

第6回石川看護研究会 特別講演

看護における研究方法論をめぐって

羽 山 由 美 子

(東京医科歯科大学医学部保健衛生学科助教授)

…はじめに、これはたぶん皆さんが雑誌等で研究論文をお読みになるときにも共通することだろうと思いますので、どのように読むか、どのように批評するかそういったことからお話をすすめていきたいと思います。

どういったアプローチで研究論文、あるいは研究発表を批評するか、概略に触れ、そのあと午前中の8題の研究報告を少し思い出しながら、それぞれについて感想を述べていきます。

まず、研究報告の批評のしかたということでは、かなり研究の方法によってもちがいがあります。事例研究ですとか、参加観察法、フィールド・リサーチという方法を用いた研究、通常定性的あるいは質的という研究分野があります。数字で表すよりもむしろ言葉で説明する、言葉で現象を記述する、そういうタイプの研究の場合です。また、数字で何%とかあるいは統計的方法を使うアプローチの分野があります。そういう質的研究と数量的研究というのでは、どうしてもやはり批評のしかたというのがちがって参ります。どういったクライテリア—基準—を使って研究報告あるいは研究発表を聴いたらいいのかと、いろいろ考えたんですが、いちばん最初に、古いものなんですが1981年に発表されているものをご紹介します。

まず最初に、質的あるいは定性的のアプローチか、あるいは数量的なアプローチかということを問わないで、ごくごく一般的に科学的

な記述であるかを評価するためのものです。1981年の看護研究に載っていたものですが、こういう6つのクライテリアがあがっております。

- ①研究課題又は研究目的が明確に記述されているか
- ②文献検討がおこなわれているか
- ③研究対象が明確に記述されているか
- ④研究方法が適切であるか
- ⑤データ、または情報の収集・分析・結果が信頼できるか
- ⑥資料に基づき研究目的に対して結論が出されているか

この6つの基準が科学的な報告・発表になっているかどうかをみていく基準としてあげられております。これは具体的にどうかと、まずひとつは研究の目的からはじまってその目的を追求するための方法それから結果の導きだし方が終始一貫、論理が通っているかどうか、それをみるための基準です。この①から⑥というのは目的から結果に至るまでの論理的一貫性の問題を述べているものです。ですから皆さんがこれから事例研究を雑誌等でお読みになられたり、それから数量的研究をお読みになられるときも、まずその論文で目的がどのように書かれているか、それから最後の方の結果と考察のところ何が述べられているか、それを必ず対比させて最初に提出されている質問に答えているかどうかを確認して下さい。それからあ

ともうひとつ大事なことは、本当に稀な研究でない限りは、オリジナルな研究というのはそれほどあるわけではないのです。私たちがどういふことを研究するにしても、必ずなんらかの蓄積というものがあるはずなんです。ですからその蓄積、すなわち文献にあたるんですけれども、文献をどのくらいあたっているかどうかそれも必ず抄録にしても研究集録にしても雑誌の発表にしても最後のところに引用文献・参考文献があがっておりますからここにも必ず目を通して見て、この発表者はいったいどういふものを使っているか、そこを必ず確認して下さい。それは、報告の内容を読んでいるだけではわからないときでも、その人が参考にしてあるいは引用している文献を見ますと、その人が関心をもっている領域のおおよその見当がつかます。今日もこれからおこなう8題の講評の中で、ひとつ私には言葉使いがわかりにくいところがあったので、文献のところを見ましたら、薄井先生のものを使ってらっしゃる方がいて、この人はこういふ文献に依拠してこういふことばを使っているんだなということがわかりました。ですから、必ず文献にどういふものが使われているか、それを見る必要があります。

次に、研究対象が明確に記述されているかどうか。これはサンプリングの問題でもあり、研究対象の選出から始まって、その対象者の記述のしかたのことなんです。それについてはまたあとで、調査研究のところではサンプリングについてはお話ししますが、対象者がどういふ範囲から選ばれているか、それも必ず目を通す必要があります。

あと、研究方法が適切かというの、これはもう当然のことで、それぞれ事例研究にしても調査的な研究にしてもそれぞれの研究方法にはルールがあります。ですからそのルールに合っているかどうかをみていきます。そして最後には、データ収集と分析、そして分析から導き出された結果や考察が信頼できる

ものかどうか、一連のプロセスを批評するときにひととおり研究の手順にそって考えてみます。

次にクライテリアというのは、どちらかという数量的な研究にあてはまるクライテリアなんですけれども、研究結果が妥当であるかどうかを評価するデザイン妥当性というもので、研究デザインをベースにして批評するときのクライテリアです。これは主として仮説検証研究にあてはまります。妥当性ということばはいろいろなところで使われますけれども、本来日本語の日常的意味合いでは、妥当性というのはいさしいという意味なんです。ただ、正しいというのはいさしいいろいろな価値観をもって言われますから、論理的に正しいとかそういうことではなくて、一定の厳密なルールをベースにして考えたときにそれにあっているかどうか、そういう意味での正しさという意味です。価値観によって大きく左右される正しさということではないんです。たとえば測定尺度の信頼性とか妥当性ということばを使いますが研究の領域で妥当性ということばが使われるときは2種類あります。ひとつは、研究方法、アプローチ、研究デザインに関連することで、研究結果が方法にのって正しく導き出されているかどうか、それを検証するときを使うデザイン妥当性というのがあります。これはひとつの妥当性ということばですね。それからもうひとつは数量的研究をしますときに測定尺度というものをういます。その測定尺度が研究者自身が測りたいと思っている内容を正しく測定しているかどうか、それを指し示すために妥当性ということばを使うときもあります。これが2つめの用法です。ですから皆さんはこれからいろいろな文献をお読みになって妥当性ということばが出てきましたら、2種類の妥当性ということばがあつてそれは結果が正しく導き出されているかどうかを査定するための妥当性なのかどうか、測定尺度というひとつのもの

のさし、方法についての妥当性を指しているのか、必ず区別してみるようにして下さい。妥当性には2通りの使われ方があります。まず研究結果が正しく導き出されているかどうかを見るときの妥当性には内的妥当性と外的妥当性という2種類の妥当性があります。内的妥当性といいますのは、変数間の関連性についての妥当性のことです。変数ということばはききなれないと非常に訳のわからないものなんですけれども、単的にいうと数字で表された事柄なんですね。たとえば不安というふうに私たちはよくいいますね。だけど不安といっても「あの患者さんはどうも手術の前で不安がっているようだ」というときの不安とはちがって、ある一定のものさしを使って不安を計った場合にその不安を数字で表したときに変数といいます。変数というのは変わりうる数字で表された内容という意味なんですね。ですから変数といったときには、たとえば「不安」でもいいですし、臨床でよく使われる変数としては、不安とか、看護の領域でよく使われることばでソーシャル・サポートというのがありますし、バーン・アウトというものもあるし、あるいはどの程度の知識があるかという知識内容いろいろな保健指導に対する知識内容を数字であらわすこともありますし、今日の発表にもありましたけれどもコロナーの数を数えるなんていうのも変数になりますし、皆さんが一番なじみの深いものでは血圧、脈拍数、体重、身長などこれらは全部人の属性を数字で表したものです。そういったものが変数になります。で研究の中で対象になっているいくつかの変数があって、2つの変数の関連性が因果関係であることを推定するに足りるおおよその妥当性でもいいでしょうか。因果関係というのはまたあとで後半の方法論をめぐってというところで触れたいと思いますけれども、原因と結果の関係ですね。その原因と結果の関係が正しく導き出されているかどうかを推定する、あるい

はそういう原因と結果の関係が正しく導き出されているかどうかを指すのが内的妥当性ですね。その内的妥当性をいう場合に、正しく導き出されているかということがひとつのポイントです。これはどういうことかといいますと、統計的分析を正しく使って分析が正確におこなわれているかどうかというのがひとつの目安になります。それからもうひとつの目安としては、原因と結果を説明するときたとえば「xがyの原因である」ということを説明するときに、x以外の説明が成り立たないだろうか。他の説明をすべて消去していったら、これがyというある現象の原因になっているんだということを説明するためのそれ以外の説明を否定するという、このこともやはり大事になってきます。ですから原因と結果の関係を検証するというのは非常に厳密なルールが必要になってきます。ということはどういうことかという、そうむやみに安直に因果関係をいうことはできないんだということです。今日の講評の中でいくつか気がついたことがあったのですが、わりと事例研究とか一例の事例に基づいて因果関係を推測させるような表現をしているものがありました。けれども、原因と結果の関係を検証するというのはかなり厳密な手続を必要とします。実験的なデザインを用いた研究でないとその関係を検証することができません。原因と結果についての関連性が正しく導かれているかどうか、それが内的妥当性です。外的妥当性というのは、

- ①検証された因果関係が他の測定方法を用いた場合でも検証されるかどうか
- ②対象者や場所、時間がかわっても検証されるかどうか
- ③結果をどの程度一般化できるか

これは3つの内容ともどれも同じことを別のことばで言い換えているんですけども、研究の結果がどれくらい一般化できるものか、普遍化できるものかということの問題にして

います。先程、対象がどういうふうに使われているかということは大事なことから、批評するときにはそこを必ず忘れずに目を通して下さいと申しましたけれども、対象者の選定がどういう方法で行なわれているかというのが結果の一般化にかかわってくることなんです。ある病院のある病棟の患者さんから、たまたま面接の応じてくれた人、たまたま研究に協力してくれた人、それだけを対象にして x と y の関係が証明されたときに、その x と y の関係というのはその研究対象で使った20人の人にだけしかいえないんです。私たちはそうはいってもそこからいろいろ推測してこういうことはいえるのではないかと一般化して考えますけれども、厳密な方法にのっとると、たまたま研究に協力してくれた人だけから得られた結果というのはその人たちだけにしかあてはまらないことです。あるいはある病院に1年のうちある1日に例えば600床の病棟で590人の入院患者さんがいるとします。その590人の入院患者さんから無作為に（午前中も無作為で選びましたということをおっしゃっている方がいらっしやいましたが）、つまり同じような割合で、590人の人が皆それぞれ選ばれる可能性を平等にもって選ばれた場合を考えてみて下さい。たとえば美人コンテストとかを例にとると、ああいうところではやはり選ばれる確率って非常に高い人と低い人とありますでしょうけれど、無作為に選ぶときというのは、もし400人（この会場に）いるとすれば皆さんおひとりおひとりが400分の1の同じ確率で選ばれる可能性があるということなんです。そういう選ばれ方をしたときに無作為な選ばれ方をしたといえます。もし仮に、ある病院の590人の入院患者さんから同じような確率で20人選ばれて、その20人からある x と y の結果が検証されたときには、その x と y の関係というのは590人の方に一般化することができます。それは統計的なルールでそういう

