

みんなで考えよう 看護のなかのEBM

EBMが分からなかったあなたへ

斉尾武郎

東海HCQ研 2003/02/15

この話題を選んだ理由

- 日本でEBNが広まっている気配がない。
- EBM本は医師向けの解説が多い。
- 質的研究をEBMに取り入れるために、EBNを考える必要を感じた。
 - 看護研究には質的研究が多いから。
- 今まで流布されているEBNの解説は従来の看護研究紹介と同じ。
 - EBN独自の方法論が提示されていない。
 - EBNをEBMから分けて考える意義はどこにあるのか。
- NBMへの懐疑。

EBNが広まっている気配がない

- 医療職最大勢力である、ナースがEBMを支持しないと、医療改革としてのEBMは成立しない。
- クリティカル・パスとEBM (医療の工学化)
- 英語・統計・コンピュータがEBNでも普及の障壁だろう。
- EBNの二次情報源は？
- カンファレンスでこそ、EBNが生きる。
 - EBMの方法論は教育手法と一体となっている。
 - EBMの教育手法は小グループによる問題解決型学習である。

EBM本は医師向けの解説が多い

- EBMは臨床医のためだ、という公言
 - はっきり、「EBMは多忙な医師のための方法だ」と書いてあるものが多い。
 - 他職種にとってのEBMは「チーム医療の時代で、かつ患者への情報公開のために、皆でエビデンスを共有せねばならない」という論調。(間違っていないが、各職種固有のEBMのあり方もあるだろう。)
- 小グループ学習で学ぶのがEBM
 - むしろ、現場の問題に合わせて、他職種合同で議論する。
- 医師が治療するのではなく、医療システムが治療する。
- ナースにはナースの、薬剤師には薬剤師の「治療」がある。
- 専門家志向か、ボーダーレスか
 - 領域横断的なのが、問題解決型思考である。

質的研究をEBMに取り入れるにはEBN

- エビデンスのヒエラルキーも所詮はエキスパート・コンセンサス
 - ならば質的研究の位置付けを自分で自由に考えてみても良からう。
- 臨床研究はどんなものでも使いたい。
 - なるべく多くの情報を集め、その中から必要なものを取捨選択する。
 - せっかくなので質的研究があるのだから、活用したい。
- 質的研究の質の改善のためのEBNかもしれない。
 - 質的研究の位置付け、評価は定まっていない。
- 臨床家ならば、個々の症例に学ぶべし
 - 量的研究重視は誤りだと思う。
- 質的研究を紐解くまでもなく、患者が語る
 - 質的研究の結論は往々にして、注意深い臨床家には自明のことではない。何のために質的研究をしたのか不明のこともある。
- 数値化できるものが客観的で上級なのか

EBNをEBMから分けて考える意義

- 看護独自の業務からEBMを考えるのか
- ナースが医師の作ったエビデンスを理解するため？
- 公表する意味のある看護研究って？
- 看護研究を検索できない……
- 看護基準書の乱立

NBMへの懐疑

- NBMは患者の話すことを傾聴すること？
- NBMの方法論が定式化されていない
- NBMは事例検討でしか発展しないのか
- NBM症例研究に一番近いのはどの職種か？
- NBM自身には「疑問のカテゴリー分け」はあるのか・・・NBMの実践は治療的なのか、自己満足か

***E B M*概説（おもて編）**

1. **臨床疫学から E B M へ**
2. **E B M の 5 つのステップ**
3. **臨床上の疑問の定式化とカテゴリー分け**
4. **研究デザイン、妥当性、バイアス**
5. **エビデンスのレベル**

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: INCLLEN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

EBM前史

- 通常、EBMの淵源はパリ臨床学派とされる。
(David SackettやDavid Weatheralの記載による)
 - 1830年代のPierre Loiusのコレラ瀉血治療実験の算術的解析
 - William Osler卿が1987年にPierre Loiusの業績をアメリカ医学の親として評価
 - 1800年代の英国人内科医Thomas BeddoesのBanks卿への手紙
 - 包括的医学情報システムの構築による有害な医療行為の防止可能性を指摘
- 一部の日本のEBM書に書いてあるような、「EBMは臨床疫学の一分野であり、臨床疫学は疫学の一分野として発達した」というのは誤り。

