
研究報告

卒業生による精神保健看護学の授業評価
—日本赤十字看護大学の場合—

小 宮 敬 子, 森 真 喜 子, 鷹 野 朋 実
佐々木 理 奈, 古 川 智 恵, 武 井 麻 子

Evaluation of Psychiatric Mental Health Nursing Education by Nurses
Who Graduated from the Japanese Red Cross College of Nursing

Keiko KOMIYA RN, Ph.D, Makiko MORI RN, Ph.D, Tomomi TAKANO RN, Ph.D
Rina SASAKI RN, BA, Tomoe FURUKAWA RN, BA, Asako TAKEI RN, Ph.D

Abstract

The purpose of this study was to survey how the education of psychiatric mental health nursing including class and clinical practice influences on the nursing practice of graduates from the Japanese Red Cross College of Nursing.

Three group interviews were conducted. The numbers of participants were thirteen; six psychiatric nurses, five medical nurses and two surgical nurses.

The results were as follows:

- 1) The participants recognized that the idea which they had learnt at the college became the base of their practice. They found the idea such as "there are complicated emotions behind every patients' behaviors" or "every person can be mentally ill under the certain amount of stressor" quite useful for understanding patients. Their practice of caring was lead by the idea of 'being' rather than 'doing' and of taking care of one's own feelings.
- 2) The method of a process record and relaxation were used to restore themselves when they felt distressed.
- 3) Many participants were perplexed at the gap between what they had been taught at the college and what the reality demanded of them. They realized the efficiency and the safety were prior to patients' needs, doing to being and visible care to nurses' empathy in the actual world of clinical settings. And they thought that other nurses dared not understand the hidden meaning of patients' behavior.
- 4) Nonetheless they felt happy with what they had learnt at the college and became aware of the significance of their learning more deeply in their practice as a professional nurse.

The results suggest that the gap between learning at the college and demand from the reality is not just reality shock, but it meant their deep concerns for the existing critical condition of nursing. And the idea and methods they got at the college provide them a useful tools and frame of reference to make them survive with better quality of practice.

受理：2007年11月26日

キーワード：精神保健看護学，授業評価，卒業生，フォーカス・グループ・インタビュー，リアリティ・ショック

I. 研究の背景

近年，多くの大学で学生による授業評価が盛んに行なわれるようになってきた。それは，従来から批判のあった，大学における研究重視・教育軽視の傾向を改め，大学の教育機能を強化するために，積極的に学生の意見を取り入れることを目的としている。そこにはまた，経済の発展と少子化の進展にともなって大学への進学率が上昇し，学生の実態やニーズを把握することなしには，授業の成立や展開が困難になりつつあるということも背景にある。

看護系の大学では，大学での学習が卒業後の実践にどのように生かされているのかを明らかにするため，卒業生による授業評価とその研究も始められている。例えば，卒業生の習得満足度が高いのは「人間理解」や「看護基本能力」，「連携力」に関わる項目であるとする研究（山崎，2007）や，学士課程のカリキュラム開発にあたって実施した卒業生および就職先の指導者による教育評価結果を紹介した研究（前川，2003）などで，概して基礎・成人看護学の講義や実習を評価対象とするものが多い。

精神保健看護学は，精神科での看護に留まらず，看護学の基礎として，人間の心理社会的な側面の理解や対人関係に基づくアプローチ方法を提供するという広義の意味がある（武井，2005）。また，身体疾患を抱える患者の精神症状や暴力への介入には，リエゾン精神医学の視点も求められている（Rundell & Wise, 2000/2002；堀川，2003）。そうしたことから，大学における精神保健看護学の授業や実習が，精神科に限らず一般科に就職した卒業生の看護実践にどのように生かされているのか，生かされていないのならばそれは何故かを分析することは，大学教育の内容や方法を改善するために必要不可欠と考えられる。

そこで本研究は，本学の精神保健看護学の講義および実習が，卒業後の看護実践にどのよう

に生かされているのか否かを卒業生の声から明らかにし，今後の精神保健看護学教育の改善への示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

A. 研究参加者

平成13～17年度に本学学部を卒業した卒後1～6年目の看護師で，精神保健看護学担当教員が毎月開催している事例研究会での呼びかけに応じてくれた者，またそこから紹介された者，計13名。その勤務先内訳は，精神科病棟6名，内科病棟5名，外科病棟2名であった。研究参加者の概要は，表1の通りである。

表1 研究参加者の概要

参加者名	勤務年数	現在の勤務病棟	参加したグループ・インタビュー
A	6年目	精神科	1回目
B	3年目	内科	1回目
C	1年目	外科	1回目
D	1年目	精神科	1回目
E	4年目	精神科	2回目
F	4年目	内科	2回目
G	3年目	精神科	2回目
H	3年目	精神科	2回目
I	3年目	内科	2回目
J	3年目	外科	2回目
K	1年目	精神科	2回目
L	4年目	内科	3回目
M	2年目	内科	3回目

