

精神看護実習における看護学生への介入に関する一考察

—統合失調症および気分障害患者の症状のプロフィールと
看護学生の眺める「風景」に焦点をあてて—

入江 拓 横井 麗子 松本 浩幸

聖隷クリストファー大学看護学部

An Intervention to Nursing Students During the Psychiatric Nursing Practicum

— Focus on Patients' Profiles of Symptoms in Schizophrenia and Mood Disorder and
“the Scenery” as Viewed by Nursing Students —

Taku IRIE Reiko YOKOI Hiroyuki MATSUMOTO

Department of Nursing, Seirei Christopher College

抄 録

看護学生が受け持つ患者の症状のプロフィールの違いにより、学生が眺めている「風景」をコンピュータ解析を経て描画した結果、学生は統合失調症患者に対して、関係ができるまでは「言う」ことで不安に対処しつつ、患者に向かって自分自身を「押し出す」べく葛藤し、気分障害患者には「吸い寄せられ」つつ葛藤するといったそれぞれのありようが視覚的に示された。それをもとに、臨床状況を踏まえた効果的な教育的介入方法について検討した。

キーワード：精神看護実習、統合失調症、気分障害、症状のプロフィール、風景

Key words : psychiatric nursing practicum, schizophrenia, mood disorder, profiles of symptom, scenery

はじめに

これまで精神看護実習において、看護学生が「どのような体験をしているか」に焦点を当て、患者理解と学生の自己理解に重点を置いた教育・指導方法や介入の要点^{1) 2) 3)}を模索してきた。

先行研究⁴⁾において、学生の看護実習体験といった高次元の意味空間の様なものを低次元に表現するために、学生の心理学的特性により群分けされた集団ごとに自由記述のテキストをデータマイニング⁵⁾の手法を用いてコンピュータで解析し、「風景」として描画した。その結果、描画された「風景」は、各群の心理学的特性に従って解釈・説明しうる特徴を持った概ね妥当性のある「風景」であることが確認された。この方法を用いることにより、これまで埋もれがちだったデータが活用され、それについて言葉のみではなく「風景」を共に眺めつつ集団や個々の学生のありようについて複数で論議しながら、新しい知識を発見することの可能性が示された。

また、描画された「風景」をもとに、受け持ち患者との関係構築のプロセスを経時的に分析した結果、学生が受け持ち患者や疾患について理解できたという「手ごたえ」を体験するためには、どうしてもそれなりの時間が必要であり、現在のように実習のスケジュールやありかたそのものを変化の激しい臨床状況に強く依存せざるをえない状況においては、その教育指導方法や介入方法に更なる改良や工夫が必要である事が強く示唆された。

今回、総合病院の精神科病棟で精神看護実習をおこなっている本学学生の看護実習記録をもとに、学生はどのような精神疾患を持つ患者と出会う機会が多いのかを2年間にわたり集計し

た。その結果、統合失調症と気分障害の患者を受け持つ機会が特に多いことが明らかとなった。

学生は精神看護実習で、それらの疾患を抱えながら生きる患者の、どのようなありようによく接しているのだろうか。その際、学生はどのような「風景」をそこに眺め、どのような「構え」をもって患者に向かおうと努力しているのだろうか。そして、さまざまな制約が多いタイトな実習スケジュールの中であっても、可能な限り学生の主観的かつ個別的な体験に連動する形で教育的介入を、効率的かつ安全に行なうための方法やその根拠となる指針があるとすればどのようなものであろうか。

本研究では、看護学生が受け持つ統合失調症患者および気分障害患者について、その「症状のプロフィール」の違いを明らかにした上で、看護学生が眺めている「風景」を描画し、その風景を眺めながらのディスカッションを経て、タイトな実習スケジュール内での効果的な教育的介入の方向性やその要点について検討した。

I. 用語の定義

「風景」：

自由記述の文章中の単語の出現頻度によって順位づけされた「言葉」を、それぞれの言葉同士の結びつきやその強弱によってコンピュータ解析し、スプリングシミュレーションを経て二次元平面上に配置することにより視覚化したもの。一般的に「風景」といえば「景観 (landscape)」と「風景 (scenery)」が想起されるが、景観が地理用語で視覚を中心とした概念であるとするれば、風景は芝居用語 (sceneryは芝居の背景の意) で視覚以外に他の五感も広く含まれた概念⁶⁾であるといえる。

同じ環境で同じ風景を眺めていても、各々の認知過程の違いによって、その風景の意味づけや感じ方はおのずと異なる。実習体験は、まさに学生個々の認知的体験でもあり、それらを表現した「文章」は、何らかの形で本人の認知が反映されているといえよう。本研究で描画する「風景」は、学生が実習記録中の「ふりかえり」に自由記述で書いたすべての文章から抽出された膨大な「言葉」を手がかりにして、そこから新たに意味を見出すべく同じ処理条件のもとで再構築した風景といえる。

「症状のプロフィール」：

次節で述べる簡易式精神現象検査⁷⁾によってアセスメントされる症状を概観することによって把握された患者の「状態（ありよう）」。

看護学生は、精神疾患を抱えながら生きる患者との相互作用を行なう中で、どのような「風景」を眺めているのだろうか。学生の眺める「風景」に一番インパクトを与え、それを彩るものは、おそらく受け持ち患者の「疾患名」そのものというよりも、目の前の受け持ち患者がその症状と共にある「状態（ありよう）」であると思われる。

精神看護実習において、患者と学生の個別的なかわりやさまざまな情緒的体験、それらを通して育まれる関係性が重要であることは言うまでもない。しかしながら、2週間という短い実習期間の中で、ひとりの教員が1グループ6～8名の学生に関わっている状況では、教育的介入がよほど適切になされなければ、学生の患者理解は、時間切れの不全感を伴いつつ整理されないままに学生個人の主観的な理解の仕方に流れてしまう危険性が極めて高い。

このような状況で、目の前の患者のありよう

と症状を結びつけながらバランスよく患者の全体像を学生に理解させるためには、精神現象検査のような包括的評価尺度での症状アセスメントに加えて、教員および臨床指導者とのディスカッションといった支持的介入⁸⁾が必要不可欠である。

BPRSは、学生が2週間の実習期間のうち、受け持ち患者と1週間程度かかわり、ある程度関係性ができた時点で学生がアセスメントし、教員の指導のもとにかかわりを振り返りながら適宜修正する。

