特別講演 1

作業療法教育の中での意味ある作業の学び方・教授法

吉川　ひろみ

1．作業療法技法と基礎作業学と作業科学

1）芸術，手工芸に魅かれて入学（1970s 後半）

作業療法学科の入学案内に，絵画，陶芸，機織りなどの授業があると書かれていたことが受験動機だった．入学後の作業療法技法の授業は楽しいというより，忙しかった．いくつかの作品は 30 年たった今でも家にある．私は幼い頃から手芸，美術，音楽が好きだったが，作業療法学生に求められていたのは，骨や筋の名前を覚えたり，疾患別の治療法を知ることだったように記憶している．寮で同室だった学生は，「リハビリテーションは第３の医学」という言葉に魅かれて入学したと言っていた．1963 年に日本に誕生した作業療法士養成校では，医学的リハビリテーションが教えられていたのだ．1980 年には世界保健機関（WHO）が国際障害分類を発表したが，機能障害の項目が，能力障害や社会的不利に比べて圧倒的に多かった．機能障害を軽減することで能力障害や社会的不利が軽減すると考えている人が多かった．

2）役に立ちそうもない作業分析（1980 ～ 1993）

授業では，どの関節が動くか，どの筋が収縮するか，どんな心理的影響があるか，対人関係が必要かなどといった側面について，活動ごとに時間をかけて分析した．書き終わったものを見ることも，分析結果を使うこともなかった．1980 年代になると，人間作業モデルが発表され，システム理論やオープンシステムという考えが，これまでの作業療法を見直すきっかけになった．作業療法とは何かという問いが，世界の作業療法士の中で活発になってきた．「作業療法を説明できない」「作業療法はわかりにくい」という悩みの本質が少し見えてきた．1992 年に留学した大学院では，作業分析をテーマに修士論文を書いた[1, 2]．

3）基礎作業学と作業療法基礎研究（1980s ～）

「作業療法の核を問う」と題したシンポジウムや，「作業療法学の構築」といったプロジェクトが進み，基礎作業学という授業科目が登場した．学会では，ハンマーを使うときの筋電図をとったり，マクラメを編む時の指にかかる圧を測ったりした発表があった．作業療法のイメージが壊される気がして見たくなかった．作業行動理論，人間作業モデルといった作業を丸ごと捉えようとする動きがある一方で，作業を分割し簡略化して数値データを示そうという動きも盛んになっていた．人間にとっての作業の意味を探求するというよりも，作業に関与する要素を細かく分けた上で，生体への影響を明確にしようとする研究があった．薬のように，疾患別作業処方のリストがほしいと言う人もいた．アメリカ作業療法協会は，統一用語を発表し，作業遂行分野（セルフケア，仕事，遊び）と遂行要素（運動，感覚知覚，心理社会）のレベルを分けて説明していた[3]．

2．学問としての作業科学の普及

1）南カリフォルニア大学の作業科学（1991 ～）

作業を探求する新しい社会科学の誕生により，確実に視野が広がった．1999 年にロサンゼルスで作業科学シンポジウムに参加し，ジーン・レイヴの話を聞いた．算数の成績がよいこととスーパーでお買い得品を買うこととは相関がない，という話だった[4]．作業科学の研究を読むことを通して，背景状況を無視して作業の研究はできないということを繰り返し確認していた．

南カリフォルニア大学は，健やか高齢者研究という歴史的な大規模ランダム化試験を行い，作業に焦点を当てた予防的作業療法の効果を実証した[5]．

県立広島大学

2）Doing, being, becoming（1998 ～）

2000 年に札幌で作業科学セミナーに参加し，アン・ウィルコックの話を聞いた．「作業療法士になってから 30 年間，作業に焦点を当て損なってきた」という言葉にはっとした．1998 年にモントリオールで世界作業療法学会に参加し，ウィルコックの講演を聞いた．今日何をするか何をしないかによって，どんな自分になるかが決まっていく[6]．

3）健康から社会正義，インクルージョン，開発へ（2002 ～）

1993 年にエリザベス・タウンゼントは，作業療法が目指す社会について講演していた．それまで考えたこともない新しい世界観だった[7]．作業ができるかできないかは，どんな社会かによって大きく左右される．世界作業療法士連盟（WFOT）が 2006 年に人権に関する声明書を発表し[8]，その中で作業を定義したことからも，作業を論じるときに，社会のあり方を含めなければならないことが明らかになった[9]．

3．作業を理解するための方法

1）分けてわかる癖がとれない

科目名を作業科学としてから 16 年．学生が作業を理解していないと思うことが多い[10, 11]．「作業は大事」という作業療法士は増えたが，「トイレ動作も作業ですよね」などと言う．解剖学に始まり，各種医学系科目を学び，領域別，分野別，発症からの期間別に学習を重ねる学生にとって，まとまりとして意味を考えることは困難だ．

Polatajko は，5W 1H（Who, What, When, Where, Why, How）で考えることを提案している[12]．確かに，誰が，何を，いつ，どこで，なぜ，どのように行うかを言及することで，作業は具体化し，議論の出発点を得ることができる．私は，博士取得のための研究として，作業の意味を考える枠組みを提案した[13, 14]．作業を分けずに丸ごと捉える練習が必要である．

2）概念と現実の生活が結び付かない

教科書や講義で説明されていることと，自分の実生活での体験を結びつけることがなかなかできない．作業療法のトップダウンアプローチを教えている教員が，学生の学力のなさを嘆き，詰め込み教育をしようとする．これは，レイヴが指摘する学校教育の問題点でもある．WFOT は，作業療法教育 3000 時間中 1000 時間を実習に充てることとしている．作業の教育も作業が行われている実生活の中で行う必要がある．

3）自分の内側を見ること

最近はまっているのは，ティーチング・ポートフォリオ[15]とプレイバックシアター[16]である．どちらも，自分の内側を見る．今，この世界に存在している自分は，何をしているか，何を感じているか，それを続けることで自分のビジョンに近づいていけるか．答えは外ではなく，自分の中にあり，少しずつ変化し続けている．最後に，ティーチング・ポートフォリオの研修会で紹介された心理学者ユングの言葉を記したい．「ビジョンが見えるのは自分の心を見るときだけ．外を見る人は夢を見る，内を見る人は目覚める．（Your vision will become clear only when you can look into your own heart. Who looks outside, dreams; who looks inside, awakes.）」

1）Yoshikawa H: The use of activity analysis by occupational therapists in treatment decisions. Unpublished master's thesis, Western Michigan University, 1993

2）吉川ひろみ他：作業療法の臨床における作業分析の利用と意義．作業療法 14, 241-247, 1995

3）American Occupational Therapy Association.（1989）. Uniform terminology for Occupational Therapy Second edition. American Journal of Occupational Therapy. 43, 808-815.

4）ジーン・レイヴ（福島真人・訳）状況に埋め込まれた学習―正統的周辺参加．産業図書，1993.

5）Clark, F., Azen, S.P., Zemke, R. et al.: Occupational Therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. JAMA, 278（16）: 1321-1326, 1997（加藤貴行訳：自立して生活する高齢者への作業療法．JAMA（日本版），19：74-81，1998）

6）Wilcock, A.: Reflections on doing, being, and

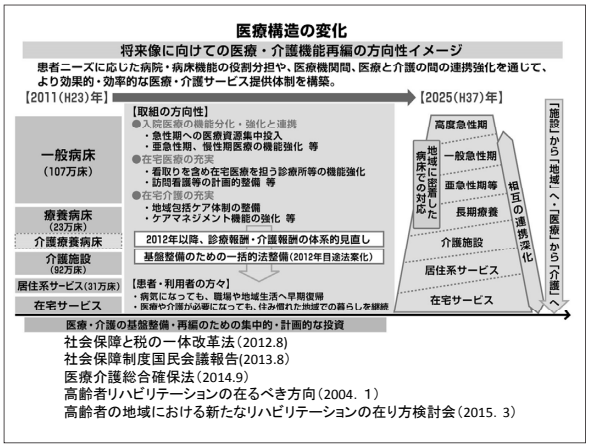
becoming. Canadian Journal of Occupational Therapy; 65（５）. 248-256, 1998.
７）Townsend, E.: Occupational Therapy's social vision. Can. J. Occup. Ther., 60（４）: 174-184, 1993.（吉川ひろみ：学びたい世界の作業療法. OT ジャーナル，37（３）：239-242，2003）
８）World Federation of Occupational Therapists: Resource Centre〈http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx〉（日本作業療法教育研究会：WFOT の声明書 〈http://joted.com/index.html〉）参照日 2017 年 4 月 21 日
９）エリザベス・タウンゼント，吉川ひろみ：作業的公正の可能化：病院での実践．作業療法 30, 671-681，2011.
10）吉川ひろみ：「作業」って何だろう　作業科学入門．医歯薬出版，2008.
11）吉川ひろみ：「作業」って何だろう　作業科学入門　第２版．医歯薬出版，2017.
12）Polatajko, H. J.: The study of Occupation. In Townsend EA & Christiansen CH,（Eds.）Introduction to Occupation: the Art and Science of Living 2nd ed. Upper Saddle River, NJ, Pearson, pp. 57-79, 2010.
13）吉川ひろみ：作業の意味を考えるための枠組みの開発．作業科学研究；３，20-28，2009.
14）吉川ひろみ，港美雪：作業の意味を考える枠組みを用いて検討したプラス作業とマイナス作業の比較．作業療法；30，71-79，2011.
15）黒田寿美恵・他：教育改善活動を目指したティーチング・ポートフォリオの導入．人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌 16（１），69-76，2016.
16）小森亜紀，吉川ひろみ：プレイバックシアターのストーリーにおけるテラー経験．作業科学研究：10，68-72，2016.

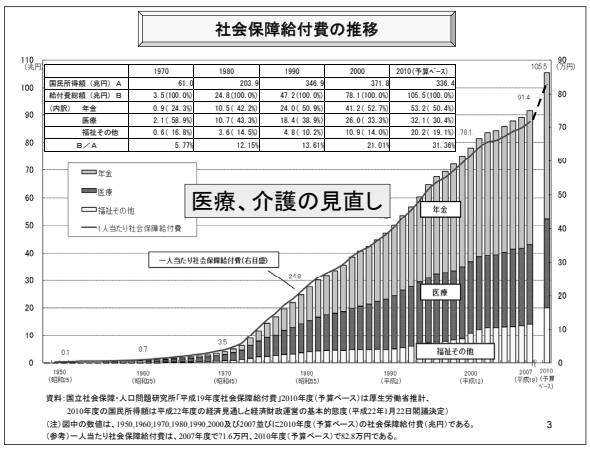
特別講演３

これからの作業療法士像（実践と教育の融合）

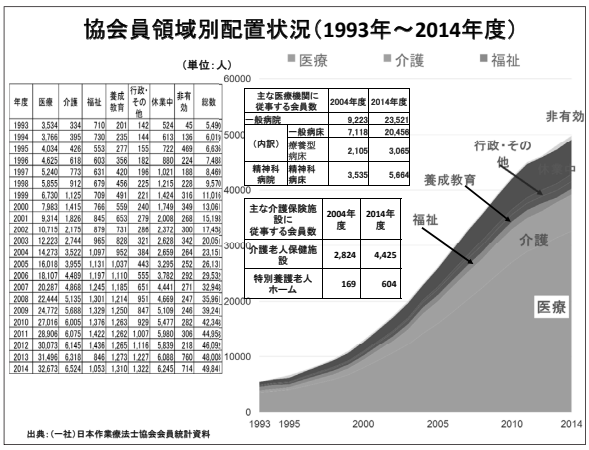
中村　春基







	1970	1980	1990	2000	2010(予算ベース)
国民所得額（兆円） A	61.0	203.9	346.9	371.8	336.4
給付費総額（兆円） B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	78.1(100.0%)	105.5(100.0%)
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.9%)	41.2(52.7%)	53.2(50.4%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	26.0(33.3%)	32.1(30.4%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	10.9(14.0%)	20.2(19.1%)
B／A	5.7%	12.1%	13.6%	21.0%	31.3%



年度	医療	介護	福祉	養成教育	行政・その他	休業中	非有効	総数
1993	3,534	334	710	201	142	524	45	5,490
1994	3,766	395	730	235	144	613	136	6,019
1995	4,004	426	553	277	155	722	469	6,636
1996	4,625	518	603	356	182	880	224	7,498
1997	5,240	773	631	420	196	1,021	188	8,469
1998	5,855	912	679	456	225	1,215	228	9,570
1999	6,730	1,125	709	491	221	1,424	316	11,016
2000	7,983	1,415	766	559	240	1,749	349	13,061
2001	9,314	1,826	845	653	279	2,009	268	15,194
2002	10,715	2,175	879	731	286	2,372	300	17,458
2003	12,223	2,744	965	829	321	2,628	342	20,052
2004	14,273	3,522	1,097	952	384	2,659	264	23,151
2005	16,018	3,955	1,131	1,037	443	3,295	252	26,131
2006	18,107	4,469	1,197	1,110	555	3,782	292	29,512
2007	20,287	4,868	1,245	1,185	651	4,441	271	32,948
2008	22,444	5,135	1,301	1,214	951	4,669	247	35,961
2009	24,772	5,688	1,329	1,250	847	5,109	246	39,241
2010	27,016	6,005	1,376	1,283	929	5,477	282	42,348
2011	28,906	6,075	1,422	1,262	1,007	5,980	306	44,959
2012	30,073	6,145	1,436	1,285	1,116	5,835	218	46,092
2013	31,496	6,318	846	1,273	1,227	6,088	760	48,009
2014	32,673	6,524	1,053	1,310	1,322	6,245	714	49,841

主な医療機関に従事する会員数		2004年度	2014年度
一般病院		9,223	23,521
(内訳)	一般病床	7,118	20,456
	療養型病床	2,105	3,065
精神科病院	精神科病床	3,535	5,664

主な介護保険施設に従事する会員数	2004年度	2014年度
介護老人保健施設	2,824	4,425
特別養護老人ホーム	169	604

作業療法の根拠

1） その定義等

	作業療法	理学療法
対象	・身体障害 ・精神障害	・身体障害
目的	応用的動作能力及び社会的適応能力の回復	基本的動作能力の回復
手段	手芸、工作その他の作業	治療体操その他の運動，電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段

（「理学療法士及び作業療法士法」昭和40年6月29日法律第137号）

◎『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（通知）』
（平成22年4月30日 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知）
本通知で作業療法士の積極的活用が発信された

＊作業療法の範囲
・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
・家事、外出等のIADL訓練
・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
・福祉用具の使用等に関する訓練
・退院後の住環境への適応訓練
・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

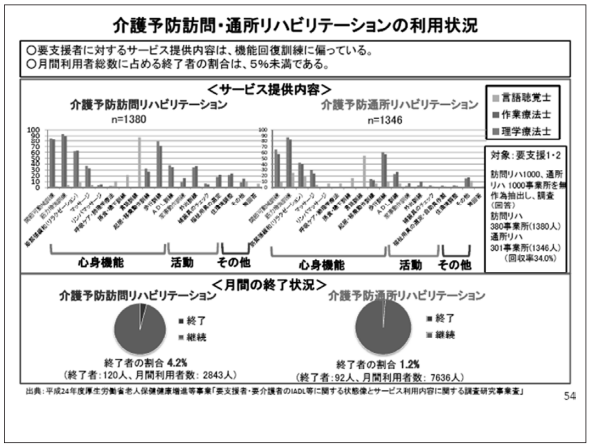
ADL＝日常生活活動　　IADL＝手段的日常生活活動

作業の範囲の明確化

- 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- 家事、外出等のIADL訓練
- 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- 福祉用具の使用等に関する訓練
- 退院後の住環境への適応訓練
- 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

◎『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（通知）』
（平成22年4月30日 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知）
本通知で作業療法士の積極的活用が発信された

日本作業療法士協会 会長



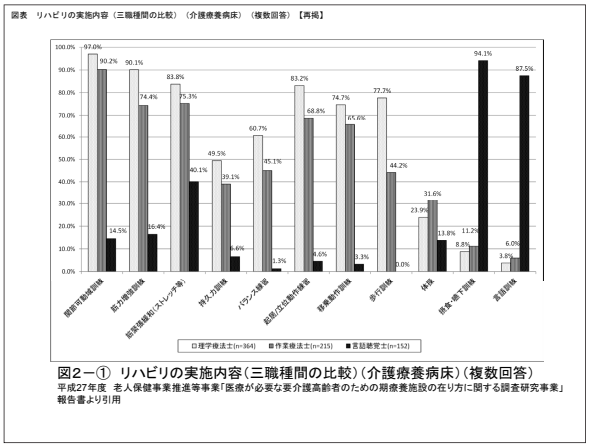


図2－①　リハビリの実施内容（三職種間の比較）（介護療養病床）（複数回答）
平成27年度　老人保健事業推進等事業「医療が必要な要介護高齢者のための期療養施設の在り方に関する調査研究事業」報告書より引用

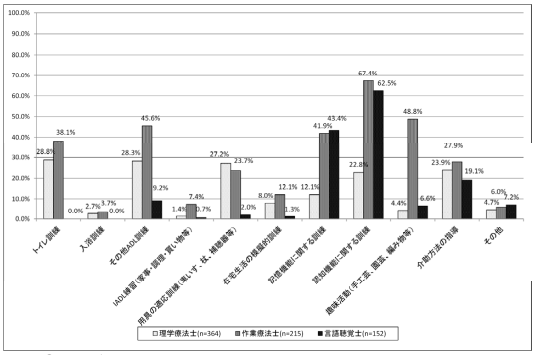
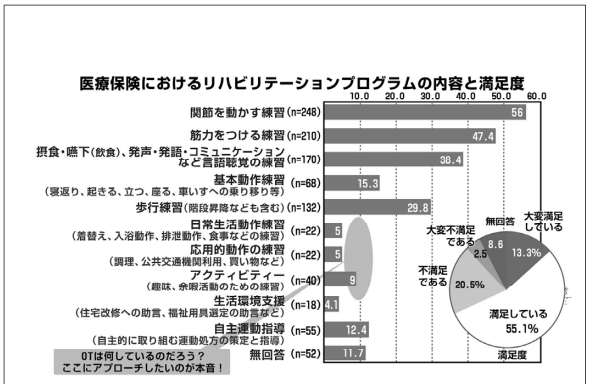
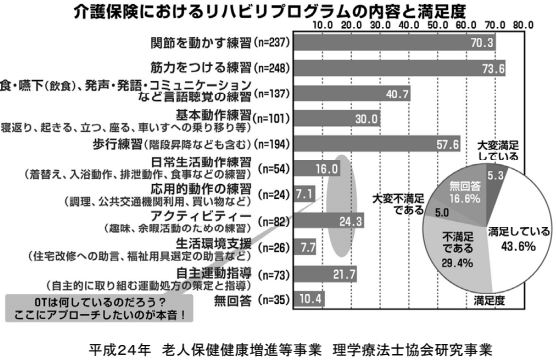


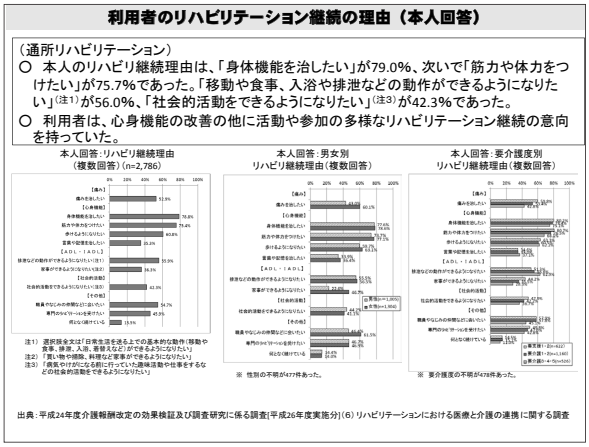
図2－②　リハビリの実施内容（三職種間の比較）（介護療養病床）（複数回答）
平成27年度　老人保健事業推進等事業「医療が必要な要介護高齢者のための期療養施設の在り方に関する調査研究事業」報告書より引用



平成24年　老人保健健康増進等事業　理学療法士協会研究事業



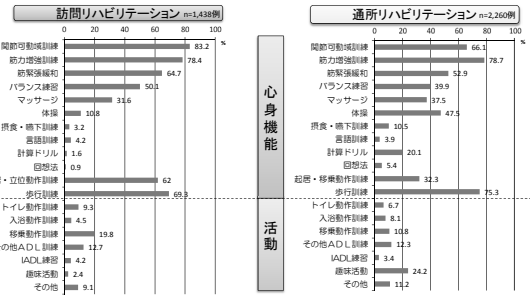
平成24年　老人保健健康増進等事業　理学療法士協会研究事業



訪問リハと通所リハでのプログラムの実施内容

○ 訪問も通所リハビリテーションともに心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。
○ 訪問に比較し、通所は体操や計算ドリルなどの認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的にみられる。

対象：要支援1・2 ～要介護5（訪問リハ 500事業所、通所リハ 500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。
（回答）訪問リハ250事業所(回収率50.0%)(1438事例)、通所リハ234事業所(回収率46.8%)(2260事例)



出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（11）生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書

通所リハビリテーションと通所介護の比較：平均利用期間

○ 通所リハビリテーション、通所介護ともに、平均利用期間が4年程度であった。

		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	49.6ヶ月	48.0ヶ月
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ（個別機能訓練）の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ（個別機能訓練）時間	16.6分	22.4分

参考：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較

○ 訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較では、年齢、性別、利用者の疾患、訪問頻度、要介護度、プログラム内容など似かよった内容であった。

利用者像	訪問リハビリテーション事業所(n=1,694)	訪問看護ステーションのリハビリテーション(n=1,614)
年齢	77.4歳	76.6歳
性別	男45.6%　女54.4%	男45.8%　女54.2%
主治医の同一法人内割合	42.1%	15.4%
ケアマネジャー同一法人内割合	27.6%	25.1%
利用者の疾患	脳血管疾患（軽中度）31.8% 運動器疾患（軽中度）26.6% 脳血管疾患（重度）　14.7%	脳血管疾患（軽中度）33.7% 運動器疾患（軽中度）21.3% 脳血管疾患（重度）　15.9%
訪問サービス頻度	1.6回	1.5回
一回あたりの提供時間	41.1分	52.3分
要介護度	要支援　8.3% 要介護1～3　55.6% 要介護4～5　34.7%	要支援　6.9% 要介護1～3　55.8% 要介護4～5　35.3%
プログラム内容	ROM訓練　79.2% 筋力増強訓練　76.6% 歩行訓練　67.8%	ROM訓練　81.8% 筋力増強訓練　78.6% 歩行訓練　68.9%