B. データ収集期間

2006年3月～2007年7月

C. データ収集方法

フォーカス・グループ・インタビュー法を用いた。これは，参加者同士のコミュニケーションを利用してデータを集める，集団面接のこと

である(Pope & Mays, 1996/2001)．具体的な手順は以下の通り．

- ①研究参加者を勤務時間の都合に合わせて3つのグループに分け、司会および記録係として研究グループのメンバー（精神保健看護学担当教員）が2名ずつ参加した．
- ②精神保健看護学の講義及び実習が、現在の臨床現場での実践にどのように生かされているか、生かされていないとすればなぜかをテーマに、自由に語ってもらった．
- ③インタビューは各グループ1回ずつ大学の教室で行った．1回の実施時間は60～90分．参加者全員の同意を得た上でインタビュー内容はテープに録音した．
- ④補足的に個別インタビューを3人の参加者について1回ずつ、計3回行ない、発言内容と解釈の確認を行った．インタビュー時間は、20分～50分だった．

D. データ分析

インタビューの逐語録を作成し、語られた内容をその意味ごとに区切り、研究目的に関連したカテゴリーとテーマを抽出した．得られたテーマに沿って、逐語録を再度見直し検討した．上記の作業を繰り返し、テーマを洗練させていった．

E. 倫理的配慮

事前に研究参加者に研究の主旨を説明し同意を得た上で、インタビュー実施時に、再度文書と口頭で研究主旨についての十分な説明を行い、途中で参加を取りやめることができること、話したくないことは話さなくてよいこと、得られたデータは個人が特定されないよう匿名とし、研究以外の目的で使用されることがないことなど、参加者の権利を保障した．本研究の実施にあたっては学長の許可を得た．本研究計画書は日本赤十字看護大学の倫理審査を受け、承認された(承認番号2005-17)．

Ⅲ. 日本赤十字看護大学における精神保健看護学の特徴

ここでは、本研究の前提となる本学の精神保健看護学カリキュラムの特徴について、以下の3点に基づいて説明する．

A. 全学年を通して段階的に展開する

まず1年の看護方法学Ⅰ(援助の人間関係)でグループワークを行なって体験的に人間関係について学び、2年前期に看護援助学Ⅷ(感情と行動)で人間の行動の背景にある心理について学ぶ．さらに2年後期の精神保健看護学Ⅰでは、精神力動的な対象関係論を基盤に、二者関係・集団・家族および組織、社会のダイナミクスについて学ぶ．3年前期の精神保健看護学Ⅱでは、実習に直結する知識と方法を学び、後期の演習では、音楽やアート、ダンス・ムーブメント、グループを用いたセラピーを体験的に学ぶ．3年後期から4年前期にかけての実習で理論と実践の統合を図る^{注1)}．4年では、選択ではあるが総合実習と卒業研究でこれまでの学習の集大成を図る．このように、1年から4年の全学年を通して講義、演習、実習を行い、段階的に理解を深めていくことが本学の精神保健看護学カリキュラムの特徴といえる．

B. 精神力動的な対象関係論を理論的な基盤とする

対象関係論とは、フロイト以後の精神分析家であるメラニー・クラインやフェアベーンといった理論家たちによって展開された理論である．フロイトが人間の行動の内的動因をもっぱら性本能に求めたのに対し、対象関係論では人間の本能的欲求は最初から他者に向けられているとし、人間の人格の成長は他者との人間関係の発展とともにあると考える．人の成長の究極の到達目標として「他者との成熟した依存関係」を挙げるが、人は一生を通じてこの依存関係をめぐる葛藤を体験し、その反応のひとつが精神障害というかたちで現れる(武井, 1996)．従って、精神障害は誰でも体験する葛藤への反応のしかたの問題であり、決して特殊な現象ではないと捉える．本学では、この対象関係論に基づ

き、患者の訴えや行動を、患者個人の病理としてだけではなく、病棟内の人間関係や病棟文化といった心理社会的文脈において理解し、また患者をめぐる家族や社会の力動を理解し援助することを目指す。

C. 「対人関係」と「感情」をキーワードとして、体験を通して学ぶ。

看護の具体的な展開としては、患者との対人関係を中心に据え、自らをケアの道具として最大限に生かし、かかわりを通して患者の「生きにくさ」について理解を深めていく。その際、看護する者自身の感情にも焦点を当て、それを大切にすることが原則である。そのため、3年次の演習では、さまざまなセラピーの体験を通して自己と対話し、自分の感情についての自覚を高め、その表現方法を学ぶ。実習の中では、患者とのかかわりを毎日プロセスレコードに記録して、自分の行動と感情を振り返り、患者との間で何が起こっていたのかを考察しながら、次の日のかかわりに生かすことを繰り返す。