Ⅱ．測定用具

「簡易式精神現象検査」(Brief Psychiatric Rating Scale：BPRS)：

BPRSは、Overallら(1962)により作成された多目的の包括的評価尺度をKolakowska(1976)がオックスフォード大学版として準構成面接用に作成したものである。BPRSは、精神科臨床で頻回に認められるさまざまな症状をすべて盛り込んであり、目的の異なる研究あるいは臨床において広範囲に利用することができる。それぞれの症状の重症度に加えて、各被験者の症状のプロフィールを概観したい場合にも適している。日本におけるBPRSの信頼度は北村ら(1983)が行っており、日本においてもかなり定着した評価尺度である。看護師によるBPRSの信頼度についてはDowningら(1978)の報告がある。

5カテゴリー17項目について、「0症状なし」～「6非常に重度」までの7件法でチェックする。評価項目は、抑うつ障害(心氣的訴え、不安、罪悪感、抑うつ気分)、引きこもりと制止(感情的引きこもり、運動減退、感情鈍麻)、思考障害(思考解体、幻覚、思考内容の異常)、対人障害(敵意、疑惑、非協調性)、その他(緊張、誇大性、高揚気分、精神運動興奮)であ

る。

実際に学生が接する患者には、各カテゴリーをまたぐ形での症状が観察されるので、各カテゴリーおよび、その項目に関して全体的に概観し、どのような症状が強く出ているか、また全体的な傾向など症状全体のプロフィール（概観）を把握するのに有用である（図1）。

精神看護実習	学籍番号:	氏名
<p>* それぞれの症状（この一週間）の重症度の程度を表している適切な番号を○で囲み小計を出す。 確認できなかった項目または情報が得られなかった項目には×をつける。 0=症状なし 1=ごく軽度 2=軽度 3=中等度 4=やや重度 6=非常に重度</p>		
<p><u>抑うつ障害</u> (点)</p> <p>1. 心情的訴え 0 1 2 3 4 5 6 : 身体の健康状態についての執着, 身体疾患への恐怖</p> <p>2. 不安 0 1 2 3 4 5 6 : 心配, 恐怖, 気がかり, 現在や未来への過度の懸念を訴える</p> <p>3. 罪悪感 0 1 2 3 4 5 6 : 自責, 恥じ, 過去の行動への後悔</p> <p>4. 抑うつ気分 0 1 2 3 4 5 6 : 悲哀, 悲しみ, 落胆, 悲観</p>		
<p><u>引きこもりと制止</u> (点)</p> <p>5. 感情的ひきこもり 0 1 2 3 4 5 6 : 自発的交流の欠如, 孤立, 他人とのかかわりの欠如</p> <p>6. 運動減退 0 1 2 3 4 5 6 : 運動または会話の減弱・遅延・身体表現 (ジェスチャー) の減退</p> <p>7. 感情鈍麻 0 1 2 3 4 5 6 : 感受性の減退・強い感情の減退, 平板な感情</p>		
<p><u>思考障害</u> (点)</p> <p>8. 思考回路 0 1 2 3 4 5 6 : 支離滅裂, 途絶, 混乱し, つながりの悪い, まとまらない, 断片化した思考過程</p> <p>9. 幻覚 0 1 2 3 4 5 6 : 正常な外的刺激の反応がない知覚</p> <p>10. 思考内容の異常 0 1 2 3 4 5 6 : 通常では見られない奇妙, 奇怪, 風変わりな思考内容</p>		
<p><u>対人障害</u> (点)</p> <p>11. 敵意 0 1 2 3 4 5 6 : 憎悪, 軽蔑, 絶対的, 他人への侮辱が言動に表れている</p> <p>12. 疑惑 0 1 2 3 4 5 6 : 猜疑心, 不信, 他者からの悪意や差別待遇があるという確信</p> <p>13. 非協調性 0 1 2 3 4 5 6 : スタッフへの抵抗, 拒否, 用人深さが反応として返ってくる</p>		
<p><u>その他</u> (点)</p> <p>14. 緊張 0 1 2 3 4 5 6 : 過度の落ち着きの無さや緊張感が身体的運動機能に表れている</p> <p>15. 誇大性 0 1 2 3 4 5 6 : 過大な自己評価, 優越感, 異常な力量や能力の確信</p> <p>16. 高揚気分 0 1 2 3 4 5 6 : 軽躁状態, 爽快な気分</p> <p>17. 精神運動興奮 0 1 2 3 4 5 6 : 情動や異常体験にもとづいて生じる興奮</p>		

図1 簡易式精神現象検査

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者およびデータ

本研究におけるデータは、2002年1月から2003年10月にかけて聖隷三方原病院精神科病棟（精神科急性期閉鎖病棟および精神科身体合併症半開放病棟）にて精神看護実習をおこなった本学の3・4年次生のうち、承諾を得られた者188名（男性14名、女性174名）から収集された。

BPRSのデータは、実際の受け持ち患者とのかかわりについて学生と教員がディスカッションをしながら振り返り適宜修正したものを収集した。

自由記述データは、実習記録中の「対象者にどのようにかかわり、そのかかわりを通して学生は何を学んだか」という設問に対して書かれたものを、コンピュータ処理のため全てデジタルデータに変換し収集した（115,377字 605KB）。

データクレンジング⁹⁾は、自由記述テキスト中の「対象者」「その人」「相手」をすべて「患者」に、また「自分」「私」と表記されているものはすべて「学生」に置換した。

BPRSおよび自由記述データに関しては、いずれもプライバシーを守り成績に影響しないことを学生に説明し、承諾を得たうえで実習記録からのみ抽出した。

2. データ分析の手順および方法

1) 臨床側より選定され学生が受け持ったすべての患者の疾患名を集計し、どのような疾患の患者が臨床側で学生の受け持ち患者としてピックアップされる傾向にあるかを概観し、特に学生が関わる頻度が高い疾患を確認した。

そのことにより、それにあわせた実習の組み立てになっているか、また実習フォームやスケジュールの適切性など、現在おこなって

いる精神看護実習の評価のための基礎情報とした。

集計する疾患は、統合失調症、気分障害、非定型精神病、精神発達遅滞、痴呆、器質性精神病、心因反応、アルコール依存症、その他（人格障害、老人性精神病など）とした。

2) 1) で確認された疾患のうち、上位2疾患についてBPRS各カテゴリーおよび項目に関して得点の平均値を出し、それぞれの疾患に特徴的な精神現象のプロフィールを概観・比較した。疾患によって症状のプロフィール（カテゴリー）に有意な差があるかを確認するため、Mann-WhitneyのU検定をおこなった。検定にはStat View ver.4.5 for Macintoshを用いた。

