学部教育における看護学生のメンタルヘルスと関連要因

岩永喜久子[1]・後藤　有紀[2]・宮崎　晴佳[3]・増本　紘子[4]

要　旨　本研究の目的は，学部教育を受けている看護学生のメンタルヘルスの関連要因を明らかにすることである．A大学医学部保健学科看護学専攻１年次生71名，２年次生70名，３年次生82名，４年次生77名の学生計300名（分析対象211名）を対象に質問紙調査を行なった．内容は，General Health Questionnaire (GHQ-12)，学校生活に対する意識，臨地実習ストレス尺度，対処行動などである．精神的に不健康とされる学生は全体の３割以上であり，その関連要因は，消極的対処行動，実習ストレス，仲間意識であった．今後，特に，一人暮らしをしている学生や実習における情緒的サポート体制の重要性が示唆された．

保健学研究 20(1): 39-48, 2007

Key Words　：　看護学生，精神健康状態，GHQ-12，実習，要因

（2007年６月18日受付
2007年８月27日受理）

はじめに

本邦における看護学士課程教育は1952年，高知女子大学によって始められたが，1990年代に入るまで看護学士課程を置く大学はわずか11校であった[1]．しかし，その後めざましい勢いで増加し，2006年144校となった[2]．そのうち，日本看護系大学協議会に加盟している大学の設置主体は国立大学法人42校，公立42校，私立58校[3]である．2006年看護師学校・養成所の入学状況は，大学の競争率が4.5倍と最も高く，同年の卒業者数は8,091人となっている[2]．大学化の背景には少子・高齢社会の影響や，1992年の国の政策である「看護師等の人材確保の促進に関する法律」として看護教育の充実が推進されることとなった[4]．その基本方針は「近年の医学・医療の進歩・発展に伴う高度化・専門分化等に十分対応しうる看護の専門的知識・技術と豊かな人間性や適確な判断力を有する資質の高い看護師等を大学において養成することが社会的に要請されている」とされた[4]．そのため，看護基礎教育における技術教育の充実が求められ，看護基本技術項目（2002)[5]や技術教育のあり方に関する検討会（2003)[6]の報告書が出された．2004年に「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」[7]が出され，各看護系大学は自大学の教育活動の充実のための指標となった．現在，看護基本技術項目における個々の学生の卒業時の到達度は，その到達度レベルによって評価されるようになったが，「一人でできる」レベルの技術項目数が少なく，臨床の現場では医療事故や新人の早期離職などの要因となっている．

以上のような背景から，看護学教育における臨地実習は重要な要素として位置づけられ，また大きな特徴とされている．履修単位数，時間数ともに多い授業科目である．しかし，学生にとって臨地実習はストレスフルであり[8]，意欲低下に関する報告[9]などもなされている．ストレスの軽減がうまくできず慢性化すると，無力感や自己効力感の低下をきたし効果的な対処行動がとれなくなる[10]．４年制大学看護学生のメンタルヘルスに関する報告は少ないが，A大学看護学生では実習，睡眠，将来，学業，サポート，クラブ活動などが関連していた[11]．

＜A大学医学部保健学科看護学専攻の専門教育概要＞

A大学医学部保健学科は看護学，理学療法学，作業療法学の３専攻があり，教育理念として，高度な専門的知識・技術を習得し，自立性と社会性を身につけた創造性豊かな，社会に貢献できる資質の高い医療専門職者を育成することと，チーム医療における専門職としての幅広い社会的活動及び国際的医療活動ができる能力を養うことを目標としている[12]．さらに，看護学専攻では，「人間」「健康」「環境」「看護」の４つのコンセプトを柱に専門科目が組まれている．看護学は，看護理論を通して看護の特徴を学び，専門知識を深めるとともに，看護実践から看護技術，対象との人間的関わり，コ・メディカル専門職との協調など看護の場におけるコミュニケーションの重要性を学ぶ．

Ⅰ．研究目的

学部教育を受けている看護学生のメンタルヘルスの関連要因を明らかにすることを目的とした．

1　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
2　医療法人財団青渓会駒木野病院
3　独立行政法人国立病院機構長崎医療センター
4　千葉県済生会習志野病院

Ⅱ．研究方法

１．対象

Ａ大学医学部保健学科看護学専攻１年次生71名，２年次生70名，３年次生82名，４年次生77名の学生計300名を対象とした．

２．調査実施時期の対象学年の授業科目単位取得状況と実習概要

１）授業科目の単位取得状況

看護学専攻の卒業要件は135単位を取得することである．調査実施時点におけるその学年の必修科目の取得単位数を各学年で示す．１年次生は全学教育における教養科目が多く，専門科目では唯一看護学原論を修了し５単位を取得している．なお実習は受けていない．２年次生は精神看護学概論，母性看護学概論などの専門科目18単位を新たに取得し基礎看護学実習Ⅰを修了している．３年次生は専門基礎科目の臨床遺伝学や地域看護学概論など30単位を新たに取得し，基礎看護学実習Ⅱを修了している．４年次生は主に３年次後期から始まる実習科目が多く，成人看護学実習Ⅰ・Ⅱ，地域看護学実習Ⅰなど新たに21単位を取得している．

２）看護基礎教育実習概要

必修の全実習単位数は23単位1035時間であり，基礎看護学実習や各領域別実習はＡ大学の附属病院で行われる．学生はそれぞれの領域の特徴を示す実習目的に沿って患者1名を受け持ち，患者の看護過程を展開しながら看護を学ぶ．また地域看護学や小児看護学では一部学外においても実習が行なわれる．さらに，選択科目の助産学実習では６単位270時間が追加される．

