

## ***M-GTA 研究会 News letter no.46***

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](mailto: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（五十音順）

### <目次>

◇第 52 回定例研究会の報告

◇近況報告：私の研究

◇連載・コラム：『死のアウエアネス理論』を読む（第 13 回）

◇次回研究会のご案内

◇編集後記

### **◇第 52 回 定例研究会の報告**

【日時】2010 年3 月27 日（土）13:00～18 :00

【場所】立教大学（池袋キャンパス）8 号館 3 階、8803 教室

【出席者】96 名

〈会員〉64 名

・浅野正嗣(金城学院大学)・飯塚久子(聖学院大学)・市江和子(聖隷クリストファー大学)・  
大西潤子(武蔵野大学)・小倉啓子(ヤマザキ動物看護短期大学)・加藤基子(埼玉医科大学)・  
木下康仁(立教大学)・斎田千加代(神奈川大学)・坂本智代枝(大正大学)・塩入すみ(熊本学  
園大学)・隅谷理子(上智大学)・竹下浩(ベネッセコーポレーション)・巽あさみ(浜松医科  
大学)・丹野ひろみ(桜美林大学)・塚原節子(岐阜大学)・水戸美津子(自治医科大学)・宮  
崎貴久子(京都大学)・宮田ゆう子(長崎県立大学)・山口みほ(日本福祉大学)・山崎浩司(東  
京大学)・青木恭子(千葉大学)・赤司千波(長崎県立大学シーボルト校)・赤畑淳(ルーテル  
学院大学)・朝田圭(桜美林大学)・雨森昭子(久留米大学病院)・安藤晴美(埼玉医科大学)・  
上野恭子(順天堂大学)・氏原恵子(浜松医科大学)・森恵子・内海知子(香川県立保健医療大  
学)・江口裕美(久留米大学)・大迫充江(国立精神・神経センター病院)・大沼いづみ(広島  
国際大学)・大村光代(浜松)・沖本克子(岡山県立大学)・加藤千明(浜松医科大学)・神田雅  
貴(聖学院大学)・倉田貞美(浜松)・塩田久美子(東京医科歯科大学)・標美奈子(慶應義塾大  
学)・菅野摂子(千葉商科大学)・高橋由美子(浜松医科大学)・辻野久美子(山口大学)・辻本

すみ子(桜美林大学)・長山豊(金沢大学付属病院)・成木弘子(国立保健医療科学院)・納富史恵(久留米大学)・久松信夫(東洋大学)・日野浦裕子(在宅ケア)・福島哲夫(大妻女子大学)・藤丸千尋(久留米大学)・藤好貴子(久留米大学病院)・保正友子(立正大学)・前田和子(筑波大学)・光村実香(金沢大学)・三輪久美子(洗足学園短期大学)・目黒明子(相州病院)・八尾田麻貴(浜松医科大学付属病院)・山口佳子(杏林大学)・山崎登志子(広島国際大学)・横山豊治(新潟医療福祉大学)・渡辺恭子(日本赤十字広島看護大学)・小嶋章吾(国際医療福祉大学)・佐川佳南枝(立教大学)

#### 〈非会員〉32名

・荻野剛史(東洋大学)・中津真美(筑波大学・東京大学)・松村恵美子(菊川市立総合病院)・山岡由実(聖路加看護大学)・相場健一(群馬大学)・阿部美香(順天堂大学)・網野裕子(岡山県立大学)・井沢恵美子(ルーテル学院大学)・今泉郷子(武蔵野大学)・大沼順一(東京医科大学歯科大学)・岡美智代(群馬大学)・小野聡子(川崎医療福祉大学)・鎌田艶子(同愛記念病院)・亀ヶ谷忠彦(群馬大学)・金真弓(八王子市役所)・久保沙織(東京慈恵会医科大学)・久保田君枝(浜松医科大学)・熊地美枝(国立精神・神経センター)・小林知絵子(日本女子大学)・柴裕子(岐阜大学)・柴田いつか(筑波大学)・末永カツ子(東北大学)・鈴木京子(成蹊大学)・竹下千世(浜松医科大学)・中村聡美(NTT 東日本関東病院)・西田みゆき(順天堂大学)・松田好美(岐阜大学)・松本すみ子(東京国際大学)・藪田歩(東北大学)・山内英樹(順天堂大学大学院)・吉田昌弘(國學院大学・東京工芸大学)・小引知美(ルーテル学院大学)

#### 第一報告【研究発表】

「うつ病による長期休職者が職場に復帰する心理プロセス及びそれに影響を与える支援要因」

隅谷 理子 (上智大学大学院総合人間科学研究科博士後期課程コミュニティ心理学研究室)

#### 研究テーマ：

企業組織のラインと心理職のコラボレーションによる復職支援が、復職者にどのような効果を及ぼしたか検討する。

(※企業におけるラインとは、企業の人的管理に関わる、人事部や管理監督者(=上司)のこと)

#### 研究背景・目的：

うつ病などのメンタル疾患による休職者や復職者に対して、企業の人事労務担当者や管理監督者は事業場の実態に即した対応が求められている。中田・隅谷・綾・大西(2009)は、ある IT 企業(以下 A 社、社員数約 700 人)にて行われた復職支援の取り組みについて検討を行った。新制度導入前後のメンタル疾患による復職者数と復職後半年以内の再休職率を比較検討したところ、退職件数の半減、復職件数の増加、また再発件数の緩やかな減少、

さらに、休職者発生率の減少傾向が見られた。本取り組みにおいては、外部専門家が組織に深く介入すること、人事とコラボレーションのもと現場の状況に見合った役割として機能することが大きな効果要因となった。また、休職者本人の支援と同じく職場の環境調整、関係者連携が重要であることが明らかになった。この A 社における復職支援をコミュニティ心理学の実践、あるいは臨床心理学的地域援助(山本、1986)でとらえると、複数の関係者が関わる協力体制は、関係者のコラボレーションとして位置づけられる。(図 1)

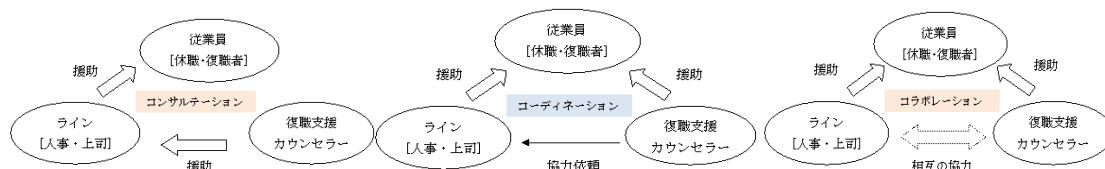


図 1：協力関係における援助の例(藤川 2007 を参考に隅谷が作成)

これまで、コミュニティ心理学の領域では、支援協力体制をコンサルテーション(Caplan,1970)の視点から多くを論じられており、日本においても学校臨床をはじめとする組織での心理援助技法としてある程度確立されてきた。しかし、これまでのコンサルテーション実践では多くの課題が指摘されており、近年、より最善の策がうまれていく協力関係として、関係者間のコラボレーションの必要性(Caplan&Caplan,1999)を言及されるようになった。日本においても、学校臨床を中心にコラボレーションによる実践研究がみられるようになったが、産業臨床の領域ではほとんど研究がされていないのが実態であり、特に復職支援に関するコミュニティ心理実践の研究はない。

そこで本研究では、コラボレーションによる支援体制を実施し一定の効果がみられた A 社において調査を実施した。まずは、復職者にとって効果的であったかかわりについてインタビューを行い、具体的な支援内容を検討する。

#### ★参考文献（省略）

#### 現象特性：

不適応をおこした状態から適応していくプロセスにおいて複数の人間とかわることを通して、本人の主体性と人との新たな関係性が芽生え、それを認識していく現象。

#### M-GTA に適した研究であるかどうか：

本研究は、企業組織において社会的相互作用に関わる研究であり、研究対象である現象がプロセスの性格を持ち合わせている。そして、本研究が実践現場での現状把握の一考察になり、メンタル疾患者の復職支援におけるライン(人事、上司など)や専門職のあり方の知見を広げることにつながれば、専門職及び企業担当者への効果的支援スキルの提示、ラインへの効果的教育プログラムの検討に役立つ可能性を秘めている。つまり、企業のメンタルヘルスに関わる産業保健関係者等にとどまらず、企業内での人的管理業務に携わる人々に

役立つと考えられる。

### 分析テーマへの絞込み：

メンタル疾患による長期休職者が上司・人事・カウンセラーの関わりを経て、職場に復帰するプロセスにおいておこる心理変化

### データの収集法と範囲：

- ・調査協力者

復職支援制度導入後、関係者の支援を経て、職場復帰に成功した従業員 6 名

- ・データの収集

業務上の調査のため、1 人あたり 約 60 分程度で実施。1 度では緊張される方が多かったこともあり、複数回に分けてインタビューを実施した。

- ・インタビュー内容：休職中、リハビリ出勤中、復帰後の各ステージで自分自身に起こった出来事や変化について想起してもらい、体験を語っていただく。

休職・復職のプロセスにおいて、関係者とかかわって助かったこと（誰の、どのような）

休職・復職のプロセスにおいて、関係者とかかわりでより工夫して欲しかった点

- ・倫理的配慮

調査協力者には面接趣旨を文書で説明し、同意を得る。（自己紹介、身分の明確化、調査の目的、データの守秘、調査参加の自由性、途中中断の権利、録音とメモの承諾）

### 分析焦点者の設定：

メンタル疾患による長期休職から復職後半年以上定着した従業員

- ① 半年以上の長期休職経験者
- ② 人事、心理職の協働による支援、復職支援制度(リハビリ出勤制度)を利用した復職者
- ③ 復職後半年以上が経過していること
- ④ 支援関係者が、復帰の定着を了解している復職者※

※復帰準備尺度において、回復段階と本人が認識し、支援者も認識している

以上、‘復職成功者’という立場である上記の条件を設定した。

分析ワークシート：別紙で提示（回収）

概念 [ルール遵守のプレッシャーからうまれる安心感とモチベーション]

興味：“（職場は）気の張り方が違う” “拘束される(方がいい)” “（リハビリ中の職場は）特異な環境” などの発言→復職に関する手続きをふんでいくことのプレッシャー？ルールによって守られている安心感？戻りたいモチベーション？

⇒人事からの支え、上司からの支えに関する概念が生成されていった

カテゴリー生成：別紙で提示（回収）概念 25⇒4 つのコアカテゴリー

結果図：別紙で提示（回収）

ストーリーライン：別紙で提示（回収）

#### 質疑・アドバイスなど：(⇒発表者の回答、意見)

- ・メンタル疾患、うつ病などの言葉の使い方に対する指摘をいただいた。

→本研究では特定のメンタル疾患に焦点をあてるのではなく、本研究ではメンタル疾患による休職という大枠で捉えたい。文章中の“うつ病”“メンタル疾患”の言葉の使い方は今後丁寧に使用したい。

- ・現象特性の“適応”“不適応”の表現についての指摘をいただいた

→適応という言葉は、何を持って適応とするかという議論にもなるので難しい。その後、現象特性の表現として考えた表現⇒「(仮)休んだ状態から生産現場への復帰をしていくプロセスにおいて～…」

- ・概念「ルール遵守のプレッシャーからうまれる安心感とモチベーション」による議論

-ルールという言葉が分かり辛い

→職場復帰の手続きを意味する言葉を検討したい

-概念名と定義の言葉の使い方の指摘「概念名：プレッシャーからうまれる」[定義：プレッシャーがある]

→言葉の整合性を丁寧に見直したい

-ネーミングが長いのでは？

-この概念自体にプロセス性があるのではないかと(←一番多くの意見をいただく)