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、医学論文に定着していく。

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：ネットワーカー（斉尾ら）、薬剤師、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）
 - 科学的医学への懐疑、医学の基盤を意識した人々の系譜

日本のEBN（1）

- ベッドサイトを科学する、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）
- じょく創：真田（金沢大）
- EBM/N研：柳医師（東大阪医療短大）
- EB NURSING誌（中山書店）

総じて全国的な展開や組織・人脈の有機的結合に欠ける。

日本オリジナルな研究をこそ、EBN論文にすべきだろう...（腹臥位療法などはケース・シリーズ研究か、病態生理の検討だけですね。これは惜しい。）

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。(しかし、殆ど看護との関わりはない内容)
- 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」などに1-2回、特集号あり。いずれも総論的な解説が主体。「看護研究」誌は疫学的な看護研究の“実施”という文脈でEBNを語る。
- 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冊で、これまで9冊刊行。
 - 呼吸器看護(呼吸器理学療法)、透析看護、周産期・助産、外傷、患者のトランスファー、救命救急、精神看護、産業保健・看護労働などが今後の課題だろう。(理学療法士や産業保健師との連携)
- ドキュメント・デリバリー・サービスが高価であったり、その存在が知られていなかったり、看護図書館の利用要件が厳しいなどの問題がある。

日本のEBN(3)

EBNという略号の意味

- Evidence-based nursing
- Evidence-based nutrition
- Evidence-based neurology

日本のEBN論文の問題点(1)

EBN論文に共通する問題点（機会があれば、みなさんの前で実際のEBN論文を批判的吟味してみたいです。）

- 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
- 医学中央雑誌とMedlineの検索だけ。
 - 何故、そのデータベースを使う必然性があるのか、が重要である。
- 網羅性が高いばかりで、看護実践の現場で検索方法を真似できるとは思えないもの。
 - 時には情報を絞り込むことも重要。
- 逆に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。
- 文献からの考察だけでいいのか？と思われるものあり。
 - 高齢者の転倒骨折の問題では、病院・施設などの床が固く、滑り易く、夜間足元が暗いなどの環境の問題がある。これを夜間譫妄と同じく、環境の変化というふうに捉えてはいまいか？

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。
 - 単に論文に沿って患者さんに説明して、意思決定してもらったというだけでは駄目。長期予後が必要。
- 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。
- EBNのプロセスを紹介しようとして、あまりに間違った内容となっているものもある。
 - EBNと書いてあるだけで、普通の読者は結論を信じてしまう。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。
- Fore ground question (一般的医学・看護知識) とback ground question (その患者固有の問題) の区別がなされていない。

日本のEBM論文（1）

EBM論文にかなりの問題があることは分かった。では日本のEBM論文はどれほど素晴らしいと言えるのか

- EBM 「とは」論文
- EBM 「風味」論文
- EBM 「立場から」論文
- EBM 「権威」論文

日本のEBM論文（2）

EBM「とは」論文（栗原の命名）

- EBMの概念を説明するもの
 - EBMの手順を紹介するもの
 - EBM関連のホームページの紹介
 - EBM関連のデータベースの紹介
 - EBM関連の団体の紹介
 - EBMのセミナー・ワークショップの参加記
 - EBMの実践は診療ガイドラインの普及によるとする言説
 - 統計学・疫学などの用語解説
- いずれも一定の著者群により、医薬品の販促用パンフレットや商業誌に論文、あるいは対談・講演・シンポジウムの形で、繰り返して同じ内容が宣伝されている。EBMのイデオロギー性を示すものである。（捻くれた見方ですか？）

