

## 特別講演

# 現場でこそ生きる看護研究を！

講師 黒田裕子（日本赤十字看護大学）

### 1. 実践と看護研究の関係

私たちナースは日々さまざまな援助を行っています。たとえば食事を援助している場面を考えてみて下さい。その援助の方法ひとつをとってみても、研究的視点で探求していくことで、少しでも患者さんに有効な援助をしていけるようになるのではないかと考えます。あるいは、私たちナースはドクターとは専門性が異なっていて治療の選択肢がなくなってしまうような患者さんや、死を免れ得ないような患者さん、あるいは意識が全く戻らない患者さんに毎日言葉をかけながら援助をしていると思います。そのときに、いかにして援助することが対象の癒しや生きる意味を高めていけるのか、というようなヒューマンケア、ケアリングを中心においた看護を提供していると思います。このときに、対象にどのような言葉かけをすればいいのか、どのようなテクニックを使ってかわかっていけばいいのかは、すぐに見えてくるものではないのですが、少しずつ探求しながら個性を反映したケアを日々考えているかと思えます。

以上のように、私たちは現場では日々大変難しい援助をしていると思います。しかしながら、如何せん、現場で行っていることと研究が遊離していることが多いのではないかと思うのです。研究は研究、現場は現場、という遊離した捉え方です。

本日私がお話したいのは、皆さん方が毎日行っているケア場面の中で、もっといい方法はないか、もっと異なったケアの選択肢はないのだろうか、と、ナースであれば誰もが考えるようなこと、そこにどう研究的視点を持っていけばいいのかという、現場でこそ生きる看護研究の視点です。看護ケアに還元していけるような探求、問題解決、それを研究的に捉えて考えていくことは現場には逆になくってはならないことだと思います。

### 2. 現場から生じる研究疑問

今日は、『研究テーマ』とか、『研究課題』という以前に、研究するに値するような疑問だろうか

という意味で『研究疑問』という言葉を使わせて頂きます。これは『リサーチ・クエスチョン (research question)』という言葉で英語文献で紹介されていますが、科学的な探求をするに値する疑問というニュアンスで捉えて下さい。現場で生じた疑問がすべて研究できる、ということでもありません。研究をしなくても解決できるような疑問の場合もあるでしょう。その辺で私たちは躓くことが多いわけです。

現場では、「歴代この病棟ではこのようなテーマでやっていたから私たち研究係も同じテーマでやって行こう！」とか、婦長さんが、「このテーマで研究してみたら……」と言ってくれたとかの研究動機を多く見かけます。つまり、研究する前からテーマが既にあり、それに基づいて研究するというスタイルが結構多かったのではないかとと思うのです。

しかしながら、本来看護研究は強制的に与えられたテーマで行うのではなく、私たちが毎日感じている、体験している中から、研究したらもっともって見えてくる、研究することによって何か科学的に追究できる、そのようなところからスタートすることだと私は考えています。毎日のケア場面の営みとか、ケア場面で皆さん方が何を考えているか、何を看護記録で表現しようとしているか、どのようなことに困っているのか。そのようなことがスタートラインになるのです。毎日のケア場面で何も考えないでケアしていたり、何も考えないでルーティン業務をこなし、「はい、17時になったから終わり。さようなら」というサラリーマン的スタイルで日々を送っていたら、たぶん研究など考えつきもしないでしょうし、疑問など全くないのではないかと思います。

私たちは、「これで本当に良い看護と言えるのだろうか」というような疑問や問題を感じながらケアをしていると思います。管理者もそのことについてスタッフたちを刺激し、これで本当にいいのかということスタッフたちに投げかけていく。

それが本当に研究の始まりだと思います。考えれば考えるほど、多くの疑問とか問題が見えてくると思うのです。ですから、一人一人のナースがどのような意識でケアを行っているのかが、研究に結びつく疑問につながっていくかどうかにかかっているのではないかと思います。

