特別講演 1

作業ベースの OT 実践と教育

中村　春基

人は一人では生きていけない．また，人は作業なしでは生きていけない．人は作業を行うことで，自分らしさを確認し，生きる糧を得，役割や価値，自己と他者など社会人として個人としての存在を自覚できる．その中での作業療法士の役割は，「作業」の保障につきる．「人は作業を行うことで元気になれる」という作業療法の考え方は普遍的であり，作業療法の原点と言える．

厚生労働省医政局発通知 043 第 2 号（平成 22 年 4 月 30 日発）において，理学療法士・作業療法士法の手芸，工作等の「等」の部分の解釈として，

「移動や食事・排泄・入浴等の日常生活活動に関する ADL 訓練」

「家事・外出の IADL 訓練」

「作業耐久性の向上，作業手順の習得，就労環境への適応等職業関連活動の訓練」

「福祉用具の使用等に関する訓練」

「退院後の住環境への適応訓練」

「発達障害や高次脳機能障害に対するリハビリテーション」

と通知している．これらの訓練は「作業」なしには成立しない．

地域包括ケアシステムにおいては，これらに加えて「予防」の領域で，医療で培った知識や技術の応用が期待され，直接的な訓練の他にもマネジメントによる役割を期待されている．

昨年取り組んだ厚生労働省老人保健健康増進等事業の中で，「介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業」において，13 施設，29 名の「障害高齢者の日常生活自立度ランク」で主に C ランクの方に，多職種協働で，MTDLP による介入とシーティング，福祉用具の活用等による活動と参加に対する取り組みをそれぞれ 3 か月間実施し，その変化を ICF で評価したところ有効性が証明された．これは，要介護度 4 ～ 5 の状態の方への作業療法の具体的な実践と ICF を活用することの有効性を示した貴重な取り組みである．また，改めて 24 時間 365 日の活動を見越した多職種協働の重要性を認識する機会となった．

あと一つ主に要支援 1・2 の軽度者を対象とした，総合事業，通所・訪問 C 型事業におけるあり方についての取り組みでは，MTDLP による介入により，作業の再獲得が多くの症例で確認された．

この二つの研究事業は対象者が高齢者であるが，病院にかかる前の一見健康な高齢者であっても，作業の障害を持ち，それが作業療法の対象になること，また寝たきりになってもその方の尊厳を重視した，活動と参加の取り組みが可能であることを示した．

最近ある病院の療法士からの相談で，50 歳代男性で 4 月に転倒により C3，C4 の頸髄損傷，独身で 70 歳代の母親と二人暮らしの患者に対して，障害受容に関することについておよび今後の方向性の 2 点について相談を受けた．短い時間ではあったが，患者さん・スタッフのお話しと簡単な身体機能の評価を行った．その際に感じたことは，スタッフに本症例のような患者の治療経験がなく，全く教科書通りの，通り一辺倒の治療であること，予後予測が出来ない，拘縮など二次障害をつくっていること（痙性の影響と解釈しているが，それは間違いであることに気づいていない），三角筋の前部繊維は十分な収縮があるにも関わらず大胸筋の同時収縮等により本来可能な関節運動が引き出せていない，そもそも筋力を筋別に評価するという意味を理解していない等々，基本的なアセスメント能力の不足があった．また，協調性訓練と筋力増強訓練の違い，ポジショニングや自律神経障害への対応等々の治療方法に関しても多くの課題を感じられた．このような現状は

日本作業療法士協会 会長

きっと日本全国で見られることと思う．「私に任せなさい」と言いたいところである．きっと，１週間もあれば，作業ベースの作業療法を展開できると思うのだが‥．障害を持ち，この先，真っ暗な人生しか考えられない患者さんに対して，具体的な光や目標を見せるには，「作業」が最も有効なのは明らかである．それを教育するには，OJT での違いを見せることが手っ取り早いように思う．

略歴

学歴

1977 年　国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院卒業
（2004 年 4 月 1 日より「国立病院機構近畿中央胸部疾患センター」に変更）
厚生省により OT 免許取得

職歴（直近３つの勤務先）

2006 年　兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション西播磨病院
2010 年　兵庫県立リハビリテーション中央病院
2015 年　日本作業療法士協会　常勤会長

社会的活動

・（社）日本作業療法士協会会長
・（財）訪問看護振興財団評議委員他

特別講演２

学生の理解をはぐくむ作業療法教育（教授法）

宮前　珠子

米国の national learning laboratories は 20 世紀半ば，種々の教育方法による学習の持続率について研究し，図のような学習効果のピラミッド図を示した．これによれば従来型の講義中心の教育では，学生は５％しか覚えておらず読書よりも劣るとされる．

一方，他人に教えた場合には 80％を覚えているとされており，授業によって最も学習しているのは学生よりも外ならぬ教員自身であることが分かる．

また，目を輝かせて入学した学生が学年の進行とともにやがて意欲を失い，単位を取ることを主目的として惰性で授業に出席するという風景はどこでも見られ，この問題を解決するには学生が教員の講義を受動的に聴くという伝統的な教育方法から，能動的に勉学できるような方法に変える事が効果的であると考えられようになり，アクティブラーニングということが言われるようになった．

アクティブラーニングが，我が国で文部科学省の施策用語として登場したのは，2012 年 8 月 28 日の中央教育審議会答申「新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて」とされ，その用語集で，アクティブラーニングは「教員による一方的な講義形式の教育とは異なり，学習者の能動的な学習への参加を取り入れた教授・学習法の総称で，学習者が能動的に学修する事によって，認知的，倫理的，社会的能力，共用，知識，経験を含めた汎用能力の育成を図る．発見学習，問題解決学習，体験学習，調査学習等が含まれるが，教室内でのグループディスカッション，ディベート，グループワークによっても取り入れられる」と説明されている．

