

## 【臨床教育講座】

# 臨床家のための研究のすすめ：実践編

## 第10回 「質的研究を進めるポイント」

佐川佳南枝\*

本稿は、臨床という人と人との相互作用が複雑に絡み合い、様々な表情を呈している現場（フィールド）での日常的実践が、1つでも多く研究論文あるいは実践報告という形に結実されるきっかけになればとの思いから書いている。研究と言えば二の足を踏んでしまうという人にどうやったら、その一步を踏み出してもらえるかを考えた時、ここはやはり自分自身の『作業療法』への最初の投稿での経験をもとに書いた方がよいだろうと考えた。それも、筆者が研究という新しいチャレンジへ踏み出していく時に経験的に重要だったと考えられることについて、ポイントを挙げる形で書いていこうと思う。

筆者はこれまで、もっぱら質的方法を用いて研究を行ってきた。したがって本稿は主に質的研究を行おうとする人へのメッセージとなるであろう。EBM（Evidence Based Medicine）とNBM（Narrative Based Medicine）が対立概念でなく相補の関係にあるように、量的研究と質的研究は車の両輪のような関係にあると言える。研究者自身がどちらの方法に、よりリアリティを感じることができるのかということによって方法選択は分かれていくのではないだろうか。

Encouraging research for clinical occupational therapists: Part of the practice: Number 10 "Advice for doing qualitative research"

\* 熊本保健科学大学保健科学部

Kanae Sagawa, OTR, PhD: Faculty of Health Science, Kumamoto Health Science University

たとえば医療人類学者の Kleinman<sup>1)</sup>はその著書の中で、「病い」とは個人の生きられた経験であり、その人固有の意味であり、すなわち「物語」であるとしている。それに対して「疾患」とは生物学的な構造や機能不全として再構成された治療者側の見方であり、「胸痛」という個人の経験が「急性大葉性肺炎」に還元される時、「病い」は「疾患」となると述べて、医学モデルの疾患（disease）と患者の経験である病い（illness）を区別している。筆者はこのうち、「病い（illness）」の経験を読み解くことの方に興味があるのである。

### ポイント1. 日常を距離化して見てみよう

まだ研究をしたことがないという人と話すと、「何をテーマにしているかわからない」、「研究疑問が見つからない」といった言葉が返ってくる。何もないことはないはずだが、そのような答えが返ってくるというのはなぜなのだろうと考えてみた。私たちが研究対象とするのは日々の実践の現場である。考えられるのは、気づかれるべき研究課題がありながら、それが日々の実践の中で見過ごされてしまっているのではないかということだ。たとえば新人として初めてその現場に入った時には、「おや？」と思う違和感が必ずいくつかあったはずである。しかし、それはやがて時間の経過の中で、ルーティンの世界に埋没していく。逆に言えば、そうした違

和感をいちいち意識化しては日常の実践がスムーズに運んでいかない、ということでもある。そうした中で自らの研究課題に気づくためには、初めてその現場に入った人ならばどう感じるだろうかと、日常の世界を「異人（ストレンジャー）の眼」をもって捉えなおしてみようことを勧める。「当たり前」の日常実践の世界から距離を置いて対象や自分の実践を客観的に見てみるのである。

逆に、現場で問題になっていることを何とかしたいと強い思いをもっている人もいる。こうした思いが研究への強い動機づけに繋がる。だが往々にしてその対象について熱く語るけれど、分析がうまく進まないということによくある。その場合も研究対象として前述の“距離化”を試みる。そうすることで今まで日常化し自明の世界に埋没し、見えなかったものに気づくのだ。実際、分析について助言を行う場合、こちらが面白いと感じるところを、その人自身は自明なものとして見過ごしていることはよくある。そのように現場において研究という営みを行うならば、日常を異化してみる練習が必要である。