### 3. 研究テーマ絞り込みプロセスの重要性

私は研究テーマを絞り込むプロセスが重要だと考えています。研究テーマが見い出せるということは、研究全体の中で7割くらいが決まったくらい大切です。私も実践家の研究指導に携わりながら、彼らが研究したいと思っている事実状況をゆがめて捉えていて、思い込みで走っている、そのようなことに多く出くわすわけです。どうしてそのように考えるのかなと不思議なのです。

研究テーマを絞り込む時に大切なことは事実状況の把握です。疑問を生じたその現象、事実に対してどのくらい見えているのか、どのくらいつかんでいるのか、客観的な状況を正確に掴んでいるのがスタートで大切になってきます。そのために、私たちナースは、論理的思考をしていかなければなりません。考えたことを書いて書いて書きまくるのです。書いていくなかで、研究テーマを絞り込んでいくという作業をするのです。考えていることを成文化していく作業です。その作業の中で、文章を書くことに困難が生じることと思います。たとえば、「てにをは」がなかったり、主語がなかったりする。それで書いてあることが全然わからない。本人も書くうちにわからなくなって、「私はいったい何を考えていたのでしょうか」ということで混乱してくるのです。

しっかりと事実を捉え、たとえば、「この病棟は時間外勤務が多い」というのであれば、何分、平均でどれくらいなのかとか、時間外勤務と言われる17時～18時頃までナースたちはいったい何をしているのか、そこで行っている事実を書かないと見えてきません。時間外が多いという雰囲気とかイメージではなく、客観的事実に近づいていくことをしなければいけません。何をもち「多い」とするのか、何をもち「不足だ」と考えるのか。基準があるから多いとか少ないがあるので、基準をどの辺にもっていつているのかといったことに対して疎くなってしまっていることもあります。確かに経験的なことは私たちは強いので、直感的な把握をすることも多いので、全体的に事実をつかんでいる部分はあるのです。確かにつかんでい

らっしゃるのです。それをどう第三者に説明できるのか。言いたいことが言えないというもどかしさがあって、それが書けないことが多いのです。研究はそれができなかつたら、次には行けないのです。

とにかく書きながら研究テーマを絞り込む訓練を一番目においてみましょう。そして、なぜそれを研究しなければならないのかという研究の動機を一生懸命ディスカッションしていきましょう。また、何のために研究しなければいけないのか、何を見いだそうとしているのかという目的、そこも一生懸命ディスカッションしていきましょう。そして、とにかく研究疑問、何が疑問かをどんどん膨らませながらB4版1枚くらいの用紙にいっぱい書いてみてください。

### 4. 研究テーマの絞り込みプロセスで陥りやすい失敗例

それではここで研究テーマの絞り込みプロセスで陥りやすい失敗例をいくつか見てみましょう。

1) 業務改善と研究を同じレベルで考えている例  
業務改善は、扱おうとする事象が多くありすぎて、1回の研究で明確になるようなことは業務改善でやろうとすることの千分の一ぐらいと言えます。業務改善は、業務をうまく機能する方向に変えていくものであり、そのためにいろいろな事象に対処していかなければならないのです。できる限り早く実践に移していった方が良い業務改善と研究は別物なのです。しかしながら、多くの人は業務改善イコール研究と考える向きが多いと思います。

臨床15年目の看護師のIさん(仮称)の例です。

Iさんは、手術室勤務を15年されています。Iさんは日頃から感染症対策マニュアルについて悩んでいて、明確なマニュアルがない状況の中で、統一が必要だという「統一必要派」と、「状況によって対処すればいい」派にスタッフたちがわかれているようです。対策マニュアルはあることはあるのですが、その内容も矛盾していると考えています。特にMRSAの患者の場合は、部屋は消毒するけれども、人間はお風呂とかに入ったりしないで、消毒もしないで、着替えだけで次の手術についている。感染症で使った部屋は次の手術に使用しないが、人間が無対処ではいけないのではないかと考えています。Iさんはマニュアルが必要だと思っているようですが、マニュアルを作ったらまた仕事に徹せられないかもしれないとか、

