

エビデンスに基づく看護実践に関する看護師の認識と障壁 —質の高い老年看護実践を目指して—

松岡 千代¹⁾ 濱吉 美穂¹⁾

要　　旨

【目的】エビデンスに基づく老年看護実践は、急性期病院における老年看護の質を向上するために重要な要素である。本研究の目的は、エビデンスに基づく実践（EBP）に関する看護師の認識と、EBPを実践に取り入れるための障壁を明らかにすることである。

【対象と方法】研究対象者は、急性期の総合病院に勤務する7人の看護師である。EBPの認識とEBPを実践に取り入れるための障壁についてグループディスカッションを行い、その内容について要約的内容分析を行った。分析を行う際に設定したリサーチクエッショングは、「なぜEBPは臨床で普及しないのか」ということである。

【結果】要約的内容分析の結果、抽出された分析単位は37であり、コード単位は16、文脈単位は8であった。そして最終的に【EBPの正しい理解の不足】【情報入手のためのサポート不足】【EBP普及文化の不足】【英語論文の壁】の4つのカテゴリーに集約した。【EBPの正しい理解の不足】は、看護師はEBPという言葉は知っているがその詳しい内容は知らず、またEBPを実践の理由（根拠）として捉えていることを表している。【EBP普及文化の不足】とは、看護師間にEBPに対する姿勢の差異があり、また実践へのEBPの取り入れのための人的・環境的整備の不足を示している。また【情報入手のためのサポート不足】とは、アクセスが容易な情報資源の不足を示し、最後のカテゴリーである【英語論文の壁】は、英語で書かれた文献検討をするにあたり日本の看護師が直面する言語的障壁を表すものである。

【考察】本研究の結果から、今後臨床実践にEBPを普及していくための示唆が得られた。それらは、看護師に対するEBPの教育プログラムの開発と実施、EBPに取り組むための組織的なシステムの構築、英文献の日本語への翻訳を含めたEBP情報を入手するための情報システムの構築である。

キーワード：エビデンスに基づく実践、障壁、要約的内容分析、トランスレーション・リサーチ

1) 兵庫県立大学看護学部 生涯健康看護講座 老人看護学

I. はじめに

人口高齢化を背景に、急性期病院に入院する高齢患者も増加する傾向にある。平成17年の患者調査によると、病院に入院した高齢者の総入院患者に対する割合は65歳以上で63.7%、75歳以上で43.0%にのぼっている。この現状は、老人医療費増大の一要因となっていることは周知のとおりであるが、看護に翻ってみると、それは病院における看護ケアの多くが高齢患者に対して提供されるということを示している¹⁾。一方で、高齢患者は主疾患の重症度が高く他の慢性疾患を持っており、入院中に合併症や機能低下を起こしやすいなど、高齢者独自のヘルスケアニーズを持っている²⁾。これらの状況から、急性期病院においては老年期の特徴を踏まえた感度の高い看護ケアの提供が求められているのであるが³⁾、せん妄や失禁などに代表される老年症候群への対応はあまり行われていないのが現状である⁴⁾。このような現状を打破するため、高齢者のニーズに合致した質の高いケア、すなわち高齢患者の個別のニーズに対応して意思決定が尊重され、かつエビデンスに基づく看護の提供が求められている⁵⁾。

「エビデンスに基づく実践（Evidence-based Practice：以下 EBP とする）」という用語は、元来医学領域で EBM (Evidence-based Medicine) として用いられ、その後看護領域では EBN (Evidence-based Nursing) として使用されてきた。近年では、ヘルスケア実践は、医学、看護学やその他のヘルスケア領域も含めた学際的なものであるとの見解から EBP という表記が定着してきている。そこで本稿においても EBP という用語を用いることとする。

EBP は、ケアの質と患者のアウトカムを向上させ、医療資源の削減とコストの抑制に効果的である⁶⁾だけでなく、組織全体のアウトカム向上にも影響を与える⁷⁾。ところが一方で、EBP に対する批判もある。それは、看護が患者の個別性を重視したホーリスティックなケアを提供するのに反し

て、EBP は「データから引き出された共通のアプローチによってそれらを無視する」⁸⁾とされているからである。では、看護における EBP はどのように定義されているのだろうか。Titler ら⁹⁾は、看護における EBP とは、「最適なケアを決定するために、看護の専門知識として利用できる最良のエビデンスと患者・家族の意向を結合するプロセス」であると定義している。この定義からわかるように、看護における EBP は、患者の個別性や全体性を無視するものではなく、最適なケアを患者・家族とともに選択するために看護職の判断をサポートするものであり⁹⁾、結果として看護ケアの質向上をもたらすことが期待されている。先述したように、急性期病院における高齢患者の看護は、量的 (Cost Effectiveness)、質的 (Care Effectiveness) 側面から、その実践を変革していくことが求められており、EBP はこの双方の課題に同時に対応できる実践方法であると考えられる。

看護における EBP に関する研究は、近年特に盛んに行われている。例えば、CINAHL データベースによる検索(平成 22 年 2 月 23 日現在)では、"Nursing Practice, Evidence-Based" を Major Subject として絞り込んだとしても、2000 年以降に発表された文献数は 2498 にのぼり、その重要性は世界的に認識されているといえよう。しかしその一方で、EBP の普及 (dissemination) と実行 (implementation) は未だにゆっくりとしか進んでいないのが現状である¹⁰⁾。「エビデンスに基づく実践はエビデンスの実行 (implementation) によって補完されるべきである」¹¹⁾と指摘されるように、「実践をするべきだと知っていること (knowing what to do)」と、「それを実行すること (doing it)」は同じではない。リサーチエビデンスを実践に取り入れて変化をもたらすためには、理論的枠組や概念モデルに基づいた研究手法による積極的な拡大が求められている。このような研究手法はトランスレーション・リサーチ (Translation Research : 以下 TR とする) やインプリメンテーションサイエンスなどと呼ばれている。TR とは、EBP の適用に影響

