

看護学生の精神看護学実習における看護技術経験と主観的実習到達度

山下 亜矢子¹⁾*

1) 新見公立大学健康科学部看護学科

(2019年11月20日受理)

本研究の目的は、看護学生の精神看護学実習における看護技術経験と主観的実習到達度を明らかにすることにより、学修成果を評価し、教育への示唆を得ることである。

看護学生の精神看護学実習修了者52人を対象として、実習到達度に関する調査を2016年9月～2017年7月に実施した。調査内容は、配置病棟（開放病棟もしくは閉鎖病棟）、精神看護学実習終了時到達度チェックリストを設定した。データ分析は記述的統計手法を用いた。配置病棟は、閉鎖病棟と開放病棟の実習到達度について比較検討を行った。

主観的実習到達度において、最も到達度が高い項目は「対人関係を調節する技術」であり、到達度が低い項目は、「患者の安全を保つ技術」であった。今後の教育への課題として、自傷や他害に対するリスクアセスメント力向上のための教育方法を検討する必要性が示唆された。

(キーワード) 精神看護学実習、到達度、看護技術、看護学生

1 はじめに

看護系大学の急増に伴い、教育水準の維持向上が課題となっている。看護学教育において、地域包括ケアシステムの構築、多職種連携・チーム医療の推進、さらなる医療安全の要請等の社会の変化に対応し、看護師として必要となる能力を備えた質の高い人材養成が必要となる¹⁾。看護系大学数は1991年に11校であったものが、2019年には272校となった²⁾。2011年、学士課程における看護実践能力向上のために、文部科学省の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」にて、「学士課程におけるコアとなる看護実践能力と卒業到達目標」が示された³⁾。

看護系大学教員を対象とした「学士課程におけるコアとなる看護実践能力と卒業到達目標」の活用状況に関する調査⁴⁾によると、対象者の73.7%が「学士課程におけるコアとなる看護実践能力と卒業到達目標」を活用しており、活用していない者の活用しない理由として、個々の教員の周知・理解不足、関心・意識の低さなどが報告されている。

これらを背景に、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」において、大学の学士課程における看護師養成教育の充実と社会に対する質保証に資するための「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」（文部科学省、2017）⁵⁾が公表された。本カリキュラムの学修目標は、看護系人材（看護職）として求められる基本的な資質・能力として、学士課程における看護系人材としての資質・能力を獲得するための学修内容とその到達レベルが定めら

れている。この中で、臨地実習は、看護の知識・技術を統合し、実践へ適用する能力を育成する特別な学修形態であると示されている。また、精神看護に関する内容として、心のケアが必要な人々への看護実践にて、メンタルヘルスの概念は、健康な状態から疾患・障害を抱えた状態の連続線上にあり、心の健康をより良く保つためには、ライフサイクルを通じて多様な心のケアが必要であり、メンタルヘルス上の問題の予防、早期発見、治療、リハビリ（回復）を当事者の強み（ストレングス）を生かしながら支援するために必要な看護実践を学ぶことが示されている。

精神看護学実習の実際には、看護学生は主に精神科病院や地域で生活する精神障害や精神疾患を有する人を対象とした看護実践の基礎能力を養う。また、精神看護学実習においても他の領域と同様に「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」に基づき、実習が展開される。

精神看護学実習にて、看護学生は、精神障害のある対象と出会い、実習を展開する。看護学生は、精神看護学実習にて、対象との相互関係の中で、対象理解と自己理解を深めつつ、学生－患者間の治療的関係構築を目指す。精神看護学実習に関わる教員は、日々のカンファレンスや面接、実習記録などから、看護学生の実習達成度を把握し、学修効果を評価し、実習を展開する必要がある。

今回、看護学生の精神看護学実習における看護技術の経験と主観的実習到達度を明らかにすることにより、学修成果を評価し、教育への示唆を得ることを目的とし、調査を実施した。

*連絡先：山下亜矢子 新見公立大学健康科学部看護学科 718-8585 新見市西方1263-2

II 研究方法

1. 研究デザイン

横断調査

2. 対象校における精神看護学の教育概要

調査対象校の精神看護学の教育概要は、2年次前期に「精神看護学概論」、2年次後期に「精神看護学援助論」、「心の健康」、3年次後期～4年次前期に「精神看護学実習」がカリキュラムに設定されている。