ふうになっているんですけども、ただそれはあくまでも、その590人についてだけいえることであって他の病院にはあてはまらない。ですからその研究がどういう対象者の選定を行っているかということが、検証された変数間の関連性がどの程度一般化できるかということにかかっていきます。それから勿論、その研究である不安尺度を使ったとして、その不安尺度だけでならば、 x と y の関係が検証できるけれども、別の不安尺度を使ったら検証できなかったというような場合には、もしかするとそのものさしの問題があるかもしれないんです。もしかするとその x と y の関係は、たまたまある不安尺度を使ったが故に出てきた可能性もあるわけなんですね。ですからこれはあとで研究方法論のところでお話します、仮説検証研究の場合に該当するクライテリアになります。

内的妥当性は、科学的な記述であるかどうかを判断するクライテリアと密接に関わってきます。それから、外的妥当性というのは、結果の一般化についてということで、こういうクライテリアがあります。

ここで少し時間をいただいて、今日の8題の講評に入りたいと思います。講評に入る前に、研究発表の講評をするということは、本来ならばその領域について深い見識のある人が行うのが筋道なんです。ですからたとえば今日のように8題あって、さらに事例研究や、外科的な剃毛法の研究もあればカウンセリング等を用いた事例的なものもありますし、それから老人の研究もあるし、多領域にまたがっているときに、それぞれその専門の先生が批評した方がふさわしいんですね。というのは研究の評価というのは先程も外的妥当性のところで触れましたけれども、そのひとつの研究報告だけをもって評価できるわけではないんです。必ずその研究で指摘された結果に対してはそれをバック・アップする文献があるはずですし、あるいは、それを否定する文献

もあるはずなんです。ですからそれぞれの領域をよく知った上でないと本当は、正しい批評ということはできないんです。もしかするとそこで出てきた結果を否定するような重大な研究報告が他で出ているかもしれないんです。先程も御紹介に預かりましたけれども、私自身の専門は精神科看護ですから、精神科と地域精神保健領域の看護が専門なんです。ですから剃毛法の実験的な研究などは、本当にクリッパーなんていうのは見たこともない位で「ああ、こんな方法もあるんだな。」とそういうふうな全く専門外からの批評になります。ですから、的はずれなことがあるかもしれないですし、どうぞ皆さん、発表者の方も、研究協力者の方も、それからこの場に参加して下さっている方からもどんどん、「いや、そういういい方は納得いかない」とかあったら是非そういう御指摘を頂きたいと思えます。まず私の方のそういう限界のあることを申しておきます。ですから皆さんのこの集録を読むときも、どこに焦点をあて読んだかといいますと、それぞれの研究グループがめざしていること、目的で掲げていること、それからその目的で追求しようとしていることを、どういうアプローチで追究してみたか、研究方法をどういうふうに行ったかということに焦点をあてて私は読みました。納得がいくものも当然ありましたし、納得がいかないものもありました。これからそれについて述べていきたいと思うんですけれども、もし皆さんの方からそれぞれ例えば外科とか内科とかいろいろ専門の方がいらっしゃると思えますので、少し助けていただきたいと思えます。

主として先程の研究の批評について、科学的記述であるかを評価するための基準というものをご参考にながら読んでいったんですけれども、まず第1群の1題、ヨモギとハッカ油を使った罨法の効果性についての研究ですね。これは、本当に私は東京の下町出身なものですからヨモギといわれてもおだんごやお

餅に入ってくるヨモギしか思い当たらずでヨモギにこんな薬理効果があるのかというのを今回はじめて知った次第なんですけれども、大変着想が面白いなと思いました。こういった従来使っているメンタ湿布をさらに効果的に使うという、それも、多分ヨモギが効くということを知っていたということはないか、石川県この地方でヨモギが沢山とれるのか、あるいはたまたまそういうことに関心があったのか、その最初の動機のところはよくわからないんですけれども、非常にそういう日常的なところでいわれている民間療法的なというんでしょうか、多分漢方に近いんだろうなと思うんですけれども、そういうものを看護ケアに応用して従来使っている方法をさらに改善するというのは非常にユニークな着想だなと思って、まずそのことが非常に印象深く残りました。そしてそれをまたいっしょに併用した方がその失温期の温度の下がり方がハッカ油だけのときよりは効果的であるということを試された上で、使っていらっしゃるということも非常に用意周到に用いられたんだなということもよくわかりました。この結果のところを書いてあることで、最初このヨモギの評価をするときにですね、これを実験研究として理解して批評をするのか、あるいは全部で患者さんの数は14名に施行しているんですね。14例の事例研究として理解すべきかぜひぶん迷ったんです。おそらく研究者の方たちは意識してかどうかはともかくとして、通常薬理効果を検証するような実験的デザインが使われたんだろうと思います。御本人たちはそのつもりで行なわれたんだろうと思いますけれども、もし仮に、実験研究で行なわれたんだとすればいろいろ問題があります。まず先程も何人かフロアの方から御指摘がありましたけれども、ある人には1回しか施行しなかったけれども、ある人には非常に回数が多く施行されていますね。総回数18回、20回の方もいらっしゃれば1回だけの方もい

ます。もし本当にこれを実験的なデザインを用いて、ヨモギ+ハッカ油の方がハッカ油だけよりも効果があるということを証明するのであれば、実験的デザインを使うときにはそこらへんをどういう施行をするのかという、施行内容については統一したものをいなければ効果性の検証はできないわけですね。先程、午前中の発表を聞きながら、今回だけではなく以前にも同じメンバーの西村さんという方が「ヨモギケアを推進して」という報告をされていますから、おそらくヨモギの薬理効果については、もう何例かの報告があるんだろうなと推測するんですけれども、もしこれからさらにこのヨモギを使った痒感緩和だとか、あるいは腹部膨満感への技術として活用していくということであれば、もっともっとヨモギを使った方法の効果が、実験的なデザインを用いて証明されていく必要があると思います。そのためにはどうしたらいいかということになりますと、またあとで、「方法論をめぐって」のところに触れたいと思うんですけれども、ある効果を検証するためにはコントロールということが必要になるんです。それ以外の説明を統制する、先程内的妥当性のところで触れましたけれども、 x が必ず y に影響しているんだということを証明するためには、 x 以外のAやBやCやもろもろの可能性のある説明を消去していく必要があるんですね。ですから、例えばもし、この研究を実験的なデザインでさらに洗練させていくためには、まずひとつは対象者の問題があります。今回は、おそらく皆さん、臨床のケアをしながら、こういう研究をしていくとなると、どうしても痛みがあって苦しんでいる方、そういう方達になんとか楽になってもらいたい、そういうケアをする立場の思いで研究されると思うんですね。今回の研究では肝硬変だとか脳血管障害だとかいろいろの方が対象になっていますけれども、肝臓疾患の方だけにこういうアプローチをして、それ以外の人にはし

ないというのは、ケアをする者の気持ちからすると大変抵抗があるのかもしれないんですけれども、もし、厳密な方法を用いようとするれば研究対象に届がってくる人たちを、ある程度統一する必要があります。今回はいろいろな方が入ってますね。肝疾患における腹水貯留、あるいはイレウスによる腹部膨満があるケースだとか、ターミナルのケースだとか、老人の頑固な便秘だとか。私は、もし、次回この研究をするのであれば、あまりターミナルな方を対象者として使うよりは、むしろ、老人の頑固な便秘、いわゆる疾病が直接影響しているようなものよりはもっとお年寄りで非常に慢性の便秘に苦しんでいる方って沢山いらっしゃるよな。あまりターミナルな重篤な方に新しい実験的な方法を用いるよりはどちらかという現象としてはもう少し単純なといえるかどうかはわからないんですけれども、今回の対象者でいいますと、むしろ老人のごくごく軽症の方で頑固な便秘の方だけにしぼって、数を集めるのは大変なんですけれども、いくつかのグループに分けてですね、たとえばヨモギとハッカ油の方法を用いているグループ、それから従来の便秘薬、下剤だけを用いているグループと、それから従来の下剤と従来から使っているハッカ油でしたかそういういくつかのグループに分けてみて、そして同じような施行のしかた、たとえば1日1回にして1週間とか、1日おきで2週間だとか、施行を統一する必要があります。ケアをする立場からすると、相手のニーズに応じてケアするというのが原則ですから、こういういい方をしますと「とても自分達はそんなことはできない。」と思われるだろうと思いますけれども。ですから、いつもいつも臨床にいる者が研究をするときというのは、臨床家としての思いと、それから研究としてより厳密な方法を使っていく場合のジレンマに陥るんですけれども、そのギリギリのところまでそのジレンマを乗り越える必要があると

思うんですね。ですからもし可能であれば、その施行する内容、ヨモギとハッカ油を使った罨法の方法を統一する必要があると思います。そうした上で対象者もなるべく同じような条件の対象者に決めて、それから施行方法もなるべく同じような施行方法にして、さらにいくつかの方法で対照群を作ります。下剤だけのグループとそれからヨモギとハッカ油を使った場合とでは便の回数がどうだったとか排ガスがどうだったとか数えていく必要があると思うんですね。それで比較してみて、初めてヨモギとハッカ油を使ったときの効果というのが出てくると思うんです。これが第1点、対象者のことと施行方法のこと、それからもう1点は本当にヨモギとハッカ油だけが単独に効果があるのかあるいはヨモギとハッカ油の罨法を下剤と併用して初めて効果が認められるのか、そこを押さえておくことも大事だろうと思います。今日の発表ではそこらへんがはっきり出てこなかったのですけれども、得てしてこういう特に漢方というのか看護ケアとか人に直接関わるようなことというのは、それ単独では効果が見えにくいんですね。これはもう、精神科の場合そうなのですけれども、必ず向精神薬と対人的なアプローチを併用して例えば家族療法とか個人面接療法とか個人療法とか集団精神療法とか、薬物療法と併用して、初めて効果が相乗して出るということがあるのですけれども、この場合も、薬物と併用してはじめて効果が認められるのか、あるいは単独で効果が認められるのかということも識別する必要があるだろうと思います。あと特に実験研究で大事なものは結果の判定ですので、いろいろ患者の反応をカルテから抜き出してきているのですけれども、ここら辺も客観的に観察できる、例えば、排便の状態、排ガスの状態、身体的な指標そして身体的な客観的に観察できる内容と同時に主観的な患者さんの側の反応ということも大事ですから、ただそれをカルテから抜

