

# 鍼灸師の鍼灸実践と患者への眼差し

—がん患者を中心に—

京都大学大学院人間・環境学研究科共生人間学専攻

名古屋医専 鍼灸・あん摩マッサージ教員養成学科

伊藤 和真

## I. はじめに

### A. 背景

がんは我々に大きな影響を及ぼす病である。がんに罹患することが恐れられる理由として、不治の病であるというイメージと亡くなるまでに多くの症状が出現するためといわれている<sup>1</sup>。またがん性疼痛を初めとする症状は、我々を肉体的に苦しめるだけでなく、精神的にも非常に大きな負担をもたらす。

同時にがんは我々日本人にとって身近な存在となっている。2005年（平成17年）、日本においてがん死亡者数は32万5941人であった。これは総死亡者数に占める割合は30.1%であり、最も多かった<sup>2</sup>。将来、がん罹患率とがん死亡者数は増加していくと予想されている<sup>3</sup>。それはがんという病が今以上に我々の身近な出来事になると示している。

現在、がん治療の中で患者のQOLを高めるために補完・代替医療が注目され、実際に施されている。その中でも鍼灸治療は東アジアを中心に長い歴史を持ち、症例報告や基礎医学的研究が進んでいる分野である。その広がりには東アジアだけでなく、欧米にも及んでいる。

このように、鍼灸治療の自然科学的研究は進みつつある。しかし、大部分の医療現場では鍼灸治療や鍼灸師は身近な存在ではなく、鍼灸師は何をする者か、何ができるのかも知られていないのが現状である。先行研究でも鍼灸師の実践や意識の研究など人文社会学的研究はほとんどなされていないのが現状である<sup>4</sup>。

そこで今回、現代日本でがん患者に鍼灸治療を施している鍼灸師を対象に、その実践や意識を知るための調査を行った。本稿の流れとして、最初に研究目的などを示す。Ⅱ章では研究方法を述べる。Ⅲ章の結果では鍼灸臨床の具体的内容と鍼灸師はがん患者をどのように捉えているかを質的研究の方法を用いて分析した。Ⅳ章では以上のことを踏まえた上で、鍼灸治療の特徴と問題点について考察した。

### B. 問題の所在

鍼灸治療は現代医学的治療では難儀するがんの諸症状にも効果的であるとされている。また鍼灸治療を受けたがん患者は治療効果だけでなく気持ちよさも感じている。一方、日本でのがん患者の鍼灸利用率は高くないのが現状である。その理由として医療者や患者自身への鍼灸治療に関する情報提供不足が考えられる<sup>5</sup>。

### C. 研究目的

鍼灸治療効果の先行研究はいくつも存在する。しかし、鍼灸治療の実践を調査したものは非常に少ない。特にがん患者への鍼灸治療や治療を施す鍼灸師の調査は皆無である。本研究の目的はがん患者に携わる鍼灸師の実践と患者への眼差し、つまりがん患者への鍼灸治療を、鍼灸師がどのように捉えているかを知ることである。

## D. 定義と限定

鍼灸治療や鍼灸師に関する情報の内容は鍼灸治療の効果、鍼灸治療の治療費、鍼灸治療の実際の三種類と定義する。本稿では鍼灸治療の実際を二種類に分類した。第一は鍼灸師の実践で、診療時間や鍼灸治療が行われる病期とし、鍼灸治療の流派や具体的な治療法などは含まないものとする。第二は鍼灸師の意識で、鍼灸の診療方法を含めたコミュニケーションと鍼灸師の患者理解とする。

本稿は鍼灸治療の実際を扱う。鍼灸治療の効果と鍼灸治療の費用は扱わないものとする。

## II. 研究方法

### A. 研究対象者の範囲と属性

本研究対象者の範囲は以下の要件をすべて満たす鍼灸師とした。

- ① 5年以上、がん患者の治療に関与していること。また5年未満の経験年数であっても治療経験が十分にあり、本研究の対象と成り得ると判断した者。
- ② 10名以上のがん患者への治療経験があること。
- ③ 学会発表、又は論文投稿、又は書籍を著していること。又は鍼灸関連雑誌社から推薦を受けること。

つまり本研究対象者は、がん患者への鍼灸治療の経験が豊富で患者への心理的配慮もあると推測する鍼灸師とした。ほとんど知られていない鍼灸師を研究する上で、まず規範となるモデルを調査する必要があると考えたためである。

今回の調査の研究対象者は13名となった。対象鍼灸師は病院に勤務している鍼灸師（以下、病院鍼灸師）と開業をしている鍼灸師（以下、開業鍼灸師）に分類された。また病院鍼灸師は病院の種類により「大学病院」「がん専門病院」「緩和ケア病棟」「ホリスティック医学病院」に分類された（表1）。

### B. 方法論

#### 1. 質的研究の内容

本研究は①対象者の主観的視点を知ること、②具体的なプロセスと理論・概念を知る研究であること、③対象者の語りから、その内容を調査するものである。そのため本研究では質的内容分析<sup>6</sup>を参考にし、て分析を行った。

本研究の分析順序は以下の通りである。

- ① 鍼灸師の実践を知るための質問項目を設定し、調査者にインタビューを行った。
- ② 文章化した後、文脈に番号をつけデータ化した。
- ③ データから鍼灸師の実践と意識に関する特徴的な文章を抽出した。
- ④ 抽出した文章内容から具体的内容であるサブカテゴリーを作成した。
- ⑤ さらにサブカテゴリーから共通する概念を抽出し、カテゴリーを分類した。

#### 2. 研究方法

##### a. 面接法と質問内容

面接法は対象者と調査者が一対一で行う半構造化面接法を用いた。但し二例は対象者の希望により他の参加者同席のもとで行った。

質問内容は対象者の治療時間や治療を行う病期など鍼灸治療の実践に関する内容と治療中の患者の様子や会話内容など患者の状態に関する内容、がん患者やがん患者への治療に対する対象者の意識に関わる質問、患者との関係性に関する質問などであった。

##### b. 調査の時期・場所・時間

調査の時期は2006（平成18）年8月9日から同年10月4日であった。面接回数は一人につき一回であった。調査場所は各対象者の希望場所とした。ほとんどが対象者の鍼灸治療院、もしくは勤務病院内の鍼灸治療室であった。面接時間は90分から120分間であった。

### c. データ収集法とデータの種類

インタビューを行う対象者に許可を得て、テープレコーダーと IC レコーダーにて録音を行った。インタビュー後に録音を文字変換し、文書化した。

### d. 倫理的内容

聞き取り調査を行うにあたり、倫理的配慮として以下の内容を文章と口頭で説明し、対象者に口頭で許可を得た。

- ①インタビューの途中で質問を拒否したり、インタビューをいつでも終わらせることが可能であること。
- ②インタビュー時にテープレコーダーなどにより録音を行ってよいかの確認。
- ③インタビューは研究目的で行い、その目的においてのみ使用すること。
- ④研究報告にてインタビュー内容を提示する場合、匿名で記載すること。
- ⑤テープ起こしをした原稿を対象者に一度送り、そこで原稿に加筆・修正・変更・削除をしてもらってよいこと。
- ⑥不明な点があればいつでも質問に応じること。

### e. データの扱い方

データは他者の目に触れない所に保管し、対象者の個人情報が入部に出しないう配慮した。

表 1 対象者の属性

	性別	年齢	勤務	鍼灸 年数	がん治療 年数	診療内容 <sup>7</sup>
A	男性	30歳代	大学病院	6年	5年	中医学
B	女性	30歳代	がん専門病院	9年	7年	経絡治療
C	男性	30歳代	大学病院	9年	8年	中医学
D	男性	30歳代	大学病院	8年	5年	中医学
E	男性	40歳代	大学病院	18年	15年	中医学と現代医学
F	男性	40歳代	大学病院	22年	14年	中医学
G	女性	60歳代	がん専門病院	18年	15年	経絡治療
H	男性	20歳代	総合病院*	3年	2年	経絡治療
I	男性	40歳代	ホリスティック医学病院	11年	10年	中医学
J	男性	50歳代	開業	23年	18年	古代中国医学
K	男性	50歳代	開業	30年	27年	中国伝統医学
L	男性	50歳代	開業	36年	36年	経絡治療
M	男性	60歳代	開業	31年	15年以上	中医学

\* H氏は総合病院勤務であるが、主に緩和ケア病棟と外来で鍼灸治療を行っている。

## Ⅲ. 結果

### A. 鍼灸師の実践

ここで述べる鍼灸師の実践とは、鍼灸治療時間と鍼灸治療が行われる病期とする。

分析の焦点は、対象鍼灸師の主観的視点である。対象鍼灸師のインタビューから得られた内容を、カテゴリとサブカテゴリに分類した。カテゴリは【 】、サブカテゴリは〈 〉で示した。

対象鍼灸師の属性から、病院内で治療を行う病院鍼灸師（以下「病院」と略）と個人の治療院で治療を行う開業鍼灸師（以下「開業」と略）に分類した。「病院」には大学病院、がん専門病院、緩和ケア病棟、ホリスティック医学病院があったが、今回はまとめて「病院」とした。

#### 1. 治療時間

治療時間とは鍼灸臨床の診察<sup>8</sup>と治療と患者との会話を含めた時間とする。鍼灸治療時間は病院鍼灸師で30分から40分間で、5分から60分間の幅がみられた。開業鍼灸師は40分から60分間で10分から90分間の幅がみられた。

治療時間を決定するカテゴリーとして、【患者】【現代医学】【鍼灸師】が抽出された（表2）。

【患者】とは、鍼灸師が患者の身体的・精神的異常を感じた場合、それにより治療時間を決定することである。サブカテゴリーは〈患者の状態〉であった。

【現代医学】とは、病院があらかじめ鍼灸治療時間を決めている場合である。

サブカテゴリーは〈病院の規格〉であった。

【鍼灸師】とは、鍼灸師が患者と言語コミュニケーションをとるための時間や治療刺激の程度、初診時と再診時によって時間を決定することである。サブカテゴリーは〈コミュニケーション〉〈治療の刺激〉〈治療回数〉であった。

## 2. 鍼灸治療が行われる病期

ここでは鍼灸治療はどのがん病期まで治療が施されているかについて述べる。

がん病期の分類は山口ら<sup>9</sup>の診療過程を参考にして初期、中期、末期に分類した。初期は手術療法から化学療法や放射線療法を行うまでの期間とした。中期は化学療法や放射線療法など延命を目指す治療を行う時期とした。末期は延命を目指す治療により効果を得ることが困難となった時期とした。また末期は柏木<sup>10</sup>が提示している分類を利用した。これは余命6ヶ月から数ヶ月を末期前期、余命数週間を末期中期、余命数日を末期後期、余命数時間を死亡直前期と分類している（図1）。

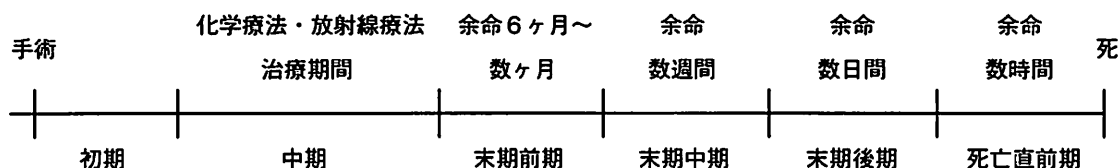


図1 がんの病期

鍼灸治療が行われる病期として、病院鍼灸師は中期から末期患者が多く、開業鍼灸師では中期患者が多いことが明らかとなった。さらに病院鍼灸師は病院の種類により傾向があった。大学病院・がん専門病院では中期患者の割合が高く、ホリスティック医学病院では中期と末期患者はほぼ同じ割合、緩和ケア病棟では末期患者の割合が高いことが明らかとなった。

鍼灸治療病期を決定する因子として【現代医学】【患者】【鍼灸師】が抽出された（表3）。

【現代医学】のサブカテゴリーは〈医師や看護師〉〈治療の限界〉であった。〈医師や看護師〉とは、医師や看護師が鍼灸治療を決定することである。〈治療の限界〉とは現代医学的治療を行うことができない場合、以後、鍼灸治療を中心に行うことで治療病期が決定されることである。これらに関する特徴的な発言として、