IV. 結 果

A. 大学で学んだ考え方や方法が今の仕事の基盤にある

研究参加者（以下、参加者）たちは、精神保健看護学で学んだ考え方や方法が、さまざまな形で現在の仕事の基盤になっていると語った。精神科病棟に勤務するEは、「思想っていうか、洗脳って思えるくらいのインパクトがあって、そういうものが自分の中に置いてあるかないかでも随分ちがう」と述べた。ここで言う精神保健看護学で学んだ考え方や方法とは何か。以下にその具体的な内容を述べる。

1. 患者の行動の根底には複雑な思いがある

参加者が共通して語っていたのは、精神科に限らず一般の内科や外科でも、強い不安や混乱からパニックに陥ったり、まとまりのつかない言動を示す入院患者が多数いるということだった。例えばある内科病棟では、大部屋で一人になった高齢の女性患者が、深夜に落ち着かなくなって部屋にバリケードを作ったり、外科病棟では、脳腫瘍と診断された若い男性患者が「何

かのきっかけで爆発して怒り出して、部屋の壁を叩きだす」といったことがあった。参加者たちは、そうした患者の言動をどう捉えるのかについての見方を大学の授業で学んだと語った。

患者さんの反応の裏づけ、ああこんな思いが根底にあるから、こんな反応をするんだってというのが、すごく授業を受けてわかった。（略）一番多いのが、退行かなって思うんですけど、精神の授業を受ける前とかは、そういう言葉もわからないしそういう視点もなかったから。（略）働き始めて、（反応が）こう出てきてるんだなって、けっこうそういう視点から見られるようになった。（M）

患者さんが言っていることが本当につじつまが合わないようなこととか、すごい難解なことを言っても、その裏には何か意味があるんじゃないかということを、常に探ろうとしていて、「なぜ、こういうことを言ってるんだろう」というのを常に考えている。（A）

ほかにも、「なぜ」と考え続けていくと、病気はよくなったが「退院したくない」という高齢患者の気持ちや、若くして癌になった患者の「かまってほしいけど、放っておいてくれ」という複雑な感情が見えてきたというエピソードが多数語られた。

2. 誰にでもなりうる病気—正気と狂気は紙一重

インタビューを通して、精神科以外の病棟にも精神科関連の治療薬を服用している患者や、精神科医にコンサルテーションを依頼する患者が多数いるという実態が明らかになった。内科病棟でも半数近くの患者がそうだった時期があるという。

今は慢性（疾患）の末期とか癌の人が多いので、うつ状態になったりする方もすごく多いし、家族内のゴチャゴチャした関係とか、どこかでつながっているなあって思います。すごく重たいものを持っている人もいて。（略）いつ自分がそうなるもおかしくないって、授業で聞いた

「紙一重」っていう気持ちがある、今リンクしていません。(J)

そのため、臨床の間では精神疾患や精神症状を身近なものとして捉えることが必要とされるようになっていた。外科病棟に勤務するJは、大学での講義や実習を通して、それまで他人事のように感じていた精神疾患の見方が変わったという。

授業を受ける前は他人事だったんですけど、精神疾患については、(略)病気の人にはどういう背景があるのか、具体的なことも聞くので、それは自分の体験ってわけではないけど、正気も狂気も紙一重かなって思って親近感を持ちました。(J)

この「いつ自分がそうなってもおかしくない」という視点が、患者の不可思議な言動について「なぜ？」と考え、患者を理解しようという姿勢につながっていた。

3. かかわりの中で、自分の感情を大切にする

精神面の問題を抱える患者や家族とのかかわりでは、看護師はさまざまに感情を揺さぶられる。そうしたとき、自分の中に生じた感情をどう取り扱うのかについて、参加者たちは精神保健看護学実習の中で体験的に学んでいた。内科病棟に勤務するMは、実習で受持ち患者から理不尽に怒られたときに思わず言い返してしまったのだが、それによってそれまでギクシャクしていた関係が良くなるという体験をした。そこから「自分の気持ちをちゃんと伝えられるように」なり、それを臨床の間でも生かしていた。

70代の女性の患者さんで、飲水して心不全になってICUに入ったこともあったんですけど、本人はそういう辛いときのことは覚えてなくて、私が飲水制限のことを言うと、「飲ませてくれない」とか「意地悪」「制限ばかりして私を苦しめて」って非難するような感じだったんです。(略)私が「死んでほしくない」って言っても全然聞かなくて、で、「そんな非難するような言