→この概念は複数の概念が生成できるのではないかと、むしろこの概念がカテゴリーとして生成されていくのではないかと、現在は考えるようになった。

- ・結果図に関する議論

-カテゴリー【人事から得られる理解と評価】，【人事から得られる復帰可能性】から、概念「ルール遵守の～…」まで引かれている影響の矢印に、この研究の独自性“コラボレーションによる効果を検討したい”が含まれている。この図では、そのあたりが分かり辛い。

→このヒントは大変参考になった。どこでコラボレーションの独自性を出すか、というところが抜け落ちていた視点であった。コラボレーションの動きをもう少し図に表されるように、もしくは矢印の意味が分かる図へ検討をしたい。

-産業医が登場しないのはなぜか？

→現在の中小企業での実態は、産業医の支援が得られない状況がある。そこで EAP の専門の支援でなんとか会社側が判断して動いている背景がある。本調査の対象企業もそうであるが、ただ、産業医の視点は必要であるため、前提の説明を加筆していきたい。

・木下先生からのアドバイス

-分析テーマをすっきりとするといいのではないか（“心理変化”と入っていることの指摘）  
「メンタル疾患による長期休職者が上司・人事・カウンセラーの関わりを経て、職場に復帰するプロセス」とするとどうか？（\_\_\_\_\_部分が独自性）

→私自身、概念生成、結果図がまだしっくりきていないことに関しては、このご指摘はすっきりする感じがある。結果をどのようにまとめたいか、との兼ね合いで、もう少し検討したい。

-分析焦点者は、細かく絞り過ぎない方がよいのではないか

→研究結果の縛りをつけすぎないように、ある程度すっきりと、半年の休業、復帰後半年以上、という枠組みで考えていきたい。

感想：

M-GTAでの研究は2度目になります。率直な感想は、また新たな発見があった、ということでしょうか。他の方の発表、ディスカッションを拝聴しながら、自分の発想は視野が狭くなっていたこと、理解ができていなかったこと、に気づかされました。また、データを見て、問いかけていき、データを確かめることの面白さや、研究者の視点が大切にされることなど、M-GTAの魅力を再確認しました。

皆様のいただいた貴重なご意見を活かし、しっかりとまとめていきたいと思います。ありがとうございました。

【SV コメント】

山崎浩司（東京大学）

メンタルヘルスを損ねて休職せざるを得なくなった人びとを、企業が外部専門家とともにどのように復職支援できるのか、という課題に挑む隅谷さんの研究は、とくにうつ病による休職者が増えていると言われる今日では、非常に社会的意義のあるものです。また、この問題をコミュニティ心理学の枠組でとらえ、ご自分の研究をこの領域の蓄積のうちに位置づけることを明確化している点で、研究の学術的意義も十分に確認できました。

分析テーマを「メンタル疾患による長期休職者が、上司・人事・カウンセラーの関わりを経て、職場に復帰するプロセス」で切らずに、「～において起こる心理変化」としたのは、自分の研究は領域的に「心理学」であることを意識してのことだと思います。そういう選択的判断なのだなと私も考え、最初はそれほど違和感を覚えませんでした。しかし、木下先生の「～プロセス」まででよいのではないかとのご指摘をうかがって、隅谷さん同様、私も確かにそうかもしれないと思いました。この研究のポイントは、確かに「上司・人事・カウンセラーの関わりを経て」という相互作用のあり方への注目であり、その相互作用のうちに「心理変化」が起ち現われてくるということなのでしょう。これはもっと言うと、ここで注目したい「心理」とはいったい何なのかを隅谷さんは明確にしなければならない、

ということになります。

分析ワークシートの一例で提示した概念[ルール遵守のプレッシャーからうまれる安心感とモチベーション]は、かなり長い概念です。長いということは、①複数の概念からなるプロセス性をもった現象が詰め込まれてしまっている可能性、②複数の性質の異なるバリエーションを無理に一緒くたにしてしまっている可能性、③概念名が説明的になり過ぎている可能性などが考えられます。①と②は関連しているので、双方を意識しつつ吟味を進められるとよいと思います。

フロアからの指摘に、コミュニティ心理学の理論である「コラボレーション」が、隅谷さんの注目する現象のうちに効果的なかたちで実現されているのかを検討することが、この研究の独自性のはずなのに、それが結果のうちに見えてこない、というのがありました。隅谷さん自身が述べておられるように、この指摘は重要ですが、この研究ではコラボレーションが起きているかを検証するのが目的ではないはずです。もしそうならば、それはM-GTAを方法論として必要としません。M-GTAを使うかぎり、コラボレーション理論を頭の隅に置きつつも、注目するデータのグラウンデッドな分析から、コラボレーション以外・以上の援助関係（相互作用）が出てくる可能性につねにオープンである必要があります。

隅谷さんの収集されたデータを拝見する限り、援助関係に関するコラボレーション以外・以上のオリジナルな理論が生成される可能性があるように見受けました。これからライン（上司・人事）とカウンセラーへのインタビュー調査も加えて分析を進めるとのことなので、復職支援にまつわる相互作用がさらにはっきりと見えてくることと思います。今後の分析の発展が楽しみです。

## 第二報告【研究発表】

「神経性難病者の病の受け入れに関する研究——脊髄小脳変性症を中心として——」

朝田 圭 （桜美林大学大学院国際学研究科人間科学専攻健康心理学専修修士課程修了）

### 発 表 要 旨

#### 研究テーマ

神経難病者の病の受け入れに関する研究——脊髄小脳変性症を中心として——

#### 問題と目的

45 特定疾患のうち、神経難病は 15 疾患を占める。ほとんどの病気が原因不明で、どんなにリハビリテーションなどで機能維持に努めても、認知は正常なまま慢性的に日常生活動作の低下をきたしていく。その進行は緩徐と言われているが、疾患の種類や発症年齢などにより予後に差があり、一概には断定できない。神経難病者の主観的 QOL 向上は病を受け

入れることと関係すると考える。従来の代表的な障害受容理論としては、「段階論」と「価値転換論」があるが、現代はさまざまな批判があり、脊髄小脳変性症（以下 SCD・MSA）罹患当事者である研究担当者にも適切に感じられるものではなかった。現在まで、神経難病患者における病の受け入れの要因に限定した研究で、実際に臨床現場で応用できる具体的なものはほとんど行われていない。したがって本研究では、代表的な神経難病の 1 つである SCD・MSA 病者を中心とし、現代の日本社会で生きる神経難病患者における病の受け入れの過程と病を克服するための要因を、疾患当事者の 1 人として研究担当者が検討することで、さまざまな臨床現場で応用可能な視点を得ることを目的としたい。

### 分析テーマへの絞り込み

全てのインタビューと逐語化が終わり、分析（概念作成）に入るとき、神経難病患者が「病を受け入れられない」状態から「病を受け入れられる」状態へ移行するには、どのような要因がどのように関係しているかをインタビュー内容から分析することをスーパーバイザーのアドバイスから確認し、分析テーマとした（ほぼ研究テーマと同じ）。

今回の発表で、「受容促進要因とそのプロセスを明らかにすること」と、明確にできた。

### データの収集法と範囲

**面接型調査** 本研究の目的に応じて考案した、発症から現在に至るまでのさまざまな状況での心理状態などで構成された質問で、半構造化面接を実施した。内容はほぼ時系列に沿っているが、先行研究と、当事者である研究担当者が病の受け入れに関して影響するだろうと考えたライフイベント 33 項目で構成されている。その他調査項目として属性（性別、年齢、罹患期間、病型、現在の生活、同居家族構成）を聞いた。基本的に SCD・MSA 病者に合わせた表現だが、病気の種類によって変化させる部分もあった。

**理論的サンプリング** 分析焦点者とプライベートなメールアドレスを交換し、インタビュー後の意見も参考にしたが、意識的に追加データを収集することはなかった。

**データ範囲** 45 特定疾患の中の 15 神経難病のどれかの罹患患者とした。最初は「SCD・MSA 病者」に限定することを考えたが、比較のために他の神経難病患者のインタビューも取った。しかし予後が類似しているためか、解釈時さほどの相違は見出せなかったため、「神経難病患者」と範囲を拡大するかたちとなった。

### 分析焦点者の設定

**SCD・MSA 病者** 全国 SCD・MSA 友の会によって、2 ヶ月に 1 回ほど都内で開かれる交流会に参加していた会員へ研究担当者が直接依頼し、研究の趣旨を説明し、許可の得ることのできた 7 名とした。

**他の神経難病患者** 都内の訪問看護ステーションの紹介により、許可の得られた 3 名とした。3 名の病名は、多発性硬化症（以下 MS）、筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）、デュシェ



ンヌ型筋ジストロフィー（以下 PMD）であった。

属性、特に性別、年齢、罹患期間はなるべく幅広く取るようにし、計 10 名の平均年齢は 44.4 歳（25～69 歳）で、男性 6 名、女性 4 名であった。面接は 1 人 60～180 分を要し、許可を得て IC レコーダーで録音した。基本的に個別に分析焦点者の自宅へ訪問した。研究倫理について記載した同意書 2 枚にサインをいただき、1 枚は分析焦点者が、1 枚は研究担当者が保存している。

ほとんどの分析焦点者が外交的で前向きな闘病生活を送っている人たちであった。そのような人たちだからこそ、病者が一度は抱えるであろう抑うつ的な気持ちを克服するストレスコーピングやセルフコントロールの方法などを、各々確立しているのではないだろうか。

## ストーリーライン

概念を ‘ ’，カテゴリーを 〈 〉 で示す。以下のストーリーラインは、文章化のため、概念名やカテゴリー名を変化させている部分がある。また、以後分析焦点者の答えはイタリック体で示す。ここでは、各概念やカテゴリーの関係性を、結果図作成のとき吟味した矢印の方向も含め、説明したい。

本研究においては、神経難病者が〈病を受け入れられない〉状態から病を受け入れられていると考えられる状態へ移行するとき、どのようなプロセスを辿り、どのようなことが移行のための足がかりとなっているのかを検討した。

〈病を受け入れられない〉カテゴリーでは、自覚症状はあるものの確定診断は受けていないときや、確定診断を受けても予後を知らないため実感できない‘何が起きているのだろう’という思いから、‘予後を知り衝撃を受ける’経験をする。そして予後を知った後には自己が罹患したことを認められず、社会的人間的な差別を恐れ、‘罹患を隠す’ということと、‘抑うつ状態になる危機’という概念が抽出された。この 2 つの概念が影響し合う可能性はあるが、最初の 2 概念（‘何が起きているのだろう’、‘予後を知り衝撃を受ける’）へ戻ることはないため、一方向の矢印が考えられた。

ここから、精神的に少しでもゆとりのある状態へ向かうには、どのようなことが必要かをインタビュー内容から考えた。

まずいつでも避難できる精神的な〈安全基地がある〉ことが望ましいのではないだろうか。‘家族・社会から受け入れられている’ことは病者の安心につながり、病者自身が自然に病を受け入れていける土台が準備されていることであると考えられる。そこから、家族や職場以外でのプライベートな‘友人の選択’へとつながってゆき、これらは生活の中で相互的に影響し合っていくことだろう。

そして生活における〈バックグラウンドが安定〉していることは病者の QOL 向上と精神的安定につながる。今回は、‘経済が豊かであることが望ましい’、‘社会で役割があることが望ましい’という概念で証明され、この 2 概念も関連し合っていると考えた。

〈安全基地がある〉カテゴリーと〈バックグラウンドの安定〉カテゴリーは、生活の土台になるものであると考えたため、環境要因になると位置づけた。この2カテゴリーは影響し合っていると考えられる。

