【6】病床および患者数 〔各項目いずれか1つに○をつけ、(　　) 内に数を記入下さい〕

1. 精神科病床数	1．あり（　　床）2．なし
2. 記入日における精神科病床の在院患者数	1．あり（　　人）2．なし
3. 2006年度の延べ精神科入院患者数	1．あり（　　人）2．なし
4. 2006年度の延べ精神科退院患者数	1．あり（　　人）2．なし
5. 2006年度の延べ精神科外来患者数（精神科デイ・ケア等も含む）	1．あり（　　人）2．なし
6. 2006年度の延べ精神科デイ・ケア等利用者数	1．あり（　　人）2．なし

【7】現在の実施（承認）デイ・ケア等種別 〔2/25～3/2の実績についてお答え下さい〕

※実施していない場合には該当する欄に○印をつけて下さい。

※実施している場合には、それぞれについて当てはまる数字をご記入下さい。

	実施していない	実施している場合			
		週当たり実施日数	週当たり実利用者数	週当たり延べ利用者数	実施 当てはまるものに○
1. 精神科ショート・ケア		(　　)日	(　　)人	(　　)人	大　／小
2. 精神科デイ・ケア		(　　)日	(　　)人	(　　)人	大　／小
3. 精神科ナイト・ケア		(　　)日	(　　)人	(　　)人	
4. 精神科デイ・ナイト・ケア		(　　)日	(　　)人	(　　)人	

【8】現在の精神科デイ・ケア等担当スタッフ 〔それぞれ人数を記入下さい〕

	医師	うち精神保健指定医	看護師	准看護師	作業療法士（OT）	精神科ソーシャルワーカー	うち精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他の専門職
	人	人	人	人	人	人	人	人	人
非	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※「　」とは精神科の業　に日8時間　度、週4日以上　しているものを目安とする。

「非　」とは　以外で精神科の業　に週1回　度以上　している者とする。

【次ページに続きます】

【9】現在、以下のような主な対象を　ったデイ・ケア等のコース／プログラムを実施していますか。実施しているコース／プログラムに該当するもの全ての数字に○印をつけて下さい。

疾患別

1. 統合　調症患者を対象とする
2. うつ病患者を対象とする
3. 　性障害の患者を対象とする
4. 不安障害の患者を対象とする
5. 強迫性障害の患者を対象とする
6. 　食障害の患者を対象とする
7. アルコール依　の患者を対象とする
8. 薬物依　の患者を対象とする
9. 発達障害の患者を対象とする
10. その他特定の疾患を対象とする（具体的に：　　）

年代別

11. 　期の患者を対象とする
12. 思春期の患者を対象とする
13. 　年前期の患者を対象とする
14. 高齢者を対象とする
15. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に：　　）

病期別

16. 急性期退院直後の患者を対象とする
17. 慢性期（　状態）の患者を対象とする
18. その他病期を区切ったもの（具体的に：　　）

目的別

19. 疾病と　療についての理解
20. 　薬アド　アランスの　上
21. 症状や再発サイン　の対処ス　ルの　得
22. 家事等、日　生活技能の　得
23. 復職支援
24. その他の特定の目的（具体的に：　　）

利用期間別

25. 　期間（1年　満）
26. 中期間（1年～2年）
27. その他期間限定のもの（具体的に：　　）

【10】貴院にあったほうがよいと考えている、または実施を計画しているコースはありますか。

1）ない　2）ある　具体的に上記の数字でお選び下さい（　　）

【11】上記の質問で「2）ある」とお答えになった方にお尋ねします。現在実施されていない理は何ですか。当てはまるものすべてに○印をつけて下さい。

1．　ンパワーが足りないから
2．実施する場所が無いから
3．　源が　保されないから
4．その他（具体的に：　　）

【次ページに続きます】

【12】現在、貴デイ・ケア等では、同じ時間帯でいくつのコース／プログラムを実施していますか、またそれぞれに何人参加していますか。先週に実施した各プログラム名、実施目的、実施曜日と時間、参加人数および参加スタッフ数をプログラム毎に別紙の例に従いご記入下さい。

	プログラム名	目的	曜日	時間	直近 参加人数	スタッフ数
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

※欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご記入下さい。

【12】回答例

【12】現在、貴デイ・ケア等では、同じ時間帯でいくつのコース／プログラムを実施していますか、またそれぞれに何人参加していますか。先週に実施した各プログラム名、実施目的、実施曜日と時間、参加人数および参加スタッフ数をプログラム毎に別紙の例に従いご記入下さい。

	プログラム名	目的	曜日	時間	直近 参加人数	スタッフ数
1.	ミーティング	運営	月	9:00-11:00	10	2
2.	園芸教室	園芸療法	月	9:00-11:00	6	1
3.	絵画	芸術療法	月	13:00-15:00	30	3
4.	心理教育	服薬管理	月	13:00-15:00	20	2
5.	パソコン教室	復職支援	月	13:00-15:00	3	1
6.	手芸	作業療法	火	9:00-11:00	15	1
7.	SST	対処スキル獲得	火	9:00-11:00	10	2
8.	英会話	芸術療法	火	9:00-11:00	5	1
9.	スポーツ	運動療法	火	13:00-15:00	15	2
10.	手芸	作業療法	火	13:00-15:00	15	2
11.	イベント	イベント	水	9:00-11:00	30	3
12.	家族教室	家族支援	水	9:00-11:00	10	2
13.	イベント	イベント	水	13:00-15:00	30	3
14.	SST	対処スキル獲得	木	9:00-11:00	8	2
15.	陶芸	作業療法	木	9:00-11:00	5	1
16.	スポーツ	運動療法	木	13:00-15:00	4	3
17.	カラオケ	芸術療法	木	13:00-15:00	5	1
18.	調理教室	生活スキル獲得	金	9:00-11:00	10	2
19.	音楽	芸術療法	金	9:00-11:00	5	2
20.	木工	作業療法	金	13:00-15:00	3	1
21.	スポーツ	運動療法	金	13:00-15:00	15	2
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

※欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご記入下さい。

回答例

施設 ID ＿＿＿＿＿＿＿＿ 利用者 ID ＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者票（2/25～3/2 の実利用者，最初の 10 人についてお答え下さい）

性別	1. 男　2. 女	年齢	歳	2/25～3/2 の 1 週間のデイ・ケア等利用日数	日
主診断の初発年齢	歳	現在の GAF 得点（別紙参照）		点	
主診断（ICD-10）	F-（　　）1 桁	その他の精神科的診断			
これまでの精神科入院経験	1．あり（　　）回　　2．なし				
直近の精神科入院期間	西暦　　年　月　日 ～　　年　月　日				
利用しているサービス（当てはまるもの全てに○）	1．精神科ショート・ケア　2．精神科デイ・ケア 3．精神科ナイト・ケア　4．精神科デイ・ナイト・ケア				
他の社会資源の利用状況（当てはまるもの全てに○） ※選択肢中にない自立支援法の各サービスについては、その他にご記入下さい	1．訪問看護　2．ホームヘルプ 3．配食サービス　4．共同作業所 5．自院外来診療　6．他院外来診療 7．授産施設　8．福祉工場　9．地域生活支援センター 10．その他（具体的に：　　）				

【1】この利用者のデイ・ケア等利用による目標は何ですか。以下の各目標について該当する数字に○印をつけて下さい

	はい	いいえ
1) 就労支援（プレ就労援助を含む）	1	2
2) 復職支援	1	2
3) 再発・再入院予防	1	2
4) 在宅急性期医療の一環（急性期入院の抑制）	1	2
5) 回復期リハビリテーション	1	2
6) 慢性期患者の居場所	1	2
7) 薬物処方についての相談・調整	1	2
8) その他（　　）	1	2

【2】目標の達成具合を図るために何か指標としていますか（ケース検討会等でも構いません）

1）ある（下記に具体的にご記入下さい）　　2）ない

【3】この利用者に対するデイ・ケア等担当医の役割について、各項目に該当する数字に○印をつけて下さい

	はい	いいえ
1) 利用者の医学的状態の評価	1	2
2) 薬物処方に関するコーディネーター	1	2
3) デイ・ケアチームのリーダー	1	2
4) プログラム計画・立案における責任者	1	2
5) プログラム実施における責任者	1	2
6) 特になし	1	2
7) その他（　　）	1	2