参考：平成25年度老人保健健康増進等事業「訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の実態に関する調査研究事業」

急性期病院における本人と家族の作業聞き取りシートの結果

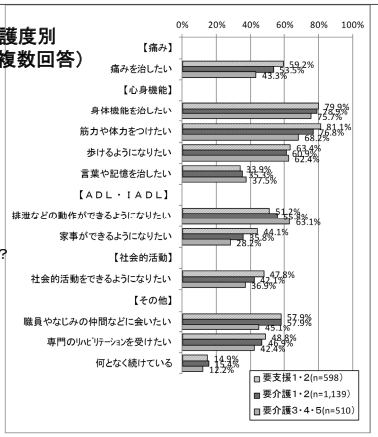
コード	本人	実行前	実行後	満足前	満足後	家族	実行前	実行後	満足前	満足後
医2-05	婦人会などで講演する	1	5	1	5	階段昇降，身辺自立	1	10	1	10
医2-12	料理ができる	1	8	1	9	身辺自立	1	8	1	8
医3-01	職場復帰（調理仕事）	3	3	5	5	職場復帰（調理仕事）	2	4	2	4
医3-02	洗濯ができる	7	3	5	3	安全に一人で過ごせる	2	2	1	2
医3-11	料理ができる	4	8	5	9	身辺自立	3	7	5	8
医3-14	散歩し写真をとる	7	9	9	10	留守番ができる	5	5	5	5
医6-01	絵を描きたい	1	5	1	5	着替えが自分でできる	1	1	1	1
医7-02	料理ができる	1	7	1	7	家事ができるように	1	7	3	7
医7-03	自宅の階段がのぼれる	1	1	1	1	外庭を一緒に散歩する	1	1	1	1
医7-04	一人で生活できる	3	5	4	5	身辺自立	5	8	3	7

「作業聞き取りシート」で把握された生活行為のニーズ

サービス	ADL・セルフケア	家事などIADL	趣味活動	社会参加
医療	ADL自立 歩行の安定 バランスの向上	料理 仏壇の掃除 ミシン、アイロンが使える 家の炬燵に火を入れる 書字 車の運転 バスや電車の利用	スロットができる 家庭菜園への参加 ゴルフを再開 仲間との山登り 近所まで定期的な外出 温泉 旅行	結婚式に参加する 母親への面会 ボランティアや老人会 孫との交通 友人とお茶を飲む 復職 畑仕事での機械操作
施設	トイレ動作 車椅子自操 靴下を履く	掃除 洗濯 会話 電話で上手に話す 買い物 外出 犬や猫の世話 車の乗り降り 自転車に乗る 庭の手入れ 畑仕事	歌・民謡・詩吟 音楽鑑賞 楽器演奏 書道 塗り絵 絵画・鉛筆画 映画鑑賞 編み物・裁縫・手工芸 パズル・数学の問題 生け花 読書 木工 踊り ｳｲﾝﾄﾞｳｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ 古民家見学	手紙・年賀状を書く 墓参り イベント参加 同窓会への参加 他者との交流 食事会 ためになる話を聞く 友達へのプレゼント作成 個展を開く

本人回答：要介護度別リハビリ継続理由（複数回答）

ニーズに応えているか？



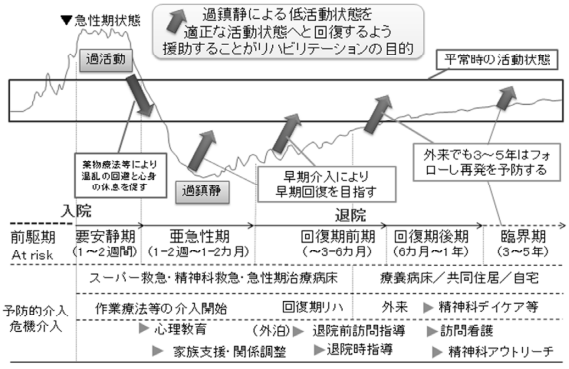
精神障害を取り巻く現状の原因と対策

日本の精神障害者を取り巻く現状と課題
- 精神病床数：約34万床、1000人に対して2.7床（OECD平均0.7床）
- 外来患者数の増加：外来患者数330万人以上
- うつ病等の気分障害患者数12年で3.5倍100万人以上
- 高齢化に伴い身体疾患合併症患者への医療対応が増加
- 非自発的入院率：認知症が増えていることも含め、非自発的入院は40%（OECD平均5%未満）

原因
- 退院受け入れ先の課題
  - 精神疾患に対する誤った認識（差別・偏見）により高い自立度が求められる
  - 退院後在宅生活を支える医療・福祉サービスの不足
- 国内の精神医療特有の問題
  - 施設基準（人員配置基準の一部等）が一般科に比べて3分の1
  - 過鎮静にある患者や陰性症状のある患者の活動維持安定が主となった
  - 社会生活適応のためのリハビリテーションが十分に実施されてこなかった
- 精神障害の特徴
  - 社会的心理的なダメージが、活動や参加のみならず、心身機能にまで影響を及ぼし疾患の再発や悪化を招きやすい
  - 経験や性格、治療者との関係性等が、意欲や病状に影響を及ぼしやすくなる

対策
- ➢在宅福祉のメニューを増やすこと
- ➢一般科と同等の施設基準と人員配置を目指すこと
- ➢在宅精神医療の報酬評価を高めること
- ➢地域への訪問型医療など退院後のフォローを充実させる
- ➢就労支援、自立支援等にも医療従事者が積極的に関与する

精神障害リハビリテーションの流れ

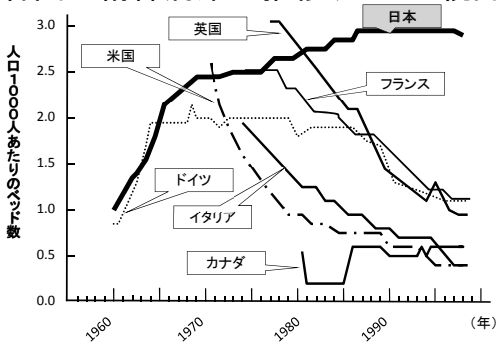


精神障害リハビリテーションの今後のあり方

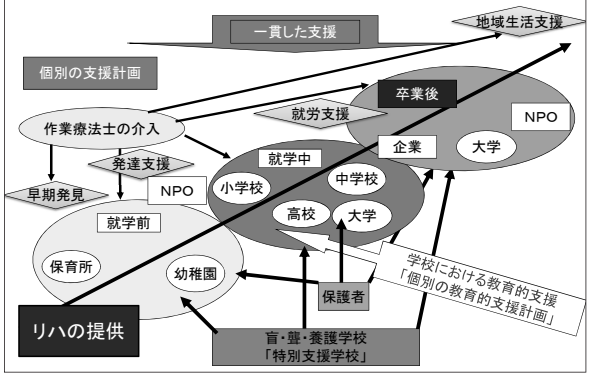
わが国の精神医療の指針
- ➢精神保健医療福祉の改革ビジョン（2004）
- ➢4大疾病に精神疾患を加え、5大疾病へ（2011）
- ➢精神疾患の地域連携体制が都道府県の医療計画に反映（2012）
- ➢精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会（2013）
  - ① 精神疾患の予防と早期医療のための普及啓発
  - ② 精神障害者の自立と社会貢献に向けた医療の提供
  - ③ 精神障害者が地域社会の一員として安心して生活していく権利の享有
  - ④ 非自発的入院の最少化
  - ⑤ 精神障害者同士の交流や相互支援等の促進と家族支援による孤立の防止

精神障害リハビリテーションの今後のあり方
- 精神障害を改善するアプローチ＋退院後の環境へのアプローチ
- ① 在宅で支援する専門職を増やし、
- ② 障害者の活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションを充実させ、
- ③ 地域で精神障害者の就労等の役割獲得を支援し、
- ④ 入院時における自己決定を促し、
- ⑤ 障害者同士や家族同士の互助を支援すること
- 精神障害者の尊厳と主体性が守られるよう、本人を中心に家族と多領域の専門職が、リハビリテーションの目標とサービス内容と成果指標を共有。
- 精神障害者が早期退院を心から望み、将来の生活に希望と自信を持ち、退院後も病気が再発しにくい社会の実現

各国の精神病床の推移（OECD統計）

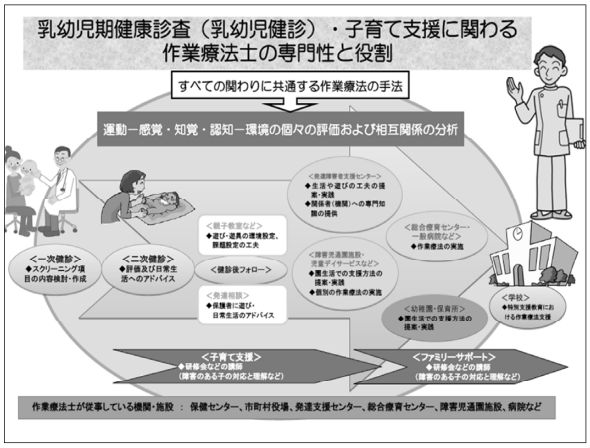


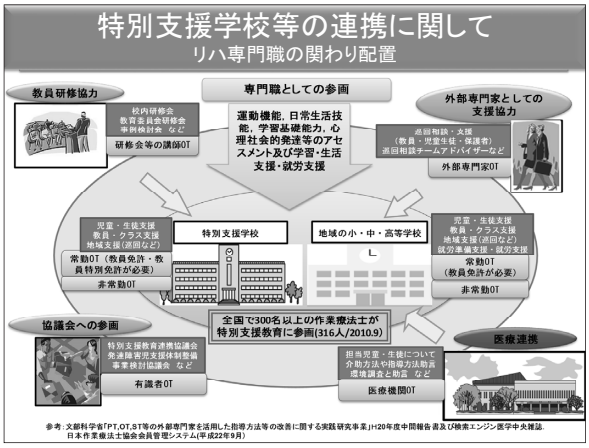
発達障害に関わる作業療法士

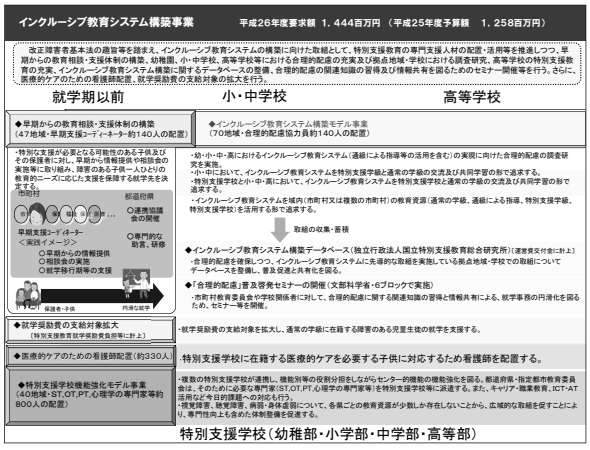


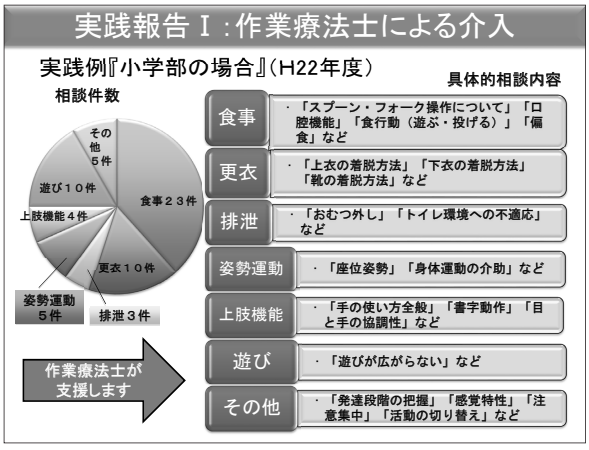
小児領域を取り巻く状況

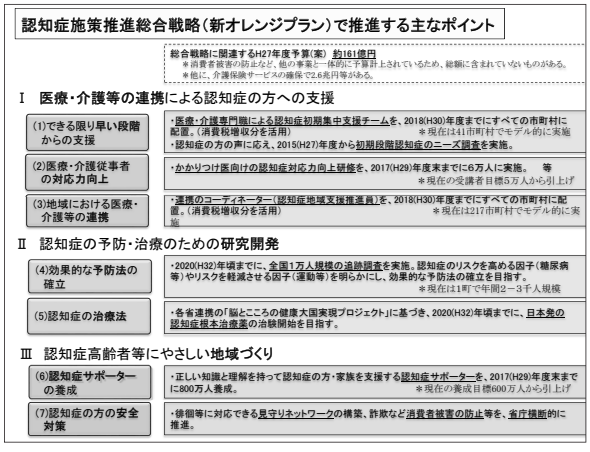


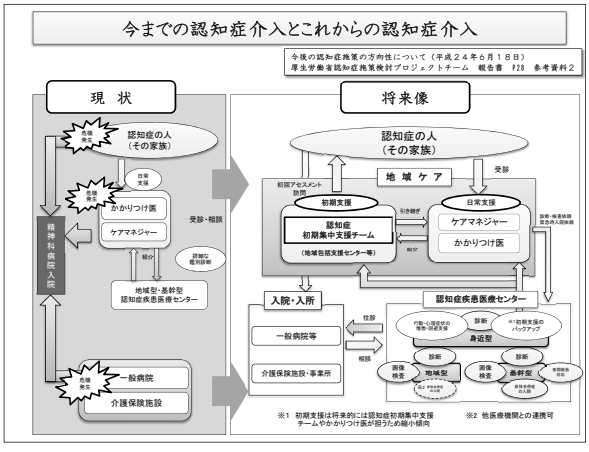

乳幼児期健康診査（乳幼児健診）・子育て支援に関わる
作業療法士の専門性と役割
すべての関わりに共通する作業療法の手法
運動ー感覚・知覚・認知ー環境の個々の評価および相互関係の分析
<一次健診>
◆スクリーニング項目の内容検討・作成
<二次健診>
◆評価及び日常生活へのアドバイス
<健診後フォロー>
<連絡相談>
◆保護者に対し、日常生活のアドバイス
<親子教室など>
◆遊び・遊具の環境設定、課題設定の工夫
<発達障害者支援センター>
◆生活や遊びの工夫の提案・実践
◆関係者（機関）への専門知識の提供
<総合療育センター ー般病院など>
◆作業療法の実施
<障害児通園施設・児童デイサービスなど>
◆園生活での支援方法の提案・実践
◆個別の作業療法の実施
<幼稚園・保育所>
◆園生活での支援方法の提案・実践
<学校>
◆特別支援教育における作業療法支援
<子育て支援>
◆研修会などの実施
（障害のある子の対応と理解など）
<ファミリーサポート>
◆研修会などの実施
（障害のある子の対応と理解など）
作業療法士が従事している機関・施設 ： 保健センター、市町村役場、発達支援センター、総合療育センター、障害児通園施設、病院など

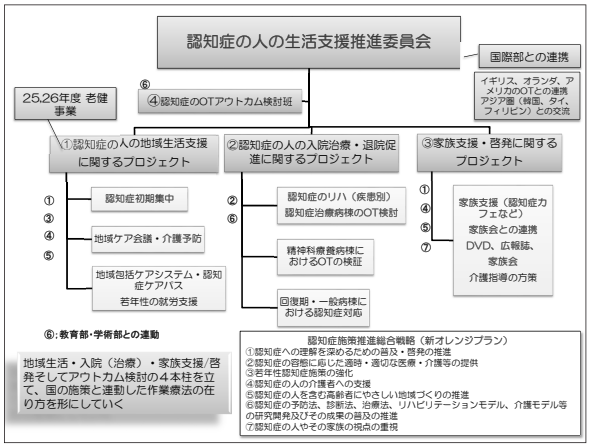

特別支援学校等の連携に関して
リハ専門職の関わり配置
教員研修協力
校内研修会
教育委員会研修会
事例検討会 など
研修会等の講師OT
専門職としての参画
運動機能，日常生活技能，学習基礎能力，心理社会的発達等のアセスメント及び学習・生活支援・就労支援
外部専門家としての支援協力
巡回相談・支援
（教員・児童生徒・保護者）
巡回相談チームアドバイザーなど
外部専門家OT
児童・生徒支援
教員・クラス支援
地域支援（派回など）
常勤OT（教員免許・教員特別免許が必要）
非常勤OT
特別支援学校
地域の小・中・高等学校
児童・生徒支援
教員・クラス支援
地域支援（派回など）
就労準備支援・就労支援
常勤OT（教員免許が必要）
非常勤OT
協議会への参画
特別支援教育連携協議会
発達障害児支援体制整備
事業検討協議会 など
有識者OT
全国で300名以上の作業療法士が特別支援教育に参画(316人/2010.9)
医療連携
担当児童・生徒について
介助方法や指導方法助言
環境調査と助言 など
医療機関OT
参考：文部科学省「PT,OT,ST等の外部専門家を活用した指導方法等の改善に関する実践研究事業」H20年度中間報告書及び検索エンジン医学中央雑誌、
日本作業療法士協会会員管理システム(平成22年9月)

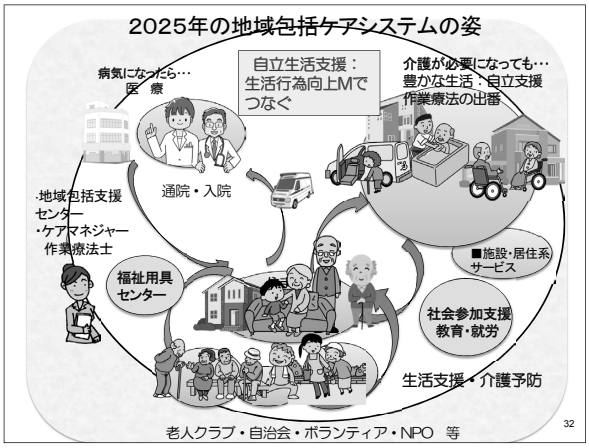

インクルーシブ教育システム構築事業
平成26年度要求額 1，444百万円 （平成25年度予算額 1，258百万円）
改正障害者基本法の趣旨等を踏まえ、インクルーシブ教育システムの構築に向けた取組として、特別支援教育の専門支援人材の配置・活用等を推進しつつ、早期からの教育相談・支援体制の構築、幼稚園、小・中学校、高等学校等における合理的配慮の充実及び拠点地域・学校における調査研究、高等学校の特別支援教育の充実、インクルーシブ教育システム構築に関するデータベースの整備、合理的配慮の関連知識の習得及び情報共有を図るためのセミナー開催等を行う。さらに、医療的ケアのための看護師配置、就学奨励費の支給対象の拡大を行う。
就学期以前
小・中学校
高等学校
◆早期からの教育相談・支援体制の構築（47地域・早期支援コーディネーター約140人の配置）
◆インクルーシブ教育システム構築モデル事業（70地域・合理的配慮協力員約140人の配置）
・特別な支援が必要となる可能性のある子供及びその保護者に対し、早期から情報提供や相談会の実施等に取り組み、障害のある子供一人ひとりの教育的ニーズに応じた支援を保障する就学先を決定する。
市町村
都道府県
○連携協議会の開催
早期支援コーディネーター＜実践イメージ＞
○早期からの情報提供
○相談会の実施
○就学移行期等の支援
○専門的な助言、研修
保護者・子供
円滑な就学
・幼・小・中・高におけるインクルーシブ教育システム（通級による指導等の活用を含む）の実現に向けた合理的配慮の調査研究を実施。
・小・中において、インクルーシブ教育システムを特別支援学級と通常の学級の交流及び共同学習の形で通常する。
・特別支援学校と小・中・高において、インクルーシブ教育システムを特別支援学校と通常の学級の交流及び共同学習の形で通常する。
・インクルーシブ教育システムを域内（市町村又は複数の市町村）の教育資源（通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校）を活用する形で通常する。
取組の収集・蓄積
◆インクルーシブ教育システム構築データベース（独立行政法人国立特別支援教育総合研究所（運営費交付金に計上）
・合理的配慮を確保しつつ、インクルーシブ教育システムに先導的な取組を実施している拠点地域・学校での取組についてデータベースを整備し、普及啓発と共有を図る。
◆「合理的配慮」普及啓発セミナーの開催（文部科学省・6ブロックで実施）
・市町村教育委員会や学校関係者に対して、合理的配慮に関する関連知識の習得と情報共有による、就学事務の円滑化を図るため、セミナー等を開催。
◆就学奨励費の支給対象拡大（特別支援教育就学奨励費負担等に計上）
・就学奨励費の支給対象を拡大し、通常の学級に在籍する障害のある児童生徒の就学を支援する。
◆医療的ケアのための看護師配置（約330人）
・特別支援学校に在籍する医療的ケアを必要とする子供に対応するため看護師を配置する。
◆特別支援学校機能強化モデル事業（40地域・ST,OT,PT,心理学の専門家等約800人の配置）
・複数の特別支援学校が連携し、機能別等の役割分担をしながらセンターの機能の機能強化を図る。都道府県・指定都市教育委員会は、そのために必要な専門家（ST,OT,PT,心理学の専門家等）を特別支援学校等に派遣する。また、キャリア・職業教育、ICT・AT活用など今日的課題への対応も行う。
・視覚障害、聴覚障害、病弱・身体虚弱について、各県ごとの教育資源が少数しか存在しないことから、広域的な取組を促すことにより、専門性向上も含めた体制整備を促進する。
特別支援学校（幼稚部・小学部・中学部・高等部）

