

M-GTA 研究会 News letter no.40

編集・発行：M-GTA 研究会事務局（立教大学社会学部木下研究室）

メーリングリストのアドレス：grounded@ml.rikkyo.ac.jp

研究会のホームページ：<http://www2.rikkyo.ac.jp/web/MGTA/index.html>

世話人：阿部正子、小倉啓子、木下康仁、小嶋章吾、坂本智代枝、佐川佳南枝、竹下浩、
塚原節子、林葉子、福島哲夫、水戸美津子、山崎浩司

<目次>

◇出張ワークショップの報告

◇近況報告：私の研究

◇連載・コラム：『死のアウェアネス理論』を読む（第11回）山崎浩司

◇編集後記

◇出張ワークショップの報告

【日時】 2009年7月18日 13:00～17:00

【場所】 浜松医科大学 看護学科棟 201会議室

【出席者】13名 チューター小倉啓子先生

大見サキエ(浜松医科大学)・巽あさみ(浜松医科大学)・坪見利香(浜松医科大学)・五十公
野由紀子(浜松医科大学)・松尾浩司(浜松医科大学)・氏原恵子(浜松医科大学)・八尾田麻
貴(浜松医科大学)・鳥居千恵(浜松医科大学)・山下ひろみ(浜松医科大学)・大村光代(浜
松医科大学)・茂川ひかる(浜松医科大学)・石原恵子(南山大学)・倉田貞美(浜松医科大学)

13:10～14:45 第1セッション

研究テーマ 「在宅で終末期がん患者を看取った家族の体験に関する研究」

研究の動機、背景、意義、目的、対象者について研究者から説明し、研究の概要を確認し
た後、分析テーマ、分析対象者、ワークシート、概念について具体的な検討を行った。

研究の動機

日々、がんの終末期患者と接する中で、患者本人からは自宅へ戻りたいという気持ちを
看護師には訴えるが、家族の前で訴えることはない。そして、家族からは患者の思い
とは相反する言葉が聞かれており、最終的には病院で亡くなる場合がほとんどである。
このように、在宅で終末期を過ごすことに対して、人の思いに差が存在することは当然
であるが、看護師として患者の希望を何とかかなえる方法がないのかと考えた。

研究の背景

1. 悪性新生物による死亡者数は、約 34 万人で、1981 年以降、現在までずっと 1 位である。
2. 在宅死を看取りの場として希望する本人は、約 80%であるが、実際の在宅死者数は、全体の 12.3%にすぎない。

研究の意義

がんは治る病気と言われはじめているが、人々のがんに対する認識は、いまだ変わってはいない（死、苦しい、痛いなど）。

そこで、在宅での看取りのプロセスにおいて、主介護者である家族が抱く不安や困難を明らかにし、的確な看護支援を提供することで、①患者が希望する在宅療養の継続が可能になり、②患者の家族に対する気兼ね、気遣い、遠慮が軽減し、自宅における療養生活の QOL が向上する

研究目的

在宅で終末期がん患者を看取った家族の体験を明らかにし、患者が希望する在宅での看取り支援についての示唆を得ることを目的とする。

分析テーマ：在宅で終末期がん患者を看取った過程でどのような体験をしたか、家族が認識している在宅での看取りを可能にした要因は何か

分析対象者：終末期がん患者を自宅で看取った経験を持ち、看取りから1年以上経過している家族10名程度

1. 分析テーマについての検討

MGTAは分類を目的にするというより、プロセスを明らかにすること、周囲の人との相互作用を見ていくことに優れているので、プロセス性をもった言葉で表現したらどうか、プロセスの特徴的なことは何か

→がんという生命の危険性が高い疾患への恐れと患者の帰りたいとの願いをかなえてあげたい思いとの間で迷いながら、家族が在宅での看取りを受け入れていくプロセスであること
そのことから「終末期がん患者の家族が、在宅での看取りを決意して看取るまでのプロセス」と変更

2. 研究の意義・目的についての検討

他の疾患の場合ではなく、なぜがん患者と限定したのか

→がんの場合は他の疾患に比して家族の拒否感や恐れが強いにもかかわらず、在宅での看取りをどのように継続したのかその理由を明らかにしたいと考えた

そのことが明確に記述されている方が良いのではないか。また同時に、他の疾患にも応用できるだけの一般性が必要であること、援助を必要としている人が活用できることが重要である。

3. 分析対象者についての検討

家族が対象者となったため、被インタビュー者が家族によって1~2名と人数に相違が生じているのは問題ではないか

→なぜ対象を家族としたのか、どのように選んだのかを明確に示しておけばよい

対象者	性別	年齢	在宅介護期間	患者との続柄	患者病名	患者性別	面接回数
A	女性	50代	3ヶ月5日	姪	直腸がん	男性	1
B	夫婦	5,60代	7日間	息子、嫁	脾臓がん	女性	1
C	女性	50代	3ヶ月8日	嫁	胃がん	女性	1
D	女性	30代	48日	孫嫁	直腸がん	女性	1
E	女性	5,70代	53日	妻、姪	胃がん	男性	1
F	男性	60代	67日	息子	胆嚢がん	女性	1
G	夫婦	5,60代	31日	息子、嫁	肝臓がん	女性	1

4. 概念ワークシート・概念についての検討

概念⑨は良いワークシート、愛着感を考えた時に①本人が言った②家族が思った③家が好きだったという記憶と、それぞれ違った角度、視点でバリエーションがそろっている。帰りたいと本人が言ったというバリエーションを集めただけではいけない。

