに3つの要素を検討することを意識することが重要である。以下の問いかけを常に念頭に置く必要がある。

1. この研究はバイアスを最小限に抑える方法で行われているか？
2. そうであるならば、この研究は何を示しているのか？
3. この結果は、意思決定の対象となる特定の患者や状況に対して、どのような意味を持つのか？

この3つの本質的な問いかけに答えられれば、今後時間を割くかどうかを判断することができる。さらに詳しい疑問を持つことにも役立つ枠組みは多数あり、一部の団体はガイドラインの検証にも同じ枠組みを使って、より一貫したアプローチを実施しようとしている。

アメリカ看護師協会（American Nurses Association、ANA）は、以下のような枠組みを開発している。

調査研究を読み解き批評するための枠組み

1. 研究論文を批評する
 - a. タイトル – 論文の内容を正確に表しているか？
 - b. 抄録 – 論文の内容を描写しているか？
 - c. 序論 – 論文の目的は明確か？
 - d. 問題の記述 – 問題は適切に紹介されているか？
 - e. 研究目的 – 研究を行う目的は説明されているか？
 - f. 研究疑問 – 研究疑問は明確に定義されているか？そうでないなら、どうあるべきか？
 - g. 理論的枠組み – 理論的枠組みは説明されているか？理論的枠組みがない場合、本来はあるべきなのか？
 - h. 文献レビュー – 文献レビューは研究内容と関連があり、包括的で、最新の研究を含んでいるか？文献レビューは研究の必要性を裏付けているか？
 - i. 方法 – 研究のデザインは適切か？サンプルは研究デザインに適しているか、サンプルサイズは十分か？データ収集の手段は必要であったか？どのようにデータは収集されたか？信頼性と妥当性は説明されているか？
 - j. 分析 – 分析方法は、研究疑問および研究デザインと一致しているか？
 - k. 結果 – 結果は明確に文章や、表や図で示されているか？統計ははっきりと説明されているか？

1. 考察 – 結果は理論的枠組みや研究疑問、看護に対する意義との関係で説明されているか？
 - m. 限界 – 研究の限界が示されており、その影響が論じられているか？
 - n. 結論 – 看護実践および今後の研究、政策決定に対する提言はあるか？

2. 尺度を用いたエビデンスのレベルと質を判定する（複数の尺度がANAの研究ツールキットに掲載されている
www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit)

3. 研究が自己の実践に応用可能であるかどうかを判断する
 - a. この結果と提言を自分の実践に活用できるか？

作成 : Louise Kaplan, PhD, ARNP, FNP-BC, FAANP Senior Policy Fellow,
Department of Nursing Practice and Policy

リフレクション実践の枠組み

リフレクションを構造化する助けとなるモデルは多数ある。以下は、その一例である。

Johns によるリフレクションの構造化モデル (2000)

Johns の「ガイドド・リフレクション (guided reflection)」は、経験から得られる知識を追求し評価する方法を明らかにするために作られた、実践者の立場に立った疑問形成の枠組みである。この枠組みは、きっかけとなる 5 つの疑問を中心に、それぞれの疑問が詳細なリフレクションを通じてさらなる疑問を促すようになっており、これにより経験に基づく学習が可能になる。

実践者に基づくモデルとして、Johns はこのモデルを「シェアド・リフレクティブシステム (shared reflective system)」の一部としてとらえている。このシステムは、状況学習または文脈に応じた学習を通して、究極的には知識コミュニティを促進する。Johns モデルを利用する場合は、日誌などの構造化されたフォーマットと、スーパーバイザーの支援とフィードバックを必要とする。

1. 経験の記述

- 現象 – 経験を記述する
- 原因 – この経験の原因となった本質的な要因はなにか？
- 状況 – この経験の重要な背景要因は何か？
- 明確化 – この経験でのリフレクションのための主要プロセスは何か？