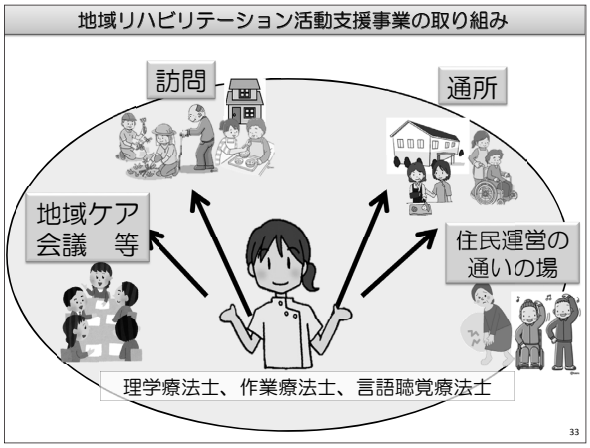

実践報告Ⅰ：作業療法士による介入
実践例『小学部の場合』（H22年度）
相談件数
具体的相談内容
その他 5件
遊び１０件
食事２３件
上肢機能４件
更衣１０件
姿勢運動 5件
排泄３件
食事
・「スプーン・フォーク操作について」「口腔機能」「食行動（遊ぶ・投げる）」「偏食」など
更衣
・「上衣の着脱方法」「下衣の着脱方法」「靴の着脱方法」など
排泄
・「おむつ外し」「トイレ環境への不適応」など
姿勢運動
・「座位姿勢」「身体運動の介助」など
上肢機能
・「手の使い方全般」「書字動作」「目と手の協調性」など
遊び
・「遊びが広がらない」など
その他
・「発達段階の把握」「感覚特性」「注意集中」「活動の切り替え」など
作業療法士が支援します

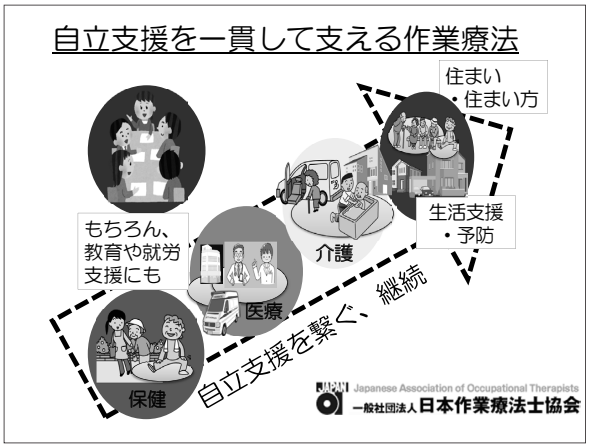

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で推進する主なポイント
総合戦略に関連するH27年度予算（案） 約161億円
＊消費者被害の防止など、他の事業と一体的に予算計上されているため、総額に含まれていないものがある。
＊他に、介護保険サービスの端保で2.6兆円等がある。
Ⅰ 医療・介護等の連携による認知症の方への支援
(1)できる限り早い段階からの支援
・医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームを、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。（消費税増収分を活用） ＊現在は41市町村でモデル的に実施
・認知症の方の声に応え、2015(H27)年度から初期段階認知症のニーズ調査を実施。
(2)医療・介護従事者の対応力向上
・かかりつけ医向けの認知症対応力向上研修を、2017(H29)年度末までに6万人に実施。 等
＊現在の受講者目標5万人から引上げ
(3)地域における医療・介護等の連携
・連携のコーディネーター（認知症地域支援推進員）を、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。（消費税増収分を活用） ＊現在は217市町村でモデル的に実施
Ⅱ 認知症の予防・治療のための研究開発
(4)効果的な予防法の確立
・2020(H32)年頃までに、全国1万人規模の追跡調査を実施。認知症のリスクを高める因子（糖尿病等）やリスクを軽減させる因子（運動等）を明らかにし、効果的な予防法の確立を目指す。 ＊現在は1町で年間2～3千人規模
(5)認知症の治療法
・各省連携の「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」に基づき、2020(H32)年頃までに、日本発の認知症根本治療薬の治験開始を目指す。
Ⅲ 認知症高齢者等にやさしい地域づくり
(6)認知症サポーターの養成
・正しい知識と理解を持って認知症の方・家族を支援する認知症サポーターを、2017(H29)年度末までに800万人養成。 ＊現在の養成目標600万人から引上げ
(7)認知症の方の安全対策
・徘徊等に対応できる見守りネットワークの構築、詐欺など消費者被害の防止等を、省庁横断的に推進。


今までの認知症介入とこれからの認知症介入
今後の認知症施策の方向性について（平成２４年６月１８日）
厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 報告書 P28 参考資料２
現 状
将来像
認知症の人（その家族）
かかりつけ医
ケアマネジャー
精神科病院入院
地域型・基幹型認知症疾患医療センター
一般病院
介護保険施設
地域ケア
初期支援
認知症初期集中支援チーム
（地域包括支援センター等）
日常支援
ケアマネジャー
かかりつけ医
入院・入所
一般病院等
介護保険施設・事業所
認知症疾患医療センター
身近型
地域型
基幹型
※1 初期支援は将来的には認知症初期集中支援チームやかかりつけ医が担うため縮小傾向
※2 他医療機関との連携可

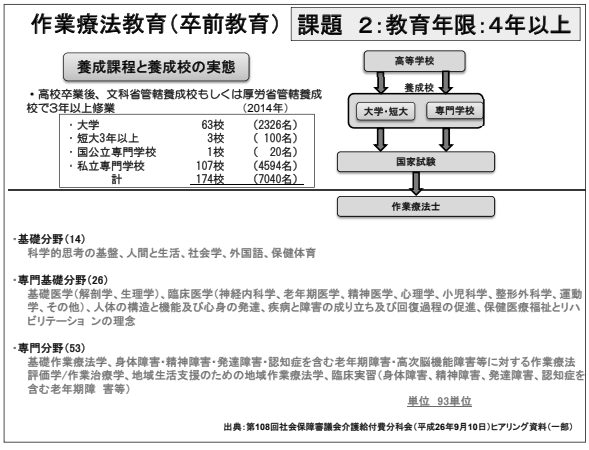


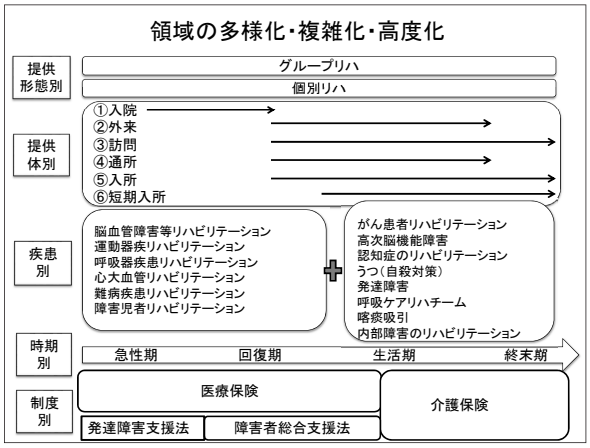


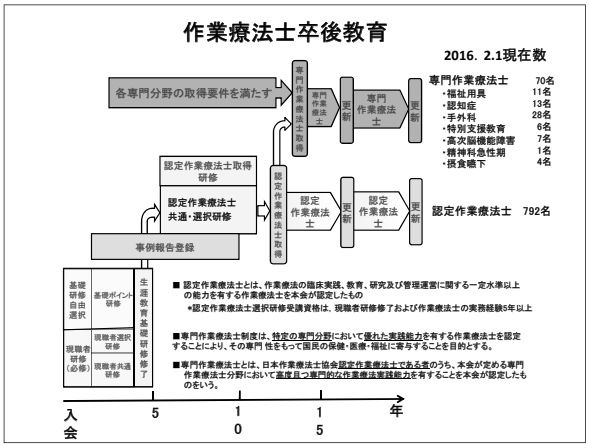




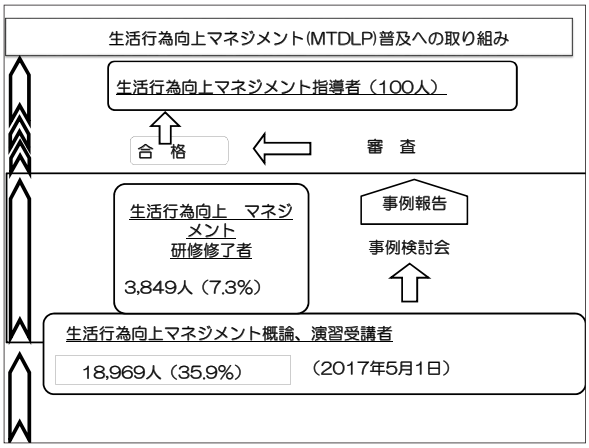
卒前、卒後の教育、研修について

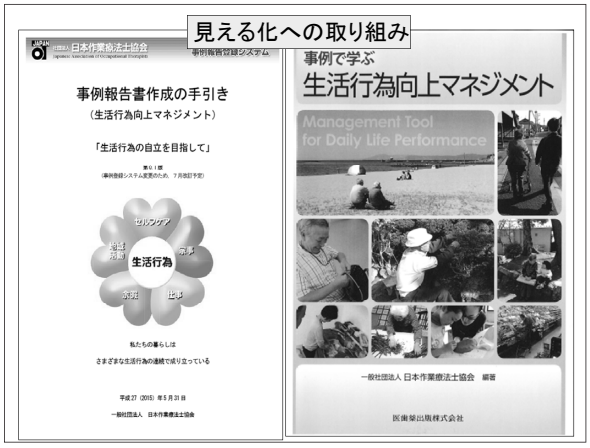



領域の多様化・複雑化・高度化
提供形態別
グループリハ
個別リハ
提供体別
①入院
②外来
③訪問
④通所
⑤入所
⑥短期入所
疾患別
脳血管障害等リハビリテーション
運動器疾患リハビリテーション
呼吸器疾患リハビリテーション
心大血管リハビリテーション
難病疾患リハビリテーション
障害児者リハビリテーション
がん患者リハビリテーション
高次脳機能障害
認知症のリハビリテーション
うつ（自殺対策）
発達障害
呼吸ケアリハチーム
喀痰吸引
内部障害のリハビリテーション
時期別
急性期
回復期
生活期
終末期
制度別
医療保険
介護保険
発達障害支援法
障害者総合支援法


作業療法士卒後教育
2016. 2.1現在数
各専門分野の取得要件を満たす
専門作業療法士
専門作業療法士取得
更新
専門作業療法士
更新
専門作業療法士 70名
・福祉用具 11名
・認知症 13名
・手外科 28名
・特別支援教育 6名
・高次脳機能障害 7名
・精神科急性期 1名
・摂食嚥下 4名
認定作業療法士取得研修
認定作業療法士共通・選択研修
事例報告登録
認定作業療法士取得
認定作業療法士
更新
認定作業療法士
更新
認定作業療法士 792名
基礎研修自由選択
基礎ポイント研修
現職者研修（必修）
現職者選択研修
現職者共通研修
生涯教育基礎研修修了
■ 認定作業療法士とは、作業療法の臨床実践、教育、研究及び管理運営に関する一定水準以上の能力を有する作業療法士を本会が認定したもの
*認定作業療法士選択研修受講資格は、現職者研修修了および作業療法士の実務経験5年以上
■専門作業療法士制度は、特定の専門分野において優れた実践能力を有する作業療法士を認定することにより、その専門 性をもって国民の保健・医療・福祉に寄与することを目的とする。
■専門作業療法士とは、日本作業療法士協会認定作業療法士である者のうち、本会が定める専門作業療法士分野において高度且つ専門的な作業療法実践能力を有することを本会が認定したものをいう。
入会
5
10
15
年


電動リフター
電動車ベッド
電動車いす
移動式のバスタブ
専門化として支えるために
10年以上使用した吊り具
生活を支える様々な市販機器


生活行為向上マネジメント(MTDLP)普及への取り組み
生活行為向上マネジメント指導者（100人）
合 格
審 査
生活行為向上 マネジメント 研修修了者
3,849人（7.3%）
事例報告
事例検討会
生活行為向上マネジメント概論、演習受講者
18,969人（35.9%）
（2017年5月1日）


見える化への取り組み
日本作業療法士協会
事例報告書作成の手引き
（生活行為向上マネジメント）
「生活行為の自立を目指して」
セルフケア
家事
仕事
休養
趣味
生活行為
私たちの暮らしは
さまざまな生活行為の連続で成り立っている
事例で学ぶ
生活行為向上マネジメント
Management Tool for Daily Life Performance
一般社団法人 日本作業療法士協会 編著
医歯薬出版株式会社





広がる作業療法の取り組み









シンポジウム

臨床教育における取り組みと課題 『教育（大学）の立場から』

藤井　浩美

筆者が入学した弘前大学医療技術短期大学部作業療法学科は，当時の文部省が全国で２番目に認可した３年制医療技術短期大学であった．当時，全国の作業療法士（OT）養成校は 10 校で，学生定員は各校 20 名の合計 200 名であった．筆者が学生の頃，教員から「専門学校は即戦力を，短期大学は準学士力を有する OT を養成する」と教えられた．当時の筆者には，その意味が理解できなかったものの，卒業要件の一般教養科目 24 単位は，現在の山形県立保健医療大学作業療法学科（本学）の卒業要件である総合基礎科目 22 単位 495 時間を凌駕する．また，卒業研究が課せられ，国家試験受験の直前まで論文作成に取り組んだ記憶がある．この取り組みが臨床研究の礎になったことは明確であり，今日の筆者を形成する根源である．一方，当時の臨床教育は，専門科目実習と臨床実習に分かれた．各専門科目では，大学附属病院，リハビリテーション専門病院および精神病院で４単位 180 時間の臨床を体験した．臨床実習は，９週間（土曜日を含む）で精神系，身体系，発達系の３施設で実施した．当時は週 45 時間実働であるため，最低でも 1,215 時間の臨床実習を行ったことになるが，単位修得証明書上は 26 単位 1,170 時間であった．卒業要件単位数は 103 単位であり，約 3,500 時間の教育を受けた．これは本学の卒業要件 126 単位 3,200 時間を上回っている．

1996 年（平成８年）７月 19 日の第 15 期中央教育審議会の答申は，子どもたちの生活の現状を「ゆとりの無さ，社会性の不足と倫理観の問題，自立の遅れ，健康・体力の問題と同時に，国際性や社会参加・社会貢献の意識が高い」と指摘した．その上で，これからの社会に求められる教育のあり方の基本的な方向として，全人的な「生きる力」の育成が必要であると結論付け「ゆとり」を重視した学習指導要領の導入を開始した．これに伴って，大学教育の役割も学術的で特殊的な能力の育成から，一般的で社会的な能力の育成が求められるように変化してきた．小・中学校で 2002 年度，高等学校で 2003 年度から始まったゆとり教育は，その後国際学力テストなどで順位を落としたことから学力低下が指摘され，各方面から批判が起こった．そこで文部科学省は，ゆとりでも詰め込みでもない教育として，学習指導要領の理念に「確かな学力」「豊かな人間性」「健康・体力」を兼ね備えた「生きる力」を育むための教育とし，小・中学校で 2011 年度，高等学校で 2012 年度から新学習指導要領を導入した．2015 年春からこの新しい学習指導要領で高校教育を受けた学生が本学にも入学してきた．

筆者は，2000 年４月から本学の OT 養成教育に関わっており，学習指導要領の変更に伴い，適宜，臨床教育法を再考してきた．それは厚生労働省の指定規則にある 810 時間に従うのではなく，世界作業療法士連盟（WFOT）の教育基準に準拠したものである．しかしながら，臨床実習期間を再考したのは，１度のみであり，長年にわたって同一期間の臨床実習による学生の学修成果と課題を蓄積してきた．そこで，今回のシンポジウムは，以下の視点からまとめた．

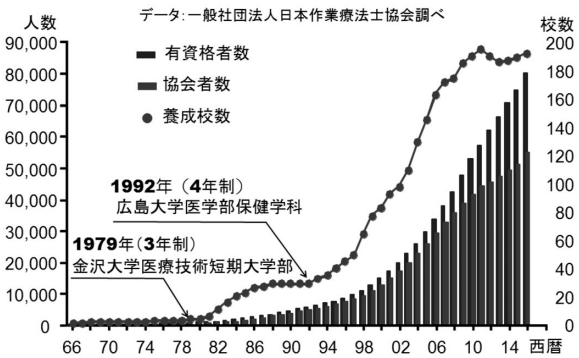


図１　日本の作業療法士（OT）および養成校の推移

山形県立保健医療大学

１．OT 養成を取り巻く状況

日本の OT 有資格者数は 79,959 人であり，一般社団法人日本作業療法士協会会員は 54,842 人である（平成 29 年２月現在）．OT 養成校数は 186 校で OT 養成課程は 199 課程である．年間の学生定員は 7,473 人である．2016 年度卒業生排出校は 179 校あり，6,991 人の卒業定員である．内訳は，大学 65 校（2,371 人），短大が５校（180 人），３年制専門学校 59 校（2,350 人），４年制専門学校 50 校（2,090 人）である．国家試験の新卒受験者は大学 2,061 人（86.9%），短大 78 人（43.3%）３年制専門学校 1,745 人（74.3%），４年制専門学校 1,120 人（53.6%）であった．卒業定員 6,991 人に対して，新卒受験者数が 5,004 人（71.6%）であることから，1,987 人（28.4%）が入学定員割れプラス入学しても卒業できない人数と推察できる．新卒国家試験合格者は，大学 1,969 人（95.5%），短大 72 人（92.3%），３年制専門学校 1,622 人（93.0%），４年制専門学校 1,048 人（93.6%）で合計 4,711 人（94.1%）であった．この年の受験者総数 6,102 人に対して合格者総数が 5,344 人（87.6%）であり，新卒合格者の合格率が上回った．

他方，WFOT の 2015 年調べ（データ：2016 Occupational Therapy Human Resources Project）によれば，世界の OT 数は，477,169 人で WFOT 認可校は 778 校，未認可校は 291 校である．WFOT 教育最低基準 2016 の学生関連（Student Affairs）には，卒業資格として学士（もしくは，学士に相当する Level 6 of EU Bologna Process）とされており，国内事情・政策によってこの条件が満たされない場合，個別的（case by case）で承認するとある．日本の OT 教育は，国際レベルと言えるのだろうか⁉

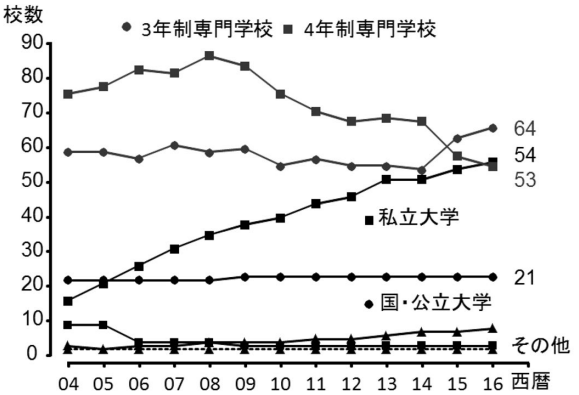


図２　OT養成校区分とその推移

２．ゆとり教育の影響

ゆとり教育に関する批判は多々ある．①ゆとり教育の教育改革路線により，教科が軽視され，内容や授業時間が減った．②「指導より支援」，体験活動中心，興味関心重視という風潮が強くなり，知識をしっかりと教えることが教え込みや注入だとして批判されるようになった．③生徒の学習方法が質的に変化し，学習スキルが身に付かなくなった．④教師の教育力の低下により，学習することの意義をしっかり教えることのできない教師が増えた．⑤受験科目を減らすことで，受験に関係ない科目を勉強しなくなった．⑥少子化で入試緩和されて受験圧力が弱くなり，学習意欲が減退した．⑦社会的な豊かさや環境・価値観の変化によって，子どもがコツコツ勉強したり，努力することに価値をおかなくなった．⑧享楽的な娯楽の増加によって，忍耐や持続が伴う学校の学習活動に興味を示さなくなった（例：夜更かし，ゲーム，マンガなどによる生活習慣のみだれ）．⑨親が子に対して，学習の大切さを言わなくなった．これには親の教育観や学校に対する要望の多様化（社会の階層化の進展）があるとされる．⑩人間関係の希薄化により，対人関係能力が弱くなった．⑪大人の「格差社会」がそのまま子どもたちに及んでいる．

文部科学省は，2011 年度（平成 23 年度）から学習指導要領の改定を行って脱ゆとり教育が始まった．小学校では，2011 年度（平成 23 年度），中学校では 2012 年度（平成 24 年度），高等学校では 2013 年度（平成 25 年度）から完全実施された．しかしながら，小学校から脱ゆとり教育を受けた高卒者が登場するのは，2024 年度以降である．2017 年の 18 歳人口は 1,199,085 人であるが，2024 年時には 1,063,921 人となり，121,147 人減少する．これから先，作業療法教育の質向上が大きな鍵となる。

３．本学の臨床教育の現状と取り組み

本学では，運動障がい作業療法学実習（３年次前期），神経障がい作業療法学実習（３年次前期），精神障がい作業療法学実習（３年次前期），発達障がい作業療法学実習（３年次前期），老年期障がい作業療法学実習（３年次前期）の５教科で教科内臨床教育を行っている．加えて，地域作業療法学Ⅰ・Ⅱ

でも地域の実情を通じて臨床教育を行っている．

臨床実習指導者のもとで行う臨床実習は，臨床実習Ⅰa（1年次後期 45 時間），臨床実習Ⅱ（3年次前期 180 時間），臨床実習Ⅲ（3年次後期 315 時間），臨床実習Ⅳ（4年次前期 315 時間）である．さらに，臨床実習特論Ⅰ（1年次後期 15 時間），臨床実習特論Ⅱa（3年次前期 15 時間），臨床実習特論Ⅱb（3年次前期 15 時間），臨床実習特論Ⅲa（3年次後期 15 時間），臨床実習特論Ⅲb（3年次後期 15 時間），臨床実習特論Ⅳa（4年次前期 15 時間），臨床実習特論Ⅳb（4年次前期 15 時間）の臨床実習の準備や振り返りを行っている．

臨床実習ⅢとⅣの臨床実習指導者による学生の実習評価項目は30項目で行っている．大項目は①評価・面接，②介入目標・計画，③実践過程，④記録・報告，⑤部門管理，⑥施設理解，⑦職業人としての資質・自己啓発である．これらの項目をゆとり教育前とゆとり教育世代で比べると，実践過程では，ゆとり教育世代の学生が有意に高評であった（p=0.043）．一方，記録・報告の評点は，ゆとり教育世代の学生が有意に低かった（p=0.016）．他は有意差がなかった．そこで，昨年から臨床実習特論で記録･報告のトレーニングを強化した．