定義と概念名に同じ言葉を使わない方がいい。

定義は、バリエーションの要約ではなく、解釈の内容である。データの表面的な事に引きずられないことが重要 同じ言葉でなくても、表面的な現象が違っていても解釈の内容である。

同一人物だけのバリエーションでは飽和化と判断できない。

分析ワークシート⑨

概念名	家に対する愛着感の認識
定義	家族が患者の住み慣れた家に対する強い思いを認識することで、最期は家で過ごさせてあげたいという気持ちを抱くこと。
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・家はもうとにかく、それはどの病人もね、…略 帰りたい帰りたいってのはしきり…略（B－頁14） ・母は特に、…略 この家で生まれた人だから、だから余計この家に愛着が。 …略（B－頁14） ・泊まりにいてもやっぱり家が一番いいよっ…略で、その養女にもらってそこで、結婚するまでずっとここで育って。で、お婿さん…略（C－頁13） ・家が好きだったので。ほんと家が好き…略 確かにそう…略。（D－頁1）
理論的メモ	

研究者の感想～指導を受けて～

自分の中で一番大きく動いたことは、分析テーマで、指導を受ける前までは、データを分類するにすぎないものでした。そんな中で、今回のワークショップで、「1つの変化のプロセス」ということを助言いただいたき、「終末期がん患者の家族が、在宅看取りを決意し、看取るまでのプロセス」に変更することで、データを表面だけでなく、その中で起こっている動きを意識して見るができるようになりました。そして、それに引きずられるようにして、現象特性も、今までは漠然としていたものが、形として見えてきました。現在は、データや概念をもう一度見直しをしています。現象特性が見えてきたことによって、今までは気が付くことができなかったこと（新たな視点で）を認識することができ、概念間の動き、または全体の動きを感じられるようになりました。

自分の中では、対象者について何の疑問も持っていなかったが、あるメンバーからの指摘により、他者はそのように考えることもあるのだと考えさせられました。今回扱うデータは、家族であるため、インタビューにおいて、対象者が1人の場合があったり、2人（複数）の場合があったりします。さらに、1人の場合でもそれぞれ続き柄（息子であったり、嫁であったり、姪であったり）が異なります。この現状に対して、データがそろっていないといけないのではないかとこの指摘を受けました。結果としては、分析焦点者を「在宅で終末期がん患者を看取った家族」としていることから、対象者は全て在宅での看取りを体験しているため問題はないということになりました。また、自分がどうして対象を家族にしたのかを論文の中で述べて、相手に対して前もって余計な思考をさせなくてもよい配慮も必要であるとしてご指導いただきました。あくまでも研究者は自分であり、相手を納得させる説明力を持っていることが必要ということです。後日、木下先生にも確認したところ、同じ意見をいただきました。対象者の範囲が広がることで、研究結果を応用する範囲が広がるということもアドバイスしていただきました。

14:55～16:30 第2セッション

研究テーマ 「認知症本人の家族介護者との人間関係への思い—認知症の人本人の語りから」

研究の動機、背景、意義、目的、対象者について研究者から説明し、研究の概要を確認した後、分析テーマ、分析対象者、ワークシート、概念について具体的な検討を行った。

研究の背景と動機

1. 認知症の介護を継続していくうえで、家族介護者と認知症の人本人の関係性の再構築の重要性が指摘されている。しかし、これは頭で理解できても感情がついていかないなど決して簡単なことではない。このデリケートな問題は当事者に任せている部分も多く特に看護実践は十分に機能してこなかった。
2. 近年、認知症の人の手記などにより、認知症になると何もわからない、わからないから本人の意思を確認する必要がないという誤った解釈への反省がされ、認知症があっても感情や人格は豊かに残っていることの理解はされてきている。しかし、実際の医療や福祉の現場において、どれだけ、本人の心の内の理解がされてきているだろうか？そこで、実際の語りを通し彼らの行動の意味の理解を深めていく機会としたい。

研究の意義

認知症の人本人の語りから今まで見えなかった思いの認識を深めることができ、さらに有効できめ細かな支援内容を導く貴重な資料を得ることができる。また、本人の症状が進行し語れなくなった時、本人に代わる家族介護者の判断を助けるものとする。

研究目的

認知症の人本人と家族介護者の人間関係の再構築を支援するひとつの示唆を得るため

に、認知症の人本人が、家族介護者との関係の中で何に悩み、何を望むのか、そして、どのような関係になりたいと思っているのかを明らかにする。

分析テーマ：認知症の人本人が、家族介護者との関係のあり方を思い定めていくプロセス

分析対象者：認知症と診断され、病気や症状による生活上の困難に向き合いながら在宅で生活している人

1. 分析テーマについての検討

「関係のあり方」という点で、発表者がどの辺を考えているのか？

→家族介護者との間での自分の位置づけ・・・例えば、今の自分ができることを見つけ、新しいパートナーとしての繋がり方をつけようとしているものがデータの方向性から見える・・・

皆で討論後、先生から、自分の立ち位置が周りの人の相互作用の中で変わっていくこと。それが決る時に、どのような相互作用あるのか。相互作用の中で一番大切なものがコアカテゴリーになる。「思い定める」には、プロセスが入っている。空中で考えているのではなく周りの人との関係の中で考えている。その相互作用を明らかにすることはMGTAでは大事なことであったのご指導をいただく。

これらを踏まえ、分析テーマを「自分の立ち位置を家族介護者との相互作用の中で思い定めていくプロセス」に変更。

2. 研究の意義・目的・概念ワークシート・概念についての検討

対象焦点者の「苦悩」がたくさん概念として挙っているが、あんまり、「思い」というものに強く焦点を当て、けなげなプロセスを出したとすると周りは困るかもしれない。そのけなげな思いに対しすぐに何とかしなくちゃいけないように思い、距離がとれなくなる

