



在宅看護にいかすエネルギーフィールドへのケア

ーヒーリングタッチの効果ー

(Caring to Improve Patients' Energy Field in Community Nursing
-Effects of Healing Touch Intervention-)

中 ルミ¹、天野 博¹、いとう たけひこ²
(Rumi NAKA¹, Hiroshi AMANO¹ and Takehiko ITO²)

¹ NPO 国際ヒーリング看護協会・ルミナス訪問看護ケアステーション (日本、千葉)

² 和光大学 心理教育学科 (日本、東京)

要旨：地域における看護ケアの一環として、補完代替療法であるヒーリングタッチを 14 名に実施した。Numerical Rating Scale によって「身体」「感情」「思考」「スピリチュアリティ」をヒーリングの事前事後に測定した。「スピリチュアリティ」以外の 3 つの指標で統計的に有意なポジティブな向上がみられ、効果の一般性も大きく、どの分野でもマイナスへの変化は全く無かった。非侵襲的で効果的で副作用がなく経済的に実施できるという特徴を持つヒーリングタッチは、在宅看護ケアに有効な介入方法であることが示された。

キーワード：ヒーリングタッチ、在宅看護、緩和ケア、補完代替療法、ホリスティック、エネルギー、フィールド、Numerical Rating Scale、事前事後テスト、タッチケア

【はじめに】

ヒーリングタッチとは、看護師・理学士の Janet Mentgen によって、1989 年にまとめられた、エネルギー療法である。緩和ケア、リラクゼーション、痛みの軽減、術後ケア、精神医学、ホスピス、老人ケアなど様々な分野で活用され、既存の医療と調和しながら補完的統合的に活用されている。

補完代替療法の中でも特に地域看護にとってヒーリングタッチが注目される。ヒーリングタッチは Snyder (2009a) の補完代替療法の説明のなかでも重視されている方法である。補完代替療法とは非伝統的療法あるいは統合医療とも呼ばれている。補完代替療法の治療は、米国では一部で保険医療実践として定義されている。1992 年に米国の国立衛生研究所

(National Institutes of Health in the United States: NIH) は、代替療法の有効性を評価するために補完医療局 (Office of Alternative Medicine: OAM) を設置した。1999 年 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 の主な任務のひとつはこれらの療法のうちどれが安全で、有効で、費用対効果に優

れているか、そしてどれがそうではないかを見極めることにある。NCCAM では、補完療法において 5 つの領域・分類を定義しており、ヒーリングタッチは第 5 番目の「エネルギー療法」の一つとして位置づけられている (National Institute of Health, 2003)。

1. 代替医療体系 (アーユルヴェーダ、伝統中国医学、ホメオパシー、自然療法など)
2. 心身療法 (音楽、祈り、日誌療法、イメージ療法、ユーモア、リラクゼーションなど)
3. 生物学的療法 (ハーブ、アロマセラピー、マクロビオティック、栄養補助食品など)
4. 手技・身体療法 (マッサージ、太極拳、エクササイズ)
5. エネルギー療法 (気、セラピューティックタッチ、ヒーリングタッチ、霊気、磁気、鍼、指圧、リフレクソロジーなど)

看護実践において、NANDA-I の診断基準の「エネルギーフィールド」の混乱 (Herdman, 2009, p.163) を改善する方法のひとつとしてヒーリングタッチが活用できる。また、ヒーリングタッチは、米国ホリスティック看護協会によって承認されている認定プログラムにより教育が行われている。Snyder (2009ab) によれば、米国ホリスティック看護協会が提供するヒーリングタッチ認定プログラムは 6 段階



(レベル)ある。ケアの実践で開業するためには第5レベルまで到達することが必要である。そのためには、105時間にわたる授業での学習に加えて、事例研究、メンタリングを受けることが求められている。授業では倫理、患者・実践者関係性などに関する内容も含まれている。日本では、第5レベルまで到達した看護師が複数いる。

日本では、ヒーリングタッチの教育は始まったばかりであり、まだ実践家の数は多くない。看護実践のケアの中に組み込んでいる施設はまだ少ない。とはいえ、日本の看護実践、とくに、在宅における緩和ケアをはじめとする地域看護において、補完代替療法としてのヒーリングタッチは有効であると考える。

