

早稲田大学審査学位論文

博士（人間科学）

がん緩和ケアにおける多元的医療としての鍼灸の意味
Meaning of Acupuncture and Moxibustion in Pluralistic Medical
System of Cancer Palliative Care

2017年7月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

高梨 知揚

TAKANASHI, Tomoaki

研究指導教員； 辻内 琢也 教授

目次

目次	i
凡例	viii
プロローグ	1
序章 問題の所在	2
第一節 2名の末期がん患者への治療経験	2
第一項 他職種との「関係性」への疑問	2
第二項 鍼灸治療の「意味」への疑問	5
第二節 本研究の目的	7
第三節 用語の定義	8
第一項 「緩和ケア」	8
第二項 「多角的医療体系」	8
第三項 「意味」	8
第四節 本論文の構成	9
第一部 研究の背景と方法	
第一章 本研究の背景	11
第一節 緩和ケアにおける多角的医療としての鍼灸の位置づけ	11
第一項 がんの多角的医療としてのCAM	11
第二項 緩和ケアにおける鍼灸をめぐる状況	13
第二節 通常医療と鍼灸の関係性	14
第一項 民俗セクターと鍼灸	14
第二項 通常医療と民間医療という文脈における鍼灸の位置づけ	16
第三節 他職種と鍼灸師の連携の現状	18
第四節 鍼灸の「意味」に関する現在の知見	20
第一項 多角的医療システムにおいて「相補的」と論じられた鍼灸	20
第二項 鍼灸の「意味」に関する質的研究	21
第二章 研究方法	24
第一節 調査方法と対象	24
第一項 調査1の方法と対象	24
第二項 調査2の方法と対象	24
第三項 調査3の方法と対象	25
第二節 分析方法	27
第三節 倫理的配慮	28

第二部 緩和ケアにおける多元的医療の中の鍼灸師—他職種との関係性—	
第三章 在宅緩和ケアにおける医師と鍼灸師の関係性—医師らの視点—	31
第一節 在宅療養支援診療所医師と鍼灸師との連携の実態調査	31
第一項 質問紙調査回答者の特性	31
第二項 鍼灸師との連携の実態	32
[1] 連携の実態	32
[2] 鍼灸師との情報共有について	33
[3] 鍼灸師との連携に対する考え	34
第三項 「在宅緩和ケアに鍼灸が関わること」についての考え	35
第二節 在宅療養支援診療所医師らの鍼灸師との連携経験に関する質的分析	36
第一項 インタビュー対象者の特性	36
[1] 医師 A	37
[2] 医師 B	37
[3] 医師 C	38
[4] 医師 D	39
[5] 医師 E	39
第二項 ケアを共有する経験—インタビュー調査の結果—	40
[1] 鍼灸の必要性	42
[2] ケアを共有する経験	44
[3] ケアの広がりへの認識	46
[4] 連携意識の強化	46
[5] 連携することの困難	47
第三節 小括—ケアの「場」における「周縁」という構造的仮説—	48
第一項 緩和ケアにおける「周縁」としての鍼灸の現状	48
第二項 連携関係の始まりとしての「越境」	50
第三項 「ケアを共有する経験」がもたらす関係性の変容	51
第四章 病院での緩和ケアにおける他職種と鍼灸師の関係性	53
第一節 緩和ケア病棟における鍼灸治療の実態調査	53
第一項 質問紙調査回答者の特性	53
第二項 鍼灸師による鍼灸治療実施の有無と実施状況	53
第三項 チーム医療の一員として鍼灸師がケアに携わることへの考え	54
第四項 「緩和ケアに鍼灸が関わること」についての考え	55
第二節 緩和ケアが行なわれる病院における鍼灸師と他職種の情報共有の実態	56
第一項 インタビュー対象者の特性	56
[1] A病院	57
[2] B病院	58
[3] C病院	59
[4] D病院	59

[5]	E 病院	60
[6]	F 病院	60
第二項	相互に繋がる方法—インタビュー調査結果—	61
[1]	繋がりへの障壁	61
[2]	相互に繋がることができない状況	65
[3]	繋がりとする意識	67
[4]	繋がりの下地	71
[5]	相互に繋がる方法	73
[6]	理解と信頼	83
第三節	小括—病院という「場」における「戦術」	88
第一項	「中心」としての病院とその中にある鍼灸	88
第二項	「戦術」を駆使した職種間関係の構築	90
第三項	「多元的医療体系」を構築していくこと	92

第三部 在宅緩和ケアにおける鍼灸治療のエスノグラフィー

第五章	ひろせクリニックと鍼灸治療	95
第一節	調査地ひろせクリニックについて	95
第一項	ひろせクリニック本院	95
第二項	2つのサテライト事業所	96
[1]	下田事業所	96
[2]	横田事業所	97
第三項	ひろせクリニックにおけるチームケア体制	97
第四項	カンファレンスの場	98
第二節	ひろせクリニックにおける鍼灸	99
第一項	鍼灸治療の概要	99
[1]	鍼灸治療が導入されるタイミング	100
[2]	鍼灸治療の適応症状と料金形態	100
[3]	鍼灸治療の開始から終了まで	101
第二項	鍼灸師の平岡氏について	102
[1]	平岡氏のキャリア	102
[2]	平岡氏の日	103
[3]	平岡氏の鍼灸治療の内容	104
第三項	平岡氏と他職種との関わり	108
[1]	入職時に鍼灸師の仕事を見る	108
[2]	カンファレンスをめぐる複雑な状況	109
[3]	個別の関わりを通じた相互理解	111
第六章	鍼灸治療の「場」と患者の語り	113
第一節	参与観察対象者の特性	113

第二節 「無いと困る」鍼灸治療—戸坂彰さんの事例—	114
第一項 戸坂さんの在宅療養と鍼灸治療	114
第二項 鍼灸治療の「場」	116
[1] 治療現場①	116
[2] 鍼灸治療についての語り	118
[3] 治療現場②	120
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	122
第三節 1年以上継続した鍼灸治療—倉田実さんの事例—	123
第一項 倉田さんの在宅療養と鍼灸治療	123
第二項 鍼灸治療の「場」	124
[1] 治療現場①	124
[2] 鍼灸治療についての語り	130
[3] 治療現場②	132
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	135
第四節 生活リズムの変化を語った患者—宮信人さんの事例—	135
第一項 一宮さんの在宅療養と鍼灸治療	135
第二項 鍼灸治療の「場」	137
[1] 治療現場	137
[2] 鍼灸治療についての語り	141
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	141
第五節 入り混じる期待と抵抗感—島上哲平さんの事例—	142
第一項 島上さんの在宅療養と鍼灸治療	142
第二項 鍼灸治療の「場」	143
[1] 治療現場①	143
[2] 治療現場②	149
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	153
第六節 細やかな対応をする鍼灸師への思い—山岡みすずさんの事例—	153
第一項 山岡さんの在宅療養と鍼灸治療	153
第二項 鍼灸治療の「場」	154
[1] 治療現場	154
[2] 鍼灸治療についての語り	157
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	158
第七節 ありのままの日常の中にある鍼灸—小島悦子さんの事例—	159
第一項 小島さんの在宅療養と鍼灸治療	159
第二項 鍼灸治療の「場」	160
[1] 治療現場	160
[2] 鍼灸治療についての語り	163
第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療	164
第八節 身体の「軽さ」の経験—近藤サクラさんの事例—	165
第一項 近藤さんの在宅療養と鍼灸治療	165

第二項	鍼灸治療の「場」	166
[1]	治療現場①	166
[2]	鍼灸治療についての語り	172
[3]	治療現場②	172
第三項	その後の在宅療養と鍼灸治療	176
第九節	「私の知らない部分が広くある」ものとしての鍼灸治療	
	—宮静江さんの事例—	177
第一項	宮さんの在宅療養と鍼灸治療	177
第二項	鍼灸治療の「場」	178
[1]	治療現場	178
[2]	鍼灸治療についての語り	180
第三項	その後の在宅療養と鍼灸治療	181
第十節	見えづらい治療継続の意味—佐藤俊夫さんの事例—	181
第一項	佐藤さんの在宅療養と鍼灸治療	181
第二項	鍼灸治療の「場」	183
[1]	治療現場①	183
[2]	鍼灸治療についての語り	185
[3]	治療現場②	185
[4]	治療現場③	186
第三項	その後の在宅療養と鍼灸治療	188
第十一節	「一体感」が醸成されていた治療空間—柗達子さんの事例—	188
第一項	柗さんの在宅療養と鍼灸治療	188
第二項	鍼灸治療の「場」	190
[1]	治療現場①	190
[2]	治療現場②	193
[3]	鍼灸治療についての語り	196
第三項	その後の在宅療養と鍼灸治療	197
第七章	他職種から見た鍼灸治療の「意味」	198
第一節	インタビュー対象者の特性	198
第二節	鍼灸治療の導入をめぐる他職種の意識	199
第一項	治療を受けようとする患者	200
第二項	症状緩和という目的	201
第三項	導入への積極性—在宅療養開始時から鍼灸治療の導入について語られていた「横田」—	202
第四項	在宅療養途中での導入	203
[1]	在宅療養に入っていく職種の順番	203
[2]	薬物療法への追加	204
第五項	導入を消極的にすること	204
[1]	費用と費用対効果	205

[2]	導入基準の曖昧さ	205
[3]	鍼灸治療を導入しない患者の状況	206
第三節	他職種にとっての在宅緩和ケアにおける鍼灸とは	207
第一項	効果の意味	207
[1]	効果の認識	207
[2]	鍼灸そのもの以外の効果	209
[3]	効果の個別性	210
[4]	効果のわかりづらさ	211
[5]	効果の意味範囲	212
第二項	手段がないときの「何か」として	213
[1]	「可能性」としての「何か」	213
[2]	「可能性」の二面性	216
第三項	視点の違いを持つ多職種の一つ	216
第四項	身体を他者に委ねる「時間」と「空間」	218
第五項	プラスにするもの	221
第八章	ひろせクリニックに見る鍼灸の「意味」	224
第一節	「軽くなる」という身体感覚の変化	224
第一項	「症状の軽減」を意味する「軽くなる」	224
第二項	体全体の「身体感覚の変化」としての「軽くなる」	226
第二節	鍼灸治療の儀礼的側面とその意味	228
第一項	治療に見る一連の流れ	228
第二項	治療の「始まり」—「分離」—	228
第三項	身体の「委ね」の時間と空間—「過渡」—	229
[1]	「委ね」の時間	229
[2]	「委ねる」時間を演出するケア空間	230
[3]	「委ねられる」人	231
第四項	「過渡」における痛みの共有	231
第五項	身体状態の確認と日常生活でのアドバイス—「統合」—	232
第六項	鍼灸治療の流れと「象徴的な癒し」	232
第三節	クリニックの文化の上に構築される鍼灸治療の意味	234
第一項	承認された多元的医療の実践	234
第二項	鍼灸師がいるひろせクリニックという医療文化	234
第三項	職種間の繋がりにより構築される鍼灸の意味	235
終章		237
第一節	鍼灸のもつ多元性の意味とは	237
第一項	「苦痛」が「緩和される」から 「心身」が「軽くなる」へのパラダイムシフト	237
第二項	「委ねる」時間が存在すること	238

第三項 「周縁」がもつ多元性	238
第二節 多職種で多元的医療の実践を支えること	239
第三節 本研究の限界	240
参考文献	242
付録	254

凡 例

1. 本論文における人物名、施設名、地名はすべて仮名である。
2. 調査対象者の語りおよびフィールドメモの引用は、DFP 教科書体 W3 で表記した。
3. 引用文及び調査対象者の語りのデータの中略は、・ ・ (中略) ・ ・ と表記した。

プロローグ

忘れられない光景がある。

ベッドの端に弱々しく座る浩代さんはニコッと笑いながら、立膝の状態で見の前にいる身長 180cm を越える平岡氏の頭にそっと右手を置き、ぐしゃぐしゃとその頭を撫でたのだ。夕日が差し込む窓を背景にしたその光景は、神々しいという以外表現しようのないものであった。巨体の平岡氏の体が急に小さく見え、浩代さんのその眼差しと優しい右手の動かし方は、まるで神がそこにいて彼に洗礼を施しているかのように見えた。(筆者フィールドメモより)

この日筆者は、在宅緩和ケアの一環で鍼灸治療も行っているひろせクリニックでの調査準備のため、鍼灸師の平岡氏に帯同して複数の患者宅を訪問していた。上記のフィールドメモは、その日筆者が最後に訪れた浩代さん宅での鍼灸治療の場を記述したメモからの抜粋である。

治療がもうあと数分で終わるといふそのタイミングに、浩代さんが便を伴ったような放屁をした。一瞬施術の手を止めた平岡氏であったが、迷いの表情を呈したまま残り数分の施術をそのまま継続した。施術後、浩代さんは娘さんと呼んですぐにトイレに向かった。浩代さんがトイレに行っている間、平岡氏は鍼を片付けながら「(施術を) 止めてトイレに行ってもらえばよかった・・・」と眉間にしわを寄せ、口をとがらせてつぶやいた。数分後浩代さんがベッドに戻ると、平岡氏はベッドの端に座る浩代さんの前に立膝をついてしゃがみ込み、「途中で(トイレに) 行くようにしなくてすみません」と浩代さんに謝った。その直後に続くシーンが上記のメモの抜粋内容である。

筆者は鍼灸師になって 13 年が経過するが、それまでこのような光景は見たことがなかった。筆者がひろせクリニックを調査地として選択したのは、本論での最大の問いである「がん緩和ケアにおける鍼灸の意味とは何か」という問いの答えを見つけるためであった。その問いを抱いて現場に足を踏み入れかけたまさにその瞬間に、この浩代さんの治療現場を目の当たりにしたのである。浩代さんは一体なぜ平岡氏の頭を撫でたのか。何がそうさせたのか。この両者の距離感はいくら何か。そしてこの風景の「美しさ」は何か。筆者の頭の中には絶え間なく幾つもの問いが浮かんだ。そして改めて確信したことがあった。本論での最大の問いである「がん緩和ケアにおける鍼灸の意味とは何か」に対する答えは、鍼灸が行なわれる現場そのものに目を向けられない限り、決して出てくることはないだろうと。

序章 問題の所在

第一節 2名の末期がん患者への治療経験

筆者の鍼灸師 1,2 年目の駆け出し時代に遡る。当時在宅での訪問鍼灸治療（以下、訪問鍼灸）に従事していた筆者は、2名の80代男性の末期がん患者の在宅での鍼灸治療に関わった。鍼灸師としての経験がほとんど無い筆者だったが、「この人をなんとかしてあげたい」と、当時はかなりの意気込みを持って患者に向き合っていた。しかしその患者達との関わりを持つ中で、筆者の中で次第に大きくなり、最終的に筆者の心の中に大きく残ったのは、末期がん患者ケアの臨床現場における「不安」、そして鍼灸師として行ったケアそのものに対する「不全感」あるいは「無力感」であった。

第一項 他職種との「関係性」への疑問

筆者は、大腸がんの既往を持つ塩見忠雄さんに対して、下肢の関節拘縮の緩和を目的に鍼灸治療およびマッサージ治療を行っていた。塩見さんは肺炎による入院を経て全身状態の低下が進み、日中ほとんどベッド上で過ごす状態になっていた。ただし、ベッドの端に腰を掛け座位保持をすることは可能で、その姿勢のまま食事をすることもできた。若干の難聴が認められたものの、コミュニケーションには問題なかった。筆者の治療時には常に妻のシゲさんが横で部屋の片付けを行っており、時折3人で会話をしながら治療を行っていた。下肢の筋の緊張を緩和するために大腿部や下腿部に刺入深度 5mm 程度の浅い鍼を刺し、5分ほど鍼を刺したまま置いておく。その後には鍼を抜き下肢の関節可動域訓練を行い、最後に座位保持の練習を行う、というのが塩見さんの治療の流れであった。訪問鍼灸を始めて2ヶ月の間に座位保持の時間が増え、若干ではあるが下肢の関節可動域も訪問当初より改善し、また関節運動も行いやすくなっていた。見た目に明らかに「日常生活動作（Activity of Daily Living；以下ADL）が向上してきている」と筆者は感じ、筆者なりの関わりの意義を持ちながら訪問鍼灸を行っていた。

訪問鍼灸をはじめから2ヶ月ほど過ぎたある日、訪問早々「腰が少し痛むと言っている」と妻のシゲさんが筆者に話したことがあった。当時筆者は「臥床位が長いから腰が痛いのだろう」くらいにしか思わず、塩見さんを横向きの状態にして数本の鍼を腰に刺す程度の事しか行わなかった。ところが週を経るごとに塩見さんの状態はどんどん悪くなっていた。「腰が痛いですねえ」としか訴えない塩見さんであったが、明らかに起居動作が悪くなっており、腰痛のため座位保持の時間も数週間のうちに急速に短くなった。最初の腰痛の訴えを聞いてから数週後、さすがに状態の悪さに疑問を持った筆者は、「これは単なる腰痛ではない」と思った。この腰痛は一体何か。鍼治療をしていい状況なのだろうか。高齢者で、肺炎の既往もある。何かしらの感染症か。ただバイタルサイン¹には大きな異常はない。どうするか。その時頭によぎったのは、塩見さんに数年前がんの既往があったことだ

¹ バイタルとは生きている、サインとは徴候の意味で、人間が生きているという状態を示す徴候（生命徴候）をいう〔南山堂 医学大辞典 第18版 1998：1643〕。訪問鍼灸の際には必ず、バイタルサイン（血圧、脈拍、体温、呼吸数）を確認していた。

った。簡易的に胸腰椎の棘突起部を叩打した²。激痛のため塩見さんは身をよじった。間違いなく胸腰椎の骨自体に異常があるだろう。ここ最近の状態低下を、医師や訪問看護師は把握しているのだろうか。妻のシゲさんに聞いても「よくわからない」と答える。隣家の息子夫婦も日中はいない。筆者は確実に混乱していた。そして強烈に「不安」を感じていた。塩見さんの状態がおそらく良くないことに、そしてその状況に直面して一人で対応しなければならないということに。その日筆者は、妻のシゲさんに、翌日訪問予定の訪問看護師に状態が悪い旨を伝えて欲しいとお願いをして、勤務先の治療院に戻った後、それまで一度も塩見さんの状態について情報共有をしたことがなかった医師³に FAX を送った。数日後、シゲさんより「主人が入院したのでしばらく鍼灸はお休みします」と治療院に電話があった。

担当のケアマネージャー（以下、ケアマネ）から塩見さんの訃報の電話を筆者が受けたのは入院の知らせを受けた約 1 ヶ月後のことであった。筆者がケアマネに塩見さんの亡くなった理由について尋ねても詳しいことは教えてもらえなかったが、要はがん終末期の状態だったということであった。胸腰椎の叩打痛は脊椎の転移の痛みであったかもしれない。直接的な死因はがんそのものによる全身状態の低下によるのかもしれないし、入院後に感染症にかかったのかもしれない。あるいはまた別の原因で亡くなったのかもしれない。全ては「かもしれない」のまま終わってしまった。

ここで、冒頭で示した筆者が感じた「不安」に焦点を当てたい。当時筆者が抱いた「不安」の根源は何だったのか。駆け出しの頃であるため、知識不足、技術不足は当然のことであるが、何よりも「不安」だったのは、「塩見さんは今どういう状態なのか」がわからなかったことであった。つまり圧倒的に塩見さんの状態に対しての情報が不足していたのである。上記の通り、筆者は在宅療養の担当医や訪問看護師とは一切関わりを持たず、また一番の患者情報の中枢となるケアマネとすら関わりを持たなかった。加えて塩見さんのケアをどう進めるかについて勤めていた治療院でスタッフとディスカッションを重ねるわけでもなかった⁴。筆者は文字通り「一人で」塩見さんの訪問鍼灸を行っていたのである。

当時の経験と昨今のがんの終末期医療の現状を照らし合わせると、そこには考えるべき大きな問題が一つあることに気づく。がんによる粗死亡率が超高齢社会の流れに相俟って年々増加傾向にあり、2007 年の時点で、死亡総数に対する割合で 30.1%と、がんが死因の約 3 分の 1 を占める結果となっている [厚生統計協会 2010]。こうした中で、2007 年のがん対策基本法⁵や 2008 年に作成されたがん対策基本推進計画⁶など、がんの予防・治療に加え、がん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上や緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携を推進していくことが明記され、緩和ケアの体系化が急がれるようになった。また、昨今では「チーム医療の推

² がんが椎骨に転移している場合、椎骨の棘突起を叩打すると疼痛が誘発される事がある。椎骨への転移以外にも椎骨周囲組織の感染や炎症、あるいは圧迫骨折などによっても痛みが誘発されることがある。

³ 塩見さんの保険による訪問鍼灸治療のための施術同意書を書いた医師である。同意書を発行してもらうのみで、筆者が同医師と塩見さんのケア内容について情報交換を行うことは一切なかった。鍼灸治療は特定の疾患（神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症）に限り医師の同意書があれば療養費払いの保険扱いが可能となる。鍼灸の保険制度とそれをめぐる問題点については第一部第一章にて改めて述べる。

⁴ 塩見さんの訪問治療は、途中まで同僚スタッフと交互に行っていたが、その同僚スタッフが職場を退職してしまったため治療に際しての意見交換をできる相手がなくなった。

⁵ がん対策基本法（2007 年 6 月 23 日）[<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO098.html>]。

⁶ がん対策基本推進計画（2008 年 6 月）[<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>]。

進に関する検討会」報告書⁷にみられるように、多職種によるチーム医療が推進される潮流にある。一方で、塩見さんをはじめ当時関わっていた患者の治療に際して、患者に関わる他職種を把握はしていたものの、他職種が患者の状況をどのように捉え、何を目的にケアを実践しているのか、当時の筆者は全く把握していなかった上、それらを知るためにはどうしたら良いのかもわからなかった。逆に、おそらく他職種の人々も、筆者が何を目的に患者宅に訪問するのか、あるいは何をしていたのか、患者のケアにおいて筆者がどのような存在であったのか、全く把握できていなかったであろう。そもそも把握すべき相手とみなされていたのか、それすら疑問であった。自分自身が塩見さんのケアの「場」において、いかに「蚊帳の外」としての存在であったのかを認識したのである。この、緩和ケアの理念と、現場で経験した筆者の状況との違いは一体何か。なぜ筆者は他職種と情報を共有するというアクションを起こせなかったのか。アクションを起こせない背景にあるものは何だったのか。筆者は自身の主観的な経験を相対化し、多くの職種が関与する緩和ケアという文脈における他職種と鍼灸師の関係性に大きな関心を抱いた。

近年、数が少ないながらも鍼灸が緩和ケアチームの中に組み込まれ、末期がん患者への鍼灸治療を実践している報告がある[吉村 2000, 水野 2003, 小玉ほか 2008, 成田 2009]。津嘉山ら [2011] によるがん患者の鍼灸治療経験に関するアンケート調査からも、鍼灸師によっては多職種のの一つとして緩和ケアに関わっている現状が明らかになっている。一方で、津嘉山らは同報告において、医師との連携経験を持つ鍼灸師を対象にアンケート調査を行い、鍼灸師が担当医師との連携について 70%以上が難しさを感じていることを明らかにしている。また高梨 [2012] は、キャリア 10 年以内の若手鍼灸師へのインタビュー調査⁸において、がん患者の治療を行った鍼灸師が他職種との関わりにおいて困難を感じており、それが医療情報獲得の困難に繋がると報告している。伊藤 [2015] も、がん治療経験の豊富な鍼灸師を対象としたインタビュー調査において、他の医療者との関係性に困難を感じたという実情を明らかにしている。在宅緩和ケアチームでの鍼灸治療経験を整理した細田 [2010a, 2010b, 2010c, 2010d] は、緩和ケアの専門教育、OJT (On The Job Training) の不備、治療費の違い、治療内容の違い、患者情報の共有、鍼灸師の就業形態など同じ資格であっても連携するには課題が多く、現実的なチームケア、他職種とのつながりに関する課題点を指摘している。このように、緩和ケアに関わった経験を持つ鍼灸師が、他職種との関わりにおいて困難を感じながら臨床を実践している実情も明らかにされている。

ただし、これらの報告の多くは鍼灸師側からの報告であり、がん緩和ケアを「多職種による包括的ケア」として考えた場合、緩和ケア全体の動向における鍼灸師の位置づけについてあくまで一面的に捉えているに過ぎない。緩和ケアにおける他職種と鍼灸師の関係性について、「他職種の視点」から両者の関係性や、その関係性における鍼灸師の位置づけについて問われた論考はなく、また、事例として鍼灸師も含めたチームケアの紹介は見られた

⁷ チーム医療の推進について [チーム医療の推進に関する検討会 報告書] (2010 年 3 月 19 日) [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf].

⁸ 筆者は同調査内容を修士論文(「末期がん患者への治療実践において鍼灸師が抱えた困難—患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成—」)としてまとめた。同調査では、鍼灸師側の観点から他職種との関係性とその困難の実態について明らかにした(内容については改めて第一章第三節にて触れる)が、他職種の観点から見た関係性の実態については明らかにできておらず、両者の関係性を論じるには不十分であった。本論文では、筆者が修士論文において着手できなかった他職種の観点を踏まえて、緩和ケアにおける鍼灸師と他職種の関係性について論じる。

としても、実際のところ両者の関係性は不明な点が多いというのが現状である。

第二項 鍼灸治療の「意味」への疑問

次に、冒頭後段の「不全感」および「無力感」についてである。筆者の感じた「不全感」および「無力感」は、末期がん患者に対し繰り返し鍼灸治療をしても「効果が無いように見えた」が故に生じた感覚である。次第に自身が治療に関わることに「意味が無い」とすら感じるようになっていったのは、筆者が「鍼灸治療は、症状が改善し、その状態が継続的に維持されることにこそ意味がある」と考えていたためであろう。結局当時は日を重ねるごとに状態が悪化していくのをただただ見ていることしかできなかった⁹。前出の塩見さんの事例もまさにその典型である。以下では筆者が「不全感」あるいは「無力感」を抱えたもう一人の事例について見ていく。

太田昇さんは、肺がんと前立腺がんを乗り越え、また腹部大動脈瘤の手術や心筋梗塞の既往など、多くの疾患を経験してきた方だった。太田さんは娘さんと二人暮らしであった。太田さんの ADL は比較的保たれており、家の周辺数十 m であれば歩行可能で、簡単な家事もこなしていた。日中娘さんは仕事で不在のため基本的に家に一人でおり、週に 2 回の筆者の訪問を楽しみに待っていてくれた。太田さんは、体の各所に痛みがあり、特に坐骨神経痛¹⁰がひどく、連続歩行ができない状態であった。慢性化した腰下肢痛は、治療直後に緩和するもののすぐに症状が元に戻るといった状況を繰り返していたが、その痛み程度は時とともに増悪していった。

治療を継続して 1 年半が経過しようとした頃、太田さんが左肩の夜間の痛みを訴えだした。前出の塩見さんの経験もあり、筆者の頭にはまずがんの再発と転移がよぎった。すぐに近医整形外科の受診を促したところ、「問題ない」と言われ湿布を処方されただけで終わった。本当に「問題ない」のだろうかという疑問を持ちつつ、筆者は痛みを緩和するべく肩関節周囲に鍼灸治療を行った。しかし痛みは一向に緩和せず、夜間の痛みは強くなる一方であった。関節可動域の制限も強くなり、明らかに状態は悪化していった。筆者が当時できうる様々な治療手段を試みるも、効果を上げることはできなかった。それでも太田さんは筆者の鍼灸治療を受け続け、毎週筆者が来るのを心待ちにしていたのである。太田さんの治療に関わって 2 年が経った時、筆者は都合により治療院を退職することになり、太田さんのその後の状態を見届けることはできなくなってしまった。筆者は強烈な「無力感」を感じながら太田さんの治療を終えることとなった。

筆者が退職して 3 ヶ月後、全く連絡を取っていなかった太田さんから電話があった。予想した通り、がんの再発および転移があり、骨そして脳にも転移しており手の施しようがない状況とのことだった。「あんたに治療してもらった頃が懐かしいよ。じゃあ元気でな。」というその電話から数カ月後、太田さんの親族から一通のはがきが届いた。太田さんは最終的にがんによる状態低下のために亡くなった。

太田さんは、症状の変化がないにもかかわらず鍼灸治療を受け続けた。また、筆者の治

⁹ 入院病棟の終末期がん患者の治療経験を持つ立野は、次第に状態が低下していく患者を前に「病室に足が向かなくなかった」としており、また治療する「意味が無いのではないかと葛藤した様子を記述している [立野 2014]。

¹⁰ 腰部脊柱管狭窄症により長時間の歩行が難しかった。それに加え、歩行するとすぐに息切れをしてしまう状態にあり、過去の喫煙歴も加味すると、重度の COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : 慢性閉塞性肺疾患) を患っていた可能性がある。

療を「楽しみに待っている」と語っていた。筆者との会話を楽しみにしていたからなのか、それとも日中家の中で一人寂しかったがゆえだったのか、あるいは鍼灸治療自体に何かポジティブな意味を見出していたからだったのだろうか。太田さんの治療経験は、慢性痛、特にがんの末期にある状態で症状の好転が得づらい状況にある患者にとってどのような「意味」を持つものなのか、その問いを筆者に強く抱かせる経験となった。

こうした問いは、筆者が調査の過程で巡り会った鍼灸師からも、聞くことができた。

末期の状態が進行するにつれ、衰弱が進んで(鍼灸の)治療効果があまり上がらなくて症状自体には苦しんでいるのに、積極的に最期まで鍼灸治療を受け続けるんですね。僕(鍼灸師)が来ることをすごく楽しみにしていて、末期の状況なのに基本的に鍼灸治療を受けることに対してすごくポジティブだったんですね。(鍼灸師)¹¹

戸惑いながら語った鍼灸師は、筆者と同様に自身が末期がん患者に関わる「意味」について疑問を呈していた。末期がん患者が、自らの死と向き合いながら、鍼灸治療という手段を選択し、受け入れ、ケースによっては非常にポジティブな側面を持ちうるというこの状況は一体何なのか。

また、ある在宅緩和ケア医は以下のように語った。

あの、背中の治療をしながらボソボソと(小声で)患者に語りかける、あれがいいんじゃないでしょうか。患者さんが気持ち良い医療というのは基本的には存在しません。その意味では患者さんが気持ち良くて楽になる(鍼灸)治療というのはいいのではないのでしょうか。(医師)

このように、医師も末期がん患者に対する鍼灸の独特な有用性について語っているのがある。医師側からも特徴的と映る鍼灸治療は、がん末期の状態にある患者にとって一体どのような「意味」を持つものなのか。

これまでの緩和ケア領域での鍼灸に関する先行研究では、定量的な方法を用いた、いわゆる症状に対する「効果」に関するものがほとんどである。伊藤 [2015;3-5] は、1982年から2013年にかけて156件の国内論文をレビューし、日本におけるがんと鍼灸治療の研究では、症状緩和、副作用軽減など身体的苦痛に対する研究が67.9%と多数であると報告しており、身体的な緩和ケアに鍼灸師が関与している状況を明らかにしている。海外においても盛んにがんに対する鍼灸治療の研究がなされており¹²、がん患者の痛みの軽減、がん患者の術後尿閉の軽減、QOLの改善、化学療法による悪心・嘔吐については有用であると結論付けられている¹³。また、海外においてはがん治療における鍼灸治療の安全性およびガイドラインが提示されている¹⁴ [Deng, et al. 2009]。

¹¹ この語りは、筆者が修士論文としてまとめた調査の過程で遭遇した語りである。当時は調査の本題と外れていたため掘り下げることはできなかったが、筆者が鍼灸治療の「意味」への関心を強めた重要な語りである。

¹² Weidongら [2008] は1997年のNIH consensus conference以来飛躍的にがん領域における鍼灸の研究が行われるようになったと指摘している。

¹³ 大坂 [2016] のレビューによる。

¹⁴ 好中球減少症や血小板減少症などの重篤な出血傾向への鍼治療は避けることや腫瘍局部やリンパ浮腫部位には直接

このように、がんに関連したある症状における量的な「効果」に関するエビデンスは、臨床上非常に意義のあるものであり、鍼灸治療が緩和ケア領域のこういった側面に有用であるかを把握し、また特定の愁訴や症状に対してできることを明確化していくことはEBMの観点からも重要である。ただ一方で、上述したような「意味」にフォーカスした問いに答えるには、個々の患者の治療経験に関する語りや、術者との相互行為の詳細な観察から得られる質的な観点も必要になると考えられる。特に、基本的に「治癒」が望めないがん終末期医療においては、科学的に検証された「効果の有無」という概念が限りなく意味的に曖昧なものになる上、ある医療手段の介入の「意味」が極めて個別性の強いものになるからである。文化人類学者の大貫恵美子は、「一般の人々の存在論的関心に応えることなくして、いかなる医療体系も医学的有効性を発揮しえない」としており、「ある特定の医療体系をその医学的有効性のみによって判断することは、救いがたい誤り」であり、「評価は常に両面的でなければならない」としている[1985:326]。つまり人間個々が持つ病気観から見た医療の在り方について、いわば「医療人類学的なアプローチ」から医療を考えることも一方で必要であるとしている。こうした観点からも、患者・術者双方が抱く病気観や治療観に注目し、両者の相互行為により形成される鍼灸臨床の現場からその「意味」について考えていく必要がある。

第二節 本研究の目的

上記背景を受けて、本論文では緩和ケアにおける鍼灸師と他職種の関係性、および患者個々にとっての鍼灸の「意味」の2点を明らかにすることを目的とする。

1 点目の鍼灸師と他職種との関係性については、職種間の連携の実態に着目する。まず、鍼灸師と他職種の連携に関する数量的な調査を行い、どの程度、どのような状況で他職種と鍼灸師の連携がなされているかを明らかにすることで、現状の緩和ケアにおける鍼灸師の位置づけを明らかにする。また、実際に鍼灸師と連携経験を持つ他職種を対象として質的調査を行い、鍼灸師との連携がどのように経験され、どのように意味づけられているかを明らかにする。最終的に緩和ケアにおける多元的医療としての鍼灸および鍼灸師の位置づけを検討するところまで議論を昇華させる。

次に、2点目の鍼灸の「意味」については、「患者・鍼灸師の思い」、および「鍼灸師と患者が作る治療の場」から解き明かす。鍼灸治療を受ける末期がん患者、および治療にあたる鍼灸師に焦点を当て、また両者の相互行為により形成される「場」に注目しながら個々の事例を詳細に検討する。治療空間の参与観察および末期がん患者と鍼灸師に対する聞き取りに基づいて事例ごとの詳細なエスノグラフィーを作成し、各事例における鍼灸治療の「意味」を徹視的に明らかにする。加えて、第二部の結果を受け、ケアを共に実践する他職種の見解も明らかにし、一つの施設で行なわれる緩和ケアという巨視的な文脈における鍼灸師の位置づけおよびその「意味」について論考を深める。

ここで改めて言及するが、本論文は緩和ケアにおける鍼灸の「効果の有無」を問うことに主眼は置いていない。緩和ケアの「場」における多元的医療として鍼灸がどのような位置づけにあるのかを明らかにし、また患者や、鍼灸師とともにケアを行う他職種にとって

刺鍼をしないことが推奨されている。

どのような「意味」を持つ存在なのかを明らかにすることにある。

第三節 用語の定義

第一項 「緩和ケア」

日本ホスピス緩和ケア協会¹⁵がまとめた緩和ケアに関する説明によれば「1970年代からカナダで提唱された考え方で、ホスピスケアの考え方を受け継ぎ、国や社会の違いを越えて人の死に向かう過程に焦点をあて、積極的なケアを提供することを主張し、WHOがその概念を定式化した」とされている。当初「緩和ケア」は終末期に行われるケアと解釈されていたが、2002年にWHOにおいて提唱された緩和ケアの定義¹⁶では、早期から行われるという意味が含まれるようになった¹⁷。日本における緩和ケアの概念は、特にがん患者を中心に構築されてきたとされ¹⁸、「緩和ケア」という表現自体、「がんの緩和ケア」を意味する場合が多い。また、宮下〔2013〕は「緩和ケア」について、がん治療期に行われる「基本的緩和ケア」と、末期から終末期の患者の苦痛に対して専門的に行われる「専門的緩和ケア」に分けているが、一般的に「緩和ケア」という場合、後者の文脈で用いられることが多い。本論文においても「緩和ケア」と表現する場合、原則「がんの緩和ケア」を意味し、とりわけ末期以降のがん患者になされる緩和ケアを意味することとする。それ以外の緩和ケアを意味する場合には、「早期からの緩和ケア」や、「非がん患者に対する緩和ケア」など説明を付与することとする。

第二項 「多元的医療体系」

「多元的医療体系」は、Chales Leslie〔1976〕、Arthur Kleinman〔1980〕によって整理された概念であり、文化人類学者である池田光穂〔1992：175〕の説明によれば「①一つの社会に複数の医療体系とそれを支える信条が多樣的、多層的に存在していること。あるいは②その状態を説明するための分析的モデル（理念型）」である。緩和ケアにおいては、多くの患者が通常医療以外の補完代替医療（Complementary and Alternative Medicine：以下CAM）を用いていることがわかっており¹⁹、その実践様態はまさに「多元的医療の実践」と言える状況である。本論文において同概念を援用する理由は、通常医療とCAMの一つである鍼灸の関係性を医療の「多元性」という観点から明らかにする中で、その位置づけを明らかにすることができ、さらには鍼灸のがん緩和ケアにおける「多元性」としての「意味」を問うことが可能になると考えたからである。

第三項 「意味」

¹⁵ 日本ホスピス緩和ケア協会 ホスピス緩和ケアの歴史と定義 [http://www.hpej.org/what/definition.html]。

¹⁶ 緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、精神的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切な評価と治療によって、苦痛の予防と緩和を行うことでQOL（Quality of Life：生活の質）を改善するアプローチである。

[原文：http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/]

¹⁷ Temelら〔2010〕は、早期からの緩和ケアを行うことで患者のQOLおよびうつ病などの精神症状が少ないことが明らかになるとともに、生存期間の中央値が統計学的に有意に長かったことを示した。

¹⁸ 宮下は『がん情報みやぎ』というウェブサイト上で、「緩和ケア」に類縁した「ターミナルケア」、「ホスピスケア」、「サポーティブケア（支持療法）」、「エンドオブライフケア」についてわかりやすく用語の意味を整理している。

[http://cancer-miyagi.jp/kanwa_sp/]

¹⁹ 第一章第一節にて詳述する。

前述の通り、本論文の目的は緩和ケアにおける鍼灸の「効果の有無」を問うことではなく、それが経験された文脈におけるその「意味」を問うことにある。筆者のこの観点は、日本人の病気観を象徴人類学的視点から明らかにする中で、鍼灸（東洋医学）の「意味」にアプローチしたマーガレット・ロック [1992]、および大貫恵美子 [1985] の成果に影響を受けている。象徴人類学は、「文化を意味の体系と考えると複雑で多様に見える文化現象をその中で使用される象徴の意味を読み解いて分析」[鈴木 2006: 126] する学問であるとされ、これまで医療人類学の領域に貢献してきた学問的視座である。儀礼研究に代表されるビクター・ターナーや、儀礼や祭の一般理論を構築したエドモンド・リーチがその先駆けとされている。本論文においても、鍼灸治療が持つプロセス性およびその象徴性に着目し、その儀礼的側面についても一部論考を深める。

第四節 本論文の構成

本論文は三部構成となる。第一部においては、研究の背景と方法について述べる。研究の背景では、緩和ケアにおける鍼灸の多元的医療としての現状とその位置づけ、鍼灸師と他職種の関係性、および鍼灸の「意味」に関する先行研究をまとめる（第一章）。方法では、本論文に集約される 3 つの調査研究の概要について述べ、質的データの分析の方法を中心に、データ解析方法について述べる（第二章）。

第二部では、「連携」をキーワードに緩和ケアにおける鍼灸に関する量的・質的な実態調査の結果について述べる。在宅療養支援診療所の医師を対象とした、在宅緩和ケアにおける鍼灸師との連携の実態に関する調査（第三章）と、緩和ケア病棟および緩和ケアが行なわれている病院を対象とした、鍼灸師との連携の実態に関する調査（第四章）について詳述し、それぞれの章において鍼灸師を含めた多元的医療の実態を職種間の連携関係から論じる。

第三部では、治療が行われる「場」の参与観察、患者および鍼灸師の語り、および他職種の語りに基づくエスノグラフィーの内容が中心となる。在宅緩和ケアの一環として鍼灸師がチームケアに関わっているひろせクリニックの概要およびそこで行なわれる鍼灸治療の概要について述べ（第五章）、参与観察を行った 10 名の患者の参与観察データ及び語りのデータに基づくエスノグラフィーを描く（第六章）。また鍼灸師以外の他職種 15 名の語りに基づくエスノグラフィーも描き（第七章）、実際の緩和ケアの現場でなされる鍼灸治療の実態から、緩和ケアにおける鍼灸の多元的医療としての位置づけおよびその「意味」について論考を深める（第八章）。

終章においては第二部、第三部の論考を統合し、緩和ケアにおける鍼灸の意味について総括を行う。

第一部
研究の背景と方法

第一章 本研究の背景

第一節 緩和ケアにおける多角的医療としての鍼灸の位置づけ

西洋医学に基づく通常医療 (orthodox medicine) ²⁰によるケアを受ける一方で、それに併せて多くのがん患者が通常医療以外の CAM²¹を用いていることがこれまでに明らかにされている。ここではその利用状況を俯瞰し、がんおよびがん緩和ケアにおける CAM および鍼灸の多角的医療としての現状について整理する。

第一項 がんの多角的医療としての CAM

がん患者の CAM の利用に関する最初のシステマティックレビューである Ernst ら [1998] の報告では、CAM の利用率は 7%~64%と各報告によるばらつきがあるものの、平均すると成人がん患者の 31.4%が CAM を利用していたとされている。この報告以降も、世界各国でがん患者の CAM 利用に関する調査がおこなわれてきた。広くがん患者を対象とした調査では、17% [Johannessen, et al. 2008]、65% [Oh, et al. 2010]、62% [Kucukoner, et al. 2012]、通院がん患者への調査では 47.3% [Tas, et al. 2005]、放射線療法と化学療法を行っているがん患者を対象とした調査では 73.5% [Yayney, et al. 2013] となっていた。またがん種ごとに明らかにされている調査結果では、乳がん患者を対象とした調査において 98% [Cui, et al. 2004]、62% [Buettner, et al. 2006]、原発性脳腫瘍患者を対象とした調査において 34% [Armstrong, et al. 2006] となっていた。対象の特性や利用状況の尋ね方に違いがあるためそれぞれ結果の違いがあるものの、対象者の半数以上が CAM を利用しているという調査結果が目立つ。さらに、これらの調査結果のうち、治療期にある患者に比べて緩和ケア期にある患者のほうが、なお CAM の利用頻度が高い傾向にあることも明らかにされている [Johannessen, et al. 2008、Kucukoner, et al. 2012、Yayney, et al. 2013]。経年的ながん患者の CAM 利用の動向を調べた調査は少ないが、小児がんの緩和ケア期に利用された CAM に関する調査では、家族を対象に 1999 年から 2000 年と、2005 年から 2006 年の二期にかけて実施され、一期では 38%が利用、二期では 49%が利用していたとされており、その利用状況が経年的に増加していることが示されてもいる [Schutze, et al. 2016]。これらのことは、がん患者、とくに緩和ケア期における多くの患者が、通常医療に CAM を

²⁰ NCI (National Cancer Institute) の説明によれば通常医療 (orthodox medicine) は、医師やヘルスケア専門職 (看護師、薬剤師あるいはセラピストなど) が薬物、放射線、手術療法を用いて症状や疾病を治療するシステムのことであり、別名アロパシー医学、生物医学、伝統医学、主流医学、西洋医学と呼ばれるものである

[<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/CdrID=454746>]。本論文においては例外がない限り、標準的に行われる西洋医学に基づく医療を通常医療と表記する。

²¹ 「補完代替医療」という表現は、「補完医療」と「代替医療」という二つの異なる概念が一つの概念として括られた表現である。「補完医療」は、文字通り通常医療に対する「補完的な」意味としての医療、つまり通常医療に対する「従」の位置づけであるのに対し、「代替医療」については通常医療に代わる「代替としての」医療、つまり通常医療に取って代わって「主」になるという意味合いである。エビデンスの蓄積に伴い、通常医療以外のいわゆる「補完代替医療」に「代替医療」としての積極的な意味合いは見出しづらくなることが明らかとなり、「統合医療」や「包括的医療」の概念が提唱され始めた昨今では、むしろ通常医療への「補完的な」役割を担うものであるというのが一般的な見解になりつつある。米国 NIH (National Institute of Health) の OAM (Office of Alternative Medicine; 代替医療局) から始まった補完代替医療施設 NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine; 国立補完代替医療センター) が、NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health; 国立補完統合衛生センター) へとその名称を変更したことはその象徴的な事例であろう。

併せるという「多元的医療」を実践している状況を示していると言えるであろう。

日本におけるがん患者の CAM の利用状況に関する大規模な調査としては、Hyodo ら [2005] のものがある。全国 56 施設の通院がん患者を対象に行われた CAM の利用に関する同調査では、対象となったがん患者のうち 44.6%が CAM を利用していることが明らかになっている。また同調査においては緩和ケア病棟患者のほうが CAM の利用と有意に関係性があったことが明らかにされている。また、Osaka ら [2009] による緩和ケア病棟を対象とした調査によると、64%の施設が少なくとも 1 つの CAM を提供しているとしている。

ではとりわけ緩和ケア期におけるがん患者はなぜ CAM を利用するのであろうか。Correa-Velez ら [2005] の調査では、多くの対象者が CAM を「代替」ではなく「補完」として用いており、寿命を延長し、症状や通常治療の副作用を緩和し、免疫力を向上し、総合的な QOL の向上の為に用いていた。Paul ら [2013] の調査では、自己免疫力を維持するため、また、「自分自身で何かをする」ために CAM を用いていた。一方で Trinkaus らの調査 [2011] では、進行期にある病棟入院患者の CAM 利用については 42%の患者がいわゆる“cure”として CAM を利用しており、また、CAM の利用には精神的な信頼 (spiritual faith) と幸福感の低下が関連しているとしている。Elliott ら [2008] は、終末期にある患者のうち、CAM 利用者と非利用者に対してそれぞれ聞き取り調査を行っており、利用者については身体的心理的幸福感、ヘルスケアへの全身的なアプローチを伴う親和性、通常医療を補完するものと考えて利用していることが明らかになっている。一方で非利用者が利用しない理由は CAM が“cure”にはならないという理由であった。日本において緩和ケア期の患者に限定した調査はないものの、Hyodo ら [2005] のがん患者に対する CAM の利用調査によれば、対象者の 67%ががんの成長を抑制すること、44.5%が治療 (“cure”)、27.1%が症状緩和、20.7%が通常医療への補完的効果をその目的として利用していることが明らかにされている。これらのことから、緩和ケア期にある患者にとっての CAM の利用は、「治療」、「症状の緩和」、「通常医療の補完」がその目的の中心となるが、通常医療の臨床の文脈では積極的には語られない、「免疫力の向上」、「幸福感」などもその目的として挙げられていることがわかる²²。

このように様々な理由により多くのがん患者が CAM を利用する一方で、患者の多くが医師にその利用について相談していないという実態も明らかになっている [Paul, et al. 2013]。また日本のがん患者の CAM 利用においても同様の傾向があり、CAM の利用を医師に相談しているのは患者の 40%未満であったことが明らかにされている [Hyodo, et al. 2005]。このことは、多くの患者が、医師との相談をすることなく、いわば「隠しながら」多元的医療を実践しているということである。Muecke ら [2016] によってドイツで行なわれた緩和ケアにおける CAM 利用に関する調査では、医療職種が教育の一環として CAM の情報を得るのに対し、患者はラジオやテレビ、また家族²³や友人からの情報によるという傾向が見られた。また Hyodo らの調査においても、CAM 利用のきっかけの 8 割近くが友人や家

²² 緩和ケア期にある患者の CAM の利用とその傾向には患者のコンディションにより差があることも一部明らかにされている。Buettner らの報告 [2006] によれば、QOL が低い群ではエネルギー療法が、比較的 QOL (Quality of Life) が高い群ではヨガが多かったとしている。また、Muecke ら [2016] によって行なわれた調査では、大半の患者がサプリメントなどの生物学的な方法に関心を抱くのに対し、医療職種は心身相関方法を好む傾向が見られたとしており、CAM への関心について患者と医療者の間で違いがあることも明らかにされている。

²³ がん患者の CAM の利用決定には家族の期待の影響が大きいことが明らかにされている [Hirai, et al. 2008]。

族であるとしており、医療専門職から CAM 利用に関して情報を聞いたのは 15%程度に過ぎなかった。

一方で緩和ケアにおける CAM の利用に関する医師らの抵抗感が、実はさほど強くはない現状も明らかにされている。Conrad ら [2014] のドイツにおける医療従事者を対象とした CAM への態度に関する調査では、回答者の 92%が補完的手段として受け入れ姿勢であることを示している。先の Osaka らの調査においても、調査対象となった施設の内、92%の施設が CAM に対しての制約を設けておらず、実質的に日本の緩和ケア病棟の多くが患者への CAM の利用について前向きな態度を示していると結論づけている。つまり、日本の緩和ケアにおいても、医療者側の CAM をめぐる多元的医療の実践に対してはむしろ肯定的な側面も明らかになっており、患者が様々な医療を選択しやすい状況にあることが窺い知れる²⁴。このように、医療者とがん患者の間で CAM の利用に関する意識の違いがある現状も明らかにされている。

第二項 緩和ケアにおける鍼灸をめぐる状況

ここまで示したようにがんやがん緩和ケアにおける CAM 全般の利用に関する調査は国内外共に多くみられるが、鍼灸の利用に関する調査については極めて限られたものしかない。調査されているものの多くは CAM 全般の調査の中に一部含まれる形のものであり、その内容に特化して調査されたものはごく少数である。前述したがん患者の国外の CAM の利用調査の内、鍼灸の利用状況について調べたものを見てみると、4.9% [Cui et al. 2004]、13% [Johannessen, et al. 2008]、7.1% [Yayney, et al. 2013] と、CAM 利用におけるその割合は決して高くはない。また、米国の緩和ケア入院患者 50 名へのアンケート調査 [Faily 2007] では、54%の患者が鍼灸について正しい知識を持っていたものの、がん関連の症状に鍼灸を用いた人は 10%に過ぎなかったとしている。国内では、Hyodo ら [2005] の調査から、CAM 利用者の鍼と灸の利用者がそれぞれ 3.6%と 3.7%に過ぎなかったことが明らかにされている²⁵。地域住民を対象とした緩和ケアチームの構成職種に関する意識調査では、他の医療職種に比べ、チームに参画する職種として鍼灸師への回答割合が最も低い状況が明らかにされている [原田ら 2005] ²⁶。これらの調査結果のみで一概に評価することはできないが、他国同様、鍼灸は緩和ケアの多元的医療としての CAM 中でもかなりマイナーな位置づけにあることが窺い知れる²⁷。

²⁴ 一方で、Hyodo ら [2003] の腫瘍医を対象とした調査によれば、82%の医師が CAM がガンには効果的ではないと認識している。また 84%の腫瘍医が抗がん剤と CAM との間の副作用を懸念し、80%の腫瘍医が CAM 製品を推奨できないとしており、「がん治療」における医師らの CAM に対しての厳しい見解も明らかにされている。このことから、がんの積極的治療時期における医師（各臓器別の専門医）らの意識と、緩和ケア期における医師（緩和ケア医）らの意識には違いがあることが推測される。小川 [2014] は、漢方医の立場から緩和ケアにおいて漢方医学が取り入れられる背景として、がんという疾患の慢性化や、がん患者の高齢化に伴い多様な合併症が出てきたこと、また診断困難な不定愁訴が多くなってきたことを挙げている。また、積極的治療の限界が伝えられるようになったことで最期の人生をより良く生きようという希望が高まり、補完代替療法を希望する患者が増加してきたことを指摘する。

²⁵ 同調査においては緩和ケア期にある患者の鍼灸の利用割合や利用目的については不明である。

²⁶ なお、鍼灸の認知度の低さの問題は緩和ケア領域に限ったことではなく、昨今の鍼灸業界全般に言えることでもある [七堂ら 2000, 矢野ら 2006]。国内における鍼灸治療の受療率の調査や認知度の調査が経年的に実施されているが、受療率については年々減少しており、2015 年の段階では国民の鍼灸の受療率が 4%台まで低下したことが明らかとなっている [矢野ら 2015]。

²⁷ なお、篠原ら [2003] が 2000 年から 2001 年にかけてがんの鍼灸治療に関して 1 千名の鍼灸師を対象としたアンケート調査を行った結果では、回答者の 78%にがん患者の治療経験があり、またそのうちの 57%が末期がんの治療を経験していることが明らかにされている。この数字に対して篠原は「意外と多い」と言及している。

一方で、オーストラリアの腫瘍医らを対象とした調査 [Newell, et al. 2000] では、最も認知されている non-traditional therapy の 1 つが鍼灸であり、また回答した腫瘍医の内 58% が緩和ケア患者における鍼灸の有用性を認識しているという報告もある。また、英国のホスピスや緩和ケアサービスにおける鍼灸の利用調査 [Leng 2013] では、回答した施設のうち 59% が鍼灸治療を患者に提供しているとしている²⁸。このように、国によっては鍼灸が緩和ケアの一手段として受け入れられている現状も明らかになっている。なお、日本においては医療者や緩和ケア施設を対象とした鍼灸に関する調査がなく、その実態は不明である。

第二節 通常医療と鍼灸の関係性

第一節においては、がんおよび緩和ケアにおける多角的医療として多くのがん患者が CAM を利用している現状、一方その中で鍼灸はさほど利用されていない現状について俯瞰してきた。また、患者の多くが CAM を利用する際に通常医療の医師らには相談していない、いふなればがん患者の「隠れた多角的医療の実践」がなされている現状が明らかとなった。本論文の主要なテーマの一つが、多角的医療における通常医療と鍼灸の関係性を問うことである。患者の「隠れた多角的医療の実践」の現状が明らかになる中で、一方の通常医療と鍼灸（より具体的には鍼灸師）の関係性はどのようにになっているのか。本論文におけるこの問いについて論考を進めるために、ここではこれまで論じられてきた人文社会学的な知見から多角的医療としての鍼灸の位置づけを整理する。

第一項 民俗セクターと鍼灸

多角的医療としての鍼灸について論考を進めるにあたり参考になるのが、Kleinman [1980: 50] により提示されたヘルスケアシステムの概念モデルである。Kleinman は人々の様々な病気への対処行動や保健活動を一つの文化システムとして捉え、民間セクター (popular sector)、民俗セクター (folk sector)、専門職セクター (professional sector) の 3 つのセクターに分類した。民間セクターは自己治療や家族・知人のアドバイスなど素人の行う医療のことであり、健康食品、サプリメント、民間薬、市販薬等が含まれる。民俗セクターは、多くの伝統・民俗医療、進行や宗教的医療の治療家による準専門的医療²⁹であり、民族医療、伝統医療、信仰・宗教的治療が含まれる。専門職セクターは、病院や診療所、薬局や保健所などで行われている、科学的な生物医学に基づく、制度として認められている医療である³⁰。この 3 つのセクターの概念モデルにおいて、辻内 [2009] や村岡 [2000: 47-54] の分類を参考に日本の鍼灸をカテゴライズすると、民俗セクターに含まれることになるであろう。そのなかでも鍼灸は医業類似行為として「準制度化」しており、「制度枠内

²⁸ この内、Physiotherapist と Professional Acupuncturist による鍼灸治療の実施割合は併せて 54% であり、40% 近くは医師と看護師によってなされていた。また同調査においては、緩和ケアにおける鍼灸の利用について多くの回答者が「十分なエビデンスがある」と回答している。

²⁹ 村岡は、民俗セクターにある治療師は「大衆部門と専門職部門の中間に位置している」 [2000: 47] 存在であると述べている。

³⁰ Kleinman のセクター分類についての日本語表記、および分類内容の詳細については辻内ら [2004] を参考にした。なお、辻内ら [2009] によれば CAM は民間セクターと民俗セクターの全てと、一部の専門職セクターに該当すると述べている。

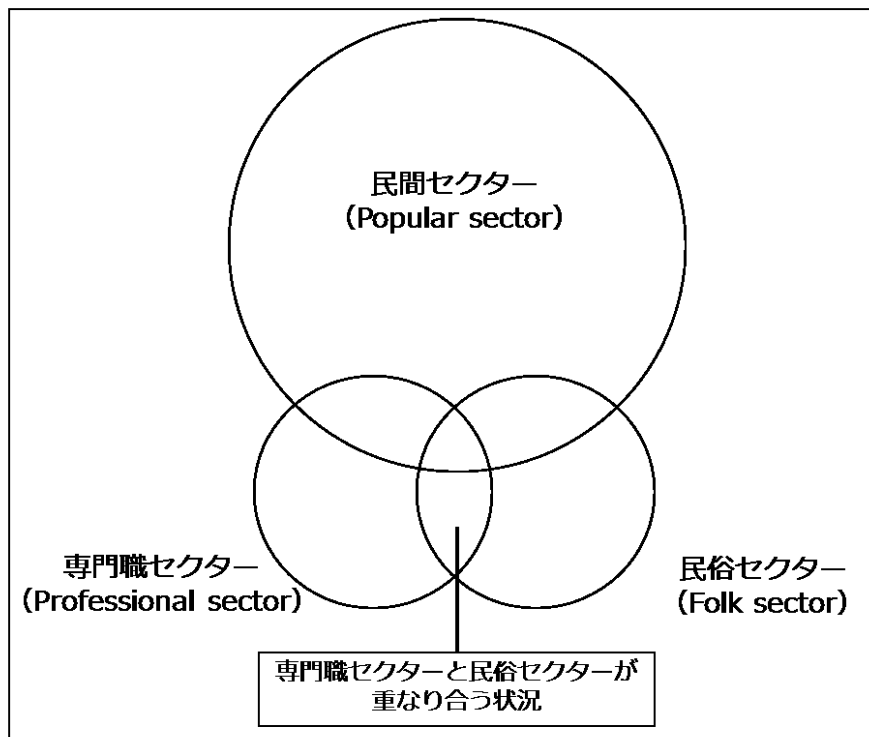
での非近代医学理論による医療」とみなせるため [佐藤 2000 : 12]、民俗セクターの中でも限りなく専門職セクターに近い場所に位置した医療と言えそうである。

第一節で見てきた CAM の利用状況から緩和ケア期にあるがん患者の各セクターの利用について考えてみると、専門職セクター (=通常医療) 以外のセクターを利用する場合は、多くが「隠れた多角的医療の実践」を行っており、とりわけサプリメントや食品など、患者本人や家族によって行なわれる民間セクターを中心に利用していることがわかる。また、民間セクターの利用に比べるとかなり少ないものの、民俗セクターを利用している患者もいる。Kleinman のモデルを用いて、辻内ら [2005] は患者の民俗セクター医療の受療パターンを導き出している。対象者の半数ががん患者であった同調査によると、民俗セクター利用者は①民間セクターから専門職セクターへ行き、そこでの治療が満足できずに民俗セクターに移行するパターン、②民間セクターに始まり、専門職セクターは経ずに民俗セクターに移行するパターン、③民間セクターからまず民俗セクターを利用するものの、並行して専門職セクターを利用するパターン、の 3 つのパターンを見出している。辻内らの結果からは、患者の多くが民間セクターをベースにして専門職セクターと民俗セクターを使い分けている様子がわかる。また辻内は同調査の結果から、「多角的医療システムの中で、人々はそれぞれのライフストーリーに裏付けられた価値観に基づいて、悩みながら模索しながらも自分にあった医療を自ら主体的に選択していくありさまがみられた」としており、日本においても患者の医療選択において「多元性」が認められると指摘している。牛山 [2015] も、Kleinman の 3 つのセクターを応用し、専門職セクターを「標準治療」、民俗セクターを「民間医療」、民間セクターを「NPO、NGO の非営利組織とその他の患者団体」に分類し、アトピー性皮膚炎患者の多角的医療の実践について論考している。また、アトピー性皮膚炎患者が自らの「患者の知」とエビデンスに基づく科学的知の間で揺れ動きながら各セクターを利用している様子を精緻に描き、また各セクター間の関係性について論じている。また牛山は各セクターがそれぞれの説明モデルを用いて互いのセクターに対して批判的な言説を用いてセクター間の牽制し合う関係性を描いている。辻内も牛山も指摘するように、病いを抱える患者は、自身の説明モデル³¹に合う医療を見つけるべくセクター間を行き来しているのである。

このように、日本における患者を中心とした各セクターの利用の仕方や、セクター間の対抗言説の微視的な分析は、「患者の視点」を理解する上では極めて有用である。ただし、本論文において着目しようとしている緩和ケアにおける通常医療 (医療職) と鍼灸 (鍼灸師) の関係性、つまり専門職セクターと民俗セクター同士の関係性を考えるための知見としてはいささか不足がある。Kleinman のセクター間の関係図を参照すると、専門職セクターと民俗セクターにはそれぞれのエリアに分けられている一方で、両者が重なり合う状況

³¹ Kleinman [1980] により提唱された。人々が病気になった時に、どのように考えて対処するかを形式的に表したものである。説明モデルには 5 つの構成要素がある。①その病的状態の原因、②その病的症状発現の時期と様式、③そこに引き起こされた病態生理学的な諸過程、④その病気の自然史・自然経過と重症度、⑤その病的状態に適した治療法である。村岡は、民俗セクターの治療師と依頼者が、病気に関する説明モデルをはじめ、自分たちの地域社会の規定にある価値観や世界観を共有していると指摘する [村岡 2000: 49]。また、民俗セクターの利点について、村岡は「主として日常語を介して行なわれ、説明モデルの共有を共有しやすいことその他に、しばしば、ヘルスケアの過程に家族やコミュニティのメンバーが関わるなど、親密さ、くつろぎやすさが見られることなどである」 [村岡 2000: 51] と説明している。

図1-1 Kleinmanが提示したセクター間の関係



Kleinman [1980 : 50] Figure 3 「Local Health Care System: Internal Structure」を筆者が改変し作成した。

もあり、これについて Kleinman も「専門職セクターと民俗セクターがとあるローカルな状況において重なり合うこともある」[1980 : 50] と指摘している（図 1-1）³²。Kleinman の提示するセクター間の分断と重なり合いに関する理論的モデルが、実際には日本の緩和ケアにおける通常医療（医療従事者）と鍼灸（鍼灸師）の関係性においてはどのように説明されうるものなのか、この点については現段階ではまだ明らかではない。近年の緩和ケアにおいて「チームケア」が提唱されている中で、このセクター間の分断と重なり合いについて検討することは重要な意義があると考えられる。

第二項 通常医療と民間医療という文脈における鍼灸の位置づけ

セクター間の関係を整理する上でもう一つの重要なのが、しばしば日本の社会学者や人類学者の間で論じられてきた「通常医療と民間医療」という理論的枠組みである。ここでは医師であり医療社会学者の佐藤純一 [2000] の見解を中心に見ていきたい。佐藤は池田 [1995 : 204] および同じ医療社会学者の黒田浩一郎 [1985] の民間医療の定義を継承し、①制度的医療（医師免許のある医師の医療）以外の医療、②近代医学理論（標準的医学理

³² 牛山はこの重なり合いの部分をも「中間カテゴリー」とし、そこに位置するのが「脱ステロイド医」（医師であるが標準治療としてのステロイドを用いない医師らのこと）であるとしている [2015 : 103]。本論文のテーマである通常医療と鍼灸について考えた場合、同箇所への解釈の方法はいくつかあるであろう。牛山の分類方法に倣うのであれば、まず「鍼灸治療を行う医師」がここに入るであろう。あるいは方法論として「現代医学的解釈に基づく鍼灸治療」とも解釈できる。また、「医療者と鍼灸師が共にある「場」と捉えることもできる。いずれの解釈からも検討しなければならないが、筆者の問題関心は通常医療と鍼灸の「関係性」にあるため、本論文においては3つ目の「医療者と鍼灸師が共にある「場」」という解釈に基づき、Kleinman の図を読み解いていくこととする。

論)以外の理論による医療のどちらか(または療法)にあたる治療法が「民間医療」であると改めて定義している。また、「民間医療を民間医療たらしめているのは、民間医療側の理論・方法の特性(質)や歴史(出自)などではなく、「近代医療でないこと」、つまり、「近代医療から排除されている」ということであること」[佐藤 2000:8]であり、民間医療という概念の現在の成り立ちについて近代医療からの「逸脱」と「排除」こそがその背景にあるとしている³³。このように佐藤は民間医療の定義を整理した上で、民間医療の3つの類型化を行っている。

- a.pure な民間医療(非医師により、非近代医学理論で行なわれる医療。さらにセルフケアタイプと治療者施術タイプの2つのサブタイプに分類している)
- b.近代医学に擬態化した民間医療(非医師により、近代医学理論で行なわれる医療)
- c.医師・医療専門家による制度内での民間医療(近代医学の医師・医療専門家により、非医学的理論で行なわれる医療)

このうち、準制度的な位置づけにある、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師は「c.医師：医療専門家による制度内での民間医療」に入るとしている[佐藤 2000:25]。佐藤の見解を整理すると、鍼灸師は現状において概念的には「排除」および「逸脱」の民間医療の括りに含まれるが、その一方で準制度的位置づけにあることによりもともと「制度的医療に近いもの」であると言えそうである。

黒田[2000]は民間医療と正統医療³⁴の「関係」を捉えるための二つの視点を提示している。

- ① 民間医療は、その利用者と提供者の出会い及びその後の協力関係として捉えられるが、このような出会いと協力関係に正統医療がどのように影響するか、という視点がある。ここでは正統医療が民間医療の利用をどのように促したり、妨げたりするか、が焦点となる。
- ② 民間医療の利用者と提供者の出会いと協力関係に、国家や家族・親族、友人・知人などの第三者が、正統医療と民間医療のそれぞれの利用を、他方の医療の利用と比べて相対的に、どのように促したり、妨げたりするかが焦点となる。[黒田 2000:147-8]

本論文に照らし合わせて黒田の視点を整理すると、前者はまさに本論文で問おうとしている専門職セクター(=通常医療/医療者)と民俗セクター(=鍼灸/鍼灸師)の関係性のことであり、緩和ケア期にある患者の鍼灸の利用に通常医療がどのように関与するかという視点である。

³³ 佐藤[1998:242-4]は「近代医療は非人間的で人間を疎外し、代替医療こそが人間を疎外から回復させ復権させる医療である」という<神話>が、実は論理的に根本的な脆弱性を抱えているとする。多くの代替医療の理論が、「反・要素還元主義」「反・心身二元論」「反・人間機械論」などのように、「アンチ近代医学方法論」の集合という「近代医学の方法論の鏡像」として構成されており、自分たちの理論の根拠や正当性を展開したり、自分たちの理論や治療の有効性を検証したりする理論体系の中心部分がスポッと抜けていて、中空構造になっていると指摘する。

³⁴ 本論文で言及している通常医療のことである。黒田は「今日のいわゆる「先進国」における近代西洋医療のこと。それが、国家によって唯一の、あるいは中心的な医療として公認されている。という側面を強調して「正統医療」と呼ぶ」[黒田 2000:144]としている。

後者は通常医療の利用と鍼灸の利用のバランスに対して、第三者がどのような影響を与えうるかについてであり、本論文の論考に随所に関わる視点である。後者について言えば、CAM の利用については家族や友人の影響が大きいことは疫学的には明らかになっているが³⁵、実際にどのような形で影響するのかに関する詳細は不明である。こと鍼灸についてはほぼ全く解っていない状況である。また、第三者としての「国家」の影響について最も直接的なのは法律との関係になるであろう。鍼灸師は国家資格である時点でいわば「国の承認を受けている」といえる職種である。しかしながら鍼灸師が医療システムの中で機能するには法律上の様々な制限が存在する。代表的なものが保険の取扱いの問題であろう。鍼灸は医療保険で取扱できる疾患が限られている上、その取扱いの許可を出す権限は医師に委ねられている³⁶。こうした状況に対して広井 [2007] は、医療保険を用いた鍼灸治療は「副次的ないし周辺的な形で位置づけられる」療養費制度³⁷であると指摘している。また、病院における混合診療禁止の問題も大きい。保険診療が行なわれる病棟患者に、自費での鍼灸治療を行うことは原則法律上できないことになっている³⁸。このように、「準制度的」でありながら民間医療である鍼灸が、医療システムの中で行われること自体極めてハードルの高いことなのである。

第三節 他職種と鍼灸師の連携の現状

第二部においては、緩和ケアの多角的医療における鍼灸師と他職種の関係性を問うために、両者の「連携」について論考を進める。その上で、これまでの他職種と鍼灸師の連携の実態について整理しておきたい。国内において他職種と鍼灸師の関係性について指摘している先行研究は限られたものしか無く³⁹、その実態はほぼ不明な現状と言っても過言ではない。筆者が調べた限りにおいては、津嘉山ら [2012] によるがんに対する鍼灸治療に関する論文を発表した著者を対象とした量的調査と、伊藤 [2015] によるがん患者に対する鍼灸治療経験者を対象とした質的調査のみであった。以下ではまずこの二つの報告について概観する。

津嘉山らの調査では、「担当医師との連携」に関して調査がなされている。まず連携の有無について「連携を取っている」が 42%、「とっていない」が 33%であったとしている⁴⁰。

³⁵ Mueke ら [2016]、Hyodo ら [2005] 参照。

³⁶ 平成 16 年に厚生労働省から出された『保医発 1001002 はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について』によれば、「神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な痺痛を主症とする 6 疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を個別に判断し、支給の適否を決定する必要があること」とされている。

³⁷ 一般の保険医療機関の「療養の給付」（現物給付）とは別に、それを補う制度として「療養費の支給」による保険給付が規定されている。「療養費の支給」の制度では、患者がとりあえず保険医療機関に治療費を全額払った後、患者自身が保険者に医療費を請求し、その請求に応じて医療費が現金で支給されるものである。鍼灸師、マッサージ師、柔道整復師の医療行為に対する保険給付は、厚生労働省がこの制度に基づいて行政指導を行い、運用している [保険鍼灸マッサージ協会 2013 : 21-22, 健康保険法 第 87 条の 1 (<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/T11/T11HO070.html>)]。

³⁸ 同内容については改めて第二部第四章で触れる。

³⁹ 国外においては統合医療施設における代替医療従事者と医師との相互行為に関する調査 [Shuval, et al. 2002, Hollenberg, et al. 2006] や、統合医療における代替医療従事者のコミュニケーション教育に関する研究 [Frenkel, et al. 2007] が行われているが、鍼灸師と他職種の関係性や連携関係について論じているものは、筆者が調べた範囲では見当たらなかった。

⁴⁰ 津嘉山らの調査対象者は、がんに対する鍼灸治療に関する論文を発表した著者となっているため、論文執筆の機会の

施術現場別の結果では、医療機関内に所属している鍼灸師および患者自宅にて施術を行う鍼灸師では70%が医師と連携を取っているのに対し、自身の施術所で治療を行う鍼灸師では、医師と連携を取っているものは30%に満たなかったとしている。そのなかで担当医師と連絡や申し送りを行う際に困難を感じるものが29%、感じたことがないものが24%であった。また、患者自宅にて施術を行う鍼灸師においては、同じ連携を取っていると答えた医療機関内に所属している鍼灸師に比べ、施術場所が医師と離れるためか70%以上が難しさを感じていることがわかったとしている。津嘉山らの調査からは、医療機関に所属する鍼灸師を中心に医師との連携がなされている状況が伺えるが、それに比して独立開業している鍼灸師は医師とは連携していない状況が明らかにされている。また在宅での鍼灸治療において、他職種との連携の難しさがあることが明らかにされている。

伊藤は「患者との関わりで生じる困難」についてインタビュー調査を行う中で、【医療関係や法制度に関する困難感】というカテゴリーを抽出しており、その中にく他の医療者との関係>というサブカテゴリーが含まれている。伊藤は同サブカテゴリーについて、「病院でチーム医療の一員として鍼灸治療を行う場合、医療者、特に医師へ鍼灸治療を理解してもらうことの重要性を述べている。しかし実際はなかなか実現化しないこととのギャップに悩んでいることが現れている」[伊藤：122]としており、鍼灸師の他職種との関係構築の難しさを指摘している。また同じカテゴリーの中に、<鍼灸治療の保険制度や身分の未保証>というサブカテゴリーも含まれており、「がん患者の症状に対する鍼灸治療の健康保険は存在しないのが現状である。また病院では保険診療と自由診療を同時に行う混合診療禁止の原則が存在している。そのため病院内でのがん患者への鍼灸治療は、治療費の問題や鍼灸師の身分の問題などが障壁となることが多い」[伊藤：122]と、筆者が前節において指摘した内容と同様の指摘がなされている。

筆者も伊藤と類似した観点から、末期がん患者に対する鍼灸治療の経験がある若手鍼灸師を対象として「困難感」に関する質的調査を行った[高梨 2012]⁴¹。同調査は10名の鍼灸師（開業鍼灸師が6名（うち在宅専門の治療院が2名）、在宅治療院勤務が2名、病院勤務が2名）を対象として行なわれた。インタビューデータを分析した結果【患者を取り巻く人々との関わり】というカテゴリーをコアカテゴリーとして、9つのカテゴリーが抽出された。同調査の結果からは、鍼灸師が他職種との関係をうまく構築できないために、患者情報を得ることができず、最終的に鍼灸師が臨床現場でケアを実践する上での孤独感を内包するという帰結に至ることが明らかとなった。他職種との関係構築の難しさは、所属を問わずに語られていたが、在宅治療院に所属する鍼灸師からは主として医療保険の同意に関する医師との関係性について語られており、病院勤務の鍼灸師からは、他職種とのコミュニケーションの少なさについて語られていた。積極的に医師やケアマネージャーに連絡をしたり、あるいは他職種が集まる会議などに顔を出すなどの工夫をすることにより、他職種との関係を構築している事例も見られたが、インタビュー対象となったほとんどの鍼灸師が他職種との関係構築の難しさについて言及していた。その背景には、伊藤も指摘していた制度の問題や病院での鍼灸実施の難しさなどの問題があることが指摘されており、「医療におけるどこが自分たちの適材適所なのか」という切実な思いすら語られていた。

多い大学病院などの医療機関に所属する者の回答が多くなっている。

⁴¹ 序論で述べたとおり、同内容は筆者の修士論文でまとめた内容でもある。

ただし、ここで提示した 3 つの調査結果は全て鍼灸師を対象とした調査であり、鍼灸師と関わりを持つ他職種が鍼灸師との関係性をどのように感じているか、その意識については不明である。また実際に鍼灸師と連携しながら緩和ケアを実践している他職種がその経験をどのように捉えているかは明らかにされていない。したがって第二部においては、他職種から見た鍼灸師との連携について明らかにする。

第四節 鍼灸の「意味」に関する現在の知見

序論で述べた通り、本論文の 2 つ目の目的は、緩和ケアにおける鍼灸の「意味」について探索することである。ここでは鍼灸の「意味」に関する現在の知見を整理する。

第一項 多元的医療システムにおいて「相補的」と論じられた鍼灸

日本において多元的医療システムという理論的枠組みで鍼灸について論じた代表的な著作に、大貫恵美子による『日本人の病気観』[1985]がある。大貫は同書において象徴人類学的な観点をを用い、日々の健康・病気に関した日本人の行動、慣習がいかんして日本文化の「論理・意味構造」によって秩序付けられているかを説明している。また、その上で「生医学」と「漢方」⁴²が相互影響しながら補い合っており、それぞれの医療体系が「周到に日本の社会文化環境に根を下ろしている」様を描いている。大貫は同書において「漢方」を扱う理由として、同時期における多元的医療体系としての「漢方のリバイバル」を挙げ、以下のように説明する。

漢方が抑圧にもめげず存続し、さらに今日、勢いを盛り返したことの根本的理由は、その長い歴史を通して、診断や治療法に現れている漢方の基本的な前提及び原則が、どの時代においても大部分の日本人の考え方、ものの見方に極めて近いものであったからに違いない。[大貫 1985 : 143]

大貫は「リバイバル」のより具体的な理由として「生医学」に対する不満の高まり⁴³と「変質性および慢性の病気の発生率」の上昇の二点を詳述している。また、日本人の考え方と漢方の前提及び原則が近いことについても言及している。大貫は「漢方」の理論的枠組みを整理した上で「きわめて高度に発達した医学体系」とし、「漢方と生医学とは、ほぼ理想的な補完関係にあり、双方が互いの弱点を補い合う」と結論づけている。大貫の論考のポイントは、個々の医療体系が独立して存在しているのではなく、あくまで日本の社会、文化という一つの土台の上に多元的医療体系が「埋め込まれている」形で存在しあっているということにあらう。まさに医療人類学者の池田光穂が指摘する「個々の医療体系の寄せ集めではない互いに補完しあう＜全体的な現象＞である」[池田 1992 : 177]と捉えていると言える。

⁴² 大貫の言う「生医学」は本論文で言う通常医療のことであり、また「漢方」は漢方薬と鍼灸のことを併せたものとして表現している。

⁴³ 具体的には、薬物の副作用、通常医療で効果的でない慢性病への「漢方」の効果、身体全体の均衡状態を重視する「漢方」の日本人への意味深さと説得力、医師の患者に対する非人間的になりがちな態度に対する批判が挙げられている [大貫 1985 : 155-9]

一方で、「西洋医学」とあくまで独立した多元的医療として存在しているという立場で鍼灸も含めた日本の「東洋医学」について論じたのが、マーガレット・ロック [1992] である。ロックは、東洋医学の理論体系を整理し、また京都をフィールドに漢方及び鍼灸按摩マッサージの現場のフィールドワークを通じ、大貫に先んじて「東洋医学で用いられている信条体系や治療過程がどのように患者の要求と結びついた象徴的伝達の型を与えているのかについて示し」[ロック：16] ている。ロックは、大貫よりもさらに微視的に患者の鍼灸マッサージの受療傾向を明らかにしている。「鍼、灸、マッサージ治療所の患者は、それらの治療が筋肉や関節の問題や神経痛のような神経系に関係した痛みに最適であると信じている」[ロック：203] としている。また、灸は鍼よりも持続的で深い効果を全身に及ぼすと考えている。また一方で治療家も患者も、鍼は心理的な問題を治療するのに非常に効果があることに同意しており、このことについてロックは「東洋医学の技術が心理的態度や実際の行動を変えるのに役立つという信念をより強化する」[ロック：204] としている。また日本の思いやり文化が、治療家はそのタッチを穏やかにしたり、かなりの程度まで喜んで患者の悩みをきく態度を育てているとも言及している。さらに、「東洋医学の治療は患者のすべての訴えを“本当”だと力強く同意し、軽い症状の除去に有効な治療を施し、愛育的な家族に近い治療技法や臨床的状况設定を行う」[ロック：240] という特徴を指摘している。

同書の結論において、ロックも大貫と同様に東洋医学の復活について言及しており、その理由については「世界医学⁴⁴が現在のところ癌、喘息、腰痛、神経痛などの多くの患者の要求に答えるには適していなくて、これらをただちに治癒させることができないという事実こそが、伝統治療の復活にとっては中核的」[ロック：272] としている。ただし、大貫の指摘と異なり、ロックは世界医学に対する不満が漢方ブームの大きな原因ではないとも指摘している。また日本の医療の多元性については、実用主義をその背景に挙げている。ロックは、今後鍼灸を始めとした伝統医学と世界医学との関係について、科学的研究の進展に伴い、伝統医学の手法が補助的なものとして世界医学の治療として用いられる可能性があるとしている。またこの点について「もしも伝統医学が大衆化を続けるならば、その体系の中で多元的なやりかたは積極的な長所であるが、近代化や合理化に押されると、世界医学に似てきて、その効用性も減退するだろう」[ロック：280] とも指摘している。

このように背景となる疾病構造の認識は共通しているものの、鍼灸に関する多元的医療としての意味について、大貫とロックでは異なる視点を有している。

第二項 鍼灸の「意味」に関する質的研究

本論では、臨床効果に関する知見については基本的に触れない。筆者の関心は「効果があるか」よりも「何を持って効果と考えるか」であり、「どのような効果を意味があるものとするか」についてである。近年海外においては、鍼灸の効果に関する RCT を用いた数量的な研究のみならず、質的研究によって患者の主観的感觉を明らかにする研究も散見されるようになってきた。それらの質的研究の中で着目されているのは鍼灸治療の「経験」であり、その知見の中には、本論文において扱おうとしている緩和ケアにおける鍼灸の「意

⁴⁴ 本論文で言うところの通常医療のことである。

味」の論考に大きく示唆を与えるものもある。Alraek ら [2009] は、ホットフラッシュに対する鍼治療を行った患者に対して健康変化について尋ね質的に分析を行っている。その結果、ホットフラッシュの頻度や程度の軽減とともに、「気分が良くなる」、「元気が良くなる」、「落ち着く」などの心身の変化が得られたとしている。Hughes ら [2009] はリウマチ患者に対して鍼治療の経験に関するインタビュー調査を行っている。患者はリウマチの典型的な症状の軽減とともに、二次的に生じる疲労、うつ、不眠などの症状が改善したとしている。結果的にこれらの改善に伴い再び普通の生活を取り戻し、ライフスタイルや感情的な幸福感や自己イメージの改善につながったとしている。また、鍼灸師の親密さも患者の経験や効果の認識に関与しているようである。Rugg ら [2011] は、MUPS (Medically Unexplained Physical Symptoms) に対して五行鍼法 (five-element acupuncture) を用いて治療をおこなった患者に対して RCT (Randomized Control Trial) を行う中で、長期的にインタビュー調査を行っている。その結果、治療時の相互交流や全人的という特徴と同様に、話をよく聞き対応してくれる術者と共に過ごす長い鍼治療時間に対して価値が見出されていた⁴⁵。これらのことは多くの患者に対して、生活スタイルを変えるなど、主体的な治療参加を促した。また、対象者は鍼治療による身体的、心理的、社会的次元における広範な変化を経験しており、それらの多くはポジティブなもので、身体的・心理的活力の増加、多大な自己コントロール感、穏やかさ、そしてリラクゼーション等が挙げられていた。Paterson ら [2003,2004] は慢性病に対して鍼治療を受けている患者に対して継続的なインタビュー調査を行っている。患者は症状の変化に加え、活力の変化に特徴的な全人的な効果、および身体的かつ社会的な自身の変化を経験している。また身体に対する新たな理解や全人的存在としての自己の認識を経験している。Kliger ら [2015] は、慢性痛患者を対象に行なわれた鍼の臨床試験に並行してインタビュー調査を行っている。鍼治療の経験について、意思決定の過程、治療経験、健康への鍼の効果の3つの内容が抽出されている。鍼の効果については、痛み以上にその他の症状に対しての効果があつたことに加え、治療中の深く休まる、かつリラックスした状態になることが注目すべき知見であつたとしている。Stomski ら [2014] は慢性腰痛患者を対象に鍼灸の経験について質的分析を行っており、「Reclaiming Control (身体感覚を取り戻す)」、「Gaining Sanctuary (安らぎの場所を得る)」、「Gaining Trust (鍼灸師への信頼)」、「Working Together (協働作業)」という4つの概念を導き出している。

また、がんの症状に対する鍼治療についても質的研究により患者の経験や認識について明らかにしている研究がある。Walker ら [2007] のホルモン療法を受ける女性患者のホットフラッシュおよび寝汗について、対象者は鍼治療が有用でリラックスをもたらすものであるとしている。また総体的な感情的かつ身体的な幸福感の改善も見られたとしている。de Valois ら [2016] は、リンパ浮腫を抱える患者に対して鍼灸治療の経験について尋ねたところ、鍼灸の全人的なアプローチ、および長い時間ケアをし、話を聞き、また応えるということに価値を見出していた。また対象者は身体的とともに心理社会的健康観も変化したとしており、活力が増し痛みや不快感が軽減し、またエンパワーメントされた感覚や自分自身のコントロールおよび受容ができるようになったとしている。

⁴⁵ 近年では、RCTによる鍼灸治療の効果の追求に加え、鍼灸治療そのものの患者への利益に着目した研究もなされるようになってきた [Thompson, et al. 2015]。

このように、これまでの鍼灸治療に関する質的研究の蓄積から、鍼灸治療の「全体性」、「自己の理解」、「新たな身体」、「リラクゼーション」、「幸福感」など、症状に対する治療効果とは異なる概念が抽出されてきている。しかし、これらの研究の中で、実際に緩和ケア期にある「末期がん患者の語り」を分析したものは無く、また、実際の末期がん患者の治療の現場に入り込んで「鍼灸師と患者の相互行為の現状を捉えて現場の実態分析」を行った研究は無い。本論第三部において、このような最近の鍼灸治療に関する質的研究の知見と対比させながら、緩和ケアにおける鍼灸治療の意味について論考を深める。

第二章 研究方法

第一節 調査方法と対象

本章では本論文に集約されている3つの調査（調査1；第二部第三章、調査2；第二部第四章、調査3；第三部）について概説する。

第一項 調査1の方法と対象

調査1（第二部第三章）は、2012年3月から4月に行った在宅療養支援診療所医師を対象とした質問紙およびインタビュー調査である。本調査では、医師と鍼灸師の連携関係についてその数量的な実態を明らかにするべく質問紙調査を行い、質問紙調査の回答者の中から鍼灸師との連携経験をもつ医師を対象に、鍼灸師との連携経験および緩和ケアにおける鍼灸に対する考えについてインタビュー調査を行った。質問紙調査の対象は、末期がん患者の在宅ケアの実施調査に基づき作成された「末期がんの方の在宅ケアデータベース」⁴⁶に2012年1月の時点で登録されている、在宅でのがん緩和ケア実績のある在宅療養支援診療所297施設であった。郵送法による自記式質問紙調査を行い、回答は診療所所属の医師に依頼した。質問紙については2012年2月上旬に発送し、2月末日を期限として返送を依頼した。また、調査票の返送をもって調査協力の同意が得られたものとした。期限後半に返送が得られなかった施設に対して、一度郵送にて返送依頼をした。質問紙の内容は、鍼灸師と連携をして在宅緩和ケアを実践している施設数、連携の現状、および情報共有の実態と方法を把握するものとした。また併せて在宅緩和ケア領域における鍼灸師との連携に関する見解を得るための項目を作成した（付録1）。

インタビュー調査では、質問紙調査において「現在鍼灸師と連携している」と回答した14施設を対象に、郵送にて対面でのインタビュー調査を依頼し、最終的に5名の医師にインタビューを行った⁴⁷。いずれの対象者へのインタビューも直接所属している施設に訪問し、予めおおまかに定めた質問内容に基づき半構造化面接を行った（付録2）。質問内容は、連携経験のプロセスを詳細に把握するために、「連携に至る経緯」、「連携の実態」、「連携することをどのように捉えているか」の3点を主とし、特に質問紙調査の自由記述から抽出された「情報共有を密に行う方法」「チームとしてのコミュニケーションの取り方」「多職種連携における鍼灸の位置づけ」の内容を交えながらインタビューを行った。インタビュー時間は26分から63分であった。インタビュー実施回数は各対象者とも1回ずつであった。インタビュー内容に関して、テープ起こししたデータを対象者に送付し、内容確認を行った。

第二項 調査2の方法と対象

調査2（第二部第四章）は、調査1と平行して実施した調査であり、2012年3月から2014年12月にかけて行った緩和ケア病棟および緩和ケアが実践されている病院を対象とした調査である。調査1が「在宅」の「場」における調査であったのに対し、本調査は「病院」という「場」における他職種と鍼灸師の関係性の実態を明らかにすることを目的とした。

⁴⁶ 末期がんの方の在宅ケアデータベース [http://www.homehospice.jp/db/db.php]。

⁴⁷ 対象者の詳細は第三章第二節にて述べる。

本調査も調査 1 と同様に、質問紙調査により緩和ケア病棟における鍼灸師の実践実態を数量的に明らかにし、さらにインタビュー調査を行い病院における鍼灸師と他職種の連携の実態を明らかにすることを試みた。質問紙調査の対象は、2012 年 1 月の時点で緩和ケア病棟入院料加算を受けている医療機関 244 施設とした。郵送法による自記式質問紙調査を行い、回答は緩和ケア病棟の病棟長ないし看護師長に依頼した。2012 年 3 月初旬に発送し、3 月 15 日を期限として返送を依頼した。調査 1 と同様、調査票の返送をもって調査協力の同意が得られたものとした。期限後半に返送が得られなかった施設に対して、一度郵送にて返送依頼をした。質問紙の内容は、現在の鍼灸師による鍼灸治療実施の有無、鍼灸治療実施の概況、鍼灸師による鍼灸治療が行われるようになった理由、緩和ケアチームに鍼灸師が属しているか、チームケアに鍼灸師が携わることについての考え、緩和ケアにおいて鍼灸治療が行われることについての考えに関してであった（付録 3）。

質問紙調査後、回答施設のうち鍼灸師による鍼灸治療が実施されている施設にインタビュー調査を依頼したものの、どの施設からも調査協力を得ることができなかった。その為、緩和ケアチームで患者ケアを実践しており、ケアの一環として鍼灸師による鍼灸治療が行われている病院に所属している鍼灸師や他職種を便宜的にサンプリングし、インタビュー調査を行った。最終的に 11 名のインタビュー調査協力を得られた。職種の内訳は、医師 3 名、鍼灸師 6 名、看護師 1 名、臨床心理士 1 名であった⁴⁸。この内、A 病院に所属していた医師 1 名、鍼灸師 1 名、看護師 1 名、臨床心理士 1 名の 4 名と、B 病院に所属していた鍼灸師 2 名についてはそれぞれグループインタビューを行った⁴⁹。その他の 5 名は筆者と一対一の対面でのインタビューを行った。インタビューの実施場所は、病院の診察室、待合室、鍼灸治療室、また病院付近の喫茶店であった。インタビューは予め作成したインタビューガイドに基づき、特に病院内での連携の実態、各職種が感じる鍼灸師の緩和ケアにおける役割についての内容を中心に半構造化面接を行った（付録 4）。インタビューの時間は 25 分から 77 分であった。

第三項 調査 3 の方法と対象

調査 3（第三部）は、実際に緩和ケアの一環として鍼灸治療が行われる「場」の参与観察、また、患者や鍼灸師、およびケアに関わる他職種に対するインタビュー調査である。調査 1,2 は緩和ケアにおける鍼灸師と他職種との関係性を検討するための調査であった。調査 3 は患者目線、および実際に緩和ケアの一環として鍼灸治療が行われている「場」で起こっている現象そのものに目を向け、末期がん患者にとっての鍼灸の「意味」について検討することを目的とした。

対象としたのは、在宅緩和ケアの一環として鍼灸師が施設に常勤雇用されているひろせクリニックである。ひろせクリニックは調査 1 への調査協力が得られた施設でもある。その際には 1 名の医師の話聞くのみで、ひろせクリニックでの鍼灸治療の実態や他職種との関係性の実際について、その概要を把握するにとどまっていた。「鍼灸師がチームの一員

⁴⁸ 対象者の詳細は第四章にて述べる。

⁴⁹ A 病院でのグループインタビューは対象者の都合により、1 回目医師、臨床心理士、鍼灸師の 3 名で、2 回目看護師、鍼灸師の 2 名でそれぞれグループインタビューを行った。なお、医師には別途一対一のインタビューも行った。また B 病院でのグループインタビューでは、対象となった 2 名の鍼灸師以外に、オブザーバーとしてもう 1 名鍼灸師が参加し、計 3 名でグループインタビューを行った。

となっている」同施設⁵⁰において、実際にどのように鍼灸師がチームケアに参画しているのか、鍼灸師がチームケアに参画することは患者にとってどのような「意味」があるものなのか、またそもそも患者にとって鍼灸がどのような「意味」を持つものなのか。これらの問いに対する答えを探索するためには実際に現場に入って筆者自身の目で確かめ、直接ケアを受ける患者や、鍼灸師とともにケアを実践する他職種に生の声を聞く必要があった。鍼灸師が常勤で医療機関に雇用されること自体珍しく⁵¹、特に緩和ケアチームの一員としてがん緩和ケアに従事している施設というのは極めて珍しい。その意味でひろせクリニックは今後の緩和ケア領域での鍼灸師の関わりを模索する上で恰好の調査フィールドであった。そのため筆者は調査3を遂行すべく、2013年の10月から複数回にわたってひろせクリニックを訪問し、鍼灸師の平岡健治氏⁵²の訪問治療に見学という形で帯同した。その際に平岡氏に対して同調査の主旨と概要を説明し、調査への協力を依頼した。平岡氏から調査同意を得た後に、クリニック内の倫理委員会において調査実施の許可を得て調査を行う運びとなった。

2014年1月から2月にかけて平岡氏とメールおよび電話にてやり取りし、具体的な患者宅への訪問治療の帯同日程をはじめ、調査時の詳細について逐次打ち合わせを行った。ひろせクリニックでの調査は、2014年の3月と8月のそれぞれ1ヶ月間、二期にわたり現地に滞在して行った。調査期間中は平岡氏の往診車に同乗して患者宅への訪問調査を行った。訪問調査を行わない時間帯には、ひろせクリニックの本院⁵³を訪問し、患者カルテの閲覧を行うか、他職種へのインタビューを行った。患者への調査協力の依頼は、事前に平岡氏が患者に説明を行い、同意の得られた患者宅へ平岡氏に帯同して訪問した。筆者が訪問した際に改めて研究内容と主旨について説明し、同意が得られた上で参与観察およびインタビュー調査を行った。同意が得られた患者については、調査期間中複数回訪問調査を行った。また、他職種へのインタビューについては、患者調査と同様日時の調整や事前調査同意は平岡氏に依頼し、調査同意の得られたスタッフにインタビュー調査を行った。他職種へのインタビューは、筆者が訪問調査を行った患者のケアに関わるスタッフを中心に行った。なお、対象者の詳細は第三部の各章において改めて詳述する。

参与観察⁵⁴はベッドサイドから1m程度離れた場所で治療内容を観察するというスタイルで行った。治療行為には一切かかわらず、また極力通常の鍼灸治療のやり取りを観察するため、鍼灸治療を行っている間は基本的に会話には参加せず、平岡氏と患者および家族とのやり取りに耳を傾けることに徹した。訪問時には患者の許可を得てICレコーダーにて治療時の会話内容を録音し、また治療時に見聞したことをノートにメモし、筆者自身が見聞し体験したままをフィールドノートとしてその都度整理した。また、調査期間中筆者が都合により訪問調査に帯同できない時には、平岡氏にICレコーダーを渡し、患者との会話内容を録音してもらった。患者へのインタビューについては、身体的・精神的負担を考慮し、

⁵⁰ 調査2においてインタビュー調査を行った医師が、明確に「鍼灸師もチームの一員だから」と語っていた。詳細は第三章第二節参照。

⁵¹ 矢野ら [2012] 参照。

⁵² 平岡氏については第五章第二節において詳述する。調査3を遂行するにあたり最も重要なインフォーマントであった。

⁵³ ひろせクリニックは訪問診療の拠点が本院、下田事業所、横田事業所の3箇所ある。各拠点の詳細は第五章第一節に譲る。

⁵⁴ キーファーによれば、参与観察法は「日常的な社会的場面に参加し、実際にその場がどのように成り立っているのかを知ろうとするものである」[2010: 42]。

フォーマルインタビューの内容を、在宅での鍼灸治療を始めた経緯、過去の鍼灸治療の経験、鍼灸治療を受けていて感じる事、鍼灸治療と他の治療の違いの4点とし、短時間での半構造化面接によるインタビューを一回のみ行った。調査開始時点ですでに鍼灸治療を開始していた患者には初回訪問時にインタビュー調査を行った。また、筆者の調査期間中に初診で鍼灸治療を開始した患者には、初回は見送り、2回目ないし3回目の訪問時にインタビューを行った。治療時に患者と会話をするタイミングが生じた場合は、補足で簡単な質問をした。

他職種へのインタビューであるが、対象となった他職種は15名であった⁵⁵。対象としたのは、医師5名、看護師8名、作業療法士1名、ケアマネージャー1名であった。インタビューは各事業所の相談室や休憩室において行った。許可の得られた対象者についてはICレコーダーにて会話内容を録音した。

第二節 分析方法

調査2および3の質問紙調査の数量的な回答項目についてはMicrosoft Excel for Mac 2011にて単純集計を行った。また自由記述に関しては、記述内容の分類を目的に、KJ法〔川喜田1967〕を用いて分析を行った。自由記述で得られた文章の内容ごとにラベルを作成した。類似した内容のラベルを小グループにまとめ、サブカテゴリーを作成し、さらに抽象度を高めカテゴリーを作成した。

調査1、2のインタビューデータについては、ストラウスとコービン〔1999〕、および戈木〔2006,2008〕によるグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Grounded Theory Approach:以下GTA)の手法を用いて質的分析を行った。GTAはひとまとまりの現象について、社会や他者との相互作用の中でその人が自分の経験をどう意味づけるのか、どう感じるのか、そしてそれに基づいてどう行動するのかを複数のカテゴリーを使って包括的に捉えようとする手法である〔戈木2008:6〕。本研究でGTAの手法を採用した理由は、対象者が経験した鍼灸師との連携における相互作用、およびそのプロセスを分析することで連携経験の構造を包括的に概念化することが可能になると考えたためである⁵⁶。分析においては半構造化面接における複数の質問項目ごとに分けて分析するのではなく、鍼灸師との連携について得られたデータ全体の意味的関連性を検討して分析を行った。分析に際し、まず録音データから逐語録を作成した。その後オープンコーディングとして、得られたデータを意味内容ごとに切片化してラベル名を付け、抽出されたプロパティとディメンションによりカテゴリーに分類した。アクシャルコーディングとして、オープンコーディングによって抽出されたカテゴリー同士を比較検討し、ある現象を説明する上位概念としての一つのカテゴリーと複数のサブカテゴリーとを関連付けた。セレクトティブコーディングとして、上位概念として複数抽出されたカテゴリー間の関係性を検討した。

調査3ではエスノグラフィーの手法を用いた。調査1、2が、鍼灸師と他職種の関係性について包括的に捉えることを目的としていたのに対し、調査3は臨床現場に密着し、「対象をもとの文脈に位置づけながら」〔小田2010:16〕その「場」で起こっていることを詳述

⁵⁵ 対象の詳細は第七章第一節にて示す。

⁵⁶ 木下は、「グラウンデッド・セオリー・アプローチにおける概念とは、データを解釈して得られる仮説的なものであり一定程度の現象の多様性を説明できるものである」〔2003:25〕としている。

