研究報告

看護系大学における精神看護学教育の内容と課題

谷本千恵[1]

概　要

本研究の目的は，精神看護学教育の内容，講義・実習の工夫と困難な点などを明らかにし，今後の課題と方向性について検討するための基礎資料とすることである．看護系大学182校を対象に精神看護学を担当している教員（各校代表者1名）に調査を依頼した．46大学より回答があり（回収率25.3％），45大学を分析対象とした（有効回答率24.7％）．

講義の内容は精神障がい者に対する看護のみならず精神の健康の保持増進を含んでおり，1996年のカリキュラム改正を反映していた．障害がイメージしやすいように視聴覚教材を活用したり当事者の話を聞く機会を設けるなどの工夫を行っていた．ほとんどの大学で看護理論を活用しており，経験的にセルフケア理論を有用としながらもペプロウの理論など他の理論を併用していた．精神看護学教育におけるこれらの理論の有用性の検証ならびに体系化の必要性が示唆された．

キーワード　精神看護学，看護系大学，教育，講義，実習

1．はじめに

現代はストレス社会といわれ，精神疾患により医療機関にかかっている患者数は近年大幅に増加しており[1)]心のケアに対するニーズは高まっている．精神看護学は，1996（平成8）年の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の改正により科目として独立し，精神の健康の保持増進と精神障がい者の看護を統合的に習得できるよう必修科目として位置づけられた．これより前の1989（平成元）年のカリキュラム改正において，精神看護に関連する内容は，精神の健康の保持増進については基礎専門科目の中の「精神保健」に含まれ，精神疾患と精神障がい者の看護については「成人看護学」の一部に含まれていた[2)]．このように精神看護学は，もともと狭義の精神科看護と呼ばれる精神障がい者を対象とした看護から，広く心の問題を扱う領域としてその概念を拡大してきた[3)]．

一方，わが国の精神看護学教育の課題として，専任教員不足や教育機関ごとの教育内容の差異，実習指導体制の不十分さなどが指摘されている[4,5)]．精神看護学教育の現状については，1996年のカリキュラム改正前後に多くの調査が実施されているが[6-8)]それ以降はあまり行われていない．また近年急増する看護系大学における精神看護学の教育実態については，事例報告[9-11)]はあるが全国的な調査はほとんどなされていない．

前述したように精神看護学で取り扱う内容は，精神障がい者の看護（いわゆる精神科看護）のみならず，精神の健康の保持増進まで拡大している．また精神障がい者の看護（精神科看護）についても従来の入院に偏重した治療から退院促進，地域ケアへの充実へと精神医療を取り巻く情勢が大きく変化する中[12)]，看護系大学における精神看護学の教育の実情を把握することは，今後の教育内容の検討・充実に向けて意義があると考える．

本研究では，精神看護学教育の内容，講義・実習の工夫と困難な点などを明らかにし，今後の課題と方向性について検討するための基礎資料とすることを目的とする．

2．研究方法

2．1　対象

看護系大学182校を対象に，精神看護学を担当している教員（各校代表者1名）に調査を依頼した．

2．2　調査機関

2010年2月～3月

2．3　調査方法

自己記入式質問紙を郵送し，回答を記入後に同封の返信用封筒で返送してもらう郵送質問紙調査

[1] 石川県立看護大学

を実施した.

２．４　調査項目

精神看護学教育の内容（開講している科目名，講義の内容，用いている看護理論，開講している実習，実習の時期，実習場所，講義・実習の工夫と困難な点など）と大学の概要（設置主体，形態，看護学部等の設立年代，看護教育課程，看護学部等の１学年の定員，精神看護学専任教員数）について尋ねた．調査票は先行研究[4]を参考に作成した．択一回答式質問と自由回答式質問で構成される.

２．５　分析方法

データは，択一回答式項目については単純集計を行い，数値データは記述統計値を算出した．自由回答式の項目に関しては，類似した記述内容の概要をまとめ，カテゴリ名をつけた.

２．６　倫理的配慮

調査票は，研究の趣旨ならびに調査への協力は任意であること，データは統計的に処理し個人が特定されることはないこと，データは本研究の目的以外には使用しないこと，データ管理を厳重に行うことを説明した文書と返信用封筒とともに対象看護系大学へ郵送した．回答者は各看護系大学の判断にゆだねた．調査票への回答・返送をもって同意が得られたと判断した.

３．結果

46 大学より回答があり（回収率 25.3%），教育の内容について記載のなかった１校を除いた 45 大学を分析対象とした（有効回答率 24.7%）.

３．１　調査した大学の概要

大学の設置主体は，国立大学法人が 14 校（31.1%），都道府県８校（17.8%），学校・準学校法人 21 校（46.7%），公立大学法人２校（4.4%）であった．大学の形態は，総合大学医学部が 19 校（42.2%），総合大学の１学部 17 校（37.8%），単科大学３校（6.7%），その他５校（11.1%），無回答１校（2.2%）であった．設立年代は，1920 年代が１校（2.2 %），1980 年代１校（2.2 %），1990 年代 14 校(31.1%), 2000 年代 21 校(46.4%)，無回答８校（17.8%）であった．看護教育課程は，学士課程のみは 15 校（33.3%），修士課程まで 10 校（22.2%），博士課程まで 20 校（44.4%）であった．看護学部等の１学年の定員の平均(標準偏差)は 81.9（± 20.2）名, 45 名から 150 名の範囲であった．精神看護学専任教員数の平均（標準偏差）は 2.5（± 1.1）名，１名から６名の範囲であった.

３．２　精神看護学教育の内容

（１）講義

開講されている精神看護学科目数の平均（標準偏差）は１校あたり 2.8（± 1.0）科目，１科目から５科目の範囲であった．精神看護学科目名は，精神看護学概論，精神看護援助論，精神看護学，精神保健，疾病・病態論，精神看護方法論などがあり，その他にコミュニケーション論，看護カウンセリング論，メンタルヘルスアセスメントなどさまざまな科目名があった（表 1）．講義の内容は多岐に渡っており，症状アセスメント，精神機能と障害，精神状態・問題行動と看護援助，患者の権利が上位を占め, 次いで生活の場と精神保健，精神保健福祉の法制度，活動療法・リハビリテーション，治療環境，社会復帰・社会参加，地域生活支援技術などが多かった（表 2）．科目名と講義内容と合わせてみると，精神保健論や精神看護学概論など精神の健康の保持増進に関する科目と精神看護援助論や方法論といった精神障がい者に対する看護に関する科目から成っていた.

看護理論の活用は，89.1%が看護理論を用いていた．用いている看護理論は，オレム・アンダーウッドのセルフケア看護モデル，ペプロウの対人関係論 / 相互作用理論，オレムのセルフケア理論が多かった（表 3）．複数の理論を用いている場合が多く，ペプロウとオレム・アンダーウッドまたはオレムの組み合わせや，オレム・アンダーウッドとオレムの組み合わせが多かった．これらの理論を用いる理由は「精神看護学に適しているため」が 77.6%，「学内で統一しているため」が 4%，「その他」10.2%，「無回答」8.2%であった．またこれらの理論が精神看護学に適していると判断した理由について自由記載で尋ねたところ，オレム・アンダーウッドまたはオレム理論が適している理由が多くあげられ，「精神障がい者の特徴を理解しやすい」「精神看護領域でよく使われている」「アセスメントしやすい」「学生が実習で使いやすい」などがあった.

講義で困っている点と工夫している点について自由記載で尋ねた．講義で困っている点についての記述総数は 30 で，内容の類似性から「講義時間数の不足」や「教員の不足」「精神機能や障害

表１　開講されている精神看護学科目名

精神看護学概論	22
精神看護援助論	17
精神看護学	15
精神保健	14
疾病･病態論	9
精神看護方法論	9
演習	6
リエゾン看護	4
その他	32
	128

表２　講義の内容（複数回答）N=128

	%
症状アセスメント	46.9
精神機能と障害	46.9
精神状態問題行動と看護援助	45.3
患者の権利	44.5
生活の場と精神保健	41.4
精神保健福祉の法制度	41.4
活動療法・リハビリテーション	40.6
治療環境	39.1
社会復帰・社会参加	39.1
地域生活支援技術	37.5
精神療法	35.2
精神医療看護の変遷	34.4
看護モデル	34.4
精神の構造	32.8
成長発達モデル	32.8
精神疾患の診断基準	32.0
身体療法	32.0
生物学的モデル	32.0
クライシス	30.5
臨床検査	28.9
精神分析学的モデル	26.6
リスクマネジメント	23.4
リエゾン精神看護	22.7
その他	20.3

表３　用いている看護理論（複数回答）

	人数	%
オレム・アンダーウッドのセルフケア看護モデル	30	26.1
ペプロウの対人関係論／相互作用理論	26	22.6
オレムのセルフケア理論	13	11.3
オーランドの患者―看護師の相互作用理論	9	7.8
ウィーデンバックの援助技術論	8	7.0
ロジャーズのカウンセリング理論	7	6.1
NANDA-I	5	4.3
DSM	5	4.3
家族看護モデル	4	3.5
ヘンダーソンの 14 の基本的欲求	2	1.7
ロイの適応看護理論	1	0.9
ベナーの技能習得モデル	1	0.9
ゴードンの 11 の機能的健康パターン	1	0.9
その他	3	2.6
合計	115	100.0

表４　講義で困っている点

講義時間数の不足	4
教員の不足	3
精神機能や障害がイメージしにくい	3
疾患に関する講義の不足	3
メンタル面での問題を抱える学生の増加	3
学生のアセスメント能力の不足	3
視聴覚教材の不足	2
学生の興味関心を引き出す	2
学生の態度　（質問が出ない・私語）	2
その他	5
	30

表５　講義で工夫している点

当事者の体験談を聴く機会を設ける	17
ビデオや漫画など視聴覚教材を活用する	15
事例を活用する	9
臨床体験を話す	4
偏見の是正と人権尊重の理解を深める	4
援助技法の演習を行う	3
看護師を講師に招く	3
病院見学	2
グループワークをとりいれる	2
授業や実習を関連づける	2
学生の自己理解を深める	2
学生の疑問に対するフィードバックを行う	2
その他	11
	76

がイメージしにくい」「メンタル面の問題を抱える学生の増加」「学生のアセスメント能力の不足」「視聴覚教材の不足」などに分類された（表4）.

講義で工夫している点についての記述総数は76で，内容の類似性から「当事者の体験談を聴く機会を設ける」「ビデオや漫画など視聴覚教材を活用する」「事例を活用する」「臨床体験を話す」「偏見の是正と人権尊重の理解を深める」「看護師を講師に招く」などに分類された（表5）.

（2）実習

開講されている実習科目数の平均（標準偏差）は1.4（± 1.2）科目で，1科目から3科目の範囲であった．実習の時期は3年次後期と4年次後期が多かった（表6）．2校は3年次4年次の前期後期に実習が重複していた．実習場所は精神科病棟のほか，精神科デイケアや訪問看護ステーションなどの社会復帰施設であった.

実習で困っている点と工夫している点について自由記載で尋ねた．実習で困っている点についての記述総数は41で，内容の類似性から「受け持ち患者の選定」「実習先の看護・指導体制に差がある 」「教員不足」「学生の対人関係能力不足」「実習病院･病棟が複数箇所に分散」「実習施設が不足･遠い」などに分類された（表7）.

実習で工夫している点についての記述総数は60で,内容の類似性から「カンファレンスの活用」「対象理解・対人関係プロセスの重視 」「病院だけでなく地域生活支援についても学ぶ」「プロセスレコードの活用」「教員によるタイムリーな指導」「臨地実習指導者との連携・役割分担」「学生が困っていることを表現しやすい雰囲気作り」などに分類された（表8）.

4．考察

看護系大学の精神看護学教育の内容について調査を行った．精神看護学の教育に関する調査としては，日本精神科看護協会（以後，日精看と略す）の報告[4]があるが，回答数436校のうち大学が占める割合は11.0%にとどまっており，専門学校（3年過程）が6割弱，専門学校（2年過程）が3割弱で，主に専門学校の実態を示す結果となっている.それ以外に比較可能な先行研究はなかった.

看護系大学の精神看護学の講義について，1校あたりの精神看護学科目数の平均は2.8科目で範囲は1科目から5科目と各校により差があった.

表6　実習の時期（複数回答）

年次	1		2		3		4	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
前期	0	0.0	0	0.0	4	8.9	20	44.4
後期	0	0.0	0	0.0	35	77.8	5	11.1
実施せず	45	100.0	45	100.0	7	15.6	22	48.9
無回答	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0

（3年次と4年次の前期と後期に実習が重複している大学が2校あり）

表7　実習で困っている点

受け持ち患者の選定	9
実習先の看護・指導体制に差がある	8
教員不足	5
学生の対人関係能力不足	4
実習病院・病棟が複数個所に分散	3
実習施設が不足・遠い	3
単位数	2
その他	7
	41

表8　実習で工夫している点

カンファレンスの活用	8
対象理解・対人関係プロセスの重視	8
病院だけでなく地域生活支援についても学ぶ	7
プロセスレコードの活用	7
教員によるタイムリーな指導	4
臨地実習指導者との連携・役割分担	3
学生が困っていることを表現しやすい雰囲気作り	2
レクリエーションの企画・実施	2
学生が受け持ち患者を決める	2
学生同士のグループ学習	2
記録物を多くしすぎない	2
その他	13
	60

科目名は大学によりさまざまであり，科目名だけで内容を判断することが難しい．例えば「精神看護学」の中に精神保健，疾病・病態論を含む場合もあれば,「精神保健」や「疾病・病態論」を「精神看護学」に含まないで独立した科目としている場合もあった．疾病・病態論を独立させている大学は，非常勤講師として精神科医師の協力が得られやすいのかもしれない．また先述のように精神看護学は1996年に科目として独立した比較的新しい科目であり，以前は成人看護学の一部に含まれていた．また近年の地域生活支援の流れにより地域看護学に含まれている可能性もある．大学によって精神看護学の位置づけが異なるものと思われる．

講義の内容については，1996年のカリキュラム改正を反映して，精神障がい者への看護（精神科看護）のみならず，精神の健康の保持増進（精神保健）をも含めた内容となっていた．また患者の人権や法制度についても重視されていた．精神科医療においては，時には強制的な治療やケアが行われることがあるため人権侵害とならぬよう精神保健福祉の法制度を正しく理解することが重要である．とりわけわが国は欧米に比べて長期入院が問題となっており[13]，精神医療看護の変遷と関連づけながら患者の権利擁護について教えていると思われる．なお日精看の報告では,「精神状態・問題行動と看護援助」と「症状アセスメント」などの精神障がい者の看護に深く関わる内容を担当している常勤教員が少なく，特に専門学校において非常勤講師への依存度が高いことから，課題として精神看護学の専任教員の臨床経験不足を指摘している[4]．一方，今回の調査ではこれらは講義の内容の上位を占めていたが，科目毎・講義内容毎の担当者の詳細に関しては把握できなかったため，精神看護専任教員がこれらの内容をすべて担当しているのかについてはわからなかった．

講義で困っている点としては，精神症状や障害が目に見えにくくイメージしにくいため，具体的にイメージしやすいようにビデオなどの視聴覚教材や事例を活用したり，教員ができるだけ臨床の体験談を話すなどの工夫を行っていた．これらの内容は日精看の報告[4]と同様であった．一方，今回特徴的だったのは，講義での工夫点として当事者の体験談を聞く機会を設けている教員が多かったことである．精神障がい者に対して恐怖心や偏見を抱く学生も多く，精神看護学実習において患者への接近を困難にし，患者の健康な面に着目することを困難にする．また病院実習は医学モデル中心で対象の健康的な面に着目することが難しい．さらに実習で受け持つ患者は慢性期の長期入院患者が多く回復モデルに接することが少ない．当事者の体験談を聴く機会を設けていることは，患者の視点から医療や看護を見つめなおす機会となり，また入院中から地域生活を視野に入れた看護を考える力を育む上で重要である．日精看の調査[4]に比べて,「当事者の体験談」の割合が高かったことは，今回の調査結果にはないが，看護系大学の精神看護学教員が特にこのような点を意識しているのか，あるいは以前に比べて自分の体験を語ることができる当事者が増えたためかもしれない．

実習の困難点については，日精看の報告[4]とほぼ同様であった．このうち「実習担当教員の不足」や「実習病院までの距離が遠い」ことは国立・公立・私立を問わず看護系大学の課題となっており[14]，精神看護学に特化した問題ではないと思われる．急増した看護系大学における教員不足と実習施設不足は恒常的な問題であり，個々の教員や大学の努力で解決する問題ではなく，抜本的なシステムの改革が必要と考える．

実習における工夫点は，日精看の調査[4]とほぼ同様であったが，今回の調査ではカンファレンスを重視する教員が多かった．カンファレンスでは臨地実習指導者との協働のもと看護の方向性を確認し学生の自主性を育む機会ととらえて活用していた．日精看の調査[4]では，実習における工夫点としてカンファレンスの活用はあがっていない．日精看[4]の報告によれば精神看護学を担当している常勤の教員数は平均1.38人で，1名のところが7割を占めていた．本調査では，精神看護学専任教員数は平均2.5名で1名から6名の範囲であった．先述したように日精看の報告[4]は，主に専門学校の精神看護教育の実態を反映しているが，専門学校の方が精神看護学を担当する教員数が少ないためカンファレンスに参加することが難しいのかもしれない．

精神看護学の講義で用いている理論については，オレム・アンダーウッドまたはオレムのセルフケア理論とペプロウの理論が多く用いられていた．オレム･アンダーウッドのセルフケア理論は，アンダーウッド博士がオレムのセルフケア理論を精神科で使いやすいように修正したモデルである．日本には1980年代初めに導入され精神科臨床で用いられている[15]．セルフケア理論の精神

看護教育での活用については，精神看護学実習に関する報告がいくつかあるが，当該理論を精神看護学実習に用いることの妥当性の検証はなされていない[16]．

ペプロウは精神分析的視点を看護に導入し，看護とは「有意義で治療的な対人的プロセスである」と定義しペプロウの対人関係理論は精神科看護の基本とされてきた[17]．一方，ペプロウの理論は患者を理解する上で有用であるが，患者との人間関係のみでは精神看護の独自性・専門性が不明瞭であること，看護実践への適用がしにくいことが指摘されている[18]．また対人関係の発展プロセスの学習は多大な時間とスーパービジョンシステムの構築が必要であり現行の看護教育システムには馴染まないとの指摘もある[19]．

一方，稲岡[20]は，オレム・アンダーウッドの理論のみでは自発性の乏しい精神障がい者をセルフケア行動に駆り立てることは難しいのではないか，患者のセルフケア欠如の理由を明らかにする必要があり，患者の行動の裏に隠された真の意味を理解するためには精神力動論が有効ではないかと述べている．南[15]も，セルフケア看護モデルは患者―看護師関係の展開については詳しく述べていないため他の理論を併用する必要があると述べている．このように精神看護学において対人関係論とセルフケア論はいずれも重要であると考えられる[18]．今回の調査においても，精神看護学の教育，実習の効果を高めるために教員は経験的にセルフケア理論を有用としながらも他の理論を併用していると考える．

最近では，地域での生活を視野に入れたストレングスモデル[21]，エンパワーメントモデル[22]，ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類）モデル[23,24]などの活用も見られる．

精神看護学の教科書においてこれらの理論は紹介のみにとどまっており[25-27]，臨床看護や教育における有用性やこれらの理論の関連性について体系的に述べたものはない．一方，精神看護独自の看護技術についても近年ようやく体系化が始まったばかりである[28,29]．大学の教員は既存の理論の看護の実践への応用可能性を検証するだけでなく，実践から帰納的に理論を生み出し，精神看護学における独自性・専門性を確立していく必要があると考える．

５．本研究の限界

本研究の限界としては，回収率が25.3％と低かったことがあげられる．また４年前の調査結果であることから看護系大学の精神看護学教育の現状はすでに変化している可能性がある．しかしながら，看護系大学における精神看護学教育に関する内容に関して，講義の工夫点や活用している看護理論については少なからず知見を得ることができた．今後の精神看護学教育を検討する上で参考になるのではと考える．

謝辞

本研究の実施にあたり調査にご協力いただいた精神看護学教員の皆さまに深く感謝申し上げます．本研究は平成21年度石川県立看護大学学内共同研究費の助成を受けて実施しました．

利益相反

なし

引用文献

1）厚生労働省　知ることからはじめよう　みんなのメンタルヘルス総合サイト　精神疾患のデータ http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html（2014/9/30 アクセス）
2）松岡緑：佐賀医科大学における精神看護学カリキュラム（その１）．精神科看護，26（7），51-55,1999.
3）粟生田友子：精神看護学をどうとらえるか．看護展望 ,23（8）：18-22，1998.
4）精神看護学に関する調査報告書．日本精神科看護技術協会，69，2006.
5）荻野雅，武井麻子，稲岡文昭他：我が国における精神看護学教育の実態に関する研究．研究代表者武井麻子：看護教育カリキュラムにおける精神看護学教育モデルの開発に関する研究　平成６年度～平成８年度科学研究費補助金【基盤研究（B）(2)】研究成果報告書，13-30，1997.
6）森千鶴 , 國生拓子 , 川野雅資：新カリキュラムにおける精神看護学の内容と方法に関する調査．山梨医大紀要 ,14,25-30,1997.
7）國生拓子 , 森千鶴 , 川野雅資他：精神看護学実習に関するアンケート調査．精神科看護 ,64,40-45,1997.
8）伊賀上睦見 , 金沢彰：看護系大学における精神保健・精神看護の教育．精神科看護 ,65,97-102,1997.
9）花田裕子：精神看護学のカリキュラムと教授方法の施行．精神科看護，26（4），60-62，1999.
10）川口優子：学生に学んでほしいこと．精神科看護，

26（3），52-55，1999.
11）川本利恵子，関根真由美，大田直美他：精神科看護実習の教育的意義とその方法（その２）．精神科看護，25（9），49-54，1998.
12）坂田三允：育ち合う臨地実習に今何が必要か「精神看護学に関する調査から」．精神科看護 ,35（5）,15-20,2008.
13）OECD: FOCUS ON HEALTH July 2014. Making Mental Health Count. http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf（2014/11/28 アクセス）
14）池川清子，中西睦子：7 章大学改革の流れと看護系大学．日本看護系大学協議会広報・出版委員会編：看護学教育　学生･教員・体制．日本看護協会出版会，東京，168-173，2003.
15）南裕子：セルフケア看護モデルの導入過程と段階的課題．南裕子，稲岡文昭監修：セルフケア概念と看護実践．ヘルス出版，東京，1-13，1987.
16）竹村節子，山根節子，多喜田恵子：わが国の精神看護学臨地実習における看護理論導入の教育研究の動向（第 2 報）－（1990~1999）－．日本看護学教育学会学術集会講演集 ,11，89,2001.
17）高崎絹子訳，Howk C. ヒルデガード E．ペプロウ：人間関係の看護論（精神力動的看護．都留伸子監訳，Tomey A，Alligood M：看護理論家とその業績　第 3 版．医学書院 , 東京，383-404，1973.
18）金城祥教：精神看護学実習教育とその課題．看護教育，43（7），520-526，2002.
19）岩瀬信夫 , 中戸川早苗，三上勇気他：精神看護学実習におけるセルフケア不足理論と看護診断を用いた看護過程学修ツールの開発 . 愛知県立看護大学紀要，1，121-130，2008.
20）稲岡文昭：オレムアンダーウッド理論の課題と展望．南裕子，稲岡文昭監修：セルフケア概念と看護実践．ヘルス出版，東京，239-243，1987.
21）萱間真美：理論とモデルを使いこなすには．精神看護，16（3），5-11，2013.
22）岡本典子：アセスメントに用いられる主な理論．萱間真美，野田文隆編：精神看護学．南江堂，東京，142-144，2010.
23）村上満子：ICF（国際生活機能分類）の精神障害への活用について　PubMed の過去 3 年間の論文から．日本看護学会論文集 : 精神看護，42，226-229，2012.
24）心光世津子，遠藤淑美，諏訪さゆり：精神看護学実習のための ICF の視点を取り入れた看護過程自己評価表の開発．日本精神保健看護学会誌，19（1），74-83,2010.
25）一ノ山隆司：セルフケア理論．川野雅資編：精神看護学Ⅱ精神看護学．ヌーヴェルヒロカワ，東京，75-84，2010.
26）前掲 22）137-153.
27）武井麻子他著：精神看護学②精神看護の展開．医学書院，東京，43，2013.
28）永井優子，金城祥教，粕田孝行他：精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究（第 1 報）－．精神科看護，27（7），45-52，2000.
29）萱間真実 , 田中隆志，金城祥教他：精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究（第 2 報）－．精神科看護，27（8），44-52，2000.

Contents and Problems in Psychiatric Nursing Education at Nursing Universities

Chie TANIMOTO

Abstract

The purpose of this study was to clarify the contents, lecture/nursing practice devices, and problems in psychiatric nursing education, and to utilize the results as basic materials for analyzing future problems and directions. We requested a survey by instructors who are responsible for psychiatric nursing education at 182 nursing universities (one from each school). Responses were received from 46 universities (collection rate 25.3%). We took 45 universities (valid response rate 24.7%) as subjects for analysis, the lecture contents of which included not only nursing for mentally-handicapped patients, but also for maintenance and enhancement of mental health, and our results were reflected in the curriculum amendment in 1996. Such devices as utilization of audio-visual materials to make it easier to grasp an image of the disability and providing opportunities for students to listen to patients' explanations were carried out. Most of the universities utilized nursing theories, and while considering experiential self-care theories effective, such other theories as Peplau's theory were utilized simultaneously. This indicates that there is a necessity for verifying the effectiveness of these theories in psychiatric nursing education, and systematizing their utilization.

Keywords　psychiatric nursing, nursing university, education, lecture, practice