平墳, 元村(2008)は、ヒーリングタッチの有効報告のあった領域として、疼痛の除去または疼痛レベルの低域、不安の軽減、QOLの改善、ストレスの軽減、自己免疫疾患の症状の改善などをあげている。Wardell (2008)もエビデンスに基づいた看護介入のガイドラインの説明の中で、ヒーリングタッチについて、エビデンスが多くあることを明らかにしている。日本では、在宅看護におけるパーキンソン病患者に対するヒーリングタッチの事例研究(Naka, Amano, & Ito, 2014.)があり、治療前と治療後の比較により効果があったことを示している。しかし無作為対照化試験などの科学的なエビデンスに基づく研究は見当たらない。

そこで、本研究では、無作為対照化試験までは至らないが、事前事後の統計的な比較研究により、ヒーリングタッチによる効果測定研究を行いたい。

【目的】

ヒーリングタッチを実施し、事前と事後の比較でその効果を測定することにより、日本における在宅看護での緩和ケアとしての有効性を検証するのが、本研究の目的である。

【方法】

1. 研究デザイン：問診票を用いた実態調査

ヒーリングタッチ実施前に、主訴、既往歴、実施後に感想を聴取した。身体・感情・思考・スピリチュアリティの4領域について事前事後の状態を数値化するため、平川(2011)に従い、Numerical Rating Scale (NRS)による尺度を用いた。身体尺度の場合、「あなたの現在の体の状況は、元気いっぱい10、体が重くて動けない状況を0としたとき、だいたいどのくらいのところにありますか?数値でお答えください」という教示をおこない、答えの0-10の範囲の整数の数値を記録した。他の3つの尺度も同様

に、思考尺度においては、集中できるを10、もやもやして思考がはっきりしないを0とした。感情尺度では、幸福感に満たされているを10、気持ちに活気がない・死んでしまいたいを0とした。スピリチュアリティ尺度では、人生に価値を見いだせる・生きがいがあるを10、人生に生きがいを見いだせないを0とした。

2. データ収集期間：

2012年7月～2013年4月

3 研究対象者：

ヒーリングタッチのモニターを地域、職場、知人に募集し、ヒーリングタッチに興味を持ち、受けてみたいという希望者をケアした。被験者のうち研究協力の同意を得られた14名(男3名、女11名：主訴は肩こり、関節の疼痛、腰痛、頭痛、嘔気、眩暈、鬱症状、視力低下など)を対象にした。施術は、協力者の自宅もしくはセラピールームで行われた。

【倫理的配慮】

研究対象者には研究説明書を提示し、研究の目的とアンケート調査結果の情報を資料とすること、研究発表では個人が特定されないことを説明し研究以外の目的では使用しない事、研究への参加と中止は自由であることを説明し、協力への同意の署名を得た。ヒーリングタッチ・インターナショナルの基準と倫理に沿って実践を行った。

【結果】

ヒーリングタッチの事前事後の変化をみるために、身体・感情・思考・スピリチュアリティの4つの下位尺度およびそれらの合計から全体平均を算出した。全体得点における各人の平均値の事前・事後の変化はいずれも0またはプラス値であり、マイナス効果は認められなかった。感想文を見ると、特にポジティブな変化の著しい男性は、事前の訴えでは、嘔吐、頭痛があったけれども、事後は「雲のベッドにいるようだった」と顕著な改善を語った。これとは逆に、数値上では事前・事後で変化がなかったのが、2事例あったが、それぞれ「体がすっきりした」「視界がはっきりした」「外出ができるようになった」などのポジティブな変化の感想を述べていた。

次に、事前事後得点の差が0かどうかのt検定を行った。事前テストから事後テストへの推移を見ると、欠損値のあるケース3を除外した全体の平均点の変化は $M = 5.08, 95\%CI [1.28, 8.88], SD = 6.29$ と大きく増加しており、統計的に有意に増加していた($t(12) = 2.91, p = .013$)。効果の大きさは $ES = .81$ であり、プラスの大きな効果量が得られた。また、効