出血が多い手術と出血が少ない手術を同じにする必要はないのではないかと、いろいろ考えて、結局、最終的に落ち着いたのは、適正なマニュアルを作りたいということでした。

Iさんのこの疑問はすばらしいし、毎日いろいろ出くわしながら問題を解決していこうと考えているから気づいていることが多いのだと思います。Iさんの考えるようにマニュアルは作った方がよいのではないかと思います。ただ、マニュアルを作ることと研究は同じではないので、とにかくマニュアルはスタッフどおしで話し合いながら作っていったらどうかと考えます。

Iさんの例に似た疑問は結構多いのです。「退院指導マニュアルを作りたい」「看護基準を作りたい」「パンフレットを作りたい」「チェックリストを作りたい」、それは大いに結構だと思います。どんどんやっていただきたい。ただ、それと研究とを混同しないという整理が大事です。研究は何か一部だけを科学的に追究して時間をかけて探求していけば、何か問題を解決できる。でも、それはマニュアルの全貌ではなくて一部なのです。それくらい研究とは大変なことなのです。あまりに膨大な内容を含んでいますと整理しきれないし、いったい何のために研究をしているのかが見えなくなってしまうのです。

## 2) すでに過去に研究がありそうな例

外科系で臨床11年目のKさん(仮称)の例です。Kさんは、ストーマ造設患者の退院指導を、今はパンフレットを用いて実施していますが、「退院指導内容がこれでよいかどうか、退院後の患者を調査して今後の指導に生かしたい」と考え、これが研究になるのだろうかどうか悩んでいます。

ストーマ患者のケアは現在ETという専門職によって成されるようになってきました。Kさんが考えたような研究は、実は看護研究で非常に多く報告されているのです。ですから、この視点だけではもう古いのではないかと考えます。過去の研究の視点を超えるような研究をする必要がありそうです。たとえば、ナースたちが作ったパンフレットの評価、つまり退院指導の評価のために評価研究を目指してみるとかです。もう少し進んだ視点で研究した方がよいのではないだろうかと思いません。

看護研究は1999年現在膨大な量が行われています。文献検索すれば、ここ5年くらいの一定水準の水準をもった研究は全部検索することができます。その文献をレビューしてみれば、この領域で

どの程度の研究が成されているかは一目瞭然です。過去の研究結果を生かして次のステップに進む、ということが今後の研究には必要なこととなります。ですから、あなたの病院だけを見ても何も見えてきません。全国水準を見渡したうえで、あなたの考えていることがこの時代でどのくらいの位置づけにあるのか、これは文献で見えてきます。石川県にいても沖縄のことがわかる、その領域についてどのようなことが新しいトピックスなのかがわかるのです。やはり、研究する以上、研究結果の貢献がその研究の価値を決めます。価値ある研究は視点がアップ・トゥ・デイトだと思います。そのために文献をぜひ検索して、研究領域の周辺文献を読んでおくことが大切です。

## 3) あまりにも膨大なことを考えている例

内科病棟のO婦長さん(仮称)の例です。

この病棟では、看護部の方針を受けて固定チーム・ナース及び継続受け持ち制を実施し8年近くになります。60床の内科病棟ですが、受け持ち方式を病室を単位として複数のナースで受け持つ方式から、患者を単位として受け持つ方式に変更したそうです。そこで今回は受け持ちナースとしてどれだけ役割を果たしているのかを評価したいと考えています。「私があなたの受け持ちナースです」と患者に公表したことによって、ナースの具体的な行動がどのように変わったのかを、今回は看護記録を振り返って評価したいという結論に至ったようです。

さて、O婦長さんが考えていることが膨大な事象を指しているということにお気づきでしょうか。また、O婦長さんの思い込み思考が事象の捉え方をゆがめています。つまり、「ナースの受け持ち体制が変わったのだから患者も絶対に良い評価をしているに違いない。ナースたちの役割は発揮されているに違いない」このような思考の前提が見えてきます。そして、そのことを証明したいと今回意気込んでいるようなのです。

さらに、ナースが役割を果たしているのかどうかを追究するということになってくると、指している事象の範囲は大きすぎます。ですから、まずはとにかく看護体制云々よりも、看護ケアの質を評価するとはいったいどういうことなのか、患者側から評価するのか、ナース側から評価するのか。O婦長さんは看護記録を使いたいとおっしゃっていますが、記録からどれくらいケアの質が見えるのか、ちょっと疑問です。ナースの行動がすべて記録されているわけではありません。記録はおそ

