

精神科病院における看護師の院内教育プログラム 構築に関する研究 —精神科看護技術到達度に焦点をあてて—

前田 律子（静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科博士前期課程）

医学・医術の進歩や、加速度的な人口の少子高齢化、高学歴化などにより、医療を取り巻く環境は年々変化し、看護職の役割は拡大し続けている。それゆえ看護師は、時代に即した看護実践能力を保ち続けるために、生涯において継続教育を受ける必要がある。精神科病院での看護師教育は、精神看護学が新しい学問であることや、精神科看護の特殊性から、他分野に比べ教育が体系化されているとは言い難く、精神科独自の看護師教育システムの構築は急務であると言える。

本研究は、精神科病院に勤務する看護師の個人要因と精神科看護技術到達度の実態を把握し、看護師の基本属性との関連性を明らかにし、看護師の特性に応じた精神科病院の院内教育プログラムの内容について検討することを目的とした。精神科病院の病棟・外来に勤務する看護師364名を対象に、精神科看護技術到達度の自己評価によるアンケート調査を実施し、271名（回収率74.5%）から回答が得られた。

調査結果より、性別、年代、精神科以外の経験年数、精神科経験年数が精神科看護技術到達度に影響を与えており、特に看護師の過去の経験が精神科看護技術到達度と大きく関連していることが明らかになった。しかし、精神科看護技術到達度に対応した院内教育は実施されていなかった。技術到達度により必要な教育は異なるため、精神科看護技術到達度を把握することは重要である。技術到達度に応じてカスタマイズできる院内教育プログラムが理想的であり、経験による個々の強みを生かし、お互いに補完し合えるような教育システムを構築していくことの必要性が示唆された。

キーワード：精神科病院、看護師、院内教育、看護技術

1. 研究の背景

医学・医術の進歩や加速度的な人口の少子高齢化、高学歴化などにより、医療を取り巻く環境は年々変化し、看護職の役割は量的・質的ともに拡大している。看護師は、最新の医療技術や治療法、またその時の社会情勢に合わせて看護を提供していかなければならず、時代に即した看護実践能力を保ち続けるために、生涯にわたって専門的な知識・技術・態度の獲得をめざして学ぶ力を持つことが求められている。そのために生涯において関わりを持つ教育や研修のことを継続教育と呼び、その重要性は、近年特に強調される傾向にある¹⁾。看護継続教育の一つである院内教育は、その病院に就業する職員として職場適応を促すとともに、

看護師の自己学習を支援、補完するという目的を持っている。舟島（2007）は、「院内教育の質がその病院の看護の質を決定づけることに起因する」²⁾と述べており、看護の質を上げるためには、院内教育の質を上げる必要がある。また菱沼（2011）は、「看護の真価は、心のもちかたではなく、技術にある」³⁾と述べており、看護の質を上げるためには、看護の真価である技術力を向上させることが重要であると考えられる。

日本の精神科医療は、近年まで入院処遇を中心に発達してきた。しかし2004年、精神医療福祉の改革ビジョン（厚生労働省、2004）⁴⁾により、地域生活中心の基本方針と、病床の機能分化・地域生活支援体制の強化が打ち出され、精神科看護師は幅広い役割を担うことが期待されるようになって

た。2009年には、機能分化のさらなる促進や医療の質の向上の必要性、看護師の再養成・研修の検討の必要性が示され、2017年に「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」⁹⁾ という新たな基軸が打ち出されたことにより、精神科看護師の役割はさらに拡大した。日本精神科看護技術協会は、2007年、精神科に勤務する看護師の業務の実態を調査し、新人看護職員指導のために、精神科看護技術チェックリスト⁶⁾ を作成した。さらに2011年、大きく政策が変わっていく可能性のある時代状況を見据えつつ、精神科看護ガイドライン(2011)⁷⁾ を打ち出し、臨床の現状に則した方向性を示した。近年、精神科臨床では、精神科看護ガイドライン(2011)⁷⁾ の内容に加え、ヒューマンケアの基本的な能力や地域移行の視点を重要視した技術力の向上、また、高齢社会への対応や次世代の看護師の育成が求められるようになっており^{8) 9)}、精神科看護師の獲得すべき看護技術が、時代とともに拡大していることは明らかである。精神科臨床で必要とされる看護技術項目は以前から他科より多く、その上で手技的な看護技術を習得する機会が少ないという特徴があり、精神科病院独自の支援方法を検討していく必要性が示唆されている¹⁰⁾。また、精神科病院に勤務する職員の背景が多様であること¹¹⁾ により、教育ニーズ・学習ニーズが多様であることが明らかになっており^{12) 13)}、ニーズに合致した院内教育プログラムを実施することが難しい状況である¹⁰⁾。特にコミュニケーション教育については、国内の医療系学部で本格的に教育されるようになったのは2000年代後半からであり、基礎教育でコミュニケーションについて学んでいない精神科看護師も多い。しかし、患者や家族、医療スタッフへの接し方についての教育ニーズは高く、コミュニケーション技術についてエビデンスを踏まえた教育を臨床で実施することが望まれている¹⁴⁾。また精神科病院は、歴史的背景による精神科病院特有の事情による影響を大きく受けており¹⁵⁾、教育内容に加え、指導者の選定や教育後のフォロー体制、また、教育にかかる費用や時間への配慮等、重要な課題が山積みであることが明らかにされており^{16) 17) 18)}、理想

的な院内教育とは程遠い状況であると考えられる。さらに精神看護学は、1996年ようやく科目として独立し、専門教育が開始されたばかりの新しい学問である。それゆえ他分野に比べ精神科看護教育が体系化されているとは言い難く、精神科独自の看護師教育システムの構築は急務であるといえる。

2. 研究の目的

看護の真価は技術にあり、院内教育の質がその病院の看護の質を決定づける。看護継続教育とは、看護基礎教育の上に積み上げていく教育であり、精神科病院独自の院内教育プログラムを検討するためには、精神科看護師の背景や看護技術力を把握することが必要である。2007年に日本精神科看護技術協会により精神科看護技術チェックリスト⁶⁾ が打ち出されたが、精神科病院に勤務する看護師において、その看護技術がどの程度まで到達しているのか実証的なデータで明らかにされていない。

そこで、本研究は、S県内の精神科病院に勤務する看護師の個人要因と精神科看護技術到達度の実態を把握し、看護師の基本属性との関連性を明らかにし、看護師の特性に応じた精神科病院の院内教育プログラムの内容について検討することを目的とした。

3. 研究方法

1) 研究デザイン

自己記入式質問紙法を用いた量的記述的研究である。

2) 用語の定義

本研究では、〈精神科看護技術〉、〈精神科看護技術到達度〉〈一人前になるまで・中堅・ベテラン〉を以下のように定義した。〈精神科看護技術〉は、精神科看護技術チェックリスト(2007)⁶⁾ に技術項目としてまとめられた内容と、先行研究を参考に筆者が技術力としてまとめた近

年精神科で求められる能力とした。〈精神科看護技術到達度〉は、前述の精神科看護技術の到達レベルを指し、具体的には、調査票の項目に従って看護師が精神科看護技術を自己評価した結果とした。ベナー看護論によると、看護師のレベルについて、年数で明確に分けられるものではないが、おおよその目安として「一人前レベルは、似たような状況で2, 3年働いたことのある看護師」「中堅レベルの実践は通常、類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師にみられる」とされている¹⁹⁾。そこで、ベナー看護論を参考に、精神科以外の経験と精神科経験について、それぞれ経験年数3年までを〈一人前になるまで〉の看護師、経験年数4～9年を〈中堅〉看護師、経験年数10年以上を〈ベテラン〉看護師とした。

3) 調査対象

S県内の精神科病院の中で、心神喪失者等医療観察法²⁰⁾(以下医療観察法とする)の指定医療機関に該当せず、研究の趣旨に賛同が得られた6施設の病棟・外来に勤務する看護師364名を調査対象者とした。