援助関係の現場において使いやすい理論生成であるかどうかの視点、つまり概念生成の時から、その視点をもって作成していくことが重要

→応用者が、柔軟に修正しながら応用できる概念かどうかについて考え、行動レベルで概念を生成して思いがにじみ出るような行動レベルで概念名を修正する

概念⑥は良いワークシート、①全自動の洗濯機②草…③布団のこと④温泉…といそれぞれ違うことでバリエーションがそろっている。

定義は煮つめていくと、短い言葉で凝縮されていく。他の方の論文にふれ、定義と概念が上手にできているなど感じるものがありますから、参考にしていくとよい

概念は15字以内、定義は要約ではなく解釈、1行で、できるだけ表すとよい

ワークシート6
<p>概念：自分のできること探し</p> <p>定義：自分から積極的に行動すること。（行動することはすでに思案することが入っている）。</p> <p>バリエーション（具体例）</p> <p>* 「食べ物で何でも食べる・・・（中略）だけど、<u>切実に思うんだけど、…略</u></p> <p>「…略 <u>だから、何か、僕だって、できないっていうのも、ちょっとあって・・・</u>」</p> <p>略…「<u>そんなの、みんなやってくれているから</u>」Ⅲ12ページH-4</p> <p>「<u>全自動の洗濯機を買って欲しい。それなら手伝えるから。…略それぐらいし…</u></p>

「まあ、多少はやってます。やってるっても、布団をたたむくらい…略」

「えっと、あとは、あのう、庭の草むしり…略。」

…略それくらいしかできませんから。」 I 5～6頁H-2

「(略)旅行に行きたい…略」

理論的メモ

解釈→認知症発症後の自分ができること、自分がやれることを…略心の動き（姿勢）が共通して伺える。…家族介護者への感謝に対応していく…略

解釈上のアイデア

* 自分ができるところを探そうとやろうと思う原動力は何か。…略

* 仕事の引退を余儀なくされた対象者が、過去の会社人間だった自分の生活を振り返り、…略、会

対極例

・ このように自分からではなく、他者の指示により、…略ワークシート〇へ

・ 自分ができるところ探しをあきらめている場合→略

研究者の感想～指導を受けて～

私が、後にも先にも一番学んだことは次のことでした。それは、援助関係の現場において使いやすい理論生成であるかどうかの視点、つまり概念から、それを見越した観点で作成していくことの重要性を感じたことです。私の場合、対象焦点者の「苦悩」をたくさん概念として挙げ、それらが、家族介護者との相互作用の中でどのように展開していくのか、その心の動きに着目しようとするあまり、「応用者による主体的な関与の余地が組み込まれていなくてはならない」ことに注意していなかったと気づきました。私が作成する理論は、現場では、認知症を抱える人をケアする立場に居る看護師や福祉の専門家やまたその家族介護者が応用者となると思います。応用者が、柔軟に修正しながら応用できる概念かどうかについて考えて分析を進めていこうと思います。

小倉先生や参加者の皆様の質問などをきっかけに、今まで漠然としていたと実感しながらも、とりあえず検討を先送りしていた部分と、正面から向き合い思考を巡らす貴重な機会となりました。これにより、自分はどんな問題意識で、なぜ、その対象者で、何のために、何を明らかにしたいのかということに対し具体的に捉え直すことができました。また、改めて研究する意味に価値を見出せたような思いも抱き、後押しをしていただいたような機会にもなり感謝しております。

ワークシートの飽和化について、実際のワークシートを使用し理解できたこと。そして、概念と定義の具体的な表し方、解釈という意味についても、改めて理解できるような機会になり感謝しております。

参加者の振り返り

A:

1. 分析テーマの重要性の再確認ができた。そこが明確で、ぶれなければデータを見落とすという危険が回避される。
2. プロセス、動き、変化といった M-GTA の特色をしっかりと見据えることの重要性がよく解った。
3. 概念、定義の文字数、言葉の使い方等、具体的に理解できた。

4. 当事者に密着しても、理論としては距離をとることの意味がよく解った。
5. 分類にならない、「なぜ？」という視点など、常に考えること。解釈をした根拠を示す、いくつもある解釈からデータを取った研究者が決断をしていく。
「sensitivity」が大切であると思った。具体的にデータを使って勉強をすることは、大変有意義でした。自分のデータが無いことが残念でしたが、「なぜ？」を自分に問いかけ、答えを見つけることもできました。

B:

私は、今まで「データと研究者の距離をとる」という表現が、十分理解できていませんでした。以前は、データと距離をとることとは、客観的に解釈することだと理解していました。しかし、小倉先生のアドバイスによって、データを研究者だけでなく他者によっても操作しうるように、概念に自由性を持たせることだと学びました。とても有意義で貴重な学びをさせていただきました。ありがとうございました。

C:

ワークショップの感想ですが、具体的に分析を実際されている研究発表だったため、ワークシートの立ち上げや、分析テーマの設定について分かりやすいものでした。実際に、ワークショップのおかげで木下先生の本を何度もひらきながら分析を始めていますが、自分の中に分析の流れのようなものが見えてきています。具体的な発表だったので自分の分析するときにも活用できるように思います。また、懇親会でも、小倉先生に自分が、疑問に感じていたところについてもお話をきいてくださりアドバイスをいただけたので本当に貴重な時間でした。

D:

