

# アロマセラピーマッサージを 看護師が臨床現場で実践するときに必要なプロセス

相原 由花<sup>1)</sup> 内布 敦子<sup>2)</sup>

## 要 旨

### 目的

緩和ケアに携わる看護師は、補完代替療法の一つであるアロマセラピーマッサージ（以下アロマM）に高い関心を持っている。看護師は、香りの知識や健康な人を対象としたリラクゼーション目的のアロマMテクニックを個人的に習得し、様々な臨床状況の中で試行錯誤をしながら実践を繰り返しているが、看護ケアとして実践していくためのプロセスは明確になっていない。そこで本研究は、看護師がアロマMを臨床現場で実践するプロセスを明らかにし、看護師がアロマMを看護ケアとして実践するために必要な要素を見出すことを目的とする。

### 方法

アロマMについて一定の研修を受け、すでに臨床においてアロマMを実践している看護師4名×3グループを対象に、グループ・フォーカス・インタビューを行った。逐語録から単位データを取り出し、カテゴリー化した上で、カテゴリー間の関係を読み取り、臨床現場でアロマMを実践するプロセスの構造化を図った。

### 結果と考察

12名の研究参加者から得られたデータを分析した。看護師がアロマMを実践するにあたり、【看護師がアロマMの実践を決定する】【アロマMの実施計画を立てる】【アロマMを実践する環境を作る】【アロマMの実践準備をする】【アロマMの実践をする】【アロマM終了後の患者と看護師の変化を評価する】の6つの大カテゴリーが抽出された。これにより看護師は、アセスメント、計画、実践、評価という看護過程に則してアロマMを実践していることが明らかとなった。また、それぞれのカテゴリーとして明らかとなった実践要素を満たせば、アロマMを看護ケアとして実践できる可能性が示唆された。

キーワード：アロマセラピーマッサージ、アロマセラピー、看護過程、補完代替医療、看護ケア

---

1) 兵庫県立大学大学院看護研究科 博士後期課程治療看護学専攻  
2) 兵庫県立大学看護学部看護学科 実践基礎看護講座 治療看護学

## I. 緒 言

1990年、補完代替医療（Complementary and Alternative Medicine：CAM以下CAMと表記する）に対して米国民が年間100億円以上を支払っていることが報告され、保健財政上でも注目されることとなった<sup>1)</sup>。1999年、国立補完代替医療センター（National Center for Complementary and Alternative Medicine：NCCAM）がCAMを「近代西洋医学以外のすべての医療・ヘルスケアシステム・実践・生成物質を示す」と定義し、各療法の安全性と有効性、費用対効果などを見極めるため、CAMの研究は加速している。

一方看護領域では、1960年代から1970年代にかけて看護のパラダイムに立った看護ケアを発展させる看護モデルや看護理論が形作られ、その結果、看護師は自律的な介入手段の開発が必要となった<sup>2)</sup>。その介入手段としてCAMが注目されるようになり、米国では2000年前後から盛んに研究が行われている。

Watsonは「看護師は動作やタッチ、音、言葉、色、形あるものを使って、そのフィーリング（感情）を伝え、その結果もう一人（患者）も同じフィーリングを経験する。これがケアの技<sup>3)</sup>」であるとし、アロマセラピー、音楽療法、アートセラピー、セラピューティックタッチ、ロルフイングやレイキなどを、看護におけるケアリング・ヒーリングアートとしてその重要性を述べている。またSnyderは、アロマセラピー、イメージ療法、ヒーリングタッチ、バイオフィードバック法など28種類のCAMを「看護における補助的／補完代替療法」として位置づけ<sup>4)</sup>、mind-body-spiritの調和を図る全体的存在の癒しとして、その有用性を示している。看護介入分類法（NIC）第5版には、すでに看護師が独自に実践できる介入方法として「アロマセラピー」「芸術療法」「バイオフィードバック法」「音楽療法」「セラピューティックタッチ」等が記載され<sup>5)</sup>、有効な看護介入として期待されている。

日本は1998年に「日本代替・相補・伝統医療連合会議（現：日本補完代替医療学会）」が発足し、臨床の看護師からCAMについての体験や考えが報告されるようになった<sup>6)</sup>。その後、看護師はCAMのうちアロマセラピーやリフレクソロジーなどの手技療法の習得がすす

み、症状緩和やリラクゼーションを目的に臨床において実践が始まった<sup>7) 8)</sup>。

補完代替療法は疾患の治癒より、個人的な療養を目的に取り入れられることが多い。なかでもマッサージなどの快感をもたらし療法は、身体的苦痛の多いがん患者に多く用いられるため、看護師の中には一定の教育を受けて病院の中で実践しているものもいる<sup>9) 10)</sup>。病院組織の中で看護師がマッサージなどの補完代替療法を行うことをすでに患者も病院も受け入れ、効果をあげている報告も見られる<sup>11) 12)</sup>。特にアロマセラピーの手法の一つであるアロマセラピーマッサージ（アロマM）は、緩和ケアに携わる看護師によって病院の中で実施されている例が多くみられるが、看護の一部として実践されているわけではない<sup>13) 14) 15)</sup>。したがってCAMとして習得した技術をどのように看護ケアとして実践すればよいか、またその要素について明確にする必要がある。