病者自身の課題としては〈自分がその疾病であることを認める〉姿勢を持つことが重要であろう。インターネットや医学書を調べることで‘予後の認識の深まり’をし、そのことで‘現実を認識して行動する’ようになり、現在研究が進行中の‘根治療法開発を期待する’ことも‘悪化防止のための努力’につながり、リハビリや対症療法などでなるべく進行を留め、寿命を延ばそうと努力する。‘悪化防止のための努力’中もちろん、‘現実を認識して行動’したり、‘根治療法開発を期待’したり、‘予後の認識の深まり’をするので、可逆的な矢印となっている。

そして罹患が原因の〈自分に合ったストレス対処〉をすることが重要となってくる。ストレスマネジメント（山田ら、2004）やコーチング（出江、2006）などでストレスを低減する研究も多く行われており、それらを受けようとする意志も病者の自発的な活力による。しかし本研究の病者は‘同病者との交流’で情報交換をしたり、癌など‘他の病者と比較’したりすることがストレス低減につながっているようであり、このようなことは相互補助関係にあるように感じられた。なお本インタビューでは少数意見で一般的ではあったが、お笑いを観に行ったり、病者のナチュラルキラー（以下NK）細胞を活性化させることでストレス低減を図ろうと言って、‘笑うことの大切さ’を考える病者もいた。さまざまなストレスコーピング法があるが、本研究の対象者はおのの自分に合ったものを確立しているように感じられた。

〈自分がその疾病であることを認める〉カテゴリーと〈自分に合ったストレス対処〉カテゴリーは、病を受け入れるときの病者による個別の努力が中心となると考えられたため、個人要因となると考えた。この2カテゴリーは影響し合っている。

そして病者が少しでも主観的QOLを向上させるためには、この環境要因と個人要因の相互作用は欠かせないものであろう。

病者が完全に病を受け入れられる状態になることができるかどうかは分からないが、病気に対して最初よりも〈少しはゆとりが生まれた〉であろう状態として、‘価値観の転換：健常時よりも広い視野を持てた’が起こっていることを主観的に感じられることが大きいのではないだろうか。同時に医療従事者、福祉従事者、新しい友人などとの出会いを感謝し、‘人間関係へ感謝’できるようになったり、雰囲気为重くならないように、難病を抱える自己より他者への気遣いから、会話で‘ユーモアのある表現をし’たりすることは、ゆとりがある証拠であろう。さらに生活するときに‘個人的に病・障害をアピール’できるということは、安全基地の中で体験したことが世間でも広く活かされていくということで、他者と自己との相互的な病の受け入れが期待できる。この状態になってから、背景要因（環境要因、個人要因）を体験するときは、以前体験したものよりも上質な体験となり、相互補完的に病を受け入れられる状態へ向かっていくことであろう。

そして各カテゴリーから最初の〈病を受け入れられない〉状態へ戻ることはあるかもしれないが、あっても‘罹患を隠す’‘抑うつ状態になる危機’までではないかと考える。戻っても必ずしも元の状態ではなく、上質のものになっているのではないだろうか。

また、質問項目 18 では上田（1980）の障害受容の段階論に準じての自己分析を聞いた。ここでは、「強いて言えば、（今）2 番目の“否認”なのかなあ。」（事例④，罹患期間 9 年）「いやあたしはもうね、最初からね“この病気”っていつてショック受けたら、そのまんまこれはあたしに与えられた、神様から与えられたものだからって、それは自分なりに解釈したの。」（事例⑧，罹患期間 3 年）などの答えが得られた。これらは対象者の主観的な自己分析ではあるものの、生データを分析した結果、客観的にもショック期後のプロセスは十人十色で多様であると考えられたため、この結果からも従来の段階理論は神経難病者には適切でないことが明らかとなった。したがって本研究では神経難病者独自の障害受容プロセスの視点を得ることができたと言えよう。

## SV やフロアとのやりとり

### —前半終了時—

#### 小倉先生（SV）

Q「半構造化面接で質問をいくつか設定しているが、どのように決めたのか？」

A「先行研究での障害受容達成要因と考えられていることを参考にしたのと、疾患当事者である自分が障害受容に影響しているのではないかと想定したこと。」

Q「質問 18 での返答が十人十色だったので、従来の段階論は考慮する必要はない、と断言しているが、そういう印象を持ったということでもいいのか？」

A「はい……」

「ここで更にはっきりさせたということですね」と明確にさせていただきました。

Q「協力者の方と研究担当者は知り合いだったのか？」

A「友の会の交流会で顔見知りだった人もいれば、面接依頼時に初対面だった人もいた。」

「では面接時は特に緊張されるということもなく…」

「そういうようなことは全くなかった。同じような病気だったということが大きいのではないか。」

Q「年齢が 25 から 69 歳とずいぶん離れているが、このことについて感じたことは？」

A「神経難病者の全体的な受容ということを明らかにしたかったので、年齢や性別や罹患期間などはなるべく幅広く取るようにした。」

Q「罹患期間半年の方と罹患期間 21 年の方では受容状況がずいぶん違うのではないか？もう“受け入れた”という方を対象にしたのか？」

A「全くそういうことではない。インタビューした印象では、罹患期間によって受容状況が異なるということとはなかった。ただ、交流会などで実際にインタビューを依頼する際、

依頼しやすそうな方を選んでいたことは間違いのないため、外交的で友好的そう…という条件はあったかもしれない。」

### 【フロアより】

「分析テーマの設定を“病の受け入れを促進していくプロセス”など、明らかにした方がいい。」

Q「分析焦点者を“神経難病者”と大きくくくっているが、症状の進行具合などが病気によって全然違うから、一緒に考えるべきではないのではないか？」

A「最初は症状の差があるので、比較のために違う疾患の方のインタビューを取っていたが、“病の受け入れ”というメンタルな部分で返答を解釈していくと、あまり相違を見出せなかったのが“神経難病者”と大きくくくすることにした。」

小倉先生「病気の種類によらず、メンタル面では違いがなかったことが発見できたのですね。」「論文の中ではそれぞれの疾患の症状を説明しつつ、でも～の概念については効果がある…という記述がいいのかなと思います。」

### —後半終了時—

#### 小倉先生

Q「従来の段階論とは違い、当事者の立場で得られた結果のオリジナルな点はどこか？」

A「“現代日本社会を生きる神経難病者”に限定して分析できたということがすごく大きい。」

### 【フロアより】

「分析テーマに研究者の関心が包含されているので、分析テーマはきちんと明文化した方がいい。従来の障害受容論に当てはまらないというだけでなく、今後新たな知見を見出すために、データを分析しなおしてもよい。」

「データ範囲はやはり“神経難病者”と大きくくくってしまって良いか悩む。自分だったら“SCDのある年代”に限定するなどして分析する。この研究での質問項目は33項目と多めだが、それでも“半構造化面接”と言うのか？」

最後に木下先生から「概念からカテゴリーにまとめたところをもう少し詳しく説明する」ように言われ、自分なりに具体的にオープンコーディングからカテゴリー作成までの解釈などを説明しましたが、適切に説明できていたかどうかは分かりません。申し訳ありません。

## 感 想

自分が脊髄小脳変性症の疾患当事者であったため、木下先生に駐車場のご手配をしていただだけ、会場をエレベーターがある塔にいただだけ、発表にはパワーポイントを使わせていただだけました。ありがとうございました。配布資料の準備も、事務局の佐川さまに全

部していただだけ、とても助かりました。お手数お掛けしました。ありがとうございました。

初めての参加のくせに発表させていただきました。発表の手順が分かっていなくて失礼いたしました。でも、発表でのSVも分析でSVをしていただいた小倉先生で、とても心強かったです。発表後にいただけたたくさんのご意見やご提案は、とても勉強になるものでした。いろいろな分野の方が集まる、本当に熱心な会ですので、今回発表させていただき、本当に良かったです。本当にありがとうございました。

## 【SV コメント】

小倉啓子（ヤマザキ動物看護短期大学）

< >内は、当日の配布資料の引用

### 1. 研究テーマ、分析テーマの設定

朝田さんの発表論題は、<神経難病者の病の受け入れに関する研究－脊髄小脳変性症を中心として－>で、<神経難病者が「病を受け入れられない」状態から「病を受け入れられる」状態へ移行するには、どのような要因がどのように関係しているかをインタビュー内容から分析することをスーパーバイザーのアドバイスから確認し、分析テーマとした（ほぼ研究テーマと同じ）>とある。

病の当事者として、また、多くの神経難病者との交流を通して、朝田さんは<神経難病者における病の受け入れの要因に限定した研究で、実際に臨床現場で応用出来る具体的なものはほとんど行われていない>と感じ、従来の段階論的受容理論と当事者の実体験との乖離、段階論では大事なことが取り上げられず、理解されないという問題意識があった。そして、本研究で病気を受け入れつつ生活を形成していく神経難病者の実体験をより現実的に即して理解し、実践有効性のある関わりが出来るような示唆を得たいとされたのだと思う。そういう意味で、朝田さんの問題意識や研究テーマへの関心の深さは十分理解出来る。

一方、研究テーマと分析テーマが同じことはありうるとしても、本研究の場合、分析テーマとしては「受け入れに関する研究」は広過ぎ、何のために何を明らかにしようとするのかが絞りがきれていないと思う。受け入れに関することなら何でもあり、になる可能性もある。フロアから「分析テーマは何か」というコメント・質問が何度もあったように、本研究で明らかにしたいことが漠然としているので、読者は研究結果に関心があってもどの視点で、どのように評価して良いかわからない。

病の現場で問題を発見し、朝田さんは改善が必要だと感じ、研究してみたいと思われたことがあったことだろう。分析テーマの設定には、それはどのように場面で、なぜ問題と思ったのか、着目したのか、朝田さんにとっての体験の意味を吟味することが必要なのではないかと思う。

M-GTAを用いる意味も、研究内容が<社会的相互作用、ヒューマンサービス領域、プロセス性ありだから>と判断するだけではなく、現場で改善が必要な問題に対する援助的示唆を得るのに有用な現象理解と説明図式を生成出来る点で他のどの研究法より M-GTA が優れて

いるからだということを認識する必要があるだろう。研究法の強みがわかれば、自分が何を明らかにしたいのか、そうする意義は何かを考えやすくなり、分析テーマも明確になってくるのではないと思われる。

## 2. 従来の段階論・受容論から適度な距離を置く

先行研究の検討を経て、自分が何を、なぜ明らかにしようとするのかテーマが決まってくるのだから、朝田さんも従来の段階的受容論に問題を感じ、自分で研究しようとされたのだろう。その問題意識は大切である。一方、従来の理論への疑問・批判があるだけにその影響も強く受け、テーマ設定もそれに縛られたのではないかと感じる。先行研究を十分にしたら、いったん距離を置き、実体験や現場にあったテーマ設定、解釈に集中する必要があると思う。そうしないと自分にとって重要なテーマの発見、のびのびした解釈や着想が妨げられる可能性がある。

## 3. 概念生成とカテゴリー化

配布資料では概念名 19 と 6 つのカテゴリーが上下に並列的に示されていた。解釈、定義、概念化を繰り返した結果であることは間違いないだろう。一方、「カテゴリー化はどのようにしたのか」とフロアから質問があった。分析は多重作業同時並行であり、概念生成しながら関連するだろう他の概念や明らかになりそうなプロセスなどを推測的に検討し、理論メモにも記録していく。こうした動的な思考作業を継続することは最も基本的で重要なことである。