らくその一部分だけでしょうし、圧縮した記録内容の中でナースの役割発揮行動が見えてくるのでしょうか。

O婦長さんの場合は、追究しようとする事象を限定することから再度考えてみることをおすすめします。

#### 4) 研究しようとしている事象に看護の視点が反映されていない例

外科系で臨床9年目のHさん(仮称)の例です。53床の消化器外科病棟で、ウィークデイは日に2~3件の手術があって非常に忙しいようです。その中でも週1~3件は大腸の手術があるようです。全処置としての下剤や浣腸を指示量実施しても、患者さんの便は有形に近く、下痢や水様便にならないといけないのが有形になってしまっていて、追加の浣腸を行うことが多いようです。しかしそれでも、「便だらけで浣腸を追加した」と手術室ナースから苦情がきたそうです。そのため注意を受けたナースは、その後必要以上に浣腸の指示をもらったり、経験が浅いと同じことが起こり得るそうです。

そこで今回患者さん個々に合った処置を行いたいので、誰でも判断できるようなスケールを作りたい、という結論に至ったようです。研究でスケールを作りたい、ということで、どのようにして作成しようか、今までにあるのか、便性、回数、術式、狭さくなどの項目を考えたようです。また、「腸がきれいだった」という判断はどうするのか、手術中医師に聞くのか、といったようなことを考えているようです。

さて、大腸の術前処置はとても大変です。患者さんも苦しいのですけれど、術後の合併症等を考えると重要です。ただ、Hさんの頭の中の主体が「便」となっているようなのです。「便」「腸」「きれい」という発想が見えるのです。それはナースとして非常に重要なことです。術後のリーク率や狭窄が強い患者さんは術前に便を出しておかないと手術がスムーズにできないわけですから。ただ、やはり看護研究であると、「便」だけというよりは、大腸手術を受ける患者さんの人間の苦悩という視点も含めて考えた方がよいのではないかと思います。もちろんHさんも考えていらっしゃると思うのですけれど、患者さんにとって術前処置というのはすごく苦しいものです。へとへとで死にそうなのです。生身の人間ですので、「便は有形はだめ」というナースの視点は理解できるのですけれど、そのことも含めて考えてあげると、

もっとより大きな視点で術前の処置が考えていけるのではないのでしょうか。

#### 5) 専門家に来てもらって話を聞いたり、文献などで知見を得れば解決する例

混合病棟のT婦長さん(仮称)の例です。

530床の総合病院で、3年制の看護学校が併設されています。専任教員は4名です。臨床指導者は内科系1名、外科系1名、婦人科系1名と配置されています。このような背景のために、学生が実習する際には臨床指導者がかけもちで各病棟を受け持って学生指導をしているそうです。しかし、T婦長さんの病棟は混合病棟なので常勤の臨床指導者はいないそうです。また、専任教員は時折巡視するシステムだそうで、学生の指導は病棟側にゆだねられている状況のようです。学生は1日5~6名が定期的の実習に来ており、毎日の指導はスタッフ一人一人が業務をこなしながら行っており、学生は1人の受け持ち実習をしているようです。

今回研究しようと考えているのは、スタッフ個々に指導のレベルが画一的ではない、指導方法も個々のナースによって異なっていて、また毎日指導者が違うこともあり、統一した指導が実施されていないと思いジレンマを感じている、ということでした。そこで今回研究テーマとしては、効果的な指導を行うための方法など、何か研究として成り立つテーマを考え、絞り込み、研究したいという結論に至ったようです。

さて、元来、実習とは学校側がイニシアティブをとるものだと考えます。病院側に「おんぶにだっこ」ではなくて、学校側が実習目的、目標、そして方法について臨床指導者に明確な説明をしなければならぬと思います。専任教員の数の少なさについては何も言えませんが、学校側が病院側が困らないように徹底した説明やマニュアル、実習指導要領などを準備するべきだと思うのです。