（治療時期の）幅は医者が決めるんで。医者次第なんですよ。お医者さん、主治医がいや、まだやって下さい。最後までやって下さい」というときは亡くなる数時間前。（C9）

とっても多いです。はい。終末期になると（現代医学的な）治療がなくなるので、かえって。鍼灸で。（G13）

があった。

表2 治療時間

カテゴリー	サブカテゴリー	病院	開業
患者	患者の状態	○	
現代医学	規格	○	
鍼灸師	コミュニケーション	○	
	治療の刺激	○	
	治療回数		○

表3 治療が行われる時期

カテゴリー	サブカテゴリー	病院	開業
現代医学	医師や看護師	○	
	治療の限界	○	
患者	患者の希望	○	○
鍼灸師	施設の限界		○

【患者】のサブカテゴリーは〈患者の希望〉であった。〈患者の希望〉とは、患者の希望により、鍼灸治療病期を決定することである。これに関する特徴的な発言として、

でも患者さんの中には「やっぱり、ここで最後まで」という方も、もちろんいらっしゃるの。いらっしゃるよ。うん、いらっしゃいますよ。(B15)

があった。

【鍼灸師】のサブカテゴリーは〈施設の限界〉であった。これは治療所という施設の限界により鍼灸治療病期を決定することである。

鍼灸師の実践のまとめとして、鍼灸治療時間は医師や看護師と比べて長時間であると考えられる。また治療病期は施設により異なるが、中期から末期まで幅広い。治療時間や治療病期は患者と鍼灸師の関係性だけで決定されず、医師や看護師などの医療者との関係性や各病院の特徴、そして鍼灸治療所の施設により規定される。

## B. 鍼灸師の意識

ここで述べる鍼灸師の意識とは、鍼灸師はどのように患者と関係を持つのか、そしてそこから鍼灸師は患者をどのように理解しているのか、その一端を理解したい。そこでがん患者－鍼灸師のコミュニケーションと鍼灸師の患者理解について述べる。分析の焦点とインタビューから得られた内容の記載方法はA. 鍼灸師の実践と同様である。

### 1. コミュニケーションの取り方

医療行為は患者と医療者の双方が存在して、初めて成立する行為である。医療行為の基本は患者理解である。これにより初めて効果的な医療行為が提供できる。この患者理解にはコミュニケーションが必要となる<sup>11)</sup>。そこで本所ではまず患者が鍼灸師にどのような内容の会話を行っているかを述べる。次に鍼灸師が行うコミュニケーションの種類と内容について記載する。

結果を述べる前に少しコミュニケーションについて説明を加えたい。

コミュニケーションの分類にはコミュニケーションの定義により多く存在する。ここでは実際に行われているコミュニケーションの種類を捉えることを中心とするため言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの分類を用いる。(図2)

本稿では言語コミュニケーションを「言葉を媒介とするコミュニケーション」もしくは「言語を主たる伝達手段としたコミュニケーション」と定義する<sup>12)</sup>。言語コミュニケーションは人間固有のコミュニケーション手段であり、人間社会の中で発展してきた社会的産物である<sup>13)</sup>。コミュニケーションの多くは言語を用いて行われるが、必ずしも言語だけで行われるものではない。送り手は身振りや視線、表情など非言語的要素を受け手に送る。受け手は送り手の非言語的要素により何らかの意図を感じる。そのため非言語的要素もコミュニケーションの一部と見なすことができる。このように行われるコミュニケーションを非言語コミュニケーションと呼び、「言語以外の手段によって行われるコミュニケーション」と定義する。コミュニケーションは他者へ何かを伝えるという特徴からメッセージともいわれる。

言語コミュニケーション（言語メッセージ）は言語音声メッセージと言語非音声メッセージに分類される。内容として言語音声メッセージは話し言葉であり、言語非音声メッセージは書き言葉と手話がある。非言語コミュニケーション（非言語メッセージ）は非言語音声メッセージと非言語非音声メッセージに分類される。非言語音声メッセージは韻律素性・周辺言語がある。これは声の質量や高低、速度、抑揚、間などである。非言語非音声メッセージはコミュニケーションは当事者そのものに関わるものと、コミュニケーションの当事者が置かれている物理的環境に関わるものがある。コミュニケーションの当事者そのものに関わるものとして、次の四つがある。第一は体つきや髪、肌の色、アクセサリーなどの付加物による外見的特徴である。第二は本能的接触や儀礼的接触などの身体的接触である。第三は顔の表情や身振り、姿勢、まなざしなどを含む身体動作である。第四は体臭や香水、デオドラントなどのにおいや

香りである。コミュニケーションの当事者が置かれている物理的環境に関わるものとしては、次の二つがある。第一は対人距離や対人角度、空間作用などを含む空間である。第二は時間をどのように管理するかという時間の観念や時間の志向などの時間である。この多種類からなる非言語コミュニケーションは、対人コミュニケーションの中で重要な働きをしている<sup>14</sup>。

コミュニケーションについて、すべての対象鍼灸師は「よいコミュニケーションをとることは大切である」という認識を持っていた。また対象鍼灸師は言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの双方を行っていた。

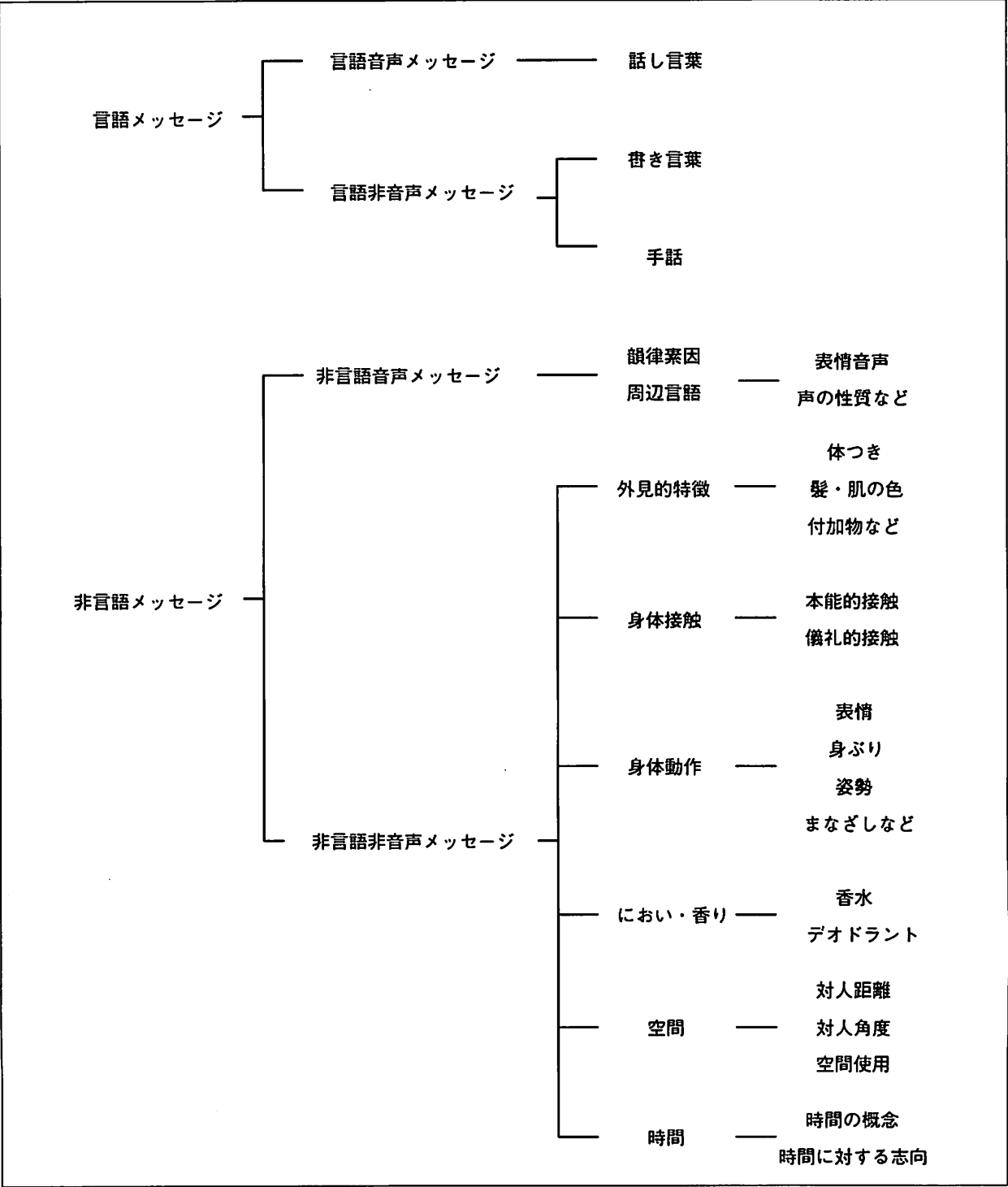


図2 コミュニケーションの要素

言語コミュニケーションにおいて患者が発する会話内容と鍼灸師が行う会話内容について述べる。患者が発する会話内容は【患者に関する内容】と【医療に関する内容】があった（表4）。各内容は非常に幅広いものであった。【患者に関する内容】には〈患者自身の内容〉と〈患者家族の内容〉が含まれ、【医療に関する内容】には〈現代医学の内容〉と〈鍼灸の内容〉が含まれていた。患者自身の内容には残された時間の生き方・過ごし方やスピリチュアルペインのような患者の深い内面をあらわす内容も話されていた。

表4 患者の会話内容

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
患者に関する内容	患者自身の内容	自分の病気や健康
		精神的苦痛
		社会的苦痛
		スピリチュアルペイン
		日常生活
		過去の経験
		残された時間の生き方・過ごし方
	患者家族の内容	プライベート
		日常生活
		家族関係
		精神的苦痛
医療に関する内容	現代医学の内容	現代医学的治療
		医療者
	鍼灸の内容	鍼灸治療
		鍼灸師

鍼灸師が行う会話は【言語音声メッセージ】で、種類としては〈一般的会話〉〈共感的会話〉〈現代医療的会話〉〈鍼灸の適応と限界〉〈可能性の会話〉〈身体反応的会話〉〈指導的会話〉〈意識改革的会話〉があった（表5）。これらは先の患者が発する会話内容に答えるものや鍼灸師が感じたことを患者に伝えるものであり、患者や鍼灸師自身の状況に応じて会話の種類を変えていた。この中で〈身体反応的会話〉とは、患者の痛みや対象鍼灸師が患者に触れて得られた皮膚状態など身体の状態をもとにして行う会話である。

表5 言語コミュニケーション 鍼灸師の会話の種類

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
言語音声メッセージ	一般的会話	患者が発する会話内容に答える内容や鍼灸師が感じたことを患者に伝える内容がある。
	共感的会話	
	現代医療的会話	
	鍼灸の適応と限界、可能性の会話	
	身体反応的会話	
	指導的会話	
	意識改革的会話	

「昨日よりもここ、腫れひいてるね」「あっ、触ったら温かいのがちょっとマシやん」とかね。「あっ、ここのツボの反応は、昨日よりも良くなっているよ」「今日はツボの反応が悪いの」。いわゆる体の身体反応を利用したコミュニケーションができるというのが、鍼灸の強みかなあ。（E116）

鍼灸師は切診や治療など患者の体に触れることが多い。看護師も清拭やマッサージなど患者の体に触れることはある。しかし、鍼灸師の方がよりこまやかに体に触れていると考えられる。また〈身体反応的会話〉は非コミュニケーションの〈身体接触〉と密接な関係を持つ。言語・非言語コミュニケーションが同時に行われることは、鍼灸治療の特徴の一つと考えられる。

〈意識改革的会話〉とは、患者が持つ今までの意識を変えようところみる会話である。〈指導的会話〉に近い。しかし、本稿の〈指導的会話〉は疾病や健康に関する知識を患者へ教える内容とし、〈意識改革的会話〉は患者の死への不安やスピリチュアルペインに関する会話とした。これらに関する特徴的な発言として、

例えば、そうですね。「死んだらどうなるんだろうか?」という話は。例えばその、瀬戸内寂聴さんが言ってますよね。「死んだらみんなあっちで、以前に亡くなった家族が待っていて、歓迎の大パーティーだ」って。そんなふうに魂で会えるんじゃないですか、って。(G285)