3) 上記で挙げた疾患を持つ患者の症状のありよう（プロフィール）に学生が向かう際に、特徴的な「傾向」があるかどうかを、コンピュータ解析による「風景」の描画によって確認した。それを研究者らが共に眺めながらそれぞれの疾患に向かう看護学生のありようについて、ディスカッションをおこない意味づけをおこなった。

4) 学生が受け持つ可能性が一番高い疾患については、その特徴的な症状を重症群と軽症群の2群に分けてそれぞれ「風景」を描画し、3) でおこなった意味づけについて再確認した。群分けは、その疾患に特徴的な症状のプロフィールを構成しているカテゴリーの合計平均値±標準偏差の1/2のラインを設定しておこなった。テキストの解析と「風景」の描画には「トレンドサーチ」V1.0（富士通ソフトウェア生産技術研究所）を用いた。

5) 上記ディスカッションの結果を受けて、効果的な教育的介入の方向性や要点について考察を加えた。

IV. 結果および考察

1. 精神看護実習において選定される受け持ち患者の傾向

精神科病棟で看護実習を行った学生集団（n=188）について、受け持ち患者の疾患別に集計した結果、統合失調症および気分障害の患者が多く選定されており、この2疾患（のべ131症例）で全体の70%を占めていた。これは外来・入院患者の構成¹⁰⁾をそのまま反映したものであり、学生が精神疾患を代表するこれら2疾患を学ぶにあたって、現時点での受け持ち患者の選定内容は妥当であるといえよう（表1）。

現在の看護実習記録フォームは、それらの2疾患も含めて、広く精神疾患を抱えつつ生きる対象者を全人的に理解できるように、学生が身体生物学的側面・文化社会的側面・精神心理学的側面および実存人間学的側面の4側面について、自由にスケッチしながら全体像を無理なく把握し、それを基にして看護過程を柔軟に展開していけるように構成されている。

しかし、2週間という限られた実習期間内に教

表1 学生が受け持った患者の疾患別割合

	n=188	
統合失調症	72人	39%
感情障害	59人	31%
その他（人格障害など）	14人	7%
精神発達遅滞	12人	6%
器質性精神病	12人	6%
非定型精神病	7人	4%
痴呆	5人	3%
心因反応	4人	2%
物質依存症	3人	2%
合計	188人	100%

員1人が6~8人の学生に対応しなければいけない現状では、すべての事例に関して万遍なく指導することは困難である。ようやく患者との関係性ができ理解もこれから、というところで時間切れになってしまうことも散見されている。特に意欲の高い学生ほど、このような状況に対して不全感を抱きやすい傾向があり、可能な限り学生の主観的かつ個別的な体験に連動する形で要点を絞った教育的介入を工夫しながら、学生の学びと、それに伴う達成感を改善する必要があると思われる。

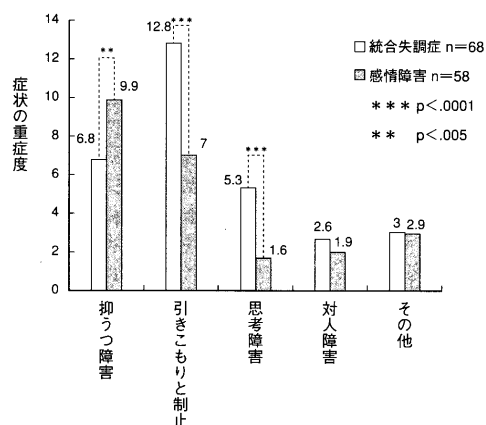


図2 学生が受け持った統合失調症患者および気分障害患者の症状プロフィール

表2 統合失調症患者および気分障害患者の症状のプロフィールの差 検定結果

BPRSカテゴリー	Mann-WhitneyのU検定 同順位補正後のp値
統合失調症 n=68 気分障害 n=58	
抑うつ障害	p<.0037
引きこもりと制止	p<.0001
思考障害	p<.0001
対人障害	p=.1602
その他	p=.4454

2. 学生が受け持つ統合失調症患者および気分障害患者の症状のプロフィールの比較

学生が受け持つ機会が比較的多い統合失調症 (n=68) と気分障害 (n=58) の二疾患 (有効データ、のべ126症例) についてBPRSのデータをもとに症状のプロフィールを概観し比較した結果、以下のことが明らかとなった(図2、表2)。

図2に示すように、統合失調症患者と気分障害患者の症状のプロフィールの比較では、「抑鬱障害」「引きこもりと制止」「思考障害」の症状の程度が患者のありように特に強く影響を及ぼしていることが推察される。

したがって、統合失調症患者を受け持つ学生は、高い頻度で「引きこもりと制止」「思考障害」が影響を及ぼしている患者のありように直接関わることとなる。

具体的には、自発的交流の欠如、孤立、他人とのかかわりの欠如、運動または会話の減退・遅延、ジェスチャーの減退、感受性の減退、平板な感情、支離滅裂、会話の途絶、会話のつながりの悪さ・まとまらなさ・話の飛躍、幻覚・妄想や通常では見られない奇妙で風変わりな思考内容などである。

同じく、気分障害患者に関わる学生は、高い頻度で「抑うつ障害」に関連するありよう、つまり身体の健康状態について執着したり、恐怖を抱いたり、さまざまな心配ごとや気がかりなこと、現在や未来への過度の懸念、自責の念、恥、過去の行動への後悔、悲哀、悲しみ、落胆、悲嘆を延々と訴えたりするありように接することとなる¹¹⁾ (図3、図4)。

3. 統合失調症患者および気分障害患者を受け持つ学生が眺めている「風景」の比較

二つの疾患を受け持った学生の眺める風景を

概観して特に明らかとなった差異は、学生と患者をつなぐ「キーワードの繋がり方」、「患者との距離感」の違い、および「不安」の有無であった（図5、図6）。

1) 「キーワードの繋がり方」について：

統合失調症の患者を受け持つ「学生」は、最初に短く太い関係線で繋がっている「言う」を介して「人」→「状態」→「コミュニケーション」→「する」の繋がりを経て「患者」を風景の中にイメージしていることがうかがえる。学生の心理学的特性に焦点を当て