し、個々の事例について微視的に観察することから鍼灸の「意味」を見出すことを目的とした⁵⁷。鍼灸治療がもたらす「効果」の有無に関する実証ではなく、その「効果」の「意味」も含め、ケアの現場において、患者あるいはその現場に関わる鍼灸師や他職種にとってどのように鍼灸治療が捉えられているのか、その存在の「意味」を問うのである。その問いに答えていく一つの方法論がフィールドワークに基づく「厚い記述」⁵⁸である。佐藤[2002]は現地の文化や社会生活の文脈に根ざした意味の解釈という意味合いに加え、「たたみかけるような証拠の提示」が重要であると指摘している⁵⁹。鍼灸師が患者に何をし、その行為に対して患者はどう応えるのか、鍼灸師と患者の「呼応の関係」が創り出すものは何なのか、それを読み解かなければならない。そのためにはベッドサイドの入念な記述が必要であり、その記述の積み重ねから、その背景にある文脈や概念を咀嚼し、意味的に構造化していく必要がある。ここで、具体的な分析及び記述のプロセスについて説明する。参与観察およびインタビューの方法については前述の通りであるが、参与観察時には基本的に手書きのメモを取っていた。参与観察後、記憶に残っている観察時のシーンおよび疑問点や気づいた点をさらにメモに追加した。そのメモをフィールドノートとして整理し、患者および聞き取りを行った職種ごとにファイルを作成した。各フィールドノートを熟読した後データを概念化する作業を行い、エスノグラフィーとして記述していった。本論文では特に患者の個々の経験を描くことを最大の目的としたため、第六章においては横断的な概念ごとの描写ではなく、患者個々のエスノグラフィーを描いた。第七章の他職種の語りについては語られた内容を全体として横断的に概念化し、概念ごとに記述した。最終的に第八章において、第五章から第七章までのデータを踏まえて包括的にひろせクニックにおける鍼灸の「意味」に関して論述した。なお、第三部の記述においては、現場のリアリティを高めるために対象者・施設名・地名を固有名詞で表記しているが、凡例において示した通りいずれも仮名を用いた。

KJ法、GTA、エスノグラフィーはいずれも筆者が主に分析を行い、質的研究経験者1名がスーパーバイズする体制で分析を行った。また、得られた分析データ・記述を他領域の質的研究経験者に提示し、データの検証を行った。なお、得られたデータの表記について、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >で表記する。

第三節 倫理的配慮

本調査研究は、東京有明医療大学倫理委員会での倫理審査を受け承認されたものである(有明医療大倫理委承認第39号、第40号、第60号)。個人情報守秘性と匿名性を厳守

⁵⁷ キーファー [2010: 69] は「出来事の意味づけは、逆に出来事の客観的特性によってではなく、慣習化された解釈の規則に従って決定される。ただ、その規則は状況によって変わるものであり、通常曖昧なものである」と指摘し、社会調査における文脈の重要性を指摘している。

⁵⁸ 「厚い記述」はクリフォード・ギアツが提唱した言葉である。ギアツは「文化は力ではなく、社会事象、行動、制度、過程などの原因とされるものではない。それはコンテキストであり、その中で社会事象、行動、制度などが理解できるように、つまり厚く記述されるものなのである」[1987: 23-4]と説明している。同部位の解釈について、民族学者の竹沢尚一郎は「ある人々がある種の状況のなかである種の行為をおこなうことの原因を、その社会的文化的歴史的文脈の「厚い」記述のなかに位置づけることで、彼らの行為や思考を理解可能にすることが必要になってくる。それがギアツのめざす民族誌なのであり、人類学的営為の最終目標はそこに置かれることになる」[竹沢 2007: 262-3]としている。

⁵⁹ また佐藤 [2002: 158] は、フィールドワーカーが信頼のおける「生き証人」になるためには、なによりもまずその体験内容を何らかの形で言語化し記録に残しておかなければならない、と指摘している。

し研究以外の目的に使用しないこと、また研究の参加は個人の自由意思であり、途中であってもいつでも止められることを書面および口頭で具体的に説明を行い、研究協力の同意を得た上で調査を行った。なお、第三部（調査3）ではエスノグラフィーにより現場の詳細を描いている。仮名処理により対象者の匿名化を図っているが、対象施設が特殊なケースのため詳細な施設状況の描写は施設の特特定が可能となり、ひいては個人の特特定に繋がりにかねない。そのため、対象施設の特特定につながるような基礎データ（地域・施設概要）は極力示さないこととした。

第二部

緩和ケアにおける多元的医療の中の鍼灸師

—他職種との関係性—

第三章 在宅緩和ケアにおける医師と鍼灸師の関係性-医師らの視点-

本章は、在宅療養支援診療所の医師からみた鍼灸師との連携についての調査結果について論じる内容である。本章の目的は、医師と鍼灸師との連携の実態を量的に明らかにするとともに、連携の経験を持つ医師らの語りから緩和ケアにおける医師と鍼灸師の関係性を質的に明らかにすることにある。最終的に本章では調査結果を元に在宅緩和ケアにおける多元的医療としての通常医療と鍼灸の関係性について論じることを試みる。第一節では在宅緩和ケア実績を持つ在宅療養支援診療所医師らを対象とした質問紙調査結果を述べ、第二節では質問紙調査の回答者の中から選ばれた5名の医師を対象としたインタビュー調査結果について述べる。第三節では質問紙調査及びインタビュー調査結果について小括する。

第一節 在宅療養支援診療所医師と鍼灸師との連携の実態調査

第一項 質問紙調査回答者の特性

質問紙を送付できた在宅療養支援診療所294施設⁶⁰（対象とした297施設中、3施設が住所不明にて返送）中、98施設から回答を得た（回答率33.3%）。

回答者の属性について、年齢が50.8±8.8歳、性別は男性80名（81.6%）、女性9名（9.2%）であった。専門科は内科58名（59.2%）、外科10名（10.2%）、緩和ケア科8名（8.2%）、麻酔科6名（6.1%）、呼吸器科3名（3.1%）、循環器科・消化器科・泌尿器科・在宅医療がそれぞれ2名（2.0%）であった。臨床従事年数は24.6±8.5年、緩和ケア従事年数は12.7±5.9年であった（表3-1）。

表3-1 回答者の特性

	人数 (n=98)	%	平均年数±標準偏差
年齢			50.8±8.8
性別			
男性	80	81.6	
女性	9	9.2	
無回答	9	9.2	
専門科			
内科	58	59.2	
外科	10	10.2	
緩和ケア科	8	8.2	
麻酔科	6	6.1	
呼吸器科	3	3.1	
循環器科	2	2.0	
消化器科	2	2.0	
泌尿器科	2	2.0	
在宅医療	2	2.0	
その他	10	10.2	
無回答	7	7.1	
臨床従事年数			24.6±8.5
緩和ケア従事年数			12.7±5.9

⁶⁰ 対象のサンプリングについては第二章第一節参照。

調査前月の在宅の往診患者数は 110.4±110.9 人、そのうち担がん患者数が 16.2±23.0 人であった。また、最近半年で看取ったがん患者数は 21.0±32.6 人であった。

チームでの在宅緩和ケア⁶¹を実践しているかについて、「はい」と答えた施設が 90(91.8%)、「いいえ」と答えた施設が 7(7.1%)であった(以下、施設数は数字のみを記す)。「はい」と答えた 90 施設に対し、チームに関わる職種について複数回答で尋ねたところ、看護師 90(100%)、医師 78(86.7%)、ケアマネージャー 77(85.6%)、理学療法士 50(55.6%)、訪問介護士 49(54.4%)、医療ソーシャルワーカー(以下 MSW) 38(42.2%)、作業療法士 24(26.7%)、あん摩マッサージ指圧師 21(23.3%)、鍼灸師 14(15.6%)、ボランティア 5(5.6%)、柔道整復師 3(3.3%)、宗教家 3(3.3%)であった⁶²。

第二項 鍼灸師との連携の実態

[1] 連携の実態

鍼灸師と連携して末期がん患者のケアを実践しているかについて、「はい」と回答した施設が 14(14.3%)、「現在はないが過去に連携したことがある」と回答した施設が 9(9.2%)、「いいえ」と回答した施設が 75(76.5%)であった。

では以下から、現在鍼灸師と連携していると回答した 14 施設から得られた結果を示す(表 3-2)。鍼灸師と連携を持った理由として、「患者からの要望」が 8(57.1%)、「患者家族の要望」が 6(42.9%)、「他医療職種(鍼灸師以外)からの要望」が 2(14.3%)、「鍼灸師からの要望」は 1(7.1%)であった。「その他」としての自由記述においては、「鍼灸師とともに医療(統合)を実践してきたから」、「自分(医師自身)が鍼灸を行うので鍼灸の効果をよく知っている」、「疼痛コントロール目的」など、医師側の意向で連携が行なわれ始めたという内容が 5 記述見られた。鍼灸師との連携の形態は、「常時チームケアメンバーとして」が 6(42.9%)、「連携の必要がある時のみ」が 8(57.1%)であった。「鍼灸師側からの要望」はほとんど無く、ほぼ一方的に患者か医師側から連携が始まる様子が伺える。

鍼灸師と連携してケアした患者の症状については、疼痛(がん性疼痛、関節痛、筋肉痛含む) 7(50%)、吃逆・浮腫・腹水がそれぞれ 3(21.4%)、便秘 2(14.3%)、肩こり・食思不振・リハビリがそれぞれ 1(7.1%)であった。鍼灸師と連携することによるメリットについては、「症状の緩和」、「患者の満足度の向上」、「患者のモチベーションの向上」などの記述が見られ、鍼灸治療が少なからず在宅緩和ケアにおける症状緩和の一手段と認識されていることがわかる⁶³。また、鍼灸師と連携するメリットとして言及されている「患者の満足度の向上」や「患者のモチベーションの向上」などの記述からは、鍼灸師が症状緩和

⁶¹ 在宅緩和ケアチームにおいては、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャーの三者の協働・連携が重要とされている[鈴木 2008]。本調査結果においてもその割合を見る限り同様の結果となっている。

⁶² 他職種の割合と比較する限りにおいては鍼灸師の割合は少ない。この結果については、末期がん患者の治療に鍼灸師が関与しているながらも、他職種とのチームには参画していないことの結果なのか、あるいは前提として末期がん患者のケアに関与している鍼灸師の絶対数が少ないのか、その背景についてはさらなる精査が必要である。ただし、篠原[2003]らの調査結果において、がん患者の治療経験を持つ鍼灸師の 50%以上に末期がん患者の治療経験があったという調査結果を考慮すると、他職種との連携を行わず、単独で末期がん患者のケアに関与した経験を持つ鍼灸師が相当数いることが予測される。

⁶³ 在宅緩和ケアにおける鍼灸治療の介入に関する臨床報告では、Takahashi[2009]は、便秘、呼吸困難、倦怠感に対して、Romeoら[2015]は痛み、倦怠感、吐気、抑うつ、不安、呼吸苦、幸福感の増大に鍼治療が効果的であったとしている。また、細田[2013]は、介入した経験がある症状として、多いものから、筋性疼痛、浮腫・腹水、痺れ、吃逆、関節拘縮、全身倦怠感、全身調整、褥瘡を挙げている。

の一手段以上の役割をもつ職種と認識されている様子が伺える⁶⁴。

表3-2 鍼灸師との連携の実態

	施設数 (n=14)	%
連携の理由		
患者の要望	8	57.1
患者家族の要望	6	42.9
他医療職種（鍼灸師以外）からの要望	2	14.3
鍼灸師からの要望	1	7.1
その他	5	35.7
鍼灸師との連携の形態		
常時チームケアメンバーとして	6	42.9
連携の必要がある時のみ	8	57.1
連携してケアした患者の症状		
疼痛（がん性疼痛、関節痛、筋肉痛含む）	7	50
吃逆	3	21.4
浮腫	3	21.4
腹水	2	14.3
便秘	2	14.3
肩こり	1	7.1
食思不振	1	7.1
リハビリ	1	7.1

〔2〕 鍼灸師との情報共有について

鍼灸師と現在連携している 14 施設に対して、鍼灸師との情報共有の実態について尋ねた（表 3-3）。鍼灸師との情報共有の有無について、「必ず共有する」が 7（50%）、「状況に応じて共有する」が 7（50%）、「情報共有しない」は無かった。情報共有の方法は、「カンファレンス」が 8（57.1%）、「電話」が 7（50%）、「文書」が 6（42.9%）、「カルテ」が 5（35.7%）であった。連携している 14 施設のうち、全ての施設が鍼灸師との情報共有を行っていた。また 8 施設（57.1%）が「カンファレンス」による情報共有を行っていた⁶⁵。

鍼灸師との情報共有の円滑さの認識については、「非常に円滑である」が 4（28.9%）、「円滑である」が 8（57.1%）、「あまり円滑ではない」が 2（14.3%）であった。「非常に円滑である」または「円滑である」と答えた理由について、「院内にいますので」や、「以前からカンファレンスを開き、かつカルテ、電話でのやりとりもしているため」という内容が見られた。なお、「あまり円滑ではない」と答えた理由については、「カンファレンスができていない」という内容が見られた。

⁶⁴ Kaufman ら [2008] は、鍼灸師への聞き取り調査から、鍼灸治療の主目的は症状コントロールにあるが、それと共に心理的、社会的、霊的なケアにも関与している可能性について言及している。症状緩和以外の鍼灸の緩和ケアにおける積極的な「意味」については、第三部のエスノグラフィーにて詳述する。

⁶⁵ ただし本調査では連携している鍼灸師が施設内部所属か外部施設所属かを調査しておらず、また具体的にどのような状況で情報共有しているのかについてまでは把握できなかった。施設内連携と施設外連携のそれぞれの実態、および情報共有の詳細については次章の在宅緩和ケア医らへのインタビュー調査にて触れる。

表3-3 鍼灸師との情報共有の実態

	施設数 (n=14)	%
情報共有の有無		
必ず共有する	7	50
状況に応じて共有する	7	50
共有しない	0	0
情報共有の方法		
カンファレンス	8	57.1
電話	7	50
文書	6	42.9
カルテ	5	35.7
その他	2	14.3
情報共有の円滑さ		
非常に円滑である	4	28.6
円滑である	8	57.1
あまり円滑ではない	2	14.3
全く円滑ではない	0	0

〔3〕 鍼灸師との連携に対する考え

回答したすべての施設に対し、今後の在宅緩和ケアにおける鍼灸師との連携についての考えを尋ね、鍼灸師との連携の状況で分類した（表 3-4）。全体のうち「積極的に連携したい」が 9（9.2%）、「状況によっては連携を考える」が 65（66.3%）であった。現在連携している施設、過去に連携したことがある施設は、1施設の無回答を除き「積極的に連携したい」または「状況によっては連携を考える」に回答していた。また、連携していない施設中 49（65.3%）が「状況によっては連携を考える」に回答していた。「積極的に連携したい」あるいは「状況によっては連携を考える」を選んだ理由の自由記述では、「症状コントロールで非常に有用であるため」や「患者さん、ご家族の希望による」などが見られた。鍼灸師との連携の経験を持つ医師は、概ね鍼灸師との連携に前向きな姿勢を示しており、また連携の経験が無い医師についても、思いの外連携に対して肯定的な見解が多く、少なくとも否定的な見解は抱いていない医師が多いことがわかった⁶⁶。

一方、全体のうち「連携するつもりはない」が 4（4.1%）、「連携を考えたことがない」が 18（18.4%）であり、いずれの回答も連携をしていない施設のみの回答であった。「連携するつもりがない」を選んだ理由として、「これまで鍼灸師による『いいかげん』な発言や、勝手に診断し病名を告げる行為があり、出来れば連携はしたくない」という記述が見られた。また、「連携を考えたことがない」では、「医師との考えに隔たりのある鍼灸師が多く、治療方針が対立する可能性があると考えられるため」などが見られた⁶⁷。

⁶⁶ これについては、Osakaら〔2009〕が明らかにしたように、緩和ケアに従事する医療者はCAMに対して比較的寛容なスタンスを抱いているという結果とも一致している。

⁶⁷ 治療時間が長い鍼灸師は、患者が抱える様々な悩みを開示される場合がある〔伊藤 2008〕が、鍼灸師の不用意な発言によっては患者や家族に誤解を与え、混乱が生じかねないので十分に注意する必要がある〔細田 2013〕とされている。Filshieら〔2006〕は、がん患者に対する鍼治療の禁忌や注意点を挙げながら、疾病の状況と通常治療の現在の状

表3-4 鍼灸師との連携に対する考え

	連携している施設	過去に連携したことがある施設	連携していない施設	計 (%)
積極的に連携したい	5	1	3	9 (9.2%)
状況によっては連携を考える	8	8	49	65 (66.3%)
連携するつもりはない	0	0	4	4 (4.1%)
連携を考えたことがない	0	0	18	18 (18.4%)
無回答	1	0	1	2 (2%)
計 (%)	14 (14.3%)	9 (9.2%)	75 (76.5%)	98 (100%)

第三項 「在宅緩和ケアに鍼灸が関わること」についての考え

同質問項目については、広く「在宅緩和ケアに鍼灸が関わること」に関する医師らの考えの質的なバリエーションを把握することを目的にするとともに、次章で論じるインタビュー調査内容作成のためのローデータとする意図も含めて行った。

得られた 68 の記述内容を、KJ 法を用いてカテゴリー分類したところ、【関わる上で求めるもの】、【関わりへの前向きな見解】、【関わりを持つ困難さ】、【関わることの意義】、【知られていない鍼灸】、【リスクが生じる可能性】の 6 つのカテゴリーに分類された(表 3-5)。

このうち、現在連携している施設、または過去に連携したことがある施設の記述は 12 記述あり、それぞれ【関わる上で求めるもの】に 6 記述、【関わりへの前向きな見解】に 5 記述、【関わることの意義】に 1 記述含まれていた。【関わる上で求めるもの】では、＜適切な情報共有＞で「情報交換を密にすることにより緩和ができる」という記述や、＜チームとしてのコミュニケーションスキル＞で「手技以外の部分でどういう人かをお互いに知ることができる、顔の見える関係を持つことが重要だと思います」などの記述が見られた。【関わりへの前向きな見解】では、＜関わりへの前向きな認識＞として「良いことだと思う」や、＜積極的な関わりの提案＞として「もっと一般に認知されるべきだと思う」などの記述が見られた。また、これまでに連携したことがない施設の 46 記述のうち、【関わる上で求めるもの】では 18 記述、【関わることの意義】では 10 記述、【関わりへの前向きな見解】では 9 記述、と在宅緩和ケアと鍼灸の関わりに関する多数の肯定的な記述が見られた。

一方でこれまでに連携したことがない施設の記述には、【関わりを持つ困難さ】が 11 記述、【知られていない鍼灸】が 5 記述、【リスクが生じる可能性】が 3 記述と、肯定的ではない記述も見られた。【関わりを持つ困難さ】において、「疼痛管理においても種々鎮痛法が進歩しているから必要性を感じない」など＜必要性のなさ＞が指摘され、「担がん患者は経済的に厳しい場合も多く自費は勧めにくい」など＜費用に関する課題＞についての記述が見られた。また、＜伝統医療を受け入れる困難の存在＞では「伝統的医療であるため西洋医学の医師は受け入れが困難な様子」など医学モデルの違いについても言及されていた。【知られていない鍼灸】では、「鍼灸師が具体的にどのようなことができるのか、緩和ケアとしてどのように有意義なのか、よくわからない」など＜関わる意義の不明さ＞が指摘されていた。【リスクが生じる可能性】では、＜施術上のリスク＞として「出血傾向、易感染

況を適切に把握した上で鍼治療をおこなわなければならないと指摘している。また、間違った望みや、疾病の原因に対する罪悪感を患者に与えるべきではないと指摘している。

性、易骨折（転移）等」があることの指摘や、＜営利目的となるリスク＞として「緩和ケアをよく理解しない営利的な参画が横行するリスクが大きい」などの指摘が見られた。

表3-5 在宅緩和ケアに鍼灸に関わることについての考え

カテゴリー（記述数）	サブカテゴリー
関わる上で求めるもの（24）	患者・家族の希望
	鍼灸に関わる意義の明確化
	適切な情報共有
	チームとしてのコミュニケーションスキル
	人としての信頼関係
関わりへの前向きな見解（14）	ハードルを設ける必要性
	関わりへの前向きな認識
	積極的な関わりの提案
	関わりへの問題のなさ
関わりを持つ困難さ（11）	必要性のなさ
	費用に関する課題
	伝統医療を受け入れる困難の存在
	有効性への懐疑
関わることの意義（11）	多様な選択肢の一つ
	多職種連携の重要性
	関わりが重要となる時期
	有効事例の存在の可能性
知られていない鍼灸（5）	関わる意義の不明さ
	知られていない鍼灸
リスクが生じる可能性（3）	施術上のリスク
	営利目的となるリスク

第二節 在宅療養支援診療所医師らの鍼灸師との連携経験に関する質的分析

第一項 インタビュー対象者の特性

第一節の質問紙調査に回答した医師らのうち、鍼灸師との連携経験を持つ医師らを対象に鍼灸師との連携経験に関する詳細を把握するためのインタビュー調査を行った⁶⁸。インタビュー対象者は計5名で、診療所内部に鍼灸師を雇用して連携している医師2名、診療所外部の鍼灸師と連携している医師3名であった(表3-6)。医師A、Bは施設内部に所属する鍼灸師との連携関係が主であり、調査時には外部鍼灸師との連携関係は無かった。医師C、Dはいずれも医師側からの依頼で、医師Eはケアマネージャーからの依頼で施設外部の鍼灸師との連携関係を築いていた。以下ではそれぞれの対象者の特性について概説する。

⁶⁸ 対象者選定の詳細は第二章第一節参照。

表3-6 インタビュー対象となった医師の特性

対象	年代	緩和ケアの実践形態	連携している 鍼灸師の立場	鍼灸師と連携している期間
A	60代	在宅緩和ケア	施設内部の常勤	17年
B	50代	病棟・在宅での緩和ケア	施設内部の常勤	3年
C	50代	在宅緩和ケア	施設外部の鍼灸師	4年
D	30代	在宅緩和ケア	施設外部の鍼灸師	2年
E	40代	在宅緩和ケア	施設外部の鍼灸師	不明

〔1〕 医師 A

医師 A は在宅緩和ケアを専門に開業している。過去に某がんセンターにて患者ケアを実践していた際に、術後の筋性疼痛に対して鍼灸師による鍼灸治療が著効したことを目の当たりにし、以来がんに随伴する様々な愁訴に対して鍼灸治療を導入した。この経験から、自身が在宅緩和ケアクリニックを開院する際に鍼灸師もチームの一員として迎え入れることを考えていた。勤務看護師の縁で知り合った鍼灸師を当初は外部連携という形で、後にクリニックの専任スタッフとして迎え入れる。その後数名の入れ替わりがあり、2012年4月の時点で常勤鍼灸師が1名、外部連携鍼灸師が1名いる。A 医師の診療所所属の鍼灸師は、カンファレンスを始めチーム間のコミュニケーションに様々な形で参加している。

医師 A は鍼灸師をチームのメンバーであると強く認識しており、症状コントロールに関わることができる役割を持つ職種であると認識している。医師 A は「経絡治療」⁶⁹のような全身的なアプローチ、東洋医学独自の考え方に基づく鍼灸治療にこそ意味があると言及する。ただし、鍼灸独自の経絡の概念などについては「自分自身は理解ができない。その効果についてはブラックボックスである」という認識を抱いている。また西洋医学は「合理性に基づくもの」であり、一方の東洋医学は「半分非合理的である」という解釈を有しており、医師が双方を同時に行うことは難しいと考えているため、鍼灸を緩和ケアの実践に導入するには鍼灸師とチームを組むしかない（「医師が中途半端にやるものではない」、とも考えている。鍼灸の効果として、しゃっくりや浮腫などの症状に対しての有効性を強く認識しており、科学的検証を重ねることで社会的認知も向上するであろうと強く感じている。

医師 A の診療所において患者の鍼灸治療導入について提案するのは医師や看護師が多い。医師に限らず看護師も鍼灸を導入することに関して積極的であるのは、鍼灸には症状緩和の効果があるという認識を持っているからである。また、終末期になるにつれて症状緩和が難しくなる中で、「どのような手段でも患者さんに楽になってもらいたいという思いがある」ということもその背景にはあるようである。一方で医師 A は鍼灸の導入に関しては「有効でない場合はすぐに止める」と語っており、「使えなければ使わない」という。鍼灸師側も結果を出さなければならない状況に置かれ、なおかつチームで「監視して」いるため、「非常にシビアである」と語る。

〔2〕 医師 B

⁶⁹ 日本の鍼灸治療の流派の一つである。第五章第二節にて詳述している。

医師 B は有床診療所での緩和ケアを実践し、地域での在宅診療も実践している。今回の調査では同施設常勤鍼灸師 S もインタビューに同席した。医師 B は地域中核病院で血液内科の医師として勤務後上記場所に開院した。当初は外来のみの施設であったが、開院数年後に緩和ケアを目的とした病棟を作った。病棟での緩和ケア実践の過程で患者のリハビリが必要と考え、理学療法士やマッサージ師を探していた時に、患者の「リハビリを行う目的で」専任として鍼灸師を雇うこととなった。

医師 B は在宅緩和ケアでのチーム医療として外部鍼灸師と連携をすることについては難色を示しており、専任の鍼灸師 S とは同じ施設であるから連携するのは当然であるが、個人情報への漏洩を含め、安易に外部鍼灸師と連携することはないとしている。また地域における鍼灸師の臨床実践の不透明性にも言及しており、現状では仮に情報共有することを要求されたとしても「答えられる状況に無い」としている。つまり、「どういう人たちで、何をどのような目的でやっているのかわからない」相手とは連携できないということであった。また地域特性か、「鍼灸師側もさほど連携を求めているようには思えない」と医師 B は感じており、地域の鍼灸師とは距離があると語っていた。仮に連携を持つ場合、情報提供や連携を求める側が自分たち自身の自己紹介含め情報を開陳し、互いが何をしているかということを明確に共有し合えなければ連携を始めることは難しいのではないかと考えている。

[3] 医師 C

医師 C は在宅緩和ケアを専門として開業している。これまでに、地域中核病院で麻酔科の専門医としてキャリアを積み、その後在宅緩和ケア診療所で在宅緩和ケアを実践していたキャリアを持つ。この医師 C の現在の開業形態は、前勤務地の在宅緩和ケア専門の診療所での臨床経験に基づいている。前勤務地では在宅緩和ケアのチームに鍼灸師が参画していた。そこではしゃっくりや浮腫のコントロールなど、実際に抱えている臨床症状に鍼灸を応用していた。研修医時代には麻酔科の研修の一環で鍼灸に触れており、実際肩こりや腰痛など、薬物でのコントロールが難しい愁訴に対して鍼灸、特に鍼治療を用いていたという経験を持つ。緩和ケア領域では、あるしゃっくりが止まらない患者を前にして手段が無く困っていたところ、鍼灸師が鍼灸治療を実施し一発で症状が消失したのを目の当たりにし、「びっくりする」経験をしている。それが鍼灸を現在の臨床にも応用しようとしている直接的な経験になっている。現在1名の鍼灸師、また一つのマッサージ治療院との連携を持っている。

1名の鍼灸師との出会いは、前勤務地の鍼灸師の紹介によるものであった。誰でもいいわけではなく、「信頼できる、腕のある鍼灸師」を求めていたために紹介依頼をしたというのがその始まりにある。鍼灸治療は鍼灸師の「力量の個人差が大きい」という認識が強く、「なまじ誰でもいいから鍼灸をお願いするというわけではない」。紹介を受けた鍼灸師には、適宜必要と見分けた患者を紹介する。「大きい目標」、「小さい目標」を医師側から情報提供し、それに応じて鍼灸師は対応するという流れである。

医師 C は鍼灸治療について基本的なスキルを持っているものの、「東洋医学を本気でやろうとすると西洋医学を捨てなければならない」と語り、自分自身が鍼灸治療を実践する立場ではないとしている。また、鍼灸師を「東洋医学のスペシャリスト」と位置づけており、

共通の目標を共有した後は、基本的に治療内容には口を出さず完全に任せている。

鍼灸師側から時々FAX や直接施設に顔を出した際に情報提供がなされることがある。その情報は大概施設側も把握している情報であることが多いが、それを「直接的に鍼灸師に対して患者が語る」という事実に対して医師 C は一定の鍼灸師の役割認識を抱いている。特に「背中からボソボソ言う感じ」が鍼灸師のある種特有の臨床形態であると認識しており、その時に「患者が語る」こと自体に鍼灸師に関わる意味があるのではないかという認識を持っている。チームの構成員も鍼灸師が在宅緩和ケアに関わりを持つことに関しては「理解を示して」おり、「患者さんにいいことなのであれば関わることはいいことなのではないか」という認識を共有しているとのことである。鍼灸師を「チームメンバーの一人」と明確に表現している。

[4] 医師 D

医師 D は家庭医であり、外来診療とともに在宅診療も行っており、在宅診療の中で緩和ケアに関わることがある。学生時代より漢方薬を勉強しており、東洋医学の考え方については医師になる前から非常に関心を持っていた。医師になって以降、漢方の学びを深めると共に鍼灸領域にも関心を持つようになる。各種勉強会に参加するようになり鍼灸の技術も深め、臨床応用するようになる。慢性疼痛をはじめとして、自身の臨床経験も含めた鍼灸の適応に対する考え方があり、在宅での終末期医療に西洋医学的な限界を感じる中で鍼灸の必要性を感じ、鍼灸師との連携を図るようになる。

鍼灸師との連携の始まりは本当に偶然であった。診療所の患者会の会長が開業鍼灸師だったことである。またその開業鍼灸師は在宅鍼灸を行っており、医師 D の目的ともたまたま合致していた。最初は遠慮しがちでアクセスしつつも、徐々に紹介する患者の数を増やして行き、いまではカンファレンスを実施することを画策するほどに緊密な連携関係を築いている。連携モデルは「医師が鍼灸師に紹介する」という形態で成立している。逆に鍼灸師側からのアクセスはあまり無く、医師 D は鍼灸師側の「遠慮」あるいは「聞きづらさ」を感じている。それを医師 D は一つの「壁」と表現しており、両者の間にある「壁」を無くしていく必要性を強く感じている。医師 D としては自分自身東洋医学への理解があるため、できれば東洋医学的な情報共有もしたいと考えている。

一方鍼灸師を含めた形での多職種連携については、若干の難色を示している。それは鍼灸への理解が看護職始め他の職種に必ずしも得られていないという理由からである。また東洋医学的な捉え方について理解できる他職種が少ないため、その点での情報共有の難しさも感じている。効果を実感している訪問看護師も鍼灸に対して関心を抱いてはいるものの、積極的な医療手段の一つとして理解しているかどうかについてはかなり個人差があるという。終末期のチームケアに鍼灸師が関わることにおいて、チームケアの主軸となる医師が鍼灸を理解していることが一つの鍵であることを痛感する一方、本当の意味でのチームケアに鍼灸師が加わっていくには、他職種側の鍼灸師に対する職業理解を始め、多くの難しさを感じている。

[5] 医師 E

医師 E は在宅緩和ケアを専門に行っている開業医である。循環器外科を専門としており、

8年前より在宅緩和ケアを専門とするクリニックを開設した。本調査について、鍼灸ではなく、「在宅マッサージ」と勘違いをしており、インタビュー自体が調査の趣旨からはやや外れた形となった。しかし、「患者さんにいいことならいいのではないか」というスタンスを持っており、鍼灸についてもマッサージについても「患者さんが気持ちいいならばどんどんやってもいいのではないか」という見解をもっている。ただし、マッサージ師や鍼灸師が何をやっているかについて具体的な関心を持ってはいなかった。

医師 E にとっての鍼灸・マッサージ師との連携というのはいわゆる「同意書」⁷⁰上でのつながりであって、直接的なコミュニケーションを取ることを意味しているわけではなかった。顔を見せてのコミュニケーションは一切行っていないため、担当している施術者がどのような人物かについては全く把握していないという。実際に他職種とのカンファレンスに鍼灸師が入ることは時間的制約上かなり難しいという見解を持っている。むしろ「ケアマネージャーや家族のほうがよく理解しているので、そちらで患者さんのことについては聞くような形をとる方がいいのではないか」という考えを持っている。

このように、5名の医師らの背景にはそれぞれ違いがあった。医師 A、C、D は鍼灸あるいは鍼灸師に対して肯定的な見解を抱きながら連携を実践しているのに対し、医師 B は特に外部鍼灸師との連携については否定的な観点を抱いていた。また医師 E は鍼灸とマッサージの区別すら無いという状況からも、特に鍼灸師という職種との連携を重要視していない状況が伺えた。次項においては、5名の語りを包括的に分析したデータを提示する。

第二項 ケアを共有する経験—インタビュー調査の結果—

本項では5名の鍼灸師との連携の経験の語りの内容について、GTAの手法により分析した結果について述べる。5名の医師らの語りの中で鍼灸師との連携に関する意味内容が含まれたラベルは109あり、そこから16のサブカテゴリーが抽出され、最終的に【鍼灸の必要性】、【ケアを共有する経験】、【ケアの広がりへの認識】、【連携意識の強化】、【連携することの困難】の5つのカテゴリーが抽出された(表 3-7)。

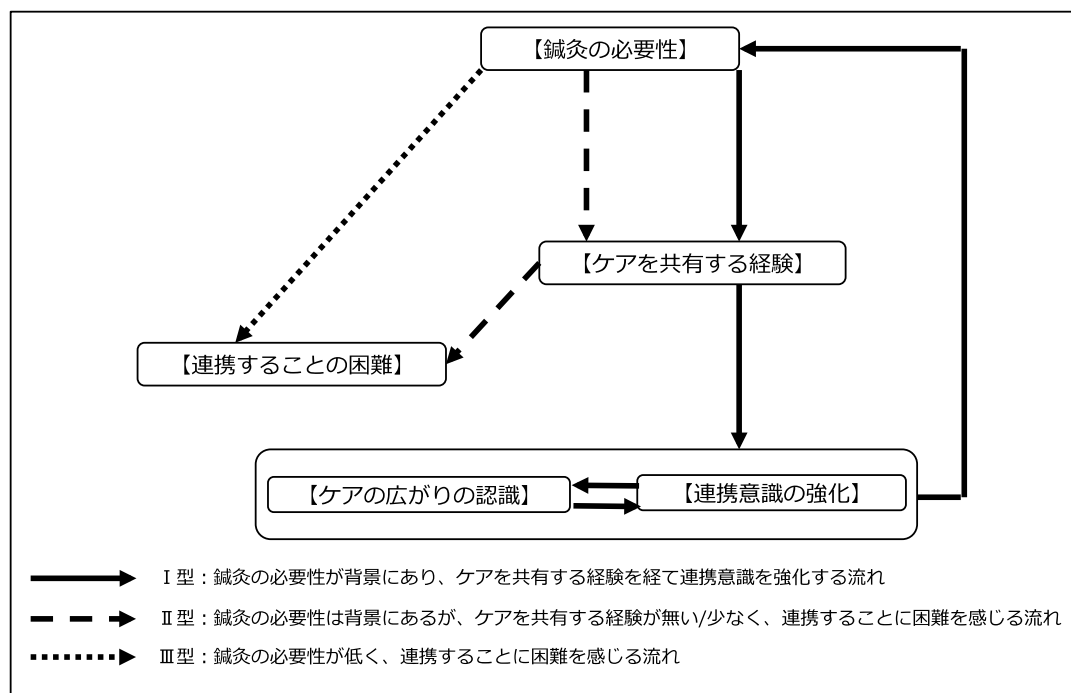
カテゴリー間の関係性を検討した結果、鍼灸師との連携経験は3つの流れに大別された(図 3-1)。1つ目は、【鍼灸の必要性】を背景に、医師が鍼灸師と【ケアを共有する経験】を経る中で、医師自身が【ケアの広がりへの認識】を持ち、同時に鍼灸師との【連携意識の強化】に繋がるという流れであった。さらに【ケアの広がりへの認識】や【連携意識の強化】は、連携の背景となる【鍼灸の必要性】に繋がることになり、連携に対するポジティブな意識のサイクルが形成されていた(図 3-1 ; I 型)。2つ目は、【鍼灸の必要性】を背景に、鍼灸師と【ケアを共有する経験】を経るものの、鍼灸師との間にある壁の高さや、鍼灸師との距離のために円滑に連携できず、【連携することの困難】に繋がるという流れであった(図 3-1 ; II 型)。3つ目は、【鍼灸の必要性】が低いと、鍼灸師と【連携することの困難】に繋がるという流れであった(図 3-1 ; III 型)。以下、代表的な語りを挿入しながら各カテゴリーについて詳述する。

⁷⁰ 第一章第二節参照。

表3-7 【ケアを共有する経験】に関するカテゴリー分類

カテゴリー	サブカテゴリー	主要なラベル名
鍼灸の必要性 (32)	患者の希望	患者の希望
	手段として必要となる状況	有効な手段を欲しがる現場 感じる西洋医学の限界 依頼する患者の状況
	鍼灸への理解	治療効果の経験 信頼できる医療 患者への距離の近さ バランスの重視 癒やし効果
	専門に委ねる必要性	専門家が介入するメリット 考え方の違いの認識 切り分けるべき鍼灸師の仕事 不合理な問題が絡む緩和ケア
	鍼灸への疑問	終末期患者に鍼灸を行う難しさ 終末期に行われる鍼灸への疑問 鍼灸へのこだわりの低さ
ケアを共有する経験 (28)	鍼灸師と共有する内容	会話内容の共有 家族情報の共有 効果に関する情報共有 治療内容の共有 病期の共有
	情報共有の方法	同一空間での情報共有 対面での直接的コミュニケーション カルテでの情報共有 オンラインでの情報共有 インフォーマルな関わり
	医療の閉鎖性	閉ざされた場としての医療 がん医療における医師と他職種との距離 保険扱いに関する困難
	鍼灸師との間にある壁	鍼灸師との間にある壁 ベテラン鍼灸師に対する思い 鍼灸師の遠慮
	ケアの広がり	鍼灸の認知度の低さ 範囲の広がり プラスの効果が出るもの 全体から入ることの大切さ 満足感をもたらすことの意義
鍼灸の特性の認識	鍼灸の特性の認識	緩和ケアを行いうる職種 症状コントロールの技 体のバランスを整える鍼灸
	連携意識の強化	連携の必要性の認識 連携への積極性 現場で抱いた信頼感 鍼灸師の常勤雇用 長い連携の経験
	連携した鍼灸師の特徴	チームメンバーとして動ける人 正統派鍼灸師への依頼
連携意識の強化 (23)	情報を共有する意識	情報を求めていることへの気付き 情報を提示する必要性の認識 知りたい鍼灸治療の情報
	連携することの困難	情報を提示する難しさ 情報を共有する困難 診療情報の共有だけで通じ合う事への疑問 連携することへの抵抗感 少ない外部連携
	求める立場の明確化	外部に依頼しない理由 求める立場の明確化
連携することの困難 (9)	連携することの困難	情報を共有する困難 診療情報の共有だけで通じ合う事への疑問 連携することへの抵抗感 少ない外部連携
	求める立場の明確化	外部に依頼しない理由 求める立場の明確化

図3-1 カテゴリー関連図【ケアを共有する経験】



[1] 鍼灸の必要性

鍼灸師との連携には医師らが抱く【鍼灸の必要性】に対する意識が大きく関与していた。同調査における医師らの【鍼灸の必要性】を説明するサブカテゴリーは、＜患者の希望＞、＜手段として必要となる状況＞、＜鍼灸への理解＞、＜専門に委ねる必要性＞、＜鍼灸への疑問＞の4つであった。

【鍼灸の必要性】として、まず挙げられていたのは＜患者の希望＞があることであった。

ご高齢なので、もう根本治療難しいと、まさにターミナルだっというふうにわかっている患者さんがいたんですけど、まあ本人が（鍼灸治療を）希望されたので、早速もう往診の鍼灸の方をお願いしようってなった方もいましたけれども。（医師C）

また、稀ではあるもののこれまでに日常的なケア手段として鍼灸治療を用いていた患者が望む場合もあるという。ただし、上記医師Cの語りにあるように、鍼灸治療に対する＜患者の希望＞は突然患者から脈絡なく要望があるのではなく、医師側が治療選択肢として鍼灸治療を提示した結果として生じているものであった。

また、医療者側が患者にとって【鍼灸の必要性】を感じるのは、＜手段として必要となる状況＞があるからだという。

明らかに（鍼灸治療で）変わる症例があると、実体験すると（鍼灸を取り入れるようになる）。やっぱり（ケアに関わる多職種）みんな共通項は患者のことを少しでもよくして楽にしてやりたいという気持ちは共通項として持っているじゃない。（医師A）

医師 A が鍼灸治療を「患者のことを少しでもよくして楽に」するための手段として認識していることがわかると共に、在宅緩和ケアの現場が「よくする」手段を求めていることがわかる語りである。

肩こりなんてものがあつた場合に、結局まあ筋肉の痛みだろうってことで痛み止めを出すしか手はないんですけども、そうするとこう副作用とかも出たりしますし、効かなかつたりとかしますし。(医師 D)

西洋医学の対応での限界を認識している医師 D は、西洋医学で対応不十分な症状に対して鍼灸治療が有効な場合があることを認識しており、そのような場面での鍼灸の必要性を認識している。

ただし、こうした＜患者の希望＞や＜手段として必要になる状況＞は、＜鍼灸への理解＞無しには生じ得ない。

理論もしっかりしていますし、歴史もありますし、まあどういう理屈でやっているのかもある程度わかりますので、やはり信頼はおける治療だろうという風に思っているので、他にいろんな代替医療がある中ではもう別格というふうに思っていますけれどね。(医師 D)

医師 D は前述の通り東洋医学理論を学び、自身も鍼灸治療を時々行う。医師 D にとって鍼灸治療は「信頼はおける治療」という認識になっており、こうした＜鍼灸への理解＞が【鍼灸の必要性】の認識の一要因となっている。また、鍼灸師との連携に対して強い積極性を示したわけではなかった医師 E も以下のように述べる。

痛みのコントロールの補助的なところですかね。根本的な、どの痛みのコントロールがメインで補助かっていうのは難しいですけど、鍼灸、鍼とかお灸で少しでも和らげばいいですよ。(医師 E)

鍼灸への理解はさほど無いと語りながらも、医師 E は鍼灸について「痛みのコントロールの補助的なところ」と語り、自身の緩和ケアにおける鍼灸師やマッサージ師の役どころについて一定の理解があることがわかる。また、鍼灸に対して強い関心や鍼灸師との強い連携意識が無いまでも、語りの内容から鍼灸や鍼灸師に対しての抵抗感は無い様子が読み取れる。

ただし、＜鍼灸への理解＞とはいっても、対象者によってその程度や質には違いがある。医師 A、B、C は、鍼灸の有効性への理解はあるものの東洋医学や鍼灸の詳細については理解が及ばないとし、それが故に＜専門に委ねる必要性＞を感じ、鍼灸師とチームを組んでいると語っている。

鍼灸っていうのは医者やるべき手技じゃないと思ってんのね。完全に切り分けるべきだと思う。・・(中略)・・そうすると必然的に鍼灸の、チーム組むしかないんだよ。

(医師 A)

このように鍼灸に対する理解がある一方で、【鍼灸の必要性】について終末期患者に鍼灸治療が積極的に行われるべきなのかという、〈鍼灸への疑問〉も指摘されていた。

緩和医療の中で鍼灸必要ですかって、(一瞬間が有り) クエッションです。・・(中略)・・鍼を実際に刺すっていうことを好む患者さんと好まない患者さん、それから、末期の状況にある(患者さんに対しての鍼は)、ちょっと厳しいですね、終末期の人。出血傾向があったり⁷¹。(医師 B)

この語りは医師 B によるものであったが、こうした〈鍼灸への疑問〉は【鍼灸の必要性】を低減させ、結果的に【連携することの困難】に帰結することになってしまう。

[2] ケアを共有する経験

本インタビュー調査結果のうち、中心的なカテゴリとなったのが【ケアを共有する経験】であった。医師らにとっての連携は単に情報を交換し合うことのみならず、それを通じて共に患者ケアを実践しているという感覚を共有することであった。本カテゴリはそうした共有感覚を醸成する内容を説明するものであり、一方で共有するための促進・阻害因子をそれぞれ含んでいるカテゴリである。本カテゴリには〈鍼灸師と共有する内容〉、〈情報共有の方法〉、〈医療の閉鎖性〉、〈鍼灸師との間にある壁〉の4つのサブカテゴリが含まれていた。

〈鍼灸師と共有する内容〉として、鍼灸が介入した効果や具体的な治療内容について共有されていた。

「あ、何こんなことにも効くの」って。ありゃー、浮腫みなんて経絡(治療)の方が効くよねとか、腹水に結構反応いいよねとか、水物強いよねとかって。けっこう痛みには効かないねえとかね。癌性疼痛には効かねーよねとか。ただ、よく眠れるようになるよねとか。(医師 A)

このような鍼灸の効果に関する内容の共有は、鍼灸の手段としての役割をより明確にすることに繋がる。また、ケアを進めていく上で重要となる治療目標の設定のために、治療のゴールを含めた病期を共有することが指摘されていた。

こう小さな、目の前にあんの小さな山で乗り越えると時間がありそうな感じだとか、そうじゃなくてこれは最後の山みたいだとかね。うーん、そういうことは緩

⁷¹ 医師 B の診療所に所属する鍼灸師 S は、病棟に入院する末期がん患者への鍼灸治療を行っているが、原則接触鍼(皮下に刺さず、皮膚に接触するだけの鍼)で鍼治療を行っており、医師 B がリスクと見ている出血に関する問題は生じていない。医師 B は、患者の医療に対する嗜好や患者が抱えるリスクを踏まえた上で、他職種とそうした情報を共有しながら治療を行う鍼灸師がどれほどいるのかという疑問を抱いている。

和ケアだからね。そこで小さな目標の立て方も変わってくるでしょうし、会話もやっぱり変わってくるわけだからね。(患者の最期の時期について) 言いますよ。ぼちぼちだと思えますよとか。このまま具合悪くなっていっちゃうと思えますからって。(医師 C)

目標の共有はチームケアにおいて重要視される事柄の一つである。こうした情報を多く共有するほど、チームとして共に患者をケアする感覚が醸成されていく。

共にケアをする感覚が醸成されるのには<情報共有の方法>も関係していた。共にケアを実践している意識が強い医師らほど、カンファレンスやチームでのミーティングで多職種で情報共有すること、また対面での直接的なコミュニケーションを行うことの重要性を指摘していた。加えて同一施設での情報共有の場合には、カルテやメーリングリストなどオンラインでの情報共有がなされる点も指摘されていた。

ここならこのカンファレンス、メーリングリスト、全体のメーリングリストで、そこでカンファレンス情報が出るわけですよ。そうするとそこに参加できるのは来るし、できなきゃ来ないし。スカイプでどっかにつながったり、そういう格好になりますね。(医師 A)

このように仮に対面での情報共有が難しい場合でも、出来る限りスタッフ間で情報共有の実践を行っているのである。さらに、外部連携を行っている医師 D は「往診の時、鍼灸師の先生にあった時にちょっと情報交換したりします」など、インフォーマルな状況でのちょっとした情報共有の場の重要性についても指摘していた。

一方で【ケアを共有する経験】を阻害するものとして<医療の閉鎖性>および<鍼灸師との間にある壁>について指摘されていた。

まあ医療そのものが非常に閉ざされた、それはどっちの問題かって言うと医療側の問題も大きくて、医療そのものが非常に閉ざされた場だったわけです。(医師 B)

医師 B は「医療側」、つまり通常医療の側が内包している他者への閉鎖性について指摘している。また医師と<鍼灸師との間にある壁>では鍼灸師側が医師に対して抱いているイメージとしての「壁」に関する指摘が見られた。

だからやっぱり医者に対して聞きにくいんじゃないかなっていう印象はありますね。僕は別に平気なんですけどね。で実際(聞くことが)難しい先生(医師)ってやっぱりいますよね(笑い)。(医師 D)

その一方で、鍼灸師の医療へのスタンス自体に疑念を持っているという指摘も見られた。

(鍼灸師は) アンチ西洋医学的な旗を、旗を振ってないけども、根本にはあるんだよね。ある人たちでしょ? だからそう簡単にその医療側が声かけた集まりに来てくれ

るかって言うと… (医師 B)

過去の経験から外部鍼灸師への抵抗感を抱くに至った医師 B のような思いは、本章第一節において鍼灸師との連携に対して否定的な見解を有していた医師らが記述していた思いに類似している。

このように「医療の閉鎖性」や医師と「鍼灸師との間にある壁」に対する認識が強いほど鍼灸師との連携は生じづらく、【ケアを共有する経験】をしないため鍼灸師との継続した連携関係は構築され得ないことになる。逆に「閉鎖性」や「壁」を乗り越えて連携を経ることによって【ケアを共有する経験】を積み重ねることは、次に述べる【ケアの広がり】の認識】や【連携意識の強化】に繋がるのである。

[3] ケアの広がり認識

【ケアを共有する経験】により、医師らが【ケアの広がり認識】を抱くようになったことが語られていた。【ケアの広がり認識】には「範囲の広がり」と「鍼灸の特性の認識」の二つのサブカテゴリーが含まれていた。

「範囲の広がり」では、患者の症状に対応できる範囲の広がりが指摘されていた。

いや、やっぱりチームで一緒にやるようになってから、(適応する症状の) 範囲が広がったよね。(医師 A)

また、「鍼灸の特性の認識」では、連携関係を構築する前までに鍼灸については知ってはいたものの、連携するようになってから、鍼灸師が実際に緩和ケアを行いうる職種であるという認識や、鍼灸師が症状コントロールの技を持っている職種であるという認識を改めて抱いたことが指摘されていた。

鍼灸って、やっぱり体に触って手当をするもので、でしかも真正面向いてっていうよりは視線がずれた状況で触りながらなんとなくボソボソと会話するという、そのあんばいもきつといいんだろうなって思うんですね、緩和ケアの中で。(医師 C)

このように、効果の有無だけではなく、どのように鍼灸師が患者と接するかという鍼灸の臨床セッティングと緩和ケアにおけるその意義についての指摘も見られた。

[4] 連携意識の強化

さらに、【ケアを共有する経験】は鍼灸師との【連携意識の強化】ももたらしていた。【連携意識の強化】では「連携意識の強化」、「連携した鍼灸師の特徴」、「情報共有しようとする意識」の 3 つのサブカテゴリーが含まれていた。「連携意識の強化」では、医師自身が鍼灸治療の導入的役割をより積極的に担うなど、連携への積極性が指摘されていた。

鍼灸師の先生方ってすごく一生懸命やっているなっていうのはわかったので、まあ、もっと連携した方がいいんじゃないかっていう風に思うようになったんですけど

ね。・・・(中略)・・・もっと多くの患者さんに(鍼灸を)活用すべきじゃないかと思いませんけどね。医者側として、いかにその一、医者にこの領域効くんだよっていう知識を増やしていくかっていうことをちゃんとやっていきたいと思えますし、もっともっと鍼灸師の先生方との連携できればなという風に思えますけどね。(医師D)

また、＜連携した鍼灸師の特徴＞としては、コミュニケーション能力のある人や、「腕の良い」鍼灸師が挙げられていた。＜情報共有をしようとする意識＞では、鍼灸師側が情報を求めていることに気付いたことや、医師側から情報を提供する必要があるという認識を抱いたことが指摘されていた。

話しているうちに鍼灸師のほうも情報を求めているとか、医者と話したがっているのがわかったのがよかったんですけど。(医師D)

このように、【連携意識の強化】により、連携関係がより強固なものになっていくのである。また【ケアの広がり認識】と相俟って【鍼灸の必要性】が更に高まり、継続的な連携関係が構成されていく。

〔5〕連携することの困難

一方で鍼灸師と【連携することの困難】というカテゴリも抽出された。【鍼灸の必要性】がなければ【連携することの困難】の意識は強まり、医師と鍼灸師の連携関係はそもそも生じない。また仮に連携関係が生じたとしても【ケアを共有する経験】と言えるほどの関係を構築できないと継続的な連携関係には至らず、【連携することの困難】へと至ってしまう。本カテゴリは＜連携することの困難＞と＜立場の明確化の求め＞という2つのカテゴリが含まれていた。

＜連携することの困難＞では、個人情報を含めた情報を提示する難しさや、顔の見えない相手と情報共有する難しさが指摘されていた。

急にですね、その鍼灸師の方から、今この患者さんががんになって、これで情報下さいっていわれてもね、正直すごい(強調して)難しいですよ。・・・(中略)・・・まったく相手見えないっていうか、何をしている人かわからない人に対してあんまり情報出せないですよ。(医師B)

こうした語りは特に外部連携する場合において語られていた。また鍼灸師に限らず、在宅の場で職種間連携を行う上で現実的に顔を見せる関係構築の難しさについても語られていた。

結構いろいろな職種それぞれ忙しいので、(情報共有するための)時間が合うかなっていうのはありますけど。・・・(中略)・・・それ(カンファレンス等の顔を見せる情報共有)は鍼灸師さんとの情報共有っていうことに限らず、なかなか難しいですよ。はい、なかなか難しいと思います。(医師E)

また＜連携することの困難＞に関連して＜立場の明確化の求め＞についても語られていた。

自分がやっている仕事は何であるか、っていうことをちゃんと相手に伝えた上でこちらの情報を欲しいと。(医師 B)

このように、【連携することの困難】のカテゴリーでは、医師と鍼灸師が関係を持つ上でのネガティブな要素について説明されていた。本カテゴリーは主として医師 B、C、E の語りから構成されているが、いずれも外部鍼灸師との連携の難しさについて語られていた。

第三節 小括—ケアの「場」における「周縁」という構造的仮説—

第一項 緩和ケアにおける「周縁」としての鍼灸の現状

ここで質問紙調査およびインタビュー調査の結果を小括する。同調査結果は、医師と鍼灸師の連携の現状と実態について明らかにしたものであるが、同時に、医師の観点から、在宅緩和ケアの多元的医療システムにおける「専門職セクター（＝医師、通常医療）」と「准専門職セクターないし民俗セクター（＝鍼灸師／鍼灸）」の関係性について概観した結果とも言えるであろう。

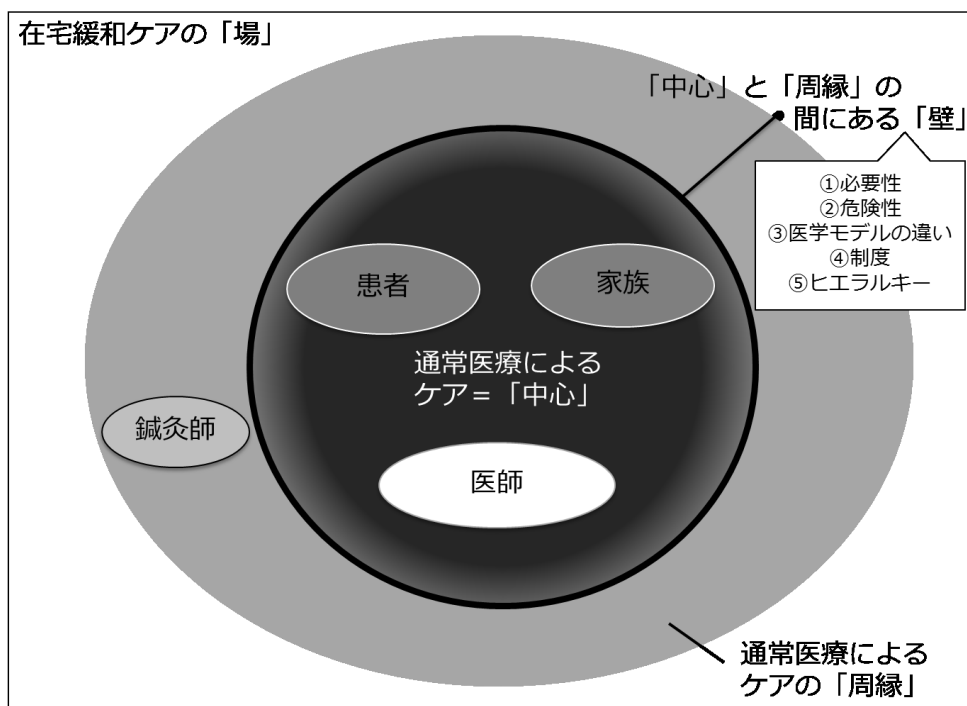
まず質問紙調査における、医師と鍼灸師との連携が 15%未満という数字についてであるが、チームメンバーとしての他職種との割合と比べる限り、少なくとも在宅緩和ケアの「中心」的存在である医師らにとっては鍼灸師が「通常連携する職種」ではないことが明らかにされた。その背景には、「医師／鍼灸師」、あるいは「医療／鍼灸」という二者間の「壁」が存在し、いわば在宅緩和ケアの「場」におけるセクター間の分断構造が明確に存在していると考えられた。特にインタビュー調査結果においてはその「壁」の存在が如実に語られ、職種間の連携に影響を与えている可能性も示された。また、質問紙の自由記述やインタビュー結果において、鍼灸あるいは鍼灸師に対する否定的な側面が語られていたが、これらの要素も両者間に存在する「壁」の存在をより高いものになっている可能性がある。本調査結果の象徴的なキーワードから「壁」を構成する概念について整理してみると、①手段としての必要性（「(手段としての) 必要性のなさ」、②危険性（「出血傾向、感染」、「『いいかげんな』発言」など）、③医学モデルの違い（「伝統医療」、「アンチの旗」）、④制度（「費用の問題」）、⑤医療におけるヒエラルキー（「医療の閉鎖性」、「鍼灸師側の遠慮」）の 5 つに分類できると考えられる⁷²。これらの「壁」の概念から、通常医療と鍼灸の関係性について仮説図を作成した（図 3-2）。通常医療によって構成されるケアの「場」⁷³（専門職セクターによるケア）を「中心」と考えた時、鍼灸師（民俗セクターによるケア）は通常医

⁷² ④と⑤については第一章第二節において通常医療と鍼灸の関係性について言及した箇所と重なる部分である。

⁷³ 在宅緩和ケアの医療的支援は、医師、看護師の定期的な介入が基本となる。最近では患者の ADL を出来る限り維持することも医療的支援の主要な概念となりつつあり、PT や OT などのリハビリ職も定期的に介入する頻度が増えている。状況に応じて介護職が関与することがあるものの、在宅緩和ケアは通常の在宅医療に比べると医療依存度の高い患者が多いのが特徴とも言える。つまり、在宅緩和ケアの「場」は、医療依存度の高い患者、および支援する家族、そして上記のような通常医療の医療職により構成されるのが一般的と考えられる。

療の外縁にある「壁」の外側、いわば「周縁」に位置していると言えるであろう。つまり鍼灸は、上記の「壁」の概念から考えた場合、通常医療のケアの文脈において必要のないもの(①)であり、リスクを孕んだもの(②)であり、通常医療とは思想の異なるもの(③)であり、制度的枠組みに入らないもの(④)であり、ヒエラルキー構造上中心から離れた位置にあるもの(⑤)という側面を持つ存在と言えそうである⁷⁴。

図3-2 在宅緩和ケアの「場」における「中心」と「周縁」に関する仮説図



こうした「壁」による「中心」と「周縁」の分断は、質問紙調査の自由記述のカテゴリーである【知られていない鍼灸】や、インタビュー調査結果のカテゴリーである【連携することの困難】に見られるとおり、結果的に鍼灸師を「不可視な存在」としてしまう。あるいは「あえて見ない存在」という状況すら作り出すかもしれない。この状況の中で「壁」を「越境」して「周縁」側に手段を求める患者もいるであろう。この場合には、患者が「越境」した事実を伝えない限り、患者の鍼灸の利用は通常医療側に知られることはない。あくまで推測にすぎないが多くの患者が医師にCAMの利用を伝えない理由の一つにこの「壁」の概念が関与しているのではないだろうか。患者は「壁」の存在、およびその向こう側である「周縁」の特性を認識しており、ある種の背徳感を抱きながら「越境」している可能性がある⁷⁵。

この一方で、本調査の回答者の中には在宅緩和ケアにおける鍼灸に対してポジティブな

⁷⁴ この状況への理解にヴィクター・W・ターナー [1976] が説いた「コミュニタス」の概念が応用できそうである。専門職セクターとしての通常医療の枠組みに入るわけでもなく、一方で民間セクターの中では「準制度的」な位置づけにある鍼灸は、いわば医療における「コミュニタス」の状況にあると考えられるのではないだろうか。ターナーは「コミュニタス」の特性を①社会的構造の裂け目にある、②その周辺にある、③その底辺をしめる原理であるとしている。

⁷⁵ ただし、患者を主体に考えた時、時に「周縁」としての鍼灸が、「中心」的な価値を持つことさえあるかもしれない。山口 [2000: 251] は次元の異なる現実の中では(本論文においては医師と患者という二つの次元において)象徴としての「中心」が、「周縁」と等価物で入れ替えが可能であることを指摘している。

見解を抱いている医師がいることもわかった。質問紙調査における「在宅緩和ケアへの関わりに対する考え」において抽出された【関わることの意義】においては、「多様な選択肢」、「多職種連携の重要性」、「有効事例の存在」の3点が指摘されている。さらに鍼灸師との連携経験をしている医師らのインタビュー調査結果からは、鍼灸が「プラスの効果ができるもの」であり、ケアの視点として「全体から入る」という特徴を持ち、また、「症状コントロールの技」をもつ手段として認識されていることが明らかになった。多職種連携や様々なケア手段が必要とされる緩和ケアの現場においては、こうした鍼灸のポジティブな側面も見出されており、「中心」からの視点（本章においては医師からの視点）としては、両義性⁷⁶を持つ「周縁」としての存在とも言えそうである。

第二項 連携関係の始まりとしての「越境」

こうしたケアの「中心（＝通常医療）」と両義性を持つ「周縁（＝鍼灸）」という構図にあるセクター間の関係性の中で、医師と鍼灸師がどのような連携関係を構築し、またその連携関係を医師がどのような経験として位置づけたのかを詳述したのが第二節のインタビュー調査であった。

まず連携関係の始まりについてであるが、「周縁」へのネガティブな側面を医師側が強く認識している場合、そこには連携関係がそもそも生じ得ないことが明らかにされた（本章第二節、図 3-1；Ⅲ型参照）⁷⁷。一方で連携経験がある医師らのデータに目を向けると、質問紙調査においては、連携が始まったきっかけは半数以上が患者や患者家族であったが、中には医師自らがその必要性において連携を始めたという記述が見られた。また、インタビュー調査のカテゴリー関連図においては、いわゆる【ケアを共有する経験】としての連携が行なわれる前提に【鍼灸の必要性】があることが示された。つまり、鍼灸の「周縁」としての両義性のうち、ポジティブな側面に着目した医師らが鍼灸師との連携関係を構築しているといえるだろう。インタビュー調査においても示されていたが、鍼灸師との連携関係を構築していた医師らは、過去に鍼灸の経験や、鍼灸師と患者ケアを実践した経験を有し、鍼灸の効果や鍼灸師の特徴についてある程度把握していた。こうした医師らは鍼灸に対しての「壁」に対する意識が低く、鍼灸に対してはいわゆる「ボーダーレス」な眼差しを有していると言えるであろう。この状況に患者や家族のニーズや、鍼灸で対応可能性があり、通常医療では難しい患者が現れるなどの具体的な状況が重なると、医師側から鍼灸（「周縁」）への「越境」が行われ、いわゆる連携関係が始まると考えられる（図 3-3）。また、今回はデータが少ないため指摘するに留めるが、第二節の医師 E のように、鍼灸に対する理解や必要性の程度（医師自身の）は低いものの、いわゆる緩和ケアにおける「ケアの幅」を重視している医師は患者ニーズや、他職種の提案（医師 E のケースではケアマネジャー）があると鍼灸との連携を構築するようである。

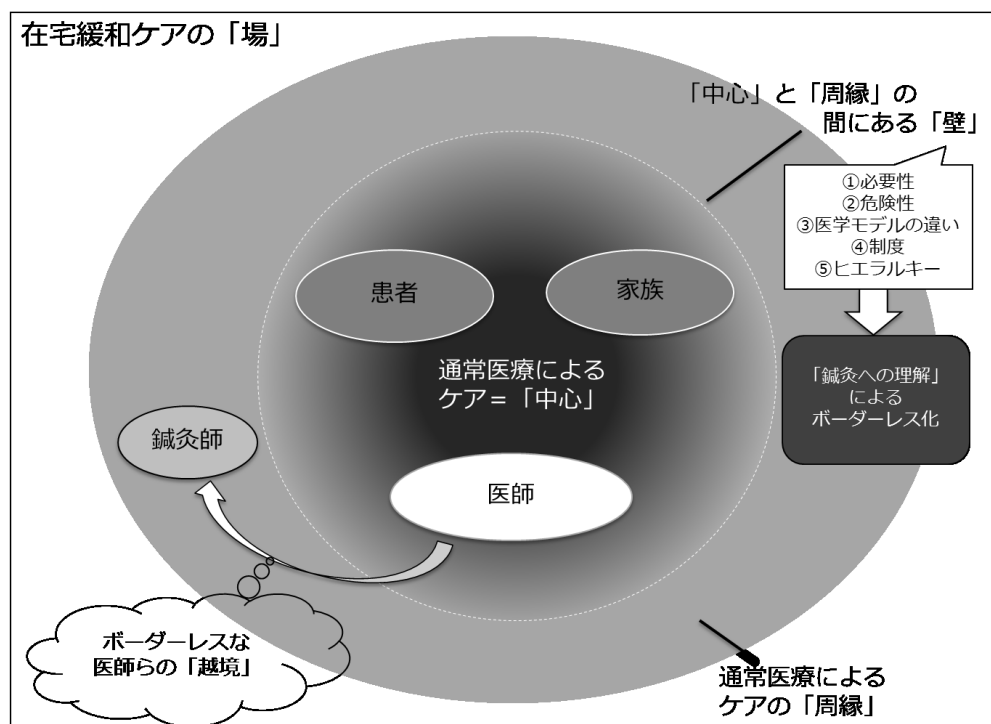
この一方で本調査結果からは、鍼灸師側からの「越境」はごくごく一部に過ぎないことがわかった。この理由については本調査では明らかにできていないが、インタビュー調査

⁷⁶ 「周縁」の両義性については山口 [1975] が指摘している。本調査結果においては、東洋医学的な考え方について、「思想の違い」として通常医療から排除の対象になる指摘がある一方で、「全体から入る」というようにケア視点の多様性という指摘もあり、東洋医学の捉え方一つとっても両義的である。

⁷⁷ 質問紙調査においても、数は少ないながら「鍼灸とは連携できない」と明言している医師らが複数いた。実際には調査協力が得られなかった対象者の中に多数こうしたネガティブな見解を有する医師らがいると推測できる。

において指摘されていた「鍼灸師側の遠慮」という言葉に象徴されているように、少なくとも制度上、あるいは職種間関係のヒエラルキーという「壁」の特性上、「越境」しづらい状況が推測できる⁷⁸。

図3-3 医師による「中心」から「周縁」への「越境」に関する仮説図



第三項 「ケアを共有する経験」がもたらす関係性の変容

インタビュー調査結果からは、鍼灸師との連携を通じて鍼灸師の役割を再認識し、また連携意識が強化されることで鍼灸の必要性が高まるという現象が明らかになった。このことはいわば「周縁」のポジティブな側面をより明らかにしていく作業であったとも言える。そのための一つの方法論として、今回の調査ではいわゆる「情報共有」がその役割を果たしていた。医師らは直接的かつ複数のコミュニケーション手段を用いていること、またその際、鍼灸治療の効果や病期の共有のように、相互に患者ケアの状況を経時的に共有していることがわかった。特に医師 C、D は、外部の鍼灸師との連携で情報共有が物理的に実践しづらい状況にも関わらず、状況に応じて複数の手段を用いながら情報共有し連携関係を構築していた。こうした【ケアを共有する経験】のプロセスが、共にケアをする感覚を醸成し、結果として【ケアの広がり認識】のように鍼灸師の仕事内容や役割を可視化・再認識させ、また【連携意識の強化】のようにチームメンバーとしての認識を生み出す可能性が示唆された。Jünger ら [2007] は多様な患者ニーズが生じる緩和ケアでの多職種協働においては、親密なコミュニケーションや良好な個人間関係が重要であると指摘してい

⁷⁸ 第一章第三節でも指摘したように、津嘉山の調査 [2011] では、患者自宅で施術を行う鍼灸師の 70%の鍼灸師が担当医師と「連携をとっている」とされているが、その内 70%以上が連携の難しさを感じていると報告されている。筆者の調査 [高梨 2012] においても、在宅での末期がん患者ケアを経験している鍼灸師が他職種との連携に困難を感じていることが明らかになっている。

る。また Klarare ら [2013] は、職種間のコミュニケーションはチームの構成、職種間の対立の解決への鍵であると指摘している。

本調査結果からは、在宅緩和ケアの「場」では主として医師側からの働きかけにより、在宅緩和ケアという「場」における患者への多角的医療の提供がなされていることが明らかとなった。このことは、患者にとっては「医師に公認された」多角的医療の実践が可能となることを意味し、患者が「背徳感」を抱かずに安心して多角的医療を実践できると推測される。今後鍼灸師が在宅緩和ケアにおける連携枠組みに参画していく上で、本結果で明らかになったような直接的な情報共有をベースに、患者ケアの過程において経時的に情報共有を実践していくことが、医師との連携関係の促進、ひいては時期に応じた適切な患者ケアの実践にも繋がる可能性がある⁷⁹。

⁷⁹ 森田 [2012a] らが具体的に指摘するように、まず鍼灸師は在宅緩和ケア領域での他職種の交流する場に積極的に参加し、当該地域における鍼灸師として、他職種に自分たちの姿が「見えるようにする」ことが必要となってくるであろう。

第四章 病院での緩和ケアにおける他職種と鍼灸師の関係性

第三章では医療的側面の「中心」的役割を担う医師の観点から、在宅の「場」での緩和ケアにおける他職種（特に医師）と鍼灸師の関係性について検討してきた。本章では緩和ケア病棟およびチームによる緩和ケアが実施されている病院を対象とした、他職種と鍼灸師の関係性に関する調査結果について述べる。本章では医師を始めとした他職種と鍼灸師双方の観点からチームとしての繋がり現象を紐解くことで、「病院」という「場」で行なわれる緩和ケアにおける多元的医療の現状について論考する。

第一節 緩和ケア病棟における鍼灸治療の実態調査

第一項 質問紙調査回答者の特性

緩和ケア病棟入院料加算を受けている医療機関 244 施設を対象に質問紙を送付したところ、98 施設(回答率 40.2%)から回答が得られた。回答者は男性 48 名、女性 49 名で、平均年齢は 50.3 ± 8.2 歳であった。また、回答者の職種は医師 50 名、看護師 45 名、その他 3 名⁸⁰であり、緩和ケア従事年数は 7.7 ± 5.2 年であった（表 4-1）。

表4-1 対象者の特性

	性別			年齢	緩和ケア 従事年数
	男	女	無回答		
医師	46	4	0	53.8 ± 8.4	9.0 ± 5.5
看護師	0	44	1	46.3 ± 6.3	5.9 ± 4.3
理学療法士	0	1	0	48	12
MSW	1	0	0	35	4
事務	1	0	0	55	2
全体	48	49	1	50.3 ± 8.2	7.7 ± 5.2

第二項 鍼灸師による鍼灸治療実施の有無と実施状況

回答を得た 98 施設中、現在鍼灸師による鍼灸治療が「実施されている」のが 6 施設(6.1%)、「過去に実施されていた」のが 6 施設(6.1%)、「実施されていない」のは 86 施設(87.8%)であった(表 4-2)。

表4-2 鍼灸師による鍼灸治療実施の有無

	施設数 (%)
実施されている	6 (6.1%)
過去に実施されていた	6 (6.1%)
実施されていない	86 (87.8%)

現在鍼灸師による鍼灸治療が「実施されている」6 施設について、緩和ケアに従事する鍼灸師が「1 名」としたのが 5 施設、「5 名」としたのが 1 施設であった。また、鍼灸師の立

⁸⁰ 対象を病棟長ないし看護師長としたが、理学療法士が 1 名、MSW が 1 名、事務職が 1 名が回答した。回答内容には不足がなかったため、3 名のデータも分析データに含めた。

場として、「施設の常勤」が2施設、「施設の非常勤」が3施設、「外部施設からの派遣」が1施設であった。緩和ケアに鍼灸治療が導入される頻度は、「年に数回程度」が3施設であった。鍼灸師に対して鍼灸治療を依頼する人を複数回答で訪ねたところ、「医師」が4施設、「看護師」が2施設、「患者本人・家族」が2施設であった。鍼灸治療が実施される場所として、「病棟」と回答した施設が5施設と多かった。一度の鍼灸治療に要する平均時間は、「30分」が3施設であった。治療対象となる愁訴については、「疼痛」を挙げたのが3施設であり、その他「だるさ」、「便秘」、「廃用による不快」が挙げられていた（表4-3）。緩和ケアへ鍼灸治療を導入してから経過した期間について、3年経過しているのが2施設、10年以上経過しているのが2施設であった。

表4-3 現在鍼灸治療が実施されている医療機関における鍼灸治療の実施状況

	施設数 (n=6)
緩和ケアに従事する鍼灸師の人数	
1名	5
5名	1
鍼灸師の立場	
施設の常勤	2
施設の非常勤	3
患者依頼による外部施設からの派遣	1
緩和ケアに鍼灸治療が導入される頻度	
年に数回程度	3
月に2回	1
週に5回	1
鍼灸師に対して鍼灸治療を依頼する人（複数回答）	
医師	4
看護師	2
患者本人・家族	2
鍼灸治療が実施される場所	
病棟	5
鍼灸治療室	1
一度の鍼灸治療に要する平均時間	
15分	1
30分	3
60分	1
鍼灸治療で治療対象となる愁訴（複数回答）	
疼痛	3
倦怠感	1
便秘	1
不快感	1

また、緩和ケアにおいて鍼灸師による鍼灸治療が行われることになった理由については、「骨転移に伴う脊髄損傷患者の痛みに対して他の手立てが無効であったため」や「緩和ケア病棟発足時より必要性を考えて」など医療者側の意図によるものと、「もともと外来で（鍼灸を）行っており、患者が時々希望するため」や「患者から施術の希望あり、当院外来で鍼灸を実施している部署があり連携できたため」など、患者側の希望によるものの2つの理由が見られた。

第三項 チーム医療の一員として鍼灸師がケアに携わることへの考え

現在鍼灸治療が「実施されている」6施設のうち、緩和ケアチームに鍼灸師が参画してい

るかについて、「いいえ」と回答したのが3施設で、その他は無回答であった。

また、鍼灸師がチーム医療の一員としてケアに携わることについての考えを全施設に尋ねたところ、回答を得た98施設のうち、今後「積極的に携わるべき」と回答したのが8施設(8.2%)、「状況によっては携わるべき」と回答したのが68施設(69.4%)であり、チーム医療の一員として鍼灸師が携わることに70%以上の回答者が肯定的な見解を抱いていた(表4-4)。この理由としては、「症状緩和に寄与すると考えます」などの症状緩和としての意義、「非薬物療法として様々な症状に対応できること」や「内服が困難な症例に効果が期待できるのではないかなど薬物療法の代替としての意義、「補完療法として患者さんにとっての選択肢が増えることに意味があると考える」など患者の治療手段の選択肢が増えることの意義、「いろいろな視点で患者を捉えることができ、ケアに関わって欲しい」などケア視点の広がり意義などが指摘されていた。

一方、「携わる必要はない」と回答したのは6施設(6.1%)、「携わることに関心がない」は11施設(11.2%)であった。理由として、「現在では鍼灸の希望は一例もない」ことや、「病院で鍼灸師を雇う金はない」という鍼灸師の身分保障の問題、「現在の治療方法で病状がコントロールできているから」や「代替療法としては鍼灸でなくてもアロマやリフレクソロジー、音楽療法などがあるし、鍼灸は衛生面から見ても病棟として取り入れづらい」など鍼灸を取り入れる必要性がない点や衛生面での扱いづらさが指摘されていた。

表4-4 チーム医療の一員として鍼灸師がケアに携わることに対する考え

	連携している施設	過去に連携したことがある施設	連携していない施設	計 (%)
積極的に携わるべき	1	1	6	8 (8.7%)
状況によっては携わるべき	4	5	59	68 (69.3%)
携わる必要はない	1	0	5	6 (6.1%)
携わることに関心がない	0	0	11	11 (11.4%)
無回答	0	0	5	5 (5.1%)
計 (%)	6 (6.1%)	6 (6.1%)	86 (87.8%)	98 (100%)

第四項 「緩和ケアに鍼灸が関わること」についての考え

「緩和ケアに鍼灸が関わることをどのように考えるか」という自由記述の問いに対して、得られた92の自由記述をカテゴリー分類した結果、【ケアの多様性としての意義】、【関わる上で求められる条件】、【病院で行う難しさ】、【緩和手段としての有用性】、【受け入れ姿勢】、【必要性のなさ】、【よく知らない鍼灸】の7つに分類された(表4-5)。

【ケアの多様性としての意義】では、鍼灸がケアの＜多様な選択肢の一つ＞であることや、＜多職種が関わることの意義＞が指摘されていた。また、＜従来利用していた患者への提供＞をすることの意義が指摘されていた。【関わる上で求められる条件】では、鍼灸治療により＜症状緩和＞が得られることや＜患者ニーズの存在＞がケアに関わる条件として指摘されていた。また「どのような症状や患者に有効か」という＜適応条件の検討＞の必要性に加え、緩和ケアの＜チームとしての関わり＞に参画できる必要性も指摘されていた。

【緩和手段としての有用性】では、＜症状緩和としての必要性＞があることや＜有効事例の存在＞が指摘されていた。加えて緩和ケアにおける鍼灸の＜効果の認識＞があることや、患者の＜安楽につながる手段＞という認識も指摘されていた。

一方で、【病院で行う難しさ】では、＜費用の問題＞を指摘するものや、＜病棟で行う難しさ＞そのものを指摘するものが見られた。【必要性のなさ】では症状緩和の手段としての＜必要性のなさ＞や、＜有効性の報告の少なさ＞が指摘されており、鍼灸治療の＜侵襲性の問題＞も指摘されていた。【よく知らない鍼灸】では、緩和ケアの中で鍼灸に何ができるかわからないという指摘が見られた⁸¹。

表4-5 緩和ケアに鍼灸が関わることについての考え

カテゴリー（記述数）	サブカテゴリー
	多様な選択肢の一つ
ケアの多様性としての意義（16）	多職種が関わることの意義 従来利用していた患者への提供
	症状緩和
関わる上で求められる条件（30）	患者ニーズの存在 適応条件の検討 チームとしての関わり
	費用の問題
病院で行う難しさ（13）	病棟で行う難しさ
	症状緩和としての必要性
緩和手段としての有用性（16）	有効事例の存在 効果の認識 安楽に繋がる手段
	関わりへの前向きな認識
受け入れ姿勢（6）	断る理由のなさ
	必要性のなさ
必要性のなさ（4）	有効性の報告の少なさ
	侵襲性の問題
よく知らない鍼灸（7）	よく知らない鍼灸

第二節 緩和ケアが行なわれる病院における鍼灸師と他職種の情報共有の実態

前節では、緩和ケア病棟を有する医療機関における鍼灸の実施概況、およびチームケアとしての鍼灸に対する見解について量的調査の結果を述べてきた。本節ではがん緩和ケアを行う医療機関における鍼灸師と他職種の連携の実態、特に情報共有の実態についてインタビュー調査を行った結果について述べる⁸²。

第一項 インタビュー対象者の特性

医療機関における鍼灸師と他職種の連携、特に情報共有の実態とその意識について、6施設設計11名にインタビューを行った（表4-6、表4-7）。鍼灸師との連携の状況も異なるため、

⁸¹ Leng [2013] の英国での調査によれば、ホスピスや緩和ケア施設において鍼灸治療が実施されない理由として、本調査でも挙げたような金銭的な問題や施設運営上の問題も挙げられていたが、最も多く挙げられていた理由は適切な施術者がいないことであった。調査形態が全く異なるため一概に比較することはできないが、これについては本調査結果ではあまり言及されていない点である。

⁸² 当初は第一節で記述した量的調査結果の中からインフォーマントを探すことを試みた。しかし、調査同意が得られた病院がなかったため、対象を「がん緩和ケアを行っている医療機関」に拡大し、筆者と交流のある鍼灸師や医師に個別に調査を依頼した。

まず施設ごとにその特徴と対象者の特性について述べる。

表4-6 対象者の特性

所属施設	対象者	年代	職種（専門）	現所属施設における 鍼灸師（他職種）との連携期間
A病院	AP	20代	臨床心理士	半年
	AN	30代	看護師 (緩和ケア認定看護師)	半年
	AD	40代	医師 (緩和ケア)	半年
	AA	40代	鍼灸師	半年
B病院	BA1	20代	鍼灸師	1年
	BA2	50代	鍼灸師	15年
C病院	CD	50代	医師 (麻酔科・緩和ケア)	11年
	CA	50代	鍼灸師	11年
D病院	DD	50代	医師 (麻酔科・緩和ケア)	8年
E病院	EA	50代	鍼灸師	17年
F病院	FA	60代	鍼灸師	17年

表4-7 対象者が所属する病院の概要

所属施設	病院の種類	緩和ケア外来	緩和ケアチーム (加算の有無)	緩和ケア病棟	鍼灸治療が 行なわれる場所
A病院	地域がん診療連携拠点病院	○	○ (―)	—	病棟
B病院	地域がん診療連携拠点病院	○	○ (+)	—	病棟
C病院	一般病院	○	○ (―)	—	病棟
D病院	地域がん診療連携拠点病院	○	○ (+)	—	病棟
E病院	地域がん診療連携拠点病院	○	○ (+)	—	病棟・院内鍼灸治療室
F病院	地域がん診療連携拠点病院	○	○ (+)	○	病棟

[1] A病院

A病院のインタビュー対象者は4名（医師AD、看護師AN、臨床心理士AP、鍼灸師AA）であった。A病院は中部地方にあるX県N市の地域がん診療連携拠点病院⁸³である。緩和ケア病棟は有していないが、緩和ケアチーム（医師、看護師、臨床心理士、理学療法士の4職種からなる）による緩和ケア外来、および一般病棟の末期がん患者の緩和ケアが行われている。また、患者によってはチームケアの一環として鍼灸師による鍼治療⁸⁴も行われている。本調査の対象となった鍼灸師AAは、通常はA病院に附属している人間ドックなどの自費診療や検査を行う健康センターに所属しており、同センターのベッド2床の治療室に常駐している⁸⁵。普段は同治療室において、主に人間ドックを受けに来た患者の肩こりや腰痛を中心とした症状に対する治療を行っている。

A病院の緩和ケアチームが鍼灸師AAと連携をするようになったのは筆者の調査時の半

⁸³ 病床数が400床以上あり、診療科が30科以上ある、X県の地域医療支援病院である。

⁸⁴ 病棟では基本的に防災や臭いの問題から灸治療を行うことができない。今回調査を行った6施設のうち灸治療を行っていたのはE病院のみであり、それも電気温灸器という煙の出ない機械を用いたお灸であった。

⁸⁵ 鍼灸師AAには、緩和ケアチームからの依頼以外にも産婦人科や整形外科などからも鍼灸治療の依頼が入ることがある。

年ほど前からである。化学療法科の医師が治療による副作用に苦しむ患者に対し、「何か手立てがないか」ということで鍼灸師 AA へ直接鍼治療を依頼したことから始まった。幸い鍼治療が功を奏し患者の症状軽減が得られたことから、以前より鍼治療に関心があった医師 AD⁸⁶が、その出来事を契機にオブザーバーとして鍼灸師 AA をカンファレンスに参加するよう声をかけたのである。以来、鍼灸師 AA はタイミングが合う際にはカンファレンスに積極的に「顔を出す」ようになった。筆者の調査時までには、緩和ケアチームと鍼灸師 AA が連携する形で 3 名のがん緩和ケア対象患者をフォローした。鍼灸師 AA が病棟に治療に赴く際には看護師 AN が頻繁に帯同していたという。看護師 AN は、鍼灸師 AA と患者のもとへ帯同する際には鍼治療の前後に必ず細かな情報共有を行い、また鍼灸治療の理解を促すべく病棟看護師への鍼治療の説明も逐一丁寧に行っていたようである。また看護師 AN 以外に、臨床心理士 AP も鍼灸師 AA の治療に帯同したことが複数回あり、臨床心理士 AP も治療前後の情報共有の重要性を指摘していた。一方で、医師 AD によれば、緩和ケア自体が病院全体に浸透しているとは程遠い現状であり、他科との連携システムも未だ不十分なところが多いという。そうした中で鍼灸師が緩和ケアの一手段として位置づくことにはなお難しい部分があると懸念している。

〔2〕B 病院

B 病院のインタビュー対象者は鍼灸師 2 名（鍼灸師 BA1、鍼灸師 BA2）であった。B 病院は中部地方にある Y 県 B 市の地域がん診療連携拠点病院である⁸⁷。B 病院では、緩和ケアチーム加算を受ける緩和ケアチームによって、緩和ケア外来、および緩和ケア病床⁸⁸入院患者に対する緩和ケアが行われている。B 病院の緩和ケアチームのメンバーは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床心理士、鍼灸師であり、チームメンバーには鍼灸師も含まれている⁸⁹。鍼灸師は東洋医学科に所属しており、筆者の調査時には鍼灸師が 3 名常駐していた。通常鍼灸師は東洋医学科内にある鍼灸治療室にて治療を行っており、整形外科疾患や疼痛性疾患の患者や産科の患者を主に治療している。緩和ケアとしての鍼灸治療は、緩和ケア科からのオーダーが入る際に必要に応じて随時行われるという状況であった。

B 病院の緩和ケアチームと鍼灸師との連携は筆者の調査時からおよそ 15 年前に遡る。当時の緩和ケアチームの医師と東洋医学科の医師の繋がりから、鍼灸師 BA2 ががん緩和ケア患者へのケアに関与するようになった。連携が始まった当初は医師や看護師の理解も有り、「やりやすい」環境であったが、15 年間で緩和ケアチームの医師が入れ替わるごとに緩和ケアチームの他職種と鍼灸師の連携の濃淡は変化していた。鍼灸を含めた東洋医学的なケアへの関心が高くない医師が変わると紹介患者が激減し、一時はほとんど緩和ケア患者を治療する機会がなくなったという。しかしここ数年の間に東洋医学科の医師の尽力も有り、少しずつ緩和ケア患者の紹介が入るようになった。ただし、連携の形態はあくまで緩和ケ

⁸⁶ 鍼灸師 AA は院内の広報誌において東洋医学のコラムを書くなど、精力的に院内での東洋医学・鍼灸の普及活動を行っていた。医師 AD はそうした鍼灸師 AA の成果物をしばしば目にしていたのである。今回の緩和ケアチームとの連携は、そうした地道な鍼灸師 AA の活動が実ったものであるとも言える。

⁸⁷ B 病院は病床数 500 床以上、診療科が 30 科以上の大規模病院である。

⁸⁸ 一般病床の中に緩和ケア病床が 8 床ある。

⁸⁹ B 病院のホームページには、鍼灸師が緩和ケアチームの職種のひとつとして明記されている。

ア科と東洋医学科の「医師同士の」連携であり、実質的には鍼灸師が緩和ケアチームの連携の枠組みに入っているとは言い切れない現状にあるという。現在、1年前から新卒で勤務している鍼灸師 BA1 が主に緩和ケア患者の治療に当たっているが、緩和ケアチームの枠組みに入り切れない現状について苦悩している様子が語られていた。

[3] C 病院

C 病院では 2 名（医師 CD、鍼灸師 CA）にインタビューを行った。C 病院は首都圏にある一般病院⁹⁰であり、麻酔科出身の緩和ケア医である医師 CD は副院長を勤めている。C 病院は在宅医療の拠点も有しており、病院での緩和ケアおよび在宅緩和ケアも行っている施設である。C 病院は緩和ケアチーム加算を受けていないが、医師、看護師、理学療法士、鍼灸師からなる実質的なチームで緩和ケアを行っている。鍼灸師 CA は調査時には非常勤であったが、10 年以上前から C 病院にて常勤として緩和ケアに従事していた。常勤時はがん緩和ケアの患者のみならず、それ以外の外来・入院患者の鍼灸治療も行ってた。筆者調査時はすでに独立開業して別の地域に鍼灸院を構えており、非常勤として週に 1 回 C 病院の入院患者の治療を行っていた。

C 病院での鍼灸師との連携のきっかけは、C 病院の先代院長の影響が大きい。医師 CD は先代の病院を引き継いで現在 C 病院の副院長を勤めているが、もともと C 病院では柔道整復師や鍼灸師を雇用していた。そのため医師 CD にとっては小さい頃から日常的に見かける職種であり、またスポーツで怪我をした際に柔道整復師や鍼灸師の治療を受けた経験があったため、極めて身近な存在であったという。麻酔科医の研修時代に鍼灸に触れることがあり⁹¹、自身が C 病院に戻ってくる際に鍼灸師が常駐しているのはむしろ当然の事であった。C 病院には鍼灸師 CA 以外にも複数の鍼灸師が勤務していたことがあり、また在宅医療の展開や自身が開発した疼痛治療機器の開発と普及の関係で外部の鍼灸師との繋がりも多く、医師 CD にとって鍼灸師は他職種と同様に、チームケアを実践する上では連携対象となる 1 つの重要な職種であった。医師 CD と鍼灸師 CA は互いに「阿吽の呼吸」という程強い信頼関係を築いているが、それはそもそも連携関係が長いということそのものが最大の理由であることは然ることながら、互いに対面での情報共有やこまめな声掛けを常に心がけ、それを継続してきたことがその理由として挙げられるという。鍼灸師 CA は常勤時代ほど患者の状況やスタッフの状況がわからないため、非常勤になってからは情報共有の部分で「やりづらいこともある」というが、積極的な他職種に対する声掛けもあつてかスタッフ間の関係は良好で医師 CD からの信頼も非常に厚い。

[4] D 病院

D 病院では 1 名の医師（医師 DD）にインタビューを行った。D 病院は首都圏にある地域がん連携拠点病院⁹²である。緩和ケア病棟を有していないものの、麻酔科医で緩和ケアの専門医でもある医師 DD を中心とした緩和ケアチームがあり、病棟入院患者のチームケアを

⁹⁰ C 病院は病床数 100 床以上、診療科が 10 科の一般病院である。

⁹¹ 第三章の医師 C、また本節で後述の D 病院の医師 DD も同じ麻酔科であるが、いずれも麻酔科のレジデント時代に鍼灸治療を経験しており、筋性疼痛を始めとした疼痛症状に対して鍼灸が効果的であることを認識していた。

⁹² D 病院は病床が 1000 床以上、診療科が 30 科以上ある特定機能病院である。

行っている。D 病院にはペインクリニック科所属の鍼灸師が非常勤で勤務しており、通常はがん患者以外の疼痛症状の患者への治療を行っているが、週に一度、病棟に入院しているがん患者に対して緩和ケアの一環として鍼灸治療も行っている。

D 病院の緩和ケアの一環として鍼灸治療が行われるようになったのは、筆者の調査時から 8 年前に遡る。医師 DD がペインクリニック科の医師として D 病院に勤務し始めて緩和ケアチームにも関わるようになると、同科に所属していた鍼灸師に鍼灸治療を依頼するようになり連携関係が始まったという。麻酔科出身ということもあり、もともと医師 DD は鍼灸に対する理解があり、緩和ケアに積極的に鍼灸治療を取り入れようと考えたようである。医師 DD 自身が緩和ケアにおける鍼灸の適応基準を明確に持っており、適応と考える患者については積極的に鍼灸師に紹介をしていた。週に 1 度朝に行われる多職種カンファレンスには鍼灸師も同席しているという。医師 DD は現在週 1 回しか行われない鍼灸治療をもっと増やしていきたいと考えている。

[5] E 病院

E 病院での鍼灸師の情報共有に対するインタビューは、過去に同病院に勤務していた 1 名の鍼灸師（鍼灸師 EA）に、その経験を想起するという形でインタビューを行った。E 病院は首都圏にある地域がん診療連携拠点病院であり、がん治療の研究に注力し、またがん診療に特化した病院である⁹³。緩和ケア病棟は有していないが、医師と看護師からなる緩和ケアチームがあり、外来および病棟患者のケアを行っている。E 病院には非常勤の鍼灸師が 1 名おり、主として鍼灸治療は化学療法による副作用を中心とした積極的がん治療に伴う副作用に対して行われているが、終末期がん患者に対する緩和ケアとしての鍼灸治療も行われており、がんに伴う症状に対して広く鍼灸治療が行われている。

E 病院での鍼灸治療の歴史は 30 年以上前に遡る。E 病院に在籍していたある緩和ケア医が、がん患者の副作用をはじめとした症状緩和のために鍼灸治療を行ったのが始まりである。その後複数の医師らが精力的に鍼灸治療を取り入れるようになり、鍼灸師が非常勤として雇用されるようになった。その最初の鍼灸師が鍼灸師 EA である。鍼灸師 EA は E 病院を退職するまでの 17 年間、緩和ケア医や看護師との繋がりを持ちながら、E 病院でのがんの愁訴に対する鍼灸治療を実践してきた。積極的なカンファレンスの参加はしなかったものの、緩和ケア医や担当看護師と個別に繋がりを持つようにして情報共有に努めたという。E 病院も B 病院同様、経年中に緩和ケア医が入れ替わることがあり、その都度緩和ケア医や看護師と鍼灸師との関係性は変化していた。過去の歴史が長い分、どの医師も鍼灸に対する理解はあるものの、実際に患者の紹介やケアの方針などで食い違いが生じる時があったという。

[6] F 病院

F 病院では 1 名の鍼灸師（鍼灸師 FA）にインタビューを行った。F 病院は首都圏にある地域がん診療連携拠点病院であり、緩和ケア病棟を有する施設⁹⁴である。医師、看護師、臨床心理士、理学療法士、栄養士など多職種によるチームケアが実践されており、鍼灸師が

⁹³ E 病院は病床数が 500 床以上で、診療科が 20 科以上の特定機能病院である。

⁹⁴ F 病院は病床数が 300 床以上で、診療科が 30 科以上の一般病院である。

月に数回非常勤という形でチームケアに加わる。今回インタビュー対象となった鍼灸師 FA は、別の病院にて常勤鍼灸師として勤務しており、月に数回非常勤で F 病院に出入りしている。

鍼灸師 FA は常勤で所属している病院においてもがん患者のケアに関わっており、同病院にたまたま見学に来た F 病院の緩和ケア医が鍼灸師 FA に「F 病院でも鍼灸治療を行ってもらえないか」と声掛けをしたことで両者の連携が始まった。鍼灸師 FA は常勤で病院に勤務しているということもあり、他職種とのコミュニケーションに対してはかなり気を使っているという。特に F 病院では非常勤であり、患者やスタッフの動向を常時見ることはできないため、勤務の際にはカルテ閲覧以外に担当看護師に積極的に患者の情報を聞くようにし、逆に自身が行った治療や患者との会話内容についても逐一細かく報告するようにしているという。また、カンファレンスにも出席するようにしており、東洋医学的な見解や自身が担当している患者について見解を求められた際には積極的に発言するようにしている。他職種との情報共有に関して、「患者の様子を常時見ている」看護師との情報共有にはとりわけ注意を払っている。

第二項 相互に繋がる方法—インタビュー調査結果—

上記 11 名を対象に鍼灸師と他職種間の情報共有の実態に関するインタビュー調査を行い、一連の情報共有の手法、および情報共有が行われる背景とその結果について GTA の手法を用いて分析を行った。その結果 492 のラベルから、27 のサブカテゴリーが抽出され、最終的に【繋がりへの障壁】、【繋がることのできない状況】、【繋がりの下地】、【繋がりとうとする意識】、【相互に繋がる方法】、【理解と信頼】の 6 つのカテゴリーが抽出された (表 4-8)。

カテゴリーの関連性を検討した結果、病院という場における鍼灸師と他職種の【繋がりへの障壁】があるがゆえに相互に【繋がることのできない状況】に陥り、さらなる【繋がりへの障壁】へと帰結する悪循環のプロセスが形成されることがわかった (図 4-1: I 型)。一方で、【繋がりへの障壁】があるものの、背景に【繋がりの下地】を持つ鍼灸師や他職種が共に連携してケアを実践するために【繋がりとうとする意識】を持つことで、【繋がりへの障壁】を乗り越えるための【相互に繋がる方法】を駆使していることがわかった。結果的に相互の【理解と信頼】がもたらされ、【繋がりの下地】がより強固なものになり、【繋がりとうとする意識】がさらに強まるというポジティブなサイクルが生まれていることがわかった (図 4-1: II 型)。ただし、【相互に繋がる方法】の内容によっては、相互の「繋がり」の意識を構築できず【繋がることのできない状況】に陥る流れも一部では明らかになった (図 4-1: III 型)。以下では具体的な語りを引用しながら、抽出されたカテゴリーについて詳述する。

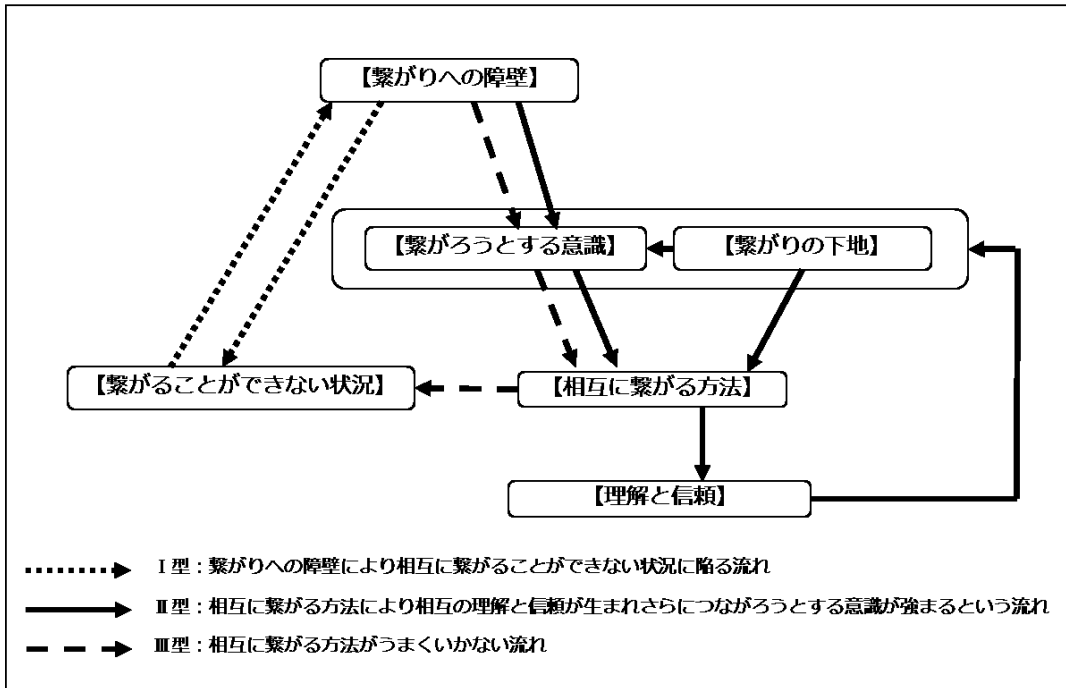
[1] 繋がりへの障壁

今回の調査は、全て入院病棟 (1 施設は緩和ケア病棟あり) を有する病院に所属する、ないし過去に所属していた鍼灸師および鍼灸師との連携関係を持っている他職種を対象とした。病院での情報共有において前提としてまず語られたことは、鍼灸師が他職種と繋がりづらい状況を意味する【繋がりへの障壁】が存在するということであった。【繋がりへの障壁】を説明するサブカテゴリーは<考え方の違い>、<医師の裁量>、<壁の存在>、

