

	A	B	C	D
	4点	3点	2点	1点
1. 精神疾患患者の病状および治療内容を理解できる。				
1 (1) 対象との関わりを通して対象の言動を観察し、精神症状を把握することができる。	毎日の記録や毎日の看護過程に精神症状がどのようなであったかについて記録し、その情報をアセスメントできた。	毎日の記録や毎日の看護過程に精神症状がどのようなであったか記録しその情報について助言を得てアセスメントできた。	毎日の記録や毎日の看護過程に精神症状をとらえて記録することは難しかったが、助言を得て症状の理解はできた。	対象との関わりをもてず精神症状をとらえることができなかったため、毎日の記録や毎日の看護過程にも記述できなかった。
2 (2) 対象の思考、感情、意欲、知覚の観察を行い、記述できる。	精神疾患によって障害されている精神機能の要素を捉えることができ、病態や症状として記録することができた。	精神疾患によって障害されている精神機能の要素について助言を得て捉えることができ、病態や症状として記録することができた。	精神疾患によって障害されている精神機能の要素、病態や症状の理解のためには助言が必要であり、記録にも苦慮した。	精神疾患によって障害されている精神機能の要素、症状、病態を捉えることができず記述もできなかった。
3 (3) 治療内容とそれに応じた看護について理解し、記述できる。	服薬中の薬剤の効果や副作用、集団作業療法や精神療法、個別プログラムなどの目的・意図とともに必要な看護について記録できた。	服薬中の薬剤の効果や副作用、集団作業療法や精神療法、個別プログラムなどの目的・意図、必要な看護について助言を得て理解し記述できた。	薬物療法、集団作業療法、精神療法、個別プログラムなどの目的や意図と必要な看護が結びつかず、助言を得てなんとか理解したが適切な記述はできなかった。	薬物療法、集団作業療法、精神療法、個別プログラムなどの目的や意図が不明なまま実習し、看護の視点を十分に理解することはできなかった。
4 (4) 対象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。	病識の有無や病感の有無をアセスメントし、治療内容や治療の必要性の理解度、対象が体験している症状と疾患の知識が統合しているかなどの情報から、対象が治療について理解しているか説明できる。	病識の有無や病感の有無をアセスメントする際に助言が必要であったが、対象が治療についてどのように受け止めているか把握できた。	病識の有無や病感の有無をアセスメントすることは難しくどのように受け止めているか捉えることができているが、病棟での看護を見聞きして病識に合わせた看護の必要性は理解できた。	病識の有無や病感の有無をアセスメントすることは難しくどのように受け止めているか捉えることができていない。病識に合わせた看護について理解が不十分なままである。
5 (5) 病状が対象の全身状態に及ぼす影響をアセスメントできる。	精神疾患の病状が生活障害を引き起こす過程を説明でき、疾患が対象者の全身状態にどのように影響しているか説明できる。	精神疾患の病状と生活障害を結びつけて考える際には助言が必要であったが、疾患が対象者の全身状態にどのように影響しているか説明できる。	精神疾患の病状と生活障害を結びつけて考える際には助言が必要であった。疾患が対象者の全身状態にどのように影響しているかについて助言を得て理解できた。	精神疾患の病状と生活障害のアセスメントができず、疾患が対象者の全身状態にどのように影響しているか捉えることができないままである。

	A	B	C	D
	4点	3点	2点	1点
2. 対象をバイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づき、生物学的・心理学的・社会的側面から理解できる。				
6 (1) 診断の根拠となる対象の症状の特徴を把握し、説明することができる。	表出症状だけでなく幻覚妄想などの体験症状も含めて精神症状を捉え説明できる。	表出症状、体験症状のどちらの情報も収集したが、精神症状をアセスメントするには助言が必要であった。	表出症状、体験症状のどちらの情報も収集し、精神症状ではないものと精神症状を見極める必要があったが、指導者や医療チームに助言を求めることができずあいまいなままである。	表出症状、体験症状のどちらの情報も観察や関わりから情報収集することが十分にできなかった。
