

M-GTA 研究会 News letter no.34

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>

◇自著を語る

◇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8回）山崎浩司

◇第48回研究会のご案内

◇編集後記

◇ 自著を語る

『ソーシャルワーク感覚』

（グラウンデッド・セオリー・アプローチシリーズ）

横山登志子著 弘文堂 2008年

横山登志子

本書は、ソーシャルワーカーが現場での経験を通して、どのような援助観を生成しているのかについてM-GTAでの調査結果を論じたものです。そもそもこのテーマは、私自身が精神保健福祉分野でソーシャルワーカーとして働いていた頃の疑問に端を発しています。「こんなに問題山積で、どこを向いても壁ばかりの精神医療という現実のなかで、ほかのソーシャルワーカーはどうやって生き延びているのか」「大学でわかったつもりの社会福祉とは何だったのだろう。福祉ってどうすることなのだろう」という疑問です。今回、その疑問が長い年月をかけて、冒頭に述べた「研究上の問い」として再びあらわれてきたというわけです。その意味で、このテーマは、私自身の経験をあらためて意味づけする格好の機会となりました。

調査で明らかにしたかったのは、ソーシャルワーカーの経験を長期的な時間軸の中でとらえ、そのなかでどのような援助観がリアリティとして結晶しているのだろうかという

点です。調査の結果からは、医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーが経験を経て理解する援助観の生成プロセス（分析テーマ）とは、【あるべき PSW 像への自己一体化】から【限界から始まる主体的再構成】、そして【互いの当事者性にコミットする】に至り、【経験の深化サイクル】へとらせん的に生成していることがわかりました（【 】はカテゴリー）。

「人権」「社会正義」をソーシャルワークの価値と定めるソーシャルワーカーの経験は、このようにあるべき理想的な援助者像に自らを一体化させる一連のプロセスにはじまり、その帰結として「疲弊体験」という分析上の重要概念につながっていました。多くの精神科ソーシャルワーカーがこれを経験していたことは注目すべき経験といえますし、この経験の背景や、経験の意味をさらに深く読み取っていく必要性、現任研修などでの教育的な関わり必要性を感じることができます。また、その「疲弊体験」から脱出するプロセスを通してソーシャルワーカーの援助観が模索されていたのです。しかも、その援助観は利用者と自らの「生活者としてのつながり認識」が強く意識されていて、自らの生活の場における「自分らしさ」を利用者と自らのどちらにも意識化していたことが大変興味深い点でした。生活を支援していくソーシャルワーカーならではの援助観といえるのではないのでしょうか。

この研究結果は、精神保健福祉分野以外の身近なソーシャルワーカーや看護に携わる専門職の方などから「わかる」という声をいただくことがあります（特に【限界から始まる主体的再構成】）。今のところ印象にしかすぎませんが、ヒューマンサービスに携わる援助専門職に共通するプロセスが含まれているのでは？とも考えています。

今は、この研究の延長線上として「疲弊体験」の前後プロセスに注目し、「疲弊体験」が心身に相当の負担をもたらすネガティブな感情的な経験であったことから、感情の「シグナル機能」という点について考察しています。感情をひとつのシグナル（サイン）としてとらえ、自らの経験を省察する契機としていく可能性について検討したいと考えています。

最後になりましたが、研究をまとめあげるまでに、本研究会で多くの研究報告を聞くことができたこと、研究構想の発表をさせていただいたことが大いに役立ったことは言うまでもありません。感謝の気持ちで一杯です。ありがとうございました。また今後も研究会活動を継続したいと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

◇近況報告:私の研究

大西 潤子（武蔵野大学 看護学部）

研究会の皆様、今年もよろしくお願いいたします。

年の初め、佐川さんから原稿の依頼をいただいたときには、ご報告できる内容がなく正直とても暗い気持ちになりました。しかし年頭に頭の整理をし、長く引きずっている重荷

を少し軽くしようと考えお引き受けした、これが私の近況です。

初めて研究会に出席させていただいたのは、2004 年「看護師の死生観の成長」というテーマを携えてのことでした。当時、成人看護学実習で学生指導をしていたホスピス Ns に「何年くらいで〇〇さんのようになれるか」と学生が訪ねました。あらゆる領域がそうであるように、終末期ケアができるようになる条件は単なる時間の経過ではありません。自分なりの死生観を持つことや、死生観の成長がどのようなプロセスでなされていくのかが私の関心事でした。

