

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—

高梨知揚

東京有明医療大学保健医療学部鍼灸学科

【はじめに】

がんによる粗死亡率は超高齢社会の流れに相俟って年々増加傾向にあり、平成17年では、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¹⁾。将来的には2人に1人ががんで亡くなるとも推測されている²⁾。2007年にはがん対策基本法が、2008年にはがん対策基本推進計画が作成され、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ている^{3) 4)}。こうした状況の中、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ケースがある^{5) 6) 7)}。また、篠原ら⁸⁾ ががん患者に対する鍼灸治療に関して日本鍼灸師会の会員を対象として行ったアンケート調査結果では、78%にがん患者の治療経験があり、またそのうちの57%が末期がん患者の治療を経験していると報告されており、意外に多くの鍼灸臨床家ががん患者、とりわけ末期がん患者への治療を経験していることが明らかになっている。今後がんで亡くなる患者が増えると推測される中、病院や在宅での末期がん患者ケアの場面において、徐々に鍼灸師が末期がん患者に関わる機会も増えることが予想される。

一方で、鍼灸師が末期がん患者のケアを実践していくことは容易ではない側面も指摘されている。細田⁹⁾は在宅緩和ケアチームにおける鍼灸治療の実践経験から、緩和ケアの専門教育、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する。伊藤¹⁰⁾は、がん患者への鍼灸実践に関する調査研究の中で、鍼灸臨床において患者との距離が徐々に縮むにつれ治療者と患者の相互理解がなされるようになる反面、とりわけ経験が少ない鍼灸師は患者の深い自己開示に対してどのように話せばいい

かわからない状況に至りやすいと推測し、その状況が継続することでバーンアウトを引き起こしかねないと指摘している。

しかし、こうした潜在的問題の示唆はなされているものの、これまで鍼灸師の末期がん患者の治療実践において実際に生じた問題や直面した困難に関する具体的調査は行われておらず、その実態は明らかにされていない。こうした背景から、実際に末期がん患者の臨床において生じた問題に着目し、なかでも鍼灸師自身が感じた具体的な困難に焦点を当てた調査研究を行うこととした。本研究では、鍼灸師がどのような困難にどのような状況で遭遇し、どのように対応したのか、困難の具体例の集積からその背景にある概念の一端を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

1. 研究デザイン

本研究は、鍼灸師の困難の実態やその関連要因ひいては困難を取り巻く概念の発見を目的としている。したがって、研究デザインとしては仮説生成を目的とした質的研究を採用し、とりわけ本研究ではグラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を参考にした。オ木¹¹⁾は、グラウンデッド・セオリー・アプローチが、ひとまとまりの社会的現象（ここでは末期がん患者の治療実践における鍼灸師の困難の実態）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ものであると指摘している。またグラウンデッド・セオリー・アプローチが、切片化すること、問いを立てること、比較すること、概念化すること、メモを書くことなどという方法を使ってデータからの距離をとろうとしている。このように、本研究の目的に即しているとともに、具体的な手法が明確であることが、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした理由である。

2. 調査対象者の選定

(1)対象の特性

本研究対象者は以下の要件を満たした鍼灸師とした。

- i) 末期がん患者(余命6ヶ月以内)の治療経験を有すること
 - ii) 開業、ないし勤務鍼灸師として臨床に従事していること
 - iii) 鍼灸臨床歴が10年以内であること
- i) については、緩和ケアマニュアル第5版¹²⁾を参考にした。末期がん患者は痛みを中心としてその他にも多彩な症状を抱え、加えて死期が迫るにつれスピリチュアルペインを感じるようになる¹³⁾とされている。
- ii) は末期がん患者の経験をどのように受け止めて、現在の臨床にどのようにその経験が生かされているのかという観点から末期がん患者への経験の語りを引き出したいためである。
- iii) の臨床歴についてであるが、伊藤¹⁰⁾の指摘を参考に、困難を生じやすいと予測される経験の少ない若手鍼灸師を対象とすることとした。これまでに鍼灸の領域で、どの程度のキャリアが若手とベテランを分けるかという明確な調査研究はない。ただし、矢野ら¹³⁾の鍼灸師の就業実態調査において、「臨床経験を11年以上とそれ以下に分類すると、11年以上のベテラン鍼灸師が1153名であり、日本鍼灸師会はベテランの鍼灸師で構成されていることが示された」という表現があり、その記述を参考に「臨床歴10年」を若手とベテランの一つの区切りとし、今回の調査の対象を10年以内とした。

(2)サンプリング方法

筆者が過去に所属した学校、医療機関、治療所に所属していた鍼灸師から便宜的サンプリングし、さらにそこから理論的サンプリングにより対象を選定した。

3. 調査期間

2010年6月～2010年8月。

4. データの収集方法

本研究に対して参加の意思を示した鍼灸師に対して研究協力依頼状およびインタビューガイドをあらかじめ送付し、事前に調査概要を伝えた。後日、対象者と調査者が対面により半構造化面接法に