## 4. 対象者の範囲について

対象者の範囲について、フロアの理学療法、看護、作業療法の領域の方から「病気の種類によって体験が違うのでは」という質問・コメントがあった。朝田さんは「最初は「SCD・MSA 病者」に限定することを考えたが、比較のために他の神経難病者のインタビューも取った。しかし予後が類似しているためか、解釈時さほどの相違は見出せなかったため、「神経難病者」と範囲を拡大するかたちとなった」とのことだった。ここには援助者と当事者の体験の違い、意味づけの違い、出会う人々の特性の違いもあるだろう。病気が異なる人を対象に含めるのか、除外するのかの判断は、分析テーマの設定によると思う。やはり分析テーマがここでも重要な課題になってくる。

## 5. 新しい知見が得られたことについて

修士論文作成期間は短く、M-GTA についての理解が行き届かない面は残ると思う。一方、従来の理論が主として心理的側面の変化を抽象的に論じているのに対し、本研究は生活現場に密着し、環境要因として生活安定や周囲の人間関係を具体的レベルで説明し、個人的因子との関係も説明して、病者の体験を生き生きと描いている。独自の知見であり、日常

的・福祉的な援助にも応用可能で貴重な知見を得たと思われる。今後は、問題意識などを整理され、論文として完成されることを期待したい。

### 第三報告【研究発表】

#### 「他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセス」

前田和子（筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻）

##### 1. 研究テーマの背景と目的

中堅以上の看護師にとって、手術室、ICU など、専門的で特殊な技術を必要とする職場への配置転換はリアリティショックと同様の体験をするという報告がある。一定の臨床技能を有した看護師でも、他の診療科への勤務異動には困難が予測され、それを乗り越えるためのサポートが重要である。勤務異動に際してどのような経験をするのかがわかれば、その特徴を踏まえた支援を行なうことができると思う。本研究では、他科から勤務異動した看護師が、精神科看護に熟達する経験的プロセスを明らかにすることを目的とした。

##### 2. M-GTA に適した研究かどうか

- ① 他科での勤務経験を持つ看護師が、精神科看護という領域に熟達する経験に焦点を当てているとともに、そこでの看護師と患者、スタッフとの日常的な相互関係を明らかにしていくことで領域密着型の具体理論生成を目指した。そして、そこには時間的なプロセスと看護師個人が新たな知識を身につけ、専門職業人として成長する内的なプロセス性を有することが予測されることから、分析方法として適していると考えた。
- ② M-GTA ではデータに根ざし、切片化しない方法をとることから、データの中に表現されている文脈を重視することで、本研究の対象者が語ったディティールの豊かなインタビューデータの全体の流れを解釈的に分析することができると判断した。
- ③ 看護師としてキャリアを積む中で、勤務する看護の領域が精神科に変わることによってどのような経験的プロセスをたどるかが結果として明らかになる。M-GTA では、事例研究では示せない「分析対象者という人々の理解」という一定の共通性の視点に立ち、特徴的な経験が具体的に示すことができる。それを今後、同じような立場にある看護師の臨床実践現場で教育支援に適用することが可能であると考えた。

##### 3. 分析テーマ

「精神科看護に熟達する経験的プロセス」

##### 4. データの収集法と範囲

- ①収集期間：平成 2X 年 7 月～9 月

②対象：同意が得られた施設で、「他科での臨床経験を持ち、精神科に勤務して 10 年未満の看護師」という条件で参加者を募集。

最終対象者は 17 名の看護師

(男性 4 名、女性 13 名、年代 20 代～50 代、他科での臨床経験：平均 13.6 年、精神科臨床経験：平均 5.8 年)

③データ収集方法：半構成的面接（1 人に対して 1 回、1 時間程度）

④インタビューガイド

- ・精神科に勤務して精神科特有と実感したケアについて
- ・他科では経験したことのない、患者と看護師の具体的な関わりの場面
- ・精神科のケアと他科でのケアとの比較について

## 5. 分析焦点者の設定

「他科から精神科に勤務異動した看護師」

## 6. 分析ワークシート例：(省略)

## 7. カテゴリー生成例：(省略)

データ分析の結果、他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセスからは、6 つのカテゴリーと 17 の概念が抽出された。中心となるカテゴリーは【視点位置転換】であった。

## 8. 結果図：(省略)

## 9. ストーリーラインの概略（※【 】はカテゴリー）

看護師は、異動当初【プライドが傷つく体験】をし、実践では【患者のリスクを伴う痛み体験】から精神科看護の難しさを味わっていた。しかし、必死で【手本の録画的観察】をすることで【視点位置転換】ができたことをきっかけに、経験者としての自信を取り戻し精神科看護に熟達していった。また【看護が承認される体験】を通して【やりがい・醍醐味を味わう】ことができていた。

[SV やフロアとのやりとり]

Q1：コアカテゴリーは何か？テーマは精神科看護に熟達するということだが、小児科から一般科へ行っても同じようなことが起こったり、病院が変わっても同じようなことが起こったりするのではないか。精神科看護だと一般の他科に異動した時とどう違うのかが分かりにくい。

A：コアと言い切れなかったが、中心的なカテゴリーとしたのは、【視点位置転換】という



カテゴリーである。精神科の異動の特徴ということでは、【視点位置転換】の中の＜変化球のやりとりと気づく＞という概念で、精神科の患者さんの反応として、訴えが直球ではなく、訴えや要求が言葉通りではなかったり、逆に訴えがないことで患者のニーズが把握しにくい、その背後にある特有の意味や感情を見極めないと看護にならないことに気づくということが精神科看護の特徴であると解釈した。

Q1：たぶん研究者自身の経験で、精神科看護は他の科とは非常に違う熟達するプロセスがあるという実感があって研究されたと思うが、定義の中身を読むと、それがあまり表現されていないので惜しい。精神科ではなく小児科とか他科に言い直しても、共通してしまうので、＜変化球のやりとりと気づく＞という概念名とするときの定義をもっと違う表現にした方が、精神科看護に熟達するところが出ると思う。

A：自分では特徴を捉えたつもりでいたが、そこがもっと定義で示せるように考えたい。

SV 木下先生：定義の表現を考えるというよりは、分析テーマに照らしてヴァリエーションの解釈をもう少し鋭く。「精神科に勤務異動した」ことと、この部分がどういう意味なのかという風に考えられれば、もう少し分析テーマに対応するような解釈になると思う。また、コアがはっきりしていない、と感じることはある。その確認はストーリーラインの書き方で、「精神科看護に熟達する経験プロセスは、【視点位置転換】を中心としたプロセスである」という形で文章化してしまう。次に、それはどういうことか、カテゴリーや概念で出す。ファーストセンテンスに一番厳選した時の結果内容を記述してしまうように努めると、否応なしに自分がその判断をすることになる。

Q2：結果図で、時間軸の後半になって＜葛藤に折り合う＞と、＜プール経験の強み活用＞が出てきている。経験があるがゆえに葛藤があるというのは、結構早い段階であるのではないか？また、最初の【プライドが傷つく体験】というカテゴリーは、概念を見る限りすべて精神科看護に違和感を感じているだけであって、それがプライドが傷つくということに直結するのかが見えづらかったのだが？

A：1 点目は御指摘にあったように、確かそういうことはあるのではないかと感じた。こういう結果図になったのは今回のデータではこの時期にあったとということになる。2 点目の本当にこの概念からこのプライドが傷つく体験と言えるのかということは、分析している中では“違和感”が最初に強いというところがあったので、もう一度データを確認してみたいと思う。

SV 木下先生：対象者には当然時間的な流れで経験したことについて聞いている。ただ、時間軸を分析の中に入れるというのはデメリットの方が大きい。人間の経験というのはそんなに一回生の一方向に進むというより、むしろその過程というのは、“行きつ戻りつのような揺れ動きのプロセス”を経ながら変わっていくものではないか。これは立場やテーマによって色々だろうが、時系列的な軸は、分析をある段階まで進めていく上ではすごく有効だが、“補助線”という説明を本でしていると思うが、独自の自分の分析テーマに対応して、まとまりが見えてきたならば、そこはコアになっていく部分である。それ

は実際の時間の流れとは必ずしも対応しなくて成り立つものという気がする。時間軸を入れると、他のところでも起きていたかもしれないことが、行き場所が窮屈になってしまう。コアというのは、ある段階で関連されてくるものなのか、あるいは人や条件によって多少まちまちかもしれないが、プロセス全体を捉えたとしたら、コアは他の概念とカテゴリーの関係の中ではここだなんていう風に絞り込むこともできる。時間の流れを分析の中に組み込むときは、分析テーマと比較してどうなのかと考えれば、実はそんなに難しい判断ではないが注意した方がよいと思う。

Q2：精神科に異動という所で、患者さんとのやり取りの中で、違和感を感じていることが多いように見受けられる。精神科特有ということでは、いわゆる精神科の法制度の問題や、隔離的な問題など環境面、ハードの面なども大きく影響しているのではないと思うが、概念の中では精神科特有の環境の構造的な問題は出ていないので、それはどのように影響していたのか？また、分析テーマだが、熟達するといった場合、やりがいとか醍醐味を味わうというあたりが熟達する到達点になっているのかなと図では読み取れるが、この研究結果の中に熟達するところはどういうように出てきたのか？

A：1点目に関しては、精神科の環境については概念図の【プライドが傷つく体験】の下で＜独特の環境・ルールに触れる＞というところが該当している。2点目の熟達するプロセスに関しては、私の中でも分析テーマが「熟達」ということで本当にいいのかが迷いがあった。熟達は、＜予測・構え・対応の安定化＞という技術的な部分と、その人が精神科看護師としての態度的な部分を合わせていった時に、【やりがい・醍醐味を味わう】がゴールなのかと思う。しかし、それが熟達でいいのか自分でもうまく説明できていない。

SV 木下先生：分析テーマで使う言葉は、自分が解釈に苦しむような言葉は使わない方がよい。その解釈を求めて作業していくので、そこで混乱すると後までずっと続いてしまう。普通、日常用語に近い言葉でもいい。他愛のないことのようなのだがものすごく大事なこと。

Q3：結果図の流れを聞いていて、コミュニケーションスキルを看護師がどのように習得していくかという所に注目しているように見えた。これはたぶん精神科に新人で来ると、他科から異動してきた看護師もだいたい同じようなプロセスを踏むのではないかという印象を受けた。特に他科から異動した看護師という所がこのデータの特徴になってくると思うので、＜プール経験の強み活用＞で、いったいどういうことが一般科から異動した看護師の強みなのか、それが熟達するプロセスを促進しているのか、阻害している部分もあるのか、そこを細かく分析したらすごくこのプロセスの流れが明確になっていく感じがした。私も精神科の病棟に勤務していて、異動してきた看護師の強みは、体を診れること、内科的、外科的な知識に関しては、精神科しか経験のない看護師からはすごく頼りになって信頼感があるので、そこがこの方々の自信とつながって熟達していく部分もあれば、葛藤する部分もあると思うので、そこが表現されていればいいのかなと感じた。

A：そのとおりだと思った。データでもそれが出ていたのだが、活かされていくことが

分かった。他科から勤務異動した看護師というところに焦点を当てていることの意味がもっとはっきりと分かるような解釈をして概念生成をしたい。

SV 木下先生：そうするにはどうしたらいいか？

A：今回、何度も分析テーマを変えて色々見ていくうちに、最終的には大雑把になってしまった印象がある。概念同士の関係と、データを見て一つに括ってしまうのではなく、もう少し緻密に解釈していきたいと思う。

