

講演

「臨床看護における質的研究の進め方」

講師 水野道代 (東海大学健康科学部)

1. 質的研究とは

1. 科学的研究

質的研究とは何かという説明をする前に、「研究とは」ということを少し振り返ってみたいと思います。「系統的で論理的な手順を一定の規則に従って用いながら、関心の対象となる現象を探求する方法」が科学的研究だといわれています。何かを調べて、自分に納得のいく答えを得たいときにも、研究という言葉を使うことがあります。しかし、科学的研究という場合は、その何かをなぜ明らかにしたいのかということと、明らかにするプロセスが明確で、そしてその明らかになったものが、自分にとってだけでなく、いつ誰がどこで見ても確かに本当で真実だといえるものでなければなりません。ただし、世の中にはさまざまな真実のとらえ方があります。そこで明らかになったものが真実か否かを判断するために、何らかの信念のもとに、真実というものの見方を仮定することが必要になります。

そのもっとも明瞭な方法として、科学の世界では、経験主義を反映したパラダイム（考え方）が一般に受け入れられてきました。表1は、経験主義に基づいた科学的アプローチにおける仮定を示したものです。この仮定では、人間のおこなう観測結果と客観的現実とは必ずしも一致するものではなく、「客観的現実とは人間の発見や観察を越えたところに存在する」と考えます。つまり観測値と真の値との間には必ず誤差が生じることとなります（ X 観測値 = T 真

の値 + e 観測誤差)。ただし、研究の目的は真実を求めることにあるので、研究者は真の値にできる限り近づかななくてはなりません。このとき「自然は基本的に秩序正しく、規則的なものだ」と仮定することによって、観測を何度も繰り返し観測値を積み重ねていけば、誤差が減り、研究者は真の値に近づくことができるようになることが可能になります。さらに「すべての現象には先行する原因がある」と仮定することによって、ある観測値とある観測値との関係から何かを予測できるという考え方が可能になります。

しかし、日々の看護をおこなっていると、誤差を減らすことを試みるよりも、誤差の一つ一つを見てみるが必要になることがあります。あるいは、誤差という考え方そのものを取り除いてしまい、これまで誤差だと考えていたものを個々人がもつ特徴の一つだと考え、「客観的現実とは人間の発見や観察から独立して存在する」などとは考えず、私たちの主観こそが真実なのだと思えることが必要になることもあります。つまり経験主義を反映したパラダイムとは別の、もう一つの真実についての違ったパラダイムが必要になります。それが質的なものの見方、いわゆる「質的研究方法」というわけです。

2. 看護における質的研究

看護における質的研究で焦点が当てられるのは、主に①人々の適応や思考のプロセス、②ケア場面に

表1. 経験主義に基づいた科学的アプローチにおける仮定

1. 客観的現実とは人間の発見や観察からは独立して存在する
2. 自然は基本的に秩序正しく、規則的なものである
3. すべての現象には先行する原因がある

表2. 質的研究（パラダイム）の主張

1. 現実の本質（物事の意味）は文脈の中に存在する
2. 現実とはダイナミックで流動的である
3. すべての現象は相互に関係し合っている（決定的ではない）

おける環境の影響，③看護婦と患者との社会的相互作用といった現象です。つまり患者の主観だとか、個別性、それに環境の影響や相互作用といったものを知りたい場合は、状況を操作したり、個々の特徴を無視することで大切なものを失ってしまうことのないように現象を探求することが必要であり、そのような場合に質的研究方法を取るようになります。

質的研究とは、「主観主義」及び「個人主義」「全体論」「相対主義」「解釈」の有用性を反映した一つのパラダイムです。この質的研究の考え方を、看護において扱うことの多い「痛み」を例に取り見てみます。まず質的研究では、痛みは痛みを体験している本人の主観的体験そのものであり、「本人の主観」のなかに痛みの真の値があると考えます。そして痛みに関する個人差（誤差）は、痛み体験の主体である「個人の特性」によって生じるものなので、本人以外の痛みの値を集めても、本人の痛みの真の値に近づくことはできないと考えます。さらに質的研究では「全体論的思考」に基づき、痛みを体験しているその人の痛みを知りたいとき、痛みだけを取りだして測定したり、理解しようとするのは無意味であると考えます。なぜならば痛みがその人に与える影響や痛みの意味は、痛みのみによって決定されるものではないからです。

たとえば、ここに0点から5点までの「痛みスケール」があり、患者さんに「あなたの痛みは今どれくらいですか？」と聞きます。Aさんは「今3点です」と答え、同じ質問にBさんも「3点です」と答えたとします。しかし、同じ3点でも、AさんとBさんとは3点の意味が個々に異なっています。ここに注目するのが個人主義的な考えです。さらに、Aさんに「今、何点ですか？」と聞くと「3点」と答え、1時間後に同じ質問をすると、また「3点」と答えたとします。この場合、1時間前の3点と現在の3点とでは、たとえ同じ人の得点であっても、3点の意味が一緒だとは限りません。たとえば1時間前に比べ現在は、生理学的な痛み刺激は3点以下に低下していたにも拘わらず、環境が変化し気分が不安定になっていたために、患者は自分の痛みを、生理的痛み刺激より高い3点と評価したということもあり得るわけです。ここに注目するのが全体論的な考え方です。

