

M-GTA 研究会 News letter no.32

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＞

◇第46回研究会の報告

◇新刊のご案内

◇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7回）山崎浩司

◇第47回研究会のご案内

◇編集後記

◇ 第46回研究会の報告

【日時】2008年10月18日（土曜日）

【場所】大正大学

【出席者】25名

＜会員（19名）＞

・大橋達子（富山赤十字病院）・徳永あかね（神田外語大学）・安藤晴美（埼玉医科大学）・都丸けい子（平成国際大学）・大森佐知子（名古屋市立大学大学院）・茶谷利つ子（新潟青陵大学）・坂本智代枝（大正大学）・竹下浩（株ベネッセコーポレーション）・北岡英子（神奈川県立保健福祉大学）・千葉京子（日本赤十字看護大学）・大澤千恵子（山梨大学大学院院生）・宗村弥生（東京女子医科大学）・宮野香英子（目白大学大学院）・北村佳子（金沢医科大学）・林葉子（お茶の水女子大学）・清水詩子（新潟大学）・馬場善子（ケアプラン若葉）・林裕栄（埼玉県立大学）・佐川佳南枝（立教大学）

＜非会員（6名）＞

・保正友子（立正大学）・横山豊治（新潟医療福祉大学）・広瀬和佳子（早稲田大学）・岩本操（武蔵野大学）・福田俊子（聖隷クリストファー大学）・渡辺恭子（日本赤十字広島看護大学）

【研究会報告】

研究報告1

清水 詩子（新潟大学医学部保健学科）

「超長期透析患者の希望の形成プロセス」

1. 研究テーマ: 超長期透析患者の希望の形成プロセス

2. 目的

厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾において、終末期医療およびケアのあり方と医療チームにおける方針の決定手続きが示され、それらは患者の意思決定を前提とすることが明記された。それに伴い、患者は意思決定を求められるという新たな責任を負うこととなり、ガイドラインの運用の際は、患者の End of Life(終末期)における意思を把握することが重要といえる。

わが国の透析患者の特長は長期透析患者の増加と患者の高齢化であり、特に透析歴 30 年以上の超長期にある患者(超長期透析患者)に対しては、生活背景や長期透析に伴う合併症をはじめとする特徴をふまえた関わりを必要とする。上記ガイドラインをうけ、このような患者が End of Life(終末期)において医療やケアを受ける際にも意思決定を求められることをふまえ、援助の検討が必要である。

透析患者の End of Life(終末期)においては、透析の中止・継続に関する援助が検討されている。透析について中止・継続の検討がされる状況として、透析の継続が困難な場合がほとんどであり、すでに患者の意思の確認も容易でない場合が多い。事前の患者の意思の確認が望まれるものの、透析療法は生命維持のために繰り返し実施することが特徴であり、End of Life(終末期)の判断が難しく、そのため事前に透析の中止・継続についての患者の意思が確認されることは少ない。しかし、透析中止に関する透析患者からの訴えはまれでないものの、多くの場合は患者の嘆きや不満であり、助力の要請である²⁾との指摘から、単に透析の中止・継続についての患者の意思のみならず、透析や透析しながらの生活への希望を明らかにすることが重要といえる。

本研究の目的は、超長期透析患者が持つ希望の形成プロセスを明らかにし、患者の生活の維持に必要な援助を検討することである。

なお、本研究において「希望」とは、透析をしながらの生活を送る中で抱くようになった願いや望みとし、その範囲を慢性透析療法に関するものとする。

3. M-GTA に適した研究であるかどうか

2007 年末現在、わが国の慢性透析患者の最長透析年数は 39 年を超え、統計資料として把握できる最長の透析歴である 25 年以上の患者は 9,171 名で、2006 年と比較して 896 名増加した³⁾。その中でも超長期にある患者は、透析療法の黎明期に透析を開始し、透析療法の技術の開発と発展、さらに透析に関する社会保障制度の整備とともに生き抜いてきた。その点で、超長期にあ

る患者は、自身が透析患者の歴史といえる前例のない Survivor 的な存在である。その長期透析患者は、透析の継続によって生じたさまざまな身体症状や日常生活上の困難を抱えながら生活し、さらに現在の身体症状や日常生活上の困難が進行することを自覚しながら、それでも透析を継続しなければならない状況を抱えている。

超長期透析患者の希望は、透析を受けてきた長い経験に裏づけされたものであり、患者の抱える苦痛の実態やそのなかで持つようになった考えを多く含むことが予測される。また超長期透析患者の透析に関する希望については事例研究が主であり、その全体像が明らかでない⁴⁾。そのような、患者の希望を拾い上げるために、M-GTA は、人と人との社会相互作用を説明するのに優れた理論であること、また研究対象である現象がプロセス的性格を持っている場合に特に有効とされるため、以下の利点があると考えられる。

- ・ 患者が自身の透析に関する希望についてある程度、自由に語れる
- ・ どのようなできごとを背景に、どのような希望を持つようになったかというプロセスを明らかにできる
- ・ 患者が意識していない希望に関しても、拾い上げることができる
- ・ 患者の希望に関して構造化ができる

4. 現象特性

繰り返される透析や合併症により生活に縛りを受けているが、生命維持のためには透析を受けつづける必要がある。超長期透析患者は、本当は生きられないはずが生き残った特別な存在であると思っており、さらに自分達の長年の経験が透析医療や透析に関する社会保障制度を作り上げたという自負がある。

5. 分析テーマへの絞り込み

超長期透析患者の透析をしながらの生活で生じた苦痛とそれへの対処のプロセス

6. データ収集法と範囲

1)データ収集法:半構成的面接法

2)データ収集状況:

平成 20 年 4 月-9 月に面接を実施。所要時間は 40 分から 90 分程度で、対象者の同意を得た上で、面接内容を録音し、逐語録を作成した。

インタビュー内容

- (1)あなたの慢性透析療法に関し、主治医に希望することをお話し下さい。
- (2)あなたの慢性透析療法にかかわる看護師から受けるケアに関し、希望することをお話し下さい。
- (3)過去に透析を中止したいと考えた場面がありますか。ありましたら、どのような状況であったかお話し下さい。

(4)透析を続けるうえで、家族への思いと家族に希望することをお話し下さい。

(5)もし、意思を伝えられなくなるような重篤な状態になったと仮定した場合、透析を続けることについての希望をお話し下さい。

① 認知症の場合

② がん末期の場合

データの種類

ベース・データ:7 名

透析ベッド数 140 床程度の総合病院に通院中の、透析歴 30 年以上の患者

追加データ:6 名(うち 2 名は同時にインタビュー)