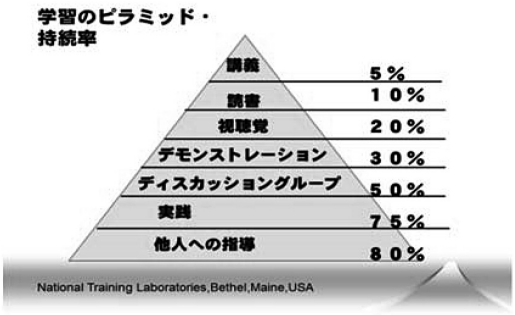
アクティブラーニングの有効な方法の一つとして考えられたのが problem based learning（PBL）であり，カナダマクマスター大学ではじめて取り入れられ，現在では世界の医学教育や作業療法教育に取り入れられている．また最近ではこれに変わるものとして team based learning（TBL）の手法も使われるようになってきた．しかしアクティブラーニング自体は，方法から見た手法であり，アクティブラーニングの経験をするだけでは到達目標に達したか否

聖隷クリストファー大学

かを計ることはできない.

学修者が確実に到達目標に達するように計画するのが，学習者の「成功的教育観」の立場を前提とする「教育工学」の中心的課題「インストラクショナルデザイン」であり,旧来の教師側の「意図的教育観」による教育とは立場を異にする.

「不易流行」. OT 教育の世界においても，教師の授業力の「不易」の幹として，インストラクショナルデザインの考え方を採用し,「流行」として,情報社会に適応する最新の ICT，IoT などを利用し,「キー・コンピテンシー」「21 世紀型スキル」「21 世紀型能力」なども視野に入れつつ，これからの社会の変化に対応出来る力を育てる必要があるように思われる.



略歴

学歴：青山学院大学文学部教育学科，国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院 OT 学科,コロラド州立大学大学院修士課程修了 (M.S),東京大学大学院医学系研究科. 乙. 博士(医学)

職歴：東京大学医学部附属病院 OT，国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院教官，国立身体障害者リハビリテーションセンター OT, 同研究所室長, 広島大学医学部保健学科・同大学院教授，聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部・同大学院リハビリテーション科学研究科教授・研究科長，現在に至る

著書：PBL テュートリアル Step by Step，作業療法士のための研究法入門，作業療法技術ガイド

特別講演３

『作業療法教育の基準改定の方向性』
～ WFOT 作業療法士教育最低基準の改定と指定規則の見直しの方向性～

陣内　大輔

2017 年は日本の作業療法士教育にとって，大きな一つの節目になるのであろうと思う.

現在，我国における作業療法士養成教育は 50 年を経過し，有資格者はおよそ 85000 人で毎年 5000 名以上が免許を取得している．WFOT においても学校養成施設数は世界第１位，協会員数は米国に次いで第２位となった．しかしながら，教育（修業）年限は３年，アジア諸国を含め４年制教育以上が主流になりつつある中で，教育先進国であるかは疑問である.

さらに少子化が進む中，多くの学校養成施設（教員）が学生生徒の確保や学習指導，生活指導，臨床実習指導，また臨床実習指導者においても多忙な臨床実践の中での臨床実習教育のあり方，要求する到達水準の乖離など解決すべき課題も散見される．作業療法士及び作業療法サービスの質の保証は，協会

日本作業療法士協会教育部 部長

としても喫緊の重要課題である.

さて，このような状況を背景にして日本作業療法士協会では，世界作業療法士連盟による14年振りの改定となった「作業療法士教育の最低基準2016」を踏まえた「日本作業療法士協会　作業療法士教育の最低基準　第4版」の作成，また卒前教育の重要な課題であり，数年前には国会においても取り上げられた臨床実習教育に関する「日本作業療法士協会　作業療法臨床実習指針」をはじめて作成した.

さらに1999年4月に改定施行され，既に17年が経過した現行「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」及び「養成施設指導ガイドライン」の改定に関する「理学療法士作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」が2017年6月から厚生労働省において開始され，2017年のうちに5回の会議を開催し，2018年は厚生労働省医道審議会での承認等を経て，近く施行，その後入学生からの適用となる予定が示されている.

当日は，以下のような点について説明し，参加者の皆様からのご質問やご意見にも対応したいと考えている.

1.「日本作業療法士協会　作業療法士教育の最低基準　第4版」
　1）第3版からの変更点について
2.「日本作業療法士協会　作業療法臨床実習指針」
　1）臨床実習の考え方
　　・臨床実習で許容される臨床技能とその水準
　2）卒前教育が果たす役割と臨床実習の到達目標
　　・臨床実習の到達目標
　　・基本的態度・臨床技能・臨床思考過程
　3）臨床実習の流れ
　　・基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の修得の流れ
　　・臨床実習指導体制
　　・臨床実習の評定
　　・作業療法士学校養成施設と臨床実習施設の協力
　4）その他
3.「理学療法士作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」
　1）養成教育アンケート結果
　2）「日本作業療法士協会　カリキュラム等改善案」
　　・カリキュラム及び単位数（時間数）
　　⇔　WFOT MSEOT 2016
　　・教員及び臨床実習指導者要件
　　・教員及び臨床実習指導者研修
　　・臨床実習関連
　　・その他
　3）「第1回～第3回理学療法士作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」
4. まとめ

略歴
1985年　熊本リハビリテーション学院　作業療法学科卒業
臨床を経て
1989年　熊本リハビリテーション学院　作業療法学科入職
2013年　国際医療福祉大学　保健医療学部　作業療法学科入職
現在に至る
医道審議会理学療法士作業療法士分科会臨時委員
（一社）日本作業療法士協会　常務理事　教育部長　倫理委員　代議員　他
（一社）全国リハビリテーション学校協会　理事
（一社）リハビリテーション教育評価機構　理事　事務局長

