

## 精神看護学実習における 技術到達度チェックリスト活用と学習効果

坂本年生\*<sup>1</sup> 石田実知子\*<sup>2</sup>

### 要 約

看護基礎教育においては対人関係上のコミュニケーション能力育成が重要であり、技術を積み重ねていくための礎となっている。学修目標達成のために、臨地実習での技術経験の到達度を相互に評価できる看護技術経験録が作成され、技術到達度の指標として活用されている。対人関係技法に着目したチェックリストの活用により学習効果を測ることは精神科看護基礎教育の質の向上に有用である。本稿では、精神看護学実習における具体的な対人関係技法に力点を置いた看護技術到達度チェックリストを活用、学修成果を評価した結果を報告する。今回、精神看護学実習を履修した看護学生125名を対象に、実習前後に技術経験の程度を主観的に評価する4段階の回答を選択、送信できるWeb調査を実施した。そして、実習前後の78項目から構成される精神看護学実習における技術到達度チェックリストの技術経験の程度に関する各得点を算出し、大項目および小項目について実習前後の差を分析した。その結果、精神看護学実習を終えた看護学生は、ほとんどの技術経験項目で有意に得点が上昇していた。特に対人関係技法を具体的にチェックリスト項目に記載した点は小項目すべてにおいて経験できていた。また、持効性注射剤など薬や症状の管理技術、また精神保健福祉法に基づく処遇や安全管理の項目といった精神科領域特有の技術経験の項目で有意に上昇していた。一方で、食事、排泄や清潔のセルフケア援助に関わる項目については実習前と経験の程度があまり変わらなかった。精神科看護技術としての対人関係技法の設問項目について、具体的に表現する工夫を行った点は、有効な学習支援として一定の効果があったと示唆された。

### 1. 緒言

わが国では地域包括ケアシステムの推進に向け、多職種が連携して適切な保健・医療・福祉を提供することが期待されており、その中で看護職員には対象の多様性・複雑性に対応した看護を創造できるよう各教育機関で看護基礎教育が提供されている<sup>1)</sup>。

看護系大学における人材養成に関して看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標が、文部科学省の看護学教育の在り方に関する検討会報告で示された<sup>2)</sup>。その後、幾度か検討がなされ、大学における看護系人材育成の在り方に関する検討会は、コア・コンピテンシーを修得するために必要なモデル・コア・カリキュラムと学修目標を提示した<sup>3)</sup>。その

看護学教育モデル・コア・カリキュラムでは、看護過程展開の基本として、看護の基礎となる対人関係の形成が目的とされている。厚生労働省による看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインによると、対象を中心とした看護を提供するために、看護師として人間関係を形成するコミュニケーション能力を養うことは、科学的思考と人間と生活・社会の理解のため、看護基礎教育の基盤となっている<sup>4)</sup>。このように、看護基礎教育においては対人関係上のコミュニケーション能力育成が重要であり、その後年次が進むごとに技術を積み重ねていくための礎となっている。

看護学実習は、知識・技術を看護実践の場面に適

\*1 梅花女子大学 看護保健学部 看護学科

\*2 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

(連絡先) 坂本年生 〒567-8578 大阪府茨木市宿久庄2丁目19-5 梅花女子大学

E-mail: to-sakamoto@baika.ac.jp

用し、看護の理論と実践を結びつけて理解できる能力を養う場である。そして、学修目標達成のために、臨地実習での技術経験の到達度を相互に評価できるツールが有用である。そのツールとして看護技術経験録が各領域で作成され、技術到達度の指標として活用されている。

精神看護学実習における看護技術到達度に関する研究では、高橋と戸田が対人関係技法など基盤となる技術に加え精神科看護独自の技術に注目し技術到達度チェックリストを作成している<sup>5)</sup>。またそのチェックリストを用いた実習前後の調査から、精神看護に特徴的な項目が学べていることが明らかになっていった<sup>5)</sup>。また、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の調査より、最も到達度が高い項目は「対人関係を調節する技術」であったと山下は報告している<sup>6)</sup>。このように対人関係技法に着目したチェックリストの活用により学習効果を測ることは精神科看護基礎教育の質の向上に有用であるといえる。

一方で、対人関係技法の技法を、臨地実習という実践の場でいかに活用できているかは明らかにはなっていない。また、小田嶋と古都による看護系大学における看護技術教育研究の報告では、医療機関の意見を取り入れながら、多様な状況で修得した技術を駆使できるような実力を養成するための教育方法を見出していくことが課題となっている<sup>7)</sup>。そのため、本研究では対人関係技法の技法を具体的に盛り込んだ新たな看護技術到達度ツールの活用を糸口に臨地実習における教育効果を高めることを目指す。

本研究の目的は、精神看護学実習における具体的な対人関係技法に力点を置いた看護技術到達度チェックリストを活用、看護学生の主観的な看護技術の経験の程度を明らかにすることで学修成果を評価し、教育への示唆を得ることである。

## 2. 方法

### 2.1 研究デザイン

本研究は、観察研究(Web上での横断調査)を行った。

### 2.2 研究対象

精神看護学実習を履修したA大学看護系大学3年次生125名を対象に実施した。

### 2.3 対象大学における精神看護学の教育内容

調査対象大学で提供されていた精神看護学の教育内容としては、1年次前期に「対人関係援助論」、2年次前期に「精神看護学概論」、2年次後期に「基礎看護学実習Ⅱ」、3年次前期に「精神看護学援助論」、3年次後期に「精神看護学実習」がカリキュラムに

設定されていた。

### 2.4 精神看護学実習の内容

調査対象大学の精神看護学実習の目的は、「精神疾患や精神に障害をもつ人とその家族を理解し、対象の人権と安全を守り、回復過程に応じた看護ができる基礎的能力を養う」とされていた。

また実習目標は、①精神疾患や精神に障害をもつ人に対する人権擁護のあり方について学び、対象を尊重することができる。②精神疾患や精神に障害をもつ人に対し、バイオ・サイコ・ソーシャルモデルの視点を活用した理解ができる。③セルフケアモデルを用い、対象の精神状態や障害特性に応じた看護過程を展開することができる。④対象とのかかわりや看護ケアを通し、患者-看護学生間の信頼関係構築に向け、自己の感情や行動に気付き、自己洞察や他者理解を深めることができる。⑤対象に対し、その人らしい地域生活を支えるための援助と課題について考えることができる、の5点を目指し実習が展開されていた。

