

大会長講演

リフレクションを生かす作業療法教育

小林 幸治

Keywords：リフレクション，作業療法教育，
経験学習

はじめに

一昨米国大学の大学病院に視察に行った際、たまたま作業療法学生が実習をしていた。その時、臨床教育者（CE）と学生の間に「教える者」「教わる者」という、日本にいと馴染みすぎた上下関係が少なく感じた。CEは「教えることで自分たちも学ぶ、非常に大切な機会」と強調して言い、学生は「自分の意見をCEに言うことが重要」と話してくれた。この経験から、筆者は、私たちは何かに囚われているのではないかと考えるようになった。今回、筆者はいかに学生たちに自分自身の学びを深めて作業療法士の仲間になってもらえるか、そのためにどのような教育活動をするのか、について考えたい。

1. 前提：作業療法士養成と成人の発達を両立した教育であること

社会人経験者の集まりの中で、文字通り知識詰め込みの養成を受けた自分たちと異なり、学生たちは大学教育の中で普通の大学生活を送りながら作業療法を学んでいる。毎年、大学4年間での成長の目覚ましい変化を実感する。そのため、作業療法についての科目的知識の教授だけでなく、学生個々の特性を捉えて成長を促し見守る関わりを大切にしないといけない。現代学生の特徴として、川上は、葛藤を抱えられない断片的な心の構造があり、密着した親子関係などによって主体性が育ちにくい事を挙げ、洞察を促す関わり、またはニーズや要求に応じるサービスの支援のいずれかに偏ることのない、柔軟で粘り強い支援を行う重要性を述べている¹⁾。実際、臨床実習前後などに個別面談を行っても、学生

間でも今までの経験などにより、同じ事象に対する感じ方は相当異なる。これに対し、筆者らが実習施設の臨床教育者（CE）に対して行った質問紙調査では、CE側が「学生個人に合わせた実習の進め方」を重視しているという記述解答が多くみられた。一方で、教員側は学年やクラスという集団に対して対応することが多いからか、個別性を重視した対応が不足することがあるのではないかと個人的に感じている。

2. 作業療法教育とリフレクション

筆者は、将来的に作業療法教育学が形となることを望んでいる。それは単に制度の中に位置づけられた1専門職の養成ではなく、作業療法の可能性を引き出すための教育である。そのためには現場でどうすればより有効な実践ができるかを検討する必要があると考える。

リフレクションという考え方を、筆者は最初にマサチューセッツ工科大学のドナルド・ショーンによって示された省察的実践家という新たな専門家のモデルとして知った²⁾。従来型の専門家は、専門家が持っている知識で解釈するために複雑な状況をそぎ落とすことで厳密性を追求してきたことに対し、実は人の最大の関心事は泥沼である現実世界にあるが、そこには既存の知識で解決できない問題が山積みである。反省的実践家は「知識の有効範囲と限界を知っている」「クライアントの思考や感情に注目する」「状況の中で自分が持つ知識を生かす方法をクライアント自身に気づかせる」「クライアントとのリアルなつながりを重視する」と説明される³⁾。

次に教師教育学における3つの原理を紹介する。これは、専門家としての学びの3原理であり、変革は実習生の内側から起こるべきであるという考え方である。そのまま引用する⁴⁾。

1. 教師教育者は、実習生が自身の学習のニーズ

に気づくように手助けしなくてはならない

2. 教師教育者は、実習生が有効な経験を見つけられるように手助けしなくてはならない
3. 教師教育者は、実習生が自身の経験を詳細にわたって省察することを手助けしなくてはならない

教師教育学とはオランダの教師教育研究者フレット・コルトハーヘンらによって体系立てられてきた、教師教育についての専門性の高い学問領域である。著書には実習生という言葉が多く出てくる。コルトハーヘンは、変動する社会において実習生は自身の経験から学ぶ意志の強い姿勢を発達させなければならない、と述べている⁴⁾。

この言葉から、筆者は次のことに気づかされた。我々も、作業療法学生をここで出てくる実習生と近い存在として見るならば、学びの3原理は非常に有用な考えとすることができ、それは、ティーチング（教え込むこと）を主な手段としがちだった従来型臨床実習から、クライアントに向きあう臨床家へと育つ事を目指している（願っている）実習生として扱い、クリニカル・クラークシップ（CCS）に基づいて実習を進めることに他ならない。これは冒頭に挙げた、筆者が米国の臨床実習エピソードで経験した実習生の主体的な態度にもつながる。CCSに基づく臨床実習を行うことの要点には、次の3点があると考えられる。

1. 臨床教育者（CE）と近い目線でクライアント理解や臨床の現象を解釈することを学ぶ（同一視）
2. 実際の臨床でのやり方・考え方・行動の仕方を、自分で経験し考えながら学ぶ（経験学習）
3. 組織の一員として、実務の役割を一部分担し、臨床家としての実務の実行方法を学ぶ（正統的周辺参加）

私は振り返ると「教えたい」思いの強いCEであり先輩だった。今も変わらないかもしれない。しかし、教育学者の細川は、そうした姿勢は相手とのやりとりの中に「壁」を作ってしまうと言う⁵⁾。対話というインタラクティブな活動のためには、学生が学ぶ問題は、CEにとっても目の前の対象者との重要な問題である筈で、CEは伝える言葉と対話する言葉を磨く必要がある。

3. 振り返りを促す作業療法教育の諸場面

学内教育、臨床実習、卒後教育の様々な場面で、作業療法教育に携わる多くの人が学習者である学生の振り返りを促す実践を行っている。筆者が行っている場面を幾つか紹介する。今後、こうした教育実践の方法や内容について研究が進むといいと思う。

1) 授業リフレクション

毎回、授業終了時学生に授業中考えたこと、感想や疑問を書いて提出してもらっている。次の冒頭に、それらの中から抜粋して紹介し、学生の目線を借りて相互に理解を深めることに役立っている。

2) 問題解決型授業（PBL）

臨床場面でよく遭遇する問題を取り上げ、学生がグループ討論を行い、発表し、その後に各自で解決案を作成して提出する。筆者の場合は科目進行型授業を履修した後の段階で臨床実習前の演習科目で主に行っている。ただ、模範解答が欲しいという意見が必ずあるので、その点に悩んでいる。

3) 臨床実習前後の面接

以前、本誌に臨床実習前の学習者分析と実習後のコンピテンシー面接の活用についてまとめた⁶⁾。臨床実習前に担当する学生の特性や傾向を捉えて指導に活用する（学習者分析）。一方、実習終了後に学内で作成する事例報告を題材に、実際場面で何を考えたか、どのように行ったか具体的な経験を話してもらう。（コンピテンシー面接）

4) 臨床教育者（CE）へのフィードバック

筆者は、実習訪問等でCEに学生への実習指導の仕方を振り返って頂くことをねらいとしたコメントをするように意識している。例えば、「大まかにイメージはできているようなので、一見模倣できていなくても、先生が途中まで見せて頂いたところから学生に入らせて頂くと参加できそうなのですが、いかがでしょうか」といった問いを投げかける。ただし、これはその通りに修正してほしいという事ではなく、CEに指導を振り返って頂き、より良くしてほしいために行うのである。

5) 学内実習での教員側の気づき

今回、新型コロナウイルス感染症流行の影響で4年生の学外での臨床実習を中止せざるを得なくなり、代替となる学内実習プログラムをオンラインで行った。この経験で、どこまでは適切だがどこからは修正の必要があるとか、この点に焦点を当てて考えてみてほしい、等個々の学生の認識や理解度を捉えながら引き出す関わり（形成的評価）を行う難しさをあらためて実感した。教員の経験を学生に紹介しながら、自分だったらこの場面でこうした判断に基づいてこう行動する、といった事を伝えることで同じ目線を持てるように助言した。そして、コメントしても学生が本人なりに理解しないと本人の中での修正につながらないことに気づかされた。また、教員間で指導の進め方を共有することの難しさを感じ、具体的に話し合えないとお互いの指導が見えてこなかった。この経験は今後 CE と教員側が意見交換する際にも大変役立つと考えている。

の知恵－反省的实践家は行為しながら考える。ゆみる出版、2001。

- 4) コルトハーヘン, F. 編著 (武田信子監訳): 教師教育学 理論と実践をつなぐリリスティック・アプローチ. 学文社, 2010.
- 5) 細川英雄: 対話をデザインする－伝わるとはどういうことか. 筑摩新書, 2019.
- 6) 小林幸治: 臨床実習のコンピテンシーとその評価－臨床教育におけるコンピテンシー面接の活用. 作業療法教育研究 18 (2): 18-20, 2019.

4. 結語

筆者はここに書かせて頂いた思いで大会テーマ(リフレクション－作業療法教育の中でどう学習者の内省を育てるか)を考えた。第24回日本作業療法教育学会は2019年の台風19号や、その後の新型コロナウイルス感染症の影響で、特別講演や教育講演を開催することができなかったが、誌上講演として各講師の先生方に寄稿して頂いた。あらためて深く感謝申し上げたい。そして、一読者としてじっくり読みこみたいと思う。今後、作業療法教育の中でリフレクションの考え方がより活用されていくことを願う。

5. 文献

- 1) 川上華代: 現代学生の特徴と学生相談についての一考察 問題や症状が維持され、変わらない学生の姿から見えてくるもの. 和光大学現代人間学部紀要第6号: 141-153, 2013.
- 2) 岩崎久美子: 成人の発達と学習. 一般社団法人放送大学教育振興会, 2019.
- 3) ショーン, D. (佐藤学・秋田喜代美訳): 専門家

特別講演 1

省察的実践の学び方・学ばせ方

上條 晴夫

(1) 近ごろゼミでやっている省察的実践のようす

2年生ゼミの活動は「協働的な授業リフレクション」を中心に活動をしている。

どうやるかという、授業者学生が模擬授業を実施した直後、一人1つずつその授業について気づいたこと(省察)を発表する。いきなり発表ではなく、2分～4分程の時間をとって気づいたことを箇条書きし、その中で一番学びになったことを選んで話す。

以下は最近の実践について学生が書いたリフレクションレポートである。

私が今日大事だと思ったのは、場面を振り返ってリフレクションをすることです。最初のリフレクションで、私は場面を振り返ったリフレクションができず感想になってしまいました。その時の***さんのリフレクションが、注目した部分が同じけどちゃんと場面が切り取れていて、それを聞いた後に「同じ部分の話だけど、一番楽しいって思ったポイントは少し違うな、じゃあ自分はどの部分で特にそう思ったんだろう?」と考えたら思い出すことができました。そして2回目の授業のリフレクションの時、「どこでそう感じたのか?」と自分に聞くことを意識したら、1回目より場面を振り返ることができた気がしました。これからは自分に「何で?どこで?」と細かく聞きながらリフレクションすることを意識して、場面を振り返ったリフレクションができるようになります。

この学生が書いているように「リフレクション」と「(単なる)感想」の違いの1つが「気づき(洞察)のきっかけになったシーンを切りとって言えるか」がある。学生のリフレクションは指導なしの場

合、「模擬授業」全体から受けた印象を漠然と語る「感想」になりがちである。指導者は学生の「気づきのきっかけになったシーン」がどこにあるかを対話によって引き出して、「きっかけシーン」と「気づき」を結びつける必要がある。

この対話指導を行うことによって学生の「省察」は少しずつ深くなっていく。

(2) 省察的実践の学び方・学ばせ方：ライフヒストリー

①講義で「リフレクションカード」を書かせる

2006年に東北福祉大学教育学部(当時・子ども科学部)で仕事をすることになった。前職は小学校教員、NPO法人「授業づくりネットワーク」代表である。学生たちに省察的実践を学ばせるためにわたしがとった方法は「リフレクションカード」であった。

省察的実践の学び方・学ばせ方の最もポピュラーな方法がこれだからである。

講義で「模擬授業」などの体験活動をした後にその活動をふり返らせた。

ア. 本日の活動をとおして

イ. 気づいたこと・感じたこと、それをもとに考えたことを

ウ. (あれもこれも書かないで) 1つにしぼって書きます。

エ. 「たとえば／とくに」を使って(具体的に)書きます。

オ. およそ5分で書きます。

学生に体験をふり返らせると「活動」を書かずに「既に知っていること」を使って書くことが多い。リフレクションではあくまで「活動」を通したこと(体験)をふり返らせることが基本になる。その「活動」を通して「気づいたこと・感じたこと」を焦点

をしぼって書かせる。対人支援職のリフレクションの場合、頭で気づいたことだけではなく、心で感じたことも大事な要素になる。（＊最近の研究で「感じる」が大事と言われている）

後半の「1つにしぼって」「たとえば／とくに」を使って」「5分で」等は書かせ方の工夫であるが、リフレクションとしても重要である。「気づいたこと・感じたこと」は幾つも思い浮かぶが、それを並列的に記述させている「深掘り」ができない。また感想文のように「気づいたこと・感じたこと」だけを書かせていても、「深掘り」ができない。

具体例をもとに1つにしぼって書く習慣を身に付けさせるため短く5分で書かせる。

上記の中で特に重要なのは「たとえば／とくに」を使ってという指示である。

この指示を使って書くことによって省察的实践が「深掘り」をされる。

②ゼミで「協働的な授業リフレクション」を開発する

省察的实践では「レポートを書かせること」「それに赤ペンを入れる」指導法が最もポピュラーなリフレクション指導法である。レポートに「たくさんの点を指摘すること」で効果を上げようとする。しかし赤ペン指導は労力がかかる割になかなか効果がでない。この指導法には限界があるなあ、と10年近く考えていたが、長い間打つ手がなかった。

わたしのリフレクション指導における転換点になったのは学生の授業を検討するために協働的な授業リフレクションというアプローチを開発したことである。開発のきっかけはF・コルトハーゲン編著（武田信子監訳）『教師教育学』（学文社・2010）の「ALACT モデル」である。教師などの実践家のリフレクションの標準的ステップを「①行為（Action）」「②行為のふり振り返り（Looking back on the action）」「③本質的な諸相への気づき（Awareness of essential aspect）」「④行為の選択肢の拡大（Creating alternative methods of action）」「⑤試み（Trial）」の五段階にまとめたものである。協働的な授業リフレクションはこのモデルを日本に特有の「授業研究（Lesson study）」という考え方で結びつけたものである。

ア. 授業に参加したメンバーが輪になって座ります。

イ. その授業の中で参加者が実感したポイントを聴き合います。

ウ. 自分と似た実感ポイントが出たら似ていると感じたメンバーは積極的に付け足し発言をして、その意味を掘り下げます。（ここが「協働的な」のポイントです）

エ. 最後に授業者が自分の一番の実感ポイントを語ります。

オ. （大人数の場合は「金魚鉢」方式で実施します）

リフレクションは自分の体験した実感を言語化する。言語化した言葉を手がかりに次の体験の質を上げていく。それをくり返していく。いわゆる「**経験学習サイクル**」（アクション⇄リフレクション）をぐるぐる回していく。一番難しいのは「実感を言語化する」という箇所である。自分の実感をありきたりの言葉に押し込めて説明することは出来ても、体験の実感を言語化したことにはならない。「実感の言語化」の作業は、質的研究における「概念化」の作業に相当する。一人でその言葉を言い当てるのは難易度が高い。

「協働的な授業リフレクション」では自分が授業体験の中の実感したことを一人1つずつ言葉にしていく。（最初に気づきを箇条書きし、その中から1つ語る）。それを参加したメンバー全員で熱心に（「**肯定ファースト**」で）聴き合う。「上手に話す」ことではなく「実感を言葉にする」という部分に焦点を当てる。ファシリテーター（教師）は語り手の実感を追体験できるように質問をしていく。ポイントは語り手の実感（気づき）とその実感（気づき）を生み出したシーン（出来事）を結びつけるように促すことである。

次にメンバーの中に似ている気づきを持った者がいればボランティアでそれを発言してもらう。語り手は似ている気づきの「**差異**」を意識して聴いて、改めて自らの気づきを語り直す。語り手は「語り直し」をすることで自分の中にある実感を「深掘り」していく。またこうしたやりとりを聴いている他の参加メンバーもその語られ方の違いから自分の実感を掘り深めていくヒントを得る。こうした「聴き合

い」を60分間ほど続ける。

ちなみに人数が多い場合は「聴き手」を10人ほどにしぼり、残りは周りで、そうした聴き合いコミュニケーションのようすを観察してもらう。このやり方を「金魚鉢」(フィッシュボウル)と呼ぶ。聴き合いを観察することによって「実感(言葉)」とその言葉のきっかけになっている「シーン」を結びつける語り方を具体的に観察することができる。似ているけれど微妙に違う実感を言葉にしていこうすを観察することができる。

③講義を「省察中心の授業づくり」にモデル転換する

「協働的な授業リフレクション」は2年ゼミ生の活動の中で開発された訓練法である。学生が「(20分間の)実験授業」をした後「(70分間の)協働的な授業リフレクション」をするという極端な時間配分でリフレクショントレーニングをする。ゼミの学生たちはほぼ1年間ずっとこのトレーニングを続ける。ゼミは10～15人くらいのメンバーで行うので、いい指導ができる。互いの省察の特徴なども少しずつ理解し合うようになる。

しかし40～100人の講義ではゼミで行うような「協働的な授業リフレクション」の指導を行うことは難しい。「協働的な授業リフレクション」を開発してからも、講義中のリフレクション指導は「リフレクションカード」を書かせる簡易リフレクション指導に終始していた。ある時もう一步踏み込めないかと「省察中心の授業」をデザインした。

ア. 前時のリフレクションを読む(15分間)

イ. 活動(模擬授業・教材体験会・ワークショップ)をする(45分間)

ウ. 本時のリフレクションを書く(30分間)

もちろん講義が必要なので全てを「省察中心の授業」にすることは難しい。しかしこのデザインを基本に据えることで講義内容を精選することになった。また、この時間配分で授業することで「リフレクションを書く／読むプロセスの指導」が進化をはじめた。

書くプロセスの指導では「ALACTモデル」の「②行為のふり返し(Looking back on the action)」③

本質的な諸相への気づき(Awareness of essential aspect)」の部分で「気づきを箇条書きする」「箇条書きをした言葉の中で(自分として)最も価値の高い気づきを1つ選び出す」「それを5分間じっくり記述する」のように置き換えて行った。それまでは活動後「5分ほど」でさっと行っていたものを「30分間」(実際の授業ではそれよりも短くなるけれども)をかけて「書くプロセス」の指導を行うことができるようになった。学生が「省察」をする際にどこで躓くかを観察することもできるようになった。

④ゼミで「メタ・リフレクション」を書かせる

講義の「書く／読むリフレクション」指導が成果を上げたことをきっかけにそれまで聴き合うだけで終わっていたゼミの「協働的な授業リフレクション」の後に「リフレクションのリフレクション」(メタ・リフレクション)を書き合うという指導を開始した。

ア. ゼミ内で「協働的な授業リフレクション」を実施する。

イ. ゼミ後にゼミ内リフレクションを踏まえたメタ・リフレクションを書く。

ウ. 他のゼミ生のメタ・リフレクションにコメントを書く。

ゼミ内の「協働的な授業リフレクション」で終わりにせず、更に「リフレクションのリフレクション」を書き合うことによって、一回ごと途切れがちであったリフレクションのテーマ(自問)が連続性を持つようになった。ゼミの中での協働的なリフレクションでも自分の関心にそった「自問」にもとづくリフレクションをすることが増えていった。

この「自問」にもとづくリフレクションをメンバーが行うようになると、それが持論を生み出すようになった。そして各自が創った「持論」を少しずつ進化させることができるようになった。複数の持論が並び立つと、持論間での磨き合いも起こった。協働的なリフレクションのレベルもアップし、より質の高いリフレクションに変化した。

(3) 省察的实践の学ばせ方のヒント

上記の「省察的实践の学び方・学ばせ方: ライフヒストリー」の背景には以下のような研究的な蓄積

がある。ちなみに「リフレクション（省察）」の理論は決して1つではない。「省察的实践」となると、更に多様な実践がある。以下は対人支援職のリフレクションの学び方・学ばせ方を考える際にヒントになるだろうものを中心に選んだ文献である。

①藤岡信勝著『ストップモーション方式による授業研究の方法』（学事出版・1911）

授業リフレクションの先駆的研究の1つである。ビデオ録画装置を再生しながら授業の指導意図と「差し手」のズレなどを検討する。録画した実践をもとにシーンと気づきを結びつけた検討をできる点がすぐれている。多人数の検討にも適した方法である。

②ドナルド・ショーン著『専門家の知恵』（ゆみる出版・2001）

専門家は理論・スキルを現実に対応工夫するだけでは十分影響力のある仕事はできず、状況をリフレクションする力が必要であることを研究的に明らかにした。ただしリフレクションをどのようにトレーニングすればよいかについては研究がされていなかった。

『省察的实践とは何か』（鳳書房・2007）の妙訳である。しかし佐藤学・秋田喜代美による本書は専門家教育にリフレクションの重要性を知らせた最初の書籍である。

③F・コルトハーヘン編『教師教育学』（学文社・2010）

長い間難しいとされていたリフレクショントレーニングの足場になる基礎理論といえる「ALACTモデル」を創出した。ベースにはD・コルブが理論的に導出した「経験学習サイクル」があるが、「ALACTモデル」は活用可能性の高さが注目されている。

④上條晴夫著『理想の授業づくり』（ナカニシヤ出版・2017）

中心のテーマはリフレクションではなくて、「教材開発」「授業開発」である。ただし開発をされた教材・授業の検討の仕方として「協働的な授業リフレクション」の方法論が端的に記述されている。「協働的な授業リフレクション」を知るのに参考になる。

本書中に池見陽著『心のメッセージを聴くー実

感を語る心理学』（講談社・1995）の記事がある。上記（2）①②などで書かれた「実感」という言葉はこの本で使われている「実感」という言葉が強く影響している。リフレクションを学ぶ上で貴重な一冊である。

プロフィール

上條 晴夫（かみじょうはるお）

東北福祉大学教育学部教授。研究分野：教師教育学、教育方法学、ワークショップ。現在、教師教育の重要キーワードになっているリフレクションの実践研究に没頭中。著書に『理想の授業づくり』（ナカニシヤ出版）、『あすの授業が上手くいく〈ふり返り〉の技術①身体スキル』（合同出版）、『教師教育－いま考えるべき教師の成長とは－』（さくら出版）などがある。

特別講演2

人生の最終章を輝かせる緩和ケア ースピリチュアルケア，医療者自身のケア，死から生といのちを考えるー

高宮 有介

1. 緩和ケアに至った経緯

1) 私が緩和ケアを目指した理由

私は医学生時代から、何科に進むべきか迷いながらも、「心と体の両方を支えることができる医師になりたい」という思いだけは強く胸に抱いていました。

そう思うきっかけとなったのは、小学生の頃から続いていた剣道です。剣道を通して、肉体的な瞬発力や腕力だけでなく、自分の心の在り様が自身の体に影響することを、身をもって体験してきたからです。そして、「心が体に作用する」というのは、患者さんと同じではないかと考えました。患者さんと向き合った時、心のケアを通して信頼関係を構築することで、治療の結果が変わるかもしれない、または治療の結果が同じだとしても患者さんの満足度が違うのではないかと、たとえ死に至ったとしても患者さんの満足感が違うのではないかと、思ったのです。これは、作業療法士としても同じ考え方ができるのではないのでしょうか。

私が医師になった1985年当時は「緩和ケア」という分野がまだなかったのですが、何はともあれ身体の勉強が必要と思い、外科医の道を選びました。私が担当した多くはがんの患者さんでしたが、自分がメスを入れた患者さんは再発や転移をしても同じ外科医が診る、最後の看取りまでする、というのが当時の外科学教室の方針。終末期のケアに慣れない外科医が最期の看取りをするわけですから、がん患者さんの痛みはなかなか取りきれませんでした。

同じ頃、英国のホスピスで、心のケアをしてモルヒネなどをうまく使い、患者さんの痛みを緩和している事例があると聞いて、私はさっそく研修のため海を渡りました。そこで見たホスピスケア、緩和ケ

アこそ、自分が今までやりたかった心と体のケアだと確信し、その時から一生の仕事と決め、取り組んできたのです。

1992年に昭和大学病院の緩和ケアチームを創設。2001年より昭和大学横浜市北部病院の緩和ケア病棟の立ち上げに関わり、緩和ケアの臨床をしてきました。07年からは、緩和ケアで学んだ全人的ケアを、医療系学生や若い医療者に伝える教育に携わっています。