2007 年には「終末期に携わる看護師の死生観形成のプロセス」というテーマで、構想発表をさせていただきましたが、その時木下先生から、同年度に同じテーマで書き上げている人がいること、「死生観」は分析テーマのレベルには大きすぎることを指摘されました。

当時職場は大学統合という渦の中で、両校の研究(これは量的研究)と教育を行いながらこのインタビューを行い、やっと進めたものだったので、しばらくは分析をやり直すことなど思いつきもしませんでした。直後に異動した現在の職場でも、実習施設との調整や研究会の立ち上げなどで時間の捻出が大変でした。何とか M-GTA に関わるまとまった時間がとれないものかと考え、思い切って研究会の合宿に参加することにしました。

1 年目、そこでようやく分析テーマに基づいた概念を生成しなければ意味がないことを実感として知りました。構想発表の段階では、語りの内容を「整理」し見出しを付けているに過ぎなかったことに気づきました。2 年目には、生成の段階から概念同士に関係性を持たせることが研究内容のオリジナリティには重要だとわかりました。そして今年度、概念名より解釈した定義に基づいて大胆に分析していくことも必要であると、背中を押された気がします。誠に遅い歩みですが、皆様にもご意見をいただける様現在分析テーマを絞り込んでデータを見直しています。今後とも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 8 回)

山崎^{ひろし}浩司(東京大学)

1. はじめに

このコラムも 8 回を数えることになったが、『死のアウェアネス理論』の「結果と考察」にあたる部分の議論にやっと入ることになる。M-GTA でいえば、分析ワークシートと理論ノートなどを駆使して生み出した結果図およびストーリーラインと、その構成要素である各カテゴリーや概念の詳細な説明と考察に該当する内容である。結論的な話を先取りすると、本書のこの部分の記述の仕方は、質的研究における知見の提示として見習うべき点はもちろんあるが、反面教師とすべき点も多々あるといわざるを得ない。以下では、第 3 章

「閉鎖」認識」を具体例として、特に結果図の作成とストーリーラインの執筆で参考になる点、真似すべきではない点を確認していく。

2. 結果図

次の節では、グレイザーとストラウスが M-GTA におけるストーリーラインの様式で結果をまとめたらこうなる、といった仮定的な試みをしてみたいと思う。そこでこの節では、M-GTA ではストーリーラインとセットである結果図¹⁾について、一言触れておきたい。

『死のアウェアネス理論』には結果図がない。M-GTA では、結果図の作成は「完成段階での理論的サンプリング」としてとらえられており、その手続きを介して分析テーマとの対応関係が確認され、最終的にプロセス性をもった現象の全体像が確定される（木下, 2003: 218-220）。つまり、結果図の最大の強みは、その作成過程で概念と概念とのつながりを視覚化せざるを得ないために、結果的に概念間関係がきわめて明確になることである。

結果図の作成がもたらすこの概念間関係の明確さは、文章だけで結果をまとめた場合には見落としやすい概念間の矛盾、ねじれ、欠落要因など、現象の展開プロセスにおける不自然なポイントに気づかせてくれる。また、結果図には、言葉を重ねることで起こりうる幻惑感がないため、無駄に重複した説明も抑制する。『死のアウェアネス理論』では、結果として提示される展開プロセスのなかで、概念と概念がどのようにつながっているのかは、残念ながらわかりやすいとは言えない。また、重複した説明も多い。

ちなみに、「ストラウス版の研究者はグレイザー版グラウンデッドセオリーに比べて図式化に頼ることは少ない」（Richards & Morse, 2008: 49）と言われるように、グレイザーとストラウスでは、より GTA における図式化にこだわったのはグレイザーだと考えられる。両者とも、新たな概念生成を可能にするオープン化と、概念間関係の確定を促進する収束化の重要性を説いたが、両者のあいだには、オープン化と収束化のどちらによりこだわったかで若干違いがみられるように思われる。端的に言えば、グレイザーはストラウス以上に収束化に、ストラウスはグレイザー以上にオープン化にこだわったきらいがある。