臨地実習のスケジュールは、1週目にセルフケアモデル及びBPSモデルで全体像を浮かび上がらせ、2週目に計画実施、評価という展開だった。なお、閉鎖病棟で臨地実習を行う学生らは、2週目にデイケア実習を経験していた。

### 2.5 データ収集期間

2023年9月～2024年2月にデータ収集を実施した。

### 2.6 データ収集方法

研究対象者に対し、精神看護学実習前後にA大学が契約しているMicrosoft Teams上のWeb調査「精神看護学実習における技術到達度チェックリスト」の回答を依頼した。

### 2.7 調査内容

Web調査は、実習前後で精神看護学実習における技術到達度チェックリストにアクセスし、技術経験の程度を主観的に評価する4段階の回答を選択、送信できるようWeb質問を設定した。

#### 2.7.1 精神看護学実習における技術到達度チェックリストの作成方法

精神看護学実習における技術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」及び、高橋と戸田が作成した「精神看護学実習における技術到達度チェックリスト<sup>5)</sup>」を参考とし、精神看護学を専門とする大学教員2名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技術経験に必要とされる項目を設定した。特に対人関係技法の設問項目について、具体的に表現する工夫を行った。その後、他の教育機関に従事する精神看護学を専門とする教員のスーパー

バイズを受け、完成させた。なお、本研究で用いるチェックリストの改変について、作成者から許諾を得た。

### 2.7.2 精神看護学実習における技術到達度チェックリストの内容

精神看護学実習における技術到達度チェックリストを表1に示す。

チェックリスト内容の大項目（小項目数）は、①環境調節技術（3）、②食事の援助技術（4）、③排泄援助技術（3）、④活動・休息援助技術（4）、⑤清潔・衣生活援助技術（6）、⑥与薬の技術（6）、⑦症状・生体機能管理技術（6）、⑧安楽確保の技術（3）、⑨対人関係を調節する技術（20）、⑩患者の安全を保つ技術（4）、⑪処遇の理解と対処技術（6）、⑫社会資源活用技術（4）、⑬家族関係調整技術（1）、⑭感染予防の技術（2）、⑮安全管理の技術（6）の15領域で、小項目は合計78項目にて構成される。

実習における目指す到達水準のレベルとして、「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」を設定した。

各項目に対する主観的な技術経験の程度について、4段階の選択肢を設定し回答を求めた。そして、「全行程を実施した」は4ポイント、「教員や看護師の指導・監視のもとで一部実施した」は3ポイント、「見学のみ」は2ポイント、「見学、実施をしていない」は1ポイントとし設定した。

### 2.8 データ分析方法

実習前後の78項目から構成される精神看護学実習における技術到達度チェックリストの技術経験の程度に関する各得点を算出し、大項目の平均点を算出した。また小項目については、Wilcoxonの符号付順位検定により各項目の実習前後の差を検証した。統計的検定の有意水準は5%とした。なお、統計的分析には統計ソフトIBM SPSS® Statistics ver.26を使用した。

## 3. 結果

### 3.1 回答の概要

調査対象となった125名のうち、実習前に回答が送信され得られた回収データは108件で、回収率は86.4%だった。また、実習後の回収データは80件で回収率は64.0%だった。そのうち実習前後でいずれかの同意が得られなかった群を除き、最終的に回答が識別可能で前後の対応が確認された回収データは74件（59.2%）だった。

### 3.2 実習前後の技術経験の程度に関する各得点

#### 3.2.1 実習前後の各大項目の平均点

各大項目の平均点をレーダーチャートでグラフ化したものを図1に示す。

大項目①環境調節技術は、実習前が2.68で実習後は2.97だった。②食事の援助技術は、実習前が2.35で実習後は2.45だった。③排泄援助技術は、実習前が1.85で実習後は2.20だった。④活動・休息援助技