私の最初の研究<sup>2,3)</sup>もそうした違和感、「なぜなんだらう」という疑問から始まっている。当時、精神科の病院で担当していたSSTの中では日頃困っていることを相談するコーナーがあり、副作用の辛さから薬に対する不満がよく聞かれるようになっていた。その中には症状までを副作用と誤解している例もあった。そこで、薬や病気に対する正しい知識をもってもらうことを目的に、「薬のSST」と呼ぶ服薬心理教育プログラムを新たに立ち上げた。これは医師と薬剤師と作業療法士が共同で行うもので、統合失調症を中心に症状がなぜ起こるのか、薬の種類や効果などを説明していくものであった。参加者の疑問や不安に答えたり、副作用への対応策などを話し合ううちに、私たちはこのやり取りこそがインフォームド・コンセントなのではないかという認識をもつようになった。プログラムの参加者からは、「薬が自主管理になった」とか「積極的に退院について考えるようになった」などのうれしい報告を聞くことができた。

しかし一方で、誘っても「薬の話は聞きたくない」と拒否されたり、「先生に薬のことは相談しにくい」、「薬のことで何か言うのは失礼な気がする」、「診察の時に薬の話はしないことにしている」といった反応にも出会った。初めてこうした発言に触れて驚き、「なぜそんなに薬のことを主治医に言いにくいのだろうか」という疑問をもったのである。

### ポイント2. そのことを探ってみよう

疑問を感じたら文献をあたるという行動は重要なことである。もし先行文献の中で、自分の疑問に思ったことについてすでに研究され、すっきりと腑に落ちる形で解明されていたら、さらに研究する必然性はなくなるのである。しかし実際にはここは解明されたがこの部分はまだわからない、といった疑問が残されるため、不明確な部分に焦点を当てて研究していく道筋が見えてくる。学位論文においては、先行文献を丁寧にあたりクリティーク（長所、短所などを評価、検討）し、自分が行おうとする研究とどこがどう違っているのか、理論の中ではどのような位置づけにあるのかを見定め、自分の研究の位置やオリジナリティを見極める作業が必要になる。

ただ、まだ研究されていないから研究するという理由づけでは弱い。確認されなければならないのは研究の意義である。まずその研究を行う意義は何であるのかを、自分の中でしっかりと確認してから、研究に着手しよう。

### ポイント3. 人に話してみよう、聞いてみよう

さて当時の筆者は、分析の方法を何にするかを決めないまま（というか個別の方法論についてほとんど知識がなかった）、インタビューガイドを用意して34人分のインタビューデータを集めた。インタビュー方法は半構造化面接で、時間は対象者の疲労や集中力の問題もあり15分から1時間程度までばらつきがあった。長く語れる人、断片的にしか語れない人、情景が鮮やかに浮かぶように語る人など様々だった。得られた人々の語りを聞けば聞くほど、私はそれ

に魅せられた。しかし、逐語化したずっしりと重いデータの束を前に途方にくれた。何か非常に重要なこと、ダイヤモンドの原石のようなものがそこに点在していることを感じるのだが、それをどう取り出し、分析していけばよいのかわからなかったのだ。そこで作業療法の先生方で、研究方法に通じていそうな方々に片っ端から尋ねることを始めた。そして知ったのが「グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach; 以下, GTA)」だった。しかし, GTA をキーワードに探した何冊かの本を読んでも、謎はますます深まるばかりだった。コーディングをしてカテゴリーを作る, ということは, いくつかの本の知識をつなぎあわせて理解できた。だが, 具体的な方法となると皆目見当がつかなかったのだ。しかしある日, 一冊の本と出会い読み進めるうちに, 「これならできるのではないかと確信に近いものをもつようになった。それが後に, 大学院で私の指導教授となる木下康仁の『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—』<sup>4)</sup>であった。

この本を手にとると手垢で汚れ, 20 を超える付箋が貼られ, いろいろな色で線が引かれ, とくに大事と思われたところには星印が付けられ, 書き込みも見られる。今見ると見当違いの書き込みもあるため, 恥ずかしくて人には貸せない。だがそうした部分をたどると, その時の高揚した気分がよみがえってくる。