2. リフレクション

- 自分は何を達成しようとしていたのか？
- なぜこのような介入をしたのか？
- 自分自身にとって、患者または家族にとって、一緒に働く人たちにとって、自分の行動はどのような結果をもたらしたのか？
- この経験が実際に起こっているとき、自分はどう感じたか？
- 患者はどう感じたか？
- 患者がどう感じたかがなぜ分かるのか？

3. 影響する要因

- 意思決定に影響した内的要因は何か？
- 意思決定に影響した外的要因は何か？
- 意思決定に影響した (あるいは、すべきだった) 知識ソースは何か？

4. 評価

- もっとうまく状況に対処できたのではないか？
- 他にどのような選択肢があったか？
- 他の選択肢を選んでいたらどのような結果になったか？

5. 学習

- この経験について、今、どのように感じているか？
- この経験を過去の経験および今後の実践の観点から、どのように解釈しているか？

リフレクション実践はこれまで学習の中で明確に言葉に表わされてこなかったが、このようなモデルでは対象に対する具体的で構造化されたアプローチが必要になる。一つのモデルの利用を決定したら、日誌、ポートフォリオ、仕事体験、他の看護師との協働、討論など形を問わず、そのモデルの媒体を採用しなければならない。こうしたモデルや媒体がどの程度継続的な職業上の能力開発に組み込まれているかが、この戦略全体の成功の基礎となる。

事業計画・サービス開発のひな形

多くの事業計画の最も重要な側面は、行動または提言（またはその両方）であり、その主なその目的は、通常、投資に対して（倫理的な考慮の範囲内で）最大の利益を得ること（あるいは、公共サービスや非営利組織の場合は、投資と資源の最善の活用）である。

以下に示したのは、多くの事業計画や計画報告書のタイプに有効な、手早く簡単なひな形である。この計画報告書の構成は、同じ原則が適用される運営計画やチーム計画にも応用できる。

事業計画の構成は、その性格上、実利的である。すなわち、「目的に即して」いて簡潔である。事業計画または報告書は、必然的に利益やアウトカム、経済的有効性（これがなければ、普通、他の何も起こり得ない）に焦点を合わせている。それでも、倫理や企業責任のより広い問題（例：患者の安全）は重要であり、明らかにされる必要がある。

事業/サービス計画の構成

- **タイトルページ**：計画のタイトルまたは見出し、必要であれば簡単な説明、著者、日付、企業/組織、該当する場合は回覧の詳細、守秘義務。
- **目次ページ**：目次（基本的に、ここに挙げた各章、序論のページから始まり、以下のひな形に沿って本論部分を一覧する）には、ページ数とともに、付属書または補遺（文書の最後に追加した参考資料）を含む。目次は、読者が必要な内容を見つけ、文書内を容易に閲覧できるものであること。また、発表者や質問者がレビューをしたり質問したりする場合に、特定の項目やページ数に言及できるようになっていること。
- **序論のページ**：計画の紹介と目的、該当する場合には委託事項（通常は、公式の大規模な計画またはプロジェクトの場合）。
- **必要に応じて、計画の本文の見出し**：以下のひな形を参照
- **付属書**：図表、統計、例、集計表、その他、計画の提言を実証し、裏付けする参考資料

事業/サービス計画文書

1. **エグゼクティブ サマリー** – 以下のすべてを含む簡潔なサマリー。1 頁程度の他の解釈の余地のない明確な投資対効果検討書またはサービス開発計画。通常、これを最後に書くのがよい。特に、予想されるメリット、戦略上の適合性、限界収益、スケジュール、投資収益率を強調する。