1. バリエーションの例示一つ一つの意味理解を大切に行うこと、その際に分析テーマに照らし合わせながらデータを読み取るとはどういうことか、又整理・分類することとの相違について再認識できました。
2. 『定義は要約ではなく解釈を書く』頭で理解しているつもりでも定義-概念の生成段階になると、いつの間にか現象を要約していたり概念と同じ言葉を定義で使用していたり又、語句の意味を長文で説明していることがありすっきりとしない状況にありました。具体的な文字数や行数で示していただくことで明確になりましたが、ピタッと“誰かが腑に落ちる”言葉で表現してくことの大変さも同時に痛感しました。 今後は、新聞や雑誌等をこれまでの流し読みから見出し注視型に切り替え、少しでも表現力と感性を高めていきたいと思いました。

E:

この前のワークショップでは、今、自分自身がデータを取り、分析テーマや概念や定義を考え、悩んでいたのもとても勉強になりました。分析テーマには、プロセスとつけること、定義の中に使った言葉は概念には入れないこと、援助する視点で概念名は有効かなど具体的に説明していただいて、今後の研究に生かしていきたいと思います。

小倉先生はじめ参加の皆様、東京の事務局の皆様、本当にありがとうございました。

【浜松ワークショップ報告 チューター：小倉啓子】

1. はじめに：今年度から始まった出張ワークショップの第一回が浜松医科大学の倉田先生の企画により、7月18日(土)13時から18時まで同大学看護学科棟で行われた。MLでのお知らせ期間が短かったが倉田先生、大見先生、巽先生ほか院生の方々計11名の参加者があった。

研修の進め方は、研究会と同様に発表者が自己確認と判断をしやすいように、先生方や院生さんがコメントや質問をし、確認していく形であった。同大では、倉田先生を中心にM-GTA関連の本や論文をもとに勉強をしてこられたという素地がある。そのため参加者は同じ土俵にいて話が通じる、関心や問題意識を共有できるという疎通性の良さを感じたのではない。

2. 内容：老人看護学専攻の2名の発表をもとに検討をした。

1) 最初に松尾さんが「在宅で終末期がん患者を看取った家族の体験に関する研究」について研究動機・背景・研究意義・目的・対象者・分析テーマ・分析の経過・概念間の関係として在宅看取りを決心する3要因をパワーポイントを用いて説明した。18の概念とワークシート、大まかなカテゴリーの図が資料として配布された。

発表者の問題意識・改善への意識は実践経験を背景におり、研究意義・対象者選定は明確と思われた。一方、分析テーマの「…家族の体験に関する…」は漠然としているので、この研究で何を知りたいのか、何がオリジナリティなのか、どんなことが実践有効であると考えのかななどの質問があった。また、「体験」といっても家族が在宅看護の決断をし、看取ることが出来た過程での体験を明らかにしたいのではないか、その過程での家族の体験と変化、どのような相互作用があったのかというプロセス・うごき・相互作用に意識を向ける必要があるのでは、というコメントがあった。

データの問題として、分析焦点者（家族）と患者との続柄が一定でないこと、一人の患者に妻と姪など複数の面接対象者がいることが指摘された。この点に関して、私は発表者自身の判断理由を論文中に示すことを前提に、続柄が異なっても終末期がん患者の介護、看取り経験がある家族というグループとして扱うことでデータに出来ると考えている。

これらのやり取りで、私が印象的だったのは、発表者が問題意識、援助意欲を強くもち、コメントに対して自問自答しながら落ち着いて自分の考えを吟味していることだった。現場実践者のもつ実感の確かさを頼もしく感じ、研究と実践の回路を是非つないでいただきたいと思った。

2) 鳥居さんが「認知症の本人の家族介護者との人間関係への思い—認知症本人の語りから—」について目的・対象者・問題意識や関心・分析テーマ「認知症の本人が家族介護者との関係のあり方を思い定めていくプロセス」・明らかにしつつあるプロセス図・概念間の関係の例をパワーポイントで説明した。ワークシートは概念名や定義の修正過程がわ

かるような書き方で示された。

発表を聞いて、研究の動機付けが強く、問題意識がはっきりしていて、フィールドを熟知されていることがわかった。認知症の人はいろいろ感じ、考えており、家族介護者との関係の変化に戸惑いながら新たな関係を模索していることを社会に伝えたい、関係性を「思い定めていく」プロセスをとらえ、認知症の人への理解を深めたいという気持ちが参加者に伝わってきた。

参加者からいろいろな質問・コメントがあった。「…恐れ」「…後ろめたさ」「…辛さ」など感情レベルの概念について、対象者の視点に密着し過ぎているのではないかという指摘があり、発表者も解釈が少し踏み込み過ぎかもしれないと考えているとのことだった。対象者の視点に密着し過ぎて解釈、概念化すると、患者との距離がなくなり、実践でのケアの自由度が失われるのではないか、という指摘もあった。対象者やデータから一定距離をとるには、分析テーマをもっと明確化する必要があると考えられた。「思い定める」過程という直線的イメージよりも、実際は家族介護者との関係再構築を模索する紆余曲折の過程ではないか。揺れ動く全体的なうごき・相互作用への着目、演繹的にも考える必要があるというコメントもあった。

データに関する指摘があった。認知症の人のインタビューでは、話が短く断片的な場合も多いこと、研究者の質問が誘導的になる可能性、短い発言を研究者がどう解釈するかの問題について確認や質問があった。たしかに、短い言葉だと解釈可能性の範囲は広くなり、解釈・定義も決まりにくい。確定するにも判断根拠が得られにくいと思われる。プロセスが明らかになるだけのデータを得るには、家族や他の情報で補強する必要があるだろう。