GAF（機能の全般的評定）尺度について

GAF(Global Assessment of Functioning)尺度は対人関係や社会的役割遂行などの社会的機能水準を評価するもので、米国精神医学会(APA)の「精神疾患の分類と診断の手引き」(DSM)の V 軸に採用されているものです。下記に DSM-IV-TR(2002 年版)に採用されている GAF 尺度をお示しします。精神障害および知的障害を対象とする代表的な社会的機能水準評価ですので評価をお願いします。なお GAF 評価にあたっては、「心理的症状の重症度」と「機能レベル」のどちらか重い方をチェックします。したがって、知的障害の方で心理的症状は少ないが機能は著しく障害されている場合は、障害されている機能レベルに注目し、あてはまる GAF の機能レベルを評価してください。

適切に GAF 評価を行うために次の方法をお勧めします。(DSM-IV-TR 日本語版(医学書院) p.40-42 を要約)

1）最高のレベルから始めて、その人の症状の重症度または機能的レベルのどちらか悪い方に最もよく適合する範囲になるまで尺度を下の方に見て行ってください。

2)その人の症状の重症度または機能的レベルのどちらにも重すぎると思われたら 1 つ上の段階に戻ってください。

3)その段階の 10 点の範囲の中で、高い方か低い方かなどを考えて下 1 桁の数字を選び GAF 得点を決めてください。

GAF（機能の全体的評定）尺度

精神的健康と病気という 1 つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。

コード（注：例えば、45，68，72 のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、**または**、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある）、**または**、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難（例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）、**または**、社会的、職業的または学校の機能においてなんらかの深刻な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、**または**、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での重大な欠陥(例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。**または**コミュニケーションか判断に重大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、**または**、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、**または**、時には最低限の身辺の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、**または**、コミュニケーションに重大な欠陥（例：大部分滅裂か無言症）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、**または**最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、**または**、死をはっきり予期した重大な自殺行為。
0	情報不十分

Ⅲ. 研究協力報告書

平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
研究協力報告

精神科実習が看護学生の精神障害者観に及ぼす影響に関する研究

研究協力者　山内　貴史　（東京大学大学院総合文化研究科）
仙波　恒雄　（医療法人同和会　千葉病院）
三宅　由子　（国立精神・神経センター精神保健研究所）
須藤　杏寿　（国立精神・神経センター精神保健研究所・内閣官房）
研究代表者　竹島　　正　（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：
【目的】医学生や看護学生を対象とした研究では，精神科での実習体験が学生の精神障害者へのスティグマ・偏見に影響を与えることが示唆されている。本研究では，精神科実習を体験した看護学生が実習前・後の精神障害者観を記述したレポートを分析し，実習が学生の精神障害者観に及ぼす影響について検討することを目的とした。
【方法】本研究では，2005年から2007年の3年間に首都圏の看護短期大学の学生232名が記述したレポートを分析した。本研究では，実習前・後の精神障害者観としてレポートに高頻度で記述されている語群を特定し，実習前・後の精神障害者観の特徴およびその相違点を語群レベルで明らかにすることを試みた。
【結果および考察】分析の結果，実習前の精神障害者観としてネガティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた一方，実習後の精神障害者観としてニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた。一部の語を除き，実習前に出現頻度が高かった語群は実習後の記述では出現頻度が低かった。同様に，実習後に出現頻度が高かった語群は実習前の記述では出現頻度が低かった。
【結論】精神科での看護実習を通じ，学生の精神障害者観は概ねネガティブな内容からニュートラルもしくはポジティブな内容に変化したと考えられる。精神科実習は看護学生が実際に精神障害者と接する貴重な啓発の機会であり，彼らの精神障害者観の形成および変容に大きな影響を与えることが示唆される。

A．研究目的

平成16年，厚生労働省は精神保健福祉対策本部の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表した。これにより，「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が明示された。また，平成17年には「障害者自立支援法」が成立し，障害者が地域で自立して暮らせるための制度基盤の整備が取り組まれている。

精神障害者が疾患から回復し地域で生活していくうえでの障害として，スティグマや偏見の問題があげられる。世界精神医学会（World Psychiatric Association;

WPA）は，1996年から統合失調症によるスティグマや差別の解消を目的とした大規模な国際的教育プログラム（WPA Global Program against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia）を実施している。スティグマは，精神障害者の社会的孤立，失業，アルコールや薬物の乱用，ホームレス化，必要以上の施設入所・入院，生活の質の低下等につながり，精神障害者の疾患からの回復を妨げる要因と考えられている。