・透析ベッド数 50 床程度の個人医院(サテライト透析施設)に通院中の、透析歴 30 年以上の患者

・施設に入所中の、透析歴 30 年以上の患者

7. 分析焦点者の設定:透析歴 30 年以上の外来透析患者

8. 分析ワークシート:別紙を用いて説明

9. 質問

Q:希望の意味とは(テーマの希望とインタビューで用いた希望の意味)

A:テーマの希望と、インタビューで用いた希望の意味は一致していない。それは、当初は透析の維持・中止に焦点を当てて研究を計画していた。しかし、インタビューで出てきたのは、“生活をどう維持するか”、“他者に迷惑をかけたくない”、というものであったため、テーマと目的等の変更が必要になったためである。“生活をどう維持するか”、“他者に迷惑をかけたくない”ということは、“できていたことが年々できなくなる”と実感している超長期透析患者にとっての苦痛の実態と考えている。そのような状況にある患者のニーズを手掛かりに、患者の望みを明らかにしたいと思っている。

Q:対象者の年齢は？

A:50-60 歳代が中心

Q:概念「自分が主治医」について、一般的に慢性疾患患者はこのような状態であると考えられるが、他の慢性疾患患者と超長期透析患者との違いは？

A:超長期透析患者は、透析医療の黎明期に透析を開始したため、治療自体が手探りのなか患者も医師も一体となって治療に取り組んできた。また、患者は生きれないはずが生き残ったという自負をもっており、現在もそれらのことを支えに生きている。しかし、現在は治療が確立し、マニュアル化した医療者の関わりを事務的に感じているところがあると考ええる。その

ような点が、他の慢性疾患患者との違いだと思う。

Q: 社会保障制度や政策の変遷が、患者の希望とかかわっているのではないか

A: その視点での分析はおこなっていなかった。患者は患者会の活動を通して社会保障制度を勝ち取ってきたという自負を持っており、分析の際にはその点も考慮したいと思う。

10. 意見

- ・ 患者の“困難”や“ニード”は、プロセスとして示しにくいものである。「希望」の位置づけがいまいであるため、概念が患者の“ニード”と“対処”が混在している。“対処”を軸とすることで、患者が透析を乗り切ってきた過程というプロセスが出るのではないか。
- ・ 患者の“困難”というマイナス面だけでなく、30 年間続けられた理由などのエンパワメントに関わるプラス面にも注目し概念を出す必要がある。
- ・ 「生きたいと苦痛から逃れたいのせめぎあい」を概念として出しているが、その“せめぎあい”の中身を概念として出して、“せめぎあい”を概念間の関連として出した方がよいのではないか。その際、概念間の関連を明らかにするために、結果図を書くといよい。
- ・ 概念「自分が主治医」が特徴的な概念である。
- ・ 対象の 50-60 歳代ということは、20-30 歳代で透析導入をしていることになる。仕事を持つ、家庭を持つなどの、その年代の発達課題をふまえて分析をする必要がある。
- ・ 超長期透析患者の特徴を浮き彫りにできる概念を生成する必要がある、そのために、特徴的な事例の見直しを実施するとよい。

11. 感想

M-GTA 研究会には 9 月の修論発表会と今回 10 月と 2 回の参加で、全くの初心者であったのにもかかわらず、参加 2 回目にして発表の機会をいただいたことに感謝いたします。

分析方法を大まかにしか決められないまま、透析歴 30 年以上の超長期透析患者さんへのインタビューを開始したものの、得られたデータの重さに圧倒され正直、戸惑っていました。データを決して無駄にはできないと思うのと同時に、データを生かすも殺すも自分の分析にかかっているかと思うと、身が引き締まる思いでした。そのようななか、木下先生のご著作に出会い、M-GTA の存在を知りました。M-GTA を用いた文献を検索しては読むことを繰り返すなかで、データを切片化しないで生まれた、生き活きた概念やカテゴリを見て、妙に納得したことを覚えています。

自分のデータで分析を始めてみて、私が文献を読んで感じた生き活きた感じは、「動き」や「プロセス」を重視しているからではないかと思い始めましたが、自分の研究での「動き」や「プロセス」を考えるのが一番難しいところでした。今回、発表させていただいて、SV の林先生のご指導や、研究会の皆様のご指導・ご意見をお聞きして、知りたいけれど難しいと感じていた「動き」と「プロセス」について学べたことが一番の収穫だったと思います。今までは方法ばかりに気を取られていましたが、ようやく分析に集中せねばと思えるようになりました。

M-GTA 研究会を紹介してくださった木下先生から、先生のご著作をもとに進めれば大丈夫、とのメッセージをいただき非常に勇気をいただきましたが、M-GTA 研究会に参加・発表させていただき自分の研究テーマを持ち研究を計画的に進めること、そして考え続けることの楽しさを分かち合える会だと思いました。

M-GTA 研究会に関わる皆様、ありがとうございました。今後もよろしくお願いいたします。

文献

- 1) 厚生労働省: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 平成 19 年 5 月. 厚生労働省ホームページ, <http://www.mhlw.go.jp/>.
- 2) 杉澤秀博 他編: 透析者のくらしと医療. 日本評論社, 2005.
- 3) 日本透析医学会: 図説 わが国の慢性透析療法の現況 2007 年 12 月 31 日現在. 社団法人日本透析医学会ホームページ, <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>.

清水詩子、青木萩子: 慢性透析療法の導入・継続に関わる患者の意思-インフォームド・コンセントの実施が診療報酬に組み込まれた 2000 年以降の文献検討. 新潟大学医学部保健学科紀要 9(1), 179-187,

【SV コメント 林 葉子 (お茶の水女子大学)】

患者の End of Life(終末期)において医療やケアを受ける際にも意思決定を求められる超長期透析患者の研究は、プロセス性もはっきり意識でき、「本当は生きられないはずが生き残った特別な存在である」と思っており、さらに自分達の長年の経験が透析医療や透析に関する社会保障制度を作り上げたという自負がある」患者を対象としているところからも M-GTA を用いて分析する価値のあるものだと思います。目的や現象特性としては、議論の余地はさほどないほど、練られた発表となっていたと感じました。

一方で、目的に対する結果を一言で語ることができるストーリーが見え来ていないことが課題として残っています。そういった意味では、資料で掲げられていた概念については、今一度、データにもどって、語りの細部まで見直して、目的にかなったものを拾い出す必要性があるでしょう。日々の生活と透析と、どのように折り合いをつけ、長期に渡って生活してきたか、そして、それを、将来の生活へと、どのように繋げていこうとしているのか、など、困難を乗り越えてきた節目、節目の物語を必ずや患者さんは語っているはずです。したがって、データから、その点を考えながら、分岐点となった事柄を概念として拾いあげていくと、自然と現在の患者さんの状況につながるストーリーが見えてくるでしょう。また、その中からコアになる概念も明らかになってくるので、清水さんが、この研究のなかで、何を一番言いたいかも、はっきりしてくるのではないかと思います。