い方をされたら私だって身体のことを考えて言ってるのに、そういうふうには受け取ってくれないのはすごく悲しい」って(自分の気持ちを)言ったんですよ。(略)その後、(患者が)「さっきはごめんね」みたいな感じに(なった)。言葉でははっきり言わないけど、あんまり文句を言わなくなって、飲まなくなっても、少しそこで変わってきたかなって。(M)

また、内科病棟に勤務するFは、ターミナル期にある患者が吐血して3,500ミリリットルもの吸引をしたことがあった。そのとき自分の中の恐怖に気づき、それを言葉にして家族と共有することがサポートとなることを体験した。

そんなに(血液を)一気に引いてくることなんて滅多にないから、「これ怖い」って思ったんです。「あ、私、怖いって思った」って気づいて、家族に「こんなの見たら怖いですよ」って返したんですよ。そしたら家族も、「もう何をやっていいかわかんなくて、怖くて怖くて」って言ってきた。自分がその患者さんに対して感じていることを気づいて口に出したら、そこにいる家族も同じようなことを思っていて。(略)そこでまた(家族と)かかわりができるんじゃないかって思った。(F)

Fは、同じ病棟の先輩を見ていると、自分の感情に蓋をして機械的に処理し、患者の精神的な問題にも見て見ぬふりをしている人が多いという。大学で「自分の感情を大切にしてください」と言われていて、在学中はさしてその意味が実感できなかったが、実際に臨床に出てみて、「大切なこと言われてたんだな」とわかったという。

4. 患者のそばにいて寄り添う

大学で学んだ、「精神的な問題を抱えた患者へのケアは、傍にいて寄り添うことが第一」ということを、参加者たちは現在の間でも実践していた。Cは、徘徊してしまう高齢の患者に対して、スタッフが行なっていた行動制限とは別の方法を試みたときのことを語った。

その患者さんが出て行こうとすると、皆でバンバン押さえつけて、ナースステーションに閉じ込めてた。(その患者は)「〇階(の病棟)に私の荷物がある」って思い込んで、出て行こうとしては止められるってことを繰り返してやっていて。(略)その時に精神の実習で、同じグループの子が看護師さんに、実際に一緒に行って確かめるといふ方法があることを教えてもらったことを思い出して、一緒に〇階まで行ったんです。(略)その人はちゃんと〇階と書いてある所を一周して、まあしょうがないみたいな感じで、「明日娘が来るのを待つわ」って言ってたことがありました。(C)

Cは、業務に追われている他のスタッフに気兼ねしつつも、「ずっと閉じ込められている患者のことがかわいそう」で、思い切ってやってみたのだという。

授業で学んだ「沈黙を大事にする」方法を折に触れて活用している参加者もいた。

今でも、本音が出そうかなって思った時は待つとか、そういうのを心がけている。(略)その授業を聞くまでは、沈黙はよくないことっていうか、お互い耐え難い間だと思ってたんです。そういうものじゃないっていうのが、一番衝撃的だったというか。(L)

また精神科で働くAは、実習のときに教員が病棟のホールにただ座って、自然に患者とやりとりするのを見て、こういう関わり方もあるのかと知ったという。それを臨床の場で生かして、時に患者と自然発生的なグループワークができるという。

暇な時はホールでポケットしながら、(患者が)話しかけてくれるだろうと思って、テレビとか見たり、新聞を広げたりしていたら、広告を見て、「ワァー、何それ」って言って患者さんたちが来て。テーブルで皆で見ながら、「こういうのあるんだね」とか、お墓がテレビに映ると、「こういうの高いね」とか、「どうやって買うんだろう」とか。そういうところでいろいろ昔話

ができる。(A)

しかし、こうしたかわわりは、多くの場合、患者からは喜ばれていたが、後に述べるスタッフとの軋轢の一因ともなっていた。

5. 自分の気持ちを立て直す

臨床現場では、しばしば気持ちを揺さぶられるが、その揺らぎから立ち直ろうとしたときに、講義で学んだことや実習・演習での体験が思い出されてきたという。

例えば、精神科に勤務するHは、3年次の演習で行なった、「わざと聞かない」という設定で行なった面接のロールプレイが一番印象的だったという。

今でもたまに思い出すのが、二人でグループになって、ひとりがずっとしゃべりかけて、もう一人は無視し続けるっていう演習なんです。(略)患者さんとかかわっていて、自分が患者さんの気持ちに全然近づけなくなった時とか、ただ怠けている人に見えたりしてイライラする時に、でもこの人は(私が体験した)あの(無視された)時のすごく嫌になった気持ちが根底にあるんだからと思って、かわいそうだなと思う気持ちを取り戻す時に、あの時の気持ちが出てくる時があります。(H)

相手に話かけても無視され続けるという演習で、学生は怒りや悲しみ、寂しさ、空しさや無力感を体験し、それは「うつ」の心情に他ならないことを学ぶ。Hは、患者に苛立つときにこの体験を思い出して、患者はあの時体験していたようなつらい気持ちを抱いているのだと、患者に向かう自分の気持ちを立て直すのだという。