やっぱり言わなくちゃいけないわけですよ。「人間ねえ、誰だって。それは主治医が早く死ぬかもしれないし、私の方があなたより早く死ぬかもわかんないですよ」って。人間、いつ死ぬかわかんないし。じゃあ、「子供が3歳だから死ねない」いや、「人間、いつかは死ぬわけだから。じゃあ、あなたが死んだら子供が確実に不幸になるっていう保証はありますか?」とか。(I171)

まあ死ぬのは、生老病死でしゃあないから、受け入れやなしゃあないなー」言う。何があっても。(J103) (司会：うーん)

「次の世があるのと違うか」言うて。「現世が行場（ぎょうば）」とか。(J104)

があった。

鍼灸師が行う非言語コミュニケーションは【非言語音声メッセージ】【非言語非音声メッセージ】であった(表6)。【非言語音声メッセージ】は〈韻律素性・周辺言語〉であった。【非言語非音声メッセージ】は〈身体動作〉〈身体接触〉〈空間〉〈時間〉であった。〈韻律素性・周辺言語〉の内容は声の大きさ、声の高低であった。〈身体動作〉は傾聴であり、〈身体接触〉は切診、鍼灸治療、切診・治療以外の接触であった。〈空間〉には患者との距離、患者との位置があり、〈時間〉は一回の治療時間、治療回数であった。特徴的なものは〈身体動作〉の傾聴と〈身体接触〉で患者に触れることであった。〈身体動作〉と〈身体接触〉は対象者全員が「意識している」と述べていた。

表6 非言語コミュニケーション 鍼灸師が行う種類

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
非言語音声メッセージ	韻律素性・周辺言語	声の大きさ、声の高低
非言語非音声メッセージ	身体動作	傾聴
	身体接触	切診（患者の触れる診察法）
		鍼灸治療
		切診、治療以外の接触
	空間	患者との距離
		患者との位置
	時間	一回の治療時間 治療回数

## 2. 鍼灸師の患者理解

本節では鍼灸師の患者理解を対象鍼灸師の主観的視点で捉えていく。ここでの患者理解には二つの視点をおく。第一は患者が初めて鍼灸治療を受けるときに求めるものを述べる。第二は患者が鍼灸治療を受けることにより、患者はどのような心になるのか、を述べる。

### a. 患者が鍼灸治療に求めるもの

ここでは患者が鍼灸治療に求めるものについて述べる。求める時期は患者が初めて鍼灸治療を受けるときである。これは対象鍼灸師との信頼関係がまだ形成されていない時期と考えられる。

患者の求めるものは【要望】であった(表7)。サブカテゴリーは

表7 患者が鍼灸に求めるもの

カテゴリー	サブカテゴリー
要望	治療
	症状緩和
	体調管理



鍼灸治療にがんの根治である〈治癒〉や〈症状緩和〉、そして〈体調管理〉であった。

b. 鍼灸治療による心の変化

鍼灸治療を受けた患者の心の変化を述べる。対象鍼灸師は患者の心の変化を【要望】【安心】【希望】と捉えている（表8）。

表8 鍼灸治療による心の変化

カテゴリー	サブカテゴリー
要望	治癒
	症状緩和
	会話相手
	精神的サポート
	触れられること
	心地良さ
	癒し
安心	会話による安心
	鍼灸治療による安心
希望	回復・延命・緩和への希望
	人との交流への希望
	生き方への希望

【要望】は先の〈治癒〉〈症状緩和〉に加え、〈会話相手〉〈精神的サポート〉〈触れられること〉〈心地良さ〉〈癒し〉であった。

〈触れられること〉とは、患者が対象鍼灸師に体を触れてもらうことである。

これに関する特徴的な発言として

（患者さんの肌は敏感）のような気がします、っていうか、なんか触れてもらうのを求めているような。がんの患者さんの肌ってそういう気がします。（B137）

（司会：はい。）

なんか人肌を求めているような。（B138）

であった。

〈心地良さ〉とは、患者が鍼灸治療によって感じる気持ち良さである。

そういう状態の人（：重症度が高い患者）ほど「ああ、楽になりました。先生の治療が一番、気持ちいいです」とかね。こう「快」っていう心地良さに対しての「飢え」みたいなものがあるんですね。（I85）

鍼の治療って面白いんだけどね。気持ち良さを求めてくるんですよ。目的がね。患者の目的がね。（L56）

鍼灸治療は患者にリラクゼーションをもたらす。それにより体を楽しにさせたりスッキリさせる効果がある。これは症状改善がある場合でもない場合にも起こる反応である。中期がん患者は化学療法や放射線療法など体に負担がかかる治療が中心である。また末期がん患者は痛みなどの症状だけでなく、体はつらい状態ばかりで、気持ち良さを感じることは非常に少ないのである。そのため、鍼灸治療に心地良さを求めると考えられる。

〈癒し〉とは、鍼灸治療によって患者が癒しを感じることである。

そういう意味で「この空間そのものが、癒しの場になってるのかなー」って思います。（B172）

B氏は鍼灸治療室自体が患者にとっての癒しの場であると述べている。鍼灸治療室にある水銀灯の暖かい光やお灸の香り、お灸ですすけた壁などから醸し出される雰囲気、日常生活から隔離された入院患者の心を解放するとB氏は考えている。

【安心】とは、患者の心の安らぎを与える内容である。【安心】のサブカテゴリーは〈会話による安心〉

〈鍼灸治療による安心〉であった。

〈会話による安心〉とは、患者と対象鍼灸師の会話により、患者が安心することである。

だから少なくとも、こう「関わっている鍼灸師の先生っていうのは、そんなふうに命を捉えているんだなあ」っていうことが分かったと、何となくね、真剣さが、度合いが、「同じ舞台にのったかなあ」って感じになって、（患者さんは）安心するんですよ。（I173）

それをがんの患者が「今を大事にきなさい」っていうことが、すごく救いになるんですよ。（L198）

特に死に関わる質問に対しては、患者と対象鍼灸師が話し合うことで、患者に安心をもたらす場合がある。もちろん、話し合いによって、患者は必ず安心するとは限らない。しかし、以下のような言及があった。

「先生がもし、がんで、今、死ぬかもしれないって言われたら、どういうふうと考えられますか？」みたいな人は、こっちがしゃべってあげて「ああだ。こうだ」っていつてる間に、患者さんは自分で溜めていたものがこっちに出せたということ。で、相手がそれについてまた答えた、っていうことで、患者さんの情緒的な、なんていうんですかねえ。不安定感だとか厳しい表情っていうのは、ほぐれてきたりするのですね。（I149）

患者が発する死に関する話に対して、治療者の考えを話すことは難しい場合が多い。それは治療者の発言が、患者に思わぬ影響を与える可能性を持つためである。しかし、I氏の言及は答えをみつける内容でなくても、患者との会話から患者は何かを感じ、何らかの安心を持つ場合もあることを示唆する。

〈鍼灸治療による安心〉とは、鍼灸治療を受けることで患者が安心を得ることである。

なんかこう気持ちがいいっていうこと。体がほぐれる。（G42）（司会：はい。）

それで何かこう、安心して、治療の安心が、体がほぐれて。で、「何かこう気持ちがいいなあ。気持ちがいい」って皆さんおっしゃるんです。（G43）

あとは感じれることは、余命の命を安心して生きれる。いろんな孤独感とか苦痛とか恐れとか、持ちますでしょう。そういう患者を治療しながら、分かち合うことによって（患者は）安心できる。（K193）

鍼灸治療を受けることは患者に安心をもたらす、と考えられる。ただしこの場合の鍼灸治療には治療行為だけでなく、患者との会話も含まれるであろう。インタビュー内容からは区別できなかったため、ここでは鍼灸治療とまとめた。

【希望】<sup>15</sup>のサブカテゴリーは〈回復・延命・緩和への希望〉〈人との交流への希望〉〈生き方への希望〉であった。

〈回復・延命・緩和への希望〉とはがんが治って回復すること、がんが治らなくても延命できること、症状が緩和すること、への希望である。

「ただ、今の体の倦怠感とか、ご飯が美味しくないとか、体がだるいというような症状をとることは可能だ」と。（E131）（司会：ふんふん。）

と、言ったときに「やめます」と言った人は誰もいないから。（E132）

何か希望っていうか、こう心が落ち着く。（G42）

そうすると患者は「あっ、病気で死ぬんじゃないんだ」って思うから、すごく楽になる。（L99）（司会：なるほど。はい。）

「ああ、私はまだ寿命まで生きていないね」ってなるんですよ。（L100）

（司会：うーん）

ね。だから「もうちょっとあるかもしれない」「もう少し生きられるかもしれない」って思うんですよ。（L101）

この希望は、B. 1の〈鍼灸の適応と限界、可能性的会話〉や〈意識改革的会話〉のときに生じやす

いと考えられる。この希望はすべての対象鍼灸師で存在した。

〈人との交流への希望〉とは、患者が他者との交流を持つことの希望である。

それで、話を聞いてくれて、話をしてくれるっていう。そういうのって鍼灸、関係なく嬉しいじゃないかなあ、って思います。(H166)

「誰かいてくれるときだけ、不安を忘れられる」っていうふうに言ってくれた人もいるくらい。(H167)

H氏は緩和ケア病棟で鍼灸治療を行っていた。小泉<sup>16</sup>や木村<sup>17</sup>の研究は、緩和ケア病棟入院患者は「家族・他者との交流」を望んでいると報告している。本インタビューでも、先行研究と同様の結果であった。

〈生き方への希望〉とは、日々をよりよく過ごしたいことへの希望である。

でもそこから皆さん、考え方が変わっていった。「どうか、よりよい一日を最後まで」っていうふうにきたときに、東洋医学の本当に力が発揮されるんじゃないかなあ、というふうに思っています。(H159)

先行研究<sup>18</sup>でも、緩和ケア入院患者の希望の一つに「よりよく生きること」がある。H氏の言及は先行研究と同じ内容をあらわす。〈人との交流への希望〉と〈生き方への希望〉は緩和ケア経験者のH氏だけが言及した。病院での鍼灸治療を考える場合、病院の種類により治療目的や指針が異なることが示唆された。

Kübler-Rossの死にゆく過程の5段階によると、患者は最後の瞬間まで、何らかの形で希望を持ち続けていた<sup>19</sup>。上野<sup>20</sup>や木村<sup>21</sup>の研究でも、末期患者はたとえわずかでも、最後まで希望を持っていたと報告している。本調査結果も、先行研究と同じ結果が得られたと考えられる。

まとめとして鍼灸師の意識では、最初に対象鍼灸師のコミュニケーション実践を分析し、次にがん患者が鍼灸治療に求めていることを分析した。

コミュニケーションの取り方は、言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの両方であった。言語コミュニケーションは会話が行われていた。会話は、日常的なことから死に関することまで幅広い内容であった。特徴的内容はがんに対する鍼灸治療の効果をたずねる内容と対象者の疾病観や死生観、来世観を患者に話すことで、患者の不安を取り除いたり、意識を変えることを目的とした会話であった。

非言語コミュニケーションでは、身体動作と身体接触が主に用いられていた。身体動作は対象者全員が傾聴を行っていた。また身体接触は直接、患者に触れることであり、全員が行っていた。この二つが特徴的であった。

患者が鍼灸治療に求めていることとして、治療の受け始め時期はがん根治や症状緩和など、病の改善に関する内容であった。しかし、治療を受けるにつれて、話を聞いて欲しいことや触れて欲しいこと、治療の気持ち良さを求めることなど幅広い要望や安心、希望を感じるようになる、と対象鍼灸師は捉えていることが明らかになった。

#### IV. 考察

考察では結果より得られた内容を基に、鍼灸治療の特徴と問題点を浮き彫りにしていく(図3)。

まず鍼灸治療の特徴について述べる。

双方の関係、診療時において鍼灸師は患者の語りを傾聴する。また患者と会話を行う。診察が進むと問診だけでなく、患者の体を触れる切診を含む身体接触が行われる。これらは比較的長い時間と患者の距離が徐々に縮まっていくという独特の空間活用の中で行われる。つまり豊かな言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの両方が行われていく。このような中で患者は問診内容に答えることを