学校側が対処すべき問題をT婦長さんが抱えて困っているというのは基本的にナンセンスなことだと思うのです。3年制の課程であれば、1年次、2年次、3年次の学生、それも前期、後期と実習目的や目標が全体カリキュラムの中で位置づけられているので、3年間の中の今はこの段階だということは学校側しか理解できないものです。臨床指導について外部講師を呼んで話を聞いたりすればスタッフたちはそんなには困らないのではないかと思います。

#### 6) 研究疑問を導き出すための思考が論理的ではない例

次は、H A 婦長さん（仮称）の例です。

呼吸器40床、消化器10床、計50床の病棟で、年間60名近くの患者さんが死亡退院されており、終末期の患者さんが多い病棟です。患者さんは家族と一緒に臨終を迎えているようです。終末期のケアにおいては、患者だけではなく家族ケアも大切だとH A 婦長さんは考えているようです。

しかし、当病棟の終末期の患者さんの問題リストには、家族ケアに対する問題点は書かれていないのです、とH A 婦長さんは指摘します。また、実施した看護、書き残している看護記録にも家族ケアが書かれていないことに疑問を持ったようです。

H A 婦長さんの思考が、「終末期ケアにおいては家族ケアも重要である」、というところから、「看護記録」に飛んでいることにお気づきでしょうか。なぜ「記録」なのでしょう。H A 婦長さんが記録のことを思考のはじめから問題視していればスムーズな思考と言えるのですが……。

そして今回研究として「家族ケアを記録に残すことに対するナースの意識」を取り上げたいという結論に達しています。H A 婦長さんは、「実施している看護を記録に残すことは当然のことである。なのに書かれていない、なぜか」と、憤慨しています。「そこでスタッフ20名に、家族ケアおよび記録への意識調査を行い、看護記録の中に、家族ケアの実際が書かれていないのはなぜか、要因を明らかにしたい」と考えたようです。

思考が論理的でない例です。

H A 婦長さんが「記録」ということを問題として捉え、「記録をのぞいてみたらこのようなことは書かれているけれども、このようなことは書かれていない」であればH A さんの思考の流れは見えてくるのです。しかし、H A 婦長さんの思考がまず「家族ケア」にあり、この病棟では家族ケアも含めて終末期ケアが十分成されていると考えていて、その後、「それが記録に書かれていないのは何故か」と進んでいくことが理解しがたいのです。そして、その後ナースたちの意識を調査したい、と進んでいくあたりは、何をテーマに何を研究するのかがどんどんずれていっているのです。たぶん、H A 婦長さんご自身も気づかれていないのではないかと思います。

終末期ケアの、とりわけ家族に対するケアを追究していくのであれば、思考はH A 婦長さんの考えている方向とは異なった方向に向かうでしょう。いっぽう、看護記録を研究のターゲットとするの

であれば、また異なった方向に向かうことでしょう。さらに、ナースの能力に関心があって研究しようとするのであれば、また異なった方向にいくはずですよ。

以上、研究テーマの絞り込みプロセスで陥りやすい典型的な例を見てきました。

## 5. 研究テーマを絞り込んだあとは「研究計画書」を作る

### 1) 「研究計画書」とは

研究テーマを絞り込んだあと、研究の主要な要素を明確にして、研究の方向性を確認するために「研究計画書」を作成します。「研究計画書」は、研究プロセスで路頭に迷うことのないように研究者を方向づけてくれるもの、だから「バイブル」とも呼んでいます。「研究計画書」作成にあたっては時間をかけるように指導しています。「研究計画書」についてディスカッションをする会やカンファレンスなどを持てば、非常に視野が広がっていきます。

たとえば1年間くらいかけての研究が現場では多いスタイルなので、ちょっと考えてみると、今年度の4、5月から始めましょうというとき、4、5月から始めては遅いのです。その前の年の1月くらいから次の年の研究グループが集まって話し合いを始めて、テーマを絞り込んで、そしてやっと3月くらいにテーマが決まって「研究計画書」を作り始めて、5月か6月くらいに大体「研究計画書」ができることがとても理想的です。ここで発表会などを開いて、いろいろな人に意見をもらって、そのあとはフィールド交渉（現場の方はフィールド交渉はいらないと思いますが）、データをずっと集めていただいて、10月くらいにはデータ収集が終わって、あとは分析と論文、1月に発表会というようになるのではないかと考えているのです。