またIは、異動してまだ業務に慣れない時期に、寝たきりの患者の吸引がうまくできずに別の看護師を呼んだことがあった。直後、家族がその看護師に「あの人はまだ新しいでしょ、うまく取れてなかったから」と言っているのを耳にして、落ち込んでしまった。

その後、またその患者さんの所に行かなくち

ゃいけない用事ができて、でもすぐ行きたくなくて。そういう時に精神の授業で使った表(プロセスレコード)を、ふと思い出した。今の状況はどうなのかなと。私は自分ができなかったことを、直接じゃなくて他の人に言ってるのを聞いてすごく落ち込んだけど、まあ私もできなかったのはわかっていたし…。(略)だからまあ…と思って、「さっきはうまくできなくてすみません」って言って、家族のところにいったんです。(I)

Iは、実習で使ったプロセスレコードを頭の中で行なうことで、落ち込んで「行きたくない」という気持ちを見つめられ、それによって看護を続けることができたのだった。

また大半の参加者は、仕事に適応していく過程でさまざまなストレスを体験していたが、そこでもプロセスレコードが役立っていた。Bは看護師になって1年目のとき、業務をスムーズに処理することができない上に、先輩から「患者との関係が深くなりすぎている」と指摘され、自責的になって不眠や背部痛といった身体症状が出るようになった。

そういう時、何かふとした時に、実習のときによく書いていたりしたじゃないですか。書いて振り返るとか。やってみようと思って。(略)バァーと書くようにして、それが「あ、自分が今、何を思っているのか」とか、「今どうしたいのか」とかというのが見えてくるようなことはありました。(B)

Bはまた、演習で学んだリラクセーション法も仕事の緊張を解くために活用していた。

ここで特徴的だったのは、参加者たちが自分の気持ちを立て直そうとしたとき、意図的ではなく、「ふと」、大学での学習体験が蘇ってきたと語ったことであった。

B. 大学で学んだ考え方と「現場の論理」とのギャップ

参加者たちは、大学で学んだことをさまざまなかたちで実際のケアに活用していたが、そう

できずにジレンマに陥ることもしばしばだった。内科病棟に勤務するIは「実習や授業でやってきたことをそのまま持ってくると、職場の業務と対立してしまう」と述べた。大学で学んだことと対立する「現場の論理」とは何か。以下に述べていく。

1. 個々の患者のニーズより、業務の効率性や安全性が優先される

ほとんどの参加者が語ったのは、現場では業務に追われ、大学で学んだケアをやりたいと思ってもできない、ということだった。例えばある病棟では、50床弱の病棟の患者の約半数が自力で歩行できず、介護の度合いが高い上に、夜間はせん妄状態になって不穏になる患者が絶えないという。

患者さんが話したそうにしていて、私も話聞きたいなって思うんですけど、すぐコールが鳴るし、暴れてる人がいるとそっちに行かないと行けないし…。夜勤は3人なので、不穏になった患者さんが2人いるともう全然手がなくて。患者さんの方も気を使ってくれて、「ほら、行かなくていいの」「(コールが)鳴ってるよ」とか言ってくれるんですけども…。私、そんな風にしてしていると、何より自分にだんだんイライラしてくるんですね。(I)

Iはまた、こういう状況の元では新人にももっと時間をかけて1つ1つのケアを習得させたいと思うものの、実際には急がせていて、それも気がかりだという。

今は精神科に勤務するAは、以前の内科病棟での勤務を振り返って、効率よく業務をこなすことが最優先されていたという。

できる看護師さんイコール業務がすべて早くこなせる人、みたいになっていて。露骨にスタッフの中には「あのおばちゃん(看護師)は患者の話ばかり聞いてちゃって、全然ちゃんとした仕事しない」みたいな不満がすごいあった。(A)

Aは日勤後に、個別に受持ち患者の話を聞いていたが、疲れてしまい、「私は一体何をやって

ているのだろう」と悩んで「感情も全然動かない、心にも蓋をしちゃった状態」になってしまった。精神科に移ってからは心に蓋をしなくてもよくなり、少し楽になったという。

しかし精神科でも、安全管理が重視される環境の中で、患者を散歩に連れ出すこともままならないと語る参加者もいた。

もし何か失敗して、患者さんが逃げちゃったというヒヤリハットになってしまう。(略) 患者さんが時間通り外出から戻らなくてもヒヤリハットだし、いろいろ患者さんにやりたいことはあるんですけど、もし失敗してヒヤリハットだと看護部長が来て指導、みたいな。(D)