を与える方法と変数に関する科学的な探索であり、臨床・組織上の意思決定を向上するために実践者とヘルスケアシステムによって行われるもので、EBP の適用を促進し維持するための研究的介入の効果検証を含むものである¹²⁾。

TR のモデルはいくつか開発されているが、筆者は、Rogers¹³⁾ の Diffusion of Innovation Model に基づいて、アイオワ大学病院看護部を中心に開発された「エビデンスに基づく実践のステップ」¹⁴⁾ を参考とした概略版（図 1）を用いて臨床への EBP の適用を試みてきた。具体的には図中の「1. EBP を取り入れる組織において優先度が高いテーマの選択」、「2. EBP チームの編成」、「3. EBP ガイドラインとプロトコルの吟味と変更」の過程を中心

に、研究協力者（急性期病院に勤務する看護師）に対して、3 回の学習会と 1 回のグループディスカッションを実施した。研究当初の目的は、このモデルの日本での適用可能性の検証と、日本版モデルの作成をすることであったが、研究を進める中で EBP の臨床への適用において克服すべきいくつかの障壁や課題があることがわかつてきた。

そこで本稿は、日本における今後の TR 研究の課題を検討するための予備的研究として、特にグループディスカッションの中で EBP を臨床に取り入れるに当たっての課題や障壁について語られた内容を分析し、それらの課題や障壁を明らかにすることを目的とする。

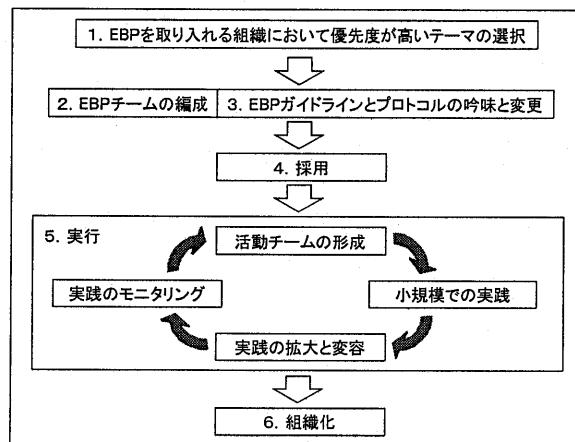


図 1 「エビデンスに基づく実践ステップ」モデル概略版

II. 研究方法

1. 研究対象者

本研究の対象者は、研究の協力が得られた急性期総合病院において、比較的高齢入院患者の多い病棟に勤務しており、所属病棟において EBP のガイドラインやプロトコルの活用に積極的に取り組めるリーダー的な役割を担える看護師とした。研究対象者の選定に当たっては、研究協力機関の看護部の協力の元に、先の条件に該当する病棟を選定した上で、そこに所属する研究対象者を紹介し

てもらうこととした。

研究協力が得られた機関は、兵庫県下の急性期総合病院 3 病院であり、それぞれの病院から 2 病棟が選定した。計 6 病棟に所属する 12 名の看護師に対して、EBP の適用に関する学習会とグループディスカッション（下記「2. 研究方法」を参照）を実施した。学習会とグループディスカッションの実施期間は、平成 20 年 9 月から平成 21 年 1 月であった。看護師 12 名の内訳は、A 病院 6 名、B 病院 2 名、C 病院 4 名であった。

その中で、第 4 回のグループディスカッション

に参加した看護師は 7 名であり、本稿ではこれら 7 名の看護師を最終的な研究対象者とする。研究対象者の詳細は表 1 に示したとおりである。

表 1 グループディスカッション参加メンバー

病院名	病床数	職位	年齢
A 病院	一般病床数 約 300 床	主任	40 代
		主査	50 代
B 病院	一般病床数 約 400 床	看護師	20 代
C 病院	一般病床数 約 300 床	主任	40 代
		副主任	40 代
		副主任	40 代
		看護師	30 代

2. 研究方法

1) EBP の適用に関する学習会とグループディスカッション

「エビデンスに基づく実践のステップ」を参考に、3 回の学習会（病院毎）と 1 回のグループディスカッション（合同）を実施した。それぞれの学習会の間隔は 2~3 週間開けて実施し、グループディスカッションに関しては第 3 回目の学習会の約 1 ヶ月後とした。学習会の 1 回あたりの時間は 2 時間程度であり、またグループディスカッションは 2 時間であった。その内容を簡単にまとめたものを表 2 に示す。

第 1 回目の学習会では、研究の主旨説明とともに、EBP の概要とモデルについて講義形式で説明し、その後に病院・病棟において優先度が高い老年看護に関する看護課題を選定してもらった。その結果、取り上げられた看護課題は、「せん

妄予防ケア」と「転倒予防ケア」の 2 つに絞られた。

第 2 回目の学習会は、前回の学習会で選定した 2 つの看護課題に関して、米国で開発された実践プロトコルの翻訳版についての説明を行い、その内容について病棟で実施できるかどうかを中心に検討してもらった。