木下 SV：それは同じことを言っているだけ。分析テーマのほうを強調していたが、ポイントは分析焦点者の方にある。設定した「他科から異動した看護師」の姿が、葛藤も含めて浮かんでくる所までいかないにしても、あらゆる解釈がそこに関連しているかどうか。新しい状況に入った人間というのは、どんな場合でもそれなりに想像できる。先ほど意見にあったように“プール経験”なんていうのはすごいリソースなわけで、そこを参照しながらどういう風に新しい環境に入っていこうとしているのかで、聞くよりは見るというか、観察とかがあってというのが強調されている。しかも録画的観察っていう、象徴するすごく独自の概念で、ただの観察と意味が違うのを表現しようとしているのだと思う。そうすると観察の仕方と、自分のそれまでの経験の参照の仕方とか、そのへんの動きというのがどんな風になってだんだんと精神科看護師になっていくのか、というプロセスを明らかにしようとするのであれば、看護師そのものをもう少し集中して見ていくと、今の作業がしやすくなると思うし、結果図も変わってくる。時系列と違った所でまとめていくことがしやすくなる。

Q4：ソーシャルワーカーで看護ではないが、以前は一般科、現在は単科精神科で仕事をしており、似たような経験をしているのかなと共感しながら聞いた。研究の中では＜他職種との協働＞が非常にプラスに表現されていてすごく嬉しく思った。経験的に一般科では、他職種との線引きというものがそれぞれの職種で非常に明確だが、精神科にいくと、仕事の中身がだいぶ重なっていて、職種の境界線が非常に曖昧になってきて、アイデンティティの危機に陥るという経験をする人が多いような気がしているが、生データでそういう表現があったのか？もしかしたら、そういうところが他科から異動したことで非常に関わってくるのかと思ったがどうか？

A：アイデンティティの危機というよりは、同じ患者さんに向かってそれぞれの役割を出し合うということで安心感が持てるというのが、生データでは現れていた。他職種との関わり方も特徴なのかもしれないと改めて感じたのでそこも見していきたい。

Q5：やはり、「精神科看護ならでは」を、意識してどうやって出していくか。分析ワークシートで、一番最初に P 氏の例をあげているが、研究者の説明した箇所は確かに、良く観察をしているというのは分かるような気がする。しかし、そうやって録画的に観察すること自体は、多分他の科でも熟練の過程で多かれ少なかれやっていること。ただ、何を観察しているのかというのが特徴がある所だと思う。その観点からすると P 氏は割と抽象的な物言いである一方、C 氏は非常に具体的に何を観察しているのかを言っている。例

えば「患者さんに敵じゃないことをアピールする」とか、「まず、いったん近づいてそのあと攻撃性がないかを判断して、攻撃性があったら間合いをとって」と。こういうところが、すごくこの領域ならではの話だと思う。だから、このあたりに注目をして概念を見出そうとすれば、必然的にこのデータならではの反映した概念生成に結びついていくのではないかな。

A：確かにその通りだと思う。精神科看護の技術の特徴に注目してやったものもあったのだが、それと熟達するということが自分の中で結びついていなかった。コメントを聞いてそこが出てくるのがこの対象者の特徴を出すことだというのが分かった。

木下 SV：最後に、概念とカテゴリーの所をどんな風したのかを聞いてもいいかな？

A：概念生成は、自分の中で割合納得がいて作業できたが、そこからカテゴリーを生成する時、概念同士関係を見ていかなければならなかったと思うのだが、そこが十分できなくて、自分の中でグルーピング的な発想をしてしまったという所が、M-GTAの方法ではないと思う。時間切লের的なものと方法が良く分かっていなかった部分でもある。

木下 SV：でも一番頑張りどころでもあって、独自の結果が出せるのはその作業なんだと思う。概念は相互に関連するものをきちんと位置づけていくということで、観察という所に着目したら、それ以外にどういう方法をとっているんだろうとか、関連性を作りながら、テーマに対応して結論が何かということを独自に明らかにしていく作業。作り出した概念を相互の関連で見ていかないと、理論的サンプリングの判断ができない。どの部分がまだ抜けているのか、弱いなとか。それがあるとしたら他にはどういうことが考えられるんだろうとか。比較とアイデアの出し方みたいのが関係してくるので、難しいことではないが、ちゃんとやらなければいけないことであって、概念の関連性、概念のまとまりを作っていけばそれがだんだんカテゴリーになって、大きな説明のパーツになっていくという作業だから、概念をまとめてしまうと、ある意味、そのとたんに独自の説明力を作り出すのが難しくなってしまうことになりかねない。それしか方法がない場合はそれでも多分問題はないと思うが、独自の自分の結論を求めて更にそれが実践に使える形のものにまでという風に、目標を設定するとすごく大事なことである。是非、そこは皆さんも頑張りどころだと思って欲しい。

## [感想]

今回、貴重な発表の機会をいただいたことを心から感謝しております。昨年3月に初めて研究会に参加した折には、自分が発表することはもちろん、木下先生から直接スーパーバイズを受けるなど夢のようなので、感慨深いものがありました。実際に体験した1時間は短いようで長く、最後の方は息も絶え絶えになってしまいました。ICレコーダーを聞き返して、ようやく本当に様々な視点でご意見をいただけたことを実感いたしました。

私の研究内容は課題の多いものでしたが、それだけに具体例を挙げての木下先生をはじめフロアの皆様からのコメントは、発表者の私だけでなく参加者の方々にとっても非常に

参考になったと思いますし（自分で言うのはおかしいですね！）、それが M-GTA 研究会の素晴らしいところであると再認識いたしました。

今回、時間軸の設けることに関してのご指摘が大変参考になりました。また特に、「精神科に異動した看護師」ならではの解釈が見えないとのご指摘を多々受け、改めて解釈の浅さを痛感しました。そして、一番重要な部分である、作り出した概念相互の関連を見ることをおろそかにしていたことがカテゴリー生成につながらなかったことが良く分かりました。皆様から頂いたアドバイスをもとに、またデータと向き合い、試行錯誤しながら少しでも実践に活かせるような研究にしていきたいと思います。今後も皆様からのご意見ご助言をよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

### 【SV コメント】

木下康仁（立教大学）

前田さんの報告へのコメントです。主要な点について、まとめました。

1. 全体としての印象は、論理的にしっかりしていると感じました。何について、どのように（複数の視点を交えたりして）考えたのか、検討したのか、思考のプロセスがわかりやすい。ただ、以下の課題もあります。前田報告以外にも言える点ですので、他の会員もご参考に。
2. 分析テーマには「熟達」という言葉を入れていますが、分析テーマには自分が定義で苦労するような言葉は使用しない方がよい。看護系の論文でよく目にしますが、概念の定義の箇所では取り上げるのは思わぬ負担を後に抱えることになりかねない。自分の定義は当然自分を拘束するので、ワークシートでの概念生成の場合はともかく、分析テーマでは注意が必要です。分析テーマはこれからの分析で何を明らかにしようとするのかを問いとして確認するものなので、平易な言葉が適しています。
3. 概念からカテゴリーにまとめていくプロセスが、はっきりしていない。M-GTA の分析は、概念相互の関係を検討から複数の概念間の関係（カテゴリー）を見出していく作業で、生成した概念を要約的にグループにまとめるのではないです。この方法で進めないと、何がまだ把握できていないかの判断ができないから、理論的サンプリングがむずかしくなります。
4. 結果図ですが、コアが何であるかが不明確です。上記の指摘と関連しますが、要約的なまとめ方ですと、コアの判断がむずかしいのは当然です。コアには、分析テーマで設定した問いの答えに当たるものが入ります。ストーリーラインの書き方とも関係していて、分かりやすくいえば、第一文に「(分析テーマ) のプロセスは、(コア) である」式に、問いと答えを記述する。これが論文の最中心軸になる。
5. 時系列に沿っての分析は、注意が必要です。人間の経験には一定の変化の流れがあるものですが、そのことと分析の軸にできるかどうかは別問題です。(1) 分析テーマへの答

えが、時系列というそれ自体が枠組みをもっているものと矛盾なく成立するとは限らない（上記の3の作業との関連を考えるとすぐわかります）；(2) M-GTAは単にデータを分析してまとめるのが目的ではなく、説明力のある理論を生成することですから、結果の実践的活用を考えたとき、時系列的解釈が有効に作用するのか、逆に活用を阻害するかを考える必要があります。

つまり、時系列軸は分析の初期段階には補助線的に参考になるが、そのまま分析全体の枠組みになると独自の結果を阻害しかねない。人間の心理や行動は複雑であり、分析テーマと時間軸が齟齬をきたしかねない。あくまで、分析テーマと分析焦点者からであって、時間軸はそれとは異質な要素を分析に導入することになる危険がある。

6. もう一度データに返って見直すと言うコメントが最後に発表者から多いが、どのように見直すのかを確認しておかないと、帰ってからどうしてもどうしてよいかよくわからなくなる。くどくなるが、いつでも基本の2点（分析テーマと分析焦点者）を確認することに尽きるが、研究会での報告後では、分析テーマの確認と同様に、あるいは、この段階になるとそれ以上に、分析焦点者の視点を意識し、集中するのが重要になる。つまり、分析テーマの検討にはエネルギーを注いでも、分析焦点者は（おそらく自明すぎてしまい）解釈の際に意識化の度合いが落ちるように思われる。

#### 第四報告【構想発表】

「薬物依存症からの回復を目指す人の社会生活を支援するソーシャルワーク過程」

山口みほ（日本福祉大学）

##### <発表内容>

##### 1. 研究の目的と意義

本研究は、薬物依存症者の社会生活支援に携わるソーシャルワーカーを対象とする調査により、薬物依存症者の回復過程における社会的障壁とそれへの対処行動の現状を明らかにし、薬物依存症者の社会生活支援のあり方を検討することを目的とする。

ソーシャルワーカーの間でも、活用できる資源が少なく、多くの誤解や偏見を伴う薬物依存症者への対応は、「困難事例」として敬遠されがちである。本研究によって薬物依存症者を対象とする際のソーシャルワーク過程の「特殊性」と「普遍性」を明確にすることができ、薬物依存をめぐる問題への対応の「コツ」を提示することができれば、もっと多くのソーシャルワーカーのこの問題への関与が期待できるのではないかと考えている。また、社会資源活用の道を開く法制度の改正や創設等のソーシャル・アクションに結びつけるためにも、個別ケースの実情を丹念に分析し、集約することは意義があると考えられる。

##### 2. M-GTAに適した研究であるかどうか

ソーシャルワークは人と環境およびその両者間の交互作用の変容を促進する活動であり、

ソーシャルワーカーによる薬物依存症者の支援は、本人・家族・その他の関係者とソーシャルワーカーの社会的相互作用によって展開するプロセスである。さらに、薬物依存症は進行性の慢性疾患であり、疾病の進行・回復のプロセスが長期にわたることからも、この疾病を抱える人々の支援は単に結果のみならずプロセス全体が重視される。

また、本研究は、ソーシャルワーカーが薬物依存症者に関わる際のモデルを提示し、薬物問題に対応できるソーシャルワーカーを増やすことを目指している。従って、研究結果の現場での応用を志向している。

こうした理由から、研究方法としてM-GTAを用いることが適当であると考えた。

### 3. 現象特性

強固なスティグマを負う人の社会的復権を支援する援助者の支援プロセス。

誤解・偏見の強い問題を負い社会的な非難を受けている人と、当事者をとりまく社会環境の双方に働きかけ、両者の関係を変えようとする援助者の関わり。

### 4. 分析テーマへの絞込み

社会復帰を目指す薬物依存症者の社会的障壁への対処を支援するソーシャルワーク過程

### 5. 調査対象者

薬物依存症者およびその家族を対象とする支援機関（相談機関、医療機関、社会復帰施設など）で、薬物依存症者の相談支援におおよそ5年以上携わっているソーシャルワーカー10名程度（報告時点で5名にインタビュー実施済み）。

なお、「おおよそ5年以上」としたのは、一般に薬物依存症者が具体的に社会生活の再構築に取り組める回復段階に達するまでには、専門機関や自助組織等による支援が開始されてから3～5年程度を要すると考えられているためである。