2. **市場機会（または状況/背景/ニーズ）** –（該当する場合は副題、提案はここに太字で記載する。また、関連がある場合は、付け加える図表・地図に言及する） – 市場すなわちエンドユーザー部門やセグメントを説明し、定義する。部門やセグメント内の戦略的事業推進力（**business driver**）、購入メカニズム、プロセス、制限、成長、法規、季節性 – 顧客の好みやニーズを決定する要素は何かを概説する。従来型/既存の解決策とその弱点/欠陥を説明する。市場へのルート、戦略的ゲートキーパー/影響力、関係性を示し説明する。推薦する製品/サービスとその提案を概観し、独自性を示す。典型的/平均の契約売却価格と利用可能なマージンを示す。市場のポテンシャルと達成可能な市場シェアを数値化する – 必要があればセグメントごとに、提案についての規模、数量、価値、（契約、所在、対象者・ユーザーなど、ビジネス規模を説明するものなら何でも）。あれば、事例研究の例を示す（そして、添付する）。現実のまたは予想される競争、脅威、競合他社に対する優位性（提案、提供、戦略/ルート/パートナーなどの点から）を示す。倫理および企業の社会的責任（CSR）にもこの章で触れるのが論理的かつ適切である。
3. **戦略的行動計画** – 該当する場合は副題 – 上述の目標達成に必要なアウトプットを伴う行動。販売組織やその他の主要パートナーの活用と協働を特に重視する – ここはかなり具体的に書いてよい。スケジュール、コスト、資源が分かっている適切な場合には、これらを示す。この部分のほとんどはすでに頭の中にあり – 必要なのは、分類し、優先順位づけ、書き出すことにより、測定可能なアウトプットと価値を伴う、まとまった論理的な一連の行動を形成することである。通常これらの行動は自分自身のもので、他者、おそらくは何らかのマーケティングの支援を受ける。経時的なコストと利益、利ざやを示す。今年度または計画期間の総収益を示す。また、次年度のものも示すと役立つ。集計表で裏付けをすることも考えられる。
4. **提案** – 行動項目、権限付与、予算、製品またはサービス開発、必要な資源など、実現に必要なこと。これは、どの程度上の権限者/役員の支援が必要かによる – 理想的には可能な限り少ない方がよい。

出典：www.businessballs.com (2004-2009). © Alan Chapman/Businessballs.
www.businessballs.com/freenewbusinessplanstemplates.htmからの検索。販売または出版物ではない。Alan Chapman/the author(s)/Businessballs は、問題が生じたさいの責任を負いかねる。



看護研究 (Nursing research)

ICN所信:

研究に基づく実践は、専門職としての看護に顕著な特徴である。質と費用対効果が高いヘルスケアに向けて、質的看護研究および量的看護研究の双方がともに重要である。

看護研究および研究に基づく実践の質を高めるために、ICN は以下の事項を行う：

- 看護、保健およびヘルスケア・システムに関する研究の実施、普及および活用を推進し、奨励する。
- 看護師による看護、保健およびヘルスシステム研究への貢献を促進するように、国内および国際的な団体と協力する。
- 看護師が研究を普及させ、国際的な雑誌で発表する機会を持つことを推進する。
- 看護研究者のためのネットワークを支援する。
- 会員協会に、研究に関連する能力開発を奨励する。
- 患者および一般市民にとって実用的な意義および成果において改善をもたらした領域、および看護師の日々の業務にとって意義深い領域の研究を推進する。
- 研究の実施、普及および活用における看護師のための倫理指針を開発し、それによって国際的なリーダーシップを提供する。
- エビデンスに基づく実践を周知するために研究の活用を推進する。

ICN は特に以下の事項を通じて、看護研究の促進に努める各国会員協会 (NNA) を支援する：

- 看護師が研究を行い、研究成果を批判的に評価し、研究成果を看護実践に適切に応用できるよう、教育へのアクセスを改善する。
- 公的および私的財源から看護研究資金を調達できるよう、ロビー活動を行う。

ICN は、NNA が雇用主、教育施設および資金提供者と共に研究を推進し、奨励する上で重要な役割を担っていると考えます。協働することによって、協会、教育施設、管理者および雇用主は、探究を重んじる環境を整え、看護学及び知識の開発を促進するための研究手法に関する教育へのアクセスを増し、ヘルスケア領域での研究の実施を増すことができる。