4．今後の課題

学部･大学院で育成する能力の試案を示す（図3）．四年制大学での作業療法教育は，より一般的で社会的な汎用的能力と学問分野共通の能力の育成が中心となり，学術的で特殊的な作業療法学分野固有の能力やOT固有の能力の育成は，大学院修士課程や博士課程に委ねざるを得ない．すでに米国においては，作業療法教育が大学院修士課程で行われており，筆者が勤務する山形県立保健医療大学の姉妹校であるコロラド州立大学では，博士課程でのOT養成の検討に入った．学部レベルでは，社会人基礎力としての課題解決能力を養う必要がある．これは「評価にはじまり評価に終わる」の言葉で代表される作業療法過程におけるOT能力の基礎である．換言すれば，作業療法学分野固有の能力やOT固有の能力は，社会人基礎力の上に成り立つ能力である．「常識」の育成を念頭においた学内・臨床教育並びに卒業研究などを学生が実感を持って体得できるようシステム化する必要がある．そして，OTの専門家として求められる見通し力 Vision，統率力 Leadership，経営力 Management，交渉力 Negotiation skill などは，主に大学院教育で育むことになる．筆者らは，このシステムを確実に迅速に進めることが，求められる作業療法教育の姿であると考える．

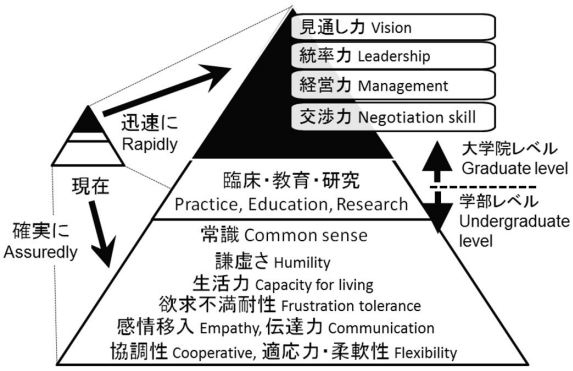


図3　次世代のOTの教育理念

シンポジウム

臨床教育における取り組みと課題 『教育（専門学校）の立場から』

上遠野純子

1．はじめに

本校は，平成23年に開校し，今年で7年目を迎えた．母体は，開学から40有余年の，工学系技術者を主に養成する多彩な学科を有する専門学校であるが，少子化に伴う学生数の減少によってハード面に許容スペースが出来たことと，持ち前のICT技術を学生の学習面に取り入れられること，専門性を生かしつつ，学科を越えての教職員の連携により，多様なカリキュラム編成を組めることを強みとして，現在の学生のニーズに応えるべく日々対応している．また，豊富な臨床経験を持つ教員を配置し，また教員自身が，臨床実習指導者としての立場も経験していることから，学校と臨床の双方の課題を明確にし，指導方法や評定のあり方に検討を重ね，また，臨床実習施設と顔の見える連携構築のもと，臨床教育を行えていることも大きな特徴である．今回，平成28年10月2日に仙台で行われた，第21回日本作業療法教育学術集会シンポジウムにて当校の取組を紹介する機会を得た．その内容をあらためて整理し，以下に報告する．

2．職業実践専門課程について

平成23年1月中央教育審議会答申において，人材育成に関して文部科学省は，「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について」と題し，キャリア教育・職業教育の方策として，専門学校・専修学校における教育の質の向上に向けた取組の重要性を指摘している．その内容は，「卓越した又は熟達した実務経験を主な基盤として実践的な知識・技能を教授する職業的実践的な教育に特化した枠組みをあらたに整備すること」について提言しており，この提言を受けて，設置された枠組みのひとつである，職業実践専門課程を，当校は平成27年度までにすべての学科が取得した．

これを実践するために当校では，教育課程編成に積極的に臨床実習指導者に参加頂き，臨床的思考性を養うために，カリキュラムの編成を見直しており，現在の臨床実践に役立つ内容の教授を教員は実践している．

3．当校の臨床実習の流れ

当校の臨床実習の基本方針は，3年間で段階的に実践的実習を体得できるような体制を整備している．知識の統合，技能の応用，態度の育成の目的を明確にして段階的に導いていくため，実習施設と協力し，1年次から45時間の早期体験型臨床実習を実施している．また，2年次の2月に行う臨床実習Ⅰと3年次臨床実習Ⅱのうち，4月に1ヶ月間向かう実習に関しては，同一実習地での臨床実習を導入している．実習においては，臨床実習指導者と教員は，学生を中心に連携し，学生の職業実践的な知識・態度・技術習得を学内および臨床実習施設両方で確認をしながら，学生に教授している．このことは，臨床教育への教員の積極的な介入を促し，また臨床実習指導者の負担軽減と教員の資質向上にもひと役かっていると考える．（図1）

学年	1年			2年			3年					
枠組み	見学実習			評価実習					治療実習			
実習名	実習前ガイダンス	人間形成型合同実習 早期臨床体験実習	実習後演習	実習前演習ガイダンス	基本的臨床実習1	実習後演習	基本的臨床実習2	実習後演習	総合実習（別領域）	実習後演習	就職前実践型実習	実習後演習
場所	学校	見学実習施設	学校	学校	実習施設A	学校	実習施設A	学校	実習施設B	学校	実習施設C	学校
期間					3週と1日半		4週		7週		7週	
実習時間		45時間			135時間		160時間		280時間		280時間	
開示指入	気づき			自己認識		自己修正	自己確立		自己修正		自己確立	

図1　当校における臨床実習体系

東北保健医療専門学校

４．学内演習での取組

当校の臨床に向かうための２年次の学内演習における取組として実施している，①客観的臨床能力試験（以下 OSCE 演習）と②コミュニケーション演習について以下に説明する．

① OSCE 演習について

客観的臨床能力試験（OSCE）とは臨床技術を客観的に評価するために生まれた，構造化された試験法であり，採点基準を見ながら，評価者が採点し，基準を満たしていない項目は指摘し，受験者に修正を促していくことを行う．この採点基準を用いながら，当校では作業療法科の学生として必要な態度と技能についての基本的能力を実習前に身につけることを目的として，ADL 評価や検査測定などの臨床場面を想定し，学生への試験を実施している．繰り返し出来るようになるまで継続的に演習を行っている．ADL 評価に関しては，対象者との生活場面を背景にした交流が想定される場面であるため，教員である判定者は態度面に焦点を当て指導する．検査･測定に関しては，学生自身の緊張や自信のなさが臨床実習時の対象者を評価する際に与える影響を考え，それを最小限にするため，技術面に焦点を当てて指導している．このような意味では学生への継続的な支援は臨床実習直前まで続くことになる．

②コミュニケーション演習について

医療従事者として身に付けるべきコミュニケーションスキルに関しては，図２のような目的で演習を実施している．Step 1 では自己のコミュニケーションの特性とその特性が他者に与える影響について認識していくため，主に座学にて講義ならびに演習を実施している．Step 2・Step 3 では，隣接する仙台シルバーセンター内で開講されているせんだい豊齢学園に通学している 65 歳以上の高齢者に依頼し，同意を得られた対象者に当校へ来校頂き，当校の学生がインタビューを行う．対象者には，社会貢献に対する自身の意識やこれまでの経験，日々の生活について語って頂く．学生との対話において，語りから得られる情報を学生がまとめるとともにその場面をビデオ撮影し，その振り返りを教員ならびに観察者である他学生が行う．他者からフィードバックを受けることで自己のコミュニケーションの特性を知ることとなる．加えて，学生はコミュニケーションを阻害する特性も認識し，修正点の考察と修正に向けた行動化を図れることを目標とする．さらに対象者に対して，目的をもって会話に臨む演習を教員もしくは臨床実習終了後の３年生が模擬患者となり，10 分間のインテーク面接を実施する．模擬患者に対して，生活課題の抽出のため，意図的な面接を実施出来るようになることが目標となる．面接終了直後に，面接を受けた模擬患者から５分間フィードバックを受ける．そして，最終的には，対象者に合わせてコミュニケーション様式を変化させられるようになることが目標となる．

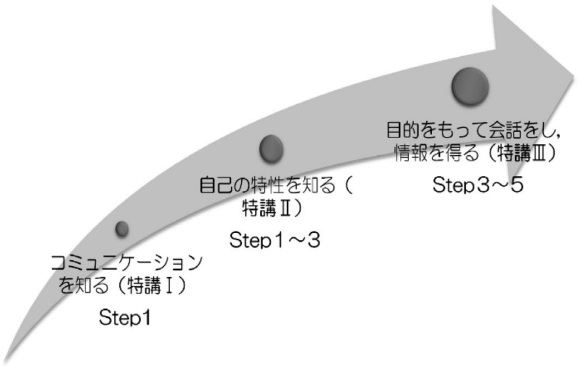


図２　当校のコミュニケーション演習の概要

５．今後取り組むべきこと

本校は，開校してから今年で７年目を迎え，一定の入学生の確保が図れて来ている．一方で入学してくる学生に対して感じることは，もともと人との関わり方に課題を残している学生が多く，臨床実習場面を想定すると，その多くが積極的な行動化が図れないと推察されるため，日頃の関わりでも社会のルールを守ることを求めて態度面を修正していくこと，学生とより多くのコミュニケーションを図りながら，学生自身の強みを生かして学習を進めていくこと，また臨床での実践力を学内にいる時から身につけることで，臨床実習そのものに興味関心を持たせ，対象者の関わりにおいてより多くのことを学ぶ，臨床の楽しさに繋げていくために，これからも養成校として導入出来得るカリキュラムを，臨床実習指導者とともに作り挙げて行きたい．

シンポジウム

臨床教育における取り組みと課題　『臨床の場から』

東川　哲朗

【はじめに】

臨床実習に訪れる学生は，様々なモチベーションを持っている．そこで，実習指導者は「どの様な実習をしたいと思っているか」を探った上で，その学生に応じた実習を提供できると良いと考えている．通常臨床では，患者の病状や心理状態に応じた作業療法を展開する作業療法士が，その様な実習を提供する事は簡単にできると思うが，どうも現状ではできていないようである．原因の１つに，目に見えない実習到達基準なるものがあるためではないかと感じている．よく議論されるのは「次年度働き出したときに作業療法士として働くに十分かどうか」という基準と，「現在の成長具合での判断」である．前者は専門職，プロフェッショナルの視点で十分かどうかを考え，後者は教育的な立ち位置での見方と考える．どちらが正しいかは私自身も答えが無い．基準ではないが普段学生と接していて思う３つのレベルに大別してみた．最も優秀なのは「自分で考えて行動できるレベル」，次いで「実習中に気づいて変われるレベル」，最後は「実習で初めて作業療法士が何をするのかを知り，勉強する必要性に気づくレベル」である．

「自分で考えて行動できる学生」は，放っておいても良い実習を行うだろう．「実習中に大切な事に気づきを持った学生」は変わっていけるだろう．これまであまり熱心に学内教育に取り組んで来なかった学生は「実習で初めて，作業療法士が何をするかを知る」だろう．その知った事が作業療法のおもしろさだったら，このままでは行けない自分に気づくだろうし，勉強するしかないと思うだろう．どの様なステップを踏んでも良いが，働き出したときに「クライエントのためになりたい」，「クライエントのために早く解決したい」，「クライエントのために自分が努力しなくては」という感情が持てていれば，臨床では十分通じると感じている．

医療法人社団浅ノ川　金沢脳神経外科病院

【これまでの臨床実習への取り組み】

現状の臨床実習の話に戻る．書き物に追われる実習，寝られないのが当たり前の実習，課題ばかりの実習，これらのこれまで言われてきた実習の問題点には対応してきた．１つ目とし，実習開始時にアンケートを採っている．これは全16項目からなるもので，これまでに勉強や実習の自己評価，自身の生活や正確，長・短所などを尋ねている．ポイントを置いているのは，睡眠時間とこれまでの実習での体験である．このアンケートを元に，帰宅後の学習や生活時間管理の指導を行っている．２つ目は臨床実習指導者会議に出席する事である．各養成校とも，色々な研修などを設ける配慮などをして頂いているが，この会議に出席する最も大きな理由は学生と面談する事にある．この場で実習の主目的が臨床場面での体験である事を十分に伝え，実習に対する期待と安心感を与えるようにしている．また，病院や実習の雰囲気を伝える事を目的に作業療法室のブログも開設している．３つ目は実習スケジュールについてである．従来から体験重視の実習を提供しており，実習開始時はクリニカルクラークシップ（CCS）を行い，翌週に評価の練習期間を設けている（図１）．

		月	火	水	木	金	土
第1週		あいさつ オリエンテーション	クリニカルクラークシップ（CCS）				
第2週	午前	移乗練習	反射	感覚	認知機能	高次脳機能	
評価実習	午後	片麻痺 運動機能	MMT	ROM	COPM	予備	

＊実習期間が6～7週の場合，上表の1週・2週のスケジュールを合わせて1週間で行う

図１　実習開始時のスケジュール表

CCS と評価練習期間は半日毎に担当者を付けている．CCS では作業療法終了後にそのクライエントの長期目標とそれに向けた現在の課題とプログラムの目的を説明する．学生が症例の課題や目標，プログラム立案をする際の参考になる事を目的としている．評価練習期間は手技などが解らなくなったときは担当に質問し，正しい評価が行える様になる事を目的としている．

【当院の卒後教育システム】

私が勤務する病院は回復期リハビリテーション病棟を抱える関係から，毎年新卒者の就職を迎えている．１年に複数就職する事がほとんどで，以前の様に多くの先輩職員が１人の新人に目をかけ教育するという方法は取れず，様々な方策を立てている．直接的内容は「臨床クラークシップ」，「担当引き継ぎ時再評価指導」，「家屋評価への同行指導」，「事例発表指導」，「学会発表指導」などである．間接的内容としては「部門内新患カンファレンス」，「事例発表会（週１回）」などである（図２）．



図２　当院の教育システム

【課題】

卒後教育システムは，ここ数年，進行に遅れが出る者が出現するなど問題が生じている．この原因の１つとして，臨床実習中の経験値の少なさがあると感じている．現在の多くの実習では長期のものであっても担当する症例は１例である事が多い．そのため，実習中に経験する症例は十分と言えない．

この問題に対し新たな試みを開始した．当たり前の話しすぎるが，治療のクリニカル・クラークシップである．経験が長い作業療法士とペアで行い，患者のプロフィールから環境，初期評価内容，課題，目標，プログラムを全て開示し説明する．その上で，毎回の作業療法場面に同行．数回見学を終えて後には作業療法士の行ういくらかの部分を体験（できるプログラムでは無く，全てのプログラムの何割かを受け持つ）．そして，患者の変化に応じてプログラムを変化させていくプロセスを実体験してもらう方法である．

今年度始めたばかりの取り組みであり，成果についてのデータはないが，口頭では非常に勉強になったとの感想を得ている．また前後して，新人教育で遅れのある職員も同様の CCS を実行している．作業の提示方法，機能練習での負荷の与え方や変更のタイミング，口頭での説明や教育など参考になる事が多いという感想を聞いている．

【終わりに】

臨床実習について，基準や個々の学生に応じた実習の提供などを提案した．また関係する卒後教育にも触れ，課題を提示するとともに解決に向けた試みを紹介した．

学生・新卒者共に「ゆとり世代」と言われる者達であるが，負の側面もあるが，良い面も多い．素直な者が多く，理解されれば熱心に物事に向かってくれる．この様な時代と共に変化する学生の価値観や行動様式を理解した上で教育目標を考える必要があると考えている．

臨床実習においても，新卒者の臨床場面においても困難な場面は必ず訪れる．危機感を乗り越える事で達成感や自信が得られ，成長していくと思っている．その困難な場面の提示を，安心を保証して与える事ができるかどうかが大事な事と思いながら日々の臨床教育に挑んでいる．

第21回日本作業療法教育学術集会　ワークショップ

教育方法論ワークショップ「コンピテンシー」ver 2 －臨床経験に適合したOTコンピテンシー－

Methodology workshop "competency" ver 2
-The competency of Occupational Therapist that adapted to clinical experience-

酒井　ひとみ[1)]・石黒　望[2)]・永井　洋一[3)]・東川　哲朗[4)]
Hitomi SAKAI・Nozomi ISHIGURO・Yoichi NAGAI・Tetsuro HIGASHIKAWA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(1): 20-28, 2017

①ワークショップ総括
酒井　ひとみ

第21回学術集会のワークショップにおいても，昨年に引き続き，作業療法士のコンピテンシーを取り上げた．コンピテンシーとは，ある職務や状況において，高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性であり，一言でいえば「成果につながる行動」を指す（ライル・M・スペンサーら[1)]）．一人前の作業療法士になるには，備えるべき知識や技術だけでなく，それらに価値観や特性を含めた表面に現れる実際の行動を可視化しレベル付けを明確にしていく必要があると考える．昨年はその領域で活躍するハイパフォーマーを想定したコンピテンシーのインタビューガイド作成を試みたが，今回は，人材育成を意識した臨床経験に適合したOTコンピテンシー（新人から一人前になるまでの初期レベル）を想定して行った．

1）関西福祉科学大学　保健医療学部リハビリテーション学科
Kansai University of Welfare Science Faculty of Allied Health Sciences
〒582-0026　大阪府柏原市旭ヶ丘3-11-1
3-11-1 Asahigaoka Kashiwara, Osaka, 582-0026, Japan
2）医療法人恒仁会　近江温泉病院
3）新潟医療福祉大学
4）医療法人社団浅ノ川　金沢脳神経外科病院

ワークショップの構成は，１部に受講者の発想を促す仕組みとして話題提供の時間を30分設け，近江温泉病院の石黒望氏から「作業」療法士として歩む学び方を卒後人材育成の観点からご提示いただいた．加えて，昨年から稼働している「コンピテンシーワーキンググループ」の報告として，有志で翻訳したカナダ臨床実習用コンピテンシー評価表（CBFE-OT）の紹介を新潟医療福祉大学の永井洋一氏に，昨年のワークショップでの手法を臨床現場で活用した経験を金沢脳神経外科病院の東川哲朗氏に講演していただいた．

２部は60分設け，受講生が主体となって行うグループワーク形式で行った．昨年のワークショップで創った領域を参考に，受講生は各自興味ある領域を選択した．２～４人グループを作り，ライル・M・スペンサー，スグネ・M・スペンサーのモデルの構築の仕方に準拠し，コンピテンシー・ディクショナリー[1, 2)]を参照しながら，臨床経験に適合したコンピテンシー作りに取り組んだ．グループワークの手順は図に示した．

当日は，参加者47名が14グループ９領域のコンピテンシーのインタビューガイドの素案を作成した（詳細は，表１参照）．

ファシリテーターは，酒井ひとみ・藤井有里・辻陽子（関西福祉科学大学），大谷将之氏（障がい者支援センターてらだ）の４名で実施した．まとめとして，本ワークショップの発展形の例として，臨床

経験を活かしたコンピテンシーとして整えた近江温泉病院「身体障害の回復期の OT」領域のコンピテンシー（石黒望氏作成）を配布した（表２）．これは，卒後３年間で病院から地域に出て一人立ちできる作業療法士のコンピテンシーが入職（卒業）時から経験年数ごとに設定されており，達成度によって３段階で評価する自己評価チェックリストである．

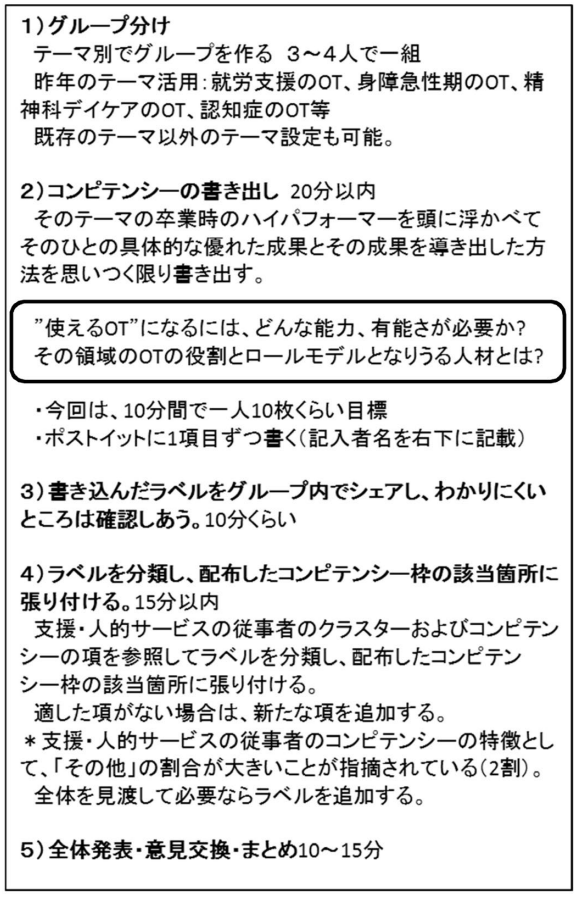


図　コンピテンシーワークショップ
グループワークの手順

ワークショップ後に，コンピテンシーのワーキンググループに興味のある方に登録を呼びかけ，２年間で 37 名の OT に登録いただいた．今後も，臨床現場とリンクした OT 教育研究会コンピテンシーの継続した活動をしていく予定である．教育研究会コンピテンシー WG 窓口：酒井ひとみ（sakai@tamateyama.ac.jp）

なお，コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価（CBFE-OT）翻訳者は表３に示した．

文献
1）ライル・M・スペンサー，スグネ・M・スペンサー著，梅津祐良他訳：コンピテンシー・マネジメントの展開［完訳版］，pp11-19，生産性出版，2011.
2）コンピテンシー・ディクショナリー抜粋資料 http://www.nsweb.biz/coffee/0409compt_dic01.pdf

以下に，ワークショップ１部にご登壇いただいた諸氏の講演内容を掲載する．

表１　日本作業療法教育学術集会　教育方法論ワークショップ　コンピテンシー参加状況

	コンピテンシーWSのテーマ	2015年 ハイパフォーマー		2016年 新人から1人前に	
	領域	グループ	人数	グループ	人数
1	身障急性期OT	1	3	3	10
2	身障回復期OT	4	9	3	11
3	老健入所者に対するOT	1	4	1	4
4	訪問と在宅のOT	2	4	2	8
5	デイケアのOT	1	3	0	0
6	認知症のOT	2	5	1	2
7	病院精神科のOT	1	2	1	3
8	精神科デイケアのOT	1	3	0	0
9	児童発達支援	2	4	1	3
10	就学支援OT	1	3	1	3
11	OT教育者	1	3	0	0
12	就労支援	0	0	1	3
		17	43	14	47