よるインタビュー調査を実施した。所要時間は60～90分を目安とした。データについては対象者に許可を得て、2種類のICレコーダーにて録音し保存した。インタビュー実施場所は、対象者勤務治療院内、対象者自宅、対象者勤務地近隣の喫茶店、調査者研究施設内であった。インタビューは、まずこれまでの末期がん患者の治療経験について自由に話してもらい、その後に今回のテーマの軸となっている末期患者に対する鍼灸臨床において「困難に感じたこと」および「困難に感じた理由」また「困難への対応」について質問をした。

5. データの分析方法

- 分析方法についてはグラウンデッド・セオリー・アプローチの分析過程を参考にした。戈木による分析方法^{11) 14) 15)}を元に以下の手順で分析を行った。
- i) インタビュー内容を録音したICレコーダーから逐語録を作成してデータとする。逐語録を作成する際、名前や場所などの固有名詞はイニシャルに変えた。
 - ii) データに番号をつけて切片化した。
 - iii) データからプロパティとディメンションを抽出しラベル名をつけた。
 - iv) ラベル名をつけたデータから共通する概念を抽出しカテゴリー分類した。
 - v) カテゴリーに分類した後、中心となるものを決めてカテゴリー同士の関係を検討した。

なお、分析に際し対象者に各々の逐語録と作成した分析内容を提示し、分析の妥当性の確認を行った。また、データ解釈の信頼性を高めるため、臨床歴6年の鍼灸師に協力依頼し分析結果の妥当性の確認を行い、スーパーバイザー(質的研究経験者)に指導を受けながら概念の妥当性および概念名を検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、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。個人情報の守秘性と匿名性を厳守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。

【結果】

1. 調査対象者の特性

調査対象の鍼灸師は、臨床経験 10 年以内の鍼灸師であった。インタビュー調査を行ったのは 10 名（男性 8 名、女性 2 名）であった。年齢は 20 代が 4 名、30 代が 5 名、40 代が 1 名であった。勤務形態は開業が 6 名、在宅治療院勤務が 2 名、総合病院勤務が 2 名となった。臨床経験年数は 2 年～10 年であった。末期がん患者の治療経験数は 1～5 名の経験が 8 名、30 人を超える経験数をもつ鍼灸師が 2 名となった（表 1）。面接の時間は 45 分～100 分であった。各対象者への聞き取りは基本的に 1 回ずつであった。聞き取り内容が不明であった場合には電子メールで内容確認を行った。

表 1 調査対象者の属性

| | 性別 | 年齢 | 勤務形態 | 臨床経験年数 | 治療経験数 |
|---|----|-----|-------|--------|-------|
| A | 男 | 30代 | 開業 | 8年 | 2人 |
| B | 男 | 30代 | 在宅治療院 | 7年 | 2人 |
| C | 女 | 40代 | 在宅治療院 | 6年 | 2人 |
| D | 男 | 30代 | 開業 | 7年 | 1人 |
| E | 男 | 30代 | 開業 | 10年 | 2人 |
| F | 男 | 20代 | 開業 | 7年 | 30人 |
| G | 男 | 20代 | 総合病院 | 4年 | 5人 |
| H | 男 | 30代 | 開業 | 9年 | 3人 |
| I | 男 | 20代 | 開業 | 5年 | 50人程度 |
| J | 女 | 20代 | 総合病院 | 2年 | 3人 |

2. 『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』に関する概念

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に関して、162 のラベル名、30 のサブカテゴリーに分類することができ、最終的にカテゴリーは、【医療における立場の中途半端さ】、【制度に対する対応】、【病院での鍼灸の独立性】、【末期がん患者を取り巻く人々との関わり】、【患者情報共有の困難】、【理想的な末期がん患者への治療形態】、【相談できる身近な存在】、【抱えた孤独感】、【つながることの大事さへの気付き】の 9 つであった。このうちコアカテゴリーは“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”であった（表 2）。カテゴリーの関連性を示したのが図 1 の“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”の概念図である。本稿においては、末期がん患者を取り巻く人々との関わりから臨床実践において鍼灸師が孤独感を抱くに至るプロセスを中心に結果を述べる。コアカテゴリーには“ ”、カテゴリーには【 】、サブカテゴリーには【 】、ラベル名には＜ ＞を使用し、対象

者の語りには「HG 丸ゴシック M-PRO 太字」を使用した。

(1)【患者を取り巻く人々との関わり】とその背景

本研究における概念図において、コアカテゴリーとなったのは“患者を取り巻く人々との関わり”であったが、その背景には【医療における立場の中途半端さ】またそれに関連した【制度に対する対応】、【病院での鍼灸の独立性】というカテゴリーが存在した。【医療における立場の中途半端さ】には、《医療における鍼灸マッサージ師の中途半端さ》と《鍼灸マッサージ師の地位向上の要求》の 2 つのサブカテゴリーが含まれた。立場の中途半端さに関する語を行ったのは主に在宅鍼灸治療を主体とする開業鍼灸師であった。鍼灸マッサージ師の立場の中途半端さの根源にあるものとして、鍼灸マッサージ師の地位の低さがあり、その地位を上げることを願っていた。また、中途半端さを感じる一つの具体的な理由として、制度の問題が挙げられており、主に医療保険を使つての鍼灸マッサージ治療を挙げている。現状の医療制度では、鍼灸師が末期がん患者に関わる他医療従事者の間に入る難しさが指摘されており、開業鍼灸師の立場では、「医療におけるどこが自分たちの適材適所なのか」という疑問が生じていた。