4) データ収集期間

2021年10月～2021年12月とした。

5) 調査方法

対象施設の教育担当責任者には、事前に研究の目的と方法、研究協力への同意は自由意志に基づくこと、研究協力への同意表明方法、集積したデータは本研究以外に使用しない旨を記載した文書を提示しながら口頭で説明を実施し、調査対象者への配布を依頼した。

調査対象者には、協力依頼に際し、質問紙、返信用封筒と共に、研究の目的と方法、研究協力への同意は自由意志に基づくこと、研究協力への同意表明方法、集積したデータは本研究以外に使用しない旨を記載した説明文書を添付した。研究協力への同意は、質問紙への回答と返送をもって確認した。

6) 調査内容

(1) 個人要因

(性別、年代、看護最終学歴、看護経験年数、精神科経験年数、資格、過去の研修の参加実績)

(2) 精神科看護技術到達度①－基本的看護技術118項目

精神科看護技術チェックリスト(2007)⁶⁾を一部改正し、『看護技術について』(中項目13項目で構成される76項目)、『管理的側面について』(中項目7項目で構成される18項目)、『精神科における看護技術』(中項目5項目で構成される24項目)とした。以下、『』は大項目、「」は中項目を示す。

(3) 精神科看護技術到達度②－発展的看護技術5項目

先行研究を参考に、『近年精神科で求められる能力』として、自己を肯定し成長する力、後輩指導力、継続して学習する力、チームと協働する力、マネジメント力を評価する5項目を作成した。

7) 分析方法

看護師を、精神科経験年数によって精神科の〈一人前になるまで〉、〈中堅〉、〈ベテラン〉の3群に分類し、さらに精神科以外の経験年数によって一般科の〈経験なし〉、〈一人前になるまで〉、〈中堅〉、〈ベテラン〉の4群に分類した。また、精神科看護技術到達度①(基本的看護技術118項目)について、1〔完全に一人でできる〕を5点、2〔ほぼできる〕を4点、3〔他者の援助が必要〕を3点、4〔できない〕を2点、5〔経験がない〕を1点として点数化した。同様に、精神科看護技術到達度②(発展的看護技術5項目)について、1〔十分できている〕を5点、2〔だいたいできている〕を4点、3〔どちらともいえない〕を3点、4〔あまりできていない〕を2点、5〔全然できていない〕を1点として点数化した。

SPSS statistics ver.25を用いて、基本統計量を算出した後に、属性を因子、項目ごとの精神科看護技術到達度の合計を従属変数とし、一元配置の分散分析・多重比較を行った。

8) 倫理的配慮

文書と口頭により、看護部に研究の趣旨と倫理的配慮について説明し、同意が得られた施設を対象とした。質問紙調査においては、調査対象者に対し研究目的、内容、方法、および倫理的配慮を記載した説明文書を作成し、説明文書には、質問紙への回答・返送をもって同意表明とする旨を付記した。

なお本研究は静岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号3-32)

4. 結果

1) 調査対象者の属性

調査対象となった看護師364名のうち、271名から回答が得られた(回収率74.5%)。

回答者の属性を表1に示した。性別は、女性203名(74.9%)、男性67名(24.7%)、無回答1名(0.4%)であった。年代は、20歳代33名(12.2

%)、30歳代41名(15.1%)、40歳代82名(30.3%)、50歳代59名(21.8%)、60歳代41名(15.1%)、70歳以上12名(4.4%)、無回答3名(1.1%)であった。看護資格は、正看護師が229名(84.5%)、准看護師が41名(15.1%)、無回答が1名(0.4%)であった。看護最終学歴は、専門学校が216名(79.7%)、短期大学が14名(5.2%)、4年制大学が28名(10.3%)、その他が8名(3.0%)、無回答が5名(1.8%)であった。精神科経験年数は、0~3年経験した者が70名(25.8%)、4年~9年経験した者が54名(19.9%)、10年以上経験した者が147名(54.2%)であった。精神科以外の経験年数は、経験していない者が69名(25.5%)、0~3年経験した者が47名(17.3%)、4年~9年経験した者が36名(13.3%)、10年以上経験した者が68名(25.1%)、無回答が51名(18.8%)であった。追加の保有資格は、専門看護師が1名(0.4%)、認定看護師が1名(0.4%)、その他が14名(5.2%)であった。

表1 回答者の属性

		(n=271)
項目	区分	人 (%)
性別	女性	203 (74.9)
	男性	67 (24.7)
	無回答	1 (0.4)
年齢	20歳代	33 (12.2)
	30歳代	41 (15.1)
	40歳代	82 (30.3)
	50歳代	59 (21.8)
	60歳代	41 (15.1)
	70歳代以上	12 (4.4)
	無回答	3 (1.1)
資格	正看護師	229 (84.5)
	准看護師	41 (15.1)
	無回答	1 (0.4)
看護最終学歴	専門学校	216 (79.7)
	短期大学	14 (5.2)
	4年制大学	28 (10.3)
	その他	8 (3.0)
	無回答	5 (1.8)
精神科経験年数	0~3年(一人前になるまで)	70 (25.8)
	4~9年(中堅)	54 (19.9)
	10年以上(ベテラン)	147 (54.2)
精神科以外の経験年数	経験なし	69 (25.5)
	0~3年(一人前になるまで)	47 (17.3)
	4~9年(中堅)	36 (13.3)
	10年以上(ベテラン)	68 (25.1)
	無回答	51 (18.8)
追加の保有資格	専門看護師	1 (0.4)
	認定看護師	1 (0.4)
	その他	14 (5.2)
	なし	255 (94.1)

精神科病院における看護師の院内教育プログラム構築に関する研究

2) 精神科看護技術到達度の実態と到達度が低い精神科看護技術

調査の結果得られた精神科看護技術到達度の基本的看護技術118項目と発展的看護技術5項目の分布について表2-1、表2-2に示す。また、精神科看護技術到達度が低い項目を図1に示した。精神科看護技術到達度①（基本的看護技術118項目）

のうち、〔完全に1人でできる〕と〔ほぼできる〕と回答した合計が半数に満たない項目は15項目であり、医療観察法に関する項目以外では、下位11項目までが『看護技術について』と『管理的側面について』に属していた。次いで精神保健福祉法の理解に関する1項目、次に社会復帰に関する2項目の順に到達度が低かった。

表2-1 精神科看護技術到達度の回答傾向①

(96)