さて, ここで GTA について簡単に説明するならば, データに密着した (grounded on data) 分析により独自の理論を生成する研究方法で, 1960 年代にアメリカの社会学者 Glaser と Strauss によって提唱された。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach; 以下, M-GTA) は, 前述の木下により, GTA をより実践しやすい形に改良されたものである。データから分析テーマに沿って概念を作り, 関連のある概念群をカテゴリーにしていく。概念とカテゴリーの関係性を示す関連図は, 何らかのプロセスを説明するものとなる。簡単に書いたが, これに

はデータの深い解釈が必須である。つまり表面的なことだけを捉えて, 簡単に要約していくのではだめということなのだ。しかし当時は筆者自身も何となく, という理解しかできていなかった。

だが, この本を一気に読み終えて, 何とかできるのではないかと明るい見通しをもった筆者は (実際には 20% 程度の理解だったとは思いますが), 奥付頁に書かれていた著者の経歴を見た。するとそこには, 著者 (木下教授) のメールアドレスが記されていた。「これは連絡してよいということだ」と解釈した私は, すぐにメールを送り, 自分の研究関心とデータについて説明した。するとすぐに指導してくださるとの返信が来た。その時のうれしさは今も忘れられない。この我ながら積極的な行動は, 今にして思えばデータは患者さんたちから付託されたもの, この貴重なデータを何とか形あるものとしなければという思いが後押ししていたのだろう。

ここで強調したいのは行動を起こす, ほんの少しの積極性が大事だということだ。人に聞いてみる, 相談してみる, あるいは同じような関心があると思われる研究会や勉強会を探して入ってみる, といった最初の一步が大切なのではないかと実感する。とにかく, 行動しない限り道は開けない。筆者の場合, 行動を起こしたことにより大きな変化がもたらされた。まず論文を 2 本, 『作業療法』に投稿することができた。その後, 社会学の概念や考え方は臨床にも役立つのではないかと考え, 大学院の修士課程に入り, やがてさらに深く学びたくなり博士課程に進んだ。今は, 社会学の考え方や質的な方法論を, もっと作業療法の中に取り入れていけないだろうかと考えているところである。

#### ポイント 4. 誰かに問いかけてもらおう

さて質的研究は量的研究と違い, 調査を始めるところから論文化の最終段階までリサーチクエスト (問い) が同じとは限らない。まず漠然とした問いから始まり, 文献レビューや実際のインタビューデータ (IC レコーダなどに録音された内容を文字起こししたもの) を読み

込みながら、問いは何度か修正されていくものである。したがって論文を書く時には、最後に書くのが「はじめに」の中の研究目的であるということもあり得る。こう書くと、質的研究とは信頼のおけないもののように感じられるかもしれないが、これはデータを何よりも重視するからである。ここでいうデータとは質的データ、つまり文字テキストデータであり、インタビュー記録やフィールドノート（フィールドでの観察記録）が主なものである。研究を進める時には何らかの仮説をもっているものだが、データがそれとは異なることを語っていたり、もっと興味深いことを語っていたりする場合には、当然、問いの方が修正されるであろう。

そして研究の取り掛かりの時にも、自分の研究疑問というのは自分が思っているほど明確ではないことが多い。その時に、他者からいろいろと「それはどういうこと?」、「なぜそう考えるの?」と問いかけることは重要だ。

私も木下教授から初めてのスーパービジョンを受けて、現場でどんなことをしているのか、どんなことが起こり何が問題になっているのか、ということの説明していったのだが、その現場を知らない他者に説明し、自分が問題とっていることを言語化していくのは想像以上に難しかった。しかし自分の思考を言語化していく作業は、リサーチクエスチョンを立てる上で非常に重要なことだと実感できる。いやリサーチクエスチョンを立てる時だけでなく、分析の最後まで思考の言語化は大事であり、「なぜ」を他者に明確に説明できることが必要なのである。