こうした状況には現在の医療の問題が複雑に絡み合っているため、容易に打開策が見つからず、多くの参加者にとって自らの無力を痛感させられる事態となっていた。

2. 「being」より、「動くこと」

大学では、患者のそばにいないこと、すなわち「being」の価値を教えられたが、それは必ずしも現場で共有されているわけではなかった。精神科病棟のホールでボーっと過ごすことで患者と自然発生的なグループワークを展開していたAも、そうしたかわりの意味を上司に理解してもらえずに悩んでいた。

ボーとした雰囲気を出しているのも大事なかなと思ってたんですけど…。(略) 患者の方から1人、「患者と一緒にテレビを見ているのはどうしたことだ」みたいな投書があって、それを見た婦長さんが新聞だとかをホールで見ているのはまずいって、「新聞なら家で読みなさい」って。(略)「もっと動きなさいよ」って。(A)

結局Aは、その後、何気なくホールにいたことが難しくなり、時間のゆとりがあるときは、仕方なく「廊下をひたすら徘徊している」のだという。

3. 「看護師の感情」ではなく、目に見える援助を要求される

大学では「自分の感情を大切に」と言われていたが、職場の先輩から受けた指導は、それとはまったく逆だったと語った参加者がいた。

1年目に事例を発表しなきゃいけなかったんです。(略) 患者とのかかわりについてプロセスレコードに書いて、先輩に見せながらやったんですけど、(略) 自分なりに私の気持ちがこう動いたからっていうのを考察したら、「そんな自分の感情とかを考察するのは意味がないんじゃないか」って言われました。援助を書きなさい、みたいなことを言われた。(F)

Fは、この時には納得のいかない発表をせざるを得なかったのだが、逆に新人を指導する立場になったときには、大学で学んだことを生かすことができた。自分の気持ちを覆い隠して事例を書いてきた新人に、その人の個性が出ていないと思い、率直な気持ちを聞いてそれを表現するように指導すると、その人らしさが出たレポートになったという。

4. 「行動の奥にある意味」が共有されない

参加者たちは患者の行動の奥にあるものを探ろうとしていたが、それが病棟のスタッフに共有されないこともあった。精神科病棟に勤務するHは、「教育の違いかも」と前置きしながら次のように語った。

患者さんがチンプンカンプンで本当に訳の分からないことを言ったりするのも、何か意味があって、何か言おうとしているのがうまく伝わってこないんだろうなって思ったりするけど、他の人はそういうことをあまり大事に取り扱わない。訳わかんないで終わっちゃう。(略) 病棟ですごい問題を起こす患者さんとかも、その裏には何か(あって)、行動化なんじゃないかなって(思うけど)、思わない人もいる。形式的にその人を移すとか退院させてしまえばいいとか。それ(意味)を考えない人が多いなって。(H)

Hが、こうした周囲とのギャップを、受けてきた教育の違いによると考えるのは、本学の卒業生の同僚とは、考え方や見方が共有できるからだという。

C. 大学の教育に望むこと

参加者たちは大学で学んだ考え方や現場の論理とのギャップに悩んでいたが、それではもっと現場に即した教育を受けたほうがよかったと思うかと尋ねたところ、多くの参加者がそれを否定した。なかには、「大学で学んだ看護と現場の看護とはまったく別」と言い切る参加者もいたが、それでもいいというのである。

学問として学んでいた学生時代と現場とは、同じ看護でありながら、まったく別のものという印象が強いので。もちろん学んだことがベースになって、たぶん今、考える能力につながっていると思うんですけど。だからといって、いろいろ厳しい現実みたいなことを教えられちゃうと、その時点で何もかも嫌になっちゃう気もするし。(B)

実習があって深く(患者と)かかわれたり、いろんな気づきができたのは貴重な体験だったと思う。逆にそういう実習じゃなかったら、もしかしたら精神科に勤務しなかったかもしれないし。別に、臨床に合わせた実習をしてくれれば良かったとはまったく思わないですね。(D)

同様に、精神科に勤務するGは、今でもことあるたびに実習での体験を思い出して、ルティーン化してしまっている今と比較しているという。そして、大学の授業で学んだことの意味は、現場に出てからわかったと語る。

個人的には、現場のすごさと授業とは、初めて行った実習ではあんまり連動できない。授業を聞いていると向こうの世界の話のようだし、実習に行くとあまりにも現場がすごいんで、実習のときはギャップがありすぎた。働き始めてからやっと授業の内容が追いついてくるくらいの感じ。結局、一回現場に行かないとわからない

い。(G)

卒業1年目のKは、「現場で働いてみて逆に、授業で使っていたテキストの内容の難しさが分かるようになった」と語った。

そんな難しいことやってたんだと思った。(学生時代は)そこまで本当に考えられていなかった。(略)おもしろいなと思って聞いてたんですけど。現場に出て、1年目になって読んだら、こんな難しいこと書いてあるんだって。(K)