1 看護技術について	N	1人で一人でする	2人でできる	3輪者の補助が必要	4できない	5観望がない
1-1 環境調整技術	266	162 (60.9)	89 (33.5)	13 (4.9)	1 (0.4)	1 (0.4)
1-2 食事・栄養に関する援助技術	269	229 (85.1)	40 (14.9)			
1-3 排せつ援助技術	268	99 (36.9)	112 (41.8)	54 (20.1)	3 (1.1)	
1-4 活動・休息の援助技術	268	193 (72.0)	73 (27.2)	2 (0.7)		
1-5 清潔・衣生活援助	268	158 (59.0)	82 (30.6)	21 (7.8)	2 (0.7)	5 (1.9)
1-6 呼吸・循環を整える	268	188 (70.1)	75 (28.0)	5 (1.9)		
1-7 創傷管理技術	267	224 (83.9)	39 (14.6)	2 (0.7)	1 (0.4)	1 (0.4)
1-8 作業の技術	268	169 (63.1)	66 (24.6)	24 (9.0)	4 (1.5)	5 (1.9)
1-9 救急救命処置技術	268	209 (78.0)	47 (17.5)	6 (2.2)	1 (0.4)	5 (1.9)
1-10 症状・身体機能管理技術	268	190 (70.9)	58 (21.6)	17 (6.3)	2 (0.7)	1 (0.4)
1-11 苦痛の緩和・安楽確保の技術	261	169 (64.8)	83 (31.8)	8 (3.1)		
1-12 感染防止の技術	260	124 (47.7)	111 (42.7)	24 (9.2)		
1-13 安全確保の技術	260	74 (28.5)	118 (45.4)	53 (20.4)	11 (4.2)	4 (1.5)
	260	117 (45.0)	116 (44.6)	23 (8.8)	1 (0.4)	3 (1.2)
	261	145 (55.6)	98 (37.5)	17 (6.5)		1 (0.4)
	261	145 (55.6)	89 (34.1)	24 (9.2)	1 (0.4)	2 (0.8)
	261	152 (58.2)	99 (37.9)	10 (3.8)		
	261	144 (55.2)	91 (38.7)	16 (6.1)		
	261	154 (59.0)	93 (35.6)	13 (5.0)	1 (0.4)	
	261	145 (55.6)	100 (38.3)	16 (6.1)		
	260	127 (48.8)	99 (38.1)	27 (10.4)	4 (1.5)	3 (1.2)
	259	155 (59.9)	81 (31.3)	17 (6.6)	3 (1.2)	3 (1.2)
	259	145 (56.0)	79 (30.5)	26 (10.0)	1 (0.4)	8 (3.1)
	260	178 (68.5)	71 (27.3)	11 (4.2)		
	256	92 (35.9)	88 (34.4)	54 (21.1)	11 (4.3)	11 (4.3)
	255	26 (10.2)	40 (15.7)	71 (27.8)	37 (14.5)	81 (31.8)
	259	79 (30.5)	99 (38.2)	64 (24.7)	11 (4.2)	6 (2.3)
	259	104 (40.2)	113 (43.6)	41 (15.8)		1 (0.4)
	258	73 (28.3)	100 (38.8)	68 (26.4)	6 (2.3)	11 (4.3)
	258	188 (72.8)	62 (24.0)	7 (2.7)		
	257	164 (63.8)	73 (28.4)	13 (5.1)	2 (0.8)	5 (1.9)
	256	179 (69.9)	61 (23.8)	15 (5.9)		1 (0.4)
	257	47 (18.3)	50 (19.5)	59 (23.0)	37 (14.4)	64 (24.9)
	255	77 (30.2)	66 (25.9)	62 (24.3)	19 (7.5)	31 (12.2)
	254	34 (13.4)	49 (19.3)	67 (26.4)	30 (11.8)	74 (29.1)
	257	86 (33.5)	98 (38.1)	57 (22.2)	10 (3.9)	6 (2.3)
	258	88 (34.1)	85 (32.9)	63 (24.4)	12 (4.7)	10 (3.9)
	258	45 (17.4)	65 (25.2)	90 (34.9)	21 (8.1)	37 (14.3)
	257	45 (17.5)	71 (27.6)	81 (31.5)	27 (10.5)	33 (12.8)
	259	108 (41.7)	108 (41.7)	40 (15.4)	3 (1.2)	
	259	109 (42.1)	114 (44.0)	34 (13.1)	2 (0.8)	
	266	202 (75.9)	57 (21.4)	7 (2.6)		
	265	123 (46.4)	97 (36.6)	33 (12.4)	4 (1.5)	8 (3.0)
	263	95 (36.1)	81 (30.8)	59 (22.5)	9 (3.4)	19 (7.2)
	264	117 (44.3)	97 (36.7)	32 (12.1)	1 (0.4)	17 (6.4)
	263	46 (17.5)	61 (23.2)	89 (33.8)	20 (7.6)	47 (17.9)
	265	64 (24.2)	110 (41.5)	76 (28.7)	9 (3.4)	6 (2.3)
	265	128 (48.3)	108 (40.8)	27 (10.2)	1 (0.4)	1 (0.4)
	264	109 (41.3)	107 (40.5)	38 (14.4)	7 (2.7)	3 (1.1)
	263	94 (35.7)	80 (30.4)	63 (24.0)	13 (4.9)	13 (4.9)
	265	87 (32.8)	111 (41.9)	56 (21.1)	2 (0.8)	9 (3.4)
	265	171 (64.5)	84 (31.7)	10 (3.8)		
	265	186 (70.2)	68 (25.7)	9 (3.4)		2 (0.8)
	265	189 (71.3)	61 (23.0)	12 (4.5)	2 (0.8)	1 (0.4)
	262	61 (23.3)	44 (16.8)	67 (25.6)	28 (10.7)	62 (23.7)
	264	187 (70.8)	65 (24.6)	10 (3.8)	1 (0.4)	1 (0.4)
	266	202 (75.9)	54 (20.3)	9 (3.4)		1 (0.4)
	265	117 (44.2)	71 (26.8)	55 (20.8)	11 (4.2)	11 (4.2)
	266	215 (80.8)	47 (17.7)	4 (1.5)		
	266	139 (52.3)	103 (38.7)	24 (9.0)		
	265	149 (56.2)	97 (36.6)	18 (6.8)		1 (0.4)
	266	107 (40.2)	112 (42.1)	42 (15.8)	4 (1.5)	1 (0.4)
	265	103 (38.9)	117 (44.2)	44 (16.6)	1 (0.4)	
	256	115 (44.9)	98 (38.3)	33 (12.9)	3 (1.2)	7 (2.7)
	265	120 (45.3)	101 (38.1)	42 (15.8)		2 (0.8)
	266	113 (42.5)	112 (42.1)	38 (14.3)		3 (1.1)
	266	134 (50.4)	104 (39.1)	25 (9.4)	2 (0.8)	1 (0.4)
	266	126 (47.4)	104 (39.1)	27 (10.2)	5 (1.9)	4 (1.5)
	265	117 (44.0)	102 (38.3)	44 (16.5)	3 (1.1)	
	266	142 (53.6)	93 (35.1)	27 (10.2)		3 (1.1)
	266	131 (49.2)	115 (43.2)	18 (6.8)	1 (0.4)	1 (0.4)
	265	134 (50.6)	108 (40.8)	23 (8.7)		
	265	117 (44.2)	123 (46.4)	25 (9.4)		
	259	39 (15.1)	110 (42.5)	94 (36.3)	7 (2.7)	9 (3.5)
	260	25 (9.6)	66 (25.4)	87 (33.5)	24 (9.2)	58 (22.3)