本研究は、補完代替療法の一つであるアロマMに焦点を当て、看護師がアロマMを臨床現場で実践するプロセスを明らかにし、看護師がアロマMを看護ケアとして実践するために必要な要素を見出すことを目的とする。

## II. 用語の定義

アロマセラピーマッサージ（アロマMと略する）：本研究では、植物から抽出した芳香性有機化合物（精油）を植物油に1～2%濃度で溶かしたものを体に塗布し、手のひらを使って軽擦法を中心としたオイルマッサージを行うこととする。

看護ケア：本研究では、患者に安楽を与え、ニーズを満たすために個別的に直接的に働きかけることとする。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

フォーカス・グループ・インタビューで得た記述データからアロマMを臨床現場で実践するプロセスとして必要な要素を見出す、質的帰納的研究デザインを採用した。

## 2. 研究参加者

アロマMについて一定の研修を修了し、看護の現場で実践したことがある、あるいは現在実践している看護師を対象とした。アロマMができる看護師を会員として抱える2～3の団体の主催者に研究内容を文書にて説明し、主催者の協力を得て、主催者より研究参加者候補として該当する看護師を4～6名紹介をしてもらった。紹介の際は、主催者から会員に対して研究参加への強制力がかからないよう配慮してもらった。

## 3. データの収集方法

Vaughnらが提唱したフォーカス・グループ・インタビュー技法<sup>16)</sup>を使用した。この方法は、複数の個人の形式張らない議論によって情報を集め、系統的に整理して新しい理論を構築することができる。最大の特徴は、グループダイナミクスの応用により、単独インタビューでは得られない奥深く幅広い情報内容を引き出すことが可能な点である。手順は、主催者から紹介された研究参加者候補に対し、本研究の趣旨を文書と口頭で説明し、研究協力の同意が得られた方を研究参加者として2時間程度のフォーカス・グループ・インタビューを行った。研究者が司会者となり、インタビューガイドに従って進め、インタビュー内容は同意のもと録音し、逐語録として記述したものをデータとした。

主なインタビュー項目は、アロマMを実践しようと思っただけ、実践の状況などとした。

## 4. データ収集期間

2014年6月～2015年3月

## 5. 分析方法

収集したインタビュー内容の逐語録を作成し、発言の意図や文言に含まれる意味にも細心の注意を払い、看護師がアロマMを実践する際に思考、行動したこと、アロマMに影響を与えると判断した状況や患者の反応などに焦点をあててコード化し、抽象度を上げながらその意味を適切に表現するサブカテゴリーを作成した。サブカテゴリーの類似性と相違性に注意しながら分析しカテゴリー化し、それぞれのカテゴリーの特性と前後の状況を読み取って構造化を図った。尚、分析は質的研究に精通

している指導者のスーパーバイズを受け、合意が得られるまで検討を重ねることで信頼性、妥当性を高めた。

## 6. 倫理的配慮

紹介された研究参加者候補に、目的、方法、手順を文書と口頭にて説明し、研究の自由参加と中断を保証し、それによって不利益が生じないことを説明した。また匿名性の確保のためデータはすべてイニシャルにて表記することを説明し、自由意思により文書をもって同意を得た者だけを研究参加者とした。インタビューは研究参加者の疲労感を考え2時間を超えないように行い、途中退出や休憩も可能として行った。尚、本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会（承認番号：博士7）の承認を得て行った。

## IV. 結 果

### 1. 研究参加者の概要

研究参加者は、関西、関東、東海圏内にある医療施設に勤務する12名の看護師であった。診療科は、緩和ケア病棟またはチーム4名、訪問看護ステーション2名、腫瘍内科・産婦人科・リハビリテーション科・精神科・手術室・老人介護福祉施設の各1名であった。平均年齢は41.8歳、平均臨床経験年数は19.3年、アロマMの経験年数は4.9年であった。12名のアロマセラピー受講時間は、200～500時間であった。（表1）

研究参加者を地域ごとに4名ずつ3つのグループに分け、地域ごとに参加しやすいよう日程調整をした上で集合してもらい、フォーカス・グループ・インタビューを実施した。

### 2. 臨床現場における看護師のアロマM実践のカテゴリー

看護師が臨床現場で行うアロマM実践は、【看護師がアロマMの実践を決定する】【アロマMの実践計画を立てる】【アロマMを実践する環境をつくる】【アロマMの実践準備をする】【アロマMの実践をする】【アロマM終了後の患者と看護師の変化を評価する】の6つの大カテゴリーが抽出された。それぞれの大カテゴリーで抽出された。カテゴリーとサブカテゴリーも含めて表2に示し