ただ、内科病棟に勤務するLは、入院患者のせん妄や妄想といった精神症状があまりにも激しく、そういう時の具体的な対応に困るので、それをもっと教えてほしかったと述べていた。

V. 考 察

A. 大学での学びは、どう生かされているか

本研究の参加者が、現場で息づいている大学で学んだこととして挙げていたのは、人間の行動には必ず理由があり理解可能であるという視点と、看護において患者を中心に考えていくという原則を貫くには、看護する者自身の感情も大切にしなければならないという考え方であった。また、具体的な方法として、患者のそばにいて寄り添うといったかわりの実践につながっていた。そして、日々の患者とのかかわりに具体的に役立てられていたのは、そうした考え方に立つ「プロセスレコード」であった。

こうした学びが参加者に浸透しているのは、講義での学習はあるにせよ、実習体験によるものが大きかったと思われる。実習で毎日、プロセスレコードを記録して考察した体験は、看護師になってからも患者とのかかわりを振り返る際に自然に発想されるほど、大きなインパクトを残しているのである。それはこの様式を考案したペプローやウィーデンバックといった看護の理論家たちが、患者との相互作用の場면을吟味することを通して、学習者自身が援助についての自己評価を行って洞察を深め、看護師と

しての人格形成までを射程に入れていた（宮本、1995）ことに起因しているだろう。

「なぜ?」「どのように?」と考えることを身につけて欲しいという教員側の意図が、かなり卒業生に浸透していることが明らかになったが、一方で指摘されたように、せん妄や妄想をもつ患者に対して、どのように対応すればよいかというような、いわば「How to」にかかわる知識に関しては、原則的なことは一応教えてはいるものの、確かに少ない。しかし、How to的なものは、実際には個々のケースで、その状況を見て判断するしかないことが多い。患者を大事にするという基本的な考え方をしっかり身に着けた上で、自ら考え判断する力を養うことが重要なのは言うまでもないが、今回多く語られた、身体疾患をかかえる患者の精神症状とその対応については、さらに詳しく教授する必要があるだろう。

B. 「現場の論理」との葛藤をどう乗り越えるか

今回の参加者たちのほとんどが、業務の効率性や安全性が優先され、‘being’より‘動くこと’が求められる現場に、困惑した体験を語っていた。学生は実習時に、臨床の場の現実は大学で教えていることを遥かに超えて複雑で困難なものであることをまず学ぶのだが、看護師となってさらにそれを痛切に体験することになっていた。これは卒後間もない看護師の多くが体験するリアリティ・ショックといってもよいだろう。宮脇（2005）は大卒看護師のリアリティ・ショックについて研究し、卒後1年目を新人看護師が看護専門職を目指す自分と向き合うプロセスとし、当初のショックの〈看護師として存在することの危機〉から〈周囲からの支援〉により経験を積み、看護師として存在することの意味を見出すという過程を示している。本研究においても、参加者たちは、現場で圧倒されながらも、先輩や同僚のサポートを受けつつ、危機を乗り越えて行っている様子を語っていた。

さらに、近年の医療現場の変容が、前項に述べたような教育と現場のギャップをさらに深刻なものにしていた。稲岡（1988）は、対人援助の専門職がバーンアウトに陥る背景として、医

療システムの複雑化、超近代的な医療機械や器具の導入、複雑な治療やケアを要する患者の増加、多様な社会心理的問題をもつ患者の増加をあげている。本研究でも、入院治療は短期集中型となり、入院中の治療やケアが複雑になっていることが語られた。さらに、複雑な精神的問題をもつ患者も多数みられ、そのような患者と寄り添おうとしても、業務に追われてできない苦悩もまた、今回のインタビューで語られており、バーンアウトを引き起こす状況が近年さらに悪化していることが伺われた。

一方、宮脇（2005）は、思考力と論理性を重視する教育を受けている大卒看護師の方が、現場に出た時のギャップが大きく感じられるのではないかと指摘している。本研究においても、参加者たちが体験していた「現場の論理」との葛藤の背景には、単に現場の業務を覚えて馴染んでいこうと努力するのではなく、現場に対して問題意識を持ちつつ、業務に取り組んでいこうとする姿勢の存在をみてとることができる。たとえば、「かかわりの中で、自分の感情を大切にすること」を大学で学んだ参加者は、病棟の先輩たちが自分の感情に蓋をして機械的に処理し、患者の精神的な問題にも見て見ぬふりをしている人が多いことに気づきそれを指摘している。そうした問題を単に批判するだけでなく、新人指導などでそれを変えていこうとしていた。また、押しつぶされそうになる「自分の気持ちを立て直す」ため、授業で学んだプロセスレコードやリラクゼーション法を活用するなどの工夫を行っていた。

