

メディカル・アロマセラピーの臨床実践経験がある看護職の問題意識

北川 恵^{1*} 江川幸二^{1*} 玉置麻実^{2*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}神戸大学医学部附属病院

キーワード：メディカル・アロマセラピー, 看護職, 問題意識, 臨床実践

Issues Perceived by Nurses Who Have Clinical Practice in Medical Aromatherapy

Megumi KITAGAWA^{1*}, Koji EGAWA^{*1}, Mami TAMAKI^{*2}

Key words : Medical Aromatherapy, Nurse, Perceived Issue, Clinical Practice

I. 緒言

先進国を中心として、生活習慣による慢性疾患に対する現代医学の限界、医療のハイテクノロジー化による医療費の高騰などの社会的背景から、自分の健康を管理しようとする人々が増え、健康とウェルネスを求めの中で補完・代替療法（Complementary and Alternative Medicine：以下CAMとする）に対する関心が高まっている（Springhouse Corporation, 2005）。

CAMとは、現代医学を補ってより良いものにする（Complementary）、現代医学にとって代わる（Alternative）意味を持った医療であるが、米国の国立補完・代替医療センター（National Center for Complementary and Alternative Medicine：NCCAM）は、「現段階では通常医療と見なされていない、さまざまな医学、ヘルスケア体系、施術、物質などをさす」と定義している（NCCAM, 2007）。

現代医学は疾病治療を目的とした「治療医学」であるが、CAMは自然治癒力への働きかけや癒しを重視しており、心と体の調和を図ることが特徴である。しかしながらCAMは歴史ある医療が多く含まれるにもかかわらず、効果や危険性に対する科学的根拠が少ないことが大きな欠点である（NCCAM, 2007：竹林, 2005）。

代表的なCAMの一つであるアロマセラピーは、1937年フランスの化学者ガットフォセが、精油の薬効に関して彼の著書に“アロマセラピー”という言葉を用

使用したことから誕生した。そしてフランスを始めとする化学者たちによって精油の研究が進められた。フランス・ベルギーでは、精油は有資格者の医師の処方が必要であり、アロマセラピーは医療の一部として確立されている。一方イギリスでは、アロマセラピーは美容業界へ伝えられたため、フランスやベルギー式の医療の一部ではなく、癒しや美容の位置づけとして普及した。その後日本では、1985年に日本語訳で出版されたイギリス人ロバート・ティスランドの「THE ART OF AROMATHERAPY」が紹介されたことから、イギリス式アロマセラピーが定着している（Shirley, P., 1995：川端, 2000）。

医療従事者がアロマセラピーに着目し臨床応用していくために、1997年に医療者を主体とした日本アロマセラピー学会（Japanese Society of Aromatherapy：JSA）が誕生した。その後専門学会や研究会が次々に発足している。医療従事者が実践しているアロマセラピーは、単に医療行為としての治療や症状の緩和だけでなく、不安軽減、病床環境の改善など看護や介護の領域において汎用性が高く、またアロマセラピーが適用となる疾病や症状の範囲が広いことが特徴である（今西, 2006）。最近では、多岐にわたる臨床での実践報告、精油の薬理作用（吉田, 2000：大西, 2002：春田, 2006）、アロマセラピーのケア効果（山崎, 2004：柴, 2008）や評価指標の開発に関する研究（鳥居, 2007）など、次第に論文数が増加している。臨床現場で急速にアロマセラピーに対する関心が高まる中、実践に伴

う現状や問題点に関する先行研究は非常に少ない。看護職を対象としたホスピス・緩和病棟におけるアロマセラピーの実施状況を調査した研究（宮内：2005）によると、アロマセラピーの実践によって、苦痛緩和や患者・家族と円滑なコミュニケーションに繋がるなどの効果を挙げている。その一方で、費用、人員確保の問題があり、そのことがアロマセラピーの普及に大きな障壁になっていることを指摘している。しかしながら、問題の詳細な状況やその認識は明確ではなく、またホスピス・緩和病棟における限局した調査しかないのが現状である。

したがって本研究では、多岐にわたる臨床現場でアロマセラピーを実践している看護職を対象に、先行研究（宮内，2005）などから得られた実践における問題意識の有無と具体的な理由を明確にし、問題意識の傾向と課題を把握するとともに、今後の更なるアロマセラピー導入および普及に向けた示唆を得ることを目的とした。