痛みに対する認識は、絶対的なものではありません。一つのことに関して今はどうか、一つの状況に関して今の状況はどうかという比較の中で、物事の答えを出すことができるだけです。個々人の痛みに対する判断の基準は、そのときの状況や場面ごとに、

環境との相互作用によって相対的に決まるものであるというのが、「相対主義的な考え方」です。

「解釈の有用性」、これを認めることにより、質的なアプローチが研究として成り立ち得るのだと私は考えます。解釈をおこなうのは、看護婦である観測者です。痛いと言っている患者を見ている看護婦が、その患者の痛みを何とか理解しようとすることにより、観察した痛みと真の痛みとの差は縮まるはずですが、質的なパラダイムでは、真実は患者の主観的な体験のなかにあるととらえます。確かに、その主観的な体験と観察者の観察事実とは一致するものではありません。しかし、観察者の解釈の有用性を認めることにより、観察者の客観的観察事実が体験者の主観的事実に可能な限り近づくことができるようになるのです。痛みの主観的体験者本人と観察者との間に起こる相互作用の過程で、体験者の痛みは観察者に解釈され、共有されるのです。したがって研究対象者の体験に研究者の解釈が、どこまで近づくことができるかによって、研究結果が大きく左右されることになります。

3. 質的アプローチの特徴

質的研究方法が主張していることをまとめたものが表2です。先に提示した「経験主義的アプローチにおける仮定」(表1)と比較してみてください。表2でいう「文脈」とは、行為や体験の主体である私たち人間と、その人間がおかれている環境との相互作用によって作り出される一つの状況、あるいは相互作用の素地(背景)です。つまり、事実は文脈の数だけあり、ダイナミックに動いているので、XとYの関係のように現実を固定して考えることはできず、またその関係を知りたいがために、それ以外のものを操作し、固定してしまうことには無理があるというのが、質的研究の主張です。

この主張は、科学的研究においてこれまで受け入れられてきた認識の枠組みとは異なっています。そのため質的研究のパラダイムに則り、研究過程で明らかになったものの真実を主張し、それを多くの人に認めてもらうためには、質的研究特有の幾つかのアプローチをとる必要があります。

まず、「現実の本質は文脈のなかに存在する」と考えるので、真実を知るためには、文脈を説明する状況を事細かに知る必要があります。つまり研究対象となる現象に関する、できる限り豊かな情報が必要になります。アンケート用紙を配ってそれに答えてもらうという方法などにとどまらず、実際に患者さんのところに行って見たり聞いたりして、知れた

いことの周辺状況に関する詳細なデータを集めます。さらには実際に研究者自身が、場のなかに入っていく、研究対象となっている状況を体験してみるといったことが必要になることもあります。

また「現実ダイナミックで流動的だ」と考えるので、ある一点を一回だけ時間を分断してとらえ、その時のことだけで何かをいおうとすることには無理があります。深く、広く情報を収集することが必要になり、参加観察法などを用いて、研究対象となる場に入り、ある一定の期間にわたって、知りたい状況を見たり、話を聞いたりします。人々の生活や気持ちの動きを理解したいときは、ダイナミックに揺れ動いているその中身を知ることが必要なため、表面的なインタビューや観察では役に立ちません。相手がダイナミックに動く内面を見せてくれるほど有効な関係を、情報を提供してくれる人との間に形成することも重要です。今までの量的、経験主義的な考えでは、バイアスとして扱われていたことが、反対に必要なわけでは

また経験主義に基づいた研究でおこなわれるような、最初に命題を立て、それを証明していくという方法は、「すべての現象は相互に関係し合っている」という質的な考えに反することになります。最初に仮説を立てることなく、個々の具体的な事例から帰納的に、現象の持つ意味を解釈しようとするのが質的研究です。よって、実例をいくつも集め、それを組み合わせたり、比較したりすることを繰り返す過程で、現象を解釈したり、当事者に確認したりしながら、研究の対象である現象のなかに、パターンや規則性を見つけださなくてはなりません。

II. 質的研究の進め方

1. 質的研究のプロセス

真実に近づくために、研究対象となる現象を観察し、記録し、記述する、この過程を何度も繰り返す、

それが質的研究です。この繰り返しのプロセスを説明したものが図1です。まず、基本となるのは観察です。ただし、この「観察」には見るだけでなく、聞くことも含まれます。見聞きしたものは「記録」し、「データ」として残すことが必要です。観察データはありのままに記録されますが、「記述」に際してはデータに対する「解釈」がなされます。この解釈によって、データの意味が理解され、データのなかからパターンやプロセス、特徴、属性といったものが「発見」されます。そしてこの発見に基づいて、次の観察の視点が「吟味・確認」されます。質的パラダイムでは、データとして観測値をただ集めても真の値に近づくことはできないと考えるので、観察の結果が何を意味しているかを解釈し、解釈により導き出された記述的データを、本当に正しかったのか、また観察の場に戻って観察する、このプロセスを繰り返すのが質的研究です。

1) 観察とデータ

図1でいう「観察」についてももう少し説明を加えます。データは、実際には、主に参加観察法やインタビューといった方法を用いて収集します。参加観察法とは、研究者自身が研究対象となるフィールドに実際に入り込み、そこで生活する人々の物の見方や考え方を見聞きする調査方法です。病棟などの臨床の場がフィールドになることもあれば、コミュニティや地域そのものがフィールドになることもあります。

