

調査報告

統合失調症患者を対象としたハンドマッサージのリラクゼーション効果に関する研究

鈴木啓子<sup>1)</sup>, 平上久美子<sup>1)</sup>, 鬼頭和子<sup>1)</sup>

A Study on the Relaxation Effect of Hand-Massage on Patients with Schizophrenia

Keiko Suzuki<sup>1)</sup>, Kumiko Hirakami<sup>1)</sup>, Kazuko Kito<sup>1)</sup>

要 旨

本研究の目的は、統合失調症患者を対象としハンドマッサージを行い、主観的指標および客観的指標を用いてリラクゼーション効果を明らかにすることである。対象者は、民間の精神科病院に長期入院をしている10名の統合失調症患者である。毎回のハンドマッサージ実施前後の脈拍、血圧、「心地よさ」の自己評価点について検討した。又、全ハンドマッサージの介入前後において総合評価尺度を用いて検討した。マッサージ中の対象者の言動については質的に検討した。その結果、リラクゼーションの自己評価点については全対象者で有意に得点の上昇が確認され、脈拍については7名、血圧については5名で有意に低下していた。全対象者において、ハンドマッサージが心地よさをもたらす反応がみられ、また、対象者自らが自分の困りごとについて自発的に語りだす等の変化があり、看護師(研究者)と対象者の関係がより良いものになった。以上より、ハンドマッサージは統合失調症患者に効果があることが示唆された。

キーワード：統合失調症患者、ハンドマッサージ、リラクゼーション、看護、代替補完療法

Abstract

The purpose of this study is to clarify the relaxation effect of hand-massage using both subjective and objective indexes for patients with schizophrenia. The subjects were 10 schizophrenia patients with long-term hospitalization in a private psychiatric hospital. A subjective evaluation survey was conducted on their having "good feelings," pulse rates were taken, and blood pressure was measured before and after each hand-massage. An overall evaluation was also used to examine the patients before and after all massage interventions. Moreover, the behavior of the subjects during the massage was studied qualitatively.

The major findings of this study are as follows: (1) relaxation levels significantly increased after hand-massage in all subjects, (2) pulse rates significantly decreased after hand-massage in 7 subjects, (3) blood pressure significantly decreased after hand-massage in 5 subjects, (4) overall evaluation scale did not show significant differences. All subjects were observed to have "good feelings" while receiving hand-massage. They began to talk about feelings and worries voluntarily during hand-massage, and the relationship between the nurses (researchers) and subjects improved. The results suggest that hand-massage is effective on patients with schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, hand-massage, relaxation, nursing, complementary and alternative therapy

<sup>1)</sup> 名桜大学人間健康学部看護学科 〒905-8585 沖縄県名護市字為又1220-1 Faculty of Human Health Sciences, Meio University 1220-1, Biimata, Nago, Okinawa, 905-8585, Japan

## はじめに

看護師の行う触れるケアは、看護の基本的な目的である安楽や安らぎの援助の重要な要素といえる。マッサージやタッチングといった触れるケアは、看護や介護において重要な技であり、単に安楽やリラクセスなどの生理学的効果のみならず、非言語学的なコミュニケーションの手段として相手の気分を落ち着かせ、孤独感を和らげるなどの心理社会的効果があるといわれている（川原ら2009）。

しかし、身体的接触は複雑で多面的要素を含み（五十嵐2000）、個々の状況で臨機応変に行われ、通常の科学的研究によって検証されにくく（川原ら2009）、その効果が実証されないままエビデンス重視の時代になり、それらの実践が減少してきていたという背景がある。しかし近年、補完・代替療法として、またリラクゼーションやコミュニケーション手段として、タッチングやマッサージなどの身体的接触が改めて注目されるようになり、疼痛緩和効果（Furlan A D et al.2008, 野中ら1998）や認知症高齢者のケア（Snyder et al. 1995）や睡眠導入等に効果的であること（Suzuki et al. 2010）、高齢者へのリラクゼーション効果（Harris et al.2010）などが報告されている。国内でもその効果を検証した報告が散見されるようになり、川原ら（2009）の文献レビューにおいて、ストレス状況下における看護師のタッチはストレス、不安、苦痛を軽減する効果があること、がん患者へのハンド・フットマッサージは安楽や症状緩和の効果があること、全身／背部マッサージにはリラクゼーション、疼痛緩和、皮膚温上昇の効果があること、などが明らかにされている。その反面、タッチ／マッサージの方法、評価など、さらに厳密に探究する必要性が指摘されている。2010年までのがん看護実践での活用可能なアロマセラピーやマッサージを含む代替補完療法の効果と安全性のエビデンスについて文献レビューを行った相原ら（2013）は、がんの痛みや倦怠感などの症状の改善や、不安の軽減やコミュニケーションの促進などの心理社会的効果があること、有用な看護介入となる可能性が高く、簡便な方法を考案し、注意点を守り、患者の反応を見ながら実施することにより、安全も保証できると報告している。また、緒方ら（2013）はタクティールケアに焦点を当て2012年までの文献検討を行った。その結果、認知症などの何らかの症状がある対象への効果として、不安や疼痛などの症状の改善が見られたが、科学的検証がされたものは少なく、客観的な指標を用いた検証の必要性を指摘している。