表4-8 【相互に繋がる方法】に関するカテゴリー分類

カテゴリー (ラベル数)	サブカテゴリー	主要なラベル名
繋がりへの障壁 (70)	考え方の違い	考え方の違い 病棟看護師の異なる視点
	医師の裁量	医師の裁量
	壁の存在	他職種との間の壁 鍼灸に対する偏見
	病院における制約	鍼灸師雇用の制約 鍼灸師の自由度の低さ 費用をめぐる制約 別のカルテ
	未確立の連携システム	未確立の連携システム
	鍼治療で懸念されるリスク	鍼治療で懸念されるリスク
	知られていない鍼灸	何をしているかわからない 互いに知らない状況 他職種に警戒される可能性
	一方向性のカンファレンス	一方向性のカンファレンス カンファレンスで発言しづらい状況
	情報共有されずに鍼灸治療が始まることへの懸念	タイミンが合わない
	相互に繋がることができない状況 (25)	情報共有されない状況
繋がるうとする意識 (41)	ケアに対する考えのズレ	場を共有しないことによるズレ わからない他職種の思い
	壁を作らない意識	カンファレンスへの声掛け 情報共有の中心としての認識 壁を作らない意識
	情報共有の必要性	情報共有の必要性 職種によって言うことを変える患者 治療しながら鍼灸師が得られる情報 多様な情報源の必要性 コミュニケーションの重要性の認識
	職種を繋ぐ媒体としての認識	職種を繋ぐ媒体としての認識
	他職種を頼る意識	互いのメリットとしての関係性 他職種を頼る意識
繋がりの下地 (41)	鍼灸への理解	鍼灸に理解のある施設 鍼灸を導入したい医師の意向 鍼灸で緩和できる症状 緩和ケアと鍼灸の親和性 緩和医療の資源としての認識 鍼の実績
	もともとの東洋医学への関心	もともとの東洋医学への関心
	実践したい緩和ケア	良くなることは何でもしたい QOLの向上
	多職種での情報共有	カンファレンスでの情報共有
	職種間の対面での情報共有	対面での情報共有 メール上での情報共有
相互に繋がる方法 (223)	カルテ上での情報共有	カルテ上での情報共有 カンファレンス用データでの情報共有 鍼灸師からの東洋医学に関する情報提供
	患者との会話内容	患者との会話内容 症状の原因
	鍼治療導入に関する意見交換	鍼治療導入に関する意見交換
	相互の「繋がり」に結びつく情報	雑談 治療効果 患者の状態 緩和ケアにおける鍼灸の役割 治療内容
	意識して行う鍼灸師側の取り組み	東洋医学の情報提供 他職種でもできるケア方法の提案 他職種の症状ケア 東洋医学の説明の仕方 西洋医学を中心に考える 鍼治療の提案 積極的な他職種との交流 治療内容の共有 他職種へはなんでも聞く 出過ぎないこと 連携するための知識の習得 看護師からのアプローチ
	媒体としての看護師の動き	鍼灸師とともに患者のもとを訪れた経験 看護師との治療訪問 媒体としての看護師
	鍼灸師に対する理解	異なる視点 しっかりしている印象 補助的な治療としての意味 非日常を提供する
	信頼関係	鍼灸師に対する信頼 生まれた他職種への信頼感 「境界」のなさ 相談相手 看護師に頼む意味 広がる鍼灸の認知
	チーム医療の必要性の認識	次のチームケアへの繋がり チーム医療の必要性の認識
	鍼灸師自身の役割認識の構築	情報収集の役割 隙間を埋める 症状の治療ができるもの 通常医療とは違うもの

図4-1 カテゴリー関連図【相互に繋がる方法】



<病院における制約>、<未確立の連携システム>、<鍼治療で懸念されるリスク>、<知られていない鍼灸>の7つであった。

【繋がりへの障壁】において、職種間の問題としてまず抽出されたのが、医学モデルの違いや鍼灸を導入する基準に関する職種間の<考え方の違い>が存在することである。

例えば、まるっきり今の医師とか看護師というのは西洋医学にどっぷりですから。(医師AD)

医師ADはこうした考え方の違いが故に、他職種との関係が生じづらいと説明する。

また、鍼灸治療の導入や他職種との連携の形態には<医師の裁量>が大きく影響することが指摘されていた。

要は、医師が変わると、どうしても方向性が変わっちゃうんですね。それで、そのカンファレンスもちょっと疎遠になった時期があつて。で、現在また少しより返している、そういう時期だというふうに感じております。…(中略)…やっぱり医者が全部駄目だとどうしようもないですね。(BA2)

チームリーダーとなっている医師が鍼灸を導入しなくなれば、他職種との「繋がり」以前に、緩和ケアの「場」そのものに鍼灸師が入ることすらできなくなる。

さらに鍼灸師に対する偏見や鍼灸師側の医師に対する萎縮など他職種と鍼灸師の間に漠然とした<壁の存在>があることが語られ、それらが職種間の「繋がり」の構築の妨げになっていることが指摘されていた。

患者さんからお聞きした話で、ちょっと「鍼灸って本当に効くの？」みたいな感じで言われた先生もおられたっていうお話をちょっと、患者さんから聞いたことがあったので。医師の方からすると、もしかしたら鍼灸を受け入れるのが、受け入れるというか、ちょっと何かとつかりが難しいのかなって。(鍼灸師 BA1)

上記に示した3つのサブカテゴリーが他職種と鍼灸師との職種間の「障壁」に関する内容であったのに対して、「病院」というシステムに関連した【繋がりへの障壁】についても語られていた。＜病院における制約＞では、病院側の体勢や、鍼灸師の雇用および治療費用をはじめとした金銭的な問題について語られていた。

できたら、もう一緒に（緩和ケアチームに）いて欲しいみたいなのあるけど、ちょっとね。その考え方は上の考え方なので、ちょっと、なかなかね。保険請求ぎりぎりでするとすると、やっぱり鍼灸師さんまでは、まああの、人件費の問題で入れられないとか、あるのかもしれない。(医師 DD)

仮に鍼灸師がチームメンバーに入っていたとしても、関わりの回数が少なければ他職種との接点も少なくなり、他職種と「繋がる」ための時間も場面も限られたものになる。

さらに、緩和ケアが＜未確立の連携システム＞の中で行なわれているために、緩和ケアチームと一般病棟の連携の不十分さが生じてしまい、結果的に鍼灸師が他職種と繋がりづらくなっているという状況についても語られていた。

患者さんの（チームによる）総合的な判断っていうのは、常にどのステージでも必要かなというふうに思うんです。鍼灸師が介入する前の話で。はい。そこはある意味、緩和ケアにオーダーが出る時の仕組みづくりという意味でも、もう一つ前の段階の話かもしれないですが・・・(中略)・・・鍼灸師として（緩和ケアチームに関わることが）どうなのかっていった部分は、鍼灸師の役割が明確になっていないので、オーダーを出す仕組みができていないというところですよ。(鍼灸師 AA)

鍼灸師 AA は鍼灸治療が導入される前段階の、他科と緩和ケアチームとの連携の仕組みについて言及している。鍼灸師 AA の語りは、緩和ケアチームが他科の患者に関わる方針が明確に定まっていない状況の中で、そのチームにおける役割が明確でない鍼灸師が他科の他職種とは繋がり得ないことを指摘している。

＜懸念されるリスク＞では、出血傾向、骨転移による骨折のリスク、リンパ浮腫に対する鍼治療、灸の煙の問題などが指摘されていた。緩和ケア患者に対しての鍼灸治療の実施には一定のリスクや障害がある。こうしたリスクについては、鍼灸をさほど知らない他職種においても漠然と認識されており、他職種からの「警戒」の眼差しにも繋がる部分であろう。

上記のサブカテゴリーで説明した状況は結果的に他職種に＜知られていない鍼灸＞という状況をもたらす。

まあ、どんなことをしてるか分からないっていうふう（他職種の方々に）言われているのは、直接じゃないんですけど、遠巻きに（聞きます）。（鍼灸師 BA1）

職種間理解を促すコミュニケーションが存在し得ない限り、鍼灸師は「未知の存在」のままとなってしまう、緩和ケアにおける「繋がる」相手とはみなされなくなってしまう。結果的に先の〈壁の存在〉がより強固なものになるという悪循環が生じる。また、「繋がる」ことができないのは、他職種が鍼灸／鍼灸師のことを知らないことのみならず、鍼灸師が緩和ケアのことを知らないことも原因ではないかという指摘もある。

鍼灸師が病気のことについて知らないんじゃないかって懸念もあるし、こっちの、我々が鍼灸のことの経験やそういう知識も少ないっていう、両方足りないところがあるんで、それがちょっと、その、スムーズにいかない原因じゃないかなと思いますけど。（医師 DD）

医師 DD は職種の相互理解の重要性を指摘している。他職種と鍼灸師が「繋がる」ためには、他職種に「鍼灸を知ってもらおう」ことのみならず、鍼灸師が「他職種を知る」ことも重要だということを鍼灸師側が認識する必要もあることを示唆している⁹⁵。

〔2〕相互に繋がることのできない状況

【繋がりへの障壁】の存在に対して、後述する【相互に繋がる方法】が行われないと【相互に繋がることのできない状況】に陥る。【相互に繋がることのできない状況】を説明するサブカテゴリーは、〈一方向性のカンファレンス〉、〈情報共有されない状況〉、〈ケアに対する考えのズレ〉の3つであった。

〈一方向性のカンファレンス〉では、実際に情報を共有し合う場としてのカンファレンスに鍼灸師が多職種の一つとして参加するものの、情報を主導している医師・看護師からの一方向的な「連絡」に終始し、相互理解のための意見交換や情報確認には至っていない状況が語られた⁹⁶。

カンファの進行が先生もしくは私が喋っているのがメインなんです、今、正直なところ。そこがちょっと今、もうちょっと他職種でいろんな職種の方が活発に喋れるカンファにしようっていう今改善中なんですけれども。（看護師 AN）

チームケアのカンファレンスの場で「鍼灸だったらこういうことができると思うんです」と言うのはちょっとまだ憚られる、言い出すのは・・・（中略）・・・カンファレンスに参加する方々の中で1人だけ違う性質を持っているのが鍼灸師で、保険診療に関わっていないということですね。（鍼灸師 AA）

⁹⁵ 鍼灸業界の中で鍼灸の認知度の低さを憂う情勢がある一方で、鍼灸師が医療状況における自分たちの立ち位置を相対化できていない（医療資源として自分たちに何が出来るのかを考えられない）状況も一方であると筆者は考えている。

⁹⁶ チーム体勢が不十分と言うのは本節第一項でも述べたとおりであるが、A病院の緩和ケアチームは未だ発達段階にあるチームであり、あらゆる取り組みを模索しているところでもある。そのような中に入り込んだ鍼灸師 AA氏は、戸惑いを感じる場面も有るといふ反面、期待や興味深さも感じていると語っていた。

看護師 AN が＜一方向性のカンファレンス＞の改善の必要性を指摘する一方で、鍼灸師 AA も、鍼灸特有の背景である「保険診療に関わっていない」という観点から、自身を「1人だけ違う性質」として、鍼灸の積極的な提案が「憚られる」ものであるとしている⁹⁷。

また、【繋がりへの障壁】があることで＜繋がることができない状況＞を生み出すことが実際に語られていた。

まず当科の医師が緩和ケアのチームのスタッフとしてカンファレンスなどに参加されていて、そのときに緩和病床のその先生と看護師さんの方と、カンファレンスされている中で、鍼灸はどうかっていうのを医師のほうから提案していただいたり、または、その他の医師や看護師の方から提案があって依頼がおりてくるという状況なので、直接緩和、自分が担当する緩和の患者さんの医師と、何か自分の2人でお話をするっていう機会が、正直あまりっていうか、ほとんどない状況なんです。（鍼灸師 BA1）

B 病院の鍼灸師たちは自らが緩和ケアチームの医師や看護師と主体的に繋がる場面を持っていないという。それは鍼灸治療が、基本的には所属科の医師と緩和ケアチームの医師や看護師同士の繋がりで行なわれるものであり、鍼灸師と緩和ケアチームの繋がりによって行なわれるものではないからであろう⁹⁸。

こうした中で、鍼灸師自身が少しでも他職種と直接的なコミュニケーションを取ろうとしても、うまくいかない状況も語られている。

ちょっとコミュニケーションうまくいってないですね、たぶん・・・（中略）・・・看護師さんと、この前もなんか、看護師さん忙しいから、声をかけないほうがいいよってというようなお話を受けていたりするので。なかなかそこらへん、もうちょっとうまくやっていけたらいいなというふうに、今思っているところではあるんですけど。（鍼灸師 BA2）

こうした B 病院のように、鍼灸師がチームケアに直接関与できない状況について、医師 AD 氏は以下のように語る。

現実を考えますと、（鍼灸師は）立場がすごく弱いと思うんですよね・・・（中略）・・・ドクターに丸投げされたりすると、「もうちょっとちゃんと調べてくれよ」とか「痛みの原因がどこにあるんだ」とか、それに対して鍼灸師さんがどうアプローチするのかっていうところを（チームで）話し合わないうちに、看護師が、あるいは、ドクターが「そういうことを言っていましたよ」「じゃあ、入ってください」というようなことになっちゃうと、それはちょっとなって感じちゃうんですよね。そういう意味では、

⁹⁷ つまり前述の【繋がりへの障壁】にも見られた制度上の問題が、カンファレンスでのやり取りにも大きく影響しているのである。

⁹⁸ カンファレンスへの参加も許されていない鍼灸師は直接的にチームに関与することはなく、あくまで「手段の一つ」として「医師の処方箋」の如く病棟入院患者の下を訪れるのである。鍼灸師 BA1 の語りからは、主体的役割を持ったチームの有機的要素としての鍼灸師の姿は全く想像できなかった。

依頼するにあたっては、口頭で頼むとかじゃなくて。情報共有がやっぱり一番大事だと思っているんですけど、それがうちの病院ではなかなかシステム上でできていないというところが、やっぱり問題なんだろうなど。そのあたりを改善すれば、鍼灸師さんの立ち位置というのはおのずとわかってくるのではないかと思います。(医師 AD)

【繋がりへの障壁】においても示したように、A 病院においては緩和ケアチーム自体が病院内で確立して（あるいは認知されて）いないために、各科との連携体制が不十分となり、情報共有がなされないままに鍼灸師が病棟患者のところを訪れる場面があったという。医師 AD は状況も把握できないまま依頼に従わざるをえない鍼灸師を「立場が弱い」と表現し、鍼灸師の明確な役割についてチームで共有されないまま現場に鍼灸師が「放り込まれる」ことのリスクを問題視している。

このように＜一方向性のカンファレンス＞や＜情報共有されない状況＞が継続することは、＜ケアに対する考えのズレ＞という現象に帰結してしまう。

(情報共有の場を共有しないことで) ちょっとズレちゃったりするんですよ。(医師 CD)

普段「顔を見せながら」情報共有することを意識している医師 CD は、互いの時間的都合で「顔を見せながら」の情報共有ができない時に、互いのケアの方針が「ズレる」事があると語る。また前述の B 病院の鍼灸師は、他職種の思いがわからずに戸惑う様子を語る。

まずその、今のところ看護師さんと医師の方とあんまりお話しする接点が本当に少ないので、まず（自分たちの患者への関わりが）どう思われてるかっていうのがよく分からないので。(鍼灸師 BA1)

鍼灸師 BA1 の語りからは、職種間の相互理解が全くなされていない状況が推測できる。結果的に、相互理解の欠如が【繋がりへの障壁】をさらに厚いものにし、なお鍼灸師が他職種と繋がることできないという悪循環を生むのである。

【3】繋がりとする意識

ここまで【繋がりへの障壁】から【相互に繋がることできない状況】へのプロセスについて、各カテゴリーを詳述しながら見てきた。ここからは、病院の場における【繋がりへの障壁】があるその一方で、【繋がりとする意識】を持って職種間で「繋がりあおう」とする状況も明らかになった。【繋がりとする意識】は特に医師、看護師の両職種において積極的に語られており、鍼灸師の語りにおいても、医師や看護師側の【繋がりとする意識】が語られていた。【繋がりとする意識】を説明するサブカテゴリーは、＜壁を作らない意識＞、＜情報共有の必要性＞、＜職種を繋ぐ媒体としての意識＞、＜他職種を頼る意識＞の4つであった。

情報を共有しあうためには職種間の＜壁を作らない意識＞が大切だという医師 CD は以下のように述べる。

ただ、(患者さんの情報を) 流しやすい、こっちが体制にしておかないと、そこを敷居の壁で覆ってたら、(情報が) 流れてこないですよ。だから、流れてこなかったら患者さんに迷惑がかかるんですよ。だから、そのへんをね、やはり、医者が理解しないと。その、そういうチームから入ってくる情報がいかに大切か、ですよ。(医師 CD)

また、<壁を作らない意識>の実際の行動として象徴的に語られていたのは、医師からの鍼灸師へのカンファレンスへの誘いである。

私が、(カンファレンスに) 入っていただいたらどうだろうって思ったので。医療関係者といえそうなんですけど、(鍼灸師の) 所属が健康センターという所で、病院とは別なんですよね。(医師 AD)

カンファレンスに最初参加するってことがなかったんですけども、だんだんカンファレンスに参加するようになったのは X 先生から (の誘い) なんです。(鍼灸師 EA)

医師 AD は鍼灸師の所属が病院ではない「別の」所属であることから、チームでの情報共有が可能になるように、ひいてはチームケアの実践に繋がるようにカンファレンスの参加を声掛けしている。鍼灸師 EA も長年在籍していた E 病院において、チームにおける情報共有の流れの中で医師 X から参加を促されるようになったという。

ではなぜ医師らは<壁を作らない意識>を持つのか。その答えは彼らが認識している<情報共有の必要性>と関連している。先の医師 CD は以下のように述べる。

僕なんてよく訪問看護とか、マッサージの先生とかに、あの、なんかあったときに、僕になんか言わない、僕に言えないけど看護師さんに言えるっていくらでもある。そこから情報が入ってくることはいくらでもありますよ。「先生にはみっともなくって言えない」とかね、「申し訳なくて言えない」とかね。自分はこうしたいっていう気持ち。・・・(中略)・・・みんなバラバラで行って、栄養士も行きますから、うち。で、ケースワーカーもいるし。それがみんなカルテに、それぞれ行った人が書いて。それで、そこで情報僕が全部吸い上げてるわけですよ。(医師 CD)

患者が職種によって言うことを変えること、また職種ごとに得られる情報が異なることを指摘し、様々な職種から情報を得ることが重要であると医師 CD は指摘する。また医師 CD は鍼灸師について以下のように述べる。

その人(患者)の目標設定を傾聴しておかなきゃいけないんですよ、聞き出しておかなきゃ。それが聞き出せてないケースが結構多いんじゃないですか。だから、それを聞き出すのも、僕たちよりも(鍼灸師の)先生たちのほうが、時間が長く患者さんと接するんで、そのなかでいろいろ出てくるんですよ。(医師 CD)

「時間が長く患者さんと接する」という鍼灸師の臨床特性を理解している医師 CD は、自分が時間を取って聴ききれない患者の状況を鍼灸師が聴き取ることができることの意義

を強調する。類似した指摘を看護師 AN も指摘している。

時にやっぱり自分も「こうじゃないか」と思い込むことが多々あって、そういう時にはやっぱり他の方の意見を聞いたり、(医師) AD 先生だったり (鍼灸師) AA さんだったり意見を聞いた時にハッとする。そのたびに、やっぱり (ケアの) 答えは一つではないし、決めつけてもいけないし、やっぱりいろんな背景、いろんな意味でいろんな背景があるのでというのは感じていて。(看護師 AN)

がん終末期患者のケアの答えが必ずしも一つではない、ということ認識している看護師 AN にとって、他職種の違った目線は患者ケアを構築していく上で重要なものであり、鍼灸師の目線もその一つであり得るという指摘をしている。

さらに、〈情報共有の必要性〉において指摘されていたのがコミュニケーションの重要性である。

やっぱりカンファレンスなんかの繋がりがないと難しいのかなっていう部分があります。(鍼灸師 FA)

どの人とも言葉の掛け合いが大事。患者であれ、家族であれ、医療スタッフであれ。(鍼灸師 CA)

鍼灸師 FA は「カンファレンス」をその一つの代表例としているが、コミュニケーションの「場」の存在の重要性を指摘している。また鍼灸師 CA は「言葉の掛け合い」と表現する通り、より直接的なコミュニケーションの重要性を指摘している⁹⁹。

また、〈情報共有の必要性〉では具体的に末期がん患者を他職種と共にケアする上で、リスク管理の面から共有しなければならない情報についても指摘されていた。

ただ、緩和ってということにおいては、さっき言ったような、やはりターミナルでの出血傾向だとか、いろんな特別要因がありますよね。だから、そのあたりを、やはり情報共有して、こういうことは。(医師 CD)

多くの他医療従事者が鍼灸治療に対して「何をするかわからない」状況であることは前述のとおりである。リスク管理を共有することは適切な患者ケアに繋がるだけでなく、患者に関わるすべての職種にとっての安心材料にもなりうる。

多職種での情報共有は、各職種を「繋ぐ媒体」があってこそ円滑になされる。その〈職種を繋ぐ媒体としての意識〉をもっていた職種は、本調査では看護師であった。本調査の対象となった看護師は看護師 AN 一人だけであったが、特に緩和ケアチームの看護師の多職種連携への意識や、とりわけ鍼灸師という他科においては馴染みのない職種の理解を、

⁹⁹ コミュニケーションの重要性については鍼灸師が多くを語っていたが、その背景には前述の【繋がりへの障壁】が影響していると考えられる。コミュニケーションの「場」がない(あるいはそうした「場」を作らない)限り、鍼灸師は他職種に知られることはなく、チームケアの枠組みに入ることができずに結果的に情報共有ができなくなってしまう。そのため、意識的にコミュニケーションの「場」を大切にし、また「ちょっとした」対面でのコミュニケーションの「場」を大切にしている意識を持っているのである。

いかにして他職種に促すかという積極的な取り組みはまさに「繋ぐ媒体」そのものであった。

情報共有という、やっぱり現場が困らないようにというのがすごくポイントになるので、やっぱり継続していくことというのは現場ありきじゃないですかね。そのところで、さっき（鍼灸師）AAさんもおっしゃったように、（貼ってある）鍼¹⁰⁰の処理もそうだし、鍼をどのくらいどこに刺したかもそうだし、その取扱、あとは、どんなふうに（患者さんが）言った時には（貼ってある鍼を）外していいよとか、そういうのを一つ一つ今まで触れていないものに触れさせる時ってというのは、すごく丁寧に。一から十までじゃないですけど、言っておかないと、続かないし嫌になっちゃうんです、現場のスタッフが。「おっかないからもう嫌だ」って。だから、そうならないように慎重には情報共有して、記録にも二重になっても残すようにしました・・・（中略）・・・患者さん自身の情報共有として大事なところは、今の辛さと、実際にやったものの効果とかどういう反応があったかということと私たちの感じるのも大事ですけど、病棟のスタッフが感じるのも結構大切。あとは、患者さん本人が1番は大切ですね。あとは、それを見ているご家族の反応ということとを大事にしたいなと思って関わっていました。（看護師 AN）

患者をめぐるケアスタッフ全員の状況へ目を配りながら、特に患者の直接的なケアに従事している病棟の看護師の状況に注目した上で、鍼灸師との情報共有を行なわなければならないという意識がはっきりと語られている。看護師 AN の語りは、チームケアにおいてケアスタッフ全体の状況把握と、コントロールができる「媒体」の重要性を示唆している。

<他職種を頼る意識>は主として医師・看護師によって語られた内容からなる。「別に綺麗事ではない」と前置きしながら、医師 CD は双方のメリットとして繋がっていると語る。

僕の武器になってもらいたい。患者さんを良くするための、治療の僕の武器になってもらうために、僕が、自分が使いやすいように（鍼灸師を）使わせてもらっているとしか僕は考えてないですよ（笑い）。（医師 CD）

ケアの「中心」としての自覚を抱きつつ、緩和ケアの現場における患者ケアにおいて、様々な医療資源（＝「武器」）が必要であることを示唆しており、鍼灸師もその一つとして認識されていることが示されている。

看護師 AN も広く多職種ケアの必要性を語る。

やっぱりそれぞれの職種を尊重して、ちゃんと頼ることですかね。自分の秀でているところは職種としてはある。それは自信をもってやる。ただ、それ以外の部分でやっぱりそれぞれの職種、専門性があるからこそこういう病院って成り立っていると思うんですけど、そういうところはきちんと力を借りる。それも、「借りたいよ」って

¹⁰⁰ 円皮鍼のこと。

自分から動いていく、というのがすごい大事だと思っています。(看護師 AN)

医師 CD にも看護師 AN にも共通していた点は、自身の専門性を明確に自覚している点である。それが故に、患者ケアにおいて自身が手の届かない箇所について、背負い込まず他職種の専門性を活かしながらケアを総合的に構築していこうとするスタンスが伺える。

〔4〕 繋がりの下地

【繋がりへの障壁】が厚い病院という「場」の中で、前述の【繋がりとする意識】があるだけでは鍼灸師とは「繋がらない」。実際に鍼灸師と他職種が「繋がり」を持つために重要となっていたのは、他職種が有する【繋がりの下地】である。【繋がりの下地】は、＜鍼灸への理解＞、＜東洋医学への関心＞、＜実践したい緩和ケア＞の3つのサブカテゴリよりなる。

＜鍼灸への理解＞は鍼灸師と他職種が繋がる下地として最も欠かせないものであろう。前述の【繋がりへの障壁】として＜知られていない鍼灸＞がその一つの要素に挙げられた。逆に「知られていること」は「繋がり」への重要な要素となるのである。

そうですね、もともと受け入れられる素地っていうのは、G先生と、S先生がモルヒネの効かない痛みっていうことで、(鍼灸治療を)入れたから。もう既に素地ができたので、先生方が変わっても、同じように受け入れられるんだらうなっていう。(鍼灸師 EA)

E病院では医師による鍼灸治療が始められて以降30年余りが経過するという。17年ほど前にE病院での鍼灸治療に従事するようになった鍼灸師EAにとっては、すでに「理解されているもの」であり、自身が鍼灸治療を行う上で「素地ができていた」。したがって医師や看護師に鍼灸の理解があるため、患者の紹介や相談も円滑に進みやすかったという。

また、今回対象となった3名の医師のうち2名は元々鍼灸について理解と経験があった。そのうちの1名は以下のように語る。

がん患者さんの痛みのなかには、がんと関係ないっていうか、腰痛肩こりは当然ベースにあるんですよ。だけど、がん患者さんが腰が痛いっていうと、がん治療医の先生はみんながん性疼痛だって言って、そこでモルヒネだ、痛み止めだ、ボーンと出して。だけどそれは、逆に鍼とかマッサージとか、そういうほうが有効なんですよ。で、そっちのほうがタッチングの効果も加わるんで、患者さんに対しては有効だし。で、実際そのへんのアセスメントをじゅうぶんにしてやると、結局じゃあ、病院のなかでやる治療、ただ薬だけ出せばいうよりも、そういう治療のほうが有効と。(医師 CD)

鍼灸治療の適応となる症状について理解があることがわかる語りである。また適応の基準として西洋医学の限界や盲点について触れており、西洋医学の補完手段として鍼灸を認識していることがわかる。

看護師 AN も上記2名の医師らと同様、鍼灸導入のタイミングが西洋医学的ケアの限界

時点であったことを指摘するとともに、緩和ケアと鍼灸の親和性について語る。

今回（鍼灸師）AAさんに関わっていただいた方ってたいがいどちらかというと、先生方（医師ら）もお手上げ状態の方だったんですね。なので、そんな時に正直、ザクッという感じですけども、患者さんにとっても救いであって、先生にとっても救い。医療者のみんなにとっても、患者さん家族にとっても救いの存在でした。というのが、AAさんが入っていただいた方はみんなそんな感じなので。やっぱり医療の力で薬云々でどうこうできない部分ってやっぱり出てくるので、終末期の方は。そういう時に、そうじゃなくて、今あるその人の力を使ってだったり、無理をしなくていいよっていう部分であったり、そういうところをうまく緩めながらうまくやっぱり入っていったくれたので、すごく緩和ケアというところに鍼灸師さんってマッチしてるなっていうのは感じましたね。（看護師 AN）

「今ある人の力を使う」ことや「無理しなくていい」という緩和ケアの特性、言うなればキュアモデルからケアモデルへと移行、つまり「治す」ことから「より良く生きる」ことへと変化するケアのプロセスと鍼灸師の介入モデルが「マッチしている」というのである。こうした＜鍼灸への理解＞が鍼灸師との「繋がり」をより促進的にすることは想像に難くない。

前述した＜鍼灸への理解＞に加えて【繋がりの下地】となるのが＜東洋医学への関心＞である。

鍼灸師さんとかそういうふうな職業の方にとっても興味があって。。。・（中略）・ツボの先生って感じで私はイメージがあって、よく足をマッサージ自分でするにしたって、ツボがなんかあるじゃないですか。そういうのを1回教えてもらいたいなっていう個人的な興味はずっと持っていました。（看護師 AN）

こうした「興味」や「関心」は他者と繋がるための一つの大きな要素である。緩和ケア領域ではアロマセラピーやオイルマッサージなど、苦悩を抱えた患者のケア手段として様々な補完代替医療や徒手的なケアへの関心は高い。その意味で緩和ケアに所属する他職種は、他科の他職種に比べ「鍼灸師さんとかそういうふうな職業の方」への抵抗感は低い可能性もある。

多くのがん末期の愁訴は薬物でコントロールすることが可能になっているものの、薬物だけでは症状コントロールが不十分な場合がある時、また、症状の緩和も含め広く患者のQOL改善の視点に立って緩和ケアを実践しようとする場合、鍼灸のような補完医療に関心を持つ場合がある。

症状緩和につながるのであれば、何でもやってみようというのは病棟でナースたちとは考えているんじゃないかと思います。見るに忍びないとかいう患者さんで（鍼治療を）やってみて、少しでも患者さんが楽になるんだったら、やってみていただいてもいいかなっていう、そういうふうに思いますけどね。（医師 AD）

通常医療で治療やケアが完結するのであれば、補完医療はおそらく必要のないものとなるであろう。しかしながら医師ADの語りにある通り、「見るに忍びないとかいう患者」を日々目にする現場において、何かしら患者の状態に貢献しうる手段を求めざるを得ない場面が多々あるのだろう。こうした緩和ケアの臨床上的特性も鍼灸師のような職種と繋がる背景にあるのである。

〔5〕相互に繋がる方法

本調査のコアカテゴリーになるのが【相互に繋がる方法】である。筆者は、本調査において、緩和ケアの現場における鍼灸師と他職種との情報共有の詳細を把握することを最大の目的にインタビュー調査を行ってきた。インタビューを行う中で明らかになったことは、情報共有が生まれる背景に各職種が【繋がりとうとする意識】を抱いていること、またその意識に加えて【繋がりの下地】が存在することで、鍼灸師と他職種の間情報共有の場が生まれているということであった。そしてその情報共有の場は単に患者の情報を共有し会うための場ではなく、鍼灸師と他職種が「繋がる場」であることがわかった。その「繋がり」は後述する【理解と信頼】を意味しており、いわゆる相互の役割認識を抱いた上での「チーム」としての職種間の「繋がり」を意味する。ここでは実際の職種同士が「繋がる」方法について、その方法を行う上での各職種の意識を踏まえて述べる。【相互に繋がる方法】は、＜多職種での情報共有＞、＜職種間の対面での情報共有＞、＜カルテ上での情報共有＞、＜相互の「繋がり」に結びつく情報＞、＜意識して行う鍼灸師側の取り組み＞、＜媒体としての看護師の動き＞の6つのサブカテゴリーよりなる。同カテゴリーの論述は、情報量が多いためサブカテゴリーごとに小項目を設けて論じる。

①多職種での情報共有

＜多職種での情報共有＞の代表的な方法が、第三章でも触れた通りカンファレンスであった。カンファレンスの「場」は、多職種が一同に会して患者の状況を共有しあう「場」となる。

毎週リストに挙がる患者さんの、緩和ケアのオーダーの出ている患者さんの状況を説明していただいて、それぞれの患者さんの状態について関連している各職種の人たちに状況をどうでしょうかというお伺いを立てていっているという、そういう流れだと私は理解しています。(鍼灸師AA)

カンファレンスの場は、患者の状態を把握するとともに、他職種の見解を聞く中で、他職種を理解しケアの視点を広げる場となる。また、刻々と変化するがん患者の状態と、それとともに変わるケアの目標を共有する場にもなる。

過去にデスカンファレンスに参加した経験を持つ鍼灸師BA2は以下のように語る。

死んだ方のカンファレンスっていうのもあって、それっていうのは、こういうふう
に経過とか、結局こういうふうになくなっていったっていう、そのカンファレンスが

あって。そのなかでのその関わり合いの方法であるとか、治療法であるとか、それが本当にその人にとって良かったのかっていうカンファレンスがあるんですよ。それも勉強になりましたね。とても面白かったし。今は、鍼灸師は参加さしてもらえてないんですけどね。(鍼灸師 BA2)

現在参加できない状況を嘆きつつ、過去のデスカンファレンスの参加を「勉強になりました」と鍼灸師 BA2 は語る。自身が関わったケアが適切なものであったのか、それを共に内省し合うことは、次のケアに繋がるものになるのであろう。

また、カンファレンスの場では、鍼灸治療の適応について尋ねられる場合もあるという。

この人はこういう東洋医学的な治療がいいだろうというのが、ある程度ピックアップされて僕のところに下りてきて、そこで、「こういう患者さんがいるけど、どう思う？」っていう逆に問いかけが、クエスションが来て、「ああ、この人は大丈夫だと思いますが、ちょっとこのパターンの場合だと難しい」(というようなやり取りもあります)。(鍼灸師 FA)

こうした問いかけに対する他職種と鍼灸師のやりとりは、その場に同席している鍼灸を「知らない」他職種にとっては鍼灸を知る機会ともなる。

②職種間の対面での情報共有

<職種間の対面での情報共有>について、医師 CD は情報共有を行う上では「顔が見える関係」になることが重要であると語った。

あとはやっぱり顔がずっと見えてるから、昔から。やはり顔が見れてる連携っていうのは、強いですよ。・・・(中略)・・・どういふとこまでやっていいんですかっていうのは、指示はこっちで出しますけど、それ以外で電話かけてきますし。メール、メールでもくるし。だから、そういうんで情報共有して、顔が見えてるから。(医師 CD)

対面での情報共有を積極的に行ってきた医師 CD にとって、緩和ケアや在宅医療の現場における「顔の見える関係」は「強い」ものとなっている。様々なケア資源が必要となる緩和ケアや在宅医療においては、介入職種が多くなる分その情報集約はケアの中心にある医師にとっては重要な問題である。治療方針や治療内容を円滑に共有できることは、患者ケアにおける適切なケアの実践やリスク管理に繋がる。また、「顔の見える関係」を構築することで、その後の電話での情報共有やメールでの情報共有が円滑になるという。

具体的にカンファレンスというものはなかったけれど、病棟を回っていたので、その都度必ず患者さんの情報ももらっていた。(患者と)よく話をし、よく触ること。それはスタッフ間でも同じこと。それをきっかけにコミュニケーションが促進することもある。(鍼灸師 CA)

医師 CD と同じ C 病院で鍼灸治療を実践していた鍼灸師 CA にとっても医師 CD 同様、現場におけるスタッフとの直接のコミュニケーションの重要性を語っている。現場での直接のコミュニケーションについては鍼灸師 BA2 も語る。

キャッチボール、やっぱり鍼灸師と看護師さんがキャッチボールするのは、井戸端会議みたいなので、ちょっとすれ違い、立ち話程度に。(鍼灸師 BA2)

鍼灸師 BA2 は「井戸端会議」と表現しているが、定期的に行われるカンファレンスとは異なるインフォーマルなカンファレンスは、患者のケアを実践する上で非常に重要な内容であるという¹⁰¹。カルテではわからず、またカンファレンスでは共有しきれない、患者の状況や患者に対する他職種の解釈などを知る機会にもなり、また一方で他職種側にとっても鍼灸を理解する貴重なタイミングにもなる。

A 病院の看護師 AN と鍼灸師 AA は、鍼灸治療の前後で患者に関する情報共有を行うという。

病棟の看護師と一回話をして、それで、病棟の実際に見ている看護師の実情を聞いた上で情報を部屋に入る前に（鍼灸師 AA さんと）共有して。(看護師 AN)

緩和ケアに鍼灸師が関与するようになって間もない A 病院では、病棟での鍼灸治療が決して浸透しているわけではなく、また必ずしも鍼灸師の介入が好ましいものとして受け入れられているわけではない。鍼灸師の介入が患者あるいは病棟スタッフにとって「不安材料」にならないように、看護師 AN は後述する病棟看護師との「媒体」となるべく可能な限り綿密に患者の情報を共有し、また鍼灸治療の状況を理解しようとするのである。

③カルテ上での情報共有

対面での情報共有以外に重要な情報共有の方法となるのがカルテである。対面での情報共有には時間的な限界がある中で、患者に関する基本情報や経過の推移について把握できる唯一の手段がカルテなのである。

まず、その日自分が治療した後の、看護師さんとかが書かれている、患者さんの全部コメントというか、診療録のほうで書かれているので、それをチェックしたり。あと、そうですね、なんて言うんですけど、便が出た回数とか体温とか、そういうの見るのがあるので、それをちょっと見たりとか。主にはそれを。そうですね。(鍼灸師 BA1)

特に緩和ケア病棟の看護師さんのカルテって、すごい量、書いてます。見るだけで、なんか明確に情景が浮かぶぐらい細かく。・・・(中略)・・・だから必ず、オーダーが来たあとも、すぐに行かないでカルテずっとこうやって見て、「こういう状況で、こういう形になってるんだ」と。(鍼灸師 FA)

¹⁰¹ 浮ヶ谷 [2013] は、新たなケアの術を編み出すものとして患者の情報を共有する場が「公的な場」ではなく、いわば「私的な場」であることは重要であると指摘している。

定期的に患者に関わるものの、医師や看護師のように毎日の状態を見ていない鍼灸師にとって、患者の変化や治療直前の状況把握は重要となる。特に、鍼灸師 FA が言及しているように、看護記録は患者の細かな情報が記されているため、治療上非常に重要な情報源となる。

カルテの上では、その患者さんの例えば担当医とかというのは 5 人くらいまで登録できるんですよ。その一番下に（鍼灸師 AA の）名前を入れておいて、カルテを開けた時にその人の患者さんが出てきて、効果がどうだったんだろとか、そういうところは見てましたね。（医師 AD）

医師 AD は鍼灸師も院内使用の電子カルテに書き込める設定にし、鍼灸師の治療内容や効果について確認できるようにしている。このようにカルテ上では鍼灸師と他職種双方がそれぞれのケアの内容について確認しているのである。

また通常のカルテとは別に、緩和ケア患者をカンファレンスに参加するチームメンバーが閲覧できるように別のデータベースを作成し、それをメンバーで共有するという方法も見られた。

カルテと、あとは、患者さんの情報共有するために緩和ケア支援チームで介入させていただいている患者さんの一覧表を作っていて、それは私が管理しているんですけども、そこを皆さんが観覧できるように先生のデータのフォルダをそこに作っておいて、みんながそこを開いて見れるようにしていて、なので、ちょっとタイムリーにできていない部分はあるんですけども、できるだけタイムリーに。定期的なカンファレンスが火曜日にあるんですが、それよりも前には更新をしておいて、定例の火曜日の 15 時からやっているんですけども、緩和ケア支援チームカンファレンスというものをやる時にはみんながそれぞれの職種が自分の専門領域で何をできるかっていうのを一応見て、そのカルテを見た上で来てもらうというかたちにはしています。（看護師 AN）

このデータベースに鍼灸師もアクセスすることができ、事前に内容を確認して参加していたという。このように、データベースの情報共有と対面でのカンファレンスを組み合わせることで、看護師 AN の指摘する「それぞれの職種が自分の専門領域で何が出来るか」を考えることに繋がり、結果的にチームメンバーの役割認識がより明確なものになるのである。

④相互の「繋がり」に結びつく情報

<相互の「繋がり」に結びつく情報>は、職種間で共有される情報内容に関するサブカテゴリである。具体的に語られた共有される情報の内容はバリエーションに富んでいたが、主として共有される内容は患者の状態についてであった。

入る前に「どういう状況ですか」と。私が一番気にするのは、やっぱり体力的にどうなのか、鍼を打てる状態なのか、その意識があるのか。(鍼灸師 AA)

日々状態低下が著しい患者の治療を行う上で、「鍼を打てる状態なのか」の確認が重要であるという指摘である。鍼治療が逆に患者の状態を悪化させる可能性や、それに伴う病棟スタッフの混乱を考慮し、ベネフィットよりもリスクを考える視点に立っている。

また鍼灸師は自身の治療時の詳細、特に患者の発言を他職種に共有することを積極的に行っていた。

いろんな話をして、看護師さんには、「こういうことを言ってます。ああいうことを言ってます」って、情報をどんどん流していくと、「えっ、そんなこと言ってるの。知らなかった」っていう。情報をフィードバックしながら。(そうすると)向こうからも、「先生、この人こういうちょっと変わったところがあるから、気を付けてね」とか流すように(変わっていきます)。(鍼灸師 FA)

結果的に細かな患者の言葉の伝達は、時に常時ケアを行う看護師に新たな気づきを提示する場合もある。そうした積み重ねが、逆に看護師側からの患者ケアに関する注意点などの細かな情報のフィードバックに繋がるのである。

また鍼灸師との治療内容に関する情報共有を通じ、患者の状態の捉え方の幅が広がったという語りも看護師 AN から得られた。

「ここの筋肉がこうやって張っているのが原因だと思うんですよね」とか、さっきちょっとおっしゃっていたところだとかっていうのは、正直、どの職種ともリハさんと話してもそういう会話にはならないんですよね・・・(中略)・・・(鍼灸師) AAさんと私が話していた時には、同じ症例をそれぞれの職種で話をしたんですけど、その時に、AAさんが、ここの筋の緊張がこういう影響を及ぼしていて、こういう痛みにつながっているんじゃないかと思うと。それに対してここの所に置き鍼なり何なりをすることによってそれが緩むと。それが、後々のADLにつながるじゃないけども、それが何か1個につながった感じだったんですよ。(看護師 AN)

治療部位を説明する際に、鍼灸師はなぜその部位に治療したのかという、鍼灸師なりの病態の捉え方を説明する。その説明モデルは「どの職種ともリハさんと話してもそういう会話にはならない」内容のものであり、少なくとも看護師 AN にとっては、患者の病態を捉える一つの別の視点を持つ職種という明確な認識形成につながる出来事だったようである。また治療部位の詳細な共有は、病棟看護師との間のリスクマネジメントを行う上でも重要である。特に置き鍼などをする際には、その管理について病棟看護師に依頼しなければならない場面も出てくる。看護師 AN は自身がその詳細を把握することで、病棟看護師との情報共有を行い鍼灸の安全面の管理に細心の注意を払っていた。

さらに鍼灸治療の部位の共有に加え、必ず行なわれるのは鍼灸治療の効果についてである。

カルテ上なんですけども、患者さんからそういう「痺れが良くなった、痛みが良くなった」っていうのに対して、「鍼灸の効果か」っていうふうに、カルテ上なんですけど書いてくれた、看護師さんとかがそういうふうにコメント残してたりとかされるので、少なからず、そういう鍼灸のそういった治療の効果じゃないですけど、そういうふうに患者さんを共有することで、何かちょっと、こういう効果があるのかなっていうふうに思ってもらえてるんじゃないかなと、ちょっと。はい。思います。(鍼灸師 BA1)

治療効果に関する情報共有は、他職種における鍼灸の役割認識の形成に最も重要なものの一つである。「こういう症状に鍼灸は効くらしい」という情報共有は、その後のケアにおいて選択肢として浮上する一つの情報源であり、一方で鍼灸師もその経験を元に他職種に提案を行う材料にもなる。

他職種と鍼灸師の情報共有の内容は、患者や患者の治療の話だけではなく、そこからさらに広がる場合もある。

私の場合、いつも参考文献というわけじゃないんですけど、そういうのをいただいて、例えば便秘の時とか、例えば大建中湯は体が熱くなっちゃって、体がもともと熱いような人に使っては問題があると。そういう時には例えば桃核承気湯だとかっていうようなお話を伺って、「あ、そうか」ってなって。(医師 AD)

医師 AD は漢方にも詳しい鍼灸師 AA から漢方に関するアドバイスを貰うことも有るといふ。鍼灸のみならず漢方も含めた東洋医学に関する情報共有ができることは、鍼灸治療と漢方治療を併せたケアという選択肢を一つ生み出すことになり、緩和ケアにおけるケア幅の拡大にも繋がる可能性がある。同時にそれは「共にケアを行う」1つのツールにもなり、より職種間の「繋がり」を深める役割も果たしそうである。

A 病院は鍼灸師がチームケアに関わり始めて間もない病院であるが故か、緩和ケアチームにおける鍼灸師の役割に関する意見交換もなされている¹⁰²。

他の先生が単純に鍼をオーダーするだけじゃなくて、もうちょっと違う観点から鍼というものを緩和ケアの中に入れてもらいたいというふうに (医師) AN 先生に常々言っていたので、その仕組みを作るために実際にベットサイドと一緒に足を運んでいただいて、見ていただいたということがあります。(鍼灸師 AA)

緩和ケアの体制の中に鍼灸師を組み込むというプロセスの中で、チームを取りまとめる役割を持つ医師 AN は、鍼灸師が行っている施術内容への理解が重要であると認識し、鍼灸臨床のベッドサイドに足を運ぶとともに、「常々」鍼灸師 AA と鍼灸の役割について対話をしている様子が伺える。

¹⁰² 同内容についてはいわゆる狭義の情報「共有」とは異なるため<共有される情報>のカテゴリーに括るには違和感も否めない。しかし、情報共有の場においてこそ職種間での「対話」や「会話」が成立するのであり、そうした「対話」や「会話」の内容が実際には職種間理解においては重要な部分を占めるのである。

⑤意識して行う鍼灸師側の取り組み

【相互に繋がる方法】として<意識して行う鍼灸師側の取り組み>の代表的なものが「西洋医学を中心に考えて」情報共有を行うというものであった。

僕たちは、僕たちじゃなくて、相手があつての自分をすり寄せるっていう立場になる。・・・(中略)・・・西洋医学的な病態把握をちゃんとしておくということかな(鍼灸師 FA)

緩和ケアの「中心」となる医師・看護師らは西洋医学の方法論を用いて患者ケアを実践している。緩和ケアの「場」の臨床モデルが西洋医学的な知見によって構成されている限りにおいて、そのケアチームに参画するためには西洋医学的な理解は必要である。その理解がなければ鍼灸師はそのチームの中で「異質」な存在であり続けるのであろう。そのためによりしっかり西洋医学の知識を習得しなければならなかったと鍼灸師 FA は語る。

だから(カンファレンスに)行くたびに、言葉分からないんで、ちょっと(専門書を)貸してもらって読んだりとか、見るようには。こちらからも近づくようなことは、努力はしたかなって思います。(鍼灸師 FA)

また鍼灸師 AA も同様の観点から西洋医学の理解度を高めることの重要性を指摘し、さらにそのことが積極的な「鍼灸師としての提案」をするためにも必要であると指摘している。

もちろん鍼灸師がやっている内容だけではなくて、他の職種の方々が話し合っている内容についてもやっぱり理解が不足するところは多々あるので、その部分への理解度を高めることも必要だし、そのレベルに到達して、一緒に話を聞いていて初めて積極的に「鍼灸師であればこういうこともできると思うんです」という発言ができるというところに行くのかなと。(鍼灸師 AA)

鍼灸師が東洋医学について他職種に説明する際に依拠するのも西洋医学モデルである。

治療した時には、その治療の部位などを特殊な、例えばツボの名前だったりではなくて、どういったところに治療を行ったのかを西洋医学的な解剖用語でちゃんと説明を記入するようにしています。・・・(中略)・・・メーンはやっぱり東洋医学というよりは西洋医学的な意味もちゃんとあつてということを説明して。いきなりツボの名前を言ってもわからないし。例えば、そのツボに関しては「米国の NIH でそういう声明が出ているツボで、商品化されているようなツボとして使われる部分もあるそういうツボなんですよ」なんて、ちょっと一言添えたりして。(鍼灸師 AA)

上記の語りでは、治療部位に関する説明を求められた際に、西洋医学を学んだどの職種も必ず習得している「解剖」の知識を説明の方法として用いている。一方で決して西洋医

学の説明のみに終始せず、さらに東洋医学的な解釈や名称を付け添えて東洋医学の視点を提供することも忘れていない。こうした他職種に東洋医学（特に鍼灸）の理解を促そうとする取り組みの継続は他職種の東洋医学への関心を生み出すことにも繋がり、さらなる東洋医学の情報提供の場作りにも繋がる。

ナースの人たちに緩和医療と鍼灸について話して、東洋医学がどういう考え方でどういうことをやっているのか、僕が今、皆さんの現場でどういうことをやっているのかというのを、学会なんかで発表したデータをまとめながら、お話をして理解をしてもらおう。（鍼灸師 FA）

鍼灸師 FA は日常臨床の情報共有以外に、積極的に他職種に東洋医学の理解を促す情報提供を行っている。こうした活動は日々の関係構築の取り組みの結果である。さらに鍼灸師 FA は他職種でもできる経穴を用いた温熱刺激の方法についてマニュアルを作り、他職種でも実践できる方法を伝えている。また鍼灸師 FA はこうした患者ケアに関連した取り組み以外に、看護師を始めとした他職種の鍼灸治療を行い、鍼灸そのものを体験的に知ってもらおうとする対応も積極的に行っている。

その他に、治療時には自身が行った治療を見てもらう、あるいはカルテになるべく詳細に記録をするなど、他職種に「鍼灸治療を知ってもらう」為の情報の提示を積極的に行うという語りも得られた。

自分自身が必ず行なっていたこととして、患者の状態を看護師には必ず見てもらっていた。「ほら、動くようになったでしょ」とか。一緒に患者の状態を確認しながらコミュニケーションをしていた。（鍼灸師 CA）

あとは、処置をした内容について病棟の看護師さんに「こういう処置をします」「こういう処置をしました」。例えば、「置き鍼をしました。置き鍼に関してはこういうふうに処置をしていただいで結構です」という話を一人一人のケースにおいて説明して出るようにしています。（鍼灸師 AA）

さらに、＜意識して行う鍼灸師側の取り組み＞には、院内でのコミュニケーションのみならず、お茶を飲んだり食事に行くなどいわゆるインフォーマルなコミュニケーションの場¹⁰³を積極的に設けるようにしている取り組みも見られた。

なにせよ、看護師や臨床検査技師とはよくコミュニケーションを取るようになっていた。常勤時には月に1回お茶をしたり、食事に行ったりしていた。（鍼灸師 CA）

こうしたコミュニケーションにより、職種間を越えた人間同士の繋がりや信頼関係の発展にも結びつきうる。

ここまでは＜意識して行う鍼灸師側の取り組み＞に関する「前向きな」取り組みを見て

¹⁰³ インフォーマルコミュニケーションの重要性は第三章第二節においても触れたとおりである。

きたが、一方で「これはしないようにした」という「意図的に後ろ向きな」取り組みも行われている。

自分で背負って（鍼灸治療を）やろうとすることは鼻につく行為である。特にターミナルケアの現場などではそれがすごく大切・・・（中略）・・・リハビリの主任に治療方針について質問したり、許可をとって、きちんと打ち合わせをした後に治療を実施する。疑心暗鬼をスタッフに持たせてはいけない。科の主任や医師には、何か行為を行う場合は必ず許可をとってから行なっている。（鍼灸師 CA）

チームでケアが行われている以上、自分勝手なことをしないというのが鍼灸師 CA の主張である。その理由は他職種に「疑心暗鬼を持たせないため」である。これと類似した内容を、鍼灸師 AA も「現場の混乱を起こさないよう」と表現しながら以下のように語る。

最初から自由に振る舞っていては、異質な存在としての認識を植え付けてしまうと、次のステップで入れなくなってしまう。その印象を与えてしまうので、やっぱり最初は丁寧に。もちろん後からもずっと丁寧にやるべきなんだけれども。鍼灸師が入ることによって現場の混乱を起こさないという認識を得ていただかないと、次に結びつかない。「鍼灸師が入ると、ちょっと現場が混乱するんですよね」「どうしたらいいのかわからない」という印象が看護師さんからドクターのほうへ伝わると、緩和ケアチームに関わっていない患者さんですら医師のほうから「いいよね。鍼灸やってもらおうよ」というふうな判断に結びつかなくなってしまう。（鍼灸師 AA）

鍼灸師は、緩和ケアの現場に必ずしも無くてはならない職種というわけではない¹⁰⁴。その意味では、現場において「混乱」の因子、あるいは「マイナス」の因子と価値づけられるようなことが起こるとその後の「繋がり」はなくなってしまうのである。こうした配慮も、鍼灸師が他職種と「繋がる」上では重要な取り組みなのである。また、チームのスタッフの中には必ずしも鍼灸師を好意的に受け止めないスタッフもいる。

難しかったのはやっぱり、とにかく（東洋医学を）嫌いな人もいないですか。だから、そこも注意しながら・・・（中略）・・・そういう人たちにガラガラガラって、ほんとにシャッター引かれてるんで、こっち側からも必要なことはアプローチするけど、無理強いはいしなくて待つ。向こうからのを待つ。（鍼灸師 FA）

鍼灸師 FA は「シャッターをひかれ」てしまう他職種には決して無理な「積極的な」アプローチはせず、「向こうからのを待つ」という。このように「積極的な」取り組みと「意図的に後ろ向き」な取り組みを組み合わせながら、鍼灸師は【繋がるための方法】を実践しているのである。

¹⁰⁴ 第三章でも示したように、医療の構図として通常医療のケアモデルの「中心」にあるわけではないので、存在しないことでケアが成立しなく成るということはない。第三部ひろせクリニックのフィールドワークの中でもある医師が「医師や看護師がいないチームはまずいが、鍼灸師がいなくてもチームは成り立つ」と語っていた。

⑥媒体としての看護師の動き

【相互に繋がる方法】において抽出された 4 つ目のサブカテゴリーが「積極的な看護師の動き」であった。このサブカテゴリーは、主として自身が媒体であるという認識を抱く看護師の語りと、看護師の動きにより情報共有が円滑になったという鍼灸師の語りから構成される。

看護師と鍼灸師の二つの職種間の関係構築では主に看護師側からの積極的な話しかけが重要となっていた。

看護師さんは結構積極的に、「鍼灸ってどんなことされてるの？」っていうふうに聞いてくれる印象はあるんですけども（鍼灸師 BA1）

看護師が、具体的に「これなあに？」って言うてくるのとか、「これって効くの？」「効くツボあるの？」例えば「痩せるツボとかあるの？」って言うてくるのは、看護師さんが結構多いですね。（鍼灸師 BA2）

こうした看護師からの語りかけに鍼灸師が答えることで、看護師側の鍼灸に対する理解が深まると同時に、鍼灸師側が看護師にケアに関する相談や質問がしやすくなり情報共有が促進される。

看護師さんって大体そういう役割で、薬も先生の、何て言うんですか、どんなふう
に依頼を出すとか、薬を出すとかも分かっている、患者さんも分かっている、看護
師さんに聞くほうが、より全体的な患者さん像が見えるっていうんでしょうか。（鍼
灸師 EA）

一方、今回の調査で唯一の看護師であった AN も、自身が病棟のスタッフと鍼灸師の「媒体」であるということを知覚しており、その認識に基づいて鍼灸師との情報共有を行っていた。看護師 AN は鍼灸師の治療を「理解」するために、鍼灸師のベッドサイドに極力帯同するようにしていた。そこで鍼灸師の治療内容について「理解」を深めると同時に、患者との「媒体」にもなるべく、ベッドサイドのコミュニケーションを行っていた。

（鍼灸師）AAさんと一緒に入らせていただいていると、本当に骨格筋から説明されて、そういう機序やら「こういう動きだところだからね」って言いながら体のメカニズムとかを全体にももちろん把握しているんですけども、改めて思ったとか。改めて私も何気なく思っていたのを AAさんの説明を聞いていたら、「うーん、理に適ってるわ」っていうのを患者さんと一緒に納得していたという感じだったので。・・・（中略）・・・実際に患者さんと一緒に入っていた時期は、その患者さんのこと、私が伝えるよりは AAさんが言ったほうが正しいとか現実味を帯びたとか、想像が皆さんつくと思うので、「ね、AAさん」なんて振って、そこからは喋ってもらおうという。（看護師 AN）

鍼灸師 AA も「敷居の高い」病棟への出入りに、看護師 AN の帯同が非常に重要であると感じ、意識的に看護師 AN と共に訪問するようにしている。

それはやっぱり鍼灸師にオーダーが出ることで体が少なくてということもあるので、看護師さん、緩和ケアの看護師 AN さんが行く時に私はついていくようにしています。1人で行くには非常にその敷居がまだ高いので、必ず看護師さんと同席で行くようにしています。その時に、臨床心理士 AP さんであったり、他の方に一緒に来ていただくことが重なるので、居合わせる時に入るようにしているという例ですよね。(鍼灸師 AA)

こうした「積極的な看護師の動き」とそれに応じた鍼灸師の動きにより、看護師と鍼灸師に「繋がり」が生まれるのである。それと同時に、緩和ケアチームの中核であり、また患者の様子を最も詳しく把握している看護師は、鍼灸師と患者および他職種との間の「媒体」になり、それぞれを「繋ぐ」役割も果たしているのである。

〔6〕理解と信頼

ここまで示してきたような【相互に繋がる方法】により職種間が「繋がる」ことにより、相互の【理解と信頼】が生まれることになる。また同時に鍼灸師自身が、緩和ケアにおける自分たちの役割認識を深めることがわかり、それが次の連携の重要な布石のひとつにもなる。この【理解と信頼】を説明するサブカテゴリーは、〈鍼灸師に対する理解〉、〈信頼関係〉、〈チーム医療の必要性の認識〉、〈鍼灸師自身の役割認識の構築〉の4つであった。同カテゴリーも情報量が多いためサブカテゴリーごとに小項目を設けて論じる。

①鍼灸師に対する理解

相互に情報を共有し合うことによって、鍼灸師が「異なる視点」を有する職種であるという理解が促されている。

私の鍼灸師さんへの理解度というか、どんな職種かと理解しているのは、東洋医学を基に西洋医学とは違った方面から病態であったりとか症状であったりとかを診ていただいて、それに対して鍼灸であったり、それぞれの処置をしてくださるところですかね。お話をしている中でもすごく感じます。患者さんからというよりは、お話されているところを聞いていたりとか、患者さんに対する見方だったりとかをお話されている時に「ああ、そういう観点から診ているんだな」というのは感じています。(医師 AD)

違う視点で患者さんを診ていただけると思っているのも、そういう意味では、患者さんにとってはうれしいこと。あるいは、施術中にいろいろな話をされて、患者さんと治療側と一方通行にならない。そういうところでは鍼灸師さんの役割としては大きなというふうに思います。(看護師 AN)

情報を共有し合う中で鍼灸師の考え方の特徴を理解するとともに、医師 AD も看護師 AN

も鍼灸師と患者とのやり取りを見る中で、患者との関わりにおける鍼灸師の役割を認識するようになっていく。患者に対して多様な見方が必要とされる緩和ケアにおいて、従来関わっている職種とは「異なる視点」でアプローチする鍼灸師は「役割としては大きい」と認識されるほどになっている。また、医師 AD は鍼灸師との【相互に繋がる方法】を経る中で、鍼灸師に対して「しっかりしている印象」を抱くようになったと語る。

吐き気を止めるところに関しては、こことここってというような話はありませんでしたし。(鍼灸師 AA からは)「技術的に例えば内関を刺激するのと、リストバンドで差がなかったとかってというような話を聞きます」と、(ただし)「差はあるんだよという論文もありますので」(という情報も聞いて)。基本はエビデンスに基づいた治療という意味では、しっかりされているなというような印象がありました。(医師 AD)

医師 AD にとっては「エビデンス」が「しっかりしている印象」に繋がる根拠であることがわかる。鍼灸師側が自分たちの専門的な科学的な知見を他職種に提示することは、鍼灸の可能性と限界を他職種側と共有することにもなり、そうした情報共有のプロセスこそが他職種への【理解と信頼】に繋がるのであろう。

また、これまで鍼灸師と「繋がる」経験を持たなかった看護師 AN は、患者とのやり取りを引き合いに出し以下のように語る。

患者さんが「なに、病院ってそんな(こと)やってくれるの?」って、そういう感じになる。「悪いね」なんて言いながら・・・(中略)・・・非日常って言うとおかしいかもしれないけど、そういう職種の方だからこそ大事じゃないかなと感じます。(看護師 AN)

患者が病院で鍼灸治療が行なわれていることに対して抱いた「病院ってそんなことをやってくれるの?」という疑問は、通常医療における鍼灸の位置づけに関する象徴的な語りであろう。「治癒モデル」の象徴である西洋医学の「病院」において、「そんなことをやってくれるの?」という疑問は、鍼灸治療が少なくとも「治癒モデル」として通常行われる医療とは異なる認識が持たれていることを示している。病院での鍼灸治療を看護師 AN は「非日常」とし、また「そういう職種の方だからこそ大事」とも指摘しており、病院での緩和ケアにおける、ケア手段の幅の意義を認識している様子が伺える。

②信頼関係

他職種は鍼灸師との「繋がる」経験を経る中で鍼灸師への「理解」を深めるとともに、鍼灸師への「信頼」を抱くようになる。

阿吽の呼吸の取れるスタッフ。リハビリよりも逆に阿吽の呼吸が取れる。昔からなんで。(連携が)取れてる仲間なんで。だから、なんか「こういう患者いるんだけど」(と相談すると)「じゃあ、今度自分がいるときに見に行つときますよ」っていうふうに返事してくれて。(医師 CD)

(鍼灸師) AAさん本当に、看護師もそうですけれど、手当という言葉がすごく感じるというかピンとくるなっていうところで、患者さんを見て、まず触れて、やさしく語りかけて、その上でこういう効果があって、こういう意味があるから、こういうふうにやりますねっていう、その流れというのがすごく安心だったし、関わってもらってよかったなって。患者さんの心のケアにもやっぱりつながるんですよ。(看護師 AN)

一方で鍼灸師側も他職種への「信頼」を抱くようになっていく。

信頼ですね。信頼がより深まりました。・・・(中略)・・・いい先生に恵まれてきたんですよ、ほんとに、いい看護師さん、いい先生に。(EA)

さらに、前述の【相互に繋がる方法】でも示した鍼灸師と看護師の関係が強化されると、鍼灸師は他職種の中でもとりわけ看護師への信頼を厚くする。

看護師さんが一番大きいと思います、やっぱり一番。僕たちも医師も点での接し方じゃないですか、患者との接し方って。ナースって面の接し方なんで、そこは言葉は悪いんですけど、いかに味方に付けるか(鍼灸師 FA)

鍼灸師 FAは看護師を「味方に付ける」理由として、患者との「面」での接点を持っていることを挙げている。つまり、看護師は患者の状況を広く経時的に把握していることで、情報の「中枢」になると考えられているのである。看護師にどのように他の職種や患者の「媒体」となってもらえるかによって、鍼灸師のチームにおける立ち位置は大きく変化しそうである。

こうした相互の<信頼関係>の構築は、職種間の「遠慮のない」コミュニケーションに繋がる。

医師から「ここをこのように治療して欲しい」というオーダーが入っても、鍼灸師的にはその治療ではなく別のアプローチを考えてそれを先生に逆提案した際には、「じゃあやっておいて」と任される。それは結果を重視しているからこそその医師の返答である。(鍼灸師 CA)

医師からのオーダーについて、鍼灸師が「逆提案」をするのである。こうしたやり取りは、相互に強固な信頼関係が無い限り決してなされないものであろう。

一方で他職種側も鍼灸師を「信頼」して治療に関する様々なことを「相談する」こともあるという。

(鍼灸師) AAさんの存在はお守りじゃないですけど、悩んだ時にちょっと聞いてみようかみたいな、そんな感じの存在にはなっているので。なんかずっと、例えば何も言わずに座っていても、ふっとちょっと迷ってきたなと思った時に「AAさんどうですかね？」なんて言って振ってみると、「そうですね」なんて言って答えてくれる。(看護

師 AN)

鍼灸師を「お守り」と表現し、また「悩んだ時にちょっと聞いてみようか」という存在になっているという。医師や看護師はそれぞれの職種の専門性を持って現場に出ているからこそ、限界を感じる場面や対応に困難を感じることもある。その時に「違った視点」を時々提供する鍼灸師の存在は、状況においては患者のみならずケアスタッフをサポートすることもあるであろう¹⁰⁵。

鍼灸師 AA の継続的な情報提供と看護師 AN の働きかけも功を奏してか、病棟スタッフも次第に鍼灸師に対して信頼を寄せるようになり、以下のようなやり取りも生まれたという。

意外とそう（患者の円皮鍼の説明）すると、「私も（鍼治療を受けてみると）いいかしら」みたいな。「それはどうでしょうかね」みたいな。東洋医学のほうに興味をもってお聞きいただくことが多いので。（鍼灸師 AA）

情報を共有した他職種も次第に鍼灸や東洋医学に関心を抱くようになり、自身のセルフケアや、患者の症状に関する相談などを鍼灸師に持ちかけるようになるのである。この現象は A 病院だけでなく複数の病院において語られていた。

③チーム医療の必要性の認識

鍼灸師 EA は筆者の調査時にはすでに E 病院を退職し開業鍼灸師として働いていた。EA は当時を振り返り、改めてチーム医療の必要性を認識していると語った。

こんなこと言うとなんだけど、チーム医療は必要なんだけど、ここにこうして個人でいると、ほんとチーム医療って必要だったな、良かったな、何でも情報が入って・・・（中略）・・・何て言うんですかね。チーム医療っていうと、やっぱり自分だけの責任ではなくて、みんなでの責任というのか、分担してるので、非常に病院治療の安心感っていうのは、チーム医療ではありますね。（鍼灸師 EA）

個人開業で、鍼灸師一人で患者に向き合う今、チーム間で情報共有することで「何でも情報が入って」いた事の重要性を語る。また「情報が入る」と同時に「責任というのか、分担している」ために「安心感」を持って治療できたと語る¹⁰⁶。緩和ケアの患者はニーズが多様であり、またケアの形態も一様ではない。そうした中で患者に関する様々な情報を多職種で共有し、一丸となってケアすることは患者にとっても安心であるだけでなく、ケアスタッフにとっても安心に繋がることなのである。

¹⁰⁵ A 病院の緩和ケアチームにおける鍼灸師 AA の存在は非常に大きなものであった。適切な鍼灸に関する情報提供、またわからないことに対する積極的な質問、的確に各職種の専門性に委ねる（頼る）、こうした鍼灸師 AA のスタンスは、前述の医師 AN の〈しっかりと印象〉にも見られる通り、他職種からの信頼を獲得するものだったのである。

¹⁰⁶ 筆者の過去の聞き取り調査においても、他医療職種を始めとした患者周囲の人々との関係性の希薄さが孤独感の内包に繋がることが明らかになっている [高梨 2012]。

④鍼灸師自身の役割認識の構築

鍼灸師自身は他職種と「繋がり」ながら患者ケアを実践する中で自分たちの役割認識を構築しそれを深めていた。【繋がりの下地】での医師 CD の語りにもあったように、鍼灸師は患者と関わる時間が比較的に長い患者とのコミュニケーションを取りやすい場面が多くある。その中で自らを「情報収集の役割」を持つものという語りが見られた。

「この人、ちょっとこれ聞いてきてくれる、先生？」っていう感じで、「私たち、ちょっと聞きづらくて」。なんかちょっとそこでいざこざがなんかあって、聞きづらくなっちゃったんで、第三者が行ったときに、「この話聞いてきて」っていう・・・(中略)・・・治療が終わったあとにナースステーションに戻ってきて、向こうは、「どうだった？」っていう感じで待ってますから。(鍼灸師 FA)

常駐している医師や看護師よりも、時に「第三者」的に鍼灸師が患者の語りを聴くことができる、あるいは聴きやすい場面があるようである。他職種との情報共有という観点からは、時に鍼灸師が情報収集の役割を果たすこともあるのである。

また鍼灸師の役割を「隙間を埋める」役割と表現している鍼灸師も複数いた。

何か包括的なものを 1 つ持ってるので、全体的に隙間の空いてるところも、塗り絵じゃないけど、埋めていって、1 つのこうなるような、そういう役割はあるはずなんです。(鍼灸師 EA)

鍼灸師こそが着目した患者の症状や患者の語りが少なからず存在し、それが時に他職種のアセスメントからは抜け落ちている、あるいは過小評価されている場合があるという。鍼灸師が持つ目線は、そうしたケアの「隙間」を見つけ、時にそれを埋めることができる場合があるというのである。その鍼灸師の目線や役割に関連して、鍼灸師 AA は以下のように語る。

なくてもいいんだけど、やったら意外と楽になるというところかな。その点の違いでしょうかね。末期に限らずがんの方々というのは、そういったところのほうが実はすごく大切なんじゃないかなと実際思っていて、やらなきゃいけない医療ってどんどんやらなきゃいけないから受け入れていくんですけれども、患者さんの気持ってある程度そこには入っていない。戸惑いつつ本当は進みたくないかもしれないけれど、進めなければいけないからやりましょうみたいな感じになるじゃないですか。(鍼灸師 AA)

「なくてもいいんだけど、やったら意外と楽になる」ことがどれほどの意味を持つのか。鍼灸師 AA はそのことを患者との「繋がり」の中で、また医師 AD や看護師 AN との「繋がり」の中で自問するとともに、それこそが自身の役割認識として答えを見出して

いる¹⁰⁷。他職種との情報共有という「繋がり」は、鍼灸師のこうした役割認識形成にも大きく関与しているのである。

第三節 小括—病院という「場」における「戦術」

第一項 「中心」としての病院とそこにある鍼灸

本調査結果は、病院という強固な通常医療の「場」の中での緩和ケアにおける他職種と鍼灸師の関係性を示したものであり、特に後半のインタビュー調査においては情報共有を通じた両者の間の「繋がり」とその実態を示した。

質問紙調査の結果からは、回答が得られた 98 施設のうち 6 施設(6.1%)でのみ鍼灸治療が実践されていることが明らかとなった。Hyodo ら [2005] のがん患者を対象とした CAM の利用に関する調査報告は、日本のがんセンターおよび緩和ケア病棟の患者を対象として実施されたものであるが、対象となったいずれの施設においても体系的に CAM による治療は実施されていなかったとしている。また、日本の一般病院における鍼灸治療実施についても 4%程度と報告されており、混合診療の問題や鍼灸師雇用の問題などから、病院での鍼灸治療の難しさが指摘されている [矢野 2012]。本質問紙調査においても「緩和ケアに鍼灸が関わることについて」の自由記述の結果において【病院で行う難しさ】というカテゴリーが抽出され¹⁰⁸、またインタビュー調査結果のカテゴリーの 1 つである【繋がりへの障壁】のなかでも＜病院における制約＞が指摘されており、病院内での鍼灸治療が行われることそのものの難しさがある事がわかる。この点について、第三章の小括において示した仮説図の「中心」と「周縁」の図から考えると、病院を通常医療の「中心」と仮定した場合、その外縁には外からは極めて越えづらい「壁」が存在している状況にあると考えられる。

では、本章で主として扱う病院の中で行なわれる緩和ケアの「場」における鍼灸／鍼灸師の位置づけはどのようなであろうか。病院における緩和ケアの実践は、いわゆる「チーム」による緩和ケアの実践が主となる。したがって、院内の緩和ケアチームとの関係性を紐解くことが、院内緩和ケアの実践における鍼灸師の位置づけを明らかにすることになるであろう。質問紙調査を見ると、鍼灸治療の利用実態を見る限り緩和ケアの手段として頻繁に用いられるとは言い難い状況であることが明らかとなった。また、チームメンバーへの参加状況については回答した 3 施設とも「メンバーではない」という回答であり、少数例からの推測に過ぎないが、院内緩和ケアの「中心」的な領域には位置していない状況が伺える¹⁰⁹。さらには、質問紙調査の「緩和ケアにおける鍼灸治療についてどのように考えるか」という自由記述の結果、およびインタビュー調査における、【繋がりへの障壁】からは、やはり職種間の「壁」が存在している状況が見て取れる。

¹⁰⁷ 通常がん患者に行なわれる医療は、時に患者にとって「やらなきゃいけない医療」となり、それが患者にとって大きな心的負荷を生じる場合がある。そんな時に「楽になる」というところにフォーカスした鍼灸治療というものが患者の「非日常」として入り込むことによって、患者にとってのある種の視点の「ずらし」を生み出し、それが他職種にとっても大きな意味を持つものになるのである。同内容については第三部にて改めて検討する。

¹⁰⁸ それ以外のカテゴリー内容については、第三章の質問紙調査における「在宅緩和ケアに鍼灸が関わることについての考え」の結果とほぼ同様のカテゴリーが抽出された。

¹⁰⁹ 国内における院内緩和ケアチームへの鍼灸師の参加については水野 [2003]、小玉 [2008] らの報告において触れられているが、その実際は不明である。

ここで、第三章において「中心」と「周縁」の「壁」の特性として指摘した、①必要性、②危険性、③医学モデルの違い、④システム、⑤医療におけるヒエラルキー、の5つの内容と照らし合わせて考えてみたい。①の「必要性」については質問紙調査においても【必要性のなさ】がされており、特に疼痛管理が薬物で十分管理できる、など症状緩和の手段としての必要性がないということは同様に指摘されていた。また②から⑤については、主にインタビュー調査結果の【繋がりへの障壁】において詳細に示されていた。具体的に見てみると、②の「危険性」については、＜鍼治療で懸念されるリスク＞と指摘されているとおり、一つの「壁」の要素になっているようである。③の「医学モデルの違い」についても、＜考え方の違い＞という同様の指摘がなされている。④の「システム」については、＜費用をめぐる制約＞や＜鍼灸師雇用の制約＞等、治療費や雇用と言った制度面からみた病院内の「システム」上の「壁」があることがわかる。また、今回のデータには第三章と異なり鍼灸師側の観点が含まれていることもあり、第三章においては見られなかった＜鍼灸師の自由度の低さ＞について指摘されている。これは、病院という「組織」内での他職種との連携に関する「動きづらさ」についての指摘であり、⑤の「ヒエラルキー」にも関連する内容である。鍼灸師の所属が「病院」ではない（A病院）、あるいは緩和ケア科とは別の科に所属があり、かつ医師のもとで立場が保証されている（B病院）など、院内での所属をめぐる病院の「システム」上の「壁」があるということであろう。さらに、＜未確立の連携システム＞も鍼灸師が他職種と「繋がる」ことができなくなるという状況に拍車をかけるようである。⑤の「ヒエラルキー」については、第三章で見てきた以上にはっきりと＜医師の裁量＞という象徴的なカテゴリーにおいて説明されている。鍼灸治療の導入、連携の形態が＜医師の裁量＞により決まるため、容易に他職種と「繋がる」ことができないのである。さらに、第三章では触れられていなかった、漠然としたイメージとしての＜壁の存在＞が語られている。＜鍼灸に対する偏見＞というサブカテゴリーがその象徴と言えるかもしれない。エビデンスがないというイメージ¹¹⁰、または＜知られていない鍼灸＞にも含まれる実態の「不透明さ」、また「不透明さ」がゆえの「怪しさ」など、鍼灸に対する「別物」としての存在¹¹¹であるというイメージなど、ネガティブかつ排他的イメージが漠然とした「壁」を形成しているようである。筆者はこれを第6の「壁」の特性として⑥「イメージ」とする。

これらを踏まえて「病院」における緩和ケアの中での鍼灸の位置づけを整理すると図4-2のようになると考えられる。病院という「場」を「中心」と考えた際には、その外の「周縁」とは厚い「壁」が存在していると考えられる。また病院の「場」の中、特に本論文の主題である病院で行われる緩和ケアの「場」に視点を移すと、そこにはさらに「中心」と「周縁」の「壁」が存在すると考えられ、第三章と同様、「壁」の性質には異なる部分があるものの、構造的に鍼灸は病院で行なわれる緩和ケアの「場」においても「周縁」に位置する存在であると言える。

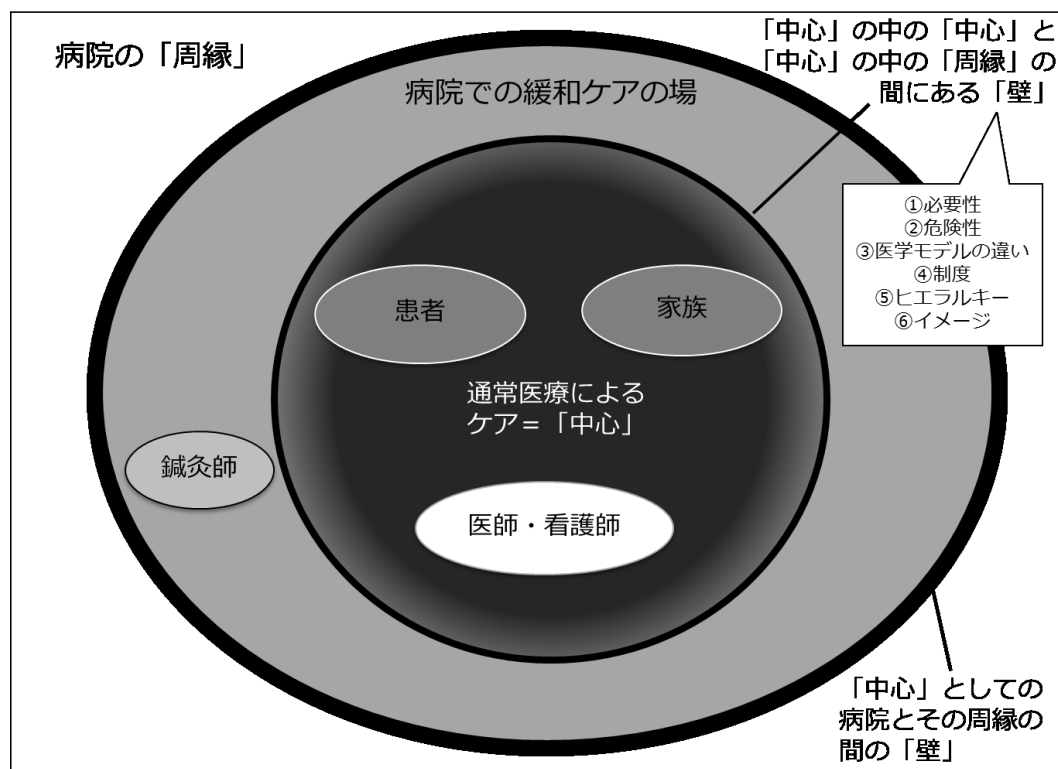
ただし、鍼灸治療が実践されている施設の導入の経緯を見ると「患者の希望」にもある

¹¹⁰ 少ないながらも質の高い科学的デザインに則って示されている鍼灸のエビデンスは、実際の緩和ケアの現場においてはあまり知られていない。「鍼灸は科学的ではないから」は通常医療の領域に従事する医療職種から未だしばしば耳にする語りである。事実とは別に、「そういうもの」としてのイメージが強固に根付いている印象がある。

¹¹¹ 高梨【2012】の調査の中で、病院での緩和ケアの経験を持つ鍼灸師の語りの中に「（鍼灸は）医療における別物と思われている」という語りがあった。

ように、実際の患者からのニーズが背景に有ること、また自由記述における【ケアの多様性としての意義】に見られるように、医療者側が鍼灸治療をケアの一手段として、また多職種によるケアのバリエーションとして認識していることがわかった。これも第三章と同様、鍼灸は緩和ケアの「場」の構造的には「周縁」という位置づけにありながらも、必ず

図4-2 病院での緩和ケアにおける「中心」と「周縁」に関する仮説図



しもネガティブな意味付けだけではなく、「ケアの多様性の一つ」というポジティブな意味付けも見いだされているのである。実際、鍼灸治療が実施されている施設においては、疼痛、倦怠感、便秘などに対して鍼灸治療が行われており、鍼灸治療が症状コントロールの役割の一部を担う可能性も示された。問題は、そうしたポジティブな意味付けを見出しながらも、実際に鍼灸師と「繋がるかどうか」であり、それは病院のシステムや緩和ケアチームの「壁」の程度や質に大きく左右されると推測できる。

第二項 「戦術」を駆使した職種間関係の構築

これまで病院における緩和ケアの「場」に存在する「壁」、およびその外部に位置する鍼灸の「周縁性」について論考を進めてきたが、今回のインタビュー調査において、鍼灸師が「戦術 (tactiques)」を駆使しながら、相互に「壁」を乗り越え「繋がる」実践を積み重ねている状況が明らかになった。「戦術」はミシェル・ド・セルトー [1987] が構築した概念であり、「戦略 (stratégies)」との対比で用いられる概念である。「戦略」は「ある意思と権力の主体 (企業、軍隊、都市、学術制度) が、周囲から独立してはじめて可能になる力関係の計算 (または操作)」と定義されており、その背景に「自分のもの (固有のもの) として境界線を引くことができ、標的とか脅威とか言った外部 (客や競争相手、的、都市

周辺の田舎、研究の目標や対象、等々)との関係を管理するための基地にできるような、ある一定の場所である」とされている [セルトー：100]。つまり本章で言う「病院」であり、緩和ケアの「場」であり、仮説図で示す「中心」のことであるといえよう。一方で「戦術」は、「自分のもの(固有のもの)をもたないことを特徴とする、計算された行動のこと」とされる [セルトー：101]。鍼灸師による「戦術」は、インタビュー調査結果の【繋がるための方法】の「意識して行う鍼灸師側の取り組み」に凝縮されているといえる。東洋医学に関心をもつ他職種への積極的な情報提供や、通常医療が「中心」となる「場」において、基本的には西洋医学を中心に考えること、また東洋医学を説明する際に「西洋医学的に説明する」など、「管理されている空間内での動き」を巧みに行っている。また、自分たちが「病院」の中において「不可視な存在である」という認識の中で、カンファレンスの場に積極的に参加するなど¹¹²、自らの存在を示す「戦術」を行っている。こうした「戦術」は、局所的ながら鍼灸師と他職種の「繋がり」を生み、結果的に他職種に鍼灸師の【理解と信頼】をもたらすのである¹¹³。一方でいかに「戦術」を駆使しようとも、「中心」と「周縁」を構成する「壁」が厚い場合(本調査では特にシステムやヒエラルキーの構造が強固な場合)には、その中に上手く入り込むことはできず、「中心」を構成する他職種とは「繋がる」ことができない状況になることもわかった。顕著な例は B 病院の事例であるが¹¹⁴、<医師の裁量>により他職種とのコミュニケーションの「場」が大きく変化する状況が伺えた。

一方で他職種側はどうであろうか。緩和ケアの「場」の「中心」にある彼らは、大きな病院という「戦略」の中で、「小さな戦略(=鍼灸師も含めた新たなケアの「場」づくり)」を展開していたと言えるのではないだろうか。【繋がりの下地】を持つ他職種は、経験的に鍼灸の特性を知っているか、あるいは「周縁」としての鍼灸を「ケアの多様性」としてポジティブに認識している人々であった。そうした背景を持つ他職種が【繋がる意識】を持つことで、「カンファレンスに呼ぶ」、「カルテのリストに加える」、「対面で情報共有する」、「管理データの共有」など、複数の手段を講じて上手く鍼灸師をチームケアの中に取り込んでいる様子が明らかになった。中でも興味深かったのは看護師の取り組みである。「媒体」としての看護師は、各種の情報が集まる、いわゆる「情報の中枢」でもある。チームケアを実践する上での情報共有は看護師を中心にされ、また看護師を中心に各所に伝達されている状況が明らかになった。鍼灸師もそれを認識し、看護師を情報の授受の対象に選ぶという「戦術」を実践していた。看護師も「多様性」を重視しつつ、鍼灸師とのコミュニケーションを通じてケアの視点を広げ、鍼灸師を含めた新たな「戦略」を展開していくの

¹¹² 鷹野 [2002：97-98] は、カンファレンスが医療従事者の知識と技術を医師に伝えること、医療従事者間の対称性を得るための重要な儀式の一つであること、成員間のコミュニケーションの促進という側面を持つこと、デザインされたカンファレンスが個々の能力の集合体であるチームの潜在的な能力を十分に発揮することを指摘している。鷹野が指摘する医療従事者間の対称性は本論文(特に第二部)において最も問うている点の一つであるが、既に観てきたように、通常医療の文脈において不可視で不気味な「周縁」としての存在である鍼灸が、カンファレンスを始めた職種間コミュニケーションを通じて「可視で役割をもつ存在」へと変容し、医師らにとって明確な「対称的な存在」となっていく可能性が垣間見えた。

¹¹³ 医療人類学者の牛山美穂は文化人類学における「抵抗」と「戦術」の概念を対比させながら両者の意味するところを整理している [牛山：2006]。牛山によれば、「戦術」は「抵抗」のように社会やシステムに対して抗う意図はなく、これらに変化を及ぼさなくても矛盾なく使用できる概念である」としている。本調査における鍼灸師らの「戦術」も、決して病院というシステム、あるいは緩和ケアの「場」のシステムに抗うものではなく、むしろ協同の実践にいかにか上手く溶け込むかという意味のものであった。

¹¹⁴ ここでは鍼灸師の語りしか聞くことができていないため、あくまで鍼灸師側の語りをベースとした解釈である。

である。看護師 AN について言えば、単に「小さな戦略」を展開していただけない。実は病院という大きな「戦略」、あるいは「他科」の「戦略」に対して、「戦術」を実践していたとも解釈できる。A 病院の緩和ケアチームは、まだ他科との連携実績が浅く、一般病棟における位置づけが確立されているとは言い難い状況であった。そうした状況の中で、病棟の看護師は鍼灸師の介入を必ずしも肯定的に受け止めていたわけではない。看護師 AN は自らの「戦略」が展開するよう、「戦術」を実践し「他科」の「戦略」との迎合を図るのである。

ここまでセルトーの「戦術」と「戦略」の概念を援用して本調査結果の解釈を試みてみたが、第三章と同様に、「中心」側がどのような「戦略」なのかによって、ケアの「場」の状況が変わることがわかる。ただ、本章で示した調査結果は鍼灸師側の「戦術」も明らかになり、「ケアの多様性」を重視する「戦略」と、「緩和ケアの一つの手段」あるいは「ケアの視点の広がり」を提供しようとする鍼灸師側の意図と具体的な「戦術」が上手く重なり合うことで「繋がり」が生じることがわかった。今回の調査では情報共有を鍵概念として調査を行ってきたが、「戦術」と「戦略」の接点について象徴的に語られていたのは互いに「顔を見せる」「場」が作られていたことであった¹¹⁵。他職種側は意図的に「戦略」として「顔を見せ合う」「場」を準備し、鍼灸師側は「戦術」としてその「場」を「上手くやり過ごす」ことによって互いの【理解と信頼】に繋がる「場」を構築していたのである。鍼灸師側は他職種との「繋がり」の中で自らを相対化することにより自身の役割認識を強化し、また、他職種側も不透明であった鍼灸師の役割を可視化することができ、それが次のチームケアの実践へとつながっていることもわかった。それはつまり双方の間にあった「壁」を「越境」しあう¹¹⁶ことであり、相互が混ざり合う新たなケアの「場」を構築することであったといえる。

第三項 「多元的医療体系」を構築していくこと

今回の調査結果が示してきたのは、上述の通り、「中心」と「周縁」の「壁」を境として、情報共有を軸とした鍼灸師側の「戦術」と他職種側の「小さな戦略」が現場において繰り広げられ、その結果として両者間に「繋がり」が生じうるということであった。

ではその「繋がり」の先にあるものは何か。柏木 [1996 : 192] は、医療サービスを提供する際、チームで取り組んでいる方が良いサービスを提供できるとしている。加えて、ターミナルケアはチームアプローチが最も必要な分野の一つであるとしている。第一章にて見てきたとおり、多くのがん患者が CAM を用いており、また緩和ケアの時期になるほどその利用率が高くなるという現状は見てきた。一方で多くの CAM を利用するがん患者が主治医にはそのことを伝えていないという現状も明らかになっている。第三章においても触れ

¹¹⁵ 日本の地域緩和ケアにおける職種間の「顔の見える関係」について、森田ら [2012b] が予備調査的に明らかにしている。森田らの調査によれば、「顔の見える関係」には①顔がわかる関係、②顔の向こう側が見える関係（人となりが見える関係）、③顔を通り超えて信頼できる関係の3つの段階があるとされ、職種間で「話す機会があること」によって、その段階は進展していく可能性があるとしている。

¹¹⁶ 浮ヶ谷 [2013] は職種間、あるいは専門職と患者の間において「領域をまたぐ」ことについて以下の通り指摘している。「医療専門家は実践とシステム（制度や構造、理念）との矛盾に直面したり、自らの専門領域を越えて患者の生活領域に引き込まれたりする場合に遭遇し、その「界面」で逡巡することによって苦悩しているのである。」今回は鍼灸師と他職種の関係性に着目し、その間にある「壁」、つまり浮ヶ谷が指摘する職種間の臨床現場で生じる「界面」における「戦術」と「戦略」の有り様を見てきたと言えるであろう。

たが、主治医に CAM の利用を伝えられない患者は、おそらくある種の「背徳感」を抱きながら日常の医療的実践を行っているのかもしれない。ただ、そのまた一方で、緩和ケア医を対象とした調査では、患者の CAM の実践については配慮をすべきという一定のハードルを指摘しつつも、多くの医師がその利用については患者の自由であるとしており、必ずしも否定的な見解を有しているわけではない。筆者の飛躍的解釈かもしれないが、CAM の利用について、特に緩和ケアの文脈においては、医師も患者も双方が互いの状況を牽制しあっている状況にあると言えそうである。こうした中でもしも医師が患者の CAM の利用を把握しやすい環境があり、また患者がそれを伝達しやすい環境があったらどうであろうか。

本調査結果の中で一つ着目したいデータがある。

病院でこんなことやってもらえんの。(A 病院にて鍼灸治療を受けた患者)

これはインタビュー調査結果内で示した A 病院の患者の語りである。病院というシステムの中で行なわれる鍼灸治療に対しての意外性をダイレクトに表した表現である。また、この語りからは、病院で行われる通常医療と鍼灸が性質を異にするものであるという一般の認識があることも垣間見える。さらにこの語りにおいては、患者の「期待」と「喜び」が込められていたことが語った看護師 AN から指摘されている。病院という通常医療の「中心」の場において、いわば「周縁」に位置する鍼灸のような「こんなこと」を行うことが「中心」にある他職種に承認されることは、どれほど患者にとって安心と、それらを利用することの「許し」を提供することになるであろうか。

本調査において見てきた鍼灸師の「戦術」と他職種の「小さな戦略」のやり取りによって作られた「場」は、患者にとってはまさに医療的ケアの「多元性」を承認してもらう「場」とも言えるのでないだろうか。医療の「多元性」の「場」の提供は、患者の医療的選択肢が増えるという物理的な現象が生じることは指摘するまでもないことであろう。ただ、それ以上に重要なことは、その「場」が、緩和ケアを受ける状況にあるがん患者にとって「思うままに医療を選択し、実践して良い」という「選択を許す場」にもなり得ているということである。

第二部においては、鍼灸師と他職種の関係性を詳述することでその位置づけを明らかにするとともに、双方の職種間の関係構築の実践がもたらす「多元的ケア」の可能性について触れてきた。第三部においては患者を含めたケアの「場」において、鍼灸治療がどのように意味づけられていくのかについてさらに微視的な論考を進める。

第三部

在宅緩和ケアにおける鍼灸治療のエスノグラフィー

第三部では、「在宅」という患者・家族の生活の「場」における鍼灸治療の実践実態を描写する。治療の「場」と患者の語りの詳細な描写を通じ、また在宅医療の「中心」としての立場である医師や看護師をはじめとした他職種の語りも交え、在宅緩和ケアの「場」で行われる鍼灸治療とは一体どのような「意味」を持つものか、その実態に迫る。

第五章 ひろせクリニックと鍼灸治療

第一節 調査地ひろせクリニックについて

ひろせクリニックは、がん患者への在宅緩和ケアを中心に行う在宅療養支援診療所である。ひろせクリニックの本院（以下本院）は A 県池城市にあり、その他に、池城市に隣接する地方都市の一つである本橋市内の下田町と横田町にも 2 つの訪問診療の拠点を持つ。訪問エリアは池城市、本橋市南部、東部、池城市の南に隣接する市町村が中心である。ひろせクリニックは平成 25 年の 1 年間で 250 人近い患者を看取った実績があり¹¹⁷、同地域における在宅緩和ケアの中核を担う医療機関の一つである¹¹⁸。

第一項 ひろせクリニック本院

本院は南池城駅西口周辺の住宅地の中に位置する。筆者が訪問鍼灸治療（以下訪問¹¹⁹）に帯同する日の朝は、大抵の場合本院に赴いていた。朝 9 時前の南池城駅では、東口側にある工場勤務の人々が多く下車する。一方昼の時間には、夜勤を終えた人たちだろうか、本橋駅に向かう下り電車に多くの人が乗車する。車内で時々聞こえてくる声からは、その多くが他国籍の人々であることが伺える。多くの人が東口から出て行くのとは反対に、筆者は駅の歩道橋を渡って本院のある西口を利用していった。本院は駅の西口から歩いて 15 分程北上した場所にある。駅前の閑静な住宅街の細い道を抜けると本院につながる県道に出る。時間帯によっては車の往来が多いものの、国道が平行して走っているためか、全体の交通量はさほど多くはない。県道を 10 分程歩くと、通りの左手に「ひろせクリニック」という文字が刻まれた看板が視界に入ってくる。

クリニックの建物の前に、所狭しと複数の車が止められている。停まっている車のほとんどが、職員が訪問で使用する自家用車である。建物の入り口にある診療案内の看板には、『水曜日午前のみ外来』と記載されており、水曜日以外に筆者が訪れた際には、1 階エントランスのドアには『本日休診』と書かれたプレートがぶら下がっていた。入り口を入ると左前方に受付がある。受付では基本的に 3~4 名の事務スタッフが仕事をしており、訪問の際には一番手前に座る女性が来客の対応をしていた。受付ブースの並びの奥に診察室があり、唯一の外来日である水曜日の午前中にはそこで診療が行なわれる。受付の手前に待

¹¹⁷ なお、看取った患者のうち 90%以上ががん患者であった。

¹¹⁸ 厚生労働省『在宅医療（その 3）』によると、1 年間の訪問診療件数が 51 件以上の診療所は全診療所のわずか 3%であるが、看取り件数の約 45%がこうした施設によって実施されていると指摘されている。ひろせクリニックは、この 3%に入る在宅療養支援診療所であり、地域の在宅での看取りに大きく貢献している施設である

[<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000099999.pdf>]

¹¹⁹ 医師による在宅訪問は「訪問診療」、看護師による在宅訪問は「訪問看護」、介護士による訪問は「訪問介護」など、「居宅への訪問」に関して職種によりその表現は異なる。本論文においては、敢えて職種特性を明確にするために必要な場合を除き、各職種の居宅訪問を全て「訪問」と表記する。

合室があり、長椅子が一つ置かれている。待合室の壁にあるコルクボードや待合室の奥側に置かれたホワイトボードには、一般の検診や医療保険に関連する資料以外に、がんや緩和ケアに関する資料も幾つか掲示されていた。

筆者が本院を訪れる際には、ほぼ毎回調査対象の患者の状態を確認するためカルテの閲覧を行っていた。カルテの閲覧は 2 階の「相談室」という部屋で行っていた。通常「相談室」は、来客時の対応やソーシャルワーカー（以下 SW）やケアマネージャー（以下ケアマネ）と利用者の相談に用いられるが、昼間の空いている時間にはスタッフの昼食場所にもなる。筆者が平岡氏との打ち合わせや、本院に常駐するスタッフへのインタビューも全てこの「相談室」で行った。「相談室」は、もともとワンフロアだったスペースに間仕切りを立てて作られた空間である。小さいテーブルにパイプ椅子を 4 つ並べたらほぼ満杯になる程度のスペースであった。間仕切りの隣の部屋（もともとは「相談室」のスペースも含め一つの部屋だが）は事務室で、受付事務とはまた別の事務作業が行われている。常時 6、7名ほどの事務スタッフが仕事をしている。

「相談室」および事務室の前の廊下を奥に歩き扉を開くと、医療・介護スタッフが作業をする大きなフロアがある。フロアの中には、各職種が一同に会して作業をする大きな作業テーブルが集まっており、ノートパソコンが 10 台ほど各テーブルに置かれている。フロアの隅には医師用のデスクがある。医療・介護スタッフは、カルテ入力・書類作成などの事務作業をする際には皆ここで作業をする。また週に 1 回定期的に行なわれるカンファレンスもこの場で行なわれる。各職種が訪問で出払っている時間帯には、看護師長ほか 1、2 名しかこのフロアには人がいないが、昼食の時間や夕方訪問が一通り終わった時間になると、皆その場に集まってきて事務作業を行う。鍼灸師の平岡氏もこのフロアでカルテ入力やレセプト作業を行う。そこでは事務作業の傍ら他愛もない日常のやり取りから、患者に関するインフォーマルな情報共有も行なわれる。このフロアには、皆が集まるスペースの隣にもうひとつ小さな部屋があり、そこはケアマネ、SW、訪問介護士（以下ヘルパー）の事務所になっている。扉で隔てられているが、終日その扉は開けられているため、大きいフロアとの連続性は適度に保たれている印象がある。平岡氏もそうであるが、事務スタッフ以外は皆私服で仕事をしているため、平岡氏に紹介されない限り当初は誰がどの職種の人か全くわからなかった¹²⁰。

第二項 2つのサテライト事業所

本節第一項冒頭にも示したとおり、ひろせクリニックは本院以外に下田事業所と横田事業所という 2 つのサテライト事業所を持つ。

[1] 下田事業所

一つ目のサテライト拠点である下田事業所（以下「下田」）は、本橋市東区の住宅地の中にある事業所である。市営地下鉄の終点下田駅から歩いて 15 分ほどの場所にある。下田の周囲の住宅地は東区の中でも比較的新しい住宅地で、車で数分の場所に近くに大きなショ

¹²⁰ この時筆者は自身の中で「白衣」によっていかに職種の区別を付けていたのかということを再認識した。先代から伝わるこの文化は、患者が抱く医療者への抵抗感や緊張感を緩和するだけではなく、同じチーム内での職種間のヒエラルキーをも緩和する装置になっていると感じられた。

ッピングモールがあり、本橋市のベッドタウン的なエリアである。調査当時、「下田」が担当するエリアには鍼灸治療を受けている患者がいなかった為、筆者が「下田」を訪れた頻度は少なかったが、調査開始の挨拶、カンファレンスへの参加、他職種へのインタビューの為に数回訪問した。事業所はビルの1階のテナントに入っており、元は大きな1フロアの部屋であった。そのフロア内に、簡易的な間仕切りと入口を設置して玄関スペースが作られ、外から入っても中が見えないような作りになっている。また玄関スペースの脇には個別に面談ができるスペースが同じ間仕切りで作られている。「下田」での筆者のインタビューはこのスペースで行われた。入り口を入るとすぐ目の前がスタッフの作業スペースになっていた。部屋の中心にはテーブルが円で囲むように並べられ、各テーブルにノートパソコンが置かれていた。ざっと12、3人は座れるだろうか、この場所では主に医師や看護師が作業し、カンファレンスの時には各職種がこの場所に会す。また、部屋の一角では事務員が作業できるように対面でデスクが数台設置されている。筆者が訪れたのはいずれも昼過ぎであったが、大概その時間には訪問後遅れて昼休みに入った藤原医師と1,2名の看護師、奥の対面デスクに2名ほどの事務員がいるという状況であった。