以上のように、かなりレベルの高い研修だったと思う。発表者はさまざまな質問やコメントに対してすぐに回答出来ない場合が多いが、こうした機会にチェックポイントや検討課題をつかみ、自分で考え判断していく「研究する人間」としてのプロセスをたどっているのだと思う。

最後に：準備期間が短かったにもかかわらず、倉田先生はじめ浜松医大のメンバーの皆様、発表者のお二人にはとても丁寧な準備をしていただき、感謝申し上げます。研修では活発に発言が続き、私もエネルギーをいただいた。

今回、私には思いがけない質問、疑問（特にデータ）が出された。実際に研究を始めると、「これはどうなのか」という具体的・個別的な疑問が出てくることを実感した。この経験から私が考えたことは、M-GTAをハウツウものの分析マニュアルにすると、具体的場面で「これはどうする」混乱が起きやすくなるのではないか、GTA・M-GTAの認識論や理論・データ・分析・解釈・概念など基本的な理解をすることで個々の問題は判断出来るようになるのではないか、ということである。

◇近況報告:私の研究

掘越 敦子(帝京平成大学現代ライフ学部人間文化学科 助教)

現在、帝京平成大学現代ライフ学部で、社会福祉士養成課程の実習・演習担当教員をしています。また、私事ですぐ 4 月に長女を出産し、忙しくもかわいい笑顔に癒される毎日を過ごしています。

5 年ほど前、修士論文で、福祉の現場におけるワーカーたちの援助差が生じるのはなぜかというテーマで研究を行っているときに、本研究会の存在を知り、参加させていただくようになりました。時が経つのは早いなあと思い返します。

その当時、研究会で修士論文の報告をさせていただいたのですが、もっと時間をかけて概念を生成したり、同じような研究をされている方からアドバイスを受けたりすべきだったという後悔がありました。木下先生からも「また、論文になったら見ます」と言っていたににもかかわらず、何も進まないまま今に至っている状況です。私の中で、この研究をまず何とかしなければ一歩踏み出せないという焦りが常にあり、いつも「今年こそは」と思うのですが、なかなか取り組めない状態のままで、反省ばかりです。

仕事では、これまでにいくつかの大学を経てみて、社会福祉士の養成課程には厚生労働省の示すガイドラインがあるのですが、特に実習・演習に関しては大学によって取り組み方に少し違いがあることを知りました。社会福祉士の養成が始まってから 20 年が経ちましたが、これまでの実習・演習のあり方やその変遷、取り組み方の違いなどに今は関心があり、これからはそれらをまとめたり、今後の可能性を探ったりするようなことをやっていきたいと思っています。

それにしても、そういったことのベースになるだろうと思われる、あの自分の研究を何とかしなければ、、、なりません。この場をお借りして大変厚かましいとは存じますが、どなたか、私が研究を進めていく上で時々アドバイスをくださるという方がいらっしゃいましたら、お声かけいただけないでしょうか。よろしくお願いいたします。また、私のほうからも、お話を伺ってみたいと思う方をお願いをすることがあるかもしれませんが、その時はどうぞよろしくお願いいたします。

.....

山川裕子(佐賀大学医学部看護学科)

質的研究に関心を持ち、勉強を始めて 8 年になります。右も左もわからないので、本を読むことから始めました。しかし、いくら読んでもさっぱりわからない。そこで、質的研究をしている人に直接話を聞こうと思い立ち、学会・研修会に参加し始めました。

私が所属している大学の院生の中には、M-GTA を用いて研究する人がおりました。M-GTA のことを聞いたのは、実は院生からでした。研究会に参加し始めて、少しずつ糸が解けて

いくような気もしましたが、新たな糸のからみも感じたりしております。最近 M-GTA 研究会にもなかなか参加できず、停滞した気分でありましたところ、これを書く機会を与えて下さってありがとうございました。拙文ながら私にとっては、これまでを振り返るきっかけになり、これからを考える良い刺激になりました。

私の専門は精神保健看護学分野で、最も関心のある研究領域は“うつ病”です。最初に、「うつ病患者の回復過程の改善の認識」というテーマで、質的研究論文をまとめました。現在は、“産後うつ病”の母親とパートナーである父親を対象に、精神・母性保健・産業・家族といった広範囲な視点で、精神保健を捉えていきたいと考えています。子どもの出生後の父母を対象に、共にエジンバラ産後うつ病尺度 (EPDS) を用いて、精神状態を1年間5時点で追跡調査しています。同時に、家族にとって子どもが増えることによって起こる生活の変化について、父親を対象にインタビューを実施しています(母親へのインタビューはすでに終了)。欲張って、質的・量的研究を同時に行っています。1年半前から始め、最近では日々返信される調査用紙や逐語録に埋もれた状態です。

分析で一番難しい、且つ、最もワクワクして楽しいと感じるところは、ある程度の「概念」を作った段階で、次に進むところです。「中心概念」もなんとなく見えて、いくつかの「概念」は合体させたり消滅することも予測されそうな段階です。ネーミング修正や再定義が必要なところです。頭の中が最も混乱します。しかし、「自分を信じて、続ければ見えてくる」を信条に、共同研究者と共に定期的にコツコツと分析を行っております。

◇連載:コラム

『死の Awareness 理論』を読む (第 11 回)

山崎^{ひろし}浩司 (東京大学)