日本のEBM論文（3）

EBM「風味」論文（湯浅の命名）

- 既に正当性が確立した定評のある論文や、大規模臨床試験、二次情報誌により評価が済んでいるもの、ガイドラインを選び出し、そこから逆方向にステップを辿って「らしい」論文を書いていると思われるもの。無謬性にうそ臭さを感じる。
 - 実際のEBMではすっきりしないものが殆どで、他人の書いた論文や二次情報誌に掲載済みの内容と重ならないようなテーマは書きにくい。また、それを提示しても読者の興味と合うかどうか不明。
- 困るのは自分のオリジナル研究の正当性を証明する方向での捻じ曲げた考察が少なくないこと。
- あるいはメタ分析の真似事をして、日本だけのローカル・ドラッグの効能を証明しようとしているものも見受けられる。
- 良い論文があったからそれを紹介します、のほうがナンボか素直で役立つ。そういうサービスは既に無料で日経MedWaveのメールマガジンでも提供されている。

日本のEBM論文（4）

EBM「立場から」論文（栗原の命名）

- ひたすら「 の立場から」という考察が並ぶ。
- その必要性・必然性がある特集は少ない。
- 各職能を代弁するものである以上、各職能の業務内容の説明がある。
- 基本的には様々な職種から見たEBMを等しく並べることで、公平ではあっても、意図が分かりにくいものとなる。
- 「論文を書かせてくださった 先生に感謝します」が並ぶ。つまり、その職能を代表するEBMerが書くのではなく、論文執筆の入門編としての感想文である。
- 意見や見解の対立があれば面白いが、そういったものは稀である。編者の対他的配慮、政治的な意図が働く。
- あからさまな反対意見を書く論者は排除される傾向がある。

日本のEBM論文（5）

EBM「**権威**」論文（**斉尾の命名**）

- 各専門学会の権威の医師が学会の成果を披瀝するもの。
- 診療ガイドラインの解説が多い。最先端の実験的医療技術をエビデンスと呼んでいることも少なくない。
- プライマリケア（医師・ナース・薬剤師）と結び付けば良いものが出来そうだが、プライマリケアも専門性を主張し始めており、また、患者への応用結果がフィードバックされている様子もない。
- 時代はモード2サイエンス（ギボンズ）の時代であり、これは時代錯誤ではないのか。
 - モード2サイエンスとは、ある問題を解決するために、学問領域を超えて専門家が知恵を出し合い、問題が解決すればそのプログラムが解散するという、分散型の知識集合システムである。ただし、ここには素人の存在が乏しいかもしれない。また、持続的(sustainable)な活動が必要なのが医療というものである。
- EBMはそもそもが反権威主義である。

EBM論文もEBN論文も

- 実はEBMの実践には役立たない。実践するためならば、手順はEBMについての教科書的な本で覚え、パソコンに向かって文献検索し、小グループ学習会を有志で開けばそれで間に合う。
- あるいは二次情報誌が和文で充実すれば、それでいいのではないか。その意味で、BMJ出版の“Evidence-based Medicine”誌や“Evidence-based Nursing”誌の日本語版が企画倒れに終わったことは残念である。（私は諦めていません。）
- 二次情報源の問題は奥が深く、今後の医学学術情報コミュニケーションのあり方を占うものである。
 - 学術出版が電子媒体主体に移りつつあるので、印刷媒体を用いた出版の行方が懸念される。
 - しかし、結局は良いものは印刷物として残る。問題は速報性・改訂頻度である。
- 気合の入った、EBM実践に役立つ論文は、シンプルであり、EBMという言葉は書いてない。EBMに必要なのは研究デザインと研究目標の明示なのだから、整理して書かれてはあるだろうが、「臨床研究」であるだけで十分なのである。

海外のEBN

- “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

EBNが広まらないのは何故か（１）

以下はEBMのネットワークターの意見の集約

- (失礼ながら)英語が苦手、奥ゆかしい人が多い
- 婦長-主任制を基盤とする看護組織の問題
 - 若手のナース同士の連携の弱さ・転職の多さ・バーンアウト
- 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のに、看護研究者が論じるばかり。
- 実は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
- 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。