〔2〕横田事業所

横田事業所（以下「横田」）は本橋市長田区に位置する横田駅から歩いて2分のところにある。「下田」と同様、テナントの1室が事業所となっており、2階建ての建物の2階に事業所がある。1階の入り口を入ると半畳ほどの玄関があり直ぐに2階に上がる階段がある。階段を上がっていくと室内のインターホンがあり、呼び出しをして中から開けてもらう仕組みになっていた。扉から中に入ると150㎡ほどの広い空間が広がる。間仕切りで左手前に応接スペース、右手前にはスタッフの休憩スペースが設けられている。その左右の間仕切りの間が奥へとつながる通路になっており、その通路を10歩ほど進むとスタッフが作業をするデスクが並ぶ。デスクは、看護師長と事務職のデスクが数台集まった島と、医師・看護師・訪問介護員等が10人ほど囲んで座れるデスクの島がある。調査時に平岡氏が担当していた患者のほとんどは、この「横田」のエリアから依頼のあった患者であった。患者の依頼は、この事業所に常駐している角野医師と、角野医師とともに診療を行う堀医師からの依頼がほとんどであった。筆者は調査期間中、カンファレンスへの参加、他職種へのインタビューを行うために数回「横田」を訪れた。カンファレンスが行なわれる時間が夕方であったこと、またカンファレンス後や業務後のインタビューが多かったこともあり、筆者が「横田」を訪れたのは全て夕方であった。筆者が訪れた時間帯には「横田」のほぼ全スタッフが事業所に戻ってきていた¹²¹。訪問を終えた看護師たちはパソコンに向かいながら雑多な会話をしている。会話の流れから、時々患者に関するインフォーマルなカンファレンスも行なわれていた。

第三項 ひろせクリニックにおけるチームケア体制

ひろせクリニックでは、チームケアの理念が強く掲げられている。医師、看護師、作業

¹²¹ 夕方の時間帯の「横田」には、スタッフが一旦全員訪問から戻るが、筆者の調査時には、通常医師2名、看護師7～8名、訪問介護員1,2名、1～2名の事務員がいた。また日によっては本院で見かけた看護師やケアマネージャーを見かけることもあった。各職種の責任者や、特定の職種のスタッフは各事業所を歩き来している様子が伺えた。

療法士（以下 OT）、鍼灸師、臨床心理士、ケアマネ、SW、ヘルパー、ボランティアコーディネーター、事務員など多くの職種が患者ケアのプロセスに関与している。

ケア体制の単位は、本院を含めた 3 ヶ所の拠点ごとになっており、各職種がそれぞれの拠点に配属され、担当エリアを訪問する。訪問開始にあたっては、ケアマネージャーや相談員が訪問開始の橋渡しおよび在宅緩和ケアのコーディネーターとして初動する。そこで具体的なケアの内容が決まり次第、医師・看護師が在宅に訪問する。医師・看護師の初回訪問が終わった後には各事業所にてカンファレンスが行われ、リハビリ、介護、鍼灸、その他患者・家族に必要な資源について検討される。そこから個々の患者・家族の変化に応じてケア内容を変えながら看取りまで、あるいは緩和ケア病棟やかかりつけの病院の入院までの在宅ケアを継続する形になる。

患者データは電子カルテ上で管理されており、どのスタッフも全エリアの患者データを電子カルテを通じて見ることができる仕組みになっている。また患者データはスマートフォンでも共有されており、カルテ内容の閲覧はもちろん、入力された連絡・報告事項はメーリングリストで共有される。実際、平岡氏の訪問帯同中、何十回とメールの着信音が鳴っていた。本院および各拠点においては定期的カンファレンスが行われ、その際に各職種間で情報共有がなされる。年間を通じて、職種ごとの月単位の定例勉強会や、ひろせクリニック全体の勉強会も行なわれる。

第四項 カンファレンスの場

チームケアが実践される上で、カンファレンスは患者情報を共有する意味において、またチーム間での目標の共有において重要とされている¹²²。ひろせクリニックにおいても、各拠点において週に一度必ず多職種によるカンファレンスが行われ、新たに訪問診療を始めた患者や対応に難渋する在宅患者に関して検討がなされる。筆者は「下田」のカンファレンスに 1 回、「横田」のカンファレンスに 2 回参加した。

「下田」のカンファレンスは毎週水曜日の昼過ぎに 1 時間近く行われる。筆者が参加した際のメンバーは医師 1 名と看護師 5 名で、医療職のみで行われていた。事務職が事業所内にいたものの、カンファレンスを行うテーブルには同席していなかった。筆者もカンファレンスに同席したが、基本的に会話のやり取りを観察するのみであった。カンファレンスでは、主として看護師が患者の状態説明、薬物の服用状況、ケアを行う上での問題点について報告する形式であった。提示された問題点については、参加者それぞれが自身の考えを伝え合って話し合いをしていた。カンファレンスで話し合われた内容とも関係している可能性があるが、その話し合いは半ば「議論」に近く、初めて参加した筆者には強い「緊張感」を感じさせるものだった。

「横田」でのカンファレンスは、木曜日の夕方、訪問終了後に皆が集まった時間に 30 分～1 時間程行われる。筆者が参加した際には医師 2 名、看護師 5～6 名、介護士 2 名、事務

¹²² Anne Opie [2000 : 5] は、医療における効果的なチームワークが可能になるためには、異なる原理に立脚する「知識」を持つもの同士の「discourse（討議）」が必要であるとしている。また、細田 [2002 : 7-8] は Opie が指摘する「知識」に加えて、現場においてその場その場で生まれる「情報」という概念も付け加えたチーム医療の実践が必要であると指摘している。具体的にこのような「知識」あるいは「情報」といったものを「discourse（討議）」する最も適切な場はカンファレンスの場である。職種間の医療の概念が異なる状況において、「discourse（討議）」を重ねることは職種ごとの視点の違いを相互認識させると同時に、相互の役割認識にも結びつくと考えられる。

職1名のスタッフが参加していた。「下田」と同様、新たに在宅療養が始まった患者について、またケアに難渋している事例について検討が行われていた。カンファレンスは主任看護師が進行し、挙げられた事例について担当看護師がケア内容を報告する。担当看護師のコメントが終わった後には、担当医師が補足と問題点の提示を行う、という流れであった。一通りの担当者のコメントが終わった後には、話を聞いていた看護師や医師が「ポソポソ」とコメントし、時には事務員や介護職がコメントをすることもあった。「横田」のカンファレンスでは、「下田」の時に感じた半ば議論のような「緊張感」とは異なり、どこか井戸端会議のような「ほんわかした」空気を感じた。

「下田」のカンファレンスは、いわゆる「専門職同士のケア方法創出の意見交換」と表現しうるものであり、医療職（特に医師・看護師）が主体となる、いわゆる「医療色」の強い「場」である印象を受けた。一方、「横田」のそれは、「職種の差異を越えて患者像を作り出していく協働作業」と表現しうるものであり、中心に医師や看護師がいつつも「医療色」が前面に出ず、患者のナラティブベースで「場」が構成されている印象を受けた¹²³。いずれの事業所のカンファレンスも、いかにより良いケアをするか、困難な事例に対していかに対応するかというテーマを真剣に共有する姿勢は同じであった。

第二節 ひろせクリニックにおける鍼灸

ひろせクリニックでは、鍼灸師が常勤として雇用されており、鍼灸師がチームメンバーとして在宅緩和ケアに関わっている¹²⁴。同クリニックの在宅緩和ケアに鍼灸師が参加するようになったのは、クリニックが開院して間もなくのことであった。当時のひろせクリニック院長がクリニック開業前の病院勤務時代に、がん患者の症状への鍼灸治療が奏効したのを目の当たりにしたことがその背景にある¹²⁵。開院当初は1名の鍼灸師が外部連携という形で在宅緩和ケアのチームに参加していた。その後、在宅緩和ケアの一手段として鍼灸師の存在の重要性を認識した先代の院長が、常勤鍼灸師をクリニックに雇うようになり、数年前までは最多で3名の鍼灸師が在籍していたこともあった。筆者の調査時には、常勤鍼灸師は1名となり、過去に在籍していた1名の鍼灸師が外部連携としてひろせクリニックに関わっていた¹²⁶。

鍼灸治療は在宅緩和ケアの全ての患者に行われるわけではない。患者が希望した場合、あるいは医師か看護師の提案で開始されることになる。以下では実際に鍼灸治療がどのような過程で導入されるかについて概括し、また鍼灸師の平岡氏のキャリアと鍼灸治療の概要について述べる。

第一項 鍼灸治療の概要

¹²³ 後述するが、こうしたカンファレンスに見られる拠点ごとの「カラー」が鍼灸師の紹介状況にも密接に関連していると考えられる。

¹²⁴ 鍼灸師を雇い入れて在宅緩和ケアを実践する診療所ないし病院の潜在的な実数は不明であるが、本論文第二章の在宅緩和ケア領域で鍼灸師と連携している診療所の数字を考慮してもその少なさは想像に難くない。

¹²⁵ 入院中のがん患者の術後の痛みや臥床時の筋肉痛、また吃逆（しゃっくり）に対する劇的な鍼灸治療の効果に驚いたという。

¹²⁶ 1名は本橋市内で独立開業し、1名は他県にて独立開業している。

〔1〕鍼灸治療が導入されるタイミング

ひろせクリニックでの在宅療養は、外部病院に入院していた患者か、外来で経過観察をしていた自宅療養中の患者が希望した場合に開始となる。前者の場合は病院からひろせクリニックに紹介があり、退院調整会議を経た後に在宅療養開始となり、後者の場合は直接ひろせクリニックに連絡があり患者宅での調整会議を経た後に在宅療養開始となる。ひろせクリニックで鍼灸治療が導入されるタイミングは大きく分けて3つあり、①在宅療養開始時にSWやケアマネがクリニックのケア内容の紹介の一環として鍼灸治療を提示した際に患者が受療を希望した時、②医師や看護師が初回訪問の段階で導入の必要性を判断した時、③一定程度の医療介入の後に医師や看護師が導入の必要性を判断した時である。どのタイミングにおいても、導入に至る最終決定者は患者・家族である。筆者が参与観察を行った10名のうち、①のように患者が在宅療養開始時から希望したのは1名のみで、ほか9名は②か③で、医師や看護師（特に医師）の勧めがあったからの導入であった。平岡氏や他職種も、患者自身から積極的に鍼灸治療を希望する場合はかなり稀であり、大半は医療者に勧められてから治療を始める場合がほとんどであると語っていた。なお、②と③の医療者からの鍼灸治療導入の提案をめぐっては、医師・看護師個々人や、所属しているチーム自体の鍼灸に対する考えが複雑に絡んでいるため、インタビュー内容を踏まえ後に詳述する（第七章参照）。

〔2〕鍼灸治療の適応症状と料金形態

ひろせクリニックでの在宅療養が始まる際に、SWやケアマネはクリニックのパンフレットを用いて在宅療養の概要について説明する。パンフレットには鍼灸治療について以下のように記載されている。

「鍼灸師がご自宅に訪問して、症状の緩和のための鍼灸治療をいたします。全身的なバランスの調整による症状の緩和を致します。痛み、吐き気、便秘、むくみ、リラクゼーションなど」

「鍼灸治療は、一部保険適応となりますので、詳しくは鍼灸師にご相談ください」

SWやケアマネはパンフレットを用いて通常の在宅療養の説明に加え、上記内容も説明するという¹²⁷。この時に患者は初めてひろせクリニックのケア手段の1つとして鍼灸治療があることを知る。適応症状については、パンフレットと同様の内容が他職種からも語られていた¹²⁸。筆者が関わった10名の患者についても、鍼灸を導入するきっかけとなった症状は痛み、浮腫、腹水が多く、他にも腹脹、神経痛、倦怠感などが見られた¹²⁹。患者の愁訴は経過とともに徐々に増悪するようになり、また当初の愁訴とは別の複数の愁訴が出現するようになるため、平岡氏の対応もそれに応じて少しずつ変化していた。

ひろせクリニックでの鍼灸治療は、基本的には療養費払いの医療保険で行われる¹³⁰。ひ

¹²⁷ SWやケアマネが同内容を説明する際の詳細については第七章第二節参照。

¹²⁸ クリニック全体として適応症状に対して一定の共通理解がありつつも、鍼灸治療の適応の認識や導入の基準についてはスタッフ個々人やチームによって微妙な違いがある。詳細は第七章第二節参照。

¹²⁹ 詳細は第六章参照。

¹³⁰ 第一章第二節参照。

ろせクリニックでは、鍼灸治療の適応と思われた症状について担当医師が同意書を発行し、その同意書に基づき鍼灸治療が行われるという流れである。鍼灸治療の料金については厚生労働省の規定¹³¹⁾に従っている。初検料が1,455円(はり、きゅう併用)、施術料が1,495円(はり、きゅう併用の場合)、また、往療料が起算拠点からの訪問宅の距離によって金額が異なるが、最短の0~2kmで1,860円、最長の8km~16kmで4,260円であり、一回の施術につき全額で4,810円~7,210円(二回目以降は3,355円~5,755円)となる。一回の施術の患者自己負担は、1割負担の場合336円~576円、3割負担の場合1,007円~1,727円となる。鍼灸治療は概ね週1回~2回の頻度で行われるが、週2回の換算で1割負担の場合2,688円~4,608円、3割負担の場合は8,056円~13,096円の患者負担であり、とりわけ3割負担の患者にとっては他の治療費も考慮した場合決して安価ではない自己負担となる。なお平岡氏の話によれば、ごく稀に在宅療養から入院に移行した際に、患者が継続して鍼灸治療を希望する場合がある。その際は保険適応とはならず実費負担となり、1回4000円~5000円の患者負担となる。

[3] 鍼灸治療の開始から終了まで

鍼灸治療の導入が決定すると、その日のうちに担当看護師から電話で平岡氏に連絡が入る。その後平岡氏は自身で患者宅に電話をかけ、初回訪問の日程調整を行う。治療費や治療内容の概要を電話で簡単に伝えつつ、「詳細は状態を見させていただきながら訪問時に改めてお話しします」と伝え、その日の電話は終了となる¹³²⁾。

鍼灸の初回治療時は基本的に鍼灸師一人で患者宅へ訪問する。訪問した際に、まずは鍼灸治療自体を行うかどうかの確認を改めて行うために、料金の説明、治療内容、治療回数、治療の目的を15分程かけて患者や家族に詳しく説明する。その上で患者や家族から治療することの同意が直接得られた段階で、その日その場で鍼灸治療が開始される。大抵の場合は医師や看護師から治療の概要が説明されており、「症状の緩和のため」に鍼灸治療を行うということも患者も家族も了解しているため、この段階でのトラブルや治療拒否というのはまずほとんど無いという。治療時間は患者の状態に応じて概ね45分~1時間である。治療後には直後の症状の変化について確認し、日常生活上の注意点などを説明する。この段階で「継続してみますか?」と平岡氏は患者に尋ね、治療の推奨頻度を提示しながら今後の治療について患者と話をする。この段階での患者の反応は2つに別れるようで、一つは直後に症状の軽減が見られ積極的に治療を継続してみたいというケース、もう一つは治療による症状の変化はよくわからないがひとまず続けてみるというケースである¹³³⁾。いずれにしても初回で治療を拒否するケースはほとんど無いようである。

初回治療が終了し、定期的な訪問が始まる。基本的に週1~2回の訪問で継続することと

¹³¹⁾ はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について(平成22年5月24日保発0524第4号保険局長通知)[<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken13/dl/01j.pdf>]。

¹³²⁾ また、時に治療依頼の連絡以外にも「鍼灸治療の詳細を知りたいから折り返し患者に直接を説明してほしい」という連絡が入る場合がある。医師や看護師に鍼灸治療を勧められた患者が、関心はあるが治療の受療経験が無く鍼灸治療がどういふものかわからないため、鍼灸師自身が直接説明することを求められるのである。筆者が訪問していた期間にもこうした問い合わせはあった。

¹³³⁾ 筆者は2名の初診患者の説明に同席した。1名は前者のように「体が軽くなった」と驚いた柗達子さん、1名は後者のように「こういうのはすぐにはわからないでしょ。まあちょっとやってみますよ」と答えた島上哲平さんであった。患者の詳細は第六章にて述べる。

なる。訪問回数は患者の症状と希望、また患者の金銭的な負担によって決定されるが、その他に平岡氏の訪問日程の都合も少なからず影響する。患者によっては初回から数回の治療で「望んだ効果が得られない場合」には中断となるが、平岡氏によれば中断せずに最期まで治療を継続する患者がほとんどのようである¹³⁴。また初回から数回の間で患者の反応がいまひとつの場合、あるいは鍼灸治療によって直後のだるさなど一過性の症状増悪が認められた際には、医師や看護師らも効果の可能性や鍼灸治療の安全性について言及しながら複数回継続することを提案する¹³⁵。

2014年のひろせクリニックのがん患者全体の在宅療養期間は90日であるが、導入時期によるものの鍼灸治療の継続期間は87日であり¹³⁶、平均治療回数はおおよそ6~7回である。予後の短い患者では治療回数は数回程度となるが、病状の進行が遅く療養期間が長いとその分治療期間は長くなり、回数も増える。治療の終了は状態低下や死亡による場合がほとんどである。状態低下による治療終了の場合、大概が患者本人や家族の判断により治療終了となるが、意識障害や大量出血などの急速な状態低下の場合は、医師や看護師による判断で終了となることもある。

第二項 鍼灸師の平岡氏について

〔1〕平岡氏のキャリア

平岡氏は、ひろせクリニックに所属して15年目を迎える。平岡氏は当初より知り合いであったひろせクリニックの先代の院長の誘いでまずはヘルパーとしてクリニックで勤務するようになった。ヘルパーとしての勤務を続ける中、早々に「ホームヘルパーは一生食って、男が食っていくにはちょっとつらい仕事だ」と考えていた折、先代の院長に「鍼灸っていうのもあってまだ担い手も少ないから、今やれば日本で一番になれる」と言われ、二つ返事で「じゃあやりますっていうような感じ」で鍼灸師の資格取得を目指すようになった。ヘルパーとしてひろせクリニックに勤務する傍ら鍼灸専門学校に通い、入職して5年後に鍼灸師およびあん摩マッサージ指圧師の免許を取得する。

「もう、職種が4月からがらっと変わったようだった」と平岡氏は当時を振り返る。その当時すでに鍼灸師として入職していた女性の田野鍼灸師がおり、また平岡氏が鍼灸師として勤務し始めたと同時にもう一人男性の宮下鍼灸師が入職し、当時は3名の常勤鍼灸師がひろせクリニックに勤務していた。鍼灸師になってすぐに、平岡氏は在宅での鍼灸治療、特に末期がん患者の在宅での鍼灸治療に専門的に従事するようになる。すでにヘルパーとして末期がん患者のケアに関わった経験を持っていた平岡氏にとって、末期がん患者に治療家として接することに対して当初は大きな抵抗感は無かったという¹³⁷。

平岡氏は現在の自分の治療スタイルのルーツは駆け出しの頃に学んだ「経絡治療」¹³⁸で

¹³⁴ 本論文で問うところはまさにこの点である。実際に患者が望むような「効果」が得られないにも関わらず、鍼灸治療を始めた患者は状態の低下あるいは亡くなるまで治療を続けるのである。

¹³⁵ 平岡氏は、初診患者カルテにおいて「入浴後の倦怠感が出るのと同様に、鍼も血流循環を良くするからそれに伴い倦怠感が出現することがあるという説明を患者にした」という記載を行う場合がある。スタッフはその情報を必ず目にするため、自然とスタッフの間に鍼による有害事象とその程度、また対応について共有されている。

¹³⁶ ひろせクリニック 2014年調べによる。

¹³⁷ ヘルパーとして終末期患者を多く見ていた平岡氏にとって、終末期患者を診ることそのものには大きな抵抗感は無かったという。しかし、実際に治療の経験を経るほどに症状緩和の難しさ、また治ることへの「期待」を持つ患者への対応など臨床上多くの苦悩を経験するようになったという。

¹³⁸ 昭和鍼灸復興の礎を築いた柳谷素霊のもとに集まった鍼灸師たちが、昭和14年に新人弥生会を結成し研鑽を重ねた。

あると語る。平岡氏は鍼灸学校に在学中から、鍼灸学校の講師をし「経絡治療」の大家でもある一場鍼灸師の下へ個人的に勉強に通っていた。2～3年間ほど、週に一度土曜日に通っていたという。勉強先では実際に臨床を見ることはできなかったものの、ベッドメイクなどの手伝いをしながら、時折一場鍼灸師から東洋医学の基本を教わっていた。一場鍼灸師からは、「東洋医学的な病理病証が大切である」ということ、また「病理病証を正しく判断しなければ治療は成り立たない」ということをひたすら教えられたという。一場鍼灸師の影響もあり、在学中含め経絡治療学会主催の経絡治療夏期大学には10年近く継続して参加した。その他にM大学の漢方内科の基礎講座を受講したり、宮下鍼灸師の勧めでいくつかの研究会にも参加したりした。また、鍼灸の古典を読みながら経穴について学ぶ「塾」にもわずかながら参加した経験があるという。しかしこれまでの鍼灸師としてのキャリアを振り返り、平岡氏は「勉強会という名のものは、ほぼ出てないかな」と語った。現在は「経絡治療」をベースに鍼灸治療を行うと語りつつ、自身の治療内容については「これまでの経験のいいところ取りですかね」と語り、特定の治療方法に対するこだわりはないと語る。当初は厳格に「経絡治療」のスタイルを踏襲して治療を行っていたが、違う流派の勉強会への参加や鍼灸関連の書籍を読む中で、また実際の臨床を経験する中でそのスタイルは様々な知識や技術を取り入れながら少しずつ変化していったという。

鍼灸師が3名いた時期は、平岡氏が鍼灸師になってから5年ほど続いた。鍼灸師は各拠点に配属されていたこともあり、3名が常時顔を合わせるという状況にはなかったものの、他職種が職種間ミーティングをするのと同じように、時々鍼灸師でのミーティングをしていたという。一時カルテ記録の標準化や、評価の統一化を図ろうとする議論になったこともあるが立ち消えになった。平岡氏は立ち消えになった理由について「何だったんだろうね」と語りつつ、平岡氏と田野鍼灸師が「経絡治療だったこともあったのかもしれない」と振り返る。また「自分たちのそれぞれのモチベーションというか意識が低かったというものもあるだろうし」とも語った。こうした経緯を振り返る中で、平岡氏は「経絡治療」のスタイルで鍼灸治療を行ってはいなかった宮下鍼灸師に対して「やりにくかったかもしれないね」と申し訳無さそうな表情を見せた¹³⁹。

平岡氏が鍼灸師として勤務して5年経った後、宮下鍼灸師は独立開業のため退職し県外へ、程なくして田野鍼灸師も退職し、ひろせクリニックの訪問エリアで独立開業して外部連携という形でひろせクリニックに関わるようになった。その後5年間、平岡氏は1名の常勤鍼灸師としてひろせクリニックで勤務することとなる。

〔2〕平岡氏の日

平岡氏の日日は、9時前にまず本院を訪れ、カルテの確認、鍼灸の治療道具を準備するところから始まる。本院のスタッフルームにて電子カルテで患者状態を確認する。その際に

その成果として岡部素道、井上恵理、竹山慎一郎らが中心となり「経絡治療」と称する治療を体系づけたとされる。[小曾戸、天野 2015 : 258] 実際には昭和8年の段階から岡部、井上の両名によってその理論体系が形作られ、昭和11年、岡部、井上、柳屋による話し合いにより臨床の形まで出来上がったようである [周防 2015]。現在に至るまでに幾つかの「経絡治療」の分派があるが、平岡氏が師事了一场鍼灸師は、「経絡治療学会」に所属しており、平岡氏はその教えを受けている。

¹³⁹ 同一職種内でも明確に統一された方法論がなく、各「流派」がそれぞれの学説や方法論を主張する上、「流派」間での相互交流がないこと、また互いへの批判に終始してしまうという鍼灸業界の問題点が凝縮されているといえるだろう。

各職種間で申し送り事項がある際にはそこで口頭で申し送りを行う。訪問の準備を整えた後、大きなワンボックスの自家用車で午前中の訪問に出発する。午前中は昼までの間に 2 件程度の訪問を行う。平岡氏の患者は本橋市にある鍼灸院を拠点とした患者が中心となるため、本院から最初の患者宅への移動距離が大抵長く、時間にして 30 分、場所によっては 45 分程度の時間を要することもあった¹⁴⁰。この時間に患者のキャンセルなど、訪問予定時間が空く場合には、レセプト業務やカルテ確認・入力作業を行っていた。午前の訪問を終え、12 時過ぎにコンビニエンスストアの駐車場で昼食を挟んだ後、13 時から 17 時頃にかけて 2 件～3 件程度の午後の訪問を行う。時間帯によっては市内の渋滞に重なることがあるため、患者の訪問シフトもある程度それを見越して計画しなければならないという。17 時頃に訪問を終えた後、平岡氏は直接本院に戻るか、時々「下田」に立ち寄ってから本院に戻る。「下田」に立ち寄るのは、スタッフの治療と「下田」スタッフとのコミュニケーションのためである。本院に戻ってからは、治療道具の片付けやカルテの記入を行い、大抵 19 時前に帰路につくという一日であった。ごく稀に訪問の患家が遠方で治療終了の時間が遅い場合にはそのまま自宅へ戻る事もあるようだ。

〔3〕平岡氏の鍼灸治療の内容

平岡氏の鍼灸治療には一連の流れがある。以下ではその流れと特徴について詳述する。

①訪問時

筆者が帯同した際には、平岡氏は大抵訪問予定時間の 10 分前には患者宅に到着し、定時に患者宅のインターホンを押していた。平岡氏はかつて患者に「平岡さんはタイマーのようね」と言われたことがあるほど時間に正確である¹⁴¹。患者宅に到着すると玄関先で挨拶をし、靴を並べて家に上がり、患者の寝ている（治療する）部屋に向かう。部屋に入るとすぐに患者のベッドサイドにしゃがみ込み、問診を行う。

②問診および患者との会話

問診の時間は患者の訴えによるが 3～5 分程である。問診の内容は主として身体愁訴についてである。平岡氏が治療を行う患者は疼痛、浮腫、腹脹の患者が多く、その他シビレ、下肢の動かしづらさなど様々な身体愁訴を訴えていた。家族が治療の場に同席する場合には、家族からも様子を聞く。平岡氏は患者と同じ目線になるようにしゃがみ込み、患者の訴え一つ一つを頷きながら聞く。患者の訴えを一通り聞いた後、鍼灸の道具を準備しながら幾つか追加の質問をする。そこから世間話が始まるときもある。

治療中にも疼痛部位を確認したり、都度状態を確認したりしながら細かな問診が繰り返される。ただ、治療中には症状の確認以外に平岡氏から話題を振ることはない。一方で、患者にもよるが患者の方から症状に関する苦悩や自身の予後のことについて語りかけてくることがある。その場合平岡氏は治療の手は止めず、患者の話を聴くことに徹していることが多い。

治療後には患者に直後の身体の変化を尋ねる。改善したかどうかの確認よりは、「疲れて

¹⁴⁰ 筆者はこの朝の移動の間に対象患者の状況を携帯で確認したり、平岡氏から直接状況を聞いたりしていた。またこの時間を利用し、平岡氏に対してインフォーマルなインタビューを実施していた。

¹⁴¹ この「決まった時間の訪問」というのが患者にとっては「鍼灸治療を含めた生活リズムの形成」に繋がる鍵概念である。同内容については、第六章および第八章で改めて述べる。

いないか」「痛みが増していないか」など愁訴の増悪を気にした内容を尋ねる。その後幾つかの生活指導をした後、患者によっては数分から長いと10分以上世間話を行う場合もある。クリニックからは断りを申し出てはいるものの、お茶菓子が用意されていることもしばしばのようである。

③診察

一通りの問診が終わると身体診察を行う。疼痛が愁訴の場合は疼痛部位を露出し視診から行う。その後手背面を患部に当て熱感と腫脹を確認する。母指や四指で患部を圧迫しながら痛みを確認する。特に疼痛部位が関節部の場合は炎症反応の有無、関節可動域、疼痛部の圧痛の確認を入念に行う。浮腫やそう痒感など皮膚所見が重要となる症状では、患部に顔を近づけ細かく視診を行う。

局所的な愁訴の診察を終えると、東洋医学的な身体診察を始める。最初に行うのが脈診¹⁴²である。左右の脈を同時に確認することもあれば、左右別々に時間をかけて確認することもある。この診察は治療の最初のみならず、一定数の鍼を刺した後や体位を変換する直前など、治療の「節目」と思われるタイミングで何回か行う。「経絡治療」では「証」の決定において脈診を重視するのに対し、平岡氏は脈診を「証」決定の要素の一つであることは認めつつ、「診察全てのうちのワンオブゼム」と語る。ただし、「終末期になるに連れて治療による脈の変化が出づらくなる」と語るなど、治療をする上での重要なバイタルサインと捉えているようである。平岡氏は患者の状態を把握する上で、脈診そのものよりはむしろ「手から感じる情報」全体が重要だと語る。脈診が終わった後、あるいは脈診を行っている最中に舌診¹⁴³も行う。舌診は「脈の補助」としての位置づけであるが、脈診による診立てを確定させるための重要な所見であり「しっかり」行うと平岡氏は語る。

続けて腹診¹⁴⁴である。腹部全体を視診し、四指か手掌全体で軽く腹部表面の張り感を確認する。その後全体に打診を行い、最後に四指で軽く押し込むようにしながら触診し、時々圧痛の有無を確認する。腹診の際に大概患者とは便通の話をする。そこから食事内容の話やトイレの回数の話などに会話が広がる。平岡氏は腹診については「ちょっと勉強不足を認めない」と語っていた。東洋医学的には「冷えや熱の偏り」を診ること、「積」¹⁴⁵の有無の確認、また特に下腹部では「瘀血」¹⁴⁶の所見がないかを確認するという。ただ、平岡氏が診ていた患者には、便秘症状に悩まされていた患者や腹水が貯留した患者が多かったためか、基本的には「便の貯留がないか」や、「腹水がどの程度溜まっているか」という観点で腹診を行っていた。

¹⁴² 東洋医学の診察体系においては「証」を決定する上で極めて重要な診察手技の一つである。脈象は、臟腑・気血と密接な関係があるので、臟腑・気血に病変があれば脈象にも相応の変化が現れる [神戸中医学研究会 1989 : 62]。特に経絡治療ではこの脈診が最も重要視されており、「証」の決定に重要な役割を果たす [本間 1949, 首藤 1983]。

¹⁴³ 脈診と同様東洋医学の重要な診察手技の一つである。舌象は体内の変化を非常に敏感に反映する「ものさし」である。舌は経絡や経筋を通じて直接的・間接的に五臟六腑と連係しており、臟腑の精気が舌を上榮しているので、臟腑の病変が舌象に反映される。 [神戸中医学研究会 1989 : 4-6]。

¹⁴⁴ 腹部で行う診察法で、主に触診により行われる。患者を仰臥位にし、足を伸ばした状態にして、術者の手掌・指腹を用いて行われる。軽く触れることで、皮膚の温度、乾燥や湿り気などを、按じることで圧痛、緊張、硬結、動悸などを診る。中国で発祥した診察法だが、日本で発展を遂げた [教科書執筆小委員会 2015 : 251]。

¹⁴⁵ 腹内に塊ができて、腫れたり、疼痛があつたりする病証のこと。一般には、塊の形状が明らかで、脹痛が激しく、塊が動かないのを積とよび、塊がはっきりせず、疼痛部も決まっていなものを聚とよぶ [中国医学辞典 2008 : 415]。

¹⁴⁶ 血液が体内に停滞蓄積すること。脈外に溢れ出て組織間隙に蓄積したものや、運行障害によって経脈内や器官内に停滞したものなど含む。外傷、月経閉止、寒凝気滯、血熱妄行などの直接原因によるものと二次的原因によるものがある [中国医学辞典 2008 : 59]。

これら一連の「患部の診察⇒脈診⇒舌診⇒腹診」の大まかな流れの中で、患者に何かしらの状態が変化しているときには、同一姿勢が保てないことや微かに眉間に皺がよっていること、また「いつもと少し応答反応が異なる」など、微細な所見が現れることがあるため治療時間を通じ患者の全体に細かく注意しているという。

④鍼

鍼治療では、通常1寸3分1番（直径0.16mm）のディスポーザブルの鍼を用いていた。「経絡治療」の刺鍼（鍼を刺すこと）はほとんど皮下に鍼を刺入しないという特徴がある。切皮¹⁴⁷した後おおよそ1～2mm程度の深さしか刺入しない（以下、本論文内では「浅刺」と表現する）、ないしは鍼を全く刺さず針先のみを皮膚に当てる接触鍼（以下、本論文内では「接触鍼」と表現する）のため、患者は治療中に鍼の痛みをほとんど感じない。平岡氏の刺鍼も同様で、ほとんどの刺鍼が浅刺ないし接触鍼であった。ただし、腹部に刺鍼する際や、疼痛部位が深い筋肉の場合には深く刺入（以下「深刺」と表現する）し、患者が得気¹⁴⁸を得るまで鍼を上下動（以下「雀啄術」¹⁴⁹と表現）させる場合もあった。刺した鍼は一定時間そのまま置いておく置鍼術¹⁵⁰を行うことがほとんどである（以下「置鍼」と表現）。置鍼時間はおおよそ10分程度であるが、同一姿勢保持が困難な患者には短時間の置鍼で済ませることもあった。鍼の刺入時には平岡氏はいくつかの手技を使い分けていた。その使い分けは、「補う」か「取る」か、いわゆる補瀉¹⁵¹の概念に基づいて選択しているという。一度刺してすぐに鍼を抜く単刺術は、置鍼術を行う時に比べ鍼を深く刺すことが多い。その場合はその箇所を滞りを「取りたい」時に行うという。主として凝りの強い頸肩部や腹部で用いていた。刺入時に鍼を旋撚（左右にひねる）する時や、旋撚しながら鍼体を母指で弾く手技を加える時は「補って」いるという。

「経絡治療」ではいわゆる本治法¹⁵²が重視される。本治法は、その名の通り病気の元になっている根本的な問題点を治療する方法論である。本治法のために使用される経穴が手

¹⁴⁷ 皮膚に接している鍼尖（鍼の先端部）によって皮膚表面を切ること。[教科書執筆小委員会 2002：11]

¹⁴⁸ 鍼を刺入すると、刺入された側（患者）では、痛みとは異なる特殊な感覚が惹起されることがある。また、刺鍼する側にも鍼を保持する趣旨に特殊な感覚を感じることがある。この鍼の刺入によって生じる特殊感覚を日本では一般に「ひびき」と呼び、中国では得気と呼ぶ[形井 2012a：39]。

¹⁴⁹ 鍼を一定の深さに刺入してから、上下に動かす手技である。一般的には、数ミリ～10ミリ前後の上下動である。雀啄という表現は、雀が啄むほどの小さな上下動であることを意識していると考えられる。[形井 2012b：34]

¹⁵⁰ 目的の深さまで鍼先を進めて、そこに一定時間、鍼を留置したままにして置く方法である。[形井 2012b：33]

¹⁵¹ 補瀉は鍼灸術の基本的な概念であり、治療技術である。東洋医学では生体の病勢の強弱を虚実で表現するが、虚の状態に対しては補法を、実の状態に対しては瀉法を行う。補瀉には、道具、手技、選穴、患者の感受性など様々なものがある[形井 2012c：36-8]。経絡治療においては補瀉の概念がとりわけ重要視される。首藤[1983：116]によれば、経絡治療は『難経』によっており、そして中心となるのはその第六十九難であるとしている。『難経』第六十九難には、「六十九難に曰く、経に言う、虚するものはこれを補い、実する者はこれを瀉し、実せず虚せざれば経を以てこれをとるとは何の謂ぞや。然り、虚する者はその母を補い、実する者はその子を瀉す、当に先ずこれを補い、然る後にこれを瀉す。実せず虚せざれば経を以てこれを取るとは、これ正経自ら病を生じ、他邪に中らざればなり、当にその経を取るべし、故に経を以てこれを取ると言う」と書かれている。同箇所の意味するところは、『黄帝内経』における、虚は補い実を瀉すという原則に、五行の相生法則を結合させて、「虚の者はその母を補い、実の者はその子を瀉す」という治療原則を提起したものである[戸川 1990：367-72]。このように『難経』六十九難では、虚実および補瀉の概念が中心的に整理されているのである。

¹⁵² 「本」とは、根本・本源ということであり、「標」に対する言葉である。東洋医学の古典である『黄帝内経』では「治病は必ずその本に求める」と述べられている。これは治療の根本原則について述べたものであり、治療にあたっては疾病の本源に足して治療を行わなければならない、その根本をしっかりと押さえるよう指摘したものである。病因と症状で言えば、病因が本で、症状が標となる。発病の先後で言えば、先病が本、後病が標となる。[天津中医学院、学校法人後藤学園 1996：312-3]。本治法は病気の原因や根本的な部分を治療することであり、標治法は表面に現れた症状に対して治療することである。首藤の説明によると、「本治法」「標治法」「証」という用語は経絡治療とともに作られたもので、古典にはないとしている[1983：164]。

足や腹部に分布する経穴であるため、本治法は主として患者の仰臥位の治療時に行われる。平岡氏も、治療にあたってまずは患者の本治法を行うため、仰臥位の姿勢から行うことがほとんどである。平岡氏の治療経穴の選び方は原則「経絡治療」の方法論に従うが、前述の通り、経験を積むうちに必ずしも「経絡治療」の方法論だけにこだわらなくなったという。実際には症状の緩和が得づらい末期がんの患者に対し、平岡氏なりに様々な工夫を試みていたようである。例えば本治法で用いる手足の経穴への浅い鍼に加え、腹部の深い鍼を加えることもその1つの例であろう。

仰臥位での本治法が終わると、側臥位あるいは腹臥位で頸部から腰殿部の疼痛部位に対するいわゆる標治法が行われる。触診で疼痛部位や筋緊張部位を確認した後、浅刺しそのまま置鍼する。局所疼痛の部位が深くにある筋肉の場合、深刺も行う。

⑤灸

前述の鍼の箇所でも述べた通り、平岡氏は原則「経絡治療」の方法論に従って治療を行う。その際に、鍼のみでなく灸を加えて治療を行うこともある。平岡氏が用いる灸は、主として艾を撚って行う透熱灸と知熱灸であり、また温灸も状況に応じて用いていた¹⁵³。筆者が参与観察を行っていたときには、冷えのある患者に対して積極的に灸が用いられていた。また局所の疼痛が鍼のみでは取りづらい時や、特殊な例では痒み止めとして透熱灸が用いられている時もあった。平岡氏は灸をする際には原則透熱灸を行うのが望ましいと考えている。しかし患者の状態や透熱灸の熱痛刺激が苦手な患者には無理強いをせず温灸で穏やかに温める方法を選択するという。また温灸は、皮膚上を「さする」など手技を組み合わせで行われることも多かった。

⑥手技

平岡氏は、鍼や灸以外にマッサージや指圧による手技も行う。上記したように置鍼を行う際、その間術者は患者の脇で待っていなければならない。平岡氏は鍼灸師として臨床に出始めた当初は厳格に「鍼で、この理論で」と「経絡治療」による鍼治療のみ行うことにこだわり、置鍼の間患者のベッドサイドで会話などをして待っていたという。しかし、次第に「どうせならば」と症状緩和目的に加え、一種の「間持ち」のためにマッサージや指圧などの手技を行うようになった。患者によっては姿勢や服装上肌を露出するのが難しい患者、また季節によっては肌を露出して冷えてしまい却って状態が悪くなるようなこともあるため、必ずしも鍼や灸にこだわらず「代替する」意味でも手技を行うという。手技を行う箇所は「経絡治療」の理論に立脚した経絡や経穴であるが、首肩部や腰殿部への手技を行う際には、筋の硬結をとるような解剖学的なイメージで行うという。また、「内臓体性反射¹⁵⁴も意識しながら」手技を行う。「手技を行っても埒が明かないところ」については鍼で局所に深く刺入して刺激する。また平岡氏は下肢浮腫の患者を多く扱うが、下肢浮腫が著しい場合感染から蜂窩織炎を引き起こすリスクを回避するため原則浮腫が著しい下肢

¹⁵³ 透熱灸は、有痕灸（痕が残る灸）の一種で、手で艾を揉んで艾しゅ（火へんに主）を作成し、それを直接皮膚上（経穴）にすえ、線香で点火し、艾を燃焼させて刺激する方法である。知熱灸は艾を経穴にすえ、点火して、患者が熱いと感じた時点で火を消す灸法で、間接灸（無痕灸）の一種である。温灸としては、せんねん灸と棒灸を用いていた。棒灸（艾状灸）は艾や艾に各種の生薬を混ぜたものを棒状に包んだものを用いて刺激する。棒灸の一端を点火して、皮膚との距離を保ちながら患部を温める灸法である。これも間接灸の一種である [仲西 2012 : 56-61]。

¹⁵⁴ 一定の体壁を刺激すると、その興奮は脊髄後根に伝えられ、脊髄の同じ高さの神経支配を受けている内臓に反射作用が現れる。内臓機能の変調を調整しようとする鍼灸効果の機転は、この反射によるものが大部分であるといえる [教科書執筆小委員会 2002 : 59]。

に鍼治療は行わない¹⁵⁵。その場合はリンパ流を促進する求心性の軽い刺激のマッサージを行う。

次第に鍼での治療にこだわらなくなっていく理由として、平岡氏は「気持ちよさ」を挙げる。鍼治療の「効果」を重視するのであれば、もっと「鍼にこだわる必要があるのかもしれない」し、実際鍼治療の方が症状に対する効果が見られる場合もあるという。しかし臨床年数を重ねるごとに、「効果」を追求すること以上に患者が「気持ちいい時間を作る」ことに力点を置くようになっていった。「鍼の気持ちよさもそうだけど、手技の気持ちよさもあると思う」と語る平岡氏は、「鍼でなければ症状を取りづらい部分には鍼を用い、手技で取れる部分は手技でもいい」というスタンスで鍼灸に手技を組み合わせた治療を行っている。

第三項 平岡氏と他職種との関わり

〔1〕入職時に鍼灸師の仕事を見る

平岡氏はヘルパーの時代も含め 15 年以上ひろせクリニックに在籍していることもあり、数十名いるどのスタッフも鍼灸師としての平岡氏の存在を認識していた。また、ひろせクリニックでは新人研修の一環で全職種の訪問に帯同することが義務付けられており、その時に新人スタッフは必ず鍼灸師の平岡氏の臨床現場を目にすることになる。そのため、鍼灸師そのものの存在も知らなかった他職種の人々は、この研修で鍼灸師の存在を知り、鍼灸師の仕事を知り、また在宅緩和ケアにおける鍼灸を知ることになる。実際この時に鍼灸の実態を初めて知ったスタッフの反応は様々である。

私、学生時代にひろせクリニックに研修に来ているので。それで初めて鍼灸師さんを見て。あまり医学的知識、医者になる前だったので、むしろ受け止めは素直というか。(否定的な意味での)「ええ？」っていうものはあんまりなくて。むしろ、「ああ、(いろんなケアの視点で緩和ケアを行っていることが)すごいなあ」みたいな、率直にすごいと思って。そういう方(鍼灸師)も訪問診療しているんだっていうのを初めて知って、「ああ」なんて感動して。(堀医師)

鍼灸に対する悪い思いは全然なくて。緩和ケアっていうことを考えたときに、医師、看護だけではなく、鍼灸の側からもケアするっていうか、つらさを取るっていうところの関わりを、ほんとそういうことをしているんだっていうことで、そういうの(悪く)は全然思っていなかった。(引田看護師)

やっぱり(鍼灸への)イメージは、僕もずっと西洋医学でやってきている人間だから、そんなに期待してないっていうか、治療の中では選択肢の中では、そんなに上のほうには正直なかったと思います。(角野医師)

最初はちょっと驚きました。あんまり病院で鍼灸師さんがいるっていうところはないので、(見たことがなかったので)「おおー」っていう感じで、ちょっとびっくりしたような感じはありました。(中略)若干怖いっていう部分があって。多分、偏見がありました。(菅田 OT)

¹⁵⁵ Filshie ら [2006]、Deng ら [2009] 参照。

上記 4 名¹⁵⁶の語りは、いずれもひろせクリニック入職時まで鍼灸治療を受けた経験も、鍼灸師と同じ職場で働いた経験もなかった他職種の語りである。堀医師の語りからは、鍼灸がひろせクリニックの「いろいろな視点のケア」の一つの象徴として解釈されていることがわかる。また引田看護師の語りからは、「医師、看護師だけでなく」という表現からも、「緩和ケア」を多職種によりケアするものであると理解していると考えられ、その多職種の一つとして鍼灸師が位置づくことの違和感の無さを感じられる。一方角野医師は、「期待していない」あるいは「治療の中では選択肢の中ではそんなに上の方にはない」という表現の通り、「治療効果をもたらす手段かどうか」で鍼灸を評価していたことがわかり、また当時は治療方法としての有用な手段とは認識していなかった様子が伺える。菅田 OT に至っては、「病院で鍼灸師がいるところはない」という通り、通常医療の文脈に存在し得ないものという認識が如実に現れた表現で語られ、否定的な意味合いの強い驚きを感じた様子が語られていた。

今回の調査の中で筆者は 15 名の他職種にインタビューを行ったが、当初から堀医師や引田看護師のようにケアの手段として好意的に捉えているスタッフもいれば、角野医師や菅田 OT のように低い期待や否定的な驚きを感じていたというスタッフもあり、入職時の鍼灸に対する思いは人それぞれであった。こうした当初の鍼灸への思いは、スタッフそれぞれ鍼灸師との仕事の経験や、実際に鍼灸治療を受けた患者の反応を見る経験を経ながら次第に変化していく。その変化の様相は平岡氏との関わり方や所属するチーム全体における鍼灸（あるいは平岡氏）の位置づけによっても異なっていた¹⁵⁷。

【2】カンファレンスをめぐる複雑な状況

平岡氏は訪問拠点を本院に置いているため、本院のスタッフとは日常的に接している。出勤すれば多職種が集まるフロアで事務作業を行い、そこで日常的にスタッフ達と交流することになる。その場では自ずと各スタッフとも職種を超えて、患者やクリニックの話だけではなく、プライベートな内容も含めて交流をするようになり、お互いの特性について認識を深めるようになる。

しかし、平岡氏の他職種との関わりには問題点が 1 つあった。それは週 1 回の定期カンファレンスへ参加できないことであった。筆者が訪問した期間においては平岡氏の患者は大半が「横田」のエリアの患者であり、同エリアで訪問を行っている平岡氏が本院のカンファレンスの時間に戻ることは難しく、フォーマルに多職種が情報共有を行う場にごくたまにしか同席できていなかったのである。また、他の「下田」や「横田」のカンファレンスにおいてもそれは同様であった。調査開始時の挨拶をするために平岡氏と共に訪問した「下田」のできごとである。筆者の知り合いの看護師 2 名がたまたま事業所におり、平岡氏も含め 4 人で談笑していると、「俺、なにげにここ来るの初めてなんだよね」と平岡氏が意外な言葉を発した。後に筆者が「下田」の藤原医師にインタビューを行った際、苦笑いしながらこう話している。

¹⁵⁶ 他職種の各人物の詳細は第七章にて説明する。

¹⁵⁷ 同内容については第七章にて詳述する。

在宅緩和ケアそのものは、やっぱりチームケアが必須だと思うんですよ。すごく有能で万能な人が1人いたらできるかっていうと、それは難しいですよ。・・・＜中略＞・・・在宅のチームケアにフィットできるかどうかだと思うんですよ。ある程度チームがあって、その外部にさらに鍼灸師がいて、チームとやりとりして患者にかかわるっていうかたちでは、本来うまくないはずですよ。チームの一員としてかかわれるかどうかっていうことだと思うんです。(藤原医師)

内部にいるからこそそのチームケアの実践であり、チームとしてのやり取りがあってこそ各職種の役割が発揮される。その最たる実践が、ケア内容を共有するカンファレンスへの参加であり、定期的な「顔見せ」である¹⁵⁸。藤原医師はそのことを強調しており、平岡氏の訪問範囲や移動の多さに対して一定の理解は示しつつも、現状のチームケア体勢における鍼灸師との関係の希薄さについては強い懸念を示していた。先の菅田 OT の医療機関で鍼灸が行なわれていることに「正直驚きました」という語りにある通り、鍼灸が通常医療の中に登場することは決して多くはない。それがゆえに鍼灸あるいは鍼灸師の立ち居振る舞いも通常医療の現場にいる医療職の目に触れることは極端に少ないため、その実態は極めて「見えづらいもの」となる¹⁵⁹。結果として「鍼灸師が何をやる職種であり、鍼灸に何が出来るのか」が他職種には理解されないということに繋がる。多職種によるケアがスタンダードとなる緩和ケアにおいて、ただでさえその職業特性が「見えづらい」鍼灸師は、「顔見せ」しながら自分たちの役割を他職種に示す必要があるのだろう。堀医師も以下のように語った。

私、鍼をしてもらいながら、「あの人(患者)の脈は全然変わらないから鍼灸効果ない」とかって平岡さんに言われると、結構、予後が短かったりとかするんですよ。でも、それって、例えばステロイドとか飲んでると結構マスクされていたりする¹⁶⁰情報で、もうちょっと予後が期待できちゃったりするときのそういう情報って、私にとっては大事だとは思いますが。やはりねえ、みんなで(共有したほうが良いなど)(笑)。で、言ってくれば、(カンファレンスに)出て、こうなんだこうなんだと。鍼灸の立場から見ると体の状態はこうなんだって言われると、他の人たちも鍼灸を知るので。何となく私の最初の時のように、鍼灸がいいんじゃないかっていうところにつながっていくと思うし。やっぱりどんな仕事をしているかが見えないのは(もったいないですよ)。 (カンファレンスに)出てきたらいいのって思います(笑)(堀医師)

定期的に平岡氏の鍼灸治療を受けてもいる堀医師も、藤原医師とは語り口は違うものの、やはり患者の情報を皆で共有する場に鍼灸師も参加することの意義を強調する。カンファレンスへの参加が鍼灸師特有のケアの視点を提供しうるものであり、またそれを通じてチ

¹⁵⁸ 第二部第四章においても触れたが、日本の地域緩和ケアにおける職種間の「顔の見える関係」について、森田ら[2012]が予備調査的に明らかにしている。

¹⁵⁹ 同内容については既に第二部において検討してきたとおりである。

¹⁶⁰ 堀医師によれば、ステロイド服用により、一時的にだが患者が元気になることがあるという。

ームにおける鍼灸のより深い理解に繋がるというのである。

一方平岡氏自身はカンファレンスの参加状況について参加に間に合わない物理的な要因を挙げつつも、「正直あまり積極的ではない」という自身の情報共有へのスタンスを反省していた。他職種からの積極的な情報収集はせずとも、カルテによって事前に患者状態を把握することは可能である。鍼灸師一人というクリニック内での立場や、信頼していた先代の院長の平岡氏のひろせクリニックでの動きは、クリニック全体のチームとしての動きとは必ずしも連動していない様子が伺えた。

〔3〕個別の関わりを通じた相互理解

カンファレンスに出入りはしていないものの、平岡氏は「横田」には頻繁に出入りしている。筆者の調査期間中も平岡氏が「横田」を訪れ、スタッフと交流しているのを頻繁に見かけた。「鍼が効いているんじゃない?!」とざっくばらんに声をかける角野医師に対して「いやいやいや」と謙遜する平岡氏。角野医師からの紹介の患者が多いということもあるが、平岡氏は角野医師に会うとまずは患者に関する相談をする。そしてたいてい二人は患者の話はそこそこにスポーツの話になる。また同じ「横田」の堀医師と会話をする姿もよく見かけた。堀医師は学生の頃からひろせクリニックに出入りしていたこともあり、当時ヘルパーだった平岡氏とは長い付き合いで、他スタッフに比べて人間関係が強く互いの信頼度も強い。前述のカンファレンスをめぐる複雑な状況の語りにもある通り、堀医師は現在平岡氏の腰痛治療を時々受けている。治療は事業所の室内の隅にあるベッドで行われる。この治療の時間は、単なる自分自身の治療の時間というだけではなく、職種間の意思疎通の時間にもなっているという。

また本院でも、業務後に平岡氏の鍼灸治療を受けるスタッフが時々いる。スタッフは平岡氏に対して「東洋医学的に治療してくれる人」という認識も持っているようで、他職種が集まるスタッフルームで平岡氏はしばしば東洋医学的な健康相談や症状相談を受ける。健康相談を受けて実際に治療を受けたいと希望したスタッフには鍼灸治療を行う。本院にも「横田」にも仮眠用ベッドがあるので、そのベッドを使って30分程度時間を取って治療をするのである。筆者が訪問していた期間も週に2回程度の頻度でスタッフの治療をしていた。夕方には各拠点で一時的に「平岡鍼灸院」が開設されるのである。本院の引田看護師は以下のように語る。

平岡さんの役割っていうのも、自分の中で多分変わってきたんでしょうね。やっぱりスタッフも訪問してきて、帰ってきてやっぱり肩が凝っていたり何かだったりってところで、「何かそういう自分をスタッフのために何かかかわるのも、そういうことも必要かなって思っているから」って平岡さんは言ってくれていて。なので、時々「ちょっとこう（症状がある）なんだ」とかって、ほかのスタッフもマッサージしてもらったりとか、鍼をしてもらったりっていう、スタッフもいます。（引田看護師）

スタッフへの治療は、それ自体が一つの職種間コミュニケーションの場にもなり、同じメンバーとしての紐帯を構成する一つの大事な「場」にもなっている。カンファレンスの場で情報共有をしていない状況の中、施設全体としての鍼灸師の役割は見えにくい可能性

がある一方で、こうした個別の関わりによってスタッフ個々へ鍼灸の理解を促すことになっている状況にあることがわかった。

平岡氏の各拠点への関わり方は、鍼灸治療の患者紹介の数に直接的に反映されている。医師や看護師との個別での関わりが多い「横田」では鍼灸治療を受けている患者が多かったが、普段ほとんど直接関わることがない「下田」では鍼灸治療を受けている患者は皆無に近かった¹⁶¹。鍼灸治療の導入の大半が医師や看護師などの医療者側の提案であることは先にも述べたとおりであるが、「横田」と「下田」の対称的な状況は、医療の場において鍼灸がケア手段として用いられる際に、鍼灸師がいかに「顔見せ」をして自分たちの役割を示すことが大切かを示す好例である。こうした鍼灸師の状況を踏まえた他職種の鍼灸に対する眼差しは、第七章にて改めて詳述する。

¹⁶¹ 筆者の調査時には10名の患者の調査を行ったが、10名すべてが「横田」の患者であった。本院はその立地条件から、療養費による鍼灸治療の「往療料」の関係上鍼灸治療の導入が難しかったため患者がいなかった。

第六章 鍼灸治療の「場」と患者の語り

今回の調査で参与観察の対象となった10名の治療の「場」はそれぞれ全く異なるものであった。家族構成、治療時に在宅している家族、治療を行う部屋、治療を行う時間、治療時に触れる場所、語りかける言葉。個々の治療の「場」およびそれを構成する各種要素の違いについては、枚挙の暇がない。またそれぞれの病いの背景は全く異なるものであった。本章では10名の患者の背景および個々の治療の「場」をそれぞれに描き、在宅緩和ケアにおける鍼灸の「場」、さらにはそこから解釈できる治療の「意味」の多様な有様について見ていきたい。

第一節 参与観察対象者の特性

本節では対象者の特性について概説する。10名の対象者（男性5名、女性5名）の特性は表6-1の通りである。1名のみ二期にまたがって調査を行ったが、その他の9名は一期間での調査となった。年代は30代が1名、60代が2名、70代が4名、80代が2名であった。傷病名については表のとおりであるが、何れの対象者も他臓器転移を伴うStageIVの状況にあり、医師らが末期がんの状態にあると判断していた患者であった。

表6-1 参与観察対象者の特性

氏名	年代	性別	傷病名	調査時のターミナルステージ	調査時のPS*	参与観察の回数	在宅療養期間	鍼灸治療実施期間	最後の鍼灸治療から亡くなるまでの期間	合計鍼灸治療回数
戸坂彰	60代	男性	膵体部がん がん性腹膜炎	6ヶ月以上前	3	3回	1年	11ヶ月	1週間	43回
倉田実	70代	男性	悪性褐色細胞腫 骨転移、肺転移	6ヶ月以上前 前期	3	第1期：2回 第2期：3回	3年以上	2年以上	1週間	43回
一宮信人	30代	男性	上顎癌 骨盤転移	前期	2	1回	4ヶ月	4ヶ月半	2週間	24回
島上哲平	60代	男性	前立腺癌 精囊・骨盤転移	前期	3	2回	3ヶ月	3ヶ月	11日間	8回
山岡みずず	70代	女性	乳癌 骨転移	前期	3	1回	6ヶ月半	6ヶ月半	2日間	27回
小島悦子	80代	女性	左尿管癌、膀胱癌 リンパ節転移	前期	2	1回	8ヶ月半	7ヶ月	3日間	27回
近藤サクラ	70代	女性	肺癌 脊椎転移、脳転移	前期	3	5回	3ヶ月半	3ヶ月弱	3日間	24回
宮静江	80代	女性	肺癌 肝転移、骨転移	中期～後期	3	1回	2ヶ月	1週間	3日間	2回
佐藤俊夫	70代	男性	十二指腸乳頭部癌 がん性腹膜炎	中期～後期	3	3回	1ヶ月半	1ヶ月	2週間	8回
柘達子	60代	女性	肝細胞癌 骨転移	中期～後期	3	2回	1ヶ月	1週間	10日間	3回

* Performance Status

調査時のターミナルステージ¹⁶²は6ヶ月以上前の時点が2名、前期が5名、中期～後期が3名であった。調査時のPerformance Status（以下PS）¹⁶³は、「2」が2名、「3」が8名

¹⁶² 淀川キリスト教病院ホスピス篇による緩和ケアマニュアル第5版[2007:23-35]の分類基準に拠った。ターミナルステージは、前期、中期、後期、死亡直前期の4期に分類されており、前期が生命予後数ヶ月、中期が数週間、後期が数日、死亡直前期が数時間とされている。

¹⁶³ ECOG (The Eastern Cooperative Oncology Group) によって作成された ECOG Performance Status (Common Toxicity Criteria, Version 2.0 Publish Date April 30, 1999 : http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcv20_4-30-992.pdf) の日本語訳を用いた [JCOG (Japan Clinical Oncology Group ; 日本臨床腫瘍研究グループ) ホームページ : <http://www.jcog.jp/>]。PSは全身状態を「0」から「4」の5段階で評価する評価法であり、点数が高いほど全身状態が悪いことを示す。「0」が「全

であり、ほとんどの対象者が食事や排泄などは自力で行うことができるものの、日中の大半をベッドか椅子で過ごしていた。参与観察に訪問した回数は一回のみが4名、二回以上の複数回が6名であった。鍼灸治療の実施期間は短い患者で1週間、長い患者で2年以上であった。最後の鍼灸治療から亡くなるまでの期間は最短で2日前、長くても2週間前となっており、多くの患者がターミナルステージでみると中期から後期（亡くなる数週から数日前）まで鍼灸治療を受けていた。

第二節 「無いと困る」鍼灸治療—戸坂彰さんの事例—

第一項 戸坂さんの在宅療養と鍼灸治療

戸坂彰さんは60代半ばの男性で、腓胝部がんと末期の患者であった。戸坂さんの在宅療養期間は約1年におよび、ひろせクリニックの平均の在宅療養期間に比べ長いものであった。戸坂さんは、医師からの鍼灸治療の勧めを当初は拒んでいたものの、数日悩んだ後に鍼灸治療を受け始め、結果的に11ヶ月半の間、亡くなる10日前まで鍼灸治療を受け続けた。筆者が戸坂さんの治療の場の参与観察を行ったのは、鍼灸治療が始まって3ヶ月目であり（亡くなる7ヶ月前）、戸坂さんはベッド上で過ごすことが多かったものの、通所のリハビリに通うなど、比較的ADLも保たれていた時期であった。戸坂さんにとって鍼灸治療は「動けるようになるためのもの」であり、「無いと困るもの」であった。食べ物の話を嬉しそうに話し、満足そうに治療を受ける戸坂さんの治療空間は、どこか「前向き」なものであり、同席する筆者が不思議と元気になるものであった。

戸坂さんは、2013年3月に起こした脳卒中のリハビリ入院時、スクリーニング検査でたまたま膵臓病変が疑われ、6月に行われた諸精査の結果「膵胝部がんと診断された。当初家族だけに病状説明がなされ、その際家族は戸坂さん本人に予後について伝えることを希望しなかった。しかしその後戸坂さん本人と妻の詩子さんが医師と面談した際、戸坂さんは自ら担当医師に予後についての質問を投げかけた。医師からは「抗がん剤の効果が認められれば余命は1年を越えられるかもしれない。ただし最初に使う抗がん剤¹⁶⁴が有効でないとわかった時には身辺整理することを勧める」と説明を受けた。幸い抗がん剤の効果が見られ半年以上が経過した。しかし2014年3月頃から徐々に状態が低下し始め、4月に入るとそれまで使用していた抗がん剤の効果がなくなり、新たな抗がん剤に変更したものの汎血球減少症になってしまったため抗がん剤治療自体延期となってしまった。戸坂さんは抗がん剤に希望を持ち続けており、予後が悪いこと自体を受け止めたくない様子であったという。一方で、状態の低下に伴い家族の介護負担が増し始めていた。戸坂さんは入院を希望しなかったため、主治医が戸坂さんと詩子さんに発熱などに備える目的で訪問診療を導入することを勧めたところ、受入れ良く訪問診療が開始された。戸坂さん本人はできるだけ家で過ごしたいと思っていたようだ。

く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。」「1」が「肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。」「2」が「歩行可能で自分の身の回りのことは全て可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。」「3」が「限られた自分の身の回りのことしかできない。」「4」が「全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドが椅子で過ごす」となっている。

¹⁶⁴ 以下本章においては、特別な場合を除き抗がん剤は具体的な薬名は示さず、「抗がん剤」と表記する。

ひろせクリニックによる戸坂さんの在宅療養は2014年の5月から始まった。戸坂さんはⅡ型糖尿病も患っており、またがん発覚の3ヶ月前に脳梗塞を発症していた。その後遺症で左半身の不全麻痺がありADLに若干の支障を来していた。在宅療養開始時の戸坂さんのPSは3程度で、日中はベッド上で過ごすことが多かった。腹部膨満、腹水貯留、両下肢浮腫が認められたものの、夜間の咳嗽以外ADLを障害する顕著な自覚的症状は無かった。それもあってか、当初戸坂さんは自身の病状に対して前向きであったという。角野医師の介入は、夜間の咳嗽、排便の調整および浮腫の改善を目的に始まった。角野医師の介入以外に、週に2回は外部の訪問看護ステーションから看護師が訪問に来ており、その際に手足の軽いリハビリを行い、それとは別に週に1回デイサービスに通っていた。戸坂さんは妻の詩子さんと二人暮らしであったが、病気になってからはほぼ連日のように長女が孫を連れて泊まりに来たり、長男も頻繁に帰省してくるようになっていた。

角野医師は初回訪問時から戸坂さんに腹水・浮腫の改善を目的とした鍼灸治療を勧めた。その後2回あった外部の訪問看護師の記録には、「鍼灸に対して恐怖心があった」「鍼灸は痛そうだからまだ気が進まない」と記されていた。「恐怖がある」「痛そう」という割には、それが記録に残る時点で、戸坂さんが治療手段の一つとして鍼灸治療を気にしていたことを想像させる。2度目の角野医師の訪問時、咳嗽も落ち着き状態が安定していた戸坂さんは「鍼はやったことがないのでイメージがつかない。鍼は太い？痛くないのかな？先生がどうしてもって勧めるなら1回だけやってみっかな」と角野医師に鍼灸治療を試みる意志を示した。

その翌日から両下肢浮腫の緩和を目的として平岡氏の鍼灸治療が始まった。「鍼が怖い」という戸坂さんに対し、平岡氏は皮下に刺さない接触鍼でも対応できることを説明し、戸坂さんの同意を得てから施術を開始した。また、「浮腫に関しては局所的な施術よりも全身のリンパの流れが大切であることなどから、セルフケアとして両肩の回旋運動やストレッチなどが大切になる」ということを伝えて、治療のみならず日常生活指導も行った様子がカルテには記されている。翌日の看護カルテには、「昨日鍼灸を行い体が楽になったと話していた（足や腹部のむくみが引いたような感覚になり、足の上がりも良かった。）」と記載されていた。鍼を開始した最初の5回程度は、「鍼灸はものすごく良いね！」など鍼灸に対するポジティブなコメントがなされたことが、看護カルテや医師カルテには度々記載されていた。その文面からは、戸坂さんにとっては他職種に伝えずにおれないほど鍼灸治療の「効果」を実感したことが解る。戸坂さんにとっての「効果」とは「浮腫がとれること」であり、「痛み」が緩和することであったようだ。初めて鍼灸治療を受けた戸坂さんにとっては、治療前の恐怖感と治療後に得られた「効果」のギャップがかなり強いものであったのだろう。事実、調査時のインタビューでも、その様子が語られている¹⁶⁵。この後、筆者が訪問するまでに週に1回の頻度で約3ヶ月間鍼灸治療が行われていた。その間、下腿部の蜂窩織炎、尿路感染症およびそれに伴う熱発など、いくつかの症状が出現するもその都度緩解し、また抗がん剤の効果が上がり、腫瘍マーカーが下がるなど、戸坂さんも詩子さんも非常に前向きな様子になったようである。一方で両下肢浮腫は徐々に増悪傾向となり、

¹⁶⁵ ただし、これ以後は他職種による鍼灸に関するカルテ上の記述は無くなる。状態の低下が少しずつ進行し当初程の鍼灸の効果が得られなくなり始めたこと、また週替りで出現する発熱症状や尿路症状、皮膚症状、腹部症状などが徐々に増えてきたために、本人も他職種もそれどころではなくなっていたのであろう。

また腹水の状態も悪化するなど、全体的には少しずつ状態の低下が起こり始めていた。平岡氏は下肢浮腫に対する治療に排便調整を目的とした腹部への鍼灸治療も加え、少しずつ治療時に刺激する箇所を増やして対応している。鍼灸治療が始まって3ヶ月経った頃、筆者は戸坂さんのお宅に訪問した。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場①

まだ新しい家が目に入る。3台か4台止められるだろうか、駐車場が広い一戸建てのお宅だ。大通りから少し細い道に入って数百mほど走った住宅街の中にそのお宅はあった。訪問時は昼前の日差しが強い時間帯で、かなり外は暑い。玄関を入ると、「どうぞー」と詩子さんの声が聞こえてくる。先に平岡氏が中に入ると、今度は戸坂さんであろう大きな声が聞こえてくる。玄関を上がりすぐ右側にあるリビングダイニングに入ると、部屋の右手の窓側に戸坂さんのベッドがあった。戸坂さんは、ベッドの上に少し前かがみの姿勢であぐらをかいて座っていた。無精髭が頬から顎にかけて生えており、一見した感じ、少しくたびれている様子だった。平岡氏が筆者のことを紹介し、一言挨拶を交わす。部屋の左手には座卓があり、たくさんの書類が山積みになっていた。座卓だけでなく部屋中に書類や書籍が山積みされている。また、よく見ると部屋の各所にお孫さんのおもちゃが置いてある。この日はお孫さん、娘さんも同じ部屋にいた。

平岡氏が戸坂さんの右側のベッドサイドにしゃがみ込む。戸坂さんは、1週間前に急性腰痛¹⁶⁶になった平岡氏を心配し「大丈夫か、先生」と声をかける。平岡氏は自身の腰痛の話しながら、まずは戸坂さんが座ったままの状態で脈診を行う。その後戸坂さんを仰向けの姿勢にし、すぐさま平岡氏はタオルケットを剥いで下肢の状態を確認する¹⁶⁷。特に下腿の皮膚状態を確認する際には顔を近づけてしばらく凝視した後、触って確認する。「少し浮腫が強い」と伝える平岡氏に対して、戸坂さんは「うん」と応える。左手の脈診を数秒間行う。続いて右手の脈診も行う。次に戸坂さんの体温を測る。戸坂さんは蜂窩織炎や尿路感染症や感冒の引きやすさなど、これまでも発熱を繰り返すことが多く、こまめに体温チェックをすることが重要となっている。筆者が訪れた午前の時間帯は平熱になることがほとんどで、この日も発熱はしていなかった。詩子さんに発熱の状態を確認しながら、平岡氏は腹診を始めた。手のひらを腹部に軽くのせ、全体を触った後に下腹部を四指で軽く押し込むようする。同時に「舌を出して下さい」と舌診を数秒間行う。平岡氏は排尿や排便に関する話を詩子さんとしながら、戸坂さんの右上肢のマッサージを始める。片方の手で戸坂さんの前腕部を掴み内外に回旋させながら、もう片方の母指で戸坂さんの前腕部外側あたりを押圧する。一度戸坂さんの手指および指の間を揉んだ後、前胸部あたりを母指で圧迫する。そして戸坂さんの右肩周囲全体を掴みゆっくりまわすように揉む。右上肢のマッサージが終わった後、戸坂さんに右側を下にする横向きになってもらい、右上肢に行った手順で左上肢にも同様の手技を行う。戸坂さんは目を閉じた状態で施術を受けている。一通りの手技が終わった後、平岡氏は左手の脈診を数秒間行う。

¹⁶⁶ 平岡氏は1週間前に急性腰痛（いわゆるぎっくり腰）になり、戸坂さんのお宅に訪問できなかった。

¹⁶⁷ 浮腫の状態確認だけでなく、蜂窩織炎の有無を確認している。これまでに戸坂さんは蜂窩織炎を繰り返してその都度発熱していたため、早めの対応をできるように小さな炎症所見も見逃さないよう、平岡氏は細かな観察を行っていた。

左上肢の施術が終わると、平岡氏は戸坂さんを再度仰向けの姿勢にする。服をめくり腹部を露出し、一度タオルケットを腹部にかけ右手の脈診を行う。そこで平岡氏は準備していたシャーレから鍼を一本取り出す。右肘関節外側に切皮をし、母指で鍼柄を弾く手技¹⁶⁸を数回行った後鍼を抜く。左側の肘関節部にも同様の刺鍼を行う。平岡氏が集中し始めているのがわかる。両者の間に会話がなくなり、お孫さんもいてソワソワしていた「場」の空気が途端に落ち着き始める。この時に筆者は突然平岡氏と戸坂さんの間にどこか一体感のようなものが生まれ始めたのを感じる。二人の距離が言語的なコミュニケーションをしていた時よりも近づいているような感覚を覚えた。言葉での会話ではなく、手と身体による会話に変わったとでも表現すればいいのだろうか。手技の時には時折会話も混ざっていたが故かコミュニケーションの主体が言語的であり、また手技を行う際にはそれぞれの動きがあったがゆえか、「場」の空気も「動的」であった。それが途端に「静的」な「場」の空気へと変容し始めた。

平岡氏は戸坂さんの下腿の方に移動し、両下腿の皮膚表面に手のひらを乗せ、熱感を再度確認する。膝関節内側に切皮して母指で鍼体をゆらす刺鍼を、下腿下部内側にも同じ刺鍼を行う。足の鍼は刺したまま、そっと足にタオルをかける。次に鼠径部を手掌で押圧しはじめる。詩子さんが「見て、気持ちよさそう。寝てる。」とつぶやく。平岡氏は、骨盤部を揺らしながら数回鼠径部を手掌全体で押圧した後、腹部を露出し、下腹部に鍼を刺す。その後、臍より上の上腹部の正中を指先で触診し、灸点ペン¹⁶⁹で灸をする場所に印をつけた。平岡氏は、灸を捨てる瓶を取り出しその蓋を空けながら、「お腹に2箇所、計6回灸していきますので。熱くなったら教えて下さいね。我慢しないで。」と戸坂さんに声をかけた。平岡氏は艾を取り出し、直径1cmほどに丸める。形を三角錐状に整え、点火して灸を腹部に置く。「熱かったら言ってくださいね」と一言声をかける。程なく「熱くなってきた」と戸坂さんが言う。すぐさま平岡氏は灸をとり瓶の中へ。瓶の中から「ジュッ」という音が鳴る。灸の煙は、まるでその場所からなにかが出て行くかのごとくゆらゆらと立ち昇る。そんな時、詩子さんと娘さんから「アジアな香りがする」と声が聞こえる。また、艾の製造工程について母が娘になにやら小声で伝えている。平岡氏は母娘の会話が聞こえているのかいないのか、黙々と灸をし続ける。立て続けに点火している灸のすぐ近くに手を置き、熱い時に直ぐに取れるように準備している。平岡氏は無表情で灸を見つめている。灸の終わりしなに、「終わりで一す」と瓶の蓋をくるくる締める音が聞こえる。灸を据えた上腹部に軽く手掌を置いて触診した後、下腹部の鍼を抜く。

平岡氏は戸坂さんの骨盤を両側から掴むようにし、骨盤全体を揺らすマッサージを始め。その後右大腿部を両手掌で把握しながら骨盤部に向かって揉み上げるような手技を行う。戸坂さんは少し口を開け、寝ている様子だ。次に右下腿部後面を把握しながら、両手掌で揉み上げる。続いて足関節の運動、趾の運動を行い、再度下腿部の揉み上げる手技を行う。右下肢の一連の手技が終わった後、一度右手の脈を診る。次に左鼠径部のマッサージに移る。右側と同様に母指を使って鼠径部を軽く押圧した後、両手を使って大腿部を骨盤部に向かって揉み上げるように手技を行う。下腿部に移ると、平岡氏は手背で発赤部の熱感を確かめる。数日前に発症した蜂窩織炎の炎症がまだ少し残っているようだ。下腿下

¹⁶⁸ 第五章第二節参照。

¹⁶⁹ 施灸する箇所印をつける鉛筆様の道具。

部の手技は、右下肢に比べると刺激を軽めに行っている印象だ。「赤さが少し気になりますね」と平岡氏はつぶやく。「これでも大分減りました」と詩子さんが応える。平岡氏は、抗生剤の継続使用の必要性について角野医師のコメントを詩子さんに伝える。足指から足部のマッサージを終えた後、再度鼠径部を把握するようなマッサージをし、それを終えた後右手の脈診を10秒ほど行う。一連の施術が終わり、平岡氏は戸坂さんに浮腫の対処について説明する。

平岡：戸坂さん、こっち左腕も少し浮腫みの時、少しクッションとか、座布団とかぐらいいいんですけど、こういう感じで（少し腋窩に流れやすいような肢位をさせながら）手をね、ちょっとバスタオルとかでもなんか。

詩子：なるほど。

平岡：あとちょっとこのへんも赤いので、強く触れないので、ただ左右比べて熱感が特別強いわけではないので、ただちょっと注意してね。見てもらってたほうがいいかなと思いますので。少し張っているような感じとかありますか？

戸坂：それはない。

平岡：大丈夫。今度戸坂さんこれ（クッション）にね、乗っけてるだけでいいから、肘を、こういう感じ（腋窩を開けるポジションを取らせながら）。（自らジェスチャーしながら）極端にやるとこういう感じで。こんな感じで、なんだろ、（戸坂さんの上腕を動かしながら）もうちょっとこういう感じかな。ちょっと脇が開くような感じで。良いポジションで、（クッションの位置を少しずらして）こういう感じでもいいし。うん、少しこういう感じかな。ここにリンパ節があって、ここにお水、体のリンパが戻ってくるから、少しこうして。戸坂さん、自分で両手組んで。背のびとかしてました？

戸坂：たまに。

平岡：回数もうちょっと増やしてもいいかもしれない。寝て起きるときとか、まあ少しテレビ見ながらでも

戸坂：訪問看護師さんとやった。手伸ばす、10回。

平岡：そうですね。肩周りってリンパ、全身むくみにとって大切なので、柔らかく保つてることが浮腫み予防にもなるので、それも含めてやっておいってください。

平岡氏は再度両鼠径部を優しく両手で把握しながら「終わりますね」と伝える。戸坂さんは治療直後、「あーすっきりした」と大きな声で一言つぶやいた。

〔2〕鍼灸治療についての語り

初回の調査日の治療後、戸坂さんに鍼灸治療についてお話を伺った。戸坂さんが当初鍼灸治療に対して抵抗感を感じていたことについて、筆者は事前に把握していたが改めて尋ねてみた。角野医師から鍼灸治療を勧められたが、鍼灸治療の経験が全く無いため「よくわからなかった」上、「痛いな」というイメージがあり鍼灸治療には抵抗感を覚えたとの事だった。しかし、「覚悟して」実際に治療を受けてみると「痛くも痒くもねえんだ」と大きな声で語る。回りにいた家族も平岡氏もそれを聞いて大きな声で笑う。また、治療を受け

て「気持ちよくなったな、よかったあ」と思い、角野先生に週 1 回定期的に来てもらうようにお願いしたということであった。治療の前後で鍼灸へのイメージが全く違うものになったようだ。一番楽になる症状については「左足が上がるようになったこと」と戸坂さんは語る。

左足が上がるのが、トイレ行くとき、歩くときに脚上がるのが楽になるの。つかかなくなかった。それまではつかかっていたの。前、足上げてるつもりがあがってなかったんだね。だからつま先突っかかっていたんだけど、上がって、つかかなくなくてすむようになったから。うんと楽です。(戸坂さん)

この言葉はあくまで戸坂さんの主観的な感覚によるものである。後の詩子さんのコメントで「私から見るとあんまり変わってないように思うんだけど・・・」という言葉が聞かれた。また、看護記録などを見ると、本人の意気込みとは裏腹に転倒しそうであったというエピソードや、すぐに疲れてしまうという話が記載されてもいた。

戸坂さんは「最初、平岡さんが治療費高いぞって冗談いうから」と笑いながら話を続ける。ただ、すぐに素の顔に戻り「治療をしてもらうと全然違う」と真剣に語る。また、「外部の看護師さんも含め皆鍼灸治療を受けたことがないからわからないんだ」と指摘する。治療を受けたことがない人は、自分と同じように鍼灸の「痛い」あるいは「熱い」っていうイメージがあるが、一回治療を経験すれば「なんでもないから」治療を経験した方がいいと強い口調で勧めていた。

他職種に比べた鍼灸師の役割について尋ねると、戸坂さんはこのように答えた。

浮腫み取れるつつうこと。浮腫み取れるためには絶対必要。あと、あの通じの良くなるためには鍼灸が必要。今となっては俺にとっては分身のようで、必要だね。(戸坂さん)

この発言の直後、平岡氏がすぐに「あの時はすみませんでした！」と謝る。自身の都合で治療をお休みしてしまったことがあったようで、どうやらその時のことをお詫びしたようだ。戸坂さんは「(鍼灸治療を) やんのとやんねえとでは違うんだもん。」と続ける。改めて、治療後の足の動きやすさについて語った。

全然違うんだ。特に、歩いてみてわかるんだ。(治療する前は) 突っかかったりなんかしてね。やれば歩くのすごくいいんだ。やんねえと突っかかったりして、うん。やってもらうとすぐに分かるね。(戸坂さん)

脳梗塞後の不全麻痺に今回生じた足の浮腫が加わったことで、戸坂さんにとっては「動きづらさ」が最も大きな問題であり、それが緩和されたことが何よりも鍼灸治療の意味として認識されていることがわかる。また、初回治療後に呟いた「あー、すっきりした」について尋ねたところ、「体中がこうすーっと、力抜けていくような感じ。」と語った。インタビューを横で聞いていた平岡氏は、「戸坂さん、もう水曜日二度と休みませんから」と大

きな声で答えた。

【3】治療現場②

2回目の参与観察を行った治療時から1週間、浮腫が強く下肢のみならず体幹部にも浮腫が強く見られる日もあったようだ。また、間に抗がん剤療法が入り、その数日後に発熱も認められた。ただ、腫瘍マーカーがかなり下がり、がんの成長も1年前に比して変化なく、転移もない状態であることがわかり、引き続き抗がん剤療法は継続することとなった。

これまでと同じ曜日の同じ時間に戸坂さんのところに訪れた。詩子さんがいつもの通り迎えてくれる。今日は初回訪問時と異なり娘さんとお孫さんがいない。室内が何となく落ち着いた感じがある。入室早々、平岡氏が前回会話に上がったという鰻屋の話をはじめめる。天井が安いという話、タレが甘くて美味しいから好みであることや、天ぷらもサクサクであることなど会話が盛り上がる。戸坂さんは食べ物の話が大好きだ。手振りを加えて一生懸命に語り始める。あちこちの店の名前が次々と出てくることから、かつてはいろいろなお店で食事をしてきたことが容易に想像できる。戸坂さんの話を聞きながら平岡氏は鍼の準備をする。

平岡氏は止まらない食べ物の話を一旦遮り治療に入る。話を遮られた戸坂さんは少し気恥ずかしそうに「ああ」と漏らし、ベッドに仰向けになった。タオルケットをめくり、平岡氏はまず下肢の浮腫の状態を確認し、同時にまた発熱の状況を確認する。「少し熱があったかも」と詩子さんが答える。また、2日前に遠方に出かけたせいか昨日は下肢浮腫がひどくなっただけ。「舌を見せて下さい」というのと同時に、平岡氏は両手の脈診を始めた。数秒間脈を見る。それが終わった後、腹部を露出し「お通じ出ました？」と聞く。手掌で腹部全体を触った後、打診を行う。前回よりも腹部周りが「スッキリした」という印象を平岡氏が語ると、「おやつを食べずに三食をしっかり食べるようにしている」と戸坂さんが答える。遠方に出掛けていた後の浮腫の程度と疲労感の話をし、平岡氏は右上肢のマッサージを始める。その時、戸坂さんは病院での検査の結果について話し始めた。

戸坂：先週あの病院行ったらね、あの一検査してもらったんですよ。そしたらよくなって、ガンの方は1年前と（比べて）全然成長していないって。（抗がん剤の）点滴も効いている。血糖値は薬やめて（下がっているん）ですよ。

（右横向きの姿勢になるよう平岡氏が促し、体位変換）

戸坂：（血糖値が）140っていう驚異的な数字だった。300だった人が¹⁷⁰。

平岡：驚異的ですねそれは。

戸坂：初めて140って言われて。（しかも）「腫瘍マーカーが下がってっからだいぶいい」ってね。

平岡：いろんな頑張っていることが。

戸坂：効果出てきてね。

平岡：嬉しいですね。

戸坂：したら（主治医の）先生（から）、おめえ何やってんのって言われて。鍼と灸で

¹⁷⁰ 空腹時血糖の正常値は70~105mg/dlである〔日本医師会 1994：257〕。この時の戸坂さんの血糖値は空腹時血糖のことである。

すって言って。「ああ、それ効いてんのかなあ」って。

平岡：（笑いながら）何回も声を大にして言っといてください。

戸坂：（主治医に）「1週間に何回やんだ」って言われて、「1週間に1回だ」って。「はあー、鍼灸はいいんだな」って。

詩子：浮腫みがこんなとれたんだもんね。

血糖値が下がった話とすい臓がんの腫瘍マーカーが下がった話が混在しているものの、両数値とも著明な低下を示し、その事実と鍼灸治療を行っていることが戸坂さんの中で文脈的に結びついていることがわかる会話である。また、冒頭の戸坂さんの「点滴も効いている」という発言も含めて、平岡氏は「いろんな頑張っていることが」と戸坂さんの認識を支持する見解を提示している。最後の詩子さんの言葉からは、身体症状としての浮腫の軽減も、数値の低下および鍼灸治療の効果と結びつけて解釈されていることがわかる。鍼灸治療が、現状のポジティブな状況解釈に組み込まれている様子が見える会話であった。

平岡氏は左上肢の手技を始める。手掌で前腕を把握し上肢全体を揺らしながら揉む。その後手掌全体を背中にあて頭部の方に向けて何度か擦り上げる。この間沈黙になり始める。詩子さんは身を乗り出しながら平岡氏の手技を見つめている。平岡氏は戸坂さんの手指を掴み揺らして力を抜かせるような手技を行う。それが終わり、戸坂さんを仰向けの姿勢に戻す。右手の脈診を数秒行う。脈診を終えると鍼を取り出し、刺鍼する手の母指周囲を消毒する。空調の音のみが室内に広がる。今回は娘さんとお孫さんがいない影響なのか、時間・空間ともに非常にゆったりしたものに感じる。両手母指と示指の間に切皮、鍼を数回左右に回旋した後すぐに鍼を抜く。その後足部のタオルケットをめくり、両側の足背部、膝関節内側部にも手と同様の手技を行う。

その後、平岡氏は改めて腹部全体を触診する。「お腹に鍼しますよー」と平岡氏は言いながら下腹部の左右2箇所を鍼を刺す。この際平岡氏は戸坂さんの表情を少し伺いながら、珍しく鍼を深く刺して数回雀啄術を行う。戸坂さんは何かを思うように天井を見つめている。一通り鍼を刺し終え、平岡氏は灸の準備を始める。艾を取り出し両手でこねる。形を整え、火を付ける。それを戸坂さんのお腹の上に置き、そこからフワフワと煙が立ち上がっていく。次第に灸の香りが部屋に充満していく。「熱い」と戸坂さんが言うと、平岡氏は灸をとり、水を張った瓶の中に入れる。「じゅっ」という音が響く。この一連の動作が6回繰り返された。詩子さんが、平岡氏の艾を捻る動作をしばらく見つめた後、「昔粘土かなんかやっていたら？」と平岡氏に尋ねる。手先の動きの器用さと素早さに感心したようだ。灸を終え、腹部の2本の鍼を抜く。

施術が下肢に移る。右大腿部を単徑部に向かって揺るように手掌全体で手技を行う。詩子さんは再び食い入るように平岡氏の手技を見つめる。少し左側に体を捻った状態で施術をしていた平岡氏だが、ベッドに対し垂直に位置し直して治療を再開し始めた。その途端、急に平岡氏の集中度が高まる印象を受けた。平岡氏は立て膝の状態で患部をじっと見つめながら施術を行う。会話が無くなり、戸坂さんも目を閉じ始める。平岡氏は下腿部に移動して両手掌で下腿を包み込んで揉捏を行う。続いて足部に移動し足趾を引っ張り、足全体をゆるす手技を行う。その後再び下腿部を手掌全体で包み込んで揉捏を行う。この一連の右下肢の手技が終わった瞬間、詩子さんが戸坂さんの状態について筆者に向けて質問

をしてきた。

詩子：本人が「すごく体が軽くなる」とか、なんだろう、「血流が良くなる」とか（言うけれど）、そういうのがある？ 見てる感じ軽くなっている様な感じは、あまり変わってない気がするんだけど、本人は「軽くなっている」というんですよね。

筆者：すっとするんですよね？

詩子：そう、「すっとする」というんですよ。それ何なんだろうって思って。

筆者：実際に治療するとすっとして、力が抜けるんですよね。それがすっとする感じなんでしょうね。

詩子：寝てても一定の姿勢だし、テレビ見てても、だるくなって。それがすっとするんでしょうね。

筆者：そうですね。やっぱり循環が良くなって。体動かすみたいに。

詩子：体動かしたらいいっていうのもわかるけど、現実的じゃないからね。ああ、なんとなくイメージが湧きました。

詩子さん自身は鍼灸治療の効果について終始一貫して「見ている限りよくわからない」と答えていた。鍼灸治療の経験がない詩子さんにとっては、戸坂さんの表現は難解なものであったのだろう。筆者は戸坂さんが言う「すっとする」現象に対して、「力が抜ける」「循環が良くなる」という表現を用いて答えを返した。拙い答えの中から詩子さんは「すっとする」対象を「だるさ」という言葉で捉え、一定のイメージを持つに至ったと答えてくれている。

最後に右手の脈を見て、治療の終わりを告げる。平岡氏が「はい、終わりましたー」と言うと、戸坂さんは「あーすっきりした」と答える。その声を聞いて詩子さんは笑う。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

筆者が戸坂さんの鍼灸治療の現場に訪れたのは、戸坂さんが亡くなる7ヶ月前の1ヶ月間であった。当時の戸坂さんのADLは比較的保たれ、抗がん剤治療も継続しご本人も家族も未だ希望を持っている状況であった。しかし病状は徐々に進行し始める。10月からその年の暮れにかけては、胸水が溜まった影響で時々呼吸苦が出現するようになり、在宅酸素療法（home oxygen therapy：HOT）開始となった。低血糖による意識障害で救急搬送されたり、肺炎で入院となったりした時期もあった。また、腸閉塞による消化管の通過障害が起こり始め、腹脹が出現し、ひどい時には嘔吐をした。その影響もあり、食べるのが大好きだった戸坂さんは食事制限をしなければならなくなった。鍼灸のカルテに限らず、どのカルテにも食べ物のお話が書かれている。食べてしまったものの事後報告を医師にすることもあったようだ。結局暮れにかけて食事量がどんどん増えていったようである。幸い通過障害による急性腹痛などの症状は出現しなかったようだ。それでもその間は浣腸を行って便を出すなど、排便調整に苦労するようになった様子がカルテには記されている。鍼灸治療については、排便と浮腫の症状緩和に集中的に対応していたようだ。また、食事制限を徹底していた12月の治療カルテには「一番の苦痛は食べられないこと。食事へのこだわりが強くなることあり、話題に出さようにする」と記載されている。筆者が治療現場に

同席した際にも戸坂さんはすごく嬉しそうに食べ物の話をしていた。食べ物の話をすることで「食べなくなる」ことを少しでも抑えるため、平岡氏はその話をすることを避けようとしたのだろう。

年が明けて、食べても嘔吐しないことから、結局制限せず食べるようになってしまった。しかし、臥床時間が長くなり、1月には食事摂取量が減少し始める、また発熱を繰り返すようになる。腸閉塞の状態に感染性胃腸炎にも罹患し体力を消耗してしまう。3月入り更に状態が低下。動かないことも重なり臥床姿勢によると思われる腰痛が出現したが、これについては鍼灸治療で対応し症状の軽減が認められたようだ。また四肢の関節可動域も低下し始めたため、ベッドの上でも少し四肢を動かすことを平岡氏は提案している。

当初在宅での看取りは難しいと詩子さんは考えていたが、看取りの時期が近づくに連れ、戸坂さん本人の希望に沿う形で最後の時間を過ごさせてあげたいと語っていたようだ。戸坂さんは熱発を繰り返し、徐々に食欲と体力の低下が進行する。4月の下旬にはほとんど食べることができなくなり、排便も無くなってしまう。身の置き所がないのか、家族にはしばしば体位変換することを求め、背中への痛みに対して擦ることを求めたようだ。平岡氏は戸坂さんの亡くなる10日前まで鍼灸治療を行った。亡くなる前日の医師の往診カルテには、「辛い訴えはもう無くなった、頷きで回答する」と記載されていた。亡くなる前日の夜中に家族を呼び、背中を擦ってもらって眠った戸坂さんは、翌朝息を引き取った。

第三節 1年以上継続した鍼灸治療—倉田実さんの事例—

第一項 倉田さんの在宅療養と鍼灸治療

倉田実さんは70代半ばの男性である。倉田さんは悪性褐色細胞腫であったが、病巣が局在的で進行のスピードが比較的穏やかであったことから、在宅療養は実に2年以上におよび、筆者が参与観察を行った中では最も長い療養期間の方であった。療養期間の長さもあり、鍼灸治療の継続期間も1年以上と長いものとなった。お話をするのが大好きだった倉田さんは、ひろせクリニックのスタッフのどのメンバーが来ることも楽しみにしており、スポーツの話で盛り上がる角野医師と平岡氏の訪問は特に楽しみにしていた。経過の長さもあり、唯一筆者が調査の2期間（2014年3月および8月）とも訪問調査を行った方でもある。倉田さんが楽しそうに平岡氏と話をする姿は印象的であったが、その一方でインタビュー時には「主訴は鍼をしてもあまり変わらない」と語っていた。長期療養の中で症状の変化が得づらかった倉田さんが継続的に鍼灸治療を受け続けた理由はどこにあったのか。

2012年に原因不明の腰痛に悩まされていた倉田さんは、精査の結果悪性褐色細胞腫と診断された。手術適応外の診断を受け、抗がん剤治療を継続していた倉田さんは、2013年1月に在宅療養を開始することとなった。退院時のPSは3で、腰部から殿部の痛み、軽度の腸閉塞による消化管症状、倦怠感や歩行時のふらつきが出現していた。在宅療養中のひろせクリニックでの対応症状は、腫瘍の肥大化に伴う腰から殿部の痛みが中心であった。痛みに対しては定期的にオキノームを使用していたが、倉田さんは服用の回数を増やすことに対して抵抗感を持っており、医師や看護師との間で、服用の方法についてもめることもしばしばあったようだ。在宅療養が半年以上経過した2013年10月に、腫瘍の増大によっ

て出現し始めた左大腿後面の痛み¹⁷¹に対して、担当の小久保看護師が倉田さんに鍼灸治療を提案すると、倉田さんは治療を受けることを希望した。担当医の角野医師の確認の後、鍼灸治療が導入されることとなった。

平岡氏の鍼灸治療は、左大腿後面の痛みと排便調整を目的に開始された。初回の施術後は「足が少し軽いようだ」と受け入れも良かったようだ。翌日の看護師のカルテによれば、「昨日はじめて鍼灸を受けた。直後は足が軽くなったが、その後は変わらないなあと。継続で変化見られるかもしれないのでしばらく様子を見る。」と記載されており、ここから倉田さんの鍼灸治療が継続的に行なわれることになった。その後の治療も初回と同様、直後は「楽だ」が、すぐに元に戻ってしまうというのが繰り返される状況であった。しかし治療開始後 1 ヶ月の段階で小久保看護師から治療継続の意向を問われると、倉田さんは「しばらく続けてみる」と返事をしたという。

当初「病気が一段進んでしまっているという印象になる」とオキノームの回数を増やすことに抵抗を示していた倉田さんは、定期服用から疼痛時服用に変更した所、痛みのコントロールが当初より上手くいくようになった。倉田さんの在宅療養の前半は、この「痛み」と「服薬」の間での葛藤が中心となっていたことが、医師カルテや看護師のカルテから伺える。

第二項 鍼灸治療の「場」

[1] 治療現場①

倉田さんのマンションは本橋駅から車で 10 分ほどの住宅街の中にあつた。管理人に駐車許可証を渡された平岡氏は、マンション駐車場の一角に車を止めて、フロントガラスのところにその許可証を置く。倉田さんご夫婦のお部屋はマンションの 2 階にあつた。平岡氏が倉田さんのお宅の玄関にあるインターホンを押して数秒待つと、妻のコトエさんが出迎えてくれた。コトエさんは白髪の短髪で可愛らしい方だった。トーンの高いハツラツした声で「こんにちは～、どうぞ～」と我々を迎え入れてくれた。廊下を進むと正面に明るい光が差し込む居間があり、その居間に隣接した和室にあるベッドの上で倉田さんは寝ていた。居間にはピーちゃんというインコがおり、時々鳴き声や羽を動かす音が聞こえる。平岡氏はベッドの奥側の方、倉田さんの左側に行き、挨拶を交わしながら早速鍼の準備を始めた。筆者も一言挨拶をし、調査の概要を説明する。薄いブルーのパジャマにグレーのカーディガンを羽織った倉田さんは、パッと見はさほど具合は悪くなさそうに見えた。話をする時には、痰の絡みのせいか、少し口をモゴモゴさせるような動きをしながらお話をする。平岡氏はまず最初に大腿部の痛みについて問診し始める。患部を触り場所を確認していると、倉田さんが温めると楽という話をし始める。

倉田：そのへんから（痛みが）くるんだよ。温めるといいんだよな。こたつなんかに入るといいんだよ。今日はもう朝からこっちの方も痛いしさ。こっちの方にあれ

¹⁷¹ 倉田さんの痛みについては後述の通り神経障害性疼痛と考えられていた。日本緩和医療学会編集の『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン』[2014: 18-28]によると、神経障害性疼痛は、痛覚を伝える神経の直接的な損傷やこれらの神経の疾患に起因する痛みのことである。また神経障害性疼痛は、難治性で鎮痛補助薬（主たる薬理作用には主たる薬理作用には鎮痛作用を有しないが、鎮痛薬と併用することにより鎮痛効果を示す薬物）が必要になることが多いとされている。

を貼ってさ。

平岡：モーラステープ？

倉田：いや、モーラスじゃなくてあの熱でなの。

平岡：あ、カイロ？

コトエ：ホッカイロ。

倉田：ホカロン。

コトエ：ホカロンでしょ。お父さん。

倉田：ホカロンか。それをこっちで貼ってんのね。

平岡：貼ってどうですか？

倉田：少しは楽だよ。温めりゃいいんだよな。

平岡：今から温めます。(笑い)

倉田：んだよ。だからもぐさでも燃やしてくれよ。(笑い)

倉田さんは冗談を交えながら、自ら大きな声で笑いながら答える。「ホッカイロ」、「温める」、「少し楽」という内容が最終的に「もぐさ」に繋がった会話である。筆者が訪問した時点ですでに1年近い治療期間を共有している倉田さんと平岡氏であるが、最後の平岡氏の「今から温めます」の言葉に「灸」という補語が入ることを倉田さんは読み取っており、「もぐさでも燃やしてくれ」と返している。互いに文脈を読み取りあう関係であることを示す会話であるとともに、「もぐさ」が二人の治療関係を構成するツールであり、「温める」という治療概念をもたらす象徴的なツールにもなっていることがわかる。最後の「燃やしてくれよ」という表現には、冗談もありながら、この症状をどうにかしてくれという倉田さんの現状に対する思いも見え隠れする。

平岡氏は鍼の準備を終え、倉田さんの枕元のサイドテーブルに鍼の入ったシャーレをおいた。両手で脈診を行う。数秒間脈を見た後、舌を診る。舌に着色があったようで、直前の飲食の状況を確認する。その後平岡氏は、食欲、睡眠について確認し、倉田さんの腹部を開けながら排便について確認する。

平岡：ふーん。(数秒沈黙して腹診) なんか、この辺(上腹部あたりを触りながら) すごいですね。ポーンと。

倉田：はは、炸裂しそうか。はっは。

平岡：鍼してプスーと抜ければ一番いいんですけど。

倉田：そうだよな。はっはっは、

平岡：そういうわけにもいかないんで。

倉田：太い鍼ねえの。

平岡：うーん、それができるんなら角野先生がもうやってると思うんですよ。

平岡氏と倉田さんの間にはこのような鍼灸に関する冗談交じりの会話がしばしばなされた。ここにも灸の行と同様、「鍼してプスー」という表現からは鍼というデバイスが持つ「刺す」「抜く」というイメージが象徴された表現が共有されていることがわかる。

このやり取りの後、平岡氏はサイドテーブルにあったシャーレを手元に置き、腹部に鍼

を刺し始める。切皮をし、鍼の回旋と母指で鍼体を弾く動作を繰り返す。上腹部と下腹部に一点ずつ同じ手技での刺鍼を行う。その後、左腹部に深く刺入鍼を行う。しばらく右手の刺手をそのままにし、時々雀啄術を行う。倉田さんはフーっと大きいため息を付く。

倉田：その辺（鍼）すると足の方に響いてくるのな。

平岡氏：はい。深く鍼こ刺しますので。

平岡氏は鍼と足の方への感覚の具体的な関連性については一切言及していない¹⁷²。ただ平岡氏の返答は、足の方に響くことを意図した刺激であるかのような返しであり、鍼刺激とそれによりもたらされた感覚が関係しているという解釈を倉田さんに与える返しをしている。

