

第10回日本作業療法教育学会講演

PBLについて：実践，理論，運営

PBL: Practice, theory, and management

大西 弘高
Hirotaka Onishi

*Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education*6(1): 2-9, 2006.

要旨：Problem-based learning (PBL) は近年急激に医療者教育領域に拡がりつつある教育方法である。PBL をカリキュラムに導入すること自体はさほど難しいことではなく、多くの場合は学生に熱意を持って受け入れられるだろう。しかし、その教育学的意義を理解し、運営方法にも長けていなければ、やがてその熱が冷め、上手いかなくなることが多い教育方法でもある。本稿では、まず実践する際に最低限必要な内容を示し、次いで教育学的意義について理論的な部分に踏み込む。最後に、PBL を運営、管理するための方法やコツについてまとめてみたい。

キーワード：PBL, 教育学, 教育方法

はじめに

近年、様々な医療者教育において Problem-based learning (PBL) への取り組みが急激に広まりつつある。世界的には、カナダの McMaster 大が 1960 年代後半に導入した歴史ある教育方法であるが、教員の人的資源に大きな負担をかけること、教育に関して教育者中心から学習者中心のパラダイムシフトが必要なことから、理論的に良さそうだと言われてもなかなか火が点くには至らなかった。また、PBL カリキュラムと従来カリキュラムでの成績を比較するような研究では、従来の評価方法による成績については差がないか従来カリキュラムがわずかに有利という結果が多いが、そもそも PBL カリキュラムで学べることは従来の評価方法では評価できないという意見もあり、この議論も終わりが無い。

本稿では、PBL の実践、PBL を支える理論基盤、PBL の運営の 3 つの章に分け、導入がこれからの方にも、すでに導入して色々な問題に差し掛かっている方にも役立てていただきたいと願っている。

1. PBL の実践

PBL は、少人数（通常 6～10 名程度）のグループで臨床現場の事例についてディスカッションし、事例の中から問題を見つけ出し、その問題をてがかりにして学習を進める学習方法である。通常、チューターと呼ばれる教員がディスカッションの促進役を務めるため、PBL をテュートリアル教育と呼ぶこともある。

PBL の屋台骨を支えるのは、①事例、②チューターの 2 つであると言えるだろう。以下、それぞれについて少し掘り下げて述べていく。

(ア) PBL の事例

PBL の成功の鍵を握る最も大きな要因は事例の出来であろう。学生が新しい事例に直面したとき、それが興味深ければ大いに学習に動機づけられることになる。

東京大学医学教育国際協力研究センター
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1 医学部総合中央館 212

International Research Center for Medical Education,
University of Tokyo

212 Igakugu Sogochuokan, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku,
Tokyo 113-0033

表1. 効果的なPBL事例の作成法

1. 事例を使って学習した後に学生が定義した学習個別目標を、教育者側が作成した個別目標と一致させる
2. 事例はカリキュラムの進行度や学生の理解度からみて適切なものである
3. 事例は学生にとって内発的な関心を十分に高められるものか、将来の実践に関連したものである
4. 知識の統合化を促すため、基礎医学的内容を臨床事例の文脈において呈示する
5. 事例は議論を促す手掛かりを含み、呈示された問題点に関する学生の調査を促す
6. 事例は十分に議論の余地があり、議論が短くなりすぎない
7. 事例は学生が様々な学習リソースから情報を調べることを促すものである

まずは、PBL全体の構成を考える上で、事例がいくつぐらい用いられるのかを見渡す必要がある。その中で扱われる内容は、全体的な教育目標をカバーすべきだが、あまりにも目標を網羅しようとするとも自由な議論が妨げられる欠点も目立つようになるため、適度なバランスが求められる。

各事例は、臨床現場での文脈を具体的に描写していなければならない。そこにはリアルさが求められ、頭の中で作り上げられた嘘臭い事例は学生を動機づける効果が薄いと考えるべきであり、臨床家の協力が不可欠である。また、事例が基礎医学的内容を学ぶきっかけとなることが望ましいため、基礎医学者も関与しなければならない。臨床的な内容が、生物医学的内容に限定されるのではなく、心理社会的な内容や公衆衛生的内容にも踏み込んでいることも必要になる。ただし、全体のバランスとして、情報を盛り込みすぎると、学生が細かな情報に圧倒されて全体の文脈を把握しきれなくなるおそれがあり、適度なバランスが求められる点にも注意が必要である。

情報は、一枚のシートに全てを挙げる方法と、何枚かのシートに分けて小出しにする方法がある。後者は、臨床現場で患者から段階的に情報収集を進める状況をシミュレートしたい場合に利用される。情報量は、一般的にA4用紙半分程度から数枚程度までとかなり幅がある¹⁾。学習進度と共に情報量や構成を変化させるような工夫はあまりなされていないようだが、段階的に臨床現場でのシミュレーションの意味を強め、情報量を増すことで、グループディスカッションや自己学習を固定的なものに留めさせないことが可能になるだろう。また、さらに学生を動機づけるには、紙に書かれた事例以外に、新聞や雑誌の記事、AV教材、模擬患者等を利用することも可能である。

事例は、使用前に専門外の教員や学生に見せることで、狙った学習目標が達成されるかどうかを確認すべきである。あまりにも問題点が見え透いた事例は興味を惹かないが、学習目標から大きく外れてしまう事例は問題がある。表1に効果的なPBL事例の作成法を挙げた²⁾。

(イ) テューター

チューターの技能も、PBLにおける学習経験を大きく左右する。学生がPBLのプロセスに慣れている場合は省略可能だが、最初に議長(グループリーダー)、書記を決定するところまで暫定的に議論を進めるのはチューターの最初の役割である。その後は、主に学生のディスカッションを促すファシリテーターの役割を果たし、誰も発言しないときに呼び水や方向付けとしての質問をすることが求められる。PBLの一般的なプロセスを表2に挙げた³⁾。教員としては、時に学生がディスカッションに行き詰まっている際に、自ら情報提供する「ミニ講義」をしたくなる衝動に駆られるかもしれないが、これはあまり望ましくない。

基本的に専門分野に関して情報提供することはないため、一般的にはチューターが専門家であることのメリットは特にはないとされている⁴⁾。しかし、事例の種類や学生のレベルによっては、臨床現場での経験を話して事例の情報を補強するなど、専門家である強みを生かすことが可能である。チューターは非医療系教員にも十分務まるが、時に臨床的文脈が把握しにくい点でやや不利が生じるかもしれない。高学年の学生や卒業したばかりの研修者がチューターになることについては、むしろ教わる側のニーズを把握しやすいなどの利点もあり、効果的であることが多いようである。

表2. PBLのプロセス

1. 事例で呈示されている用語を同定し、書記は議論しても説明のつかなかったものを列挙する。
2. 議論すべき問題点を定義する。異なった意見が生じた場合、議論してまとまったものを記述する。
3. 問題点について議論するためにブレインストーミングし、過去の知識を基にして可能な説明を試みる。
学生は互いの知識を活かし、知識が不十分な領域を同定する。書記は議論の経過を記録しておく。
4. 2と3の段階を振り返り、意見をまとめて当座の解答にする。書記は必要に応じて説明や再構成を加える。
5. 学習目標を立てる。学習目標に関してグループの意見が一致する。チューターは学習目標に関して焦点が絞られているか、達成可能か、包括的か、適切かを確認する。
6. 個別学習する（全ての学生が各学習目標に関する情報を集める）。
7. グループ内で個別学習の結果を共有し（学生は各自の情報源を同定する）、チューターは学習を確認し、必要に応じて評価する。

2. PBLを支える理論基盤

小学校の教員になるためには、いわゆる教職というカリキュラムを履修し、「教育学」の基本を身に付けることが必須条件となっている。専門職としての医療者を教育する場合には、教員は各分野における専門的な知識や経験（すなわち、作業療法の教員になるためには作業療法や医学に関する知識や経験）を身に付けていることは求められても、教育学の基本を身に付けていることは求められないことが多い。しかし、医療者教育の現場で生じる問題の一つは、教員が教育学を身に付けないことによるとも言える。教員が講義すれば学生がどう捉え、何をどう学ぼうとしているのかを予測できなければ、教育を改善することは不可能である。医療専門職の人たちが気づかずに済ませがちなのは、教育学の側もこの30年ぐらいで大きく変化した点であろう。現在、教育現場で責任を担っている人たちが教育を受けた時期とは状況が違っていると考えるべきである。PBLが重視されるようになった理由を教育理論の面から補足するために、成人学習(adult learning theory)、自己決定学習(self-directed learning)、状況的学習(situated learning)、共同学習(cooperative learning)の4つを挙げる。

(ア) 成人学習理論

成人学習理論の中で最も重要な考え方は、子どもに対する従来の「教育」＝ペダゴジーに対する反省であろう。ペダゴジーは「白いキャンバスに色を塗

る」ような教育であるとみなされ、各自が経験を有し、新しい知識や概念はその経験に積み重ねられていくという新しい時代の教育観とは違いが生じ始めた。それは、「教育者中心」から「学習者中心」への視座の変化とみなすことも可能だろう。

Deweyは、子どもの教育に関して経験の意義を指摘すると共に、経験そのものだけで学べるわけではなく、経験を自分の中で咀嚼して省察することが重要であるという考えを示した⁵⁾。米国成人教育学の父と言われるLindemanはDeweyに刺激を受け、教育と生活の関連を説き、学習者自身が「学習への要求や関心」を抱いた時に学習に動機づけられると述べた⁶⁾。また、自己決定によって自己主導的に学習するという自己概念の変化、学習者自身の経験が持つ学習への役割も示した。

KnowlesはLindemanの考えを基盤とし、成人教育、問題解決学習、グループディスカッションによる個人学習の促進、自己主導型学習といった領域を体系化するに至った⁷⁾。またKnowlesは、成人教育に関して次の5つの前提を挙げた⁸⁾。①自己概念：人間は成熟するにつれて、その自己概念が、依存的人格の自己概念から、自己主導性をもった人間の自己概念へと変わっていく。②過去の経験：成人は、経験を蓄積させていくが、その経験こそが、学習のゆたかなりソースになる。③学習へのレディネス：成人の学習へのレディネスは、その成人の社会的役割をめぐる発達課題に密接に関わるものである。④学習の導入：人々が成熟するにつれて、時間的観念に変化があらわれる。将来的に知識を適用しようとする

考え方から差し迫った場面に適用しようとする考え方への変化である。このために、成人は学習において教科中心的というより、問題解決中心的である。

⑤学習動機：成人は、外的要因よりもむしろ内的要因によって学習への動機づけを得る。これらは、後述する自己主導型学習にも関連している。当初は成人への教育が子どもへの教育とは対照的なものという位置づけがなされたが、現在ではこれらに明確な線引きができるわけでもなく、連続性を持つものであると考えられている。

PBLは、通常「医学的な知識をまだ持っていない」学生に現場での事例を示す教育方法である。学生に事例に対するディスカッションを促すと、それまでの経験や知識を最大限利用し、自分たちなりに問題点の把握、解決を図ろうとする。知識が不足していることは前提になっており、むしろ与えられた事例に対して自己学習することによって自ら現場でプロフェッショナルが行っている問題解決に迫れることを楽しく感じ、将来の役割と関連づけて動機づけを増すことが多いだろう。

成人学習理論に関して、時に「うちの学生は高卒で入学しますが、まだまだ子どもなので成人学習理論なんて通じません」という意見が聞かれることがある。Deweyの意見を見ても予測できるように、近年小学校レベルでも成人学習理論を前提にした教育観の変化が求められているため、この意見は的外ししていることを申し添える。