一方、精神疾患と診断された患者を対象としたマッサージの効果に関する研究は少ない。岩増ら（2012）は、アロマオイルによるハンドマッサージを精神科病院の入

院患者に用いて、腸蠕動の改善およびリラクセス効果、精神的安定への効果を述べているが、対象者数が少なく、また精神的安定については感想をまとめたものであった。現在、我が国で統合失調症患者を中心に長期入院患者の退院促進事業が取り組まれているが、この支援プログラムに参加することができず、変化の見られない長期入院患者も多くいる。看護師はこれらの患者にかかわるものの、反応が乏しく、無為自閉、意欲の低下、感情の平板化といったいわゆる陰性症状のために、無力感や困難感を抱くことも多い。このような患者に対して、適切な身体的接触は少しずつ患者のこころを開くと考えられ（出口2009）、また患者にとっての効果だけでなく、看護師にとっても効果があり、治療的相互作用となることも考えられる（寺澤2004, 鬼頭2012）。しかし、統合失調症患者を対象にしたマッサージなどの身体的接触に関する実証的研究はほとんど行われておらず、国内では、唯一、鬼頭（2012）が準実験研究デザインによる残遺型統合失調症患者に対するフットマッサージの有効性について報告している。鬼頭は足浴とマッサージを含めたフットケアのプロトコルを作成した上で介入研究を行った。機材の用意や一人当たりにかかる時間、また看護師がかかわる際に困難を感じる患者に同意を得るための工夫と配慮が求められることなど丁寧に時間をかける介入を行いその成果を検討している（2012）。これらを臨床で日常的ケアとして看護師が実施するには、介入方法の検討が求められる。そこで、本研究では、人員の限られた臨床において短時間に、場所を限定せず、用意する機材も少なく実施できるハンドマッサージによる介入の効果を検討することとした。数あるマッサージの中でも、ハンドマッサージは衣類着脱の必要もなく、姿勢も自由に受けられると簡便さがある。また、危険性も低いと報告されている（Wang H.L. 2004）。

ハンドマッサージについては、成人健常者へのリラクゼーション効果（小池ら 2003, 佐藤2006, 大川2011, 天野ら2013）、認知症の高齢患者へのリラクゼーション効果（手島1994, 得居2001, Suzuki2011, 廣橋2013）に関する報告はあるが、これまで統合失調症患者を対象とした効果については国内外で例がない。ハンドマッサージの有効性を明らかにすることは、場所や道具を選ばず、簡便で多くの人が活用可能であるだけでなく、退院促進の重要課題とされている慢性の長期入院統合失調症患者への介入の示唆を得ることが可能になるものと考えられる。

## I. 目的

本研究では、長期入院の統合失調症患者を対象としてハンドマッサージを行い、そのリラクゼーション効果を

明らかにすることを目的とする。また、併せてハンドマッサージ中の言動および生活上の変化への波及効果を検討する。

## II. 研究方法

### 1. 研究期間

平成24年9月26日から平成25年1月31日

### 2. 対象の選定

対象者は単科の民間精神科病院（190床）に長期入院をしている統合失調症患者である。疾患の特徴より対象者の精神状態によっては思考能力や判断能力が低下する可能性があることから、研究協力に当たっては特別な倫理的配慮が求められる。このため、対象者を選定する際には、精神保健福祉法に規定されている精神保健指定医が、DSM-IV-TRの診断基準（米国精神医学会；精神疾患の分類と診断の手引き新訂版）に基づき統合失調症と判断した患者の中から、本研究に協力しても症状の悪化やQOLの低下などの不利益を患者にもたらさないと主治医が判断した対象者十数名程度を選定した。これらの対象者には、研究者が研究の趣旨および倫理的配慮について説明を行い、この結果同意の得られた患者10名を研究対象者とした。

### 3. ハンドマッサージの方法

マッサージの中でも短時間で手軽に、しかも場所が限定されずに実施できる方法として、ハンドマッサージを介入方法として選択した。スウェーデン方式によるマッサージ法を基本とした手順（表1参照）に基づいて行った。本マッサージは圧をかけたり、力を入れたりすることではなく、皮膚の表面に優しく触れ、なでることが基本

となるいわゆるソフトマッサージである。研究者は対象者に説明を行った後で、対象者にとって心地よい場所で、無香料のオイルを塗ってハンドマッサージを行う。マッサージ中は原則として実施者は対象者には話しかけないが、対象者から話しかけてきた場合は答える程度とする。ハンドマッサージの主な手順の流れは、表1のとおりである。なお、傷や発赤や腫脹が見られる場合にはマッサージは行わないこととした。ハンドマッサージは2日間にわたる集中的なソフトマッサージのトレーニングを受けた筆頭研究者が全対象者に対して実施した。

### 4. データ収集方法

研究協力への同意が得られた対象者に、片手5分ずつで10分間のマッサージを1日1回、2週間（1週間に3～5回程度）で計7～10回のハンドマッサージを行った。毎回のマッサージ毎の実施前後において脈拍数、血圧の測定、実施中の状態の観察を行う。実施前の測定については、ベッド座位もしくは椅子における座位をすでに継続して10分以上安静をとっている状態の対象者で、そのままハンドマッサージを開始できる状況では患者の同意を得てからすぐに脈拍、血圧を測定したが、移動して座位や臥位になった対象者の場合には、可能な限り5分間の安静を確保し測定するようにした。

また、患者自身には「心地よさ」の主観的指標としてビジュアル・アナログ・スケール（Visual Analogue Scale：以下VASとする）を用いて、ハンドマッサージ前後に「心地よさ」（非常に不快である－非常に心地よい）を評価してもらった。VASの評価については、「非常に不快である」を0とし、「非常に心地よい」を10とした0から10までの水平スケールに印をつけてもらった。