II. 方法

1. 研究対象者

医療職対象のアロマセラピー専門学会看護研究会主催のアドバンスアロマセラピーセミナーを受講している看護職（看護師・准看護師，助産師，保健師）のうち、臨床で現在または過去に実践経験がある人を対象にした。なお、このセミナーはアロママッサージ基礎編修了者を対象にした応用編にあたる。

2. 調査期間

平成18年に上記セミナーを開催している2日間

3. 用語の定義

アロマセラピー：植物から抽出された天然の精油を利用して疾病の治療や予防に用いる植物療法の一部であり、精油を使用した手浴や足浴，吸入，マッサージなど全ての実践方法を含む。

メディカル・アロマセラピー：一般的なメディカル・アロマセラピーは、病気の治療や症状緩和を目的とし、幅広く医療の中で用いられるアロマセラピーを意味している（今西，2006）。しかし本研究においては操作的に、看護職が病気の治療ではなく、症状の改善や予防、環境改善などの目的で、ケアの中に用いるアロ

マセラピーとする。

臨床：病院やクリニックだけでなく、サロンなど、看護職がメディカル・アロマセラピーを提供している場。

4. データ収集方法

自記式質問紙を使用した集合調査法を用いた。2日間のセミナーの初日に研究の趣旨を対象者に説明した後、質問紙を配布し、セミナー期間中に留め置き法で回収した。

5. 質問紙調査内容

調査内容は、施術経験の有無，診療料，業務形態など対象者の属性，先行文献（宮内，2005）などから臨床上でメディカル・アロマセラピーを実践する上で考えられる7項目の問題意識の有無と問題意識に感じた理由。問題意識の有無に関しては二件法，理由に関しては自由記述による回答とした。7項目の問題意識の内容は、「施術するスタッフの知識不足，技術不足，プライバシーの保護，皮膚トラブル，施術に対する収入，コスト負担，効果の不確かさや科学的根拠が少ない」である。

なお業務形態については、医療機関に所属し主業務でメディカル・アロマセラピーを実践していない看護職（以下：医療機関看護師とする），メディカル・アロマセラピーを主業務で行っている看護職（以下：アロマ看護師とする）とした。

6. データ分析方法

量的データはSPSS（ver.12）を使用し分析した。分析には記述統計の他に、医療機関看護師またはアロマ看護師のような業務形態による問題意識の有無の割合を比較するために、フィッシャーの直接確率検定を行い、有意確率を $p<0.05$ とした。

自由記述回答のような質的データに関しては、質問紙調査内容である7項目の問題意識ごとに内容の意味づけを行いコード化し、意味内容が類似しているコードをカテゴリー分類した。なお、問題意識の理由に該当しない内容は除外した。

メディカル・アロマセラピーを実践している看護職の問題意識および業務形態の違いによる問題意識の傾向をみるために、カテゴリーの人数について、医療機関看護師，アロマ看護師，その総数をカウントした。

表1 メディカル・アロマセラピーの実践に関する問題意識の有無

問題意識の項目	問題意識の有無	全体数(%)	医療機関看護師数(%)	アロマ看護師数(%)	p 値
		(n=32)	(n=23)	(n=9)	
1. スタッフの知識不足	問題あり	20(62.5)	16(69.6)	4(44.4)	0.24
	問題なし	12(37.5)	7(30.4)	5(55.6)	
2. スタッフの技術不足	問題あり	23(71.9)	17(73.9)	6(66.7)	0.69
	問題なし	9(28.1)	6(26.1)	3(33.3)	
3. プライバシーの保護	問題あり	11(35.5)	10(45.5)	1(11.1)	0.11
	問題なし	20(64.5)	12(54.5)	8(88.9)	
4. 皮膚トラブル	問題あり	14(43.8)	10(43.5)	4(44.4)	0.96
	問題なし	18(56.2)	13(56.5)	5(55.6)	
5. 施術に対する収入	問題あり	19(61.3)	16(69.6)	3(37.5)	0.21
	問題なし	12(38.7)	7(30.4)	5(62.5)	
6. コスト負担	問題あり	20(62.5)	17(73.9)	3(33.3)	0.05
	問題なし	12(37.5)	6(26.1)	6(66.7)	
7. 効果の不確かさや科学的根拠	問題あり	13(41.9)	9(40.9)	4(44.4)	1.00
	問題なし	18(58.1)	13(59.1)	5(55.6)	