含めた自己開示<sup>22</sup>を行う。そして患者のそれに呼応するように鍼灸師は自己開示の返報性<sup>23</sup>を行う場合がある。それは患者と鍼灸師が相互理解する場ともなる。

鍼灸師が患者に治療を施す。そこで患者が症状改善やリラクゼーションを認知した場合、つまり「はりきゅうが効いた」と感じることも、もしくは患者が治療を施す鍼灸師に技術・知識的、人間的信頼感を感じた場合に、患者は鍼灸師に信頼感を持つようになる。そこへ治療効果の再体験や鍼灸師への信頼感が深まると、患者は鍼灸治療に要望や安心、希望を求めるようになると考えられる。またこの頃になると、患者は鍼灸師に自分ががんになった理由や若くして死ななければならない理由を問う実存的問題など深い自己開示をする場面がある。鍼灸師は大きく二つの対応をとると考えられる。第一は患者に何も話さない。第二は鍼灸師が持つ知識・思考・信念・信仰など何らかの自己開示の返報性を行うことである。

ここに問題が発生すると考える。患者に何も話さない場合、その理由の一つとして鍼灸師と医師や看護師など病院の医療者や病院での治療との関係がある。例えば化学療法を受けている患者が、その治療法を拒みたいと話した場合、鍼灸師自身は化学療法についてどのような考えを持っていても、鍼灸師の独断だけで化学療法を否定することはチーム医療の一員として問題がある。そこで患者に何も話さないが、これは患者の心を置き去りにしてしまう結果をまねかねない。もう一つは患者の深い自己開示を受けて、鍼灸師自身が患者に対して何をどのように話していいかわからない場合である。つまり「話せない」状況である。特にまだ鍼灸師になって日が浅く、経験が少ない方がこの状況に到りやすいと推測する。これらの状況が継続すると鍼灸師の心的ストレスが増大し、バーンアウト（燃え尽き）まで至ることも考えられる。

鍼灸師が何かの自己開示の返報性を行う場合にも問題を含む。自己開示の返報性にも二種類あると考える。第一は鍼灸師が患者へ一方的に話す場合、第二は患者と鍼灸師がお互いに話し合う場合である。一方的に話す場合、鍼灸師の話し方は適切かが問題となる。話し方が患者に負担を与えることもある。また話す内容として鍼灸師が持つ疾病観、死生観、来世観がどのようなものかなど内容の問題もある。これらの問題以前として患者へ話すことは果たして良いことかどうか問われるべき点である。これはお互いに話し合う場面の中で鍼灸師が話しをする場合も同様である。その他、両方に関する倫理的問題として守秘義務の問題がある。これはチーム医療の中で患者から知り得た個人情報をごくまで医療者間で共有するかである。死生学的問題として実存的問題を含むスピリチュアルペインにどうかかわり対応していくかがある。患者の心理状態を考えると今後、大きな問題となろう。

このように多くの問題を抱えるが、最も大きな問題は、多くの鍼灸師は問題に無自覚なことである。これが知らず知らずの間に鍼灸師自身や患者への負担を大きくしていく。

この問題解決には今後、鍼灸業界が学校教育と一緒に一定水準の教育を行うことやバーンアウトに対するセーフティーネット構築が必要と考える。

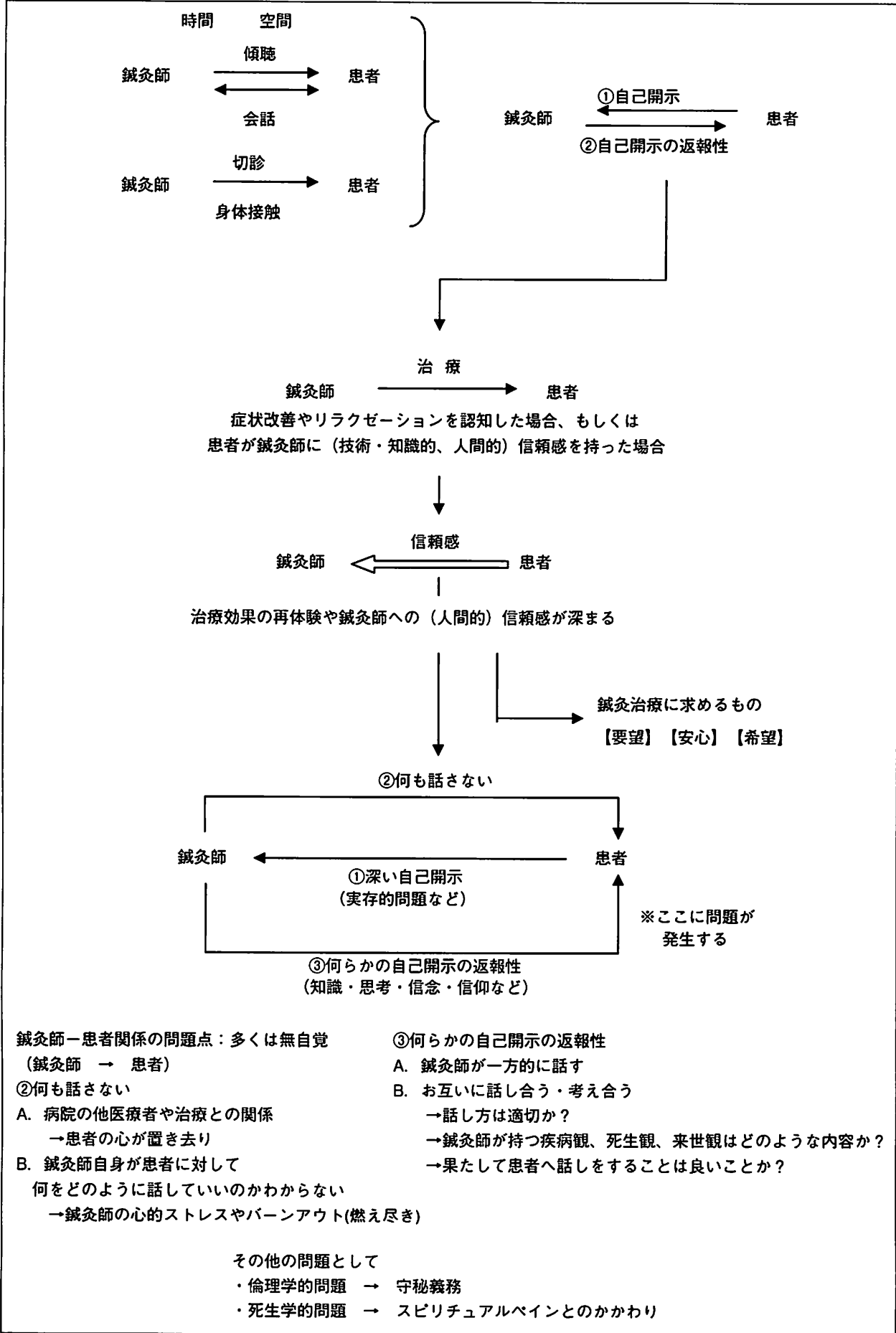


図3 鍼灸治療の特徴と問題点

## V. 結語

本稿は現代日本においてがん患者に携わる鍼灸師の実践と鍼灸師の視点からがん患者をどのように認識しているかについて調べることを目的とした。調査方法はがん治療に対して一定条件を満たした鍼灸師を対象として半構造化面接を行い、質的研究を用いて分析・解釈する手順を用いた。

調査結果から対象鍼灸師の実践は医師や看護師よりも患者と接する時間が長いこと、また終末期のがん患者にも鍼灸治療を施していることが明らかとなった。鍼灸治療中の患者は治療者と幅広い内容の会話が行われていることが明らかとなった。鍼灸師の意識では治療中は言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの両方を用いていた。がん患者の鍼灸治療や鍼灸師の要望はがんの治癒や症状改善であった。治療が何度も行われた患者の意識は変化し、多種の要望と安心、希望を持つと対象鍼灸師は理解していた。

考察として鍼灸師は傾聴や身体接触が多く、患者の心が開きやすい。そこに症状改善などが加わると鍼灸師の意識とは関係なく、患者は鍼灸師に深い信頼関係を持ちやすくなる。深い信頼感を持った患者は、鍼灸師に深い自己開示を行う可能性がある。この関係になると難解な問題が含まれるが、多くの鍼灸師は無自覚である。この問題解決には今後、鍼灸業界として一定水準の教育やサーフティーネット構築が必要と考える。

### ●文注

1. 河野博臣, “痛と心,” ベッカー, カール, 柏木哲夫, デーケン, アルフォンス, 他著, 深く死ぬために〈臨死学〉入門, 東京: 春秋社, 1995年, pp. 138-177.  
福島智子, “末期医療へのあらたなる視座,” ベッカー, カール編著, 生と死のケアを考える, 京都: 法蔵館, 2000年, pp. 207-229.
2. 死亡原因の第2位は心疾患で16.0%、第3位は脳血管障害で12.3%であった。がんによる死亡者数が多いことが理解できる。  
厚生労働省, “第5表 性別にみた死因順位(第10位まで) 別死亡数・構成割合,” 平成17年人口動態統計(確定数)の概況,  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo5.html>, 2006年10月25日.
3. 厚生統計協会, “国民の福祉の動向,” 厚生指針臨時増刊, 48巻, 12号(2001年), p. 24.
4. 日本の鍼灸治療の実際の先行研究にはロックの調査がある。しかし調査時期が1973年から1974年と古く、対象は京都市の一般鍼灸師や鍼灸治療を行う医師であった。治療時間や治療者の意識も詳細に記録されていない。ほかには、鍼灸ではないが、台湾の中国医を対象としたクラインマンの報告がある。しかし調査時期は1975年であるため、現在の状況と異なる可能性が高い。  
クラインマン, アーサー著, 大橋英寿, 遠山宣哉, 作道信介, 他訳, 臨床人類学 文化のなかの病者と治療者, 東京: 弘文堂, 1992年.  
ロック, マーガレット著, 中川米造訳, “鍼と灸治療,” 都市文化と東洋医学, 京都: 思文閣出版, 1990年, pp. 169-191.
5. 福田早苗, 渡邊映理, 小野直哉, 他, “現代西洋医学以外の伝統的医療・治療の使用と健康問題に関する実態調査,” 日本公衆衛生学雑誌, 53巻, 4号(2006), pp. 293-300.
6. フリック・ウヴェ, 著, 小田博志, 山本則子, 春日常, 他訳, 質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論, 東京: 春秋社, 2002年, pp. 237-241.
7. 診療内容の説明  
中医学とは、1956年頃に中国において体系化されたものである。診療の原則は、1. 四診を用い、弁証を行い、病の表裏・寒熱・虚実・陰陽、気血津液、臟腑経絡のアンバランス(：病因)や病の推移(：病機)を明確にする、2. 1に基づいて治則を立て、治療を行う、ことである。体系化された時期や内容から、現代中医学とも称されている。中医学の内容は中国伝統医学を参考にしながら、かなりヨーロッパ医学の影響が混合している。また日本で発展した鍼灸医学の影響も強く受けている。  
経絡治療とは、1941年頃に日本でできた治療体系である。診療の原則は、経絡の虚実を見極め、鍼灸の補瀉によって経絡の虚実を調整することである。それにより諸症状や各疾病を改善する。特徴として診察法は脈診を重視し、治療理論は中国医学の古典文献である「難経」の理論を重要視していることである。  
現代医学とは、現代医学的鍼灸治療のことである。日本では明治44年(1911年)に内務省当局から「鍼術、灸術、取締規則」が制定、公布された前後が淵源とされ、現在の鍼灸診療法で最も多く用いられている。診療原則は現代医学の学問により障害部位を明確にし、病態把握・治療適応の判断・予後の推測を行い、施術することである。  
古代中国医学とは、中国伝統医学の基礎古典文献である「素問」「靈樞」以前の医学を中心として構築されつつある診療体系である。特徴は生命エネルギーを“正気”として捉え、正気を増す治療を行うことにより、諸症状や各疾病を改善することである。  
中国伝統医学とは、「素問」「靈樞」を基とし、それより発展した中国の伝統医学の全体もしくは一部からなる診療体系である。中医学と中国伝統医学の違いとして、中医学は中国伝統医学のエッセンスを現代に体系化したものといえるが、中国伝統医学は中医学が取り込めなかった概念や理論、治療法も包含していることがあげられる。  
日本の中医学、古代中国医学、中国伝統医学は現代日本人に合うようにアレンジされている。
8. 東洋医学的な鍼灸治療は四診と呼ばれる診察法を用いる。四診は望診・聞診・問診・切診から構成されている。望診とは患者の体全体や各部位をみる診察法である。望診が現代医学の視診と異なるのは、目に見える体の状態だけを捉えるのではなく、患者の生命力というべきものを「神」という概念で捉え、それを重要視する点である。聞診とは患者の声の状態をきくことと大便などの排泄物の臭いを嗅ぐ診察法である。問診とは患者の症状や既往歴、日常生活など現病だけでなく患者全体の状態を尋ねる診察法である。切診とは治療者が患者の一定部位を触ったり、撫でたり、按压したりすることで、病状を知る診察法である。漢和大辞典(藤堂 1978)によると「切」には「きる」とい

う意味だけではなく、「刃物をじかに当てるように、びったりとくっつけて膚にこたえるさま」という意味もある。つまり現代医学の触診とは異なり、切診には治療者の手掌や手指を患者の体にびったりとくっつけて、体の状態をみていくというニュアンスが含まれている。切診の種類として脈診、腹診、背候診、経絡診、経穴診などがある。

岡部素道, 鍼灸経絡治療, 東京: 続文堂, 1974 年, pp. 19-72.