３．調査方法

１）方法

留め置き法による無記名の自記式質問紙調査を行なった．

２）データ収集方法

調査実施期間は2006年７月18日～８月28日であり，対象には，学年ごとに集合教育の授業が終わった教室で，倫理的配慮に関するインフォームド・コンセントを行なった後，承諾を得て質問用紙を配布した．留め置き法としたが，すぐ回答できた学生に対してはその場に回収箱を設置して回収した．留め置き法では，所定の鍵がかかるボックスに個人で投函してもらい回収した．

４．調査内容

１）精神健康状態

英国のGoldbergらが開発し，中川らによって邦訳されたGeneral Health Questionnaire（GHQ）[13] は精神健康状態の有効な測定尺度であり，抑うつ症や神経症などが測定できるとされている．本邦においては信頼性や妥当性が検証され，一般大学生の不安と無気力の調査[13] や，ストレスの認知[14]，太田の原子爆弾被爆住民の長期経過後の精神的影響[15] などに使用されている．本研究では12項目（以後，GHQ-12とする）[16] を使用し，普段の精神健康度状態を測定した．質問項目は『いつも緊張していますか』『ものごとに集中していますか』など12項目であり，４段階回答により０－０－１－１法で採点した．12点満点のうち，「０または１点を低得点，２または３点を中得点，４点以上を高得点」[16] とされているが，本研究では，低得点と中得点を合わせて低得点群，４点以上を精神健康度不良の高得点群として分類した．

２）大学生活に対する意識

二宮の学校生活に対する意識の尺度[17] 26項目を使用した．学校適応―脱学校（学校適応；15項目）と，仲間意識―孤立志向（仲間意識；11項目）の２種類の質問項目から構成されている．学校適応の質問項目は，『今の学校生活に満足している』『学校での勉強は，将来の生活や職業に役立つと思う』などがあり，仲間意識には，『友達と一緒にいるのが楽しい』『友だちとできるだけ交わるようにしている』などの質問項目がある[17]．信頼性係数はそれぞれα＝0.84，0.75である．５段階評価で，「非常にあてはまる」５点，「かなりあてはまる」４点，「どちらともいえない」３点，「あまりあてはまらない」２点，「全くあてはまらない」１点とした．ただし，逆転項目では評定点を逆転するため，「非常にあてはまる」１点「全くあてはまらない」５点とした[17]．それぞれ得点が高いほどより学校に適応していると仲間意識が高いと判定した．

３）臨地実習に対する認識

臨地実習に対する認識について，正村ら[18] の臨地実習ストレス測定尺度（実習ストレス）55項目を参考に，看護学生，臨地実習指導者，指導教員に関する21項目を採用した．『ナースに怒られた』『指導教員の質問に答えられず困った』などの質問項目の状況に，「出会わなかった」場合には０点，ストレスを「全く感じなかった」１点，「時々感じた」２点，「まあまあ感じた」３点，「頻回に感じた」４点，「適応できないほど感じた」５点の６段階評価とした．加算した数値が高いほど認知したストレスの程度が高く60点以上を高得点群とした．各学年とも調査時期まで経験した実習すべてを対象として印象に残ったものを回想して答えてもらった．

４）実習時の対処行動

宗像ら[10] の積極的・効果的対処行動尺度（以後積極的対処行動とする）12項目と，消極的・悪循環的対処行動尺度（以後消極的対処行動とする）22項目を使用した．積極的対処行動尺度には『信頼できる人に相談した』『気分転換のため軽い運動をした』の質問項目があり，消極的対処行動尺度には『機嫌が悪いとつい人を責めてしまった』『物事に取りかかる前にいろいろと心配した』

などがある．どちらも３段階評価で，積極的対処行動尺度は，「たいていそうする」「しばしばそうする」を１点，「そうしない」を０点とし，加算して７点以上の場合は効果的な対処行動がうまくできているとされている（信頼性係数α＝0.6489）．また，消極的対処行動尺度は，「かなりそうである」を１点，「まあまあそうである」「そうでない」を０点とし，加算して３点以上の場合，消極的対処行動が多くみられるとされている（信頼性係数α＝0.6804）．

５）属性

学年，性別，生活形態，大学受験時に第一志望としていた学部・学科・専攻（以後，受験時希望学部・学科・専攻とする）と，睡眠時間，クラブ活動，アルバイトの７項目を調査した．なお，実習を経験した２年次生から４年次生に対しては，実習期間中の睡眠時間，クラブ活動，アルバイトについても尋ねた（以後，調査時の記載を睡眠時間，クラブ活動，アルバイトとする）．

５．分析方法

実習ストレス尺度得点と各要因との関連はピアソンの相関係数，精神健康状態との関連要因についてはロジステイック回帰モデルによるオッズ比（OR）および95%信頼区間（95%CL）を求め，学年間の比較には一元配置分散分析とGHQ項目別得点間比較ではMann Whitney U検定を行った．有意水準は５%未満とし，統計処理にはDr SPSSⅡfor Windows（2）を用いた．

６．倫理的配慮

本大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認を得て行った．対象には，調査の趣旨及び，調査への参加・協力は自由であり，参加しても途中で中断することは可能であり，参加・不参加に関わらず学業成績などに支障をきたさず，不利益をこうむらないこと，結果の処理はコンピューターによる統計学的処理を行うため個人の特定はできず，プライバシーを遵守すること，研究結果はまとめて公表するが研究以外の目的では使用されないこと等を書面と口頭により説明し了承を得た．