1. はじめに

しばらくお休みをいただいてしまった。仕切りのおしである。よろしくお願いします。今回は、『オープン認識文脈』にまつわるストーリーラインの生成、グレイザーとストラウスが主張するこの認識文脈の含意の提示、そして『オープン認識文脈』の概念としての有効性を見当を行ないたい。また、異なる認識文脈間の移行についても考察を加えようと思う。

2. 《オープン認識文脈》にまつわるストーリーライン

《オープン認識文脈》とは、「患者の死をもはや避けえないことをスタッフ、患者双方が知っていて、かつ、双方がそれを行為により認めあう」状況である (81 頁)。

この認識文脈は、患者と医療スタッフ双方が患者の〈死の確実性を認識〉していること

では一貫しているが、〔死の時期の認識差〕と〔死にゆくスタイルの認識差¹⁾〕が両者のあいだに見られることから、けっきょく〈死の予見の曖昧さ〉が残っている。医療スタッフは、患者が彼らよりも死の時期を遠くに設定しがちであることと、死にゆくスタイルについて楽観的であることを知っているため、これらについては隠したりぼやかしたりする。

いったん自分は末期であることを自覚したのならば、患者は医療スタッフおよび社会一般から、〈死にゆく自己としての適切な振る舞い〉をするよう期待され、それにそぐわない行ないをすれば冷遇される。この適切な振る舞いには、〔自殺をしない〕ことと〔容認されたスタイルで死につつ生きること〕の 2 側面がある。医療スタッフは、患者を〈容認される死に方へと誘導〉しようとする。患者は、自分が死にゆく存在であることをベースに、医療スタッフと〈交渉（取り引き）〉し、目的達成の手段として、容認される死に方を拒否すると脅したりもする。

〈交渉〉はこうした取引的な側面だけでなく、スタッフが交渉の結果患者と約束をし、その約束を果たせれば〔誇りを感じる〕反面、逆に果たせなければ〔悔いる〕といった、〈非医療的な誇りと悔い〉を感じさせる側面をもつ。

3. 《オープン認識文脈》の含意

グレイザーとストラウスによれば、《オープン認識文脈》は、死にゆく患者にいわゆる「人生の店じまい」を可能にし、同時に家族や医療スタッフにもその患者の死を受容する基盤となると論じている。

一方で、彼らは《オープン認識文脈》のマイナス点として、患者自身の死にゆくスタイルを医療スタッフや家族が受容できないとき、患者の考え方を換えようとしたり、実践を邪魔したりすることがあること。また、患者自身が己の死を直視できず、苦しみながら死んでゆくことがあること。さらに、延命治療か死の受容かの判断に、最期まで悩みながら死んでゆくこともあることなどを挙げている。

スタッフの多く（とくに看護師）は、《オープン認識文脈》を希望し、容認される死に方をする患者のケアに携われることで、自らも誇りや癒しを感じるが、容認されない死に方をする患者との関係では、多大なストレスを覚えることになる。

しかし、それでも、患者が死にゆくことを患者も医療スタッフも前提し、死の時期とスタイルについてオープンに相互行為することは、《閉鎖認識文脈》や《疑念認識文脈》の維持のために、秘密を守ろうと労力を使うよりも建設的であると、グレイザーとストラウスは直裁にはないにしろ主張している。

4. 《オープン認識文脈》の有効性に関する批判的検討

さて、ここで現代日本の文脈を踏まえつつ、グレイザーらがもっとも重要視している認識文脈である《オープン認識文脈》の概念としての有効性を批判的に検討してみよう。

現在の日本では、以前よりも医師による患者への終末期告知が増えている。たとえば、

日本では末期がんの病名告知が 66%、余命告知が 30%という結果が 2006 年の調査で出ている（松島，2007）。これらの数値を多いとするか少ないとするかは判断の余地があるが、少なくとも、患者が終末期にあるとの認識が本人と医療者との間で共有される状況は、以前よりも増えていることは確かだろう。つまり、《オープン認識文脈》は増えていることになる。これにともない、延命を主目的としない緩和ケアやターミナルケアが、現に明示的に実践されたりしている。《オープン認識文脈》により、患者も周りの者も終末期を隠そうとしたり探り合ったりすることなく、患者にとって最良のケアが目指される状況が展開している……。

これは理想的に思えるが、ことはそう単純ではないと、死の Awareness 理論を修正したティーマンスという（Timmermans, 1994）。彼によれば、《オープン認識文脈》はさらに 3 つに分けられる。1 つ目は〈一時停止中のオープン認識（suspended open awareness）文脈〉であり、患者や家族が医師の終末期診断を無視したり、信じなかったりする状況をいう。2 つ目が〈不確かなオープン認識（uncertain open awareness）文脈〉で、患者や家族が医師の診断から、自分にとって都合のよい情報だけを受容する状況をいう。そして 3 つ目の〈積極的なオープン認識（active open awareness）文脈〉は、全員が患者の終末期を了解して相互作用する状況（オリジナルの《オープン認識文脈》）を指す。