これらの分析は研究者間で検討しながら進めた。

7. 倫理的配慮

セミナー主催者に研究の趣旨を説明し、対象者へのアンケートを配布することの承諾を得た。質問紙配布の際に研究者より研究内容を説明し、回収をもって研究への同意とした。また、質問紙の回答は無記名であることや、学会が実施する研究ではないため不参加でも今後の学会関連の受講に影響はないことを保証するとともに守秘義務を守ることを説明した。

Ⅲ. 結果

セミナー受講者42名に配布し、41名から回答を得た(回収率97.0%)。そのうち、過去に臨床での実践経験がない6名と、量的データで十分な回答が得られていないものを除外し、32名を有効回答者とした。

1. 基本属性

対象者は全て女性であり、現在臨床でメディカル・アロマセラピーを実践している者は27名(84.4%)、過去に実践経験があるが現在は実践していない者は5名(15.6%)であった。業務形態は、医療機関看護師が23名(71.9%)、アロマ看護師は9名(28.1%)であった。

2. 臨床でメディカル・アロマセラピーを実践していくことの問題意識の有無とその理由

メディカル・アロマセラピーの実践に関する問題意識の有無を表1、自由記述内容であるメディカル・アロマセラピーの実践に関する問題意識の理由を表2に示す。

また、問題意識の有無は『』、問題意識の理由に関するカテゴリーは【 】で、対象者の自由記述内容を「 」で示す。

1) 施術するスタッフの知識不足

全体の62.5%が『問題に感じる』と答えており、医療機関看護師では69.6%であったが業務形態の違いによる有意差は見られなかった。

『問題に感じる』理由としては、最も多くの対象者が【周囲のスタッフを巻き込めない】と回答していた。具体的には「スタッフは自分で学習する気がなくて聞いてくる」、「アロマセラピーについての知識が全くない人がほとんどである。自分も教える自信が無く、他のスタッフに教えるのは難しい」のように、他の人にアロマセラピーを伝達や指導する困難さを感じていた。次に「どうしても局所のマッサージにこだわられる気がする。全身の流れを整えることが大事と言うことを伝えにくい」など【メディカル・アロマセラピーのイメージを変えることが難しい】、「自分も含めスタッフも勉強する時間があまりない」のような【物理的問題】であった。なお、【周囲のスタッフを巻き込めない】、【メディカル・アロマセラピーのイメージを変

表2 メディカル・アロマセラピーの実践に関する問題意識の理由

問題意識の項目	問題に感じる理由	総数 (人)	医療機関 看護師 (人)	アロマ 看護師 (人)	問題に感じない理由	総数 (人)	医療機関 看護師 (人)	アロマ 看護師 (人)
1. スタッフの知識不足	周囲のスタッフを巻き込めない メディカル・アロマセラピーのイメージを変えることが難しい 物理的問題 知識不足がトラブルを招いてしまう危険 組織的な普及システムが確立していない	5 2 2 2 2	5 2 2 1 0	0 0 0 1 2	少人数での施術 周囲の理解が得られている	6 5	3 3	3 2
2. スタッフの技術不足	提供する技術のばらつき 物理的問題 技術提供まで行き着かない 技術不足がトラブルを招いてしまう危険 組織的な普及システムが確立していない	5 4 4 2 2	3 4 4 1 1	2 0 0 1 1	少人数での施術 周囲の理解が得られている	3 3	1 3	3 0
3. プライバシーの保護	個室がない 周囲にプライベートな話が漏れる	8 1	7 1	1 0	個室 工夫次第	10 1	5 0	5 1
4. 皮膚トラブル	対象者に応じた状況判断が難しい 日常的に実施するパッチテストの方法の限界 トラブルの原因が特定できにくい トラブル時の医師への報告システムが確立されていない トラブル発生により普及を妨げてしまうことへの危惧	3 3 2 2 1	1 2 1 0 1	2 1 1 2 0	皮膚トラブルの経験がない パッチテストを実施している	8 6	4 3	4 3
5. 施術に対する収入	費用対効果が適正と感じない ボランティア メディカル・アロマセラピーとしての価格考慮の困難	8 3 1	5 3 0	3 0 1	ボランティア 満足な収入 自由診療	6 2 1	6 0 0	0 2 1
6. コスト負担	個人での負担の限界 コストの負担先を決めることの困難 消耗品の使用期限の問題 高コストであることを周知されていない	9 4 2 1	9 2 1 1	0 2 1 0	勤務先が負担している	8	3	5
7. 効果の不確かさや科学的根拠	医療者からのメディカル・アロマセラピーに対する信頼性が低い 科学的根拠の立証はこれから	6 5	4 3	2 2	経験から効果があると実感している もう科学的根拠は確立されている まずは実践を積み重ねることが大事	5 2 1	2 2 0	3 0 1
8. その他	医師・経営者の理解を得ることの困難	4	3	1				

