

2020 年度

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発

ND12N006 吉田由花

指導教員

主査 内布敦子教授

副査 川崎優子准教授

副査 谷田恵子准教授

副査 江川幸二教授

副査 木澤義之特命教授

(提出日)

2020 年 3 月 13 日提出

要 旨

アロマセラピーやアロマセラピーマッサージは、看護が提供できる援助として位置づけられている、あるいは言語での関わりが難しい患者との密接な関係や信頼関係の構築のために緩和ケアのスペシャリストなどの間で使用されていることなどが米国で報告されている。日本においても、学会や民間の教育機関にて学んだ看護師は数千人いると思われるが、現在のところアロマセラピーマッサージは看護援助として確立されておらず、知識と技術を習得した看護師の大半は、施設や個人の判断で行う実践にとどまっている。そこで、アロマセラピーマッサージを臨床で実践している看護師の実践内容をもとに手順を作成し、さらに看護のコアであるケアリングの概念で点検したのちに「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を作成した。本研究では、作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の有用性を検討する。

〈研究目的〉

従来のアロマセラピーマッサージによる介入(以下プログラムなしアロマ介入)と先行研究から暫定的に作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」による介入(以下プログラムありアロマ介入)を比較し、症状の緩和だけでなく、プログラムに内在するケアリングの効果として、ケアリング特性やケアリング効力感の向上がみられるかを検討する。加えて、実践での実用性についても点検し、介入プログラムの有用性を検討する。

〈研究方法〉

同一研究対象看護師に、プログラムなしアロマ介入とプログラムありアロマ介入を各 2 名ずつの患者に実践してもらった。各介入前後において、研究対象看護師に日本語版 Nyberg Caring Assessment Scale (日本語版 CAS)の 19 項目、日本語版 Caring Efficiency Scale (日本語版 CES)、一般感情尺度、実践の実感に関する調査表に回答してもらった。また研究対象患者には、一般感情尺度、症状レベル質問表、看護師との関係性に関する質問表に回答してもらった。さらに、すべての患者への介入終了後、看護師が感じた患者や看護師の心身の変化、互いの関係性の変化について、半構造的インタビューを行った。量的データの分析結果とインタビューデータの質的内容分析結果を比較、照合して分析し、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの効果を判断した。

〈結果〉

研究対象看護師は 36 名、研究対象患者は 144 名であった。看護師は 40 代が多く、すべて女性であった。訪問看護ステーション勤務が 61.1%、職位はスタッフが 86.1%と最も多かった。また、看護師経験年数の平均値は、 20.4 ± 6.38 年、アロマセラピー実践経験年数の平均値は、 3.6 ± 3.74 年であった。研究対象患者は、プログラムなしアロマ介入群(n=72)もプログラムありアロマ介入群(n=72)も年齢、

性別に差はなく、主な疾患は悪性新生物が多かった。

どちらのアロマ介入群の患者も血圧、脈拍が低下したが、正常範囲内で悪影響はなかった。また「痛み」「倦怠感」「呼吸困難感」「不安」の症状に対して緩和効果がみられた($p < .001$)。看護師が回答した日本語版 CAS (19 項目) と日本語版 CES の得点は、先行研究で報告された一般病院の病棟看護師の得点より高値を示し、プログラムありアロマ介入後も得点は低下することはない。看護師も患者もプログラムに関係なく、アロマ介入後は良い感情状態に変化した。看護師との関係性に関する質問に対し、プログラムありアロマ介入に「看護師といくと安心する」という項目の得点に有意な差が見られた($p = .013$)。また、看護師と患者の一般感情得点の重回帰分析の結果から、「肯定的感情状態」と「安静状態」において、相互に有意な関連が見られた ($\beta = .304 \sim .481$)。さらに、プログラムを使用した実践において「実践がしやすい」に有意な差がみられ ($P = .006$)、それはアロマセラピーマッサージ実践経験が 3 年未満の看護師や、実践に自信がない看護師に特に顕著に表れた。

また、プログラムの使用感を質問したインタビューデータの分析から、【確信を持てないまま実践していたことに気づく】【手順が明文化され実践がしやすい】【余裕をもってケアに専心できる】【確信をもって実践できる】【これまでの実践を点検し、より良い実践ができる】【「看護」を基盤としたケアとして実践できる】の 6 つのカテゴリーが抽出された。

〈考察〉

研究対象看護師は、プログラムの有無に関係なく、高いケアリング特性、およびケアリング効力感を保持しながら、常に良い感情状態で実践をしていることが示された。また、実践の安全性の確保や実践の容易性を高めることにプログラムの有用性があり、それはアロマセラピーマッサージの実践経験が浅い看護師や、実践に自信がない看護師に特に有用であると思われる。一方、研究対象患者は、看護師同様にプログラムの有無に関係なく、アロマ介入によって症状が緩和し、良い感情状態に変化することが分かった。さらにプログラムありアロマ介入によって、患者は看護師への信頼感を高めることが示された。また、高揚感や意欲を表す「肯定的感情状態」や平穏や落ち着きを表す「安静状態」において、看護師と患者がそれぞれ影響し合いながら、高まり合うことが明らかとなった。

Abstract

Reports from the United States show that aromatherapy and aromatherapy massage are recognized as forms of assistance that nurses can provide, and that they are used by palliative care specialists as a means of building closer relationships and trust with patients who struggle with linguistic communication. In Japan, several thousand nurses have learned aromatherapy massage through academic societies and privately-run academic institutions, but it is yet to become fully established as a form of nursing assistance. At present, it is practiced on an ad-hoc basis, wherein a majority of nurses who have acquired the knowledge and techniques of aromatherapy massage perform it based on their own judgment or that of the relevant facility.

For this study, an Aromatherapy Massage Based Nursing Intervention Program was established by compiling a set of procedures, which were based on the aromatherapy massage performed by nurses in clinical settings, and testing those procedures against the concepts of caring—the very cornerstone of nursing. The study investigates the validity of that program.

Purpose

This study compares conventional methods of aromatherapy massage intervention (“non-program intervention”) with methods used in accordance with the Aromatherapy Massage Based Nursing Intervention Program (“program-based intervention”) provisionally compiled based on prior research. It looks not only at alleviation of patients’ symptoms, but also at whether the effects of the care provided within the program result in improvements in care characteristics and the perceived efficacy of care. The study also examines the validity of the program in terms of practical utility.

Method

Nurses participating in the study performed program-based interventions and non-program interventions on two patients for each category of intervention. Before and after each intervention, the nurses filled out Japanese language versions of the Nyberg Caring Assessment Scale (the 19-question “Japanese CAS”) and Caring Efficiency Scale (“Japanese CES”), a general emotional scale survey, and a questionnaire regarding their perceptions of the interventions. Patients participating in the study also filled out a general emotional scale survey and questionnaires regarding the degree of their symptoms and their relationship with their nurse. Moreover, after all interventions were completed, a semi-structured interview was held to gauge whether the nurses detected physical or psychological changes in patients or

themselves, and changes in their relationships.

The results of analyses of the quantitative data and the qualitative interview data were compared and further subjected to matching analysis to determine the effects of the Aromatherapy Massage Based Nursing Intervention Program.

Results

36 nurses and 144 patients participated in the study. Most of the nurses were in their forties, and all were female. 61.1% worked at home-visit nursing “stations,” and the largest group (86.1%) were ranked as staff nurses. The average length of nursing experience was 20.4 years \pm 6.38 years, and the average length of practical aromatherapy experience was 3.6 years \pm 3.74 years. There was no difference in the ages and genders of the patients who underwent the program-based intervention (n=72) and those who underwent the non-program intervention (n=72). The main disorders suffered by most patients were malignant neoplasms.

Patients in both groups experienced lower blood pressure and pulse, but these were within normal range and there were no adverse effects. Some relief of pain, sense of fatigue, and breathing difficulties were observed ($p < .001$).

The nurses’ Japanese CAS and Japanese CES ratings were higher than those of the ward nurses in the prior research, and these did not decrease after the program-based interventions. Nurses and patients both reported better emotional states after aromatherapy interventions, regardless of whether they were program based or non-program. A significant difference was observed in the frequency of patients choosing “I feel at ease with the nurse” in response to questions about their relationship with nurses after undergoing program-based interventions ($p=.013$). Similarly, multiple regression analysis of nurses’ and patients’ general emotional scale scores showed significant relations on “positive emotional state” and “resting state” scores ($\beta = .304 \sim .481$).

Moreover, a significant change was observed in answers selecting “It is easy to perform” among those who were in the program-based intervention group ($P=.006$). This trend was particularly prominent among nurses with less than three years’ aromatherapy massage experience and nurses who were not confident in performing aromatherapy massage.

Analysis of interview data relating to participants’ feelings regarding usability of the program revealed six major groups: Nurses who realized they were practicing aromatherapy massage without confidence; nurses for whom aromatherapy massage became easier once the procedures were documented; nurses who gained the psychological leeway that allowed them to concentrate on providing care; nurses who gained confidence in performing aromatherapy massage; nurses who were able to examine their past performance and improve

their aromatherapy massage; and nurses who became able to offer aromatherapy massage as a means of care based on a solid foundation of nursing.

Observations

This study indicates that nurses maintained a high level of care characteristics and perceived efficacy of care and performed aromatherapy massage in a good emotional state regardless of whether it was program based or non-program. The program is effective in securing the safety of aromatherapy massage and making treatments easier to perform, which makes it particularly beneficial to nurses lacking experience or confidence in aromatherapy massage. Patients, too, reported alleviation of symptoms and improvement of emotional state regardless of whether the aromatherapy massage they received was program-based or non-program. Patients in the program-based intervention group indicated increased trust in nurses. Moreover, nurses and patients influenced each other to drive higher scores in the “positive emotional state” (e.g., elated, enthusiastic) and “resting state” (calm, relaxed) categories.

目次

第Ⅰ章 序論	1
第Ⅱ章 文献検討	2
1. 補完代替医療 (CAM)	2
2. 日本人看護師の CAM への関心	4
3. 看護領域におけるアロマセラピーの理解	9
4. 実践の枠組み	16
第Ⅲ章 予備調査	22
1. 調査の目的	22
2. 調査対象者	22
3. 実施期間	22
4. 調査方法	22
5. 分析方法	24
6. 修正点の検討	27
第Ⅳ章 本調査	28
1. 研究目的	28
2. 研究参加者	28
3. 実施期間	29
4. 研究方法	29
5. 倫理的配慮	31
第Ⅴ章 結果	36
1. 研究協力者の基本属性	37
2. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの評価	39
3. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの有用性	47
4. インタビューデータの質的内容分析	50
第Ⅵ章 考察	62
1. 対象について	62
2. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの評価	63
3. 看護としての意味づけ	68
4. 実践におけるプログラムの有用性	69
5. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの改変について	71
6. 研究の課題と限界	72
第Ⅶ章 結論	73
謝辞	74
引用文献	75

資料目次

資料 1-① 予備的調査依頼書（講習会主催者）	- 1 -
資料 1-② 予備的調査依頼書（施設長・看護部長）	- 11 -
資料 1-③ 予備的調査依頼書（看護師長・訪問看護ステーション所長）	- 22 -
資料 1-④ 予備的調査依頼書（看護師用）	- 33 -
資料 1-⑤ 予備的調査同意書（看護師用）	- 45 -
資料 1-⑥ 予備的調査依頼書（患者様用）	- 46 -
資料 1-⑦ 予備的調査同意書（患者様用）	- 53 -
資料 1-⑧ 予備的調査依頼書（主治医用）	- 54 -
資料 1-⑧-1 予備調査確認書（主治医用）	- 64 -
資料 2-① 本調査参加依頼書（講習会主催者）	- 65 -
資料 2-② 本調査依頼書（施設長・看護部長）	- 75 -
資料 2-③ 本調査依頼書（看護師長・訪問看護ステーション所長）	- 86 -
資料 2-④ 本調査依頼書（看護師用）	- 97 -
資料 2-⑤ 本調査同意書（看護師用）	- 109 -
資料 2-⑥ 本調査依頼書（患者様用）	- 110 -
資料 2-⑦-1 本調査同意書（患者様用）	- 117 -
資料 2-⑧ 本調査依頼書（主治医用）	- 118 -
資料 2-⑧-1 本調査確認書（主治医用）	- 128 -
資料 3 基礎データシート	- 129 -
資料 4 日本版ケアリング特性尺度	- 130 -
資料 5 日本語版ケアリング効力スケール	- 131 -
資料 6 看護師用一般感情尺度	- 133 -
資料 7 インタビューガイド A	- 134 -
資料 8 インタビューガイド B	- 135 -
資料 9 患者基礎データシート	- 136 -
資料 10 患者様用一般感情尺度	- 137 -
資料 11 症状レベル調査表	- 138 -
資料 12 看護師との関係性に関する調査表	- 139 -
資料 13 看護師への実践に関する感覚を問う質問紙	- 140 -
資料 14 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）	- 141 -
資料 15 看護アロマセラピーマッサージ記録用紙	- 155 -
資料 16 改訂版 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム	- 159 -
資料 17 改訂版 看護アロマセラピーマッサージ記録用紙	- 173 -

資料 18 予備調査の研究依頼方法とデータの収集方法.....	- 177 -
資料 19 本調査の研究依頼方法とデータ収集手順.....	- 179 -
別紙 1	- 181 -
別紙 2	- 182 -

第 I 章 序論

補完代替医療 (Complementary and Alternative Medicine : 以下 CAM) に対して、米国民が年間 130 億 7 千万ドルを支払っている (Eisenberg et al., 1990) ことが報告されて以来、保健財政上でも注目されることとなった。1999 年、国立補完代替医療センター (National Center for Complementary and Alternative Medicine : NCCAM) 現在は国立補完統合健康センター National Center for Complementary and Integrative Health : NCCIH) は、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、補完代替医療の安全性と有効性、費用対効果などを見極めるため、東洋医学などの伝統医学、ヒーリングやバイオフィードバックなどの心身医学的実践、食事療法やハーブ療法などの生物学的療法、カイロプラクティックやアロマセラピーなどの手技療法、セラピューティックタッチや気功のようなエネルギー療法の 5 つの領域に分けて助成金を支給し始めた。そのため CAM の研究は医師を中心に加速していった。

看護においても、1960 年代から 1970 年代にかけて長年にわたる看護の知識や技術を見直し、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、看護師の自律的実践手段として CAM が注目されるようになり、米国では 2000 年前後から研究が盛んになった。

日本も欧米諸国の影響を受け、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、臨床の看護師から補完代替療法についての体験や考えが報告され始めた。現在、がん、慢性疼痛、アレルギー疾患などを患った人々の症状緩和、リラクセーションを目的として CAM が実践されている (吉備ら, 2007 ; 新田, 川端, 2007)。その中でも香りや肌へのタッチの要素を持つアロマセラピーは、欧米でリフレクソロジーなどとともに認知が高く、また看護師の関心も高い (Fewell & Mackrodt, 2004)。日本でも、疼痛、倦怠感の緩和、難治性便秘といった身体症状に対しての効果を示した報告 (高橋, 米谷, 入江, 2006 ; 三島, 松本, 久保, 青木, 橋本, 2007 ; 宮内ら, 2007a ; 宮内, 山勢, 小原, 2007b ; 相原, 二木, 江川, 鈴木, 2016) がみられるほか、不安や抑うつ感といった精神症状に対する効果の報告 (梅田ら, 2000 ; 檜木ら, 2007) が、規模の小さい研究ながら数多く報告されている。またアロマセラピーは、看護師自身のケアリングツールとなることも示され (山中, 2009)、看護師のアロマセラピーに対する関心の高さについても報告されている (横井, 2010)。

一方、アロマセラピーを含む CAM を継続的に実践していくことに困難を感じているという報告も多い (新田, 川端, 2007 ; 高谷ら, 2011 ; Hunt, Randle, & Freshwater, 2004)。その理由として、実践時間の制限、役割や信念が変わることへの怖さ、安全性や経済性の問題等に加えて、CAM がメディカルモデルに組み込まれていないことを報告している (長瀬, 高谷, 樋野, 青木, 2012 ; Hunt et al., 2004)。しかし、川嶋 (1997) は、対象の健康レベルを少しでも改善し、苦痛を癒し、前向きな闘病生活の姿勢を生み出すような治療的効果を目指そうとする看護治療的アプローチの必要性を述べている。Jeon and Kim (2004) は、看護師が通

常看護と CAM の組み合わせによって治療効果が上がることから、今後新しい看護実践実践としての CAM を確立する必要があると述べており、また本谷と藤村 (2014a) も、CAM を看護教育に導入する上で、看護技術が本来もつ治療的、治癒促進的な側面を見直し、再評価し、CAM を看護独自の実践法として新たに位置づける必要性を報告している。

そこで本研究では、CAM の中でも看護師の関心が高いアロマセラピーマッサージを取り上げ、患者の安楽や安寧を導くことができる「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を開発することを目的とする。今後、慢性疾患の増加による地域医療に重点が置かれる中、看護師の看護治療的アプローチは、患者の健康回復や療養生活にとって重要な支えとなると考える。このプログラムにより実践の手順が標準化され、適時に的確に実践することができれば、アロマセラピーマッサージを患者の安寧を保つ看護ケアとして導入する動機づけとなり、患者ケアの選択肢が拡大することが可能と考える。

第Ⅱ章 文献検討

1. 補完代替医療 (CAM)

1992 年、米国国立衛生研究所内に CAM の有効性を評価するために代替医療事務局 (OAM) が設置され、医師による研究が盛んになった。それに対して、Gedden and Henry (1997) は、生活習慣を変えるカウンセリング、リラクセーション、ストレスマネジメントは看護実践の範疇であり、患者の病いと健康の両方を支える看護師を除いて、CAM が医師と CAM 専門家だけで展開させていく状況に危機を唱えていた。だが、CAM に関して、看護実践において価値ある CAM を含め、看護の構成要素上のものすべてを合法的に保護するとした団体もあれば、看護の現行制度は首尾一貫したものでなくてはならず、現行の医学的管理を変更すべきではないという団体もあり、混乱の時代が続いたが、徐々に看護実践から CAM を排除する動きはなくなっていった (Gedden & Henry, 1997)。

1999 年、代替医療事務局 (OAM) は独立したセンターに昇格し、国立補完代替医療センター (National Center for Complementary and Alternative Medicine : NCCAM) と改名した。NCCAM では、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」と定義された。

(1) 欧米の看護における CAM のとらえ方

欧米では、1960 年代から 1970 年代にかけて長年にわたる看護の知識や技術を見直し、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、看護師は自律的に実践をすることを求められるようになった (諸田, 2001)。その実践手段として CAM に関心が集まり始めた。その理由として、Snyder (2009) は、①CAM の多くは、看護のホリスティックな考え方に基づいており、看護の理念と一致する、②疼痛緩和、緩和ケア、ホスピスケアの領域で、看護師が心地よい、質の高い全人的なケアを提供する際に役立つなど

を挙げている。また荒川と小板橋（2001）は、看護と CAM の共通点に①共にホリスティックアプローチに基づいてなされる、②主体となるものは常に患者、あるいはクライアントである、③セラピストが担うのは支持的な役割である、④力点を置いているのは健康の維持・増進である、の 4 点を挙げている。従ってこうした CAM の一部は、ホリスティックアプローチとして有効な看護ケアなる可能性があると考ええる。

Watson (2012) は、看護師が患者の感情を把握し、動作、触れること、音、言葉、色彩、形などを使って、患者が表現したい感情を外に出せるようにする方法をトランスパーソナルヒューマンケアリングのアートとし、アロマセラピー、音楽療法、アートセラピー、マッサージ、セラピューティックタッチ、ロルフィングやレイキなどの必要性を説いている。また Snyder and Lindquist (1999) 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／代替療法」として位置づけ、mind-body-spirit の調和を図る全体的存在の癒しとして、その有効性を示している。

看護実践分類法第 4 版には、すでに看護師が独自に実践できる実践方法として「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」等が記載されており (Dochterman & Bulechek, 2004)、有効な看護実践として期待されてきた。

(2) 海外文献にみる CAM への看護師の関心

PubMed および CINAHL において、<complementary and alternative medicine> <nurses>で検索した結果、1990～2015 年 7 月で 530 の原著論文が検索された。そのうち 305 論文は 2005 年からの 10 年で発表されたものである。フィンランドの看護師の CAM への態度を調査した研究によれば、①看護師は CAM を安全な療法とは思っていない。②利益を求める医師が提供しているという認識であり、それに反して患者は①医師や看護師と CAM について話したい、②CAM について相談できる看護師は専門的で親切で信頼できると感じていることが分かった (Almenperä, Suominen, & Lauri, 1998)。患者と医療者との間に CAM の認識に差があったと思われる。

また Montbriand (2000) は、カナダの医師、薬剤師、看護師の関心の度合を比較している。患者に CAM をすすめたことがある医師や薬剤師が 70%以上いるのに対し、看護師は 42%しかおらず、また CAM を実践しているかについては、医師や薬剤師が 23～26%であるのに対して看護師は 48%と高かった。しかし CAM に関する情報を積極的に入手しようという行動をした医師や薬剤師が 70%以上いるのに対して、看護師は 50%しかおらず、患者から相談を持ちかけられなければ自ら CAM について患者と話す機会を持っていないことが明らかになった。CAM への規制に関しても「わからない」と答えた薬剤師が 10%前後であるのに対し、看護師は 38%であった。CAM の医療への導入は医師や薬剤師といった直接的治療に携わる職種からの認知が高まっていたと思われ、ここでも先の文献同様、看護師の CAM に対する知識、認識のレベルは低く、導入に関しても消極的であったことがわかる。

米国コネチカット州 202 名の看護師へのアンケート調査によれば、痛み軽減、ストレス緩和、メンタルヘルスを目的に看護師が CAM を自己使用していることが示された(Hayes and Alexander, 2000)。しかし、患者への紹介や話し合いは“ときどき”または“まれ”と答えた看護師が 70% もおり、国家的に CAM を推奨する傾向のあった米国でも患者ケアとして CAM の看護への導入に慎重な態度で臨んでいたことが伺える。ほかにも看護師が CAM に関心を寄せているが、患者への実践や紹介となると躊躇していたという報告は多く見られる。(Brolimson, Price & Ditmyer, 2001; Tracy, Lindquist, Watanuki et al. 2003; Tracy, Lindquist, Savik et al. 2005; Fewell & Mackrodt, 2004; Brown et al. 2007; Rojas & Grant, 2009)

このように看護師が CAM の患者ケアへの導入に消極的なのは、CAM に関する情報資源は、インターネット、本、ジャーナル、患者、看護師仲間などが多く、公的機関での教育機会が少ない (Rojas & Grant, 2009 ; Brown et al. 2007) など、患者への有効性と安全性に確信が持てなかったことも原因としてあげられる。

しかし近年、National Comprehensive Cancer Network's (NCCN) などに CAM の実践報告が見られるようになり、CAM の医療分野への広がり各国で進んでいる。パキスタンでは 132 名のオンコロジーナースのうち 50% は CAM を実践しており、その 65% は祈りを実践していると報告されている (Somani, Ali, Saeed, & Sulaiman, 2014)。

このように CAM が普及する一方、看護師が看護から離れ、CAM の専門家となる傾向を危惧する報告もある。Johannessen (2009) は、看護を離れ CAM の専門家に転職したノルウェーの看護師の転職理由として次の 3 つを挙げている。①「Holistic and Reductionism」：看護教育で学んだ患者を人間的存在として話す言葉や文脈、感情やスピリチュアリティをとらえ、症例や診断としてではなく、全人的見通しを立てることが現状の看護では実践困難であり、薬だけに頼っている西洋医学に疑問を感じている。②「Care and Cure」：CAM は客観的な診断による“疾患”ではなく、健康回復に向かう患者自身の見通しや病気による経験としての“病い”に対する抵抗する患者にパワーを引き出すための機会を与えることができる。③「Masculine and Feminine」：現代西洋医学は男性的で、CAM やホリスティックナーシングは女性的である。この 3 つの理由によって、CAM の実践家に転職する看護師は、CAM によって本来のケアの実践を目指そうとしていることが報告された。

看護師は、CAM の導入によって看護援助法の選択肢を増やすだけでなく、患者との関わりの中でケアリングを向上させ、看護師自らの手で患者を直接癒すことのできる CAM の実践に、看護師が看護の本質を見出そうとしていることが示されている。

2. 日本人看護師の CAM への関心

1) CAM の定義

医中誌において＜代替医療＞＜看護師＞で検索を行った結果、2014 年までの原著論文で抄録のあるものは 19 編であった。大沼 (2000) は、補完・代替療法を定

義することはせず、「癒しの技術」という切り口で、リラクセーション技術だけを取り上げている。

伊藤,荒川,岩崎,大藺 (2005) は、上野 (1998) が示した「代替的治療は現代西洋医学を補完し、またはそれに代わりうる治療法の総称であり、がん患者が生活の中に取り入れている病院治療以外の方法」を定義としている。新田,川端,高橋,田中 (2006a, 2006b) は、「代替療法は患者のセルフケアの促進、症状の緩和を目的に、看護師の自律的な判断のもとに行われる看護ケア」としており、また鳴井ら (2006, 2007) は「代替療法は現代西洋医学以外のあらゆる治療法の総称」としている。石田と河原 (2009) は、「補完・代替療法は病院で出される服薬治療、点滴治療、手術、放射線治療などの西洋医学以外の療法」としている。横井 (2010) は、「補完・代替療法は、現代西洋医学領域において、通常医療とみなされていない医学・医療体系の総称」としている。

海外文献のほとんどが国立補完代替医療センター (NCCAM) の定義を用いているが、日本における看護領域文献では定まったものは見られず、「代替医療」「代替治療」「補完・代替療法」「代替療法」「癒しの技術」と日本語の表現も統一されていない。

「代替医療」「代替治療」という用語を用いる場合、丸山ワクチン、アガリクス、漢方、リンパ球療法等の西洋医学を代替する治療法が含まれ、用語が包括する意味が広域となる。一方「補完・代替療法」「代替療法」といった場合は、マッサージ、アロマセラピー、リンパドレナージといった手技療法が中心であり、漸進的筋弛緩法や自律訓練法など患者が能動的に行う方法や意図的タッチ、足浴といった既に看護実践として日常行われている方法も含まれているものもある。看護との関わりから小坂橋 (2006) は表 1 のように分類している。

表 1 看護における補完代替医療/療法

利用者の使い方	主な内容	看護の関わり
身体の中に取り込むもの	生薬・ホメオパシーやフラワーレメディ・サプリメント・飲み物・食事療法・免疫療法など	体内に取り込むことで機能を整える（相談・助言）
自分の意思で積極的に取り組んでいく （セルフケア）	セルフケアとしてリラクゼーション法（筋弛緩法・イメージ法・バイオフィードバック法など）気功・太極拳・ヨガや瞑想・その他運動療法	自分の意思を働かせて、身体と心の状態を整えるセルフケア（指導・助言）
訓練された Healer の力を借りて 治癒力を高めていく	マッサージ・指圧・アロマセラピー・リフレクソロジー・意図的タッチ・エネルギー療法に関連するセラピューティックタッチ・外気功など	専門的手技をもつ Healer の助けを借りる （具体的な手技実践）
助言を得ながら、事象の意味づけを行う	寄り添う・ナラティブケア・回想・祈り	話す・語ることで体験の意味かを図る・表出を助ける（共に在る）
絆を深め、関係性を拡大するために創造的活動に参加する	アニマルセラピー・笑いあるいはユーモア・園芸療法・音楽療法・芸術やカラーセラピー・温泉療法など	関係性を強化し、絆を深め感情を豊かにする（参加）
その他専門的有資格者による治療を受ける	鍼灸・カイロプラクティック・オステオパシー・その他	独自の理論に基づく専門的療法師による治療の実践（紹介）

小坂橋（2006）より転載

2) 日本人看護師の CAM への認識の変化

1987 年に日本ホリスティック医学協会、2000 年に日本代替医療学会（現：日本補完代替医療学会）が発足した。CAM の社会的認知は高いとはいえない状況であったが、看護師 428 名の半数以上が、すでにリラクゼーション技術を現場で実践していた（大沼 2000）。ただ、そのうち 25%しか教育機関で学習しておらず、ほとんどの看護師は自己流で行っていたと思われる。また、90%以上の看護師が技術を知りたいと答えており、看護師は必要性を感じていたことがわかる。伊藤ら（2005）は、看護師が「代替的治療」と認識しているものを調査している。健康食品やサプリメントの摂取が多くを占め、温泉療法、気功、鍼灸、アロマセラピー、リラクゼーション、音楽と続く。「癒しの時代」の象徴として自然回帰が叫ばれ、当時健康食品が社会的ブームとなったこともあり、それらを積極的に取り入れようとする患者の行動や看護師の認識の変化にもつながっていたのだと推測される。またホスピスや緩和ケア病棟の看護師 826 名を対象に補完代替療法の実践状況を調べた結果、リラクゼーションや気分転換を目的に「マッサージ」「濯法」「足浴」「意図的タッチ」が多く使われており、「マッサージ」「アロマセラピー」「リンパドレナージュ」「呼吸法」など特別な知識や技術を伴う手法も 34%～58%程度行われていると報告された。その中で 71.8%が技術の未熟さを回答していることを問題としており、実際には CAM を提供することに自信のない状態で患者に行っている現状を報告している（新田ら、2006a, 2006b；新田,川端, 2007）。さらに、がん患者に実践されている補完代替療法と看護師の認識について調査した

結果も、新田らの研究と同様、「マッサージ」「音楽療法」「アロマセラピー」が多く実践されていたが、補完代替医療が患者の癒し、希望、安楽、精神的な安定、意欲になるといった良い影響への期待がある一方で、知識や情報の不足による自信のなさもあることを報告している（鳴井ら 2006, 2007）。慢性疾患患者とがん患者に対する補完代替療法の看護研究の動向を調査した横井（2010）も、看護に組み入れられた補完代替療法の「指圧・マッサージ」「音楽療法」「アロマセラピー」「リンパドレナージ」「呼吸法」の順で多いと述べている。森田（2000）は、“患者が癒されるとき”は、医師や看護師との人間関係が重要であること、また「傾聴する」「苦しみが解かる」「痛みをとる」ことが看護師に求められる姿勢であること報告しており、「看護者は“癒す人”なのだ」としている。看護師がこれらの癒しの技術を CAM という枠組みではなく、“看護”として安全に実践できることが望ましいと思われる。

3) 臨床現場で CAM を行う上での課題

Fewell and Mackrodt, (2005) によれば、英国では治療的補助として特に病棟看護師やボランティアの代替療法家によって行われており、症状コントロール、リラクセーション、ストレス軽減を目的に実践しているが、165 名のうち、ディプロマを取得している看護師は 8 名しかいなかったことを報告している。

また日本においても、長瀬（2011）は、首都圏の大学病院に勤める看護師 96 名へのアンケート調査で、約 93% の看護師が CAM を看護ケアとして積極的に入れるべきであると考えていることを明らかにした。そのうち CAM に関する何らかの資格を持った看護師は 4.2% しかおらず、学習への意欲はあるものの実際の学習経験が少ないとしている。特に学習意欲が高いのはアロマセラピーであるが、その組織的に取り組む環境が整わないことが学習への動議づけを妨げていることを示唆している。

これまでの文献検討において、欧米、日本では看護師の CAM への認識は高まっており、実践の場面も増えているが、看護師に対して十分な教育が施されている状態ではないことが明らかとなった。しかし、CAM には人本主義、患者中心主義、心身的、全人的、補完的、統合的といった看護と共通の科学的基礎を持っており、科学的基礎が不足している手法であっても患者に有害ではなく、よい効果が見られるものならば取り入れる意義はある（Gedden & Henry, 1997）という考え方から、近年、大学教育や専門学校教育の中に導入され、看護に取り入れようとする傾向が見られる。

4) 看護教育への導入

① 海外の看護における CAM 教育

関島と石倉（2002）によれば、1995 年ミネソタ大学では、「人」のもつ自然治癒力を見過ごしてきた結果、看護師が「看護とは何か」という疑問を持ち始めたことから、全人的（Holistic）、ケアリング（Caring）、個別性（Individualized）、創造性（Creative）を基本哲学とする補完代替療法を研究、教育するための補完代替医療センター（Center for Spirituality and Healing）を開設し、音楽療法、

アロマセラピー、瞑想、ユーモア、ヒーリングタッチ、ストーリーテリングなどが研究されていると報告している。また、澤田と尾崎（2002）は、米国では代替療法家が行う補完代替療法と看護師が行う補完代替療法を使った看護実践とは区別し、看護における補完代替療法は「人をケアするということの中にもともとあるものを再認識する過程で生じた全人的看護の手段」として捉えていることを報告している。現在ミネソタ大学は、従来の看護に CAM を統合させた“Integrative Nursing”という新しい概念で教育プログラムがつくられている。

また、1995 年の英国王立看護大学の臨床ケア部門の会報には、ICU におけるアロマセラピーを発達させたとして Jane Blythe と Fiona McFayden の 2 人の看護師に研究賞（The Forum Annual Study）が授与されている（Buckle, 1997）。すでに英国では CAM は看護教育カリキュラムに組み込まれ、また、米国看護大学協会では、学士号取得に CAM についての基礎知識の習得が必須となっている（スナイダー博士招聘講演実行委員会, 2009）。

5) 日本の看護教育における CAM の導入状況

2005 年には、128 の大学、短期大学のうち 16 校（36.4%）19 科目が開講され、2007 年には 141 の大学のうち 9 校が補完代替医療（CAM）／補完代替療法（CAT）を導入していると報告されている（高橋ら, 2007；種池, 2009）。小山ら（2013）の報告によれば、看護系大学 83 校のうち 31 校（37.3%）に CAM／CAT の科目が導入されており、その内容はリラクセーション 18 件、マッサージは 17 件、アロマセラピー 16 件の順に多く、4 校が現在導入を検討していると報告している。また西山ら（2013）は、CAM／CAT は基礎看護、成人看護、母性看護において特に多く導入されており、今後の課題として① 看護における CAM／CAT の整備、②教える人の育成、③ 教育実践の整備の 3 つを挙げており、中でも看護における CAM／CAT の整備に関して、①民間療法と根拠ある CAM／CAT の混在、②基盤となる看護と CAM／CAT の相違、③看護学の中でのエビデンスが不十分という 3 点を問題に挙げている。研究結果を基にどの CAM／CAT を看護援助として選択するかは今後の課題と考えるが、西山らのように CAM／CAT と看護を区別しているところは、注目すべき点だと考える。看護師が行う CAM／CAT はすべて「看護」であるとする欧米の考え方と隔たりがあるからである。渡辺, 田口, 竹村, 尾崎（2002）は、ホリスティックケアを実現するための看護の治療的アプローチには、看護がこれまで行ってきた「生活援助」「苦痛緩和の援助」「診療の援助」に関するものと、従来の看護以外の代替療法の 2 つが含まれるとしているが、CAM／CAT によっては、苦痛緩和の援助の手段や診療の援助となり得るものもあり、それらは看護の治療的アプローチとなる可能性がある。Dunning and James（2001）が明示しているように、CAM は通常看護を完全にするために、各種療法を使ってホリスティックケアの提供をアシストするものという補完的前提があれば、看護として CAM／CAT の実践方法を確認することができると考える。次に CAM の中で看護師の関心が高いアロマセラピーについて述べる。

3. 看護領域におけるアロマセラピーの理解

1) アロマセラピーの定義とアウトカム

アロマセラピーは、精油の心理的作用、薬理作用、またアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって、症状緩和や QOL の向上をもたらし、患者の自己治癒力を向上させる補完代替医療の一つである。看護実践分類法第 4 版 (Dochterman & Bulechek, 2006) では「温和や鎮静、疼痛緩和、リラクセーションや安楽のために、マッサージ法、軟膏またはローション剤の局所塗布法、入浴法、吸入法、灌注法、温罨法または冷罨法で精油を使用すること」と定義され、「漠然とした不安」、「死への不安」、「スピリチュアルペイン」に対する推奨実践として提示されている。また Buckle (2005) はアウトカムとして、呼吸数・心拍数の減少、筋緊張の減少、疲労の減少、痛みの減少、睡眠パターンの改善、嘔気の減少、便秘の減少、感染リスクの減少などをあげている。

英国では 68% のホスピスで導入されており (Soden, Vincent, & Craske, 2004)、宮内, 小原, 末廣 (2005) の報告では、日本のホスピス・緩和ケア病棟の 87 施設のうち 45 施設 (51.7%) がすでに導入しており、今後導入を希望している施設は 33 施設 (38%) にのぼることを報告している。また宮内ら (2005) は、導入目的は、リラクセーション効果 43 施設 (95.6%)、倦怠感軽減 22 施設 (48.9%)、不眠改善 20 施設 (44.4%)、臭消 20 施設 (44.4%)、疼痛 18 施設 (40%)、便秘改善 7 施設 (15.6%) などであり、アロマセラピーはがん患者や家族ケアの手段として期待されていると述べている。

2) アロマセラピーの発展

Battaglia (1995) によれば、フランスの科学者ルネ・モーリス・ガットホセによって「アロマセラピー」(Aromatherapie) という造語が作られた。ガットホセは 1927 年科学雑誌に精油の薬理作用について研究論文を発表し、その後殺菌作用以外の薬理作用についても研究を始め、1937 年 “Aromatherapie” という造語を題名とした本を出版し、これが「Aromatherapy」の始まりとなった。ガットホセはこの本の中で、「注目すべきは精油の桁外れの殺菌作用だけでなく、組織修復することもできることだ」と書き記し、頭部の創傷・火傷・大腿の開放骨折や切断面・潰瘍などに対して精油の治療的効果が確認できたと報告している (Battaglia, 1995)。また、イタリアの医師ジョバンニ・ガッティエーとレナート・カヨラによって精神障害や癌を含む皮膚に対する精油の臨床研究も行われた (Battaglia, 1995)。そのため現在、フランス、ドイツ、ベルギーなどではこうした精油の抗菌性や創傷治癒などに使用する「メディカルアロマセラピー」が発展し、さまざまな精油について研究が進んでいる。

一方、オーストリアの生化学者であり、看護師でもあるマルグリット・モーリーは、精油の生理学的影響を解明しようとした。精油を植物油に溶かしたもので全身にオイルマッサージをし、結合組織、神経組織、筋組織、軟部組織の活性の可能性を確認した (Battaglia, 1995)。その後、マルグリット・モーリーは、インドの伝承医学「アーユルヴェーダ」、中国の医学書「黄帝内経」、チベット医学の考え方を視野に入れ、心・身体・魂の調和を図るホリスティックアロマセラピー

一の基礎を作り上げたとされている (Battaglia, 1995)。さらに、現在は、病いを持つ患者や家族のために、アロマセラピーを用いて身体的、心理的、精神的な安楽の維持と QOL の向上という明確な目的をもってサポートを行うことを、一般的なアロマセラピーとは区別し「クリニカルアロマセラピー (臨床アロマセラピー)」と呼び、英国や米国の看護領域で導入され、日本でもがんを含む慢性疾患や高齢者のケア、心療内科、精神科、リハビリテーション科、産婦人科、皮膚科、ICUなどで実践が始められている (相原, 2008)。

3) 精油の特徴

アロマセラピーで使用する「精油」は「エッセンシャルオイル」とも呼ばれ、植物の花、葉、枝、茎、根、実、木幹、蕾などから抽出した、フローラル系、ハーブ系、スパイス系など植物ごとに独自の香りを持つ、酸性の芳香性有機化合物である。液体だが揮発性が高く、引火性がある。アルコールや脂質に溶解、水にはほとんど溶けず、ほとんどの精油の比重は 1 以下で水面に浮くという特徴を持つ。ガットホセは、強弱の差はあるもののすべての精油に抗菌性があるとしており、ティートリー油は、アクネ菌に対する抗菌性を示し (Carson & Riley, 1994)、シナモン油やタイム油は、ブドウ球菌、大腸菌、カンジダ、アスペルギルスに対して強い抗菌活性を示し (井上, 2002)、ラベンダー油、レモングラス油には、アスペルギルスの発芽管の出現を抑える効果がある (井上, 西山, 内田, 安部, 2001) と報告されるなど、精油の抗菌性の研究は広く進められている。

身体症状への効果として、ペパーミントに細胞外液から平滑筋へのカルシウムイオンの流入を抑制し、平滑筋の収縮をおさえ、気管支や胃の痙攣を抑制する (Buchbauer, 1993a) ことが示されている。山田, 三浦, 三巻 (2000) は、卵巣を除去した拘束ストレスをかけたマウスで、抗うつ薬でも下がらなかった ATCH がレモンとカモミール・ローマンを吸入させることで有意に低下したと報告している。

またラベンダー、ネロリ、サンダルウッド、ローズの順に鎮静効果は高く、特にラベンダーではカフェインで活動を亢進させた状態でも強い鎮静作用が示されている (Buchbauer, 1993b)。

4) アロマセラピーマッサージ

精油を植物オイルに混ぜたもので、体をさするように施術をする方法をアロマセラピーマッサージという。スウェーデンの Per Henrik Ling が考案したスウェーディッシュマッサージを基礎としたテクニックが主に使われている。がん患者へのマッサージの効果は、Cassileth and Vickers (2004) が、スローンケタリング記念がんセンターに入院あるいは外来の 1290 名を対象とした大規模準実験研究を行っている。疼痛・倦怠感・悪心嘔吐・うつ・不安に関して、実践前後での変化を VAS (Visual Analogue Scale) で測定し、すべてに効果があり、少なくともその効果は外来患者で 48 時間以上、入院患者でも 24 時間以上維持されたと報告している。また、ベースオイルのみの施術と精油を入れたオイルでの施術を比較した研究では、どちらも不安の軽減には大きく効果が見られたが、特に精油を加えたオイルで施術したほうが、身体的、精神的症状の緩和には有効性がみられ

た (Wilkinson, 1995, 1999) ことが報告されている。

5) 看護におけるアロマセラピーの研究

(1) 先行研究の動向

米国看護領域においてアロマセラピーは、CAM の手段の一つとして、1999 年 King, O.M. et al の研究によって初めて記載された。しかし、当初 NIH (米国国立衛生研究所) 内の OAM (代替医療事務局) の研究対象項目からは外されていた。その後、アロマセラピーは調査項目になり、鍼、中国医学、気功、ホメオパシーなどとともに Alternative medical system (代替医療システム) に区分されるようになり (Risberg et al. 2004)、看護領域でも多くの論文が発表されるようになった。

日本では、医中誌にて〈アロマセラピー〉で検索した原著論文は、1996 年～2015 年 7 月までで 593 論文あり、年々増加している。特に看護領域におけるアロマセラピーに関する論文数が、医学や他領域に比べ多いことがわかる (図 1)。

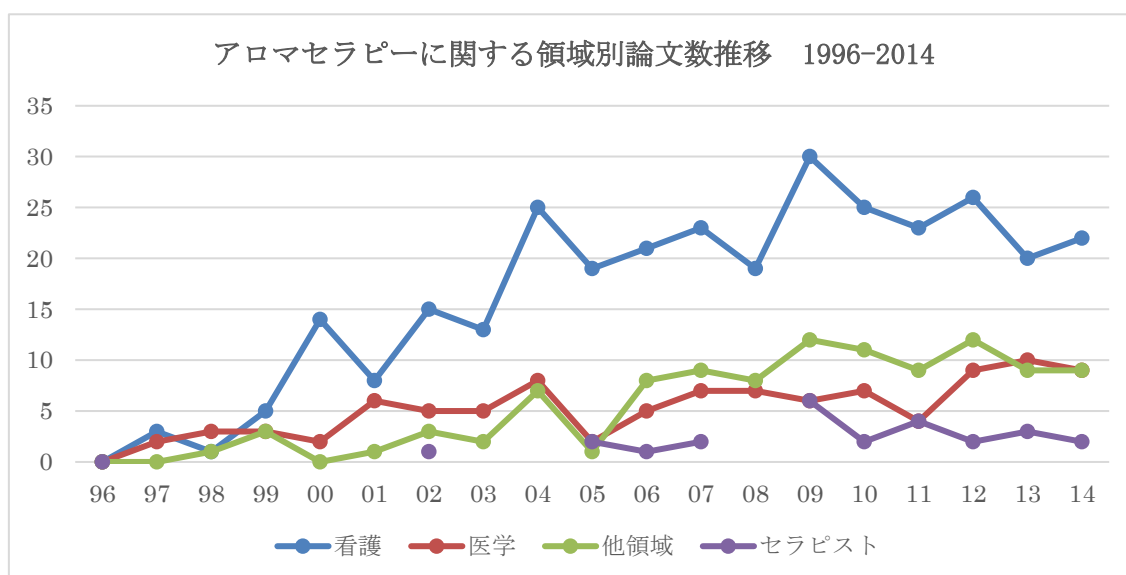


図 1 アロマセラピーに関する領域別論文数の経年的変化

(2) アロマセラピーの臨床研究 (海外)

①がん患者を対象とした研究

Jane, Wikie, Gallucci, Beaton, and Huang (2009) は、骨転移をしている台湾のがん患者 36 名を対象に全身アロマセラピーマッサージを行い、痛みへの時間的効果を明らかにしている。アロマセラピーマッサージによって、痛み、不安が VAS の数値は直後から 50%以下となった。2 時間半後には上昇し、16～18 時間後にはさらに上昇がみられたが、ベースラインと比較するとかなりの効果が持続している。また、インタビューによって【筋肉の緊張低下】【痛みの軽減】【快適な感覚】【漠然としたリラクセーション感】【不安やストレスの軽減】【睡眠誘導】

【安心感】【血液循環が良くなった】【他の症状の緩和】【病院が暖かいところに感じる】という実感が語られている。

Lai et al. (2010) は、便秘をかかえる進行がん患者 45 名（アロマセラピーマッサージ群 13 名、ベースオイルマッサージ群 11 名、コントロール群 8 名）に対するアロマセラピーマッサージの排便への有効性と QOL 向上について、CAS (constipation assessment scale)、MQOL-HK (quality of life measured by McGill for Hong Kong Chinese) にて測定した。どの尺度においてもアロマ群が他の群に比べて有意差がみられた。また排便回数もアロマ群 (3.69) > ベース群 (1.73) > コントロール群 (0.63) とアロマ群に顕著な改善が見られたことを示した。Louis & Kowalski (2002) は、ホスピスに入院しているがん患者 17 名に、ラベンダーを 60 分嗅がせた後、「痛み」「不安」「抑うつ」のレベルと QOL を VAS で測定したところ、どの症状も軽減し、QOL が向上したことを報告している。Wilcock et al. (2004) は、46 名の緩和ケアを受けているがん患者を対象（実験群 23 名、対照群 23 名）にアロマセラピーマッサージを 1 週間に一度 4 回行い、MYMOP (Measure Yourself Medical Outcome Profile) と POMS (Profile of Mood State) で測定した。両群とも改善されたが有意差は見られなかったが、対象患者はアロマセラピーマッサージに満足しており、全員が継続を希望したと述べられている。Wilkinson (1999) は、緩和ケアを受ける 103 名の患者のうち、実験群 46 名にはスイートアーモンド油にローマンカモミール油を入れたオイルでマッサージし、非実験群 57 名にはベースオイルのみで行い、身体症状、精神症状、QOL の改善を検証した。アロマセラピーマッサージ群のほうが、身体的、精神的症状、QOL について有意に改善したが、不安についてはどちらの群も改善し、有意差は見られなかったと述べている。Kyle (2006) は、在宅で療養している 80 名のがん患者にレッグマッサージをし、患者がかかえる不安の症状に対するサンダルウッド油やアロマセラピーマッサージの効果を明らかにした。アロマセラピーマッサージ実施群、オイルマッサージ群、非実践群のいずれも実践前より実践後に症状と不安の改善がみられたことを示した。Kite et al. (1998) は、Cancer Support and Information Centre に通う入院、外来患者 63 名を対象に 1 週間に一度のアロマセラピーマッサージを 6 回続け、実践前後の HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) を測定した。「不安」「抑うつ」とともに改善し、「緊張」「ストレス」「恐怖」「嘔気」「疲労感」「痛み」「抑うつ」「身体的消耗」の身体症状のすべてに改善が見られたと報告している。さらに Wilkinson et al. (2007) は、6 か月以上の余命があり、不安または抑うつ状態と判断された 288 名のがん患者に対して、通常のサポーターケアを行う群と通常のサポーターケアに加えて 60 分のアロマセラピーマッサージを行う群で比較した。6 週間後、アロマセラピーマッサージを加えた群で「不安」が有意に軽減したが、「抑うつ」には有意差は見られなかったと述べている。

また、Dunwood and Davidson (2002) は、アロマセラピーを受けることの個人的意味について明らかにした。【ストレスの軽減】【アロマセラピストのカウンセリング役割】【褒美としてのアロマセラピー】【患者のエンパワーメント】【タッチを通したコミュニケーション】【話した内容が守られる】【アロマセラピーへの認

識の変化】【アロマセラピーのネガティブな面】の8カテゴリーに分類された。患者らは、アロマセラピストと話すことができる経験で、精神的なカウンセリングを受けているのと同様の効果を感じていた。

②妊産婦を対象とした研究

Dhany (2012) は、1079 人の妊婦（初産婦 601 名：経産婦 478 名）を対象に鎮痛作用のあるベルガモット、ラベンダーなどを使用してアロマセラピーマッサージを行い、アロマセラピーマッサージをしない群と比較した。その結果、アロマセラピーマッサージを行った群の麻酔薬の使用量が、有意に低かったことを示した。

③小児を対象とした研究

Cetinkaya et al. (2012) は、生後 3～6 週に、週 3 日ほど起こる原因不明でコントロール不能の乳児の疝痛に対するアロマセラピーマッサージの効果を調査した。正常分娩で生まれた 2500g～4000 g の乳児で、疝痛があると思われる 40 児に対し、ラベンダーを使ったアロマセラピーマッサージを母親に行ってもらい、痛みで泣く回数の変化を、行っていない時期と比較した結果、アロマセラピーマッサージをした時のほうが泣く回数が減少したことを示した。