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ではいかなのか？
 - 旧来の看護研究とEBNの違いが見えてこない。
- 「看護学」は学問なのか、という問い掛け（これは「薬学」にも古くからある問題）……自然科学的な真理・自然の摂理を追究するのが「学問」という暗黙の了解。学問の系統樹。
- 質的研究をEBMでどう位置づけるか、あるいはどう質的研究を評価するかについての目安に乏しい。
- 医学研究における臨床軽視の姿勢が看護研究のフィールド重視とそぐわない。
 - 逆に言えば、臨床重視が基本理念であるEBMはむしろ看護研究がリードせねばならない部分が多い。

EBNが広まらないのは何故か（3）

- EBMは「医師の」父権主義的な立場を取っていた。
- Evidence-based patient choiceという患者中心主義的EBMの登場(まだまだ父権主義的)
 - Public understanding of science(PUS)の時代要請とEBM
- 専門家支配と看護職能の自立問題がEBMの方法論にも影響がある。
 - 現行のEBMは医師以外は使いにくい方法論
 - CASP革命は起きるか
 - まずは看護業務の整理からEBNにおけるステップ1を考え直してはどうか。何が看護業務で何が医学なのか。じょく創治療などは本来は医師がやるべきテーマだろう。ただし、あまり専門職能の分類にこだわってはいけない。(患者中心医療なのだから。)
- 医療倫理とEBMの接点としてのEBNという展開もある。

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。
- 何が疑問なのかが分かれば、あるいはEBMは不要だろう。

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)

‘PECO’と臨床的疑問のカテゴリーからキーワードを検討して文献を検索する

【主な情報源】

- コクラン・ライブラリからシステマティック・レビューの結果などを探す
- Clinical Evidence, Best Evidence, Evidence-based On Call 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意味で重要)

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・・・)

主として内的妥当性の吟味)

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

(研究方法が正しくなければ、得られえた結果は信頼
するにあたらぬ、という考え方が背景にある。)

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。

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
-
- ・ 実はEBMで小グループ学習が重要とされる理由はここにある。反省のないところにはなかなか進展もない。幾多のEBMerがエビデンス・テーブル作りの魔道に嵌ったことか。
 - ・ EBMではエビデンス自身を知るよりも、小グループで問題解決を図ることのほうが重要なのではないか。
 - ・ しかしながら、「EBM教育」もまた、「教えたがり屋さん」を産む。

opinion(experience)-based medicine vs. evidence-based medicine

	旧来型の医療	EBMによる医療
呼称	Opinion-based medicine experience based medicine	evidence-based medicine
臨床判断	個々の医師の直感・臨床経験、病態生理を重視	臨床研究によるエビデンスを重視
思考過程	病態生理学的思考	臨床疫学的判断
人体観	決定論、人体機械論	確率論、人体ブラックボックス論
医師患者関係	パターンリズム的	患者の自律性を重視
メリット	医師の裁量権が尊重される 個別性を活かした医療	少数の経験や権威による判断が誤っていた場合にエビデンスで是正可能 医療水準の”底上げ”が可能
デメリット	少数の経験や権威による判断が誤っていた場合には是正されにくい。	医療の画一化、マニュアル化。(cookbook medicine) 患者の診察よりも文献検索や統計データの解釈に関心が傾く(EBMの誤用)。

エビデンスのレベル

- 臨床データの証明力の強さの順である。
- 基本的な考えはメタアナリシス > ランダム化比較試験 > コホート研究 > 症例対照研究 > 症例集積研究 > ケースレポートの順。
- しかしながら、様々な団体がそれぞれの事情（多くの場合は診療ガイドライン作りのため）でエビデンス・レベルの表を作成しており、何かなにやら訳が分からない状態になってしまっている。
- 所詮はエキスパート・コンセンサスであり、その序列に落ち着いた理由こそを問われるべき。
- エビデンス・レベルと診療ガイドラインでの「勧告の強さ」（お勧め度）は“違う”（1対1対応ではない）、とされているが、「違う」のではなく、両者の対応関係が恣意的なのである。