このように参加者たちは、大学での学びと現実の要求とのギャップに悩みながらも、大学で学んだことをうまく活用して危機的状況を脱しようとしていた。葛藤を乗り越えるための力もまた、大学時代に培われていたと言えるだろう。

C. 卒業生の生涯教育へのサポートの重要性

参加者のほとんどが、大学で教えていることは原則であっても「理想」であると、冷静に捉えていた。それは、「学問としての看護と現場とは全く別のもの」と二つを解離させることによって自分を納得させ、この葛藤を乗り越

うとしているようにも見えるが、彼らは大学で学んだことが役に立たないとすれば、それが間違っているからではなく、それが生かせない現場の状況が問題なのだと考えていた。大学で使っているテキストが、実はそうした現実についても書かれている難しい内容だったことに、現場に出て初めて気がついたという参加者もいた。大学で得た知識や考え方の意味が、臨床経験を積んだあとになって、よく分かってくるというのである。つまり、大学で学んだことは、すぐに役立つような性質のものではないが、看護師として働き続けるために必要な、拠って立つものを提供し、卒業生の中でケアの質を向上させる潜在力として脈々と生き続けているといえる。

近年、大学の行うべき教育活動の一つとして、卒業生のための生涯教育プログラムの確立があげられている。1965年に国際成人教育会議で提言された *lifelong integrated education* が、現在、平易に‘生涯教育’と表現されているが、これは‘生涯にわたり統合された教育’である。清國(2003)によれば、知識と体験は二律背反の対立軸の両極ではなく、実社会におけるコンテキストで結ばれた表裏一体の関係である。大学で学んだ知識と現場での体験を統合し、そこから新たな知識を自分のものとしていき、さらに創造的な知識を生み出していくことが専門職としての生涯教育のプロセスと言えるだろう。

これまで述べてきたようなストレスフルな現場で勤務し続けていかねばならない看護師を養成する大学においては、就職後に体験する教育と現場のギャップに苦悩する卒業生たちを支援し、その学びをサポートしていくことは、今後ますます必要とされる大学の機能の一つと言える。本学の精神保健看護学領域では、1996年より、卒業生・修了生を含めた現場の看護師を対象に、毎月「精神科看護事例セミナー」を開催してきたが、今後もこの機能をさらに充実していく必要がある。

おわりに—本学での学びの意味

本研究では、表面的な問題解決よりも深くその背景にあるものまで見据えて、患者中心に交

えていくという考え方が多く語られたが、こうした考え方は、必ずしも精神保健看護学だけで学んだこととはいえない。おそらく、入学から卒業生までのあらゆる科目の授業において繰り返し教えられている「思想のようなもの」が、確実に学生に伝わっているのだろう。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました卒業生の皆様に深く感謝します。

本研究は、平成18年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施した。

注1) 本学では、平成17年の大学統合に伴い統合カリキュラムを開始し、実習年次の一部を変更したが、ここでは参加者が受講した当時のカリキュラム年次を示した。

文 献

- 堀川直史(2003)．体の病と心のケア—身体疾患患者の精神症状のとらえ方—．文光堂．
- 稲岡文昭(1988)．調査にみる医師、看護者の燃えつきの背景．土居健郎監修．燃えつき症候群—医師・看護婦・教師のメンタルヘルス．(pp. 23-32)．金剛出版
- 清國祐二(2003)．生涯学習における知識と体験をめぐる問題．鈴木眞理・梨本雄太郎編著．生涯学習の原理的諸問題．(pp. 87-100)．学文社．
- 前川幸子(2003)．学士課程カリキュラムの開発(10) 大分医科大学医学部看護学科の場合(4) カリキュラムの評価．*Quality Nursing*, 9 (12), 1093-1101.
- 宮脇美保子(2005)．大卒看護師1年目の体験．*日本看護学教育学会誌*, 15 (1), 15-23.
- 宮本真巳(1995)．看護場面の再構成．日本看護協会出版会
- Pope, C. & May, N. (2000)／大滝純司監訳(2001)．質的研究実践ガイド—保健・医療サービス向上のために—．(pp. 26-34)．医学書院
- Rundell, J.R. & Wise, M.G. (1996)／松浦雅人・松島英介監訳(2002)．コンサルテーション・リエゾン精神医学ガイド．(pp. 149-154)．

メディカル・サイエンス・インターナショナル，
武井麻子(1996)．人間関係論としての精神看護学．看護教育増刊，1021-1097．
武井麻子(2005)．精神保健看護学実習の構成と意味．看護教育，46 (11), 965-970．
山崎不二子，長峯卓哉，高橋由紀，林田りか，

国武和子，綿巻徹(2007)．職場での問題や悩みと在学時の学習目標に対する習得満足度との関係—看護学科卒業生による回顧的授業評価に関する研究(その1)—．県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要，7，24-43．