表2　臨床経験を活かしたコンピテンシー例

コンピテンシー	1年経験（2年目） 具体的評価・項目 0 ⇒ 自己評価60%以下の達成度 1 ⇒ 自己評価60%～80%達成度 2 ⇒ 自己評価80%以上達成度	目安				
		卒業時	1年経験	2年経験	3年経験	4年経験
①達成重視	CLの退院後の生活目標が提示できる		1	2		
①達成重視	CLの時期時期での優先課題を明確にしている		1	2		
②秩序、クオリティ、正確性への関心	作業療法士として自己紹介をして、自身の役割を伝える		1	2		
②秩序、クオリティ、正確性への関心	人前で発表することを日常化させる		1	2		
②秩序、クオリティ、正確性への関心	作業療法の奥深さに気づく		1	2		
④情報探求	CLの文脈整理に必要な情報を認識する		1	2		
④情報探求	CLへの面接・COPMが、必ずできている・・・初回・・中間・・外出・外泊時他。		1	2		
④情報探求	家族の思いを聞き取っている・・初回・・中間・・外出・外泊時他。		1	2		
④情報探求	CLの課題解決にとって必要な情報をとる行動がみられる		1	2		
④情報探求	自身のOTとしての成長課題を解決するために、必要な研修等情報をとる		1	2		
④情報探求	CLに対して他部門の介入に関心がある		1	2		
④情報探求	CLに対して他部門の介入が理解できる		1	2		
④情報探求	様々な素材についての情報に敏感になる		1	2		
④情報探求	自助具やクラフトの道具など、必要なものは、まず自らの手で作り、検討する。		1	2		
④情報探求	福祉用具や介助方法など、常に新しい情報を取り入れる柔軟性。		1	2		
⑤対人関係理解	自身の発言に対して、対象者が違和感を感じる言葉を使う場合は、対象者の反応理解し、自ら断りを入れる		1	2		
⑤対人関係理解	バリデーションについて理解している		1	2		
⑤対人関係理解	相手に関心を寄せていることが伝わる言動が取れている		1	2		
⑤対人関係理解	ミラーリングが実践できている（バリデーションより）		1	2		
⑤対人関係理解	CL・家族の抱えている問題に気づくことができる		1	2		
⑤対人関係理解	CL・家族等の長所・短所を理解に努める		1	2		
⑤対人関係理解	CL担当他職種の長所・短所を理解して関係づくりができる		1	2		
⑥顧客サービス重視	様々な作業を体験し、作業嗜好者の思いをくみ取る		1	2		
⑥顧客サービス重視	CL中心の作業療法を意識している		1	2		
⑥顧客サービス重視	実際に、CLと目標の共有を図っている。		1	2		
⑥顧客サービス重視	CLの思いをくみ取り、そんな思いが伝わるコミュニケーションを心掛け、あらたな思いを聞き取れる。		1	2		
⑥顧客サービス重視	機能評価・推測で、目標の設定をしない		1	2		
⑥顧客サービス重視	CLの思いを他職種と共有している、するための行動をとっている		1	2		
⑥顧客サービス重視	速やかに対応できる、する。		1	2		
⑦インパクトと影響力	CLに必要なことについて、計画的に行動できる		1	2		
⑧組織の理解	他職種の役割、興味、個性など理解している		1	2		
⑨関係構築	他部門の業務を理解しようとする姿勢が伝わるコミュニケーションを意識する		1	2		
⑨関係構築	他部門の業務負担を理解しようとする姿勢が伝わるコミュニケーションを意識する		1	2		
⑨関係構築	報告・連絡・相談・確認がタイムリーに無理なく自然にできている		1	2		
⑨関係構築	CLに対する他部門の介入・支援について、疑問があれば伝えることができる		1	2		
⑨関係構築	CLに対するOT介入・支援について、他部門からの疑問に応えるとともに、自発的に理解を求める		1	2		
⑨関係構築	チームにとって必要なプロジェクトに関心があり、参加する		1	2		
⑫チームワークと協調	他部門からの依頼に対して、まずは受け入れ一緒に考える姿勢を示す		1	2		
⑫チームワークと協調	CL担当チームにとって、必要な情報の共有に努める		1	2		
⑫チームワークと協調	CLの課題に対しての各職種の役割が理解できている		1	2		
⑫チームワークと協調	CLに対する各職種の役割を尊重し、協力できる。		1	2		
⑫チームワークと協調	チームとしての課題があれば、上司に相談できる		1	2		
⑭分析的思考	CLの優先課題の抽出・観察分析、原因明確化そして介入モデルの選択が多面的に実践できる		1	2		
⑭分析的思考	どのように指導したら、学習されるのか、自身をモデルに繰り返し考える		1	2		
⑭分析的思考	対象者がどのように課題をとらえているのかを、自身で体験する方法を考える。		1	2		
⑮概念化思考	過去の実践・経験から意味をもたせたプログラムの結果した作品を大切にしている。		1	2		
⑮概念化思考	過去の経験・実践の積み重ねから作業療法の魅力を解釈している		1	2		
⑮概念化思考	過去の実践・経験から、作業療法の力を信じている		1	2		
⑮概念化思考	過去の実践・経験から、様々な作業の面白さを知っている		1	2		
⑮概念化思考	過去の実践・経験から、CLと作業・環境の結びつきに関心がもてる。		1	2		
⑮概念化思考	作業療法について、あいまいに見える部分を認識し、わかりやすく伝える工夫ができる。		1	2		
⑯技術的/専門的/マネジメント専門能力	報告・連絡・相談を受けやすいスタッフである		1	2		
⑯技術的/専門的/マネジメント専門能力	滋賀県内・新人事例報告会発表		1	2		
⑯技術的/専門的/マネジメント専門能力	リハケアまたは、回復期リハ学会への参加		1	2		
⑰セルフ・コントロール	臨床においては、自身の感情を自覚し、コントロールし、また意図的に感情を活用できる。		1	2		
⑰セルフ・コントロール	センタリングの実践ができる(バリデーションより)		1	2		
⑰セルフ・コントロール	ストレスマネージメントが、実践できる		1	2		
⑰セルフ・コントロール	他職種・CL・家族を冷静に、落ち着きを取り戻せるように、対応することができる		1	2		
⑱自己確信	自身の評価を素直に受け止める		1	2		
⑱自己確信	CLの経験を、振り返り、再び同じような課題・バリアンスをもったCLに対する準備ができている。		1	2		
⑳組織へのコミットメント	組織の方針を理解して行動できる		1	2		
1年経験・自己評価合計(b)			61	122		
	1年経験61点に対して					

表3　コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価（CBFE-OT）翻訳のワーキンググループ

永井　洋一（監訳）	新潟医療福祉大学
酒井　ひとみ	関西福祉科学大学
辻　陽子	関西福祉科学大学
藤井　有里	関西福祉科学大学
本田　一樹	関西福祉科学大学付属診療所
松山　厚樹	関西福祉科学大学付属診療所
伊藤　健次郎	アクティブ訪問看護ステーション
大谷　将之	障がい者支援センターてらだ
梅津 清司郎	YMCA米子医療福祉専門学校
國貞　将志	広島国際大学
叢　麗	広島国際大学
堀部　恭代	愛知医療学院短期大学
西井　正樹	白鳳短期大学

②卒後人材育成の実際：

当院における作業療法卒後教育のかたち

石黒　望

現在，筆者の入職時代とは異なり，多くの新卒作業療法士が回復期リハビリ病棟を有する病院に就職し，日々の忙しい疾患別リハビリテーションの診療報酬体系の中で，医師並びに理学療法士を管理者として，医療職そしてリハ職として卒後教育を受けている．そしてボトムアップにつながる多くの研修が，身近に存在し多くの作業療法士が，理学療法士と共に受講し，現場に持ちかえり理学療法の隙間を埋めるような臨床に追われている．そんな中，「作業」療法士として歩むすべを学ぶ卒後教育の水準は保たれているだろうか．医療の中で「作業療法」が明確な地位を，ポジションを，保つことができるのだろうか（図1）．

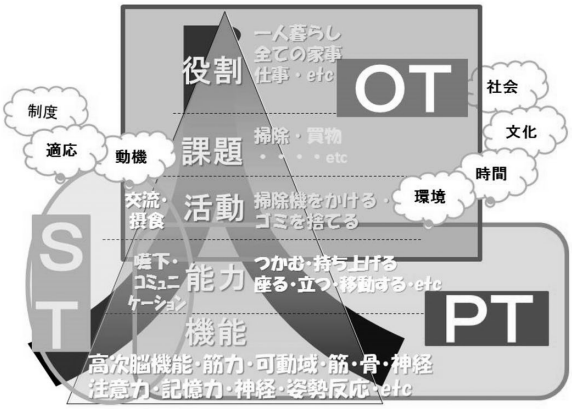


図1　トップダウンアプローチにおける連携

当院では，Anne G. Fisher が提案した作業療法介入プロセスモデル（Occupational therapy intervention process model，以下 OTIPM）を基本とする OT 実践の臨床教育施設を目指している．特に「日本独自」の形である回復期リハビリ病棟において，トップダウンアプローチにおける連携を実現するために OTIPM をどう展開するかを模索し，その実践を通した OT の学びを卒後教育の柱とすえ，介入の実践を目指している．そこで，「回復期の流れの中で，OTIPM をどう位置づけるかは，回復期リハビリ病棟における OT 実践のあるべき姿を明らかにすること」と考え，安心安全⇒環境適応⇒目標環境適応⇒活動・参加・役割獲得⇒伝達など OT 課題の推移を念頭に回復期 OT パスを作成した（図2）．パスは，回復期リハビリ OT 介入経過を日々の人－作業－環境の変化に焦点を当てた PT とも共有する時間軸を横軸に9期（病院環境適応期，初期集中期，経過期，加速期，後期集中期，目標環境適応期，ステップアップ期，伝達期，振返り期）に整理し OTIPM を元に作成したものである．

その実践を通じ OT 介入プロセスの主体的な学びを軸に回復期リハビリ病棟での3年間の実践学習を卒後教育の柱とした．全入院患者に対しパス実践を通し，各期における「人」「作業」「環境」の移り変わり（図3）を意識した介入実践，各期 COPM（シーオーピーエム：カナダ作業遂行測定）等面接，AMPS（アンプス：運動とプロセス技能の評価）及び AMPS の視点での遂行観察等，自宅訪問，数回の外出訓練，各介入モデルの研鑽実践，家族からの聞き取り，サービス担当者会議参加，「元気が出る申し送り表」の作成，訪問リハよりフィードバックなど，セラピスト一人平均年間 18 事例を通じての経験を持つ．加えて，チームの他2名のセラピスト担当患者を代行・共有し，年間約 36 名事例についても情報交換する機会を持つことができる．全事例が，このパスに基づき OT 介入が実践されることで全スタッフが一つの方向を向いて学ぶことを可能にする．また，それら課題遂行評価や様々な介入モデルの実践などを可能にする「環境づくり」もまた大切である．なお AMPS 講習会には，入職2～3年目の受講を指導し現在殆どの OT が，認定評価者となっている．

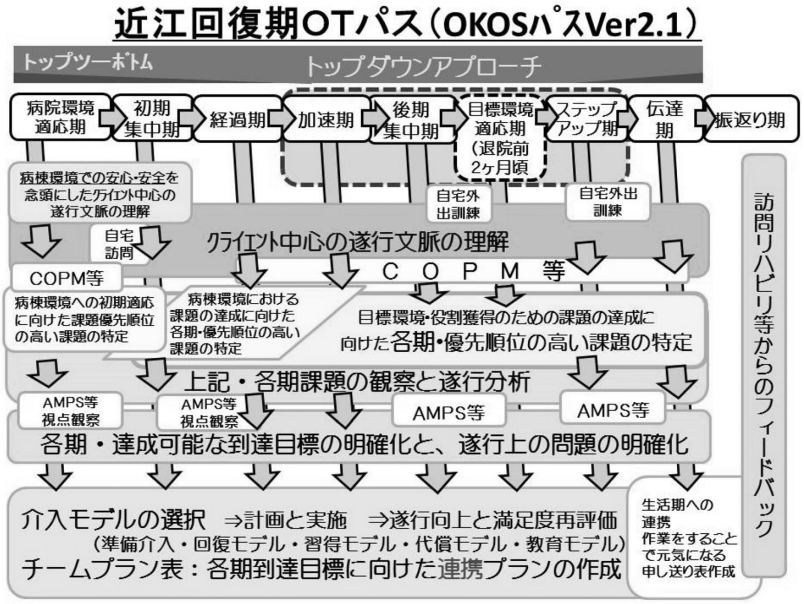


図２　近江回復期作業療法標準パス

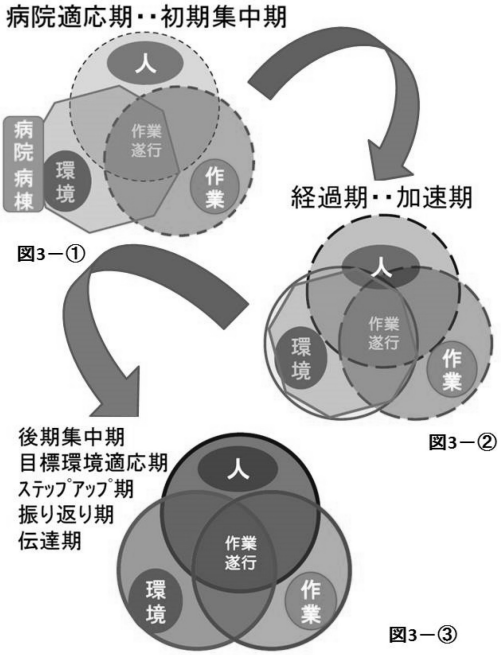


図３　人－環境－作業の変化

当院 OT 室には，セラピスト 10 か条宣言と共に，OTIPM そして回復期 OT パスを理解するための数種類の図，そして『私達作業療法士は，作業療法実践のために必要な知識・技術そして資質向上に向けた研鑽に努めます』宣言を掲示し，常に主体的に OT 実践を意識する環境を設けている．医療職・リハ職として，『基礎医学・疾病の研鑽，心理学領域の研鑽，運動学領域の研鑽，疾患別知識の研鑽，医療従事者としての研鑽，地域リハ従事者としての研鑽』をはかり，OT として，『作業科学の研鑽，OT 理論・実践の研鑽，OT 評価技能・技術の研鑽，代償･習得･回復･教育モデルなど OT 介入技術の研鑽』に努めることを意識し，人－作業－環境のつながりを支援し失われた作業を取り戻す作業療法士としての知識と技量習得への強い意識の定着を卒後３年間の目標としている．そして研鑽のため，研修規定にて外部研修の参加や，発表支援を積極的に進めている．

卒後３年で OT･「作業」療法士として自信を持ち，歩むすべを持つことで，一生涯 OT として成長できるのではないでしょうか．

③ WG 報告：「コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価」の紹介

永井　洋一

コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価（Competency-Based Fieldwork Evaluation for Occupational Therapists：以下，CBFE-OT）は，カナダ作業療法協会の後援と承認を得て 2002 年に発行された臨床実習の評価表である．前書きによれば，この評価は「従来の実習評価が細々とした療法

士のスキルの羅列であり，療法士の本質的なコンピテンシーには触れていない」という実習指導者や養成校教員の数多くの不満によって生み出された．最初，理学療法士，言語聴覚士，作業療法士に共通の評価表としてデータが収集され，妥当性，信頼性について十分に満足のいくものであることが証明された後，作業療法士独自の評価表としてデータを追加して発表されている．

評価の対象となるのは，専門職として活動する際に十分なパフォーマンスの基礎を形成する知識，技術，価値，及び個人的資質であり，７領域にわたるコンピテンシーとしてまとめられている．それらは，１．実践に関する知識（OT 特有の理論と技術に関すること），２．クリニカル･リーズニング（分析的･概念的思考，判断，意志決定，及び問題解決），３．実践の過程に変化を促すこと（評価の実施，治療計画立案，治療の実施と終了計画），４．専門職としての関わりと責任（対象者や同僚との人間関係構築，法的・倫理的な実践の基準），５．コミュニケーション（言語的・非言語的な意思の疎通や書面による報告），６．専門職としての成長（自発的な学習，説明責任を果たす），７．パフォーマンスの自己管理（時間や資源の管理，リーダーシップ）である．

評価表は７つの領域に対して，低い評価では０点＝実習生として受け入れ難い，１点＝初級レベルの学生に相当，から，高い評価の８点＝初級レベルの臨床家に相当，９点＝例外的に優秀，の 10 段階評価尺度で採点するようになっている（表，図１）．領域毎に実習指導者のコメントを記入する欄が設けられており，１～７の内容で学生がどのような進歩を遂げたのか，指導者の意見を書き込めるようになっている．実習指導者と学生はそれぞれ中間評価と最終評価を行い，最終ページには総合的評価欄があって，合格の評定を実習指導者が推奨するかどうか，チェックするようになっている．評価表の最初のページには学生が評価結果を受諾するか否かにチェックをつける欄も設けられている点が興味深い．

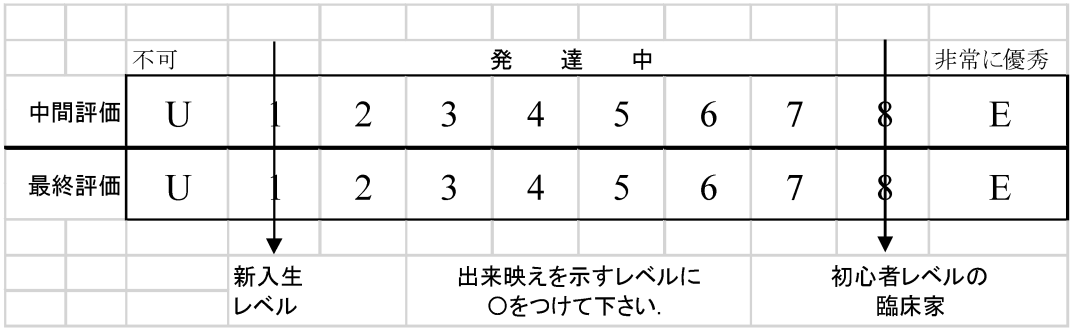
さらに，学生は指導者と相談しながら領域毎の重点的な学習目標を記入し，自分が専門職として成長するにはどのような内容の学習を行えばよいか書き込む欄が領域毎に 2/3 ページ程度取ってある．この部分は学生がビジュアル・アナログ・スケールで自己評価するように作られている（図２）．

この評価表を使用した経験について，本学科と国際交流協定を結んでいるオンタリオ州クイーンズ大

表．１～８点の得点の説明

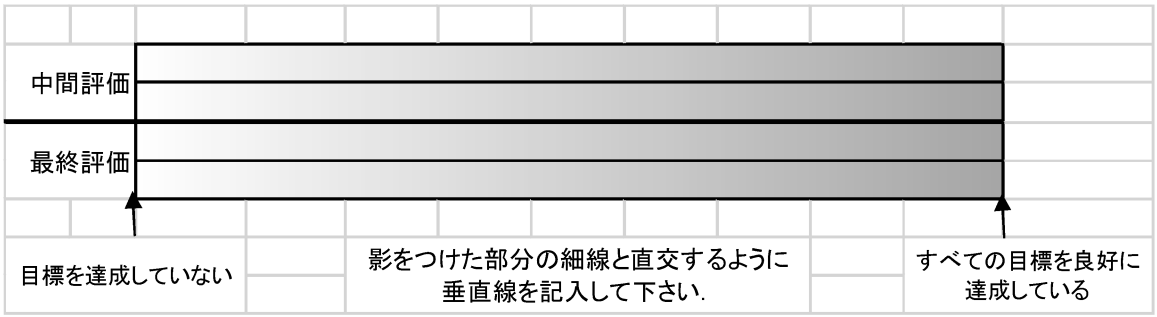
段　階		得　点
発達中	1	1.段階１の低いコンピテンシー
		2．段階１の萌芽的コンピテンシー
		3．段階1のコンピテンシー習得
		段階2への移行期
	2	3．段階2への移行期
		4．段階2の萌芽的コンピテンシー
		5．段階2の中間的コンピテンシー
		6．段階2のコンピテンシー習得
		段階3への移行期
	3	6．段階3への移行期
		7．段階3の萌芽的コンピテンシー
		8．段階3のコンピテンシー習得
		臨床実践への準備が整っている

解説：実際に CBFE-OT で使われている評価表の形式．段階１は知識の適用，段階２は過渡期で行動に関する省察が可能な時期，段階３は整理統合期で行動中に省察が可能な時期．



解説：上段は中間評価，下段は最終評価である．

図１．評価表の見本



解説：学生が記入する重点的学習目標の自己評価表.

