

M-GTA 研究会 News letter no.37

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

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、塚原節子、
林葉子、福島哲夫、水戸美津子、山崎浩司

＜目次＞

◇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10回）山崎浩司

◇第49回研究会・総会のご案内

◇編集後記

◇近況報告：私の研究

杉田穂子（青山学院女子短期大学 子ども学科）

研究会の皆様、今年度もどうぞよろしくお願いいたします。この研究会に参加させていただき、もう3年が過ぎました。今回、このコーナーの執筆依頼を頂き、改めてニュースレターを読み返し、お一人お一人の研究に対する熱意に圧倒されています。自分の研究を振り返ると重い気持ちになりますが、せっかくなので、私の研究や関心について書かせていただきます。

私が、この研究会に参加したいと思ったのは、当時ある研究グループに加えていただき、多くの知的しょうがいのあるご本人にインタビューをさせていただく機会を得たことです。そのほとんどの人は、入所施設から地域のグループホームに移った人たちで、個室での生活に満足されていました。しかしグループホームの生活についてよくよく尋ねてみると、職員や世話人の決めた生活の規則に疑問も持たず、「ミニ施設」のような暮らしをしている人が多いことに気付きました。「なぜ、職員に文句を言わないのだろう。これで自分らしい暮らしと言えるのだろうか」と疑問に思うこともありました。しかし彼らの過去を推測してみると、入所施設の生活では、職員のいうことや規則に従うことが、地域移行の対象者となる幸福切符だったのではないかと。さらに遡って、就学や就職、施設への入所決定など

自分の人生の重要な転換点でも、本気で意見を尋ねてもらう経験が乏しく、周りの大人達が決定していたのではないかと考えています。もうひとつインタビューの中で気付いたことは、自分のことを「しょうがいのある人」と捉えていない人もおられることです。特に「知的しょうがい」という言葉は知らない方もおられました。しょうがい者アイデンティティが曖昧なのではないか、いや曖昧でいいのはないか、自己主張と生活経験はどうつながっているのか、などまだまだテーマも絞りきれていません。しかし現在、生活経験を聞き取るインタビューを始めています。いつの日か、みなさんに自分の研究についてご意見が伺えるようになりたいと思っております。どうぞよろしくお願いします。

◇連載:コラム

『死のアウェアネス理論』を読む（第10回）

山崎^{ひろし}浩司（東京大学）

1. はじめに

前回の予告では、今回は〈疑念認識文脈〉（第4章）、〈相互虚偽認識文脈〉（第5章）、〈オープン認識文脈〉（第6章）の各カテゴリーをコアカテゴリー（《 》）に見立てて、それぞれ M-GTA 的なストーリーラインの生成を試みるとした。しかし、実際にとりかかってみると、この作業は思いのほか難しかった。そして、この難しさはどこから来るのか、さらにそこから得られる含意は何か、についてここで検討してみるべきだと考えた。

従って、その難しさをとくに感じた〈オープン認識文脈〉のストーリーライン生成は稿を改める。以下には、〈疑念認識文脈〉と〈相互虚偽認識文脈〉にまつわるストーリーラインのみを提示し、さらに簡潔版を示す。そして、最後にそれらの抽出・生成上で直面した困難にまつわる吟味をする。

蛇足かと思うが、以下で提示するストーリーラインはあくまでも山崎独自の観点から書いたもので、模範解答でもなんでもない。読者には、批評的精神をもってこれらを鵜呑みにせず、訳書や原書に自らあたって吟味していただきたい。

2. 《疑念認識文脈》にまつわるストーリーライン

《疑念認識文脈》とは、「自分は死ぬのではないかと患者は疑っているのに、まわりの人々は彼が疑念を抱いているのを知りつつも、あえてそれを打ち消そうとする」状況を指す（47頁）。

