

佐藤剛先生と作業療法教育

日本作業療法教育研究会会長

岩崎 テル子

【思い出】

59歳という働き盛りで突然逝ってしまった佐藤先生に心から哀悼の意を表します。2001年金沢学会で先生に「世界の作業療法の動向」という教育講演をお願いし、筆者が司会をさせていただきました。学会最終日、4時過ぎの閉会式直前の時間帯で、先生は北海道に帰る便がなかった。宿泊されると言うので初めて二人で食事をした。洋食は料理が来るのが遅い。先生はお酒をあまり飲まれなかったので、手持ち無沙汰になり勝ちであったが、お互いOTになる前の大学が教員養成校であることがわかり、俄然履歴披露と人生論になった。子供時代の話から親子兄弟の話、郷里の山や川に至るまで、レストランが閉まるまで語り尽くした。以降、先生は顔を見ると“あのときは楽しかったね”と言って下さった。胸の内を吐き出す機会などめったにあるものではないが、貴重な時間であった。まだ胸が痛くて先生の御遺影を直視できないでいる。

【日本作業療法士協会の顔】

思えば先生とは1980年代を通じて協会の理事会で毎月お会いし、あの穏やかな話しぶりで、矢谷前会長から“もっと大きな声でお話し下さい”などと言われ、理事会の場を和ませて下さった。既にその頃から国際性を買われてWFOTの代表になられ、以降亡くなられるまで名実共に日本作業療法士協会の顔として世界的に御活躍された(81~第二代理, 83~第一代理, 90~94 WFOT第一副会長, 95~代表)。この国際舞台でのご活躍が、世界と日本における作業療法の動向、特に教育と臨床における現状と課題、理論の紹介と発展の方向性などについての深い洞察となり、我々に多くの貴重な資料と研究成果を提供して下さいました。

【世界の作業療法教育の紹介】

作業療法教育の面から先生のお仕事を紹介させて頂くと、先生には2期4年間当研究会の監事を務めて頂いた。学術集会には御多忙で出られる機会は少なかったが、貴重な御意見を頂いた。先生の教育に関する著書には、“4年制作業療法教育の国際比較”(作業療法ジャーナル 27: 181-186, 1993)と“国際比較にみる大学院作業療法教育の課題”(作業療法ジャーナル 33: 973-978, 1999)がある。前者は92年当時の資料で、4年制大学はWFOT正加盟国36ヶ国(261認可校)中17ヶ国にあり、20年前(73年)の6ヶ国から急速に普及したことが紹介されている。アメリカがこの当時既に修士課程30、博士課程3を持っていたことは驚くに当たらないが、南アフリカで学士7、修士7、博士3課程という高学歴レベルにあったことは知らず不明の至りであった。これが後者になると、98年世界のWFOT認可校439校の内、修士課程は6ヶ国77校となる。57校の米国を筆頭に、南ア7、オーストラリア3、イスラエルと日本がそれぞれ2校である。この年は日本で初めて広島大学に博士課程が設置された年であるが、博士課程は世界でも17校と少なく、米国6、カナダ3、オーストラリア2、南ア5と急激な増加は望めないことが伺える。

先生の御意志について情報収集に勤めなければと思う。先生のご冥福を心からお祈り致します。

特別寄稿

PREPARING OCCUPATIONAL THERAPISTS FOR THE FUTURE: IS PROBLEM-BASED LEARNING THE KEY?

Lim Hua Beng¹⁾ Yoichi Nagai²⁾

¹⁾ Manager, Occupational Therapy, School of Health Sciences Nanyang Polytechnic, Singapore

²⁾ Associate Professor, Niigata University of Health & Welfare School of Health Science Department of Occupational Therapy, Japan

This article is dedicated to one of the greatest occupational therapy educator and leader in Asia, Professor Tsuyoshi Sato. I will always cherish his wise advice, his gift for giving people innovative ideas, his ability to make people meet and most of all, his friendship. Goodbye my friend.

This paper addresses the challenges of the 21st century for occupational therapy education from the perspective of a Singapore based occupational therapy educator. Although the issues raised are Singapore-centric, many of these issues would affect occupational therapy programmes across Asia.

The most significant characteristic of the 21st century is the phenomena of information explosion. Vast amount of information are available to students and to society at large. Information explosion has changed the way professionals work. Professional boundaries are no longer secure. The future of occupational therapy, a relatively young profession and in Asia, a profession that is imported from the West, is not as secure as during the early 1980s. Occupational therapy students need to learn to use the vast amount of information critically for the well being of society.

The rate of information generation has meant that the world is more fluid with change occurring at a quick pace. This is seen in the fast paced change of health systems and its delivery in Singapore. These changes ultimately affect the way allied health professionals' work. If occupational therapy is to survive and grow in Singapore and Asia, the profession have to produce graduates that are comfortable with the fast pace of change and be agents of change. Additionally,

occupational therapy curriculum needs to be responsive to change. Curriculum that are set in stone and those that will take a long time to change are not appropriate for the 21st century education landscape.

The 21st century is characterised by the globalised economy, international competition and collaboration. Although this phenomena is more obvious in the manufacturing and finance sectors, it does affect the health and social service world. For one, health industry is a growing sector in Asia. The potential of the health industry market in Malaysia, Indonesia and China is huge. It is ideal to educate occupational therapists to serve local and national needs. However, it is important that occupational therapy graduates be equally confident working in any country. The 21st century occupational therapy graduates must be confident in their ability to learn, problem solve and eventually provide good competent services in any culture and environment.

In the arena of international competition, I remain a strong supporter of international collaboration. Occupational therapists across Asia must come together and collaborate. To be able to do this successfully, graduates must be effective in communication, diplomacy and teamwork. These skills are even more important when we collaborate outside

of the profession with policy makers, engineers, information technologists, nursing or medicine to ensure the continuity of occupational therapy.

The 21st century world is one of finite resources. Funds available for service expansion are increasingly limited. Occupational therapy graduates must be innovative and creative in service expansion. The 21st century occupational therapists must be able to create services that are value added, relevant and therefore attract funding and investors.

Across Asia, there is the common phenomenon of an aging population and an increasingly educated population. This would mean occupational therapy's future clientele would demand information and want the best and latest in their treatment. Occupational therapists will see a more demanding customer in the future.

Essentially, what all these developments mean is most of what one learns in institutions of higher learning, or even in graduate school, is obsolete in a short time (Lih, 2002). It means content knowledge is not enough. The ability to use, apply and adapt information is more important. The ability to frame problems and problem solve are critical. In the post September 11 world, producing graduates whose moral and ethical reasoning are strong is essential. Occupational therapy graduates of the new century must be prepared to take occupational therapy into new and uncharted territory.

New Directions for Teaching & Learning in Occupational Therapy

In 1989, a nurse educator said, "there ought to be no list of what to teach because education for the new age is not about content, it is about soul, it is about process" (Moccia, 1989, p.xi). Teaching in higher education must be more than a game of transferring knowledge. It should be about creating possibilities for the construction and production of knowledge (Freire, 1998).

After 10 years of educating occupational therapists in Singapore, I see a difference in students today than that of ten years ago. As an example, one third of the 31 students in the first year cohort indicated that they want to venture into private practice as a career goal. Ten years ago, no first year student in Singapore held the ambition of private practice with most wanting to be specialists like being a paediatric occupational therapist. The profile of occupational therapy students in Singapore has changed over the years. Students of today are increasingly egocentric. They know what

they want and will do only what benefits them. This trend is not necessarily negative. In fact, egocentricity is one of the ingredients of entrepreneurship. It is the role of educators to channel these egocentric tendencies towards a positive outcome – a confident graduate who knows what they want in their career and will innovate products to achieve it.

In Singapore, primary and secondary school education is being changed to create creative and innovative students. New classroom strategies, some of them being problem-based learning, are being implemented. In Singapore, educators in tertiary education must be prepared for this onslaught of new generation students who will be bored with the traditional teaching model – one-way monologue of facts and figures. If educators continue to teach this way, we risk giving students indigestion! What happens is regurgitation of facts during examinations. Occupational therapy students of the 21st century are brought up in cyberspace with fast moving video games, high technology mobile phones and MTV. We must keep up with them as educators. It is time for educators to re-package occupational therapy education.

Professor Chong (2002), Provost of the National University of Singapore, provided five desired outcomes of graduates from tertiary institutions. Naturally, they should have received a broad based education and specialised knowledge in a particularly field. The graduates should receive multidisciplinary exposure during their education. The graduates should also have a creative and innovative mind. Lastly the graduates should have a passion for life long learning. The World Federation of Occupational Therapists (WFOT) has recognised that curriculum in occupational therapy should be more than content based. As such, the new proposed Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists is now focussed on the process of education rather than content. It is indeed a timely change.

Problem Based Learning in Occupational Therapy

It is strange that the main strategy for almost all courses to produce graduates for the 21st century is using a method that was developed at the medical school at McMaster University in 1969 (Duch, Groh & Allen, 2001). Today problem-based learning (PBL) is seen as the main strategy in producing relevant graduates in courses ranging from engineering to law. So, would PBL work for occupational therapy education in Asia?

In attempting to answer this question, there is a need to ask another question? Can we envisage medical education today without PBL? The answer is quite obvious. Almost all reputable medical schools in the West are using PBL. In Singapore, the medical school has implemented PBL as a major portion of its curriculum. This is also the case in Australia. In Europe, potential medical students will only choose to go to medical schools that use PBL forcing all schools to implement PBL (Lau, personal communication, 2002).

Therefore, the appropriate question to address in occupational therapy education should be, "Can we do without PBL in occupational therapy education?"

It is widely accepted that the problem with traditional medical education is information overload. In borrowing the words of the famous three monkeys from Toshogu Shrine, see no evil, hear no evil and say no evil, students of traditional medical programmes see plenty, hear plenty but learn nothing (Boud & Feletti, 1997). Occupational therapy education in Asia mirrors the traditional medical education model. Occupational therapy should not hold on to an obsolete, out of production model.

PBL is a curriculum based structured process where learning is initiated by a posed problem in which students work in small groups to discuss learning issues important in assisting understanding and solving the problem (Barrows, 1994; Duch, Groh & Allen, 2001; Norman & Schmidt, 1992). Therefore, PBL should not be used as a teaching tool or methodology. Doing that would do injustice to the educational effectiveness of PBL. PBL must be used as a curriculum framework.

The original aims of PBL are to produce graduates who are able to become independent thinkers who can reason their way through patient problems (Barrows, 1994). Naturally, graduates must be able to recall and apply knowledge accumulated in school to the care of their patients. However, most importantly, graduates must be able to gain insight into gaps in their knowledge when dealing with clients. This insight should spur graduates to learn new information so that they can keep abreast with their knowledge and skills.

PBL is based on constructivist pedagogy (Camp, 1996). The principles are that cognitive conflict stimulates learning. This is why all learning in PBL is initiated by posing of a problem. Secondly, the environment influences learning. Educators must provide a safe and nurturing environment for learning. In PBL, this environment is the tutorial group. Lastly, constructivist pedagogy acknowledges that knowledge

evolves through social negotiations. Inherent in this principle is the "all teach, all learn" principle (Gwee & Tan, 2002). In PBL, students learn collaboratively and teach each other. It is clear that teaching is the best way to learn.