図２．重点的学習目標の自己評価表（Visual Analogue Scale）

学のある作業療法学科教員は，「専門職としての成長が把握できる，実習施設の種類や対象者の特性に左右されずに学生を評価できる，他の保健医療専門職と共通の基盤に立って評価できる点が長所」と述べた．また，同大の修士課程２年生２名（実習終了直後）に感想を求めたところ，「公正に評価されていると感じた，指導者と意見交換ができるのでよけいなストレスがない，自分の長所と短所が実習の途中でもよく理解できた」と述べていた．

但し，同大の別の教員は「確かにそれ以前の煩雑でわかりにくかった学生評価と比較すればよいのだが，実習指導者の主観に頼る曖昧な部分が残っていること，『初級レベルの臨床家』と判定する基準が依然として不明で指導者による個人差が大きいこと等が問題となってきたため，新しい評価の開発が計画されている」とのことであった（2016 年９月に聴取）．

今後わが国の臨床実習においても，上記の趣旨を理解した上でこの評価表を使用する施設や養成校が出てきてもよいのではないか，と考える．

④ WG 報告：
作業療法士のコンピテンシーを考える
東川　哲朗

【緒言】

近年，回復期リハ病棟は 365 日リハ，休日リハ加算や充実加算などの算定加算を求められる事から火急的な増員が進んでいる．そのため，就職時の様子としては，多くの先輩作業療法士の中に新卒者が一人就職するというスタイルから，少ない経験者に多くの新卒者が就職するという形に変化している．また，その新卒者はいわゆる「ゆとり教育」の世代の者が多い．これらの事を鑑みると，臨床現場では新卒者に対する教育や，その方法を考えなければいけない時代になっていると考えている．

その教育や方法のポイントとして，効率的でスピード感がある事が必要で，近年看護師の卒後教育で用いられている「コンピテンシーモデル」に着目し，作業療法卒後教育での利用を試みた．

【コンピテンシーモデル】

コンピテンシーとは，ある職務や状況において，高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性の事をいう．期待できる事として，求められる能力が具体的に理解できる事，自身の強みと弱みがわかる事，各自が明確な行動目標をもって職務にあたる事でパフォーマンス向上につながる事，達成感や充実感が向上する事などである．コンピテンシーに関する理論は 1970 年代にハーバード大学の心理学者マクレランドによる米国務省の外務情報職員の選考に際して行った研究が始まりとされる．

【中核と表層のコンピテンシー】（図１）[1)]

行動には，最終的に目に見える形となって現れる表層部分と，その行動を生み出す元となった内面部分の中核部分とに分けられる．表層部分は目に見える部分であり，技術や知識を表す．対して中核部分は特性や，動因，自己イメージなどの目に見えにくい部分になる．わかりやすく我々作業療法士に当てはめると，表層部分は関節可動域練習の技術や，中枢性運動機能障害に関する知識などである．他方，

中核部分は，休日をおして研修会に行くとか，今日のうちに自助具の製作を完成させようとか，早めに来て仕事の準備をしようなどという内面的な部分になる．一般に表層部分は個人の能力の開発や評価が易しく，中核部分は能力開発・評価が難しいとされている．

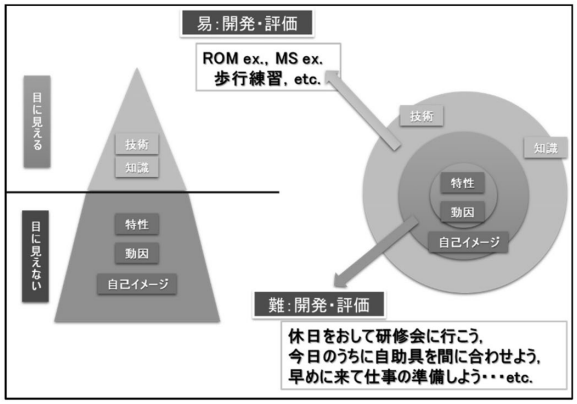


図１　中核と表層のコンピテンシー

【コンピテンシーモデルの実例】

図２にコンピテンシーモデルの実例を紹介する[2)]．このモデル例はスペンサーらの開発したコンピテンシーモデルに基づいている．コンピテンシーはその内容からグループ化される（クラスター群）．スペンサーのクラスター群とその概念は以下の通りである．

「達成とアクション」
・・・効率性，情報探求
「支援と人的サービス」
・・・対人関係理解，顧客サービス重視
「インパクトと影響力」
・・・自分の考えを他者に伝える，アピールできる
「マネジメント能力」
・・・他の人たちの開発，チームワーク
「認知力」・・・分析，概念化
「個人の効果性」
・・・セルフコントロール，身だしなみ，他者を承認

この概念に基づき，定義が示され，その達成に関してはレベル分けされる．例示の場合は５段階に分けられている．このレベル分けは，最初の段階では自身の行動の中でどうかがポイントとなり，そこから所属するチーム，部門への影響力，他の人に影響を与える方策を自ら考える段階，そして，継続して

クラスター群	コンピテンシー	定義	レベル0	レベル1
達成とアクション	達成重視	優れた仕事を達成	効率よく仕事している	業務の無駄や非効率・・
	秩序・クオリティ・正確性への関心	・・・	・・・	・・・
	イニシアチブ	・・・	・・・	・・・
	情報探求	・・・	・・・	・・・
支援と人的サービス	対人関係理解	・・・	・・・	・・・
	顧客サービス重視	・・・	・・・	・・・
インパクトと影響力	インパクトと影響力	・・・	・・・	・・・
	組織の理解	・・・	・・・	・・・
	関係の構築	・・・	・・・	・・・
マネジメント能力	他の人たちの開発	・・・	・・・	・・・
	指揮命令：自己表現力と地位に伴うパワーの活用	・・・	・・・	・・・
	チームワークと協調	・・・	・・・	・・・
	チーム・リーダーシップ	・・・	・・・	・・・
認知力	分析的思考	・・・	・・・	・・・
	概念化思考	・・・	・・・	・・・
	技術的・専門的・経営的能力	・・・	・・・	・・・
個人の効果性	セルフ・コントロール	・・・	・・・	・・・
	自己確信	・・・	・・・	・・・
	柔軟性	・・・	・・・	・・・
	組織へのコミットメント	・・・	・・・	・・・

図２　コンピテンシーモデルの実例

その姿勢を努力するという観点で，徐々に自分だけの事から，周りの人に影響を与えていくという段階付けである．

【コンピテンシーモデル開発のプロセス】

一般のコンピテンシーモデルの開発プロセスと，今回我々が別の方法を採った理由を説明する．

一般的なコンピテンシー開発プロセスではまず，ハイパフォーマー（優れた行動を取る人，管理職など）に対する面接から高い能力に基づく行動の抽出をする．その抽出された行動をクラスター分けする．次いで抽出行動をレベル分けし評価指標の作成．最後に妥当性を検証する．この方法では，求める行動特性の共有には経験が長いスタッフからの一方通行となりやすく，若いスタッフの意見の反映が難しい事，行動抽出の行程（グループワーク）が意思交流の機会になり得ると考えた事から別の方法を採った．

【我々が行った開発プロセス】

今回我々は作業療法教育研究会のワークショップで提案された酒井ら[3)]が行った手法を利用した．最初に作業療法士を経験年代別にグループ分けし，それぞれが考えるハイパフォーマーの行動抽出を行った．具体的には「日々，最も仕事ができていると思う人をイメージし，その人がどんな行動をしているか，また自分がその人のどんな行動を見てすごいなと感じるかを書いてみて下さい」と課題提示し，個々人で抽出作業を行った．次いで，抽出行動のグループ（クラスター）分けを行った．今回の段階はここまでで，本来ならこれ以降，レベル分け，評価指標の作成，妥当性の検証が必要な作業と考えている．

【結果】

参加者は研究者を除く当院作業療法スタッフとした．経験1年目から24年目までで，平均経験年数は5.3年であった．グループは経験年数に応じて年長グループ（8～24年目：7名），中堅グループ（4～7年目：7名），年少グループ（1～3年目：11名）とした．

抽出された行動総数は311個，1人平均12.4個抽出された．抽出された行動を分類すると「達成とアクション」，「支援と人的サービス」，「個人の効果性」のクラスターのものが多かった．反対に「インパクトと影響力」，「認知力」は極端に少なかった．年代別の比較では年長者で「マネジメント能力」の抽出が多くなり，「インパクトと影響力」は経験と共に抽出数が多くなる傾向があった．

【考察】

カテゴリー・抽出数とも「達成とアクション」が多かった．中でも効率性の取り上げが多かった．日常業務の繁雑さが要因の可能性がある．患者・家族を対象としている仕事であるため「支援と人的サービス」中でも相手の話の傾聴や協調性などが多く挙がったと考えられる．対して，対象者は外部に働きかける態度を求める「インパクトと影響力」は抽出数が少なく，受け身的になっている可能性がある．「マネジメント能力」・「認知力」に関する数が少なく直接業務と関係が深い項目が多く挙がったのは若いスタッフが多い事が理由と考えられる．

【文献】

1）ライル・M・スペンサー，シグマ・M・スペンサー著，梅津祐良他訳：コンピテンシー・マネジメントの展開［完訳版］．14，生産性出版，2011.
2）虎の門病院看護部編：看護管理者のコンピテンシー・モデル　開発から運用まで，医学書院，2013.
3）酒井ひとみ他：教育方法論ワークショップ「コンピテンシー」，作業療法教育研究，16：pp17-18，2016.

研究と報告

継続的専門能力開発としてのクライエント中心の作業療法の勉強会参加の効果

Effects of participating in study group for client-centred occupational therapy as continuing professional development

浦郷　友輔[1) 2)]・吉川　ひろみ[3)]
Yusuke URAGO・Hiromi YOSHIKAWA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(1): 29–37, 2017

要旨：作業療法士の継続的専門能力開発としてクライエント中心・作業中心の作業療法についての勉強会を週 1 回 6 ヶ月間実施した．この勉強会に参加した作業療法士 9 名は，勉強会参加後に，自らの実践への遂行度と満足度が向上し，作業遂行の評価や作業への介入をより多く行うようになった．さらに周囲の人による作業療法への理解が深まったり，クライエントの自信が高まり退院後に作業が継続したり，作業が拡大したりしたと感じていた．また，参加者は自らの実践が変化したことで，新たな実践上のバリアを経験していた．
キーワード：継続的専門能力開発，クライエント中心，作業中心，卒後教育

Ⅰ．緒言

世界作業療法士連盟（以下，WFOT）は，最新の専門的知識と技能を維持するために継続的専門能力開発（Continuing Professional Development，以下 CPD）を推奨している[1)]．オーストラリアの CPD ガイドライン[2)] によると，「CPD とは知識と技能，コンピテンシーを維持，向上，拡大させ，専門職としての生涯を通じて必要とされる個人と専門職の質を開発するための手段である」と述べられている．本論では，CPD を「専門職がコンピテンシーを維持・向上するための継続的な学習活動プロセス」と定義する．コンピテンシーは，マクレイランドが最初に提唱し，職務上の業績を予測するための変数として開発された概念である[3)]．作業療法においてコンピテンシーとは，「特定の目標を達成し，職業上の責務を果たすための知識，批判的思考，意志，特徴，性質，技能の実際の遂行である」とされている[4)]．つまりコンピテンシーとは，「持っている知識や技能の実際の遂行能力」のことである．専門職としてのコンピテンシーを維持・向上させていくために，資格取得後も能力を開発していく，そのプロセスが CPD であり，それは専門職として，生涯続くものであると言える．

専門職である作業療法士は，CPD を通してコンピテンシーを獲得，維持，向上する必要がある．WFOT は 2010 年に「作業療法（以下，OT）とは，作業を通して健康と安寧を促進するクライエント（以下，CL）中心の保健専門職である」と OT を定義している[5)]．つまり，現在求められる作業療法士のコンピテンシーは，CL 中心，作業中心の視点で介入・成果を見ることであると考えられる．Wilding[6, 7)] は，CPD の教材としてカナダモデルを使用しているが，質的分析から作業療法士の認識の変化への言及に留まっており，筆者が調べた限りでは，CL 中心，作業中心の OT における CPD の成果を実践や CL への影響について示した先行研究はない．よって，本研究の目的は，作業療法士が CL 中心，

1）おかもとリハビリ訪問看護ステーション
Okamoto rehabilitation home-visit nursing station
〒 732–0033 広島県広島市東区温品 7–5–12
7–5–12, Nukushina, Higashi-ku, Hiroshima-shi, Hiroshima, 732–0033, Japan
2）前所属；アマノリハビリテーション病院
Former affiliation; Amano Rehabilitation Hospital
3）県立広島大学保健福祉学部
Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

作業中心の実践を行うコンピテンシーを獲得するために，CPD 活動に参加したときの成果を明らかにすることとする．

Ⅱ．方法

1．手順

対象者は A 病院の作業療法士とし，研究協力に同意が得られた者とした．CPD 活動として，CL 中心，作業中心の実践をテーマにした継続的な勉強会を開催し，勉強会開始時と勉強会終了時に成果測定を行った．勉強会の内容は，筆者の提案と参加者の希望に沿って，一緒に話し合いながら決定した（表 1）．期間は，平成 26 年 8 月から平成 27 年 3 月，頻度は週に 1 回，時間は 30 分から 60 分とした．

2．成果指標

成果指標は，Cervero の文献[8]を参考に，実践家の認識の変化，実践上の変化，CL の変化について検討した．

1）作業療法士の変化

作業療法士の変化については，CL 中心の実践（以下，CCP）[9]，作業基盤の実践（以下，OBP），作業焦点の実践（以下，OFP）[10]に関して，どのくらいできているか（遂行度），現状にどのくらい満足しているか（満足度）を 10 段階で参加者自身が自己評価を行った．CCP，OBP，OFP の 3 つの用語については，筆者が紙面と口頭で参加者に説明を行った．本研究では，CCP を「CL は自分自身の専門家として，作業療法士は作業の専門家として一緒に協働すること」，OBP を「評価や介入に作業を用いること」，OFP を「評価や介入で作業に注意を向けること」と定義する．

また，勉強会へ半分以上出席した高頻度参加者にフォーカスグループインタビュー（以下，FGI）を実施した．FGI では，筆者がファシリテーターを行い，勉強会に参加しようと思ったきっかけ，勉強会参加が作業療法士の認識と OT 実践，CL へどのような影響を与えたか，などのインタビューガイドに基づき適宜質問を加えながら実施した．内容は IC レコーダーで録音し，逐語録を作成した．

2）実践上の変化

実践上の変化については，筆者が作成した参加者の OT 実践についての質問紙（図 1）を用いた．質問紙調査は研究開始時と終了時のそれぞれの時点で 2 回行い，それぞれ回答時点から過去一ヶ月で，行った評価と介入の実施回数や実施 CL 数について回答を求めた．質問紙では，CL と作業中心の評価法として A 病院において馴染みのある，カナダ作業遂行測定（COPM）と運動とプロセス技能評価（AMPS）を実施した回数について回答を求めた．また，介入の項目では，作業療法介入プロセスモデル（OTIPM）[11]の“作業療法士による介入として使用される活動（準備活動，反復練習／エクササイズ，回復作業，習得作業，適応作業など）”に，実際に作業を行う介入として他に考えられる具体的な活動を加え，介入プログラムにそれぞれの活動を取り入れている CL 数について回答を求めた．

3）CL への影響

CL への影響については，参加者が自身の担当 CL に「OT サービスを受けた感想」について口頭または紙面にて聴取した．

3．データ分析

作業療法士の変化について，10 段階の自己評価は，Wilcoxon 順位和検定を用い，実践上の変化については，質問紙の各項目の勉強会前後における増減者数について表を作成した．FGI は，逐語録作成後，質的研究に精通した研究指導者とグラウンデッドセオリーの分析方法[12]を参考に，意味のまとまりごとにラベル名を付け，コード化とカテゴリー化を実施した．その後，カテゴリー間の関係を図示した．ラベル付けは，筆者と研究指導者で一度別々に行い，両者の分析を比較して話し合いながら行った．また，一度生成したコードやカテゴリーを継続的に見直して表現を修正したり，コードの分類をし直しながら分析を実施した．

4．倫理的配慮

本研究は，アマノリハビリテーション病院教育委員会の倫理審査を受けている．参加者には研究について口頭と紙面で説明後，いつでも研究協力を辞退できることを保証した上で研究協力の同意書に署名を得ている．

Ⅲ．結果

1．参加者の属性

研究期間中に合計 9 名（男性 5 名，女性 4 名）の

最近一か月のあなたの作業療法実践について教えてください。
あなたが行った評価や介入自体の回数や実施しているクライエントの数を答えて下さい。
・カナダ作業遂行測定（COPM）を実施した回数
（　　）回

・運動とプロセス技能評価（AMPS）を実施した回数
（　　）回

・調理練習を実施した回数
（　　）回

・買い物練習を実施した回数
（　　）回

・外出練習を実施した回数
（　　）回

・その他 IADL 練習を実施した回数
（　　）回

・準備活動（例；マッサージ，ROM 訓練，感覚刺激，スプリント作成と適合，ポジショニング，など）を取り入れている担当クライエント数
（　　）人

・反復練習／エクササイズ（例；輪入れ，セラバンド伸ばし，重りを持ち上げる，コーンを積み上げる，など）を取り入れている担当クライエント数
（　　）人

・回復作業，習得作業，適応作業を取り入れている担当クライエント数
（　　）人

図1　実践上の変化についての質問紙

作業療法士が参加し，勉強会1回当たりの参加者数の平均は4.7人だった．参加者の経験年数は平均7.1年（2 − 26年）で，作業中心の実践のための評価法であるAMPSの認定評価者が7名含まれていた．

2. 勉強会の内容

勉強会は，ほぼ週に1回の頻度で合計30回実施し，勉強会1回当たりの時間は30分から60分だった．内容については，OTIPMの教科書[11]輪読，教科書の内容に沿った実践の振り返り，参加者の担当CLについての相談，事例報告と検討，遂行分析と文書化の練習を行った（表1）．

表1　勉強会内容

項目	回数
OTIPM教科書輪読	27
教科書の内容に沿った実践の振り返り	25
参加者の担当CLについての相談	10
事例報告と検討	3
遂行分析と文書化の練習	2

3. 作業療法士の変化

1）遂行度と満足度の変化

CCP の遂行度，OBP と OFP の遂行度・満足度が勉強会後に有意に向上し，CCP の満足度には前後で有意差がなかった（表 2）.

2）質的変化

FGI の実施時間は 56 分で，分析の結果，CL 中心，作業中心の勉強会の成果として，5 カテゴリーと 20 のサブカテゴリーが明らかになった（表 3）.

表 2　作業療法士の変化

項目	前	後	p
CCP 遂行度	3.1	4.4	0.041*
CCP 満足度	2.2	3.4	0.12
OBP 遂行度	2.9	4.7	0.024*
OBP 満足度	2	3.9	0.024*
OFP 遂行度	3	4.8	0.014*
OFP 満足度	2.3	4	0.024*

*p＜0.05
CCP：Client-Centred Practice,
OBP：Occupation-Based Practice,
OFP：Occupation-Focused Practice

表 3　作業療法士が捉えた勉強会の成果

大カテゴリー	サブカテゴリー	抜粋
参加者の学習意欲の高まり	未熟さの自覚	*「スタートはそうじゃないつもりだったんだけど，（OT の目標の主語が）すり替わるんですよね．成果が結局その人がしたい作業じゃなくて，こっちがしてほしいことに」*
	OT 実践に役立たない勉強会の経験	*「一生懸命勉強すればするほど，脳生理学に行ってしまったりとか，なんか OT から離れるんで，やっぱり OT としてぴしっとしゃべれんとっていう」* *「でも一緒に勉強会過去にやってるんですけどね，全部つぶれていったのはなんでだろうってのは結構考えさせられましたけどね」*
	向上心	*「いっぱい聞けると思って，勉強したい気持ちはあったので，それでいい機会だと思って参加しました」*
	他者からの刺激	*「まあ後輩がこんだけ頑張ってるのに，おいていかれると思って．このままだったら自分に変化もないし，おいてかれるし，後輩たちにも負けてられないなっていうので」*
作業療法士の CL 中心の実践への認識の向上	OT の視点の確認	*「（勉強会に参加して自分の実践が）これでいいんだっていう場合もあるし，変な方向に行ってるみたいなのを修正する機会にもなるし．大事だと思いました」* *「（勉強会に）来て作業療法との結び付きの機会を持てたから，もう一回場所を変えて頑張ってみようって思ったし，なかったらたぶん介護士化して終わっていたか，職場を辞めていたと思う」*
	協働の重要性の認識	*「勉強会に参加する度に，いやいや協働（が大事）なんだっていう，パートナーシップが大事なんだっていうのがすごい自分の中で印象づけられていった」* *「協働するっていう意味がしっかり分かって，こっちが考えることもしっかり伝えないといけないっていうスタンスでしっかり意見交換していけばパートナーシップが生まれていく」*
	CL に関する視野の拡大	*「最初クライエントって言ったら，処方されたその人としか思ってなかったんですけど，クライエント群がいて，クライエントは本人だけじゃないっていうのが分かったので，家族とかスタッフもクライエントになるっていうのも分かった」*
	実践環境の限界への気付き	*「作業療法士が働く場所について，すっごい私はこの勉強会で考えて．作業中心に見てたら，やっぱり病院内じゃ，病院ってあくまでもその先があって，そこをちゃんと見ようと思ったら，どうしてもまかないきれなさ過ぎて」* *「例えば病院でいくらレジャーの部分とかを話し合ったとしても結局最後まで，家に行ったら状況は変わるし，周りの人たちも全然違うし，そこまでちゃんと関われるかって言ったら関われないし，関われても結局結果が分かんない」*
	バリアへの建設的思考	*「壁が分かったら，なんで壁にぶつかったかのまた分析できる．クライエント中心の作業療法をするために，今後どこを壊していかないけんかっていうのがすごい分かりやすいですよね」*

CL 中心の OT 実践の向上	CL の作業中心の実践の高まり	「変わったのは遂行文脈を意識して関わるので，その人の文脈を無視した介入はしてなかったのかなとは」 「作業遂行を見るっていう，まず作業遂行を見せてくださいっていうところからほとんどの人が始められたと」 「ちゃんと作業に目を向けて，この人がどんな作業をしたいかっていうのが分かったら，別に OT が関わらなくてもいい作業って絶対あるじゃないですか．それを上手く他の人に託せるようになったっていうか，伝わるようになったんじゃないかって」
	作業をしながら OT の説明をするとよい	「実際に作業をしながら（OT を）説明していく．やりつつ詳しく聞いて，どういった環境だったか，どういった意味があったかとか，どういった実際に役割だとか」
	実践環境を変える	「ここ（病院）にいて結局作業に関われるのかなっていうのが，まあ関われなくはないけど．だから異動の希望を出して，結局異動になってるんですけど」
CL やその周囲の人への影響	CL の OT への認識の高まり	「（CL と）最初の OT の時間に話し合った後の，次の日に自分の作業について思ったことを考えてきて，これはどうですか？って言ってくれたりとか」
	CL の周囲の人の OT への認識の高まり	「家族さんが言われたんですけど，OT の認識が，OT がどんなものかが分かったってまず言ってもらえて，PT との違いみたいなのも分かったって言ってくれて．」 「自分から OT のことを説明を，民生委員さんがして，老人クラブ連合会で『F さんはね OT でね，皆さん，体操の人じゃないんですよ．したいことをするようにサポートしてくれたり，相談に乗ってくれるから』っていうのを言われて」
	CL の日常生活上の成果	「（畑仕事の練習をした CL が）これなら何とかできそうだっていう風になって帰っていってらっしゃった．3 ヶ月くらいですかね，退院されて，継続してできてたみたいで」 「（CL が）実際生活も東京に行ってとか，チャレンジし出して広がっていってるんですね」
勉強会参加がもたらす利益と苦しみ	実践に活かせる内容が良い	「知識をいっぱい入れても練習してやってみないと，身にはならないから，練習，文書化とか，実際 AMPS やってみるとか，練習して，今度は自分で臨床でやってみて，それを症例報告でフィードバックするっていう」 「継続的にする，刺激が頻回にあるっていうのだけで，それだけでもすごいよかったんじゃないかな．刺激が頻回にあることで，普段に立ち戻れるってのが一番大きかったんじゃないのかなと思います」
	対等な立場でのディスカッションがよい	「なんかディスカッションするから印象に残る．だから入っていきやすいです．また何回目かの勉強会で同じキーワードが出ても，こういう話したじゃんって言われたら思い出せる」 「（この勉強会では）割と皆が話してたり，皆が聞き手みたいな感じだから続くんかなって」 「この会になると年齢もなにも関係なく，これは常に．素直にそうだそうだって思えるっていうのがいいね」
	バリアの出現や増大による苦悩	「本人の希望とかその，それが伝え方がヘタクソなのかもしれないけど，（他職種に）受け入れられないとかいうときに，実践が変わるから新しい障壁が出てくるというか」 「確かに他の人と対立すること多くなった．だって，泣きよったもん，対立して」
	OT を理解しない他職種	「私の評価としては，OT はやっぱり要らなくて，病院では PT をやった方がいいと思うっていう人だったけど，でも，PT にはそれが受け入れられなくて，手が痺れるとか言ってるとか，なんかその（心身）機能とかを言われて」 「せっかく現場も変わって，サポートしてる人たちも変わったのに，最終的な原稿を一度見せたことあると思うんですよね，こういう風に変わったよって．実はそれを上に出したときに，却下くらったんですよ」
	勉強会参加によるフラストレーション	「でももう辛かったあ．（現場に）帰っても実践する場所がないし，実践できたかもしれないけど，ハード面で人数の問題とかで実践できなかったから．こうしたい，ああしたいはあるけど，（OT の）知識だけあって実践できないから」