Ⅲ．結　　果

回答者215名（回収率71.7%）の中から，記入漏れのあるものを除外した有効回答者211名（有効回答率70%，男性16名，女性195名）を分析対象とした．

１．属性

生活形態では，126名（59.7%）が一人暮らしをしており，次いで家族と同居79名（37.4%）であり，平均睡眠時間は平日6.1時間，休日8.3時間，実習時4.6時間であった．調査時クラブ活動をしていたものが108名（51.2%），実習中では21名（10.0%）であり，調査時105名，実習中41名がアルバイトをしていた．受験時希望学部・学科・専攻では，看護学専攻（以後看護学とする）の144名（68.3%）が最も多く，次いで理学療法学専攻（PT）・作業療法学専攻（OT）（以後PT・OTとする）26名（12.3%），その他21名（10.0%），医学科と薬学部それぞれ10名（4.7%）の順であった（表１）．

２．全学生の精神健康状態

１）各要因別GHQ-12平均得点状況

GHQ-12の平均得点は，対象全体では3.70±3.52であり，性別では男性3.81±3.43，女性2.89±3.15，学年別では１年次生2.68±3.24，２年次生2.65±2.63，３年次

表１． 対象の属性

項目		１年次生	２年次生	３年次生	４年次生	全体
	n	69 (32.7)	57 (27.0)	35 (16.6)	50 (23.7)	211 (100)
性別（人）	男性	7 (10.1)	3 (5.3)	2 (5.7)	4 (8.0)	16 (7.6)
	女性	62 (89.9)	54 (94.7)	33 (94.3)	46 (92.0)	195 (92.4)
生活形態（人）	一人暮らし	44 (63.8)	31 (54.4)	22 (62.9)	29 (58.0)	126 (59.7)
	家族と同居	20 (29.0)	26 (45.6)	13 (37.1)	20 (40.0)	79 (37.4)
	下宿・その他	5 (7.2)	0	0	1 (2.0)	6 (2.9)
平均睡眠時間（時間）	平日	6.0	6.0	5.9	6.6	6.1
	休日	8.0	8.4	8.5	8.6	8.3
	実習時	－	5.1	4.2	4.2	4.6
クラブ活動中（人）	調査時	48 (69.6)	35 (61.4)	9 (25.7)	16 (32.0)	108 (51.2)
	実習時	－	10 (17.5)	4 (11.4)	7 (14.0)	21 (10.0)
アルバイト中（人）	調査時	20 (29.0)	38 (66.7)	15 (42.9)	32 (64.0)	105 (49.8)
	実習時	－	11 (19.3)	9 (25.7)	21 (42.0)	41 (19.4)
受験時希望学部･学科･専攻	看護学	44 (66.7)	38 (66.7)	23 (65.7)	37 (74.0)	144 (68.3)
	医学科	1 (1.4)	4 (7.0)	1 (2.9)	4 (8.0)	10 (4.7)
	薬学部	4 (5.8)	4 (7.0)	2 (5.7)	0	10 (4.7)
	PT・OT	10 (14.5)	8 (14.0)	4 (11.4)	4 (8.0)	26 (12.3)
	その他	8 (11.6)	3 (5.3)	5 (14.3)	5 (10.0)	21 (10.0)

PT：理学療法学　OT：作業療法学　（　　）%

生2.97±3.28，４年次生3.7±3.52であった．生活形態における一人暮らしでは3.13±3.22，受験時希望学部・学科・専攻別では，看護学2.47±3.0，PT・OT3.65±3.42，医学科4.30±2.58，薬学部3.80±3.08，その他4.43±3.64であった（表２）．

２）GHQ-12の各質問項目得点者数と割合

全学生211名がGHQ-12の各質問項目に対して，「いつもより多い」や「特に多い」などの回答をした頻度とその割合では，質問項目11.『自信をなくしますか』の74名（35.1%）が最も多く，次いで質問項目７.『いろんな問題を解決できなくて困りますか』72名（34.1%），質問項目４.『何か有益な役割を果たしていると思いますか』（逆転項目で，「いつもより少ない」や「いつもよりずっと少ない」と回答した頻度）の65名(30.8%）であった．低得点群139名（65.9%）では，質問項目７.『いろんな問題を解決できなくて困りますか』23名(16.5%）が最も多かった（表３）．高得点群72名（34.1

表２．各要因別GHQ-12得点の比較

n＝211

因子			n	平均得点	SD	p値
全体				3.70	3.52	
性別		男性	16	3.81	3.43	0.760
		女性	195	2.89	3.15	
学年		１年次生	69	2.68	3.24	0.285
		２年次生	57	2.65	2.63	
		３年次生	35	2.97	3.28	
		４年次生	50	3.7	3.52	
生活形態		一人暮らし	126	3.13	3.22	0.189
		家族と同居	79	2.53	2.97	
		下宿	5	5.00	4.36	
		その他	1	6.00	6.00	
受験時希望学部･学科･専攻		看護学	144	2.47	3.00	0.042
		PT・OT	26	3.65	3.42	
		医学科	10	4.30	2.58	
		薬学部	10	3.80	3.08	
		その他	21	4.43	3.64	
クラブ活動	調査時	している	108	3.03	3.15	0.530
		していない	103	2.89	3.20	
	実習時（n＝142）	している	21	3.19	3.09	0.585
		していない	121	3.08	3.16	
アルバイト	調査時	している	105	2.67	3.23	0.789
		していない	106	3.25	3.01	
	実習時（n＝142）	している	41	3.39	3.60	0.121
		していない	101	2.98	2.94	