さらに一言付け加えるならば、支援する立場から分析するのではなく、何がかれらをして長期に透析治療を継続させているかを、患者さん当事者からの視点を失わないように分析し、それを明らかにすることが必要です。概念名も、患者さんの視点から名づけられたものとしなければならな

いと思います。

この清水さんの研究は、大変興味深く、高齢の超長期透析患者さんにとっても、支援する臨床の人間にとっても、有意義な研究になると思います。そして、これから長く、透析治療に向き合っていかなければならない患者さんを支援するときにも患者さんが困難に直面したときの援助方法のヒントになり、また、患者さん自身にとっても、この結果を読むことによって、将来の自己の姿が予測でき、困難を乗り越えるための心の準備ができるような研究となることを願っています。

研究発表2

竹下 浩（ベネッセコーポレーション）

「中国進出プロジェクトにおける外部専門家の支援プロセス」

1. 研究目的、分析テーマ

高度経済成長を持続する中国は、日本にとって最大の貿易相手国及び海外直接投資先であり、今後も最も重視される進出先となっている。一方、中国進出において企業は、制度変更や法の未整備等、中国ビジネス特有の課題に直面している状況が続いている。

先行文献では、必要な情報のリストや、事例や体験に基づく指針など、企業が「単独で学習する」アプローチが主体だった。しかし、現実のプロジェクトでは、各企業は固有の戦略と資源を有し、業種や目的も多様なので、書籍や講演から得られる情報やルールの応用可能性には、限界がある。そこで近年、「外部専門家の保有する知見をプロジェクトで活用しよう」とする議論が行われている。海外進出は「関係者間の社会的なインタラクション」のプロセスであり、特定国における個人的な経験にも影響される。これらを探究的に拡張するのが、本研究の目的である。

組織開発の領域においても、「援助することを職業としている全ての人々が学んできたことであるが、援助を必要としていることを人が認めたり、援助が差し伸べられた時にそれを受け入れたりすることが容易ではないのと同様に、援助を与えることもまた容易ではない[……]それゆえ、援助関係のダイナミクスについて心理学的・社会的な洞察を持つことが必要なのである」と指摘されている。

本研究では、「外部専門家が企業の中国進出を支援するプロセス」を明らかにし、外部専門家及び進出を検討する企業担当者双方にとっての、プロセス理解の促進と、有効な活用のための示唆を得ることを目的としている。

2. データの収集法と範囲、分析焦点者の設定

日本企業の中国進出支援を提供しているベンダーを対象にした。ウェブ検索により 103 社のリストが得られた。これらの先に、メールや手紙により研究の趣旨を説明、協力依頼を行った。依頼に応諾が得られた研究協力者数は7件となった。結果的に、いずれも東京近辺に拠点を置いてい

る先となった。インタビュー期間は2007年11月から2008年4月にかけてであり、協力者の都合に合わせて日時・場所を決め、1～2時間の面接を実施した。面接の概要は、企業の中国進出プロジェクトを支援する過程における、依頼者企業に対する助言の内容、やり取り、その時に感じたことなど、自由に話してもらった。その際、初めに効率良くイメージを伝えるために、「外部専門家が有している知見と初心者との違いは何か」、「活用するためにどんなインタラクションを用いているか」という質問を使用した。面接内容は協力者の許可を得てACレコーダに録音し、逐語録に記録した。

3. M-GTAに適した研究であるか

本研究におけるM-GTA法採用の理由は、企業の海外進出プロジェクトにおける外部専門家が有する知見の活用は、企業の進出担当者・外部専門家・外部環境を代表する交渉相手の社会・心理的な相互作用であり、学習的側面をも有する中長期的なプロセスであるためである。また、研究の目的や手法に照らして、同法のインタビューに基づく分析に適しているという特徴など、現実的な判断も採用の根拠となった。

4. 概念生成例

「概念」を生成していくプロセスを例示する。以下は、インタラクションについて質問した際の協力者のコメントである。

“人の話を聴くっていうのがすごく大切で。これがもしね、「相手が言っていることを、重要ポイントだけ見てぱっと診断する」とイメージしてるんだと、そういうことは、僕はあまりしない方が良くと思う”。

ここで筆者は下線部に着目し、＜浅い判断の自戒＞という概念を生成し、ワークシートを起票して定義付けを行った。そして、ワークシートの具体例欄に、同様に解釈できるデータを追加していった。並行して、理論的メモ欄に、この概念が当てはまらない事例（反証）や、理論的サンプリング（想定されるプロセスや相互的影響）を記録していった。

5. ストーリーライン、現象特性

中国進出プロジェクトにおける外部専門家の支援プロセス（図1）は、「働きかけの自己モニタリング」と、「依頼者と局面のアセスメント」の2つから構成されていた。これらの相互作用は、左から右に「開始段階」、「接近段階」、「結合／分離段階」へと進んでいき、2つの磁石が近づく現象のように、距離が徐々に近づくにつれて引力や反発力が働き、最終的には結合するか分離してしまう、という特徴を有していた。

「結合／分離段階」における企業内担当者・外部専門家・局面関係者三者間の相互作用では、それぞれが「片方には強いが片方には弱い」という、じゃんけんのような特徴がみられた。具体的には、まず、依頼者・外部専門家関係では、依頼者が一方的に関係の継続を決定することができる。次に、依頼者・外部関係者関係では、専門的な知見を持たない依頼者が局面への対処にお

いて不利な立場にある。最後に、外部専門家・外部関係者関係では、専門家が局面に対処する知見を有している。

6. スーパーバイザー及びフロアからの助言と指導

- ・概念図(カテゴリーの立て方、視点の揺れ、影響の矢印等)
- ・実践へのインプリケーション(後続の実践者への提案は、発見は等)
- ・プロセス構築(次の段階への促進条件や阻害要因等)

他にも沢山の貴重なご指導を賜っており、ほんとうに有難うございました。また、他の方のセッションでも、分野は異なりますが、研究手法やアプローチでは共通点が多く、参考になりました。

【SV コメント 佐川佳南枝 (立教大学)】

まず竹下さんのテーマが、これまで研究会では発表されたことのない経営分野ということで、非常に興味をもって、また新鮮な気持ちで読ませていただきました。論文を読んであらためて持った感想が、「M-GTAは相互作用のある分野なら共通して使える方法論だ」ということです。経営分野もヒューマンサービス部門なのですから、当然のことなのですが、これまでGTAが活用された主な分野は看護や臨床心理、ソーシャルワークなどの分野で、それはこの研究会のメンバーの構成をみても明らかです。が、竹下さんは論文の中で経営学においてGTAを用いた論文が近年増えていることも指摘されており、これもうれしい驚きでした。