【参加者の学習意欲の高まり】には，未熟さの自覚，OT 実践に役立たない勉強会の経験，向上心，他者からの刺激があった．未熟さの自覚では，CL 中心ではない過去の実践，OT の力量不足，変化を起こすためのエネルギー不足が挙げられた．他者からの刺激では，他職種からの刺激，周囲の OT からの刺激が挙げられた．参加者は，*「自分の実践が，上手くいかない，なんか違う OT やってる気がする」*など自身の未熟さを自覚し，*「このままだったら自分に変化もないし，後輩たちにも負けてられないなって」*など周囲からの刺激を受けて勉強会へ参加していた．

【作業療法士の CL 中心の実践への認識の向上】には，OT の視点の確認，協働の重要性の認識，CL に関する視野の拡大，実践環境の限界への気づき，バリアへの建設的思考があった．参加者は勉強会への参加を通して，*「協働するっていう意味がしっかり分かって，こっちが考えることもしっかり伝えないといけないっていうスタンスでしっかり意見交換していけばパートナーシップが生まれていく」*など協働の重要性を認識するようになり，*「最初 CL って言ったら，処方されたその人としか思ってなかったんですけど，CL 群がいて，CL は本人だけじゃないっていうのが分かったので，家族とかスタッフも CL になるっていうのも分かった」*など CL を捉える視点が拡大していた．

【CL 中心の OT 実践の向上】には，CL の作業中心の実践の高まり，作業をしながら OT の説明をすると良い，実践環境を変えるがあった．*「変わったのは遂行文脈を意識して関わるので，その人の文脈を無視した介入はしてなかったのかなとは」*など CL の作業遂行文脈を踏まえた実践をするようになり，*「作業遂行を見るっていう，まず作業遂行を見せてくださいっていうところからほとんどの人が始められた」*など作業遂行の評価から OT を始めるようになっていた．

【CL とその周囲の人への影響】には，CL の OT への認識の高まり，CL の周囲の人の OT への認識の高まり，CL の日常生活上の成果があった．*「（CL と）最初の OT の時間に話し合った後の，次の日に自分の作業について思ったことを考えてきて，これはどうですか？って言ってくれたりとか」*など CL が OT を理解し協働ができるようになったり，*「（畑仕事の練習をした CL が）これなら何とかできそうだっていう風になって帰っていってらっしゃった．3 ヶ月くらいですかね，退院されて，継続してできてたみたいで」*など作業の継続ができていた．また，*「（CL の）家族さんが言われたんですけど，OT の認識が，OT がどんなものかが分かったってまず言ってもらえて，PT との違いみたいなのも分かったって言ってくれて」*のように家族など CL の周囲の人の OT への認識が向上していた．

【勉強会参加がもたらす利益と苦しみ】では，実践に活かせる内容が良い，対等な立場でのディスカッションが良い，バリアの出現や増大による苦悩，OT を理解しない他職種，勉強会参加によるフラストレーションが挙げられた．*「継続的にする，刺激が頻回にあるっていうのだけで，それだけでもすごい良かったんじゃないかな．刺激が頻回にあることで，普段に立ち戻れるってのが一番大きかったんじゃないのかなと思います」*など勉強会の頻度や，*「（この勉強会では）割と皆が話してたり，皆が聞き手みたいな感じだから続くんかなって」*など対等なディスカッションについて肯定的な報告があった．一方，*「確かに他の人と対立すること多くなった．だって，泣きよったもん，対立して」*など認識や実践の変化により新たな実践上のバリアを経験したり，*「（現場に）帰っても実践する場所がないし，実践できたかもしれないけど，ハード面で人数の問題とかで実践できなかったから．こうしたい，ああしたいはあるけど，（OT の）知識だけあって実践できないから」*など勉強会に参加することによりフラストレーションを感じていた．

4．実践上の変化

実践上の変化について，COPM や AMPS を行う回数が増加した者はそれぞれ 3 名ずつだった（表 4）．また，実際に作業を行う介入である料理の練習の実施回数が増加した者は 3 名で，買い物練習については 4 名が増加した．一方で，料理と買い物練習の実施回数が減少した参加者は 2 名だった．

CL が作業を実際に行わない介入の実施回数については，準備活動は 3 名が増加し，4 名が減少した．反復練習は 1 名が増加，2 名が減少，6 名が実施回数の変化がなかった．

表 4　過去一ヶ月の参加者の実践内容の頻度（人）

実践内容	増加	変化なし	減少
COPM	3	3	3
AMPS	3	5	1
料理	3	4	2
買い物	4	3	2
外出	3	3	3
他のIADL	4	4	1
準備活動	3	2	4
反復練習／エクササイズ	1	6	2
回復・習得・適応作業	4	1	4

COPM：Canadian Occupational Performance Measure,
AMPS: Assessment of Motor and Process Skills,
IADL: Instrumental Activities of Daily Living

表 5　勉強会参加者の担当クライエントの作業療法サービスを受けた感想

回収日	CLのOTサービスの感想
H26.11.20	*健康な状態の時に行っていた動作が，手術を受けたことによって，歩くことすらできなくなった時，どういう段階を経て，元の生活に戻すのかわかりませんでした．でもまず，自分が一番困っていることからたずねられ，それを可能にするには，身体を動かし，それをクリアできるかを一つ一つ丁寧に教えていただいて，自分の自信になったことは大きな喜びでした．これからまたいつ，体の自由を失うかもしれませんが，この経験を生かし，前向きに，歩みたいと思わせていただいた期間でした．*
H26.12.25	*日常生活に即してのリハビリですので，思った以上にやり甲斐もあり，楽しくリハビリを受けることができました．単なるマニュアル通りでなく，患者が自宅に帰ってからの生活を想定され，それに即した形で行われたことが素晴らしかったと思います．私の場合，畑の耕しや食事の準備等，患者の生活に合ったご指導を頂いたことが心に残り，頭が下がりました．わざわざ畑やスコップシャベルまで貸していただきました．Cさん，本当にありがとうございました．*

5．CL への影響

研究期間中に回収できた CL の OT サービスへの感想は 3 件だった．その内 1 件は研究の目的に不適切と筆者が判断し，残り 2 件を表にて掲載する（表5）．なお，研究への協力と感想の掲載についてそれぞれ CL から紙面にて同意を得ている．

Ⅳ．考察

1．CPD の成果の明確化

本研究における作業療法士の変化には，実践に対する認識の変化，質的な変化が含まれた．勉強会をする中で参加者は自らの実践に対する認識が高まっていたと考えられる．また，CCP の遂行度が有意に向上し，満足度には有意差がなかったのは，参加者の CCP への理解が向上し，自らの実践への洞察力が高まったことにより，満足度の捉え方が変化したためだと考える．

実践上の変化について，今回質問紙への回答では，勉強会の成果としての明確な実践上の変化は見られなかった．その原因として，質問紙の質問項目設定を筆者の推測や教科書の項目の引用を基に行ったことが考えられる．しかし，FGI における実践上の変化には，作業中心の実践の向上や，作業をしながら OT を説明するようになる，実践環境の変更があることが明らかになった．本研究において，CL 中心・作業中心の OT について学んだ参加者の一部は，評価には COPM や AMPS などの評価法を，介入には CL の作業を使用するようになっていた．さらに，成果を作業遂行の変化，CL の発言や感想から捉えるようになっていた．そのため，実践上の変化を捉えるための質問紙には，今回の FGI のような行動上の変化に焦点を当てた質的なデータに基づく質問項目の設定が適切であったと考える．

Wilding ら[6]の報告では，勉強会参加者が実践内で OT について述べるときに「作業」という言葉を使用するようになったと述べている．Wilding が実践家の使用する言葉の変化への言及に留まっているのに対し，本研究では遂行文脈を意識した介入をするようになったり，CL の作業遂行についての評価，介入をするようになるなど実践の変化が明らかに

なっている．Wilding らとの違いとして，同じ職場の参加者が，より高頻度に勉強会を行ったことが考えられ，そのことにより学習の効果が高まった可能性がある．

また CL への影響について，2 件の感想から，勉強会の参加者が担当 CL の生活の中の作業に関わることができており，それを CL も認識していたことが推察される．さらに CL への影響には，FGI の内容から，CL や周囲の人の OT に対する認識の向上，CL の日常生活上の成果があることが明らかになった．参加者が OT プロセスを CL と協働して進めていく中で，CL や CL の周囲の人に OT 実践について説明し，実践を通して示してきたことで CL の OT に対する認識が高まったのではないかと考える．FGI で「CL が作業療法士に作業の問題について相談するようになった」とあるように，CL の認識の高まりにより，作業療法士は作業の専門家，CL は自分自身の作業に関して経験と知識を持つ存在という両者の協働関係が構築されていたのではないかと考える．

2. CPD 活動としての勉強会のあり方

Forsetlund ら[13]は，講義的な内容とディスカッションを組み合わせることが，実践の改善や患者の目標の達成に対して効果があることと，勉強会へより多く出席することはより良い学習の効果に関連があることを報告している．本研究において，全 30 回の勉強会の内，前半は教科書の内容に基づき行い，同時にディスカッションの機会を提供したことで，講義的内容とディスカッションが行えていたと考える．そして FGI において，ディスカッションが学習を促進したこと，刺激が頻回にあったことが良かったと参加者が報告していることも，先行研究を支持する結果であると考えられる．Duggan[14]や Vachon[15]は，実践を高めるために省察をすることの重要性について述べている．本研究において参加者は，勉強会参加時に担当している CL についての相談・ディスカッションを行ったことにより，参加者の実践への省察を促し，勉強会の内容をより実践に活かしやすかったのではないかと考える．今後 CPD 活動としての勉強会は，単に知識を与える講義形式だけではなく，参加者の担当 CL についての相談やディスカッションの機会を高頻度に提供していく必要があると考える．

また，本研究において，予め勉強会の内容を決めずに CL 中心・作業中心の実践というテーマから筆者の提案と参加者の希望に沿って一緒に具体的な内容を決めていったプロセスは先行研究には見られない．作業療法士が抱える学習ニーズや実践上のバリアは，それぞれの職場によって異なる可能性が高く，勉強会の内容や方法について参加者と一緒に決めた方が，決められたプログラムを行うより効果的な学習が得られるかもしれない．

オーストラリア[2]やアメリカ[3]では，CPD 活動のエビデンスを示すために作業療法士にポートフォリオの作成を求めている．今後作業療法士の CPD の成果は，実践の変化と CL への影響について焦点を当て，学習内容やその成果をエビデンスとして残していく必要があると考える．

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の参加者には，AMPS の認定評価者が 9 名中 7 名含まれており，勉強会の成果をより明確にしていくために参加時点での予備知識が少ない者を対象とした調査も必要かもしれない．現在 CPD 前後における実践上の変化や CL への影響について示した研究は少なく，具体的にどのような形で成果を設定するかが課題である．今後の研究において，実践の変化後の CL やその他への影響について，CL の作業への認識や作業遂行能力の変化，入院期間などの変化を示したり，OT サービスを受けた CL の感想をより多く回収していくことが必要である．また，施設全体の処方の変化や，CL の状態によって起こる変化を考慮していく必要もある．

Ⅴ．文献

1) World Federation of Occupational Therapists: Continuing Professional Development (CPD). (on line), available from <http://www.wfot.org/Education/ContinuingProfessionalDevelopmentCPD.aspx> (accessed 2015-10-02).

2) Guidelines on continuing professional development. Occupational Therapy Board of Australia, 2014. (on line), available from <http://www.occupationaltherapyboard.gov.au/Codes-

Guidelines/Continuing-professional-development.aspx>, (accessed 2015-02-11).
3) Crist P: Competence and Professional Development. In B. A. B. Schell, G. Gillen, M.E. Scaffa (Eds). Willard & Spackman's occupational therapy 12th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 989-1004, 2014.
4) 松下佳代編：＜新しい能力＞は教育を変えるか－学力・リテラシー・コンピテンシー．ミネルヴァ書房，2010.
5) World Federation of Occupational Therapists: The statement on occupational therapy. (on line), available from <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>, (accessed 2015-10-12).
6) Wilding C: Raising awareness of hegemony in occupational therapy: The value of action research for improving practice. Aust Occup Ther J 58: 293-299, 2011.
7) Wilding C. Curtin M. Whiteford G: Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. Aust Occup Ther J 59: 312-318, 2012.
8) Cervero RM: Continuing Professional Education and Behavioral Change: A Model for Research and Evaluation. The Journal of Continuing Education in Nursing 16 (3) : 85-88, 1985.
9) Law. M 編（宮前珠子他監訳）：クライエント中心の作業療法－カナダ作業療法の展開．協同医書出版社，2000.
10) Fisher AG: Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? Scand J Occup Ther 20: 162-173, 2013.
11) Fisher AG（著），吉川ひろみ他（監訳）：作業療法介入プロセスモデル．日本 AMPS 研究会，2014.
12) 戈木クレイグヒル滋子：グラウンデッド・セオリー・アプローチ　実践ワークブック．日本看護協会出版会，2010.
13) Forsetlund L. Bjørndal A. Rashidian A. Jamtvedt G. O' Brien MA et al: Continuing educational meetings. Cochrane Database Syst Rev 15 (2) : CD003030, 2009.
14) Duggan R: Reflection as a means to foster client-centred practice. Can J Occup Ther 72: 103-112, 2005.
15) Vachon B. LeBlanc J: Effectiveness of past and current critical incident analysis on reflective learning and practice change. Med Educ 45: 894-904, 2011.

研究と報告

作業療法臨床実習で必要とされる学生の態度面に関する研究
－人間関係構築技能尺度による入学時と２年終了時の比較－

A Study of students' attitudes toward clinical training of occupational therapy : comparison by using a rating skill scale of interpersonal relations between at the time of admission and at the end of the 2 years

嘉納　綾
Aya KANO

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(1): 38-46, 2017

要旨：臨床実習で問題となるのは，知識・技術面よりもむしろ態度面であるという報告は多い．K 専門学校では態度面の教育として早期臨床体験や振り返り支援等を取り入れている．この取り組みが臨床実習で求められる学生の態度面の教育に役立っているかどうかを検証するため「人間関係構築技能尺度」を作成し，平成 23 年度１年生を対象に２年間アンケート調査を行った．その結果，実習場面での社会的交流には日常的人付き合いとは異なる面があることを学生に認識させることができ，学内では経験しにくい状況対応の練習の場として役立っていることが分かった．しかし，今回は１つの学年のみを対象とした調査であるため，今後も調査を継続し，学年による差の有無も含めて効果を検証する必要がある．
キーワード：作業療法教育，早期臨床体験，教育効果

Ⅰ．はじめに

作業療法士の養成課程において，臨床実習は養成校で学習した知識・技能及び態度を臨床場面で統合するという総まとめの過程であり，作業療法教育の中で一番重要なものである．しかし，この臨床実習で躓く学生が近年増えてきている．

臨床実習で躓く学生の問題は，知識・技術面よりも態度面であることが報告されている[1-3]．臨床実習の多くは学生に評価から治療計画，治療の実施まですべて任せ，指導者がほぼマンツーマンで６～９週間の実習期間で指導するという方法が取られることが多い．そのため対象者を担当して作業療法（以下，OT）を進めるには，相手と良好な関係を構築しなければならない．また，学生である以上うまく進まないのは当たり前であり，その場合指導者に相談し，指導・援助を受けなければならない．つまり，指導者や対象者と良好な人間関係を構築することができなければ実習は始まらず，良好な関係を築くためには態度面の要素が大きいため，臨床実習では態度面の重要性が強調されている．態度面の教育として，problem-based learning（以下，PBL）や早期臨床体験の有効性が報告されている[4-7]．また，学生に自分と向き合う習慣を付けさせ，他者からどう見られているかをフィードバックすることも効果的と言われている[8]．

３年制の K 専門学校では，学生の臨床イメージづくり，動機づけ，及び臨床実習で必要となる態度を身につけることを目的として，１年前期より２年後期まで早期臨床体験（以下，体験実習）を実施している．これは系列の老人保健施設で作業療法士が行っている週２回の集団療法にグループに分かれて参加する実習で，１グループは１・２年生混合で４名から７名で構成され，半期で１人２回，２年間で８回参加している．１年前期は見学，後期から作業療法士を手伝い，２年後期は自分たちで企画したレ

神戸総合医療専門学校　作業療法士科
〒 654-0142　兵庫県神戸市須磨区友が丘７丁目１番 21
Department of Occupational Therapy, Kobe Co-medical College
7-1-21, Tomogaoka, Suma-ku, Kobe, 654-0142, Japan

クリエーションを実施する，と段階づけている．体験実習後には担任による面接を行い，学生が実習中の自分の行動を振り返ることができるように支援している．また，1 年科目の一部で PBL を取り入れている．このような取り組みが臨床実習で求められる学生の態度面の教育に役立っているかどうかを検討するため，半期ごとに 2 年間アンケート調査を行った．その結果，若干の知見を得たので報告する．

Ⅱ．人間関係構築技能尺度の作成

一口に態度面といっても多くの要素が含まれているため，ここで扱う態度面を明らかにしておく必要がある．情動知能尺度：emotional intelligence scale [9]（以下，EQS），社会的交流技能自己評価尺度 [10]，社会性チェックリスト [11]，Kikuchi's Scale of Social Skills・18 項目版 [12] を参考に，指導者や対象者と良好な人間関係を構築するために必要と思われる行動を 30 項目挙げた質問紙を作成し，K 女子大学の 1，2 年生 181 名に実施した．得られたデータの因子分析を行った結果 4 因子が抽出され，それぞれ「関係性の中での行動」因子，「他者との関わり欲求」因子，「他者への自分からの働きかけ」因子，「あきらめずやりぬく力」因子と命名した．人と人が関係を結ぶ場合，何らかのきっかけが必要である．実習場面で相手から声をかけてくれるのを待つ学生もいるが，それでは実習は進まない．まずは自分から相手に働きかけることが重要と思われる．次に，自分から声をかけるなどの働きかけができても，その後関係がうまく続くかどうかは別問題である．第一印象が良くても，付き合ってみるとその印象が変わることはよくあることである．よい人間関係を作るには，自分の働きかけが適切であるかどうかをモニターし，不適切であれば変えていくことが必要となる．また，人間関係が思うように構築できなくてもあきらめず，何とかしようと努力できるかどうかも重要であると思われる．さらに，人と関わるには，やはりその根底には人への興味や人と関わりたいという欲求があると考えられる．

以上より，本研究では「他者との関わり欲求」「他者への自分からの働きかけ」「関係性の中での行動」「あきらめずにやり抜く力」の 4 つを臨床実習でまず必要となる「人間関係構築技能」と考えて，今回取り扱う態度面とした．そして大学生に実施した 30 項目に，「作業療法士になりたい」「作業療法に興味がある」の 2 項目を加え，32 項目の「人間関係構築技能尺度」（表 1）を作成した．

Ⅲ．方法および対象

1．対象

平成 23 年度 K 専門学校 OT 科 1 年生 42 名のうち，2 年間調査に継続参加した 30 名（男性 15 名，女性 15 名）を対象とした．

2．方法

調査は，1 年前期開始時（以下，1 年Ⅰ期）と終了時（以下，1 年Ⅱ期），後期開始時（以下，1 年Ⅲ期）と終了時（以下，1 年Ⅳ期），2 年前期開始時（以下，2 年Ⅰ期）と終了時（以下，2 年Ⅱ期），後期開始時（以下，2 年Ⅲ期）と終了時（以下，2 年Ⅳ期）の計 8 回行った．OT 特論の授業時間内に質問紙「人間関係構築技能尺度」を配布し，5 件法で調査参加者に回答してもらった．また，各学年のⅡ期・Ⅳ期には，自分で成長したと思う点及び今後の課題を自由記述で答えてもらった．2 年Ⅳ期には，入学時と現在のコミュニケーション能力の認識について Visual Analogue Scale（以下，VAS）で答えてもらった（図 1）．

3．データ分析

結果は，高校卒業後に入学した者（以下，現役生）と，短期大学・大学卒業後もしくは職業経験後に入学した者（以下，社会人）に分けて比較した．現役生 18 名（男性 7 名，女性 11 名，入学時平均年齢 18.1 ± 0.3 歳），社会人 12 名（男性 8 名，女性 4 名，入学時平均年齢 28.0 ± 5.7 歳）であった．「人間関係構築技能尺度」の各項目への評定値に基づいて，「1．まったくあてはまらない」を 1 点とし，「5．とてもあてはまる」を 5 点として得点を付与し，得られたデータは 2（調査群）× 8（調査時期）の 2 要因の分散分析を行った．分散分析で主効果（調査時期）・交互作用が有意であった項目については，多重比較を行った．VAS は，入学時と体験実習後の現在（2 年終了時）について記入した線の左端からの距離（cm）を測定し，それぞれの項目について t 検定を行った．