き書きするというのではなくて、できれば主観的に答えていただけるような2つか3つ位の簡単な項目を用意してそれに解答していただくというような方法を用いた方がいいのではないかと思います。これが1群のヨモギとハッカ油罨法の効果についてお聞きして感じたことです。

2番目の白内障の手術の不安のところでは、バルーンカテーテル挿入の不安が、手術前の不安として非常に著しかったというのは、読んでいてなるほどそんなものなのかなとおもしろく読んだのです。そうして、それがプロセスレコードを使って分析していく中でわかってきたことなのだとということも最初の「はじめに」のところに書いてあって、非常にそういう意味では臨床の中で、浮かび上がってきたことなのだと感じて、そこはとて印象深く思いました。着想はとて良かったのですけれども、何故アンケートという方法を使ったのがよく理解できなかったのです。ケースが、10名の患者さんですよ。アンケートを使うというのは、ある意味では大勢の人を対象にしたときには非常に有効です。事例的なアプローチと統計的なアプローチのメリット、デメリットをまた後で触れますけれども、それぞれ対象者の数が多いときと、少ないときとはアプローチをかえた方がいいと思うんですね。もし、10例の方を対象にするのであればこういうアンケート方式でなく、ナースがその10名の対象者の方にもっといろいろな側面から聞いて、個人面接をして、通常、インテンシブな調査といいます、もっと中身の深い聞き取りをした方が、私は、同じ術前の不安にしてももっといろいろな側面が見えてくるだろうと思います。アンケートというのは、100人何百人を対象にしたときには有効に使うことができると思うのですけれども、もし10例だけのケースを念頭において考えるのであれば、個人面接の方がいいのではないのでしょうか。1時間とか、1時間半かけて、

インテンシブな深みのある内容を聞きとった方がよいと思います。そのときには勿論アンケート用紙を使っても結構ですがそれだけじゃなくて面接方法というアプローチがあります。それがひとつ気が付いたところです。もうひとつはどうも目的が、おそらく術前の不安について解明したいというのが研究された方たちにはあったのではないかと思うのですけれども、読んだり報告を聞いたりしておりますと、術前の不安の解明に関心があるのか、あるいは術前のオリエンテーションの評価をすることが目的なのか、どうもそこが曖昧になってくるんですね。結果から考察のあたりで、かなりオリエンテーションのあり方についての言及があったんです。もし術前オリエンテーションの評価をするのであれば、バルーンカテーテルの挿入の不安だけを問題にするのではなくて、どういう指導内容が行なわれて、その指導内容の理解の程度がどれ位あったのか実際に簡単なお年寄りでもできるようなテストのようなものをして、どの程度実際に理解されているのか、そしてその上でアンケートなり面接なりで効果をみるというそういう方法もあると思うんです。今回のこの報告の目的を読む限りでは、どうもバルーンカテーテル挿入の不安というものがプロセスレコードでわかってきて、そのことにすごく関心があったからそこに向いたのだらうと思いますが、おそらくこのグループの方達のもっと深い動機には、自分たちの行なっているオリエンテーションがどの位効果を発揮しているのかを知りたいというのが暗黙のうちにあったんじゃないかという気がします。考察のところでもかなりそれが出てきてきましたので、もしそういうことであれば必ずしもバルーンカテーテル挿入の不安だけに焦点をあてるのではなくて、もっと術前オリエンテーションの評価をするという方に目的を設定した方が適切なのではないかなと思います。術前不安の減少の解明をするのであれば、それを解明するア

プローチがありますし、オリエンテーションの効果性の判定をするのであればそれなりのアプローチがあるんですね。ですから本当は何をしたかったのかというところがもう少し詰めてあったらよかったなと思いました。

3番目の「クリッパー法とカミソリの比較」なんですけれども、これも私は先程のヨモギの研究と同じで、やはり臨床のナースというのはいつもよりよい技術を発展させていくというんでしょうか、そういう点に感銘しました。たとえば剃毛時間が、カミソリでやっていたときは7分かかっていたのが、クリッパーを使えば3分で終わるとか、そういう少しでも患者さんの負担が少なくなってより有効な方法が分かるというのは、とても臨床領域特有の研究だらうと思います。そういう意味では、かなりエネルギーを注いだ研究だらうなと思いながら読みました。ただ、これも私には、外科の術前の処置について知識がないものですから、どうも自信がありません。例えば、この研究ではカミソリとクリッパーで剃毛した場合のそれぞれの影響がどうだったかということをも3つの視点から見えていますね。剃毛の所要時間がどうであったか、それから菌コロニー数が消毒前と消毒後で違いがあったかどうか、それからこれは1例だけでしたけれども、皮膚表面の荒廃がどうであったかこの3点からクリッパーを使った場合とカミソリを使った場合の評価をしているんですね。剃毛所要時間では明らかにクリッパーの方が時間が短かったし消毒後の場合は菌コロニーの数がクリッパーを使った方が少なかったですし、1例だけの顕微鏡検査によると、クリッパーの方が皮膚表面の目に見えないキズ、荒廃が少なかったということが出てきているんですね。これだけから見ると確かに、クリッパー群の方が有効なのだなあと感じます。

私は他の外科のこういった文献を知りませんので、私がこの3席の報告を読んだ限りでは、納得させられたんですね。納得させられ

たんですけれども、もしもう少し厳密に追究していくとすれば、例えば、クリッパー群とカミソリ群を比較した統計的な手法について何も書かれていないんですね。どこかで「5%の危険率が優位に少なかった。」とかそういう書き方しかないんです。ですから一応ここでは、私は統計的な手法が正確に使われたものだとして善意に解釈して読んだ限りでは納得させられたんですけれども、もう少し意地悪くつっ込めば、いったいどういう方法で、カイ二乗検定なのかtテストなのか、あるいは何を使ったのかそういった方法について、それからその分析法を使ったときの数値についてカイ二乗であればカイ二乗はいくつであったか、t検定を使っていけばtがいくつで平均値がどうで標準偏差がどうでというそういうことまで書いて報告して下さった方がよかったですと思います。私は、あまり意地悪くならないで、それはちゃんと正しく使われたんだということを前提にしましたけれども、これをもしオリジナルの論文にしてどこか雑誌に投稿しようとする、これでは問題になります。そこら辺をもう少し丁寧に書くことが必要だろうなと思いました。あとできれば参考文献のところで、やはりこういう新しいクリッパーを使った方がよいということを主張するためには、もう少し、他にあるのかどうかは私にはわからないのですけれども、なにかそういうカミソリとクリッパーの比較をした研究報告が出ていないかどうか看護の方の領域だけではなくて他の領域で何かこれに類したものが出ていないのかも調べておいた方がいいだろうと思います。3题目的研究に気づいたところはそれくらいです。

4つ目の『血液疾患の合併症による生活上の規制』の研究ですけれども、これも読んでいて、事前に皆さんの原稿を読んでそれから今日の発表をお聞きしたんですけれどもこのテーマに取り組んだ動機というのが私は精神科で、あまり血液疾患患者の看護というのを

詳しく知らないのですけれども、ただだいたい重症の方が多くてケアをする方達というのは本当に大変な思いをされてケアしているんだろうなということの想像はつくんですね。とくに予後不良の方の、それも重篤な症状のある方達のお世話をするというのは、ケアをする側も非常に大変なんだろうなと、そこら辺が何か実際に予後不良の血液疾患患者さんのお世話をしているしんどさのようなものがベースにあって、それでこういうテーマが出てきたのではないかなと推測して読みました。ただこの「はじめに」のところを読んだ限りではなかなかそこら辺のこの研究に取り組む動機とか、この研究で何を明らかにしようとしているのかということところがあまりはっきりとはつかめないんです。行ったことは先程発表にもありましたように、合併症の記述、それを数と内容面で記述すること、それからこの患者さん達御本人が受けている生活規制の数と内容を明らかにすること、それから看護上の問題を明らかにすること、一見すると非常にはっきりしていると思うんですけれども、じゃあこういうことを明らかにして何をしようとしているのかということところが、どうもいまひとつ、わかりにくかったです。もしかすると、私がたまたまその領域を知らなくてわかりにくいのかもしれないのですけれども私にはちょっとそこら辺がよくわからなかったんですね。そのわかりにくさが、研究方法にも表われているな、と思ったんです。「対象者の特性」というところで最初119人の方からこれはカルテから取り出したんだと思うのですけれども、既存資料を用いて幾つかの、表Iに掲がっている項目を調べているんですね。それで119人の母集団からサンプル対象者14名が、なるべくその119名を代表するような対象者を選んだということで、119名と対象としたサンプルの特性を比較しているんです。それは、なるほど自分達が対象とする人達がどれくらい、その病院のその疾患をもった患

者さん達を代表しているのかを確かめるために
行った手続きなんだな、と思って、そこはと
ても丁寧になさったなあと思ったんですね。
だけど、先程の質疑応答のところで、たまた
ま同じ数だった9月の時点で限定したという
こと、これはもう全く先程説明しましたよう
に、同じような確率で選ぶというランダム・
サンプリングにはならないんですね。ですか
ら、この14名の方というのはたまたま選択し
た対象者になるんですけども、119人と比較
できるということは、ひとつの目やすになり
ますから私は臨床で研究していくときにこう
いう作業というのは、ちょっと時間がかかっ
て手数がかかって、やっかいなんですけれど
も、大変重要なことだと思います。それはど
うしてかという、なかなか臨床ではランダ
ム・サンプリングというのはいくからで
す。非常に長い時間をかければ、2年とか3
年という時間をかければある条件にみあった
方たちから無作為抽出というのが可能になる
かもしれないんですけども、どうしても臨床
で20人30人、あるいは50人60人を対象に
した研究をしようとする、とりあえず、協力
に応じてくれる人ということになりますから、
そうなったときには、どうしても、少なくと
も最低限、その病院に来ている患者さんを母
集団として考えたときに、その母集団を代表
するようなサンプルかどうかというのは比較
できるデータがあった方がいいだろうと思
うんですね。ですから、この119人との比較を
したというのは、とても大事なことだと思
うんです。ただもし調査法を用いるのであれば
14例なんて少ない数ではなくて、先程御本人
達も14例はちょっと少なかったけれどもとい
う風にいわれていましたけれども、やはり40
～50は対象者の数としてはほしかったとい
う気がします。そこら辺のことと、それから細
かくいったらきりがありませんけれども、
一番最後まで気になったことは、こういった
合併症がある、生活上の規制がある、看護上