えることが難しい】、【物理的問題】はすべて医療機関看護師が回答していた。また、「作用・副作用を理解していないと症状悪化のおそれがあるため患者に苦痛を招くおそれがある」のような【知識不足がトラブルを招いてしまう危険】や、「正しい知識の普及のために、看護協会などの大きな組織がもっと計画的に広げるなどレベルを上げて知識を充足する必要がある」のように【組織的な普及システムが確立していない】という意見があった。

『問題に感じない』理由は、医療機関看護師、アロマ看護師ともに「一人で開業して施術しているため教える必要がない。自分の知識や経験で充分」のような【少人数での施術】、「資格を持っているスタッフが他のスタッフを指導し、ほぼ全員のスタッフが行えている」のように【周囲の理解が得られている】であった。

2) 施術するスタッフの技術不足

全体の71.9%が『問題に感じる』と答えており、知識不足よりも若干高い割合であった。業務形態の違いによる有意差は見られなかった。

『問題に感じる』理由は、最も多くの対象者が【提供する技術のばらつき】があると回答していた。具体的には「(提供する技術がそれぞれ)オリジナルになってしまっている」のような内容であった。次に、「研修を受けるには費用が高いのでスタッフ間でも興味はあっても研修を受けるのは大変である」、「セラピーを進める上で時間の制限がでている。個人の負担が大きい」のような【物理的問題】、「アロマに関心を持つ人は多いが技術まで学ぼうとする人が少ない」、「技術を行えるほどアロマが浸透していない」など【技術提供まで行き着かない】という意見が多かった。【物理的問題】、【技術提供まで行き着かない】は、すべて医療機関看護師が回答していた。また「患者に負担を与える技術を提供することで悪化する可能性がある」のように【技術不足がトラブルを招いてしまう危険】、正しい技術の普及やとトラブルの対応方法など【組織的な普及システムが確立していない】ことを感じシステムの確立を求める意見が見られた。

『問題に感じない』理由は、【少人数での施術】、【周囲の理解が得られている】であった。

3) プライバシーの保護

『問題に感じる』と答えたのは全体の35.5%、医療機関看護師は45.5%、アロマ看護師は11.1%であり、プライバシーの保護はあまり問題に感じていない傾向が見られた。業務形態の違いによる有意差は見られなかった。

『問題に感じる』内容は、多くの医療機関看護師が【個室がない】と回答していた。また「当院は個室がないためカーテンで仕切って4人部屋で行っている状況なので、患者も私たちも色んな会話を行うにも内容を考えてしまう」のように【周囲にプライベートな話が漏れる】ことを感じていた。

『問題に感じない』理由は、多くの対象者が【個室】と回答していた。また【工夫次第】という意見があった。

4) 皮膚トラブル

『問題に感じる』と回答したのは全体の43.8%であり、医療機関看護師、アロマ看護師とも、ほぼ同様の割合であった。

『問題に感じる』理由は、少人数の意見ではあるが、「身体状況にもよるのでそのときの体調を踏まえたブレンドや量・時間を考える必要がある」、「高齢者は皮膚が弱い」、「連用するとアレルギー反応を伴うことが否めない」のような【対象者に応じた状況判断が難しい】こと、「パッチテストを行っているがアレルギーが遅延して起こる場合の事前の説明や対応が必要だと思う。パッチテストの仕方を統一しないといけないが難しい」など【日常的に実施するパッチテストの方法の限界】、「特にスキントラブルの原因がわかりかねる時、精油の影響であるのかどうか検証しにくい」のような【トラブルの原因が特定できにくい】であった。また、【トラブル時の医師への報告システムが確立されていない】ことや、「アレルギーを持っている人が増えている現状でセラピーを推進したいけれど、トラブルを起こしセラピーを受ける人が減ったら困る」のような【トラブル発生により普及を妨げてしまうことへの危険】のような意見があった。