首藤傳明, 経絡治療のすすめ, 神奈川: 医道の日本社, 1983 年, pp. 19-113.

天津中医学院, 学校法人後藤学園, 針灸学「基礎編」, 千葉: 東洋学術出版社, 1991 年, pp. 173-240.

藤堂明保編, 学研 漢和大辞典, 東京: 学習研究社, 1978 年, pp. 135-136.

山田光胤, 代田文彦, 図説 東洋医学〈基礎編〉, 東京: 学習研究社, 1979 年, pp. 155-204.

9. 山口建, 他, “がん患者の不安と悩み,” 治療, 87 巻, 4 号 (2005), pp. 1469-1475.

10. 柏木哲夫, 藤腹明子編, 系統看護学講座 別巻 10 ターミナルケア, 東京: 医学書院, 1985 年, p. 6.

11. また患者もコミュニケーションによって、医療者のことを知ることができる。

12. 末田清子, 福田浩子, コミュニケーション学 その展望と視点, 東京: 松柏社, 2003 年, p. 75.

13. 原岡一馬編, 人間とコミュニケーション, 京都: ナカニシヤ出版, 1990 年, p. 13.

言語コミュニケーションの特徴を Trenholm と Jensen が挙げている。この特徴は四つある。第一に言語はいわばデジタルであり、数字のようにそれぞれ分断できる要素からなっていることである。あるまとまりを持って意味を示すアナログな非言語とは対照的である。言語は分断できる要素から成り立っているため、人は非言語よりも言語を恣意的に使用し、操作することが可能なのである。第二に言語は、新しい社会現実を創ることができることである。第三は私たちが抽象思考をするのに、言語は重要な働きをすることである。第四に言語は内省的であり、それ自体で私たちがどのようにコミュニケーションを取っているかを示すことができることである。このような特徴を持つ言語コミュニケーションは対人コミュニケーションにおいて、いかに非言語要素の重要性が強調されても、計り知れない有用性を持つのである。具体的には過去や未来のことを考え、表現できるのが言語であり、自分の思考や感情など他者に理解できないことを理解可能にするのが言語なのである。

14. 人がコミュニケーションを行うとき、内容の 65～93% は非言語コミュニケーションによって受け手に伝わっているとの報告がある。

大田信男, 新井久爾夫, 大山茂夫, 他, コミュニケーション学入門, 東京: 大修館書店, 1994 年, p. 40.

15. 希望の概念の先行研究には、希望と期待を同義として捉えて定義したものと、希望と期待を区別して定義したものがある。本稿では後者の立場を選択した。つまり期待とは未来を志向するものであり、目標となるものが明確なものとして設定されていること、である。希望とは来るべき未来の状況に明るさがある、という感知に伴う快調をおびた感情で、特定の目標の現実や特定の目標への到達を目指すものではないが、人生の特定されない価値や意義が実現される視界または境域としての未来が信頼できる、という明るい感情とする。

大橋明, “希望とその関連要因に関する研究—希望の概念と先行研究の検討—,” 人間科学研究, 4 号 (2002), pp. 15-27.

16. 小泉美佐子, 伊藤まゆみ, 宮本美佐, “青年期の看護学生と高齢者の希望の比較に関する研究,” 群馬保健学紀要, 20 号 (1999), 103-112.

17. 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27 巻, 1 号 (2004), pp. 94-99.

18. 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27 巻, 1 号 (2004), pp. 94-99.

19. キューブラー＝ロス, エリザベス著, 川口正吉訳, 死ぬ瞬間, 東京: 誠実新聞社, 1971 年, pp. 171-189.

20. 上野郁子, “末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究,” 精神神経学雑誌, 86 号 (1984), pp. 787-812.

21. 木村清美, 小泉美佐子, (2004) 前掲論文.

22. 自己開示とは、未知・既知を問わず、特定の他者に対して意図的に自己に関する率直な情報を言語的に伝達する行為の概念である。これに対して未知・既知を問わず、特定の他者に対して意図的に自己修飾した情報を言語的・非言語的に伝達する行為の概念を、自己呈示とよぶ。

原岡一馬編, 人間とコミュニケーション, 京都: ナカニシヤ出版, 1990 年, pp. 42-50.

23. 自己開示の返報性とは、自己開示の受け手が同程度の内容を持った自己開示情報を送り手に返す現象である。自己開示の返報性が起こる原因として、次の二点が挙げられる。第一は、患者から自己開示を受けたとき、それは相手の自分に対する信頼感や好意の表れとみなされるためである。その結果、相手に対しても信頼感や好意が増し、それに伴って同じ程度の自己開示を返報する傾向が強まるのである。第二は我々の社会には、相手から受けた恩恵や親愛の情に対して、それと同等の価値を持ったものを「お返し」すべきであるという返報性の規範が存在するためである。この規範が自己開示を受けたり、行ったりするときにも適応されるのである。

原岡一馬編 (1990) 前掲書, pp. 50-51.

## 【参考文献】

### (和文)

1) 青木幸昌, 他, 緩和医療のすすめ—がんと共に生きる—, 東京: 最新医学社, 1998 年, pp. 38-39.

2) 青柳弓矢, 鳥居芽, “ターミナル期における身体症状への基本的ケア,” 臨牀看護, 21 巻, 1 号 (1995 年), pp. 69-74.

3) 秋月伸哉, 内富康介, “がん患者の精神症状とその早期発見,” 医学のあゆみ, 205 巻, 12 号 (2003 年), pp. 898-902.

4) 秋葉直志, 山下誠, 佐藤修二, 他, “インターネットのセカンドオピニオン請求の質問にみる肺癌患者および家族の訴え,” 肺癌, 42 巻, 6 号 (2002), pp. 589-593.

5) 明智龍男, 中野智仁, 松岡豊, 他, “がん疼痛に対する心理的アプローチ,” 痛みと臨床, 1 巻, 3 号 (2001), pp. 323-328.

6) 明智龍男, 奥山徹, 中野智仁, 他, “終末期がん患者における希死念慮—その頻度および身体的・心理社会的関連要因—,” 総合病院精神医学, 13 巻, 2 号 (2001), pp. 153-158.

7) 明智龍男, “がん患者の精神症状の診断と治療,” がん看護, 7 巻, 6 号 (2002), pp. 475-481.

8) 明智龍男, がんとこころのケア NHK ブックス [975], 東京: 日本放送出版協会, 2003 年.

9) 浅野茂隆, 谷憲三郎, 大木桃代, がん患者ケアのための心理学—実践的サイコオンコロジー— (第3版), 東京: 真興交易医書出版部, 2000 年.

10) 渥美和彦総監修, 国際「統合医療」元年—第1回 国際統合医療専門学会公式記録集 2004—, 東京: 日本医療企画, 2004 年.

11) 安保徹, 未来免疫学, 東京: インターメディカル, 2002 年.

12) 安保徹, “からだを守る白血球の自律神経支配—鍼灸医学の病気を治すメカニズム,” 全日本鍼灸学会雑誌, 52 巻, 5 号 (2002), pp. 486-500.

13) 雨貝孝, 他, “免疫の観点からみた鍼灸医学研究の総括,” 全日本鍼灸学会雑誌, 53 巻, 2 号 (2003), pp. 152-158.

14) 安藤満代, “終末期がん患者の苦痛,” 臨床心理学, 5 巻, 4 号 (2005), pp. 495-503.

15) 池田和久, “鍼通電刺激がラット胃運動に及ぼす影響について—自律神経と末梢求心路に関する検討—,” 明治鍼灸医学, 27 号 (2000), pp. 15-26.

16) 石垣靖子, “心のケア—患者の自由度の拡大への挑戦—,” ターミナルケア, 9 巻, 2 号 (1999), pp. 106-109.