グレイザーの収束化へのこだわりは、理論的コード化（theoretical coding）について論じた *Theoretical Sensitivity* の第 4 章に見て取れる。そこでは、オープンコード化と選択コード化によって生成した「具体コード²（substantive codes）」を、理論として統合するために「理論的コード化」が必要だと論じられており、その理論的コード化を導くさまざまな方策として、18 種類もの「コード化体系（coding families）」がリストアップされている。その最初が「6 つの C」と呼ばれるもので、「Causes（原因）」、「Contexts（コンテキスト）」、「Contingencies（偶発性）」、「Consequences（帰結）」、「Covariances（共変性）」、「Conditions（条件）」を論理的に組み合わせて、複数の具体コードからなる現象の論理的展開を整理しようとするものである（Glaser, 1978: 74）。そして、コード化体系の最後に挙げられているのが「モデル化」——つまり図式化——であり、概念間の具体的意味を明確にすると説明されている（Glaser, 1978: 81）。

さて、M-GTA では、結果図だけでなくストーリーラインも重視される。論文の結果と考察の部分を書く際に、「分析の結果はその時点では図の形にまとまっているから、ストーリーラインと結果図の両方で内容を確認」することができる（木下, 2003: 226）。両者の間にずれがあるうちは、結果に往々にして論理的なほつれがあるということになる。つまり、両者は相互補完的にチェック機能を果たすものととらえられている。このように、研究展開の各要所においてチェックポイントが設定されていることが、M-GTA の優れた点であるといえよう。

先述のように、『死のアウェアネス理論』には結果図がなく、端的にまとめられたストーリーラインもない³。この点は、本書がグレイザーとストラウスが GTA を体系化する前に書かれた著作であることから、致し方ない面があろう⁴。しかし、第 3 章のいささか冗長な記述からでも、ストーリーラインを読み取ることはできそうである。以下、仮定的な試みとして、M-GTA のスタイルに準じて、端的なストーリーラインの再構成を試みてみよう。

3. ストーリーライン⁵

3.1. 本書全体にまたがるストーリーライン

1960 年代のアメリカの病院で、死にゆく患者とそのケアをする医療スタッフや家族との相互作用プロセスは、患者が死に向かっているという認識をめぐる^{コンテキスト}文脈に規定される。このような終末期をめぐる認識文脈を、『死にゆくことの認識文脈⁶』と呼ぶ。この相互作用プロセスにおいて、当の患者ともっとも濃密な相互作用をするのが医療スタッフであるため、両者の相互作用が死のアウェアネス理論の中核となる。両者をめぐる『死にゆくことの認識文脈』は、〈閉鎖認識文脈〉、〈疑念認識文脈〉、〈相互虚偽認識文脈〉、〈オープン認識文脈〉の 4 つのフェーズから主に成り立っている。

3.2. 〈閉鎖認識文脈〉にまつわるストーリーライン

今回注目する〈閉鎖認識文脈〉は、「間近に迫った患者の死をスタッフは知っていても、患者自身は知らない」（29 頁）状況を指す。この認識文脈の成立と維持には、次の 5 つの「構造的条件」（29 頁）が欠かせない。まず、①ほとんどの末期患者が死のリハーサルは未経験であり、死にゆくことがどのような経験かは見当もつかない（30 頁）。そんななか、②彼らが末期状態であることを医師は直接告知しないし（30-31 頁）、③家族も秘密を守る傾向にある（31 頁）。さらに、医療スタッフのいる物理的・心理的環境は、④医療情報を隠す病院構造と職務意識に下支えされていて、末期との診断情報が患者に洩れる可能性は低い（31 頁）。また、医療スタッフや家族だけでなく、他の患者も診断情報を知っていても開示しようとしないので、⑤当該の患者には味方がいない状況となる（32 頁）。「このどれか 1 つの条件が変わると別のタイプの認識文脈へと移行する」（32-33 頁）。

こうした「構造的条件」をベースに、医療者は患者に対して「フィクションとしての将来の見通し」を提供し（33-34 頁）、彼らが自分たちと異なる状況評価（終末期を疑うこと）