7 (2) 対象の自我を発達の観点から捉えることができる。	精神疾患を発症した時期（年齢）、現在までの発達課題の達成状況についてアセスメントできた。	精神疾患を発症した時期（年齢）の一般的な発達課題は理解できたが、対象の現在までの発達課題の達成状況については助言を得てアセスメントできた。	精神疾患を発症した時期（年齢）の一般的な発達課題は理解できたが、対象の現在までの発達課題の達成状況についてはアセスメントが難しく理解できなかった。	実習期間を通して自我や発達課題について情報収集やアセスメントができなかった。
8 (3) 対象を家族や社会との関わりのなかの存在として捉えることができる。	対象の社会関係について情報収集し、家族、学校、職場、地域、病棟内などの集団のなかでの振る舞いや対人関係行動についてアセスメントできた。	対象の社会関係について病棟内での振る舞いや対人関係行動はアセスメントできたが、地域や学校など広い社会集団に当てはめて考えることはできなかった。	学生と対象が一对一で関わる際の言動はアセスメントできたが、学生との対人関係行動を他者との対人関係行動のアセスメントにつなげることができなかった。	学生と対象が一对一で関わることも難しく、集団における対人関係行動のアセスメントもできなかった。
9 (4) 対象の強みや健康的な部分とともに、ヒストリーを記述できる。	対象の現在だけでなく、過去の情報についても、生育歴、学校歴、職業歴、家族歴などを人生のヒストリーとして連続的に捉え、病的な体験のみでなく健康的な側面も併せて統合的に記述することができる。	健康的な側面のアセスメントや記録は不十分であったが、対象の過去から現在までのヒストリー、病的な体験を総合的に記述することはできた。	健康的な側面のアセスメントや記録はできたが、対象の過去から現在までのヒストリーとその過程における病的な体験を総合的に記述することが難しかった。	強み、健康的な部分、病的体験などをヒストリーとして捉えることも記述することができなかった。
10 (5) 生物学的・心理学的・社会的側面の情報を統合し、対象の体験する世界を想像しながら自分の仮説を立てることができる。	生物学的・心理学的・社会的側面の情報を統合し、対象の体験する世界を想像しながら自分の仮説を立てることができる。	生物学的・心理学的・社会的側面の情報を統合しても、対象の体験する世界を想像することは難しかったが、助言を得て仮説を立てることができる。	生物学的・心理学的・社会的側面の情報を収集できたが統合して捉えることが難しく対象が体験している世界を想像することに苦慮した。	生物学的・心理学的・社会的側面の情報を統合できず、対象の病的体験を説明する仮説をたてるどころまでできなかった。

	A	B	C	D
	4点	3点	2点	1点
3. 対象との関わりから自己理解を深め、患者-看護師関係を発展させることができる。				
11 (1) 対象を尊重し、気持ちを受け止めながら、寄り添った関わりができる。	対象を尊重し、気持ちを受け止めながら、寄り添った関わりができた。	病状により意思疎通を図ることが難しかったり自ら心理的距離をとってしまったが、対象を尊重し声掛けを行いながら寄り添った関わりができた。	病状により意思疎通を図ることが難しかったり心理的距離を縮めることができず、対象に寄り添った関わりを十分にできなかったが、対象を尊重する態度で関わった。	声掛けを行うなど看護上必要な関わりを十分にもてず、対象に寄り添うことはできなかった。
12 (2) 対象との心理的距離をはかりながらアプローチすることができる。	相手の反応を確認しつつ対象との心理的距離をはかりながらアプローチすることができる。	対象との心理的距離を過度においてしまったり近づきすぎたりしてしまったり、安心できる距離感を模索しながら関わることもできた。	心理的距離について指導者や教員から助言を得て、対象者が不快に感じる距離や安心できる距離感に何とか気づくことができた。	実習をとおして対象と自身の関わりにおける心理的距離を意識することが十分にできなかった。
13 (3) 自己洞察により自己の関わり傾向を知り、看護者としての自分自身のあり方を見つめることができる。	自己洞察により自己の関わり傾向を知り、看護者としての自分自身のあり方を見つめることができた。	自己洞察に加えて、指導者や教員の助言を得て自己の関わり傾向を知ることができ、看護者としての自分自身のあり方を見つめることができた。	自己洞察に加えて、指導者や教員の助言を得て自己の関わり傾向を知ることができたが、そのような傾向をもつ自分自身に向き合うことはまだ難しかった。	自己洞察が十分にできず自己の関わり傾向を知ることができなかった。あるいは、自己の傾向を知ることには抵抗があり自己洞察が進まなかった。