- 17) 石崎直人, 岩昌弘, 矢野忠, 他. “我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査その1 鍼灸治療の利用状況について.” 全日本鍼灸学会雑誌, 55巻, 5号(2005), pp. 697-705.
- 18) 石崎直人, 小野直哉, 矢野忠, 他. “我が国における鍼灸治療の利用状況及び利用目的に関する調査－2005年全国調査の結果から－.” 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 3号(2006), p. 503.
- 19) 石田秀実. 気・流れる身体. 東京: 平川出版社, 1987年.
- 20) 石田秀実. 東洋医学思想史 もう一つの医学. 東京: 東京大学出版社, 1992年.
- 21) 石田秀実. ここからからだ－中国古代における身体思想－. 福岡: 中国書店, 1995年.
- 22) 石原克己. “ホリスティックな視点からみたうつ症状(うつ病)における鍼灸治療の現状, 可能性と限界.” 鍼灸OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 279-285.
- 23) “医師への気兼ねが患者の行動を制約 医師や医療機関の対応に8割超が不満 第一生命経済研究所の調査.” 厚生福祉, 5275号(2005), pp. 2-6.
- 24) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(1).” 週, 25巻(2004), pp. 2-5.
- 25) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(2).” 週, 26巻(2004), pp. 11-13.
- 26) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(3).” 週, 27巻(2004), pp. 6-8.
- 27) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(4).” 週, 28巻(2004), pp. 24-27.
- 28) 稲葉裕. “スピリチュアルの邦訳についての考察.” ターミナルケア, 10巻, 2号(2000), pp. 94-100.
- 29) 井上聡, 千原明. “ターミナル期に多くみられる症状.” 臨牀看護, 21巻, 1号(1995), pp. 49-53.
- 30) 今井賢司, 他. “鍼刺激が引き起こすヒトの胃電図, 瞬時心拍数および交感神経皮膚反応の変化とその機序に関する研究.” 明治鍼灸医学, 19号(1996), pp. 45-55.
- 31) 今井昭雄. “住民の求める医療機関, 医師は－県医師会主催「健康セミナー」アンケート調査より.” 新潟県医師会報, 644号(2003), pp. 9-13.
- 32) 今西二郎編. 代替医療のいま 別冊・医学のあゆみ. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2000年.
- 33) 今西二郎編. 医療従事者のための補完・代替医療. 京都: 金芳堂, 2003年.
- 34) 今村由香, 河正子, 荻岡真美, 他. “終末期がん患者のスピリチュアルケア概念構造の検討.” ターミナルケア, 12巻, 5号(2002), pp. 425-434.
- 35) 岩崎祥一. “ガン患者への心理的アプローチ.” 岡堂哲雄編. 健康心理学－健康の回復・維持・増進を目指して－. 東京: 誠信書房, 1991年.
- 36) 岩崎明子, 他. “がん患者の心理的ケアに関する研究.” 長野県看護大学紀要, 8号(2002), pp. 85-93.
- 37) 岩田敬子. “ターミナル期における患者の心理・精神的問題に対する対応.” 臨牀看護, 21巻, 1号(1995), pp. 75-78.
- 38) 岩昌宏. “腸管運動に対する鍼灸刺激の影響に関する実験的研究.” 明治鍼灸医学, 24号(1999), pp. 33-43.
- 39) 岩原奈央, 渡邊晶子. “看護師のストレスとその効果的なコーピング.” 東京医科大学病院看護研究集録, 24号(2004), pp. 5-9.
- 40) ウィリッグ, C著, 上淵寿, 大家まゆみ, 小松孝至訳. 心理学のための質的研究法入門[創造的な探究に向けて]. 東京: 培風館, 2003年.
- 41) 上田至宏, 櫻葉均, 錦織綾彦. “鍼灸と反射活動.” 西条一止, 熊澤孝朗監修. 鍼灸臨床の科学. 東京: 医師薬出版株式会社, 2000年, pp. 483-502.
- 42) 上西洋子, 松本和子, 吉本千鶴, 他. “大学病院一般病棟の看護師のスピリチュアルケアに関する意識と実態.” 総合消化器ケア, 8巻, 1号(2003), pp. 80-87.
- 43) 上野郁子. “末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究.” 精神神経学雑誌, 86巻, 10号(1984), pp. 787-812.
- 44) 植松佑介, 他. “カンファレンスルームBからの症例報告10 肺癌の化学療法による副作用症状の症例.” 医道の日本, 701号(2002), pp. 26-31.
- 45) 上村晶子, 他. “ターミナルケアにおける看護婦のストレス－意識調査から.” 心身医学, 34巻, 4号(1994), pp. 291-298.
- 46) 内田さえ, 他. “子宮の神経性調節と鍼灸.” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 4号(1999), pp. 555-566.
- 47) 内布敦子. “終末期がん患者の看護援助について－Peaceful Deathを導く看護援助について－.” がん看護, 1巻, 2号(1996), pp. 160-164.
- 48) 内布敦子. “患者が死にゆくことを言語化することを支える「看護師の構え」.” がん看護, 7巻, 6号(2002), pp. 521-528.
- 49) 宇都宮由美子. “マウス移植腫瘍の増殖, 転移および免疫能に及ぼす鍼灸刺激の影響についての研究.” 明治鍼灸医学, 16号(1995), pp. 27-38.
- 50) 大田信男, 新井久爾夫, 大山茂夫, 他. コミュニケーション学入門. 東京: 大修館書店, 1994年.
- 51) 大西奈保子. “一般病棟でのターミナルケアにかかわる看護師の経験.” 民医連医療, 387号(2004), pp. 37-39.
- 52) 大西秀樹. “がん患者における不安と抑うつ.” 治療, 87巻, 3号(2005), pp. 483-488.
- 53) 大野ゆう子, 中村隆, 他. “日本のがん罹患率の将来推計－ベイズ型ボクソン・コウホートモデルによる解析に基づく2020年までの予測.” 大島明, 他編. がん・統計日登－罹患死亡予後－2004. 東京: 篠原出版新社, 2004年, pp. 201-217.
- 54) 大橋明. “希望とその関連要因に関する研究 希望の概念と先行研究の検討.” 人間科学研究, 4号(2002), 15-27.
- 55) 岡堂哲雄, 上野盛, 志賀令明. 病気と痛みの心理学 現代のエスプリ別冊. 東京: 至文堂, 2000年.
- 56) 岡部素道. 鍼灸経絡治療. 東京: 続文堂, 1974年.
- 57) 岡村仁, 岡本泰昌, 高見浩, 他. “癌患者とその患者への心理・社会的サポート Psycho-oncologyの視点から.” 癌治療と宿主, 7巻(1995), pp. 38-46.
- 58) 奥田いさよ. 村人援助のカウンセリング. 東京: 川島書店, 1991年.
- 59) 奥村裕一, 堀内秀訓, 安藤仁. “うつ症状と鍼灸治療 鍼灸治療により症状が緩解した3症例.” 鍼灸OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 267-277.
- 60) 小野直哉, 岡貞充, 田口太郎. “学園祭における鍼灸及び代替医療に関する意識調査.” 全日本鍼灸学会雑誌, 52巻, 3号(2002), p. 306.
- 61) 小野直哉, 西村周三. “統合医療と医療経済－統合医療における相補・代替医療と医療経済－.” 日本統合医療学会編. 統合医療 基礎と臨床. 東京: 日本統合医療学会, 2005年, pp. 43-50.
- 62) 帯津良一. ガンを治す大辞典. 東京: 二見書房, 1991年.
- 63) 帯津良一. “統合医学21年の経験から－統合とは主客非分離－.” 堀美和彦総監修. 国際「統合医療」元年－第1回 国際統合医療専門家会議公式記録集2004－. 東京: 日本医療企画, 2004年, pp. 50-58.
- 64) 梶田昭. 医学の歴史. 東京: 講談社, 2003年.
- 65) 柏木哲夫. 死にゆく患者と家族への援助 ホスピスケアの実践. 東京: 医学書院, 1988年.



- 66) 柏木哲夫, “癌:ターミナルケア,” 内科, 70 巻, 1 号 (1992), p. 147.
- 67) 柏木哲夫, 藤腹明子編, 系統看護学講座 別巻 10 ターミナルケア, 東京:医学書院, 1985 年, p. 6.
- 68) 柏木哲夫編, 系統看護学講座 別巻 10 ターミナルケア, 東京:医学書院, 1992 年.
- 69) 柏木哲夫, 死にゆく患者の心に聴くー末期医療と患者理解, 東京:中山書店, 1996 年.
- 70) 柏木哲夫, “トータルペインとは,” がん患者と対症療法, 13 巻, 2 号 (2002), pp. 6-10.
- 71) 片平好重, “がん医療におけるエリゾン精神看護専門看護師の役割,” がん看護, 7 巻, 6 号 (2002), pp. 467-470.
- 72) 桂川恵美, 安江友美, 梅間み, “患者“不”満足度調査,” 患者満足, 4 巻, 3 号 (2000), pp. 111-118.
- 73) 蒲原聖可, “健康診断受診者における代替医療の認知度・利用状況および病院受診時の自己申告率,” 渥美和彦総監修, 国際統合医療元年ー第 1 回 国際統合医療専門家会議公式記録集 2004 ー, 東京:日本医療企画, pp. 314-315.
- 74) 上地栄, 昭和鍼灸の歲月ー経絡治療への道ー, 東京:続文堂, 1985 年.
- 75) 河西宏祐, インタビュー調査への招待, 京都:世界思想社, 2006 年.
- 76) 河野博臣, ガンの人間学, 東京:弘文堂, 1984 年.
- 77) 河野博臣, “サイコオンコロジーの基礎づくりから現在そして将来,” がん看護, 7 巻, 6 号 (2002), pp. 450-454.
- 78) ガービッチ, キャロル著, 上田礼子他訳, 保健医療職のための質的研究入門, 東京:医学書院, 2003 年.
- 79) 河正子, “スピリチュアリティ, スピリチュアルペインの探究からスピリチュアルケアへ,” 緩和ケア, 15 巻, 5 号 (2005), pp. 368-374.
- 80) 河正子, 末永和之, 田村久行, “座談会 医療現場でスピリチュアルケアはどこまでできるのか,” 緩和ケア, 15 巻, 5 号 (2005), pp. 506-513.
- 81) 貴邑富久美子, 根来英雄, シンプル生理学, 東京:南江堂, 1988 年.
- 82) 菊池惇, “緩和ケア,” 治療, 87 巻, 4 号 (2005), pp. 1566-1570.
- 83) 木下由美子, 福田幸子, 真中久子, 他, “末期がん患者ケアにおけるナースのジレンマ,” 看護展望, 8 巻, 12 号 (1983), pp. 25-34.
- 84) 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27 巻, 1 号 (2004), pp. 94-99.
- 85) 木村登紀子, “「心」をどう理解するかー心理学からのアプローチ,” ターミナルケア, 9 巻, 2 号 (1999), pp. 92-96.
- 86) キューブラー・ロス, エリザベス著, 川口正吉訳, 死ぬ瞬間, 東京:説光新聞社, 1971 年. 窪寺俊之, スピリチュアルケア序説, 東京:三輪書店, 2004 年.
- 87) クラインマン, アーサー著, 大橋英寿, 遠山宣哉, 作道信介, 他訳, 臨床人類学 文化のなかの病者と治療者, 東京:弘文堂, 1992 年.
- 88) 栗原幸江, “がん患者のこころのケア 心理療法士の立場から,” 治療, 87 巻, 4 号 (2005), pp. 1556-1560.
- 89) 黒田浩一郎編, 医療社会学のフロンティアー現代医療と社会ー, 京都:世界思想社, 2001 年. 経絡治療学会編, 日本鍼灸医学 (経絡治療・臨床編), 東京:経絡治療学会, 2001 年.
- 90) 小泉美佐子, 伊藤まゆみ, 宮本美佐, “青年期の看護学生と高齢者の希望の比較に関する研究,” 群馬保健学紀要, 20 号 (1999), 103-112.
- 91) “心をつかむ “3 分診療”,” 日経メディカル, 33 巻, 10 号 (2004), pp. 46-57.
- 92) 小島操子, “がん看護専門看護師の現状と展望,” ターミナルケア, 9 巻, 6 号 (1999), pp. 405-411.
- 93) 小曾戸洋, 中国医学古典と日本ー書誌と伝承ー, 東京:塙書房, 1996 年.
- 94) 小松浩子, 小島操子, “ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス,” 看護学雑誌, 52 巻, 11 号 (1988), pp. 1077-1083.
- 95) 小柳仁監修, 標準外科学 第 10 版, 東京:医学書院, 2004 年.
- 96) コール, A. S & パード, J 著, 飯島克己, 佐々木将人訳, メディカルインタビュー 三つの機能モデルによるアプローチ (第 2 版), 東京:メディカルサイエンス・インターナショナル, 2003 年.
- 97) 近藤まゆみ, “総合相談部における専門看護師のはたらき,” ターミナルケア, 9 巻, 6 号 (1999), pp. 416-419.
- 98) 酒井シヅ, 日本の医療史, 東京:東京書店, 1980 年.
- 99) 桜井厚, インタビューの社会学ーライフストーリーの聞き方, 東京:せりか書房, 2005 年.
- 100) 笹原朋代, 梅原美保子, 白井由紀, 他, “東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査ー医師と看護師の死および緩和ケアに関する態度,” 緩和ケア, 15 巻, 6 号 (2005), pp. 669-674.
- 101) 笹原寿美, 藤田淳子, 岡山寧子, 他, “一般病棟看護師の終末期ケアとストレスの関連ーホスピス・緩和ケア病棟看護師との比較からー,” 日本がん看護雑誌, 18 号 (2004), p. 100.
- 102) “座談会 鍼灸とターミナルケア,” 医道の日本, 701 号 (2002), pp. 7-22.
- 103) 佐藤純一編, 文化現象としての癒しー民間医療の現在, 大阪:メディカ出版, 2000 年.
- 104) 佐藤純一, 100 問 100 答医療の不思議, 東京:河出書房新社, 2001 年.
- 105) 志賀弘朗, “医師・患者関係の築き方,” 治療, 79 巻, 1 号 (1997), pp. 13-18.
- 106) 篠原昭二, 他, “灸刺激によるマウス移植腫瘍の増殖およびリンパ節転移の抑制効果について,” 明治鍼灸医学, 5 号 (1989), pp. 113-119.
- 107) 篠原昭二, 他, “鍼灸院におけるがん患者に対する鍼灸治療の実態調査,” 全日本鍼灸学会雑誌, 52 巻, 3 号 (2002), p. 126.
- 108) 篠原昭二, 渡邊勝之, “緩和医療における鍼灸,” 緩和医療学, 5 巻, 3 号 (2003), pp. 235-241.
- 109) 終末期医療に関する調査等検討会編, 今後の終末期医療のあり方, 東京:中央法規出版株式会社, 2005 年.
- 110) 首藤傳明, 経絡治療のすすめ, 神奈川:医道の日本社, 1983 年.
- 111) 首藤傳明, “うつ病の鍼灸治療,” 鍼灸 OSAKA, 21 巻, 3 号 (2005), pp. 239-244.
- 112) 進藤雄三, 黒田浩一郎編, 医療社会学を学ぶ人のために, 京都:世界思想社, 2005 年.
- 113) 杉万俊夫編, コミュニティのグループダイナミックス, 京都:京都大学出版会, 2006 年.
- 114) 鈴木信, “10 年来の抑うつ気分が改善した 1 例,” 臨床針灸, 19 巻, 2 号 (2004), pp. 32-42.
- 115) 鈴木信孝, “補完代替医療学の発展,” 全日本鍼灸学会雑誌, 56 巻, 5 号 (2006), pp. 693-701.
- 116) 鈴木雅雄, 他, “鍼灸治療により全身倦怠感と食欲不振の改善が得られた末期腎癌患者の一例,” 第 3 回日本緩和医療学会総会 (1998), p. 118.
- 117) 世界保険機関 (WHO) 編, 武田文和訳, がんの痛みからの解放 WHO 方式疼痛治療法, 東京:金原出版, 1987 年.
- 118) 世界保険機関 (WHO) 編, 武田文和訳, がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 東京:金原出版, 1993 年.
- 119) 関恵子, 他, “鍼灸治療により疼痛の軽減が得られた胃癌患者の 1 症例,” 全日本鍼灸学会雑誌, 50 巻, 2 号 (2000), p. 338.
- 120) 芹沢勝助, 鍼灸の科学 理論篇, 東京:医師薬出版株式会社, 1959 年.
- 121) 滝田弥生, “歯科領域におけるハリ麻酔の臨床生理学的研究,” 奈良医学誌, 36 巻, 2 号 (1985), pp. 328-352.
- 122) 高士典典, “緩和ケアにおける, 東洋医学に基づいた温熱療法の試み,” 全日本鍼灸学会雑誌, 55 巻, 4 号 (2005), pp. 574-583.