腹部の鍼は置鍼したまま、再度両手の脈診を行う。その後左前腕下部外側、左手の尺側に切皮、捻転と母指で弾く動作を繰り返す。右手に対しても同様の手技を行う。手の鍼が終わった後、足の鍼を行う。右外果下部、右足趾間部に切皮、捻転、母指で弾く動作を繰り返す。その後、右下腿外側前面と右足関節部に切皮して置鍼した。平岡氏は足が寒くないようにするために倉田さんの下肢全体にフワリと優しく布団をかける。

一通りの刺鍼を終えると、神経痛が出ている左下肢のマッサージを始める。「倉田さんの症状には冷えが一番悪いから」と説明しながら、足を毛布からは出さず、自らの手を毛布の中にくぐらせてマッサージを行う。平岡氏は痛い場所を確認しながら手技を行う。

平岡：ふくらはぎから来てます？膝裏？

倉田：そうそう、そのへん（おそらく膝裏外側）かな。

平岡：この辺から。

倉田：それが痛いね、それね。結局そこが神経の終点だってことか？

平岡：そうですね。こうおしりから出たところが下に出て。

倉田：（神経が）下から出てくるわけねえから。

平岡：膝のところでちょっとまた別れて、はい。

倉田：だから夜寝るときはその辺を温めると寝やすいんだよな。

平岡：あ、でも冷えは下から上に行くので。

倉田：そうそう、そうだよ。下から来るんだ。

平岡：倉田さんは冷えがかなり悪さをすると思うから。足元しっかりガードしておくっていうのがとても良いと思いますので。

平岡氏は、坐骨神経走行上の疼痛を訴えていた倉田さんに対して、体を触りながら具体的に神経走行について説明し、痛みの原因と場所について説明を行う。倉田さんはその説明を受け、温めて症状が和らぐことの意味を理解している。平岡氏はその理解を、言うなれば「利用」しながら冷えないようにすることの重要性を伝えている。

¹⁷² 倉田さんが語ったこのような発言を鍼灸師はしばしば経絡現象として捉える場合がある。経絡現象は、経穴あるいは病巣部と効果器との間の関連する生体現象であるとされる [兵頭 1980]。経絡現象に関する報告は一時期日本においても盛んに行われていた [北出 1983;1984、神野 1987;1991]。

このやり取りの後、平岡氏のスポーツ選手現役時代の話になる。この話になるとどの患者さんとの会話も平岡氏は止まらなくなる。倉田さんは特にスポーツの話が大好きなこともあり、二人の会話は大いに盛り上がる。平岡氏もマッサージしている手を止めて話すくらい会話に熱中している。コトエさんも話に加わりながら、10分近くその話で盛り上がる。倉田さんの声は次第に大きくなり、笑う回数がどんどん増えていく。倉田さんのお宅を訪問する前に、平岡氏は倉田さんの鍼灸治療について「鍼をしに行っているというよりは、お話をしに行っている感じ」と語っていた。平岡氏が言っていたのはこのことなのだろう。楽しい会話が終わった後、一瞬の間を置いて痛みと薬についての話になる。

平岡：薬の数は、回数は増えました？増えてない？5回？

倉田：5回位だね。幸い、痛くない時間が多いからな。

平岡：あんまりじゃあ増えたわけでもないってことですね、(そうそう)我慢してるってことでもないってことですね？

倉田：ちょこっと我慢するくらいでさ。

平岡：ちょっと我慢して(笑い)。やっぱり我慢してるんですね？

倉田：でも飲んでるから、あとは薬のこと忘れてね、そうすると変な時間経っちゃってさ。普通3時間おきに飲んでるのが5時間くらい経っちゃって、そういうことがあるわけね。だから薬の量を、うまく調整できるわけ。だいたい傾向見ると痛みのあれがわかるからね、リズムがね。朝方、午前中は痛い、昼からは大丈夫。あとは夜寝るときに痛くなければ昼からは大丈夫だ、ずっと。

平岡：明け方から午前中にかけての症状っていうのはやっぱり筋性の、要は血流の問題のほうが強いと思うので、うん、そこは積極的に、朝なんかは温めてもいいかもしれないですね。

倉田：うん、そうかもしれないな。

平岡：ちょっとこう、肩をぐるぐるって回すとか、なんだろう、全身血を巡らすようなイメージで。

倉田：朝はだからそれやるのが嫌なのな。

(二人笑い)

服薬が増えることに強い抵抗を感じていることがわかる語りである。また、倉田さんが自身の痛みをよく理解している語りでもある。筆者も鍼灸師として臨床に出る際、自身の痛みやその特徴について非常に詳しい患者に遭遇する。そうした患者とは痛みについて詳細を共有しやすい一方で、生活においてあまりに痛みが「支配的」になってしまうためQOLが阻害されてしまうというケースもしばしばある。

左下肢のマッサージを終えて、右下肢の鍼を抜く。足指の爪の先が赤くなっていることに気づいた平岡氏が倉田さんに尋ねると、「深爪してしまった」と倉田さんが答える。コトエさんが「前みたいに体が曲がらないっていうかね」と、更に加える。平岡氏は左の足関節内側、下腿内側、足趾間に切皮置鍼する。また、奥さんは痒みのことを訴えにベッドのところへ来る。皮膚が乾燥しているために貼付の鎮痛薬が剥がれてしまうという。平岡氏は倉田さんの右側に移動し、右下肢のマッサージを始めた。

突然、「あー、いてて」と倉田さんが鍼の刺さっている左下肢を動かし始めた。平岡氏は急いで左下肢の鍼、腹部の鍼を抜いた。倉田さんは左膝を曲げ、苦しそうにしている。急に左下肢の疼痛が出現したようだ。平岡氏は自身の膝を倉田さんの膝下にすべりこませ、倉田さんの左下肢を自身の大腿の上に載せ、足首を他動的に伸ばして足部を揺らす。また、左足趾を把握しながら牽引する。倉田さんが「あー、これいてえなあ、左側、左サイド」とつぶやく。慢性的に疼く腰痛に加え、この突然の強い下肢の痛みも倉田さんを苦しめているのだ。

数十秒後痛みが落ち着いたところでうつ伏せでの治療が始まる。うつ伏せになった途端、倉田さんがため息を一つつく。痛みが一段落し、体の力が抜けたのだろうか。平岡氏は、倉田さんの腫瘍部を触診している。腫瘍部位は見た目に紫がかっている。倉田さんは「そこんとこだな。そこんとこがね。」と答える。腫瘍部の周辺の疼痛部位に対して、数カ所 2cm 程度の深さで刺入鍼を行う。刺鍼を終えた後、腫瘍部の周辺に 2 点ほど温灸を行う。その時倉田さんが腫瘍について話し始める。

倉田：うん、結構（腫瘍が）大きくなってきたな。ああ。

平岡：うん？

倉田：大きくなってきたなって。

平岡：あ、このこぶが？

倉田：こぶが、真ん中のそこ（腰部の正中部）のどこまできてる。

平岡：ちょっとこう、色が悪いかなっていうのはあるかな。いつもより。

倉田：そこはあんまり、血が行ってないんじゃない？

平岡：うーん。

倉田：なにしろみつかったときはさあ、野球ボール、ソフトボールくらいって言ってたぞ？大きさが。そんな腫瘍あるかねえ。それも一年位でだよ。一年前にちゃんと MRI 撮ってたから。

平岡：自分でも感じるんですか？こう、大きくなってきたなとか。

倉田：今の時点でね、ああちょっともう、病院にいる時はいろいろやるけどさ、こうなるとやらないじゃない検査なんか。だって一年も写真とってないから、はっきり言って見たいけどね、どうなってんだか。その割、一年（で腫瘍が急に大きくなってた）の割にはまだもってる（生きてる）んだな。

平岡：うん。

倉田：だってあの大きさが、結構もって（生きてる）んだからさ。

平岡：そうですね。

倉田：ということは、大きくなるあれ（速さ）が案外ゆっくりなのかな。

平岡：うん。画像で見たいなっていう気持ちもあるんですか？

倉田：やっぱり有りますね、だけど大学だとバンバシやるじゃ無い？面白いほど外来に出て、こっちは CT こっちは MRI とか。

平岡：まあ、大学の横のメディカルセンターに画像取りに行くっていうのはまあね。うん、できないことではないと思うので、それもしあれ（希望するよう）だったら。

倉田：いや、メディカルセンターは行ったことあるけど。
平岡：でも行くとなるとね。
倉田：面倒だよな。あれ本当は携帯のやつもあんだけどな。
平岡：携帯？
倉田：携帯っていうか、病室まで持ってくるやつあるんだよ。あれ病院だから出来るんだよな。
平岡：ああ。そうですね。在宅だと、携帯用のレントゲンはうちはないかな。
倉田：だから在宅で弱いところはやっぱりそこだよな。
平岡：そうですね。
倉田：検査とかはできないな。
平岡：うーん、そこはありますね。
倉田：だいたい、外来の時は3ヶ月に一回とっているからね。
平岡：ふーん。
倉田：あれも撮り過ぎじゃないかなと思うんだけど。
平岡：うーん、撮り過ぎだと思います。
倉田：(放射線を)浴びるほうがな。
平岡：そうですね。あと日本は検査大国っていうね。
倉田：そうだな。

平岡氏が倉田さんの腫瘍部位に触れた途端にこうした会話が出てきた。腫瘍に対する思いを口にする倉田さん。がんが体内で増殖する場合は外見から腫瘍そのものの様子は伺えないが、倉田さんの場合は体表から腫瘍の大きさを見ることができる。倉田さん自身は直接腫瘍を見ることはできないものの、自身の手で触ることは可能であり、「大きくなっているかどうか」を常に観察しているのかもしれない。「大きさ」に比して「もっている(生きている)」と語る倉田さんにとって、腫瘍とその「大きさ」は、自身の生命予後と直接的に結びつく一つの目安となっているのではないだろうか。平岡氏はこの時の会話において、意図してかは不明であったが、「腫瘍を見たいか」と更に踏み込んだ質問をする。最終的には在宅と病院の検査システムの違いの話に移っていき、倉田さんは単純に「検査をすればいろいろなことがわかる」という思いからの発言であったこともわかった。ただし、これら一連の語りはいわゆる自身の病いや先が見えないことに対する不安の語りの一つであるとも考えられるであろう。

慢性鼻炎の筆者が花粉のせいか鼻をすすっていると、「風邪ですか」と倉田さんが声をかけてくれる。筆者は「多分花粉じゃないか」と答える。筆者の居住地にかつて住んでいたことのある倉田さんは、筆者に同地域について質問をしてきた。そこから倉田さんは昔の思い出を語り始めた。ちょっとした観光地になっている筆者の居住地は海が近く、また古い寺や小山が多くありハイキングにも最適な場所である。倉田さんは海まで散歩した話や、小山を歩いた話など、懐かしそうに笑いながら語っている。平岡氏も「懐かしいんじゃないですか？」と倉田さんに語りかける。

話が一段落し、仰向けの姿勢に戻る。

平岡：どうですか、今腰と足の感じは。

倉田：はあ、ゆっくり、なんつうかな、調子いいですね。

平岡：ひどくなくていいですか？

倉田：ないです。痛くなるあれはないな。楽になったな。

平岡：よくできるってことは悪くもできますから（笑）。

ここで治療は終了となった。倉田さんは「先生、何かクエッションがあったらどうぞ」と、筆者にインタビューを促してくれた。治療後 10 分程度の倉田さんへのインタビューを行った。インタビューを終えた後、コトエさんがお茶を用意してくれる。筆者の居住地域の話で盛り上がる。たまたま筆者が持ち合わせていた同地域の写真を見て「これも昔とは変わったんだよなあ」と倉田さん。コトエさんは「本当は行きたいけど、無理でしょう」とベッドに寝る倉田さんの方を見る。インタビューの最後の方、倉田さんは左下肢の痛みを我慢している様子だった。結局インタビュー後リビングのテーブルの方に起きてくることはできなかった。筆者はコトエさんと二人でしばらく談笑する。「私がいなくなると、やれ熱が出た、やれ痛みが強かったって、結局看護師さんたちに迷惑かけちゃうのよね。だから出て行かれないの。」とコトエさん。コトエさんは笑顔で話をしてくれる。15 分ほど談笑し、倉田さんの家を後にする。コトエさんは玄関まで見送りに来てくれた。マンション外にある階段を降りるまで見送りをしてくれた。

倉田さんの初回訪問後、担当の角野医師と小久保看護師へのインタビューの中で、倉田さんへの鍼灸治療の印象についても尋ねてみた。角野医師は、「坐骨神経痛があるんですけど、そこは効いてはいないけど、でも、ある程度抑えて、それなりに緩和してくれてるのかなとは思っています。」と効果の限界を感じる一方で、全体的には鍼灸の関わりが倉田さんにとって意義のあるものであるという前向きな印象を語った。一方で担当の小久保看護師は、「痛み止めですっかり効く痛みではないので、神経的などころがあるので。その痛みが取ればな、っていう期待が結構ありながら（鍼灸治療に）入ったので、なかなか（鍼灸で症状が和らぐのは）難しいなっていうところは、ちょっとご本人も感じながらではいるみたいなんですけれども。」と語り、倉田さんが当初抱いた期待とは異なる結果になってしまっているのではないかと、角野医師とは違った表現でその印象を語った。

[2] 鍼灸治療についての語り

「寝ながらでもいいかな」と言いながらも倉田さんは快くインタビューに応じてくれた。倉田さんは過去に鍼灸治療の経験があり、インタビューではまずその経験から語ってくれた。倉田さんがかつて鍼灸治療を受けていたのは、10 年以上前、現在とは別の場所に住んでいた時のことであった。その界限で有名だった鍼灸院で 3 年間ほど腰痛の治療を受けていた。「治療後は歩いて帰れるんだ。帰りは楽だから歩いてひよいひよい駅まで歩いて」と当時の記憶を語る倉田さん。倉田さんにとって鍼灸治療は腰痛を緩和するための一つの大事な手段だったようである。また、倉田さんは近所にあった「坊さんの灸」をすることも頻繁に通っており、鍼灸には非常に「馴染みがあった」。そんな過去の経験があったため、倉田さんは医師・看護師から在宅療養での鍼灸治療を提案された際に、抵抗は全く「なかった」と語る。今回鍼灸治療を始めることになった理由は腰痛の緩和のためであった。

10年ほど前に現在の住まいに転居してからも慢性的に腰痛は自覚しており、変形性腰椎症の診断で近所のクリニックでブロック注射を受けていた。ある日急に左下肢痛が出現したため、1年ぶりに画像診断を行ったところ、「写真とったらこんなでけえあれ（腫瘍）ができてた」という。大学病院に転院し、外来での通院治療を継続していたが、入退院を繰り返すような状況になり、徐々に体力の低下が進んできたため「在宅療養になっちゃった」という。ひろせクリニックでの在宅療養が始まり1年間は薬物療法で症状をコントロールできていたものの、徐々に疼痛が増悪してきたため、医師・看護師から「鍼をやりますか」という提案があった。

自身の痛みと病状について倉田さんは以下のように述べた。

単純に言えば痛みなんだけど。その痛みはなかなかね、わかんないよね。もうこういう病気だと。はっきり言って難病でさ。もうはっきり言ってここ（腫瘍の原発部位）だけじゃなくて、他にもそう、（病巣を）取った時から転移はしているから、末期だな。第IV期ってやつだな。（診断を受けた当時は）もうわけわかんなかったけどね。でもそれからこれだけ（2年間）もってる（生きてる）から、ねえ。（倉田さん）

倉田さんは、自身の病気の状況を「難病」、「末期」と表現し、混乱していた診断当初の様子を語る。一方で「これだけもってる」という表現の通り、療養期間はおそらく倉田さんの想像していた以上に長いものになったのだろう。各所に転移していることを把握している倉田さんは、現在の痛みの表現の難しさ、痛みの原因の複雑さについて語った。この状況の倉田さんにとって鍼灸治療はどのようなものかを尋ねると、「その時はいいですよ」と語り、また「楽だからいいよな」と語る。過去の鍼灸のポジティブな受療経験を思い出しながら、「やっぱり入ってんじゃないかな。鍼っていうのは楽になるって」と、過去の経験と現在の治療により得られる治療直後の変化の経験を結びつけて語る。「楽になる」のは、倉田さんにとっては「痛みの症状が緩和される感じ」のことだという。この時も倉田さんは、「前の鍼灸治療を受けていた時も、やってもらってさ、帰るときは体楽になってさ、それで歩いてきたから」と過去の経験と結びつけて現在のことを語っていた。

倉田さんは自身の状況について以下のように語る。

うーん、私にとってはやっぱり、今のところは病気の治療しか無いんだから、歩けないんだから、立ってその辺まで行けば、トイレまで行ければいいから、自分の中では。だから結局は治療に専念って感じで、やってもらうしか無いんだよな。それでその加療の中の変化、変化かな（倉田さん）。

トイレに行く、あるいは部屋間を歩いて移動する、などの日常生活動作は可能なものの、痛みがあってそれ以上のことはなかなかできない倉田さんにとって、現状は「治療に専念」するしかない状況であるという。自身の状況を、「自分が何かをする」、というよりは「やってもらうしか無い」状況と認識している倉田さんにとって、鍼灸治療は「加療の中の変化」であると語る。その「変化」は「楽さ」がもたらされることである。また、日常生活の中で鍼灸治療が入ることは「一つのメリハリが出る」と語る。「結局は安静にしろって

言うような感じ」で「なんにもやること無い」日常の中で、「楽さ」がもたらされる鍼灸の時間は、精神的にも重要なことであると倉田さんは語った。

[3] 治療現場②

3月に倉田さんを訪れて半年が経っていた。2期の調査期間に及んで訪問できたのは、10名の対象者のうち倉田さんだけであった。この半年の間、倉田さんは何度か発熱による入院をしたものの、小康状態を保っていたようだ。鍼灸治療も3月訪問時と変わらず週1回の頻度で継続していた。2期目の調査では一度発熱による治療のキャンセルがあったものの3度倉田さんのもとを訪れた。2期目の調査の初回訪問時には筆者の方を一瞥して、「お」と言いながらニコッと笑いかけてくれた。3月の訪問時に比べ心なしか声に力がなく、少し痩せたようにも見えた。ここでは筆者が倉田さんの元を訪れた最後の訪問について詳述する。

この日は時間の変更があり通常よりも1時間早い午後2時に訪問すると、珍しく倉田さんは居間のテレビの前で横になっていた。時間を3時と間違えていたという倉田さんは、「おお、2時だったっけ？」とやや慌てながらベッドの方に向かった。「2時よ～」と横でコトエさんが笑いながら答える。

ベッドに横になり、平岡氏がベッドサイドで鍼の準備をしていると、「寝違えが1週間続いている」と倉田さんは訴えた。すかさずコトエさんが、「起きる時に頸の前側が痛むようだ」と説明し、「寝違えではなく起き上がりの時に痛めたのでは」と倉田さんの訴えを遮る。「確かに」と言いながら倉田さんはベッドに捕まって起き上がるジェスチャーをしながら痛みを再現しようとする。平岡氏は「ちょっといいですか」と手を伸ばし、倉田さんが痛いという部位を触る。最初は湿布で様子を見たものの、痛みがなかなか引かずに小久保看護師に伝えて角野医師に相談したようである。倉田さんが寝ているベッドは電動ベッドであるため、コトエさんも平岡氏も「電動ベッドで起きればいいでしょう」と倉田さんに訴え、試しに動かしてみた倉田さんは「ああ、これは楽だ」と一言。その瞬間に皆が笑った。その後、「せっかちだからベッドが上がるのをまってられねえんだ」とぼそっとつぶやく声も聞こえた。

鍼を準備しまずは左側の脈診を行う。そして腹診をしながら、「あまり便が出てないですか」と倉田さんに質問する。倉田さんは「今日はちょびっと出したけど」と答える。平岡氏は触診した腹部3箇所を切皮、置鍼した。腹部の鍼をした後、左前腕部を母指で数分軽くマッサージする。そして手の小指側に一本鍼を刺した。平岡氏は倉田さんに語りかける。

平岡：倉田さん、手にいっぱい頸に効くツボがあるので、いつもより鍼多めにしておきますね。

倉田：うーんそうですね。

平岡：今日は、だから（治療中は）手を動かさないでくださいね。動かす時は言ってくださいね。

このやり取りで興味深いのは「手にいっぱい頸に効くツボ」があることを倉田さんに伝え、倉田さんがそれに対して「そうですね」と頷いたところである。平岡氏は手を動か

さないことへの注意喚起のために「鍼がいつもより多い」ことを説明している。しかし、倉田さんは「頰の治療のために鍼を多く打たれている」と理解して、それに対して納得をしているようにも聞こえた。

コトエさんがピーちゃんに話しかけている。ピーちゃんが鳥かごの中で動く音がする。平岡氏は鍼の入ったシャーレを持って倉田さんの右側に移動する。今度は右前腕部のマッサージを軽く行い、その後手関節外側に切皮、置鍼する。そのまま平岡氏は倉田さんの頭側に移動した。「頰まわり鍼しますよ」と声をかけ、倉田さんの前ボタンを開ける。右前頸部を触診し痛い箇所を探し始める。数秒間頸部の触診をした後、一点に刺鍼する。その後、頭部にも切皮し、わずかに刺入した後置鍼する。頸部と頭部の鍼は刺したままにし、再び倉田さんの左側に移動する。

「はい、今度足」と声をかけ、平岡氏は下腿部の治療に移る。両下腿のズボンをまくり上げ、膝内側と足関節内側に切皮する。このタイミングで倉田さんは寝息を立て始めた。3月の治療中には平岡氏と話に夢中になり、寝るシーンを見たことがなかったが、2期目9月の調査中は会話がないう時間が多く、また倉田さんがウトウトするシーンがしばしば見られた。倉田さんの状態も3月に比して変化してきてしまっているのだろう。数分後に目を覚ました倉田さんは「フーッ」と軽いため息を漏らした。平岡氏は膝の外側に灸をする印をつける。灰を捨てる瓶の蓋を開ける。平岡氏は左手で灸をひねり、透熱灸を始める。熱の刺激を感じるのか、倉田さんは時々うっすら目を開ける。左右合計4点に3壮ずつ灸を据えた。灸が終わる頃に再び倉田さんの寝息が聞こえてきた。瓶の蓋を閉め、灸を終える。左手の脈診を数秒間行う。同時に倉田さんが目を覚ました。「よく眠れました？」と平岡氏。「うーん」とどちらともつかない返事をする倉田さん。平岡氏は、手、下腿部、腹部、頸部、頭部の順に置鍼していた鍼を抜く。倉田さんは「左手を使っていいか」と確認する。手の鍼を抜きながら「これで動かしていいですよ」と平岡氏は答える。倉田さんは左手をゆっくりと動かしながら「おお・・・」と溜息を一つつく。

抜鍼が終わった後、再び平岡氏は倉田さんの頭側に移動した。「ベッド上に上げまーす」と声をかけて電動ベッドの高さを上げる。同一姿勢でいると腰から左下肢にかけての痛みが出やすい倉田さんは、少し下肢をもぞもぞ動かす。その様子を見た平岡氏は「倉田さん、足動かしていいですよ」と声をかける。「はあ・・・」と溜息を漏らしながら足を動かす倉田さん。左下肢の痛みがだいぶ強い様子である。平岡氏は倉田さんに「頰を横に曲げますよ」と声をかけて、頰を左右に回旋させ痛み状態を確認する。

平岡：さっきと比べてどうですか。

倉田：お、回る。

平岡：（倉田さんの頭を支えながら）少し起こしてみて、前の方に。

倉田：ああ、楽になってる。

平岡：自分で少し力入れてもらって（前に頰を曲げてもらって）いいですか。

倉田：ああやっぱ少し痛いな。

平岡：これ？

倉田：その奥の方のやつ。ギューっとくる。

平岡：ギューッっとくる。

痛みを確認しそれを互いに共有する場面である。痛みを再現させて確認することは時に患者にとっては痛みのリスクを伴う反面、痛みを「はっきりさせること」でもあり、同時に他者（ここでは鍼灸師）とそれを共有することができるというメリットもある。またここでは施術の効果も同時に共有している。直後効果の確認は鍼灸の臨床においてはしばしば観察される行為である。治療による痛みの軽減が見られた時は直接的な効果の認識に繋がり、また鍼灸治療の効果について共時的な他者の承認が付加されることで、より効果の認識が強化されることになるのではないか。

「ちょっと頰左にひねりますね」と言いながら倉田さんの頰を左に回旋させ、右頰部の痛みの場所を触診し、数カ所に切皮で単刺をする。倉田さんに「右腕上に挙げて」と言い痛みの確認をする。「大丈夫」と倉田さんは応える。倉田さんの頭をまっすぐにし、肩関節周囲の筋のマッサージを行う。倉田さんは「その辺は気持ちいいね」とつぶやく。「うん」と平岡氏は応えつつ、「頰から背中にかけて筋がつながっているの」と肩周辺の筋の固くなる原因について説明しながら肩上部をマッサージする。

平岡：頰の、この背中筋につながっているの。そうですね少し頰動かさなくていいので肩回すだけで全体に緩むと思うから。みなさん意外と頰が痛いっていうんだけど、肩まわりが固くなって頰が痛くなっている人が多いので。うん。あと倉田さんここにポート¹⁷³があるから。必然的にかばってしまうから、余計ね。この辺が（ポート周辺の筋を指さし）こうね、カチツとなっちゃうから。ちょっと一回痛めると治るの少し時間かかるかもしれないけど。触っていると（硬くなっている筋が）緩くはなってくるから。

倉田さんは「ああそうか」や「うーん」と言いながら平岡氏の話聞く。なぜ痛むのかわからない倉田さんにとって平岡氏の説明はその解釈を与える一つの重要な道具となっているようだ。話を聞いている倉田さんは複雑な表情を浮かべつつも、納得したように頷いている。「倉田さん今度左」といって倉田さんの頰を右に回旋させ、左側の肩上部から背中にかけてマッサージをする。最後に後頰部を両手で掴み、軽く頭部を牽引するような手技を行う。

ここで、平岡氏は倉田さんにいったん起き上がってもらい頰の痛みの確認をする。平岡氏は右頰の痛みの部位を触診しながら改めて確認する。「さっきに比べたらずっと楽」と答える倉田さん。一言ため息をついた後「ここまでしょぼくれて」とつぶやく倉田さんに、「まだまだしょぼくれるのは早いですから」と平岡氏は答える。そして二人とも笑う。再度臥位に戻る時に改めて痛みの確認をする平岡氏。倉田さんが「だいぶよくなった」と答える。平岡氏が「だいぶよくなった」と繰り返す。

平岡氏は倉田さんが痛がっていた左下肢の方に移動する。膝を軽く曲げ倉田さんの左ふ

¹⁷³ 中心静脈栄養法（TPN：total parental nutrition）のために、倉田さんの右鎖骨下静脈に埋込み式カテーテル（ポート）が入っていた。在宅で行う TPN のことを特に HPN（home parental nutrition）と呼び、適切な HPN 管理により家庭で生活したり就業したりすることができるため、患者の QOL を改善させるというメリットがある。[中村 2014：434]

くらはぎを両手で掴み軽くマッサージをする。最後に足部外側に「頸を動かしやすくするための置鍼です」と言いながら円皮鍼を貼る。貼り終わった平岡氏は倉田さんに「終わりますね」と伝えると、倉田さんは「助かるよ。だいぶ（痛みが）違うな」と喜び顔で答えた。帰りしなに倉田さんは改めてベッドの角度について平岡氏に質問する。改めて電動ベッドを使って起き上がったほうがいい、と互いに確認しあう。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

筆者が2期目の調査に訪れた9月以降、倉田さんの状態は少しずつ低下し始めたようだ。まず一番の愁訴であった腰痛が増悪傾向になった。平岡氏は腰痛の原因になっている腫瘍部位周辺の局所的な施術を止め、下肢の経穴を用いるなど遠隔部での鍼灸治療¹⁷⁴を行うようになった。またこの頃、倉田さんは「ぼやっとした感じ」で話のつじつまがあわないなど、時々意識障害が出現し始めたようである。発熱を繰り返すようになり、10月には高熱で一時入院した。退院したものの、食欲低下に伴い体重減少も始まってきた。腫瘍の増大による神経圧迫の影響か、左下肢の脱力感が出現し、自力で下肢を挙上するのが困難になりはじめた。腹部膨満も強くなりはじめたため、その症状に対しても鍼灸治療を行うようになった。腰痛については症状が強かったため一時腰部の疼痛部位への局所的な施術を行うも、却って痛みが強くなることもあり、それまで行っていた遠隔部での治療に戻した。

11月に入り、体力を落とさないようにと懸命に立ち上がって家の中で歩こうとするも、腰痛が増悪してしまう。結局11月下旬には疼痛増悪のためほとんどベッドから出ないようになってしまった。鍼灸治療は軽めの刺激に変えるも、施術後に症状が増悪することを繰り返すようになる。12月に入ると疼痛は更に強くなり、トイレに行くのも車椅子の方が楽という状態になった。12月下旬にかけてさらに状態が低下する。腰部の痛みと肝臓の腫瘍部の疼痛のために起き上がるのが困難になる。食欲はほとんど無くなり、食事を摂らなくなってしまった。大好きだったコーヒーも飲まなくなってしまったという。安静にして温めているのが一番楽で、この時には鎮痛薬もあまり効かない状態だったようだ。

年をまたいで1月に入り、痛みと全身倦怠感のため洗顔するのも辛くほぼ起きられない状態になる。しかし、寝たきりになるのが怖くて痛みを我慢して家の中では少しでも動いていたようだ。この頃、「最近鍼灸をしてもあまり痛みが緩和されない、かえって翌日ひどい気がする。マッサージのほうが良い気がする。段々進んでいるんだろうな。」と他職種に漏らしている。平岡氏に対しても「なぜ鍼灸が効かないのか」と質問をすることもあったようだ。1月も中旬に入ったあたりで、経口摂取はほとんどしない状況で、徐々に傾眠傾向、意識障害を頻繁に呈するようになり、倉田さんは息を引き取った。

第四節 生活リズムの変化を語った患者——宮信人さんの事例——

第一項 一宮さんの在宅療養と鍼灸治療

一宮信人さんは30代の男性である。今回筆者が会った患者の中では圧倒的に年齢が若い。妻のゆかりさんも同年代で、2歳と0歳の子どももいる。この年代でガンに罹り末期の状態

¹⁷⁴ 部位に関する詳細な記録はなかったが、腰部に流れる経絡上の、下肢の末端にある経穴を選択したようである。

と伝えられた今、受けている鍼灸治療が一宮さんにとってどのようなものなのか、初めて伺う際にはとにかくそれが気になった。同年代のためだろうか、あるいは同じくらいの年齢の子を持つ自分の立場に重ねたからか、『今、自分がこの時に末期がんであったなら最期をどう過ごすだろうか、特に鍼灸「なんて」するのだろうか、鍼灸「なんか」やって意味があるのだろうか』と一宮さんのカルテを見ながらそのことばかり考えた。一宮さんの情報を目にし、それまで漠然と抱いていた鍼灸の限界と関わる意味への懷疑が、鍼灸師である自分の中にはっきりあることを自覚した。一宮さんの鍼灸治療期間は、在宅療養期間と緩和ケア病棟入院期間を通じ、約5ヶ月間と長く、かつ治療回数も24回（うち在宅での治療は19回）と多かった。また、一宮さんは最終的に緩和ケア病棟で看取られたが、亡くなる一週間前まで病棟でも平岡氏の鍼灸治療を受け続けた。一宮さんは、倉田さん同様、鍼灸を「生活リズムの変化をもたらすもの」と語ったのである。

一宮さんは、2014年7月に右上顎癌の診断を受け、導入化学療法後、手術療法、放射線療法を行った。しかし同年12月に右大腿骨・左恥骨転移・左肋骨転移が見つかる。本人も家族も追加の化学療法は希望せず、除痛のための放射線照射のみ実施となり、年明けより在宅療養となった。この段階で一宮さんは、すでに医師から「化学療法をやめれば余命半年が平均」と言われていた。本人は「もう助からない」ことを覚悟しており、「苦しまず、できるだけ家族と過ごしていきたい」と在宅療養を選択した。在宅療養開始時の一宮さんのPSは1~2程度でADLは概ね自立していた。外には出かけられるうちに出かけたいという思いがあり、在宅療養中も時々近所に外出していた。一宮さんの身体愁訴は、骨転移による疼痛、また術後や体力低下に伴う筋痛が中心であった¹⁷⁵。股関節周囲の痛みについては突発的に痛みが出ることもあり、いつその痛みが来るのか不安になることがあるとのことだった。また退院時に肺炎にかかったこともある通り、在宅開始時にも咳嗽、黄色い痰の喀痰など易感染性の状態にあった。加えて顔面部の術後の影響からか口腔内の状態も悪く適宜消毒が必要な状況であった。一宮さんに対するひろせクリニックの医療介入の主目的は疼痛緩和および感染予防にあった。

医師・看護師の初回訪問時に症状緩和の一手段として鍼灸治療について説明があり、その際一宮さん本人、あるいはゆかりさんが治療に関心を持っていたのか、初診時の医師カルテには「希望時鍼灸導入」と記載されていた。その翌日には、早速ゆかりさんから「肩の痛みに対して鍼灸勧められたが、やってみようと思うがどうしたらいいか」とひろせクリニックに電話が入った。担当医師・看護師との調整が済んだ2日後に、平岡氏は初めて一宮さん宅を訪問することになった。

平岡氏は、筋の痛み症状の緩和、および排便状態が悪かったことからその改善も目的に鍼灸治療を開始した。状態の低下に伴い鍼灸の刺激方法や治療部位は若干変化しつつも、筋性の疼痛緩和を目的としたアプローチが最後まで継続していた。一宮さん本人は、体調が良い時、また痛み症状が強くない時には積極的に外出をしていた。咳嗽症状や食欲の低下なども一時軽減し、身体的には良好な状態が継続する。外出後に痛み症状や筋系のこり

¹⁷⁵ カルテを参照すると、股関節や腰部周辺の痛みについては骨転移による痛みという評価がなされている。また一宮さんが訴える肩甲間部の痛みについては、画像所見上転移性の痛みではなく臥床姿勢による筋性の痛みであろうと評価されていた。ちなみに角野医師へのインタビューにおいては痛みの評価は非常に難しく、「この痛みは100%、〇〇による痛み」と断定することはできないという。

症状などが増悪することがしばしばだったため、当初はそれを軽減することを目的とした鍼灸治療が中心となる。在宅療養開始から2ヶ月間は、医師の介入は1ヶ月に1回、看護師の介入は2週間に1回、鍼灸師の介入は週に1回となっており、鍼灸師の平岡氏が最も関わる頻度の高い医療職種であった。

在宅療養開始から1ヶ月半が経った頃から、外出後の痛み症状が頻繁、かつ強いものになってきた。ただ、一宮さん本人は鍼灸治療をすると症状が緩和するという認識を強く抱いており、後のインタビューの際に本人が語っていたことだが、鍼灸治療の前に外出のスケジュールを詰めて、治療後少し休む、というように「生活リズムを作るもの」として鍼灸治療を位置づけるようになる。一宮さん本人がこれまでの週1回の治療を2回に増やしたいと平岡氏に相談したのもこの頃だ。医師カルテにも、動いた後の筋痛に対しては、痛み止めの服用もいいが、鍼灸やマッサージのほうが効果的である旨が記載されており、一宮さん同様、担当の角野医師もその効果を認識している様子が伺える。筆者が一宮さんの治療の場に立ち会ったのはちょうどこの頃である。一宮さんが亡くなる約3ヶ月前で、ターミナル前期に該当する時期であり、疼痛マネジメント、その他の症状マネジメントが患者に対するケアの主目的になる時期であった。ひろせクリニックの一宮さんへの主たる医療介入目的も疼痛緩和であり、また鍼灸治療の主目的も疼痛緩和であった。この頃の一宮さんのPSは2程度で、在宅開始時に比べ少しづつ状態が悪化して始めていた。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕 治療現場

一宮さんの治療の約束は、水曜日の午前11時からとなっていた。近所の駐車場に車を止め、雨の中傘をさして3分ほど離れたマンションまで歩く。市の中心部よりも少し離れたところにある一宮さんのマンションは、工場地帯に入る手前の住宅地の片鱗に位置した場所にある。近くを走る国道には、トラックが多く走っており、周辺の立地の特徴が伺える。マンションそのものは国道から少し入った閑静な場所にある。平岡氏と雨に濡れぬよう足早にマンションに入った。5Fまでエレベーターで上がり、エレベーターを降りて2つ目の扉が一宮さんのお宅であった。

インターホンを鳴らすと一宮さん本人が出てきてくれた。一宮さんは今回の訪問調査を「一度だけなら」と引き受けてくれた。どのような心境で筆者を出迎えてくれるのか非常に緊張しながら入室したが、とても穏やかな表情と、少し気恥ずかしそうな顔をして筆者を出迎えてくれ、小さいが優しい声で「どうぞ」と声掛けをしてくれた。平岡氏が先に玄関を上がり、筆者も後に続いて部屋に入った。廊下を数メートル歩いた突き当りにリビングがある。マンションの間取りは2LDKだろうか、リビングに入る右手前に部屋が一つとバスルームがあり、リビングの脇に引き戸を挟んでもう一部屋ある。一宮さんは普段居間のこたつの脇に布団を敷いてそこで寝起きしている。リビングの窓は東向きで、午前中は光が入ってとても明るい。

布団に座り込んだ一宮さんの顔を改めて見ると、疲労しているのか状態が悪いのか、明らかに辛そうな顔をしている。発語にも力がなく、筆者が名刺を差し出して挨拶をするも

受け取らず、返事もうつろな感じだった¹⁷⁶。上顎洞癌の摘出術の影響で右の眼球摘出をしているため、右目には眼帯、そして上気道感染が起りやすいため、マスクをしている。肌の色は白く、褪せている。抗がん剤の副作用だろう、頭髮は脱毛していたのがわかる状態だ。取り急ぎ研究説明を行い同意はいただくものの、この状況を描写していいのか、正直迷いが生じた。少なくともこの段階で、今日インタビューするのは無理だと思っていた。一通り筆者が説明を終えると一宮さんは仰向けで横になった。平岡氏は一宮さんの右脇で無言で鍼の準備をしている。

一宮さんと平岡氏のやり取りは「疲労」に関する会話から始まった。

平岡：どうですか？

一宮：体が疲れて、疲れが抜けないですね。

平岡：疲れが抜けない。

その後平岡氏は一宮さんの右側に座り脈診を行う。数秒間脈を診る。脈を診た後、まずは一宮さんの手指を1本ずつ掴んで上下に振戦するマッサージを始める。長女で2歳のもえちゃんが側によってきて、平岡氏と一宮さんに向かって「にやにや、ちゃーちゃ」と話しかける。一宮さんは優しい声で、うん、と応じる。平岡氏は一宮さんの手の方に集中しているようだ。平岡氏は手指の振戦を行いながら、足の症状やその部位に関する問診も合わせて行う。また、前回治療時に訴えていたという足の状態を確認する。一宮さんの膝を曲げ、股関節をゆっくりと屈伸しながら痛みの出方を確認する。もえちゃんが平岡氏の横で「ママ、こっち」と隣室を指差しながら言う。どうやら隣室には妻のゆかりさんがいるようだ。

一宮さんの足の状態を確認した後、平岡氏は一宮さんの左側に座り腹診を始めた。まずは打診を行う。次に、手掌で軽く腹部全体を触ってから四指で触診を始める。鍼を刺す場所の目安を付けたのか、用意していた鍼の入ったシャーレから鍼を一本取り出し接触鍼を行う。刺し手も押手もそのままにし、接触させた鍼を数秒間当てたままでいる。鍼を終えてシャーレに戻し、再度手掌全体で触りながら腹部の状態を確認する。平岡氏は一宮さんの右側に移り、手関節に接触鍼を行う。鍼先を同部位に当てながら、鍼の回旋と鍼体をはじく動作を繰り返す手技を行う。仰向けで寝ている一宮さんは開眼したまま天井を見つめている。接触鍼を終え、平岡氏は右前腕部を掴むようにマッサージを始めた。右前腕部のマッサージを終えると、平岡氏は一宮さんの左側に移動し、まずは左の脈診をした。

時々もえちゃんが声を出して何やら訴えている。不思議と騒々しい感じはない。一宮さんは残された時間を家族と過ごしたいと在宅療養を選択した。ただし一宮さんが一日家にいる状況になり、なおかつ乳飲み子がいる状況で、家族が常に穏やかな時間を過ごすということではないようである。隣室にいるゆかりさんは顔を出してこない。最期は家族で穏やかに幸せに、という一宮さんの思いがあるも、現実はそう簡単ではないようだ。一宮さんの思いもあるが、ゆかりさんにはゆかりさんの思いがある。平岡氏が創りだす「一宮さ

¹⁷⁶ 調査に対して否定的ということではなく、体の辛さが強いいため挨拶どころではない、というような感じであった。

んの治療の時間と空間」も、ほのかに緊張した日常の「場」に、一時的な「緩み」を生んでいるのかもしれない。

平岡氏は左の脈診をした後、左前腕部のマッサージをした。その際、押されて痛い部位があるのか、一宮さんが「うーっ、痛い」と呻いた。前腕前面部に接触鍼を行い、鍼の回旋と鍼体を指で弾く動作を繰り返す手技を行う。鍼をシャーレに戻し、再度左の脈診をする。上肢の施術を終えると平岡氏は一宮さんの足の方に移動した。布団を剥いて足部を出し、平岡氏は足部から膝内側にかけて何度か切経¹⁷⁷する。まずは両足関節内側に接触鍼を行う。鍼先を皮膚に当てたまましばらくそのままである。一宮さんは開眼し天井を見つめたままだ。隣の部屋からもえちゃんとゆかりさんが会話をしているのが聞こえる。接触鍼を終えた後、足部内側、足底に母指でマッサージをする。一宮さんは少しうめき声をあげる。

一宮：そこは何のツボですか。

平岡：お腹を動かさそうと思って。

一宮：お腹、腸の。

平岡：そうですね。お腹のつまりを良くするツボですね。

一宮：ああ。

平岡氏は頷きながら答える。時々一宮さんは押されて反応する声をだす。押して痛む場所があり、その反応が一宮さんの抱える愁訴に一致していた。痛み「意味が与えられた瞬間」に、その痛みに対して納得するのだろうか。その後から一宮さんは目を閉じ始めた。足部のマッサージが終わった後、平岡氏はズボンを膝あたりまでまくり上げる。下腿外側部に接触鍼を行う。他の部位の手技同様、鍼の回旋と鍼体を指で弾く動作を繰り返す手技を行う。隣の部屋から赤ちゃんの鳴き声が聞こえてきた。もえちゃんが隣の部屋で遊んでいる声も聞こえる。鍼を終えた平岡氏は母指で下腿前面の硬さを確認する。その後、両下腿後面を手掌で把握するマッサージを行った。足部の治療を終え、足にタオルを掛けた後、改めて両手の脈診を数秒間行う。

今度は右横向きでの治療が始まった。一宮さんは自ら手で示しながら腰周囲の凝っている部位を示した。それに応じて平岡氏は触診を行う。触診を終えた後、平岡氏はまず殿部に手根と母指で軽いマッサージをする。次に四指で背部をマッサージするが、平岡氏が手先に集中している感じでは、ほぐすために揉むというよりは、むしろ何かを探る触診も併せて行っているように見える。頸部辺りまでマッサージした後、シャーレから鍼を取り出し頸部周囲に散鍼を行う。その後頸部、肩甲間部、肩甲骨周囲の筋と順番に母指でのマッサージを施す。そして背中を開け、「ビリビリするところがある」と一宮さんが言った背中の一箇所接触鍼を行う。

今度は反対の左横向きになる。平岡氏は最初に腰部を触りながら痛い箇所を確認する。

¹⁷⁷ 切経とは経絡を切診することで、経絡に沿って指頭もしくは指腹を用いて軽く擦過し、時には少し力を加えて押圧し、皮膚や筋肉の状態を触診によって探り、臓腑・経絡の異常を診断する方法である [教科書検討小委員会 2015 : 254]。足には6つの経絡が流れているが、この時平岡氏が主に診ていた経絡は足の内側を流れている太陰脾経、少陰腎経、厥陰肝経であった。

その後腰部を手掌で持続的に圧迫し始めた。一宮さんは開眼していたが、腰部のマッサージを受けている間に目を閉じ始めた。左の腰部を開け、鍼をシャーレから取り出した。その際、珍しく刺す前に平岡氏が声をかけた。

平岡：一宮さんここ鍼しますよ。

一宮：はい？（少しウトウトしていた）

平岡：鍼。痛い時言ってください。

それまで接触鍼しかしなかった平岡氏だが、この日の治療で初めて深めの刺入鍼をし、さらに雀啄術も加えている。一度一宮さんが顔をしかめて「うっ」というとそれを見て鍼の操作を止める。

平岡：大丈夫ですか？

一宮：痛いけど急所、こっているところにあたった感じです。

平岡：そうですね、今のところは。

一宮さんはインタビューでもこのできごとについて言及しているが、「急所を狙ってもらい感じ」が彼にとっての鍼灸治療において大きなポイントになっているという。少なくとも一宮さんにとっては、鍼による痛みへの直接的なアプローチは、単なる「手当て」以上に治療としてのシャープさを含意している可能性がある。一宮さんが「うっ」と反応したように鍼自体が痛み刺激を与えること、痛い箇所にもた別の痛みを重ねること、また鍼という道具そのものが「刺す」というシャープなイメージを有していること、これらの要素が関連し合い、一宮さんへの「急所を狙ってもらい感じ」という発言に繋がっているのではないだろうか。

その後は右横向き時の治療と同様に、持続的に圧迫する腰部の指圧、背部に四指でのマッサージ、肩甲帯周囲、頸肩部に母指でマッサージを行った。マッサージが終わると、左頸部の付け根に数秒間接触鍼を行った。平岡氏は再度肩甲帯周囲、頸部付け根のマッサージを行った。その後、左手の脈診を行い、再度腰部の触診を四指で行う。一宮さんは目を閉じている。手掌で背中全体を数回撫で下ろし、治療が終了した。治療開始前の印象とは打って変わって一宮さんの表情が綻んでいる。

平岡：はい、一宮さん。背中とか足どうですか？

一宮：ああ、いいですねえ、だいぶ（笑いながら）。

平岡：シビレ薄くなりました？

一宮：そうですね。うーん、（足を動かしながら）動きやすいですね。ありがとうございます。

平岡：今日ゆっくり休んでください。

治療が終わるともえちゃんが近くに遊びに来る。一宮さんは優しい声で「うん、うん」とあやす。平岡氏ももえちゃんに「終わったよー」と声をかける。

担当の角野医師が語るところによると、一宮さんに対しては訪問回数をもともと少ないこともあり、鍼灸治療の実感についてはっきりしたことはわからないとのことであった。ただ、当初の訴えていた筋の痛みは緩和しており、「無理してるかもしれないけど、それなりに外出はできてるようなので」鍼灸の介入には意味があるのではないかと語っていた。

〔2〕 鍼灸治療についての語り

訪問時の様子では不可能かと思われたが、治療後に伺ったところ一宮さんは快くインタビューに答えてくれた。訪問時とは見違えるように表情が快活になっていた。

一宮さんは、体全身が痛かったこと、またひろせクリニックの事業内容を見た際に鍼灸治療もできると書いてあったのを見て、その説明を受けた際には症状緩和の手段として気にはなっていたという。鍼灸治療が生まれて初めてであった一宮さんにとって、鍼は「痛そうなイメージ」であり、「効果も半信半疑」であったため「なかなか自分で進んで受けようっていう気にはならなかった」という。ただ、妻のゆかりさんが、「痛い、痛い」と言っていた一宮さんを心配したこと、また一宮さん自身も「痛い時は、もうなかなか体を本当動かさないくらいで、すぎる思いというのもあって」一回試してみようかということで治療を受けることになった。

最初の鍼の印象として、鍼自体の痛みは思ったほどではなく我慢できる範囲のものだったという。また、鍼治療によりもたらされたことと継続していく中での鍼治療の印象を以下のように語る。

痛いところピンポイントでやられている感じがあって。自分でももんだりしているんですけど、まあそれとは違って、的確に痛みっていうか疲れをね、こう、ほぐしてくれる感覚があって、とっつてもうれしかった。(続けていく中で鍼の印象はどのようなものになりましたか?) 治療の効果はやっぱり実感して、治療を信じられるようになったっていうかね。で、鍼も時々痛みがあるけど、それがまたあの一効果があると思えば我慢できるっていう。うーん。本当に、毎週毎週楽しみにになりましたね。(一宮さん)

毎週水曜日に鍼灸治療を行っていたが、効果を実感した一宮さんは、治療の前の月・火曜日に外出の予定を入れたり、いろいろな計画を入れるようになったと微笑みながら答えた。このことを、一宮さんは「生活リズムが変わった」とも表現している。具体的に鍼灸治療の効果を認識しているのは外出等で動いた後の「疲れ」と「痛み」であり、「それを和らげてくれるというのが一番ありがたい」と一宮さんは語る。鍼灸治療をすると「軽くな」り、治療をした後にゆっくり生活していくうちにまた元気になると一宮さんは語る。

他職種とのケアの質的な違いについては、「気をかけずリラックスして、なんにも気にしなくて、いつの間にか楽になってる」のが鍼灸治療であり、それを一宮さんは「ありがたい」と語っていた。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

参与観察そのものは3月初旬に一度しか行えなかったものの、3月の調査期間中に平岡氏から一宮さんの様子を聞くことはできた。3月の中旬頃になると骨転移病巣のある腰部から

股関節にかけての痛みが増悪し始める。しかし、痛み症状緩和のための定期的な服薬はしておらず、薬物による痛みの緩和は上手くいっていなかったようだ。また、看護師が服薬の確認をしても拒否する時もあった。平岡氏の見ても痛みが強い時には、平岡氏が一宮さんに服薬の必要性について話をし、電話で看護師から指示を仰いで服薬を促したという話もあった。筆者が訪問した際に見たあの穏やかな表情の一宮さんからは想像できない話だった。

4月に入り、一宮さんは原発部位の右顔面部の痛みを訴えるようになり始める。また、この頃から体全体の疼痛が常時強くなり始めた。鍼灸治療はその時の痛みに応じて治療する形で行い、それまで同様直後の軽減が得られることから一宮さんの希望で鍼灸治療が週に2回になった。4月中旬からは嘔気が増え、頸部の痛みが常態化し始める。5月に入り病院の検査で大腿骨部の腫瘍が増大し荷重不可と言われた。一宮さん本人は「折れたら折れた時ですよ、動きたいですから」と平岡氏に漏らしていたようだ。顔面部の腫れや痛みが徐々に増悪し、また、右下肢に荷重しないように過ごしているためか、頸、肩、背および左股関節に痛みが頻繁に出現するようになる。痛みのコントロールが不十分なようで、平岡氏は頻繁に薬の使い方について看護師に相談するよう促している。

5月下旬になり、顔面部の疼痛が強いため、また家族への負担を考慮し、一宮さんは緩和ケア病棟に入院した。一宮さんは、自費治療¹⁷⁸となっても病棟で鍼灸治療を行うことを希望した。入院後、平岡氏は一宮さんの訴えが強い頸部から肩背部の痛みに対する鍼治療を主に行った。病棟での痛みへの対応や妻のゆかりさんに負担がかかるというストレスも軽減し、入院当初は顔色も良くなり状態が安定していたという。しかし、日ごとに倦怠感が強くなり活気がなくなってきた。6月初旬に症状が増悪、最後の鍼灸治療時には体動で痛みが急性増悪してしまいレスキュー薬を服用しなければならないほどの痛みの強さであった。平岡氏は状态的に施術ができないと判断し、施術はせずにこの日で一宮さんへの鍼灸治療を終了した。そしてその1週間後、一宮さんは病棟で亡くなった。

第五節 入り混じる期待と抵抗感—島上哲平さんの事例—

第一項 島上さんの在宅療養と鍼灸治療

島上さんは60代前半の男性で、前立腺がんとその遠隔転移による末期がんの方である。島上さんは、ソーシャルワーカーによる在宅医療開始の説明の段階で、自ら鍼灸治療を希望した。通常ひろせクリニックにおいては、医師や看護師からの積極的な勧めがない限り、鍼灸治療を患者自ら積極的に希望することはあまりない¹⁷⁹。島上さんが言っていた「少しでも良くなれば」という語りには、医療に対する怒りと急速に変化した自身の身体状態への戸惑いが混在していたように感じた。抗がん剤治療も併行しており、島上さん本人は「治したい」という思いが強かった。島上さんの在宅療養期間はおよそ3ヶ月であり、筆者が島上さんを訪れたのは在宅療養が始まって間もなくの初回治療時を含めた2回であった。

¹⁷⁸ 在宅療養として鍼灸の保険請求をしていることに加え、病棟での鍼灸治療は混合診療となるため保険での治療はできない(第一章参照)。経済的負担を考慮し、平岡氏はこうした事例ではそれまでの負担分に近い金額で治療を行っていた。患者が希望する際に制度上その運用がうまくいかないというのが、鍼灸治療を扱う際の難しさでもある。

¹⁷⁹ 本論文第五章、第七章参照。

初診時のまくし立てるような島上さんの病いの語りは、そうした語りを突きつけられた鍼灸師がいかに応えていくべきなのかを考えさせられる非常に重たいものであった。

島上さんの病歴は10年近くに及ぶ。2004年4月に近隣の大学病院にてPSA値が異常高値であることが判明し、さらなる精査の結果、精嚢浸潤を伴う前立腺がんであり、骨盤リンパ節転移も認められる状態であることがわかった。その際、臓器転移は認められなかったものの、骨転移が多発していることも判明した。局所療法は不可能であることが島上さん本人に説明され、全身療法としてホルモン療法が開始された。しかし2年弱でホルモン療法抵抗性となり、化学療法へと移行した。長年に及び継続的に化学療法を行ってきたが、骨転移増大に伴い痛みが出現するようになり、疼痛部位に対して放射線治療を行うこととなる。新たな化学療法を開始したところ、PSA値の低下が認められていた。しかし、新たな化学療法の3コース目開始予定だった2014年1月、入院中に突如腰背部痛、および下肢の脱力と感覚鈍麻が出現した。MRI検査を実施した所、第9胸椎に転移を認め、脊髄圧迫している所見があることが判明した。緊急的に放射線治療を開始し、さらにステロイド療法を3日間行うも痛みは増強し、しびれも変わらなかった。2014年2月に島上さん本人と妻の瞳さんへ現状が説明された。他院への転院等はせず、同大学病院で定期的な治療を受けながら在宅療養をすることとなった。PSAが低下し始めていたこともあってか、島上さんは「治療の意志」があり、新規の化学療法製剤などの可能性を探っていた。

2014年3月初旬に島上さんの在宅療養が開始となった。島上さんの全身状態は極めて良好であったが、下半身麻痺のために通常はベッド上で過ごすこととなった。発症からまだ1ヶ月しか経過していないこともあり、車いすでの移動は不可能であった。退院時の自宅への移動は3人がかりで行った。在宅に戻った際にはベッド上では50度程度のギャッジアップをして過ごしても腰背部の痛みは殆ど感じない程度に回復していた。また、食事の際にはギャッジアップ75度まで可能であった。痛みは少ないため鎮痛薬の服用は殆どしていなかった。当時の島上さんは、臍下あたりから両下肢全体にしびれあり、また麻痺の程度が強く自分で下肢を動かすことはできなかった。瞳さんはフルタイムで仕事をしており、その為日中は島上さん一人で在宅で過ごしていた。当初からの島上さん本人の強い希望¹⁸⁰により、医師初回訪問の2日後、平岡氏の訪問となった。

第二節 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場①

自ら積極的に「鍼灸もしたい」という意志を示した、ひろせクリニックの鍼灸受療患者としては「珍しいタイプ」の島上さん。また、積極的に「鍼灸もしたい」という意思表示をする時点で、おそらく島上さんは相当な「前のめり」なタイプで、調査時に圧倒されてしまうのではないかという若干の恐怖心のようなものを抱いて島上さんのお宅に向かった。

島上さんは下肢麻痺により歩行ができないため、ひろせクリニックのスタッフが鍵を預かり訪問することになっている。島上さんのマンションは市内中心部から少し外れた住宅街の中にあつた。マンションから数分歩いたところにある駐車場に車を止めて、まず平岡氏は患者本人に一度電話で確認をする。平岡氏の往診開始に際しての事前の動きは非常に

¹⁸⁰ 第七章参照。「鍼灸があるって聞いたからやってくれ」とかなり前のめりに角野医師に受療希望を訴えたようである。

丁寧である印象を受ける。1週間ほど前に島上さんから依頼を受けた際に電話で直接一度話しをし、その際訪問直前に改めて電話をしてから患者宅に訪問する旨を伝えていた。

駐車場から歩いて3分ほどのところに島上さんのマンションがあった。部屋番号を確認し、平岡氏がインターホンを鳴らし、預かっていた鍵を使って中に入る。「こんにちは、ひろせクリニックです」と平岡氏は入る。「こんにちはー」と続いて筆者も入る。平岡氏は、玄関に入って光が入ってくる左側の扉を開ける。扉を開けるともう一枚扉があり、そこで「こんにちはー」と平岡氏が声をだすと、島上さんが部屋の中から「おー、聞こえなかった。どうぞどうぞ」と大きな声で迎え入れてくれた。2つ目の扉を開けたところの廊下には1匹のシーザーが寝ていた。シーザーの名前はコナン。コナンはかなりの老犬で、もうほとんど目が見えないようだ。その廊下を1、2歩歩いたところの右手の入り口から島上さんが普段過ごすベッドがある部屋に入る。

平岡氏と筆者はまずは初対面の挨拶をし、平岡氏は島上さんのベッドサイドの右側に座り、これまでの経緯について話を聞いた。筆者は平岡氏の脇でその様子を見ていた。島上さんの訴えは冒頭からかなりの勢いがあった。歩けなくなった経緯、それが元で医療への不満が生まれたこと、また大学病院の担当医師への怒りをとうとうと話しはじめた。時間にして10分ほどであろうか、相当の剣幕でまくし立てるように話していた。平岡氏はほぼ頷くのみで話を聞く。一通り現状に至る経緯が島上さんから語られた後、平岡氏が「今の希望は？」と聞くと、まずは車いすへの移乗、次に自分の足で立ちたい、そして少しでも歩ければと島上さんは話す。一方で、主治医からは「動くことはない」、「元に戻ることはない」ことなど説明は聞いているようだ。その後、平岡氏から鍼灸治療の説明が5分ほどなされた。島上さんは、「何か自分の体にいいと思うものはどんどんやりたい」と考え、ひろせクリニックの在宅療養の説明の段階で鍼灸治療を受けることを決意したようだ。もともと鍼を刺すことへの抵抗感が強いことは会話から伺える。過去にぎっくり腰の時に一度経験したようだが、あまり良い思い出はなかったことを話す。平岡氏の治療に加え、友人のマッサージや、知人のマッサージ師の治療も重ねたいということで、この日の治療をどうするかも迷っていた。この日は平岡氏の話聞くことが主目的だったようだ。平岡氏は刺激量の説明をするが、「午後來るマッサージ師がプロであれば刺激量も加味しながら施術するだろうから、並行しても平気」である旨を説明する。しばらく島上さんは迷っていたが、最終的に今日から治療を実施することで決定した。「やるからにはしっかりと治療しますよ」と平岡氏はやや力強い言葉で言う。治療同意のやり取りの後、料金や支払いの方法などの説明を各種書類を用いて行った。

説明が全て終わると、平岡氏はそのままその場で鍼灸治療の準備を始める。平岡氏は鍼の準備を終え、島上さんの右側に立つ。ベッドの左側は壁で、間に20~30cmくらいしか隙間がない。3月の中旬でまだ寒い時期ではあったが、その日は晴天で温かい日であり、室温は大分高かった。足元にあった毛布を隣の部屋に移動させて、治療時の服装や掛け物についての話をした際、出身地の話になる。島上さんはとても気を遣ってくれる人で、暑いから気にせず上着を脱いだほうがいいと筆者に声を掛けてくれた。島上さんは話し始めると止まらない。もともとプロのダンサーであったという島上さんは自身のキャリアについて詳細に語る。絶え間なく話し続ける島上さんに対してどことなく平岡氏が診察をしづらそうな印象を受ける。3,4分間寸断のない一通りの会話が一旦切れたところで、3秒間ほど舌

診を行う。その後島上さんが平岡氏の過去のスポーツ歴について質問を始めたが、それに対して平岡氏は上手く切り返した。

島上：多分スポーツやってる人は、体の使い方とかわかってるから、なおさらいいのかもしれないね。

平岡：それこそ島上さんがされるリハビリはこう、まあ僕そういう、体の餅屋は餅屋じゃないけど、しっかりとした作業療法に見てもらってのほうがいいと思いますね。

島上：そうですね。

平岡：島上さんお通じがちょっと出づらいというか。

島上：ちょっと便秘気味なんで浣腸して出すっていう形ですよ。えーっとね、いつ出したっけ、火曜日にここ退院してきたんで。火曜日の朝出てきたんですよ。だから、それからは一応月、水、金の看護師さん来た時に浣腸して出すってことなんだけど、まあ、昨日やってなかったんですけどね。張ってる気持ちもないですし。

平岡：で、あと鍼をして、10分15分このままで、あとこのままの姿勢で足に灸していきますので。

島上：はい。

島上さんがたくさん話しをするためになかなか治療を開始することができない中、治療に入るための会話に誘導すると同時に、島上さんにリハビリの必要についても説明をしている。平岡氏は、リハビリの専門職を入れずに友人のマッサージ師にリハビリを任せようとしていることを心配しているのだろう。筆者は平岡氏の誘導の仕方が非常に巧みであると感じた。

ここでようやく本格的な治療が始まる。改めて左手の脈診を行う。それに次いで腹診を行う。腹診の際に、腹部の知覚過敏・鈍麻の範囲の確認を行う¹⁸¹。一通り腹部の診察を終えた後、「お腹から鍼しますね」と、シャーレから鍼を取り出す。再び島上さんが平岡氏へ質問を浴びせ始める。島上さんはスポーツが全般的に大好きようだ。質問の内容は主に平岡氏の過去のスポーツの内容についてである。平岡氏は鍼に集中し始めているせいかさりと受け流すような答え方をしている。臍外方、下腹部、上腹部に2 cm程度の比較的深い刺入鍼をして置鍼する。その後、「手に鍼をするので動かさないで」と島上さんに告げ、前腕手掌側に刺鍼する。このとき島上さんが鍼について質問する。

島上：こういうの（鍼を置いておく時間）、基本的に何秒とか、何分とかあるんですか？
まあそれは人によっても違うのかな。

平岡：まあ人によっても、それこそ鍼灸師によっても治療のスタイルが若干違うんだけどまあ、置鍼って言って、鍼を刺してどのくらい置くって、中国の3千年くらい前に書かれた本に、一呼吸で脈が3寸進むとかって書いてあるから、それを現代

¹⁸¹ 第9胸椎の圧迫骨折による脊髄圧迫のため、腹部から知覚異常が認められていた。

風に換算するとだいたい15分、20分すると気血がぐるっと一周回るよと。

島上：3千年の歴史があんですね。

平岡：そうですね。それに基づいて治療するのが本来のこういう東洋医学の、鍼灸のスタイルなので。まあそれこそだから痛いところだけ鍼を刺すのは、まあ鍼灸とは言わないっていうのはちょっと失礼な言い方だけど、本来はやっぱりこうやって古典に則ってやっていくっていうのが本来のスタイルですよ。

この話を聞いた後数秒間の沈黙が入る。平岡氏の話聞いて島上さんは少し考えている様子だ。平岡氏は島上さんの下肢の方に移動し、島上さんが履いていた弾性ストッキングを脱がせた後、足部の知覚を確認する。また、現状の筋力についても確認した。島上さんは、右下肢の方が動かしやすいと語る。足背部、内果周囲、下腿内側、下腿外側上部に切皮して置鍼した。その間、ずっとスポーツの話やこれまで住んでいた地域や出身地の話、また芸能界の話で盛り上がる。話をしている島上さんは非常に声が大きくとてもエネルギー的な印象を受ける。話の内容を気にしてか、島上さんは「こんなプライベートな話しちゃダメ？」と筆者のことを気にかけてくれる。すべての鍼を置鍼し、タオルをかける。ここでふと我に返ったように鍼についての不安を口にする。

島上：まあ私あまり鍼したこと無いんで。さっき言ったように。体に刺す自体が、ね。

平岡：それこそ全身に16本ばっかし鍼が入ってますけど。

島上：うそ！？そんなに入ってるの？へー。(10秒沈黙)全然わかんないね、そりゃそうだよ。刺して痛いって言ったらだれも(鍼灸を)しないね。

平岡：そうです。

鍼を刺すことに対する抵抗感が強いことがわかる語りである。また本数を聞いた際の驚きとその後の沈黙は、鍼を刺す行為が島上さんにとってどれほど強いインパクトを持っているかがわかる。

その後は下肢に灸をする。灸にも若干の抵抗があるようだ。「熱は感じるかどうか」と、鍼を刺す時と同様、心配の言葉が溢れる。灸の間、島上さんとの会話は下肢麻痺になったことへの疑問から、再度スポーツの話へとめまぐるしく変化する。そしてその間に時々感じる灸の熱さへの反応の言葉が混ざる。内果あたりに印をつけて透熱灸を数壮行う。だんだんと熱を感じてきて、本人も声を出して「熱さを少し感じてきた」や「感じてきた」「あつつ」など反応が出始める。灸の熱さで体動もする。島上さんの話は次第にプライベートな内容になっていき、途中筆者に「ダビングできないようなことも話しちゃおうか」と笑いながら冗談を言う。

灸が終わった後、睡眠の状態を聞きながら右の脈診をして、母指で前腕手掌側に指していた鍼を左右に回旋する。続いて左手の脈診も行う。平岡氏は島上さんの頭側に移動する。最初に頭部を、次に肩上部のマッサージを行う。島上さんはジェスチャーで右鎖骨下のポートについて注意をする。島上さんは自身の症状の話の時には声が変わる。少し低く、やや落ち着いた声になる。そこに怒りの感情も混ざっているのだろうか。話の途中で Conan のことを気にする島上さん。マッサージをしながら平岡氏は島上さんの病歴について整理

する。特にマッサージを行っている肩まわりの既往歴の確認だ。いくつかの外傷歴をもっている島上さんは、「全部そんな資料いつてんの？」といささか驚いた様子で答える。数十秒の沈黙の後、足に行っていた灸のその後を気にする島上さん。その際灸についてのイメージを平岡氏は語る。

島上：今足首の鍼も燃えてるんですか？

平岡：いやもう終わってますよ。

島上：あそうなの？熱いやつ。一瞬なんだ。

平岡：一瞬ですね。イメージ的にはこう、体のかまどの日を焚くような、しっかりお腹から温めてお腹全般動かしましょうって。

島上：ああなるほど。呼び水みたいなね。

平岡：そう。

平岡氏の灸のイメージの話をつきかけに、島上さん自身の中に「呼び水みたいな」という、灸をすることの意味が生まれた語りである。このイメージが島上さんの「治る」というイメージに結びついたのであろうか、ここで島上さんは平岡氏に懇願する。

島上：なんとか先生、お願いしますよ。鍼と念力で。念力も入れて。ショックでさ、こんな。なんでって言いたいくらい。80 過ぎて、もう寝たきりだったら諦めるけどさ。しゃあねえなと思うけど。

平岡：んん・・・。(沈黙5秒)

平岡氏ははっきりとは答えなかった。最初は冗談半分の口調だった島上さんの言葉は、一文字ずつ真剣味を帯びるようになり、最後は懇願とやりきれなさが混ざり合う、複雑なトーンの語りになっていた。頭部のマッサージを終えると、平岡氏は腹部の鍼を抜く。雀啄術を行ってから鍼を抜く。平岡氏は島上さんに「ズーンという感じがありますか」と感覚を確認して表情を見ながら刺激を加える。鍼を抜き終わった後、左の脈を見る。島上さんはつぶやく。

島上：話すことでリラックスできるというか、ね。こうやって一人でいればさ。

平岡：東洋医学でもそうなんです。要は話すってことはストレスを発散してるってことなんです。

島上：笑うのもいいって。

平岡：もちろんそうです。

ぶつけようのない苦悩を抱えながら普段一人で家にいる島上さんにとって、「話す」ことの意義は非常に大きいのだろう。平岡氏は東洋医学の解釈に引き寄せて、改めて「話し」て「発散する」ことの意義と必要性を伝える。仰向けの姿勢での治療が終わり、右横向きになる。島上さんはベッドの柵につかまりながら目一杯に上半身の力を発揮して横になる。力が入らない下肢の移動は平岡氏がサポートする。上半身の動きを見るに、下肢麻痺が起

こる前はがんを患いながらも力強く日常生活を過ごされていたのだろうと想像できる。そんな日常の中で、下肢の麻痺というあまりにも突然の変化を、島上さんはそう簡単に受け入れることなどできないはずだ。

平岡氏はベッドの左側に入り込み、島上さんの頸肩部を母指で触診する。その後背部の状態、特に転移があるとされている第 9 胸椎の周囲を丁寧に触る。次いで腰部を四指の先端で柔らかく触診する。島上さんは左腸骨稜あたりの「ビリビリが強い」と答える。平岡氏は島上さんの頸部周囲に切皮する。その後左肩甲間部に 2 点ほど切皮してすぐに抜いた。続いて腰部の散鍼をする。ここで島上さんはため息を一つつく。鍼に対して少し緊張しているのだろうか。横向きの姿勢になってから島上さんが沈黙する時間が急に増えた。一言二言のやり取りごとに、1 分前後の沈黙が挟まる。左膝窩から下腿後面と下腿外側面にある経絡を母指で軽く触診して鍼を刺す場所を確認する。その後、下腿外側上部に単刺をする。島上さんの中で今後の治療イメージが固まってきたのだろうか、島上さんが平岡氏に今後の訪問日程についても話し始めた。今後は週に 2 回で治療していくこととなった。肩背部のマッサージを行う。島上さんが「そこしてもらおうと痛いな」と言ったのに対し、「こんだけ上半身使ってたら」と平岡氏は答える。その会話の流れからひろせクリニックのリハビリの必要性についても説明する。

平岡氏は頸の鍼を抜き、島上さんを横向きになるよう促す。この時も島上さんは上半身を使って力強く横向きになろうとする。

平岡：しっかりと、失礼な言い方ですけど、口も体も動きますね。(笑う)

島上：下半身も一緒に動いてもらわないとや。本当にショックでショックで。ショックで。平岡先生考えてごらん？自分の今下半身麻痺したらどうなりますや？

平岡：正直、受け入れを・・・無理ですね。

島上：無理だよな。家族も大変なんだけどさ。

平岡氏は治療開始時からの島上さんの会話に多さに若干の戸惑いを感じていたのだろう。また下半身の状態以外は、全身状態も良好で上半身の動きも非常に力強い様子を見て、ふと出た言葉だったのだろう。動かなくなった下半身の苦悩が強い島上さんにとってこの平岡氏の発言は若干気に障る発言だったと思われる。語気を強めて自らの下半身が動かないことのショックを訴えた。そしてその苦悩をそのまま平岡氏にぶつけた。平岡氏はその訴えに圧倒され、答えに窮していた。横で聞いていた筆者も、この問いかけにどう応えるべきなのか考えたが、全く言葉が浮かばなかった。

左側の治療と同じように頸部の数カ所に切皮して置鍼する。次いで平岡氏は背中への刺鍼に移る。背部を触られる時には島上さんは少し緊張している様子だ。島上さんは時々大きな「ふーっ」というため息をつく。横向きの治療になってから明らかにため息の量が多い。平岡氏は右の背部、腰部を示指と中指の 2 指で触り下ろしながら筋の状態を確認している。その後腰部の数カ所に切皮のみの単刺を行う。続いて平岡氏は島上さんの下肢の治療を始める。下腿外側、下腿後面を切経し、下腿全体を把握する手技を行う。下腿の手技が終わった後、再び平岡氏は島上さんの肩の位置に移動し、肩上部から側頸部にかけて母指で軽いマッサージを行う。この間、治療している部屋の中にふらふらと入ってきたコナンの話

になる。コナンの話が終わったあたりで再度仰向けになり、治療の終わりを伝える。治療後平岡氏は弾性ストッキングを履かせながら、その使用方法についてアドバイスをし、島上さんと確認しあう。そして次回の日程、駐車場の使用方法について確認した。最後に平岡氏は島上さんに初回の印象を訪ねた。

平岡：では島上さんこんな感じになります、鍼灸治療は。

島上：オッケーです。やってください。

平岡：体の感じは今どうですか？

島上：わかんないんだよね（笑）。急にビビってきたっていう、そういうのはわかんないです。正直なところ。

平岡：はい。

島上：すぐわかんないもんでしょ？こんなの。

平岡：もちろんそうですね。もちろん効果は人それぞれだし、またやっぱりこう、それこそ動かない足が、っていうところで実際はどうなのかっていうところは・・。

島上：わかんないんですね。まあ自分の気持の中では鍼やってマイナスにはなんないだろうっていう気持ちのほうが強いので。それは続けたいなどは思っていますけど。

平岡：だからやっぱり、先を見ると焦ることはあるかもしれないけど、今はまずしっかりとその、車いすへの移乗を第一に。

島上：一つ一つ。

平岡：でその中で、上半身使う中で肩が痛いとか、もちろんその足の方はやりますけど。あと足のそれこそ拘縮か、固くなっちゃうのももちろん予防していかなくちゃいけないし。っていうところでトータルのね、鍼灸も考えといてもらえればと思うんですけど。

言葉を濁しながらも、平岡氏は下肢の症状の緩和の難しさについてやんわりと伝えている。後半ではその目的を当初のものからズラしつつ、鍼灸のみでどうこうするのではなく鍼灸「も」含めて治療を進めていく方針を提示している。島上さんも正直に変化のなさについて話しており、一方で「マイナスにはなんないだろう」という理由で継続の意志を示した。

島上さんの初回鍼灸治療は、終始そわそわした印象だった。会話が長いせいか、島上さん自体がなんとなく緊張していて落ち着きがなかったせいか考えられる要素はいくつかあるだろう。治療後平岡氏も過去にないくらいの疲弊を感じたという。これほどまでにたくさんまくしたてて喋ってくる患者をあまり経験したことがないとのことだった。「正直苦手なタイプ」という感想を漏らす。平岡氏は島上さんのマンションを出てすぐに、島上さんが平岡氏に語った病院での検査のあり方に関する不満を担当ナースに即電話で報告する。

〔2〕治療現場②

初回鍼灸治療の翌日の看護師カルテには、「鍼灸で疲労感なし。効果はまだわからないが気持ちよかった。」と記載されていた。島上さんのところには友人やその友人のマッサージ

師が入れ代わり立ち代わりで出入りし、懸命に島上さんの下肢のマッサージをしてきている。筆者が2回目の参与観察をするまでの2週間弱の間で、足先の動きが少しずつ良くなり、排便感覚も少しずつ戻ってきたようだ。ひろせクリニックのリハビリも週2回の頻度で介入することとなった。

島上さんの部屋に入った平岡氏は挨拶を済ませて鍼を準備した後、ベッドの右端（島上さんの右側）に立ち、早速左手の脈をみる。ほぼ同時に「舌を見せてください」と舌診を行う。「お通じどうですか」と平岡氏がお腹を擦るジェスチャーで確認する。島上さんは、少しずつ排便感覚が出てきていること、訪問看護師に摘便してもらっている旨を話す。平岡氏は、島上さんの足の方に移動し、弾性ストッキングを脱がせる。島上さんの足を見ながら下腿を全体に軽く触る。その後、また島上さんの右側に戻り、準備していた鍼が入ったシャーレを枕元に置く。鍼を置いた後に改めて両手の脈診を数秒間行う。また、左手で島上さんの腹部全体を軽く触診する。左手の動きは下腹部のある箇所ですまり、右手でシャーレから鍼を取り出す。下腹部の一箇所に鍼を切皮し置鍼した。右手の脈診を行った後、平岡氏は島上さんの足側に数歩移動し、左足、足底の内側を指先で触る。この時に浮腫の話が出る。島上さんは、友達が週に2回来てくれて、リハビリの先生が週に2回来てくれているからだいぶ浮腫の状態が良い旨を平岡氏に伝える。平岡氏は踵内側を触診し、切皮して置鍼する。また、足部内側を示指で何度か擦りながら確認をする。そこには鍼をせず、下腿前面、膝内側を触診し、切皮して置鍼する。

その後左手の脈診を行う。治療開始からそれまで話し続けていた島上さんが突然話すのを止め、沈黙の時間が10秒間流れる。まるで会話のチャンネルが「言語から脈診に切り替わった」ようである。脈診の終わり際、島上さんは大きく一つため息をつく。平岡氏は道具ケースに手を伸ばし灸の準備を始める。線香に火を付け、もぐさのケースを開ける。島上さんの足元の方へ移動し、足首内側に透熱灸をする。灸を受けながら、島上さんは過去の鍼灸治療歴について語ってくれた。

島上：私若い時踊りのプロの仕事してましてね。東京とか大阪で、あの一、体あれするのに整体とかそういうのよく行ったんだけど、鍼はあんまり経験ないんですね。何回か行きましたけど。やったけども

筆者：その時の鍼ってどうでした？

島上：うーんとその時はね、公演出てねちょっと腰に来たんで、急遽良くしたいんで紹介されていったんだけど、数はたくさん行かなかったですね。あまりちょっと記憶にはないです。

筆者：その時の鍼のイメージってどんなイメージ持ちましたか？

島上：うーんとね、その時は鍼初めて位だったかもしれないけど。体にそういうの刺されるっていうのが、ちょっと気分的に嫌かなって言う気はしましたけどね。

島上さんは鍼灸自体にはあまり好意的なイメージを抱いていなかったようだ。また、過去の治療もおそらくあまり効果的ではなかったのだろう、記憶に残っていないという。そんなイメージを持っていた島上さんが、今ここで鍼灸治療を受けている。がんという難しい病いであることに加え、脊髄病変による下肢の麻痺というさらに難しい状況が重なった

ことの重大性は当然島上さんも理解しており、それが故の積極的な鍼灸治療の選択である。島上さんの言葉の端々には、「治りたい」という思いが見え隠れする。島上さんにとって鍼灸治療はどこか「治る」ための一つの「希望」ようなものになっているのだろうか。

右側の足首に施灸をした際に、体が反射的に「ビクッ」と動いた。平岡氏が「熱いですか？」と確認すると、島上さんは「痛いかわからなかった」と答えた。右側の施灸を終え、「左側に灸をしますね」と声掛けし、施灸をする。ここで島上さんは大きくため息を付く。平岡氏は左右 3 壮ずつの透熱灸を終えて、足元に置いていた灸の道具をかばんの中に片付けた。その後両手の脈診を数秒間行い、手足の鍼を抜いた。そして再度左手の脈診を行う。

次に左右の腹部に刺入鍼を行う。1～1.5cm ほど刺入し、数十秒にわたり、刺した鍼を雀啄する。島上さんは大きくため息をする。雀啄は続く。島上さんは再度ため息をつく。島上さんが緊張しているのが筆者にも伝わってくる。時間にして左右合わせて数分間に及んだらうか、そのまま置鍼し、再度左手の脈診を行う。その後治療部位は頭部に移動する。1本の鍼をシャーレから取り出し、島上さんの側頭部に散鍼をする。島上さんは目を閉じている。数十秒ほど散鍼をした後、島上さんの頸部から肩上部を軽く揉捏する。この間基本的に両者は沈黙している。初回に比べ互いに沈黙している時間が明らかに増えている。頸から肩上部の揉捏が終わった後、平岡氏は島上さんの右側に再度移動し、左手の脈診を行い腹部の鍼を抜く。

仰向けの姿勢の治療が終わり、右横向きでの治療を始めようとした瞬間、島上さんの自宅の電話に角野医師から往診に来た旨の連絡が入る。平岡氏が駐車場に停めている上、施術はまだ終わらないため、角野医師の往診車をどこに止めるかでのやり取りが暫く続く。角野医師が到着するまでの間、横向きでの治療を継続する。島上さんは下肢の力が入らないため、自ら右側のベッド柵を持ち体位を変える。平岡氏は島上さんの背中側に回り、背中を軽く触診する。シャーレから鍼を取り、頸肩部に切皮し軽く刺入をする。平岡氏は下肢の方へ移動し、下腿外側から外果後方に切皮、その後改めて背部全体を手掌で触診する。第 9 胸椎は病巣高位のため、その周囲での触診は慎重になっている。シャーレから鍼を取り出し、背部の筋に対して上部から下部にかけて単刺を繰り返す。腰部では他の部位に比べて深く刺入する単刺を行う。

ちょうどその時、インターホンが鳴り、「ひろせクリニックでーす」という声が玄関から聞こえてきた。程なくして角野医師、看護師、医療クラークの 3 人が入ってきた。平岡氏は一旦手を止め、「先生どうぞ始めてください」と角野医師に診察を先に行うよう促す。「いいの？」と聞いて角野医師は島上さんのベッドサイド右側に立ち問診を始めた。まずは下肢の動きや便の状態について問診している。看護師は角野医師の斜め後ろで、医療クラークは角野医師の脇に座り込んでパソコンに問診内容を入力始める。平岡氏は先ほどの続きで島上さんの背中の揉捏を行っている。角野医師は「なんかすごいね、これ」とつぶやき、医師による問診と鍼灸師による施術が同時に行われるそのシチュエーションに皆笑う。平岡氏は骨盤部を手掌でマッサージをする。島上さんを交え、角野医師と平岡氏が会話する。

島上：鍼もあるし。平岡さんの気持ちのこもった、平岡さん気持ちこもってるよね？

平岡：すごいこもって・・・

角野：常に、平岡さんいつも全力だから。

平岡：ひろせクリニックーだと思う。気持ちのこもりようだけは。(皆笑う)

島上：気持ちで治してくれる？(皆笑う)

角野：施術してて何か気になることとか無かった？

平岡：そうですね。(一呼吸置いて) はい、特に気なることはないかな、はい。

筆者は、島上さんが複数の職種の複数の目線でケアされている様子をまさに目にした感覚を抱いた。医師がいて、横に看護師がいる。医療クラークもその横で笑い、鍼灸師が医師と島上さんについて会話を交わす。多職種が患者を中心とした一つの空間に集い、島上さんについて話し合う。島上さんが笑顔でやり取りに加わっている姿に、この状況がいわゆる多職種によるチームケアというものなのだろうと筆者は感じた。

角野医師は平岡氏の施術が終わってから診察を行おうとしたが、施術に時間を要するため平岡氏は角野医師に先に診療を行うよう促した。島上さんを仰向けにし、角野医師は島上さんに症状について問診する。角野医師の問診は、少し高めの穏やかな声で患者を急かさず話を聞くスタイルが印象的だ。角野医師は基本的に笑い顔をしており、見た目もとても温和に見える。見ているこちらが微笑ましくなる感じだ。島上さんの声のトーンや話し方が、平岡氏との会話の時とはどこことなく異なる。会話の内容も、基本的には症状についての確認や薬の作用・副作用についてなど、医療的な話を中心となる。島上さんは、抗がん剤治療で入院する話の際、その間にひろせクリニックの鍼灸とリハビリを院内でできないかという相談を角野医師に持ちかけた。角野医師は「難しいですね」という答えをした後、「ただ、抗がん剤療法中は体力も消耗するから、動ける範囲で少しずつ身体を動かすというのがいいのでは」という提案をした。腹部の触診をし、胸部の打診をする。その後胸部の聴診を行う。心音を聞き、肺音を聞く。角野医師は「ガスが溜まり気味だね」や、「押しても腹部の痛みはない？」などのコメントや質問をしながら診察を進める。下腿の筋の状態および浮腫の確認をし、腹部から下肢にかけての感覚の確認も行った。下肢の筋力に関しては「大分戻ったねえ。大丈夫リハビリはよくできていますね」と嬉しそうにコメントする。脈拍と SPO2 のチェックを行う。また、島上さんに排尿してもらい、排尿の状況、尿の色調などの確認を角野医師は行った。この時、平岡氏も帯同していた2名も、そして筆者も一時部屋から退室した。尿の確認が終わった後、角野医師は最後に島上さんを横向きにし、脊椎の叩打痛を見た。「平岡さん終わりました！」と角野医師が伝えると、平岡氏は「わんちゃんと遊んでました」と答える。角野医師が平岡氏に質問する。

平岡：わんちゃんに鍼打ってました。

角野：わんちゃんに鍼うったの？(笑い) 島上さんの施術は片方ずつ横向いて？右と左で違うわけ？

平岡：基本的にうつ伏せで左右均等に(治療します)。右と左に経絡があるんだけど。

角野：ああ。

平岡：うん、(左右) 一気にやれればあれなんだけど(状态的に難しいので)。まあ左右しっかり見たいっていうのあるし。はい。

平岡氏の治療場面をそう多くは見たことがない角野医師にとって、平岡氏が行う治療内容に興味があるのだろう。平岡氏は角野医師に対して「右と左に経絡がある」ことを説明したが、角野医師が「ああ」という曖昧な返事をしたためか、「まあ左右しっかり見たいっていうのもあるし」と説明を東洋医学モデルの表現から、理解を促しやすい次元へと説明モデルを若干変えている¹⁸²。

「ごめんね、邪魔してね。また元気なお顔見させてください。」と言いながら、角野医師は部屋を退室した。角野医師が診察をした時の左横向きの体位のまま、平岡氏は施術を再開した。島上さんは大きくため息をつく。左側と同様に、右の頸肩部の数カ所に切皮して置鍼し、その後右背部の筋の緊張部位を上位から丹念に探しながら単刺で鍼を刺していく。腰部には左と同様深めの刺入鍼をする。刺鍼が終わった後、母指で背部の筋を上位から揉捏する。ちょうど背部のマッサージが終わりかけた頃、例の友人の女性がやってきた。声の大きい元気な印象の中年の女性だ。身長は 152、3cm 位だろうか、体格はどっしりとしていて、手に荷物をたくさんもって部屋に入ってきた。廊下を進み、奥のテレビのある居間へ直行する。家の勝手を大分わかっているようだ。平岡氏は島上さんを上向きにし、「終わりまーす」と声をかける。島上さんと友人の方と平岡氏の3人で少しの間会話をした後、その日の治療は終了となる。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

島上さんの下肢の筋力は少しずつ回復していた。一方、医療費と介護保険に関する相談がソーシャルワーカーにされており、治療継続に関するコストの問題があることも心配されている。その後、島上さんは3月末に抗がん剤療法で2週間近く入院となった。その間、飼い犬のコナンが死んでしまった。島上さんは、大分落ち込みがあったようだが、入院後再開した初日の鍼灸では変わらず多弁だったようである。入院直前に痛めた腰痛と排便の調整を主目的に改めて鍼灸治療が継続となった。その後膝周囲の痛みなども併発したため、併せて治療を行っていた。5月に入り、感染症の為に再度2週間ほど入院となった。退院後1ヶ月ぶりとなった5月中旬の鍼灸治療の際、島上さんは幾分痩せた状態になっていたという。この後島上さんは再度感染症に罹患し、治療再開1週間後に急逝した。

第六節 細やかな対応をする鍼灸師への思い—山岡みすずさんの事例—

第一項 山岡さんの在宅療養と鍼灸治療

山岡さんは70代後半の乳がん末期の女性である。山岡さんは6ヶ月半の在宅療養の中で、ほぼ最初から最後まで継続的に鍼灸治療を受けていた。筆者が山岡さんの治療現場に訪れたのは、亡くなる3ヶ月半前の一度だけであったが、平岡氏が浮腫への対応の為、姿勢について細かなアドバイスをした際にとても喜んでいたことが印象的だった。インタビューにおいても、平岡氏の対応の細やかさが嬉しいと語っていた。治療そのものは然ることながら、医療者の細かな気配りの必要性和、的確に患者のニーズを把握することの重要性を考えさせられる事例であった。

¹⁸² こうした平岡氏の工夫も、第四章第三節で触れた「戦術」の一種と解釈できる。

山岡さんは、左乳がんのため2011年7月に左乳房全摘術施行した。しかしその後、2013年2月に肝転移が、2014年1月には骨転移があることが判明した。化学療法は山岡さん本人が拒否し、ホルモン療法のみ治療継続した。また、下垂体腫瘍のため下垂体機能低下があり、ステロイドを内服していたがその影響か体調不良を訴え、1～2週間の入退院を繰り返していた。しかし肝転移も進行し、全身状態としては緩和ケアを考える段階にあったことから、2014年の5月から在宅療養開始となった。初診時の山岡さんのPSは2～3程度であった。骨転移の影響もあってか、長く座っていたり、立っていたり、歩くと左腰部から殿部にかけての痛みが出現していた。その為家事ができず、ご主人の浩史さんが家事全般を行っていた。山岡さんは浩史さんと二人暮らしであった。浩史さんも慢性疾患を患っており、全身状態が良好ではなかったが、山岡さんの状態もあるため懸命に家事をこなし、山岡さんのケアを献身的に行っていた。市内に娘さん夫婦が住んでおり、1～2週間に一度程度の頻度で様子を見に来てくれていた。山岡さんは腰痛以外にも、下肢浮腫および便秘症状を伴っていたため、ひろせクリニックからは医師や看護職の介入に加え、初期から鍼灸治療を導入することとなった。

在宅療養開始から4日目に初めての鍼灸治療を行った。主目的は腰痛の緩和と便通の改善であった。山岡さんは鍼灸治療を受けるのが初めてで、初回は大分緊張していたようだった。平岡氏の初診カルテによると、排便の内容が中心に書かれており、治療後の排便の状況によって鍼灸治療の継続や回数について検討する旨が記載されていた。その後山岡さん本人から鍼灸治療継続の申し出があり、週に2回の頻度で治療を継続することになった。最初の数回は緊張して「鍼にはまだ慣れていない」ということであったが、看護記録には「鍼灸を昨日しているが体が軽くなったと感じる」という記載も見られ、導入当初は山岡さんにとって鍼灸治療がポジティブなものとして受け入れられている様子であった。薬剤との併用もあり便通については若干の症状緩和が見られていた。6月に入り、今度は下肢浮腫が急性増悪したとのことで、その時期からは浮腫への対応を中心とした治療になる。また、排便困難が再び増悪したために併せて治療を行った。3～4日間隔で1ヶ月間ほど連続して治療すると浮腫の軽減が得られたため、山岡さん本人から一旦治療中止の申し出があった¹⁸³。ところが治療終了予定であったその日に、数日前から自覚していた両足のシビレ症状に対し施術を加えた所、改善が認められたところから、再度治療を継続することになった。さらにその数週間後から一旦緩和した浮腫が再度増悪し始め、排便も滞りがちになってしまったため、週に1回の定期的な鍼灸治療はそれまで同様に継続となった。鍼灸治療を始めて3ヶ月目のタイミングで、筆者は山岡さんのご自宅を訪れた。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場

山岡さんの自宅は、海沿いの工場地帯に向かう国道が目の前にある美容室の隣にあった。美容室の裏手にある駐車場に車を止め、玄関に向かう。玄関は、いわゆる典型的な日本家

¹⁸³ この時のことを振り返り、平岡氏は「ある時は継続したいと言ったり、状況が良くなり始めているその時に限って治療を止めたいと言ったり、正直山岡さんの思いがよくわからなかったですね」と語っていた。山岡さんからすれば、急性増悪した浮腫が改善したため、治療が必要なくなったと判断したのかもしれない。末期から終末期にかけて鍼灸を導入すると基本的には継続的に治療を行い続けるという平岡氏の「従来のパターン」とのズレが当時の平岡氏の違和感を生じさせているのかもしれない。

屋の玄関で、有に畳 2 畳分位あるほど土間が広く、その玄関の幅の広さのまま廊下がまっすぐ奥へと続いていた。廊下の先にはリビングがあり、廊下との間仕切りの扉をしめていないため、玄関からリビングまでが一気に見通せた。平岡氏とともに、玄関を上がり廊下を進んでいくと、ちょうどお手洗いを終えた山岡さんが浩史さんの支えを得ながらベッドに向かうところであった。山岡さんは、笑顔で筆者を迎え入れてくれた。カルテと平岡氏の話の通り、全身の浮腫で体が辛い様子は一見して明らかであった。薬物治療の影響もあり顔面部の浮腫が強く、また下肢浮腫の強さのためか足取りもゆっくりでかなり慎重である。リビングの東側の明るい窓の下に山岡さんの休むマットレスが敷かれていた。部屋の中央にダイニングテーブルがあり、北面の西側にキッチンがあった。山岡さんをベッドに寝かせると、浩史さんはダイニングテーブルに腰掛けて、何やら作業を始めた。

平岡氏は早速山岡さんのベッドサイドにしゃがみ込み、下腿部の毛布をめくって下腿の浮腫の状態を確認する。平岡氏と山岡さんのやり取りは、浮腫、便通についてのやり取りから始まった。浮腫の状態は変わらないこと、便通は自力で排便できすっきりしたことが山岡さんから語られた。その後、食欲や睡眠の状態が問題ないことを確認し、数秒間両手の脈診を行う。同時に舌診も行う。そこで山岡さんの上肢の浮腫についてのやり取りがなされた。

平岡：左手のほうがちよっと浮腫み強いですね。

山岡：そうなの、ひどいの。どんどん張って、夜寝る時こっちのほう腫れているから、こうちよっと腰の下にこうしてやると。

平岡：あ！

山岡：だめ？

平岡：だめ。逆のほうが、ここ（肘の下を指して）にね、座布団。これを（肘の）下に敷いて。

山岡：あ、そう表に出した方がいいの？

平岡：（腋窩の部分指しながら）ここに、リンパ節があって、ここに水が集まってくるから、こういうふう（肘を伸ばす）じゃなくて、こういう、ちよっと肘は曲げて。こういうふう（リンパの流れを指で示しながら）にここ（鎖骨部を指差しながら）に血管があるんだけど、下半身の浮腫みもそうだけど、水が全部ここに集まってくるの。ここに集まってくるイメージで。だからこう、特に左肩なんかを回しててくださいっていうのは、水の流れを良くするため。こういう姿勢のほうが戻りやすい。

山岡：はいはい。そいでこの腕は夜は出して寝ていいの？

平岡：出してと言うか、上にね。出すっていうのは？

山岡：お布団かけないで、何もかけないで？

平岡：それはどちらでも。暑かったり寒かったりで。

山岡：ああ、そう。ああそうなんだ。

平岡：下に敷くと、血流を遮断しちゃうから。

山岡：ああ、だめね、そうやってたの。

平岡：いかに全身を流して、そしてやっぱり最終的にはおしっことして出す、まずそ

の第一段階で肩のところに全身から水が戻ってきて、心臓に戻ってきて、心臓から腎臓、腎臓からおしっこが作られて水が出て行くっていう、こういうイメージを作ってもらえば、はい。

山岡：逆のことやってたのね。

平岡：聞かなければたぶんね。右手も少しむくんでるんだったら、こっちもこう座布団一二枚ここに、(肘の下に座布団を敷いて) こういう感じ。

山岡：ここにね。

平岡：こんな感じ。

山岡：こっち(右)はね、こっち(左)に比べれば大したことないんだけど、こっち(左)がひどいの。

平岡：それはおそらく、右はちなみに、このへん(右上半身を示しながら)だけで独立してるんです。右はこんだけしか水関係しないんです。左は、あとお腹かから下全部ここに集まるから、なんだろ、こっちのほうが負担がかかるって言ったら変な言い方かもしれないけど、逆にこっちの方がこの辺に流れ悪いと、あと足とか手の浮腫みもね。右はここら辺の問題だけなので。

山岡：聞いたいてよかった。

平岡：いえいえ。

平岡氏は、冒頭の「だめ」というはっきりした否定の表現に続き、それを丁寧に補うようにリンパの流れについて解剖学的にわかりやすく説明し、山岡さんに正しい肢位をとってもら理由を説明する。山岡さんは平岡氏の説明を受けている時には、納得したような表情で何度も頷きながら話を聞いていた。後のインタビューでも、こうした指導をしてももらえること自体がすごくありがたいと山岡さんは語っていた。

まず平岡氏は数分間かけて右上肢のマッサージを行った。右上肢のマッサージを終えた平岡氏は、左上肢の浮腫の確認をする。平岡氏は山岡さんのベッドの頭上にまわり、頭上から左肩のマッサージを始める。上肢を掴んで山岡さんの肩を屈曲させ、前腕部を手掌全体で把握してマッサージをする。さらに挙上の肢位を高くし、肩関節周りをマッサージする。上腕を軽擦して肩関節の方に擦り下ろしていく。左上肢をベッドに戻し、平岡氏は山岡さんの右側に移動した後、再度右手の脈診をする。

次に平岡氏は山岡さんの腹部を手掌で軽く触診する。両手の手掌で挟むようにして、腹部全体を触診する。シャーレから鍼を取り出し、腹部に切皮し置鍼する。ここで平岡氏は浩史さんに「お父さん換気扇回させてもらいますね」とひと声かけ、灸の準備を始める¹⁸⁴。

「山岡さんお腹に灸しますね。熱くなったら言ってください。」と声をかけながら、もぐさを取り出し小豆大の知熱灸を作る。平岡氏は山岡さんの上腹部を数回触診し、そこに点火した艾を置く。「熱いです」という山岡さんの声と同時に、直ぐに平岡氏は灸を取り外し、専用の瓶の中に入れる。「じゅっ」という音が響く。「お腹あと一回灸します」と言いながら2 壯目を同箇所置く。腹部から煙が立ち上る。

¹⁸⁴ ある日娘さんが灸をしていた時に訪ねてきて、「何?!この臭い?やめてよ、もう!」とご主人に直接、また同席していた平岡氏に間接的に訴えてきたことがあった。以来、平岡氏は灸を行う際に必ず換気扇を回すことにしている。娘さんの発言には鍼灸治療への思いが凝縮されている。娘さんは鍼灸治療を行うことには抵抗感があったのである。

灸を終えた後、右手の脈診を行い、続いて左手の脈診を行う。左手の脈診は20秒ほどと長い。普段の脈診の時間に比べても大分長い印象である。その後、鍼を手に取り、山岡さんの右手関節周囲を何度か指先で撫でて刺鍼場所を探る。刺す場所を決めて切皮をした後、鍼体を母指で弾く手技をかなり長い間行う。弾く動作をおおよそ4,50回。鍼が生き物のように動く。その鍼を抜いて再度右手の脈診をする。

次に足部の方に移動する。右の足部内側にも手関節部に行った手技と同様に切皮をした後鍼体を母指で弾く手技を10回ほど行う。右を終えたら、左も行う。足底を母指で把握しながら触診する。大腿の近位側（鼠径部近く）を両手掌で左右それぞれを押圧する。山岡さんは目を閉じたままだ。左手掌で右大腿前面を押圧。その後手掌全体で掴むようにしながら下腿前面を母指で圧迫する。非常に柔らかい手付きである。次に足部に移動し、足関節周囲を押圧する。さらに、足指を掴みながら足背部に軽度の圧迫を加える。右下肢のマッサージを終え、右手の脈診を行う。平岡氏は少し考えた後、右膝内側に切皮のみの鍼を打つ。再度鍼体を母指で弾く手技を数回行う。続いて、左下肢のマッサージに移る。換気扇の音しか聞こえない静かな空間である。大腿部を手掌で軽く数回押圧し、下腿部を両手掌で把握しながら体幹方向へ揉み上げる。次に右足と同様に足関節部から足背部の母指圧迫を行う。左下肢のマッサージを終え、再度右手の脈診を行う。脈診を終えた後、右膝内側の鍼を抜いた。平岡氏は「終わりまーす」と治療の終わりを告げる。治療が終わった後も、左上肢の置き所の話になる。山岡さんにとってはこの話は大分大きな意味を持つものだったようだ。