3. 精神看護学実習の内容

調査対象校の精神看護学実習の目的として、①精神疾患や精神に障害をもつ人に対し、学生が自らを最大限に活かしながら関わることを学ぶ、②対象となる人との人間関係を媒介として展開される精神科看護の実践をとおり、対象理解と自己理解を深めながら、看護を展開できる能力と態度を養う、という2点を掲げ、実習を展開している。精神看護学実習の実習期間は、2週間である。精神看護学実習の日程を表1で示す。

4. 対象者

対象は、精神看護学実習修了後のA大学看護系大学生3～4年生の62人である。

5. データ収集期間

データ収集期間は、2016年9月～2017年7月である。

6. データ収集方法

精神看護学実習修了後に、対象者に対して精神看護学実習終了時到達度チェックリストの記載を依頼した。

7. 調査内容

調査内容は、配置病棟（開放病棟もしくは閉鎖病棟）、主観的実習到達度のための精神看護学実習終了時到達度チェックリストを設定した。

1) 精神看護学実習終了時到達度チェックリストの作成方法

精神看護学実習終了時到達度チェックリストは、「学士課程におけるコアとなる看護実践能力と卒業到達目標」と高橋らが作成した「精神看護学実習における技術到達度チェックリスト」⁶⁾を参考とし、精神看護学を専門とする大学教員2人にてディスカッションを繰り返し、精神看護学実習における到達度に必要とされる項目を設定した。

2) 精神看護学実習終了時到達度チェックリストの内容

精神看護学実習終了時到達度チェックリストの内容の大項目は、環境調節技術（小項目2）、食事の援助技術（小

項目4）、排泄援助技術（小項目3）、活動・休息援助技術（小項目3）、清潔・衣生活援助技術（小項目5）、与薬の技術（小項目5）、症状・生体機能管理技術（小項目5）、安楽確保の技術（小項目3）、対人関係を調節する技術（小項目8）、患者の安全を保つ技術（小項目2）、処遇の理解と対処技術（小項目5）、社会資源活用技術（小項目4）、家族関係調整技術（小項目1）、感染予防の技術（小項目2）、安全管理の技術（小項目6）の15領域、小項目は合計59項目にて構成される。主観的実習到達度のレベルとして、「レベルⅠ：単独でできる」、「レベルⅡ：看護師・教員の指導のもとでできる」、「レベルⅢ：知識としてわかる」、を設定し、3段階にて回答を求めた。レベルの点数として「レベルⅠ：単独でできる」は1ポイント、「レベルⅡ：看護師・教員の指導のもとでできる」は2ポイント、「レベルⅢ：知識としてわかる」は3ポイントとして、総得点および各項目の平均点を算出した。合計点が低いほど主観的実習到達度が高く、合計点が高いほど主観的実習到達度が低くなる。

8. データ分析方法

データを分析する際は、HAD（Version16.10）⁷⁾を使用した。精神看護学実習終了時到達度チェックリストの大項目について、実習病棟別による比較検討を行う際は、開放病棟と閉鎖病棟の2群を設定し、Mann-WhitneyのU検定を用い p 値を示した。有意水準は5%未満とした。

9. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の趣旨、匿名性と守秘性の保持、研究参加への自由意思と途中辞退の尊重、成績評価とは無関係であること、研究結果の公表の手段として学会等で発表する可能性があるが、個人は特定されないことについて口頭および文書にて、教員が説明し、研究参加協力の同意を得た。また、本研究にて、「精神看護学実習における技術到達度チェックリスト」を基に改編した評価表を用いることについて、作成者より承認を得た。なお、調査は新見公立大学倫理審査委員会にて承認を受けた後に実施した（承認番号：133）。

III 結果

1. 対象者の概要

本研究への参加の協力が得られた62人（回収率98.4%）のうち、測定データに欠損のない52人（有効回答率83.9%）を

表1. 精神看護学実習日程表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
1 週目	病棟実習	病棟実習	病棟実習	病棟実習	学内演習
2 週目	病棟実習	病棟実習	病棟実習	デイクア実習	学内演習