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年代	最終学歴	臨床経験年数	アロマMの経験年数	施設	診療科	アロマセラピーの受講時間
A	40	専門学校	20	5	一般病院	手術室	300時間
B	40	専門学校	20	1	一般病院	精神科	300時間
C	30	大学	14	4	訪問看護ステーション		300時間
D	50	大学院	20	12	訪問看護ステーション		400時間
E	40	大学院	21	2	一般病院	緩和ケア科	200時間
F	30	大学／看護専門学校	16	3	一般病院	緩和ケア科	450時間
G	40	専門学校	21	5	一般病院	緩和ケアチーム	200時間
H	40	専門学校	26	5	一般病院	緩和ケアチーム	200時間
I	40	専門学校	26	3	老人介護福祉施設		200時間
J	30	大学	13	3	一般病院	腫瘍内科	450時間
K	40	専門学校	17	9	一般病院	産婦人科	200時間
L	30	専門学校	17	7	リハビリテーション病院	回復期病棟	500時間

た。以下、大カテゴリーを【】、カテゴリーを〈〉で記し、大カテゴリーごとに実践プロセスを説明する。また各カテゴリーの基となった典型的な発言は枠内に示す。

### 1) 【看護師がアロマMの実践を決定する】

この大カテゴリーは、〈患者の不快さや無力感を共感する〉〈援助へのニーズを明確にする〉〈通常看護とアロマMの有用性を比較検討する〉という3つのカテゴリーから構成された(表2)。

看護師は、表2のサブカテゴリーに示された場面において、通常看護では解消できない〈患者の不快さや無力感を共感(する)〉したことがアロマMの実践のきっかけになっていた。

次に看護師は、日常の患者の言動や様子から看護援助自体を必要としているかどうかを確認し、〈援助へのニーズを明確にする〉ことを行っていた。援助のニーズがあると判断した上で、〈通常看護とアロマMの有用性を比較検討(する)〉している。まず通常看護の中で方法を探すが、それでは十分な効果を得る見込みがなく、アロマMの方がより効果的だと判断した場合に、アロマMの実践を決定するという過程が語られた。次に典型的な発言の例を示す。

〈患者の不快さや無力感を共感する〉

亡くなる3日前ぐらいに全然寝られなくなり、夜勤のときに、このもだえるような身の置き所のないしんどさをどうにかしてあげたいと思った。(研究参加者E)

〈通常看護とアロマMの有用性を比較検討する〉

看護師としての自分がまず土台にあって、その中から選んで、一番自分が最適だと思う方法の一つがアロマなので、全ての患者さんにアロマを適合させていこうとは全く思っていません。(研究参加者F)

### 2) 【アロマMの実践計画を立てる】

この大カテゴリーは、〈実践計画を立て、主治医・看護スタッフに提示し許可を得る〉〈本人の意思を確認し、了解を得る〉という2つのカテゴリーから構成された(表2)。看護師は独自に介入することはなく、医師や同僚看護師、本人の了解を得ることによって実践時間と安全性を確保していた。

### 3) 【アロマMを実践する環境をつくる】

この大カテゴリーは、アロマMを実践する前に〈患者との信頼関係を構築する〉と〈アロマMに対する構え

表2 臨床現場における看護師のアロママッサージ（以下アロマM）実践のカテゴリー

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
看護師がアロマMの実践を決定する	患者の不快さや無力感を共感する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ネガティブな治療経験を持っている</li> <li>・現行治療では十分な症状改善が見られない</li> <li>・コントロールできない心身の苦痛を抱えている</li> <li>・孤独感が強く人とのつながりを欲している</li> <li>・入院や病気によるストレスを感じている</li> <li>・言語的コミュニケーションが困難でケアに不全感がある</li> <li>・苦境の中、自分らしくありたいともがいている</li> </ul>
	援助へのニーズを明確にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者にアロマMが必要だと察知する</li> <li>・患者がアロマMを希望してきた</li> </ul>
	通常看護とアロマMの有用性を比較検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の病態を考慮し、有効なケアを多面的に検討する</li> <li>・通常看護より有用と思われるときに選択する</li> <li>・患者に安全であることを確認する</li> </ul>
アロマMの実践計画を立てる	実践計画を立て主治医・看護スタッフに提示し許可を得る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医に必要性和安全性を説明し許可を得る</li> <li>・上司の許可を得て看護計画に組み込む</li> <li>・看護スタッフに説明し、協力を得る</li> </ul>
	本人の意思を確認し、了解を得る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わかりやすい言葉で本人や家族説明する</li> <li>・同意書にて本人または家族の了承を得る</li> </ul>
アロマMを実践する環境をつくる	患者との信頼関係を構築する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分なコミュニケーションを図る</li> <li>・日々の患者との関わりで信頼を得る</li> </ul>
	アロマMに対する構えをつくる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自身を整え、余裕を持つ</li> <li>・施術時間を確保する</li> </ul>
アロマMの実践準備をする	個別性に配慮した有効で安全な方法を選択する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嗜好性と作用を考慮した香りを選択する</li> <li>・効果的な手順を選択する</li> <li>・患者にとって心地よい手技を選択する</li> <li>・適切な介入のタイミングを図る</li> </ul>
	患者の安楽を保つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疲れが出ない程度の施術時間にする</li> <li>・安楽な体位で行う</li> </ul>
	患者に危険がないように配慮する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パッチテストでI型アレルギーを確認する</li> </ul>
アロマMの実践をする	常に心地よいタッチを心がける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常に心地よいタッチの仕方を心がける</li> <li>・気持ちを込めて施術する</li> </ul>
	患者の言語・非言語的呼応で施術を工夫する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圧を患者に確認しながら心地よいタッチを保つ</li> <li>・表情で心地よいかどうかを観察する</li> <li>・患者の様子から会話の量を調整する</li> <li>・表出された語りや感情を受け止める</li> </ul>
	安全に施術をすすめる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の反応が良くなければ直ちに中止する</li> </ul>
	患者が自己開示する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・語りが出られる</li> <li>・感情表出がおこる</li> </ul>