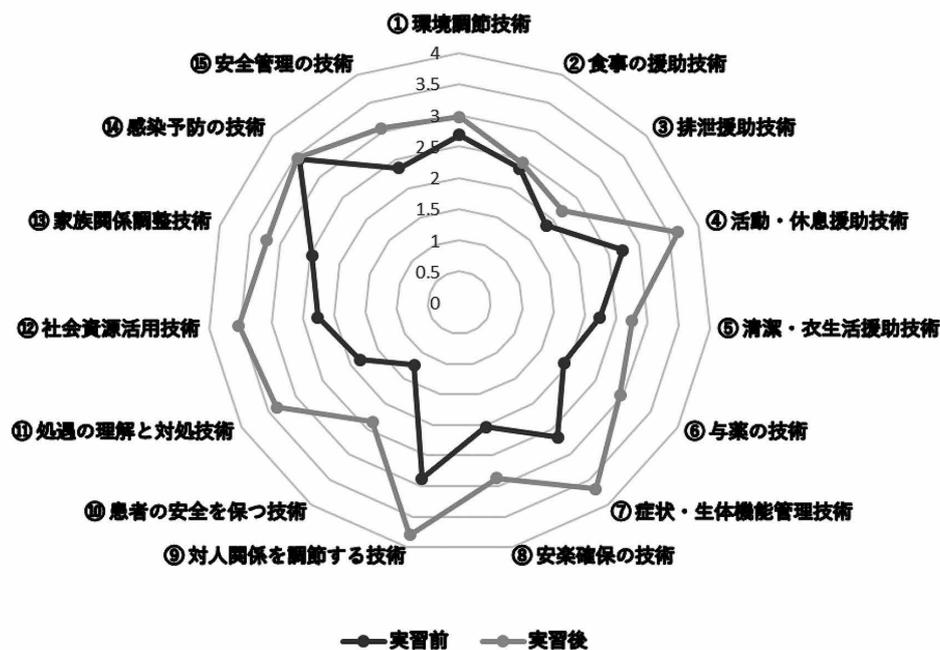


図1 実習前後の各大項目の平均点（レーダーチャート）

表1 精神看護学実習における技術到達度チェックリスト

精神看護学実習における技術到達度チェックリスト I：単独でできる II：看護師・教員の指導のもとでできる III：知識としてわかる		実習終了時の到達度
1 環境調節技術	1 患者の状態に応じた望ましい治療環境がわかる (要指導下)	II
	2 患者の機能や行動特性に合わせて患者にとって安全かつ快適な病床環境を作ることができる	I
	3 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	I
2 食事の援助技術	4 患者の食事摂取状況 (食行動, 摂取方法, 摂取量, 嚥下状況, 嗜好品) をアセスメントできる	I
	5 患者の栄養状態をアセスメントできる	I
	6 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) (要指導下)	II
	7 患者の個性を反映した食生活の改善を計画し, 実施評価できる (要指導下)	II
3 排泄援助技術	8 患者の排泄行動, 排便コントロールの状況を観察しアセスメントできる	I
	9 自然な排便を促すための援助ができる (要指導下)	II
	10 自然な排尿を促すための援助ができる (要指導下)	II
4 活動・休息援助技術	11 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	I
	12 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 (休息のタイミングが適切か, 過活動, 無為自閉傾向や余暇活動など)	I
	13 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)	I
	14 入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	I
5 清潔・衣生活援助技術	15 清潔に関するセルフケアの状況について, 入院前からの情報を収集できる	I
	16 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 (要指導下)	II
	17 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	I
	18 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	I
	19 入浴の介助ができる (要指導下)	II
	20 自宅での清潔行動のアセスメントができる	I
6 与薬の技術	21 経口薬 (緩下剤など内科薬を含む) の種類と服薬方法が知識として理解できる	I
	22 向精神薬の副作用が知識として理解できる	I
	23 患者の服薬行動をアセスメントすることができる (頓服薬, 自己管理, 拒薬など)	I
	24 患者の服薬への思いをアセスメントすることができる	I
	25 経口薬 (抗精神病薬・抗不安薬等) の服薬後の観察ができる (要指導下)	II
	26 注射薬の種類 (鎮静時の注射や持効剤) と投与方法が知識として理解できる	III
7 症状・生体機能管理技術	27 発達段階や生活歴の情報収集・アセスメントができる	I
	28 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	I
	29 患者の全身状態の変化に気付くことができる	I
	30 精神症状の観察ができる (要指導下)	II
	31 思考, 感情, 意欲, 知覚の観察とアセスメントができる (要指導下)	II
	32 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	I
8 安楽確保の技術	33 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 (要指導下)	II
	34 患者の精神的安楽を保つための工夫を計画できる (要指導下)	II
	35 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 (要指導下)	II
9 対人関係を調節する技術	36 患者の対人関係の特徴をアセスメントできる (要指導下)	II
	37 患者の対人関係の特徴を踏まえた援助ができる (要指導下)	II
	38 周囲の対人関係刺激に対する反応をアセスメントすることができる (場所とタイミング, 雰囲気への配慮)	I
	39 対象者が安心して話せる空間や, 違和感や威圧感を与えない自らのポジションを考え, 対象者に「この場所で話してもよいか」について確認できる (位置)	I
	40 対象者に確認の上, お互いが安心できるパーソナルスペースを確保し, かつ他者から会話が聞こえないよう, プライバシーの保護に努めることができる (聴く) : 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, カウンセリング技術を活用	I
	41 ・差し挟まない: 対象者の話を遮らず, 話が一段落するまで聴くことができる	I
	42 ・視線: 対象者が気づまりにならない程度にアイコンタクトを取ることができる	I
	43 ・姿勢, 体の向き: やや前傾, リラックスした姿勢で, 関心を示す態度で接することができる	I

【到達水準】 I：単独でできる II：看護師・教員の指導のもとでできる III：知識としてわかる

表1 精神看護学実習における技術到達度チェックリスト (つづき)

精神看護学実習における技術到達度チェックリスト I：単独でできる II：看護師・教員の指導のもとでできる III：知識としてわかる		実習終了時の到達度
9 対人関係を調節する技術	44 ・表情：対象者の発言内容に合わせて自らの表情を変化させ、対象者の感情を汲み取っていることを示すことができる	I
	45 ・沈黙、間（非言語的コミュニケーション）：対象者が黙った際、圧迫しない程度に対象者の発言を待つことができる	I
	46 ・うなずき（非言語的コミュニケーション）：対象者の発言内容に対してうなずき、理解し受容していることを示すことができる	I
	47 ・受容と共感的態度：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）	I
	48 ・受容（一貫した態度での受け止め）：精神症状が現れている場合、またはネガティブな発言がある際に、焦ったり動揺したりせず、対象者の発言や反応をそのまま受容することができる	I
	49 ・自己一致：自己と相手の感情に気づくことができる（違和感があれば、それに気づくことができる）	I
	（話す）：対象の状況に合わせ傾聴後、反応を返す技術（言語的コミュニケーション）	
	50 ・アサーション：対象者の発言内容や思いを受容した上で、自らの考えをアサーティブに伝えることができる（アイメッセージの活用）	I
	51 ・声量、トーン、発話量：対象者の発話量、発話速度、声のボリュームを踏まえ、自らの発言頻度、発話速度、声のボリュームを調節することができる	I
	52 ・ことば：対象者が理解しやすい平易な言葉を用いていることができる	I
10 患者の安全を保つ技術	53 ・感情に焦点を当てる：自らの精神症状について対象者が話している時は、思いや感情に焦点を当ててオウム返しを行い、受容し、共感的理解を示すことができる	I
	54 ・肯定的な返し：できていること、がんばっていることに注目し、褒める、認めることを伝えることができる （自己洞察・自己活用）	I
	55 ・自己のコミュニケーションの特徴を知り、患者に合った援助ができる（プロセスレコードの活用）	I
10 患者の安全を保つ技術	56 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（要指導下）	II
	57 患者の自殺企図や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（要指導下）	II
	58 包括的な暴力防止プログラムに基づく患者の状態に合わせた一連のチームアプローチ（リスクアセスメント・ディエスカレーション・ブレイクアウェイ・チームテクニクス・ディブリーフィング）の必要性が知識として理解できる	III
11 処遇の理解と対処技術	59 非常時（火災、天災等）の患者の安全を守る援助（例 隔離・拘束中の患者を含む担送相当患者への援助等）が知識として理解できる	III
	60 関連法に基づく患者の入院形態、入院に至る経過について説明できる	I
	61 患者自身の治療への理解や受け止め方についてアセスメントできる	I
	62 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（要指導下）	II
	63 閉鎖処遇・隔離・身体的拘束・持ち物の制限や金銭管理方法などの行動制限の必要性と看護について理解できる	I
12 社会資源活用技術	64 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（要指導下）	II
	65 閉鎖処遇・隔離・身体的拘束などの行動制限下における患者の権利とその行使の方法について知識として理解できる	III
	66 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）の役割と非薬物療法について説明できる	I
	67 多職種連携の必要性を説明できる	I
	68 多職種連携における看護師の役割について理解できる	I
13 家族関係調整技術	69 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（要指導下）	II
	70 患者と家族との関係性、家族歴をアセスメントできる（要指導下）	II
14 感染予防の技術	71 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	I
	72 病棟の特性に応じて、必要な防護用具（手袋・ガウン等）の装着ができる（要指導下）	II
15 安全管理の技術	73 病棟の特性に応じて、必要な安全管理対策（危険物の管理、カギの管理、情報管理、麻薬管理等）に従って行動できる	I
	74 インシデント・アクシデント・他患とのトラブルが発生した場合には、速やかに報告できる	I
	75 看護師の守秘義務を理解し、実施できる	I
	76 患者を誤認しないための防止策を実施できる	I
	77 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（要指導下）	II
	78 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	III