シンポジウム

これからの臨床教育をどのように考えるか１
『世界作業療法士連盟の教育基準の改定から』

佐藤　善久

国際社会においても臨床実習を取り巻く環境は大きく変わろうとしている．教育年限の延長やOT実践の多様化，作業療法士の国際的な移動，機能ベースの介入から地域生活の支援・インクルーシブな社会を実現するための介入の焦点の移行，個人サービスから社会システムの構築や人権に関わる支援など20年前には考えられない大きな国際的変化が生じている．

その中で日本における臨床実習は社会の変化に合わせた，柔軟かつ十分な対応ができているのであろうか．世界作業療法士連盟（以下，WFOT）は2016年の代表者会議（コロンビア）で作業療法教育最低基準（以下，MSEOT）を見直し，2016年度版の基準（以下，MSEOT2016）を承認した．この改定は2002年以来のものであり，当時の社会情勢や作業療法のあり方と大きく変わったことを意識した基準の見直しとなった．以下では，その中の臨床実習の記載に関する部分を紹介する．

臨床実習の目的として重視したことは，知識・技術・態度の統合（KSAの統合）の機会とし，その中でも専門職としてのインクルーシブな社会に貢献できる作業療法士のリーズニングと行動の統合を上げている．学生が経験すべき実践領域は，異なる施設や領域，世代，ニーズ，環境を考慮した実践の場とし，特に年代や長期的支援施設で作業に焦点を当てた介入を経験するよう求めている．経験すべき内容・施設として「個人的要因（性別など）」，「個人・集団・地域支援」，「心身の障害」，「異なるサービス形態」，「職業支援・キャリア支援」，「新規領域・アートや文化サービス」，「新規に作業療法士が雇用される可能性のある施設」を上げ，この要因の中から少なくとも３つ以上の要素を経験すべきとしている．また実習時間は明確な根拠は示していないが，他の専門職の動向を考慮して1000時間以上として，実践の場で経験することを重視した．

臨床実習教育者は学生と１対１の配置に限定されることなく，十分な指導が提供でき，対象者の安全の確保と効果的な支援ができる資質を有することを求めている．さらに実習指導者は必ずしも臨地で直接指導できない場合でも，施設に十分な指導体制があり，現場の指導が他職種によるものであっても作業療法に関する十分な経験と外部から十分な作業療法士の指導が受けられる場合には臨床実習と見なすとしている．養成校の教員が熟知している施設で直接的な指導は他の専門職が行っても教員が最終的な指導を行うことができる場合には臨床実習として成立する．

本基準をもとに日本作業療法士協会では世界作業療法士連盟の認可校の基準として「作業療法士教育の最低基準」を2017年８月に定め，2018年度の申請校より適応する予定である．その中で臨床実習に関わる部分として以下の点が認可・更新の基準となる．実習時間は1000時間以上で，すべての時間を作業療法サービスが直接提供される対象者のもとで行うものとし，学内での授業やセミナー等は臨床実習時間に含まない．実習施設は指定規則で定められた臨床実習と，指定以外の臨床実習に区分され，指定以外の臨床実習では，就労施設や学校，福祉施設，行政など今後作業療法士の就労が見込めるまたは増加する施設での実習も認めている．上記の二つのカテゴリの現場での実践経験の総時間が1000時間以上必要となる．

また，学生が経験すべき内容として作業療法の一連の経験とともに，特に地域特性を理解し，作業に焦点を当てた作業療法の実践を経験することが必須であり，６週間以上連続した臨床実習を複数回展開

東北福祉大学 健康科学部リハビリテーション学科

することを求めている．実習指導者の資格は現行の３年以上としているが，単に経験で教育するのではなく，OT 協会が主催する臨床実習指導者研修会等に参加し，修了した者が指導にあたることが望ましいものとしている．実習施設は OT 協会が指定する臨床実習指導認定施設であることが望ましいが，その他の施設は作業療法の実践を必要とする施設であり，その内容を明確に示す必要があるともしている．

さて，世界的に作業療法士の質・量ともに充実が図られる中，すでに作業療法士が国際的に移動しながら活躍する時代となった．今回の MSEOT2016 では対象者個人に対する作業療法士の実践的な技術の習得に焦点を当てた改定ではなく，インクルーシブな社会の実現や人権などの社会問題に取り組むことができる資質の育成や作業療法の専門職としてのリーズニングができる人材の育成が臨床実習の課題となったといえる．課題に追われ，眠れぬ夜を過ごし，耐え忍ぶ臨床実習から上記の様な作業療法士が誕生するのは難しいことであろう．現在の臨床実習の形態や目的が次世代を担う作業療法士を養成しうるのであろうか？　未来に希望を感じる作業療法士を育成できるのであろうか？　国際的に移動可能な作業療法士が育っていくのであろうか？　など国際的な動向に比すれば現在の日本の臨床実習は課題が山積のように思われる．

略歴
＜学歴＞
国立仙台病院附属リハビリテーション学院卒業後（1981 年），東北学院大学英文科（二部）卒業（1992 年），ウエストミシガン大学作業療法学修士修了（1995 年），東北大学医学系研究科障害科学専攻博士課程修了（2000 年）
＜職歴＞
桑名病院，新潟大学医学部附属病院の臨床経験を経て，国立仙台病院附属リハビリテーション学院厚生教官，東北医療福祉専門学校教員，東北文化学園大学･大学院（講師，准教授，教授）の教員経験を経て，現職の東北福祉大学健康科学部教員（教授）となる．
＜主な社会活動（経験）＞
日本作業療法教育研究会（理事，副会長），日本作業療法士協会（元国際部，WFOT 代表代理，教育部 WFOT 教育班，第 44 回日本作業療法学会学会長），宮城県作業療法士会（元会長），高齢者生活支援研究会代表など