Effectiveness of PBL

Over the years, PBL has been credited by the World Health Organisation for its many positive attributes that are attractive to the education of healthcare workers (WHO, 1993). Research on effectiveness of PBL has shown that students are not disadvantaged when undergoing a PBL curriculum compared with the traditional curriculum. In a retrospective study, University of Missouri found medical graduates of the new PBL curriculum performing better in their national licensing examination compared with previous cohorts undergoing the traditional curriculum (Blake, Hosokawa & Riley, 2000).

In clinical competency, it seems that graduates are also better prepared if they undergo PBL. In a study of doctors undergoing a continuing education course, it was found that doctors taking the course using PBL scored better in the examinations and demonstrated superior clinical reasoning skills compared with the group undertaking the traditional didactic lecture style course (Doucet et al., 1998). In a large study conducted in Holland, it was found that students trained under the PBL curriculum made more accurate diagnoses compared to those in the conventional curriculum (Schmidt et al., 1996). In a recent study conducted at Manchester, graduates and clinical supervisors rated the PBL curriculum graduates as significantly more competent compared with those from the traditional curriculum (Jones, McArdle & O'Neill, 2002). Therefore, it is clear that PBL does not disadvantage graduates in content knowledge and clinical competencies.

However, such researches on content knowledge and clinical competency does not do justice to the skills that PBL cultivates. Evidence seems to indicate that retention of knowledge is superior in graduates of PBL curriculum (Norman & Schmidt, 2002). This was supported by a study showing that graduates of PBL curriculum had a more up to date knowledge compared with graduates of traditional curriculum (Shin, Jaynes & Johnston, 1993). Graduates of traditional curriculum showed a negative correlation between time of graduation and up to date knowledge. The researchers argued that self-directed learning skills cultivated by

PBL allowed the graduates to stay current on knowledge and developments.

Enjoyment is a key factor in PBL. Our own research with occupational therapy students in Singapore showed that our first and second year students enjoy PBL sessions. Survey results indicated all enjoyed learning using PBL. One student wrote that PBL “allowed us to explore our interests without having to stick to a rigid syllabus”. Another wrote that she “like(d) the freedom of expression and the great interaction between lecturer and students”. Results from student surveys have convinced occupational therapy educators in Singapore that PBL is a more superior way of learning. More importantly, students enjoy learning using PBL. If students enjoy learning, it means they will be motivated to learn resulting in deep rather than surface learning.

Models of PBL

The tool for implementing PBL is the tutorial process. Common to all PBL models is the three-session PBL tutorial. The first session constitute presentation of the problem. The problem will be discussed and the tutor facilitates the discussion. The second session is a self-directed learning session where students learn independently by themselves or as a group. The third session, the tutorial group discusses information learned from the self-directed learning. For PBL to be successfully implemented, trained staff and training students are essentials.

Over the years there has been various combinations of PBL implemented. This has prompted some authors to change the name of PBL to practice based learning or authentic problem based learning in order to separate the “real” PBL from various other adaptations (Barrows, 1994; Wee & Kek, 2002).

Essentially, there are three models of PBL. PBL models are essentially mechanism of facilitating the tutorial group. The original PBL model was first developed and refined at McMaster University. This is now known as the Barrows Model. The Barrows model is characterised by facilitating discussion during the first tutorial session based on ideas generated by the group from the problem posed; facts gathered from the problem situation; learning issues generated by the problem and possible future action that can be implemented on the problem situation like a treatment method (Barrows, 1994). Barrows Model is characterised by a less structured approach to facilitation. It allows greater latitude for students to hypothesise and generate learning issues.

The Maastricht Model is the alternative to the Barrows Model. The Maastricht Model is sometimes known as the ‘Seven Jump’ technique. The first five steps are done during the first session while the seventh step is conducted during the third session. The Maastricht Model is more concrete and structured compared to the Barrows Model. However, the principles are the same in both models. That is, students are to discuss and explore issues related to the problem posed.

Pure PBL Models are implemented in “blocks” of problems in a curriculum. Each “block” represents a practice area. The basic premise for the “blocks” is that they should constitute common cases seen by clinicians or that they are building blocks of knowledge in the profession. Within the blocks are the three session tutorial, large group seminars and clinical laboratories. Clinical education and research projects still occur as usual.

The final model can be best termed the hybrid model. The hybrid model seems to be the model of choice for health science and medical programmes in Asia. The model implemented in the occupational therapy course at Nanyang Polytechnic is a hybrid version. Hybrid PBL model involve curricula that do not adopt PBL fully. Traditional lectures and tutorials still occur with PBL only occurring in certain modules. The curriculum is not implemented in “blocks” of problem areas. The hybrid model is often frowned upon by PBL purists who argue that students will be confused about the philosophy of the course.

I want to propose an alternative model of PBL facilitation using clinical reasoning research by Mattingly and Fleming (1994). Occupational therapy clinical reasoning is an ideal model for PBL facilitation. Mattingly and Fleming found that occupational therapists engage in three forms of inquiry when they see a case – procedural, interactive and narrative reasoning. Procedural reasoning is seen as facts about the case or situation while interactive reasoning can be loosely defined as situations created by the therapist to facilitate rapport building and to know more about the person and their environment. Narrative reasoning is about the future life story of the person. Table 1 highlights the PBL facilitation models using occupational therapy clinical reasoning. Trials using this clinical reasoning model as a PBL facilitation tool with final year students Singapore showed it may be suitable and relevant to occupational therapy cases.

Table 1. Clinical Reasoning in Occupational Therapy as a PBL Facilitation Model

Procedural Reasoning	Interactive Reasoning	Narrative Reasoning	Identification of Learning Issues
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identify terms. 2. Identify problems affecting this case. 3. Identify procedural knowledge required to manage identified problems. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identify communication issues in this case. 2. Discuss issues relating to shaping therapeutic relationship in this case. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predict the progress/ system trajectory of this case. 2. Discuss the variables that will impact on this progress/ system trajectory. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identify learning issues to assist holistic occupational therapy management of this case.

PBL Implementation in Singapore

Having acknowledged that the teaching occupational therapy has to change, the Department of Occupational Therapy at Nanyang Polytechnic embarked on a journey to ensure part of the curriculum uses PBL. It was important that PBL was not used as a teaching tool but rather a curriculum strategy. There has to be clear demarcation for the students to understand which parts of the curriculum are clearly PBL. The occupational therapy curriculum spans three years with basic sciences taught mainly in first year but spans all three years.

The occupational therapy module titles at Nanyang Polytechnic are Components of Occupational Performance, Human Occupations, Occupational Therapy Theory and Process, Lifestyle and Lifespan Development, Occupational Therapy Project and Clinical Education. The curriculum is an occupation based curriculum. The integrative modules are Occupational Therapy Theory and Process and Lifestyle and Lifespan Development.

Interest in implementing PBL began as early as 1994 when the department fulfilled its staff quota of four occupational therapy academic staff. The staff started by critiquing literature on PBL and generally increasing knowledge base on PBL implementation. It was also determined that there is a need to implement more case studies in the curriculum before implementing PBL. The department had to create case studies to ensure that a bank of high quality case studies that could be used as PBL cases in the future.

In 2001, Occupational Therapy became the first course in the School of Health Sciences to implement PBL curriculum-wide using the Barrows Model. The three session tutorial format was used. It was identified that the integrative module on Occupational Therapy Theory and Process where learning was essentially case study based was suited to PBL. Therefore, all Occupational Therapy Theory and Process Modules in

all three years will be PBL based. This translates to 11% of the occupational therapy curriculum being PBL.

We have 10 students per PBL tutorial group with one hour of PBL facilitation, one week of self directed learning and one hour of PBL discussion. Therefore, it takes three weeks for every problem situation. For timetabling, we dedicate one morning or afternoon block per week to PBL.

In accordance with PBL principles, we had to alter the assessments in all the PBL modules to assess the process of learning besides knowledge. This included implementing tutor/ facilitator rating, peer rating and reflective diary. The diary is particularly worth discussing. Students had to write a diary of how they respond to the tutorial group, work as a team and learn how to learn. This is something very new to almost all the students and they did find it hard to write as the emphasis is not on the content of what they learned but the emotions associated with learning. In this instance, we are assessing their metacognitive and reflective capabilities. The staff certainly learned a lot about student's thinking and response to PBL by reading the diary.

In Singapore, we have decided to implement the hybrid version of PBL. This is mainly because we need to be sequential in implementing PBL. Our students come from a schooling system that is still entrenched in examination based, traditional teaching environment. Although, this is changing, the effects of change in the primary and secondary school education are yet to take effect. So, as the schooling system changes, there is a need to implement PBL and creative teaching as a total process of education. We must fit into the continuum of change in education. The occupational therapy course in Singapore has started on this process. Staff also needs to be skilled in PBL. This progressive implementation will ensure gradual transition from lecture-based model to PBL.

The outcomes of the change to PBL are promising. Surveys conducted with first year and second year cohorts have showed positive perception on the part of students. Themes emerging from the survey showed that all students enjoyed PBL and they want to have more teaching done in PBL. Some indicated that they have overcome the fear of approaching lecturers. This is a pervasive problem especially with our first year students. They also indicated that they learn to speak publicly and learned to learn together.

Ingredients for Successful Implementation of PBL

To ensure PBL succeed, there needs to be support from top management (Wee & Kek, 2002). In Singapore, the top management at the School of Health Sciences supported the department fully in its effort to implement PBL. This included sending staff for training overseas in centres like Maastricht University. Secondly, there needs to be establishment of a PBL team which will look into the logistics of planning for PBL implementation. This team has to be nurtured to become the PBL consultants for the programme. This team also needs to be responsible for organising training of staff and students for PBL.

The main obstacle to PBL implementation is actually staff resistance (Gwee & Tan, 2002; Stokes, 2001). There is no point in implementing PBL if one tutor reminisces about the benefits of the traditional way of teaching. This will make students insecure. When a department pushes forward with PBL, it must be a decision by consensus. Departmental boundaries also have to collapse with PBL. It has to be a borderless approach. This is another positive aspect of PBL. The need for content expert for every lecture is negated. One gauge of success of PBL implementation is to see a non-content expert facilitating the three session tutorials in areas that are foreign to the tutor. Last but not least, occupational therapy educator's passion and enthusiasm for better ways of teaching must be the main ingredient for success in any educational endeavours.

Challenges for PBL Implementation

The obvious difficulty of implementing PBL is the high resource usage in terms of rooms and the high human resource requirements (Wilkie, 2000). Educators may have difficulties implementing PBL in an administrative and funding system that caters to the traditional educational model. Since PBL does not necessarily lead to improvements in educational measurements such as examination scores,

administrators may not see the benefit of PBL given its high logistical demands. The key solution rest on outcome based research measuring variables such as metacognitive skills, communication skills, team working skills and satisfaction amongst graduates and employers. It must be said that some administrators are highly supportive of PBL.