【到達水準】 I：単独でできる II：看護師・教員の指導のもとでできる III：知識としてわかる

表2 各項目の得点割合と Wilcoxon の符号付順位検定を用いた統計解析の結果

大項目	No.	小項目 (学習を支える知識・技術)	到達度	実習前				実習後				有意確率 (両側検定) P値
				全行程を 実施した	教員や看護師の指 導・監視 のもとで 一部実施 した	見学のみ	見学、実 施をして いない	全行程を 実施した	教員や看護師の指 導・監視 のもとで 一部実施 した	見学のみ	見学、実 施をして いない	
環境調節 技術	1	患者の状態に応じた望ましい治療環境がわかる (要指導下)	II	10(13.5)	34(45.9)	17(23.0)	13(17.6)	22(29.7)	25(33.8)	21(28.4)	6(8.1)	0.05*
	2	患者の機能や行動特性に合わせて患者にとって安全かつ快適な病室環境を作ることができる	I	15(20.3)	35(47.3)	16(21.6)	8(10.8)	28(37.8)	27(36.5)	11(14.9)	8(10.8)	0.13
	3	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	I	13(17.6)	40(54.1)	8(10.8)	13(17.6)	29(39.2)	29(39.2)	6(8.1)	10(13.5)	0.07
食事の援助技 術	4	患者の食事摂取状況 (食行動, 摂取方法, 摂取量, 嚥下状況, 嗜好品) をアセスメントできる	I	14(18.9)	30(40.5)	17(23.0)	13(17.6)	47(63.5)	13(17.6)	5(6.8)	9(12.2)	0.00**
	5	患者の栄養状態をアセスメントできる	I	20(27.0)	27(36.5)	14(18.9)	13(17.6)	47(63.5)	12(16.2)	4(5.4)	11(14.9)	0.05*
	6	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) (要指導下)	II	10(13.5)	21(28.4)	19(25.7)	24(32.4)	7(9.5)	6(8.1)	5(6.8)	56(75.7)	0.00**
	7	患者の個性を反映した食生活の改善を計画し, 実施評価できる (要指導下)	II	1(1.4)	19(25.7)	20(27.0)	34(45.9)	6(8.1)	12(16.2)	9(12.2)	47(63.5)	0.25
排泄 援助技術	8	患者の排泄行動, 排便コントロールの状況を観察しアセスメントできる	I	14(18.9)	22(29.7)	19(25.7)	19(25.7)	50(67.6)	11(14.9)	6(8.1)	7(9.5)	0.00**
	9	自然な排便を促すための援助ができる (要指導下)	II	2(2.7)	10(13.5)	21(28.4)	41(55.4)	5(6.8)	17(23.0)	6(8.1)	46(62.2)	0.38
	10	自然な排尿を促すための援助ができる (要指導下)	II	1(1.4)	8(10.8)	18(24.3)	47(63.5)	3(4.1)	8(10.8)	7(9.5)	56(75.7)	0.69
活動・休息 援助技術	11	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	I	25(33.8)	27(36.5)	7(9.5)	15(20.3)	60(81.1)	10(13.5)	1(1.4)	3(4.1)	0.00**
	12	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 (休息のタイミングが適切か, 過活動, 無為自閉傾向や余暇活動など)	I	21(28.4)	30(40.5)	10(13.5)	13(17.6)	62(83.8)	10(13.5)	1(1.4)	1(1.4)	0.00**
	13	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)	I	24(32.4)	28(37.8)	11(14.9)	11(14.9)	59(79.7)	11(14.9)	2(2.7)	2(2.7)	0.00**
	14	入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	I	15(20.3)	23(31.1)	13(17.6)	23(31.1)	48(64.9)	14(18.9)	4(5.4)	8(10.8)	0.00**
清潔・衣生活 援助技術	15	清潔に関するセルフケアの状況について, 入院前からの情報を収集できる	I	24(32.4)	22(29.7)	7(9.5)	21(28.4)	59(79.7)	7(9.5)	2(2.7)	6(8.1)	0.00**
	16	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 (要指導下)	II	12(16.2)	31(41.9)	16(21.6)	15(20.3)	30(40.5)	20(27.0)	3(4.1)	21(28.4)	0.16
	17	身だしなみが自力でできるか, また関心があるかをアセスメントし患者に応じた援助ができる	I	12(16.2)	24(32.4)	15(20.3)	23(31.1)	43(58.1)	17(23.0)	3(4.1)	11(14.9)	0.00**
	18	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 (要指導下)	I	6(8.1)	18(24.3)	19(25.7)	31(41.9)	23(31.1)	15(20.3)	1(1.4)	35(47.3)	0.05*
	19	入浴の介助ができる (要指導下)	II	1(1.4)	24(32.4)	17(23.0)	32(43.2)	6(8.1)	17(23.0)	1(1.4)	50(67.6)	0.22
	20	自宅での清潔行動のアセスメントができる	I	6(8.1)	24(32.4)	9(12.2)	35(47.3)	38(51.4)	10(13.5)	3(4.1)	23(31.1)	0.00**
与薬の技術	21	経口薬 (緩下剤など内科薬を含む) の種類と服薬方法が知識として理解できる	I	11(14.9)	16(21.6)	31(41.9)	16(21.6)	50(67.6)	11(14.9)	4(5.4)	9(12.2)	0.00**