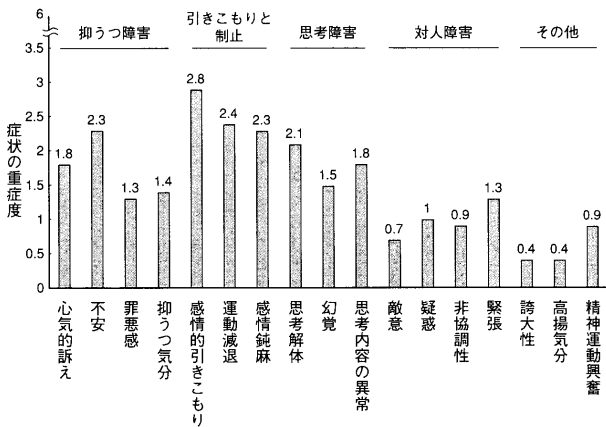


図3 学生が受け持った統合失調症患者の症状プロフィール (n=68)

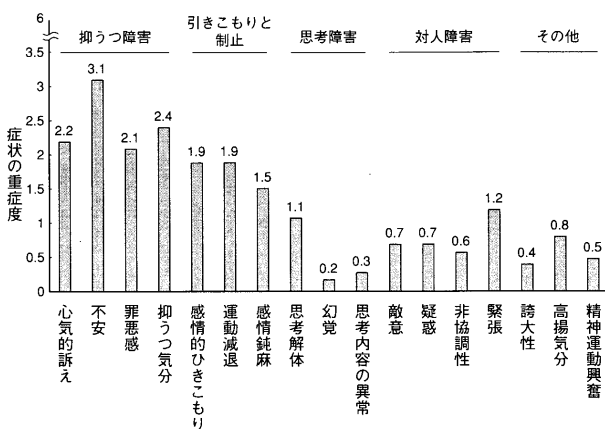


図4 学生が受け持った気分障害患者の症状プロフィール (n=58)

て描画した先行研究¹²⁾における「風景」からも、とにかく患者に対して「言う、話す、働きかけることをしなければ実習では何も始まらない」といった、外部に意識とエネルギーを向ける学生のありよう（囚われ）が顕著にうかがえたが、今回も統合失調症を受け持つ学生の眺める「風景」に同様の傾向が見られ

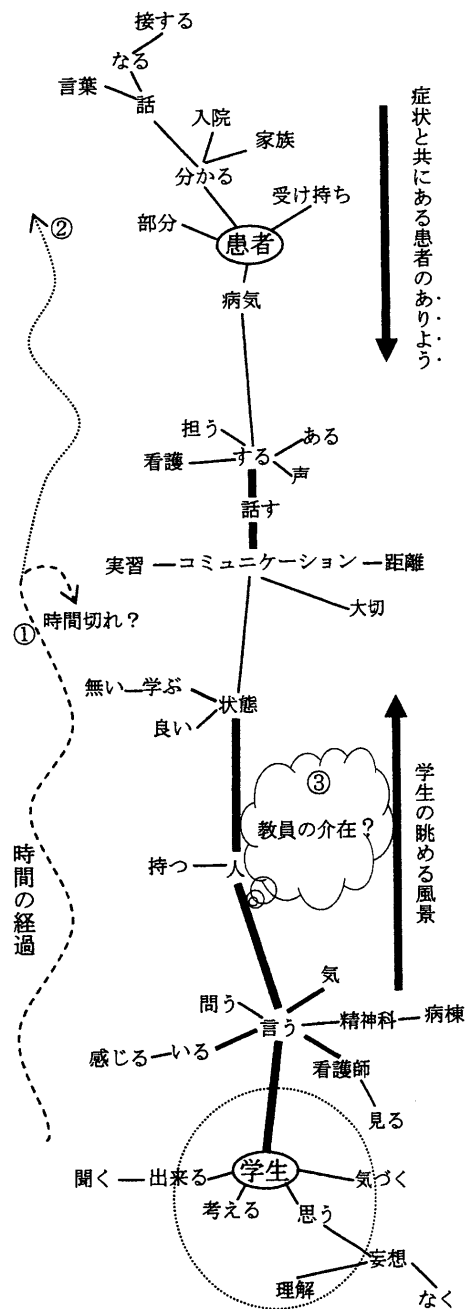


図5 統合失調症患者を受け持つ学生の眺める「風景」 (n=68)

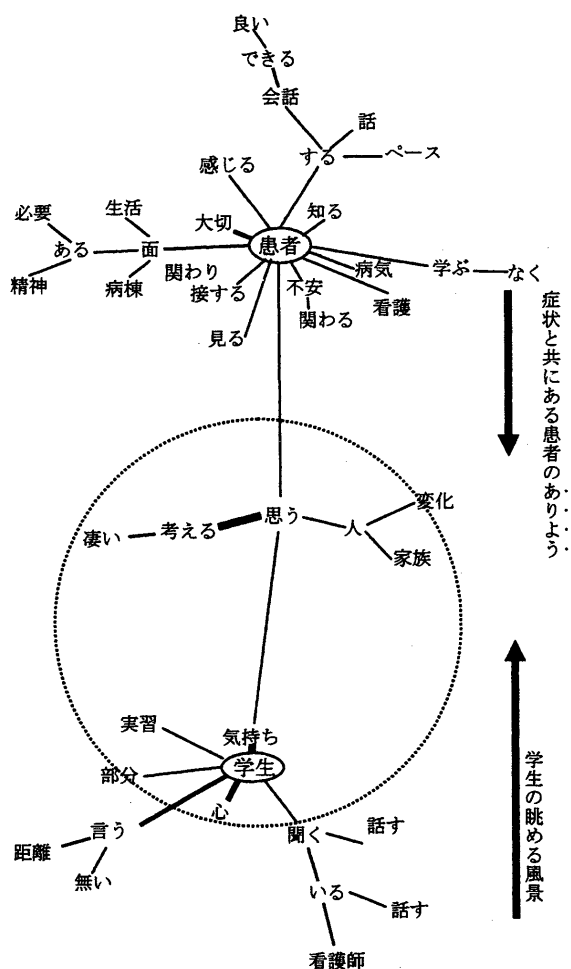


図6 気分障害患者を受け持つ学生の眺める「風景」
(n=58)

て要求される「行動規範」を連想させる言葉に集中して関連させているのに対して、気分障害の患者を受け持つ学生は、そのような言葉は患者との間には全く存在せず、「思う」のみが存在している。しかも、ただ「思う」のではなくて、関連する言葉に「人」「家族」「変化」「かんがえる」といったような、学生のこれまでの人生の中で育み培ってきた個別的・内面的な経験や価値観などを反映させることができるようなプロセスを「患者」との関係性の間に位置づけ、それらを通して眺める「風景」が彩られていることを連想させる配置となっている。