Other challenges are related to the educators themselves. Lecturers will no longer have the platform to perform and showcase their content expertise. Some lecturers will be uncomfortable with this resulting in mini-lectures during PBL tutorials. In Asian cultures, lecturers are respected as experts. Loosing their platform as provider of knowledge may impact on their effectiveness as PBL tutors (Stokes, 2001). Some lecturers also face the disease of "coveritis", the need to cover all necessary content. This will result in a tutorial that is rushed and tutor centred rather than student centred. The key solution to these academic based problems is staff training in PBL.

Common among Asian academics is the concern of implementing PBL with students who are largely passive recipients of knowledge inherited from the traditional schooling system (Samuelowicz, 1987). Students are largely uncomfortable questioning the teacher, not prone to open discussion in class, uncomfortable exploring beyond their comfort zone and looks toward the teacher for answers.

However, these concerns may be preconceived. I have seen my own students gradually emerging from their cocoon and actively participating in PBL classes. Recent research has shown that Asian students are highly adaptable and will conform to what is expected (Hess & Azuma, 1991; Watkins & Biggs, 2001). The cultural predisposition to be collective also suits well in the PBL model of teamwork. The possibility of successful PBL implementation is evident in the Speech and Hearing Sciences PBL curriculum at Hong Kong University. PBL provides a good and safe structure for Asian students to develop life long learning skills.

Conclusion

Although I am a strong supporter for PBL in health science education, particularly occupational therapy, I am equally cautious in advocating PBL fully. Poorly implemented PBL may prove to be more harmful than good. We should approach PBL education with caution in Asia. This is because most research on PBL is in the area of medical education implemented in the West. Can the benefits of PBL be fully transferred to

occupational therapy education in Asian countries? The Asian student is acknowledged to be more hardworking and has greater power of memorisation compared to their western counterparts (Lee, 1999; Marton, Dall'Alba & Tse, 1999). Asian educators should capitalise on this hard earned ability of Asian students. Hybrid PBL model may be best suited to the characteristics of Asian students. A full PBL curriculum may not suit the natural learning ability of Asian students. It is the role of occupational therapy educators to modify their curriculum to be PBL compatible and carve out relevant sections for PBL implementation. This process must be transparent to students so that they understand that educators are trying to cultivate other capabilities while relying on their strengths.

In my introduction, I proposed that occupational therapy education in Asia must undergo a paradigm shift due to a rapidly changing world. PBL provides the scaffolding for this change. Occupational therapy educators in Asia must critically use PBL to prepare our graduates for the future. Once the structure is in place, we must equally incorporate innovative teaching methodologies such as electronic and web based learning, writing business plans for growth areas, project work and innovative clinical education strategies.

Nanyang Polytechnic, School of Health Sciences have started on this path in Singapore. I hope as my school journey through the uncertain path of change, we will find partners and friends from across Asia to share our stories and experiences. Thank you for providing me the opportunity to share an unfinished expedition.

References

- Barrows, H.S. (1994). *Practice-based learning*. Springfield: Southern Illinois University.
- Blake, R.L., Hosokawa, M.C. & Riley, S.L. (2000). Student performances on step 1 and step 2 of the United States Medical Licensing Examination following implementation of a problem based learning curriculum. *Academic Medicine*, 75(1), 66-70.
- Boud, D & Feletti, G.I. (1997). Changing problem-based learning: Introduction to the second edition. In D. Boud & G.I. Feletti (Eds.), *The challenge of problem-based learning* (pp. 1-14). London: Kogan.
- Camp, G. (1996). Problem based learning: A paradigm shift or a passing fad? *Medical Education Online*, 1(2), 1-6.
- Chong, C.T. (2002). Curriculum for the new millenium. *Proceedings of the Second Symposium on Teaching and Learning in Higher Education, National University of Singapore* (pp. 16-20). Singapore: Centre for Development of Teaching & Learning.
- Doucet, M.D., Purdy, R.A., Kaufman, D.M. & Lamgille, D.B. (1998). Comparison of problem nased learning and lecture format in continuing medical education on headache diagnosis and management. *Medical Education*, 32, 590-596.
- Duch, B.J., Groh, S.E. & Allen, D.E. (2001). Why problem based learning? In B.J. Duch, S.E. Groh & D.E. Allen (Eds.), *The power of problem based learning* (pp. 3-11). Sterling: Stylus Publishing.
- Freire, P. (1998). *Pedagogy of Freedom: Ethics, democracy and civil courage*. New York: Rowman & Littlefield.
- Gwee, M.C.E. & Tan, C.H. (2002). Problem-based learning: Impact on curriculum design, teaching practices, student learning, assessment and educational outcomes. *Proceedings of the Second Symposium on Teaching and Learning in Higher Education, National University of Singapore* (pp. 194-199). Singapore: Centre for Development of Teaching & Learning.
- Hess, R.D. & Azuma, M. (1991). Cultural support for schooling: Contrasts between Japan and the United States. *Educational Researcher*, 20, 2-8.
- Jones, A., McArdle, P.J. & O'Neill, P.A. (2002). Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officers: A comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. *Medical Education*, 36, 16-25.
- Lee, W.O. (1999). The cultural context for Chinese learners: Conceptions of learning in the Confucian tradition. In D.A. Watkins & J.B. Biggs (Eds.), *The Chinese learner: Cultural, psychological and contextual influences* (pp. 25-41). Hong Kong: Comparative Education Research Centre.
- Lih, M.M. (2002). Cultivating scholarship, entrepreneurship and leadership in higher education. *Proceedings of the Second Symposium on Teaching and Learning in Higher Education, National University of Singapore* (pp. 2-15).

- Singapore: Centre for Development of Teaching & Learning.
- Marton, F., Dall'Alba, G. & Tse, L.K. (1999). Memorising and understanding: The keys to the paradox? In D.A. Watkins & J.B. Biggs (Eds.), *The Chinese learner: Cultural, psychological and contextual influences* (pp. 25-41). Hong Kong: Comparative Education Research Centre.
- Mattingly, C. & Fleming, M.H. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis
- Moccia, P. (1989). Preface. In E.O. Bevis & J. Watson (Eds.), *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing* (p. xi). New York: National League for Nursing.
- Norman, G.R. & Schmidt, H.G. (1992). The psychological basis of problem based learning: A review of the evidence. *Academic Medicine*, 67, 557-565.
- Samuelowicz, K. (1987). Learning problems of overseas students: Two sides of a story. *Higher Education Research and Development*, 6, 121-132.
- Schmidt, H.G., Machiels-Bongaerts, M., Hermans, H., ten Cate, T.J., Venekamp, R. & Boshuizen, H.P. (1996). The development of diagnostic competence: Comparison of a problem based, an integrated and a conventional medical curriculum. *Academic Medicine*, 71, 658-664.
- Shin, J.H., Haynes, B. & Johnston, M.E. (1993). Effects of problem-based, self-directed undergraduate education on life long learning. *Canadian Medical Association Journal*, 148(6), 969-976.
- Stokes, S.F. (2001). Problem-based learning in a Chinese context: Faculty perceptions. In D.A. Watkins & J.B. Biggs (Eds.), *Teaching the Chinese learner: Psychological and pedagogical perspectives* (pp. 205-218). Hong Kong: Comparative Education Research Centre.
- Watkins, D.A. & Biggs, J.B. (2001). The paradox of the Chinese learner and beyond. In D.A. Watkins & J.B. Biggs (Eds.), *Teaching the Chinese learner: Psychological and pedagogical perspectives* (pp. 3-23). Hong Kong: Comparative Education Research Centre.
- Wee, W.K.L. & Kek, Y.C.M. (2002). *Authentic problem-based learning: Rewriting business education*. Singapore: Prentice Hall.
- Wilkie, K. (2000). The nature of problem-based learning. In S. Glen & K. Wilkie (Eds.), *Problem-based learning in Nursing: A new model for a new context?* (pp. 11-36). London; MacMillan Press Ltd.
- World Health Organisation. (1993). *Increasing the relevance of education for health professionals, Report of a WHO study group on problem-solving education for health professionals, Technical Report Series No. 383*. Geneva: WHO.

解説

作業療法の実践枠組み：作業療法の領域と作業療法過程 (Occupational therapy practice framework: domain and process) は作業療法の統一用語第IV版か？

Is "Occupational Therapy Practice Framework" Uniform Terminology (4th.ed) ?

清水 一¹⁾ 山崎郁雄¹⁾ 山下由美¹⁾

Hajime SHIMIZU, M.S., O.T.R., Ikuo YAMASAKI, M.A., O.T.R., Yumi YAMASHITA, B.S., O.T.R.

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 3(1):12-18, 2003.

要旨：2002年の米国作業療法協会機関誌に「作業療法の実践枠組み：作業療法の領域と作業療法過程」と題した米国作業療法協会の記録報告システムの改革が掲載された。1994年の統一用語第Ⅲ版との関係と変更の背景と変更内容を調べた。さらに、この報告書で伝えようとしている概念構造と新たな概念構造による作業療法の機能説明（作業療法過程）を正しく理解することに努め、特徴を説明した。特に、今後、この作業療法の実践枠組みに基づく理論や研究報告が日本の作業療法界に浸透してくることが予測される。新たに説明された作業療法に関する各種の概念と用語を簡単に紹介するだけでなくその背景や今回の改革の背景についての判断を示した。

キーワード：作業療法，実践枠組，作業療法過程，用語

1. はじめに

2002年米国作業療法協会機関誌の11/12月号に米国作業療法協会(AOTA)の公的記録報告システムの変革報告が掲載された¹⁾。一見して、今までの統一用語第Ⅲ版²⁾よりも説明に日常用語を多用し判りやすくなったように見える。作業実行*領域(occupational performance area)や作業実行背景状況(performance context)の区分が多くなり、実践を反映していて理解しやすくなっているように見える。しかし、第Ⅲ版の作業実行構成要素(performance component)に相当する用語がなくなり、複数の概念用語で置き換わっている。さらに、作業療法過程や作業と活動の定義などを丁寧に説

明しているように思える。その他、最近作業療法界とその周辺で流行している概念用語(生活状況への参加などのICF(international classification of functioning and disability)、クライアント中心、

*脚注：performanceという用語は筆者がPedrettiのOccupational therapy practice skills for physical dysfunction 2nd ed.(1985)を日本語に訳したときに、適切な訳語がないままに「遂行」と訳したことに始まる。同書の第4版(1996)の日本語訳でも、「遂行」という訳について訳者註を入れた。そこでは、本来performanceという用語は「実行」「意図をもって行うこと」「行為すること」の意味で用いられ、ある任務を「やり遂げる」ことではないと説明した。そのため従来からの訳語と併記した(身体障害の作業療法 改訂第4版 p.3, 協同医書, 1999 参照)。今回の実践枠組み原文では、作業療法の専門職内のみでしか判らない用語の使用を避け、専門職種以外にも理解しやすい日常用語を用いる方針を徹底しているので本論文では「実行」という用語をできるだけ用いた。今までの「遂行」に慣れている方は「実行」を「遂行」と読み替えていただきたい。

¹⁾ 広島大学医学部保健学科作業応用科学教室
〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

Department of Occupational Therapy, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Hiroshima University
1-2-3 Kasumi, Minami-ku, Hiroshima, 734-8551, Japan

協業, 成果(outcome)など)が総て取り込まれている³⁻⁷⁾。統一用語を基礎に出版されている教科書が多いことを考えると, この論文で説明される新しい概念的枠組みで作業療法の実践が展開されると, 社会的状況が米国と違う日本であっても影響が及ぶことが脳裏をよぎる。日本の作業療法の世界で用いられている概念は欧米文化で形成された概念を移入して用いていることが多い。今回の作業療法実践枠組みは, 日本に於ける混沌とした作業療法理論群をも包括的に整理して実践で使える可能性を示しているように思える。この枠組みを取り入れるか否かを判断する前に米国で考えて, この論文で, 公表された作業療法の実践枠組みの大筋を理解しようと考えた。

2. 「作業療法の実践枠組み」が新たに公表された経緯と背景について

この実践枠組みが公表された巻の巻頭言に米国作業療法協会のこの枠組み検討委員長であった M. J. Youngstrom 女史が経緯を簡単に説明している⁹⁾。それによると, 昔から作業療法は歴史, 文化, 技術の変化を受け入れて変化し続けてきた。統一用語第三版(1994)が AOTA で採択されてからも, 米国の作業療法保険支払が根拠としている指標の変化によって伝統的な作業療法実践状況(主に医療施設での実践)に変化が起こっている。作業療法士は自分達の実践を再検討する必要に迫られた。作業療法士は新たな分野に挑戦することが求められるようになった。また, 「作業」そのものへの興味の増大が, いわゆる「作業を基礎とする」実践と作業の仕組みへの検討を刺激した。このような米国作業療法界の背景で, 1999年に統一用語Ⅲ版の検討を AOTA の実践検討委員会(COP: commission on practice)で実践家, 指導者, 学者らに第三版を廃棄するか改訂するかについて意見を求め始めた。この情報収集をもとに, 作業療法界に起こっている変化に実践家が適応することを助け, 専門職種の領域と実践過程を作業療法の内外の関係者に判りやすく理解される説明の必要性を認め, COP 委員会は次に示す内容を含むこの専門職種の領域の概要を示す文章制定を決めた。

・「作業」を明確に説明し, 最近の考え方や知見を反映させる。

・作業を作業療法過程に組み入れる仕方を説明し, 領域(domain)と作業療法過程(process)がどのように関係しているのかを説明する。さらに, 特殊な領域や新たに発展しつつある分野(arenas)にでも応用可能な程度に一般性があり, 同時に, 意味のある日々の生活活動(meaningful everyday life activities)に人が携わることがを支援することに重点をおく(Focus on helping people engage in meaningful everyday life activities)という点で総ての作業療法実践が結びついていることを示す。

・説明に使う用語は他職種にも理解でき, WHO の ICF とも親和性があるものにして, 作業療法が健康に貢献しようとしていることを理解されるようにする。

・作業療法の成果と健康への貢献を判りやすく説明し, 伝統的な領域で実践している作業療法士により大きな社会と健康状況を理解する必要を示し, 出現しつつある新しい領域の好機を利用できるようにする。個人としてクライアントを考えるだけでなく, 集団や組織, そして住民にまで広げて理解する。作業療法介入を原因問題への治療のみならず予防や健康増進も作業療法観に取り込んで示す。

今回の「作業療法実践枠組み」を公表するきっかけになっている統一用語の開発と改訂と今回の実践枠組みに変化していく背景は次のように説明されている¹⁾。統一用語第Ⅰ版は「作業療法報告のための作業療法の成果報告システムと統一用語」(AOTA'79)と表現されていた。この統一用語が作られた背景には1979年に制定された2つの米国公法「全障害児のための教育法」と「医療保険不正請求改正法」で, 総ての部署で統一性がある支払機関の決定の基礎として使えるサービス報告システム構築の必要性を考える政府への対応として作成されたものであった。しかし, 同じ連邦政府は価格の固定操作が独占禁止法に抵触する可能性があるとして, この統一用語を全く導入しなかった。しかし, この統一用語システムを使い出す作業療法士が出たり, 州政府の中にはこのシステムで使われた用語を使い始めた。

1989年には, 第Ⅱ版が発表された。改訂では第Ⅰ版で示された「成果報告システム(product output reporting system)」を変更する意図はなく, 統一用語の浸透を促進することにあつた。そして, 作業実行領域と作業実行構成要素領域の輪郭とその説明を重点的に改訂した。

1994年に最後の修正が加えられ公表された。改訂の

趣旨は、現状の作業療法実践を反映させ、作業的行為の背景状況(performance context)を組み入れ、作業療法の独自性を示すことと、専門職の共通の用語を定めることであった。

それぞれの改訂は、その当時の作業療法業務の変化を反映するものであり、専門家が首尾一貫した用語を使えるようにしたものであった。連邦政府の統一報告システム開発に定めるものから、徐々に作業療法士が関わる領域の概要を記述することに移行していった。

日本へのこの統一用語の導入は、日本の医療状況への対応と云うよりも、作業療法の包括的な説明としての便利さと、明確な背景説明なしに導入される作業療法理論やモデルの百花繚乱した混乱状態から教育での混乱を避ける便利さがあったように思う。「作業療法実践の枠組み」開発の動きは、1998年にCOP委員会の通常活動の一環として、統一用語第Ⅲ版の検討を開始したことに端を発する。寄せられた第Ⅲ版への意見に基づき、実践環境が大きく変化し、専門職の中核構造への理解が発展し、サービス提供過程も発展したと解釈され、新しい記録報告のシステムを開発する時期であると判断したとされている¹⁾。この説明だけでは、統一用第Ⅲ版の不都合な点が具体的に伝わってこない。これを理解するには、米国の医療政策と医療社会の仕組みをもう少し丁寧に理解する必要があるように思う。日本にこの「実践枠組み」を無批判的に導入するのではなくこれらを理解した上で選択できるようになる必要があると考える。

この論文の始めの部分は統一用語第Ⅲ版を改訂する(revise)というニュアンスで書き始められているが、最終の部分では統一用語を改訂するのではなく無効あるいは撤廃する(rescind)という表現を頻繁に使っている。

3. 「作業療法の実践枠組み」の理念と作業療法の領域について

作業療法の専門職種領域、つまり専門職が提供するサービスの範囲からこの実践枠組みの説明を始めている。作業療法は日々の生活活動に携わる人間の能力への関心に源をもつ。作業療法士は「日々の生活活動」の全範囲と意味を説明するために『作業 occupation』という用語をつぎのように

定義して用いる。「日々の生活で見出される普通の活動で、個人と文化によって命名され、形作られ、価値と意味をもつものである。作業は人々が自己をひきつけている(occupy)総てのもので、自分自身の面倒を見る…、人生を楽しむ、社会に貢献し、自らが属しているコミュニティーの維持機構に組み込まれている活動群などを含む・・・」(Activities… of everyday life, named, organized, and given value and meaning by individuals and a culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including look after themselves…enjoying life…and contributing to the social and economic fabric of their communities ….)

作業療法士はこの作業に人が携わることで人の営みに影響を与え、病気や障害へ影響できる作業に携わる仕方と根拠について専門的知識と技術をもっている。作業療法士はクライアントが行うことを協業的な関係で支援する。クライアントにとって意味のある作業に携わることを支援し実行(performance)を変化させ、結果として健康、安寧、生活の満足をもたらす。作業療法は作業を手段と目的の両面からとらえる。つまり、実行に変化を生じさせる方法として作業を治療的に利用する“手段”として使う側面と、作業療法介入過程でクライアントが意味のある作業を見つけ、その作業に結果として携わるようになる“目的”としての作業の側面がある。

「作業と活動」の2つは関連性のある用語であるが区別して用いる。「作業」とは、それぞれの人の生活に独特の意味と目的がある活動群と一般的に見なされている。その人の自己同一性(identity)と社会的に認知された能力(competence)の中心部分を構成し、その人の時間の使い方や意志決定の仕方に影響する。一方、「活動」という用語は、一般的に、目的を指向した人間の行動(action)を束ねる用語として用いる。

作業療法の領域は作業療法評価と介入が実施される分野の構成を表している。これを図1で領域の内容を示す。ICFの生活への参加³⁾と対応させているが、「状況(context or contexts)への参加支援のために作業に携わること」と、作業療法の指向を掲げて作業療法の介入する領域を示している。構成は、まず、作業分野の営み(performance in areas of occupation)が示されている。次に、作業の実行者に観察できる実行(performance)を記述するために2つの用語が示されている。つまり、実行技能(performance skill)と実行パターン(performance patterns)である。次に、

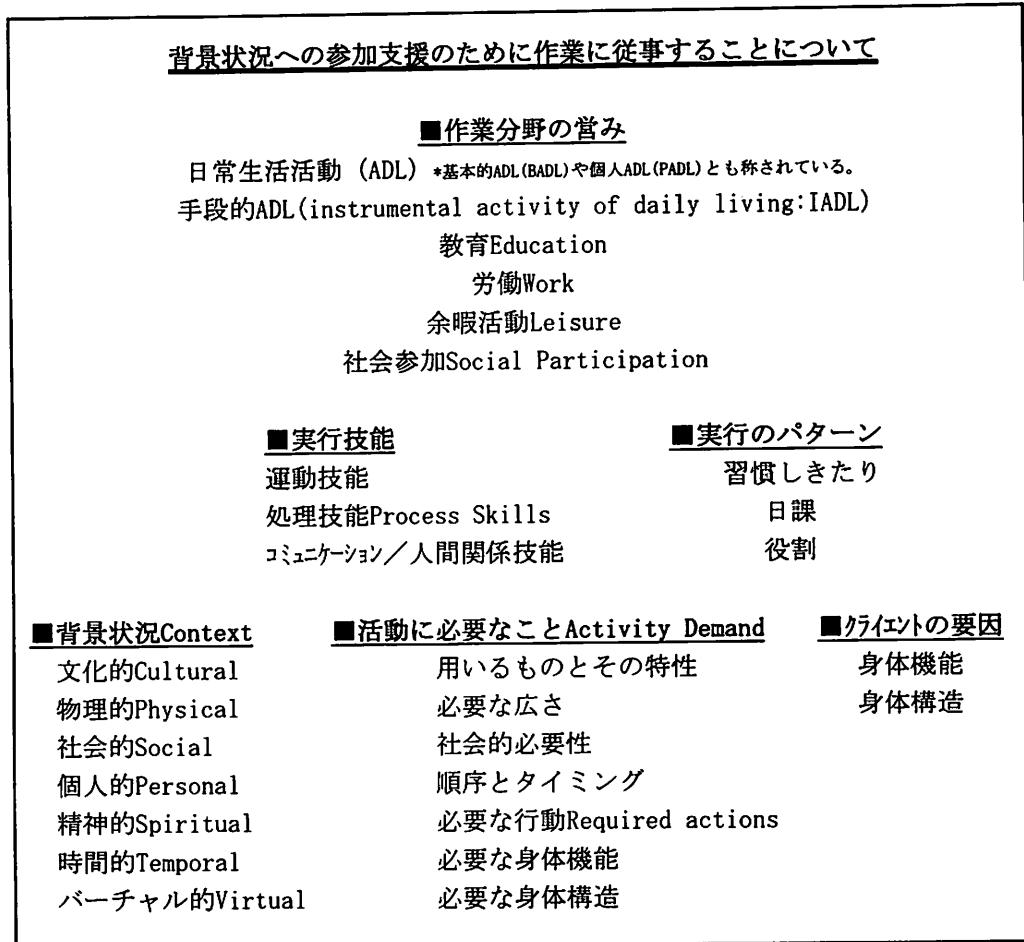


図1 作業療法の領域

実行技能とパターンに影響する3分野を表す用語として背景情報(context), 活動に必要なこと(activity demands), クライアントの要因(client factors)が示されている。

「状況への参加支援のために作業に携わること(engagement in occupation to support participation in context)」は、作業療法介入で重点を置く達成目標である。作業に従事することで状況への参加が自然に支援されながら導かれるものと見なしている。個人が作業に従事するとき、自己選択、動機、そして意味付けの結果として、実行することに主体的に関わる。評価と介入の過程で、価値観、個人の意志、選択、ニーズを尊重することが重要であるという作業療法士の信念をこのengagementという用語で示している。作業への関わりには、活動の主観的側面と客観的側面があり、作業療法士はクライエ

ントを状況への参加支援のために作業に携わらせるときにこの2面性を包括的な視点からクライアントの携わりを理解して対応する。

統一用語で説明されている用語の範囲と内容は、作業の実践枠組みと違いがあるが、統一用語と無理に対比させると、統一用語の実行分野(performance areas)は作業分野(areas of occupation)と対応している。実行構成要素(performance components)は実行技能(performance skills)とクライアントの要因(client factors)と実行のパターンの1部分である役割が対応している。背景状況(performance contexts)は状況(context or contexts)と対応している。しかし、活動に必要なこと(activity demand)は、統一用語で対応するものがない全く新しい領域の説明である。続けて個々の作業療法の枠組み構成を簡単に説明する。

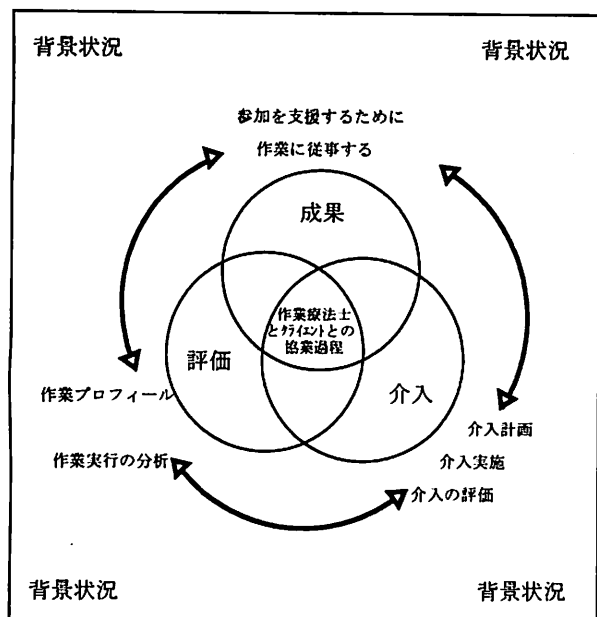


図2 作業療法の過程

4. 作業療法実践枠組みの要素について

1) 作業分野の営み (performance in areas of occupation) : 作業療法士は生活を構成する広い範囲に及ぶ作業や活動の実行に専門的知識と技術を用いることに関心を寄せている。クライアント、集団、または住民が、作業や日々の生活の活動に携わるようにするために作業療法士は多様な形態の作業を考慮して選択する。これら考慮する活動群は作業分野のカテゴリー名がつけられる。この作業分野の範疇には、日常生活活動 (ADL)、手段的 ADL (IADL)、教育活動、労働活動、遊び活動、余暇活動、社会参加活動等が含まれる。作業分野の実行の問題に対処するためには必要な実行技能 (performance skills) と用いられる実行パターン (performance patterns) についての知識が必要とされる。

2) 実行技能 (performance skills) : 技能とは実行の小単位である。それらは、人が行うこと (屈む、選ぶ、見つめるなど) とそれに対応した、能力又は身体機能 (関節の可動性、動機づけ、視力など) という形で表せる。技能は生活機能がある目的を実施する行動の可視的な要素として此处では説明されている。行為者、状況、活動の要求がその活動の実行で一体となって実行技能が実施される。これらの各要因が影響していて、実際の技能の実行を支えたり障害になったりしている。作業療法士は実行

の分析を通して、個別の技能が実行に有効なのか無効なのかを決める。技能は次の3観点からみる。

- ・運動技能 (motor skills) (クライアントの動きと課題対象と環境との相互作用について観察する) ; 姿勢、可動性、協調性、筋力と持久力、活動力 (活力) を含む運動技能の側面である。此处に示された用語は Assessment of motor and process skill (AMPS) が用いられている。用語の訳は出来るだけ日常的な用語を用いる意図から日本の AMPS 講習会で紹介されている用語と違った訳語で示したものもある^{9, 10)}。

- ・課題処理技能 (プロセス技能) (process skills) (課題を完遂するまでにクライアントが活動をやりくりしたり、変更する行動として観察できること) ; 活力、知識、時間の組織化、空間と対象物の組織化、適応が含まれる。

- ・コミュニケーション / 人間関係技能 (communication/interaction skills) (意志、ニーズを伝え、人々と一緒に行う社会的行動を調整する行動として観察される) ; 身体的特徴 (physicality)、情報交換、関係作りが含まれる。同名の評価法 (ACIS) の項目と同じ¹¹⁾。

3) 実行のパターン (performance patterns) : 活動のパターンとは作業を行い日々の活動を行う個人が取り入れた習慣、日課、役割のことである。習慣とは、個人が示す自動的に行う行為を表す。日常生活を構成する作業や活動などの確立された順序性が認められる一連の活動を日課と云う用語で示す。役割は、「社会的に認知された規準に基づいた行動の集合」と説明されている。

4) 背景状況 (context) : 背景状況とはクライアントの行動に影響する内的状況と外的環境の多様な相互作用を表す。これらには文化的、物理的、社会的、個人的、精神的、時間的、それに電子化された媒体が作るバーチャル的な状況が含まれる。この内、物理的、社会的、バーチャル的な背景状況は外的なもので、個人的、精神的な背景状況は内的なものである。文化は内面化された信念や価値観を伴った外面的形態を示す。時間・空間的側面を示す背景状況を含めて、作業療法士が作業の実行技能とパターンを理解するとき、作業にまつわる多様な背景状況を考慮することになる。

5) 活動に必要なもの (activity demands) : 活動に必要なことは、技能に影響し結果として実行の成功に影響する。そのため作業療法士は活動の実施に必要なも

のや実行技能への影響を分析する。この部分は作業療法士に求められる活動分析の内容である。具体的な項目には、対象とその特性（道具、装置、材料とそれらの特性）、活動に必要な空間、社会的要求、順序とタイミング（手順、順番、タイミング）、必要な行動（その活動を通常の方法で行うときに必要な運動とプロセスと相互コミュニケーション技能）、身体機能（活動実施に必要な心理機能を含めた身体生理学的機能）、身体構造（活動の実施に必要な解剖学的身体部位）が示されている。

6) クライエントの要因(*client factors*): 作業の実行にはクライエントの要因によっても影響される。作業療法士は身体的、認知的、心理的要因が発達や実行に影響し、疾病や症状や障害がこれらの要因に影響することを熟知している。このクライエントの要因はICFの身体機能（心理学的機能を含む生理学的機能）と身体構造（器官や四肢、組織、解剖学的な身体部分）から説明されている。

5. 作業療法過程

この論文の後半は、作業療法の実践枠組みの機能を作業療法過程から解説している。正確に説明するには紙面が足りないため、此处では説明されている作業療法の機能の概要だけを簡単に説明することにする（図2参）。

作業療法過程は3つの下位過程、評価過程、介入過程、成果を評価し表明する過程、に区分される。

評価過程は更に、作業プロフィール(*occupational profile*)と作業実行分析(*analysis of occupational performance*)に分けられる。作業プロフィールは、作業歴、活動パターン、興味、価値、とクライエントの問題の確認や作業実行に関わる問題の確認、それに優先順序などの確認する過程である。作業実行分析とは、作業技能、パターン、背景状況、活動要求、クライエント要因の総ての面から作業実行での長所と短所を分析する過程である。

介入過程は更に、介入計画、介入実施、介入再検討の過程に分けられて説明されている。

成果を評価し説明する過程を含めて、それぞれの過程は詳細に作業療法の実践枠組みとの関連性が説明されているが説明の詳細は省く。これらの作業療法過程を通して示されていることは、総ての過程

でクライアントと協業関係を作り作業療法過程を常時進めること、その方法としてカナダ作業遂行測定(COPM)とその介入方法に見られる患者中心に据えた作業療法と人間作業モデルの評価法とその理念を取り入れ、総ての過程で作業背景状況を考慮することが示されている^{6, 7)}。

6. 終わりに

作業療法の実践枠組みの概要を説明した。この領域を構成している6つの関連分野と用語の説明は、原論文の対応した1～6表に記載があるので、もとの論文に当たられることをお勧めします。実践枠組みの使用法への言及に紙面を割けなかったが、原論文には作業療法過程でのこの実践枠組みが判りやすく説明されている。この部分も精読されることをお勧めします。統一用語第III版と比べると、WHOのICF用語を基本的に取り入れているので、他職種との共通言語としての普遍性が確かになった。作業療法の説明も現行の実践のみならず、発展途上の実践方法も上手く実践枠組みに統合させている。欧米の作業療法関連の多くの教科書はこの実践枠組みに合わせて改訂が進められていると聞く。遅かれ速かれ日本に今回の実践枠組みに基づく理論や実践の説明の到来が予想される。その時に、この原論文をしっかり精読し、使われている用語の背景を知ること、日本の文化や社会に適合させた無理のない理論の利用が可能になると思う。教育に関わるものは、必ず原文を精読して、批判的に理解する必要があると判断した。

最後に、表題への答を表すと、我々にとって、実践枠組みは統一用語改訂第IV版だろう。

文献

- 1) American Occupational Therapy Association, The Commission on Practice: Occupational therapy practice framework: Domain and process. Am. J. Occup. Thera. 56 (6): 609-639, 2002.
- 2) American Occupational Therapy Association, Uniform terminology for occupational therapy—3ed. ed.: Am. J. Occup. Thera. 48:1047-1054, 1994.
- 3) World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva,

- Switzerland: Author. 2001.
- 4) 上田 敏 (代表) : WHO 国際障害分類 第2版 ベータ2案 (日本語版), WHO 国際障害分類 日本協力センター, 2000.
 - 5) Youngstrom, M.J.: The occupational therapy practice framework: The evolution of our professional language. *Am. J. Occup. Thera.* 56(6): 607-608, 2002.
 - 6) Townsend, E. (Ed.): *Enabling occupation: An occupational therapy perspective.* Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists, 1997.
 - 7) Kielhofner, G. (Ed.): *A model of human occupation: Theory and application (3ed ed.).* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.
 - 8) Fisher, A.G.: *Assessment of motor and process skills, Vol.1. (User manual.)* Ft. Collins, CO: Three Star Press. 2001.
 - 9) 齋藤さわ子, 齋藤英敏 : AMPS とラッシュ測定モデル : 作業療法のための客観的 ADL/IADL 評価法とその臨床的応用. *OT ジャーナル* 32 : 713-720, 1998.
 - 10) 吉川ひろみ (代表) : 運動とプロセス技能評価事例集, 広島保健福祉大学 2001/2002 年度学内プロジェクト研究報告書, 2003.
 - 11) Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G.: *Assessment of communication and interaction skills.* Chicago: University of Illinois, Model of Human Occupation Clearinghouse. 1997.

研究と報告

我が国の臨床実習教育の現状- 第1報

The Present State of the Clinical Practice on Occupational Therapy in Japan—First Report

山口芳文¹⁾ 作田浩行¹⁾ 古田常人¹⁾ 鈴木久義¹⁾ 志水宏行¹⁾

Yoshifumi Yamaguchi, Hiroyuki Sakuda, Tuneto Furuta, Hisayoshi Suzuki, Hiroyuki Simizu

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 3(1):19-26, 2003.

要旨：昨今の作業療法士養成校の急増により、学校の大きな関心事は臨床実習施設の確保とそれに伴う臨床実習形態の検討にある。教員は実習施設数の確保に多くの時間を割いている。実習施設の側は実習依頼の急増に伴って実習学生の受入れを最大限にまで広げ、担当症例の選定や実習指導方法などその対応に苦慮している所も多いと思われる。

このような現状への対応策として、まずは現状の臨床実習教育がどのように行われ、どのような問題を有しているのかを確認することは重要である。本論では、最終学年での長期間の臨床実習の開始前から終了後までに生起する事柄についてその内容を示し、臨床実習教育の現状を明らかにした。これらを踏まえ今後、臨床実習教育について学校間の一致した基準や方向性の確立が要請される。

キーワード：臨床実習，教育，実習成果

はじめに

昨今の作業療法士養成校の急増により、学校の大きな関心事は臨床実習施設の確保とそれに伴う臨床実習形態の検討にある。教員は実習施設数の確保に多くの時間を割いている。実習施設の側は実習依頼の急増に伴って実習学生の受入れを最大限にまで広げ、たとえば担当症例の選定や実習指導方法など、その対応に苦慮している所も多いと思われる。

このような厳しい現実に対して、実習分野の拡大（地域、福祉等）による実習施設の開拓、臨床実習指導への支援、実習実施時期や期間などの学内のカリキュラムの変更、指導方法や到達目標の検討、本格的な臨床実習は卒後教育でといった議論などが対策としてあげられる。これらのことをすすめるに

¹⁾ 昭和大学保健医療学部作業療法学科

〒226-8555 横浜市緑区十日市場町 1865

Department of Occupational Therapy, School of Nursing and Rehabilitation Sciences, Showa University
1865 Tokaichiba-cho, Midori-ku, Yokohama-shi, 226-8555, Japan

受理日 2003年4月20日

あたり、まずは現状の臨床実習教育がどのように行われどのような問題が存在しているのかを確認することは重要である。この点について、既に精神科領域での状況を報告した¹⁾が、本論では、最終学年での長期間の臨床実習の開始前から終了後までに生起する事柄について、その内容を示し、臨床実習教育の現状を明らかにする。

I 臨床実習教育とは

1. 臨床実習教育の構造

臨床実習教育（以下、実習）は、学校・実習施設・実習学生の3者が一体となって学生の实習行動（知識・技能・態度）に影響を与えることを目的に行われるものであり、その構造を精神分析理論を援用し模式的に示したものが図1である。

実習開始時の実習行動の水準は、主として学内の授業の中で得てきた知識・技能・態度によって規定される。学校は実習行動の目標を実習施設と実習学生に示し、実習終了時にその到達度を実習成績という形で実習施設側につけることを求める。いわば学校は理想・良心を求め、一方では禁止・罰・命令を実習学生に

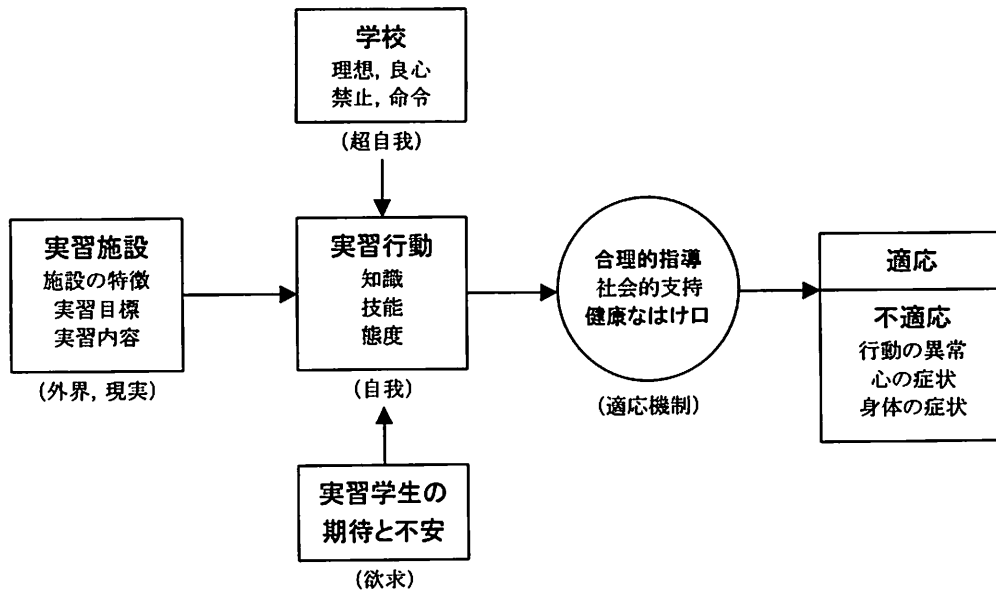


図1 臨床実習教育の構造

提供している。実習学生の期待と不安は個々の置かれた実習状況で揺れ動き、実習行動に影響を及ぼしている。実習学生は学校からの「一であるべき」や「一してはいけない」という理想や禁止を受け入れ、実習施設からの「一である」という現実の縛りと折り合い、かつまた「一したい」や「一するのに不安だ」という自分の期待と不安に刺激されながら、これら三者の要請を調整していこうとする。この調整を可能にできるは、実習学生が持っている実習行動そのものの成熟度、臨床実習指導者（以下、SV）による合理的な実習指導、職員や教員、友人、家族などの社会的支持、気分転換や趣味、社交などの健康的なはげ口、などが関係している。しかし、実習行動が育っていかない場合や調整のための状況が充分でない場合は、実習学生は学校、実習施設、自分の期待と不安に振り回され不適応状態に陥ってしまう。また、実習学生が有している実習行動に比べ学校の理想や実習施設の要求水準が高すぎたり、本人の期待と不安が過剰であったりすると同様に不本意な結果を招いてしまう。

2. 実習の流れ

実習を時間的な流れでみると、実習前の準備の時期、実習を行っている時期、実習終了後の時期に分けられる。

(1) 実習前の時期

学校は実習施設への実習依頼からはじまり、実習

準備に多くの時間をあてている。実習施設では学校からの実習依頼を受け、作業療法（以下、OT）部門及び施設として実習の受入れを検討し決定する。受け入れるにあたっては、SVの選定や実習内容の計画、担当症例（以下、ケース）の決定、食事や宿泊などの手配、関係部署との調整、など様々な対応に迫られる。学生は差し迫った実習に向かって勉強会を開いたり、実技の練習をしたり、実習施設の情報収集にも余念がない。

(2) 実習を行っている時期

この時期で中心となるのは当然のことながら実習施設側と実習学生であり、学校は実習が効果的に行われるように後方から支援している。実習施設は実習オリエンテーション、各種場面の見学や各部門の紹介、ケースの提示、毎日の実習スーパービジョン、初期評価・治療計画・症例レポート作成指導、実習学生の成績評価と実習の振り返りなど、開始から終了までの各段階ごとに必要な指導を行っている。実習学生は初期の緊張から徐々に解放され、自分なりの知識や発想を駆使して評価から治療を行えるようになる。ケースに直接向き合っている実感が増し、実習を通して変化・成長している自分を感じる。学校は実習施設や実習学生からの連絡に対応し、実習の中間の時期に実習訪問を行い実習の調整にあたっている。

(3) 実習終了後の時期

学校・実習施設・実習学生にとって実習終了後の関心事は、行われてきた実習が実習学生にどのような影響・効果をもたらしたかである。実習学生は実習終了

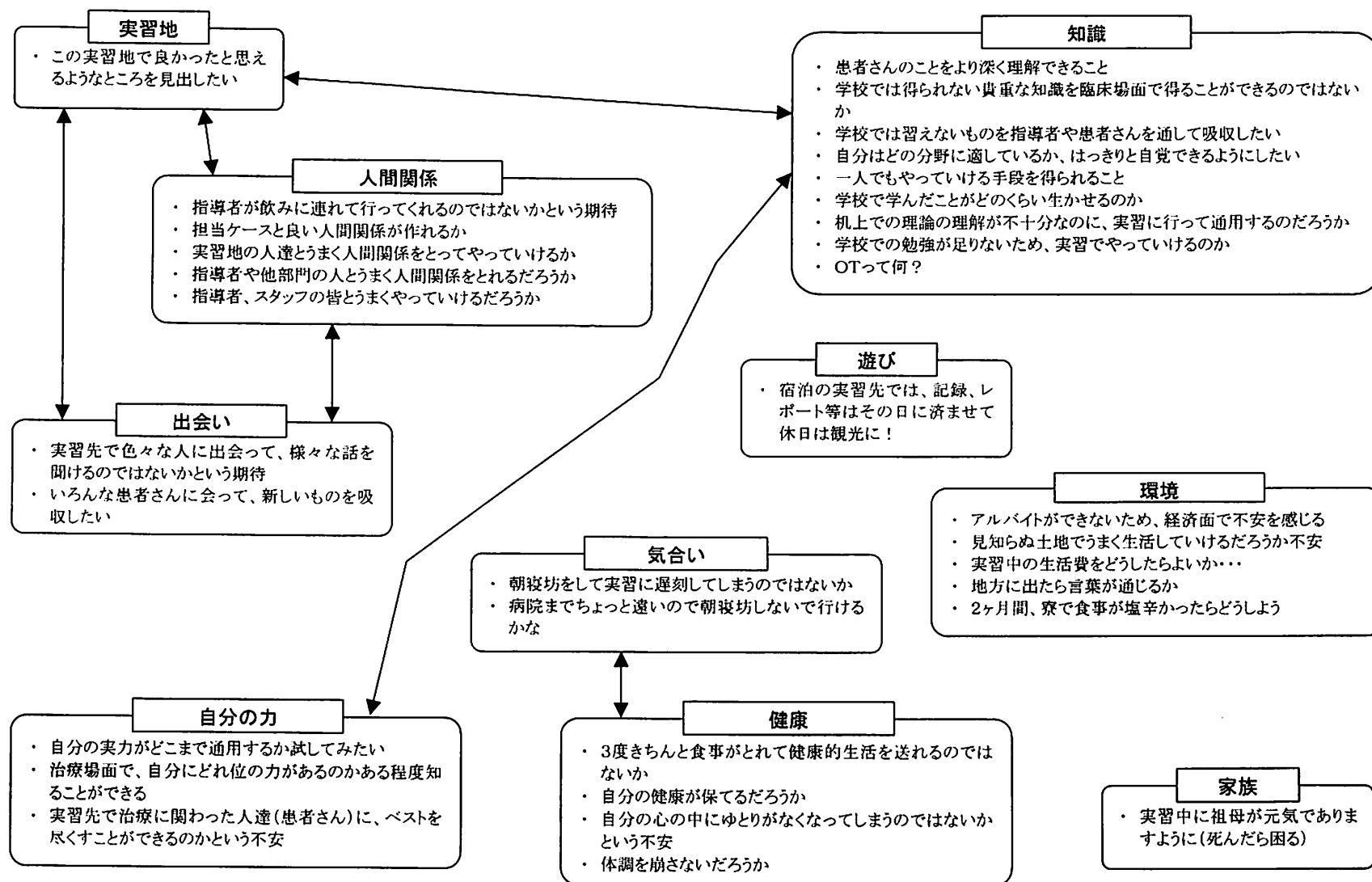


図2 実習に対する期待と不安の例 (学生グループ発表資料より)

後学校に戻り実習セミナーに参加する。実習を通して得られた個人的な体験を公表し、実習の成果を全員で確認するためである。学生は自分が体験した実習内容や指導方法、ケースの評価と治療、実習施設の支援、実習による影響、実習成績、などについて教員や他の学生と共に検討を行う。学校はセミナー終了後、学生の提出物を検討し、実習成績を確定し単位を認定する。実習施設はポスト・ミーティングや書面により実習への要望や問題点について学校にフィードバックするとともに、学校からはセミナーの内容や実習成績の扱いについて報告を行う。

II 臨床実習教育の現状

前章では実習の構造と流れのあらましを示した。ここでは、実習に関わる現状について筆者らの経験をふまえ、具体的に取り上げる。

1. 学生の準備状態

実習開始直前の学校での教育の目的は、これから実習に出ようとしている学生の準備状態を整え、実習への動機を高めることにある。

(1) 実習への期待と不安

実習前に個々の学生の実習に対する期待と不安を取り上げそれらを全員で共有する作業は、これから始まる実習に向けての準備状態を高め、実習で起こるであろう事柄を情緒レベルにおいても明確化することに役立つ。具体的には、KJ法²⁾(整理法の1種)を使って実習における期待と不安を生声で表現し、教員と学生でその内容を共有する。図2の例によると、学生は実習を前にして必ずしも不安に圧倒されているだけではなく、学校では得られないものが実習で得られるといった期待を多く持っている。期待と不安は裏腹の関係にある。学校という保護的な場から離れる時の決意と一方では開放される気持ち、実習に入った時の迷いと束縛感を既に実習前に予感している。勇んで実習施設に乗り込み、食欲に体験や課題と向き合おうとする思いの中に大きな不安もみえる。SVとの関係、実習課題、新しい環境、健康、生活、家族など、様々な実習前の期待と不安がある。

(2) 実習前の心理状態

実習前の学生の状態を知るにあたり、上記のように生声の形で期待と不安をとりあげる方法とある測定尺度を使った方法とがある。後者では、気分・感

情の状態を測定する感情プロフィール検査(POMS)や心理的ストレス反応尺度(PSRS)などがある。POMSを使った例^{3) 4)}では、実習前に緊張・不安、ゆううつ感、疲労感、混乱を感じている学生が多く、PSRSの例⁵⁾では、実習前の方が特に不安や心配といった心理的ストレス反応が強く出現していた、と報告されている。心理検査による数値の面でも実習前の学生の緊張状態がわかる。

このように実習に臨む前の学生は実習というストレスに対し、前向きな反応(期待)と後ろ向きな反応(緊張や不安)を示している。

2. 実習施設での実習

いよいよ実習が開始となり、学生は期待と不安を抱えながら長期間の実習に入っていく。実習内容は表1に示した通り身体障害と精神障害ではその内容を異にしている。

(1) ケースの担当について

実習開始後ケースを担当するまでの期間として身体障害分野の実習では2-3日、精神障害では約1週間程度あるのが一般的であるが、その間に実習施設の見学をおこなっているところが多い。この見学は単にいろいろな場面を実習学生が体験し実習施設に慣れるだけの目的で行われるのではなく、スタッフ・対象者との相互観察の場でもある。ケースの選出はあらかじめ決定していることが多いが、この期間で行うこともある。その後、評価と治療に入るが、実習施設によって担当であることをケース本人に知らせ同意を得る場合とそうでない場合がある。担当であることを知らせてある場合では、実習学生が行う評価や治療実施へのケースの抵抗が少なくそれらを実施しやすいが、一方ではいつも担当している・されている関係が互いに意識されやすいため、動きやすい場合と逆に不自由な感じを与えることがある。また、担当ということで実習学生がケースを過度に抱え込み過ぎて私的な関係を生じたり、2人だけの閉塞的な関係に陥り集団からの影響を排除したりしてケースの全体像をみえにくくさせることもある。逆に、精神障害分野で時に見受けられる担当のさせ方の1つとしての知らない場合では、自然な観察や関係性を作ることができるものの、実習学生にとっては評価や治療といった能動的な関わりを行う上でやりにくさを感じる場面も多くなる。

担当ケースは、身体障害の場合では中枢性疾患や整形外科疾患を中心に3-5例で、多様な疾患を体

表1 実習内容

	身体障害・入院	精神障害・入院(ノデイケア)	
担当ケース	ケースの選定方法	SVが選定, ケースの合意	SVが選定, (ケースの合意)
	ケースの選定の観点	多様な疾患 障害像や回復過程が分かりやすい	関係のとりやすさ 個人的関わりが必要なケース
	ケースの特徴	中枢性疾患, 整形外科疾患, 他	統合失調症(精神分裂病) 臨界期~寛解期
	担当するまでの期間	実習開始後約2~3日	実習開始後約1週間
	担当時の状況	新規及び継続中のケース	OT・DC継続中のケース
	ケース担当数	3~5例	1~2例
	実習指導の内容	評価手段	情報収集, 観察, 面接, 検査, マニュアル化
治療開始までの期間		担当後1~2週間	担当後2~3週間
ケース理解の視点		身体的, 定説的 機能障害, 生活障害, 社会的障害	多面的, 仮説的 機能障害, 生活障害, 社会的障害
治療的態度		指示的, 教育的	ケース毎により変化 心理的配慮
治療の場		個人	個人と集団(ノ主に集団)
治療の頻度, 時間		週に4~5回 1回1時間	週に4~5回 1回2時間(ノ1回6時間)
自己観察の機会		少ない	多い
ケース検討		リハチーム全体	SV+OTR(ノSV+他職種スタッフ)
実習課題		症例研究, 自助具等作成, 作業分析, 文献抄読, 課題レポート	症例研究, 自己への気付き, グループリーダー, 自分から役割をとること
実習中に起 りうる事柄		コミュニケーション	認識のズレが生じにくい
	ケースとの関係性	開放的, 比較的安定	閉鎖的になりやすい, 変動しやすい
	SVとの関係性	開放的, ケースバイザーの介在	閉鎖的になりやすい, 変動しやすい, SVとの 一対一の関係
	実習学生の立場性	治療者として動きやすい	治療者的(ノ援助者かメンバーかの葛藤)
	SVへの同一視	モデルにしやすい	やや容易(ノやや困難)

(学内実習セミナーよりのまとめ)

験できるようケース選定している。精神障害では、統合失調症(精神分裂病)を中心に1~2例を担当し、まずは実習学生にとって関係の取りやすいケースを選定しているが、その状態像は入院中の症状の激しいケースから障害を抱えながら地域で生活を維持しているデイケア参加のケースまで様々である。

(2)実習指導について

表1で実習指導の中心は、身体障害では評価と治療がある程度マニュアル的あるいは標準的であるため、それらを実施する上での手続きや方法にズレや誤りがなく適切に行われているかどうかの確認、指導にある。実習学生自身の固有の考えや人格的介入は少なくすむともいえる。精神障害では疾病性よりも事例性が優位なケースが多く、またケース理解や治療計画作りで仮説を前提とした内容を含むため、治療実施後の仮説の検証を含んだ考察が重要なものとなり、「仮説-治療実施-考察」に対する実習指導が大きな比重を占めている。また、実習学

生の自己観察や影響性への気付きのための指導も必要である。

実習課題は、身体障害では症例研究以外様々な課題が要求されるが、目にみえやすい課題が多いため実習学生にとってはそれらを目安にしながら実習を進めて行くことができる。精神障害では症例研究以外に課題は少ないが、その分、グループへの参加、実習学生の他者への影響性の気付きなど、主体的な行動(役割作り)が要求される。

具体的な指導方法として太田ら⁶⁾は、実習学生のやり方で実践させ不明な点を指導する「問われれば応じる指導型」と事前にSVのやり方を指導した上で実習学生に実践させる「事前指導型」の2型について実習終了後のOT学生を対象に調査している。それによると、SVの指導法では「問われれば応じる指導型」が非常に多かったが、実習学生の実習に対しての高い達成感やSVへの親密感の高まりはこの2つの指導型のどちらかによるものではなく、自分に合った指導であったと実習学生が感じたか否かにかかっていると結

論づけている。実習学生の主体的な実習への姿勢を導くような指導方法が、実習学生の実習の充足感につながるものと考えられる。また、身体障害領域のSVの実習指導時間について調査を行った浅沼ら⁷⁾は、指導時間と他の業務（個別訓練，自主訓練，患者対応，管理）時間が負の相関を示し，1回の指導時間を短くして随時行う「こま切れ随時指導法」が他の業務への影響が最も少ないと報告している。このように毎日行われる実習指導は，その内容と方法によって実習学生だけでなくSVにとっても影響が大きい。

(3)実習中に起こりうる障害物

長期間の実習では様々なことが起こり，実習の遂行を妨げることがあるが，そのいくつかについて紹介する。

ケースやSV・スタッフとの間にコミュニケーションのズレが生じることがある。ケースの場合は不安や期待，欲求，認知や思考の障害，などのために，またSVやスタッフ間では扱う専門用語の幅や認識の違い，ある現象を説明する際に1つの言葉でくくれない場合，などのために，実習学生が相手に伝えたいことが充分伝わっているとは限らないし，逆のことも起こりうる。相手がどのように受け取ったのかの確認と具体的内容を伝えることがコミュニケーションのズレを少なくすると思われる。

長い期間の実習ではケースとの関係が深まり，心理的安全性，人権，プライバシーの扱いが曖昧になる可能性がある。例えば，実習時間外あるいは期間外でのケースとの接触，物品の授受，個人的情報のやり取り（住所，電話番号など）などである。実習はSVの監督のもと実習時間内で行われるという基本的原則に立ち返れば，自ずと実習学生の行動は決まってくる事柄である。このことと関連して，既に触れた内容であるが，実習学生は担当ケース数が限られているため，抱え込みや密着した閉鎖的な関係あるいは腫れ物に触るような関わり方になりやすい。その結果，ケースの全体像が把握しにくくなったり，客観的な態度を取れなくなることがある。その際には，SVにより実習学生への気付きを与える介入が必要となる。

また，SVと実習学生との関係でも同様なことが起こりうる（図3）。SVは実習指導，周りのスタッフ，施設の機能，などを介して実習学生が実習を遂行できるよう調整している。直接的なSVの実習指

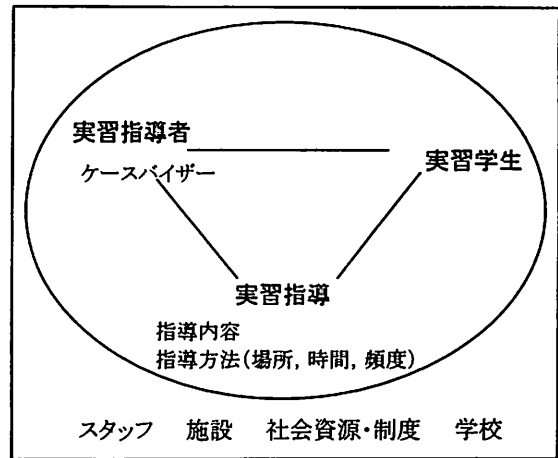


図3 臨床実習指導の構造

導は，指導内容と実習指導の場所，時間，頻度などの指導方法とから成っている。SVは実習遂行に心を砕き，実習学生と2人3脚で実習にあたっている。ある場合には，実習学生が他のスタッフに批判されるとSV自身が批判されているように感じてしまうほど境界の曖昧な密着した関係に陥ることもある。逆にそれを避けるために実習学生との接触面を狭め放任状態を作ることもある。指導内容だけでなく指導方法である場所，時間，頻度の設定，ケース・スーパーバイザーの介在，周辺の人的物的資源の活用などの検討も必要である。

ケースの評価と治療では仮説的な曖昧さを含んでいるが，実習学生は完璧な評価（理解，解釈）と治療を追求しようとし，実際の治療に入ることに抵抗やこだわり，不安を感じることもあり，実際の治療に入れず一連の「評価-治療-再評価」を経験できずに実習を終わることがある。しかし，「とりあえず」実際に治療を行ってみると新たなケース像がみえてくるし，治療内容の意義と限界も明らかになってくる。この「とりあえず」の治療実施中に，実習学生に対してSVからのケース理解や治療についての考えを明らかにするような働きかけが肝要である。この働きかけがなく，漫然と治療を実施していると，実習学生は自分の行っていることに対して無力感や不全感を感じてしまうことになる。

Ⅲ. 臨床実習教育の成果

長期間の実習を通して実習学生が経験し獲得した

ものは非常に多い。ケースを通しての臨床上の経験、SV との対一の指導による実際的な学習、職業的な体験など、学校では習得できない多くの成果を身につけて実習学生は学校に戻ってくる。

(1)実習成績の評価

実習を終了する際に、SV は実習学生の実習成績をつける。点数とSV によるコメント欄より成っているのが通常であり、評価項目は最終学年での実習であるため治療と職業人としての準備性をみる項目に重きを置いている。

実習成績表は基本的にはSV と実習学生とが合意のもと点数化したものであるが、実習学生の自己評価点と差が出る場合がある。原口ら⁸⁾は、実習終了後のOT 学科学生を対象にこの評価点の差について調査した。それによると、全体では実習各期（I期～III期）ともに実習学生の評価点が低かった。実習指導はともすれば実習学生の欠点の指摘になりやすく、そのため自己の無力感や欠点に結びつき、自己評価を低下させ、実習学生の長所と短所を認識できるようなSV のフィードバックが必要であると結論づけている。この自己評価点の差を埋める工夫として、相互に説明し合意を得る努力、SV だけでなく実習学生に関わったスタッフからの評価、曖昧さの少ない評価表自体の作成、などが求められる。

学校に提出された実習成績の扱い、特に成績が不合格になった場合の対応は学校により様々である。高橋ら⁹⁾は、理学療法学科養成校での実習成績の結果の扱いについて調査した。それによると、SV の実習評価が不可と判定された場合、1期でも不可であれば単位を認めない（8校）、再実習を行い可であれば単位を認める（17校）、再実習を行わず他の要素を加味して単位を認める（14校）、2期とも不可であれば単位を認めない（3校）、その他（10校）、と対応は様々であった。単位の認定は最終的には学校が行うものであるが、特に不可の場合は、実習期間中にSV と学校とで何回かの調整や連絡を行ってきたが、それでも合格に至らなかったとも捉えることができる。その意味でSV の判定は学校の意向も反映したものであり尊重されなければならない。

さらに、当該実習の単位が認定されなかった場合、再実習を行うかの問題がある。この点については学内の講義科目の単位認定規定と整合性を持たせて決める必要がある。通常は講義科目終了時に基準の出席日数がある学生に対して本試験を行い、不合格

者には再試験あるいは追試験を実施する。本試験不合格者に対してあらためて講義の全時間のやり直しを設定することはまずありえない。このことを実習にあてはめると、不合格者は再度同じ形式の実習を行うのではなく、学校への提出物などを通して再判定を受けべきで、原則的には再実習は行わないことが他の科目との整合性の面からいって妥当である。再判定の結果不合格である場合は、次年度に再度履修することになる。そのためには再判定の内容を明らかにしておく必要がある。

(2)学生の実習後の変化

ケースを実際に担当し治療・再評価までを行った実習は、実習学生に様々な変化をもたらす。精神障害分野の実習終了後の学生に対する調査^{10) 11)}では、精神科への理解や偏見、興味、SV への同一化、実習での期待獲得と不安の解消、など多岐に渉る変化がみられた。例えば、精神科への興味については、実習指導が1対1の濃密な関係を通して行われるためその内容やSV の有している知識と技能、さらに実習学生がモデルとしうるだけのSV 自身の魅力などが精神科への興味を増進させた、と結論づけ、また、SV への同一化については、SV の指導への信頼と実習学生が受け入れられていると感じさせるOT 部門の雰囲気とが総合して、実習学生はSV を理想化し同一視の対象にする、と考察している。実習を行った結果、期待の獲得と不安の解消について、SV のつけた実習成績が上位の実習学生ほど期待獲得の割合が高く、SV と実習学生共に満足していく実習であったと考えられ、不安解消では直接的にはSV の実習指導が寄与しているが、SV やOT 部門以外の他部門のスタッフや学生仲間、家族、学校などの周辺の支持的存在の貢献も看過できなかった、としている。

最終学年での実習では、ケースの評価と治療についての知識や技術、態度を身につけることが大きな目的であるが、SV や他のスタッフとの接触の中から理想とするOT 像やモデルとする治療者像が描かれることが望ましい。日比野ら^{12) 13)}は、エゴグラムを使い学生から見たOT 理想像とSV 自身のOT 理想像を明らかにしている。学生の理想像は、「NP（養育的親）、A（大人）、FC（自由な子供）」優位で、周囲への思いやりが厚く、仕事をこなし、楽しく遊び生活をエンジョイできるタイプであり、SV による理想像は、「A（大人）」優位で、理知的、合理的判断が行動や態度の主導権を握り、養育的親、自由な子供が準ずるタイプである。

両者の違いは、学生とSVの立場の違いによるものと考えられる。学生は自分の実習経験でのSVやスタッフの像を参照しながら、どちらかといえば実習指導を受ける側として共感性や世話好き、好奇心や創造性などを強調した理想像を描き、一方SVは現実的な、あるいは評価・治療を行う立場から、程よい距離感のある対人関係を保ちながら仕事をこなしていくのを理想像としているものと解釈できる。

おわりに

作業療法士養成校が急増し、実習を受け入れる作業療法士も増えている。その結果、臨床実習指導に慣れていない臨床実習指導者も多いものと思われる。このような状況下で臨床実習の具体的な現状を示し、1つの資料とすることは意義のあることである。この点で、目良¹⁴⁾はより具体的で分かりやすく実習の受入れと流れについて解説をしている。

本論では現在行われている臨床実習の状況についていくつかの調査結果をまじえ論じたが、今後、臨床実習についての学校、臨床実習施設、実習学生の各々の広範な情報収集を行うことが必要である。例えば学校についていえば、各々がどのような方法で実習を依頼し、指導目標や内容を設定し、実習成績を認定しているのかである。これらの情報を収集し現状を明らかにすることによって、実習についての一定の基準や方向性を示すことができると思われる。

引用文献

- 1) 山口芳文：臨床実習オリエンテーションの方法—精神科の場合。リハビリテーション教育研究 1：5-8, 1997.
- 2) 川喜田二郎：発想法, 中央公論社, 1985.
- 3) 山崎京子, 星山伸夫, 中條晶子, 堀秀昭, 斎藤幸江, 他：臨床実習生の心理状態の検討—その1。リハビリテーション教育研究 2：61-62, 1997.
- 4) 島本幸江, 髪元朋史, 石田圭二, 堀敦志, 興河かおり, 他：作業療法学科生における臨床実習の心理状態の変化とその対応。リハビリテーション教育研究 6：28-30, 2001.
- 5) 東嶋美佐子, 日比野慶子, 妹尾勝利, 西本千奈美：臨床実習前後における心理的ストレス反応について。リハビリテーション教育研究 1：48-49, 1997.
- 6) 太田篤志, 清水一：臨床実習指導形態・相性と学生の状態推移の関係。作業療法 19 特別号, 2000.
- 7) 浅沼辰志, 古田常人, 中里創：臨床実習指導の時間的側面からの検討。作業療法 16 特別号, 1997.
- 8) 原口健三, 西原真由美：臨床実習における実習指導者のフィードバックの重要性。作業療法 18 特別号, 1999.
- 9) 高橋高治, 福田敏幸, 岡田朋子, 小坂健二：実習での学生評価の結果の扱い。リハビリテーション教育研究 3：17-20, 1999.
- 10) 山口芳文, 鈴木久義：精神科評価実習が学生の意識に与える影響。作業療法 18：488-498, 1999.
- 11) 古田常人, 山口芳文, 鈴木久義, 作田浩行：精神科総合臨床実習と学生の意識。昭和大学医療短期大学紀要 2：65-73, 2001.
- 12) 日比野慶子, 井上桂子, 東嶋美佐子, 福意武史, 妹尾勝利, 他：エゴグラムよりみる学生のPT・OT理想像。作業療法 15 特別号, 1996.
- 13) 日比野慶子, 井上桂子, 東嶋美佐子, 小林亮太：エゴグラムよりみる臨床実習指導者のPT・OT理想像。作業療法 16 特別号, 1997.
- 14) 目良幸子：実習受入れの手順と流れ。作業療法ジャーナル 36：133-138, 2002.