の問題があるということを書き述べるという
ことでは、これはひとつの記述研究なんです。
これからまたあとでお話しますが、記述研
究という意味ではこういう状況なんだな、
ということで理解するひとつの資料になると
思いましたが、そこから先がもうひとつの
研究者たちの意図していることがつかみに
くかったというのが私の感想なんです。批評
とか講評というよりも、どうもこれから先、
この研究者達は、何をねらうのか、看護上
の問題を出していったら、それから次に何
をするのか、ということはどうしても考え
てしまいます。そこから先がどうも見えに
くかったのです。これはこの研究の問題と
いうよりはおそらく今後の課題だろうと思
うんですね。ですからそれが多分先程フロ
アから出てきた質問で、生活規制とか看
護問題を量的に把握する意義というのはい
ったいどうということなのかという質問が
出ていましたけれども、主旨は、私はやは
り何らかの形で記述をしたいんだという
研究グループの方たちの意図はよくわか
ったのですけれども、ここから先、どう
いう風にしていくのかということそこら
辺がちょっと疑問に思ったところです。

4題めまでは、比較的読んでいて、研究
方法に主体を置いて批評するというのがし
やすかったですね。次からすぐ難しくなり
まして、事例研究というのは本当に、納
得がいていい事例研究だな、と思うもの
は、やはりある程度書き込まないと、伝
わってこないんですね。でこういう、例
えば研究集録等ですと、数量的なものを
報告するときには、例えば原稿用紙8枚
だとか10枚で図表を付ければなんと
か最低限のインフォメーションは伝
わるんですけども、ことばで表す研究、
質的研究、定性的研究、事例研究とか
こういう領域になるとどうしてもある程
度研究者がそこで何を考え何を意図し
たか、どういうデータを集めてどうい
う分析をしたのか、ということがまず
ことばで書かれていないと伝わ

てこないというのがひとつあるものですから、非常にそういう意味では、読んで批評するというのが難しいんですね、それが第1点。それからもう1点は、事例研究をこれから皆さんがお読みになって批評していくというときに、やはり先程クライテリアを科学的記述であるかどうかを評価するための基準とか仮説検証研究の場合のクライテリアとか、いくつか御紹介しましたがけれども、数字を使って分析していないわけですから、そこで分析していることはすべて、ことばに頼ってみていくしかないんですね。ということはどういうことかという、終始一貫ことばによる説明が論理性が通っているかどうかしかないんです。それプラスこの領域のかつ同じようなテーマの研究をよく読んで知っている、その領域について精通しているということが条件です。それから、その領域での、特に臨床での研究の場合にはその臨床によく通じている、そういう研究と実践の面でよく精通した上で初めて評価できることだろうと思います。

5 席目からいきますと、いま非常に問題になっている痴呆の方の事例で、精神科看護婦としての個人的な関心からすると、やはりどちらかに焦点を定めてほしかったと思います。ただ研究者の方達の動機は非常に明確で、カウンセリング的なアプローチを使ってみて、クライアントの方に、気持ちだとか感情だとかを率直に出してもらい、それをすることで痴呆のおとうさんを受け入れられるようになったという、ですから非常にクライアントの方、患者さんの家族の方の気持ちを重要視して聞いてあげるといのが非常に大事なんだとそこの一点をおそらく主張されたかったんだと思うんですね。そこは非常にはっきりしているんですけども、もし事例研究として深めていくのであれば、そうしたロジャース的などちらかという、非指示的なカウンセリングの療法が看護ケアをしていく上で非常に有効であるということを実証したいのであれば、

事例研究ではなくて、やはり実験的な方法を使うしかないんですね。カウンセリングを用いた場合と用いなかった場合とでは患者さんの御家族にとっての患者さんの受容がどう違うのか、もし関心がそこにあるのであれば、やはりある程度カウンセリングの件数を多くして、それでカウンセリングをした場合としない場合を比較する、そういうアプローチをとる必要があると思うんです。もし、もっとカウンセリングを使った質的な、定性的な事例研究にしたいということであれば、やはりひとつ、この事例を読んでいて、この痴呆のおとうさんとクライアントの関係が、もう少し幼小の頃からの生い立ちとかかなり痴呆のおとうさんに対して拒否的な感情がありますよね。それについては痴呆になる前から、非常に口うるさくて厳しかったおとうさんという像が出てきておりますし、ですから、そこら辺のこのおとうさんと息子さんとの関係をもう少し出していかないと何かかそういう分析をしていかないと、事例研究としての深まりが出てこないんじゃないかなと思います。ただまとめのところで、こういう方法が有効であると、これはこの事例研究から導き出された結果ではなくて、これはあくまでも研究者の側の主張なんです。と、私は理解するんです。ですからこれは、1事例でこうこうこうであったと、その中で自分達はこういうことを考察したということは、事例に基づいて考察したことは勿論その事例から客観的に導き出されることですが、以下の方法が有効であるといういい方は、このアプローチからはいい切れません。これはもう、研究者の方達がこの研究で確める前から、暗黙のうちにこれがいい方法なんだという前提があって、それを信じてそれを主張しているんであって、この事例を使ってたまたまそれを主張したという風な位置づけしか、私はできないんじゃないかなと思うんです。ですからもし、この有効性について証明したいのであれば実

験的なデザインを用いる。もしこの事例から学んだことをさらに深く分析するというのであれば、もっとカウンセリングの内容を分析していくか、あるいはこのクライアントのおとうさんとクライアントとの関係を分析していく、何かそういう形でアプローチしないと深みのある事例研究にはならないんじゃないかなという気がします。

次が第6席目で「看護の方向性を見つけにくい患者とかかわって」というところで、これもそうですね、さっきのところとだいたい共通しているんですけども、ナースの側の接近していこうという姿勢が非常に患者に伝わって、それで患者が変わっていったということがはっきり出ているところで、この非常に問題のある男性の患者さんにかかわっていった方たちというのは大変だったんだろうなというのがこの事例紹介とかこの図表を見ながらよく伝わってくるんですね。この研究の場合も、ケアの全体を事例として、ケア分析をするのか、あるいはケアの中のあるひとつの側面に焦点をあてて分析をするのか、それによってかなり違ってくるんだろうと思うんです。看護の方向性を見つけにくい患者と関わってという場合には、非常にそういう看護婦の側に恐怖を抱かせる、あるいは、看護婦が避けてしまうような患者をケアしていた過程というのを分析していくときに、先程金川先生の方から副題をつけることで、焦点が定まったというような指摘があったのですが、もう少しこの事例を分析するときにはただ看護の方向性を見つけにくい患者とかかわってという形で位置づけるのではなくてもう少しいろいろな文献、とくに精神科看護の文献ですと割とよくこういう事例があるんですね。こういうたぐいのケースが。ですから、もう少し概念化をするというんでしょうか、看護婦の側の拒絶とか、看護婦の側の変化が、患者にどういった変化を及ぼしているかとか、看護婦と患者の相互作用、相互関係とか、何かそうい

うどこか1点を明確に表現するようなキー・ワードを見つける必要があるんだろうと思うんです。でこれはあとでお話しします、探索研究とか記述研究のレベルで概念化という作業が非常に重要になってくるんですけども、ここで、どうもひとつこの副題をつけたことでなんとか看護婦の関わりが患者に変化を与えたという風なことが見えてきておりますけれども、もう少し焦点を定めて、もし仮に看護婦の側の患者に対する感情ですか、避けるような感情とか拒絶するような感情とか。でもそうはいっていても、このグループの方達というのは一生懸命声をかけたり、アプローチしていったらしたんですね。そのアプローチしていった効果が、ようやく患者さんの方で、看護婦に声をかけてくれるという効果につながったと思うんです。だから、そこら辺のいちばん自分達のこのケースに関わった方達が直観的に合うあるひとつのキー・ワードを見つけることが大事だろうと思うんです。それが最終的にこの事例を分析していくときのポイントになってくるだろうと思うんですね。それがどうもいまひとつ定まっていなから、方向性を見つけにくい患者とかかわってとか、どうもいまひとつ、ただ読んでいておおよその事はわかるのですけれども、もし事例研究として深めるのであれば何かそういうひとつのキー・ワード、概念が必要だろうと思えますし、その概念を深めるような形で例えば別のケースではこうだったとか、あるいは文献で、似たような、例えば暴力をふるう患者の看護だとか、精神科看護の文献を見るとかなり出てきておりますから、そういったものと対比させて検討する、そういうことがこの事例研究の深める方法になるんじゃないかと思えます。

7席目、「老人の転倒と骨折の件数」ですけれども、これがさっき薄井先生の文献をお使いになっていたもので、もしこの研究をよりよくしようということであれば、思い切って

ですね、もっとストレートに薄井理論を使うことをやってみてもよかったんじゃないかなと思います。私の感想からいいますと、最初、原稿をお読みしたときには、ことばが伝わってなくて、普通私達が使う認識ということばと、ここで使われている使い方が違うんですね。例えば、「歩きたい様子」と相手の認識をとらえた」と。普通私たちは、「歩きたい様子であると、患者のニーズを理解した」というような表現をするのにここでかなりいろいろなところで通常使わない方法で認識ということばを用いているんですね。あるいは、なんとかとなんとかの対立だとか、これも非常になんでこんなところで対立なんていうことばを使うんだろうと異和感を覚えて読んだんですけれども、あとで文献を見たら、薄井先生のものお使いになってらして、そういうことであればもっとストレートに薄井理論、薄井看護論を前面に出して、薄井看護論に基づいて、ケースのケアをしてみた、そしてその分析を薄井看護論に基づいて分析してみた、何かもっと、もし薄井先生のものお使いになるのであれば、ストレートに試してみてもそれで分析された方が良くなるんじゃないかなと思います。どの程度までこの研究グループが薄井看護論にコミットしているのか、ちょっとよくわからないんですけれども、やはりこれから事例研究でも調査研究でも、看護論、看護理論を活用した研究というものが出てくる必要もあるかなと思いますので、中途半端な使い方はしないで、使うなら思い切ってストレートに試してみて、チャレンジしてみてもいいんじゃないかと7席目に関しては思いました。

最後の8席目ですけれども、指摘したいことをまずストレートにいってしまいますと、おそらくこれは院内研究で発表するときであれば、自分達はこういう3例にかかわってきてこういうことを整理してみたということでもいいんだと思うんです。成功例の条件に