精神障害者へのスティグマや偏見は，一般地域住民のみならず，精神医療従事者，医学生や看護学生にもみられる。医学生や看護学生を対象とした研究では，精神科での実習体験が学生の精神障害者へのスティグマ・偏見に影響を与えることが示唆されている。

そこで，本研究では，精神科実習を体験した看護学生が実習前･後の精神障害者観を記述したレポートを分析し，実習が学生の精神障害者観に及ぼす影響について検討することを目的とした。本研究では，科学計量学（scientometrics）の手法のひとつである「語分析」を参考に，研究者の主観がより影響しにくいと思われる単語もしくは語群レベルでのレポート分析を試みた。すなわち，本研究では，学生のレポートから実習前･後の精神障害者観として記述される頻度の高い語群を特定し，実習前・後の精神障害者観の特徴および両者の相違点を語群レベルで検討することを試みた。

なお，本研究では，19年度研究で行った予備的分析をもとに，(1) 実習前の記述では，精神障害者に対するネガティブなニュアンスの語群の出現頻度が高く，ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群の出現頻度は低い，(2) 実習後の記述では，精神障害者に対するニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群の出現頻度が高く，ネガティブなニュアンスの語群の出現頻度は低い，との仮説を設定した。

B．研究方法

本研究では，2005年から2007年の3年間に首都圏の看護短期大学の3年生が記述したレポートを分析した。この3年間に精神科病院での精神看護実習に参加しレポートを提出した学生は，2005年に80名，2006年に76名，2007年に76名の計232名であった。

学生は，6日間の実習の初日に，病院の概要，日本の精神医療，患者との接し方等について約2時間の講義を受けた。講義は3年間を通じて同じ医師が行った。講義の冒頭に，実習に参加する学生は，「精神障害者といえば第1番にどのような言葉が思い浮かぶか」という質問に回答した。3年間とも，学生が精神障害者に対して実習前に持っているイメージの殆どはネガティブな内容であった。

講義の後，学生は病棟での看護実習に参加した。実習は3年間とも，実習の行われた病棟，実習期間，看護を担当する入院患者などの点に関し，ほぼ同一の内容であった。実習は病院内の開放病棟および閉鎖病棟で行われた。学生は担当の医師や看護士の指導の下，6日間に渡って実際に患者の看護を体験した。

そのうえで，学生は実習終了後に，実習前の講義で回答した精神障害者観を振り返りつつ，「各自が持っている精神障害者観が，実習によりどのように変化したか」についてA4紙1枚分のレポート課

題を与えられた。その際，レポートは学校ではなく実習先の病院に提出するため，レポートの内容は成績とは無関係であることを教示した。以上の手続きは3年間を通じて同一であった。

本研究では，実習前・後の精神障害者観としてレポートに高頻度で記述されている語群を特定し，実習前・後の精神障害者観の特徴およびその相違点を語群レベルで明らかにすることを試みた。まず，各レポートについて，実習前の精神障害者観を記述した箇所と，実習後の精神障害者観を記述した箇所に分類した。次に，実習前・後それぞれの記述から，精神障害者観を表現していると考えられる語群を，その意味を損なわない範囲でできるかぎり単語単位で特定しカウントした。その際，1つのレポート内に同じ語群が複数回記述されていた場合は，重複してカウントせず1回としてカウントした。よって，各語群の出現頻度は，その語群を記述した学生の人数と一致した。上記の手続きは研究者2名が行った。語群の特定に際し両者の見解の不一致が生じた箇所については，コンセンサスが得られるまで議論したうえで判断した（付録1を参照のこと）。そのうえで，特定した語群の総出現頻度を実習前・後ごとに算出した。最後に，実習前・後ごとに出現頻度上位30位以内の語群を抽出しリスト化した。

（倫理面への配慮）

レポートの内容をテキストファイルに電子化する際，個人を特定可能な情報は全て削除した。ファイルは分析担当者のみが知りうるパスワードにより管理した。

C．研究結果

特定された語群に関して年度間の差異は概ねみられなかったため，本研究では年度ごとの分析は行わず，3年分のデータを込みにして分析を行った。実習前の精神障害者観について，出現頻度が上位30位以内の語群を表1に示した。また，実習後の精神障害者観について，出現頻度が上位30位以内の語群を表2に示した。まず，表1および表2から，実習前・後それぞれの精神障害者観の特徴を俯瞰した。