とりわけ【制度に対する対応】では、《積極的な行動の必要性》、《医師とのやり取りへの積極性》、《保険による末期がん患者治療の困難》の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。医師によっては専門外の病名を書くことができないため、がんの傷病名で同意書を書いてもらえない現状があるという。がんの鍼灸治療に保険がより使いやすい制度を望むものの、「逆にがんが（保険に）入ったからって、（同意書に）がんて書いたら多分きつと療養費っていう制度からしたらぶつっちゃうと思うから。例えば疼痛管理っていうのができたとしても、それがじゃあ他の疼痛治療とぶつからないとか。」というように、実際保険制度の面での整備の難しさを指摘していた。このような同意書のやりとりを中心とした医師との関わりにおける積極的な姿勢の必要性の認識が強かった一方で、鍼灸の独特性ゆえか、医師に鍼灸そのものを理解してもらうことが難しい場面もあり、末期患者のケアにおける医師との連携に困難を感じるケースもあった。一方、【病院での鍼灸の独立性】では《理解があ

った他医療従事者》、《チーム医療としての浅い連携》、《医師や看護師の認識》という3つのサブカテゴリーが抽出された。病院でのがん患者への鍼灸治療のオーダーは主治医から入る。鍼灸師が末期がん患者に関わるのはそのオーダーが入ってからであった。医師も看護師も患者が鍼灸治療を行っているという認識は持っていた。医師と看護師が「ざっくばらん」であり、鍼灸師に対しての寛容さが認められるケースがある一方で、《チーム医療としての浅い連携》では、鍼灸師の存在の独立性が高いことで、それが「チーム医療としての部分を浅くしている」と指摘されている。また鍼灸師が所属する科そのものが「緩和ケアに関しては一線をひいている」ため、自ずと緩和ケアに従事する他医療者との関わりへの積極性が低下するという現状も指摘されていた。

こうした背景に関連した、今回のコアカテゴリーである「末期がん患者を取り巻く人々との関わり」では、《できなかった医療機関とのやり取り》、《治療のための他医療従事者とのコミュニケーション》、《カンファレンスへの積極性》の4つのサブカテゴリーが得られた。医療保険を用いての在宅での鍼灸治療では医師の同意が必要となる。積極的に医師との関わりをもつことによって、医師からの同意書を得ることができた。また同意書のやり取りを上手く活用することにより、鍼灸師側からの書類による情報提供や、医師側からの情報提供などの情報共有が生まれた。「患者さん入った時は必ず（同意書を書いてもらった医師のところに）ご挨拶に行っている形ですね。まあ（主治医）面識もありますし、例えばその先生がですねご専門が何かとかですね、どういう例えば系列にいる先生かとかっていう情報は入りやすいので、まあいろいろ（患者さんを）紹介しやすいとは思いますが。」という語りにもあるとおり、関係性の構築が情報の入りやすさにつながり、また患者の紹介などの連携の形にも繋がっていた。一方で鍼灸治療開始にあたって同意書は得られるものの、継続した医療機関とのやり取りができないケースもあった。定期的な経過報告を行い、また在宅で鍼灸施術ノートを置くなどの工夫をしているものの、それが一方的であり実際に医師の目には届いていないという現状であった。自費で緩和ケア病棟に往診に行ったケースでは、鍼灸師側から鍼の施術計画を担当医に提出し施術への同意を得ることができたものの、医師

側からの患者状態や経過などに関する返事が無かった。加えて、鍼灸治療のために病棟に出入りするにも関わらず、治療の継続過程で医師や看護師との関係性を持つことができなかった。

また他医療業種とのやり取りの中で、とりわけ在宅で治療を行う鍼灸師ではケアマネジャーとのやり取りが見られた。特に介護保険も使っているような状態の患者を対象とした治療を行う場合は、患者ケアの中心はケアマネジャーであり、その関わり的重要性が挙げられていた。とくにケアマネジャーを中心とした介護にかかわる職種（ヘルパー、訪問看護師、訪問入浴士、その他介護保険のプランに入っている業者など）が参加する会議があり、そこに参加して意見交換をして患者のケアにつなげているケースもあった。

病院に所属しながらの鍼灸治療の実践では、電子カルテ上で医師や看護師の記録を見ることができ分、リアルタイムで患者の状態に関する情報を得ることができる。その一方で、同じ施設にいても医師や看護師とは全く関わりが無いままに治療を行う、あるいは患者について行われるカンファレンスには積極的に参加しないという状況であった。