④高齢者を対象とした研究

Press-Sandler O et al. (2006) は、認知症患者の BPSD に対する香りの効果を示した研究をレビューしている。香りが BPSD に対して効果を示す可能性があるが、嗅覚異常がみられるため、鼻の近くで吸入させる必要を報告している。Fu, Moyle and Cooke (2013) は、認知症患者に香りのみの実践とアロマセラピーマッサージ実践を行い、コントロール群と比較した。結果、アロマセラピーマッサージ群に行動や認知に改善がみられるものの有意差はなかった。どちらも今後研究方法について検討が必要とされている。また Yi, Du, Po, Chou, and Rong (2008) は、51 名の認知症患者の家族に対し、30 分のアロマセラピーマッサージを行い、コントロール群との比較からアロマセラピーマッサージで疲労が緩和したことを報告している。

(3) アロマセラピーの臨床研究（国内）

横井(2010) の報告では、1997 年～2014 年に医中誌に掲載された論文の中で、〈アロマセラピー／看護／原著／症例・会議録除く〉の条件で検索したところ、197 論文が検出された。そのうち、実践研究は 161 論文あり、香りの効果に関して 89 論文、患者を対象としたアロマセラピーマッサージの効果に関して 40 論文、看護師や学生、介護者を対象とした香りやアロマセラピーマッサージの効果に関して 32 論文検出された。アロマセラピーの効果に関しては、高齢者、がん患者、精神疾患患者、妊産婦、リハビリ患者、難病患者を対象としており、浮腫や便秘といった症状に焦点を合わせた論文も 2 論文あった。慢性疾患患者を対象とした補完・代替医療法に対する看護研究 171 件のうち、がん患者を対象にしたも

のは 81 件と最も多く、またその中でアロマセラピーに取り組んだ研究は 19 件と最多でったと報告している。方法は、アロマ足浴、アロマセラピーマッサージなど様々であり、また目的は、リラックス効果、倦怠感の緩和、疼痛緩和、ストレス緩和、掻痒感の緩和などが多く、看護師は下肢のだるさや不眠、疼痛、全身倦怠感の緩和、不安や抑うつ等の軽減などの効果を実感していることを報告している。

①身体症状に対する効果に関する研究

高橋,米谷,入江（2006）は、43 名の肝細胞がん患者に膝下への 15 分間のホットパック後、脚部に 5 分間のアロマセラピーマッサージを行った結果、身体的、精神的倦怠感の減少効果が見られたと述べている。三島ら（2007）は、悪性骨軟部腫瘍患者 11 名への 10 分のアロマセラピーマッサージによって、疼痛・倦怠感とも緩和され、効果は 4 時間持続したと報告している。また宮内ら（2007a）は、オレンジの精油を入れた足浴と湯のみの足浴を比較して、身体的倦怠感が緩和したと報告している。

緩和ケア病棟に入院中のオピオイドを使用している終末期がん患者の難治性便秘に対して、宮内ら（2007b）は、10 名ではあるがローズマリーオイルを使用した腹部アロマセラピーマッサージを行い、その有効性を明らかにした。

②精神的症状に対する効果に関する研究

梅田ら（2000）は、手術前の 40 名の患者（実験群・対照群各 20 名）を対象にしたラベンダーの緊張緩和効果を検討し、術前の不安が軽減されたことを確認している。檜木ら（2007）は、乳がん術後の 24 名の患者に対して、レモン 1 滴、ラベンダー 1 滴、ゼラニウム 1 滴を入れたもので施術し、実践前後で有意差がみられた。また唾液アミラーゼの測定では、22 名（92%）に効果があり、有意差がみられたと報告している。

相原ら（2016）は、緩和ケア病棟にて終末期ケアを受ける 54 名の患者に対して、4 種類の精油をブレンドしたオイルで 30 分のアロマセラピーマッサージを行い、香りを嗅ぎながら 30 分ベッド上安静にする場合と比較し、「疼痛」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」「抑うつ」のレベルを Numerical Rating Scale（以下 NRS）の得点で比較検討した。その結果、「不安」「呼吸困難」については香りを嗅ぎながら安静しても症状の緩和が見られたが、アロママッサージをした場合には、すべての症状緩和が見られ、それらは香りを嗅いで安静にするだけよりも効果があった。さらにアロマセラピーマッサージは、がん患者への有効性だけにとどまらず、看護師の自らのケアに対する満足感や達成感をさらに高めていくことができ、看護の質的向上にもつながるのではないかと述べている。

③看護師に対する効果に関する研究

山中と神里（2009）は、アロマセラピーマッサージを通して、がん患者と看護師の相互作用を質的研究で明らかにした。終末期がん患者に対するアロマセラピーマッサージに対して、【相手の幸せを希求し最善のケアへの挑戦】【相手を尊重したケア行動】【意識を集中し相手の波長を汲み取る】【アセスメントにより精油

を調査】【手で身体状態を看ることができる卓越した技】【相手の反応に応じたさらなるアセスメント】【相手から受けるエネルギー】【相手の良好な反応による充実感】【症状緩和に関する教育】の9のカテゴリーを抽出している。看護師の行動の分析にとどまり、また患者へのインタビューはされていないため相互作用は明らかにされていないが、アロマセラピーマッサージは患者だけではなく、看護師自身の行動や考えにも影響を与える可能性が示された。

(4) 看護における実践状況

アロマセラピーやアロマセラピーマッサージを緩和ケアで実践した研究のレビューを示した Buckley (2002) は、緩和ケア領域では、アロマセラピーやアロマセラピーマッサージは看護科学として位置づけることができ、また言語での関わりが難しい患者との密接な関係や信頼関係の構築のために緩和ケアのスペシャリストの間で使用されていることを報告している。

日本においては、アロマセラピーは看護ケアの一つとして位置づけられているとは言えない状況ではあるが、看護師のアロマセラピーへの関心は高い。ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する看護師 907 名の代替医療の習得状況を調査した新田と川端 (2007) の報告によれば、43%の看護師がアロマセラピーを実践したことがあると回答し、身体的、精神的苦痛に対する効果や患者-看護師間の人間関係の構築に有効であるとしている。

長瀬ら (2012) は、看護師が、痛みや倦怠感などの＜症状の緩和＞、身体的苦痛の緩和によるリラクセーションで＜精神的な効果＞が見られること、患者との関係性の調整ができる、家族の満足感が得られるなどの＜社会的な効果＞を実感していることを報告している。

(5) アロマセラピーマッサージを看護ケアとして活用する上での課題

Jeon and Kim (2004) は、韓国の一般病棟に勤務する 646 名の看護師へのアンケート調査を行い、26%の看護師が大学または専門教育でアロマセラピーを学び、感情的安楽を目的に実践している。また 60%近くの看護師が通常看護との組み合わせによって治療効果が上がる実感を持っていることを報告し、今後新しい看護実践実践としてアロマセラピーを捉える必要があることを示した。また本谷と藤村 (2014) は、アロマセラピーを含む CAM を看護教育に導入する上で、看護技術が本来もつ治療的、治癒促進的な側面を見直し、再評価し、それらを看護独自の実践法として新たに位置づける必要性を報告している。

日本アロマセラピー学会に所属している看護師だけでも 1000 名近くおり、学会や民間の教育機関にて認定カリキュラムを受け、知識と技術をもった看護師は数千人いると思われる。しかし現在のところアロマセラピーマッサージは看護援助として確立されておらず、知識と技術を習得した看護師の大半は施設や個人の判断で行う実践にとどまっている。その一方で、看護師の多くが患者の苦痛を緩和できないことに苦しんでいる (小島, 菊池, 2007; 小島, 2009; 松井, 2009) 現状あることを考えると、通常看護に看護としてのアロマセラピーマッサージが導入されれば、患者の症状緩和や QOL の向上に役立つと思われ、今後「看護アロマ

セラピーマッサージ」の実践方法を開発する必要があると考える。

(6) 看護としての CAM

Frisch (2014) は、多くの米国看護師が、患者のニーズを満たす通常看護の付加的手段としてアロマセラピーを含む CAM を看護に導入しているが、看護師でない者からアロマセラピーを学んでいるため、精油知識やアロママッサージの技術の習得が中心であり、患者の全体性をとらえた看護のアセスメントや患者の反応といったものに合わせた香りやタッチの提供などの教育はなく、看護との間にギャップを感じている状況があると報告している。日本でも看護師のアロマセラピーに対する関心は高く、すでに知識や技術を習得した看護師も多いが、日本のアロマセラピー教育は、一部を除いて海外のアロマセラピー教育、あるいはアロマセラピスト教育プログラムを導入しているため、米国の看護師と同様にアロマセラピーマッサージを看護として提供できないジレンマを感じていることは容易に推測できる。

では、アロマセラピーマッサージを看護にするためには何が必要なのか。野島 (1976) は、「私」という看護にとっての道具は、患者のそばに「私」がいるという技術において最も有効に使われるとし、病人と看護婦の相互関係の中にこそ看護の科学が存在していると述べている。さらに、患者との〈かかわり〉は看護師の行為によって患者との間に関係が形成されてくることであるとしている。また内布 (2000) は、相手を全体として捉える、癒し癒される関係性、非侵襲性、相手の力を引き出すという方向性を持つ CAM なら、看護としてのケアと矛盾しないと述べている。




このことからアロマセラピー／アロママッサージを看護とするためには、単に技術を取り入れるだけでなく、ホリスティック、共感的理解、ケアリングといった看護の中心概念に基づいた、患者と看護師のかかわりの中で行う独自の実践として新たに開発する必要があると考える。

4. 実践の枠組み

1) アロマセラピーマッサージの実践の構造

相原と内布 (2016) は、アロマセラピーマッサージについて一定の研修を終了し、看護の現場で実践したことのある、あるいは現在実践している看護師 12 名を対象に、フォーカス・グループ・インタビューを行い、記述データからアロマセラピーマッサージ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を行った。

看護師が臨床現場で行うアロマセラピーマッサージ実践から、6 つの大カテゴリーが抽出された。実践の構造は図 2 に示す（紙面の関係でアロマセラピーマッサージをアロマ M とした）。

大カテゴリーは、黒の背景で表記し (), カテゴリーは、グレーの背景で表記した ( や )。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。

看護師は患者のアロマセラピーマッサージへのニーズや適応を判断した上で【看護師がアロマセラピーマッサージの実践を決定する】、そして【アロマセラピーマッサージ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、【アロマセラピーマッサージ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【アロマセラピーマッサージの実践準備をする】という段階が位置づけられた。その後には【アロマセラピーマッサージの実践をする】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 2 ではこのプロセスを螺旋の矢印で示した。アロマセラピーマッサージの最後の段階には【アロマセラピーマッサージ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。

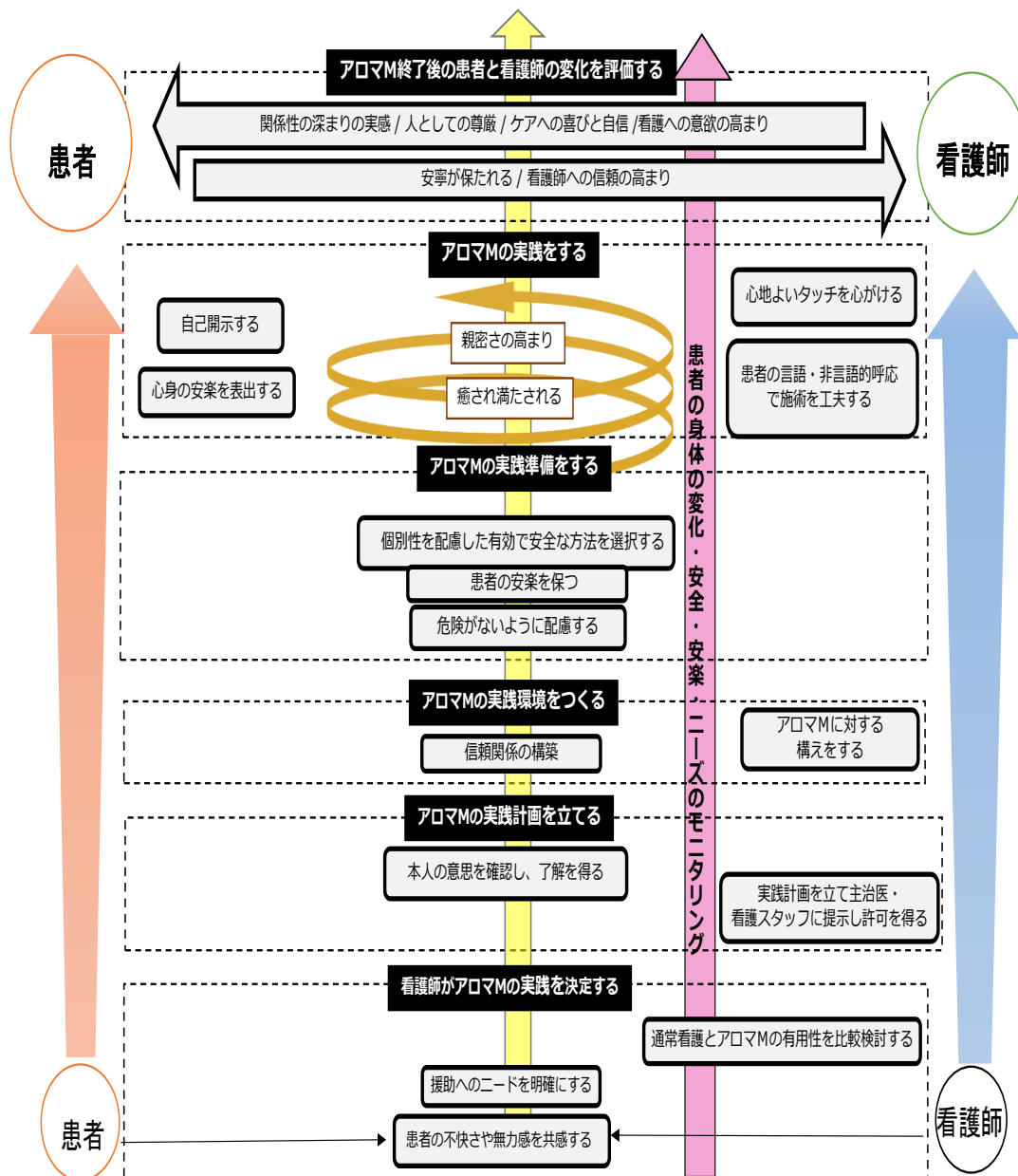


図 2 看護師が臨床現場で行うアロマセラピーマッサージ実践プロセスの構造 (相原と内布, 2016) より改変

2) アロマセラピーマッサージの実践過程の看護概念による検討

研究対象者の実践から帰納的に抽出した構造に対して、論理的に看護としての要件を満たしているかを点検した。

まず、アロマセラピーマッサージの実践過程を Orlando (1964) が提唱した 4 つの看護過程に照らし合わせて考察してみる。研究対象者らは、日常の観察から、治療や通常看護では改善できない苦痛を持つ患者に対してアロマの適用を考えている。これは、「患者の身に無力感、苦痛が現れた時、言語、非言語的な行動で表現されるニーズを察知する」という最初の看護過程と考えられる。研究対象者ら

はアロマセラピーマッサージを行うことを第一義の目的とはしておらず、あくまで症状緩和や QOL の向上のための手段の一つであり、通常看護や他のケア方法と十分に比較をし、その有効性と安全性を確信した上で導入を決定している。これは、「患者が自分の援助を要するニーズを認識できるよう積極的に援助し、ニーズが充足できるように妥当な援助方法を一緒に見出す」過程と合致している。また患者一人ひとりの要求や状況を考慮し、最も安楽が予測できる香り、体位、施術時間、施術手順を工夫し、オーダーメイドな施術方法を計画し、さらに、施術中も患者の様子を観察し、施術に工夫を加えながら患者の安楽を保つ努力をしていた。これは、「患者の行動の解釈に基づいて看護を実施し、ニーズの充足状態を確認する」過程と考えられる。施術後、研究対象者は患者の言語や表情、睡眠状態などの生理的反応などから、症状緩和の程度や患者への安楽の程度を確認している。これは「患者の苦悩や苦痛がどのように変わったか、患者の行動に改善が見られたかを評価する」過程に適合している。したがって、研究対象者らが行っているアロマセラピーマッサージの実践過程は、瞬間の状況下で援助を求める患者個人のニーズに関心を寄せ、専門的方法を用いて、患者と看護師の相互作用によってそのニーズを満たしていくという看護過程に則しているといえるだろう。

次に看護の概念で考察する。Nightingale (2010/1860) は、患者の自然治癒力を促すケアの重要性を説いた。Nightingale は、クリミア戦争時にラベンダーを傷ついた兵士の眉毛に塗布し、体をさすりながら痛みを緩和し、睡眠誘導するケアを行っていた (Buckle, 1997) という記述が残っている。研究参加者も、「若い子宮がん末期の患者が数十分のアロママッサージで『病気を忘れることができる』とってくれた」「ラベンダーを使った背部マッサージで、不眠患者が1時間深く眠ってくれた」とアロマセラピーマッサージによって症状緩和や睡眠誘導、不安の軽減や気分の向上などを図り、患者の安楽や安寧を維持していた。Wiedenbach (1984/1964) は、自分自身の努力だけではそのニーズを満たすことができないときに必要となる「援助のニーズ」を、Orlando (2019/1964) は、患者が援助を求める「即時的ニーズ」を、Orem, E. D. (2005/1991) は、セルフケアに対する「個人的ニーズ」を満たすことを看護の目的としており、看護師が患者の無力感や苦悩、苦痛が明らかになったとき、患者のニーズを明らかにし、そのニーズを満たし、身体的、精神的な安楽をできるだけ保持するために援助を行うことを看護としている。研究参加者も、「今までの経過の中で、今ここでやってあげたい、今だな、と思うときがあるんですね。その基準を聞かれると、具体的には答えられないのですが」「口腔がん患者が自分の臭いで患者自身の気分が悪くなってしまったことがあって。精油の香りをおいてあげたら『救われた』って」と研究参加者は、医学的専門知識や日常の関心から患者の苦痛を見出し、援助のニーズを感じた患者に対して実践を提案し、常に患者を観察しながら香りやタッチによる心身の安楽や安寧の提供を行っており、ニーズを充足させる看護援助の一つの方法として実践していたと考える。Peplau (1973/1952) や Travelbee (1974/1971) は、有意義で治療的な看護師と患者の人間関係を重要視している。アロマセラピーマッサージを通して、患者と肌を合わせ、患者との会話を調整し、表情から状態を読み取りながら、言語的、非言語的コミュニケーションを図ることによって、患者に自己開示が起こり、互いの信頼がより高まり、関係性が良好になっていくのを感じて

いた。研究参加者らも「アロマ(セラピー)マッサージで患者が思いを表出したため、コミュニケーションは言葉だけではなく触れることでもできるんだと知った」と語っている。こうした経験を重ねながら、看護師の役割を超越して、人間対人間の関係性を確立していく過程をたどっていた。以上のことにより、看護師が行うアロマセラピーマッサージには、看護の概念を満たしていると考えられる。

最後に看護の本質といわれるケアリングについて考察する。ケアリングは、「人が何らかの出来事や他者、計画、物ごと大事に思うこと (Benner & Wrubel, 1989/1999) であり、特に看護では、患者を全人的な存在とし、二ードに應えるだけでなく、患者と責任をもった深い関わりを通して、安楽や安寧、成長を促そうとする心の姿勢 (川村, 志自岐, 松尾, 2006) であり、プロセスである。Boykin & Schoenhefer (1993/2005) は、「自己や他者とともにいることが、ケアを行いながら生きている人を知ることがを願う気持ちによる行動である時、人間の潜在能力は、ケアリングを実現する瞬間を作り出す。」 (p8) としている。研究参加者も、患者の様子からその苦痛を察知し、より深く患者を理解したい、患者にさらなる安寧をもたらしたいという欲求が生まれていた。この欲求を感じた瞬間、研究参加者たちに内在していたケアリング特性が促されたと考えられる。

また、研究参加者は、「構音障害になってしまった患者さんが、施術の途中で号泣したんで

す。なぐさめる言葉や気の利いた言葉も言えなかったのですが、言わなくてもいいかなど。ずっと手を握って、泣きやむまでずっと。」「タッチングやマッサージをしている間にも、患者さんから止めどなく思いがあふれ出てきたりとか、私たちも患者さんの方にぐっと入ることができたりとか」と、入室してから 10 分、あるいは 15 分程度のアロマセラピーマッサージによって、相互に陥入し一体感を感じ、互いをより近い存在と感じるようになっていた。これは「他者の世界に入り込み、経験し、真価を認めることによって、人間的であることの本质がより深く理解され」 (p9) たからだと考えられ、このことにより研究参加者たちは、あらためてケアをする者としての自己の存在意義を強く感じるようになっていったと語っている。さらに「人はケアリング (人を気遣うこと) を行う人として自分を表現することで能力を成長させている」 (p2) としており、Mayeroff (1987/2006) も、「他者へのケアリングを通して、人々を救うことによって、人は自身の意味ある人生を生きることができる。」としており、ケアリングを行うことで自分の人生に意味を見出し、自己成長を促すとしている。研究参加者も「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、相手を大切にするようになったような。今は、よりよい時間を長く、健やかにというか、安寧に過ごしてほしいという気持ちがすごく患者さんに対して思えるようになったかな」と自分の手で患者を癒すというケアを通じ、患者の人格としての身体を感じながら同時に看護師自身の全体性にも気づき、自己了解を深めながら看護師としての自信や余裕を持つようになっていった。その後の看護業務において、さらに深く患者を理解しようと試み、ケアリングに基づく看護を積極的に実践しようとしていることもわかった。また、Boykin & Schoenhefer (1993/2005) は「ケアリングを通して体験した関係は、人間としての人の重要性を心から感じさせる。」 (p2) と述べているように、研究参加者らも「“ナースコールをすごい押す人”ではなく、“それほどしんどい人だ”と見れるようになって

た」とアロマセラピーマッサージの実践を通して全人的な人として患者理解が深まり、さらに「無理しないと思う。自分も大事、患者さんも大事」と患者だけでなく、看護師自身に対しても人としての尊さを感じるようになっていた。「本当は患者のつらさにもっと何かしたいと思っても手だてがなく、清潔ケアが終わると退出するしかなかった」と語っているように、研究参加者らは、患者の苦痛を共感し、潜在していたケアリング特性が促され、患者を苦痛から解放したい、安寧を守りたいと強く思うものの、通常の治療や看護援助では、患者の現状を改善できないと分かると看護師としての存在意義が揺れ、看護師としての不全感を強く感じていた。しかし、「亡くなる直前の、すごく年の近い女性だったのですが、忙しくて少ししかできなかったけれど「伝わるものは伝わるから」と言われて、それがすごく私の励みになった」とアロマセラピーマッサージの実践によって、癒し癒される体験をし、相互の世界に陥入することによって互いの理解が深まり、結果的に患者の症状緩和や安寧が図られたと確信することで、看護師としての達成感や充実感を感じる経験をしていた。さらに、「アロマ(セラピー)マッサージで、患者に提供できるケアが深まったという自信になっている」「患者さんから逃げなくなった」とアロマセラピーマッサージで患者を癒せた経験が、自身の看護への自信や確信となり、患者の全人的理解や人としての敬意を導いていったと考えられる。

これらのことにより看護師が臨床現場で行うアロマセラピーマッサージは、ケアリングの視点からも矛盾のない実践技術であることを点検することができたと思われる。そこで、本研究はこの研究で明らかとなった構造（図 2）を実践枠組みとする。

第Ⅲ章 予備調査

1. 調査の目的

看護師が臨床現場で行っているアロマセラピーマッサージの実践構造（図 2）を枠組みとして作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム(仮)」に実践上の不具合がないか、評価ツールに記入上の問題がないかを点検し、本調査で使用する「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を確定させる。

2. 調査対象者

1) 看護師（実践者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を終了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことのある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 2 名を対象とした。

2) 患者

主治医の許可があり、研究に同意が得られた次の条件を満たす患者 4 名（看護師 1 人につき 2 名の患者を対象とする）とした。

- ①自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない患者。
- ②医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている患者。ただし、実践直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった患者、実践前の症状レベルの調査で NRS7 以上の患者は除外した。
- ③研究参加看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした患者。
- ④上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がなかった患者。
- ⑤日本語で会話が可能で、調査表への自己評価記入が可能な患者。
- ⑥精神疾患に罹患していない患者。
- ⑦一般成人病棟に入院している、または施設や在宅で看護を受けている患者。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- ⑧アロマセラピーマッサージを希望する患者。
- ⑨皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない患者。

3. 実施期間

2016 年 2 月 15 日～2016 年 12 月末まで

4. 調査方法

予備調査対象看護師 2 名に「看護アロマセラピー実践プログラム（仮）」を使用した実践をそれぞれ 2 名の患者に行ってもらい、実践の前後に表 3 に示した尺度や調査表に記入してもらった。終了後にプログラムの実践上の不具合や評価ツールにわかりにくさなかったかインタビューをした。下記に予備調査の実践手順（図 3）、調査表の記入時期（表 3）、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム講習会の手順（図 4）を示した。手順の詳細は資料 18 参照。

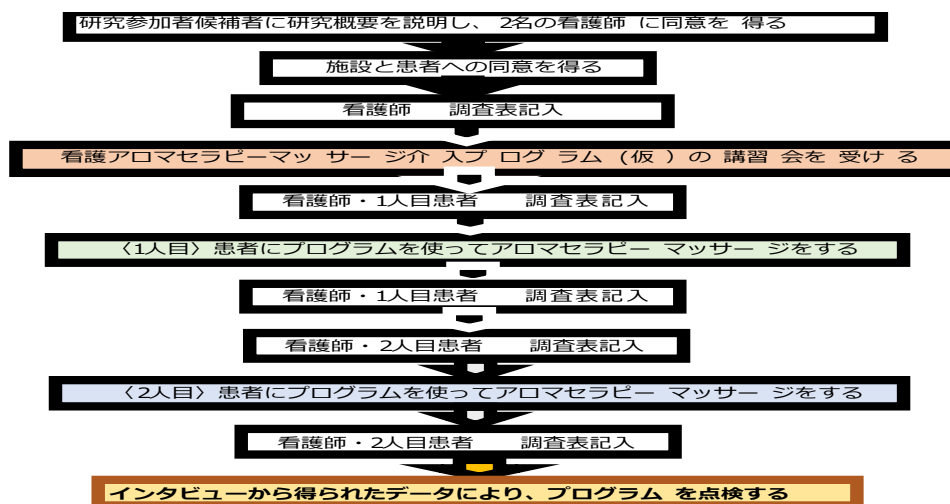


図 3 予備調査の実践手順

表 3 予備的調査において調査表を記入する時期

		講習会前	看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム講習会	実践前	1人目へのプログラムによるアロマ実践	実践後	実践前	2人目のプログラムによるアロマ実践	実践後
患者用	患者の基礎データシート			●			●		
	患者用一般感情尺度			●		●	●		●
	症状レベル調査票			●		●	●		●
	看護師との関係性質問紙			●		●	●		●
看護師用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●				●			●
	日本語版CES	●				●			●
	看護師用一般感情尺度			●		●	●		●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙								●
	実践記録用紙					●			●
	インタビューガイド								●

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの講習会（60分）

これまでのアロマセラピーマッサージ介入を振り返る

- 今まで実践してきたアロマセラピーマッサージを振り返る
- 患者や自分自身の変化に気づく

プログラムを理解する

- 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）を説明する
- 介入プログラムの主軸であるケアリングについて理解をする
- 質疑応答をする

プログラムの目的を理解し、スムーズな実践ができる

- 疑問があれば答え、手順の確認をする

図 4 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム講習会の手順

5. 分析方法

1) プログラムの実践上の不具合について

患者への実践終了後に行った 2 名の看護師のインタビュー内容から「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の実践上の不具合がないか点検し、必要のある場合は修正を行った。

2) 評価ツールの点検について

予備調査対象看護師に評価ツールに記入をしてもらい、記入時のわかりにくさや負担について意見を聞き、必要な修正を行った。使用した評価ツールは以下の通りである。

(1) 患者の変化の測定

① 患者の基礎データシート（資料 9）

患者の年齢、性別、病名、血圧、心拍数について、予備調査対象看護師が記入してもらった。

② 患者用一般感情尺度（資料 10）

小川，門地，菊谷，鈴木（2000）が開発した感情や気分を測定する尺度である。抑うつのような特定の感情ではなく、全体的な感情状態を測定する尺度であり、肯定的感情状態（Positive Affection）、否定的感情状態（Negative Affection）、安静状態（Calm Affection）の 3 つの下位尺度で構成され、各下位尺度 8 項目ずつ全 24 項目で構成された自記式 4 段階リッカート・スケール（まったく感じていない：0 点 少し感じている 1 点 かなり感じている 2 点 非常に感じている 3 点）である。Cronbach's α 係数は、0.86～0.91 と報告されている。一般感情尺度は、一時的な感情状態のみならず、人格特性的な一般感情レベルも反映していることが明らかになっており、気分評価尺度としてよく使用される POMS (Profiles of Mood States) より高次で広範な感情状態が測定できるとされている。

③ 症状レベル調査表（資料 11）

患者がかかえている症状は主観的体験であることから、0 点から 10 点の数字を直線に等間隔につけ、症状の主観的レベルを数値で表すために NRS を使用した。NRS は、疼痛評価に関して妥当性があり（Jansen, Miller & Fisher, 1998）、変化を評価する有効性も認められている（Jansen, Tuener, & Fisher, 1999; Jansen & Karoly, 2001）。また疼痛以外の症状評価でも使用されている（Cella, Kallich, & Xu, 2004; Clemens & Klaschik, 2007）。

本研究では、疼痛、倦怠感、呼吸困難、不安の 4 項目に対して、“全く症状を感じない”を 0 点に“症状が我慢できない”を 10 点とした 10 段階自記式リッカート・スケールで評価した。得点が高いほど症状が強いことを表す。また、意欲減退に関しては、“全く意欲がない”を 0 点とし、“とても意欲がある”を 10 点とした。得点が高いほど意欲向上が見られ、意欲減退が改善したことを表

す。

④ 看護師との関係性に関する質問紙 (資料 12)

本研究で測定したい看護師と患者の関係性を示す日本語版尺度がないため、操ら (1996) がケアリングの概念分析で抽出した「ケアリングによってもたらされる患者のアウトカム」の中から、患者と看護師の関係性に関する、①自己表出 ②看護師の存在の認識を取り上げ、「看護師に親しみを感じる」「看護師に自分のことをなんでも話せそうだ」「看護師といくと安心できる」という 3 項目の質問紙を作成した。“全くそう思わない”を 0 点、“とてもそう思う”を 10 点とした 10 段階 NRS で評価した。

(2) 看護師の変化の測定

① 看護師の基礎データシート (資料 3)

年代、性別、最終学歴、看護師の経験年数、施設の種類、担当科、雇用形態、現在の役職、アロマセラピーの講習受講時間、アロマセラピーマッサージの実践経験年数について記入してもらった。

② 日本語版ケアリング特性尺度 (以下日本語版 CAS) (資料 4)

Nyberg (1990) は、ケアリングを「人への関心から始まり、知識を通して人が存在すること、成長することを援助する感情とコミットメント」と定義し、Watson, J、Mayeroff, M、Noddinngs, N. Gaut, D.A. の理論を基盤に、Nyberg Caring Assessment Scale (CAS) を開発した。ケアリングの主観的な局面をとらえようと、看護師の行動ではなく、看護師のケアリング特性に焦点を当てている。このスケールは Nyberg がコロラド大学博士課程在学中に作成し、Watson (2008) が監修した「Assessment and Measuring Caring Nursing and Health Science」に記載されている。CAS は、「Have deep respect for needs of others」「Not give up hope for others」など最初の 7 項目は Watson のケア因子に基づいている。20 項目からなり、5 段階のリッカート・スケールで評価する。20 項目の合計点数が高いほどケアリング態度や信念への意識を強く持っていることを示す。原版 CAS の Cronbach's α 係数は 0.85~0.97 であった (Nyberg, 1990b)。看護領域で使用されている actual scale (実践で使うことができない: 1 点 実践でまれに使っている: 2 点 実践で時々使っている: 3 点 実践でよく使っている: 4 点 実践でいつも使っている: 5 点) を使用した日本語版 CAS は、Cronbach's α 係数が 0.916 であり、第 1 因子~第 4 因子の Cronbach's α 係数は、0.746~0.865 であった。また、ケアリング効力感と有意な正の相関関係を示した ($r=0.624$ $p<0.001$)。しかし、第 5 因子の下位尺度は 1 項目のみであり、十分な妥当性が得られなかった (相原, 内布, 2020) ことから、本調査ではこの 1 項目を除いた 19 項目の日本語版 CAS を使用することとした。

③ 日本語版ケアリング効力尺度（以下日本語版 CES）（資料 5）

Coates (1997) によって開発された Caring Efficacy Scale (CES)は、社会心理学者 Bandura の自己効力理論と Watson のヒューマンケアリング理論を理論的基盤としている。ケアリングの方向性を示し、患者とのケアリング関係を築く能力に対する自信や効力感を測定する尺度である。この尺度は、30 項目の合計点数によって評価する尺度として使用されており (Coates, 1997 ; Brathovde, 2017 ; Trowbridge et al., 2017 ; Schenk et al., 2018)、肯定的質問と否定的質問の割合が違うフォーム A とフォーム B が開発されている。最新版であるフォーム B の Cronbach's α 係数は 0.88 であった (Coates, 1997)。CES は単なる行動の和ではなく、患者とのケアリング関係を中心としたプロセスを評価する尺度である。フォーム B で作成した日本語版 CES は、自記式 6 段階のリッカート・スケール (強くそう思わない: -3 点 程々にそう思わない: -2 点 少しそう思わない: -1 点 少しそう思う: 1 点 程々にそう思う: 2 点 強くそう思う: 3 点)で測定し、Cronbach's α 係数は 0.833 だったと報告されている (稲岡ら, 2007)。

④ 看護師用一般感情尺度（資料 6）

患者と同じ調査表を使用した。

⑤ 看護師への実践に関する感覚を問う質問紙（資料 13）

従来のアロマセラピーマッサージによる実践後とプログラムを使用した実践後に、「看護として自信をもって行えましたか」「看護としての達成感を感じていますか」「患者の安楽を維持することができましたか」「安全に行うことができましたか」「アロマセラピーマッサージはしやすかったですか」の 5 項目について、自記式 10 cm の Visual analogue scale (以下 VAS) で評価をした。

⑥ 看護アロマセラピーマッサージ記録用紙（資料 15）

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」（資料 15）の STEP1 ～6 に合わせた実践の内容を記録する用紙。プログラム終了後に記入してもらう。

⑦ インタビューガイド A（資料 7）

半構造化インタビューは、特定の質問ではなく取り上げたいトピックのリストをもって行う面接である。予備調査では、インタビューガイド A（資料 7）を使用して半構造化インタビューを行い、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム(仮)の使いづらさ、理解不能な点などが無い、評価ツールに記入しにくいところがないかを点検した。

6. 修正点の検討

予備調査に参加した看護師から、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」に不具合や理解不能な点はなく、評価ツールにも記入しにくい点はなかったと回答があった。そこで、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を本調査で使用する「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」と確定した。

第Ⅳ章 本調査

1. 研究目的

従来のアロマセラピーマッサージの実践と先行研究から暫定的に作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」(以下：プログラム)(資料 14)を使用したアロマセラピーマッサージの実践を比較し、患者の症状の緩和だけでなく、プログラムに内在するケアリングの効果として、看護師のケアリング特性やケアリング効力感の向上が見られるか検討する。加えて、実践での実用性についても点検し、実践プログラムの有用性を検討する。

2. 研究参加者

1) 看護師(実践者)

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般病院の病棟に勤務する看護師、または訪問看護師、介護施設に勤務する看護師を対象とした。

本研究の主要評価項目であるケアリング特性尺度(CAS)を使用した Brett. L. A. et al (2014) の先行研究と検定・分析の種類別効果量の目安(水木, 竹内 2008)を参考に、暫定的に効果量を $d=0.5$ と設定した。 $\alpha=0.05$ 、power 0.8 で設定し、サンプルサイズは 35 名と算出された。本調査では脱落者を考慮して 40 名を目標サンプル数とした。

2) 患者

主治医の許可があり、研究に同意が得られた次の条件を満たす患者とした。看護師(実践者)1 名につき各実践に 2 名、合計 4 名の研究参加患者を選定してもらった。

- ① 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない患者。
- ② 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている患者。
- ③ アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした患者。
- ④ 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がなかった患者。
- ⑤ 日本語で会話が可能で、調査表への自己評価記入が可能である患者。
- ⑥ 精神疾患に罹患していない患者。
- ⑦ 一般病院の病棟に入院している、介護施設あるいは在宅で看護を受けている。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- ⑧ アロマセラピーマッサージを希望する患者。
- ⑨ 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない患者。

3. 実施期間

2016 年 2 月～2018 年 3 月 31 日

4. 研究方法

1) 研究デザイン

同対象看護師に従来のアロマセラピーマッサージの実践（以下：従来のアロマ実践）と、プログラムを使ったアロマセラピーマッサージの実践（以下：プログラムによるアロマ実践）を別々の研究参加患者に実践してもらい、ケアリングに関する尺度や感情に関する尺度等を使って、患者と看護師の実践前後の変化を量的研究によって比較する準実験的研究である。さらに、量的データの分析結果とインタビューデータの質的内容分析結果を比較、照合して分析し、看護アロマセラピー介入プログラムの効果を評価した。

2) データの収集手順

研究参加看護師に研究参加患者をリクルートしてもらい、同意を得られた 2 名の患者に従来のアロマ実践をしてもらった（図 5）。その後、看護アロマセラピー介入プログラムの講習会に参加してもらい、あるいは遠方の場合は電話でプログラムの説明を受けてもらった（図 4）。次に同意を得られた別の 2 名の患者に、プログラムによるアロマ実践をしてもらった。予備調査で使用した尺度、および調査表について、患者と看護師双方に、各実践前後の指定の時期に自記入してもらい（表 4）、研究者に返送してもらった。研究依頼方法とデータの収集手順の詳細は資料 19 参照。

4 名の研究参加患者への実践が終了した後 2 週間以内に、実践中の患者の変化、看護師の変化、患者との関係性の変化、プログラムの使用感などについて、研究参加看護師に対してインタビューガイド B（資料 8）を用いて半構造化インタビューを行った。

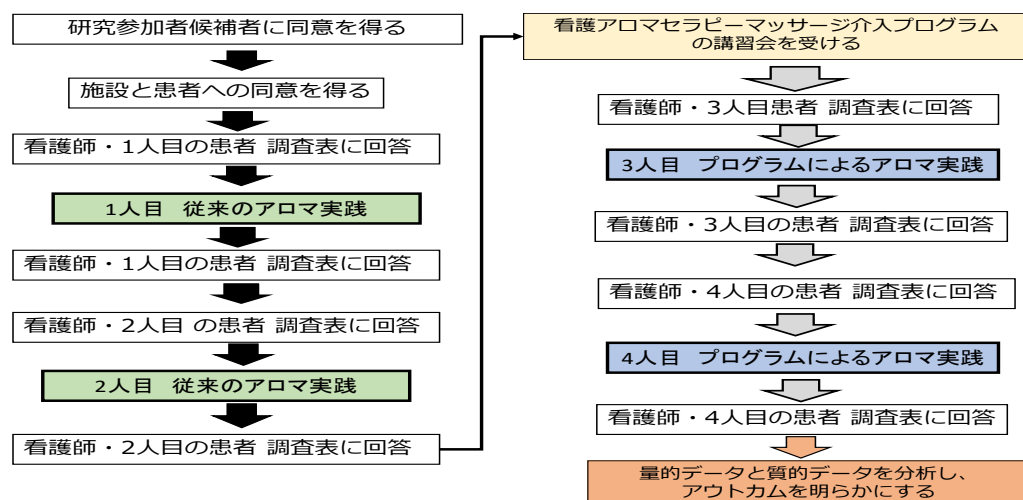


図 5 調査の実践手順

表 4 本調査における調査表の記入時期

		実践前	1人目への従来 実践後	実践前	2人目への従来 実践後	実践前	1人目へのプログラムによる 実践後	実践前	2人目へのプログラムによる 実践後
患者用	患者の基礎データシート	●	●	●	●	●	●	●	●
	患者用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●
	症状レベル調査票	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師との関係性質問紙	●	●	●	●	●	●	●	●
看護師用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●			●				●
	日本語版CES	●			●				●
	看護師用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師への実践の実感に対する質問紙				●				●
	実践記録用紙						●		●
	インタビューガイド								●

3) 分析方法

各評価項目は統計的検定を用いて分析した。解析ソフトには、IBM SPSS Statistics Var.25 を使用した。

(1) 日本語版 CAS (19 項目)、日本語版 CES

同一看護師に対して、実践前、従来のアロマ実践後、プログラムによるアロマ実践後の 3 回測定し、3 群間を比較した。

(2) 看護師の一般感情尺度、看護師への実践の感覚に関する質問紙

同一看護師に対して、従来のアロマ実践前と実践後、またはプログラムによるアロマ実践前と実践後の得点を 2 群間比較した。

(3) 患者の症状レベル調査表、一般感情尺度、看護師との関係に関する質問表
従来のアロマ実践前と実践後、またはプログラムによるアロマ実践前と実践後の得点を 2 群間比較した。

(4) 評価項目の相関関係

2 変数間の相関関係を分析した。また変数に影響を与える要素を調べるために、重回帰分析を行った。

(5) 質的研究データの分析方法

フィールドノートと IC レコーダーで録音した記録より逐語録を作成し、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得たテキストデータをもとに、ケアリングと看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの関係性、あるいはプログラムによる看護師の実感の変化を分析、解釈した。また本調査の妥当性を高めるために、調査および分析は質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

1) 研究参加看護師（実践者）に対して

(1) 自己決定の権利の保証

- ① 団体や研究会等の主催者から研究会に看護師に研究説明を聞く意思があるかどうかの確認をしていただいた上で、研究参加候補者を紹介していただいた。
- ② 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容ともに、患者への実践のタイミングで研究者が説明に伺うことが困難な場合は、カウンターパートとして研究者の代わりに行っていただくことがあること、また、その際に生じる研究参加看護師への負担（研究者に代わって患者に研究の説明をする、患者に調査表を配布するなど）についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただくよう説明した。
- ③ 実践や講習会への参加は患者の都合と看護師の業務都合で調整した。実践や調査表の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起ることを説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であることを説明した。その際にはは、取得したデータは削除することを説明した。

(2) 不利益を受けない権利の保証

- ① 主催者に研究依頼をする際に、研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある方をご紹介いただいたが、その際、主催者の強制力がからないよう、研究の説明を聞くことは自由意志で、断っても不利益になるようなことはないと十分にお話いただくようお願いした。
- ② 研究参加候補看護師に 研究説明の際、再度研究への参加はあくまでも個人の自由意思であることを説明し、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明した。また研究者と面識がある場合、今後の研究者との関わりにおいて何ら不利益を被ることは一切ないことを説明した。
- ③ 研究協力に同意した研究参加看護師が所属する施設の責任者および看護長に、研究者が研究の概要を文書と口頭で説明する際、研究参加は自由意志での参加であることと、研究参加によって生じるご負担も含めてお伝えし、協力していただける病棟師長のご紹介を依頼した。
- ④ 病棟師長に研究協力を依頼する際に、たとえ協力を拒否したとしても、不利益を被ることは一切ないことを説明した。
- ⑤ 患者への説明は研究者が行ったが、患者への実践のタイミングで患者への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め病棟師長および研究参加看護師に説明して承諾を得た。ただし患者に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も

可能であることを事前に伝えた。

- ⑥ 実践と調査は業務時間内に行っていただくため、患者 1 名への実践に準備を含めて 20 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておいた。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけることを説明した。
- ⑦ 講習会は、研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行ったが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担した。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮することを説明した。
- ⑧ 調査表への記入は、実践とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得た。
- ⑨ 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れることを説明した。
- ⑩ 終了後のインタビューの時間は 1 時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明した。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明した。

(3) プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- ① 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査表は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しないことを説明した。
- ② インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ることを説明した。
- ③ インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得る。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように記号で表すことを説明した。
- ④ 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管した。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにした。また研究発表および学会誌への投稿終了時にデータが記載された用紙を裁断し、破棄することを説明した。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分することを説明した。

(4) 知る権利の保証

- ① 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明した。
- ② 研究参加看護師には、研究者の連絡先を提示し、研究に関する質問や意見にいつでも研究者が答えることを説明した。実践者から本研究の結果還元の希望があれば、作成した論文を見せることができることを説明した。

1) 研究参加患者に対して

(1) 自己決定の権利の保証

- ① 研究への参加は個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明した。その際、研究を中止する以前に得たデータはすべて破棄することも説明した。
- ② 実践と調査表の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただいた。

(2) 不利益を受けない権利の保証

- ① 研究参加については、あくまでも個人の自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明した。
- ② 研究参加候補者患者に研究依頼をする際に、研究者または研究参加看護師から研究の手順を説明し、アロマセラピーマッサージについては、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないように配慮することを説明した。
- ③ アロマセラピーマッサージは、快情動がわきやすく、鎮静効果も高い手段ではあるが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることを説明した。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を行うよう依頼した。
- ④ アロマセラピーマッサージは希望したが、研究参加を拒否された場合は、研究外で施術するよう依頼した。
- ⑤ 回答後の調査表は返信用封筒にて直接研究者に届くため、研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないことを伝え、回答した内容によって不利益を被ることはなく、遠慮なく正直に回答していただいてよいことを説明した。
- ⑥ どちらの実践群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得た。またどちらの実践も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明した。

(3) 実践に対する安全の保証

- ① 研究参加看護師は、研究参加患者に実践する前に患者の病状について把握し、医師に施術可能かを確認することを説明した。実践直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを確認するよう説明した。
- ② 研究参加患者への実践は、昼食後1時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けてもらうよう研究参加看護師に説明をした。
- ③ 施術中に異常があればすぐ主治医に報告するよう、研究参加看護師に伝えた。

- ④ 研究参加看護師に皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択するように依頼した。
- ⑤ 研究参加看護師に植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用するよう依頼した。
- ⑥ 研究参加看護師は研究参加患者に、施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝えてもらい、実践前に香りの嗜好性を確認してもらった。
- ⑦ 研究参加看護師に、研究参加患者の上腕内側に使用するブレンドオイルをつけ、発赤、掻痒感などの有無を確認し、即時の皮膚反応がないことを確認してもらった。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告するよう依頼した。
- ⑧ 研究参加患者に皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、研究参加看護師に原発がん部位、打撲部位、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けるよう依頼した。
- ⑨ 研究参加看護師に、貼付剤の部位、点滴部位のアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないように依頼した。
- ⑩ 手技、圧、スピードは研究参加患者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節するよう研究参加看護師に説明した。
- ⑪ 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないよう依頼した。
- ⑫ 研究参加患者の施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取るよう研究参加看護師に依頼した。

(4) 知る権利の保証

- ① 研究参加候補患者に、研究者から研究目的と意義について文書（資料 2③）を用いて十分に説明した。研究参加患者に研究者の連絡先を提示し、研究に関する質問や意見にいつでも研究者が答えることを研究依頼書に記載した。
- ② 研究参加者患者から本研究の結果還元の希望があれば、結果を報告する用意があることを研究依頼書に記載した。

(5) プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- ① アロマセラピーマッサージをする部屋は施設の責任者と患者で相談の上決定していただいた。
- ② アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とするよう依頼した。
- ③ 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを伝えて同意を得てもらった。
- ④ 研究参加患者の調査表は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表せず、個人が特定できないようにした。

- ⑤ 研究参加患者には、調査表を一式と返信用封を渡し、回答した調査表は直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないよう配慮することを説明した。
- ⑥ 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管した。またパソコンを利用する場合でも内蔵ハードディスク内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにした。加えて研究発表および学会誌への投稿終了時にデータが記載された用紙を裁断し、破棄することを説明した。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分することを説明した。
- ⑦ 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えた。

(6) その他

- ① 実践は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないように依頼した。

第Ⅴ章 結果

アロマセラピーに関する学術集会、および勉強会の場において、本研究の参加条件を満たす看護師 63 名をリクルートした。そのうち、病院の許可が得られなかった 10 名、業務や個人的な都合により辞退した 13 名を除く 40 名の看護師が研究に参加した。その内、患者の急変や入退院の都合で 3 名の看護師が研究期間内で完遂できず、また回収した調査表に不備のあった 1 名を除き、最終的な研究参加看護師は 36 名となった。36 名の看護師がアロマセラピーマッサージを行った患者は、従来のアロマ実践を受けた群 72 名（以下：対照群）、プログラムによるアロマ実践を受けた群 72 名（以下：プログラム群）の 144 名であった。（図 6 参照）