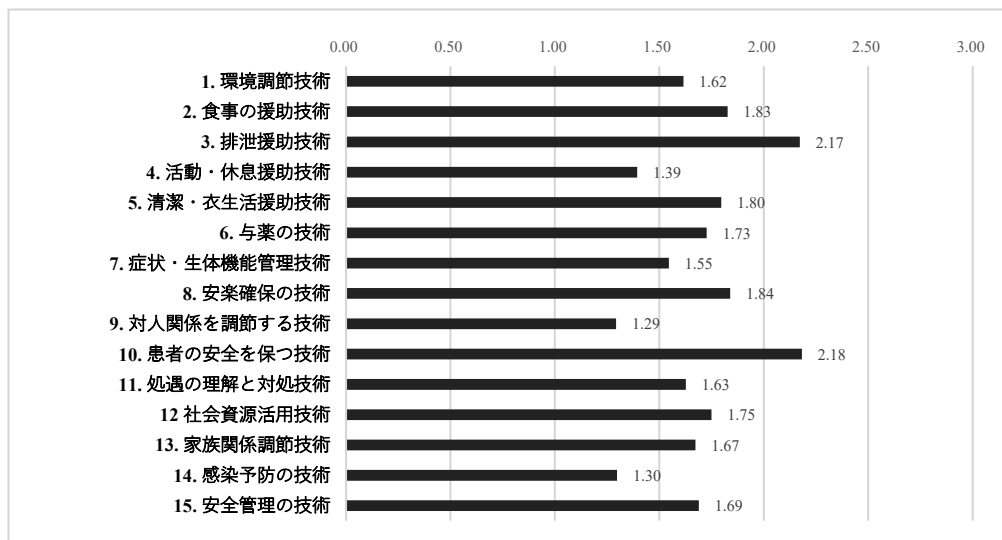


図1. 大項目15領域における各領域の平均点

分析対象とした。

2. 精神看護学実習における主観的実習到達度

1) 大項目15領域における平均点

精神看護学実習終了時到達度チェックリストにおける大項目15領域における各領域の平均点を図1に示す。各領域の平均点において、主観的実習到達度が低い結果を示した大項目は、患者の安全を保つ技術 2.18 ± 0.64 、排泄援助技術 2.17 ± 0.51 、安楽確保の技術 1.84 ± 0.58 の順であった。主観的実習到達度が高い結果を示した大項目は、対人関係を調節する技術 1.29 ± 0.38 、感染予防の技術 1.30 ± 0.47 、活動・休息援助技術 1.39 ± 0.44 の順であった。

2) 小項目の主観的実習到達度の分布

精神看護学実習における主観的実習到達度チェックリストの各項目における記載内容の詳細を表2で示す。

①小項目の「レベルⅢ：知識としてわかる」において50%以上を示した項目

小項目の「レベルⅢ：知識としてわかる」において50%以上を示した項目は、排泄援助技術の「自然な排便を促すための援助ができる」28人(53.8%)、「自然な排尿を促すための援助ができる」28人(53.8%)であった。また、患者の安全を保つ技術の「患者の自傷行為の恐れに対するアセスメントをし、患者にあった援助ができる」27人(51.9%)、安全管理の技術の「災害が発生した場合には、教員の指示に従った行動がとれる」26人(50.0%)であった。

②小項目の「レベルⅠ：単独でできる」において80%以上を示した項目

小項目の「レベルⅠ：単独でできる」において80%以上を示した項目は、活動・休息援助技術の「日中の活動傾向、活動パターンをアセスメントすることができる(過活動、無為自閉傾向など)」42人(80.8%)、対人関係を調節する技術の「コミュニケーションの基本的要素を意識して五

感を使い、患者の話が聞ける」46人(88.5%)、「相手を尊重した対応ができる(耳を傾けて聴く価値判断せず、患者の気持ちを受容する)」49人(94.2%)、「非言語的コミュニケーションを意識した対応ができる(沈黙、うなずき、など)」49人(94.2%)、「場所と雰囲気への配慮ができる」44人(84.6%)であった。また、感染予防の技術の「スタンダード・プリコーション(標準予防策)に基づく手洗いが実施できる」46人(88.5%)、安全管理の技術の「看護師の守秘義務を理解し、実施できる」49人(94.2%)であった。