<インタビュー・ガイド>

①を主に質問し、②以下は適宜補助的に使用)

①薬物依存症者の社会復帰（もしくは社会参加）をどのように支援しているか？

②薬物依存症者にとっての社会的障壁と、それへの対応の現状

③活用した（又は活用しようとした）社会資源について

④その他、薬物依存症者・家族の支援にあたって感じたこと等

### 6. 分析焦点者の設定

「薬物依存症者およびその家族を対象とする支援機関で薬物依存症者の相談支援に携わっているソーシャルワーカー」

なお、薬物依存症者との関わりが少ないソーシャルワーカーの薬物問題への理解と関与の促進のために本研究の成果を活用したいと考えているため、今回は回復者スタッフ（当

事者)ではないソーシャルワーカーを分析焦点者とする。

また、ソーシャルワーカーの所属機関によって支援対象者の重症度や障害程度が異なることも想定されるが、①薬物依存症は回復途上に症状の再燃が繰り返される疾病であり、疾病に起因する障害も固定的・静態的なものではないため、いずれの機関においても症状の進行・回復のプロセス全体を考慮して関わる必要がある、②薬物依存症者の支援経験が豊富なソーシャルワーカーは少数であるため、所属機関の種類を限定すると調査協力者が確保しにくい、③なるべく多くの場で活用可能な研究成果を得ることを目指している、といった点から、今回は対象者の所属する支援機関の種類を限定しない。

## 7. 概念および分析ワークシート：2つの概念について例示（本誌面では割愛）

### <スーパーバイザー、フロアからの助言>

#### 1. 分析テーマについて

- ・ 現象特性は比較的詳細に書かれているのに対して、分析テーマの表現はわかりにくい。研究者が何を明らかにしようとしているのかがもう少し見えるようなテーマ設定をしておいた方が分析しやすくなる。

- ・ 分析テーマをもっと平易な言葉で示した方が良い。現象特性にあるような「当事者と社会環境に働きかけ、両者の関係を変えようとするプロセス」というようなものの方がわかりやすいのではないか。インタビューでの問いが反映されるようなテーマにした方が、分析しやすい。

#### 2. 概念について

- ・ 『『問題』のリフレーミング』というのは、誰がリフレーミングすることなのか。依存症者本人が問題の見方を変えて行くようにするということか？「主語は誰か」ということを考えながら見ていく必要がある。また、この概念は、単独の概念というよりもいくつかの概念を含むカテゴリーになっていきそうである。

- ・ 社会資源を活用しようとする際にサービス側の抵抗にあった場合など、ソーシャルワーカーがどのようにそれに対応していくのか、方策がいくつか見えてくると面白い。

### <発表者の感想>

一昨年に発表させて頂いたスーパービジョンに関する研究で初めてM-G T Aに取り組み、今回がM-G T Aを用いた研究としてはこれが2件めとなります。

以前の研究の際は、途中から小嶋章吾先生に研究方法のご指導を頂くようになりましたが、インタビューを実施した時点では独学の状態でしたので、インタビュー・ガイドも、実際のインタビューも、「プロセス」を意識した問いかけが十分にはできていませんでした。



こちらが引き出すというよりも、専らインタビューの方々の力量に助けられていました。

今回は構想の段階から小嶋先生のご指導を受け、前回の反省点を踏まえて研究に臨んだのですが、肝心の分析テーマの絞り込みが出来ず、M-GTAについての理解がまだまだ不十分であることを痛感しているところです。発表にあたってのスーパーバイザーをお引き受け下さった坂本智代枝先生はじめ、複数の方から類似のご指摘とご助言を頂き、どのように考えてテーマ設定をして行けば良いのか少し見えてきたような気がします。まだ今はわかりやすくしっくりくるテーマを設定出来ずにいますが、「私は何を明らかにしたいのか」、その原点を大事にしながら、もう少し多くのデータに当たってみて考えたいと思っています。

概念の抽出についてはこれからの作業ですが、薬物問題に関わる際のソーシャルワーカーの戦略が見えて来るような新たな概念を見つけ出すつもりで、苦しい分析作業を楽しんでいきたいと思います。

事前にご指導頂きました小嶋先生・坂本先生、また、木下先生をはじめ当日フロアからご助言を下された皆様にあらためて感謝申し上げます。

(本研究は、平成21年度・22年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究(研究代表者:和田清)」分担研究「薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題(研究分担者:山口みほ)」の一環として取り組んでいるものである。)

## 【SV コメント】

### 坂本智代枝(大正大学)

今般のソーシャルワーク研究において、アルコール依存症に関する研究が多く、アクションに関する研究の中でも、薬物依存症に関する研究や実践事例研究も少ない中、本研究は、たいへん貴重な意義のある研究であると考えます。

そこで、本研究のSVをさせていただき、3点コメントをしたいと思います。

1点は、分析テーマの絞り込みについて

分析テーマについて「社会復帰を目指す薬物依存症者の社会的障壁への対処を支援するソーシャルワーク過程」とありますが、研究者のリサーチクエスションが明確になるような分析テーマにしてはどうかと考えます。実践現場の報告の中で、「ソーシャルワークを実践する中で、専門職やサービス利用に関しても偏見が強い中、ソーシャルアクションを展開する実践が重要になる」という報告がありました。従来のソーシャルワーク実践とは異なる新しい知見がそこから見えるのではないかと考えました。何かココがソーシャルワーカーの苦勞している、面白いところだということを実験テーマにされるとよいのではないかと考えのます。

## 2点は、対象の選定について

本研究では、回復者である支援者を対象外としたソーシャルワーカーが対象でしたが、薬物依存をはじめ、アディクションへの支援は回復者である支援者の役割や重要性はたいへん大きな位置にあると考えます。敢えて、回復者以外のソーシャルワーカーを対象にする意義や回復者である支援者との関係性等を視野に入れておかなければならないと考えます。

## 3点は、概念生成について

分析テーマの中に、「ソーシャルワーク」という既存の体系化された専門用語が入ることで、概念生成する上でソーシャルワークの理論にひきつけられて、無意識に概念生成してしまうことがあります。そうすると、どうしても従来のソーシャルワーク理論とは異なる新しい知見や「概念」や理論が生まれにくいと考えます。

そこで、データを読み込むときは既存の理論ではない視点としての分析テーマを頭に置いて読まれることをお勧めいたします。これがなかなか難しいことかもしれませんが。そこから、新しい知見が見出されると考えます。

## ◇近況報告:私の研究

### 初めての投稿を経験して

愛媛県立松山商業高等学校 阿部 康子

私は、学校保健の中で精神保健分野に興味があり、保健室登校生を対象とした研究を行っています。

研究会から案内をいただくたびに参加したいなと思いつつ、年に1~2回しか参加していません。研究会に参加するたびに、さあ頑張らなければと思うのですが、年に1~2回の参加では飛び飛びの知識になり、自分自身しっくりとなじむことができませんでした。また、日が立つごとに意欲も低下するという繰り返しをし、投稿予定の原稿を大事に持っていました。

そのような中、一昨年8月に開催された夏の合宿に参加して、じっくりと学ぶことができ、ようやく投稿してみようかという気持ちになりました。合宿から帰ると、指導教官の先生から「投稿してみませんか」というメールが入っていて、タイミングよく両者の気持ち一致し、二人で準備がスタートしました。

10月の学会で研究発表をして、同じ学会に投稿をしました。研究発表原稿の締め切り日まで1ヶ月、投稿原稿の締め切り日まで2ヶ月を切っていたため、原稿を練り直しながら壮絶な日々を過ごしました。

いざ投稿原稿を書く時に、原稿の書き方をよく理解していなかったため、全体的な流れや書き方を、会員の皆様方が投稿された原稿を参考にして書きました。それぞれ皆さん特

徴があり、迷う点もたくさんありましたが、何とか締め切り日に間に合いました。この時、投稿原稿の書き方などを学ぶ機会や資料があればいいなと思いました。

10月に研究発表をすませほっとしたのもつかのま、12月初旬に投稿原稿の査読結果（研究報告）が帰ってきました。校正を3回行い、3月末まで気を抜くことができませんでした。ここでも壮絶な日々を過ごしました。投稿されている方々の気持ちとご苦勞を、少し理解することができました。

研究会では、1年に1回投稿をするという約束がありますが、これはなかなか大変なことだと実感することができました。まだまだ準備したデータを十分活用していませんので、次の投稿を早くしなければという焦りと、日々仕事に追われる毎日で、ジレンマと戦っています。

.....

#### 新潟県三条地域振興局健康福祉環境部 歌川孝子

昨年12月に開催された第51回M-GTA研究会で研究発表させていただいた歌川です。私は保健所に勤務している保健師ですが、新潟大学大学院に社会人入学し後期課程に在籍中です。

研究テーマ：「在日外国人母の子育てにおける異文化適応に関する研究—フィリピン人母の適応過程と保健師の適応支援過程の分析による子育て支援の検討—」です。随分長いのですが、研究の構成そのものが複数の研究をまとめていく構想なので一文にまとめるとこうなってしまいます。

質的研究への取り組みの発端：今まで行ってきた研究は修士課程の研究も含め全て量的研究でした。発端は、乳幼児健診等に来所した外国人母との出会いです。言葉も習慣も全く違う異文化の中で、しかも決して豊かとはいえない山間過疎地で出産子育てをしている外国人母が、どうやって様々なストレスを乗り越え日本に定着していくのかが不思議であり、また、自分も含め保健師という存在が本当に外国人母にとって役立っているのかも知りたくなりました。このような研究疑問を解決できるのは質的な研究手法だと思いました。

進捗状況と悩み：質的研究は初心者マークですので、本をいくら読んでもわからないことが多くデータ分析も本当にこれでよいのか…？随分悩みましたが、先回発表することで様々な示唆を得ることができました。構想発表もやっておけば良かった！と後悔しきりでしたが、後の祭りです。今はご指摘いただいたことを踏まえ外国人母のデータを再分析中です。逐語録やワークシートを読み直す度に新たな気づきがあり楽しいのですが、まとまった時間が取れず不完全燃焼で中断せざるおえない事が多いのが悩みです。早く終わらせ、保健師の分析に入りたいと思っています。

醍醐味：外国人母の分析をすることで、私たち日本人の姿も鏡に映し出されるように明らかになってきます。私たち日本人が外国人母に対して無意識にしていると思われる差別や

偏見が母達の口から語られていると身がすくみます。外国人母が語った一つ一つの言葉をかみしめながら分析を進める時間は、今の私にとってまさに「至福の時」になりました。

なるべく早く保健師の分析を終わらせて、研究会で皆様からコメントを頂きたいと思っていますので、今後ともよろしく願いいたします。

.....