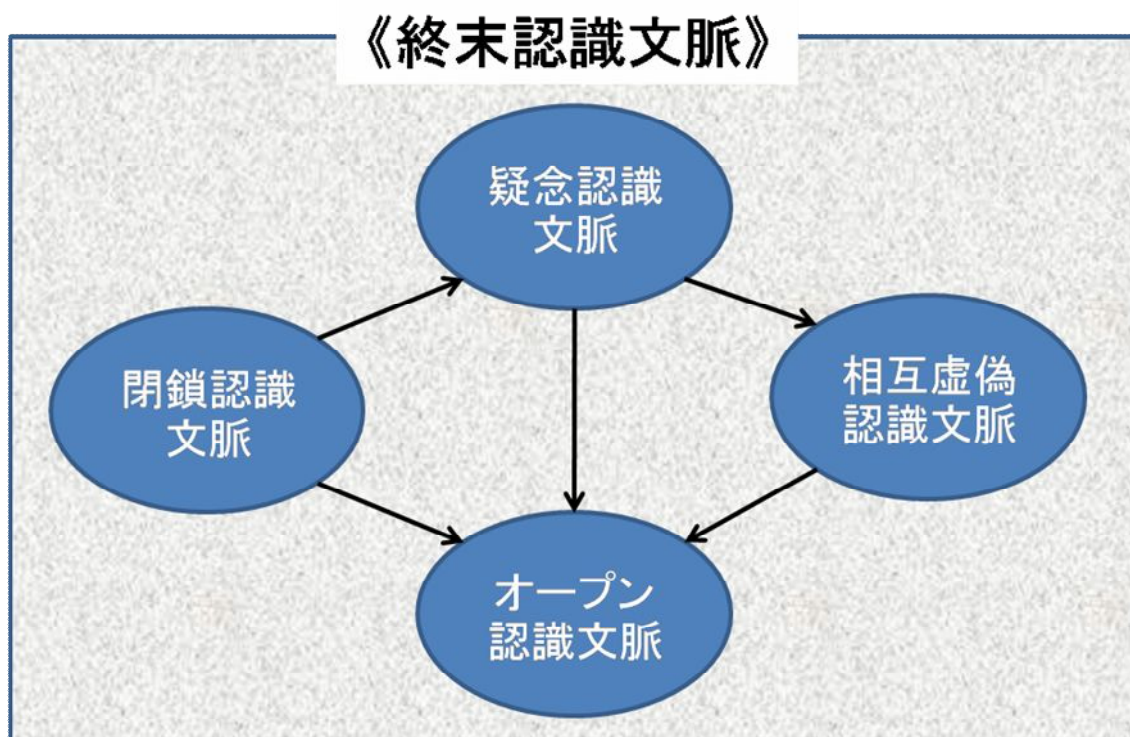
この《オープン認識文脈》の洗練は、オリジナルの認識文脈理論では、終末期告知で患者や家族が表す強い情動的反応が、彼らの終末認識のありようを実際には規定しているのをとらえきれないために、必要だったとティーマンスはいう。つまり、認識文脈は、誰が何を知っているかだけでなく、誰がどう感じているかにも影響される。たとえば、医師から患者・家族への終末期告知は、すべての相互作用者をその情報の共有者にする。しかし、告知直後の患者・家族は、ショックからその「事実」を一度否定することは多々ある。あるいは、病状が予想外に好転したりすると、患者・家族は楽観的な気持ちから医師の終末期判断を疑い始めることがある（両者とも〈一時停止中のオープン認識文脈〉に該当）。

ティーマンスの修正は、私たちがオリジナルの《オープン認識文脈》を死の了解に基づく〈積極的なオープン認識文脈〉に限定し、告知された患者・家族の反応を理解する唯一の枠組として一様に適用してしまうのを防ぐ。これは、如上の終末期告知における情動的反応の重要性と多様性を意味するだけでなく、死にゆくことに関する認識の文脈で、もっと家族や患者自身が相互作用に及ぼす影響に注目する必要性をも示唆している。というのも、*Awareness of Dying* では、くしくも木下先生が『死の Awareness 理論と看護』と意識されたように、終末期の相互作用における看護師の認識や感情に、とくに記述の重点が置かれているからである²。

5. 異なる認識文脈間の移行

終末認識文脈理論のひとつの特徴は、ひとつの認識文脈から他の認識文脈への移行について、具体的な検討がされている点にある。たとえば、〈閉鎖認識文脈〉は不安定であり、

〈疑念認識文脈〉や〈オープン認識文脈〉に移行しやすいこと（39-42 頁）、〈疑念認識文脈〉もやはり不安定で〈オープン認識文脈〉や〈相互虚偽認識文脈〉に移行しやすいこと（61-62 頁）、そして、〈相互虚偽認識文脈〉は基本的に〈オープン認識文脈〉にしか移行しないこと（76-78 頁）が、具体的な移行の条件の枚挙によって示されている。本書で提示されている認識文脈間の移行を図示すると、次のようなかたちになるだろう。



認識文脈の移行は、①どのような状況下・条件下で、②誰が、③どのような行動を起こすかで決まってくるわけだが、①は大まかに偶発的な状況と意図的な状況に分けられる。たとえば、偶発的な状況の例として、〈閉鎖認識文脈〉で、「医師が日勤の看護婦に、患者は死にかかっていると伝えても、この情報が夜勤者に確実に伝わるよう特別な工夫がされなければ、不注意によって事実が知らされて」（40 頁）しまい、〈疑念認識文脈〉や〈オープン認識文脈〉に移行せざるを得ないケースが挙げられている。

②の「誰が」は、基本的に患者か医療スタッフ（または家族や友人）という 2 つのサイドに分けられる。そして、③「どのような行動を起こすか」については、実に多様なケースが考えられる。たとえば、〈オープン認識文脈〉から〈相互虚偽認識文脈〉へ移行（逆行）する場合は、「患者が（自分が死ぬという）事実を知り、そのことを公然と表明しても、結果的に無気力に陥り「あきらめる」場合、スタッフや家族は再度〈虚偽〉文脈に切り換えようとするだろう」（78 頁）。