	22	向精神薬の副作用が知識として理解できる	I	7(9.5)	9(12.2)	11(14.9)	47(63.5)	50(67.6)	13(17.6)	1(1.4)	10(13.5)	0.00**
	23	患者の服薬行動をアセスメントすることができる (頓服薬, 自己管理, 拒薬など)	I	8(10.8)	21(28.4)	19(25.7)	26(35.1)	54(73.0)	12(16.2)	2(2.7)	6(8.1)	0.00**
	24	患者の服薬への思いをアセスメントすることができる	I	10(13.5)	20(27.0)	14(18.9)	30(40.5)	45(60.8)	10(13.5)	4(5.4)	15(20.3)	0.00**
	25	経口薬 (抗精神病薬・抗不安薬等) の服薬後の観察ができる (要指導下)	II	2(2.7)	9(12.2)	11(14.9)	52(70.3)	26(35.1)	12(16.2)	15(20.3)	21(28.4)	0.00**
	26	注射薬の種類 (鎮静時の注射や持効剤) と投与方法が知識として理解できる	III	4(5.4)	15(20.3)	17(23.0)	38(51.4)	10(13.5)	8(10.8)	3(4.1)	53(71.6)	0.35
症状・生体機 能 管理技術	27	発達段階や生活歴の情報収集・アセスメントができる	I	28(37.8)	22(29.7)	8(10.8)	16(21.6)	62(83.8)	10(13.5)	2(2.7)	0(0.0)	0.00**
	28	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	I	41(55.4)	17(23.0)	5(6.8)	11(14.9)	68(91.9)	5(6.8)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	29	患者の全身状態の変化に気付くことができる	I	15(20.3)	36(48.6)	11(14.9)	12(16.2)	61(82.4)	9(12.2)	4(5.4)	0(0.0)	0.00**
	30	精神症状の観察ができる (要指導下)	II	4(5.4)	9(12.2)	13(17.6)	48(64.9)	35(47.3)	29(39.2)	5(6.8)	5(6.8)	0.00**
	31	思考, 感情, 意欲, 知覚の観察とアセスメントができる (要指導下)	II	16(21.6)	24(32.4)	13(17.6)	21(28.4)	37(50.0)	32(43.2)	4(5.4)	1(1.4)	0.00**
	32	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	I	34(45.9)	27(36.5)	4(5.4)	9(12.2)	69(93.2)	5(6.8)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
安楽確保の技 術	33	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 (要指導下)	II	10(13.5)	33(44.6)	13(17.6)	18(24.3)	18(24.3)	26(35.1)	4(5.4)	26(35.1)	0.97
	34	患者の精神的安楽を保つための工夫を計画できる (要指導下)	II	3(4.1)	17(23.0)	12(16.2)	42(56.8)	27(36.5)	32(43.2)	5(6.8)	10(13.5)	0.00**
	35	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 (要指導下)	II	6(8.1)	15(20.3)	17(23.0)	36(48.6)	29(39.2)	32(43.2)	5(6.8)	8(10.8)	0.00**
対人関係を調 節する技術	36	患者の対人関係の特徴をアセスメントできる (要指導下)	II	14(18.9)	22(29.7)	13(17.6)	25(33.8)	37(50.0)	31(41.9)	5(6.8)	1(1.4)	0.00**
	37	患者の対人関係の特徴を踏まえた援助ができる (要指導下)	II	9(12.2)	13(17.6)	16(21.6)	36(48.6)	30(40.5)	35(47.3)	5(6.8)	4(5.4)	0.00**
	38	周囲の対人関係刺激に対する反応をアセスメントすることができる	I	11(14.9)	13(17.6)	15(20.3)	35(47.3)	46(62.2)	19(25.7)	4(5.4)	5(6.8)	0.00**
	39	<場所とタイミング, 雰囲気への配慮>対象者が安心して話せる空間や, 違和感や威圧感を与えない自らのポジションを考え, 対象者に「この場所で話してもいいか」について確認できる	I	28(37.8)	13(17.6)	12(16.2)	21(28.4)	67(90.5)	7(9.5)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	40	<位置>対象者に確認の上, お互いが安心できるパーソナルスペースを確保し, かつ他者から会話が聞こえないよう, プライバシーの保護に努めることができる	I	35(47.3)	18(24.3)	10(13.5)	11(14.9)	65(87.8)	8(10.8)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	41	<聴く>: 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, カウンセリング技術を活用・差し挟まない: 対象者の話を遮らず, 話が一段落するまで聴くことができる	I	42(56.8)	18(24.3)	7(9.5)	7(9.5)	69(93.2)	5(6.8)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
42	・視線: 対象者が気づきにくい程度にアイコンタクトを取ることができる	I	44(59.5)	17(23.0)	7(9.5)	6(8.1)	70(94.6)	2(2.7)	2(2.7)	0(0.0)	0.00**	

Wilcoxon の符号付順位検定 \* : P < 0.05 \*\* : P < 0.01 (N=74)

表2 各項目の得点割合とWilcoxonの符号付順位検定を用いた統計解析の結果(つづき)