- 123) 高橋都, 甲斐一郎, 赤林朗, 他. “乳癌患者への心理・社会的支援に関する外科医の意識－第1報－問題の種類と対応すべき職種・支援者－.” 乳癌の臨床, 14巻, 4号(1999), pp. 495-502.
- 124) 高橋都, 赤林朗, 甲斐一郎, 他. “乳癌患者の心理社会的支援に関する外科医の意識－第2報－外科医から精神科医/心療内科医/心理専門家への患者紹介行動－.” 総合病院精神医学, 13巻, 1号(2001), pp. 38-46.
- 125) 高宮有介. “ギアチェンジの動向と問題点.” ターミナルケア, 11巻, 3号(2001), pp. 173-176.
- 126) 竹田太郎, 他. “カンファレンスルームBからの症例報告15 精神的サポートとして鍼灸治療が有用だった末期直腸癌の1症例.” 医道の日本, 706号(2002), pp. 64-70.
- 127) 竹山晋一郎著, 藤井美保子編. 漢方医術復興の理論 改訂版. 東京: 綴文堂, 1971年.
- 128) 田代姫代. “腫瘍に対する鍼灸治療の臨床例.” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 1号(1999), p. 232.
- 129) 田中克往. “がん患者の緩和ケア－緩和医療をトータルに考える.” 治療, 87巻, 4号(2005), pp. 1549-1555.
- 130) 田中英夫, 淡田修久, 和歌恵美子, 他. “がん(成人病)専門診療施設における病棟別に見た入院患者満足度－2年間の変化とその要因－.” 全日本自治体病院協議会雑誌, 44巻, 7号(2005), pp. 974-984.
- 131) 田村恵子. “病院全体に関わる専門看護師のはたらき.” ターミナルケア, 9巻, 6号(1999), pp. 412-415.
- 132) 田村恵子. “がん患者のスピリチュアルペインとその対応としてのケア.” 緩和ケア, 15巻, 5号(2005), pp. 396-401.
- 133) 塚田弥生, 川嶋朗, 山下仁. “代替医療としての鍼灸治療－国際比較とプライマリケア医が知っておくべき鍼灸の適応とその現状、安全性について－.” 治療, 84巻, 1号(2002), pp. 85-91.
- 134) 辻本好子. “最後まで「私らしさ」が尊重されるために.” 死の臨床, 19巻, 1号(1996), pp. 13-14.
- 135) 辻本好子. “患者の不満はどこからきて、どこに行くのか.” 日本歯科医療管理学会雑誌, 37巻, 1号(2002), p. 31.
- 136) 鶴田正敏他. “コミュニケーション不足が招く患者・家族の不満に対応する.” 看護学雑誌, 67巻, 6号(2003), pp. 543-549.
- 137) 鶴若麻理, 岡安大仁. “末期がん患者のスピリチュアルニーズについて.” 生命倫理, 11巻, 1号(2000), pp. 58-63.
- 138) 傳田光洋. 皮膚は考える 岩波科学ライブラリー112. 東京: 岩波書店, 2005年.
- 139) 天津中医学院+学校法人後藤学園編. 針灸学「基礎編」. 千葉: 東洋学術出版社, 1991年.
- 140) 藤堂明保編. 学研 漢和大辞典. 東京: 学習研究社, 1978年.
- 141) “特集 患者1500人インターネット調査－私たちはここが不満で通院先を変えました.” 日経ヘルスケア, 124号(2000), pp. 10-27.
- 142) 東原正明, 近藤まゆみ編. 緩和ケア. 東京: 医学書院, 2000年.
- 143) 恒藤暁. 最新緩和医学. 大阪: 最新医学社, 1999年.
- 144) 所昭宏, 川原正明, 中井吉英. “がん医療現場でのストレスとその対応.” 緩和ケア, 15巻, 6号(2005), pp. 609-613.
- 145) 長尾榮一教授退官記念論文集刊行会編. “鍼灸按摩史論考.” 東京: 桜雲会, 1996年.
- 146) 中川米造, 藤崎和彦編. 良い医者育てる 21世紀の医療を担う 現代のエスプリ313. 東京: 至文堂, 1993年.
- 147) 永田勝太郎, 他. 日本のターミナルケア. 東京: 誠信書房, 1985年.
- 148) 永田勝太郎, 長谷川拓也, 岡野寛, 他. “がんの自然退縮に関する研究－実存の転換の条件.” 心身医学, 44巻, 7号(2004), pp. 480-486.
- 149) 長野仁解説. 野尻佳子子編. 鍼のひびき灸のぬくもり－癒しの歴史－. 岐阜: 内藤記念くすり博物館, 2002年.
- 150) 中野峰子, 久保ひろみ, 森本裕子, 他. “患者満足度調査の分析と患者満足度向上への取り組み.” 看護管理 日本看護学会論文集, 34号(2003), pp. 118-120.
- 151) 中村一徳. “精神疾患に対する鍼灸治療(うつを中心として).” 鍼灸OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 261-265.
- 152) 中村宏孝, 他. “骨髄腫瘍で骨転移した患者の鍼灸治療.” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 1号(1999), p. 253.
- 153) 中村智代子, 丸口ミサエ. “精神的動揺の強い進行がん患者の看護.” がん看護, 7巻, 6号(2002), pp. 482-487.
- 154) 西川順子, 真鍋照美. “患者家族とのコミュニケーション 不満を表出できなかった終末期患者の家族から学んだ基本的スキル.” 看護実践の科学, 28巻, 13号(2003), pp. 15-19.
- 155) 西条一止, 熊澤孝朗監修. 鍼灸臨床の科学. 東京: 医歯薬出版社, 2000年.
- 156) 西野弘員, 佐藤美幸, 田中愛子, 他. “精神的ケアに対する一般看護師の感情とケアへの不安－精神科経験による差異－.” 精神看護 日本看護学会論文集, 第36回(2005), pp. 234-236.
- 157) 日本死の臨床研究会・教育研修委員会編. 死の臨床とコミュニケーション. 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2003年.
- 158) 日本統合医療学会編. 統合医療 基礎と臨床. 東京: 日本統合医療学会, 2005年.
- 159) 野末聖香. “ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策.” ターミナルケア, 15巻, 6号(1995), pp. 440-444.
- 160) 野村拓, 藤崎和彦. わかりやすい医療社会学. 東京: 看護の科学社, 1997年.
- 161) パーソンス, タルコット著, 佐藤勉訳. “社会構造と受動的過程－近代医療の事例.” 社会体系論 現代社会学大系 第14巻. 東京: 青木書店, 1974年, pp. 424-475.
- 162) 濱口恵子. “緩和ケアにおけるがん看護専門看護師の役割.” 死の臨床, 24巻, 1号(2001), pp. 16-18.
- 163) 原岡一馬編. 人間とコミュニケーション. 京都: ナカニシヤ出版, 1990年.
- 164) 原田朋代, 神津朋子, 小田式子, 他. “緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルケアに関する研究～入院経過に伴う希望の変化についての質的分析～.” 上武大学看護学部紀要, 2巻, 2号(2005), pp. 9-17.
- 165) 日野原重明監修, 岡安大仁, 柏木哲夫編. ターミナルケア医学. 東京: 医学書院, 1989年.
- 166) 兵藤正義, 亀井順二. “悪性腫瘍痛の鍼灸治療.” Pharma Medica, 10巻, 3号(1992), pp. 65-70.
- 167) 平井啓. “末期がん患者の心理適応に関する研究.” 人間科学研究, 4号(2002), pp. 29-43.
- 168) 平賀一陽, 他. “日本におけるがん疼痛治療の現状と問題点.” ターミナルケア, 4巻(1994), pp. 190-194.
- 169) 廣政基, 他. “サーモグラフィー法の疼痛部位および鍼灸治療効果の客観的評価法としての有用性について.” 明治鍼灸医学, 8号(1991), pp. 43-51.
- 170) 廣瀬寛子. “看護カウンセリングの実際.” ターミナルケア, 9巻, 2号(1999), pp. 97-101.
- 171) 廣瀬寛子, 田上美千佳. “生と死のスピリチュアルティーがん患者と遺された家族への関わりからみえてきたもの－.” 人間性心理学研究, 21巻, 2号(2003), pp. 205-219.
- 172) 福井次矢監修. メディカル・インタビューマニュアル 医師の本領を活かすコミュニケーション技法(第3版). 東京: インターメディカ, 2002年.
- 173) 福田早苗, 渡邊映理, 小野直哉, 他. “現代西洋医学以外の伝統的医療・治療の使用と健康問題に関する実態調査.” 日本公衆衛生雑誌, 53巻, 4号(2006), pp. 293-300.