ところで、こうしたカテゴリーや概念間の移行は、戈木版 GTA においては、プロパティ（特性）のディメンション（次元）がどの程度変わるかで表わされる（戈木クレイグヒル, 2003）。かりに食欲という特性を考えると、それには空腹から満腹までの次元があり、空腹

であれば人は食べ物を食べ、満腹であれば箸を置いて椅子の背にもたれかかる。このようにプロパティとディメンションを活用して概念をつなげてゆくと、概念間の流れ（変化）の方向が見えてくる。これだと、たまに見かける、すべてのカテゴリーが一方方向の矢印の連続でつながられている「串刺し」のような結果図になることはない³。

しかし、M-GTA では、戈木版のようにプロパティとディメンションを提示した結果のまとめ方はしない。なぜだろうか。思うに、1 つはデータの切片化でプロパティとディメンションを同定する過程が作業的になりがちのため、【研究する人間】の重視が疎かになる危険性を回避することが考えられる。もう 1 つは、M-GTA ではオリジナル版 GTA 同様、マジョリティ・ケースが引き起こす変化のプロセスを中心的に描出するのを目指しているため、各概念や各カテゴリーについて、いちいち複数の移行可能性を提示する必要はないからだと思う。前出の図はまさにマジョリティ・ケースがたどる過程を表わしており、先に具体例で確認した〈オープン認識文脈〉から〈相互虚偽認識文脈〉に逆行する例は、マイノリティ・ケースとして図示していない⁴。さらに言えば、いくつかの移行可能性を暗示できるような概念名の工夫を、M-GTA やその原型であるオリジナル版 GTA では、求められているのかもしれない。認識文脈理論を例にすれば、〈文脈〉とはそもそも可変性を暗示する語であり、いくつかの変化の道筋を容易に想像させるものである。

6. 展望

今回は、第 7 章「終末認識の不完全状態」について論じるが、これで本書の第 II 部「死の認識文脈の諸タイプ」をすべてカバーしたことになる。第 III 部「終末認識をめぐる諸問題」は、第 II 部までで提示した終末認識文脈理論を下敷きに、医師（第 8 章）、家族（第 9 章、第 10 章）、看護師（第 11 章～第 13 章）を中心とした視点で、対象現象をとらえなおしたものである⁵。グレイザーとストラウスが、「第 III 部各章の議論から、私たちの理論が現実的、具体的諸問題にも当てはまることが明らかになるだろう」（12 頁）と述べていることからわかるように、第 III 部は終末認識文脈理論の有効性の検証となっている。この意味では、この部分の考察から方法論的に何か新しい洞察が得られるかは未知数である。もし、あまり新しいものが得られないという判断が次回のコラムまでについたなら、思い切ってここは割愛し、第 IV 部「結論」の第 14 章「「アウェアネス理論」の実践的活用」と第 15 章「認識と社会的相互作用の研究」の考察に進んでいくことになるだろう。1~2 ヶ月考えさせていただくことにする。

- ¹ 本文では、この認識差に文化差が影響していることが示唆されている（83-84 頁）。
- ² 看護師の視点の比重の重さは、本書第 II 部でもっとも多く多くの章が割かれているのが、看護師を中心とした考察であることから歴然である。後述の「6. 展望」を参照。さらに言えば、医師の視点もあまり記述されておらず、記述されている部分は打算的で逃げばかりの印象が強いので、彼らも抱えていたであろうさまざまな葛藤をうかがい知ることが難しい。
- ³ 戈木自身による研究例（戈木, 2007）を参照。
- ⁴ ただ、文中には少数例として提示すべきだろう。
- ⁵ これは、第 II 部が相互作用そのものに重点を置いた「分析ポイント」を設定した形式で結果をまとめていたのに対し、第 III 部が「分析焦点者」を設定した形式で結果をまとめていると、言い換えられるかもしれない。より詳細な検討が必要だが、これが正しい認識なら、後者の方が M-GTA の一般的な様式に近いことになる。

<引用文献>

- グレイザー, B・ストラウス, A (1988)『死のアウェアネス理論と看護——死の認識と終末期ケア』木下康仁訳, 東京: 医学書院. [Glaser, B & Strauss, A (1965) *Awareness of Dying*, Chicago: Aldine.]
- 松島英介 (2007)『わが国の尊厳死に関する研究』2004-2006 年度厚生労働省科学研究費補助金総括・分担研究報告書, 東京医科大学.
- 戈木クレイグヒル滋子 (2005)『質的研究法ゼミナール——グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ』東京: 医学書院.
- 戈木クレイグヒル滋子・三戸由恵・畑中めぐみ (2008)「情報の共有——小児がんの子どもへの医療面談」『質的心理学研究』第 7 号: 225-239 頁.
- Timmermans S (1994) "Dying of Awareness: the theory of awareness contexts revisited," *Sociology of Health and Illness*, 16(3): 322-39.

◇編集後記

- ・ 今また、山陰にいます。こちらはようやく暑くなってきました。盆踊りの準備も始まりました。立秋も過ぎ、今日は田んぼで赤とんぼの群れをみました。今年は雨が続いて夏が短かく、お米は不作の見通しだそうです。
- ・ 今月は、今年度よりはじまった「出張ワークショップ」の第一弾が浜松で行われたので、さっそく、その模様を報告していただきました。大変実り多いものだったことがわかります。今後も東京や九州などでも企画が続いております。
- ・ 8 月 1 日に定例研究会が立教大学で開催されました。この報告については次号のニューズレターに掲載していきます。HP 開設以来、見学参加の申し込みも多く、今回も設定した日より前に定員に達してしまい、参加をお断りさせていただいた方々も多数いらっしゃいました。参加登録はお早めに。

佐川記