#### 日本赤十字広島看護大学 渡辺恭子

M-GTA 研究会の皆様、こんにちは。私が初めて研究会の見学参加をさせて頂いたのは2008年10月でした。同年12月には構想発表の貴重な機会を頂きありがとうございました。今日は、その後の経過をご報告させていただきます。

私は助産師で、大学で母性看護学の教育を担当しており、子育て中のご夫婦を対象とした研究を行っています。初めて父となり母となった男女が、パートナー関係をどのように認識し、相互作用を深めてゆかれるのか明らかにしたいと考えています。構想発表の場で頂戴したご助言を振り返りつつ研究計画書を修正し、2009年2月からデータ収集を始めました。インタビューと分析を初めてはや1年、助産院2施設のご協力のおかげで10組20名のご夫婦のインタビューを終えたところです。

データ収集を始める前は、若い男性からご夫婦の関係についてお話を頂くのは、物理的にもテーマとしても厳しいのではないかと案じておりました。しかし実際にお話を伺ってみると、男女ともに、このようなことを人から問われたり、自分から人に話すことができなく、改めて考えることができてよかった、すっきりした、楽しかった等々、口々に仰って下さり、気がつけば当初の心配は消えていました。インタビューを終えるたびに、一人ひとりの貴重な人生、尊い歴史にふれさせていただくことの魅力にますます惹きつけられる思いです。インタビューすることを通して、看護職としての活動や、研究を継続するための力を授けられていると感じています。助産院の先生方と、体験を豊かな表現で語ってくださったご夫婦、そして赤ちゃんに心から感謝しています。

分析では、男性を分析焦点者としたものと、女性を分析焦点者としたものの2つに分け、亀の歩みを続けています。夫婦を対象としたからこそわかったことが確かにある、と思うのですが、それをどう分析し、表現したらよいのか、という点で悩んでいます。これまで出会った全てのご夫婦に、個別にお話を伺うことができたので、私の中に今、男性、女性の語りが、立体的に、鮮やかに渦を巻いている、という感覚です。まずはM-GTAについて学びを深めつつ、2つの分析結果を纏め、考えてみたいと思います。

会員として初参加の日に構想発表という、身の程知らずな私に、木下先生が、見て、まねて、経験を通して学んでいく、最初はそういう感じでいいんだ、と仰ってくださったこ

とがとても心に残っており、励みとなっています。将来、子育て中のご夫婦への看護ケアに結びつけることができるように、研究会で分析結果を発表させていただき、ご指導を賜りたいと願っております。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

### ◇連載：コラム

## 『死の Awareness 理論』を読む（第 13 回）

山崎<sup>ひろし</sup>浩司（東京大学）

### 1. はじめに

前回のコラムの最後に、展望として次のように書いた――

次回から本書第Ⅲ部「終末認識をめぐる諸問題」の各章を読んでいく。予定では、医師の視点（第 8 章）、家族の視点（第 9 章・第 10 章）、看護師の視点（第 11 章～第 13 章）を中心に、3 回に分けて読み込んでいく。そうすることで、M-GTA における分析焦点者の設定による分析に関して、何らかの示唆が見いだせればと考えている。（Newsletter 第 40 号，27 頁）

ところが、実際に第 8 章「終末の直接告知（Direct Disclosure of Terminality）」を読み込んでみると、グレイザーとストラウスは医師の視点のみに絞った記述をしておらず、特に章の後半は患者の視点をむしろ中心に、患者と医師・看護師・ソーシャルワーカー・チャプレンなどとの相互作用そのものに焦点を置いて結果をまとめていた。

以下、まずは具体的にどのように結果がまとめられているのかを見ていくことにしたい。なお、M-GTA 的な概念名が以下登場するが、それらはあくまでも、著者らのストーリーラインを山崎なりに解釈して、試しに生成してみたものであることを了解されたい。

### 2. 末期告知に関する医師のスタンス

グレイザーとストラウスによれば、患者に対する致命的疾患の告知は、個々の患者の性格や状況を見極め、ケース・バイ・ケースで判断するのが理想であると医師は考えている（〈理想はケース・バイ・ケース〉<sup>1)</sup>）。しかし、現実には皆一様に告知しない（〈現実には告知せず〉）。

理想が現実と結びつかないのは、1 人の患者に割ける時間が少ないことによる個別適合的判断への自信のなさ、患者との心理社会的属性の違いから来るコミュニケーション齟齬、終末告知における自己感情コントロールの不安、告知ミスによる訴訟への恐れ、告知による患者のメンタルヘルスの悪化や自殺の懸念、告知により精神的不安を抱えた患者からの依存的回避、告知で取り乱した人びとが病棟を混乱に陥れるとの懸念の回避（病棟の平穩

の優先)、といった要因がある。

他方で、医師に事実の告知を促す要因も少なからずある。代表的なものでは、患者が偶然に事実を知ることによって医師に対する不信感が芽生えるのを事前に防ぎたいという意識（信頼喪失の予防線）、末期告知によりオープンに患者に対して根本的治療を施したり臨床試験への参加を促したりできること（積極医療の公な展開可能性）、患者に対して無理に明るくふるまう作り笑顔からの解放が実現されること、患者が身辺整理の時間の確保を保証されるべきだという考え、などが挙げられる。また、患者の家族からの告知要請があるとか、致命的になりうるが比較的治癒率の高い疾患である場合も、医師は告知に踏み切りやすい。

末期告知をするかどうかにかかわらず、医師は告知後の患者の反応は「絶望」か「受容」かのどちらかしか基本的になく、しかも一度どちらかになればずっと変わらないと考えがちだが、そこには他者との相互作用によって患者の視点が変わったり、医療者が状況を制御できたりする可能性への視座が欠けているとグレイザーらは指摘する――

「末期という」事実を知らされた患者はある一定の反応プロセスを段階的に通過していくのである。だから、ただ1つのショックだけを考えて告知の是非の判断を下すのは、反応プロセスの1段階しか考慮していないのである。それ以外のさまざまな段階が捨象されるだけでなく、適切な相互作用によってスタッフが個々の段階をどのようにコントロールするかという視点も見失われてしまう。（124 頁）

この指摘を踏まえて、本章の残りの部分（全 19 頁中約 15 頁）では、患者が医師から末期告知された場合の「反応プロセスに典型的にみられる諸段階と、（告知のなされ方から始めて）その各段階における患者とスタッフの相互作用の特徴的な形態とを連結するモデルを構築」（123 頁）すべく、患者の視点を中心とした相互作用の分析結果が提示されてゆく<sup>2</sup>。

### 3. 直接告知に対する患者の反応および医療者との相互作用

末期告知された患者がどのような反応プロセスを経るかは、まず告知のされ方、そしてその告知に対する患者の受け止め方に左右される。往々にして患者は〈短くぶっきらぼうな告知〉をされる。病名告知はされても予後は聞かされないし病気の詳細も聞かされない。もちろん、〈短くぶっきらぼうな告知〉を和らげるために、医師は告知に宗教的意味合いを加えたり（「人生を全うした」と伝える）、詳細をぼかしたり、専門用語を使って患者を煙に巻いたりすることもある。しかし、やはり（少なくともこの退役軍人病院では）〈短くぶっきらぼうな告知〉が多く、唯一の例外は最後まで末期告知をせず、楽観的な姿勢を崩さず、代わりに気休めの手術<sup>3</sup>や臨床試験への参加を勧めるかたちで、〈黙示的な告知〉をする医師の行為である。

末期告知に対する患者の受け止め方が具体的に表れる患者の反応プロセスは段階的であり、第1段階が〈抑うつ〉、第2段階が〈受容〉か〈否認〉である。たいていの患者は遅か

れ早かれ〈抑うつ〉と向き合って次の反応プロセスへと移行するが、若干の患者は〈抑うつ〉にとらわれて脱却できない。

〈短くぶっきらぼうな告知〉は、患者にただちに強い〈抑うつ〉を引き起こしやすく、その対処メカニズムとして〈否認〉がすぐに作動し始めることが多い。しかし、身体的・社会的・時間的な変化による手がかりから、自分の死がいよいよ〈否認〉しえなくなってくると、患者はたいてい死の〈受容〉へと移行せざるを得ない。ただし、不可逆的な悪化の前に一時的な症状改善や治療の奏効が経験されると、再び〈否認〉へ短期間逆戻りすることもある。

死の〈否認〉をめぐる患者と医療者とのあいだの相互作用は、いわばかけひきである。つまり、「スタッフは『オープン認識文脈』に持ち込もうとするのに対し、患者は文脈を閉じたままにする[『閉鎖認識文脈』か『疑念認識文脈』にとどめる]か、最悪でも『相互虚偽認識文脈』を成立させようとする」(135 頁)。患者が自分と医療者に対して〈否認〉を確認するためにとる具体的方法は、時間の操作、相手を試す／両極ゲーム<sup>4</sup>、他の患者との比較照合、コミュニケーション拒否、過度の活動性、未来志向の強調、相互孤立化などである。最後の相互孤立化は、それ自体がかけひきの戦略というだけでなく、かけひきの帰結として起こってしまう現象でもある。いずれにしても、〈否認〉患者も告知されていない患者も死ぬ準備をせずに亡くなっていく<sup>5</sup>が、未告知患者と違って、〈否認〉患者には他者の援助を得ながら死の〈受容〉に至る可能性が開かれている。

患者が末期告知に対する反応プロセスの第 2 段階として死の〈受容〉に至るとき、それは死への積極的準備か死への消極的準備、あるいは断固たる闘病の決意といった形をとる。

末期患者が実践する死への積極的準備には、社会的・金銭的事柄の整理、人生回顧的な意味探求、満ち足りた生の実現努力、安楽のための自殺などがある。社会的・金銭的事柄の整理を当人に促すべきかの判断は、医師が末期告知をすべきかの判断と当然連なっている。人生回顧的な意味探求と満ち足りた生の実現努力は、前者は高齢患者、後者は若年患者に多く観られる傾向がある。グレイザーらによれば、「人は満ち足りた人生を得ずして死を受容してはならない」との規範的価値観がアメリカ社会では趨勢としてあり(132 頁)、これが満ち足りた生の実現努力という死への積極的準備に、若い末期患者を駆り立てる。

一方、末期患者の死への消極的準備には、末期告知の冷静な受け止めや物静かだが毅然とした死への歩みがある。両者の違いは、前者は患者が死に対してまったく受動的かつ消極的であるのに対し、後者は「物静か」なりにも「毅然とした」態度で死と向き合っている点である。アメリカ社会の価値観と照らして、医療者は患者の末期告知の冷静な受け止めは死に対して消極的過ぎて何か釈然としないものを感じるが、物静かだが毅然とした死への歩みには賛同的でケアがしやすいと感じる。というのも、淡々と死路を歩む患者に対しては、医療者も死についてことさらに話す必要はなく、人生回顧的な意味探求など死への積極的準備をする患者に向き合わなければならないときのようなストレスを感じない。

患者による死の〈受容〉の第 3 の形態である断固たる闘病の決意は、濃密度の生き方、

民間治療師や偽医者めぐり、臨床実験への参加といった具体的な要素からなる。濃密度の生き方とは、まるで病気をまったく跳ね返すかのごとく、一挙にいろいろなことをやり始めるといった末期患者の反応である。この帰結としてその患者の人生が満ち足りたものになるのなら、これは満ち足りた生の実現努力と重なり、死への積極的準備に変換される。民間治療師や偽医者めぐりは、いわゆる相補代替医療を積極的に活用することで、患者が少しでも希望をつないでいく現象である。希望がつながるという意味で、医師は患者のこうした実践を容認することもあるれば、自分の医療とは異質のものとして患者に民間治療師や偽医者めぐりをやめるよう働きかけるかもしれない。後者の場合、患者が医師から離れていってしまうリスクがあり、いったんこの関係が切れると、患者があとで相補代替医療に見切りをつけて主治医のもとに戻ろうとしたとしても、難しくなってしまう。臨床実験への参加は、自分が闘病で負けるとしても、医学そのものに貢献することで勝つ可能性がある。しかし、自分の闘病に勝機がないとわかって、医師が治療からの脱落を認めず、患者が絶望したり自殺したりするリスクがこの相互作用にはある。

#### 4. 相互作用・人間行動へのこだわり

以上が、第8章「終末の直接告知」の解釈的要約である（はなはだ不十分かつアンバランスかもしれないが……）。冒頭述べたように、本章は医師を唯一の分析焦点者として理論を生成したのではなく、最初の部分は医師、残りは患者の視点を中心に、結局患者と医療者との相互作用そのものに、結果の記述のかなりの部分が当てられていた。これは、本書が社会学の一理論である相互作用論<sup>6</sup>を意識して書かれたことと、そうした焦点化がある程度必然的に要請するデータ収集法として、インタビューよりも参与観察を中心的に活用したことの帰結と考えられる。