1-Way Anova Tukcy, Kruskal Wollis, T test

表３．GHQ-12項目別得点者と割合

項目	全体			低得点群		p値	高得点群	
	n 211	%	平均±SD	n 139	% 65.9		n 72	% 34.1
１．心配事のために睡眠時間が減ったことがありますか	56	26.5	0.26±0.44	20	14.4	＊	36	50.0
２．いつも緊張していますか	34	16.1	0.16±0.36	8	5.8	＊	26	36.1
３．ものごとに集中できますか	60	28.4	0.28±0.45	18	12.9	＊	42	58.3
４．何か有益な役割を果たしていると思いますか	65	30.8	0.30±0.46	18	12.9	＊	47	65.3
５．自分の問題に立ち向かうことができますか	37	17.5	0.17±0.38	7	5.0	＊	30	41.7
６．物事について決断できると思いますか	32	15.2	0.15±0.35	8	5.8	＊	24	33.3
７．いろんな問題を解決できなくて困りますか	72	34.1	0.34±0.47	23	16.5	＊	49	68.1
８．全般的にまあ満足していますか	44	20.9	0.20±0.40	1	0.7	＊	48	59.7
９．日常生活を楽しむことができますか	41	19.4	0.19±0.39	6	4.3	＊	35	48.6
10．不幸せで憂うつと感じますか	58	27.5	0.27±0.44	12	8.6	＊	46	63.9
11．自信をなくしますか	74	35.1	0.35±0.47	17	12.2	＊	57	79.2
12．自分は役にたたない人間だと感じることがありますか	52	24.6	0.24±0.43	8	5.8	＊	44	61.1

＊：Mann Whitney U test $p<0.0001$

注：質問項目３：ものごとに集中できますか，質問項目５：自分の問題に立ち向かうことができますか，質問項目６：物事について決断できると思いますかでは，「いつもよりできない」，「いつもよりずっとできない」と回答した頻度である．質問項目４：何か有益な役割を果たしていると思いますか，質問項目９：日常生活を楽しむことができますかでは，「いつもより少ない」，「いつもよりずっと少ない」と回答した頻度である．質問項目８：全般的にまあ満足していますかでは，「いつもほどではない」，「いつもよりそう思わない」と回答した頻度である．

%）については，後述する．

３）全学生の精神健康状態への関連要因

学生の精神健康度への関連を，GHQ-12得点を従属変数として，学年，睡眠時間，クラブ活動，生活形態，大学適応，受験時希望学部・学科・専攻，実習ストレス，積極的対処行動，消極的対処行動を独立変数にロジステイック回帰分析を行なった．オッズ比はいずれも小さかったが，受験時希望学部・学科・専攻（p＝0.026，OR＝1.383，95%CL＝1.039～1.842），実習ストレス（p＝0.014，OR＝1.046，95%CL＝1.009～1.084），消極的対処行動（p＝0.009，OR＝1.229，95%CL＝1.053～1.436）では有意に関連していた（表４）．

これら関連があった３項目について同じようにロジステイック回帰分析により検討した．受験時に看護学専攻以外の学部・学科・専攻を希望していたと回答した67名では，実習ストレス（p＝0.010，OR＝1.173，95%CL＝1.039～1.325），消極的対処行動（p＝0.038，OR＝1.716，95%CL＝1.031～2.854）で有意に関連していた．また，クラブ活動をしていた者はしていなかった者より約４倍，一人暮らしより下宿・その他の生活形態の者が約3.5倍精神健康状態が悪くなっていた（表５）．

消極的対処行動を多くとった消極的対処行動高得点群76名の精神健康状態へのオッズ比と95%信頼区間では，実習時にクラブ活動をしていた者はしていなかった者より約1.5倍，受験時他学部・学科・専攻を希望していた者は看護学専攻希望の学生より約1.8倍（p＝0.004，95%CL＝1.213～2.679）精神健康状態に影響を与えていた（表６）．

さらに，実習ストレスは，GHQ得点（ｒ＝0.404）と

表４．全学年の精神健康状態に関するオッズ比と95%信頼区間

因子	p値	オッズ比	95%信頼区間
学年	0.332	0.772	0.458～1.320
睡眠時間	0.637	1.001	0.996～1.007
クラブ活動	0.690	1.197	0.495～2.893
生活形態	0.530	0.776	0.352～1.713
大学適応	0.207	0.950	0.877～1.029
受験時希望学部・学科・専攻	0.026	1.383	1.039～1.842
実習ストレス	0.014	1.046	1.009～1.084
積極的対処行動	0.171	0.880	0.733～1.057
消極的対処行動	0.009	1.229	1.053～1.436

ロジステイック回帰モデル

表５．受験時看護学専攻以外の学部・学科・専攻を希望した学生の精神健康状態に関するオッズ比95%信頼区間

ｎ＝67

因子	p値	オッズ比	95%信頼区間
学年	0.347	0.759	0.132～2.038
睡眠時間	0.158	0.992	0.982～1.003
クラブ活動	0.245	4.112	0.379～4.653
生活形態	0.188	3.467	0.545～2.065
大学適応	0.236	0.217	0.017～2.710
実習ストレス	0.010	1.173	1.039～1.325
積極的対処行動	0.606	0.899	0.600～1.347
消極的対処行動	0.038	1.716	1.031～2.854