シンポジウム

これからの臨床教育をどのように考えるか２
『臨床実習の手引き改正から』

鈴木　孝治

作業療法の臨床実習は 1965 年の「理学療法士および作業療法士法」（法律 137 号）に基づき，「指定規則」および「理学療法士・作業療法士学校養成施設指導要領（現在は指導ガイドライン）」により規定されている．

藤田保健衛生大学

1966 年，全 3300 時間の教育の内，臨床実習は 1680 時間で開始され，医師教育インターンシップ制に採用されていた，一人の患者に対する評価から治療にいたる過程の担当に準じた形態であった．

1972 年，一般教養科目を増やし，ゆとりある教育を目指し 2730 時間（臨床実習 1080 時間）に改正されるが，1990 年には，全 3020 時間に増加するものの，

臨床実習は810時間とさらに減少することとなった．

1999年，高等教育全般の大幅な改革の動きを受けて，全体で93単位（臨床実習18単位：810時間）となり，社会的ニーズの多様化に対応した教育内容の区分別大綱化，単位制の採用，臨床実習施設の拡大（２／３以上は医療機関）となった．

このように作業療法士の臨床実習は，その時間だけをみても，現在は1966年当初に比べ，半分以下となっている．また，近年の医療の高度化，患者の高齢化・重症化，平均在院日数の短縮等により，業務も多様化・複雑化している．さらには，実習指導体制の面からも大きな社会問題として取り上げられている．

現状の教育に係る問題としては，学生の一般常識・コミュニケーション能力の不足，実習時間の確保が不十分，実習指導者の資質が低下している問題，現実の作業療法実践に即した教授内容が伴っていないこと，総合教育科目および地域作業療法学を中心とした教授内容が不十分，世界作業療法士連盟の基準と照らし合わせると専門科目の比重が低いこと，作業を中心とした科学性の教授の不足していること，が挙げられる．

これらを踏まえて，（一・社）日本作業療法士協会教育部養成教育委員会では，指定規則および指導ガイドラインの改定案を数年前より検討・作成し，現在開催されている学校養成施設カリキュラム等改善検討会へ資料を提出し，審議されているところである．改定の主な目的は，日本作業療法士協会の「地域生活移行支援の推進～作業療法５（GO!）・５（GO!）計画～」に即し地域生活移行支援を見据えた教育内容に改定することである．改定の原則として，構造的な観点からは，①修業年限は３年間に据え置きを基本に，②現行の「基礎分野」「専門基礎分野」「専門分野」の枠は崩さないこととした．内容的な観点からは，③WFOT（World Federation of Occupational Therapists: WFOT）の規則を考慮し，医学的知識を確保しつつ専門科目の比重を高めること，④総合教育科目（基礎分野・教養科目）の充実，⑤作業を中心として地域活動に対処できる内容と作業の科学性についても修得させること，⑥臨床実習単位は３年制ではあるが，地域作業療法学の実習も考慮し22単位に増加させ，WFOTの基準と同等にすること，⑦臨床実習の考え方は，臨床実習時間の２／３以上を介護老人保健施設などを含んだ「医療提供施設で行う」こと，作業療法の実践分野に偏りなく行うこととした．さらに，新たにクリニカルクラークシップ形式の臨床実習とすること，臨床実習指導者には厚生労働省の定めた所定の研修を義務付ける旨が明記される予定である．

改定される予定の指定規則および指導ガイドラインを基に，作業療法臨床実習の手引きの改正を進めている．この骨子は，①経験することが実習の原則であるので，クリニカルクラークシップ形式を基本とすること，②指導者の下での見学・模倣・実施を段階的に技能単位での経験をさせ，少なくとも１例は実習指導者が担当する事例の評価から介入にいたるまでの過程を経験させること，③学生が経験し得た技能をチェックリストなどで確認できること，④学生の評価は，基本的態度，臨床技能，臨床思考過程の３側面から，実習指導者と教員の密な情報交換の下，原則，教員が行うこと，⑤臨床技能についてはOSCE等を活用すること，⑥総括的評価としてルーブリック評価を用いること，とする．

略歴

学歴：

1983年３月　東京都立府中リハビリテーション専門学校作業療法学科卒業

1997年３月　筑波大学大学院教育研究科カウンセリング専攻リハビリテーションコース修了

2006年３月　千葉大学大学院自然科学研究科情報科学専攻情報システム科学講座（博士後期課程）単位取得満期退学

2014年３月　教育学博士（京都女子大学）（現在に至る）

職歴：

1985年７月　信州大学医療技術短期大学部作業療法学科　助手

1987年７月　小田原市立病院診療部リハビリテーション室

2003年４月　茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科　助教授

2008年４月　文京学院大学保健医療技術学部作業療法学科　教授

2010年4月　国際医療福祉大学小田原保健医療学部作業療法学科　教授
2015年2月　藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科作業療法専攻　教授（現在に至る）