果の一般性をみると、点数が増加した人が12人、変化なしが1人、減少した人が0人で、全体の92%の参加者に全体得点の向上効果が見られた。

身体尺度の平均点の推移を見ると、全体の平均点の変化は $M = 1.29$, $95\%CI [.29, 2.28]$, $SD = 1.73$ と大きく増加しており、統計的に有意に増加していた ($t(13) = 2.783, p = .016$)。効果の大きさは $ES = .75$ であり、プラスの大きな効果量が得られた。また、効果の一般性をみると、点数が増加した人が11人、変化なしが3人、減少した人が0人で、全体の79%の参加者に身体尺度得点の向上効果が見られた。

感情尺度の平均点の推移を見ると、全体の平均点の変化は $M = 1.36$, $95\%CI [.35, 2.36]$, $SD = 1.74$ と大きく増加しており、統計的に有意に増加していた ($t(13) = 2.924, p = .012$)。効果の大きさは $ES = .79$ であり、プラスの大きな効果量が得られた。また、効果の一般性をみると、点数が増加した人が9人、変化なしが5人、減少した人が0人で、全体の64%の参加者に感情尺度得点の向上効果が見られた。

思考尺度の平均点の推移を見ると、全体の平均点の変化は $M = 1.21$, $95\%CI [.28, 2.15]$, $SD = 1.63$ と大きく増加しており、統計的に有意に増加していた ($t(13) = 2.795, p = .015$)。効果の大きさは $ES = .74$ であり、プラスの大きな効果量が得られた。また、効果の一般性をみると、点数が増加した人が9人、変化なしが5人、減少した人が0人で、全体の64%の参加者に思考尺度得点の向上効果が見られた。

スピリチュアリティ尺度の平均点の推移を見ると、全体の平均点の変化は $M = .92$, $95\%CI [-.11, 1.95]$, $SD = 1.706$ と増加していたが、統計的には有意差は無かった ($t(12) = 1.951, p = .075$)。効果の大きさは $ES = .54$ であり、プラスの中くらいの効果量が得られた。また、効果の一般性をみると、点数が増加した人が5人、変化なしが8人、減少した人が0人で、全体の38%の参加者にスピリチュアリティ尺度得点の向上効果が見られた。

【考察】

今回の研究により、身体面、感情面、思考面での向上が10段階評価による状態の変化によって明らかになった。効果量も全体的に大きく、効果の一般性もスピリチュアリティを除いては全体に大きく、ヒーリングタッチの有効性が示された。また、マイナス効果を表したモニターは0人であり、ヒーリングタッチにおいて、侵襲性の無さも示唆された。よって、本研究でヒーリングタッチの効果と侵襲性のないことを確認できた。本研究での被験者は、自宅またはセラピールームで施術を受けており、このような効果は、たとえば、慢性病の自宅患者などでも

有効と思われる。今回の患者の多様なバックグラウンドにあるように、ヒーリングタッチは、多様な患者に有効である。本研究でも主訴は様々であったけれども、概ねポジティブな結果となっている。

Healing Touch Program (2013)では、ヒーリングタッチの4つの特徴・便益として、非侵襲的なこと、効果的なこと、副作用がないこと、経済的であることを上げている。訪問看護においてヒーリングタッチを実施する上で、これら4つの利点を考察すると、以下のようにポジティブな特徴が推察される。

まず、非侵襲的である点では、ヒーリングタッチは特に体力低下が著しい患者や小児、癌末期などのターミナルケアにおいて、より安心・安全な看護を患者の自宅においても提供することになると考えられた。

次に効果があるという点では、ヒーリングタッチを受けた14名のモニターはいずれも何らかの効果を感じている。海外ではすでにヒーリングタッチの研究はすすんでおり、平墳、元村(2008)にも示されているように、癌、心臓病、ターミナルケア、免疫機能、内分泌機能、疼痛コントロール、患者の満足度の向上、心理的変化、手術後の回復、ストレスに有効であるということが言われている。内科領域、外科領域、精神科領域、ターミナルケア領域など、広い領域においてヒーリングタッチは有効に対応できるケアのひとつであると考えられる。在宅における看護計画の立案及び介入する手段としては、大変有望であると本研究の結果からも示唆された。