また全介入の実施前後に、総合評価尺度（Global Assessment Scale：以下GAFとする）および精神症状

表1 ハンドマッサージの手順

- ①対象者にハンドマッサージを開始することを告げ、リラックスできる姿勢をとってもらおう。
- ②両手をタオルで丁寧に拭く。
- ③その後、片方のタオルを開いて対象者の手に接触しながらベビーオイルを看護師は自分の手に取り、オイルを手のひらで温めてから対象者の手を包み込むようにしてオイルを塗る。
- ④手背の腱の走行にそって腱と腱の間を手背から指先に向かい、手のひらと甲側から指で挟み込むようにすべらせる。同一カ所を3回ずつ繰り返す。
- ⑤その後、手の甲を上として、対象者の指の甲側とひら側から指ではさむようにして小さな円を描きながら指の根元から指先まで丁寧に看護師の指をすべらせていく。これを片手のすべての指について行う。
- ⑥その後、同じように今度は指の側面を両方からはさむようにして、小さな円を描きながら指の根元から指先まで丁寧に看護師の指をすべらせていく。これを片手のすべての指について行う。
- ⑦その後、手のひらを上に反して、ひらのすべての面を看護師の指3本の腹で小さな円を描くようにして指を滑らせていく。
- ⑧対象者の手のひらを看護師は両手で包み、ひらの中心から小指側、親指側に向かい看護師それぞれの親指の腹で滑るように真横に線を描く。これを3回繰り返す。
- ⑨手の甲を上にして、対象者の手を看護師の両手で包み込むようにして滑らせる。
- ⑩タオルで再度手を包み込み、もう片方の手にうつり、同じことを繰り返す。



や生活上の変化について検討した。GAFは、Spitzer らが1976年に健康－病気評定尺度改訂版として全体的評定尺度 (The Global Assessment Scale:以下GASとする) として作成し、その後、GAS の改訂版としてGAF が作成された。GAF は、被験者の機能を10点ごとの1点～100点までの数値を用い、症状の重症度と機能の2点から評価する尺度である (林, 2004)。なお、GAF40点以下は、精神科療養病棟入院者など生活上の支援が手厚く必要な対象と考えられるとされる。

対象者の年齢、性、過去の入院回数、内服している抗精神病薬のクロルプロマジン換算量 (以下CP換算量とする) については対象者の医療記録からGAFについては主治医に評価してもらった。一般的に1日当たりのCP換算量は300～600mgが適正量であり、これ以上になると副作用が出現しやすくなり、また1000mg以上が大量投与とされている。

### 5. 分析方法

心拍数、血圧の評価を対象者毎に平均値を比較検討し、ハンドマッサージの前後での差を対応のあるT検定を用いて危険率5%で検討した。また、心地よさについては中央値の差についてウィルコクソンの符号付順位和検定を用いて危険率5%で検討した。また、GAF値については全介入の実施前後においてウィルコクソンの符号付順位和検定を用いて危険率5%で検討した。対象者のマッサージ中の言動やマッサージ期間中の生活の上での変化について質的記述的に検討した。

### 6. 倫理的配慮

対象者は精神科病院に長期入院をしている統合失調症患者であり、対象者の精神状態によっては思考能力や判断能力が低下する可能性があることから、研究協力に当たっては特別な倫理的配慮が求められる。本研究に協力しても症状の悪化やQOLの低下などの不利益を患者にもたらさないと主治医が判断した対象者十数名程度を選定した。研究協力の依頼については強制力ははたらないように主治医や病棟看護師からの依頼ではなく、研究者自身が本研究の主旨を説明し、研究協力における自由意思の尊重、プライバシーの保護、害されない権利を保護することに努めた。研究協力を断っても治療や療養生活上の不利益を受けることはないこと、研究参加は強制ではないこと、途中で中止しても不利益を被らないこと、個人が特定されないように配慮することなどを説明した。また、対象者は精神症状があり状況によっては負担がかかる可能性もあるため、実施前には毎回担当看護師に状態を確認し、実施においても毎回対象者の同意と了解を得てからハンドマッサージを行うようにした。ハンドマッサージ実施中には患者の表情や態度などを研究者

自身が注意深く観察し、負担や不快な様子の有無について確認し、そのような様子がある場合には、ハンドマッサージを中止するものとした。研究者は精神科病棟師長の経験がある精神科看護の専門家である。なお、本研究は名桜大学人間健康学部倫理委員会の承認を得た上で研究を実施した。

## III. 結果

### 1. 対象者の概要について

結果の数値は (平均値±標準偏差) で表現する。研究参加に同意した対象者は10名 (男性4名、女性6名) であった。罹病期間は18年から45年 ( $32.1 \pm 8.0$ 年)、年齢は39歳から64歳 ( $53.3 \pm 7.1$ 歳)、入院回数は3回から17回 ( $8.8 \pm 4.6$ 回)、GAF得点については平均値30.5点 (標準偏差±5.0点) であり、21から30 (行動が妄想や幻覚に相当影響され意思伝達や判断に著しい障害がある状態) が6名、31から40 (現実検討や意思伝達に多少の障害または対人関係、判断・思考・気分など多くの側面で著しい障害がある状態) が4名であった。入院形態は医療保護入院が6名、任意入院が4名であり、入院病棟は入院形態に合わせて、閉鎖と開放病棟と別れていた。抗精神病薬のCP換算量については725mgから1728mg ( $1091.5 \pm 310.1$ mg) であり、全対象者が適正投与量を超え、大量投与患者 (1日当たり1000mg以上) が5名と半数に上った。セルフケアに影響する症状およびセルフケア上の問題は表2に示した通りである。

### 2. ハンドマッサージによる心地よさの変化

毎回のハンドマッサージ前後の「心地よさ」 (非常に不快である－非常に心地よい) のVAS評価については、全対象者についてハンドマッサージ後に有意に高く、「心地よかった」という評価であった (表3参照)。