第 3 回目の学習会では、前回提示した実践プロトコルの内容に関する意見をもとにプロトコル案を修正したものを提示し、病棟でそれらを適用するに当たっての課題について話し合ってもらった。そして、これらの実践プロトコル案について、次回のグループディスカッションまでに、病棟で提示して病棟での使用可能性について、病棟スタッフの意見を聞いてもらうこととした。

第 4 回目のグループディスカッションは、各病院からの 7 名の研究対象者による合同でおこなった。そこでは、主に 2 つの内容についてディスカッションした。まずは、これまでに作成された実践プロトコル案について、病棟スタッフの意見について提示してもらい、実際に活用するにおいてはプロトコル案の修正が必要なことと、病棟での具体的運用について、例えばアセスメントの記載方法や、これまで使用していた転倒予防ツールとの整合性に関する課題があること等の意見が出された。

次に、EBP 自体と、EBP を病院や病棟に導入していくにあたっての課題や障壁に関する研究対象者の認識について、著者らが進行役となりフリーディスカッションしてもらった。

表 2 学習会とグループディスカッションのスケジュールと内容

回数	内 容
第 1 回 学習会	・研究の主旨説明 ・EBP と「エビデンスに基づく実践のステップ」の概要に関する講義 ・病院、病棟で改善したいと思っている看護課題についての意見交換
第 2 回 学習会	・前回の看護課題に関するプロトコルの学習 ・プロトコルの内容に関する検討
第 3 回 学習会	・プロトコルを病棟に取り入れるにあたっての問題点、課題の検討
第 4 回 グループディスカッ ション	テーマ: 病棟に EBP を取り入れていく過程を実践してみて ・プロトコルの内容について ・EBP を臨床に取り入れていくにあたっての障壁と課題について

2) データ分析

学習会とグループディスカッションで話し合われた内容については、全て録音機で録音した。また学習会の内容は議事録として記録し、グループディスカッションの内容は逐語録とした。データ分析の対象は、グループディスカッションの逐語録のうち、EBP を病院や病棟に導入していくにあたっての課題や障壁について話し合われた後半部分である。

データ分析は、要約的内容分析 (Summarizing Content Analysis)¹⁵⁾ の手法を参考とした。その手順は、まずリサーチクエッショングを設定して、それに関連する文章の一節・一句を抜き出した。抽出された文節に関して、リサーチクエッショングに照らし合わせながら「言い換え (paraphrase)」を行い分析単位 (analytic unit) とした。次に、分析単位の内容が類似しているものについて、要約してまとめてコード単位 (coding unit) とした。同様に、コード単位で意味内容が類似しているものをまとめて文脈単位 (contextual unit) とし、さらに文脈単位をまとめてカテゴリー (category) を形成した。

データ分析結果の信頼性を確保するために 2 人の研究者が分析を行い、その結果についてディスカッションし、分析結果に対する両者の合意を得るようにした。

3. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

1) 研究協力依頼

まず研究協力機関となる総合病院の看護管理者に対して、本研究の主旨について研究協力依頼書と研究計画書によって研究協力依頼を行い、本研究の研究対象者(協力者)の条件に合致する看護師を紹介してもらった。その際には、研究対象者に対する看護管理者からの強制力が働くないように十分配慮してもらうことと、研究対象者が研究協力を拒否した場合でもペナルティーを科さないよう依頼した。

看護管理者から紹介してもらった研究対象者に対しては、研究依頼書と研究計画書に基づいて、本研究の主旨と協力内容について説明し、研究協力に対する強制力が働くないように十分注意しながら研究協力の同意を得た。また、学習会やグループディスカッションは、研究対象者の負担ができるだけ少なくなるように、できる限り希望に添えるよう努力することを説明して了解を得た。研究対象者が研究に参加するか否かは自由意思であること、協力を拒否した場合でも何ら不利益を被らないことについて説明し、了解を得て同意書にサインをしてもらった。

2) その他

録音機の使用に関しては、事前に研究対象者の了承を得ることとし、データの研究への活用はいつでも中止できることを説明した。また、得られたデータは、個人が特定できないよう、研究協力機関名・個人名は匿名とし、データは本研究以外の目的に使用しないことを説明した。データの管理は厳重に行い、情報の漏洩に関しては十分に注意を払った。

III. 結 果

EBP に関する認識と、EBP を病院や病棟に導入していくにあたっての課題や障壁を明らかにするために、7 名の看護師によるフリーディスカッションの内容について要約的内容分析を実施した。データ分析に先立って設定したリサーチクエッショングは「なぜ EBP は臨床で普及しないのか」とし、それに関する語られている文節を抽出した。抽出された文節についてリサーチクエッショングに照らして「言い換え」を行い分析単位とした。抽出された分析単位は 37 であり、それを要約して言い換えたコード単位は 16、文脈単位は 8 であった。そして最終的には、【EBP の正しい理解の不足】【情報入手のためのサポート不足】【EBP 普及文化の不足】【英語論文の壁】の 4 つのカテゴリーに集約された (表 3)。以下、それぞれのカテゴリーに分け