(2)患者情報共有の困難

【制度に対する対応】でアプローチする積極性が低いケースや、【患者を取り巻く人々との関わり】が希薄なケースでは、【患者情報共有の困難】というカテゴリーに繋がった。【患者情報共有の困難】のサブカテゴリーとして《患者情報共有の困難》、《少ない情報源》、《獲得情報の制限》、《開業で感じた患者状態把握の困難》が抽出された。末期がん患者を取り巻く人々との関わりが希薄であった場合、患者情報共有に関しての充実度が低く、結果として獲得できた情報自体も少なかった。また「それ（患者の医学的な情報）に対して私の予備知識も少なかったので、うまく聞き出せていなかったことが多かったかな、と今振り返ります。なので、まず医学的な意味での私の知識不足であり、提供する側からのもらえない難しさというのもありました。」という語りでは、情報共有を求める側の医学的な知識の不足ゆえに、ことさら医療情報の共有が困難になっている現実が示された。医学的知識の不足の背景には、末期がん患者に関して学ぶ時間の頻度が少ないこと、また末期がん患者

の症例に遭遇する頻度も少ないことが挙げられていた。

患者の情報を提供する人は大概が患者本人であった。また家族やケアマネージャーも挙げられていたが、とりわけ家族においては情報提供に対する積極性が低いことや、実際に情報が提供されても、その情報自体が不確実であるという現状であった。ケアマネージャーからの情報については、定期的な文書による患者状態の報告があるものの、末期患者の寿命の問題があり、結局治療期間中にほとんど情報を得られないケースもあった。また、緩和ケア病棟内で往診による自費での鍼灸治療を実施していたケースではカルテを見せてもらうことができず、患者状態の把握に困難を感じていた。加えて、患者家族に会うこともできず、情報はすべて患者からの情報のみで対応しなければならない状況であった。

治療開始時に患者に関して分かっている情報は、患者が「末期がんであること」だけであり、がんの原発や種類、進行状況、服薬状況、治療の経過、おかれている社会的状況、精神状態などの情報が入ってこないという状況であった。経過中に把握できるのは、患者から聞く医師の診察状況の内容が主であり、服薬に関する内容など基本的な内容しか把握できず、情報の充実度は低く、得られた医学的情報も少なかった。また、「ご本人から聞く範囲でしか(状態は)わからないし、ただ私は腰が痛いとか肩が痛いということしでしか(治療に)行っていないので、(患者がどの程度の末期の状態なのかかわからないのが)怖いっていうか見るからに悪い状態ですよね。」というように情報の制限が患者状態把握を不十分にし、それにともない術者の恐怖感が出現していた。それゆえ、「気をつけなきゃいけない部分」や患者の背景、患者情報の詳細を把握することに対する要求の度合いは強くなっていた。

病院の緩和ケア病棟での経験をもつ開業鍼灸師は、電子カルテから得られていた患者情報や医師・看護師などの他医療業種の行っている内容を把握できていた過去に比べて、患者状態の把握ができないことに困惑した経験を語っており、「本人からもそういう(末期の状態である)情報は得ていないですし、そこまでがんの進行が進行している人には見えなかったんです、多分僕の把握が甘かったと思うんですけど。」と病院時代と比較してがん患者の状態を把握しづらい状況を指摘して

いた。

(3)孤独感形成へのプロセス

【患者情報共有の困難】の度合いが強く、かつ【相談できる身近な存在】が周囲にない場合には、【抱えた孤独感】という帰結に行き着いていた。【相談できる身近な存在】においては、サブカテゴリーとして《アドバイスをもらうネットワーク》、《周囲にしゃべる困難》、《2人での治療経験》、《バックアップによる懸命な取り組み》が抽出された。身近に相談できる存在がいなかったケースでは、患者から生死に関する実存的な問いを突き付けられたことによる動揺が強く、誰かに話したり、その患者の状況を周囲に相談できなかった。また、周囲に鍼灸師の友達や同僚、上司の先生がいたものの、上手く相談できず、患者の生死に関する問題を治療者自身の中に抱え込んでしまっているケースもあった。抱え込んだ程度が自覚的には強く、また周囲に話さなかった事の後悔も強かった。「いやちょっと逆にできなかったです。何かその時は私の方も動揺っていうのかな・・・。軽く友達の、鍼灸師の友達とか同僚、上の先生とか、しゃべられるようなそういう感じじゃなく、(患者の生死に関する問題を)持っちゃいましたね。」がその象徴的な語りであった。

上記のような背景から繋がる【抱えた孤独感】では、サブカテゴリーとして《一人で抱える限界》、《一人で抱える辛さ》、《臨床での孤独》、《治療に残る悔い》が抽出された。孤独感を感じるのは治療に当たる人数が1人であり、患者への対応困難を感じた時であった。また、治療時の悩みを誰にも相談できないことが余計に孤独感を増長していた。「ひとりでそういう(終末期のような)具合の悪い人に一人で向かい合っていかなきゃいけないって何かちょっと、何のね、情報も無く。」のように、患者状態が悪くなることに加えて医療情報が少ないことがその孤独感を助長しており、一人で末期がん患者に対応しなければならないことへの強い抵抗感を感じていた。また、過去に周囲に相談できる相手がいたものの、現在では違う勤務地へと環境が変わったケースでは、「そうなった時(患者対応への困難を感じた時)にというか、今まさに日々の臨床からも感じるんですけど、困難になった時に相談する人がいないんですよ。僕一人になってしまって。」というように、過去の状況と