大項目	No.	小項目(学習を支える知識・技術)	到達度	実習前				実習後				有意確率 (両側検定) P値
				全行程を 実施した	教員や看護 師の指 導・監視 のもとで 一部実施 した	見学のみ	見学,実 施をして いない	全行程を 実施した	教員や看護 師の指 導・監視 のもとで 一部実施 した	見学のみ	見学,実 施をして いない	
対人関係を調 節する技術	43	・姿勢、体の向き:やや前傾,リラックスした姿勢で、関心を示す態度で接することができる	I	44(59.5)	17(23.0)	6(8.1)	7(9.5)	69(93.2)	4(5.4)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	44	・表情:対象者の発言内容に合わせて自らの表情を変化させ、対象者の感情を汲み取っていることを示すことができる	I	39(52.7)	23(31.1)	7(9.5)	5(6.8)	68(91.9)	6(8.1)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	45	・沈黙、間(非言語的コミュニケーション):対象者が黙った際、圧迫しない程度に対象者の発言を待つことができる	I	37(50.0)	22(29.7)	7(9.5)	8(10.8)	68(91.9)	6(8.1)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	46	・うなずき(非言語的コミュニケーション):対象者の発言内容に対してうなずき、理解し受容していることを示すことができる	I	44(59.5)	16(21.6)	9(12.2)	5(6.8)	70(94.6)	4(5.4)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	47	・受容と共感的態度: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)	I	44(59.5)	16(21.6)	7(9.5)	7(9.5)	70(94.6)	3(4.1)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	48	・受容(一貫した態度での受け止め):精神症状が現れている場合、またはネガティブな発言がある際に、焦ったり動揺したりせず、対象者の発言や反応をそのまま受容することができる	I	29(39.2)	15(20.3)	10(13.5)	20(27.0)	66(89.2)	5(6.8)	1(1.4)	2(2.7)	0.00**
	49	・自己一致:自己と相手の感情に気づくことができる(違和感があれば、それに気づくことができる)	I	24(32.4)	18(24.3)	9(12.2)	23(31.1)	54(73.0)	15(20.3)	1(1.4)	4(5.4)	0.00**
	50	<話す>:対象者の状況に合わせ傾聴後、反応を返す技術(言語的コミュニケーション) ・アサーション:対象者の発言内容や思いを受容した上で、自らの考えをアサーティブに伝えることができる(アイメッセージの活用)	I	18(24.3)	17(23.0)	10(13.5)	29(39.2)	57(77.0)	13(17.6)	1(1.4)	3(4.1)	0.00**
	51	・音量、トーン、発話量:対象者の発話量、発話速度、声のボリュームを踏まえ、自らの発話頻度、発話速度、声のボリュームを調節することができる	I	40(54.1)	21(28.4)	8(10.8)	5(6.8)	68(91.9)	6(8.1)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	52	・ことば:対象者が理解しやすい平易な言葉を用いていることができる	I	40(54.1)	19(25.7)	9(12.2)	6(8.1)	69(93.2)	4(5.4)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
患者の安全を 保つ技術	53	・感情に焦点を当て:自らの精神症状について対象者が話している時は、思いや感情に焦点を当ててオウム返しを行い、受容し、共感的理解を示すことができる	I	28(37.8)	20(27.0)	8(10.8)	18(24.3)	69(93.2)	4(5.4)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	54	・肯定的な返し:できていること、がんばっていることに注目し、褒める、認めることを伝えることができる	I	35(47.3)	19(25.7)	11(14.9)	9(12.2)	70(94.6)	4(5.4)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	55	<自己洞察・自己活用> ・自己のコミュニケーションの特徴を知り、患者に合った援助ができる(プロセスレコードの活用)	I	20(27.0)	21(28.4)	12(16.2)	21(28.4)	64(86.5)	10(13.5)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	56	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(要指導下)	II	0(0.0)	5(6.8)	5(6.8)	64(86.5)	22(29.7)	31(41.9)	4(5.4)	17(23.0)	0.00**
	57	患者の自殺企図や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(要指導下)	II	1(1.4)	2(2.7)	4(5.4)	67(90.5)	14(18.9)	21(28.4)	10(13.5)	29(39.2)	0.00**
	58	包括的な暴力防止プログラムに基づく患者の状態に合わせた一連のチームアプローチ(リスクアセスメント・ディエスカレーション・ブレイクアウェイ・チームテクニクス・ディブリーフィング)の必要性が知識として理解できる	III	3(4.1)	3(4.1)	4(5.4)	64(86.5)	22(29.7)	13(17.6)	8(10.8)	31(41.9)	0.00**
	59	非常時(火災、天災等)の患者の安全を守る援助(例 隔離・拘束中の患者を含む担送相当患者への援助等)が知識として理解できる	III	3(4.1)	5(6.8)	4(5.4)	62(83.8)	17(23.0)	7(9.5)	8(10.8)	42(56.8)	0.00**
	60	関連法に基づく患者の入院形態、入院に至る経過について説明できる	I	11(14.9)	9(12.2)	11(14.9)	43(58.1)	58(78.4)	13(17.6)	1(1.4)	2(2.7)	0.00**
	61	患者自身の治療への理解や受け止め方についてアセスメントができる	I	20(27.0)	23(31.1)	8(10.8)	23(31.1)	59(79.7)	14(18.9)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	処遇の理解と 対処技術	62	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(要指導下)	II	8(10.8)	13(17.6)	6(8.1)	47(63.5)	41(55.4)	24(32.4)	2(2.7)	7(9.5)
63		閉鎖処遇・隔離・身体的拘束・持ち物の制限や金銭管理方法などの行動制限の必要性と看護について理解できる	I	7(9.5)	9(12.2)	12(16.2)	46(62.2)	45(60.8)	16(21.6)	4(5.4)	9(12.2)	0.00**
64		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ができる(要指導下)	II	3(4.1)	8(10.8)	9(12.2)	54(73.0)	28(37.8)	21(28.4)	4(5.4)	21(28.4)	0.00**
65		閉鎖処遇・隔離・身体的拘束などの行動制限下における患者の権利とその行使の方法について知識として理解できる	III	9(12.2)	8(10.8)	10(13.5)	47(63.5)	43(58.1)	16(21.6)	1(1.4)	14(18.9)	0.00**
66		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)の役割と非薬物療法について説明できる	I	7(9.5)	10(13.5)	13(17.6)	44(59.5)	48(64.9)	13(17.6)	7(9.5)	6(8.1)	0.00**
社会資源 活用技術	67	多職種連携の必要性を説明できる	I	23(31.1)	21(28.4)	11(14.9)	19(25.7)	60(81.1)	10(13.5)	2(2.7)	2(2.7)	0.00**
	68	多職種連携における看護師の役割について理解できる	I	25(33.8)	19(25.7)	13(17.6)	17(23.0)	60(81.1)	10(13.5)	2(2.7)	2(2.7)	0.00**
	69	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る(要指導下)	II	9(12.2)	13(17.6)	18(24.3)	34(45.9)	33(44.6)	34(45.9)	2(2.7)	5(6.8)	0.00**
家族関係 調整技術	70	患者と家族との関係性、家族歴をアセスメントできる(要指導下)	II	17(23.0)	22(29.7)	13(17.6)	22(29.7)	31(41.9)	32(43.2)	7(9.5)	4(5.4)	0.00**
感染予防の技 術	71	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	I	54(73.0)	11(14.9)	4(5.4)	5(6.8)	71(95.9)	3(4.1)	0(0.0)	0(0.0)	0.00**
	72	病棟の特性に応じて、必要な防護用具(手袋・ガウン等)の装着ができる(要指導下)	II	43(58.1)	19(25.7)	4(5.4)	8(10.8)	37(50.0)	16(21.6)	2(2.7)	19(25.7)	0.04*
安全管理の技 術	73	病棟の特性に応じて、必要な安全管理対策(危険物の管理、カギの管理、情報管理、麻薬管理等)に従って行動できる	I	11(14.9)	10(13.5)	11(14.9)	42(56.8)	54(73.0)	8(10.8)	6(8.1)	6(8.1)	0.00**
	74	インシデント・アクシデント・他患とのトラブルが発生した場合には、速やかに報告できる	I	9(12.2)	6(8.1)	7(9.5)	52(70.3)	32(43.2)	4(5.4)	3(4.1)	35(47.3)	0.00**
	75	看護師の守秘義務を理解し、実施できる	I	46(62.2)	12(16.2)	4(5.4)	12(16.2)	68(91.9)	5(6.8)	1(1.4)	0(0.0)	0.00**
	76	患者を誤認しないための防犯策を実施できる	I	34(45.9)	14(18.9)	9(12.2)	17(23.0)	57(77.0)	6(8.1)	7(9.5)	4(5.4)	0.00**
	77	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(要指導下)	II	20(27.0)	25(33.8)	12(16.2)	17(23.0)	28(37.8)	23(31.1)	7(9.5)	16(21.6)	0.26
	78	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	III	16(21.6)	6(8.1)	8(10.8)	44(59.5)	23(31.1)	4(5.4)	3(4.1)	44(59.5)	0.34