背景

看護研究は、新しい知識を生み出し、看護学を発展させ、現行の実践とサービスを評価し、看護教育や実践、研究、管理の根拠の提供に必要である。

看護研究は、個人・家族・地域社会の機能を強化し、最善の状態に維持する資質、また疾病による弊害を最小限にとどめようとする個人・家族・地域社会の資質を損なう作用の基本的なメカニズムを理解することをめざす。また、看護ケアの質や費用対効果の保証に向けて、看護介入が成果を挙げることもめざすべきである。

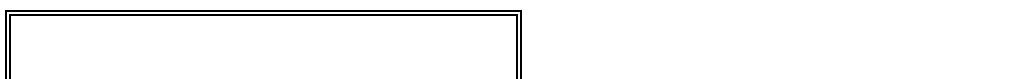
看護研究はまた、次のようなことを促進する：

- ・ 看護ケアを効果的、効率的に供給するための政策やシステムに関する知識
- ・ 看護専門職、およびその歴史的発展に対する認識
- ・ 看護サービス提供のための倫理指針の理解
- ・ 看護職に対する現在および将来の社会的義務を果たせるよう、看護師を効果的に育成する制度に関する知識
- ・

ICNは健康な時、病んでいる時、またケア提供サービス¹の、それぞれにおいて、ケアの質・費用対効果・地域に根ざしたケア・看護労働力・ヘルスケア改革に力点を置いた看護研究の優先事項を提示している。

1999年採択

2007年改訂



国際看護師協会は、130以上の各国看護師協会が加盟し、世界の数百万の看護師を代表する連合である。看護師によって運営され、国際的に看護をリードするため、ICNは世界中で健全な保健医療政策が実行され、全ての人に質の高い看護ケアを提供することの保証に向け努力している。

- * 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- * ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(公・社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。

¹国際看護師協会（1997年）、「看護研究：国際的研究事項の構築～看護研究専門家委員会報告」、ジュネーブ、ICN



看護事情

“看護事情 (Nursing Matters)ファクトシートは、現在の健康と社会の問題に関する簡潔な参考情報と看護職の視点から見た国際的な展望を提供する。”

看護の高感度アウトカム指標

序論

保健医療改革とともに、コスト効果とケアの質に関する探求や保健医療制度の高度化によって、エビデンスとアウトカムがますます重視されるようになってきている。これらの要素と、加えてスキルミックスの変化への関心の高まりに押され、看護の分野でも、看護インプットと職員配置に感度の高いアウトカム指標の特定に重点的に取り組まざるを得なくなった。

看護の高感度患者アウトカム

アウトカムは看護介入の最終結果を定義し、問題解決または問題または、症状の解決に向けた進展の指標となる¹。ICNP®は、看護アウトカムを「看護介入の後のある時点での看護診断の尺度または状態」と定義している²。一方、看護の高感度アウトカムは、「看護ケアが直接の影響をもたらした健康状態における変化」と定義されている³。患者のアウトカムに影響する変数としては、診断、社会経済的要素、家族の支援、年齢と性別、他の専門職および補助スタッフにより提供されるケアの質などがある。

一般に使用されている看護の高感度アウトカム指標

以下の患者アウトカムは、看護の高感度指標として広く使用されている⁴。

- 1) 尿路感染、褥瘡、院内感染性肺炎、深部静脈血栓症/肺塞栓症などの患者合併症
- 2) 上部消化管出血、中枢神経系合併症、敗血症、ショック/心停止から成る診断尺度

¹ ANA Web site www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

² International Council of Nurses (2001) International Classification for Nursing Practice – Beta 2 version. Geneva, ICN.