の比較から一人で臨床実践しなければならない現状への困惑が指摘されていた。

【考察】

今回 10 名の鍼灸師に実施したインタビューデータの中から、“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”というコアカテゴリーが抽出された。ここでいう「取り巻く人々」の中心は、主に他医療従事者の事であり、その人々との関わりが困難の出現やその程度に影響を及ぼしていることがわかった。最終的にはこれらの困難が複雑に関連しあうことで【抱えた孤独感】という帰結がもたらされる結果となった。

結果から、概念の背景には医療の現場における鍼灸師の立場の問題、とりわけ開業鍼灸師においてその問題が存在することがわかった。藤井ら¹⁶⁾¹⁷⁾の就業状態から見た鍼灸あん摩マッサージ師の現状と課題に関する調査によれば、あん摩業・鍼灸業への評価に対する意識では、全体の 60.5%が「低いと思う」と答えており、過半数が自分たちの職種に対する社会の評価を低いと認識している。加えて、末期がん患者における鍼灸治療に限って見てみると、原田ら¹⁸⁾による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によれば、緩和ケアに携わるとするメンバーの選択状況では十数種類ある医療業種のうち、鍼灸師が最も低い数字であった。これらの調査結果は、今回の立場の問題と密接に関連していると考えられ、大変興味深い。下山ら¹⁹⁾は、医療制度の制約から我が国においてはがん治療の現場で鍼灸が適用される例は少なく、経験が蓄積されず治療計画の中に位置づいていないとしており、今回開業鍼灸師が語った保険制度において感じた困難がまさにその典型的な事例であると考えられる。また、『病院での鍼灸の独立性』にも見られたが、もともと病院機関という医療の枠組みに組み込まれている状況での鍼灸治療では、医師や看護師をはじめとした他医療従事者に鍼灸治療がなされているという認識はあるものの、『浅いチーム医療としての連携』にもあるように、病院のシステム上鍼灸治療が他医療従事者に認識されていても、実際の医師や看護師との関わりは希薄な現実が窺える。このことの背景には鍼灸の独立性が存在していることが結果からも示されており、他医療従事者との関わりへの一つの隔絶要因になっていることが推測される。この事実は、先の【医療における立場の中途

半端さ】とも関連する部分ではないかと考えられる。

また今回の結果において、「立場の中途半端さ」という背景を受けて重要だった点は患者の状態把握のための医療情報の取得および患者を取り巻く人々との情報共有の問題である。情報共有に関する明暗を分けていた一つは、医師とのコミュニケーションの方法であった。実際の臨床の現場では「立場の低さ」の問題や「鍼灸そのものを理解してもらうことが難しい」という認知度の問題が現実的に存在していることがわかった。しかし、その状況を打開すべく、医師と積極的かつ直接的な関わりを持った場合、その後に医師から得られた情報に対する満足度も高い結果となっている。これらの成功事例に共通していたことは、意識的に顔の見える関係性を構築していることである。同意書の取得の際には「必ず医師を訪問し挨拶をする」、あるいは同意書を取得するために「主治医のところをお願いに上がる」など、直接的な対面のやり取りが関係構築の一つの鍵であることがわかる。ただし、こうした直接的な関係性の構築には、双方の時間的余裕や医師と直接的なやり取りを行うことができる鍼灸師側のスキルや知識が必要になってくると考えられ、現状ではどの鍼灸師もが実践できる形態のものではないと考えられる。

もう一点情報共有の鍵を握るのが、ケアマネジャーであった。介護保険を利用している末期がん患者は大概が高齢者である。吉澤は、高齢者在宅療養ではケアマネジャーがリーダーとなり、医師をはじめとする多職種がこれに協力していく体制が望ましいという指摘をしているが²⁰⁾、実際に今回調査を行った対象の患者でもケアマネジャーが患者ケアにおけるキーパーソンになっていた。＜会議のリーダー＞にもなっているケアマネジャーを中心とした介護の連絡会議への参加や、ケアマネジャーとの文書による直接的やり取りなどで、具体的に情報を得ることができ、そのつながりは末期がん患者ケアにおいて非常に重要となることが示唆された。しかしその一方で、文書による定期的なやり取りしかできず、特に終末期でいつ亡くなるかわからない末期がん患者をフォローして行くには、いささか情報共有のためのやり取りの頻度が少なすぎるという事実も存在していた。末期がん患者を取り巻く他業種とは密な連絡を取り合うことが、一刻一刻変化するがん患者のケアにおいては重要な要素であると考えられる。実際に上記のような関係性の

構築がもたらしたものとして、患者の適応不適応の問題、刺激量の問題など治療に関するリスク管理が実践できていることや、がんの状態に応じて患者への対応や治療の方針なども決定して行くことができるというメリットが挙げられていた。とりわけ環境的に孤立し易い治療条件の在宅医療においては、そうした情報管理が患者の生死を左右する場合もあるため、関係性の構築及び情報共有の積極性が末期がん患者のケアにおいて重要であると考えられる。