3. 実習病棟別による主観的実習到達度の比較検討

実習病棟として開放病棟と閉鎖病棟別に主観的実習到達度の平均値を比較検討した。結果の詳細を表3にて示す。分析の結果、有意差を認めなかった。

IV 考察

今回の調査より、看護学生の精神看護学実習における看護技術経験と主観的実習到達度が明らかになった。調査結果に基づき、精神看護学実習における教育上の課題について考察する。

1. 精神看護学実習における看護技術の主観的実習到達度の評価

精神看護学実習における看護技術の主観的実習到達度にて、合計達成度が50%以下を示した項目となった患者の安全を保つ技術の「患者の自傷行為の恐れに対するアセスメントをし、患者にあった援助ができる」、排泄援助技術の「自然な排便を促すための援助ができる」と「自然な排尿を促すための援助ができる」は、「レベルⅠ：単独でできる」と「レベルⅡ：看護師・教員の指導のもとでできる」は、大項目と小項目ともに低かった。

患者の安全を保つ技術の「患者の自傷行為の恐れに対す

表2. 精神看護学実習における主観的実習到達度各項目における分布

大項目	小項目	レベルⅠ: 単独でできる		レベルⅡ: 看護師・教員の 指導のもとでできる		レベルⅢ: 知識としてわかる	
		総数	(%)	総数	(%)	総数	(%)
1 環境調節技術	1 患者にとって快適な病室環境を作ることができる	30	(57.7)	12	(23.1)	10	(19.2)
	2 患者の自立度や特性に応じたベッドメイキングを工夫して実施できる	26	(50.0)	18	(34.6)	8	(15.4)
2 食事の援助技術	3 患者の食事摂取状況(食行動、摂取方法、摂取量)をアセスメントできる	38	(73.1)	11	(21.2)	3	(5.8)
	4 患者の栄養状態をアセスメントできる	33	(63.5)	12	(23.1)	7	(13.5)
	5 患者の状態に合わせて食事介助ができる(嚥下障害のある患者を除く)	17	(32.7)	10	(19.2)	25	(48.1)
	6 患者の個別性を反映した食生活の改善を計画し、実施評価できる	12	(23.1)	19	(36.5)	21	(40.4)
	7 患者の排泄行動を観察しアセスメントできる	35	(67.3)	5	(9.6)	12	(23.1)
3 排泄援助技術	8 自然な排便を促すための援助ができる	8	(15.4)	16	(30.8)	28	(53.8)
	9 自然な排尿を促すための援助ができる	8	(15.4)	16	(30.8)	28	(53.8)
	10 入院前を含めた、一日の過ごし方を観察しアセスメントすることができる	38	(73.1)	11	(21.2)	3	(5.8)
4 活動・休息援助技術	11 日中の活動傾向、活動パターンをアセスメントすることができる(過活動、無自閉傾向など)	42	(80.8)	7	(13.5)	3	(5.8)
	12 睡眠のパターンをアセスメントできる(睡眠時間、就寝・起床時間、早朝覚醒など)	36	(69.2)	12	(23.1)	4	(7.7)
	13 入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	35	(67.3)	11	(21.2)	6	(11.5)
	14 清潔に関するセルフケア(洗面・歯磨き・入浴・洗髪)をアセスメントし患者に応じた援助ができる	34	(65.4)	10	(19.2)	8	(15.4)
5 清潔・衣生活援助技術	15 身だしなみが自力でできるか、また関心があるかアセスメントし患者に応じた援助ができる	38	(73.1)	7	(13.5)	7	(13.5)
	16 入浴が生体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察ができる	21	(40.4)	15	(28.8)	16	(30.8)
	17 入浴の介助ができる	14	(26.9)	17	(32.7)	21	(40.4)
	18 自宅での清潔行動のアセスメントができる	19	(36.5)	10	(19.2)	23	(44.2)
	19 経口薬の種類と服用方法が知識として理解できる	29	(55.8)	7	(13.5)	16	(30.8)
	20 向精神薬の副作用が知識として理解できる	29	(55.8)	4	(7.7)	19	(36.5)
6 与薬の技術	21 患者の服薬行動をアセスメントすることができる(自己管理、拒薬など)	31	(59.6)	11	(21.2)	10	(19.2)
	22 患者の服薬への思いをアセスメントすることができる	34	(65.4)	9	(17.3)	9	(17.3)
	23 経口薬(抗精神病薬・抗不安薬等)の服薬後の観察ができる	22	(42.3)	12	(23.1)	18	(34.6)
	24 セルフケア能力を見極め、バイタルサインが正確に測定できる	31	(59.6)	3	(5.8)	18	(34.6)
	25 患者の全身状態の変化に気付くことができる	26	(50.0)	20	(38.5)	6	(11.5)