「看護師」のプロットされている位置であるが、統合失調症患者を受け持つ学生は、自分の前方に「看護師」「精神科」「病棟」があり、それら行動モデルや物理的環境の陰に自分を守りながら、はるかかなたの「患者」を眺めているのに対し、気分障害患者を受け持つ学生は「看護師」を自分の後方に位置させ、自分から「患者」の前に歩み出ているというありようをイメージさせる配置となっているのが興味深い。

た。

一方、気分障害患者を受け持つ学生は、短く太い関係線で繋がる「気持ち」と「思う」を経てすぐに「患者」と繋がっており、統合失調症患者を受け持つ学生とは対照的に、その意識とエネルギーは、どちらかというところ「思う」「考える」といった内面的な精神活動に向けられていることが推察される「風景」となっている。

統合失調症患者を受け持つ学生が、「コミュニケーション」に関連する言葉として「実習」「大切」を、また「する」に対しては「看護」「担う」など、その場で看護学生とし

2) 「不安」の有無について：

先行研究¹³⁾において学生の眺める風景を特に彩るものとして「不安」が抽出されているが、気分障害患者を受け持つ学生が眺めている風景にはそれがあるものの、統合失調症患者を受け持つ学生の眺める風景にはそれが抽出されていない。

学生が、気分障害患者との相互作用において、感情・気分に関連している「不安」を風景の中に眺め、情緒的に共感しやすい状態であると解釈することは自然であろうが、統合失調症患者を受け持つ学生の眺める

「風景」の中にはなぜ「不安」がプロットされていなのだろうか。この理由については大きく二通りの解釈が可能かもしれない。

ひとつは、先行研究の結果¹⁴⁾ ¹⁵⁾と併せて考察すると、統合失調症を受け持つ学生は「不安」を感じていないのではなく、その不安があまりにも強すぎるため「不安」の抑圧・否認が起り「風景」の中に抽出されてこないのかもしれない。不安の対処行動のあらわれの一つとして、学生はただひたすら患者とかかわり、コミュニケーションを持つとす^りよう^に没頭している、とする解釈である。

この場合、それぞれの「患者」と「病氣」の位置関係が、統合失調症患者では「病氣」→「患者」の順番となっているのに対し、気分障害患者では「患者」→「病氣」と逆転しており、このような眺め方の違いも、学生の不安の防衛のあらわれと解することができるかもしれない。

もうひとつは、図5に描画される「学生」と「患者」の間の距離を、時間的経過の長さそのまま置き換えてみると、統合失調症を受け持つ大部分の学生が2週間という限られた実習期間内（実質的には6～8日）で到達できる距離にはおのずと限界があり、図の点線で示されるごとく、行きつ戻りつしながらようやく患者とコミュニケーションがとれるようになった①のあたりに到達するのがやっとで、そこで時間切れとなってしまう、意識的に「不安」にじっくりと向き合うところまでいかない可能性も考えられよう。力のある学生が整った条件のもとでなら②のあたりまで到達することも可能であろうが、臨床スタッフの「これからというところで時間切れ…残念です」という言葉が象徴しているように、現

状では②まで到達できるのはかなり恵まれたケースであると言わざるを得ない。それは実習指導に関わる筆者らの偽らざる実感でもある。

実際には、「学生」から伸びる太い関係線が示すごとく「言う」→「人」→「状態」のあたりまでは、学生は意欲的に「患者」に向かってゆこうと努力しているのであろう。その際に学生がイメージしている行動の目標や対象は、自分の「受け持ち患者」というよりは、その前段階に位置する「実習」-「コミュニケーション」-「大切」という「看護学生として要求されている行動」のイメージが主で、それに向けて黙々と関わり続けるといった学生のありようがイメージされる。

患者とコミュニケーションがなんとか取れるようになる段階をクリアして、ようやく「看護」-「担う」や精神疾患と共にある対象者を理解する上での重要な関わり方のスタイルである「(共に)ある」というキーワードのクラスターに到達し、そこではじめて学生自身が「病氣」-「患者」の連関を風景の中に見据えながら「考える」という精神活動にエネルギーを費やす段階に至るのであろうか。この一連の連続性を持ったイメージを通してみると、統合失調症患者を受け持つ学生が、「患者」に至るまでには限られた時間の中で2段階のハードルをクリアする必要があるように思える。教員の介入の焦点も、このあたりをどのように見極めるかにあるように思える。

3) 「患者との距離感」について：

試みに、学生の内面的な精神活動に関連が深い「思う」「かんがえる」といった言葉がプロットされている位置関係を指標に、学生を

中心に据えて円を点線で描画してみると、統合失調症患者を受け持つ学生と気分障害患者を受け持つ学生とでは、患者との心理的な距離感の違いがより明確に把握でき興味深い。

統合失調症患者と学生の関係性は、お互いが小さくまとまりながら距離を隔てて位置し、二人の間にさまざまな要素（主として行動・行為を連想させる動詞）が散在する形で小さなクラスターをいくつか形成しプロットされている（図5）。

それとは対照的に、気分障害患者と学生との関係性は、まさにそれぞれの人間同士が、「思う」「気持ち」といった情緒的なチャンネルを通して、見方によっては重ならばかりに密接に相対しているといったありようの違いが明確に観察される（図6）。

この距離感の違いは、学生側というよりも患者側の病理性が、その対人関係のありように強く影響を及ぼしているためと思われる。

4. 学生が眺める、統合失調症患者の「引きこもりと制止」「思考障害」についての重症群と軽症群の比較：

重症群（ $n=22$, BPRS score $\text{Ave}12.8 + \text{SD}23.5 = 16.3 \uparrow$ ）の「風景」を概観すると、図5の風景がさらに緻密になり、その特徴がより一層明らかになっているという印象を受ける。「学生」と「患者」の距離はやはり遠く隔たり、「コミュニケーション」「会話」「関わる」といった主として「何かを働きかける行為」を連想させるキーワードが並び、太い関係線もまさに文字通り「会話」とまわりとなっているのが興味深い（図7）。

軽症群（ $n=20$, BPRS score $\text{Ave}12.8 - \text{SD}23.5 = 9.3 \downarrow$ ）の「風景」は、「人」を中継する形で「患者」側に伸びる太い関係線と、「家族」に伸びる関係線とに分かれ、各クラスター内にプ

ロットされる言葉にも広がりが見られる。「（患者の？）家族」が「（患者の？）世界」、それも「妄想」という世界を「受け入れている」ということにまで学生は思い至っているような言葉のつながりもうかがえる。