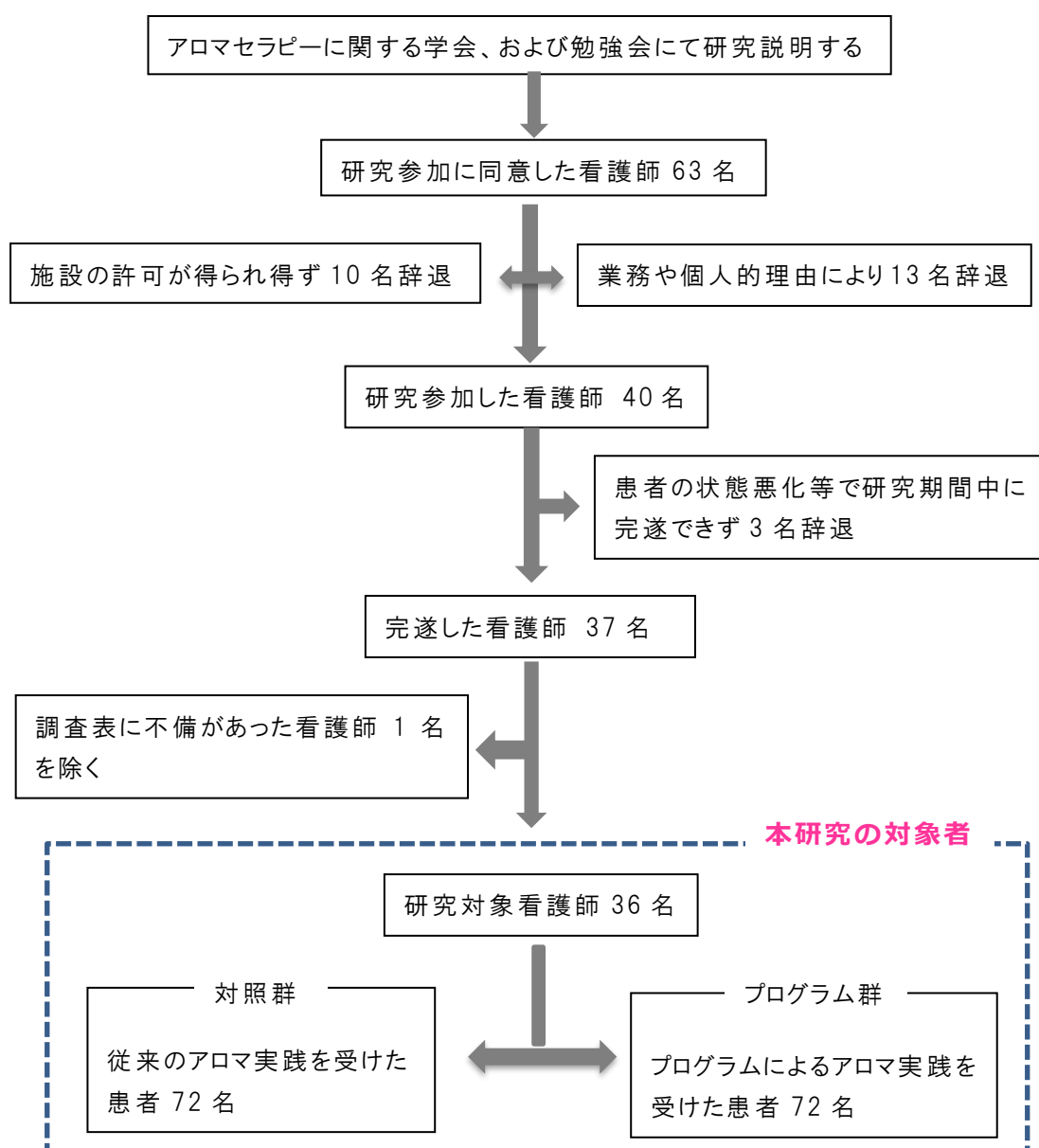


図 6 研究協力者リクルートのフローチャート

1. 研究協力者の基本属性

1) 看護師の基本属性

研究対象となった看護師 36 名の基本属性を表 5 に示した。すべて女性であり、年齢は 40 代が最も多かった。学歴は専門学校が 88.8%、職場は訪問看護ステーション勤務が 61.1%、職位はスタッフが 86.1%と最も多かった。また、看護師経験年数の平均値は、 20.4 ± 6.38 年、アロマセラピー講習受講時間の平均値は、 294.6 ± 186.07 時間、アロマセラピー実践経験年数の平均値は、 3.6 ± 3.74 年であり、実践経験 1 年と回答した対象が 10 名と最も多く、最短は 3 カ月、最長は 17 年で各 1 名であった。

表 5 研究対象看護師の基本属性

属性		人数	%
年齢	30 代	3	8.3
	40 代	29	80.6
	50 代	4	11.1
性別	女性	36	100
	男性	0	0
学歴	大学院	2	5.6
	大学	2	5.6
	専門学校	32	88.8
看護師経験年数	1 年以上 5 年未満	0	0
	5 年以上 10 年未満	1	2.8
	10 年以上 15 年未満	7	19.4
	15 年以上 20 年未満	2	5.6
	20 年以上 25 年未満	19	52.7
	25 年以上 30 年未満	5	13.9
	30 年以上	2	5.6
職場	病院	9	25
	訪問看護ステーション	22	61.1
	介護施設	5	13.9
雇用形態	正職員	21	58.3
	パート	15	41.7
職位	病棟師長	1	2.8
	病棟副師長	1	2.8
	病棟主任	2	5.6
	訪問看護ステーション管理者	1	2.8
	スタッフ	31	86.1
アロマセラピー講習受講時間	100 時間以上 200 時間未満	10	27.8
	200 時間以上 300 時間未満	14	38.9
	300 時間以上 400 時間未満	3	8.3
	400 時間以上 500 時間未満	3	8.3
	500 時間以上	6	16.7
アロマセラピー実践経験年数	1 年未満	1	2.8
	1 年以上 3 年未満	19	52.8
	3 年以上 5 年未満	8	22.2
	5 年以上 7 年未満	1	2.8
	7 年以上 9 年未満	3	8.3
	9 年以上 11 年未満	3	8.3
	11 年以上	1	2.8

2) 患者の基本属性

研究に参加した患者は、対照群 72 名、プログラム群 72 名の合計 144 名であった。基本属性を下記の表 6 に示した。対照群の平均年齢は、 72.5 ± 15.48 歳、プログラム群の平均年齢は、 72.7 ± 12.71 歳であった。対応のない t 検定で比較したところ、2 群間の年齢に有意な差は認められなかった ($p = .934$)。また、対照群は男性 20 名 (27.7%) 女性 52 名 (72.3%)、プログラム群は男性 14 名 (19.4%) 女性 58 名 (80.6%) であり、カイ二乗検定で比較したところ、2 群間の性別割合に有意な差は認められなかった ($p = .465$)。

表 6 研究対象患者の概要

		対照群 (n=72)	プログラム群 (n=72)
性別	男性	20 名 (27.7%)	14 名 (19.4%)
	女性	52 名 (72.3%)	58 名 (80.6%)
年齢	平均	72.5 ± 15.48	72.7 ± 12.71
	最高	94	93
	最低	23	38
主な疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・ 新生物 24 名 ・ 内分泌、栄養及び代謝疾患 11 名 ・ 神経系疾患 8 名 ・ 筋骨格系および結合組織の疾患 8 名 ・ 循環器系疾患 6 名 ・ 血液及び造血器の疾患ならびに免疫機構の障害 3 名 ・ 呼吸器系疾患 3 名 ・ 消化器系疾患 3 名 ・ 損傷、中毒及びその他の外因の影響 3 名 ・ 感染症及び寄生虫症 1 名 ・ 眼及び付属器疾患 1 名 ・ 腎尿路生殖器系疾患 1 名 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新生物 27 名 ・ 筋骨格系および結合組織の疾患 11 名 ・ 循環器系疾患 8 名 ・ 神経系疾患 7 名 ・ 呼吸器系疾患 7 名 ・ 内分泌、栄養及び代謝疾患 5 名 ・ 消化器系疾患 4 名 ・ 腎尿路生殖器系疾患 2 名 ・ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 1 名
状況	入院加療中	8 名	8 名
	在宅治療中	44 名	44 名
	介護施設入居中	10 名	10 名

2. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの評価

1) 患者に及ぼす影響

(1) 血圧と心拍数

対照群 (n=72) とプログラム群 (n=72) の実践前後の収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数の平均値を求め、対応ある t 検定で分析をした (表 7)。両群とも実践前より実践後の方が収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数ともに低下し、有意な差が見られた ($p<.05$)。また、各実践による収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数の変化量に有意な差は見られなかった ($p=0.395$ 、 $p=0.873$ 、 $p=0.923$)。

表 7 各実践による血圧及び心拍数の変化

	収縮期血圧 (mmHg)					拡張期血圧 (mmHg)					心拍数 (回/分)			
	前	後	p	p		前	後	p	p		前	後	p	p
対照群 (n=72)	123	119	.006[†]].395]	71	68	.011[*]].873]	76	72	.000[§]].923
プログラム群 (n=72)	124	120	.001[‡]			70	67	.003[‡]			80	75	.000[§]	

* : $P<0.05$, † : $P<0.01$, ‡ : $P<0.005$, § : $P<0.001$

日本高血圧学会 (2019) が定める高血圧基準 (収縮期血圧 140mmHg 以上、かつ/または拡張期血圧 90mmHg 以上) を満たす患者では、対照群 (n=14) も、プログラム群 (n=12) も、収縮期血圧、拡張期血圧、および心拍数の平均値は実践前より実践後の方が低値となり、対照群の心拍数 ($p=.095$) 以外の項目には、有意な差が認められた ($p<.05$) (表 8)。

表 8 各実践による高血圧患者の血圧と心拍数の変化

	収縮期血圧 (mmHg)				拡張期血圧 (mmHg)				心拍数 (回/分)		
	前	後	P		前	後	p		前	後	P
対照群 (n=14)	145.5	134.7	.009[‡]]	80.2	72.3	.041[*]]	78.3	74.3	.095
プログラム群 (n=12)	149.9	138.5	.000[§]		86.0	75.2	.001[‡]		78.7	71.9	.011[*]

* : $P<0.05$, † : $P<0.01$, ‡ : $P<0.005$, § : $P<0.001$

一方、WHO が定める低血圧基準 (収縮期血圧 100mmHg 以下、かつ/または 拡張期血圧 60mmHg 以下) を満たす患者では、対照群 (n=5) も、プログラム群 (n=8) も、実践前より実践後の方が、収縮期血圧、拡張期血圧の平均値は上昇し、心拍数の平均値は低下する傾向が見られたが、有意な差は認められなかった (表 9)。

表 9 各実践による低血圧患者の血圧と心拍数の変化

	収縮期血圧(mmHg)			拡張期血圧(mmHg)			心拍数(回/分)		
	前	後	p	前	後	p	前	後	p
対照群 (n=5)	96.4	100.4	.523	55.8	57.8	.508	69.2	64.0	.299
プログラム群 (n=8)	91.6	94.6	.252	55.9	58.0	.366	82.6	76.3	.053

(2) 症状の変化

患者がかかえる 5 つの症状（痛み、倦怠感、呼吸困難、不安、意欲減退）について、対照群 (n=72) とプログラム群 (n=72) の各実践前後に 0 点～10 点の 11 段階評価 NRS に自記入してもらった。「痛み」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」の 4 項目は、得点が高いほど症状が強いことを示すが、「意欲減退」に関しては、全く意欲がないを 0 とし、とても意欲があるを 10 としたため、得点が高いほど意欲減退が改善することを示す。データは、正規分布していなかった (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p<.05$) ため、Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。

その結果、対照群では、実践前後の得点に有意な差が認められ、実践後に 5 つの症状に改善が見られた。一方、プログラム群では、「痛み」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」の 4 つの症状について、実践前より実践後の得点が低下し、得点間に有意な差が見られたが、意欲に関しては、実践前より実践後の得点は高くなったが、有意な差は認められなかった ($p=.266$) (表 10)。

表 10 各実践による患者の症状の変化

	対照群 (n=72)							プログラム群 (n=72)						
	前			後			P	前			後			P
	平均	中央	SD	平均	中央	SD		平均	中央	SD	平均	中央	SD	
痛み	3.6	3	2.61	2.2	2	2.24	.000 §	3.8	5	2.75	2.3	2	2.43	.000 §
倦怠感	3.7	3	2.79	2.2	2	2.23	.000 §	4.5	5	2.71	2.7	3	2.36	.000 §
呼吸困難感	2.1	1	2.52	1.4	0	2.02	.003 ‡	2.2	2	2.44	1.4	1	1.71	.000 §
不安	3.4	3	2.64	1.8	1	2.26	.000 §	4.1	5	3.11	2.1	1	2.28	.000 §
意欲	4.7	4	2.65	5.2	5	2.79	.029 *	4.2	5	2.63	4.4	5	2.66	.266

* : $P<0.05$, † : $P<0.01$, ‡ : $P<0.005$, § : $P<0.001$

また、患者の症状の各実践後得点と実践前得点の差（変化量）を Mann-Whitney U 検定にて分析したが、有意な差は認められなかった (表 11)。

表 11 患者の各実践における症状得点の変化量比較

	対照群の変化量 (n=72)			プログラム群の変化量 (n=72)			
	平均値	中央値	SD	平均値	中央値	SD	P
痛み	-1.47	-1.0	2.10	-1.53	-1.0	2.00	.532
倦怠感	-1.43	-0.5	2.76	-1.82	-1.0	2.29	.136
呼吸困難感	-0.76	0.0	2.11	-0.85	0.0	1.77	.496
不安	-1.58	-1.0	2.45	-2.04	1.0	2.50	.153
意欲	0.51	0.0	2.12	0.25	0.0	2.48	.367

(3) 患者の一般感情への影響

対照群 (n=72)、プログラム群 (n=72) の患者に、実践前と実践後の 2 回一般感情尺度へ自記入をしてもらった。患者の「肯定的感情状態」、「否定的感情状態」、「安静状態」の得点変化は、表 12 のとおりであった。「肯定的感情状態」は、高揚感や意欲を表し、「否定的感情状態」は、緊張や怯えを表している。また「安静状態」は、平穏や落ち着きを表している。データは正規分布していない (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p < .05$) ため、感情状態ごとに Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。対照群の実践後の「肯定的感情状態」、「安静状態」の得点は、実践前より高くなり、有意な差が見られた ($p < .001$)。しかし、「否定的感情状態」は、実践前の得点より実践後の得点は低下するが、有意な差は見られなかった ($p = .076$)。プログラム群においては、「肯定的感情状態」、「安静状態」は実践後の方が高くなり、「否定的感情状態」は実践後の方が低くなり、いずれも実践前の得点と実践後の得点に有意な差が認められた ($p < .001$)。

表 12 各実践における患者の一般感情尺度の得点比較

対照群 (n=72)								プログラム群 (n=72)							
前				後				前				後			
感情	平均	中央	SD	平均	中央	SD	p	平均	中央	SD	平均	中央	SD	p	
肯定的	9.2	8.5	6.36	12.8	13.0	7.04	.000 \$	6.9	6.0	5.61	10.7	11.0	6.49	.000 \$	
否定的	3.1	2.0	3.16	2.4	1.0	3.73	.076	3.9	2.0	4.64	2.2	0.0	4.18	.000 \$	
安 静	11.0	10.5	6.50	15.0	16.0	6.15	.000 \$	8.3	8.0	5.85	13.6	13.0	7.01	.000 \$	

* : $P < 0.05$, † : $P < 0.01$, ‡ : $P < 0.005$, § : $P < 0.001$

さらに、患者の一般感情尺度得点の各実践後得点と実践前得点の差（変化量）を Mann-Whitney U 検定で比較したところ、対照群、プログラム群、ともに「肯定的感情状態」、「否定的感情状態」、および「安静状態」の得点変化量に有意な差は認められなかった ($p = .503$ 、 $p = .229$ 、 $p = .283$) (表 13)。

表 13 各実践における患者の一般感情尺度の得点変化量比較

感情状態	対照群の得点変化量 (n=72)			プログラム群の得点変化量 (n=72)			p
	平均値	中央値	SD	平均値	中央値	SD	
肯定的	3.54	3.0	5.86	3.82	3.0	3.34	.503
否定的	-0.69	-1.0	3.39	-1.69	-1.0	4.38	.229
安 静	4.0	4.0	5.72	5.31	5.0	5.34	.283

2) 看護師に及ぼす影響

(1) 看護師のケアリング特性への影響

各実践による看護師のケアリング特性の変化について、日本語版 Nyberg Caring Assessment Scale (日本語版 CAS) の合計得点を比較した。日本語版 CAS は、1 点～5 点の 5 段階自記式リッカート・スケールで測定する 20 項目で構成され、合計点数が高いほどケアリング態度や信念への意識を強く持っていることを示しているが、1 項目は妥当性の再検討が必要である (相原, 内布 2019) ため、本研究ではこの 1 項目を除いた 19 項目の合計得点 (19 点～95 点) で比較した。日本語版 CAS (19 項目) は順序尺度であるが、4 段階以上の段階評定項目であれば間隔尺度として扱っても結果に歪みはない (石井, 2005) とされており、加えて正規分布している (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p > .05$) ことから、間隔尺度と捉えて分析した。アロマ実践前の平均得点は 74.9 ± 8.76 点、対照群へのアロマ実践後の平均得点は 77.0 ± 10.21 点、プログラム群のアロマ実践後の平均得点は 76.9 ± 9.39 点であった。一般線形モデルの反復測定を行ったところ、有意な差は認められなかった ($p = .158$) (表 13)。

(2) 看護師のケアリング効力感への影響

各実践による看護師のケアリング効力感の変化について、日本語版 Caring Efficacy Scale (日本語版 CES) の合計得点 (-90 点～90 点) を比較した。日本語版 CES は、-3 点～3 点の 6 段階自記式リッカート・スケールで測定する 30 項目で構成され、得点が高いほど、患者とのケアリング関係を築く能力に対する自信や効力感が高いことを示す。日本語版 CES は順序尺度であるが、4 段階以上の評価項目があり、加えて正規分布している (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p > .05$) ことから、日本語版 CAS 同様に間隔尺度と捉えて分析した。従来のアロマ実践前の平均合計得点は 35.6 ± 21.32 点、従来のアロマ実践後の平均得点は 39.8 ± 19.43 点、プログラムによるアロマ実践後の平均得点は 42.2 ± 16.54 点であった。一般線形モデルの反復測定を行ったところ、有意な差は認められなかった ($p = .065$) (表 14)。

表 14 日本語版 CAS(19 項目) と日本語版 CES の実践別合計得点の変化

看護師 (n=36)	日本語版 CAS (19 項目)				日本語版 CES		
	平均値	SD	一般線型モデルの 反復測定		平均値	SD	一般線型モデルの 反復測定
従来のアロマ実践前	74.9	8.76			35.6	21.32	
従来のアロマ実践後	77.0	10.21	p=.158		39.8	19.43	p=.065
プログラムによる アロマ実践後	76.9	9.39			42.2	16.54	

(3) 看護師の一般感情への影響

看護師 (n=36) に、対照群の患者 2 名、プログラム群の患者 2 名に対して実践してもらい、実践前と実践後に一般感情尺度に自記入してもらった。一般感情尺度は、「肯定的感情状態」8 項目、「否定的感情状態」8 項目、「安静状態」8 項目の 24 項目で構成され、0 点～3 点の 4 段階リッカート・スケールで測定する。各状態の合計得点 (0 点～24 点) が高いほど、それぞれの感情状態が高いことを示す。正規分布していなかった (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p<.05$) ため、Wilcoxon の符号付き順位検定を行った結果、従来のアロマ実践、プログラムによるアロマ実践、ともに実践前に比べ実践後の方が「肯定的感情状態」、「安静状態」の得点は高くなり、「否定的感情状態」は低くなり、実践前得点と実践後得点間で有意な差が認められた ($p<.001$) (表 15)。

表 15 各実践における看護師の一般感情の得点比較

	従来のアロマ実践 (n=72)							プログラムによるアロマ実践 (n=72)						
	実践前			実践後				実践前			実践後			
	平均	中央	SD	平均	中央	SD	p	平均	中央	SD	平均	中央	SD	p
肯定的	10.5	10.0	5.24	13.5	13.0	5.68	.000 §	9.6	8.0	4.19	13.3	14.0	5.36	.000 §
否定的	2.4	2.0	2.58	1.2	0.0	2.19	.000 §	1.8	1.0	1.86	0.6	0.0	0.97	.000 §
安 静	7.4	7.0	5.10	11.9	11.5	5.74	.000 §	8.5	8.0	4.58	12.8	13.5	5.43	.000 §

* : $P<0.05$, † : $P<0.01$, ‡ : $P<0.005$, § : $P<0.001$

さらに、看護師の一般感情尺度得点の各実践後得点と実践前得点の差(変化量)を Mann-Whitney U 検定で比較したところ、従来のアロマ実践、プログラムによるアロマ実践、ともに「肯定的感情状態」、「否定的感情状態」および「安静状態」の得点変化量には有意な差は認められなかった ($p=.420$, $p=.610$, $p=.729$) (表 16)。

表 16 各実践における看護師の一般感情尺度の得点変化量比較

感情状態	従来のアロマ実践における 変化量 (n=72)			プログラムによるアロマ実践における 変化量 (n=72)			
	平均値	中央値	SD	平均値	中央値	SD	p
肯定的	2.97	2.5	3.83	3.74	3.0	3.34	.420
否定的	-1.19	-1.0	2.76	-1.19	-1.0	1.65	.610
安 静	4.50	4.0	4.31	4.26	4.0	3.86	.729

3) 患者と看護師の関係性への影響

(1) 看護師との関係性に関する 3 つの質問の反応の変化

患者が感じた看護師との関係性について「看護師に親しみを感ずる」「看護師に自分のことはなんでも話せる」「看護師といると安心する」の 3 項目を 0 点～10 点の 10 段階 NRS で患者 (n=72) に自記入してもらった。データは正規分布していなかった (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p<.05$) ため、Wilcoxon の符号付き順位検定で分析した。その結果、対照群 (n=72) も、プログラム群 (n=72) も、全項目で実践前の得点より実践後の得点の方が高くなり、有意な差が認められた ($p<.001$) (表 17)。

表 17 看護師との関係性に関する 3 つの質問の反応の変化

	対照群 (n=72)							プログラム群 (n=72)						
	実践前			実践後			P	実践前			実践後			P
	平均	中央	SD	平均	中央	SD		平均	中央	SD	平均	中央	SD	
親しみを感ずる	7.33	8.00	2.47	8.17	9.00	2.11	.000\$	7.04	7.00	2.09	8.18	8.00	1.82	.000\$
何でも話せる	7.07	8.00	2.59	8.08	9.00	2.17	.000\$	6.85	7.00	2.24	7.97	8.00	2.05	.000\$
安心する	7.83	8.00	2.12	8.51	9.00	1.93	.000\$	7.19	8.00	2.19	8.35	9.00	1.81	.000\$

* : $P<0.05$, † : $P<0.01$, ‡ : $P<0.005$, § : $P<0.001$

さらに、看護師との関係性に関する 3 つの質問の反応について、実践後得点と実践前得点の差 (変化量) を Mann-Whitney U 検定で比較したところ、「看護師に親しみを感ずる」「看護師に自分のことはなんでも話せる」「看護師といると安心する」のいずれの質問に対しても、対照群において得点変化量に有意な差はみられなかった。しかし、プログラム群においては「看護師といると安心する」の項目について、得点変化量に有意な差が認められた ($p=.013$) (表 18)。

表 18 看護師との関係性に関する 3 つの質問への反応の変化量比較

	対照群の変化量 (n=72)			プログラム群の変化量 (n=72)			
	平均	中央	SD	平均	中央	SD	P
親しみを感ずる	0.85	0.0	2.95	1.03	1.0	1.41	.067
何でも話せる	1.03	0.0	2.01	1.15	1.0	1.57	.164
安心する	0.69	0.0	1.40	1.10	1.0	1.58	.013*

*: P<0.05, †: P<0.01, ‡: P<0.005, §: P<0.001

(2) 一般感情における看護師と患者の相関関係

各実践前後の看護師 (n=36) の一般感情尺度の得点と、患者 (n=72) の一般感情尺度の得点の相関関係を Spearman の順位相関係数で求めた (表 19)。従来のアロマ実践においては、実践前、実践後ともに看護師と患者の「肯定的感情状態」「否定的感情状態」「安静状態」に有意な相関関係は認められなかった。一方、プログラムによるアロマ実践において、看護師の「肯定的感情状態」と患者の「肯定的感情状態」「安静状態」に正の相関関係が認められた ($r=.439$ $p<.001$, $r=.448$ $p=.001$)。また、看護師の「安静状態」と患者の「安静状態」には弱い正の相関関係が見られた ($r=.294$ $p=.012$)。さらに看護師の「否定的感情状態」と患者の「肯定的感情状態」にも正の相関関係が認められた ($r=.349$ $p=.003$)。プログラムによるアロマ実践後は、看護師の「肯定的感情状態」と患者の「肯定的感情状態」「安静状態」に正の相関関係があり ($r=.475$ $r<.001$, $r=.343$ $p=.003$)、看護師の「安静状態」と患者の「安静状態」にも正の相関関係が認められ ($r=.362$ $p=.002$)、看護師の「安静状態」と患者の「肯定的感情状態」には弱い正の相関関係が認められた ($r=.284$ $p=.016$)。

表 19 看護師と患者の一般感情状態の相関関係

		看護師 (n=36)					
		従来のアロマ実践 (n=72)			プログラムによるアロマ実践 (n=72)		
		実践前			実践後		
感情状態	肯定	否定	安静	肯定	否定	安静	
	肯定	否定	安静	肯定	否定	安静	
患者 (n=72)	肯定	-.051	-.176	-.136	-.217	-.012	-.221
	否定	.176	.054	.047	.020	.103	-.116
	安静	-.219	-.09	-.189	-.133	-.187	.019
患者 (n=72)	肯定						
	否定						
	安静						

*: P<0.05, †: P<0.01, ‡: P<0.005, §: P<0.001

次に、プログラムによるアロマ実践前と実践後における、看護師と患者の一般感情得点の重回帰分析を行った (表 20、表 21)。自由度は 3、VIF<3 で多重共線性に問題はなかった。また Cohen (1988) が提唱している基準によれば、本研究の決定係数 (R² 乗) >.02 で、分析結果は有効であった。R² 乗が低値で予測精度は

低い、独立変数の影響の強さを比較できればよいため、この結果を用いることとした。

プログラムによるアロマ実践前の看護師の「肯定的感情状態」を従属変数とした場合、患者の「肯定的感情状態」に有意な関連が見られ ($P=.031$)、患者の「肯定的感情状態」を従属変数にした場合、看護師の「肯定的感情状態」に有意な関連が見られた ($P=.003$)。同様に、プログラムによるアロマ実践後は、看護師の「肯定的感情状態」を従属変数とした場合、患者の「肯定的感情状態」に有意な関連が見られ ($P=.003$)、患者の「肯定的感情状態」を従属変数とした場合、看護師の「肯定的感情状態」に有意な関連が見られた ($P=.004$)。さらに、看護師の「安静状態」を従属変数にした場合、患者の「安静状態」に有意な関連が見られ ($P=.037$)、患者の「安静状態」を従属変数にした場合、看護師の「安静状態」に有意な関連 ($P=.045$)が見られた (図 6)。看護師と患者の否定感情に関しては、どの要因とも F 値が低く、統計的に有意ではない、もしくは回帰係数に有意な関連がみられなかった。

表 20 看護師の一般感情を従属変数にした場合の重回帰分析結果

		看護師 標準偏回帰係数					
		実践前			実践後		
要因		肯定的感情状態	否定的感情状態	安静状態	肯定的感情状態	否定的感情状態	安静状態
患者	肯定的感情状態	.304*	.346*	-.045	.481‡	.310	.015
	否定的感情状態	.160	-.005	.097	.005	.224	-.131
	安静状態	.202	-.071	.346*	-.066	-.158	.345*
R		.473	.306	.314	.437	.332	.382
R ² 乗		.224	.094	.099	.191	.111	.146
修正 R ² 乗		.190	.054	.059	.155	.071	.108
F 値		6.546‡	2.343	2.488	5.338‡	2.816*	3.879*

*: $P<0.05$, †: $P<0.01$, ‡: $P<0.005$, §: $P<0.001$

表 21 患者の一般感情を従属変数とした場合の重回帰分析結果

		患者 標準偏回帰係数					
		実践前			実践後		
要因		肯定的感情状態	否定的感情状態	安静状態	肯定的感情状態	否定的感情状態	安静状態
看護師	肯定的感情状態	.444‡	.189	.250	.450‡	.126	.087
	否定的感情状態	.175	-.041	.072	.062	.259*	-.037
	安静状態	-.101	-.086	.146	-.056	-.279	.309*
R		.476	.144	.380	.440	.327	.365
R ² 乗		.227	.021	.144	.194	.107	.133
修正 R ² 乗		.193	-.023	.107	.158	.067	.095
F 値		6.653‡	.477	3.826*	5.447‡	2.709	3.488*

*: $P<0.05$, †: $P<0.01$, ‡: $P<0.005$, §: $P<0.001$

プログラムによるアロマ実践前



プログラムによるアロマ実践後

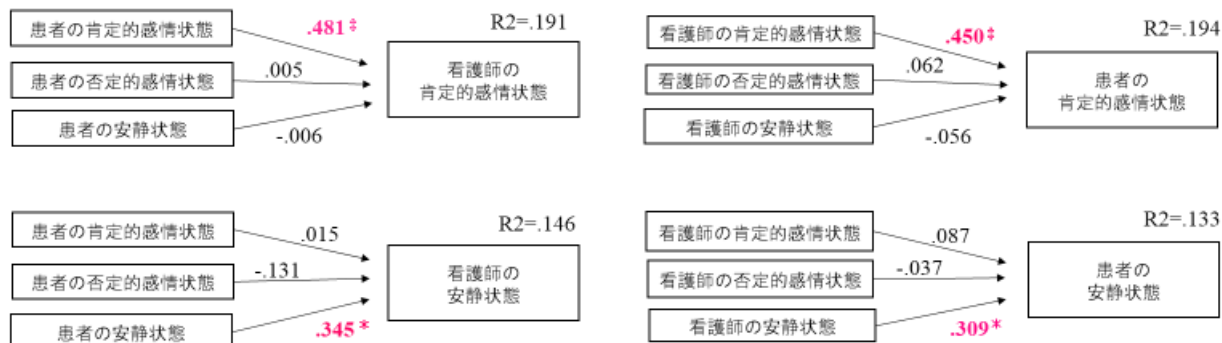


図 6 プログラムによるアロマ実践前後における一般感情の重回帰分析パス図

3. 看護アロマセラピーマッサー介入プログラムの有用性

1) 実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応

看護師 (n=36) に、実践の感覚を表す「自信をもって実践できた」「達成感を感じた」「患者の安楽を維持できた」「安全に実践できた」「実践がしやすかった」の 5 項目について、従来のアロマ実践後とプログラムによるアロマ実践後の 2 回、VAS に自記入してもらった。VAS は比率尺度であり、加えてデータは正規分布していた (Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 $p > .05$) ため、対応のある t 検定で分析した。その結果、「実践がしやすかった」という項目において、有意な差が認められた ($p = .006$) (図 7)。

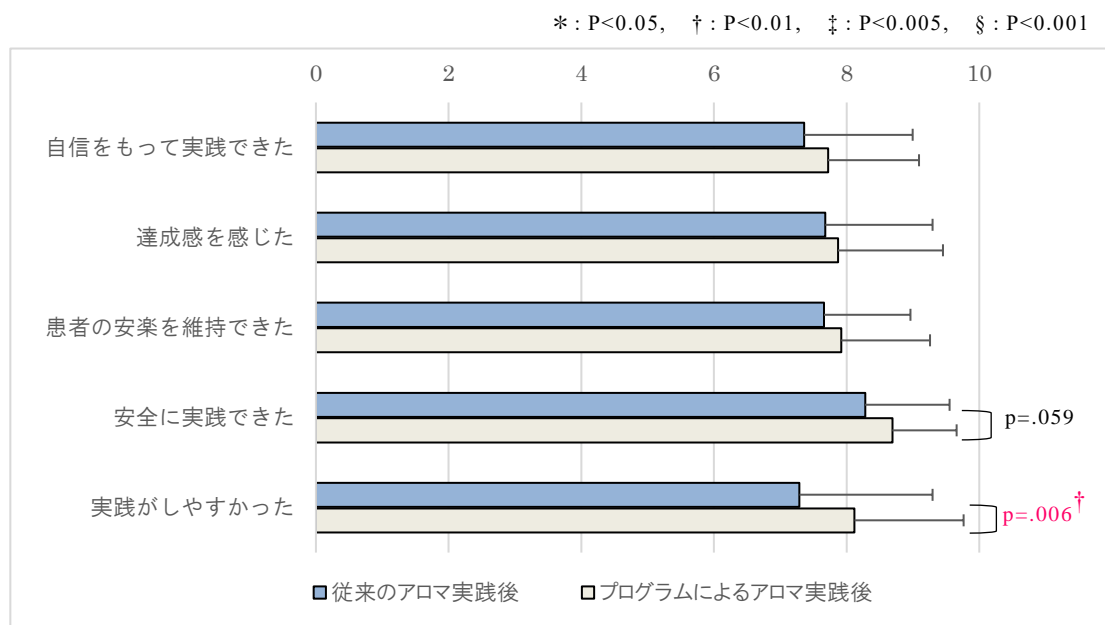


図 7 実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応の変化 (n=36)

2) アロマセラピーマッサージ実践経験年数における、実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応比較

看護師が技能を取得する 5 段階を示したベナー (2001) の臨床ラダーに基づいて、「第 3 段階一人前レベル」になると言われる 3 年目を区切り、3 年未満のアロマセラピーマッサージ実践経験年数群 (n=20) とアロマセラピーマッサージ実践経験年数 3 年以上群 (n=16) の実践の感覚を問う 5 つの質問への反応を比較した (図 8)。従来のアロマ実践後の 3 年未満群と 3 年以上群の得点には、どの項目においても有意な差はなかった ($p > .05$)。アロマセラピーマッサージ実践経験 3 年未満群は、従来のアロマ実践後の得点よりプログラムによるアロマ実践後の得点の方が高くなり、対応のある t 検定を行った結果、「実践しやすかった」の項目には有意な差が認められた ($p = .029$)。アロマセラピーマッサージ実践経験 3 年以上の群は、「安全に実践できた」「実践しやすかった」の 2 項目で、プログラムによる実践後の得点が従来のアロマ実践後の得点より高くなったが、有意差はなく、「自信をもって実践できた」「達成感を感じた」「患者の安楽を維持できた」の 3 項目については、従来のアロマ実践後の得点とプログラムによるアロマ実践後の得点にほぼ変化がなかった ($p > .951$)。

実践後の得点と実践前の得点の差 (変化量) を対応のない t 検定で比較したところ、「実践しやすかった」項目のみ、3 年未満群と 3 年以上群の間に有意な差があった ($p = .041$)。

* : $P < 0.05$, † : $P < 0.01$, ‡ : $P < 0.005$, § : $P < 0.001$

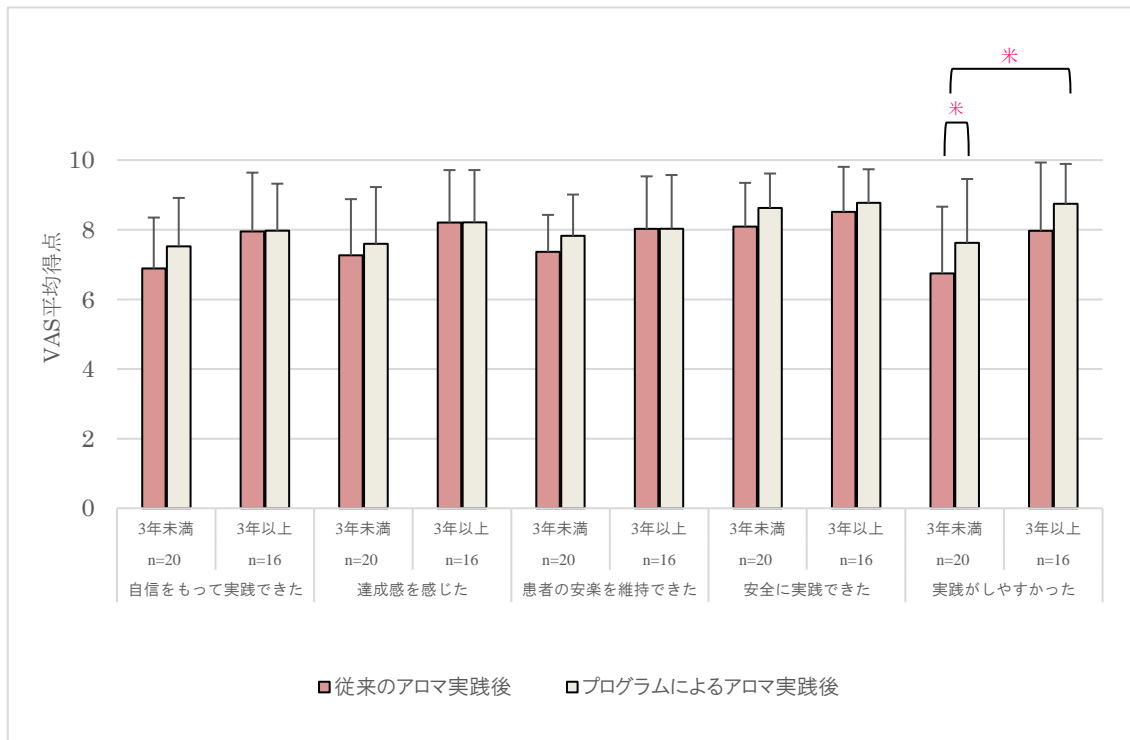


図 8 アロマセラピーマッサージ実践経験年数別 実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応の比較

3) 高得点群と低得点群における実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応の比較

それぞれの項目において、中央値以下群と中央値より高い群の 2 群に分け、それぞれ対応ある t 検定にて分析した。「実践しやすかった」項目は、中央値以下群は $n=19$ 、中央値より高い群は $n=17$ であり、それ以外の 4 項目は、中央値以下群は $n=18$ 、中央値より高い群は $n=18$ であった。中央値以下群においては、従来のアロマ実践後の得点より、プログラムによるアロマ実践後の得点の方が高くなり、「自信をもって実践できた」「達成感を感じた」「安全に実践できた」「実践しやすかった」の 4 項目において有意な差が認められた ($p=.003$ 、 $p=.015$ 、 $P=.003$ 、 $p<.001$)。一方、中央値より高い群は、どの項目においても有意な差はなく、従来のアロマ実践後の得点よりプログラムによるアロマ実践後の得点の方が低下する傾向が見られた(図 9)。

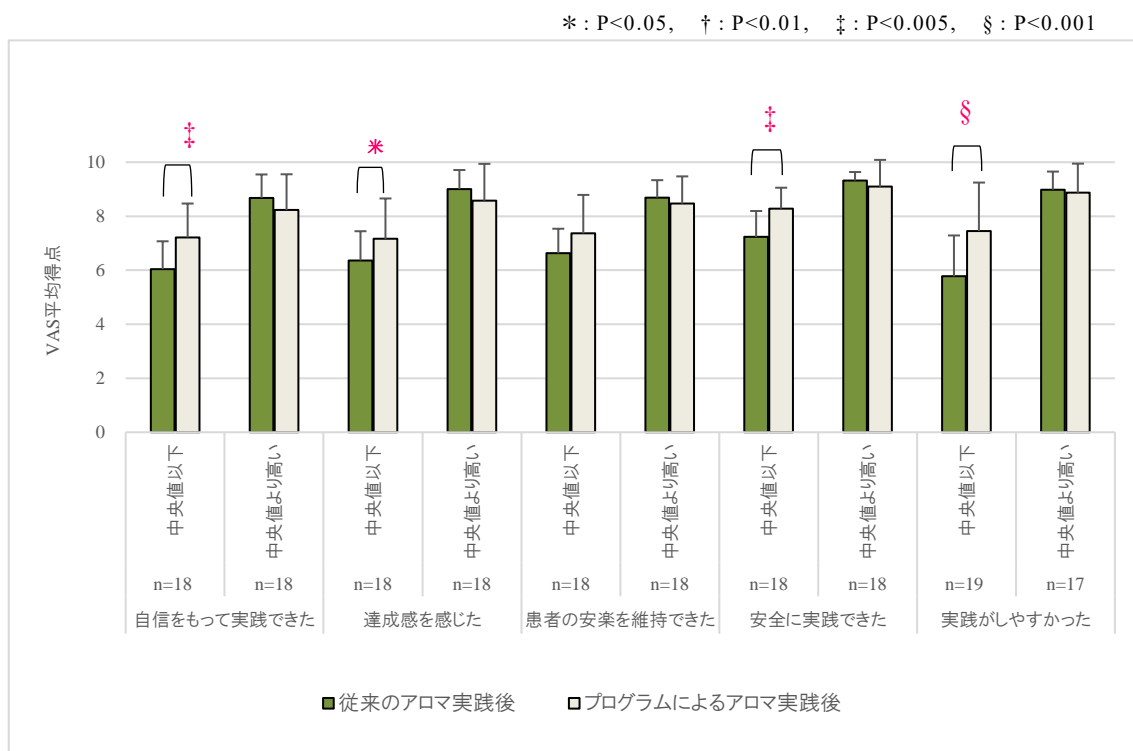


図 9 中央値以下群と中央値より高い群の実践に関する感覚を問う 5 つの質問への反応の比較

4. インタビューデータの質的内容分析

量的研究では測ることができない看護師と患者の感情的、心理的变化や関係性の変化を捉えるため、看護師らに実践を思い出しながらインタビューに回答してもらった。研究対象看護師に対し、4 回の施術終了後、2 週間以内に面接または電話にてインタビューを行った。インタビュー時間は 30～45 分程度であった。インタビューデータの質的内容分析の結果を表 22～表 27 に示した。インタビューは、1)「アロマセラピーマッサージ実践後の患者の変化について」、2)「アロマセラピーマッサージ実践後の看護師の変化について」、3)「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの使用感について」、4)「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの使用方法について」、5)「看護師が施術の時に気を付けていたことについて」、6)「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの問題点について」の 6 つの内容で構成されている (資料 8)。1)、2)、5) は、プログラムによるアロマ実践後の患者の変化と、看護師の変化を尋ねているが、回想時に記憶の交錯が多く、従来のアロマ実践の内容も含まれている。類別することが難しいため、本研究ではデータのすべてを分析した。

1)～5)までの分析の方法は、収集した面接内容の逐語録を作成し、それぞれの質問内容に焦点を合わせてコード化した。意味内容が類似しているコードを分類して、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内容分析を行った。

なお、5)「看護師が施術の時に気を付けていたことについて」は、看護アロマ

セラピーマッサージ介入プログラムの手順の記載に不足がないかを確認するためであり、抽出されたカテゴリー及びサブカテゴリーの中で、プログラムには記載されていない内容について、研究者と指導者で加筆する必要があるかどうかを検討した。また、6)「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの問題点について」は、語られたすべての問題点について、改訂すべき内容かどうかを研究者と指導者で検討した。

下記に、1)～5)の質問に対する面接内容を分析した結果を、代表的なデータを付して述べる。カテゴリーを【】で、サブカテゴリーを〈〉で、代表的データを「」内に斜体で示した。

1) アロマセラピーマッサージ実践後の患者の変化について

アロマセラピーマッサージ実践した後の患者の変化について質問した結果、【患者が自己開示する】【信頼関係が早く構築される】【機嫌がよくなり、会話量が増える】【苦痛症状が緩和する】【穏やかで前向きな気持ちになる】【看護師への親密感が高まる】【家族との関係性が高まる】の7つのカテゴリーが抽出された。表22にカテゴリーとサブカテゴリーを示した。それぞれのカテゴリー内容について以下に述べる。

表 22 アロマセラピーマッサージ実践後の患者の変化

カテゴリー	サブカテゴリー
患者が自己開示する	患者の気持ちが放出される
	患者が思いを打ち明ける
	患者が自分の体の苦痛を話す
信頼関係が早く構築される	ラポールを形成する
	打ち解けるのが早い
機嫌がよくなり、会話量が増える	患者が機嫌よく多弁になる
	思い出話をし始める
苦痛症状が緩和する	浮腫が改善する
	血行が促進する
	呼吸しやすくなる
	疼痛緩和と活動性が向上する
	生理反応が安定する
	心身の緊張が緩和する
	意識が明確になる
	姿勢保持ができる
	触られる気持ちよさを感じる
穏やかで前向きな気持ちになる	平穏な表情になる
	安心した表情になる
	明るく前向きな気持ちになる
看護師への親密感が高まる	看護師との関係性が良くなる
	看護師に好意を持つ
	患者にとって特別な存在になる
	看護師がそばにいることで安堵する

(1) 【患者が自己開示する】

看護師らは、「一人暮らしのパーキンソンの患者さんなんですけど、看護師とちょっと距離を置いた感じの人で。でも実践後に心の内を話し始めて。できないことや人に迷惑をかけて申し訳ないとか」と、患者は施術をした看護師に心を開き、抱えていた思いや苦痛を看護師に語ることが多く見られ、またその際には、「無口な人(患者)の表情が嬉しそうになったり、涙を流すこともありますねえ」と流涙や笑うといった感情の表出が伴うこともあったと語っていた。

(2) 【信頼関係が早く構築される】

看護師らは、「訪問を何度も行かないと聞けない話が1〜2回で聴けてしまうんですね。信頼されるって感じ」と、本来、時間をかけて関わることによって得られる患者との信頼関係が、施術を行うことによって早い段階で信頼関係が形成されると語っていた。また、そのため病状だけでなく、背景も含めた患者理解が円滑にすすむことも実感していた。

(3) 【機嫌がよくなり、会話量が増える】

看護師らは、「(施術後は)患者の会話が明るくなるというか、今後の希望を話してくれる方もいます」と、施術を受けた患者の気持ちが明るくなり、雄弁になるという変化を感じていた。また、「よくしゃべるようになるけど、トーンは穏やかとかご機嫌さんになるって感じです」と施術後の患者に高揚感が感じられる場合も、興奮するのではなく、機嫌がよくなる感じだと語っている。

(4) 【苦痛症状が緩和する】

看護師らは、施術中あるいは施術後に「痰が出しやすくなる」「チアノーゼの患者の肌色が明るくなった」「足の浮腫が軽減した」「患者の体の緊張がほぐれて睡眠誘導された」「認知症患者の体の傾きがまっすぐになった」といった患者の身体的変化を認知していた。中には「浮腫が軽減して立ち上がれるようになったりしたときは、本人(患者)もびっくりで」といったように、患者自身もその効果に気づき、驚く様子も語られた。

(5) 【穏やかで前向きな気持ちになる】

施術後の患者が、「入室するときは重苦しくても、(施術の)あとは(気持ちが)軽くなって、明るくなります」と癒された穏やかな気分を味わい、同時に気分が明るく変わっていく様子が語られた。また、「例えば点滴しますよ、注射しますよ、薬飲みましょうっていうような自分が医療を受けてる対象ってところからちょっと外れる様な表情がね、すごく感じるんですね。マッサージに入ると患者さんの健康な部分が出てくるっていう感じはよくあります」と気持ちの良さを味わうことによって患者に残る健康的な部分が引き出され、生きる意欲が高まる様子が語られた。

(6) 【看護師への親密感が高まる】

「それまでも悪い関係ではなかったけれど、いち看護師って感じだった。それが特別な存在に思ってくれた感じ」と、患者が施術を行った看護師を他の看護師とは違う“特別

な存在”としてとらえていることを感じていた。加えて施術後に、「『あなたのこと好きよ』って言ってくださる患者さんもいるんです」「『また待ってるわ』っていう風な、そういう言葉ってというのは、普通の看護ケアの場合にはほぼ無いんですけど」と、施術後は患者が看護師に好感をもち、看護師の訪室を楽しみに待つ様子が語られた。

(7) 【家族との関係性が高まる】

本研究対象者には、家族との関わりが重要となる訪問看護師が多く、「私と顔も併せなかった家族が、(患者への施術後)話しかけてくれたりしました」と、施術が家族とのコミュニケーションのきっかけになったことを語っていた。そして、「家の方も『気持ちよさそうやなあ』ってすごく喜んでくれて、(看護師が)家族ともちょっと話しがしやすくなったかなって本人(患者)が喜んでました」というように、看護師と家族との関係性が良好になることで、患者もまた和やかな雰囲気の中で過ごすことができるとも語っていた。

2) アロマセラピーマッサージ実践後の看護師の変化について

アロマセラピーマッサージ実践後の看護師自身の変化について質問した結果、【ケアの達成感や満足感を得られる】【患者を人として大切に受容できる】【患者とともに看護師も癒される】【患者との関わりの深まりを感じる】【看護に対する自信と意欲が高まる】の5つのカテゴリーが抽出された(表23)。否定的な内容は見られなかった。それぞれの内容について下記に述べる。

表23 アロマセラピーマッサージ実践後の看護師の変化

カテゴリー	サブカテゴリー
ケアの達成感や満足感を得られる	ケアの達成感を感じる
	ケアに満足感を感じる
	患者の役に立てた喜びを感じる
患者を人として大切に受容できる	患者と自然に向き合えようになる
	患者を受け止められる
	「病人」ではなく「人」として対峙できる
患者とともに看護師も癒される	看護師自身も癒されていると感じる
	互いにリラックスした時間を過ごす
患者との関わりに深まりを感じる	患者に深く入り込む感覚を味わう
	患者への理解が深まる
	他の患者より距離の縮まりを感じる
	早く深く信頼関係が結べる
	患者に好意的になる
看護に対する自信と意欲が高まる	もっと良い看護をしたいと意欲が生まれる
	自分の看護に自信を持つ
	看護の広がりとしらなる可能性を感じる
	効果に驚きと期待を感じる
	他の医療スタッフからの評価が上がる

(1) 【ケアの達成感や満足感を得られる】

直接患者に触れ、「自分がしていることが、患者さんにプラスになってるんだってことが嬉しくて。有難いなって」「『やってもらったら夜寝れた』とか『シップ貼らなくてよかった』とか言ってもらうと、私の技術でも役に立ったかなって」と、自分の手で患者を癒すことができた実感が、看護師のケアの喜びや達成感につながっていた。また、通常業務よりしっかりと時間を確保して患者に対峙できることも、看護への満足感につながっていると語っていた。

(2) 【患者を人として大切に受容できる】

看護師らは、「アロマセラピーってなんかこう…差別化がなくなる感じがありますよね、亡くなる…病気の人が、とりあえず今病気じゃない人も一緒っていうか、いきなり同じところに立つような感覚で」と、触れることによって上下関係がなくなり、患者を同じ“人”として受容できるようになり、さらに、「もちろん看護師だけれど、看護師としていなければならない壁がなくなり、この人をわかりたい、この人と一緒にいることを楽しんでる自分がいます」と、人として看ることによって、患者をわかりたいと患者への関心が高まるなど自身の変化に気づいていた。また普段から患者への触れ方が優しくなるなど、患者への接し方が変わったことにも気づいていた。