³ Ke-Ping A. Yang; Lillian M. Simms; Jeo-Chen T. Yin (1999) Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, Online Journal of Issues in Nursing, Article published August 3, 1999

⁴ nursingworld.org/books

- 3) 創感染、肺不全、代謝異常などの外科患者に見られる合併症
- 4) 患者在院日数、救命失敗率（ショック、心停止、深部静脈血栓などの疾病率及びまたは死亡率の上昇につながりうる患者の緊急状態に対応できなかった事例）

さらに、患者アウトカムの一覧は、保健医療施設の業務範囲やスタッフミックスに関連して設定されている。具体的には以下がある⁵。

- 症状管理と重症度の変化
- 機能の状態
- 状態と治療に関する知識
- ケアに対する患者満足度
- 予定外の救急部の受診
- 予定外の再入院
- 診療連携の強度

看護の高感度指標の重要性

看護の高感度アウトカム指標を利用すると、患者ケアの安全と質およびケアのアウトカムの測定に重点が置かれるようになる⁶。患者ケアの継続的なコストと質を監視するため、看護師と保健医療施設がデータを収集することが重要である。安全・高品質の患者ケアの提供において、看護師が重要なコスト効果の高い改革を行えることを効果的に立証するためにも、看護の高感度アウトカム指標の利用が不可欠である。

看護の高感度品質指標の明示がいかに重要かは、どれだけ強調してもし過ぎることではない。指標を明示し、看護活動を健康アウトカムに関連づけることは、保健医療の資源の適切な配分についての強力な裏付けとなる。例えば、職員配置のレベルと患者アウトカムを比較する研究は、登録看護師が多いほど、患者の合併症は少なく、在院日数は短く、死亡率は低く、全体のコストも低くなることを示している⁷。同様に、看護配置と内科患者の5つのアウトカム（尿路感染、肺炎、在院日数、上部消化管出血、ショック）との間にも一貫した強い関係が認められている⁸。これはすなわち、看護配置のレベルの高さが、有害影響の軽減と関係しているということである。

⁵ Calgary Health Region.

<http://www.clpna.com/HPA.pdf#search=%22%22Nursing%20sensitive%20outcome%20indicators%20%22%22>

⁶ American Nurses Association. www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

⁷ American Nurses Association (1997), *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing Length of Stay and Patient Outcomes*. ANA Web site www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

⁸ American Nurses Association. www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

結論

看護の高感度アウトカム指標は、患者が受ける看護介入とその結果としての健康状態とを結びつけることを目的としている。言い換えれば、患者アウトカムの測定によって看護ケアの有効性を測定する試みである。診断、介入、アウトカムが特定されれば、この関連性はより分かりやすくなる。看護師は保健医療提供システムに不可欠な役割を担っており、看護の高感度指標によって、看護師が何を行い、どれくらいのコストでどのようなアウトカムを達成しているかを把握できる。これは保健医療の資源の適切な分配と、保健医療に対する看護の貢献の可視化において、重要なステップである。

詳しくは、icn@icn.chを参照。

国際看護師協会（ICN） は、130 以上の各国看護師協会が加盟し、世界の数百万の看護師を代表する連合である。看護師によって運営され、国際的に看護をリードするため、ICN は世界中で健全な保健医療政策が実行され、全ての人に質の高い看護ケアを提供することの保証に向け努力している。

TG/2007



看護事情

“看護事情 (Nursing Matters) ファクトシートは、現在の健康と社会の問題に関する簡潔な参考情報と看護職の視点から見た国際的な展望を提供する。”

看護研究：行動のためのツール

看護研究とは何か？

質とコスト効果の高い保健医療の追及が、エビデンスに基づく実践と看護研究を最前線に押し出した。看護研究は、患者と家族、地域社会の利益のために、看護の新しい知識を獲得しようとする体系的な探求である。看護に関する健康のあらゆる側面で、健康増進、疾病予防、疾病や回復期のあらゆる年代の人のケア、あるいは安らかな尊厳ある死へのケア¹などを含んでいる。看護研究では、知識の獲得、疑問への回答、問題解決への努力に科学的アプローチが適用される。