参加観察法の他にも、人の内面を奥深く内省していくことにより、データを得る方法もあります。この方法は現象学的研究などでよく用いられます。たとえばある人の「希望」の意味が知りたいような場合には、相手にその人にとっての希望をあらわすような具体例を挙げてもらい、なぜその事がその人にとって希望を意味するのかを詳しく聞いていくといった方法をとることもできます。

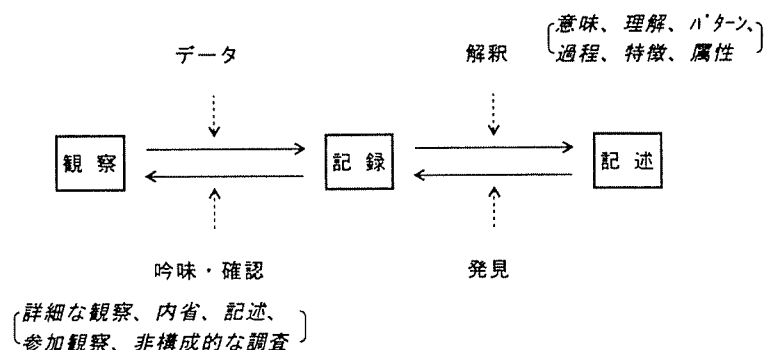


図1. 質的研究のプロセス

一方、研究者自身が観察したものではなくても、看護記録の記述や伝記や日記の記述を、既存の記述データとして使用することができます。あるいは量的な研究で統計的処理のなされた調査結果も、質的研究のデータの一つとして使用することができます。患者の熱型や酵素値の変化でさえ、記述的データとして記録に残せば、質的研究でも使用することができます。

2) 吟味・確認

質的研究においては、さまざまなものを見聞きし、集めます。しかし、見聞きしたものをすべてを記録に残しているわけではありません。実際には、「このデータは記録として留めるのに本当に適切なデータかどうか?」といった「吟味」や「確認」が、研究者によっておこなわれているはずで、では、何をもちいてこの吟味、確認をおこなっているかといえば、それは「観察」時の手応えと、これまでの研究過程でおこなわれた「解釈」や「発見」の内容です。研究者に見えているものと、見えてきたものによって、研究者の判断基準は左右されます。

先に述べたように、観察によって得た患者さんの主観的な体験は「生のデータ」です。そして記述された内容は「分析データ」になります。質的研究で、研究者自身が実際に観察して得たデータ以外の記述情報をデータとして用いる事ができるのは、観察を用いて再度、その記述情報に対する吟味、確認をおこなうからです。つまり分析データは必ず生のデータによって吟味、確認されるわけです。

3) 看護婦の準拠知識の役割

質的研究では、観察事実と看護婦の準拠知識との比較の繰り返しも重要な働きをなします。質的研究は新たな知識や理論を発見するためにおこなうものなので、研究に先立ち、既存の知識や理論はいらないと考えられがちですが、看護婦がもつ既存の知識は、研究過程で大いに利用されます。観察データを既存の知識や理論だけに当てはめて分類してしまえば、質的研究にはなりません。看護婦がもつ既存の知識に対する吟味、確認をおこなえば、それらは新たな観察データを発見するための材料となります。

たとえば「ストレスコーピング・モデル」を準拠知識としてもった看護婦が、がんの手術を受ける患者の状況を観察したとします。もしその過程で、自分の知識には当てはまらないか、食い違うような状況が観察されれば、そこには新たな発見の材料があったこととなります。研究者は既存の知識にはない視点で、さらに新たな観察を続けます。

4) 量的研究との比較

経験主義に則った量的研究では、必要なデータの「吟味、確認」という作業は、観察の前に既におこなわれています。母集団の代表として適切な対象から得た観察結果でありさえすれば、観察の度に必要な情報かどうかを吟味、確認しなくても、その観察結果はデータとして加えていくことができます。また量的研究では、研究のはじめに立てた何らかの仮説があるので、その仮説にしたがって研究結果を「解釈」すればよく、質的研究でいうところの新たな「発見」をあえて必要とはしません。

これに対して質的研究では、観察によって得たデータを解釈する度に、新たな仮説が発見され、その仮説を吟味、確認するためにまた観察をおこなうということを繰り返すわけですから、とても根気のいる研究方法ということになります。ところが、このプロセスは臨床実践の場でおこなっていることに大変よく似ています。

2. 質的研究と看護実践の類似点

質的研究は主観主義に則った研究プロセスをとるため、対象者の主観的体験は、データに欠かせないものとなっています。同様に、看護実践においても、客観的データのみから患者の状態を判断することはなく、必ず、患者自身に尋ねることによって、主観的データを合わせた看護判断をおこないます。

また看護実践の場では、患者の主観的な言葉のみで状況判断をするようなこともありません。患者が痛みを訴えているとき看護婦は、痛いという患者の表情や痛み以外の全身状態、あるいはその前にどんな処置があったのかなど、患者の状況を踏まえ、総合的な判断をおこないます。これも質的研究における、全体論や相対主義の考え方に一致します。