1. 実習前の精神障害者観

実習前の精神障害者観に関する記述では，「怖い」「暗い」「コミュニケーションがとりづらい」「何を考えているか分からない」など，ネガティブなニュアンスの語群の出現頻度が高かった（表1）。特に「怖い」の出現頻度が高く，103名（45.4%）がこの語を記述していた。また，「コミュニケーションがとりづらい」「何を考えているか分からない」「コミュニケーションがとれない」「どう接すれば良いか分からない」など，対人関係上の困難に関する語群が出現頻度上位に位置していた。一方，ポジティブなニュアンスの強い語群は，「優しい（19位）」のみであった。以上より，今回分析したレポートからは，看護学生の実習前の精神障害者観はネガティブな傾向が強いことが窺える。

2. 実習後の精神障害者観

実習後の精神障害者観に関する記述では，実習前とは一転し，「怖くない」「優しい」「普通」「私達と変わらない」「人間」「繊細」「素直」など，ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群の出現頻度が高かった。「怖くない」「暗くない」といった，ネガティブなニュアンス

の語の否定形も出現頻度が高かった。一方，ネガティブなニュアンスの強い語群は，「怖い（3 位）」を除いてみられなかった。以上より，看護学生の実習後の精神障害者観はニュートラルもしくはポジティブな傾向が強いことが窺える。

3. 実習前・後の精神障害者観の比較

実習前の精神障害者観の記述で出現頻度が高い語群が実習後の記述中にどの程度あらわれたかを表 1 に示した。その結果，「怖い」「怖くない」を除き，「暗い」「コミュニケーションがとりづらい」「何を考えているか分からない」「コミュニケーションがとれない」「暴れる」など，実習前の記述で出現頻度が高かった語群は実習後の記述では出現頻度が低いもしくはゼロであった。「怖い」は実習後も 21 人が記述していたが，実習前の 103 人からはおよそ 5 分の 1 に減少していた。また，「怖くない」は，実習前は 15 人だが，実習後には約 4 倍の 57 人が記述していた。さらに，「優しい」は実習前の 4 名から 24 名に増加していた。

次に，実習後の精神障害者観の記述で出現頻度が高い語群が実習前の記述中にどの程度あらわれたかを表 2 に示した。その結果，「怖くない」「怖い」を除き，「優しい」「普通」「私達と変わらない」「人間」「繊細」「素直」「コミュニケーションがとれる」など，実習後の記述で出現頻度が高かった語群は実習前の記述では出現頻度が低いもしくはゼロであった。実習後に最も出現頻度の高かった「怖くない」は，既に述べたように実習前よりも出現頻度が約 4 倍に増加していた。

実習前・後ともに出現頻度が高かった語群は，「怖い」「怖くない」のみであった。すなわち，表 1・表 2 にリストアップされた語群のほとんどは，実習前もしくは実習後のいずれかのみで高頻度に記述されていた。さらには，実習前の精神障害者観として，ネガティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた一方，実習後の精神障害者観としては，ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた。

D. 考察

本研究では，実習が看護学生の精神障害者観に及ぼす影響について検討するため，実習前・後の精神障害者観としてレポートに高頻度で記述されている語群を特定し，実習前・後の精神障害者観の特徴およびその相違点を語群レベルで明らかにすることを試みた。分析の結果，実習前の精神障害者観としてネガティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた一方，実習後の精神障害者観としてニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた。「怖い」「怖くない」を除き，実習前に出現頻度が高かった語群は実習後の記述では出現頻度が低かった。同様に，実習後に出現頻度が高かった語群は実習前の記述では出現頻度が低かった。すなわち，今回分析対象とした 232 名のレポートでは，実習前の精神障害者観としてネガティブな内容が，実習後の精神障害者観としてニュートラルもしくはポジティブな内容が記述される傾向があったことが窺える。以上の結果から，精神科での看護実習を通じ，学生の精神障害者観は概ねネガティブな内容からニュートラルもしくはポジティブな内容に変化したと考えられる。