- 174) 福田文彦, 他. “カンファレンスルーム B からの症例報告 4 膵臓癌による背部痛の症例.” 医道の日本, 693 号 (2001), pp. 15-21.
- 175) 福田文彦, 矢野忠. “現代医学からみた東洋医学 鍼灸による抗ストレス作用.” 医学のあゆみ, 203 巻, 6 号 (2002), pp. 459-464.
- 176) 福田文彦, 矢野忠, 鈴木雅雄, 他. “緩和ケアにおける鍼灸治療.” がん患者と対症療法, 13 巻, 2 号 (2002), pp. 51-57.
- 177) 福田文彦, 久保春子, 矢野忠. “軽度のうつ状態に対する鍼灸治療.” 医道の日本, 65 巻, 4 号 (2006), pp. 78-82.
- 178) 福本美鈴, 近藤亜希子, 三上真理子, 他. “病棟に勤務する看護師のストレス場面に対する調査.” 精神看護 日本看護協会論文集, 36 回 (2005), pp. 226-227.
- 179) 藤木俊郎. 素問医学の世界ー古代中国医学の展開ー. 東京: 綴文堂, 1976 年.
- 180) 藤木俊郎. 鍼灸医学源流考ー素問医学の世界Ⅱー. 東京: 綴文堂, 1979 年.
- 181) 藤腹明子. 看護学生のためのターミナルケア入門. 東京: メヂカルフレンド社, 1995 年.
- 182) 藤本連風. “刺絡が奏功した癌の一症例ー大腿腫瘍の治療例ー.” 日本刺絡学会誌, 9 巻, 1 号 (2001), pp. 7-16.
- 183) フリック, ウヴェ. 著. 小田博志, 山本則子, 春日常, 他訳. 質的研究入門ー〈人間の科学〉のための方法論. 東京: 春秋社, 2002 年.
- 184) ブルーマ, ハーバート著. 後藤将之訳. シンボリック相互作用論. 東京: 頸草書房, 1991 年.
- 185) ベッカー, カール, 柏木哲夫, デーケン, アルフォンス, 他著. 深く死ぬために〈臨死学〉入門. 東京: 春秋社, 1995 年.
- 186) ベッカー, カール編著. 生と死のケアを考える. 京都: 法蔵館, 2000 年.
- 187) ホープ, キャサリン&ニコラス, メイズ編. 大滝純司監訳. 質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために. 東京: 医学書院, 2001 年.
- 188) 堀毛裕子. “ILLNESS の意味ーSD 法による疾患のイメージ分析.” 日本健康心理学会第 7 会大発表論文集, 1994 年, pp. 142-143.
- 189) 前野宏. “医師に対するスピリチュアルケアのアンケート結果とスピリチュアルケアにおける仮定と原則.” ターミナルケア, 10 巻, 2 号 (2000), pp. 97-102.
- 190) 町田いづみ. “医療コミュニケーション・面接技術・ラポール形成.” 診断と治療, 91 巻, 8 号 (2003), pp. 1301-1310.
- 191) 町野朔, 丸山雅夫, 西村秀二, 他. 安楽死・尊厳死・末期医療 資料・生命倫理と法Ⅱ. 東京: 信山社出版株式会社, 1997 年.
- 192) 末田清子, 福田浩子. コミュニケーション学 その展望と視点. 東京: 松柏社, 2003 年.
- 193) 松本勲, 他. “鍼刺激によるひと下腿筋血流の改善.” 明治鍼灸医学, 6 号 (1990), pp. 83-87.
- 194) 松本日出男, 池田聡子, 森満. “同一医療機関の医師・看護職における精神的健康度と職場のストレス要因の検討.” 北海道公衆衛生学雑誌, 15 巻, 2 号 (2002), pp. 155-165.
- 195) 松森裕司. “鍼灸 鬱状態に対する鍼灸治療.” 日本東洋医学雑誌, 54 巻, 1 号 (2003), pp. 161-168.
- 196) 真柳誠. “現代中医鍼灸学の形成に与えた日本の貢献.” 全日本鍼灸学会雑誌, 56 巻, 4 号 (2006), pp. 605-615.
- 197) 水島裕編. 今日の治療薬 2001 年版. 東京: 南江堂, 2001 年.
- 198) 南利雄. “ストレス疾患への伝統医学治療.” 鍼灸 OSAKA, 21 巻, 3 号 (2005), pp. 251-254.
- 199) 向野義人. “Systematic Review からみたうつ病に対する鍼の有効性.” 鍼灸 OSAKA, 21 巻, 3 号 (2005), pp. 245-250.
- 200) 村上園男. ターミナルケア・ガイド. 大阪: 関西看護出版, 2005 年, pp. 99-158.
- 201) 村田久行. “スピリチュアルケアとは何か.” ターミナルケア, 12 巻, 4 号 (2002), pp. 324-327.
- 202) 村田久行. “終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアー現象学的アプローチによる解明ー.” 緩和ケア, 15 巻, 5 号 (2005), pp. 385-390.
- 203) 森珠美, 上村章博, 福田文彦, 他. “末期癌患者に対する鍼灸治療の試みーターミナルケアとしての鍼灸治療の有用性についてー.” 明治鍼灸医学, 13 号 (1993), pp. 45-54.
- 204) 森田達也, 井上聡, 千原明. “終末期がん患者の危死念慮と身体的苦痛・実存的苦痛.” ターミナルケア, 10 号 (2000), pp. 177-178.
- 205) 森田達也, 井上聡, 千原明, 他. “終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア:統計的レビューにもとづく統合化.” 緩和医療学, 3 巻, 4 号 (2001), pp. 444-456.
- 206) 森田雅之, 松本慎之. 鎮痛剤によるがん疼痛治療法 別冊 2001 年改訂版. 東京: テクノコミュニケーションズ, 2001 年, p. 17.
- 207) 森田幸代, 下田和孝. “がん患者の精神症状に対する薬物治療法.” 医学のあゆみ, 205 巻, 12 号 (2003), pp. 907-910.
- 208) 柳沢みどり, 黒岩礼子. “患者・看護職における満足度の相違と分析 相方の満足・不満足傾向の要素を探る.” 季刊東京精神病院協会雑誌別冊, 別冊 20 号 (2005), pp. 64-68.
- 209) 矢野忠, 丸山彰貞, 田中淳子, 他. “鍼通電, TENS による EEG トポグラムの変化.” 明治鍼灸医学, 創刊号 (1985), pp. 55-64.
- 210) 矢野忠, 森和, 行待寿紀. “ストレスからの開放そして鍼灸ー中枢神経機能からみた鍼灸のストレス緩和の効果についてー.” 全日本鍼灸学会雑誌, 43 巻, 4 号 (1993), pp. 143-153.
- 211) 矢野忠, 他. “ターミナルケアと東洋医学ー鍼灸医学の立場からー.” 東方医学, 9 巻, 4 号 (1993), pp. 9-19.
- 212) 矢野忠, 福田文彦, 加藤葵, 他. “現代のストレスと東洋医学 ストレスと鍼灸医学.” 日本東洋医学雑誌, 55 巻, 1 号 (2004), pp. 78-85.
- 213) 山口建, 他. がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 概要版 がんに向き合った 7,885 人の声. 静岡: 「がんの社会学」に関する合同研究班, 2004 年.
- 214) 山口建, 石川睦弓, 堀内智子. “がん患者の不安と悩み.” 治療, 87 巻, 4 号 (2005), pp. 1469-1475.
- 215) 山崎喜比古編. 健康と医療の社会学. 東京: 東京大学出版会, 2001 年.
- 216) 山崎章郎. “人間存在の構造からみたスピリチュアルペイン.” 緩和ケア, 15 巻, 5 号 (2005), pp. 376-379.
- 217) 山下仁, 津嘉山洋, 丹野添夫, 他. “鍼灸の副作用.” 医学のあゆみ, 196 巻, 10 号 (2001), pp. 765-767.
- 218) 山下仁, 津嘉山洋. “日本における相補・代替医療の利用の現状と課題.” 病院, 63 号 (2004), pp. 379-383.
- 219) 山下仁. “日本における CAM と統合医療の普及状況.” 渥美和彦監修. 国際統合医療元年ー第 1 回 国際統合医療専門家会議公式記録集 2004ー. 東京: 日本医療企画, pp. 120-126.
- 220) 山下仁, 津嘉山洋. “日本の成人鍼灸受療者に関する全国規模電話調査 2005.” 全日本鍼灸学会雑誌, 56 巻, 3 号 (2006), p. 503.
- 221) 山下仁. “欧米における Acupuncture 事情と日本鍼灸の課題.” 全日本鍼灸学会雑誌, 56 巻, 6 号 (2006), pp. 703-712.
- 222) 山田慶児. 中国医学の思想的風土. 東京: 潮出版社, 1995 年.
- 223) 山田光胤, 代田文彦. 図説 東洋医学〈基礎編〉. 東京: 学習研究社, 1979 年.
- 224) 山田祐司. “緩和ケア病棟での代替医療の光と闇.” ターミナルケア, 10 巻, 5 号 (2000), pp. 343-345.
- 225) 山脇成人, 萬谷智之. “がん医療における精神科医の役割.” がん看護, 7 巻, 6 号 (2002), pp. 461-466.
- 226) 山室誠. “終末期医療に携わる医師のあり方ーペインクリニック医の立場からー.” 治療, 79 巻, 1 号 (1997), pp. 45-48.
- 227) 横川陽子, 平賀一陽. “鍼灸治療とがん患者の気分の変化.” 死の臨床, 14 巻, 1 号 (1991), pp. 88-93.
- 228) 横川陽子, 他. “癌疼痛の補助療法としての鍼灸治療.” 癌患者と対症療法, 3 巻, 1 号 (1991), pp. 679-685.

- 229) 横川陽子, 他. “がん病院における鍼灸治療の経過と現状.” 死の臨床, 16 巻, 1 号 (1993), pp. 70-74.
- 230) 横川陽子, 他. “浮腫への鍼灸.” IJM, 3 巻, 12 号 (1993), pp. 1134-1136.
- 231) 横川陽子, 他. “がん患者に対する鍼灸治療.” 鍼灸 OSAKA, 13 巻, 3 号 (1997), pp. 27-31.
- 232) 横川陽子, 他. “担当がん患者への鍼灸治療の経験.” ペインクリニック, 9 巻, 6 号 (1998), pp. 797-802.
- 233) 吉田智美. “専門看護師とコンサルテーション.” ターミナルケア, 9 巻, 6 号 (1999), pp. 420-422.
- 234) 吉田扶美子. “ホスピス・緩和ケア病棟で働く看護師のストレスとその対処.” がん患者と対症療法, 15 巻, 1 号 (2004), pp. 58-61.
- 235) 淀川キリスト教病院ホスピス編, 柏木哲夫監修. 緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル改訂第4版. 大阪: 最新医学社, 1992 年-2001 年.
- 236) 楽学舎編. 看護のために人間科学を求めて. 京都: ナカニシヤ出版, 2000 年.
- 237) ロック, マーガレット著, 中川米造訳. 都市文化と東洋医学. 京都: 思文閣出版, 1990 年.
- 238) 和田美香. “緩和ケア病棟に勤務する看護師のストレスとその対処法.” 緩和ケア, 15 巻, 6 号 (2005), pp. 625-626.

#### 〈英文〉

- 1) Akechi, T. et al. “Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer hospitals.” Journal of Clinical Oncology, 31 (2001), pp. 188-194.
- 2) Cooley, C. H. Social organization. New York: Schocken Books, 1909.
- 3) Derogatis, L. R., et al. “The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients.” JAMA, 249 (1983), pp. 751-757.
- 4) Eisenberg, D. M., et al. “Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.” JAMA, 280 (1998), pp. 1569-1575.
- 5) Hall, E. T. The hidden dimension. New York: Doubleday, 1966.
- 6) Hori, Y., Takita, Y., et al. “The mechanism of acupuncture analgesia by electrophysiological study – With special reference to dental clinic.” 関西鍼灸大学年報, 9 号 (1993), pp. 4-11.
- 7) Hovland, C. I. et al. Communication and persuasion. New Haven: Yale University Press, 1953.
- 8) Matsumoto, D. Culture and psychology (2ed.). Belmont, CA: Wadsworth, 2000.
- 9) Passik, S. D., et al. “Oncologists’ recognition of depression in their patients with cancer.” Journal of Clinical Oncology, 16 (1998), pp. 1594-1600.
- 10) Rounds, I. B., Zevon, M. “Cancer stereotypes: A multidimensional scaling analysis.” Journal of Behavioral Medicine, 16, 1993, pp. 485-496.
- 11) Schramm, W. The process and effects of mass communication. Illinois: University of Illinois Press, 1954.
- 12) Szasz, T. S., and Hollender, M. H. “A Contribution to the philosophy of medicine.” Archives Internal Medicine, 97 (1956), pp. 585-592.
- 13) Trenholm, S., Jensen, A. Interpersonal communication. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 2000.
- 14) Veatch, R. M. “The Patient-physician Relation: The Patient as Partner.” part 2, Indiana University press, 1991.
- 15) Wood, J. T. Gendered lives: Communication, gender and culture. Belmont, CA: Wadsworth, 1994.

#### 〈ホームページ〉

- 1) 厚生労働省. “第5表 性別にみた死因順位(第10位まで) 別死亡数・構成割合.” 平成17年人口動態統計(確定数)の概況. <http://mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo5.html> 2006年10月25日
- 2) 日本補完代替医療学会ホームページ <http://www.icam-net.jp/info/what.html> 2006年11月1日.
- 3) 野村和弘, 他編. がんの統計 '05 がんの治療法(国立がんセンター中央病院, 初発症例: 昭和50年度・平成16年の比較). <http://www.ncc.go.jp/ip/statistics/2005/preface.pdf> 2006年10月25日.
- 4) 野村和弘, 他編. がんの統計 '05 序 <http://www.ncc.go.jp/ip/statistics/2005/preface.pdf> 2006年10月25日.