さて、実際の分析の方ですが、こちらにも現象特性がうまくとらえられ、それが分析にうまく生かされていると感じました。分析シートをみても、理論的メモ欄が豊富で、思考のログになっており、分析過程が垣間見えます。対極例も必ずチェックされていました。またメンバーの方も指摘されていたように、概念のつけ方のセンスがよいと感じました。ただ、感覚的によくわかる概念がある一方で、説明的で定義のような概念も見受けられました。また、概念図の後半(右の部分で、段階でいくと<一体化段階>)がわかりにくくなってしまっています。外部専門家とクライアントと中国側の三者間の相互作用プロセスの部分です。この研究では分析焦点者は外部専門家であり、外部専門家の視点からクライアントらの動きや心理が解釈されているわけですが、それが概念化されるとき、あるいはカテゴリー化されるときに、その主体が誰であるかがわかる工夫がされないと、図示されたときにわかりにくくなってしまいます。逆に、ここがうまく工夫できれば、とてもわかりやすくなると思いました。また、このプロセスの中で大きな変化が現れる段階として、外部専門家が活用される場合と活用しないという判断がされる場合がありますが、ここを大きく分ける矢印のところで、どのような要素が働いていたのか、そうした影響を与える要素を、概念、カテゴリーの関係図で表せるのではないのでしょうか。

また、概念図自体が少し単純、つまりカテゴリーとカテゴリー、概念とカテゴリーの関係性が単純なような気がしました。論文と分析ワークシートを見ても、もう少し複雑な関係性が見られるような印象を持ちました。

面白い研究になりそうだという感覚は会場のみなさんとも共有できたと思います。日本での経営学分野でのM-GTAを用いた第一号の論文の誕生を心待ちにしております。

構想発表

北岡 英子（神奈川県立保健福祉大学 看護学科）

「保健師が子どもネグレクトケースへの支援において直面している困難」

—保健師と養育者との関係に焦点をあてて—

I. 発表要旨

はじめに

現在、報道される子ども虐待事件は後を絶たず、児童相談所の相談処理件数も年間約3万8千件を超え、さらに毎年50～60例近くの虐待死が確認されている。

子ども虐待への支援は、従来、児童相談所が中心となっていて行われてきたが、2005年「児童虐待の防止等に関する法律」改正を機に、市町村も支援の第一線機関となった。そのなかにあって、市町村の保健師は、支援者として最初に虐待ケースを把握することも多く、継続的に支援していくケースは、子どもの生命危機の可能性を抱えつつも、何とか地域で子育てをしているネグレクトケースが中心になる。ここでは、子どもの発育・発達に焦点を当てた従来の母子保健活動の方法は適合しないことも多く、保健師は子ども虐待支援に困惑し、多くの困難を抱えている。

一方で子どもの虐待に関する研究は年々増加しており、社会福祉、心理、教育、医学、看護（保健）などのさまざまな領域での実態調査や事例研究、支援方法（スクリーニング、アセスメント、具体的支援、評価）など広範囲にわたっている。しかしほとんどが「虐待」を一括りにしており、ネグレクトを限定しての研究は多くなく、しかも事例的研究が主となっている。

そこで本研究では、保健師がかかわるネグレクトケースに限定し、その支援において養育者とのかかわりのなかで、どのような困難を感じているのか、なぜ困難と捉えたかなど、ネグレクトケースに対する支援上の困難な状況を捉え、その構造を明らかにしたいと考える。

1. M-GTAに適した研究であるか。

本研究では、ヒューマンサービス領域といえる保健師活動の中で、保健師がネグレクトを生じている家族へどのようにかかわり始め、解決に向けてどのように支援したか、についてそのプロセスを明らかにすることを目的としており、「M-GTA」を分析方法として用いることが適していると考えられる。

2. 研究テーマ

本研究の目的は、保健師が子どもネグレクトケースを支援するプロセスにおいて、とくに養育者

とのかかわりの中でどのような困難に直面しているか、その困難な状況を構造化して描くことである。

3. 現象特性・・・(検討中)

例えば「援助を求めている、自覚していないケースに対して、介入の必要がある場合の援助者の困難」など、検討中である。

4. 分析テーマへの絞り込み

本研究の分析テーマは、「保健師がネグレクトのケースを支援する過程において、とくに養育者との関係の中で、どのような支援のとき、どのような困難を感じているのか、なぜ困難なのか」とした。

5. データの収集方法と範囲

参加者への半構成的面接によってデータを収集する。

インタビュー内容は、ネグレクト、あるいはその疑いがあると判断されたケースについて、個人が特定されないように配慮をした上で、ケースの概要、ケースへのかかわりの過程を語ってもらう。質問項目は、養育者とのやりとりの中で保健師としてまた個人として、困難や大変さを感じたり、悩んだりした状況があったか。それはどのような場面だったか。その状況をどのように解決しようとしたか。ネグレクトケースと他の虐待ケースとのかかわりで異なる点があるか。具体的にどのようなことか。などを中心にインタビューするが、基本的には話の流れを崩さないように自由に語ってもらう。

インタビューの日時、場所は参加者と相談の上、決定し、1回の面接時間は1時間程度とする。また、面接回数は1人2～3回程度とする。

インタビュー内容は許可を得て録音し、逐語録に書き起こす。なお、支援については地域の施策やサービスが変動している現状にあるところから、過去5年以内のケースに関する内容とする。

6. 分析焦点者の設定

本研究における分析焦点者は、関東圏都市部の保健機関において子どもネグレクトへの支援経験がある保健師、約10名。なお現在、子ども虐待の対策は市町村によって異なるため、その影響を考慮できるだけ同じような対策がとられている関東圏都市部に限定し、その保健機関で活動している保健師とする。参加者の選出にあたっては、研究者が研究活動等のかかわってきた保健機関約5～6カ所の保健師に対して、研究の趣旨を説明し、あらかじめ内諾を得、その後、所属長に研究の趣旨を説明し、保健師の研究への参加を承諾してもらう。そして、所属長から承諾を得た保健師に対して正式に依頼して、参加の承諾を得て参加者とする。

7. 結果(分析ワークシート)・・・別紙にて概念生成例を4つ示した。(終了後回収)

現時点で3名の研究参加者にインタビューし、その結果を分析ワークシートにまとめた一部を紹介する(別紙参照)。研究参加者はいずれも20歳代、女性、保健師経験4年～8年、うち子ども虐待事例への支援経験2年から6年であった。

8. 本研究の意義

子ども虐待のうちでもネグレクトに特化して、支援上、養育者との関係における困難な状況が明らかになることによって、その後の支援方法を見出すための手がかりとなりうると思われる。