「怖い」に代表される実習前のネガティ

ブな精神障害者観の中でも特徴的な語群として,「コミュニケーションがとりづらい」「何を考えているか分からない」「コミュニケーションがとれない」「会話ができない」など，精神障害者の対人関係上の困難や彼らを理解することの困難さに関する語群が出現頻度の上位を占めていた。この結果は，精神障害者との接触経験のある学生が少なく，学生が実習中の患者とのコミュニケーションに強い不安を感じていたことを反映していると思われる。また，実習前の学生は精神障害者に対し,「暴れる」「暴力を振るう」「叫ぶ」「怒鳴る」といった，身体的・言語的な暴力に関するイメージを根強く持っていることも窺える。ただし，今回分析対象とした看護学生のほとんどは女性であり，暴力などへの不安や恐れがより顕著にレポートにあらわれていた可能性も考えられる。以上より，精神障害者はコミュニケーションをとることが難しく，理解しづらくかつ暴力的であるといったネガティブなイメージを多くの学生が実習前に持っていたことが窺える。

一方，実習後の記述には,「怖くない」「普通」「私達と変わらない」など，学生が精神障害者を自分たちと大きく違わない一人の人間として捉えていることを窺わせる語群が出現頻度の上位を占めていた。「優しい」「素直」「純粋」「明るい」など，実習前の記述にはほとんどみられなかったポジティブなニュアンスの語群の出現頻度も高い。さらには,「苦しんでいる」「もっと知りたい」「辛い思いをしている」など，精神障害者への共感とも受け取れる語群も散見される。よって，わずか6日間の実習とはいえ，その間の体験を通じて，学生は精神障害者に対して実習前よりも好意的なイメージを持ったことが示唆される。

本研究では，実習前・後で共通して出現頻度が高かった語群として,「怖い」「怖くない」の2語が確認された。実習前の103名よりも大幅に減少しているものの,「怖い」という語は実習後も21名の学生が記述していた。この結果は学生の正直な回答であると考えることができるが，各学生が実習中に看護を担当した患者の疾患の重篤度などが影響している可能性も考えられる。しかしながら，多くの学生が，少なくとも実習前よりは精神障害者を「怖い」と感じなくなっている傾向は確認されたといえるであろう。また,「怖くない」という語群は実習後57名が記述していたが，実習前に「怖くない」と記述していた学生も15名みられた。彼らは，身内や友人に精神障害者がいるなど，他の学生よりも実習前の精神障害者との接触体験が多かった可能性が考えられる。しかしながら，本研究の全体的な傾向としては，多くの学生が実習前よりも精神障害者を「怖くない」存在であると感じていることが読み取れるであろう。

本研究の結果は，精神科実習を通じて看護学生の精神障害者観がネガティブな内容からニュートラルもしくはポジティブな内容に変化したことを示唆するものであった。精神科実習は看護学生が実際に精神障害者と接する貴重な啓発の機会であり，彼らの精神障害者観の形成および変容に大きな影響を与えることが示唆される。ただし，本研究では，実習前の精神障害者観については各学生が実習後に回想的に記述しており，記憶のバイアスの影響が完全には否定できない。また，実習が精神障害者観に及ぼす影響を考え

るうえで，今回の実習が精神障害者との初めての本格的な接触であったかどうかなど，学生が実習前にどの程度精神障害者との接触体験があったかを考慮する必要があろう。さらには，精神科実習を通じて変化したであろう精神障害者観がその後どの程度維持されるか，またそのような精神障害者観の変化が学生の精神障害者に対する行動の変容を促すかといった点についても今後検討していく必要がある。

E．結論

精神科実習を体験した看護学生 232 名が記述したレポートを分析した結果，実習前の精神障害者観としてネガティブなニュアンスの語群が，実習後の精神障害者観としてニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの語群が高頻度で記述されていた。一部の語を除き，実習前に出現頻度が高かった語群は実習後の記述では出現頻度が低かった。同様に，実習後に出現頻度が高かった語群は実習前の記述では出現頻度が低かった。以上の結果から，精神科での看護実習を通じ，学生の精神障害者観は概ねネガティブな内容からニュートラルもしくはポジティブな内容に変化したと考えられる。精神科実習は看護学生が実際に精神障害者と接する貴重な啓発の機会であり，彼らの精神障害者観の形成および変容に大きな影響を与えることが示唆される。