研究は一人孤独に行うものではない。人とのやり取りの中で自分の考えがはっきりしていくのである。それゆえ、経験のあるスーパーバイザーとのやり取りでなくても、その現場の人間でなく、その研究に関心があり基本的知識はある程度共有できているような他者からの問いかけがあればよいと考える。同じ現場にいるもの同士だと、すでに共通理解になっていることも、その現場を知らない相手から問われるとあらためて意識化されるし、相手に理解してもらおうと努めることで言語化されて、明確になってく

るからである。例を挙げるとすれば、同じ現場にはいない作業療法士や他職種などが候補となろう。その人たちに、前述したように「なぜ?」と繰り返し問いかけてもらうのだ。

#### ポイント5. 方法論を勉強しよう

実際の質的研究方法と呼ばれるものとしては、GTA（この中にはM-GTAを始めいくつかのタイプがあり分析方法が異なる）、事例研究、ライフストーリー、エスノグラフィー、ナラティブ分析などが代表として挙げられる。ここでは各々の分析方法を示す紙面はないので、おおまかな特徴のみを記すのにとどめる。

まずこれらの共通点は、意味を解釈することであるが、それぞれの研究法では、対象とする範囲が異なる。たとえば、事例研究やライフストーリーなどでは一人の人にスポットを当て焦点化し検討していく。そしてライフストーリーでは、様々な出来事や経験をどのように意味づけてきたかを詳細に語ってもらう。これに対してGTAの場合は、Aさんという特定の個人を理解するのではない。たとえば精神科病棟に長期入院している人たちとか、退院後地域で生活を継続できている人たちとか、臨床実習を経験した学生、配偶者を介護する男性介護者など、ある共通の属性の人々全体に共通して言えることを明らかにしていく。エスノグラフィーは、もともと文化人類学からきた方法論で、その地の人々と生活を共にして彼らの文化を理解しようとしたものである。保健室のエスノグラフィーの例で言えば、保健室登校したり、保健室を避難所のようにしたり、あるいはオアシスのような居場所であったりと、そこでは養護教諭とも様々なやり取りがある。なぜ生徒たちは保健室に来るのか、彼らは保健室をどのように意味づけており、どのように役立っているのかが、このエスノグラフィーから明らかになるかもしれない。つまり、そこはどのような場で、どのような人がいて、どのようなやり取りがあり、日常が繰り返り広げられているか、そのルーティンの世界を明らかにしていくわけである。エスノグラフィーは、どちらかというとも

く知られた世界ではなくて、一般の人がまだあまり知らない世界を明らかにすることに意義がある。実際、私はこの手法が好きで、修士論文、博士論文にもエスノグラフィーを用いている。

どの方法であっても、ディテールの豊富なデータを用い、研究者の深い解釈により分析していく、ということは変わらない。つまりデータの文脈に沿って解釈を行い、その行動や語り、起こっている相互作用の意味を捉える。質的研究は何をするかをひとことで言うならば、ディテールの豊富なデータを用いて意味の解釈を行うことである。しかしそのデータや研究テーマによってふさわしい方法は異なり、ディテールの活かし方も異なってくる。

こうした方法論については個別の学習が必要となるが、勉強会や研究会などに参加することも有益だろう。そうした中で発表したり、仲間からコメントをもらうことは大いに刺激となるし、研究の同志がいることは心強い。

#### ポイント6.

##### 自分の手本となるような論文を探す

皆さんは、「こんな論文が書けたら」と思うような、自分が理想とする論文がないだろうか。実は筆者が初めての論文を書いた時、大いに参考にしたものがある。それが、GTAを生み出したアメリカの社会学者 Glaser と Strauss の著作である。

二人は1960年代、サンフランシスコの6つの病院でフィールドワークを行った。この時代にはアメリカでも、がん告知は一般的でなかった。そこで二人は、終末期の告知をめぐる患者と医療者、家族のあいだでどんな相互作用が行われているか、とくに死が免れないことだという情報を誰がどれだけ知っていて、そのことをめぐってどんな相互作用が行われているかを知ろうとしたわけである。こうしたフィールドワークの成果を、二人は『死の Awareness of dying』<sup>5)</sup>として1965年（訳書は1988年）に発表した。