地域で保健師が関わる子ども虐待のケースの特徴には、3歳未満の乳幼児が多いこと、ネグレクトの割合が高いこと、親子分離には至らず親子が共に暮らしていることなどがあげられる。さらにネグレクトケースは、近隣など他者からの相談や通告までは至らずに、地域で何とか生活している子どもと家族が多いと考えられる。このようなケースへの生活に密着した支援は早期発見から介入、支援の全ての過程において保健師のかかわりが求められている。

しかし現状では、保健師の子ども虐待に関する現任教育や子ども虐待の研究において、いまだ虐待は一括した扱いになっているため、網羅的内容になりがちである。それゆえネグレクトケースに関わる保健師は、解決の糸口が見つからずに困難を感じたり、先の見通しがつかず無気力感を感じるなど、さまざまな困難を感じていることが考えられる。今まではその困難はあまり着目されることなく、支援方法、対策などに検討の中心が置かれていた。しかしまずは、その困難自体がどのようなものであるのか、困難を来す状況を構造化することが不可欠と考える。

したがって本研究で、ネグレクトケースの養育者とのかかわりでの困難を明らかにすることにより、支援方法を見出すことにつながり、保健師による虐待支援の実践に貢献できると考える。

II. 質疑および助言

* 研究者が課題としている「分析テーマ」の設定について

- ・「困難」で初めから絞り込んでしまうと、全体の流れ、プロセスが見えないのでは？
- ・「困難」の把握であれば、アンケート調査でも可能では？M-GTAでの分析ならではのテーマ設定が必要ではないか。どのように介入し、どのように取り組んだか、のプロセスが重要である。
- ・「困難」は、事例の持つ困難性であるのか、保健師が支援する過程での困難であるのか？
- ・支援過程では「困難」だけか？支援がうまくいった事例などを対極例としてあげると、「困難さ」が明確になるのではないか？

⇒「分析テーマ」を絞り込まなければという思いが強くなり、保健師が抱える全体の困難の中から「養育者との関係の中での困難」としたが、「困難」面を切って羅列したような概念になってしまった。事例への支援プロセスを丁寧に聞くことと同時に再度逐語録を見直し、分析テーマを考えていきたい。

* 分析焦点者の設定について

- ・3名とも20歳代であるが意図があるか？また虐待などに関する支援では結婚の有無、子ども

の有無など保健師の背景的なことも影響があるのでは？

⇒ まだデータ収集中であり、今後は年代や経験なども幅広い設定の焦点者になる予定である。

* データ収集と範囲について

- ・インタビューで、最初にその事例とどう出会ったか、初めにどのように保健師が把握し、どのような経過を辿ったかを聞くことも大切ではないか？
- ・支援をした過程を聞くことが大切。保健師の思いをもっと深く聞き込んでいくこと。いろいろな支援を行ってそれでもうまくいかないことが「困難」と言えるのではないか。
- ・支援がうまくできた事例についても聞くこと。

* 分析ワークシート(概念生成)について

- ・概念のひとつに「親への否定的感情」とあるが、「なぜ否定的感情が生じたのか」が重要ではないか。
「親と子どもの間に立つジレンマ」についても、どのように介入し、どのように解決したか、について分析することで、「研究の意義」にある最終的な目標である「支援方法を見出す」ことにつながるのではないか。
 - ・ヴァリエーションの中には「困難」と感じているが、何とか対処している様子がうかがえる箇所がある。そこを「困難」だけで切り取ってしまうのではなく、どう解決していったかを含めて、そのプロセスを捉えることが大切ではないか。
- ⇒ 分析テーマに固執せずに、もう一度データ全体を見直していくこと、さらに新たなインタビューでは支援のプロセスを聞くとともに、困難だけでなく、解決の方法やうまく支援できた事例へのかかわりなどについても把握していきたい。

* 全体を通して

- ・「難しいケースを抱えている専門職」に共通する課題ではないか。自身の役割をどう保つかが課題である。
- ・保健師以外の専門職や機関などとの関係性はどうか。解決のために活用できる資源の有無なども「支援の困難」に影響するのではないか。
- ・支援を見出すことは、単なるhow toではない、そこに「何が生じているか」の全体をまず見る必要があるのではないか。

Ⅲ. 感想

構想発表をさせていただきありがとうございました。数年前から研究会に参加しながら、ようやく構想発表することができました。当日はSVの坂本先生はじめ参加の皆様から、多くのご指摘、ご助言をいただき、今まで「分析テーマ」に固執し、悩んでいたところに光がみえてきた感じです。

あらためて、基本である「データに基づく」分析をしていきたいと思います。そしてできるだけ早い時期に「研究発表」できるように頑張りたいと思います。当日はメモをとることが十分でなく、貴重なご意見が漏れてしまった観がありますので、追加でご意見をいただければ幸いです。今後ともご指導をよろしくお願い致します。

【SV コメント 坂本智代枝（大正大学）】

昨今の児童虐待に関するケースは複雑多岐にわたっていることから、地域で実践している保健師の役割は大きいと考えます。そのような背景にあって、本研究はたいへん社会的意義のある研究テーマであり、日々介入困難な児童虐待ケースに対して、児童虐待防止法の法制度を意識しながら果敢に立ち向って苦勞されている保健師の様子がリアルに伝わってくる研究だと思えます。

そこで、SVを踏まえて3点コメントさせていただきます。

1つは、「分析テーマの絞り込み」について、保健師が児童虐待ケースに対応する「困難性」に限定してしまうよりも、保健師がどのように対応しているのか、何が起きているのかということに着目してはと思います。そこから、データを読み込んでいくうちに何が最もデータの中で語られているのかについて検討すると「分析テーマの絞り込み」が明確にできるのではないかと思います。

2つは、「分析焦点者」について、「分析テーマ」に沿った検討が必要だと考えます。北岡先生が最も関心のある「困難性」に対して、保健師がどのような支援方法を駆使しているのかという技術に関心がある場合は、ベテラン保健師を対象としたほうがよいと思います。しかし、保健師がバーンアウトしないようにどのように対処しているのかという専門職に関することに関心がある場合は、経験年数の検討が必要になると考えます。また、それによっては、インタビュー内容も検討する必要があると考えます。

3つは、「データから何が見えてくるのか」について、検討することが重要だと思います。私は「分析テーマの絞り込み」ということで、とにかく焦点化しないとイケないと考えて、データに向き合った時に、データと「研究する人間」とが噛み合わなくなってしまったという失敗をしています。データと向き合うときは、データに密着することが重要だと考えます。

稚拙なコメントになったことをお許しください。児童虐待ケースに係わる専門職は疲弊していることが多いため、本研究はそこに光を見出す研究になるのではないかと期待しております。

◇新刊のご案内

研究会会員である標美奈子さん（慶応義塾大学）の『健康マイノリティの発見』が弘文堂より出版されました。認知症・介護者、自閉症者・母親の健康問題を、地域看護・保健師の視点からインタビューによって明らかにし、社会が果たすべき責任を問うています。