	患者の心身の安楽を看護師が感じる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の共鳴がおこる</li> <li>・心理的共感がおこる</li> <li>・心地よさが表現される</li> </ul>
	看護師が癒され、満たされる実感を得る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師自身も癒されている感覚</li> <li>・癒しているという満足感</li> </ul>
アロマM終了後に患者と看護師の変化を評価する	患者の安寧が保たれる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状の改善が見られた</li> <li>・穏やかな状態が継続</li> </ul>
	看護師への信頼が高まる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が感謝の意を示した</li> <li>・看護師に心を開いた</li> </ul>
	患者との関係性の深まりを実感する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者への関心が高まった</li> <li>・患者と親密性が高まった</li> </ul>
	人としての尊厳が高まる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「患者」ではなく、「人」として知覚するようになった</li> <li>・お互いが大切な存在であることに気づいた</li> </ul>
	ケアに喜びと自信を感じる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアに喜びを感じるようになった</li> <li>・自分の手で癒せたことでケアに自信をもてるようになった</li> </ul>
	さらなる看護の質の向上へ意欲が高まる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の看護に余裕が生まれるようになった</li> <li>・触れるケアの重要性を再認識した</li> <li>・看護への意欲が増した</li> <li>・看護師が癒されることの重要性に気づいた</li> </ul>

をつくる」という2つのカテゴリーから構成された(表2)。アロマMの実践を有効なものとするためには「患者との信頼関係を構築する」ことが前提となるとし、訪問看護等で初対面の患者がアロマMを希望しても、患者や家族との十分なコミュニケーションを経てから行っていることが語られた。また看護師は忙しい中でも訪室前に自身を整え、余裕のある状態をつくり、「アロマMに対する構えをつく(る)」っていた。また、予め看護計画に含めておくことによって施術時間を確保し、落ち着いて施術ができる工夫をしていた。次に典型的な発言の例を示す。

〈アロマMに対する構えをする〉

こちらがすごくきつい感じの勤務で、やってあげても何も感じてもらえないような気がして、こちらもしっかりと自分のことを整えて触ってあげることができるよう整えなければいけないと思うのです。

(研究参加者C)

#### 4) 【アロマMの実践準備をする】

この大カテゴリーは、「個別性に配慮した有効で安全な方法を選択する」「患者の安楽を保つ」「患者に危険がないように配慮する」という3つのカテゴリーから構成された(表2)。

看護師は、日々観察している患者の心身の状態をもとに、患者に適する香り、施術手順、施術部位、使用する手技、介入のタイミングを決定し、「個別性に配慮した有効で安全な方法を選択(する)」していることが語られた。

また、それぞれの患者が安楽に施術を受けられる体位、施術時間等を選定し、「患者の安楽を保つ」ことを優先していることも語られた。施術前に患者に適した精油の濃度でマッサージオイルをつくり、上腕内側へのパッチテストによって即時のアレルギー反応を確認するといった「患者に危険がないように配慮(する)」をしていることも明らかとなった。以下に典型的な発言の例を示す。

〈個別性に配慮した有効で安全な方法を選択する〉  
「今」というタイミングが来るのですよ。基準が分からないのですが。それは、多分病棟とかでずっと関わっているから見えてくるのかなという感じもして、今までの経過の中で、「今ここでやってあげたい」「今だな」と思うときがあるのですね。(研究参加者F)

その症状がこの病気から、どんなところから来ているのだろうなとイメージしつつ、そこが辛いということは、ここを触ると楽かなというのを自分の中でアセスメントしながら決めます。(研究参加者K)

##### 5) 【アロマMの実践をする】

このカテゴリーは、〈常に心地よいタッチを心がける〉〈患者の言語・非言語の呼応で施術を工夫する〉〈安全に施術をすすめる〉〈患者が自己開示する〉〈患者の心身の安楽を看護師が感じる〉〈看護師が癒され、満たされる実感を得る〉の6つカテゴリーから構成された(表2)。