7 症状・生体機能管理技術	26 精神症状の観察ができる	32	(61.5)	17	(32.7)	3	(5.8)
	27 思考、感情、意欲、知覚の観察とアセスメントができる	32	(61.5)	18	(34.6)	2	(3.8)
	28 バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる	35	(67.3)	15	(28.8)	2	(3.8)
	29 患者の状態に合わせて安楽を促進するためのケアができる	19	(36.5)	22	(42.3)	11	(21.2)
	30 患者の精神的安楽を保つための工夫を計画できる	22	(42.3)	22	(42.3)	8	(15.4)
	31 コミュニケーション技法での治療的アプローチにより精神的安楽を保つことができる	19	(36.5)	23	(44.2)	10	(19.2)
	32 患者の対人関係の特徴をアセスメントし、患者に合った援助ができる	31	(59.6)	13	(25.0)	8	(15.4)
9 対人関係を調節する技術	33 周囲の刺激に対する反応をアセスメントすることができる	36	(69.2)	10	(19.2)	6	(11.5)
	34 コミュニケーションの基本的要素を意識して五感を働かし、患者の話が聞ける	46	(88.5)	5	(9.6)	1	(1.9)
	35 相手を尊重した対応ができる(耳を傾けて聴く価値判断せず、患者の気持ちを受容する)	49	(94.2)	2	(3.8)	1	(1.9)
	36 非言語的コミュニケーションを意識した対応ができる(沈黙、うなずき、など)	49	(94.2)	2	(3.8)	1	(1.9)
	37 カウンセリングの技法が活用できる(共感的態度、自己一致)	33	(63.5)	12	(23.1)	7	(13.5)
	38 自己と相手の感情に気づくことができる	41	(78.8)	10	(19.2)	1	(1.9)
	39 場所と雰囲気への配慮ができる	44	(84.6)	7	(13.5)	1	(1.9)
	40 過去の自傷他害や離院についてのアセスメントができる	13	(25.0)	26	(50.0)	13	(25.0)
	41 患者の自傷行為の恐れに対するアセスメントをし、患者にあった援助ができる	7	(13.5)	18	(34.6)	27	(51.9)
11 処遇の理解と対処技術	42 患者の入院形態について説明できる	38	(73.1)	6	(11.5)	8	(15.4)
	43 入院形態を含む行動制限が患者の心理に与える影響を理解することができる	31	(59.6)	10	(19.2)	11	(21.2)
	44 閉鎖処遇・隔離・身体拘束などの行動制限の必要性を理解できる	29	(55.8)	7	(13.5)	16	(30.8)
	45 患者の治療の理解や受け止め方についてアセスメントできる	36	(69.2)	9	(17.3)	7	(13.5)
	46 患者の行動制限最小化を検討するための情報をアセスメントできる	17	(32.7)	15	(28.8)	20	(38.5)
12 社会資源活用技術	47 精神医療に携わる他職種(臨床心理士、栄養士、精神保健福祉士、作業療法士など)について説明できる	24	(46.2)	15	(28.8)	13	(25.0)
	48 多職種連携の必要性を説明できる	34	(65.4)	13	(25.0)	5	(9.6)
	49 多職種連携における看護師の必要性と役割について理解できる	35	(67.3)	9	(17.3)	8	(15.4)
	50 患者に合った社会資源についてアセスメントすることができ、必要に応じた情報提供ができる	9	(17.3)	19	(36.5)	24	(46.2)
	51 患者と家族との関係性をアセスメントできる	27	(51.9)	15	(28.8)	10	(19.2)
14 感染予防の技術	52 スタンダード・プリコーション(標準予防策)に基づく手洗いが実施できる	46	(88.5)	4	(7.7)	2	(3.8)
	53 必要な防護用具(手袋・ガウン等)の装着ができる	38	(73.1)	5	(9.6)	9	(17.3)
15 安全管理の技術	54 インシデント・アクシデントが発生した場合には、速やかに報告できる	33	(63.5)	5	(9.6)	14	(26.9)
	55 災害が発生した場合には、教員の指示に従った行動がとれる	21	(40.4)	5	(9.6)	26	(50.0)
	56 患者を誤認しないための防止策を実施できる	26	(50.0)	7	(13.5)	19	(36.5)
	57 患者の機能や行動特性に合わせて療養環境を安全に整えることができる	28	(53.8)	11	(21.2)	13	(25.0)
	58 患者の機能や行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防ができる	30	(57.7)	13	(25.0)	9	(17.3)
	59 看護師の守秘義務を理解し、実施できる	49	(94.2)	1	(1.9)	2	(3.8)