そして看護実践においても質的研究においても、看護婦あるいは研究者の感性と知識と洞察の深さが、その人のおこなう解釈に大きく影響します。新人の看護婦と経験を重ねた看護婦とでは、後者の方がより豊かな知識と技術をもち、それに合わせて深い洞察力が備わっているため、患者に対しても深い理解を示すことが可能でしょう。同様に、経験を積んだ研究者は、豊かなデータを十分に集めることができ、データに対する解釈もより真実に近いものとなっているはずで、また感性の豊かさは、必要な情報をとらえる豊富な機会を本人に提供します。感性は元々その人に兼ね備えられているものとも考えられますが、訓練により磨かれていくものでもあります。看護実践も質的研究も、経験と熱意がその技を磨くこ

とになるはずです。

最後に、十分な情報を得るためには、患者（あるいは研究の対象者）との間に効果的な人間関係が形成されていることが欠かせないことも、看護実践と質的研究との間で一致しています。看護には、一生懸命に患者に働きかけても、患者との関係が築かれていないと、その行為が空振りになってしまうことがあります。質的研究でも、相手との適切な関係なくしては、なかなか豊かなデータを得ることは望めません。

3. 質的研究と看護実践との相違点

質的研究が看護実践と異なっているのは、「研究では常に、研究課題の探求という特定の目的のためにプロセスが進行している」ということ、ただそれだけです。しかし、この相違はとても大きな意味をもちます。看護実践において患者を観察し、理解しようとする直接の目的は、患者のニーズを把握し、そのニーズを満たすことにあります。一方、看護ケアの向上につながることを目指しておこなわれる看護研究は、必ずしも、患者のニーズの充足に直接つながるというものではありません。看護研究の場合、患者を観察し、理解しようとする直接の目的は、研究課題を明らかにすることにあります。

たとえば看護実践においては、患者さんが要求すれば、それがどんな場面でも、看護婦はその要求に応えようとします。しかし、質的研究においては、あらゆる場面のデータをというわけにはいきません。質的研究をおこなう場合は、研究目的、つまり研究によって明らかにしたいものがある、それを知るために、参加観察やインタビューをおこなったりします。研究のはじめに、どこを観察したいのかを、あらかじめ範囲を決めて明確にしておきます。その範囲をどこまで絞るのかは、研究の規模に影響されず、範囲が広ければ広いほど、長期にわたる大がかりな調査が必要になります。

1) 研究の対象領域

研究の対象領域は、研究で知りたい現象と他の現象との境界を明確にすることによって決めていきます。たとえば私がおこなった「地域社会で生活するがん体験者にとっての健康の意味とその構造」という研究では、がん体験者の属性を、病名に対する認識や年齢、生活圏、健康レベル等で絞った上で、実際の調査をおこなっています。また、健康という概念からも、この研究の対象領域の境界を明確化することは可能です。ただし、私はあえて、健康の範囲を限られたものにするような、境界の設定の仕方は

おこないませんでした。まずは、がんによってもたらされたマイナスの影響をプラスに向けるような力が、がんを体験した人のなかに存在している状況をイメージして、「がん体験者にとっての健康」の意味を探求し始めました。

2) 研究対象とする現象の質

研究の対象領域は、対象とする現象の質からも影響を受けます。ある現象を研究で質的に明らかにするとしても、現象のとらえ方は、質的アプローチの方法によってさまざまです。たとえば、入院中の患者が他の入院患者と関係を持ち、相互作用をおこなうといった現象を例に取り比較してみます。

「ある特定の現象に対する、人々の主観的な意味を知りたい」という場合は、研究者と研究対象者との対話により、相手の主観的な体験の意味を理解していくという、現象学的アプローチが適しています。たとえば、いろいろな病気を抱えた自分以外の同室患者たちが、苦しみ悩む姿を入院中ずっと見てきたという体験が、その患者の退院後の内面の変化にもたらす意味を知りたいという場合には、現象学的アプローチを用いた研究をおこなうことができます。

「人々の生活様式」に焦点を当てることもできます。入院中の患者には患者なりの生活様式というものがありあます。朝6時に起きて、夜9時に就寝する、その間に、病状の安定した患者が、病状の重い患者をいたわり援助の手を差し出したり、はじめて体験する検査や治療に関する情報を、既に経験のある患者から得るなどといったことの中にも、入院患者の物の考え方や生活の仕方があらわされています。何らかの病気を持つという共通性を持った者同士が、同じ空間のなかで過ごすことによって生じる、生活の特性、パターンといったものを知りたい場合は、エスノグラフィのような方法が適しています。

また「社会的な相互作用」に焦点を当てたいときには、グラウンデッドセオリーという方法が適しているといわれます。たとえば、ある患者の回復意欲が、同室患者の病状の変化に影響を受けることがあるという事実に注目し、そのような場面で患者と患者が織りなす相互作用やそれに関わる医療者や家族の行動の特徴を観察していくという方法が、グラウンデッドセオリーを用いた研究ではとられます。

このように現象のとらえ方によって、それぞれ違った質的アプローチをとることができます。いくら始めに仮説を持たない質的研究でも、何かを発見するためには、どの部分を、どの程度の範囲で、またどのような方向で掘り下げていくのかといった研究の方向性が明確でないと、情報に振り回されて、收拾