看護師は、施術中も心を込めて優しく触れることを意識し、患者の安楽を目ざして、〈常に心地よいタッチを心がける〉ていることが語られた。以下に典型的な発言の例を示す。

〈常に心地よいタッチを心がける〉  
それが気持ち良くないものであってしまうと効果が出ないというか、逆に苦痛を与えてしまうので、アロマセラピーは気持ち良く受けたいので。  
(研究参加者B)  
優しく、心を込めて、気持ち良く。(研究参加者A)

患者の意識をタッチや香りに集中させるため、通常は施術中の会話は控えるが、会話で患者の緊張が緩和すると判断した場合や患者が話し始めた場合には会話しながら行う、あるいは圧の加減を患者に確認するなど、〈患者の言語・非言語的呼応で施術を工夫(する)〉をしていることが語られた。

また、〈安全に施術をすすめる〉ため、患者の反応がよくないと判断した時には施術の中止することも視野に入れながら実践していることも語られた。

施術中、患者が人生や病いについて語り始め、時には泣くなどの感情表出が起こるといった〈患者が自己開示する〉様子に遭遇することも多く、また患者との間で感

じる心身の一体感や心地よさそうな患者の表情から、〈患者の心身の安楽を看護師が感じる〉体験をしていた。同時に看護師はこうした患者の変化を実感することで〈看護師が癒され、満たされる実感を得る〉ことができると語っていた。次に典型的な発言の例を示す。

〈患者の心身の安楽を看護師が感じる〉  
香りによってマッサージして、患者さんと自分が合致して、症状がふっと取れるときがあって、そうすると体が急激にふっと和らぐのです。そうすると、すごく緊張していた体がものすごく柔らかくなる。そうすると患者さんというのはそれを自分も感じて、私も感じるので、合体しているときがあるなというのがありますよね。(研究参加者D)

##### 6) 【アロマM終了後の患者と看護師の変化を評価する】

この大カテゴリーは、〈患者の安寧が保たれる〉〈看護師への信頼が高まる〉という患者の変化としての2つのカテゴリーと、看護師の変化としての〈患者との関係性の深まりを実感する〉〈人としての尊厳が高まる〉〈ケアに喜びと自信を感じる〉〈さらなる看護の質の向上へ意欲が高まる〉の4つのカテゴリーから構成された。(表2)。

アロマM後の患者には、疼痛緩和やリンパ浮腫の軽減などの身体症状の緩和が見られ、気持ちも穏やかになることから、アロマMによって〈患者の安寧が保たれる〉ことを実感していた。また、患者が施術を担当した看護師に対して感謝の意を示す、特別な思いを吐露する、笑顔を見せる、などから看護師は、〈看護師への信頼が高まる〉ことを実感していた。

施術後、看護師は施術前よりも〈患者との関係性の深まりを実感する〉と語っていた。さらに施術中や施術後の会話によって患者をよく知ることができ、患者を人として大切にしたいと〈人としての尊厳の高まり〉も感じていた。次に典型的な発言の例を示す。

〈患者の安寧が保たれる〉  
ナースコールが減ってきました。患者さんが少しずつ寝られるようになったみたいです。(研究参加者E)

〈看護師への信頼が高まる〉  
 患者さんも何か、これは言えないけど、あなたには言えるということを書いてくださったりすると、もう本当に泣けてきてしまって。(研究参加者J)

〈患者との関係性の深まりを実感する〉  
 アロマで介入させてもらった患者さんや家族には、その人の人生とか、今まで生きてきたこととか、他の患者さんもちろん話してはくださるのですが、より深く、私たちの根本にあるようなところくらいまでのことが感じ取れるというか。(研究参加者J)

〈人としての尊厳が高まる〉  
 患者さんに対する対応が業務的ではなくなったというか(笑)、人を、相手を大切にしようになったような。(研究参加者F)

めに看護師自身が癒されていることの必要性に気づくなどくさらなる看護の質の向上へ意欲が高ま(る)ったと語っていた。次に典型的な発言の例を示す。

〈ケアの喜びと自信を感じる〉  
 ナースコールを押しているから、すごい押す人ではなくて、それぐらいしんどい人と見られるようになったなど。どうしたら一番この人が楽になるかなというところに、自分の考えを展開していけるようになったし、(中略) 全体的に、全人的というんですか、その人を全て見ていきたいなという自分になりました。私は自分のケアに少し自信が持てるようになりました。(研究参加者E)

### 3. 分析から導き出された看護師が臨床現場で行うアロマM実践の構造化

さらに看護師は、施術後の患者の様子からアロマMの効果を確認し、〈ケアの喜びと自信を感じる〉体験をしていた。さらにケアに喜びや自信が生まれることで、より積極的に患者とかかわろうとしたり、ケアの所作が丁寧になるなどの行動に変化が表れ、また、あらためて触れるケアの重要性を認識したり、よい看護を提供するた