山岡さんの鍼灸治療の意味については、堀医師もこの時のエピソードも踏まえて語ってくれている。山岡さんは実際に、「浮腫がよくなったりして、効果が客観的に見てもあった」ことに加えて、「平岡さんのアドバイスがまたよかったり」することもあり、それが、「旦那さんも本人もすごうれしかったみたい」であったと堀医師は語る。当初いろいろな職種の間人が家に入ることにに対して抵抗を示していた山岡さんであったが、試しにはじめてみた鍼灸治療を、「慣れてきたらほんとに今日は鍼灸の日とかいって楽しみにしている」という。「彼女も状態はかなり悪いんですけど、多分、意識があるうちは望むんじゃないかなと思っています」と堀医師は語った。

〔2〕鍼灸治療についての語り

山岡さんは治療後に快くお話を聞かせてくれた。山岡さんは在宅療養が始まってすぐに鍼灸治療も始めたが、きっかけはひろせクリニックの堀医師から一度試してみてはどうかと勧められたことだった。鍼と聞いて「半分怖い。鍼を刺すっていうね。長い鍼なんだろうな、と思ったり。怖いっていう感じがあったけど」ということだが、実際に鍼をしてみたらそういうイメージは全く無くなったという。山岡さんの認識では当初「隔週くらいで（鍼灸治療を）やっていた」が、浮腫による張りが出てきたため1週間に1回の頻度で治療するようになったという。堀医師から鍼灸治療を勧められた理由は「浮腫みに対して」ということであったが、勧められた当初はさほど浮腫みはひどくなかったと山岡さん自身は認識している。むしろ「体調を整えるのに」鍼灸治療を行う、という意味で始めたと認識していたようだった。

鍼灸治療を行った感想を尋ねると、山岡さんは「よかった」と答えた。何がよかったの

かを尋ねると、筆者が訪問時した際のエピソードが語られた。

今日もほらこっち（左）側腫れているから、むくんでいるから、お尻の下にこうやって（上肢を潰すような肢位で）寝るとなんかいいような感じがして。起きた時にちょっとなんか感じがね、いいような感じがしたので。ところがやっているのが逆なんですよね。そういうのも教えてもらえたりするのもいいですかね。（山岡さん）

この日の平岡氏のエピソードは山岡さんにとってかなり印象的だったようだが、最後の「そういうのも教えてもらえたりするのも」という通り、平岡氏が訪問の都度山岡さんの状態に対して何かしらの細やかなアドバイスをしていることを想像させる一言でもある。

鍼灸治療直後の体の状態について尋ねると、山岡さんは「気分はいいです」と答えた。その気分の良さがその日一日くらい続くという。それについて山岡さんは「やっぱしやったかいがあるなあ」と思うそうだ。「週に1回続けてやったほうがいいような感じがして、この頃は毎週来て」もらっている。どんなことが「いいような感じ」になるのかについては、「やっぱし、急所を教えていただけるから、こうじゃなく、こうした方がいいって教えていただくから」と答えてくれた。鍼治療そのものの効果についてではなく、山岡さんは平岡氏の対応について何度も言及する。

他の職種との違いについて尋ねたところ、山岡さんは「違います」と即答した。具体的な違いについては「対応が」違うという。再度今日の浮腫に対する姿勢の保ち方の話になり、平岡氏のアドバイスにしたがって早速今日から気をつけてみる、と語った。こうした一つ一つの対応が山岡さんにとってはよほど嬉しいものなのだろうか。山岡さんにとっては鍼灸治療の時間は「リラックスできる」ものということだ。今後も鍼を続けていきたいと最後に山岡さんは語ってくれた。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

筆者が訪問した8月から9月にかけての時期には浮腫が増悪し、便秘症状も強くなっていった。また、下腿の皮下出血が広範囲に出現するなどしたため、鍼灸施術の刺激を軽くしながら平岡氏は対応していった。10月に入り、山岡さんは休み休みなんとか歩けるも、状態の低下が目につくようになる。全身の出血斑が目立つようになり、便秘で大変な時期もあった。排便処置ではその都度体が疲労してしまう状態になっていった。また、この時期からせん妄症状が出始める。浩史さんはせん妄状態のナラティブに上手に付き合っている様子がカルテの記録からも伺える。11月に入ると、さらにせん妄が進み、痛みが混在した状態に加え、全身浮腫も増悪し、身の置きどころのなさによる苦痛もあったようだ。状態低下のためか発語も少なめになる。月末には傾眠傾向となり、平岡氏の最後の治療では「いらなーい」を繰り返し、すでに山岡さんとのコミュニケーションは取りづらくなった様子が記されている。

医師カルテによれば、せん妄の中「お迎えがくるから」と最後の挨拶をはっきりと堀医師に対して伝えていたようである。息子さんの提案により最期は緩和ケア病棟に入院させる手前まで行ったものの、それを待たず在宅での看取りとなった。浩史さんは経過の中ですでに覚悟を決めていた様子だったようだ。たった一度しか訪問しなかったが、ご主人の

浩史さんが山岡さんに寄り添っていた姿ははっきりと筆者の記憶に残っている。

第七節 ありのままの日常の中にある鍼灸—小島悦子さんの事例—

第一項 小島さんの在宅療養と鍼灸治療

小島悦子さんは80代半ばの女性で、左尿管がんおよび膀胱がんの末期の患者である。小島さんの在宅療養は9ヶ月近くに及び、ひろせクリニックの平均在宅療養期間と比べ長い療養期間であった。鍼灸治療もそれに伴い約7ヶ月間と長く、亡くなる3日前まで鍼灸治療は行なわれた。小島さんの治療は一度きりしか見ていない。筆者が小島さんのところを訪ねたのは、鍼灸治療を行い始めて7回目（鍼灸治療開始から、期間にして1ヶ月半過ぎた辺り）の時であった。訪問した日の晴天の影響もあってか、小島さんの治療空間はとても「ほんわかした」ものであり、小島さんの穏やかな「日常」そのものを感じるものであった。

小島さんは、2013年4月頃に腎機能障害を指摘され精査を勧められた。しかし小島さんは当時精査することを断っている。そのまま特に大きな体調変化なく過ごした1年後の2014年4月、数週間継続する下腹部不快感のため精査を受けることになった。当初は持病の過敏性腸症候群の症状増悪¹⁸⁵かと予想されていたが、精査の結果、左尿管がん・傍大動脈リンパ節転移・膀胱がんと診断された。診断結果について、小島さん本人は「がん」ということは伝えられたものの、詳しい病状を聞くことを希望しなかったという。代わりに娘の佳子さんと孫の大輝さんが小島さんの病状について説明を受けた。腎機能障害も重なり化学療法ができず、また既に手術療法のみでは根治が難しい状態であった。血液透析が必要となる可能性も指摘された。診断時は特に症状はなかったことから、小島さん本人の希望もあり積極的な治療は行わず、状態に合わせた治療¹⁸⁶を希望され、在宅療養開始となった。

2014年5月下旬に在宅療養開始となった小島さんは、PSは1～2程度で家の中での身の回りのことは自身で行い、時々外出もできていた。在宅療養開始時の小島さんの訴えは、「便秘で常にすっきりしない感じ」、また「重苦しく腹が張る感じ」であった。また右下腹部の痛みを訴えていた。がんの告知は受けたものの、「切ったり貼ったりしないで、自然に生きたい」というのが在宅療養開始時からの小島さん本人の希望であった。小島さんは長女夫婦と3人暮らしであった。長女夫婦は共働きであり日中は家を空けることが多かった為、小島さんは基本的に日中一人で過ごしていた。小島さんはその状況が少し心細かったようだ。在宅療養が2ヶ月ほど継続する中で、腰背部の疼痛と腹部症状の緩和のために鍼灸治療を勧められて、鍼灸治療が開始されることになった。

平岡氏が初回訪問した際の小島さんの最もつらい症状は便秘であった。「下剤を使って調整しているがうまくいかない。出したいのに出ない感じがあって、お腹が張って苦くなる」状態であり、平岡氏は同症状の緩和を目的に鍼灸治療を開始した。小島さんにとって初めての鍼灸治療で若干の緊張はあったものの、施術直後に腹部のすっきりした感じが得

¹⁸⁵ 最終的にがんが発見されたものの、この後も便通に関するトラブルは継続する。薬物療法の副作用によるものも考えられたが、後述の通り気分の影響で消化器症状は増悪するなど、過敏性腸症候群の徴候も併発していたと考えられる。

¹⁸⁶ カルテでは「BSC (Best Supportive Care) 緩和医療」と記されていた。

られた。しかし、治療後しばらくしてむしろ腹部の不快感が出現してしまったようだ。治療内容とその後の状態については、娘さんと連絡ノート¹⁸⁷を通じて情報を交換し合っており、そのノートにも初回施術後の状態について記されていた。2回目以降、平岡氏は「お腹を動かすより温めることを中心にした施術」をしていくことにし、連絡ノートを通じ佳子さんにもそのことを伝え、症状がむしろ悪化してしまった場合には「温めることが有効である」ことを伝えた。

小島さんの腹部が張る症状が強くなってくるのは一日のうち夕方にかけてであり、平岡氏がこの理由を小島さんに尋ねると「誰もいないこと。いつ帰ってくるのかと考えているとお腹が痛くなる」と小島さんは答えた。平岡氏はこの答えに対し、「不安要素が強いのか」とカルテにアセスメントを記している。小島さんは平岡氏が行う腰部のマッサージが気に入っているようで、平岡氏のカルテにも「腰部のマッサージが気持ちいい」とたびたび記されていた。筆者が小島さんのお宅を訪ねたのは、ちょうど鍼灸治療が開始された1ヶ月半後であった。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場

小島さんのお宅には月曜日の朝一番に訪問することになっていたが、お盆休みのため火曜日の朝一番に時間変更となっていた。月曜日は勤務の関係で訪問に同行できない筆者は、この日たまたま小島さんの鍼灸治療に同行することができた。天気は晴天で、暑さもさほど酷くなかった。午前9時に平岡氏と近くの駅で待ち合わせをし、小島さんのお宅へ向かった。待ち合わせの駅から30分ほど走った住宅街の中に小島さんのお宅があった。駐車場には車が止まっており、平岡氏が「あれ、今日はお嬢さんいる日かな」と呟いた。普段は誰も居ないため、車が停まっていることもないようだ。平岡氏はお宅の脇の道路に車を止め、道具を揃えて車を降りる。平岡氏が玄関をあけ「おはようございまーす」と入ると、玄関右側から「はーい、どうぞー」と声が聞こえた。小島さんのお宅は玄関に入ってすぐ右側の部屋が居間になっていたが、日中小島さんはほとんどその部屋で過ごす。小島さんの第一印象は「笑顔のかわいい小柄なおばあちゃん」で、平岡氏が「認知症が入り始めているが、ほとんどそうは見えない」という通り、会ってお話をするととてもそうは見えないほど会話がしっかりしていて表情も豊かであった。また難聴があるとのことであったが、全く近づく必要もなく会話も可能であった。平岡氏と小島さんは互いに笑って会話を始めた。

小島さんと平岡氏のやり取りはお盆のご馳走の話と腹部症状に関する話から始まった。複数の愁訴が挙がる中、腹部症状が落ち着いていることでまずは納得した様子の平岡氏であった。一通りの問診が終わった後、平岡氏に促され筆者は小島さんに自己紹介をした。調査の話をして、快く笑顔で「いいですよ」と答えてくれた。近くでよく見ると、顔色は浅黒く、思いの外体調は良くなさそうに見えた。平岡氏は引き続き症状に関する問診を続けた。腰部の痛みを確認した後、大腿部の痛みの話に移る。平岡氏は痛みの部位を同定するまで、細かく大腿部を触りながら何度も小島さんに確認し、小島さんがそれに応じて

¹⁸⁷ 連絡ノートは平岡氏だけでなく、他の職種も訪問の際に記入し、娘の佳子さんと細かな情報共有を行う重要なツールとなっていた。

痛い場所を示して応える。痛みの経過が複雑なため、結果的に平岡氏は連絡ノートを見て経過の確認を行っていた。

ノートを見た後、平岡氏の促しにより、小島さんは居間の絨毯の上に仰向けになった。絨毯の上には特に布団などは敷いていない。枕だけがあり、そこに頭を載せて小島さんは仰向けになる。平岡氏は、小島さんの靴下を取り、数秒間小島さんの足を見つめた。前の週に原因不明の足部の内出血があったようだが、今は内出血痕も無く、小島さん自身痛みも感じなくなったようだ。その確認が終わった後、平岡氏は小島さんの右脇に座り両手の脈診を行った。10秒間ほど同じ姿勢で脈を診る。脈を診ながら舌診も行った。

平岡：小島さん舌見せてもらっていいですか。ちょっと黒いの良くなった？

小島：よくなりましたね。

平岡氏の舌診に対するコメントに対し、小島さんが自分でも舌を観察していることがわかる返答がなされた。舌を診ながら脈診を行う平岡氏が、小島さんに「(筆者に)見られてたら緊張するね」と声をかける。小島さんは「・・・ええ」と遠慮がちに頷く。脈を見ながら便通の状態を確認する。その後腹部の触診を始めた。

平岡：ちょっとお腹見せてください。いつもどれくらいのタイミングで出るの？

小島：普通ご飯食べたらずぐ出るんだけど。

平岡：今日出てないの？

小島：そうですね。

腹診を行いながら改めて便の話になった。上記の会話をしながら最初は手掌を軽く当てて、腹部全体を触る。最初の軽い触診で気になったところだろうか、局所的に強めに圧迫して触診をする。その後、腹部各所を打診して腸管の音を確認する。

平岡：(数秒の沈黙の後) ちょっと出したほうがいいかな。

小島：食べんのは一人前でさ。

平岡：ふふ。出るのも半人前くらい？焦っても出ないから、あせらないでね。出るものは出るし。ね。看護師さん来た時もちゃんと出してくれるから。じゃあお腹から鍼していきますよ。

平岡氏が意識的に腹部症状に関する問診を行い、また丁寧に所見を細かく取っている様子が伺えた。またお腹の状態が最も気になっている小島さんにとっても、平岡氏の問診から診察へのプロセスが大きな安心に繋がっているようにその表情からは見受けられた。

平岡氏は鍼の準備をはじめめる。シャーレを取り出し、「カラン」とシャーレに数本の鍼を入れる。腹部の数カ所をアルコール綿花で消毒する。まず左右の臍外側、臍の上部、臍の下部に切皮し、鍼が「ぺたん」と垂れた状態にして、腹部にタオルをかけた。次に小島さんの左手の母指と示指の間を指で数回さすり切皮し置鍼をした。小島さんの体の上から反対側に身を乗り出し、右手の母指と示指の間にも切皮し置鍼をする。その後、平岡氏は「小

島さん今度足です」と伝えながら、小島さんの足部の方に移動する。左右の足底部を数カ所触診し状態を確認している。その際気温の高さについての話が一言二言交わされる。平岡氏は、膝関節外側部に貼っていた円皮鍼を剥がし、両下腿外側に。その後下腿下部内側に切皮のみの鍼を刺した。いずれの場所に刺鍼する際にも、刺す場所の皮膚を上下に擦って刺す位置を確認した後に刺鍼した。鍼を刺した直後、「お腹の調子は大丈夫ですか？気持ち悪くなってないですか」と症状の変化・増悪について確認している。これは初回、施術後に一時症状の増悪が認められたためと思われる。

鍼を刺した後、平岡氏は灸の準備を始めた。灸の灰を捨てるための瓶を取り出し、蓋を開けた。その後棒灸を取り出し、点火する。「足を温めますよ」と言いながら内くるぶし周辺に左手先を当て、灸をあてるポイントを探し、そこに右手に持った棒灸を近づける。左の手指先で何回も左の内くるぶしのあたりを触り確認をしながら棒灸で温める。次に反対の同部位に同様の手技を行った。また、灸で温める範囲が少しずつ広がり、足背部の一点、足底部の一点にも左手で場所と温度を何度も確認しながら棒灸で温めた。腹部が「グルグル」と動く音が聞こえてきた。小島さんは目を閉じている。棒灸を終えた平岡氏は、灸の灰を瓶の中に捨てる。「じゅっ」という音が聞こえる。そこで左の脈を確認した。

「お腹温めますよ」と腹部に移動する。ここで再度「小島さん気持ち悪くなったりしない？大丈夫？」と腹部の状態を確認する。「はい」と頷く小島さん。腹部に刺していた鍼を抜き、シャーレに鍼を置く。平岡氏は棒灸を手に取り、近づけたり少し離したりしながら、腹部を数点温める。腹部の棒灸を行った後、灸の灰を瓶に捨て、棒灸の片付けを始めた。灸を片付け終え、再度左手の脈診を行う。次に右手の脈診を行う。手の鍼、足の鍼を全て抜鍼する。外からは雀がさえずる音、遠くで草刈りをする音だろうか、機械の音がうっすらと響いてくる。そして、室内では平岡氏が手を動かす音のみが響く。空間が非常に静かである。

ここで平岡氏は小島さんに横向きになるよう促す。窓の方を向いて、左を下にして横向きにする。平岡氏は、小島さんの右殿部を手掌で押圧する。その時小島さんが「右肩がこる。苦しい感じがするの」と訴える。平岡氏は右肩を軽く触り、肩関節の動きを診る。動きを見た後肩周囲の筋を丁寧に押圧し、圧痛部位を確認する。肩から首にかけて母指を用いて数回触診した後、右肩上部と、後頸部に1点ずつ切皮し置鍼する。その後平岡氏は小島さんの足の方に移動し、右ふくらはぎ外側を母指で数回掴むように触診した。さらに細かく示指と中指で上下に擦りながら刺す場所を探し、膝窩部、ふくらはぎ外側、外果部に切皮して置鍼した。刺鍼し終えた後、小島さんの殿部後方に移動する。平岡氏は手掌で右殿部を押圧し、母指で腰部の筋の外縁部を押圧する。さらに殿筋を母指で揉捏する。特に右の上殿部を集中的に母指で圧迫する。二人の間に会話はほとんど無い。ヘリコプターの音が聞こえてくる。数分間ほどの殿部への指圧を終えた後、平岡氏は場所を少し移動し、小島さんの背中の後方で正座の姿勢になる。小島さんの右の背部の筋を母指で揉捏する。そのまま、両母指で腰部から殿部にかけて何度か押圧する。数分間かけて殿部から腰背部の筋のマッサージを終えた後、頸部と肩上部の鍼を抜く。抜いた鍼をシャーレに置いた後、右肩関節全体を両手掌で把握し、小島さんの肩を軽く回す。その後、左母指で後頸部を押圧する。エアコンがついていないためか、室内が少し蒸し暑い。平岡氏は、施術していた手を一旦止め、ハンドタオルを手に取り汗を拭う。数分間頸部から肩上部にかけて母指で

軽く押圧した後、足の鍼を抜く。そこで反対の横向きになるよう促す。

平岡：小島さん今度反対向きゆっくりと。右肩下にしても大丈夫？

小島：大丈夫です。

平岡：もし痛くなりそうだったら我慢しないでね。

小島：気持ち（い）いから眠たくなって。（一同笑い）

平岡：お腹も気持ち悪くなっていない？

小島：大丈夫。

小島さんは目を閉じて鍼灸とマッサージを受けていた。在宅ケアというのは、患者の生活空間に入り込み、その日常生活を支えることであろう。平岡氏は小島さんの日常空間に溶け込み、小島さんの日常生活の一部を支えている。週に一度、小島さんが苦痛を吐き出し、平岡氏がその苦痛を聴く。そして体に働きかけながら小島さんにとってのリラックスした安心の時間を作り出す。

平岡氏はシャーレを持って小島さんの反対側に移動し、右側の時と同様に、左の肩上部、頸部、膝窩部、ふくらはぎ外側、外果部に切皮し、置鍼をする。鍼を置いている間、殿部から背部のマッサージを行う。手掌で殿部を押圧、その後母指で同箇所を押圧し、押圧部位を少しずつ上に移動させていく。頸と肩の鍼を抜いた。続いて左肩から後頸部にかけて母指で圧迫する。そして手掌で背部全体を押圧した後、足の鍼を抜く。小島さんから鼾が聞こえてくる。後に平岡氏に聞くと、鼾をかいて寝たのはこの日が初めてとのことだった。数回かけてだんだんと鍼灸治療に慣れてきたのだろうか。

再度仰向けの状態になり、両手の脈診を数秒間行う。「ではまた鍼を貼っておきますね」と円皮鍼を用意し、下腿外側に貼りつけた。膝までまくりあげた小島さんのズボンを元の通りにし、「はい、ではここまでですね」と平岡氏はその日の治療の終わりを伝えた。小島さんは「半分眠ってた」と目を開けて起き上がる。平岡氏は小島さんを座位にし、肩関節の動きを見て痛みがないかを確認する。また、以前内出血があった手の部分を確認し、「手綺麗になってきたね」という。翌日角野医師が訪問する件を確認し、「来たら来たでほっとするよね」と平岡氏が言うと。小島さんは小さく頷いた。

〔2〕鍼灸治療についての語り

治療の後、平岡氏の促しを受け小島さんに少しお話を伺った。鍼灸治療を経験したことがなかった小島さんは、鍼灸治療を始めた理由についてこう語った。

やっぱり私は鍼とかってしたことないんで、接骨院にはいったことあんだけど、鍼はいいって聞いたけど、どういふもんだかしたこともないし。とにかく具合悪かったからあっちゃこっちゃ。鍼なんかはどうなのって聞いた時に、できるもんならしてもらいたいな（と思って）。痛いんでないかなと思ったんだけど、そんなことないって聞いたから。じゃあしてもらおうって。やっぱり早く治りたいと思ったし。それだけです。（小島さん）

以前から接骨院には通ったことがあった小島さんは、そこで鍼灸治療の存在については聞いたことがあったものの、鍼が怖かったこと、また鍼灸治療自体に興味が無かったことから、自分は鍼をすることは無いと思っていた。しかし、今回「具合が悪くなった」ことで、角野医師から「(鍼は)痛みはない」と聞き、「できるもんならしてもらったほうがいいな」と思って鍼灸治療を始めた。また、「やっぱり早く治りたい」というように、苦痛に感じる愁訴が「治る」ことを期待して鍼灸治療を始めていることがわかる。

小島さんが鍼灸治療を始める上で何が辛い症状だったのかを尋ねると、小島さんは自身の背中を押さえながら「このへんがね、重々苦しくなって」と答えた。夜に痛むことが多く、インタビューをしたのは8月中旬の暑い時期であったが、蒸したタオルを当てると気持ちいいと小島さんは語った。

鍼灸治療を行った感想を尋ねると、「すごく良くなったわけではない」と語るものの、普通に食事ができたり、たまに出かけることができるようになったことなどから考えると、鍼灸治療を始めたことも関係しているかもしれないと語る。また、定期的に行う鍼灸治療が睡眠に「たぶん」良いものではないかとも答えている。当初鍼灸に対して抱いていた「怖いもの」あるいは「痛いもの」というイメージについては全く無くなり、食欲があるなど自身の状態が「悪くなっていない」ことから鍼灸治療を行うことは「いいってことかな」と語る。ただ、自分がそうした状態が維持できているのは、「半分気持ちの持ちようかなと思ってみたり」と語っており、鍼灸治療をやったからこそ変化があったというような語りを積極的にすることはなかった。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

9月から10月にかけては、腹部症状は一進一退となる。家に誰もおらず家族がいつ帰ってくるのかわからない状況で腹痛が増悪する時がたびたびあった。平岡氏を含め様々な職種が一定時間小島さんの家にいるというのは、小島さんにとっての一つの大きな安心であったに違いない。10月にはヘルパーが定期的な訪問することになり、また時々お孫さんも帰省して家にいてくれることがあり、在宅療養開始当初よりも小島さんは安心感を持って過ごす時間が増えてきた。

11月になると腰痛が出現し始める。平岡氏は筋性の腰痛を疑い治療を継続した。娘さんとも状態について適宜電話連絡を取り合い、小島さんの状態について確認し合いながら治療を進行していた。しかし腰痛がなかなか改善せず、むしろ小島さんの訴える痛みの程度が強くなったため精査をすることになった。当初はがんの骨転移による腰痛が疑われたが、精査の結果変形性腰椎症であることが判明した。悪い結果ではなかったものの、「痛みをなるべく感じないようにしたい」という小島さんの思いを知っている佳子さんは、継続している小島さんの痛みについてとても心配しており、平岡氏にもそのことを相談している。平岡氏は痛み止めの頓用の提案などについて看護師に相談しながら対応していた。

12月頃には腹部症状の訴えはあまりなくなるも、腰痛と大腿部の痛みは継続した。姿勢によって腰痛や大腿部痛が出現するようになった。このころから佳子さんから見ると食欲が落ち始めてきたようである。1月に入ると、佳子さんに「在宅か入院か」という迷いが出始めるほど小島さんの状態が低下し始める。腰痛も含め、全身状態の低下が著しくなる中で、「誰かの目があるという意味では入院がいいのか」という思いと、時々小島さんが口にす

る「病院」という言葉も、結局家族に迷惑を掛けたくないということで出てきている言葉ではないのかという小島さんに対する思いとの間で佳子さんは揺れていたようだ。小島さん自身は「ひとりきりが不安」で、「一人の時間が少ないのであれば家にいたい」と語っていたようだ。

2月に入りさらに全身状態が低下する。しかし小島さん本人は、具合が悪いにもかかわらず懸命に食べたり動いたりして「自分でやることはやりたい」と頑張っていた。この時点で小島さんは在宅で最期を過ごすことを希望していた。亡くなる1週間前に小島さんは角野医師にこう語っている。

幸せ。こんなに幸せでいいのかなっていうくらい。みんなにお世話になってなんとかここまでこれた。痛いところはない。心地が良くて寝ていた。足はずっと良くなった。胸の苦しさ、お腹の張りなどもない。(小島さん)

それまであった苦痛の訴えが一気に減ったことが、角野医師の記載したカルテに記されていた。すでに小島さんはご自身の死期を悟っていたのだろう。平岡氏は亡くなる3日前に鍼灸治療を行っているが、その時にはほぼ傾眠傾向だったようだ。この発言の1週間後、小島さんはご家族に看取られ息を引き取った。

第八節 身体の「軽さ」の経験—近藤サクラさんの事例—

第一項 近藤さんの在宅療養と鍼灸治療

近藤さんは70代前半の女性である。肺がんと乳がんを経て、脊椎と脳に転移が見られる末期がんの方だった。近藤さんへの鍼灸治療は週に2回のペースで合計24回なされた。期間にするとほぼ丸3ヶ月間である。筆者が近藤さんのお宅を訪れたのは7回目から13回目の治療時で、本調査の対象者の中では最も多くお宅に訪問した。ちょうど近藤さんが亡くなる2ヶ月程前から約1ヶ月間の時期であった。筆者の関与している期間に身体症状の明らかな増悪は見られなかったものの、少しずつ脳転移による半身麻痺が進行し、日常生活動作のレベルが低下してはいた。鍼灸治療を初めて受けた近藤さんは、鍼灸治療による身体の「軽さ」を経験し、また治療を重ねるごとに平岡氏が治療に来ることを「楽しみ」にしていた。

2010年に肺がんと乳がんが発見された。複数回の手術と抗がん剤治療を行うも、同年に骨転移していることが判明。放射線療法も併せて行うようになる。副作用に悩み抗がん剤療法は拒否。その後は温熱療法、生薬、サンドバス、ビタミン療法など代替療法を積極的に行うようになる。2012年に脳転移があることが判明する。放射線治療、サイバーナイフによる治療を継続するも、2013年10月に通院が終了となってしまふ。主治医がこれ以上の積極的治療は望めないと伝えたこと、また近藤さんもご主人の育夫さんも積極的な治療はこれ以上行いたくないとのことで、在宅療養へ移行することとなった。在宅療養移行後も温熱療法だけは積極的に継続していたが、その温熱療法も体が疲れてしまうようになったことや、治療を受けに行く事自体が大変になり中断していた。また他院にて漢方薬の処方を受けていたが、美味しくなく上飲みにくく、あまり効果も感じていなかった。そのた

め近藤さんは少しでも薬を減らしたいと思っていた。

2014年1月の終わりから在宅療養が始まった。近藤さんの在宅療養開始時の主訴は、脳幹および脊椎への転移の影響による左半身の不全麻痺およびしびれ感であった。在宅療養開始時の近藤さんのPSは半身麻痺の影響もあり3程度で、脊椎転移の影響と思われる腰痛もあった。日常生活動作は、麻痺症状の進行に伴いご主人の付き添いで歩行、補助具による食事、トイレは一人で可能という状況であった。近藤さんは左半身麻痺の影響で転倒することがしばしばであった。在宅療養開始前に入浴時の転倒が一度あったことから、怖さのため一人で入浴はできない状況であった。また右上肢の麻痺も徐々に進み始めており、箸がうまく持てずスプーンでの食事となり始めていた¹⁸⁸。近藤さん一家は、ご主人の育夫さん、娘さんご夫婦、孫一人の計5名と犬1匹での暮らしであった。近藤さんが何かをする際には必ずご主人の育夫さんがそばに付き添って介助をしていた。

ひろせクリニックでは、疼痛症状の改善を目的とした投薬治療を、また、麻痺による易転倒性とそれにとまなうADL低下のためにOTが介入することとなった。またがん性の疼痛のみではなく、臥床による筋由来の痛みと思われる頸部痛や腰痛に対し早期から鍼灸治療を導入することとなった。在宅療養が始まって10日後、初回の鍼灸の介入となる。主訴はシビレであるものの、脳転移による症状の緩和は難しいこともあってか、平岡氏は「頸部～腰部にかけての筋緊張緩和」をその目的として治療を行うことを近藤さんに伝えていたようだ。当日の看護師のカルテには「鍼灸の効果はまだよくわからないが、施術後とても温かくなったとのこと。」と記されており、近藤さんが一定の肯定的な評価をしていることがわかる。同日にリハビリも介入となり、各種補助具をあまり使いたがらない近藤さんに対し、住宅改修などに早急にとりかかるべきであることがOTから指摘されている。その後3回ほど鍼灸治療が続き、顕著な症状の改善は認められないものの、「体が温かくなる」ということで、近藤さんが鍼灸に対して良い印象を抱いたことがカルテにも記されている。近藤さんの状態は、日に日に脱力感と倦怠感が増すようになり、また一人で何かしようとして転倒してしまうことが2度ほどあった。歩行がままならない状態になり始め、車いすの利用をすすめられるも、すぐに利用するには至らなかった¹⁸⁹。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場①

本橋市の中心部から10分ほど離れた住宅街の中に近藤さんのお宅はあった。平岡氏の大きなワンボックスカーでは入りにくい、少し入り組んだところにある近藤さんの家は、まだ新しく、暖色の外観のかわいい家だった。玄関を入ると近藤さんのご主人の育夫さんが出迎えてくれた。すごく真面目で優しそうというのが筆者の第一印象だ。一瞬筆者と目を合わせ、そののち軽い笑顔で会釈をしてくれた。玄関を上がってすぐの場所に幅50cmほどの手すりがある。近藤さんが使う手すりなのだろう。平岡氏とともに育夫さんに連れられ2階に上がる。近藤さんは2階の廊下の一番奥にある部屋に寝ていた。ちょうど部屋の入り

¹⁸⁸ 機能低下による補助具の利用を近藤さんは快く思っておらず、たまたま筆者が治療後に居間でお茶を頂いている時に、娘さんがおやつを食べるために渡したスプーンを「あまり使いたくない」と、しかめ面で漏らしていた。

¹⁸⁹ 近藤さんは自身の病気の進行をすんなり受容することはできなかった。補助具にしても車いすにしてもそれ自体「病気の進行」のイメージが強かったと推測される。がん終末期患者の福祉用具の使用については「衰弱を実感（死に向かう喪失感）」をもたらすという指摘もある〔大岩ら 2009〕。

口右手に幅 50cm ほどのコンパクトな本棚が目に入る。本棚には夫婦二人の趣味である仏像の本が数多く並べられていた。

近藤さんがいる部屋は東の窓と南の窓があり、すごく明るい部屋だ。近藤さんのベッドの足元側の壁にテレビが有り、ベッドの右脇には鏡台が、頭側両サイドに箆筒がある。平岡氏は近藤さんの右側に座り込み、「こんにちは」とまず声をかける。筆者も挨拶をしたが、脳転移の影響か表情があまりなく、目にも力がない印象だった。話をしている時の顔を見ていると、若干顔面筋の麻痺もあるのがわかる。ただ、一生懸命目を見て筆者の話聞き、時折ゆっくりと頷きながら、「私にできることであれば」と、優しく、そして力強く今回の調査研究への協力の意思を示してくれた。

ベッドサイドにしゃがみ込み、平岡氏が近藤さんに「どうですか」と聞くと、近藤さんは「一昨日（育夫さんと娘さんと外に）食事をしに行ったら、帰宅時に玄関で転んじやっただの・・・」と困り果てたような表情で力なく答える¹⁹⁰。左手関節の擦り傷が痛々しい。脳転移の影響で左上下肢には脱力感としびれが著しい上、右側にも徐々に麻痺症状が出現し始めていた。そんな自身の身体症状に強い不安感を覚えていたところでの転倒であり、そのショックの大きさが近藤さんの表情から伺える。平岡氏は近藤さんに転倒時の様子を聞いた後、左手関節部にある擦り傷の状態を触りながら確認する。近藤さんは転倒したことを「びっくりして」と語る。その後ぶつけたという膝周囲の状態を確認する。膝の関節可動域を確認し、膝関節周囲を丹念に触り痛みの部位を確認した後、「全体に打撲したのかな。捻ったとか、骨をどうこうしたというのはないかな」と近藤さんに語りかける。近藤さんは少しホッとした様子だ。

平岡氏は右手の脈診を始める。その時に、枕元でずっと見守っているご主人が「転倒以来起き上がりが大変になって」と話しはじめる。この日の朝方はトイレに置き上げられず、いつもは手を掴めば行けるのが、近藤さんの脇を抱え込まないと行けなくなってしまったようだ。その話を聞いて改めて平岡氏は近藤さんにベッドに腰掛けてもらい、腰部の痛みを確認する。平岡氏は少し考えた後、近藤さんを横向きにし、背中を叩く¹⁹¹。再度近藤さんを起き上がらせ、座る姿勢を少しの時間保持してもらいその時点での痛みの確認をする。打撲である可能性を改めて説明し、2日後までは痛みが続く可能性を指摘し、湿布などで打撲部位の痛みに対応した方がいい旨を伝えた。

平岡氏は再度近藤さんに仰向けになるよう促す。まずは便通の状態を確認し、右手の脈診を始めた。数秒間脈を診た後、改めて便通の状態を確認しながら腹部を触り始める。「昨日は出ましたね。」と近藤さんは答える。平岡氏は近藤さんの腹部を軽く打診する。その後腹部全体を撫でるように触る。平岡氏は準備していたシャーレから一本鍼を取る。下腹部に接触鍼を行った。それと同時に近藤さんはゆっくりと目を閉じた。鍼を皮膚面に接触させたまま、平岡氏は何かを感じているかのように鍼を左右に捻る操作する。平岡氏はその他に腹部に二箇所同じ操作を数秒ずつ行いながら近藤さんの顔を見る。腹部の鍼を終えると再び近藤さんの右の脈を診ながらしばらくじっとしている。脈診が終わった後、近藤さ

¹⁹⁰ 近藤さんは外食をするのが好きで、育夫さんと娘さんに介助されながら頻繁にデパートのレストランや近所の美味しい鰻屋さんに食事に行っていた。転倒のリスクが日増しに高まる中、近藤さんの希望に応じることと、リスクへの対応の必要性の間で、近藤さん本人含め、家族、ケアスタッフともに悩んでいた。

¹⁹¹ 棘突起の叩打痛を見ていた。脊椎の圧迫骨折を疑う手技である。

んの両手を腹部の上に乗せてタオルケットをかける。今度は近藤さんの頭側に回り、頭部の触診を始めた。近藤さんは目を閉じたままだ。頭全体を指全体で触診をしつつ、四指で揉捏を行った。

その後再び近藤さんの右側へ移動する。近藤さんの右手への刺鍼を行う。右手に鍼をあてて微かに鍼を動かしながらしばらくそのままの状態にいる。その手技を終えると、近藤さんの足の方へ移動した。声をかけられ一瞬目をあける近藤さん。ここで、右下腿外側への接触鍼を始める。鍼体を母指で弾く動作をしながら数秒。左の同じ部位にも同様の手技を行う。それが終わった直後に、平岡氏は確認するように近藤さんの下腿全体を片手の手掌でゆっくり把握しながら触り撫でる。その後膝周囲に散鍼を行う。

下肢への刺鍼を終えると、平岡氏は道具箱から棒灸の道具を取り出した。近藤さんの脇にある鏡台の上に棒灸道具を置き、準備を始める。無言のまま準備し、棒灸を準備する「カサ、シャ」という音や、ライター「シュ」という音が部屋に優しく響く。煙がモクモク立ち上り、窓ガラスの明かりと相まって幻想的な感じになる。棒灸を近藤さんの右下腿下部にあてる。近藤さんが優しく寝息を立て始めた。平岡氏は左手で近藤さんの足部の冷えの状態を確認しながら右手で棒灸をあてる。右足の灸を終えると、棒灸の先端に溜まった灰を落とし左の足部に灸を始める。部屋が温かく心地よい。近藤さんの寝息は更に強くなり、完全に入眠した様子がわかる。

灸を終えた平岡氏は近藤さんに横向きになるよう声をかける。近藤さんはぱっと目をさまし、ゆっくりと横向きになる。そのタイミングで、一時席を外していた育夫さんが部屋に戻ってきた。「寝ちゃってたの？」と声をかける育夫さん。「気持ちよくて」と近藤さんは答える。平岡氏は「ふふ」と少し笑みをこぼしながら、近藤さんの腰に貼ってあった湿布を剥がし、それを育夫さんが受け取る。育夫さんは加湿器をセットし、自分が座る椅子をテレビ脇に取りに行く。平岡氏は、筆者の目の前に移動し、近藤さんの背中に治療をするための鍼を準備している。一本の鍼を取り、左腰、左背部、左頸部に散鍼を行う。そこで近藤さんは話し始めた。

近藤：転んで、すぐに痛くはないの？

平岡：時間置いて中の炎症がじわじわとね、広がってくることもある。そのときはあとこう、なんだ、びっくりしてショックね、受けていることあって体も、なんだろうその、痛みが冷静に見られないとかね、そういうのもあると思うんで。

近藤：今の痛みは転倒によるものなのか、体調が悪くなって痛いのか、それがちょっとね・・・

平岡：体調の方でみるのは、こう、力が入りづらいとか、痛いっていうのはやっぱり打撲によって全身結構今回打っているんで、お話聞く限りだと、そうするとやっぱりこう、体全体に筋がこわばってしまっていると思う。なんだろう。初日の時(初めての鍼治療の時)のようにぐっと力が入っている。体がガチっと、また今日なっちゃってるので。

近藤：ああ、そう。(一瞬間を置いて)ずっと悪くなるんじゃないかと思って・・・

平岡：うーん・・・

<沈黙が1分間>

平岡：少し心配になってました？

近藤：うーん。

背部の治療に移った直後に、このようなやりとりがなされた¹⁹²。再び沈黙になり、平岡氏は手掌で腰部を軽く押圧し、母指で腰骨付近の揉捏を行う。育夫さんはベッドの頭側で椅子に座って読書を始めた。平岡氏は治療部位を肩周囲に移動し、近藤さんの左肩周囲を手掌で揉捏しながら育夫さんにスポーツの話をする。そこから3人でスポーツの話が数分盛り上がる。しかし、話が終わると一転再び沈黙の時間となり、どこか重たい空気が流れる。先ほどの転倒に関する近藤さんの語りの影響だろうか。平岡氏はベッド端に座り近藤さんの背部に自身の殿部を軽く密着しながら母指で頸部の揉捏を行う。

平岡氏の手技は、忙しい感じがしない。押している指も微かに動く程度で、按摩やマッサージというよりは近藤さんの状態を一つ一つ確認している触診のようにも見える手技である。午後のゆったりした時間帯のせいもあるのか、時間が非常に穏やかに流れるように感じる。一時重たくなっていた空気が少しずつ和らいでいく。頸から背中の手技が終わった後、反対の横向きになる。近藤さんは目を閉じている。平岡氏はまた鍼を取り、腰部に散鍼を行う。散鍼をしばらく繰り返した後、近藤さんの顔を伺いながら平岡氏は手技をはじめ。母指で背部の軽い揉捏をした後、右後頸部に散鍼をする。そこで平岡氏は説明を始めた。

平岡：そのへんから腰のあたりまで、繋がってちょっと痛いんですね。火曜日の時もそうでしたね。この辺りまでね。

近藤：ああそうですか。

平岡：転んでからまた強く痛むようになりました？

近藤：いやそれはないですけどね。押されると。

平岡：押されると、ふーん。

近藤：昨日一昨日、夜お手洗いにいった時に、歩けないんですよ。なんで歩けないのか自分でもわからない。

平岡：お手洗いに行こうとしたら歩けなかった？

近藤：そうお父さん起こして、一緒に行ったんですけど、とにかくトイレまで遠いですよね。

平岡：立ち上がれなかった？

近藤：そうですね。

育夫：立ち上がれないし、歩くのも本当に。普通はこう、手首を持って行くんですが、脇の下に入れて抱えるように連れて行ってですね。

平岡：一昨日のその夜だけ？

育夫：今日、12時ころ、昨日、今朝かな、今朝だね。5時で。朝の5時の時はいつもより歩けなかったですね。

¹⁹² 第三章第二節で示した、背部を治療しながら患者が「ボンボン」と語る感じがいいという鍼灸治療に関する医師の語りはまさにこの状況のことであろう。

背腰部の痛みに関する話から、近藤さんの「歩けなさ」に話は変化していく。育夫さんも話に加わりながら、「いかに歩けなくなっているか」が語られる。筆者は近藤さんの左側にいたため、こちら向きの横向きになると近藤さんの表情がよく見える。やはり近藤さんには眼の力がない。

「仰向けに戻りましょう。」と平岡氏は近藤さんに声をかける。ひと通りの治療が終わり再び仰臥位になる。「(遠慮した口ぶりで) いいですよ」という近藤さんに対して「でも履いても大丈夫でしょ？」と返しながらかつ下を履かせる平岡氏。その動作はすごく細かく、丁寧である。治療が終わり、道具を片付けようとしたタイミングで平岡氏は近藤さんに困難な質問を投げかけられた。近藤さんは転倒後に違和感が出始めた右下肢について語り始めた。

近藤：右は、これまで何でも無かったのに、転んだせいかな・・・。

平岡：転んだせいだと思いますね。今朝動けなかったというところで、やっぱりこう転んだ時のショック、うーん、そこでこう、知らず知らずに頭からの命令が、ブレーキがかかっている可能性も一つあるし、でもやっぱり病気の方の、うーん、影響も、それももちろん否定出来ないし、うん。今日たしかに体全体がガチッとなっちゃっているんで、うん、でやっぱり転んだ精神的なショックも後それによって体がこう、気をつけなきゃって、グッとなっちゃってるところもあるので、うん、あとやっぱり病気の3点が混ざり合っちゃっている感じがするかなっていう。

<近藤さんは頷きながら真剣に話を聞く。>

平岡：右の(痛み)は明らかに転んだ時にぶつけて、それによる関連痛ですね。うん。

近藤：つかまってて、ふうってひっくりがえってお尻うったんですけど、右手掴んでて、そのまま一回転したっていうかんじかな。

平岡：はいはい、うん。力が入るから、右手右足最後までかなり踏ん張ったんだと思うんですよ。左は、先にじゃないけど力が抜けちゃってると思うんで、なんで、転んだ状況を細かく見てないのもあれだけど、聞く限りではひねりながらこう、お尻つく感じですよ？(手振りを加えながら)ドドンといった感じかと思うんで、もちろん腰のあたりもひねっていると思うし。

近藤：捻っていますね。

平岡：だからそのシッパ張っているところの筋がまた硬くなっちゃってるから、うーん。でも、反応はいいんですよ。ちょっとこう、鍼して揉むとすと柔らかくなるから。うん、体はね素直に正直に反応している感じ。うんうん。

近藤：まあ徐々に、取れるかね？

平岡：うん、この右側の方はとれてきますね。だからこの力が入らないところと、この(左側の)シビレのところは、ね、こう、上手にお付き合いが必要なところも出てくるのかもしれないですけども。ね。昨日角野先生と会ってお話もしてきたけれども、うん、急激に何かその、左、足の症状が進んでいる感じはしないって言うこともおっしゃっていたので。うん。

近藤：なんか自分では徐々に転んだのかもしれないけど、なんか体調が悪くなってい

るんだらうなっていうのは、感じます。だから転んだんだと思うんだけどね。

平岡：そうですね。そういったところも、そうですね。有るのかもしれないけどでも、外になにか食べに行ったんですか？

近藤：え？どこに？食べに行ったのかな？お父さん？その帰りです。帰ってきてです。

平岡：まあさすがに、転んで、病気がこうちょっとずつ、進んでいるような感じがするってところが近藤さんの中ではすごい不安なのかもしれないけど、でもこうやって皆でね、外出できて、お食事も行けるってところも大切にしてもらえればな、というのはありますね。うん。今日まで暖かいって言うから

近藤：外出？

平岡：うん。外出もだけど、体調も。そうですね。ちょっとショックっていうか、転ばれたことによる恐怖心みたいなもの頭のほうでこう、無意識のうちにブレーキというか抑制がかかっちゃうのもあると思うんで。

近藤：気をつけているのね。一瞬だもんね。

平岡：転んだことは無くならないので、また今日から新たにではないけど、天気の良い日なんかは少しかうひなたぼっこなんかもしながら、体の方も少し休めなさいよっていう、神様からの指示かも知れませんが、そうですね、天気がよくてぽかぽかしてくると気持ちもね、少しかうそわそわじゃないけど、外の空気すいたいなーとかそういうのも出てきますからね。今日、小久保さん、看護師さんはもう来て？今日はこの後ですね。

近藤：2時だけ？

育夫：2時過ぎだね。

平岡：そのあたりも一応僕の方から小久保さんにも伝えておきますので。ころんでませんかーって。それだけ皆心配しているんですよ。近藤さんのことをね。

近藤：ありがとうございます。

平岡：骨とかがまず折れなかったことが、よかった。いい悪いではないけどね。まず。あとはなにか他にかわったこととか？

近藤：後は特に無いですね。変わったことと言ったらひとりここに座るようになったことですね。

平岡氏は慎重に言葉を選びながら近藤さんの問いかけに懸命に答えていた。あるときは角野医師の言葉を引用しながら、嘘をつかずに、ただ、事実を突きつけて傷つけないように。そしてこうした近藤さんの苦悩を「皆で共有している」ということをメッセージとして近藤さんに伝えていた。ただ、その話の後、近藤さんは1点をみつめ不安な眼差しになった。この問いに果たしてどう答えることが適切だったのだろうか。この会話の後、汗をかかない程度に冷やさないこと、冷えは万病の元などの話をする。ここ最近近藤さんは布団を剥いで寝るが、気づくと布団がかかっていると言う。育夫さんが夜中に布団を掛けてきているのだ。育夫さんが笑って答える。「かけない訳にはいかないだろうよ」と。

初回の訪問の後、担当の角野医師と小久保看護師に、近藤さんに対する鍼灸治療の印象を尋ねた。角野医師は「近藤さんは今いる患者の中では一番効いているような気がする。」と答えた。特に、左半身の麻痺をかばうことによって生じていると考えられる肩の痛みや

足腰の痛みについては、麻薬が効果的な痛みではなく、「鍼灸で良くなる痛み」の割といい例なのではないかと語っていた。小久保看護師は、近藤さんがこれまで多くの治療を経験してきた中で「本当に、もうこれ以上、治療はつらくてやだよ」というタイミングで鍼灸治療が始まり、その中で「辛くない」手段だったことがまず良かったのではないかと語っていた。加えて、近藤さんはお話好きのため、「いろんな人がいろんなところから人が来るとそれだけ違う話ができる」というところで平岡氏が訪問して話をするのもすごく楽しみにしているのではないかと語っていた。

〔2〕 鍼灸治療についての語り

苦痛があるにもかかわらず近藤さんは快くインタビューに応じてくれた。鍼灸治療は、ひろせクリニックの角野医師からの「鍼はどうですか」という提案に「じゃあやってみます」と積極的に応じたところから始まった。もともと近藤さんは生薬を処方する漢方医のところへ通っており、その時に時々「鍼はいいですよ」と鍼治療を勧められていたことがあった。しかし、「鍼っていうと刺されるって怖くて」、なかなか実際に治療を受けるという段階まで踏み込めなかったという。ただ今回は「自分の病状でやってみたほうがいいかな」と思い、意を決してやってみることに決めたのだ。これまでにいろいろな治療を行ってきた経験もあり、少し怖かったけれど「この際なんでもしてみよう」と思ったという。

実際鍼を初めて受けた印象は、「鍼がいいもんだな」ということであった。治療開始時に丁寧に「こういうふうに細いんですよ」と見せてもらいながら説明を受け、また「先生もやさしいでしょ。大きい体とはうってかわって（笑い）」と平岡氏の優しさについても近藤さんは語っていた。鍼灸治療を「受けてよかったなと感じる」近藤さんが、最も良かったと感じることは「第一に体が軽くなるような感じになる」ところだと言う。また、「先生がほら、優しいから楽しみなんですよね。してもらうのが。」と繰り返し平岡氏の優しさについて近藤さんは語っていた。これまでにいろいろな治療を受けてきたが、「軽くなる」と感じる治療は無かったとのことであった。ずっと継続していた温熱療法も、最初はいいと思っていたが、だんだん疲れるようになってきてしまった。

鍼灸治療を 6,7 回受けていく中で鍼のイメージを聞くと、「一回受ける毎に楽しみにしているっ言ったでしょ？またしてもらったらいいかなっていう」と答えた近藤さん。「心待ちにしてるのかね。」とも言う。治療をした後は「なんか気持ちが軽くなるというかね。体も軽くなるし、気持ちも軽くなる」。先生が来る日は「楽しみ」で、その「楽しみ」な感じは「日常の暮らしの中でワンクッション違うものが入る」のだという。

〔3〕 治療現場②

筆者は近藤さん宅を 5 回訪問した。その間に顕著な症状の増悪というものは見られなかったが、細かな症状の変化や、近藤さん自身の語りの状況からは、少しずつ状態が悪くなっている様子が伺えた。ここでの内容は、筆者の最後の訪問時の内容である。

近藤さんは今回の参与観察の数日前に再度家の中で転倒してしまった。転倒後に大きな外傷はなかったものの、この日は若干の腰部の痛みが残っている状態であった。いつもの通り、近藤さんの右脇に腰を下ろした平岡氏は、近藤さんの痛みの部位を確認する。近藤さんの話を聞きながら、痛む部位である骨盤部を押さえて痛みの確認をする。ご主人の育

夫さんも話に加わり痛みの説明をする。起き上がり時に腰をひねると痛むという話をする 3 人。腰の痛みを確認した後、増悪している左上肢のシビレについて説明する近藤さん。話を聞きながら平岡氏は筋力の確認をする。「力の入り具合は？」と聞きながら左右の筋力差を比べ、力の入り方そのものに左右差はないことを説明する。シビレの話を終え、「ちょっと腰の痛みのほうを今日は重点的にやってみましょうかね。」と話し、平岡氏は上着を脱いで道具の準備を始めた。鍼の準備をしながら、週末の過ごし方についてにこやかに二人で話す。

準備が整った平岡氏は両手の脈診を行い、その後左手の脈診を行う。そのタイミングで、平岡氏は近藤さんに尋ねた。

平岡：角野先生は来ました？角野先生とはどんな話したんですか？

近藤：やっぱり私のこの悪くなっている（状態について）・・・だから私聞いたんですよ。後どのくらいですかって。

平岡：うん。

近藤：そしたら、「人によって違うけど、長くもっている人もいるし、早く逝く人もいる」と。そんな話を。

平岡：（少しの沈黙の後）聞いてよかったですか？

近藤：聞かなきゃよかった。

<二人で笑い>

平岡：聞かなきゃよかった？

近藤：でも、患者さんから聞かれれば・・・

平岡：そうですね。

近藤：応えなきゃならないしね。

今回の調査において、予後に関する会話が直接的になされたのは近藤さんの治療の場だけであったが、第三節の倉田さんしかり、予後やそれをめぐる不安について、患者は「ふとしたタイミング」で鍼灸師に吐露する。それが前述のように横向きで後ろから背中を治療している状況であったり、今回のように普段の間診の中であったり、あるいは倉田さんのように腫瘍の病変部位を触っているタイミングであったり、その状況は様々である¹⁹³。患者から予後に関して問いかけられる場面は末期患者の臨床に携わる医療職であれば、おそらくどの職種でも経験する場面であろう。それが鍼灸師も例外ではないことを近藤さんの治療現場は示している。

その後腹部の打診を行う。平岡氏は左手で押圧して触診する。「ここ、ちょっと溜まっていますね」と指摘をし、便塊があると思われる部位を触診する。近藤さんは「ああ、そう。やっぱり。今日行ってないから。」と答える。一点腹部に切皮、置鍼する。その後右手の脈診を数秒行い、さらに左手の脈診を数秒、再度右手の脈診を 10 秒以上行う。左側において

¹⁹³ このように末期がん患者が予後や不安について思いを吐露した場合にどのように対応するかについては、その技術的な部分として傾聴や繰り返しの重要性が指摘されている。筆者はたまたまこの時に平岡氏とある緩和ケア医の講演会を聞くことがあり、その講演会においても同様の内容が指摘されていた。その時に平岡氏は「ただオウム返し（繰り返しの応答のこと）するのも、それもなかなか難しいし、それで良いのだろうかとも思うし」と患者の思いに応えることの難しさを指摘していた。

あったシャーレを右側に持って行き、右母指と示指の間に切皮し置鍼、さらに左手の同部位に切皮置鍼する。手の鍼が終わったと同時に、近藤さんは頰の痛みがあることを訴える。平岡氏は横向きでの治療の際に改めて診る旨を伝え、下肢の方に移動した。近藤さんは目を閉じ始めた。平岡氏は近藤さんの足元にまわり、近藤さんの足部を両手で触診する。そして、ズボンを両下肢とも膝までまくりあげる。下腿から足部にかけて消毒し、近藤さんの右側から平岡氏は刺鍼する。下腿上部内側、下腿上部外側、足関節内側部に切皮のみ。テレビ台の上にシャーレを置く。続いて、灸の灰を捨てる瓶を手に取り蓋を開ける。また、棒灸を取り点火する。右手で近藤さんの足底部に棒灸を当て、左手では棒灸の温度を確かめつつ、足底部の反応を探している。この動作が3~4分続く。右足底部を終えると、今度は左足部にも同様の手技を行う。静かな時間が流れている。音は殆ど無い。育夫さんはいつもどおり読書をしている。灸の香りが漂う。棒灸の灰を瓶に落とす音が「トン、トン」と部屋の中に響く。

棒灸を終えた平岡氏は、下腿部に置鍼していた鍼を抜き、めくり上げていた左右のズボンを下ろす。そして近藤さんの膝を片方ずつ屈曲位にして下腿部のマッサージを行う。両手掌全体で数回把握した後、膝関節の他動的な運動訓練を数回行う。近藤さんは目を閉じている。下腿の施術を終え、手および腹部の鍼を抜く。そして、両手の脈診を行う。

「近藤さん、今度横向きになりましょう。」と声をかけ、右向きの横向きになる。姿勢変換の際に平岡氏は近藤さんの横から介助し、直後に頰および腰の痛みの部位を確認する。近藤さんの腰に貼ってあるシップを剥がす。その時に育夫さんが「そこが痛むようですね」と伝える。頰部正中部を触診し、左肩上部に切皮。左背部の筋、および背部から腰部の棘突起の痛みを確認する。近藤さんは丸まって目を閉じている。育夫さんに電話がかかってくる。娘さんが2階の部屋まで電話の子機持ってくる。育夫さんは電話対応のため部屋を出た。頰から腰までの触診を終えた後、腰部に一箇所切皮をする。押し手、刺し手いずれもそのまましばらくしている。その後数カ所切皮のみの単刺を繰り返す。近藤さんがティッシュを出して力のない咳をする。その後平岡氏は殿部から腰部にかけて数分間母指や手根部を用いて揉捏を行う。母指で揉捏する際にはやはり筋の中の何かを探るような手つきで手技を行っている。近藤さんから少し寝息が聞こえてくる。その後、頰部の鍼を抜き、肩甲間部、肩上部、頰部を母指や四指で揉捏、また、示指と中指の二指で肩上部の筋を押圧する。触診上反応が残る肩上部に鍼を切皮し、数秒置鍼してから抜いた。

「はい、近藤さん今度ゆっくりと反対向きになってみましょう。今頰と腰痛くなかったですか？」と声をかける平岡氏。「痛くなかったです。」と近藤さんは答えながら反対の横向きになる。平岡氏は近藤さんの後頰部に貼られていたシップを剥がし、左手の二指で肩周囲の筋の状態を数箇所確認する。肩上部の硬さが数箇所あるようだ。何度も触る場所が数箇所ある。右肩周囲に数点に切皮し置鍼する。近藤さんの腰部に移動し、四指で触診をしながら腰部の反応点を探し散鍼する。鍼を終えた後、平岡氏はベッドの端に腰をかけ、近藤さんの殿部を母指で揉捏する。その際、一瞬近藤さんが「ヒッ」というような反応をする。押されて痛む場所があったようだ。ベッドの端から床に降り、正座の姿勢になる平岡氏。両母指で腰部の圧迫を行う。その後頰部の鍼を抜き、肩甲間部、肩上部、頰の順に母指で揉捏を行う。ひと通り頰部の手技が終わった後、側頰部の痛みの部位を確認し同部位に切皮のみの単刺を行う。

横向きでの治療が終了し、再度仰向けになる。仰向けになる際、近藤さんは痛みのために若干顔をゆがめた。平岡氏は痛みの部位を確認し、近藤さんの左肩甲間部に右手をすべりこませ軽くマッサージを行う。痛む部位をちょうど押された際に「痛いですね」と小さな声でつぶやく近藤さん。そこで平岡氏は円皮鍼の貼付を近藤さんに提案する。

平岡：ちょっと置き鍼していいですかね。

近藤：置き鍼ってなんですか？

平岡：ピップエレキバンって見たことありますか？あれの鍼バージョンで、この先に刺みたい鍼がピツとついてるんです。今度金曜日までこのままで。でこう、プラスチックの先に(鍼が)ついてるので、体の中に入って行くことは絶対ないし、お風呂とかもそのまま入ってもらって構わないです。長さが0.2ミリ？0.9ミリか。これをこのところにピツと貼って。ちょっと筋固いところあるので、少し和らげたいので。もう一度頸を少し左に曲げてもらっていいですか。(頸部を触りながら) これですよ、痛いの。

近藤：そこですね。

平岡：これチクチクします？大丈夫？

近藤：大丈夫です。

平岡：これでちょっと首動かしてもらっていいですか？痛かったりしません？首の動き変わります？あんまり？

近藤：なんかちょっと軽くなったみたいな。

育夫：そんなに早く(笑)。

平岡：良かったです。これ結構効くんですよ。お父さん肩こりあるんだったらやってみます？

育夫：肩こりあるのかどうかもよくわからないけれど。

平岡：もしあれでしたら一緒にピప్పって貼っときますけど。パイオネックスって。お父さんにも近藤さんちょっと特別料金で。もしかしたら次の請求書には0が増えるかもしれない。

育夫：本当に安いですね。

平岡：(肩こりは)昔からですか？

育夫：昔・・・そんなに自分自身では凝っているって感じはしないですね。

平岡：(育夫さんの肩を触診しながら)ここ押されてどうですか？気持ちいいくらい？

育夫：凝っているんですかね？凝ってない方？

平岡：うん、凝りって本人が感じるか感じないかなんで。

育夫：もんでいてこりこりって、筋が張っているような。

平岡：そうですね、もしくは、こう動かした時につばるなあとか

育夫：今本読んでて下むいてっから。

平岡：そうですね。

育夫：よく体は動かしていたんだけど、介護するようになってからはもう。

平岡：ああ。

育夫：同じ動きになってしまったっていう感じで、体は動かさないですね。

平岡：(円皮鍼を肩に貼り付け) こんな感じです。

育夫：全然違和感はないですね。

近藤さんへの円皮鍼貼付から育夫さんへの貼付の流れは大変興味深い。それまで一方向的だった育夫さんから近藤さんへのケアのベクトルが、平岡氏を介して近藤さんから育夫さんへのベクトルへとその方向性が変化していた可能性がある。近藤さんがこれについて直接言及していたわけではないが、平岡氏と育夫さんのやり取りを見ていた近藤さんの表情が非常に穏やかだったことから予測できることであった。

この後、ベッドサイドでしばし談笑し、育夫さんから「少しだけお茶でもどうぞ」と一階の居間に促される。普段は断り続けていた平岡氏だが、筆者がいたこともあってか快くその誘いを受け入れた。育夫さんに支えられながら近藤さんも一緒に1階に降り、近藤さん、育夫さん、娘さん、平岡氏、筆者の5人で10分弱のティータイムを過ごす。近藤さんは利き手の右手も麻痺が少しずつ始まっており、出されたおやつを食べるのもままならないようだ。「ご飯もお箸使えないんですよ。私このスプーンみたいの、嫌なのよね」としかめっ面で語る。ティータイムでは他愛もない話をし、ご家族皆楽しそうに会話をしている。近藤さんも笑顔で会話に加わる。関西生まれの近藤さんは「ツッコミ」が非常に上手い。近藤さんの家の中からは、明るく優しい気持ちになる、そして強く安心を感じさせる空気を感じる。それは、部屋の中にあるカーテンや家具が暖色であることの影響だけではないだろう。娘さんと育夫さんが文字通り「見守る」感じが体感できるティータイムであった。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

近藤さんはずっと抵抗があった車いすをようやく受け入れる。医師カルテによれば「あまりいい感じはしなかった」という。また「出来る限り家族と過ごしたい」という思いも語っている。3月末には、医師の名前を忘れ、つじつまがあわない話をするなど、軽い意識障害が見られるようになる。また、一人でトイレにいけると思い、椅子から立ち上がった際に再び転倒してしまう。この時に看護師は家族を呼べるようにベルをぶら下げる提案をしたようである。幸いこの転倒時にも目立った外傷や骨折などはなかったようだ。

4月に入り、鍼灸治療中に熟睡する時間と頻度が増えていく。2階で過ごすも、「なんとなく体が動かない」という状況になり1階に移動できなくなってしまふ。表情も次第に乏しくなっていく。平岡氏の関わりは変わらず週2回で、その都度腹部症状の軽減や、臥位姿勢による疼痛部位に対して鍼灸治療を行っていた。また、治療後の育夫さんも交えた3人での10分程度の談笑も毎回欠かさず行っていたようである。4月中旬にははいよいよ移動が困難となり、ベッドを1階に移動させることになった。この頃から急速に状態が低下する。4月下旬まではコミュニケーションは良好であったが、ほぼ完全にベッド上で過ごすようになる。

5月初旬、肺炎に罹患しそのまま在宅での看取りとなった。ご夫婦で話し合って決めていたとおり、近藤さんは自宅で家族に看取られた。遠方から親族も集まり、みんなに囲まれて本当に穏やかな最期を過ごせたらしい。近藤さんが看取りの段階にあることをご主人は粛々と受け止め、医療サイドの指示に従い最期まで落ち着いて対処したとのことであった。近藤さんも最期はほぼ傾眠傾向であったため、おそらくは身体症状の苦痛はあまり感じず

に旅立たれたのではないだろうか。近藤さんが亡くなった後、ご主人は平岡氏の紹介で、介護時に抱えていた腰痛の治療を受けに週に2回鍼灸治療を受けに行っているとのことだ。

第九節 「私の知らない部分が広くある」ものとしての鍼灸治療—宮静江さんの事例

第一項 宮さんの在宅療養と鍼灸治療

宮静江さんは80代半ばの女性で、肺がん末期の方である。宮さんの治療には一度しか同行できていない。下腿浮腫改善の目的で鍼灸治療開始となったが、治療開始まもなく容体が急変し、ドクターストップがかかり鍼灸治療は中断となった。約二ヶ月の在宅療養期間の中で、鍼灸治療は実に二回しか行われなかった。筆者が治療に同行したのはその二回目の治療時である。二回目の鍼灸治療の2週間後に宮さんは息を引き取った。施術中に訴えていた痛みによる苦悶の表情とは裏腹に、鍼灸についてお話する時の優しい顔を忘れられない。初めて鍼灸治療を受けた宮さんにとって、鍼灸治療はとにかく「知らなかった新しいもの」であり、一方で「状態が悪くなってからするもの」という認識のものであった。

2007年12月肺がん Stage I の診断を受け手術療法を行った。術後外来にて経過観察していたが、2012年に腫瘍マーカーが上昇、精査の結果右肺に小結節を認めた。また、右鎖骨上窩リンパ節、縦隔リンパ節、肝臓、骨盤、胸椎に転移が認められた。2013年1月から抗がん剤を開始、一時腫瘍マーカーが減少したが、2013年12月頃から再上昇を認めた。2014年3月に疼痛の強い骨盤および胸椎に放射線照射を行い、骨盤部の疼痛は改善した。その後も外来で抗がん剤療法をしながら経過観察されていたが、徐々に病状が進行する。2014年6月23日に全身状態悪化となり一時入院した。その際抗がん剤の継続も困難と判断される。ご家族より在宅医療の希望がありひろせクリニックの紹介となった。放射線により疼痛が激減した経緯もあり、今後疼痛が出現した際には適応があれば除痛目的の放射線照射は行いたいという希望があった。宮さん本人は肺がんであることは知っているがそれ以上の詳しい病状までは知らされていなかった。

その後、宮さんの在宅療養は2014年7月から始まった。在宅療養開始時はPSが2~3で、日中は居間のソファでゆったりと過ごすことが多かった。宮さんの最も強い訴えは、全身がだるく思うように動けないことであった。また、長年腰痛があり、10年ほど前から最近まで近医の整形外科で時々ブロック注射をしていた。2014年5月より、骨粗しょう症の注射を10日に1回施行していた。

筆者の参与観察の3日前が宮さんの初回の鍼灸治療であった。平岡氏のカルテによれば、宮さんの主訴は腰背部の痛みと下腿浮腫であった。鍼灸治療を受けるのは初めてであった宮さんは、終始緊張している様子だったようだ。仰向けの姿勢でいると腰痛の訴えがあるため、治療自体は横向きの姿勢を中心に行われた。施術直後には腰背部の痛みは軽減、下腿の浮腫は不変とのことであった。初回介入2日後のカンファレンス記録では、「浮腫に対して鍼灸介入で効果期待」と記載されており、他職種にとっては鍼灸治療導入目的が「浮腫の軽減」であったことがわかる。

第二項 宮さんの治療の「場」

〔1〕治療現場

宮さんの自宅は本橋駅から車で5分ほどの場所に位置する。医師であったご主人が他界し、一人暮らしを続けていたが、病気の進行に伴い一人暮らしが困難となり娘夫婦の家に同居することとなった。調査時には、宮さんは長女夫婦と3人暮らしで、猫も3匹飼っていた。宮さんの自宅は3階建ての大きな住宅である。この日は先に角野医師らが訪問に訪れていた。ちょうど玄関から出てきた角野医師らに挨拶をする。娘の登紀子さんが玄関で角野医師を見送っているところであった。角野医師と入れ替わりで平岡氏と共に宮さんの自宅にお邪魔する。車いすが余裕を持って方向転換できる程に広い玄関で、車いす用のスロープも付いていた。玄関を上がってすぐのところにはエレベーターがある。宮さんが普段過ごすのは2階であった。階段をあがって正面にある6畳間に宮さんはいた。上を見上げると、書棚に本がたくさん並ぶ。ご主人の立派な写真がある。ご主人は医師で、数年前に脳幹出血で他界している。部屋の各所には登紀子さんやお孫さんの写真がたくさん置いてある。普段は隣室の居間のイスに座って過ごすことが多いというが、この日は治療の為にベッドに移動していた。宮さんはベッドの端に腰掛け、ベッド脇の椅子の上に足を伸ばして乗せていた。ご挨拶すると満面の笑みで歓迎してくれた。平岡氏は私の紹介をした後、ベッドの脇で鍼の準備を始める。筆者は宮さんと娘さんに今回の調査内容の簡単な説明をし、ベッドから少し離れた部屋の壁際に座った。少し耳が遠いせいも、大きい声で話さないと聞こえない。平岡氏は治療開始前に宮さんに痛い場所の確認をする。そばに寄り、大きな声で話す。腰の治療をする予定だが、ワンピースのため難しい、と話す。宮さんにワンピースを上げて治療部位を露出する旨を確認する。宮さんは大丈夫です、と頷く。楽な姿勢について平岡氏が尋ねると、「仰向けが一瞬だけが一番楽なんです」と宮さんは答えた。姿勢を見ると仰向けというよりは、背もたれをした長坐位の状態に近い。姿勢が落ち着いたと同時に宮さんは目を閉じた。平岡氏は鍼を準備する。その後平岡氏は脈診と舌診をしながら初回の印象を尋ねる。

平岡：脈から見せてください。前回の後だるくなったりしました？

宮：しません。

平岡：腰が余計にだるくなったりとかもしませんか？

宮：しません。

平岡：今日角野先生とどんな話したんですか？

宮：私、忘れる方だから。

(二人で笑う)

平岡：変わらないですって？

宮：はい。

平岡：宮さん、舌見せてもらっていい？べろ。

宮：鍼というもの全然知識がないから。どういうものか。

平岡：鍼をみてみますか？鍼見ます宮さん？

宮：そうだねえ。

平岡：いいですよ、触ってもらっても。ここ持って、ここ。

(鍼体持たせて、鍼先の部位を触らせる)。

宮：ああ。こんなに細いのねえ。

平岡：これをね1mmとか2mm、刺すか刺さないか位。

宮：ああそう、全然感覚無いんですよね。鍼刺してるなんてね。髪の毛くらいの細さですね。

平岡：そうですね、おんなじ位ですね。

右手の脈診をしながら前回の治療後の確認をする。今回で2回目の宮さんはまだ少し緊張している様子なのだろう。平岡氏は宮さんの顔を見て丁寧に鍼の説明をする。平岡氏は下肢のだるさの緩和のために前回よりも刺激量上げる旨を宮さんに伝える。排便の状態を確認すると少し便秘気味であるということ、浮腫みの状態については午後のほうが浮腫みやすいとのことである。ひと通り会話が終わった後、上肢の鍼を始める。右前腕前面のあたりを数回触り、切皮、母指で弾く動作を数回繰り返す、直ぐに抜鍼。表情からはなんとなく宮さんが緊張しているように見える。治療が始まると誰からともなく喋らなくなり、聞こえるのはエアコンの音と鍼がシャーレに置かれる「カラン」という音、そして時々姿勢を変える平岡氏の動く音だけになった。平岡氏は宮さんの足の方に移動し、タオルをめくる。足部外側のあたりを数回撫でて押さえ、切皮、母指で弾く動作をした後、抜鍼する。また、右足部を把握しながら浮腫の確認をする。見た目にも右側のほうが浮腫が強いようだ。その後「ちょっとお腹ごめんさいね」と、腹部の触診を始める平岡氏。その後「ちょっとお通じを出したい」とのことで、少し深めの鍼をする。

平岡：痛いですか？大丈夫？

宮：ああ、これは痛いですね。

平岡：お通じをもうちょっと出したいので。大丈夫ですか？

宮：大丈夫です。

腹部に数カ所刺入鍼で単刺をする。そのうちの1箇所では、右手の刺し手では鍼を掴んだまま、左手の押し手では鍼を支えたままにし、数十秒間鍼を振戦させる手技を行った。鍼を抜き、右手の脈診を行う。治療を始めて5分ほどしたところで平岡氏は宮さんに姿勢について尋ねる。そうすると宮さんは痛みがあるとのことで、左を下にして横向きになった。

平岡氏は右背中全体を手掌で圧迫し、筋の状態を確認する。さらに右殿部を数回圧迫して筋の状態を確認した。その後、左内果、右外果周囲に単刺を行った。一旦鍼をシャーレに置き、母指で殿部を圧迫する。一時退室していた登紀子さんがベッド脇に座った¹⁹⁴。平岡氏は立膝になり無言で施術を行う。腰部から殿部を圧迫する手技を続ける。ここで宮さんが少し体を動かした。平岡氏が腰の痛みを確認すると、「痛い」と宮さんが答える。姿勢を反対の横向きにするようになった。痛みが増悪しないようにゆっくり体位変換を行う。すぐに平岡氏は痛む部位の確認をおこなう。平岡氏の触診ではピンポイントに見つけられ

¹⁹⁴ 登紀子さんは筆者のことを調べたようで、研究の内容について筆者にいくつかの質問をした。

ず、宮さんが自ら腰に手を当てて、場所を示す。おおよその場所が確認できた後、平岡氏は「少し温めますね」と言いながら灸の準備をする。棒灸を準備し、点火する。登紀子さんも真剣な眼差しで施術を見ている。平岡氏は左手で腰部を触診しながら、棒灸を近づける。治療の内容に関心があるようで、登紀子さんが施灸しているところを覗き込む。平岡氏はしばらく痛む部位に棒灸をあてている。施灸を終え、平岡氏が腰の状態を尋ねると、やはり宮さんは「痛い」と答えた。若干腰の位置を調整し、骨盤周囲を手掌全体で掴み軽く揺するマッサージをする。痛いという訴えがあった腰部周囲を母指で押圧する。平岡氏はベッドの左端に座り宮さんの大腿後面の手技を始める。手掌で大腿全体を把握するように、きりもむように揉捏する。平岡氏が宮さんの表情を伺う。大腿部から下腿部にかけて手掌全体の揉捏を中心とした手技を行い、足関節から足趾の先にかけては母指での揉捏を中心とした手技を行う。宮さんの呼吸がゆったりしてきた。腹部は力が抜けているようにゆっくり大きく動いている。平岡氏は時々宮さんの顔を見る。痛みがないかの確認だろう。その時、宮さんが右膝を少し曲げた。平岡氏は「宮さんもう一度まっすぐ上向きになりましょう。腰痛い？」と声をかける。痛みがあるようだが今度は腰ではなく下腿部の痛みが出たようだ。右下腿部が「はち切れるような感じ」で痛いという。

平岡氏は再度宮さんを仰向けにする。そして右手の脈診を行う。「この姿勢が一番楽」と宮さんはつぶやく。平岡氏は右大腿部を手掌で軽く揉捏し、その後下腿部を両手掌全体で把握するように揉みあげていく。右の下腿部が痛いと訴える宮さん。平岡氏はベッドを起こして長坐位の姿勢にする。痛いと訴える場所を平岡氏は細かく確認し、その場所を同定すると軽く母指で押圧するようなマッサージを行う。下腿を上に向かって揉み上げる。宮さんは少し眉間に皺を寄せて痛そうな表情になる。足部の関節運動、足趾の一本一本の細かなマッサージ。足関節を揺らしながら、四肢で下腿を揺らす。宮さんは右肘をベッドにつけて少し身体を右側に傾けた状態で施術を受ける。平岡氏は鍼を取り出し、右膝内側に一箇所だけ切皮し置鍼する。右下肢にタオルケットを掛けて、左下肢の施術に移る。宮さんの表情からは少し痛みが落ち着いた様子が伺える。平岡氏は右手掌で大腿内側を圧迫し、下腿部から足背部にかけては母指で軽く押圧する。足関節の運動を行い、足趾を把握するマッサージをした後、右膝の鍼を抜く。その後数秒間左手の脈診を行い、治療終了となった。

治療直後、宮さんは「眠りそうでした。気持ちよかった。」とつぶやく。登紀子さんは微笑みながら横で頷く。道具の片付けをしながら平岡氏は宮さんと登紀子さんに右肘下に入れるクッションの説明をする。宮さんは「このほうが楽」といってお気に入りの様子である。最初に見た時よりも宮さんの目に力がある状態になった。

[2] 鍼灸治療についての語り

治療後の宮さんにお話を聞いた。もともとほとんど「鍼っていうもの知らなかった」という宮さんは「いろいろ鍼の効果もある」という話を登紀子さんや家族から聞いて「やれるものならやってみようかしら」と鍼灸治療を受けることにした。鍼の提案を受けた際に以下のように感じたという。

私、鍼なんてものをするほどひどくなったのかと思いました。正直言って、鍼って

というのは動けなくなった人がするものだと思っていました。(宮さん)

鍼灸について殆ど知らなかったものの、「人によってはかなりの効果があるってことはなんかから聞いてはい」たという宮さん。ただ、「自分自身はと思ったことはな」かったという。鍼灸治療というものが「重篤な人が受けるもの」というイメージが元々あったようである。

鍼灸治療を受けた印象を尋ねると、「こんなにいいものかって」と笑って宮さんは答えた。姿勢によっては痛みが強く出て、絶えず苦悶の表情を浮かべながら治療を受けていたのを見た後に聞いたこの言葉は筆者にとっては意外であった。なにが「いいもの」と思わせたのかについてさらに尋ねると、宮さんは「体が楽になったっていうのかしら」と答えた。また、筆者が軽くなる感じかどうかを尋ねると、「体がなめらかになったって言うか」と宮さんは答える。過去にマッサージ治療院や接骨院での電気治療を受けた経験について「そんな時、やっている瞬間だけはね、これは楽だと思うくらい」と言い、鍼灸治療については終わった後も楽な感じが継続するという。鍼灸治療を受ける前には、少しは痛みを伴うものかと思っていた宮さんだったが、全く痛みがなかったことに驚いたようだった。

他の医療職種の違いについて尋ねると、宮さんは「私の知らない部分がより広く」あることに気づいたと答えた。漠然としか聞いたことがなかった鍼灸を実際に受けてみて、その体の変化に「こういうものがある」という認識を抱いたようだった。ご主人が医師であったこともあり、宮さんなりの「医療モデル」があったに違いない。本調査地でのインタビューにおいて、鍼灸治療の経験が「医療の幅の広さ」の認識に繋がったと言及したのは宮さんのみであった。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

2回目の治療を終え、週に1回の頻度で腰痛と下肢浮腫、下肢の痛みに対して鍼灸治療を継続することになっていた。2回目の治療の翌日の医師カルテには、「鍼灸開始し、浮腫はやや減っている。毎週木曜日に鍼灸継続予定」となっており、宮さんのケアの一手段として鍼灸治療も組み込まれた形となった。ところがその数日後、宮さんは大量下血をし、全身状態が急激に悪化する。大きな出血があることが予想され、残りの時間が僅かであると予想された。下血当日に鍼灸治療の予定であったが、医師の判断により鍼灸治療は中止となった。当初1,2日の余命と予想されていたが、宮さんは最後まで頑張り、その10日後に息を引き取った。

第十節 見えづらい治療継続の意味—佐藤俊夫さんの事例—

第一項 佐藤さんの在宅療養と鍼灸治療

佐藤さんは70代後半の男性で、胆管がん末期で多臓器転移を起こしていた方である。佐藤さんの鍼灸治療は1ヶ月半の在宅療養の間に8回行われた。筆者が佐藤さんの治療現場に同席したのは最後の3回で、筆者の最後の訪問の3日後に佐藤さんは息を引き取った。胸水貯留による呼吸苦、痛み、および著しい浮腫に苦しんでいた佐藤さんは、苦痛に耐えるように身体を丸めて鍼灸治療を受けていた。皆がいる明るい居間が大好きだった佐藤さ

んが、治療後にベッドで休憩することなくすぐさま起き上がって居間に戻る姿は忘れることができない。筆者が訪問した患者の中で、いわゆる「治療効果」というものが最も見えにくかった佐藤さんにとって、最後まで受け続けた鍼灸治療とはどのようなものだったのか。

2008年11月に発熱および倦怠感が出現。精査の結果下部胆管がんの診断を受け、2009年1月に膵頭十二指腸切除術を行った。2009年2月から2010年1月まで術後補助化学療法施行、以後経過観察していた。ところが、2013年3月にCT検査にて腸間膜リンパ節腫大を指摘される。同月PET検査を施行、4月に入りさらに大腸内視鏡検査を行い横行結腸がんの診断を受けた。右半結腸切除術施行するも、術中所見にて結腸の所属リンパ節を超えて根治手術不可能と判断された。最終的に胆管がんの結腸転移、リンパ節転移と診断であることが判明した。2014年1月のCT検査でリンパ節転移の増大を認めたため、2月より抗がん剤を開始した。6月まで治療継続するも、造影CTで両側胸水、腹水の増加、多発リンパ節転移の増大を認め緩和医療に移行する方針となり、ひろせクリニックに紹介となった。微熱と労作時の息切れを認めるものの、左胸水が著しく貯留しているとはいえないため経過観察中であった。しかし、近いうちに胸水増加により呼吸困難を起こすことが予想される状態であった。佐藤さんは、自宅で過ごすことが難しくなった場合、病院での看取りを希望していた。

2014年7月中旬より在宅療養が開始された。佐藤さんの状態はPSにて3、症状は腹部の張り、ガスの出づらさ、息切れおよび呼吸苦であった。また時々動悸を伴っていた。腰痛もあり体動時の痛みが特に強い状態だった。在宅酸素療法を行っており、在宅療養開始時で4リットルであった。ひろせクリニックは腹部症状と痛みの緩和、また浮腫の改善に対して介入することとなった。在宅療養開始からすぐに平岡氏の鍼灸治療も導入となった。佐藤さんのバイタルレベルは日に日に低下し、特に呼吸苦の程度が日毎増悪していた。角野医師は8月に入ると「いつ逝ってもおかしくない」と家族に説明していた。

平岡氏の鍼灸治療は7月下旬から開始となった。鍼灸治療が始まった理由は、腰痛、下肢の浮腫、腹部膨満感の緩和のためであった。佐藤さん本人が最も辛さを訴えていた症状は腰痛であった。平岡氏のカルテによれば、腰部に明らかな圧痛は認めないが、第4腰椎あたりを中心に腰部全体の痛みを佐藤さんは訴えていたようである。筋性の痛みだけではなく骨転移による痛みも混在している可能性があった。平岡氏は施術開始の際に「浮腫、腰痛含め腹部の状態（排便）が大切である」ことを伝え、腹部の治療も積極的に行った。初回治療後は著明な変化はないものの、「なんとなく軽くなり気持ちは良かった」と佐藤さんはコメントしており、週2回の施術で継続していくこととなった。なお、ハツさんも腰痛と膝痛で治療を受けることを希望し、2回目以降に佐藤さんと同時に治療することになった。

2回目以降、腰痛は「なんとなく軽減」している様子だったという。しかし下肢の浮腫は不変ないし増悪、また日増しに呼吸苦が強くなっていき、酸素吸入を行いながら施術する日もあった。疲労感も増悪していたようだ。また、排便が滞りがちになり始めたため、腹部施術の刺激を少しずつ上げるようになった。筆者が訪問したのは6回目の鍼灸治療の時からである。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場①

本橋市の中心部から少し離れた住宅街の中の、入り組んだ細い道をしばらく走ったところに佐藤さんのお宅はあった。駐車場に車を停めた際、昼前の暑さが酷い時間帯のため平岡氏は車のフロントガラスにサンシェードを置く。車を降りて、駐車場の奥にある玄関に歩いて行く。暑いせいか、玄関は開けっ放しになっていた。「こんにちはー」と中に入ると、家の奥から妻のハツさんの「どうぞー」という声が聞こえてくる。玄関に入って正面に短い廊下がまっすぐあり、廊下を挟んで右側が居間、左側に佐藤さんの寝室があった。佐藤さんは居間でテレビを見ていたようで、平岡氏と筆者が玄関で待っていると、佐藤さんが居間から歩行器でゆっくりと歩いてくる。鼻には在宅酸素のチューブをつけており、ちらっと一瞬筆者の顔を見るも、歩くのが大変なせいか、すぐに自分の足下に視線を戻す。一見して状態はよくなさそうだ。体全体で呼吸し、覇気がなく、顔色もくすんだ黒い色をしている。佐藤さんが部屋に入った後に、平岡氏と筆者が後に続いた。佐藤さんが療養している部屋は4畳半の部屋で、奥にベッドがあり、その他在宅酸素の機械等が所狭しと置かれている。この場所に大柄な平岡氏が入り、空いているスペースでハツさんも一緒に治療をする。佐藤さんの身の回りは妻のハツさんが看ている。家には佐藤さんとハツさんの他に、長男夫婦とその次男が住んでおり、計5名の世帯であった。

平岡氏に促され、筆者はベッドの奥の窓取り付け型エアコンの脇のスペースにいたことになった。平岡氏は佐藤さんを支えながら横向きにする。痛みが強いのか、臥位になるのもかなりつらい状況の様子である。部屋の入口でハツさんが見守る。改めて佐藤さんの顔を見ると、やはりかなり状態は厳しいようだ。名刺をお渡しして挨拶をするも、返事もそぞろであった。平岡氏はいつもの通り、道具箱を開けて鍼の準備をする。居間からは甲子園の放送音が聞こえてくる。

右横向きの状態で平岡氏は両手の脈を診る。佐藤さんの一番つらい症状は腰痛であった。平岡氏は腰痛に関する問診を幾つかする。佐藤さんは呼吸を苦しそうにしながら小さな声で答える。筆者がいる場所と反対を向いているのもあり、佐藤さんがなんと答えたかを聞き取ることが難しい。鍼の入ったシャーレをベッドに置き、右手に切皮のみ、また左の肘関節前面の反応を数回細かく見た後切皮し、数mm刺入して置鍼した。鍼を刺したと同時に「お腹を動かすような鍼です」と平岡氏は説明を付け加える。その後腹部を触診し数カ所に刺鍼する。刺鍼した一箇所は深く刺入し何度か雀啄術を繰り返した。ハツさんから、「暑さで蒸れてかぶれるため、紙おむつを外してパンツで生活している」と一言ある。鍼を終え、右手の脈診をする。

「しばらくこのまま鍼置きますね」と佐藤さんに告げ、平岡氏は今度はハツさんの治療に移る。佐藤さんのベッドに対して垂直に、部屋の入口に頭が来るように仰向けになるハツさん。ハツさんが平岡氏に「(佐藤さんが)ポータブル(トイレ)にしてから3,4回夜中にトイレに行くようになる。よく熟睡できない」と訴える。平岡氏は「うーん」とだけ応える。しばらくの沈黙の後、高校野球の話になる。佐藤さんは無言で横向きで休んだままだ。呼吸をする背中が上下しており、見るからに苦しいのがわかる。ハツさんの膝周りに鍼を刺し、再び佐藤さんの方へ移動する平岡氏。今度は背中側の治療を行う。ハツさんには温灸が付けてあり、平岡氏はハツさんに「熱かったら言って下さい」と伝える。

佐藤さんの腰の治療に移る。平岡氏は、エアコンの風があたって寒くないように足と上半身に毛布とタオルケットをかける。左肩甲骨周囲部を手根部で軽く揉捏し、後頸部を母指で圧迫する。そのまま腰背部の筋を背中から腰にかけて母指で揉捏し、さらに手掌全体で軽く圧迫を加える。その間ハツさんが「お灸が熱い」と言ったため、筆者がハツさんの灸を外しに行った。

平岡氏は佐藤さんの腰の手技が終わった後、左大腿部の手技を始めた。両手掌で把握するように軽く揉み上げる。その後下腿の浮腫の状態を確認し、下腿部を両手で把握するようにマッサージする。平岡氏は一旦佐藤さんの足部に毛布をかけて、佐藤さんの足の上を跨ぎハツさんの鍼を抜く。ハツさんをうつ伏せにして腰部の鍼を行っているようだ。その間、佐藤さんは同じ姿勢のまま少し休んでいる。

ハツさんの刺鍼を終え、佐藤さんの治療が再開した。両手と腹部の鍼を抜き、両手の脈診をする。佐藤さんを仰向けにし、右下肢の手技をはじめようとするも、佐藤さんはかなり腰が痛い様子である。そこで、反対側の横向きに姿勢を変えた。体位を変換し左横向きになった途端、佐藤さんは咳をして少し苦しそうにしている。咳が落ち着くのを待ち、平岡氏は右側の腰部のマッサージを始める。「この姿勢で10分ほどいられますか？」と佐藤さんに確認する。佐藤さんは力なく頷く。腰部に数カ所切皮し、そのまま置鍼する。佐藤さんはベッドの手すりにつかまっている。呼吸が少し苦しい様子だ。手すりをつかむ右手の位置もなんとなく定まらなさそうで、少しずつ位置を変えている。平岡氏は殿部のマッサージを始めた。その後、大腿後面のマッサージを行う。平岡氏は時々佐藤さんの顔の様子を見ながら施術を行う。佐藤さんは目を閉じた状態である。平岡氏は一端マッサージを中断し、ハツさんの鍼を抜きに行く。その間佐藤さんはペットボトルの水を一口含む。呼吸が少し荒くなっているようだ。呼吸が苦しいのか、鼻につけている吸入の管を自ら調節している。

ハツさんの鍼を抜き、平岡氏は佐藤さんの治療に戻った。佐藤さんの腰の鍼を抜いて下腿部のマッサージを始める。ハツさんは治療を終えて部屋を出ていく。サンダル音が外から聞こえたので、玄関から外に出たのだろう。マッサージを受けている間も佐藤さんが時々微かに体を動かす。平岡氏は、その動きの都度手を止めて佐藤さんの顔を見る。呼吸苦と痛みを考慮してか治療の時間は全体にして30分ほどで、筆者が見た他の患者に比べあまり長い時間はかけなかった。「終わりまーす」と佐藤さんに伝え、治療が終了した。佐藤さんは一度ベッドの端に腰掛ける。平岡氏が腰の痛みの状態を聞くと「やはり痛い」と答える佐藤さん。平岡氏は坐位のまま腰部を軽く擦る。「大丈夫」と擦るのを遠慮するようにして小声でささやく佐藤さん。そのまま歩行器をつかみ、居間の方へ移動した。治療開始から終わりまで佐藤さんが言葉を発する時は殆ど無かった。平岡氏が痛みの確認をする際に一言答えるのみ。治療後にはすぐさま居間に移動してしまった。佐藤さんの治療にはどんな意味があるのか。佐藤さんはどんな意味を感じているのか。症状の変化も得づらく、かたやこれまで見てきた他の対象者の方々から聞いた直後の「軽さ」のような反応、あるいは筆者から見た直後の変化が全くと言っていいほど見られなかった。ハツさんの治療も平行して行っていたせいか、治療空間全体がどことなく「落ち着かない感じ」もあり、筆者自身もなんとなく「しっくりこない」感覚も覚えた。「鍼灸治療によって終末期には穏やかな時間が提供できる」という筆者の思い込みが強いせいだろうか。穏やかでもなんでも

ない、佐藤さんの苦しみの顔ばかりの時間だった。佐藤さんのように呼吸苦が著しく、腰痛も強く、いわゆる終末期で症状が強く出ている場合、それどころではないのかもしれない。誰しもが鍼灸治療を受けて心地よい穏やかな時間を経験するわけではないのだ。

〔2〕鍼灸治療についての語り

治療後、可能な範囲でということ佐藤さんにお話を伺った。佐藤さん自身、過去に腰痛に対して鍼治療を行った経験があり、今回の腰痛に対しても「鍼やったらいいんじゃないかと思って」始めたという。佐藤さんの治療の目的はとにかく腰痛の緩和だったようだ。ただ、鍼灸治療を受けたのは20年以上前のことだという。今回の腰痛に対しての効果について尋ねると、「いくらか良くなってきた」と答えた。ただ、浮腫を含めた下半身の状態については変化が無いとも答える。佐藤さんにとっての鍼治療がどのような時間かを探ねると、「どんな時間って、まあ、楽しい時間」と答え、その時にはハツさんも含めみんなから笑いがこぼれた。筆者は正直その回答に疑問だったため、思わず「楽しい時間？」と再度聞き直してしまった。すると佐藤さんは「うん、楽しい時間」とはっきりと答えてくれた。

他のケア職種との違いについて尋ねると、ハツさんが「なんぼでも楽になんのかなって思うんでしょ？」と佐藤さんに語りかける。佐藤さんは病院と在宅医療の違いについて尋ねられたと勘違いしたようで、「やっぱり病院にいるよりはこっちのほうがいいな」とつぶやく。筆者は、在宅での様々なケアの中で鍼灸とはどういうものかを改めて尋ねたところ、こう答えてくれた。

うん。でも（今の腰痛は）普通の腰痛と違うから。がんがリンパに入って（一部聞き取り不明）やつだから。そんなに簡単には、良くなったつつうのは（言えないね）。でも幾らでも楽になったらって。（佐藤さん）

呼吸苦の程度が強いため、これ以上のことを佐藤さんからは聞くことができなかったが、佐藤さんは正直に現状に対する鍼灸の効果の実感の難しさを語ってくれた。しかし一方で「いくらかでも楽になるために」鍼灸治療を行っていたことがわかった。インタビューを終えた後、移動の車内で平岡氏が「佐藤さんて、あんなにしゃべれたんだ」という。筆者の印象ではインタビュー中はとにかく「あまりお話したくない感じ」に見えたが、それほど平岡氏は佐藤さんとは言語的なやり取りはしていなかったということだろう。また、インタビューで「楽しみ」というコメントをした佐藤さんに対しても、平岡氏は「かなり驚いた」とコメントしている。平岡氏からは決してそのような見えず、治療中には佐藤さんが常に早く居間の方に戻りたいと思っている、と感じていたようだ。

〔3〕治療現場②

玄関に入って早々、子供の声や若い女性の声が聞こえる。親戚がお見舞いに来ているようだ。前回と同じように居間にいた佐藤さんは寝室に移動し、ベッドの上に座る。居間にいるみんなが気になるのだろうか、どこことなく佐藤さんがソワソワしている感じがある。部屋間を移動したせいか、少し咳をする佐藤さん。呼吸が苦しそうな感じは相変わらずだ。今日はお客さんが来ているせいもあるのか、ハツさんの治療は無かった。呼吸が落ち着い

た後、右横向きでの治療が始まる。平岡氏は両手の脈を見て、右前腕外側、左の前腕背側遠位部に刺鍼した。その後腰部全体を消毒し刺鍼する。どの鍼も切皮のみの浅い鍼である。置鍼している間に殿部の触診を行う。呼吸状態が前回治療時よりも悪いように見える。在宅酸素の量も6リットルに増えていた。初回訪問時の4日前は5リットルであった。眼の力は4日前の方が無かった気がするが、日に日に全身状態が低下しているのがわかる。前回よりも本数を多く用いて腹部の鍼を行う。腸管の運動を高めたいのだろう、腹部に関しては刺鍼深度が深い。続いて前回行わなかった左側頭部への散鍼をする。その後左肩上部に切皮のみの鍼をする。後頸部を触診し、その後また側頭部の触診をする。そして再び側頭部に散鍼。どことなく、佐藤さんの表情が和らいだ感じになる。居間からは家族たちが会話をしている声が聞こえてくる。頸部周囲筋を母指と四指で軽く揉捏した後、後頸部に切皮してそのまま置鍼をする。平岡氏は腰部へ移動して腰の鍼を抜き、殿部を母指で圧迫し始める。そのまま大腿部の手技に移行する。大腿を前後から両手掌で挟み込み揉み上げるような手技を行う。下腿から足部にかけてのマッサージを行う。足部のマッサージを終え、頸肩部の鍼を抜く。どことなく平岡氏の手順が忙しく急いでいるような印象を受ける。呼吸の苦しさを考えてのことだろうか。鍼をすべて抜き終え、反対の横向きになる。

体位変換時に腰痛が出現する。佐藤さんの表情が一瞬苦悶で歪む。左横向きになるや、体位変換のエネルギー消耗もあるのか、急に呼吸が荒くなった。佐藤さんは相変わらず少しソワソワした感じがある。呼吸をするために右肩を大きく動かしている。平岡氏は手掌で腰部全体を押圧して、まずは腰痛の状態を確かめる。右殿筋周囲も圧迫してその回りの状態を確かめる。殿部に鍼を行う。前回の時よりも深く鍼を刺して置鍼する。その後、右肩上部から後頸部にかけて母指で圧迫した後、後頸部と肩上部に切皮して置鍼する。改めて前回よりも明らかにバイタルレベルが落ちている印象を受ける。左横向きになってから明らかに苦しそうだ¹⁹⁵。平岡氏が佐藤さんの状態を気にしながら施術している。さらに多くの親戚がやってきた。隣の部屋はすごく賑やかだ。佐藤さんが何となくソワソワしているのはそれもあるのかもしれない。下肢までのマッサージを手早く終え、すべての鍼を急いで抜く平岡氏。佐藤さんの姿勢がつかうさだからか、施術時間が前回よりもさらに短めで終わった。「はい、終わりますねー。終わったら向こう行きますか」と声をかける。ハツさんと呼び、佐藤さんは足早に皆のいる方へと移動した。平岡氏はハツさんに一声かけ、酸素供給量を一時7リットルまで上げた。

この後平岡氏が言っていたことは、「とにかくやりづらい。いままで落ち着いて治療できた試しがない。スタート時はご本人がと言うよりは、ハツさんや娘さんの健康相談が先になり、佐藤さんご本人も、『先に家内から』のように自分のことは後回しにしていた」ということだ。「なかなか治療に『入れない』のよ。集中できないというか。今日だって親戚があれだけいて、そりゃあはやく向こう行きたいだろうし、ソワソワもするよ」という。平岡氏が治療に入るのはこの回で7回目になるが、未だに治療に「入り込めない」、彼の中に「入り込めない」という。

[4] 治療現場③

¹⁹⁵ 右肺の方が、左肺より胸水が多い影響と考えられる。

この日も居間にいた佐藤さん。担当の丸田看護師ともう一人の看護師さんが訪問に来ていたところだった。ちょうど診察と処置が終わったところだったようだが、佐藤さんがここ2回では見たことがないような柔和でにこやかな表情をしていた。後に看護師がグリーンケア¹⁹⁶で訪れた際のカルテを見てわかったことだが、看護師の丸田さんが来るのをいつも心待ちにしていたようだ。丸田さんが平岡氏に目配せをして、退室した。平岡氏と私は居間に入り、佐藤さんが移動しようとするも、「もしあれだったらここで治療でもいいですよ」と声をかける平岡氏。この日は居間のソファベッドでの治療になった。浮腫の程度が前回よりも強く、また腰痛もかなり辛いようだ。ハツさん曰く、前回治療後から今日までの間、「にわかにか呼んで」と、平岡氏にイレギュラーで往診をお願いしようとしたこともあったようだ。それほどまでに辛かったという。前回に拍車をかけて呼吸が苦しそうな佐藤さん。平岡氏はまず足の状態を確認し、リンパの説明をし始める。座布団の置く位置によってはむくみが却ってひどくなってしまうような場合もあるという説明をする。平岡氏が前回からの変化を尋ねると、佐藤さんは小さな声で治療後に少し疲労が残ってしまったと話す。ハツさんは居間の真ん中にあるテーブルを挟んで、佐藤さんが寝ているベッドの真反対に座っている。前回同様今日もハツさんの治療はしないことになった。佐藤さんは左横向きになって寝ている。平岡氏は右手の脈診をするも一時中断し、リンパ管の流れを良くする方法についてジェスチャーを加えて懸命にハツさんに説明する。