(3) 【患者とともに看護師も癒される】

看護師らは、施術を通して患者のみならず、看護師自身も癒されると語っている。それは患者と同様に看護師も、人の肌に触れることや香りを嗅ぐことによって癒されることに加え、「この方(患者)リラックスできてるな、このマッサージが良い影響を与えてるなっていうときは自分も解れている感じがするんですよ」といったように、患者との関わりの深まりや患者が安楽になっていく様子を見ることで高まる安心感や満足感が、看護師自身の癒されている感覚につながっていた。

(4) 【患者との関わりに深まりを感じる】

看護師らは、「嫌だなと思う患者でも親しみ感じて、なんか可愛く思えてくるんです。失礼ですけど」と施術をすることによって患者との距離が近づき、普段よりも患者への関心が高まっていた。「何かやってもらった、時間を作って自分のために何かしてもらうことはとても嬉しいんだと改めて思いました」などと、患者の表情や言葉をより深く感じとり、患者の身になって考えようと試みていることが語られた。

(5) 【看護に対する自信と意欲が高まる】

アロマセラピーマッサージを行うまで、看護師らは患者ケアに対して怖さや限界を感じていたことが語られた。施術で患者が苦痛から解放され、安楽な様子になることで、「患者さんのところに行くのが怖くなくなりました。」、「今までは医療の限界は看護の限界と感じていたけど、今は自分の看護に限界を感じなくなったというか、無限にケアを広げられる気がします」と看護師らは自身の看護に自信を持ち、とさらに良いケアをしようという意欲が高まると語っていた。また、「医師もそれ(患者が笑顔でよく会話する姿)に気が付いていて、医師の評価も上がった感じです」と施術の効果を医

師や他のスタッフに認められることで、さらにケアへの自信を強めていた。

3) 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの使用感について

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの使用感を質問した結果、【確信を持ってないまま実践していたことに気づく】【手順が明文化され実践がしやすかった】【余裕をもってケアに専心できる】【確信をもって実践できる】【これまでの実践を点検し、より良い実践ができる】【「看護」を基盤としたケアとして実践できる】の6つのカテゴリーが抽出された(表24)。それぞれの内容について下記に述べる。

表24 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの使用感

カテゴリー	サブカテゴリー
確信を持ってないまま実践していたことに気づく	確信もなく実践していた 不安を感じながら実践していた
手順が明文化され実践がしやすい	これまでの実践と違和感がない 実践しやすい 実践計画が立てやすい 納得して実践できる 考えを整理しながら実践できる
余裕をもってケアに専心できる	患者も自身も観察する余裕が生まれる 落ち着いてケアに専心できる
確信をもって実践できる	達成感が高まる 自信や確信をもって実践できる 安心して実践できる
これまでの実践を点検し、より良い実践ができる	これまでの実践の不足に気づく 看護師の構えの重要性に気づく 全人的に患者をとらえられる 禁忌を確認し、安全に実践できる
「看護」を基盤としたケアとして実感できる	看護として実践している実感をもつ プログラムによって看護になると確信する

(1) 【確信を持ってないまま実践していたことに気づく】

看護師らは、「これまでなんか抜けてないかなって心配しながらやっていたところがあるんです」「最初の2名(対象)はなんかモヤモヤとしながら、これでいいのかなと思いながらやっていた」など、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムを使用したことによって、これまで確信が持てないまま、不安を感じながら実践を行ってきたかということに気づく機会となった。

(2) 【手順が明文化され実践がしやすい】

研究に参加した36名の看護師全員が、プログラムの内容が、普段実践している手順と大きく相違がなく、窮屈さや戸惑いは感じられなかったと語っていた。また、「プログラムを使うとより明確に順序立てて、自分でも納得しながらできました」と、一つ

一つの手順を確認しながら実践することができることで、納得しながら行え、実践がしやいとも語っていた。

(3) 【余裕をもってケアに専心できる】

看護師らは、「最初はどうしても緊張して不安になるけれど、この流れでやっていると余裕もあるし、患者さんの心が開いていくのを感じられる」「このプログラムで丁寧にかかわっていくことができたから、患者がより理解できたし、自分に落ち着きができたと感じる」とプログラムを使用することで、手順に気を取られることなく余裕が生まれ、患者の身体に触れた自身の感覚や、患者の施術中の様子を集中して観察できると語っていた。

(4) 【確信をもって実践できる】

プログラムを使うことで、「安全性が保たれていることで安心できて、後ろめたくない。」「(アロマの)学校では看護行為としてアロマは習わなかったのも、最初は不安を持ちながらやっていたけど、プログラムで看護と保証されていると思うと、何らかのアウトカムがあるから自信になる気がする」と、患者の安全確保や実践の意義に対して確信をもつことができ、自信や安心感が高まったと語っていた。

(5) 【これまでの実践を点検し、より良い実践ができる】

プログラムに沿って実践を行うことで、これまでの実践を振り、看護としてとらえ直すことができたと言っていた。また、プログラムを使用することで、「こういうことをやる必要があるんだと、1つ超えた意識付けができた気がします」と自信を強めていた。さらに、「毎日やってると忘れていたこともあって。例えば呼吸を整えとか、ついつい同じオイルを使っていたりとか。ときどき抜けているところがあったので気を付けようと思いました」と普段の実践の中で不足していた点や、「誰でも彼でもやるわけじゃないと改めて思いました。つい、アロマをみんなにやってあげたくなるけれど」と看護としての在り方を確認し、さらに良いケアにしようと工夫をしていたことが分かった。

(6) 【「看護」を基盤としたケアとして実感できる】

看護師らは、「プログラムを使った方が、ただやりに行くだけじゃなくて、こういう目的でやるっていうように、看護としての意味がとてもしっかりした」とプログラムを使って実践することで、“看護”を行っているという実感をもつことができていた。また「(プログラムを使うと)こんなふうに頭を巡らせて看護として考えてやっているんだということが保証されている感じで安心」、「アロマというと「看護とは違う」と思われがちだし、それに自分も答えられなかったんです。でもプログラムを使ってやったら、自分がやっていることが“ケア”なんだと確認できます」とプログラムによって、施術が“看護”と保証されることで、堂々と安心して行うことができると語っていた。

4) 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの活用法について

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの活用法について質問した結果、【臨床での実践や教育の手引きとなる】【実践の統一ができる】【実践の確認や振

り返りができる】【他のスタッフに看護であることを示す手段となる】の4つのカテゴリーが抽出された(表25)。それぞれの内容について下記に述べる。

表25 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの活用法

カテゴリー	サブカテゴリー
臨床での実践や教育の手引きとなる	アロマの実践経験の少ない看護師の手引となる 新人教育の手引になる
実践の統一ができる	実践の基本的手順を揃えられる
実践の確認や振り返りができる	実践前に手順の確認ができる 実践後の振り返りと次の対策ができる
他のスタッフに看護であることを示す手段となる	他のスタッフと目的や実践内容を共有できる 他のスタッフに看護として示せる 看護計画に落とし込むことができる

(1) 【臨床での実践や教育の手引きとなる】

看護師らは、「あまり現場でしたことがない様な方(看護師)も、あ、これ注意をしないといけないなっていうところは気付けるんじゃないかと思います」、「看護師が初めてアロママッサージをするときに、この流れでやれば絶対自信がつくと思います」と、アロマセラピーについてひと通り学んだ看護師も臨床での実践には不安があるが、プログラムを使用することで安心して実践を開始できると語っていた。また、施設内で看護師にアロマセラピーマッサージを教える際の手引きとして使用できるとも語っていた。

(2) 【実践の統一ができる】

看護師らが、「看護の場合、自分しかできないのはダメだし、誰でもやろうと思ってできないのはダメだと思うんです」と語っているように、看護においては公平性を保つことは大切であり、看護師が誰でも行えるというケアが必要となる。しかしながら、取得したアロマセラピーの知識や技術に統一性がないという現状がある。そこでプログラムを使用することによって、「私が指導すると勝手な方法になるし、口頭だと取り方によってバラバラになってしまう。(プログラムがあると)統一して教えられるし、受けるほうもわかりやすいと思う」と看護におけるアロマセラピーマッサージの標準化が図られるのではないかと期待していた。

(3) 【実践の確認や振り返りができる】

看護師らは、「何をどう考えていいのかわからない中で、あれ(プログラム)があると指標になるので、自分が何に注意しなければいけないのかとか、見過ごしそうなところをクリアできるのかなっていうのはあります」と語っているように、実践の組み立てがしやすいと感じていた。また、プログラムの手順に従って、自身の実践を振り返ることによって、慢心を避けることができるだけでなく、「前に施術後に疲労感が出たことがあったんですよ。それは時間が長かったか、座ってやったからかなと振り返れました。じゃあ次回はこうしようとなげられると思う」といったように実践に問題があった場合は、プログラムの項目をチェックしながら、それらを解決する方法を考えることができると語っていた。

(4) 【他のスタッフに看護であることを示す手段となる】

プログラムを使用することによって、自身の実践の目的、方法、結果を整理して医師や他のスタッフに示し、共有することができると語っていた。加えて、「プログラムがあると、これにのっとってやってるよって、ちゃんとかう、アセスメントしてやってますっていう事が(スタッフの)目に見えてわかるんじゃないかなっていう…興味本位で、ちょっとこうやってみたとかじゃなくて」と、他のスタッフに、“看護”を基盤とした実践であることを承認してもらえる手段になり得ると期待を寄せていた。

5) 看護師が施術するときに気を付けていたことについて

実践中に気を付けていたことを質問した結果、【施術前に関係性をつくる】【患者のニードを判断する】【十分にアセスメントをする】【施術環境を整える】【患者の安楽を維持する工夫をする】【患者の話に呼応する】【看護師が落ち着いて臨む努力をする】【ケアとして行う意識をする】【家族に安心と安楽を提供する】の 9 のカテゴリーが抽出された(表 26)。これらの内容について下記に述べる。

表 26 看護師が施術したときに気を付けていたこと

カテゴリー	サブカテゴリー
施術前に関係性をつくる	受け入れられる自分をつくる
	患者の思いを聴く
	施術についてわかりやすく説明する
患者のニードを判断する	施術の必要性を判断する
	患者の意思を優先する
十分にアセスメントをする	施術の効果を予測する
	患者に適した方法を検討する
	安全性を確保する
施術環境を整える	室温を適温にする
	安心な場所を確保する
患者の安楽を維持する工夫をする	患者が安楽かどうか観察し続ける
	患者の状態に合わせて施術を工夫する
	患者と呼吸を合わせる
患者に合わせて会話量を調節する	患者の話に呼応する
	優しい話し方で反応する
看護師が落ち着いて臨む努力をする	看護師の緊張を患者に悟られない
	患者に集中する
	看護師が落ち着く工夫をする
ケアとして行う意識をする	患者の安楽を目的に行うことを意識する
	業務時間内で行う
家族に安心と安楽を提供する	家族に理解を得る
	家族を含めた癒しの空間をつくる
	家族にも施術を提供する

(1) 【施術前に関係性をつくる】

「バイタルなどで体のことを聴きながら、話を聞いて和やかな空気を作るようにしてます」と看護師らは、アロマセラピーマッサージが適応と考えた患者の話を傾聴したり、自分の態度を工夫して患者の緊張をやわらげようとしていた。そして、「いきなりマッサージするんじゃなくて、患者さんの心や身の構えができてからします」と患者が施術を受け入れる準備が整うまで待とうと心掛けていたり、常に患者の意思を優先しようとしていた。

(2) 【患者のニードを判断する】

看護師らは、「アロマが1番いいケアだなと思うときは使うけれど、リハや散歩の方がいいなと思うときはそっちを選びます」と患者にとって最も適したケアは何かを考え、それがアロマセラピーマッサージだと判断できたときに選択している。さらに、たとえば患者が施術を承諾しても、それが看護師への気遣いではないかと患者の表情や言葉と通して注意深く観察し、慎重にニードを判断していた。

(3) 【十分にアセスメントする】

患者を日頃から観察して、「(患者は)痛みがあると必ず不安な気持ちがあると思うんです。そんな症状があると使ってみたら効きそうだなと思った時にアロマしてますね」というように、通常の治療やケアでとり切れない心身の症状がある場合、あるいは孤独感を感じる場合に、看護師らは良い効果が期待できると施術をする判断していた。また、変化していく患者の状態に合わせて方策を考え、パッチテストや薬剤との関係など安全性の確認も行っている。

(4) 【施術環境を調える】

患者が、最も寛げる安全で安心な場所や温度を設定していた。加えて「家族から話かけられると落ち着かないので、そういう時は利用者さんの性格や家族の感じに合わせて違う場所でゆったりしてました」と患者が安楽になるための環境づくりにも気遣いを見せていた。

(5) 【患者の安楽を維持する工夫をする】

本研究のインタビューの中で、最も看護師らの語りが多かったカテゴリーであった。「肌を傷つけないように気をつけた」「体位が苦しくないか声をかけた」「呼吸を合わせた」「るい瘦が激しい患者が心地よいと思うタッチを工夫した」と看護師らは、患者の安楽につながる香り、施術時間、施術方法などに細心の注意を払って実践を行っていた。看護師らは、患者の肌の脆弱性を確認したり、状態に合わせて安楽な体位を工夫して施術を開始している。施術中の患者を観察し続け、時には声をかけて、患者が安楽な状態かどうかを気にかけていた。また患者の呼吸に施術のリズムを合わせ行い、施術中に患者の表情の変化やしぐさの変化があった場合、それらが気持ちよさの表れであるか、それとも不快を表すサインなのかを判断しながら、圧やスピードを調節していた。

(6)【患者に合わせて会話量を調節する】

看護師らは、患者が話したいときは呼応し、ゆっくりとしたいと感じたときは敢えて声をかけず、穏やかに過ごせるようにしていた。また、「背景が複雑な人もいるので、文句を言いたすときもありますが、そんな時はうんうんとあまり反応しないようにして、気持ち良い感じに変えていきます」と患者がかかえていた負の感情を表出した場合は、看護師らは静かに傾聴し、笑顔や穏やかな物言いで患者の気持ちをなだめていくなど、安楽が維持でききるよう工夫していた。

(7)【看護師が落ち着いて臨む努力をする】

看護師らは、施術する前に緊張感を持っており、「自分が落ち着くように、患者との会話のスピードをなるべくゆっくりにするようにするかな」といったように、緊張を軽減させるために患者との会話の速度を落とすなどの工夫をしていた。また一方で、看護師らは自分を整えて、緊張感を悟られまいとする行動もとっていた。

(8)【ケアとして行う意識をする】

看護師らは、「最初は躍起になって、薬を減らそうとか楽にしようと思っていたけど、今は(薬を減らそうといった)気負いはなくて、患者さんの様子を見ながらやっています」とアロマセラピーマッサージが患者に安楽を提供するためのケアであるという意識を強く持っていた。また、他の業務に影響しないよう、決められた業務時間、あるいは計画した時間を守るように心がけていた。

(9)【家族に安心と安楽を提供する】

家族が付き添っている患者の場合、あるいは訪問看護の場合は、施術の説明を家族にも行い、家族の同意も得るようにしていた。さらに看護師らは、「その場が家族さんにとっても、あぁ本人気持ちよさそうやなって。家族さんにとっても快適な場であるかどうかっていうのは気をつけて見てました」と患者の安楽が家族にとって癒しになることを期待していた。さらに必要があれば家族を癒すため、もしくは家族とのコミュニケーションを図るために家族にも施術をしていることが分かった。

6) 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの改善点について
インタビューにおいて抽出された改善点を表 27 にまとめた。

表 27 インタビューから抽出された改善点と課題

(1) プログラムの改善点
①Step4「皮膚の状態」→「皮膚症状」の方がチェックしやすい。
②Step6 を注意点と反応に分けると報告書が書きやすい。
③施術をした後の評価を書く欄が必要だ。
④アロマの説明をまどろっこしく感じる患者もいるので、患者によって説明量を変えるほうが良い。
⑤コミュニケーションが取れない患者の評価もできるものがあるといい。
(2) 訪問の場合の検討
①訪問の場合、病棟とは順番が違い、関係性を作ることが先になる。
②訪問は時間制限があるので、プログラムの中からできるだけ絞って現場で判断する必要がある。
③訪問では刺激が出たときは、受診してくださいと言うか看護師が軟膏を塗ることになる。
(3) プログラムの課題と限界
①手順通りにしなければならないと思うと緊張や窮屈さが伴う。
②手順通りに行うと手間がかかるため、業務が増える気がする。また、それほど時間が取れない。
③アロマセラピーを学んだ看護師しかプログラムを使用できない。

第VI章 考察

量的研究で得られた結果とインタビューのデータ分析で得られた結果から、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの効果と有用性について考察を行った。インタビューデータ分析の結果は、カテゴリーを【】で、サブカテゴリーを〈〉で表し、具体的な語りのデータは「」内に斜体で示す。

1. 対象について

1) 対象看護師について (表 5)

研究に参加した 36 名の看護師は、7 年以上の看護師経験を持ち、うち 29 名 (80.6%) が 40 代であった。一方、アロマセラピー実践経験年数に関しては、半数以上の 20 名が 3 年未満であり、1 年と回答した看護師が 10 名と最も多かった。本研究看護師は、ベナー (2005) の言うところの「中堅看護師」「エキスパート看護師」であり、アロマセラピーマッサージ実践者としては、「初心者」「新人」が多い研究対象となった。

対象看護師の職場は、訪問看護師ステーションが 22 名 (61.1%) と最も多く、病院 9 名 (25%)、介護施設 5 名 (13.9%) であった。リクルートの時点では病棟看護師の方が多かったが、研究参加の許可が病院から得られない、あるいは患者の病態の悪化などによって研究の持続が難しいケースが多くあり、結果的に患者に継続的ケアが行いやすい訪問看護師の参加が多くなった。それぞれの施設において看護の手順の違いや時間の制限があるが、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの流れに対する違和感は語られなかった。

2) 対象患者について (表 6)

従来のアロマ実践を受けた群 72 名 (対照群) と、プログラムによるアロマ実践を受けた群 72 名 (プログラム群) に年齢や性別に有意な差はなかった。アロマセラピーマッサージをすることで効果があると予測する 20 歳以上の患者を看護師にリクルートしてもらったところ、対象患者の平均年齢は 72.5 ± 15.4 歳となり、高齢の患者が多かった。補完代替療法は、西洋医学による治療では十分にケアできない身体症状や精神的症状に対して緩和効果を期待して使用されることが多く (横井, 2010)、本研究においても慢性の疾患をかかえた高齢者が多く対象になったと考えられる。また、本研究の対象看護師に訪問看護ステーションに勤務する看護師が多かったことも一因と考える。

患者の主な疾患は、両群とも悪性新生物が最も多かった。鈴木ら (2009) は、国内の看護におけるアロマセラピーの研究のうち、がん患者を対象にした研究が最も多いことを示し、さらに横井 (2010) は、緩和ケア病棟において実施したことがある補完代替療法のうち、43% の看護師がアロマセラピーを行っていたと報告している。本研究においても、がん患者に対して効果を期待する看護師が多かったのではないかと推察する。

2. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの評価

1) 患者への影響

(1)患者への身体的影響

① 患者の生理的指標への影響

対照群においても、プログラム群においても、患者の収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数は有意に低下したが、正常範囲を逸脱する数値ではなかった(表 15)。変化量には差がなかったことから、この変化はプログラムによる影響ではなく、アロマセラピーマッサージによるものと考えられる。また、高血圧群(収縮期 140mmHg 以上、かつ/または拡張期 90mmHg 以上)と低血圧群(収縮期 100mmHg 以下、かつ/または拡張期血圧 60mmHg 以下)の各実践前後の変化をみると、高血圧群者は、収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数ともに低下していた。一方、低血圧群は、サンプル数が少ないため有意差は得られなかったが、収縮期血圧、拡張期血圧は上昇し、心拍数は低下する傾向が見られた。これらのことから、対照群も、プログラム群も、アロマ実践によって血圧、心拍数は、恒常性を維持するように変化する傾向があると思われ、少なくともプログラムを使用することで、患者の生理的指標に悪影響を及ぼすことはないことが確認できた。

② 患者の症状への影響

患者が抱える 5 つの症状「痛み」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」「意欲減退」について、NRS で得た回答の結果をみると、「痛み」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」の 4 項目に関しては、両実践とも実践前に比べて実践後の得点が有意に低下した(表 18)。これは、終末期ケアを受けるがん患者へのアロマセラピーマッサージ効果の報告(相原ら, 2016)と同様の結果であった。しかし、本研究では各実践による変化量に有意な差が認められなかったことから、症状の改善はアロマセラピーマッサージによるものと思われ、プログラムによってさらなる効果があったとは言えない。ただ、プログラムを使用しても、患者への症状緩和効果は十分に得ることができることがわかった。

インタビューデータの分析では、実践後の患者の変化を看護師に尋ねたインタビューにおいて、【苦痛症状が緩和する】というカテゴリーが抽出されている。〈浮腫の改善〉〈血行の促進〉〈呼吸しやすくなる〉〈疼痛緩和と活動性の向上〉〈心身の緊張が緩和する〉といったサブカテゴリーが抽出されていることから、患者の心身の変化を看護師は感じていた。こうした看護師が観察していた患者の症状の変化は、NRS で患者自身が評価した「疼痛」「倦怠感」「呼吸困難」「不安」の症状緩和の回答と矛盾していなかった。

また、プログラム群において「意欲減退」に有意な改善は見られなかった。施術後の患者の変化を尋ねたインタビューにおいて、【機嫌がよくなり会話量が増える】と【穏やかで前向きな気持ちになる】の 2 カテゴリーが抽出されている。施術後の患者は、高揚感が見られる一方で、平穏で安心した表情になり、入眠することも多いと語られていた。インタビューデータ分析で、実践後に患者が鎮静することが抽出されたことから、質問紙による意欲レベルの質問に対して高得点にならず、「意欲減退」の有意な改善に結びつかなかったと思われる。しかしなが

ら、すべての症状において、両実践による得点の変化量に有意な差はなかったことから、プログラムの有無が患者の症状の変化に影響を及ぼしたとは言えず、症状の改善はアロマセラピーマッサージの実践そのものによる効果と推察される。これらのことから少なくともプログラムが、患者の症状に対してネガティブな要因にならないことは示された。

(2) 患者の感情への効果

対照群において、アロマ実践前後に患者に自記入してもらった一般感情尺度の得点を比較した結果、高揚感や意欲を表す「肯定的感情状態」と平穏や落ち着きを表す「安静状態」は実践前の得点より、実践後の得点が有意に上昇した。しかし、緊張や怯えを表す「否定的感情状態」については、実践前の得点より実践後の得点は低下したが、有意な差は見られなかった。プログラム群においては、実践前と比較して実践後は、「肯定的感情状態」「否定的感情状態」「安静状態」すべての感情状態で有意に好転した。

実践後の患者の変化を尋ねたインタビューで抽出された【機嫌がよくなり、会話量が増える】【苦痛が緩和する】【信頼関係が早く構築される】【患者が自己開示する】【穏やかで前向きな気持ちになる】のカテゴリーは、心身の緊張が和らぎ、症状が緩和し、前向きな気持ちになるという患者の好転的变化を表しているとは判断される。Johnson (2010)は、看護の働きかけの目的を「病気の中の安らぎ」と表現し、病状や事情の許す範囲で、最大の満足が得ら得るよう援助することが重要だと述べており、アロマセラピーマッサージは、患者の安らぎへの支援のひとつになると考える。さらに【看護師への親密感が高まる】というカテゴリーの中で、〈看護師がそばにいて安堵する〉というサブカテゴリーが抽出されている。ケアの本質は、看護師と患者が互いに時間を共有すること（鷺田，2009、広井，1997）とされるように、看護師が患者のためにまとまった時間を確保し、患者のそばにすることは、まさしくケアであり、患者の安心感に結び付いていたと推考される。

しかし、各実践による変化量の差はなかったため、プログラムの影響により一般感情に対してより効果があったとは言い難いが、プログラムの有無にかかわらず、アロマ実践によって患者の「肯定的感情状態」「否定的感情状態」「安静状態」は、より良い状態に変化し、それは、プログラムを使用した実践においても変わらないことが示された。

2) 看護師への影響

(1) ケアリングに対する影響

① ケアリング特性の変化について

ケアリングに対する意識や態度を表すケアリング特性を「日本語版 CAS (19 項目)」にて測定した。その結果、アロマ実践前、従来のアロマ実践後、プログラムによるアロマ実践後のいずれにおいても得点に有意な差が見られなかった(表 7)。

日本語版 CAS の信頼性と妥当性を検討した研究では、対象となった一般病院の

病棟に勤務する看護師 137 名の日本語版 CAS (19 項目) 得点の平均値は 64.4 点であった (相原, 内布, 2019)。これに対して、本研究の対象看護師の平均値は、アロマ実践前 74.9 点、対象 77.0 点、プログラムあり実践後 76.9 点といずれも 10 点以上高い得点を示した。本研究の対象看護師は、一般病院の病棟の看護師よりケアリング特性が高いことが分かった。

実践後の看護師の変化について尋ねたインタビューにおいて抽出された【患者を人として大切に受容できる】というカテゴリーの中で、〈「病人」ではなく、「人」として対峙できる〉というサブカテゴリーが抽出された。Watson (1992) は、ケアは看護師と患者の間の「間主観的」な流れによって起こり、「間主観性によって、我々が共に持っている人間性が生き生きしたものになるとき、人間存在を一個の物的存在にしてしまわない」と述べている。“患者”ではなく、“病に苦しむ人”としてとられるようになったことは、看護師らの道徳的次元から人間の尊厳と人間性の保持に関心を払い、相手のありようを受け止めるという「間主観的」な流れ (Watson, 1992) がうまれていたと考える。また、抽出された【患者との関わりに深まりを感じる】というカテゴリーの中で、〈患者に深く入り込む感じを味わう〉というサブカテゴリーが抽出された。看護師と患者が互いに自己開示し、深く入り込むトランスパーソナルなケアが行われていたと思われ、本研究で明らかとなった日本語版 CAS (19 項目) 得点の高さを裏付けている。

ただし、実践前から得点が高かったことから、もともと高いケアリング特性を持った看護師が実践してきたのか、あるいは本研究は、アロマセラピーマッサージの実践経験のある看護師を対象にしていることから、これまでの実践経験によってケアリング特性が高くなっていたのかは定かではない。また、実践前から高得点である集団であるためにプログラムによる変化が見えにくかった可能性もある。しかし、少なくともプログラムを使用して実践してもケアリング特性が低下することなく、実践前の高いレベルを維持したまま実践できることは示された。Mayeroff (1987) は「ケアの本質」の中で、ケアリング自体は一つの考えであって、目的ではないとしているように、本研究に参加した看護師らは、プログラムの有無に関係なく、ケアに向かう信念としてケアリング特性を常に持ち続けながら実践していることが分かった。

②ケアリング効力感への影響

ケアリングに対する効力感を日本語版 CES (30 項目) にて測定したところ、アロマ実践前、従来のアロマ実践後、プログラムによるアロマ実践後と徐々に得点は上昇したが、有意な差は認められなかった。しかし、一般病院の病棟に勤務する看護師 137 名の日本語版 CES の平均得点が 20.2 点であった (相原, 内布, 2019) のに比べ、本研究ではアロマ実践前 35.6 点、従来のアロマ実践後 39.8 点、プログラムによるアロマ実践後 42.2 点といずれも高い得点を示しており、本研究の対象看護師は、実践前から高いケアリング効力感を感じている集団であったためにプログラムによる変化が見えなくなった可能性がある。

Swanson (1999) は、ケアリング経験による看護師の変化として「満足感・感謝の感覚が高まった」「誠実さや充足感、全体性、自尊心を維持できる」「看護への

愛情、知識を増やそうと思う」などメタ分析によって6項目を挙げている。本研究においても、実践後の看護師の変化を尋ねたインタビューで【ケア達成感や満足感を得られる】【患者を人として大切に受容できる】【看護に対する自信と意欲が高まる】というSwanson(1999)の報告に類似するカテゴリーが抽出されている。また、操,羽山,菱沼,岩井,香春(1996)は、ケアリングによってもたらされる患者のアウトカムとして、「肯定的感情」「身体的安全」「自己表出」「看護師の存在の意識」などを報告している。本研究においても、プログラムによって一般感情尺度による患者の「肯定的感情」は有意に向上し、症状レベルの質問においても症状が有意に改善している。さらにプログラムを使用したアロマ実践後の患者の変化を尋ねたインタビューの中で、【患者が自己開示する】【機嫌が良くなり、会話量が増える】【苦痛症状が緩和する】【穏やかで前向きな気持ちになる】【看護師への親密感が高まる】といった操ら(1996)が示したケアリングのアウトカムに類似するカテゴリーを抽出しており、これらのことから、本研究の対象看護師らは、ケアリングを基盤としたアロマセラピーマッサージを行い、患者や自身の変化からケアリングの効力感を感じていたと考えられる。

ただ、アロマ実践前の日本語版CESの得点が高いことから、ケアリング効力感を強く持った看護師が本研究対象になったのか、あるいはこれまでの臨床でのアロマセラピーマッサージ実践経験が、自己効力感の先行要因となる「達成経験」となり(Bandura, 1971)、効力感を強めていたのかは本研究からは明らかにできない。しかし、少なくともプログラムの有無にかかわらず、聞き取った看護師の経験の中には、高いケアリング効力感と解釈できる内容が認められた。

(2)看護師の感情に対する影響

従来のアロマ実践、プログラムによるアロマ実践のどちらにおいても、実践前より実践後の方が、高揚感や意欲を表す「肯定的感情状態」、緊張や怯えを表す「否定的感情状態」、平穏や落ち着きを表す「安静状態」の得点が有意に高くなった。しかし、変化量には有意な差は見られなかったことから、看護師の一般感情に対するプログラムの影響はなかったと思われる。

インタビューデータの分析では、実践後の看護師の変化を尋ねたインタビューの中で、【ケアの達成感や満足感を得られる】というカテゴリーが抽出された。看護師らは施術後の患者の安楽な状態を見出し、患者の役に立てたことに喜びを強く感じ、それらを自信に変えていた。さらにプログラムの使用感を尋ねたインタビューでは、【「看護」を基盤とするケアとして実践できる】というカテゴリーが抽出されており、看護師らはプログラムにケアの意図性を感じ、それらを意識することによってケアとしての意味付けがしやすくなったと解釈する。また、プログラムの使用感を尋ねたインタビューで、【確信を持てないまま実践していたことに気づく】というカテゴリーが抽出され、「施術に抜けているところはないかと心配だった」と不安や緊張感を感じながら実践に取り組んでいたことを語っていた。【余裕をもってケアに専心できる】というカテゴリーも抽出され、「プログラムを改めて意識しながらやると、落ち着いていこうという自分の心の持ちように準備が出来た」という語りからも、プログラムが実践のガイドになることで気持ちに余裕が生まれたと推察で

きる。そして、実践後の看護師の変化を尋ねたインタビューでは、【患者とともに看護師も癒される】というカテゴリーが抽出されている。香りや患者に触れることで看護師が癒されただけでなく、「患者の息遣いが穏やかだと、自分も晴れやかで穏やかな気持ちになる」と、患者が安楽になった様子を見ることによって、看護師としての充足感を体験していたと思われる。これらの結果から、プログラムの有無にかかわらず、アロマ実践は看護師にとって、良い感情体験につながっていたことが分かった。

3) 看護師と患者の関係性への影響

(1) 看護師との関係性を問う患者への3つの質問への反応

各実践前後の患者に「看護師に親しみを感じる」「看護師に自分のことを何でも話せそうだ」「看護師といると安心する」の3項目を10段階NRSで回答してもらった。対照群、プログラム群、ともに実践前より実践後の得点が高くなり、有意な差がみられた。次に、それぞれの実践による変化量を比較したところ、「看護師といると安心する」に対しては有意な差が見られ、プログラムによるアロマ実践は、従来のアロマ実践より患者の看護師に対する信頼感を高める効果があることが明らかになった。

一方、プログラムの使用感を尋ねたインタビューデータの分析からは、【余裕をもってケアに専念できる】【確信をもって実践できる】【これまでの実践を点検し、より良い実践ができる】というカテゴリーが抽出されている。対象看護師の1人は、「プログラムがあると余裕が出てくるから、相手の体温を感じてリラックスしてできます」と語っていた。別の看護師も「最初はどうしても緊張して不安になるけれど、この(プログラムの)流れでやっていくと余裕もあるし、患者さんの心が開いていくのを感じられました」と語っていた。実践の手順がプログラムによって明確になることで、看護師が余裕を持って患者に対応でき、そのために患者も自己開示しやすくなっていたことがわかる。加えて、「プログラムを使ってアセスメントすることで、はっきりとした目的を患者さんに伝えることができるから、患者さんも納得して受けれるかも」とも語っており、事前に患者の納得を得る段階を設けていることも患者の安心を高めることに関与していたのではないかと推察される。

(2) 患者と看護師の一般感情の相互作用

従来のアロマ実践では、実践前も実践後も、看護師と患者の高揚感や意欲を表す「肯定的感情状態」、緊張や怯えを表す「否定的感情状態」、平穏や落ち着きを表す「安静状態」の間に相関関係はなかった。一方、プログラムによるアロマ実践の場合は、実践前に看護師と患者の感情状態にいくつかの相関関係が認められた。重回帰分析を行ったところ、プログラムによるアロマ実践前の看護師と患者の「肯定的感情状態」は互いに影響し合っていることが分かった。また、プログラムによるアロマ実践後も実践前と同様、看護師と患者の「肯定的感情状態」は互いに影響し合い、加えて実践後は、看護師と患者の「安静状態」も互いに影響し合っていた(図6)。このことから、プログラムによるアロマ実践によって、看護

師と患者の双方の高揚感や意欲を表す「肯定的感情状態」、あるいは平穏や落ち着きを表す「安静状態」が共鳴することが分かった。

3. 看護としての意味づけ

実践後の看護師の変化を尋ねたインタビューの中で、【看護に対する自信と意欲が高まる】というカテゴリーが抽出された。サブカテゴリーとして、〈もっと良い看護をしたいと意欲が生まれる〉〈自分の看護に自信を持つ〉〈看護の広がりとしらなる可能性を感じる〉〈効果に驚きと期待を感じる〉〈他の医療スタッフからの評価が上がる〉が抽出されている。看護師らは、患者の前で苦痛を緩和できない無力感を感じる場面が多く、特に重篤な患者の場合には顕著となる(小島 2009)。しかし、本研究に参加した看護師らは、「患者さんのところに行くのが怖くなくなった」と語り、「アロマをしてよかったなーっていう、達成感みたいなものを感じたし、前向きになって自信がつきます。看護にやりがいにも通じている気がします」と語っている。こうした実感によって、「今までは医療の限界は看護の限界と感じていたけど、今は自分の看護に限界を感じなくなったというか、無限にケアを広げられる気がします」、あるいは「看護師を志してから、西洋医学を補助する仕事をしてきたけど、他のアプローチを使って看護をやる方法があるんだと、看護師としてケアの選択肢が広がった」と語るように、さらに自身の看護に広がり新たな期待を持つことができているのがわかる。さらに患者の好転的变化を他の医療者に認められることもさらに自信を高める後押しになっていると思われる。

では、アロマセラピーマッサージを臨床現場で行っている看護師にとって、プログラムはどのような意味があるのだろうか。プログラムの使用感を尋ねたインタビューデータを分析した結果、【「看護」を基盤としたケアとして実践できる】というカテゴリーが抽出され、〈看護として実践している実感を持つ〉〈プログラムによって看護であると確信する〉という2つのサブカテゴリーが抽出された。看護師は、「プログラムを使った方が、やる意味だったり、ただやりに行くだけじゃなくて、こういう目的でやるっていうように、看護としての意味がとてもしっかりした感じでできた」「(アロマの)学校で看護行為としてアロマは習わなかったので、最初は不安を持ちながらやっていたけど、プログラムで看護と保証されていると思うと、何らかのアウトカムがあると自信になる気がする」と語っており、看護師らは、プログラムによってアロマセラピーマッサージが単なるセラピーではなく、看護として成り立つことを実感していると解釈できる。

Wiedenbach (1964) は、目的性、思慮深さ、患者中心を看護の特性に挙げている。看護師は、関心の焦点をそらさぬよう目的を明確に持ち、絶えずそれを念頭に置きながら実践することの重要性を述べている。本研究対象の看護師らはこれまで、不安を持ちながらも患者にとってよい実践は何かと探りつつ、個々で工夫をしてきた。しかし、施術を“すること”が先行し、ケアの目的を明確に持つこと、あるいは目的を持ち続けながら実践をすることには注意は向いていなかったのではないかとと思われる。本プログラムによって、看護師らは患者のアセスメントからケアの目的を明確に持ち、目的を達成するための工夫や配慮を重ね、実践後は患者にとって必要な援助であったかを確認するという看護実践のプロセスをたどることができたのではないかと推察される。

4. 実践におけるプログラムの有用性

1) 実践による実践の感覚について

プログラムの有用性を確認するため、各実践後に「自信をもって実践できた」「達成感を感じた」「患者の安楽を維持できた」「安全に実践できた」「実践がしやすかった」の5項目を看護師にVASで評価してもらった。従来のアロマ実践後の得点より、プログラムによるアロマ実践後の得点の方が高く、特に「実践がしやすかった」の項目においては有意な差が見られた。また、有意差はなかったが、「安全に実践できた」も変化が大きかったため、この2項目について述べる。

(1) 「安全に実践できた」について

この項目は、有意差はないが、従来のアロマ実践後の得点よりプログラムによるアロマ実践後の得点の方が高くなった。プログラムの使用感を尋ねたインタビューで抽出されたカテゴリ【これまでの実践を点検し、より良い実践ができる】のサブカテゴリとして〈禁忌を確認し、安全に実践できる〉が抽出されている。研究対象者の1人は、「注意点など振り返りながらできたので、抜けているところが確認できました」と自身の実践の確認ができたと言っており、またもう1人は「(プログラムを見て)あっ禁忌がこれがあったみたいなのも結構あって、(中略)あの一深部静脈血栓とか結構いらっシャって、あっ、やっぱこれがあったんだって気付いたのも結構多くて」「プログラムによって禁忌の確認の重要さに気づくことができた」と語っていた。また「安全にしているという確信をもてたのは良かった。看護師なら、どんなこともずっと安全に行わなければならないので、それは他の看護でも同じだと思う」と語る看護師もいた。

1999年頃から医療安全対策が強化されることとなり、看護もリスクマネジメントが厳しく求められることとなった。アロマセラピーマッサージに対しても、他のケア同様に高い安全性を求められ、看護への導入する際の課題の一つとなっている(本谷と藤村 2014b)。本研究に参加した看護師らは、ニードの判断や、アセスメントの段階においても、慎重に患者に対するアロマセラピーマッサージの適性を見極めていた。また、実践中も患者の表情や言葉から安楽かどうかの確認を継続的に行いながら、患者の状態に施術を合わせる工夫をしていた。このことから、看護師はプログラムの有無にかかわらず、常に患者の安楽と安全の確保に努めていることがわかる。しかしながら、【確信が持てないまま実践していたことに気づく】というカテゴリが抽出されており、「なんか抜けてないかなって心配しながらやっていたところがあるんです」とプログラムを使用する前は、安全に対しても確信なく、不安を感じながら個人的に安全に留意しながら実践していたと思われる。

プログラムを使用した看護師らは、プログラムに示されている安全に関する項目を確認しながら実践することによって、「安全性が保たれていることで安心できて、後ろめたくない」「プログラム通りにやると、アレルギーはないかなと順番でできるので安心だったけど、普段だと忘れちゃう。プログラムがないと自分流になっちゃうっていうか」と語っている。常に安全性を確保しようとする看護師は、プログラムの手順や根拠のある説明によって不安を軽減させ、患者への施術に対する安全を確信していたことがわかった。

(2) 「実践しやすかった」について

この項目は、従来のアロマ実践後よりプログラムによるアロマ実践後の得点が高く、得点に有意な差が認められたことから、プログラムの影響が明らかとなった。プログラムの使用感を尋ねたインタビューで、【手順が明文化され実践がしやすかった】というカテゴリーが抽出された。ほとんどの看護師は、プログラム内容に〈これまでの実践と違和感がない〉と答えており、「プログラムにやりにくさは感じなかった」と語っていた。本プログラムの手順は、臨床でのアロマセラピーマッサージを行っている看護師の実践データをもとに作成していることから、このような評価につながったものと思われる。

次に実践しやすいと感じた点について考察する。先述のカテゴリー【手順が明文化され実践がしやすい】には、〈実践しやすい〉〈実践計画を立てやすい〉というサブカテゴリーが抽出されている。プログラムには、基準となるステップが時系列に示されているため、「何にもないところからケアをつくるのは、結構考えなければならぬが、プログラムがあるとあまり深く考えなくてよい」「プログラムがあると手順がはずれなくていい」といったように個別に判断する部分が少なくなり、実践に安心感が生まれていたと理解できる。さらに〈納得して実践できる〉〈考えを整理しながら実践できる〉というサブカテゴリーが抽出されており、「プログラムでスタンダードを頭に入れて、腑に落ちてからやった」「これまで感覚的に行っていたが、プログラムで自分のステップに確認が取れる」と語っている。プログラムによって、実践手順の意味を理解しながら確信を持って行えたことも、実践のしやすさにつながっていたことがわかった。

(3) 実践に関する感覚を問う 5つの質問への反応からみる有用性について

アロマセラピーマッサージ実践経験年数が3年未満の看護師は、従来のアロマ実践後の実践の感觉得点より、プログラムによるアロマ実践後の実践の感觉得点の方が高くなり、「実践しやすかった」の項目には有意な差がみられた。さらに、アロマセラピーマッサージ実践経験3年以上の看護師の変化量に比べ、有意に大きかった。一方、アロマセラピーマッサージ実践経験年数3年以上の看護師は、「安全に実践できた」「実践のしやすさ」にはいくらかの効果は見られたが、それ以外の項目においてはほとんど変化がなかった。ベナー(2001)のドレファスモデルによれば、新人(advanced beginner)は、状況を把握して行動するためのガイドラインが必要であるとしており、本研究の結果からも、プログラムはアロマセラピー実践経験年数が浅い看護師により有用であることがわかった。

また各項目において、中央値以下群と中央値より高い群で有用性を比較した結果、中央値以下群は、従来のアロマ実践後の得点よりプログラムによるアロマ実践後の得点が高くなり、「患者の安楽を維持できた」の質問以外は有意な差が見られた。一方、中央値以上群は、従来のアロマ実践後の得点よりプログラムによるアロマ実践後の得点が低下していた。中央値より高い群の得点は、ほぼ天井であったため、変化の差が見えにくくなった可能性もある。もう一方、プログラムを使用したことによる、レスポンスシフトが起こったとも考えられる。レスポンスシフトとは、自己評価する際に、我々は自己内部にある基準を参照して判断するが、この内部基準が変化する現象のことを指し、レスポンスシフトの要因は、内

的基準の変化、価値の変化、意味の変化の 3 つに分類される (鈴嶋 2015)。すべての項目で中央値以上であった看護師は、「プログラムは指標になるので、自分が何に注意しなければならないとか、見過ごしそうなところをクリアできる」と語り、また別の看護師は、「注意点などを振り返りながらできたから、抜けているところが確認できました」と語っている。施術も患者への配慮も十分できていると自信を持っていたが、プログラムによって自分が怠っていた部分や忘れていた手順に気づき、内的基準が上がることで得点が下がった可能性がある。

これらのことから本プログラムは、アロマセラピーの臨床での経験が浅い看護師、あるいは自信や確信のない看護師に有用であるだけでなく、こうしたアロマセラピーマッサージに熟練している看護師にとっても、慢心を戒めながら、自らの実践を確認したり、さらに高めていくツールとして活かすことができると考える。

5. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの改変について

1) プログラムの追加項目

実践中に気を付けていたことを質問した結果、9つのカテゴリーが抽出された(表 26)。この中で、本プログラムに記載されていないカテゴリーは、【施術環境を調える】と【家族に安心と安楽を提供する】であった。【施術環境を調える】のサブカテゴリー〈室温を適温にする〉〈安心な場所を確保する〉は重要な項目であり、プログラムに加えるのが妥当と考え、追加した(資料 16)。また、【家族に安心と安楽を提供する】のサブカテゴリー〈家族にも施術を提供する〉は、家族を対象として新たな実践を開始することになるため、プログラムの項目としては追加の必要はないと考える。

2) プログラムの改善点

表 27 に示した①Step4「皮膚の状態」は、「皮膚症状」の方がチェックしやすい。② Step6 を注意点と反応に分けると報告書が書きやすい。③ 施術をした後の評価を書く欄が必要だと思う。の 3 点については、修正した (資料 16 資料 17)。

また、④アロマの説明をまどろっこしく感じる患者もいるので、患者によって説明量を変えるほうが良い。という点については、患者が十分理解した上で実践の了解を得ることは、看護実践においては重要であるが、2 回目以降あるいは経験のある患者にとってはすべての説明を聞く必要はないと考える。そこで、「ただし、すでに経験のある患者や複数回実践をしている患者に対しては、説明内容を調節してください。」という一文を加えた (資料 16)。⑤コミュニケーションが取れない患者の評価もできるものがあるといい。この点は、たとえ言語でのコミュニケーションが困難な患者であっても、呼吸の状態や血圧、あるいは表情、動き、肌の温かさなど言語以外の評価は可能だと考え、現行通りとする。

6. 研究の課題と限界

研究に参加した訪問看護師から、訪問看護の業務の特殊性による若干の内容変更を求められた。本研究は、病棟看護師を対象に明らかとなった看護アロマセラピーマッサージの実践構造（相原，内布 2016）に基づいて作成したプログラムである。今後は、本プログラムを基盤として、訪問看護師用のプログラムを作成する必要があると考える。また、アロマセラピーマッサージ実践経験が豊富な看護師1名から、プログラムを使用することによって緊張と窮屈さが伴うという意見をもらった。これまでの結果から、本プログラムは、アロマセラピーの実践経験が少ない看護師や実践に自信のない看護師に有用だと考える。看護におけるアロマセラピーマッサージの実践に長けた看護師にとっては、不自由さを感じるのは当然と考えられる。しかし、実践に自信を持っている看護師に、内的基準の変化によるレスポンスシフトが起こっていたように、プログラムを意識しながら実践をすることによって、自身の実践の振り返りやさらなる良い実践への改善につながると考える。プログラム活用時に、いかに熟練者にもプログラムの必要性を理解してもらうかは課題となるだろう。また、このプログラムの限界は、アロマセラピーあるいはアロマセラピーマッサージを学んだ看護師しかプログラムを使用できないという点である。本プログラムには、精油の選択方法や施術の細かな手順の記載は含まれない。これらについては、知識や技術の習得に少なくとも100時間以上を要し、院内では教育者と教育時間の確保が難しいため、現在は施設外で研修を受ける必要がある。

本研究は、準実験研究として検証を行ったが、患者の病気の状態にばらつきがみられ、また研究対象者に男性看護師の対象者がおらず、性差による反応の違いやどう配慮すべきか吟味できていない。将来において、男性看護師も対象に含め、対象看護師にコントロール群をおき、患者の病状のばらつきを軽減するため Stepped Wedge Cluster Randomized Trial などを実験研究をする必要があるだろう。

第VII章 結論

本研究は、看護師が行うアロマセラピーマッサージの実践構造から「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を作成し、36名の看護師に従来のアロマセラピーマッサージの実践を患者2名に、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムを使った実践を患者2名にしてもらい、看護師と患者の双方に対する有用性や安全性の点検を行った。

1. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践は、患者の血圧、心拍数を有意に低下させたが、いずれも正常範囲であった。
2. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践は、患者が抱える5つの症状（疼痛・倦怠感・呼吸困難感・不安・意欲減退）を有意に改善したが、従来のアロマセラピーマッサージによる症状改善効果と差はなかった。
3. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践の場合、実践後に患者の「肯定的感情状態」、「安静状態」は有意に高まり、「否定的感情状態」を有意に低下したが、従来のアロマセラピーマッサージを実践した場合と差はなかった。
4. 一般病院に勤務する病棟看護師と比較して、本研究対象看護師は、プログラムの有無に関わらず、高いケアリング特性とケアリング効力感を常に持ちながら実践していることが示された。
5. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践の場合、実践後に看護師の「肯定的感情状態」、「安静状態」は有意に高まり、「否定的感情状態」は有意に低下したが、従来のアロマセラピーマッサージを実践した場合と差はなかった。
6. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践を受けた患者は、従来のアロマセラピーマッサージの実践を受けた患者に比べ、「看護師」といって安心する」項目の得点が有意に高まることが明らかとなった。
7. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践の場合、「肯定的感情状態」と「安静状態」の高まりにおいて、看護師と患者に相関関係があり、相互に有意な関連があることが示された。
8. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践の場合、従来のアロマセラピーマッサージを実践した場合に比べて、「実践がしやすかった」項目の得点が有意に高かった。
9. 「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使用した実践後のインタビューデータから、【看護に対する自信と意欲が高まる】【「看護」を基盤としたケアとして実践できる】の категорияが抽出され、本プログラムを通して、看護師がアロマセラピーマッサージを看護の介入技術として位置づけていることが推測できた。

謝辞

本論文を結ぶにあたり、感謝の意を述べさせていただきます。

はじめに、本研究にご協力賜りました 144 名の患者様とご家族に心より御礼を申し上げます。患者様からアロマセラピーマッサージを受けてくださった感覚や思いといった貴重なデータをいただけたことから、臨床アロマセラピーを看護として実践するための大切な 1 歩を踏み出すことができました。しかしながら複雑な尺度や調査表への記入はかなりの負担をかけたことと存じます。それでも快くご協力頂きましたこと、深く感謝申し上げます。

研究に参加していただきました 36 名の看護師の皆様には、アロマセラピーマッサージの実践をはじめ、患者様のリクルートや、患者様への説明、たくさんの尺度や調査表への記入など、多くのご負担をおかけするにも関わらず、快く研究に同意くださり、忙しい業務の中で実践してくださいましたこと、心より感謝申し上げます。また、インタビューを通して、皆様の看護への情熱、アロマセラピーへの期待に触れ、研究者として勇気と励ましをいただきました。深く御礼を申し上げます。また、研究のご許可を賜りました医療施設の皆様、深く感謝申し上げます。

兵庫県立大学看護学部教授 内布敦子先生には、学部時代から厳しくも優しく、本当に温かい心でご指導いただき、感謝してもしきれない思いでございます。臨床アロマセラピストという特異なキャリアで看護学を学ぶことで起こるケアの捉え方の違いを、根気よくご指導くださいました。先生との問答を通して、私はより深く他者に対して、自己に対して、そしてケアに対して向き合うことができました。本研究におきましても、構想からデータ分析、論文作成に至るまで、看護研究者としての視点や論理的な解釈をご指導賜りましたこと、心より感謝申し上げます。

副査としてご指導賜りました兵庫県立大学看護学部准教授 川崎優子先生には、学部からお世話になり、本研究においても先生の研究者としての鋭い視点が、いつも私を次の課題へと導いてくださいました。また、お会いするたびに励ましの言葉で力をそそいでくださいましたこと、深く感謝申し上げます。

兵庫県立大学看護学部准教授 谷田恵子先生には、細部にわたり量的研究の結果についてご指導やご助言を頂きました。また、迷いに迷い突然訪問した際にも、親身になってご指導くださいましたこと、深く感謝申し上げます。

神戸市看護大学教授 江川幸二先生には、修士の時から量的研究の手法についてご教示を頂きました。また、アロマセラピーにご理解を下さり、いつも励ましてくださったことにも重ねて感謝申し上げます。

そして、神戸大学大学院 医学研究科 先端緩和医療学分野 特命教授 木澤義之先生には、臨床でご多忙の中、お時間を頂戴し、研究計画や分析の内容において、貴重なご意見を賜り、それまで全く見えていなかった重要な効果に気づくことができました。厚く御礼申し上げます。

最後に、看護において、手を使ったケアがいかに大切で必要かを教えてくださった日本赤十字看護大学名誉教授 川嶋みどり先生、自分を信じて道を切り開きなさいと励ましてくださった神戸市看護大学学長 元国際看護師協会会長 南裕子先生、そして、わがままに生きることを許し、いつも信じて応援してくれた両親に心から深く感謝申し上げます。

引用文献

- ・ 相原由花 (2008). 香りとタッチングで患者を癒す臨床アロマセラピストになるー命のそばで寄り添うケアリングとはー. 東京 : BAB 出版.
- ・ 相原由花, 二木啓, 江川幸二, 鈴木志津枝 (2016). 終末期を受けるがん患者におけるアロマセラピーマッサージの有効性. 日本統合医療学会誌, 9(1), 1-9.
- ・ 相原由花, 内布敦子 (2016). 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. 兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要, 23, 47-57.
- ・ 相原由花, 内布敦子 (2020). 日本語版 CAS の信頼性と妥当性の検討. 兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要, 27, 39-48.
- ・ 荒川唱子, 小板橋喜久代 (2001). 看護に生かすリラクセーション技法ーホリスティックアプローチ. 東京 : 医学書院.
- ・ Bandura, A. (1971). 人間行動の形成と自己制御ー新しい社会的学習理論ー. (原野広太郎・福島脩美 訳). 東京 : 金子書房 (1974).
- ・ Battaglia, S. (1995). The Complete Guide to Aromatherapy. Australia: The Perfect Potion. Pty Ltd.
- ・ Benner, P. (2001). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. (井部俊子監訳) 東京 : 医学書院. (2005).
- ・ Brett, A, L., Branstetter, J, E., Wagner, P, D. (2014). Nurse Educators' Perceptions of Caring Attributes in Current and Ideal Work Environments. 35(6), 360-366.
- ・ Benner, P., Wrubel, L. (1999). 現象学的人間論と看護. (難波卓志訳). 東京 : 医学書院 (1989).
- ・ Brolinson, P. G., Price. J. H., Ditmyer. M. (2001). Nurses' Perceptions of Complementary and Alternative Medicine. Journal of Community Health. 26(3), 175-189.
- ・ Bruera, E., Schmitz, B., Pither, J., et al. (2000). The Frequency and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 19(5), 357-362.
- ・ Brown. J., Cooper. E., Franlton. L. et al. (2007). Complementary and Alternative Therapies : Survey of Knowledge and Attitude of Health Professionals at a Tertiary Pediatric / Women's Care Facility. Complementary Therapies in Clinical Practice. 13, 194-200.
- ・ Boykin, A., Schoenhefer, S. O. (2005). ケアリングとしての看護-新しい実践のためのモデル. 東京 : ふくろう出版 (1993).
- ・ Buchbauer, G., Jager, W., Ilmeberger, J. (1993a). Fragrance compounds and essential oils with sedative effects upon inhalation. Journal of Pharmaceutical Science, 86(6), 660-664.
- ・ Buchbauer, G. (1993b). Biological effects of fragrances and essential oils. Perfumer Flavorist, 18, 19-24.
- ・ Buckle, J. (2005). 第 31 章アロマセラピーー感覚を通してのヒーリングー.

- Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E. (編), ホリスティックナーシングー全人的な癒しへの看護アプローチ. (守田美奈子、川原由佳里 監訳), 東京 : エルゼビアジャパン. (2006) .
- Buckle, J. (1997). クリニカルアロマセラピー(第2版). (今西二郎 監訳). 東京 : フレグランスジャーナル社. (2000).
 - Buckley, J. (2002). Massage and aromatherapy massage: nursing art and science. *International Journal of palliative nursing*. 8(6), 276-280.
 - Carson, C. F., Riley, T. V. (1994). Susceptibility of *Propionibacterium acnes* to the essential oil *Melaleuca alternifolia*. *Microbiol*, 19, 24-25.
 - Cassileth, B. R., Vickers, A. J. (2004). Massage Therapy for Symptom Control: Outcome Study at a Major Cancer Center. *Journal of Pain and Symptom Management*. 28(3), 244-249.
 - Cella, D., Kallich, J., Xu, X. (2004). The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: results from five randomized clinical trials. *Annals of Oncology*, 15(6), 979-986.
 - Çetinkaya, B. L., Başbakkal, Z. (2012). The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 164-169.
 - Clemens, K. E., Klaschik, E. (2007). Effect of hydromorphone on ventilation in palliative care patients with dyspnea. *Supportive Care in Cancer*, 16(1), 93-99.
 - Coate, C. (1997). The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self report of caring in practice setting. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 53-59.
 - Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2th ed.). New York: Erlbaum Associates.
 - Dhany, A.L., Mitchell, T., Foy, C. (2012). Aromatherapy and massage intrapartum service impact on use of analgesia and anesthesia in women in labor: a retrospective case note analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 18(10), 932-8.
 - Dochterman, J., Bulechek, G. (2001). 看護実践分類 (NIC) 第5版. (中木高夫、黒田裕子 訳). (pp145). 東京 : 南江堂. (2009).
 - Dunning, T., James, K. (2001). Complementary therapies in action-education and outcomes. *Complementary therapies Nursing & midwifery*, 7, 188-195.
 - Dunwoody, L., Smyth, A., Davidson, R. (2002). Cancer patient's experiences and evaluations of aromatherapy massage in palliative care. *International Journal of palliative Nursing*, 18(10), 497-504.
 - Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C. (1993). Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.
 - Fewell, F., Mackrodt, K. (2005). Awareness and Practice of Complementary Therapies in Hospital and Community Setting within Essex in The United Kingdom. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 130-136.

- Frisch, C. N. (2001). Nursing as a Context for Alternative /Complementary modalities. The Online Journal of Issue in Nursing. A Scholarly Journal of the American Nurses Association.
- Fu, C.Y., Moyle, W., Cooke, M. (2013). A randomized controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behavior in people with dementia. BMC Complement Altern Med, 13, 165.
- Gedden, N., Henry, J. K. (1997). Nursing and Alternative Medicine. Journal of Holistic Nursing, 15(3), 271-281.
- Hayes, K. M., Alexander, I. M. (2000). Alternative Therapies and Nurse Practitioners: Knowledge, Professional Experience, and Personal Use. Holistic Nursing Practice, 14(3), 49-58.
- 広井良典 (1997). ケアを問いなおす―「深層の時間」と高齢化社会. 東京 : ちくま新書.
- Hunt, V., Randle, J., Freshwater, D. (2004). Pediatric nurses' attitudes to massage and aromatherapy massage. Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, 10, 194-201.
- 細川舞, 大野達也, 清原浩樹 (2003). がん患者における倦怠感の評価と環境要因との関係. 群馬大学保健学紀要, 24, 17-22.
- 稲岡文昭 (2007). 看護実践能力を育成するヒューマンケアリングカリキュラムモデルの構築 第Ⅲ章日本赤十字学園傘下にある看護大学生の卒業時のケアリング効力感. 平成 15 年度～平成 18 年度科学研究費補助金基盤研究(B)研究報告書, 11-18.
- 井上重治, 西山弥生, 内田勝久, 安部茂, 他 (2001). 真菌感染に対するアロマセラピーの基礎的研究(8), 精油の蒸発速度と抗菌活性の関係. 日本医真菌学会誌, 42, 71.
- 井上重治 (2002). 微生物と香りーミクロ世界のアロマの力. 東京 : フレグランスジャーナル社.
- 石田千絵, 河原加代子 (2009). 外来通院中のがん患者の補完・代替医療に関する思いと主観的影響. 日本保健科学学会誌, 12(1), 5-15.
- 石井秀宗 (2005). 統計分析のここが知りたい 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方. 東京 : 文光堂.
- 伊藤由里子, 荒川唱子, 岩崎紀久子, 大藺七重 (2005). 看護師の代替的治療に関する意識. がん看護, 10(3), 267-275.
- Jeon, D., Kim, M. (2004). Clinical recognition and application of aromatherapy by general hospital nurses in Korea. Asian Journal of Nursing Studies. 7(1), 28-35.
- Jansen, M., Miller, L., Fisher, L. (1998). Assessment of pain during medical procedures: A comparison of three scales. Clinical Journal of Pain, 14(4), 343-349.
- Jansen, M., Turner, J., Romano, J. et al. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. Pain, 83, 157-162.
- Jansen, M., Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in

- adults. Handbook of Pain assessment. (2thed). (pp15-34). New York: Guilford Press.
- Johannssen, B. (2009). Why do Norwegian nurses leave the public health service to practice CAM? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 147-151.
 - Johnson, E. D. (2010). 新版・看護の本質 看護学翻訳論文集 I (稲田八重子他 訳). (pp.78). 東京 : 現代社.
 - 檜木良友, 梅田久美子, 伊藤千明, 安藤洋子, 戸田由紀子, 棚橋千弥子 (2007). 乳癌術後症例の術側上肢に対するアロママッサージの効果ー心的緊張緩和効果と唾液アミラーゼ活性の変動ー. *岐阜医療技術短期大学紀要*, 21-25.
 - 川嶋みどり (1997). 看護の癒しー看護治療学への道ー. 東京 : 看護の科学社.
 - 小山敦代, 中島小乃美, 中島真由美 (2013) 看護系大学における補完代替医療／療法の教育に関する研究 (第 1 報) - 全国の看護系大学における補完代替医療／療法の導入状況. *日本統合医療学会誌*, 6(2), 45-50.
 - 小島悦子, 菊地美香 (2009). 認定看護師がとらえる一般病棟 に所属する看護師のがん性疼痛マネジメントを 阻害する因子. *天使大学紀要*, 7, 77-84.
 - Kite, S. M., Maher, E. J., Anderson, K. et al. (1988). Development of an aromatherapy service at a Cancer Center. *Palliative Medicine*, 12, 171-180.
 - 吉備登, 王財源, 中吉隆之 (2007) 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), 85-100.
 - 小坂橋喜久代 (2006). ナースが取り組むべき補完／代替療法. *ナース専科エス・エム・エス*, 88-91.
 - Lai, T. K.T., Cheung, M. C., Lo, C. K. et al. (2010). Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 1-7.
 - Louis, M., Kowalski, S. D. (2002). Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(6), 381-386.
 - Mayeroff, M. (1971). ケアの本質 生きることの意味. (田村真, 向野宜之 訳). 東京 : みゆる出版. (1987).
 - Mazzocato, C., Buclin, T., Rapin, C. H. (1999). The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: A randomized double-blind controlled trial. *Annals of Oncology*, 10, 1511-1514.
 - Miura, C., Griffiths, P. (2007). Rosenberg Self-Esteem Scale; Translation and Equivalence assessment. *J Psychosomatic Res*, 62, 589-594.
 - 三島千昭, 松本江美子, 久保恵子他 (2007). 疼痛・倦怠感を自覚した悪性骨軟部腫瘍患者への症状緩和を試みてー10 分間のアロマセラピーマッサージの効果を検討するー. *日本看護学会論文集, 看護総合*, 38, 103-105.
 - 宮内貴子, 小原弘之, 末廣洋子 (2005). 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), 448-452.
 - 宮内貴子, 伊藤友美, 佐々木輝美, 他 (2007a). 終末期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーを使用した足浴の効果. *がん看護*, 12(7), 745-748.
 - 宮内貴子, 山勢博彰, 小原弘之 (2007b). 終末期がん患者の便秘に対する腹部ア

- ロマテラピーマッサージの効果と検討. 緩和ケア, 17(4), 368-372.
- Montbriand, M. J. (2000). Alternative Therapies Health Professionals' Attitudes. The Canadian Nurse, 22-26.
 - 本谷久美子, 藤村朗子 (2014a). 看護系大学における補完代替医療の教育の検討 看護教育への導入に対する看護師の期待や考えの分析. 東都医療大学紀要, 4(1), 8-17.
 - 本谷久美子, 藤村朗子 (2014b). 患者の補完代替療法に関する看護師の認識. 日本がん看護学会誌, 28(3), 24-29.
 - 森田敏子 (2000). 癒しの人間的研究 -看護師が認識する“癒し”-. 福井医科大学研究雑誌, 1(2), 293-312.
 - 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編 (2019). 高血圧治療ガイドライン. 東京 : ライフサイエンス出版.
 - 諸田直実 (2001). 看護独自の実践としての代替療法. がん看護, 6(6), 450-453.
 - Nightingale, F. (2010). 看護覚え書—看護であること看護でないこと. (湯楨ます他 訳). 東京 : 現代社. (1860).
 - 野島良子 (1976). 人間看護学序説. 東京 : 医学書院.
 - Nyberg, J. (1990). The Effects of Care and Economics on Nursing Practice. JONA. 20(5), 14.
 - 西田希久代, 遠山幸男, 久野久美, 他 (2009). がん患者が訴える痛みの表現と鎮痛薬の効果. Palliative Care Research, 4(1), 207-213.
 - 西山ゆかり, 岡田朱民, 麴谷康子, 他 (2013). 看護系大学における補完代替医療／療法の教育に関する研究 (第2報) —各専門分野における補完代替医療／療法の導入実態—. 日本統合医療学会誌, 6(2), 51-61.
 - 長瀬雅子 (2011). 看護職者の補完代替医療への関心と看護ケアとしての活用における課題. 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究, 7(1), 41-46.
 - 長瀬雅子, 高谷真由美, 樋野恵子, 青木きよ子 (2012). 補完代替医療の看護ケアとしての継続的な実践の可能性. 医療看護研究, 8(2), 1-7.
 - 中村めぐみ (1999). 関心の高い代替医療. Nursing Today, 14(5), 40.
 - 鳴井ひろみ, 吹田夕起子, 出貝裕子, 他 (2006). がん患者の代替療法に対する看護職者の認識. 青森保健大学雑誌, 7(2), 177-186.
 - 鳴井ひろみ, 吹田夕起子, 出貝裕子, 他 (2007). 青森保健大雑誌, 8(1), 53-62.
 - 新田紀枝, 川端京子 (2007). 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), 23-31.
 - 新田紀枝, 川端京子, 高橋晃子, 他 (2006). ホスピス・緩和ケア病棟看護師の代替療法の実施の現状に関する調査. 成人看護II, 37, 83-85.
 - 新田紀枝, 川端京子, 高橋晃子, 他 (2006). ホスピス・緩和ケア病棟看護師の代替医療の習得の現状と要望. 看護教育, 37, 144-147.
 - 帯津良一 (1998). いまなぜ代替医療なのか. 東京 : 徳間書店.
 - 小川時洋, 門地里絵, 菊谷麻美 (2000). 一般感情尺度の作成. 心理学研究, 71(3), 241-246.

- Orlando, J. I. (2019). 看護の探究—ダイナミックな人間関係をもとにした方法. (稲田八重子訳). 東京 : メヂカルフレンド社.
- Orem, E. D. (2005). オレム看護論—看護実践における基本概念 第4版. (小野寺杜紀訳). 東京 : 医学書院. (1991).
- O'Neil, E. H., Finocchio, L. Dower, C. (1996) Health market reforms and their effort on health professions regulation. Association of Academic Health Centers.
- 大沼幸子 (2000). 癒しの技術に関する研究—リラクセーションに関するナースの関心と実施状況—. 東邦大学医療短期大学紀要, 14.
- Peplau, E. H. (1973). 人間関係の看護論. (稲田八重子他訳). 東京 : 医学書院. (1952).
- Press, S. O., Freud, T., Volkov, I. et al. (2006). Aromatherapy for the Treatment of Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Descriptive Analysis of RCTs. J Altern Complement Med, 9.
- Risberg, T., Kolstad, A., Bremnes, H. et al. (2004). Knowledge of and attitude toward complementary and alternative therapies: a national multicenter study of oncology professionals in Norway. European Journal of Cancer, 40, 529-535.
- Rojas, C. M. T., Grant, M. (2009). Complementary and Alternative Medicine: Oncology Nurse' Knowledge and Attitude. Oncology Nursing Forum, 36(2), 217-223.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University. Press.
- 坂口千鶴 (1995). ロジャース理論にみる癒しのプロセスとしての看護. 看護学雑誌, 59(9), 833.
- Saolmenpera, L., Suominen, T. Lauri, S. (1998). Oncology Nurses' Attitude Towards Alternative Medicine. Psycho-Oncology, 7, 453-459.
- 澤田かおり, 尾崎フサ子 (2002) ミネソタ大学における代替療法の取り組み～センター長 Mary Jo Kreitzer 氏へのインタビューから～. 新潟大学医学部保健学科紀要, 7(4), 459-462.
- 関島香代子, 石倉有紀子 (2002). 補完/代替療法と看護 Theoretical Foundations and Experiential Learning in Complementary and Alternative Therapies に参加して. 新潟大学医学部保健学科紀要. 7(4), 473-481.
- Snyder, M., Lindquist, R. (1998). 心とからだの調和を生むケア—看護に使う 28 の補助的 / 代替療法. (野島良子, 富川孝子 訳). へるす出版. (1999).
- スナイダー博士招聘講演実行員会 (2009). 看護における補完代替療法 -意義、歴史、新たな挑戦. 東京 : 看護の科学社.
- Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F. et al. (2001). Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 1010-1013.
- Soden, K., Vincent, K., Craske, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative Medicine, 18, 87-92.
- Somani, S., Ali, F., Ali, T. et al. (2014). Complementary and alternative medicine in oncology nursing. British Journal of Nursing, 23(1), 40-46.

- Sui-Wai, J., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B. et al. (2009). Effect of a Full-Body Massage on Pain Intensity, Anxiety and Physiological Relaxation in Taiwanese Patients with Metastatic Bone Pain: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 754-763.
- 鈴嶋よしみ (2015). QOL 評価研究と行動医学. *行動医学研究*, 21(1), 12-16.
- 鈴木彩加, 大久保暢子 (2009). 看護分野におけるアロマセラピー研究の現成と課題. *聖路加大学紀要*, 35, 17-27.
- Swanson, K. (1999). What is known about caring in nursing science. In A.S. Hinshaw, S. Fleetham, & J. Shaver (Eds.). *Handbook of Clinical Nursing Research* (pp.31-60). Thousand Oaks.
- 高谷真由美, 中島淑恵, 長瀬雅子 (2010). 看護における代替療法の活用に関する研究－臨床看護師の意識調査－. *医療看護研究*, 6(1), 113.
- 高橋京子, 米谷良美, 入江由美子 (2006). 治療後床上安静を要する肝細胞癌患者の倦怠感の推移とフットケアによる緩和効果. *日本看護学論文集 成人看護II*, 37, 168-170.
- Tanaka, T., Akechi, T., Okuyama, T. et al. (2000). Development and validation of the Cancer Dyspnea Scale: A multidimensional, brief, self- rating scale. *British Journal of Cancer*, 82(4), 800-805.
- 種池禮子 (2009). 統合医療を支える新たな看護学の構築と国際化への展望, *明治国際医療大学誌*, 1, 15-18.
- Travelbee, J. (1971). 人間対人間の看護. (長谷川浩, 藤枝知子訳). 東京 : 医学書院. (1974).
- Tracy, M. F., Lindquist, R., Watanuki, S. et al. (2003). Nurse Attitude towards the use of Complementary and Alternative Therapies in Critical Care. *HERT & LUNG*, 32(3), 197-209.
- Tracy, M. F., Lindquist, R., Watanuki, S. et al. (2005). Use of a complementary and American Journal of Critical Care. 14, 404-415.
- 梅田友子, 藤原美恵, 宇陀照子, 他 (2000). 芳香浴による手術全患者にリラクゼーション効果の検討. *奈良県立三室病院看護学雑誌*, 16, 56-60.
- 渡辺岸子, 田口玲子, 武村眞理, 他 (2002). ホリスティックケアを実現するための看護の課題. *新潟大学医学部保健学科紀要*, 7(4), 525-533.
- Watson, J. (1999). ワトソン 21 世紀の看護論. (川野雅資、長谷川浩訳). 東京 : 日本看護協会出版会. (2005).
- Watson, J. (2008). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science 2th*. Springer : New York, Publishing Company.
- Watson, J. (2014). *ワトソン看護論 ヒューマンケアリングの科学 第2版*. (稲岡文昭、稲岡光子訳). 東京 : 医学書院. (2012).
- 鷺田清一 (2009). 噛みきれない想い. 東京 : 角川学芸出版.
- Wiedenbach, E. (1964). 臨床看護の本質 患者援助の技術. (外口玉子, 池田明子訳). 東京, 現代社. (1984).

- Wilcock, A., Manderson, C.A., Weller, R. et al. (2004). Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre?. *Palliative Medicine*, 18, 287-290.
- Wilkinson, S. (1995). Aromatherapy and Massage in Palliative Care. *International Journal of Palliative Nursing*, 1(1), 21-30.
- Wilkinson, S. (1999). An evaluation of aromatherapy and Massage in Palliative Care. *Palliative Medicine*, 13(5), 409-417.
- Wilkinson, S.M., Love, S.B., Westcombe, A.M. et al. (2007). Effectiveness of Aromatherapy Massage in the Management of Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 532-539.
- 山田健二, 三浦丈治, 三巻祥浩, 他 (2000). 拘束ストレス下更年期障害モデルラットの血中 ACTH に対する向精神薬と香草精油の効果, *Aromatopia*, 1(1), 24-28.
- 山中愛子, 神里みどり (2009). 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), 61-69.
- Yi, CH., Du, MC., Po, EL., Chou, CP., Rong, Y. T. (2008). The effectiveness of applying aromatherapy to dementia caregivers on decreasing pressures in Taiwan. *Macau Journal of Nursing*, 7(1), 16-22.
- 横井和美 (2010). 我が国の慢性疾患患者の補完・代替療法に対する看護研究の動向-慢性疾患患者とがん患者に対する補完・代替医療の看護研究の比較-. *人間看護学研究*, 8, 25-33.

資料編

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用していただき、使いにくさや理解不能な点を抽出していただき、改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供ができ、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことのある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 2 名。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。

1 名の看護師（介入者）につき、2 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

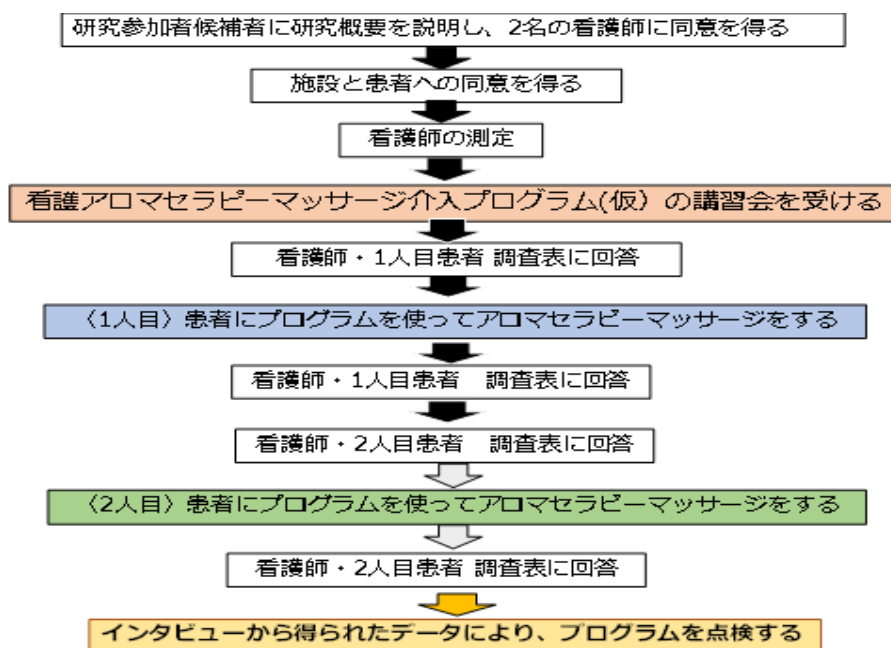


図3 予備的調査の手順

- 1) 主催者様の研究へのご協力が得られるようでしたら、対象条件に合った看護師をご紹介いただきます。研究参加候補の看護師の方に、研究内容についてご説明の上、自由意思に基づいて研究参加の同意を得ます。
- 2) 同意が得られましたら、研究参加看護師が所属する施設に伺い、施設責任者、看護部長または訪問看護ステーションの責任者の方、師長または訪問看護ステーション所長に研究の説明をし、同意を得ます。必要があれば施設の倫理委審査を受けます。
- 3) 研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した4名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 4) 看護師長または訪問看護ステーション所長から選定した研究参加候補患者様に、研究者から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。ただし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師から患者様に別紙●の通り研究の説明をし、同意を得ていただくこともあります。
- 5) 研究参加看護師と研究参加患者様が決定したら、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。

- 6) この後、同意を得られた順に 2 名の研究参加患者様に対して、このプログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます。
- 7) 介入前後で調査票に回答いただきます。回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		講習会前		介入前	1 人 目 の プ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後	介入前	2 人 目 の プ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後
患 者 用	患者の基礎データシート		プ ロ グ ラ ム 講 習 会	●			●		
	患者用一般感情尺度			●		●	●		●
	症状レベル調査票			●		●	●		●
	看護師との関係性質問紙			●		●	●		●
看 護 師 用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●				●			●
	日本語版CES	●				●			●
	看護師用一般感情尺度			●		●	●		●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙								●
	実践記録用紙					●			●
	インタビューガイド								●

表 4 予備的調査の調査票と記入時期

- 8) 回答していただいた調査票は、看護師、患者様どちらも直接研究者宛の封筒で返送していただきますが、1 週間以上たっても調査票が戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 9) 2 名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票の量などに関して 60 分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行う予定です。

依頼事項

1. 研究の趣旨をご理解いただき、100 時間以上のアロマセラピー研修を修了し、アロマセラピーマッサージを看護現場で実践したことのある看護師の方で、研究の説明を聞いてもよいという方を、ご本人の了解を得た上で、2 名ご紹介いただきたいこと。
2. 研究参加条件に該当する看護師の方々が参加される勉強会等の日時・場所をお教えいただきたいこと。
3. 勉強会等が終了した後、参加者のみなさんに「研究者の方が『看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発』というテーマで行う研究に協力していただき

たいと来ています。説明を聞いてもよいという方はお残りください。説明を聞いた後、参加するかどうかを決めてくだされば結構です。これは強制ではありませんので、説明を聞くのも、研究に参加するのも自由意志でお願いいたします。」と伝えていただきたいこと。

4. 勉強会等の終了後、研究説明をするために会場を延長してお貸しいただきこと。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようにお話いただきますよう、事前をお願いさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様1名への介入に15分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看

護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。

- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄し

ます。

- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に嗜好性を確認し、香りを好まない場合は辞退できることを伝えます。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。

- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守れることを予め伝えて同意を得ます。
- d. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- e. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫に置いて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- g. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 2 名を対象としています。

そこで、この条件に合う看護師が所属する団体の主催者に依頼し、自由意志で研究の説明を聞いてもよい看護師をご紹介いただいたところ、●●様（△△病棟勤務）をご紹介いただきました。●●様に研究内容、利益やかかるご負担をご説明したところ、研究参加の内諾をいただきました。

つきましては、看護部の研究協力の同意が得られましたら、●●様に再度研究説明をさせていただき、自由意志にて研究参加の同意を文書でいただくようにいたします。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。1 名の看護師（介入者）につき、2 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があったとした方。

- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

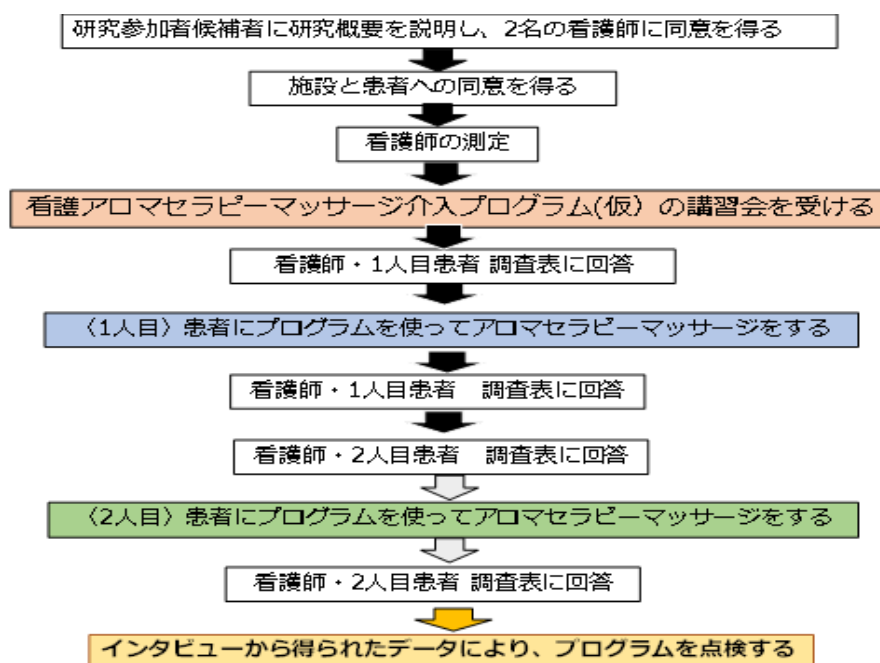


図3 予備的調査手順

- 1) 施設責任者、看護部長（訪問看護ステーションの責任者）にご理解いただき、研究の同意を得られるようでしたら、研究参加候補の●●●●様が所属しておられる病棟師長（訪問看護ステーションの所長）をご紹介いただきます。必要であれば、施設の倫理審査を受けます。
- 2) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究の説明を文書と口頭で説明し、同意を得られたら、研究参加看護師のところに伺い、再度研究の説明をし、文書にて同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師に具体的な研究の進め方を説明します。

- 3) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）と研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した 2 名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 4) 選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。もし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師に研究説明と同意をお願いすることもありますことをご了承ください。
- 5) 研究参加患者様が決定したら、研究参加看護師に 60 分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
- 6) この後、同意を得られた順に 2 名の研究参加患者様に対して、このプログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます。
- 7) 介入前後で調査票に回答いただきます。回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		講習会前		介入前	1 人 目 の ブ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後	介入前	2 人 目 の ブ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後
患 者 用	患者の基礎データシート		プ ロ グ ラ ム 講 習 会	●			●		
	患者用一般感情尺度			●	●		●	●	●
	症状レベル調査票			●	●		●	●	●
	看護師との関係性質問紙			●	●		●	●	●
看 護 師 用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●			●			●	●
	日本語版CES	●			●			●	●
	看護師用一般感情尺度			●	●		●	●	●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙							●	●
	実践記録用紙				●			●	●
	インタビューガイド							●	●

表 4 予備的調査の調査票と記入時期

- 8) 回答していただいた調査票は、看護師、患者様どちらも直接研究者宛の封筒で返送していただきますが、1 週間以上たっても調査票が戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 9) 2 名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイ

ドを使って、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票の量などに関して 60 分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 病棟師長（訪問看護ステーション所長）の紹介

研究協力看護師が所属する病棟師長をご紹介していただきたいと思います。

② アロマセラピーマッサージ実施時の部屋の使用

病棟でアロマセラピーマッサージを行う際、同室の方への配慮として別室で行う可能性もあります。その際には病棟師長と研究参加看護師に、アロマセラピーマッサージを行う場所や講習会の場所を設定していただきますので、使用許可をお願いいたします。

③ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集の許可

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいませんが、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、研究参加看護師の記録を通して間接的に情報収集することになります。勿論患者様には、研究に必要な個人情報の間接的取得について、事前に説明と同意を得た上で行います。

④ 研究参加看護師への面接調査時にプライバシー保護が可能な部屋の使用

介入後、目安として 2 週間以内に研究参加看護師と面談をさせていただきます。他者に会話内容が聞こえないことが望ましいと考えますので、個室など声が漏れない部屋の使用許可をお願いいたします。

⑤ 講習会を行う際の部屋の使用

60 分程度の講習会を行います。できるだけ研究参加看護師の負担にならないよう院内で行いたいと思います。つきましては小会議室または食堂等の使用許可をお願いいたします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただきます。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なこととお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に 15 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は 1 時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与

えないようにします。

- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明

します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。

- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- d. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- e. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫に置いて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- g. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 2 名を対象としています。

そこで、この条件に合う看護師が所属する団体の主催者に依頼し、自由意志で研究の説明を聞いてもよい看護師をご紹介いただいたところ、●●様（△△病棟勤務）をご紹介いただきました。●●様に研究内容、利益やかかるご負担をご説明したところ、研究参加の内諾をいただきました。

つきましては、看護部の研究協力の同意が得られましたら、●●様に再度研究説明をさせていただき、自由意志にて研究参加の同意を文書でいただくようにいたします。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。1 名の看護師（介入者）につき、2 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があったとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。

- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

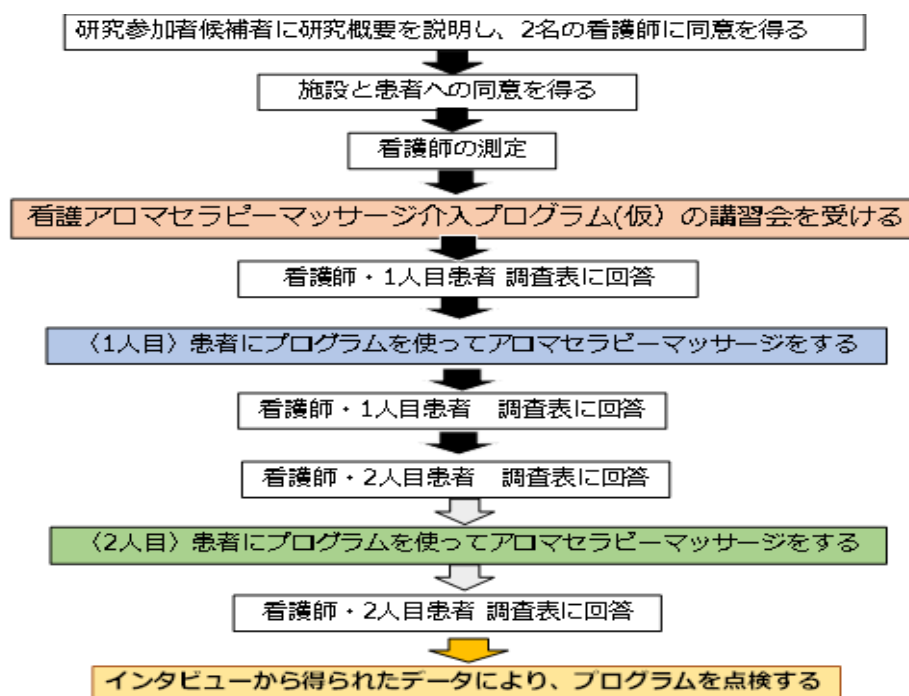


図3 予備的調査手順

- 1) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究の説明を文書と口頭で説明し、同意を得られたら、研究参加看護師のところに伺い、再度研究の説明をし、同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師に具体的な研究の進め方を説明します。
- 2) 研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した2名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 3) 研究参加看護師が選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。もし、介入スケジュールが重複した

場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師に研究説明と同意をお願いすることもありますことをご了承ください。

- 4) 研究参加患者様が決定したら、研究参加看護師に 60 分程度の「看護アロマセラピー マッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
- 5) この後、同意を得られた順に 2 名の研究参加患者様に対して、このプログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます。
- 6) 介入前後で調査票に回答いただきます。回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		講習会前		介入前	1 人目のプログラムありアロマ介入	介入後	介入前	2 人目のプログラムありアロマ介入	介入後
患者用	患者の基礎データシート		プログラム講習会	●			●		
	患者用一般感情尺度			●		●	●		●
	症状レベル調査票			●		●	●		●
	看護師との関係性質問紙			●		●	●		●
看護師用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●				●			●
	日本語版CES	●				●			●
	看護師用一般感情尺度			●		●	●		●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙								●
	実践記録用紙					●			●
	インタビューガイド								●

表 4 予備的調査の調査票と記入時期

- 7) 回答していただいた調査票は、看護師、患者様どちらも直接研究者宛の封筒で返送していただきますが、1 週間以上たっても調査票が戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 8) 2 名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票の量などに関して 60 分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 研究参加候補患者に研究者から研究の話を聞く意思があるか確認

研究協力看護師が選定した研究参加候補患者に、研究者から研究の説明を聞く意思があるかをお尋ねください。研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことをお話しいたしますようお願いいたします。

② カウンターパートとして研究参加看護師にかかるご負担について

研究参加候補患者への説明は研究者が行いますが、患者への介入のタイミングで患者への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予めご了解くださいませ。もし、患者に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能です。

③ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集の許可

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいたしません、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、研究参加看護師の記録を通して間接的に情報収集することになります。勿論患者様には、研究に必要な個人情報の間接的取得について、事前に説明と同意を得た上で行います。

④ アロマセラピーマッサージ実施時の部屋の使用

病棟でアロマセラピーマッサージを行う際、同室の方への配慮として別室で行う可能性もあります。その際にはアロマセラピーマッサージを行う場所を指定していただきますようお願いいたします。

⑤ 研究参加看護師への面接調査時にプライバシー保護が可能な部屋の使用

介入後、目安として2週間以内に研究参加看護師と面談をさせていただきます。他者に会話内容が聞こえないことが望ましいと考えますので、個室など声が漏れない部屋の使用許可をお願いいたします。

⑥ 講習会を行う際の部屋の使用

60 分程度の講習会を、できるだけ研究参加看護師の負担にならないよう院内で行い

たいと思います。つきましては小会議室または食堂等の使用許可をお願いいたします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただきます。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に 15 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。

- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に嗜好性を確認し、香りを好まない場合は辞退できることを伝えます。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- d. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- e. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- g. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の方には看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

100 時間以上のアロマセラピー講習を修了された方で、アロマセラピーマッサージの実践経験がある一般病棟看護師あるいは訪問看護師 2 名。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。

1 名の看護師（介入者）につき、2 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

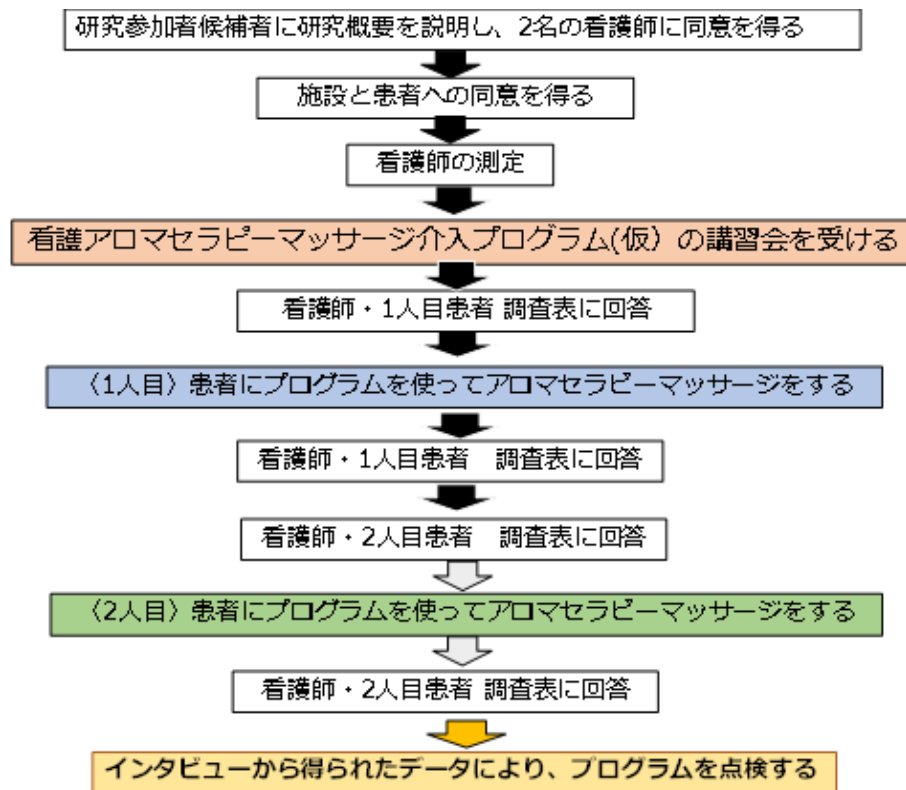


図3 予備的調査の手順

- 1) 研究にご協力いただければ、所属の看護部長（訪問看護ステーション責任者）、病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究の説明を文書と口頭で説明し、研究協力の同意を得ます。同意が得られましたら、再度研究参加候補看護師の方に文書で研究参加の同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師の方に具体的な研究の進め方を説明します。
- 2) 研究対象の条件に合致した2名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 3) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）から選定した研究参加候補患者様に、研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、研究参加の同意を得ます。
もし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による

説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師の方に研究説明と同意をお願いすることがありますことをご了承ください。

ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師の方が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能ですので遠慮なくご連絡ください。

- 4) 研究参加患者様が決定したら、60 分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。日程や場所については研究参加看護師の方とご相談の上決めさせていただきます。内容は下図の通りです。

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの講習会（60分）

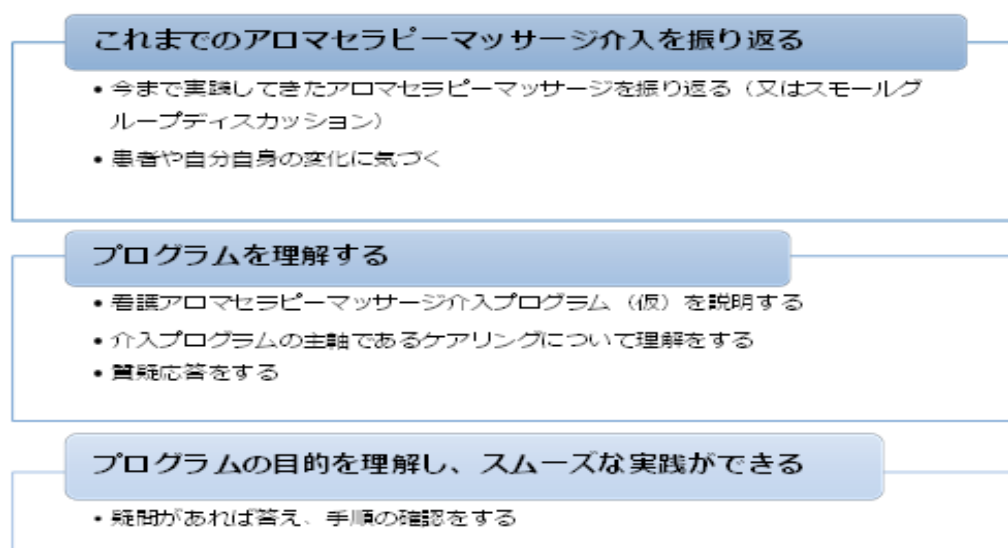


図4 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム講習会内容

- 5) この後、同意を得られた順に2名の研究参加患者様に対して、病室または指定の別室にてこのプログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます。
- 6) アロマセラピーマッサージの前後で研究参加看護師の方と患者様に調査票に回答していただきます。回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		講習会前		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後	介入後
患者用	患者の基礎データシート		プログラム講習会	●		●		
	患者用一般感情尺度			●	●	●		●
	症状レベル調査票			●	●	●		●
	看護師との関係性質問紙			●	●	●		●
看護師用	看護師基礎データシート	●						
	日本語版CAS	●			●			●
	日本語版CES	●			●			●
	看護師用一般感情尺度			●	●	●		●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙							●
	実践記録用紙				●			●
	インタビューガイド							●

表4 予備的調査の調査票と記入時期

7) 回答していただいた調査票は、研究参加看護師の方、患者様どちらも直接研究者宛の封筒で返送していただきますが、1週間以上たっても調査票が戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行ってください。

8) 2名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師の方に60分程度のインタビューをさせていただきます。お聞きしたいことは、プログラムの使いにくさや理解不能な点がなかったか、あるいは調査票は適切かなどです。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定ですが、場所や日程は相談の上決めさせていただきます。

9) 尚、介入に使用した精油やベースオイルの相当額を研究者が負担します。また講習会は研究参加看護師の方の所属施設で行う予定ですが、別の場所で行う場合は、研究者が交通費を負担いたします。

依頼事項

① 研究参加候補患者の選定と主治医の許可

条件に基づいて研究参加候補患者を選定してください。研究参加患者の主治医に対して、アロマセラピーマッサージが可能かをお尋ねいただき、研究参加することの許可を得ていただきたいと思います。

② 研究参加候補患者の研究者から話を聞く意思の確認を病棟師長に依頼

主治医の許可が得られた研究参加候補患者に、研究者から研究の説明を受ける意思があるかどうか確認してもらうように病棟師長に依頼してください。

② カウンターパートとして研究参加看護師にかかるご負担について

研究参加候補患者への説明は研究者が行いますが、研究参加患者への介入のタイミングで研究参加患者への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師の方にカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予めご了解くださいませ。

ただし患者に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師の方が患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能ですので遠慮なくお知らせください。

③ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいたしません。患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、研究参加看護師の方にカルテから必要な情報を収集していただきます。研究者は研究参加看護師の方の記録を通して間接的に情報収集させていただきます。なお、研究参加患者様には、研究に必要な個人情報の取得について事前に説明をして同意を得ます。

④ アロマセラピーマッサージの実践

プログラムを使用して、2名の研究参加患者様にアロマセラピーマッサージをしていただきます。介入の時間は患者様の状態によるかと思いますが、準備を含めて20分程度とお考えください。その際、同室の方への配慮として別室で行う必要があることがあります。その場合には、アロマセラピーマッサージを行う場所を設定していただきますようお願いいたします。

⑤ 調査票への回答

各介入前後に調査票に回答してください。回答に必要な時間はそれぞれの調査票に示しています。介入によって調査票の数が変わりますが、3分～20分程度とお考え下さい。調査票は別紙●のように必要なものをセットしてお渡しします。回答後は、記入した調査票を同封しています研究者宛の封筒に入れて、その都度返送してください。氏名は書かず研究IDで管理しますので、回答内容がどなたのものかは研究者しかわかりません。

⑤講習会への参加

研究参加に同意いただきましたら、看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）の講習会にご参加ください。マニュアルを使いながら、ロールプレイングなどでプログラムを実践できるようにご説明していきます。開催の日時や場所は研究参加看護師の方の業務のご都合に合わせて決めさせていただきます。

⑥ インタビューへの参加

2名の研究参加患者様への介入が終了した後、60分程度のインタビューをさせていただきます。内容は、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票は適切かなどに関して伺います。インタビューの内容を記述させていただくあるいはテープで録音させていただきますことをご了承ください。その際、個人名がわからないよう研究IDで記述させていただき、鍵のかかった棚で管理をさせていただきます。研究終了後、データは破棄いたします。

記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定ですが、皆さまと日程をご相談させていただきます。インタビュー中に疲労を感じる場合は休憩や中断ができ、また途中のトイレ等の離席も自由です。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究参加候補看護師が研究参加するか意思決定する際、あくまで強制ではなく、自由意志を尊重して判断いただけるようにいたします。また研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただきます。
- b. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起きることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研

究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。

- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に準備も含め 20 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の負担を考慮して、都合のいい日時に所属の施設内で行う予定ですが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は 1 時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。

- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りの嗜好性を確認し、好まない場合は辞退できることを伝えます。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- d. 研究参加患者の調査票は匿名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- e. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコ

ンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

- g. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

※研究協力に同意していただける場合は、同意書とともに保存してください。

同意書

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究の予備的調査の趣旨および内容について、研究者より書面にて十分な説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、この研究に参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

研究協力看護師 : _____

研究者（説明者） : _____

この同意書は、研究が終了する 2016 年 12 月末まで保存ください。

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージは、植物の香りを混ぜたオイルで優しくマッサージをします。とても気持ちよく、症状が和らいだり、気分が落ち着いたり心や体に良い影響があるといわれています。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護援助として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、まだアロマセラピーマッサージを看護として行う方法は決まっておらず、看護師自身の個別な判断に任されています。欧米の方法はありますが、日本との文化や環境の違いから同じ方法を使って日本で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

この研究では、事前研究から作った「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使って看護師の皆さんがアロマセラピーマッサージを行ってみて、使い勝手などを確かめたいと考えています。

また、皆さまにはお手数ですがいくつかの調査票に記入していただき、調査票が適切かどうか確認したいと思っております。

この研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師には看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者患者様

本研究では、次の方にお願ひさせております。

1. 医療処置や看護援助を受けているけれど、心身の苦痛症状がある方
2. アロマセラピーマッサージを希望される方
3. 主治医の許可が得られた方。
4. 精油に即時のアレルギー反応がない方
5. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。
6. 性別、年齢、病名、病期は問いません。
7. アロマセラピーマッサージを希望する方。
8. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