14 (4) 自己の関わりが対象に与える影響や相互作用の過程を分析することができる。	自己の関わりが対象に与える影響や相互作用の過程を分析し、看護を展開することができた。	自己の関わりが対象に与える影響や相互作用の過程を分析できたが、看護実践に応用することまではできなかった。	自己の関わりが対象に与える影響や相互作用があることは実感できたが、十分に分析できず看護実践に応用することができなかった。	自己の関わりが対象に与える影響や相互作用について十分に捉えることができなかった。
15 (5) 振り返り（リフレクション）により援助関係の形成に向けた関わりを具体的に見出しつつ、実践・評価できる。	振り返りにより援助関係の形成に向けた自己の関わりを具体的に見出しつつ、実践し自己評価できた。	援助関係の形成に向けた自己の関わりを具体的に見出すためには振り返りに加えて助言が必要であったが、実践につなげることができた。	援助関係の形成に向けた自己の関わりを具体的に見出すためには振り返りに加えて助言が必要であった。また実践につなげる際にも助言が必要であった。	援助関係の形成に向けた自己の関わりを具体的に見出すために必要な振り返りが十分にできなかった。

	A	B	C	D
	4点	3点	2点	1点
4. セルフケアモデル（オレム・アンダーウッド理論）を用いて看護過程を展開することができる。				
16 (1) 基本的条件付けの要素・普遍的セルフケア要素のアクセスメントができる。	各アクセスメント項目を十分に情報収集し、看護計画立案に必要なアクセスメントを不足なく記述できた。	項目各々のアクセスメントはできたが、総合的なアクセスメントにこれらの情報を反映することには課題があった。	部分的に情報が不足しているなどの理由でアクセスメントできていない項目があった。	情報収集に努めたが、アクセスメントをするために必要な情報が揃わず、アクセスメントが不十分なままである。
17 (2) ひとりの人間としてのヒストリーをふまえた個別性のある総合アクセスメントができる。	生活歴、生育歴を踏まえて疾患以外の部分、強みも含めてその人らしさを理解し、総合的にアクセスメントできた。	生活歴や生育歴の情報収集はできたが、総合アクセスメントに苦慮し、必要な支援やストレングスを見出せたが、対象の個別性をとらえた看護計画立案にはもう一步であった。	生活歴や生育歴の情報収集はできたが、総合アクセスメントに苦慮し、必要な支援やストレングスを明確にできなかったため、標準的な看護計画の立案にとどまり個別性は反映できなかった。	生活歴や生育歴など疾患以外の部分に着目して情報収集することが不十分だったため、対象の個別性を捉えることができなかった。
18 (3) 対象の意思決定を尊重しながら、セルフケアの自立に向けた看護計画を立案できる。	認知機能障害や見当識障害など意思決定に影響を及ぼす状態をアクセスメントし、必要な援助を提供しながらセルフケアを満たせるよう、個別性のある計画を立案できた。	認知機能障害や見当識障害など意思決定に影響を及ぼす状態をアクセスメントし、不足しているセルフケアについて特定したが、立案した看護計画を実践するためには修正が必要であった。	不足しているセルフケアについて特定したが、立案した看護計画を実行するためにはさらに修正が必要であり、不十分なままであった。	不足しているセルフケアの特定が十分にできず、対象者のセルフケアのニーズを満たすための計画立案が十分にできなかった。
19 (4) 患者-看護学生間の関係性において、実践可能な個別性のある看護計画へ反映することができる。	家族や地域への介入・調整など学生が実践できる入院中の看護には限界があるものの、実践可能なケアを看護計画として立案し真摯に提供できた。	実践可能なケアを看護計画として立案したものの、短期目標の内容・期限など看護過程を展開するには不備があり、かなりの修正や助言が必要であった。	家族や地域への介入・調整など学生が実践できる入院中の看護には限界があることを認識し、学生自身が関与できる看護計画を提案したが、展開するまでに至らなかった。	家族や地域への介入・調整など学生が実践できる入院中の看護には限界があるため、看護計画を立案したり実践することはできなかった。