(イ) 自己決定学習

Knowlesは自己決定学習を「個人が、他者の手を借りるか借りないかにかかわらず、自らの学習ニーズを診断し、学習目標を立ち上げ、学習への人的・物的リソースを明確化し、適切な学習計画を実行し、学習の成果を評価するなかで、イニシアチブを取っていくようなプロセス」と定義した⁹⁾。また、自己決定学習が求められる理由として、①学習にイニシアチブを取った人々は、教師に教えてもらうことを待っている受動的な学習者に比べて、より多くのことをよりよく学ぶ、②自分の人生により責任を持つような能力を培うこと、ひいては自己決定的になることが人間の成熟にとって不可欠な側面と考える、③学校教育の新たな改革により、以前よりも学習者が自分の学習に責任を持ち、よりイニシアチブを取れるように変化してきた、をあげている。

教育者の役割についても変化が生じる。学習内容を伝達するのではなく、学習者の学習を促進する役割であるファシリテーター (facilitator) となることが期待されるのである。Knowlesは、成人教育者としてファシリテーターの役割を演じていると、徐々に学習者がどのように学ぶかに関心を持ち、どのように学習者が上手く学べるかをガイドする技能の重要性を感じたと指摘している。PBLのチューターには、ファシリテーターとして学習者の自己決定学習を伸ばす技法や心構えが必要である。

医療者教育領域で言及される自己決定学習は、成人教育理論全般に関連して述べられる内容と少し異なり、自己評価スキル、図書館やインターネットなどによる情報収集、情報の批判的吟味、臨床問題解決や臨床決断の技法など「自己主導型学習スキル」に重点を置いていとされる¹⁰⁾。教育者側は、学んだ成果が目に見えやすい形で示されていることを好むことが分かる。PBLの学習プロセスを評価する際には、上記のような目に見えやすい指標が利用されることが多い。

(ウ) 状況的学習

医療専門職を育てる際、教室内で学んだことをより臨床現場で活かすにはどうすればよいかは常に難しい問題である。早期から現場での体験をさせる、現場で生じる問題の解決プロセスをシミュレーションする、などの方法を有機的に関連づけながらカリキュラムを構成するなどの工夫が臨まれるだろう。このように、教師が学習者を社会の向けて方向づける過程は、社会への足場づくりという意味で、スキヤフォールディング (scaffolding) と呼ばれている¹¹⁾。

LaveとWengerは、仕立屋の徒弟がボタン付けやアイロン掛けから、縫製係、洋服づくりの段階に至る過程を文化人類学的に研究した。すると、徒弟が簡単な作業のスキルを身につけるとともに、実践的共同体と自分の関係、自分の存在意義についても包括的に理解していく状況が描き出された¹²⁾。学習者は、行為の熟達、実践についての理解、行為者のアイデンティティ構築の3つの過程を統一的に行っており、LaveとWengerはこれを正統的周辺参加 (legitimate peripheral participation) と呼んだ。そして参加を通じて学習者の技能と知識が変化すること、学習者と周囲の環境との関係が変化すること、学習者自身の自己理解 (内部環境) の変化がみられ

ることを明らかにした。正統的周辺参加による学習方法は、スキヤフォールディングに非常に有用であると言える。

医療者教育では19世紀後半まで徒弟性での指導が行われていたが、急速に基礎医学が台頭し、基礎医学と臨床医学の乖離が進むという悩みを抱えることになった。PBLは、臨床現場での文脈(context, 状況)において基礎医学的内容を学ぶための方法として、状況的学習論に合致した教育方法であると言える。基礎医学知識を身に付ける場合、基礎医学の文脈を通じてよりも、臨床現場の文脈を通じての方が、後に臨床現場に出たときに関連した基礎医学知識を想起しやすい点で勝っている。ただ、PBL自体は多くの場合教育施設内での学習活動になり、実践現場や行為者と実際に触れ合うことは少ない。チューターは、常に学生に対して実践的状況に想像を巡らせ、患者や社会、医療者の立場で考えさせるような問いかけをする必要がある。

(エ) 協同学習

学校や大学のような場所で集団を相手に教育が提供される際、①個別学習、②競争学習、③協同学習の3つの方法が利用可能である。個別学習とは個別目標を達成するために自分なりの方法によって個人的に学習に取り組む方法、競争学習とは何らかの評価によって優劣をつけ、競争して学ばせる方法である。いずれも、協力的な学習環境ではなく、他の学生との関わりは学習については他人やライバルという立場となる。一方、協同学習ではすべての学生が小グループ内で協力しながら学習するものである。

協同学習の利点として、①学生たちの批判的思考スキル、自己モニターや学習方法の学習などメタ認知的学習が集団の仲間との討論から得やすいこと¹³⁾、②自分の考えについて積極的にクラスメートとの討論に参加する学生が、授業を聴くだけの学生に比べて邪念や雑念が少なく、概念を統合するために多くの時間をかけていること¹⁴⁾、③講義と比較してグループ討論の方が学生の問題解決能力を向上させられること¹⁵⁾、④学生同士のやりとりと、批判的思考や積極的に物事を考えようとする学習習慣との間に関連があること¹⁶⁾が示されている。このように、PBLのようなグループ協同学習は、講義を聴いて暗記するような学習ではなく、自分の頭を使ってより批判的に考えるような学習を促し、自らの学習方法をモ

ニターできるようになり、問題解決能力を高めるといえるだろう。

協同学習を実施する際、評価に関する議論は悩ましい点である。PBLでは、ディスカッションを進めていく際に上手く考えをまとめたり、誰もが気がつかないことについて示したりし、明らかに他の者よりも貢献度が高い学生がいることもある。このような学生に高い評点を付けるシステムをとるか、あくまでも形成的評価やフィードバックの段階に留め、進級決定などの総括的評価は別のシステムを利用するという方法をとるかは各施設で議論すべきしれない。

授業を協同的なものにするためには、①互いに利益のある相互依存性、②学生同士の励まし合い、③個人による各自の行動に対する説明責任、④対人的なソーシャル・スキル、⑤協同活動に対する評価、という5つの要素が不可欠である¹⁷⁾。このような優れた学びのグループを醸成するには、それぞれの要素についてチューターが適宜必要なフィードバックをすることにより、より望ましい関係性やスキルを育成することができるだろう。競争的、個別的でなく、協同的に学び合おうという態度は、医療に携わるプロフェッショナルを育てるという意味からも生涯にわたって非常に重要な経験になるに違いない。

3. PBLの運営

PBLが一旦開始されたとしても、それを満足のいく学習活動として運営し続けるためには色んな工夫が必要である。講義であれば、どのような内容の話題で、それが楽しかったかどうかは、数人の学生に尋ねると様子が明確になりやすい。ところが、PBLの場合、多くのグループが同時進行しているため、上手くいっているグループとそうでないグループが生じることもある。それは、チューターの力量の差によることもあればそうでないこともある。それらを総じてどのようにコントロールすればよいかについて王道はないが、いくつかのポイントを示したい。

(ア) PBLの特徴

PBLを導入しようとしたとき、あるいは導入した後様々な批判が生じたとき、学部長やカリキュラム主任などは、「PBLはどういう特徴を持った教育方法なのか」を説明しなければならなくなる。PBLについ

ては常に賛否両論があり、生半可な理解で導入、維持しようとして教員グループの反発を食らった場合には、時に取り返しのつかないような問題が生じることを肝に銘じておくべきである。

まずPBLは、医学的知識の深い理解、問題解決能力、自己主導型学習や生涯学習、プレゼンテーション、対人コミュニケーション等に利点があると一般的に言われている。しかし、これらに関して、従来のカリキュラムと比較してPBLが明らかに優れているという明確なエビデンスはない。生涯学習につながるかどうかについては、PBLが優れていたというデータもあるが¹⁸⁾、そうでないというデータもある¹⁹⁾、²⁰⁾。ただでさえ、PBLの導入によって多くの教員は教育に時間を割かれるようになるため、教育効率が悪いとも言える。

では、なぜ多くの医療者教育施設でPBLの導入が考慮されるのだろうか。理由として、教育学的にPBLが優れているように見えやすいこと、多くの場合一旦は学生に楽しい学習方法だと映ること、十分な効果を上げるには学習者中心の教育観を教員に持たせなければならないため意識改革につなげやすいことが挙げられるのではないと思われる。

一方、臨床家が「臨床問題解決」の学習法としてPBLを誤解するという問題が生じることもある。基礎医学の知識を学ぶことがおろそかにされると共に、基礎医学者が協力しなくなる等の影響が生じると、PBLの意味合いが違ってしまふ。PBLと似た教育方法に、患者シナリオの診断を主目的にするCase-based learning (CBL)もあるが、PBLに比べて事例が非常に長くなるか、短い事例に対してかける時間はより短くなる。一般的には、PBLは臨床実習導入前、CBLは臨床実習導入後に利用するという区別がなされるべきだろう。

PBL導入に際しては、企業等で検討されている組織改革推進の一般のプロセスを踏むと成功しやすいかもしれない。Kotterは、組織改革推進を、①各自の危機意識を高める、②変革推進のための連帯チームを築く、③ビジョンと戦略を生み出す、④変革のためのビジョンを広くコミュニケーションする、⑤広範囲の人材をエンパワーする、⑥短期的成果を実現する、⑦成果を統合し、さらなる変革を推進する、⑧新しい方法を組織文化に定着させる、の8段階に分けた²¹⁾。①の「各自の危機意識を高める」が最も重要である。その際に、競争相手になる他の大学など、全

教員に共通の「仮想敵」を掲げるテクニックもある。

(イ) グループ分け

グループの人数は、6～8名程度がディスカッションしやすく、各学生が主体的に取り組んでいる実感を持ちやすいと言われている。運営側からみると、例えば60人のクラスにPBLを導入する際、8～10程度のグループが形成され、8～10名程度のチューターが必要になることを表す。

グループは、一定期間(1～6ヶ月程度?)同じメンバーで固定すると、仲間意識が出来て機能がよくなる面があるだろう。一方、グループ内でのリーダーや書記の役割は順々に回り持ちになるが、それ以外にまとめ役になりやすい人、時折しか発言しない人など固定してしまう傾向が生じる点は欠点ともなりうる。グループの交替頻度についても、学生の意見を集約して適正化するべきである。チューターも一定期間固定する方がより個性に合わせた対応がしやすくなるが、評価が一方的になりがちというような欠点が生じることもあるため、交替頻度については考慮が必要である。

(ウ) テューターガイドの作成

まず、該当する事例について教育目標を挙げるのが重要である。チューターは必ずしもその目標に縛られるわけではないが、どの方向にディスカッションを導くべきかが分かりやすくなるだろう。

また、チューターには、基礎医学者、臨床家、非医療系教員など多様なメンバーが混じっていることが多いため、どのチューターも最大限力を発揮できるように内容に関する解説を付けることも必要である。特に、事例中の問題点がどのように教育目標、学習課題と結び付くかについて述べておくことが重要だろう。

(エ) テューターの配置

チューターが必要になったとき、どのように集めればよいかも運営・管理側にとって頭の痛い問題であろう。科や部門毎に人数を割り付けてトップダウンで人を出してもらうのがよくあるパターンだが、消極的なチューターが混じりやすいなどの欠点がある。もちろん、人数が少ない学部、学科で実施する際は、教務部門が一括して担当し、各教員を指名する方法もある。