彼らのリサーチ・クエスション（問い）は、「死にゆく人をめぐって人々はどのような相互

作用を行うのか」というものだった。前述のように、1960年代のアメリカでがん告知は一般的ではなかった。そこで、患者の死が間近なこととして免れないものであるとの情報をめぐって、患者、医療者、家族が駆け引きを繰り返すことになる。そして、お互いとその情報について何を知っており、また相手がそれについて何を知っていると各自が考えているかによって、それぞれが相手ともつ相互作用の文脈が決まってくるようになる。これを彼らは、死にゆくことに関する「認識文脈 (awareness context)」と名づけ、これをコア・カテゴリーとする死の Awareness of dying 理論を生成したのである。

死にゆく患者にまつわる認識文脈には4つのフェーズがあった。彼らは、それらをそれぞれ閉鎖認識、疑念認識、相互虚偽認識、オープン認識と概念化したのである。閉鎖認識とは、患者だけが自らの間近に迫った死を知らない状況である。疑念認識とは、告知はされてないけれど、患者が自分はもう助からないのではないかと疑い始めている状態で、そのことを確認しようとしたり、あるいは否認しようとしたりする。相互虚偽認識とは、患者も周囲も互いに患者の死が近いと知りながら、あたかもそうではないかのように装い合う状況である。オープン認識とは、患者もスタッフも家族も終末期を事実として認め、その共通認識にもとづいて相互作用しあう状況を示す。認識文脈は、閉鎖認識から段階的に推移するわけではなく、誰かが告知してしまえば、一気に閉鎖認識からオープン認識へと移行する。しかし患者が自分の終末期を否認して、周りを無理やり相互虚偽認識に引きずり込んでいる場合もある。ここで重要なのは、この理論により死にゆくことをめぐる社会的な相互作用が、非常に説得的に明らかにされたことである。

本書を読んだ時、この認識文脈の変化という着想は、筆者の分析においても応用できるのではないかと思いついた。そこで服薬の認識が変化していくプロセスを、「受動的服薬」、「疑念服薬」、「納得服薬」という概念で示し、それらを〈服薬認識カテゴリー〉でまとめてコア・

カテゴリーとした。「受動服薬」は、薬に対して疑念を抱かず、言われるままに従順に服薬すること。「疑念服薬」は、薬の名前や働き、効果、処方などに疑念を抱きながら服薬することで、知りたい気持ちはあるが主治医に聞けないでいる状態。「納得服薬」は、薬について自分が満足するに足る知識をもっており、納得したうえで服薬するものである。こうしてできた概念とカテゴリーは、現場の現象によくフィットするものであるように感じられた。

このように優れた先行文献は、自分の分析にとって大いに参考になるものである。自分が選択した方法論を用いた、お手本となるような文献を読み込んでいくことをお勧めする。

#### ポイント7. 研究という作業に没頭しよう、 そして最後までやり遂げよう

「あとは一人でできるでしょう」。3時間にわたる指導を初めて受けた際、その終わり際に、木下教授から1ヵ月で論文化して投稿するようにと言われた。それからの1ヵ月は、何をしても頭の片隅で分析のことを考えていたのだった。まさに分析という作業にoccupy（占有）された夏だった。後に知る「フロー」<sup>6)</sup>という概念で表される状態を経験したものだ。そして約束通り、ちょうど1ヵ月後に『作業療法』に投稿した。

しかしその後の査読者とのやり取りは、忍耐力を必要とした。新しい方法論で挑む時は根気と丁寧さが必要である。何度かの査読者とのやり取りの後に論文<sup>2)</sup>は掲載されることになり、続いて第二論文<sup>3)</sup>も掲載された。実は最初の投稿時の査読では、M-GTAの分析技法・手順の詳しい記述や概念の生成過程の説明が求められたため、論文の紙面が限られていた。そこで分析の視点をより焦点化して、2つの論文に分けるという戦略をとった。