表 2-2 精神科看護技術到達度の回答傾向②

2 管理の指図について		N	1 完全に一人でできる	2 ほぼできる	3 他者の援助が必要	4 できない	5 経験がない
2-1 安全管理	1. 当該施設における医療安全管理体制を説明できる。	254	30 (11.8)	80 (31.5)	103 (40.6)	32 (12.6)	9 (3.5)
	2. インシデント(ヒヤリハット)事故や事故事例の報告・記録の取扱いを述べることができる。	258	80 (31.0)	119 (46.1)	44 (17.1)	12 (4.7)	3 (1.2)
2-2 情報管理	1. 施設内の医療情報に関する規定を述べることができる。	256	28 (10.9)	78 (30.5)	108 (42.2)	31 (12.1)	11 (4.3)
	2. 患者等に対して適切な情報提供を行うことができる。	258	62 (24.0)	121 (46.9)	69 (26.7)	4 (1.6)	2 (0.8)
	3. プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱うことができる。	257	115 (44.3)	119 (46.3)	22 (8.6)	1 (0.4)	2 (0.8)
	4. 看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成することができる。	259	109 (42.1)	125 (48.3)	23 (8.9)	2 (0.8)	
2-3 業務管理	1. 業務の基準・手順に沿って実施できる。	257	119 (46.3)	125 (48.6)	13 (5.1)		
	2. 複数の患者の看護ケアの優先度を考え実行することができる。	258	116 (45.0)	120 (46.5)	21 (8.1)	1 (0.4)	
	3. 業務上の報告・連絡・相談ができる。	258	140 (54.3)	104 (40.3)	14 (5.4)		
2-4 薬剤等の管理	1. 薬剤を適切に請求・受領・保管する(毒薬・劇薬・麻薬を含む)ことができる。	257	99 (38.5)	127 (49.4)	26 (10.1)	5 (1.9)	
	2. 看護記録の請求・受領・保管ができる。	252	27 (10.7)	43 (17.1)	65 (25.8)	25 (9.9)	23 (9.0)
2-5 災害時・防災対策	1. 定期的に訓練に参加し、災害発生時には避難行動が円滑に行える。	256	41 (16.0)	126 (49.2)	77 (30.1)	4 (1.6)	8 (3.1)
	2. 施設内の消火設備の位置と避難ルートがわかり、事前に説明できる。	259	58 (22.4)	116 (44.8)	78 (30.1)	6 (2.3)	1 (0.4)
2-6 物品管理	1. 規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱うことができる。	257	83 (32.3)	111 (43.2)	60 (23.3)	2 (0.8)	1 (0.4)
	2. 看護用品・衛生材料の貯蔵点検を行うことができる。	259	112 (43.2)	113 (43.6)	33 (12.7)		1 (0.4)
2-7 コスト管理	1. 価格を調べて衛生材料や薬品などを使用することができる。	259	74 (28.6)	125 (48.3)	47 (18.1)	10 (3.9)	3 (1.2)
	2. 患者の経済的負担を考慮した物品の取り扱いができる。	258	80 (30.9)	128 (49.4)	41 (15.8)	8 (3.1)	2 (0.8)
3 精神科における看護技術		N	1 完全に一人でできる	2 ほぼできる	3 他者の援助が必要	4 できない	5 経験がない
3-1 処遇の理解と対処技術	1. 患者や家族に対して入院形態の説明ができる。	260	114 (43.8)	107 (41.2)	38 (14.6)		1 (0.4)
	2. 指示に従って入院患者を受け入れることができる。	260	115 (44.2)	101 (38.8)	33 (12.7)	1 (0.4)	10 (3.8)
	3. 行動原因の経緯と内容を理解し説明できる。	260	113 (43.5)	107 (41.2)	33 (12.7)	5 (1.9)	2 (0.8)
	4. 外出・外泊時の対応ができる。	260	143 (55.0)	94 (36.2)	17 (6.5)	1 (0.4)	5 (1.9)
	5. 適切な服薬の対応ができる。	260	133 (51.2)	99 (38.1)	26 (10.0)		2 (0.8)
3-2 人的環境調整技術	6. 退室に関して対応できる。	260	142 (54.6)	92 (35.4)	22 (8.5)	1 (0.4)	2 (0.8)
	7. 入院行動について理解し、対応できる。	260	105 (40.7)	92 (35.7)	48 (18.6)	3 (1.2)	10 (3.9)
	8. 病室に入室し、入室中、退室時のケアができる。	260	128 (49.2)	93 (35.8)	33 (12.7)		8 (3.1)
	9. 身体を清潔に、起床中、就寝時のケアができる。	260	120 (46.2)	99 (38.1)	34 (13.1)	3 (1.2)	4 (1.5)
	1. 患者を理解し、信頼関係を築くように関わることができる。	264	82 (31.1)	158 (59.8)	23 (8.7)	1 (0.4)	
3-3 日常生活援助と自立支援	2. 家族へのケアの提供と、生活リズムを整えることができる。	264	80 (30.3)	150 (56.8)	31 (11.7)	1 (0.4)	2 (0.8)
	3. 病室に気づき、人権を尊重したケアができる。	263	93 (35.4)	151 (57.4)	19 (7.2)		
3-4 社会資源	1. 日常生活上必要な情報をもとに患者に役立てることができる。	262	76 (29.0)	143 (54.6)	41 (15.6)		2 (0.8)
	2. 適切な生活を見直し、多職種と連携することができる。	264	71 (26.9)	122 (46.2)	63 (23.9)		8 (3.0)
	1. 社会資源の活用方法が分かる。	264	39 (14.8)	103 (39.0)	107 (40.5)	10 (3.8)	5 (1.9)
3-5 精神科の特性の理解	2. 患者に対して適切な資源の活用を提案できる。	264	37 (14.0)	92 (34.8)	113 (42.8)	11 (4.2)	11 (4.2)
	3. 社会へ適応するための技術の獲得に関する支援ができる。	264	38 (14.4)	87 (33.0)	115 (43.6)	10 (3.8)	14 (5.3)
	1. 精神保健福祉法を理解し説明できる。	261	32 (12.3)	91 (34.9)	102 (39.1)	34 (13.0)	2 (0.8)
	2. 医療観察法を理解し説明できる。	260	22 (8.5)	88 (26.2)	127 (48.8)	38 (14.6)	5 (1.9)
	3. 精神科が1つの入院形態の特徴を説明できる。	263	60 (22.8)	121 (46.0)	70 (26.6)	12 (4.6)	
	4. 医師(精神科医)・看護師・薬剤師・心理士・保健師(心理)と連携し説明できる。	264	41 (15.5)	137 (51.9)	79 (29.9)	7 (2.7)	
	5. 自己責任への意識があり、積極的に学ぶことができる。	264	45 (17.0)	140 (53.0)	75 (28.4)	4 (1.5)	
6. 現状を観察し把握することができる。	264	92 (34.8)	142 (53.8)	30 (11.4)			
7. 精神科における精神科の役割(医療観察法・精神科医・作業療法など)を理解し説明できる。	264	64 (24.2)	136 (51.5)	62 (23.5)	2 (0.8)		
精神科看護技術到達度②-危険な看護技術		N	1 一人でできる	2 ほぼ一人でできる	3 ほとんど一人でできる	4 他者が必要でない	5 他者が必要でない
1. 患者との関係を築いて自ら成長することができる。	264	31 (11.7)	146 (55.3)	82 (31.1)	4 (1.5)	1 (0.4)	
	2. 専門的視点から指導を指導することができる。	263	17 (6.5)	110 (41.8)	89 (33.8)	31 (11.8)	16 (6.1)
	3. 自己責任への意識があり、積極的に学ぶことができる。	263	20 (7.6)	105 (39.9)	105 (39.9)	28 (10.6)	5 (1.9)
	4. チームと連携し、チームの一員として役割を遂行することができる。	264	44 (16.7)	108 (40.9)	51 (19.3)	9 (3.4)	7 (2.6)
	5. 組織を高めるマネジメントを行うことができる。	264	13 (4.9)	105 (39.8)	87 (32.7)	37 (14.0)	12 (4.5)
	人工呼吸器の取り扱いができる	10.2	15.7	27.8	14.5	31.8	
	血液剤の請求・受領・保管ができる	10.7	17.1	25.8	9.9	36.5	
	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察ができる	13.4	19.3	26.4	11.8	29.1	
	医療観察法を理解し説明できる	8.5	26.2	48.8	14.6	1.9	
	薬剤(抗がん剤の取り扱い等)、放射線の被曝防止が実施できる	9.6	25.4	33.5	9.2	22.3	
	中心静脈栄養の準備と介助・管理を実施できる	18.3	19.5	23	14.4	24.9	
	動脈血採血(血液ガス)の準備と検体の取り扱いができる	23.5	16.8	25.6	10.7	23.7	
	気管内挿管の準備と介助を実施できる	17.5	23.2	33.8	7.6	17.9	
	施設内の医療情報に関する規定を述べることができる	10.9	30.5	42.2	12.1	8.3	
	麻薬の主作用・副作用の観察ができる	17.4	25.2	34.9	8.1	14.3	
当該施設における医療安全管理体制を説明できる	11.8	31.5	40.6	12.6	3.5		
薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬・血液剤を含む)ができる	17.5	27.6	31.5	10.5	12.8		
精神保健福祉法を理解し説明できる	12.3	34.9	39.1	13	0.8		
社会に適応するための技術の獲得に関する支援ができる	14.4	33	43.6	3.8	5.3		
患者に対して適切な資源の活用を提案できる	14	34.8	42.8	4.2	4.2		



図1 到達度が低い精神科看護技術(下位15項目)

3) 個人特性からみた精神科看護技術到達度

個人属性と項目ごとの精神科看護技術到達度の合計との一元配置の分散分析・多重比較において、性別、年代、精神科以外の経験年数、精神科経験年数による比較で有意差が確認された。有意差を示した項目を抜粋し、表3-1、表3-2、表3-3、表3-4に示した。