ついて整理されているんですけれども、ただこういったことは訪問看護・在宅ケアでは充分にわかっていることなんです。それをある意味で自分達の実践を整理してみて、こういうことなんだというのは、院内研究のレベルで発表する分にはいいんですけれども、あえて例えば石川看護研究会だとか、もっといろいろな人達の集まる公の場に出すときには、既にわかりきっている結果を出すというよりは、勿論、追試研究ということが大事ですから他の研究と全く同じアプローチを使ってそれを確認するという作業は必要なんですけれども、追試研究というのは仮説検証研究なんですね。仮説検証研究の場合にはいろいろなところでいろいろな対象者を使って、それで仮説が検証できるかどうかということでそういう意味で追試研究の必要性はあるんですけれども、今回のように事例研究で整理していくときというのはもう既に文献を見ればわかることなんです。先程、フロアから質問が出てその住宅のスペースがどうして重要なかなんてことがありましたが、患者さんの自室があるか否かということは当然のことなんです。そうはいっても、特に東京の方では狭いですから6畳、4畳半のアパートで小さなユニットバスで、そういうところで4畳半を患者さんの寝室にあてて、ユニットバスで、難病の寝たきりの患者さんをお風呂に入れて、なんてことをやっているんですね。ですからここで整理されていることは既に充分、わかりきっていることなんです。先程、フロアのやりとりを聞いていて、ああどうしてこういうところに注目しなかったのかなと思ったんですけれども、かなり御家族の方達が社会資源を使うことに対して抵抗があると、手続きが繁雑である、未知の方が家庭の中に入ってくることに抵抗があるなんていってましたよね。こういう福祉制度は沢山あっても比較的使われてないことがあるんです。ですから、家庭の中の介護者の方達が、どれ位福祉制度

を知っているか、理解しているかだとか、だけれども使わないのにはどういう理由があるかだとか、どういう側面で手続きが複雑なのか、そういうところを事例研究の中で分析していったらば、もう少しこれまで出てきたことと違うことがわかるんじゃないかなと思います。フロアとのやりとりを聞いていて、この同じ事例を使っても、きっと研究者のお手元には、もっともっとかくされたデータがおありになって使えるのだろうなと思ながら報告をお聞きしていたんですけれども、少し視点を変えてみるとまた違った方向からこの3例の成功例についても、また違った側面が見えてくるだろうなという気がします。

次に看護における研究方法論をめぐって、というところに入りたいと思います。先程前半のところでも8題の講評をしたのですけれども、研究をしていく、特に臨床の方が研究をしていくときというのは普段自分達が患者さんに接してケアを行っているわけですから、なかなかその臨床的な思いというんでしょうか、私は、ここで臨床的関心と研究的関心を区別し、という風には書いたんですけれども、そこを区別するのがとても難しいだろうと思います。ただし、研究というのは一定の手続きにのっとって、それで結果を導き出すプロセスですから、どういう方法を用いるにしてもその方法独特のルールがあるわけです。ですから、ケアをしていく中で感じている思いだとか、ケアをしていくときに持っている関心というのはそれはそれで研究テーマを詰めていったり問題を明確にしていくときは大事なんですけれども、そのまま臨床的な関心のままで、研究をしてしまうと方法が非常に曖昧になってきてしまうんです。ですから実際に実践をしていく中で抱く問題意識を、研究的な問題意識にうつすときには、それなりのある具体的なところから抽象的なところへの飛躍が必要になってきます。では、臨床と研究はいつも全く異質な別のことなのかという

とそういうことではなくて、研究で明らかにしようということは、ある手順を使わなければいけないわけですから、具体的な非常に混とんとした現場の毎日のいろいろなことがある。そういう中から例えば概念化、ことばをひとつ選ぶにしても、テーマをひとつ選ぶにしても、何かに焦点を当てるにしても、どこかで抽象化の作業をしなければいけないわけなんです。その抽象化の作業をするということが、臨床的な関心と研究的な関心を区別するという、どこかで現象からあるいは現場の実践からひとつ飛躍する、そういう作業になってくるんです。研究の中で明らかになってきたことがあったら、今度はそれをまた具体的な現場に戻して、実践でやっていることと、ある一定の手続・方法にのっとって、明らかにしていく研究といたり来たりの循環があることが大事なんだろうと思うんです。

問題を発見していくところでもう1回確認しておきたいと思うのですけれども、研究問題を発見していくプロセスには、3通りのプロセスがあって①日頃の看護活動、業務を意識化する、そういう経験から研究問題が発見される場合、②日頃の経験と文献から出てくる場合、③全く例えば現場を離れている方達が研究をするときなどは、文献の中から研究の方向性を引き出すこともあります。それから先程薄井看護論を使っている方がいらっしゃいましたけれども、ある理論が日頃の経験の中で非常に有効であるというときには、経験と理論から研究の問題が発見されることもありますし、場合によってはもう経験や文献等のプロセスを経ないである理論を証明するために研究が行われてるといふこともあります。ですから①②③それぞれ重なりあって問題が発見されることもあれば、単独で発見されることもあるわけです。皆さんの場合はおそらく日頃の実践の中から問題が見つかるということが多いだろうと思うのですけれども、その時も②文献との照合、あるいは文献

から方向性を示唆されるということだとか、あるいは場合によっては理論を使うということも大事だろうと思います。

次に、先程、研究というのはある一定の手續にのっとったプロセスであると申しましたが、いろいろな研究方法がありますね。事例研究を使われることもあれば調査研究、実験研究、いろいろな方法があります。参与観察法もありますし、そういった方法というのは、その方法独自のルールがあるんですけども、もうひとつ大事なことは、それぞれの研究には、その研究の方法によってどこまで明らかにすることができるかという限界がつかまとうんです。で皆さんがこれから研究しようというときに自分達の研究ではどこまでのことを知りたいのかどこまでのレベルの知識を得たいのかということ、最初に研究計画を立てる段階で意識化する必要があると思うんです。それはどういう事かということにあげてありますように、(1)~(4)まで探索研究、記述研究、相関仮説検証研究、因果仮説検証研究と、研究で知りたいと思う知識のレベルをもし仮に4つの段階に区別してみます。この探索というのはまず第1に事象を特定する、あるいは概念の抽出と概念化、あるいは問題の発見、こういった段階の知識を得ることが探索研究の範ちゅうに入ります。このためにどういう方法をとるかというのは場合によっては数量的に数で見てくことも勿論あるでしょうし、あと多くの場合はこういう探索研究のレベルの研究のアプローチというのは定性的な質的な研究、事例研究だとか参与観察法の研究だとか、最近ときどき文献であがって来ます、グラウンデッド・セオリーだとか、言葉による記述をベースにした方法ですけども、そういう方法を使って行います。次に記述研究というのは、探索研究をしていく中で自分が関心をもつ領域というのがある程度見えてくるんです。私はどうも臨床の方達が研究してるのを見ますとおそらくこの探索研究

のレベルというのがほとんど行われなくて、この探索研究のレベルというのは皆さんの実践の中できつと出てきているんだろうなという気がするんです。ですから比較的、この探索研究のレベルをこえてすぐ記述研究のレベルの研究が多いように思います。それがいい面と悪い面と両方あって、大学の研究者だとか現場にいない人が、現場に入って行って探索研究をし、その中でいろいろな概念を抽出するという作業をするとき、皆さんが現場で起こっていることをよく熟知していてそれで探索研究する場合ときつと両方メリット、デメリットがあると思うんです。で外から、例えばフィールドリサーチで全くその場に行かないものがある学校へ行ってその学校でどういう教育が行われているかを研究したりあるいは社会学者が病院の中へ入って行ってその病院でどういう医療が行われているかを研究したりとかそういう形で研究者がフィールドに入って探索研究をする場合というのはどうしても知り得る範囲というのが限られます。では、その現場にいる人がその場所で起こっていることを100%熟知しているかということ、おそらく短期間3ヶ月とか6ヶ月とか外から来た研究者より、ずっとその現場で起こっていることはよく知っているんだろうと思うんですね。3年勤めている人5年勤めている人がざらにいるわけですからそういう人達の方がよほどよく知っている。だけれども、その人達の知り方というのは、日頃の実践、仕事をしながらの知り方ですから、知ってはいるんだけど意識化されていない、あるいは問題として明確になっていないということがあるだろうと思うんです。看護の臨床研究が先程探索研究よりもむしろ記述研究が多いんじゃないかと私が感じていると申しましたのはどうしてかということこの概念の抽出と概念化ということが、現場の人達の研究では非常に少ないんです。概念の抽出が少ないというのは、おそらく、臨床にいらっしやる方達

は、なんというか、日頃起こっていることがわかりすぎる位にわかっているんだと思うんですね。だから、それをあえて客観的な言葉で命名する、ネーミングする必要もない位にあたりまえのものになっているんだと思うんです。ですからそこを飛びこえて記述研究に入っているんじゃないか、そういう気がします。それは、よく知っているということではいい面もあるんだと思うんですが、逆にマイナスの面もあって客観化しにくいとか問題の焦点を明確にしにくいとか概念化ができない、概念の抽出作業が非常に困難だというのは、言い換えると、焦点が当てにくいということなんですね。記述研究をいくらやっても、いったいこの研究で何を明らかにしたいのかが、いまひとつはっきりしない。そういう問題があるということは探索研究の段階での概念化が十分にできていないからだと思うんです。記述研究というのは、探索研究のレベルである概念が抽出化されてくる、そうするとある概念、ある事象のある側面をさらに明らかにするためにその事象の特徴を定性的に、定性的にというのはことばで、あるいは定量的に記述する。場合によっては、よく調査研究などで使われているのでは、何々について解答した人が何パーセントだとか、いわゆるアンケート方式でいろいろな項目について何パーセントの人がこういう研究に答えていたとかそういうたぐいの研究がありますけれども、そういった事象の記述を定量的にしたもの、あるいは記述をことばで定性的に行なった研究ではいちばんいい例が皆さんなじみのある事例研究ですね。事例研究でも1例だけの看護ケアの全体的な評価というのではなくて、例えばあるケアの側面について特に何か問題があって保健所にかけこんでくる、そういう事象のある側面、インシデントというんですか、ある特定の事柄に焦点を当てて5例とか10例とか集めて記述するというような研究がときどき報告で見当たりますけ

れども、そういうたぐいの研究も定性的な記述研究に入ります。探索研究にしても記述研究にしても、何らかの事柄を明らかにするわけですから、ここでだれが、いつ、どこで、何を、どのように、というようなことを書いて置きましたけれども、そこで起こっているある事象をことばあるいは数字で記述してあるそれが探索研究、記述研究の段階です。