加えて、近年の医療の特徴として医療のチーム化があげられる。チーム医療とは広く医療に関連する専門職種（医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、心理療法士、ソーシャルワーカーなど）が共同して医療の提供を行うことである。チーム医療体制が確立していないと、医療事故の原因となることが指摘され、安全管理体制の議論へもつながる²¹⁾。また柏木²²⁾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指摘している。さらに、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。しかし、本調査の病院勤務鍼灸師のケースでは、自身が所属する科と緩和ケア科との連絡が無い場合、末期がん患者を担当している医師や看護師とは関わりがほとんどなく、患者に関する情報を共有し合うということは無かったとしており、チームアプローチとはほど遠い現状であったことが示されている。また、カンファレンスへの参加についての望ましさは感じているものの、診療科ごとの隔たりの影響もあり、積極的にカンファレンスに参加することは無いという現状が見られた。鷹野²³⁾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能力を十分に発揮することを指摘している。この指摘からも、今後はカンファレンスをはじめとしたターミナルケアのチームアプローチにおける主要なコミュニケーションの場に、鍼灸師も参画できる機会が増えてくることが望まれる。

また今回、患者の生死に関する問いなどの実存的な問題に直面した際に、周囲の人に上手く伝えることができずその問題を抱え込んでしまっているケースが存在した。抱え込んだ程度も自覚的には強く、

周囲に話さなかった後悔も強かった。伊藤¹⁰⁾は、患者の鍼灸師への信頼感の深まりが鍼灸治療への希望、安心を求めるのと併せて鍼灸師に対して実存的な問題など深い自己開示をする場面があると指摘している。また、細田²⁴⁾は鍼灸師ががん患者に関わる時期を5期に分類しており、そのなかで第IV期(死を迎えるまでの緩和ケアとしての鍼灸のステージ)では、鍼灸治療の介入により身体症状の変化が顕れるとともに、その頃になるとスピリチュアルペインが顕在化してくるために、他職種との連携を強化しながら患者さんに関わることが重要になると指摘している。実際今回の結果の中で、患者の自己開示しないし実存的な問いに直面する状況で周囲に話すことができた場合や他職種との情報共有・連携がうまく行えていたケースでは、【理想的な末期がん患者への治療形態】というカテゴリーにつながっていた。一方で、周囲に相談できなかったり、他職種と情報共有できなかったケースでは【抱えた孤独感】という帰結に行き着いていた。こうした一人での抱え込みの継続は、大きなストレスの蓄積に繋がり、ひいてはバーンアウトのリスクにも結びつきかねないと考えられる。田尾²⁵⁾は、ヒューマン・サービス関連の職種においては、クライアントとの接触の頻度やその深さ、密度と対応関係が、バーンアウトに関連すると指摘している。また、田尾はバーンアウトの症状は①消耗感②消極的な見方③固執的態度④個人的達成感の後退⑤行動異常に集約されるとし、最も典型的にあらわされるのが疲労であり消耗感であると指摘している。本稿ではその結果は提示していないが、患者の実存的な問いにこたえる困難を抱えたケースの中には「異常な疲労感」や「体調不良になっていく」など、バーンアウトの一症状を呈しているケースも見られた。こうした観点からも、今後の末期がん患者への鍼灸臨床における術者のバーンアウトリスクに対するマネジメントも必要になると考えられる。柏木²²⁾は、スタッフ同士の十分なコミュニケーションが「燃え尽き(バーンアウト)」を防ぐ最も有効な方法であるとしている。鍼灸師においても、他医療従事者や同業者同士でのコミュニケーションを行うための方法の模索が必要であると考えられる。

本研究で明らかになったような医療の中で孤独感を抱くような状況が継続することは、患者ケアにおける更なる情報不足や患者状態の把握不十分という事態を招き、結果的に質の低い患者ケアに繋

ると考えられる。広井²⁶⁾は、鍼灸師らの養成・資格制度の見直しに関して言及しており、医師と同等の教育年限を持つ相補・代替医療ないし東洋医学の専門職の養成に関する検討が進められる必要があると指摘している。また細田²⁷⁾は臨床経験を積んだ上での緩和ケアの定義、チームケアの目的、コミュニケーションの重要性、鍼灸の役割(適応と禁忌)などを理解してこそチームに参加する準備が整うと指摘している。今後は、末期がん患者に対する鍼灸治療を行う上での専門教育を導入し、それと同時に末期がん患者に関わる鍼灸師が他医療従事者や同業者と情報を共有できるシステムを構築しなければならない。また、末期がん患者に鍼灸が関わる「臨床的意味」をより明確化し、医療の中に位置づけるよう社会に対して発信していくことも重要となろう。こうしたことを形にしていけることが、医療における鍼灸師の孤独感の醸成を防ぎ質の高い鍼灸医療の実践に繋がっていくのではないだろうか。

【まとめ】

今回、末期がん患者の治療経験を有する鍼灸師に対して、治療実践の中で感じた困難についてのインタビュー調査を行い、質的に分析した。困難の背景には鍼灸師の“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”という概念が存在することがわかった。他医療従事者や同業者を中心とした末期がん患者を取り巻く人々とのつながりが希薄であると、患者情報の共有が不十分であることや患者の実存に関する問いかけを術者自身が抱え込んでしまうことに繋がり、結果的に治療時に孤独感を抱くという帰結を迎えていた。今後鍼灸師が末期がん患者のケアにかかわるために、ベースとなる教育内容の充実および、患者を取り巻く人々との情報共有システムの具現化の必要性が示唆された。