この認識文脈が成立する〈構造的条件〉は6つある。まず、①入院後しばらくして状況

が落ち着くと患者が「周囲の事情に通じてくる」ので、たとえば自分が集中治療室にいる事実気づくなど、疑念を抱く余裕が出てくる（49-50 頁）。次に、②時間が経って「身体症状の悪化」があれば、多くの患者はそれに気づく（48 頁）。そして、③それに伴う「治療の変更」についても気づき、その意味を知ろうとする（48 頁）。それから、④もし医師が患者を《閉鎖認識文脈》にとどめきれないと判断すると、「医師によるほのめかし」が始まり、患者は当然疑念を深める（49 頁）。あるいは、がんのような特定の⑤「病名告知」を医師がすることで、患者が疑念を抱くこともある（49 頁）。さらに、⑥たとえばシフト時の引継ぎ不備で、医療者間で患者に対する対応が矛盾を起こすなど「組織的対応の不備」があれば、これも患者の疑念のもとになる（49 頁）。

こうした〈構造的条件〉をベースに、患者は疑念に対する答えを得ようと医療者たちと〈かけひき〉をはじめめる。具体的には、疑念を晴らす徴候を自分で「見つけ出す」か、相手からそれを「引き出す」ための〈かけひき〉となる。しかし患者の視点からすると、この〈かけひき〉は、自分が身体的に弱っているときに、1 対多で、相手はよく知らない第三者で、しかも病院という相手の土俵でしなければならず、圧倒的に不利である（50-52 頁）。

この状況下で、患者が自らの疑念に対する徴候を「見つけ出す」戦術としては、カルテの覗き見、医療スタッフの会話の盗み聞きなどがある（53 頁）。しかし、患者は「見つけ出す」ためよりも「引き出す」ための戦術の方を実際には多用せざるを得ない。その中心的なものがスタッフとの会話における揺さぶり¹であり、それにより相手がうっかり口を滑らしたりスタッフ間で話が食い違ったりして、患者は疑念に関する断片的な徴候を得る（53-54 頁）。ただ、断片的な徴候のため、患者はそれらに対する「統合的解釈」を試みなければ確信を得られないが、それを実現できるだけの知識や材料が彼らには大抵不足している。とくに自分が死ぬとわかって、いつ死ぬのかを確信するのは困難である（55-56 頁）。

一方、患者に会話を通して揺さぶりをかけられる可能性がもっとも高いスタッフである看護師は、「共有および独自の戦術」で対抗する。たとえば、揺さぶりを回避するために、雑用への没頭、身体ケアへの専念、雑談による注意転換、別の患者のケアへの移行、病室外への離脱（ナースステーションへの退避）といった対抗戦略を駆使する（57-58 頁）。これらの戦術は「忙しい専門職という楯」をかざす行為であり、看護師が自分たちの専門職アイデンティティを患者に承認させようとすることで、患者の挑戦を退ける意図がある。しかし、患者はそれこそ自分の個人的アイデンティティを承認させようと挑戦してきて、看護師には医師ほど専門的権威を感じないので、容易に看護師たちの承認欲求を満たすはずもなく、そこには互いの承認欲求をめぐる激しい〈かけひき〉が展開することになる（59-60 頁）。

3. 《相互虚偽認識文脈》にまつわるストーリーライン

《相互虚偽認識文脈》とは、「患者の死がもはや避けられないことを本人もスタッフも共に知っているのに、お互いが知らないふりをする、つまり、患者があたかも生き延びられ

るかのように双方が振る舞う」状況をいう（65 頁）。

この認識文脈を成立させる〈構造的条件〉は、《オープン認識文脈》を成立させる〈構造的条件〉と重なるが、患者が自らの切迫した「死について語りあう」のを試みる時、そうした働きかけを「相手が拒否する」ことで、患者がしぶしぶスタッフの「虚偽を支える」こととなる（68 頁）。また、逆にスタッフが患者に率直に「死について語りあう」場を設定しようとしても、それを「相手が拒否する」場合には、スタッフは患者の「虚偽を支える」側にまわる（69 頁）。

スタッフがこうした虚偽に参加する背景には、①患者が知らないふりをする方が健康によいし、②最後に虚偽が破綻してもその際にはすべての利害関係者が現実的に振る舞える、そして、③死について患者に直接的に話さない方がよいケアを提供できる、といった、「ケアにまつわる専門職的理由」による正当化がある（69 頁）。