本研究結果より導かれた看護師が行うアロマM実践をプロセスとして捉える構造化を試みた(図1)。■は大カテゴリー、■はカテゴリーを表した。右側に看護師の実践を左側に患者の実践を表記し、患者とともに行うことは中心に表記した。中心の矢印はプロセスの経過を示している。

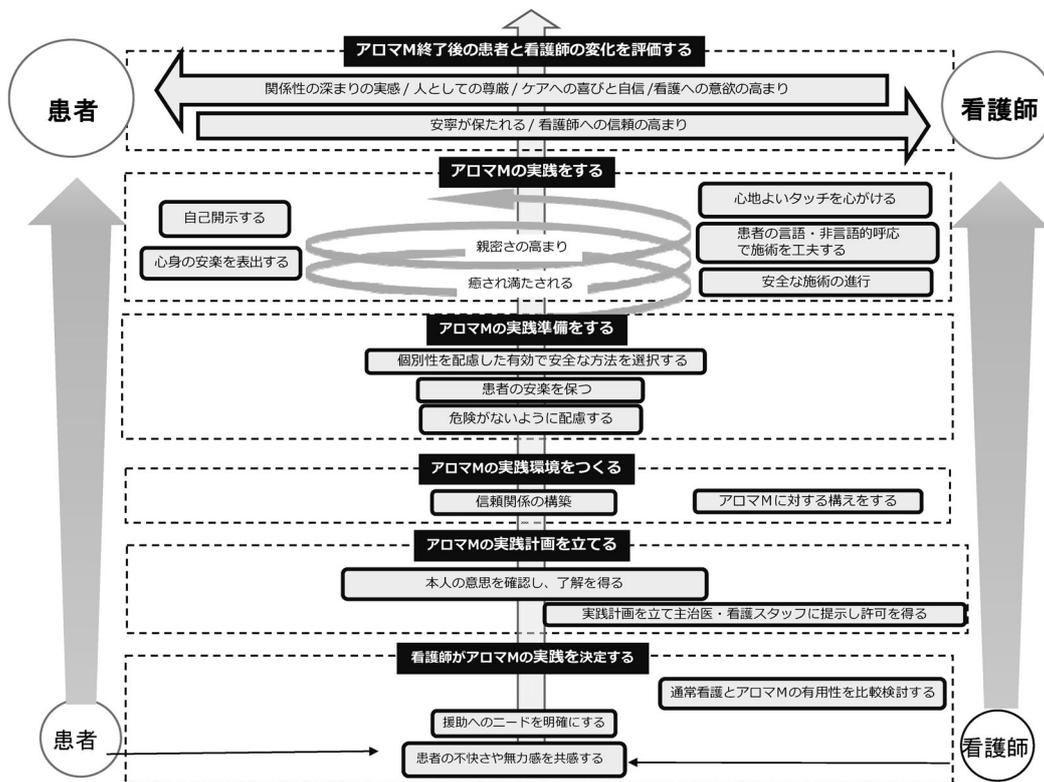


図1 看護師が臨床現場で行うアロマM実践プロセスの構造化

各カテゴリーがどのような文脈で語られたかをインタビューデータに戻って注意深く位置づけた結果、図1に示すように、看護師は患者のアロマMへのニーズや適応を判断した上で【看護師がアロマMの実践を決定する】、そして【アロマMの実践計画を立てる】という段階が位置づけられた。その後、【アロマMを実践する環境をつくる】ために患者との信頼関係や構えをつくるという段階が位置づけられた。入室し、患者を観察し、患者に体調を尋ねて状況を把握した上で香り、体位、圧、施術順、タイミングなどを個別性に考慮して【アロマMの実践準備をする】という段階が位置づけられた。その後には【アロマMの実践をする】段階が位置づけられ、看護師は心地よいタッチを心がけ、途中、患者の言語・非言語的反応を判断しながら中止も視野に入れて工夫しながら安全に施術を進めていた。その間、看護師は、患者が自己開示し、心身が安楽の状態であることを言葉や表情で確認し、お互いが癒し癒され、満たされる実感を味わっており、図1ではこのプロセスを螺旋の矢印で示した。アロマMの最後の段階には【アロマM終了後の患者と看護師の変化を評価する】が位置づけられ、ここでは患者との関係性の深まりや患者に安楽を提供できたことによってケアへの喜びを感じ、看護へのさらなる意欲が高まっていくというカテゴリーが位置づけられた。実践を通して患者や看護師はエンパワーメントされており、左右の矢印の幅の変化で表した。

## V. 考 察

一般的なアロマセラピーの研修は、「精油の知識」「アロマセラピーマッサージテクニックの習得」を中心に行われ、アロマMは、健康な人を対象としたリラクゼーションを目的に、「技術」として断片的に学ぶことが多い<sup>17)</sup>。しかし、アロマMを臨床現場で行っている看護師は、患者のニーズとアロマMへの適応を把握して実践を決定し、アロマMによるケア計画を立て、患者の個別性に配慮したアロマMの実践をし、実践後は、患者や看護師に起こる変化を評価するという看護プロセスに則してアロマMを行っていることが本研究で明らかとなった。看護師は、研修で習得した「技術」としてのアロマMを、看護プロセスに沿って実施し、患者の心身の安楽