看護研究を通じて生み出される知識は、エビデンスに基づく実践の発展、ケアの質の向上、看護介入による健康アウトカムとコスト効果の最大化のために活用される。

なぜ看護研究か？

研究に基づく実践は、看護専門職の優れた特徴である。看護研究は、質・量の両面から、質とコスト効果の高い保健医療にとって不可欠である²。看護研究は、新しい知識を生成し、既存の実践とサービスを評価し、看護教育や実践、研究、管理の情報源となるエビデンスを提供するために必要とされる。看護研究は、保健医療介入に関する疑問に答えるため、また、あらゆる状況のあらゆる年代の人々の健康促進、疾病予防、ケアとリハビリサービスの提供のために、より良い方法を見つけるための強力な手段である。

看護研究の主な目的は、看護の知識と実践の進展によりケアのアウトカムを向上させること、そして、保健政策の情報源となることである。この目的を達成するため、ICNは看護、健康、保健医療制度に関する研究の実施、普及及び、活用を促進する。

¹ International Council of Nurses (1998), Practical Guide for Nursing Research. Edited by W.L. Holzemer. Geneva: ICN.

² International Council of Nurses (1999), ICN Position Statement on Nursing Research.

看護研究の優先事項

ICNは、看護研究の優先事項として、看護にとって興味深い現象を扱う2つの大きな領域を設定している。それは、「健康と疾病」「ケアサービスの提供」の2つである³。

“健康と疾病” 健康と疾病に関する看護研究は、健康増進、疾病予防、症状管理、慢性症状とともにある生活、クオリティ・オブ・ライフの拡大、健康と疾病における変化を経験したクライアントのケア、クライアントの問題の評価とモニタリング、看護ケア介入の提供と試験、ケアのアウトカムの測定など、多様な分野を取り上げる。

「健康と疾病」に関連して推奨される看護研究の優先事項には、HIV/AIDSなどの性感染症、慢性疾患、感染管理、女性の健康、メンタルヘルスがある。

“ケアサービスの提供” 「ケアサービスの提供」に関する看護研究は、ケアの質とコスト効果、地域基盤のケア、看護労働力、保健医療改革などを優先して取り上げる。看護研究の分野としては、看護介入がクライアントのアウトカムに与える影響、エビデンスに基づく看護実践、プライマリ・ヘルスケア、在宅ケア、看護師の労働生活の質、離職防止、仕事満足度、保健医療政策やプログラム計画、評価に関する改革の与える影響、公平性と看護ケアへのアクセスに与える影響、看護への影響、保健医療の資金調達などがある。

看護研究の戦略

看護研究の戦略は、国際的な看護研究の裏付けとなり、看護実践の知識基盤を構築し、維持するものでなければならない。ICNの戦略は、世界レベルの看護研究の能力を強化することを意図しており、以下を目的とする。

- 看護研究に関係する能力開発において、各国看護師協会（NNAAs）を支援、奨励すること。例えば、研究項目および優先事項の設定、研究の支援と助言、研究関連のデータベース、研究に関する教育、研究成果の普及と活用、看護研究における協力の推進などを通じてこれを行う。
- 国際的な看護研究の項目が注目され、優先事項に含まれるように、WHOやNGO、その他の団体などと協力を続けること。適切な研究委員会や保健医療に関する国際的研究機関に参加できるように、看護研究者のための働きかけをすること。
- 「健康と疾病」「ケアサービスの提供」に関して提言された国際的な研究項目を遂行できる力を持てるよう、看護研究者のネットワークを構築し支援すること。
- 看護研究者間の国際的なコミュニケーション強化、文書アクセスの向上、国際的な専門看護研究者のプールへのアクセス提供の戦略として、インターネットの活用を整備・促進すること。