をしないように、さまざまな〔評価管理⁷戦術〕を駆使する（33-39 頁）。まず、自分たちが患者の病状回復や現状維持に努めているという賢明さのアピールをし、病気が進行していないことを行動で印象づける（35 頁）。だが、患者が自らの病状を疑い始めて質問してくるのは時間の問題である。その際に医療者は、患者に対してはぐらかしてごまかすか、部分的か嘘の説明をする（35-36 頁）。また、将来予測される症状についてわざと言及し、患者に対して事前警告による不安軽減を図ったり、「今日は元気そうですね」などと話しかけ、絶えず楽観的雰囲気の創出を心がけたりもする（36-37 頁）。さらに、必要のない検査を指示する「診断ドラマ」や、何も異常はないかのように会話をすることで、患者へ終末期情報を開示してしまうのを回避する「社交性バリア⁸」といった戦術を駆使する（37 頁）。

その他の〔評価管理戦術〕としては、看護師は、病棟の空間、シフト、担当の変更、身体的ケアへの専念などの要素を活用して、物理的または心理的に患者から距離をとる（37 頁）。また、医療者は表情と話題の制御をして、患者に疑う材料を提供しないようにするが、話題の制御で彼らが特に気をつけるのは、死が切迫した患者には目先の話題を、まだ時間がある患者には未来志向の話題を振ることである（37-38 頁）。さらに、医療スタッフの動揺が患者の疑念のもとになりかねないので、彼らは自分たちの個々人の反応制御に余念がない（38-39 頁）。いまひとつ医療スタッフが気にかけるのが、スタッフ間の対応の食い違いで患者が疑念を抱くことであり、そのため言動の一貫性の保持が重視される（39 頁）。

3.3. 考察

〈閉鎖認識文脈〉に限定した上のストーリーラインは、「どんなに長くても A4 サイズ一枚以内」（木下, 2003: 224）というノルマを守っている。ただ、ストーリーラインはもっとコンパクトにできる。それは、カテゴリーとコアカテゴリーだけで記述するやり方である。上記のストーリーラインでは、カテゴリーが〈閉鎖認識文脈〉で、サブカテゴリーが〔構造的条件〕、〔フィクションとしての将来の見通し〕、〔評価管理戦術〕の 3 つとなっているが、これは《死の認識文脈》をコアカテゴリーとしてまとめた場合の分類なので、以下では〈閉鎖認識文脈〉をコアカテゴリーに、3 つのサブカテゴリーをカテゴリーにいったん置き換えて記述してみよう――

《閉鎖認識文脈》とは、死にゆく患者が、自分の終末期状況を医療者から知らされない状況であり、その状況は 5 つの〈構造的条件〉で維持されている。この条件をベースに、医療者は患者に対して〈フィクションとしての将来の見通し〉を提供し、彼らがそれを「自分は末期かもしれない」という異なる状況評価をもとに否定してしまわないように、さまざまな〈評価管理戦術〉を駆使する。

私の考えでは、グラウンデッドセオリーは、基本的にカテゴリー・レベルの記述で勝負できなくてはならない。なぜなら、GTA による知見は現場で応用されることが前提になっているのだから、現場の人間が覚えていられるような簡潔さとコンパクトさがなくてはな

らない⁹。たいてい十数個から数十個ある概念のレベルでは、そうした簡潔さとコンパクトさは望めない。覚えているためには、せいぜい5~6個のカテゴリーがインパクトのあるコアカテゴリーを中心にまとまっているくらいの単位が、適切かつ手ごろな規模といえよう。

ところで、上の端的なストーリーラインでは、〈構造的条件〉というカテゴリー名は抽象度が高すぎて適切とは思えない。もっと「このデータならではの」特性を反映した、領域密着的なカテゴリー名の方がよいだろう。現状では、概念レベルまで下りていかないと、《閉鎖認識文脈》における〈構造的条件〉の具体的特性がわからない。たとえば、あまりこなれていないかもしれないが、〈情報隠蔽の構造的条件〉といったカテゴリー名の方が、「5つの〈構造的条件〉」よりは領域密着的ではないだろうか。