がつかなくなってしまう。

3) 情報提供者の条件

臨床実践の場では、そこにいる患者すべてがケアの対象となりますが、研究の場合は、一定の条件を満たした人でないと対象にすることはできません。質的研究では対象者のことを、多くの場合、貴重な情報を提供してくれる人という意味も込めて、情報提供者と呼びます。

適切な情報提供者としての条件は、まず第1に「研究の対象領域に関する豊かな情報を持っている人である」ということです。対象領域に関する豊かな情報を持っているということは、そのことに関する豊富な体験があるということです。がん患者の心理状態に関する研究をおこなうにあたって、糖尿病や心臓病の患者を情報提供者に選んでも、対比事例として使うことはできても、がん患者の心理状態に関する話を聞くことはできないでしょう。

次に、「一般的な解釈を交えずに、自分の体験を情報として提供できる人である」という条件、これは結構忘れられがちなのですが、大切な条件です。質的研究は、いくつもの事実を集め、それを一つ一つ積み上げていくことによって、本当に知りたいものの本質に近づいていくという過程を必要とします。しかし、一般的な解釈を交えて話をする人は、事実を積み上げるための情報ではなく、あたかも本質に近づいたかのような情報を提供します。たとえば、配偶者をがんでなくした者の悲嘆過程について、質的研究によって明らかにしたい場合、「私の悲嘆は適応への準備状態を意味します」といった発言内容しか得られない人に、「研究者のおこなう解釈」の、吟味、確認をおこなうことはできません。研究者が知りたいのは、悲嘆に関する具体的な事実です、その事実が何を意味しているかは、研究者が具体的な情報を解釈しながら、データのなかから発見します。

最後に、情報提供者は「研究に協力することが可能な人」でなくてはなりません。これは何をあいても、先の2つの条件よりも先にクリアされなくてはならない条件です。質的研究の場合は、かなりの調査期間を必要とします。何度も話を聞き、必要であれば、情報提供者の内面的な部分にまでも入っていくことが必要になることもあります。それでも研究に協力できる人でなくては、倫理的にも問題であり、豊かなデータを得ることもできないでしょう。

ただし、このような条件を満たしている人や場面であれば、さまざまな人を情報提供者とすることができます。また、先程、がん患者のことを知りたいのなら、がん患者に聞かないと分からないと言

ましたが、家族や看護婦などの、その患者のことを良く知っている人であれば、情報源にすることもできます。研究課題に関する現象を体験している人以外から得た情報が、本当に正しいかどうかは、観察データに戻って、「周りの人はこう言っていますが、あなたの考えはどうですか？」と本人に確認すれば良いのです。当事者以外からの情報も、当事者から情報を得るときの比較の材料として用いることができます。つまり研究で知りたい現象に関連する情報であれば、何でも利用することは可能なわけです。ただし、それらの情報が、先に述べた情報提供者の条件を満たす人から得た情報か、それ以外の人から得た情報かの区別は明確にしておく必要があります。

一般的に、一つの研究に、どれくらいの情報提供者が必要かといえば、民族看護学という質的研究の方法論を示したレニンガーによると、小規模な研究であれば、だいたい7、8人位いれば充分だということです。ただし、この7、8人というのは、研究課題に関する実体験を持つ、主たる情報提供者のことであって、その他に、その人たちからの情報を支持する情報を提供してくれる人たちが、主たる情報提供者の倍数は必要だといわれます。また少し大きな研究になると、主たる情報提供者を有に15人は必要とし、その他の情報提供者を含めると、研究者は40~50人の対象者と関わることが必要になります。

しかし、これは標準的な指標であって、初心者の研究者の場合は、もっと多くの人たちと関わらないと、必要な情報を得ることができないこともあるでしょうし、研究方法に慣れてくれば、研究の早い段階から、データの中にパターンや規則性を見つけることが可能になることでしょう。

4. カテゴリの発見

質的研究におけるデータ収集や分析過程でおこなっていることは、研究対象になっている現象の中にパターンや規則性を見つけるという作業です。実際にはそれは、データの中からカテゴリーを見つけることによっておこなわれます。「カテゴリー」とは何らかの共通した特性をもつものの集まりです。共通性あるいは類似性を判断する基準は「違い」です。ここでは、私たちが会おう出来事や事柄は、いくつものカテゴリーを構成していると考えます。

図2はそのカテゴリーの構造を図にしたものです。カテゴリーの構造を詳しく見てみると、カテゴリーは、共通性を持つ出来事や物事の集まりを表象するカテゴリーの「名前」と、その名前によって表象されるカテゴリーの「具体的な内容」、それと両者の「意