Wilcoxonの符号付順位検定 \* : P<0.05 \*\* : P<0.01 (N=74)

術は、実習前が2.73で実習後は3.65だった。⑤清潔・衣生活援助技術は、実習前が2.24で実習後は2.76だった。⑥与薬の技術は、実習前が1.92で実習後は2.95だった。⑦症状・生体機能管理技術は、実習前が2.66で実習後は3.68だった。⑧安楽確保の技術は、実習前が2.03で実習後は2.87だった。⑨対人関係を調節する技術では、実習前が2.88で実習後は3.80だった。⑩患者の安全を保つ技術では、実習前が1.23で実習後は2.35だった。⑪処遇の理解と対処技術では、実習前が1.83で実習後は3.35だった。⑫社会資源活用技術では、実習前が2.26で実習後は3.53だった。⑬家族関係調整技術では、実習前が2.46で実習後は3.22だった。⑭感染予防の技術では、実習前が3.43で実習後は3.46だった。⑮安全管理の技術では、実習前が2.36で実習後は3.06だった。

### 3.2.2 小項目の得点割合と実習前後の比較

精神看護学実習における技術到達度チェックリストを用いて技術経験の程度を回答された各項目の得点割合と Wilcoxon の符号付順位検定を用いた統計解析の結果を表2に示す。

78の小項目のうち67の項目で実習前後の経験の程度が有意水準5%で有意に上昇した。特に、大項目の症状・生体機能管理技術と対人関係を調節する技術、患者の安全を保つ技術、処遇の理解と対処技術、社会資源活用技術、家族関係調整技術ですべての小項目において、実習前後の経験の程度が有意水準1%以下で有意に上昇していた。

一方、11の小項目で有意差がみられなかった。到達度Ⅰの環境調節の技術「患者の機能や行動特性に合わせて患者にとって安全かつ快適な病床環境を作ることができる」と「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」で、それぞれ0.13と0.07で有意水準5%での有意差がみられなかった。

その他では、安全確保技術「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」がP値0.97で、排泄援助技術「自然な排尿を促すための援助ができる」のP値が0.69、「自然な排便を促すための援助ができる」のP値が0.38で有意差がみられなかった。また、与薬の技術である「注射薬の種類（鎮静時の注射や持効剤）と投与方法が知識として理解できる」や「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」、「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」という安全管理の大項目でいずれも到達度Ⅱ、Ⅲのもので有意差がみられなかった。

## 4. 考察

### 4.1 精神看護学実習後の学習効果

精神看護学実習を終えた看護学生は、ほとんどの技術経験項目で有意に得点が増加していた。特に対人関係技法を具体的にチェックリスト項目に記載した点は小項目すべてにおいて経験できていた。

看護学生は対象理解のためコミュニケーションを通して対人関係を構築していくにあたり、様々な技法を用いてかかわっている。その対人関係技法は今回の技術到達度チェックリストにより〈場所やタイミング、位置〉など環境の整備について、またカウンセリング技術を用いて非言語的コミュニケーションを重視する〈聴く〉技術、そしてアサーションに代表される言語的コミュニケーション〈話す〉技術が紙面化したツールに具体的に示された。そして、到達度チェックリストを活用し、実習前から具体的に対人関係技法を確認できたことが、学生らの技術経験の程度に大きく正の影響を及ぼしたのではないかと考える。

鎌田は、精神看護学実習における対人関係構築の発展に関する学びは、【対象を理解する重要性】、【自己の素直な感情の表出】、【既習のコミュニケーション技術の応用】、【言動の裏側にある心理的アセスメント】、【患者への関心を寄せる】、【個性に応じたコミュニケーション】、【非言語的コミュニケーションの重要性】、【観察に基づく介入のタイミング】、【信頼関係の構築】だったと報告している<sup>8)</sup>。既習のコミュニケーション技術について、机上あるいは演習で学んだ対人関係技法を臨地実習というタイミングで自らのコミュニケーション技術に般化できるかが重要なポイントであるといえる。したがって、今回の到達度チェックリストの精神科看護技術としての対人関係技法の設問項目について、具体的に表現する工夫を行った点は、有効な学習支援として一定の効果があったと示唆された。