るアセスメントをし、患者にあった援助ができる」は、対象の精神症状をアセスメントし、自傷行為防止のための援助につなげるために習得すべき技術である。自傷のリスクの高い患者に対する援助は、専門性が高く、実践知が必要となる。看護学生が自傷のリスクの高い患者に対する援助について理解を深めるためには、具体的な事例を示しながら、看護師の臨床判断や支援の実際などについて教授することも必要となる。臨地実習では、実際の療養場面や事例を通し、よりリアルな場面を想定しながら、説明を行うなどの教育方法の工夫が求められる。また、自傷のリスクの高い患者に対する援助について主観的実習到達度が低い

ため、看護初学者である看護学生が臨地実習を行う際に、看護学生と患者の安全を守るための実習体制を整備する必要がある。看護学生が精神看護技術として難易度が高い自傷のリスクの高い患者に対する援助を行う際は、臨床指導者や病棟スタッフなどによる指導下の実習が行えるよう教育上の工夫が求められる。今回、看護学生の安全を保つ技術の主観的実習達成度は低かったことから、看護学生が入院患者の安全を保つための技術を習得するためには、精神科病院における病棟の安全を保つための療養環境調整に関する知識や技術を理解するための教育方法が求められるといえる。具体的な教育方法として、実習前のオ

表 3. 実習病棟別による主観的実習到達度の大きい項目の比較検討

大項目	開放病棟 (N=22)		閉鎖病棟 (N=30)		P 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
1 環境調節技術	1.45 ± 0.49		1.77 ± 0.81		.259
2 食事の援助技術	1.92 ± 0.52		1.72 ± 0.53		.149
3 排泄援助技術	2.10 ± 0.60		2.12 ± 0.52		.787
4 活動・休息援助技術	1.39 ± 0.46		1.35 ± 0.41		.711
5 清潔・衣生活援助技術	1.73 ± 0.56		1.86 ± 0.51		.472
6 与薬の技術	1.59 ± 0.42		1.81 ± 0.68		.410
7 症状・生体機能管理技術	1.59 ± 0.48		1.47 ± 0.33		.419
8 安楽確保の技術	1.78 ± 0.62		1.80 ± 0.59		.970
9 対人関係を調節する技術	1.39 ± 0.45		1.20 ± 0.25		.083
10 患者の安全を保つ技術	2.09 ± 0.57		2.27 ± 0.64		.261
11 処遇の理解と対処技術	1.60 ± 0.59		1.70 ± 0.53		.410
12 社会資源活用技術	1.72 ± 0.41		1.81 ± 0.54		.665
13 家族関係調整技術	1.68 ± 0.78		1.67 ± 0.80		.903
14 感染予防の技術	1.20 ± 0.48		1.37 ± 0.54		.219
15 安全管理の技術	1.70 ± 0.59		1.65 ± 0.49		.889