裏入門 E B M (批判的吟味編 1)

- **批判的吟味はたったの3ポイント (科学的ものの見方)**
 1. 情報源は確かか
 2. 中身は正しいか
 3. 自分の役に立つか
- **まず、 “ 自分ならどういう研究デザインを組むか ” を考える**
 - 何を知りたいかによって、使う研究デザインが違う。
 - 研究が正しく行われるには、良い被験者を集め、確実に介入させ、脱落がないことが肝要。
 - 分りやすい研究は正しい。統計技法に溺れている研究はおそらくウソ。

裏入門 E B M (批判的吟味編 2)

- **たった1個の論文で “ エビデンス ” と言うな。**
 - 同じ疑問に答える論文はできれば、3通り探せ。
 - しかも研究デザインが皆異なっていれば、なお良い。
 - エビデンスのレベルは参考意見。総合的に自分の責任で判断せよ。
- **論文読むときゃ、 “ 真実・偶然・バイアス ”**
- **文献検索も批判的吟味もさほど必要ない。**
 - 何に困っているのかが分れば、解決策は E B M だけではない。
 - 混乱が鎮まれば、 “ 絶対に正しいこと ” に固執しなくていい。
 - 医学はさほど人を治せない。だから、慌てるな。
 - 医学はさほど人を治せない。だから、害が無ければ許せ。

裏入門EBM（文献検索編1）

- マジでMedline索いてませんか？
 - MedlineはPECOを覚えるための道具に過ぎない。
 - データベースという機械に仕えるようではいけない
 - 自分の疑問は他人が既に考えている。答えも出されている。
 - だから、文献を調べるのだ。
- コクランですか？？
 - コクランはまだるっこしい。
 - Clinical Evidenceで用は足りる。
 - CDSRをこそ、ガイドライン作成に生かすべき
 - “日本発のエビデンスを作る”？
 - 日本人は「人類」のサブ・グループ。
 - 「人種」「民族」は人間が考え出した虚構。

裏入門EBM（文献検索編2）

- **されど、CEも問題はある。**
 - それでもなお、CEは重要
 - 和訳がいつまで最新版でいられるか。二次情報源は最新版が継続的に利用できなければ、害悪ですらある。出版モラルの問題です！
 - 言語バイアス
- **データベースも人間が入力している。**
 - データベースも癖がある
 - 便利だけど、発展途上なり

裏入門EBM（ステップ1編）

- **ステップ1に酔うこと勿れ**
 - ステップ1ができるようになると、“自分はこんなに患者のことがわかる、いい医療人だ”と自分に酔うようになることがある。
 - “患者の抱える問題”はEBMで答えられるほど簡単か？
- **疑問の種類はあくまでも“医学的疑問”でいけ**
 - だから、ステップ1で疑問のカテゴリー分けをするんです。
 - カテゴリーに入らない疑問はとりあえず、EBMでは棚上げ。
 - こういうときこそ、お得意のカンファランスでしょ。
- **EBMのステップは行きつ戻りつ**
- **ステップ1はブレン・ストーミングか？**
 - シナリオから学ぶ方法は“勘繰りすぎ”や“余計なお世話”になりかねない。
 - やっぱり、実際に診療の中で対話して疑問を整理するしかない。
 - 仲間と検討しあったり、（EBMの、ではなく）自分の職能の上級者のアドバイスを受けてたり、いろいろやってみる。