2) 希望を支えることによっても痛みが和らぐ

緩和ケアの重要性を再発見させてくれた患者さんがいます。18歳で乳がんを発症した女性ですが、再発・転移を繰り返して23歳の時点では肺転移と全身の骨にがんが転移。予後は数ヵ月という状況でした。

彼女は外来通院だったので、入院を勧めたのですが「入院したくない」と強く拒否されました。一番の理由は婚約者の方と、自宅生活を続けたいということ。そのため、急場で医師が往診し、看護師も訪問する在宅緩和ケアに移行したのですが、骨転移の痛みはなかなか消えません。モルヒネを飲んでいただいて、安静時の痛みは軽快したものの、階段の昇降など体動時には強い痛みがありました。

婚約者の方にも病状や予後の話はすべて伝えていましたが、ある時婚約者の方から、「ずいぶん延期にしている結婚式をどうしても挙げたい」という相談を持ちかけられました。医療者である私たちは非常に悩みました。新婦が数ヵ月後には亡くなる結婚ってなんだろうか？ 籍はどうする？ 親族への説明は…。さんざん悩んだ末、二人の一生懸命さに折れて、結局、式をサポートすることにしました。急な決定で、式場の手配も難しかったため、病院の中で式を挙げることになりました。

結婚式場は、昭和大学病院にある17階建ての病

棟の最上階。大きな会議室にバージンロードを敷いて、牧師さんにも来ていただき、派手ではありませんがとても温かい式を挙げました。この式から1ヵ月ほど、患者さんは非常にお元気で新婚旅行にも行かれたのですが、半年後に肺転移が増悪。残念ながら23歳でこの世を去りました。

この患者さんから教えていただいたこと、それは緩和ケアにおいて、私たち医療者は「薬」の処方ばかり頭が働きますが、案外、患者さんの希望や目標を支えることによって痛みが和らぐということです。実は、患者さんが引き出物や招待状の用意など、結婚式の準備をする中で、驚くべき変化がありました。特に薬を変えていないにも関わらず、なんとこれまで苦しんでいた体の痛みが徐々に和らいでいったのです。

末期の患者さんというと弱々しいイメージがありますが、皆さん潜在的にすごいエネルギーを持っておられます。それを「引き出す」というとおこがましいですが、限られた時間を一生懸命燃焼される、そのお手伝いができるのは緩和ケアに携わる医療者のやりがいだと思っています。

2. 全人的痛みの理解が重要

緩和ケアのキーワードには全人的な四つの痛みがあります。一つ目は身体的痛み、二つ目は精神的痛み、そして三つ目が社会的痛みです。

社会的痛みとは何か。例えば、大企業のプロジェクト責任者をしている50代の会社員男性が、進行がんと診断され、それを上司に伝えたとします。果たして男性はどんな扱いを受けるでしょうか。プロジェクトを外されるかもしれないし、入退院を繰り返したことで解雇されるかもしれません。解雇されれば当然家計も困窮します。夫であり父親でもあるのに、その役割を果たせない。これが社会的な痛みです。

四つ目はスピリチュアルペイン。これはちょっと分かりづらいと思います。日本語では「霊的、宗教的、哲学的、実存的」などと言われますが、一言ではピッタリする言葉はなく、緩和ケアではスピリチュアルペインとカタカナで呼んでいます。皆さんも考えたことがあるかもしれません。「なぜ、自分はこの世に生まれ、生きて、死んでいくのだろうか。自分の

人生の意味、役割は何なのか」——スピリチュアルペインとはこのような悩みです。

皆さんも、作業療法士の道を志した時、各自が「自分らしく生きるとは何か、社会に貢献したい、誰かの役に立ちたい」と考えたことでしょう。こうした思いもスピリチュアルなニーズであると捉えられます。ただ、健康な時はいつも考えているわけではありません。

しかし、ひとたび、がんと診断され、死を意識した人にとっては、とても大きな問いになります。「自分の人生を振り返って、生きてきた意味はあったのだろうか。寝たきりになってしまっ、家族の迷惑になっていないか。早く終わりにした方がいいのではないか」といった苦悩です。

全人的痛みとして、以上四つの痛みが、がん患者さんの痛みのモデルとされています。しかし、この全人的痛みは、がん以外の疾患、例えば、神経筋疾患、認知症、心不全、COPD、肝硬変、腎不全、糖尿病などの患者さんにもあるもの。つまり、すべての患者さんにある痛みだという認識が重要です。

3. スピリチュアルペインへの向き合い方

1) スピリチュアルケアの基本は「聴くこと」

スピリチュアルケアは、ある意味で身近なケアであり、誰もが経験する可能性があります。医療者が患者さんに施すのみならず、患者さん同士でもスピリチュアルケアをすることもあるのです。ここで、末期がんで入院していた中年女性（Aさん、Bさん）の例をご紹介します。二人は同じ病室でしたが、ある日の夕方Aさんが「私なんて生きてきた意味がなかった。早く人生を終わらせたい」と呟きました。それを聞いたBさんはカーテン越しに「そう、辛いわね。でもこの前、娘さんが面会に来ていたわね」と答えます。するとAさんは「そうそう、あの娘はね……」と娘をどれだけ一生懸命育ててきたか話し始めたのです。Bさんはそれに相槌を打つだけでしたが、30分ほど話した後でAさんがこう言いました。「私、あの娘がいたから、生きてきた意味があったのかもしれない」。これはスピリチュアルケアのきっかけになったのです。

さて、Bさんは一体何をしたのでしょいか。評価をせずに傾聴したのです。Aさんのライフレビュー

という人生の宝物を静かに聞いてあげました。患者さんは、医師や作業療法士といった職種ではなく、「この人だったら聞いてくれる」と直感的に感じた人を選んで話し始めます。聞く側は患者さんの苦悩と向き合い、ただ傾聴することが肝要なのです。

ライフレビューはお年寄りの昔話にもよく出てきます。私が担当した80代の男性は入院してすぐ、「自分は一度死んでいる」と言いました。理由を聞くと、男性は若いころ神風特攻隊として出兵しており、自分も仲間と一緒に死ぬつもりだったが、終戦になり生き延びてしまった。それが悔しいというのです。緩和ケアでは年配の患者さんが多いですが、彼らの「昔話」はライフレビューであることが珍しくありません。ですからじっくり耳を傾けていただきたいと思います。

2) スピリチュアルペインへの対応～反復と沈黙～

医療者は患者さんの質問には絶対に答えなければいけないと信じています。しかし、正解のない問いもあります。スピリチュアルペインの場合は患者さんの中に正解があるからです。たとえば「早く終わりにしたい」と患者さんに言われた時、安易に励まして患者さんの心は癒されません。そんな時は、傾聴（反復する）、沈黙（待つ）とよいでしょう。反復はオウム返しというと軽く感じるかもしれませんが、患者さんの言葉を宝石のように丁寧に扱い、繰り返すのです。

「早く終わりにしたい」という言葉に対し、「早く終わりにしたい、と思ってらっしゃるのですね」と返す。すると、患者さんは自分の言葉を再度聞くことになります。「なぜ私はそう言ったのだろう」と考え始めるのです。その間、医療者は次の言葉が出るのを静かに待ちます。答えは相手の中にしかないのです。

とはいえ、皆さんはスピリチュアルケアの専門家ではないので、そこまで徹底する必要はありません。会話の途中で、自分自身が感じた言葉を返しても良いと思います。例えば、患者さんから「生きていても意味がない」と言われたら、反復した後で「私は、〇〇さんとお会いできたことに意味を感じています」「何か言葉をおかけしたいのですが、思いつきません。でももう少し、そばにいてもいいですか」と素直な気持ちを伝えても良いのです。

3) 希望を支えること、真実を伝えることの大切さ

「希望を支える」ことが大切な場合もあります。胃がん末期の32歳の女性は、予後数日と思われる状況で、息を切らしながらこんなことを言われたのです。「先生、約束覚えている？ おいしいフランス料理のレストランに行く約束。私ハイヒールを履いておしゃれしていくの」。しかし彼女の下肢は浮腫でパンパン。それに対し「今はそんな状態ではありません」と言いますか？ 私は「もちろん覚えているよ。シャンパンを準備しておくからね」と答えました。患者さんは、病状を自覚していても夢や希望を語りたい時があります。その希望を支えることも重要なことです。

一方で「真実を伝える」ことも大切。大腸がん末期の40代女性は小学生のお子さんが二人いました。彼女から「どのくらい生きられますか」と余命を聞かれた時のことです。季節は春。私はあと余命2～3ヶ月だろうと思いつつ、そう伝えるのが申し訳なくて「来年の桜は見られないかも」と返事をしました。1年くらいのイメージです。しかし、それに対して彼女は「自分の体だから余命が短いことはわかっている。限られた時間を精一杯生きたいから、本当のことを教えてください」とおっしゃるのです。そこで「夏を越えるのがやっとでしょう」と真実を伝えました。彼女は最期の日までご家族と一緒に充実した日々を送られました。

4. 医療者自身の心のケア

1) セルフケアの必要性和ストレスマネジメントの実践

① Doing と being があること

～ Not doing, but being ～

私がイギリスのホスピスで研修に参加した時、最初に言われた言葉が「not doing, but being」でした。これが大切だと伝えられたのです。この意味を看護師にたずねると、彼女は次のように説明しました。「胃がん末期で入院している若い男性が、ある日、血を吐き、真っ白なシーツが真っ赤に染まった。それに対して看護師（あなた）は真っ白なシーツを持って行き、汚れたシーツを替えた。しかし、しばらくすると男性は再び吐血。今度は血圧も下がってきて数時間後に亡くなるかもしれない状況であった。そ

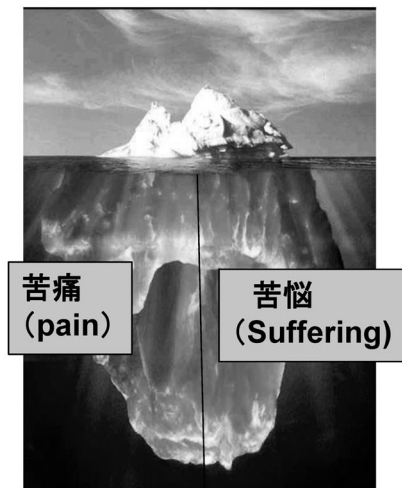


図1 苦痛と苦悩へのアプローチ

苦痛(Pain) : Doing
 ・治療したり緩和したりすることが
 できる
 ・問題解決型アプローチ

苦悩(Suffering) : Being
 ・治療したり緩和したりする
 ことができない
 ・寄り添い型アプローチ

の時あなたがすべき事は、真っ赤な毛布を持って
 いって『そばにいるから大丈夫ですよ』と彼を抱き
 しめることである。」「何かをすることではなく、そ
 ばにすることが大切」という意味でした。

これは、目の前の物事に向き合う「being」の重要
 性を示しています。しかし「not doing」に関しては、
 一概に「doing」が不要とは言えません。日進月歩で
 進む薬剤やケアでの対応も有用です。doing と being
 のバランスが大切なのです。

② Pain と Suffering (図1)

さらに、doing と being に 関 連 し て、Pain と
 Suffering があります。苦痛や苦悩は海に浮かぶ大
 きな氷山に例えられることがあります。氷山は、海
 上に見えているのはその一部分で海の中の見えない
 部分の方がはるかに大きいのです。その隠れている
 部分が精神的、社会的、スピリチュアルな部分かも
 しれません。そして、その隠れている部分は苦痛の
 「pain」と苦悩の「suffering」に分けられます。「pain」
 は先ほどの doing であり、治療したり緩和したりで
 き、問題解決型のアプローチで対応するもの。一方
 の「suffering」は being であり、治療したり緩和し
 たりできない関係志向型、つまり寄り添いのアプ
 ローチが必要です。

③ できること、できないこと

終末期のがん患者さんは「今日はできたことが、
 明日はできなくなる」という喪失体験を重ねていま
 す。また、苦悩は夫婦や親子の関係に起因している
 場合もあります。このような患者さんに対して、医

療従事者が問題を解決することは困難であり、悩み
 苦しんでいる人に寄り添うという関係志向型のアプ
 ローチが重要となります。

この時に必要とされるのが医療従事者自身の心の
 ケア。「患者さんの苦しみを解決できない」ことは、
 医療従事者にとって精神的なストレスになります。
 しかし、できないことを知り、認める作業も大切です。
 自分自身の心の強さや弱さはその日の精神状態
 によっても変わります。心のケアは双方向性で形成
 されるので、患者さんの心のケアをできない自分の
 無力さを認めることで、逆に患者さんからケアされ
 る場合もあります。

④ まず、あなたが酸素マスクを

飛行機に乗った時の緊急時のパンフレットを見た
 ことがありますか。緊急時の酸素マスク使用につい
 て「まず、親であるあなた自身が呼吸できることを
 確認してから、お子さんにマスクをつけてくださ
 い」と記載されています。つまり、あなた自身の安
 全を確保して初めて、誰かのサポートができるとい
 うことです。私たち医療従事者も自身の心身の安定
 があって初めて、誰かのケアができるのではないで
 しょうか。

2) マインドフルネスの紹介と実践

① マインドフルネスの必要性

医療者自身の心のケアには、マインドフルネスが
 必要と言われています。マインドフルネスとは「今
 の瞬間の現実」に常に気づきに向け、その現実をある
 がままに知覚し、それに対する思考や感情にとらわ

れないでいる心の持ち方や存在の有り様」です。今の瞬間をありのままに生きるということは、現代社会では非常に難しいものです。たとえば、情報化時代において、私たちは目の前の多くの情報を「良い・悪い」、「好き・嫌い」、「自分に関係がある・ない」と即断して処理します。マインドフルネスとは、そのような行動をいったん保留にして「あるがままに受け止めるあり方」と言えます。

②マインドフルネスの例

マインドフルネスを説明する例を紹介します（図2）。あなたは犬と一緒に散歩をしています。太陽は燦々と輝き、木々の緑は美しい。しかし、あなたは「やりかけの仕事や職場の人間関係、家族との雑事」で頭がいっぱい。あなたはマインドがフル、つまり気持ちが一杯一杯で、心に余裕がない状態。しかし、犬は目の前の景色をただ見えています。まさにありのままを見ている、これがマインドフルネスの状態です。

③ジョン・カバット・ジンの紹介と医学的な効用

ジョン・カバット・ジンはアメリカのマサチューセッツ大学医学部の教授です。マインドフルネスストレス低減法という8週間のワークを、うつや慢性痛の患者さんに応用したところ、薬より非常に良い結果がでて、論文を書かれて世界中に広まっていま

す。実はこのきっかけは禅の教えでした。がん患者さんの気持ちの落ち込みの改善とか睡眠、血圧の改善などの効用も発表されています。テロミアーゼは、アンチエイジングとか老化に影響する因子です。ストレスで短くなるスピードが速くなりますが、マインドフルネスでスピードが落ち再生する場合がありますと証明されています。

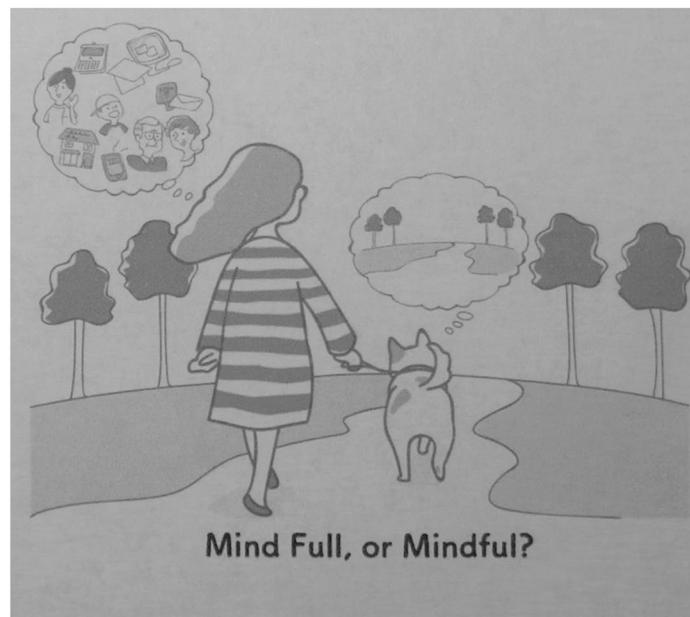
④脳科学的な証明

瞑想などというと宗教のような怪しいイメージがありますが、脳MRIで瞑想の効果が実証されています。

⑤マインドフルネスを実践する企業や有名人の紹介
グーグルやインテルなどの一流企業が研修に応用しています。アップル社のCEOであった故スティーブ・ジョブズが瞑想をし、禅を学んでいたことも有名です。また、プロテニスのジョコビッチ選手やマイクロソフト社のビルゲイツも瞑想を行っているそうです。

5. 死から生といのちを考える～医療者としての死生観、一人の人間としての死生観～

緩和ケアは早期からのアプローチが強調されていますが、どうしても避けて通ることが出来ない臨終時、死への対応も重要です。患者さんの死を目の前



参考文献：セルフケアできていますか？マインドフルネスを活かして
（高宮有介：南山堂）

図2 マインドフルネス（Mindfulness）の例

にすると、私たちの心も乱れます。私たちの死生観も問われているのです。大学の講義で学生に「人間の死亡率は？」と尋ねると皆一様に答えに窮します。そこで「100%です」と伝えたと「なーんだ」と納得した顔をするのですが、「死」について普段私たちがどれだけ意識していないかよく分かります。患者さんが遺した手紙や日記を通じ、作業療法士として、人として、自分自身の死生観を振り返るきっかけにいただければと思います。

1) 死を目前にした患者さんから、死と向き合うことの大切さを教わった

北京オリンピックに出場するはずだったバレーボール選手、横山友美佳さんをご存じでしょうか。1987年生まれ、横山さんは春高バレーのヒロインでもあり、18歳を迎えた年に日本代表に選出されました。しかし同年、横紋筋肉腫が判明し、抗がん剤治療を開始したのです。そんな彼女は生前、こんな言葉を残しています。

「病気になって一番考えたことはやはり命の尊さです。今の世の中、自ら命を捨てる事件がたくさん起きています。命を捨てるくらいなら私に下さい」

「歩くこと、話すこと、見ること、聞こえること、喜ぶこと、悲しむこと、そして生きること。当然のように出来ている人間は何とも思わないけれど、これらは当たり前のことなんかじゃない。皆さんのたった一つの尊い命を大切にしてください。今という瞬間を大事にしてください」

横山さんは21歳という若さで永眠されました。

同年代の女性で、忘れられない患者さんがもう一人います。原発不明がんで、肺転移と全身の骨転移のため、疼痛と呼吸困難がありました。私は緩和ケアの医師として毎日彼女の病室を訪れていましたが、彼女の母親からあまり悪い話はしないでほしいと頼まれ、生前、予後や死について語ることはありませんでした。しかし、彼女が亡くなった後、遺品の中から母親宛ての手紙が見つかりました。

「21年間、大変お世話になりました。ことにこの1年は心配ばかりさせてしまって申し訳なく思っています。親よりも先に逝くなんて最後まで親不孝な娘でした。でも、あまり泣かないでください。やっと病気の苦しみから解放されて、私は楽になれるのですから。悲しんでばかりいないでください。逆に

私は安心して旅立つことができません。それから私が居なくなったからといって、いつまでも家にふさぎこんでいてはダメだよ。まだ44歳。これからなのですから、いつも勝気な人でいてください。自分の幸せを自分でつかむこと。無駄なお金も時間もつかわないように。これからはしっかりと生きていてください。もう、うるさい娘は口出しできないんだから、自分の足で歩いていてください。最後にお母さんの娘に生まれてよかったです。ありがとうございます」

この手紙を読んで、何度もベッドサイドに行きながら本音の話ができなかったことを私は後悔しました。ただ、実は患者さんは皆、死を分かっているのではないかと感じたのです。死を目前にした患者さんを安易に励ますのではなく、死と向き合うことの大切さを改めて教えられました。

2) 大切なのは、残された時間よりもその時間をどう過ごすか

次にご紹介するのは西田英史君。彼は高校3年生で脳の悪性腫瘍になりました。彼は日記に次のように記しています。

「死をみつめる

今日も非常に強い無力感にとらわれた。もう少し、自分の死について考えてみる必要がありそうだ。明日死ぬのだとしたら、今日なにをやるか？ 3日残っているとしたら、何をする？ 1週間あるなら？ 半年あるなら？ 1年以上あるなら？」

「生きる意味とは

普通の生活をしていて死ぬならそれでも結構だ。

大事なものは、今、何ができるかということではないか。

今やりたいこと、なんだろう。俺が今できるもの。癌と闘いつつ、明日を信じて勉強すること。俺にとって満足いく生活だった、と言えるようになること。一日一日を精一杯生きるという生き方に巡り合えたこと」

こう言って受験勉強を続けていましたが、病状が悪化し、大学は受験できませんでした。しかし、今日をどう生き抜いたかということ、それが彼の生きた証だったのではと思います。

私たち緩和ケアの医師は、患者さんから「どのくらい生きられますか？」とよく聞かれます。どう答

えるべきかいつも迷うのですが、希望を支えながら伝えたいと思っています。ですから、「年単位ではなく月単位で考えた方がいいですよ」「やりたいことがあったら先延ばしにしないで」「会いたい方があったら会っておく」と、後悔しないように予後を生きられるように話します。

そう伝えながら、私たちも予後が決まっているということにハッと気づきます。健康であるついで漫然と生きてしまうのですが、死を前にした患者さんから、残された時間をどのように過ごすか、人生の生き方を教わることも多いのです。

3) 死＝無になることではない。思い出の中で人は生きる

肺がんを患った60代の男性からは「心のケア、家族のケアをしてほしい」と言われていました。病状が悪化して寝たきりになった彼は、家族に見守られながら「妻や娘・孫を残していくのは忍びない。先生、死んだらどうなりますか？」と私に聞きました。

私はその問いに対し、「私は無宗教ですが、肉体が消えたらすべて無になる、とは思っていません。命や魂とも説明しにくいのですが、亡くなった患者さんはどこかで見守ってくれていると信じています」と答えました。彼は「そう信じたい。自分が亡くなったあとも、妻や娘、孫をずっと見守る存在でいたい」と静かに語りました。当時、彼はいつもヘッドホンで音楽を聞いていました。曲は「アメージング・グレース」。今でも私はこの曲を聞くと彼の表情やエピソードを思い出します。人は亡くなっても、思い出の中で生き続けるのかもしれません。

最後に個人的な話ですが、私が医学部3年生の時に、父が急死しました。心筋梗塞でした。今でも私は机に父の写真を置いており、毎日挨拶をします。人生における大きな決断があるときは必ず報告をします。当然、声は聞こえませんが、見守ってくれているという実感があります。父の遺影の先に仏様や神様がいらっしゃるのかもしれませんが、私にとっては亡くなった父がその窓口になっているのです。

今後、皆さんも病院や施設、在宅で患者さんと接する中で、多くの出会いと別れを経験すると思います。また、皆さんの家族との別れもあるでしょうし、皆さん自身もいつか死を経験するのです。作業療法

士として、また一人の人間として生と死をどう考えるか。正解はないと思いますが、死が「無」や「永遠の別れ」だとしたら、この仕事を続けていくのは辛いことかもしれません。

これは、あそかビハーラ病院の僧侶が私に言った言葉です。

「私が無駄に過ごした今日は、昨日亡くなった人が痛切に生きたいと願った今日である。」

かけがえのない毎日を、大切に過ごすことを心に銘記したいと思います。

おわりに

皆さんを勇気づける言葉をお送りしたいと思います。これはカナダに研修に行った時に言われた言葉。「Do not curse the darkness, but light a candle.」暗闇をののしるのではなく一本のろうそくに灯をともしなさい。あれがない、これがないと言って、その場にいるのではなく、自分自身、自らがろうそくに灯をともし。そして、新しい扉が開くと言われた勇気づけられた言葉です。

イギリスのホスピスの母と呼ばれたシシリー・ソングース先生は2005年に亡くなっていますが、こんな言葉を残しています。「I did not found hospice. 私がホスピスを創ったわけではなく、Hospice found me. ホスピスが世界の中で人生の中で私を見つけてくれた。」私は、緩和ケアが私をみつめてくれたと思っています。皆さんも、作業療法が自分を見つけてくれたと思ってくださったらいいなと思います。