ロジステイック回帰モデル

表６．消極的対処行動高得点群の精神健康状態に関するオッズ比と95%信頼区間

ｎ＝76

因子	p値	オッズ比	95%信頼区間
学年	0.496	1.241	0.666～2.312
睡眠時間	0.158	0.995	0.988～1.002
クラブ活動（実習時）	0.595	1.473	0.353～6.143
アルバイト（実習時）	0.235	0.491	0.152～1.588
受験時希望学部・学科・専攻	0.004	1.803	1.213～2.679
積極的対処行動	0.391	0.897	0.725～1.110
生活形態	0.628	0.780	0.285～2.132

ロジステイック回帰モデル

関連があり，他に睡眠時間（r＝－0.264），消極的対処行動（r＝0.355），学校適応（r＝－0.192）と相関していた（表７）．

３．GHQ高得点群の精神健康状態

１）高得点者の頻度と割合

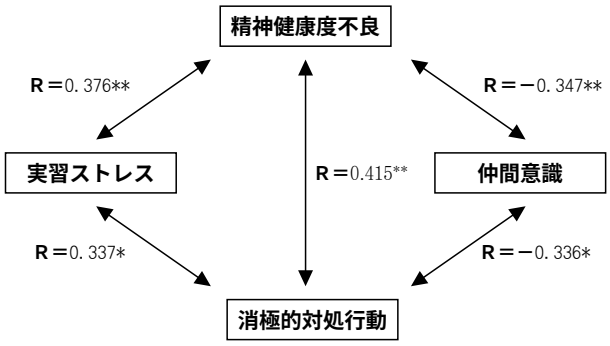
GHQ-12による４点以上の高得点者は72名（34.1%）であり，女性が90.3%を占め，学年別では１年次生23名（31.9%），２年次生20名（27.8%）の順に多かった．また，生活形態では一人暮らしが48名（66.7%）であり，受験時の希望学部・学科・専攻では看護学の38名（52.8%）であった（表８）．

２）GHQ-12の各質問項目得点者数と割合

GHQ-12質問項目の得点者数とその割合では，全項目において低得点群に比し有意に差が認められ（p＜0.0001），12項目中８項目で50%以上が負の回答を行なっていた．特に，質問項目11の『自信を持てない』者57名（79.2%），質問項目７の『いろんな問題を解決できなくて困っている』者49名（68.1%），質問項目４の『何か有益な役割を果たしていると思えない』者47名（65.3%）であった（表３）．

３）精神健康状態への関連要因

高得点群の精神健康状態への関連要因として，実習ストレス（r＝0.376，p＜0.01），消極的対処行動（r＝0.415，p＜0.01）に正の相関があり，仲間意識（r＝－0.347，p<0.01）に負の相関があった．また，実習ストレスと消極的対処行動（r＝0.337，p＜0.05）に正の相関があり，消極的対処行動と仲間意識（r＝－0.336，p＜0.05）に負の相関が認められた（図１）．性別，学年，平日と実習時の睡眠時間，平日と実習時のクラブ活動，平日と実習時のアルバイト，生活形態，大学適応，受験時希望学部・学科・専攻には，相関は認められなかった．



Pearsonの相関係数　**p＜0.01　*p＜0.05

図１．GHQ高得点群の精神健康状態と要因の相互関連

表７．実習ストレスと各要因との関連

項目	睡眠時間	GHQ得点	積極的対処行動	消極的対処行動	学校適応	仲間意識
相関係数	－0.264**	0.404**	－0.032	0.355**	－0.192*	－0.057

Peasonの累積相関係数　**p＜0.01　*p＜0.05

表８．GHQ高得点者の属性

n＝72

項目		１年次生	２年次生	３年次生	４年次生	全体
	n	23（31.9）	20（27.8）	11（15.3）	18（25.0）	72（100）
性別（人）	男性	7（10.1）	2（10.0）	2（18.2）	4（8.0）	7（9.7）
	女性	62（89.9）	18（90.0）	9（81.8）	46（92.0）	65（90.3）
生活形態（人）	一人暮らし	16（69.6）	11（55.0）	11（100.0）	10（55.6）	48（66.7）
	家族と同居	4（17.4）	9（45.0）	0	7（38.9）	20（27.8）
	下宿・その他	3（13.0）	0	0	1（5.6）	4（5.6）
平均睡眠時間（時間）	平日	5.9	6.0	5.6	5.6	6.1
	休日	7.8	8.7	8.1	8.0	8.3
	実習時	－	5.1	3.6	3.6	4.6
クラブ活動中（人）	調査時	17（73.9）	12（60.0）	4（36.4）	5（27.8）	38（43.1）
	実習時	－	2（10.0）	1（9.1）	7（14.0）	21（10.0）
アルバイト中（人）	調査時	1（4.3）	31（65.0）	7（63.6）	10（55.6）	31（43.1）
	実習時	－	4（20.0）	7（63.6）	21（42.0）	41（19.4）
受験時希望学部･学科･専攻	看護学	13（56.5）	9（45.0）	6（54.5）	10（55.6）	38（52.8）
	医学科	1（4.3）	2（10.0）	1（9.1）	2（8.0）	6（8.3）
	薬学部	1（4.3）	3（15.0）	0（0）	0（0）	4（5.6）
	PT・OT	6（26.1）	4（20.0）	2（18.2）	2（11.1）	14（19.4）
	その他	2（8.7）	2（10.0）	2（18.2）	4（22.2）	10（13.9）