実際、研究という作業には忍耐や根気強さも必要である。しかし最初概念がうまく作れたと思った時、分析作業が波に乗る時、明らかにしようとしているプロセスがつかめたと感じた時、気分は高揚し楽しんでいる自分を発見する。

そこから、私は研究という作業が少しずつ楽しいものになっていった。

ところで、分析の途中ではいろいろな疑問や着想が浮かぶことがある。私はいつもメモ帳を持ち歩き、メモを取る習慣を身に付けている。そして、自分の思考過程をたどれるノートも作り、それに毎日、記録しておくことを勧める。質的研究者にも研究ノートは必要であり、それらは思考のログ（時系列の記録）となる。

アメリカの社会学者である Mills は、新人研究者へ向けた著作『社会学的想像力』<sup>7)</sup>の中で、研究者としての姿勢や研究の発想の方法などを伝えている。たとえばその1つが、常に反対例を考えていくことである。絶望に関心がある時に得意の絶頂について、貧者について研究するならば資産家について考えるのだ。また同様に、1つの概念が着想されたら同じような例はないかと探し、類型化する。このような思考を訓練として日常化するとよい。その他にも、発想を活性化させるためには上記のような研究ノート（Mills はファイリングと呼ぶ）を活用すること、研究成果を発表する時には、はっきりしたわかりやすい表現で書くべきこと、などが示唆されている。

先ほど分析作業への集中を強調したが、一方、行き詰まったなと感じたら、気分転換という作業を取り入れることが大切だ。これは決して無駄な時間ではない。一旦、研究のことは忘れて（といっても完全に忘れてはいない）、他のことをしてみる。音楽を聴くのもよし、映画を観るのもよし、スポーツでフロー状態になるもよいだろう。本を読むなら違うジャンルを読もう。意外とこれが有効で、まったく違う分野から自分の研究に結びつくよい着想が得られたりすることは何度も経験した。この現象は、下條が『サブリミナル・インパクト』<sup>8)</sup>の最終章「創造性と『暗黙知の海』」の中で述べている「顕在知と潜在知の往還」を行うということなのかもしれない。

最後に先の Mills の一文を、これから研究を始めようとしている皆さんへのメッセージとし、この稿を終えることとする。

「他の誰かがいつの日か、どこかで君に代ってしてくれるなどと考えるはならない。……そのような問題の解明を提起し試みるにあたって、躊躇することなく、人間と社会についてのあらゆる有効な研究成果から、その観点・発想・方法を学びとれ。それらは〈君の〉研究であり、君がその部分でもあるものの一部分なのだ」<sup>7)</sup>。

あなたが今もっている問題意識はあなた自身のものである。そしてあなたによってしか解明できないのである。決して手放さず、やり抜き、必ず成果物として完成させていただきたい。それを、手に取り読める日を楽しみにしている。

## 文 献

- 1) Kleinman A (江口重幸, 五木田紳, 上野豪志・訳) : 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学—. 誠信書房, 東京, 1996.
- 2) 佐川佳南枝 : 分裂病患者の薬に対する主体性獲得に関する研究—グラウンデッド・セオリーを用いた分析—. 作業療法 20 : 344-351, 2001.
- 3) 佐川佳南枝 : 統合失調症患者の薬に対する主体性獲得に関する研究 第2報—グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて—. 作業療法 22 : 69-78, 2003.
- 4) 木下康仁 : グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—. 弘文堂, 東京, 1999.
- 5) Glaser BG, Strauss AL (木下康仁・訳) : 死のアウエアネス理論と看護—死の認識と終末期ケア—. 医学書院, 東京, 1988.
- 6) Csikszentmihalyi M (今村浩明・訳) : フロー体験—喜びの現象学—. 世界思想社, 京都, 1996.
- 7) Mills CW (鈴木 広・訳) : 社会学的想像力. 紀伊國屋書店, 東京, 1965, pp.256-297.
- 8) 下條信輔 : サプリミナル・インパクト—情動と潜在認知の現代—. 筑摩書房, 東京, 2008, pp.240-297.