表 3. 評価の種類

1. 学習者評価 (assessment)
(a) 形成評価 (formative assessment)
(b) 総括評価 (summative assessment)
2. カリキュラム評価 (evaluation)
(a) テューター評価
(b) 事例評価
(c) その他

熱意ある教員に手を挙げてもらうという方法もあるが、逆に「教えたがる＝自分の持っている知識を提供したがる」ことによって、PBL で重視される学習者中心の雰囲気崩壊してしまう問題も生じうる。

教員の昇進等の際、PBL のテューターを何時間程度担当したかを業績に組み込むなどの評価方法を導入し、テューターになることを促すというやり方も、諸外国では拡がっている印象がある。また、学生からのテューター評価を他のテューターと比較して、どの程度学生から評価されていたテューターだったかを数値化するという方法もある。

(オ) 評価：学習者評価、カリキュラム評価

日本語で「評価」という用語には、英語で言う学習者評価 (assessment) と、カリキュラム評価 (evaluation) とが含まれる。それぞれについて詳細な項目が含まれるが、これらを表 3 に列挙した。

学習者評価には、形成評価と総括評価が含まれる。形成評価とはカリキュラムの途中で出来具合を確認するための評価、総括評価とは進級や卒業、免許提供の可否等に関わる評価と言える。総括評価は一定以上の信頼性を持つことが重要である。

まず、総括評価から考えてみよう。学習した内容について従来から行われているような multiple-choice question で評価するならば、信頼性は高いが、PBL で重視されるような問題発見、グループスキル、情報収集、プレゼンテーション等は測定できない点が問題である。学生は PBL に出ずに図書館で勉強していても、高い点数が取れる。このような評価は、「学習と評価の一体化」という教育学的原則に反するため、妥当性が低い。受験者に事例を与え、①問題の抽出、②問題解決のための方法、③問題解決の結果の 3 つについて評価者が問う形の triple-jump という評価法は、それよりは妥当性が高そうである²¹⁾。PBL のグループディスカッションに

おいて個々の学生がどの程度グループに貢献したかを、グループメンバーやテューターが全般的評定尺度 (global rating scale) で評価する方法もある²³⁾。評価の軸として、議論への貢献度、他の意見への傾聴、チームワーク、議論の方向づけ、明確化、まとめる能力、プレゼンテーション方法等、数個程度の軸で学生間にある程度差をつける評価を意識づけなければ上手く機能しない。

形成評価は、同様に全般的評定尺度を用いる方法が一般的であろう。常に評価を継続することで徐々に評価の仕方に慣れていき、それを合計することで総括的评价に変えるという方法もあるが、その点については予め学生に伝えておく必要があるだろう。

テューター評価は、学生からテューターへの評価である。質問の量や技法、議論の方向づけや展開、フィードバック技法、まとめる能力等についての側面が含まれるだろう。テューター評価を教育改善につなげるためには、学生がテューターのあるべき姿を理解しておくことが前提となる。例えば、すぐに知識をひけらかすような教員は PBL のあり方を理解していない場合もあるが、そういうテューターを高く評価することがないようにしなければならない。

事例評価は、学生やテューターから事例に対する評価である。学生の興味を惹き付け、ディスカッションを促す事例になっているかどうかを評価すべきである。テューターは、事例の言い回しや情報等について改善点を挙げ、事例を次に使う際に変更するように働きかけるのがよいだろう。

学生に自己評価をさせる施設も多い。学生各自が評価の軸を理解し、改善のために振り返りをする目的であれば、価値は高い。ただ、テューターなどの教員がその自己評価を読み、教育的なフィードバックを返せることが不可欠であろう。

文 献

- 1) 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。2004。
- 2) Dolmans DHJM, Snellen-Balendong H, Wolfhagen IHAP, van der Vleuten CPM. Seven principles of effective case design for a problem-based curriculum. *Med Teach* 19, :185-189, 1997.
- 3) Davis MH, Harden RM: AMEE Medical education

- guide No. 15: Problem-based learning: a practical guide. *Med Teach* 21, 130-140, 1999.
- 4) Rothman A, Page G: Problem-based learning. In: Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DI (eds.). *International handbook of research in medical education*. pp 613-641, Kluwer Academic Publishers, 2002.
 - 5) Dewey J: *School and Society: being three lectures*. Chicago: University of Chicago Press, Chicago, 1899. (デューイ著. 宮原誠一訳. 学校と社会. 岩波書店. 1957)
 - 6) Lindeman EC: *The meaning of adult education*. New Republic, Inc., New York, 1926. (エデュアード・リンデマン著. 堀薫夫訳. 成人教育の意味. 学文社, 1996)
 - 7) Knowles MS: *The Modern Practice of Adult Education: Andragogy versus pedagogy*. Association Press, New York, 1970.
 - 8) Knowles MS: *The Modern Practice of Adult Learning: From Pedagogy to Andragogy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge. 1980 (マルカム・ノールズ著. 堀薫夫、三輪健二監訳. 成人教育の現代的実践: ペダゴジーからアンドラゴジーへ. 鳳書房, 2002)
 - 9) Knowles MS: *Self-Directed Learning: A guide for learners and teachers*. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge. 1975 (マルカム・S・ノールズ著. 渡辺洋子監訳. 学習者と教育者のための自己主導型学習ガイドーともに創る学習のすすめ. 明石書店. 2005)
 - 10) 大西弘高: 学習, 教育と教育理論, 心理学的基盤との接点: PBLの意義や活用法. 吉田一郎, 大西弘高編. *実践PBLテュートリアルガイド*. pp 24-40. 南山堂, 2004.
 - 11) Wood D, Bruner JS, Ross G: The role of tutoring in problem solving. *J Child Psychol Psych* 17, 89-100, 1976.
 - 12) Lave J, Wenger E: *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. 1991 (ジーン・レイヴ, エティエンヌ・ウェンガー著. 佐伯胖訳. 状況に埋め込まれた学習: 正統的周辺参加. 産業図書. 1993)
 - 13) McKeachie W: *Teaching tips: A guidebook for the beginning college teacher* (8th ed.). D. C. Heath. 1986.
 - 14) Bligh D: *What's the use of lectures*. Penguin. 1972.
 - 15) Kulik J, Kulik CL: *College teaching*. In Peterson PL, Walberg HJ (Eds.), *Research on teaching: Concepts, findings, and implications*. McCutcheon. 1979.
 - 16) Smith D: *College classroom interactions and critical thinking*. *J Educ Psychol* 69, 180-190, 1977.
 - 17) Johnson DW, Johnson RT, Holubec EJ: *Circles of learning: Cooperation in classroom*. Interaction Book Company. 1984 (ジョンソンDW, ジョンソンRT, ホルベックEJ著. 杉江修治, 石田裕久, 伊藤康児, 伊藤篤訳. 学習の輪: アメリカの協同学習入門. 二瓶社, 1998)
 - 18) Shin JH, Haynes RB, Johnston ME: Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning. *CMAJ* 148, 969-976, 1993.
 - 19) Tolnai S: *Continuing medical education and career choice among graduates of problem-based and traditional curricula*. *Med Educ* 25, 414-420, 1991.
 - 20) Tolnai S: *Lifelong learning habits of physicians trained at an innovative medical school and a more traditional one*. *Acad Med* 66, 425-426, 1991.
 - 21) Kotter JP: *Leading Change*. Harvard Business School Press, 1996.
 - 22) Painvin C, Neufeld V, Norman G, Walker I, Whelan G: *The triple jump exercise: a structure measure of problem solving and self-directed learning*. In: *Proceedings of the 18th annual conference on research in medical education*. Jone DL, compiler, pp 73-77. Washington DC, AAMC, 1979.
 - 23) 吉岡俊正: PBLと評価: 学生評価, テューター評価, その他. 吉田一郎, 大西弘高編. *実践PBLテュートリアルガイド*. pp 93-99. 南山堂, 2004.

第10回日本作業療法教育学会ワークショップ

就労支援と作業療法
～職業関連作業療法学の概要とシラバス3例～

Workshop: How to teach the vocational rehabilitation and the role of OT through 3 examples of syllabus

酒井ひとみ^{*1} 菊池恵美子^{*2} 大喜多潤^{*3}
Hitomi Sakai Emiko Kikuchi Megumi Ohkita

*Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education*6(1):10-17, 2006.

要旨：2005年度の日本作業療法教育研究会において実施したワークショップ「就労支援と作業療法～職業関連作業療法学で悩まない為に～」の内容をまとめ直した。ワークショップでは、学生に就労支援の今日的課題を学ばせ、社会資源や法制度を活用しながら他職種と連携してOTが果たすべき機能と役割を習得させることを可能にするためのノウハウを教員が習得することを目標にした。本稿では、職業リハビリテーションと作業療法の位置付け、就労支援に関する情報と動向、学校毎に異なる開講時間数(15～60時間)に対応させたシラバス3例を参考資料として提示した。ここで提示したものは、あくまでたたき台であり、これらの内容もまた吟味して変更されるべきものである。よい授業は学生も参画して教師と共同してこそ実現するものであろう。

キーワード：職業リハビリテーション、就労支援、シラバス、職業関連作業療法学

1. 問題

2005年度の日本作業療法教育研究会において、ワークショップ「就労支援と作業療法～職業関連作業療法学で悩まない為に～」を実施した。企画の意図は、職業関連作業療法学を担当する作業療法士(以下OT)が、学生にとって魅力ある講義を展開するための情報を共有し、率直に語り合うことであった。

ワークショップの教育目標は、学生に就労支援の今日的課題を学ばせ、社会資源や法制度を活用しながら他職種と連携してOTが果たすべき機能と役割を習得させることを可能にするためのノウハウを教員が習得することとした。具体的な行動目標は、①学

生の職業関連作業療法学への学習動機を高める情報を得ることができる、②職業関連作業療法学のシラバスを作成できる、③就労支援の意義とOTの役割を言える、④職業関連作業療法学に関する討論に参加し自分の考えを述べるができる、とした。実際のワークショップは以下の4部構成で進めた。

- 1) 就労支援に関する最新動向の紹介。
- 2) シラバスモデルの提示。
- 3) 成果を上げた試みの紹介。
- 4) シラバスを共有しながらの討論。

ワークショップでは、グループに分かれての討議時間が不足し、まとめが十分には出来なかったが、参加者の感想から、最新の情報や成果を挙げている具体的な取り組みを題材に討議したことで、職業関連作業療法学の糸口を考えるのに役立つことが分かった。そこで、本稿では、職業関連作業療法学の内容や構成に活用できるような情報を、ワークショップで取り上げた内容を中心にまとめることとした。さらに、学校毎に異なる開講時間数(15～60時間)に対応させたシラバス3例を参考資料として提示した。

^{*1} 〒683-0825 米子市錦海町3-3-2

YMCA 米子医療福祉専門学校作業療法士科
YMCA College of Medical & Human Services in
Yonago. Department of Occupational Therapy

^{*2} 首都大学東京 健康福祉学部作業療法学科
Tokyo Metropolitan University, Faculty of Health
Sciences, Department of Occupational Therapy

^{*3} 箕面学園福祉保育専門学校他非常勤講師
Minoh Hakuen Fukushihoiku Technical College Department of
Occupational Therapy, Part-time Lecture

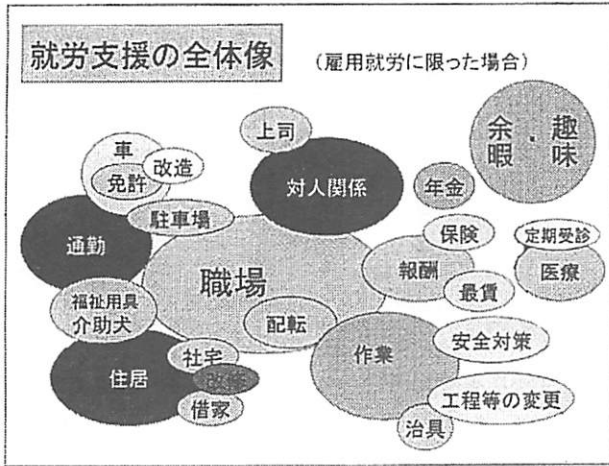


図1 就労支援の全体像

2. 職業リハビリテーションと作業療法の位置付け

作業療法教育（以下 OT 教育）における職業リハビリテーション（以下職リハ）は、理学療法・作業療法士法の発足当初、欧米に学ぶ OT 教育上あまり触れられていなかった。しかし、クライアントの社会復帰の最終段階までを支援するためには、少なくとも OT の関与が必要であることは認識されていた。労働側の施策が進んだ現在においては、クライアント側に立って援助の出来る専門職の一つが OT であり、特に深刻な医療ケアを必要とする重度障害者への OT の関わりは必須といえよう。

今日、稼働年齢にある作業療法の対象者の多くは職業的軽度障害者であるが、その軽度障害者に対する医学的リハビリテーションから就労への移行については、社会環境側の要因が関わるため不確定要素が多い。例えば、求人は景気の動向に左右される、地場産業等の地域性を加味した支援が必要とされる、産業構造は時代の変遷を受けて変化する等々である。

一方、就労を考えると、通勤（自家用車運転の問題を含む）手段や居住環境、或いは就労時間外の生活、更に広く捉えて生き甲斐や余暇活動までを視野に入れて対処しなければ、QOL（生活の質）やQWL（職業生活の質）を満足させることは出来ない。従って、職業リハに対するOT教育では、時代背景を含めた社会情勢を踏まえつつ、対象者の個別的な状況を包含しながら展開していくことの重要性を学生が認識できる様にすることがポイントである（図1参照）。

このことから、対応するOTのトータルな力量が試されることになり、アフターケアまでを考えれば、クライアントと共に歩む永いつき合いになることも多い。

3. 就労支援に関する情報と動向

職リハサービスとはつまり、「働く意志と能力のある全ての人を対象に、職業を通しての社会参加を支援すること」である。今日、職リハは、その実践を現す就労支援の呼称が定着しつつあるが、上記定義に基づく就労支援の対象は、本来、身体障害をはじめ精神障害、知的障害、発達障害、さらには高齢

表1 企業規模別雇用状況（一般の民間企業）

（平成16年6月1日現在）

区分	① 企業数	② 法定雇用障害者数の基礎となる労働者数	③ 障害者の数			④ 実雇用率 C÷②×100	⑤ 法定雇用率達成企業の数	⑥ 法定雇用率達成企業の割合
			A. 重度障害者(1週間の所定労働時間が30時間以上)	B. A以外の障害者	C. 計 A×2+B			
規模計	企業 65,449 (63,993)	人 18,091,871 (17,667,306)	人 71,678 (68,539)	人 125,710 (120,861)	人 269,066 (257,939)	% 1.49 (1.46)	企業 27,577 (26,666)	% 42.1 (41.7)
56~99人	企業 24,361 (24,009)	人 1,795,317 (1,766,099)	人 6,201 (6,178)	人 13,769 (13,406)	人 26,171 (25,762)	% 1.46 (1.46)	企業 10,835 (10,638)	% 44.5 (44.3)
100~299人	企業 29,323 (28,432)	人 4,426,269 (4,287,080)	人 13,006 (12,633)	人 29,000 (28,114)	人 55,012 (53,380)	% 1.24 (1.25)	企業 12,447 (12,104)	% 42.4 (42.6)
300~499人	企業 5,449 (5,307)	人 1,888,166 (1,833,105)	人 7,169 (6,793)	人 13,180 (12,731)	人 27,518 (26,317)	% 1.46 (1.44)	企業 2,138 (1,997)	% 39.2 (37.6)
500~999人	企業 3,705 (3,659)	人 2,339,966 (2,300,290)	人 9,261 (8,858)	人 16,047 (15,416)	人 34,569 (33,132)	% 1.48 (1.44)	企業 1,288 (1,168)	% 34.8 (31.9)
1,000人以上	企業 2,611 (2,586)	人 7,642,153 (7,480,732)	人 36,041 (34,077)	人 53,714 (51,194)	人 125,796 (119,348)	% 1.65 (1.60)	企業 869 (759)	% 33.3 (29.4)

者やホームレス、受刑者、他国籍者等々へと拡大されるべきものである。

その意味でも、心身に何らかの障害のある人々、あるいはそれが予測される人々の生活支援を業とする OT には、例えどの領域で仕事をしていようとも、常に社会参加としての就労支援を視野にいれたサービスが要求されている。

折しも国は、「障害者の雇用を促進する法律：以下法」を改正(2005.7)し、長年の懸案事項とされていた精神障害者(精神障害者保健福祉手帳所持者)を雇用率の算定対象(実施は平成18年4月)とした。さらにまた障害者自立支援法が改正され、この4月から施行された。ここでは、就労支援に関連する最新の情報と OT として必要な知識のポイントを整理する。

1) 障害のある人々の雇用は進んでいるのか？

我が国の障害者雇用の最大の特徴は、割り当て雇用制度(Quota System: 以下雇用制度)を採用していることである。雇用制度を採用しているのは、主にドイツやフランスなどヨーロッパ諸国に多いが、その実が上がっている国の一つが日本である。表1に企業規模別の最新の雇用状況を示す。

2006年現在の法定雇用率は1.8%(民間)であるが、実雇用率は1.49(2005.6)へと上昇し、雇用されている障害者の数は前年比4.3%(約11,000人)の増加である。その内訳を見ると、従業員が100人～299人の中小企業の実雇用率が1.24%と低下の傾向にあり、一方、1,000人以上の規模の企業の実雇用率は1.65%と高水準にあるものの、法定雇用率達成企業の割合は33.3%と企業規模別では最低であることが分かる。しかし、法の改正により、みなしではあるが精神障害もその対象に加えられたことは大きな前進であり、今後は、法を追い風として特に精神障害領域で働く OT は地域のハローワークはもとより、就業・生活支援センター、NPO 活動センター等との連携をさらに深めネットワークを構築することにエネルギーを費やして欲しい。また、身体障害や知的障害領域の OT は、特に発達期からの支援として個別支援教育が開始される養護学校との連携を実現させて欲しい。

2) 「法」の主な改正点

2005年7月の法の改正点は、すでに働いている、

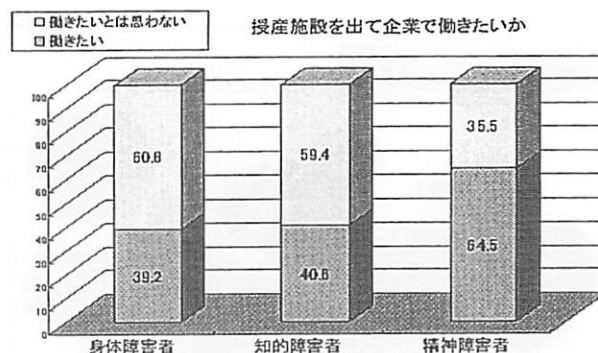


図2 授産施設入所した養護学校卒業者の希望調査
出典：上記厚生省 HP

あるいは働くことを希望する障害のある人々を対象に、さらなる就業機会の拡大を目指す施策の推進を目的としたものである。

主な改正点は3点。即ち、①精神障害に対する雇用対策の強化として雇用率の算定対象とすること(法定雇用率は1.8%)、②在宅就業者に対する支援では、自宅等で就業する者を支援するため、仕事を発注した企業に特例調整金等(障害者雇用納付金制度から拠出)を支給すること、③障害者福祉施策との有機的な連携として、障害者福祉施設と雇用促進施策との連携を図ること、である。その他、特例子会社への調整金や報奨金の支給先の範囲の拡大等も盛り込まれている。詳細は厚生労働省関連のHP(以下参照)からも得ることが出来る。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/04/h0418-1.html>

3) 自立支援法の改正および雇用と福祉のネットワークによる就労支援

社会就労センターの調べ(2000年)によれば、図2に示すように養護学校の卒業者の約半数(55%)が福祉施設へ入所し、その後、就職を理由に福祉施設を退所したのは年間わずか1%である。

自立支援法の改正により、国は障害者施策について3障害(身体・知的・精神)の一元化の方向を打ち出した。つまり、これまで3障害がばらばらの制度体系(精神障害者は支援費制度の対象外)であったものを、向こう5年間のうちに一元化し、3障害の制度格差を解消しようとしている。また、その際の実施主体は、これまでのような都道府県と市町村への二分化から市町村へと一元化し、都道府県はこれをバックアップすることとなった。まさに地域リハビリテーションの時代である。

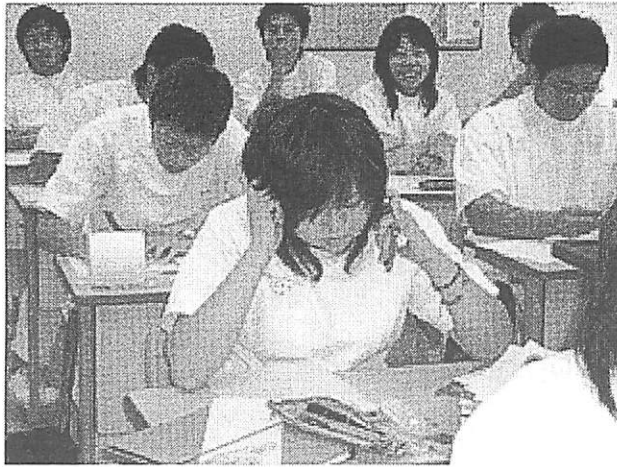


図3 教室から電話による情報収集

また、障害種別に33種類に分かれていた施設体系を6つの事業に整理し、あわせて「地域支援施設」「就労支援」のための事業や、重度障害者を対象としたサービスが創設される。さらなる規制緩和を進め既存の社会資源を活用して、入所期間の短縮を目指している。特に就労支援関連では、新たな就労支援のための事業を創設し、雇用対策との連携が強化されることになる。一方、これらの施策を推進するための財源の確保については、国の費用負担の責任を強化する（費用の1/2を負担）と同時に、利用者も応分の費用を負担し皆で支える仕組みとしている。但し、この受益者負担については当事者側から必ずしも合意が得られている訳ではない。

ところで、2005年の法の改正において、福祉施設から一般就労への移行を進めるための事業「就労移行支援事業」が創設された。その実現のために、福祉と雇用がネットワークを構成し、対象者の能力と適性にあった就職の斡旋等を行うとしている。残念ながら、授産施設で働くOTは未だ数%に満たないが（OT白書2002）、このような現状を認識しておくことは必要である。OTにとって重要な役割は、発達障害のある対象児を含め、障害のある人々の社会参加としての職業生活に必要な情報の提供、職業準備性の準備、および、就労支援に関わる他職種との連携と協同である。その為には国の施策や法制度の変化と動向に常にアンテナを巡らし、新しい情報に精通していることが必要である。

その為には、今自分が働いている地域にあるハローワークの行政官や地域障害者職業センターの職業カウンセラーをはじめ、障害者就業・生活支援センター、地域の商工会議所関係者の集まりにも顔を出し、名刺交換しておくことは、豊かな人脈の構築に繋がるであろう。



図4 訪問調査風景（特例子会社）

OTは、法的には医療職に位置付けられているが、社会参加や社会生活に直結した支援を得意としており、その為には院内や施設の作業療法室に留まることなく社会の風を日々感じることである。作業療法の対象児・者の将来の職業生活を視野に入れた支援は、他機関との連携と協同が不可欠であることは強調してもし過ぎることはないと言えよう。

4. シラバス3例の紹介

1) シラバス15時間の1例（A専門学校）表2参照
A専門学校の場合は、地域作業療法学に就労関連の講義や演習も包含されている。就労関連のみに限局した教育目標は、以下の通りである。

（座学）総論：4時間

一般目標：職業リハビリテーション（以下職リハ）の意義を理解し、作業療法士の役割および職業関連活動に必要な基礎知識を身につける。

行動目標：本講義を通して、学生は以下の行動ができるようになる。

- (1) 職リハの定義および固有の視点について説明できる。
- (2) 職リハにおけるOTの役割や目的について説明できる。
- (3) 職リハおよびOTの歴史的流れを説明できる。
- (4) 職リハ関連理論を説明できる。
- (5) 職業評価と訓練の手法について、種類と適用を言える。
- (6) 職リハ関連機関や施設の種類と役割、機能を述べることができる。
- (7) 主な職リハ法規について説明できる。
- (8) わが国の職リハの現状について述べるができる。

各論：8時間

一般目標：身体障害分野の職業リハにおける作業療法の実践とその意義を理解する。

行動目標：本講義を通して、学生は以下の行動がで

きるようになる。

(1) 身体障害・精神障害分野の職リハにおけるOTの役割や目的について説明できる。

(2) 身体障害・精神障害分野の職リハにおける職場定着支援の流れや各機関との連携を説明できる

(演習) 夏休み課題として、制度調べ(介護保険制度・支援費制度)と職務分析を課した。制度調べでは、サービスを受けるまで流れなどの制度の仕組み、利用該当条件、サービス内容をまとめ、インターネット・役場・保健センターなどから入手出来ることを情報提供した。

職務分析は、配布資料「職務分析の理論と実際」に従って、保護者やアルバイト先などで実際に1名分の職務分析を行った。

フィールドワークは、地域の施設のマップづくりとその施設の地域での役割と問題点の抽出と改善提案を目標に、実施したい内容が一致している場合は、個人の他学生同士でのグループで実施した。必要に応じて、施設・行政機関にも出向き、情報を収集することとした。いずれも後期でクラス全体での学習や発表を行った。

2) シラバス30時間の1例(B専門学校)表3、図3・4参照

職リハの講義では、医学リハから社会に出ていく全ての過程を対象にし、考えていくことを強調する。授業の手法としては、“魚を与えるのではなく魚の釣り方を教える”のたとえの通り「数学問題の答えを教える教育ではなく、その問題を解く過程を重視し、それぞれのクライアントに応じた各自なりの答えを導き出す事が出来るよう、学生のエンパワーメント」を目標とした内容とする。

(1) 定義にある、クライアントの生活全てに関わる事

1. 障害体験：身体障害(車椅子)/視覚障害(就労支援の観点から)

ロ. 障害者の実体：障害者による講演

(2) 社会資源についての講義

1. 雇用促進法

ロ. 障害者福祉法

ハ 医療

ニ 環境因子(社会整備：自動車・バリアフリー法・補助犬法・ユニバーサル・デザインの普及)

(3) 社会資源実態調査

1. 電話等による下調べ

ロ. 施設等への引率による見学

ハ 訪問調査(担当授業日は午前/午後の時間変更が可能な様に時間割設定)

ニ 調査結果報告(プレゼンテーションすることにより、発表するまでの作業で更に調べ検討し、まとめを行う。また別個に経験した事柄を全員で共有)

3) シラバス45時間の1例(C大学)表4参照

講義名は必ずしも統一する必要はないと考え、本例では「就労支援学・同演習」としている。

シラバスには、まず担当者や単位(時間数)、場所を記入するが、重要なことは、講義や演習の目的を平易な言葉で説明し、学生の学習への動機付けを図ることを忘れてはならない。何のために学ぶのかを明確にすることで、学生の興味と関心を出来る限り高めておくことは、特に教師歴がまだ浅い場合には有効である。なお、本例の教育目標及び行動目標は15時間の例と同様であるためここでは割愛した。時間数が異なるにも関わらず行動目標が同じであることについては、その深度に違いがあると理解できよう。

5. 結論

作業療法教育研究会におけるワークショップにおいて、今回の様なシラバスを持ち寄り検討した試みは初めてかも知れない。もとよりシラバスは担当教員が苦勞して練り上げ作成するものであり、ここで提示した3例はあくまでたたき台であり、これらの内容もまた吟味して変更されるべきものである。さらに言えば、よい授業は学生も参画して教師と共同してこそ実現するものであろう。作業療法教育においても、授業が公開されピア評価を受けながらその質的向上を図ることが出来ればと願っている。

表2. 授業要綱例(15時間)

A専門学校(4年制)

授業科目名	地域作業療法学・同演習(職業関連活動含む)	
担当講師氏名	専任教員3名, 外来非常勤講師5名	
授業時期ならびに単位数(標準時数)	2004年度 通 年	4単位 (60 時間)
対象学科・学年	作業療法士科 3 年	
授業方法	講義, 実技, 実習, 討議, 研究発表, 見学, VTR, フィールドワーク等	
成績評価	試験, 実技, レポート, 出席状況, 授業態度等	
授業目標	地域で障害を持つ人の生活を支えて行くとはどのようなことか, 具体的に理解できるようになる。地域及び職業関連活動についての作業療法をさまざまな方法(できる限り見学, 実習及びフィールドワーク等)で体験し, 考えを広め, 深める。職業関連活動についても含む。	
授業概要	<p>地域関連(18時間) 発達障害・精神障害・身体障害・保健領域・ケアマネ・家屋改修 就労支援関連(12時間)* 総論・精神障害・身体障害分野</p> <p>演習(30時間): ・制度調べ(介護保険・支援費制度) ・職務分析* ・職業関連検査* ・フィールドワーク(必要に応じて, 施設見学)</p> <p>(*:職業関連15時間分, ただし, 演習は全体的に職業関連も含んでいる)</p>	
教科書	1. 地域作業療法学, 小川恵子, 医学書院 2. 職業リハビリテーション入門, 松為信雄, 菊池恵美子編著, 協同医書 3. 「障害者雇用ガイドブック 平成17年版」 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 2005	
参考書	・地域リハビリテーション原論 第3版, 大田仁史, 医歯薬 ・フィールドワークのすすめ, 大阪経済大学地域政策学科編著, 法律分化社 ・地域リハビリテーション論改訂2版, 大田仁史, 三輪書店 ・職業関連活動 改訂第2版, 日本作業療法協会, 協同医書 ・「職業リハビリテーション」, 日本職業リハビリテーション学会 ・「職リハネットワーク」独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 ・重度障害者の就労援助のためのジョブコーチ入門, 小川浩, エンパワメント研究所 ・サポートの達人たち, 内山登紀夫, エンパワメント研究所 ・支援費制度関連: 鳥取県障害福祉課HP ・介護保険関連: WAM NET(http://www.wam.go.jp/ca10/ca10b42.html) ・日本職業リハビリテーション学会 第32回大会 抄録集, 広島, 2004. ・ニート関連 : 新聞記事, ジョブコーチ関連 : HP記事	
備考	職務分析の参考資料は配付。	

表3. 授業要綱例(30時間) B専門学校 (3年制)

授業科目名	職業リハビリテーション	
担当講師氏名	外来非常勤講師, 外来講師(当事者)	
授業時期ならびに 単位数(標準時数)	前期	30 時間
対象学科・学年	作業療法士科 2年	
授業方法 <small>(不要な項目を消してください)</small>	講義, 実技, 実習, 討議, 研究発表, 見学, VTR(DVD), パワーポイント, その他(働く障害者による体験談, ワークサンプルによる計測)	
成績評価	定期試験, 小テスト, レポート, 出席状況, 学生によるプレゼンテーション	
授業目標	マニュアル化ではなく, クライアント側に立ち状況に合わせて自ら考え行動し, その結果から修正して目標に近づけるエンパワーメントをもつ	
授業概要	第1週 オリエンテーション 第2週 クラス全員引率しての障害者就労施設見学訪問 第3週 職業リハビリテーションにおける作業療法の流れ, 障害者の就労(社会参加)形態, 日本職業分類 第4週 障害体験(雨天順延) 第5週 社会資源調査1(電話作戦), 報告, 対応(対人/電話上)の仕方 第6週 障害者による講演 第7週 職業リハ関連の評価法 第8週 雇用促進法(重度障害者多数雇用企業・特例子会社を含む) 第9週 福祉就労 第10週 障害者自立支援法 第11週 社会資源実地訪問調査(2・3・4時限) 第12週 調査報告まとめ検討会(班毎に分かれて)※11週の予備日 第13週 プレゼンテーションⅠ(一班:5人一組で, 前半の四班) 第14週 プレゼンテーションⅡ(一班:5人一組で, 後半の四班) 第15週 予備日(実地訪問調査/他の講師依頼/屋外活動等予定変更を余儀なくされる確率大の為)	
教科書	・職業リハビリテーション入門, 松為信雄, 菊池恵美子編著, 協同医書 2002	
参考書	・「障害者雇用ガイドブック 平成17年版」 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 2005 ・障害保健福祉六法, 中央法規	
備考	近年重要な法改正が頻繁にあり, 新聞報道・インターネット ホームページよりのダウンロード・職リハ学会資料よりの抜粋等コピーによる配付資料に頼ることが多い.	

表4. 授業要綱例(45時間) C大学(4年制)

授業科目名	就労支援技術学・同演習
担当講師氏名	専任教員1名, 助手1名
授業時期ならびに 単位数(標準時数)	平成17年度 後期 講義(1単位)15時間・演習(2単位)30時間
対象学科・学年	作業療法学科 3年
授業方法	講義(特別講義を含む) 演習 フィールドワーク
使用する教材・機器	パワーポイント VTR その他(各種紙筆・器具検査)
成績評価	定期試験(80%) レポート(職務分析と自由課題で20%) 特別講義(感想の提出)
授業目標(授業のねらい)	<p>2005年は、我が国の障害者施策の変換期です。4月には介護保険制度が改正され、7月には障害者雇用率に精神障害が算定されることが決まりました。また、今国会で、自立支援法の改正が審議されています。</p> <p>職業リハビリテーション(以下職リハ)は、就労支援として職業カウンセラーをはじめジョブコーチ、職業指導員他、多職種によって行われていますが、業務として就労支援に携わる作業療法士(以下OTR)はOT協会の4%(OT白書2002)と少数です。しかし、ここ数年、例えば高次脳機能障害の若者を対象としたショップの所長や、知的障害作業所の指導員として、また、民間保険会社にもOTRが常勤雇用される等、本気で就労支援に取り組むOTRができました。</p> <p>本講義では職リハ固有の視点を踏まえながら、基礎となる理論や活用できる制度、職業評価の手法等を学び、OTの役割を明確に認識することが重要です。さらにまた、社会環境側の情報を収集するために、職リハ施設見学や職務分析、ITを活用した情報収集をとおして、わが国の現状と課題を考察して下さい。</p>
一般目標 & 行動目標	略 (シラバス15時間の例と同様)
授業概要	<p>1・2回 職リハでは何が今問題となっているのか?カレントトピックス</p> <p>3・4回 職リハの歴史と理論</p> <p>5・6回 就労支援に生かせる社会資源 職業環境の評価</p> <p>7・8回 フィールドワーク(職務分析)</p> <p>9・10回 職業評価(ワークサンプル法 他)</p> <p>11回 精神障害と就労支援</p> <p>12回 知的障害と就労支援</p> <p>13・14回 ジョブコーチの役割と実際</p> <p>15回 試験</p>
教科書	・職業リハビリテーション入門:松為信雄, 菊池恵美子編著, 協同医書 2002
参考書	<p>・「障害者の雇用支援のために」平成17年版: 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 2005</p> <p>・「職業リハビリテーション」日本職業リハビリテーション学会</p> <p>・「職リハネットワーク」:独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構</p> <p>・WORK ISSN 1051-9815</p>
備考	新聞記事・VTR(知的関連・欧米・可能性のとびら・ジョブコーチ 他) 厚生労働省HP

研究と報告

作業療法教育における臨床実習前客観的臨床技能試験 (OSCE) の取り組み

A Trial of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) before Clinical Practice in Our Occupational Therapy Education

伊藤文香, 鈴木孝治, 村木敏明, 齋藤さわ子, 土澤健一
Ayaka Ito・Takaji Suzuki・Toshiaki Muraki・Sawako Saito・Kenichi Tsuchisawa

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 6(1): 18-26, 2006.

要旨: 平成 16 年度に本学3年生に実施した茨城県立医療大学における「総合臨床実習前 OSCE(以下, 臨床実習前 OSCE)」を紹介し, より質の高い OSCE 実施に向けて, 学生にアンケート調査を行い, 作業療法教育における臨床実習前 OSCE の特色と今後の課題を明らかにした。OSCE の実施自体は, 4年生の総合臨床実習の「準備・技能確認」としての位置づけとして適切であることが示唆されたが, 時期についてはタイトなスケジュールによる学生の負担も考慮しなければならないことが判明した。課題直後のフィードバックは約 9 割以上の学生が「かなり有効」であったと回答する割合が多いことより, 学生の気づきを促し, 総合臨床実習に向けた課題を明確するために, 有効であることが示唆された。今後は, 「作業療法教育評価基準」に基づいて OSCE 課題を設定することが必要であると思われる。OSCE の実施は, 学生だけでなく教員の教育に対する意識を高め, より質の高い授業内容を見直す機会となることにも大きな意義があると思われる。

キーワード: 客観的臨床技能試験 (OSCE), アンケート調査, 作業療法教育

はじめに

茨城県立医療大学では, 平成 16 年度より大学全体で包括的な臨床技能の教授・評価に取り組み始めた。その一環として臨床医学教育の中で注目されている臨床技能の評価としての客観的臨床技能試験 (Objective Structured Clinical Examination :以下 OSCE) を導入し, 本学作業療法学科では, 総合臨床実習前後に位置づけた。

OSCE は, Harden¹⁾らが紹介した臨床能力を評価する試験法で, 態度・技能・問題解決能力といった臨床能力を評価できるとされている。患者側の条件を一定に

して, 1つの場面を同じ評価者が測定するため, テストの客観性は高くなる。そのため, 臨床能力不足の場合, それが技術面なのか解釈面なのかの分析を容易とし, 各学習者へフィードバックしやすいことが OSCE の利点であるとされている²⁾。

作業療法分野における OSCE の取り組みの報告³⁻¹¹⁾は, 近年少しずつ報告されている。いずれも実習前後に OSCE を導入しており, 評価上の問題と改善策についての検討や評価者間信頼性について報告している。また, OSCE に対する学生の認識を調査したものでは, 自分の技術と対人面の課題に自覚を促すことができたとしている¹¹⁾。

本学作業療法学科における OSCE の基本理念は, 講義・演習・実習を通して習得した作業療法介入時の技術と知識に関する Minimum Essentials を総合臨床実習前後の 2 回の OSCE で確認し, 卒業時の作業療法の臨床レベルを保証することである。

茨城県立医療大学 保健医療学部 作業療法学科
Department of Occupational Therapy, Ibaraki Prefectural
University of Health Sciences
〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669-2
4669-2 Ami Ami-machi Inashiki-gun Ibaraki Prefecture
300-0394, Japan

そこで今回、作業療法教育における OSCE の取り組みについて平成 16 年度に本学 3 年生に行われた茨城県立医療大学における「総合臨床実習前 OSCE (以下、臨床実習前 OSCE)」を紹介する。さらに、より質の高い OSCE 実施に向けて、アンケート調査により OSCE への理解度や受容度、内容の妥当性、授業との関連等を明らかにする。さらに各課題の評点の結果との関連を分析し、作業療法教育における臨床実習前 OSCE の特色と今後の課題を明らかにする。

臨床実習前 OSCE の概要

1. 時期 (図 1)

本学では、臨床実習として 3 年生の前期に患者とのかわりや観察、部分的な評価測定を中心とした週 1 回連続 7 回の臨床実習 I を行っており、3 年生後期に行われる評価を主とした連続 10 日間の臨床実習 II を経て、4 年生前期に連続 7 週間を 2 回行う総合臨床実習がカリキュラムに組み込まれている。臨床実習前 OSCE は、臨床実習 II の「まとめ」と 4 年生の総合臨床実習の「準備・技術確認」として位置づけられている。今回の臨床実習前 OSCE は、臨床実習 II の終了直後で総合臨床実習のほぼ 1ヶ月前の平成 17 年 3 月初旬に行われた。

2. 臨床実習前 OSCE の目的

臨床実習前 OSCE の目的は、「対象者の評価」に焦点を当てた評価技能の習得度の確認である。今回の OSCE は、科目成績には反映されない自由参加であった。

3. 対象

平成 16 年度茨城県立医療大学 3 年生 40 名。

4. 会場

小グループで使用する演習室で、課題ステーションとして 8 部屋、模擬患者控室、学生控室、教員控え室を各 1 室使用した。学生は、ベルの合図とともに 8 ステーションを順番に回り、1 クールで 8 名の学生が評価を受けた。

5. 時間配分

課題遂行時間は 4 分 30 秒、フィードバックは 2 分、移動時間は 30 秒とした。1 クールの所要時間は 56 分で、午前中に 3 クール、午後には 2 クール施行した。

6. 人的資源

課題ステーションには、評価者として学科教員を各 1 名ずつ合計 8 名配置した。模擬患者は、学生模擬患

3 年生前期	3 年生後期	4 年生前期
臨床実習 I 週 1 回の学外実習 連続 7 回	臨床実習 II 評価を主とした 連続 10 日間の 学外実習	総合臨床実習 連続 7 週間の 学外実習を 2 回
臨床実習前 OSCE		Advanced OSCE

図 1 各学外実習と OSCE 実施時期

者 12 名、教員模擬患者 6 名であった。

「片麻痺回復段階評価」と「日常生活活動指導 (以下 ADL 指導)」、「初回作業療法面接」の 3 課題では、作業療法学科教員が模擬患者を演じ、他の課題はすべて作業療法学科 2 年生の協力を得て実施した。模擬患者は、担当教員より OSCE 前に演技について十分練習を重ねた。また、ベル係 2 名、受付・評価結果集計係として 2 名配置した。

7. 課題

1) 課題 1: バイタルサインの測定

模擬患者に対するバイタルサインの測定である。急性期の脳血管障害による片麻痺患者を対象とし、Anderson 基準に基づいて作業療法実施の判定を述べる課題である。患者への基本的な対応や血圧・脈拍測定の実験的スキル、作業療法実施の判定について評価した。

2) 課題 2: 感覚機能検査

①脳血管障害による左片麻痺患者、②交通事故による頸髄 C 6 レベルの損傷患者、③仕事上の事故で前腕部の切創による末梢神経損傷の模擬患者の中から 1 題がランダムに指定され、感覚機能検査を実施する課題である。患者への基本的な態度、感覚測定の実験的スキルについて評価した。

3) 課題 3: 関節可動域測定

肩甲帯・上肢の他動的関節可動域を測定する課題である。患者への基本的な態度、関節可動域測定の実験的スキルについて評価した。

4) 課題 4: 片麻痺回復段階評価

脳血管障害による片麻痺模擬患者に対して Brummstorm's Recovery Stage Test を施行する課題である。患者への基本的な態度、当該課題の実験的スキルについて評価した。

5) 課題 5: 基本動作介助

模擬患者は、①非麻痺側上下肢の筋力が十分な片麻痺患者、②下肢に支持性のない四肢麻痺患者で、このうち 1 題が指定された。模擬患者の状態に合わせて、

評 価 シ ー ト		
バイタルサイン測定 (血圧・脈拍)		
学生氏名	評価者	
	できない: 0 点	できる: 1 点
【基本的事項】		
1) 患者への適切な説明や口頭指示ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 患者への不安に対する配慮ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【血圧測定】		
3) 測定肢位は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) マンシェットの位置は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 聴診器の位置は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 空気圧は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 空気圧の上げ加減は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 数値の読み取りは正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【脈拍測定】		
9) 3 指により橈骨動脈を触診し、脈拍測定ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【総合 (判断)】		
10) 測定した血圧・脈拍により、作業療法実施について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	合計	点

図2 評価シート(課題1:バイタルサインの測定)

安全に効率よく、ベッド上での寝返りから起き上がり、車いすへのトランスファーを行う課題である。患者への態度、ポジショニング、寝返り・起き上がり・トランスファーの介助技能に関して評価した。

6) 課題6: ADL 指導

軽度の言語理解の困難、構成障害のある片麻痺の模擬患者に対して、立位の様子を評価し、現時点で自立できる方法で患者と協働してズボンの更衣を指導する課題である。立位バランスの状況を判断し、適切な指導法を選択し、患者のミスや理解困難に対して適切に対応していくという一連の問題解決能力について評価

した。

7) 課題7: 記銘力検査

患者への態度、改訂長谷川式簡易知能評価スケールに含まれる5品目記銘力検査の実施技能について評価した。

8) 課題8: 初回作業療法面接

精神科デイケアに通ううつ病の男性(表1)と初回面接を行い、良好な援助者・患者関係を築き、今後の作業療法参加につながるよう対応することが課題である。面接の進め方、情報の収集技能についての評価は、教員が行い、患者への基本態度や話し方のわかりやすさ

表1 初回作業療法面接課題 模擬患者設定

場面設定		精神科デイケア・面接室
氏名		藤井 英樹(ふじい ひでき)
年齢		45歳
性別		男性
職業		自営業
診断名		気分障害(うつ病)
現病歴		約3ヶ月前より気分がふさぎこむ様になり、仕事も手につかなくなる。様子がおかしいことを心配した家族に連れられ精神科受診。2ヶ月の入院治療により軽快し、退院するも疲労感つよく、軽度の抑うつがみられる。主治医との問診にて、しばらくデイケアを利用することをすすめられた。
備考		精神疾患患者であるが、認知機能はほぼ問題なく、軽度のうつ及び焦燥感がみられる症例である。基本的面接技法にて対応可能な設定である。

については模擬患者からのフィードバックで確認した。

8. 学生評価

評価者は作業療法学科教員である。判定は、各評価項目に対して「できる」、「できない」の2段階とした(図2)。全課題合計評点は100点で、合格基準は、各課題6割以上かつ合計評点60点以上とした。不合格者に対しては、総合臨床実習開始前までに復習を促し、教員による指導を行うこととした。

調査方法

1. 対象

OSCE受験者である茨城県立医療大学平成16年度3年生40名。

2. 手続き

各課題の評点および全課題の合計評点、学生アンケートの各項目の実数および割合を調査対象とした。アンケートは、OSCE実施直後に実施し、アンケートの結果は公表する場合があること、その際には個人を特定しないことを口頭と書面で説明した。同意が得られた場合に、アンケートを配布し、依頼した。アンケートは無記名で行われた。なお、アンケートの中央値は中立的な立場の表現とはなっていないため、この数を除外して統計処理をした。

3. アンケート内容

実施直後に五件法で、アンケートを実施した。OSCE全体に関する質問と各課題に関する質問から構成されている。

OSCE全体に関する質問は、①OSCEとは何か理解できたか、②実施時期は適切か、③総合臨床実習前の臨床技能の確認に有効であったか、④今回のOSCEで自分の技能を発揮できたか、⑤今回のOSCEで自分の臨床技能について今後の課題が理解できたか、⑥ステーションの数は適当だったか、⑦受験の場所、時間、受験の順序は理解しやすかったか、であった。各課題に関する質問は、①課題の難易度、②課題の内容が過去の講義・演習で扱われていたと思われるか、③フィードバックが有効であったか、であった。ただし、課題8の「初回作業療法面接」では、模擬患者からの評価は有効であったか、を加えた。

結果

1. OSCE 評点

OSCE総評点の結果は、 80.4 ± 7.6 点(平均値±標準偏差)であった。点数幅は、63点から94点を示した。総評点での不合格者はみられなかった。各課題の評点結果と不合格者は、バイタルサインの0人からADL指導の10人と課題によってばらつきがみられた(表2)。

2. アンケート結果

回収率は、100%であった。

1) OSCE全体に関するアンケート結果

OSCE全体に関するアンケート結果は、表3に示すとおりである。①OSCEへの理解では、「かなり理解した」から「十分理解した」と答えたものは、18名(81.8%)であった。「あまり理解できない」では4名(18.2%)を示した。②実施時期の適切さは、「かなり適切」から「十分に適切」は14名(53.8%)であった。一方、「全く不適切である」という学生も3名(11.5%)いた。「あまり適切でない」と回答した学生9名とあわせると全体の46.2%であった。③総合臨床実習前の臨床技能の確認に有効であるかという設問に関しては「かなり有効」から「十分に有効」と回答した学生は、23名(85.2%)であり、8割以上の学生が臨床技能の確認として有効であると回答した。一方、「あまり有効でない」と回答した学生も4名(14.8%)あった。④自分の技能を発揮できたかということについては、「かなり発揮」した学生は8名(42.1%)であった。「十分に発揮

表2 各課題の平均点と標準偏差および不合格者数

	配点(点)	平均点(点)	SD(点)	不合格者(人)
課題1 バイタルサイン	10	9.3	0.7	0
課題2 感覚機能検査	16	11.6	2.3	2
課題3 関節可動域測定	10	8.3	1.9	2
課題4 片麻痺回復段階評価	10	7.6	1.8	2
課題5 基本動作介助	10	7.8	1.9	5
課題6 ADL指導	10	8.2	1.7	10
課題7 記銘力検査	14	13.4	1.0	1
課題8 初回作業療法面接	20	14.4	2.1	6
合計	100	80.4	7.6	—

表3 OSCE 全体に関するアンケート結果

質問事項	人(%)				
	全く理解できない	あまり理解できない	理解した	かなり理解した	十分理解した
OSCEとは何か理解したか	0(0%)	4(18.2%)	18	11(50%)	7(31.8%)
実施時期は適切であるか	3(11.5%)	9(34.6%)	14	12(46.2%)	2(7.7%)
総合臨床実習前の臨床技能の確認に有効であるか	0(0%)	4(14.8%)	13	11(40.7%)	12(44.4%)
自分の技能を発揮できたか	1(5.2%)	10(52.6%)	21	8(42.1%)	0(0%)
自分の臨床技能について今後の課題が理解できたか	0(0%)	1(3.7%)	13	19(70.4%)	7(25.9%)
ステーションの数は適当であるか	0(0%)	2(50%)	36	2(50%)	0(0%)
自分の受験場所、時間、受験の順序等は理解し易かったか	1(5.9%)	5(29.4%)	23	6(35.3%)	5(29.4%)

注:()は、回答した人数を、全解答数から中央値を除いた人数で除して100を乗じたものである。

できた」学生はいなかった。また、「あまり発揮できなかった」学生は10名(52.6%)あり、全く発揮できなかった学生も1名(5.3%)いた。⑤自分の臨床技能について今後の課題が理解できたかについては、「かなり理解した」から「十分理解した」学生は26名(96.3%)が今後の課題について理解を示した。⑥課題の数は、「かなり多い」、「かなり少ない」と回答した学生が2名ずつ(各50%)いた。⑦実施場所、時間、受験の順番等の理解については「かなり理解しやすい」から「大変理解しやすい」と回答した学生は11名(64.7%)で、「あまり理解できない」から「全く理解

できない」と回答した学生は6名(35.3%)であった。

2) 各課題に関するアンケート結果

各課題に関する「課題の難易度」は表4、「課題の内容が過去の講義・演習で扱われていたと思われるか」は表5、「フィードバックが有効であったか」は表6、課題8の「模擬患者からの評価は有効であったか」は表7にアンケート結果を示す。

課題の難易度では、課題2の感覚機能検査では23名(95.8%)と、課題4の片麻痺者回復段階評価では6名(85.7%)、課題5の基本動作介助では4名(80%)、課題6のADL指導では11名(91.7%)、課題8の初回作業療法面接の課題では20名(83.3%)が「かなり難しい」と指摘した。課題8では「難しすぎる」という回答も4名(16.7%)あった。一方、課題3の関節可動域測定と課題7の記銘力検査では「かなり易しい」との指摘が目立った(それぞれ92.9%と100%)。難易度は課題によって差が見られた。

課題の内容が過去の講義・演習で扱われていたと思われるかに関しては、課題1のバイタルサインでは22名(71%)、課題2の感覚機能検査では13名(68.4%)、課題8の初回作業療法面接では19名(73.1%)に「あまり扱われていなかった」という回答があった。課題1では5名(16.1%)と課題7では3名(13.6%)、課題8では4名(15.4%)から「全く扱われていなかった」との指摘があった。

フィードバックが有効であったかに関しては、「かなり有効」、「非常に有効」の割合が課題3では96.8%を示した以外は、すべての課題において100%を示した。さらに課題8の模擬患者からの評価の有効性は、「かなり有効」、「非常に有効」の割合が96%であった。

考 察

本学のOSCEの目的は、総合臨床実習前の「評価技能」を中心としたOSCEと、総合臨床実習後の「問題解決能力」に重点を置いたAdvanced OSCEをもって、卒業時における作業療法学の技能・知識を保証することである。

表4 OSCE 課題別アンケートの結果(課題の難易度) 人(%)

	易すぎた	かなり 易しかった	適切	かなり 難しかった	難すぎた
課題1 バイタルサイン	0 (0%)	2 (50%)	36	2 (50%)	0 (0%)
課題2 感覚機能検査	0 (0%)	1 (4.2%)	16	23 (95.8%)	0 (0%)
課題3 関節可動域測定	1 (7.1%)	13 (92.9%)	26	0 (0%)	0 (0%)
課題4 片麻痺回復段階評価	0 (0%)	1 (14.3%)	33	6 (85.7%)	0 (0%)
課題5 基本動作介助	0 (0%)	1 (20%)	35	4 (80%)	0 (0%)
課題6 ADL指導	0 (0%)	1 (8.3%)	28	11 (91.7%)	0 (0%)
課題7 記憶力検査	0 (0%)	9 (100%)	31	0 (0%)	0 (0%)
課題8 初回作業療法面接	0 (0%)	0 (0%)	16	20 (83.3%)	4 (16.7%)

注:()は、回答した人数を、全解答数から中央値を除いた人数で除して100を乗じたものである

表5 OSCE 課題別アンケートの結果
(課題の内容は、過去に受けた講義・演習で扱われた内容と思われるか) 人(%)

	全く 扱われて いなかった	あまり 扱われて いなかった	扱われて いた	かなり 扱われて いた	十分に 扱われて いた
課題1 バイタルサイン	5 (16.1%)	22 (71%)	9	3 (9.7%)	1 (3.2%)
課題2 感覚機能検査	0 (0%)	13 (68.4%)	21	6 (31.6%)	0 (0%)
課題3 関節可動域測定	0 (0%)	0 (0%)	19	12 (57.1%)	9 (42.9%)
課題4 片麻痺回復段階評価	0 (0%)	1 (6.7%)	25	6 (40%)	8 (53.3%)
課題5 基本動作介助	0 (0%)	0 (0%)	14	12 (46.2%)	14 (53.8%)
課題6 ADL指導	0 (0%)	7 (33.3%)	19	9 (42.9%)	5 (23.8%)
課題7 記憶力検査	1 (4.5%)	9 (40.9%)	18	9 (40.9%)	3 (13.6%)
課題8 初回作業療法面接	4 (15.4%)	19 (73.1%)	14	3 (11.5%)	0 (0%)

注:()は、回答した人数を、全解答数から中央値を除いた人数で除して100を乗じたものである

畑尾²⁾は、OSCEのテスト時期と目的に関して、臨床実習前のOSCEの実施については、病棟で患者に接しても迷惑をかけることがないように、またその安全を守るために知識だけでなく、基本的な技術やマナーについても適正に評価することが目的であるとしている²⁾。

今回報告したOSCEは、総合臨床実習前の実施であり、「評価技能」を中心に課題を構成しているが、基本的な技術やマナーについても各課題で評価しており、臨

床実習前 OSCE の目的を達成するものと考えられる。

学生アンケートの結果からは、53.8%の学生が時期として「かなり適切」から「十分に適切」であると回答している。時期が全く不適切であると回答した学生も若干いる一方で、85.2%の学生が総合臨床実習前の臨床技能の確認に「かなり有効」から「十分有効」であったと答えている。また、自分の臨床技能について今後の課題が理解できたかについては「かなり理解した」から「十分理解した」と回答した学生は、96.3%であった。

これらのことより、OSCEの実施自体は、4年生の総合臨床実習の「準備・技能確認」としての位置づけとして適切であることが示唆されたが、今後時期については学生の負担も考慮しなければならない。臨床実習前OSCEは「評価技能」を中心としているので、作業療法評価学終了後の導入も考慮しつつ、臨床実習Ⅱの実施の前後ではどちらがより有効であるか今後検討が必要である。

ステーションの数については、今回のアンケートの結果からは適切であったかを示唆することはできなかった。また、受験のしやすさについてもおおむね理解が得られていたが、理解しにくかったという意見もあり、事前の説明と工夫がさらに必要なことがわかった。

模擬患者の養成は、よりリアリティのある場面設定のために欠かせない。

また、学生が模擬患者を行うことは、メリットとして「モチベーションが高くなる」、「将来臨床実習を行う上で模擬患者としての経験が役に立つ」ことが挙げられる一方、デメリットとしては「多少たりとも知識があるため、先入観を持って模擬患者を演じる可能性がある」、「同じ学生であるから照れや失笑する」ということが指摘されている¹²⁾。今回の模擬患者は2年生ということで、複雑な心理・社会的背景がない模擬患者設定に配慮した。

表6 OSCE 課題別アンケートの結果(フィードバックは有効であったか)
人(%)

	あまり 意味がない	少し有効	有効	かなり 有効	非常に有効
課題1 バイタルサイン	0 (0%)	0 (0%)	13	13 (48.1%)	14 (51.9%)
課題2 感覚機能検査	0 (0%)	0 (0%)	9	17 (54.8%)	14 (45.2%)
課題3 関節可動域測定	0 (0%)	1 (3.2%)	9	15 (48.4%)	15 (48.4%)
課題4 片麻痺回復段階評価	0 (0%)	0 (0%)	6	20 (58.8%)	14 (41.2%)
課題5 基本動作介助	0 (0%)	0 (0%)	11	15 (51.7%)	14 (48.3%)
課題6 ADL指導	0 (0%)	0 (0%)	8	16 (50%)	16 (50%)
課題7 記録力検査	0 (0%)	0 (0%)	11	14 (48.3%)	15 (51.7%)
課題8 初回作業療法面接	0 (0%)	0 (0%)	17	10 (43.5%)	13 (56.5%)

注:()は、回答した人数を、全解答数から中央値を除いた人数で
除して100を乗じたものである

今回の課題は、症状シミュレーション系の模擬患者設定が多く、事前に担当教員のもとで練習を積むことにより学生でも十分役割遂行が可能であったと思われる。課題4の「片麻痺者回復段階評価」、課題6の「ADL指導」、課題8の「初回作業療法面接」に関しては、カリキュラム上、実施時期において2年生には充分教授された評価ではなかったため、教員が模擬患者となった。今後、模擬患者の養成に関しては、学科学生ではなく、外部から導入することも考慮すべきであると考えられる。模擬患者からの評価は有効であったかということに対し、「かなり有効」、「非常に有効」の割合が96%であり、有効であったことが伺える。

良い評価の条件には、妥当性・信頼性が求められる。今回、評価者が各課題につき一人のため、評価者間の信頼性は高いと思われる。模擬患者は複数で行ったため、事前に十分に打ち合わせ・練習を行い、模擬患者の技術の統一を図るように努めた。妥当性について、OSCEは、面接や技術・態度などを、ステーションに分けて、それぞれに見合った方法で測定するので、妥当性は高いと考えてよいとされている²⁾。

今回、総得点では全員が合格したが、個々の課題を検討すると約3割の学生が弱点を指摘され、総合臨床実習までに行うべき準備が明確となったことが示された。OSCEにおいて十分に実力が発揮できない学生においては、臨床で実力を発揮するためのさらなる準備の必要性が意識されたと思われる。

課題の難易度については、課題によって差が見られた。特に課題2の「感覚機能検査」、課題4の「片麻

痺者回復段階評価」、課題5の「基本動作介助」、課題6の「ADL指導」、課題8の「初回作業療法面接」では、「かなり難しい」という指摘が多く、課題8では「難しすぎる」(4名:16.7%)との指摘があった。

以上のことから課題の内容が過去の講義・演習で扱われていたと思われるかという質問において、課題1と課題8では「あまり扱われていなかった、全く扱われなかった」と回答する学生が約8割以上いたことから今後の時間割上の調節や教授法の考慮が必要であることが示された。

一方、課題3から6は授業で扱われていたと学生が認識していることがわかった。課題6の「ADL指導」において、課題が難しいという指摘に対しては、授業での扱いが不十分であったという指摘も若干認められるが、課題別の不合格者が10名と一番多いことも考えると問題解決能力を求められる要素が特に高いことと実際の介入をするという課題の特色があり、学生が苦手な要素であるとも考えられる。

フィードバックが有効であったかについては、全課題においていずれも約9割以上の学生がかなり有効であったと回答する割合が多いことより、学生の気づきを促し、総合臨床実習に向けた課題を明確するために、課題直後のフィードバックが有効であることが示唆された。

今後の課題としては、Advanced OSCEの結果と総合臨床実習での評価との関連を検討し、OSCEの内容的妥当性の検討を行うことである。また、外部模擬患者の導入の検討があげられる。さらに、臨床実習指導者の協力を得て、外部評価者による質の高いスキルチェック機能を構築することである。

河野^{3,4)}らは、臨床場面で求められる能力はマニュアル通りに対応できる能力ではなく、あらゆる場面に応用できる応用能力であり、OSCEの評価基準の統一により、療法士の能力を基準化することは可能であるが、「OSCEが全てではない」ことを理解した上でOSCEを用いることが必要であると述べている^{3,4)}。しかし、これまで指導・教育が難しいとされてきた態度・技能の客観的臨床能力の最低レベルを養成校が保証すること

表7 OSCE 課題別アンケートの結果(模擬患者からの評価は有効であったか) 人 (%)

	あまり意味がない	少し有効	有効	かなり有効	非常に有効
課題8 初回作業療法面接	0 (0%)	1 (4%)	15	10 (40%)	14 (56%)

注:()は、回答した人数を中央値を除いた人数で除して 100 を乗じたものである。

は必要であると思われる。

岩崎¹³⁾は、作業療法士に必要な資質と適正は、対人サービスを行う上での認知領域(knowledge; 問題解決能力, 論理的思考能力, 理解力・応用力)と情意領域(feeling; 感性, 意思・意欲), 精神運動領域(doing; 技能)に大きな偏りがないことであると述べている¹³⁾。作業療法士に必要な資質と適正を客観的に評価することは難しいがOSCEにより, 上記の領域の評価が可能であると思われる。

作業療法のOSCE課題と医学教育のそれを比較すると, 医学教育でのOSCE課題は疾患のみに焦点をあてた診断・診療技術が多いが, 作業療法では治療・介入が対象者の社会背景や環境なども含めた生活行為としての作業に焦点をあてた課題であるため, 課題設定が複雑になる。そのため, 課題設定と評価基準に関しては, 詳細に検討する必要がある。従来の医学教育で施行されているOSCE課題をそのままモデルとして応用することは難しく, 作業療法独自の卒前教育のレベルとの関連を検討する必要があると考える。

矢谷ら¹⁴⁾は、作業療法の原理, 哲学を相手にわかりやすく伝える能力, 作業, 活動を治療として有効に活用する能力, 作業療法で使用される評価および実践能力など, 「作業療法教育評価基準」を作業療法士自身が打ち出す必要があると述べている¹⁴⁾。今後は, このような「作業療法教育評価基準」に基づいてOSCE課題を設定することが必要であると思われる。実践能力を高められるOSCEの課題作成や合格基準の設定により, 学生のみならず教員の教育に対する意識を高め, より質の高い授業内容を見直す機会となることにも大きな意義があると思われる。

OSCEの課題作成および運営は, 茨城県立医療大学学科教員の花岡秀明助教授・白石英樹助教授・池田恭敏助教授・大歳太郎講師・塩原直美講師・藤田真紀助手・今井忠則助手・相原育依助手および, 鷲田孝保目白大学教授(本学名誉教授)・竹田徳則星城大学教授

(前本学助教授)・岸本光夫前本学講師・灘村妙子前本学嘱託助手・川田尚美前本学嘱託助手・海野洋平前本学嘱託助手の協力のもとに実施された。本研究は阿部帥前本学学長および小山哲夫学長のもと, 文部科学省大学改革推進事業「自己発展性を備えた医療専門職業人の育成」による補助を受けて行われた。

文 献

- 1) Harden RM, Stevenson M, Downie MM and Wilson GM: Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British medical Journal*, 22: 447-451, 1975.
- 2) 日本医学教育学会教育技法委員会: 臨床教育マニュアル. 篠原出版株式会社, 1994.
- 3) 河野光伸, 渡辺章由, 櫻井宏明, 岡田 誠, 金田嘉清, 才藤栄一: 療法士教育におけるOSCEの実践. *作業療法教育研究*, 4(1): 38-41, 2004.
- 4) 河野光伸, 渡辺章由, 櫻井宏明: 実践報告 療法士教育における客観的臨床能力試験(OSCE). *作業療法ジャーナル*, 38(3): 198-200, 2004.
- 5) 渡辺章由, 河野光伸, 岡田誠, 岡西哲夫, 坂本浩, 櫻井宏明, 金田嘉清, 才藤栄一: 作業療法士教育における客観的臨床能力試験(OSCE)の試み 第1報. *作業療法(特別号)*, 22: 462, 2003.
- 6) 河野光伸, 渡辺章由, 岡田誠, 岡西哲夫, 坂本浩, 櫻井宏明, 金田嘉清, 才藤栄一: 作業療法士教育における客観的臨床能力試験(OSCE)の試み 第2報. *作業療法(特別号)*, 22: 463, 2003.
- 7) 河野光伸, 渡辺章由, 櫻井宏明, 岡田誠, 金田嘉清, 才藤栄一: 作業療法士教育における客観的臨床能力試験(OSCE)の試み 第3報. *作業療法(特別号)*, 23: 598, 2004.
- 8) 河野光伸, 櫻井宏明, 渡辺章由, 寺尾研二, 金田嘉清, 才藤栄一: 客観的臨床能力試験(OSCE)による学生の臨床能力評価. *作業療法(特別号)*, 24: 327, 2005.
- 9) 井上薫, 谷村厚子, 伊藤裕子, 鈴木圭介, 木乃瀬隆, 栗原トヨ子, 菊池恵美子, 繁原雅弘: 作業療法教育における客観的臨床能力試験(OSCE)の導入—評価上の問題点と改善策—. *医学教*

- 育, 36:51, 2005.
- 10) Edwards, M. Martin, A : The Objective Structured Clinical Examination (O. S. C. E.) as an Evaluation Method for Occupational Therapy Students. Canadian Journal of Occupational Therapy, 56 (3) :128-131, 1982.
 - 11) 谷村厚子, 井上薫, 藪脇健司, 三浦香織, 毛束忠由, 遠藤てる, 里村恵子, 山田孝: 作業療法教育における客観的臨床能力試験 (OSCE) 導入に対する学生の認識. 医学教育, 36:51, 2005.
 - 12) 北川元二, 伴信太郎, 島田康弘: OSCE の医療面接における学生模擬患者の試み. 医学教育, 31:247-254, 2000.
 - 13) 岩崎テル子: 作業療法教育研究会の立場から. 作業療法, 24 (1) :16-20, 2005
 - 14) 矢谷令子, 濱口豊太: 教育評価および作業療法の教育と評価. 作業療法ジャーナル, 38 (3) :166-172, 2004.

作業療法教育研究 第7巻1号 機関誌投稿論文募集

日本作業療法教育研究会の逐次刊行物「作業療法教育研究」は、2000年に第1巻第1号が創刊されて以来、毎年1巻のペースで発刊されています。第7巻1号は、2007年7月末の発刊予定です。

研究論文や実践報告、事例研究をはじめとして、現在の作業療法教育に対する提言、問題提起、教育現場でのちょっとした工夫、学生の声などを広く募集します。詳細については「作業療法教育研究」巻末の投稿規程をご覧ください。

【投稿原稿の送付先・連絡先】

日本作業療法教育研究会事務局 田丸あき子

〒433-8558 浜松市三方原町3453

聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部

作業療法学専攻 田丸あきこ研究室内

TEL:053-439-1400 FAX:053-439-1406

E-mail : info@joted.com