表１　人間関係構築技能尺度

1	時間やルールを守る
2	他人と話していて、あまり会話が途切れない
3	自分の感情や気持ちを、素直に表現できる
4	人が好きだ
5	自分が困っていることやわからないことがわかる
6	気持ちのよいあいさつができる
7	他人にしてもらいたいことを、上手に伝えることができる
8	あちこちから矛盾した話が伝わってきても、うまく処理できる
9	人に興味がある
10	自分だけで解決できないことは、指導者（先生）に相談できる
11	相手の話を聞きながら、うなずきやあいづち、話の要約などができる
12	いろいろな場面でどうふるまっていいかわからない時、他の人の行動を見てヒントにする
13	初対面の人に、自己紹介が上手にできる
14	知らない人とでも、すぐに会話が始められる
15	何か失敗したときに、すぐに謝ることができる
16	作業療法士になりたい
17	一度始めたことは、最後までやり通したい
18	いろいろな人や状況に合わせて、自分の行動を変えていける
19	気にさわった時でも声を荒げない
20	自分の言動を他者がどう感じるか考えたうえで行動している
21	相手を不快にさせないような身だしなみができている
22	まわりの人たちとの間でトラブルが起きても、それを上手に処理できる
23	まわりの人たちが自分とは違った考えを持っていても、うまくやっていける
24	自分の思い通りにならないことがあっても、途中で投げ出さず最後までやり遂げることができる
25	自分の言動が不適切だった時、どこが悪かったか自分でわかる
26	適切な敬語を使うことができる
27	他人が話しているところに、気軽に参加できる
28	作業療法に興味がある
29	相手の立場に立って、熱心に話を聞くことができる
30	すぐにできないことでもあきらめず、どうにかしようといろいろなことを工夫したり考えることができる
31	自分の不適切な行動があれば正すことができる
32	相手の言動の裏にある気持ちを考えることができる

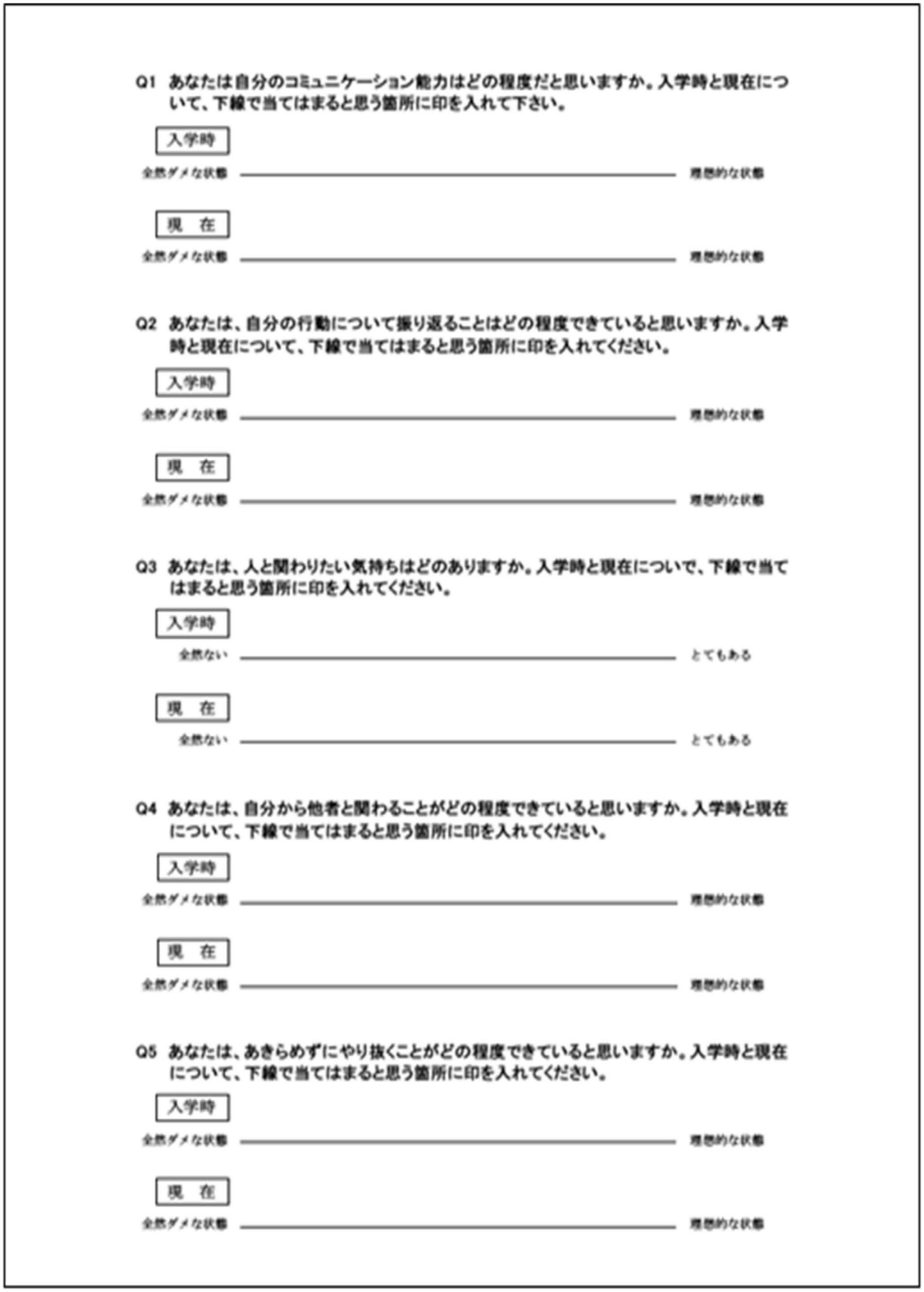


図 1　Visual Analogue Scale

４．倫理的配慮

対象とする学生には研究の目的と方法，参加を拒否しても不利益がないこと，個人情報を守ることを伝えたうえで質問紙を配布し，用紙の提出をもって同意を得たこととした．

Ⅳ．結果

現役生と社会人の間には，有意差はみられなかった．

有意な主効果（調査時期）がみられたのは，質問１，10, 15, 16, 18 であった（表２）．質問１「時間やルールを守る」で２年Ⅰ期は１年Ⅱ期より，質問 10「自分だけで解決できないことは，指導者（先生）に相談できる」で２年Ⅱ･Ⅳ期は１年Ⅰ期より，質問 16「作業療法士になりたい」で２年Ⅰ期は１年Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ期より有意に低かった（$p < .05$）．質問 15「何か失敗したときに，すぐに謝ることができる」は，２年Ⅲ期は１年Ⅰ期より有意に低かった（$p < .01$）．質問 18「いろいろな人や状況に合わせて，自分の行動を変えていける」は，２年Ⅰ期は $p < .01$ で，１年Ⅳ期，２年Ⅲ・Ⅳ期は $p < .05$ で，１年Ⅰ期より有意に低かった．

有意な交互作用がみられたのは，質問２，６，18 であった．社会人では，質問２「他人と話していて，あまり会話が途切れない」で１年Ⅱ期は１年Ⅰ期より，質問６「気持ちのよいあいさつができる」で１年Ⅳ期は１年Ⅲ期より有意に低かった（$p < .05$）（表３）．現役生では，質問 18「いろいろな人や状況に合わせて，自分の行動を変えていける」は，２年Ⅰ・Ⅲ・Ⅳ期は $p < .01$ で，１年Ⅱ期，２年Ⅱ期は $p < .05$ で，１年Ⅰ期より有意に低かった（表４）．また，質問６は，１年Ⅳ期は $p < .01$ で，２年Ⅰ期は $P < .05$ で，社会人は現役生より有意に低かった（図２）．質問 18 は，１年Ⅰ期とⅣ期は社会人が現役生

表２　人間関係構築技能尺度　結果（全体）

	1年								2年							
	Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期		Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
質問1	4.1	0.9	4.3	0.7	4.3	0.8	4.2	1.0	3.8*	1.1	4.1	1.0	4.2	0.9	4.0	1.1
質問10	4.3	0.8	3.9	0.9	3.8	0.9	3.7	0.9	3.9	0.8	3.6*	0.8	3.9	0.9	3.7*	0.8
質問15	4.5	0.6	4.4	0.7	4.3	0.7	4.4	0.7	4.1	0.8	4.2	0.6	4.0**	0.9	4.3	0.6
質問16	4.9*	0.3	4.8*	0.4	4.8	0.5	4.8*	0.4	4.4	0.9	4.5	0.6	4.5	0.7	4.7	0.5
質問18	4.3	0.8	3.9	0.7	4.0	0.6	3.8*	0.7	3.7**	0.9	3.9	0.9	3.8*	0.7	3.8*	0.7

（注）色付きの時期を基準として　*<.05　**<.01

表３　人間関係構築技能尺度　結果（社会人）

	1年								2年							
	Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期		Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
質問2	3.5	0.9	2.8*	0.9	3.2	0.7	3.2	0.8	3.3	0.9	3.4	0.8	3.1	0.7	3.0	0.9
質問6	4.1	0.8	4.0	0.7	4.3	0.6	3.6*	0.4	3.8	0.6	3.9	0.7	4.1	0.8	4.1	0.7

（注）色付きの時期を基準として　*<.05

表４　人間関係構築技能尺度　結果（現役生）

	1年								2年							
	Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期		Ⅰ期		Ⅱ期		Ⅲ期		Ⅳ期	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
質問18	4.6	0.6	3.9*	0.6	4.2	0.6	4.1	0.5	3.7**	0.9	3.9*	0.8	3.7**	0.7	3.7**	0.8

（注）色付きの時期を基準として　*<.05　**<.01

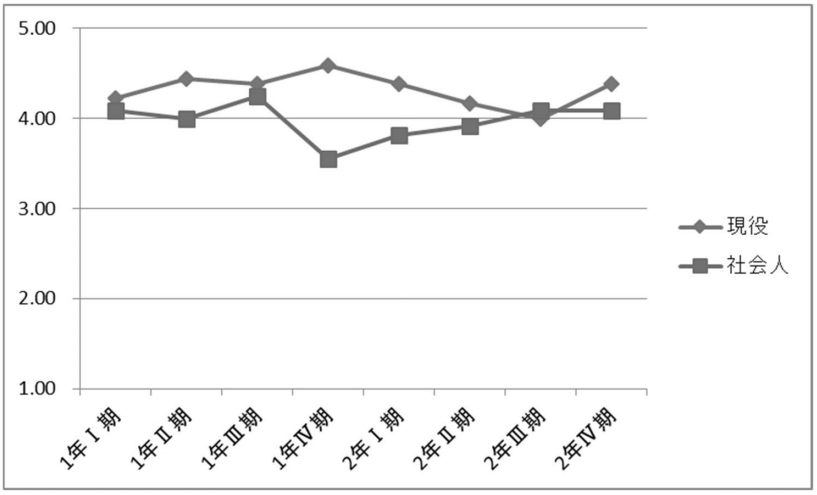
より有意に低かった（p ＜ .05）（図３）.

VAS は，全項目で入学時より体験実習後の現在が有意に高くなっていた（p ＜ .01）（表５）.

Ⅴ．考察

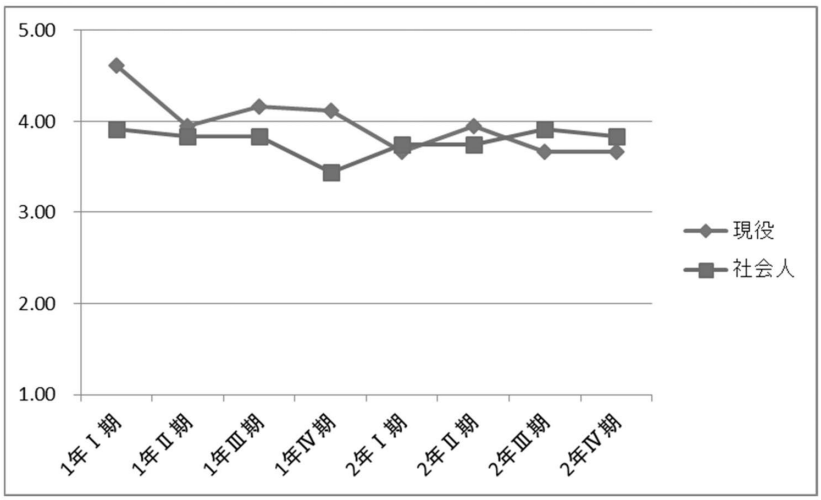
１．日常的スキルから臨床実習で必要となるスキルへ

社会人では質問２で，現役生では質問 18 で，全体では質問 10，15，18 で１年Ⅰ期の点数が一番高くなっていた．金山ら[13]はＫ大学リハビリテーション学科１～４年生に EQS を実施した結果，１年生は他の学年に比べ得点が有意に高かったことを報告し，入学前は家族・友人など身近な人たちと接することが多いので入学時点では他者との交流に問題を感じていないが，入学後は目上の人や実習で担当する患者様など接する相手の質が変化していくため戸惑いを感じ，１年生に比べて得点が低くなっている



（注）1 年Ⅳ期の社会人は現役生より有意に低い（p<.01）
2 年Ⅰ期の社会人は現役生より有意に低い（p<.05）

図２　質問６「気持ちのよいあいさつができる」結果（調査群別）



（注）1 年Ⅰ期とⅣ期は、社会人は現役生より有意に低い（p<.05）

図３　質問 18「いろいろな人や状況に合わせて，自分の行動を変えていける」結果（調査群別）

表５　Visual Analogue Scale の結果と分析結果

	入学時		2 年終了時		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
コミュニケーション能力	3.10	2.32	5.57	1.59	7.6**
関係性の中での行動	3.23	1.98	5.51	1.56	8.47**
他者との関わり欲求	5.36	2.31	7.01	1.56	6.23**
他者への自分からの働きかけ	3.57	2.12	5.53	1.92	6.57**
あきらめずやりぬく力	4.10	2.36	5.45	2.09	5.56**

（注）**<.01

と述べている．また，渥美ら[14]はOT実習場面での社会的交流には日常的人付き合いとは異なる面があるということを十分に理解していないことが，学生の自己評価の甘さをもたらしていると述べている．今回の結果で１年Ⅰ期の点数が一番高くなっていたのは，今までそのような状況で困ったという経験がなかったためできるだろうと安易に考え，自分を過大評価してしまったのではないかと思われる．１年Ⅱ期の今後の課題についての自由記述では，「会話を広げていく能力を身につけること」「コミュニケーションについて，相手の立場に立って話をしたり聞くことをもっとできるようになりたい」などコミュニケーションに関する回答が26.4％を占め，体験実習で対象者と思ったほどコミュニケーションがとれなかった経験から自己認識を改めることができたと思われる．また，「先を考えて行動する判断力や，タイミングよく動ける行動力が欠けていると思う」「自分で勝手に判断し行動してしまう所や，指導者になかなか質問する勇気が出ないときがある」「目の前のことにしか目がいかないところがあるので，周りを見る視野の広さを身につけていきたい」などの意見もあり，OT学生として対象者と向き合い，関わり，行動する中で，日常的人付き合いとは異なるOT実習場面で必要なことを感じたことがうかがえる．このように学生の自己認識が変わり，OT実習場面で必要なことを感じるようになった結果，点数が下がったと考えられる．つまり，学生の意識が変わることで人間関係構築技能尺度の評価基準も変わったと思われる．

評価基準が変わった結果により点数が低下したと考えた時，その解釈は二通り考えられる．一つは，学生自身は変わってないが基準が高くなったため点数が下がったというもので，もう一つは学生自身は成長しているが基準も高くなったため点数が下がってみえるというものである．VASの全項目で入学時より体験実習後の現在が$p < .01$で有意に高くなっていたことから，学生自身は成長しているが評価基準も高くなっているため，結果として点数が低くなっていると考えられる．

以上より，質問２，10，15，18の４項目は，一般的な人間関係とOT学生としての人間関係では，求められる基準が違っていると考えられる．点数が低くなっているが，それは基準が厳しくなった結果であり，学生の行動としてはできるようになってきていると考えられる．自分だけで解決できないことを誰かに相談したり，失敗したときにすぐに謝ったりすることは，学生にとっては普段から行っている日常的なスキルである．体験実習はこのような日常的なスキルを臨床実習で必要となるスキルとして認識させ，OT学生としてふさわしい行動へ変化させる効果があると考えられる．

２．状況対応について

松崎ら[15]は実習前後で学生のEQSを比較した結果，「自己対応」「状況対応」の領域で経時的に有意な点数の向上を認めたことを報告している．状況対応とは変化する状況の意味を正確に理解し臨機応変に処置できる能力のことであり，人間関係構築技能尺度では質問18が相当している．臨床実習は慣れない環境での新しい経験であり，異文化体験といえる[16]．実習施設ごとに独自のルール（文化）が存在し，そのほとんどが暗黙のルールであることから，OT学生が施設ごとのルールを理解して適合した行動を

とることはかなり難しい．そこで状況対応能力の学習が必要となるが，これは学内教育での学習が困難な能力であることから体験実習の有効性が示唆された．また，慣れない環境での初めての実習に不安や恐怖を感じる学生は指導者に相談することで社会的スキルを向上させている[17]．体験実習は臨床実習で必要となってくる指導者への相談を学習することができると考えられる．臨床実習では学内では経験しにくいような対人技能や社会交流技能が重要であり，これらの技能をいかに有効に発揮するかが臨床実習の合否に関わっている[18]．よって，体験実習は学内では経験しにくいこれらの技能の獲得に役立っていると考えられる．

3．振り返り支援について

酒井ら[18]は，実習不合格者の特徴の一つとして自己認知のズレが生じていることから，社会的交流技能に対する評価には自己評価と他者評価を併用する必要を報告している．人間関係構築技能尺度も自己評価尺度であることから，他者評価と自己認知にズレがある学生が存在していることは否めない．体験実習後に教員が面接を行い，学生がとった行動が客観的にみるとどうだったのかということを伝え，自己認知を正しく行えるように支援していくことの重要性が再確認された．

4．今後の課題

2 年間にわたり学生に人間関係構築技能尺度を実施し，長期間にわたる学生の変化をわずかではあるがみることができた．一方で，長期間にわたる学生の変化を自記式の 5 件法の自己評価表を用いて測ることは，途中で学生の評価基準が変わってしまうため難しいことが示唆された．VAS や自由記述など，複数の方法を併用する必要があると思われる．

また，人間関係構築技能尺度は，信頼性・妥当性の検証がまだなされていない．今後，評価尺度としての検証を進めていく必要がある．

Ⅵ．まとめ

K 専門学校の体験実習は「他人と話していて，あまり会話が途切れない」「何か失敗したときに，すぐに謝ることができる」などの日常的スキルを臨床実習で必要となるスキルとして認識させ，OT 学生として対象者との関わりの中で必要な行動を自覚させることに役立っていると考えられる．また，学内では経験しにくい臨床実習で適切な行動がとれるようになるための学習の場として，指導者に相談する練習の場としても役立っていると考えられる．しかし，体験実習だけでは学生の自己認識を促すことは難しいため，教員による学生の振り返り支援を合わせて行うことが重要である．

今回は，1 つの学年のみを対象とした調査であり，K 専門学校は学年により現役生と社会人の比率は異なっているため他の学年では結果が異なる可能性は否定できない．そこで，今後も調査を継続し，学年による差の有無も含めて体験実習の効果を検証する必要があると考えられる．

Ⅶ．文献

1）井上桂子：臨床実習における学生の態度面の問題とその対策．作業療法ジャーナル，35（4），297-301，2001.

2）三宅わか子，村上忠洋，柘植英明，他：臨床実習における「職業上の適応性」が実習成績に及ぼす影響．リハビリテーション教育研究，11，46-48，2006.

3）土屋景子，小原謙一，井上桂子，他：理学・作業療法士の「適性」とは何か－臨床実習指導者と学生のそれぞれの立場から－．リハビリテーション教育研究，13，40-41，2008.

4）神津忠彦：医学教育における PBL テュートリアル．作業療法ジャーナル，36（9），1074-1076，2002.

5）宮前珠子：PBL（Problem-Based Learning：問題基盤型学習）入門から実際まで．リハビリテーション教育研究，11，5－7，2006.

6）堀　秀昭，伊藤清吾：早期臨床見学前後の学生の変化－社会人経験者，大学卒業者，高校卒業者の違い－．理学療法学，30（Supplement 2），410，2003.

7）河野健一郎，中川法一，山本明子，他：早期臨床体験に関する学生へのアンケート調査－診療参加型実習を試みて－．リハビリテーション教育研究，14，189-191，2007.

8）宮崎至恵，中原雅美，村上茂雄，他：臨床実習で躓く学生の原因追究－質的研究を用いての試

み－．リハビリテーション教育研究，13，80-82，2008.
9）内山喜久雄，島井哲志，宇津木成介，他：EQSマニュアル．実務教育出版，2001.
10）渥美恵美，大渕憲一，稲垣成昭，他：社会的交流技能実習事前教育プログラムに関する研究：社会的交流技能自己評価（SA）尺度 Ver 2作成と因子分析．東北文化学園大学リハビリテーション学科紀要，4（1），11-19，2008.
11）渡部悠司，野口康子，友國由美子，他：評価実習における学生のソーシャルスキルの分析．リハビリテーション教育研究，14，109-112，2009.
12)菊池章夫:また／思いやりを科学する．川島書店，1998.
13）金山祐里，土屋景子，吉村洋輔，他：学年進行に伴う学生の社会的スキル（自己評価）の変化．リハビリテーション教育研究，15，130-132，2010.
14）渥美恵美，稲垣成昭，勅使河原麻衣，他：作業療法学生の社会的交流技能養成教育プログラムの開発に向けて：試行的実施．リハビリテーション教育研究，13，160-165，2008.
15）松崎秀隆，村上茂雄，中原雅美，他：臨床実習における情意能力の経時的推移－EQS（情動知能尺度）を用いて－．リハビリテーション教育研究，14，103-105，2009.
16）綾野眞理：臨床実習における心理的ストレスとメンタルケア．作業療法ジャーナル，15（4），326-331，2011.
17）安部征哉，元村直靖：作業療法学生の臨床実習における社会スキルについての検討－KiSS-18を活用して－．大阪教育大学紀要　第Ⅲ部門，57，41-47，2008.
18）酒井ひとみ，出田めぐみ，西井正樹，他：実習不合格者の社会的交流技能に対する自己評価の特徴－社会的交流技能尺度（臨床実習版）を用いて－．作業療法教育研究，13（1），19-26，2013.