PT：理学療法学　OT：作業療法学　（　）%

Ⅳ．考　　察

１．対象の属性について

看護学生211名のうち，約60％の学生が一人暮らしをしており，GHQ高得点者の中でも同様に，一人暮らしは家族と同居などの他の生活形態より多く66.7％（48名）を占めていた．少子化時代に育ち家庭で大切に育てられた学生たちは，それまでの保護された生活から一転して，一人暮らしとなり生活基盤を支える炊事・洗濯・掃除などを行わなければならない．学業もさることながら，日常生活自体の心配をしながら大学生活を送っていたのではないかと推察させる．Ａ大学学生集団そのものが，今日の青年の特徴[19,20]として挙げられているような，核家族化で世代が異なる多くの人々と交流の機会も少なく，①人間関係を学習する機会が減少している，②多様な人々とのコミュニケーションを苦手とする若者が多い，③受験勉強中心の生活であり，家庭内では家事に関することを行う機会が少ないまま親元を離れているなどの特徴を反映していることも考えられる．

本来ならば別の進路があり，他の学部・学科・専攻を受験し進学したかった学生は，やむを得ず看護学に入学したものか，入学後，授業を受けながら本来の自己が目指す専攻ではなかったと感じて回答したものは定かではないが，32％の学生が他の学部・学科・専攻を希望していた．PT・OT入学を希望していた26名の学生たちの中には，同専攻があるＡ大学の学内に一緒にいながら理学療法学や作業療法学を学んでいる学生を身近に見て，自分も学びたかった専攻であったと感じていた学生もいたと思われる．実際これまで進路変更のため退学した学生や，在籍しながらも本来の志望学部・学科・専攻を諦めきれず看護学専攻の学習に打ち込めず悩んでいた学生もいた．偏差値による受験競争の影響も考えられる．より明確に看護職を目指して入学する学生が多いと思われる単科の看護系大学や看護学部，あるいは専門学校とは異なり，偏差値により大学受験の決定がなされ，看護学を希望しなかった学生がＡ大学の看護学専攻で学んでいる現状もあると推測される．そのため，悩んでいる学生には，早期あるいは学生の状況に合わせたさらなる対応が求められていると考える．

２．GHQ高得点群の精神健康不良状態について

GHQ-12の項目別では，質問項目11の『自信をなくしますか』が80％と最も割合が高かった．割合が高かった項目から見える高得点群の学生像は，“自信をなくし，いろんな問題を解決できず困っており，何か有益な役割を果たしているとも思えない”状況が浮かぶ．これでは，学生生活に満足感を持てるはずもなく，質問項目８の『全般的にまあ満足していますか』では，低得点群の１名（0.7％）に対し，48名の約60％の学生が満足できない状態であった．

４点以上の高得点者の割合は72名（34.1％）であり，学年別では１年次生が23名，生活形態別では一人暮らしの学生が48名（66.7％）と最も多かった．GHQは軽微な精神疾患のスクリーニングが可能であることからすると，対応が必要な範疇にあったとも考えられる．これまで，気になる学生に対しては，アドバイザー制を超えて関わってきたが，それ以上の組織的な対応を行なったケースもあった．

このような状況は，看護学生に限られるものでもないと思われる．2007年５月の報道[21]では，Ｂ大学の心理相談室に持ち込まれる悩みのうち，心の問題にかかわる「適応相談」は05年度延べ4,984件と，99年度の同2,052件から倍増したと報じられた．そこでは，昼下がりの一時にコーヒー片手にコラージュの体験や，Ｃ大学においては学生による学生のための相談受付として，訓練を受けた学生によるピアサポートなどが行なわれており，効果が得られているとのことであった．また松本は[22]，看護学生を対象にストレスマネージメントとしてリラクゼーション法を行い，不安，抑うつ，不機嫌，怒り，無気力などが有意に軽減したことを報告している．このように，全学生を対象にしたストレス対処法の教育を行なうのも一策であると思う．

精神健康度不良の要因は，消極的対処行動（ｒ＝0.415），実習ストレス（ｒ＝0.376），仲間意識（ｒ＝－0.347）であった．消極的対処行動は，実習へのストレス（ｒ＝0.337）や仲間意識（ｒ＝－0.336）とも相関しており，質問項目の『チャレンジすることや新しい場所は避けようとする』『機嫌が悪いと，つい人をせめてしまう』『自分の達成したものにあまり満足しない』などの消極的対処行動を多くとった者は，実習へのストレスを多く感じ，仲間としての友人関係を築くことや相談もできず，精神健康度は良好とはいえない状態であった．

増田[23]は，家族機能不良群では，良好群に比し相談相手がいない割合は３割多かったと報告している．さらに，「自分が家族や周囲の人に必要とされているとは思えず，将来への希望や生きる喜びを見出すことができない者が約４倍多かった．これらの結果から，子どもにとっての家族機能は，小学，中学での学校適応のみならず，その後の成長過程においても対人関係や社会適応，生きる目標の獲得など多岐にわたって影響を与えていることがわかった」としている．今日の家族形態の変化から考えると，今後入学してくる学生の中にはこのような家族機能での環境下で育った学生が増加するのではないかとも思われる．これまで，筆者が経験した例では，人間関係や家族の悩みなどを抱えながら，決して親や友人に話せず一人で思い悩んでいる例が多かった．

一方，Ａ大学における長期に休学する学生や退学する学生の一つの要因として，進路志望の相違について懸念されていたが，本研究による高得点群の精神健康状態への関連要因として受験時希望学部・学科・専攻には相関は認められなかった．しかし，全学年を通しては要因と