### 3. ハンドマッサージによる脈拍および血圧の変化

毎回のハンドマッサージ前後の脈拍および収縮期血圧の有意な減少がみられた対象者が10名中6名であった。(表4・表5参照)。

### 4. 全介入の実施前後GAF値の変化

対象者全員についての全介入の実施前後GAF値の変化について検討した結果、有意差はなかった (表6参照)。

### 5. ハンドマッサージ中の言動および介入期間中の生活上の変化

毎回のハンドマッサージ中の患者の言動および介入期間中の生活上の変化について各対象者の情報の共通性および相違性の検討の結果、次の7つのカテゴリに変化を

表2 対象者の概要

ID	年齢	性	HM 回数 (回)	罹病 期間 (年)	入院 回数 (回)	入院 形態	入院 病棟	GAF 値	症状およびセルフケアの状態	抗精神薬
										CP換算量 (mg)
1	60代	男	10	45	6	任意	開放	25.5	幻聴・妄想が常時みられ、強迫的言動によるセルフケアの低下があり、食事摂取量の低下や体重減少がみられる。作業療法などのプログラムへの参加をしていない。	800
2	60代	男	9	40	11	医療 保護	閉鎖	35.5	幻聴、妄想、抑うつによる自傷行為が出現し、対人関係上のストレスに弱く自我障害があり、不安定になり過干渉や過敏さがみられる。	1309
3	50代	男	8	31	3	任意	開放	35.5	無為・自閉傾向強く、他者との交流があまり見られない。身嗜み及び身づくろいのセルフケアができず夏季でも厚着をし、不潔な状態である。幻聴・妄想が持続している。作業療法などのプログラムへの参加をしていない。	1050
4	50代	男	8	37	17	任意	開放	35.5	家族や周囲の人への攻撃・暴力行為、性的逸脱行動（公前で下着を脱ぐ等）があり、看護者等へのセクシャルハラスメントが頻回に起きている。作業療法などのプログラムへの参加をしていない。	920
5	50代	女	9	25	9	医療 保護	閉鎖	25.5	他患者・スタッフへの暴言・暴力・金銭要求が常時ある。活動性が低下し、トイレ以外での排尿をすることも頻回にあり注意を受けている。	1200
6	50代	女	9	30	7	医療 保護	閉鎖	35.5	多飲水、入浴拒否、無為自閉、妄想（自分は別人である）が強くあり、作業療法などのプログラムへの参加をせず、ほとんど自床で臥床し過ごし他者との交流がない。	800
7	50代	女	10	18	6	医療 保護	閉鎖	25.5	幻聴、妄想（夫が浮気をしている）が強く、不安定な状態。他者への過干渉がみられ、全般的にセルフケアが低下している状態にある。	725
8	50代	女	7	40	17	任意	開放	35.5	気分の変動大、他患者への攻撃、家族への攻撃・暴力あり。	925
9	30代	女	8	24	7	医療 保護	閉鎖	25.5	独語、幻聴、被害妄想、他患者への攻撃および暴力行為（床頭台を他患者に投げつける、殴る等）、他者と会話が成り立ちにくい。	1458
10	40代	女	9	31	5	医療 保護	閉鎖	25.5	入浴拒否、全般的セルフケアの低下、他患者への被害妄想から暴力行為、独語、幻聴あり。	1728

HM：ハンドマッサージ

表3 ハンドマッサージ前後の「心地よさ」の変化

ID		中央値	最小値	最大値	平均値	SD	Significance
		HM実施前	5	2	5	4.6	1.0
HM実施後	5.5	5	10	6.5	2.0		
ID 2	HM実施前	5	3	5	4.4	0.9	*
	HM実施後	8	7	10	8.4	0.9	
ID 3	HM実施前	5	4	6	5.0	0.8	*
	HM実施後	10	9	10	9.8	0.5	
ID 4	HM実施前	3.5	1	5	3.3	1.5	*
	HM実施後	9.5	7	10	9.1	1.1	
ID 5	HM実施前	2.5	0	5	2.3	2.3	*
	HM実施後	8	5	10	8.1	1.4	
ID 6	HM実施前	5	3	6	4.8	0.8	*
	HM実施後	8	5	8	7.0	1.3	
ID 7	HM実施前	1	0	5	1.3	1.9	*
	HM実施後	9	3	10	8.2	2.6	
ID 8	HM実施前	4.5	1	5	4.1	1.5	*
	HM実施後	10	5	10	9.3	1.9	
ID 9	HM実施前	4	3	5	3.8	0.6	*
	HM実施後	6	5	10	6.9	2.0	
ID 10	HM実施前	5	4	7	5.3	1.0	*
	HM実施後	10	10	10	10.0	0.0	

HM：ハンドマッサージ \*p<0.05 Wilcoxon符号付順位和検定

表4 ハンドマッサージ前後の脈拍数の変化

	HM前 (回) 平均値±標準偏差	HM後 (回) 平均値±標準偏差	T-tests	Significance
ID 1	66.7±13.6	60.0±9.8	3.85	**
ID 2	86.9±4.8	83.3±4.2	2.92	*
ID 3	87.9±8.8	81.8±5.6	3.34	*
ID 4	89.0±8.8	86.6±8.6	1.62	
ID 5	80.4±7.8	78.4±4.6	1.12	
ID 6	82.8±5.1	77.9±5.0	4.26	**
ID 7	77.8±5.5	75.5±4.1	1.81	
ID 8	83.3±3.2	82.3±4.2	0.58	
ID 9	90.9±6.1	87.1±3.7	2.00	*
ID 10	88.1±6.8	82.3±13.1	2.02	*