シンポジウム

これからの臨床教育をどのように考えるか3
『専門学校の教育と臨床の場の経験から』

長倉　寿子

「作業療法の教育」という視点から，教員として単純に教えるという行為だけでなく，教員が学習させたいことを生徒が身につけるためにはどのように教育を実践するべきかを考えながら学内の教育システムを展開してきた．専門学校と大学教育と分けて考えてきたわけではないが，3年制専門学校の限られた人的資源や時間の制約といった課題に対し，効率よく最低教育の水準を満たすために先進的な養成校の取り組みを参考にカリキュラムやシラバスについて教育内容や方法の充実に取り組んできた．一方的な教育とならないよう考慮はしていてもむしろ学生の主体性を損なう結果となっているのではないかや参加型学習のための教授方法，あるいは積み上げていく学習をどのように支援すべきかなど悩みは尽きない．また,「進路に迷ったから専門学校を選んだ」「資格取得のため」など，進学という意志の乏しい学生も在籍することがあり，そこで改めて「専修学校」という教育施設の目的について問われていると感じることも多く,「作業療法教育の質の担保」を考えた時，学生募集の在り方など迷うこともしばしばである．養成校の教育方針を明確に打ち出すためには，学内教育での日々の学生との関わりや教員間の情報共有が重要と考えている．担任を中心とした学生把握や学習支援では，学内における科目の学習を通して学生の知識・技術・態度について教員間でも形成的評価や総括的評価の視点を持って学生指導を実施する必要がある．学内の教員もチームで教育支援をしていると言った意識を大切にしてきた．最近，学生の学力的課題や行動特性が課題として取り上げられる面も多いが，教員および指導者の教員力，指導技術など教授する側の質も問われなくてはならないと考える．

臨床教育においては医療・福祉の多様な変化によって作業療法もさらに多様化し，そのことによって作業療法士の臨床環境も変化しているため，単純に臨床実習の在り方を統一できるものでないと考える．教育もまた環境による違いは必然であり，そのことを実習地と養成校，あるいは実習地間においても共有することが必要である．臨床の現場は，学内では到達目標とするには難しい社会性を学習する場と考える．複数の指導者や対象者の方々に接することが対人技能の反復演習となり，人との関わりを通して職業人としてはもちろんのこと，人間的成長ができる重要な教育の場であり，これは指導者がいるからこそ達成できるものでもある．新しい臨床実習の模索は重要であるが，従来型臨床実習がもたらした意味は大きく，なかなか大きな転換は難しいことも事実である．指導者の養成や支援については，学校側からの発信の手段として臨床指導者会議や実習地訪問だけでは網羅できない課題も多く，卒前教育から卒後教育を通した生涯教育のシステムについての検討も必要と考える．

今回このような機会をいただき，学生だけでなく指導者も安心して臨床実習に取り組むことができ，お互いに充実した経験となるためには，どのような視点や変革が必要となるのかについて検討を深めたいと考える．

順心リハビリテーション病院 地域リハビリテーションセンター

教育方法論ワークショップ

教育方法論ワークショップ「コンピテンシー」ver 3
臨床経験に適合したOTコンピテンシー

酒井ひとみ[1)]・藤井　有里[1)]・辻　　陽子[1)]・大谷　将之[2)]・西村　昭宣[3)]・永井　洋一[4)]

＜はじめに＞

今回で３回目となるコンピテンシー・ワークショップでは，コンピテンシーに基づいたカリキュラムについて話題提供をいただき，そのあとで今年のテーマでもある臨床実習でコンピテンシーを育む仕組みを体感するワークショップを準備しました．

学生自身がOTになっていくために求められているコンピテンシーを入学時から意識することが大切ですが，これは，教える側の責任として明示していかなければならないことです．実践例からヒントを得たいと考えています．

そして，OTコンピテンシーを意識しながら学びを重ねた学生が，臨床実習でも，磨きをかけていくための方法として，昨年このワークショップで紹介したカナダのコンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価を用いたワークショップを実施します．コンピテンシーを育むには，単に指導者から，「あなたの成績はこれです」と伝えてその理由をしゃべって終わるような従来の学生評価の仕方ではなく，OTコンピテンシーを意識しながら学生自身がこのコンピテンスでは実習においてはどのようなことにどこまで取り組もうと考えているのか，また，そのための戦略や判定方法はどうするか等，指導者と意思疎通をしながら決めていき，それに取り組む．そんな主体的な，心が通い合うような仕組みを体感してもらうことで，実習も学生が能動的に取り組み肯定的な経験に繋がります．そして，このようなやりとりこそ，学生が実習先で担当するクライエントとやり取りする雛形になっていきます．

1）関西福祉科学大学
2）障がい者支援センターてらだ
3）東大阪山路病院
4）新潟医療福祉大学

＜本ワークショップの目的＞

参加者は，臨床実習場面を想定した作業療法士コンピテンシーの育み方を理解する．

＜話題提供＞

1．ゲストスピーカー　千葉県立保健医療大学　岡村太郎「アウトカム基盤型教育とミッション，コンピテンス，コンピテンシー」への取り組み
2．コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価の使用経験　コンピテンシーWG報告

＜ワークショップ＞

1．コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価（CBFE-OT）の説明
2．演習：CBFE-OTが挙げる７つのコンピテンシーの１つ選択し，コンピテンシーの評価尺度，学習目標（目標･目標達成に必要とした資源･根拠･確認（検証)），学習目標評価尺度を使用
3．まとめ

配布資料

・CBFE-OTのマニュアルと評価表の翻訳版
（Linda Miller, Helene J Polatajko, Mark Hartley, Ann Bossers: Competency Based Fieldwork Evaluation for Occupational Therapy: Manual, Delmar Pub, 2002.）

本ワークショップの成果は，機関誌等にまとめを投稿する予定です．

教育方法論ワークショップ

『アウトカム基盤型教育とミッション・コンピテンス・コンピテンシー』への取り組み

岡村　太郎

2015 年 4 月，当大学に田邊政裕学長として就任し，「アウトカム基盤型教育（Outcome-based Education, OBE）は，経過より結果を重視するグローバル・スタンダードな教育」を掲げた．今回，その取り組みについて話題提供をする．

＜コンピテンス（案）の作成・提案＞

OBE について，2015 年 8 月より，FD が開始された．学長より OBE について説明され，当大学に応用する為に下記の確認・提案がされた．1）当大学の理念（ミッション）の確認．2）理念を踏まえ医療専門職を対象としたコンピテンス，コンピテンシーに関する論文[1)]より当大学コンピテンス（領域）の提案がなされた．