20 (5) 対象の反応を確認しながら、看護計画の実践・評価・修正ができる。	日々の看護に関して、一旦看護計画を立案したあとも、対象の反応を確認しより対象に合う方法を模索しながら実践と計画の修正・評価を繰り返すことができた。	日々の看護に関して、一旦看護計画を立案したあと、計画のとおり実践してよいか迷った場合には助言を得て修正や評価することができた。	日々の看護に関して、一旦看護計画を立案したあとは、計画どおりにうまく行かないことを認識しつつも修正や評価をすることなく実習終了した。	看護計画を立案したあとは、実践もあまりできず、修正や評価まで意識が及ばなかった。

	A	B	C	D
	4点	3点	2点	1点
5. 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。				
21 (1) 対象が望む、今後の希望を引き出していくことができる。	対象の退院後の生活を見据えて、今後の住まいや就労、趣味などについて知ることができ、現実的な希望として地域生活移行時の支援の際にその情報を活用できる。	対象の退院後の生活を見据えて、今後の住まいや就労、趣味など希望を知ることができたが、病状からは難しいと考えられるものもあり、対象者の現実的な希望として捉えることはできないままである。	対象とコミュニケーションをとることができたが、退院後の生活における具体的な希望はほとんど聞くことができなかった。	対象が望む今後の希望について、関わりがなかで意識が及ぼず情報収集ができなかった。
22 (2) 対象が地域生活をおくるために必要な環境調整や社会資源について考察し、対象のニーズや状況、地域性を考慮しながら具体的に考察することができる。	対象の退院後の生活を見据えて、希望する住まい、支援者などの情報と現実的に利用可能な社会資源を具体的に結びつけることができた。	利用可能な社会資源について広くピックアップできたが、対象の個別性を考慮した社会資源について具体的に組み立てるためには助言が必要であった。	利用可能な社会資源について広くピックアップできたが、対象の個別性を考慮した社会資源について具体的に考察することは難しかった。	利用可能な社会資源と対象の現状や希望を結びつけて考えることは難しく、利用しながら生活することをイメージすることができなかった。
23 (3) 退院後の生活を想定したうえで、日々の援助を組み立てることができる。	退院後を踏まえた生活訓練・リハビリ、病識の獲得など、退院後を想定し、予想される課題に対して早期より介入するよう入院中のケアを計画できた。	生活訓練・リハビリ、病識の獲得など、ひとつひとつの援助には関わることができたが、それぞれが全体として退院後の生活にどのように有用であるのかを理解するためには助言が必要であった。	生活訓練・リハビリ、病識の獲得など、ひとつひとつの援助には関わることができたが、それぞれが退院後の生活にどのように有用であるのかを理解するためには助言が必要であり、援助の組み立てまでは難しかった。	生活訓練・リハビリ、病識の獲得など、ひとつひとつの援助の目的を十分に理解することができず、退院後の生活にどうして必要なかもわからなかった。
24 (4) 多職種協働における看護師の役割について考察することができる。	医師、作業療法士、心理士、精神保健福祉士、栄養士、薬剤師などで構成される医療チームの役割と各職種の役割、看護師の役割について考察できた。	医師、作業療法士、心理士、精神保健福祉士、栄養士、薬剤師などで構成される医療チームの役割を理解し、そのなかで看護師の役割については考察できた。	医療チームの役割やチームのなかの看護師の役割について、助言を得て考察できた。	医療チームの役割やチームのなかの看護師の役割について十分理解できず、考察に至らなかった。
25 (5) 対象の反応を確認しながら、看護計画の実践・評価・修正ができる。	地域生活の組み立てに関して、一旦計画を立案したあとも、対象の反応を確認しより対象に合う社会資源を模索しながら計画の修正・評価を繰り返すことができた。	対象が利用可能な社会資源がどのようなものかアセスメントしたが、具体的な活用方法の提案や対象の反応を確認して修正するなどの実践まではできなかった。	対象が利用可能な社会資源についてアセスメントするためには助言が必要であり、具体的な活用方法の提案や対象の反応を確認することが難しかった。	対象が利用可能な社会資源がどのようなものかアセスメントすることが難しく、現在行われている退院支援についてもほとんど理解できなかった。