HM：ハンドマッサージ \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

表5 ハンドマッサージ前後の血圧の変化

		HM前 (mmHg) 平均値±標準偏差	HM後 (mmHg) 平均値±標準偏差	T-tests	Significance
ID 1	収縮期血圧	146.8 ± 14.8	139.8 ± 18.2	2.23	*
	拡張期血圧	85.0 ± 6.5	79.9 ± 8.4	2.98	**
ID 2	収縮期血圧	167.0 ± 8.1	148.5 ± 6.05	7.99	***
	拡張期血圧	110.9 ± 6.7	96.3 ± 3.7	8.88	***
ID 3	収縮期血圧	109.1 ± 11.1	103.9 ± 9.0	2.98	*
	拡張期血圧	65.0 ± 6.9	62.9 ± 7.8	1.00	
ID 4	収縮期血圧	113.4 ± 5.9	108.3 ± 8.60	1.50	
	拡張期血圧	68.0 ± 6.4	66.13 ± 7.7	1.67	
ID 5	収縮期血圧	127.5 ± 12.5	123.4 ± 13.7	1.58	
	拡張期血圧	79.9 ± 8.8	77.0 ± 10.3	1.79	
ID 6	収縮期血圧	133.2 ± 9.1	123.2 ± 12.7	3.00	**
	拡張期血圧	80.1 ± 3.6	75.0 ± 5.1	4.76	***
ID 7	収縮期血圧	106.8 ± 8.6	104.2 ± 12.3	0.86	
	拡張期血圧	65.7 ± 7.9	65.1 ± 9.0	0.48	
ID 8	収縮期血圧	142.3 ± 16.4	136.6 ± 18.0	1.23	
	拡張期血圧	83.1 ± 9.4	81.3 ± 9.6	0.85	
ID 9	収縮期血圧	133.2 ± 9.1	123.2 ± 12.7	0.99	**
	拡張期血圧	80.1 ± 3.6	75.0 ± 5.1	4.76	***
ID 10	収縮期血圧	163.7 ± 11.6	135.9 ± 22.3	2.88	*
	拡張期血圧	107.0 ± 8.3	90.1 ± 16.0	2.60	*

HM：ハンドマッサージ \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

表6 全介入の実施前後GAF値の変化

	中央値 (平均値)	最小値-最大値	Significance
介入前GAF得点	30.5 (30.5)	25.5-35.5	NS
介入後GAF得点	35.5 (31.5)	25.5-35.5	

表7 ハンドマッサージ中の言動および生活上の変化に関する内容の質的分析結果

カテゴリ	各対象における具体例
HM実施中には症状や問題行動が見られなかったり改善している	<ul style="list-style-type: none"> <li>・強迫的な様子はHM中には見られなかった (ID1)</li> <li>・HM中に、他の患者が声をかけてきたりしても苛々することなく、周囲からの刺激にも過敏になることはなかった (ID2)</li> <li>・表情は穏やか (ID3)</li> <li>・問題となる行動(セクハラ)は見られなかった (ID4)</li> <li>・HM開始後は(妄想がらみの他者への金銭要求が)全く見られず、機嫌もよい (ID5)</li> <li>・当初はHM中の独語や幻聴が見られ、研究者の顔を直視しながら、しゃべり続けていたが2週目以降、次第に減少した (ID7)</li> <li>・苛立ちや気分変動が起りやすい傾向があったが、HM中にはそうしたことがなかった (ID8)</li> <li>・幻聴、妄想、独語が活発で話し出すと支離滅裂なことが多いが、HMをしていると現実感のある話をときおりするように変化した (ID9)</li> </ul>
HM中は傾眠したりリラックスしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眠たげな様子で、黙って手元をじっと見ていた (ID1)</li> <li>・HMについて「ほっとする」「眠ってしまう、催眠術にかかったようだ」「いい気持だ」「あったかくなる」と語り、実施中は傾眠していた (ID2)</li> <li>・HM中は寝てしまい、非常にリラックスできていた (ID4)</li> <li>・HM中は寝てしまうことが多い (ID5)</li> <li>・HM中は眠ってしまうこともある (ID6)</li> <li>・リラックスした様子で沈黙し施行中の手元を見つめる時間が増えていった (ID7)</li> <li>・笑顔やリラックスしている様子が見えた (ID8)</li> </ul>
HMに対して心地よさや満足感、次回への期待を言語化したり、実際に待つようにする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HMの終了時には「気持ちよかった」「ありがとう」「次は？」との発言 (ID1)</li> <li>・終わると「気持ちよかった」とにっこりと笑う。開始を自ら待っていてくれるようになった (ID3)</li> <li>・終了後は「ありがとう」と礼を述べた (ID4・5・6・8・9・10)</li> <li>・HMについては楽しみに待っていた (ID6)</li> <li>・終了時には「気持ちよかった」「リラックスできた」と発言をしていた (ID7)</li> <li>・同室患者にもHMを勧める発言があった。「手がきれいになるから、うれしいよ」と喜んでいた。(ID8)</li> <li>・HMを待つようになった (ID9)</li> <li>・HMをととても楽しみにしており、毎回時間になると手洗いをし、椅子に座り待っていてくれるようになった (ID10)</li> </ul>
HM中に自発的に過去の経験や現在の困りごとや悩み、将来について語りだす	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去の入院経験について語りだし、今はとてもいいと話していた (ID1)</li> <li>・家族のことや主治医への信頼等を自分から語った (ID2・10)</li> <li>・HM中に対象者自ら過去の自分の異性との付き合い等の経験を語るようになった (ID4)</li> <li>・普段、自分の経験や内面的なことを職員には話さないが、自分の妄想のきっかけとなった経験を自ら語りだしたり、また、入院生活でつらいことを自ら語りだし、「一番苦しいのは入浴を進められること…1年に1回でいいのに…」と本音を語った (ID6)</li> <li>・スタッフへの不満や入院生活の辛さを自ら語りだすことがあった (ID7)</li> <li>・入院生活での辛さや家族への心配や不満を自ら語りだすことがあった (ID8)</li> </ul>
研究者との現実的な交流や信頼関係が育まれる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HMのために声をかけると、現実的に対応ができスムーズになった。(ID1)</li> <li>・研究者を気遣う声かけ(例「疲れない?」「いつも悪いね」「あんたは、いい人だね」等)をしてくれる (ID1・2・5・6・8・10)</li> <li>・研究者への関心を示す発言(例「いくつ?」「結婚しているの?」「子供はいる?」「食べ物は何が好き?」等)がみられる (ID2・5・6・7・8・10)</li> <li>・研究者に対して笑いかけたり、反応してくれるようになった (ID3)</li> <li>・研究者を待つようになり、研究者と話したがったり、相談してくるようになった (ID4・7・8・10)</li> <li>・「あんたは、本当は私のおばあちゃんとおじいちゃんじゃないの?」等と現実感のない表現ではあったが、HMをすることにより安定した信頼関係が出来上がった (ID5)</li> <li>・「ここには信頼できる人はいない…、あなたは信頼できます」と妄想がありながらも、研究者との間では現実感のある会話をすることができるようになる (ID6)</li> <li>・HM終了時には毎回、研究者の健康や幸福を祈ってくれた (ID10)</li> </ul>
生活上の変化が特に見られない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活面での時間へのこだわり等の強迫的な状態については、大きな変化がなかった (ID1)</li> <li>・基本的な自室で過ごす生活パターンについての変化はみられない (ID6)</li> <li>・基本的な生活パターンについての変化はみられない (ID8・9・10)</li> </ul>
生活上の変化が見られ他者からも評価される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔の保持ができていないが、HM後は洗面や更衣についての介入にもスムーズに応じるように変化してきている。(ID2)</li> <li>・看護師や他の患者へのセクシャルハラスメント行為や付きまといが減少していった (ID4)</li> <li>・HM期間中の他患者や職員への金銭の要求が減少し、穏やかになった。主治医からの落ち着いた穏やかであると評価されていた (ID5)</li> <li>・「退院したい」という希望を語るようになった。主治医もHMが効果的であると評価していた (ID6)</li> </ul>