＜各学科教員によるコンピテンス・コンピテンシーの作成＞

2016 年 3 月にテーマとして「千葉県立保健医療大学の学生が卒業時に発揮できる能力（コンピテンス）」についてほぼ一日かけたワークショップが開催された．参加者は全学科専攻・共通教育会議より参加とし，事前準備として①各専門職の大学教育におけるコンピテンシーの情報収集　②各専門職の海外の大学教育におけるコンピテンシーの情報収集とした．それまで部会で練られた 7 領域コンピテンス（案）1．倫理観とプロフェッショナリズム，2．コミュニケーション能力，3．実践に必要な知識，4．保健・医療の実践力，5．専門職との協働，6．健康作りへの貢献，7．生涯にわたる探求と自己研鑽とし，コンピテンスを具体的に評価可能な形（コンピテンシー）と定義し，KJ 法にてまとめられた．それぞれのコンピテンスについて，各学科専攻の意向を反映し，学部共通のコンピテンシーを作成した．例として「4．保健・医療の実践力」では，OT 専攻は，ROM や MMT などの身体運動機能を測定できる．精神機能の評価結果をもとに，改善のためのプログラムを提供できる等を反映できるよう提案した．形成されたコンピテンシーについてさらに全体で討議され案が提出された．

＜ OT 専攻のコンピテンシーの作成＞

OT 専攻のコンピテンシーは，学部コンピテンスを基に，作業療法のシラバスと国家試験出題基準を参照に専攻で討議し作成した．

＜ OT 専攻のコンピテンシーと科目の整合性＞

コンピテンスごとに，現行科目の教育内容・方法について点検された（「コンピテンシーに基づくカリキュラム表」作成）．方法は各コンピテンシーのパフォーマンスレベルとその評価方法について 3 か月程度かけて点検した．

＜コンピテンシーとディプロマポリシー（DP）とアドミッションポリシー（AP）＞

2016 年 9 月に教育ワークショップとして，コンピテンシーを基に，学部 DP と AD が検討され，教授会で承認された．続いて OT 専攻で学部 DP と AD を基に OT 専攻の DP と AD が続いて討議決定された．

＜ DP に基づくカリキュラムポリシー（CP）＞

現在，コンピテンシーが反映された DP をアウトカムとした CP の再構築と，現行カリキュラムの点検を参照とし，CP に基づく新カリキュラムの再編成をする予定である．

1）Englander.etal,.Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for PhysiciansAcademic Medicine, Vol. 88, 2013

千葉県立保健医療大学

略歴

昭和 59 年愛媛十全医療学院卒業，財団法人潤和会記念病院に就職．潤和会記念病院，新所沢潤和病院，河田病院，国立精神・神経センター

武蔵病で臨床経験，岡山健康医療技術専門学校，高知リハビリテーション学院，新潟医療福祉大学等で教員経験，現在に至る．途中勤務しながら，仏教大学社会福祉学部卒業，新潟大学大学院医歯学総合研究科地域疾病制御医学専攻修了，博士（医学）．

教育方法論ワークショップ

『コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価の使用経験』

大谷　将之[1)]・西村　昭宣[2)]・伊藤健次郎[3)]

＜はじめに＞

コンピテンシー WG は一昨年より近畿圏の OT を中心に発足した．その取り組みの１つとして，コンピテンシーに基づく作業療法士のための実習評価（Competency-Based Fieldwork Evaluation for Occupational Therapists 以下；CBFE-OT）の日本語訳を行い，昨年の第 21 回日本作業療法教育研究会で紹介した．今回 CBFE-OT を数名の OTR が臨床実習や新人教育において使用した経験を報告する．

＜ CBFE-OT とは＞

カナダ作業療法協会の後援と承認を得て 2002 年に発行された臨床実習の評価表である．評価の対象となるのは，専門職として活動する際に十分なパフォーマンスの基礎を形成する知識，技術，価値，及び個人的資質であり，コンピテンシーとして，①実践に関する知識，②クリニカルリーズニング，③実践の過程に変化を促すこと，④専門職としての関わり方と責任，⑤意思の疎通，⑥専門職としての成長，⑦遂行の自己管理の７領域にまとめられている．評価表は７つの領域に対して，０～９点の 10 段階評価尺度で採点する．

＜使用経験について＞

１）長所

・各コンピテンシーの理解が進めばとても使いやすく，指導者側として振り返りツールとしても運用でき，新人教育にも生かせそうであった．

・学生とコミュニケーションを取りながら，押し付けの指導にならずに，学生中心で取り組むことができ，指導者・学生共に実習がやりやすくなった．

・実習の取り組みにおいてフレームを提供することができ，臨床実習で求められることを学生自身が理解することができた．

２）短所

・言葉の意味が分かりづらいこともあり，また各段階の定義が難しく，採点が難しかった．

・コンピテンシーという概念自体が学生はもちろん，指導者においても理解するのに難しい部分があるため，マニュアルを何度も読み返しながらする必要があった．

・コンピテンシーの領域について，どのような行動をすればいいのか分かりづらく，指導者と学生の認識にギャップが生じることがあった．

＜まとめ＞

CBFE-OT を使用することで，向かうべき方向性を見失うことなく，意思疎通を図りながら押し付けの指導にならずに学生（クライエント）中心に実習を進めることができ，指導者も良い振り返りとして行える長所が挙げられた．しかし用語としては馴染みがないものも多いため，学生も指導者もコンピテンシーの教育が必要であり，実際の取り組みにつなげていくには，具体的な行動を明確にしていくことが必要であることが示唆された．