次に相関仮説検証研究、因果仮説検証研究というふうに掲げておりますが、ここでいっている仮説検証研究をもう1回確認してみたいと思います。仮説ということばは、私達の日常生活の中でも定着していることばで、知っている様でいて意外と正しく理解されていないことがあったり、あるいは定義もいろいろなものをみるといろいろなように定義しているんです。難しくいうと、本当に難しい表現になりますけれども、仮説とは何かということ簡単なことばで言いなおしてみますと、仮説とは研究者が研究の中で検証されるであろうと期待する変数と、変数の間(変数間)の関連性の表明であるということになります。これはどういうことかといいますと、仮説というのは、最低2つの要因の間の関連性を述べるステイメント(言明)のことなんですね。ですから、それが、その研究者にとっては、もしかすると、検証されないかもしれないけれども、この研究の中で証明したいと考える、何らかの要因と何らかの要因がどうも関連していると、その関連性を仮説といいます。で相関仮説とは2つ以上の変数の関連性の表明であり正の相関と負の相関がある。でその関連性にも例えばどちらかが、どちらかに影響しているというところまでは言えないんです。AとBが関連している、Aが高くなればBも高くなる、他方が増えれば一方も増えるというのが正の相関ですね。一方が増えると一方が減る、逆の現象が起こるのを負の相関というんですけれども、あくまでも、関連性だけであってその関連の仕方が同じ方向に関連す

る場合と逆方向に関連する場合の相違はあるにしても、あくまでも関連性だけである。それが相関仮説ですね。で因果仮説というのは、原因 x が結果 y に影響を及ぼすという因果関係の表明をいう。ですからここでは原因と結果の方向性が、仮説の表明の中にはっきり表れることになります。

ここでいくつか仮説の例を掲げてあります。少し読んでみますね。たまたま私の思いつきでこういう仮説があるというわけではないんですが、①看護婦のバーン・アウトは職場のストレスと関連する。②職場のストレスが多いほど、看護婦のバーン・アウトは高まる。③看護婦のバーン・アウトは職場のストレスによって引き起こされる。ここに3種類の仮説が掲げてあります。①は相関仮説にあたります。ここでは正の相関か負の相関かいてないんです。ストレスが高まるとバーン・アウトも高まるのか、ストレスが高まるとバーン・アウトは減るのか、正の相関か負の相関かは、この仮説の文章からはわかりません。とにかくバーン・アウトとストレスが関連する、それだけをいっております。ですから、ストレスとバーンアウトの間をまっすぐな直線で結びつけてあります。②は一方が多くなると他方も多くなる、同じ方向で上下、変動しますから、これは正の相関です。ですから、ストレスとバーン・アウトという2つの変数をプラスの関係で結んであります。③がこれが因果仮説になるんですけども、いろいろな方がいい方があると思うんですけども、この例ではこういう風にいっています。「看護婦のバーン・アウトは職場のストレスによって引き起こされる。」これをもし他のことばで言い換えるとすれば、「職場のストレスが高まるに従い、看護婦のバーン・アウトも高まる」職場のストレスが看護婦のバーン・アウトを引き起こしているんだ、そういう表現の仕方の仮説というのが因果仮説になります。ですからここではストレスとバーン・アウトを矢

印で結んで正の関係であることを示しています。ストレスがバーン・アウトに影響して、そしてその影響のしかたもストレスが高まるに従ってバーン・アウトも高まるということ表明しているわけです。これは3つ共、なんだか似たような同じようなことをいっているようでいて3種類とも全く別個の仮説の表明のしかたです。それで先程、前半のところで、講評したのですが、事例研究だとかいくつかの研究の最後のまとめのところで因果関係の証明にはならないような方法を用いているながら、最後のまとめに因果関係に類似したような表現を用いていることがあって、それが少し気になったんです。第7席の老人の転倒・骨折後の回復過程に関する研究ということで、最後のまとめのところに、1) 対象の意志にそった生活を創り出すと認識の安定につながる。2) 生活全般を動的なものに創り変えていくと、能動的な認識に変化する。たとえばこの1)にしても2)にしても対象の意志にそった生活が認識の安定をもたらすという③の因果仮説に近い表現になっているんですね。それから2)は動的な生活、あるいは生活全般を動的なものにする、そのことが能動的な認識をもたらすこれも因果仮説ですよ。それから3) オムツ外しの時期を見極めながら排泄の自立を進めていくとADL全般の向上がみられる。これをもっとシンプルに表現すると排泄の自立はADL全般の向上をもたらす。これも因果関係を含んだ表現です。ですからここでは、事例研究では証明されないような因果関係を因果関係の表現に近いようないい方でいっているんですね。そこはやはり皆さんこれから研究を計画されるときにも、それからまとめを書かれるときにも自分たちの研究は仮説検証研究なのか探索研究なのかそれとも記述研究なのか、どのレベルの研究なのかということを、いつも念頭においておくことが大事です。私たちの研究の目的は記述だから、あくまでも記述の表現にする。

もし相関仮説の検証研究であれば、検証されたときには「職場のストレスとバーン・アウトは関連する」という仮説が検証された、といういい方になります。こういう2つの要因の関連を示唆するようなことをいえるのは、あくまでも仮説検証研究のレベルになってようやくいえるんです。事例研究をやっているでもそういうことが推測されることがあるんですね。事例研究をやらなくても普段皆さんが実践されているとどうもこのこととこのことは関係がありそうだというのがいくつかありますでしょ。でそういうときは、わかっているでも研究報告を書くときにはいわないんです。何故かという、研究というのは、ある結果を導き出すために、ルールにのっとった方法でその結果を導き出すという大前提がありますから、そのルールにのっとっていない場合は言えないんです。だから、事例研究方法を用いるにしても、調査研究方法にしても、どんなアプローチを使うにしても、自分達が求めようとしている知識のレベルは、どのレベルの知識なのかということをもとにきりさせる必要があると思います。そしてそれによって、また目的の書き方も変わってくるだろうと思います。もし仮に探索研究、あるいは記述研究の目的の書き方であれば、「本研究の目的は——について明らかにすることである」という——についてという、その記述になるわけですね。ですから「——を明らかにすることである。」ですけれども、もしそれが仮説検証研究であれば、正の相関か負の相関かわからないときには「本研究の目的はxとyの関連を検証する」そういう表現になると思います。あるいは場合によっては「職場のストレスが多いほど看護婦のバーン・アウトが高まることを検証する」それが研究の目的の表現になると思うんですね。もし仮にそれが実験研究で、さっきのヨモギの例を使いますと「ヨモギとハッカ油を用いた罨法は薬物単独の方法よりもより有効である」とかそういう

たぐいの表現になるだろうと思います。この例をみるとどれも似たようなことをいっているようですけれども、よく見るとそれぞれの関連性が出ているだろうと思うんですね。

このところは、皆さんのお手元に配布しました資料に揭がっています。いまお話したことを表にして整理したのがこの表になるんですけれども、探索研究、記述研究、あと仮説検証研究は相関仮説も因果仮説も同じにひっくり返して仮説検証研究とした場合ですけれども、もう1回いまお話したことを整理してみますと理論枠組みでは、それぞれ3つのタイプの研究ではどういうふうになっているかということを見ますと、探索研究では概念は曖昧で定義されていない。関連性の定義はなし。理論枠組みは概念の記述をすることに目的がある。ところが記述研究になりますと、概念は定義される。ところが概念と概念の関連性の定義についてはないか、あるいはあっても方向性が明らかでない。この場合方向性が明らかでないというのは、正の相関か負の相関かそこまでははっきり記述研究のレベルではわからないので、ある現象の、ある特徴を記述していくと、どうも何かと何かの間には関連性がありそうだと、そういうところからわかってきますね。そういうのがわかってきたときに関連性の定義がないか、ある推定が行われたとしても相関仮説ほどには明らかにならない、因果仮説ほどにはどちらが原因でどちらが結果というそこまでは明らかにならない、そういう限界があります。で記述研究の段階では、概念枠組みが出てきます。概念枠組みとはどういうものかといいますと、概念と概念の関連性を図で示したものです。探索研究ではある概念を抽出することがその研究で得られるプロダクトになるわけですから、記述研究の段階では記述することで、少なくとも何らかの関連が示されてきます。どちらが増えたとどちらが減るとかそういう相関の負の相関か正の相関かそこまではわからないけれ

ども、どうも A という現象と B という現象の間には関連がありそうだとか、そういったような大まかな概念枠組みができあがってきます。で仮説検証研究になりますと、当然概念は定義されますし、関連性の定義もあります。ですから、仮説検証研究で生み出される知識も理論枠組みになってきます。で理論枠組みと概念枠組みはどう違うのかというと、あまりはっきりした区別があるわけではないんですけども、概念枠組みの方が理論枠組みよりは未発達なものの理論枠組みほどにはまだ洗練されていないそういう風な理解のしかたが通常行われています。で理論枠組みの場合には、明らかに関連性の表明にしても、研究でテストが可能なように例えば、ソーシャル・サポートであればストレスとソーシャル・サポートの関係であれば、これはもうストレスについても、ソーシャル・サポートについても測定する尺度があるわけですから、実際のデータを使って検証することができますよね。そういう検証可能性があって、それも数字で確められるような、ところまで具体化されていて、そしていくつかの研究で検証されて確認されつつある、そういうようなレベルに発展してきたものが理論枠組みと理解できると思います。で概念枠組みの場合は例えば、「学生の創造性は卒業後の進路決定に関連する。」もし、仮にそういう仮説があったとしてそれを概念で示したときに、学生の創造性というのを測定する方法がなくても、これは社会学の世界でそうなんですけれども、実際に測定する方法がなくても、私達の知的な作業によっていろいろな概念を抽出することができますよね。ですからそういう形でまだ本当に測定可能なレベルまで進んではないけれども、ある概念とある概念の関連性を示したり、示唆するそういうレベルの発達段階のものが概念枠組みといえるんじゃないかと思います。同じように研究目的を見ますと、探索研究と記述研究では研究目的の表明のしかたが、先