M-GTAシリーズとしては7冊目、モノグラフとしては小倉啓子さんの『ケア現場における心理臨床の質的研究』、横山登志子さんの『ソーシャルワーク感覚』に次いで3冊目となります。

◇近況報告:私の研究

掛本知里（東京女子医科大学看護学部）

私が初めてM-GTAに用い、自分の研究課題に取り組んだのは、博士論文に取り組んだ時でした。それまで主に量的研究を用い、質問紙を用いた研究を主に行ってきた私がM-GTAに取り組むことに関しては、周囲も驚き、どのようにサポートして下さったらいいか、悩まれたようですが、周囲の方々に支えられながら、どうにかM-GTAを用い、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションに関する博士論文を書き上げることができました。博士論文を通し、退職移行期にある高齢男性がいかに社会と関わりながら自分なりのヘルスプロモーションを行っているかということについて、インフォーマントの皆様から学ばせていただくと同時に、M-GTAについて初歩から学ばせていただくことができ、論文の出来不出来にかかわらず、自分としては大変実りあるものであったと考えます。

その後、M-GTAを用いた研究にじっくりと取り組むことがあまりできずにいましたが、現在は、「地域健康づくりにおける保健活動推進員および健康づくり食生活推進委員活動の現状」に関する研究に取り組んでいます。この研究では、A市において地域健康づくりの一翼を住民サイドから担って下さっている保健活動推進員および健康づくり食生活推進委員の皆様の、活動に参加するようになった経緯、現在の活動状況について明らかにすることを通し、今後の住民主体の地域健康づくりモデルについて考えてみたいと思っています。同じ市内で、同じように活動している保健活動推進員や食生活推進委員でも、その活動への参与の仕方は多様で、積極的に活動する方もいらっしゃる、あまり積極的ではない方もいます。インフォーマントが語ってくださった、それぞれの思いをきちんととらえ、地域づくりや健康づくりに積極的な方もそうでない方も、それぞれが、いろいろな関わり方で関与できる住民主体の地域健康づくりモデルの一端を明らかにしたいと考えています。

M-GTAに取り組んで最も難しい、うまくいかないと感じるのは、概念の生成です。概念名を考えると、どうしても抽象的なものとなったり、説明的な長いものになってしまい、的確な概念名を浮かび上がってきません。データをみているうちに何かとも思いますが、端的にその状況を示すということは大変難しく、今も、概念名を付けて、考え、そして消し、また考えと言ったことを繰り返し、一步一步、手さぐりしながら、データを分析しています。インフォーマントの皆様が提供して下さいたデータを無駄にしないよう、良い分析ができるよう、これからも一步一步ですが、頑張っていきたいと思っています。これからもみなさんに支えられながらの研究になると思います。どうぞよろしくお願いいたします。

◇連載:コラム

『死のアウェアネス理論』を読む（第7回）

山崎^{ひろし}浩司（東京大学）

1. はじめに

先月のコラムはお休みさせていただき、今月からまた復活です。よろしくお願いします。

第2章「死の予期の多様性：社会的定義の問題」をともに読んでいきたい。この章は、端的に言えば、「死ぬのか死なないのか、それがいつはつきりするのか」という確信や憶測、そして予期をめぐる人びとの認識と行動のあり方を、病院で死にゆく患者を中心とした関係者間のやり取りというコンテクストに限定して、考える枠組を提供している。この章の考察は、M-GTAにおける現象特性や分析焦点者（分析ポイント）を理解する手助けになるのではないかと思う。

2. 注目する相互作用的現象の特性

これまでも確認してきたように、グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては、人と人とのやり取り（相互作用）を通して、各集団の認識と行動がどのように変化したり維持されたりしてゆくのかを明らかにすることに、関心の中心がある。『死のアウェアネス理論』では、死にゆく患者、医師、看護師、そして患者の家族が、やり取りをする者たち（相互作用者または相互行為者）である。彼らの行動は、患者が末期であるという医学的判定情報を各自がどのように認識しているのか、またそのように誰が認識していると自分は認識しているのか、に左右される。

ところで、患者が「末期である」ということは誰が定義し、どういった人びとによってどのように認識されるのだろうか。この点を考えるとき、1960年代のアメリカの状況と現在の日本の状況とを比較して、その差異を思い出さねばならない。以前確認したように、1960年代のアメリカの医療においては、医師による末期告知は一般的ではなかった¹。こうした医学的判定情報は、医師から患者や家族はもちろんのこと、ほかのコメディカル・スタッフに対してさえ、当時は明確に伝えられることは少なかったという。以下、少し長いですが、医師と看護師との終末期診断をめぐる相互作用の特性を、事例をもとに説明している部分を見てみよう――

死の予期を確定するための合法的根拠を、医師が看護師に与えるべきか否かについては、医師の間でも意見の食い違いが大きい（「患者が危篤状態だと先生が言って下さるときもあれば、そうでないときもあります。私たちは自分らで判断しています。先生方もその方を望んでいるようです」）。看護師が医師に直接たずねることはめったにない。しかし、医師の方から話さだろうとか、あるいは医師に話してほしいとか、せめて手掛かりを与えてほしいときには、

医師にその旨をほのめかすという暗黙の了解がある。あるカトリック系病院で、「患者が終末段階であるという公式な発表はありません。先生が教えてくださるときもありますが、たいいてい自分たちでなんとなく気づきます」とある看護婦が話してくれた。(20 頁)

この記述からわかるように、ここでグレイザーとストラウスが照準している相互作用は、「腹を探る」とか「見当をつける」といった行動である。医師自身は、患者に対する自分なりの見立てがあり、それは例えば患者が最終ステージまで進んだ進行がんを患っており、余命はあと 2 ヶ月である、といったものであったりする。看護師やほかのコメディカルまたは患者や家族は、こうした情報が提供されないと、自分たちなりの見立てを迫られる。

この見立てには（医師自身によるものも含めて）2 つの軸があると、グレイザーとストラウスはいう。それらは「死の確実性」と「死の時期」である――

「死の確実性」とは、定義を下す人間（医師、看護婦、または患者自身をも含めて）がその患者の死を確信する程度を意味する。また、「死の時期」とは、(a) 確実な死がいつ訪れるかという予期、あるいは、(b) 死の不確実性がいつ解消されるかという予期、のいずれかを意味する。(18 頁)

著者たちは、このようにして自分たちが注目する相互作用的な現象の特性を見定め、それをもとに 4 つの論理的に可能な「死の予期」の類型を提示している――

1. 患者が死ぬのは確実で、その時期がいつかも予期できる
2. 患者が死ぬのは確実だが、その時期がいつか予期できない
3. 患者が死ぬかは不確実だが、それがいつか明確になるかは予期できる
4. 患者が死ぬかは不確実で、しかもそれがいつ明確になるか予期できない