- 1) 研究に協力してくださる看護師の方が、事前に患者様の主治医にアロマセラピーマッサージを行うことが可能かどうかを確認して、了解を得ております。
- 2) 研究参加にご同意いただけましたら、看護師からアロマセラピーマッサージをどのようにするのかを説明させていただき、実施する日時を一緒に決めます。
- 3) 実施の前に、好きな香りを中心に使う香りを一緒に選んで、腕で皮膚刺激を確認します。香りの選択は看護師にお任せいただいてもかまいません。
- 4) 実施前に 3 種類の調査票に記入していただきます。所要時間は 10 分程度です。
- 5) 研究に協力くださる看護師の方が、15 分程度のオイルマッサージをします。ご希望のところがあればお知らせください。

)終わりましたら、また先と同じ3種類の調査票に記入をしてください。もし寝ておられたり、休息したいという希望がありましたら、しばらくしてからでもかまいません。

依頼事項

① 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集

研究者が患者様の診療記録を閲覧することはいませんが、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状、妊娠の有無、皮膚感染の有無などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、看護師の方から間接的に情報収集させていただきますことをご了承ください。

② 皮膚刺激と好き嫌いの確認

選んだ精油で皮膚刺激が発生しないか事前にチェックします。腕の内側に少しマッサージオイルをつけて赤くなったり、かゆみが出ないかを確認します。安全性の高い香りを使いますのでほとんど反応はありませんが、万一、症状が出た場合は、ふき取るか石鹸で洗い流して主治医に報告して研究を中止致します。もし悪化するようなことがあれば主治医に処置をしていただきます。

また香りを嗅いでいただいて、好みでなければ変更できますのでお知らせください。

③ アロマセラピーマッサージを受けていただく

看護師が植物の香りをつけたオイルでマッサージをします。ご希望のところがあれば教えてください。優しいタッチで丁寧にマッサージいたしますので、気持ちよいかと思いますが、もし嫌だなど思われたら、途中でもお知らせください。

中止も延期も可能です。終わりましたら、滑らないように手のひらと足の裏をタオルでふき取ります。

④ 調査票の記入

アロマセラピーマッサージを始める前と終わった後に、3種類の調査票に記入してください。すべてあてはまる場所に○をするもので、所要時間は10分程度です。

寝ておられたり、休息したいと思われたら、調査票の記入は後からでもかまいません。記入し終わった調査票は、一緒にお渡しする研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送してください。封印だけして看護師にお渡しくださってもかま

いません。

ご記入いただいた調査票は直接研究者に届くため、看護師や病院関係者の目に触れることはありませんので、正直にご記入くださいませ。

遵守事項

① 患者様の研究参加に関する自由意志の保証

研究への参加はあくまで患者様の自由意志であり、もし協力をお断りいただいても、途中でご辞退いただいても、何ら不利益を被ることはないことを保証します。

またアロマセラピーマッサージは受けたいが、研究は断りたいときは途中でかまいませんのでお知らせください。その場合は、研究外でさせていただきます。研究を中止するときは以前に取得したデータはすべて破棄いたします。

② 不利益を受けない権利の保証

(1) アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を感じないようにいたします。

(2) アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは看護師の判断で施術が中止になる場合があることもご了承ください。

研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。

(3) 記入していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が看護師や病院関係者の目に触れることはありませんようにします。

③ 介入に対する安全の保証

(1) アロマセラピーマッサージをする前に、看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。

(2) 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。

(3) 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。

(4) 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択

します。

- (5) 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- (6) 施術前に香りの嗜好性を確認し、好まない場合は辞退できることを伝えます。
- (7) 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。それでも症状が悪化するようなことがあれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- (8) 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- (9) 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- (10) 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚や体の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- (11) 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- (12) 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- (1) 患者に、研究目的と意義について文書を用いてわかりやすく十分に説明します。研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- (2) 患者様から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- (1) アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- (2) 患者様の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数についての情報を研究者は看護師から間接に収集いたしますが、看護師と研究者のみしか知ることとはなく、守秘義務を守ります。
- (3) 患者様にご記入いただく調査票は無記名で、研究 ID で管理しますので、患者様の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表されません。
- (4) 患者様にご記入いただいた調査票は、直接研究者に返送されるので看護師や病院関係者の目には触れません。
- (5) すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置

を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

- (6) 得られたデータは研究以外の目的で使用はしません。研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があります。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

※研究協力に同意していただける場合は、同意書とともに保存してください。

同意書

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究の予備的調査の趣旨および内容について、研究者より書面にて十分な説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、この研究に参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

研究協力者 : _____

研究者（説明者） : _____

この同意書は、研究が終了する 2016 年 12 月末まで保存ください。

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 予備的調査に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看するというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月～2016 年 12 月末までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 2 名を対象としています。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。1 名の看護師（介入者）につき、2 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があったとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

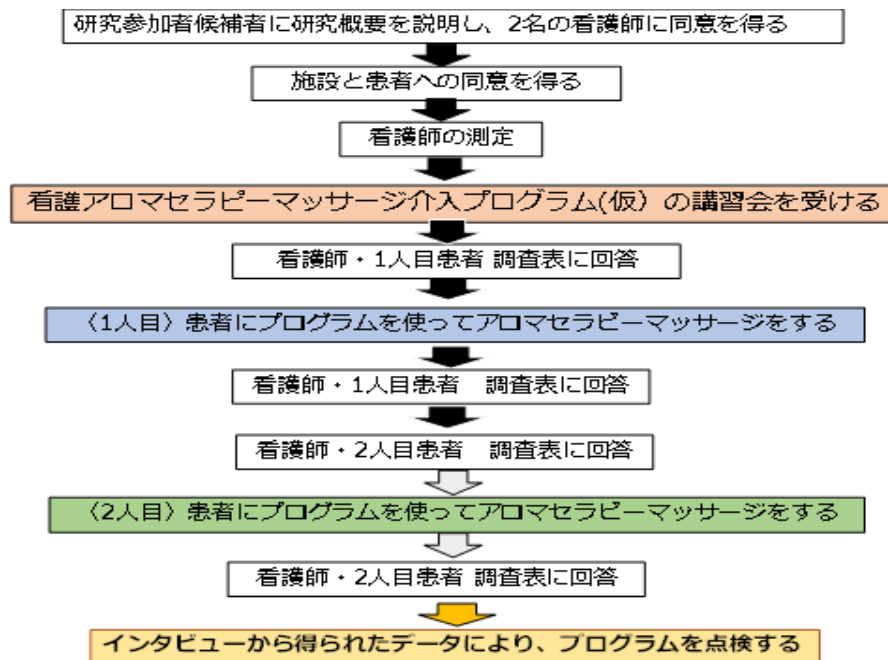


図3 予備的調査手順

- 1) 看護部長、病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究の説明を文書と口頭で説明し、同意を得られたら、研究参加看護師のところに伺い、再度研究の説明をし、文書にて同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師に具体的な研究の進め方を説明します。
- 2) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）と研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した2名の研究参加候補患者様を選定していただきます。
- 3) 選定した患者の主治医にアロマセラピーマッサージが可能か判断いただき、了承をいただきます。
- 4) 選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。
- 5) 研究参加患者様が決定したら、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
- 6) この後、同意を得られた順に2名の研究参加患者様に対して、このプログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます。
- 7) 介入前後で調査票に回答いただきます。回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		講習会前		介入前	1人目のプログラムありアロマ介入	介入後	介入前	2人目のプログラムありアロマ介入	介入後
患者用	患者の基礎データシート		プログラム講習会	●			●		
	患者用一般感情尺度			●		●	●		●
	症状レベル調査票			●		●	●		●
	看護師との関係性質問紙			●		●	●		●
看護師用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●				●			●
	日本語版CES	●				●			●
	看護師用一般感情尺度			●		●	●		●
	看護師への実践の感覚に対する質問紙								●
	実践記録用紙					●			●
	インタビューガイド								●

表 4 予備的調査の調査票と記入時期

- 8) 回答していただいた調査票は、看護師、患者様どちらも直接研究者宛の封筒で返送していただきますが、1週間以上たっても調査票が戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 9) 2名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票の量などに関して 60 分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 看護師長または研究参加看護師が選定した患者にアロマセラピーマッサージが可能かどうかの判断

看護師長または研究参加看護師が選定した 2 名の患者にアロマセラピーマッサージが可能かをご判断ください。了解を得た患者が研究への参加を拒否した場合は、追加で選定した患者に対してもアロマセラピーマッサージが可能かをご判断ください。

② 皮膚刺激の確認で反応があった場合の処置

研究参加看護師がアロマセラピーマッサージを行う前に、使用するマッサージオイルを上腕内側に少量塗布し、刺激があるか否かを患者とともに確認します。皮膚刺激のない安全性の高い精油を使用しますので反応はほとんどないと思われませんが、万一反応があった場合、研究参加看護師が上腕内側につけたマッサージオイルを石鹸で洗い流すか、ふき取って様子を見ます。それでも症状が悪化するようなことがあれば処置をお願いいたします。その場合、自己負担分の治療費を研究者が負担いたします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただきます。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研

研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。

- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に 15 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は 1 時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉砕してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告

し、悪化するような場合は処置をお願いします。その場合、治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。

- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- d. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- e. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- g. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

施術確認書

平成 年 月 日

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究において、下記の研究参加候補患者にアロマセラピーマッサージを行うことを了解した。

研究参加候補患者 : _____

研究参加候補患者 : _____

主治医 : _____

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、先行研究から明らかとなったケアリングを基盤とした「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」による介入は、看護師個人の判断で行っているアロマセラピーマッサージ介入より、ケアリングが向上し、患者－看護師の関係性が深まるという仮説のもと、それぞれの介入前後の患者と看護師の変化を測定してアウトカムを明らかにし、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を開発したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 40 名を対象とします。

1

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様を研究参加候補者とさせていただきます。1 名の看護師（介入者）に 4 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

プログラムなしアロマ介入：従来のアロマセラピーマッサージを実践する

プログラムありアロマ介入：「看護アロマセラピーマッサージプログラム」を使用したアロマセラピーマッサージを実践する

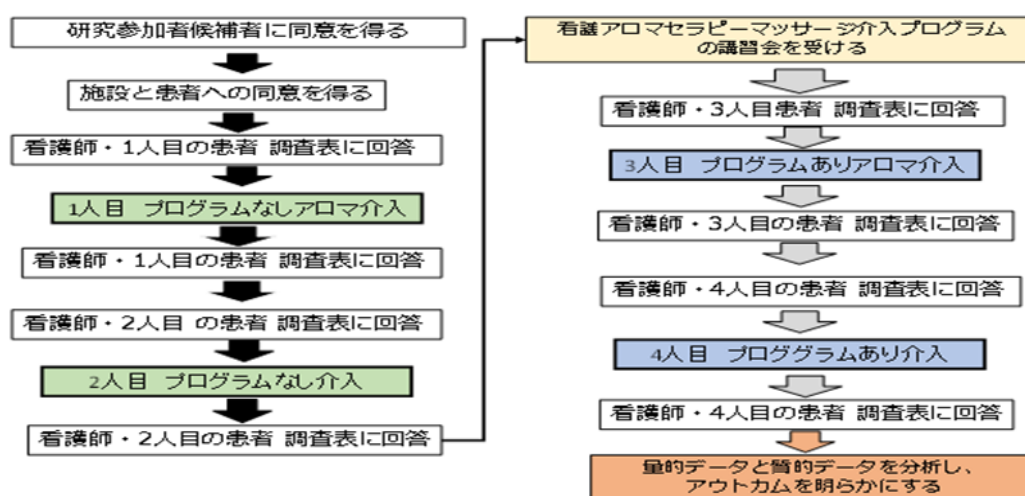


図5 本調査の手順

- 1) 主催者様の研究へのご協力が得られるようでしたら、対象条件に合った看護師をご紹介いただきます。研究参加候補の看護師の方に、研究内容についてご説明の上、自由意思に基づいて研究参加の同意を得ます。
- 2) 同意が得られましたら、研究参加看護師が所属する施設に伺い、施設責任者、看護部長または訪問看護ステーションの責任者の方、師長または訪問看護ステーション所長に研究の説明をし、同意を得ます。必要があれば施設の倫理委審査を受けます。
- 3) 研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した4名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 4) 看護師長または訪問看護ステーション所長から選定した研究参加候補患者様に、研究者から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。ただし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、

カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師から患者様に別紙●の通り研究の説明をし、同意を得ていただくこともあります。

- 5) 研究参加看護師は、研究参加に同意が得られた順に 2 名の患者様に従来のアロマセラピーマッサージ（プログラムなしアロマ介入）を行います。
- 6) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1 週間以内に返送していただきます。
- 7) 2 名のプログラムなしアロマ介入の終了後、研究参加看護師に 60 分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
- 8) この後、残りの 2 名の研究参加患者様に対して、プログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます（プログラムありアロマ介入）。
- 9) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1 週間以内に返送していただきます。
回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後	介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後
患者用	患者の基礎データシート	●	●	●	●	●	●	●	●
	患者用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●
	症状レベル調査票	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師との関係性質問紙	●	●	●	●	●	●	●	●
看護師用	看護師基礎データシート	●							
	日本語版CAS	●			●				●
	日本語版CES	●			●				●
	看護師用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師への実践の実感に対する質問紙				●				●
	実践記録用紙						●		●
	インタビューガイド								●

- 10) 回答していただいた調査票が 1 週間以上たっても戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 11) 4 名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、介入中や介入後の患者、自分自身の変化や気づきについて、またプログラムを使用した実践の感想について、60 分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行う予定です。

依頼事項

1. 研究の趣旨をご理解いただき、100 時間以上のアロマセラピー研修を修了し、アロママッサージを看護現場で実践したことのある看護師の方で、研究の説明を聞いてもよいという方を、ご本人の了解を得た上で 10 名～15 名ほどご紹介いただきたいこと。
2. 研究参加条件に該当する看護師の方々が参加される勉強会等の日時・場所をお教えいただきたいこと。
3. 勉強会等が終了した後、参加者のみなさんに「研究者の方が『看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発』というテーマで行う研究に協力していただきたいと来ています。説明を聞いてもよいという方はお残りください。説明を聞いた後、参加するかどうかを決めてくだされば結構です。これは強制ではありませんので、説明を聞くのも、研究に参加するのも自由意志でお願いいたします。」と伝えていただきたいこと。
4. 勉強会等の終了後、研究説明をするために会場を延長してお貸しいただきたいこと。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようにお話いただきますよう、事前をお願いさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起きることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思

であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。

- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に 15 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は 1 時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。
- f. どちらの介入群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得る。またどちらの介入も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明する。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- c. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患

者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。

- d. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- e. 得られたデータは研究以外の目的で使わないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことがある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 40 名を対象としています。

そこで、この条件に合う看護師が所属する団体の主催者に依頼し、自由意志で研究の説明を聞いてもよい看護師をご紹介いただいたところ、●●様（△△病棟勤務）をご紹介いただきました。●●様に研究内容、利益やかかるご負担をご説明したところ、研究参加の内諾をいただきました。

つきましては、看護部の研究協力の同意が得られましたら、●●様に再度研究説明をさせていただき、自由意志にて研究参加の同意を文書でいただくようにいたします。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。1 名の看護師（介入者）につき、4 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があったとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。

- f.精神疾患に罹患していない方。
- g.一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h.アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

プログラムなしアロマ介入：従来のアロマセラピーマッサージを実践する

プログラムありアロマ介入：「看護アロマセラピーマッサージプログラム」を使用したアロマセラピーマッサージを実践する。

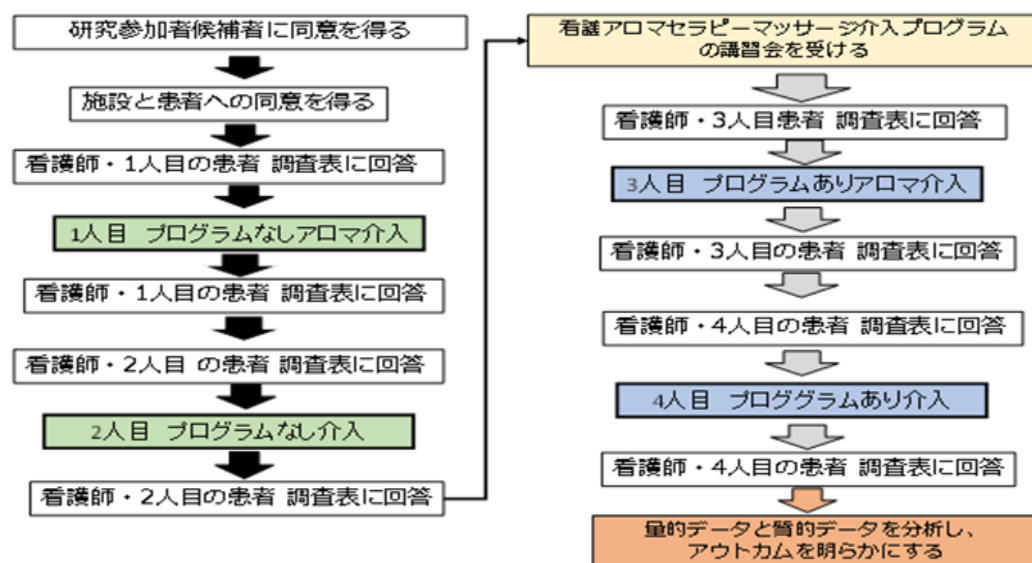


図5 本調査の手順

- 1) 施設責任者、看護部長（訪問看護ステーションの責任者）にご理解いただき、研究の同意を得られるようでしたら、研究参加候補の●●●●様が所属しておられる病棟師長（訪問看護ステーションの所長）をご紹介します。必要であれば、施設の倫理審査を受けます。
- 2) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究の説明を文書と口頭で説明し、同意が得られましたら、研究参加看護師に、再度研究の説明をし、文書にて同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師に具体的な研究の進め方を説明します。
- 3) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）と研究参加看護師に、研究対象の条件に合

致した2名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。

- 4) 選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、同意を得ます。もし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師に研究説明と同意をお願いすることもありますことをご了承ください。
 - 5) 研究参加看護師は、研究参加に同意が得られた順に2名の患者様に従来のアロマセラピーマッサージ（プログラムなしアロマ介入）を行います。
 - 6) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
 - 7) 2名のプログラムなしアロマ介入の終了後、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
 - 8) この後、残りの2名の研究参加患者様に対して、プログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます（プログラムありアロマ介入）。
 - 9) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
- 回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後
患者用	患者の基礎データシート	●	●	●	●	プログラム講習会				
	患者用一般感情尺度	●	●	●	●		●	●	●	●
	症状レベル調査票	●	●	●	●		●	●	●	●
	看護師との関係性質問紙	●	●	●	●		●	●	●	●
看護師用	看護師基礎データシート	●								
	日本語版CAS	●			●					●
	日本語版CES	●			●					●
	看護師用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師への実践の実感に対する質問紙				●					●
	実践記録用紙						●			●
	インタビューガイド									●

表5 本調査の調査表と記入時期

- 10) 回答していただいた調査票が1週間以上たっても戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 11) 4名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイ

ドを使って、介入中や介入後の患者、自分自身の変化や気づきについて、またプログラムを使用した実践の感想について、60分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 病棟師長（訪問看護ステーション所長）の紹介

研究協力看護師が所属する病棟師長をご紹介します。よろしくお願いいたします。

② アロマセラピーマッサージ実施時の部屋の使用

病棟でアロマセラピーマッサージを行う際、同室の方への配慮として別室で行う可能性もあります。その際には病棟師長と研究参加看護師に、アロマセラピーマッサージを行う場所や講習会の場所を設定していただきますので、使用許可をお願いいたします。

③ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集の許可

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいませんが、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、研究参加看護師の記録を通して間接的に情報収集することになります。勿論患者様には、研究に必要な個人情報の間接的取得について、事前に説明と同意を得た上で行います。

④ 研究参加看護師への面接調査時にプライバシー保護が可能な部屋の使用

介入後、目安として2週間以内に研究参加看護師と面談をさせていただきます。他者に会話内容が聞こえないことが望ましいと考えますので、個室など声が漏れない部屋の使用許可をお願いいたします。

⑤ 講習会を行う際の部屋の使用

60分程度の講習会を行います。できるだけ研究参加看護師の負担にならないよう院内で行いたいと思います。つきましては小会議室または食堂等の使用許可をお願いいたします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようにお話いただきますよう、事前にお願ひさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様 1 名への介入に 15 分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分にとることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が

取れるように致します。

- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明

します。

- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。
- f. どちらの介入群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得る。またどちらの介入も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明する。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。

1. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- c. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- d. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉砕してから破棄処分します。
- e. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

アロマセラピーマッサージについて少なくとも 100 時間以上の研修を修了し、看護現場でアロマセラピーマッサージの実践したことのある、あるいは現在実践している一般成人病棟で勤務する看護師、または訪問看護師 40 名を対象としています。

そこで、この条件に合う看護師が所属する団体の主催者に依頼し、自由意志で研究の説明を聞いてもよい看護師をご紹介いただいたところ、●●様（△△病棟勤務）をご紹介いただきました。●●様に研究内容、利益やかかるご負担をご説明したところ、研究参加の内諾をいただきました。

つきましては、看護部の研究協力の同意が得られましたら、●●様に再度研究説明をさせていただき、自由意志にて研究参加の同意を文書でいただくようにいたします。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様。1 名の看護師（介入者）につき、4 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。

- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

プログラムなしアロマ介入：従来のアロマセラピーマッサージを実践する

プログラムありアロマ介入：「看護アロマセラピーマッサージプログラム」を使用したアロマセラピーマッサージを実践する

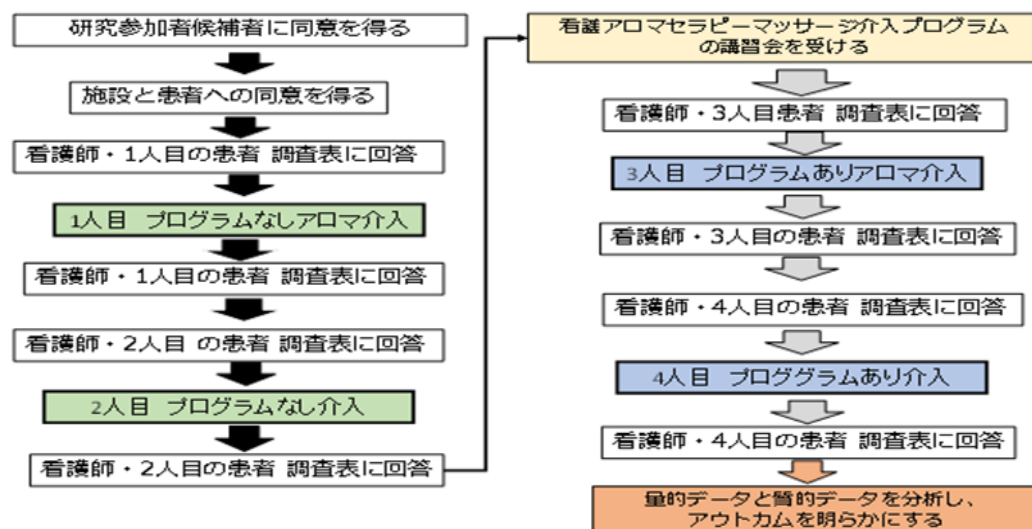


図5 本調査の手順

- 1) 病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究協力の同意が得られましたら、研究参加看護師のところに伺い、再度研究の説明をし、文書にて同意を得ます。その後、研究者が研究参加看護師に具体的な研究の進め方を説明します。
- 2) 研究参加看護師に、研究対象の条件に合致した4名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 3) 選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、自由意志により研究参加の同意を得ます。もし、介入スケジュール

が重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師に研究説明と同意をお願いすることもありますことをご了承ください。

- 4) 研究参加看護師は、研究参加に同意が得られた順に2名の患者様に従来のアロマセラピーマッサージ（プログラムなしアロマ介入）を行います。
 - 5) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
 - 6) 2名のプログラムなしアロマ介入の終了後、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただきます。
 - 7) この後、残りの2名の研究参加患者様に対して、プログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます（プログラムありアロマ介入）。
 - 8) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
- 回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後		介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後
患者用	患者の基礎データシート	●	●	●	●	プログラム講習会				
	患者用一般感情尺度	●	●	●	●		●	●	●	●
	症状レベル調査票	●	●	●	●		●	●	●	●
	看護師との関係性質問紙	●	●	●	●		●	●	●	●
看護師用	看護師基礎データシート	●								
	日本語版CAS	●			●					●
	日本語版CES	●			●					●
	看護師用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師への実践の実感に対する質問紙				●					●
	実践記録用紙						●			●
	インタビューガイド									●

表5 本調査の調査票と記入時期

- 9) 回答していただいた調査票が1週間以上たっても戻らなければ、新たな患者様をリクルートし、再度介入と調査を行っていただきます。
- 10) 4名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、介入中や介入後の患者、自分自身の変化や気づきについて、またプログラムを使用した実践の感想について、60分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 研究参加候補患者に研究者から研究の話を聞く意思があるか確認

研究協力看護師が選定した研究参加候補患者に、研究者から研究の説明を聞く意思があるかをお尋ねください。研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことをお話しいただきますようお願いいたします。

② カウンターパートとして研究参加看護師にかかるご負担について

研究参加候補患者への説明は研究者が行いますが、患者への介入のタイミングで患者への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予めご了解くださいませ。ただし患者に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることをお伝えします。

③ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集の許可

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいませんが、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、研究参加看護師の記録を通して間接的に情報収集することをご了承ください。勿論患者様には、研究に必要な個人情報の間接的取得について、事前に説明と同意を得た上で行います。

④ アロマセラピーマッサージ実施時の部屋の使用

病棟でアロマセラピーマッサージを行う際、同室の方への配慮として別室で行う可能性もあります。その際にはアロマセラピーマッサージを行う場所を指定していただきますようお願いいたします。

⑤ 研究参加看護師への面接調査時にプライバシー保護が可能な部屋の使用

介入後、目安として2週間以内に研究参加看護師と面談をさせていただきます。他者に会話内容が聞こえないことが望ましいと考えますので、個室など声が漏れない部屋の使用許可をお願いいたします。

⑥ 講習会を行う際の部屋の使用

60分程度の講習会を行います。できるだけ研究参加看護師の負担にならないよう院内で行いたいと思います。つきましては小会議室または食堂等の使用許可をお願いいたします。

たします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようにお話いただきますよう、事前にお願ひさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様1名への介入に15分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。
- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究

の説明の際に了解を得ます。

- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場

合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。

- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。
- f. どちらの介入群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得る。またどちらの介入も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明する。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。

- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- c. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- d. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫に置いて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉砕してから破棄処分します。
- e. 得られたデータは研究以外の目的で使わないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看するというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

100 時間以上のアロマセラピー講習を修了された方で、アロマセラピーマッサージの実践経験がある一般病棟看護師あるいは訪問看護師 40 名。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様とさせていただきます。

1 名の看護師（介入者）につき、4 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があるとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

プログラムなしアロマ介入：従来のアロマセラピーマッサージを実践する

プログラムありアロマ介入：「看護アロマセラピーマッサージプログラム」を使用したアロマセラピーマッサージを実践する。

※研究参加患者には、どちらの介入群であるかは伝えないで行ってください。研究終了後に希望があればお伝えしてください。

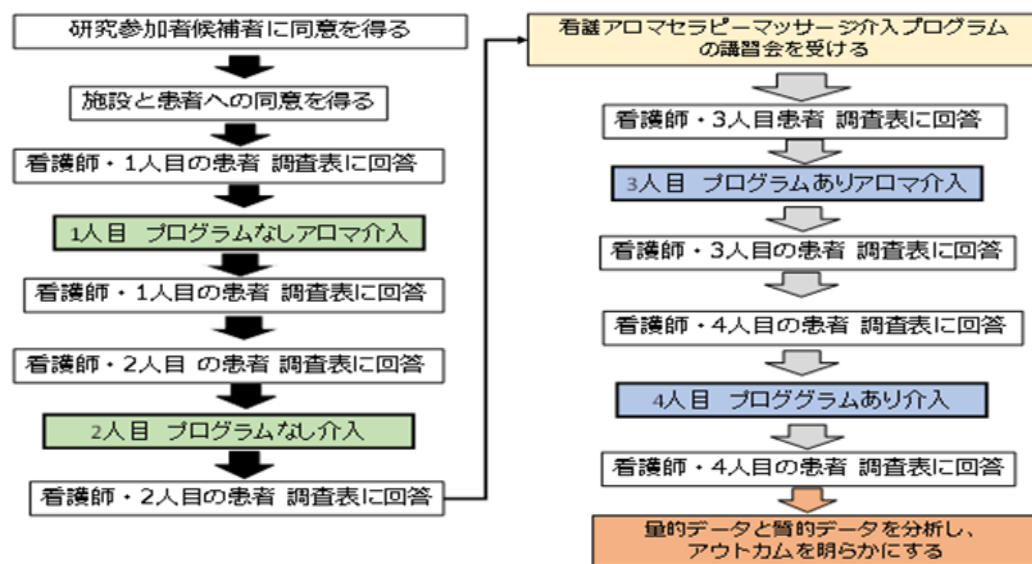


図5 本調査の手順

- 1) 研究参加看護師の皆さまに研究対象の条件に合致した4名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医の許可を得ていただきます。
- 2) 選定した研究参加候補患者様に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認していただいた上で、研究者が訪室して研究について説明し、自由意志により研究参加の同意を得ます。もし、介入スケジュールが重複した場合や患者様の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、カウンターパートとして、研究者に代わり研究参加看護師に研究説明と同意をお願いすることもありますことをご了承ください。
- 3) 研究参加看護師は、研究参加に同意が得られた順に2名の患者様に従来のアロマセラピーマッサージ（プログラムなしアロマ介入）を行います。

- 4) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
 - 5) 2名のプログラムなしアロマ介入の終了後、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の講習会に参加していただきます。
 - 6) この後、残りの2名の研究参加患者様に対して、プログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます（プログラムありアロマ介入）。
 - 7) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
- 回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		介入前	1人目の介入後	1人目の介入前	2人目の介入後	2人目の介入前	介入前	1人目の介入後	介入前	2人目の介入後	2人目の介入前	介入後
患者用	患者の基礎データシート	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	患者用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	症状レベル調査票	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師との関係性質問紙	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
看護師用	看護師基礎データシート	●										
	日本語版CAS	●			●	●						●
	日本語版CES	●			●	●						●
	看護師用一般感情尺度	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	看護師への実践の実感に対する質問紙				●	●						●
	実践記録用紙							●				●
	インタビューガイド											●

表5 本調査の調査票と記入時期

- 8) 回答していただいた調査票が1週間以上たっても戻らなければ、新たな患者様を選定していただき、再度介入と調査を行っていただきます。
- 9) 4名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、介入中や介入後の患者、自分自身の変化や気づきについて、またプログラムを使用した実践について、60分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定です。
- 10) 尚、介入に使用した精油やベースオイルの相当額を研究者が負担します。また講習会は研究参加看護師の方の所属施設で行う予定ですが、別の場所で行う場合は、研究者が交通費を負担いたします。

依頼事項

① 研究参加候補患者の選定と主治医の許可

条件に基づいて研究参加候補患者を選定してください。研究参加患者の主治医に対して、アロマセラピーマッサージが可能かをお尋ねいただき、研究参加することの許可を得ていただきたいと思います。

② 研究参加候補患者の研究者から話を聞く意思の確認を病棟師長に依頼

主治医の許可が得られた研究参加候補患者に、研究者から研究の説明を受ける意思があるかどうか確認してもらうように病棟師長に依頼してください。

③ カウンターパートとして研究参加看護師にかかるご負担について

研究参加候補患者への説明は研究者が行いますが、研究参加患者への介入のタイミングで研究参加患者への研究説明や承諾が間に合わない場合は、皆さまにカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予めご了承くださいませ。

ただし患者に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または皆さまが患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能ですので遠慮なくお知らせください。

④ 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集

研究者が研究参加患者様の診療記録を閲覧することはいませんが、患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、皆さまにカルテから必要な情報を収集していただきます。研究者は皆さまの記録を通して間接的に情報収集させていただきます。なお、研究参加患者様には、研究に必要な個人情報の取得について事前に説明をして同意を得ます。

④ アロマセラピーマッサージの実践

従来のアロマセラピーマッサージを2名の研究参加患者に、プログラムを使用してさらに2名の研究参加患者様にアロマセラピーマッサージをしていただきます。介入の時間は患者様の状態によるかと思いますが、準備を含めて20分程度とお考えください。

その際、同室の方への配慮として別室で行う必要があることがあります。その場合には、アロマセラピーマッサージを行う別の場所を設定していただきますようお願いいたします。

⑤ 調査票への回答

各介入前後に調査票に回答してください。回答に必要な時間はそれぞれの調査票に示しています。介入によって調査票の数が変わりますが、3分～20分程度とお考え下さい。調査票は別紙●のように必要なものをセットしてお渡しします。回答後は、記入した調査票を同封しています研究者宛の封筒に入れて、その都度返送してください。氏名は書かず研究IDで管理しますので、回答内容がどなたのものかは研究者しかわかりません。

⑤ 講習会への参加

研究参加に同意いただけましたら、下図に示した内容の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの講習会」にご参加ください。マニュアルを使いながら、ロールプレイングなどでプログラムを実践できるようにご説明していきます。開催の日時や場所は皆さまの業務のご都合に合わせて決めさせていただきます。

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの講習会（60分）

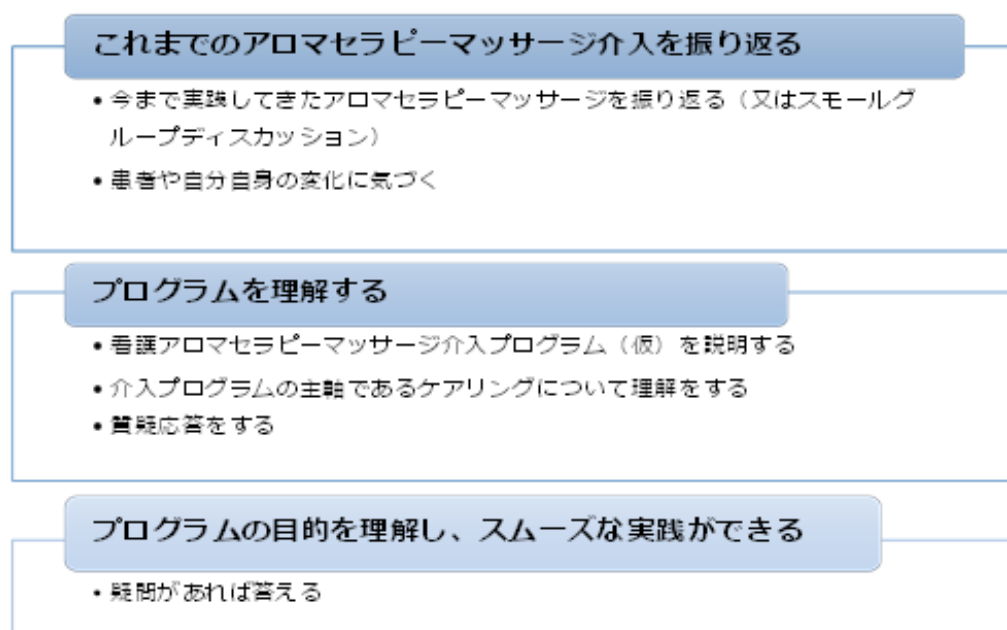


図4 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム講習会内容

⑥ インタビューへの参加

2名の研究参加患者様への介入が終了した後、60分程度のインタビューをさせていただきます。内容は、プログラムの使いにくさや理解不能な点がないか、あるいは調査票は適切かなどに関して伺います。インタビューの内容を記述させていただくあるいはテープで録音させていただきますことをご了承ください。その際、個人名がわからないよう研究IDで記述させていただき、鍵のかかった棚で管理をさせていただきます。研究終了後、データは破棄いたします。

記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定ですが、皆さまと日程をご相談させていただきます。インタビュー中に疲労を感じる場合は休憩や中断ができ、また途中のトイレ等の離席も自由です。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようお願いいたしますよう、事前をお願いさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起きることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様1名への介入に15分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分に取ることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。また実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。

- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。
- f. どちらの介入群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得る。またどちらの介入も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明する。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかない

いようにします。

- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- c. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- d. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- e. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥ その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-0860

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-0860／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

※研究協力に同意していただける場合は、同意書とともに保存してください。

同意書

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究の趣旨および内容について、研究者より書面にて十分な説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、この研究に参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

研究参加看護師 : _____

研究者（説明者） : _____

尚、この同意書は、研究が終了する 2018 年 3 月 31 日まで保存ください。

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージは、植物の香りを混ぜたオイルで優しくマッサージをします。とても気持ちよく、症状が和らいだり、気分が落ち着いたり心や体に良い影響があるといわれています。

アロマセラピーマッサージはすでに米国40州で看護援助として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、まだアロマセラピーマッサージを看護として行う方法は決まっておらず、看護師自身の個別な判断に任されています。欧米の方法はありますが、日本との文化や環境の違いから同じ方法を使って日本で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

この研究では、これまで行ってきたアロマセラピーマッサージと事前研究から作った「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使って行うアロマセラピーマッサージにはどのような違いがあるのかを確かめたいと考えています。そこで、皆さまには従来のアロマセラピーマッサージか、プログラムを使ったアロマセラピーマッサージかのどちらかを実践させていただきたいと思えます。どちらも香りやマッサージは心地よいものですので、ご安心ください。なお、お手数ですがアロマセラピーマッサージの前後で、いくつかの調査票に記入していただきたいと思えます。

この研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師には看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご不明なことがございましたら、遠慮なく末尾の連絡先までお問合ください。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者患者様

本研究では、次の方にお問い合わせしております。

1. 医療処置や看護援助を受けているけれど、心身の苦痛症状がある方
2. アロマセラピーマッサージを希望される方
3. 主治医の許可が得られた方。
4. 精油に即時のアレルギー反応がない方
5. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。
6. 性別、年齢、病名、病期は問いません。
7. アロマセラピーマッサージを希望する方。
8. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

- 1) 研究に協力してくださる看護師の方が、事前に患者様の主治医にアロマセラピーマッサージを行うことが可能かどうかを確認して、了解を得ております。
- 2) 研究参加にご同意いただけましたら、看護師からアロマセラピーマッサージをどのようにするのかを説明させていただき、従来のアロマセラピーマッサージかプログラムを使ったアロマセラピーマッサージかのどちらかを実施する日時を一緒に決めます。
- 3) 実施の前に、好きな香りを中心に使う香りを一緒に選んで、腕で皮膚刺激を確認します。香りの選択は看護師にお任せいただいてもかまいません。
- 3) 実施前に 3 種類の調査票に記入していただきます。所要時間は 10 分程度です。
- 4) 研究に協力くださる看護師の方が、15 分程度のオイルマッサージをします。ご希望のところがあればお知らせください。
- 5) 終わりましたら、また先と同じ 3 種類の調査票に記入をしてください。もし

寝ておられたり、休息したいという希望がありましたら、落ち着いてからでかまいません。

依頼事項

① 研究参加患者様の診療記録からの間接的な情報収集

研究者が患者様の診療記録を閲覧することはいたしません。患者属性や病名、病状、数日内の苦痛症状、妊娠の有無、皮膚感染の有無などはアロマセラピーマッサージの実践及びデータ分析の際に必要なため、看護師の方から間接的に情報収集させていただきますことをご了承ください。

② 皮膚刺激と好き嫌いの確認

選んだ精油で皮膚刺激が発生しないか事前にチェックします。腕の内側に少しマッサージオイルをつけて赤くなったり、かゆみが出ないかを確認します。安全性の高い香りを使いますのでほとんど反応はありませんが、万一、症状が出た場合は、ふき取るか石鹸で洗い流して主治医に報告して研究を中止致します。もし悪化するようなことがあれば主治医に処置をしていただきます。

また香りを嗅いでいただいて、好みでなければ変更できますのでお知らせください。

③ アロマセラピーマッサージを受けていただく

看護師が植物の香りをつけたオイルでマッサージをします。ご希望のところがあれば教えてください。優しいタッチで丁寧にマッサージいたしますので、気持ちよいかと思いますが、もし嫌だなと思われたら、途中でもお知らせください。中止も延期も可能です。終わりましたら、滑らないように手のひらと足の裏をタオルでふき取ります。

なお、正確に比較をするため、従来のアロマセラピーマッサージかプログラムを使用したアロマセラピーマッサージかは研究がお伝えせず行いますことをご了承くださいませ。ご希望があれば研究終了後にお伝えすることは可能ですので、お知らせください。

④ 調査票の記入

アロマセラピーマッサージを始める前と終わった後に、3種類の調査票に記入してください。すべてあてはまる場所に○をするもので、所要時間は10分程度です。

寝ておられたり、休息したいと思われたら、調査票の記入は後からでもかまいません。

記入し終わった調査票は、一緒にお渡しする研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送してください。封印だけして看護師にお渡しくださってもかまいません。

ご記入いただいた調査票は直接研究者に届くため、看護師や病院関係者の目に触れることはありませんので、正直にご記入くださいませ。

遵守事項

① 患者様の研究参加に関する自由意志の保証

研究への参加はあくまで患者様の自由意志であり、もし協力をお断りいただいても、途中でご辞退いただいても、何ら不利益を被ることはないことを保証します。

またアロマセラピーマッサージは受けたいが、研究は断りたいときは途中でかまいませんのでお知らせください。その場合は、研究外でさせていただきます。研究を中止するときは以前に取得したデータはすべて破棄いたします。

② 不利益を受けない権利の保証

(1) アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を感じないようにいたします。

(2) アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは看護師の判断で施術が中止になる場合があることもご了承ください。

研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。

(3) 記入していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。

(4) どちらのアロマセラピーマッサージを受けるのかはお伝えせず行いますが、ご希望の場合は研究終了後にお知らせすることができます。

③ 介入に対する安全の保証

(1) アロマセラピーマッサージをする前に、看護師がカルテ内容を確認し、主治

医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。

- (2) 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- (3) 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- (4) 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- (5) 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。
- (6) 施術前に香りの嗜好性を確認し、好まない場合は辞退できることを伝えます。
- (7) 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- (8) 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- (9) 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- (10) 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚や体の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- (11) 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- (12) 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- (1) 患者に、研究目的と意義について文書を用いてわかりやすく十分に説明します。研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- (2) 患者様から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- (1) アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- (2) 患者様の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数についての情報を研究者は看護師から間接に収集いたしますが、看護師と研究者のみしか知ることではなく、守秘義務を守ります。
- (3) 患者様にご記入いただく調査票は無記名で、研究 ID で管理しますので、患者様の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表されません。
- (4) 患者様にご記入いただいた調査票は、直接研究者に返送されるので看護師や

病院関係者の目には触れません。

- (5) すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。
- (6) 得られたデータは研究以外の目的で使用はしません。研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があります。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

※研究協力に同意していただける場合は、同意書とともに保存してください。

同意書

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究の趣旨および内容について、研究者より書面にて十分な説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、この研究に参加することに同意いたします。

また、属性や病名、病状、数日内の苦痛症状に関して、研究者が看護師の記録を通して間接的に情報収集することにも同意いたします。

平成 年 月 日

研究協力者 : _____

研究者（説明者） : _____

尚、この同意書は、研究が終了する 2018 年 3 月 31 日まで保存ください。

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

研究協力をお願い

「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」 に関する説明と依頼書

研究者 吉田由花

兵庫県立大学看護学研究科 博士後期課程治療看護学専攻

研究の概要

私は、兵庫県立大学大学院博士課程で、治療看護学を専攻しております吉田由花と申します。長年にわたり臨床アロマセラピーの実践者として活動後、看護学部にて看護を学び、現在、「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」というテーマで研究に取り組んでおります。

アロマセラピーマッサージはすでに米国 40 州で看護として使用されています。日本でも看護師の関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから欧米の介入方法では日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

事前研究で、アロマセラピーマッサージは、心・体・魂のすべてを看るというホリスティック（全人的）な考え方に基づいた療法であり、患者様のケアを行う上で有効な援助手段となり得るという予測のもと、すでに看護に取り入れている看護師を対象に、導入の動機、実践状況等についてインタビューを行い、その内容を分析して、看護師の実践の構造を明らかにいたしました。

本研究では、この事前研究で得られた実践の要素を踏まえた「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の開発をしたいと考えております。この研究により、看護師が技術として習得したアロマセラピーマッサージを看護として実践することが可能となり、また、介入方法が標準化され、適時に的確に介入することができ、患者様の症状緩和、QOL の向上に役立つ看護援助法となる可能性があると考えています。

そこで今回は、予備的調査として、事前研究をもとに作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」を使用して患者様にアロマセラピーマッサージをしていただき、プログラムの使いにくさや理解不能な点はないか、調査票が適切かなど改善点を検討したいと考えております。

研究に参加いただける患者様には、症状の緩和や癒される時間の提供となり、研究に参加していただく看護師の皆さまには看護としてのアロマセラピーマッサージの手順を習得でき、自身の看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、この説明・依頼文書にてご判断いただき、本研究をご理解いただいた上、自由意志にてご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

尚、ご不明なことがございましたら、末尾の連絡先までお問合くださいませ。

研究方法

1. 研究期間

2016 年 7 月末～2018 年 3 月 31 日までを研究期間と考えています。

2. 研究参加者

本研究では介入による患者様と看護師の両者の変化を調査します。そこで、下記の条件に合う看護師と患者様を研究参加候補者とさせていただきます。

①看護師（介入者）

100 時間以上のアロマセラピー講習を修了された方で、アロマセラピーマッサージの実践経験がある一般病棟看護師あるいは訪問看護師 40 名。

②患者様

本研究では、主治医の許可があり、以下の基準を満たす患者様とさせていただきます。

1 名の看護師（介入者）につき、4 名の患者様が対象となります。

〈選択基準〉

- a. 自分の意志で研究参加を意思表示できる 20 歳以上で日本語でのコミュニケーション能力に障害がない方。
- b. 医療処置や看護援助を受けているが心身の苦痛症状を抱えている方。ただし、介入直前に定期薬剤の変更や酸素吸入量の変更があった方、介入前の症状レベルの調査で NRS7 以上の方は除外する。
- c. アロマセラピーマッサージの経験のある看護師がアロマセラピーマッサージの効果の可能性があったとした方。
- d. 上腕内側へのパッチテストで即時のアレルギー反応がない方。
- e. 日本語で会話が可能で、調査票への自己評価記入が可能な方。
- f. 精神疾患に罹患していない方。
- g. 一般成人病棟に入院している、または在宅看護を受けている方。性別、年齢、病名、病期は問わない。
- h. アロマセラピーマッサージを希望する方。
- i. 皮膚感染、深部静脈血栓症がなく、妊娠初期でない方。

3. 研究の進め方

下図の通りに研究を進めて参りたいと思います。

プログラムなしアロマ介入：従来のアロマセラピーマッサージを実践する

プログラムありアロマ介入：「看護アロマセラピーマッサージプログラム」を使用したアロマセラピーマッサージを実践する。

※研究参加患者には、どちらの介入群であるかは伝えないで行います。

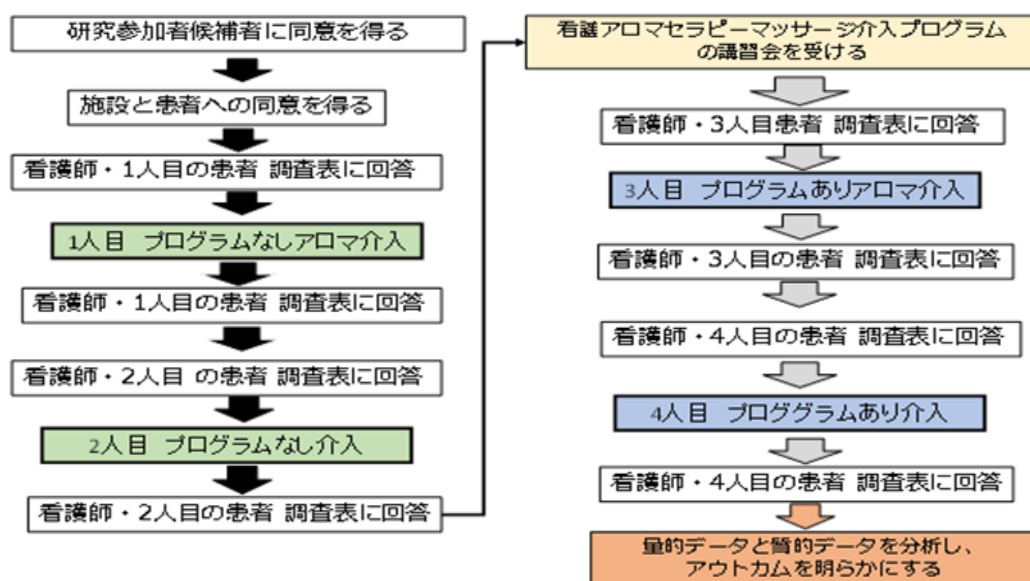


図5 本調査の手順

- 1) 研究参加看護師に研究対象の条件に合致した4名の研究参加候補患者様を選定していただき、主治医にアロマセラピーマッサージが可能か判断いただき、了解を得ます。
- 2) 研究参加看護師は、研究参加に同意が得られた順に2名の患者様に従来のアロマセラピーマッサージ（プログラムなしアロマ介入）を行います。
- 3) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。
- 4) 2名のプログラムなしアロマ介入の終了後、研究参加看護師に60分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」の講習会に参加していただきます。
- 5) この後、残りの2名の研究参加患者様に対して、プログラムを使用してアロマセラピーマッサージを行っていただきます（プログラムありアロマ介入）。