表3-1は、性別による比較で、到達度の合計が女性よりも男性の方が有意に高かった項目である。『看護技術について』に属する「活動・休息の援助技術」、「呼吸・循環を整える」、「救急救命処置技術」、『管理的側面について』に属する「安全管理」、「情報管理」、「災害時・防災対策」、そして『精神科における看護技術』に属する「処遇の理解と対処技術」、「精神科の特徴の理解」の到達度は、女性よりも男性の方が有意に高かった。

表3-2は、年代による比較で到達度の合計に有意差があった項目である。『看護技術について』に属する「環境調整技術」、「食事・栄養に関する

援助技術」、「排せつ援助技術」、「活動・休息の援助技術」、「呼吸・循環を整える」、「創傷管理技術」、「与薬の技術」、「苦痛の緩和・安楽確保の技術」、『精神科における看護技術』に属する「処遇の理解と対処技術」、「日常生活援助と自立支援」、「社会資源」、そして『近年精神科で求められる能力』に属する「患者との関係を通じた自らの成長」、「専門的視点からの後輩の指導」、「自己研鑽への意欲と継続した学び」、「組織を高めるマネジメント」の到達度の平均値は40歳代が最も高く、「清潔・衣生活援助技術」の到達度は30歳代が最も高かった。そのうち、『看護技術について』に属する「環境調整技術」、「食事・栄養に関する援助技術」、「排せつ援助技術」、「呼吸・循環を整える」、「創傷管理技術」、そして『近年精神科で求められる能力』に属する「専門的視点からの後輩の指導」の到達度の合計は、20歳代よりもその他の世代の方が有意に高かった。

表3-1 性別による比較のうち有意差のあった項目

看護技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
2看護技術					
女	151	484.26	62.159	0.024	*
男	54	506.31	57.495		
2.1.4活動・休息の援助技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	192	21.34	3.074	0.008	**
男	65	22.46	2.285		
2.1.6呼吸・循環を整える	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	186	24.04	4.280	0.049	*
男	64	25.22	3.570		
2.1.9救急救命処置技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	184	48.01	8.437	0.002	**
男	64	51.78	7.489		
2.2管理的側面について	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	176	70.38	9.955	0.006	**
男	61	74.54	10.194		
2.2.1安全管理	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	187	7.22	1.573	0.011	*
男	65	7.82	1.731		
2.2.2情報管理	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	189	15.57	2.388	0.000	**
男	63	16.94	2.442		
2.2.5災害時・防災対策	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	192	7.41	1.556	0.000	**
男	63	8.17	1.264		
2.3精神科における看護技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	186	94.94	14.331	0.001	**
男	63	101.52	11.945		
2.3.1処遇の理解と対処技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	193	37.91	6.428	0.001	**
男	64	40.78	5.144		
2.3.5精神科の特徴の理解	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	
女	193	25.88	4.334	0.000	**
男	65	28.09	4.160		

*P<0.05 **P<0.01

表 3-2 年代による比較のうち有意差のあった項目

2.2管理改善について	2.3自己研鑽への意欲と組織した学び	2.1.1環境調整技術	2.1.2多重重社比較	2.2管理改善について	2.3自己研鑽への意欲と組織した学び	2.1.1環境調整技術	2.1.2多重重社比較	2.2管理改善について	2.3自己研鑽への意欲と組織した学び	2.1.1環境調整技術	2.1.2多重重社比較	2.2管理改善について	2.3自己研鑽への意欲と組織した学び
20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代⇔40歳代 30歳代⇔50歳代 40歳代⇔60歳代 50歳代⇔70歳代	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代⇔40歳代 30歳代⇔50歳代 40歳代⇔60歳代 50歳代⇔70歳代	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代⇔40歳代 30歳代⇔50歳代 40歳代⇔60歳代 50歳代⇔70歳代	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上	20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上
度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)	度数(N)
平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値
標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差	標準偏差
0.004**	0.018*	0.041**	0.031*	0.006**	0.002**	0.007**	0.021**	0.000**	0.000**	0.001**	0.000**	0.004**	0.002**
20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代
30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代	30歳代
40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代	40歳代
50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代	50歳代
60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代	60歳代
70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上	70歳以上

P<0.05 *P<0.01

表 3-3 精神科以外の経験による比較のうち有意差のあった項目

2.3精神科における看護技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	2.3 多重比較	P値	
一人前になるまで	47	98.80	14.828	0.018	*	一人前になるまで<中堅	1.000
中堅	32	96.19	15.632			一人前になるまで<ベテラン	0.282
ベテラン	62	93.35	11.932			一人前になるまで<経験なし	1.000
経験なし	64	100.84	12.964			中堅<ベテラン	1.000
						中堅<経験なし	0.686
					ベテラン<経験なし	0.013	
						*	
2.3.1処遇の理解と対処技術	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	2.3.1 多重比較	P値	
一人前になるまで	47	39.19	7.514	0.039	*	一人前になるまで<中堅	1.000
中堅	33	37.91	6.903			一人前になるまで<ベテラン	1.000
ベテラン	67	37.60	5.737			一人前になるまで<経験なし	1.000
経験なし	65	40.52	4.912			中堅<ベテラン	1.000
						中堅<経験なし	0.286
					ベテラン<経験なし	0.040	
						*	
2.3.3日常生活援助と自立支援	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	2.3.3 多重比較	P値	
一人前になるまで	47	8.34	1.387	0.024	*	一人前になるまで<中堅	1.000
中堅	34	7.97	1.642			一人前になるまで<ベテラン	0.084
ベテラン	67	7.63	1.641			一人前になるまで<経験なし	1.000
経験なし	66	8.35	1.387			中堅<ベテラン	1.000
						中堅<経験なし	1.000
					ベテラン<経験なし	0.039	
						*	
2.3.5精神科の特徴の理解	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	2.3.5 多重比較	P値	
一人前になるまで	47	27.13	4.392	0.011	*	一人前になるまで<中堅	1.000
中堅	34	27.15	4.432			一人前になるまで<ベテラン	0.142
ベテラン	65	25.28	3.693			一人前になるまで<経験なし	1.000
経験なし	65	27.65	4.526			中堅<ベテラン	0.230
						中堅<経験なし	1.000
					ベテラン<経験なし	0.010	
						**	

*P<0.05 **P<0.01

表 3-3 は、精神科以外の経験年数による比較で、到達度の合計が<ベテラン>よりも<経験なし>の方が有意に高く、<経験なし>の平均値が最も高かった項目である。『精神科における看護技術』の合計と、これに属する「処遇の理解と対処技術」、「日常生活援助と自立支援」、「精神科の特徴の理解」の到達度が、<ベテラン>よりも<経験なし>の方が有意に高かった。

表 3-4 は、精神科経験年数による比較で有意差があり、平均値が<ベテラン><中堅><一人前になるまで>の順に高かった項目である。『看護技術について』、『管理的側面について』、『精神科における看護技術』、『近年精神科で求められる能力』の到達度の合計が<一人前になるまで>よりも<ベテラン>の方が有意に高く、到達度の合計が<一人前になるまで>よりも<ベテラン>の方が有意に高かった項目としては、『看護技術について』に属する「食事・栄養に関する援助技術」、「排せつ援助技術」、「清潔・衣生活援助技術」、「呼吸・循環を整える」、「救急救命処置技術」、『管理的側面について』に属する「情報管理」、「業務管理」、「災害・防災対策」、『精神科における看護技術』に属する「処遇の理解と対処技術」、「人的環境調整技術」、「日常生活援助と自立支援」、

「社会資源」、「精神科の特徴の理解」、そして『近年精神科で求められる能力』に属する「専門的視点からの後輩の指導」、「組織を高めるマネジメント」があった。

4) 過去に受けた研修と精神科看護技術到達度の関連

過去に受けた院内研修・院外研修の内容を図 2 に示した。院内研修では、感染対策 (193人)、医療安全 (171人)、精神科疾患の理解 (157人)、CVPPP (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: 包括的暴力防止プログラム) (152人) の順に研修を受講していた。院内の研修項目の中で、基礎技術の実務研修 (98人) は12番目、フィジカルアセスメント (71人) は16番目に多く受講していた。院外の研修項目では、精神疾患の理解とケア (100人) を最も多くの看護師が受講し、身体ケア (61人) は6番目、医療と法律 (50人) は8番目に多く受講していた。