（訳書, 19 頁の訳文を引用者が改変）

こうした現象特性にかかわる論理的に推論可能な類型を、著者たちが研究プロセスのどの時点で打ち出してきたのかを知るすべはない。この類型が本書の序論部分に書かれているからといって、それがデータ収集や分析以前に打ち出されたものとは断定できない。これまでも確認してきたように、質的研究では研究プロセスが段階的ではなく、多重同時並行的に展開するのだから、著者たちにしても、データ分析の段階ではじめて上記のような論理的推論の可能性が、はっきりと見えてきた可能性は否めない。

いずれにしても GTA における実践として重要なのは、こうした推論ないしは現象特性の見当づけを、研究プロセス全体を通してつねに意識的に実践し、データの解釈による裏づけを踏まえて相当程度に全体像が固まるまで、それを繰り返すことである。現象特性の見当づけは、構想発表段階で行なえばそれでおしまい、ということではまったくない。早い

段階から見当づけを試みながら、その見当をデータ分析から浮かび上がってくるものとのつねに対比し、適宜改変してゆく必要があるのだ。

3. 分析焦点者／分析ポイントにおける課題

前節で見たように、患者が終末期にあるという情報を医師が出し洩ると、看護師は自分なりに手掛りを探して、自分なりの判断をくだすことになる。その際に看護師が判読できる手掛りとして、「患者の身体状態」と、自分たち自身「または他の医療スタッフによる時間的側面についての言及」があるという（21 頁）――

身体的手掛りには、希望を感じさせるものから目の死を示すものまで含まれるのだが、この手掛りは一般に死の予期の確実性についての側面を確定する。対照的に、時間的手掛りは多くの準拠点をもつ。その主要な 1 つが、疾患の典型的進行であり、これに照らして患者の現在の動きが判定される（彼は「進行が早い」とか、「ぐずっている」とか）。もう 1 つの手掛りは、患者の入院期間を医師がどう予期しているかである。〔中略〕看護スケジュールも時間的準拠点となる。つまり、患者が入浴、体位変換、食物摂取を継続してできるかどうかによって、また一定の間隔で鎮痛薬を投与され続けるかどうかによって、看護婦は自分の立てた予期を調整する。すべてのそうした準拠点は、死ぬことの時間的側面、すなわち、患者の生存期間の予測に関係している。（21 頁）

ここでは、看護師と患者や医師との相互作用を通して、看護師が患者の死の確実性と死の時期を予期するとき、そこにはこういった特性が見られるのかが整理されている。そして分析の焦点になっているのは、看護師の視点である。M-GTA でいえば、看護師が「分析焦点者」になっている。もちろん、逆に医師の視点に照準すれば、医師が分析焦点者となる。『死のアウェアネス理論』では、分析焦点者は 1 種類に限定されていないが、もっとも中心的な分析焦点者は看護師になっている。

『死のアウェアネス理論』では、分析焦点者という方法論的限定を明確に意識してはならず、どちらかという相互作用そのものを「分析ポイント」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²。このスタイルは、分析の難易度は上としても、分析焦点者の視点以上に相互作用それ自体に分析者の意識を向かわせるという意味で、有用ではないかと私は思う。M-GTA を使ったとされる分析で時おり見られるのは、分析焦点者を定めながらも、その分析焦点者が誰とどのような相互作用をしながら認識や行動を変化させてきたのか、という分析視角を結局は研究者が採用していない、という事態である。私の考えでは、GTA を使うかぎり相互作用に注目する、という分析視角は必須であるはずだから、もしこの分析視角が欠落していれば、それは GTA を使った研究とはいえないはずである。

では、分析ポイントに照準するスタイルに短所はないかといえば、ないとはいえない。

それは、注目する相互作用において、どの相互作用者の視点をどれだけのよう提示するか判断が恣意的である、という事実由来する。恣意的であるということは、どの相互作用者の視点をどれだけのよう提示するかという研究者の判断にかかっている、ということである。そこで、なぜ特定の相互作用者の視点を他よりも多く細かく提示するかについて何の根拠も示されていなければ、読者はもっとも豊かに記述された相互作用者が、その相互作用においてもっとも重要であると憶測するしかない。

『死の Awareness 理論』を読むと、死にゆく患者と看護師の相互作用に注目していることが圧倒的に多い。死にゆく患者と接している時間が、実際にもっとも長いのは看護師なのだから、看護師の視点がもっとも描かれているのは分からなくもない。しかし、終末期という病状判定および医療的処置決定の権限は医師にあるのだから、末期患者にとって医師も少なくとも看護師と同じくらい重要な相互作用者であり、分析焦点者であるはずだ。

にもかかわらず、本書では末期患者と医療者との相互作用を、看護師に焦点を当てて分析することに重点が偏っている。そのため、末期患者との相互作用における看護師の苦悩や葛藤はよく描かれているが、医師のそうした心理的变化や認識の揺れはあまり描かれていない。このように不均等な差をつける場合、研究者はその差をつけた理由をきちんと説明せねばならないが、本書ではそれが十分にされていない。それにより、読者が医師の視点を十分に共有することが妨げられている。これはフェアな記述の仕方とはいえない³。

4. 相互作用の組み合わせと予期の移行パターンの特定

病院で死にゆくことにまつわる相互作用の代表的な組み合わせは、2 者間に限定すれば、患者と医師、患者と看護師、患者と家族、医師と看護師、家族と医師、家族と看護師の 6 組ある。しかし実際には、さらにチャプレン、ソーシャルワーカー、医療事務などもかわってくるうえ、3 者以上が同時にかかわりあうこともあるので、もっと多くの組み合わせが考えられる。どういった組み合わせに注目するかは、研究者の論理的な判断に委ねられるが、いずれにしても、これらそれぞれの相互作用における各自の死の予期の変更（移行）がもたらす出来事が、本書で明らかにしたい現象の 1 つである。

詳細は今後読んでゆく各章に譲るが、第 2 章では、たとえば死期が相当はつきりと予想できていたと思われた患者が、突然持ち直して病気の進行が止まり、死期が長引き始めたため、医師と家族や病院関係者の間に新たな相互作用が生まれた事例が示されている――

4 時間以内に死亡すると予期された患者がいたが、彼には金がなかった。しかし、最後の段階で特殊な機器を必要とした。このため、彼が 30 年間もかかりつけにしていた私立病院が「救済患者」扱いで引き受けるのに同意した。ところが、彼はすぐには死亡せず、無制限に長引き始め、ときには生存可能な希望すら持てるようになった。この結果、家族と病院の事務担当者双方が入院費用のことを心配し始めた。皮肉にも、患者は実際には 6 週間も生きたのだが、医師は彼が今にも死亡するだろうと、両方の立場の人々に念を押しつつなく