最後になりますが、アメリカのキング牧師をご存知でしょうか？公民権運動を進めていく中で、39歳で暗殺されていますが、生前の有名な演説、I have a dream. を私の夢として皆さんに紹介します。

I have a dream. がんの痛みで苦しむ患者さんがこの世からなくなりますように。その苦しみには心やスピリチュアル面にも救いがありますように。患者さんを取り巻くご家族にもケアが行き届きますように。

I have a dream. 皆さんが私の講演で死から生、いのちを考える機会となりますように。皆さんが、作業療法士として、患者さんと深い信頼関係を築き、皆さん自身が人生の意味や役割を感じることができるようになりますように。

＜参考文献＞

セルフケアできていますか？マインドフルネスを活
かして（高宮有介：南山堂）

明日もまた生きていこう（横山友美佳：マガジンハ
ウス）

ではまた明日（西田英史：草思社）

教育講演 1

これからの作業療法士の養成・育成教育で目指すもの

中村 春基

はじめに

第24回日本作業療法教育学会の開催おめでとうございます。COVID-19の影響で、紙上発表となり残念なことでありますが、皆様に私の考えをお伝えできる機会をいただき感謝しております。ここでは、表題の「これからの教育・育成」について述べさせていただきます。

1：新指定規則について

Key word：質問状・臨床実習・4年制移行

平成28年3月9日質問第18号、提出者 阿部知子代議士から以下の質問状が政府あてに出された。それは、1) 無資格診療の疑いについての中で、学生が行う行為は「無資格診療」にあたるのではないか。また、それによる診療報酬を得ていることになるが見解を示されたい。2) 臨床実習の実態について 臨床実習は全カリキュラムの19.4%を占めるが、臨床実習の指導内容についてはほとんど整備されておらず、実習が標準化されていない。臨床実習指導者の要件とは何か。指導者に対する研修体制はあるのか。また、臨床実習中のパワハラ・セクハラ、いじめ、暴力等について政府は把握しているか。3) 養成施設については、養成校専任教員の要件について、「5年以上の理学療法及び作業療法に関する業務経験」のみで十分か見解を示されたい。また、一部の養成施設では専任教員や学生定員等について理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に違反し、厚生局からの指導に対しても改善されない実態があるが、こうした養成施設については、立ち入り検査や罰則規定で臨むべきではないか等の質問がなされた。(概要のみ記載、詳細は原文を参照)¹⁾

これを受けて、平成29年6月から12月にわたって「理学療法士作業療法士学校養成施設の養成カリ

キュラム等改善検討会」が設置され、平成30年10月5日付で、文部科学省 柴山昌彦氏、厚生労働大臣 根本匠氏名で理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令²⁾が発出された。また、同日、厚生労働省医政局長名で都道府県知事あてに「理学療法作業療法士養成施設指導ガイドラインについて」³⁾が発出され、2020年4月1日から施行されたところである。実に20年ぶりの改正であった。改定の内容についての詳細は割愛するが、以下の3点については付記しておく。

一つ目は、ガイドライン「3 教員に関する事項」(3) 専任教員は、臨床に携わるなどにより、臨床能力の向上に努めるものとする。二つ目に、同ガイドライン「8 実習施設に関する事項」(5) 養成施設は、実習施設として、医療提供施設の他、介護保険施設、老人福祉施設、身体障害者福祉施設、児童福祉施設、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援事業所等を適宜含めるよう努めなければならない。三つ目に、臨床実習時間を22単位とした。

これらは、当協会の強い働きかけで明文化されたものであり、改定の趣旨をご理解いただき適切な対応をお願いしたい。

一連の過程から言えることは、阿部知子代議士の質問状に沿った内容で検討され、臨床実習が大きく見直されたことが分かる。その背景には、近畿地方の実習施設で理学療法士の実習生が自死したことがある。これは作業療法であっても対岸の火事ではなく、実習目標、指導方法、学生の状況等、臨床実習指導者と学校養成施設が密に連絡をとり、学生個別の適切な指導が必要であることを示している。ちなみに、近畿の例は控訴され2019年6月に和解が成立している。

なお、新指定規則施行後5年で、「理学療法士作業療法士学校養成施設の養成カリキュラム等改善検討会」の開催が決まっており、その際には修業年限

4 年以上について検討することになっている。今後、3 年間でその必要性を示すエビデンスをそろえて委員会に臨みたい。

2：より良い作業療法を提供するために

Key word：技術の見える化・研修の義務化

以下は私が体験した、ある病室の患者さんの会話である。「あなたの担当は誰…」「良かったね、あの OT は優しいし、説明もわかりやすいし、生活を考えて親身になって相談に乗ってくれるし…」。「私はダメ、自信なさそうだし、勉強しているかもわからない…」このように、患者さんの間では、担当者や訓練内容など様々な会話が飛び交っている。解決策として、患者さんが担当を選択できるようになり、それが給与に反映する制度であれば、否が応でも作業療法の質は向上するものと思う。余談であるが、新病院をつくる時、そのような提案をしたら 10 年後にしてくださいと言われ、なかなか、受け入れ難い提案である。しかし、よくよく考えると、OT が優秀であればいいことなので、知識、技術、社会性の向上への取り組みの「見える化」を行えば、患者さんも安心し、OT も努力せざるを得ないのではと考えている。

その具体的な指標として、生涯教育制度の履修状況を示すことにより、「見える化」できると考えている。2020 年 7 月 1 日での認定作業療法士は 1,097 人、専門作業療法士が 109 名、2020 年 3 月 31 日での基礎研修修了者は 8,488 人である。因みに、MTDLP 基礎研修修了者は 2020 年 4 月末で 26,552 人、事例報告数 5,266 事例、指導者数 193 人である。また、新指定規則で全ての臨床実習指導者は 16 時間の講習が義務付けられたが、2020 年 7 月 1 日時点での受講修了者は 5,723 人、臨床実習指導認定者 2,363 人である。なお、専門及び認定作業療法士をホームページ⁴⁾で公開しているのも、作業療法士の見える化の一環である。願わくは、各職場においても、患者さんが見てわかるような仕組みにして頂けたら幸いである。

次に研修の義務化について述べる。

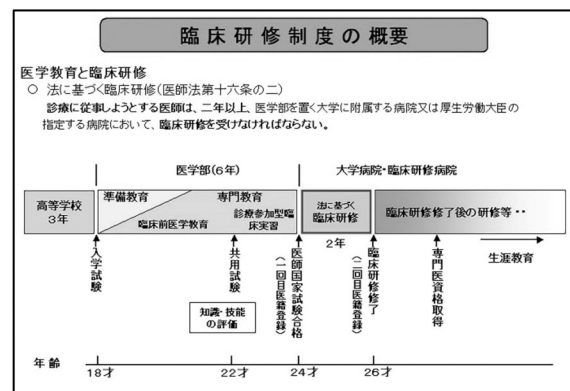
医療専門職種は、常に最新の知識と技術を提供することを求められているが、資格を取得したら、自己研鑽を積まなくても仕事が継続できるのが、日本

の OT の資格制度である。協会員には生涯教育制度の中で学習の機会を提供しているが、約 3 万人の非会員 OT は何を学び、どのような作業療法を行っているか、まったく把握できないのが現状である。従って、医療従事者の責務を踏まえると、OT に限らず医療専門職種全てにおいて、国が責任をもって質を保証する研修制度の創設は必須と考えている。

それは、不可能なことではない。現に医師は国税を投入して研修が義務化され、また、看護職においては努力義務ではあるが、研修が法律の中で謳われている。

以下にその概要を紹介する。

医師は 1946 年（昭和 21 年）に実地修練制度（インターン制度）が創設され、1968 年（昭和 43 年）には臨床研修制度に変更され、2004 年（平成 16 年）に新医師臨床研修制度となり現在に至っている。その中では、診療に従事しようとする医師は、2 年以上の臨床研修を受けなければならない（必修化）となっている。必須化にあたっては、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を習得するとともに、アルバイトをせずに研修に専念できる環境の整備を基本的な考えとして構築された。また、専門医制度が始まっている。専門医とは、「それぞれの診療領域において適切な教育を受け、十分な診療技能（専門的知識・診療経験と患者本位の診療態度）を修得し患者から信頼される標準的な専門医療を提供できる医師」とされ、現在 19 領域で認定されている。⁵⁾



一方、看護師については、2009 年 7 月（平成 21 年）の「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材促進に関する法律の改正」により、2010 年 4 月（平成 22 年）から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が

努力義務となっている。またその研修にあたっては、新人看護職員研修ガイドライン⁶⁾に研修内容、評価、指導方法等も示されている。繰り返しになるが、利用者視点でみると、担当の作業療法士の質は不明である。従って、研修義務化はまず取り組むべきであると考えている。

なお、研修の義務化にあたっては、OTの標準化、水準、研修体制の再編成など多々解決しなければならないが、それを進めることで、OTの質の向上と組織化が図れるものと考えている。

3：資格の登録制と更新制について

Key word：諸外国の状況，教育部答申

日本において医療関連職種の国家資格において、免許の更新制度を持つ資格は存在しない。しかしながら、専門職種として唯一「教員免許」が更新制度を備えている。（改正教職員免許法 2009.4）⁷⁾。先に述べた、「作業療法の質」を担保するためには、同様の仕組みが必要と考えている。なお、本件に関しては、当協会教育部において、その必要性を諮問し昨年8月に答申を得たところでありその内容を紹介する。⁸⁾

○諸外国における作業療法士免許と登録及び更新制度について

世界各国において作業療法士として働くためには、日本のように国家試験に合格し作業療法免許を取得することが必要というわけではなく、国による違いが存在している。国家試験や National Board による登録試験の合格が必要な国（アメリカ、カナダ、

ドイツ、日本、韓国、台湾など）は約30%、養成校の卒業が作業療法の資格要件（登録と認可）となっている国（イギリス、オーストラリア、ブラジルなど）が約70%である。また卒業後、医療や保健分野で作業療法士として働くためには、国家試験の有無にかかわらず作業療法士としての「登録（registered）」や「認可（licensed）」を求められることが多い。

また、作業療法士として実践を継続するためには、国家試験の合格による資格の更新を必要とする国については確認できていないが、登録や認可の更新手続きが必要な国は40%程度存在する。具体的な手続きには、各国の生涯学習（Lifelong-Learning や Continued professional development など）の受講記録を実践能力の証明として管轄機関に提出することが求められている（表1）。作業療法を実践するための条件は各国により違いがあるものの、「登録」や「認可」と生涯学習が密接に関連づけられており、重要なポイントである。なお、日本の医師、歯科医師、看護職においては2年ごとに登録が義務付けられている。

最後に更新制度の導入の意義は、「作業療法の品質確保と作業療法士の資質向上」であると考え、有資格者数10万人を迎えようとする今日において、国民に対するより高品質の作業療法サービスの提供が必要であり、提供される作業療法の品質の平準化、誰もが等しく高水準の作業療法を提供されることが必須である。そのためには、最新知識と技術の修得（知識・技術の水準の低下防止）、永続的な作業療法士の資質向上をはかることが必要である。

表1 登録または認可の更新手続きのために生涯学習記録を提出する必要性

国また中央組織	州・地方組織	更新申請なし (初期登録・認可は必要)
オーストラリア、カナダ、インドネシア、イラン、ケニア、ラトビア、オランダ、シンガポール、南アフリカ、台湾、ウガンダ、イギリス、アメリカ、ジンバブエ、クロアチア、ナミビア、ペルー	オーストラリア、インドネシア、韓国、ラトビア、タンザニア、アメリカ、バミューダ、クロアチア	アルゼンチン、ベルギー、ブラジル、コロンビア、チェコ、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、香港、アイスランド、日本、ヨルダン、マルタ、メキシコ、ニュージーランド、ノルウェー、パレスチナ、フィリピン、ポルトガル、スロベニア、スリランカ、スウェーデン、タイ、ベネズエラ、キプロス、ルクセンブルグ、ナイジェリア、パナマ

(参考：2012年12月：作業療法ジャーナル)⁹⁾

4：WFOT の取り組み

Key word：作業療法教育の最低基準，EMEAC

「作業療法士の教育の最低基準 改定第 4.1 版」¹⁰⁾については、昨年 3 月その訳を関係機関に配布したところである。現在、WFOT は 101 の国と地域の代表から構成され、世界で約 55 万人が活動している。この中で、WFOT の役割、機能は我が国の OT にも大きな影響を与えている。前述の新指定規則改定においても WFOT の最低基準を参照に臨床実習時間が 22 単位となった次第である。

さて、WFOT による「作業療法教育の最低基準」の内容については、本会会員においては「釈迦に説法」であるが一点だけ触れておく。

現在、OT 協会は国際化の一環として、2014 年 WFOT 日本大会の翌年から、日本、韓国、台湾、フィリピン、シンガポール、香港の 6 か国で東アジア諸国との交流会（The Exchange Meeting with East Asian Countries：EMEAC）を定期的に開催している。その中で、更新制度の情報交換もなされ、シンガポールは臨床を続けるには、毎年 200 時間の研修を義務化し、韓国は昨年より更新制度を実施しているが、それに至った国とのやり取りなど、更新制度化についての貴重な情報を頂いている。

6 日間の WFOT 代表者会議や EMEAC の交流を通して、先に挙げた国家資格の更新制度もその中から得た知見である。なお、アメリカ、カナダは 2027 年から、作業療法の修業要件を「博士」にするとの事である。それに伴い、エイドは現在 3 年での教育であるが、4 年制に変更されることが予測される。如何にして優秀な人材を集めるか、一歩も二歩も先んじているアメリカ、カナダである。

我が国の作業療法は、医療と介護の中で「がんじがらめ」であるが、WFOT、APOTC に参加すると

実にのびのびと作業療法が展開されていることを肌で感じる。その上で、Ver 4.1 の最低基準をみると、日本になじまない言葉遣いや概念も多くあるが、これが、世界の最低基準であるとする、我が国の作業療法の方向性は見えてくるし、それを踏まえた教育の実践が必要と考える。

本項の最後に、早ければ来年度から、海外での研究発表について渡航費用などの補助を開始する。現在、国際部において詳細は検討中であるが、今年度中にはその概要はお示しできる予定である。

5：これからの作業療法士の養成・育成教育で目指すもの

Key word：地域包括ケア

以下に、要点を列挙する。

○これから望まれる作業療法士像は「地域包括ケアに資する作業療法士」である。

地域包括ケアの仕組み、その取り組みをよくご理解いただき、学生の指導をお願いしたい。病院、施設で完結する作業療法は終焉しており、心身機能に偏った作業療法の教授は、教え子の未来を摘み取っていると思う。

○学校、養成施設を、OT の知識の情報発信の拠点に

過去、ICIDH や ICF の概念に基づく OT の転換は学校養成施設が大きな役割を果たした。MTDLP 然りである。士会、学校がタッグを組み、その地域の作業療法の質を担保する、そのような役割をぜひ担って頂きたい。

○広がる OT を包含するような OT 教育を！！

最近の我が国の作業療法には大きな変化がある。先の府中刑務所での採用、学校作業療法、保健と介護の一体的運用の中での活動と参加への支援、介護



2016 年 東アジア OT 交流会



2017 年 コロンビアでの代表者会議

ロボットの開発と普及、就労支援、地域づくりへの参画等である。これらを卒前教育では履修することは到底不可能であるが、少なくとも、作業療法の枠組みの中に加えた教育をして頂けたら幸いである。

○世界の動向を把握して世界に通用する作業療法士を育てる

以下は、現在、WFOTの会員が呼びかけて行われている、各国でどのようなOTモデルが用いられ

Country (国)	Models/Theories (モデル/理論)
Armenia	情報収集・分析目的: ・ PEO, MOHO 小児科: ・ Sensory Integration, Biomechanical and Neurodevelopmental Frame of References
Romania	・ PEO, MOHO, KAWA, その他: ・ COPM models and sensory integration, NDT, behavioral, cognitive and biomechanical frame of references.
Portugal	・ MOHO, CMOPE (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), PEO 小児科: 発達障害: ・ Sensory Integration
Jordan	・ MOHO, PEO 発達障害: ・ Sensory Integration
Chile	精神障害: ・ MOHO 身体障害: ・ Canadian Model・Biomechanical, rehabilitators or neurodevelopmental strategies/models 高齢: ・ cognitive stimulation and neuropsychological rehabilitation, biomechanical or neurodevelopmental strategies, 小児科: ・ Sensory integration
Rwanda	・ PEO, Bio mechanical and neurodevelopmental FOR, Sensory integration FOR ・ MOHO, Cognitive Behavioral FOR, CIMT, Environmental adaptation FOR
Turkey	・ CMOP, PEO, PEOP, MOHO, Cognitive -Perceptual Model and creative ability model その他: ・ KAWA 小児科: ・ Sensory Integration, Biomechanical, motor control and Neurodevelopmental FOR
Seychelles	・ PEO, Biomechanical and Neurodevelopmental FOR, Sensory integration FOR ・ MOHO, Cognitive Behavioral FOR, Environmental adaptation FOR
Croatia	OTの国籍も多様で様々な国のモデル・理論を活用している。 UK, USA, Canada および Croatian OT's は、下記モデルをよく利用する。 ・ CMOP-E, sensory integration その他: MOHO, KAWA model
Belgium	・ CMOP-E & CCPF, PEO, PEOP, MOHO, KAWA, OTPF, CDM その他: ・ OPMA, OA
Nigeria	・ MOHO, CMOP -E, PEO, CIMT 身体障害・小児科: ・ Neurodevelopmental Rehabilitation, Sensory Integration, Adaption/Compensatory, Biomechanical, Sensorimotor, Cognitive-behavioural FOR
Japan	・ MOHO, AMPS, A-ONE, COPM, Occupational Sciences, Sensory Integration, Task-Oriented Approach, NDT, ・ Behavioral, Cognitive and Biomechanical frame of references, and Neuro rehabilitation ・ Management tool for daily life performance (MTDLP)

(2020.0701 国際部事務局集計)

ているかの調査結果である。これは、各協会が取りまとめたものではなく個人の意見であるが、参考になれば幸いである。

6：まとめに変えて

5月13日、作業療法士学校養成施設連絡会のキックオフ会議がZoomで開催された。約200名のご参加をいただき、COVID-19下での講義や臨床実習についての情報交換が行われた。今年度あと2回ほど開催予定である。是非、この会を有効に活用いただき、各科目の内容や教育方法、評価などの議論が深まることを願っている。あと、協会編纂の作業療法全書であるが、現在、改定作業が進行しておりできるだけ早くお手元にお届けしたい。

参考文献

- 1) 阿部知子：理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する質問意書：質問第180号
平成28年3月9日提出
- 2) 文部科学省・厚生労働省：理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律百三十七号）第十四条の規定に基づき、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を改正する省令：平成30年10月5日
- 3) 厚生労働省医政局長：理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインについて
医政発1005第1号・平成30年10月5日
- 4) 認定作業療法士名簿
<https://www.jaot.or.jp/member/ninteiList/qualificate/>
専門作業療法士名簿
https://www.jaot.or.jp/continuing_education/senmonot-seido
- 5) 厚生労働省：医師研修制度の見直しについて
<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/08/04.html>
- 6) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン改定について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049578.html>
- 7) 文部科学省：教員免許更新制度の概要
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/koushin/001/1316077.htm
- 8) 日本作業療法士協会教育部：教育課題：「作業

療法士」免許の更新制度について（答申）2019年8月25日

- 9) 佐藤義久：国際比較から作業療法の専門職としての位置づけを考える

OTジャーナル 46（13）：1615-1621. 2012

- 10) 日本作業療法士協会：「作業療法教育の最低基準」
2019年3月

教育講演2

これからの養成教育・臨床教育の具体的課題

鈴木 孝治

1. はじめに

作業療法教育の根拠である理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導ガイドラインは、2017年度に6回にわたる学校養成施設カリキュラム等改善検討会にて改正の検討がなされ、2020年4月の入学生より適用されている。今回の改正は、1999年以来であり、そのポイントは、①総単位数の見直し、②臨床実習の在り方、③専任教員の要件であり、(一社)日本作業療法士協会(以下、協会)が提案し続けてきた修業年限の4年間への改正は残念ながら実現されず、現行のまま3年間以上の教育にとどまっている。

総単位数の見直しでは、現行の93単位から101単位へと8単位も増加しており、3年制の養成校ですと1年間に約3単位の負担となっている。教育内容全体の構成を図1に示し、単位数の増減を表1に示した。いわゆる教養科目として位置づけられている「基礎分野」に、これまでの「科学的思考の基礎」、「人間と生活」に「社会の理解」が加えられたが、

単位数は14単位のままである。「専門基礎分野」では、「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」に「栄養、薬理、医用画像、救急救命及び予防の基礎」を必修とし、2単位増加の14単位に、「保健医療福祉とリハビリテーションの理念」に「自立支援、就労支援、地域包括ケアシステム及び多職種連携の理解」を必修とし、2単位増加の4単位に改正している。なお、「人体の構造と機能及び心身の発達」は12単位のままで、この分野は26単位から30単位へと4単位増加している。「専門分野」は、現行の53単位から57単位へと4単位増加している。「作業療法管理学」(2単位)を新設し、「臨床実習」を18単位から22単位へと4単位増加させている。また、「作業療法評価学」(5単位のまま不変)で、「医用画像の評価」を必修とし、「作業療法治療学」において、「喀痰等の吸引」を必修としている。「専門分野」のここまでの増加した単位を合計すると6単位となり、理学療法士と作業療法士では、専門分野の学問は異なるので、この分野の教育内容を同じにする必要は

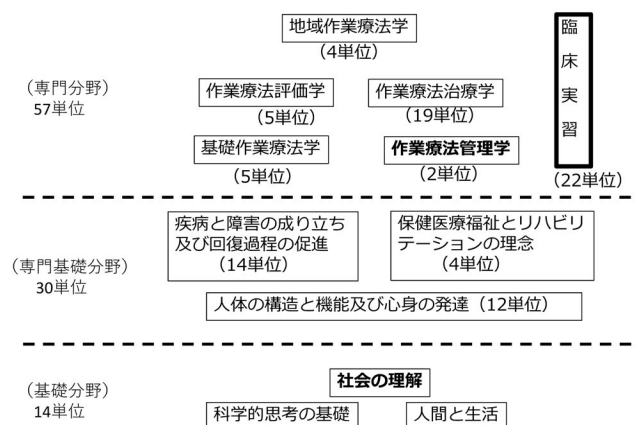


図1 改正された理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に示された作業療法の教育内容(太字は新設の教育内容)

ないが、総単位数は同じ単位数にしなければならず、「臨床実習」の2単位分を「基礎作業療法学」と「作業療法治療学」で1単位ずつ減らし、その内容を臨床実習にて理解を深めさせることとした（表2）。

臨床実習のあり方では、臨床実習を行う実習施設について、現行の「病院又は診療所」から「医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設（薬局及

び助産所を除く）」（以下、医療提供施設）とし、現行の「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと」から「実習時間の三分の二以上は医療提供施設において行うこと。また、医療提供施設において行う実習時間のうち二分の一以上は病院又は診療所において行うこと。通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を

表1 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則
～現行と今回の改正：単位数の増減

現行		改正内容	
教育内容	単位数	教育内容	単位数
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活	科学的思考の基盤 人間と生活 社会の理解	14
専門基礎分野	人体の構造と機能及び心身の発達	人体の構造と機能及び心身の発達	12
	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	↑ 14
	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	↑ 4
専門分野	基礎作業療法学	基礎作業療法学 作業療法管理学 作業療法評価学	↓ 5 ↑ 2 5
	作業療法評価学	作業療法評価学	5
	作業療法治療学	作業療法治療学	↓ 19
	地域作業療法学	地域作業療法学	4
	臨床実習	臨床実習	↑ 22
合計		合計	101