「コミュニケーションをとらなければ」ということに過剰に囚われることもなく、「人」に繋がる言葉全体を広い視野に捉えているようでもあり、同じ統合失調症とはいえ、重症群のそれと比べると、「患者」との距離はあきらかに近く、全体的に「風景」に幅とゆとりがあるように見受けられる（図8）。

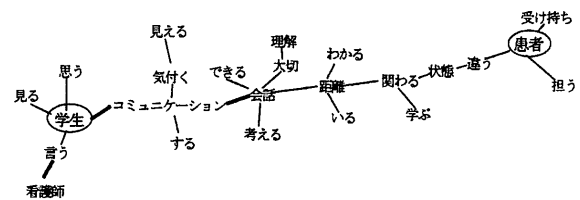


図7 「抑うつ制止」と「思考障害」の症状が強い統合失調症患者を受け持つ学生の眺める「風景」(n=22)

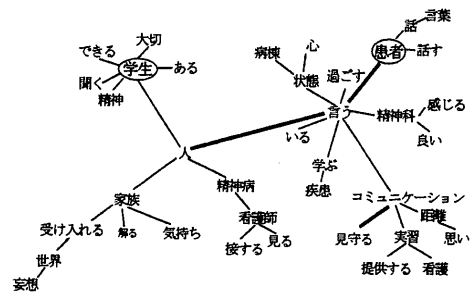


図8 「抑うつ制止」と「思考障害」の症状が軽い統合失調症患者を受け持つ学生の眺める「風景」(n=20)

V. 精神看護実習における看護学生の体験に焦点をあてた教育的介入の要点

学生の体験に焦点をあてた教育的介入の要点を考えるにあたり、それぞれ描画された「風

景」を、人が課題に向かう志向性のありようをあらわす「doing (何かをすること、働きかける、話しかける、言う、期間内に結果を出す)」と「being (いる・共にあること、感じる、味わう、聞く、受け入れる、待つ)」のバランス¹⁶⁾から概観し、それぞれの関係性について考察した結果、以下のことが挙げられた。

・統合失調症患者を受け持つ学生は、なんとか患者とコミュニケーションがとれる段階にいたるまでは、学生自身の不安を防衛するためにdoingの要素を多く発動し、患者との関係性を築こうと努力する傾向があり(図9)、気分障害患者を受け持つ学生は、それとは対照的にbeingの要素を多く発動し、患者との関係性を築いていく傾向がうかがえる(図10)。

・これらの傾向は、学生の個人差を越えて2週間という短い実習期間内における関係性のプロセスに少なからず特徴的な影響を及ぼすものと考

えられる。教員が介入する際の方向性や要点は、どちらか片方に傾き過ぎたdoingとbeingの志向性のバランスを補正していく方向性で検討すると、より具体的になってくると思われる。

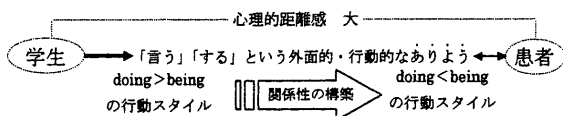
統合失調症患者を受け持つ学生に対して：

統合失調症患者を受け持つ学生は、患者とコミュニケーションが取れるようになるまでは「不安」を防衛しながら、ひたすら患者とかかわりを持つと積極的に働きかける学生と、それとは対照的にまったく患者に関われないで患者の周りをさまよう学生のタイプに二極化する傾向があると予想され、この傾向は患者の「引きこもりと制止」「思考障害」が重症化するほど顕著になると思われる。

このようなことから、患者に時間的・物理的には接近しているように見える学生であっても、気分障害を受け持つ学生に比べると、心理的にはかなりの距離感があり、「なんとなくその人が理解できた」という腑に落ちる経験¹⁷⁾には及ばず、いくらかかわっても一向に関係性が深くないことに不全感と焦りを抱いている可能性もあることに留意する必要がある。特に意欲が高い学生ほどこの傾向が強いかもかもしれない。

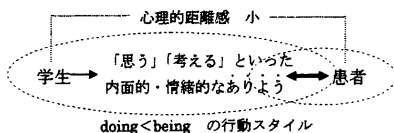
これまで、「それなりによくやっている学生」として見過ごされがちだったこれら活動的・積極的な学生は、実は疾患についてはこちらが思うほどには理解できておらず、学生の中では「疾患の症状と共に生きるその人の全体像」が統合されないまま、看護学生として患者に関わることを誠実に演じ続けることに時間を浪費してしまう危険性も少なくないと思われる。

これまでの実習指導において、教員は学生と患者のかかわりの中には直接的に介入せず、学



学生は、心理的な距離感を少しでも埋めようとするべく、訓練され慣れ親しんだ doing の行動スタイルに終始してしまい、症状を抱えながら生きる患者を「わかったという腑に落ちる体験」なしに、ただ看護学生としての行動を演じ続け、短い実習期間が終わってしまう危険性↑、それに伴う不全感↑。適切なタイミングで介入しないと doing のスタイルのマイナス面(タイプ A 型行動特性の弊害)が強くなってしまふ。コミュニケーションが取れるようになると行動スタイルは徐々に変化していく。

図9 統合失調症患者と学生の関係性のありよう



being の行動スタイルに終始し、「情緒的に巻き込まれ、消耗」してしまい、指導者側がそれに気づかないと、(抑うつ)気分の伝播がおこり、学生は情緒的にじわじわと窒息させられてしまう危険性↑。不全感↑。適切なタイミングで介入しないと being のスタイルのマイナス面(情緒的巻き込まれ)が強くなってしまふ。スタッフとの情報交換、介入の役割分担などの連携が必要。

図10 気分障害患者と学生の関係のありよう

生の背後から見守るというスタイルをとってきた。しかし、今回の「風景」からは、学生が本当の意味で統合失調症の「患者」にたどり着くには、かなりのプロセスを必要とし、限られた期間内に、何かしら患者と「つながった」という「てごたえ」を学生が実感するにはそれなりのサポートが必要であることが見いだされた。患者を全人的に理解する事も大事ではあるが、「てごたえ」に関して言えば、「患者とコミュニケーションがとれた」という実感は、学生にとってその最たるものかもしれない。

これらのことから、図5の中の③に示されるように、教員は初期の段階から積極的に患者と学生の間に入って、みずからをコミュニケーションやかかわりのモデルとして活用していく必要があるようにも思われる。図5からは「学生」がコミュニケーションモデルとしての「看護師」をその視野の中に眺めているような配置が伺える。