本コラムにおいて、GTAは相互作用にこだわらねばならないと私は再三論じてきた。相互作用にまつわる現象に照準し、相互作用の様相を結果として表すという限定が、GTAをたとえばKJ法や質的内容分析といった他の帰納重視型の質的な方法論から隔てている、と個人的には理解している。だからこそ、M-GTAであれ他のバージョンのGTAであれ、結果に人と人との相互作用の様相が見えない研究には、いらだちに近い感情を覚えてしまう。

ただ、だからと言って、M-GTAを含むGTAの基盤には相互作用論がある、と言い切れるかどうかは難しい。とくにGTAをストラウスの視点よりもグレイザーの視点からとらえようとするとき、そこに「相互作用論」色があるのか、あるとすればどのくらいあるのかははっきりしない<sup>7</sup>。

しかし、グレイザーであれストラウスであれ、恐らく共通しているのは次の認識である——「グラウンデッド・セオリー<sup>8</sup>の目的は、当事者が関係し問題化する人間行動のパターンを説明できる理論を生み出すことにある」（Glaser, 1978: 93）。このことから、GTAを活用する限り、自分の学問的背景が心理学であれ看護学であれ何であれ、主たる焦点は「行動」や「行為」でなくてはならないと主張することは、決して過言ではないように思われる。



さらに言えば、たとえ自分が注目したいのが対象者の心理的変化であっても、GTA を活用する限り、それへの注目は、対象者の行動・行為との関連で浮かび上がってくる心理的変化でなくてはならないはずである。そして人間の行動・行為は、個人だけで孤立的に完結することはほとんどないことから、必然的に他者の行動・行為とのかかわりを見ていくことになり、結局それは相互行為・相互作用に注目することにつながっていく。

## 5. 分析ポイントから分析焦点者への置き換えをめぐる

M-GTA では、GTA に内在しているはずのこの相互作用・人間行動へのこだわりが、「分析ポイント」よりも「分析焦点者」の設定を優先させたことで、見えにくくなってしまったきらいがあるように思われる。

分析ポイントとは、木下先生が（木下, 2001; 2003b）で提示していた用語で、『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』（木下, 2003）において、分析焦点者に置き換えられた。これには次のような経緯があった――

分析焦点者はこれまで「分析ポイント」と呼んでいたものであるが、分析ポイントという表現がわかりにくいので、今後は分析焦点者としたい。ただ、一般には特定の人間に焦点をおくが常にそうでなくてはならないのではなく、難易度は高くなるが相互作用それ自体に分析の焦点をおくこともありうる。その意味も込めて分析ポイントとしたのだが、わかりやすさを優先することとした。（木下, 2003: 139、傍点強調は引用者による）

こうして「分析ポイント」を「分析焦点者」と置き換えた背景には、M-GTA という方法論の活用者の多くが、社会学的訓練を受けていないことを木下先生が念頭においておられたからではないかと、私は憶測している。というのも、社会学の訓練を積んだ者にとって、人間の行為・行動に注目するとき、「相互作用それ自体に分析の焦点をおく」のは「難易度」云々以前に当然すべきことと言っても過言ではない。したがって、社会学者でない M-GTA の活用者にとってのわかりやすさを優先した結果、彼らにとっては恐らく「難易度は高くなる……相互作用それ自体に分析の焦点をおく」という相互作用へのこだわりが、ここでは割愛されたのだろう。

ただし、「分析ポイント」を「分析焦点者」に置き換えたからといって、M-GTA が全体として相互作用・人間行動へのこだわりを失ってしまったのかといえば、そうではない。これまでも強調すべく幾度も引用してきたように、そもそも M-GTA を含む「グラウンデッド・セオリーとは人間と人間の直接的なやりとり、すなわち社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効で……説明力にすぐれた理論である」（木下, 2003: 37）と、木下先生が明確に定義している。この点さえ意識し続けることを忘れなければ、たとえ分析焦点者の設定によって、そこでは相互作用へのこだわりが見えにくくなっていても、全体とし

て相互作用に焦点化せずに結果をまとめるといったことは、起こりえないはずであろう。

## 6. 展望

第8章を読み直してあらためて確認したのは、本書がエスノグラフィーであるという事実である。つまり、そこでは結果の提示としてディテールが大切にされ、ふんだんに活用されている。だからこそ、末期患者と医療者との生き生きとした相互作用の様子が、本書からありありと目に浮かぶように読み取れる。読者は、あるときは患者、あるときは看護師、またあるときは医師、さらにソーシャルワーカー、チャプレン、家族などなど、死にゆく患者のケアという現象にかかわるあらゆる相互作用者の視点を、頻度の違いはあるにせよ、次々に疑似共有することになる。

方法論的に精緻であることは、研究の妥当性を考えれば当然重要である。しかし、それにあまりにとらわれすぎると、人間行動における相互作用そのものもつ不思議さ・面白さに対する眼差しが、曇ってしまう恐れがある。いくら妥当性の高い研究であっても、読者に知的興奮を与えられない研究では意味がない。M-GTAの初学者には恐ろしくてとても実践できないと感じられるかもしれないが、ときには方法論的呪縛から自らを解放し、純粹に結果が内容としてオモシロイかどうかだけを基準に、自他の研究を読んで評価してみてはいかがだろうか。

次回のコラムでとりあげる予定の第9章「事実を知らない家族」と第10章「事実を知った家族」にも、今回の第8章と同じく、興味深い相互作用がふんだんに記されている。構造化の度合いが低い本書の内容を、的確に把握して端的に提示することは容易ではないが、次回も最大限挑戦してみようと思う。末期患者の家族の視点を中心に、どのような相互作用が病棟における末期ケアでは展開するのか——それが次回の焦点である。次号に本コラムを掲載できる保障はないのだが、引き続きお付き合いいただければ幸いです。

---

1 以下、中核概念は《 》、大概念は〈 〉、中概念は\_\_\_\_、小概念は\_\_\_\_で表す。

2 末期告知をしないのが一般的なこの時代にこうした分析が可能だったのは、調査フィールドの1つが退役軍人病院であったためである。退役軍人病院は医療費が無料で、当時は患者の多くが社会経済階層的の低い人たちであった。彼らは、「自分の受ける治療について全くといっていいほど発言できなかつたし、もし非協力的態度をとれば彼らへのケアは打ち切られかねなかつた」ため、医療者の言いなりになるしかなく、したがって「病院や医師にとって患者たちはこわい存在ではなかつたので、この病院では患者が示すであろう反応に関係なく、一律に終末の告知をする方針がとれていた」(125頁)のである。

末期告知に関する相互作用を研究するうえで、この退役軍人病院が「きわめて貴重な研究上の戦略拠点であった」と筆者らは考えていたが、そこで観察された相互作用が、社会経済階層の高い「患者の反応とどの程度異なるのか、あるいはそうした差異があるのかどうかは定かではない」(126頁)との限定も示している。ちなみに、こうした比較は(サドナウ, 1967=1992)では行なわれている。

3 医療現場ではこれを「姑息的手術」と呼んだりする。

- <sup>4</sup> 一連の具体的方法のうち、特に説明を要すると思われる相手を試す／両極ゲームについて補足しておく。相手を試すという〈否認〉確証方法は、それが迫りくる死のためではないと医療者に答えてほしいのを言外ににおわせながら、わざと「どうして気分が優れないのでしょうか」などと医療者に質問し、実際に死が切迫していることを否定する言葉を引き出すものである。また、両極ゲームとは相手を試す方策のひとつで、「自分の病気がとりうる生の最大可能性と死の最大可能性をたずね、両者を標準化した答えを出させる」ものであり、結果的に「この答えは両極端を折り合わせたものであるから、ふつうは死から安全な距離のところに患者を位置づけてくれる」（136 頁）ことになる。
- <sup>5</sup> グレイザーとストラウスは、〈否認〉患者も未告知患者と同じく死への準備をしないと断じているが、果たしてそうだろうか。他者との相互作用上は自らの迫り来る死を〈否認〉しながら、自分個人としては揺らぎながらも死への準備をする、といったケースが十分にありえるのではないだろうか。
- <sup>6</sup> 「相互行為論」とも訳される。訳し分けについては、（片桐, 1996: 11）の注 3 を参照。
- <sup>7</sup> はっきりしないのは、相互作用論に関するグレイザー自身のスタンスが曖昧である可能性が考えられるが、山崎が十分にグレイザー版 GTA の一連の著作の分析をしきれていない現状では、そう言い切ることはできない。

### <引用文献>

グレイザー, B・ストラウス, A (1965=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. (1978) *Theoretical Sensitivity*. San Francisco, CA: The Sociology Press.

片桐雅隆 (1996)『プライバシーの社会学——相互行為・自己・プライバシー』京都: 世界思想社.

木下康仁 (2001)「質的研究法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ——その特性と分析技法」『コミュニティ心理学研究』5(1): 46-69.

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.

木下康仁 (2003b)「質的研究の方法論を問う——グラウンデッド・セオリーに焦点を当てて」『日本看護研究学会雑誌』26(1): 31-44.

サドナウ, D (1967=1992)『病院でつくられる死——「死」と「死につつあること」の社会学』岩田啓靖・志村哲郎・山田富秋訳, 東京: せりか書房.

### ◇次回研究会のご案内

日時: 5月29日(土) 13:00~18:00

場所: 立教大学(池袋キャンパス) 教室は決まり次第お知らせします

「研究発表」と「構想発表」を募集します。

なお、次回は総会開催後となります。

---

発表希望者は、希望ジャンル、題目（テーマ）、希望理由（目安、100～200字）、報告内容の概要（目安、200～300字）を添えて、4月25日（日）までに、定例研究会担当の木下までお知らせ下さい。

[yasuhito@rikkyo.ac.jp](mailto:yasuhito@rikkyo.ac.jp)

受付締め切り後、発表希望者が多い場合には担当世話人で調整させていただきますので、あらかじめご了承ください。

研究会への参加は、いつものように会員優先で指定の URL で申し込みを受け付けますが、準備が出来ましたら、後日 ML でお知らせします。

#### ◇編集後記

・春といっても寒い日が続いたせいか、東京の桜は 2 週間にわたる土日の満開が続き、目黒川などいつもの通り道でも、近年になく楽しめました。皆様のお気に入りの場所では、いかがでしたでしょうか。ご好評の「近況報告」、執筆者の皆様、ご協力ほんとうに有難うございました！お気づきの方もいらっしゃると思いますが、ここ数回は「以前の研究会での発表者の方々に、その後の進捗をお伺いしてみよう！」が編集担当のテーマでした。結果は、前・今号と熱いメッセージと濃い内容を頂くことができ、ホクホクです。花粉症の薬で研究がちっとも進まなかった担当でした。（竹下）

・このところ気温もジェットコースター並みの上昇と下降の繰り返しですね。竹下さんと違って今年は花粉症の影響は少なかったのですが、寒暖の差には参っちゃいます。さて、今号は先月の研究会の報告、久々の山崎さんのコラム、それに近況報告と、ボリュームも内容も充実したNLとなりました！じっくりとお読みください。次回の研究会は研究会開始前に総会も行ます。またMLでお知らせがありましたが、8月28日・29日に岡山県倉敷市の川崎医療福祉大学にてM-GTA研究会第一回合同研究会が開催されます。M-GTA研究会も10周年、西日本M-GTA研究会も5周年ということで企画されました。講演、修士論文発表会、そしてワークショップと、夏の終わりの熱い2日間になりそうです。続報はまたMLをフォローしてください。（佐川）