HM：ハンドマッサージ



整理することができた。【ハンドマッサージ実施中には症状や問題行動が見られなかったり改善している】、【ハンドマッサージ中は傾眠したりリラックスしている】、【ハンドマッサージに対して心地よさや満足感、次回への期待を言語化したり、ハンドマッサージを待つようになる】、【ハンドマッサージ中に自発的に過去の経験や現在の困りごとや悩み、将来について語りだす】、【研究者との現実的な交流や信頼関係が育まれる】、【生活上の変化が特に見られない】、【生活上の変化が見られ他者からも評価される】である。具体的な対象における例は表7のとおりである。

#### IV. 考 察

人間はストレス状態にあると交感神経系が優位にはたらき、心拍数、血圧は増加し、リラックスした状態では副交感神経系が優位にはたらき、心拍数、血圧は減少する。Harris M.ら（2011）は高齢者を対象としたハンドマッサージについての文献レビューの中で生理的指標としてバイタルサインが最も用いられ、その中でも心拍数はリラクゼーションの最も強力な指標であると述べている。本研究において、長期入院の統合失調症患者10名中6名についてハンドマッサージ後に脈拍数および収縮期血圧がともに低下することが確認されたことから、ハンドマッサージが生理的リラクゼーション効果を持つことが示唆された。健康な成人女性を対象としてハンドマッサージの生理的効果を検討した佐藤は、心拍数が有意に減少し、また心臓副交感神経活動の指標であるHF成分が有意に増加し、副交感神経系が優位の状態になったことを報告している。また、同時に主観的リラックス感がVASでも増加したこと、POMS（気分プロフィール調査）では「怒り-敵意」「疲労」が有意に減少したことからハンドマッサージが生理的・心理的リラクゼーション効果を得ることができたと結論づけている（佐藤，2006）。一方、同様に健康な成人女性を対象としてハンドマッサージの効果を検討した大川ら（2011）は、生理的には有意な変化が見られなかったが、佐藤と同様にPOMSについて「抑うつ-落ち込み」「混乱」「疲労」が有意に減少し、心理的リラクゼーション効果があったことを報告している。本研究でもVASの結果より主観的リラックス感がハンドマッサージにより全対象者において増加したことは、心理的リラクゼーションが高まったことを示しており、先行研究（手島，1994；小池，2003；佐藤，2006；大川，2011；天野，2012）と同様な結果であり、統合失調症患者を対象にハンドマッサージを実施することがリラクゼーション効果をもたらすことが示唆された。精神看護領域では患者の状態によってはふれるケアは侵入的であり、患者の安全を脅かす可能性があると考えられ

る。しかし、本研究成果から、薬物の使用によらないハンドマッサージは身体への副作用もなく危険性も低い介入方法であり、しかも「心地よさ」に関する主観的評価は全対象者において有意に高まっていることから、効果的なケアであることが示唆された。

Harris M.ら（2011）は認知症高齢者やナーシングホーム入居者の興奮や攻撃的言動の緩和にハンドマッサージが効果的であったことを先行研究のレビューから述べている。認知症高齢者の介入効果の評価については生理的指標のほとんどはマッサージ実施前後で有意差があったこと、また不穏行動については実地直後と1時間後の比較で有意差があったと報告されている。またSuzuki M.ら（2010）による重度認知症高齢者を対象とした研究では6週間に計30回30分ずつのタクティールケアによるハンドマッサージを実施した介入前と6週間後のアルツハイマー病の行動病理尺度のうち攻撃性について有意な改善があったと報告している。統合失調症患者を対象に、先行研究でハンドマッサージによる介入研究がなかったため、この重度認知症高齢者への介入研究と比較すると、本研究においてハンドマッサージ実施期間中には精神症状や問題行動が見られなかったり、あるいは次第に軽減していったりという結果は、Suzuki M.ら（2010）による認知症高齢者の研究結果に重なるものと考えられる。

