

広島文化学園大学大学院看護学研究科
博士（看護学）学位論文

神経難病をもつ高齢者の QOL, および
ヒーリングタッチ活用を考量した健康支援の検討
Evaluation of quality of life of elderly patients with intractable neurological
diseases and health support considering the use of healing touch

令和元(2019)年度

<平成 28(2016)年度入学>

看護学専攻・臨床看護学分野・高齢者看護学領域

学生番号：n2160002k 氏名：鶴田裕子

博士論文要旨

広島文化学園大学大学院看護学研究科博士後期課程
学生番号 n2160002k 氏名 鶴田 裕子

学位論文題目：『神経難病をもつ高齢者の QOL，および
ヒーリングタッチ活用を考量した健康支援の検討』

キーワード：神経難病高齢者 在宅 健康支援 QOL ヒーリングタッチ

[本研究の背景と目的]

我が国の高齢化は、世界に先立ち驚異的に加速化し、2018年には高齢化率28%を超えた。慢性疾患、がんや難治性の神経難病も増加し、そのケアについて、さらに探究していく必要性が高まっている。本稿では神経難病高齢者に焦点をあて、患者を取り巻く生活上の問題やそのケアについて検討する。本研究の目的は、神経難病の高齢者の生活実態について、身体的・心理的・社会的状態、医療ニーズから明らかにし、神経難病高齢者の QOL や生きがい感との関連性を明確にする。また、補完・代替療法（CAM）の一つであるヒーリングタッチがもたらす効果を生理的・心理的な観点から考量し、神経難病高齢者への健康支援の在り方を検討することである。

[倫理的配慮]

本研究は療養者への調査・看護介入を行うため広島文化学園大学大学院・看護学部倫理委員会の承認を得て研究を行った（承認番号：0016-15）。各研究段階においては、対象が所属する会の代表者と、研究対象者およびその家族や関係者、施設の同意を得て調査を実施した。神経難病高齢者に対するヒーリングタッチ介入においては、高齢者の病状を考慮し可能な限り負担がないように配慮し、対象本人だけでなく家族及びかかりつけ医の承諾を得たうえで実施した。

[第1段階および第2段階研究]

1. 目的

神経難病高齢者における生活実態と医療や CAM のニーズを明らかにし、対象者の QOL 状況とその関連因子をより明確にすることを目的とした。

2. 方法

第1段階研究では、在宅療養中の神経難病の高齢者 150 名（分析対象は 107 名）に調査を実施した。対象者は、主にパーキンソン病のホーン-ヤール分類の I～IV 期にある日常生活がほぼ自力か介助により可能である 65 歳以上の者とした。調査は難病患者会会議で研究の目的と方法を説明し承諾を得たのちに、郵送法で行った。第2段階では、在宅療養中の慢性疾患高齢者 160 名（分析対象は 120 名）に、病院責任者の了解を得て調査を行った。調査は患者の診療日程に合わせてクリニック等を訪問し、患者に研究目的、方法について

説明し、調査票を配布した。調査票は自宅で記入してもらい、同意書と一緒に郵送法で回収した。調査内容は対象者の基本的事項と生活状況、病状や療養環境、および身体的（拡大 ADL 尺度）・心理的尺度（生活満足度、スピリチュアリティ健康感、自尊感情）で構成した。分析は、属性及び各尺度間を主に t 検定と相関、PAS 解析で分析した。

3. 結果および考察

神経難病高齢者は、運動障害・痛みだけで苦痛な症状を有する者は 9 割を超えた。またしびれやめまいなどの全身的症状も半数にみられ、対象者の日々の苦痛は大きいと考えられた。補完・代替療法は 7 割が活用していた。医療に満足していない者は 4 割に近くおり、ヒーリングタッチを含めて CAM への関心は少なくなかった。神経難病高齢者の生きがい感、スピリチュアル健康感および自尊感情から直接影響を受けていた。症状コントロールをしながら生活を維持し、スピリチュアリティに働きかけることは、神経難病高齢者にとって日々の生きがい感を高揚させ QOL 向上につながることを示唆された。

慢性疾患高齢者は生活満足感が生きがい感へ直接影響するのに比べ、神経難病高齢者は直接の影響はないこと、また神経難病高齢者はスピリチュアル健康感から生きがい感への影響が大きいことが示唆された。また神経難病高齢者はスピリチュアル健康感が生活満足感を介して自尊感情に影響しているのに比べ、慢性疾患高齢者は生活満足感が自尊感情を介してスピリチュアル健康感に影響していた。

【第 3 段階研究】

1. 目的

在宅療養中の神経難病高齢者の病いの体験と、生活を確立していくプロセスについて明らかにし、今後の健康支援への示唆を得ることを目的とした。

2. 方法

第 1 研究の対象者のうち、研究参加の同意が得られた 5 名を対象とした。調査方法は筆者による半構成的面接を実施した。インタビューは研究者が対象者の自宅を訪問し、対象者に負担がかからないよう 1 時間程度とした。分析手法は、フィールドノートと逐語録の内容を M-GTA の手法で質的に分析した。

3. 結果および考察

神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセスは、第 1 段階《過酷な療養生活》、第 2 段階《社会・医療とのつながりによる生活の確立》をコアカテゴリーとするものとして説明できた。神経難病高齢者の過酷な療養体験は不確かさの中での不安や恐怖に始まり、身体的・心理的・社会的な苦痛を伴うものであるといえる。しかしその苦痛と悩みの中で対象者らは病いをもつ自分の存在を見つめ直し、病気に前向きにとり組みながら独自の生活過程を築きあげていた。

痛みや苦悩は家族や親族などでも理解は難しく、神経難病高齢者が何をどう理解して欲しいのか察し、本人の内で現実の自分と折りあっているように関係性を築くことが大切

であると考えられた。また、対象者は社会的活動をとおして、病気である自分の可能性を発見し、喜びを感じていることから、その支援的なかわりは重要である。今後の先進的な治療への神経難病高齢者の切なる思いを汲みとり、一緒に期待し、寄り添うことが、生活確立プロセスの促進に必要な支援であることが考えられた。

【第4段階研究】

1. 目的

神経難病高齢者に対する身体的、心理的、スピリチュアルな側面を支援する一つとして、ヒーリングタッチの有用性を生理的・心理的な側面と症状変化、介入による気づきから明らかすることを目的とした。

2. 方法

対象者は、第3研究のうちヒーリングタッチ介入の希望者6名のうち、1カ月間のヒーリングタッチの介入への参加が可能で、主治医や家族の研究承諾が得られた者の3名である。対象者の都合の良い日時に、自宅を訪問してヒーリングタッチを実施した。介入時間は1回30分前後、週1回で4回の介入を行った。ヒーリングタッチの実施者はヒーリングタッチプラクティショナー研修生の筆者が実施した。調査指標はバイタルサインの測定及び心拍変動調査、介入時の対象者の発言と行動である。3事例の調査結果を事例検討し、介入前後の心拍変動値を t 検定で分析した。

3. 結果および考察

ヒーリングタッチの介入により脈拍数の低下を認めた。心拍変動調査の結果から、介入後は副交感神経優位な傾向を示すことが考えられた。ヒーリングタッチ介入によって気分形容詞チェックリスト調査では12回のうち7回で「緊張」の低下がみられ、9回は「覚醒」の上昇がみられた。対象者の実施時の言動から症状軽快を伺わせる内容も認めた。タッチによる皮膚からの刺激はリラクゼーション反応を生じさせることが考えられた。ヒーリングタッチは対象者の「快」の感情を引き起こし、そして症状コントロールや生きる希望につながるケアであることが示唆された。このような「快」をもたらす看護は、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要である。

【全体考察】

神経難病高齢者の苦痛症状は慢性疾患高齢者に比して多岐で強い。そのことが治療効果の期待と医療への満足感を低くしていると考えられる。神経難病高齢者の苦悩はスピリチュアルペインそのものであり、QOLを低下させる。過酷な病気に向き合う過程は、悲しみや失望、葛藤を伴うものであるが、その過程のなかでも、神経難病高齢者は社会的活動や医療への信頼関係をもちながら、人生を肯定的に生きていくと考えられた。神経難病高齢者の生きがい感、スピリチュアル健康感や自尊感情から直接影響を受けている。従って、神経難病高齢者のQOLを高めるためには、症状を軽減させ、スピリチュアリティを高める

健康支援が重要であり、そのことが日々の生きがい感を高め、生きている価値への意識へつながる。ヒーリングタッチは生理学的効果と心理学的効果が期待でき、さらに「自己への関心」が高まるスピリチュアリティを支える健康支援の一つと考える。

【結論】

1. 神経難病高齢者の生きがい感は、スピリチュアル健康感や自尊感情から直接影響を受けており、スピリチュアリティを高める支援は、日々の生きがい感に繋がる。
2. 神経難病高齢者の健康支援は、身体機能の再獲得というより、療養する自分を支えるためのスピリチュアルな健康感を高めること、さらに症状コントロールの確実な実施、及び生活を獲得していく自身のプロセスを支えることが重要である。
3. 本研究では、ヒーリングタッチの介入により対象者の実施時の言動から様々な症状軽快を伺わせる内容を認めた。タッチによる皮膚からの刺激はリラクセーション反応を生じさせることが考えられる。
4. ヒーリングタッチの実施からもたらされた心地よさは、対象者の「快」の感情を引き起こし、スピリチュアリティを支えるアプローチとなるものであり、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要と考えられる。
5. 神経難病高齢者の CAM へのニーズは慢性疾患高齢者より高い。このことは、現代の医療では解決に至らない患者の苦悩や苦痛の存在から発現する行動・思いである。医療者のより深い対象理解とケアスキルの創造・深化が必要である。
6. 今後、増加が予想される神経難病高齢者の QOL を支えるためには、複雑で多岐にわたる病状、及び症状と心理状態をより明確にし、CAM の効果を示すエビデンス創出、そしてそれらを包括した QOL の探究は重要な課題である。

Summary of Doctoral Thesis

Hiroshima Bunka Gakuen University, Graduate School of Nursing, Doctoral Course

Student number: n2160002k Name: Yuko Tsuruta

Dissertation topic: Evaluation of quality of life of elderly patients with intractable neurological diseases and health support considering the use of healing touch

Keywords: elderly with intractable neurological diseases, home care, health support, QOL, healing touch

[Background and Purpose of this Study]

Aging in Japan has surprisingly accelerated above the rest of the world, with the rate of aging exceeding 28% in 2018. Chronic diseases, cancer, and intractable neurological diseases have also increased, and the necessity of further evaluating care is increasing. In this dissertation, life issues surrounding patients and their care were evaluated by focusing on intractable neurological diseases in the elderly. The purpose of this study was to clarify actual life conditions of the elderly with intractable neurological diseases starting from physical, psychological and social conditions, as well as medical needs, and to clarify the relationship between quality of life (QOL) and sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases. In addition, the efficacy brought about by healing touch, one of the complementary and alternative medicines (CAM) was considered from a physiological and psychological viewpoint, and an evaluation of the ideal health support for elderly patients with intractable neurological diseases was performed.

[Ethical considerations]

This study was conducted with the approval of the Investigational Review Board of Hiroshima Bunka Gakuen University Graduate School of Medicine Graduate School of Nursing (Approval Number: 0016-15) to conduct investigations and nursing interventions in health caregivers. In each stage of the study, assessments were performed with the consent of representatives of the associations to which participants belonged, research patients, their families, and concerned parties and institutions. Healing touch interventions for elderly patients with intractable neurological diseases were performed with the consent of not only the patients but also their family and family physician, considering the disease state of the elderly patient and ensuring there was as little burden as possible.

[Stage 1 and 2 of the study]

1. Objective

The purpose of this study was to clarify the life conditions and needs of medical care and CAM in elderly patients with intractable neurological diseases, and to clarify the status of QOL of patients and related factors.

2. Methods

In the first stage, a survey was administered to 150 elderly patients (analysis population: 107 patients) with intractable neurological diseases receiving home medical care. Patients were those aged 65 years or older diagnosed with Stage I-IV Hoehn & Yahr Parkinson's disease able to live alone or needed some assistance. The survey was mailed to patients after the purpose and method of the survey were explained at an intractable disease patient conference and after consent was obtained. In the second stage, a survey was administered to 160 elderly patients with chronic diseases receiving home medical care (analysis population: 120 patients) after obtaining approval from the hospital manager. The survey questionnaire was distributed to patients by aligning with the patient's schedule and explaining the research purpose and method during the patient's hospital visit. The questionnaire was completed by patients at home and collected with the consent form by mail. The survey content consisted of fundamental status and life conditions of patients, disease status and medical treatment environment, and physical (expanded activities of daily living (ADL) scale) and psychological scales (life satisfaction, feeling of spiritual health, self-esteem). Analyses focused mainly on attributes and scales and were performed using t-tests and correlations via patient assessment survey (PAS) analyses.

3. Results and Discussion

More than 90% of elderly patients with intractable neurological diseases experienced distressing symptoms due to movement disorders and pain alone. In addition, systemic symptoms such as numbness and vertigo were also observed in half of the patients, and patients experienced substantial distress from day to day. Complementary and alternative medicine (CAM) was used in 7% of patients. Nearly 40% of patients were not satisfied with medical treatments, and there was a lot of interest in CAM, including about healing touch. The sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases was directly influenced by the feeling of spiritual health and self-esteem. Maintaining lifestyle while controlling symptoms and working on spirituality was considered to improve the sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases, which was connected to QOL improvement.

In elderly patients with chronic diseases, life satisfaction directly affected the sense of

purpose in life, whereas there was no effect in elderly patients with intractable neurological diseases, and spiritual health was indicated as having a substantial effect on sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases. In addition, life satisfaction influenced spiritual health through self-esteem in elderly patients with chronic diseases, while spiritual health influenced self-esteem through life satisfaction in elderly patients with intractable neurological diseases.

[Stage 3 of the study]

1. Objective

The purpose of this study was to clarify the experiences of elderly patients with intractable neurological diseases while receiving home medical care and the process of establishing their lives, as well as to obtain insights on future health support.

2. Methods

Among patients in the first stage of the study, five who gave consent to participate in this stage of the study were included. The survey was administered as a semi-structured interview by the author. For the interview, researchers visited the patients' homes for about one hour to avoid burden on the patients. The analytical method was a qualitative analysis of the contents of field notes and verbatim records using a modified grounded theory approach (M-GTA).

3. Results and Discussion

Experiences with illness and the process of establishing a life in elderly patients with intractable neurological diseases could be explained by the first stage [<severe medical care life>] and the second stage [<establishment of life in connection with society and medical treatment>] as core categories. The severe medical care experiences of elderly patients with intractable neurological diseases starts with anxiety and fear of the uncertain, and can be said as being associated with physical, psychological and social distress. However, while in this state of distress and worry, the patients re-evaluated their existence as an individual with an illness and developed their own lifestyles while positively coping with the disease.

Even families and relatives experience difficulty understanding the pain and distress patients go through, thus, it is important to infer what elderly patients with intractable neurological diseases want outside parties to understand and to build a relationship with these patients so that they can come to terms with themselves. In addition, a supportive relationship is important, since this allows the patient to discover possibilities in themselves despite having an illness and allows them to feel pleasure through social activities. This seemed to indicate that the support necessary for promoting the

establishment of a life for elderly patients with intractable neurological diseases was to draw out their hopes regarding future treatment advances, as well as expectations, and to bring these thoughts together.

[Stage 4 of the study]

1. Objective

The purpose was to clarify the utility of healing touch as a method of support for the physical, psychological and spiritual aspect of elderly patients with intractable neurological diseases from the perspective of physiological and psychological effects and changes in symptoms through self-discoveries during the intervention.

2. Methods

Three patients who were able to participate in healing touch interventions for 1 month among 6 from the third stage of the study who wanted to undergo healing touch interventions and for whom consent was obtained from the attending physician and families. Healing touch was performed by visiting the patients' homes at a convenient date or time for the patient. The intervention lasted around 30 minutes each time and was performed once a week for 4 weeks. Healing touch interventions were performed by the author of the healing touch practitioner trainee. Survey indicators included measurements of vital signs and variability in heart rate, as well as remarks and actions of the patient during the intervention. Three patients were evaluated and the variability of the heart rate before and after the intervention was analyzed using t-tests.

3. Results and discussion

Healing touch interventions resulted in a decrease in pulse rate. From the results of the assessment of heart rate variability, a tendency towards dominance of parasympathetic nerves was observed after the intervention. In the mood adjective checklist survey based on healing touch intervention, there was lowering of "tension" in 7 out of 12 surveys, and there was an increase in "wakefulness" in 9 surveys. The patients' behaviors during the intervention were also indicative of symptom relief. Stimulation of the skin by touch was considered as causing a relaxation reaction. Healing touch was considered as causing a feeling of "pleasure" in the patients, and this was considered the care that was associated with symptom control and hope of living. Nursing care that brings about such "pleasure" is important as a core of health support for elderly patients with intractable neurological diseases.

[Overall Discussion]

Distressing symptoms in elderly patients with intractable neurological diseases are

more diverse and are stronger than those in elderly patients with chronic diseases. This seems to lower the expectation of therapeutic effects and satisfaction with medical treatment. The distress experienced by elderly patients with intractable neurological diseases is spiritual pain itself, and this lowers QOL. Though the process of facing severe disease is associated with sadness, disappointment, and conflict, elderly patients with intractable neurological diseases seemed to have an optimistic outlook on life while engaging in social activities and trusting the medical treatment process. The sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases is directly influenced by the feeling of spiritual health and self-esteem. Therefore, in order to improve the QOL of elderly patients with intractable neurological diseases, health support that relieves symptoms and increases spirituality is important, and this improves the sense of purpose in daily life and is connected to the awareness of the value of life. Physiological and psychological effects are expected with healing touch and, in addition, it is regarded as a health support for spirituality in which "the interest for one's self" is heightened.

[Conclusion]

1. The sense of purpose in life in elderly patients with intractable neurological diseases is directly influenced by the feeling of spiritual health and self-esteem, and support that raises spirituality is connected with the sense of purpose in daily life.
2. It is important for health support for elderly patients with intractable neurological diseases to raise the sense of spiritual health to provide support for one's self undergoing medical treatment, as well as to ensure symptom control and support the process of establishing a life for one's self, instead of just focusing on regaining physical function.
3. In this study, patients' behaviors during healing touch interventions were indicative of alleviation of various symptoms. Stimulation of the skin by touch was considered as causing a relaxation reaction.
4. The comfort brought about by the implementation of healing touch caused a feeling of "pleasure" in patients, and this becomes an approach that supports spirituality, and seems to be important as a core of health support for elderly patients with intractable neurological diseases.
5. The necessity for CAM in elderly patients with intractable neurological diseases is higher than in elderly patients with chronic diseases. This reflects the behavior and thoughts arising from the patient's distress and worries that cannot be solved by modern medical care. There is a need for deeper understanding of healthcare givers

and creation and deepening of care skills.

6. In order to support the QOL of elderly patients with intractable neurological diseases expected to increase in the future, clarifying complicated and diversified disease states, as well as symptoms and psychological conditions, creating evidence demonstrating the efficacy of CAM, and evaluating QOL considering all of these taken together are considered important challenges in the future.

目 次

論文要旨

序 章

第1節	本研究の背景と動機	1
第2節	神経難病高齢者の療養生活における先行研究のレビュー	3
	引用文献	7

第1章 研究の枠組みと構成, および目的

第1節	研究の枠組みと構成	11
第1項	研究の概念枠組み	11
第2項	研究の構成	12
第2節	研究の目的と意義	13
第1項	本研究の目的	13
第2項	期待される成果	13
第3項	研究の学術的・社会的意義	14
第3節	本研究における用語の定義	15
	1. 神経難病高齢者	
	2. 健康	
	3. 生きがい感	
	4. QOL	
	5. ヒーリングタッチ(Healing Touch)	
	引用文献	16

第2章 本研究における倫理的配慮

第3章 神経難病高齢者における生活実態と健康感

第1節	目的	19
第2節	方法	19
第3節	結果	22
第4節	考察	30
第5節	第3章のまとめ	32
	引用文献	33

第4章 慢性疾患高齢者の生活実態と健康感, および神経難病高齢者との比較

第1節	目的	35
-----	----	----

第2節	方法	35
第3節	結果	37
第4節	考察	46
第5節	第4章のまとめ	50
引用文献		51
第5章 神経難病高齢者の病いの体験		
第1節	目的	52
第2節	方法	53
第3節	結果	54
第4節	考察	60
第5節	第5章のまとめ	63
引用文献		64
第6章 神経難病高齢者へのヒーリングタッチ介入による健康支援の事例検討		
第1節	目的	65
第2節	方法	65
第3節	結果	68
第4節	考察	73
第5節	第6章のまとめ	75
引用文献		76
第7章 全体考察		
第1節	神経難病高齢者のQOL	78
第2節	ヒーリングタッチを考量した神経難病高齢者の健康支援	79
第3節	本研究の成果	80
引用文献		81
終章		82
謝辞		83
資料		

序 章

第 1 節 本研究の背景と動機

難病情報センター調査による特定疾患医療受給者証所持者数は、2012 年が 810,653 人で、2013 年 855,061 人、2014 年で 925,646 人と著明に増加している（難病対策センター、2018）。過去 10 年間の推移からも、ほぼ毎年 2～3 万人、若しくはそれ以上の患者数の増加が認められている。太田ら（2007）は、特定疾患医療受給者の実態調査で、パーキンソン病（Parkinson Disease：以下 PD）などの神経難病疾患では高齢者の増加が多いことを指摘し、その要因として加齢に伴う罹患率の上昇や、罹患者の増加に伴う医療費の自己負担増を課題として報告している。

この背景には我が国の驚異的な高齢化があり、2018 年 9 月に総務省は、65 歳以上の高齢者は 3557 万人となり、高齢化率 28.1%を超えたことを発表している。また、70 歳以上の人口の総人口に占める割合が初めて 20%を超えた。この要因として、いわゆる「団塊の世代」（1947 年～1949 年生まれ）が 70 歳を迎え始めたことをあげている（総務省統計局、2018）。

高齢化は、一方でがん、心臓疾患、脳卒中、糖尿病といった生活習慣病の増加を招いた。そのため、国民の健康づくりを目指して、2014 年には「健康増進法」が制定された。これは、先に政府が計画した「健康日本 21」を法的に裏付けたものである（水野、2002）。しかし、欧米型の生活習慣と高齢化は私たちの生活に浸透し、慢性疾患を増やし続けている。がんや難治性と言われる神経難病もまた然りであり、慢性疾患及びその患者への医学的・看護学的アプローチについて、さらに視点を広げ探究する余地を残しているといえる。

「難病の患者に対する医療等に関する法律」（2014）では、難病を「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなる」と定義している。なかでも、神経難病は突然に手や足あるいは身体の一部の違和感から始まり、運動だけでなく、コミュニケーションなど多くの機能障害を伴うため、患者の苦悩は大きい。

若山ら（1999）は、高齢の脳血管障害後遺症（CVD）と PD 患者における QOL（quality of life）に関する調査とそれらの影響要因について検討を行っている。その結果、CVD では高齢・非高齢者群で QOL 値の有意差は認めないが、PD 高齢者では手足の不自由さや前傾姿勢、すくみ足などの身体的健康と機能を障害し、そこに加齢現象に伴う物忘れや加齢感といった精神的健康の障害、社会的活動の減少に伴う社会的健康への影響から QOL が有意に低値を示していたと報告している。すなわち、神経難病高齢者の健康障害は多機能の健康障害であり、高齢である者ほど QOL 低下のリスクは高い状況にあるといえる。

本研究は特に高齢化と相まって増加をしている慢性疾患患者、なかでも神経難病の高齢者に焦点をあて、神経難病患者を取り巻く生活上の問題と看護的アプローチについて考えていく。

牛久保（2007）は神経難病とともに生きる長期療養者の病体験について研究を行っている

るが、その苦悩は『難病を生きる苦悩』と、『死を前にした苦悩』と表現されるがごとく、まさしくスピリチュアルペインのことである」と述べている。スピリチュアルペイン (spiritual pain) は1990年に、WHO (世界保健機構) が従来の肉体的、精神的、社会的な安寧に加えて、スピリチュアリティ (spirituality) の重要性を表明したことで着目された概念である。村田 (2011) は終末期がん患者のスピリチュアルペインについて「時間存在」「関係存在」「自立存在」としての人間に生じる苦痛だとし、スピリチュアルペインの緩和がスピリチュアルケア (spiritual care) であるとしている。窪寺 (2010) は、スピリチュアリティが人に本来備わっているものであり、人生の危機的状況で生きる力や希望を見つけ出そうとして、自分の外の大きなものに新たな拠り所を求め、生きる意味や目的を自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能であると述べている。

筆者はここ数年、特にPD患者の病気体験を聴きながらQOLに関する検討を重ねてきた。PD患者は病気との生活の中で、不安や拒絶、あきらめや葛藤などスピリチュアルな苦悩を抱き、時には壮絶に闘いながらも、折り合いを見出し日々の生活を営んでいた (秋山ら, 2010)。また、こうした神経難病患者の生活への不安、患者の苦痛や努力を目のあたりにするたびに、看護師として僅かでもその苦痛を軽減し、その人の生活に安らぎをもたらせないかと考えてきた。特に、高齢の神経難病患者は、長く生きているが故の葛藤や、周囲の人々や社会との関係など複雑化した問題の所在が推察される。そのため、神経難病高齢者のもつ健康問題や苦悩を軽減するケア介入の追究の必要性・重要性を痛感してきた。

神経難病は症状を根本から取り除くことは難しい場合がある。しかし、補完・代替療法 (Complementary & Alternative Medicine: CAM) は、多くの患者の評価から類推すると、痛みや不安、不眠、ある種の機能障害などの症状がより楽になる (須田ら, 2007; 美原ら, 2006) という報告もあり、本来の個別な生活のパターンを取り戻していくことも可能ではないかと考える。そのため、神経難病高齢者にとってのCAMの活用も視野に入れて健康を支援していく検討が必要であると考えられる。

また、ケアリング (caring) のアプローチとしては、コミュニケーションや配慮、気遣い、あるいはマッサージ看護技術によるケアなど多岐に及ぶ。その中で、筆者は日々のケアで患者に「触れる」という行為が大きな意味合いをもつのではないかと考えている。私たち看護者が実際に患者に触れケアを行うとき、その変化は患者が安らぎ、安心感、満足感、希望といった多くのものを患者にもたらしてくれることに気づく。ヒーリングタッチ (healingtouch) は、Krieger, D. (1975) によるセラピューティックタッチ (therapeutic touch) から創出されたエネルギー療法のひとつである。Davis, P. K. (1991) はセラピューティックタッチが特定のダンスであれば、ヒーリングタッチはたくさんの方を取り入れたダンスのようなものであり、どちらも同様に効果があると述べている。また、ヒーリングタッチ認定プログラムの定義によると、「ヒーリングタッチは、施行者クライアントの身体的・精神的・情緒的・スピリチュアルな健康促進をサポートするという明確な目的に

基づいて、心を込めて意識的に自らの手を使うエネルギー療法」(Healing Touch Japan, 2019)であり、ホリスティック(holistic:全体論的)な視点において、神経難病高齢者の自然治癒力の助けとなる環境づくりとしての効果が期待できる。

本邦では、中ら(2014)が在宅療養中の神経難病高齢者にヒーリングタッチを行い、症状に関する主観的・客観的な変化で、顕著にみられた身体的・精神的な効果を報告している。これらのことから、筆者は、神経難病は治療困難な病気であるが、「触れる」という看護介入としてヒーリングタッチを取り入れることで、症状緩和と患者の精神面への健康支援に繋がるのではないかと考えた。

さらに、今西(2015)は高齢社会の中での統合医療(現代西洋医療とCAMを組み合わせた医療)に着目している。なかでも医療の中にCAMを組み込んだ次世代型統合医療や生活習慣病に対するような健康創生型の統合医療は今後の医療、介護、福祉分野において大きな役割を担うものだとしている。また、紀平ら(2011)は神経難病患者および家族のCAM利用状況を調査した結果、神経難病患者に最も利用されていたのは「あんま・マッサージ・指圧」などの用手的な治療であり、利用者の51.3%が「痛みの軽減や動きの改善などに効果あり」と回答したとしている。CAMのなかでもハンドケア(「触れる」ケア)に関する介入は看護師が用いやすい介入として検討する。CAMは今後の次世代型の統合医療を考える機会にもなり得ると外国では考えられており、神経難病高齢者の健康支援上、重要である。しかし、その前提として、神経難病高齢者の生活や医療、専門職者との関わりはどのようなものであるのか、先行研究をもとにとらえていくこととする。

第2節 神経難病高齢者の療養生活における先行研究のレビュー

本研究における先行研究は、2016年10月から2018年9月にかけて、医学中央雑誌、CiNii、メディカルオンラインのデータベースを用いて、2006年から2018年までの12年間の神経難病高齢者を対象にした医療系の文献である。キーワード①は「神経難病」「高齢者」「生活」の組み合わせであり、84文献が該当した。そのうち、会議録、解説等を除く33文献が抽出された。また、キーワード②は「神経難病」「高齢者」「QOL」の組み合わせでJ-STAGEにより医療系の文献を検索した結果、103文献が該当した。しかし、その多くは①との重複や医療・制度、社会一般の内容であり、それ以外の文献は5文献であった。そして、「神経難病」「保健師」で、キーワード①と②の重複や会議録を削除した4論文、計42文献を対象に文献検討を行った(資料1)。なお、筆者が「保健師」をキーワードに加えた理由は、現行の法制度では地域で生活する難病患者が各種相談や支援をするために、保健師の活動は重要な機能を有していると考えたためである。

1. 神経難病高齢者の療養生活とその支援について

神経難病高齢者の生活に関する文献で最も多かったものは、在宅医療と在宅ケアに関するものが19件（45.2%）であった。そして、患者の療養体験に関するものが6件（14.3%）、日常生活における主観的幸福感やQOLに関するもの5件（11.9%）、介護者の体験や負担に関するもの6件（14.3%）、生活行動援助の具体的なものとCAMに関するものが各3件、計6件（14.3%）、療養生活の対処尺度に関するものが2件（4.8%）であった。

1) 在宅医療と在宅ケア

在宅ケアを受ける患者や家族のニーズとして、尺土ら（2007）は、在宅療養をするまでは不安な介護者がほとんどで、患者が喜ぶ姿を原動力として在宅療養を継続しているが、気管切開や胃瘻造設の患者にはサービスの利用制限という問題点があると指摘している。また、神経難病では呼吸障害から人工呼吸器の使用を余儀なくされている患者もあり、十分な専門家のサポートが重要とされる。利用者が安定して在宅療養生活を送れるよう、国は平成10年に難病特別対策推進事業を創設した。

板垣ら（2015）は、平成20年度に21都道府県における在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業の利用者102名の報告書について分析している。その結果、訪問看護量は女性が有意に多く、年齢とは負の相関があり社会的背景によって利用状況が影響を受けることが指摘されている。また、診療報酬による訪問看護量が多いほど、在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業による看護量が多く、なおかつ訪問看護を提供する訪問看護ステーションが特定化していた現状についても報告している。このことから、板垣ら（2015）はこの事業の活用には専門的技術や知識を要するため、対応できる訪問看護ステーションを増加させるといった対策の必要性を指摘した。この研究では、重度の障害をもつ神経難病患者や家族にとって在宅療養は不安や困難を伴うことが多く、日々の安寧な生活のためには、今以上に専門家の介入を受けやすい環境が必要であることを指摘している。

在宅ケアの負担を軽減する方策として地域資源の活用は欠かせない。これらに関する文献は3文献で、いずれの研究も外来受診やレスパイト（respite：在宅でケアしている家族のリフレッシュを図るためにケアを一時的に代替えるケア）入院、訪問看護サービスなどの活用には偏りがあると述べている。また、原田ら（2011）は療養者が重症で介護負担を感じている介護者が、外来診療や代替資源、さらにデイケアやデイサービスといった地域資源を利用することで、PDQ-39（Parkinson's Disease Questionnaire-39）値が改善し、QOL向上に有効であることを指摘している。以上のことから、在宅医療やケアは、患者の安心できる在宅ケアへのニーズと、地域資源活用や看護ケア提供のバランスが十分であるとはいえないのが現状といえる。その人の生活状況と健康ニーズに即した在宅ケアや地域資源の簡便な活用ができるよう、システムや内容面の充実がより一層必要である。

2) 神経難病高齢者の療養体験およびQOLに関連する文献

在宅神経難病高齢者らの療養生活の体験について述べていた論文は6文献であり、取り扱って

いる主要な内容は「病気の受けとめ」や「受容」、「適応」であった。抽出した文献は対象を高年齢者とした文献であることから、終中（2013）が対象とした成人期の特徴である発症を見定めた生活を送ることや、発症前後の配偶者・家族への心理的葛藤や苦悩という論文はみられなかった。しかし、神経難病は進行性の疾患であり、患者は加齢とともに運動障害、摂食障害、コミュニケーション障害など多様な機能障害の体験を余儀なくされている。岸田（2006）は症状が進行する中で、前向きに生きているPD患者の生きる姿をとらえ、小寺（2007）も病気による生活の変化に向き合い、さまざまな方法でそれらに適応しようとする患者の状況を報告している。これらの文献から、患者らは何とか病気と折り合いを見つめるべく奮闘していることが窺える。

朝田ら（2010）は神経難病という病気の受け入れに価値観の転換が促進要因となっているとし、南澤ら（2010）は人生観が大きく影響していると述べている。野川（2006）も、病気や障害の受容がその人の人生に重大な影響を及ぼすが、受容は出来なくとも賢明に生きている自分は受け入れられるのではないかと述べている。これら価値観や人生観、病気や障害の受容は神経難病高齢者の前向きな生の享受を促し、幸福感や生きがいにもつながるものであろう。

在宅療養中の神経難病高齢者の日常生活や主観的幸福感といった報告は5文献であった。吉川ら（2006）は一般の在宅高齢者と比し、難病高齢者の主観的幸福感は低下が認められ、その要因として病状の悪化や医療への満足度、生活上の種々の不安をあげている。押領司（2007）は主観的QOLに関連が認められたものは「家庭での役割の有無」「ADL（Activities of Daily Living）」や「IADL（Instrumental ADL）」の他、自覚症状などであったとしている。加藤ら（2014）も健康関連QOLにはADL、IADLのみならず心理的適応が関連していたことを述べている。大曲ら（2017）は神経難病患者のQOLについて、星野らの神経難病患者のQOLを用いた結果、自己効力感が影響要因としては最も高く、次いでADL、同居者ありの項目であったと述べている。

以上のことから、神経難病高齢者は長い生活体験をとおして、受け入れがたい神経難病と向き合い、「受容」や「適応」を前向きにくり返して生活しており、患者のこうした側面は前向きな生の享受、幸福感や生きがい感の発見にもつながっている。しかし、神経難病高齢者の主観的幸福感が低い傾向にあることにも配慮した関りと、視野に入れた研究手法が必要であろう。こうした神経難病高齢者の心理的側面への影響は、身体的な症状は無論のこと、家庭内役割やADL、家族の同居などさまざまな要因が関連していることが窺える。

3) 介護者の体験や介護の負担感

神経難病疾患を患う家族の体験に関するものは5文献あり、そのうち、末益ら（2015）は、在宅ALS患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因をおもな研究対象としており、【介護状況への満足感】【自己成長感】【介護継続意志】の3因子の存在を明らかにしている。一方で、介護者の疾患や介護の知識不足による不安や、高齢化、変化する症状等による日常生活における介護負担が報告されている。前述した尺土ら（2007）が報告しているように、家族は不安と背中合わせの生活の中で、患者の喜ぶ姿を見ながら日々を送っているが、介護者が感じる介護の負担感は大きく、その影響要因を検討し、患者自身とともに家族が満足感と成長感が感じられ、安心

して療養でき、介護者自身の生活も継続できる家族サポートが必要である。

4) 生活行動援助と CAM

神経難病高齢者の療養生活を支えるものとして、小寺ら（2007）は症状コントロール、社会との交流をあげ、浜崎ら（2008）は、家族や主治医など保健医従事者の存在が影響していることを述べている。在宅医療では、近藤（2012）が患者の意思を尊重した医療の取り扱いガイドラインの重要性を述べている。また、2 文献が急性期から亜急性期の医療の充実を述べており、中川ら（2017）は、入院前からの在宅療養支援体制が筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者の予後に関連するとして、その重要性を唱えている。

地域における看護・介護は保健師・看護師・介護福祉士などが担当する部分が多いが、いずれも看護職や医療専門職間の連携の重要性を述べている。牛久保ら（2011）は、保健所の難病担当保健師に支援の質向上のために必要なことを調査しており、看護職間による知識・技術の面の相互サポートが重要であることを報告している。田村（2010）は保健師の家庭訪問援助の専門的・技術的な特徴として、①生活上の困難の可能性、再発や症状悪化を視野に入れ、②必要時に連絡を取り合えるようにする、③他職種の判断・意見を取り入れ、保健師の援助目標・方法の修正を検討する、をあげており、樽橋ら（2015）と同様に、患者や医療関係者とのつながりを意識した内容を指摘している。

訪問看護においては、森本ら（2014）のように嚥下機能に即した食事の摂取に関する支援や、佐々木ら（2015）の生活行為向上マネジメントを利用し、健康関連 QOL の上昇をみとめたという報告のみであり、実践レポートは散見されるものの研究論文は少ない。また、訪問看護に関する他 7 文献は、重度の神経難病高齢者のリハビリ・作業療法を通しての社会参加、患者のアウトカム評価と QOL との関係性、個別な病の受け入れの促進要因の検討や他者のかかわりに関する文献であった。ケアの対象者の背景は複雑で支援も多様であり、よりよい訪問看護を行うための関連要因の調整がおもに検討の対象となっていた。

最後に、在宅での補完・代替療法を取り扱ったものは 3 文献であり、佐治ら（2010）は医療スタッフが共同してリウマチ疾患や PD 患者に音楽療法を実践し、信頼関係の構築に有効であったことを報告している。残りの 2 件は本章第 1 節であげた紀平ら（2011）による神経難病患者およびその介護者らに行った CAM 利用の状況調査であるが、実践例は殊のほか少ない。実践例は、他では、中ら（2014）による在宅療養中の神経難病高齢者に対するヒーリングタッチの有効性に関する論文であった。中ら（2014）は、前述したように在宅療養中の高齢 PD 患者 1 名にヒーリングタッチを行い、その間の症状の変化から、筋肉の拘縮の緩和、精神的リラクゼーションの進展、不眠の改善の 3 つの効果が顕著にみられたことを報告している。

2. 文献検討から考えられた神経難病高齢者への看護の課題

文献検討から、国の地域医療への政策転換を背景に、神経難病高齢者のケアは在宅療養を中心に外来や救急医療とも関連して、医療・看護・福祉からなる介護保険制度の実質的な展開が窺え

る。しかし、神経難病高齢者の背景は多様であり、症状の進行性の変化に伴う不安や苦痛は大きく、神経難病高齢者の主観的な幸福感は一般の在宅高齢者と比べ低下している。また、対象者らの医療への満足感は決して高いとはいえない。

そのため、対象者らの医療や生活実態や健康関連 QOL などは多くの研究の対象となっており、その関連要因である症状の変化、ADL、IADL、自己効力感や療養生活への適応などが明らかにされ、その具体的な支援が重要となっている。そのため、医療者は個々の患者のニーズや状況についての正確なアセスメントをもとに、必要なケアを継続的に実施し、さらに在宅医療の各専門職の共同的な連携を推進することが重要である。

特に保健師、看護師の活動にとどまらず、ADL や IADL を保持・拡大するためにもリハビリテーションや CAM は患者と家族にとって重要な役割や意味を果たしている場合も少なくない。今後は、ますますそのニーズと成果に対する期待は高まっていくと考えられる。しかし、生活機能の保持・拡大だけでは、進行性の神経難病高齢者に対するケアは満足のものとはなりにくく、精神面やスピリチュアルな側面からの働きかけが重要になると考えられる。近ら（2017）は神経難病患者への緩和ケアの議論は 2000 年ごろから始まっていたと報告している。神経難病は確かに慢性で治療困難な疾患ではあるが、疾患による身体的・精神的・社会的な苦痛のため、高齢患者の QOL が低下し、生きる希望までもが低下しないよう、スピリチュアルな側面に焦点をあてた具体的な看護アプローチと、それに対するエビデンスの検証が必要である。

引用文献

- 秋山 智, 岡本裕子 (2010) : 若年性パーキンソン病患者の QOL に関する研究 ～SEIQol-DW による評価～, 日本難病看護学会誌, 14(3), 169-177.
- 朝田 圭, 茂木俊彦 (2010) : 神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究, ヒューマン・ケア研究, 11(2), 86-87.
- Davis, P. K. (1991) : The Power of Touch / 三砂ちづる 訳 (2003) : パワー・オブ・タッチ (第 1 版), 182-183, メヂカ出版, 大阪.
- 浜崎優子, 福間和美, 長井麻希江 (2008) : 後縦靭帯骨化症とともに生きる体験とその特徴 —身体的・心理的・社会的状況に焦点を当てて—, 日本難病看護学会, 13(2), 149-157.
- 原田光子, 中村由美子, 川村佐和子 (2011) : 高齢パーキンソン病患者の QOL と地域資源利用との関連, 日本難病看護学会誌, 16(2), 95-105.
- Healing Touch Japan (2019) :
<https://healingtouchjapan.org/certification-program/about-healing-touch/> (2019/6/5)
- 今西二郎 (2015) : 特集／健やかな老い—統合医療と介護福祉— 生きがいのある生活を、統合医療で、環境と健康 28, 246-254.

- 板垣ゆみ, 小倉朗子, 中山優季, 原口道子, 松田千春, 小川一枝, 他 (2015) : 在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業の実績報告書の分析からみる訪問看護のニーズ, 日本難病看護学会誌, 19(3), 255-264.
- 加藤由里, 李範爽, 土屋謙仕, 下田佳央莉, 勝山しおり, 外里富佐江 (2014) : 在宅生活をおくる神経難病患者の健康関連 QOL —SF-36 を用いて—, *Kitakanto Medical Journal*, 64, 197-203.
- 紀平為子, 岡本和士, 吉田宗平, 若山育郎, 吉備 登 (2011) : 神経難病患者・介護者における補完代替医療利用の実態調査, 日本補完代替医療学会誌, 8(1), 11-16.
- 岸田恵子 (2006) : 前向きに生きているパーキンソン病患者の「病い」の体験に関する研究, 日本難病看護学会誌, 12(2), 123-128.
- 小寺さやか, 岡本玲子 (2007) : 軽症期にある在宅神経難病患者の生活を編み直す頑張り—パーキンソン病と脊髄変成症患者の長期療養に向けて—, 日本地域看護学会誌, 9(2), 46-52.
- 近藤 彰 (2012) : 高齢者・神経難病・がん患者における医療の実態と取り扱いガイドライン作成についての提言, 日本臨床内科医会会誌, 26(5), 621-626.
- Krieger, D. (1975) : Therapeutic touch; The imprimatur of nursing, *American Journal of Nursing*, 75, 784-787.
- 窪寺俊之 (2010) : スピリチュアルケア入門, 12-14, 三和書店, 東京.
- 柘中智恵子, 中込さと子, 川崎裕美, 小野ミツ (2013) : 遺伝性神経難病の発症前遺伝子診断を受けて生きる人の体験 —家族性アミロイドポリニューロパチー家系員の語りの分析—, 日本看護学会誌, 33(2), 40-50.
- 美原 盤, 美原淑子, 藤本幹雄, 永島隆秀, 富田 裕, 高尾昌樹 (2006) : 筋萎縮性側索硬化症に対する音楽療法—神経心理学的検査と生理学的側面からの検討—, 日本音楽療法学会誌, 6(1), 23-32.
- 南澤 甫, 川井 充, 今野義孝 (2010) : 病院ベースの情報収集方法の検討 —筋萎縮性側索硬化症と多系統萎縮症患者の発症から診断確定までの心理的体験—, 保健医療科学, 59(3), 199-203.
- 水野 肇 (2002) : 論評 健康増進社会をめざして(1)健康増進法で医療は変わる, 社会保険旬報 (2154), 6-9.
- 森本紀巳子, 野村志保子, 谷脇考恭 (2014) : 嚥下障害患者の摂食・嚥下機能の測定方法と判断指標の検討 —神経難病患者と健常者の摂食・嚥下機能測定による比較検討—, 久留米医学会雑誌, 77(1), 45-56.
- 村田久行 (2011) : 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア, 日本ペインクリニック学会誌, 18(1), 1-8.
- 中 ルミ, 天野 博, いとうたけひこ (2014) : 在宅看護におけるヒーリングタッチの効果

- に関する事例検討ーパーキンソン氏病の女性の疼痛と心理的苦痛と不眠の軽減効果ー,
Journal of International Society of Life Information Science, 32(1), 34-43.
- 中川 裕, 牛久保美津子 (2017) : 筋萎縮性側索硬化症患者の予定外入院から退院までの状況と支援課題, 日本農村医学会雑誌, 65(5), 969-975.
- 難病の患者に対する医療等に関する法律 (2014) :
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052488_1.pdf,(2019/3/31).
- 難病対策センター (2018) : <http://www.nanbyou.or.jp/entry/1356#p09>,(2019/1/14).
- 野川道子 (2006) : 難病と生きる体験, 日本難病看護会誌,11(2), 123-128.
- 大曲純子, 大田明英 (2017) : 神経難病患者の主観的 QOL, ADL, 自己効力感の関連性, 活水論文集(看護学部編), 4, 13-22.
- 太田晶子, 永井正規, 仁科基子, 柴崎智美, 石島英樹, 泉田美知子 (2007) : 特定疾患医療受給者の実態 疾患別・性・年齢別受給者数とその時間的变化, 日本公衆衛生雑誌, 54(1), 32-42.
- 横領司 民(2007) :在宅生活をしている脊髄小脳変性症療養者の主観的 QOL とその要因, 日本難病看護学会, 12(2), 113-124.
- 佐治順子, 下出理恵子, 北構小瑞, 村上秀子, 森元千恵子, 猪股千代子, 仁田新一 (2010) : 神経難病患者の音楽療法実践に関する研究 他職種スタッフとの共同事業から見えてきた音楽療法実践法, 音楽心理学音楽療法研究年報, 38, 40-50.
- 佐々木千波, 金城正治 (2015) : 「生活向上マネジメント」を利用した難病入院患者の作業療法の効果, 秋田大学保健学専攻紀要, 23(2), 107-113.
- 総務省統計局 (2018) : <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1131.html>, (2019/3/31).
- 末益友佳子, 門間晶子 (2015) : 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 38(2), 43-55.
- 須田利昭, 北村幸郷, 鈴木正弘 (2007) : 医療気功 AST の難病 2 症例に対する臨床効果, 人体科学, 16(1), 57-60.
- 尺土佳子, 宮本沙季, 水野ルミ子, 増澤由美子, 伊藤理恵, 松本美紀, 外尾英樹, 餐場郁子, 齋藤由扶子, 伊藤信二 (2007) : 在宅療養に移行した神経難病患者とその家族の生活の実態, 医療, 61(1), 52-56.
- 田村須賀子 (2010) : 保健所保健師による障害者および神経難病療養者への家庭訪問援助の特徴, 日本地域看護学会誌, 13(1), 59-67.
- 檜橋明子, 尾形由起子, 山下清香, 小野順子 (2015) : 神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術, 日本地域看護学会誌, 18(23), 33-40.
- 近 文香, 坂井さゆり (2017) : 神経難病緩和ケアの文献にみる看護の課題, 新潟大学保健学雑誌, 14(1), 1-8.

- 牛久保美津子（2007）：神経難病患者のスピリチュアルペインと緩和的ケア， *The KITAKANTO Medical Journal*, 57(2), 189-190.
- 牛久保美津子，川尻洋美（2011）：A 県における神経難病療養者を地域で支える保健師活動の現況と課題， *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 34(2), 124-132.
- 吉川日和子，小河育恵，高山成子，麻生佳愛（2006）：高齢難病患者の日常生活と主観的幸福感， *日本難病看護会誌*, 10(3), 178-188.
- 若山義弘，前田眞治，春原経彦，加知輝彦，米山 栄（1999）：高齢神経疾患の QOL について ―とくに脳血管障害後遺症とパーキンソン病について―， *日本老年医学会雑誌*, 36, 396-403.

第1章 研究の枠組みと構成, および目的

第1節 研究の枠組みと構成

第1項 研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1-1-1-1に示した。神経難病高齢者は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面をもつ、1人の統一体としての存在である。そして、個人の病状や健康状態、療養生活、自然治癒力、感性や思考力は患者の生命過程にたえず影響を及ぼすと考えられる。神経難病高齢者は病状の進行から、統一体としての健康のバランス保持が困難となる可能性が大きいことが推察される。

そのため、神経難病高齢者が疾病との共存の中で独自に形成する生命過程に統一体への具体的な看護アプローチとしてヒーリングタッチの介入を期待するとき、ヒーリングタッチによる介入で痛みや不安、病気による苦悩の軽減を図ることができ、健康な部分を認識し、より健康的な変化や成長が期待できると考えた。そしてそのことは、神経難病高齢者の独自の健康的な生活過程を回復し、生きがいやQOLを高める支援となると考える。

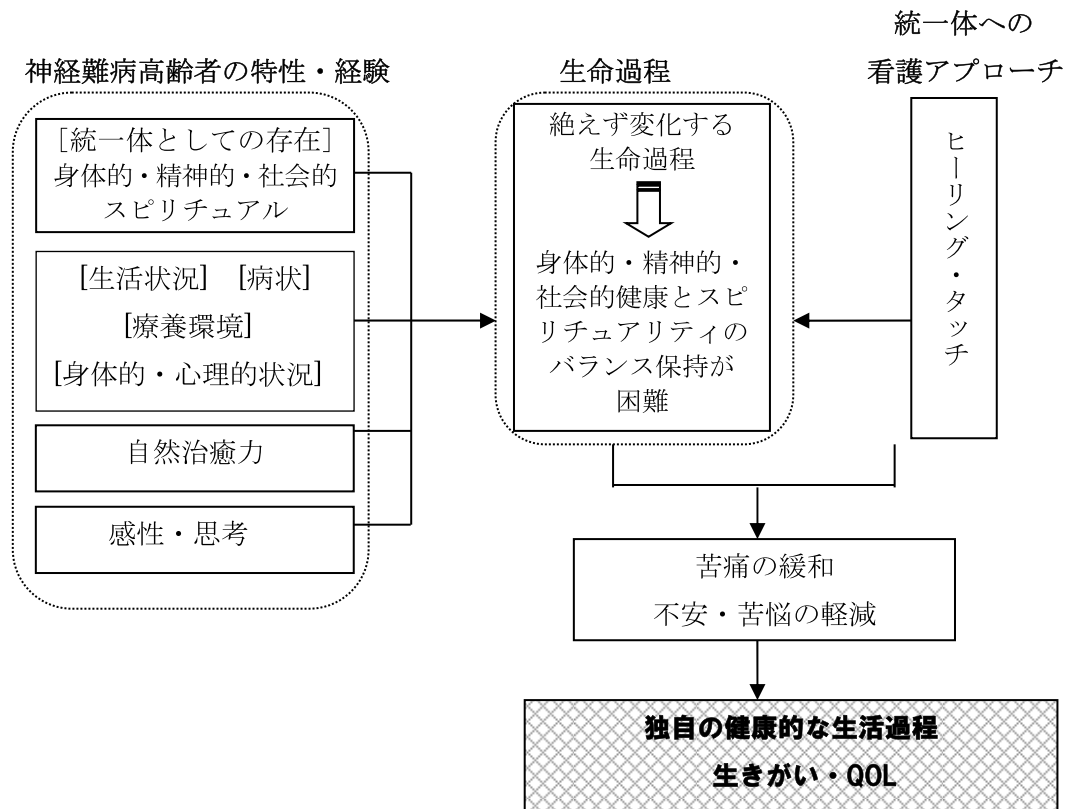


図 1-1-1-1 本研究の概念枠組み

第2項 研究の構成

本研究の構成を、図 1-1-2-1 に示した。第1段階では、神経難病で患者会に所属する高齢在宅療養者の生活実態、及びニーズを明らかにする目的で実態調査を実施する。そのうえで、第2段階では比較対象として、慢性疾患高齢者にも同様の目的の調査を行い、その生活実態とニーズを明らかにし、神経難病高齢者の生活実態とニーズの特徴を明確にする。第3段階では第1段階の対象者のうち、質的研究への同意が得られた神経難病高齢者5名を対象に、半構造化面接による療養の経過および病の体験の語りから生活獲得までのプロセスとニーズを明らかにする。第4段階では希望のあった神経難病高齢者にヒーリングタッチを実施し、心理的生理的効果について検討する。以上の結果をもとに、神経難病高齢者のQOLと、ヒーリングタッチ活用を考量した健康支援の在り方について検討する。

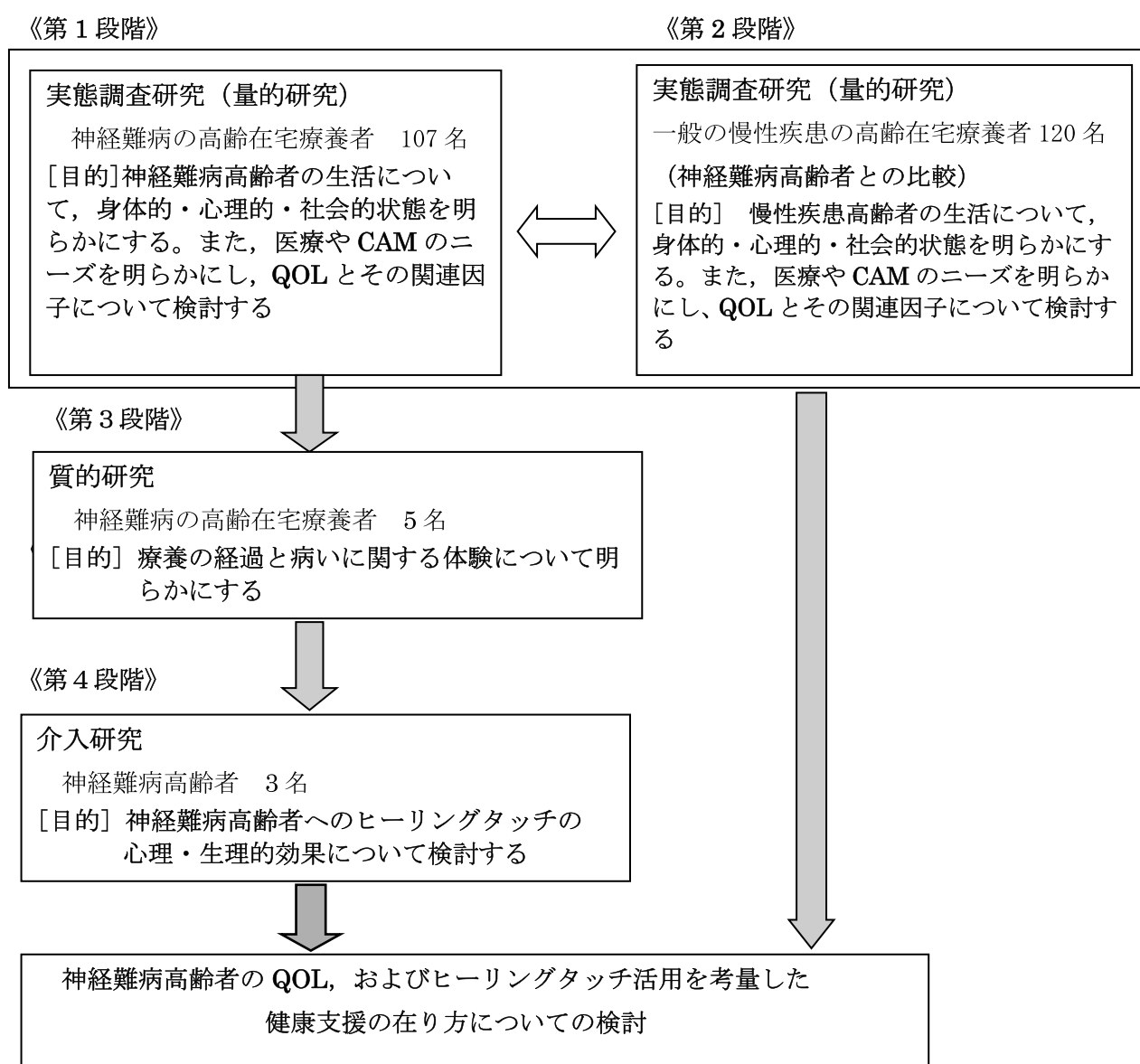


図 1-1-2-1 本研究の構成

第2節 研究の目的と意義

第1項 本研究の目的

神経難病ははっきりした原因や治療法が解明されておらず、治療としては症状緩和とADLやIADL維持の目的で薬物療法や機能維持のためのリハビリテーションが行われている。薬物療法の発展に伴いその効果には目を見張るものがあるが、ある時期を経過するとその効果は個人差もあるが徐々に低下を示してくる。そのため、高齢難病患者は療養生活上の困難を余儀なくされることも多く、特に高齢者における身体的・精神的な苦痛は大きいと考えられる。

本研究の第1の目的は、まず、神経難病の高齢者がどのように生活をおくっているのか、身体的・心理的・社会的状態を明らかにする。また、医療への関心について、現在受けている医療だけでなく、CAMの利用状況や希望等を明らかにし、神経難病高齢者のQOLや生きがいとの関連性を慢性疾患高齢者の状況と比較して検討する。

本研究の第2の目的は、ヒーリングタッチがもたらす症状コントロールへの影響と生理的・心理的な影響について検討することである。介入研究では、痛みやしびれ、運動障害といった苦痛症状の状態変化、生理的指標として血圧、脈拍、呼吸、心拍変動(heart rate variability: HRV)測定、気分の状態変化など総合的に評価する。

第1・第2の目的を総合して、神経難病高齢者のQOL、及びヒーリングタッチ活用を考量した健康支援について、あるいは神経難病高齢者の生きがいに繋がる生活満足やQOLを高めるための健康支援について検討する。

第2項 期待される成果

本研究全体の期待される成果は、神経難病高齢者の生活と医療ニーズの実態を明らかにするとともに、看護アプローチとしてのヒーリングタッチを考量した、生きることを支える健康支援について明確にすることである。

神経難病高齢者は、人生の長い期間を療養しながら、多くの困難に直面し時に挫折しながらも、前向きに生きる道を選択し続けていると考えられる。神経難病高齢者がそうした独自の体験に基づく知識や生きる知識について発言し、その人生について振り返ることは対象者自身の人生にとっても、また同様の疾患を持つ神経難病患者やわれわれ研究者にとっても生きる力を見出し、支援することにつながるものと推察される。

本研究の第1段階では生活状況や受療状況、およびCAMの利用状況やニーズについて幅広い要因から神経難病高齢者のQOLや生きがいとの関連性について検討する。さらに、第2段階で、一般の慢性疾患高齢者と比較することで、どのような点が特徴であり、どのような点において神経難病高齢者が生きる上での問題を抱えているのか、またさまざまな医療における医療ニーズはどのようなものかについて明らかにする。第3段階で個別な対象者の闘病の過程と医療やヒーリングタッチを含めたCAMへのニーズを明らかにすることができる。それらのことは、今後の医療従事者の神経難病高齢者への理解を深め、支援

の糸口を提供できるものであると考える。

多様な医療ニーズが予想されるなかで、前述したようにヒーリングタッチは米国の看護者により考案され、地域や臨床の場でも多く紹介されているものであり、タッチ (touch) が人にもたらすポジティブな影響について、多くの生理学の研究者や看護研究者が報告している。しかし、ヒーリングタッチへの関心や実施結果について日本で報告されている研究はほとんどない。第 4 段階での介入研究により、看護アプローチとしてのヒーリングタッチの方法を提示し、その効果について検証することは、神経難病高齢者におけるヒーリングタッチの活用意義やその技術的な方法について知見を提供する機会となると思われる。

今後、神経難病や慢性疾患をもつ高齢者はさらに増加していくことが予想され、在宅ケアの需要やニーズは広がることも推察できる。患者のニーズにそった医療と看護を提供していくことは無論であるが、ヒーリングタッチはケアの選択肢の少ない神経難病高齢者の症状緩和や精神的安寧のためのスキルであり、「触れる」ケアであるヒーリングタッチのエビデンスを提示できるものと考えられる。そして本研究の成果は、患者のケアの選択肢を拡げ、豊かにするための基礎的資料として活用が期待できる。

第 3 項 研究の学術的・社会的意義

難病は神経の機能不全からくる疾患であり、医学的にまだ明らかにされていないことの多い研究分野である。神経難病患者数は年々増加しており、高齢化と相まって患者の医療ニーズは、今後、より多様で個別なものになってくることが予想される。

本研究は神経難病をもつ高齢者の生活の状態や、西洋医療・CAM への関心や受療状況について分析し、神経難病高齢者の QOL や生きがいを高める健康支援のあり方について検討するものである。神経難病をもつ人の生活実態と心理的様相についての研究は散見されるが、神経難病高齢者の生活実態や医療ニーズの期待と葛藤、生活を獲得していくプロセスなどについて明らかにしている研究は非常に少ない。特に、治療法の確立されていない神経難病患者への具体的アプローチについての報告は限られている。これらのことから、本研究の学術的意義は大きいといえる。

本研究は人に本来備わっている自然治癒力に着目し、慢性的経過をたどる神経難病高齢者に、患者の生活実態と心理的社会的側面を検討したうえで、ヒーリングタッチを用いることによる、神経疾患特有の状態から派生するであろう心理的、身体的、精神的側面への効果について検討する。本研究で得られた成果により、ヒーリングタッチを身近な CAM として多くの人に広めることができる。また、本研究は神経難病高齢者への統合的な医療を目指すものであり、受療者の医療効果、生活の質を総合的に向上させる具体的な看護アプローチとしてのヒーリングタッチを考量した健康支援について検討するものである。その結果は、看護上、神経難病高齢者の苦痛を軽減し、自然治癒力を高めるための看護ケアを促進する一助となり、臨床現場における多様な緩和ケアの一つとしての有用性についても示せるものと考えられ、社会的意義も大きいと考える。

第3節 本研究における用語の定義

1. 神経難病高齢者

神経難病とは、神経の病気の中ではっきりした原因や治療法がないものをいい、具体的には運動ニューロン病（筋委縮性側索硬化症、脊髄性筋委縮症など）、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、パーキンソン病などがある。本研究では、おもにパーキンソン病のホーン-ヤール分類のⅠ～Ⅳ期にある日常生活がほぼ自力か介助により可能である、65歳以上の在宅療養者とする。

2. 健康

本研究でいう健康とは、WHO（1946）による健康の定義“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”（健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいい）（日本WHO協会，2019）に加え、スピリチュアルな側面においても良好な状態のことをいう。そしてスピリチュアルな側面（スピリチュアリティ）とは、當中（2018）や野尻（2013）が述べているように、人間の生きることへの根源にかかわり、自己の存在が揺らいだ時に自己意識の再構築に向けて、人とのつながりと目に見えない力とのつながりによって機能するものである。以上の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな4側面すべての状態が生命過程を特徴づけるものであり、健康の維持・向上に重要な影響をもつ。本研究で述べる健康支援とは、4側面のバランス保持に看護的アプローチを用いて働きかけを行うものとする。

3. 生きがい感

生きがい感は社会的価値が含まれているとする研究者は多く、和田（2006）は、人生にかかわって生じる「生きるよろこび」、ないしは「生存充実感」といった心の状態であると述べている。また、ある人の生きがい感とは個人の意識であるが、生きがいとは、その人の生きることが、なんらかの社会的（共同体的）価値を有するという意味であるとしている。本研究ではその人の「生きるよろこび」、「生存充実感」という主観的要素である生きがい感を対象とする。生きがい感は、その人の多様なQOLの中核的で本質的な存在をなすものであると考える。

4. QOL

本研究では野尻（2013）の生活機能軸と生活幸せ軸の2次元から成る、生活的健康感とする。生活機能軸の心棒は身体的・精神的健康から成り、生活幸せ軸の中心にはスピリチュアリティが心棒となっている。さらに、本研究ではQOLを、柴田（1999）が述べるような①生活機能や行為などの客観的QOL、②認知されたQOL、③居住環境から、④

主観的幸福感が生じ、そこに役割達成感や存在意義などを見出すことにより生きがいが生じるという捉え方をする。

5. ヒーリングタッチ (Healing Touch)

ヒーリングタッチは、米国ではエネルギー療法といわれ、生体エネルギーである「氣」(spirit)を意識して使う意図的なタッチの一つとされている。序章で述べたように、「ヒーリングタッチは、施行者クライアントの身体的・精神的・情緒的・スピリチュアルな健康促進をサポートする」(Healing Touch Japan, 2019)という目的をもつ。“healing”は癒すことを意味しており、さまざまなケアをとおして人の安楽や安心の感覚を引き出し、その人が本来もっている生きる力をサポートするホリスティックなものであると考える。Hart, L. et al. (2011) は、悪性疾患で化学療法中の患者のリラクゼーションや癒しといったスピリチュアルケアとしてヒーリングタッチを評価しており、体力や抵抗力が低下している人にとっても副作用がなく、手を用いるだけで安楽をもたらすことのできる治療であるといえる。

なお、本研究で述べるヒーリングタッチは米国のヒーリングタッチプログラムの傘下であるヒーリングタッチ・ジャパン主催による日本語の正式な研修を受けた者が行う「触れる」ケアのことを指す。

引用文献

Hart, L., Freely, M., Haylock, P., Lutgendorf, S. (2011) : The Use of Healing Touch in Integrative Oncology, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 519-525.

Healing Touch Japan (2019) :

<https://healingtouchjapan.org/certification-program/about-healing-touch/> (2019/6/5).

日本 WHO 協会 (2019) :

<https://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html> (2019/6/5).

野尻雅美 (2013) : 高齢者の QOL プロモーションとスピリチュアリティ, 日本健康医学会雑誌, 22(2), 78-83.

柴田 博 (1999) : 高齢者の QOL, 日本健康医学会雑誌 6, 12-13.

當中 香 (2018) : 健康の考え方の変遷とこれからの保健指導, 慶応保健研究, 36(1), 73-77.

和田修一 (2006) : 高齢社会における「生きがい」の倫理, 生きがい研究, (12), 長寿社会開発センター, 30-35.

第2章 本研究における倫理的配慮

本研究は療養者の状況を調査し、その後、看護介入を行うため、広島文化学園大学大学院・看護学部倫理委員会の承認を得て研究を行った（承認番号：0016-15）以下に、各研究段階の内容を含めた本研究の倫理的配慮について述べる。

1. 対象者のプライバシー保護

第1、第2研究における調査は地域在住の神経難病高齢者や難病以外の慢性疾患をもつ高齢者を対象とした。そのため、自身の病気や治療などの個人情報や第三者に知られることのないよう、研究者と研究協力者間で協力し、研究の参加は受診時等に一律全員に説明を行うなどして依頼を行った。調査票は無記名で統計的に処理し、入力されたデータはできるだけ速やかに回収し、研究者が鍵のかかる安全な場所に保管しデータ漏洩に注意した。特にデータ操作はインターネット等に接続されているコンピューターを用いないようにしてデータの流出に配慮し、研究終了後のデータ破棄はシュレッダーなどで行った。第4研究の介入研究では、個人のプライバシーが保護できるよう個室の環境で行い、研究協力者以外が出入りするところのないよう、あらかじめ場所を確保する時点で検討し、周囲の協力を得た。

2. 対象者が受ける利益および看護上の貢献について

難病疾患の高齢者はさまざまな症状を抱え、また根本的な治療がなく患者の苦痛は大きい。神経難病高齢者の健康上・生活上の問題についてはよく検討されることが多いが、自然で害のない看護介入についてはまだ十分患者ニーズの把握や介入がなされているとはいえない。ヒーリングタッチは、それ自体単独で行う療法ではなく、統合医療として現在受けている治療と並行していくものであり患者自身の内部環境を改善し、心理的・精神的な側面からも患者を励ますことができる療法であると予測する。

3. 対象の心身の負担への配慮

第1、第2研究における調査票の記入は20分～30分を要する。慢性疾患高齢者の場合は説明時にあらかじめ実施方法について無理がないか確認し、待ち時間などを活用してその場で記入してもらった。また、神経難病高齢者の場合は郵送法であるため、都合のよい時に本人もしくは家人により記入をして返送してもらった。

第4研究のヒーリングタッチ介入は、難病高齢者に対して行うものであり医師の治療を受けていることが想定される。したがって、研究の実施にあたっては主治医の了解を取り、対象者が参加できる施設において、プライバシーが保護できる一室で行った。また、介入期間が1カ月に及ぶため、薬物療法が比較的安定している人かどうか、医師からも情報を聞いて行った。可能であれば、受診などの機会を利用し、医療施設の一室での実施を検討しながら行った。

4. 対象者や施設への理解と同意を得る方法

各段階の調査は施設長、患者団体の研究承諾確認後、65歳以上の対象者を無作為に選定

した。一般の慢性疾患高齢者については病名や治療等について聞かなくてよいように、一定の時間などを設けてもらい、不特定化された 65 歳以上の方という設定で研究の目的、方法などについて十分な説明を行い、協力を依頼した。この場合、研究の同意は調査票の提出をもって同意がなされたとした。神経難病高齢者の場合は、患者会の同意を得た後に、患者会から患者に郵送法で送ってもらい、了解が得られた方に調査をお願いした。また、患者会や、集会などに来ていた方から調査への紹介希望を受けた場合は、書面による依頼文を郵送させていただき、調査の協力をお願いした。

5. 研究協力への自由な撤回について

調査への協力およびケアの実践中に協力の継続ができなくなった場合は、調査等を途中で中止することができる。依頼書及び承諾書にその旨を記載し口頭でも説明を行った。同意取消の際は、同意取消書の書面を提出していただいた。

調査承諾の撤回があった場合、署名がある場合は、そのデータを除外し、今後の協力は依頼しないこととした。署名がなく個人の調査票の特定が困難である場合は、記録に残し回収した調査票はデータとして使用させていただいた。

6. 対象者が受ける不利益および危険性に対する配慮

調査票の項目については表現などを十分検討し、誤解や記載上の負担が生じないように配慮した。調査票の記入は 20～30 分を要し、ヒーリングタッチの介入も約 40 分程度要することを、説明書に記入し、口頭でも説明した。調査票記入の日時・場所は、施設代表者や協力者と相談し、対象者に負担のかからない時と場所を選択した。

ヒーリングタッチの介入は 30 分以上の時間を要するため、身体症状や薬物療法が安定している方であるかを面接等であらかじめ確認したうえで、主治医の了解を得て実施した。実施では観察を 2 名で行ったが、ヒーリングタッチも観察も筆者が主で実施及び観察するようにし、心理的な負担がないように言葉かけなどにも配慮した。しかし、心身の負担が生じた場合は、スタッフや医師へ状況報告し相談の上、調査や介入研究を途中で中止し得られたデータは使用しないこととした。

7. 研究結果の公表の仕方

研究で得られた結果は書面により施設へ報告した。また研究の成果を学会等で報告する場合は、口頭と書面で公表することを伝え、施設の承諾を得て公表する。その旨を調査依頼書に記載した。

8. 研究遂行上の利益相反

本研究のすべての段階において、利益相反はない。

第3章 神経難病高齢者における生活実態と健康感

第1節 目的

神経難病患者はその病態や病状がさまざまであり、健康において安心した生活をおくるためには病状のコントロールや、社会資源の理解と活用が不可欠となる。高齢者の場合、長い経過の中で、合併症や加齢的变化が生じ、病状はさらに複雑となり患者の不安は募り、生活状況はより苦しいものになることが予想される(吉川ら, 2006)。しかし、池田ら(2009)が述べるように通所介護、通所リハビリテーション、ショートステイなどの社会資源利用状況には高齢者によって差がある。そこには同居家族の存在が大きく影響していることが示唆されている。家族の負担を減らすサービス、外出機会を与えてくれるサービスの必要性が重要視されているが、一方で神経難病高齢者が単独世帯であっても、症状をコントロールし、各種社会的サービスを活用しやすい体制であることも生活を成立させていく重要な要素であると考えられる。

神経難病高齢者の生活には、病気や加齢の影響に伴う症状変化だけでなく、こうした心理・社会的な要素の連鎖から不安定で不確かな状況が生じやすい。また、慢性疾患患者に特有なこの「病気の不確かさ」について、Mishel, M. H. (1981)は、患者が不確かさゆえに自己に起こったことへの意味づけや、将来のことを考え、行動することができなくなるとさえ述べている。

酒井(2019)は難病療養者が望む暮らしについて、重度訪問介護のモデル事業について紹介している。しかし、神経難病高齢者の社会生活への支援は未だ十分に開かれているとは言えず、早い段階からの患者理解にたった、在宅ケアにおける患者・家族中心のさらなる援助体制が期待されている。そこで、本研究では神経難病高齢者における生活状況、医療やCAMのニーズなどの療養環境、および病状を含めた身体的・心理的状况と、神経難病高齢者のQOL状況、またその関連因子について検討する。

第2節 方法

第1項 対象者および調査方法

対象者の選定は、まず、難病の患者会代表者の会議において、本研究の目的、方法について説明し、患者会等の研究協力の承諾を得て、A県における65歳以上の神経難病高齢者150名に書面による依頼文を郵送し、調査協力を依頼した。その際、依頼書と調査票(同意書込)を同封し、本人、もしくは家人によるアンケート記入後、同意書と一緒に返送してもらった。その結果、同意書とともにアンケートが回収できた107名を分析対象とした。

第2項 調査期間

平成29年6月～平成29年10月

第3項 調査内容（資料6）

調査内容は対象者の基本的事項と生活状況，病状，療養環境，および身体的・心理的状況で構成した。

1. 基本的事項と生活状況（資料6-0）

性別，年齢，世帯構成，配偶者や家族・協力者の有無や関係，暮らし向き，生活の中で重要視すること等について尋ねた。

2. 病状と療養環境（資料6-0）

過去1年の入院や転倒の有無，罹患疾患（分類），苦痛となっている症状，受けている医療とCAM，医療への満足度・希望，ヒーリングタッチの認知状況と希望等について尋ねた。

3. 身体的・心理的状況

本研究では対象者の生活や身体・心理・社会的状況をとらえるために，下記の①高齢者向け生きがい感尺度，②生活満足度尺度K，③高齢者版スピリチュアリティ健康尺度，④拡大ADL尺度，⑤自尊感情尺度を使用した。我が国では川南ら（2000，2003）や星野ら（1995）が開発した「難病患者に共通の主観的QOL尺度」がある。しかし，本研究では難病高齢者だけでなく，慢性疾患高齢者との比較，検討を行うため，これら5尺度を用いることとした。

①高齢者向け生きがい感尺度（資料6-①）

近藤（2003）は，高齢者の生きがい感がCantril（1965）によるセルフ・アンカリング・ストライビングスケール（Self-Anchoring-Striving Scale；自己決定による尺度，以下，生きがい感）によって測定可能であり，再検査法により高い信頼性が確認されたとしている。本研究では，難病患者の身体状況を考慮し，この生きがい感スケールを用いる。生きがい感スケールははしご状のもので0～10段階まであり，選択された数値が得点となる。点数が高いほど生きがい感は高くなる。

②生活満足度尺度K（資料6-②）

高齢者の生活満足度については，古谷野ら（1990）により日本人高齢者においてもその妥当性・信頼性が確認された生活満足度尺度K（Life Satisfaction Index K；以下，生活満足感）を用いる。本尺度は，「人生全体の満足感」，「心理的安定」，「老いについての評価」の3因子9項目で構成されている。2～3件法で回答を求め，各項目の回答が肯定的な場合，1点が与えられ，9項目の単純合計により得点が算出される。点数が高いほど満足感が高い。

③高齢者版スピリチュアリティ健康感尺度（資料6-③）

竹田（2007）によって開発された高齢者版スピリチュアリティ健康感尺度（spirituality健康感尺度；以下，SP健康感）を用いる。「生きる意味・目的」「死と死にゆくことへの態度」「自己超越（self-transcendence）」「他者との調和」「よりどころ」「自然との融和」の6因子18項目で構成されている。各項目に対する回答は，「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「まったくそう思わない」の5件法で求め，得点化の際には順に5～1点を与える。得点が高いほどスピリチュアルな健康レベルが高いことを意味する。

④拡大 ADL (Activities of Daily Living) 尺度 (資料 6-④)

従来の ADL の諸項目に、食事の用意、買物、交通機関の利用、金銭の出納など、所与の生活環境に自律的に適応するための IADL (Instrumental ADL) を加えたものであり EADL (Extended ADL ; 以下, EADL) と呼ばれる。この EADL は、細川ら(1994) によって開発され高齢者の健康状態を敏感に反映するとされ、信頼性・妥当性が確保されている。EADL は従来の ADL 10 項目と、IADL 5 項目の計 15 項目で構成され、項目ごとに、「自立」が 1 点、「それ以外」は 0 点として得点化する。得点数が高いほど ADL は自立している。

⑤自尊感情尺度 (資料 6-⑤)

Rosenberg, M. (1965) が作成した、自尊感情尺度 (Self-Esteem 尺度 : 以下, SE) を、山本ら (1982) が翻訳したもので、自己の能力や価値についての評価的感情や感覚を示す尺度である。質問紙は「あてはまる」から「あてはまらない」の 5 段階で回答してもらい、それぞれ 5 点から 1 点として 10 項目の評定を加算する。逆転項目は 5 項目設定されている。得点数が高いほど自尊感情が高いといえる。

4. 分析方法

全変数における記述統計量を算出した。生きがい感、生活満足感、SP 健康感、EADL、SE の身体能力の各尺度間の関連性を Pearson の積率相関係数で分析した。神経難病高齢者における基本的事項と生活状況については、性別、年齢、一人暮らしの有無、協力者の有無、暮らし向きへの満足感について各属性を 2 群に分けて、身体的・心理的状況得点の差を *t* 検定で検討した。各尺度の身体的・心理的状況得点を既存の先行研究の結果から検討した。また、病状や療養環境では、症状の多さ、転倒や入院の有無、医療への満足感について各属性を 2 群に分け、2 群間の差を *t* 検定で分析した

さらに、身体的、心理的、社会的・経済的な状況や CAM の活用が QOL や主観的健康状態とどのように関連しているか、*t* 検定、PAS 解析で検討した。各尺度は項目分析、探索的因子分析で削除項目、構成因子を確認したのち分析を行った。分析は SPSS.Ver.24 for windows および AMOS を用いて行った。

なお、*t* 検定の前提条件は、母集団から無作為に抽出されていること、母集団の分散が正規型またはそれに近いこと、2 つの母集団の分散が等しいこと (等分散であること) であるが、*t* 検定は、前述の 2 点についてはたとえ条件を満たしていなくても、結果に影響を受けにくいといわれている。前提条件の 3 点目については、2 つの母分散が等しいことを帰無仮説とした Levene 検定 (ルビーン) を行い、結果を解釈した。

第3節 結果

第1項 対象者の基本的事項および生活状況について

対象者の基本的事項と家族構成・協力者は表 3-3-1-1 のとおりである。男性 44 名 (41.1%) で女性 63 名 (58.9%)、平均年齢は男性 73.6±4.8 歳で、女性は 74.2±4.8 であった。前期高齢者は 60 名、後期高齢者は 47 名であり、それぞれの男女比はほぼ男 4 : 女 6 であった。一人暮らしの人は 24 名 (22.4%) で、69 名 (64.5%) は家族との同居をしており、内訳としては夫婦二人暮らし 48 名 (44.9%)、子ども世帯との同居 11 名 (10.3%)、その他の親族 10 名 (9.3%) であり、友人・その他は 14 名 (13.1%) であった。協力者は家族 69 名 (85.2%)、友人 32 名 (39.5%)、近隣者 20 名 (24.7%)、親戚 19 名 (23.5%) であった。

暮らし向き(経済的状況)は「とてもよい」7 名 (6.5%)、「まあまあよい」80 名 (74.8%) で 8 割以上を占めていた(表 3-3-1-2)。生活の中で重視する事項は、最も多かった項目が「健康」で 90 名 (84.1%)、続いて「自分らしさ」47 名 (43.9%)、その他に 30%を超えていた項目が、「人との共存」「自由さ」「経済的余裕」であった(表 3-3-1-3)。

表 3-3-1-1 基本的事項と家族構成・協力者

n=107

	項目	人数	%	項目別平均年齢
性別	男性	44	41.1	73.6±4.8
	女性	63	58.9	74.2±4.8
年代	前期高齢者	男性	26	43.3
		女性	34	56.7
	後期高齢者	男性	18	38.3
		女性	29	61.7
家族との同居	無	24	22.4	
	有	69	64.5	
同居者の内訳	夫婦二人暮らし	48	44.9	
	子ども世帯との同居	11	10.3	
	その他の親族	10	9.3	
	友人・その他	14	13.1	
協力者	家族	69	85.2	
	友人	32	39.5	
	近隣者	20	24.7	
	親戚	19	23.5	

表 3-3-1-2 暮らし向きへの満足感（経済的状況） n=107

項目	人数	%
とてもよい	7	6.5
まあまあよい	80	74.8
あまりよくない	19	17.8
かなり苦しい	1	0.9

表 3-3-1-3 生活の中で重視する項目（複数回答・多い順） n=107

項目	人数	%
健康	90	84.1
自分らしさ	47	43.9
人との共存	41	38.3
自由さ	39	36.4
経済的余裕	37	34.6
習慣・規律	16	15.0
文化	16	15.0
その他	6	5.6

第2項 対象者の病状と療養状況

今回の対象者のうち、過去1年以内に入院した人は31名（25.8%）、ないと回答した人は89名（74.2%）であった。同様に過去1年の転倒の有無については、有が61名（57.0%）、無が46名（43.0%）であった（表 3-3-2-1）。

表 3-3-2-1 過去1年間の入院・転倒の有無 n=107

項目		人数	%
入院	有	31	25.8
	無	89	74.2
転倒	有	61	57.0
	無	46	43.0

対象者の罹患疾患の内訳は表 3-3-2-2 のとおりである。神経難病高齢者 107 名のうち、93.5%の 100 名が PD であった。神経難病以外の複合疾患では、眼科・耳鼻科疾患 21 名（19.6%）、循環器 18 名（16.8%）、運動器 15 名（14.0%）が上位を占めた。

苦痛症状は、運動障害 62 名（57.9%）、痛み 37 名（34.6%）、しびれ 32 名（29.9%）が多く上がった順である（表 3-3-2-3）。受けている医療は保険医療が 104 名（97.2%）で、続

いて、マッサージ 45 名 (42.1%) 整体 18 名 (16.8%) と続いた (表 3-3-2-4)。医療への満足感は「とても満足」と「まあまあ満足」の人が 68 名 (63.6%) で、「あまり満足していない」「満足していない」人が 39 名 (36.4%) であった (表 3-3-2-5)。

表 3-3-2-2 罹患疾患の内訳(複数回答) n=107

病名	人数	%
神経難病	107	100.0
(内 100 名 93.5%はパーキンソン病)		
眼科・耳鼻科疾患	21	19.6
循環器	18	16.8
運動器	15	14.0
内分泌・代謝	12	11.2
腎・泌尿器	7	6.5
消化器	6	5.6
膠原病・アレルギー	3	2.8
呼吸器	2	1.9
生殖器	2	1.9
血液	2	1.9
その他	5	4.7

複
合
疾
患

表 3-3-2-3 苦痛症状(複数回答) n=107

項目	人数	%
運動障害	62	57.9
痛み	37	34.6
しびれ	32	29.9
めまい	18	16.8
その他	14	13.1

表 3-3-2-4 受けている医療(複数回答) n=107

項目	人数	%
保険医療	104	97.2
マッサージ	45	42.1
整体	18	16.8
鍼灸	10	9.3
気功	1	0.9
その他	4	3.7

表 3-3-2-5 医療への満足感 n=107

項目	人数	%
とても満足	5	4.7
まあまあ満足	63	58.9
あまり満足していない	30	28.0
不満足	9	8.4

表 3-3-2-6 ヒーリングタッチの認知と希望 n=107

項目	人数	%	項目	人数	%
知っている	13	12.1	受けてみたい	17	15.9
知らない	94	87.9	不明	19	17.8

今後の研究に向けヒーリングタッチの認知と希望の有無を調査した(表 3-3-2-6)。認知している人は13名(12.1%)で、ケアを希望した人は17名(15.9%)であった。

第3項 神経難病高齢者の身体的・心理的状況

対象者らの身体的・心理的状況の平均は、表 3-3-3-1 のとおりであった。また、表 3-3-3-2 は、尺度間の相関を示している。生きがい感は生活満足感 ($r=.33, p<.01$)、および SP 健康感 ($r=.54, p<.01$)、SE ($r=.42, p<.01$) と正の相関がみられた。生活満足感は、生きがい感の他、SP 健康感 ($r=.36, p<.01$)、SE ($r=.37, p<.01$) とともに正の相関がみられた。SP 健康感と SE との間にも ($r=.40, p<.01$) と正の相関がみられた。EADL 得点については、どの尺度とも関連はみられなかった。

表 3-3-3-1 神経難病高齢者の身体的・心理的状況 n=107

項目	平均値 (標準偏差:SD)	cf.健常高齢者		研究者
		前期	後期	
生きがい感	5.5±2.0	5.6		(近藤ら, 2003)
生活満足感	2.6±1.9	5.0±2.1		(山内ら, 2015)
		4.8±2.1		
SP 健康感	64.9±9.7	68.4 ±6.8		(竹田ら, 2007)
EADL	9.2±4.8	13.4 ±3.0		(細川ら, 1994)
SE	33.6±5.5	36.7		(橋本ら, 1997)
		34.5 ±7.1		(北村ら, 2004)

表 3-3-3-2 神経難病高齢者の身体的・心理的尺度間の相関

	生きがい感	生活満足感	SP 健康感	EADL	SE
生きがい感	1	.333**	.539**	.107	.420**
生活満足感		1	.360**	-.076	.368**
SP 健康感			1	-.019	.396**
EADL				1	-.084
SE					1

** $p<.01$

1. 対象者の基本的事項と生活状況の属性別による身体的・心理的状況

対象者の基本的事項と生活状況は、性別、年代別、一人暮らしの有無、協力者の多少、暮らし向きにおける身体的・心理的尺度の平均を t 検定で比較した (表 3-3-3-3(1),(2))。性別では SP 健康感で女性の方が有意に高かった ($p<.01$)。年代別では、前期・後期高齢者間で各尺度の平均点に有意差はなかった。一人暮らしかどうかでは、一人暮らしの方が生活満足感と SP 健康感が高かった ($p<.05$)。そして、協力者数 (多い: 3 名以上, 少ない 2 名以下) の別では、EADL 項目で協力者が多い人の方が得点は高かった ($p<.05$)。暮らし向きでは、よいと答えた人の方が、生活満足感および SE で有意に高かった ($p<.05$)。

表 3-3-3-3(1) 基本的事項と生活状況の属性別による身体的・心理的状況 1

	性別		年齢		一人暮らしの有無		協力者数	
	男: 44 名	女: 63 名	前期: 60 名	後期: 47 名	該当: 24 名	無: 83 名	多い: 23 名	少ない: 84 名
生きがい感	男	5.36±1.88	前期	5.63±1.97	該当	5.96 ± 2.58	多い	5.65±1.99
	女	5.59±2.11	後期	5.32±2.08	無	5.36 ± 1.81	少ない	5.45±2.03
生活満足感	男	2.39±1.83	前期	2.73±1.97	該当	3.38 ± 2.12	多い	2.17±1.64
	女	2.75±1.98	後期	2.43±1.86	無	2.37 ± 1.81	少ない	2.71±1.98
SP 健康感	男	61.84±8.82	前期	64.50±9.92	該当	68.50 ± 10.27	多い	66.91± 5.84
	女	67.06±9.69	後期	65.45±9.38	無	63.88 ± 9.27	少ない	64.37±10.42
EADL	男	10.05±4.74	前期	9.80±4.38	該当	7.79 ± 4.69	多い	10.65± 3.06
	女	8.57±4.80	後期	8.38±5.25	無	9.58 ± 4.80	少ない	8.77± 5.47
SE	男	34.00±5.60	前期	33.28±5.84	該当	32.83 ± 5.90	多い	33.22± 5.26
	女	32.37±5.69	後期	32.72±5.52	無	33.10 ± 5.65	少ない	32.99± 5.82

* $p<.05$ ** $p<.01$

表 3-3-3-3(2) 基本的事項と生活状況の属性別による身体的・心理的状況 2

	暮らし向き	
	よい: 87 名	よくない: 20 名
生きがい感	よい	5.62± 2.03
	よくない	4.95± 1.91
生活満足感	よい	2.78± 1.88
	よくない	1.80± 1.94
SP 健康感	よい	65.44± 9.15
	よくない	62.65±11.58
EADL	よい	9.36± 4.92
	よくない	8.40± 4.36
SE	よい	33.70± 5.78
	よくない	30.15± 4.28

* $p<.05$

2. 対象者の病状や療養環境の属性別による身体的・心理的状況

対象者の病状や療養環境は、症状数の多少、過去1年以内の転倒および入院の有無、医療の満足感の高低による身体的・心理的な平均を *t* 検定で比較した(表 3-3-3-4)。症状(多い:2つ以上, 少ない1未満)では、多い人は50名, 少ない人は57名で、身体・心理状況尺度すべてで有意差はみられなかった。転倒の有無でも各項目における有意差はなかった。入院の有無では、ないと答えた人の EADL 値は有意に高かった ($p<.05$)。医療への満足感が高い(まあまあ高い, 高いと答えた人)39名, 低いと答えた人は68名で低い人の群がかなり多かったが、どの身体・心理状況においても有意差は認めなかった。

表 3-3-3-4 病状と療養環境の属性別による身体的・心理的状況

	症状		転倒の有無		入院の有無		医療への満足感	
	多い:50名 少ない:57名	平均値±SD	有:61名 無:46名	平均値±SD	有:34名 無:73名	平均値±SD	高い:39名 低い:68名	平均値±SD
生きがい感	多い	5.12±1.99	有	5.64±1.87	有	5.12±2.37	高い	5.21±2.22
	少ない	5.82±1.98	無	5.30±2.19	無	5.67±1.81	低い	5.66±1.88
生活満足感	多い	2.28±1.84	有	2.52±1.99	有	2.47±1.94	高い	2.28±1.64
	少ない	2.88±1.96	無	2.70±1.84	無	2.66±1.92	低い	2.78±2.05
SP 健康感	多い	65.26±9.59	有	64.59±9.61	有	63.41±10.71	高い	62.90±10.85
	少ない	64.61±9.78	無	65.35±9.80	無	65.62±9.11	低い	66.07±8.77
EADL	多い	8.94±5.03	有	8.79±4.50	有	6.88±5.22	* 高い	8.87±4.59
	少ない	9.39±4.65	無	9.70±5.21	無	10.25±4.24		低い	9.35±4.96
SE	多い	32.48±5.78	有	33.10±5.04	有	33.24±4.97	高い	33.49±5.29
	少ない	33.53±5.60	無	32.96±6.49	無	32.95±6.01	低い	32.78±5.92

* $p<0.05$

3. 対象者の身体的・心理的状況と項目間の関連性についての検討

本研究ではそれぞれ妥当性・内的整合性が検証された尺度を用いている。しかし、本研究の対象者は神経難病や慢性疾患をもつ高齢者であり、その妥当性を検証するため、各尺度の探索的因子分析を行った。5尺度すべてについて、天井効果・フロア効果・I-T 相関・G-P 分析を行った結果、削除項目はなかった。SP 健康感尺度については、全項目で探索的因子分析(最尤法, Promax 回転)を行った。その結果は、表 3-3-3-5 のとおりである。固有値の変化量から因子数を4に定め、因子負荷量.40以上の項目を採用し、4因子14項目($\alpha=.878$)を抽出した。第1因子は「自分と先祖や子孫とは結びついている」等の項目であり、【よりどころ; $\alpha=.815$ 】と命名した。第2因子は「これまでの人生での出来事や思いを他者に語り、自分の人生の意味を再確認できたと感じることもある」等の項目であり、【生きる意味や目的; $\alpha=.722$ 】と命名した。第3因子は「年を重ねるごとに感謝の気持ちが高まっている」等の項目であり、【他者との調和; $\alpha=.710$ 】と命名した。第4因子は「美しい世界に触れることで、心が平和で豊かになる」等の項目で【自然との融和; $\alpha=.729$ 】であり、因子名はほぼ竹田(2007)の因子名と合致するものであった。4項目については因子負荷量が0.40未満であり、今回は削除項目として取り扱った。

表 3-3-3-5 SP 健康感尺度の確認的因子分析の結果

全体	$\alpha = .878$	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子：よりどころ $\alpha = .815$					
SPX 4	自分と先祖や子孫とは結びついている	.897	-.050	-.098	-.017
SPX 6	亡くなった家族やご先祖様に支えられている	.783	-.115	.193	-.148
SPX 2	自分がこの世に生まれてきたことに、大きな意味がある	.505	.258	-.060	.107
SPX 5	自分は何か大きな見えない力によって生かされている	.498	.077	.193	.030
第2因子：生きる意味や目的 $\alpha = .722$					
SPX 9	これまでの人生での出来事や思いを他者に語り、自分の人生の意味を再確認できたと感じることがある	-.116	.909	.089	-.030
SPX 8	心の深いところにある思いを他者と語り合う機会や場がある	-.113	.740	.113	-.025
SPX18	死ぬまでに、心の奥底にある気がかりを解決していく	.059	.550	-.171	.053
SPX16	人間は誰でも死を迎えるが、死に対する受けとめができています	.158	.484	.021	-.186
第3因子：他者との調和 $\alpha = .710$					
SPX 1	年を重ねるごとに感謝の気持ちが深くなっている	-.049	-.118	.804	.117
SPX11	他者への思いやりや感謝の気持ちを持つことで、人間関係を円滑にしている	.138	-.023	.680	-.061
SPX 7	どんな相手でも分け隔てなく受け入れようとしている	-.025	.146	.502	-.041
第4因子：自然との融和 $\alpha = .729$					
SPX15	美しい世界に触れることで、心が平和で豊かになる	.090	-.059	-.115	.821
SPX14	自然の雄大さ、美しさに心を震わせた経験がある	-.210	-.078	.217	.750
因子間相関					
第1因子		1.000			
第2因子		.658	1.000		
第3因子		.530	.632	1.000	
第4因子		.581	.652	.549	1.000
削除された項目					
SPX17	生きることや死ぬことについて日頃から家族で話し合っている				
SPX10	周囲の人々（家族や友人、知人など）との良好な人間関係を持つことで心穏やかに生きている				
SPX 3	日々の生活の中に、楽しみや生きる希望がある				
SPX13	自然の中にいると、自分がその一部であり、そこから力を得ているという気がする				

EADL 尺度は、細川ら（1994）らが用いた主成分分析を同様に実施し、ひとつの主成分が確認された。「請求書の支払い」「尿禁制」「整容」の 3 項目以外は各成分の共通性は.70 以上であった。また、上記 3 項目も.60 代後半でほぼ.70 に達すものであり、ADL および EADL として分離できないものであるため、そのまま活用することとした。

SE 尺度は 10 項目全体で、山本らと同様に主成分分析を行った。その結果は、表 3-3-3-6 のとおりである。当初、全体の $\alpha = .794$ であったが、「⑧自分を尊敬したい」という項目は項目間の共通性.402 であった。成分行列でも寄与率-.156 と関連が低かった。そのため、「⑧自分を尊敬したい」という項目を削除し、9 項目で主成分分析を行ったところ、全体の $\alpha = .837$ となったため、9 項目での使用を決定した

表 3-3-3-6 SE 尺度の主成分分析の結果

全体 $\alpha = .837$ (9項目)		成分1
⑩	何かにつけて、自分は役立たない人間だと思う	.732
⑦	だいたいにおいて、自分に満足している	.726
②	いろいろな良い素質を持っている	.715
①	少なくとも人並みには、価値のある人間である	.711
⑨	自分は全くだめな人間だと思うことがある	.704
③	敗北者だと思うことがある	.631
④	物事を人並みにはうまくやれる	.607
⑤	自分には、自慢できるところがあまりない	.588
⑥	自分に対して肯定的である	.531
削除項目		
⑧	もっと自分自身を尊敬できるようになりたい	

次に対象者の属性や病状・治療といった生活関連の要因と身体的・心理的尺度の関係性についてパスモデルを作成した。結果は、図 3-3-3-1 のとおりである。

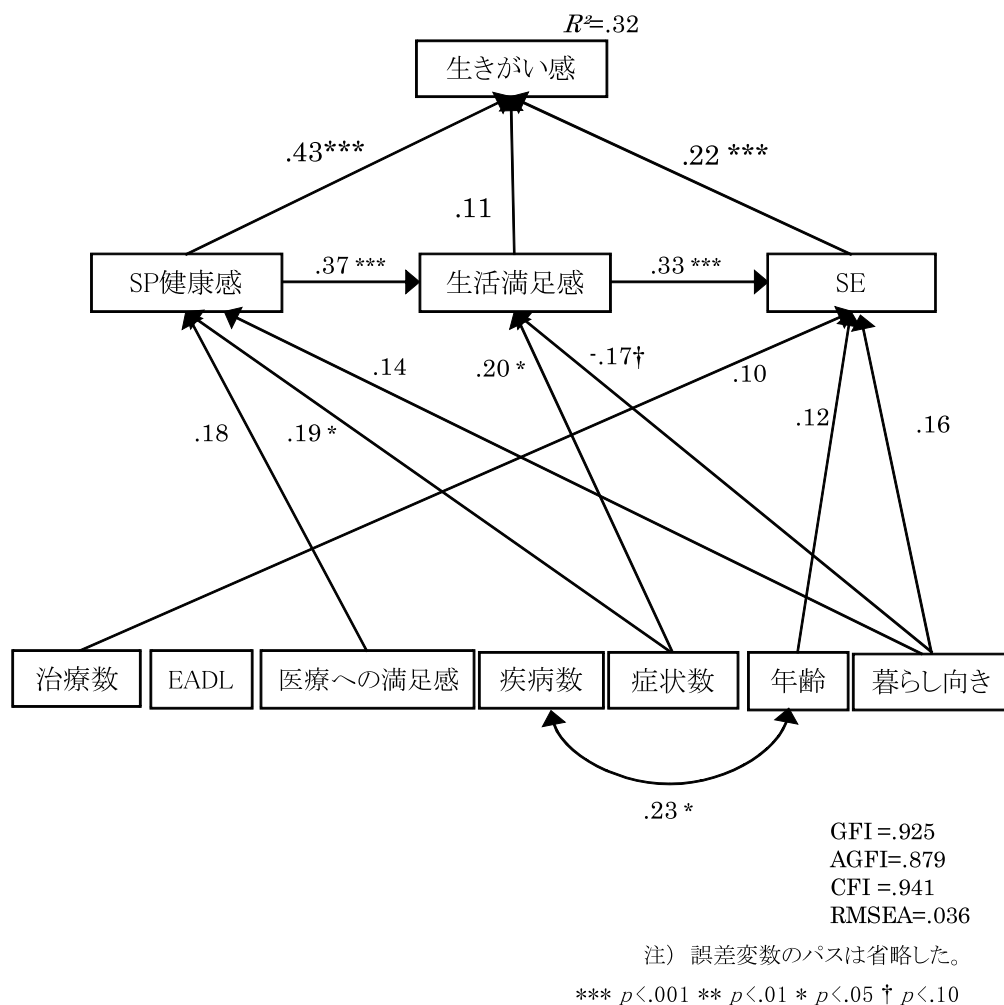


図 3-3-3-1 神経難病高齢者における療養生活と身体的・心理的要素関連モデル

生きがい感、生活満足感、SP 健康感、SE を内生変数とし、年齢や暮らし向き、症状の数、治療数、ADL、医療への満足感を外生変数とした。難病高齢者の生きがい感は、有意に SP 健康感および SE から影響を受け、生活満足感からは有意な影響は認められず、最終的な生きがい感への決定係数 $R^2=0.32$ であった。また生活満足感も SP 健康感から影響を受け、SE は生活満足感から影響を受けていた。身体的状況の指標である ADL は心理的状況への影響はみられなかったが、SP 健康感も症状の数から弱い影響を受け、生活満足感も症状の数から影響を受けていた。モデルの適合度は GFI=0.925、AGFI=0.879、CFI=0.941、RMSEA=0.036 であった。

第4節 考察

1. 難病高齢者の生活状況および身体・心理・社会的状況について

本研究の対象者は後期高齢者が 4 割を超えており、高齢化の影響が窺える。家族との同居は 64.5%みられるが、世帯構成の内訳を見ると夫婦 2 人暮らしがもっとも多く、続いて子ども世帯との同居である。しかし、22.4%の人は一人暮らしであり、一般の高齢者の独居生活の増加に近い状況であった。協力者は家族が圧倒的に多く 8 割以上を占めている。そして、友人、近隣者と続き、親戚がやや近隣者を下回っており、日々の生活支援ゆえに身近な人の協力支援が必要とされていると考えられた。

今回の対象者らの暮らし向きは「とてもよい」「まあまあ」というレベルを選択された人が多かった。生活の中で重視する項目は、「健康」が 84.1%と最も多いが、「自分らしさ」や「人との共存」「自由さ」という生活の中の自分の存在と人としての在り方を求める傾向が窺えた。しかし、「経済的余裕」を求める人も 34.6%あり、必ずしも生活に余裕がある人ばかりではないといえる。

病状や療養環境では、過去 1 年間の入院割合は 25.8%であるが、1 年以内の転倒は 57%であった。神経難病である対象者のほとんどは PD で運動障害はあるが在宅生活に支障がない健康レベルの人が多くといえる。複合疾患として、眼科・耳鼻科疾患、循環器と運動器が上位を占め、感覚機能や全身的機能の低下といった高齢者の疾病状況を反映している。苦痛症状では約 9 割弱の人に運動障害・痛みがあり、しびれやめまいなどの全身的症状も約半数を占めており、対象者の症状と苦痛緩和の重要性を示している。

受けている医療は保険医療がほとんどで、それ以外でマッサージ・整体・鍼灸の使用も約 7 割あった。紀平ら（2011）の調査でも、神経難病患者らのマッサージや整体、指圧といった手法的な治療の利用率は高いと報告されている。しかし、受けている医療に満足している人は全体の約 6 割強を占め、満足していない人は約 4 割弱であり、苦痛症状の緩和に CAM が活用される要因となることが窺える。また、ヒーリングタッチの認知度は高いとはいえないが希望すると回答した者は 2 割弱おり、CAM への関心は少なくないといえる。

横井（2010）はわが国の慢性疾患患者の CAM に関する看護における研究の動向を調査し、がんを除く一般の慢性疾患では運動障害を有する疾患の人の利用が多く、その目的と

しては機能訓練や苦痛の緩和、リラックス、不安、ストレスの軽減、QOLの向上などをあげている。これは治らない病気であっても、その苦痛を何とかしたいという神経難病患者の思いと捉えることができる。そしてその思いは、患者自身は無論のこと、患者の苦痛をそばで見守るしかない看護師にとっても同様であると推察する。

牛久保(2007)は、難病患者の苦悩は「難病を生きる苦悩」と表現されるがごとく、スピリチュアルペインそのものであると述べている。また、「発症時から次々と病状に追いまくられる神経難病の療養過程において、療養者が体験するスピリチュアルペインをはじめとした苦痛や苦悩に対処するためには、在宅ケアが重要視されなければならない」と述べている。そして、「難治性進行性神経筋疾患の緩和ケアの広範な論議は、世界的にはじまったばかりである」とも述べており、神経難病であることに加え高齢という要素を加味すると、問題の諸相はさらに奥深く、真摯に患者に向き合い理解する姿勢が必要であろう。

身体的・心理的尺度では生きがい感、生活満足感、SP健康感、EADL、SEのすべての尺度において神経難病高齢者の平均が低く、特に生活満足感とEADLは著明な差があり、運動障害を主徴とする症状コントロールの状況からの影響が窺えた。EADL尺度を除く4つの尺度間は全て中程度の相関関係を認めた。生きがい感や生活満足感に最も関連が強かったものはSP健康感とSEであった。これらのことは、神経難病高齢者が思うようにならない過酷な状況の中でも身体的状況を乗り越え、自身自信と自身の生活を何とか立て直していることが伺える。つまり、「自立存在」としての自分は縮小したとしても、「関係存在」と「時間存在」としての自己を再構築している姿と捉えることができる。

対象者の属性と身体的・心理的状況との関連性は、女性の方がSP健康感が高く、暮らし向きがよいと答えた人の方がSEは高かった。一方、神経難病高齢者は協力者数が少ない(2名以下)人が多く、一人暮らしの方が有意に生活満足感が高かった。このことは、他者によるサポートの必要度が高い状況にある人は本研究の対象者には少なく、一人暮らしであっても自分自身で生活を維持し、キーパーソンとなる協力者が一人という少数であっても自分の理解者が存在するということが、心理的状況の維持には必要であると考えられた。また、対象者の病状と身体的・心理的状況との関連性では、過去1年以内に入院している人の方がEADLは有意に低かったが、症状や転倒、医療への満足感の有無では有意差を認めなかった。このことは、神経難病という進行性の疾患による病状及び症状の進行は、入院を必要とするごとに生活機能を低下させていると考えられた。そして、本調査の結果では有意ではなかったが、EADLの得点は、対象者の症状の多さや転倒の有無によっても低値を示しており、生活機能維持には、症状の多さや転倒等による病状の進行と悪化が影響することが推察できた。

2. 神経難病高齢者のQOL(生きがい感)に影響を与える要因の検討

神経難病高齢者の身体的・心理的状況は、本調査では一般の高齢者に比して低い傾向を示した。では、神経難病高齢者のQOLはどのように維持されているのであろうか。

本研究のPAS解析では、神経難病高齢者の生きがい感は、SP健康感およびSEから直接

影響を受けていたが、生活満足感からの直接的な影響は認めなかった。また、生活満足感には SP 健康感から影響を受け、SE は生活満足感から影響を受けていた。このことは、SP 健康感、すなわちスピリチュアリティの有り様が患者の生きがい感を高め、QOL 向上の鍵となると考えられる。このことは野尻（2013）が述べている高齢者の QOL プロモーションにおけるスピリチュアリティの重要性とも一致するものであった。以上のことから、神経難病高齢者においてスピリチュアリティを高める支援は、生活満足感や SE に働きかけ、日々の生きがい感の高揚につながる可能性があると考えられる。

押領司（2007）や加藤ら（2014）は神経難病患者の主観的 QOL に ADL や IADL が影響を及ぼすと述べている。しかし、今回の対象者においては生きがい感や生活満足感、SP 健康感、SE と EADL との間に実測値では差が確認できる項目もあったが、統計上では有意な関連性は認めなかった。このことは、症状の進行が比較的緩徐とされる PD の患者が対象のほとんどを占めていたこと、また、身体的機能の低下はあるものの QOL は維持あるいは高くなるとされる後期高齢者が 5 割弱を占めていたことが関連していると考えられる。これらのことから、神経難病高齢者の生きがい感を高めるためには、ADL を維持すると同時に、スピリチュアリティに働きかけることが重要となると考える。さらに、症状の数と EADL は、生活満足感や SP 健康感に弱い関連ながらも影響を及ぼしていた。このことは、対象者の ADL を低下させることが、対象者の希望や生きる力さえも削ぎ落していく可能性も考えられる。したがって、神経難病高齢者への支援は症状コントロールをしながら生活機能を維持し、またスピリチュアリティに働きかけるアプローチを探究していく必要がある。

第5節 第3章のまとめ

1. 本調査の対象である神経難病高齢者の世帯構成は家族同居では夫婦 2 人暮らしがもっとも多く、続いて子ども世帯との同居であった。22.4%は一人暮らしであり、一般の高齢者の独居生活の増加に近似していた。協力者は家族が圧倒的に多く 8 割以上を占めていた。友人、近隣者など、日々の生活支援には身近な人の協力支援が必要とされていた。

2. 対象者のほとんどは PD で、運動障害はあるが在宅生活に支障がない健康レベルの人が多かった。複合疾患として、眼科・耳鼻科疾患、循環器と運動器が上位を占め、感覚機能や全身的機能の低下といった高齢者の疾病状況を反映している。約 9 割の人に運動障害・痛みがあり、またしびれやめまいなどの全身的症状のある人が約半数を占めており、対象者の苦痛緩和へのケアニーズは高い。

3. 対象者が受けている医療は保険医療がほとんどであったが、マッサージ・整体・鍼灸などの CAM も約 7 割が利用していた。受けている医療に満足していない人は、苦痛症状の緩和に代替療法を活用していた。ヒーリングタッチの認知度は高いとはいえない。しかし、全対象者のうち希望者は 2 割弱であったことからニーズは低くない割合で存在する。

4. 神経難病高齢者の身体的・心理的状況は一般の高齢者に比して低い。神経難病高齢者の生きがい感は、SP 健康感および SE から直接影響を受けていた。また、生活満足感も SP 健康感から影響を受け、SE は生活満足感から影響を受けており、SP 健康感、すなわちスピリチュアリティの有り様が患者の生きがい感を高め、QOL 向上の鍵となる。

5. 今回の対象者は、症状の進行が比較的緩徐とされる PD の患者が多く、後期高齢者が 5 割弱を占めていた。症状の数と EADL は、生活満足感や SP 健康感に弱い関連ながらも影響を及ぼしていた。したがって、神経難病高齢者への支援は症状コントロールをしながら生活機能を維持し、またスピリチュアリティに働きかけるアプローチを探究していく必要がある。

引用文献

- Cantril, H.(1965) : The pattern of human concerns, In. *Rutgers U.P.*, New Brunswick, New Jersey : USA, 22-23.
- 橋本有里子・本村 汎 (1997) : 老年期の自尊感情に関する一研究 ―属性要因・ソーシャルサポートの授受評価要因などとの関連において―, 大阪市立大学生生活科学部紀要, 45, 231-241.
- 星野明子, 篠崎育子, 信野左千子, 藤田利治, 箕輪眞澄 (1995) : 神経難病患者の Quality of Life 評価尺度の開発, 日本公衆衛生雑誌, 42(12), 1069-1081.
- 細川 徹, 坪野吉孝, 辻 一郎, 前沢政次, 中村隆一 (1994) : 拡大 ADL 尺度による機能的状態の評価 (1)地域高齢者, リハビリテーション医学, 31(6), 399-408.
- 池田若葉, 山路義生, 助友裕子, 黒沢美智子, 稲葉 裕 (2009) : パーキンソン病患者の保健・医療・福祉サービスの利用とその関連要因, 民族衛生, 75(2), 59-65.
- 加藤由里, 李範爽, 土屋謙仕, 下田佳央莉, 勝山しおり, 外里富佐江 (2014) : 在宅生活をおくる神経難病患者の健康関連 QOL ―SF-36 を用いて―, The KITAKANTO Medical Journal, 64, 197-203.
- 川南勝彦, 藤田利治, 箕輪眞澄, 古谷野亘 (2000) : 難病患者に共通の主観的 QOL 尺度の開発, 日本公衆衛生雑誌, 47(12), 990-1003.
- 川南勝彦 (2003) : 難病患者に共通の主観的 QOL 尺度の検討と基準関連妥当性, 順天堂医学, 48(4), 484-494.
- 紀平為子, 岡本和士, 吉田宗平, 若山育郎, 吉備 登 (2011) : 神経難病患者・介護者における補完代替医療利用の実態調査, 日本補完代替医療学会誌, 8(1), 11-16.
- 北村隆子, 白井キミカ, 筒井裕子 (2004) : 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因, 人間看護学研究, 3, 1-9.
- 近藤 勉 (2003) : 高齢者の生きがい感測定におけるセルフ・アンカリングスケールの有用性, 老年精神医学雑誌, 14(3), 339-344.

- 古谷野 亘, 柴田 博, 芳賀 博, 須山靖男 (1990) : 生活満足度の構造 — 因子構造の不変性 —, 老年社会科学, 12 ; 102-116.
- 野尻雅美 (2013) : 高齢者の QOL プロモーションとスピリチュアリティ, 日本健康医学会雑誌, 22(2), 78-83.
- Mishel, M. H. (1981) : The Measurement of Uncertainty in Illness, *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- 横領司 民 (2007) : 在宅生活をしている脊髄小脳変性症療養者の主観的 QOL とその要因, 日本難病看護学会, 12(2), 113-124.
- Rosenberg, M. (1965) : Appendix D, Scales And Scores, In. *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton University Press, New Jersey : USA, 305-319.
- 酒井奏子 (2019) : 難病療養者が望む暮らしを重度訪問介護でかなえるために…モデル事業から見えたこと, 日本難病看護学会誌, 23(3), 223-225.
- 竹田恵子, 太湯好子, 桐野匡史, 雲 かおり, 金 貞淑, 中嶋和夫 (2007) : 高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発 — 妥当性と信頼性の検証 —, 日本保健科学学会誌, 10(2), 63-72.
- 牛久保美津子 (2007) : 神経難病療養者のスピリチュアルペインと緩和的ケア, *The KITAKANTO Medical Journal*, 57(2), 189-190.
- 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子 (1982) : 認知された自己の諸側面の構造, 教育心理学研究, 30(1), 64-68.
- 山内加奈子, 斉藤 功, 加藤匡宏, 谷川 武, 小林敏生 (2015) : 地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因 5年間の追跡研究, 日本公衆衛生雑誌, 9, 537-547.
- 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 — 慢性疾患とがん患者に対する補完・代替療法の看護研究の比較 —, 人間看護学研究, 8, 25-33.
- 吉川日和子, 小河育恵, 高山成子, 麻生佳愛 (2006) : 高齢難病患者の日常生活と主観的幸福感, 日本難病看護学会誌, 10(3), 178-188.

第4章 慢性疾患高齢者の生活実態と健康感、および神経難病高齢者との比較

第1節 目的

人生の終焉の時期で慢性疾患を患うということは、高齢者の QOL に大きく影響する主観的健康感を損なうことにつながりやすいと考えられる。第3章では、神経難病高齢者の生活実態と健康感を検討し、症状コントロールをしながら、スピリチュアリティに働きかけることが生きがい感を高め、QOL 向上の鍵となることが示唆された。それは、慢性疾患の高齢者全般に共通した特徴であるのか、あるいは今回の研究対象である神経難病高齢者に特徴づけられるものなのかは明らかではない。そこで、本章の調査では、慢性疾患高齢者の生活状況、病状などの療養環境と、生きがいや健康感など心理的状況とともに QOL とその関連因子について明らかにし、第3章の神経難病高齢者の結果と比較し、神経難病高齢者の特性をより明確化することを目的とする。

第2節 方法

第1項 対象者および調査方法

対象者は A 県における神経難病以外の慢性疾患をもつ 65 歳以上の者 160 名とした。対象者は、高血圧や糖尿病、脳血管障害などの診断を受け、在宅療養を行っている者とし、A 市にある内科および総合クリニックにおいて研究の目的と方法について説明を行い、設置者から承諾が得られた 5 箇所の医院に通院している者とした。

研究者が設置者から指定された日時（患者が指導などで集まる場合など）にクリニック等を訪問し、患者に研究主旨と目的、方法について口頭と書面で説明して、調査票を配布した。その後、対象者には自宅で調査票を記入してもらい、郵送で回収した。回収した 120 名を分析対象とした。

第2項 調査期間

調査期間は平成 29 年 6 月～平成 29 年 10 月

第3項 調査内容

調査内容は神経難病高齢者と同じ、対象者の基本的事項と生活状況、病状、療養環境、および身体的・心理的状況で構成した。

1. 基本的事項と生活状況（資料 6-0）

性別、年齢、世帯構成、配偶者や家族・協力者の有無や関係、暮らし向き、生活の中で重要視すること等について尋ねた。

2. 病状と療養環境（資料 6-0）

過去 1 年の入院や転倒の有無、罹患疾患（分類）、苦痛となっている症状、受けている医

療と CAM, 医療への満足度・希望, ヒーリングタッチの認知状況と希望等について尋ねた。

3. 身体的・心理的状況

第4章 難病高齢者で使用した以下の5尺度を用いた。

①高齢者向け生きがい感尺度（以後、生きがい感（資料6-①））

生きがい感は0～10段階まであり、選択された数値が得点となる。点数が高いほど生きがい感は高くなる。

②生活満足度尺度K（以後、生活満足感（資料6-②））

本尺度は3因子9項目で構成され、9項目の単純合計により得点が算出される。点数が高いほど満足感が高い。

③高齢者版スピリチュアリティ健康尺度（以後、SP健康（資料6-③））

SP健康感は6因子18項目で構成され、得点が高いほどスピリチュアルな健康レベルが高いことを意味する。

④拡大ADL（Activities of Daily Living）尺度（以後、EADL（資料6-④））

EADLは従来のADL10項目と、IADL5項目の計15項目で構成され、得点数が高いほどADLは自立している。

⑤自尊感情尺度（以後、SE（資料6-⑤））

自己の能力や価値についての評価的感情や感覚を示す尺度である。10項目の評定を加算し、得点が高いほど自尊感情が高いといえる。

4. 分析方法

全変数について記述統計量を算出し、神経難病高齢者と同様の分析を行った。生きがい感、生活満足感、SP健康感、EADL、SEの身体能力の各尺度間の関連性をPearsonの積率相関係数で分析した。慢性疾患高齢者における基本的事項と生活状況については、性別、年齢、一人暮らしの有無、協力者の有無、暮らし向きへの満足感について各属性を2群に分けて、身体的・心理的状況得点の差をt検定で検討した。各尺度による身体的・心理的状況を既存の先行研究の結果から検討した。また、病状や療養環境では、症状の多さ、転倒や入院の有無、医療への満足感について各属性を2群に分けて、2群間の差をt検定で分析した。CAMの認知度とヒーリングタッチの希望度、また医療への満足の高低について、神経難病高齢者と慢性疾患高齢者で回答に差異があるか、 χ^2 二乗検定と残差分析で検討した。さらに、身体的、心理的、社会的・経済的な状況がQOL、主観的健康状態とどのように関連しているかをt検定、PAS解析で検討した。その後、神経難病高齢者と慢性疾患高齢者における差異を明確にするため、属性及び5尺度の得点差をt検定で分析した。分析はSPSS.Ver.24 for windowsおよびAMOSを用いて行った。なお、t検定は母分散が等しいことを帰無仮説としたLevene検定（ルビーン）を行い、結果を解釈した。

第3節 結果

第1項 対象者の基本的事項および生活状況について

対象者の基本的事項と家族構成・協力者は表 4-3-1-1 のとおりである。男性 40 名 (33.3%) で女性 80 名 (66.7%)、平均年齢は男性 75.5±7.3 歳で、女性は 75.8±6.3 であった。前期高齢者は 55 名、後期高齢者は 65 名であり、それぞれの男女比は前期高齢者が男性 34.5%、女性 65.5% であり、後期高齢者は女性がやや多く、約 68% であった。

一人暮らしは 22 名 (18.3%) で、83 名 (69.2%) は家族との同居をしており、内訳は夫婦二人暮らし 62 名 (51.7%)、子ども世帯との同居 17 名 (14.2%)、その他の親族 4 名 (3.3%)、友人・その他 15 名 (12.5%) であった。協力者は、家族 107 名 (89.2%)、友人 35 名 (29.2%)、近隣者 31 名 (25.8%)、親戚 36 名 (30.0%) であった。

暮らし向き(経済的状況)は「とてもよい」22 名 (18.3%)、「まあまあよい」80 名 (66.7%) が 8 割以上であった(表 4-3-1-2)。生活の中で重視する事柄は、最も多かった項目が「健康」で 104 名 (86.7%)、続いて「自分らしさ」45 名 (37.5%)、その他に 30% を超えていた項目が、「人との共存」「自由さ」であった(表 4-3-1-3)。

表 4-3-1-1 基本的事項と家族構成・協力者

n=120

項目	人数	%	項目別平均年齢	
性別	男性	40	33.3	75.5±7.3
	女性	80	66.7	75.8±6.3
年代	前期高齢者 男性	19	34.5	
	前期高齢者 女性	36	65.5	
	後期高齢者 男性	21	32.3	
	後期高齢者 女性	44	67.7	
家族との同居	無	22	18.3	
	有	83	69.2	
同居者の内訳	夫婦二人暮らし	62	51.7	
	子ども世帯との同居	17	14.2	
	その他の親族	4	3.3	
	友人・その他	15	12.5	
協力者	家族	107	89.2	
	友人	35	29.2	
	近隣者	31	25.8	
	親戚	36	30.0	

表 4-3-1-2 暮らし向きへの満足感(経済的状況) n=120

項目	人数	%
とてもよい	22	18.3
まあまあよい	80	66.7
あまりよくない	16	13.3
かなり苦しい	2	1.7

表 4-3-1-3 生活の中で重視する項目 (複数回答・多い順) n=120

項目	人数	%
健康	104	86.7
自分らしさ	45	37.5
人との共存	39	32.5
自由さ	37	30.8
経済的余裕	34	28.3
習慣・規律	22	18.3
文化	12	10.0
その他	1	0.8

第2項 対象者の病状と療養状況

今回の対象者のうち、過去1年以内に入院した人は31名(25.8%)、ないと回答した人は89名(74.2%)であった。同様に過去1年の転倒の有無については、有が24名(20.0%)、無が96名(80.0%)であった(表4-3-2-1)。

表 4-3-2-1 過去1年間の入院・転倒の有無 n=120

項目		人数	%
入院	有	31	25.8
	無	89	74.2
転倒	有	24	20.0
	無	96	80.0

対象者らの罹患疾患は表4-3-2-2のとおりである。循環器が73名(60.8%)、運動器が29名(24.2%)、内分泌・代謝25名(20.8%)、眼科・耳鼻科疾患24名(20.0%)、消化器23名(19.2%)が上位であった。

苦痛症状は、痛み 35 名 (29.2%)、しびれ 24 名 (20.0%)、運動障害 8 名 (6.7%) の順で多い症状であった (表 4-3-2-3)。受けている医療は保険医療が 112 名 (93.3%) で、次いで、整体 32 名 (26.7%) マッサージ 13 名 (10.8%) と続いた (表 4-3-2-4)。医療への満足感は「とても満足」と「まあまあ満足」の人が 105 名 (87.5%) であり、「あまり満足していない」「満足していない」人は 15 名 (12.5%) であった (表 4-3-2-5)。

ヒーリングタッチの認知と希望の有無を調査した (表 4-3-2-6)。認知している人は 11 名 (9.2%) であり、ケアを希望した人は 7 名 (5.8%) であった。前章の神経難病高齢者を対象としたヒーリングタッチの認知状況と希望状況とをそれぞれ χ^2 検定で検討した。結果、認知状況は神経難病であるかどうかで認知度の回答に差異があるとは言えなかった ($\chi^2(1) = 0.53, p = .47$)。しかし、神経難病であるとヒーリングタッチを希望すると回答する傾向を認めた ($\chi^2(1) = 2.62, p = .10$)。

表 4-3-2-2 罹患疾患の内訳(複数回答)

n = 120

病名	人数	%
循環器	73	60.8
運動器	29	24.2
内分泌・代謝	25	20.8
眼科・耳鼻科疾患	24	20.0
消化器	23	19.2
膠原病・アレルギー	16	13.3
脳血管	11	9.2
呼吸器	11	9.2
腎・泌尿器	10	8.3
血液	2	1.7
生殖器	1	0.8
その他	10	8.3

表 4-3-2-3 苦痛症状(複数回答)

n = 120

項目	人数	%
運動障害	8	6.7
痛み	35	29.2
しびれ	24	20.0
めまい	6	5.0
その他	11	9.2

表 4-3-2-4 受けている医療(複数回答) n=120

項目	人数	%
保険医療	112	93.3
整体	32	26.7
マッサージ	13	10.8
鍼灸	9	7.5
気功	0	0.0
その他	4	3.3

表 4-3-2-5 医療への満足感 n=120

項目	人数	%
とても満足	26	21.7
まあまあ満足	79	65.8
あまり満足していない	13	10.8
不満足	2	1.7

表 4-3-2-6 ヒーリングタッチの認知と希望 n=120

項目	人数	%	項目	人数	%
知っている	11	9.2	受けてみたい	7	5.8
知らない	109	90.8	不明	19	15.8

第3項 慢性疾患高齢者の身体的・心理的状況

対象者らの身体的・心理的状況の得点は、表 4-3-3-1 のとおりであった。また、表 4-3-3-2 は、尺度間の相関を示している。暮らし向きは生きがい感と ($r=.53, p<.01$)、EADL を除く 4 つの尺度とも中程度の相関がみられた。医療の満足度も SE 以外の項目間との弱い相関があった。生きがい感は生活満足感 ($r=.48, p<.01$) および、SP 健康感 ($r=.37, p<.01$)、SE ($r=.49, p<.01$) と正の相関がみられた。生活満足感は、生きがい感の他 SE ($r=.39, p<.01$) ととも正の相関がみられた。SP 健康感と SE との間にも ($r=.53, p<.01$) と正の相関がみられた。EADL 得点については、SE ($r=.22, p<.05$) と負の相関がみられた。

表 4-3-3-1 慢性疾患高齢者の身体的・心理的状況

n=120

項目	平均値 (標準偏差:SD)	cf.健常高齢者	研究者
生きがい感	6.8±2.1	5.63	(近藤ら, 2003)
生活満足感	4.5±2.4	前期 5.0±2.1	(山内ら, 2015)
		後期 4.8±2.1	
SP 健康感	67.9±9.2	68.4 ±6.8	(竹田ら, 2007)
EADL	14.4±1.4	13.4 ±3.0	(細川ら, 1994)
SE	37.7±6.0	36.7	(橋本ら, 1997)

表 4-3-3-2 慢性疾患高齢者の身体的・心理的尺度間の相関

	暮らし向き	医療の満足度	生きがい感	生活満足感	SP健康感	SE	EADL
暮らし向き	1	.387**	.531**	.387**	.379**	.021	.316**
医療の満足度		1	.211*	.282**	.196*	.251**	.038
生きがい感			1	.481**	.373**	.007	.493**
生活満足感				1	.171	-.073	.391**
SP健康感					1	-.175	.528**
EADL						1	-.224*
SE							1

* $p<.05$ ** $p<.01$

4. 対象者の基本的事項と生活状況の属性別による身体的・心理的状況

対象者の基本的事項と生活状況は、性別、年代別、一人暮らしの有無、協力者の多少、暮らし向きにおける身体的・心理的な平均点を t 検定で分析した (表 4-3-3-3(1),(2))。男女間にはすべての尺度で有意差はなかった。年代では、生きがい感 ($t(118)=2.41, p=.017$), SP 健康感 ($t(118)=2.37, p=.019$) は前期高齢者より後期高齢者のほうが有意に高く、EADL という病状を反映する尺度については、後期高齢者は有意に低下していた ($t(89.52)=-2.81, p=.006$)。SE や生活満足感に有意差はないが数値的には後期高齢者のほうが高値を示していた。一人暮らしかどうかと、協力者数 (多い: 3 名以上, 少ない 2 名以下) の別ではすべての項目で有意差は無かった。さらに、「暮らし向き」はよいと回答している人の方が、生活満足感 ($t(118)=2.94, p=.004$), SE 得点 ($t(118)=2.24, p=.027$), SP 健康感 ($t(118)=4.11, p<.000$), 生きがい感 ($t(118)=4.17, p<.000$) とともに得点が有意に高かった。

表 4-3-3-3(1) 基本的事項と生活状況の属性別による身体的・心理的状况 1 n=120

	性別		年齢		一人暮らしの有無		協力者数			
	男: 40名 女: 80名	平均値±SD	前期: 55名 後期: 65名	平均値 ±SD	該当: 22名 無: 98名	平均値±SD	多い: 23名 少ない: 97名	平均値 ±SD		
生きがい感	男	7.05±2.11	前期	6.29±1.97	]	*	該当	6.27±2.57	多い	7.17±2.29
	女	6.65±2.09	後期	7.20±2.13			無	6.90±1.98	少ない	6.69±2.05
生活満足感	男	4.60±2.29	前期	4.45±2.24	]	*	該当	3.86±2.90	多い	4.57±2.27
	女	4.44±2.49	後期	4.52±2.57			無	4.63±2.28	少ない	4.47±2.45
SP 健康感	男	66.95±9.96	前期	67.75±9.95	]	*	該当	67.73±7.25	多い	70.13±8.97
	女	68.31±8.77	後期	69.65±8.09			無	67.89±9.57	少ない	67.32±9.17
EADL	男	14.13±1.65	前期	14.76±.74	]	**	該当	14.45±.80	多い	14.35±1.56
	女	14.54±1.27	後期	14.09±1.75			無	14.39±1.52	少ない	14.41±1.39
SE	男	36.80±5.50	前期	35.89±5.34	]	*	該当	37.09±5.25	多い	36.70±5.21
	女	36.78±5.49	後期	37.54±5.50			無	36.71±5.54	少ない	36.80±5.55

* $p<.05$ ** $p<.01$

表 4-3-3-3(2) 基本的事項と生活状況の属性別による身体・心理的状况 2 n=120

	暮らし向き			
	よい: 102名 よくない: 18名	平均値±SD		
生きがい感	よい	7.10± 1.95]	**
	よくない	5.00± 2.09		
生活満足感	よい	4.75± 2.36]	*
	よくない	3.00± 2.22		
SP 健康感	よい	69.22± 8.20]	**
	よくない	60.17±10.71		
EADL	よい	14.38± 1.50]	*
	よくない	14.50± 0.86		
SE	よい	37.25± 5.42]	*
	よくない	34.17± 5.15		

* $p<.05$ ** $p<.01$

2. 対象者の病状や療養環境の属性別による身体的・心理的状况

対象者の症状数，過去 1 年以内の転倒および入院の有無，医療の満足度の高低による身体的・心理的な平均点を t 検定で比較した（表 4-3-3-4）。症状の多い人（2 つ以上）は 18 名，少ない人（1 未満）は 102 名であり，生きがい感で症状の少ない人の方が得点は有意に高かった（ $t(118)=-1.99$, $p=.049$ ）。しかし，転倒の有無や入院の有無では身体・心理的尺度に有意差はなかった。医療への満足度は高い人が 105 名，低い人が 15 名で身体・心理尺度得点に有意差は認めなかった。神経難病であるか否かで医療への満足度に差異があるか検討した結果，神経難病高齢者は医療への満足度が低い傾向にあった（ $\chi(1)=63.6$, $p<0.000$ ）。

表 4-3-3-4 病状と療養環境の属性別による身体的・心理的状況

n=120

	症状		転倒の有無		入院の有無		医療への満足度	
	多い：18名 少ない：102名	平均値±SD	有：24名 無：96名	平均値 ±SD	有：31名 無：89名	平均値±SD	高い：105名 低い：15名	平均値 ±SD
生きがい感	多い	5.89±2.54	有	6.79±2.48	有	7.29±1.92	高い	6.89±2.11
	少ない	6.94±1.98	無	6.78±2.01	無	6.61±2.14	低い	6.07±1.94
生活満足感	多い	3.72±2.30	有	4.00±2.54	有	4.00±2.42	高い	4.64±2.41
	少ない	4.63±2.42	無	4.61±2.38	無	4.66±2.40	低い	3.47±2.26
SP 健康感	多い	69.50±7.83	有	69.50±7.03	有	69.26±9.79	高い	68.17±8.31
	少ない	67.57±9.38	無	67.45±9.61	無	67.37±8.94	低い	65.67±13.96
EADL	多い	13.44±2.46	有	14.25±1.65	有	14.65±0.92	高い	14.53±1.09
	少ない	14.57±1.08	無	14.44±1.36	無	14.31±1.55	低い	13.47±2.67
SE	多い	37.39±5.53	有	36.75±5.64	有	37.10±5.89	高い	36.78±5.44
	少ない	36.68±5.61	無	36.79±5.45	無	36.67±5.34	低い	36.80±5.89

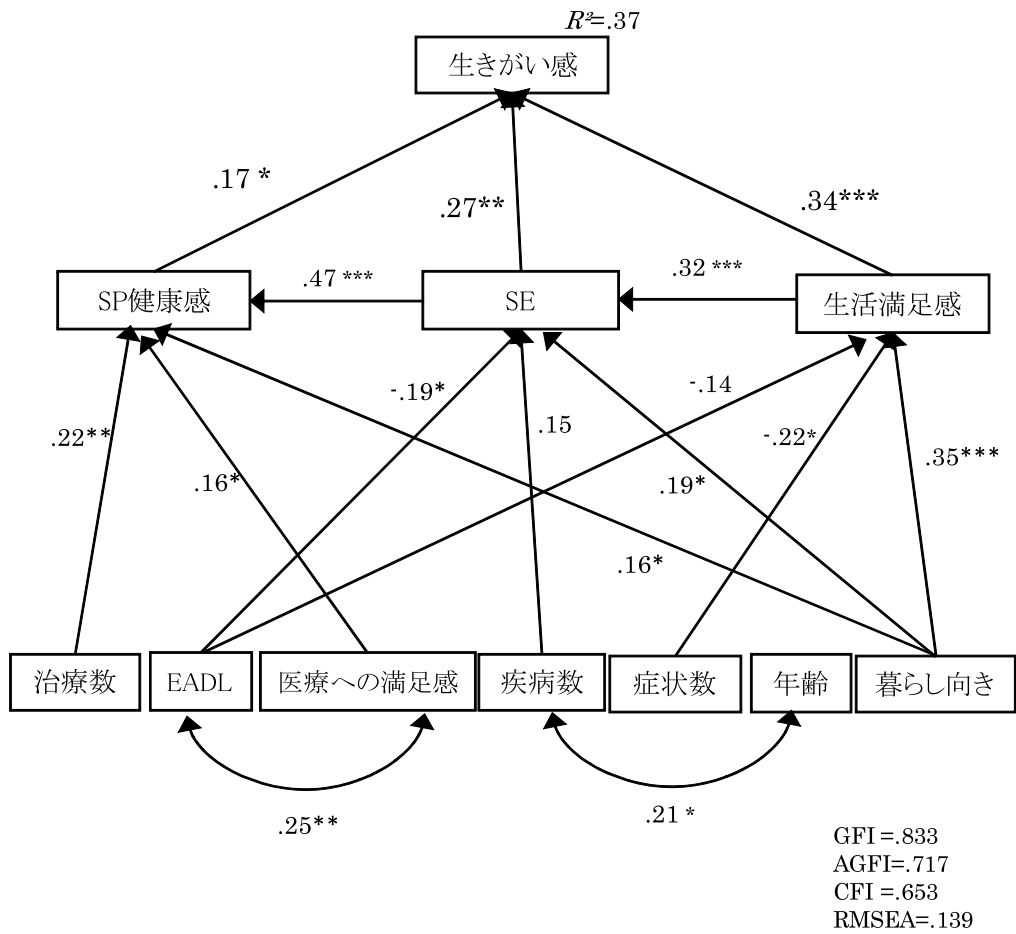
* $p < .05$

3. 慢性疾患高齢者の療養生活と身体的・心理的要素の関連性

本章の慢性疾患高齢者で用いた 5 尺度すべてについて、天井効果・フロア効果・I-T 相関・G-P 分析を行った結果、削除項目はなかった。生きがい感、生活満足感、EADL は第 3 章と同様に先行研究と同じ尺度を使用した。SP 健康感については、第 3 章で行った探索的因子分析の結果（表 3-3-3-5）をもとに 4 因子 14 項目を用いた。SE についても第 3 章で行った探索的因子分析の結果から「⑧自分を尊敬したい」の項目を削除し、9 項目（表 3-3-3-6）で分析を行った。

対象者の属性や病状・治療である生活関連要因と身体的・心理的尺度の関係性について PAS モデルを作成した。結果は図 4-3-3-1 のとおりである。生きがい感、生活満足感、SP 健康感、SE 得点を内生変数とし、年齢や暮らし向き、症状の数、治療数、EADL、医療への満足度を外生変数とした。

生活満足感は SE を介して、SP 健康感に影響を及ぼしていた。EADL は生活満足感と SE 得点にも負の影響を及ぼし、症状の数は、生活満足感に負の影響を与えていた。治療数と医療への満足度は SP 健康感に影響を及ぼし、暮らし向きは生活満足感、SE、SP 健康感の 3 変数にそれぞれ影響を及ぼしていた。生きがい感は生活満足度、SE、SP 健康感からそれぞれに直接影響を受けており、生きがい感の決定係数 $R^2 = .37$ であった。モデルの適合度は GFI=.833, AGFI=.717, CFI=.653, RMSEA=.139 であった。



注) 誤差変数のパスは省略した。
*** p<.001 ** p<.01 * p<.05 † p<.10

図 4-3-3-1 慢性疾患高齢者における療養生活と身体的・心理的要素関連モデル

4. 慢性疾患高齢者と神経難病高齢者との比較

表 4-3-3-5 は、慢性高齢者と神経難病高齢者の属性を比較したものである。平均年齢には大きな差はなかった。男女比はどちらも女性が多く、特に慢性疾患高齢者ではその割合が高かった。年代別では神経難病高齢者では前期高齢者が 56.1%であったが、慢性疾患高齢者では後期高齢者が多く割合がほぼ逆転していた。両者とも家族との同居割合が高く、協力者も家族が最も多い。しかし、神経難病高齢者では友人がそれに続き、慢性疾患高齢者では親戚であった。過去 1 年間の入院は、神経難病高齢者に多く、CAM の活用も神経難病高齢者に多かった。

表 4-3-3-5 慢性疾患高齢者と難病高齢者の属性比較

		慢性疾患高齢者 n=120		神経難病高齢者 n=107	
平均年齢		75.7±6.6		74.0±4.8	
項	目	人数	%	人数	%
性別	男性	40	33.3	44	41.1
	女性	80	66.7	63	58.9
年代別	前期高齢者	55	45.8	60	56.1
	後期高齢者	65	54.2	47	43.9
家族との同居	有	83	69.2	69	64.5
	無	22	18.3	24	22.4
	不明	5	12.5	14	13.1
協力者	家族	107	89.2	69	85.2
	友人	35	29.2	32	39.5
	親戚	36	30.0	19	23.5
過去 1 年の入院	有	31	25.8	61	57.0
	無	89	74.2	46	43.0
症 状	運動障害	8	6.7	62	57.9
	痛み	35	29.2	37	34.6
	しびれ	24	20.0	32	29.9
代替療法の活用	マッサージ	13	10.8	45	42.1
	整体	32	26.7	18	16.8
	鍼灸	9	7.5	10	9.3

表 4-3-3-6 は慢性疾患高齢者と神経難病高齢者の使用尺度の平均値を比較したものである。神経難病高齢者は、慢性疾患高齢者と比較すると、暮らし向きを除くすべての身体的・心理的状況の得点が有意に低かった。

表 4-3-3-6 慢性疾患高齢者と神経難病高齢者の心理尺度平均値の比較

項目	得点範囲	慢性高齢者 n=120	神経難病高齢者 n=107	t 値(自由度)	有意確率
		平均値±SD	平均値±SD		
暮らし向き	1～4	3.02±0.62	2.87±0.52	-1.93(225)	n.s.
医療の満足度	1～4	3.08±0.62	2.60±0.71	-5.34(212.24)	***
生きがい感	0～10	6.78±2.10	5.50±2.01	-4.71(225)	***
生活満足感	0～9	4.50±2.41	2.60±1.92	-6.58(222.18)	***
SP 健康感	1～90	67.86±9.16	64.92±9.65	-2.36(225)	.019
EADL	0～15	14.40±1.42	9.18±4.81	-11.35(225)	***
SE	5～50	36.78±5.47	33.04±5.68	-5.05(219.83)	***

*** $p < .000$

第 4 節 考察

1. 慢性疾患高齢者の生活状況および身体・心理・社会的状況との関連性

慢性疾患高齢者においては後期高齢者が前期高齢者を上回って 54.1%を占めており、高齢世代の高齢化の現実には慢性疾患を抱え生活する状況においても我が国の人口動態を反映しているといえる。それと同時に、この後期高齢者の増加は、病気をもちながらも「一病息災」で養生すれば何とか健康な人生が送れるようになったことを意味するものであるといえる。

古谷野（1993）はこうした高齢者の主観的幸福感について、生活満足感を用いてその要因を明らかにした。結果、生活満足感に直接効果が認められた変数は、健康度、収入、同居既婚子の有無の 3 項目であったと述べている。本調査の結果では、ADL は SE に影響し、自身の暮らし向きについては良好な状態と意識し、またそのことが心理的状況へも影響していた。そのため、生活の中で「健康」や「自分らしさ」「人との共存」など、自身の健康的な生活を大切にしながら、家族のみならず社会との接点に目を向け自律した生活を送っている人が多かった。このことは疾患を抱えながら生活する高齢者においても、古谷野の結果と本質は同様であり、病状と社会環境を整えることが高齢者の QOL にとって重要といえる。そして、同居状況においては、家族との同居は 7 割を占め、子ども世帯との同居、あるいは独居高齢者は両者をあわせても 3 割であることから、慢性疾患を持ちながら如何に個として自律していくかが課題となっていることが推察できる。

本調査対象者は、過去 1 年の入院があった人は全体の 4 分の 1 で、転倒も全体の 2 割を

占めた。入院歴及び転倒率は比較的多い状況ではある者の、罹患疾患状況は、国民衛生の動向（2016-2017, pp.87-93）の受療率からも本調査対象者の結果と合致しており、複数の疾患をもつ高齢者の状況とも一致する。

慢性疾患高齢者の苦痛症状は、神経難病高齢者のように運動障害は多くないが、半数以上が同時に何らかの苦痛症状を有していた。慢性疾患高齢者は苦痛症状を有してはいるが、身体的・心理的状況は良好と認識している者が多かった。治療効果が期待できることから医療への満足度は神経難病高齢者より高いと考えられた。

また、神経難病高齢者ほどではないものの、症状緩和のため CAM を活用している者も存在していた。CAM の内容はマッサージ、整体、鍼灸を利用していた。ヒーリングタッチについては神経難病高齢者と同程度であったが、希望する者は少ない傾向であった。これらのことは、慢性疾患高齢者の症状は、現代の医療により、ある程度軽快が見込まれる。このことが神経難病高齢者に比べると医療への満足感が高く、CAM 利用へのニーズが少ない傾向を示す結果となっていたと考える。

しかし、疾患のない高齢者に比べて身体状況への関心が高いと推察できる慢性疾患高齢者においても、慢性疾患による定期的な受診に加え、CAM に関心を持ち、ニーズは存在した。このことは、CAM への知識や活用の利便性を高めることによって、個々のニーズに合わせた利用可能性を高めることになると考える。そのためには、CAM それぞれに対するエビデンスを創出していくと同時に、CAM が利用しやすい環境・体制が必要と考える。

慢性疾患高齢者の身体的・心理的尺度得点は、既存の健常高齢者の結果と大きな差異はなく、逆に生きがい感や EADL, SE は健常高齢者よりも良好である値を示した。このことは、日常生活を健常者同様に過ごすことのできる体力を維持し、病状コントロールを行っていることが考えられ、また、そのことが大きく心理・社会的健康感に関連している。これらのことは、慢性疾患高齢者は病状だけではなく、自己の生活状況やスピリチュアルな側面をも社会的存在としてコントロールしていることを示唆している。

高齢者の主体的な健康保持や増進のための活動の要因として、高齢者へのヘルスプロモーション政策があげられる。我が国では 2007 年には政府一体となって健康国家の創造に向けての施策として、新健康フロンティア戦略アクションプランがとりまとめられた（国民衛生の動向, 2016-2017, pp.98-108）。こうした高齢者へのヘルスプロモーションは本研究対象者である慢性疾患高齢者の生活にも反映していると考えられる。

また、日野原（2006）は新高齢者として、高齢者の定義を 75 歳以上と提案していた。本研究結果では、慢性疾患をもちながらも後期高齢者の心理的な健康度は高く維持されていた。高齢者は身体・心理・社会的な機能の低下を自覚しながらも、長年集積してきた“人生を生き抜く力”を発揮し、それは本人の主体的な姿勢と継続的な努力により成功に導かれた結果でもあったと考える。

山内ら（2015）は、地域高齢者の主観的健康感の変化について 5 年間の追跡調査を行った。その結果、主観的健康感の低下を防ぐためには、男女ともに生活満足感を高めることが必要と述べている。また、前期高齢者の女性においてうつ傾向がないこと、および後期

高齢者では、男女ともに ADL を維持することが重要と言及しており、今回の研究結果を支持するものである。さらに、高齢者の暮らし向きは、古谷野らの先行研究の結果と同じく心理的な健康面にプラスの影響を与えていた。特に本研究においては暮らし向きへの認識はいずれの心理的尺度にも影響を及ぼしていることが明らかとなった。これらのことから慢性疾患高齢者の生活満足感や心理社会的満足感を高めるためには症状コントロールだけではなく、暮らし向きに対する満足感を高める支援が重要になると言える。

2. 慢性疾患高齢者の生きがい感に影響を与える要因の検討

慢性疾患高齢者における生きがい感は、生活満足度と SP 健康感、SE から影響を受けていた。より影響が強い生活満足感は、SE を介して SP 健康感に影響を及ぼしており、生活満足感へは、症状数と暮らしむきが影響していた。また、暮らし向きは、古谷野 (1993) の先行研究と同じく、生活満足感、SE 得点、SP 得点に影響を及ぼしていた。さらに治療数と医療への満足感が SP 健康感に影響を与えており、これらのことは、まず慢性疾患高齢者の療養生活を整えること、特に症状をコントロールし暮らしを安定させることが生活満足感を向上させることが重要であることが示唆される。

本 PAS モデルのモデル適合度は十分とはいえ、十分に説明可能な構造化に至ったとはいえない。しかし、鈴木ら (2001) は在宅高齢者の主観的幸福感の影響要因として「健康度自己評価」、「経済状況」、「障害となる慢性疾患の有無」をあげている。このことは、高い適合度を示すモデルとは言えないが、本研究で示したモデルが既存の結果と一致、あるいは近似した内容を示していると考える。本調査の対象者は、前述してきたようにこうした影響要因が比較的良好に保たれ、また、医療の選択や医療への満足感も高い集団であったことが推察される。重症度や社会的背景の差異によって、影響する要因は変化していくことが予想される。今後は、多様な状態に即した影響要因を解明し、高齢者理解のため、支援の方向性を選択的に検討できるモデルとなるように、さらに検討が必要である。

3. 慢性疾患高齢者と神経難病高齢者との比較

今回、慢性疾患高齢者と神経難病高齢者との療養生活の概況では、幾つかの共通点を見出すことができた。ひとつは後期高齢者の増加であり、そして、もうひとつは家族を中心とした生活ではあるが、高齢夫婦の二人暮らしや、1人暮らしも多いことである。治療困難な慢性疾患を患うということは、苦痛症状への対応や治療の継続、社会的役割の遂行など日常生活で対象者が体験する問題は決して少なくなく、家族だけでなく友人や近隣者、親戚などの協力者や理解者を必要とする点では、いずれの病態、心理的社会的背景においても同様であると考えられる。

特に、神経難病高齢者では、日常生活行動そのものへの多面的な支援が必要とされ、生活を安定させるためには、インフォーマルな協力者と理解者の獲得と併せて、地域でのマンパワーやヘルスサービスは必須であると考えられた。神経難病であれ慢性疾患高齢者であれ、長寿社会における長い人生は、障害のある期間の持続、他の健康問題の発症、経済

的負担の増大、およびケアニーズの増加を意味する (Lubkin, M.I. & Larsen, D.P., 2002) という一面を持つ。本研究の対象者である慢性疾患高齢者は、在宅療養をしながらも通院治療が可能な対象者であり、EADL や疾病のコントロール状況は比較的良好な集団であった。しかし、神経難病高齢者は在宅療養をしながらも、入院や症状コントロールを余儀なくされ、その結果、神経難病独自の運動機能障害が示唆 EADL だけでなく、生活満足感、SP 健康感、SE に与える影響も大きいことが推察できる。そして、長い期間の健康関連の苦悩により身体的・心理的は慢性高齢者に比し低値を示していると考えられる。

次に相違点について述べる。神経難病高齢者と慢性疾患高齢者の身体的・心理的状況モデルを比較すると、慢性疾患高齢者では生活満足感が生きがい感に及ぼす影響が大きい。一方、神経難病高齢者は、慢性疾患高齢者より、SP 健康感が及ぼす生きがい感への影響が大きい。神経難病高齢者の場合、長い療養過程は運動機能の障害を進行させるため、身体機能の再獲得ではなく、療養する自分を支えるための SP 健康感を高めることがより重要であることが考えられた。また、その SP 健康感を高めるためには、症状コントロールを確実なものにし、希望を持って医療への満足感を高め、自己のニーズに対する充実した医療者側からのケア提供が不可欠であることが示唆される。

慢性疾患高齢者と神経難病高齢者とは、CAM の活用状況とヒーリングタッチの認知度に差異はなかったが、神経難病高齢者の方が慢性疾患高齢者よりヒーリングタッチの活用を希望する者が多い傾向にあった。このことから、神経難病高齢者は、自身の健康と治療への不確かさにより、心理的健康感が低下していることが関連していると考えられる。神経難病高齢者への症状コントロールと、医療への満足感の獲得のためのアプローチの探究、アプローチを選択するための社会的環境の構築は看護の役割である。

さらに、両者の PAS 解析の結果から、心理社会的側面が高齢者の生きがい感へ及ぼす影響も少なくないものであった。このことは、高齢者の QOL にとって重要であることと同時に、現在の医療だけでは満足に至ることができない高齢者の存在も推察できる。本調査においては、対象者の身体的・心理的な健康状況は比較的高く保たれているといえる。しかし、今後、さらに長寿化する後期高齢者が安心して在宅療養するためには、現在の医学的・看護的アプローチだけでは苦痛緩和が十分でない実態も明らかとなった。今後、高齢者の QOL を高めるための医療と福祉、及び看護と介護の拡充に取り組むこと、そして、疾患を抱えて生きる高齢者にとって、さまざまなケアとキュアを選択でき、活用しやすい環境にしていくことが重要な看護の役割・機能であると考えられる。

三澤ら (2010) は、都内の老人福祉センター利用者を対象に質的研究を行い、スピリチュアリティの構造 5 要素を抽出し三次元に展開している。まず、スピリチュアリティを二次元に展開し、QOL 座標の縦軸の、生活幸せ軸の中心に心棒として位置づけて、スピリチュアリティは生活幸せを構成する主要な構成要素であるとしている。三澤ら (2010) による、その 5 要素とは「生きている限り」「乗り越えてきた道のり」「目に見えない力」「自分の心に向かう」「人との絆」であり、今回、慢性疾患高齢者、および神経難病高齢者に調査した生き方にも通じるものがあると考えられる。特に神経難病高齢者は長い闘病生活にお

いて、どのような体験をし、進行する見えない脅威にどのように向かっているのか、そして、生きる力を支え伸ばすためにどのように支援する必要があるのかを明確にしながら、QOL プロモーションのために、スピリチュアリティについて、またそのための具体的看護アプローチについて、さらに検討を重ねていく必要がある。

第5節 第4章のまとめ

1. 本調査の対象者である慢性高齢者は、自身の暮らし向きを良好な状態と認識し、「健康」や「自分らしさ」「人との共存」を大切にしながら、家族のみならず社会との接点に目を向け自律した生活を送っている人が多かった。

2. 慢性疾患高齢者の苦痛症状は、神経難病高齢者を比べて運動障害は多くないが、半数以上が苦痛症状を有していた。慢性疾患高齢者は苦痛症状を有してはいるが、身体的・心理的状況は良好と認識している人が多かった。治療効果が期待できることから医療への満足度は神経難病高齢者より高いと考えられた。

3. 神経難病高齢者は、慢性疾患高齢者より、SP 健康感が及ぼす生きがい感への影響は大きい。神経難病高齢者の場合、長い療養過程は運動機能の障害を進行させるため、身体機能の再獲得ではなく、療養する自分を支えるための SP 健康感を高めることがより重要であることが考えられた。

4. 慢性疾患高齢者と神経難病高齢者とは、CAM の活用状況とヒーリングタッチの認知度に差異はなかったが、神経難病高齢者の方が慢性疾患高齢者よりヒーリングタッチの活用を希望する者が多い傾向にあった。神経難病高齢者への症状コントロールと、医療への満足度の獲得のためのアプローチの探究、アプローチを選択するための社会的環境の構築は看護の役割である。

5. 神経難病高齢者は長い闘病生活において、どのような体験をし、どのように進行する見えない脅威に向かっているのか、そして、その生きる力を支え伸ばすために何を支援する必要があるのか、QOL プロモーションのために、スピリチュアリティについて、またそのための具体的看護アプローチについて、さらに検討を重ねていく必要がある。

引用文献

- 橋本有里子・本村 汎 (1997) : 老年期の自尊感情に関する一研究 ―属性要因・ソーシャルサポートの授受評価要因などとの関連において―, 大阪市立大学生生活科学部紀要, 45, 231-241.
- 日野原重明 (2006) : 高齢者の生きる力, *Geriatric Medicine*, 44(1), 9-13.
- 細川 徹, 坪野吉孝, 辻 一郎, 前沢政次, 中村隆一 (1994) : 拡大 ADL 尺度による機能的状態の評価 (1)地域高齢者, *リハビリテーション医学*, 31(6), 399-408.
- 近藤 勉 (2003) : 高齢者の生きがい感測定におけるセルフ・アンカリングスケールの有用性, *老年精神医学雑誌*, 14(3), 339-344.
- 厚生省の指標 増刊 国民衛生の動向 (2016/2017) : 63(9), 87-93, 98-108.
- 古谷野 亘 (1993) : 老後の幸福感の関連要因 ―構造方程式モデルによる全国データの解析―, *理論と方法 (Sociological Theory and Methods)*, 8(2), 111-125.
- Lubkin, M. I., Larsen, D. P. (2002) : *Chronic illness: Impact and Interventions*(5th. ed.) / 黒江ゆり子監訳 (2007) : *クロニックイルネス 人と病いの新たなかかわり* (第 1 版), 9-12, 医学書院, 東京.
- 三澤久恵, 野尻雅美, 新野直明 (2010) : 地域高齢者のスピリチュアリティ評価尺度の開発 ―構成概念の妥当性と信頼性の検討―, *日本健康医学会雑誌*, 18(4), 170-180.
- 鈴木規子, 吉田紀子, 谷口幸一 (2001) : 在宅高齢者の主観的幸福感の影響要因に関する調査研究, *東海大学健康科学部紀要*, 第 6 号, 1-7.
- 竹田恵子, 太湯好子, 桐野匡史, 雲 かおり, 金 貞淑, 中嶋和夫 (2007) : 高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発 ―妥当性と信頼性の検証―, *日本保健科学学会誌*, 10(2), 63-72.
- 山内加奈子, 斉藤 功, 加藤匡宏, 谷川 武, 小林敏生 (2015) : 地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要員 5 年間の追跡研究, *日本公衆衛生雑誌*, 62(9), 537-547.

第5章 神経難病高齢者の病いの体験

第1節 目的

3・4章では神経難病高齢者の生活実態や健康感、QOLについて量的な研究結果で検討を行ってきたが、本章では個人の療養体験をもとにした質的な検討を行う。

Corbin, J. M. & Strauss, A. (1991) は慢性疾患の日常生活への侵襲性に着目し、「慢性疾患の病みの軌跡」モデルを著した。Corbin, J. M. (2001) は、病気の成り行きについて病みの軌跡 (illness trajectory) という用語を自然科学から借用し、「軌跡」を、時とともに経過する病気の行路 (course of illness) として定義した。加えて、患者や家族、および保健医療職の人々が長い病気の行路を理解し、病みの軌跡とともに形作るための行為として表している。「慢性の病気をもち生きること」は、病気の進行に伴って起こる不安や苦痛とたえず直面し、解決を模索しながら、独自に病気との折り合いを見出し、その意味合いを自ら考えていくことでもあり、こうして、その人独自の人生ともいえる「軌跡」が示される。このモデルは慢性疾患患者への深い洞察や理解に役立ち、長く看護実践や教育・研究・政策場面でその活用がなされてきた。

佐々木ら (2008) はパーキンソン病 (Parkinson's Disease, 以下 PD) 患者の病気の認知や受容といった病気の受けとめが療養生活に良好な影響を与えると述べており、秋山ら (2010) は PD 患者の病気の受けとめがよければ、QOL も関連してよくなると言及している。こうした PD 患者を含めた、神経難病患者の主観的な QOL は、患者の療養生活を支援する観点から長く着目されてきた (竹内ら, 1999 ; 大曲ら, 2017)。

岸田 (2007) は前向きに生きているパーキンソン病患者の「病い」の体験について明らかにし、「ゆらぎつつも症状と向き合うことが出来る体験、役割と生きがいを見出すことが出来る体験、社会的関係性の再構築を求め行動を起こすことが出来る体験、人生に新たな病いの意味づけが出来る体験から成り立っている」と述べている。しかし、神経難病高齢者の病みの軌跡についての報告は少ないため、医療者が療養支援の指針を得るためには、さらに個別な体験をもとにした研究的アプローチが重要視される。

本研究では次章の介入研究の対象者である在宅療養中の神経難病高齢者が、長い療養生活の中でどのような病いの体験をして今を生きているのかについて、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) (木下, 2003) の手法を用い、特にそのプロセスに焦点をあて探究し、今後の看護について再考する。M-GTA はがんや慢性疾患など、さまざまな患者の認識や適応のプロセスを明らかにするのに有用とされており、看護・福祉分野を中心として拡がりをみせている (秋元ら, 2010 ; 山内ら, 2012)。

本研究の目的は在宅療養中の神経難病高齢者の病いの体験と、生活を確立していくプロセスについて明らかにし、今後の患者支援および看護アプローチへの示唆を得ることである。

第2節 方法

第1項 対象者および調査方法

本研究の対象者はA県の難病患者会の参加者である。難病支援センターから患者会に研究依頼を要請し、協力の承諾が得られた2団体の中で、研究参加の同意が得られた5名（パーキンソン病4名、核上性麻痺1名）を対象とした。全員が薬物療法とリハビリテーションを受けていた。

調査方法は、研究者による半構成的面接を実施した。インタビューガイドは研究目的に基づいて研究者が作成した（資料6-⑧）。参加観察の内容は観察時、および観察直後にフィールドノートに記述した。なお、インタビューは研究者が対象者の自宅を訪問し、対象者に負担がかからないよう、時間を1時間程度とした。対象者に許可を得て会話を録音し、逐語録を作成した。

第2項 調査期間

調査期間は2017年10月～2018年1月であった。

第3項 分析方法

フィールドノートと逐語録の内容をM-GTAの手法により質的に分析した。分析焦点者とは、M-GTAにおける分析結果の中心に位置する人間であり、特定の人間に焦点をおいてデータを解釈していくことを意味する。通常は面接の対象者となる。本章の研究における分析焦点者は「神経難病（パーキンソン病、核上性麻痺）で自立歩行や車椅子使用が可能で、ある程度の運動障害がありながら在宅療養をしている65歳以上80歳未満の高齢者」である。

分析テーマは「発病から現在に至るまで、どのような体験をし、どのような思いをしてきたか、苦痛を感じた事柄への対処、病気をもちながらの生活についての一連のプロセス」とした。分析の手順は以下のとおりである。

1. 1例目の全データの逐語録を繰り返し読み込み、分析テーマに関連する部分に着目して、それらのデータが分析焦点者にとってどのような意味をもつのかについて解釈を行い、概念ごとに分析ワークシート（表5-3-1-3）を作成し、概念名、定義、具体例（データ）、理論的メモを記載した。
2. すでに生成した概念と類似していないデータや対極のデータがある場合は、その意味を忠実に表現するように命名して、新たな概念を生成した。また、概念間の関係性について検討し、結果図（図5-3-1-1）を作成した。
3. 1例目の分析終了後、上記1、2と同様の方法で2例目以降の分析を行った。
4. 全対象者の分析終了後、意味内容が同じと思われる概念同士を集めて、サブカテゴリーとし、さらにカテゴリーとしてまとめた。カテゴリーとしてまとまる相手の概念がない場合はそのままカテゴリーと同等の説明力をもつものとした。

5. カテゴリー間の関係性を検討し、プロセスの動きを説明するコアカテゴリーを生成した。
6. 生成された概念やカテゴリー、コアカテゴリーの相互が、今日までの分析焦点者の思いや病気との付き合い方のプロセスのどこに位置づくのかについて検討し、その関係性を包括する結果図を作成し、その関係性を簡潔に文章化してストーリーラインを作成した。
 なお、分析は、質的研究を複数回実施した経験のある研究者 2 名以上と繰り返し分析・検討を行い、極端な主観の排除に努めた。

第 4 項 倫理的配慮

広島文化学園大学看護学研究科・看護学部倫理委員会の承認を得たのちに、研究対象候補者に対し、研究趣旨と方法、研究参加の任意性について説明した。対象者に生活面や心身の負担が生じた場合は、調査を途中で中止しデータから削除すること、その際、対象者には参加中止による不利益が及ばない旨を説明した。また、研究データは個人が特定できないよう個人名はコード化し、厳重に保管すること、研究の成果を公表については、その旨を調査依頼書に記載し、文書と口頭で同意を求めた。研究成果の公表の際には、個人が特定できない状態であることを説明した。本研究のすべての段階において、利益相反はない。

第 3 節 結果

第 1 項 対象者の概要および生活状況について

1. 対象者の概要

対象者は 5 名で、その概要は表 5-3-1-1 のとおりである。対象者は男性 1 名、女性 4 名で、年齢は 67 歳～78 歳であった。2 名は配偶者と死別しており、残り 3 名は夫婦同居であった。1 名は車椅子生活で、他 4 名は日常生活がほぼ自立していた。平均面接時間は 50 分で、逐語録は A4 判 42 文字×30 行で 46 枚であった。

表 5-3-1-1 対象者の概要

	病名	性別	年齢	告知後	歩行	配偶者	面接時間
1	パーキンソン病	男	60代	9年	可能	有	40分
2	パーキンソン病	女	70代	15年	可能	有	50分
3	パーキンソン病	女	60代	26年	可能	死別	60分
4	進行性核上性麻痺	女	70代	15年	車椅子	死別	50分
5	パーキンソン病	女	70代	11年	可能	有	50分

2. 病いの体験と生活確立のプロセス

インタビューにより生成された概念は 34 概念で、それらから 8 カテゴリーが生成された (表 5-3-1-2)。表 5-3-1-3 は、そのうちの「徐々に症状が進行し身体的苦痛が増強する」の概念ワークシートである。

表 5-3-1-2 神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセスの概念

コアカテゴリー：過酷な療養生活		
カテゴリー	サブカテゴリー	概念名
病名の不確かさによる不安や恐怖の混在	病名がわからず不安や恐怖を抱く	病名がわからず不安な時を過ごす
		病気の正体がわからず実感がない
病名告知の衝撃	病気を因果と結びつける	病気を因果と結びつける
	受け入れざるを得ない現実	病名が診断され愕然とした思い
生活の落ち着きを回復	動かない身体で何とか生活する	死ねるものなら死にたい
	薬で生活を維持する	身体が動かなくとも、何とか方法を見い出して動く 動けなくても子育てや家族の看病をしなければならぬ負担感 病気であっても懸命に子育ての役割を果たす
身体と心と経済的負担による疎外感	療養生活の闇と交わる	薬が合って楽になる 薬の効果を考えよりよい生活をしたい
	経済的負担に窮する	精神的にも病む 自分自身に対しての否定的イメージ 食と排泄を人の世話になるのが最もつらい
	周囲との壁を感じる	高額な医療費による経済的な負担 失業保険や年金で何とか生活をつなぐ
病気の進行とゆく末を覚悟	薬の弊害と共存する	他者にまで気遣いができない 周囲に理解してもらえない
	病気の進行を感じる	薬の調整がうまくいかず、副作用らしき体験をする 薬による副作用 死ぬまで薬との生活
	ついに足が動かなくなる時を覚悟する	徐々に進行し社会参加が怖い 徐々に症状が進行し身体的苦痛が増強する やがて歩けなくなることを受け入れたくないけれど受け入れよう ついに足が動かなくなる時が来ることを覚悟しなければと思う
コアカテゴリー：社会・医療とのつながりによる生活の確立		
社会とのつながりが病に立ち向かう源	同病者との出会いに支えられる	同病者との出会いに支えられる
	社会への参加が病に立ち向かう源となる	病気に前向きに立ち向かう 社会的活動に参加し病に立ち向かう ポジティブに生きる
医療・ケア提供者への要望	医療への要望と期待をもつ	よい先生に長く診てもらいたい 治る病気を目指しての医学の進歩への期待
	在宅ケアに満足する	在宅介護への満足感
限界を感じつつ現状に安堵	ようやくコントロールできるようになったと自覚	長い闘病の末のコントロールに安堵
	歳月を経て、まだ歩けていることに安堵	歩けなくなる限界を感じつつ、歩けることの安堵

表 5-3-1-3 分析ワークシート例

概念名	徐々に症状が進行し身体的苦痛が増強する
定義	数年をかけて徐々に病状が進行し、起き上がることさえも苦痛になる
具体例	<p>(1) 進行はゆるいけど昨年の8月くらいからしんどくなりだした。朝起きると、少し、少しと進行しているのがわかる。</p> <p>(2) 身体がゆれるのもずいぶんになるけど、いつのまにかそうになっていた。2～3年くらいかなあ。</p> <p>(3) 今の症状はちょっとの段差でつまづくこともあるが、実験的にニューロパッチというのをしている。(処方箋を見せながら) リスミーとロキソプロの処方方で、よく眠れる。</p> <p>(4) (辛いのは) 腰痛です。1年くらい前からひどくて、4時くらいから眠れず、起きるのも主人に手伝ってもらっておきている。起きて動かすとよいみたいで、料理とかしていると動けるようになる。</p> <p>(5) あと、便秘があっってお薬を飲まないでない。</p>
理論的メモ	<p><具体例の解釈メモ></p> <p>(1) 症状は徐々に進行しているが、毎日、患者はそのことを自覚している。</p> <p>(2) わずかな振戦を自覚するのに、患者は長い時間を要している。そのくらい病気の進行は緩やかであったともいえるし、そのことを考える余裕もなかったのかもしれない。</p> <p>(3) 薬物療法と切り離せない症状が多い。</p> <p>(4) 痛みが強くなると、生活するうえで人手を要することもあるが、痛みがあっても身体を動かし、薬物を効率よく使って、痛みに立ち向かっている。</p> <p><対極例・矛盾例の検討></p> <p>◆特になし</p>

また、8つのカテゴリーの関係性を包括的に表す結果図を神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセスとして示した(図 5-3-1-1)。さらに、結果図のストーリーラインを以下のとおり作成した。なお、コアカテゴリーは《 》、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは< >で示した。

神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセスは、第1段階《過酷な療養生活》、第2段階《社会・医療とのつながりによる生活の確立》をコアカテゴリーとするものとして説明できた。第1段階は【病名の不確かさによる不安や恐怖の混在】で、<病名がわからず不安や恐怖を抱く>、<病気を因果と結びつける>といった混沌とした一方で、ほとんどの対象者は<受け入れざるを得ない現実には衝撃を受け>、<死ぬるものなら死にたい>と漠然と考えた対象者もみられ、【病名告知の衝撃】を受けていた。これは、闘病初期のプロセスであり、不安や不確かさ、病気の存在に揺さぶられる感覚を行き来するようなプロセスである。

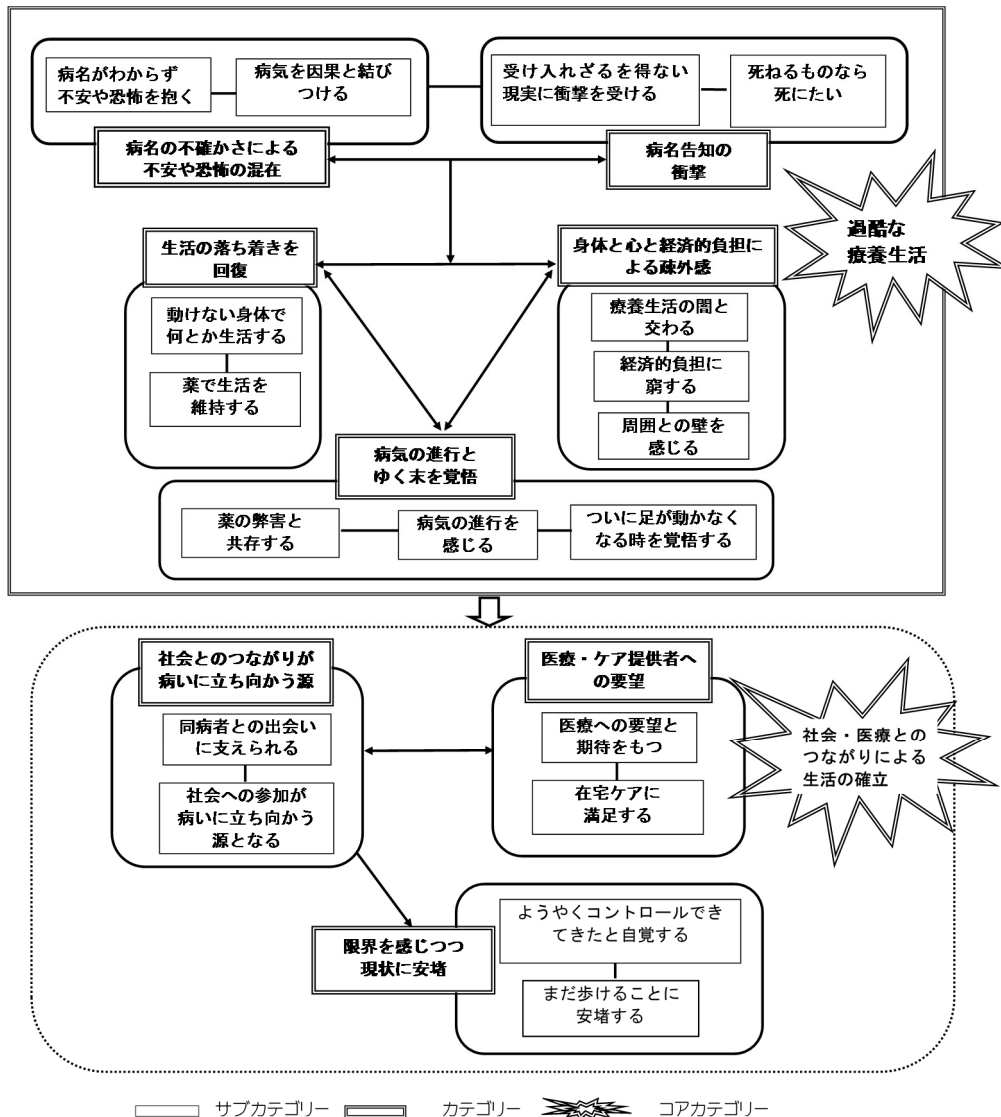


図 5-3-1-1 神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセス

しかし、日々、＜動けない身体で何とか生活＞し、＜薬で生活を維持＞しつつ、【生活の落ち着きを回復】するステージへ移行していた。その一方で、長期化する病気に精神的に病み、自己否定感を感じる＜療養生活の闇と交わる＞や、＜経済的負担に窮する＞、＜周囲との壁を感じる＞といった【身体と心と経済的負担による疎外感】も体験していた。この2つのカテゴリーは、いつもどちらかということではなく、両方の体験が日常で繰り返されている。さらに、長い闘病生活の中で＜薬の弊害と共存する＞体験だけでなく、＜病気の進行を感じる＞、＜ついに足が動かなくなる時を覚悟する＞といった【病気の進行とゆく末を覚悟】するというカテゴリーと連動し循環的な関係性に至る《過酷な療養生活》が捉えられた。

次のステージとして、《社会・医療とのつながりによる生活の確立》プロセスが確認で

きた。対象者らは《過酷な療養生活》を生きながら、＜同病者との出会いに支えられる＞や、＜社会への参加が病に立ち向かう源となる＞思いを得て、【社会とのつながりが病いに立ち向かう源】となる体験をしていた。そして、ほとんど全員が＜医療・ケア提供者への要望と期待をもち＞、＜在宅ケアに満足する＞という体験をしており、【医療・ケア提供者への要望】をもち生活していた。対象者らが関係する一般社会や、医療やケア提供者とのつながりは、お互いに織りなすように関連していた。そして、＜ようやくコントロールできてきたと自覚＞し、＜まだ歩けることに安堵する＞という思いから成る【限界を感じつつ現状に安堵】という心境がみられた。

次に、表 5-3-1-2 に示した 2 つのコアカテゴリーの定義を述べ、8 つのカテゴリーの定義を典型的な具体例を示し説明する。なお、「太字斜字体文字」が具体例、() 内は研究者による補足、(数字) は対象者番号である。

《過酷な療養生活》は、難病という病気の不確かさの中で不安や怖れを感じ、動きにくい身体や治療、社会生活のなかでの軋轢に耐えながら自分を見つめ生きるというものであった。【病名の不確かさによる不安や恐怖の混在】では、「**診断がつくまで 4 年かかった。この間はやはり不安でしたね(1)**」「**友人のお姉さんがパーキンソン病で、錯乱のような状態だったから、ああいう病気にだけはなりたくないと思っていたのに(5)**」「**病気になっても仕方ないよね。でも私、お母ちゃんが喧嘩っ早いから病気になったんじゃないとか、いろんなこと思っていましたけどね(3)**」など、病名の診断に時間がかかり、何の病気かわからずに不安や恐怖を感じ、信仰や生活上の理由を探し、病気の原因と結びつけようとする思いを示していた。

【病名告知の衝撃】は、告知を受けたことにより、長い間不確かであった不安や怖れが現実的なものとなり、「**11 年前にパーキンソン病と診断されました。その時は、頭から電流が走る感じがあって (呆然とした) (5)**」「**過去に死ぬるものなら死にたいと思ったことがある(5)**」と、精神的な衝撃を受けた感情を示していた。

【生活の落ち着きを回復】は、動けない身体ではあるが何とか工夫して動き、薬を飲んで症状改善を意識し、この先もよりよい生活を送りたいという思いを以下のように語った。「**寒い時や、雨の日はジスキネジアがひどいが、手を添えると何とかいける。しかし、ひどいときには、寝返りも打つことができない。寒くなるとダメ(1)**」「**2 番目の子が生まれてからは、2 番目の子は母親に見てもらい、1 番目の子の面倒をみた。実家の親に苦勞かけたんよ。男の子 (第 1 子) が小学校の時、リトルリーグに入っていて、それについて行くのに薬を飲み飲み行っった(3)**」「**主人はがんで亡くなりました。(中略) 看病は娘と一緒にしたんじゃないけど、まあ、娘が私を助けてくれて、(中略) 病気だから、看病するっていても、まともにできんのよね。こちらが疲れる。いいようにしてあげたいけど、できんのよ。病院行って帰ってきたら、もう大疲れ (苦笑しながら述べる) (3)**」。「最初はパーキンソン病症候群と言われたが薬が合わず、調整していて、3 回目の入院がすんで、4 年かかって私の身体に薬があったのか、進み具合が遅くなった。少しずつ楽になったような気がしてきた(1)」。

【身体と心と経済的負担による疎外感】は、症状は改善しても長期化する生活に精神的に病み、経済的な負担に窮し、周囲との隔絶を感じるという思いであり、次のように語られた。「最初は睡眠導入剤を出してもらい、抑うつ状態であった(4)」「情けないことだらけ、動けないときよね。人にバカにされるときもあるよね。わかってもらえんことだらけよ(3)」「食べること、トイレのことが大変、自分の思うようにならないし、その度に助けてもらわなくてはいけない。最初にオムツをしたときは痛くてどうしてかと思ったの(4)」「診断ができるまで、治らない薬でどれだけ（お金が）かかるかと思うとショックだったが、最後には開き直ってどうにでもなれと思った(1)」「辛さを説明するけど、主人は前向きに、よくわかってくれる人ではない(2)」。

【病気の進行とゆく末を覚悟】は、薬の副作用などの弊害や病気の進行を体感し、社会生活が怖さを覚えたりして、いずれ動けなくなることを自覚することを示し、以下のように表現していた。「たぶん、（倒れたのは）薬の関係もあるし、わけがわからない。今のところ薬はあっているが、そのときにたぶん薬を増やされたみたい。だんだん薬を多くしていくから、薬漬けになる。それ以降、倒れてはいない(1)」「私ね、この病気になってね、薬飲んで生きられるって、幸せなことじゃと思う。飲んで動けたら、どんなに幸せじゃと思う。でも、飲んでなんて、その時は死ぬときじゃ、あー楽になったと思うやろうなあ(3)」「進行はゆるいけど今年の8月くらいからしんどくなりだした。朝起きると、少し、少しと進行しているのがわかる(2)」「とうとうきたか、ついに、足が動かなくなるというときが来るんだとは思っている(1)」。

【社会とのつながりが病に立ち向かう源】は、同病者との出会いや社会的活動の参加などから前向きに生きる力を得て、病に立ち向かっている自信につながるものであった。「パーキンソン病とわかって、ooのパーキンソン病友の会のおしゃべり会に行ってるんですよ。傷をなめあうということではなく、心を許せる人がいるんです(5)」「ダンスの先生が本当によくパーキンソン病のことを勉強されていて、できないこともやってみなさいといわれ、あきらめていたけどやるとできたこともあった。友の会とは別に励まされて、なぐさめになって、支えになっている(2)」「わからないこと自体を放っておけなかった。答えが欲しかった。わからないことには答えを求めて、本を読んだり聞きに行ったり、それに向かって私なりに生きてきたと思っています(3)」などの表現で語られた。

【医療・ケア提供者への要望】は、よい先生に長く診てもらい、高度医療により治ることへの要望や期待と、在宅看護への満足などであった。「いい先生に長く診てもらいたい(1)」「パーキンソン病の完治については、iPS細胞の移植が必要です。時間とお金、数千万円かかるそうです。特定の人（資金のある人）を対象とせず、どの患者にも区別せず、研究を進めてほしい(5)」「動けなくなってもう10年くらいになるけど、家の中だったら1対1で見てもらえるからいい(4)」といった期待も語られていた。

【限界を感じつつ現状に安堵】は、長い闘病生活の末の症状コントロールを自覚し、まだ歩けている自分に安堵しながら、いずれ歩けない日が来ることを思いながらも、現在歩けていることに安堵するというものであり、「絶壁に立っている。でも、まだ歩けてる(2)」

「薬をうまく体調に合わせるのにはまだ不慣れであったが、会報や講演会でパーキンソン病の知識も増えて、自分なりの症状への対応も主治医と話せるようになった(2)」と表現した。

第4節 考察

5名のインタビューから抽出された2つのコアカテゴリーをもとに、在宅療法をしている神経難病高齢者の病いの体験プロセスについて以下に述べる。

1. 過酷な療養生活

神経難病は原因不明で、その全体像は非常にとらえにくく、患者が病名について聞かされるまでには数カ月、あるいは数年を要していることもまれではない。その間、対象者らは共通して病名の不確かさに不安や恐怖を感じていた。慢性疾患特有のこの「病気の不確かさ」について、Mishel, M. H. (1981) は、患者が不確かさゆえに自己に起こったことへの意味づけや、将来のことを考えることができなくなると述べている。また、自己の存在価値を見いだせなくなった場合には、どう行動してよいのかその方向性を見失う危険性すらあると指摘している。今回の対象者は、難病の病名告知を受けた後においても、なお、病気や症状について啞然とし、抗いきれない病気の脅威を感じており、対象者にとって病気に向き合うことは大きな第一の障壁であったといえる。そもそも、神経難病は原因不明で、回復が見込めない病気である。福原(2001)が、「神経難病は、緩徐進行性の死に至る病であり、患者のケア、心理的サポートなどにおいてがんと共通する点が多い」と述べているが、さまざまな臨床症状による苦痛は対象者の生きている喜びを奪い、ときには、死の選択すら起こさせるものである。本研究対象者においても、がんの告知に類似した心の動揺と、驚き、不安、悲しみといった反応が確認された。「死ねるものなら死にたい」というのは、死にたいほどのつらさや痛みが表出されたものであるが、その想いと裏腹に対象者らは必死で病気に立ち向かい、生きる選択を続けていた。

神経難病は、慢性疾患固有の少しずつ、あるいは目に見えない症状変化の続く疾患である。今後、少しずつ身体の動きが悪くなることを自覚しながら、誰も自分の病気と決別できない疾患でもある。その中で、対象者たちには眼前の日常があり、生きなくてはならず、必死で生きたい毎日の生活が存在していた。対象者らは症状のひどい折には見動きすら困難となるため、動けるときを見計らい、薬を飲む。そのような生活を送りながら、子育てや看病、そして働き手といった役割を同時にこなして生きてきた。ケース(3)は、病名がわからず、自由にならない身体で薬を繰り返し飲みながら子どもの野球の応援に行ったことを何度も語っており、病名が分からない不安の中においても、眼前の子どもの行事ととにかく必死であったことが窺える。痛みという苦痛を何とかやり過ごしながら、愛する子どものために添いたいという親の愛情がそこにはあったであろう。まさに、神経難病とともに子どもとの生活をひたすらに生きていたのである。しかし、対象者が子育ての楽しさや幸福感を家族で味わう余裕はなく、いつも病いの苦痛と隣り合わせであったことは憂

慮に堪えない。

神経難病の治療は主に薬物療法がその基盤となる。薬による効果を実感する半面、おさまらない問題もある。痛みは無くなったが、うつやパニック症を訴えられるケースがあることは、懸命に病気に向かいつつも、医療だけでは解決できない問題を抱えた患者の心の闇の存在を証左するものである。そして、薬物療法の経済的な負担を訴えていたケースでは、病名がはっきりしない間は自己負担も1カ月、数万円かかり、なおかつ治らない薬にそのような多額の金銭を投入していかなくてはならない心理的負担は大きいと推測できる。

また、病気の進行に伴う運動障害は、動けないという問題だけでなく、ボディ・イメージを変容させる。ケース(3)は、ボディ・イメージの変化から、情けないという思いや他者からバカにされたという体験をしており、その結果、周囲の人と分かりあえないと述べている。こうした、日々の自尊感情の低下は、周囲の人との心理的な距離を大きくし、コミュニケーションの障害を引き起こしやすいと考えられる。また、運動障害が進行すれば自分で動き、生活することは極めて困難となる。ケース(4)は食事や排泄の度に在宅で援助を受けているが、思うようにならないもどかしさや苦痛が窺える。しかし、そうした痛みや苦悩はそばで見ている家族や親族などでもわかることは難しいという発言もあり、難病高齢者が何をどう理解して欲しいと感じているか、本当の意味で察し、本人の内で現実の自分と折りあっていけるように関係性を築いていくことが大切である。

一方で、対象者らは自身の病気の進行等について、きわめて客観的な視点で把握をしていることは着目すべき点である。それは、病状の変化を客観視するには、自分の症状に向き合うことが必然であり、たとえ、病気を受け入れられなくても、ともに生きていこうとする姿勢につながると考えられるからである。病気に向き合う過程は、悲しみや失望、葛藤を伴うものであるが、それでも、その過程で生きる目的や意味を見いだすことができれば、人生を肯定的に生きる自分に変えることができると考えられる。これは、野川(2006)の「たとえ、病気や障害そのものを受容できなくとも、病気や障害を抱えて懸命に生きている自分自身は受け入れることができるのではないだろうか」という考えと共通するものであり、苦難に向かい悩む自分の存在こそが、唯一の絶対的な価値をもつものであることを表している。

【病気の進行とゆく末を覚悟】のなかで、パーキンソン病の薬が次第に自分にあっていく体験をケース(1)は語っている。薬物療法については「薬漬け」という認識も生じているが、ケース(3)では薬物療法自体を生活の中から排除したいという、切ない希望を述べている。すべてのケースで薬は症状コントロールと生きるために必要不可欠であると捉えられているが、その薬による拘束感や副作用の苦痛は患者を苦しめる大きな要因でもある。

以上のことより、神経難病高齢者の過酷な療養体験は不確かさの中での不安や恐怖に始まり、身体的・心理的・社会的な苦痛を伴うものであるといえる。しかし、その苦痛と悩みの中で対象者らは病いをもつ自分の存在を見つめ直し、病気に前向きにとり組みながら独自の生活過程を築きあげていた。

2. 社会・医療とのつながりによる生活の確立

患者の前向きな療養のために必要なこととして、対象者が一番力強く語っていたのは、社会とのつながりやその活動についてであった。先述したように、対象者らは周囲の人に自分をわかってもらうための困難に直面し、孤独や絶望に陥る場合もあった。反面、対象者は社会的活動をとおして、病気である自分ができることを発見し、その活動に喜びを感じていることから、社会的活動は、患者を励まし、大きな心の支えとなっているといえる。

社会的活動は、主として患者会活動や患者会関係のサークル活動、そして、趣味などがあげられた。患者会などでは、難病による困難な体験を話したり、聴くことで、患者は家族にも言えないような苦悩、さまざまな苦痛体験を自然に共有することが可能となる。舟波（2011）は患者会を運営してきた経験から、「いくら前向きになっても、やりたいことがあっても、一人では限界がある。（中略）患者会には仲間がいる。同じ悩みや心配、苦勞を抱えながらそれを乗り越えようとして模索している仲間、助けようとしている人、様々な人たちが集まって、一緒に考え、力を合わせ、楽しみ、前を向いていく」と患者会活動の意義を述べている。社会的活動の一翼を担いながら、患者は自分にもできること、自分にしかできないことを発見し、病気をもつ自己の存在価値を確認していくのではないかと考える。

次に重要なものとしては、適切な医療の介入による症状コントロールである。医療・ケア提供者への神経難病高齢者の期待は大きく、「いい先生に長く診てもらいたい」という語りは多く聴かれた。こうした意見は患者の真意であり、適切な医療の介入は、患者のQOLに大きく影響を及ぼすことと思われる。「いい先生に長く診て」もらうことは、自分の話をよく聴き、自分の症状にあったオーダーメイドの医療をしてくれ、そのために新しい治療法について共に情報を共有してくれる先生と、長く一緒に歩んでもらいたいという心からの願いであり、期待であろう。神経難病高齢者にとって、薬物療法は重要な命の綱である。しかし、様々な障害からの症状や苦痛を、希望や期待など複雑な思いとともに整理して、適切なタイミングで表現するのは非常に難しい状況にあることが語られていた。そのため、薬物療法を適切に、また効果的に行うためには、神経難病高齢者の真意と状態とを注意深く観聴き（みきき）しようとする、医療者側の患者に向き合う姿勢によるところが大きいといえる。

今回のインタビューで出てきた iPS 細胞の移植などを始めとした先進的な研究や医療などに関する意見は、治らない病気への突破口を期待する患者の思いに他ならない。一見、前向きで、自分の病気を受容しているように見受けられる患者であったとしても、「難病でなかったら」「治るかもしれない」といった前向きではない、隠し切れない本心が患者の内面にはあり、それをかき消してくれるものが iPS 細胞などの先進的医療への期待であると考えられる。今後の先進的な治療に向けた難病高齢者の切なる思いを汲みとり、一緒に期待し、寄り添っていくことが、生活確立プロセスの促進に必要と考えられる。

3. 研究の限界と振り返り

本研究は多くの神経難病の中でも 2 疾患に限られ、調査数も少ない。しかし、研究主旨に同意した対象者が、積極的に自身の状況や思いを文面あるいは口頭で語り、そうしたことが本研究で明らかにしたい神経難病高齢者の思いの解釈に対する手助けとなった。また、自立して生活行動ができる方と、支援なくしては日々の生活が送れない方から多くの話を聴き、さらに、それらを、M-GTA で質的に分析することによって、今まで漠然とイメージしていた患者の闘病過程について、苦悩や苦痛の多い「過酷な療養生活」と「社会・医療とのつながりによる生活の確立」という神経難病高齢者の生活確立プロセスを明文化できた。一人ひとり、病気や生活状況は異なるものであり、それがそのまま生活の確立につながっていくか否か、ケースに応じた個別な介入が重要であることも検討できた。

この結果を一般化するためには、さらに、継続して様々な疾患の方と会い、ともに病気を見据えながら聞き取りを重ね検討を行う必要がある。そうした介入により、神経難病の方々の生活確立に向けたプロセスをより正確に捉えることができ、今後のケアを検討する一助となると考える。

第 5 節 第 5 章のまとめ

1. 神経難病高齢者の病いの体験と生活確立プロセスは、第 1 段階《過酷な療養生活》、第 2 段階《社会・医療とのつながりによる生活の確立》をコアカテゴリーとした。
2. 今回の対象者は、難病の病名告知をうけた後においても、なお、病気や症状について啞然とし、抗いきれない病気の脅威を感じており、対象者にとって病気に向き合うことは大きな第一の障壁であった。
3. 痛みや苦悩はそばで見ている家族や親族などでもわかることは難しいという発言もあり、難病高齢者が何をどう理解して欲しいと感じているか、本当の意味で察し、本人の内面で現実の自分と折りあっていけるように関係性を築いていくことが大切である。
4. 病気に向き合う過程は、悲しみや失望、葛藤を伴うものであるが、それでも、その過程で生きる目的や意味を見いだすことができれば、人生を肯定的に生きる自分に変えることができる。
5. 対象者らは周囲の人に自分をわかってもらうための困難に直面し、孤独や絶望に陥る場合もあった。反面、対象者は社会的活動をとおして、病気である自分ができることを発見し、その活動に喜びを感じていることから、社会的活動は、患者を励まし、大きな心の支えとなっているといえる。

6. 薬物療法を適切に、また効果的に行うためには、神経難病高齢者の真意と状態とを注意深く観聴き（みきき）しようとする、医療者側の患者に向き合う姿勢によるところが大きいといえる。また、今後の先進的な治療に向けた難病高齢者の切なる思いを汲みとり、一緒に期待し、寄り添っていくことが、生活確立プロセスの促進に必要である。

引用文献

- 秋元典子, 森 恵子, 中塚幹也 (2010) : 若年子宮頸がん患者の手術決意過程, 日本がん看護学会誌, 24(2), 5-14.
- 秋山 智, 岡本裕子 (2010) : 若年性パーキンソン病患者の QOL に関する研究 ～ SEIQoL-DW による評価～, 日本難病看護学会誌, 14(3), pp.169-177.
- Corbin, J. M., Strauss, A. (1991) : A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 5(3),155-174.
- Corbin, J. M. (2001) : Introduction and overview : Chronic illness and nursing. In. Hyman, R. B. & Corbin, J. M. (eds.), *Chronic illness : Research and theory for nursing practice*, 1-15, Springer, New York, U.S.A.
- 福原信義 (2001) : 神経難病の緩和医療, 緩和医療学, 3(1), 45-52.
- 木下康仁 (2003) : グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 弘文堂, 東京.
- 岸田恵子 (2007) : 前向きに生きているパーキンソン病患者の「病い」の体験に関する研究, 日本難病看護学会誌, 12(2), 125-135.
- Mishel, M. H. (1981) : The Measurement of Uncertainty in Illness, *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- 野川道子 (2006) : 難病と生きる体験 一療養者の声から一, 日本難病看護学会誌, 11(2), 123-128.
- 大曲純子, 大田明英 (2017) : 神経難病患者の主観的 QOL, ADL, 自己効力感の関連性, 活水論文集 (看護学部編), 4, 13-22.
- 佐々木栄子, 西村歌織, 唐津ふさ・野川道子 (2008) : パーキンソン病患者の療養生活の受けとめと症状・日常生活動作との関連, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 4(1), 35-41.
- 舟波真美 (2011) : 患者会の活動 特集/パーキンソン病のリハビリテーション, *MB Medical Rehabilitation*, 135, 86-92.
- 竹内博明, 三野満子, 國方弘子, 藤本さとし, 伊東久恵 (1999) : パーキンソン病の患者の主観的 QOL 評価, 日本看護研究学会雑誌, 22(4), 17-26.
- 山内栄子, 秋元典子 (2012) : 喉頭全摘術を受ける頭頸部がん患者の術前から退院後 1 年間の他者とのコミュニケーションを通じたコミュニケーション方法の再構築過程, 日本がん看護学会誌, 26(1), 12-21.

第6章 神経難病高齢者へのヒーリングタッチ介入による健康支援の事例検討

第3章で神経難病高齢者、第4章で慢性疾患高齢者の生活実態と心理社会的状態を検討した。その結果、神経難病高齢者の生きがい感等のQOLに関連する指標にはSP健康感が影響していることが明らかとなった。そして、神経難病高齢者のQOLの向上や苦悩の緩和には、症状緩和とスピリチュアルな側面への支援が必要であることを述べてきた。

また、神経難病高齢者においては、慢性疾患高齢者より補完・代替療法（CAM）へのニーズが高い傾向にあると考えられた。そこで、本章では、症状緩和とスピリチュアルな側面への支援としてヒーリングタッチを実施し、その効果から健康支援について検討する。

第1節 目的

本研究の対象者である神経難病高齢者は、根本治療は困難であり、患者は身体的にも精神的にも、そしてスピリチュアルな側面においても多種多様な苦痛を抱えて生活している現状がある。その苦痛を少しでも緩和した状態で生活をおくることができるよう神経難病高齢者のQOLを高める看護を追究していく必要がある。

ヒーリングタッチ・ジャパン（2011）では、ヒーリングタッチは施行者が患者のホリスティックな健康促進を支援するという明確な意図に基づき、心を込めて意識的に自らの手を使うものとしている。そして、患者と施行者がエネルギー（氣）を通して、人として互いにつながることで、患者・施行者双方が自らの健康と癒しを見出す契機となるとされる。ヒーリングタッチは、術後の疼痛緩和や慢性的な痛みへのケアなど痛みのコントロール、HIV感染（AIDS）、高血圧、心臓や肺疾患、腫瘍疾患、自己免疫疾患、糖尿病、深い悲しみの癒し、リラクゼーション、スピリチュアルな側面の健康増進、慢性疲労症候群、全身の健康、疾患予防に有用であるとされている（Starn, J., 2000）。欧米においては、CAMの一つとして実践・研究が行われ、広く医療現場で実施されている。

我が国においては1980年代以降、タッチやヒーリングタッチに関して、いくつか量的・質的な研究が報告されている（土蔵, 2001; 金子ら, 2006; 鈴木ら, 2007; 小林ら, 2013; 近藤ら, 2013）。しかし、多くは健常者を対象とした基礎的な実践に関する研究である。本章では、神経難病高齢者に対する身体的、心理的、スピリチュアルな側面を支援する一つとして、ヒーリングタッチの効果や影響について生理的・心理的な側面と症状変化、介入による対象者の気づきから明らかにすることを目的とする。

第2節 方法

第1項 対象者および方法

対象者は、第3章の研究の神経難病高齢者への調査でヒーリングタッチ実施の希望を確認し

面接した6名のうち、継続して1カ月間のヒーリングタッチのケア介入への参加が可能で、主治医や家族の了解が得られた3名であった。対象者は65歳以上で認知障害がなく、在宅療養をしている神経難病の診断を受けている3名であった。面接時に、ヒーリングタッチについて資料を用いて説明し、了解を得て都合の良い日時を合意の上で決定した。また、病状や薬物療法など症状コントロールができていない状態を対象者に確認したうえで、対象者の自宅を訪問してヒーリングタッチを実施した。可能な限り室温は28℃前後とした。湿度も可能な限り50~60%程度を維持した。介入時間は1回30分前後で、ひとり週1回、4回の介入を行った。介入中の衣服は普段着とし、楽なものであれば特に筆者からの指定はしなかった。ヒーリングタッチの実施者はヒーリングタッチプラクティショナー研修生^{注1)}である筆者によって実施した。

第2項 研究期間

2018年7月~2018年8月

第3項 介入方法

各回の介入は、安静10分の後、ヒーリングタッチ15分間の介入という構成で、週1回、1か月間ヒーリングタッチの介入を行った。研究者と研究の補助を行う看護師1名で、以下のようにヒーリングタッチを実施した。補助者は筆者とヒーリングタッチの実施経験があり、生理的調査の補助と対象者の反応を観察を行い、直接的な介入は実施しなかった。

1. 介入前の手続き

- ①対象者へは決定後研究者から連絡をとりヒーリングタッチ実施の主旨、および方法等について文書(資料5)を用いて説明し、同意を得た。
- ②介入期間は、1回/週で、1か月間とした。その期間の参加が可能か、主治医、本人および家族の了解を得た。
- ③ヒーリングタッチの実施は自宅、もしくは研究者の研究室での実施が可能かの調整を行った。

2. 介入直前

- ①介入前評価時に、記録用紙(資料6-⑨、6-⑩)に沿って、記録を含め実施内容、方法、注意事項等について説明した。
- ②最初に筆者がヒーリングタッチの仕方について簡単にデモンストレーションをした。

3. ヒーリングタッチ介入時(図6-2-3-1)

- (1)挨拶をして体調・病状の確認を筆者が行った。問題がなければ、横になってもらい、タオルケット等を身体全体にかけた。
- (2)補助介護者により介入前の血圧、脈拍数、呼吸数、心拍変動(HRV)を測定し、心理的状态は気分調査である日本語短縮版気分形容詞チェックリスト(Japanese UWIST Mood Adjective Checklist: JUMACL)^{注2)}を聴取した。
- (3)10分間、楽な体位で安静臥床してもらった。この間に、筆者はヒーリングタッチ前の

瞑想を行い、準備を整えた。その後、血圧、脈拍数、呼吸数、心拍変動（HRV）を測定した。

(4)被験者の介入時アセスメントとヒーリングタッチ介入：

- ① 手で身体の周りのエネルギーの流れを確認した（3分程度）。
- ② その後、軽く対象者に触れ、身体の足の方から、足首－膝、膝－股関節、股関節－腹部、腹部－胸部、手（手首－肘間接－肩）、胸部－のど、のど－眉間、眉間－頭頂部といったように常に2箇所を軽く触れるか、数センチ程度離れたところからヒーリングタッチを行った。終了時は、膝下～足部にかけて数回軽くなでて終了した。
- (5)終わったことを被験者に告げ、すぐに血圧、脈拍数、呼吸数、心拍変動（HRV）測定、および、JUMACLを聴取した。
- (6)測定終了後、病状の変化、感想等の聴取を行い退室した。

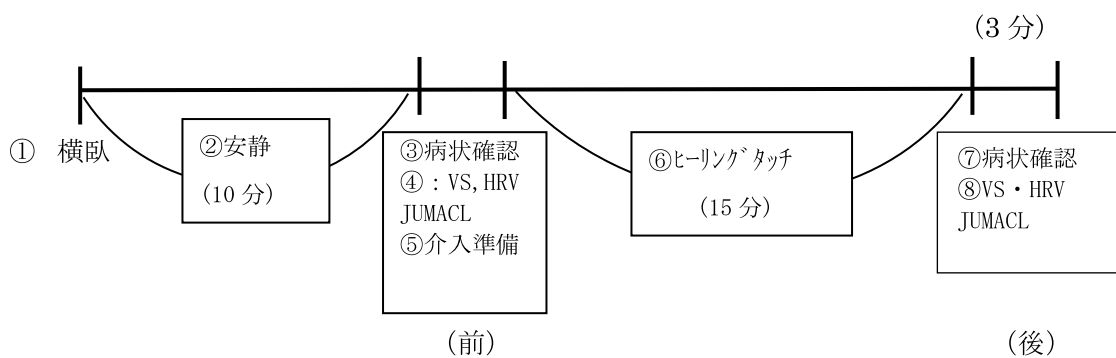


図 6-2-3-1 ヒーリングタッチ介入の流れ

3) 介入のアウトカム指標

- (1) 身体・生理学的指標：①症状：痛み、しびれ、運動障害、姿勢障害、不眠、不安感など
②血圧、脈拍、呼吸
③心拍変動（Heart Rate Variability: HRV）による周波数領域パラメーター（LF norm^{注3)}、HF norm^{注4)}、LF/HF^{注5)}）〔パルスアナライザー：TAS9VIEW（株式会社 YKC）を使用〕
- (2) 心理学的指標：④JUMACL^{注2)}を用いた。

注 1) ヒーリングタッチプログラムスでは、レベル1～レベル5までの研修後に実地試験を行い、合格したものにヒーリングタッチプラクティショナーの国家資格が授与される。レベル4以上はプラクティショナーを目指す人のレベルとなり、レベル4を終了した人は、レベル5に備えて1年間、個別・グループでの研修を行っていく。この間、対象者はヒーリングタッチプラクティショナー研修生と呼ばれる。

注 2) 本調査尺度は、Matthews, G. (1990)らが開発した UWIST Mood Adjective Checklist (UMACL) をもとに、白澤ら (1999) が作成した日本語短縮版気分形容詞チェックリストであり、本尺度は、気分の状態からおもにエネルギー覚醒（Energetic Arousal: EA）と緊張覚醒（Tense Arousal: TA）の2つの心理的側面について調査するものである。EA と TA は各 10 項目で計 20 項目の気分や感情を表す下

位尺度からなる。各項目は1～4点となっており、EA40点、TA40点でそれぞれ算出される。

EAは、「活動的である」「元気がある」など、エネルギーッシュな状態を表す。知的活動と密接な関係にあり、EAの点数が高い状態は、記憶力が良く、注意力（集中力）がよくなる傾向にある。EAは笑いを誘うような楽しい体験によって上昇するが、ショッキングな場面を見てもそれほど影響を受けないとされている（標準的データ：男性 24.43±0.45，女性 24.39±0.44）。

TAは、JUMACL研究会説明書によると、心が緊張しているなど、ネガティブな状態をあらわし、情動（恐怖・驚き・怒り・悲しみ・喜びなどの感情）と密接な関係にある。この得点が低い状態は、注意力が広い範囲に届く状態とされている（標準的データ：男性 18.45±0.36，女性 17.55±0.31）。

注3）LF norm：LF (Low Frequency) は、血圧変動に対応した心拍変動の低周波変動成分であり、交感神経と副交感神経の両方の活動を反映している。LF norm とは、LF の絶対値 / (トータルパワーとVLF の差) ×100 を示しており、VLF (超低周波領域) の変化による影響を最小限に抑え、交感神経活動の変化を強調している（林，2014）。

注4）HF norm：HF (High Frequency) は、呼吸運動に対応した心拍変動の高周波変動成分であり、副交感神経（迷走神経）の活動を反映している。ゆっくりとした規則正しい呼吸は、パワースペクトルのHF成分の振幅を増大させる。HF norm とは、HF の絶対値 / (トータルパワーとVLF の差) ×100 を示しており、VLF の変化による影響を最小限に抑え、副交感神経活動による変化を強調している（林，2014）。

注5）LF/HF：交感神経と副交感神経の全体のバランスを表している。数値が高いと交感神経優位を、低い場合は副交感神経優位を示す（林，2014）。

第4項 分析方法

個人毎に身体・生理学的データおよび心理学的データについて、毎回のヒーリングタッチ前後の対象者個々の変化、及び介入全体の変化を検討した。また HRV 項目におけるヒーリングタッチ前後の平均値の差を対応のある *t* 検定で分析した。さらに、心拍変動の各パラメーターの推移から個別のヒーリングタッチの効果を検討した。そして、心理学的指標であるエネルギー覚醒及び緊張覚醒の状態と、症状、及び心拍変動との関連を Pearson 積率相関係数で分析した。

第3節 結果

第1項 対象者の概要

本章の対象者の概要は、表 6-3-1-1 のとおりである。男性が1名（65歳）で、女性が2名（73歳と67歳）であった。診断名はB氏が脳皮質基底核変性症であり、他2名がパーキンソン病で、3名とも痛みやしびれなどの自覚症状はあるが日常生活は自立し、仕事は3名ともしていないが、主婦や患者会活動などを積極的にしていた。診断を受けてからの経過は6年～26年であった。

表 6-3-1-1 対象者の概要

ID	年齢	性別	おもな苦痛症状	家族同居	役割・活動等	診断後(年)
A	73	女性	腰痛, 肩こり	有	主婦・家事	11年
B	65	男性	足の痛みとしびれ	有	患者会活動	6年
C	67	女性	全身倦怠, 首のこり 動きにくさ	夫と死別 一人暮らし	主婦 園芸・カラオケ	26年

第2項 ヒーリングタッチ前後のバイタルサイン(vital signs)と心拍変動(HRV)

1. 対象者らのバイタルサイン変化

表 6-3-2-1 に、A 氏のヒーリングタッチ実施前後、1~4 回の血圧・脈拍数・呼吸数の変化を示した。A 氏の収縮期血圧は 90 台~110 前後 mmHg, 拡張期血圧は 60~70 前後 mmHg であった。脈拍数は 67~80 回/分前後, 呼吸数は 16~24 回/分であった。A 氏は安静後及びヒーリングタッチ後に収縮期血圧が僅かに上昇していたが、その差は±0~+13mmHg であった。脈拍数と呼吸数はそれぞれ-13~+2 回/分, -3~+4 回/分と大きな変動はなかった。

次に、表 6-3-2-2 に B 氏のヒーリングタッチ実施前後、1~4 回の血圧・脈拍数・呼吸数の変化を示した。B 氏の収縮期血圧は 120 台~150 前後 mmHg, 拡張期血圧は 70~90 前後 mmHg であった。脈拍数は 46~50 回/分前後, 呼吸数は 16~22 回/分であった。B 氏も、安静後及びヒーリングタッチ後に血圧が+2~+9mmHg, 脈拍数は-2~+3 回/分, 呼吸数は-4~0 回/分の僅かな変動であった。

表 6-3-2-3 に、C 氏のヒーリングタッチ実施前後の血圧・脈拍数・呼吸数の変化を示した。C 氏の収縮期血圧は 120 台~130 前後 mmHg, 拡張期血圧は 70~80 前後 mmHg であった。脈拍数は 70~80 回/分前後, 呼吸数は 16~20 回/分であった。C 氏も、ヒーリングタッチ介入前後の血圧変化は-8~+6 mmHg, 脈拍数-4~-1 回/分, 呼吸数-1~0 回/分で僅かであった。

血圧は 3 名の全 12 回のうち下降したのは 4 回であった。また脈拍数は 12 回が減少し、呼吸数は 7 回で減少が見られた。

2. 対象者らの HRV 値の変化

A 氏, B 氏, C 氏の実施毎の LF・HF・LF/HF と平均値を、それぞれ表 6-3-2-1, 表 6-3-2-2, 表 6-3-2-3 に示した。A 氏, B 氏は、介入前から介入後にかけて LF が低下し、HF が上昇していた。また LF/HF は 3 名ともに 4 回目の介入の平均が低値を示した

表 6-3-2-4 は、対象者 3 名のヒーリングタッチ介入前後の LF, HF, LF/HF の平均を対応のある t 検定で分析した結果である。いずれの指標においても介入前後で有意な差は認められなかったが、平均で比較すると実施前に比べて実施後は、LF は低下し、HF は上昇していた。また LF/HF 値は低下していた。

表 6-3-2-1 A 氏のヒーリングタッチ(HT)実施前後の血圧・脈拍・呼吸と HRV 値

	血圧(収縮期) (mmHg)	血圧(拡張期) (mmHg)	脈拍 (回/分)	呼吸 (回/分)	LF Norm. (%)	HF Norm. (%)	LF/HF
1回目介入前	96	62	84	24	60.83	39.17	1.15
1回目安静後	105	63	72	22			
1回目HT後	106	65	74	20	49.75	50.25	1.00
2回目介入前	90	64	88	22	49.00	51.00	0.97
2回目安静後	96	64	87	16	70.89	29.11	1.48
2回目HT後	103	62	78	20	42.56	57.44	0.86
3回目介入前	92	60	88	24	45.02	54.98	0.93
3回目安静後	98	69	80	23	36.59	63.41	0.78
3回目HT後	111	72	67	20	68.57	31.43	1.16
4回目介入前	99	66	81	24	68.78	31.22	1.19
4回目安静後	94	60	81	24	45.02	54.98	0.90
4回目HT後	94	64	81	22	18.24	81.76	0.62
介入前平均±SD	94±4.0	63±2.6	85±3.4	23±1.0	55.90±10.9	44.09±10.9	1.06±0.13
安静後平均±SD	98±4.8	64±3.7	80±6.2	21±3.6	50.83±17.9	49.17±17.9	1.05±0.37
HT後平均±SD	104±7.1	66±4.3	75±6.1	21±1.0	44.78±20.8	55.22±20.8	0.91±0.23
介入前中央値	94	63	86	24	54.90	45.10	1.06
安静後中央値	97	63.5	80.5	22.5	45.02	54.98	0.90
HT後中央値	104.5	64.5	76	20	46.16	53.85	0.93

表 6-3-2-2 B 氏のヒーリングタッチ(HT)実施前後の血圧・脈拍・呼吸と HRV 値

	BP(収縮期) (mmHg)	BP(拡張期) (mmHg)	P (回/分)	R (回/分)	LF Norm. (%)	HF Norm. (%)	LF/HF
1回目介入前	150	85	46	22	59.39	40.61	1.04
1回目安静後	145	89	48	20	51.25	48.75	1.01
1回目HT後	147	91	48	20	30.36	69.64	0.90
2回目介入前	140	76	57	18	58.18	41.82	1.04
2回目安静後	116	71	52	20	51.50	48.50	1.01
2回目HT後	125	81	55	18	70.27	29.73	1.10
3回目介入前	134	83	46	16	36.12	63.88	0.93
3回目安静後	132	85	50	20	63.18	36.82	1.07
3回目HT後	136	83	48	16	38.70	61.30	0.94
4回目介入前	127	85	49	16	49.25	50.75	1.00
4回目安静後	132	71	49	17	57.20	42.80	1.04
4回目HT後	128	83	48	15	25.73	74.27	0.86
介入前平均±SD	138±9.7	82±4.3	50±5.2	18±2.8	50.74±10.7	49.27±10.7	1.00±0.05
安静後平均±SD	131±11.9	79±9.4	50±1.7	19±1.5	55.78±5.6	44.22±5.6	1.03±0.03
HT後平均±SD	134±9.8	85±4.4	50±3.5	17±2.2	41.27±20.0	58.74±20.1	0.95±0.11
介入前中央値	137	84	47.5	17	53.72	46.29	1.02
安静後中央値	132	78	49.5	20	54.35	45.65	1.03
HT後中央値	132	83	48	17	34.53	65.47	0.92

表 6-3-2-3 C 氏のヒーリングタッチ(HT)実施前後の血圧・脈拍・呼吸と HRV 値

	BP(収縮期) (mmHg)	BP(拡張期) (mmHg)	P (回/分)	R (回/分)	LF Norm. (%)	HF Norm. (%)	LF/HF
1回目介入前	125	80	84	18	56.46	43.54	1.06
1回目安静後	124	68	70	16	53.00	47.00	1.02
1回目HT後	121	69	67	16	53.00	47.00	1.02
2回目介入前	132	78	70	18	27.29	72.71	0.80
2回目安静後	128	71	68	16	33.18	66.82	0.88
2回目HT後	134	74	67	16	37.29	62.71	0.88
3回目介入前	125	65	80	20	16.80	83.20	0.62
3回目安静後	124	67	74	16	33.85	66.15	0.87
3回目HT後	116	66	70	16	17.65	82.35	0.69
4回目介入前	124	70	77	18	24.05	75.95	0.76
4回目安静後	116	65	70	17	45.51	54.49	0.97
4回目HT後	109	62	71	16	40.61	59.39	0.94
介入前平均±SD	127±3.7	73±7.0	78±5.9	19±1.0	31.15±17.43	68.85±17.43	0.81±0.18
安静後平均±SD	123±5.0	68±2.5	71±2.5	16±0.5	41.39±9.59	58.62±9.59	0.94±0.07
HT後平均±SD	120±10.6	68±5.1	69±2.1	16±0.0	37.14±14.65	62.86±14.65	0.88±0.14
介入前中央値	125	74	78.5	18	25.67	74.33	0.78
安静後中央値	124	67.5	70	16	39.68	60.32	0.93
HT後中央値	118.5	67.5	68.5	16	38.95	61.05	0.91

表 6-3-2-4 ヒーリングタッチ実施前後の HRV 値の変化

	平均値	±	SD	p値
前LFの平均	45.93	±	13.06	.466
後LFの平均	41.06	±	3.83	
前HFの平均	54.07	±	13.06	.466
後HFの平均	58.94	±	3.83	
前LF/HFの平均	0.95	±	0.13	.587
後LF/HFの平均	0.91	±	0.03	

第 3 項 ヒーリングタッチ前後の対象者の症状と心理的状态

表 6-3-3-1 は A 氏の、表 7-3-3-2 は B 氏の、表 6-3-3-3 は C 氏のヒーリングタッチ前後の症状と心理的状态 (JUMACL)、訴えや気づきの結果である。

介入前の緊張 (TA) の平均は、A 氏 21.25±2.2、B 氏 22.3±2.2、C 氏 18.5±3.1 で一般平均より高値を示していたが、12 回の介入のうち 7 回 (58.3%) でヒーリングタッチ後に TA の低下がみられ、ネガティブな状態の改善を示した。またエネルギー覚醒 (EA) の平均は、B 氏が介入前 27.5±2.1 で一般平均よりも高値で、介入後に 24.3±2.9 で低下をみとめた、しかし他の 2 名は 8 回のうち 7 回 (66.7%) で介入後の上昇を認めた。これは A 氏と C 氏は集中力が良好な状態へと変化したことを示す。

特に、A 氏は 1 回目から 4 回目にかけて TA は平均値に近づき、EA は平均値より高値を示した。A 氏については、始めた当初は痛み、しびれ、動きにくさ、肩こり、不眠感、だるさ等の症状がひどかったが、介入の度に改善がみられ、4 回目終了時ではほぼ症状が自覚されない状況に至っている。主観的にも、「普通のだるさではない」という苦痛症状の訴えが少なくなり、「気分がよく、身体が重くない」「調子がいい」という発言もあり、最終回は実施前に「良くも悪くもない」状態であったが、介入後は「まるで、お風呂上がりのように温かくて気持ちがいい」という心地よさとポジティブな発言がみられた。

表 6-3-3-1 A 氏の症状と心理的状态

	対象者の症状							JUMACL		訴え・気づき	
	① 痛み	② しびれ	③動き にくさ	④ 肩こり	⑤ 頭痛	⑥ 不眠感	⑦ だるさ	緊張 (TA)	エネ (EA)		
1回目前	5	7	3	3	1	1	5	22	20	前:フラフラして普通のだるさではない。 横になり、10分位すると落ち着く 後:良くも悪くもない。頭がすっきりした感じ	
1回目後	5	7	3	3	1	1	5	19	21		
2回目前	1	0	1	1	0	1	1	20	27	前:今日はちょっと気分がいい。身体は少し重くてだるい。 後:手のあたりに触れられたとき、心臓がドキドキした 目を開けると周囲が明るい。気分がよく身体が重くない	
2回目後	1	0	1	1	0	1	0	20	28		
3回目前	2	2	2	1	1	1	0	24	25	前:わりと調子いい。ご飯もおいしく食べられた 後:身体が軽い感じ、やってみると目の前が明るくなる	
3回目後	1	1	1	0	0	0	0	23	27		
4回目前	1	2	3	1	0	0	0	19	34	前:良くも悪くもない。 後:まるでお風呂上がりのように温かくて気持ちがいい	
4回目後	0	0	1	0	0	0	0	18	35		
								介入前平均	21.3 ±2.2	26.5 ±5.8	
								介入後平均	20.0 ±2.2	27.8 ±5.7	

B氏は、介入前後で痛みにより「歩けないけど無理をしている」「どうしても本当にこの病気なのかと考えてしまう」といった身体的にも精神的にも苦痛を感じさせる発言が見られていた。しかし、初回からヒーリングタッチの感触を感じ、疼痛の軽減と身体がすっきりした感じを訴えている。2回目は股関節や足関節に痛みを感じており、体動困難が生じたことで、TAは介入後に高くなったが、1回目と4回目では6~7点低下していた。EAはやや低下することが多かったが、一般平均より高い値を示していた。介入を重ねる毎に、動きにくさを除いて、痛み、しびれなどの症状は改善がみられ、最終回では介入前に痛みや身体のだるさはあったが、介入中に入眠できるまでに落ち着いた心理状態に導けた。B氏は手の温かさ、感触への気づきが多く、心地よさだけでなくそれが目に見えたらいいのにと口にしていた。

表 6-3-3-2 B氏の症状と心理的な状態

	対象者の症状							JUMAACL		訴え・気づき	
	① 痛み	② しびれ	③動き にくさ	④ 肩こり	⑤ 頭痛	⑥ 不眠感	⑦ だるさ	緊張(TA)	エネ(EA)		
1回目前	6	8	7	1	0	0	2	23	25	前:歩きにくいが無理して歩いている。午前中はリハビリに行き、その時10~15分くらい良いがまたもとに戻る 後:終って動いてみると痛みはない。全体的には半分、身体の不調がすっきりした。触られると何かのつてきた様な感じ	
1回目後	5	7	7	0	0	0	1	16	26		
2回目前	5	8	5	0	0	0	0	23	28	前:特に問題なし。今朝、左足首がけいれんした。右股関節に痛みがあった 後:やっている時、右股関節の痛みが気になりゆったりできなかった。じっとしていると痛みがひどくなる。終わってから動いた時は痛みがなかった。	
2回目後	8	8	6	0	0	0	0	28	25		
3回目前	4	4	8	0	0	0	0	19	27	前:特に変化なし。午前中に手だけで水泳した。足は水の中でも前に出ない 後:今まではあまりなかったが、今日はゆっくり休んだ心地よさがある。手がとても熱かった。あたたかときに何か物をのせたような感じがする	
3回目後	1	3	8	0	0	0	0	21	20		
4回目前	1	3	7	0	0	0	0	24	30	前:リハビリと運動疲れもあり集中力が低下している 坐って待つとストレスになった。異常は無い 後:コトんとよく眠れた。痛みが左足から右足へ移動した気がした。ヒーリングタッチの効いているのが見えたらいい	
4回目後	0	1	5	0	0	0	0	18	26		
								介入前平均	22.3 ±2.2	27.5 ±2.1	
								介入後平均	20.8 ±5.3	24.3 ±2.9	

C氏は、初回、動きにくさ、肩こり、頭痛の訴えがあるが、「まあまあ動けるからいい」と言っていた。しかしTAは23から19に低下した。介入時に周囲の環境などで集中できていない様子が見られ、TAは上昇することもあったが、4回目の介入では介入前に頭痛や頭重感があり、介入後はTA、EAともに上昇した。一方、症状についてはすべての回で介入後に改善を認め、特に頭痛やだるさといった症状に対しては著効を示した。3回目以降はヒーリングタッチ実施の最中から入眠し、覚醒後は身体が楽で気持ちよいということだけを訴えていた。C氏に特徴的であったのは、EAがすべての回で介入前後に同程度か若干の上昇を認め、生き生きとした表情で、「ようわからんけど、気持ちいいわ」「すごく頭が重かったのに、すっきりして爽快よ」といった主観的にもポジティブな発言がみられたことである。また、C氏はヒーリングタッチについて、「何かをどうにかするということではなく、ゆったりとして、心落ち着けて自分の身体を整えていくようなものだ」ということを最終回に気づきとして述べた。

表 6-3-3-3 C 氏の症状と心理的な状態

	対象者の症状							JUMAQL		訴え・気づき
	① 痛み	② しびれ	③動き にくさ	④ 肩こり	⑤ 頭痛	⑥ 不眠感	⑦ だるさ	緊張(TA)	エネ(EA)	
1回目前	0	0	5	6	4	4	8	23	22	前：肩こりや頭痛があるけど、まあまあ動けるからいい
1回目後	0	0	4	5	2	2	6	19	25	後：興奮していてわからなかった。頭が重たい感じがする
2回目前	5	0	5	2	0		4	18	22	前：家の掃除に忙しい、腰痛あり
2回目後	4	0	4	2	0		2	12	25	後：ずっと横になっていて腰が痛い。効果は今よくわからん、腰痛はちょっとましな感じ
3回目前	3	1	6	2	2	1	2	17	23	前：掃除を頑張った。足のつり・しびれがあって力が入らない
3回目後	2	0	5	1	0	0	1	21	23	後：寝た後、身体が楽で心地よい
4回目前	2	0	4	5	2	5	2	16	23	前：友人と外出してきた。すごく頭が重い
4回目後	1	0	1	2	0	2	1	22	26	後：頭がすっきりした。何か青空になった。今までない爽快感 ヒーリングタッチは何かをどうにかするというのではなく、 ゆったりとして、心落ち着けて自分の身体を整えていくよ うなものだと思う
								介入前平均 ±3.1	18.5 ±0.5	
								介入後平均 ±5.1	19.0 ±1.3	

第 4 節 考察

1. ヒーリングタッチによる生理学的効果

収縮期・拡張期血圧については、3名ともに変化を認めず安定していた。脈拍数は減少を示す回数が多かった。また LF norm, HF norm, LF/HF の結果から、介入後は副交感神経が優位性の傾向が伺えた。山本ら（2015）は若年者へのヒーリングタッチ介入による同様の生理学的変化から、脈拍数の有意な低下を報告しており、本研究の結果は山本らの結果と一致する結果であった。田口（2015）はヒーリングタッチが緊張緩和や気分の改善につながっていることを報告している。また近藤ら（2013）はタッチを受けている間、受け手の副交感神経活動の指標である HF norm が安静時と比べて高く、交感神経活動の指標である LF/HF は、安静時と比べて低かったことを報告している。これらの結果についても本研究結果と同様の結果であったと考える。

林（2014）は、LF norm, HF norm の微小電流は、身体の内部に生じるわずかなエネルギーで、自律神経系の働きを示すものであり、生理的、病態的な意義は大きいと述べている。本研究の対象者は、中らの対象と同様にパーキンソン病の高齢者であり、日常生活では身体的、精神的にストレスによる影響を受けやすく、第 3 章の結果に示したように、身体の痛みや動きにくさといった苦痛症状を感じている人である。実際に本研究の対象者にはヒーリングタッチ介入時にも痛みにより体勢を維持することが困難な状況であった人もいた。このような苦痛症状を抱えた生活を余儀なくされている神経難病高齢者への症状緩和を可能にする手段は、現在のところ多いとはいえない。ヒーリングタッチは非侵襲的で、経済的な負担も少ないアプローチであるといわれている（中ら、2014）。本研究において、ヒーリングタッチは神経難病高齢者において身体の痛みや動きにくさ、肩こりや頭痛を軽減する傾向が窺え、それは交感神経と副交感神経のバランスを整えることと関連している

ことが示唆された。在宅療養中で神経難病を抱え、なおかつ加齢による身体変化を抱える対象者にとってのヒーリングタッチ介入の意義は、少なくないといえる。

また、本調査で介入したヒーリングタッチなどのタッチングのケアについては、アルツハイマー病の興奮時にはあまり効果を示さず、興奮のない状態で攻撃的な行動を減少させる効果があるとの報告もある (Winstead-Fry, P. & Good, R., 2010)。本調査は、神経難病ではあったが、体調の整っていない日の介入時と、比較的体調が良い日の介入時とでは、TAの増減に相違があった。B氏は股関節痛や腰痛が持続している人であり、特に第2回においてはTAが+5上昇し、痛みも+3となった。それ以外でTAの上昇があった3回すべてのケースでは、体調は比較的良好、あるいは症状の改善を表現されていた。このことは、疼痛等の苦痛による精神的興奮がヒーリングタッチの効果に影響していると考えられ、ヒーリングタッチ実施時の身体的、精神的興奮を把握した上で、介入を行う必要があることを示していると考ええる。より効果的にヒーリングタッチを実施するための実施条件を明確にしていくことが重要な課題と考える。

本調査では、検討できなかったが、小林ら (2013) は、ヒーリングタッチ介入技法の初段階に、施術者が「集中する」ことから生じる生体反応について研究しており、その際に瞑想状態に近い生理的变化がみられ、副交感神経の上昇と交感神経の低下を報告している。こうした変化は施術者だけでなく、ヒーリングタッチを受ける人には、温かさや心地よさとして伝わると報告している。ヒーリングタッチによって、「お風呂あがりのような」気持ち良い感覚がどのように伝わるのか、発生機序について解明していくことも効果的な介入にするためには重要な課題である。

2. ヒーリングタッチによる心理学的効果

今回、JUMACLによって効果の検証を試みた結果、3名すべてに、各回において効果が認められたとは言えない。しかし、今回介入した結果、緊張 (TA) が全12回のうち7割で注意力・集中力が同じか向上し、またエネルギー活動 (EA) が7~8割で上昇を認めた。このことは、岡田 (2013) の結果を支持するものであり、手を触れられるという行為は緊張緩和と密接に関連するものと考えられる。近藤ら (2013) は看護学生同士のタッチの実施により、タッチを受けている間は、副交感神経活動の指標である HF norm が安静時と比べて高く、交感神経と副交感神経の活動バランスの指標である LF/HF は安静時と比べて低いということだけでなく、指尖温度の上昇から、タッチがタッチの受け者にリラックス状態をもたらすと指摘している。本研究においては、ヒーリングタッチを実施することによって、緊張 (TA) が低値を示し、エネルギー活動 (EA) が高値となる介入が12回のうち7回であることを考えると、近藤らの研究を支持する結果とはいえない。しかし、心地よさを表現した対象者にとっては、身体的苦痛から短時間でも解放される瞬間であることは間違いなく、今後も、心地よさがより多く提供できる介入方法を探究していく必要がある。

皮膚は感覚器官のひとつであり、スキンシップなどの皮膚刺激が脳を刺激しオキシトシンの分泌を通して動物個体間の絆を形成させる (永澤ら, 2013)。ヒーリングタッチはこの

触れる要素と、人体のエネルギーが合わさったものであり、疼痛、不安などの症状の改善、がん治療の副作用などによるストレスの軽減等のほか、高齢者の疼痛管理、睡眠、行動パターン、そして機能的能力やリラクセーションの向上など、多くの研究成果が報告されている (Umbreit, A. W., 2014)。本研究成果でも、ヒーリングタッチの介入により様々な自覚症状に改善がみられ、介入後に一時的に改善されるもの、介入の度、継続して改善がみられるもの等、受け手により様々であったが、ヒーリングタッチによるリラクセス効果や不安の軽減などの効果による可能性が窺える。

著者 (岡本, 2019) はセルフヒーリングタッチを実施し、受け手の穏やかな気持ちで眠気を感じる生理的变化や、心地よい反応が認められたことを報告した。また、同研究では POMS の「活気」得点の上昇や、被験者の体験後の感想・気づきから、自分の状態に気づき、自分の気持ちの変化に気づくという「自己への関心」を確認している。そして、本研究では対象者全員がヒーリングタッチによる前後での気持ちよさや、身体の軽さ、爽快感を体験していた。自身が体験した心地よさや温かさから、B氏はその感覚の不思議さを目で見てみたいと表現し、C氏はヒーリングタッチが自分の身体を整えていくものだと解釈していた。このことはヒーリングタッチが「快」の感情を引き起こし、そこから自身への深い気づきを起こしていることが窺える。こうした点がスピリチュアルケアといわれる理由であり、神経難病高齢者への看護アプローチとして注目すべき視点であると考えられる。

以上のことから、ヒーリングタッチの皮膚からの刺激は人の緊張をとり、リラクセーション反応を生じさせやすく、対象者に心からの気遣いをし“いちばん良い状態をめざす”という意識への専心は、対象者と実施者との心を通じ合わせ、副交感神経の活性化や対象者の自然治癒力に働きかけるものであると思われる。その結果、軽い痛みや肩こり、頭痛などの自覚症状は低減し、心地よさが生じる。こうしたヒーリングタッチの実施からもたらされる心地よさは、対象者の「快」の感情を引き起こし生きる力を支えるスピリチュアルケアにもつながるものであり、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要である。看護提供者はそのことを理解してより効果的に神経難病高齢者の QOL を高めるための看護アプローチを追究していくことが重要である。

第 5 節 第 6 章のまとめ

1. ヒーリングタッチの介入により様々な自覚症状に改善がみられた。介入後に一時的に改善されるもの、介入の度、継続して改善がみられるもの等、受け手により様々であったが、ヒーリングタッチによるリラクセス効果や不安の軽減などの効果の可能性が窺えた。

2. ヒーリングタッチの介入によって、脈拍数は減少することが示唆されたが、収縮期血圧・拡張期血圧は変化を認めなかった。また LF norm, HF norm, LF/HF の結果から、介入後は副交感神経優位な傾向を示すことが考えられた。

3. 対象者全員がヒーリングタッチによる前後での気持ちよさや、身体の軽さ、爽快感を多くの回で体験していた。ヒーリングタッチの実施によりもたらされた心地よさは、対象者の「快」の感情を引き起こし生きる力を支えるスピリチュアルケアにもつながるものであり、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要である。

4. ヒーリングタッチが神経難病高齢者の QOL の改善に有益であるというエビデンスを実証していくためには、身体的・生理的な指標について、さらに詳細な検討が必要であり、今後の課題である。

引用文献

- 林 博史編集 (2014) : 心拍変動の臨床応用 ―生理的意義, 病態評価, 予後予測―, 1-22, 医学書院, 東京.
- ヒーリングタッチ・ジャパン (2011) : ヒーリングタッチ レベル 1 テキスト (第 2 版), p.5-6, ヒーリングタッチ・ジャパン, 三重.
- 金子有紀子, 小坂橋喜久代 (2006) : 健康女性への意図的タッチによって引き起こされる生理的・情緒的反応(焦点 補完代替医療における看護療法の検証), 看護研究, 39(6), 469-480.
- 小林たつ子, 前澤美代子, 梶原睦子, 西沢三代子, 西村明子, 中橋淳子, 他 (2013) : ヒーリングタッチ介入技法の初段階「集中する」ことの施術者の生体反応の検討, 山梨県立大学看護学部紀要, 15(1), 23-35.
- 近藤浩子, 小宮浩美, 浦尾悠子(2013) : 癒し技法としてのタッチの受け者と施行者における効果に関する研究, 東京医療保健大学紀要, 7(1), 1-10.
- Matthews, G., Jones, D. M., Chamberlain, A. G. (1990) : Refining the measurement of mood : The UWIST Mood Adjective Checklist, *British Journal of Psychology*, 81, 17-42.
- 永澤美保, 岡部祥太, 茂木一孝, 菊水健史 (2013) : オキシトシン神経系を中心とした母子間の絆形成システム, 動物心理学研究, 63(1), 47-63.
- 中 ルミ, 天野 博, いとうたけひこ (2014) : 在宅看護におけるヒーリングタッチの効果に関する事例検討 ―パーキンソン氏病の女性の疼痛と心理的苦痛と不眠の軽減効果―, *Journal of International Society of Life Information Science*, 32(1), 34-43.
- 岡田なぎさ (2013) : 看護学生におけるヒーリングタッチによる心理学的反応 ―JUMACL による検討―, 第 19 回日本統合医療学会, 163.
- 岡本裕子, 高橋登志枝, 竹山広美, 坂村八恵 (2019) : 看護教育の場におけるヒーリングタッチの元氣効果の検討, 看護・保健科学研究誌, 19(1), 10-19.
- 白澤早苗, 石田多由美, 箱田裕司, 原口雅浩 (1999) : 記憶検索に及ぼすエネルギー覚醒の効果, *Japanese Journal of Psychonomic Science*, 17(2), 93-99.
- Starn, J. (2000) : 米国におけるエネルギーヒーリングの実践, *Quality Nursing*, 6(9), 13-21.
- 鈴木清志, 新田和男, 片村宏 (2007) : 統合医療と生体エネルギー療法の臨床 ―その背景

- から臨床応用まで－, *Biotherapy*, 21(6), 407-413.
- 田口豊恵, 中森美季 (2015) : 健康成人に対するヒーリングタッチ効果の検証 自律神経系の変動および主観的指標からの分析, 京都看護, 1, 17-30.
- 土蔵愛子 (2001) : タッチに関する研究と実践の動向からみた今後の課題, 臨床看護研究の進歩, 12, 10-16.
- Umbreit, A. W. (2014) : In *Complementary & Alternative Therapies in Nursing* (7th. ed.) / 梅川ら訳 (2016) : ヒーリングタッチ, ケアの中の癒し 統合医療・ケア実践のエビデンス (第1版), 305-321, 看護の科学社, 東京.
- Winstead-Fry, P., Good, R. (2010) : *Fibromyalgia Syndrome* (3rd. ed.), *A Practitioner's Guide to Treatment*, 279-288.
- 山本晴美, 森田久美子 (2015) : ヒーリングタッチ実施前後における身体的・精神的変化 ー 二重盲検法による準ランダム化比較試験ー, 日本看護技術学会誌, 14(2), 174-184.

第7章 全体考察

本研究は、在宅療養中の神経難病高齢者の身体・心理・社会的な実態と、QOLの関連要因から、また、慢性疾患高齢者との比較から神経難病高齢者の生きがい感について検討した。さらに、現在の治療やCAMに対してどのようなニーズを持つのかを踏まえて、ヒーリングタッチの効果や影響を検討した。以上から、神経難病高齢者のQOL、及びQOLを高めるための健康支援の在り方について考量する。

第1節 神経難病高齢者のQOL

神経難病高齢者は病態固有の臨床経過を個々に持ち、治療は疾患別の研究アプローチが中心である。そのため神経難病高齢者の生活は、牛久保（2007）が難病患者の苦悩はスピリチュアルペインそのものであると述べている通り、年齢を重ねるごとに各機能は低下し、生活の困難感が増す中で、さまざまな身体的苦痛と治療状況などの影響を受けながら日々の生活となる。第3章、第4章では、そうした神経難病高齢者の生活実態を検討した。

その結果、対象者の9割が痛みや運動障害、しびれなどの苦痛症状を有し、医療への満足感が慢性疾患高齢者に比べると低かった。このことは治療効果の期待の低さであると考えられた。7割がCAMを活用しており、治療効果の期待の低さと医療への満足感の低さから、また何より身体的な苦痛症状を少しでも回避したいという対象者の切望からくる行動であると考えられた。したがって、神経難病高齢者においては年齢を重ねていくことで発現する機能低下と病態の進行に起因する苦痛症状とが複雑に絡まっており、これらを如何に緩和することができるかが対象者のQOLに大きく影響することと考えられる。

また、神経難病高齢者の生きがい感は、スピリチュアル健康感や自尊感情から直接影響を受けており、生活満足感はSP健康感から影響を受け、自尊感情は生活満足感から影響を受けていた。つまり、神経難病高齢者の生きがい感などのQOLの一部は、自己の存在を再構築できる何らかのつながりによって構成されていると考える。本研究は慢性疾患高齢者に比べ、神経難病高齢者では、スピリチュアル健康感が強く生きがい感に影響することを明らかにした。言い換えれば、神経難病高齢者には、人の存在の根幹を支えるスピリチュアルなニーズがあり、生活の中でスピリチュアルな側面を高めていくことは、病状や療養環境等により生命過程のバランスが保ちにくい対象者の健康支援につながるものである。

第5章では、在宅療養中の神経難病高齢者の病いの体験と、生活を確立していくプロセスについて検討した。そのプロセスは、第1段階「過酷な療養生活」、第2段階「社会・医療とのつながりによる生活の確立」で構成されていることを明らかにし、困難と共存しながら生きている患者の前向きな闘病の過程が明らかとなった。われわれ看護は患者の生活を支援することが責務である。神経難病高齢者の生活を支援することは、健康を支援することであり、患者本人の内で現実の自分と折りあっていけるように関係性を築き、生き

る目的や意味を見いだすというスピリチュアルな側面に注目することで神経難病高齢者の QOL を支援していくことが可能となると考える。

以上のことから、神経難病高齢者において、多様な痛みや運動障害、しびれといった苦痛症状が患者の日々の生活に影響を及ぼし、QOL の低下を引き起こしていることは明らかである。このような神経難病高齢者の QOL をより向上させていくには、スピリチュアルな側面からのアプローチを行い、対象者の生きがい感や生きる力へ働きかけていくことが重要である。

第2節 ヒーリングタッチを考量した神経難病高齢者の健康支援

神経難病高齢者の QOL は症状緩和とスピリチュアルな側面へのアプローチが重要であることは前述したとおりである。第 6 章では、神経難病高齢者の症状緩和と QOL 支援の目的で、ヒーリングタッチの介入を実施しその効果について検証を試みた。

ヒーリングタッチ実施によって収縮期圧・拡張期血圧に大きな変化を認めなかったが、ヒーリングタッチ介入後は副交感神経が優位な傾向へと変化することが示唆された。ヒーリングタッチの皮膚からの刺激は人の緊張をとり、リラクセーション反応を生じさせやすいといわれる。ヒーリングタッチの実施からもたらされた心地よさは、対象者の「快」の感情を引き起こし、スピリチュアリティを支えるアプローチとなるものであり、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要と考えられる。

筆者（岡本ら、2019）は本研究対象とは別に、セルフヒーリングタッチについて、穏やかな気持ちで眠気を感じる生理的变化や、心地よい反応が同様に認められたことを報告している。また、POMS（心理調査）の「活気」得点の上昇や、体験後の感想・気づきから、自分の状態に気づき、自分の気持ちの変化に気づくという「自己への関心」が認められ、ヒーリングタッチの元氣効果として着目できることを報告している。このことは“触れる”ということが、いかに人にとって、ましてや病者にとって重要なものであるかを示しており、川島（2011）はそれを TE-ARTE（手当て）と表現し、看護治療学の中心に位置づけている。ヒーリングタッチの効果は、単に“触れる”ことによる単純な温かみの伝搬ではなく、“触れる”ために実施者側に起こっている心身の反応から影響される受け手側の心身の反応であることが考えられる。川島のいう TE-ARTE も意図は同じであり、ヒーリングタッチは提供者と受け手との相互作用の結果として、温かみや快の感情を生み出しているものと考えられる。

以上のことから、神経難病高齢者への健康支援について以下に検討する。神経難病高齢者の苦悩と苦痛は健常人には、計り知れないものであることはこれまで論じてきたとおりである。神経難病は病態も病状もその人固有の発現をする。対象の多くが様々な苦痛症状を抱えながら、自己の生活を再構築していくプロセスの途上で生活している。その苦悩を低減するための看護アプローチは一人一人に合った形で提供されるものである。神経難病高齢者の健康支援は、ホリスティックであり、癒しであり、スピリチュアルな側面への働きかけが重要である。

今回の研究でヒーリングタッチには苦痛症状を軽減する傾向があり、また、対象者の「快」の感情を引き起こし生きる力を支えるスピリチュアルケアにもつながる可能性が示唆された。この 2 つの要素は神経難病高齢者の生活の状態を変え、主観的な健康感をあげていく可能性が期待できると思われる。神経難病高齢者の健康支援は、身体機能の再獲得というより、療養する自分を支えるためのスピリチュアルな健康感を高めること、さらに症状コントロールの確実な実施、及び生活を獲得していく自身のプロセスを支えることが重要であるといえる。

こうした個々への健康支援を深く考えると同時に、神経難病高齢者の CAM へのニーズは慢性疾患高齢者より高い。CAM を利用したいと希望する人が少なからず存在することは、CAM 利用のアクセシビリティを高めていくという社会的背景に働きかけることも、今後、必要になっていると考える。このことは、現代の医療では解決に至らない患者の苦悩や苦痛の存在から発現する行動・思いである。医療者のより深い対象理解とケアスキルの創造・深化が必要である。

第3節 本研究の成果

神経難病の高齢者の生活実態について、身体的・心理的・社会的状態、医療ニーズから明らかにし、神経難病高齢者の QOL や生きがい感との関連性を検討した。また、ヒーリングタッチが神経難病高齢者にもたらす生理的・心理的な効果を考量し、健康支援の在り方を検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 神経難病高齢者の生きがい感は、スピリチュアル健康感や自尊感情から直接影響を受けており、スピリチュアリティを高める支援は、日々の生きがい感に繋がる。
2. 神経難病高齢者の健康支援は、身体機能の再獲得というより、療養する自分を支えるためのスピリチュアルな健康感を高めること、さらに症状コントロールの確実な実施、及び生活を獲得していく自身のプロセスを支えることが重要である。
3. 本研究では、ヒーリングタッチの介入により対象者の実施時の言動から様々な症状軽快を伺わせる内容を認めた。タッチによる皮膚からの刺激はリラクゼーション反応を生じさせることが考えられる。
4. ヒーリングタッチの実施からもたらされた心地よさは、対象者の「快」の感情を引き起こし、スピリチュアリティを支えるアプローチとなるものであり、神経難病高齢者の健康支援の核心として重要と考えられる。
5. 神経難病高齢者の CAM へのニーズは慢性疾患高齢者より高い。このことは、現代の医療では解決に至らない患者の苦悩や苦痛の存在から発現する行動・思いである。医療者

のより深い対象理解とケアスキルの創造・深化が必要である。

6. 本研究で明らかとなった、神経難病高齢者への症状コントロールとスピリチュアリティの重要性、及びヒーリングタッチなどの CAM 活用の試みは、今後の神経難病高齢者理解と看護ケアの方向性を示すものである。

引用文献

- 川島みどり (2011) : 触れる・癒やす・あいだをつなぐ手 TE-ARTE 学入門, 7, 看護の科学社, 東京.
- 岡本裕子, 高橋登志枝, 竹山広美, 坂村八恵 (2019) : 看護教育の場におけるヒーリングタッチの元氣効果の検討, 看護・保健科学研究誌, 19(1), 10-19.
- 牛久保美津子 (2007) : 神経難病患者のスピリチュアルペインと緩和的ケア, *The KITAKANTO Medical Journal*, 57(2), 189-190.

終章

本研究は神経難病高齢者の生活の実態と QOL を把握し、今まで神経難病高齢者が生きてきた苦悩の過程について明らかにした。また、長年、さまざまな痛みや苦悩を体験してきた方へのヒーリングタッチによる効果検証を試みた。それらを踏まえて神経難病高齢者の健康支援について検討した。

本研究で明らかとなった、神経難病高齢者への症状コントロールとスピリチュアリティの重要性、及びヒーリングタッチなどの CAM 活用の試みは、今後の神経難病高齢者理解と看護ケアの方向性を示すものである。

本章では将来展望と今後の課題について言及する。

1. 本研究の将来展望

本研究は在宅療養中の神経難病高齢者にヒーリングタッチによる介入を行った数少ない報告である。そして、神経難病患者の看護に重要な視点は、患者の苦痛を緩和し生きることがを支援することである。それは、QOL に直結するものであり、その多様性について今後も検討を行う必要がある。ヒーリングタッチ自体にはさまざまなバリエーションがあるが、その効果は目に見えないものであり、それを「見える化」していくのは、やはり看護者の貢献に付与するところが大きいのではないかと考える。見えない力を見えるようにしていくために必要なことが科学的な検討であるが、看護の場で適用が可能な実際的な方法論の検討がさらに必要である。

筆者は現在、ヒーリングタッチ・プラクティショナーの研修生として活動をしているところであるが、その経験やつながりを仲間同士、あるいは訪問看護師などと共有しながら、在宅ケア分野でヒーリングタッチや CAM が気軽に利用できる環境づくりを検討していきたい。

2. 今後の課題

1) ヒーリングタッチの実施からもたらされる“心地よさ”は看護の原点でもあり、対象者のスピリチュアリティを支えるための重要な要素である。今後、さらに神経難病高齢者への健康支援の在り方を明確にしていくためには、症状緩和のさらなる向上を図る必要がある。また、研究者自身も人の氣やスピリチュアリティへのより深い理解を得ながら、介入を検討していきたいと考える。

2) 今回の神経難病高齢者の病名は多くの神経難病の中でも 2 疾患に限られ、調査数も少ない。また、対象者は日常生活行動も自立した状態であった。ヒーリングタッチの効果を緩和ケアとして計画し、CAM のエビデンスに寄与できる研究にしていくためには、身体的・生理的な指標だけでなく、視野を広げた指標についてさらに検討していく必要がある。

謝 辞

筆者は 2016 年に広島文化学園大学看護学研究科に入学した。2019 年の今年、年号も平成から令和へと変わり、博士論文を作成するところにたどり着けたのは本当に奇跡のようなことであったと考えている。今まで多くの方からの励ましと協力、指導をいただいたことを心から感謝したい。

まず、この研究の趣旨に賛同し、快く協力をしていただいた広島県難病支援センター会長 後藤淳子様、ならびに後藤 寛様、そして、全国パーキンソン病友の会広島県支部会長 河中郁典様、ならびに関係者の方々に深く御礼申し上げたい。今回、研究をとおして、より深く神経難病患者の方の話を伺い、交流を深めながら研究を進めることができた。苦痛の日々の中で、どんなときにも前向きに、社会の一員として意見をもつ生き方を教えていただき、いつも励まされたことにも深く感謝申し上げます。

慢性疾患高齢者の研究調査では、地域のクリニックや病院長の木村誠一郎先生、南 順一先生、大宇根晃雅先生、脇田 匡先生、梶山浩史先生に多大なる調査への協力をいただいた。また、クリニックや治療院にいらした患者様には調査のために多大な協力をいただき、深謝する。そして、東洋医研会長の金光勝己先生には、ご多用な中、組織一丸となって協力と励ましをいただき、生涯忘れ得ない思い出を得ることができた。

博士論文の対象者に悩んでいた折に、神経難病患者への研究の視点をアドバイスくださった秋山智先生、ここ十数年、研究の糸口を与えてくださり深く感謝申し上げます。そして、広島文化学園大学で先に学ばれていた田中正子先生や、同僚であった三並めぐる先生には河野保子先生を紹介いただき、その後も折に触れ、大学院での学習を励ましていただいたことは今も嬉しい思い出である。

大学院で苦労した点としては、データの分析がある。江口瞳先生も私の勤める大学で一緒にさせていただいた方であるが、退職後も突然の私の SOS にすぐ対応してもらい、グラウンデッド・セオリー・アプローチの最初の情報の仕分けから、分析の最終段階まで根気よくお付き合いいただいた。その寛容さと思考の凄さに頼るばかりであったが、江口先生なくして貴重な患者からいただいた体験の分析はできなかったと思う次第である。

そして、この 3 年間、私の研究指導教員は河野保子先生から讃井真理先生に変更となった。河野先生はいつも太陽のように明るく、ときに厳しく、しかし大抵は楽しくユーモラスな指導をしていただいた。高齢者看護についての先生の経験をお聴きし、貴重な学びを得ることも大きな喜びであった。河野先生から看護理論を用いる重要性を教示いただいた折は、知的な探究心で充たされ嬉しい思いでいっぱいであった。一方で、1 年間の研究計画指導は本当に妥協なく、毎回、毎回、違うアングルから指導をいただき、正直焦ってしまったこともある。しかし、いつも心からのあたたかい関心をもち接していただいた。あの貴重な指導があったおかげで、その後の研究が計画通りに進められたのだと確信している。研究成果の発表で、入学した年度にフランス、イギリスへと旅立てた幸せは忘れ得ない生

涯の思い出である。河野先生を通じて、河野理恵先生、西川千登世先生にも統計の醍醐味をお教えいただき、いろんな学びと交流の場をつくっていただいた御恩を忘れることなく今後も研究活動に精進したい。

そして、バトンを受けていただいた讃井真理先生、私と先生はまったく違うタイプであり、静かで思慮に富み、そして何事も懸命に心血を注がれる先生の姿勢に心からの敬意を抱いている。讃井先生についていけるのか、当初は不安がなかったとはいえないが、統計だけでなく論文の書き方、考え方など細部に渡り確認して、指導いただいたことを心から深く、深く感謝したい。また、論文提出以降は、森田克也先生も強力に論文の書き方から論文の科学に至るまで、一貫して教示頂いた。讃井先生、森田先生の強力なバックアップ無くして、私の博士論文は完成をみなかったことを痛感する。特に讃井先生においては、日々、膨大な仕事を抱えながらも、私の稚拙な論文の中から看護研究として導き出さなくてはならない研究成果を明確な意思をもって指導いただき、有り難いことだと思わずにはいられなかった。そのあたたかい人柄を感じ、その笑顔に安心して論文作成を進めていくことができた。今後の研究活動や指導においては先生方の背中を思い出し、研鑽を重ねていきたい所存である。

最後にこの 3 年半、私の大学院と家庭生活を支えてくれた最愛の娘と夫、そして後期高齢者として頑張っている母に感謝を捧げる。

2019 年 7 月 29 日

鶴田（岡本） 裕子

資 料

<序章 神経難病高齢者の療養生活に関する文献>

(資料1) 1

<第4章 神経難病高齢者の調査> (資料2)

研究依頼書 (個人用)	17
研究同意書 (個人用)	18
同意取消書 (個人用)	19
研究協力依頼書 (患者会代表者用)	20
研究同意書 (患者会代表者用)	22
同意取消書 (患者会代表者用)	23

<第5章 慢性疾患高齢者の調査> (資料3)

研究依頼書 (個人用)	24
研究同意書 (個人用)	25
同意取消書 (個人用)	26
研究依頼書 (施設用)	27
研究同意書 (施設用)	29
同意取消書 (施設用)	30

<第6章 神経難病高齢者への質的研究調査> (資料4)

研究依頼書 (個人用)	31
研究同意書 (個人用)	32
同意取消書 (個人用)	33

<第7章 神経難病高齢者への介入調査> (資料5)

研究依頼書 (個人用)	34
研究同意書 (個人用)	35
同意取消書 (個人用)	36

<調査票一式> (資料6) 37

<略語一覧表> (資料7) 49

神経難病高齢者の療養生活に関する文献 (2006 年～2017 年)

KW: key words

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	概要
1	高齢難病患者の日常生活と主観的幸福感	吉川日和子, 小河育恵, 高山成子, 麻生佳愛	日本難病看護会誌,10(3), 178-188, 2006	原著, KW:高齢難病患者, 主観的幸福感, PGC モラルスケール	実態調査 対象: 地域在住高齢者 184 名	高齢難病患者の主観的幸福感は一般在宅高齢者と比べ低下が認められた。要因として病状の悪化や医療への満足度, 生活上の種々の不安があった。
2	難病と生きる体験	野川道子	日本難病看護会誌,11(2), 123-128, 2006	研究報告, KW:記載なし	質的研究, 在宅 ALS 患者 10 名	障害の受容に関する事例の検討。病気や障害の受容はその人の人生に重大な影響を及ぼすが, 受容できなくとも, 懸命に生きている自分自身は受け入れられるのではないか。
3	前向きに生きているパーキンソン病患者の「病い」の体験に関する研究	岸田恵子	日本難病看護会誌,12(2) 123-128, 2006	原著, KW:パーキンソン病, 「病い」の体験, 前向きに生きる	質的研究 (ナラティブ・インタビュー), パーキンソン病患者 9 名	11 個のカテゴリーが確認でき, 患者は自己否定していた過去から脱し, 症状が進行する中で揺れ動きながら前向きな生活に向け行動している。
4	在宅療養に移行した神経難病患者とその家族の生活の実態	尺土佳子, 宮本沙季, 水野ルミ子, 増澤由美子, 伊藤理恵, 松本美紀他	医療, 61(1) 52-56, 2007	報告, KW:介護負担, レスパイト入院, 神経難病, 在宅療養	アンケート調査, H14-15 年の 2 年間に自宅退院した患者家族 22 名	在宅療養するまでは不安な介護者がほとんどであったが, 患者が喜ぶ姿を原動力にして在宅療養を継続していた。しかし, 気管切開や胃ろう造設をしている患者はサービスの利用制限という問題点があった。
5	神経難病患者の療養生活対処尺度の開発	唐津ふさ, 野川道子, 西村歌織, 佐々木栄子	日本看護科学会誌, 27(3), 39-47, 2007	研究報告, KW:神経難病患者, 対処, 尺度開発	インタビュー, アンケート調査, 難病患者 243 名	インタビューに基づいて 25 項目 5 件法の質問紙を作成し, 難病患者 243 名に調査した。最終的に, 15 項目 4 因子「心情整理」「自立維持」「交流維持」

						「自己開示」が精選され、信頼性と妥当性が概ね確保された。
6	在宅生活をしている脊髄小脳変性症療養者の主観的 QOL とその要因	横領司 民	日本難病看護学会, 12(2), 113-124, 2007	原著, KW:神経難病,在宅療養者,主観的 QOL, 脊髄小脳変性症,多系統委縮症	質問紙調査, SCD 患者会の会員 300 名	主観的 QOL 得点と関連が認められたものは、「家庭での役割の有無」「ADL」「IADL 総合」IADL 下位尺度の「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」の他, 自覚症状の「総合」などであった。
7	神経難病患者の療養生活の受けとめ尺度の開発	西村歌織, 唐津ふさ, 佐々木栄子, 野川道子,	北海道医療大学看護福祉学部紀要, No.14, 37-47, 2007	論文, KW:神経難病患者,病気の受けとめ, 尺度開発	インタビュー法, アンケート調査, 難病患者 243 名	病いの体験についてのインタビューに基づいて 24 項目 5 件法の質問紙を作成し, 難病患者 243 名に調査した。病の認知について, 因子分析の結果, 16 項目 4 因子「主導権の喪失」「病気の脅威」「疎外感」「希望の喪失」が精選され, 信頼性と妥当性が概ね確保された。
8	軽症期にある在宅神経難病患者の生活を編み直す頑張り ―パーキンソン病と脊髄変成症患者の長期療養に向けて―	小寺さやか, 岡本玲子	日本地域看護学会誌, 9(2), 46-52, 2007	研究報告, KW:神経難病,軽症期,在宅療養,再構築,意欲	質的研究, 在宅療養中の神経難病患者 7 名に半構成的面接を行い, 逐語録を質的記述的に分析した。	軽症期にある神経難病患者は, 病気による生活の変化に向き合い, さまざまな方法でそれらに適応しようと頑張っていた。症状のコントロールや残存能力の見極め, 同病者や社会と交流する機会の提供, 生活や病とともに生きる自己に新たな意味を見出す援助等の必要性が示唆された。

9	後縦靭帯骨化症 とともに生きる 体験とその特徴 —身体的・心理 的・社会的状況 に焦点を当てて —	浜崎優子, 福間 和美, 長井麻希 江	日本難病看護 学会, 13(2), 149-157, 2008	原著論文 KW:難病, 後縦靭帯骨化症 (OPLL), グルー プインタビュー	インタビュ ー, 内容分析	A 県 OPLL 友の会に所属 する 7 名の患者にグルー プインタビューを行っ た。その結果, 主要な 5 つのカテゴリーの分析か ら, 患者は難治性の OPLL を抱え生きていく ことへの心理的葛藤が核 となり, 痛みやしびれ等 が常にある辛さや, 手術 の決断に伴う心理的負担 を持ち, 就業継続の困難 さや収入確保の不安等と 向き合っていた。患者の 療養生活の支えは, 家族 や主治医等保健医療従事 者の存在であった。
10	重度神経難病の 訪問リハビリテ ーション	高木章好	難病と在宅ケ ア, 15(2), 51-55, 2009	特集	事例報告	在宅療養で重症の進行性 核上性麻痺と多系統委縮 症の事例についてリハビ リ内容を紹介し症状や障 害の程度に応じた対応が 重要としている。
11	看護・介護提供 型住宅は神経難 病・肢体不自由 患者の療養先と なりうるか	南 尚哉, 有馬祐子	難病と在宅ケ ア, 16(3), 11-18, 2010	特集	事例報告	看護・介護提供型住宅へ の入居はパーキンソン 病, 脊髄小脳変性症など 比較的緩徐助に進む疾患 で, 独居生活が困難な場 合には, よい適応と思わ れた。また, 長期の身体 障害者療養施設入所者で は医療処置が増大した場 合, 重要な選択肢となっ た。ALS, 多発性硬化症 患者など在宅困難例は候 補の一つにはなり得る が, 精神面のケア, 医療

						行為の実施などの充実が必要である。
12	在宅生活をおくる神経難病患者の社会参加と関連する要因 —Craig Handicap Assessment and Reporting Technique for Japanese Version (CHART-J)を用いて—	加藤由里, 外里富佐江, 李 範爽, 王 治 文, 白倉賢二	作業療法, 28(4), 410-419, 2008	研究論文, KW:社会参加, 神経難病, 在宅, CHART-J	アンケート 調査, 43名 の在宅療養 者を対象に CHART-Jを 用いて社会 参加を量的 に測定し, 関連要因を 検討	「身体的自立」が高く, 「作業」は他領域と比し 低い。「社会的統合」は脳 卒中後後遺症や脊髄損傷 患者と比し低い得点であ った。在宅神経難病患者 の作業療法においては, レクリエーションや趣味 活動, 地域との交流など 積極的な社会参加を促す ことが重要である。
13	パーキンソン病患者の保健・医療・福祉サービスの利用とその関連要因 (2007年度調査の解析)	池田若葉, 山路義生, 助友 裕子, 黒沢美智子, 稲 葉 裕	民族衛生, 75(2), 59-65, 2009	資料, KW:パーキンソン病, 介護保険制度, 要介護度, 同居人数, 保健・医療・福祉サービス	自記式質問 紙調査, 全国パーキンソン病友 の会のうち 14支部の会 員 3500名 (63.5%)に 「保健・医 療・福祉サー ビスに関する実態調査 を実施	・保健・医療・福祉のサービスにおいて, 就業状況で差はないが, 要介護状態では性差があり, 女性の方の要介護度が低い傾向が認められた。ほとんどのサービスでは要介護度が高い人ほどサービスを利用している割合が高いが, 通所リハビリは要介護度が低い人の割合が多かった。 同居人数が多い群で, 通所介護, 通所リハビリ, ショートステイを利用している割合が多く, 同居人数が少ない群では訪問介護の利用割合が多かった。 また, 訪問介護は要介護度が低くても同居人数

						が少ないと利用の割合が高く、要介護度が高く同居人数が少ないとさらに利用が多かった。一般介護の場合と同様に、訪問介護のような家族の負担を減らすサービスや、通所リハビリのような外出機会を与えてくれるサービスを必要としていることが考えられた。
14	神経難病患者に対する訪問看護のアウトカム評価	高橋陽子, 内田陽子, 河端裕美	The Kitakanto Medical Journal, 60(3), 251-257, 2010	原著, KW:神経難病, アウトカム, 評価, SEIQOL-DW, 訪問看護	調査研究, 訪問看護ステーションでケアを受けている利用者7名	患者の QOL と訪問看護師がみたアウトカム評価には密接な関係がみられた。IADL 評価による変化を高める勉強会やアセスメント・ケアプラン, カンファレンス開催等のシステムづくりが重要である。
15	神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究	朝田圭, 茂木俊彦	ヒューマン・ケア研究, 11(2), 86-87, 2010	原著, KW:neurological Intractable Disease, spinocerebellar Degeneration, The illness-Acceptance, modified grounded theory approach	インタビュー調査, 全国 SCD (脊髄小脳変性症)・MSA (多系統萎縮症) 患者7名	M-GTA による分析の結果, 病を受け入れられない状態から, 受け入れに影響する要因として, 環境要因, 個人要因が確認され, 両者の間には相互作用がみられた。また, 多くの対象者が, 罹患後, 健常時とは違った視点でものごとを見たり, 考えたりするようになっており, 価値観の転換は病を受け入れる際の促進要因となっていた。 ＜少しはゆとりが生まれた＞状態になってから,

						背景要因（環境・個人）を体験するときは、以前の体験より質の高い体験となり、このカテゴリーと背景要因は、相互補完的に病を受け入れられる状態へ向かっていく。
16	病院ベースの情報収集方法の検討 一筋委縮性側索硬化症と多系統委縮症患者の発症から診断確定までの心理的体験一	南澤甫, 川井充, 今野義孝	保健医療科学, 59(3), 199-203, 2010	報告, KW: 筋委縮性側索硬化症, 多系統委縮症, 診断未確定期, 心理的体験	診療録調査とインタビュー, 筋委縮性側索硬化症および多系統委縮症の通院患者 6 名,	確定診断に至るまでの経過は数年以上で, 診断の困難さが伺われた。また, 医師からの説明に患者は満足していないということが明らかとなり, 患者の求める情報について嘖み砕いて説明する必要が示唆された。参加者の心理的体験には「しょうがない」から, 「現在でも病気から逃げている」など, かなりの個人差があった。人生に対する考え方の変化については, 病気が人生観を変化させるといよりは, 人生観が病気の受けとめ方やとらえ方に大きく影響している。
17	神経難病患者の音楽療法実践に関する研究 他職種スタッフとの共同事業から見てきた音楽療法実践法	佐治順子, 下出理恵子, 北構小瑞, 村上秀子, 森元千恵子, 猪股千代子他	音楽心理学音楽療法研究年報, 38 巻, 40-50, 2010	原著, KW: 音楽療法士, 音楽療法, 神経難病, 医療スタッフ, 共同事業	介入研究, リウマチ患者 6 名, PD 患者 8 名	各疾患別に音楽療法の参加状況に応じてプログラムを作成し, 8 カ月間実施して評価を行った。血圧は低下する傾向が認められ, 痛みの改善や気分の改善が認められた。また, 他職種スタッフと患者会に支援された音楽

						療法は、患者が安心して受けられる環境を与えられ、音楽療法の理解と信頼関係の構築に有効であった。
18	保健所保健師による障害者および神経難病療養者への家庭訪問援助の特徴	田村須賀子	日本地域看護学会誌, 13(1), 59-67, 2010	研究報告, KW:家庭訪問, 保健師の意図, 保健師の行為, 障害者および神経難病療養者	調査研究, 保健師による家庭訪問援助再現記録から①保健師の意図, ②保健師の行為をデータ収集	保健師の対象との信頼関係をベースにして、本人・家族が望む生活の継続を支え、対象の能力や援助ニーズに見合ったサポートの組み方の検討といった基盤的の上に、家庭訪問援助の専門的・技術的な特徴として、①生活上の困難の可能性、再発や症状悪化を視野に入れ、②必要時に連絡を取り合えるようにする、③他職種の判断・意見を取り入れ、保健師の援助目標・方法の修正を検討するといったことが付加され得ると考えられた。
19	神経難病患者・介護者における補完代替医療利用の実態調査	紀平為子, 岡本和土, 吉田宗平, 若山育郎, 吉備登	日本補完代替医療学会誌, 8(1), 11-16, 2011	原著, KW: 神経変性疾患患者, パーキンソン病, 利用頻度, 効果, 介護者	調査研究, 補完代替療法 (CAM) の利用について、A 県の神経難病患者 1406 名と、その介護者 (対照) を対象に実施	結果：回収率から求めた CAM 利用割合は、患者 20.5%、対照 9.8% で関心は高かった。①神経難病患者に最も利用されていたのは「あんま・マッサージ・指圧」であり、利用者の 51.3% が「痛みの軽減や動きの改善などに効果あり」と回答 ②本療法は対照群でも 32.4% で利用され、その 62.8% で痛みの軽減や動

						きの改善に有効と答えた。また、効果ありと回答した人の主観的健康感には有意に高かった。
20	地震災害時における神経難病患者の支援ニーズ分析 ー被災経験を持つ神経難病患者のインタビュー調査からー	三浦 修	新潟青陵学会誌, 3(2), 31-38, 2011	原著, KW:地震, 神経難病, ニーズ	インタビュー調査, 2004・2007の新潟地震の被災経験がある神経難病患者 15名	地震災害時における神経難病患者の支援ニーズは、発生後 6 時間以内では「生命の維持」、48 時間以内では「医療・リハビリ・介護の確保・継続」、1-14 日以降では「生活環境の確保、それ以降では「生活の再建・再構築が主要ニーズであった。
21	より良い在宅サポートのためにレスパイト入院ができること	小野寺直樹, 三橋成輝, 下田優子, 柏木真里子, 横山郁子	難病と在宅ケア, 17(8), 50-53, 2011	原著, KW:記載なし	調査研究 神経難病患者でレスパイト入院の対象者 33 名, 対照 25 名	神経難病患者の介護負担は大きく、定期的なレスパイト入院は有効な策である。しかし、神経難病群では介護状況下でもレスパイトを制限する傾向があり、情報不足や本人が希望しないなどの要因があがった。 今後、レスパイト連携パス化など、地域全体で標準化する検討をする。
22	高齢パーキンソン病療養者の QOL と地域資源利用のとの関連	原田光子, 中村由美子, 川村佐和子	日本難病看護学会誌, 16(2), 95-105, 2011	原著, KW:パーキンソン病, 地域資源, PDQ-39 尺度, 重症度分類	調査研究, パーキンソン病友の会会員の高齢在宅療養者 291 名	“利用の有無”により PDQ-39 値に t 検定で有意差が認められた地域資源として、外来診療、デイケア・デイサービスなどがあがった。その傾向から、地域資源は療養者の重症度や介護者の介護負担感により、利用のされ方や PDQ-39 値に差が

						生じる特徴が示された。また、パーキンソン療養者の状態やニーズに対応する地域資源（療養通所介護）充実の必要性も示唆された。
23	A 県における神経難病療養者を地域で支える保健所保健師活動の現況と課題	牛久保美津子, 川尻洋美	日本プライマリ・ケア連合学会誌, 34(2), 124-132, 2011	原著, KW:神経難病, 保健所保健師, 筋委縮性側索硬化症, 連携, 地域支援	調査研究, 対象者: A 県内保健所の難病担当保健師 15 名	質問紙調査の結果, 保健師による難病支援の質向上をめざすためには, ①看護職間による知識・技術面の相互サポートが必要, ②保健師のメンタルヘルス維持のためのケアが必要, ③保健師としての標準的実践内容とその教育の在り方の検討, ④専門看護師立場の人材育成等が示唆された。
24	急性散在性脳脊髄炎(acute disseminated encephalomyelitis:ADEM)患者と配偶者の退院前後の QOL と不安	三浦由佳, 丹羽綾香, 信藤由衣, 与谷杏美, 種田ゆかり, 久田雅紀子他	三重看護学誌, 14 巻, 97-105, 2012	原著, KW:QOL, apprehensions, SEIQoL-DW, ADEM, discharge	調査研究, 半構成的面接	SEIQoL-DW の調査により患者と配偶者の結果を見ると, 経過はよく, インデックス値が高いにもかかわらず, 様々な不安がみられた。患者は「病状のこと」, 妻は「夫(患者)の病気やそれにより不自由になったことへの対処方法に関すること」が主なものであった。
25	高齢者・神経難病・がん患者における医療の実態と取り扱いガイドライン作成についての提言	近藤彰	日本臨床内科学会誌, 26(5), 621-626, 2012	第 25 回日本臨床内科学会(北海道) 医学会長賞受賞演題	調査研究 医療の作成 症例数, 説明と同意などについて急性期病院消化器科, 長期	P E G の現場である急性期病院の消化器科においては P E G には消極的であり, 他科や他施設からの依頼で行われていることが多く, 患者の意思確認は十分でない。また,

					療養型病院, 神経難病病棟でアンケート調査を実施	長期療養型と神経難病病棟の胃ろう頻度を比較すると神経難病病棟での頻度が著しく高い。PEG作成ガイドラインに沿った作成と、PEGがQOL改善につながるかの検討が必要である。
26	神経難病の在宅療養における介護体制と介護者の負担感 —長野県中信地域での介護者へのアンケート調査から—	大原慎司, 武井洋一, 腰原啓史, 小口賢哉, 植竹日奈	難病と在宅ケア, 19(6), 62-65, 2013	原著, KW:記載なし	アンケート調査, 神経難病患者 71名	対象者と介護者の年齢をみると、患者 40名(56%), 介護者 29名(41%)が70歳以上であった。患者が80歳以上では介護者の年齢は低下し、介護者の交替の可能性がみられた。在宅療養の困難な点として、医療処置よりも日常生活動作への負担が大きく、支援の必要性が明らかとなった。
27	嚥下障害患者の摂食・嚥下機能の測定方法と判断指標の検討 —神経難病患者と健常者の摂食・嚥下機能測定による比較検討—	森本紀巳子, 野村志保子, 谷脇考恭	久留米医学会雑誌, 77(1), 45-56, 2014	原著, KW:記載なし	調査研究, 神経難病患者 10名	神経難病患者の摂食・嚥下機能は健常者より低く、特に70歳以上の患者は口唇閉鎖力、舌の突出筋力、嚥下力が著しく低かった。咀嚼力は中程度から良好の状態であり、家族は咀嚼力を最大限に生かして調理法や介助方法を工夫していた。測定法の安全性が確認でき、舌の筋力、咀嚼力、嚥下力の測定は食物の形態を変える時期の援助につなげることができる。

28	在宅生活をおくる神経難病患者の健康関連 QOL –SF-36 を用いて–	加藤由里, 李範爽, 土屋謙仕, 下田佳央莉, 勝山しおり, 外里富佐江	Kitakanto Medical Journal, 64, 197-203, 2014	原著, KW:健康関連 QOL, 神経難病, 在宅生活	調査研究, 在宅神経難病患者とその家族 43 例に健康関連 QOL, 基本的・手段的 ADL, 心理的適応の調査を行った。	在宅神経難病患者の健康関連 QOL には ADL, 手段的 ADL のみならず心理的適応が関連していた。
29	Nursing support for a patient with An incurable disease and her family, with consideration of their life stage –Based on support provided for a spinocerebellar degeneration patient and her family during home care	Rica HAYAKAWA, Hisako NAKAJIMA, Kikuyo TSUCHIYA	AINO JOURNAL, Vol.13, 79-81, 2014	原著, KW: spinocerebellar degeneration, family support, life stage, long-term support	ケーススタディ, 対象者は 70 代の女性, 脊髄小脳変性症患者とその夫。医療記録と看護師によるインタビュー結果に基づき, 長期支援のあり方について考察した。	看護過程の第 1 期 (発症～3 年目) は症状がそれほど重篤でなく, 夫も会後に参加することができたため, 訪問看護師の役割は夫婦が生活を維持できるようにアドバイスすることであった。第 2 期 (4 年目～9 年目) は患者の症状悪化のため生命維持が必要となり, 家族の精神的サポートが必要となった。第 3 期 (10 年目～13 年目) は夫が 80 代となり介護ができなくなり, 夫の健康維持に対して支援が必要となった。注意深い観察と, ライフステージに応じたテーラーメイドな支援が必要である。
30	在宅看護におけるヒーリングタッチの効果に関する事例検討 –パーキンソン氏病の女性の疼痛と心理的苦痛	中ルミ, 天野博	<i>Journal of International Society of Life Information Science</i> , 32(1), 34-43, 2014	記載なし, KW:ヒーリングタッチ, 在宅看護, パーキンソン氏病, 緩和ケア	ケーススタディ, 対象者は 74 歳女性, パーキンソン氏病	研究目的は, パーキンソン病 (PD) 患者に対するヒーリングタッチの効果を明らかにすること。74 歳の PD 患者に週 1 回 1 時間のヒーリングタッチを 6 月から 10 月まで実

	と不眠の軽減効果一					施し、月1回の評価を行った。結果、筋肉の拘縮の緩和、精神的リラクゼーションの進展、不眠の改善の3つの効果がみられ、ヒーリングタッチの効果が確認できた。
31	在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業の実績報告書の分析からみる訪問看護のニーズ	板垣ゆみ, 小倉朗子, 中山優季, 原口道子, 松田千春, 小川一枝他	日本難病看護学会誌, 19(3), 255-264, 2015	研究報告, KW:神経難病, 在宅人工呼吸, 訪問看護, 在宅療養支援制度	調査研究, 平成20年度の21都道府県の左記事業の利用者102名の報告書 1065票	訪問看護量は性別、年齢において有意差がみられ、社会背景が利用量に影響すると考えられた。診療報酬による訪問看護量が多いほど本事業による看護量が多く、訪問している看護ステーションが特化している現状がみられた。 本事業は人工呼吸器使用特定疾患患者の療養生活の維持のために活用されているが、専門的技術や知識を要するため、対応できる訪問看護ステーションを増加するなどの対策の必要性が示唆された。
32	神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術	檜橋明子, 尾形由起子, 山下清香, 小野順子	日本地域看護学会誌, 18(23), 33-40, 2015	研究報告, KW:神経難病, 保健師, 調整	質的研究, 在宅療養をする神経難病患者への支援を行っている保健師6名へのインタビュー調査を行い、内容を質的記述的に分	調整技術として4つのカテゴリと、28のサブカテゴリが抽出された。保健師は、本人・家族と関係機関・関係者に働きかけ、準備性を高めたくて両者をつないでいた。また必要になるサービスを判断し、つなげることができる関係機関・関係者につなげるこ

					析	とを重視していた。関係機関・関係者のつながりを支援し、調整者への支援も行っていた。
33	急性期－亜急性期医療連携と post-ICU（長期呼吸管理病棟）	高松道生, 小林俊夫, 平林久美, 村岡俊春	日本農村医学会雑誌, 64(4), 661-670, 2015	原著, KW:post-ICU, 長期維持呼吸管理, 心停止蘇生後低酸素脳症, 地域包括ケア	A 病院に開設された post-ICU の歴史と経緯をもとに, 急性期医療機関との連携, 地域包括ケアの中での位置づけについて考察	人工呼吸を要する呼吸不全に関する病院連携部門として, post-ICU を開設。医療療養病棟から一般病棟を経て障害者施設等一般病棟へ転換した。6 年間の運営の結果, 40 例が収容され, 神経難病は 6 事例で上位に位置づけられた。 亜急性期機能を有する post-acute 部門と, 長期呼吸管理を行う療養部門に分割して地域包括ケア病床の中に位置づけしていくことが現実的である。
34	「生活向上マネジメント」を利用した難病入院患者の作業療法の効果	佐々木千波, 金城正治	秋田大学保健学専攻紀要, 23(2), 107-113, 2015	原著, KW:神経難病, 生活行為向上マネジメント, 作業療法	介入研究, 病院入院中の神経難病患者 15 名	生活行為向上マネジメントを利用した, 作業療法の介入前後の評価では, 身体機能は 3 か月後あまり変化がなかったが, 健康関連 QOL (SF36)は向上した。 ALS 患者は QOL 向上が十分得られなかったが, 進行が緩やかな疾患では向上しており, 総合すると患者の QOL 向上と職員の連携に有効であった。

35	在宅筋萎縮性側索硬化症患者の主介護者の介護肯定感とその関連要因	末益友佳子, 門間晶子	日本看護研究学会雑誌, 38(2), 43-55 2015	研究報告 KW: 筋萎縮性側索硬化症患者, 主介護者, 介護肯定感	調査研究, ALS 介護者 93 名	ALS 患者の介護者の介護肯定感は因子分析により, 【介護状況への満足感】【自己成長感】【介護継続意志】の 3 因子が抽出された。 各因子ともに複数の要因が関連しており, 介護者は患者の症状が重度であっても複数の対処行動をとることで介護肯定感が高められていた。 患者と介護者の関係に配慮し, 介護者がさまざまな困難に対処していく力を支援する重要性が示された。
36	臥床生活以前のパーキンソン病療養者の配偶者が体験する困難	植木美那子, 嶋津多恵子, 佐藤鈴子	日本看護科学会誌, Vol.36, 204-212, 2016	原著, KW:パーキンソン病, 配偶者, 体験, 困難	質的研究, パーキンソン病患者の配偶者 10 名に半構造化面接を行い, 質的記述的に分析	本研究の配偶者は, 変動する運動症状の他, 発症早期より出現する非運動症状にも翻弄されていた。そのため, 発症早期より専門職の役割を伝え, 症状を捉えた配偶者の工夫や努力を評価し, 捉えにくい症状ゆえ生じやすい夫婦の齟齬に気づいて関わる必要性が示唆された。
37	地域で暮らすパーキンソン病者に関わる家族の日常生活困難感	蘇武彩加	日本難病看護学会誌, 21(2), 153-163, 2016	原著, KW:パーキンソン病, 家族, 困難感, 高齢者	質的研究, PD 患者会に所属する家族員 17 名にインタビュー	PD 者に関わる家族の日常生活困難感は, 『主として病者の身体状況の変化によるもの』, 『病者とのかわりを通して生じるもの』, 『病者とのかわりにとどまらず社会性に関するもの』を軸として

						変化していた。
38	神経難病患者・家族のニーズに基づく個別シートを活用した看護提供への取り組み	谷口悠, 栗原千里, 木村尚子, 梅木夕里香, 高市美幸	中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 12巻, 41-44, 2017	原著, KW:レスパイト入院, 個別シート	調査研究, ADL全介助の神経難病患者3名	個別シート活用で, 患者個々の援助のポイントや注意点が明示しており, 援助ツールとして有効であった。 しかし, 3名とも評価が異なり, 患者とともに作成活用することで, 信頼関係も築け満足度につながる。
39	神経難病患者の主観的QOL, ADL, 自己効力感の関連性	大曲純子, 大田明英	活水論文集(看護学部編), 4巻, 13-22, 2017	原著, KW:神経難病患者, 主観的QOL, 自己効力感, ADL	調査研究, 神経難病患者199名	神経難病患者のQOLについて, 星野らの神経難病患者のQOL評価尺度を用いて評価した結果, 自己効力感が影響要因としては最も高く, 次いでADL, 同居者ありの項目となった。
40	神経難病患者家族介護者の介護負担と被介護者の個人要因との関連	山川久美子, 福田奈々, 吉田真由子, 本山晴恵, 平安由香	日本看護学会論文集:慢性期看護, 47号, 107-110, 2017	原著, KW:神経難病, 介護負担, 日常生活自立度, 認知機能	調査研究, A病院神経難病を有する患者38名とその家族38名	神経難病患者の身体的, 認知機能と在宅療養における家族の介護負担との関連性は得られなかった。疾患や介護への知識不足から不安感があり, 家族が安心して在宅療養へ勧めるよう家族への教育や具体的福祉サービスの提案, 地域包括的ケアの推進が必要である。
41	筋萎縮性側索硬化症患者の予定外入院から退院までの状況と支援課題	中川裕, 牛久保美津子	日本農村医学会雑誌, 65(5), 969-975, 2017	研究報告, KW:筋萎縮性側索硬化症, 在宅栄養, 予定外入院, 退院支援, 転院	診療録調査, 自宅退院患者4名と転院患者8名の計12名	自宅退院した全患者は, 退院時ADLが入院前と変化なく, 入院前から在宅療養支援体制が整備されていた。転院患者は入院後に全員がNPPVによ

						<p>る初期治療を受け，入院から平均31日を要して治療方針や療養場所の意思決定を行い，3名がTPPV，2名が気管切開に移行し転院した。また，意思決定過程では患者・家族の意思統一に時間を要した。退院支援課題として，呼吸処置の意志決定を計画的かつ早期に行い，呼吸不全に対する院内外の連携と，治療後の地域の医療介護支援体制強化が示唆された。</p>
42	進行初期の神経難病療養者の在宅療養における訪問看護の役割	木口綾子	日本難病看護学会誌，22(3)，2018	研究報告，KW:神経難病，進行初期，在宅療養，訪問看護	<p>質的記述的研究（参加観察，半構成的面接），</p> <p>A県内在住訪問看護利用の神経難病患者8名</p>	<p>訪問看護は，進行初期の神経難病療養者の在宅療養の建て直しのプロセスを促進している。療養者らがタイミングを逃さず在宅療養について意思決定できるよう，情報提供や在宅療養体制の見直しを行う機会が必要である。特に訪問看護の導入時期は病状の進行や機能低下に応じて的確な判断が必要である。</p>

研究依頼書

個人用

難病をもち地域生活をされている皆様へ

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子（つるたゆうこ）と申します。

このたび、上記の課題で研究を行いたいと考えております。この研究では神経難病をはじめとした慢性の疾患をもたれている高齢者の方が、どのような生活をされているのか、健康状態や健康維持の方法、医療との付き合い方や要望されていることについて調査を行い、皆さまの医療にむけての要望について明らかにし、よりよい健康の支援をしていくことがねらいです。

今後の慢性疾患や難病高齢者の方に関する研究・補完代替療法の基礎的な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。

調査にかかる時間は20分から30分です。調査票の回答後はお手数ですが、同封の返信用の封筒に入れ、平成29年 月 日までに投函していただきますようよろしくお願いいたします。

なお、研究の結果は学会等で公表させていただきますが、その際、個人が特定されることはありません。また、この研究への同意は強制ではなく、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはありません。同意をしていただいた方は、アンケート調査の、同意するという箇所、チェックをして投函してください。投函をもって最終的な確認とさせていただきます。もし、お送りになった後で参加を中止されたい場合は、遠慮なくその旨、下記までご連絡ください。

何卒、考慮の上、協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成29年 月 日

研究者：鶴田 裕子（つるたゆうこ） 印

連絡先：広島国際大学看護学部

〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1

電話番号 0823-73-8370, 携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員：広島文化学園大学大学院 看護学研究科

讃井 真理 印

〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3

電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

個人用

【注：】

*本研究における患者の同意はアンケート調査の最後で、研究参加に同意するという意思の表明があり、提出をされたものをもって同意とするため、同意書は使用しない。

同意取消書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は、上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を
辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

(本人)

印

(家族)

印

研究協力依頼書

患者会代表者用

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子と申します。

このたび、上記の課題名で研究を行いたいと考えております。この研究では神経難病や難病以外の慢性の疾患やをもたれている高齢者の方が、どのような生活をされているのか、健康状態や健康維持の方法、医療との付き合い方や要望されていることについて調査を行い、慢性疾患をもたれている高齢者にとってよりよい健康の支援をしていくことがねらいです。

今後の神経難病や慢性疾患高齢者の方に関する研究・補完代替療法の基礎的な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。

対象者の方にはお一人に1回、時間は20分から30分程度の自記式質問紙調査をお願いしたいと考えております。場合により、ご家族の協力が必要な方もいらっしゃると思われまますので、その際は、ご本人が自宅で記入していただけるよう郵送による調査を行いたいと考えております。

なお、調査開始までの手続きや方法、研究倫理に関しては以下のとおりとし、ご協力いただいた方やご家族の不利益にならないよう十分に配慮いたします。貴団体での本研究の実施について、何卒、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

以上

記

1. 調査までの手続き

- 1)患者会代表者の研究協力の承諾を確認後、ご相談のうえ対象者を決めさせていただきます。
- 2) その後、患者集会等に研究者が赴き、直接、書面と口頭で個々の患者に説明し、了解が得られた方に調査をお願いします。また、患者会や、集会などにおいてになっていた

方から紹介を受けた場合は、書面による依頼文を郵送させていただき、調査の依頼をお願いする予定です。

2. 調査方法

1)調査は 20 分から 30 分の調査票によるものです。

また、患者様の集会などにおいて、研究者により研究の目的や方法を説明した後、その場でご記入いただける場合は、会場で調査用紙を回収させていただきます。

患者会、もしくは患者様などを通じて紹介を受けた場合は、書面による依頼文と調査票を郵送させていただき、自宅での記入後、あらかじめ準備した封筒で郵送していただくようになります。

3. 留意点

1) 調査票の結果は統計に処理するので、研究報告などの際に個人名や個人を特定する情報が外に出ることはありません。

2) 調査により得られたデータは研究者および指導教員以外が視聴することはありません。

3) 調査に協力されなくとも何ら不利益を生じることはありません。また、調査中に協力の意思がなくなった場合はいつでも承諾を取り消すことができます。

4) 研究終了時には、研究に関して得られたデータは適切に処理し破棄いたします。

5) 高齢で療養をされている方の尊厳を守り、プライバシーには十分配慮いたします。

4. 研究成果

1) この研究の成果は書面をもって貴団体に報告させていただきます。

2) この研究の成果は貴団体のご承諾なしには公表いたしません。

平成 29 年 月 日

研究者 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子 印

連絡先 : 広島国際大学看護学部
〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1
電話番号 0823-73-8370
携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
讚井 真理 印
〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3
電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

患者会代表者用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検

討

当患者会は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、貴殿の調査に対して協力します。

平成 年 月 日

患者会名

代表者

印

同意取消書

患者会代表者用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

当患者会では上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

患者会名

代表者

印

研究依頼書

個人用

慢性疾患をもち地域で生活しておられる皆様へ

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子（つるたゆうこ）と申します。

このたび、上記の課題で研究を行いたいと考えております。この調査においては、慢性疾患をもたれている高齢者の方が、どのような生活をされているのか、健康状態や健康維持の方法、医療との付き合い方などについて調査を行い、よりよい健康の支援をしていくことがねらいです。65歳以上の方に調査の協力をいただきたいと存じます。

今後の慢性疾患や神経難病高齢者の方に関する研究・補完代替療法の基礎的な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。

調査にかかる時間は20分から30分です。回答後はお手数ですが、返信用の封筒に入れ、平成29年 月 日までに投函していただきますようよろしくお願いいたします。

なお、研究の結果は学会等で公表させていただきますが、その際、個人が特定されることはありません。また、この研究への同意は強制ではなく、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはございません。同意をしていただいた方は、アンケート調査の、同意するという箇所、チェックをして投函してください。投函をもって最終的な確認とさせていただきます。もし、お送りになった後でも参加を中止されたい場合は、遠慮なくその旨、下記までご連絡ください。

何卒、考慮の上、協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成29年 月 日

研究者 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子 印

連絡先 : 広島国際大学看護学部
〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1
電話番号 0823-73-8370
携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
讚井 真理 印
〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3
電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

個人用

【注：】

*患者の同意はアンケート調査の最後で、研究参加に同意するという意思の表明があり、提出をされたものをもって同意とするため、同意書は使用しない。

同意取消書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は、上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を
辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

(本人)

印

(家族)

印

研究依頼書

施設用

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子と申します。

このたび、上記の課題名で研究を行いたいと考えております。この研究では慢性の疾患や神経難病をもたれている高齢者の方が、どのような生活をされているのか、健康状態や健康維持の方法、医療との付き合い方や要望されていることについて調査を行い、慢性疾患をもたれている高齢者にとってよりよい健康の支援をしていくことがねらいです。今後の慢性疾患や神経難病難病高齢者の方に関する研究・補完代替療法の基礎的な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。

対象者の方にはお一人に1回、時間は20分から30分程度の自記式質問紙調査をお願いしたいと考えております。調査はご本人が受診されました時に研究者が直接ご説明し配布させていただきたいと考えております。調査日時と方法、場所をご相談の上、決定させていただきます。

なお、調査開始までの手続きや方法、研究倫理に関しては以下のとおりとし、ご協力いただいた方ご家族、貴施設の不利益にならないよう十分に配慮いたします。

貴院での本研究の実施について、何卒、ご承諾いただきますようよろしくお願い申し上げます。

以上

記

1. 調査までの手続き

- 1)施設長の研究協力の承諾を確認後、ご相談のうえ対象者を決めさせていただきます。
- 2)調査に協力いただく高齢者の方、ご家族の方には、原則として書面と口頭による説明を行い、同意のチェックと提出により研究参加の意思を確認させていただきます。

2. 調査方法

- 1)調査は20分から30分の調査票によるものです。調査用紙は郵送もしくは受診や集会などの際に直接お渡しすることにし、その場で回答が可能であれば回答後、直接回収、もし

くは回収箱への提出をしてもらいます。

なお、自宅での記入の方が望ましい場合は、記入後に、あらかじめ準備した封筒で郵送していただくようになります。

3. 留意点

- 1) 調査票の結果は統計に処理するので、研究報告などの際に個人名や個人を特定する情報が外に出ることはありません。
- 2) 調査により得られたデータは研究者および指導教員以外が視聴することはありません。
- 3) 調査に協力されなくとも何ら不利益を生じることはありません。また、調査中に協力の意思がなくなった場合はいつでも承諾を取り消すことができます。
- 4) 研究終了時には、研究に関して得られたデータは適切に処理し破棄いたします。
- 5) 高齢で療養をされている方の尊厳を守り、プライバシーには十分配慮いたします。

4. 研究成果

- 1) この研究の成果は書面をもって貴施設に報告させていただきます。
- 2) この研究の成果は貴施設のご承諾なしには公表いたしません。

平成 29 年 月 日

研究者 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子 印

連絡先 : 広島国際大学看護学部
〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1
電話番号 0823-73-8370
携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
讃井 真理 印

〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3
電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

施設用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、今回の調査を承諾します。

平成 年 月 日

病院名

病院長

印

看護部長

印

同 意 取 消 書

施設用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

当施設では上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

病院名

病院長

印

看護部長

印

研究依頼書

個人用

神経難病をもち地域生活をされている皆様へ

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子（つるたゆうこ）と申します。

今回、神経難病の高齢者の方で、代替療法であるヒーリングタッチに関心をもたれている方のご意見やご要望を伺いたいと思っております。

代替医療は、西洋医学を補完する役割をもつとされ、今後、両者のよい点をあわせた統合医療として期待をもたれています。今回、神経難病患者様の視点から代替療法のひとつであるヒーリングタッチ（別紙1）についてのイメージや関心事項、あるいはご自身の療養に活かしたい点などについて、お伺いさせていただきたいと考えました。

代替療法であるヒーリングタッチに関する調査を行い、難病患者様のよりよい支援の方法について検討していくことがねらいです。

また、今後の慢性疾患や難病高齢者の方に関する研究・補完代替療法の重要な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。調査にかかる時間は1時間程度です。

なお、研究の結果は学会等で公表させていただきますが、その際、個人が特定されることはありません。また、この研究への同意は強制ではなく、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはございません。同意していただいた後でも、不都合が生じた場合は中止が可能です。

何卒、考慮の上、協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成 29 年 月 日

研究者 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子 印

連絡先 : 広島国際大学看護学部
〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1
電話番号 0823-73-8370
携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員 : 広島文化学園大学大学院 看護学研究科
讃井 真理 印
〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3
電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は、上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限り
において調査を承諾します。

平成 年 月 日

氏 名

印

同意取消書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は、上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

氏 名

印

研究依頼書

個人用

難病をもち地域生活をされている皆様へ

課題名 神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する
ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は現在、広島文化学園大学・大学院看護学研究科博士後期課程で高齢者研究を行っている鶴田裕子（つるたゆうこ）と申します。

前回、上記の課題で調査や面接を行わせていただき感謝申し上げます。今回は、神経難病の高齢者の方で、代替療法であるヒーリングタッチに関心をもたれている方に対し、ヒーリングタッチを行わせていただきたくご連絡申し上げました。

ヒーリングタッチに要望されていることをもとに、その効果について検証しよりよい支援の方法について検討していくことがねらいです。

また、今後の慢性疾患や難病高齢者の方に関する研究や補完代替療法の重要な資料となるため、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げます。

ヒーリングタッチの実施はご都合にあわせて週1回、1か月間の予定で行わせていただきます。実施にあたっては対象者の方の病状やご都合をお聞きして、行わせていただければと考えております。

なお、研究の結果は学会等で公表させていただきますが、その際、個人が特定されることはありません。この研究への同意は強制ではなく、同意しない場合でも何ら不利益を被ることはございません。また、同意していただいた後でも、不都合が生じた場合は中止が可能です。

何卒、考慮の上、協力いただきますようお願いいたします。

平成 29 年 月 日

研究者：広島文化学園大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子 印

連絡先：広島国際大学看護学部
〒737-0915 呉市広古新開 5-1-1
電話番号 0823-73-8370
携帯電話番号 090-5691-6298

主指導教員：広島文化学園大学大学院 看護学研究科
讃井 真理 印
〒737-0004 呉市阿賀南 2-10-3
電話番号 0823-74-6000

研 究 同 意 書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限り
において調査を承諾します。

平成 年 月 日

氏 名

印

同意取消書

個人用

広島文化学園大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鶴田 裕子宛

研究テーマ

神経難病をもつ高齢者の症状緩和に関する

ヒーリングタッチの活用と健康支援モデルの検討

私は上記研究の協力を同意いたしましたが、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

患者氏名

印

【神経難病高齢者と慢性疾患高齢者への生活実態調査】

問 1. あなた自身のことについて、あてはまる番号等に○、もしくは必要な事項を記入してください。

1) あなたの性別はどちらですか。

- ① 男性 ② 女性

2) あなたの年齢は満年齢で何歳ですか。

歳

3) 家族構成について

- ① 一人暮らし ② 夫婦二人暮らし ③ 子供夫婦と同居 ④ 三世帯同居
⑤ その他の親族と同居 ⑥ 友人と同居 ⑦ その他 ()

4) 家族や友人などで協力してくれる人はいますか。(いくつでも回答可)

- ① 家族 ② 友人 ③ 近所の人 ④ 親戚
⑤ その他 ()

5) 暮らし向きはいかがですか。

- ① とてもよい ② まあまあよい ③ あまりよくない ④ かなり苦しい

6) 過去1年間入院されたことがありますか。

- ① ある ② ない

7) 現在、苦痛となっている病気や症状はどのようなものですか。(いくつでも可)

- ① 高血圧 ② 高血糖 ③ 脳血管障害 ④ 心疾患 ⑤ 呼吸器疾患
⑥ 消化器疾患 ⑦ 泌尿器疾患 ⑧ 皮膚疾患
⑨ 眼・耳などの異常 ()

⑩ 神経難病による症状：下記にあげたものに○をつけていただくか、それ以外のものがあれば、ご記入ください。

(運動障害・痛み・しびれ・めまい・)

- ⑪ その他 ()

8) 過去1年間で転倒したことがありますか。

問2. あなたの生きがい感についてお伺いします。

※生きがい感とは、「何事にも目的をもって意欲的であり、人の役に立ち、責任感をもって生きている張り合い意識」のことを指します。

下記の図は生きがい感を10段階で示したものです。あなたはどのくらいだと思われますか。下記の数字に○をつけてください。

とても生きがいを 感じている	➔	10
		9
		8
		7
		6
		5
		4
		3
		2
		1
生きがいが全く 感じられない	➔	0

問3. あなたの現在のお気持ちについてうかがいます。あてはまる答えの番号に○をつけてください。

①	あなたは去年と同じように元気だと思いますか	はい	いいえ	
②	全体として、あなたの今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか	ほとんど ない	いくらか ある	たくさん ある
③	最近になって小さいことを気にするようになったと思いますか	はい	いいえ	
④	あなたの人生は、ほかの人に比べて恵まれていたと思いますか	はい	いいえ	
⑤	あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか	そう思う	そうは 思わない	
⑥	あなたの人生をふり返ってみて、満足できますか	満足 できる	だいたい 満足できる	満足 できない
⑦	生きることは大変きびしいと思いますか	はい	いいえ	
⑧	物事をいつも深刻に考える方ですか	はい	いいえ	
⑨	これまでの人生で、あなたは、求めていたことのほとんどを実現できたと思いますか	はい	いいえ	

問 4. それぞれの質問であなたの考えに最も近いと思う番号に○をつけてください。

番号	内 容 項目	非常に そう思う	そう 思う	どちらとも いえ ない	そう 思 わ ない	全く そう 思 わ ない
1	年を重ねるごとに感謝の気持ちが深くなっている	5	4	3	2	1
2	自然の雄大さ、美しさに心を震わせた経験がある	5	4	3	2	1
3	日々の生活の中に、楽しみや生きる希望がある	5	4	3	2	1
4	他者への思いやりや感謝の気持ちを持つことで、人間関係を円滑にしている	5	4	3	2	1
5	自分は何か大きな見えない力によって生かされている	5	4	3	2	1
6	亡くなった家族やご先祖様に支えられている	5	4	3	2	1
7	どんな相手でも分け隔てなく受け入れようとしている	5	4	3	2	1
8	心の深いところにある思いを他者と語り合う機会や場がある	5	4	3	2	1
9	これまでの人生での出来事や思いを他者に語り、自分の人生の意味を再確認できたと感じることがある	5	4	3	2	1
10	死ぬまでに、心の奥底にある気がかりを解決していく	5	4	3	2	1
11	自分と先祖や子孫とは結びついている	5	4	3	2	1
12	大切な人との絆が生きていく上での支えになっている	5	4	3	2	1
13	自然の中にいると、自分がその一部であり、そこから力を得ているという気がする	5	4	3	2	1
14	自分がこの世に生まれてきたことに、大きな意味がある	5	4	3	2	1
15	美しい世界に触れることで、心が平和で豊かになる	5	4	3	2	1
16	生きることや死ぬことについて日頃から家族で話し合っている	5	4	3	2	1
17	人間は誰でも死を迎えるが、死に対する受けとめができていく	5	4	3	2	1
18	周囲の人々（家族や友人、知人など）との良好な人間関係を持つことで、心穏やかに生きている	5	4	3	2	1

問5. それぞれの項目であなたの状況に最も近いと思うものに○をつけてください。

項目	点	内 容
1. 食事	1	自立している
	0	食物を切ってもらふ必要があるなど、ある程度介助を要する 全介助
2. 車椅子 ／ベッド の移動	1	移動のすべてが自立している
	0	部分介助である 起き上がりのみ可 全介助
		(注：車椅子を使用していない場合には、ベッドわきに設置した肘掛椅子とベッドとの間の移動が安全にできるかどうかを評価する)
3. 整容	1	手洗い、洗顔、髪すき、歯磨き、髭そりができる
	0	介助が必要
4. トイレ 動作	1	トイレ動作（便器への移動、衣服の始末、ふき取り、水洗操作）が自立している
	0	部分介助が必要 全介助
5. 入浴	1	すべての動作が自立している（浴槽使用でもシャワーでもよい）
	0	介助が必要
6. 水平面 の歩行	1	45m程度、自分で歩ける（補助具や杖の使用可。車輪付き歩行器は不可）
	0	部分介助があれば45m歩ける 歩行不可能だが、自力で車椅子を駆動し、少なくとも45m進める 全介助
7. 階段 昇降	1	1階分の階段を自立して上り下りできる（手すりや杖の使用は可）
	0	部分介助を要する 全介助
8. 更衣	1	すべての衣服（靴のひも結びやファスナーの上げ下ろしも含む）の着脱ができる
	0	介助を要するが、少なくとも半分以上は自分で、標準的な時間内にできる 全介助
9. 便禁制	1	自立している
	0	部分介助（失禁あり） 全介助
10. 尿禁制	1	自立している
	0	部分介助（失禁あり） 全介助
11. バスや 電車で外出	1	自立している
	0	それ以外
12. 日用品 の買物	1	自立している
	0	それ以外
13. 食事の 用意	1	自立している
	0	それ以外
14. 請求書 の支払い	1	自立している
	0	それ以外
15. 預貯金 の出し入れ	1	自立している
	0	それ以外

問6. 下にそれぞれあがっている特徴について、あなた自身にどの程度あてはまるかについてお答えください。他からどう見られているかではなく、あなたが、あなた自身をどのように思っているのかについて、ありのままにお答えください。

	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	ややあてはまらない	あてはまらない
	5	4	3	2	1
1. 少なくとも人並みには、価値のある人間である					
2. いろいろな良い素質をもっている					
3. 敗北者だと思ふことがある					
4. 物事を人並みには、うまくやれる					
5. 自分には、自慢できるところがあまりない					
6. 自分に対して肯定的である					
7. だいたいにおいて、自分に満足している					
8. もっと自分自身を尊敬できるようになりたい					
9. 自分は全くだめな人間だと思ふことがある					
10. 何かにつけて、自分は役立たない人間だと思ふ					

協力どうもありがとうございました。

なお、回答いただいたアンケートを研究データとして使わせていただきます。同意いただける方は、同意するという箇所にチェックを入れてください。

同意する

同意しない

※ この箇所のみ神経難病高齢者に使用

また、今後、私はヒーリングタッチ（補完・代替療法のひとつ）を行うことを計画しています。そのため、ご協力いただける方は、下記に氏名、連絡先の電話番号をご記入ください。どうぞよろしくお願いいたします。

お名前 _____

連絡先 TEL _____

【第6章：ヒーリングタッチの説明書】

◆ヒーリングタッチを受けてみませんか

近年、看護界ではマッサージやアロマセラピーなどの代替療法への関心が高まっています。ヒーリングタッチは、そのような代替療法のひとつで、アメリカの医療や看護の幅広い分野で活用されています。

◆ヒーリングタッチとは

- *手を使って気の層を整えるエネルギー療法です。
 - *エネルギーの流れを清浄化してバランスを整えることで自らを守り癒やす力（自己治癒能力）が発揮しやすい環境を作り、癒やしの過程を促進します。
 - *1980年代、アメリカの看護師によって開発された健康増進と癒やしのためのエネルギーセラピーは医療分野で広まり、医療現場、ホスピス、老人施設等で幅広く活用されています。
 - *日本でも、2010年から広がり始め、医療関係者だけでなく、身近な家族大切な友人、そして自分自身が健康で元気に毎日が過ごせるようにと学ぶ人が増えています。
 - *癒やしやリラクゼーションだけでなく、痛みの軽減、傷の治癒促進、ストレスの減少などにも効果があると言われています。
- *「思いやりの気持ち」その方の助けになりたいという「親身な思い」と「手」があればわずかの時間で、何処でも行うことができます。



ヒーリングタッチは皆様の身体的、精神的、情緒的な健康と癒しに影響を与える治療です。安心してご参加ください。

広島文化学園大学大学院看護学研究科
博士後期課程 鶴田 裕子

【第6章：質的研究調査のインタビューガイド】

対象者の年齢 歳 性別： 男・女

① あなたの療養の経過についてお聞かせください。

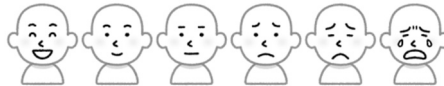
② 現在、苦痛となっている症状についてお聞かせください。

③ ヒーリングタッチに対して抱いているイメージや、要望があればお聞かせください。

【第7章：ヒーリングタッチ介入時に使用】

検査日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 性別（男・女）

氏名 _____



1. 今日の体調について

2. 症状の有無と程度

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
①痛み	|-----|										
②しびれ	|-----|										
③身体の動き	|-----|										
④肩こり	|-----|										
⑤頭痛	|-----|										
⑥不眠	|-----|										

⑦その他（便秘、食欲不振、味覚障害、嗅覚障害。）

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. バイタルサイン

①前血圧（ / ）mmHg, 脈拍（ ），呼吸（ ）
 ②開始前血圧（ / ）mmHg, 脈拍（ ），呼吸（ ）
 ③後血圧（ / ）mmHg, 脈拍（ ），呼吸（ ）

4. HRV 測定：

第7章：日本語短縮版気分形容詞チェックリスト（JUMACL）尺度

資料6-⑩

検査日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分
 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 性別（男・女）

氏名 _____

◆あなたの現在の気分や感情はいかがですか？あてはまる数字を○で囲んでください。

		あてはまる	ややあてはまる	ややあてはまらない	あてはまらない
1	ゆったりしている	1	2	3	4
2	生き生きしている	1	2	3	4
3	エネルギッシュである	1	2	3	4
4	リラックスしている	1	2	3	4
5	ピリピリしている	1	2	3	4
6	頭がぼんやりしている	1	2	3	4
7	やる気がある	1	2	3	4
8	冷静である	1	2	3	4
9	緊張している	1	2	3	4
10	活気がない	1	2	3	4
11	気がすまない	1	2	3	4
12	穏やかである	1	2	3	4
13	落ち着いている	1	2	3	4
14	頭の働きが鈍い	1	2	3	4
15	不安である	1	2	3	4
16	元気がある	1	2	3	4
17	無気力である	1	2	3	4
18	平静でない	1	2	3	4
19	活動的である	1	2	3	4
20	びくびくしている	1	2	3	4
	計				

《略語一覧表》

和 文 名 称	略号	英 文 名 称
パーキンソン病	PD	Parkinson Disease
脳血管障害後遺症	CVD	Cerebrovascular disorder
生活の質	QOL	quality of life
世界保健機構	WHO	World Health organization
補完・代替医療	CAM	Complementary & Alternative Medicine
日常生活動作	ADL	Activities of Daily Living
手段的日常生活動作	IADL	Instrumental Activities of Daily Living
筋萎縮性側索硬化症	ALS	amyotrophic lateral sclerosis
心拍変動	HRV	heart rate variability
セルフ・アンカリング・ストライビングスケール	生きがい感	Self-Anchoring-Striving Scale
生活満足度尺度K	生活満足感	Life Satisfaction Index K
スピリチュアリティ健康感尺度	SP 健康感	spirituality 健康感尺度
拡大 ADL 尺度	EADL	Extended Activities of Daily Living
自尊感情尺度	SE	Self-Esteem 尺度
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	M-GTA	Modified Grounded Theory Approach
日本語短縮版気分形容詞チェックリスト	JUMACL	Japanese UWIST Mood Adjective Checklist
エネルギー覚醒	EA	Energetic Arousal
緊張覚醒	TA	Tense Arousal
低周波領域	LF	low frequency
高周波領域	HF	high frequency
超低周波領域	VLf	very low frequency