### 4.2 専門領域実習の特徴が影響する技術経験

食事、排泄や清潔のセルフケア援助に関わる項目については実習前と経験の程度があまり変わらない点は、臨地実習で受け持つ患者の病状の安定さに影響しているものと考えられる。それは、学生らは担当患者を受け持つ時点で一定の回復が進んだ状況であることが影響していると推察されるためである。例えば救急急性期の閉鎖病棟だったとしても行動制限を受けておらず、疾病理解が進んだ状況、あるいは社会復帰に向けて準備が進んでいる段階であれば基本的なセルフケア行動は回復しているであろう。

萱問らの報告では、社会復帰しようとする統合失調症患者を看護師が援助する際に用いる看護技術

は、身体的ケアは見られず、コミュニケーションを媒介とした対人技術に関する援助に限局されていた<sup>9)</sup>。したがって、今回の対象学生らは身の回りのセルフケア行動を支援する機会は限られていたと考えられる。

一方で、持効性注射剤(LAI: Long Acting Injection)など薬や症状の管理技術、また精神保健福祉法に基づく処遇や安全管理の項目は精神科領域特有の技術経験である点が大きく影響し実習前後で差が出たものと考えられる。

#### 4.3 本研究の限界と今後の展望

今回新たに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の活用により、実習後の主観的な経験の程度を明らかにすることができた。しかしながら、各項目の技術経験について、どの程度到達できたかという到達度の評価について今回の調査では明らかになっていない。そのため、今後は技術の到達度が学修成果にどの程度影響与えたかについて、可視化していくことで教育内容の質向上につながるものと考えられる。

#### 5. 結論

精神看護学実習における具体的な対人関係技法に重点を置いた看護技術到達度チェックリストを新たに作成し活用、看護学生の主観的な看護技術の経験の程度を明らかにした。

その結果、精神看護学実習を終えた看護学生は、ほとんどの技術経験項目で有意に得点が上昇していた。特に対人関係技法を具体的にチェックリスト項目に記載した点は小項目すべてにおいて経験できていた。また、持効性注射剤など薬や症状の管理技術、また精神保健福祉法に基づく処遇や安全管理の項目といった精神科領域特有の技術経験の項目で有意に上昇していた。一方で、食事、排泄や清潔のセルフケア援助に関わる項目については実習前と経験の程度があまり変わらなかった。

精神科看護技術としての対人関係技法の設問項目について、具体的に表現する工夫を行った点は、有効な学習支援として一定の効果があったと示唆された。

#### 倫理的配慮

対象者全員に対し、研究の趣旨を口頭で説明した。またWeb調査協力は自由意思であり、協力しない場合でも成績評価とは無関係で不利益は生じないことを保証した。次に、対象者全員に紙面でのチェックリストを配布、活用は自由とし、Web調査にアクセスしない対象者への教育上の公平性を担保した。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こと、また個人は特定されないことについて口頭で説明した。研究参加協力への同意については、固有の情報でのみログインできる学内ネットワークを経由したWeb上のMicrosoft Teamsで作成した「精神看護学実習における精神科看護技術経験に関する調査」内の最初の画面で、調査協力依頼に関する同意を得た。「同意しない」を選択した場合は回答が終了するよう設定した。データ抽出時に取得する個人アクセス情報は、対応する群を識別することのみに使用することも口頭で説明した。

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」を基に改変した評価表を用いることについて、作成者より承諾を得た。なお、調査は川崎医療福祉大学倫理委員会にて承認を受けた後に実施した(承認番号: 23-033)。

#### 謝 辞

本研究の調査に協力してくださった看護学生の皆様に深く感謝いたします。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省: 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>, 2019. (2024.3.5確認)
- 2) 文部科学省 看護学教育の在り方検討会: 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—看護学教育の在り方に関する検討会報告一. [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601/003.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601/003.htm), 2004. (2024.3.5確認)
- 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: 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一. [https://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788\\_3.pdf](https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf), 2017. (2024.3.7確認)
- 4) 厚生労働省: 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン. [https://www.mhlw.go.jp/kango\\_kyouiku/\\_file/1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/1.pdf), 2015. (2024.3.7確認)

- 5) 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.
- 6) 山下垂矢子: 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. 新見公立大学紀要, 40, 115-120, 2019.
- 7) 小田嶋裕輝, 古都昌子: 看護系大学における看護技術教育研究の動向と課題. 看護科学研究, 20, 25-34, 2022.
- 8) 鎌田由美子: 精神看護学実習における学生の対人関係構築に関する学び. 第46回(平成27年度)日本看護学会論文集 看護教育, 46, 43-46, 2016.
- 9) 萱間真美, 田中美恵子, 中山洋子: 精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析. 看護研究, 28(6), 455-463, 1995.

(2024年11月7日受理)

## Use of the Skill Achievement Checklist in Psychiatric Nursing Practice and Learning Effectiveness

Toshio SAKAMOTO and Michiko ISHIDA

(Accepted Nov. 7, 2024)

**Key words** : psychiatric nursing practice, skill achievement checklist, interpersonal relationship techniques

### Abstract

In basic nursing education, the development of interpersonal communication skills is important and is the basis for the accumulation of skills. This study utilizes the Nursing Skills Achievement Checklist, which focuses on interpersonal skills, to identify nursing students' subjective experience of nursing skills. The results of the evaluation of learning outcomes are also reported. The survey was administered to 125 nursing students who had experienced practical training in psychiatric nursing. Data on four levels of subjective evaluation of the degree of experience were obtained on the web-based survey before and after the practical training. Then, each score on the degree of technical experience, consisting of 78 items, was calculated, and the differences before and after practice were analyzed for the major and minor items. The results showed that nursing students who completed the psychiatric nursing practice significantly increased their scores on most of the technical experience items. In particular, all of the interpersonal skills subitems were experienced. In addition, items specific to psychiatric nursing, such as medication, symptom management, and safety management, increased significantly. On the other hand, experience with items related to self-care assistance, such as eating, toileting, and cleanliness, did not change significantly from the before the practical training. These results suggest that the use of specific expressions in questions related to interpersonal relationship skills as psychiatric nursing skills is effective in supporting effective learning.

Correspondence to : Toshio SAKAMOTO

Department of Nursing, Faculty of Nursing and Health Care  
BAIKA Women's University  
2-19-5 Shukunoshō, Ibaraki-city, Osaka, 567-8578, Japan  
E-mail : [to-sakamoto@baika.ac.jp](mailto:to-sakamoto@baika.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.34, No.2, 2025 339-348)