表3 要約的内容分析の結果

分析単位	コード単位	文脈単位	カテゴリー
言葉としては知っているが内容はあまり知らない 研修会等で使われる所以言葉としては知っている EBNという言葉ではないが、何となく浸透していると感じている 研修会とかでいわれていることはリサーチエビデンスかどうかはわからないが現場には取り入れられている リサーチエビデンスといわれると難しいが、いろいろ考えながらやっている いろいろ考えながらやっているがどれくらいリサーチエビデンスを使っているかといわれるとわからない どの研究からの根拠かと言われるとはっきりはない 「エビデンス」の必要性は感じている 勘ではなく根拠や理論に基づいた実践として勉強の必要性を感じている 自分の興味のある分野に関しては、いろんな部分から根拠を持ってきて実践していると思う 根拠を持った看護として実践している 根拠を持った実践はしていると思う 実践の根拠としてとらえると違和感はない 科学的根拠をもった看護として捉えている 看護の科学的根拠として捉えているので言葉に抵抗はない 科学というよりアセスマントという言葉で看護を行っている エビデンスというより根拠という方が自然だと感じている 医師からの知識を得て科学的根拠として使っている	言葉としては知っているが内容はあまり知らない 現場では何となく浸透している リサーチエビデンスといわれるとよくわからない 「エビデンス基づく実践」の必要性は感じている 実践の根拠として捉えている 看護の科学的根拠として捉えている 医学的知識の応用としてのエビデンス	EBP の曖昧な理解 EBP の正しい理解の不足 看護実践の科学的根拠という理解	
忙しい仕事の中で研究論文や先行研究を読む時間や機会がない 先行研究等を提示してもらえたから読むと思うがそういう機会が少ない 限られた書物や雑誌しか見ることができない 雑誌は部長室にあるのでなかなか行きにくい 大学等に来ないと文献を手に入れられない 勤務時間中に図書室に行くのは難しいので、休日やコピーを利用している 研修会で新たな知識を得たとしても実践では習慣に押されてしまう 勉強したことをフィードバックして浸透させるのは難しい 新しい知識を一人が聞いてもみんなで取り入れるまでには時間がかかる 自信を持って新たな実践を提案できるほどに勉強する時間がない 日頃の業務と違うことは躊躇するが、愚痴を言いながらも協力してくれるという感じはある 新たな取り組みが増えることに多少の不満はある みんなが納得しないところでは、新たな取り組みが増えるのを言いにくい スタッフ間に取り組もうとする姿勢に差がある 組織や委員会から降りてきたとしても取り入れるには個人差がある いろいろな会議や委員会がありすぎることは新たな取り組みの難所となっている 他の会議に人手が取られているので、新たな会議等が増えるのにはクレームがある 英文献が翻訳されたら読む 英文献を日本語訳で流しているところがない	先行研究にふれる時間と機会の不足 アクセスフリーな情報源の不足 新たな知識は習慣に流れてしまう 新しい知識を浸透させるのは難しい 新たな提案ができるほどに勉強する時間がない 新たな取り組みが増えることへの躊躇 スタッフ間に取り組みの姿勢に個人差がある 新取組みのための人的資源の不足 エビデンスの論文が英語であることの壁	先行研究にふれる時間と機会の不足 アクセスフリーな情報源の不足 新たな実践普及のための個人的努力の限界 スタッフ間の温度差 新たな取組みのための人的資源の不足 エビデンスの論文が英語であることの壁	情報入手のためのサポート不足 EBP 普及文化の不足

て説明する。なお、結果の説明に当たって、カテゴリーは【】、文脈単位は『』、コード単位は〈〉で示すこととする。

1. 【EBPの正しい理解の不足】

このカテゴリーは、2つの文脈単位『EBPの曖昧な理解』、『看護実践の科学的根拠という理解』から構成される。これは、EBPについては何となく知っており、その必要性は感じているが、正しく内容を理解しているわけではなく、「エビデンス」を看護実践の科学的根拠として捉えているということを示す。

1) 『EBPの曖昧な理解』

『EBPの曖昧な理解』は、〈言葉としては知っているが内容はあまり知らない〉〈現場では何となく浸透している〉〈リサーチエビデンスといわれるとよくわからない〉〈「エビデンスに基づく実践」の必要性を感じている〉の4つのコード単位から形成される。

「エビデンス」という言葉は講演会や研修会でもよく使われているため、〈言葉としては知っているが内容はあまり知らない〉状況であるが、最近の時代の流れもあり勘や経験ではなく〈「エビデンスに基づく実践」の必要性を感じている〉。このことについてある看護師は、「研修とか行くと必ずそういうふうなのが、エビデンスという言葉がいわれていて…〈中略〉…言葉としてはもう今の時代に流れて、やはりこういうのを持ってしなくてはいけないというのは、ねばならないというところまでは皆持っている」と述べている。

ただし、この「エビデンスに基づく実践」という言葉に関しては、次の2)で説明するが「実践の科学的根拠(理由)」として捉えられており、〈リサーチエビデンスといわれるとよくわからない〉と表現されるように、EBP本来の意味の理解が不十分であることを示す。例えば「リサーチエビデンス。難しいとは思うんですけど…〈中略〉…。でも、大体のことに関しては考えながらしているかなあと思うんですが、(どれくらいリサーチエビ

デンスが使われているかとなると：筆者追加)何パーセントまではわからない」というように、リサーチエビデンスとなるとその理解は曖昧となる。

ただ一方で、EBPの理解が曖昧なままであるが、実践の理由(根拠)という意味では〈現場では何となく浸透している〉と感じられている。ある看護師は「…先輩方も多分EBPという言葉は意識されたことはないと思うんですけど、それは何をするのかなというのと一緒に考え得ながらしているので浸透はしているのかなあというふうに」と述べている。

2) 『看護実践の科学的根拠という理解』

『看護実践の科学的根拠という認識』は、〈実践の根拠として捉えている〉〈看護の科学的根拠として捉えている〉〈医学的知識の応用としてのエビデンス〉の3つのコード単位から形成される。

〈実践の根拠として捉えている〉と〈看護の科学的根拠として捉えている〉という2つのコード単位は類似したものであるが、前者は日々の実践の中で「なぜその実践をするのか」という実践の理由(根拠)を示しているのに対して、後者では看護は科学であるがゆえに科学的根拠として捉えていることを示す。前者に関して、ある看護師は「…病棟でも、だから何でそれしたんとか、よく言つているのを聞くから…〈中略〉…どうしてというところをやっぱりみんな持つて、ずっとしているんだろうなとはおもうんですね」と語っている。一方後者に関しては、「一応、看護とは科学であるというのが出てるじゃないですか。科学とは根拠がないと科学でないんですよね」、だから「エビデンスという言葉よりは、根拠を持つということの方がずっと入ってくるのかなあと思うんですけど」と述べられている。

また、〈医学的知識の応用としてのエビデンス〉とは、臨床では医師からの医学的知識を実践の理由(根拠)として応用していることも示された。このことについて、ある看護師は「…やっぱり先生たちの影響というか、先生たちが使っている、そういうエビデンスがあるんだと思うんですけど、

そのあたりから自分たちも知識を得て、使っているような気がします」と述べている。

以上のように、看護師は、「リサーチエビデンスに基づく実践」という EBP 本来の意味ではなく、『EBP の曖昧な理解』のまま『看護実践の科学的根拠という認識』として EBP を捉えており、従つて【EBP の正しい理解の不足】があることが示された。

2. 【情報入手のためのサポート不足】

このカテゴリーは、2つの文脈単位（コード単位と同等レベル）、すなわち『先行研究に触れる時間と機会の不足』、『アクセスフリーな情報源の不足』から構成される。

1) 『先行研究に触れる時間と機会の不足』

この文脈単位は、コード単位をそのまま活用したものであり、文脈単位を構成する下位のコード単位はない。この文脈単位の意味は文字通りであるが、看護師の臨床現場において、研究論文や先行研究を身近な場所で読む機会や、仕事が忙しく時間的余裕がないことを示すものである。ある看護師は、「先行研究というのを、やっぱりそういう機会が少ないと思うんですね。それこそ日々の、一日一日こなしていく、それでいろんな役割を持って、…〈中略〉…看護部の中の仕事をやっていて。その中で、そういう研究論文を読んだり、先行研究を読むという時間がないんです」と述べている。

2) 『アクセスフリーな情報源の不足』

最新の先行研究に身近に触れるためには、雑誌等をすぐに手にとって読める環境や情報源に容易にアクセスできる環境が求められる。しかし、雑誌や図書が病院の図書室や看護部に配置されていて気軽に見に行くことができず、文献を手に入れようと思うと休日を使って大学に出向く必要があり、EBP の情報源にアクセスするためのバリアがあることが示された。例えば、ある看護師は、看護雑誌に関して「前は予算があって各病棟に配布

されてたんですけど、今はなくて、看護部長室の横の図書館」に置かれており「だから、やはり足が向きにくくて…」と述べている。また文献複写が必要な時は「…大学に来て、また出してもらつてしまないとできないんですね」とも述べられており、先行研究にたどり着くまでの困難さが語られている。

このカテゴリーは、EBP にとって必要な最新の情報に触れる機会と時間の不足と、これらの問題の一要因となっている情報源へのアクセスが困難であることを示しており、人的・環境的な【情報入手のためのサポート不足】を表している。

3. 【EBP普及文化の不足】

このカテゴリーは、『新たな実践のための個人的努力の限界』、『スタッフ間の温度差』、そして『新たな取り組みのための人的資源の不足』の3つの文脈単位から構成される。これは EBP に代表される新たな取り組みを取り入れていくには、看護スタッフの個人的な努力では限界があり、組織的な人的資源の活用が必要であるにもかかわらず、實際にはそれが不足している現状と、さらにスタッフ間に取り組む姿勢の差がある場合はそれが余計に困難であることを示している。

1) 『新たな実践のための個人的努力の限界』

看護の知識や新たな実践に関する情報は、看護文献からと同様に、看護研修会や講演会に参加することをとおして習得することができるが、それら〈新しい知識を浸透させるのは難しく〉、また〈新たな知識は習慣に流されてしまう〉ということが示された。例えばある看護師は、研修会等に参加するのは「それこそ興味のある人しか行きませんので、それを持って帰って、戻さないと…。フィードバックが難しいんです」と述べている。また「例えばだれかが研修会に出て、新しい知識を得てきたとしても、やっぱりそれを実際に実践するとなると、今までやってきた習慣に押されてしまって」と新たな知識の普及の難しさを表現してい

る。

さらに実践を変革する必要性を感じていたとしても、〈新たな提案を説得できるほどに勉強する時間がない〉ことで、これまでの習慣に流されてしまうことも示された。このことについてある看護師は、「ちゃんとしたもちろん根拠を持って、こうだからこうしましょうと言えたらいいんだと思うんですけど、そこまで勉強するような時間もなかなかできないというのもあって、今そういう時間もないので、なかなかできないかなと…。」と述べている。

2) 『スタッフ間の温度差』

看護師の日常的な業務に加えて、〈新たな取り組みが増えることへの躊躇〉が生じており、病棟スタッフのみんなが納得できるような内容でないと提案が難しいことが示されている。例えば、新たな取り組みが増えることに対して「…またこんなことが増えてみたいなことはあると思うんですね」、そして「みんながみんなオーケーではなかなかないので、難しいところは」と述べられている。さらに、新たな取り組みでなくとも、元々「スタッフの取り組みの姿勢に個人差がある」こともあります、新たな取り組みを提案し普及していくに当たってのスタッフの足並みがそろいにくいことが示されている。

3) 『新たな取り組みのための人的資源の不足』

この文脈単位はコード単位をそのまま活用したものである。この文脈単位は、新たな取り組みを病院・病棟に導入していくためには、それを担当する人材が必要であるが、それが不足していることを示している。ある看護師は、「ただでさえ会議が多くて、人がそこに取られてしまって…（中略）…、さらにまた増えるとなると、かなりクレームがあると思うんですけど」と語っている。

このカテゴリーは、3つの文脈単位から構成されているが、それらは個人的なバリアというよりもむしろ、組織としてEBPを普及するにおいての風潮作りやサポートが十分でないことを表してお

り、組織全体としての【EBP普及文化の不足】があることが示された。

4. 【英語論文の壁】

このカテゴリーは、単独の文脈単位とコード単位で構成される。EBPの最新情報は、主に英語論文として学術誌やインターネット上で公開されており、〈エビデンスの論文が英語であることの壁〉が大きく立ちはだかっていることを示している。例えば、「英文を訳してくれたら読みますって…」とか、「それを日本語に訳しているところはないんですか」と表現されているように、看護師自らが英文献を手に入れてそれを読みこなすのが困難な状況の中で、最新のEBP情報の取得は困難であることが示された。

IV. 考 察

EBPに関する看護師の認識と、EBPを病院や病棟に導入していくにあたりどのような課題や障壁が存在しているのかを明らかにするために行ったグループディスカッションの内容を分析した結果、4つのカテゴリーに集約された。

以下、それぞれのカテゴリーについて、その内容に関する考察と、本研究から得られた結果から見いだされるEBP普及のための示唆について述べる。

1. 【EBPの正しい理解の不足】

EBP普及におけるバリアとして一般的に知られているのは、個人のバリアと組織のバリアである。このカテゴリーは、『EBPの曖昧な理解』、『看護実践の科学的根拠という理解』という2つの文脈単位から構成されており、個人のバリアに相当するものと考えられる。

Funk¹⁶⁾は、EBPのバリア尺度を開発する中で、個人のバリアとして「適用者の特性(Characteristic of the adopter)」を示している。それらは看護師のリサーチに対する価値観(value)、スキル(skill)、気

づき(awareness)である。具体的には、看護師の実践へのリサーチ適用に関する価値観のなさや、リサーチの質を評価できないという実感、リサーチの存在自体に気づかないこと等が含まれている。今回明らかとなったカテゴリーは、それ以前にEBP自体の理解が不十分であることを示すものであると考えられる。

Pravikoff¹⁷⁾は、新たな情報・研究・エビデンスを看護師が活用しないのは、EBPという用語への親近感がないことを指摘しており、もしそれがないとすればEBPの成功はどうていあり得ないとまで述べている。しかし、EBPの理解が不十分である背景として、EBP研究が飛躍的発展したのは1990年代以降の英語圏であることを考えると、日本の看護師に対してEBPに関する情報が十分伝えられていない現状があろう。また、本研究のデータでは、EBPという用語に親近感がないということではなく、言葉の誤解はあったとしても、むしろそれは積極的に取り入れ行く必要性の高いものとして認識されており、EBP普及に対するポテンシャルは高いのではないかと考えられる。

従って、EBPを日本において普及してくためには、まずEBPに関する正しい知識の提供を行うことから始め、次にFunk¹⁸⁾が指摘しているように、最新の先行研究入手することのできる環境を提供することや、先行研究の結果を実践に取り入れることに対する価値観を高めること、そして先行研究を読んで理解するスキルを高めていく取り組みが重要であることが示唆された。

2. 【情報入手のためのサポート不足】

EBPは最新のエビデンスを取り入れて実行することが求められる。しかし、看護師が最新の情報を容易にアクセスできる状況にあるかというと、『先行研究にふれる時間と機会の不足』と『アクセスフリーな情報源の不足』によってそれが阻害されている。

EBPのバリアとして「時間の欠如」はいくつかの研究で指摘されている¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。先行研究を読む

ための時間やそれを入手する機会を増やすことは、個人的バリアよりもむしろ組織的バリアとして取り組むべき課題であると考えられる。すなわち、看護師のリサーチエビデンスの活用を増やそうとするならば、まずは先行研究を入手し、読み、評価する時間的な余裕を確保するような組織的な変革が求められる¹⁷⁾¹⁸⁾のである。しかし、この「時間の欠如」というバリアは、単純なものではなく、看護師の仕事環境における「多忙の文化」が影響しているとされ、単に時間的な余裕を作ったとしてもEBP普及につながらないことが指摘されており¹⁹⁾、この後のさらなる研究が求められる。

また、時間に加えて同等に重要なのは、エビデンスを探すために必要なツールにアクセスできることである¹⁶⁾。本研究の結果として『アクセスフリーな情報源の不足』が抽出されたが、それはまさしくこのことを示している。看護師のエビデンス検索に関する実態調査の結果では、新たな情報が必要な場合、情報源として最もよく利用するのは同僚からの情報であり、多くの看護師がMedlineやCINAHLを活用したことがなく、その背景として電子データベースの使用説明を受けたことがない²⁰⁾ことが指摘されている。本研究では、検索のための電子データベースを使用するという以前に、看護雑誌を気軽に読めないことや、文献を入手することが困難な環境にあることが示された。

看護師のリサーチ活用(research utilization)に影響を与える個人的要因としては、インターネットに費やす時間があげられており²¹⁾、インターネット上の文献電子データベースの活用が容易にできるような情報環境整備をしていく必要があろう。さらに、Pravikoff¹⁷⁾は、現在の看護師の平均年齢を考えると、インターネット環境を整えるだけではなく、情報検索ツールのスキル教育をしていくことも必要であることが指摘されている。適切な情報は実践を変革させることができる²²⁾といわれるよう、情報基盤の整備と看護師の情報検索スキルを向上していくことは早急に求められているといえよう。

3. 【EBP普及文化の不足】

このカテゴリーも、先の【情報入手のためのサポート不足】と同様に、個人的というよりも組織のバリアとして『新たな実践のための個人的努力の限界』、『スタッフ間の温度差』、そして『新たな取り組みのための人的資源の不足』が存在していると考えられる。

Funk¹⁶⁾は、組織的バリアとして、先に指摘した「時間の欠如」と「不適切な設備」に加えて、EBPの実行を承認しない管理体制、変化を起こすための権威の欠如、リサーチを一般化させるという認識の欠如があること指摘している。すなわち、組織的バリアとしてEBPを普及させるという風土が組織内に根付いていないことを示している。このことは、本研究で明らかになった【EBP普及のための文化の不足】と合致するものである。また、Funkが示したバリアに加えて、スタッフの不足、管理者のサポート不足、低いモラール（士気）、動機付けが低いこと等も指摘されている²³⁾。EBP普及の文化を変化させるためには、看護師個人への介入だけではなく、看護管理者等も含めた組織全体に対して、多層的に介入していくことが求められている。

本研究は「エビデンスに基づく実践のステップ」を参考として、主に看護師個人に対するEBPの適用を試みてきたのであるが、EBPを普及しその文化を創造するためには、先述したように組織的な介入が必要であり、概念枠組に基づくTRモデルの実践が必要となる。現在注目しているのは、Rogers(1995)のDiffusion of Innovation Modelに基づき開発されたTRIP(Translating Research into Practice) intervention²⁴⁾モデルである。このモデルは、クリティカルケアでのEBPに活用できるよう開発されたものであり、日本の急性期病院でのEBP普及のためのTRとして今後大いに参考にできると思われる。

4. 【英語論文の壁】

このカテゴリーは、EBPの情報に関するもので

あり、本来であれば【情報入手のためのサポート不足】のカテゴリーに集約されるものであるかもしれない。しかしながら、日本の看護師にとって英語文献を読んで理解することは決して容易ではなく、そのことは大きなバリアとして存在しているのである。最新のエビデンスの多くが英語で公開されていることを考えると、先に提示したEBPが普及しない理由と同等に大きなバリアであり、これは英語圏の研究では指摘されていないことである。従って、このバリアを克服していくためには、翻訳ソフトを活用するなどして、入手した英文献を読解するための特別なサポートが求められるであろう。

5. 研究の限界と今後の方向性

本研究は、EBPの適用過程において、特にグループディスカッションで語られた内容を元に、日本でのEBP適用における課題について明らかにしてきた。しかし本研究は、研究対象者が少ないと加えて、EBP適用の過程の一部で語られた内容について分析しており、その課題の全貌について明らかにできているとは限らない。今後、日本におけるEBP適用の課題の全貌を明らかにするためには、さらなる量的・質的調査が求められると考えられる。

また、急性期病院におけるエビデンスに基づく老年看護実践の促進の前提として、まずは今回明らかになったEBP適用における課題を克服していくことが求められているといえよう。なぜならこれらの課題をクリアした上で初めて、「エビデンスに基づく実践ステップ」あるいはTRIP interventionなどのTRモデルの有効な活用が可能となるからである。今後は、今回明らかになった課題克服に向けた取り組みを含め、日本でのTRモデルの適用とその効果評価を目標とした研究を行い、日本でのEBP普及のための基盤作りを進めていく予定である。

V. おわりに

本研究は、日本における今後の TR 研究の課題について検討するための予備的研究として、EBP を臨床に取り入れるに当たっての課題や障壁について明らかにすることを目的とした。この目的を果たすために、「エビデンスに基づく実践ステップ」の適用過程で実施されたグループディスカッションにおいて、EBP を適用するに当たっての課題等に関して語られた逐語録データについて要約的内容分析を行った。その結果、【EBP の正しい理解の不足】【情報入手のためのサポート不足】【EBP 普及文化の不足】【英語論文の壁】があることが明らかとなった。これら明らかになった課題は、EBP 適用においてそれぞれが重要な課題であり、その課題を克服するためには、様々な取り組みや介入が必要であることが示唆された。

急性期病院における高齢患者への看護ケアの質向

上のためには、EBP を臨床に適用していくことは欠かせず、TR モデルに基づいた介入を行っていくことが求められる。本研究は、今後の EBP 適用に関する TR 研究の予備的研究として位置づけられるが、その使命は果たせたものと考えられる。

謝 辞

本研究の実施にあたり、学習会とグループディスカッションに参加していただいた看護師の皆様と、研究に当たり様々なサポートをしてくださいました看護管理者の方々に心より感謝を申し上げます。

なお本研究は、科研費（挑戦的萌芽研究：19659611、研究代表者：松岡千代）の助成を受けて実施された。

引 用 文 献

- 1) Meyer, J.; Sturdy, D. Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 2004, 128–134.
- 2) Kleinpell, R. Preface. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 2007, ix–x.
- 3) Mezey, M.; Fulmer, T.; Capezuti, E. Millennium paper: gerontological nursing. *Contemporary Gerontology*, 11, 2005, 43–46.
- 4) Mezey, M.; Quinlan, E.; Fairchild, S.; Vezina, M. Geriatric competencies for RNs in Hospitals, *Journal for Nurses in Staff Development*. 22(1), 2006, 2–10.
- 5) Boltz, M.; Capezuti, E.; Bowar-Ferres, S.; Norman, R.; Secic, M.; Kim, H.; Fairchild, S.; Mezey, M.; Fulmer, T. Changes in the geriatric care environment associated with NICHE (Nurses Improving Care for Health System Elders), *Geriatric Nursing*, 29(3), 2008, 176–185.
- 6) Newman, K.; Pyne, T.; Leigh, S.; Rounce, K.; Cowling, A. Personal and organizational competencies requisite for the adoption and implementation of evidence-based healthcare. *Health Services Management Research*. 13(2), 2000, 97–110.
- 7) Huber, D.; Maas, M.; McCloskey, J.; Scherb, C.; Goode, C.; Watson, C. Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*. 30(5), 2000, 251–272.
- 8) Nay, R. Evidence-based practice: does it benefit older people and gerontic nursing?. *Geriatric Nursing*, 24(6), 2003, 338–342.

- 9) Titler, M.G.; Mentes, J.C.; Rakel, B.A; Abbott, L; Baumler, S. From book to bedside putting evidence to use in the care of the elderly. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 25, 1999, 545–556.
- 10) Boström, A.; Kajermo, K.; Nordström, G.; Wallin, L. Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*. 18(10), 2009. 1430–1441.
- 11) Grol, R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, 315(7105), 1997, 418–421.
- 12) Titler, M.G. Methods in Translation Science, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(1), 2004, 38–48.
- 13) Rogers, E.M. *Diffusion of innovations*. New York: Free Press. 1995
- 14) Titler, M.G.; Kleiber, C.; Steelman, V.; Rakel, B.; Budreau, G.; Everett, C.; Buckwalter, K. C.; Tripp-Reimer, T.; Goode, C. J. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 2001, 497–509.
- 15) Uwe, F. Qualitative Content Analysis, An introduction to qualitative research 2nd ed, SAGE Publications, 2002, 190–195.
- 16) Funk, S.; Champagne, M.; Wiese, R.; Tornquist, E. BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4(1), 1991, 39–45.
- 17) Pravikoff, D.; Tanner, A.; Pierce, S. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice: many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *American Journal of Nursing*, 105(9), 2005, 40–52.
- 18) Retsas, A. Barriers to using research evidence in nursing practice, *Journal of Advance Nursing*, 31(3), 2003, 319–322.
- 19) Thompson, D.; O'Leary, K.; Jensen, E.; Scott-Findlay, S.; O'Brien-Pallas, L.; Estabrooks, C. The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*. 17(4), 2008. 539–548.
- 20) Pravikoff, D.; Pierce, S.; Tanner, A. Nursing resources: Are nurses ready for evidence-based practice? A study suggests that greater support is needed. *American Journal of Nursing*, 103(5), 2003, 95–96.
- 21) Estabrooks, C.; Midodzi, W.; Cummings, G.; Wallin, L. Predicting research use in nursing organizations: a multilevel analysis. *Nursing Research*, 56(4S), 2007, S7–23.
- 22) Mamrshall, J.G. The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester study. *Bull Med Libr Assoc*, 80(2), 1992, 169–78.
- 23) Parahoo, K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 2000. 89–98.
- 24) Titler, M.G.; Everett, L.Q. Translating Research into Practice: Considerations for Critical Care Investigators, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 2001, 587–603.

The Nurses' Recognition of Evidence-Based Practice and Barriers to Implementing Evidence-Based Geriatric Nursing

MATSUOKA Chiyo¹⁾, HAMAYOSHI Miho¹⁾

Abstract

[Purpose] Evidence-based gerontological nursing practice is important to improve the quality of geriatric care in the acute care setting. The purpose of this study is to clarify the nurses' recognition of evidence-based practice (EBP) and barriers to implementing EBP into practice in Japan.

[Subject & Method] The subjects were seven clinical nurses working in acute care units within three general hospitals in Japan. Informed consent and study procedures based on the Ethical Review Board of our college were followed. A group discussion was conducted about the recognition of EBP and barriers to implementing EBP into clinical practice. The group discussion data were analyzed using summarizing content analysis method and the theme of "why EBP does not diffuse into clinical setting".

[Result] Four categories from eight contextual units and sixteen coding units were deducted. The first category was the "insufficient understanding of EBP". Although the nurses knew the word of EBP, they didn't know the details of EBP, and misused the word as the basis of nursing practice. The next category was "insufficient EBP culture" which meant the difference in degrees of attitude for EBP among nurses, and the deficiency of readiness regarding manpower and milieu of implementing EBP into practice. The "lack of systematic support for obtaining EBP information" was a lack of accessible information sources. The final category was the "wall of English papers", reflecting the language barrier faced by Japanese nurses reviewing publications written primarily in English.

[Discussion] As a result of summarizing content analysis, nurses' recognition and the barriers of EBP were classified into four categories. Additional strategies are needed in order to diffuse EBP into clinical practice, including: providing a continuing education program for nurses, constructing an organizational system, and making an information technology system readily available for obtaining and translating EBP information from English to Japanese.

Key Words: Evidence-based Practice; Barriers; Summarizing Content Analysis; Translation Research

1) Gerontological Nursing, College of Nursing Art & Science, University of Hyogo