裏EBMに入門するには

- **EBMの達人になることを臨まず、良き臨床家を目指すべし。**
 - EBMをやると、先輩から“生意気”と言われる
 - 得意技を隠して生きるのが、日本のサラリーマン
 - EBMは隠し味（残念ですけどね）
- **EBMはステップ2, 3, 1の順で学ぶべし。**
 - まずは分らんことがあったら、本でもデータベースでも引く習慣を！
 - 論文が読めると、EBMが楽しくなる。けど、嬉しいのもせいぜい1年か。
 - ステップ1の有り難味は、ステップ3ができるようにならないと、実感できない。“ははあ、なるほど、僕はここが分るようになったわけなんだな”と、自分の疑問が客観視できるようになるには修行が必要なのです。
- **ステップ4, 5は今だ研修会が開かれたことなし。**
 - 日本では“EBMラウンド”も開かれていない。
 - 勇気があれば、“EBM-CPC”を。
 - なEBMerがケース・スタディーや質的研究を貶めている。
 - 一例一例を大切にするのが臨床家の修行。
 - Evidence-based case reportingで他流試合しましょう。（一度ご相談を。）

EBNのステップを考える(1)

- 看護独自のステップ1は？
 - 北米看護診断協会(NANDA)の看護診断分類2(13領域)をEBMでいうところの「疑問のカテゴリー」としてはどうか？
 - あるいは看護実践国際分類ICNPを応用してもいいだろう。
 - いずれにせよ、看護領域コードが参考になる。介護ならOMAHAコードか？HHCC(Saba care code)も使えるかも。
 - EBMでのPECOに相当するものとして、patient -NIC- comparison- NOCとしてはどうか？
(NOC：看護成果分類、NIC：看護介入分類)
- ステップ2に使えるデータベース
 - CINAHL, Medline, EMBASE, Cochrane Library, CE, UpToDate, NGC
 - 医中誌webや最新看護索引(冊子体)は使いものになるか
 - “evidence-based nursing”誌、看護分野におけるcore journal

EBNのステップを考える（2）

- EBNのステップ3はEBMでの量的研究の評価に加え、質的研究が加わって来る分、難しい。
 - しかし、どうだろう、実際に質的研究が臨床行動の変容に繋がった経験があるだろうか。むしろ、看護研究をすることで、見えてくる問題が多い、というのが実情ではないか。すなわち、他人の研究がどれほど役に立つのだろうか、という疑問は残る。
- EBナースにお勧めの本
 - “Best practices: a guide to excellence in nursing care” Lippincott Williams & Wilkins. 2002. ISBN: 1-58255-163-4 pp611
 - かなり厚い本だが、各記述がどの雑誌・書籍に載っているものによるものなのかが示してある。ただし、書誌事項との対応関係が分かりにくい。
- 質的研究論文の批判的吟味には、CASPのワークシートやNew Castle大の論文が多少は参考になる。

質的研究（1）

様々な評価軸

- 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。
 - 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（2）

- 社会構成主義が人文・社会研究の最先端の考え方である。
 - しかし、間主観性に立脚した「現象学」などのモノの見方も重要。
 - すなわち、「牛刀を以って鶏を割く」必要はないのであって、昔のモノの見方（研究手法）も捨てたものではない。
 - 実際のところ、では社会構成主義的な研究手法は具体的にどうするのか、というところで自信を持って説明できる人はどれほどいるのか。
 - 科学知識は「発見」されるのではなく、人々の社会的な相互作用によって構築される。（理論に基づいてモノを見るという側面と、科学者の利害関係上、都合の良い理論が採択されていく側面と。）
 - そう考えると学問と妄想体系の境界はぼやけてくる。一方で、明らかに魔術的な思考というものもある。
 - 世間から見れば、学者社会は異様である。仲間内でしか通用しない符号を新作し（neo-logism）、それを体系化するわけなので、研究を神聖視しないことをお勧めする。現在の学問体系は所詮はパラダイムがひっくり返るまでの天下なのだから。