《相互虚偽認識》にまつわるゲームは、「リアルな行為の介入」がないかぎり、両者の適切な相互作用を継続させることになるので終了しない（66 頁）。そして、この適切な相互作用は、医療スタッフが次の 4 つの〈相互虚偽のルール〉を守ることによって保たれる——①「患者の死に関する話題の回避」、②「許容範囲内の「危険な話題」の許容」、③「手ごろで安全な話題への限定」、④「フィクション崩壊の危機の取り繕い」、の 4 つである（74-75 頁）。

4. 簡潔版ストーリーライン

さて、ここで以上 2 つの認識文脈について、《閉鎖認識文脈》のときにもそうしたように（コラム第 8 回）、それぞれ簡潔版ストーリーラインと補足を提示しておく——

《疑念認識文脈》とは、患者が自分の終末期を疑って確かめようとするのを周りが無効にする状況である。その状況は、患者による「諸変化への気づき」、医師による「揺さぶり」、看護師の「組織的対応の不備」などの〈構造的条件〉で維持されている。この条件をベースに、患者は疑念の徴候を自ら「見つける」か、それを医療者との会話をとおして「引き出す」ことを試みる。これに対して、とくに看護師は、「忙しい専門職という楯」をかざし、患者からの揺さぶりを回避しようとする。こうして両者の〈かけひき〉が展開していく。

このストーリーラインは、〈構造的条件〉の部分が、既述の《疑念認識文脈》のものと異なっている。〈6 つの構造的条件〉などというカテゴリー名にしても、何のことだかわからない。かといって、既述のサブカテゴリーを 6 つとも列挙する必要はない。なぜなら、この 6 つは簡潔版で示したように、患者中心のもの、医師中心のもの、看護師中心のものの 3 つに大別できるからだ。ここでの変更は、こうした判断を反映したものである。

次に、《相互虚偽認識文脈》の簡潔版ストーリーラインである——

《相互虚偽認識文脈》とは、患者も医療者も互いに患者の終末期を認めながら、まるでそうではないかのように互いが振る舞う状況である。この状況では、どち

らかが〔死について語りあう〕場の設定を試みるが、それを〔相手が拒否する〕ことで、結果的に相手の〔虚偽を支える〕ことになる。こうした〈構造的条件〉に加えて、スタッフ側は〔虚偽を支える〕ことが患者のよいケアを招くという、〔ケアにまつわる専門職的理由〕をもっている。そして、スタッフが死にまつわる話題の回避などの〈相互虚偽のルール〉を守り、さらに虚偽を壊す〔リアルな行為の介入〕がどちらからもないかぎり、適切な相互虚偽的な相互作用は継続する。

こちらの簡潔版ストーリーラインは、もともとの上述のストーリーラインから変更した点はない。ただ、本書における実際の記述には、患者と医療者との相互作用だけでなく、家族も相互作用者として登場していて、それは上の長いストーリーラインとこの簡潔版からも割愛している。この点については、以下で論じるストーリーライン抽出の難しさに関連してくる。

5. ストーリーライン抽出の難しさとその含意

本書からストーリーラインを抽出するのが難しいのには、いくつかの原因が考えられる。

まず、結果の記述スタイルがエスノグラフィーであること。「エスノグラフィー」は、佐藤郁哉がいうように、「研究者が生身で体験して得た事実を報告した人間くさいレポートという性格が強い」（佐藤, 1992: 43）ので、端的で論理的展開を無駄なく追えるような記述にはたいていっていない。M-GTA を活用した多くの投稿論文がそうであるように、特定の概念群が、厳密に構造化された構成で提示されていれば、ストーリーラインの生成は難しい。本書は、エスノグラフィーのなかでは比較的「淡々とした叙述になっている」（303 頁）ほうであろうが、それでも現象のエッセンスを端的に描き出すのではなく、相当の詳細記述を重要視しながら描き出すスタイルをとっていることは間違いない。