F．健康危険情報　なし

G．研究発表

1．論文発表　　なし

2．学会発表　　なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1．特許取得　　なし

2．実用新案登録　なし

3．その他　　なし

表 1　実習前の精神障害者観として出現頻度の高い語群および各語群の実習後の出現頻度

順位	語群	出現頻度（回） 実習前	実習後
1	怖い	103	21
2	暗い	22	2
3	コミュニケーションがとりづらい	21	2
4	怖くない	15	57
4	何を考えているか分からない	15	0
6	コミュニケーションがとれない	11	0
6	暴れる	11	0
8	どう接すれば良いか分からない	8	0
8	会話ができない	8	0
8	暴力を振るう	8	0
11	叫ぶ	7	1
11	何をするか分からない	7	0
11	関わりにくい	7	0
14	怒鳴る	6	0
15	近寄りがたい	5	0
15	自分の世界に入っている	5	0
15	怒る	5	0
15	不安	5	0
19	優しい	4	24
19	繊細	4	13
19	敏感	4	2
19	幻覚や妄想がある	4	0
19	大声を出す	4	0
19	分からない	4	0
19	無表情	4	0
19	理解が難しい	4	0
27	理解できない	3	1
27	思いもよらない行動をする	3	0
27	日常生活が送れない	3	0
27	普通でない	3	0
27	暴力的	3	0

表 2　実習後の精神障害者観として出現頻度の高い語群および各語群の実習前の出現頻度

順位	語群	出現頻度（回） 実習後	実習前
1	怖くない	57	15
2	優しい	24	4
3	怖い	21	103
3	普通	21	1
5	私達と変わらない	17	1
6	（1 人の）人間	14	0
7	繊細	13	4
8	素直	12	1
9	コミュニケーションがとれる	10	0
10	純粋	9	1
11	苦しんでいる	8	1
12	暗くない	7	2
12	傷つきやすい	7	2
12	明るい	7	2
12	もっと知りたい	7	0
16	会話ができる	6	0
16	健康な人と変わらない	6	0
18	辛い思いをしている	5	2
18	身近	5	1
18	個性がある	5	0
18	行動に意味がある	5	0
18	症状は様々	5	0
23	他科の患者さんと変わらない	4	1
23	理解できる	4	1
23	穏やか	4	0
23	気を使ってくれる	4	0
23	不安でない	4	0
28	温かい	3	2
28	気さく	3	1
28	1 人 1 人違う	3	0
28	こだわりがある	3	0
28	もっと接したい	3	0
28	私と違わない	3	0
28	親切	3	0
28	正直	3	0
28	他の人と変わらない	3	0
28	悩みを抱えている	3	0
28	落ち着いている	3	0

付録1　実習前・後の精神障害者観の記述と語群特定の例

1.　実習前の記述例（__部は特定された語群）

私は，実習する前は精神障害者に対して，妄想などの精神症状によりコミュニケーションが困難だろうというイメージを抱いていた。

私の精神病院に長期入院されている患者さんに抱いていたイメージは幻聴・妄想にとらわれている，暴れ（る）たり叫（ぶ）んだりする，もしくは無表情で意思が見られ（ない）ず，活動性が低下しているという両極端なものであった。

2.　実習後の記述例（__部は特定された語群）

しかし，実際に患者さんと関わってみると，精神疾患でない人と変わ（ら）~~りは~~な（い）かった。

他の患者さんとも接したり，クリスマス会での様子も見学し，精神障害のある方は純粋で優し（い）く，素直な方が多いということがわかりました。

平成20年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
研 究 班 名 簿

研究代表者	竹島　正	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究分担者	白石　弘巳	東洋大学ライフデザイン学部
	山下　俊幸	京都市こころの健康増進センター
	中澤　誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所
	野中　猛	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
	千葉　潜	青南病院
	立森　久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	長尾　卓夫	高岡病院
	須藤浩一郎	土佐病院
研究協力者	渥美　浩子	NPO法人地域精神保健福祉支援ﾈｯﾄﾜｰｸ駒来の家
	有海　清彦	山形県精神保健福祉センター
	安西　信雄	国立精神・神経センター病院
	池淵　恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
	伊勢田　堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
	伊藤　弘人*	国立精神・神経センター精神保健研究所
	伊藤　哲寛	北海道立緑が丘病院
	伊藤　真人	川崎市精神保健福祉センター
	岩井　和子	星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻
	岩下　覚	桜ヶ丘記念病院
	上ノ山一寛	日本精神神経科診療所協会
	上原　久	社会福祉法人聖隷福祉事業団
	上山　泰	筑波大学法科大学院
	宇田　英典*	鹿児島県大隅地域振興局
	浦島　崇	東京慈恵会医科大学小児科
	越後　茂之	国立循環器病センター小児科
	大嶋　正浩	メンタルクリニックダダ
	大谷　京子	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
	大山　勉	川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課
	岡崎　伸郎	仙台市精神保健福祉センター