質的研究（3）

- Narrative based Medicine(NBM)も、社会構成主義的な立場からの言説分析のようだ。
 - とするならば、結局は普遍的な法則を見つけることや、普遍的な研究方法論などはなく、個々のケースに学ぶ姿勢を繰り返すしかないのだろう。
 - すなわち、普遍性のある法則などなく、現在は過去の積み重ねで、それぞれにユニークであり、いろんな解釈の仕方がある、としか言えないのが社会構成主義的立場である。
 - そうは言っても、「落とし処」はあるもので、できるだけ人々の社会的な相互作用で成立した「現在」を詳細に記載し（「厚い記述」人類学用語です）、論理的な説明を試みるのが社会構成主義である。定型的な研究手法があるのではなく、どう考えるかということに過ぎない。
- 以上のような観点も「観点」に過ぎないことに留意すべし。
- 通約不能とパラダイム

質的研究（４）

- 質的研究を理解するには、哲学の素養が必要。
- 哲学は大きくわけて、存在論的転回（アリストテレス）にはじまり、認識論的転回（カント）を経て、言語論的転回（フレーゲ）に至る。
- 哲学のテーマは「真・善・美」であり、それぞれが「論理学・倫理学・美学」に相当する。
- 結局、「世界」をどう捉えるかということに集約される。
 - 存在論は世界の「存在」を確信するため
 - 認識論は世界の拠って立つ基盤探し
 - 言語論は世界はバーチャルなもので、言語（論理構造）でしか捉えられないものだ、という認識の上に立つ

質的研究（5）

- 哲学がどう質的研究に関わるのか。
 - 質的研究は現象をどう解釈するか、という手がかりを探すことである。
 - 従って、経験的・実証的(empirical)で「普遍性」の追求が基本である。
 - しかし、どうやら「客観的自然」というものが存在しないということは認めざるを得ないようだ。（ポスト・モダン）
 - だが、実用面からすれば、まだまだ普遍性の追求は重要なようだ。
 - そうは言っても、「真理」も泡沫の夢ということは承知しておく必要はある。そうしないと、「真理」の御旗の前に自他を犠牲にしかねない。
 - 実証された「真理」を応用して社会が動くが、人間が賢しらに自然や社会の法則性を使って未来をコントロールできる範囲は、局地的である。（リオタール：「大きな物語」の死）
 - 価値の多様性は虚無主義やアノミー（無連帯状態）を産み、社会不安（アイデンティティ・クライシス）を生じるが、それに軽やかに耐えるのが現代に生きる人間の宿命である。

質的研究（6）

質的研究と量的研究との比較

質的研究	量的研究
仮説生成型	仮説検証型
言語や現象(概念)	数値データ
合目的的抽出	無作為抽出
哲学・社会学理論	数理統計学的理論

(頼畠 2000 日公衛誌)

これは「正しい」でしょうか。

質的研究（7）

質的研究の分類

	<u>ミクロ研究（個人誌研究）</u>	<u>マクロ研究（一般化研究）</u>
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

（頼畠 2000 日公衛誌）

データを取ることと、それを解釈することは分けて考えるが、**不即不離**でもある。

質的研究（8）

まだ分かりにくいと思います。

- 質的研究と量的研究はお互いに認識・方法・テーマが異なるので、優劣を論じ得ない（相補的）とする立場。
- 質的研究（探索研究）は量的研究（実証研究・説明）の予備段階であるとする立場。
- 量的研究の意味を解釈するために、質的研究の成果が必要なのであり、量的研究だけでは科学的な価値は無いとする立場。
 - 結局は、実証主義と構成主義のどちらが上か、ということではなく、いろんな立場があるという柔軟な姿勢でいいのである。

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

信頼性
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>

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業務の独自性（domain）がある。
3. 英語というバリア、看護文献データベースの未整備、看護研究の評価システム・看護論文統一投稿規程の不在がある。
4. 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、他者の研究が臨床に役立つのか。
5. 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。どの研究を日本に紹介するかが、EBNの感性の要求されるところ。
6. 「医師に物申すためのEBN」という発言もあるのだが、その物言いが理解できる医者がどのくらい居るか。
7. むしろ、病態生理に嵌らず、臨床を重視し、自分の臨床行為をreflectiveに見るための方法論としてEBNを捉えてはどうか。