³ International Council of Nurses (1997), Report of ICN Research Expert Group

- 看護研究者に『International Nursing Review』など国際的なジャーナルでの発表の機会を促進し、編集者に海外の会員増員を促すこと。英語を母語としない著者を支援し、英語以外の言語で発行されるジャーナルについては、英語での要約をつけるよう促すこと。

エビデンスに基づく実践と知識主導の保健医療の時代にあって、看護師は、研究からもたらされる新しい知識とエビデンスに基づいた、新しくよりよいケア提供の方法を見出すという課題を常に負っている。看護師は、常に検証、研究、妥当性評価を受けるケアを提供するという職業上の義務を、社会に対して負っているのである。

詳しくは、icn@icn.chを参照。

国際看護師協会 (ICN) は、130 以上の各国看護師協会が加盟し、世界の数百万の看護師を代表する連合である。看護師によって運営され、国際的に看護をリードするため、ICN は世界中で健全な保健医療政策が実行され、全ての人に質の高い看護ケアを提供することの保証に向け努力している。

TG/2002

Browne M (1997). The field of information policy. *Journal of Information Science*. Vol. 23. pp. 261-275.

Considine J & McGillivray B (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 138-144. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.

Cullum N (1997). Identification and analysis of randomised controlled trials in nursing: preliminary study *Quality in Health Care* 6.

Dunning M, Lugon M, MacDonald J (1998). Is clinical effectiveness a management issue? *BMJ* 316: 243.

Farrington M, Lang S, Cullen L and Stewart S (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric and neonatal patients [corrected] [published erratum appears in *PEDIATR NURS* 2009 Mar-Apr;35(2):85]. *Pediatric Nursing*, 35(1), 17-24.

Gray AM (1999). Is this intervention cost effective? in Dawes et al. (2005) Evidence based practice: a primer for health care professionals, 2nd edition, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Hamer S and Collinson G (2005). Achieving Evidence based practice A handbook for practitioners 2nd ed Balliere tindall London.

Higuchi KS, Smith K, Davies BL, Edwards N, Ploeg J and Virani T (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10):1329-1338, May 2011.

International Council of Nurses (2007). ICN policy on Nursing research: www.icn.ch

Kurniawan T and Petpichetchian W (2011). *Nurse Media Journal of Nursing*, 1,1, January 2011, 43 – 53.

Lavis JN (2007). Research, public policymaking and knowledge translation processes: Canadian efforts to build bridges *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 26, Issue 1 37-45

Lewin K (1997). Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science.

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L and Law S (2005). *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Lomas J (2007). Formalised Informality: An action plan to spread proven health innovations. Wellington: Ministry of Health New Zealand.

Mantzoukas S (2008). 'A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy', *Journal Of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 2: pp 214-22.

- Mc Sherry R and Warr J (2008). *An introduction to excellence in Practice Development in Health and Social Care* Open University Press Maidenhead, UK.
- Mazurek Melnyk B and Fineout-Overholt E (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins,
- Oxman A, JN Lavis, Lewin S, Fretheim A (Eds), *SUPPORT Tools for evidenced informed health policy making* report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services No4 2010, <http://www.support-collaboration.org/supporttool.htm>
- Pearson A and Jordan Z (2010). 'Evidence-based healthcare in developing countries', *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 8 Is. 2: pp 97-100.
- Pettigrew M and Roberts H (2005). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*, Oxford, Blackwell.
- Pravikoff DS, Tanner AB and Pierce ST (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105(9): 40-52.
- Ruland C (2010). Translating research into practice. In Holzemer, W.L (ed), *Improving Health through Nursing Research*. Geneva: ICN.
- Tlou S (2006). Evidence-based nursing practice in Botswana. *Primary Health Care and Development* 2006;/:309-313.
- Ward V, Smith S and Foy R (2010). A framework of knowledge transfer (KT) which can be incorporated into grant proposals. Leeds Institute of Health Sciences.
- World Health Organisation (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* WHO Geneva

American Nurses Association (n.d.). Research Toolkit. Available at: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit>.