表2 改正のポイント～単位数、教育内容

分野	単位数	改正された教育内容（概略）
基礎分野	不变： 14単位	「社会の理解」の科目を新設
専門基礎分野	4単位増： 26単位→ 30単位	「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」の科目（12単位→14単位）で、「栄養、薬理、医用画像、救急救命及び予防の基礎」を必修とする。 「保健医療福祉とリハビリテーションの理念」の科目（2単位→4単位）で、「自立支援、就労支援、地域包括ケアシステム及び多職種連携の理解」を必修とする。
専門分野	4単位増： 53単位→ 57単位	「基礎作業療法学」（6単位→5単位） 「作業療法管理学」（2単位）の科目の新設。 「作業療法評価学」（5単位）の科目で、「医用画像の評価」を必修とすることとする。 「作業療法治療学」（20単位→19単位）の科目において、「喀痰等の吸引」を必修とする。 「臨床実習」（18単位→22単位）の科目で、「臨床実習前及び臨床実習後の評価」を必修とする。

臨床実習 990時間（22単位）

時間数で考えると

330時間 330時間 330時間

実際の運用上、単位数で考えると

8単位 7単位 7単位

病院・診療所 老人保健施設 就労支援施設
身体障害者福祉施設
等
医療提供施設

通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習（45時間、1単位）

図2 臨床実習施設および時間（単位）について

1単位以上行うこと」と実習時間についても変更がなされた(図2)。

臨床実習指導者の要件は、免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者で、かつ厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会等を修了した者へと変更された。なお、当該講習会は16時間以上のワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式で行われるものとされている。

協会は、2017年8月には臨床実習において学生による実施が許容される行為の明確化やチームによる臨床教育の方法論を示した『日本作業療法士協会臨床実習指針』を作成し、2018年3月には『作業療法臨床実習指針(2018) 作業療法臨床実習の手引き(2018)』¹⁾を完成させ、厚生労働省指定臨床実習指導者講習会のテキストとして活用している。

専任教員の要件では、専任教員の質の担保を図るための改正として、現行の免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者から、免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者であって、指定する講習会を修了した者等へと変更された。また、当該講習会修了以外の要件として、免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者であって、大学において教育学に関する科目を4単位以上修め、当該大学を卒業したもの又は免許を受けた後3年以上作業療法に関する業務に従事した者であって、学校教育法に基づく大学院において教育学に関する科目を4単位以上修め、当該大学院の課程を修了した場合が該当する。なお、専任教員の要件のみ、2022年4月からの施行予定となっている。

2. 作業療法管理学について

この改正の目玉の1つとして、「作業療法管理学」がある。管理学とは、一般的には、ヒト、モノ、カネ、情報、知識、時間、リスクの管理、倫理や法律・諸制度、さらにはキャリアに関する学問である。

作業療法教育の開始時より30数年間は「作業療法原理」「作業療法概論」「基礎作業学」などで「職業倫理・職場管理」という教育内容が教授されていたが、現行のカリキュラムでは、高齢化の進展に伴う医療需要の増大や、地域包括ケアシステムなど作業療法士を取り巻く環境の変化への対応や職場管

理、職業倫理などに関する内容が不十分であるといえる。従って協会教育部養成教育委員会では10年前より、これまで専門基礎教育に位置付けられていた「保健福祉に関する政策、システムを含めた制度と経済的な観点」に該当する教育内容を専門科目に移行すべく検討を重ねてきた。この検討の背景には、2008年度厚生労働省老人保健健康推進事業「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究」に始まる「生活行為向上マネジメント」の推進がある。今回の改正では、「職場管理、作業療法教育および職業倫理を含む」とあるが、関連法規・規則・制度までもを含むことを想定して新設した経緯がある。作業療法士の管理について、「作業療法ガイドライン 2012年度版」²⁾で既に、作業療法士の年齢構成、経験年数の構成から、中間管理職や管理職の役割を早い段階で担わなければならないという状況を鑑み、業務管理、人事管理、設備・備品・消耗品管理および作品の取り扱い、記録(文書・電子データ)管理、リスク管理という項目が列挙されている。今回の指定規則の改正後に出版された「作業療法ガイドライン 2018年度版」³⁾にも、「日常の臨床業務の他に、人事、他部門との調整、物品の保守点検等の管理・運営業務、組織内での管理・運営能力向上、人事管理および経営管理的視点(コスト意識)の重要性」が再掲されている。

また、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム⁴⁾である地域包括ケアシステムの概念を理解させることも必須である。

上記のような社会情勢の変化から、「作業療法管理学」という教育内容を新設することを要求し、今回の改正で認められたので、今後、養成課程でしっかりと教授することが求められる。

3. 学校養成施設と臨床実習施設との連携

医師の教育は、医学部の教員が行っているが、臨床の教育をするにあたり附属の教育病院を持たない医学部など存在しない。理学療法士・作業療法士の臨床教育では、残念ながら未だ附属の実習施設を設置している学校養成施設はごく少数である。

指定規則では、主たる実習施設は、「養成施設の附属実習施設であること、又は契約により附属実習施設と同等の連携が図られていること」とあり、原則として学校養成施設は附属実習施設を持つことが求められている。また、専任教員が主たる実習施設の臨床に携わることで臨床実習指導者との連携を密に図ることや、専任教員と臨床実習指導者が連携して早期見学実習を実施すること等、学校養成施設や臨床実習施設における教育の質の向上に資するような連携体制を想定している⁵⁾。実習の形態でも診療参加型の実習で、教員ができる限り施設へ赴くことが要望されている。この要望を踏まえて、協会は臨床教育の質の向上を図るべく、図3に示す臨床実習指導体制の概要を作成した。学校養成施設と臨床実習施設との連携では、教員が臨床実習指導者（担当）との間で行う、学生の学習状況をはじめ、実習目標、実習内容、学生評価など実習に関する連絡調整のみならず、臨床実習指導者のチームとの連携も必須である。さらには、臨床チームの一員として関与しているのであるから、多職種との連携も不可欠となる。これを実現するためには、主たる実習施設は学校養成施設に近接している方が機能的であることは間違いない。「臨床教育の役割を担う学校養成施設教員」が、臨床実習施設の臨床チームの一員として学生の実習指導の一部を担当することは、卒前・卒後の一貫した教育を推進することができ、本来の作業療法士の教員の姿といえる。しかし、この実践のためには、学校養成施設の教員に相応の臨床能力が求められる。

4. 作業療法士学校養成施設連絡会について

全国の作業療法士学校養成施設間の連絡を円滑にし、今後さらに改正される可能性のある指定規則等の準備に対応すべく、第三次作業療法5か年戦略（2018－2022）に明記された。協会教育部養成教育委員会では2019年度に当該連絡会の骨子を検討し、2020年4月より開催の準備を進め、2020年5月13日にテレビ会議システムを活用して「作業療法士養成施設間のWeb意見交換会」を実施した。この意見交換会では、同年3月に実施した「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う臨床実習の実施（予定）状況の調査」の結果概要の報告と当該連絡会の実施方法のお知らせができ、学校養成施設からの意見・要望も聴取できた。今後は、2020年度中に「作業療法士学校養成施設連絡会」を開催する予定である。当該連絡会の設立により、学校養成施設からのタイムリーな意見・要望を聴取できるとともに、関係省庁・機関との調整、検討結果を速やかに各養成施設へ発信する機能を持たせ、作業療法士学校養成施設間の連携強化を図れることになると考えている。なお、昨年までは、対面会議を想定していたため、集合時期、場所など、会議の設定方法に難渋すると考えていたが、新型コロナウイルス感染症の対策としてテレビ会議システムを活用し始めたので、空間共有のし易さと時間・費用の節約というメリットが生まれ、今後はこのシステムを軸に学校養成施設間の連携強化に拍車がかかると期待しているが、なによりも学校養成施設の各教員の協力が求められる。

5. 今後の臨床実習指導者の養成について

2018年度、2019年度と教育部の担当で全国18か

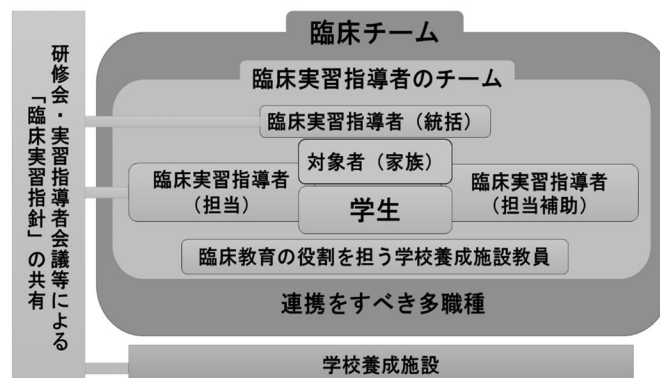


図3 臨床実習指導体制の概要

所にて実施した研修会・講習会であるが、2020年2月中旬以降、新型コロナウイルス感染症のため、対面の講習会は中断せざるを得なくなった。当初は、2019年度内に10,000名の臨床実習指導者の誕生と予定していたが、2020年3月現在の臨床実習指導者は、全国で約8,400名であり、目標値の15,000名の56%の達成率にとどまっている。すなわち、残りの6,600名の養成は2020年度内に達成しなければならないのであるが、厚生労働省指定臨床実習指導者講習会は、2021年3月までは、基本的に対面での講習は実施せず、テレビ会議システムを用いての講習会を開始したところである。2020年6月末現在、このシステムを用いた当該講習会の修了者は22名となっている。今後は、新型コロナウイルスの感染状況により変動すると思われるが、テレビ会議システムを用いての講習会を基本として進めてゆくことが、受講生、講習会運営担当双方の利便性、感染リスクの低減に繋がると考える。

なお、この厚生労働省指定臨床実習指導者講習会は、協会としては2020年度より卒後教育の1つとして生涯教育制度に位置付けている。卒後5年間を目途に、自身の臨床技能を中心に修得していただきつつ、臨床実習指導者（担当補助）として後輩育成に協力しつつ、当該指定講習会の受講によって後輩である学生の指導ができると認められるのである。免許取得前の学生時代から継続している作業療法の学修、すなわち卒前・卒後の一貫した教育体制の中で、一区切りがつく時期と考えて良いのではないか。

しかし、そこで作業療法の学修が終了するのではなく、さらに、より具体的・実践的な臨床技能、指導方法が必要である。このために上級の講習会である臨床実習指導者実践研修会を協会独自で2019年度内に1回実施しており、2020年度は複数回を予定し、作業療法参加型臨床実習を円滑に進めたいと考えている。

今後は、卒業生全員が厚生労働省指定臨床実習指導者講習会を受講し、さらにひとりでも多くの作業療法士が臨床実習指導者実践研修会に参加してより質の高い後輩育成に臨んでいただきたい。

【文献】

1) (一社) 日本作業療法士協会：作業療法臨床実

習指針 (2018) 作業療法臨床実習の手引き (2018). 2018.

2) (一社) 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン 2012年度版. 2013.

3) (一社) 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン 2018年度版. 2019.

4) 厚生労働省：地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (アクセス日：2020年6月30日)

5) 厚生労働省医政局医事課：理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインに関するQ & A. 令和元年5月29日改訂版

シンポジウム

臨床参加型実習とリフレクション

中澤 史江

1. はじめに

失敗した時に「何故自分は間違えてしまったのだろう」と過去の自分に問い詰めてしまう実習生がいた。過剰に反省ばかりしているのである。この行為は「間違えることは自分の価値を損ねることだ」という思考を招き、失敗を恐れ委縮し身動きが取れなくなっていたようだ。はたから見るとよく「固まって」いた。実習一週目を終えようとした時「週末に自分の短所について書き出します」と言うので事は深刻だと思った。実習中の関心ごととは患者の回復よりも自分へ向ってしまっていた。

心理学者の河合隼雄は「いわゆる問題児というのはわれわれに「問題」を提出してくれているのだ¹⁾」と言っている。正に実習中「おや、なんだか上手くいかないぞ」と思った時は、私たちが解くべき問題を実習生が提出してくれた時なのである。この時私が提出された問題の解決策の一つが今回のシンポジウムのテーマでもある「リフレクションを促す」ことであつたと思う。否定的な反省や自己分析ではなく、作業療法実践の発展に繋がるようなリフレクションを行えるよう、臨床教育者（以下、CE）はどのように働きかければいいのか。私自身、他のシンポジストの先生方よりご示唆を頂きたいと思っていたが故に、この度紙面学会という機会を頂戴し感謝している。

2. 模倣のプロセスの中でリフレクションは行われている

実習生は模倣のプロセス（見学・模倣・実施）を通じ常にリフレクションを行っている。臨床参加型実習では必要な診療技術はチェックリストに示されているが、リフレクションの内容と質によりそこから何を学び取るかは変わってくる。「見学」「模倣初

期」の段階ではCEと自分の実践の違いをリフレクションし、「模倣初期～後期」にかけて次第に前回の自分の実践と今の自分の実践とをCEのアドバイスを受けながらリフレクションすることとなる。基本的に「実施」に至った時には前回の自分の実践と今の自分の実践とを自身でリフレクションしながら行っていける段階だが、必要に応じCEの実践や実践の結果と自分のそれとを比較し、自分の実践をより良い物とするように努める。このようにリフレクションを繰り返しながら実習生は常に自己の課題を発見していると言える。

特に知識や技術に自信が無い場面は学生が自らリフレクションし易いようだ。例えば、CEと一緒に起き上がり練習を介助した経験のある患者を、一人で介助したところ「起き上がり介助が上手くできず、患者さんに負担をかけてしまった」というような場面だ。自らの気づきに伴うリフレクションは実践を通しその場で促し確認していくことができる。但し、このような実習生の気づきはCEの関心の傾向「実践が出来たか出来なかったか」ということと親和性が高いので、どうしても「起き上がり介助が上手くできず」の部分に注目して実習生のリフレクションを反省の方向へ誘導してしまう可能性があるので注意が必要だ。

CE：どうして上手くできなかったと思いますか。

実習生：……。

CE：どこが悪かったと思いますか。

実習生：介助するタイミングが悪かったと思います。

実習生の方も自信が無いので恐縮し、悪かったところ・問題点の確認に終わってしまいやすい。この様なやり取りは冒頭に挙げた実習生の例のように否定的な反省ばかりにならないよう気をつけなければ

ならない。つい使用してしまいがちな「どうして」「悪い」等否定的な語彙を投げかけないことや、実習生を肯定的に受け入れる人間関係や雰囲気は効果的なリフレクションを行うための土台となる。そのうえで次の展開を具体的に考えてもらうような声掛けが出来るという。

3. 意識していない自分を意識する働きかけ

リフレクションの本質は前述した行動の振り返りばかりでなく、意識していない自分をも振り返ることである。今回のテーマで考えたいのもこの意識していない自分を実習生はいかにしてリフレクションするか、そのためのCEの役割、働きかけはどのようにすればいいかということではないだろうか。

私たちは肯定的・否定的いずれにせよ感情が動いた時に、そこに何か問題があると気づくことがある。「驚きの中に私たちの注意がそこに惹きつけられるという事態が含まれている。」²⁾ からだ。従って実習生の心に残った関心ごとを聞いてみるのが意識していない自分を振り返る糸口となりそうだ。CEの関心ごとと実習生が自分でリフレクションしやすい項目とは相性が良いが、反対に実習生の関心ごととは自分でリフレクションしにくいことが多い。先の起き上がりの例「起き上がり介助が上手くできず患者さんに負担をかけてしまった」でいえば「患者さんに負担をかけてしまった」というのが実習生の関心ごとだろう。しかしこの関心ごとを実習生はどう解釈しているかわからず、通常は「患者さんは嫌な思いをしただろう」「申し訳ない気持ちになった」というような主観的な感想に留まってしまう。そこで自己の感情や思考の根拠を問いかけていく設問をCEが行っていくことが有効である。まず初めにその時どのような判断や考えをもとに行動したか、患者にどうなって欲しいと思っていたか、そう考えた根拠は何かを問いかけ整理していく。次に行動の選択肢を探求したり、この経験で学んだことを意識化したり、リフレクションの過程で起きた新たな気づきについて確認する。そのうえで今度はどのように行動したいか、そのために何をするかを確認していく。実際の臨床場面では実習生の感情の変化にまでフォーカスしている時間は無いのが現状である。フィードバックの時間（実習生との一対一の対

話）や、デイリーノートを用いるとよい。ここで感情を表す表現「緊張した」、「ドキドキした」、「焦った」、「困った」、「ほっとした」、「嬉しかった」等が表出された際はその感情や思考の根拠を問いかけ、考えを深めていくチャンスとなる。

例えば、患者から入院前の生活を聴取する場面。患者は孫と同年代の実習生と楽しそうにおしゃべりをしている。いつのまにか話が脱線しており聴取すべき項目についての話は聞けないまま設定時間を超過してしまった。

その日の実習生のデイリーノート：

楽しそうにお話ししてくださるのでなかなか話題を変えることが出来なくて予定していた情報収集項目について殆んど聞けませんでした。でも、会って間もない学生の自分に色々な事を話してくれて、受け入れてもらっているのだなと思うと嬉しかったです。

一時期臨床参加型実習においてデイリーノートは不要ではないかと考えていた。しかし、実習生の関心ごとや感情が表出されやすく、経験からの学びを明確にするきっかけと成り得ることがわかってきた。特に対話が得意ではないタイプの実習生にとって重要なツールとして重宝している。「予定していた情報収集が出来なかった」ということはCEとしては気になるころではあり「ただ受動的におしゃべりを聴くだけでなく、次回は援助に必要な情報もきちんと聞くように」とアドバイスするかもしれない。しかし、それよりも「患者に受け入れてもらえた」という体験に伴う気づきをどれだけ深められるかが実は重要で、実習生のこれからの作業療法士像を形成していくことに繋がる。

4. 作業療法実践におけるリフレクションとは「問い続けること」

当院では2015年より臨床参加型実習を導入した。当時を振り返れば、まず臨床参加型で実習することの意義もよくわからずただ形式を追うことに精一杯であったように思う。しかし、この実習方法の転換により臨床実習は実習生に「教える」というよりも「育てる」という感覚に近くなった。リフレクシ

ンは内省、省察等と訳される。教育の分野では具体的行動に移しやすいよう振り返り、見直しという言葉で表現される時もあるようだ。実習中リフレクションは自問自答やCEからの問いかけによる対話、患者の変化を通して自分の関りをリフレクションする等様々な形をとりながらも常に行われている。最初は否定的な反省や自己分析に陥りやすい実習生も適切な働きかけの元実習体験を積み重ねていくことで、作業療法技術の向上だけでなくリフレクションのスキルも向上する。自分自身を肯定的に捉え作業療法実践の発展に繋がるようリフレクションが可能となる。CEもまた、実習生のリフレクションを

促すような問いかけを行いながら、同時に自分の言動やその時の実習生の反応をリフレクションしている。臨床参加型実習においては作業療法実践におけるリフレクションとは、行為の最中・前後を問わず常に「問い続けること」ではないだろうか。

- 1) 河合隼雄：子どもと学校，岩波新書，pp.7-8，1992.
- 2) Donald A, Schon. (柳澤昌一，村田晶子監訳)：省察の実践者の教育 プロフェッショナル・スクールの実践と理論，鳳書房，pp.42，2017.

シンポジウム

内省を考える ー学習者にいかに内省を促すかー

石川 英樹

1. コミュニケーションと情報収集

社会的背景の変化やSNS進化によって人間関係の希薄化と変化が実習生にも起こっていると感じる。指導者は、個々の実習生に合わせたコミュニケーションが必要になっており、実習生の情報を聴取し活かしながら、個性を理解した指導（性格・経験・特性・学習スタイル）を行い、知識・技術を伝えていく必要がある。指導内容によっては、臨床実習での出来事を伝えるよりも、実習生の経験（部活動・趣味）に基づいた話に置き換えて現在の課題を明確化しやすい場合もある。また、学習効果が最大限得られやすいよう、良好な指導者とのコミュニケーション・関係性を構築して質問や感じたことを伝えやすい雰囲気作りに配慮していく必要がある。実習生の個々の性格や特性が違うので、学習者に対してどのように関われば主体的かつ対話的な深い学びに繋がるかを常に考え情報を取りながら、実習指導に携わっている。

医療法人社団心の絆蓮田よつば病院 QOL 推進部
主任作業療法士

2. 指導者の役割

2-1. 共同学習者としての一体感

実習指導者は、「教育」というより実習生の「学習」を第一に考え、何を今学習すべきかを教えるファシリテーターとして臨床実習を作り上げていく必要がある。臨床実習では、ケーススタディを通じて、共同学習者として情報を共有する事を意識しており、「上下の関係」というより「双方が対等の関係」で課題に取り組んでいる。もちろん「双方が対等の関係」といっても、基本的な態度、作業療法士として将来仕事をしていく上での心構えや熱意が備わっていることが前提となる。

知っている情報は共有しながら患者様の変化を追うことで、円滑な情報交換（報告・連絡・相談）のトレーニング・課題発見力を育てていく。その為には、実習の場がなんでも言い合える「安全な場」でないと実習生の意見や考えが表出しにくいと考える。なんでも言い合える安心安全な場であることを認識してもらい、学ぶ意欲と実習でお互いに学んでいくという一体感を高めることが、指導者が最初に

行う役割だと考える。

2-2. アクティブラーニングの活用

対話を通じて実習生と共に新しい発見や体験を通じて知識・技術を身につけていく、アクティブラーニングを基本的考えとして臨床実習を進めている。アクティブラーニングとは、「学習者の能動的な学習への参加を取り入れた教授・学習法の総称」¹⁾と定義されている。

アクティブラーニングは、「体験」と「対話」の2つの軸を基本とし実習生にとって「体験」は、患者様と関わり（リハビリ実施・評価・測定・会話）、慣れない実習地までの通勤や朝の挨拶など実習先で起こる一つ一つの出来事が新たな体験であると考え、その慣れない環境下で、指導者としてなんでも言い合える雰囲気や場所を作り出していく必要があるが、アクティブラーニングの一部であるアイスブレイクを活用することで、限られた実習期間でより効果的な実習生との関係構築と思考表出の場づくり

が行いやすいと考える。

2-3. アイスブレイクの活用

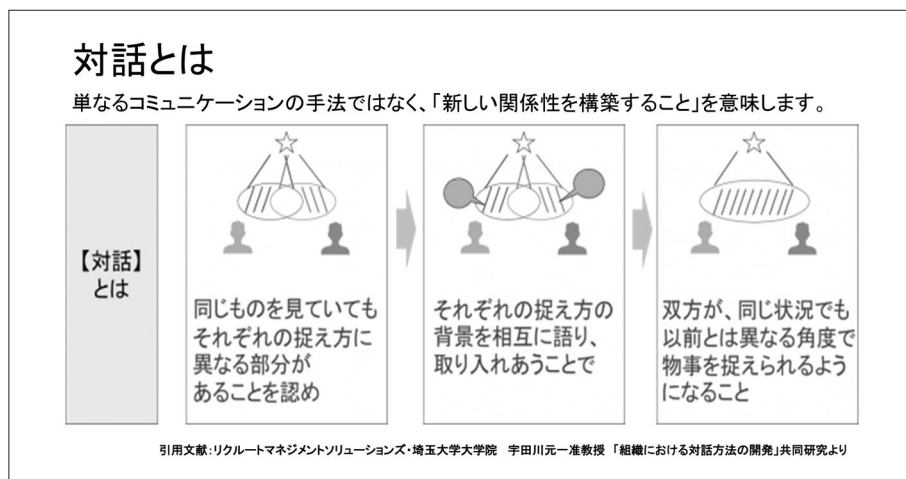
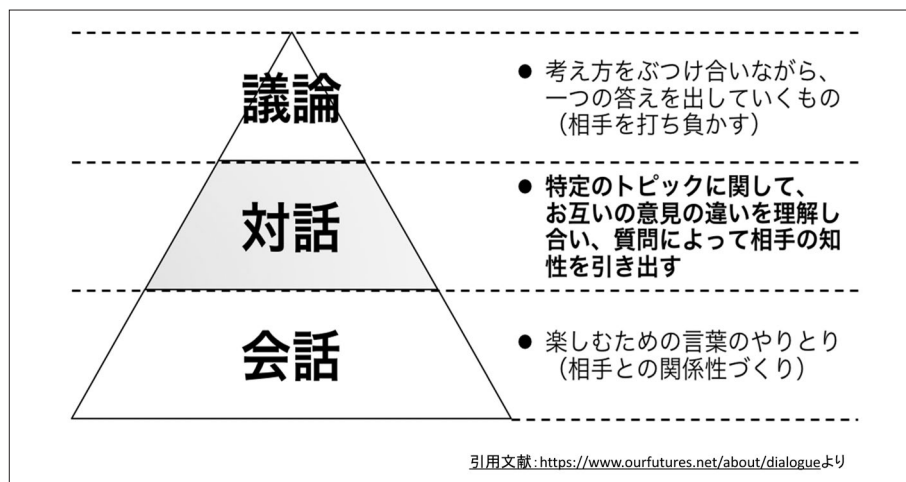
「アイスブレイク」とは、初対面の人や話し合う場の緊張をほぐすことで、コミュニケーションを円滑にし、参加者が目的に応じた積極性を発揮できるようにする手法。簡単に言うならば「一緒に学ぼうという雰囲気づくり」のため緊張をほぐす時間である。