1）障がい者支援センターてらだ
2）東大阪山路病院
3）アクティブ訪問看護ステーション

研究と報告

臨床実習での生活行為向上マネジメント活用を検討する
～ 2015 年と 2016 年の MTDLP 活用実績からのカリキュラム検討～

Examination to utilize Management Tool for Daily Life Performance on clinical training
— Curriculum examination from the MTDLP utilization results of 2015 and 2016 —

榊原　康仁[1)]・林　　亜遊[1)]・木瀬　憲司[2)]
Yasufumi SAKAKIBARA・Ayu HAYASHI・Kenji KISE

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(2): 13-19, 2018

要約：本学科の 2015 年度と 2016 年度の最終学年学生は，生活行為向上マネジメント（以下，MTDLP）の学内カリキュラムを受講して臨床実習を経験した．特に 2016 年度の最終学年学生は，2015 年最終学年と比較して MTDLP のカリキュラムを増やし臨床実習指導者（以下，SV）会議でも本学科教員から SV に臨床実習での積極的な MTDLP 活用をお願いした．今回，2015 年度と 2016 年度の最終学年学生に対して臨床実習終了後，臨床実習中における MTDLP の活用実績，SV から学生への MTDLP 活用の促進，臨床実習中にどのシートを活用したか，MTDLP の活用と不活用の理由についてアンケート調査を実施し，両群を比較した．結果，MTDLP の活用実績と SV から学生への MTDLP 活用の促進には有意差はなかった．しかし，2016 年度の学生には活用シートが多く，自由記述の分析からは，2016 年度の最終学年学生はアセスメントとプランの整理に視点が広がり，両群を通じて不活用理由に学内カリキュラムと実習施設の問題が示唆されるカテゴリがあった．考察からは，臨床実習で MTDLP をもっと活用するためには，学生が活用に自信の持てるカリキュラム構築と養成校が実習施設に理解してもらえる指針を示すことが考えられた．
Keywords：生活行為向上マネジメント（MTDLP），臨床実習，カリキュラム

緒言

生活行為向上マネジメント（以下，MTDLP）は作業療法のプロセスを分かりやすく示したツールであり，日本作業療法士協会（以下，OT 協会）では MTDLP を全会員に普及させることを重点項目においている[1)]．同時に作業療法学生（以下，学生）への卒前教育においても OT 協会は「MTDLP 教員研修」を開催し，カリキュラムへの導入を促進している[2)]．それ以降，各々の作業療法養成施設（以下，養成校）での MTDLP のカリキュラム導入は，模索段階であることが予想される．

本学科では，学生に対象者の生活行為を支援できる作業療法士（以下，OT）を目指すように指導している．ところが土井[3)]は臨床実習の場において，医学モデル的な考え方により制約が生じており，臨床実習では，対象者の機能の評価に時間が割かれ，具体的な生活行為の支援が疎かになりがちであると述べており，本学科も例外ではない．そのため対象者の望む生活行為に焦点を当て，対象者と目標を共有し，対象者が自分の回復に積極的に関与できるように工夫されている MTDLP は，ぜひ学生に臨床実習で活用してもらいたいツールであると考えてい

1）大阪医療福祉専門学校作業療法士学科
Osaka College of Medical & Welfare Department of Occupational Therapy
〒 532-0003　大阪市淀川区宮原 1-2-14
1-2-14, Miyahara, Yodogawa-ku, Osaka, 532-0003, Japan
2）社会医療法人大道会森之宮病院
Morinomiya Hospital
〒 536-0025　大阪市城東区森之宮 2-1-88
2-1-88, Morinomiya, Joutou-ku, Osaka, 536-0025, Japan

る．

しかし現在，臨床実習でのMTDLPの活用実績は少ないのが現状である．そのため臨床実習での学生のMTDLP活用状況を把握し，活用と不活用の原因を明確にし，学内カリキュラムを検討していくことは有意義であると考える．本学科においてMTDLPは年々，カリキュラムの時間数を増加させ内容の充実を推進している．そこで今回，本学科が最終学年にMTDLPの学内カリキュラム導入を開始した2015年度に臨床実習を経験した学生と，さらにMTDLPの学内カリキュラムを増やした2016年度に臨床実習を経験した学生を対象に臨床実習で，MTDLP活用の実績，SVからのMTDLP活用の促進，MTDLPの活用があった場合に用いたシート，MTDLPの活用と不活用の理由を明確にして，2015年度と2016年度の比較と検討を行った．さらに結果から本学科のMTDLPのカリキュラム構築に向けての展望を検討することを目的とした．

方法

1．対象

2015年度本学科3年制課程3年生（以下，2015年度学生群）36名（男性12名，女性24名，平均年齢21.4 ± 3.0）と2016年度本学科3年制課程3年生（以下，2016年度学生群）40名（男性12名，女性28名，平均年齢21.0 ± 1.8）．

2015年度学生群は，大阪府作業療法士会MTDLP推進委員の特別講義（90分授業を2回）を2015年5月に受講し，2015年6月から臨床実習を9週間経験した．2016年度学生群は，大阪府作業療法士会MTDLP推進委員会の特別講義（90分授業を4回）を2016年5月に受講し，2016年度6月から臨床実習を10週間経験した．特別講義の内容は，MTDLPの概要と各シートの説明，架空事例を通してMTDLPの各シートに書き込む演習であった．特に2016年度学生群においては，架空事例の「意味ある作業」についての重要性を学生に考えさせる実際の事例を用いた．更に2016年度学生群が実習に行く2か月前〈2016年4月〉の実習指導者（以下，SV）会議では本学科が臨床実習においてMTDLP活用を重視することを本学科教員がSVに20分程度説明した．