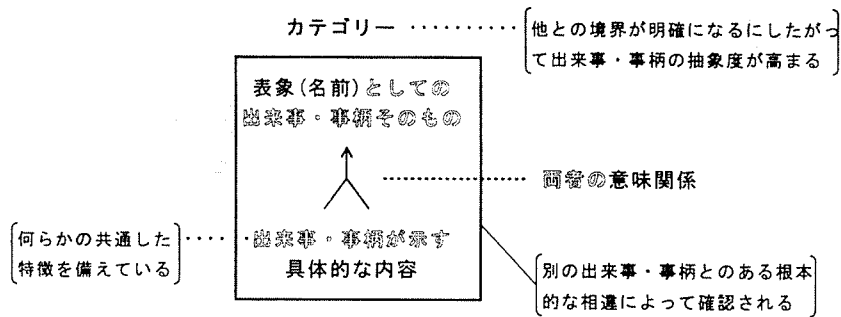


図2. 私たちのまわりの出来事や事柄を構成するカテゴリー

味関係」によって構成されています。

たとえば病院には、患者というカテゴリーに含まれる人々があります。その場合、「患者」はカテゴリー名です。そして私たちは、患者という名前を聞けば、糖尿病などの「病気を持っている」、「治療を受けている」、「ベッドに寝ている」といった特徴を持つ、具体的な人々をイメージすることができます。その特徴の一つ一つがカテゴリーの具体的な内容です。そして「特徴」そのものは、カテゴリーの名前とその具体的な内容を結びつけている意味関係を示しています。別の例を示すと、「患者」と聞いたとき、病室や診察室が頭に浮かべば、それは患者のいる場所をイメージしたわけで、「患者」と「病室、診察室…」を、『場所』という意味関係で結びつけてイメージしたことになります。

私たちは、「患者」や「看護婦」、「痛い」などのいろいろな言葉を使って一つの現象を説明します。つまり言葉と言葉、あるいは抽象的なカテゴリーとカテゴリーとを結びつけながら、コミュニケーション活動を成り立たせています。それらの結びつき方には、いくつかの型があり、だいたい言語は、特徴や場所、種類、因果関係（原因・結果）、理由、方法、作用、段階、部分といった意味関係によって結びついているといわれます。たとえば「発熱により学校を休んだ」という場合は、発熱が学校を休んだ『理由』になり、「感染症による発熱」という場合は、発熱は感染症に罹った『結果』になります。

つまりカテゴリーには、名前と、その名前により私たちが想像するものとがあり、さらにその名前と名前によって想像されるものは、何らかの意味を持った関係によって結びけられているわけです。研究では、これらのことをふまえた上でカテゴリーを探していきます。

私たちの周りの現象は、いくつものカテゴリーが何らかの規則性やパターンを持ちながら結びついて

きあがったものです。データ数が増えてくると、漠然としたデータの中に何らかの規則性が見えてくるはずですが、きっと、知りたい現象をあらわす代表的なカテゴリー名がいくつか見つかるはずですが、そして、その名前に関連した具体例を探していくと、その名前が意味する内容が、どんどんふくらんでいくはずですが、さらに「患者と医者を区別するものは何か？」というような、カテゴリー間の比較をすることで、カテゴリーの種類も増えていきます。

先に述べたように、カテゴリーとは、共通した特性をもつものの集まりです。私たちは物事の共通性を、類似性と差異性によって発見します。よって「AとBは同じ様にCとは違うので、AとBは仲間で、Cは別のもの」ということになります。

観察やインタビューで収集したデータは、はじめは、関係が複雑すぎてパターンも規則性もなかなか理解することはできません。そこで、まずは、その複雑な関係を一度バラバラにばらして、わかりやすい関係を探するという作業をします。このバラバラにするデータは、その後の分析の元になる生のデータです。ただし、この生のデータは、出来事や物事の類似性と差異性が分かる最小の大きさでなくてはなりません。

5. 具体から抽象のレベルへ

研究では、一度はその最小の単位までばらしたデータの一つずつを、「似ている」「違って」という判断の下に、データの中に規則性やパターンを見つけながら、つなげ直すという作業を積み上げていきます。つまり、具体的な生のデータからカテゴリーを形成し、研究過程が進むにしたがって、そのカテゴリーの抽象のレベルをあげていくわけです。