『問題に感じない』理由は、医療機関看護師、アロマ看護師ともに多くの対象者が【皮膚トラブルの経験がない】、【パッチテストを実施している】であった。

5) 施術に対する収入

『問題に感じる』と答えたのは全体の61.3%であった。医療機関看護師は69.6%で、アロマ看護師は37.5%であったが、業務形態の違いによる有意差は見られなかった。

『問題に感じる』理由は、医療機関看護師、アロマ看護師ともに最も多くの対象者が**【費用対効果が適正と感じない】**と回答しており、具体的には「まだアロマに対する知識が浅く収入面を踏まえた考え方が広まっていないので、労力が評価されていない」、「この施術だけの生活を考えると今の10分1000円ではできない」、「普通の看護業務に加えアロマのための業務の学習量を考えると収入として得たい」という内容であった。また、医療機関看護師から「病棟で、サービスで行っているため収入にならない」のように**【ボランティア】**であること、アロマ看護師から「エステとは異なりメディカル・アロマセラピーを全面に出したいが価格設定が困難だ」のように**【メディカル・アロマセラピーとしての価格考慮の困難】**のような意見があった。

『問題に感じない』理由は、『問題に感じる』と同様に、「アロマで充分な収入を得ようと病院自体考えていないからサービスです」のように主に医療機関看護師は**【ボランティア】**であること、アロマ看護師からは**【満足な収入】**、**【自由診療】**であった。

6) コスト負担

精油のような消耗品などコスト負担に対して、『問題に感じる』と回答したのは全体の62.5%であった。また医療機関看護師は73.9%が『問題に感じる』と回答していたが、アロマ看護師は33.3%であり、医療機関看護師の方が有意に問題に感じる傾向が見られた($p=0.05$)。

『問題に感じる』理由は、**【個人での負担の限界】**が最も多く、すべて医療機関看護師が回答していた。具体的には「病棟費などで負担しているが、金額がある程度決まっているために、使用できるお金は充分ではなく自腹も多い」、「なかなか病院で購入してもらえず自己負担。購入しても品質に問題があることが多い」のような内容であった。次いで、「今はあまり対象者が少数のため問題ではないが、多くなると経済的に苦しくなる。今後、病院側の負担にする予定」、「消耗品として病院側が負担しサービスとしてのレベルで行うのか、技術料として患者に負担させるのか、各々の施

設で考えているのが今の現状である」のように**【コストの負担先を決めることの困難】**、「オイルなどは使用期限があるから使用量も少なく破棄するのもあるため、負担感がある」のような**【消耗品の使用期限の問題】**、オイルや精油などの**【高コストであることを周知されていない】**と回答していた。

『問題に感じない』理由は、業務形態にかかわらず多くの対象者が**【勤務先が負担している】**であった。

7) 効果の不確かさや科学的根拠が少ない

『問題に感じる』と回答したのは全体の41.9%であり、『問題に感じない』と回答していた人が上回った。業務形態の違いによる有意差は見られなかった。

『問題に感じる』理由は、医療機関看護師、アロマ看護師双方から**【医療者からのメディカル・アロマセラピーに対する信頼性が低い】**と回答していた。具体的には「スタッフの中にも効果があるのか…。という考え方の方もいるので協力してもらうにも上手くいかない」また「医師の協力も得がたくトラブル発生時(対応が)困難である」、「特に美容部分のみのイメージが社会的に認知されていて、医療分野での信頼性が低い」のように、「マッサージ前後の計測をしたり、写真に撮ったりして効果としては感じているが研究として取り組んでいないのでまだ問題だと感じている」であった。また、「今解明されつつあるので少しずつ解決していくのではないか」のように**【科学的根拠の立証はこれから】**という意見があった。

『問題に感じない』理由は、医療機関看護師、アロマ看護師ともに最も多くの対象者が**【経験から効果があると実感している】**と回答していた。具体的には「再来された方には必ず前回施行後の様子を聞くようにしているがほとんどの方は効果があると判断できるような言葉を返して下さいました」のような内容であった。次いで「効果や科学的根拠は充分にあると思う」のように**【もう科学的根拠は確立されている】**、「エビデンスに基づいて施行することがベストであるが、アロマの世界でエビデンスを待っていたら実施にならないから、アロマをやり始めてわかることから検証することも必要」のように**【まずは実践を積み重ねることが大事】**という意見であった。