して挙げられ，１年次生から３年次生までは33～34%の学生が受験時看護学以外への進学を希望していた．４年次生は26%台であったが，悩みながらも最高学年となって看護学専攻に絞ることができたのか，諦めたのか，本来の看護学志望の結果であったのか明確ではない．また，受験時看護学以外の学部・学科・専攻を希望していた群67名の精神健康度に及ぼす要因は実習ストレスと消極的対処行動であり，看護学志望の学生より約２倍消極的対応をしていた．もともと看護職は望んでおらず，臨地実習は苦痛であり，積極的な行動もとれず勉強する気にもならなかったのだろう．

受験生たちへ看護学教育の授業内容，特に臨地実習の学習内容や方法をさらに周知させることも必要であろう．また，本来の進路とは異なっていたとしても，看護学を学習することの意味，魅力，喜びなどを学生たちが感じられるよう，これまで以上に私たち教員も伝える必要もあると考える．彼らは社会やＡ大学にとっても資質の高い将来の看護職になる重要な人材である．大切に育てていきたい．しかし，一方では，彼らの卒業後の看護職の現場では，バーンアウトや新人の早期離職など多くの問題を有している．学生の間に，ある程度心身がしっかりした基盤を構築して卒業させることは，先述したような問題の解決や予防につながるのではないかと思われる．

３．臨地実習と精神健康状態について

実習ストレスは全学年において精神健康状態に影響を与えており（ｒ＝0.404），睡眠時間が少ないほど，消極的対処行動を多く取る傾向が強いほど，大学に適応できないほど，仲間意識が少ないほどその傾向が強かった．仲間意識が希薄である学生は，先述したように仲間，友人と人間関係を結ぶことが難しい．ところが，看護基礎教育においては，患者の看護，グループによる実習，チーム医療など他者との関わりを構築する重要な課題があり，同時にその能力が求められる．特に，実習では常に患者，家族，医療チームと積極的にコミュニケーションをとる必要がある．消極的対処行動しかできず，仲間意識も少なければ看護援助を行うにあたっては，対象の把握や知識・技術の不足のまま実習を行わなければならない．事故やヒヤリ・ハットへとつながる危険性もある．彼らの消極的対処行動もあいまって実習ストレス，精神健康度不良へと導かれたのではないかと思われる．

また，実習における看護過程の展開では実施できる看護技術が必要である．看護教育の場では技術教育の充実が求められ，たとえ実習であっても臨床現場における実際の患者の看護では確実な看護技術を教員や臨地実習指導者から要求される．しかし，学生は「一人でできる」項目の看護技術が極端に少ないため技術に対する不安が大きく，自分自身に技術力がないことを自覚している．このように，学生に求められる能力と学生自信の能力とのギャップが，実習ストレスとしてあらわれていたものと思われる．

さらに，実習ストレスは受験時看護学専攻を希望しなかった学生群や，GHQ高得点群で有意に精神健康度に影響を与えていた．学生の意見によると，実習中のストレスによって，辛さ，きつさにより食事が摂れない，眠れないなどの訴えが多く，うつ傾向となり精神科を受診した学生もいたようである．看護学生にとって実習での体験はトラウマとなる[24]ことも報告されており，実習ストレス軽減への対応が明らかとなった．

このような学生の現状を踏まえ理解した上で，今後，どのように学生のサポートをするかが課題である．その解決策の一つとして，学生が，『信頼できる人に相談する』『友人に助言を求めたり，助けてもらう』『気分転換のため軽い運動をする』『それをやり終えたとき，自分に何か褒美をあげる』などの積極的対処行動をより多くとることができるようになれば，過度の緊張状態や興奮が緩和され，問題解決が早まるのではないかと考える．また，全学年における実習ストレス測定尺度項目の得点が高かったものから，『記録物に時間がかかる』『病気や治療の知識がない』『ナースの質問に答えられない』『教官の質問に答えられない』などの順に挙げられた問題を，少しでも解決・改善ができれば実習ストレスは軽減されるのではないだろうか．教員や臨地実習指導者は，学生への情緒的なサポートと，道具的なサポートとしての実習前の知識・技術の確認と強化など，学生が安心して実習に臨めるような心身へのサポートを行なっていくことが大切であると考える．

調査を実施し，臨地実習や日常の教育においては，改めてケアリング的かかわりの重要性を感じた．つまり，ワトソンのケアリングカリキュラム[25]も一つの方策として参考になると思われる．教師自らを熟練した学習者と見なし，共に学ぶ姿勢である．すでに実践している教員や実習指導者もいると思われるが，われわれは学生が患者に行なう看護と学生の安全性の確認（確保）と，学生が安心して行なうことができる看護実践（看護過程の展開）を促進できる環境作りや実習の構造としての実習計画について整えることである．その一つひとつについて，学生との対話を通して共同学習者として共に学ぶ姿勢で実習に臨むことが大切であると考える．

Ⅴ．本研究の限界と課題

本研究は，全学年の看護学生の精神健康度に関する横断的調査であり，実習ストレス，消極的対処行動，仲間意識がその関連要因であった．実習ストレスについては２年次生から４年次生の実習の時期や期間は学年によって異なっており，調査にはそれぞれの学生の印象に残った実習でのエピーソードや，対処行動を回想して回答を求めた．そのため，学年毎の厳密な評価結果の算出や，精神健康度には本調査項目以外の複雑多岐にわたる多く