《参考文献・URL》

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向 厚生指針増刊, 57(9), 2010.
- 2) 田島和雄：がんの疫学Ⅰ 多田羅浩三, 門田守人
杉山治夫(編)がんの健康科学. 財団法人放送大学教育振興会, 2006, 78.
- 3) がん対策基本法
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>.
- 4) 厚生労働省：がん対策基本推進計画
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>.
- 5) 水野敏子：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), 2003: 90-4.
- 6) 成田憲史, 諸岡了介：看取りを支える、生を支える 岡部健, 竹ノ内裕文(編)どう生き、どう死ぬか—現場から考える死生学. 弓箭書院, 2009: 32.
- 7) 小玉耕平、岡崎真由美、真鍋伸次ほか：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), 2008: 37-42.
- 8) 篠原昭二, 渡邊勝之：緩和医療における鍼灸. 緩和医療学, 5(3), 2003: 23-9.
- 9) 細田行政：鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—4 (最終回). 緩和ケアの知識と実践. 医道の日本, 69(8), 2010: 78-81.
- 10) 伊藤和真：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号: 13-32.
- 11) 戈木クレイグ・ヒル滋子：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, 2008.
- 12) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル第5版. 2007, 23-35.
- 13) 矢野忠、石崎直人、川喜多健司ほか：鍼灸の受療喚起、鍼灸師の資質向上への取り組みなどに関する調査研究—日本鍼灸師会委員を対象とした調査—その1—. 医道の日本, 2009, 172-7.
- 14) 戈木クレイグ・ヒル滋子：質的研究方法ゼミナール. 医学書院, 2005.
- 15) 戈木クレイグ・ヒル滋子：実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生み出すまで. 新曜社, 2006.
- 16) 藤井亮輔、坂井友実、佐々木健ほか：就業者実態調査に見る鍼灸マッサージ業の現状と課題 (第2報・上)—晴眼業者と視障業者の業態比較および収入影響因子に関する考察を中心に—. 医道の日本, 65(11), 2006: 124-134.
- 17) 藤井亮輔、坂井友実、佐々木健ほか：就業者実態調査に見る鍼灸マッサージ業の現状と課題 (第2報・下)—晴眼業者と視障業者の業態比較および収入影響因子に関する考察を中心に—. 医道の日本, 65(11), 2006: 122-130.
- 18) 原田明里、宮下美香：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), 2005, 244-9.
- 19) 下山直人, 鈴木春子, 津嘉山洋ほか: がん疼痛に対する代替療法・支持療法. 緩和医療学, 10(3), 2008: 11-6.
- 20) 吉澤徹: 地域におけるチーム医療 チーム医療論 鷹野和美 (編). 医歯薬出版株式会社, 2002: 58-9.
- 21) 額賀淑郎: 医療従事者・関係者 入門医療倫理 I, 赤林朗 (編). 勁草書房, 2005: 123-139.
- 22) 柏木哲夫: 死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解. 中山書店, 1996: 192-204.
- 23) 鷹野和美: 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, 2002: 93-105.
- 24) 細田行政: 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(5), 2010: 76-9.
- 25) 田尾雅夫、久保真人: バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ. 誠信書房, 1996: 15-74.
- 26) 広井良典: 相補・代替医療と制度. 治療増刊号, 89, 2007: 725-730
- 27) 細田行政: 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(6), 2010: 78-9.

表 2 “末期患者を取り巻く人々との関わり”の
構成要素

| カテゴリー | サブカテゴリー | ラベル名 |
|--------------------|----------------------|---|
| 6.理想的な末期がん患者への治療形態 | 6-a.十分に得ていた医療情報 | もらえていた医療情報 満足できるケアマネジャーからの情報 在宅ケアする患者の経過の把握 ケアマネジャーからもらえる情報 経過を把握した上での治療 情報に関して感じなかった困難 |
| | 6-b.適切な治療の準備 | 事前に情報を得ることのよさ 他医療者の対応の流れの把握 行くべき時間の把握のメリット 治療の際に心がけていたこと |
| | 6-c.医師への対応の確証 | 医師への確認 鍼灸適応の確認 現場での適否の確認 |
| | 6-d.チーム力による患者ケア | 治療を行う理想の体制 気持ちよ安らかにさせた要因 チーム力での解決 一生懸命やっていた医師 医師に対する思い 他医療従事者のよさ 尊敬できる看護師 恵まれたスタッフ 鍼灸師の力量の限界 |
| 7.相談できる身近な存在 | 7-a.アドバイスを受けるネットワーク | 電話でのネットワーク 持っていたネットワーク アドバイスしてくれる人がいる理想 支えてくれる人がいる現実 経験者と話すメリット 参加している勉強会 身近にいた鍼灸師への問い合わせ 身近にいた鍼灸師による教訓 |
| | 7-b.周囲にしゃべる困難 | 周囲にしゃべる困難 看護婦に言わなかった後悔 |
| | 7-c.2人での治療の経験 | 治療しなかった初めての緩和の患者 2人で診た患者 相談しあえた状況 治療時の病室の人数状況 |
| | 7-d.バックアップによる懸命な取り組み | 他医療従事者が考える自分たちの役割 バックアップにより可能な取り組み バックアップなしでは厳しい状況 |
| 8.抱えた孤独感 | 8-a.一人で抱える限界 | いけないこと 一人で考える限界 一人で抱える恐怖 |
| | 8-b.一人で抱える辛さ | 抱えられなかった悩み 一人で抱える気持ち 一人で待つ辛さ 患者について話す時期 |
| | 8-c.臨床での孤独 | 一人での治療 記録に残す必要性 一人で治療する恐さ 一人で向かい合う抵抗感 臨床での孤独 |
| | 8-d.治療に関して残る悔い | 治療内容が変わる状況 治療に関して残る悔い |
| 9.つながることの大事さへの気づき | 9-a.患者情報を把握する大切さの認識 | 視野を広げるもの 知識する方法 勉強する機会 勉強するチャンスへの望み 病院と連携する教育の必要性 患者から学ぶこと 真実になるとき 話すのが望ましい時 生の現場での勉強の望み チーム医療としての看護への望み 情報整理の大切さ 病態を把握する大切さ |
| | 9-b.制度が変わることの望み | 地域での広い情報行き来への望み 制度化についての話 制度に関する苦情 同意書のシステムへの希望 保険が使いやすい希望 |
| | 9-c.つながりの重要性の認識 | つながりを持つことへの理想 能動的につながりを持つ姿勢 生身の声の大切さ つながりの意味の大きさ 一人での悩みの回避 |