フィードバックの最初に「今日一日で起きた良い出来事」や「気になったこと」などを指導者と実習生で伝えあい、適度にリラックスした環境で互いを理解し課題共有を行っている。

3. 「できた」を創造し、感じてもらう

3-1. グループ活動を活かした体験

CCSの工程を経て、段階的に実習生に知識・技術の習得を促し「できた」を感じてもらえるように、グループ活動（集団体操・園芸療法・音楽療法など）



を体験してもらっている。具体的には、グループ活動の企画・運営・実施してもらい実習生の能力・特技が治療に活かせる内容を組み込んでいる。

診療参加型のグループ活動を臨床実習内で実施することで、治療目的・患者様の反応・効果が実習生の肌身で感じてもらえる。たとえ思考過程や結果が間違っていたとしても、否定はせず受容してなぜその思考に至ったかをすり合わせをし「よくできた点」「努力の必要な点」を整理する。成長している点・頑張った点は、承認し褒めることでステップアップしている感覚「できた」を感じてもらう。まず「できた」を積み重ねる事が、自発的な内省を促す第一歩であると考え、その為には、適切なフィードバックが必要不可欠であると考え。

3-2. フィードバックで意識していること

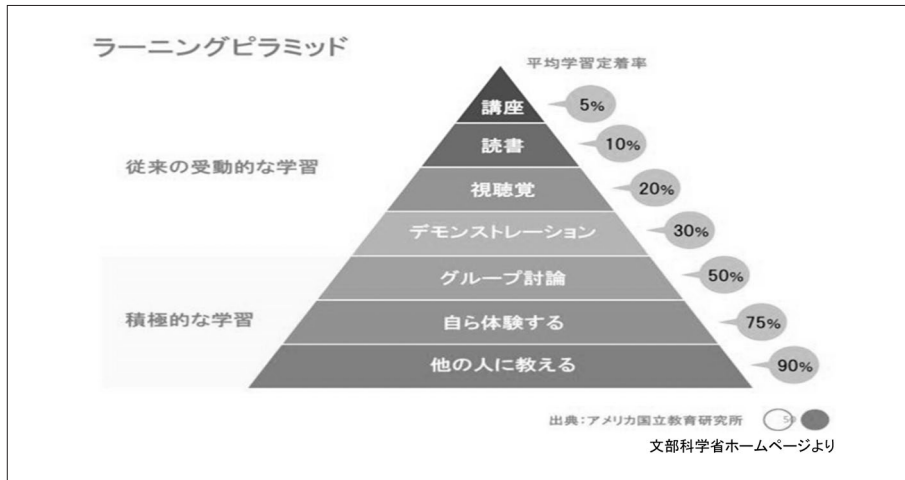
一つ目は、記憶が新しい時期に行うことを意識している。フィードバックしたい内容を実習生が思い出せない、その時の感情を思い出せなくなっている

場合にはフィードバックの効果が見込めない。事実が起こった直後や、当日のうちに記憶が鮮明なうちに伝えることを心がけている。

二つ目に、フィードバックを伝える・受ける体制を整えるようにしている。いきなりフィードバックするのではなく、「今日の〇〇について」と可能な限り具体的に伝えることが大切である。その為には、フィードバックをする前に実習生にどのような成長を求め、どのような事実を伝えるべきか、指導者は思考の整理をしておく必要があると考える。指導者が「なぜそうしたのか?」「伝えたいことがよくわからなかった」など具体性のない伝え方では、実習生はどうしていいかわからず心理的に落ち込み、何も得ずに負の感情だけが残る。

3-3. 「気づき」を活かす

努力が必要な部分・行動変容して欲しい課題となる事柄に関しては、「次に同じような場面（問題）に遭遇したらどうしますか?」と質問を投げかけて



次のステップへと思考を促す。本人が気づかないときは、さらに質問をして少し考えを深めてもらい「気づき」を促していく。

3-4. 気づいたことを質問して確認する

フィードバックの時「今日一日の実習で気づいたことを、なんでもよいので話してみましょう」とオープンな質問をして自然に話せる機会を設けています。一通り話し、全て出したと実習生が思い、話が途切れたときに「他にありますか?」ともう少し考えを絞り出してもらい、ここで出たことが大きな気づきになることがある。

3-5. 失敗体験も「学習」と捉える

実習生が企画・実行してもらっているグループ活動の多くは失敗のリスクが伴う。患者様を目の前にして行う未経験のことなので、「できた」という自信を持ってグループ活動を提供できる人は少ない。指導者は、適度の失敗を容認し軽いショックを感じる機会も「学習」と捉えている。また、そのような機会を意図的に提供して、失敗の経験から「失敗体験→気づき→自己内省→思考・改善→できた」のプロセスを踏むこともある。失敗に対しては決して否定せず責めることなく、今回は何がいけなかったのか、自己内省と行動変容を促す機会としている。もちろん、指導者による患者様の負担を考慮した最低ラインのリスク管理は必要ですが、実習生にとって行動変容するよいきっかけに繋がることが多い。失敗体験を意図的につくりだし、「失敗体験」から「できた」までのプロセスを指導者と実習生で共有体験していくことが重要である。

4. 内省の習慣化

臨床実習後半、実習生のやりたいことを援助し不足部分のサポートを実施している。外発的な動機よりも内発的な動機に基づいて実習を進めることで、自己内省の機会の頻度を増やし内省の習慣化を図るねらいがある。内発的動機とは、実習生の内側にある興味や関心など、実習生の内側にあるものによる動機付けで、実習生の主体性を引き出すために、いかに興味関心を持ってもらうかがカギとなる。知りたいと思えば自然と能動的に考え・行動になることができ、主体性を引き出せるからである。その主体

性を引き出すしかけが、アイスブレイクであり「できた」を創造して行くアプローチだと考える。また、実習生がはじめの「できた」に満足することなく、現状が本当にベストなのか立ち返る場を指導者が提供することで、内省への促しと習慣化に繋がり自他ともに認める臨床レベルの「本当のできた」になると考える。

5. 「Study」から「Learing」へ

現在、国の教育方針として、基礎学力・専門知識を活かす力である「社会人基礎力」を意識的に育成することを推奨している。「社会人基礎力」とは、「職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎力」手定義されており、「前に踏み出す力」「考え抜く力」「チームで働く力」の能力で構成されている。つまり「知識の習得:Study」から「経験を活かして自分なりの答えを導き出していく:Learing」へ教育方針が変化している。

実習生は、対話や体験から思考し、成長・変化しており、指導者が知識を教えたからすぐに変化するものではないと感じる。指導者は、思考・成長・変化するためのサポートをする道先案内であり、実習生との「体験」「対話」を繰り返しながら内省を習慣化することで、能動的な学習である「Learing」に繋がると考える。

入職後、多くの実習指導をさせて頂き、様々な学生と「対話」を通じて関わる機会がありました。実習指導経験を重ねていったことで、新たな気づきや多くの学びがあったと感じている。この経験から臨床実習は、指導者も学びの場であり成長の機会であると考えます。

引用文献

- 1) 文部科学省『初等中等教育における教育課程の基準等の在り方について』一部抜粋

参考文献

- 「学生・新人看護師の目の色が変わる アイスブレイク 30」内藤知佐子(著)宮下ルリ子(著)三科志穂(著)

シンポジウム

作業療法士と省察

鈴木 久義

【はじめに】

第24回日本作業療法教育学会のメインテーマは「リフレクシオンー作業療法教育の中でどう学習者の内省を育てるか」である。内省つまり省察であるが、これは作業療法士にとって大きな意味を持っている。本稿では、作業療法士と省察の関係を考える。

【省察とは】

さて、省察とはいかなる営みであろうか。Schönは省察的实践家 reflective practitioner という専門家モデルを提唱した。Schönによると、「実践する専門家は自分のそれまでの知識と技術、能力、価値観を超える問題に直面したとき、不安や戸惑いを感じるが、この状況を突破するために、それまでの経験を総動員して何らかの行動を起こし、直面する状況に変化をもたらしつつ、今回直面した状況の変化を評価し、教訓たる実践上の理論を導き出す。この繰り返しによって状況と対話し、行為の中の省察を通じて、専門家は自ら学び、解決策を身につけて行く」のであり、このような実践家が省察的实践家である¹⁾。

つまり、専門家としての自らの行為を状況との対話の中でふり返り、反芻しながら複雑に変化する現況の問題解決のための糸口をつかんで行く、これがこれからの新しい専門家像なのである。省察が「自らの行為を状況との対話の中でふり返り、反芻すること」ならば、作業療法士にとって、日々の実践の中で常に必要とされていることがわかる。

【観察自我とは】

ところで精神分析学には観察自我 observing ego という概念がある。前田²⁾によると、観察自我とは、

自己と環境をある程度まで客観視し得る自我機能のことである。言わば、自分の心の中で今、何が起きているのか理解できることが、観察自我が機能している状態なのだと考えられる。筆者が臨床実習指導を担当していた頃、学生には「もう一人の自分が斜め上の方から自分の行動や言動を客観的に観察しながら、なぜそういう振る舞いをするのか、なぜそういう風に述べるのか、と問うている感じ」と説明していたことを思い出す。1950年代から1960年代にかけて、主として米国で隆盛を極めることになる力動精神医学がわが国の作業療法黎明期に輸入されて十数年しか経過していない、1980年代後半の頃の話である。

さて、観察自我を機能させよという教育は、省察的实践家としての作業療法士の育成目的で行っていたわけではないことは明白である。しかし、興味深いことに、作業療法士は力動精神医学に基づいた作業療法による教育を受けることによって、結果として自らが省察的实践家として機能していたと言えまいか。少なくとも、観察自我概念の意義と省察の意味するところにはいくつかの共通点があるように思われる。

ところが、歴史とは皮肉なもので、米国では少なくとも1970年代には、わが国においても1980年代から1990年代には、力動精神医学が衰退して行く。つまり、作業療法士にとって、観察自我概念の重要性は相対的に小さくなる結果が訪れるのである。事実、筆者が作業療法士養成校に勤務を開始した1997年以降、学生に観察自我概念を説明しても怪訝そうな表情をされることが多くなった。もっとも、昨今ではメタ認知という概念が認知心理学から紹介され、作業療法にも急速に浸透しつつある。三宮³⁾によればメタ認知とは、認知に対する認知、すなわち見る、聞く、書く、話す、理解する、覚える、考える、といった通常の認知活動をもう一段高いレベルから

捉えた認知を指し、認知活動を客観化、対象化することである。背景となる観点がまったく異なるとは言え、観察自我概念とメタ認知概念とは極めて類似するように思われる。メタ認知の観点から省察を考察している研究も複数存在^{4), 5)}しており、極めて興味深い、これ以上は言及しない。

【ノンテクニカルスキルとは】

一般に医療は特定の専門職能を有する職種の協働によって進められるが、各職種の業務遂行に直接関係する知識や技能をテクニカルスキルと呼ぶ。例えば医師による手術や診断といった医行為に関わる知識や技能がこれに当たる。

一方、Flinらはテクニカルスキルを補って完全なものとする認知的、社会的そして個人的なリソースとしてのスキルであり、安全かつ効率的なタスクの遂行に寄与するものを、ノンテクニカルスキルとして定義づけた⁶⁾。また、中島⁷⁾はノンテクニカルスキルを表1に示す内容で説明し、医療従事者が高いテクニカルスキルをもって医療現場で仕事をしていても、ノンテクニカルスキルがうまく発揮されないと大きな事故の当事者になる可能性があるとして述べている。

表1 ノンテクニカルスキルの例

スキルの名称
状況認識 situation awareness
意思決定 decision making
コミュニケーション communication
チームワーク team working
リーダーシップ leadership
ストレス管理 stress management
疲労対処 coping with fatigue 他

ところで、津川⁸⁾は医師のプロフェッショナルリズム評価を行うためのツールとして、professionalism mini-evaluation exercise（以下、P-MEX）日本語版を開発したが、P-MEXでは省察能力を測定する項目群がある。つまり、作業療法士は従来、テクニカルスキルとしての省察を求めている可能性があるが、むしろ、昨今の動向から、省察はノンテクニカルスキルとしての性格が強いことがわかる。

【ノンテクニカルスキルとしての省察とその教育】

したがって、これからの作業療法士はテクニカルスキルばかりでなく、ノンテクニカルスキルに含まれる省察能力を身につけなくてはならない。

それでは、作業療法士は省察能力をどのように教育すべきなのか。

高田⁹⁾は麻酔科臨床の場面における医学生や研修医の指導に触れながらSEA, significant event analysisは自分のそのときの感情まで含めて分析し、教訓を言語化・概念化して次に活かす構造的なふり返りの技法であると述べている。SEAの適用例を図1に示す。

SEA シート

印象に残った経験

何が起きたのか？	どう感じたか？
	なぜそうなったか？
	何を学んだか？ 次はどうするか？

図1 SEA シートの例

また、筆者ら¹⁰⁾が既に報告したポートフォリオの活用も有用である。

必要なことは、そのときに学生自身が感じたことや思い、ありよう等をふり返らせ、言語化させることである。このことによって、学生は自らの思いや行動、言動等の意味を再度確認できることとなり、さらなる学修に自分を振り向けることが可能となる。

【おわりに】

筆者の敬愛する精神分析家のSearlesは、治療者の逆転移感情に鋭くメスを入れたと評される。筆者は、この「メスの切れ」には精神分析家としての能力はもちろんのこと、彼のたぐいまれな省察能力の高さが影響した、と密かに考えている。

【文献】

- 1) 藤沼康樹:省察的实践家(Reflective Practitioner)とは何か 総論. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33, 215-217, 2010.
- 2) 前田重治:精神分析におけるセルフコントロール論. 心理学評論 29, 107-119, 1986.
- 3) 三宮真智子:メタ認知能力を伸ばす. 日本科学教育学会研究会研究報告, 13, 45-48, 1998.
- 4) 榎本品, 緒方紀子, 水戸美津子:看護におけるリフレクションとメタ認知の考察. 聖徳大学研究紀要, 50:151-156, 2017.
- 5) 柏崎秀子:省察できる教師を目指したメタ認知能力の育成の試みー模擬授業の設計と主体的な学びの過程の省察ー. 実践女子大学文学部紀要, 51, 36-46, 2008.
- 6) Flin R, O'Connor P, Crichton M: Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills. Hampshire, Ashgate, 2008.
- 7) 中島和江:患者と医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル. 大阪府内科医会会誌, 24, 18-22, 2015.
- 8) 津川友介:医師のプロフェッショナリズム評価とその先行的实践から. 日本内科学会誌, 101, 1440-1445, 2012.
- 9) 高田真二:私が経験した抜管の修羅場ー医学教育学的観点からの省察ー. 日本臨床麻酔学会誌, 38, 203-211, 2018.
- 10) 鈴木久義, 鈴木憲雄, 三橋幸聖, 増山英理子:職業アイデンティティ確立に向けた授業への電子ポートフォリオシステムの導入とその効用. 作業療法教育研究, 16, 42-43, 2016.

研究論文 1

作業療法学生が臨床実習で活用した Clinical Reasoning 能力に関する研究 －臨床実習後アンケートの内容分析－

Clinical Reasoning used by Occupational Therapy Students in Clinical Practice － Content analysis of questionnaire after Clinical Practice －

林 亜遊・本岡 健太郎・加藤 美樹・林 辰博・岸村 厚志

Ayu HAYASHI・Kentarou MOTOOKA・Miki KATO・Tatsuhiko HAYASHI・Atsushi KISHIMURA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 20(1): 39-46, 2020

要旨：作業療法学生の Clinical Reasoning 能力を明らかにするために、臨床実習終了時のアンケートを内容分析の手法を用いて分析した。312名のアンケートを集計した結果、312文脈単位、1,843記録単位が得られた。内容の類似性に沿ってまとめた結果、【状況に合わせて調整する】、【治療効果を推定する】、【情報を統合する】、【必要な支援を見立てる】、【評価結果から理解する】、【生活に即して考える】、【関係性に配慮する】、【葛藤の中で判断する】、【関係性を治療的に活用する】、【思考を組み合わせる】、【理論と実践を結びつける】、【環境面を考慮する】の12カテゴリーにまとめられた。

キーワード：作業療法教育、作業療法学生、臨床実習、内容分析

I 緒言

作業療法士の行動を導く思考を Clinical Reasoning (以下、CR) と呼ぶ。CR 能力とは、臨床現場において作業療法士が問題解決のために行う思考過程に関する能力である。CR 能力についてこれまでの研究で作業療法士や作業療法学生（以下、学生）に対する教育方法、教材、カリキュラム、臨床実習について研究^{1) 2) 3)} が行われており、作業療法士の CR 能力のタイプ⁴⁾ やタイプ別の教育戦略⁵⁾、その発達過程⁶⁾ などについて明らかになっている。専門的な CR 能力を身に付けるためには長い年月をかけて質の高い臨床実践と継続的な教育が必要となる^{5) 7)}。そのため、本質的な CR 能力の教育は作業療法士免許取得後に、臨床経験の積み重ねを通じて行われる

こととなる。しかし、学生の内から CR 能力の教育を行うことは、専門的な CR 能力習得の基盤となり、複雑な作業療法を理解することの糸口や作業療法士としてのアイデンティティ形成に貢献することが期待される⁸⁾。従って、養成校教育において学生に対して CR 能力の教育に着手することは作業療法教育において重要なテーマとなるであろう。

リハビリテーション領域における CR 能力の教育に関する研究では、河西⁹⁾ が CR 能力を高めるために開発した問題基盤型学習 (Problem-based learning; 以下、PBL)¹⁰⁾ の授業内容に関する報告や有馬¹¹⁾ の概念図による推論の外在化と可視化についての報告などが見られる。小形⁷⁾ は CR 能力の教育方法として、症例検討、模擬患者、ロールプレイ、ビデオ学習、概念図などを紹介している。また欧米の CR 能力の育成に関する研究では、CR 能力の教授カリキュラムには用語の統一や概念の整理が教授戦略として重要であるとされており⁵⁾、構造化された枠組みの利用が CR 能力の改善に有用であると報告されている¹²⁾。

大阪医療福祉専門学校 作業療法士学科
〒532-0003 大阪市淀川区宮原1丁目2番14
Osaka College of Medical & Welfare Department of
Occupational Therapy
1-2-14, Miyahara, Yodogawa-Ku, Osaka, 532-0003,
Japan

このように作業療法士の CR 能力についての研究や学内教育において学生に CR 能力を教授する工夫についての報告が見られる。臨床実習では養成校での学びを基に学生は CR 能力を活用していると推察されるが、学生が臨床実習で使用している CR 能力については明らかにされていない。学生が臨床実習で活用している CR 能力が明らかになれば養成校において教授する CR 能力の内容をより具体的に検討することが可能であろう。そこで本研究は臨床実習を終えた学生が記述したアンケート内容を内容分析の手法を用いて分析し、学生の CR 能力を明らかにする。

II 研究目的

本研究の目的は、学生が臨床実習で行っている CR 能力を内容分析の手法を用いて明らかにすることである。

III 研究方法

対象：東京都、大阪府、福岡県、兵庫県、滋賀県に所在する大学、専門学校 6 校の学生 326 名を対象とした。尚、学生の学年は全て最終学年である。

期間：2015 年 12 月～2016 年 8 月の期間で各校の臨床実習終了直後にアンケートを実施した。

用語の定義：「学生が臨床実習で活用している CR 能力」は、学生が臨床実習中に対象者に対して活用し、アンケートを通じて言語化した CR 能力とした。

アンケート：臨床実習や対象者に関する一般情報に加えて、臨床実習を体験した学生が、臨床実習においてどのような CR 能力を活用したかを自由回答形式の質問を用いて調査を行った。アンケートは、作業療法のリーズニングの過程に沿って¹³⁾、①対象者を紹介され、評価計画を立てていたとき、②初期評価を実施しているとき、③評価結果をまとめ、問題点の抽出や統合と解釈を行っているとき、④目標設定や援助計画を立てているとき、⑤援助をしているとき（援助がうまくいっているとき、援助がうまくいかなかったとき、援助について工夫しているとき、など）、⑥再評価し、援助が終了したとき（あるいは臨床実習が終了したとき）の 6 項目について自由記述で記載を求めた。

アンケート実施に当たって、学生は CR 能力という用語を適正に理解していない可能性が高い。そのため、アンケートの自由回答では、状況とその状況に対してどのような判断を行ったかについて回答を求めた。

分析方法：内容分析は「表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述するための調査技法である」と定義され¹⁴⁾、CR に関する学生の記述内容の分析に適していると言える。Berelson, B. の内容分析¹⁴⁾の方法を参考にして、「学生が臨床実習で活用している CR 能力」を問う質問に対する回答内容を次のように分析した。各対象者の自由回答式質問に対する記述のうち「学生が臨床実習で活用している CR 能力」を表す 1 内容を含む記述を 1 記録単位、1 人分の記述を文脈単位とした。「学生が臨床実習で活用している CR 能力」に対応しない記述や文章内容の理解が困難な場合、思考せずに観察事象を記載している、或いは感想を書いている場合は対象外とした。記録単位個々を「学生が臨床実習で活用している CR」に照らし合わせ、意味内容の類似性に従い、その記述を忠実に反映したカテゴリーネームをつけた。各カテゴリーに包含された記録単位の出現頻度を数量化し、カテゴリー毎に集計した。カテゴリーの信頼性を確保するためにカテゴリーへの分類の一致率を Scott, W. A の計算式¹⁴⁾に基づき算出し、検討した。その際、信頼性を確保しているか否かを判断するための基準を 70% 以上とした。分析は、筆者と質的研究に携わったことのある共同研究者と臨床経験豊富な共同研究者、作業療法教育の経験の長い共同研究者の 4 名で分析を行った。

倫理的配慮：研究参加にあたって、対象に研究テーマ、研究成果の公表、自由意志による研究参加、同意の撤回自由、研究計画と研究成果の開示について口頭および文章で説明した上で、同意書の提出を以って研究同意が得られたものとした。また、研究参加に当たって同意撤回を保証した。尚、本研究は研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（大医福 第 15-教-17 号）。

Ⅳ 結果

1. 対象者の属性

326名の対象者の内313名から回答を得たが、内1名はアンケート内容が未記入であったため除外した（回収率95.70%）。結果、312名（女性180名、男性132名、平均年齢±標準偏差23.4±4.67）を対象とした。学生が担当した疾患は、脳血管性障害150症例（48.1%）、統合失調症37症例（11.9%）、骨折33症例（10.6%）であり、およそ半数が脳血管性障害であった（表1）。また、臨床実習を行った領域は、身体障害領域210施設、精神障害48施設、発達障害領域12施設、老年期障害領域26施設、複数領域16施設であった。

2. 内容分析によるアンケートの分析結果

312名のアンケートを集計した結果、312文脈単位、2,015記録単位の情報が収集された。その内、分析対象となったのは、文章内容の理解が困難な場合や思考せずに観察事実を記載している、或いは感想を書いているものを除き1,843記録単位であった。記述内容を類似性に沿ってまとめた結果、12カテゴリ、32サブカテゴリにまとめられた。Scott, W. A.の一致率は90.7%、87.7%でありカテゴリの信頼性は担保された。以下、抽出されたカテゴリを【 】で、サブカテゴリを[]で示す（表2）。

1) 【状況に合わせて調整する】は、[対象者の状況に応じて評価手順、関わり方を調整する]264件、[対象者に疲労や負担を与えないように効率的な手順を考える]74件の2つのサブカテゴリ、計338件の記述単位から構成された。評価や支援内容を本来行う手順や内容を対象者の状況に

合わせて調整した学生のCR能力を表している。

- 2) 【治療効果を推定する】は、[介入前後の対象者の様子の变化から支援の効果を推定する]132件、[経過を踏まえて予後予測する]66件、[成果指標の数的変化から支援の効果を推定する]31件、[対象者の变化の原因を分析する]10件の4つのサブカテゴリ、計239件の記述単位から構成された。対象者の反応、検査結果の変化から、治療効果を推察した学生のCR能力を表している。
- 3) 【情報を統合する】は、[評価結果から挙げた問題点に優先順位をつける]99件、[対象者の障害像について原因を分析する]78件、[対象者の情報を統合し、情報間の関連性を理解する]56件の3つのサブカテゴリ、計233件の記述単位から構成された。情報を統合し、情報間の関連性を理解し、問題点に優先順位をつけた学生のCR能力を表している。
- 4) 【必要な支援を見立てる】は、[評価結果を踏まえて、今後必要な支援計画を見立てる]77件、[疾患特性を踏まえてリスクを管理する]54件、[対象者の興味関心に注目し、声のかけ方を工夫して意欲を引き出す]45件、[評価結果を踏まえて、今後必要な支援のために目標を設定する]31件、[特定の身体運動を引き出す]13件の5つのサブカテゴリ、計220件の記述単位から構成された。対象者の問題に必要な目標を設定し、支援計画を見立てた学生のCR能力を表している。
- 5) 【評価結果から理解する】は、[対象者の疾患、障害像から必要な評価を想起する]85件、[対象者の心理状況を理解する]65件、[評価結果から対象者の障害像を推定する]46件の計3つ

表1 対象者が担当した疾患

対象疾患	件数	割合	対象疾患	件数	割合
脳血管性障害	150	48.1%	広汎性発達障害	4	1.3%
統合失調症	37	11.9%	廃用症候群	3	1.0%
骨折	33	10.6%	その他の精神疾患	4	1.3%
脊髄疾患	20	6.4%	関節リウマチ	2	0.6%
器質性精神病	16	5.1%	気分障害	2	0.6%
パーキンソン病	8	2.6%	精神遅滞・知的障害	2	0.6%
その他の骨・関節疾患	8	2.6%	膠原病	1	0.3%
脳性麻痺	7	2.2%	その他循環器疾患	1	0.3%
悪性新生物	5	1.6%	その他疾患(記載なし含む)	9	2.9%

表2 学生が臨床実習で活用した CR

カテゴリー	件数	サブカテゴリー	件数	記述内容
状況に合わせて調整する	338	対象者の状況に応じて評価手順、関わり方を調整する	264	横についていると、プログラムが進まなかったの、一度離れ一人にして後ろで様子をみていると、取り組んでくれた。
		対象者に疲労や負担を与えないように効率的な手順を考える	74	自室で臥床していることが多いため、負担を減らすような進行が必要と考えた。
治療効果を推定する	239	介入前後の対象者の様子の変化から支援の効果を推定する	132	基本動作やADLの介助量軽減と図れていた事もあり、継続して行ったリハビリの効果が出ていると感じた。
		経過を踏まえて予後予測する	66	患者さんと家族の負担を考え、また、この時期までにどれくらい回復するか予測を立てて判断しました。
		成果指標の数的変化から支援の効果を推定する	31	初期よりもFIMの得点が大きく改善されていたため運動学習の効果、リハビリの効果だと判断した。
		対象者の変化の原因を分析する	10	初期評価と比べ著しく能力が上がっていたため、何が原因で上がったのか、また、なぜ上がらなかったのかを考えた。
情報を統合する	233	評価結果から挙げた問題点に優先順位をつける	99	患者さんの能力を向上させるために、何が一番の問題点か考えた。
		対象者の障害像について原因を分析する	78	STEFにて巧緻動作に拙劣さが見られた。その原因として感覚障害の可能性もあったため、感覚検査を行ったが問題はなかった。これにより感覚障害による拙劣さではないと考えた。
		対象者の情報を統合し、情報間の関連性を理解する	56	早い展開の中で評価を行って得た情報を基に、自宅退院に向け、どこに問題があるかを考え、早期退院に向けた情報の統合と解釈を行った。
必要な支援を見立てる	220	評価結果を踏まえて、今後必要な支援計画を見立てる	77	肩の可動域を向上させるために、リラクゼーションや筋力トレーニングの方法を考えた。
		疾患特性を踏まえてリスクを管理する	54	症例の状態を1番に考えて実施し、リスク管理に重点を置いて実施した。
		対象者の興味関心に注目し、声のかけ方を工夫して意欲を引き出す	45	治療を実施している際に、精神面を考慮し、うまく出来た時は正のFBを言っていた。意欲を出せるよう考えていた。
		評価結果を踏まえて、今後必要な支援のために目標を設定する	31	手指の可動域制限や食生活のみだれがあったので、手指の可動域拡大、食生活の見直しを目標にした。
		特定の身体運動を引き出す	13	出した動作（リーチ）が出ていなかったの、高さを調節したり筋腹を触診して確かめた。
評価結果から理解する	196	対象者の疾患、障害像から必要な評価を想起する	85	左片麻痺を呈していたため、左片麻痺に起こる障害・症状の評価を行えばいいと判断した。
		対象者の心理状況を理解する	65	いつも笑顔で話をされていて、とても明るくて社交的な方だと感じた。
		評価結果から対象者の障害像を推定する	46	初めて会った際、リハビリ中であり、とても注意散漫であった為高次脳機能障害があると判断した。
生活に即して考える	192	対象者の声に耳を傾けて真のニーズを引き出す	90	関係性が構築されてきたこともあり、対象者のニーズを引き出すように質問しながら関わった。
		対象者の生活像を捉え、支援を方向付ける	86	患者の生活上で困っている事に対して、どの動作に問題があるのか全体像をとらえる。
		生活史を踏まえて対象者の理解を深める	16	生活歴など踏まえた上で何を使用して治療すればいいかを考えた。
関係性に配慮する	159	信頼関係構築に向けて対象者との関係性を推察する	159	最初よりも、OTSとの会話が増え、笑顔も増えていったので、関係性は築けたと判断した。
葛藤の中で判断する	100	自身の支援について不足していたことを反省的に振り返る	71	うまく考察ができなかったため、もっとできたことがあったのではないかと後悔した。
		葛藤のある状況の中で折り合いを付けながら判断する	21	(本人の希望とリハ目標は)在宅復帰だがMSWや家族側は当院での長期療養という方向性であり、今後どうしたらいいのか悩んだ。
		指導者の意見に従って判断する	8	まず、結果をまとめることができず、バイザーにフィードバックをしてもらいながらできない状態におちいってしまった。
関係性を治療的に活用する	74	感謝の気持ちや別れの寂しさという感情が生じる	31	対象者との別れがさみしくなった。
		対象者と学生の考えをすり合わせて支援を方向付ける	30	自分の考えが中心にならないようケースの方と話しながら計画を立てていった。
		対象者との関係を治療的に活用する	13	麻痺や感覚障害の影響によって、転倒に対する不安感が強い症例に「自分が近くにいるので安心してください」と声かけを行った。
思考を組み合わせる	41	指導者の意見を参考にしてより良い判断をする	35	先生が、いろいろアドバイスをしてくれたので、目標や計画を立てやすかった。
		複数のリーズニングを組み合わせる	6	ベッドサイドからの介入であったため、この方の意識レベルや疾患を考え起こってくるであろう症状の予測。また、カルテから現病歴や既往歴を確認し、どこに不具合があるかを考えた。
理論と実践を結びつける	28	文献を用いて、理論と実践を結びつける	20	ジャーナルを見ながら、他の症例とも照らし合わせながら考えた。
		評価結果の妥当性について実際の場面から検証する	8	患者の訴えと身体機能面やFIM等の評価結果がつながっているか。
環境面を考慮する	23	自宅の物的環境、家族関係と対象者の能力を結び付けて考える	23	対象者のできるADL、しているADLとの差が少しあったため、しているADLにつなげるには環境面を変えていくと改善される点も多いと判断した。

のサブカテゴリー、196件の記述単位から構成された。評価結果から対象者の病態・障害像、心理状態を理解した学生のCR能力を表している。

- 6) 【生活に即して考える】は、[対象者の声に耳を傾けて真のニーズを引き出す] 90件、[対象者の生活像を捉え、支援を方向付ける] 86件、[生活史を踏まえて対象者の理解を深める] 16件の3つのサブカテゴリー、計192件の記述単位から構成された。対象者がこれまで送ってきた生活史を基に今後の生活を踏まえた支援を考えた学生のCR能力を表している。
- 7) 【関係性に配慮する】は、[信頼関係構築に向けて対象者との関係性を推察する] 159件の1つのサブカテゴリー、計159件の記述単位から構成された。対象者との関係性に注意を払い、信頼関係形成に努めた学生のCR能力を表している。
- 8) 【葛藤の中で判断する】は、[自身の支援について不足していたことを反省的に振り返る] 71件、[葛藤のある状況の中で折り合いを付けながら判断する] 21件、[指導者の意見に従って判断する] 8件の3つのサブカテゴリー、100件の記述単位から構成された。自分の思考を反省的に顧みて、葛藤のある状況の中で判断した学生のCR能力を表している。
- 9) 【関係性を治療的に活用する】は、[感謝の気持ちや別れの寂しさという感情が生じる] 31件、[対象者と学生の考えをすり合わせて支援を方向付ける] 30件、[対象者との関係を治療的に活用する] 13件の3つのサブカテゴリー、計74件の記述単位から構成された。対象者と話し合っただけをすりあわせ、対象者と学生の関係性を支援に結びつけた学生のCR能力を表している。
- 10) 【思考を組み合わせる】は、[指導者の意見を参考にしより良い判断をする] 35件、[複数のリーズニングを組み合わせ判断する] 6件の2つのサブカテゴリー、計41件の記述単位から構成された。思考を組み合わせよりよい判断を下した学生のCR能力を表している。
- 11) 【理論と実践を結びつける】は、[文献を用いて、

理論と実践を結びつける] 20件、[評価結果の妥当性について実際の場面から検証する] 8件の2つのサブカテゴリー、計28件の記述単位から構成された。理論上の期待と実際の対象者の反応をすり合わせた学生のCR能力を表している。

- 12) 【環境面を考慮する】は、[自宅の物的環境、家族関係と対象者の能力を結び付けて考える] 23件の1つのサブカテゴリー、計23件の記述単位から構成された。自宅の物的環境、家族関係と対象者の能力を結び付けて考えた学生のCR能力を表している。

V 考察

1. 学生が臨床実習で行ったCR能力の特徴

学生が臨床実習に行ったCR能力を内容分析の手法を用いて明らかにした。作業療法士が行うCR能力には、手続き的リーズニング（科学的、診断的）、叙述的リーズニング、現実的リーズニング、倫理的リーズニング、状況的リーズニング、相互交流的リーズニングがあることが明らかになっている⁴⁾。今回の結果から、【評価結果から理解する】・【情報を統合する】・【理論と実践を結びつける】・【必要な支援を見立てる】・【治療効果を推定する】は手続きリーズニング、【関係性に配慮する】・【生活に即して考える】は叙述的リーズニング、【環境面を考慮する】は現実的リーズニング、【葛藤の中で判断する】は倫理的リーズニング、【状況に合わせて調整する】・【思考を組み合わせる】は状況的リーズニング、【関係性を治療的に活用する】は相互交流的リーズニングに含まれると言える。これらのことから、学生は臨床実習において作業療法士に近いCR能力を経験していることが分かる。

学生が最も多く上げたCR能力は、【状況に合わせて調整する】であった。【状況に合わせて調整する】は、評価や支援内容を本来行う手順や内容に対象者の状況に合わせて調整する学生のCR能力であり、【思考を組み合わせる】と合わせて、状況に応じて移り変わる現場に合わせて、CR能力を調整していたことが伺える。各リーズニングは、作業療法士の成長と共に使えるリーズニングの種類が増えるとされており、状況的リーズニングは、3年間の経

験を経て、一人前になってからとされる⁴⁾。学生の行ったリーズニングが効果的であったか、或いは適切であったかは今回の研究手法からは明らかではないが、「横についていると、プログラムが進まなかったので、一度離れ一人にして後ろで様子をみてみると、取り組んでくれた。」など学生が現場の状況に適切に合わせたCR能力を行おうとしたことが伺える。

【評価結果から理解する】・【情報を統合する】・【理論と実践を結びつける】・【必要な支援を見立てる】・【治療効果を推定する】は、作業療法の科学性と問題解決を表しており、臨床実習での作業療法プロセスを通じて、「左片麻痺を呈していたため、左片麻痺に起こる障害・症状の評価を行えばいいと判断した。」、「初めて会った際、リハビリ中であり、とても注意散漫であった為高次脳機能障害があると判断した。」など作業療法の持つ問題解決型の思考を発揮していることが分かる。

岡村ら¹⁵⁾は臨床実習を経験した学生の語りに注目し、アイデンティティ形成には、他者との交流を含む経験の積み重ねの過程が重要であるとしている。本研究の結果からも【関係性に配慮する】、【関係性を治療的に活用する】というCR能力から対象者との関係性の中で学生が推論を行っていたことが分かる。

【生活に即して考える】は、作業療法の持つ生活に即した専門性の側面について理解して学生が推論したことが、【環境面を考慮する】から、人と環境との関係性に注目し、作業療法の持つ包括性について学生が推論したことが伺える。【葛藤の中で判断する】では、自身の判断を反省的に振り返えることや、指導者の意見に従い判断する学生の姿が見える。学生のCR能力が未熟であることも影響しているであろうが、「うまく考察ができなかったため、もっとできたことがあったのではないかと後悔した。」、「まず、結果をまとめることができず、バイザーにフィードバックをしてもらいながらできない状態におちいってしまった。」などが見られた。葛藤を伴うCRは学生の推論の省察を深め、CR能力を発達させるために重要となるであろう。

2. 本研究による知見のCR能力の教育への応用と今後の課題

作業療法士が行う手続き的リーズニング、叙述的リーズニング、現実的リーズニング、倫理的リーズニング、状況的リーズニング、相互交流的リーズニングに応じて、それぞれに応じた適切な教育戦略が示されており⁵⁾、CR能力の教育を行う際にはCR能力のタイプによって教育戦略を選択する必要がある。本研究の成果は臨床実習時点での学生のCR能力教育の到達目標の一つとなり、学内教育においてCR能力を教育する際に詳細な教育プログラムを開発する際の重要な指標となり得るであろう。

しかしながら、学校教育において本研究成果を導入するに当たって2点の課題がある。1点目は、本研究成果は学生が臨床実習で使用していたと言語化したCR能力に限定しており、言語化したCR能力が臨床上有効であったかの保証がないことである。研究手法上避けがたい課題であり、以後統計解析を用いた分析が望まれる。Okochi et al.¹⁶⁾、大河内ら¹⁷⁾はRaschモデルを用いてガットマン型のステージ分類を作成し、高齢者の移動や移乗、余暇、社会交流に関する簡易な評価を実現している。本研究の成果も同様に各CR能力のステージ分類が明らかになれば、学内教育においてCR能力を教授する際に、段階的な学習を促進する教育プログラムの開発を行うことや学生のCR能力の熟達度を評価することに役立つであろう。

2点目は学生が行ったCR能力は臨床実習の場で行っていた推論であり、学内教育においてこのような場面を学生に提供することは困難を伴うことである。学内教育においてこのようなCR能力を教育していくためには、状況が移り変わるようなダイナミックな事例を準備する必要がある。CR能力の教育にはPBLが用いられることが多い¹⁰⁾。PBLのシナリオ提示を提示する際に、対象者との関わりの中で移り変わる臨床現場の状況を再現できれば、学生たちが豊かにCR能力を育成するために役立つであろう。

VI 結語

作業療法学学生のCR能力を明らかにするために、臨床実習終了時のアンケートを内容分析の手法を用

いて分析した。312名のアンケートを集計した結果、312文脈単位、1,843記録単位が得られた。内容の類似性に沿ってまとめた結果、12カテゴリー、32サブカテゴリーにまとめられた。

手続きリーズニングとして【評価結果から理解する】・【情報を統合する】・【理論と実践を結びつける】・【必要な支援を見立てる】・【治療効果を推定する】、叙事的リーズニングとして【関係性に配慮する】・【生活に即して考える】、現実的リーズニングとして【環境面を考慮する】、倫理的リーズニングとして【葛藤の中で判断する】、状況的リーズニングとして【状況に合わせて調整する】・【思考を組み合わせる】、相互交流的リーズニングとして【関係性を治療的に活用する】を使用しており、学生は臨床実習において作業療法士に近いCR能力を経験していることが分かった。

今回は学生が行っているCR能力を内容分析の手法を用いて質的に明らかにしたが、統計学的な解析を加えることで、その順序性や難易度を明らかにすることができれば、学生のCR能力の熟達ステージを明確にすることができ、教育プログラムの開発や教育評価に活用することができるであろう。

尚、本研究は日本作業療法教育研究会の研究費助成を受けて実施した。

文献

- 1) 長谷龍太郎, 山田孝: 作業療法におけるクリニカルリーズニング概念の活用に関する文献的研究. 日本保健科学学会誌, 9 (4), 256-267, 2007.
- 2) 丸山祥, 長谷龍太郎: 作業療法リーズニング概念の活用に関する文献研究. 日本臨床作業療法研究, 3, 39-46, 2016.
- 3) 林亜遊, 林辰博, 榊原康仁, 千賀唯, 岸村厚志: 我が国の作業療法における Clinical Reasoning に関する研究動向. 作業療法教育研究, 15 (1), 19-26, 2015.
- 4) Barbara A, Boyt Schell: Professional Reasoning Practice. Barbara A. (Ed.), Willard and Spackman's Occupational Therapy Twelfth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 384-397, 2014.
- 5) Neistadt ME.: Teaching Strategies for the Development of Clinical Reasoning. Am J Occup Ther, 50 (8), 676-84, 1996.
- 6) Deborah Yarett Slater, Ellen S. Cohn: Staff Development Through Analysis of Practice. American journal of Occupational Therapy, 45 (11), 1038-1044, 1991.
- 7) 小形洋悦: Clinical Reasoning の理論, 教育と臨床応用. 理学療法学 30 (3), 145-149, 2003.
- 8) 林亜遊・加藤美樹: 作業療法専門学生の作業療法への志向性を高める講義－クリニカル・リーズニングの教育を通して－. 大阪作業療法ジャーナル, 25 (2), 40-44, 2012.
- 9) 河西理恵: クリニカルリーズニング能力を高める教育アプローチ－理学療法士養成課程における PBL (Problem-based learning) の導入, 徒手の理学療法 6 (1), 3-9, 2006.
- 10) 吉田一郎, 大西弘高 (編): 実践 PBL テュートリアルガイド. 南山堂, 2006.
- 11) 有馬慶美: 理学療法士養成課程におけるクリニカルリーズニング教授法 (特集 クリニカルリーズニング) 理学療法ジャーナル, 43 (2), 101-105, 2009.
- 12) J Haynes C: Active participation in fieldwork level I: fieldwork educator and student perceptions. Occup Ther Health Care, 25 (4), 257-69, 2011.
- 13) Gary Kielhofner (原著), 山田孝 (翻訳): 作業療法実践の理論 原書第4版. 医学書院, 2014.
- 14) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦 第2版. 医学書院. 2007.
- 15) 岡村太郎, 櫻井浩治: 臨床実習生のアイデンティティ形成過程と「語り」. 新潟医療福祉学会誌, 3, 60-68, 2003.
- 16) Okochi J, Takahashi T, Takamuku K, Escorpizo R: Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the International Classification of Functioning, Disability and Health. BMC Geriatr, 13, 16, 2013.
- 17) 大河内二郎, 高椋清, 東憲太郎, 折茂賢一郎, 本間達也・他: 要介護高齢者における余暇および

社会交流ステージ分類の開発. 日本老年医学会雑誌, 51 (6), 536-546, 2014.

研究論文2

各国の作業療法定義における意味、特徴の抽出 －機械学習の適用－

Extraction of Meanings and Characteristics in Occupational Therapy Definitions in Each Country: Application of Machine Learning

鈴木 哲理¹⁾・鈴木 久義²⁾・青木 啓一郎^{2) 3)}
Tetsuri SUZUKI¹⁾・Hisayoshi SUZUKI²⁾・Keiichiro AOKI^{2) 3)}

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 20(1): 47-53, 2020

目的：本研究の目的は機械学習の手法を用いた解析を通じて、各国の作業療法の定義に共通する意味や特徴を抽出することである。

方法：計41の作業療法の定義を機械学習で分析し、作業療法に意味の近い語および、定義の分類を行った。

結果：作業療法と意味の近い語は健康、参加、可能であり、定義は3つの観点で分類された。

考察：各国の定義は1)「作業療法は作業を通じて、健康や幸福、人生への満足度を高めることである」、2)「作業療法は人々の日々の作業（活動）に参加できるようにする」、3)「作業療法は人々の日々の生活への参加を支援する」の3つの概念で構成されると示唆された。また各国の定義は1)－3)のいずれかに分類されると考えられた。

キーワード：作業療法、定義、職業的アイデンティティ、機械学習

【はじめに】

現在に至るまで、作業療法士は数度、アイデンティティの危機に陥っている¹⁾が、アイデンティティの拡散は臨床実践に影響を与える可能性がある。中村²⁾は、リハビリテーションチームにおける多職種連携の障壁の一つとして、作業療法の専門性が理解されないことを報告している。その一方で、作業療法に関する知識とその理解は職業的アイデンティティの構築に良い影響を与える可能性がある。Ikiuguら³⁾

は、作業療法の歴史や理論、実践に影響を与える要因に関する講義は作業療法学生における職業的アイデンティティの構築を促進すると報告した。Aguilarら⁴⁾は作業療法士の専門性に関する価値観の一つとして作業療法の知識・技術・実践があることを明らかにしている。

ところで、作業療法の専門性を明確に規定するものとして、作業療法の定義が挙げられる。2018年に、日本作業療法士協会の定義は改定され（以下、新定義）、その解説が公表されている⁵⁾。解説では、新定義を「対象」「目的」「領域」「手段」「作業の説明」の5つの観点から説明している。吉川⁶⁾は作業療法実践の障壁として「作業」という言葉が不統一なまま使用されていること、作業の意味は多様で曖昧さがあると指摘しており、定義の解説の存在は作業療法の専門性を解釈しやすくする可能性がある。特に作業療法学生にとって、自国や各国の定義の特徴、共通性などを把握することは、作業療法士の専門性を理解するために重要であり、職業的アイデン

- 1) 昭和大学大学院保健医療学研究科博士前期課程
〒226-8855 神奈川県横浜市緑区十日市場町1865
Graduate Student of Nursing and Rehabilitation
Sciences, Showa University
1865, Tohkaichiba-machi, Midori-ku, Yokohama-shi,
Kanagawa, 226-8855, Japan
- 2) 昭和大学保健医療学部作業療学科
School of Nursing and Rehabilitation Sciences,
Showa University
- 3) 昭和大学江東豊洲病院
Department of Occupational Therapy, Showa
University Koto Toyosu Hospital

ティティ構築の一助になるものと推察する。各国の定義の特徴や共通性を把握するためには、定義の特徴の抽出や内容に基づく分類が重要である。しかし、すべての国の定義に解説が付されているわけではなく、さらに作業療法の定義に関する特徴の抽出及び分類を行った研究はない。

さて、文書特徴の抽出やその分類を得意とする手法としてテキストマイニングがある。従来質的データは、質的研究手法を用いて解析されてきた。しかしながら、質的研究手法は、研究者自身の深い洞察に基づく性質上、人の視点や判断、解釈が無意識に入る可能性があり⁷⁾、研究の妥当性に対する疑念が指摘されている⁸⁾。一方、テキストマイニングについて、いとう⁹⁾は「意味をもつ文字データの扱いという質的性格をもち、質的研究から見れば数量化されたデータの統計処理という量的研究の特徴が現われる」と説明し、質的データ解析の妥当性を担保する手法として注目している。また質的研究にテキストマイニングを併用した混合研究手法も提案され¹⁰⁾、解析の妥当性を相補的に高める動きもある。テキストマイニングには、語の出現回数などの記述統計から解析するものと、機械学習を用いた自然言語処理技術により文書分類や意味解析などを行うものがあり¹¹⁾、近年では機械学習を用いた解析手法が多く提案されている。

そこで本研究の目的は、各国の作業療法の定義について機械学習の手法を用いた解析を通じて、各国の作業療法の定義に共通する意味や特徴を抽出することである。

【方法】

1. 対象とする定義

対象とする定義は世界作業療法士連盟（以下、WFOT）¹²⁾のDefinitions of Occupational Therapy from Member Organisations (Revised June 2018)で英訳された計48の定義とした。このうち解析に使用したのは、WFOTの定義を採用しているAustralia, Bermuda, Faroe Island, Ireland, Romania, Slovenia, South Africaの7定義を除外した計41定義とした。また、声明や注釈がある定義については、それらも分析対象として含めた。

2. データの前処理

データセット作成のため、対象の定義をテキストデータ化し、テキストの正規化、単語への分割、ストップワードの処理、ステミング・レマタイズの順にデータの前処理を行った。テキストデータの正規化では、テキストすべてを半角小文字化、記号数字の除去、余剰な空白の除去、および“OT”と略されている単語を“Occupational Therapy”に変換した。ストップワードの処理では人称代名詞、助動詞などのテキスト解析に必要であると思われる単語を除去した。本研究で採用したストップワードは、プログラミング言語pythonのNLTKライブラリ内にあるストップワードリスト、多言語のストップワードを提供しているslothlibの英語版ストップワードリスト、そしてユーザー指定のストップワードリストを合わせたものとした。ユーザー指定のストップワードリストには、国名や各作業療法士協会の短縮名、英語以外で構成される単語を指定した。ステミングでは英単語を語幹のみにする処理（例：“occupational”を“occup”）を行い、レマタイズは活用された英単語を見出し語（例：“activities”を“activity”）にする処理を実施した。

3. word2vecによる解析

word2vecはMikolovら¹³⁾が提案した自然言語処理手法である。word2vecではニューラルネットワークで学習することによって、ある単語の意味の推測を学習に使用した文書の単語をもとに行うことができる。本研究では、作成したデータセットをword2vecで学習させ、“occupational therapy”に意味の近い単語をコサイン類似度から推定した。コサイン類似度は-1から1までの値を取り、-1に近いほど類似度が低く、1に近いほど類似度が高いことを示す。本研究ではコサイン類似度0.900を超えるものを類似度の高い単語（以下、高類似語）とした。その後“occupational therapy”の高類似語について、それらの語が各定義に出現した回数を算出し、各定義におけるそれらの語の占める割合を算出した。

4. トピックモデルによる解析

トピックモデルはテキストを潜在的なカテゴリ（＝トピック）に分類する自然言語処理手法である。

一般的にトピックモデルでは、Blei ら¹⁴⁾ が提案した Latent Dirichlet Allocation (以下、LDA) が使用されている。本研究では、LDA により定義のトピックを推定し、そのトピックを構成している上位 10 単語 (以下、トピック上位語) から、定義の特徴をトピックの観点から検討した。LDA による分析にあたっては、一般的に重要とされない単語の出現頻度が低い語と高い語を除き、それら以外の語に重み付けをする処理をデータセットに対して行った。また、LDA で分類する最適トピック数を推定するために、Perplexity と Coherence を採用した。Perplexity は学習アルゴリズムの絞り込み性能を表す指標であり、値が低いほど絞り込みの性能が良いことを示す¹⁵⁾。Coherence はトピック中の単語の性質の評価指標であり、値が高いほどトピック中の単語の性質が高いことを示す¹⁵⁾。本研究では Perplexity が低くかつ Coherence が高いトピック数を最適トピック数とした。最後に各定義におけるトピックの構成比率を算出し、非階層クラスター分析の k-means 法を用いて定義を分類した。

表1 “occupational therapy” に類似する上位 10 語とそのコサイン類似度

	意味の近い単語	コサイン類似度
1	participation	0.938
2	health	0.923
3	enable	0.900
4	life	0.898
5	performance	0.893
6	environment	0.892
7	practice	0.889
8	rehabilitation	0.889
9	social	0.889
10	activity	0.886

表2 高類似語を多く含む上位 10 定義

	国名	高類似語の出現回数(回)			合計(回)	割合
		participation	health	enable		
1	UK	2	1	1	4	0.286
2	Iceland	1	5	1	7	0.241
3	Switzerland	0	1	1	2	0.200
4	Netherlands	1	1	0	2	0.190
5	Namibia	5	3	1	9	0.170
6	Spain	1	3	0	4	0.143
7	Sweden	4	4	0	8	0.134
8	WFOT	5	5	1	11	0.133
9	Israel	2	2	0	4	0.131
10	Denmark	2	4	0	6	0.113
24	Japan	0	3	0	3	0.064

5. 分析ツール

本研究ではプログラミング言語である python3.6.9 を使用し、python ライブラリ上の gensim3.6.0, nltk3.2.5, scikit-learn0.21.3 を用いて解析した。

6. 倫理的配慮について

本研究は人を対象にした研究ではなく、既に公開されているデータを使用しており、著作権上および倫理上の問題はない。また申告すべき利益相反関係にある個人、企業はない。

【結果】

1. word2vec による解析

“occupational therapy” に類似する上位 10 語とコサイン類似度は、“participation” (0.938), “health” (0.923), “enable” (0.900), “life” (0.893), “performance” (0.893), “environment” (0.892), “practice” (0.889), “rehabilitation” (0.889), “social” (0.889), “activity” (0.886) であった (表 1)。これらの語のうち、高類似語であったのは “participation” (0.938), “health” (0.923), “enable” (0.900) の 3 語であった。“occupational therapy” の高類似語を多く含む定義の上位 10 定義は UK, Iceland, Switzerland, Netherlands, Namibia, Spain, Sweden, WFOT, Israel, Denmark という順であった (表 2)。

2. LDA による解析

Perplexity 値と Coherence 値の結果から、最適トピック数は 3 と推定された。

各トピックのトピック上位語を表 3 に示した。トピック 1 のトピック上位語は、“occupation”,

“focus”, “person”, “practice”, “quality” など
で構成されていた。トピック2のトピック上位語
は, “occupation”, “participation”, “concern”,
“knowledge”, “level” など で構成されていた。
トピック3のトピック上位語は, “disability”,
“performance”, “function”, “rehabilitation”,

“treatment” など で構成されていた。図1および
図2から, トピック1は全定義のうち約35%を
構成し, 新定義を中心に, SwitzerlandやWFOT
が分類されるトピックであった。トピック2は全
定義のうち約15%程度を構成し, UKを中心に
Swedenが分類されるトピックであった。トピック

表3 各トピックを構成する上位10単語とその割合

	Topic1	割合	Topic2	割合	Topic3	割合
1	occupation	0.022	occupation	0.015	disability	0.017
2	focus	0.017	participation	0.015	performance	0.014
3	person	0.017	concern	0.015	function	0.014
4	practice	0.016	knowledge	0.015	rehabilitation	0.014
5	quality	0.016	level	0.014	treatment	0.013
6	difficult	0.016	apply	0.014	produce	0.013
7	group	0.014	relationship	0.014	development	0.013
8	ability	0.014	intervention	0.013	maintain	0.013
9	mental	0.014	community	0.013	adapt	0.012
10	enhance	0.014	center	0.013	social	0.012

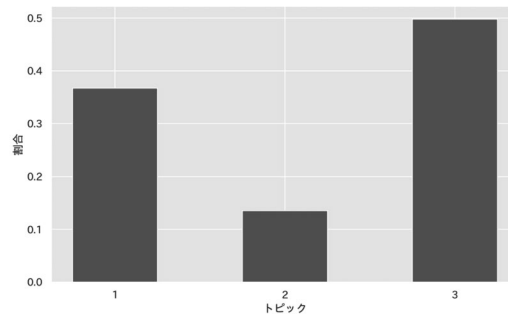


図1 全定義中における各トピックの割合

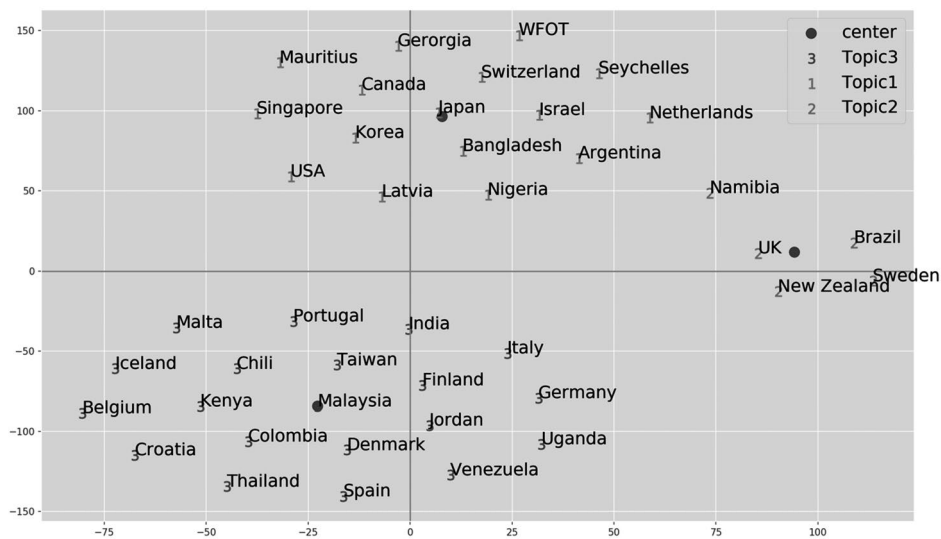


図2 k-means 法によるトピックに基づく定義の分類

center は各クラスターの重心を示している。
定義間, クラスター間は距離に近いほどトピックの類似度が高く, 遠いほど類似度
が低いことを示す。

ク3は全定義のうち約50%を構成し、Malaysiaを中心にIceland, Denmarkなどが分類されるトピックであった。

【考察】

1. 作業療法の定義の意味とその解釈について

作業療法との高類似語であったのは“participation”-「参加」, “enable”-「可能」, “health”-「健康」であった。表2から上位10定義の定義文と高類似語をもとに、各国の作業療法の定義の要点を検討すると、1)「作業療法は作業を通じて、健康や幸福、人生への満足度を高めることである」、2)「作業療法は人々の日々の作業（活動）に参加できるようにする」、3)「作業療法は人々の日々の生活への参加を支援する」という3点にまとめることができる。1)は作業療法で前提とする基本的な概念であり、作業療法の主な目的であるといえる。新定義⁵⁾ではこの概念を、作業療法の「基本理念と学術的根拠」として掲げ、多くの定義に共通する概念であるとしている。2)は対象者の作業への参加を焦点に当て実践する旨を説明しており、Townsend & Polatajko¹⁶⁾の“enabling occupation”の概念の広がり示唆していると推察される。3)は社会や人生への参加を焦点に当てることを念頭としており、国際生活機能分類（ICF）¹⁷⁾における参加の概念を採用していると考えられる。

2. 作業療法の定義の分類と特徴について

LDAの結果から、各国の定義は3つのトピックを組み合わせて構成されると示唆される。また、図2から3つのトピックの内、最も構成比率の高いものが、その定義を代表するトピックとして分類されたと考えられる。

トピック1のトピック上位語には“occupation”, “focus”, “person”, “practice”, “quality”などがあり、これらの語とトピックの中心をなす新定義からトピックの特徴を表現している文は「作業に焦点を当てた実践」と引用できる。新定義の解説⁵⁾では「作業の焦点に当てた実践」を、「手段としての作業の利用」と「目的としての作業の利用」、「これらを達成するための環境への働きかけ」としている。この特徴は2)「作業療法は人々の

日々の作業（活動）に参加できるようにする」という概念に含まれるものであると考えられる。つまりトピック1に分類される定義は2)の概念を特徴として有しており、作業への参加の支援をその他の定義よりも重要視しているため、トピック1に分類されたと推察される。

トピック2のトピック上位語には“occupation”, “participation”, “concern”, “knowledge”, “level”などがあり、これらの語とトピックの中心をなすUKの定義からトピックの特徴を表現している文は「作業への参加を通じて、健康や幸福、満足度を得ることに関心を持つ」と引用できる。これは1)「作業療法は作業を通じて、健康や幸福、人生への満足度を高めることである」に該当する特徴であると考えられる。つまりトピック2に分類される定義は1)の概念、つまり人々の健康や幸福、人生への満足度により重点を置いた観点を有しているため、トピック2に分類されたと推察される。

トピック3のトピック上位語には“disability”, “performance”, “function”, “rehabilitation”, “treatment”などがあり、これらの語とトピックの中心をなすMalaysiaの定義からトピックの特徴を表現している文は、「社会文化的環境における役割を遂行するための能力の改善、開発、維持」と引用できる。社会文化的環境における役割の遂行は、ICFの参加の概念に合致すると考えられることから、この特徴は3)「作業療法は人々の日々の生活への参加を支援する」に該当するものであると考えられる。つまりトピック3に分類される定義は3)の概念を特徴として有しており、社会生活への参加の支援という観点をその他の定義をより重要視しているためトピック3に分類されたと推察される。

3. 作業療法教育に対する本研究の所見の応用

日本作業療法士協会は定義の改定に際して、「意味のある作業を見出し、参加を促すこと」¹⁸⁾に作業療法の目的や手段が変化していると述べている。つまり、本研究で抽出された2)の概念は新定義の中心概念を構成すると考えられる。したがって、この点を強調した教育を行うことで、新定義の意義や内容の理解が深まり、ひいては作業

療法士の職業的アイデンティティの確立につながるものと期待される。

4. 本研究の限界

本研究で定義を参照するために WFOT の Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations を使用した。本文献では、57 か国分の定義が紹介されており、WFOT に加盟しているが定義を設定していない国も含めると定義の総数は 60 を超える。本研究ではその中から英訳された定義であり、かつ重複していない 41 の定義のみを解析に使用した。したがって、本研究の結果は WFOT に加盟しているすべての国の定義を反映できていない。これに加えて、機械学習で用いるサンプル数として、本研究における 41 の定義のサンプル数は十分であるとはいえず、学習モデルの精度が低くなってしまっている可能性が考えられる。

また、本研究で得られた知見は作業療法の定義の意味の解釈と特徴についてであり、職業的アイデンティティに対して直接的に作用することを示したものではない。今後本研究の結果をもとにして職業的アイデンティティ構築に与える影響について検証していく必要がある。

【結論】

機械学習を用いて各国の作業療法の定義に共通する作業療法の意味や特徴を解析し、その解釈について検討した。その結果、各国の定義は 1) 「作業療法は作業を通じて、健康や幸福、人生への満足度を高めることである」、2) 「作業療法は人々の日々の作業（活動）に参加できるようにする」、3) 「作業療法は人々の日々の生活への参加を支援する」、という 3 つの概念から構成され、各国の定義は 1) - 3) のいずれかの特徴を有していると示唆された。これらについて理解することが、専門性を確立するために重要であると考えられた。

【文献】

- 1) Kielhofner G. (山田孝監訳)：作業療法実践の理論，第 4 版，医学書院，pp.2-52，2014.
- 2) 中村伴子：リハビリテーションチーム医療における作業療法士の立場からの現状と課題，医療，61（5），pp.318-323，2007.
- 3) Ikiugu M, Rosso H: Facilitating professional identity in occupational therapy students, *Occup Ther Int*, 10, pp.206-225, 2003.
- 4) Aguilar A, Stupans I, Scutter S, King S: Exploring professionalism: the professional values of Australian occupational therapists, *Aust Occup Ther J* 59, pp.209-217, 2012.
- 5) 社団法人日本作業療法士協会学術部定義改定班：日本作業療法士協会における作業療法の定義改定手続きと新定義の解説，*作業療法*，38，pp.3-17，2019.
- 6) 吉川ひろみ：「作業」って何だろう，第 2 版，医歯薬出版株式会社，pp.71-99，2017.
- 7) 今井多樹子，高瀬美由紀，佐藤健一：質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性—新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から—，*日本看護学研究会雑誌*，41（4），pp.685-700，2018.
- 8) 瀬島克之，杉澤廉晴，大滝純司，前沢政次：質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—，*日本公衆衛生雑誌*，48（5），pp.339-343，2001.
- 9) いたうたけひこ：テキストマイニングの看護研究における活用，*看護研究*，46（5），pp.475-484，2013.
- 10) 稲葉光行，抱井尚子：混合研究法としてのグラウンデッドなテキストマイニング・アプローチ，*看護研究*，49（1），pp.25-36，2016.
- 11) 小林雄一郎：R によるやさしいテキストマイニング [機械学習編]，オーム社，pp.1-26，2018.
- 12) The World Federation of Occupational Therapists: Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations, 2019. <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>, (accessed 2020-01-15).
- 13) Mikolov T, Sutskever I, Chen K, Corrado G, Dean J: Distributed Representations of Words and Phrases and their Compositionality, arXiv, 2013.
- 14) Blei DM, Ng AY, Jordan MI: Latent Dirichlet

Allocation, J Mach Learn Res, 3, pp.993-1022, 2003.

- 15) 佐藤一誠：トピックモデルによる統計的潜在意味解析，コロナ社，pp.123-133, 2015.
- 16) Townsend E, Polatajko H. (吉川ひろみ, 吉野英子監訳)：続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正，大学教育出版，pp.120-128, 2011.
- 17) 世界保健機関（WHO）：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—，中央法規出版，2002.
- 18) 友利幸之介，大野勘太，東登志夫，小林正義：日本作業療法士協会の「作業療法の定義」改定に向けた学術委員会における検討内容，作業療法，33, pp.94-102, 2014.

研究論文3

自閉スペクトラムの特性と関連する臨床実習能力ーパイロット研究

Clinical practicum skills related to characteristics of autism spectrum – a pilot study

林原 千夏

Chinatsu HAYASHIBARA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 20(1): 54-62, 2020

要旨：臨床実習では知識や実技だけでなく，社会適応能力やストレスマネジメント能力等も求められる．これらの能力は学生の特性が関わる可能性もあり，改善に困難を伴うこともある．これらが苦手な学生が躓く実習能力は何か，またそれと関連する基本能力は何かを探索した．実習指導者，学生の「実習能力の評価」と学生の「基本能力の自信度」との相関を算出した．結果，例を挙げると「評価結果をICFで整理する」際には，「整理整頓」や「メモを取る能力」「対人コミュニケーション」に対する苦手の自覚が関連する等，それぞれの実習能力と関連する基本能力を挙げることができた．基本能力には自閉スペクトラムの特性も含めたため，この特性がある学生の臨床実習指導に応用できる可能性がある．

キーワード：臨床実習，基本能力，自閉スペクトラム，作業療法教育

はじめに

リハビリテーションに関連する国家試験受験資格を得るためには，臨床実習の合格が必須である．臨床実習では知識や実技技能はもちろんのこと，コミュニケーション能力や臨機応変な対応能力，期限までに実習指導者が求める課題内容に応える能力，ストレスマネジメントなども求められる．実習に出る学生の知識や実技技能に関しては，客観的臨床能力試験（以下OSCE）の導入もあり，ある程度の質を担保することが出来ているが，OSCEと臨床実習成績との関連は低いとの報告もある¹⁾．さらに，コミュニケーション能力や臨機応変に対応する能力，期限までに実習指導者が求める課題内容に応える能力，ストレスマネジメント等に関しては学生による能力差があり，実習前にふり分けも難しく，実習において履修単位を修得できない原因のひとつにも

なっている²⁾．

専門領域に関する知識や実技技能に関しては，学生各自における学習努力によって改善することがある程度は可能である．一方，コミュニケーション能力や臨機応変に対応する能力，期限までに実習指導者が求める課題内容に応える能力，ストレスマネジメントに関しては学生の特性が関わる可能性もあり，改善には養成機関の教員等による何らかの介入が必要になると考えられる．また，これらの能力が低い者は日常生活においても困難を伴っている事が多く，中には自閉スペクトラムの特徴が強い学生も含まれることがあり^{3, 4, 5)}，改善が困難なこともある．

著者が先におこなった自閉傾向のある療法士のコミュニケーションについての研究ではコミュニケーションの困難度を改善するためにはコミュニケーションの自信を向上させる必要があり，コミュニケーションに必要な能力を向上させるための「具体的方法の提示」が有効であることを示している⁶⁾．この研究はコミュニケーション能力に限ったことではあるが，自閉傾向のある療法士の自閉様特性から

星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻
〒476-8858 愛知県東海市富貴ノ台2-172
Division of Occupational Therapy, Faculty of Care
and Rehabilitation, Seijoh University
2-172, Fukinodai, Tokai-city, Aichi, 476-8588, Japan

生じる他の能力に対する苦手さにも「具体的方法を提示」することでアプローチできる可能性がある⁷⁾。

本論文では、実際におこなった「実習中に求められる能力を示すための具体的方法を提示する課外授業」に対する学生の感想を示すとともに、学生に調査した「実習に必要な基本能力（以下基本能力）の自信度」と実習で実習指導者が評価および学生が自己評価した「臨床実習で求められる能力（以下実習能力）の点数」との相関を提示した。このことによって実習能力がどのような基本能力と関連するのかを探索した。この基本能力が実習能力を向上させるための具体的方法を提示する際の参考になると考えたからである。臨床実習を遂行するために必要となる基本能力が明らかになれば、低学年からの指導にも活かすことができ、実習能力に間接的に働きかける事が可能ではないかと考えた。たとえば、実習場面では「この学生は複数のことを同時におこなう（基本能力）ことが苦手なため、プログラムの立案の能力（実習能力）が低い可能性がある」と予測して指導することができる。また、基本能力には自閉スペクトラムの特性を含めたため、どの特性がどの実習能力と関連するかの参考にすることができると考えられる。ただし、今回は対象者が4名しかいないためパイロット研究とした。

方法

1) 対象

X年度の臨床実習で履修単位を修得できず、「臨床実習で必要とされる能力の具体的方法を提示」を行う週1回の課外授業に参加した作業療法学専攻4年生4名（女性1名、男性3名、平均年齢22歳）。

2) 調査方法

課外授業および2度目の臨床実習終了時に、実習能力と基本能力の自己評価を参加学生に記名自記式でおこなわせた。同時に、課外授業の感想についても記名自記式自由記述で調査した。実習能力の2度目の臨床実習指導者評価得点および自己評価得点と、基本能力の自己評価得点との相関を調べた。また具体的方法を提示した授業に対する学生の感想を示した。

3) 調査内容

実習能力項目

星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻の臨床実習Ⅲで使用される評価表（長期実習の成績表）の項目のうち実習現場で求められる能力項目とした。各項目について5から0点、未実施の評価が付けられる。なお、この評価項目は大学開設当時から改変を重ねて作成されている。

1. 評価の実施および統合と解釈について

- ①評価の実実施計画を適切に立て、手順の確認など事前準備ができる。
- ②評価を適切に実施できる。
- ③評価結果をICFで整理することが出来る。
- ④作業療法の対象となる生活機能と障害について焦点化することができる。
- ⑤リハビリテーションゴールに沿った作業療法目標を設定することができる。

2. 治療・訓練について

- ①目標に沿った治療・訓練プログラムの立案ができる。
- ②治療・訓練目的と手段を対象者に説明できる。
- ③治療・訓練に必要な事前準備ができる。
- ④安全性を考慮し、治療・訓練を実施することができる。
- ⑤対象者の状況変化に適切に対応できる。（緊急時の対応や状態に合わせたプログラムの見直し等）

3. 記録・報告について

- ①記録が適切にできる
- ②報告・連絡・相談が適切にできる
4. 職業人としての適正について
- ①施設規則や学生心得を守ることができる。
- ②施設職員や他職種、対象者と適切な人間関係を保つことができる。
- ③探求心や意欲をもって取り組むことができる。

基本能力項目

基本能力は「発達障害学生のための理解と対応のためのミニブック（教員用）」⁸⁾を参考に抽出した。発達障害学生のためのハンドブックではあるが、大学生活を送る上で学生全員にも必要とされることが記載されている（また2013年のDSM-5への改定により発達障害は自閉症スペクトラムと診断名が変

更になった)。この中の章「発達障害のある学生にみられやすい一般的な行動・特徴」から基本能力を抽出した。たとえば「二つ以上のことを同時にするのが苦手」という特徴を、基本能力として「複数のことを同時におこなう」というように変換した。コミュニケーション能力や臨機応変に対応する能力、期限までに実習指導者が求める課題内容に応える能力、ストレスマネジメントに関して実習で躓く学生の中には自閉傾向が高い者も含まれるため^{3, 4, 5)}、自閉傾向の高い大学生が示す特徴を記載している本ハンドブックを参考にした。また、大学生活を送る上で自閉傾向があると躓きやすいこれらの特徴は発達の観点からすれば学童期の発達課題と重なるため基本能力として扱うことにした。評価は10段階のNumerical Rating Scaleとした。各項目の質問文は表1の左端の38項目である。

4) 実習中に求められる行動に対する具体的方法を提示する課外授業

X年度前期で行われた臨床実習において履修単位が取得できなかった4名に対し、X年度後期に副担任であった筆者が週1回約90分、12回おこなった課外授業である。授業内容としては、①実習のふりかえり、②実習で躓いた項目を列挙、③実習指導者が求める実習能力について、④自分の課題を列挙、⑤⑥OT評価項目の抽出練習、⑦動作分析、⑧OT評価等の実技練習、⑨ICF、統合と解釈の仕方、⑩治療的コミュニケーション、⑪コミュニケーション、⑫ストレスマネジメントである。①②③、⑪、⑫の内容について以下に示す。

講義の①②③は実習のふりかえりから、個人の躓きを見出し、また実習指導者が求める実習能力について共に考えた。指導された言葉が意味する具体的内容について、また実習の評価用紙の項目ひとつひとつに関して求められる具体的な行動内容を確認した。たとえば、実習評価用紙の項目である「評価を適切に実施できる」ためには何をしなければならないかを学生と考え「評価項目を知らなければならない」「患者に何の評価が必要か分らなければならない」「患者の病状から障害を予測できなければならない」「評価を正しく実施できなければならない」「患者に評価について説明できなければならない」

など列挙させた。

講義⑪のコミュニケーションに関しては、「話しかけているのになかなか返事が返ってこない友人がいたら、どんな風に思うか」「部活で先輩に質問せずに自己満足な方法でトレーニングしている後輩がいたら、どんなアドバイスをするか」など、今の学生の状況を外からの目線で見ることができるような誘導をおこなった。また「実習指導者に話しかけにくい時にはあらかじめデイリーノートに質問したいことを書いて実習指導者からも話題提供がしやすいようにする」や、「指導してもらう時間を聞いておく」などの方法を提示した。また、患者に話しかける時、話が詰まった時の一言など具体的に指導した。

講義⑫のストレスマネジメントに関しては、ストレス状況を信号の色別に表し、「青信号（ストレスが低い状況）の時の自分の状態とそれを維持するための工夫」「黄色信号になった時の自分の状態と赤信号に移行しないための工夫」「赤信号（限界に近いストレス状況）になった時の状態と対処の仕方」を表にした。とくに黄色信号になった時に現れる自分のサインを出来るだけ多く列挙させ、自分のストレスを感じられるようにした。またその時の対処の方法が実用的でなかったり少なかったりした学生が多かったため、ストレス解消の方法を全員で考えできるだけ多くの対処方法を記入させた⁹⁾。この表は実習地に持参させ、毎日の状況を判断し対処できるように誘導した。

5) 解析

実習能力の項目各々と基本能力の項目各々との2変量相関を調べた。ただし、今回は包含基準を満たす者が4名のみであり相関係数を示すことを避け、パイロット研究として位置付けた。しかしながら、 α エラーを0.05で β エラーを0.2とすると、相関係数 $r = 0.95$ 以上であれば有意差($p < 0.05$)がつくため、今回は相関係数が1の項目のみは相関があるとして提示した。

6) 倫理的配慮

本研究は星城大学研究倫理委員会の承認後におこなった（承認番号2019A0008）。対象者には口頭と書面にて研究の目的や方法等について説明し、研

表1 実習能力と基本能力との相関

	基礎能力 の自信度 平均±SD (10点満点)	適切に立案・ 事前準備 評価計画を 実施	評価を適切に 実施	評価結果を ICFで整理	生活機能と障害 を焦点化	リハゴールに 沿ったOT目標 を設定	目標に沿った 治療プログラ ムの立案	治療目的と手段 を対象者に説明	治療に必要な 事前準備	安全性を考慮し 治療を実施	対象者の状況変 化に適切に対応	適切な記録	適切な報告・ 連絡・相談	学生施設規則 を守る	職員や対象者と 適切な人間関係 を保つ	も探求心や意 欲を持って取 組む
実習得点(指導者) 平均±SD (5点満点)		2.8± 1.0	3.5± 0.6	3.0± 0.8	2.8± 1.0	3.5± 0.6	3.3± 1.0	3.0± 1.0	3.8± 0.5	3.8± 0.5	3.3± 1.0	3.0± 1.4	2.8± 0.5	4.3± 1.0	3.5± 1.3	4.0± 1.5
実習得点(学生) 平均±SD(5点満点)		3.0± 0.8	3.2± 1.0	3.2± 1.3	3.3± 0.5	3.5± 1.0	3.3± 0.5	3.3± 1.0	3.0± 0.8	3.3± 1.0	3.3± 1.0	3.0± 1.2	3.0± 0.8	3.5± 0.6	3.3± 1.0	3.8± 1.0
病棟など環境空間を把握する	8.5±1.3															
状況に合わせて適切に判断し 実行する	5.3±2.9						○				○●			○	●	○
複数のことを同時並行で行う	4.5±2.4						○				○●			○	●	○
急な予定の変更に対応する	4.5±1.7						○				○●			○	●	○
急な空き時間に困らない	5.3±3.4											○				
スケジュール管理する	6.5±1.0					●			○	○			○			
優先順位をつける	5.5±2.1															
期限・時間を守る	3.8±2.8															
指示配布物に気付く、忘れない	5.0±2.2															
曖昧な指示に対応する	4.5±2.4						○				○●			○	●	○
指導者の指示のポイントが分 かる	6.3±1.7															
指導者の話を聞き逃さない	5.8±2.2															
課題は具体的に何をすべきか 分かる	7.5±3.1															
きちんと分かりやすくメモを 取る	4.3±2.2			●												
メモしたことを忘れない	5.8±2.2			○												
誤字脱字がない、書字に時間 が掛らない	4.3±1.0						○				○●			○	●	○
分かりやすく説明する	6.5±2.1															
対人コミュニケーション	6.5±1.7			●												
表情や仕草から相手の気持ち が読み取る	6.0±2.6															
会話を続けることが出来る	6.5±2.4															
相手とどう話していいか分か る	6.5±2.1															
相手の話を最後まで聞く	6.5±2.4															
話の意図を取り間違えない	5.8±1.7															
相手のことを考慮して話す	4.8±1.5						○				○●			○	●	○
周りを見て行動する	4.8±1.3															
相談してから実施する	7.0±2.8															
困った時に相談する	8.0±2.8															
一度欠席しても欠席続きにな らない	4.3±3.9			●												
基本的手技の習得をしている	5.3±0.5						●									
刺激に敏感ではない	5.5±2.1															
身体の一部が常に動くことは ない	7.0±2.2														○	
整理整頓が得意である	6.3±2.9			●												
同じミスは繰り返さない	5.0±2.2															
指導されても次の時にはリ セットしない	6.3±2.6															
失敗時に嘘でごまかさない	7.0±3.2															
感情のコントロールができる	3.8±1.5				●											
ストレスマネジメントができ る	5.8±3.2															
ストレスで身体症状が出るこ とはない	6.5±2.6															

上1行目に並ぶ項目が実習で求められる能力の項目である。2行目に実習指導者による評価の平均点、3行目に学生自身の自己評価点の平均点を表示している。左1列目に基本能力の項目、2列目に基本能力への自信度(10点満点で1が最低点)を記載した。平均値未満の項目欄には影を付けてある。相関係数1のみを相関があったと判断し、相関があった項目に○(実習指導者の評価)や●(学生本人の評価)の印をつけた。

究を断っても不利益にはならないことを伝え、うで、納得の上同意し書面にて同意を表明した後に実施した。

結果

実習能力と基本能力には表1に示すような相関関係があった。対象者数の少なさから相関係数1のみを相関があったと判断し、相関があった項目に○（実習指導者の評価）や●（学生本人の評価）の印をつけた。

1) 実習能力項目

表1の上1行目に並ぶ項目が実習で求められる能力の項目である。2行目に実習指導者による評価の平均点（2度目の実習時）、3行目に学生自身の自己評価点の平均点（2度目の実習時）を表示している。実習指導者の得点が5点満点中3点未満であった項目は「評価計画を適切に立案し事前準備ができる（2.8点）」「生活機能と障害について焦点化できる（2.8点）」「適切な報告・連絡・相談ができる（2.8点）」であった。また学生の自己評価では5点満点中3点未満の項目はなく、3点の項目が「評価計画を適切に立案し事前準備ができる（3.0点）」「治療に必要な事前準備をする（3.0点）」「適切な記録ができる（3.0点）」「適切な報告・連絡・相談ができる（3.0点）」であった。

2) 基本能力項目

表1の左1列目に基本能力の項目、2列目に基本能力への自信度（10点満点で1が最低点）を記載した。全項目の平均値は5.8点であった。平均値未満の項目欄には影を付けた。その中でも自信度が低い項目としては「期限・時間を守る（3.8点）」「感情のコントロールができる（3.8点）」「きちんと分かりやすくメモを取る（4.3点）」「誤字脱字がない。書字に時間がかからない（4.3点）」「一度欠席しても欠席続きにならない（4.3点）」「複数のことを同時並行で行う（4.5点）」「急な予定の変更に対応する（4.5点）」「曖昧な指示に対応する（4.5点）」「相手のことを考慮して話す（4.8点）」「周りを見て行動する（4.8点）」が挙げられた。

3) 実習能力と基本能力の相関

実習能力（実習指導者評価）で基本能力と相関がみられた項目は「目標に沿った治療プログラムの立案」「対象者の状況変化に適切に対応する」「施設規則や学生心得を守る」「探求心や意欲をもって取り組む」で、基本能力の「状況に合わせて適切に判断し実行する」「複数のことを同時におこなう」「急な予定変更に対応する」「曖昧な指示に対応する」「誤字脱字がない。書字に時間がかからない」「相手のことを考慮して話す」と相関があった。また、実習能力の「評価結果をICFで整理する」と基本能力「メモしたことを忘れない」と相関があった。実習能力の「治療に必要な事前準備ができる」「安全性に考慮し治療を実施することができる」「適切な報告・連絡・相談ができる」は基本能力の「スケジュールを管理する」と相関があった。実習能力「適切な記録ができる」は基本能力「急な空き時間に困らない」と相関していた。

実習能力の学生による自己評価と相関する基本能力も実習指導者の評価と類似していたものの、実習能力（学生評価）「評価結果をICFで整理する」は基本能力「分かりやすくメモを取る」「対人コミュニケーション」「一度欠席しても欠席し続けない」「整理整頓が得意である」と相関していた。また、実習能力「生活機能と障害を焦点化する」と基本能力「感情のコントロールができる」,「リハビリテーションゴールに沿った作業療法目標を設定する」と「スケジュール管理ができる」,「目標に沿った治療プログラムの立案」と「基本的手技を習得している」が相関していた。また「職員や対象者と適切な人間関係を保つ」は基本能力「状況に合わせて適切に判断し実行する」「複数のことを同時並行で行う」「急な予定の変更に対応する」「曖昧な指示に対応する」「誤字脱字がない。書字に時間がかからない」「相手のことを考慮して話す」と相関していた。

4) 実習中に求められる行動に対する具体的方法を提示する課外授業に対する学生の感想原文をそのまま記載した。

学生 A

「ストレスマネジメントは自分の限界が分かるので良かった。動作観察評価は細かく見ることができ

るようになった。コミュニケーションはOTR、症例との距離の取り方が分かるようになった」

学生B

「ストレスマネジメントが去年よりは出来ていたと思います」

学生C

「コミュニケーションの取り方、ストレスマネジメントについては自分自身の心持が重要な部分もあるかと思うので、出来て良かったと思います。反面、実技面については回数の少なさもあると思います。が、患者さんと健常者ではかなり違いがあったため、個人的にはイメージしにくかったと思います」

学生D

「コミュニケーションは褒められた。やって良かったと思う。ストレス対処は今回の実習ではあまりストレスがなかったため使わなかったが、やっておいで良かったと思う。評価や動作分析も復習になったので良かった」

考察

1) 実習能力と基本能力の相関について

「評価結果をICFで整理する」際には、「整理整頓の苦手さ」や「メモを取る苦手さ」、また「対人コミュニケーションの苦手さ」の自覚が関連することが分かった。ICFで整理する際には実習指導者の指導・助言のもと¹⁰⁾、メモをして整理しながら因子ごとに評価結果を分類する作業が考えられる。頭の中で整理することも苦手（整理整頓の苦手さと関連すると考えられる）で、さらにそれを視覚化するメモを取ることが苦手であれば、ICFで整理することにも困難がみられることは予測がつく。また、対人コミュニケーション能力は実習指導者とのやり取りや、ICFで環境因子や個人因子を整理する際に患者とコミュニケーションを取り患者を理解する過程で必要な能力だと考えられる¹¹⁾。ただし、これらの相関は実習能力の自己採点によるもので実習指導者採点では相関がみられなかった。実習指導者が求める能力を達成できたが学生はICFで整理することに苦手さを感じていたのかもしれない。統合と解釈については、実習指導者評価や学生相互評価よりも自己評価が有意に低くなった研究結果もあるように¹²⁾、学生は自己評価が低くなりやすいのかもしれない。

次に「目標に沿った治療プログラムの立案」については「状況を適切に判断し実行する能力」「複数同時並行で行う能力」「急な予定変更に対応する能力」「相手のことを考慮して話す能力」「曖昧な指示に対応する能力」「正確で速い書字能力」が関連していた。治療プログラムの立案は複数の問題点を考慮しながら、時間的な予測を立てて行う過程である¹¹⁾。これらの能力として「状況を適切に判断し実行する能力」「複数同時並行で行う能力」が対応するのではないかと考えられる。また、プログラムは独りよがりではなく患者に受け入れられるものでなければならない¹¹⁾。この能力として「急な予定変更に対応する能力」「相手のことを考慮して話す能力」が対応すると考えられる。また、治療プログラムの立案の際には患者のニーズを反映させたり、実習指導者にアドバイスをもらいながらブラッシュアップしていく必要がある⁹⁾。そのような意味では「相手のことを考慮して話す能力」「曖昧な指示に対応する能力」が必要だと推測される。実習指導者による指導の意図がうまく伝わっていなければ良い治療プログラムを立案できない可能性は想像できる。「正確で速い書字」は実習中に素早くメモを取る能力も考えられるが、「正確で速い書字」ができるための基本能力（感覚統合能力や空間把握能力、運動の順序だてや調整の苦手さ、協調性、学習や抽象的思考の苦手さなど¹³⁾）が必要とされるのかもしれない。

また「対象者の状況変化に適切に対応する能力」も治療プログラムの立案と同じ基本能力を必要としていることが分かった。これは状況変化に対応する柔軟さということでは「状況を適切に判断し実行する能力」「複数同時並行で行う能力」「急な予定変更に対応する能力」と相関することは納得がいく。「曖昧な指示に対応する」や「相手のことを考慮して話す能力」と相関することは、目の前の状況変化が対応すべきものなのか、どう対応すべきなのかの判断は相手の状況を判断する必要もあり、これが苦手なこと¹⁴⁾が「対象者の状況変化に適切に対応すること」を困難にしていると考察できるのかもしれない¹⁵⁾。

「目標に沿った治療プログラムの立案」や「対象者の状況変化に対応する能力」と「探求心や意欲をもって取り組む」ことは関連する基本能力項目が同一であった。つまり、「目標に沿った治療プログラ

ムの立案」や「対象者の状況変化に対応する能力」が低いと「探求心や意欲」も低いということになる。目標に向けた治療プログラムの立案や対象者に合わせた治療というのは作業療法をするうえで必須であり¹⁶⁾、作業療法の奥深さ・面白みにつながるものであると考える。これを感じることが難しければ探求心も意欲も損なわれるのであろう¹⁷⁾。もしくは、探求心や意欲をもって取り組まなければ奥深さや面白みは感じられないのかもしれない。因果関係は明確でないが、実習指導の際に参考にできる。意欲が低い学生は奥深さや面白みを感じられていない可能性がある。

基本能力の観点から見ると、「スケジュールの管理能力」は「リハビリテーションゴールに沿った作業療法目標を設定する」「治療に必要な事前準備」「安全性を考慮した治療の実施」「適切な報告・連絡・相談」と関連していた。「治療に必要な事前準備」は事前に評価のスケジュールを立て、患者の評価までに自分の技術面の準備、評価機器の準備をするなどスケジュール管理と直接、間接的に結びつく。「安全性を考慮した治療の実施」では患者に起り得る危機を見通し適切な対応を準備しておく¹⁸⁾という点ではスケジュール管理とつながる点もあるとも考えられる。興味深いのは自分のスケジュール管理が苦手な学生は「患者のゴールを見据えた作業療法目標の設定」、つまり、患者の治療スケジュールを管理することも苦手であるということである。時間の経過を見据えて計画を立てることがそもそも苦手なのかもしれない。実習指導で指導者は頭に置いておく必要があると思われる。また「適切な報告・連絡・相談」が苦手なのは「コミュニケーション能力」とは相関がなく、「スケジュール管理能力」が低いことが関連していた。たしかに学生から「実習指導者が忙しくしていて、いつ質問していいかわからない」という声を聞いたことがある。実習指導者は指導時間をあらかじめ設定しておきスケジュール管理の支援をすると学生は実習指導者と適切な報告・連絡・相談ができるかもしれない。また、学生の指導で時々遭遇するものとして「一度欠席すると欠席が続いてしまう」というものがある。これも基本能力の項目の一つとして挙げており、関連するものとして「評価結果をICFで整理する」が挙げられた。また、そ

の際に同時に関連するものとして「メモに関する項目」「整理に関する項目」「対人コミュニケーション」が挙げられた。「一度欠席すると欠席が続いてしまう」学生はなんらかの「整理」に関する問題や他者との「コミュニケーション」の問題を抱えている可能性がある。一度欠席してしまうと、もしくは一度失敗してしまうと大きな失敗をしてしまったことに目が行く。そこで思考を変えて「少しのことだ、1回だけのことだ」と思い、挽回のチャンスがあると思うことができれば諦めにつながらない。しかしながら、この思考の変換が出来なければ「一度欠席すると欠席が続いてしまう」¹⁹⁾のではないだろうか。「整理」が出来ない学生は一人でこの思考の変換が出来ないのかもしれない。さらに、コミュニケーションが出来ない者は他者と相談の中で思考を変換する機会もないのかもしれない²⁰⁾。

今回、基本能力には自閉スペクトラムの特徴を組み込んである。自閉傾向が高い学生は実習で躓くことが多い^{3, 4, 5)}。躓いている項目で何故躓いているのかを考える際に今回の結果が一助になる可能性があると考えられる。逆に、自閉スペクトラムの特徴がある学生ではその特徴によりどんな実習課題で躓きやすいかをあらかじめ予測することも可能である。自閉スペクトラムの特徴がある学生へ配慮ある指導ができ、学生が探求心や意欲をもって作業療法士を目指す学習ができるように支援したいものである。

2) 課外授業への感想

具体的方法を提示する授業に関する感想に対して、ほぼ肯定的な意見であり、実習時に役に立ったという意見が多かった。課外授業前は実習指導者の言っている事は分かるが具体的にどうしていいかわからないと話していた学生もいたため、具体的方法を提示したことは効果的であったと考察している。一方で、「患者さんと健常者ではかなり違いがあったため、個人的にはイメージしにくかった」との感想もあった。大学ではどうしても学生同士の練習しかおこなえないため、患者を想定するための何らかの工夫が求められる。患者の動画などを繰り返し見て、学生同士が模擬患者になれる位の能力が必要である。また、とくに応用がききにくい特性のある学生の練習には患者を模擬できる教員や模擬患者を使

うなどの工夫等，実技指導場面でも指導者は具体性という要素を求められる可能性がある。

研究の限界

相関関係に関しては，研究の対象者が少なかったため相関係数1のみを示した。しかしながら，対象者数が少ないことでバイアスがある可能性は否定できない。また，実習能力や基本能力の自己評価に関しては具体的方法を提示する授業後におこなっているため，通常学生実習時の自己評価と異なる可能性がある。とくにコミュニケーション能力，ストレスマネジメントに関しては課外授業で重点を置いたため点数や自信度が高くなっている可能性がある。

謝辞

本研究にあたり，快く協力いただいた学生に心より感謝致します。

利益相反

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

文献

- 1) 川勝邦浩，間瀬教史，川村博文，八木範彦：知識確認試験および客観的臨床能力試験（OSCE）の成績と臨床実習成績の関連性。理学療法科学，30（6），823-827，2015。
- 2) 武田要，藤沢しげ子：理学療法学科学生の実習成績と情意特性 ストレスコーピングと性格特性に注目して。理学療法科学，21（2），131-135，2006。
- 3) 中村裕美，高橋幸，福井彩水，田野将尊，伊藤桂子ほか：発達障害およびその疑いのある学生に対する看護系大学教員の関わり方の現状と支援のあり方。看護教育研究学会誌，11（1），47-55，2019。
- 4) 佐々木裕子，八田達夫：臨床実習における学生の困難さの分析 発達障害の観点から。作業療法教育研究，10（1），15-22，2010。
- 5) Kira Y. Aoyama H: The Autism-Spectrum Quotient Score of students who failed clinical training. AINO JOURNAL, 5, 51-56, 2006。
- 6) Hayashibara C, Inagaki M, Fujimori M, Higuchi Y, Fujiwara M, et. al: Confidence in communicating with patients with cancer mediates the relationship between rehabilitation therapists' autistic-like traits and perceived difficulty in communication. Palliative Support care, 21, 1-9, 2018。
- 7) 国立大学法人 筑波大学附属久里浜特別支援学校，独立行政法人 国立特別支援教育総合研究所：自閉症のある子どもの理解と支援 Q & A集，初版。筑波大学附属久里浜特別支援学校，2015。
- 8) 愛知教育大学：発達障害学生のための理解と対応のためのミニブック（教員用）。愛知教育大学，2017。
- 9) 岡山県精神科医療センター：うつ病 疾病教育プログラム ワークブック 第4版。岡山県精神科医療センター，2015。
- 10) 日本作業療法士協会：作業療法臨床実習指針（2018）作業療法臨床実習の手引き（2018）。2018。
- 11) 武田淳史，浅沼辰志：作業処方一症例の分析と思考プロセス。MEDICAL VIEW，2018。
- 12) 渡辺里佳，土居誠治，内田勝之，松下春菜：学生の自己評価と学生相互評価及び指導者相互評価の検討 ペーパーペーシェントの統合と解釈を用いて。理学療法えひめ，31，42-42，2018。
- 13) Anita C. Bundy, Shelly J. Lane, Elizabeth A. Murray. (土田玲子，小西紀一監訳)：感覚統合とその実践，第2版。協同医書出版社，130-140，2006。
- 14) 奥田健次，井上雅彦：自閉症児における自己／他者知識に関する状況弁別の獲得と般化。発達心理学研究，13（1），51-62，2002。
- 15) 藤崎和彦，橋本英樹：医療コミュニケーション研究会。篠原出版新社，2009。
- 16) 杉原素子編集，日本作業療法士協会監修：作業療法学全書 改訂第3版 第1巻 作業療法概論。協同医書出版社，2017。
- 17) 笹志寿子：小児専門病院で働く看護師の小児看護を続ける意志を支えているもの。看護教育研究集録。教員・教育担当者養成課程。Reports of nursing research, 38, 259-266, 2012。
- 18) 村上静子，野澤明子，杉山琴美：成人看護学実

習における学生のインシデント経験の探究 療養
上の世話に関する分析. 日本看護学会論文集, 39,
352-354, 2009.

- 19) 田中駿亮, 武田俊信: 抑うつ・不安状態を呈し
て来談した ADHD をもつ大学生との面接過程.
全国大学メンタルヘルス研究会報告書, 36, 76-
79, 2015.
- 20) 松浦直己: 教室でできる気になる子への認知行
動療法: 「認知の歪み」から起こる行動を変える
13 の技法. 中央法規, 2018.