その後鍼の準備を始め、横向きの状態のまま腹診を行う。見た目にはかなり腹水がたまっている印象だ。気温は大分高いが、佐藤さんの足元には毛布が4枚もかけてある。寒いのだろう。平岡氏は「ちょっとすいません移動させて下さい」と、治療のために一時毛布を部屋の別の場所に移動する。座布団を佐藤さんの膝の間に挟み、極力局所の圧迫を減らす肢位を作る。ズボンの裾を膝辺りまでめくり上げる。そして、右鼠径部に切皮のみで2点刺鍼する。その後右下腹部に深い刺入鍼をして雀啄をする。努力呼吸のせい、呼吸に伴う佐藤さんの体の上下動が著しい。鍼を置いたまま、平岡氏は佐藤さんの右上肢を左側の手前の柵に載せ、腋窩部から側胸部にかけてマッサージをする。酸素を送る音が鼻腔の管から強く聞こえる。「腰はなんぼか楽だ」と佐藤さんはつぶやく。ハツさんがそれに答えるように「前よりお腹へこんだ」と語る。平岡氏は右側胸部のマッサージをした後、シャーレから鍼を取り下腹部に深い刺入鍼を行う。右手の脈診を再度行う。そして右手と右肘外側に切皮して置鍼する。ハツさんは居間の椅子に座ってずっと治療の様子を見ている。「トイレに行くけれども少ししか出ない」とハツさんは更に語る。平岡氏は右の大腿部から手技を始める。大腿部から下腿部、そして足部にかけて手掌と母指を用いて軽い揉捏を行う。平岡氏は手技を行っている間ずっと佐藤さんの顔を見ている。佐藤さんはどことなく物悲しい表情をしている。在宅酸素の機械の音が響く。平岡氏が行う手技の場所に併せるように、ハツさんが「左の方も足がパンパン」とつぶやく。足部の施術中、「・・・っっ」と佐藤さんが蠕く。佐藤さんの足の位置を平岡氏が少し変えると、「大丈夫」と小さく佐藤さんは答える。「明日はお昼お風呂なの」とハツさんが言う。佐藤さんにとってお風呂というのは本当に大事ならしい。訪問入浴を初めて行った時、それはそれは喜んだようだ。筆者がこれまで見てきた2回のうち、1回はハツさん自身も治療を受け、1回は親戚が来ていたため

¹⁹⁶ グリーンケアとして、ひろせクリニックでは看取りの1ヶ月後頃にケアスタッフが患家を訪問してご家族とお話をする。

佐藤さんの治療の場をハツさんが「見ている」ことはなかった。今日はハツさんがよくお話をする。ただ不思議と治療の空間が遮られるような、乱されるような、そういった感覚は全く無い。むしろ観察を行って 3 回目にして初めて「穏やかな治療空間」を感じる。一方で佐藤さんはやはりどこか物悲しい表情に見える。その時、お孫さんが 2 階から降りてきて、「足、(浮腫) すぎえなあ」と一言残して家を出て行く。足趾から足部の手技がおよそ 6,7 分続いたのだろうか。上肢の鍼を抜き、その後に腹部の鍼を抜く。そして鼠径部に四指を当て軽く揉捏する。続いて背部を上から下に向けて軽擦する。

今度は反対側に寝返ってもらう。側胸部から腰部にかけて数回手掌で軽く押圧する。それが終わった後腰部に刺鍼する。腰部の鍼は他の箇所 비해深く刺入し置鍼する。佐藤さんは反対側の手すりを掴んで横向きの姿勢を保っている。筆者の目に入る佐藤さんの後ろ姿には、力がない。平岡氏は下肢の手技を始める。その時「左の方(浮腫が) ひどいでしょ」とハツさんが言う。大腿部を手掌全体で軽く押圧した後、膝窩から下腿にかけては全体を把握しながら錐揉み状に揉捏する。その後足部、足趾を母指で揉捏し、足関節の運動を行う。再度大腿部を手掌全体で把握し揉み上げる。腰部の鍼を抜き、軽く背中を擦る。「はい、終わりますね」と平岡氏。

この日の治療直後、佐藤さんは笑顔になり「あ〜、気持ちよかった」と言った。平岡氏は「あ！珍しい、佐藤さんからそんなこと聞くの初めてですよ！」と驚きの表情で、笑顔を交えて応える平岡氏。皮膚を少し強めに揉むマッサージをしたことを説明する。そのやり取りの後、佐藤さんの笑顔はまたもとの寂しい表情に戻った。そしてすごく力がない感じになった。平岡氏によれば、佐藤さんは治療時その前後もほとんど喋ることがなかったらしい。筆者が見てきた 3 回もそうだ。平岡氏と佐藤さんの間に会話らしい会話は全くと言っていいほど無かった。佐藤さんの「あ〜気持ちよかった」という一言は、死期を悟った佐藤さんの平岡氏への思いを込めた最後のメッセージに思えてならない。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

8 月に入ってからいつ息を引き取ってもおかしくないと言われていた佐藤さんは、筆者が最後に訪問した 3 日後に息を引き取った。筆者は佐藤さんにとっての最後の鍼灸治療を見たことになる。思い返せば、いつも「寂しい目」をしていた佐藤さん。最後に息子さんに「死にたくない」と泣いた、という内容がカルテに記載されていた。また、最後はハツさんから離れなかったという。とにかく寂しかったのだろう。どんなに痛くても、どんなに苦しくても、治療後すぐにベッドから立ち、皆の居る居間に戻っていた佐藤さんの姿はとても印象的だった。

第十一節 「一体感」が醸成されていた治療空間—柗達子さんの事例—

第一項 柗さんの在宅療養と鍼灸治療

柗達子さんは 60 代前半の女性で、肝細胞癌の末期の患者であった。柗さんは約 1 ヶ月の在宅療養期間の後、在宅で看取られた。柗さんの鍼灸治療は、亡くなる 2 週間前から 3 日前まで、実に 3 回しか行われていない。筆者はその 3 回のうち、最初と最後の 2 回の治療現場に立ち会った。極めて少ない治療回数ながら、柗さんと平岡氏の治療空間は、まるで

「何年も平岡氏がその場で治療をし続けてきた」かのように、極めて自然な、ある種の「一体感」を強く感じさせるものであった。柗さんの横には常に娘の貴子さんが寄り添い、ご主人の哲夫さんは頻繁に治療の様子を覗きに来ていた。私が感じた「一体感」の背景には、もともと柗さんのご家族が持っていた「家族の一体感」があるのだろう。その「一体感」の中に平岡氏が「入る」ことを家族が受け入れ、また一方で平岡氏もまるで「黒子」のように家族の空間に加わることで、この「家族を中心とした在宅療養の場としての一体感」が生まれたのではないだろうか。

柗さんは肝細胞癌末期の患者であった。2003年にHCV陽性¹⁹⁷が判明していたが、数年間目立った症状は認められていなかったという。ところが2007年に肝臓に腫瘍性病変が発見される。翌2008年から治療による緩解と再発を繰り返し次第に状態が悪化。2014年7月には急性腹痛の為緊急入院となった。緊急処置にて一命は取り留めたものの、肝臓に破裂手前の腫瘍があることが判明した。この時家族にのみ、「末期の状態にあり、腫瘍の再破裂の可能性があること、それによる出血で即死の可能性があること」が説明された。また、病状の進行と加療の影響により重度の骨粗しょう症を抱えており、同緊急処置の入院中に骨盤の脆弱性骨折を起こしてしまっていた。骨折も伴いADLが低下していることもあったが、柗さんご本人は在宅で過ごすことを希望した。ただ、柗さんは、自身がターミナルであるという認識をその当時は抱いていなかったようである。在宅で「骨折が良くなるまで介護などお願いしたい」という気持ちだったようだ。母親の予後を知らされた娘の貴子さんは、できるだけ自宅で一緒に過ごすことを希望した。退院後、柗さんは貴子さんのマンションに身を寄せることとなった。柗さんご主人、貴子さんご夫婦と2人の孫の6人での暮らしが始まった。

2014年7月末に在宅療養を開始した柗さんであったが、PSは3~4程度でトイレと車いすでの外出以外はほぼベッド上で寝て過ごしていた。在宅療養開始時の最も辛い訴えは、骨折による体動時痛（左股関節、腹部、左大腿後面）¹⁹⁸のために寝返りが打てないことであった。また、寝返りがうてず仰向け姿勢のままではいなければならないため、背中や腰の痛みを訴えていた。その他、右季肋部に疼痛¹⁹⁹、全身倦怠感があり、また肝臓病変に対する治療の影響で下腿浮腫が認められていた。ひろせクリニックの治療方針は疼痛緩和が主となった。また「歩けるようになりたい」という強い意欲を持っていた柗さんの希望により機能障害に対してOTが介入することにもなった。医療者の訪問回数が多いと負担ということで医師、看護師、OTいずれも週1回で訪問するという形で在宅療養が始まった。

在宅療養が始まってから8月中旬頃までは、日により体調に大きな差があり、腹痛で緊急対応の連絡が入る日もあれば、調子が上向きになって体調が良いと訴える日もあった。緊急対応する際の症状が突出痛²⁰⁰であるため、医師が痛みの緩和を目的に服薬の増量を提案するも、「できるだけ薬は飲みたくない。痛み止めの定期内服も嫌」と拒否する姿勢を示

¹⁹⁷ C型肝炎ウイルス。感染経緯は不明だが、柗さんは別疾患治療の血液検査時にたまたまHCV反応が陽性であることが判明した。

¹⁹⁸ 柗さんは恥骨、坐骨部に骨折病変が認められていた。痛みはその骨折によると考えられていた。

¹⁹⁹ 右季肋部の疼痛は徐々に増悪していく。この痛みは、医師によれば肝臓の微小破裂による痛みであると考えられていた。

²⁰⁰ 突出痛は、持続痛の有無や程度、鎮痛薬治療の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増強のことである [富安2014: 23]

していた。8月中旬になると徐々に全身状態が低下し始めた。右季肋部痛が頻繁になり、嘔気嘔吐も頻繁に起こるようになる。痛みの緩和には痛み止めとモルヒネを頓服で使用して様子をみていた。この状況について医師は、「頻繁な右季肋部痛は肝臓の微小破裂の繰り返しによるもので、吐気・浮腫・消化管の蠕動運動の低下は肝細胞癌の終末期に入っているため」としている。娘の貴子さんも、終さん自身がうすうす終末期であることを認識しているのではないかと感じていたようだ。終さんに鍼灸治療が提案されたのはこの頃、終さんが亡くなるちょうど2週間前であった。医師が「下肢浮腫、腹水に対し、鍼灸の提案」をしたところ、「薬物治療よりも受け入れあり」とのことで鍼灸治療が開始されることになった。

第二項 鍼灸治療の「場」

〔1〕治療現場①

閑静な住宅街の7階建てのマンションの最上階。エレベーターを降りてすぐの玄関には娘の貴子さんがいた。30代半ばの私と同じか、少し上くらいだ。声が大きく、ハツラツとしている。平岡氏の初回電話の印象では貴子さんはかなりきつめの印象で、私が同行することが難しい様子だと聞いていたのだが、おそらくあのハツラツとした物言いが、電話では少しきつめに聞こえただけなのだろう。一家全体とてもウェルカムな雰囲気だった。インターホン越しのご主人の声も優しさそのものの声だった。玄関を上がって廊下を歩いて一番奥の南東に面した部屋が終さんの部屋だった。白い壁、カーテンは茶色。床には転倒予防だろう、スポンジカーペットが施してある。季節は夏の最中であつたが、エアコンを入れなくても南からの風が入ってきて、すごく快適な部屋だった。南側の窓からは本橋市を一望できた。私が訪れたのが午前中だったのもあり、東側の窓からは、やわらかい光が差し込んでいた。とにかく、さわやかな空気を感じる部屋だった。

終さんは部屋の中央にあるベッドに臥床して待っていた。部屋に入る平岡氏と筆者を、笑顔と苦痛が入り混じったような表情で見つめ、「こんにちは」と軽く会釈した。声が小さく、無力な感じが否めない。黄疸も一見して分かり、状態は正直あまりよくなさそうだった。終さんの部屋に入った平岡氏はベッドの右端に座り、早速名刺を出して自己紹介をする。私のことも紹介してくれ、私も平岡氏のそばで挨拶をした。表情は柔らかく、声は小さいがすごく優しさを感じる声だった。「よろしくお願いします」と2回頭を下げられた。平岡氏はベッドの左端にいた貴子さんにも初回の説明をする。平岡氏が鍼灸治療とその目的について一通りの説明を終えた後、私も貴子さんに研究の説明をした。貴子さんは真剣に話を聞く人だった。今回の施術中、ずっと終さんのベッドサイドに居続け、平岡氏の治療を観察していた。また、時々平岡氏にマッサージの仕方や鍼灸に関する質問を投げかけ、終さんのケアに少しでも取り入れようとしていた。

平岡氏は、終さんのベッドの右脇で施術の準備にとりかかる。ベッドの左脇に貴子さんが立っている。室内は少し暑い。終さんが「エアコンを入れて下さい」と気遣うが、平岡氏は「仮に自分が汗ブルブルでも一切気にしないで欲しい」と答える。貴子さんも、「お母さんが（寒くないか）どうか大事なんだから冷やしちゃダメだよ」と終さんに言う。平岡氏は冷やしちゃいけないという貴子さんの説明に乗り、「局所の冷えが体全体の循環を悪くする」と説明する。「ちょっとお体見ますね」とまずは足にかけてあつた毛布をめくり、

下腿全体をやわらかく把握しながら下肢の浮腫の程度を確認する。何度か下腿部を触診して確認した後、腹診をしながら、便通の状態を柗さんに確認する。腹部には掻いた痕²⁰¹があり、下腹部一体かぶれてしまっている。平岡氏は痒い時は掻かないように、温かいタオルや少し重めのタオルで圧迫して、感覚を紛らわせるような対応を勧めていた。手掌で腹部全体を数箇所触診する。その後打診を行い腹部全体の音を確認する。いくつかの平岡氏の質問に力なく答える柗さん。同時に両手の脈を数秒間診る平岡氏。「舌を見せて下さい」と、脈診と同時に舌診を行う。「夜は眠れますか？」と睡眠の状態を確認する平岡氏。「あまりよく眠れない」と答える柗さん。「鍼をするので今日は緊張していますか？」と平岡氏が確認すると、すかさず貴子さんが「興味津々なんだよね！」と大きな声で会話に加わる。柗さんも間髪入れず「楽しみにしていたんです」と答える。夫の哲夫さんは部屋の隅の方で笑顔で頷いている。柗さんは「やってもらったらすぐに楽になる気がして」とつぶやく。平岡氏は、「人によって効果の出方は違うけれども、全体として楽になるのは間違いないから安心して治療を受けてほしい」と説明する。

改めて右手の脈診をする。数秒間、部屋全体が沈黙に包まれる。「最初少しほぐしますね」と右腕の手技から始める。手首を内外に軽くひねりながら、柗さんの前腕を軽く母指で揉捏する。その間、汗の話になる。「寝汗はかきますか？」と平岡氏に聞かれた柗さんは、「あまりかかない」と答える。「頭ののぼせる感じはありますか？」と聞かれると「それもあまりない」と答える。逆に「時々足がすごく冷たくなることがある」と柗さんは続ける。平岡氏の手技は肘から肩関節に向けて少しずつ体幹に向かっていく。「一時期背中がすごく痛かった」と柗さんが天井を見つめながら呟く。

右上肢の手技を終え、平岡氏はベッドの左側に移動した。ベッドの左側には車いすやサイドテーブルがあったため、それを動かす。平岡氏は左腕の手技を始めた。汗の会話がまた続く。「汗はじんわりと出たほうがいい」と平岡氏が改めて説明した。柗さんは部屋の暑さを気にしてくれる。再度平岡氏は気にしなくて良いと説明。貴子さんも同調する。

左上肢の手技を終え、平岡氏は鍼の入ったシャーレを手にとった。右手に鍼と鍼管を持ち、左手の指先で柗さんの左肘の外側部を探るように触診した後、切皮し置鍼する。「こんな感じです」と平岡氏。貴子さんもベッドの柵から身を乗り出して観察している。「どう？」と貴子さんが柗さんに尋ねる。「全然痛くないの」と、柗さんは驚いたようで目を大きくしながら答えた。その会話の間、平岡氏は無言で身を乗り出して反対側の同部位に切皮し置鍼した。腕の鍼を打ち終わると、柗さんの足側に移動し、足元にかかっていたタオルケットをめくった。両膝の内側部、外側部軽く触診した後、切皮し置鍼した。刺鍼し終えた後、平岡氏は右手の脈診を数秒間行った。

訪問時は曇りがちだった空に、だんだん晴れ間が広がる。部屋の空気が、より爽やかになった気がした。平岡氏は柗さんの頭側に移動する。両方の側頭部をまず触り、「頭痛はありませんか」と質問する。「2,3日前に痛いことがあった」と柗さん。その会話の後、平岡氏は左右側頭部に数箇所散鍼をした。散鍼後、頭頂部に切皮し、少し鍼を回旋した後置鍼した。頭部の鍼が一通り終わると、平岡氏は再度右手の脈診を数秒間行った。

平岡氏は腹部を開けて、「痒いところに点々と灸をしますね」と説明する。「はい」と応

²⁰¹ 肝機能低下に伴うビリルビンの体内蓄積により皮膚掻痒症状が出現する。

える柊さん。頭の鍼を置鍼し始めてから閉眼状態になった柊さん。平岡氏は手元に紫雲膏を用意し、直径 10cm 程度の楕円形の腹部のかゆみの発赤箇所を囲むように 1cm 程度の間隔で紫雲膏を塗っていく。貴子さんは「それ、なんですか？」と興味津々に平岡氏に尋ねる。平岡氏は「艾を立ちやすくすると、やけどを防止するためのものです」と説明する。灸に点火するための線香に火をつけ、「では灸していきます」と声をかける。灸はゴマ大程の極めて小さな灸であったが、一つ目の灸が燃え終わるやいなや「熱い！」と体を一瞬揺らす柊さん。熱さに驚いた様子だった。「ちょっと熱かったかな、少し小さくしますね」と平岡氏は言う。2 つ目の灸も少し熱そうだったが、一つ目よりは楽だったようで、「ちょっと熱いけど大丈夫」と柊さん。貴子さんが横で笑っている。「熱いのは直ぐとれるの？」と貴子さんがと聞くと、「一瞬だけなんだけど・・・。」と柊さんはしょげるように答えた。紫雲膏を塗った十数カ所の順次手際よく灸を続ける平岡氏。「お線香のいい匂いがする・・・」とつぶやく貴子さん。平岡氏は「チクっと痛熱い感じですか？」と聞くと、柊さんは「熱！です」と答える。貴子さんが「あと何個やるか教えてあげようか？」と少しいたずらな声で言うと、柊さんは「いっぱいだとがっかりしちゃうから・・・」と軽くうなだれた声で力なく笑う。熱がっている姿をみて、貴子さんが一言ぼそっと、「原因がわかっている痛みは笑えるんだね」と呟く。この言葉は非常に意味深く感じた。逆を言えば原因がわからない、あるいは目に見えない痛みというのは、本人も家族も不安なのだろう。本人が不安がるのを見て、家族は決して笑えない。「最後！」と平岡氏は伝える。「ふーっ」と一息つく柊さん。平岡氏は、赤くなるくらいで十分効果がある旨、また水疱がたまにできることもあるが、それはさほど気にしないでいい旨を貴子さんと柊さんに説明した。

施灸の後、「お腹の鍼をしますね」と言って平岡氏はシャーレから鍼を取り出した。柊さんの下腹部を指先で触診し深めの刺入鍼をする。そしてそのまま 10 秒ほどの間、雀啄術を行う。雀啄術を終えた後鍼を抜き、手掌を腹部において柔らかい手つきで擦る。

その後、下腹部から鼠径部に手をあて、鼠径部を数秒間持続的に押圧した。胸苦しくないかを確認しながら手技を行う平岡氏。いつでも肝臓の出血を起こすリスクを抱えている柊さんに対して、平岡氏も細心の注意を払っているようだ。それが彼の動きの様からもひしひしと伝わってくる。平岡氏は手掌全体で、本当に軽いタッチで右鼠径部の押圧を始める。ここで「右足の内側の針が少し痛む」と柊さんが言った。平岡氏はタオルケットを外して右下肢の鍼を抜いた。貴子さんが寒くないか確認すると、柊さんは「あったかい」と答えた。貴子さんと柊さんは目を合わせて、2 人同時に軽い笑顔を見せた。右大腿部を手掌で圧迫して体幹側に向けてゆっくりと誘導する手技を平岡氏は始めた。柊さんは目を閉じて、やや側方に首を傾けている。平岡氏は腹部の違和感がないかを確認しながら、右下肢の手技を継続する。貴子さんは「気持ちよさそうね。やさしくやるんだねえ」といいながら平岡氏の手技をじっと見つめている。「ネットで見てリンパの流れ見ながら、あの、普通の人むくみとする用のやつをやったんですよ」と貴子さんがやや反省気味に言うと、「いや。効果はあったと思います。これだけ足のむくみ引いているんだから」と平岡氏は答える。どうやら昨晚 2 時間も 3 時間も柊さんの足をマッサージしていたらしい。「お陰でおしっこがすごく多くなり、体は軽くなった」と柊さんは答える。ただ夜にもお小水に行きたくなってしまい少し困ってしまったという。平岡氏は左手で柊さんの右膝裏を抑えながら右手掌で下腿の内側部を上方に向けて揉み上げる。その後右足関節部の手技を行う。上方

へ向けて、左手で足首を掴み、右手で表面を把握しながら上方にゆっくりと揉み上げる。柗さんは閉眼状態で、治療開始時に比べて大分力が抜けている印象だ。右下肢の施術を終えて、数秒間右手の脈診を行う。

左膝周囲の鍼を抜きながら、「あと 10 分弱くらいこの姿勢で大丈夫ですか？」と平岡氏。無言で頷く柗さん。平岡氏は柗さんの左側に回り、右足の施術同様、左腓脛部から手技を始める。腓脛部を終えると大腿部、膝窩部と施術部位が移動していく。平岡氏はすごく集中している。無言状態に突入して5分以上経過している。柗さんの足関節を他動的に何回か動かし、足底から足部内側を手掌で押圧する。再び他動的に足関節の底背屈を繰り返す。貴子さんが真剣に平岡氏の手技を見ている。左下肢の手技を終え、数秒間の左手の脈診を行った。

両肘の鍼を抜いて脈診をする。頭部の鍼を抜いて、「終わりまーす」と平岡氏が告げる。

「すごい気持ちよかった」と声は小さいながら、実感のこもった力強い声で言う柗さん。貴子さんが笑顔で柗さんを見つめている。平岡氏はこのあと貴子さんにマッサージのやり方を指導した。治療後直ぐにお小水に行きたくなった柗さんはトイレに急ぐ。トイレから出てきた柗さんは目を丸くして驚いた表情で、筆者に「すごいお小水がたくさんでました。すごい楽になった。なんか軽くなった。」と伝える。「やってよかった」柗さんはそうつぶやいてまたベットに戻った。

初めての柗さんの治療を見ている間、不思議な「一体感」を感じた。その「一体感」は、その治療空間そのものが「柗さんの命」であるかのようなようだった。個体に内在しているはずの柗さんの命がその身体にとどまらず、空間全体に広がり、まるで皆で柗さんの命を「生き合っている」ような感覚を覚えたのだ。柗さんと平岡氏の二者間に、また、貴子さんやご主人も含めた、その場にいるみんなの間に、「命の灯火がやわらかく燃えている感覚」が広がる。ある人の命を「共生する感覚」とでも言えようか。これまでの参与観察では得られなかった独特な治療空間を筆者は経験した。

[2] 治療現場②

この時で柗さんの治療は三回目になる。二回目の治療後に平岡氏が記載したカルテによれば、一回目の治療後疲れが出たとのことだが身体はスッキリしたようだった。また、日によって浮腫の程度は異なるが、家族によるマッサージにて軽快している様子だった。ただ、搔痒感が強く、増悪し睡眠不足になるということだった。浮腫に対しては、お腹が働くことも大切であること、排便促す施術も取り入れていくことを伝えて二回目の治療を行ったようだった。

三回目の治療日はあいにくの雨だった。この時期の天気は気圧が不安定なせいか、雨が突然降ったり、風が吹いたり、かと思えば晴れ間が出て急に暑くなったり、と定まらなかった。この日は前週に訪問した時と空の雰囲気異なっていた。季節は秋に変わろうとしていた。柗さんのお宅の前には公園があって、平岡氏と待ち合わせ時間の 10 分前に到着した私は、公園のベンチに座って平岡氏の到着を待つことにした。幸いこの時点で雨は降っていなかったが、木々の葉についていた雫が時々風に揺れて上から落ちてくる。程なくして平岡氏が到着して合流した。下血してしまい急速に状態が悪化した別の患者さんのことを話してくれた後、「柗さんもいつどうなるかわからない」と平岡氏は呟いた。

柗さん宅を訪れると前回同様貴子さんが出迎えてくれた。柗さんの部屋に入るなり、平岡氏は「どうですか」と心配そうに声をかける。前日も声に力は無かったが、今日はなおのこと声に力がなかった。「昨日痛くて・・・」と、か細い声で応えるその表情は、衰弱そのものだった。1週間前よりも明らかに状態は低下していた。昨日痛みで眠れなかったせいだろうか、目もうつろで力なく、途方に暮れた表情で辛さを訴える。夜間に痛み止めを服薬し痛みは落ち着いたものの、吐き気が強かったとのこと。眠れたと思った今朝方には、今度は全身のかゆみで目が覚めてしまった。浮腫は大分楽になっているという。お通じもあるとのことだ。平岡氏はまずその会話をしながら柗さんの足元のタオルケットをめくり足の浮腫の状態を確認する。足部から下腿の内側、外側を細かく触って皮膚の張り感を確認している。「お腹を触っても大丈夫ですか？」と確認した後、腹診を始めた。お通じの状態を確認し、「普通です」と応える柗さん。平岡氏が首から肩周りの触診に移ると、「全体が痒いのよ・・・」と柗さんはつぶやく。そこで平岡氏は脈診を始めた。柗さんは前回よりも明らかに不安、苦悶の表情だ。貴子さんは横でじっと見守る。鍼の後に小水の出が良い話をする。初回平岡氏が指導していた通り、柗さんはきちんと下肢側の布団の下に座布団をしき、若干の挙上位を保っている。貴子さんの柗さんへの距離が前回よりも近い。ベッドサイドにびたりとくっついている。

平岡氏は鍼の準備をする。「カラン、カラン」とシャーレに鍼を落とす音が聞こえる。右手の脈診を行う。数秒間。このタイミングで柗さんは目をとじる。脈診が始まる時に目を閉じる患者は多い。「眠る」のとは異なるようだ。「鍼治療の時間への切り替わり」の境目。患者個々が抱える日常から治療空間という非日常への切り替わり。

平岡氏は鍼を打つ前に、前腕を押圧しながら、柗さんの手首を掴んで内外に揺らす。腕全体の力を抜かせているようだ。部屋の奥から掃除機の音が聞こえてくる。忙しくご主人は掃除をしているようだ。平岡氏は右肩の圧痛を確認する。数点圧痛を確認した後、圧痛が最も強かった部位に「印つけていいですか」とマーカーで点をつける。柗さんは、肩を触られると「(右季肋部が)痛い時には肩も痛くなってくるの」と訴える。「ピーツ」と張ってくるとのことだ。昨晚は「擦って擦って」と貴子さんに訴えていたようだ。平岡氏は柗さんの左側に移動し、右側と同様、左の前腕を押圧しながら手首を掴んで内外に揺らす。貴子さんは平岡氏の場所を空けるため、座っていた場所から立ち上がり、そのまま一旦部屋から退室する。

貴子さんが部屋に戻る。前回の訪問時に比べ、柗さんも貴子さんも笑顔がない。昨晚の痛みがよほど辛かったからなのだろうか。平岡氏は左手の脈診を数秒間行う。右肩同様左肩も数カ所を触り、一点マーカーで印をつける。鍼が入ったシャーレに手を伸ばす。平岡氏は左側の前腕外側部、肘関節外側、肩上部に切皮し置鍼する。肩上部の鍼を打った時、柗さんが軽い咳をする。その時すかさず貴子さんが「寒くない？」と確認する。「大丈夫」と答える柗さん。右側に回り、左側と同じ箇所にも鍼をする。

「今度お腹に鍼しますね」と平岡氏は言いながら腹部の刺鍼に移る。単刺で数箇所腹部の鍼を行う。その後、柗さんの足の方へ移動し、下腿内外側の触診を始める。膝関節内側、膝関節外側に切皮、置鍼する。その後すぐさま平岡氏は右手の脈診を行う。

平岡氏はいつもの道具箱の中から、灸の灰を捨てる瓶を取り出しその蓋を開けて灸の準備を始める。「かゆみの灸を試してみましよう」と平岡氏が説明すると、柗さんは「お願い

します」と応える。温灸を用意した平岡氏は点火をし、印をつけた両側の肩関節付近の場所に点火した温灸をつける。灸の煙が立ち上がる。再び足部の方に移動し、柗さんの足趾のマッサージをする。「灸（の熱さ）我慢しすぎないでくださいね」と声をかける平岡氏。足趾のマッサージの後、再度右手の脈診をする。「熱さはどうですか」と聞くと、柗さんは「もう冷めてきたみたい」と答える。初回お腹に施した灸のほうが熱かった、と柗さんはつぶやく。

来客の対応で一時その場を離れていた貴子さんが戻ってきて、灸に興味津々になっている。「テレビでよく見るやつですか？」と聞かれ、平岡氏は「テレビでやってるものは薬局で売ってますけど、（市販のものは）少し熱いんですよ」と答えた。「痒みが引いてくれたらね・・・」とつぶやく柗さん。会話中に右手の脈を診る平岡氏。「鍼灸は近くにはあるんだけど、どこに行ったらいいかわからない」という貴子さん。「すぐそこにはあるんだよね」、と近所の鍼灸院の話になる。「なんとなく怖くて入りづらい」、「人が出入りするような雰囲気ではない」と貴子さんは語る。平岡氏は、鍼灸師の流派の話や、鍼の刺し方についていろいろ話をする。その中で強調していたのは、「何にしても全身を整えていくという治療」という表現だった。「マッサージとは違うのか」という貴子さんの質問に対し、「ぜんぜん違う」と説明する平岡氏。この間、柗さんはじっと目を開けて話を聞いていた。貴子さんは「一時期リンパのマッサージとかいうのに行って、すごく痛くて、（悪いものがリンパに）詰まっているから痛いんだと説明を受けた」と話した。平岡氏は頷きつつ、どことなく含みのある顔で「いろいろありますからね」と答えた。柗さんの肩に置いたせんねん灸を外しながら、肩こりを一つ例に取り、全身と局所に現れる症状との関わりについて説明する。その話を聞きながら、貴子さんは「鍼灸本当に楽しみだったんだよね」と説明する。親子ですごく興味があったとのことだ。「なんか鍼灸っていうとすごくおじいさん先生のイメージがあったから」と言う貴子さん。平岡氏に関しても、「看護師さんから『大きいけどいい人だから』と説明を受けた」と話していた。すかさず平岡氏は「かつこいってのは無かったですか？」とジョークを飛ばす。

平岡氏は柗さんの頭部に移動し、右側頭部の散鍼を始める。その時、平岡氏の過去のスポーツ歴の話になる。柗さん、貴子さん、平岡氏 3人で大いに盛り上がる。柗さんは開眼して夢中になって話を聞いていた。外が少し晴れてきた。外の天候が、まるで治療空間の雰囲気按比例するかのように一気に明るくなる。お孫さんがサッカーをしている話や、サッカーだけじゃなく色々するといいと思うという平岡氏からのアドバイスなど、初回には見られなかった会話が交わされる。頭部の散鍼を終えた後頭部を手指全体で揉捏をした。

平岡氏は足の方へ移動し、下肢の置鍼していた鍼を抜いて、初回と同様鼠径部からマッサージを始めた。柗さんは目を閉じ始めた。また空の雲行きが少し怪しくなってきた。スポーツの話も終わり、一気に静寂の時間になる。貴子さんは読書を始めた。右大腿部、右下腿部のマッサージを行い、右足関節の運動法、右足趾牽引のマッサージを行う。目を閉じて、力を抜いている感じの柗さん。平岡氏は一点を凝視しながらマッサージを行っている。右下肢のマッサージを終え、平岡氏は何も言わず左側に移動した。左下肢の鍼を抜いて。左鼠径部から大腿部、下腿部と右下肢と同様にマッサージを行う。部屋の入り口に夫の哲夫さんが来る。数秒間柗さんの様子を見た後、「気持ちよさそうだな」と微笑みながら一言つぶやいて、また部屋から出て行った。柗さんの様子が常に気になるのだろう。哲夫

さんは常時部屋にいたわけではなかったが、時々柗さんの様子をちらっと見に来ていたし、どことなくいつも気配を感じさせていた。一家皆で柗さんをケアする眼差しなのだと感じる。「何かしてあげたいけど何もできない」状況において、また実際に技術的にケアの専門性を持っていない家族にとって、鍼灸師による治療は、家族の思いを投影できる、あるいは鍼灸師の存在を通じて共にケアをしている感覚を醸成できているものなのではないだろうか。施術によって患者本人に生じる狭義の治療効果にとどまらず、「治らないけど楽になるように何かをしたい」という家族の思いも充足させることができる可能性がある。「疾患を治す」という狭義の医療の文脈とは異なる、よりよく生活するため、よりよく生きるためにできるケアがあることの意味の大きさは計り知れない。

少し鼾が聞こえてくる。柗さんは寝てしまったようだ。平岡氏は鍼を抜くために一旦左肩部へ移動する。再度足の方へ移動し、足関節から足趾にかけてマッサージする。柗さんは首をやや左に傾け気味にして見た感じ“力を抜いている”ようだ。足部のマッサージが終わり、平岡氏は柗さんの手の脇に移動した。左手の鍼を抜き、左の脈診を数秒間行う。そのまま右手の鍼も抜いた。「はい柗さん終わりまーす」と平岡氏。「眠ってました、気持ちよかったです」と爽やかな声で柗さんは答えた。

治療後、平岡氏は車の中で脈の変化の無さを語った。平岡氏は鍼をした時の脈の変化で患者の状態を判断している。特に平岡氏は自身のキャリアにおいて終末期患者の治療を数多く行ってきており、「どういう状況になると患者が看取りに近づくか」をなんとなくわかるようだ。その判断材料の一つが脈診なのだ。「沈んでいて、早くて」と脈状についてコメントした数秒後、「難しいと思う。うん。」と平岡氏は呟いた。

柗さんの参与観察期間中、担当の堀医師にインタビューを行った。その際に柗さんへの鍼灸治療に対する印象を語ってもらった。まず鍼灸治療に対して「受け止めが非常に良かった」と語る。その理由として「この方は内服治療にすごい抵抗のある方だったので」と指摘していた。「むしろ望んでいたくらい」と柗さんの導入時の印象を語っていた。柗さん自身も堀医師に鍼灸治療に関する感想を「体が楽。自分に合うようだ」と鍼灸治療導入当初から伝えていたようである。また柗さんが「告知をちゃんとはされてない方」であり、「旦那さんもそれ（告知）を望んでなくて、頑張っただけでほしいって思う」思いがあったため、旦那さんにとっても「そういう治療を受けてる時間があるって、本人が前向きになってることで、旦那さんも救われてたところはあるんだろう」と語っていた。家族もそろって鍼灸を続けたいと語っていたようだ。堀医師は「彼女の場合はほんとに最後の最後まで続けてよかったなと思った」という。

[3] 鍼灸治療についての語り

初回治療時よりも明らかに状態が悪そうな柗さんからお話を聞くのは難しいと思っていたが、結果的に最後の鍼灸治療となったその日、柗さんは筆者にインタビューの時間を与えてくれた。

始まりは堀医師からの提案だった。柗さんは、堀医師から「浮腫みとかとったり、そういうので楽になることがあるので、やってみますかっていわれた」時、即答で「やってみたいです」と答えたという。堀医師からは「鍼をやってみて、調子がいいようであれば。合う人と合わない人がいるから、じゃあ、合えばいいっていう感じ」で勧められた。勸

められた際の柗さんの気持ちは、「すごいやってみてみたいなのが一番」であったという。その理由として、「やったことがないので、すごい興味があって。どこにいけばやってもらえるか知らないし、東洋医学というか、そういうのに興味があったし、是非やってみたいなと思った」と説明している。柗さんに聞き取りした際に、鍼灸自体に対するネガティブな印象は一つも受けなかった。実際に治療を受けた感想を尋ねると「すごい楽だったんですね、体が。」と柗さんは答えた。「楽さ」についてさらに説明を求めると、「体が軽くなったんです。それまでだるいような、なんとも言えないような体、もう訳のわからないような（状態で）。ずっと長い間入院もしていたし、辛いことが結構多かったので、それが、こうスッキリしてきたっていうか。」と説明してくれた。さらに説明をこう続ける。

浮腫みが徐々に減ってきたっていうのと、あと、やった後は体が楽なんですね。なんとなくね。こう、体の悪いものが全て出た、出るような、最初はむくみを取るような、（でも）おしっこのような感じじゃなくて、体の中に溜まっていた老廃物とか、諸々の溜まりきっていた悪いものが出て行ったような感覚でしたね。（柗さん）

これまでいろんな治療をしてきた中でも、「そういう（何か悪いものが出て行ったような）感じを感じたのは初めての感覚だった」という。他職種によるケアとの違いについては、「一番は、やっぱり体に現れたっていう感覚が、すごいなあっていうのが一番ですね。体が楽になったっていう感覚。今まで、体がもう、自分の体の置き場所がないような状態だったんですね。それがスーッと抜けていくような感じだったのね。それがやっぱり一番ですかね。」と語っており、身体的な変化が得られることを他職種との違いとして強調していた。合計で3回しか受けることがなかった鍼灸治療の時間を、柗さんは「すごい楽しい時間」と語っていた。

第三項 その後の在宅療養と鍼灸治療

8月下旬になるといよいよ状態が低下してくる。肝腫大が影響する腹部の張りが出現し、身体全体の痛み症状も増悪、浮腫も増悪傾向になってきた。医師カルテには、強力な利尿はできないため、「鍼灸での期待もあるのでできればまず試してみたらからの検討が良さそう」との記述も見られる。鍼灸治療については、「とっても気持ちよかった。鍼灸のあとマッサージのみ返しのように少し張るかもと言われたが、その通りにお腹と足が張った。尿がたくさん出た上、コデイン錠内服したため、今は落ち着いてきたとのこと」との記述が看護カルテにも見られ、薬物療法との併用で上手くフォローできている印象を受ける。また柗さんは「鍼灸は自分にあっているようで体が楽になる」と医師に話していたようだ。8月末にかけて一時身体的愁訴は安定した。腹部の張りも軽減傾向になり、骨盤の痛みも薬の服用にて上手くコントロール出来るようになってきていた。車いすで外食も出来るほどであった。

しかし9月に入り容体が急変する。早朝に意識消失を起こし、クリニックに連絡が入り医師の緊急訪問となった。退院時に予想されていた肝臓破裂による出血が起きたようだった。この日は鍼灸治療の予定も入っていたがキャンセルとなった。その日のうちに状態が低下し、最期は在宅でご家族に看取られながら柗さんは息を引き取った。

第七章 他職種からみた鍼灸の「意味」

第六章では病歴や鍼灸治療に至る文脈を重視し、特に治療の「場」を中心に患者個々のエスノグラフィーを描いてきた。在宅緩和ケアの中で行われる鍼灸治療の「場」が実に多様であり、同一の鍼灸師が治療する中でも、治療時の患者とのやり取りや具体的な治療の方法、刺激の仕方、またその説明についても状況によりそれぞれ異なることが明らかとなった。その一方で、治療の始まりから終わりまでの一連の「流れ」、脈診時の静けさや、閉眼しながら治療を受ける様子、また痛みの部位を共有しながら鍼灸師と患者の二者間で（時に家族も加わりながら）治療の「場」が構成されているという、一連の治療の「場」の構造の共通性も垣間見えた。さらに、患者個々へのインタビューにおいては、「楽になる」、「軽くなる」、「生活のリズム」など、語られた内容が特徴的で、かつ共通性が見える箇所が多かった。しかしこれまでの記述は治療空間の「場」に限定されたものであり、治療の「場」を経験した筆者の一主観に基づく描写に過ぎない。そこで本章では、在宅緩和ケアの「場」における鍼灸治療の意義についてさらに多角的な眼差しから検討するべく、視野を拡大し鍼灸師も含めたチームケアを実践するひろせクリニックという医療文化の中での鍼灸治療について検討する。具体的には、患者、鍼灸師以外の他職種の在宅緩和ケアにおける鍼灸治療に対する見解について検討する。

本章は、鍼灸師以外の15名の他職種が、在宅緩和ケアにおける鍼灸治療への思いについて語った内容より成る。対象となった他職種は、わずかな仕事の合間を割いて「在宅緩和ケアにおける鍼灸治療についてどのように感じているか」という筆者のオープンクエスションに答えてくれた。筆者は「すべての職種が同一施設に所属している」という理由から、この問いに対しどの職種も皆鍼灸治療に対して同じような思いを語ると考えていた。実際、他職種の語には多くの共通点が見出された。しかし一方で所属している拠点による微妙な差異や、同じ職種の間でも差異が認められた。また、各職種、あるいはある個人特有の鍼灸に対する独特の語りも得られた。本章ではそうした他職種の様々な語りを引用しながら、他職種の視点から見た在宅緩和ケアにおける鍼灸治療の「意味」について論じる。

本章では他職種の語りの内容から、三節に分けて論じる。第一節では対象者の属性について、第二節では第六章で概説した「鍼灸治療の導入」に関する語りから伺える他職種の鍼灸への眼差しについて、第三節では、本章の本題となる在宅緩和ケアにおける鍼灸治療について直接的に語られた他職種の意識についてである。

第一節 インタビュー対象者の特性

対象となった15名の職種、年代、所属拠点を表7-1にまとめた。対象としたのは、医師5名（本院2名、「下田」1名、「横田」2名）、看護師8名（本院1名、「下田」2名、「横田」5名）、本院の作業療法士（以下OT）1名、本院のケアマネージャー（以下ケアマネ）1名であった。この中で、筆者が調査を行った患者のケアに直接関わっていたのは、「下田」の医師2名と看護師4名、本院の作業療法士とケアマネの2名の計8名であり、この8名には調査を行った患者の状態も踏まえてインタビューを行った。その他7名の対象者にはこれまでの経験を想起してもらいインタビューを行った。

表7-1 他職種インタビュー対象者の特性

職種	氏名	年代・年齢	ひろせクリニック キャリア	所属拠点	調査対象患者の担 当の有無
医師	加藤剛士	40代	6年	本院	
	小林育夫	60代	2年	本院	
	藤原聡	40代	10年	下田	
	角野隆	50代	9年	横田	○
	堀結子	30代	1年	横田	○
看護師	引田千香子	50代	10年	本院	
	扇田克也	20代	2年	下田	
	徳野希衣子	40代	8年	下田	
	夢野こころ	30代	6年	横田	○
	丸田のぞみ	40代	5年	横田	○
	小久保由紀	40代	3年	横田	○
	白田睦美	40代	14年	横田	
平林幸子	40代	10年	横田	○	
OT	菅田真	40代	8年	本院	○
ケアマネ	梅田洋平	40代	8年	本院	○

第二節 鍼灸治療の導入をめぐる他職種の意識

第六章で述べたとおり、ひろせクリニックで鍼灸治療が導入される段階は、①在宅療養開始時に相談員やケアマネがクリニックのケア内容紹介の一環として鍼灸治療を紹介した際に患者が受療を希望する時、②医師や看護師が初回訪問の段階で導入の必要性を判断する時、あるいは③一定程度の医療介入の後に医師や看護師が導入の必要性を判断する時、という3つの段階がある。後述するが①は極めて稀であり、今回対象となった10名の患者のうち、1例しか見られなかった。残りの9名は②か③の「医師や看護師からの勧め」により鍼灸治療を開始していた。要は医療者からの勧めがない限り、患者自身から積極的に鍼灸治療を希望するということはほとんど無いということである。

ひろせクリニックにおける医療職種は、医師、看護師（准看護師含む）、OT、鍼灸師の4種である。在宅療養が開始した場合、当然のことながら原則医師と看護師は必ず在宅療養に従事する。一方でOTや鍼灸師は必ずしも全ての在宅療養に関わるわけではなく、そのニーズや必要性が生じた場合にのみ関わることとなっている。上述の通りどの段階で鍼灸治療が導入されるかは、患者の希望、医師や看護師の判断のタイミングによるが、本節で注目したいのは②と③の「医師や看護師の勧め」の箇所である。一体どのような時に、どのような基準で医師や看護師は鍼灸治療を患者に勧めるのか。今回の他職種の語りからは、その基準が必ずしも一様ではなく、一口に「医師や看護師の勧め」と言っても、ひろせクリニックの拠点ごとの特性や、医師や看護師個々の鍼灸に対する考え方によって、鍼灸治療の導入への思いは異なることがわかった。本節では導入のプロセスを段階ごとに追いながら、鍼灸治療の導入過程に関わる医師や看護師の微妙な思いの違いについて見ていく。

第一項 治療を受けようとする患者

ひろせクリニックでは、在宅療養開始段階で相談員やケアマネが、患者および家族に在宅療養の詳細を説明する。患者がひろせクリニックのケア内容に鍼灸治療が含まれていると知るのはこの時である。この段階で鍼灸治療を希望する人はほとんどいないとケアマネの梅田氏は語る。

最初のインテークのときってというのは、訪問医療自体をまったく知らない人がほとんどなんです。ですから、そもそもの「医療者がこのぐらいの頻度で来て、医療費がどのくらい掛かる」と、費用の不安とかその辺を解消するところまで（しか説明できず）、この（通常の在宅療養の）説明の半分も入らない（伝えられない）んですね。＜中略＞（鍼灸の）ご紹介は、「大体こういういろんな人がいますよ」っていうところにとどまっているのが現実なんです。（梅田ケアマネ）

つまり、在宅療養開始段階では、在宅療養の制度的な内容についての説明が中心となり、患者・家族に鍼灸治療に関する詳細を伝える余裕は無いのが実情のようである。患者や家族も未知の在宅療養に対し、それ自体を理解することで精一杯の状況ということが梅田ケアマネの言葉からは想像できる。また梅田ケアマネは以下のように語る。

まずは医療者の訪問体制の説明を、訪問頻度とか、そういった形で説明するんですけども。リハビリや鍼灸さんに関しては「それが入ることで効果があるか」ということを先生、看護師さんに判断（して）いただいて。「そういうことが意味があると、とても効果があるようでしたら、お勧めのお話があると思いますので、ご検討ください」という形で（患者さんには伝えます）。具体的な効能効果っていうのは、あんまり中途半端なことは言わないようにはしています。（梅田ケアマネ）

この語りからは、鍼灸治療やリハビリの介入の判断が医師、看護師に委ねられており、在宅療養説明の段階でケアマネや相談員からは積極的な導入の提案はしないということがわかる。

一方で在宅療養の開始段階で、つまり上記のような「オプションとして提示される程度」の段階で鍼灸治療を希望する患者も少なからず存在する。筆者が関わった患者では、前述の島上哲平さんがそのケースであった²⁰²。島上さんは長期に渡る前立腺癌との闘病の結果脊椎転移が起こり、その転移病巣が原因で突然下半身麻痺の状況に陥った。下半身麻痺となる前までは外来での通院で日常生活には全く支障がない身体状況であった。急激な状態変化を受け入れられない状況でひろせクリニックの在宅療養に移行した島田さんは、在宅療養開始時のケアマネの説明を聞くやいなや鍼灸治療の導入を希望し、医師の初回訪問時には鍼灸治療の希望を強く訴えたようである。角野医師が語っていた、「まれにいる鍼灸治療に前のめりになる」事例であった。

²⁰² 島上さんの詳細は第六章第五節参照。

急遽入れてもらった、やっぱ僕の患者さんで島上さんっていう人も、僕の頭では「鍼灸はやってもいいけど、まずはリハだな」と思ったのね。半身麻痺が主体で、神経痛なんていう状態でもなかったから。まずはリハからかなと思ったんだけど、彼のほうから「鍼灸があるって聞いたから、やってくれ」って話が出て。よく聞くと、「足もちよっと拘縮気味になってて、マッサージするといいんだ」なんて話もしてたから、それだったら別に、やって悪いってことはないし、僕も次の選択肢としては考えてたから。僕よりは、でも、彼のほうが前のめりでしたね、島上さんの場合は。（角野医師）

「前のめりに鍼灸治療を希望する患者」の中には予後を告げられておらず、「治りたいから」鍼灸治療を希望するケースもあるという。この「治りたい」ことへの対応が非常に難しいと鍼灸師の平岡氏は語っていた。結局のところ、患者の「治りたい」というニーズと、鍼灸師側が提示する「症状緩和のため」という関わりの目的が平行線のままで折り合いがつかない場合、鍼灸治療の中断という結果になる場合があるという。一方で、治療を継続していく中で、自身の病いの状況を認識するようになり、葛藤を抱きながらも鍼灸治療を継続する意味合いを見出し最期の時まで治療を継続する患者がいる。

第二項 症状緩和という目的

ケアマネや相談員が在宅療養の説明を行った以降、鍼灸治療がどの段階で導入されるかは、医師や看護師の判断によって決まる。前述のように、医師や看護師が鍼灸治療を導入するタイミングを大別すると、医師や看護師が初回訪問の段階で導入の必要性を判断する時と、一定程度の医療介入の後に医師や看護師が導入の必要性を判断する時の2つに分かれる。いずれのタイミングにおいても医師や看護師が鍼灸治療を導入する最大の理由は患者が有する「症状の緩和」のためである。

医師や看護師へのインタビューからは、鍼灸導入の理由は主として「症状の緩和」のためであることがわかった。「鍼灸の効果」についてはほとんどの職種が語っており、またひろせクリニックのスタッフには経験的に鍼灸の効果が認識されていることがわかった。医師や看護師の語りの中に具体的に出てきた症状は、「筋肉の痛み」、「筋肉の張り・こり」などの筋肉系の症状、「神経障害性の疼痛」、「浮腫」、「腹水」「腹部膨満」、「便秘」であった。「痛み」と「浮腫」がある際には鍼灸治療を提案することがあるという堀医師は、以下のように語る。

まずはやっぱり痛みがあって、オピオイドとかをどんどん増やしていくような痛みよりかは、筋肉だったりとか、そういったものが関係している痛みであれば提案したりとか。あとは浮腫も、あまり利尿剤とかが効かない印象であったので、むしろ利尿剤を使って脱水つくるよりも鍼灸の方がいいか。うん、そうですね、痛みと浮腫があるときは結構、提案することがあります。（堀医師）

また角野医師からは、単一の症状だけでなく、時間とともに複数の愁訴を伴うようになる場合に鍼灸治療を導入することがあるとも語られていた。

そういう人達（がん末期の状態ある患者）って、逆に、倦怠感とか長期臥床の痛みとかも入ってたりするから。必ずしも鍼灸治療による浮腫の緩和はうまくいかなかったも、ほかのいろんな合併症に対してうまくいくんじゃないかな、という期待もあってお願いするんです。（角野医師）

第三項 導入への積極性—在宅療養開始時からの鍼灸治療の導入について語られていた

「横田」一

主に在宅療養の初期から鍼灸治療を導入することについて語っていたのは「横田」の医師と看護師である。「横田」に所属する角野医師と堀医師は、患者の症状マネジメントに関して鍼灸治療の明確な導入基準を持っており、初診の段階で適応症状がある場合には積極的に鍼灸治療を勧めている。実際筆者が調査を行った10名のうち5名は二人の医師の初回訪問時に鍼灸治療を勧められていた。また「横田」の看護師らも皆一様に「導入する場合は最初の段階から導入する」と語る。

大体、（在宅療養）スタートの時に、あまりみんな（余命は）長くないので、ここ（ひろせクリニック）に来る方は。スタートのときに大体の調整をしてしまうことが多いので。最初のときに先生が「鍼もいいかな」っていうのであれば、その辺、本人と相談しながら入ってもらう感じですかね。（丸田看護師）

看護師らの語りからは、「横田」の角野医師と堀医師が積極的に初回訪問時から鍼灸治療を提案している様子が伺えた。こうした、医師らが初診時に鍼灸治療を促すという事例の蓄積は、鍼灸治療を「適応があれば初期から導入するもの」という看護師らの認識を強化しているとも推測できる。

加えて、角野医師や夢野看護師は以下のように語る。

そういうの（筋肉の痛み）があったときに、やっぱりまず鍼灸があると、**薬だけでやるよりはいいかなっていう印象**があるので。（中略）割と僕、だから勧めているほうかもしれない、今は鍼灸。（角野医師）

なかなかやっぱり薬剤でのコントロールが難しい症状とかもあるので、そういうものに対して、浮腫の軽減だったり、便秘の方の排便コントロールだったりっていうところ。お薬の効果でっていうところもあるんですけど、**それに併せて鍼灸**を利用するとか、鍼灸の先生にやってもらうことによって、やっぱり症状緩和っていうところで。（夢野看護師）

角野医師や夢野看護師の語りからは、通常の薬物治療に「加えて」鍼灸治療も導入するというスタンスがある事がわかる。こうした鍼灸治療に対する「併用して行う方法」という認識は、導入の時期を待たない、鍼灸治療の「初期からの導入」の一つの理由にもなると考えられる。またそれに加えて、角野医師の「勧めているほうかもしれない、今は鍼灸」のように、鍼灸治療に対する「積極性」も「初期からの導入」に繋がる可能性がある。同じ「横田」の平林看護師は自らが認識している鍼灸治療の特徴も踏まえながら以下のよう

に語る。

鍼灸を勧めることは結構多い。勧めた手前、どうかなっていうのもあるので、1回目、2回目あたりは覚えていれば意図的に鍼灸がどうだったかを確認することもある。それで時々看護記録に残すこともある。だるさが出たとか、浮腫が楽になったとか。(平林看護師)

平林看護師の語りからも鍼灸治療導入への積極性が伺える上、鍼灸治療の状況を看護記録に残すなど、ひろせクリニックのケア手段全体の中に他職種が鍼灸治療を位置づけていることがわかる。その一方で、鍼灸治療が患者にとって適切なものであるか、という厳しい評価の視点があるということがこの語りにも内包されていることも無視できない。筆者が参与観察を行った10名全てが「横田」の患者であったが、鍼灸治療導入後数回は必ず医師も看護師もカルテに鍼灸導入後の患者の反応に関するコメントを残しており、「鍼灸をすると軽くなる」「すごくよかった」や、「あまり変わらない」「ちょっと疲れた」など率直な患者の言葉がそのまま記されていた。

第四項 在宅療養途中での導入

〔1〕在宅療養に入っていく職種の順番

在宅療養の途中から鍼灸治療を導入する場合もある。一つ目は、ある患者が鍼灸治療の適応であると思われる状況と判断しても、初回導入時には敢えて鍼灸治療の提示をせず、在宅療養が開始してしばらく経過してから提案する場合である。そうした状況について加藤医師は以下のように語る。

在宅なんで、まず、病院から帰ってきたとか、具合が悪くなって僕ら（医師や看護師）が紹介されるので。まず、僕らに慣れてもらってっていう時間が必要だと思うんで。やっぱりいろんな人がいきなり入るっていうのはなかなか（難しいと思います）。なので、ある程度、1～2週間、ちょっと僕らに慣れてもらって、その上で「鍼灸師もいて」っていうふうに話をして、「試しませんか」ってお話しすることはあります。(加藤医師)

この語りは鍼灸の導入以前に、在宅療養における「他者が家に入る」ことの難しさを示している。ただでさえ「知らない」医師や看護師が家に入り出す状況の中で、さらにそこに「馴染みのない」鍼灸師という職種の間に入るということがどういうことか。少なからず鍼灸師が在宅医療に関わる現状に対して、医師としてのキャリアがクリニックの中で最も長い小林医師は以下のように語る。

なぜ鍼灸が突破（在宅に入る）してるんだろうっていう、非常にその突破の仕方が興味がある。特定の人たちしか突破していないのか。というのは、おじいちゃんおばあちゃん、昔からそういうものに興味のある人たちだから入れてもらっているのか、それともそこを突破口にして最大の難関である在宅に人が、要するに緩和ケアを

やるために在宅をするのの最大の難関である水先人っていうか、パイロットになれるかどうか。そこに必ず鍼灸師ならば入れる、あるいはマッサージ師ならば入ってもよいというコモン・センスがあるはずなんですよね。だからそれが何なのかを知りたいというのが非常に興味がありますね。(小林医師)

筆者が小林医師にインタビューを始めるやいなや、開口一番「鍼灸師がそもそも在宅に入れるのですか？それはよくあることなのですか？」と逆に質問を投げかけられた。それほどに医療者が「在宅に入る」ことが難しいと実感しているということである。一方で小林医師の問いかけは、鍼灸師という職種が在宅に入る、という事自体の個別の意味を問う必要性があることにも気づかせるものであった。鍼灸師が、医師や他ケア職種の紹介とは違う流れで個別に在宅での訪問治療を行っている事例は多くある。このことは、在宅での鍼灸治療というものが、そもそも医師らが行う在宅医療とは違う文脈を持っている可能性を示唆している。

〔2〕薬物療法への追加

二つ目の途中導入のタイミングは、一連の薬物療法で様子を見た後、症状のマネジメント上、追加で鍼灸治療を行う時である。「横田」では鍼灸の適応症状に関しては初期からの導入に積極的であることは前述したとおりであるが、基本的なひろせクリニックにおける症状マネジメントの方針は、「まずは薬物療法でどうなるか」である。

タイミングは時期じゃなくて。だから症状で困っていらっしゃるんで、そこで薬だったり、私たちがただ西洋的に、医学的にできることをまずやってみて。それでやっぱり、ちょっと違うなっていうときには、その可能性っていうようなところでやっていく。(扇田看護師)

(薬物治療から入って)スタンダードなやっぱりステップを踏んで、その上で鍼灸治療になると、やっぱり投薬がある程度行われてからということになるんです。投薬されます、(薬の効果についての)評価が行われてから、という流れなんです。(藤原医師)

こうした語りは特に「下田」の医師や看護師にはっきりと語られていた。その背景には鍼灸に対するエビデンスの未確立の問題、通常医療におけるガイドラインの問題など、システムティックなケア体制における鍼灸治療の「入りどころ」が不明確であるという事実があるようである²⁰³。また上記の語りからは、薬物療法で十分な効果が得られた場合には、鍼灸治療の導入は検討されないという事例のほうが多い状況は容易に想像できる²⁰⁴。

第五項 導入を消極的にすること

鍼灸治療の導入をめぐる一連の聞き取りの中では、鍼灸治療の導入に対して消極的な語

²⁰³ 本章第二節参照。

²⁰⁴ 実際、2014年のひろせクリニックの調べでは1年間の在宅療養患者が555名であるのに対し、鍼灸治療を受療した患者は38名にとどまっている。

りも見られた。それは、現実的な費用の問題、鍼灸治療自体の導入基準の曖昧さ、そして患者の状況であった。

[1] 費用と費用対効果

前述のとおり、ひろせクリニックでの鍼灸治療は基本的に医療保険による療養費を用いた形式で行われるが、患者には相応の自己負担がある²⁰⁵。この費用が通常の医療費にさらに上乗せされることになる。この費用負担を患者に課すことに抵抗を感じる医師らもいる。

ただ、あとはお金との関係ですよ。 (加藤医師)

1つはやっぱりお金の部分はありますよね。医療保険の中にまるまらない²⁰⁶じゃないですか。入ってこないところなので、要するに、その患者さんにとっては、それだけの支出を出さないといけないので、その支出が出せる状況かどうかというのを、正確にはではないです。うっすらと判断します。 (藤原医師)

藤原医師は、仮に手段として鍼灸治療を導入する選択肢が浮上したとしても、金銭的な「追加の」負担が可能かどうか、それとなく判断するということを語る。さらに藤原医師はこう語る。

例えば、金額を提示して、そういうケースももちろんあるんですけど。金額を提示して「この金額でどう？」(と提示したとします。)でも、そのときに例えば、「じゃどのくらい効果があるの？」って話になると、「うーん、やってみないと分かんない」って調子なので。微妙なとこなんですけど。 (藤原医師)

現場では実際の鍼灸治療の費用対効果については答えづらい状況にある様子が伺える。こうした葛藤から、藤原医師は「症状の緩和」としての鍼灸の意義について一定の理解は示しつつも、インタビューを行った時点では保険適応として扱うことができ、患者負担の少ないリハビリ介入の方をむしろ患者に勧めると語っていた。

[2] 導入基準の曖昧さ

鍼灸の導入に対して消極的になるもう一つの理由は、「導入基準の曖昧さ」である。ひろせクリニックでは、概ね「症状の緩和」のために鍼灸治療を導入するという全体の共通見解がある。その一方で、いざ実際に現場で鍼灸治療を導入するとなると、明確な基準が無いために導入しづらいという個々の見解が見られる。治療を行う上での「ガイドライン」という観点から藤原医師は以下のように語る。

実際に例えば、仮に、じゃあ、何かの医療的なガイドラインの中に「投薬よりは先に鍼灸治療を考慮すべき」というのがもしあれば、やっぱりそれはそれに従うと思うんですけど。(でも)基本的にやっぱりそういう形で表現されたものは、多分あんまりな

²⁰⁵ 第五章第二節参照。

²⁰⁶ 鍼灸治療代金は在宅療養費には含まれず、いわゆる「まるめ」には入らない。

と思います。(藤原医師)

また、筆者が調査した時にはある程度の鍼灸治療の導入基準を持ち、積極的にケア手段として導入していた堀医師も、入職したての頃に鍼灸治療を患者に提案しづらかった状況を以下のように振り返る。

ただ、ひろせクリニックに来て、またちょっと（別の）病院で働いたので、（鍼灸治療に対する）なじみはなくて、自分も（鍼灸治療を）受けたことがないので。私がひろせクリニックに来て鍼灸を患者さんへ提案するまで、結構、期間が長かったんですけど、どんなときに提案したらいいかとか、この人にとってはいいんじゃないかっていうものを持ってなかったんで、そこでだいぶ（患者への提案をし始めるまでに）時間が経ったんですけど。(堀医師)

さらに、ある SW²⁰⁷は患者にケア内容の選択肢を提示する際に「示しづらい部分がある」としている。彼は、西洋医学的なケアが中心になる在宅療養の中で、治療の選択肢として鍼灸治療を提示する場合には、「エビデンスというか、示すものがあるのが大事なのではないか」と指摘しており、患者・家族に対しての導入基準の示しづらさとその必要性について話していた。藤原医師も「結果が出る」という明らかな根拠があれば、「やっぱり使うでしょうね」と話しており、導入に際しては一定の根拠となるデータが現場において求められていることがわかる。

一方で堀医師は、導入基準の問題点について以下のようにも語る。

リハビリもそうなんですけど、一番（そのケア内容について）分かってる人が行かなくて、医師、看護師のところで何となくいいんじゃないかみたいなどところとつなぐんだと思うんですけど。やっぱり（鍼灸師の）平岡さんが見て、やってあげたいと思う人に、ちゃんと必要性を話してあげるのが一番なんだと思うんですよね。(堀医師)

堀医師は、導入基準の明確な根拠をデータで示す、ということではなく、実際に現場で実践する経験を持った鍼灸師が現場で判断をすることの必要性について言及している。

[3] 鍼灸治療を導入しない患者の状況

鍼灸治療の導入を消極的にするものとして、患者側の状況について提示する。導入しない患者側の状況は2つに大別された。

一つ目は患者の全身状態である。鍼灸治療を導入しない理由として挙げられた全身状態の低下については、どの医師・看護師の語りの内容も極めて類似していた。

やっぱり具合が悪い人ですよね。よっぽどもうほんとに終末期の人にはあれ（勧めない）ですね。・・・(中略)・・・もうほんとに予後数週間っていうか、数日から数週間あと

²⁰⁷ インフォーマルな会話で取得したデータのため、対象者リストには載せていない。筆者が調査中にたまたま拠点間の移動車に同乗させてもらった際に聞き得た内容である。

2～3 週かな、1 カ月以内だなと思えば、それは強く勧めることはないです。(加藤医師)
やっぱりそれは非常にもう状態が低下して、もうかなり予後も厳しいような人には、
家族がさするぐらいにします。(角野医師)
だから、もう死にそうになりましたとか、あとは寝たきりになりましたとか、そうい
うタイミングではないですよ。いつでも入る (のではなく) あれ (入る時期の制約)
はありますよね。(扇田看護師)

予後が厳しく、死を前にした状態、あるいは死を予見するような全身状態の時には勧め
ないとしている。この理由について角野医師は「やったらかえって倦怠感が強くなっちゃ
うんじゃないかな」と、鍼灸治療による症状増悪の可能性について言及している。逆に、
加藤医師も角野医師も同じく語ったのは、生命予後としての「時間的余裕がある時」には、
症状の適応があれば勧めることということである。

二つ目は、患者の鍼灸に対する負のイメージである。在宅緩和ケアを受ける患者という
条件にかぎらず、鍼灸には常に「怖い」「痛い」というイメージが付きまとい、そのイメ
ージが鍼灸治療の受療を妨げる場合が往々にしてある。ひろせクリニックのスタッフの語り
からもその実情が語られていた。

もちろん最初から「痛いのは嫌い、怖い」という人には提案段階でそれ以上強要する
ことはしない。(徳野看護師)

痛そうとか痛いんじゃないとか、あと前にこちらが勧めたときに、前にやったときに、
大して効果なかったとか、痛かったとか、何かそういう皆さんそれぞれイメージがあっ
て、断られたりとかなんですけど。(引田看護師)

鍼を刺すことに対する「痛い」「怖い」という抵抗感が大きい上、過去の鍼灸治療により
効果が上がらなかったなど負のイメージを持つ人にはそれ以上勧めないと答えたスタッ
フがほとんどであった。

第三節 他職種にとっての在宅緩和ケアにおける鍼灸とは

在宅緩和ケアにおける鍼灸治療についてどのように考えているか――。本節はこの漠然と
した問いの投げかけに対して他職種の人々が直接的に答えた内容からなる。

第一項 効果の意味

在宅緩和ケアにおける鍼灸治療への考えについて尋ねた時に最も多く語られた内容は、
鍼灸の症状緩和としての効果についてである。鍼灸の効果については、実感を以て語られ
るポジティブな内容から、一步引いた目線で批判的に語られる内容まで実に多様であった。
本項では他職種から見た鍼灸の効果に関する多様な語りの内容について述べる。

[1] 効果の認識

鍼灸の効果については、前述のとおり「筋肉の痛み」、「筋肉の張り・こり」などの筋肉

系の症状、「神経障害性の疼痛」、「浮腫」、「腹水」、「腹部膨満」、「便秘」について語られていた。これらのうち、実際に患者の反応から「効果を実感したもの」として語られていたのは、「痛み」、「腹部膨満」、「便秘」であり、他職種が患者の反応だけでなく、客観的にも「効果を認識したもの」として語られていたのは「浮腫」であった。

痛みが、やっぱり。薬では難しそうな痛みが取れたっていう患者さん、受け持ちじゃなかったんですけども。取れて楽になったっていう患者さんが、初回に行って（初回訪問の段階で）だいぶひどいので、鍼灸を勧めてやっていたら、痛みが楽になったっていうことで。結構、痛み止めを飲む回数が減ったりっていうこともあったので。やっぱりほんとに薬だけではないんだな、とは思いました。薬じゃ取れない部分を、なかなか取りづらい部分が取れてるんだなっていうふうに思いましたけど。（夢野看護師）

そういうの（筋肉の痛み）があったときに、やっぱりまず鍼灸があると、薬だけでやるよりはいいかなっていう印象があるので。（角野医師）

「痛み」の効果の実感については、「痛み」自体が患者の主観的な愁訴になるため、他職種は患者の語りを通じてその効果を認識していた。「痛み」への効果に関する他職種の語りは、特に上記のように薬物療法との併用に関する語りの中で見られた。緩和ケアにおいては痛みの緩和が最も重要なテーマの一つである。通常痛みのコントロールはオピオイドを中心とした薬物療法によって行われるが、薬物療法が奏効する痛みと効果が得づらい痛みがあるとされる。角野医師は廃用や長期臥床による筋肉の痛みには薬物療法が効きづらいという実感を持っており、筋性の痛みについては鍼灸の方が適している場面もあると語っていた。

同じように「便秘」「腹部膨満」についても、患者の語りからその効果を認識したという内容の語りが見られた。

すごいお腹の、便秘というか。下痢とか便秘を繰り返していて、おなかがいつも張っているという方に鍼灸入ってもらって。やっぱりその治療の後とかは、すごいお腹の動きがよくなってっていう方はいましたね。（白田看護師）

「腹脹が取れた」や「便秘が改善した」という直接的な語りではないものの、「お腹が動く」という前段階の現象について語られており、そのことが鍼灸によりもたらされた現象として患者が経験し、その事実を他職種が患者から聞いたことで鍼灸の効果を実感している様子がわかる。

一方で「浮腫」についてはその語られ方に特徴があった。

劇的にすごく効いてくれたのは、むくみ。下肢がすごいもう象さんのようにむくんだ人がいて、それを鍼灸していただいているうちに引けたっていうのがありますね。（小久保看護師）

利尿剤で聞かなかった浮腫が、劇的に改善することもある。（平林看護師）

「劇的に」という表現で語られているとおり、相当の実感を以って鍼灸の効果を実感した様子が伺える。これは先ほどの「痛み」や「便秘・腹脹」と異なり、他職種側も客観的に評価できる症状であるということが実認識の強さに大きく影響を与えていると考えられる。

リハビリ職として患者の ADL・QOL の維持向上に関わる菅田 OT は、鍼灸の効果について以下のように語る。

浮腫があるとか、あとは痛みがあるとかっていう時に効果があるんだっていう。その症状に対して、結構、劇的に効果があることもあるので、それはすごい「ありがたいな」っていうのと、「すごいな」って思いと。(菅田 OT)

「浮腫」と「痛み」の軽減がその後のリハビリでの動かしやすさや患者自身の身体の動きの良さに繋がることを直接的に経験している菅田 OT は、臨床の中で他の職種とはまた異なる、「動き」を見るプロセスの中でその効果を実感している様子がわかる。

上記のような「効果の認識」は、さらに以下の様な鍼灸治療に対する認識形成に繋がっていた。

やっぱり鍼灸って選択肢が、もしない病院だったら、多分やっぱりちょっと大変だったかなと思う。やっぱり武器がもう、あとないので。薬はそれなりにみんな入っているし。やっぱり今ほど良くはなかったんじゃないかなと思います。(角野医師)

なかなかやっぱり薬剤でのコントロールが難しい症状とかもあるので、そういうものに対して、浮腫の軽減だったり、便秘の方の排便コントロールだったりっていうところで。お薬の効果でっていうところもあるんですけど、それに併せて鍼灸を利用するというか、鍼灸の先生にやってもらうことによって、やっぱり症状緩和っていうところで、とても役立つし。(白田看護師)

角野医師の語りからは、通常ケアにおいて鍼灸治療が「選択肢となるもの」、また白田看護師の語りからは、症状緩和に際して薬物療法と「併用する手段となるもの」という確固たる鍼灸治療の意味が認識されていることがわかる。

〔2〕鍼灸そのもの以外の効果

鍼灸の効果をめぐる話は、鍼灸がある症状に効果が「ある／ない」という単純な話だけでは終わらなかった。効果そのものがどのようにして生まれるか、鍼灸治療の臨床上的特性についても話は広がっていった。

だから、鍼灸そのものの効果だけじゃなくって、鍼灸師さんが患者さんとコミュニケーションを取って、体に触ったりとか、お話しをしたりすることも、もしかしたら結構見えない効果になっているのかなというのは思いました。(角野医師)

体に触ること、話を聞くこと、また一連の治療時間が長いこと、それ自体が効果に関連

するという指摘である²⁰⁸。

こうした指摘の一方で、加藤医師は鍼灸の「プラセボ」性について語る。

プラセボかもしれないですけど。こっちも（患者さんに鍼灸を紹介する時に）少し暗示にかけているようなところもあるので・・・（中略）・・・やっぱり半分は、言葉は悪いんですけど、やっぱり口がうまい人というか、コミュニケーションがうまい人っていうのがプラセボを増加させるというか、そういう面もあると思いますし。（加藤医師）

少なくとも鍼灸臨床は鍼灸刺激によってのみ実践されているわけではなく、上記指摘にあるように時間の長さやその中でコミュニケーション、また鍼灸刺激以外の触れる行為など様々な要素がからみ合って臨床空間が構成されるため、その影響の大きさは当然効果の構成要素として考慮しなければならない。ただし、それらを一概に「プラセボ」と括ってしまうかどうかについては詳細な検討が必要である。

また、もう一点効果への影響に関する重要な指摘が見られた。それは鍼灸師自体のキャラクターの問題である。徳野看護師は以下のように語る。

鍼灸師というのは鍼灸プラスその人というのがセットメニューだと思う・・・（中略）・・・その人（患者）に入っていける人、そういうキャラクター性がものをいう気がする。（徳野看護師）

実際に術者の特性と治療効果に関連する直接的な語りは、この徳野看護師の語りのみではあったが、これまでの述べてきたコミュニケーションやプラセボの話に直接関係する極めて重要な指摘である。

[3] 効果の個別性

効果についてポジティブな語りが見られる一方で、「但し書き」のように語られていた内容がある。それが効果の「個別性」である。

腸閉塞ぐらいになっちゃったり、腹水がたまってしまったたり、あるいは、すごい下肢浮腫になってしまったときには、人によってはうまくいってるような人もいるんだけど、やっぱりケースバイケースなのかなっていう印象はあります・・・（中略）・・・効く感じの人ももちろんいるし、全然駄目な人は全然駄目だし。（角野医師）

鍼灸とか、やっぱり難しいですね。だって、鍼麻酔とかも実際、効く人には効きますよね（笑）。（加藤医師）

もちろん患者さんによって合う、合わないというのはある。（平林看護師）

角野医師の語りからは、患者の病状によって効果が左右される「病状に依拠した効果の個別性」の側面が読み取れる。一方で加藤医師や平林看護師の語りからは、病状とはまた

²⁰⁸ 「触れる」についてはこれまで鍼灸領域において大きなテーマとされる内容である。次章において「触れる」については詳述する。

別次元の「患者自体の個別性」の側面が読み取れる。特に平林看護師は「合う／合わない」という鍼灸の日常臨床でよく語られる表現を用いて鍼灸の効果の個別性について指摘している。大辞林によれば「合う」には 8 つの意味がある²⁰⁹とされているが、平林看護師の指摘する「合う」は「ふたつのものがうまく調和・適合する。また、その人の好みにかなう」の意味に最も近いと考えられる。「鍼灸が合う／合わない」というのは、いわゆる「効果の有無」だけではない患者個人の嗜好を含めた要素が関係している可能性もある。

[4] 効果のわかりづらさ

効果についての質問を重ねていくと、一定の効果については認識している一方で、その評価も含めて「わかりづらさ」が指摘されていた。

お願いはするんだけど、正直、僕もどこまで効いてるのは疑問なところもあるのね。・・・(中略)・・・「どういう人効く？」って、それこそ平岡さんの印象を聞きたいぐらいの感じで。(角野医師)

先述のように角野医師は鍼灸の臨床的な有効性と意義を経験的に認識しており積極的に在宅療養開始時から鍼灸を導入していた。その一方でこうした疑問も抱いており、一見明確な導入基準を有していると思われた角野医師も実際のところは鍼灸の効果についてはわからないことが多いと語る。

鍼灸の効果のわかりづらさについては藤原医師もこう述べる。

例えば結果とかも、もともとのその症状の評価もやっぱり十分じゃなかったりするの。鍼灸治療やってどうなったのっていう結果が、毎回やっぱり分かりにくいとは思いますが。・・・(中略)・・・鍼灸の症状の評価って、要するに、症状マネジメントの評価っていうのを、どの辺にどう持ってきて、何をもちょうと良い治療だったとしていいのかが、ちょっと僕には分からないんです。(藤原医師)

藤原医師は鍼灸治療の効果に関する評価の難しさについて指摘している。基準となる症状の評価も十分ではないという現場の状況に加え、鍼灸の効果自体をどのようにすべきかという判断基準がわからないという藤原医師にとっては、鍼灸治療の効果は極めてわかりづらいものとなっていることがわかる。ただ一方で藤原医師は以下のようにも語る。

でも、これ鍼灸師だけの話じゃないと思うんですよ。薬もそうです。例えば使ってみないと分かんないとかっていう。さっきも僕が言ったかもしれないですけども。そんなことやっぱり往々にしてあるので。鍼灸師だけがどうこうっていう話ではないですけど。やっぱその辺はちょっと僕は今は分かりにくいと思ってるところなんですけど。(藤

²⁰⁹ 大辞林第三版 [2006: 10] によると、「合う」には、①二つ以上のものが一つに集まる。まじって一つになる。②二つの物が、すき間なくピッタリと合致する。③抽象的なことについて、二つのものが一致する。④基準・標準と一致する。⑤二つのものがうまく調和・適合する。また、その人の好みにかなう。⑥費やした費用や労力に見合う。⑦道理にかなう。⑧動詞の連用形に付いて、の 8 つがあるとされる。

原医師)

鍼灸に限らず、緩和ケアの臨床現場において薬物療法も含めた効果に関する評価をどのように考えるべきか、という根本的な問いがこの語りには含まれている。最終的に生命予後は良くない末期がん患者の臨床における効果判断の難しさについては堀医師も語る。

前も多分、話したと思うんですけど、リハビリも結構そんな感じなので。結局、落ちていくので。このADLを獲得するとかっていうゴールは決めにくくて。(堀医師)

リハビリも引き合いに出しつつ、状態が低下していく患者に対してゴール設定すること自体の難しさを指摘する。

また一方で仮に効果があると思われる状況に対して、それが本当に鍼灸刺激そのものによる効果かどうかについてはわかりづらいという指摘もある。

排便のコントロールとかは、私たち薬も使ったりするので、鍼灸の効果、まあまあ、「鍼灸で良くなったね」という感じにはちょっとあまり分かりづらかったりするのかなとは思うんですね。(丸田看護師)

本項〔1〕の「効果の認識」では薬物療法との併用でよりよい効果が出ているという印象が語られた一方で、鍼灸治療単体での効果がどれほどかについては実際には判断が難しい現状が伺える。また、在宅での鍼灸治療という状況を考慮した際の鍼灸の効果の解釈について小林医師は以下のように語る。

だから、ここはもうそこで(家に鍼灸師を入れるという時点でその効果についても)すごいバイアスがかかっている。・・・あくまで手段としてどれぐらいの力が持てる、鍼なら鍼がどれぐらいの力があるのかなってというのがまだ分からない。(小林医師)

前述の加藤医師の「プラセボ」に関する指摘に密接に関連する内容であるが、そもそも「在宅における鍼灸」という状況そのものが特殊なものであり、その特殊な状況において鍼灸の効果を見ようとする事自体に非常に強いバイアスがあると小林医師は指摘する。

効果をめぐっては、実際に臨床の場で効果を認識する一方で、その「効果」が本当に鍼灸によるものか、という判断が極めて難しいという思いを他職種が抱いている事がわかった。またどの他職種も可能な手段を様々に用いて患者にとって結果的に良いものとなっていればいいと指摘する反面、鍼灸の効果について、あるいは鍼灸を含めあらゆる手段の効果をどう考えるかについては明確な基準や答えが存在するわけではなく、日常的に模索しながら臨床実践している様も垣間見えた。

〔5〕効果の意味範囲

効果に関する語りの最後の内容になるが、「効果がない」「効果が得づらい」という内容についても語られていた。

それ（鍼灸治療）が効果ないときもあるんですけど。そのときはまあ、もうだいぶ状態が悪い人もいますので。ああ、やっぱり平岡さん自身もちょっと手応えがなかったっていうところもやっぱり多々あるので・・・（中略）・・・なかなか完全な終末期になってきちゃうと、ちょっと難しいのかなっていう部分はあるんですけど。（夢野看護師）

夢野看護師が指摘するのは、状態の低下に伴う鍼灸治療の効果の限界である。このことは本章第二節でも触れた内容であるが、状態の低下が進み、いわゆる症状の「改善」を目指すのが難しくなる状況では、「症状改善の効果」は得づらくなるということである。この状況において「効果の有無」という観点で鍼灸の意味を考えた時には、おそらく鍼灸の意味は全く無くなると考えられる。実際に数は多くはないものの、「症状改善の効果」が得られない場合には、治療が終了となる場合があることは平岡氏からも語られていた。

小林医師は緩和ケアの特性について触れながら以下のように語る。

根本的に緩和ケアの場合のときに、すでに異常状態が出てるので、これを正常に戻すことはないんです・・・（中略）・・・医療の場合には、異常状態が発生したんでこれを治すという概念からいろんな治療法が成立して、炎症が起きたら薬と。ただ、すでにこの異常は絶対に治らないということが緩和ケアにある。これをどうごまかすかになるわけです。その場合に、どれだけの力量が鍼灸にあるかっていったら難しいですね。（小林医師）

小林医師は、緩和ケアにおける「異常を正常に戻す」という文脈における鍼灸のかかわりの難しさについて指摘している。この小林医師の指摘には2つの内容が含まれていると考えられる。1つは異常状態を正常状態に戻せないという難しさ（つまりがんを治すことの難しさ）、もう一つは不可逆な異常状態の中での症状の緩和として寄与できる部分の鍼灸の限界（進行に伴い増悪した症状を改善することの難しさ）についてははっきりと指摘している。この内容を踏まえた上で小林医師は以下のように続ける。

そうすると僕らが何をしてるかって、危険性を防いで麻薬を使う。4時間しか効かないっていうのを解ってて使って動いてるわけですよ。そこまで理解を決めちまえば、鍼灸が担当するところはあるでしょう。（小林医師）

薬物療法の効果の限界も知りながら語る小林医師の言葉は非常に印象深いものである。「効果がある」という現実がある一方で、その「効果」が臨床的にどのような意味を持つものであり、その範囲を設定しなければそもそも緩和ケアという文脈において「効果」について論じることに無理があるということである。逆にその範囲を設定することができれば、「効果」という評価軸で見た際に役割を担う部分もあり得るということでもある。

第二項 手段がない時の「何か」として

[1]「可能性」としての「何か」

鍼灸治療が患者にとっての「望み」や「希望」あるいは、「可能性」として語られている状況があった。それは、西洋医学的な症状緩和の手段がない状況であり、治らない「がん」という病いに対して、それを治す手段がない状況である。その時、鍼灸治療は患者にとっての「望み」や「希望」としての「何か」であり、スタッフたちにとっても「可能性」を内包する「何か」になるのである。

在宅緩和ケアの対象となっている患者さん自体が、どうしてもイメージ的に、もう、病院で治療も何もなく、あとはうちに帰って死を待つというような状況が多い中で、鍼灸がやっぱり治療っていうか、何か自分が生き続けられる、病気の治る治らないにかかわらず受けられる治療っていうことがあるっていうこと。私は現場でいたときは、まだいろいろできる治療があって、その中には鍼灸っていう治療もあるので、その症状を和らげる治療があるっていうことで、特に在宅の患者さんが鍼を受けるっていうことが、何かまだやれることがあるという希望につながっているかなっていうふうに感じるものが多くありました。(白田看護師)

白田看護師の語りは、鍼灸治療が患者に対して「何かまだやれることがある」という「希望」を与えうるものであり、「自分が生き続けられる」治療という意味を持ちうるものだと指摘するものである。患者や医療者たちにとっては、「何もしない」あるいは「これ以上の手段がない」という状況は、イコール「死を待つ」というイメージに直結するものであり、鍼灸治療が、患者だけでなく、おそらくは他職種すら抱くそうしたイメージを緩和させる手段となりえていることがわかる語りでもある。

また、「何か」残されている手段があることは、患者だけではなく、家族にとっても精神的な支えになっているという語りも見られた。

やっぱり何か残されている手段があるというのは結構、大きいみたいです。患者さんにとっても家族にとっても。言葉には出さないけど何か望みはかけてるんだと思うんですけど、それがかなり家族にとっても精神的な支えになってるところはある気がして。(堀医師)

菅田 OT は、緩和ケアにおけるリハビリの特徴と対比させながら、「何か」についてより具体的に語る。

「治療がもうできない」というふうに言われている方なんで、リハビリもそういうところあるんですけど、何かしらやっぱり手を施してほしいという思いを持つてる方が多いので、その意味では、やはりとても意味があるのかなと。(菅田 OT)

菅田 OT が指摘する「何か」とは具体的には「手を施す」ことである。先に述べた白田看護師が指摘するように「何か」が必ずしも治癒や症状の緩和に結びつくものではなく、「何か」が「ある」こと、菅田 OT の言葉で言えば「手を施す」こと自体に意味があるのである。菅田 OT は状態が低下していく患者へのリハビリを継続することの困難さを抱えている一

方で、リハビリ職として「手を施す」「何か」を行うこと自体に意味を見出すようになり、日々の臨床を前向きに行えるようになったことを語ってくれた。

緩和ケアの現場で「手段がない」というのは具体的には患者の症状緩和のための「手段がない」、より具体的に言うならば薬物療法が限界を迎えた時である。また、倉田実さんや一宮信人さんの事例（第六章参照）のように、患者によっては薬物療法の使用や増量を拒む場合もあり、医療者側が使える手段を思うように使えないという意味で限界を感じる場面もある。そのような時にも「何か」として鍼灸治療が役割を発揮することがある。

もちろん全ての人に適応があるわけではない。ただ、腹水や浮腫や筋痛など（効果がある場合があるし）、あるいはやはり薬が好きではない人も実際にいるので、そういう人たちにこの手段を提供できるというのは非常に喜ばれる。治療できることがあるというのは本当に大きいこと。（平林看護師）

平林看護師は鍼灸治療の効果も踏まえた上での「何か」としての意義について語っている。さらに平林看護師は以下のように語る。

鍼灸はやってみなければその効果はわからないけれど、可能性があるからやってみるものだと思う。（平林看護師）

鍼灸治療には、暗に「効くかもしれない」という「可能性」、あるいは「期待」が込められている側面もあるようである。

また、扇田看護師は以下のように語る。

すごくここは感じるんですけど、人間って、手を当てたりとか、何かをしてもらってる感っていうか、そういうのってすごくでかいと思うんですよ。最後、やっぱりどちらかといったら医療って、なかなか最後が難しくなってきたって、ちょっとやっぱり、ある程度ねえ、仕方ないかもしれないねえっていうふうな感じで、落としどころっていうか、そういったところへもっていったり、あるんですけど。話し合いながら。だけどそこで何もできないんじゃないかと、そこで手を当ててもらってる、鍼打ってもらってるとか。そういう何か自分が大切にされてる感とか。そういった意味では、すごく意味があると思います、その患者さんにとっては。だからそういうふうに言うし。（扇田看護師）

手段がない中で『何か』がまだある」という事実が、「大切にされてる感」につながる可能性について指摘している。この扇田看護師の一言当たり前とも見える語りには実は大きな意味が含まれていると考えられる。生から死に向かう人々は、「生」と「死」というある種の境界領域にあると考えられる。本節の文脈で語られる「手段があること」は、少なくとも「生」への繋がりを含むものであり、ケアされる対象としての社会的紐帯を生み出す1つの方法であると考えられる。がんで終末期を迎える人たちは、多くの繋がりを失っていく。最終的には自分の身体との繋がりも失うことが仮に「死」とであると捉えるならば、

「何か」されて、より具体的には「触られ」ることは、「いまここに自分の身体がある」という認識をもたらすものであり、いのちが「大切にされている感覚」に繋がるのではないか。

[2]「可能性」の二面性

鍼灸治療が「期待」や「希望」という「可能性」としての「何か」という側面を持つ一方で、「とりあえずやってみる」という手詰まりになった際の、手探りが故の「消極的な」意味での「可能性」として導入が検討される場面もあることが伺えた。

なかなか薬で調節が難しいという時は、鍼灸師さんに助けてと言ったりしていました。
(白田看護師)

自分が手詰まりになった時に手段として浮かぶかな。ダメなときはやってみようという感じ。「やってみる」という感じが強い。実際に効果はわからないし。(徳野看護師)

白田看護師の語りからは、鍼灸治療にケア手段の「アンカー」としての側面があるようにも見える。しかしながら徳野看護師の語りにもある通り、鍼灸治療はあくまで症状マネジメントの手段がないから「やってみる」ものであり、その「効果」については薬物やその他の通常ケアよりも秀でた効果を持つ「第2の手段」という認識ではないことがわかる。このように、鍼灸には「何か」としての肯定的な意味と消極的な意味の二面性が内包されているのである。

第三項 視点の違いを持つ多職種の一つ

筆者と他職種との問答の中で、筆者は必ずある一つの質問を織り交ぜながら会話をを行った。その内容は、「鍼灸師以外の職種と鍼灸師のケア内容の違いについてどのように考えるか」であった。筆者がこの質問を投げかけたのは、他との比較を通じて鍼灸自体の特性を明らかにしたかったからであり、仮に「違い」が認められた場合、その違いがひろせクリニックのケアの中での鍼灸師の位置づけとどのように関わっているのかを明らかにしたかったからである。

「違い」としてどの職種にも通じて語られたのは、「西洋医学」と「東洋医学」という医学的な学問背景の違いについてであった。この「違い」は、ひろせクリニックにおける鍼灸師の立ち位置を理解する上では非常に重要な概念であることがわかった。「西洋医学」が語られる際に用いられていた単語は「科学的」を中心に、「理屈」「つながり」「原因」「薬」「エビデンス」であった。それに対して「東洋医学」が語られる際に用いられていた単語は「体全体」「コンディション」「つぼ」「経絡」「科学的なところで割り切れない」「不思議」「神秘的」であった。また、鍼灸の考え方について、「西洋医学」とは「全然違う」と認識されており、ひろせクリニック内に複数存在する他職種の中でも鍼灸は学問的なカテゴリーが全く異なるものと認識されていることがわかった。この学問的な違いは、しばしば相手への「理解の難しさ」を招き、それが結果的に「排他性」、つまり本論で着目している負の意味で「周縁」に追いやられる場合がある。しかしながらひろせクリニックにおいては、この「違い」が肯定的に受け止められている語りが見られた。

でも、そこ（東洋医学的な理論）は僕らは分からないから、もう、そこは鍼灸師さんに任せるっていうふうに思っていて。別に、それを否定するとか「西洋のほうが上だ」とかは思っていないくて、東洋は東洋の分析の仕方、僕らと違ったアプローチをして、うまくいけばそれでいいかなというふうには思っています。（角野医師）

「違ったアプローチ」として明確に認識されている一方で、それ自体が「東洋医学」への否定ではなく、「もう一つのアプローチ手段」として認められていることがわかる。またそうした違いを「視点の違い」として意義のあるものとして捉える語りもある。

やっぱり多職種目で見ると、その症状というところのとらえ方も、看護師と鍼灸師というところで、ちょっと若干違うところもあるんで。そういう部分でやっぱりいろんな目線でみんな評価ができて、あと症状コントロールが図れるのかなというふうには私は思っているんですけど。（夢野看護師）

「東洋医学」的な視点、という明確な指摘ではないものの、鍼灸師が他職種と「若干違う目線」からケアを実践していることから、それが「いろんな目線」での評価を行うことにつながり、ひいては症状コントロールにもつながりうるという指摘である。鍼灸師の「若干違う目線」は、「いろんな目線」の一つとして認識されているのである。また堀医師は、鍼灸師の臨床における「目線」がもたらした一つの現象を引き合いに出し、多職種の関わりの重要性について言及する。

家族の人とかも、多分この話はここに相談した方がいいみたいに使分けしてるんですよ。山岡さんだけじゃなくて。なので、例えば手を下にして寝てる（と浮腫が改善しづらいという）情報とか、こっち（医師側）には言ってもしょうがないと思えば言わないし。それも何かやっぱり、いろんな家族も、隠してるわけじゃないけど、人を選んで、この人にはこの相談とか、相談してもしょうがないと思うことはしなかったりとかするので。そういう意味では、いろんな職種が関わってる方が、やっぱり誰かしらが相談相手になるから、いいんでしょうね。（堀医師）

第六章でも記述した全身性の浮腫を呈していた山岡さんの例²¹⁰を引き合いに出した堀医師は、決して鍼灸師の「東洋医学」的な関わりの意義や役割について語っているわけではない。しかしながら、この語りは平岡氏特有のケアの「目線」が山岡さんの浮腫と四肢の日常的なコンディショニングへの意識と密接に結びついていた可能性を示唆している。つまり、鍼灸師のケアの「目線」が「東洋医学」的かどうかは別として、鍼灸師が主としてケアしている症状に対する日常的な評価や、全身的にフィジカルにアセスメントする中で発見する細かな気づきは、患者にとっても何かしら医療的に「診てくれる」相手であり、医療的な相談ができる相手と認識されること繋がるのかもしれない。

²¹⁰ 第六章第六節参照。

第四項 身体を他者に委ねる「時間」と「空間」

前項では主として「西洋医学」と「東洋医学」という学問的な違いから、多職種アプローチにおける鍼灸師の視点の存在意義について論じた。本項では他職種との「違い」の中でも、鍼灸治療の臨床空間の特徴について語られた内容について論じる。

鍼灸治療の特徴としてしばしば「手当て」や「触れる」ことがクローズアップされることがある。今回の他職種の語りにおいても「手当て」や「触れる」ことが鍼灸治療の特徴として語られていた。一方で、ひろせクリニックではリハビリ職が身体的なアプローチでケアを実践し、また看護師も軽いマッサージなど直接的に患者の身体に「触れる」ケアを行っている。つまり、「手当て」や「触れる」ことそのものは別段鍼灸師に特化した行為ではないとも言えるのである。

リハビリさんがやるマッサージっていうところは、鍼灸と大体似てるっていうか、同じような効果じゃないかと思うんだけど。(角野医師)

薬を使わないとか、少し(患者さんが)期待をすとかってところはリハビリとも近いんですけど。(堀医師)

リハビリと鍼灸の類似性について、角野医師は「マッサージ」という表現を用いて、アプローチと効果の類似性を指摘する。また堀医師は「薬を使わない」という特徴や本節第二項で論じた「何か」としての「期待」をもたせるものという類似性を指摘していた。菅田OTも患者が期待を持つ「何か」として「手を施す」行為の重要性を指摘しており、終末期患者に対しては「手を施す」ことそのものに意味があると指摘している。また、扇田看護師も「私たちは、同じそういう症状に対して手当てをすとか和らげるといふところでは一緒なんですけども」と指摘し、「症状への手当て」という点から鍼灸との共通点を指摘する。これらの語りからもわかる通り、「手当て」や「触れる」という行為そのものは、ある程度どの職種にも共通していることがわかる。では鍼灸師の「手当て」や「触れる」行為には他職種と異なる特性があるのだろうか。これについていくつかの興味深い語りが見られた。

堀医師は「委ねる」という表現を用いながらリハビリと鍼灸の違いについて言及する。

リハだってその(訪問の)時間は(身体的にリハビリを)やるけど、それをやって、次にそれを活かすのは本人の力だったりすると思うんですけど。鍼灸だと、多分その時間、ほんとに委ねて楽にしてもらおう、ほんと頼れるっていうか楽にもらえる時間じゃないですか。自分でもこうやりなさい、こうがんばりなさいっていうよりも。その時間はまず楽になって、気持ちがよくって、家族が自分の時間を削って何かをしなくちゃいけないわけでもなく、ほんとその時間を楽に、気持ちよく過ごせる時間をつくれるのは鍼灸なんだと思うんですよね。(堀医師)

堀医師の語りからは、同じ「手当て」や「触れる」という行為であっても、その行為の目的によって「手当てされる」あるいは「触れられる」患者の状況が異なる可能性が読み取れる。リハビリは身体的アプローチの中でも機能回復、あるいは機能低下の予防が主目

的となる領域である。患者が日常生活においてなるべく自立した状況でいられるようにすることを目的としているため、「触れる」ことはあくまでリハビリとしての「手段」であり、それ自体が症状緩和の目的とはならない。結果的に身体的な愁訴の軽減がもたらされることもあるが、特に患者の身体機能が残存している状況ほど、「触れる」事自体には大きな意味はなく、「触れて」「動かす」、いわば動的で能動的なケアがリハビリ職の特徴といえるのかもしれない。一方で鍼灸は「してもらおう」ものであり、完全に身体を術者に「委ねる」ものだという堀医師の語りにもある通り、鍼灸治療の間、基本的に患者は動かず、鍼灸師から「なされるがまま」の状況で治療が行われるという臨床上的特徴がある²¹¹。つまり、直接的な身体的ケア自体が治療として「受け入れられる」ものであり、「触れる」あるいは「手当て」することそのものが目的となっているという臨床上の文脈がある。

この点について徳野看護師も同じ「委ねる」という表現を用いながら、看護師の臨床実践との比較を通じて以下のように指摘する。

（鍼灸治療は）完全に（体を術者に）「委ねる」もの。その時点で効果が発現するのでは。治療を「受け入れる」状態になる。そして相手を許容することにもなる。そこをクリアすれば。背中から（治療を）やっつけてもいいし。ただし、「委ねる」壁を越える為には、鍼灸プラス「その人」という条件が成立しないとダメなのでは。（鍼灸師は治療の時に）ここ触るねって言わないでしょ？・・・（中略）・・・看護師の臨床と鍼灸師の臨床は、構造が異なる。（徳野看護師）

徳野看護師は、鍼灸の臨床上的特徴として患者が身体を術者に「委ねる」ことを挙げている。また「背中から」行う治療を1つの象徴的な現象として提示しながら、治療を「受け入れる」状況とも表現しており、相手を「許容する」と表現している。第五章および第六章で描いた患者の治療現場を思い出してみたい。鍼灸師が脈診を始めた途端に患者は目を閉じていた。鍼灸師が鍼を身体にあてると患者は無口になり、文字通り鍼灸師に「なされるがまま」となり、身体を鍼灸師に「委ねる」状況になっていた。こうした「委ね」の現象が生じる条件として、徳野看護師は「鍼灸プラス『その人』」という条件を挙げている。すでに本章第一節の「効果の意味」でも徳野看護師の指摘を引用したが、看護と比較した際の鍼灸の臨床的な特徴は、「その」鍼灸師という、より「個」が重要となる点であると語る。徳野看護師は、「誰でも同じとは言わないけれど」と前置きをしつつ、看護師は「替えがきく存在」と語り、また徳野看護師自身はあくまで在宅の主人公は患者・家族であるがゆえに、自身が看護師としての「個」を出し過ぎないようにしているとも語っている。その意味では「個」がどれだけ患者に近づき、コミットするかという点において臨床の「構造が異なる」と指摘しているのである。この点については扇田看護師も類似した内容を語っており、「別の看護師さんを入れるのと、鍼灸師さんを入れるっていうのはまたちょっと違う」としている。

こうした鍼灸に特徴的な「委ね」の臨床空間は、さらに身体に「触れる」という行為に加え、言語的・非言語的コミュニケーションの長さという点において、より特徴化される。

²¹¹ これについては第六章の患者個々の治療の「場」の描写の中で見てきた。

身体に触れるから話ができるんじゃないかとも思う。他の職種、あるいは他人はなかなか理由がないと触ることはないし、できない。長時間ゆっくり触れられるから、お話しやすい状況になるのではないか。いろんな事喋ったり。触れられると聞いてほしい、となるのではないか。(平林看護師)