8) その他

その他に感じている問題としては、医療機関看護師、

アロマ看護師ともに【**医師・経営者の理解を得ることの困難**】であった。具体的には「収益に結びつかないことに対する経営者の理解を得るのに時間がかかる」、「医師や経営者をどう巻き込んでいくか。実際に体験して納得してもらうことかな」と回答していた。

IV. 考察

本研究では、6割以上の対象者が、施術するスタッフの知識・技術不足、費用に関する問題意識を持っていた。また、一般的にはメディカル・アロマセラピーはCAMの一部であり科学的根拠が十分とは言えないにもかかわらず、半数以上の対象者がアロマセラピーに関する科学的根拠が不十分であることに問題意識を持っていないことが明らかになった。

以上の理由から今回、知識・技術不足、費用、科学的根拠に焦点をあてて考察する。

施術するスタッフの知識・技術不足に関して、60%を越える割合で『問題である』と回答していた。今回の研究対象者は、学会アドバンスレベルのセミナー参加者であるため、全体的にメディカル・アロマセラピーに関する意識が高いと思われる。しかしながら、自分自身の知識・技術の習得や向上だけでなく、他のスタッフに対するメディカル・アロマセラピーへの意識や関心を高める関わりかたに、医療機関看護師、アロマ看護師共通して苦心している状況が伺えた。特に医療機関看護師の場合は、他のスタッフが必ずしもメディカル・アロマセラピーに対して関心を持っているとは限らない。そのためスタッフのメディカル・アロマセラピーに対する理解不足のために【**メディカル・アロマセラピーのイメージを変えることが難しい**】ことや【**周囲のスタッフを巻き込めない**】状況が生じていると考えられる。まずは周囲のスタッフをどのように巻き込み、メディカル・アロマセラピーに対する興味・関心を引き出していくか考えていく必要があるだろう。そのためには、費用や時間などの【**物理的問題**】で研修に参加することが困難な状況も考えられるため、まずは職場単位での活動が大切であると思われる。例えば、メディカル・アロマセラピーの有資格者がスタッフにアロマセラピーを実践し、効果を体感してもらうことが一つの方法として挙げられる。そして、メディカル・アロマセラピーの効果的な実践方法および皮膚

トラブルを生じた事例の症例検討を行うことや、研修で得た知識・技術を伝達することが、スタッフのレベルアップに繋がるものと考ええる。

また一部の対象者は、利用者に疲労や皮膚トラブルを生じさせてしまうなど【**知識不足がトラブルを招いてしまう危険**】、【**技術不足がトラブルを招いてしまう危険**】への不安を感じていた。Maddocks (2004) は、経験の浅い施術者がメディカル・アロマセラピーを利用者に提供することで、アレルギー反応や安全性、不適切な使用について特に注意を促すことの必要性を指摘している。しかし職場単位だけではトラブルへの対応に限界が生じるものと考えられる。そのため、メディカル・アロマセラピーを専門とする学会や研修会などが、知識・技術習得の場だけでなく、相談窓口など情報交換の役割を担うことが期待される。学会などが、相談された内容から、精油の効果や効果的な実践方法などメディカル・アロマセラピーの有効性と、皮膚トラブルなど危険性の両面を検討し、パッチテストの方法、メディカル・アロマセラピーに対する危険性の指標と対策など、統一したガイドラインを作成することが求められる。現在、メディカル・アロマセラピーに対する正しい理解を広め施術者を育成するために、知識・技術向上にむけて学会や研修会などがバックアップを行っている。今後、組織的な普及システムの維持や更なる拡大をはかることが期待される。

本研究では、施術に対する収入や消耗品など運営に関する支出の費用に関する問題について、60%以上の対象者が『問題に感じる』と回答していた。また医療機関看護師の方がアロマ看護師よりも費用に関する問題を有意に意識する傾向が見られた。この理由としては、医療機関看護師は、費用をスタッフ負担で施術していることが多いためと考えられる。

費用の問題について、運営に関する支出と施術に対する収入の面から述べる。

運営に関する支出面では、主に医療機関看護師からの意見であるが、ボランティアでメディカル・アロマセラピーを実践している場合、運営費は主に精油やオイル代といった消耗品の費用である。対象者は、【**消耗品の使用期限の問題**】、【**高コストであることを周知されていない**】のような使用物品に関する問題を感じていた。そのため、実施人数にあった物品量の準備や保管方法の検討、他のスタッフへの周知をはかるこ

と、低予算でも効果が期待できる精油やオイルの選択などの工夫が必要であろう。

今回、施術に対する収入面では、『問題に感じる』、『問題に感じない』両方に【ボランティア】という理由が挙がっていた。この理由としては、利用者が少人数である場合、ボランティアで運営することがあまり問題にならないが、臨床で更にメディカル・アロマセラピーの普及をはかる場合、ボランティアで活動するには限界があるためと考えられる。また、周囲のスタッフの協力が不可欠であるが、【コストの負担先を決めることの困難】、【医師・経営者の理解を得ることの困難】が生じており、費用に関する問題を考える上で看護職の運営努力だけでは解決できない状況が推測される。医療機関でメディカル・アロマセラピーを普及する際、医師や経営者に対しては、費用の支援やトラブル時の相談・対処だけでなくメディカル・アロマセラピーそのものの理解が求められるのではないかと。がん専門の医療職を対象にしたCAMに関する知識・態度を調査した研究（Risberg, T., 2004）によると、CAMに対して肯定的な態度を示している看護職は33%であるのに対し、医師はわずか4%であった。【医療者からのメディカル・アロマセラピーに対する信頼性が低い】という結果からも、看護職が医師や経営者からの支援や理解を得るには、メディカル・アロマセラピーに関する明確な科学的根拠や導入による利点の説明は不可欠である。しかしながら本研究では、科学的根拠が少ないことを『問題に感じる』のは41.9%であり、『問題に感じない』理由としては、【経験から効果があると実感している】、【もう科学的根拠は確立されている】といった内容であった。この結果から、看護職は科学的根拠を重要視しているとはいえず、この実態は軽視できない。村松（2004）は、メディカル・アロマセラピーに関する看護ケアの介入研究8文献を紹介している。その見解のなかで、メディカル・アロマセラピーは看護ケアとして効果的であると示唆しながらも、対象者が少なく科学的根拠として確立するには不十分であることを指摘している。看護職は、医師や経営者に対して科学的根拠を示さなければ、メディカル・アロマセラピーの効果や必要性の認識にズレが生じる可能性がある。今後は経験知だけでなく科学的根拠を持って証明することを看護職に働きかけることが重要である。

施術に対する収入の面では、対象者は【メディカル・

アロマセラピーとしての価格考慮の困難】、【費用対効果が適正と感ぜない】ことを理由に挙げていた。我が国におけるアロマセラピーは、医療ではない美容や癒しの方法として導入された歴史的背景がある。そこでメディカル・アロマセラピーとして適正な価格設定に近づけていくためには、美容や癒しとしてのアロマセラピーと、医療のなかで提供しているメディカル・アロマセラピーの違いを示していくことが重要である。具体的には、メディカル・アロマセラピーは、精神的・肉体的な不調や症状に対し医療をサポートする範囲まで幅広いケアが可能であること、症状や病態を考慮しながら手技を変えることができること、一般のアロマセラピーよりも症状によって高濃度の精油が使用できること、医学的知識をもってトラブルへの対処が可能であることなど、医療の専門職が実践している利点をアピールする必要がある。

また、現在施術に対する料金は、施術者および医療機関側の負担または医療保険適応外で利用者側の自己負担である。今後は施術料金に関して、医療機関や施術者の自助努力だけでなく、医療保険が適応されることで利用者にとっても利用しやすい価格設定になり、もっと負担なくメディカル・アロマセラピーの活用が可能になると考える。しかし日本で現状の医療保険制度の早急な変更は非常に困難であると考えられる。その理由は、メディカル・アロマセラピーに関する科学的根拠が不十分だからである。今後メディカル・アロマセラピーのケア効果に関する科学的根拠を積み重ね、保険適応への理解が得られるような基盤作りが必要である。

以上のことから、メディカル・アロマセラピーに携わる看護職は、費用に関する問題について少しでも改善していくために、まずは運営面からの地道な努力が求められる。加えて先述のようにメディカル・アロマセラピーの科学的根拠の確立は未だ不十分である現状を認識し、科学的根拠を証明することの必要性、証明の仕方を周知した上で、看護職だけでなく医師や経営者など周囲の理解を促していく必要がある。

本研究では、業務形態の違いによる問題意識に関して、環境や施行頻度が異なるため、医療機関看護師はアロマ看護師よりも、スタッフの知識・技術不足、プライバシーの保護、皮膚トラブル、コスト負担に関して問題に感じる傾向が高いと予測していた。しかしながら結果からコスト負担のみ医療機関看護師の方が問

題を意識する傾向が見られた。スタッフの知識・技術不足、プライバシーの保護、皮膚トラブルに関して、業務形態によって有意差が見られなかった理由としては、単に環境や施術頻度が問題意識に影響を及ぼすものではないと思われる。しかしながら本研究では有意差が見られないことを説明できる十分な対象者数ではないためと考える。

本研究の限界として、研究対象者は、アロマセラピー専門学会セミナーの参加者であるためメディカル・アロマセラピーに対する意識が高いことが考えられる。そのためサンプリングに偏りがあることは否めない。今後は対象者を広げて調査をしていくことが必要である。

V. 結語

今回、臨床におけるメディカル・アロマセラピー実践に関する看護職の問題意識を調査した結果、以下の点が明らかになった。

1. 対象者の60%以上が、施術するスタッフの知識・技術不足を感じていた。物理的問題から研修会参加が難しい状況であること、スタッフを巻き込めない状況、知識・技術不足によってトラブルを招いてしまうことへの危惧を感じているため、組織的な普及システムを整えていく必要がある。

2. 対象者の60%以上が、費用に関して問題であると感じていた。また、医療機関看護師の方が費用の問題を意識する傾向が見られた。費用の問題を解決するためには看護職の運営努力だけではなく、医師や経営者の協力が不可欠である。看護職は、医師や経営者に対してメディカル・アロマセラピー導入による利点や波及効果を説明し、彼らを巻き込むことが必要である。また利用者に対してメディカル・アロマセラピーの特徴をアピールすることが必要である。

3. 本研究では、メディカル・アロマセラピーの科学的根拠に関して問題意識を持っている対象者は41.9%であった。今後メディカル・アロマセラピーに関わる看護職に対して科学的根拠を示す必要性と証明の仕方を伝えていく必要がある。

文 献

春田博之(2006)：真正ラベンダー(精油)浮腫改善

のメカニズムについて、日本アロマセラピー学会誌、5(1)：51-55.

今西二郎(2006)：現代医療におけるコメディカルの役割、メディカル・アロマセラピスト、医学のあゆみ、218(2)：179-182.

川端一永(2000)：アロマセラピーの臨床応用—代替療法としての香りの療法、別冊医学のあゆみ、192(9)：909-914.

Maddocks, JW., Wilkinson, JM. (2004)：Aromatherapy practice in nursing literature review, J Advanced Nursing, 48(1)：93-103.

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.

村松順江(2004)：代替補完療法の効果と看護での実践アロマセラピー、EB NURSING, 4(3)：42-47.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)：What is Complementary and Alternative Medicine, 2007/11/20 from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.

大西敏雄(2002)：精油の抗菌作用と相乗効果について、日本アロマセラピー学会誌、1(1)：16-21.

Risberg, T., Kolstad, A., Bremnes, Y. et al. (2004)：Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies; a national multicentre study of oncology professionals in Norway, Eur J Cancer, 40(4)：529-535.

柴伸昌, 本間請子(2008)：変形性膝関節症に対するアロマセラピーの経験、日本アロマセラピー学会誌、7(1)：28-35.

Shirley, P., Len, P. (1995)：川口健夫, 川口香世子 訳(2002)：第15章 世界のアロマセラピー プロフェッショナルのためのアロマセラピー(第6版), フレグナンスジャーナル社, 276-292.

Springhouse Corporation(2003)：池川清子, 江川幸二 訳(2005)：ナースのための補完・代替療法ガイドブック(第2版), メディカ出版, 3-18.

竹林直紀, 相原由花, 中井吉英(2005)：統合医療におけるアロマセラピーの役割—心療内科とホリスティックアロマセラピー、日本アロマセラピー学会誌、4(1)：28-34.

鳥居伸一郎, 内田玲子, 清田浩(2008)：アロマトリートメントの表記法としてのアロマトリートメントス

コア（イクススコア）の開発，日本アロマセラピー学会誌，6（1）：48-54.

山崎潤，塩田清二，山田朱織他（2004）：アロママッサージの施術効果について（評価基準を用いた精油効果の検討）第1報 手に対するマッサージ効果，日本アロマセラピー学会誌，3（1）：29-37.

吉田聡子，佐伯由香（2000）：香りが自律神経に及ぼす影響，日本看護研究学会雑誌，23（4）：11-17.

（受付：2008.6.3；受理：2008.11.18）