しかし、統合失調症患者は認知症高齢者とは異なり、治療やリハビリテーションにより精神機能の改善や対人関係の変化が期待でき、長期入院患者であったとしても専門家の支援を受けながら地域生活を送ることが可能である。またハンドマッサージではないが、統合失調症患者を対象に週3回4週間にわたり計12回のフットケアを実施し精神症状への効果を検証した鬼頭（2012）によると、フットケアにより特に陰性症状が大幅に改善していることが報告され、その後の効果の持続が事例検討により明らかにされている（2014）。

鬼頭の研究成果から、精神障害者を対象としたマッサージによる陰性症状改善の可能性が示唆されるが、引きこもりや無為自閉といった陰性症状が改善されると他者との相互交流が少しずつ促進されることになり、結果として周囲の人々からの対象者への働きかけが増加し、それが楽しみや気分転換を生む効果へとつながり、さらに全般的な精神機能の改善に影響する可能性が考えられる。

一方で、全介入の開始前と終了後のGAF値の変化については有意差がなかったが、今回ハンドマッサージを週3-5回の頻度で、2週間という短期間での介入であったため、全般的な精神機能と社会的機能の評価であるGAF値については影響を与えなかったものと考えられる。今後、介入頻度や期間をどのように設定するか



より、生理的、主観的リラクゼーション効果が対象者のGAF値および陽性症状や陰性症状にどのように影響するかについて検討する必要があるだろう。

また、本研究ではハンドマッサージ中の対象者の言動について質的に検討した結果、研究者からは話しかけられないにもかかわらず、【ハンドマッサージ中に自発的に過去の経験や現在の困りごとや悩み、自分の将来について語りだす】といった現象が多く見られた。普段、他者とほとんど会話をせず自室で過ごしていたり、問題行動のある人（例：入浴をしない、トイレ以外で排泄してしまう、金銭の妄想的要求、他患者への攻撃や暴力など）と見られている対象者自らが、現在の入院生活の中での苦悩（例「信頼できる人がいない」、「看護師に入浴するように言われるのが一番いやだ」、「丁寧な対応をしてもらえない」など）を言葉にして訴えたり、自分の過去の経験や内面を語り出す（「私には二つの名前があり、〇〇（本名）は嫌で、△△は好きな名前です」、「私はここに入院させられたのは、悪いことをしたからだと思うんです」、「頭の中がさーさーして胸が苦しい」など）のことは研究者を驚かせるものであった。川原ら（2009）は、ふれるケアは言葉という媒介をもたない皮膚から皮膚への直接的なコミュニケーションとなり、看護師と患者に深い感覚的、情緒的交流をもたらすと述べているが、ただ黙って、患者の傍らで患者の手にふれ、手をつつみ、手をなでるといった片手5分間の試みが、かかわりの糸口となり、【研究者との現実的な交流や信頼関係が育まれる】結果を生み出していた。ハンドマッサージは長期入院をしている統合失調症患者にとって心身のリラクセス状態をもたらし、他者との現実的な交流を可能にすることが示唆された。また、今回の結果から、言語によるコミュニケーションが難しい統合失調症患者の場合に、自分のことを気遣う存在がそばに居て、手に触れて心地よいことを繰り返してくれることが、対象者のもてる力を引き出し、他者との疎通性を回復させることが示唆された。このことは同時に、研究者には本来のその人らしさを垣間見せてくれることにもなっていた。

次に、本研究の限界と課題について述べる。本研究の対象者は長期入院患者であり、うち6名は自室ベッドで臥床しているか病棟のホールで座位のまま動かずにいるといった事前の安静時間が長い状態にある対象者であったが、一方で、飲食や喫煙、動きのある患者には、それらのコントロールについては十分できなかった。これは臨床研究の限界ともいえる。また対象者は、抗精神病薬を大量に服用しており、脈拍や血圧に薬剤が影響を及ぼしていた可能性が考えられる。しかし、すべての対象においてデータ収集期間に内服量に変化がなく、病状も安定していたことから、今回実施したハンドマッサージは、統合失調症患者においても生理的効果が期待できると考

える。また、今後、ハンドマッサージの実施回数や期間、またその介入終了後の効果の持続についての検討も行う必要がある。今回、精神症状や問題行動の変化について記述内容の質的分析より検討したが、客観的な精神症状評価尺度を用いた効果の検証が求められる。今回、対象者数が10名と少なく、得られた結果を一般化することはできない。今後、さらに対象者数を増やし検討していく必要があるだろう。また、実施者と対象者との関係性や性差の影響なども検討すべき課題といえる。

## V. 結 論

ハンドマッサージの効果を検討するために、長期入院をしている統合失調症患者10名を対象に主観的な心地よさ、生理的指標として脈拍および血圧、GAF値を評価し、またマッサージ中の言動および生活の変化について検討した。その結果、全対象者において有意に主観的な心地よさが増加し、生理的指標である脈拍と収縮期血圧については6名については有意な減少がみられた。GAF値については、有意差がみられなかった。また、マッサージ中の言動の検討からは、【ハンドマッサージ中に自発的に過去の経験や現在の困りごとや悩み、自分の将来について語りだす】、【研究者との現実的な交流や信頼関係が育まれる】、その他のカテゴリが得られた。以上より、ハンドマッサージは統合失調症患者の生理的・心理的リラクゼーション効果あることが示唆されたが、その有効的な介入回数および頻度とはどのようなものか、また有効性はどのように持続するのか等は今後の課題である。