- 6) 介入の前後で研究参加患者様と研究参加看護師に調査票に回答していただき、研究
者宛の封筒に入れて、1週間以内に返送していただきます。

回答いただく調査票と時期については下図の通りです。

		介入前	1 人 目 の ブ ロ グ ラ ム な し ア ロ マ 介 入	介入後	介入前	2 人 目 の ブ ロ グ ラ ム な し ア ロ マ 介 入	介入後	介入前	1 人 目 の ブ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後	介入前	2 人 目 の ブ ロ グ ラ ム あ り ア ロ マ 介 入	介入後
患 者 用	患者の基礎データシート	●		●		●							
	患者用一般感情尺度	●		●		●		●		●		●	
	症状レベル調査票	●		●		●		●		●		●	
	看護師との関係性質問紙	●		●		●		●		●		●	
看 護 師 用	看護師基礎データシート	●											
	日本語版CAS	●				●							●
	日本語版CES	●				●							●
	看護師用一般感情尺度	●		●		●		●		●		●	
	看護師への実践の実感に対する質問紙					●						●	
	実践記録用紙									●			●
	インタビューガイド											●	

表 5 本調査の調査票と記入時期

- 7) 回答していただいた調査票が1週間以上たっても戻らなければ、新たな患者様を選定していただき、再度介入と調査を行っていただきます。
- 8) 4名の研究参加患者様への介入が終了した後、研究参加看護師にインタビューガイドを使って、介入中や介入後の患者、自分自身の変化や気づきについて、またプログラムを使用した実践について、60分程度の半構造化インタビューを行います。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後2週間以内に行う予定です。

依頼事項

① 看護師長または研究参加看護師が選定した患者にアロマセラピーマッサージが可能かどうかの判断

看護師長または研究参加看護師が選定した2名の患者にアロマセラピーマッサージが可能かをご判断ください。了解を得た患者が研究への参加を拒否した場合は、追加で選定した患者に対してもアロマセラピーマッサージが可能かをご判断ください。

② 皮膚刺激の確認で反応があった場合の処置

研究参加看護師がアロマセラピーマッサージを行う前に、使用するマッサージオイルを上腕内側に少量塗布し、刺激があるか否かを患者とともに確認します。皮膚刺激のない安全性の高い精油を使用しますので反応はほとんどないと思われますが、万一反応が

あった場合、研究参加看護師が上腕内側につけたマッサージオイルを石鹸で洗い流すか、ふき取って様子を見ます。それでも症状が悪化するようなことがあれば処置をお願いいたします。その場合、自己負担分の治療費を研究者が負担いたします。

遵守事項

1. 研究参加看護師（介入者）に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究の手順を説明して研究参加者の条件に合う方で、研究の説明を受ける意思のある看護師方をご紹介いただく際、研究の説明を聞くことは強制ではなく、あくまで自由意志でご判断いただくようにお話いただきますよう、事前をお願いさせていただきます。
- b. 研究者が研究参加候補者に研究参加の依頼をする際、研究内容とともに、利益と負担についても予め説明し、ご理解の上で研究への参加を自由意志で決めていただく。
- c. 介入や講習会への参加は患者様の都合と看護師の業務都合で調整します。介入や調査票の回答、講習会の受講には時間的、労力的負担が起こることも説明し、あくまで参加は自由意志であり、また承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能なことをお伝えします。その際には、取得したデータは削除します。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究者が研究参加候補看護師に研究説明の際は、依頼書と口頭で目的や方法、利益やかかるご負担について丁寧に説明し、研究への参加は強制でなく、あくまで自由意思であること、研究参加の拒否や途中辞退があっても不利益はないことを説明します。
- b. 患者様への説明は研究者が行いますが、患者様への介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合は、研究参加看護師をカウンターパートとして、研究者の代わりに研究説明や承諾を得ていただくことがあることを予め看護師長および研究参加看護師に説明して承諾を得ます。ただし患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または研究参加看護師が患者様に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者様に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能であることを事前に伝えます。
- c. 介入と調査は業務時間内に行っていただくため、患者様1名への介入に15分程度必要なことを説明し、業務計画に組み込みやすくしておきます。また研究期間を十分にとることで通常業務に影響の少ない時期に実施していただけるようにいたします。
- d. 講習会は研究参加看護師の都合のいい日時に所属の施設内で行いますが、研究参加看護師の都合で別の場所で行う場合は、講習会を行う場所までの交通費を負担します。ま

た実践に必要な材料費についても研究者の方で負担し、金銭的負担が生じないように配慮します。

- e. 調査票への記入は介入とは別の時間が必要なため、回答にかかる時間を表記し、研究の説明の際に了解を得ます。
- f. 実施において不明な点がある場合の対応については、研究者と電話、メールで連絡が取れるように致します。
- g. 終了後のインタビューの時間は1時間を超えないようにし、疲労を感じる場合の休憩や中断ができることを予め説明します。また途中のトイレ等の離席は自由であることも説明します。

③ プライバシー・匿名性・機密保持の権利と保証

- a. 研究参加看護師の氏名は匿名とし、調査票は研究用 ID で示し、個人が特定できるような情報は掲載しません。
- b. インタビューはできる限り話し声が漏れない場所を設定し、プライバシーを守ります。
- c. インタビュー時には内容を記録することとテープで録音することの了承を得ます。またテープ起こしをする際は、個人名が特定できないように ID で表します。
- d. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードディスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

④ 知る権利の保証

- a. 研究参加看護師には研究の立場、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。
- b. 研究に関する質問や意見がある場合は、メールあるいは電話でお答えします。研究参加者から研究の結果開示について希望があれば、作成した論文を見せることもできると伝えます。

(2) 研究参加患者様に対して

① 自己決定の権利の保証

- a. 研究への参加はあくまで個人の自由であり、承諾後であっても途中辞退や拒否することも可能であること、また施術は継続し、研究だけを途中辞退、拒否することも可能であることを説明します。その際、研究を中止する以前に取得したデータはすべて破棄します。
- b. 介入と調査票の記入にかかる時間や手間を十分説明し、その上で自由意志により研究参加を判断していただくようにお話しします。

② 不利益を受けない権利の保証

- a. 研究参加については、あくまでも自由意思であることを説明し、研究に参加しない場合、また途中辞退や拒否があっても治療や看護などに関する不利益はないことを説明します。
- b. アロマセラピーマッサージは、香りのするオイルを使用すること、肌に触れること、施術部位のみ肌を露出することなどを事前に説明し、できる限り不安や羞恥心を与えないようにします。
- c. アロマセラピーマッサージは、心地よく、鎮静効果も高い手段ですが、体調不良などにより主治医あるいは研究参加看護師の判断で施術が中止になる場合があることも説明します。研究参加を中断された方でもアロマセラピーマッサージを希望された場合は、体調回復後に主治医の許可を得て研究外で施術を受けられるようにします。
- d. アロマセラピーマッサージは希望するが、研究参加は拒否をしても、研究外で施術を受けられるようにします。
- e. 回答していただいた調査票は、返信用封筒にて直接研究者に届くようにし、回答内容が研究参加看護師や病院関係者の目に触れることはないようにします。
- f. どちらの介入群になるかを事前に知らせず行うことを研究説明の際に説明して承諾を得る。またどちらの介入も心地よいもので、希望があれば研究終了後にお伝えすることを説明する。

③ 介入に対する安全の保証

- a. 介入をする前に、研究参加看護師がカルテ内容を確認し、主治医にも施術可能かを確認します。さらに介入直前にも研究参加患者本人から体調を聞き、施術可能かを十分確認します。
- b. 昼食後 1 時間は避け、入浴、面会、処置の時間は避けます。
- c. 施術中に異常があればすぐ主治医に報告します。
- d. 皮膚刺激のある精油や神経刺激の強い精油は避け、安全性の高い精油を選択します。
- e. 植物油及び精油は冷暗室で保存し、安全なものを使用します。

- f. 施術前に香りを好まない場合は辞退できることを伝え、介入前に嗜好性を確認します。
- g. 上腕内側でブレンドオイルの皮膚刺激を確認します。万一反応があった場合はすぐに酒精綿で拭くか、アルコールに対して反応がある場合は石鹸で洗い流し、主治医に報告し、様子を見ます。もし悪化するようであれば主治医に処置をしていただきます。その場合、皮膚刺激に対する治療費の自己負担分を研究者が負担いたします。
- h. 皮膚感染、深部静脈血栓症がある場合や妊娠初期は禁忌とし、原発がん、打撲、外傷部位はアロマセラピーマッサージを避けます。
- i. 貼付剤の部位、点滴部位へのアロマセラピーマッサージは避け、またオイルがつかないようにします。
- j. 手技、圧、スピードは研究参加者の皮膚やるい瘦の状態、症状の強さを考慮し、調節します。
- k. 疲労感の増強にならないよう、予定の時間を超えないようにします。
- l. 施術後の転倒転落を防ぐために、掌と足裏を乾いたタオルで十分にふき取ります。

④ 知る権利の保証

- a. 研究者から研究参加候補患者に、研究目的と意義について文書を用いて十分に説明します。研究参加患者に研究者の連絡先を伝え、研究に関する質問や意見に研究者が答えるようにします。
- b. 研究参加者患者から本研究の結果開示の希望があれば、それに応じます。

⑤ プライバシー、匿名性、機密保持の権利と保証

- a. アロマセラピーマッサージ中の肌の露出は最小限とします。
- b. 研究参加患者の年齢、性別、病名、現在の病状、苦痛症状、血圧、心拍数について研究参加看護師がカルテから情報取得すること、同時に研究者がそれらの情報を研究参加看護師から間接的に得ること、情報は研究参加看護師、研究者のみしかアクセスせず、守秘義務を守ることを予め伝えて同意を得ます。
- c. 研究参加患者の調査票は無記名で回答をしていただき、研究 ID で管理し、研究参加患者の氏名や年齢、病名、家族構成などの個人が特定できる情報について一切公表しません。
- d. 研究参加患者が回答した調査票は、直接研究者に返送してもらい、研究参加看護師や病院関係者の目には触れないようにします。
- f. 研究期間中は、すべてのデータは鍵のかかる保管庫にいて保管します。またパソコンを利用する場合でもハードデスク装置内には保存せず、リムーバブル記憶装置を利用し、外部からのアクセスができないようにします。また研究発表および学会誌への投稿終了後にデータが記載された用紙を裁断し、破棄します。リムーバブルにある全

てのデータは削除し、粉碎してから破棄処分します。

- e. 得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は個人が特定できないように配慮して博士論文にまとめ、今後学会発表や雑誌投稿などの予定があることを伝えます。

⑥その他

- a. 介入は個室またはそれに準じる環境の中で行い、精油の香りが他の入院患者の不快感につながらないようにします。

研究者の連絡先

研究者

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-0860

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-0860／ a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

※研究協力に同意していただける場合は、同意書とともに保存してください。

施術確認書

平成 年 月 日

私は、兵庫県立大学の大学院生である吉田由花の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの開発」と題した研究において、下記の研究参加候補患者にアロマセラピーマッサージを行うことを了解した。

研究参加候補患者 : _____

研究参加候補患者 : _____

主治医 : _____

研究者（大学院生）

所属：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

氏名：吉田由花

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / aihara@hcpro.jp

指導教員

所属：兵庫県立大学 実践基礎看護 治療看護学教授

氏名：内布敦子

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71
(078) 925-9435 / a_uchinuno@cnas.u-hyogo.ac.jp

基礎データシート(回答時間は3分程度です)

1. 年齢：20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代以上

2. 性別： 男 ・ 女

3. 最終学歴： 大学院 ・ 大学 ・ 専門学校

4. 看護師の経験年数 () 年

5. あなたが勤務する施設を次の中から選んで下さい。

1) 病院 2) 訪問看護ステーション 3) 介護施設 4) その他()

6. 日頃あなたが看護している主な診療科は何ですか？
()

7. 雇用形態： 正職員 or パート職員

8. 現在の役職：()

9. アロマセラピーの受講時間 () 時間

10. アロマセラピーマッサージの経験年数：() 年

ご協力ありがとうございました。

資料4 日本版ケアリング特性尺度

質問紙1

下記の1～20について、あなたが日々の実践において実際に使っているものですか？
最も自分の意見を反映していると思われるところに○で囲んでください。

回答時間：5分程度です

	あなたは	実践で使うことができない	実践でまれに使っている	実践で時々使っている	実践でよく使っている	実践でいつも使っている
1	他者のニーズに対して深い敬意もっている	1	2	3	4	5
2	他者にとっての希望をあきらめない	1	2	3	4	5
3	他者のニーズに対して敏感であり続けている	1	2	3	4	5
4	他者に対して助けとなり、信頼される態度で対応している	1	2	3	4	5
5	他者に対して前向きな気持ちも、後ろ向きの気持ちも表現している	1	2	3	4	5
6	創造的に問題を解決している	1	2	3	4	5
7	スピリチュアルな力が人間のケアに貢献することを理解している	1	2	3	4	5
8	ルールを考慮する前に人との関係性を考慮している	1	2	3	4	5
9	かかわっている人々にとって何がベストかということに基づいて決定している	1	2	3	4	5
10	人々にとってその状況がどのような意味をもつのか十分に理解している	1	2	3	4	5
11	人をよく知るために表面的なことを越えようとする	1	2	3	4	5
12	上手に技能や技術を実施している	1	2	3	4	5
13	目標を達成するような戦術を選択している	1	2	3	4	5
14	状況要因に十分配慮している	1	2	3	4	5
15	他者の成長を助けることに焦点を合わせている	1	2	3	4	5
16	個人のニーズと成長のために時間をかけている	1	2	3	4	5
17	ケアする機会のために時間の余裕をもっている	1	2	3	4	5
18	継続的に関係を持つことを覚悟している	1	2	3	4	5
19	注意深く聴いて、フィードバックを受け入れる態勢でいる	1	2	3	4	5
20	他者に目標を達成する潜在的能力があると信じている	1	2	3	4	5

質問紙 2

次の各文について、看護実践を想起し、最も自分の意見を反映していると思われるところに○で囲んでください。回答時間：10分程度です

		強く そう 思わない	程々 に そう 思わない	少し そう 思わない	少し そう 思う	程々 に そう 思う	強く そう 思う
1	私は患者に“ケアリング”しているという感覚を伝える自信がない	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2	私がもし患者とよい関係を築けなかったら、そのことに対して何ができるかを分析してみる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3	私はケアをしているとき、患者に抵抗なくタッチングする	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4	私は患者にその人の良さを伝える	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5	患者は私に何でも話してくれるし、私はその話をショックを受けず聞くことができると思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6	私はストレスfulな状況下にあっても平常心を取り戻せる能力がある	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7	私は患者の話に耳を傾けながらも、多面的に患者のケアを考えることができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8	患者を一人の人間として捉え、そして話を聴き、受け入れるにあたって、私個人の信念や偏見を差し控えることは難しい	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9	私は患者の気分を良くするように落ち着き、エネルギー溢れる気持ちで病室に入ることができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10	私は特定の患者に私的な事を忘れ、気持ちを込めてケアすることができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11	私は患者に何らかの手立てを考え、人間関係を築くことができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12	私は自分と背景の異なる患者に話をする自信がない	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13	私はもし患者と個別のかつ私的な立場で話をしたら、責任が持てなくなると思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
14	私はその人に見合ったケアをするために、患者との会話から学んだことを活用する	-3	-2	-1	+1	+2	+3

		強く そう 思わない	程々 に そう 思わない	少し そう 思わない	少し そう 思う	程々 に そう 思う	強く そう 思う
15	私は患者の恐怖や心配事を聴く力を十分に持ち合わせているとは思わない	-3	-2	-1	+1	+2	+3
16	私はほとんどの事に自信をもって行うことができるが、まだ患者とうまく関わるできないように思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
17	私は患者との関係づくりに問題があると思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
18	私はたいていの患者と密接な関係を築くことができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
19	私はたいていの患者に気に入られるよう振る舞うことができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
20	私は患者のことについて、自分の考えを明確にする必然性に迫られたとき、それが難しいとしばしば思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
21	私は患者との葛藤を解決しようとする時、たいていの場合、事態をこじらせてしまう	-3	-2	-1	+1	+2	+3
22	私は患者が不安がったり、援助を求めていると思ったとき、その患者にアプローチしている	-3	-2	-1	+1	+2	+3
23	私は患者と関係を結ぶことが難しいと感じたとき、その人に働きかける努力をしない	-3	-2	-1	+1	+2	+3
24	私は自分と異なる文化を持つ患者と関係を築くのは難しいとしばしば感じる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
25	私は患者との密接で意義深い関係を通して多くの患者を援助してきた	-3	-2	-1	+1	+2	+3
26	私は患者に共感を示す事は難しいとしばしば思う	-3	-2	-1	+1	+2	+3
27	私は患者が体験している問題の性質にしばしば圧倒される	-3	-2	-1	+1	+2	+3
28	患者が私とコミュニケーションをとるのが難しいときには、私はその患者のレベルに合わせるができる	-3	-2	-1	+1	+2	+3
29	たとえ私がどんなに努力をしても、困難な患者のために働き通すことができない	-3	-2	-1	+1	+2	+3
30	私は患者にケアリングしていることを伝えるために、特別ないし独創的な方法を用いない	-3	-2	-1	+1	+2	+3

質問紙 3

次の項目について、自分の気分と合っていると思うところに○をつけてください。

回答時間：5 分程度です

	まったく感じていない	少し感じている	かなり感じている	非常に感じている
活気のある	0	1	2	3
楽しい	0	1	2	3
充実した	0	1	2	3
陽気な	0	1	2	3
愉快的な	0	1	2	3
元気な	0	1	2	3
快調な	0	1	2	3
やる気に満ちた	0	1	2	3
動揺した	0	1	2	3
びくびくした	0	1	2	3
うろたえた	0	1	2	3
恐ろしい	0	1	2	3
そわそわした	0	1	2	3
緊張した	0	1	2	3
驚いた	0	1	2	3
ドキドキした	0	1	2	3
ゆっくりした	0	1	2	3
ゆったりした	0	1	2	3
平穏な	0	1	2	3
のどかな	0	1	2	3
のんきな	0	1	2	3
くつろいだ	0	1	2	3
平静な	0	1	2	3
静かな	0	1	2	3

資料7 インタビューガイドA

<インタビューガイドA>

1. 看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムを使ってみて、普段行っている実践と比べてどうでしたか。
2. プログラムを使うことによってやりやすかった点ややりづらい点がありましたか。
3. 看護師の皆さんが回答してみて、調査票でわかりにくい点や記入しにくい点はありませんでしたか。 また患者様に回答していただくとき、困った点はありませんでしたか。
4. その他プログラムについてなにか意見や希望があったら教えてください。

※時間は 60 分程度とするが、適宜短縮あるいは延長をする。

ありがとうございました。

<インタビューガイドB>

<アロマセラピーマッサージ中や後にケアリングを含む看護の効果を見る>

1. アロマセラピーマッサージ中、どんなことに気をつけて実践していましたか？

2. 患者の変化で気づいたり、感じたりしたことはありましたか？
その変化に対して、どのような工夫をしましたか？

<2で十分表現されなかったときは次の質問を加える>

3. プログラムを用いてアロマセラピーマッサージしている時、あるいは終わった後、患者との関係性に何か変化がみられましたか。

*すぐに出ないようなら、「患者との距離が近くなった」、「患者との会話が増えた」などないかを聞く

4. プログラムを用いてアロマセラピーマッサージが終わった後、自分自身に起こった変化があれば教えてください。

あるいは、プログラムを用いた場合とそうでない場合では、患者や自分自身に起こる変化（結果）に違いを感じますか。

*すぐに出ないようなら、「自分自身も癒されていることに気付いた」、「やっていて嬉しく感じる」などの気持ちの変化はありましたかと聞く

<プログラムに関する意見を聞く>

6. プログラムについてなにか意見や希望があったら教えてください。

*修正したほうがいい点、やりにくい点、追加したほうがいい点など

7. 今後、プログラムをどのように生かしていけそうですか？

*看護計画に取り入れて患者に提供できるか？院内のアロマの手順を統一するのに使えますか？

※時間は60分程度とするが、適宜短縮または延長する。

ありがとうございました。

資料 9 患者基礎データシート

年齢		性別	男 ・ 女
病名			
抱えている症状			
最近の状態			

介入前

血圧	/
心拍数	

介入後

血圧	/
心拍数	

質問紙 5

次の項目について、自分の気分と合っていると思うところに○をつけてください。

※ 回答には 5 分程度かかります。

	まったく感じていない	少し感じている	かなり感じている	非常に感じている
活気のある	0	1	2	3
楽しい	0	1	2	3
充実した	0	1	2	3
陽気な	0	1	2	3
愉快的な	0	1	2	3
元気な	0	1	2	3
快調な	0	1	2	3
やる気に満ちた	0	1	2	3
動揺した	0	1	2	3
びくびくした	0	1	2	3
うろたえた	0	1	2	3
恐ろしい	0	1	2	3
そわそわした	0	1	2	3
緊張した	0	1	2	3
驚いた	0	1	2	3
ドキドキした	0	1	2	3
ゆっくりした	0	1	2	3
ゆったりした	0	1	2	3
平穏な	0	1	2	3
のどかな	0	1	2	3
のんきな	0	1	2	3
くつろいだ	0	1	2	3
平静な	0	1	2	3
静かな	0	1	2	3

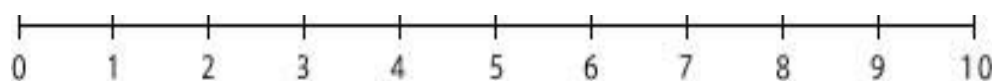
質問紙 6

参加していただける患者様へ（回答には 3 分程度かかります）

それぞれの症状の程度が、今どれぐらいか当てはまる数字に○をつけてください。数字が大きいほど感じ方が強いことをあらわします。①～⑤までの症状に全てに○をつけていただいたら、お手もとの封筒に入れておいてください。

① 痛みについて

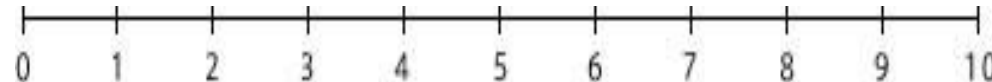
まったく痛くない



痛くて我慢できない

② だるさについて

まったくだるさを感じない



だるくて我慢できない

③ 息苦しさにについて

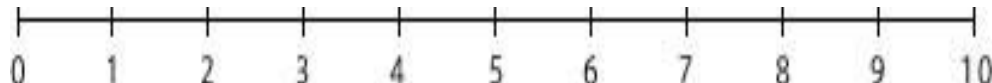
まったく息苦しさを感じない



息苦しくて我慢できない

④ 不安について

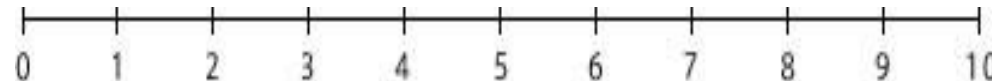
まったく不安を感じない



不安で我慢できない

⑤ 意欲について

全く意欲がない

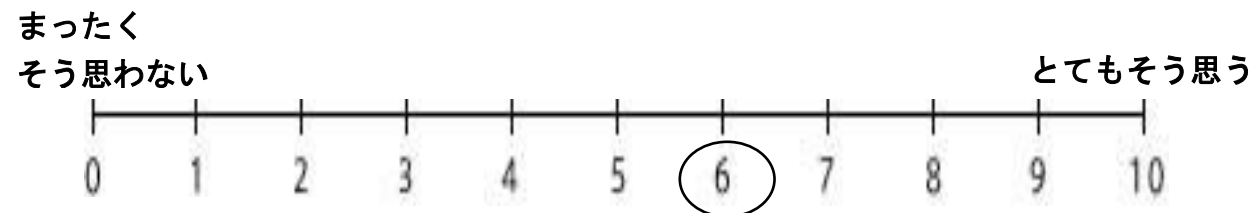


とても意欲がある

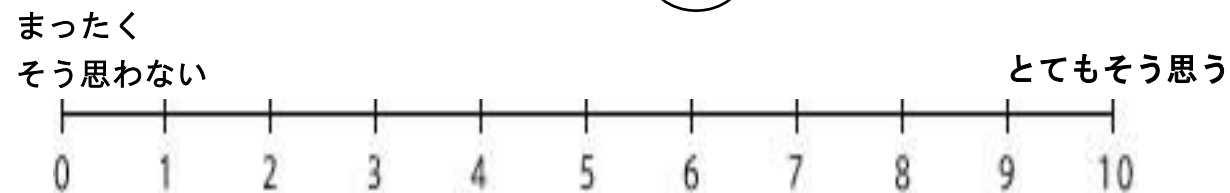
質問紙 7

例のようにご自身の気持ちに当てはまるところの番号に○をふってください

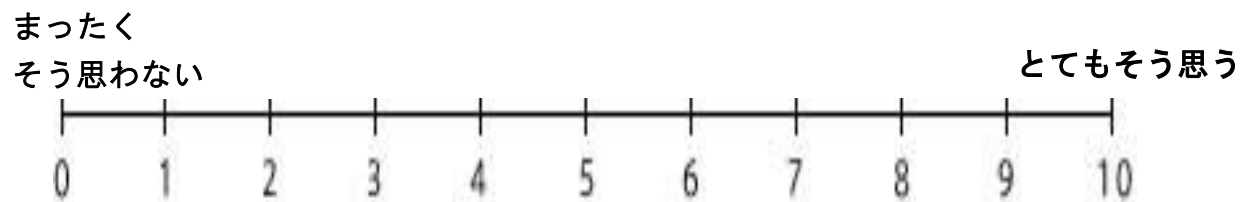
例)「私は夏が好きだ」



①「私は看護師に親しみを感ずる」



②「看護師自分のことを何でも話せそうだ」



③「看護師といると安心できる」



のサージをした

(レや×は不可)

まったく爽やかでない

とても爽やかである

まったく自信をもって行えなかった

とても自信をもって行えた

まったく達成感を感じない



とても達成感を感じている

まったく安楽を維持できなかった

とても安楽が維持できた

まったく安全に行えなかった

とても安全に行うことができた

まったくやり易くなかった

◆

とてもやり易かった

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）

はじめに

アロマセラピーは、植物から抽出された精油の心理的作用、薬理作用、またアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって、症状緩和や QOL の向上をもたらし、患者の自己治癒力を向上させる補完代替医療の一つです。アロマセラピーマッサージの効果については様々な文献により、がん患者の痛みや不安などの症状緩和¹⁾²⁾、認知症症状の改善³⁾など、患者がかかえる心身の症状を緩和する可能性が明らかになっています。

米国でアロマセラピーは、看護介入分類法(NIC)において「温和や鎮静、疼痛緩和、リラクゼーションや安楽のために、マッサージ法、軟膏またはローション剤の局所塗布法、入浴法、吸入法、灌注法、温電法または冷電法で精油を使用すること」と定義され、「漠然とした不安」、「死の不安」、「スピリチュアルペイン」に対する推奨介入として記されています。アウトカムとして、呼吸数・心拍数の減少、筋緊張の減少、疲労の減少、痛みの減少、睡眠パターンの改善、嘔気の減少、便秘の減少、感染リスクの減少などがあげられ、米国40州で看護として使用されています。

日本でも、看護師のアロマセラピーへの関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから NIC に記されている介入手順で日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

そこで、看護に導入している日本の看護師の実践場面を分析した事前研究の結果から得られた看護としてのアロマセラピーマッサージ実践要素に基づいて、一般成人対象の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を作成しました。

- 1) Soden, K., et al.: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative Medicine. 2004; 18: 87-92.
- 2) 相原由花 他：終末期を受けるがん患者におけるアロマセラピーマッサージの有効性. 日本統合医療学会. 2016 ; 9 (1), 1-9.
- 3) Forrester, L., et al.: Aromatherapy for dementia. The Cochrane Library . 2014.

1. 看護としてのアロマセラピーマッサージ実践の構造

すでにアロマセラピーマッサージを実践している看護師から実践の要素を明らかにした事前研究⁴⁾では、看護師は患者のニーズとアロマセラピーマッサージへの適応を把握して実践を決定し、アロマセラピーマッサージによるケア計画を立て、患者の個別性に配慮したアロマセラピーマッサージの実践をし、実践中は患者の状態を常に観察しながら患者との相互作用を大切にしている様子が見られました。そして実践後には看護師も患者への人としての尊厳が高まり、ケアへの喜びや意欲がわくといった、人間対人間の関係性を主軸とした患者と看護師の相互関係によって双方が成長していくケアリングの実感が生じていました。下図は看護アロマセラピーマッサージの実践の構造です。

本研究では、この事前研究の結果をもとにして作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使って、苦痛を抱える患者様にアロマセラピーマッサージ介入を行ってください。

4) 相原由花, 内布敦子. 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.

兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 2016.; 23, 47-58.

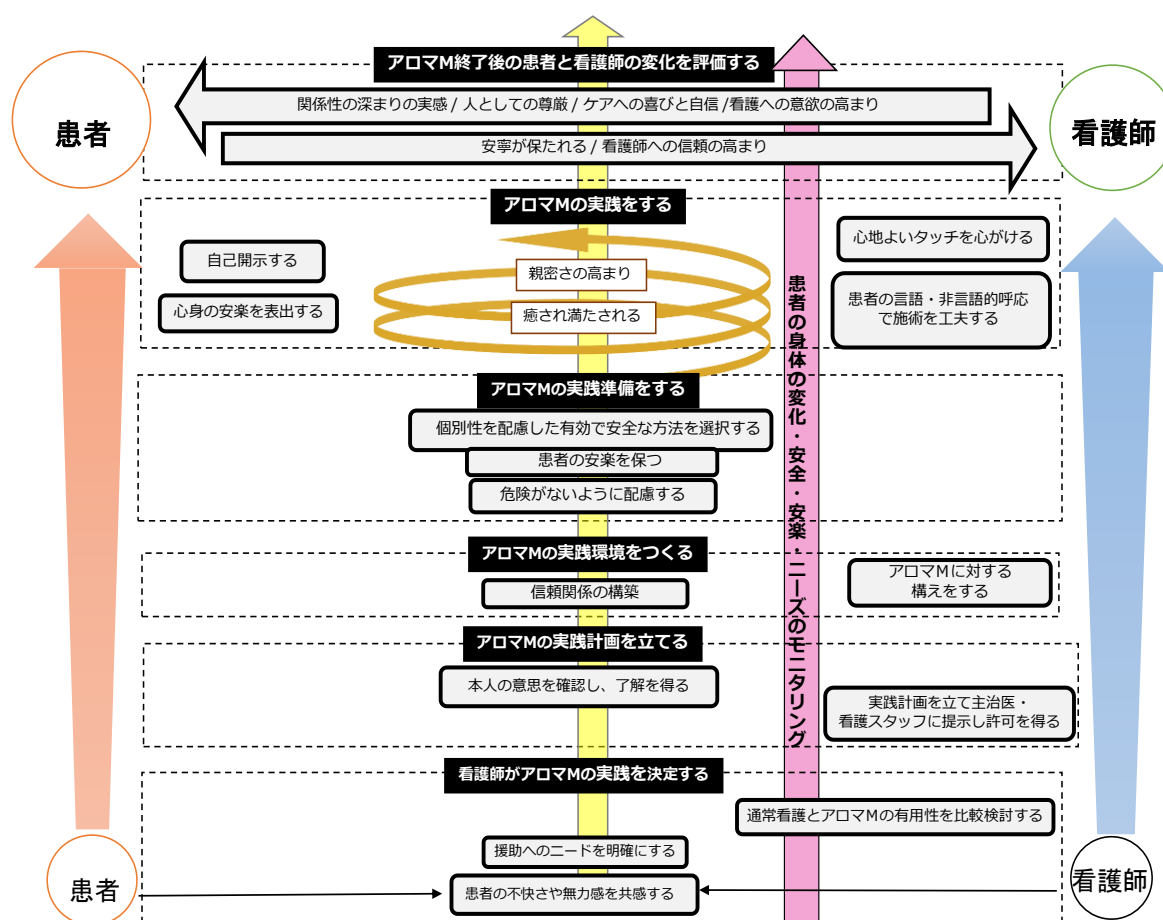
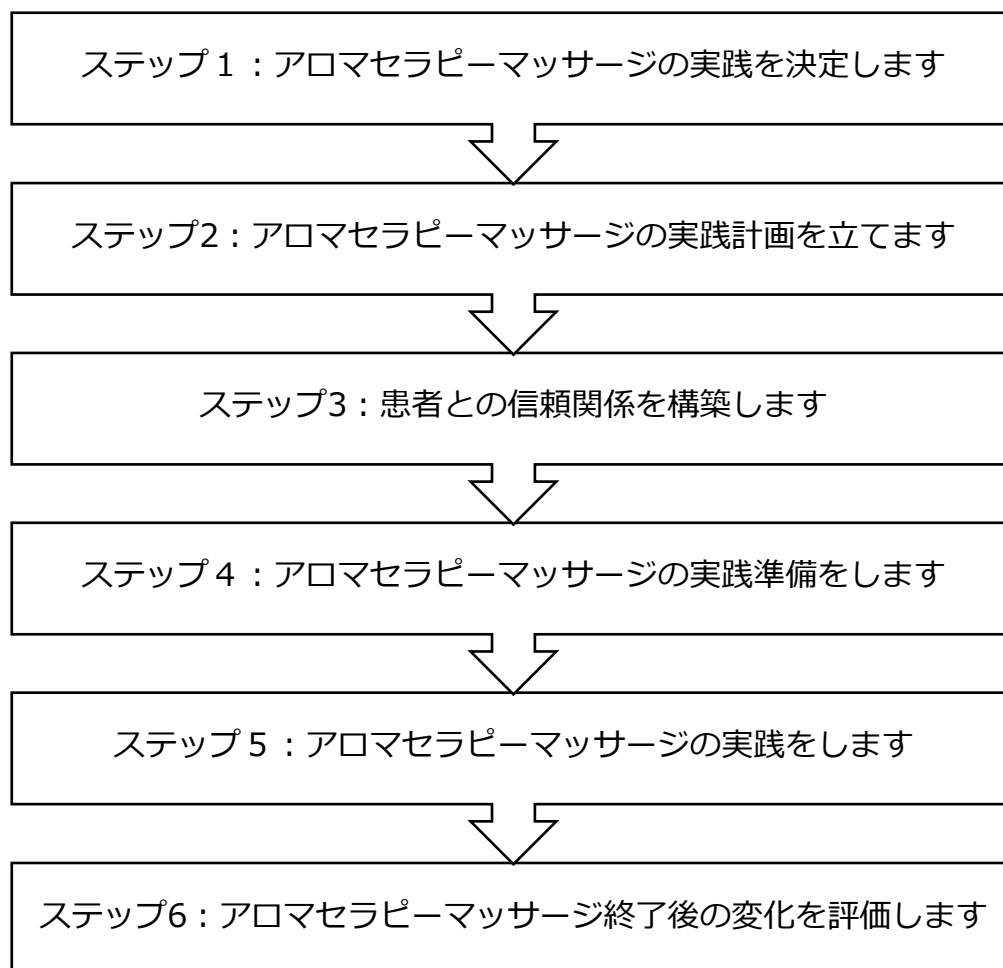


図1 看護師が臨床現場で行うアロマセラピーマッサージ実践プロセスの構造. (相原と内布, 2016) より改変

2. 看護アロマセラピーマッサージプログラム の手順

このプログラムは次のような手順で行います。



各ステップの説明をしていきますので、手順を確認して実践のイメージを掴んでください。実践の場に、この資料は持ち込まず、事前に理解した要領で行ってください。

Step 1. アロマセラピーマッサージの実践を決定します

1. 患者が訴える不快感、無力感、絶望感など症状や、表出はないもののあなたが日々の看護の中で感じた患者の苦痛に関してヘルスアセスメントをし、アロマセラピーマッサージで改善できる点を確認します。

例)

心身の状態（病名、病状、苦痛症状など）

年齢 78歳 / (男) ・ 女

心原性脳梗塞の疑いで入院中 自宅で転倒した際の右の大腿部の痛みを訴える。発赤、腫れは見られない。骨折、捻挫の診断なし。鎮痛剤を投与するが効果はみられず、頻繁にナースコールあり。そのため夜間睡眠が十分ではなく、倦怠感が強く、昼間にウトウトする様子が見られる。コール後しばらくNSがベッドサイドで話す時には表情は明るく、苦痛の症状は見られない。昼間は70歳の妻が付き添っているが、介護疲れが見られる。

アロマセラピーマッサージで改善できる可能性

不安からくる痛みの増強とも考えられる。

鎮静効果の高い精油を不安軽減と睡眠改善を目的に使用し、下肢への実践を中心に行い倦怠感の軽減を図る。

睡眠改善のためにできるだけ夕方以降に設定。



ヘルスアセスメントの結果を記録用紙の計画表に記入します。

Point

・ 患者の言葉や表情に関心に向けて、小さな苦痛のサインを見逃さないようにしましょう。
例えば、ネガティブな治療経験を持っている、現行治療では十分な症状改善が見られない、コントロールできない心身の苦痛を抱えている、孤独感が強く人とのつながりを欲している、入院や病気によるストレスを感じている、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、苦境の中、自分らしくありたいともがいているなど。

2. 次のことを確認します。

- ☐ 苦痛に対して必要な医療処置や看護が行われていることを確認してください。
- ☐ 現在行われている医療処置や看護に加えてアロマセラピーマッサージを行うことが患者に有用だと判断しましたか。

3. アロマセラピーマッサージにおける禁忌を確認します。

アロマセラピーマッサージを行う上で、次の禁忌事項を確認し、特記すべき事項があれば右欄に記入してください。もし禁忌事項があれば、計画を中止するか、またその部位は避けて行ってください。

例)

		例) 特記事項
深部静脈血栓	(有) ・ 無	
皮膚の感染症	(有) ・ 無	右上腕に疣贅あり
妊娠	(有) ・ 無	10 週 (13 週以降で医師の許可を得られた場合のみ行う)



医師に全身状態に問題の有無を尋ね、
アロマセラピーマッサージが適応可能か確認します。

アロマセラピーマッサージの実践が

患者に適応だと判断したら、Step2 に進んでください

Step 2. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てる

1. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てます。

精油や施術に関する計画は、介入の直前の体調を確認してから行いますので、ここでは患者の状態を考慮しながら、現状可能な実践環境を整えるための計画を立てます。

例)

	実践計画	変更点
実践の目的	不安からくる痛みの緩和と睡眠改善	
実践場所	(病室) その他 ()	
実践時間帯	15 時 30 分頃から 15 分程度	
頻度	毎日・毎週・ <u>症状の訴えがあったとき</u>	
実践部位	(下肢)・(上肢)・腹部・背部・ <u>前胸部</u> ・頸部・顔・頭	



計画内容を記録用紙に記入します。

2. 実践計画を主治医・看護スタッフに提示し、了解を得ます。

主治医に実践計画とアロマセラピーマッサージを行う上での禁忌事項がないことを伝え、実践前にブレンドオイルを貼付して即時のアレルギーの確認をし、反応が出た場合は中止する旨を伝えて実践の了解を得ます。

また、看護スタッフにも実践する理由と方法を理解してもらう必要があります。担当外の患者であれば、アロマセラピーマッサージ後の患者の様子を担当の看護師に報告してもらうよう依頼してください。

Point

- ・主治医にヘルスアセスメントの内容とアロマセラピーマッサージで改善できる可能性がある点を説明して、了解を得ましょう。
- ・主治医の許可を得られたら看護計画に組み入れましょう。看護の上司の許可が要る場合は、事前に許可を取ってください。
- ・看護スタッフに介入することを伝え、できるだけ理解と協力をしてもらってください。

3. 患者にアロマセラピーマッサージの説明をし、同意を得ます。

上記の計画を患者や家族に伝えて同意を得ます。その際に次のような点について説明し、不安や羞恥心を感じないように配慮することも伝えておきましょう。同意書が必要な場合は、各施設で決まったものを使用してください。

Point

- ・看護師がなぜアロマセラピーマッサージをしようと思ったか、施術によってどんなことが改善できそうかについて丁寧に話す。
- ・事前に医師の許可を得ていること。
- ・植物の香りを使うこと。香りが苦手、あるいは嘔気がある場合は使用しなくてもできること。
- ・基本的には看護師が患者と一緒に香りを選択するが、選択ができないときは看護師の方で選択することもできること。
- ・施術する部位のみ衣服をまくり、タオルで隠しながら恥ずかしくないように行うこと。
- ・素肌にオイルをつけてマッサージをするが、終わった後に手掌と足裏はふき取ること。
- ・強いマッサージではなく、優しいタッチでゆっくり摩るようにマッサージするので気持ちがよいこと。
- ・施術部位は患者の希望を聞きながら決めること。
- ・皮膚アレルギーがないか施術前にパッチテストをして、安全に行うこと。
- ・施術予定日時とかかる時間、頻度を伝え、継続の希望があれば看護師にいうこと。
- ・強制的なものではないので、途中でも拒否しても構わないこと。



同意を得たことを記録用紙に記入します。

施設で決められた同意書がある場合はそちらを使用してください。



ココで測定！

患者様には質問紙5、質問紙6、質問紙7を、
看護師は質問紙3を回答してください。

アロマセラピーマッサージの実践計画に対して、患者、および

スタッフに了解が得られたら、Step3に進んでください

Step 3. 患者との信頼関係を構築する準備を整える

1. アロマセラピーマッサージに対する構えをします。

アロマセラピーマッサージに専心するために、あらかじめ看護計画に組み入れて時間帯を確保します。また、アロマセラピーマッサージを行うときは、通常業務とテンポが違いますので、落ち着いた気持ちで臨む準備をすることが必要です。

始める前にゆっくりとした動作に変え、自身の呼吸を整えておきます。

📌Point

- ・あらかじめ看護計画に組み入れた所定の実践時間を守りましょう。
- ・もし実践時間が前後するようなら事前に患者に伝えましょう。
- ・業務の都合で実践時間短縮したりしないよう、他のスタッフに協力を依頼しましょう。
- ・実践5分前には、物を取る、歩くといったすべての自分の動作のスピードを緩め、呼吸を整えましょう。
- ・入室前に目を閉じて深呼吸をし、自身の呼吸が整っていることを確認しましょう。

2. 入室したら、患者とコミュニケーションを図ります

いきなり実践を始めず、まずは柔らかい表情で会話しながら患者の緊張を緩和し、直前の体調と気分を確認しましょう。ここで血圧・心拍数を測定します。

📌Point

- ・柔和な表情でゆっくりノックして入室しましょう。
- ・患者ににっこりと笑いかけ、何気ない話や体調などの話をしながら緊張をとりましょう。
- ・アロマセラピーマッサージを今から行ってよいか伺いましょう。
- ・患者の体調変化によってアロマセラピーマッサージが不可能だと判断したときや患者に嫌がる様子があれば中止しましょう。
- ・患者が望んでいないタイミングであれば、計画を立て直しましょう。
- ・家族や見舞客との時間を邪魔しないように必要であれば時間帯を変更しましょう。

環境や自分の準備ができれば、Step 4に進んでください

Step4. アロマセラピーマッサージの実践準備をする

1. 精油選択において、次のことを確認しておきます。例)

	項目	特記すべき事項
(有)・無	高血圧	降圧剤服用 →鎮静作用を重視 実践後のふらつきに注意
(有)・無	発熱	37.2 医師の許可あり
(有)・無	皮膚状態	左足首に体液の漏出あり→精油をつけない
(有)・無	悪心	食後に悪心あり →低濃度またはなし 香りの嗜好性の確認
(有)・無	喘息	入院歴在り 現在は発作なし→念のため 1-8 シネオールは使用しない
(有)・無	アレルギー	重度花粉症 →ヒノキ、カモミール注意
(有)・無	妊娠	妊娠 20 週目 →妊婦に安全性の高いものを使用する
(有)・無	その他	家族との思い出の香りがある→患者の希望を考慮する



それぞれの注意点を考慮し、有効で安全な精油を選択します。

2. 患者に適した精油とベースオイルを患者と相談しながら決めます。

例)

	種類	選択理由	使用量
ベースオイル	ホホバ		10ml
精油 ①	ラベンダー	睡眠改善 鎮静 旅行の思い出	2滴
②	フランキンセンス	肌の保湿 幸福感	1滴
③	サイプレス	睡眠改善 鎮静	1滴
			濃度 1.0%

Point

- ・患者の好きな香りや思い出に残る香りはないか聞いてみましょう。
- ・目的に合っていて、患者が好みそうな精油を順番に鼻から離して嗅いでいただきましょう。
- ・もし目的に合っても、患者が好まない香りなら同じ作用の別の精油を選択しましょう。
- ・患者の状態に対して安全な精油ですか？安全な濃度ですか？確認しましょう。
- ・同室の患者に香りを使うことを説明しましたか？



精油が決定したら記録用紙に記入します。

3. ブレンドオイルができたなら皮膚の反応を確認します。

ブレンドする精油と濃度が決まった、ブレンドオイルを作り、患者の上腕内側につけ、赤みや痒みがないか患者とともに確認します。

Point

- ・必ず今回使うブレンドオイルで確認し、精油原液を塗布しないようにしてください。
- ・赤みや痒みが見られたら、すぐに**酒精綿**でふき取り様子を見ます。アルコールに反応する患者は **石鹸**で洗い流しましょう。
- ・炎症がおさまらない場合は、主治医に報告します。



皮膚の反応結果を記録用紙に記入します。

4. 患者に効果的で安全な実践順序を決めましょう。

患者の体を観察し、患者に適した実践部位の順序を決めます。

Point

- ・患者が希望する部位がある場合は、必ずどこかに入れましょう。
- ・15分ほどで終了できるよう**優先順位を決めて**、施術を組み立てましょう。
- ・原発がん部位、打撲部位、外傷部位、貼付剤部位、点滴部位を確認して避けましょう。
- ・この患者に使用する手技で**気をつける点がないか考えながら体を観察**しましょう。

5. 患者の安楽を保ちます。

呼吸状態、関節の拘縮や筋肉の硬直状態を確認し、患者にとって安楽な体位を優先して決めましょう。

Point

- ・座位、ファースター位、側臥位どの体位でも施術ができることを伝えて患者にとって**安楽な体位**で行いましょう。
- ・食後**1時間程度経っている**ことを確認してください。
- ・直前の体位変換から**2時間以上経てれば体位変換して**から行いましょう。
- ・計画した時間が、**疲れが出ない程度の実践時間**かどうか見直しましょう。

実践の準備が整ったら、Step 5に進んでください

Step5. アロマセラピーマッサージの実践をする

1. 実践を開始します。

少し衣服の上から体をさすり、緊張をといてから始めます。施術中は常に心地よいタッチを心がけ、下記の点に注意して気持ちを込めて行います。

Point

- ・患者の体の形状に合わせ、密着度を高めましょう。
- ・圧を患者に確認しながら心地よいタッチを保ち続けましょう。
- ・言語や表情、呼吸から心地よいかどうかを常に確認しておきましょう。
- ・基本タッチを味わうために会話は最低限にしますが、患者に不安が強ければ会話しながら行ってもかまいません。ただし看護師から積極的にはなすのはやめて相槌程度にします。
- ・実践中に患者の語りや感情が表出されたら、手を止めず、受け止めましょう。
- ・患者の反応が良くなければ、「やめておきましょうか」と言って中止しましょう。

2. 実践中の患者や自分を観察しましょう。

患者の変化に気づき、また自分の気持ちの変化にも気をつけておきましょう。

Point

- ・患者が感情表出、人生や病いの語りがあり、自己開示していると感じる
- ・患者が心地よさの表現がある
- ・身体の共鳴・心理的共感など、患者との一体感を感じる
- ・患者の心身の安楽を自分の手を通して感じる
- ・患者を癒しているという満たされた感覚がある
- ・自分自身も癒されているという感覚がある



ココで測定！

患者様は質問紙5、質問紙6、質問紙7に回答してください。

眠っていたり、休息を希望していたら、しばらく後でも結構です

実践が終わったら、Step 6で実践の振り返りをしてください

Step 6. アロマセラピーマッサージ終了後の 変化を評価する

1. 今回のアロマセラピーマッサージで計画を変更した点がありましたか？

例)

氏名	兵庫 明夫 (男)・女 83 歳	変更点
実践の目的	不安からくる痛みの緩和と睡眠改善	
実践場所	(病室) その他 ()	
実践時間	15 時 30 分頃から 15 分程度	処置があり 15 時 45 分開始
頻度	毎日・毎週・(症状の訴えがあったとき)	
実践部位	(下肢)・(上肢)・腹部・背部・デコルテ・(頸部)・顔・頭	上肢の実践時に入眠したため、デコルテは行わず



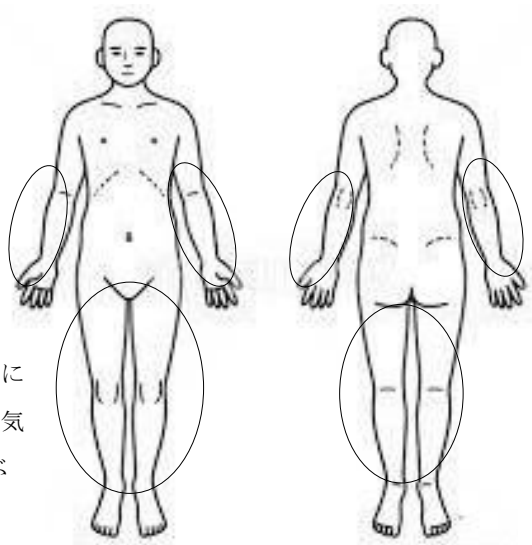
実践計画に変更があれば、記録用紙に記入します。

2. 患者への効果を評価します。

①実践部位と気をつけた点を絵に示します。

例)

疼痛を訴える箇所に
炎症反応はなく、「気
持ちがいい」と喜ぶ



下肢の実践中は転
倒の経緯を話して
いたが、上肢の実
践で入眠

指の硬直があり、
圧は弱め

下肢に浮腫があり、圧を軽く
した

他の皮膚に乾燥あり、オイル
は多め

②実践中の様子と次回気をつけたいことを記録用紙に記載し、次回のケアに生かします。

例) ここで血圧、心拍数を測ります！

実践中・実践後の患者の様子	実践中から痛みの訴えはなくなり、「気持ちがいい。こんなことをしてもらえるなんて」とこれまでにない柔らかい表情でつぶやき、入眠。30分後目覚めたが、「体が軽い」「気分がいい」と、しばらく妻と話をし再び入眠。 血圧 128／68 心拍数 62
次回に気をつけたいこと	嘔気があったことから低濃度にしたが、この濃度で十分効果がみられるようなら次回も1%でよい。今夜のナースコール数、睡眠時間や熟眠感を明日確認する。皮膚の乾燥が強いためオイルは多めに使用する。介護疲れがみられる高齢の妻のハンドマッサージを試みる。



実践中の様子や気づいたことを記録用紙に記入します。

ココで測定！

看護師は、毎回、施術後に質問紙 3 を回答してください。

2名の介入が終わりましたら、質問紙 1、質問紙 2、質問紙 4 を回答してください。

また、後でインタビューをさせていただきますので、プログラムについて、また施術中に気づいたことについて感想を書き留めておいてください。

ここで終了です。

この要領で、2名の患者に対して行ってください。

ご協力ありがとうございました。

看護アロマセラピーマッサージ記録用紙

看護師 No

PT

3 ・ 4

Step1 : アロマセラピーマッサージの実践を決定します

ヘルスアセスメント

心身の状態（病名、病状、苦痛症状など）

年齢 歳 / 男 ・ 女

アロマセラピーマッサージで改善できる可能性

禁忌事項の確認

チェック	項目	特記すべき事項
	深部静脈血栓	
	皮膚の感染症	
	妊娠	

Step 2. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てる

実践計画		変更点
実践の目的		
実践場所	病室 その他（ ）	
実践時間	時 分頃から 分程度	
頻度	毎日・毎週・症状の訴えがあったとき	
実践部位	下肢・上肢・腹部・背部・前胸部・頸部・顔・頭	

☐ 本人または家族の承諾を得た

☐ 主治医の了承を得た

Step3 患者との信頼関係を構築する

介入前の

血圧	／	心拍数	
----	---	-----	--

Step4. アロマセラピーマッサージの実践準備をする

注意点の確認

	項目	特記すべき事項
有 ・ 無	高血圧	
有 ・ 無	発熱	
有 ・ 無	皮膚状態	
有 ・ 無	悪心	
有 ・ 無	喘息	
有 ・ 無	アレルギー	
有 ・ 無	妊娠	
有 ・ 無	その他	

精油・ベースオイルの選択

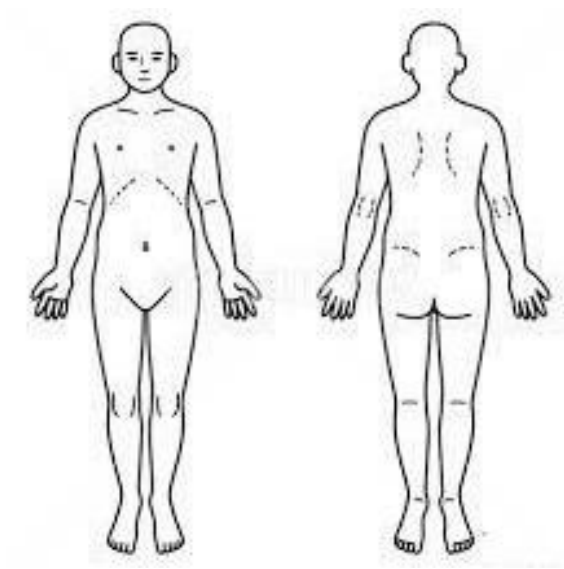
	種類	選択理由	使用量
ベースオイル			ml
精油 ①			滴
②			滴
③			滴
濃度			%

☐ 皮膚反応の結果 あり ・ なし

反応があった場合に行った処置

実践で気をつける点

Step 6. アロマセラピーマッサージ終了後の変化を評価する



<p>実践中・実践後の患者の様子</p>	<p>血圧： / 心拍数：</p>
<p>次回に気をつけたいこと</p>	

看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム

はじめに

アロマセラピーは、植物から抽出された精油の心理的作用、薬理作用、またアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって、症状緩和や QOL の向上をもたらし、患者の自己治癒力を向上させる補完代替医療の一つです。アロマセラピーマッサージの効果については様々な文献により、がん患者の痛みや不安などの症状緩和¹⁾²⁾、認知症症状の改善³⁾など、患者がかかえる心身の症状を緩和する可能性が明らかになっています。

米国でアロマセラピーは、看護介入分類法(NIC)において「温和や鎮静、疼痛緩和、リラクゼーションや安楽のために、マッサージ法、軟膏またはローション剤の局所塗布法、入浴法、吸入法、灌注法、温電法または冷電法で精油を使用すること」と定義され、「漠然とした不安」、「死の不安」、「スピリチュアルペイン」に対する推奨介入として記されています。アウトカムとして、呼吸数・心拍数の減少、筋緊張の減少、疲労の減少、痛みの減少、睡眠パターンの改善、嘔気の減少、便秘の減少、感染リスクの減少などがあげられ、米国40州で看護として使用されています。

日本でも、看護師のアロマセラピーへの関心が高まっていますが、アロマセラピーマッサージを看護として行う場合の要件は明確になっておらず、実践は看護師自身の個別な判断に任されています。また、医療制度の違いから NIC に記されている介入手順で日本の看護現場で実践することは難しく、日本の現場に適応した新たな介入プログラムが必要と考えます。

そこで、看護に導入している日本の看護師の実践場面を分析した事前研究の結果から得られた看護としてのアロマセラピーマッサージ実践要素に基づいて、一般成人対象の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を作成しました。

- 1) Soden, K., et al.: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative Medicine. 2004; 18: 87-92.
- 2) 相原由花 他：終末期を受けるがん患者におけるアロマセラピーマッサージの有効性. 日本統合医療学会. 2016 ; 9 (1), 1-9.
- 3) Forrester, L., et al.: Aromatherapy for dementia. The Cochrane Library . 2014.