程もいいましたけれども、「——について明らかにする」とか研究課題としての表明、「本研究の目的は —— を明らかにすることである」といった表明、あるいは「——はどうなんだろうか」という問いとして表現されます。ところが、相関仮説にしても因果仮説にしても研究目的はその仮説の検証にあるわけです。ですからはっきりと研究目的の中で「本研究の目的は x が増加すれば y も増加するということを検証することにある」とか「下記に述べるような仮説を検証することにある」とか必ず研究目的の中に仮説が入ってきます。ですから明らかに探索研究、記述研究のレベルと、仮説検証研究のレベルの研究とでは、研究目的の設定のしかたが違ってきます。その研究目的を達成するためのアプローチはどうか、研究デザインのところを見て見ますと、探索研究ではどのデザインが使われることが多いかという質的アプローチ、事例研究でも数字を使わないでことばだけで事例を記述するあるいは参与観察法である病棟に入ってその病棟でどんなことが起こっているのかをことばで記述していく、そういう参与観察法の研究方法だとかどちらかという定性的、ことばによる記述の研究方法を用いることが多いです。その中でいろいろな事象をことばで書いていく中で概念化をしていき、あるいは場合によっては概念を定義していく作業をしていきます。そして次の段階で記述研究に入って、記述研究では概念がはっきりしてきますから、その概念を数字で表すことが可能になってきます。記述研究をするときは、事例研究などで、ことばによってだけで研究することもあれば、いわゆる記述統計といって、A を解答する人が何%、B を解答する人が何%、C を解答する人が何%というような記述統計がありますよね。あるいは A 病棟の入院患者の平均在院日数は何日で、B 病棟の平均在院日数は何日であったとか、そういう平均値だけで記述したり、あるいは何パーセントとか

数字で例えばなんとかという疾患が何名で、なんとかという疾患は何名でと、よく集計をいたしますね。そういう集計なども記述研究に入ると思います。次に仮説検証研究ではどういうデザインを用いるかといいますと、実験研究、疑似実験研究があります。記述研究には例えばもし数量的にパーセントで表そうという場合には勿論調査研究法を用いることができます。それから仮説検証研究でも、実験研究をすることができます。全くコントロール群と実験群をふたつ作って、コントロールをしていくといういわゆる何らかの操作を行うようなことは調査研究ではしにくいですが、少なくとも相関仮説のレベルの検証でしたら調査研究でもできますので、実験研究、疑似実験研究それから調査研究法でも仮説検証は行うことができます。ですから、どういうレベルの知識を得たいかということでもって研究目的の表明のしかたも、研究デザインも違ってくることがこの図からわかると思います。では具体的にどういう手法を用いるかということと探索研究では構造化されない自由解答、これはどういうことかといいますと、よくアンケートなどで「——についてあなたはどのように思いますか」という質問のしかたがあって1, 2, 3, 4, と解答が規定されていることがありますよね。もう解答方法が決まってしまうものは、構造化された質問紙になるんです。ここでいっている構造化されない自由解答というのは例えば個人面接で、あなたはこの職場にきて3ヶ月になりますけれども、どう思っていますか、とか解答者に自由に解答してもらうような問いのたて方を構造化されない自由解答といいます。ですからそういう質問をしたり、あるいは参加観察といってその場に参与することで観察を行う。勿論、面接、インタビューすることもあるでしょうし、いろいろな自由解答の質問を発することもあるだろうと思うんですけれども、参与観察法も探索研究を行うときにはよく使

われるデータ収集の方法です。記述研究になるとここで標準化された測定尺度の使用ということが掲げられているんですけども、必ずしもいつもいつも標準化された測定尺度を使うとは限らないんですね。ここでは、この文献を書いた人は、こういうふうに言い切っていますけれども、ある側面を記述するときには、例えば構造化された質問紙を作ることができます。例えば職場の満足感というような調査を病院で行うとして、これは記述研究になりますね。看護婦の仕事への満足感という、看護婦が仕事をする上での満足というある事象のある側面を記述する研究ですから、もし仮にそれが記述研究だとしても必ずしも満足感を測る尺度というのは標準化されたものがあるとは限りませんから、研究者が自分たちで看護婦の満足感をきくのにはどういう質問項目を立てたらいいのかということで自分で作ることができます。ですから必ずしもいつもいつも標準化された測定尺度だけを使うとは限らないんですけれども、自分たちが作ったオリジナルの質問紙とそれから他の人が他の研究で使っていた満足感の尺度を両方使ってみるということが可能です。そういう形で満足感の量を計ってみて、外来で働いているナースの満足感とそれから一般病棟で働いているナースの満足感と、あるいは老人病棟で働いている看護婦の満足感と、比べてみてどうだったと比較する、そういうような研究は記述研究になります。仮説検証研究では、データ収集の段階ではもう当然ここでは標準化された測定尺度を使うことが原則になってきます。特に実験研究の場合はここで独立変数の操作と掲げられているんですけども、——は——に影響するというときに、原因の方を操作する、そのことを独立変数の操作ということになります。具体的にいうと例えばさっきのヨモギとハッカ油の場合でいきますと、ヨモギとハッカ油を1日1回2週間連続して罨法を与えたときに患者の腹部膨満感の軽減に

は1番有効である。」という仮説を検証する実験研究を計画したときにそのヨモギとハッカ油の罨法を毎日1回2週間継続するグループと3日に1回だけのグループと全然ヨモギやハッカ油を用いないで通常の下剤だけを使う場合と3つの群に分けるとしますね。この3つの群に分けること、毎日1回2週間続けるグループと3日に1回だけ2週間続けるグループと、それを操作といいます。それを研究者の方からの操作というんですけれども、その独立変数、原因の方をいろいろなグループに分けてみる、そういう操作をすることが必要になってきます。これは特に因果仮説検証研究では特に大事になってきます。それから同様に従属変数の正確な測定、これはどういうことかという、先程は原因の操作をいたしました。ではその操作した原因がどういう風に結果に影響しているかということが正確にわからなければいけないわけですから、従属変数というのは結果を測定した変数のことです。ですから、従属変数、結果については正確に測定される必要がある。例えば先程患者の満足感だけをカルテから引き出したとする。そしたらそれは結果の正確な測定とはいえませんが、だから排便の回数、排ガスの回数、患者の満足感ちょっと私はさっきのヨモギとハッカ油の研究の中ではどういう側面が結果になるか詳しく知りませんからいま思いつくのはそれくらいですけれども客観的に数字でそれも正確に表される測定を行う。例えば、ダイエットを2週間行ってみる、4週間行ってみる、3ヶ月行ってみる、それで体重がどう変化したかそういうのも2週間行ったグループが体重変化0、ところが3ヶ月実施してみたら平均して1.5 kg減ったということがわかった、そういうときは体重を計る時間帯を毎日朝起きたときの排尿後と規定しておけば、客観的に体重の増減で、結果としての従属変数が把握できますね。ですから、とくに実験研究では、結果を示す従属変数の正確な測定と

いうのが必要になってきます。こうしてみますと探索研究、記述研究、仮説検証研究でアプローチが各々特徴があるということがわかります。分析についても同じで、探索研究では、ことばを分類して概念を抽出したり、あるいはここでは頻度とってありますが、もし仮に仕事の満足ということを経験として抽出していったときに仕事の満足が観察される対象者の職場の条件というのではこういう条件が揚がってる。それから職場の満足感があまり観察されない職場の条件ではこういう条件があがってくる。それをことばで記述していったときにいろいろな分類ができる、あるいはその頻度が100人なら100人のスタッフが働いているところで30人の人が満足している方に入って、70人の人が満足していない群に分れるとか、ある現象をきっていく、探索研究ではいろいろな側面から分析していくんですけれども、その分類をしたり頻度を出したりするのが分析になります。で記述研究では、記述統計を使うことが、多くなるから、だいたい平均値を出して標準偏差を出すとか、あるいは、はいと答えた人、いいえと答えた人でいくつかの属性について違いをみていくとか、あるいは長期入院病棟と短期で退院していく病棟でいくつかの条件をくらべていくとか、そういう記述統計が多くなります。仮説検証研究になると、もう当然、いろいろな私達になじみの深い方法ではカイ二乗検定とかt検定とか分散分析とかそういった検定を用いることが多くなりますし、場合によっては重回帰分析といった予測統計を用いることがあります。ここで是非おさえておいていただきたいことは、それぞれ自分達が行おうとしている研究がどのレベルの知識をめざしているのか、その目的が研究方法、研究デザイン、あるいはデータ収集方法、あるいはデータ分析の方法を通じて、一貫しているということを皆さんに確認していただきたいと思います。ですから、探索研究を行っていながら、独立変数

の操作をしたり、あるいは確率統計を使ったりしたらそれはおかしいですし、仮説検証研究であるにもかかわらず、記述統計のレベルしか分析をしていないというのも、勿論これは全然おかしい話なんですけれども、研究にはその目的と方法に見あった一貫性があるということを示すことを是非ここで確認していただきたいと思えます。

次に8題報告がありましたけれども、事例研究が4題、それから私は事例研究という風にみなしましたけれども、実験的な方法あるいは調査的な方法を用いた研究、いろいろな方法がありました。事例的な方法を用いたときの長所と短所、数量的な方法の長所と短所をここでもう1度確認したいと思います。

まず統計的方法の長所。①結果の客観性が保証されやすい。これは数字で出てくることです。統計的方法を用いれば数字を扱うわけですから、少なくとも比較をしたり、あるいは検定をカイ2乗検定とかt検定をしたときのその検定の結果については客観性が保証されやすいですね。

それから②全体的傾向が把握できる。この場合全体的な傾向というのはかなり大きな数のことを想定しています。ある病棟に入院している全患者さんとか、あるいは、少なくとも通常統計分析が使えるぎりぎり最低のサンプル数という常識的には20例できることならば50例が最低のラインだといわれているんですけれども、それくらいのが最低保証されていれば、統計的な分析が行えますから、その20例全体について表現できるんですね。ですからもし、7例とか10例しかケース数がないときは、むしろ統計的な手法を用いるよりも事例的な手法を用いた方があっていいというのは先程お話しした通りです。

それから③統計的な手法を用いるときにランダム・サンプリング、母集団から等しい確率で対象（サンプル）が選ばれたときには、そのサンプルから得られた結果を母集団にあ

てはめて一般化することができるんですね。これは統計のルールなんですけれども。ですからきちっとランダム・サンプリングが行われていたりかなり何百人とかサンプル数が多い場合には普遍化、一般化がしやすい、そういう特徴が統計的手法の長所としてあげられます。それに対して事例的な方法の長所としては比較的少数の対象をとりあげることで相互の関連微妙なニュアンスも明らかにすることもできる。特に大事なことは微妙なニュアンスとか意味とか数字で表されないところのことですね。統計的な方法を使うとどうしても、測定可能な部分に限られます。ですから、いろいろな側面を切り落していかなければいけないんですけれども、ことばによる、あるいは少数の事例による場合には、さっきもインテンシブな面接調査ということを行いましたけれども、インテンシブなどというのはいろいろな複雑なニュアンスだとか、数字では表わし得ないような意味あいとかそういったことを表現することができる、それが事例的なアプローチのメリットです。それから時間的な変化も追究できる。これはある事例に3ヶ月、半年、1年と長期間にわたって関わっていった場合などには、時間を追って変化をとらえることができます。調査研究で1回だけのデータ収集というときには、ある時間の断面でしかデータ収集ができないんですけれども、例えば3例とか5例の事例を長時間追っていくという場合には、何ヶ月もかかって事例に関わっていくわけですから時間的な変化が追究できます。

それから④研究対象の特性も公分母的な形で解消されることなく生かされる。公分母的なというのはどういうことかということ、数が3例とか5例とか限られていますと、いろいろな側面を考慮に入れることができます。けれども、100人とか200人とかの人に、ある現象について調べようとする、どうしてもアンケート方式になったり、なんらかの少なく

とも構造化された質問紙を使わざるを得なくなってきました。そうするとどうしても切り落される側面があるわけです。ですから事例的な方法では、そういう分母として切り落される側面がないので、研究対象のあらゆる特性が考慮に入れられて、生かすことができる。こういう特徴があります。

で短所としては、これはとくに統計的手法でも大がかりな調査研究の場合ですが、①調査費用がかかる。②結果が表面的、平板的である。これは必ずしもそうとはいえないんですけども、いろいろな調査を組み合わせなければ、かなり深みのあることはわかってくるんですけども、通り一遍の質問しかしめないと、例えば20項目、30項目の質問しかしないとどうしても結果が表面的、平板的になってしまう。それから③結果が得られるまでに長い時間を要する。ここの欠点としてはかなり千人以上の大規模な調査を念頭に入れて書かれているんですけども、もし仮に500人の人に郵送調査をするとなると発送までの時間とか発送して返事が返ってくるまでの時間とかデータ収集のプロセスで研究者が待たなければいけない時間がかかるんですね。それで、長い時間を要すると書いてあります。

事例研究の方の短所としては、①結果の普遍性、一般化の保証が得られない。常に主観的解釈ではないかとか、部分的調査ではないかという批判を受けやすい。これはもう当然さっきも講評のところを出てきましたけれども、どうしても研究者の側の解釈が入ってくる部分が多いものですから、それはその研究者の主観的なものではないかとか、わずか3例とか5例とか使っていませんとその事例については深く理解できても、そこで発見できたことを他の人にも当てはめて考えることはできないわけですから、一般化が得られにくい。そして②全体的傾向がわかりにくい。それはもうしょうがないですね。2例とか3例

とかから深く理解しようとすれば、他の何百人かの患者さんのことは理解できない、それはもう事例研究の短所としてやむを得ないところですけども、でもそれぞれ、数量的に統計分析を用いる方法と、どちらかということばによる分析が多くなりますけれども勿論ある程度数字を使って事例研究をすることはありますけれども、少数の少ない事例を扱う事例的方法とではそれぞれ長所、短所が異なっております。ですから皆さんが御自分の研究をどういうアプローチでしたいかということを考える場合に、どのレベルの知識を得たいと思っているのか、それからどういう方法を用いたらその得たいと思っている知識に到達できるのか、それぞれの研究の方法には長所と短所がありますので、そこを見合わせながら選んでいく必要があると思います。

次に調査研究と実験研究について、もう1回どういうものなのかということを確認しておきたいと思います。調査研究とは一定の事象を直接に観察し、記述し、分析する方法です。調査研究とはいろいろな定義のしかたがあるんですけども、1つには実験研究と大きく違うところでは操作、ヨモギの量を多くしたり、少なくしたりとか、ある群には術前のオリエンテーションがあるのに、ある群にはオリエンテーションをしないとか、そういう操作をしないで一定の事象を直接観察し、記述し、分析する方法というふうな方がいい方がひとつのいい方だろうと思います。あるいは、また、これは別のいい方なんですけれども、個人またはある集団の特徴、行動、態度、意図などを調べる。定義のしかたにはいろいろな定義のしかたがありますけれども、その調査研究のタイプにはどういうのがあるかといいますと、まずデータ収集の時間枠で見たときに横断調査と縦断調査という2種類のタイプに分けることができます。横断調査というのは1回だけのデータ収集による研究です。ですから例えば調査表を作って1990年の7月

に調査をしたとする。そうするとそこで得られたデータというのは、1990年の7月という1時点で切られたデータなんです。ところが縦断調査というのは、ある一定の期間フォロー・アップをする。例えば患者さんが入院したときから、入院した時点でデータ収集して、退院時にデータ収集してそれから退院後6ヶ月目にまたデータ収集する、そういうような調査研究では入院時、退院時、退院後6ヶ月とかなり長期間にわたって何回かに分けてデータ収集するわけですから、こういうタイプの研究を縦断調査というふうに呼びます。横断調査、縦断調査というのは、データ収集の時間的な枠で切った分類方法ですけども、あとはデータ収集の方法で分けてみますと質問紙法、面接法、観察法、心理測定法といった方法があります。

質問紙法はもう皆さんよく御存知のアンケートを使う方法ですね。質問紙を作ってそれに解答してもらう。面接法というのは、研究者が対象者に直に会って面接をして、このときに当然そこで質問する問いのしかたには4種類とか5種類の問いの中から選んでもらう場合もあれば、半構造化された質問であなたはこういうときどうしますかというようなある条件を設定してそれで自由に解答してもらうという問いかけのしかたもあれば、あなたは今度の新しいこういう方法についてどう思いますかというような形で100%オープンにして対象者の人に自由に答えてもらう、そういう方法もあります。それから観察法というのは、これは主として参与観察だとかフィールドに入って行く研究には多いんですけども、調査者がそのフィールド（現場）に入っていて、そこで人々がどういう風に行動しているかをことばで記述していく、あるいは行動項目をたてて、それをチェックリスト方法でチェックしていく、そういう観察法を用いることがあります。それから心理測定法というのは、いろいろな態度調査とか既にできあがってい

る質問紙を使って測定する研究です。これはたとえば、学校でいうとよく知能テストがありますよね。それからあと精神科の領域でいいますと、適応尺度というのがありますし、どちらかという態度とか意志とかいった主観的な部分を測定する測定尺度があります。そういった測定尺度を使って行う調査もあります。調査研究の方法についてお話しすると、1回の講義で話しきれないくらい話すことがあるんですけども、だいたいどんなプロセスで流れるかということを見てみますと、これはもう皆さん実際に研究されている方たちはおわかりのことと思います。だいたい共通していえることなんですけれども、まず、調査研究の実施過程①研究課題を成文化する。②文献を検討する。③理論枠組みを設定する。④仮説を設定する。⑤調査対象を決定する。⑥データ収集法を選定する。⑦調査票を作成する。⑧データの分析方法を決める。⑨予備調査を行う。⑩データを収集する。⑪資料を整理し分析、解釈する。⑫結果を報告する。これは例えば場合によっては、仮説を設定しない記述研究タイプの調査研究もありますし、ですからそういうときには理論枠組みだとか仮説の設定とかが省略されることがあります。どういうタイプの研究をするかによって若干違うかもしれませんが、だいたい調査研究に限らず、実験研究にしても事例研究にしても最初になんらかの目的を明らかにするという作業があって、それをさらに文献を使って整理していく、あるいは文献を使うこと、文献を見ることによってその領域の知識を増やす、そして、どういう方法でデータを得るかという研究方法について考え、データを収集して、そして収集されたデータを分析しペーパーに書いて報告する。そのプロセスはだいたい共通しているだろうと思います。

最後に実験研究の特徴について述べておきたいと思いますが、調査研究と実験研究の大きく違うところはどこかという、先

程も触れましたように、実験研究では操作がおこなわれる。その場合の操作というのは何かというと本当にシンプルに表現すると、研究者が対象者に何かを行うこと。例えば、ある薬を200 mgの群と50 mgの群と0 mgの群とに分けてみる。あるいは1群の患者さんたちには術前のオリエンテーションを行う、プラドクターの説明を加える。で2番目のグループの患者さんにはナースの術前オリエンテーションはなくてドクターの説明だけ。3つ目のグループはドクターの説明はなくて、ナースのオリエンテーションだけ、で4つ目はなにもない。こんなことは現実にはあり得ないんですけども、こういうような形でいくつかの条件を組み合わせ、いろいろなコントロールをするんですね。そういう操作をする。そういう操作をするところが実験研究と調査研究とでは違います。それから②コントロール、これは、実験群と対象群を用いて実験にひとつ以上のコントロールを導入すること。ある操作を加えた群と操作を加えない群、これはひとつのコントロールの条件ですね。もしかすると男性と女性に分けてみるかもしれない、そうすると男性だけのグループ、女性だけのグループという分け方ができます。そうするとこれが2番目のコントロール。もしかすると年齢で分けた方がいいかもしれない。そうすると年齢60才未満のグループと60才以上のグループそうするとここで3番目の年齢というコントロールの条件が加ってきます。実験研究の2番目の条件としては少なくとも最低限実験群と対象群を用いて、実験にひとつ以上のコントロールを導入することというのがあげられます。そして3番目には無作為割りあてとって、対象を実験群と対象群に等しい確率で無作為に割りふる。ですから実験を受ける、操作を受ける群も、操作を受けない群も基本的には同じ条件の対象者が

入っているんだということが前提になるわけです。この操作と、コントロールと、ランダム・アサイメント（無作為に割りふる）この3つが実験研究の3条件になるわけです。ですから先程前半で講評しましたときに、多分研究者は実験研究のつもりでやったんだろうけれども、私は、これはおそらく事例研究と理解するというふうにいいました。それはどうしてかということ、実験研究のデザインであれば少なくともこの3つの条件を満たしていなければならないわけなんです。ところが今回発表されたものを見ますとこの3つの条件が必ずしも満たされているわけではなかった。一応御本人たちは実験的なデザインを施行したんだろうなというのが推測されはしたんですけども、次の実験研究のステップに向けた準備の段階の事例研究ないしはプレ実験研究というか、そういう位置づけになるんじゃないかなと、前半で申したのはこういう条件があるからなんです。

一応今日お話したことを整理してみると、臨床で研究を行う場合というのは、どうしても関心の持ち方が、臨床的な関心のまま研究の方も進めていってしまうけれども、研究をするという作業はルールにのっとった方法で明らかにするということがありますから、臨床的な関心と研究的な関心を区別する必要があります、それがひとつですね。そして手続にのっとったルールに従うというのは、どのレベルの知識を得たいかでもって、理論枠組みも研究目的も、デザインも、データ収集も、分析も、それぞれ特徴があるということをお話しました。これを論理一貫させていくのが、ルールに従う、あるいは手続にのっとる、そういうことなんです。一応簡単に、事例研究、調査研究、実験研究の特徴を本当にかいつまんで御紹介しました。どうも御清聴ありがとうございます。