またコミュニケーションが取れるようになったにもかかわらず、それまでと同じ調子で上滑りに流れていってしまいそうな学生には、doingに傾きすぎたバランスを補正すべくBeingの要素を念頭に学生に介入していくのが良いかもしれない。

たとえば、いたずらにかかわりを継続させるよりは、頃合を見計らって一度患者から学生をこちら側に引き戻し、BPRSやそれまで学んだ知識の確認、補充に限られた時間を費やすほうがベターかもしれない。その際に、学生が患者と関わる際に心理的に近づくことが困難なのは無理もないこと、ただでさえ理解しづらい統合失調症で、なおかつ症状の重い患者を前に、学生はどうしても自分を「不安」から守りながら関わるしかないこと、そのためにはそれなりの距離感が必要なのは当然であることに加えて、患

者側も自分自身を防衛するために、情緒的に深い関係性を回避しながら対人関係を維持するしかないといった患者側の病理性¹⁸⁾の部分があり、それが双方の関係性のありように色濃く影響を及ぼしているということを説明することも学生の自己理解や患者理解の上で重要であろう。

教員との振り返りの中では、学生は患者との間に感じている心理的な距離感を何とか埋めべくそれまで訓練されてきて慣れ親しんでいるdoingのありようで何とか対処しようと試み、努力していたのかもしれないということを説明し、それを評価しつつも、「関係性の中で何が起きているか」に焦点を当て、学生が「解ったこと」と「解らなかったこと」¹⁹⁾を安全に区別できるような支持的アプローチをすることが望ましいと思われる。このような対応を経たうえで、あえて「待ってみること」「そこに居ること」「味わってみること」を意識的に試みてみることを学生に勧めることは意味があると思われる。

その際、教員や臨床側に「学生として患者のところで時間を過ごすことがまず大事。実習ではとにかく患者のそばについて当然。それができない学生は…」という囚われ²⁰⁾がないか自己吟味することも必要となつてこよう。

気分障害患者を受け持つ学生に対して：

気分障害患者を受け持つ学生に介入する際には、「抑うつ障害」の症状が重症であるほど、「患者と接近しすぎてしまった学生との距離の調整のために適切なタイミングで介入し、双方を守る」という方向性での介入がメインとなるであろう。そのためには、実習開始時から学生の患者への「情緒的巻き込まれ」がないかを注意深く観察していく必要がある。

気分障害患者を受け持つ学生は、統合失調症の患者を受け持つ学生と違い、かかわりの開始直後から、こちらが思う以上に患者との情緒的な距離が接近してしまう傾向が高いことを念頭に介入のタイミングを計っていくことが何よりも肝要であると思われる。

この際の要点であるが、なぜこのような近い距離感や情緒的な圧力、しがみつき、消耗感を学生が体験せざるをえないのかについて、学生が必要以上にその原因を自分自身に帰して自分を責めたりしないように配慮しながら、患者の病理性や気分障害の背景にある「怒り」について精神力動²¹⁾の視点からその関係性を説明することは重要であると思われる。また、BPRSでアセスメントされた患者の症状のプロフィールと、その患者とのかかわりの上での学生の情緒的体験を関連させながら、患者が体験していることの辛さについて理解させていくことも、学生に必要以上のダメージを与えずに自己理解と患者理解をさせていく上では重要であろう。

また、学生の体験している感情や気分焦點をあてて、患者自身や、患者の近い家族や友人がどのような辛い情緒的体験をしてきたかに関して想像の幅を広げるようにアプローチすることも、患者との程よい距離感を育み、学生を守る上で重要かつ効果的であると思われる。

特に、自我機能が未熟であったり、情緒的に巻き込まれやすい学生が気分障害患者を受け持つ場合は、図6で描画された点線の範囲がさらに拡大された形で患者側にかぶさる「風景」がイメージされる。そのような学生に対しては、学生のパーソナリティに関する情報交換も含めて教員と臨床スタッフが連携を取りつつ関係性のプロセスを注意深く見守り、頃合を見計らって介入し、その後も注意深くフォローするのがベターであろう。

ただし、介入のタイミングに関しては、熟考を要するところであろう。気分障害の患者と関わる際には、こちら側の情緒的な消耗はある意味避けられない。そのことを学生が自身の情緒的体験を通して学ぶことは、患者理解のうえでまたとない好機でもある。しかし、それと同時に学生を過度の情緒的疲弊から守る事も必要である。

巻き込まれてしまいやすい学生には、情緒的な支援をしながら、beingに傾きすぎたバランスを補正すべくdoingの要素を念頭に学生に介入していくのが良いと思われる。

たとえば、「患者の所へは長時間居座らないで戻ってくること。」「戻ってこれない場合は学生としてのスケジュールや教員に呼ばれている旨を理由にその場を離れること。」「あらかじめ戻る時間を伝えてから話を始めること。」「といった具体的な行動レベルでの指示を与える事も一案であろう。

いずれにせよ、気分障害の患者を受け持った学生が、安心して自分の気分や感情を語ることのできるような関係性や環境を教員との間に築くことが大前提であろう。このような介入により、程よい距離感が確保されれば、学生の眺める「風景」は、より一層深みを伴いつつ安定したものになることが予想される。

VI. まとめ

「風景」を描画することにより、統合失調症患者を受け持った看護学生は、患者とそれなりにコミュニケーションが取れたと実感できるようになるまでは「とにかく行動すること」でみずからの不安に対処しながら、自分自身を患者に向かって「押し出す」べく葛藤し、気分障害患者に対しては「吸い寄せられ」つつ情緒的に

巻き込まれ葛藤するといったありようが示された。

これは筆者らの実習指導における経験をそのまま裏付けるものであるが、二週間という短い実習スケジュールの中で、受け持ち患者の全体像をバランスよく理解させていくためには、包括的精神現象検査などの客観的指標やディスカッションを活用しながら、学生の個別的・情緒的体験に連動させる形で支持的な介入を積極的にしていくことが必要不可欠であろう。

そのためには、いかに学生を守りながら、介入のタイミングを計り、「何が起きているか」と「それはなぜか」に関して学生に示していくことと、自分の感情を安心して語ることができる場と関係性の確保が重要であろう。

介入の方向性に関しては、学生の課題に向かう際の志向性のバランスに着目し、どちらか片方に傾きすぎた志向性を補正していく方向性で検討すると、より具体的になってくると思われる。