さて、話をカテゴリーだけでなく概念も合わせて提示した前節のストーリーラインに戻そう。概念名の適切さだが、名詞で終わっているもの（体言止め）と動詞で終わっているものが混在していて、若干一貫性がない印象があるかもしれない。しかし、この点はあまりこだわりすぎる必要はないと私は考えている。より重要なのは、概念名がストーリーラインのなかで、きちんと対象現象の要素を表現するパーツとしてフィット感があるかである。したがって、一貫性を著しく脅かすのでないのなら、体言止めとそうでないものが混在してもさほど問題があるとは思えない。

次に、一読してお分かりかと思うが、やはり概念間関係がわかりにくい。〔構造的条件〕にグループ化されている5つの概念もそうだが、〔評価管理戦術〕の名の下にまとめられている11の概念など、関係を図示しようと思うと途方に暮れてしまう。しかし、現状のままざっくりとグループ化しているだけで十分だという判断が、グレイザーとストラウスにはあったのだろう。どの概念がどの他の概念の原因なのか、帰結なのか、あるいは背景なのかといったプロセス的関係性の考察は、カテゴリー・レベルですればよいという判断なのだと思う。現に本章でも、どういった条件で〈閉鎖認識文脈〉が他の認識文脈に移行するかについては、一節を割いて丁寧に論じられている。やはり勝負すべきは対象現象全体をとらえたカテゴリー・レベル（《死にゆくことの認識文脈》、〈閉鎖認識文脈〉、〈疑念認識文脈〉、〈相互虚偽認識文脈〉、〈オープン認識文脈〉）という考えなのだろう。

4. 展望

本書第3章「閉鎖認識」を例に、結果図とストーリーラインについて主に今回は検討した。ただ、本章には、結果図とストーリーラインにあたる部分以外に、「閉鎖認識文脈から、他の認識文脈へ」という節と「閉鎖認識がもたらすもの」という節がある。前者は「死のアウェアネス理論」におけるプロセスにかかわる要点であり、後者は終末期ケアにおける臨床的意義を検討した内容になっている。本章に続く第4章から第6章でも、〈疑念認識文脈〉、〈相互虚偽認識文脈〉、〈オープン認識文脈〉それぞれについて、やはり他の認識文脈への移行条件と各カテゴリーが提起する臨床的意義が必ず記述されている。次回のコラムでは、これらの記述の意味を検討したい。また、紙面が許せば、これら3つの認

識文脈のストーリーライン生成を、今回同様試みて記述しようと思う。

5. 補足：和訳について

筆者たちの主張の本筋とはかかわらない瑣末な部分だが、僭越ながら、和訳で修正があってもよいと思われた部分に手を加えさせていただいた。（斜字体で示してある。）以下、修正訳のみを提示するので、訳書や原書をお持ちの方は比較検討され、参考にいただければと思う。

患者のなかには、とくに死について疑っていないのに、「看護婦さん、私は死ぬのですか」ときいてくる人がいるが、彼女は「主治医の先生にはおたずねになりましたか」ときき返し、医師に直接たずねるよう勧めるか、その問いに答えずに話題を変えるか、あるいは、例えば「みんないつかは逝かなければならないのですよ」といった手持ちの答えではぐらかせてしまう。（訳書、36 頁 1 段落目の最後の文章）

アメリカ社会では、若さ、美しさ、誠実さ（または高潔さ）、才能、家族扶養責任などの特定の価値が高く評価されている。（訳書、39 頁 1 段落目の 2 行目から 4 行目まで）

¹ 「概念図」とも呼ばれる。

² 「具体概念」または「領域密着概念」に同じ。

³ 誤解のないように補足するが、結果図さえあればよいという話でももちろんない。佐藤が指摘しているように、「図式を、十分な根拠や説明なしに調査や研究における最終的な結論を示すものとして使ってしまうと……要因関連図型」という「薄い記述」に陥ってしまう（佐藤, 2008: 9）。質的研究においては、対象者の行為そのものの詳細な説明記述や、その行為の意味を規定するコンテクストを浮かび上がらせる詳細記述——つまり「分厚い記述」——が必須である。したがって、結果図と同義である「要因関連図は、あくまでも言葉によるていねいな説明とワンセットで提示された時にこそ、本来の効果を発揮するはずのものである」（佐藤, 2008: 9）。やはり結果図はストーリーラインや概念説明などと「ワンセットで提示」されるべきものといえよう。