の要因が関連しているため，他の広範な項目の調査は困難であった．従って，看護学生全体として，あるいは学部生である看護学生としての一般化はできないが一つの指標となり得たと考える．

今後，対象を増やした横断的調査や縦断的調査により看護学生のメンタルヘルスの現状を明らかにしたうえで，実習ストレスについてはより良い実習の方策を探っていきたい．

Ⅵ．結　論

Ａ大学看護学生の精神健康状態について調査を行ったところ，精神的に不健康とされる学生は全体の３割以上であり，その関連要因は，消極的対処行動，実習ストレス，仲間意識であった．特に，一人暮らしをしている学生や，実習における今後の情緒的サポート体制の重要性が示唆された．

謝　辞

本研究を行うにあたり，調査にご協力いただきましたＡ大学医学部保健学科看護学専攻の学生諸子に深謝致します．

文　献

１）井部俊子，中西睦子：看護制度とは．看護管理学テキスト７　看護制度・政策論，中西睦子編集，日本看護協会出版会，東京，2004：73-93．
２）日本看護系大学協議会広報出版委員会：平成18年度事業活動報告書．日本看護系大学協議会事務局，千葉市，2007：39-69．
３）日本看護系大学協議会：平成18年度会員校一覧平成18年度日本看護系大学協議会名簿．日本看護系大学協議会事務局，千葉市，2006：1-245．
４）井部俊子，中西睦子：看護教育に関する政策．看護管理学テキスト７　看護制度・政策論，中西睦子編集，日本看護協会出版会，東京，2004：120-141．
５）看護学教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて．看護学教育の在り方に関する検討会報告，2002．
６）看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会（厚生労働省医務局看護課）：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書，2003．
７）看護学教育の在り方に関する検討会：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標，2005．
８）竹元仁美，中村和代：看護学生の日常生活とその認識に関する研究．第31回日本看護学会論文集看護教育，93-95，2000．
９）込田愛子，満間信江：看護学生の臨地実習の意欲に影響する要因，日本看護学会論文集看護教育，31：42-44，2000．
10）宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気．メジカルフレンド社，東京，2000：1-44
11）岩永喜久子：４年制大学看護学生のメンタルヘルスに関する臨地実習と日常生活要因．第37回日本看護学会論文集看護教育，24-26，2006
12）医学部保健学科学生の手引：長崎大学医学部保健学科，4，2007
13）中川泰彬，大坊郁夫：訳編質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用，国立精神衛生研究所，1981：1-160．
14）シェリフ多田野亮子，大田明英：血液透析患者におけるストレスの認知に関する研究．日本看護科学会誌，26(2)：48-57，2006
15）太田保之：原子爆弾被爆住民の長期経過後の精神的影響，臨床精神医学　増刊号：146-154，2002．
16）本田純久，柴田義貞，中根允文：GHQ-12項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング．厚生の指標，48：5-10，2001．
17）二宮克美：学校生活に対する意識の尺度．心理尺度ファイル，堀　洋道，山本真理子，松井豊編，垣内出版，東京，2000：573-376．
18）正村啓子，岩本美江子，市原清志，東玲子，藤澤怜子，杉山真一，國次一郎，奥田昌之，芳原達也：臨床実習中の看護学生のストレス認知とそれを規定する日常生活関連要因の検討．山口医学，52：13-21，2003．
19）堀喜久子：学生の気持ちを理解するために必要なこと．看護教育，35：415-417，1994．
20）橋元良明：変容する現代のコミュニケーション．教育と医学，49：9-10，2001．
21）朝日新聞：悩む学生を見捨てない「心のケア」大学が本腰．５月14日，2007．
22）松本明生：看護学生を対象としたストレスマネージメント教育の効果の検討．保健の科学，47：545-550，2000．
23）増田彰則，山中隆夫，武井美智子，平川忠敏，志村正子，古賀靖之，鄭忠和：家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について．心身医，44：903-909．2004．
24）新山悦子，佐藤健二：看護学生の実習によるトラウマ－自由記述の収集と分類－．第35回日本看護学会論文集看護教育，169-171，2004．
25）Em Olivia Bevis，Jean Watson：ケアリングカリキュラム看護教育の新しいパラダイム．安酸史子監訳，医学書院，東京，1999：158-198．

The Student Nurse's Mental Health and Relevant Factors in Faculty Education

Kikuko IWANAGA[1], Yuki GOTOH[2], Haruka MIYAZAKI[3], Hiroko MASUMOTO[4]

1 Department of Nursing Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
2 Medical Organization Comagino Hospital
3 National Hospital Organization Nagasaki Medical Center
4 Chiba Prefectural Saiseikai Narashino Hospital

Received 18 Jun 2007
Accepted 27 August 2007

Abstract The purpose of this study was to investigate relationships among mental health of the student nurse in faculty education. A questionnaire survey was conducted in a total of 300 (analysis object 211) nursing school students (71 first graders, 70 second graders, 82 third graders, 77 fourth graders) in A University School of Health Sciences. We examined General Health Questionnaire (GHQ-12), the school life scale, the clinical nursing practice stress scale and the coping. The student who makes unhealthy mentally was entire 3 tenths or more. It was related that negative coping, the clinical nursing practice stress and fellow consciousness. It was suggested that importance of the emotional support system in which living alone by themselves students and clinical nursing practice.

Health Science Research 20(1): 39-48, 2007

Key Words : student nurse, mental health, GHQ-12, clinical nursing practice