1. 看護としてのアロマセラピーマッサージ実践の構造

すでにアロマセラピーマッサージを実践している看護師から実践の要素を明らかにした事前研究⁴⁾では、看護師は患者のニーズとアロマセラピーマッサージへの適応を把握して実践を決定し、アロマセラピーマッサージによるケア計画を立て、患者の個別性に配慮したアロマセラピーマッサージの実践をし、実践中は患者の状態を常に観察しながら患者との相互作用を大切にしている様子が見られました。そして実践後には看護師も患者への人としての尊厳が高まり、ケアへの喜びや意欲がわくといった、人間対人間の関係性を主軸とした患者と看護師の相互関係によって双方が成長していくケアリングの実感が生じていました。下図は看護アロマセラピーマッサージの実践の構造です。

本研究では、この事前研究の結果をもとにして作成した「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム」を使って、苦痛を抱える患者様にアロマセラピーマッサージ介入を行ってください。

4) 相原由花, 内布敦子. 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.

兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要. 2016.; 23, 47-58.

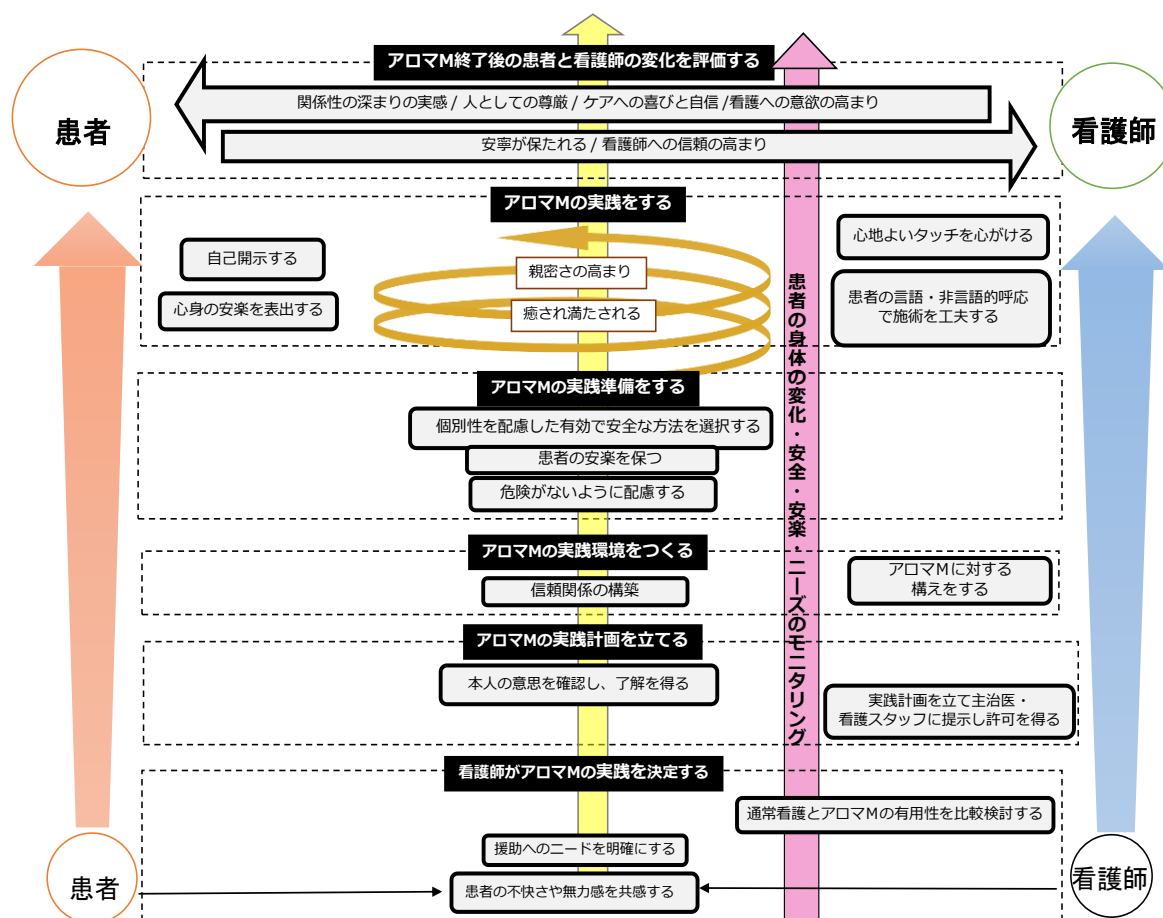
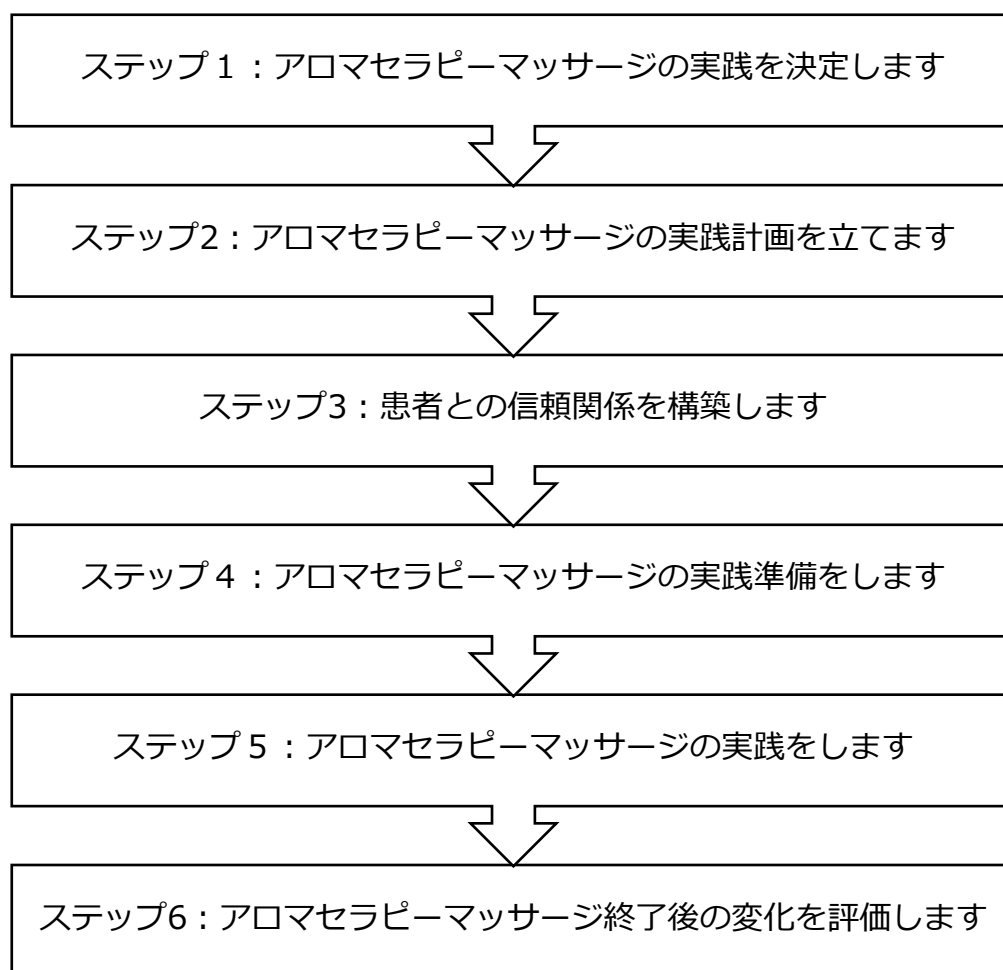


図1 看護師が臨床現場で行うアロマセラピーマッサージ実践プロセスの構造. (相原と内布, 2016) より改変

2. 看護アロマセラピーマッサージプログラム の手順

このプログラムは次のような手順で行います。



各ステップの説明をしていきますので、手順を確認して実践のイメージを掴んでください。実践の場に、この資料は持ち込まず、事前に理解した要領で行ってください。

Step 1. アロマセラピーマッサージの実践を決定します

1. 患者が訴える不快感、無力感、絶望感など症状や、表出はないもののあなたが日々の看護の中で感じた患者の苦痛に関してヘルスアセスメントをし、アロマセラピーマッサージで改善できる点を確認します。

例)

心身の状態（病名、病状、苦痛症状など）

年齢 78歳 / (男) ・ 女

心原性脳梗塞の疑いで入院中 自宅で転倒した際の右の大腿部の痛みを訴える。発赤、腫れは見られない。骨折、捻挫の診断なし。鎮痛剤を投与するが効果はみられず、頻繁にナースコールあり。そのため夜間睡眠が十分ではなく、倦怠感が強く、昼間にウトウトする様子が見られる。コール後しばらくNSがベッドサイドで話す時には表情は明るく、苦痛の症状は見られない。昼間は70歳の妻が付き添っているが、介護疲れが見られる。

アロマセラピーマッサージで改善できる可能性

不安からくる痛みの増強とも考えられる。

鎮静効果の高い精油を不安軽減と睡眠改善を目的に使用し、下肢への実践を中心に行い倦怠感の軽減を図る。

睡眠改善のためにできるだけ夕方以降に設定。



ヘルスアセスメントの結果を記録用紙の計画表に記入します。

Point

・ 患者の言葉や表情に関心に向けて、小さな苦痛のサインを見逃さないようにしましょう。
例えば、ネガティブな治療経験を持っている、現行治療では十分な症状改善が見られない、コントロールできない心身の苦痛を抱えている、孤独感が強く人とのつながりを欲している、入院や病気によるストレスを感じている、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、苦境の中、自分らしくありたいともがいているなど。

2. 次のことを確認します。

- ☐ 苦痛に対して必要な医療処置や看護が行われていることを確認してください。
- ☐ 現在行われている医療処置や看護に加えてアロマセラピーマッサージを行うことが患者に有用だと判断しましたか。

3. アロマセラピーマッサージにおける禁忌を確認します。

アロマセラピーマッサージを行う上で、次の禁忌事項を確認し、特記すべき事項があれば右欄に記入してください。もし禁忌事項があれば、計画を中止するか、またその部位は避けて行ってください。

例)

		例) 特記事項
深部静脈血栓	(有) ・ 無	
皮膚の感染症	(有) ・ 無	右上腕に疣贅あり
妊娠	(有) ・ 無	10 週 (13 週以降で医師の許可を得られた場合のみ行う)



医師に全身状態に問題の有無を尋ね、
アロマセラピーマッサージが適応可能か確認します。

アロマセラピーマッサージの実践が

患者に適応だと判断したら、Step2 に進んでください

Step 2. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てる

1. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てます。

精油や施術に関する計画は、介入の直前の体調を確認してから行いますので、ここでは患者の状態を考慮しながら、現状可能な実践環境を整えるための計画を立てます。

例)

	実践計画	変更点
実践の目的	不安からくる痛みの緩和と睡眠改善	
実践場所	(病室) その他 ()	
実践時間帯	15 時 30 分頃から 15 分程度	
頻度	毎日・毎週・ <u>症状の訴えがあったとき</u>	
実践部位	(下肢)・(上肢)・腹部・背部・ <u>前胸部</u> ・頸部・顔・頭	



計画内容を記録用紙に記入します。

2. 実践計画を主治医・看護スタッフに提示し、了解を得ます。

主治医に実践計画とアロマセラピーマッサージを行う上での禁忌事項がないことを伝え、実践前にブレンドオイルを貼付して即時のアレルギーの確認をし、反応が出た場合は中止する旨を伝えて実践の了解を得ます。

また、看護スタッフにも実践する理由と方法を理解してもらう必要があります。担当外の患者であれば、アロマセラピーマッサージ後の患者の様子を担当の看護師に報告してもらうよう依頼してください。

Point

- ・主治医にヘルスアセスメントの内容とアロマセラピーマッサージで改善できる可能性がある点を説明して、了解を得ましょう。
- ・主治医の許可を得られたら看護計画に組み入れましょう。看護の上司の許可が要る場合は、事前に許可を取ってください。
- ・看護スタッフに介入することを伝え、できるだけ理解と協力をしてもらってください。

3. 患者にアロマセラピーマッサージの説明をし、同意を得ます。

上記の計画を患者や家族に伝えて同意を得ます。その際に次のような点について説明し、不安や羞恥心を感じないように配慮することも伝えておきましょう。同意書が必要な場合は、各施設で決まったものを使用してください。ただし、すでに経験のある患者や複数回実践をしている患者に対しては、説明内容を調節してください。

Point

- ・看護師がなぜアロマセラピーマッサージをしようと思ったか、**施術によってどんなことが改善できそうか**について丁寧に話す。
- ・事前に医師の許可を得ていること。
- ・植物の香りを使うこと。香りが苦手、あるいは嘔気がある場合は使用しなくてもできること。
- ・基本的には看護師が患者と一緒に香りを選択するが、**選択ができないときは看護師の方で選択すること**もできること。
- ・施術する部位のみ衣服をまくり、タオルで隠しながら恥ずかしくないように行うこと。
- ・素肌にオイルをつけてマッサージをするが、終わった後に手掌と足裏はふき取ること。
- ・強いマッサージではなく、優しいタッチでゆっくり摩るようにマッサージするので気持ちがいよいこと。
- ・施術部位は**患者の希望を聞きながら決めること**。
- ・皮膚アレルギーがないか施術前にパッチテストをして、安全に行うこと。
- ・施術予定日時とかかる時間、頻度を伝え、継続の希望があれば看護師にいうこと。
- ・強制的なものでないので、途中で拒否しても構わないこと。



同意を得たことを記録用紙に記入します。

施設で決められた同意書がある場合はそちらを使用してください。

**アロマセラピーマッサージの実践計画に対して、患者、および
スタッフに了解が得られたら、Step3 に進んでください**

Step 3. 患者との信頼関係を構築する準備を整える

1. アロマセラピーマッサージに対する構えをします。

アロマセラピーマッサージに専心するために、あらかじめ看護計画に組み入れて時間帯を確保します。また、アロマセラピーマッサージを行うときは、通常業務とテンポが違いますので、落ち着いた気持ちで臨む準備をすることが必要です。

※始める前にゆっくりとした動作に変え、自身の呼吸を整えておきます。

📌Point

- ・あらかじめ看護計画に組み入れた所定の実践時間を守りましょう。
- ・もし実践時間が前後するようなら事前に患者に伝えましょう。
- ・業務の都合で実践時間短縮したりしないよう、他のスタッフに協力を依頼しましょう。
- ・患者が安心して受けられる環境を作りましょう。大部屋の場合は、食堂などほかの場所も考慮しましょう。
- ・実践5分前には、物を取る、歩くといったすべての自分の動作のスピードを緩め、呼吸を整えましょう。
- ・入室前に目を閉じて深呼吸をし、自身の呼吸が整っていることを確認しましょう。

2. 入室したら、患者とコミュニケーションを図ります

いきなり実践を始めず、まずは柔らかい表情で会話しながら患者の緊張を緩和し、直前の体調と気分を確認しましょう。ここで血圧・心拍数を測定します。

📌Point

- ・柔和な表情でゆっくりノックして入室しましょう。
- ・患者ににっこりと笑いかけ、何気ない話や体調などの話をしながら緊張をとりましょう。
- ・アロマセラピーマッサージを今から行ってよいか伺いましょう。
- ・患者の体調変化によってアロマセラピーマッサージが不可能だと判断したときや患者に嫌がる様子があれば中止しましょう。
- ・患者が望んでいないタイミングであれば、計画を立て直しましょう。
- ・家族や見舞客との時間を邪魔しないように必要であれば時間帯を変更しましょう。
- ・病室で施術ができない場合は、その他の安全な場所を確保しましょう。

環境や自分の準備ができたなら、Step 4に進んでください

Step4. アロマセラピーマッサージの実践準備をする

1. 精油選択において、次のことを確認しておきます。例)

	項目	特記すべき事項
(有)・無	高血圧	降圧剤服用 →鎮静作用を重視 実践後のふらつきに注意
(有)・無	発熱	37.2 医師の許可あり
(有)・無	皮膚症状	左足首に体液の漏出あり→精油をつけない
(有)・無	悪心	食後に悪心あり →低濃度またはなし 香りの嗜好性の確認
(有)・無	喘息	入院歴在り 現在は発作なし→念のため 1-8 シネオールは使用しない
(有)・無	アレルギー	重度花粉症 →ヒノキ、カモミール注意
(有)・無	妊娠	妊娠 20 週目 →妊婦に安全性の高いものを使用する
(有)・無	その他	家族との思い出の香りがある→患者の希望を考慮する



それぞれの注意点を考慮し、有効で安全な精油を選択します。

2. 患者に適した精油とベースオイルを患者と相談しながら決めます。

例)

	種類	選択理由	使用量
ベースオイル	ホホバ		10ml
精油 ①	ラベンダー	睡眠改善 鎮静 旅行の思い出	2滴
②	フランキンセンス	肌の保湿 幸福感	1滴
③	サイプレス	睡眠改善 鎮静	1滴
			濃度 1.0%

Point

- ・患者の好きな香りや思い出に残る香りはないか聞いてみましょう。
- ・目的に合っていて、患者が好みそうな精油を順番に鼻から離して嗅いでいただきましょう。
- ・もし目的に合っても、患者が好まない香りなら同じ作用の別の精油を選択しましょう。
- ・患者の状態に対して安全な精油ですか？安全な濃度ですか？確認しましょう。
- ・同室の患者に香りを使うことを説明しましたか？



精油が決定したら記録用紙に記入します。

3. ブレンドオイルができたなら皮膚の反応を確認します。

ブレンドする精油と濃度が決まった、ブレンドオイルを作り、患者の上腕内側につけ、赤みや痒みがないか患者とともに確認します。

Point

- ・必ず今回使うブレンドオイルで確認し、精油原液を塗布しないようにしてください。
- ・赤みや痒みが見られたら、すぐに**酒精綿**でふき取り様子を見ます。アルコールに反応する患者は **石鹸**で洗い流しましょう。
- ・炎症がおさまらない場合は、主治医に報告します。



皮膚の反応結果を記録用紙に記入します。

4. 患者に効果的で安全な実践順序を決めましょう。

患者の体を観察し、患者に適した実践部位の順序を決めます。

Point

- ・患者が希望する部位がある場合は、必ずどこかに入れましょう。
- ・15分ほどで終了できるよう**優先順位を決めて**、施術を組み立てましょう。
- ・原発がん部位、打撲部位、外傷部位、貼付剤部位、点滴部位を確認して避けましょう。
- ・この患者に使用する手技で**気をつける点がないか考えながら体を観察**しましょう。

5. 患者の安楽を保ちます。

呼吸状態、関節の拘縮や筋肉の硬直状態を確認し、患者にとって安楽な体位を優先して決めましょう。

Point

- ・座位、ファースター位、側臥位どの体位でも施術ができることを伝えて患者にとって**安楽な体位**で行いましょう。
- ・衣服を脱がす前に、室温を確認しましょう。
- ・食後**1時間程度経っている**ことを確認してください。
- ・直前の体位変換から**2時間以上経ていれば体位変換**してから行いましょう。
- ・計画した時間が、**疲れが出ない程度の実践時間**かどうか見直しましょう。

実践の準備が整ったら、Step 5に進んでください

Step5. アロマセラピーマッサージの実践をする

1. 実践を開始します。

少し衣服の上から体をさすり、緊張をといてから始めます。施術中は常に心地よいタッチを心がけ、下記の点に注意して気持ちを込めて行います。

Point

- ・患者の体の形状に合わせ、密着度を高めましょう。
- ・圧を患者に確認しながら心地よいタッチを保ち続けましょう。
- ・言語や表情、呼吸から心地よいかどうかを常に確認しておきましょう。
- ・基本タッチを味わうために会話は最低限にしますが、患者に不安が強ければ会話しながら行ってもかまいません。ただし看護師から積極的にはなすのはやめて相槌程度にします。
- ・実践中に患者の語りや感情が表出されたら、手を止めず、受け止めましょう。
- ・患者の反応が良くなければ、「やめておきましょうか」と言って中止しましょう。

2. 実践中の患者や自分を観察しましょう。

患者の変化に気づき、また自分の気持ちの変化にも気をつけておきましょう。

Point

- ・患者が感情表出、人生や病いの語りがあり、自己開示していると感じる
- ・患者が心地よさの表現がある
- ・身体の共鳴・心理的共感など、患者との一体感を感じる
- ・患者の心身の安楽を自分の手を通して感じる
- ・患者を癒しているという満たされた感覚がある
- ・自分自身も癒されているという感覚がある

実践が終わったら、Step 6で実践の振り返りをしてください

Step 6. アロマセラピーマッサージ終了後の 変化を評価する

1. 今回のアロマセラピーマッサージで計画を変更した点がありましたか？

例)

氏名	兵庫 明夫 (男)・女 83 歳	変更点
実践の目的	不安からくる痛みの緩和と睡眠改善	
実践場所	(病室) その他 ()	
実践時間	15 時 30 分頃から 15 分程度	処置があり 15 時 45 分開始
頻度	毎日・毎週・(症状の訴えがあったとき)	
実践部位	(下肢)・(上肢)・腹部・背部・デコルテ・(頸部)・顔・頭	上肢の実践時に入眠したため、デコルテは行わず



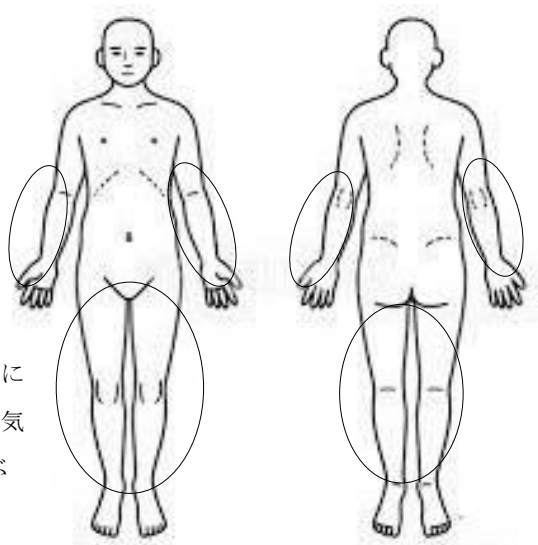
実践計画に変更があれば、記録用紙に記入します。

2. 患者への効果を評価します。

①実践部位と気をつけた点を絵に示します。

例)

疼痛を訴える箇所に
炎症反応はなく、「気
持ちがいい」と喜ぶ



下肢の実践中は転
倒の経緯を話して
いたが、上肢の実
践で入眠

指の硬直があり、
圧は弱め

下肢に浮腫があり、圧を軽く
した
他の皮膚に乾燥あり、オイル
は多め

②実践中の様子と次回気をつけたいことを記録用紙に記載し、次回のケアに生かします。

例) ここで血圧、心拍数を測ります。

ケア目標に対する評価	<p>痛みの緩和はみられたが、効果の持続を確認する必要がある</p> <p>血圧 128／68 心拍数 62</p>
実践中、実践後の患者の様子	<p>実践中から痛みの訴えはなくなり、「気持ちがいい。こんなことをしてもらえるなんて」とこれまでにない柔らかい表情でつぶやき、入眠。30分後目覚めたが、「体が軽い」「気分がいい」と、しばらく妻と話をし再び入眠。</p>
患者への注意点	<p>不安があり、施術の前半は会話をしようとする様子が見られた。相槌の打ち方を工夫して、早めに鎮静できるように心がける。</p>
次回気をつけたいこと	<p>嘔気があったことから低濃度にしたが、この濃度で十分効果がみられるようなら次回も1%でよい。今夜のナースコール数、睡眠時間や熟眠感を明日確認する。皮膚の乾燥が強いためオイルは多めに使用する。介護疲れがみられる高齢の妻のハンドマッサージを試みる。</p>
そのほか、患者との関係性や自分自身の変化で気づいたこと	<p>コミュニケーションの取りづらいところがあったが、柔和な様子が見られたのを確認し、自分自身が患者に対して壁を作っていたことに気づいた</p>



実践中の様子や気づいたことを記録用紙に記入します。

看護アロマセラピーマッサージ記録用紙

Step1 : アロマセラピーマッサージの実践を決定します

ヘルスアセスメント

心身の状態（病名、病状、苦痛症状など）

年齢 歳 / 男 ・ 女

アロマセラピーマッサージで改善できる可能性

禁忌事項の確認

チェック	項目	特記すべき事項
	深部静脈血栓	
	皮膚の感染症	
	妊娠	

Step 2. アロマセラピーマッサージの実践計画を立てる

実践計画		変更点
実践の目的		
実践場所	病室 その他（ ）	
実践時間	時 分頃から 分程度	
頻度	毎日・毎週・症状の訴えがあったとき	
実践部位	下肢・上肢・腹部・背部・前胸部・頸部・顔・頭	

☐ 本人または家族の承諾を得た

☐ 主治医の了承を得た

Step3 患者との信頼関係を構築する

介入前の

血圧	／	心拍数	
----	---	-----	--

Step4. アロマセラピーマッサージの実践準備をする

注意点の確認

	項目	特記すべき事項
有 ・ 無	高血圧	
有 ・ 無	発熱	
有 ・ 無	皮膚症状	
有 ・ 無	悪心	
有 ・ 無	喘息	
有 ・ 無	アレルギー	
有 ・ 無	妊娠	
有 ・ 無	その他	

精油・ベースオイルの選択

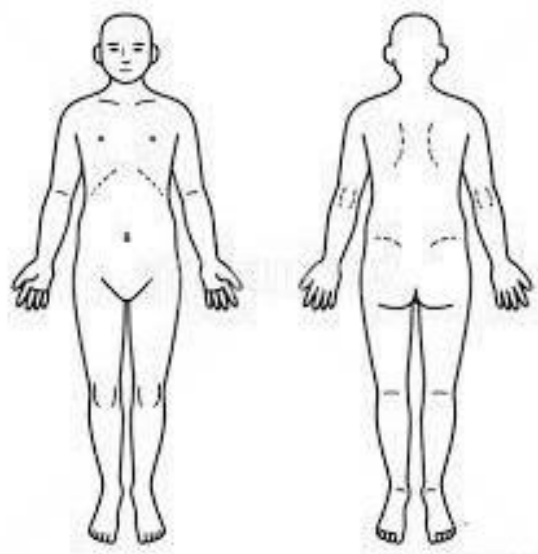
	種類	選択理由	使用量
ベースオイル			ml
精油 ①			滴
②			滴
③			滴
濃度			%

☐ 皮膚反応の結果 あり ・ なし

反応があった場合に行った処置

実践で気をつける点

Step 6. アロマセラピーマッサージ終了後の変化を評価する



ケア目標に対する 評価	<p>血圧： / 心拍数：</p>
実践中・実践後の 患者の様子	
患者への注意点	
次回 気をつけたいこと	
そのほか患者との 関係性や自分自身 の変化で気づいた こと	

資料 18 予備調査の研究依頼方法とデータの収集方法

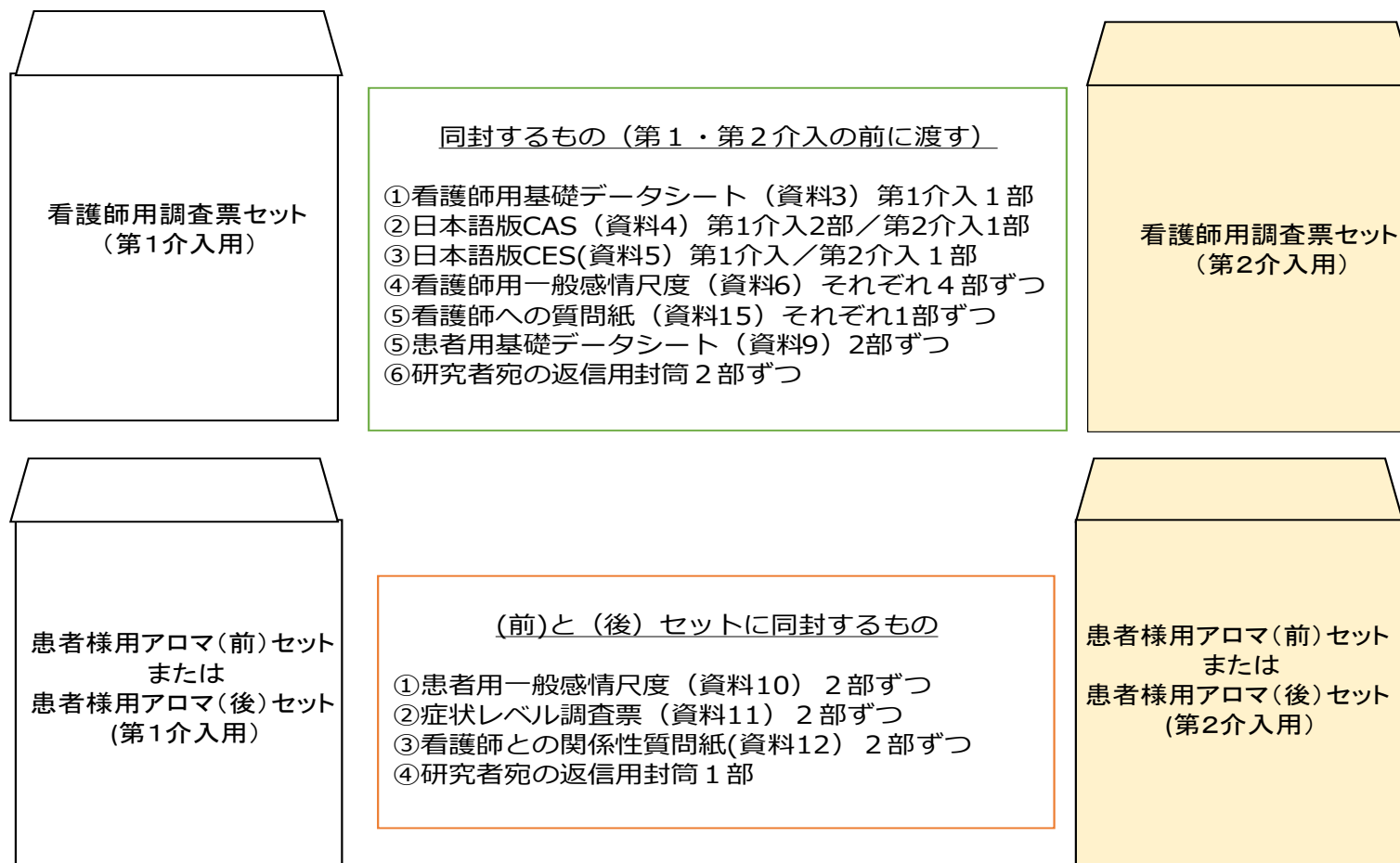
① 100 時間以上のアロマセラピー研修を修了した看護師を会員としてかかえる学会、および民間の 2～3 の団体の勉強会主催者に研究内容を文書（資料 1-①）にて説明する。主催者に研究協力の同意が得られたら、該当する看護師で、研究者の説明を聞いてもよいという方を紹介していただいた。
② ご紹介いただいた研究参加候補看護師に、目的、方法、手順、倫理的配慮を文書（資料 1-⑤）にて研究者が説明し、自由意思により研究参加の内諾を得た。
③ 研究参加候補看護師が所属している施設責任者または看護部長に文書（資料 1-②）と口頭で研究者が研究説明と協力依頼を行った。その際、研究内容、病棟師長をご紹介していただきたいこと、介入場所と講習会会場の設定と許可、などご負担も含めて説明し、研究協力に同意を得た。必要な場合は、所属している施設の倫理審査を受けた。
④ 施設責任者または看護部長に同意を得てから、研究参加候補看護師が勤務する病棟師長（訪問看護ステーションの所長）を紹介していただいた。
⑤ ご紹介いただいた病棟師長（訪問看護ステーション所長）に、研究者が文書（資料 1-③）と口頭で研究説明をした。その際、患者に研究説明を聞く意思があるかどうかを聞いていただくことなど、ご負担も含めてご説明し、研究協力に同意を得た。
⑥ 看護部長（施設責任者）と病棟師長（訪問看護ステーション所長）に研究参加の同意を得て、研究参加候補看護師のところに伺い、改めてご負担も含め研究内容を説明し、自由意志にて研究参加の判断をしていただき、文書（資料 1-⑤-1、資料 1-⑤-2）で同意を得た。
⑦ 看護研究参加看護師に、研究対象の条件に合致する 2 名の研究参加候補患者を選定してもらい、主治医の許可を得ていただいた。
⑧ 選定した研究参加候補患者に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認してもらった。その際は強制にならないよう、自由意志で判断していただき、拒否しても不利益がないことを十分お話していただくようお願いした。
⑨ 研究の説明を聞いてもよいという研究参加候補患者に、研究者が訪室して研究について口頭と文書（資料 1-⑥）にて説明し、自由意志にて判断していただき、協力いただける場合は文書（資料 2-⑦-1 資料 2-⑦-2）にて同意を得た。但し、患者の介入タイミングで研究者による説明承諾が間に合わない場合などは、研究者に代わり、研究参加看護師から別紙 2 に沿って患者に研究の説明をしてもらい、同意を得てもらった。その際は、兵庫県立大学大学院の学生の研究であり、参加は自由意志で、断っても不利益にならないことを強調して伝え、強制力がかからないよう十分配慮の上で説明をしていただくよう依頼した。
⑩ 同意を得た研究参加看護師に、60 分程度の「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」の講習会に参加していただいた。講習会開催の日程や場所は研究参加看護師と調整して決めた。講習内容は図 4 に示す。講習会開始の前に手渡した「看護師用調査表セット（プログラムありアロマ介入用）」（別紙 1）に入っている看護師の基礎データ（資料 3）、日本語版 CAS（資料 4）、日本語版 CES（資料 5）に回答してもらった。
⑪ 研究参加看護師に、一人目の研究参加患者と介入日程を決めてもらった。
⑫ プログラムありアロマ介入前、研究参加看護師に研究参加患者の血圧、心拍数を測定し、看護アロマセラピーマッサージ記録用紙（資料 15）に記入してもらった。加えて看護師用一般感情尺度（資料 6）に回答してもらった。
⑬ プログラムありアロマ介入前、研究者は研究参加患者に「患者様用アロマ（前）セット」（別紙 1）を説明しながら手

渡し、同封されている症状レベル調査表（資料 11）、患者様用一般感情尺度（資料 7）、看護師との関係性質問紙（資料 12）のすべての調査表を渡して記入してもらい、同封の研究者宛ての封筒に入れて 1 週間以内に返送していただいた。投函することが困難な場合は、患者に封印していただいたものを看護師が投函しても構わないと伝えた。
⑭ 患者が調査表への記入を終えたら、研究参加看護師に「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラム（仮）」（資料 14）を使用して患者にアロマセラピーマッサージを行ってもらった。
⑮ プログラムありアロマ介入後、研究参加看護師に研究参加患者の血圧・心拍数を測定し、看護アロマセラピーマッサージ記録用紙（資料 15）にまとめてもらった。その後、看護師用一般感情尺度（資料 6）に回答してもらった。記入してもらった看護師用一般感情尺度（資料 6）、看護アロマセラピーマッサージ記録用紙（資料 15）を 1 週間以内に同封の研究者宛の返信用封筒で返送してもらった。
⑯ プログラムありアロマ介入後、研究者は研究参加患者に「患者様用アロマ（後）セット」（別紙 2）を手渡し、患者様用一般感情尺度（資料 10）、症状レベル調査表（資料 11）、看護師との関係性質問紙（資料 12）に回答していただき、すべてを 1 週間以内に同封の研究者宛ての返信用封筒に入れて返送してもらった。介入後、入眠している場合や安静にしたいという希望があれば、休息後に記入し、返送してもらった。投函することが困難な場合は、患者に封印していただいたものを看護師が投函しても構わないと伝えた。1 週間以上たっても研究参加患者の調査表が戻らなければ、新たな患者をリクルートし、再度介入と調査を行ってもらった。
⑰ 2 人目の研究参加患者に対しても、⑪～⑯の要領で介入と調査表への回答を行ってもらった。
⑱ 2 名の患者へのプログラムありアロマ介入が終了した後、研究参加看護師に「看護師用調査表セット」（別紙 1）に入っている日本語版 CAS（資料 4）、日本語版 CES（資料 5）、看護師への質問紙（資料 13）に回答してもらい、1 週間以内に同封の研究者宛ての返信用封筒に入れて返送してもらった。
⑲ すべての介入と調査の終了後、研究参加看護師から研究参加患者に評価ツールにわかりにくさがないか聞いてもらい、その後インタビューガイド A を使って、看護師に対してプログラムや評価ツールに実践の問題がないか、60 分程度の半構造化インタビューを行った。記憶が曖昧にならないよう、目安として介入終了後 2 週間以内に行った。

資料 19 本調査の研究依頼方法とデータ収集手順

① 100 時間以上のアロマセラピー研修を修了した看護師を会員としてかかえる学会、あるいは民間団体の勉強会主催者に研究内容を文書（資料 2-①）にて説明した。主催者に研究協力の同意を得て、条件に該当する看護師で、研究者の説明を聞いてもよいという方を紹介していただいた。
② ご紹介いただいた研究参加候補看護師に、目的、方法、手順、倫理的配慮を文書（資料 2-④）にて説明し、自由意思により研究参加の内諾を得た。
③ 研究参加看護師が所属している施設責任者、または看護部長に文書（資料 2-②）と口頭で研究説明と協力依頼をした。その際、研究内容、病棟師長をご紹介していただきたいことなどのご負担も含めて研究協力の同意を得た。必要場合は、所属している施設の倫理審査を受けた。
④ 施設責任者または看護部長に同意を得て、研究参加候補看護師が勤務する病棟師長（訪問看護ステーション所長）をご紹介していただいた。
⑤ ご紹介いただいた病棟師長（訪問看護ステーション所長）に、研究者が文書（資料 2-③）と口頭で研究説明をした。その際、患者に研究説明を聞く意思があるかどうかを聞いていただくことなどご負担も含めてご説明し、研究協力に同意を得た。
⑥ 看護部長（施設責任者）と看護師長（訪問看護ステーション所長）に研究協力の同意を得て、研究参加候補看護師のところに伺い、改めてご負担も含めて研究内容を説明し、自由意志にて参加を判断していただき、文書（資料 2-⑤-1 資料 2-⑤-2）で同意を得た。
⑦ 研究参加看護師に、研究対象の条件に合致する 4 名の研究参加候補患者を選定してもらい、主治医の許可を得ていただいた。
⑧ 選定した研究参加候補患者に、病棟師長（訪問看護ステーション所長）から研究の説明を聞く意思があるかどうかを確認してもらった。その際に強制にならないよう、自由意志で判断していただき、拒否しても不利益がないことを十分にお話ししていただくようお願いした。
⑨ 研究の説明を聞いてもよいという研究参加候補患者に、研究者が訪室して研究について口頭と文書（資料 2-⑥）にて説明し、自由意志にて判断していただき、協力いただける場合は文書（資料 2-⑦-1 資料 2-⑦-2）にて同意を得た。但し、患者の介入タイミングで説明承諾が間に合わない場合などは、研究者に代わり研究参加看護師から患者に別紙 2 のように研究の説明をしてもらい、同意を得てもらった。その際は、兵庫県立大学大学院の学生の研究であり、参加を断っても不利益にならないことを丁寧に伝え、強制力がかからないよう説明をしてもらった。
⑩ 同意が得られた順に、先 2 名の患者にはプログラムなしアロマ介入を行い、あとの 2 名の患者にはプログラムありアロマ介入を行ってもらった。この際、どちらの介入を受けるのかは研究参加患者には知らせず行ってもらった。予め研究説明時に、患者にどちらの介入を受けるかは明らかにせず行うことの下承を得てもらった。
⑪ 研究を始める前に、「看護師用調査表セット」（別紙 1）に入っている看護師の基礎データ（資料 3）、日本語版 CAS（資料 4）、日本語版 CES（資料 5）、看護師用一般感情尺度（資料 6）、看護師への実践の実感に関する質問紙（資料 13）に記入してもらい、すべてを 1 週間以内に同封の研究者宛ての返信用封筒に入れて返送してもらった。
⑫ 研究参加看護師に、介入前の各研究参加患者の血圧、心拍数を測定し、「患者の基礎データシート」（資料 9）の項目に記入してもらった。

⑬ プログラムなしアロマ介入前に、研究参加患者に「患者様用アロマ（前）セット」（別紙 2）に同封されている患者用一般感情尺度（資料 10）、症状レベル調査表（資料 11）、看護師との関係性質問紙（資料 12）のすべての調査表に回答してもらい、同封の研究者宛ての封筒に入れて 1 週間以内に返送していただいた。投函することが困難な場合は、患者に封印していただいたものを看護師が投函しても構わないことを伝えた。
⑭ 介入前の調査表の記入が終わったら、研究参加看護師は研究参加患者に対してプログラムなしアロマ介入を行ってもらった。
⑮ プログラムなしアロマ介入後、研究参加看護師は、研究参加患者の血圧・心拍数を測定し、「患者基礎データシート」（資料 9）に記入してもらった。
⑯ プログラムなしアロマ介入後、研究参加患者に「患者様用アロマ（後）セット」（別紙 2）に同封されている患者用一般感情尺度（資料 10）、症状レベル調査表（資料 11）、看護師との関係性質問紙（資料 12）に回答してもらい、すべてを 1 週間以内に同封の研究者宛ての返信用封筒に入れて返送してもらった。介入後、入眠している場合や安静にしたいという希望があれば、休息後に記入、返送してもらった。投函することが困難な場合は、患者に封印していただいたものを看護師が投函しても構わないことを伝えた。1 週間以内にすべての調査表が戻らなければ、新たな対象をリクルートし、再度プログラムなしアロマ介入と調査を行ってもらった。その際は、プログラム講習会参加日、プログラムありアロマ介入の日程を再調整した。
⑰ 2 人目の研究参加患者に対して、⑪～⑯の要領でプログラムなしアロマ介入を行ってもらった。
⑱ 研究参加看護師は、2 名の患者へのプログラムなしアロマ介入終了後、「看護師用調査 b 表セット」（別紙 1）に同封されている日本語版 CAS（資料 4）、日本語版 CES（資料 5）、看護師用一般感情尺度（資料 6）、看護師への質問紙（資料 13）に回答し、記入し終えた 2 名分の「患者の基礎データシート」（資料 9）ともに、1 週間以内に同封の研究者宛ての返信用封筒に入れて返送してもらった。
⑲ 研究参加看護師に「看護アロマセラピーマッサージ介入プログラムの講習会に参加していただいた。
⑳ 同意を得られた次の患者 2 名に対して、⑪～⑯の要領で、プログラムありアロマ介入を行ってもらった。研究参加患者に介入前後にすべての調査表に回答してもらい、研究参加看護師に、2 名の患者への介入前後に看護師用一般感情尺度（資料 6）に回答してもらい、4 名すべての患者への介入が終了後、日本語版 CAS（資料 4）、日本語版 CES（資料 5）、看護師への質問紙（資料 13）を回答し、研究者宛ての封筒に入れて 1 週間以内に返送してもらった。患者が投函することが困難な場合は、患者に封印していただいたものを看護師が投函しても構わないことを伝えた。1 週間以内にすべての調査表が戻らなければ、新たな対象を選定し、再度プログラムありアロマ介入と調査を行ってもらった。
㉑ 4 名の介入と調査が終了後、研究参加看護師にインタビューガイド B を使って、介入中の患者や看護師の変化、関係性の変化、またプログラムの実践の感想などについて、60 分程度の半構造化インタビューを行った。その際はインタビュー内容を録音した。記憶が曖昧にならないよう、目安としてプログラムありアロマ介入終了後 2 週間以内に行うこととした。



別紙2

介入のタイミングで患者様への研究説明や承諾が間に合わない場合、カウンターパートとして、研究参加候補患者にご説明いただくことがあります。その場合には、次のようにお話しくださいますようお願いいたします。

「兵庫県立大学の大学院でアロマセラピーと看護の研究をしている方がいます。その方から研究依頼が来ていますが、研究内容についてお聞きになられますか？」

患者様が聞いてもよいといわれましたら

「本来は研究者の方からお話ししていただくのですが、今日は代わりに私からさせていただきますが、よろしいでしょうか。」

了解が得られたら依頼書を見せながら、ゆっくり説明してください。

そのあとで、自由意志でご判断いただいて構わないこと、断っても不利益なこととは何もないことを十分お話しいただき、もし研究に参加してもよいというお返事なら同意書にご記入いただけてください。

※もし、患者様に研究参加を依頼することが負担に感じる場合、または看護師が患者に研究参加を依頼することにより強制力がかかることが考えられる場合は、研究者が直接患者に許可を取れるようスケジュールの再調整も可能ですのでお知らせください。