本研究にあたりご協力を頂きました対象者の皆様、医療機関の職員の皆様には心より感謝申し上げます。なお、本研究は平成24年度名桜大学総合研究所一般助成を受けて実施したものです。ここに感謝申し上げます。

## 引用文献

- 相原優子, 神里みどり, 謝花小百合, 玉井なおみ, 塚原ゆかり, 濱田香純, 佐伯香織, 吉澤龍太, 山本弥生, 清水かおり (2013) がん看護実践に活用可能な補完代替療法の効果と安全性のエビデンスに関する文献検討, 沖縄県立看護大学紀要13, pp.1-16.
- 天野真希, 長谷川智子, 礪波利圭, 上原桂子, 佐々木百恵, 北野華奈恵 (2013) 手のタクティールケアによるリラクゼーション効果の検討, 日本看護医療学会雑誌, 14 (1), pp.25-33.
- American Psychiatric Association, (翻訳:高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸) (2003) 『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き新訂版』, 医学書院, pp. 40-45 .
- 嵐弘美 (2009) 統合失調症圏お患者に対する身体的ケア技術の意味づけ, 生物学的寛解過程における身体感覚

- の変化に連動いた看護ケア, 日本精神保健看護学会誌, 18 (1), pp.38-49.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976) "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance". Archives of General Psychiatry 33, pp 766-771.
- Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. (2008) Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev.2008 Oct 8; (4) : CD001929.
- Harris M. Richards K. (2010) The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people, Journal of Clinical Nursing, pp.917-926.
- 林直樹 (2004) 全般的機能水準の評価尺度, 臨床精神医学, 増刊号, pp.46-50.
- 廣橋容子(2013) 指尖脈波の非線形解析によるハンドマッサージの効果, 地域と住民, 31, pp.35-40.
- 五十嵐透子 (2000) 看護におけるタッチング教育, 精神保健看護学会誌, 9 (1), pp.82-84.
- 稲田俊也, 岩本邦弘 (2009) 『観察者による精神科領域の症状評価尺度ガイド改訂版』, じほう社, pp. 75.
- 岩増道子, 重村富士子, 秋広直子 (2012) アロマオイルマッサージを用いた便秘への介入, 第42回(平成23年度)日本看護学会論文集成人看護Ⅱ, pp.64-67.
- 川田美和 (2009) 統合失調症患者の看護における身体的ケアの意味, 高知女子大学看護学会誌, 34 (1), pp.9-19.
- 川原由佳里, 奥田清子 (2009) 看護におけるタッチ/マッサージの研究--文献レビュー, 日本看護技術学会誌, 8 (3), pp.91-100.
- 鬼頭和子 (2013) 残遺型統合失調症患者へのフットケアの効果に関する研究, 名桜大学看護学研究科修士論文, pp.1-61.
- 鬼頭和子 (2014) 残遺型統合失調症患者へのフットケアの効果の持続, 名桜大学総合研究所紀要, (投稿中).
- 小池弘人, 松井弘樹, 吉田朋美, 柳奈津子, 馬庭芳郎, 横山知行 (2003) 加速度脈波カオス解析によるアロマセラピーの臨床効果判定の検討, 群馬大学保健学科紀要, 24, pp.81-85.
- 近藤浩子 (2010) 癒し技法としての「手当て」を用いたリラクゼーションに関する研究, 科学研究費補助金研究成果報告書, pp.1-5.
- 許鳳浩, 上馬場和夫, 二本松守, 村椿良司, 荒井哲他(2000) 部分浴や部分マッサージによる生体の変化, 富山伝統医学研究, 1, pp.28-42.
- 森千鶴, 松村仁, 永澤悦伸, 福澤等 (2000) タッチングによる精神・生理機能の変化.山梨医大紀要, 17, pp.64-67.
- 野中みぎわ, 畠中智代, 土蔵愛子 (1998) 発作性疼痛のある外来患者へのタッチ, 看護展望, 23 (6), pp.697-702.
- 緒方昭子, 奥祥子, 竹山ゆみ子, 矢野朋実 (2013) 日本における「タクティールケア」に関する文献検討, 南九州看護研究誌, 11 (1), pp.47-53.
- 大川百合子, 東サトエ (2011) 健康な成人女性に対するハンドマッサージの生理的・心理的反応の検討, 南九州看護研究誌, 9 (1), pp.31-37.
- 佐藤都也子 (2006) :健康な成人女性におけるハンドマッサージの自立神経活動および気分への影響, Yamanashi Nursing Journal, 4 (2), pp.25-32.
- Snyder M. Egan E.C.& Burns K.R. (1995) Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia, Journal of Gerontological Nursing, 21 (7), pp.34-40.
- Suzuki M. Tatsumi A. Otsuka T. Kikuchi K. Mizuta A.et al. (2010) Physical and Psychological Effects of 6-week Tactile Massage on Elderly Patients with Severe Dementia, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 25 (8), pp.680-686.
- 手島 恵 (1994) 老年期痴呆患者の興奮行動を緩和する看護援助に関する研究—手のマッサージの効果—, 平成5年度笹川医療研究財団海外派遣研究員研究報告書, 36-43.
- 寺澤まゆみ (2004) 精神科女性患者が求めるマッサージを通して関わることの意味—無意識のコミュニケーションからの分析—, 日本精神保健看護学会誌, 13(1), pp.14-23.
- 得居みのり, 水谷信子 (2001) 老年期痴呆患者への手のマッサージの試み, 老年看護学, 6 (1), pp.92-98.
- Wang H.L. Keck J.F. (2004) Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain, Pain Management Nursing, 5 (2), pp.59-65.