⁴ これはもっと分析しなければ断言できないが、本書は、グレイザーが第一著者として執筆してはいるものの、「理論は、熟考と議論、テキストを詳細に調べることによる産物であり、メモと膨大な量のコーディングにより構成される」（Richards & Morse, 2008: 49）というストラウスのスタンスを色濃く反映しているために、コードと説明と具体例を連ねた、少し煩雑で冗長な記述になっているのかもしれない。

⁵ 以下、原則として、（ ）は補足説明、「」は著書からの引用、下線は概念、〔 〕はサブカテゴリー、〈 〉はカテゴリー、《 》はコアカテゴリーを表す。

⁶ 原語は“dying awareness context”。これがつまり「死のアウェアネス理論」である。

⁷ 原語は“assessment management”。訳書では「患者に疑念を抱かせないために」となっている。

⁸ 訳書では、「社交性の盾」と訳されている（37 頁）。

⁹ 本コラム「『死のアウェアネス理論』を読む（5）」（Newsletter no. 29）参照。

<引用文献>

Glaser BG (1978) *Theoretical Sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*, San Francisco, CA: Sociology Press.

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.

佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法——原理・方法・実践』 東京: 新曜社.

Richards L & Morse JM (2008) 『はじめて学ぶ質的研究』 小林奈美監訳, 東京: 医歯薬出版株式会社.

◇第48回研究会のご案内

【日時】 3月7日(土) 13:00~18:00

【場所】 立教大学 8号館2階 8202教室

研究発表1.

王飛 (上智大学大学院総合人間科学研究科心理学専攻)

「在日中国私費留学生のメンタルヘルス変化傾向と関連要因 —2年間のインタビュー追跡調査を通して—」

研究発表2.

大石あき子 (東京福祉大学大学院)

「介護老人保健施設における在宅復帰のプロセスに関する研究」

研究発表3.

浅野正嗣 (金城学院大学)

「スーパーバイザーの事例理解の深化のプロセス」

構想発表1.

山元公美子 (山口大学大学院医学系研究科 保健学系学域博士課程前期1年)

「妊娠時に未婚であった若年女性が妊娠を継続していく上で経験する思考プロセス(仮)」

参加登録のURL

<https://ssl.formman.com/form/pc/m6FpuDkRPcsg2eUs/>

* 参加される方は必ず上記にアクセスしてお申し込みください。見学参加の方についても同様です。

◇編集後記

- ・みなさま、研究会のHPが立ち上がりました。もうご覧になりましたか？グリーンとグレーが基調となって、研究会にぴったりのイメージです。ちなみにこのHPのプロジェクトの責任者は世話人の山崎さんです。細かいところまで気を配っていただいて、ほんとにすばらしいHPになりました。ありがとうございます。まだご覧になってない方は、ぜひチェックしてください。

<http://www2.rikkyo.ac.jp/web/MGTA/index.html>

HPについて詳しくは山崎さんからの1月30日付のメーリングリストをご覧ください。

- ・このHPには会員専用ページもあります。会員の方はこのニューズレターのバックナンバーや会員のM-GTAによる論文の一部も閲覧・ダウンロードできます。会員の論文については、今は限られたものだけですが、徐々に増やしていく予定です。
- ・会員専用ページに入るにはユーザー名とパスワードが必要になります。これについては2月9日にメーリングリストでお知らせします。それにあたって、2年間会費を納入されてない方は退会の意志とみなし、メーリングリストから削除させていただきます。再度、入会を希望される方は、このHPに事務局のメールアドレスが記載されていますので、そちらにご連絡ください。入会のときにご案内しましたように、この研究会は会員同士、M-GTAを用いた論文作成のための相互サポートを目的としており、積極的な関与が求められています。ですので、当分M-GTAを使う予定のない方は、いったん退会されて必要になったときに入会するという事をお勧めしています。退会についてはお気兼ねなくご連絡いただければと思います。
- ・「M-GTA理解のためのQ&A」のコーナーもあります。クリックして「作成中」が出てきて、がっかりされた方もいらっしゃるのでは（笑）…。こちらの方も、少しずつアップしていきますので、ご期待ください。
- ・今後このHPをさまざまに活用していきます。みなさんも感想などをお知らせください。

佐川記