平林看護師は身体に「触れる」ことと「患者が語りだすこと」の関係性に注目している。徳野看護師の観点を参考にすれば、「委ねる」ことが身体に「触れる」ことを「許容し」、「受け入れる」ことになる。その「受け入れ」は「その鍼灸師」という「個」を受け入れたことでもある。その状況でさらに身体に「触れる」というケアが積み重ねられていくと、「その鍼灸師」と患者は強い人間関係で結び付けられていく。それが故に「触れる」行為を通じて、より患者は自身を表出することになっていくのかもしれない。平岡氏の臨床では、患者が治療中にそれほど多くのことを語っていた印象はない。むしろ治療中は無音の印象のほうが強い。しかし、近藤サクラさんが動けなくなることへの不安について語ったように、時にまるで背中の中のツボを刺激されて押し出されたかのように、患者が抱えている思いを吐露する場面もあった。

徳野看護師が指摘するような、この鍼灸臨床の特有の「構造」を修飾する要素として、さらに鍼灸治療の「空間」の特性についても語られている。

あとはやはりあの艾の匂い。すごく大事な(少し考えて)材料と思う。平岡さんが往診をした後にお宅に入ると「ああ、いい匂いだね」と思う。きっとご本人のみならず、ご家族の人たちにとってもリラクゼーション効果をもたらすものではないかと思う。看護師自身もいい匂いということを感じる。(平林看護師)

家の中に漂う艾の燃える香り。まさに鍼灸治療をしたことの明確な事実であり、特有のものである。例えば病院ならではの匂いといえばあのエタノールの「消毒の臭い」を誰もが連想するであろう。また、その「消毒の臭い」は、身体の消毒、傷口の消毒、雑菌の消毒など「体に悪い雑菌を駆逐する医療」を連想させる象徴的な香りである。お灸の煙の匂いは、単なる「煙の臭い」ではなく、「鍼灸治療」を象徴する香りとして解釈されているのである。さらに徳野看護師は平林看護師と同様の指摘に加え以下のような指摘をしている。

煙、匂い、沈黙、静か、会話の無さ、目を見なくていい。他の職種は目を見て行うケアですよ。患者さん自身がその治療の世界に「入って行く」ものというイメージがある。その独特の空間にね。(徳野看護師)

お灸の煙や匂いが鍼灸臨床の「独特の空間」の構成因子になっていると指摘することに加え、音の静かさ、目を見ないなど、五感を動員させる特徴があるのが、~~鍼灸治療~~鍼灸治療の「独特の空間」であると指摘している。

この「独特の空間」が特有の時間を作り出しているという語りも見られた。

なんというか、医療者とは違う、40分から1時間かけて「ここにいられる」という保証がある術者というのは患者さんにとって大きな安心に繋がるし、看護師や医師には言わないことを言う時がある。なんというか「五感で癒される」というのか。看護師や医師の場合頻繁に電話が鳴るとか、次の患者さんの家に急ぐとか、急患が入るとか、忙しくて患者さんも気を使う場合がある。鍼灸師さんが行く時間が、「自分だけの時間」という感じにできるのではないか。(平林看護師)

身体を「委ね」、「触れられ」、特有の空間に身を置くという時間全体が、「五感で癒される自分だけの時間」となっているということである。看護師や医師らが創り出す空間や時間の流れとの違い、患者さんにとっての「安心」にも繋がる「時間」なのである。その患者の生活にとっての特有の時間と空間。そこにこそ鍼灸治療の特徴があるのではないかと語った徳野看護師は在宅緩和ケアにおける鍼灸治療の特徴について以下のようにまとめている。

「今日は鍼灸の曜日だ」という表現、イベント性。違う空間、独特の空間なんじゃないだろうか。看護や医師や曜日も変わることもあるし。あとは、看護師だと固定性はないが、鍼灸の場合は「鍼灸師のあの人」が来る日。「看護師さんが来る日」とは違う。だからある種の特別性があるのではないか。(徳野看護師)

第五項 プラスにするもの

さらに、手段としての「違い」が語られたのは医師らの「投薬」との対比においてであった。鍼灸治療にあり、医師らの「投薬」に無いものとして、「心地よさ」や「やってよかった」、「楽になった」などの治療することの充実感が語られていた。

例えば同じ痛みを取るにしても、私たちはお薬を出して、その薬が効く、効かない。あと、むくみでも、お薬を出すとか出さないになるけども。鍼灸は違うアプローチじゃないですか。で、症状が取れたときに、あんまり薬に関しては、あの薬よく効いたよ、よかったよって笑顔で教えてくれることはあんまりなくて。効いた？って聞くと、あ、そうだね、とかって、いうぐらいの感じなんですけども。鍼灸の場合は、やっぱりそのときに、してもらって気持ちがよかったとか、あるんだと思うんですけど。・・・(中略)・・・やってよかったみたいな、体が楽になったみたいな感想は、薬の治療よりも出やすい感じがして。(堀医師)

われわれが介入するときに、心地良いというかたちにはやっぱりなりにくいですよ。やる行為そのものは。・・・(中略)・・・ただ、やっぱり心地良いとか、ああいうのはやっぱり医者と違ったアプローチをする。(藤原医師)

「心地よさだけで鍼灸師さんをお願いするっていうのは、多分鍼灸師さんの的にも不本意なところはあります」と語りつつ、藤原医師は「心地よさ」は医者とは違うアプローチであると語る。さらにまた、藤原医師は、医師の診察行為と異なり、鍼灸師の診察行為が直接的に治療的な意味での「心地よさ」に繋がる印象を語る。

(医師の場合)心地良いだろうと思ってわざわざ打診しなくていいところ打診したとかっていうのは、やっぱりちょっと違うと思うんですけど。そういうの(診察行為そのもの)が、鍼灸は心地良さとストレートにくっ付いてる感じはあって。(藤原医師)

藤原医師は、医師の診察行為はあくまで診断のための行為であり、それ自体を治療目的として行うことに対しては違和感を示していた。その一方で、触る行為そのものが治療行為となる鍼灸治療に関しては、診察にせよ治療にせよ患者の身体に触れて行うという共通点からか、鍼灸臨床での診察行為自体に治療的な意味合いが含まれていることを指摘し、医師らの診察行為と鍼灸師が行う診察行為の意味合いの違いについて言及していた。

堀医師は、そうした鍼灸の臨床で生じる「心地よさ」を「プラスの部分」と表現する。

多分、薬だと、マイナスの痛いところをゼロにはする、ゼロに近づけるんだと思うんですけど。鍼灸とか、あとリハビリのマッサージとかは、気持ちがいいとか、ああ、そこを押されると楽とか、そこ押してもらおうと体が楽みたいなの、プラスの部分の感じは出るんだろうなって。(堀医師)

また看護の視点から小久保看護師は以下のように指摘する。

プラスですね。だと思います。だって、気持ちいいことをしてくれたり、もしかしたら、痛いのだの何だのの苦痛を取ってくれたりする。1つのベースのところから、いいことだけなと思うんです。私たちは治療の1つでは、もしかしたら、注射とかはチクッと痛い思いをさせるとか。嫌なことも、お通じを出すにしても浣腸かけられたらすごく「うわあ、嫌だな」と思う。そういう思いをさせたりすると思う。そのところ、嫌なことではない。(小久保看護師)

医師の臨床実践と対比させながら、堀医師は医師らの投薬を主とした臨床実践が「マイナスをゼロに近づける」実践であると表現し、鍼灸の臨床実践を「プラスの部分の感じを出す」実践と表現する。また小久保看護師は患者が不快になるとされる看護実践の例を挙げながら、鍼灸の臨床実践を「プラス」の実践と表現する。

効果に関する語りとはまた別の内容として、患者の「体が楽になる」ということについても語られていた。

薬はやっぱりゼロには近づけるけど、ああやってよかった、みたいなのところまではいきにくいのかなと思うので。その時間、その30分だけでも楽であっても、それだけでも十分、本人にとっては価値があるのかなあとか。その時間以外は鍼灸師いないんだから、じゃあ元に戻るんだったら意味がないっていう人もいるんだけど。私が思うのは、残されてる時間が短いので、その人の30分って、普通の人1週間とかぐらいに考えると、1週間、体が楽だったら、まず、すごく受けた治療ぐらいになると思うので。ですので時間の感覚も、普通の元気な人とも違うだろうし、その人の30分、体が楽とか、その後、その日は1日楽に過ごせたっていうのは、すごく価値があるんだろうなと

は思うんですね。(堀医師)

終末期患者の生活の時間軸において、「体が楽になる」ことの重要性を堀医師は指摘している。鍼灸治療においてしばしば患者が語る「体が楽になる」という現象は、「症状を緩和する」「疾患に効果がある」という評価軸からみた場合極めて軽視されがちな概念である。しかし堀医師の語りは「体が楽になる」ことの捉えられ方が、病いの状況によって変化する可能性を示唆している。実際、筆者が参与観察を行った患者の中にも鍼灸治療後に経験した「体の楽さ」を重要視する語りが見られた。菅田 OT も以下のように述べる。

実際、楽になる、気持ちがいいっていうのも大きな意味があるんだな、っていうのは、こちらに来てから感じるようになりました。(菅田 OT)

もともと機能回復・維持を主目的に患者に関わるリハビリ職にとって、機能低下が徐々に進んでいく終末期患者に関わる意義が見出しづらいと語っていた菅田 OT であるが、ひろせクリニックにおける臨床経験の中で「楽になる」ことの意義を見出している。

第八章 ひろせクリニックに見る鍼灸の「意味」

第五章ではひろせクリニックにおける鍼灸治療の実態について整理した。第六章においてはひろせクリニック患者の実際の鍼灸治療の「場」および、鍼灸治療の有り様について患者の語りを交えて記述した。第七章では他職種から見た鍼灸の「意味」について検討してきた。本章は、第三部の総括として、ひろせクリニックのフィールドにおいて得られたデータから在宅緩和ケアにおける鍼灸治療の「意味」を包括的に論じる。

第一節 「軽くなる」という身体感覚の変化

第六章における 10 名の患者の治療の「場」および患者の語りの中で、「軽くなる」という言葉が頻繁に語られた。「軽くなる」の意味は細かく見れば患者ごとに少しずつ異なっていたが、大別すると①「症状の軽減」を意味する「軽くなる」と、②総体的に「体が軽くなる」という 2 つの意味に分類ができるだろう。

第一項 「症状の軽減」を意味する「軽くなる」

①の「軽くなる」は、疼痛、浮腫、腹脹、あるいは筋性のこりなどの「症状の軽減」のことであった。鍼灸による「症状の軽減」としての「効果」については、鍼灸の「意味」を問う際にも、また導入の目安という意味においても、他職種の語りの中で最も多く見られた内容である。特に医師らの語りの中では、それが顕著に現れていた。医師らの患者に対する視点は「どれだけ症状を緩和することができるか」にあり、「症状の緩和ができるかどうか」が医師らにとって最もその手段の「意味」を判断する材料であったからであろう。ひろせクリニックの医師らは、鍼灸治療の導入および中断について判断しなければならない立場にもある。鍼灸治療の導入に積極的であった角野医師や堀医師は、筋性のこり、疼痛、浮腫、腹脹などに「効果」が認められるとし、鍼灸治療に対して「症状の軽減」をもたらす手段としての「意味」を見出していた。特に角野医師は、薬物療法で緩和が得づらい筋性疼痛には積極的に導入しており、初期評価の段階で症状が認められた場合には早い段階で鍼灸治療を導入していた。また薬物療法との併用の意義についても言及しており、「薬物単独よりも良い気がする」とそれまでの経験に基づく印象を語っている。一方導入に対して慎重な姿勢を示していた藤原医師は、特に費用対効果の観点から、少なくとも「症状の軽減」に対して積極的な手段としての「意味」は見出していなかった。また、藤原医師の中で印象的だったのは「ガイドラインに載っていれば検討する」という指摘²¹²である。

²¹² がん治療、および緩和ケアの通常医療のガイドラインに鍼灸は載っていない。鍼灸については学会や研究班により作成された CAM のガイドライン上で述べられている。2006 年に「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班により作成された『がんの補完代替医療ガイドブック』においては、Annals of Internal Medicine をまとめたデータを提示しており、鍼灸利用の注意点として血小板減少症、抗凝固療法中を挙げている。またがんに伴う症状や通常医療の副作用を緩和するものとして化学療法による悪心・嘔吐に対する鍼灸（容認（場合により推奨）して経過観察）、慢性疼痛に対する鍼灸（容認して経過観察）が挙げられている。また同ガイドブックでは、補完代替医療を利用する前に確認すべきことのリストが提示されている。2008 年に日本緩和医療学会より提示された『がん補完代替医療ガイドライン第一版』では、放射線による唾液分泌、がん性疼痛、吐気・悪心、呼吸機能、緩和ケア患者 QOL、進行抑制・延命についていずれも推奨度 C（行うよう勧めるだけの根拠が明確ではない）とまとめられている。2016 年には日本緩和医療学会より『がんの補完代替医療クリニカル・エビデンス』が出版され、その中では耳介鍼灸によるがん患者の痛みの軽減、鍼灸治療によるがん患者の術後尿閉の軽減、鍼灸治療によるがん患者の QOL の改善、鍼灸治療による化学療法由来の悪心・嘔吐の軽減、灸治療による骨髄抑制の軽減に有用であると結論付けられている。また、鍼灸治療による有害事象は低頻度かつ軽微であるとされている。このように、経年的にがんの症状に対する鍼灸のエビデンスが明らかになると

医師の観点から患者にとっての合理的な治療選択を提示する上で依拠できるのはエビデンスであり、またそれに基づいたガイドラインの有無が治療内容を決定するための大きな判断材料になることを語っている。この二人の医師の発言を比較するだけでも、鍼灸治療の「効果」をめぐる「意味」の認識構築プロセスは異なることがわかる。実際「効果」をめぐる認識には不確かな部分がかかなり多いことが示された。積極的に導入していた角野医師も「効果のわかりづらさ」を指摘している。また藤原医師も同じように「効果のわかりづらさ」について言及しており、このことが明確な鍼灸の「意味」を説明することを躊躇させる一つの要素であるとも指摘している。結局のところ、小林医師が指摘したようにその意味範囲の限定の仕方によって、「効果」としての「意味」が決定されていると言えるであろう²¹³。いずれにせよ、鍼灸治療の「意味」を考える際に、他職種の中でも特に医師らにとっては「効果」が中心的な価値として位置づけられていることは間違いなさそうである。

一方、患者の中でこの「症状の軽減」に対して大きな「意味」を見出していたのは、戸坂さんと一宮さんであった。家族からは「あまり変わっていない」と言われつつも、戸坂さんは鍼灸治療を「分身のようで必要」とまで表現しており、いかに浮腫の軽減において鍼灸治療が重要であるかを語っていた。また、一宮さんも外出等で動いた後の「疲れ」と「痛み」が「和らぐ」と語り、またそれを「ありがたいこと」と表現していることから、鍼灸治療を「症状の軽減」をもたらすものとして実感していることがわかる。ここで興味深いことは、ふたりとも結果的に「症状の軽減」が、日常生活の「動きやすさ」につながると訴えていたことである。「症状の軽減」が得られることが第一義であるのはさることながら、両者にとって「意味」があったのは「症状の軽減」によって日常生活上で「動ける」という主観感覚が増大したことであろう。なるべく外出したい一宮さんの生活のリズムの中に、「中心」的に鍼灸治療が位置づけられていた事実がそのことを物語っている。外部でのリハビリや抗がん剤療法を行うために外来通院していた戸坂さんや、外に散歩に行くなど ADL が比較的保たれていた一宮さんのように、ターミナルステージが初期で、かつ PS の程度も軽いがん患者においては、それまで可能であった日常生活での「動き」が保たれることがいかに重要であるかがわかる²¹⁴。その時期は疼痛を始めとした愁訴が強くなるとともに、次第に ADL が低下し始める時期でもあり、いわゆる自身の身体やその機能をめぐる「喪失」を経験し始める時である。今回の参与観察およびインタビューからは、その時期に鍼灸治療を行うことが、患者の身体的およびそれまで可能であった日常生活の「喪失のプロセス」を少なからず緩和させる手段になり得ると示されたと言えよう。ただし、具体的な「症状の軽減」に関する直接的な実感を語っていたのは、この 2 名にとどまっていた。またこの 2 名でさえターミナルステージが進むに連れて、その「効果」が得づらくなっていき、鍼灸治療による「症状の軽減」としての「意味」は、次第に限定的

もにその評価も変化している。

²¹³ 今回の調査においては、鍼灸治療の効果の有無を問うことは一切行っていない。患者にせよ術者にせよ鍼灸の関わりに「どのような意味があるのか」について尋ねている。

²¹⁴ 参与観察調査を終えた後、平岡氏には何度か追加のインタビュー調査を行っている。調査を終えた 1 年後に平岡氏は独立開業し、ひろせクリニックとは外部連携と言う形で連携するようになる。平岡氏は、がんではない患者の治療を多く経験する中で、改めてその患者が「何に苦悩しているのか」が大切であることを実感したという。平岡氏は腰痛を例に挙げ、「腰が痛いことによってできないことを援助していく。痛みがあっても多分できないことがあるはずだからそこを聞いていかなきゃいけないのかな」と改めて気づいたと指摘していた。これは緩和ケアに限らず、苦悩を抱えた患者全てに共通することなのかもしれないとも語った。

なものになっていく状況が明らかになった。

第二項 体全体の「身体感覚の変化」としての「軽くなる」

ここで着目したいのが、二つ目の「軽くなる」現象である。参与観察を行った患者の大半が「体が軽くなる」という表現を用いており、そこには「症状の軽減」だけではない「意味」が含まれていた。また「軽くなる」という表現のみならず、「すっとする」(戸坂さん)、「体から悪いものが出ていく」(柗さん)、「滑らかになる」(宮さん)など、体全体の「身体感覚の変化」とも呼べる表現が幾つか見られた。患者の語りにおいては、特にこの体全体の「身体感覚の変化」に関する語りが多く表出されており、患者の多くがそこに鍼灸治療の「意味」を見出している様子が伺えた。この「身体感覚の変化」をとりわけ詳細に表現したのが柗達子さんである。初めての鍼灸治療の経験を、目を丸くし驚きを以って語ったことは筆者にとっては強烈に印象に残るワンシーンである。改めてここでその表現を確認してみたい。

浮腫みが徐々に減ってきたっていうのと、あと、やった後は体が楽なんですね。なんとなくね。こう、体の悪いものが全て出た、出るような、最初はむくみを取るような、(でも)おしっこのような感じじゃなくて、体の中に溜まっていた老廃物とか、諸々の溜まりきっていた悪いものが出て行ったような感覚でしたね。(柗さん)

「体の悪いものが出る」という表現を用いて自身の「身体感覚の変化」を語っている。その表現は、身体全体のダイナミクスとしての表現であり、「症状の変化」とは別次元の身体全体の状態変化を表現したものと読み取ることができる。「症状の変化」とは別次元の身体感覚の変化については、特に慢性疾患を有する患者を対象とした研究においてすでに明らかにされ始めているところである²¹⁵。

これまで末期がん患者における鍼灸治療の「意味」について論じられたものはほぼ無いに等しい状況であるが、柗さんのようなターミナルステージの後期のような患者においても「身体感覚の変化」がもたらされることがあり、またそれが患者にとって大きな「意味」を有する場合があることがわかった。「身体感覚の変化」の語りのうち、最も多かった表現が「軽くなる」という表現だったが、単純に言葉の「意味」としての表裏で考えた場合、それだけ末期状態にある患者がある種の「重さ」を経験していると推測できる。その「重さ」には身体全体の苦痛としての「重さ」や、より具体的には「疲労感」などが含まれるであろう。また、痛みの種類の一つとしての局所的な「重さ」もそこには含まれているであろう。さらに、この「軽くなる」という経験は、身体的なものにとどまらず精神的な経験としても語られていた。倉田さんは、インタビューの終わり際、「軽くなる」という言葉の後に「精神的にもね」と付け加えた。近藤さんも「心と体が軽くなる」と表現しており、身体のみならず「心」が「軽くなる」ことについても言及している。こうした「身体感覚の変化」およびそれに伴う精神的な「軽くなる」ことの経験が、週に1回ないし2回の頻度で行われる中で、患者は「鍼灸治療のある生活リズム」を確立していくことになるので

²¹⁵ 第一章第四節参照。

ある。こうした「軽くなる」経験が意味するものは、「症状をコントロールする」という現代医学的な枠組みでの緩和ケアとしてのみではなく、症状がありながらも「快な身体状態にある」という身体の全体性に着目したもう一つの緩和ケアとしての「意味」とも言えるかもしれない。

一方、他職種の語りにおいても鍼灸治療が「プラスにするもの」という内容の語りのなかで「軽くなる」と似たような語りが見られた。それは「楽になる」ということである²¹⁶。堀医師や菅田 OT は患者が漠然と訴える「楽になる」ことの意義に注目している。堀医師は医師らの投薬行為で患者が「楽になる」ことはほとんど無いことに言及しつつ、鍼灸治療により患者に「楽さ」がもたらされること、またそれが仮に短時間であっても、末期がん患者の時間軸において「意味」があることを言及している。また、菅田 OT もひろせクリニックにおいて終末期患者へのリハビリを経験していく中で、「楽になること」や「気持ちが良いこと」に「意味」があるという気づきを得たと語っている。

ここで、「楽になる」ことと「軽くなる」ことについてさらに深めてみたい。一見すると両者の間には大きな違いはない印象を受ける。しかし、筆者がインタビューを行ったのは全て治療の直後であったが、患者の語りの順番としてまず鍼灸治療によって「軽くなる」ことが直後の経験として語られ、その後、鍼灸について全体としての評価をする時に「楽になるもの」と語っているケースが幾つか見られた。つまり、「軽くなる」ことは鍼灸により直接的にもたらされる直後の身体的（時に精神的にも）経験を示したものであり、「楽になる」というのは「軽くなる」をはじめとした具体的な身体感覚の変化がトータルとして表象された表現なのではないかと筆者は考える。実際、身体感覚の変化に関する詳細な語りは、他職種からは得られていない。患者は「鍼灸で楽になった」や「鍼灸は気持ちがいい」という総体的な評価のみ他職種に伝えるのだろう。

ここまで筆者が両者の差異にこだわる理由は、両者の差異が緩和ケアにおける鍼灸の関わりアウトカムとして何を評価すればよいのかに通じる部分があるからである。今回の患者のナラティブを見るだけでも、短時間のインタビューだったにも関わらず実に多様な表現を用いて鍼灸治療によりもたらされる身体感覚の変化について語られていた。また、それらを語った患者は身体感覚の変化の経験に大きな「意味」を見出しているのである²¹⁷。今後の臨床評価においては、こうした変化の経験に関するナラティブにより着目していくことで、「痛みに効く」、「QOL が改善する」という評価票でのみ抽出される画一的な結果だけでなく、患者に「意味がある」と思われている部分を含めた視点の広がった評価が可能になるのではないかと考えられる。

末期がん患者が語る「軽くなる」現象については、その生理学的な説明として、鍼刺激による内因性オピオイドの関与、あるいは「触れる」ことによる接触刺激がもたらす「快感覚」によるものなどが考えられるであろう。しかしこの「現象」は単純に刺激によるものだけで引き起こされた結論付けられないほど多くの装置が臨床の「場」には認められた。臨床の「場」とそこにおいて繰り広げられる鍼灸臨床の多くの儀礼的側面について次

²¹⁶ この表現は患者にも多く見られた。

²¹⁷ ロックのフィールド調査においては、指圧を好む患者の傾向として「鍼は、彼らの信ずるところでは、身体のある部分にだけ作用する。指圧はそれゆえに、治療家や支持者に、鍼よりも全体的だと見られている」[1992: 200]と指摘されている。患者の好みや、また受けた施術やその文脈によって、これらの解釈は大いに変わりうるであろう。

節で詳述する。

第二節 鍼灸治療の儀礼的側面とその意味

第一項 治療に見る一連の流れ

第五章および第六章で見てきたとおり、鍼灸治療には一連の流れがある。ここで近藤さんの治療現場を例に取り、その概要を整理する。まず患者（患者家族）が鍼灸師を自宅に招き入れる。平岡氏が近藤さんの部屋に入り、まず問診をする。近藤さんは数日間の苦痛（転倒のエピソード、予後の話）をその場で語る。一通りの問診を終え平岡氏は鍼灸治療の準備を始める。同時に近藤さんの衣類を治療しやすいように調整し、掛け布団の位置も変える。痛みに関連する幾つかの身体診察を経た後、脈診を始める。患者によるが、多くがここで閉眼し、途端に問診でのやり取りでざわついていた空気が穏やかなものになる。何箇所もの触診と、愁訴部位の確認を繰り返しながら、鍼灸治療を行う。姿勢を変換し、横向きになった時に、それまで静かだった近藤さんは自身の苦悩についてポツリポツリ語り始める。黙々と平岡氏は背中への鍼灸治療や手技を行う。治療を終えた後姿勢を変え着衣や布団を元の状態に戻し治療を終える。「軽くなりましたね」、あるいは「気持ちよかったです」という言葉が患者から発される。そして治療後の会話を交わす。

このように幾つかの手続きを踏むプロセス性があること、また治療の「始まり」があり「終わり」があることから考えると、これら一連の流れを鍼灸治療の一つの「治療儀礼」と捉えることができる。ファン・ヘネップ [2012] は通過儀礼の一連の流れを「境界前（分離）、境界上（過渡）、境界後（統合）」という理論的枠組みで説明している。このヘネップの通過儀礼に関する理論的枠組みを援用して鍼灸治療について考えると、大きくは鍼灸治療の「始まり」（＝分離）、治療中（＝過渡）、治療の「終わり」（＝統合）と解釈することが可能であろう。ここで、鍼灸治療に見る「分離・過渡・統合」の3つの過程がどのような特性のものか、更に詳しく検討する。

第二項 治療の「始まり」―「分離」―

前項において、鍼灸師が治療を始めることを「分離」と記述したが、実際には「分離」は幾つかの準備段階のプロセス（＝予備儀礼²¹⁸）と、明確な「分離」と捉えられる現象から成る。平岡氏は患者の部屋に入り²¹⁹、まず問診を行う。それに対して患者はそれまでの自身の苦痛を吐露する。患者の声に耳を傾けながら、平岡氏は鍼をシャーレに入れ準備を行う。その後、患者が訴える苦痛の部位に対する診察を行う。平岡氏なりの診立てを説明したのち、患者にかけられていた布団を移動し、患者の着衣を治療ができるように整える。ここまでがいわゆる「分離」のための準備段階と言える。言語を主体とした、患者の苦悩の共有のプロセスを行うとともに、実際に治療の「場」を作る過程である。

準備段階を経て、ベッドに仰向けになった患者に行なわれるのが脈診である。平岡氏に

²¹⁸ ヘネップ [2012 : 33] 参照。

²¹⁹ この段階で、ヘネップの指摘する「ある一つの世界を離れ、別の世界に入るという考えからくる直接的通過儀礼」 [2012 : 31] が始まっているとも言える。この場合、患者が通過するのではなく、術者が通過していることになる。患者の観点からすると「通過される」ことによってその空間が日常空間とは別のものへと切り替わると言える。

とって脈診は、東洋医学的に患者の情報を取得するための一診察法に過ぎないものであった。また、患者も単なる診察行為の一つと感じていただけかもしれない。しかし、脈診は言語的なやり取りが主体であったそれまでの「場」の空気を変容させ、「治療に入って行く」重要な装置になっている様が観察された。治療が開始される前の両手の脈診は、他の脈診に比して少し長めである。近藤さんを始め、何人かの患者は最初の脈診の際に必ず目を閉じていた。初診で苦悩を訴え続けた島上さんも、最初の時間の長い脈診の際には言葉を発しなくなった。筆者はこの瞬間をいわゆる「分離」と捉える。つまり、鍼灸師との相互行為が、言語的なものが主体であったのが、身体的なものに切り替わる瞬間である。これが次項で述べる身体の「委ね」に繋がる一種の儀式とも考えられるのである。この切り替わりが行われた後に、「鍼していきますねー」という声とともに、実際に鍼灸治療が始まる。本格的な「過渡」へと移り変わる瞬間である。

第三項 身体の「委ね」の時間と空間—「過渡」—

[1]「委ね」の時間

今回の調査の中で、複数の他職種が鍼灸治療の時間について、「委ねる」という表現を幾度となく用いていた。大辞林 [2006 : 2569] によると「委ねる」には、①一切を他人に任せることと、②身をささげるといふ 2 つの意味があるとされる。患者は体位変換や愁訴の増悪に伴う体動以外、ベッドにおいて動くことは基本的にはない。その時間まさに鍼灸師に自らの「身体をささげている」状況になる。つまり、今回の調査で語られている「委ねる」は後者の「身をささげる」という意味で解釈することが可能だろう。身体全体を「委ねる」ことは、自身の身体的な要素を限りなく「晒す」ことでもある。それは本来他者には見せたくないかもしれない浮腫で腫れた四肢や、腫瘍で腫れた患部であったり、あるいは ADL が低下した自身の身体そのものであったりするかもしれない。それと同時に患者は身体を完全に術者に「委ね」、身体全体を隈なく確認する触診や全身への鍼灸治療を術者が行うことを「受け入れる」のである。もちろんこの状況が突然生じるわけではない。この身体を「委ね」ても良いと思わせるイニシエーションが、前項で述べた「分離」のための準備行動であり、「脈診」に象徴される身体的相互行為としての身体診察なのである。鍼を刺すという行為が行われる際には「委ね」の時間としての「過渡」に入るのである。

この「委ね」の時間の一つの特徴とも言えるのが「触れる」ことであろう。治療時間に言語的な会話がなされることは当然あるものの、この時間の中心的なコミュニケーションは身体接触によるものが中心となる。他職種のインタビューにおいても「触れる」ことはどの職種においても行なわれることが指摘されていた。ただしその目的が職種ごとに異なるということも一方で語られていた。ひろせクリニックの職種の中で、「触れる」の観点から臨床の特性上鍼灸師に最も近いのはリハビリ職であった。しかし、リハビリ職の「触れる」について堀医師は、あくまでリハビリの手段としての「触れる」であることを指摘しており、特に ADL が保たれている時期ほど患者の「能動性」を促進し、患者に「動かしてもらおう」ことに主眼が置かれるという印象を語っていた。また、たまたま筆者は角野医師の身体診察を目にする機会があったが、その「触れる」は「所見を得る」為のものであった。

平岡氏の臨床における「触れる」には、①治療行為としての「触れる」（刺鍼に関連した

「触れる」、施灸に関連した「触れる」、手技を行うことに関連した「触れる」、②脈診を含めた身体診察としての「触れる」、そして③患者とのコミュニケーションとしての「触れる」があった。治療時間になされる「触れる」は主として①、②であり、③は治療前後の会話の際になされることが多かった。ここで主題になるのは①と②の「触れる」についてであるが、この両者が決して意味的に分断されるものではなかったことである。佐藤医師は、医師らが行う診察行為との比較の観点から、鍼灸において行なわれる診察行為の「心地よさ」を指摘しているが、「①→②→①→②・・・」というように治療と診察の連続性によって形作られるのが鍼灸師の「触れる」の特徴とも言えよう。こうした鍼灸を通じた体表を細かに「触る」という一連のリズミカルな行為が患者の「委ね」をより促進していくのではないだろうか。それに伴い、亡くなりゆく体が「どこに行くのか」から「いま、ここにある」という認識を患者の中に喚起し、生きる実感を呼び起こすのではないだろうか。それが前述した「身体感覚の変化」であり、こうした一連の「治療儀礼」の過程により生み出されるある種の「生まれ変わり」の感覚とも言えるのではないだろうか。

〔2〕「委ねる」時間を演出するケア空間

患者の「委ね」をより促進させていたのが、治療時の特徴的なケア空間である。まず「五感で癒される」と平林看護師は表現していたが、特徴的なケア空間を構成する代表的なものとしてお灸の煙や匂いが挙げられる²²⁰。午後の光が窓から入る中でお灸の煙が立ち上る様はまさに幻想的である。お灸の匂いが室内に充満し、戸坂さんのご家族が「アジアな感じがする」と表現したとおり、匂いにより空間の雰囲気は「お灸によるケアの場」へとその意味合いが変化することがわかる。また治療中の「静かさ」や「会話のなさ」、治療空間の特徴として大きく挙げられよう。平岡氏も「自分からはあまり話さない」と言う通り、症状や状態の確認以外で治療の時間に自らが積極的に語り始めることはない。そのためかほとんどが無音の状態できりわけ患者の身体感覚をより研ぎ澄まし、「委ね」を促進する要素になっている可能性がある。こうした鍼灸の臨床空間の特性は、これまでも指摘されているところである。

また今回この「委ね」をもたらす特徴的なケア空間の構成に関与していたのは、家族であった。これは必ずしもすべての家族に通じる内容ではないが、家族の存在を抜きにして語ることはできないケア空間を筆者は何度も見てきた。近藤さんの治療時には、ベッドサイドで必ずご主人の育夫さんが座って読書をしていた。時に会話に参加し、発語も若干しづらかった近藤さんの代弁をする役割を果たしていた。平岡氏と近藤さんと育夫さんの三人で近藤さんの苦悩を共有していた、そのような印象を受けるケア空間であった。柗さんの娘の貴子さんはずっとベッドサイドで柗さんを見つめていた。平岡氏の行う手技をじっと見つめ、時に手技のやり方を平岡氏から教えてもらいながら、夜は彼女がマッサージをし続けた。柗さんの最期が近づくに連れ、貴子さんがそばにいる時間も長くなり、その距離は短くなった。少しでも咳をすると室温を気にし、すぐさま柗さんに確認をする。一方の平岡氏はまるで「黒子」のように立ち振舞い、むしろ貴子さんが治療を行っているという錯覚すら覚えた。遠くから時々ご主人が様子を見て、軽く微笑む。柗さんのケア空間は、

²²⁰ お灸の匂いの象徴性についてはロックも言及している。「燃やされると、芳香性の油が出て、誰もが子供の時によく経験したことをどうしても思い出させる」[1992: 205]としている。

筆者が参与観察を行った中でもとりわけ「家族によるケア」を強く感じる空間であり、平岡氏もその家族の思いを引き受けて治療を行っているという印象を受けるケア空間であった。第六章においても記述しているが、筆者はこの柗さんのケア空間に同席した際、強烈な一体感を感じた。それは平岡氏に「委ね」られた柗さんの体を、皆が共有し、皆がケアを行っているという不思議な感覚であった。これは貴子さんの柗さんに対する眼差しがなければおそらく経験し得なかった感覚であろう。

こうしたケア空間は、まさに「在宅」特有のものとも言えるかも知れない。家は、患者が最も慣れた環境であり、患者が普段の生活を暮らす空間である。そこに外部から来た鍼灸師が来ることで、患者との相互行為の中で、また家族も含めた交流の中で、「委ね」のケア空間が創出されるのである。

[3]「委ねられる」人

では果たしてこの「委ね」は鍼灸師であれば誰に対しても起こることなのだろうか。徳野看護師は、看護師の特性と比較し、鍼灸師はより「個」が重要なのではないかと語った。近藤さんは平岡氏の優しさが鍼灸治療続ける一つの理由になっていると語っていた。また山岡さんも「細かな対応をしてくれる」と平岡氏の特徴について語っている。このことについては平岡氏自身も以下のように語る。

「鍼灸」であれば、やはり物理的な刺激として「鍼をする」「灸をする」というフィジカルな働きかけという狭い意味範囲になってしまうが、「鍼灸師」であれば、環境や自然全体を包括して人の体を診る「個」であり、その思想体系も含め、より「全体を診る」というのが特徴だと思う。「鍼灸師」というよりも「鍼灸師である平岡」という「個」が関わるという意味が強調され、かつ重要な要素だと思う。仮に治療法（鍼を刺す経穴、鍼の刺し方）が同じであっても、別の鍼灸師が行えば別の鍼灸師の治療になるし、その臨床実態は全く別物になるのでは。（平岡鍼灸師）

上述の通り「委ね」は、患者にとっては信頼や安心がなければ生じ得ないであろう。また徳野看護師の言うとおりに、身体の様々な箇所を「触れられる」ことは誰しもに対して「許容される」ことではない。近藤さんが語る「優しさ」や、山岡さんの語る「細かな対応」があつてこそ「委ねられる」のであり、また「分離」に際しての数々の段階を周到かつ丁寧に行うからこそ、安心して「分離」から「過渡」の段階へ「治療儀礼」が繋がって行くのである。

第四項 「過渡」における痛みの共有

治療の現場において象徴的だった患者と鍼灸師のやり取りは、「痛み」をめぐるやり取りである。これまで描いてきたとおり、鍼灸師の臨床上の特徴は、患者の愁訴の部位を確認し、それを緩和すべく愁訴部位の近く、あるいはそれに関連した部位に治療するというものであった。その過程の中、特に患者の痛みの確認をする作業において、特徴的なやり取りがなされていた。代表的なのは一宮さんの治療時のことである。平岡氏が足部の経穴や上肢の経穴を押して痛みがある時、一宮さんは「その場所はなんですか？」と「痛む箇所」

に関して質問した。平岡氏はそれに対して簡単な東洋医学の概念（経絡の概念）および西洋医学的な痛み概念の双方を用いて説明し、一宮さんに痛みに対する解釈を提示していた。一宮さんはこのことを聞いた時に表情を緩め、納得したかのように目を閉じ休み始めたのである。また、柗さんの娘の貴子さんも「原因のわからない痛みは不安だ」と興味深い指摘をしている。平岡氏は、どの患者の臨床においても、患者が感じている痛みの部分に解釈を提示する作業を行っていたように思う。

また患者に提示した痛みの解釈に則り治療が展開していく中で、自身の鍼灸治療や手技の刺激により誘発される痛みにも解釈を与えている。患者はそうした刺激にも治療的意味付けを行っていた。これについても代表的なのは一宮さんであろう。疼痛部位に対する深刺により鍼特有の痛み感覚が誘発されたが、その痛みを「痛いところをピンポイントやられている感じ」と表現し、鍼による痛みを「症状緩和のための刺激」と捉えていた。平岡氏もこの刺激を敢えて誘発し、一宮さんにもそのことを伝えながら治療していた。一宮さんは鍼治療で刺激される箇所について「急所」とも表現しており、「鍼を刺す」ことが自身の病いの根源にアプローチされているという感覚も誘発していることが推測できる。倉田さんも平岡氏とのやり取りの中で「鍼でプスーっとやってくれ」と表現しているとおり、実際の鍼による刺激に加え、「鍼を刺す」というその行為のイメージが、鍼により誘発される痛みの「治療的解釈」を修飾している可能性もある。

第五項 身体状態の確認と日常生活でのアドバイス—「統合」—

身体の「委ね」としての「過渡」の時間もほとんどが脈診で終わられていた。脈診を終えた後、「終わりまーす」という声とともに、患者は目を開け、身体を動かす。そして、終わりの問診を行い、着衣と布団を整え元の状態に戻し、日常生活の「空間」へと患者自身が「統合」されていくのである。鍼灸師という筆者のバイアス（またそこに筆者がいるというバイアス）が過分に含まれているものの、観察時には患者の表情は一様に和らぎ、ときに笑顔がこぼれる。治療前に比して「新たな心身」となって日常生活に戻るのである。実際に身体的な変化がない場合もあるが、治療のプロセスを踏襲したことによる満足感と充実感がそこには溢れ出る。その状況を平岡氏は見守り、また家族もそれを見守る。家族は、自身では何もできない（としばしば言う）立場にあって、「何か」をするということの意義をこの時に強く認識するのであろう。

平岡氏は治療を終えた後、セルフケアや寝方の指導、症状についての説明、生活上の注意などを必ず行う。時に近藤さんのように、改めて病いの苦悩を訴えられそれに応えることもある。この時の平岡氏の対応も極めて丁寧であった。山岡さんの指摘のように「細かな指導」をする平岡氏のこうしたスタンスは、患者にとって大きな信頼を抱かせるのであろう。

第六項 鍼灸治療の流れと「象徴的な癒し」

ここまで、鍼灸治療の一連を一つの「治療儀礼」と捉え、その意味について検討してきた。周到な準備段階を経て、脈診から刺鍼を行うことで日常生活の時間から「分離」し、身体的相互行為が中心となる「過渡」の時間へと移行する。「過渡」の時間は身体診察や刺鍼、施灸、手技など数々の要素が絡みながら構成され、またその時間を彩る数々の特有の

空間的特徴が見られた。再び脈診を最後に日常生活の時間へと「統合」され、患者は「新たな身体」を獲得する。あるいは「何か」を行った満足感と充実感が溢れる。

これまで、物質的・薬理的な効能に頼ることのない、言葉や儀礼そして文化的象徴の操作に基づく癒やしは、「象徴的な癒し (symbolic healing)」として多くの知見が積み重ねられている。「象徴的な癒し」には、伝統的・宗教的癒やしに加え、精神分析や精神療法そしてカウンセリングと言った欧米で一般的な会話療法も含まれている [Helman 2007: 274]。鍼灸治療における「鍼」および「灸」は物理的刺激であり、この「象徴的な癒し」は厳密に言うとはまる概念ではない。しかし、前述の「過渡」の過程における、痛みの共有、また「鍼」や「灸」という道具の有する「刺す」あるいは「燃やす」という言葉に表象される象徴性を考慮した時、決して無関係とは言えないであろう。ここで Helman が先行研究を踏まえて整理した「象徴的な癒し」のプロセス [2007: 274-5] を確認してみたい。

- ① 治療師が問題の原因と性質、そして対処法をめぐる首尾一貫した説明システム、もしくは参照する枠組みを持っていること。Dow [1986] はこれを神話的世界 (mythic world) 呼んでいる。
- ② Kleinman [1973] が象徴的な架け橋 (symbolic bridge) と指摘したような、個人的な経験と社会的な関係、そして文化的な意味との間を橋渡しする役割を神話的世界は含んでいなければならない。
- ③ 苦悩を抱えた人々が治療しに相談に来ると、治療師は彼ら固有の問題が神話的世界における象徴によって説明ができることをクライアントに納得させるために、象徴的な架け橋を活性化させようと努力する。
- ④ 患者と治療師が神話的世界の合意に達すると、次に治療師は患者を神話的世界の象徴に知的にも情緒的にも結びつけようとする。つまり、治療的な変化が起こる前に、患者はまず最初に自己に対する気付きを得て、治癒のプロセスに情緒的に参加しなければならない。
- ⑤ 神話的世界の象徴を操作することで、治療師が治療的な変化を導き始める。
- ⑥ 「癒された」患者たちは、象徴的な言葉によって自分たちの経験を概念化し、そして自分たちの経験を機能させる新しい方法を獲得する。また、この過程で彼らは過去と現在、そして未来を新しく形作る物語を獲得するのである

平岡氏が有する神話的世界 (mythic world) とは、東洋医学および一部西洋医学的な考え方である。またひろせクリニックで共有されている緩和ケアの概念もそこに含まれるであろう。平岡氏の臨床においては、目立って東洋医学的な説明や西洋医学的な説明がなされたわけではないが、随所に患者の痛みの解釈、また症状に対する対応の方法、病態の説明において、自身の説明モデルを上手く患者の説明モデルとすり合わせながら、つまり象徴的な架け橋 (symbolic bridge) を促進しながら解釈を施していた。また、実際生じる鍼刺激や灸刺激に対しても、時に意味付けを施し患者への鍼灸刺激の理解を促していた。こうした過程が、病いや苦悩の再定義あるいは組み直し (redefined or reframed) をもたらし、癒やし (healing) のプロセスを促進していたと考えられる。鍼灸治療によりもたらされる「身体感覚の変化」には、こうした「象徴的な癒し」に見られるようなプロセスも関与しているのではないだろうか。

結果的に鍼灸治療という一連の「治療儀礼」の定期的な経験は患者にとって「生活のリ

ズム」を形成することになる。鍼灸治療を通じた新たな心身の獲得は、また次の日を生きていく糧となり、また次の週を迎えることのモチベーションになる。それが「希望」にもなると佐藤医師は語った。また、近藤さんは次の鍼灸治療を「楽しみにしている」と語っていたのである。

第三節 クリニックの文化の上に構築される鍼灸治療の意味

第一項 承認された多元的医療の実践

これまで進めてきた鍼灸治療の「意味」の論考は、実はひろせクリニックという「医療文化」の話をしなければ終えることはできない。鍼灸治療の導入は、大半が医師や看護師の提案によるものであった。その提案に理解を示した患者やその家族が鍼灸治療を開始する。そしてその後の経験や、鍼灸に対する意味付けについては既に述べてきたとおりである。ここで言及しなければならないのは、そうした意味構築の背景となった「医師や看護師の提案がある」という部分についてである。第一部で見てきたように、がん患者のCAMの利用については、多くの患者が医師には相談せずにCAMを実施している状況が明らかになった。それについて筆者は「隠れた多元的医療の実践」という指摘をしてきた。一方、ひろせクリニックにおいておこなわれていた鍼灸治療については、少なくとも平岡氏が関与する患者については全て医師や看護師が把握していた。ひろせクリニックの患者にとっての鍼灸治療の実践は、いふならば医者や看護師に「承認された多元的医療の実践」でもあったのである。この医師や看護師の「承認」は患者にとって極めて大きな安心材料である。戸坂さんのケースを思い出してみたい。戸坂さんは角野医師から鍼灸治療を提案されてすぐの段階では「痛いからやだ」と強烈な抵抗感を示していた。しかしながら二回目の提案の際には「先生が言うなら」と鍼灸治療を受け入れたのである。

さらに医師や看護師を中心とした他職種は、鍼灸治療が導入された後も、患者の鍼灸治療の意味付けを支援する役割を果たしている。前述の通り、「横田」では職種間で鍼灸の「意味」が共有されていた。医師も看護師も鍼灸治療に対して導入の基準を持ちながら患者の状況を見守る。患者が「楽になる」と言った場合には、その事実を他職種が受け止め「よかったですね」と答える。患者が求める結果が出ない場合には、「もう少し続けてみましょう」や「一回お休みしましょうか」など、次の判断を提示する。このように、鍼灸治療が始まると鍼灸の結果について患者と他職種が共有し確認し合う中で、患者の中での鍼灸治療の「意味」構築を支えるのである。このように、ひろせクリニックの他職種たちが患者の多元的医療の実践を支援しているのである。

第二項 鍼灸師がいるひろせクリニックという医療文化

第七章を振り返るが、鍼灸治療の導入は医師・看護師の判断が決め手になっていた。また、導入の基準としてまず語られたのは鍼灸の「効果」についてであった。つまり、第七章でも述べた通り、ひろせクリニックの他職種にとっての鍼灸治療の意味は「症状の緩和」がもたらされることであった。鍼灸の「効果」に関する語り興味深かったのは、ほぼすべての職種が「痛み」「浮腫」「便秘」と答えた点であった。こうしたある種の「共通認識」がどう作られているのか。第五章のひろせクリニックの概要でも述べたが、ひろせクリニ

ックへの鍼灸師の雇用には先代の院長の意向が大きく関与していた。今回筆者がインタビューしたスタッフのほとんどが、鍼灸師が雇用された後の入職、つまりチームケアの中にすでに鍼灸師が位置づいている時に入職したスタッフである。当初鍼灸師がチームメンバーとして在職していることに「驚いた」と振り返るスタッフや、「いいなと思った」というスタッフなど、その反応は様々であったが、「そういうものだった」と自明のこととして捉えていたスタッフもいた。徳野看護師は「鍼灸については、先代の院長だから、というのが大きい」と語る。つまり先代の院長の意向によりクリニックの医療文化に鍼灸師が存在しており、その文化に後から入った人はそれを当然のこととして受け入れているのである。徳野看護師は自身がひろせクリニックに入職した時を振り返り、「驚いた。でも違和感は続かなかった。入った時に鍼灸師がいたからその時点でそういうものだった」と語る。また、丸田看護師も「どんな効果があるのかなっていうのを思ったけど。でも確立されていたので」という通り、すでに鍼灸師が存在し、ある役割を持つ存在として認識されていたのである。スタッフの鍼灸の効果の認識、あるいは鍼灸の役割に対する認識について、こうした鍼灸師が含まれている「クリニックの文化」がスタッフにとっては当たり前のもとなっていた。つまりもともと鍼灸師を含んでいるひろせクリニックの文化が、前提として共有されていたのである。

第三項 職種間の繋がりにより構築される鍼灸の意味

ただ、今回他職種へのインタビューを通じて興味深かった点は、所属している拠点により、特に鍼灸治療の導入に対する見解に違いが見られたことである。積極的に初期から鍼灸治療を導入していた「横田」は医師も看護師も鍼灸治療に対して肯定的な語りが多く、適応と考える症状がある場合には積極的に患者に鍼灸治療を勧めていた。「横田」のスタッフの語りからは、効果があった患者や逆に反応が今ひとつであった患者の情報がしっかりと共有されていたことがわかった。こうした鍼灸治療に関する情報共有の積み重ねにより鍼灸治療に対する認識が「横田」という拠点内で強化され、さらにそれが新たな鍼灸治療の導入に結びつくという正の循環が存在している様子が伺えた。緩和ケアにおける鍼灸には明確な適応や導入基準がなく、エビデンスにもばらつきがある状況の中で、「横田」のように現場においては経験の共有に基づいて臨床知としての基準やエビデンスが構築されていることがわかった。

一方で「下田」では、鍼灸治療の患者が筆者の調査時には全くなく、3名の医師・看護師のインタビューにおいても、導入への積極性はほとんど語られず、むしろ客観的かつ消極的な語りが多かった。佐藤医師の語りによれば、それには現場に鍼灸師がいないことの影響が大きいようである。つまり日常的に鍼灸師に会わないため、ケアの選択肢に鍼灸が浮上しないということであろう。いかに鍼灸師が組織にいても、「顔を見せるチームケア」を実践しないと、通常医療のスタンダードなケアを行う立場に位置していない鍼灸師が存在する意味は失われていくのである²²¹。前項で示したようなクリニック全体に共通する「症状に対する効果」の認識は持っていて、共に患者のケアを実践する共有をしていない

²²¹ 「下田」に所属する徳野看護師は、筆者のインタビューの後、過去に鍼灸導入した事例を思い出し、「鍼灸、大事にしよう」と語ってくれた。筆者へのリップサービスも当然含まれてはいるであろうが、鍼灸の特徴を非常に微視的に語ってくれたことを考えるとあながちリップサービスとも言えないのかもしれない。

め、具体的な鍼灸治療が関与する経験を共有することができず、結果的に現場での鍼灸導入の基準のようなものが全く構築されていなかったのである。これは「横田」とは対称的であった。

この二つの拠点での現象から言及できることの一つとして、いかにケアを共有する場面に鍼灸師が存在する必要があったかということである。平岡氏はカンファレンスに参加はできなかったものの、「横田」には頻繁に顔を見せていた。その意味では「横田」のスタッフには顔が見える存在であり、常にケアの選択肢に挙がる職種だったのである。今回の結果は、職種間でのケアの共有を実践していくことが他職種における鍼灸の「意味」の構築を促す可能性を示唆しているのかもしれない²²²。

²²² 同結果は、第二部においても明らかにされてきたことである。科学的なエビデンスとともに、他職種と交流できる場において鍼灸師の役割を共有していくことが、今後より大切になっていくであろう。

終章

ここまで、第二部においては緩和ケアにおける多元的医療としての鍼灸について、主として他職種との関係性に着目しながら考察してきた。第三章において、鍼灸師は通常医療をケアの「場」の「中心」と考えた場合、「周縁」に位置していること、また両者の間には分断する「壁」が存在していることを明らかにした。しかしながら、鍼灸に対して理解のある医師は両者の間にある「壁」を「越境」して鍼灸師も含めた多元的医療を展開していることも明らかになった。一方で「壁」がゆえの職種間連携の難しさも明らかとなった。第四章においては、病院という「戦略」に対して、鍼灸師は「周縁」という位置づけにしながらも、「戦術」を駆使することで局所的ながら他職種との「繋がり」を生み出している様を示した。また一方の他職種も、鍼灸師も含めた「ケアの幅」がある医療を実践しようとする「小さな戦略」が展開されており、双方の「戦術」と「戦略」が上手く噛み合うことで、「壁」を越えた多元的医療の実践を展開していたのである。

第三部では実際の現場において鍼灸がどのような意味を持つものなのか、患者の視点を中心に据えながら微視的にエスノグラフィーを描いてきた。鍼灸の一連の治療の流れは、患者の身体の「委ね」を特徴とした治療空間を構成していた。また、患者にとって鍼灸治療は「身体感覚の変化」の経験をもたらすものであり、定期的な「身体感覚の変化」がもたらされることは、患者に新たな生活リズムの構築をもたらすことがわかった。さらに、鍼灸治療の「意味」の構築には、患者の主観的な経験のみならず、その経験の「意味」を支える、ひろセクリニックの医療文化が背景として存在し、身近な家族は当然のことながら、鍼灸師や他職種のみならず、ひろセクリニック全体の関わりが多元的医療としての鍼灸治療の「意味」を構築している可能性を示唆した。

これらの知見を改めて整理しながら総合的に緩和ケアにおける多元的医療としての鍼灸の意味について考察を加える。

第一節 鍼灸のもつ多元性の意味とは

第一項 「苦痛」が「緩和される」から「心身」が「軽くなる」へのパラダイムシフト

今回の第三部の結果においては、「症状が緩和する」ということだけではなく、「軽くなる」などに代表される、体全体の「身体感覚の変化」がもたらされることが明らかになった。鍼灸治療を受けた患者の中には、その変化に対して重要な「意味」を見出し、鍼灸治療を継続するモチベーションにもしていた。残された時間が短い患者にとって、「たとえ30分であっても「楽な時間」があることには意味がある」と堀医師が語るように、終末期が近づくに連れ身体全体のコントロールを失う中で、一時的にせよ「身体感覚を取り戻す」ことは患者にとって生きる希望を与えることなのかもしれない。この知見から言及できるのは、従来の緩和ケアで言われている、「苦痛が緩和される」ことではなく、「体が軽くなる」などのポジティブな「身体感覚の変化」を患者へもたらすことが、患者が受ける医療における小さなパラダイムシフトを引き起こしている可能性もあるということである。実はこの小さなパラダイムシフトには対象となる主体の変換が見て取れる。「苦痛が緩和される」ことの主体は「苦痛」である。それは患者に内在するものであるが決して患者そのも

のではない。「苦痛」は患者にとってはあくまで客体としての存在である。しかしながら「体が軽くなる」ことの主体は「体」であり、患者にとっての主体そのものである。この点は看過されがちであるが、筆者は非常に重要な点であると考えている。医学モデルは別として、結果としてもたらされている現象に着目すると、通常医療のケアによりもたらされるものは患者の「苦痛が緩和される」ことであり、鍼灸治療によってもたらされたものは患者の「体が軽くなる」ことなのである。つまり鍼灸治療は主体の well-being により直接的に働きかけたものであったといえる。鍼灸の多元性としての意味には、こうした患者の「いのちの主観感覚の増大」への関与が一つ大きなものとして挙げられるであろう²²³。

第二項「委ねる」時間が存在すること

また鍼灸治療における儀礼的側面にも注目したい。第三部のエスノグラフィーにおいては、身体の「委ね」を中心に論考を進めてきた。この「委ね」は患者も他職種も時々語るフレーズであり、当初筆者は当たり前のこととして目にも止めない概念であった。しかし、徳野看護師が指摘するように、身体の「委ね」が生じなければ皮膚表面に直接鍼をあてる鍼灸治療というものは成立しない。「委ね」は、鍼灸師が患者の皮膚表面を「越境」してもよいという一つの「許し」のことであり、また患者からすれば「皮膚を見せる」あるいは「背中を見せる」ことはまさに鍼灸師に「身をささげる」ことなのである。そこで初めて鍼灸師の「触れる」という行為が許されるのである。鍼灸治療について、あるいは緩和ケアにおける「手当て」の重要性が指摘される中で、実は重要なのは、前提となる患者の身体の「委ね」なのではないかと筆者は考える。がん患者は最期まで生きることにはエネルギーを使う。ベッドに寝ている状態になっても、常に自身の苦痛と向き合わなければならない。家族とのことや将来のことなど常に考えてもいるであろう。そんな時にただ「委ねる」時間があつたらどうであろうか。鍼灸治療や手技により触れられることの心地よさもさることながら、それも含めた「委ねる」時間の存在が患者の生活リズムに組み込まれることに大きな「意味」があると考えられる。鍼灸治療の時間を「何もしないで楽になっている」と語った一宮さんをここで改めて思い出す。

また今回見てきた「委ね」の現象についてさらに言及したいのは、改めて鍼灸というのが「西洋医学」や「東洋医学」という医学モデルの違いによってのみ議論されるべきものではないということである。東洋医学的背景がその「構造」の構築を裏打ちしていることは言うまでもないことであるが、その思想体系の直接的な共有や実践が実際に臨床の場の主体を構成していたわけではない²²⁴。鍼灸師の平岡氏の実践は、本質的には苦悩に寄り添い、苦しいという場所に触れ、患者はそれに対して「委ねる」という臨床空間の「構造」そのものにあつた。

第三項「周縁」が持つ多元性

通常医療と鍼灸というセクター間の関係性で見た場合に、両者の間には「壁」が存在し、

²²³ 在宅緩和ケアでの鍼灸治療の経験をもつ細田 [2013] は、鍼灸師の患者への関わりは当初は身体的問題にアプローチしているが、時間の経過や患者の PS の低下とともに、次第に「日常を支える」ことにその意味がシフトしていくことを指摘している。

²²⁴ 第八章で指摘し「象徴的な癒し」とも理解できる現象は見受けられたが、それは鍼灸治療の「委ね」の空間を修飾する一要素にすぎないと筆者は捉えている。

いくなれば「中心」と「周縁」という分断された位置関係にあるという理論的仮説は、第二部で議論してきたとおりである。しかしながら本論文では両者の重なり合いの部分がいかにしてなされているかを巨視的・微視的に考察することを主眼に置いてきた。

第二部の在宅医を対象とした調査においても、緩和ケア病棟を対象とした調査においても、緩和ケアにおいて鍼灸に関わることについての自由記述において、それぞれ【関わることの意義】と【ケアの多様性として意義】という類似したカテゴリーが抽出されていた。そこには<多様な選択肢の一つ>という共通したサブカテゴリーや<多職種連携の重要性>、<多職種が関わることの意義>など、鍼灸師が関与することの「意味」が指摘されていた。このことは、鍼灸という「周縁」的なケアに対して「多元性」としての意味を見出している結果といえる。この「ケアの多様性」に類似した内容が、第三部の手段がないときの「何か」であろう。医者嫌いや薬嫌いの患者がいた場合、あるいは薬物療法に抵抗性がある場合、鍼灸には手段がない時の「何か」としての「意味」が付与されて用いられることが明らかになった。「何か」には必ずしも肯定的な意味ばかりが含まれているわけではなかったものの、患者や家族²²⁵にとっては「希望」となり、他医療職種にとっては「可能性」となるものであった²²⁶。

また時に患者にとってはその「何か」である鍼灸が単なる「周縁」にあるものではなくなる場合もあることがわかった。例えばここで第六章第四節の一宮さんを思い出してみたい。一宮さんは医療職の介入を極力拒む傾向にあったにも関わらず、平岡氏の治療だけは回数を増やしていたのである。鍼灸を「新たな生活リズム」を作り出すものと語り、一宮さんにとっては間違いなく鍼灸が自身のケア手段の「中心」に位置していたとも考えられる。この一例から見ても分かる通り、一見固定視されがちな「中心」と「周縁」の価値は、視点によって極めて流動的なものなのである。

第二節 多職種で多元的医療の実践を支えること

第二部では緩和ケアにおけるセクター間の相互交流の様、およびその可能性を見てきたと言っても過言ではないだろう。職種間には大きな「壁」があったが、互いの「戦術」と「戦略」により、職種間の相互理解は信用を促し、新たなケアの展開へと結びついていた。

本章第一節で提示したとおり、ケアの選択肢として「何か」があることは患者や家族のみならず通常医療の他職種にとってさえも意味があることが明らかになった。身体状態が低下し、様々な苦痛・苦悩を抱える患者や家族にとって、ケア幅の土壌が確保されていることが非常に大切であると考えられる。ケアの選択肢がなくなることは、がんという病いという生活を生きている患者にとっては、希望を絶たれることであり、ひいては生活の質の狭小化にも繋がりうる。

²²⁵ 細田 [2013] は在宅緩和ケアに経験から、「看取り期の家族の心情を察すれば、最期までケアの手段が残されていることはとても重要なポイントです」と指摘している。筆者もこうした家族のケアの眼差しに触れることが間々あった。家族も同席しているケアの場において、まるで平岡氏の体を借りて家族がケアを実践しているような、そのような錯覚を覚えた家族もあった。

²²⁶ ロックも「多元的医療体系が存在し、病苦の軽減似たような方法を提供していることは、大変に機能的であり、したがって慢性あるいは不治の病気を持つ人々をその中に吸収することができる。・・・(中略)・・・代替的な医学体系は潜在的患者の心理的健康にとっては本質的であり、患者の要求があるという理由だけでも存続し続けるであろう」[1992: 278]と指摘している。

これは必ずしも鍼灸に限ったことではない。ただし通常医療以外のケアの選択肢があることの重要性は、ひろせクリニックという現場が証明している。家族や他職種を含めた周囲からの「承認された多元的医療の実践」は患者に安心と可能性を与えるものであり、常に「何か」を求める患者を支えていく上で、今後重要な概念になってくるのではないだろうか。今後、セクター間が連動して、患者の多元的医療を支援していくことは患者や家族に対して新しいケアの文脈をもたらし、患者にとってのケアの満足感、一方で家族にとってのケアの満足感にもつながっていくであろう。

第三節 本研究の限界

本論文は3つの調査データから成り立っている。全体としては多くの語りが得られた一方で、各調査内容においてはデータが不十分な箇所がある。特に第三章、第四章ではGTAを用いて分析しているが、GTAはその方法論上これ以上新しい概念が生成されない「理論的飽和」²²⁷を目指すとされている。今回は対象者に限りがあったため、「理論的飽和」には到達できておらず、本報告は分析の一時点を示しているに過ぎないと言える。今後更に同様条件の事例検討を積み重ね、分析を継続する必要がある。また、同箇所でのインタビュー対象者は、鍼灸に対する親和性がいずれも高く、連携の経験が肯定的に語られていた可能性がある。今後同領域における他職種との多元的医療としての関係性を促進するためには、今回の知見と比較しながら、連携経験のない事例、あるいは連携することそのものに否定的な事例についても詳細に検討していく必要がある。

第三部の調査データにおいては、参与観察に際し、鍼灸師、患者双方に日常の臨床と同じように振る舞ってもらうために筆者はなるべく両者の間に入らず、かつ会話にも入らないようにしていたものの、筆者が参与観察を行っているという時点で、平岡氏と患者の臨床の場を崩している可能性が十分にある。これは参与観察調査においては避けられないことであるが、治療時の語りにおいても、その後のインタビューにおいても、そのデータへの影響は大いにあると考えられる。また今回の参与観察においては患者と術者、および他職種にフォーカスしたが、ケアの場を構成には家族の影響も多大であった。今回の調査においては主たる調査対象ではなかったためデータの中で触れる程度しかできなかったが、今後は緩和ケアの鍼灸について患者家族に主眼においた調査も検討していきたい。

本論文の特に後半では、患者のナラティブからその意味を紐解き、また治療のプロセスからその儀礼的側面に焦点をあてて鍼灸の「意味」について論考を進めてきた。しかしその中で、患者と術者のインタラクションの間に生じるもの、いわゆる両者の「間主観性」については踏み込むことができなかった。鍼灸の「意味」を更に深めるためには、今後両者の間に「構成されるもの」によりフォーカスしていく必要があるであろう。また、治療儀礼に関する論考においては、近年の鍼灸におけるプラセボの議論を展開しなければならなかった。今回はエスノグラフィーから抽出された「意味」を詳述することに終始したが、プラセボをめぐる議論とのすり合わせは今後必ず必要な作業である。Kaptchuk [2011] は、ナバホ族、鍼灸および西洋医学のそれぞれのプラセボについて比較検討する議論を行ってい

²²⁷ ストラウス&コービン [2004]、戈木 [2006,2008] 参照。

る。その中で、Kaptchuk はそれぞれの「特有のプラセボ」について言及しており、今回の知見はその指摘と大きく繋がるのが推測される。今回明らかにした儀礼的側面が、果たして鍼灸に固有のものなのか、また固有のものであるとすれば、どのような意味で固有のものなのかについて検証していかなければならない。またそれが緩和ケアという文脈において持つ意味を更に検討していかなければならない。

参考文献

< 日本語文献 >

アンセルム・ストラウス、ジュリエット・コービン

2004 『質的研究の基礎 第2版』（操華子、森岡崇訳）医学書院.

池田光穂

1992 「多元的医療体系」『文化現象としての医療 「医と時代」を読み解くキーワード集』（医療人類学研究会編）メディカ出版, 174-177.

1995 「非西洋医療」『現代医療の社会学』（黒田浩一郎編）世界思想社, 202-224.

伊藤和真

2008 「鍼灸師の鍼灸実践と患者への眼差し—がん患者を中心に」『社会鍼灸学研究』3: 13-32.

伊藤恒雄

2015 「がん患者の苦痛に対する鍼灸治療の特徴とがん治療に関する鍼灸師の技術習得 鍼灸師とがん患者への聞き取り調査と質的研究を用いて—」博士論文, 京都大学 (<http://dx.doi.org/10.14989/doctor.k19327>). .

ヴィクター・W・ターナー

1976 『儀礼の過程』（富倉光雄訳）思索社.

浮ヶ谷幸世

2013 「医療専門家のサファリングとその創造性—患者、利用者、依頼人との距離感という困難を越えて—」『文化人類学』77(3): 393-413.

牛山美穂

2006 「「抵抗」および「戦術」概念についての考察」『死生学研究』8: 191-210.

2015 『ステロイドと「患者の知」 アトピー性皮膚炎のエスノグラフィー』新曜社

大岩孝司

2009 「末期がんのケア／在宅緩和ケア」『治療』91(5): 1487-1491.

大坂巖

2016 「鍼灸治療」『がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス』（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会編）金原出版, 99-110.

大貫恵美子

1985 『日本人の病気観—象徴人類学的考察—』, 岩波書店.

小川恵子

2014 「緩和ケアを支える多職種チーム 緩和ケアにおける漢方医学の役割」『日本臨床麻酔科学会誌』34(5): 731-737.

小田博志

2010 『エスノグラフィー入門 <現場>を質的研究する』春秋社.

柏木哲夫

- 1996 『死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解』 中山書店.
- 形井秀一
- 2012a 「伝統的な刺鍼技術・施灸技術 現行刺鍼手技 2 代表的な刺鍼手技」 『鍼灸療法技術ガイド 鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて』 (矢野忠編) 文光堂, 33-5
- 2012b 「伝統的な刺鍼技術・施灸技術 現行刺鍼手技 3 補瀉の術」 『鍼灸療法技術ガイド 鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて』 (矢野忠編) 文光堂, 36-7
- 2012c 「伝統的な刺鍼技術・施灸技術 現行刺鍼手技 4 刺鍼時の感覚 (得気・鍼響)」 『鍼灸療法技術ガイド 鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて』 (矢野忠編) 文光堂, 36-8
- 川喜田二郎
- 1967 『発想法—創造性開発のために』 中公新書.
- ギアツ、クリフォード
- 1987 『文化の解釈学 I』 (吉田禎吾訳) 岩波書店.
- 北出利勝、山元茂由、田中淳子
- 1983 「明瞭な経絡現象を呈する一症例について(第 2 報)」 『全日本鍼灸学会雑誌』 33(1): 33-41.
- 北出利勝、森川和宥、神野英明
- 1984 「経絡敏感者における耳針穴の経絡現象について(その 1)」 『全日本鍼灸学会雑誌』 33(3): 298-302.
- 教科書執筆小委員会
- 2002 『はりきゅう理論』 (公益社団法人 東洋療法学校協会編) 医道の日本社.
- 2015 『新版 東洋医学概論』 (公益社団法人 東洋療法学校協会編) 医道の日本社.
- クリスティーン・W・キーファー
- 2010 『文化と看護のアクションリサーチ—保健医療への人類学的アプローチ』 (木下康人訳) 医学書院.
- 黒田浩一郎
- 1985 「現代社会における民間医療—断食医療の事例」 『社会学論評』 29(3): 57-82.
- 2000 「民間医療と正統医療の地政学的「関係」」 『文化現象としての癒やし 民間医療の現在』 (佐藤純一編) メディカ出版, 144-183.
- 厚生統計協会
- 2010 『国民衛生の動向 厚生指標増刊』 57(9).
- 神戸中医学研究会
- 1989 『中医臨床のための舌診と脈診』 医歯薬出版株式会社.
- 小曾戸洋、天野陽介
- 2015 『鍼灸の歴史 悠久の東洋医術』 大修館書店.
- 小玉耕平、岡崎真由美、真鍋伸次、松原寿巳代、池田美智子
- 2008 「高松病院における疼痛緩和ケアチームの取り組み」 『共済医報』 57(1): 37-42.
- 戈木クレイグヒル滋子
- 2006 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで』 新曜社.

- 2008 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—現象をとらえる』新曜社.
佐藤郁哉
- 2002 『フィールドワークの技法—問いを育てる、仮説をきたえる』新曜社.
佐藤純一
- 1998 「コラム (11) 代替医療」『医療神話の社会学』（佐藤純一、黒田浩一郎編）
世界思想社. 242-244
- 2000 「民間医療のトポロジー」『文化現象としての癒し 民間医療の現在』（佐藤純一編）
メディカ出版.1-36
- 七堂利幸、磯部由美子
- 2000 「鍼灸・手技療法を一般の人はどうのように見ているか 手技療法のイメージ」
『医道の日本』59(11): 144-159.
- 篠原昭二、渡邊勝之
- 2003 「緩和医療における鍼灸」『緩和医療学』5(3): 23-29.
- 首藤傳明
- 1983 『経絡治療のすすめ』医道の日本社.
- 神野英明、北出利勝、山下茂ほか
- 1987 「明瞭な経絡現象を呈する一症例について(第3報) 大腸経と心経の各経穴 てい鍼
刺激による鍼響の方向性について」『全日本鍼灸学会雑誌』37(3): 164-167.
- 神野英明、北出利勝、豊田住江、河内明、王財源、兵頭正義
- 1991 「明瞭な経絡現象を呈する一症例について(第4報) 刺激方法の違いによるPSMの
変化,PSMの感伝速度,PSMの機械的圧迫による遮断効果について」『全日本鍼
灸学会雑誌』41(3): 353-357.
- 周防一平
- 2015 「岡部素道の鍼灸治療—戦前期経絡治療における理論の体系化と臨床の具体化
—」『日本東洋医学雑誌』66(2): 147-154.
- 鈴木央
- 2008 「在宅医から見た看取りと在宅 ホスピス・緩和ケアの現状と課題」『明日の在
宅医療第3巻 在宅での看取りと緩和ケア』（佐藤智編）中央法規出版, 71-95.
- 鈴木正崇
- 2006 「象徴人類学」『文化人類学20の理論』（綾部恒雄編）弘文堂, 126-143.
- 高梨知揚
- 2012 「末期がん患者への治療実践において鍼灸師が抱えた困難—患者を取り巻く人々
との関わりと孤独感の形成」『社会鍼灸学研究』6: 28-38.
- 鷹野和美
- 2002 「チーム医療の教育—患者中心のチーム医療をめざして—」『チーム医療論』（鷹
野和美編）医歯薬出版株式会社, 93-105.
- 竹沢尚一郎
- 2007 『人類学的思考の歴史』世界思想社.
- 立野豊
- 2014 「今ならこうする 教訓多き後悔症例集(第38回) がん患者の治療 若いころの

- 後悔」『医道の日本』73(4): 110-112.
- 津嘉山洋、古川聡子、成島朋美、前田尚子、光岡裕一、倉澤智子、斎藤直子、増山祥子、山下仁
- 2011 「補助療法としての鍼灸治療」『がん患者と対症療法』22(2): 45-51.
- 辻内琢也、鈴木勝己、辻内優子、熊野宏昭、久保木富房
- 2005 「民俗セクター医療を利用する患者の社会文化的背景—医療人類学的視点による質的研究—」『心身医学』45(1): 54-62.
- 辻内琢也、中上綾子、谷口礼
- 2009 「医療人類学から見た補完代替医療の世界 ナラティブ・ベイスト・メディスンへの期待」『病院』68(11): 919-923.
- 天津中医学院, 学校法人後藤学園
- 1996 『鍼灸学 [基礎編] (改訂版)』東洋学術出版社.
- 戸川芳郎
- 1990 『難経解説』東洋学術出版社.
- 富安志郎
- 2014 「がん疼痛の分類・機序・症候群 痛みのパターンによる分類」『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版』(特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会編) 金原出版株式会社, 23-5.
- 仲西宏元
- 2012 「伝統的な刺鍼技術・施灸技術 施灸の基本手技 直接灸・間接灸」『鍼灸療法技術ガイド 鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて』(矢野忠編) 文光堂
- 中村幸伸
- 2104 「在宅医療各論・制度 中心静脈栄養管理」『家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする 在宅医療バイブル』(川越正平編) 日本医事新報社.434-438.
- 成田憲史, 諸岡了介
- 2009 「看取りを支える、生を支える」『どう生き、どう死ぬか—現場から考える死生学』(岡部健, 竹ノ内裕文編) 弓箭書院, 13-29.
- 日本医師会
- 1994 『臨床検査のABC』大日本印刷株式会社
- 原田明里、宮下美香
- 2005 「緩和ケアのチーム医療に関する地域住民に対する意識調査」『ホスピスケアと在宅ケア』13(3): 244-249.
- 広井良典
- 2007 「相補・代替医療と制度」『治療増刊号』89: 725-730.
- 兵頭正義
- 1980 「経絡現象をどう考えるか」『東洋医学とペインクリニック』10(3): 104-108.
- ファン・ヘネップ
- 2012 『通過儀礼』(綾部恒雄、綾部裕子訳) 岩波文庫.
- 細田満和子

2002 「チーム医療とは何か？」『チーム医療論』（鷹野和美編）医歯薬出版株式会社、1-8.

細田行政

2010a 「鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—1. 緩和ケアとは」『医道の日本』69(6): 76-79.

2010b 「鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—2. チームケアの意義と鍼灸師の役割」『医道の日本』69(7): 78-79.

2010c 「鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—3. 鍼灸師の役割」『医道の日本』69(3): 90-93.

2010d 「鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—4. 緩和ケアの知識と実践」『医道の日本』69(8): 78-81.

2013 「緩和ケアと鍼灸の共通点から考察する鍼灸師の役割」『医道の日本』72(6): 133-137.

本間祥白

1949 『誰にもわかる経絡治療講話』医道の日本社

マーガレット・ロック

1992 『都市文化と東洋医学』（中川米造訳）思文閣出版

松村明編

2006 『大辞林』第三版 三省堂.

ミシェル・ド・セルトー

1987 『日常実践のポイエティック』（山田登世子訳）国文社

水野敏子

2003 「ターミナル患者へのチームケアの実際」『臨床老年看護』10(1): 90-94.

宮下光令

2013 『ナーシンググラフィカ成人看護学⑥ 緩和ケア』メディカ出版

村岡潔

2000 「民間医療のアナトミー」『文化現象としての癒し 民間医療の現在』（佐藤純一編）メディカ出版, 37-76.

森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 鈴木聡, 渋谷美恵, 木下寛也, 原田久美子, 白鬚豊, 平山美香, 江口研二

2012a 「地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること」『Palliative care research』7(1): 163-171.

森田達也, 野末よし子, 井村千鶴

2012b 「地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？」『Palliative care research』7(1): 323-333.

矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司, 丹澤章八

2006 「国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならぬのか 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察 鍼灸医療の認知度」『医道の日本』65(5): 129-133.

矢野忠, 安野富美子, 藤井亮輔, 鍋田智之, 石崎直人

- 2012 「一般病院における鍼灸療法の実施状況について 2011年度調査報告の概要」
『医道の日本』 71(10): 174-186.
矢野忠、安野富美子、坂井友実、鍋田智之
- 2015 「我が国における鍼灸療法の受療状況に関する調査 年間受療率と受療関連要因
(受けてみたいと思う要因)について」『医道の日本』 74(8): 209-219.
山口昌男
- 2000 『文化と両義性』 岩波書店.
吉村ゆかり
- 2000 「ホスピスケアと代替医療」 『医学のあゆみ』 194(4): 229-233.
淀川キリスト教病院ホスピス
- 2007 『緩和ケアマニュアル第5版』 最新医学社.

< 英語文献 >

- Alraek, T. Malterud, K.
2009 Acupuncture for menopausal hot flashes: a qualitative study about patient experiences. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(2): 153-158.
- Armstrong, T., Cohen, M. Z., Hess, K. R., Manning, R., Lee, E. L., Tamayo, G.
Baumgartner, K., Min, S. J., Yung, A., Gilbert, M.
2006 Complementary and alternative medicine use and quality of life in patients with primary brain tumors. *The Journal of Pain and Symptom Management*, 32(2): 148-154.
- Buettner, C., Kroenke, C. H., Phillips, R. S., Davis, R. B., Eisenberg, D. M., Holmes, M. D.
2006 Correlates of use of different types of complementary and alternative medicine by breast cancer survivors in the nurses' health study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 100(2): 219-227.
- Conrad, A. C., Muenstedt, K., Micke, O., Prott, F. J., Muecke, R., Huebner, J.
2014 Attitudes of members of the German Society for Palliative Medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 140(7): 1229-1237.
- Correa-Velez, I., Clavarino, A., Eastwood, H.
2005 Surviving, relieving, repairing, and boosting up: reasons for using complementary/alternative medicine among patients with advanced cancer: a thematic analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5): 953-961.
- Cui, Y., Shu, X. O., Gao, Y., Wen, W., Ruan, Z. X., Jin, F., Zheng, W.
2004 Use of complementary and alternative medicine by chinese women with

- breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 85(3): 263-270.
- de Valois, B., Asprey, A., Young, T.
 2016 "The Monkey on Your Shoulder": A Qualitative Study of Lymphoedema Patients' Attitudes to and Experiences of Acupuncture and Moxibustion. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016: Article ID 4298420, 14 pages. <http://doi.org/10.1155/2016/4298420>
- Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J.L., Courneya, K. S., Dryden, T., Hanser, S., Kumar, N., Labriola, D., Wardell, D. W., Sagar, S.; Society for Integrative Oncology.
 2009 Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3): 85-120.
- Dow, J.
 1986 Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. *American Anthropologist*, 88(1): 56-69.
- Elliott, J. A., Kealey, C. P., Olver, I. N.
 2008. (Using) complementary and alternative medicine: the perceptions of palliative patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 11(1): 58-67.
- Ernst, E., Cassileth, B. R.
 1998 The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*, 83(4): 777-782.
- Faily, J., Oneschuk, D.
 2007 Acupuncture in palliative care. *Support Care in Cancer*, 15(8): 1003-1007.
- Filshie, J., Hester, J.
 2006 Guidelines for providing acupuncture treatment for cancer patients – a peer-reviewed sample policy document." *Acupuncture in Medicine*, 24(4): 172-182.
- Frenkel, M., Ben-Arye, E., Geva, H., Klein, A.
 2007 Educating CAM practitioners about integrative medicine: an approach to overcoming the communication gap with conventional health care practitioners. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(3): 387-391.
- Helman, C. G.
 2007 *Culture, Health and Illness*. Hodder Arnold.
- Hirai, K., Komura, K., Tokoro, A., Kuromaru, T., Ohshima, A., Ito, T., Sumiyoshi, Y.
 Hyodo, I.
 2007 Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Annals of Oncology*, 19(1): 49-55.
- Hollenberg, D.

- 2006 Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings." *Social Science and Medicine*, 62(3): 731-744.
- Hughes, J. G.
- 2009 "When I first started going I was going in on my knees, but I came out and I was skipping": exploring rheumatoid arthritis patients' perceptions of receiving treatment with acupuncture. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(5-6): 269-273.
- Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., Narabayashi M., Imanishi J., Hirai M., Nakano T., Takashima S.
- 2005 Nationwide Survey on Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients in Japan. *Journal of Clinical Oncology*, 23(12): 2645-2654
- Hyodo, I., Eguchi, K., Nishina, T., Endo, H., Tanimizu, M., Mikami, I., Takashima, S., Imanishi, J.
- 2003 Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine. *Cancer*, 97(11): 2861-2868.
- Johannessen, H., von Bornemann Hjelmberg, J., Pasquarelli, E., Fiorentini, G., Di Costanzos, F., Miccinesi, G.
- 2008 Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy. *Tumori*, 94(3): 406-410.
- Junger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., Radbruch, L.
- 2007 Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21(4): 347-354.
- Kaptchuk, T. J.
- 2011 Placebo studies and ritual theory: a comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical healing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1572): 1849-1858.
- Kaufman, K. and Salkeld, E. J.
- 2008 Home Hospice Acupuncture: A Preliminary Report of Treatment Delivery and Outcomes. *The Permanente Journal*, 12(1): 23-26.
- Klarare, A., Hagelin, C. L., Furst, C. J., Fossum, B.
- 2013 Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9): 1062-1069.
- Kleinman, A.
- 1973 Medicine's symbolic reality On a central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry*, 16(1-4): 206-213.
- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture An Explration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
- Kligler, B., Buonora, M., Gabison, J., Jacobs, E., Karasz, A., McKee, M. D.

- 2015 "I Felt Like It Was God's Hands Putting the Needles In": A Qualitative Analysis of the Experience of Acupuncture for Chronic Pain in a Low-Income, Ethnically Diverse, and Medically Underserved Patient Population." *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(11): 713-719.
- Kucukoner, M., Bilge, Z., Isikdogan, A., Kaplan, M. A., Inal, A., Urakci, Z.
2012 Complementary and alternative medicine usage in cancer patients in southeast of Turkey. *The African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicine*, 10(1): 21-25.
- Leng, G.
2013 Use of acupuncture in hospices and palliative care services in the UK. *Acupuncture in Medicine*, 31(1): 16-22.
- Leslie, Charles.
1976 The culture of plural medical systems. *In Asian Medical Systems*. Charles Leslie (eds.), pp. 181-183. University of California Press.
- Lu, W., Dean-Clower, E., Doherty-Gilman, A., Rosenthal, D. S.
2008 The value of acupuncture in cancer care." *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 22(4): 631-648.
- Muecke, R., Paul, M., Conrad, C., Stoll, C., Muenstedt, K., Micke, O., Prott, F. J. Buentzel, J., Huebner, J.
2016 Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals. *Integrative Cancer Therapies*, 15(1): 10-16.
- Newell, S., Sanson-Fisher, R. W.
2000 Australian oncologists' self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patient." *The Medical Journal of Australia*, 172(3): 110-113.
- Oh, B., Butow, P., Mullan, B., Beale, P., Pavlakis, N., Rosenthal, D., Clarke, S.
2010 The use and perceived benefits resulting from the use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Australia." *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 6(4): 342-349.
- Opie, A.
2000 *Thinking Teams/Thinking Clients*, Columbia University Press.
- Osaka, I., Kurihara, Y., Tanaka, K., Nishizaki, H., Aoki, S., Adachi, I.
2009 Attitudes toward and current practice of complementary and alternative medicine in Japanese palliative care units. *Journal of Palliative Medicine*, 12(3): 239-244.
- Paterson, C., N. Britten.
2003 Acupuncture for people with chronic illness: combining qualitative and quantitative outcome assessment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(5): 671-681.

- 2004 Acupuncture as a complex intervention: a holistic model. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(5): 791-801.
- Paul, M., Davey, B., Senf, B., Stoll, C., Munstedt, K., Muecke, R., Micke, O., Prott, F. J. Buentzel, J., Hubner, J.
- 2013 Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 139(9): 1515-1522.
- Romeo, M. J., Parton, B., Russo, R. A., Hays, L. S., Conboy, L.
- 2015 Acupuncture to Treat the Symptoms of Patients in a Palliative Care Setting. *Explore (NY)*, 11(5): 357-362.
- Rugg, S., Paterson, C., Britten, N., Bridges, J., Griffiths, P.
- 2011 Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences." *British Journal of General Practice*, 61(587): e306-315.
- Schutze, T., Langler, A., Zuzak, T. J., Schmidt, P., Zernikow, B.
- 2016 Use of complementary and alternative medicine by pediatric oncology patients during palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 24(7): 2869-2875.
- Shuval, J. T., Mizrachi, N., Smetannikov, E.
- 2002 Entering the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings. *Social Science and Medicine*, 55(10): 1745-1755.
- Stomski, N. J., Mackintosh, S. F., Stanley, M.
- 2014 The experience of acupuncture care from the perspective of people with chronic low back pain: a grounded theory study." *Acupuncture in Medicine*, 32(4): 333-339.
- Takahashi, H.
- 2009 Effects of acupuncture on terminal cancer patients in the home care setting. *Medical Acupuncture*, 21(2): 123-129.
- Tas, F., Ustuner, Z., Can, G., Eralp, Y., Camlica, H., Basaran, M., Karagol, H., Sakar, B. Disci, R., Topuz, E.
- 2005 The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients." *Acta Oncologica*, 44(2): 161-167.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., Lynch, T. J.
- 2010 Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 363: 733-742.
- Thompson, L. M., Osian, S. R., Jacobsen, P. B., Johnstone, P. A.
- 2015 Patient-reported Outcomes of Acupuncture for Symptom Control in Cancer. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 8(3): 127-133.
- Trinkaas, M., Burman, D., Barmala, N., Rodin, G., Jones, J., Lo, C., Zimmermann, C.
- 2011 Spirituality and use of complementary therapies for cure in advanced cancer.

Psycho-oncology, 20(7): 746-754.

Walker, G., de Valois, B., Davies, R., Young, T., Maher, J.

2007 Ear acupuncture for hot flushes—the perceptions of women with breast cancer.

Complementary Therapies in Clinical Practice, 13(4): 250-257.

Yarney, J., Donkor, A., Opoku, S. Y., Yarney, L., Agyeman-Duah, I., Abakah, A. C.

Asampong, E.

2013 Characteristics of users and implications for the use of complementary and alternative medicine in Ghanaian cancer patients undergoing radiotherapy and chemotherapy: a cross-sectional study." *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13: 16.

Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/16>

<インターネット資料>

がん情報みやぎ 「緩和ケアについて知ろう」.

http://cancer-miyagi.jp/kanwa_sp/. (2017年5月11日アクセス)

がん対策基本推進計画 (2007年6月).

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>. (2014年4月16日アクセス)

がん対策基本法 (2007年6月23日).

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO098.html>. (2014年4月16日アクセス)

厚生労働省がん研究助成金「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班編、日本補完代替医療学会監修『がんの補完代替医療ガイドブック 第3版』.

http://www.jcam-net.jp/topics/data/cam_guide.pdf (2017年4月15日アクセス)

厚生労働省「在宅医療 (その3)」.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000099999.pdf>. (2016年9月20日アクセス)

鍼灸保険情報センター 「保医発 1001002 はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」.

<http://www008.upp.so-net.ne.jp/harijoho/1001002.html> (2017年4月25日アクセス)

チーム医療の推進について[チーム医療の推進に関する検討会報告書] (2010年3月19日)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (2014年4月16日アクセス)

日本緩和医療学会 (2008) 「がんの補完代替医療ガイドライン 第一版」.

<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/cam/cam01.pdf> (2015年7月21日アクセス)

日本ホスピスケア緩和ケア協会. "ホスピス緩和ケアの歴史と定義.

<http://www.hpcj.org/what/definition.html>. (2017年5月10日アクセス)

保発 0524 第4号保険局長通知「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」.

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/dl/01j.pdf>.

(2017年4月25日アクセス)

末期がんの方の在宅ケアデータベース.

<http://www.homehospice.jp/db/db.php>. (2012年1月10日アクセス)

JCOG ホームページ ECOG の Performance Status(PS)の日本語訳.

<http://www.jcog.jp/doctor/tool/ps.html> (2017年4月15日アクセス)

NCCIH ホームページ

“Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name?” .

<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> (2017年3月20日アクセス)

NCI ホームページ “NCI Dictionary of Cancer Terms” .

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?CdrID=454746>

(2017年3月20日アクセス)

WHO ホームページ “WHO Definition of Palliative Care” .

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (2017年3月20日アクセス)

(付録1)

ご多忙の中、本アンケート調査にご協力いただき誠にありがとうございます。本アンケート調査は、在宅緩和ケアへの鍼灸の関わりに関する調査です。選択肢の中から該当する番号を選んで丸を付けて下さい。また記述欄にはお分かりになる範囲でご記入ください。

Q1.貴診療所の在宅緩和ケアについておききします

①. 主な診療科は何科ですか。	_____	科
②. 前月の往診患者数は何人ですか。	_____	人
③. そのうち、担当がん患者数は何人ですか。	_____	人
④. 過去半年にがんで看取った患者数は何人ですか。	_____	人
⑤. チームでの在宅緩和ケアを実践していますか。	1.はい	2.いいえ
⑥. ⑤で「1.はい」と答えた方にお聞きします。 チームとしてかわりを持っているのはどの職種ですか（複数可）。 1.医師 2.看護師 3.理学療法士 4.作業療法士 5.鍼灸師 6.あん摩マッサージ指圧師 7.柔道整復師 8.ケアマネージャー 9.MSW 10.訪問介護士 11.宗教家 12.ボランティア 13.その他_____		

↓ Q2へ進んでください

Q2.現在鍼灸師と連携しながら末期がん患者のケアを実践していますか。

1. はい	2. 現在は無いが過去に連携したことがある	3. いいえ
↓ Q3へ進んでください		↓ Q5へ進んでください

Q3.鍼灸師との連携の経緯と現状についておききします。

①. 鍼灸師と連携を持った理由は何ですか。 1.患者の要望 2.患者家族の要望 3.鍼灸師からの要望 4.他医療職種（鍼灸師以外）からの要望 5.その他_____
②. 鍼灸師とはどのように連携していますか。 1.常時ケアチームメンバーとして 2.連携の必要がある時のみ 3.その他_____
③. これまで何人の鍼灸師と連携して末期がん患者のケアを行いましたか。 _____人
④. どのような症状に対して鍼灸師と連携したケアを実践していますか。 〔 _____ 〕
⑤. 鍼灸師と関わりをもつことでどのようなメリットがありますか。 〔 _____ 〕

↓ Q4へ進んでください

Q4.鍼灸師との患者情報共有に関しておききします。

①. 現在、鍼灸師と何人の末期がん患者ケアを行なっていますか。 _____人

②. 末期がん患者のケアの中で鍼灸師と患者情報を共有していますか。

- 1.必ず共有する 2.状況に応じて共有する 3.共有しない

.....



②へ進んでください



Q6へ進んでください

③. どのような方法で情報共有をしていますか（複数可）。

- 1.文書 2.カンファレンス 3.カルテ 4.電話 5.その他 _____

④. 鍼灸師との関わりの中で情報共有は円滑に行われていると思いますか。選んだ理由を併せてお聞かせください。

- 1.非常に円滑である 2.円滑である
3.あまり円滑ではない 4.全く円滑ではない

(選択した理由)

[_____]



Q6へ進んでください

Q5.今後在宅緩和ケアにおいて鍼灸師と連携を持つことについてどのように考えますか。その理由もあわせてお聞かせください。

- 1.積極的に連携したい 2.状況によっては連携することも考える
3.連携するつもりはない 4.連携を考えたことがない

(選択した理由)

[_____]



Q6へ進んでください

Q6.在宅緩和ケアに鍼灸師が関わることについてどのように考えますか。

[_____]

Q7.最後に回答していただいた方についてお聞きします。

年齢 _____ 歳 (男性・女性)
専門科 _____ 科
臨床歴 _____ 年
緩和ケア従事年数 _____ 年

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。
鍼灸師との連携をお持ちの方を対象に、後日インタビュー調査を実施する予定です。
改めて依頼文書を送付させていただきますので併せてご協力お願いいたします。

(付録2)

インタビューガイド

「在宅緩和ケアにおける鍼灸の実態調査研究-在宅療養支援診療所の医師を対象として」に関する本調査にご協力いただきありがとうございます。本調査は、在宅緩和ケアの中心である在宅療養支援診療所の医師を対象とした、在宅緩和ケアにおける鍼灸の実態を把握するための調査です。実際の在宅における終末期がん患者への鍼灸臨床のあり方を検討し、今後の在宅緩和ケアにおいて鍼灸師が積極的かつ安全に、終末期の患者様に対して適切なケアを行う方法論を提案する目的で行っております。

60分程度のインタビューを通じて、以下の点についてお聞きします。インタビューを録音し、後ほど書き起こしますが、内容を読むのは研究メンバーのみです。調査の結果は全体として学会発表・論文化する予定ですが、先生のお名前や先生個人を特定できるような情報を公開することはありません。

<インタビューでお伺いする主な項目>

1. 在宅緩和ケアの現場の他医療職種との関係について

- ・実際に行っている在宅緩和ケアでの他医療職種について
- ・他医療職種と比較した鍼灸師の位置づけについて

2. 在宅緩和ケアにおける鍼灸師との関わりの実態について

- ・鍼灸師との関わりを持った具体的な経緯について
- ・鍼灸師との関わりをどのように捉えているのか
- ・鍼灸師との関わりを持つことで良かったことについて
- ・鍼灸師との関わりで感じた問題点について
- ・医師側から見た在宅緩和ケアにおいて鍼灸師に必要な能力は何か

3. 鍼灸師との患者情報共有の実際について

- ・共有する情報の内容について
- ・情報を共有する場と方法について
- ・鍼灸師と患者情報を共有することについてどのように考えるか

以上でインタビューは終わりです。ご協力ありがとうございました。後ほど、インタビューの録音を書き起こして、分析いたします。その際に、インタビューで聞き漏らしたことがあれば再度質問させていただくことは可能でしょうか。可能でしたら過日お送りいただきましたご連絡先にお問い合わせしてもよろしいでしょうか。

(付録3)

ご多忙の中、本アンケート調査にご協力いただき誠にありがとうございます。本アンケート調査は、緩和ケア病棟を有する医療機関における鍼灸治療実施状況に関する調査です。選択肢の中から該当する番号を選んで丸を付けて下さい。また記述欄にはお分かりになる範囲でご記入ください。

Q1.貴施設の緩和ケアにおいて、現在鍼灸師による患者への鍼灸治療は実施されていますか。

1. はい
2. 以前実施されていた
3. いいえ
- ↓ Q2へ進んでください ↓ Q6へ進んでください

Q2.鍼灸師についてお聞きます。

- ①何名の鍼灸師が緩和ケアに関わっていますか。 () 名
②鍼灸師はどのような立場ですか。あてはまる番号に○をつけてください(複数可)。
1. 貴施設の常勤 2. 貴施設の非常勤 3. 貴施設依頼による外部施設からの派遣
4. 患者依頼による外部施設からの派遣 5. その他 _____

↓ 1, 2, 3いずれかに丸の方は
¥Q3へ進んでください

↓ 4, 5いずれかのみ丸の方は
Q6へ進んでください

Q3.鍼灸師の緩和ケアの患者への治療実施状況についてお聞きます。

- ①鍼灸師は鍼灸治療をどこで行っていますか。(複数可)
1. 病棟 2. 鍼灸治療室 3. その他 _____
- ②鍼灸師は週に平均何日緩和ケアの患者の治療をしますか。 () 日
③鍼灸師は一日平均何人緩和ケアの患者の治療をしますか。 () 人
④鍼灸師は緩和ケアの患者の治療に平均どのくらいの時間をかけていますか。 () 分
⑤鍼灸師に鍼灸治療を依頼するのはどなたですか。 **多い順に3つまで**挙げてください。
1. () 2. () 3. ()
- ⑥緩和ケアの患者への鍼灸治療で、治療対象となる愁訴で **多い順に3つまで**挙げてください。
1. () 2. () 3. ()

↓ Q4へ進んでください

Q4.鍼灸師の緩和ケアへの関わりの経緯についてお聞きます。

- ①いつから鍼灸師が緩和ケアに関わるようになりましたか。 () 年から
②鍼灸師が緩和ケアに関わるようになった理由は何ですか。お分かりになる範囲でご記入ください

↓ Q5へ進んでください

Q5.貴施設における緩和ケアチームと鍼灸師の関わりについてお聞きます。

①貴施設には緩和ケアチームがありますか。 (1. はい ・ 2. いいえ)

②①で「はい」と答えた方にお聞きます。鍼灸師は「緩和ケアチーム」に属していますか。

(1. はい ・ 2. いいえ)



Q6へ進んでください

Q6.緩和ケア病棟において鍼灸師がチーム医療の一員として患者ケアに携わることにどのように考えますか。その理由もあわせてお聞かせください。

1.積極的にケアに携わるべき

2.状況によってはケアに携わるべき

3.ケアに携わる必要はない

4.鍼灸師がケアに携わることに関心がない

(選択した理由)

[]



Q7へ進んでください

Q7.緩和ケアにおいて鍼灸治療が行われる事についてどのようにお考えになりますか。

[]



Q8へ進んでください

Q8. ご記入いただいた方についておたずねします

・性別 (1.男 ・ 2.女)

・年齢 (歳)

・所属 (科)

・職種 ()

・緩和ケア従事年数 (年)

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

後日、本アンケート調査の次のステップとして、一部の方に鍼灸師を含めた緩和ケアの実際（主に鍼灸師と他職種との患者情報共有に関して）をさらに詳細に把握すべく、聞き取り調査を行う予定であります。その際、改めてご依頼状を送らせていただきますので何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

(付録4)

インタビューガイド

「医療機関における鍼灸師の医療情報獲得の実態—末期がん患者ケアの現場で」に関する本調査にご協力いただきありがとうございます。本調査は、鍼灸師による鍼灸治療が緩和ケア病棟内で実施されている施設を対象とした調査研究で、鍼灸師と他職種との関わり方、とりわけ医療情報共有がどのようになされているかというところに主眼を置いた、その実態把握をするための調査研究です。終末期にあるがん患者様に対する鍼灸の臨床において鍼灸師に必要な情報共有のあり方を検討し、今後の緩和ケアにおいて、鍼灸師が積極的かつ安全に患者様に対して適切なケアを行う方法論を提案する目的で行っております。

60分程度のインタビューを通じて、以下の点についてお聞きします。インタビューを録音し、後ほど書き起こしますが、その内容は研究メンバーにしか開示いたしません。調査の結果は全体として学会発表・論文化する予定ですが、お名前や個人を特定できるような情報を公開することはありません。

<インタビューでお伺いする主な項目>

1. 鍼灸師との関わりについて (()内は鍼灸師の方を対象とした質問内容です)

- ・鍼灸師と関わりを持つ状況について
(鍼灸師が他職種の方と関わりを持つ状況について)
- ・ケアの実践における鍼灸師の役割について
(ケアの実践における自身の役割認識について)

2. 鍼灸師との情報共有について

- ・患者情報を共有する方法・場所およびその頻度について
- ・共有される情報内容について
- ・患者情報を共有するための工夫について
- ・カンファレンスの実施について
- ・共有する情報の職種ごとの差異について

以上でインタビューは終わりです。ご協力ありがとうございました。後ほど、インタビューの録音を書き起こして、他の方のインタビューと合わせて分析いたします。その際に、インタビューで聞き漏らしたことがあれば再度質問させていただくことは可能でしょうか。その場合ご連絡先を教えてくださいませんか。