を目的とした「看護ケア」として実践していることが示唆された。

ここでは、看護師がアロマMを臨床現場で実践する場合に特徴的な4つのカテゴリーに焦点をあてて考察する。

### 1. 〈通常看護とアロマMの有用性を比較検討する〉について

看護師は、患者の苦痛を共感し、援助のニーズがあると評価しても、その苦痛の緩和に対して即座にアロマMの実践を決めていない。患者の健康状態をアセスメントし、身体的精神的条件を考慮した上で、さらに通常看護で予測できる効果よりアロマMによる効果の方が患者にとって有用であると判断した場合にのみ、アロマMの実践を決定するという慎重な行動をとっている。医療現場の中でアロマMを実践するためには、医療的介入より患者に優位性があることを事前に明らかにする必要があると看護師は認識しているものと思われる。

### 2. 〈アロマMに対する構えをする〉について

看護師は、施術前に「自分を整える」という構えをつくることで、局面を変えて患者に向かおうとしていた。大久保らは、看護師の多くは、親しく、頻繁に、時間をかけて患者のそばにすることが許されないほどの日常業務の忙しさを感じながら業務を行っている<sup>18)</sup>と報告している。アロマMを実践する看護師も慌ただしく業務を行っていると推察され、入室前に流れを変えて、呼吸を整えるなどしてケアの体制をつくらうとしていると考えられる。

### 3. 〈個別性に配慮した有効で安全な方法を選択する〉〈患者の言語・非言語的呼応で施術を工夫する〉について

看護師は患者の状況や体調を考慮し、もっとも安楽安全が保たれ、有効性が高いと思われる香り、体位、手順、圧などを選択していた。健康維持や増進のために行われる一般的なアロマMでは、客が自由にメニューを選択し、客の要望に忠実に施術を行うのに対し、看護師が行う施術の場合は、アセスメントの結果を踏まえて目的をもち、患者と相談しながら、最も適した施術方法を探

求するという個別的な実践を心がけているところに大きな違いがある。

また実践中の看護師は、常に患者が安楽な状態であることを確認し、施術の中止も視野に入れながら、患者が安全で安楽であるよう施術に工夫を凝らしながら行っていた。川原の研究でも、看護師が患者に触れる場合は医学的知識に基づき、患者の反応を判断しながら行っている<sup>19)</sup>ことが明らかとなっている。看護師は、身体状態のモニタリングについて専門性が高く、あわせて表情など非言語的情報を包括的に判断することにおいても訓練されており、看護師独自の機能が活かされ、安全性や効果を追求しているものと思われる。

#### 4. 〈人としての尊厳の高まる〉〈ケアに喜びと自信を感じる〉について

アロマMの実践により、患者だけでなく看護師の内的成長が多くみられた。ケアリングを中心概念とする看護を学んできた看護師にとって、施術によって患者との関わりが深まったという実感は、ケアをする者としての自己の存在意義を強め、患者だけでなく自分自身も人として尊ぶ気持ちにつながったと考える。

また本研究同様、山中らの研究でもアロマMを実践している間に患者との身体的一体感や心理的共感を得るこ

とで、看護師は患者ケアに充実感を感じている<sup>20)</sup>ことが明らかになっており、人間関係に基づいて看護の専門性を達成しようとする看護師のケアへの態度の特徴と一致する。

## VI. 看護への示唆

「技術」として学んだアロマMを、臨床で実践する看護師は、看護プロセスに則り、患者の安楽や安寧を目的とした「看護ケア」として実践していることが明らかとなった。図1に示した段階に沿って、カテゴリーとして抽出された要素を満たせば、アロマMは「看護ケア」として実践することが可能であると考えられる。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は12名の研究参加者で行い、アロマM実践の過程がほぼ明らかになったと思われるが、理論的飽和まで至ったかどうかは不明である。またフォーカス・グループ・インタビュー法で行ったことで、個人の発言が十分に表出できていない可能性もある。今後は研究参加者の人数を増やし、さらに検討を重ねる必要がある。

## 引用文献

- 1) Eisenberg, D. M. et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*. 328(4), 1993, 246-252.
- 2) 諸田直実. 看護独自の介入としての補完代替療法. *がん看護*. 6(6), 2001, 450-453.
- 3) Jean Watson. ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア—. 稲岡文昭, 稲岡光子訳. 東京, 医学書院. 1992, 98.
- 4) Snyder, M. & Lindquist, R. 心とからだの調和を生むケア—看護に使う28の補助的／補完代替療法. 野島良子, 富川孝子訳. 東京, へるす出版, 1999.
- 5) Bulechek, G. M. et al. 看護介入分類 原書第5版. 中木高夫, 黒田裕子訳. 東京, 南江堂, 2009, 145.
- 6) 中村めぐみ. 関心の高い代替医療. *Nursing Today*. 14(5), 1999, 40.
- 7) 吉備登, 王財源, 中吉隆之他. 代替医療に関する全国の医療系学生のアンケート調査. *慢性疼痛*. 26(1), 2007, 85-100.
- 8) 新田紀枝, 川端京子. 看護における補完代替医療の現状と問題点—ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する看護師の補完代替医療の習得と実施に関する調査から. *日本補完代替医療学会誌*. 4(1), 2007, 23-31.