その際に、今回用いたような「風景」を介してディスカッションすることは、学生は勿論のこと、教員や多忙な中指導の労を担う臨床のスタッフにとっても安全かつ有用な方法であると思われる。

本研究の限界

今回用いた方法は、既にある仮説を検証していくというよりも、描画した風景を眺めながら複数で論議しつつ、さまざまな角度から仮説を構築していくという探索的な方法である。ディスカッションには個人個人の自由なイメージやさまざまな発想が活発に反映され、エキサイティングな面もあるが、参加者の経験や力量、関係性がそのまま問われることとなる。した

がって、参加者の顔ぶれによっては結果が恣意的に左右されかねないという側面も持っている。さまざまな領域や立場、背景を持った参加者が多くセッションに参加することで、その弊害は軽減されるかもしれないが、従来からの仮説検証型の研究方法との併用も必要であろう。

今回は統合失調症と気分障害の典型的な症状についてのみを指針にしている。そのほかの疾患については検討されていない。

疾患の分類に関しては、症状が与える学生の眺める「風景」へのインパクトを優先し、類似する症状を含む疾患はコンパクトにあわせて集計しているので、結果は疾患名を厳密に反映したものではない。

おわりに

臨地・臨床実習は、学内での理論や看護方法に関する学びと実際とを統合する学習のための貴重な機会であり、学生はそこで看護過程を展開しながら、受け持ち対象者との個別的なかわりの中で生々しい情緒的体験を積み重ねつつその学びのプロセスを踏む。

しかしながら、精神看護実習に限らず、看護基礎教育段階において実習場となる臨地・臨床の状況は、コストカットの流れと連動する形での入院期間の短縮や業務、病棟機能の効率化、受け持ち対象者側のユーザーとしてのインフォームドコンセントや情報管理に関する意識の高まり等の変化が著しい。これらの変化は、学生が関わる受け持ち患者の選定はもちろんのこと、実習そのものの形態や内容、スケジュールに至るまで、さまざまな影響を看護実習に及ぼしている²²⁾。

それらは、学生個々の特性や能力を超えた要素でありながら、実習内容に大きな影響を及ぼ

し、場合によってはその教育効果や学生の体験にかなりのばらつきが生じることは避けられない。その一方では、課せられた課題を期間内に達成するに足るだけの教育的指導や介入を教員が責任を持って適切におこなっているかに関して、学生自身が評価するようになってきている。

このような趨勢の中で、現実的な臨床状況の変化に対応しつつ、学生評価や外部評価にも耐えうる臨床看護実習の質を維持するためには、それまでの実習指導について可能な限り学生の視点に立った評価と、それを言語化し蓄積していくことが必要不可欠であろう。それらを踏まえての教育指導方法の再検討でなければ、変化の激しい臨床状況に振り回されながら場あたりの対応の繰り返しに堕してしまう危険性がますます高くなってきているように思われる。これらは、教育側・臨床側の共通の課題として今後さらに問われてくるであろう。

今回検討した統合失調症に関して言えば、「引きこもりと制止」「思考障害」の程度が重く、学生指導上困難を覚えるようなケースは、この2年間の状況を見る限りでは22ケース（各実習グループごとに1ケース弱程度）であったので、個別的な指導介入に関しては教員の許容範囲といえよう。多忙な中、毎回丁寧な学生指導や困難な患者選択に、多大なる尽力いただいている聖隷三方原病院精神科病棟のスタッフに、この場を借りて心からの謝意を表したい。

参考文献

- 1) 入江拓 (2001)：文化的特徴からみた精神看護領域の看護集団の志向性に関する一考察—看護に携わるものに求められる異文化に関する技術とは。聖隷クリストファー看護大学紀要, No.9, 95-110.
- 2) 入江拓 (2002)：看護基礎教育段階から取り組むB.O予防のための予期的社会化プログラム構築の要点に関する提言。聖隷クリストファー看護大学紀要, No.10, 11-30.
- 3) 入江拓, 横井麗子, 比嘉勇人 (2003)：精神看護実習を行なう看護学生の眺める「風景」の視覚化—データマイニングとその活用。聖隷クリストファー看護大学紀要, No.11, 35-48.
- 4) 3) におなじ
- 5) P.キャベナ (1999)：データマイニング活用ガイド, 概念から実践まで。株式会社トッパン。
- 6) 勝原文夫 (1999)：日本人の原風景と棚田。連続講座「棚田」講義録。
- 7) 北村俊則 (1995)：精神症状測定の理論と実際 第2版, 評価尺度, 質問票, 面接基準の方法論的考察。pp.60-64, 海鳴社。
- 8) 鈴木啓子 (2001)：実習における学生への支援。精神科看護, vol.28. No.3, pp58-62.
- 9) 富士通ソフトウェア生産技術研究所 (2001)：トレンドサーチマニュアル。
- 10) 国民衛生の動向 (2003)：p.114.
- 11) 岩瀬信夫監訳 (2002)：DSM-IVに基づく精神看護診断とケアプラン。p.79, 110-111. 南江堂, 東京。
- 12) 3) に同じ
- 13) 3) に同じ
- 14) 1) に同じ
- 15) 井上雅子, 木村ミヨ子 (1998)：精神看護実習のねらいと学生の特徴を加味した実習展開。看護展望, 1, 161-166.
- 16) 1) におなじ
- 17) 阿保順子 (1994)：精神科看護の方法, 患者理解と実践の手がかり。pp.9-10, 医学書

院、東京。

- 18) 松木邦裕 (2000) : 精神病というところ, どのようにして起こりいかに対応するか. pp.129-156, 新曜社.
- 19) 武井麻子 (1998) : 精神看護学ノート. p.159, 医学書院, 東京.
- 20) 佐伯恵子, 荒木孝治, 宮崎洋子 (2002) : 精神看護実習に携わっている臨床指導者の「とらわれ」現象の意味—森田神経質者との比較を通して—. 大阪府立看護大学紀要, 第8巻1号, 61-70.
- 21) 西川勝 (2003) : 鬱の攻撃性. 精神看護, vol.6, 5. pp.58-64.
- 22) 柴田恭亮, 藤野成美 (2000) : 問われる記録の質, 看護記録や実習記録はカルテ開示にたえられるか. 看護教育, vol.41. 2, 96-100.

使用ソフトウェア :

- ・ 「トレンドサーチ」 V1.0 (富士通ソフトウェア生産技術研究所. Serial No.000293)
- ・ Stat View ver.4.5 for Macintosh