エスノグラフィーがもたらす、必ずしも端的でなく、厳密に構造化されていない記述様式の効果に加えて、グレーザーとストラウスは、4つの終末認識文脈の記述についてした約束を守らず、文章を煩雑にしている点が困難さに拍車をかけた。彼らは、この部分の結果記述について、「相互作用が2人だけの人間によって行なわれているときに、経験的にみて反復度の高い……数種類の認識文脈について論述する。この2人の人間とは、患者とスタッフである」（10 頁、下線はオリジナル）と書いた。にもかかわらず、実際にはこの「2人」に加えて、家族が相互作用にかかわってくるケースの分析が、そこそこに記述されている。従って、こうした記述を削ぎ落としながら、2者間の相互作用のストーリーラインを再構成することになり、その作業は容易ではなかった。

この点と関連して、多くの M-GTA 論文がそうであるように、特定の分析焦点者に絞って一貫した観点から概念生成をする、といったスタイルではなく、本書では（コラム第 7 回で論じたように）、相互作用そのものを「分析ポイント」（木下, 2003: 138-139）としてそこに焦点を当て、それにまつわる相互作用者の視点を必要に応じて提示する、というスタイルをとっている。従って本書では、ある概念の存在を同定したら、それが誰の視点から

生成された概念であるのかを、つねに注意深く選り分けねばならない。これがストーリーラインの再構成を困難にしたことは否めない。

しかし、つぎの点を急ぎ補足しておきたい。つまり、「分析焦点者」というデータへのアプローチの仕方の方が、「分析ポイント」よりも断然優れているとは私は思わない（コラム第7回参照）。さらに、エスノグラフィーという記述様式は、GTA論文にしばしば向けられる「無味乾燥でつまらない」という批判に対抗しうる、1つの有効な記述戦略だとも私は考えている。概念そのものに感性啓発性を求めるだけでなく、エスノグラフィー様式の選択による論文全体の感性啓発性の向上も、選択肢としてあるのではないだろうか。

6. 展望

さて、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と、異なる認識文脈間の移行、さらに各認識文脈の含意（もたらすもの）について、重点的に論じていこうと思う。そして紙面が許せば、第7章「終末認識の不完全状態」についても言及したい。

¹訳書の「試し」に該当する（56頁）。ちなみに「試し」の原語は「testing」である（p.56）。

<引用文献>

グレイザー, B・ストラウス, A (1988)『死の Awareness 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.]

木下康仁 (1999)『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』東京: 弘文堂.

木下康仁 (2003)『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践——質的研究への誘い』東京: 弘文堂.

佐藤郁哉 (1992)『フィールドワーク——書を持って街へ出よう』東京: 新曜社.

◇次回研究会のご案内

日時: 2009年5月30日(土) 13:00-18:00

会場: 立教大学(池袋)7号館 7101 教室

1. 総会

2. 研究会

プログラムについては近日中に ML にてアナウンスします。

◇編集後記

- ・ ツツジの美しい季節となりました。今年の連休はお天気に恵まれそうですね。みなさん、どんな休日をお過ごしでしょうか？
- ・ 何度かアナウンスしていますが、M-GTA に関連した論文や報告書などを発表された方は、書誌情報をお知らせください。そして抜刷りがあれば1部を研究会までお送り下さい。その際、会員専用ページへの掲載を希望される場合は、その旨をお知らせください。博士号を取得した会員でまだHPの「博士論文」欄に掲載されてない方で掲載を希望される方は、「論文題目、学位の分野、授与大学、年度」、をお知らせください(M-GTA が用いられた論文に限ります)。
- ・ 次回の研究会は、はじめに総会を行います。今年初めに研究会のHPが立ち上がり、これを見ての入会の方も増え始めています。会員数も200名を超えようとしており、研究会の持ち方にも工夫が必要な時期となっています。みなさまからも、積極的なご意見をお寄せください。
- ・ 研究会のあとは、いつも懇親会を行っています。ここでもいろいろな情報交換や研究のヒントが得られます。お気軽にご参加ください。

佐川記