てはならなかった。つまり、この医師は死の予期を変更した家族や病院関係者を、当初の「予期どおりに確実に死亡する」という見方に引きもどそうと努力したのである。(24 頁)

これは医療者から見て、死期が確定していたはずの患者が、「長引く患者」へと患者のステータスが移行してしまったパターンである。これ以外にも、グレイザーとストラウスは、「短期的持ち直し」パターン、その変型である「一進一退型」パターンなども事例として示している。そして、こうした予期の変更を余儀なくされる各パターンにおいて、具体的にどの相互作用者がどのように相互作用する羽目になるのかが、上記のように描き出されている。

もちろん、第 2 章では各移行パターンについて概略的に描かれているだけで、詳細はあとに続く各章に描かれている。したがって、序論である本章では、照準すべき相互作用の特性をおおまかにとらえるために、死の予期に関する移行パターンを列挙しているに過ぎない。しかし、読者はこれを読むことで、本論（第 3 章から第 13 章）で詳細に記述されている現象の根本的な特性を見失わずに済む。この意味で、こうしたかたちの現象特性の提示は有用であるといえよう。

5. 脚注について

本章では、訳出するに値すると私が考える 2 つの脚注が訳されていないので、それらを和訳しておきたい。

1 つ目は、訳書 23 頁の上から 3 行目、ちょうど「死の予期の変更」の節が始まる前の文章の最後に原書ではつけられている脚注である――

社会学的な知識を頼りに、特定の患者がどのように病院で生き残ってゆけるのかについては、Julius A. Roth の *Handbook for Tuberculosis Hospital Patients or How to Survive the Treatment*〔結核入院患者のハンドブック、または治療のしのぎ方〕(Mimeo: April, 1963)を参照。死のアウェアネスに関する我々の議論も、医学的治療、医療スタッフ、病院組織によって通常許される以上に、自分の人生をよりよく終わらせるために、患者がどのように病院組織、医療スタッフ、硬直した末期医療に対応してゆくべきかの処方箋を与えてくれるハンドブックとして、読むことができる。(24 頁)

グレイザーとストラウスが、こうした意図をもって本書を書いたことは、あらためて確認しておく必要があるだろう。

もう 1 つは、本章の最後の段落につけられている脚注である。この段落の内容そのものが、本章のまとめとして優れているので、まずはこれを以下に引用しておく――

死にゆくプロセスは、極端に複雑化しやすい。それは、医師、看護婦、家族、患者が各々

異なった情報源に基づき、異なった死の予期を抱いているからであり、あるいは、同じ手掛りをさまざまに解釈するからである。こうしたいろいろな予期の全体的な組み合わせが、患者をめぐる「認識文脈」の定義について第1章でふれた「何を知っているのか」の「何を」を構成するのである。(26 頁)

この段落に、つぎのような脚注がつけられている――

我々が採用した理論的手続きのもととなった、Fred Davis の2つの重要な論文について、ここでふれておきたい。これらは、ともに認識のズレ〔differential perceptions〕という概念を提示している。医学的な予後に関する Davis の論文では、予後の確信について、医師、患者、家族がそれぞれ異なる認識をもっていることを論じている。また、彼の「麻痺性ポリオ回復期における時間と回復の定義」という論文では、時間と回復に関する認識の差異について論じられている。我々の研究では、各参加者〔相互作用者〕は死にゆく患者の状況を、確実性と時期の両方をもとに定義するととらえている。両者を合わせたこのとらえ方のほうが、Davis が別々に詳細に認識のズレを解明したやり方よりも、もつと複雑かつ決定的な認識のズレのパターンを浮かび上がらせることができる。これらのパターンを特定したことで、我々は最終的に「認識文脈」という概念に到達することができたのである。(26 頁)

Davis による医療社会学的な先行研究が、死の Awareness 理論を著者らが生み出すうえで重要な役割を果たしたことが、この文章からうかがえる。質的研究においても、先行研究レビューは決定的に重要であることのひとつの証左である。

6. 展望

次回からいよいよ本論に入る。方法論的な論考としてこのコラムを位置づけるならば、本論は各章の内容に深入りすることなく、方法論的に留意すべき点だけを断片的にとりあげて議論する方向性も考えられる。どうするかは、次回のコラムまでに決めさせていただきたい。いずれにしても、今回は「第2部 死の認識文脈の諸タイプ」(第3章から第7章)を読んでゆくことになる。ご関心のある方は、引き続きよろしくお願いします。

¹ 「『死の Awareness 理論』を読む(第1回)」を参照。

² 木下先生によると、「分析ポイント」に焦点化した分析は、「分析焦点者」を設定した分析よりも難易度が高いという(木下, 2003: 138-139)。

³ クライヴ・シールによれば、本書はこうした記述量の不均等だけでなく、医師と末期患者の相互作用の記述の質にも問題がある。というのも、本書で医師は打算的かつドライな「ペテン師か詐欺師」のように描かれていることが多く、「非人間的な体制の象徴」という印象を不公平にも付与されてしまっている(Seal, 1999: 196-197)。

<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.
- 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.
- Seal, C (1999) "Awareness of method: re-reading Glaser & Strauss." *Mortality*, 4(2): pp.195-202.

◇第47回研究会のご案内

【日時】2008年12月13日(土曜日)13時～18時

【場所】立教大学(池袋キャンパス)10号館2階 x208教室

- * 発表者、発表内容については後日メーリングリストにてお知らせします。
- * 今年最後の研究会となりますので、研究会終了後、忘年会を予定しております。

◇編集後記

- ・秋も深まり、紅葉の便りもきかれる頃となり急に肌寒くなってきました。そろそろ温泉が恋しい季節ですね。
- ・これは毎年のことなのですが、10月の研究会は参加人数が少なめです。でもそのかわり、議論は活発でよかった！という感想が多くきかれます。今回は経営学からはじめての発表がありましたが、分野は違っても、いや違うからよけいにより刺激になったという感想をいただきました。M-GTAがいろいろな分野に展開される可能性を感じる研究会となりました。
- ・本文中でもご紹介しましたように、小倉さん、横山さんに次いでM-GTAシリーズのモノグラフの3冊目として標さんの本が出版されました。研究会での発表や論文だけでは知ることのできない、それぞれのフィールドのリアリティや研究の全体像に触れることができます。ご一読をお勧めします。
- ・現在、東京大学の山崎さんが中心となって研究会のHPを作成中です。年内にはご案内できる予定です。またメーリングリストでご案内させていただきます。お楽しみに。
- ・次回研究会は今年最後となるので、忘年会も行います。次回からはHP上で研究会と懇親会の参加申し込みを受け付けることにしています。こちらもメーリングリストで後日ご案内します。ぜひ、懇親会もご参加ください！

(佐川記)