Birks M, Francis K, Chapman Y, Mills J and Porter J, (2009). 'Supporting the evolution of a research culture in Malaysia', *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27 No. 1: pp 89–93. Accessed July 2011: <http://www.ajan.com.au/Vol27/Birks.pdf>.

Birks M (2011). 'Making it real: a hands-on approach to teaching research', *International Nursing Review*, Vol. 58 Iss. 2: pp 270-272. Accessed July 2011: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00894.x/full>.

Brach C, Lenfesty N, Roussel A, Amoozegar J and Sorenson A (2008). Will it work here? A decision makers guide for adopting innovation. AHRQ September available at www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx.

Bradley H and Gillham D (2008). 'Collaborative strategies to promote evidence based practice in a developing country', *Journal of the World Universities Forum*, vol. 1, no. 5, pp. 83-87.

Callister LC (2009). 'Global Health And Nursing: How is Evidence-Based Decision Making Promoted for Childbearing Women in Australia?', *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Vol. 34 No. 2 (March/April): pp131 – 131. Accessed 21st July 2011: www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513.

Coopey M, Nix MP, Clancy CM (2006), 'Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice and Evaluating Effectiveness', *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 21 No. 3 (July/September): pp195-202, PDF Accessed 21st July 2011: <http://nursing201.pbworks.com/f/EBP+Coopey.pdf>.

Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E, Mazurek Melnyk B and Stillwell S (2011). 'Evidence-based practice step-by-step: Implementing an Evidence-based Practice Change', *American Journal of Nursing*, Vol. 111 No. 3 (March): pp 54-60.

Greenhalgh T, Robert G, Mac Farlane F, Bate P and Kyraikidou O (2004). Diffusion of Innovation in service organisations: a systematic review and recommendations *Milbank Quarterly* Vol 82 pp581-629.

Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peters G, Goedhuys J and Aertgeerts B (2007). 'Barriers to evidence-based nursing: a focus group study', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 60 No. 2 (October): pp 162-171.

Holleman G, Eliens A, Van Vliet M and Van Achterberg T (2006). 'Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53 Iss. 6: pp 702–709.

- International Council of Nurses (2011). 'New training method developed by ICN transforms TB care', *International Nursing Review*, Vol. 58 No. 2, pp 151-153. Accessed July 2011: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911_2.x/pdf
- Jordan Z (2009). 'The "Agonies of Evidence" in the Developing World', *PACEsetterS*, Vol. 6 Iss. 2: (April/June) pp 6–8. Accessed July 2011: [www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6\(2\)2009.pdf](http://www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6(2)2009.pdf)
- Kaplan WA (2006). 'Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?' *Globalization and Health*, Vol. 2 No. 1. Accessed: 21st July 2011: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925.
- Ministry of Health New Zealand (2011). 'Better, Sooner, More Convenient Health Care in the Community', Wellington. Accessed July 2011: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open
- Oshana D (2006). 'Evidence-based practice: A primer and resource guide', Chicago: Prevent Child Abuse America. Accessed 11th July 2011: http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/EBP_Primer_and_Resource_Guide.pdf?docID=161.
- Somers A, Mawson S and Gerrish K, Schofield J, Debbage S and Brain J (2006). 'The Simple Rules Toolkit' (An educational tool designed to help staff differentiate between clinical audit, research and service review activities'), Sheffield: Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. Accessed 11th July 2011: <http://tinyurl.com/5u5sqcv>.
- Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J et al, 2009, 'Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change', *Implementation Science*, Vol. 4:78. Accessed 11th July 2011: www.implementationscience.com/content/4/1/78
- University of Pittsburgh (n.d.) Training Program: Global Health and Under-served Populations Track. Internal Medicine Residency Program. Accessed July 2011: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/globalhealth.html
- University of Pittsburgh (n.d.) Evidence-based medicine for developing countries project. Available at: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc