

進め方について、グラントや組織作りなどの開始前の準備、関係団体との調整、調査参加施設のリクルートにおける手順、調査実施上の配慮と注意点、結果の参加施設へのフィードバックなどについて述べた。

また多施設研究という点を活かした本調査のユニークな点として、施設間差とそれを生じさせる要因の検討ができること、大規模調査の利点を利用してサブサンプルに対して主目的とは違う複数の学術的課題に対する調査を行えること (J-HOPE Study では 12 の付帯研究をランダムに割り振り行った)、追加行ったインタビュー調査などを紹介した。

多施設研究の問題点としてはリクルートのときの配慮、複数の倫理委員会を通すための配慮、参加施設のモチベーションを維持するためのフィードバックのあり方、進捗管理の難しさ、研究班の組織と業績管理などについて述べた。

多施設の調査研究は困難も多いが、それによって得るものも大きい。看護学では比較的小規模の調査が多く行われている印象があるが、十分な基礎的検討と準備を行ったのちに、多施設で十分な対象数を確保した調査を行い、確固たるエビデンスを確立していくことは看護学の発展に寄与するものと思われる。

## 文 献

- Miyashita M., Morita T., Hirai K. (2008a) : Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : The Japanese experience, *J. Clin. Oncol.*, **26**(23), 3845-3852.
- Miyashita M., Morita T., Tsuneto S., Sato K., Shima Y. (2008b) : The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study) : Study design and characteristics of participating institutions, *Am. J. Hosp. Palliat. Med.*, **25**(3), 223-232.

## 高度看護実践とその評価に関する多施設共同研究の現状と課題

宇佐美しおり (熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学)

医療の高度化・複雑化ならびに合併症を有しながら身体疾患の治療を行う人々の数は急増している。さらに病院の在院日数が減少し、病気をもちながらも自宅で生活を送りたいと希望する人々も増え、これらの人々を支援する理論や技法が必要になってきている。さらに深刻化する医師不足や医療提供の地域による格差が社会問題として取りざたされ、慢性疾患を有する人々の数が増えるにつれ、看護においても専門的な知識や技術をもとに臨床判断を行い、独立的にもしくは治療チームと協同しながら、適切な治療や看護を提供する高度看護実践家の必要性が叫ばれている。日本においては専門看護師 (Certified Nurse Specialist, CNS) が高度看護実践家の一部を担うと考えられているが、高度看護実践家のモデルには、Collaborative Model (ある集団に対して肯定を行い、必要な支援を行うための治療ならびに看護治療技術を提供する、例えばケースマネージャーとして多職種によるチームを運営する、Community Based Case Management, Assertive Community Management, ACT など) と Independent Practice Model (ある患者集団に対し、診断、処方、治療を行い、看護師がクリニックを開いたり、看護集団でセンターをもって治療をして

いるなど) があり、後者については独立した判断と行為を行う独自の裁量権が存在し、海外では Nurse Practitioner (NP) がこの領域で活動している。

今回は、前者の Collaborative Model における研究の例を提示する。筆者は大学の教員として勤務しながら、一方で精神看護専門看護師としての非常勤の活動を行っている。精神看護専門看護師としては、九州管内の私立精神病院ならびに熊本大学医学部附属病院で活動を行っている。活動においては、特にケア困難と考えられている患者および家族への直接ケアならびに彼らにケアを提供している看護職および治療チームへのコンサルテーションを中心的に行っている。又精神看護専門看護師の存在する精神病院と総合病院にて一定の治療チームによる介入を行い、その評価を行う研究を実施している。現在、精神看護専門看護師を中心として医師、看護職 (外来看護師、訪問看護師、病棟看護師、保健師)、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、民生委員、地域移行支援相談員などで治療チームを構築し、1) 2つの精神病院において重複診断や GAF40 以下で入院が長期化している重症な精神障害者への Assertive Community Treatment (ACT) と呼ばれる Case Management の展開と評価、

2) 3つの精神病院で、病状やセルフケアが不安定で退院後すぐに再入院を繰り返してしまう精神障害者へのCommunity Based Case Management (CBCM) と呼ばれる Case Management の評価に関する研究、3) 2つの総合病院において慢性の身体疾患を有する精神的に不安定な患者への精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームの展開とその評価に関する研究、4) 疾患名は異なるが慢性疾患を有する人々を中心とし、自己管理を支援するプログラムの評価に関する研究を行っている。今回、特に上記1)~3) について、多施設共同で実施する場合の研究における現状と課題について述べる。

1. 介入の成果を示すため、無作為抽出や対照群の設定が必要であるが①無作為抽出に関する各病院の倫理委員会での同意が得られにくい（大学の倫理委員会で承認が得られたとしても）②「いいとされる介入群の介入を対照群に実施しない」ことについて、たとえ対照群に研究終了後すぐに介入群の介入を行うとしても各病院の倫理委員会での同意が得られにくい。
2. 介入研究を行う場合に、看護者および治療チームの対象者に対する介入のプロトコルを一貫して実施することが重要であるが、そのためにはモニタリング機能を必要とする。またいくつ

かの施設で同じ介入を行う場合、介入の質と内容を維持するための訓練が必要になる。さらに結果に影響を及ぼす変数の管理が困難—特に信頼関係の構築の程度、精神科薬物の種類と量のコントロール（精神科薬物の処方についてはガイドラインがあるものの医師により処方についてはかなり個人差が激しい）—であるが、これらの管理について研究前に医師や多職種との間でプロトコルを作って十分に話しあい、合意形成しておくことが必須となる。

3. 研究の内的・外的妥当性をどのように高めるのか、特に介入の一貫性を維持し続けることの大変さ、また精神看護専門看護師の存在や病院ならびに多くの介入者の理解が必要とされるため、研究対象者および研究対象施設を増やすことが容易ではない、

ことが現在の研究上の課題である。これらの課題を多職種ならびに多施設と十分に話しあってプロトコルを開発して克服し、高度看護実践の実績を積み重ねながら研究を通し成果を示していく必要があるだろう。さらに高度看護実践の成果を明示していくために、自然科学の準実験研究や実験研究の手法だけではなく、アクションリサーチやトランスレーショナル・リサーチなどの研究技法も探索していく必要があるだろう。