小野　隆志　南東北病院小児心臓血管外科
小野　安生　静岡県立こども病院循環器科
賀籐　均　東京大学医学部小児科
萱間　真美*　聖路加看護大学精神看護学研究室
木全　和巳　日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科
工藤　恵道　南東北病院小児科
黒田　安計　さいたま市こころの健康センター
桑原　寛　神奈川県精神保健福祉センター
河野　稔明　国立精神・神経センター精神保健研究所
小山明日香　国立精神・神経センター精神保健研究所
小山耕太郎　岩手医科大学病院循環器医療センター小児科
斎藤　治*　国立精神・神経センター武蔵病院
佐々川洋子*　神奈川県保健福祉部障害福祉課
佐地　勉　東邦大学医療センター大森病院小児科
里見　元義　長野県立こども病院循環器科
白川　教人　横浜市こころの健康相談センター
城尾　邦隆　九州厚生年金病院小児科
助川　征雄　聖学院大学人間福祉学部
高山　京子　障がい者総合支援センター元浜事業所
瀧　誠　愛知淑徳大学医療福祉学部福祉貢献学科
田引　俊和　北陸学院大学人間総合学部社会福祉学科
築島　健　札幌こころのセンター
弟子丸元紀　益城病院
中島　豊爾*　岡山県精神科医療センター
中島　弘道　千葉県こども病院循環器小児科
長瀬　幸弘　たかつきクリニック
中谷　武嗣　国立循環器病センター臓器移植部
中西　敏雄　東京女子医科大学循環器小児科
長縄　献　日本福祉大学大学院
長沼　洋一　国立精神・神経センター精神保健研究所
二本柳　覚　日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター
野田　哲朗*　大阪府健康福祉部地域保健福祉室
箱田　琢磨　国立精神・神経センター精神保健研究所
長谷川　忍　千種・名東障害者地域生活支援センターひまわり
八田耕太郎　順天堂大学
羽藤　邦利*　代々木の森診療所

馬場　清	倉敷中央病院小児科
浜岡　健城	京都府立医大小児疾患研究施設
原　　敬造	原クリニック
平田　豊明	静岡県立こころの医療センター
福重淳一郎	福岡市立こども病院・感染症センター
福嶋　教偉	大阪大学医学部附属病院移植医療部
藤井　潤	栗田病院
藤田　大輔	岡山県精神保健福祉センター
布田　伸一	東京女子医科大学東医療センター内科
益子　茂	東京都立精神保健福祉センター
松島　正気	社会保険中京病院循環器小児科
松田ひろし	医療法人立川メディカルセンター柏崎厚生病院
松原　三郎*	松原病院
三木恵美子	横浜法律事務所
水野　雅文	東邦大学医学部精神神経医学講座
溝口　明範	溝口病院
村上　智明	北海道大学病院小児科
村上　保夫	榊原記念病院院長
森　　隆夫	あいせい紀年病院
森嶋　重弘	南東北病院小児心臓血管外科
康井　制洋	神奈川県立こども医療センター院長
八尋　光秀	西新共同法律事務所
山口　みほ	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
山田　恭子	佛教大学保健医療技術学部作業療法学科
吉住　昭	国立花巻病院
吉田みゆき	同朋大学社会福祉学部社会福祉学科

(*：フォローアップ調査委員会委員)

(50 音順)

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
平成 20 年度総括・分担研究報告書

発　行　日　平成 21（2009）年 3 月
発　行　者　「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
研究代表者　竹島　正
発　行　所　国立精神・神経センター精神保健研究所
〒187-8553　東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL：042-341-2712(6209)　FAX：042-346-1950