第3の毒性・副作用がないという点でも、ヒーリングタッチは人間の自然の治癒力に訴え、バランスと調和を重視する。このようなホリスティックなアプローチであり、薬による副作用のような心配がない。

先行研究の中でもヒーリングタッチにおける副作用について書かれてあるものは1件のみであり、それは、ヒーリングタッチを急に中止した場合に病状が悪化したと記載されている研究である。施術の終了の仕方には注意を払いつつ、これらから安心して患者や家族に奨められる看護介入であると考えられた。

最後に、ヒーリングタッチは設備や備品などがいらず経済的である。これは地域看護におけるきわめて強いメリットである。在宅における訪問看護での実施において、何も機材を使用せず簡単にできることは、準備に費やす時間の節約や、備品や消耗品が不要なことからコストの節約にもなる。医療費も人件費だけで済むので、金銭的に余裕のない患者に関しても負担なく安心して提供できると考えられた。現状では、訪問看護料としての請求であるけれ



ども、専門性の認定制度などが将来確立されると、サービスに見合った料金体系になることも考えられる。

これらの4つの特長から、訪問看護におけるヒーリングタッチの看護介入は、患者、家族そして看護師自身においても大変有望的なケアであり、看護の質を高めるためにも実施していくべきだと考えられた。

【結論】

在宅で過ごす患者が増える中、地域看護において、より看護の質を高め、患者の QOL を高めるためにも、緩和ケア、疼痛コントロール、リラクゼーション、心地よさの追求は今後ますますの課題である。患者の安全性を守るためにも、スキルトレーニングを積んだ看護師によるヒーリングタッチの地域看護での介入の普及が今後期待される。

【文献】

- 1) Healing Touch Program (2013). *What are the benefits of Healing Touch?*
<http://www.healingtouchprogram.com/about/what-is-healing-touch> (2013年12月13日取得).
- 2) Herdman, H. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009-2011*. NANDA International (中本高夫訳 2009 NANDA-I 看護診断: 定義と分類 2009-2011 医学書院)
- 3) 平川奈緒美 (2011). 痛みの評価スケール, *Anesthesia 21 Century*, **13(2)**, 4-10.
- 4) 平埴昭一, 元村直靖 (2008). 心的外傷からの回復と補完代替療法, 大阪教育大学紀要 3 自然科学・応用科学 **56(2)**, p. 61-76.
- 5) Naka, R., Amano, H., & Ito, T. (2014). A case study of healing touch on Parkinson's disease in community nursing: Focusing on reducing pain, emotional distress, and insomnia *Journal of International Society of Life Information Science*, **32**, 34-37.
- 6) National Institute of Health (2003). *Complementary and alternative medicine*
<http://www.nlm.nih.gov/tsd/acquisitions/cdm/subjects24.html>
 (2014年6月23日取得)
- 7) Snyder, M. (2009a) *Complementary therapies and nursing in the United States* p.97-116. 伊藤いつ子(訳), 米国の補完療法と看護 Snyder 2009 看護における補完代替療法 p. 28-45. 2009年スナイダー博士招聘講演実行委員会(編) 看護における補完代替療法: 意義、歴史、新たな挑戦: スナイダー博士からあなたへ, 看護の科学社.
- 8) Snyder, M. (2009b). *Complementary therapies: New challenges for old therapies*, pp. 117-137. 早野真佐子(訳), 補完療法: 伝統的療法への新たな挑戦, Snyder 2009 看護における補完代替療法 p. 54-76, 2009年スナイダー博士招聘講演実行委員会(編) (200) 看護における補完代替療法: 意義、歴史、新たな挑戦: スナイダー博士からあなたへ, 看護の科学社.
- 9) Wardell, D. W. (2008). Guideline 77 Healing touch, In B. J.

Ackley, G. B. Ladwig, B. A. Swan, & S. J. Tucker (Eds.)
Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions, Mosby, Pp.407-41