図3は、カテゴリーが抽象化されていくプロセスを示したものです。研究の対象領域が明らかになった段階で、見たいものの外枠は決まります。たと

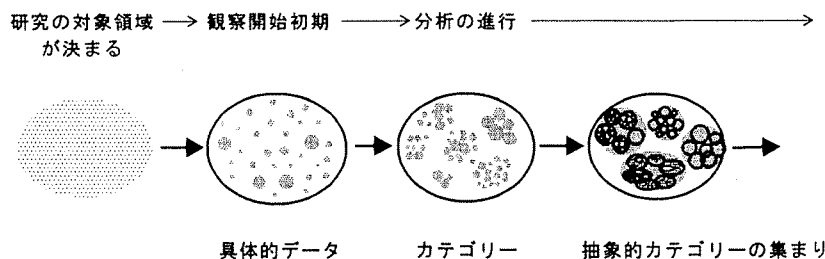


図3. カテゴリの具体から抽象へのプロセス

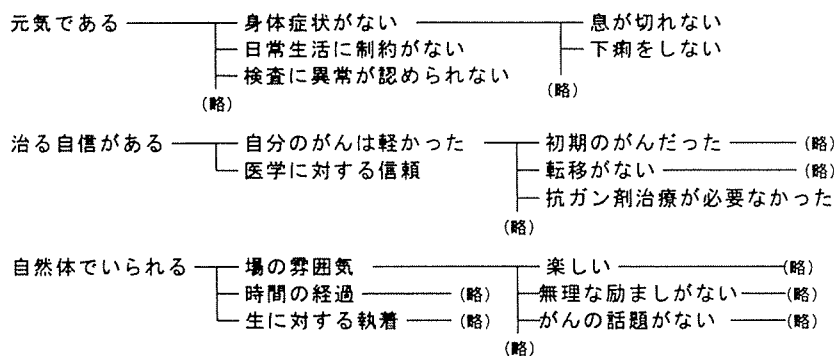


図4. がんによる切実な恐怖を感じさせない作用のあるカテゴリ

ばがんの告知を受けた患者に関連した研究であれば、枠の内側はがんの告知を受けている人、枠の外側はがんの告知を受けていない人等々です。次に、この枠内で、つまり研究目的にそって、データを収集し始めますが、はじめは仮説をもたないので、データを集めても、何が似ていて、何が違うのかがなかなか分からないのが実状です。ところが、はじめはバラバラで、単なる点の集まりとしてしか理解できなかったものが、研究が進むにしたがって、カテゴリという集合体で理解できるようになっていきます。そしてこのカテゴリの抽象のレベルを上げ、大きくして、概念と呼べるまでにしようというのが、質的研究の目指す所です。

カテゴリの抽象のレベルが上がるにしたがって、集合体の中に下位の集合体が形成されていきます。つまりカテゴリのサブカテゴリが見えてきます。先に例にあげた、がん体験者の健康に関する研究のなかで導き出されたカテゴリの一例でそれを見てみます。図4に示すように、「がんによる切実な恐怖を感じさせない」作用のあるカテゴリは、何段階かの階層をなして集まっています。そして下位のカテゴリほど具体的なものによって構成されています。たとえば、「元気である」よりも「身体症状がない」や「検査に異常が認められない」という方が具体的であり、また、「身体症状がない」よりも

「息が切れない」や「下痢をしない」の方が、より具体的だといえます。具体的であればあるほど、その言葉からイメージされるものは限定されます。そのため、その言葉によってイメージされるものの、イメージする者による差は少なくなります。一方、抽象的になればなるほど、イメージされるものの対象は膨らみます。それはカテゴリの抽象度が上がるにしたがって、カテゴリの具体的な中身が増えてくるからです。

6. 概念

カテゴリの抽象度を上げていくと、やがては「概念」と呼べるものになります。「概念」とは、研究対象の抽象的な特性です。つまり、概念というからは、それは一般的指針になり得るだけの抽象性を持ち、分析的でなくてはなりません。ある概念を示されたとき、それは具体的な諸特性を上げられるだけのものではなくてはなりません。質的研究過程にそって言い換えれば、それは概念を導き出した分析の過程が見えるものであること、つまりデータの一つ一つ積み上げることによって概念を導き出す、その積み上げに、飛躍がなければならないほどに、またその積み上げが密であればあるほどに、その概念は分析的だといえます。

質的研究の結果が、つまり研究によって導き出さ

れた概念が、単なる推測によって出てきたものではないことを示すためには、その概念が意味する具体的な諸特性を提示できなくてはなりません。たとえば、表3で示した「がんによる切実な恐怖を感じさせない」作用のあるカテゴリーは、「元気である」「治る自信がある」「自然体でいられる」の3つのサブカテゴリーをもっていました。このうち、「元気」とはどんなことをいうのかは、イメージしやすいでしょうが、「治る自信」となると少し複雑です。そこで、「治る自信」は、「自分のがんは軽かった」ということと「医学に対する信頼」より成るという説明が必要になります。それがあれば、がん体験者にとって「治る自信」とは何かがはっきりしてきます。また、がん体験者にとっての「元気」と、それ以外のの人にとっての「元気」とでは「元気」の意味が異なっているかもしれません。その結果は、「元気」というサブカテゴリーが何によって構成されているかが示されてはじめて、はっきりするのです。

ところで、分析が進み、カテゴリーの中身が増えるにしたがって、カテゴリーの抽象度は上がっていきませんが、それがカテゴリーの名前を見て、感覚的に分からないほどに抽象的になっても困ります。「概念」は感受性を活性化させるものでなくてはなりません。ところが、「感受性を活性化する」ということの捉え方には、質的研究の手法や研究者によって差があります。たとえば、グラウンデッドセオリーを用いた研究では、コーディングをしながらデータの抽象度を上げていくため、分析が進むにしたがっ

てデータは、研究者の言葉に置き換わっていきます。しかし、私は先程のがん体験者に関する研究で、分析が進んでも、できるだけがん体験者の生の言葉をカテゴリーのなかに残そうと試みました。この研究で私がとったエスノグラフィという方法は、研究対象になる人々の使う言語をととても大切にすることです。一方、ある種の現象学的方法論に基づいた研究では、真実は隠喩として絵画や音楽などの何かに象徴させなくては示せない、といった考えをするものもあります。このように感受性を活性化する方法は、その方法論によってさまざまです。

しかし、看護実践の場では、答えを絵画や音楽で出されても、実用性に欠けるという問題があります。看護研究であるからには、一般の看護婦に共通の理解ができる程度の抽象性を持った結果で提示されることが必要です。

7. 探求のレベル

カテゴリーの抽象度をどこまで上げるかは、どこまで探求のレベルを深めるかにもかかわってきます。科学研究における探求のレベルは、①記述、②探索、③説明、④予測とコントロールに分類することができ、番号が進むにしたがって探求のレベルは深まります。そしてこれは、質的研究にも当てはまるものだと考えます。