また、調査の結果から得られた精神科看護技術到達度の総合得点、大項目ごとの得点分布から高得点群 (平均値+標準偏差より高い)、中得点群 (平均値±標準偏差内)、低得点群 (平均値-標準偏差より低い) に対象を分け、過去に受けた院内

表3-4 精神科経験による比較のうち有意差のあった項目

項目	度数(N)	平均値	標準偏差	P値(分散分析)	多重比較	P値
2看護技術						
一人前になるまで	56	460.04	62.04	0.0001 **	一人前になるまで⇔中堅	0.004 **
中堅	43	498.95	60.52		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	107	501.92	56.69		中堅⇔ベテラン	1.000
2.1.2食事・栄養に関する援助技術						
一人前になるまで	69	12.61	1.73	0.00009 **	一人前になるまで⇔中堅	0.034 *
中堅	54	13.33	1.65		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	145	13.61	1.44		中堅⇔ベテラン	0.783
2.1.3排せつ援助技術						
一人前になるまで	69	21.93	3.54	0.00000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.002 **
中堅	54	23.52	2.18		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	144	23.82	1.99		中堅⇔ベテラン	1.000
2.1.5清潔・衣生活援助						
一人前になるまで	67	25.84	3.62	0.0029 **	一人前になるまで⇔中堅	0.303
中堅	54	26.85	3.56		一人前になるまで⇔ベテラン	0.002 **
ベテラン	140	27.56	3.18		中堅⇔ベテラン	0.567
2.1.6呼吸・循環を整える						
一人前になるまで	66	23.08	5.22	0.0128 *	一人前になるまで⇔中堅	0.154
中堅	53	24.55	3.63		一人前になるまで⇔ベテラン	0.010 *
ベテラン	132	24.89	3.56		中堅⇔ベテラン	1.000
2.1.9救急処置処置技術						
一人前になるまで	67	46.55	8.96	0.0186 *	一人前になるまで⇔中堅	0.151
中堅	53	49.53	7.61		一人前になるまで⇔ベテラン	0.017 *
ベテラン	129	50.02	8.09		中堅⇔ベテラン	1.000
2.2管理的側面について						
一人前になるまで	62	67.73	9.32	0.0026 **	一人前になるまで⇔中堅	0.084
中堅	50	71.90	10.27		一人前になるまで⇔ベテラン	0.002 **
ベテラン	126	73.07	10.08		中堅⇔ベテラン	1.000
2.2.2情報管理						
一人前になるまで	65	15.17	2.15	0.0116 *	一人前になるまで⇔中堅	0.327
中堅	54	15.89	2.54		一人前になるまで⇔ベテラン	0.009 **
ベテラン	134	16.28	2.51		中堅⇔ベテラン	0.972
2.2.3業務管理						
一人前になるまで	67	16.84	2.10	0.0088 **	一人前になるまで⇔中堅	0.125
中堅	54	17.63	2.29		一人前になるまで⇔ベテラン	0.007 **
ベテラン	136	17.81	2.06		中堅⇔ベテラン	1.000
2.2.5災害・防災対策						
一人前になるまで	66	6.94	1.37	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.114
中堅	54	7.50	1.67		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	136	7.96	1.42		中堅⇔ベテラン	0.151
2.3精神科における看護技術						
一人前になるまで	64	86.77	11.91	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.000 **
中堅	52	96.75	15.05		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	134	101.23	12.06		中堅⇔ベテラン	0.095
2.3.1処遇の理解と対処技術						
一人前になるまで	66	33.95	6.11	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.000 **
中堅	54	38.22	6.73		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	138	40.99	4.65		中堅⇔ベテラン	0.006 **
2.3.2人的環境調整技術						
一人前になるまで	67	12.12	1.48	0.0076 **	一人前になるまで⇔中堅	0.127
中堅	53	12.74	1.73		一人前になるまで⇔ベテラン	0.006 **
ベテラン	143	12.88	1.68		中堅⇔ベテラン	1.000
2.3.3日常生活援助と自立支援						
一人前になるまで	66	7.44	1.45	0.0005 **	一人前になるまで⇔中堅	0.033 *
中堅	53	8.13	1.64		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	143	8.29	1.41		中堅⇔ベテラン	1.000
2.3.4社会資源						
一人前になるまで	68	9.18	2.60	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.000 **
中堅	53	10.94	2.34		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	143	11.13	2.39		中堅⇔ベテラン	1.000
2.3.5精神科の特徴の理解						
一人前になるまで	68	24.10	3.52	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.005 **
中堅	52	26.54	4.90		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	139	27.55	4.13		中堅⇔ベテラン	0.401
3近年精神看護で求められる能力						
一人前になるまで	67	16.51	3.05	0.0011 **	一人前になるまで⇔中堅	0.527
中堅	53	17.32	3.48		一人前になるまで⇔ベテラン	0.001 **
ベテラン	142	18.27	3.27		中堅⇔ベテラン	0.210
3.2専門的視点からの後輩の指導						
一人前になるまで	67	2.70	1.10	0.0000 **	一人前になるまで⇔中堅	0.001 **
中堅	53	3.30	0.95		一人前になるまで⇔ベテラン	0.000 **
ベテラン	143	3.59	0.77		中堅⇔ベテラン	0.134
3.5組織を高めるマネジメントの実行						
一人前になるまで	68	3.01	0.97	0.0001 **	一人前になるまで⇔中堅	1.000
中堅	53	3.00	0.88		一人前になるまで⇔ベテラン	0.001 **
ベテラン	143	3.48	0.86		中堅⇔ベテラン	0.003 **

*P<0.05 **P<0.01

研修・院外研修の割合について分析を行い、表4に示した。その結果、高得点群の方が低得点群よりも過去の研修を受講している割合が多く、得点群ごとに同じ研修内容でも研修を受けた割合が異なること、院外研修においては、高得点群、中得点群、低得点群の順に研修を受けている割合が高く、高得点群は低得点群の2～3倍の割合で院外研修を受けている傾向があることが明らかになった。

5. 考察

1) 精神科看護師の特徴

日本看護協会の看護統計資料²¹⁾によると、平成30年末の総看護師数における男性看護師の割合は7.6%であり、年齢階層百分率は、20歳代が21.2%、30歳代が24.4%、40歳代が28.2%、50歳代が18.9%、60歳以上が7.3%であった。一方、本研究で対象となった精神科病院における男性看護師の割合は総看護師数における男性看護師の割合の約3倍と高い構成比率を占めており、看護師の年齢構成は、総看護師数における割合に対して、20歳代～30歳代の割合が27.3%と低く、50歳代以上の割合が41.3%と高いことが特徴的であった。

また、精神科経験10年以上の看護師が54.2%を占めており、精神科<ベテラン>看護師の割合が高い反面、看護師の約4分の1が精神科以外を経験せず新卒で入職していることも明らかになった。同等数の約4分の1が精神科以外の看護経験10年以上の一般科<ベテラン>看護師であり、身体疾患に関する看護経験が豊富であるという強みを持っていると考えられるが、一般病棟と比べ性別や経験年数によって身につけている看護技術の内容や提供方法が看護師の属性によって大きく異なっている現状を示しており、本研究が目的とする各精神科看護師の精神科看護技術到達度を把握し、看護師の特性に応じた院内教育の内容を検討する意義を示す内容であるといえる。

2) 一般的な看護技術と院内教育

『看護技術について』と『管理的側面について』に属する技術は、看護師全般に求められる一般的な看護技術であり、主に身体疾患に対応している。

本研究で把握した看護技術到達度を自己評価から導き出していることから、到達度が低い項目は、自信がない看護技術であると捉えることができる。医療観察法は調査対象施設の適用外であるため医療観察法に関する項目を除くと、本研究における

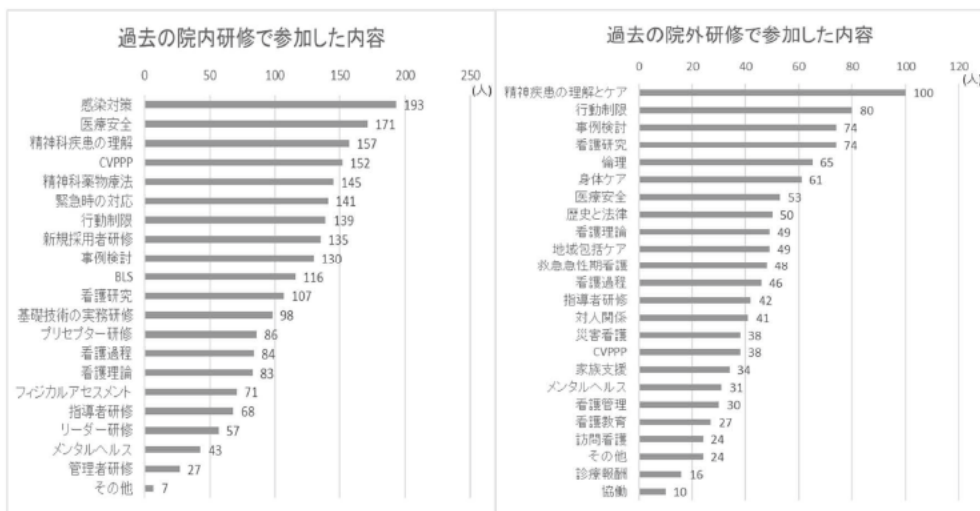


図2 過去に受けた研修

基本的看護技術118項目の中で、到達度の下位11項目までが身体疾患に対応する一般的な看護技術であった。この結果は、精神科病院に勤務している看護師は、身体疾患に関する看護技術に自信がないという特徴を持っていると考えられる。また、石谷ら（2011）の研究では、精神科看護師は、自信がない部分を補強するための学習動機が高い¹²⁾、との結果を示しており、身体疾患に関する看護技術研修のニーズは高いと考えられる。さらに、山根ら（2007）は、個々のニーズに関する研究をし、個別性に対応する院内教育システムを構築していく必要がある¹⁰⁾、と主張しているが、本研究で得られた結果から、身体疾患に関する看護に対応する院内研修の項目は基礎技術の実務研修とフィジカルアセスメントの2項目と少なく、院外で身体ケアの研修を受講している傾向がみられた。このニーズに対する院内教育は不十分であると考えられ、改善する必要がある。

研修の指導者について、東中須（2007）は、講師は院内の管理者より精神科看護実践者の中から育成する必要がある¹⁶⁾と述べている。本研究で対象となった精神科では、約4分の1が一般科<ベテラン>看護師であり、身体疾患に関する看護経験が豊富であるという強みを持っていることが明らかになった。この強みを活かし、過去の看護経験をもとに、特定の身体疾患看護のための指導者となり得る人材を病院が把握し、知識・技術を更新し続けられるように支援を続けることで、指導者を育成していくことが必要ではないだろうか。また、松井ら（2020）は、精神科病院が抱える課題の一つとして指導者確保をあげており¹⁸⁾、課題解決に向けた対策の一つとしても、今ある人材を継続的に院内研修に活用していく仕組みづくりが必要であると考えられる。これからの結果を踏まえると、精神科看護師の院内教育プログラムは、他科で培ってきた技術や経験を、患者対応や後輩指導に活用できるようにシステムを整えていくことが今後必要であると推察される。

精神科経験年数による看護到達度の比較の結果から、『看護技術について』と『管理的側面について』の到達度で、<一人前になるまで>の看護

師よりも<ベテラン>看護師の方が有意に高い結果が明らかになったが、これは、精神科看護経験を積み上げることで身体疾患に関する看護技術が向上していることを意味している。特に精神科では、既存の研究からも身体疾患に関する看護技術を習得する機会が少なくスタンダードのレベルへの到達が困難である¹⁰⁾という点が指摘されており、指導者を育成し活用するシステムを整えることにより、一般的な看護技術の研修の充実と効率化を図ることが可能であると考えられる。

2) 精神科特有の看護技術と院内教育

『精神科における看護技術』と『近年精神科で求められる能力』に属する看護技術は、精神科特有の看護技術である。

本研究の結果から、精神保健福祉法の理解に関する項目の技術到達度は低く、学習ニーズが高いことが明らかになったと考えられるが、一方で過去の院内研修では、法律に関する研修への参加は確認されず、院外研修で歴史と法律についての研修を受講している傾向がみられた。これまでも個々のニーズに対応する院内教育システムが必要であると言われてきた¹⁰⁾が、精神保健福祉法の理解という学習ニーズへの対応も不十分であり、この点については、今後改善していく必要があると考えられる。

また、精神科以外の経験年数による看護到達度の比較の結果から、『精神科における看護技術』とこれに属する「処遇の理解と対処技術」、「日常生活援助と自立支援」、「精神科の特徴の理解」の到達度で、<ベテラン>看護師よりも<経験なし>の看護師の方が有意に高く、他科の経験が10年以上になると到達度が低くなる傾向が示された。これにより、精神科特有の看護技術においては、精神科以外の経験により技術が獲得できるわけではないことが明らかになったといえる。精神科では、精神保健福祉法に則り医療を提供しているため、処遇への対応は他科とは大きく異なる。さらに、精神障害者のスティグマなどの観点からも、個人情報保護について特有の配慮が必要である²²⁾。精神保健福祉法を理解し、患者の権利を尊

重した対応が求められており、特に一般科<ベテラン>看護師に対しては、研修により、他科の経験で得た対応技術を更新する必要があると考えられる。

性別による看護到達度の比較では、『精神科における看護技術』とこれに属する「処遇の理解と対処技術」、「精神科の特徴の理解」の到達度が、女性よりも男性の方が有意に高かった。これは、精神科の特徴として不穏興奮状態にある患者の対応を求められることが多くあるが、女性は男性よりも暴力リスクの高い患者への対応が困難であるとされている²³⁾ため、男性が暴力リスクの高い患者の対応を行う傾向があることが一因であると推察される。近年、男女問わず、暴力リスクの高い患者に対応するための知識と技術の獲得を目的とするCVPPP研修が進められているが、松井ら(2020)は、CVPPP研修などの新しいものの導入は、看護トップマネージャーの経験や関心に左右される¹⁸⁾と指摘しており、導入に積極的な病院ばかりではない。S県内では、院内研修におけるCVPPP研修の普及が進んでいる傾向がみられ、これを継続して実施していくことで、女性の技術力向上も期待できると考えられる。

年代による看護到達度の比較の結果から、『精神科における看護技術』、『近年精神科で求められる能力』の到達度の平均値は、40歳代が最も高値であるという特徴が示された。精神看護学は新しい学問であるため、50歳代以上の看護師の多くは基礎教育の段階で精神看護学を十分に学んでいない可能性が高く、40歳代の看護師の技術到達度が最も高いことは、基礎教育の影響を受けているからであると考えられ、精神科特有の看護技術においては、特に学問を学ぶことの重要性が示唆された。既存の研究からも、中堅看護師の教育が不十分であることが看護師教育の課題であると考えられている^{9) 24)}が、50歳代以上の看護師が多い精神科病院においては、<中堅>看護師だけでなく、看護経験は豊富だが基礎教育で精神看護学を学んでいないため知識やエビデンスが不十分な看護師に対して、現任教育で知識を補完する必要がある。<ベテラン>看護師へは、知識の上に経験を積み

重ねていく通常の学習方法ではなく、個々の経験を知識やエビデンスで裏付けるような個別の教育が理想的であると考えられる。

精神科経験年数による比較の結果からは、『精神科における看護技術』に属する全ての中項目において有意差があり、かつ平均値が<ベテラン>、<中堅>、<一人前になるまで>の順に高く、看護における経験の積み重ねが精神科看護分野の実践においても重要であることが再認識された結果となった。

また、過去に受けた研修と精神科看護技術到達度の関連性によると、精神科看護技術到達度が高い看護師は過去の研修受講経験も高く、到達度の高低によって受講していた研修内容の特徴が異なっていた。このことから、看護技術到達度の内容から受講すべき研修内容を選別する必要性が考えられ、特に院外研修においては、高得点群、中得点群、低得点群の順に研修を受けている割合が高く、低得点群に対する研修のあり方について検討する必要性が推察された。

さらに、精神科看護技術は、手技的な看護技術よりも技能的な部分を多く含むため、技術内容を具体的に言語化することが難しく²⁵⁾、技術を受け継ぐ難しさがあると従来考えられていた。和田(2020)は、日本では基礎教育でのコミュニケーション教育が十分に普及していないため卒後に教育する必要性が認識されている¹⁴⁾と述べており、精神科臨床で行うコミュニケーション教育では、患者とのコミュニケーションだけでなく、看護技術を受け継いでいくための看護師の伝える力を養うことも重要であると考えられる。それに加え、先輩から後輩へ経験を伝える機会を設ける等、経験を知識として受け継いでいくシステムづくりが必要である。

6. 結論

1) 精神科看護技術到達度に対応した院内教育は実施されていなかった。到達度が低い技術は学習ニーズが高く、有意差を示した技術では到達度に応じた個別の教育が必要である。精神科看

護技術到達度を把握することは重要であり、技術到達度に応じてカスタマイズできる院内教育プログラムが理想的である。

- 2) 経験による個々の強みを活かし、特定の看護技術ごとに指導者となり得る人材を把握し支援することで、技術を補完し合えるようなシステムづくりが必要である。
- 3) 精神科看護技術到達度の向上のために、精神科で培った経験は重要である。看護師の伝える力を養い、経験を知識として受け継いでいくシステムが必要である。

7. 研究の限界と今後の課題

本研究による精神科看護技術到達度の評価は、看護師個人の主観による自己評価で行われているものであり、評価基準が統一されていない。特に、説明技術・指導技術は受け手が理解できたかどうかが重要であり、他者評価を行い客観的に看護技術の到達度を評価する必要がある。それらを踏まえたうえで、精神科病院における院内教育プログラムを具体的に構築していくことが必要である。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力、ご配慮くださいました皆様方に心より感謝申し上げます。また、ご指導くださいました静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科教授、東野定律先生に心より感謝申し上げます。

また本研究は、静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

引用・参考文献

- 1) 舟島なをみ 他：院内教育プログラムの立案・実施・評価「日本型看護職者キャリア・デベロップメント支援システム」の活用 第1版, p4, 医学書院, 東京, 2007
- 2) 前掲1) p8
- 3) 日本看護技術協会：看護技術の探求－日本看

護技術協会10周年記念, p18-22, 看護の科学社, 東京, 2011

- 4) 厚生労働省：精神医療福祉の改革ビジョン(概要), <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (最終閲覧2021.12.31)
- 5) 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html> (最終閲覧2022.07.13)
- 6) 社団法人日本精神科看護技術協会新人看護職員臨床実践能力検討プロジェクト：精神科看護技術チェックリスト活用マニュアル, 社団法人日本精神科看護技術協会, 2007
- 7) 特定社団法人日本精神科看護技術協会 政策業務委員会編著：精神科看護ガイドライン 2011, 特定社団法人日本精神科看護技術協会, p2-21, 2011
- 8) 眞野祥子, 山本千津子, 吉村公一：精神看護における看護技術研究の傾向と看護の課題. 撰南大学看護研究, 1, 1, p43-50, 2013
- 9) 川田知子, 三浦幸子, 片岡睦子 他：看護管理者が求める精神科看護に必要な技術力. 第49回日本看護学会論文集(精神看護), p110-113, 2019
- 10) 山根美智子, 山本勝則：精神科看護継続教育に関する研究の動向, 獨協医科大学看護学部紀要, 1, p1-12, 2007
- 11) 金山正子：精神科新人看護職員研修に関する実態調査(第2報), 精神科看護, 33(2), p48-54, 2006
- 12) 石谷幸三, 福田亜紀：精神科看護師の継続教育に対する学習動機. 日本精神科看護学会誌 54(2), p111-115, 2011
- 13) 江藤和子, 椎野雅代, 向高利子：精神科看護師の学習ニーズの検討 院内研修を考える. 日本精神科看護学術集会誌58(3), p297-300, 2015
- 14) 和田剛宗：精神科病院における教育ニーズ：管理職クラスの専門職者への個別インタビュー

- から. 医学教育, 51, 2, p123-126, 2020
- 15) 青山智香: 精神科病院をめぐる歴史的課題と矛盾の構造, 高田短期大学 介護・福祉研究, 3, 2017
- 16) 東中須恵子: 精神科看護の質の向上を求めて—臨床への実態調査から院内教育の現状を探る—, 弘前学院大学看護紀要, 2, p31-39, 2007
- 17) 中島富有子, 倉成由美, 石井慎一郎, 應戸麻美: 外部講師による「精神科看護師のリーダー育成プログラム」の効果と課題, 日健医誌, 25(1), p47-51, 2016
- 18) 松井陽子, 片岡三佳: 精神科病院の看護トップマネージャーが抱える課題についての国内文献レビュー, 朝日大学保健医療学部看護学科紀要第6号, p27-33, 2020
- 19) パトリシアベナー (井部俊子 他 訳): ベナー看護論 新訳版, p11-32, 医学書院, 東京, 2005
- 20) 厚生労働省: 心神喪失者等医療観察法, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/gaiyo.html (最終閲覧2022.8.29)
- 21) 公益社団法人日本看護協会: 看護統計資料室, <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html> (最終閲覧2021.12.29)
- 22) 戸田由美子, 中戸川早苗, 山田浩雅, 加藤宏公: 統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利, 高知女子大学看護学会誌, 45, 2, p120-129, 2020
- 23) 永井朝子, 久米和興: 精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識, 日本看護研究学会雑誌, 27(4), p61-73, 2004
- 24) 小山田恭子: 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討, 日本管理学会誌, 13, 2, p73-80, 2009
- 25) 前掲3) p23-28
- 26) 松本佳子, 出口禎子: 民間精神科病院の看護部長が取り組む現任教育の実態—学習支援プログラム構築にむけた聞き取り調査より—,

**Study on the construction of an in-hospital educational program
for nurses in a psychiatric hospital
-Focusing on the actual state of achievement of psychiatric nursing skills-**

Ritsuko MAEDA

Graduate School of Management and Information of Innovation, University of Shizuoka

Abstract:

Nurses need to receive continuing education throughout their lives. It is hard to say that the education of nurses in psychiatric hospitals is more systematic than in other fields. Therefore, it can be said that there is an urgent need to build a nurse education system unique to psychiatry.

The purpose of this study is to clarify the relationship between the achievement status of psychiatric nursing skills and basic attributes of nurses in psychiatric hospitals, and to clarify the contents of in-hospital education programs according to the characteristics of nurses in psychiatric hospitals. The survey was conducted on 364 nurses working in psychiatric hospitals, and responses were obtained from 271 (recovery rate 74.5%) and analyzed.

This study revealed that gender, age, years of non-psychiatric experience, and years of psychiatric experience influenced the achievement of psychiatric nursing skills, and that the past experience of nurses is particularly closely related to the achievement of psychiatric nursing skills. However, in-hospital education corresponding to psychiatric nursing skill level was not implemented. Understanding achievement is important because it influences education. It was suggested that an in-hospital educational program that can be customized according to the actual state of achievement of psychiatric nursing skills is ideal, and that it is necessary to construct an educational system that complements each other by making use of individual strengths.

Keywords: psychiatric hospital, nurse, in-hospital education, nursing skills