### 2) 研究計画書の作成；研究テーマと含まれている概念（変数）の定義

それでは「研究計画書」の内容に触れていきましょう。

まず、研究テーマあるいは研究課題を表現します。研究テーマに含まれているキーワードは何か、主要な概念は何かを明らかにします。たとえば、「人工透析を受ける患者さんのソーシャル・サポート」という研究であれば、「人工透析患者」と「ソーシャル・サポート」がキーワードとなります。キーワードが明確でなければ文献検索もできません。したがって、ある程度キーワードを決め

ておく必要があります。

特に、「量的な研究」を行う方は、質問紙やアンケート用紙などを作ることになるかと思えます。すなわち、作った質問紙のその範囲の中でしか研究はできないので、逆に言えば、質問紙以外のものは全部落ちていってしまっているのです。その質問紙に限定するためのあきらめが必要となります。ですから、量の研究の方はしっかりした、概念(変数)の定義が必要です。少し難しい言葉ですが、「概念枠組み」といわれる言葉があります。この研究ではどのような「概念枠組み」のもとで研究しますよというお断りのようなものがいます。それを決め、その概念枠組みの海の中で泳ぐのですよ、という研究が「量」の研究です。

一方、「質的な研究」を行う方は、量の研究とは全くスタイルが違います。研究をすることによって新しく見だしていく、という逆の方向をとるので、定義などは全くいりません。定義に関する勉強はしていいですけど、定義を決めてかからなくてもフリーでいいです。たとえば、「精神分裂病の患者の希望」ということに着目して見ます。希望とはどのようなことをこの研究で見だしていきたいとした場合、「希望」とは何かとは全く知らないわけです。その研究をすることによって、データを集めることによって、最終的に「希望とは、こうであった」と見だしていくのがゴールなのです。帰納法といいまして、研究をすることによって概念化したり、理論化したり、構造化したりという発見をすることが「質」の研究なのです。ですから、「質」の研究の人は、特に定義に関するきちんとした決まり事はいりませんが、ただ、どのようなフィロソフィー、スタンスで研究しようとするのかは一応決めた方が良く考えます。

3) 質の研究；どのようなフィロソフィーやスタンスで現象に入っていくのかを考えたいうえで選択する

最近、グランデッド・セオリー・アプローチという手法を耳にする方も多いと思えます。これは象徴的相互作用論という理論を基礎に置いています。人と人は社会的相互作用を、たとえば、言語や手振り、身振りなどによって営んでいます。今、壇上の私と皆さんは1対200~300で社会的相互作用を営んでいます。今、私は「身振り」をしていますね。「言語」をしゃべっています。それで皆さん方に訴えているのです。皆さん方は私の表情をどこかで見ていますけれども、私の表情

を見たり、言語を聞いたり、身振りを見たりして私が伝えているメッセージを読みとっているのです。読みとったことを介して、こうやってうなずいている人もいるし、中には寝ている人もいますのですけれど、首をひねったり、顔をゆがめたりしていますよね。私の送ったメッセージに対する意味を読みとって、また読みとったことを私に返して、ここに相互作用が成り立っています。1対300ですけれど、一応相互作用がここにあります。

看護の現場をちょっと考えてみると、手術室で器械を洗っているときは器械対自分ですけれど、大体人がいるのです。必ず看護の現場では人と人がいる、ドクターとナースだったり、ナース対ナースだったり、患者対ナースだったり、絶えず相互作用を繰り返しています。看護の現場で相互作用が営まれている文脈で人と人のやりとりに関するデータを集めることで発見していけるような現象を研究テーマとして選択した人は、グランデッド・セオリー・アプローチが有用なのです。

たとえば、「患者-看護婦関係に存在する関心の構造を見だす」とか、あるいは、集中治療室に急性心筋梗塞症で入室した患者さんは医療従事者に囲まれますね。家族とはときどき面会時だけ会う。そのようなやりとりの中でどのような行為の変容をしているのかという研究。また、集中治療室の患者は一人で生きているわけではない。一人だったら死んでしまうので、だれかに支配されているのです。支配下にいる中でどのように自分の意味を見出ししているのか。それをどう周りが読みとり、どのようなやりとりをしているのか。今は、急性心筋梗塞では、高度医療施設では大体1日半で出たりする。昔は1週間だったのにすごく変わっているのです。そのような中のやりとりの支配状況で患者はどのようなメッセージを出して、それをどう読みとっているのか。それは非常におもしろい現象ですね。そのことを発見することで、看護がどのようなケアをするのかを考えていく材料が得られる。看護の現場のいろいろな文脈には相互作用が多く存在します。逆に相互作用があるから、患者さんは自分のニードを出し、そのニードをナースが読みとり、それを返していく。このようなことで毎日のことが行われているはずなのです。これはオーランドも理論で言っています。援助を必要とするニードが患者さんにある、それをナースがどう読みとり、それにどう返すか、言ってみれば、そのようなことはグランデッド・セオリー・アプローチのとても大切なテーマなの

です。

いっぽう、現象学的なアプローチという方法をとった場合を考えてみましょう。これは人間の体験の本質を追究するような現象で使われるのです。たとえば、クリティカルケア領域で15年くらい経験してきているナースがいます。彼女にはすごい自信があって、それは直感が働くというような生やさしいものではなくて、もっと何かある、と突然言いました。それを研究したいということになりました。それを研究するとなると、ナースの持っている本質というナースの体験の本質、「やりとり」を見ながらというよりは、ナースが患者をどうとらえ、どうケアするのか、そこで何を考えているのかを深く取り上げた方がいいのではないかということになりました。今、超ベテランナースでクリティカルケアの数人のナースを対象に、深層インタビューを何回も行い、振り返ってもらって、そこから何かを出してくることを試みています。

現象学的なアプローチでは、人間体験の本質を現象として捉えるのです。体験とは主観ですよ。その主観に研究者が入り込んでいく、その主観をどのように導き出すか、テクニックも大切になります。現象学は、その対象である患者の主観にどれくらい共感できるか、相互主観性がどれくらい持てるのかという能力が問われています。なかなか大変ですが、研究者が客観性にとらわれず、対象の主観を自分が共感しながら引き出してくることがすごく問われます。

このほかに、人類学からエソノグラフィーという方法を学び、マッドラー・レーニンガー先生が『レーニンガーの看護民族史学』を説いています。フィールドワーク、主に参加観察法を用います。レーニンガー先生は自分が文化人類学で博士号を取る中で、ニューギニアの「ガップサップ族」という部族と一緒に1年間住んで、「ガップサップ族」の生活様式を研究しています。どこか見知らぬアフリカに住んで、そこで人々と暮らす中で、生活の仕方、ものの見方、考え方、食事の仕方、いろいろ学びながらフィールドノートに書きつづって、そこからパターン化していく。そのことを全部示していく方法が文化人類学の方法なのですが、それをレーニンガーさんが看護に取り入れて、看護民族史学法として私たちに教えてくださっているのです。ケア現象をとにかく文化という、ある文化を持っている集団、例えば小児科で慢性病で、もうそこから学校に通っているような、非常

に長いこと慢性病を患っていて家に帰らなくてそこで暮らしている慢性患児たちの文化はどのようなものか、特有の結核病棟で3か月、6か月入院している患者さんたちの持っている文化などに着目して行動を見いだしていく。そのようなことにも興味があればこの手法が使えます。

このようにフィロソフィーやスタンスが質的研究でもいろいろ異なります。

質的研究は1980年代後半から発展してきて今日に至っています。それまでは「科学的な研究ではない」と言われたようですが、現在では看護研究にはなくてはならない研究となってきています。「質」の研究から見いだされた結果は着実に看護界、看護ケアに貢献しているのではないかと私は思っています。

また、看護研究の指導者としては量的研究でも質的研究でも一定程度は知っていかなければいけません。そのために、自分が研究していなくてもやはりいろいろな手法を知って、研究をしようとしている人が何を考えているのかを大切にしながら、その人にとって関心のあること、その人がやりたいことに向けた研究法を紹介し、指導しなければならないと考えています。指導者は引き出しをいっぱい持っていて、ここには黄色の引き出し、あなたは赤ですよと言ってあげることが、全部知らなくても、自分ができなくても、指導者の役割だと思えます。

#### 4) 研究計画書；動機と目的を考える

おそらく研究動機は、文献に基づいたものか、体験談になるはず。特に、ナースたちの「このような体験をしたのだけれど……」というような動機は多いのではないのでしょうか。あるいは、文献を検討していて、「このような研究があったから、私もこのような方向で研究してみよう」とか、「ここで報告されているこの研究とは違う視点からこの研究で扱っているような現象を捉えてみよう」などということも多いと思います。それを明確に文章化するのがいいです。

いっぽう、目的とは、この研究によって何を目指そうとしているのか、目的はできるかぎり具体的に書く必要があると思います。すなわち研究によって、今回はどこまで達成しようとするのかを明らかにしておきます。

#### 5) 研究計画書；研究しようとする問題の背景を考える

研究しようとしている問題状況の背景は研究前に押さえておく必要があります。この研究と類似

した研究、あるいはこの研究の周辺にある研究では、今までどういった研究がなされていて、どのような結果が導かれているのだろうか、を整理しておくのです。明らかになっている部分の抽出と、明らかになっていない部分の抽出をしながらしっかりと文献検討結果をまとめておくのです。そうすれば論文を書く時にも助かります。

いっぽう、疫学的な視点からも問題の背景を押さえておく必要があります。研究対象としている患者さんの疾病は今後どれくらいの頻度で増加してくるのか、あるいは、衰退の一途なのかを調べておきます。ガンの患者さんは多いのですが最近では慢性病化してきていますよね。昔のように「ガン＝死」というイメージはほとんどなくなりました。「ガンの人がいかに生きるか」という時代になってきます。また最近、結核患者さんが増えてきました。以前は全然なかったような患者さんがだんだん新しい時代の流れとして増えてきた。今のこの時代背景については守備を固めて次への看護実践を目指した研究が看護の場合は重要だと考えます。

#### 6) 研究計画書；研究の意義

意義に触れていない研究は結構あるのですが研究の意義を明確化しておくことは重要です。この研究結果は一体どこに貢献していくのか、どのような恩恵をもたらすのかということ、研究をする前からしっかりと把握して、きちっと整理しておく必要があるのです。文献検討から得られたことも大いに関係してきます。

#### 7) 研究計画書；研究に伴う倫理的な問題に対する配慮

研究をすることは当然何らかの利益はありますが、リスクも必ず伴います。利益とリスクを天秤にかけ、もしリスクが大きければ当然研究は拒否されます。イコールあるいは利益が上回った場合にのみ研究は認められます。倫理委員会のような組織が設けられている施設も既に数多くあります。

次のような倫理的な配慮は絶対に必要です。まず、研究対象者に対するインフォームド・コンセントは欠かしてはならないものです。研究対象者に、「今回は〇×のために研究を行います。この研究ではこのようなご協力をしていただきたい」という研究目的・方法を詳しく説明します。そのうえで承諾の得られた対象者のみを研究対象者とするのです。最近では署名をいただくような場合もあります。また、承諾が得られたあとも、「途中で中断の意志があれば抜けることも可能です」と

説明をしなければなりません。承諾が得られた研究対象者へのプライバシーの保護は言うまでもなく重要なことです。

さらに、研究結果を研究対象者に報告する義務があります。アンケート調査などで無記名な場合であっても結果が知りたい方には結果を提示することが必要です。協力者全員に対して希望を聞き、希望者には必ず返すこと、これは研究者の義務になります。

以上、本日は「現場でこそ生きる看護研究を！」というテーマでお話をさせて頂きました。研究アレルギーを起こさないように頑張って研究に親しみ取り組んで頂ければ幸いです。

本日はご静聴ありがとうございました。