Mann-WhitneyのU検定

リエンテーションや初日の病棟オリエンテーションにて、看護学生の机上で得た知識と臨地実習の実際を関連づけにむけ、看護実践のイメージ化を促進させることも一案である。

今回の調査にて、看護学生の主観的実習到達度において、排泄援助技術の「自然な排便を促すための援助ができる」は低い結果を示した。精神看護学実習にて、抗精神病薬を内服する精神障害を有する患者の特徴的な副作用となる便秘に必要な技術となる。また、精神症状の副次症状として頻尿や便秘が含まれる。便秘に対する看護技術として、腸蠕動音の聴診や腹部膨満感に対する触診などのフィジカルアセスメント技術の習得が重要となる。重度の精神障害や精神運動興奮状態にある対象は、言語的コミュニケーションにて自らの苦痛を訴えることが難しい場面がある。精神看護学実習では、思考障害や知覚障害を有する対象に関わる際に、対象の発言の背景にある意味内容をとらえ、関わる必要がある。精神症状と精神科に特徴的な身体症状を関連させた看護診断や援助方法の習得に向けた教育方法を検討する必要がある。身体症状を把握する際には、フィジカルアセスメント技術などを用いながら、現象を見極める力を習得することが重要となる。精神看護学教育においてビデオ学習とシミュレーション教育によるBlended learningの教育的効果が報告されている⁸⁾。今後は、シミュレーション教育など、よりリアルな臨床場面が想定でき、主体的な学びにつながる学修方法を、今後、積極的に導入する必要性が課題として示された。

到達度が高い項目として、対人関係を調節する技術、活動・休息援助技術、感染予防の技術のスタンダード・プリコーションが示された。スタンダード・プリコーションの主観的達成度が高い要因としては、基礎看護学実習などの学修成果が関与していると思われる。

また、対人関係を調節する技術の習得に向け、調査対象校では、実習期間中、対象理解と自己理解を深めるとも

に対象と学生間の相互関係を評価するため、毎日、プロセスレコードを記載している。プロセスレコードの記載や日々のカンファレンスが、看護学生の対人関係を調節する技術に関する達成度を高める要因のひとつとなったことも推察される。今後は、更に看護技術のひとつとなる治療的コミュニケーションの技術習得に向けた教育方法についても検討していくことが求められる。

2. 配置病棟による主観的実習到達度の比較について

看護学生の閉鎖病棟と開放病棟における看護技術の主観的実習到達度を比較した結果、有意差を認めなかった。この結果の背景には、閉鎖病棟と開放病棟にて実習を行う学生の学修内容が学内などの学びのカンファレンスなどで共有されていることなどが推察された。閉鎖病棟にて入院する患者は、非自発的入院であり、精神病状が不安定であることも多い。

閉鎖病棟にて入院する患者に対する看護実践の内容として、対象の不安・緊張の軽減、対象の尊重をより意識することなどが報告されている⁹⁾。今後も看護学生が、非自発入院患者の人権擁護や行動制限最小化に関する看護について理解を深め、安全であり安心した療養環境調整技術を習得できるよう、閉鎖病棟と開放病棟にて実習する看護学生の学びを共有する場の継続が望まれる。

謝辞

研究にご協力いただきました看護学生の皆様に心より感謝を申し上げます。

本研究の限界と今後の課題

本研究は対象校が1校であるため、実習達成度の影響要因として、対象校のカリキュラムや教育内容が反映されている。今後は対象校を増やすことや、精神看護学に特化し

た達成度項目を選定することなどにより、精神看護学実習の達成度に関連する要因を明らかにし、効果的な教育方法を検討する必要がある。

島直子：精神科看護職員がケアとして行う見守りの実態，看護総合科学研究会誌，16(1)，3-12，2015.

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会，看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～，2017. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf [2019. 9. 25アクセス]
- 2) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（2019）（第1回）配付資料 資料4看護系大学の現状，2019. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/1417062.htm [2019. 9. 2アクセス]
- 3) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会，大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告，2011. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf [2019. 9. 2アクセス]
- 4) 千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター：文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究受託事業 看護師等の卒業時到達目標等に関する調査・研究 学士課程における看護実践能力と卒業時到達目標の達成状況の検証・評価方法の開発（平成27-29年度）最終報告書，2018. https://www.n.chiba-u.jp/center/static/pdf/project/projectreport_20180326.pdf [2019. 9. 2アクセス]
- 5) 前掲1)
- 6) 高橋美美，戸田由美子：精神看護学実習における技術到達度に関する研究，高知大学看護学会誌，4(1)，3-12，2010.
- 7) 清水裕士：フリーの統計分析ソフトHAD，機能の紹介と統計学習・教育，研究実践における利用方法の提案，メディア・情報コミュニケーション研究，1，59-73，2016.
- 8) Furnes M, Kvaal KS, Høye S: Communication in mental health nursing - Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme - an exploratory study. BioMed Central nursing Nursing, 17:20, 2018
- 9) 坂元あい，佐藤朱音，梅林秀行，井ノ上淳，塚本美奈，宮