まず、研究対象とする現象を説明する重要なカテゴリーを取り出し、その現象を記述する研究は、探求のレベルでいうと「記述」のレベルに当たります。

表3. がん体験者にとっての健康の意味を構成する17領域のカテゴリー

1. 結局は自分だという思い (の種類)
2. がん (の特徴)
3. 普通に生活しているとはいえない (理由)
4. 普通の生活 (の一部)
5. つらい (段階)
6. がんのことが心の片隅にあっても普通でいられる (段階)
7. 甘えちゃいけない (理由)
8. 今を大切に生きる (理由)
9. 開き直す (理由)
10. 気持ちを安定させる (方法)
11. 自信をつける (方法)
12. 自律する (方法)
13. 病気のことが頭に浮かぶ (原因)
14. 言葉を呑み込む (原因)
15. 生活の基盤 (の種類)
16. 心のよりどころとなる (作用のあるもの)
17. がんによる切実な恐怖を感じさせない (作用のあるもの)

たとえば、先程「がんによる切実な恐怖を感じさせない」というカテゴリーの例を示しましたが、この研究で明らかになったカテゴリーは、全部で17（表3）ありました。この17のカテゴリーを取り出すまでを研究の目的として、明らかになった17のカテゴリーとその下位のカテゴリーを用いて、現象を記述するということができます。このレベルの研究は、質的研究に一般的なもの、このレベルに探求を留めることもできます。

もう一段階進めて、現象間の関係を探し出し、仮説を設定したり、関係の意味を説明したりする場合は、いわゆる「探索」といわれる探求のレベルの研究になります。ただし、質的研究を用いて、ここまで探求のレベルを深めるためには、かなりの量のデータと解釈を必要とします。たとえば、私は先程の研究で、17のカテゴリーのうちの3つ：「今を大切に生きる」「甘えちゃいけない」「開き直す」が持つ共通な意味を、もう一つのカテゴリー「結局は自分だ」と関係づけながら導き出し、『がん体験者が自分に与えられた状況を引き受けようとしている態度』を意味するものとししました。そして、これらのカテゴリー間の関係と関係の意味を図にして、各カテゴリーを構成するサブカテゴリーや生のデータを用いながらさらに詳しい説明をおこないました。この研究で、ここまで探求のレベルを深めるためには、最終的に1500の構成単位を必要としました。この1500の構成単位は、17のカテゴリーに分析される過程で、3回層以上のサブカテゴリーを形成しました。

カテゴリー間の関係を設定したり、関係の意味を取り出すということは、研究者の解釈によっておこなわれます。その解釈が研究者の単なる思いこみではなく、研究過程で引き出されたものであることを示すためには、分析的なカテゴリーと、その分析を支持する豊富なデータとが必要です。これらがあるこそ、研究で明らかになった重要な関係を一つの仮説として提示することができるのです。

そして、研究によって現象間の関係とその因果の過程を理解することができるようになるには、さらに探求のレベルを深めていくことが必要になります。つまりそれは、「説明」という探求のレベルの研究です。量的研究では、「Xという原因によって、Yという結果が生じる」という因果関係を証明することはできても、「なぜXによってYが生じるのか」という問いに対する説明はできません。この「なぜ」の部分の説明を、「説明」のレベルにあたる質的研

究では、研究結果として提示することができます。

たとえば、先程の研究では、がん体験者が「普通の生活」をおこなうためには、「結局は自分だ」という自覚がとても重要な働きをすることが分かりました。「結局は自分だ」と「普通の生活」は研究過程で取り出されたカテゴリーです。この研究で、研究結果を説明する際の力点は、がんによって『特別なこと』になってしまった「普通の生活」が、再び『日々の生活の一部』になるプロセスに、「結局は自分だ」という自覚が、どのようなかたちで、どのように影響しているかという点にあります。したがって、当然、この2つのカテゴリー間の関係を証明するために、他のカテゴリーを操作するようなことはおこなっていません。むしろ他のカテゴリーの影響を、説明のなかに積極的に取り入れていくということをおこないました。つまりカテゴリー間の類似性や違いを一元的なものに留めず、多次元的なかたちで説明する努力をしたことになります。

ただし、日本看護科学会誌等に発表した、がん体験者の健康に関するこの研究が、「説明」という探求のレベルに達するものかどうかというと、そうはいえないと思っています。現象間の関係とその因果の過程を理解できるような説明をおこなうためには、かなり濃い内容の記述が必要になります。一冊の本になるような記述です。学会誌にはそこまでの記述を載せることはできなかったからです。しかし、もしそれが可能で、さらにもっとさまざまな幅広い状況に対して、充分適応可能な一般性を持たせて現象を説明することができたなら、質的研究の結果を理論として発表することも可能です。ただそのためには、多くの現象間での比較が必要です。今回の私の研究では、自分ががんであると認識している人だけを扱っていますし、外来で化学療法などの治療を受けている人もいませんでした。結果の適応範囲はかなり限られたものでしかありません。もし理論として質的研究結果を提示したいならば、発見された概念あるいは概念間の関係のある程度コントロールしても、全体の構造が崩れることがないほど、時と共に変化する実際の状況に則した結果でなくてはなりません。

私のおこなった研究例を用いながら、質的研究方法についての説明を試みてきましたが、一番大切に、重要なことは、それは質的研究の理解への早道にもなるのですが、実際に自分で研究をしてみることだと思います。