- 9) 新田紀枝, 川端京子, 高橋晃子他. ホスピス・緩和ケア病棟看護師の補完代替療法の実施の現状に関する調査. 成人看護Ⅱ. 37, 2006, 83-85.
- 10) 新田紀枝, 川端京子, 高橋晃子他. ホスピス・緩和ケア病棟看護師の補完代替療法の習得の現状と展望. 看護教育. 37, 2006, 144-146.
- 11) 大塚満寿美, 横田実恵子, 甲田雅一. 看護ケアへのアロマセラピーの導入第1報-東京警察病院の取り組み-. 日本アロマセラピー学会誌. 11(1), 2012, 20-24.
- 12) 横田実恵子, 大塚満寿美. 看護ケアへのアロマセラピーの導入第2報-東京警察病院におけるアロマセラピーリソースナースの活動-. 日本アロマセラピー学会誌. 11(1), 2012, 25-30.
- 13) 宮内貴子, 小原弘之, 末廣洋子. ホスピス・緩和ケア病棟におけるアロマセラピーの現状. がん看護. 10(5), 2005, 448-452.
- 14) 宇野真理子. 一般病棟での緩和ケアに関する一考察-ターミナル患者の症状緩和を目的としたアロマケアの事例を通じて-. 岐阜赤十字病院学雑誌. 20(1), 2008, 17-24.
- 15) 小端裕美. 病棟でケアプランとして行うアロマセラピーの成果と課題. 日本統合医療学会誌. 1(1), 2008, 104-106.
- 16) Vaughn, Sharon et al. グループ・インタビューの技法. 井下理, 柴原宜幸 (訳). 東京, 慶應義塾大学出版会, 1999.
- 17) Frisch, N. C. Nursing as a Context for Alternative/Complementary modalities. The Online Journal of Issue in Nursing. 6(2), 2001. <http://www.nursingworld.org/OJIN>
- 18) 大久保仁司, 山田忍. 肺がん患者の療養を支援する看護師が経験する困難. ホスピスと在宅ケア, 22(1), 2008, 31-37.
- 19) 川原由佳里. 癒しのプロセスを促進する看護技術に関する開発研究-身体への接触を伴う援助技術に焦点をあてて-Ⅲ. 触れるケアをめぐる看護師の経験: 身体論的観点からの分析 平成17年~20年度科学研究費補助金研究成果報告書. 2009, 37.
- 20) 山中愛子, 神里みどり. アロママッサージにより終末期がん患者との間にもたらされるセラピスト看護師の相互作用. 日本がん看護学会誌. 23(1), 2009, 61-69.

## Process in Which Aromatherapy Massage Nurses May Be Made Available on Clinical Setting

AIHARA Yuka<sup>1)</sup>, UCHINUNO Atsuko<sup>2)</sup>

### Abstract

#### Purpose

Nurses in the field of palliative care are strongly interested in aromatherapy massage as a type of complementary and alternative medicine. However, although they learn about aroma and aromatherapy massage techniques purely for relaxation purposes on healthy people, and although they practice those techniques and knowledge through trial and error in clinical situations, there is no clear process for their application as a recognized part of nursing care. This study, therefore, seeks to plot a clear process for the performance of aromatherapy massage as part of clinical treatment, and to define the requirements that must be fulfilled before nurses can do so as part of the care they provide.

#### Methods

Three focus groups consisting of four nurses, who have received a certain level of training on the aromatherapy massage and are already practicing it clinically, were interviewed. Unit data were extracted from verbatim transcripts of the interviews and categorized to illustrate correlations among them, so as to yield structured processes for nurses to perform aromatherapy massage as part of clinical treatment.

#### Results and Discussion

Data elicited from 12 participants could be grouped into six main categories : (1) Making the decision to have nurses perform aromatherapy massage on a particular patient ; (2) Drawing up aromatherapy massage plans ; (3) Establishing an environment in which to perform aromatherapy massage ; (4) Preparing to perform aromatherapy massage ; (5) Performing aromatherapy massage ; and (6) Evaluating changes in patients and nurses.

It is clear, therefore, that nurses who perform aromatherapy massage do so while conforming to the nursing process of assess, plan, implement, and evaluate. Thus, this study suggests is possible for aromatherapy massage to become a part of nursing care as long as the requirements highlighted in each of these processes are fulfilled.

Key words : Aromatherapy massage ; Aromatherapy ; Nursing Process ;  
Complementary and Alternative Medicine ; Nursing care

---

1) Graduate School of Nursing Art and Science, University of Hyogo.

2) Oncology Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo.