The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	精神看護学実習へのICFの視点導入に向けた研究(第3報) : 実習記録改訂前後の学生による自己評価の年度別比較
Author(s)	心光, 世津子; 遠藤, 淑美; 諏訪, さゆり
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2010, 16(1), p. 49-58
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56850
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪大学看護学雑誌 Vol. 16 No. 1 (2010)

精神看護学実習へのICFの視点導入に向けた研究（第3報）
―実習記録改訂前後の学生による自己評価の年度別比較―

心光世津子*・遠藤淑美*・諏訪さゆり**

要　旨

精神看護学実習にICF（国際生活機能分類）の視点を導入することを目指し、「看護過程自己評価表」(以下、評価表)を作成し、本学の同実習(2週間)に導入した。その後、この評価表の回答状況の分析により把握された教育課題を考慮の上ICFの視点を盛り込んだ実習記録を作成・導入した。本報告の目的は、実習記録改訂前後の学生の評価表回答を比較することにより、精神看護学実習受講生の自己評価の相違を明らかにし、実習記録改訂の効果を検討することである。分析対象者は、旧記録を使用した学生が78名、新記録使用学生が72名であった。1週目・2週目を合わせた各項目の総平均点を算出し、実習年度を独立変数とした分散分析を行なった。

37項目中32項目は、改定後のほうが自己評価が高く、うち、12項目で有意差があった。その中、3項目は記録改訂後のほうが自己評価が低かった。旧記録使用時に課題となった(a)患者の希望・主体性を大切にする視点、(b)患者の環境因子の理解と働きかけについての項目は全て改訂後のほうが自己評価は高かった。とくに(a)に関する評価の多くは有意に高く、記録改訂後、(a)の視点については留意されやすくなったことが示唆された。また、身体面の情報収集・アセスメントの視点が相対的に弱くなった可能性も示唆された。ICFはもともと看護に特化して作成されていないこともあり、今後、ツールを看護向けにさらに洗練させていく必要性が示された。

キーワード：看護学教育、精神看護学実習、自己評価表、国際生活機能分類

Ⅰ　はじめに

国際障害分類[1]から国際生活機能分類（以下、ICF）[2]への改訂は、生活機能のマイナス面だけでなくプラス面を捉える視点や、障害が他者を含めた環境との相互作用から生じ相対的なものである、という視点を提供した[3]。両者共に看護に重要な視点であり、とくに後者はNANDA看護診断などの、看護で主に用いられる枠組みでは欠けていた視点である。だが、ICFは看護に重要な視点を提供し、加えて職種間共通言語となる可能性があるにもかかわらず、看護には適用されてこなかった[3~5]。同様に、このICFの提供する視点は、精神科領域でも重要とされており、精神医療へ活用することが期待されてきたが、依然として導入が進んでいない[6~8]。いずれも、その最たる障壁は、具体的利用方法が示されていないことにある。

そこで、本学の精神看護学実習(表1)にICFの視点を導入することを目指す2ヵ年プロジェクトを立ち上げた(図1)。まず、受講生の振り返りを支援すると同時に、導入過程における学びの状況と教育課題を明らかにすることを目的とした

*大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　**認知症介護研究・研修東京センター

表1　大阪大学精神看護学実習の概要

1．精神看護学実習の目的

①精神看護学に関連する諸理論・概念を理解し、患者を全体的かつ統合された存在として理解する。
②患者のセルフケア能力の向上へ向けた日常生活援助を行なえる。
③患者と援助的人間関係を築く。
④看護実践の中での体験を言語化し、記述し、患者の感情や反応に気付くと共に、看護職者として自己洞察し、より適切なかかわり方を考える。
⑤精神医療の現状を理解し、そのなかでの看護職者の役割、機能を考える。
⑥以上をとおして、精神看護学の視点、看護アプローチ等の特徴を理解する。

2．実習施設

大学病院内の神経科精神科病棟。病床数 52 床（うち開放病棟 14 床、閉鎖（個別開放）病棟 38 床）。
精神看護学実習としては、これに加え公立精神科病院（病床数 514 床）での見学実習（1 日）を実施している。

3．病棟実習の状況

3 年次後期～4 年次前期に、受講生約 80 名が 8 グループに分かれてローテートし一度に 10～11 名ずつ一病棟内で実施。2 週間（月・火・木・金曜日の 8 日間）、各受講生が患者 1 名を受け持ち、看護過程を展開。転退院等の事情により、2 名受け持つ場合もある。病棟の非専任臨床指導者 2 名と、教員 2 名が学生指導を行なう（うち教員 1 名は、実習時間中は病棟に常駐して学生指導と臨床指導者および病棟スタッフとの調整を行なう）。看護計画立案にあたっては、受け持ち患者のプライマリーナースも学生指導を行なう。

4．受け持ち患者

原則として、①精神の障害や逸脱行動がみられる患者、②日常生活になんらかの援助を必要としている患者、という条件を満たす閉鎖病棟入院中の患者から選定しているが、疾患・病状は事例により異なる。
2007 年 11 月～2008 年 8 月受講生 83 名は、36.1%が統合失調症、30.1%がうつ病、21.7%が認知症、14.5%が統合失調感情障害（非定型精神病）、3.6%がてんかん、2.4%が躁うつ病、9.6%がその他の精神疾患をもつ患者を受け持った。2008 年 10 月～2009 年 7 月受講生 78 名は、44.6%が統合失調症、7.2%がうつ病、20.5%が認知症、6.0%が躁うつ病、4.8%が躁病、4.8%が精神発達遅滞、15.7%はその他の精神疾患（ただし統合失調感情障害、てんかんは 0%）をもつ患者を受け持った。（いずれの年も合計が 100%とならないのは、複数患者受け持ち、躁うつ病＋認知症など複数疾患をもつ患者の受け持ちがあるため。）

「看護過程自己評価表」(以下、評価表)を作成し、同実習(2 週間)に導入した。受講生は、各週最終日の実習終了後に自分自身の看護過程を振り返りこの評価表に記入している。その後、この評価表の回答状況の分析により把握された教育課題を考慮の上、情報整理からケア計画立ち上げの過程に ICF の視点を盛り込んだ実習記録(大幅に改訂したデータベース、看護計画立案欄のみ資料 1～3 に示す)を作成し、導入した。ただし、この 2 ヵ年で実習目標や内容、指導方針に変更はなく、主たる変更点は、実習記録と、記録を使用していくための教示内容にとどまる。

本稿の目的は、実習記録改訂前後の学生の評価表回答を比較することにより、本学の精神看護学実習受講生の学習状況の相違を明らかにし、ICF の視点を取り入れた実習記録への改訂の効果と今後の課題を検討することである。

Ⅱ　研究方法

1．対象者

実習記録改訂前（以下、旧記録使用）の対象者は、平成 19 年度後期～20 年度前期の実習年度に精神看護学実習を受講した本学看護学専攻の学生（3 年次～4 年次）83 名。実習記録改訂後（以下、新記録使用）については、平成 20 年度後期～21 年度前期の実習年度に同実習を受講した学生計 78 名。このうち、研究協力に同意し、なおかつ、1 週目・2 週目両方の自己評価表に記入・提出した受講生の評価表を分析対象とする。

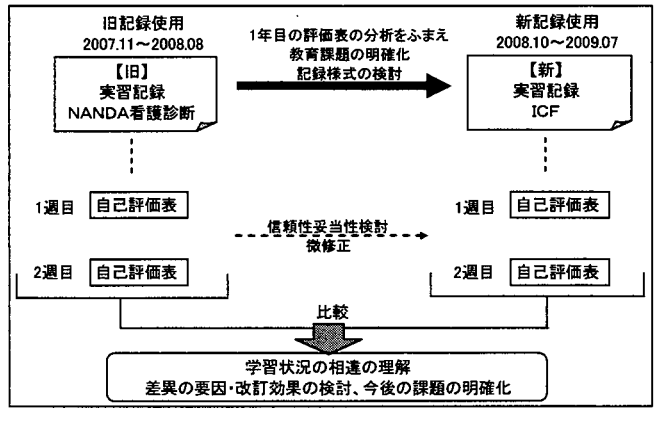


図1　研究の流れ

2．データ収集

評価表の記入は、当該実習の各週最終日の終了後に行った。提出された上記対象者の各週の評価表を複写し、ID 番号を割り振った上、その記入内容を SPSS および Excel を用いて入力した。(信頼性妥当性を検討し、表 2 のように旧記録使用時

の評価表の1項目を新記録使用時に2分割したため）旧記録使用時 36 項目、新記録使用時 37 項目からなる評価表(図 2)の、「全くできなかった」～「よくできた」の4段階評価を、それぞれ1～4点へと得点化した。

3．分析方法

各項目の、1週目・2週目を合わせた総平均点を算出し、実習年度を独立変数とした分散分析を行なった。なお、修正により二分割された項目については、修正前の 1 つの項目の評価点を、そのまま修正後の2項目の評価点とした。

4．倫理的配慮

学生には、自己評価表への記入以前に、研究目的、研究方法、個人情報の保護、協力の有無と記入内容は成績評価に影響しないことを説明し、記入済み自己評価表のコピーと、記入内容の分析、研究成果の公表について、同意書への署名・提出をもって同意を得た。また、この同意書の提出は任意である旨、説明した。自己評価表それ自体は無記名とした。なお、本研究は、大阪大学保健学倫理委員会の承認を得て行なっている。

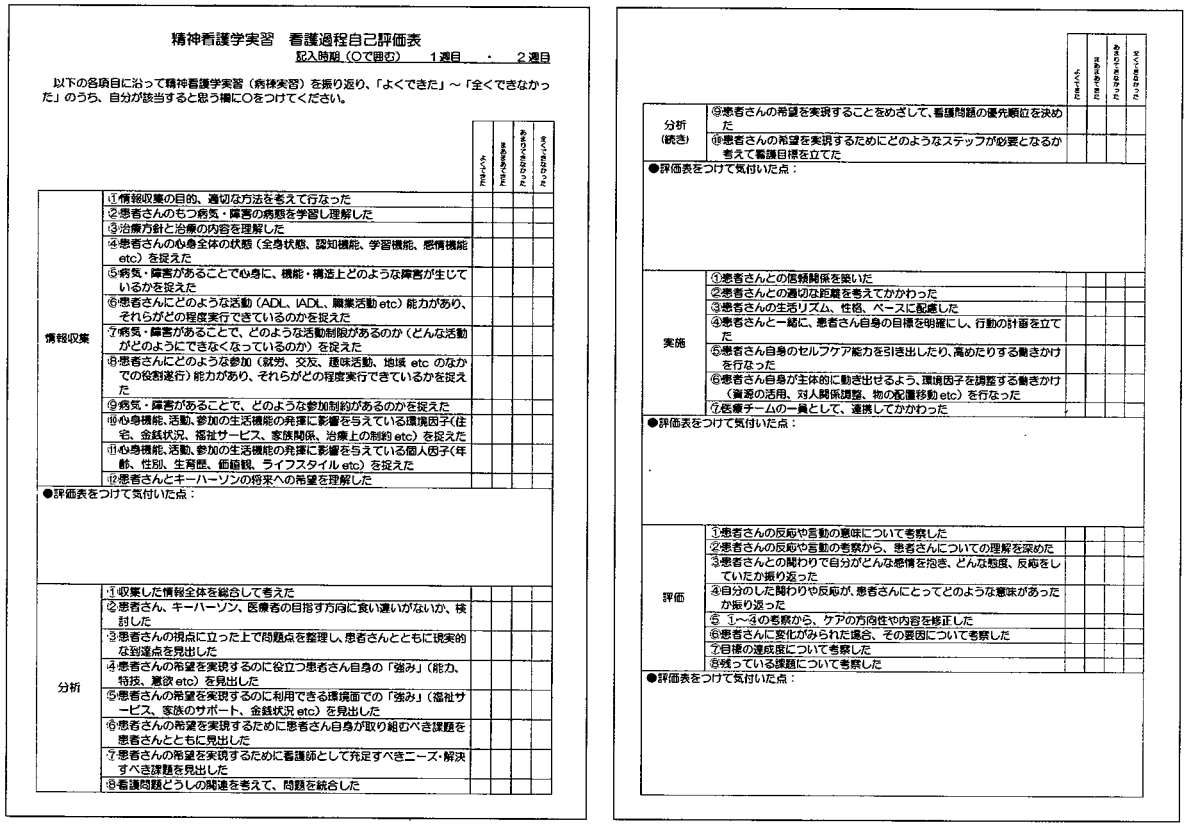
表2　評価項目の修正点

原案	修正版
【情報収集】 ⑤病気・障害があることで、生活上の課題を実行する際に、能力上どのような障害が生じているか（何ができなくなっているか）を捉えた	【情報収集】 ⑤病気・障害があることで心身に、機能・構造上どのような障害が生じているかを捉えた
【分析】 ②患者さん、キーパーソン、医療者の目指す方向に食い違いがある場合、患者さんの視点に立った上で問題点を整理し、患者さんとともに現実的な到達点を見出した	【分析】 ②患者さん、キーパーソン、医療者の目指す方向に食い違いがないか、検討した ③患者さんの視点に立った上で問題点を整理し、患者さんとともに現実的な到達点を見出した

III　結果

1．対象者

旧記録を使用した学生 83 名のうち、分析条件を満たした者は 78 名であった。対象者の性別は、男子 8 名(10.3%)、女子 70 名(89.7%)であった。新記録使用時では 78 名のうち 72 名であった。性別は、男子 3 名(4.2%)、女子 69 名(95.8%)であ



精神看護学実習　看護過程自己評価表

記入時期（○で囲む）　1週目　・　2週目

以下の各項目に沿って精神看護学実習（病棟実習）を振り返り、「よくできた」～「全くできなかった」のうち、自分が該当すると思う欄に○をつけてください。

		よくできた	ある程度できた	あまりできなかった	まったくできなかった
情報収集	①情報収集の目的、適切な方法を考えて行なった				
	②患者さんのもつ病気・障害の病態を学習し理解した				
	③治療方針と治療の内容を理解した				
	④患者さんの心身全体の状態（全身状態、認知機能、学習機能、感情機能 etc）を捉えた				
	⑤病気・障害があることで心身に、機能・構造上どのような障害が生じているかを捉えた				
	⑥患者さんにどのような活動（ADL、IADL、職業活動 etc）能力があり、それらがどの程度実行できているのかを捉えた				
	⑦病気・障害があることで、どのような活動制限があるのか（どんな活動がどのようにできなくなっているのか）を捉えた				
	⑧患者さんにどのような参加（就労、交友、趣味活動、地域 etc のなかでの役割遂行）能力があり、それらがどの程度実行できているかを捉えた				
	⑨病気・障害があることで、どのような参加制約があるのかを捉えた				
	⑩心身機能、活動、参加の生活機能の発揮に影響を与えている環境因子(住宅、金銭状況、福祉サービス、家族関係、治療上の制約 etc）を捉えた				
	⑪心身機能、活動、参加の生活機能の発揮に影響を与えている個人因子(年齢、性別、生育歴、価値観、ライフスタイル etc）を捉えた				
	⑫患者さんとキーパーソンの将来への希望を理解した				
●評価表をつけて気付いた点：					
分析	①収集した情報全体を総合して考えた				
	②患者さん、キーパーソン、医療者の目指す方向に食い違いがないか、検討した				
	③患者さんの視点に立った上で問題点を整理し、患者さんとともに現実的な到達点を見出した				
	④患者さんの希望を実現するのに役立つ患者さん自身の「強み」（能力、特技、意欲 etc）を見出した				
	⑤患者さんの希望を実現するのに利用できる環境面での「強み」（福祉サービス、家族のサポート、金銭状況 etc）を見出した				
	⑥患者さんの希望を実現するために患者さん自身が取り組むべき課題を患者さんとともに見出した				
	⑦患者さんの希望を実現するために看護師として充足すべきニーズ・解決すべき課題を見出した				
	⑧看護問題どうしの関連を考えて、問題を統合した				
分析（続き）	⑨患者さんの希望を実現することをめざして、看護問題の優先順位を決めた				
	⑩患者さんの希望を実現するためにどのようなステップが必要となるか考えて看護目標を立てた				
●評価表をつけて気付いた点：					
実施	①患者さんとの信頼関係を築いた				
	②患者さんとの適切な距離を考えてかかわった				
	③患者さんの生活リズム、性格、ペースに配慮した				
	④患者さんと一緒に、患者さん自身の目標を明確にし、行動の計画を立てた				
	⑤患者さん自身のセルフケア能力を引き出したり、高めたりする働きかけを行なった				
	⑥患者さん自身が主体的に動き出せるよう、環境因子を調整する働きかけ（資源の活用、対人関係調整、物の配置移動 etc）を行なった				
	⑦医療チームの一員として、連携してかかわった				
●評価表をつけて気付いた点：					
評価	①患者さんの反応や言動の意味について考察した				
	②患者さんの反応や言動の考察から、患者さんについての理解を深めた				
	③患者さんとの関わりで自分がどんな感情を抱き、どんな態度、反応をしていたか振り返った				
	④自分のした関わりや反応が、患者さんにとってどのような意味があったか振り返った				
	⑤ ①～④の考察から、ケアの方向性や内容を修正した				
	⑥患者さんに変化がみられた場合、その要因について考察した				
	⑦目標の達成度について考察した				
	⑧残っている課題について考察した				
●評価表をつけて気付いた点：					

図2　(修正版) 看護過程自己評価表

った。

2．各項目の平均点と記録改訂前後での比較

全ての項目の1週目と2週目の評価点をあわせた平均点は、旧記録使用 2.69、新記録使用 2.81であり、新記録使用時のほうが全体的に自己評価は高かった。ほとんどの項目は記録改訂後のほうが自己評価が高かったが、「機能障害の把握」、「看護問題の優先順位検討」、「信頼関係の構築」の3項目は改定後のほうが低く、「心身機能の把握」、「生活リズム、性格、ペースに配慮」の2項目は実習年度間で差がなかった。

また、全ての項目について、実習年度を独立変数、総平均点を従属変数とした分散分析を行い、旧記録使用、新記録使用での自己評価状況の有意差をみた。その結果、11 項目は新記録使用時のほうが改訂前よりも有意に評価点が高かった。

表3　各項目評価状況と実習年度による評価の比較

	項目	旧記録使用 総平均 (n=78)	新記録使用 総平均 (n=72)	差 (新記録－旧記録)	F 値
情報収集	①目的と適切な方法を考慮	2.97	3.04	0.07	.84
	②病態の学習と理解	3.03	3.12	0.09	1.82
	③治療方針と内容理解	3.01	3.13	0.12	2.67
	④心身機能の把握	2.87	2.87	0	.00
	⑤機能障害の把握	2.93	2.88	−0.05	.58
	⑥活動能力と実行状態の把握	3.15	3.24	0.09	1.52
	⑦活動制限の把握	2.89	3.09	0.20	7.20**
	⑧参加能力と実行状態の把握	2.86	2.99	0.13	2.21
	⑨参加制約の把握	2.64	2.81	0.17	4.02*
	⑩生活機能に影響する環境因子把握	2.32	2.49	0.17	3.71
	⑪生活機能に影響する個人因子把握	2.78	2.82	0.04	.21
	⑫患者・キーパーソンの希望理解	2.24	2.54	0.30	9.81**
分析	①情報全体を総合して考える	2.74	2.89	0.15	3.93*
	②患者と医療者の方向性相違検討(注1)	2.10	2.50	0.40	16.91**
	③患者と現実的到達点を見出す(注1)	2.10	2.51	0.41	16.51**
	④個人因子の強みを見出す	2.90	3.03	0.13	1.77
	⑤環境因子の強みを見出す	2.02	2.16	0.14	2.62
	⑥患者自身の課題を見出す	2.31	2.33	0.02	.03
	⑦看護師の充足すべき課題を見出す	2.69	2.76	0.07	.67
	⑧看護問題の統合	2.38	2.40	0.02	.05
	⑨看護問題の優先順位検討	2.54	2.40	−0.14	2.43
	⑩段階を踏んだ看護目標	2.44	2.45	0.01	.01
実施	①信頼関係の構築	3.16	3.03	−0.13	2.70
	②適切な距離を考慮	3.06	3.22	0.16	3.87
	③生活リズム、性格、ペースに配慮	3.32	3.32	0	.00
	④患者と共に目標と行動計画を立てる	2.36	2.47	0.11	1.07
	⑤セルフケア能力を引き出すかかわり	2.67	2.75	0.08	.67
	⑥環境因子の調整	2.39	2.51	0.12	1.34
	⑦医療チームの一員として連携	2.36	2.37	0.01	.00
評価	①反応や言動の意味を考察	3.10	3.31	0.21	7.48**
	②考察から患者理解を深める	3.08	3.23	0.15	3.56
	③自分の感情、態度、反応の振り返り	2.97	3.21	0.24	8.23**
	④自分の言動の患者への意味を考察	2.82	3.06	0.24	8.00**
	⑤考察からケアの方向性、内容の修正	2.70	2.98	0.28	9.05**
	⑥患者の変化の要因を考察	2.78	2.97	0.19	4.61*
	⑦目標達成度の考察	2.26	2.53	0.27	9.05**
	⑧残っている課題の考察	2.45	2.61	0.16	3.29

*p<.05　**p<.01

注1) 2年目で2分割された項目。1年目総平均には、どちらにも元の1項目の総平均点を示している。

項目ごとの1週目と2週目をあわせた総平均点、年度間の総平均点の差、および、分散分析の結果を、表3および図3〜6に示す。新記録を使用した学生のほうが自己評価が低い項目については、表3でグレーの背景で示している。

Ⅳ 考察

1. 改訂時に考慮された教育課題と改訂後の自己評価

実習記録の改訂は、旧記録使用時の学習状況の分析[9〜10]から明らかとなった教育課題に重点を置いて行われた。すなわち、(a)患者の希望・主体性を大切にすること(評価表の情報収集⑫、分析②、③、⑥、実施④が該当)、(b)患者の環境因子の理解と働きかけ(評価表の情報収集①、分析⑤、実施⑥が該当)への意識化である。新記録用紙には、環境因子についても記載するデータベースを設け(資料 2)、患者の希望するあり方を出発点として看護計画を立案するような様式(資料 3)を作成した。そのため、これらの課題に関連する評価項目は、改定前よりも平均点が高くなることが期待されるが、その実際について、ここで検討を行った。

改定後、これらの2視点に関する評価項目は、すべて旧記録使用時よりも自己評価が高くなっ

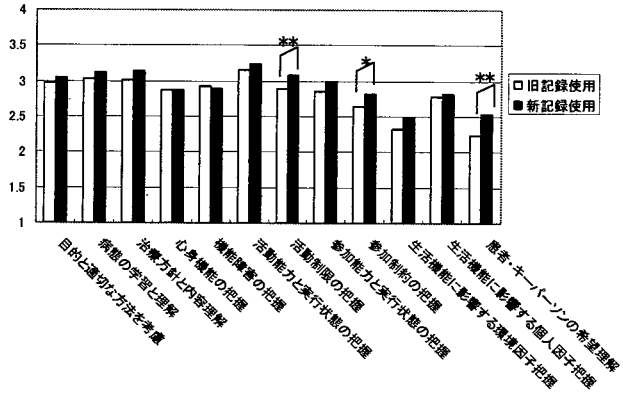


図3 情報収集欄 12 項目の総平均点
(* p<.05 **p<.01)

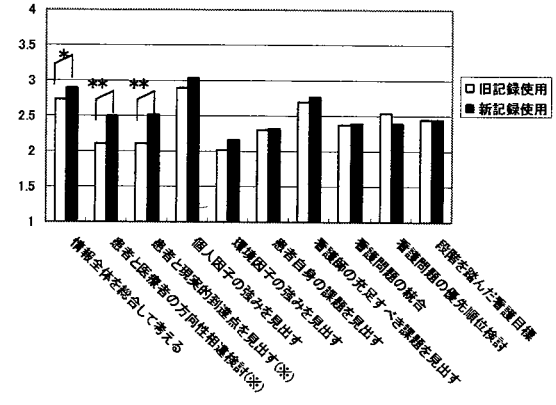


図4 分析欄 10 項目の総平均点
(* p<.05 **p<.01)

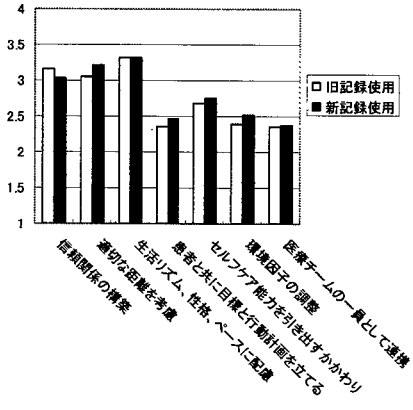


図5 実施欄 7 項目の総平均点

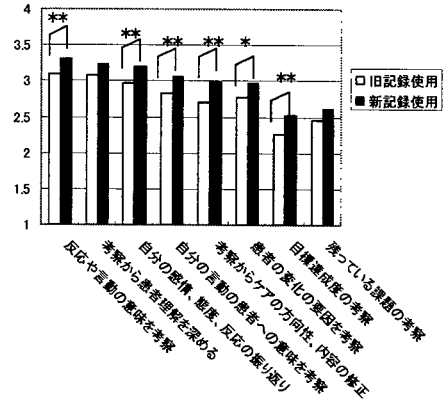


図6 評価欄 8 項目の総平均点
(* p<.05 **p<.01)

ていた。とくに、(a)に関連する、「患者・キーパーソンの希望理解」(情報収集⑫)をし、「患者と医療者の方向性相違検討」(分析②)を行い「患者と現実的到達点を見出す」(分析③)項目は、旧記録使用学生の自己評価が低い（苦手な）項目であったが、改定後どれも総平均点が旧記録使用学生の総平均点を大きく上回り、1%水準で有意に高かった。(後者 2 つは、評価項目修正も要因にはあるが)これら 3 項目の上昇は、医学モデル・社会モデル双方を基礎とするICFの視点を取り入れ、患者の希望するあり方や、医療者の目指す方向との相違と調整について記載することが必要な看護計画立案用紙（資料 3)を用いたことが関連していると考えられる。この用紙を見て、どうすれば患者の希望するあり方を理解することができるか、実習初期から意識的に検討していた学生が多かった。以上より、患者の希望や主体性を大切にする視点をもつという教育課題に対しては、改訂版の記録は一定程度、有効であったと考えられる。

一方、(b)に関する項目の総平均点の差は有意でなかった。また、新記録使用時でも、(b)に関する項目の総平均点は、いずれも、評価表の全 37 項目のなかでも低いものであった。これは旧記録使用時と同様の傾向である。このことから、単に、実習記録に環境因子の記載欄を設ける(資料 2)だけではなく、学生が患者の環境因子に着目・理解できるような教育的働きかけがさらに必要であると示唆される。

2．改定後に評価が下がった項目とその要因

新記録使用学生のほとんどの評価項目の総平均点が、旧記録を使用した学生のそれよりも高いなか、改訂前より評価が低くなっている項目が 3 項目あった。

1 つめは、「機能障害の把握」である。ICF の提示する生活機能（心身機能・身体構造、活動、参加）の中で、「活動制限の把握」と「参加制約の把握」が新記録使用学生で有意に総平均点が高かった一方、「機能障害の把握」だけは旧記録使用時よりも総平均点が下がっていたのは対照的である。「心身機能の把握」も、1 年目から変化が見られなかった。NANDA 看護診断の 13 ドメインを用いたデータベースから、ICF の生活機能と背景因子を用いたデータベースへと変更したことで、身体的な情報を扱う欄が大幅に減り、その分、活動や参加に関する情報を扱う欄が増えている。そのために、学生の情報収集・アセスメントの重点が、参加や活動へと向けられると同時に、身体面の理解・アセスメントが相対的に弱くなった可能性がある。その示唆を支持するように、リハビリテーション領域での実習で学生のアセスメントした患者情報を ICF により再分類し ICF の看護への適用を検討した Pryor ら[4]も、ICF は、生活に関する幅広い視点が求められるリハビリテーション領域により適しており、生活より生命維持や身体面でのケアの優先度が高い急性期ケアにはあまり適さないと指摘している。これらから、ICF を取り入れた実習記録は、「参加」や「活動」といった生活場面への疾患や治療の影響に重点を置くような場合では強みを発揮するが、身体面でのアセスメントが重要となる場合に課題が残っていると考えられる。身体疾患や身体副作用などを抱える精神疾患患者を受け持つ場合でも学生が情報収集・アセスメントしやすいよう、記録や教育内容の改良を検討していくことも必要であろう。

改訂前より総平均点が低かった 2 つめの項目は「看護問題の優先順位検討」である。この項目と、微増であった「看護問題の統合」、「段階を踏んだ看護目標」は、全 37 項目の中で新記録使用時の総平均点が低く、看護計画立案に関する項目が苦手な傾向にあると考えられた。これは旧記録使用時の傾向とは異なる[9]。一方で、「考察からケアの方向性、内容の修正」や「目標達成度の考察」などは、本来その看護計画立案の過程に立ち返る作業であるにもかかわらず、新記録使用時の自己評価は低くなく、改訂前と比べても有意に高かった。学生は、教員が想定していたような思考

過程で考えていない可能性がある。たとえば、学生側としては、ケアの修正や目標達成度の考察を行ったつもりであるが、その考察と看護問題や目標の検討は別物と捉えている可能性が考えられる。これには、それぞれの学年の看護過程の習得状況の違いがその要因として考えられ、精神看護学領域での看護過程の教授内容はほぼ同じであることから、他領域での教授内容の変化が関連している可能性が示唆された。

3つ目は「信頼関係の構築」である。各年の指導において患者-学生間の関係性に変化は見られなかったことから、新記録使用の学生は、実際の信頼関係が構築できなかったのではないと思われ、学生たちが想定したほどに患者から反応が返ってこなかった、という状況があったと考えられる。現に、新記録使用の学生は、学生自身や患者自身の言動の振り返り・考察等について旧記録使用の学生より有意に自己評価が高く、患者とのかかわりのなかでより良い患者理解とケアのために努めた、と比較的強く感じていたことが伺える。この相違は、記録改訂との関連性は薄いと考えられる。

V おわりに

本稿では、評価表の分析をすることで、ICFの視点を取り入れた実習記録への改訂後の学習状況の変化を捉え、その要因とさらなる課題を検討してきた。実習記録の改訂は、患者の希望や主体性を大切にするという、それまでの学生が苦手傾向にあった視点を強化したと考えられる。一方で、改訂後、身体面の情報収集・アセスメントの視点が弱くなった可能性も明らかとなり、ICFの枠組みには、心身両面からの患者理解の点で課題があると示唆された。これまでの先行研究では、看護で従来用いられてきた分類枠組みとICFの比較と対応関係の検討しかされておらず[4),11)]、ICFを用いて看護実践を行いその適用方法を具体的に検討した例はなかった。今後、精神看護学に本格的に取り入れるには、実践を繰り返し行いながら従来の枠組みとの対応関係をより明確にしていき、看護実践に適用できるよう工夫をこらしていく必要がある。

なお、本研究は、看護過程展開上の学習状況について学生の自己評価をもとに比較分析しているが、自己評価には学生の性格や資質、教育内容の違いによる学年ごとの特徴など多くの要因も関与しているだろう。それらの要因を排することすることが困難な点、実際の学習成否についての他者評価や、設定された評価項目以外の観点での評価を反映できない点が本研究の限界といえる。また、4段階の自己評価の得点から学生の主観的な学習の困難感や苦手さを間接的に検討しているという点で評価や検討に限界がある。

今後、他者評価や評価表の自由記述欄の分析を行ったり、他校や他領域からのフィードバックを受けるなど、ICFの視点導入やそれに伴う教材の改訂について、様々な視点から評価をしていくことが課題である。

（本研究は平成20・21年度笹川科学研究助成金（実践研究部門）の助成を受けて実施した。本研究の一部は第29回日本看護科学学会学術集会にて発表した。）

引用文献

1) WHO, 1980, *The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease.* WHO, Geneva

2) WHO, 2001, *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health.* 厚生労働省訳, 障害者福祉研究会編, 2002, ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版, 中央法規出版

3) Kearney P.M. & Pryor J., 2004, The

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 162-170

4) Pryor J., Forbes R. & Hall-Pullin L., 2004, Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? *International Journal of Nursing Studies*, 10(3), 131-141

5) Heinen M.M., van Achterberg T. & Roodbol G., et al., 2005, Applying ICF in nursing practice: Classifying elements of nursing diagnoses. *International Nursing Review*, 52, 304-312

6) 岡田幸之・松本俊彦・野口博文ほか, 2007, ICF の精神医療への導入—ICF に基づく精神医療実施計画書の開発, 精神医学, 49(1), 41-48

7) 佐藤久夫, 2003, ICIDH から ICF へ, 精神医学, 45(11), 1140-1147

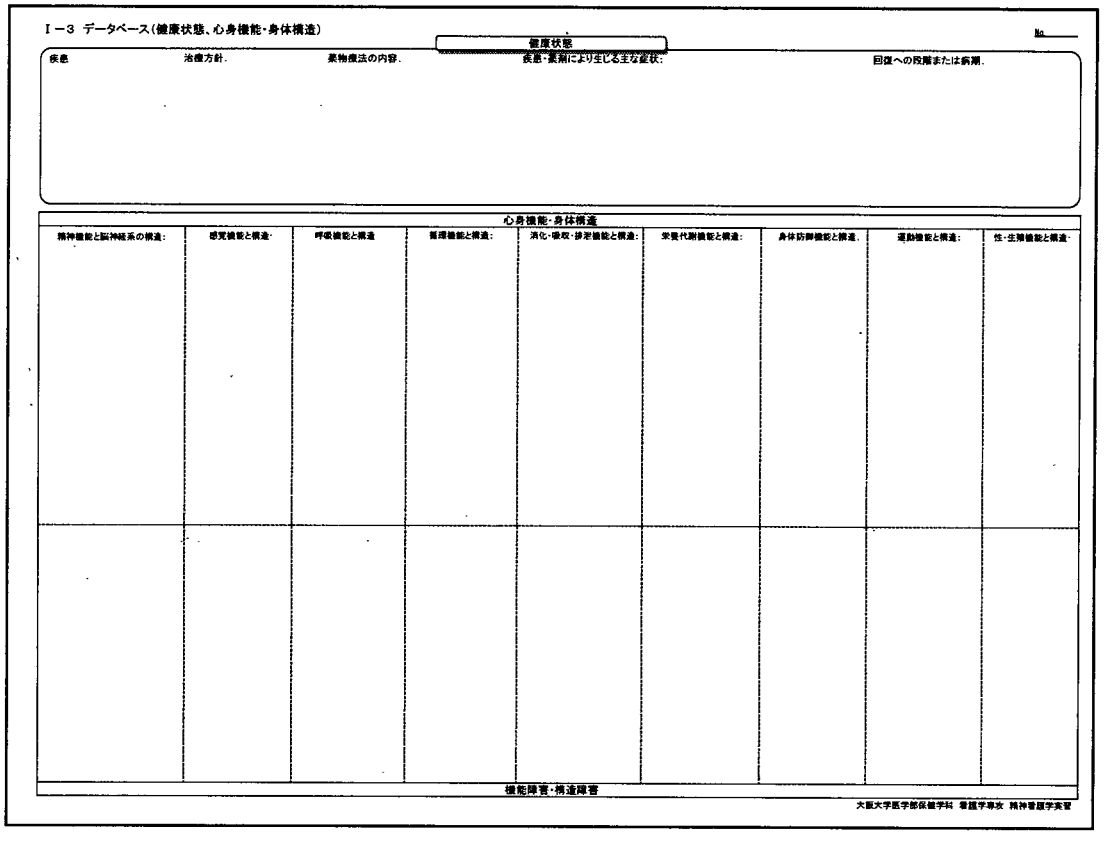
8) 新保祐元, 2004, WHO 策定の国際障害分類 ICIDH が ICF へ改変された意義, 精神看護, 7, 88-92

9) 心光世津子・遠藤淑美・諏訪さゆり, 2009, 精神看護学への ICF の視点導入に向けた研究 第 1 報 —自己評価表の分析にみる精神看護学実習受講生の苦手傾向と教育課題、大阪大学看護学雑誌, 15(1), 1-8

10) 遠藤淑美・心光世津子・諏訪さゆり、2009、精神看護学への ICF の視点導入に向けた研究 第 2 報—自己評価表自由記述にみる学生の傾向と教育課題, 大阪大学看護学雑誌, 15(1), 9-18

11) Müller-Staub M., Lavin M.A. & Needham I., et al., 2007, Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEFP. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702-713

資料　改定後の実習記録



Ⅰ－3 データベース(健康状態、心身機能・身体構造)

No.

健康状態

疾患　治療方針:　薬物療法の内容:　疾患・薬剤により生じる主な症状:　回復への段階または病期:

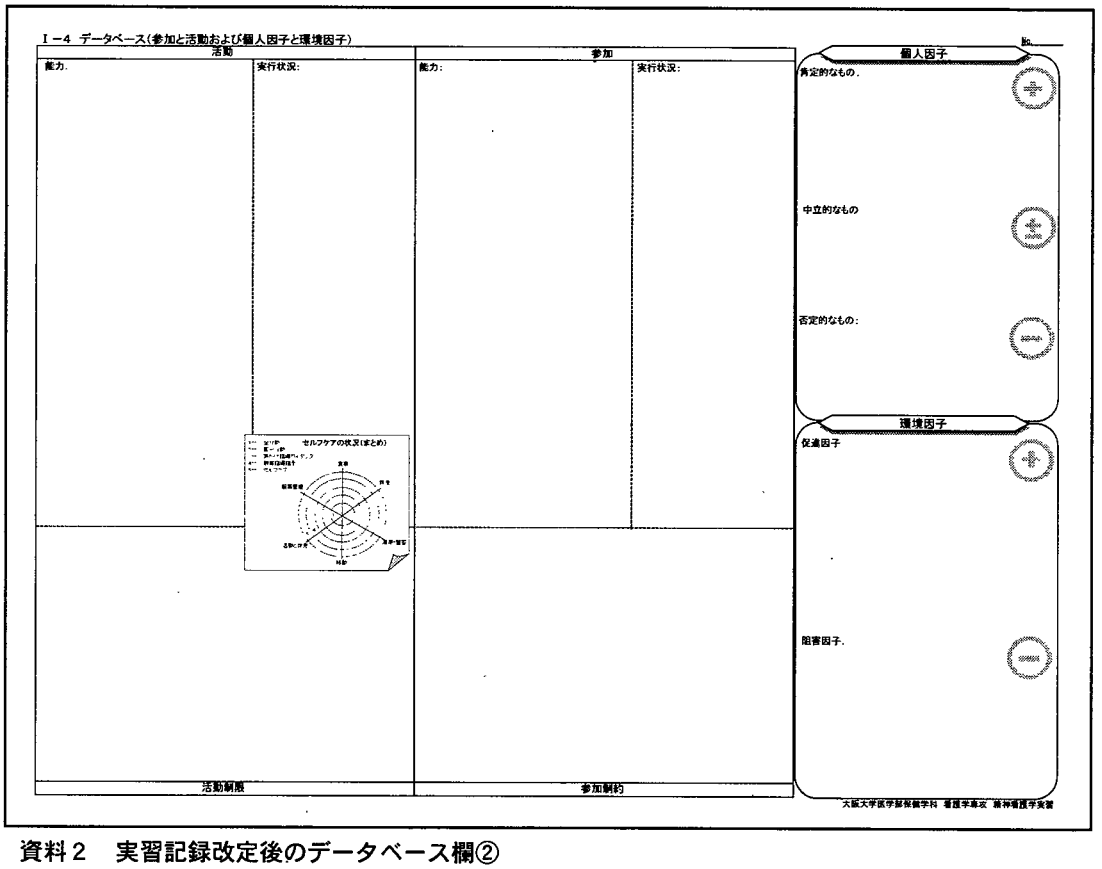
心身機能・身体構造

精神機能と脳神経系の構造:	感覚機能と構造:	呼吸機能と構造	循環機能と構造:	消化・吸収・排泄機能と構造:	栄養代謝機能と構造:	身体防御機能と構造:	運動機能と構造:	性・生殖機能と構造:

機能障害・構造障害

大阪大学医学部保健学科 看護学専攻 精神看護学実習

資料１　実習記録改定後のデータベース欄①



Ⅰ－4 データベース(参加と活動および個人因子と環境因子)

No.

活動		参加	
能力:	実行状況:	能力:	実行状況:
活動制限		参加制約	

個人因子

肯定的なもの:

中立的なもの

否定的なもの:

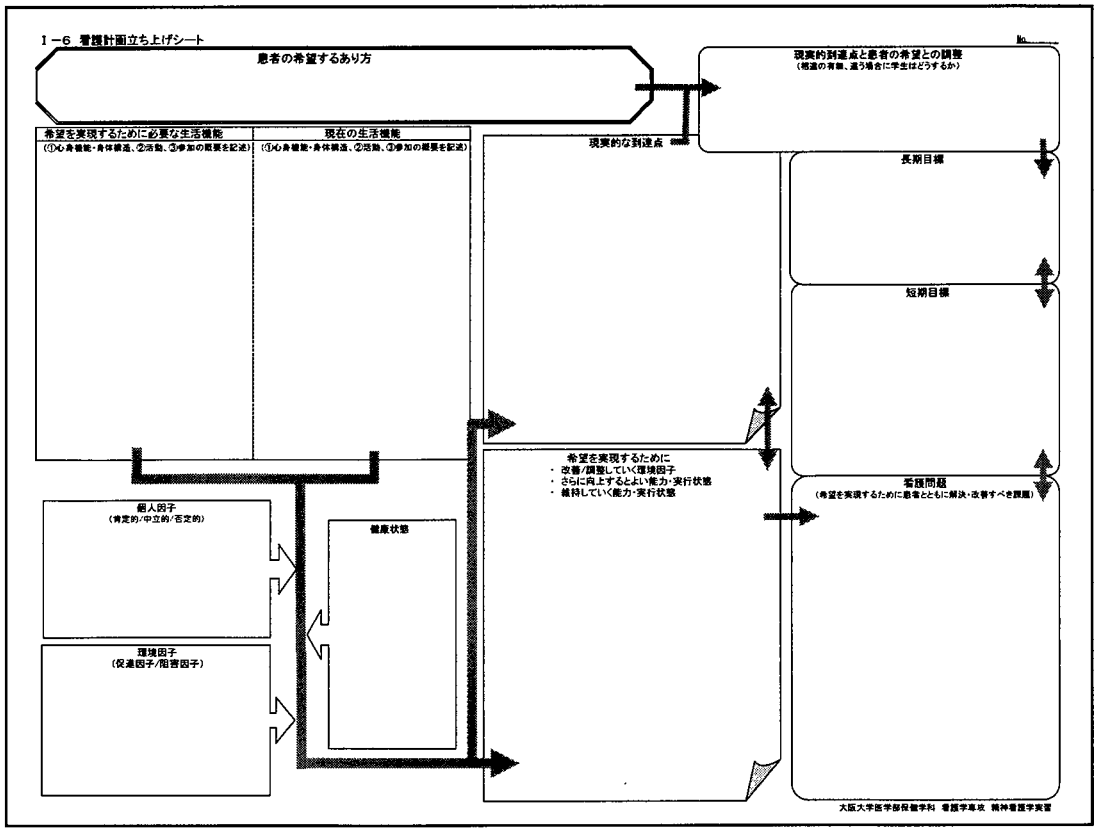
環境因子

促進因子

阻害因子:

大阪大学医学部保健学科 看護学専攻 精神看護学実習

資料２　実習記録改定後のデータベース欄②



資料３　実習記録改定後の計画立案欄