| カテゴリー | サブカテゴリー | ラベル名 |
|----------------------|--------------------------|--|
| 1.医療における立場の中途半端さ | 1-a.医療における鍼灸マッサージ師の中途半端さ | 存在の中途半端さ 病院勤務との違い 制約の中での鍼灸師の働き方についての困難 |
| | 1-b.鍼灸マッサージ師の地位向上の要求 | 鍼灸マッサージ師地位向上の要求 立場の要求 医師と連携した理由 |
| 2.制度に対する対応 | 2-a.積極的な行動の必要性 | アプローチする必要性 積極的な姿勢の必要性 |
| | 2-b.医師とのやり取りへの積極性 | 鍼灸師が頑張る必要性 医師との連携が難しい 鍼灸高頻度のセミナー参加 経営のための投資 時間を要するもの 必ずやる情報共有 完全にとれる同意書 知らない医師への対応 書いてくれない時の対応 同意書を書いてくれない科 |
| | 2-c.保険による末期がん患者治療の困難 | がんを保険で治療する大変さ 保険を使ったがんの鍼灸治療の困難 書くことへのこだわり 使いつらい理由 書いてもらっていることへの感心 苦勞する鍼灸師 |
| | 3.病院での鍼灸の独立性 | 3-a.チーム医療としての強い連携 一線を置く理由 3-b.理解があった他医療従事者 治療に理解があった他医療従事者 代わりになる難しさ それぞれの特性 看護婦からの言葉かけ 3-c.医師や看護婦の認識 医師や看護婦の認識 |
| 4.末期がん患者を取り巻く人々との関わり | 4-a.できなかった医療機関とのやり取り | できなかった医療機関とのやり取り やり取りできない理由 |
| | 4-b.ケアマネジャーとのコミュニケーション | 会議のリーダー 会議に関わる職種 会議開催時期 参加できる状況 別の報告方法 ケアマネジャーと相談員の情報共有 無かったケアマネジャーとの直接的情報共有 コミュニケーションの方法 |
| | 4-c.他医療従事者とのコミュニケーション | 医師の報告 技術の許可 主治医の技術の把握 経過報告の方法 経過報告のタイミング 情報提供のできなさ 治療するための手続き オープンにした治療内容 情報共有の積極性の不足 在宅ケアに必要な同意書 必ず行う挨拶 入りやすい医師の情報 ジョイントビジネスの一環としての連携 連携が始まった経緯 緊密な連携 医師からの依頼 保険制度を用いた連携の形 カンファレンス参加への積極性の不足 |
| | 5.患者情報共有の困難 | 5-a.少ない情報源 患者からの情報 見せてもらえなかったカルテ 得られなかった家族からの患者情報 訪問看護婦から得られた情報 お話ししやすい内容との違い 不確実な家族からの情報 無かった他医療従事者からの医療情報 少なかった報告 5-b.患者情報共有の困難 情報を獲得できなかった原因 情報獲得の難しさ 学ぶ機会の少なさ 部分的に不足した情報共有 不十分な情報共有 5-c.獲得情報の制限 情報聴取内容の制限 ケアマネジャーからの情報の制限 乏しい医学的情報 使用している薬の情報不足 治療時に知っておきたいこと 欲しかった情報 全く入ってこなかったがんの情報 わからなかったがんの経過 わからない患者の状態 わからない治療スケジュール 5-d.閉塞で感じた状態把握の困難 終末期に見えなかった患者 甘かった患者状態の認識 閉塞での困難 把握できない患者状態 |

図1: “末期がん患者を取り巻く人々との関わり”の概念図