2．方法

2015年度学生群と2016年度学生群に臨床実習終了後，アンケートを実施した．

3．アンケート内容

1）臨床実習でのMTDLPの活用状況について

「活用した･活用しない」を問い1つ選択させた，なお，対象者に「活用した」とは，MTDLPのシートを1枚でも活用したかという問いかけであることを説明した．

2）臨床実習でのSVからのMTDLP活用の促進ついて

「SVに促された・SVに促されていない」を問い1つを選択させた．

3）臨床実習でのMTDLPの活用シートについて

「活用した」と答えた対象者には，臨床実習で活用したシートを聞き取った．生活行為聞き取りシート，興味・関心チェックシート，生活行為マネジメントシート，生活行為課題分析シート，生活行為アセスメント演習シート，生活行為向上プラン演習シート，生活行為申し送り表の中から活用したシートを選択してもらった．

4）臨床実習でのMTDLP活用と不活用の理由について

対象者には，MTDLP活用の理由と不活用の理由について自由記述を課した．

4．分析方法

MTDLPの活用状況，MTDLPのSVから学生へのMTDLP活用の促進，MTDLPの活用シートについて，2015年度学生群と2016年度学生群について個数を単純集計で振り分け，クロス表を作成した．MTDLPの活用状況とMTDLPのSVから学生へのMTDLP活用の促進のデータは，2サンプルカイ2乗検定を用いて比較した．統計処理の有意水準は5％未満として，統計ソフトは統計解析Excel2010を用いた．

自由記述は，舟島なをみ[4)]の内容分析の手順を参考にして分析した．2015年度学生群と2016年度学生群の臨床実習でのMTDLP活用と不活用の理由を，記述内容を文脈単位に分類しコード化した．分類したコードは比較検討し，意味内容の類似性や共

通性からカテゴリを生成した．コード生成からカテゴリ生成までの分析過程において，研究者間で妥当性と信頼性を高める確認を行った．

5．倫理的配慮

本研究の目的を2015年度3年制課程3年生と2016年度3年制課程3年生については書面にて説明し，同意を得られた学生に無記名式でアンケートを実施した．また本研究については，大阪医療福祉専門学校倫理審査委員会より承認を得た（大医福第16-教-008号）．

結果

1．アンケートについて

臨床実習後，対象にアンケートを実施した結果（表1），MTDLPについては，2015年度学生群は，「活用した」が7名（19.4%），「活用しなかった」が29名（80.6%）であった．2016年度学生群は，「活用した」が10名（25.5%），「活用しなかった」が30名（75.0%）であった．カイ2乗検定において，危険率5パーセント未満において有意な差は認められなかった（p=0.56）．SVから学生へのMTDLP活用の促進（表2），2015年度学生群は，「促された」が4名（11.1%），「促されていない」が32名（88.9%）で．2016年度学生群は，「促された」が8名（20.0%），「促されていない」が32名（80.0%）であった．カイ2乗検定において，危険率5パーセント未満において有意な差は認められなかった（p=0.29）．

また，MTDLPを「活用した」と回答した対象者にどのシートを活用したかを質問したところ2015年学生群の活用した7名では，生活行為聞き取りシート1名，興味・関心チェックシート7名，生活行為マネジメントシート0名，生活行為課題分析シート0名，生活行為アセスメント演習シート0名，

表1　MTDLPの活用と不活用

	活用した	活用しなかった	全体
2015年度学生群	7人（19.4%）	29人（80.6%）	36人（100.0%）
2016年度学生群	10人（25.5%）	30人（75.0%）	40人（100.0%）

カイ2乗検定　P＝0.56

表2　SVから学生へのMTDLP活用の促進

	あり	なし	全体
2015年度学生群	4人（11.1%）	32人（88.9%）	36人（100.0%）
2016年度学生群	8人（20.0%）	32人（80.0%）	40人（100.0%）

カイ2乗検定　P＝0.29

表3　臨床実習中にMTDLP活用があった場合に用いたシートの比較

	2015年度学生群	2016年度学生群
生活行為聞き取りシート	1名	3名
興味・関心チェックシート	7名	8名
生活行為向上マネジメントシート	0名	4名
生活行為課題分析シート	0名	0名
生活行為アセスメント演習シート	0名	2名
生活行為向上プラン演習シート	0名	2名
生活行為申し送りシート	0名	1名

＊生活行為課題分析シートは生活行為向上マネジメント改定第2版より掲載[10]

生活行為向上プラン演習シート０名，生活行為申し送りシート０名という回答があった．2016 年度学生群の活用した 10 名では，生活行為聞き取りシート３名，興味・関心チェックシート８名，生活行為向上マネジメントシート４名，生活行為課題分析シート０名，生活行為アセスメント演習シート２名，生活行為向上プラン演習シート２名，生活行為申し送りシート１名という回答があった（表３）．

２．自由記載について

自由記載では，MTDLP を活用した 2015 年度学生群と 2016 年度学生群の共通したカテゴリは，「学内授業の応用として」，「事例の興味や関心の追及」，「SV からの活用の促進」であった．しかし，2016 年度学生群には，「作業療法の整理」，「申し送りや他職種との連携」という 2015 年度学生群には認められないカテゴリが追加された．MTDLP を活用しなかった 2015 年度学生群と 2016 年度学生群の共通したカテゴリは，「学生が活用に無関心」，「学生が活用不必要と判断」，「事例のコミュニケーションの問題」，「学生が活用に自信がない」，「実習指導者の未促進」，「時間がない」であった．また，2015 年度学生群には「他のトップダウンアプローチ」というカテゴリが生成されたが 2016 年度学生群にはなくなり，逆に 2015 年度学生群にはないが 2016 年度学生群には「実習地が未活用」，「実習指導者の未経験や無知識」といったカテゴリが生成された（表４）（表５）．

考察

１．両群間での MTDLP 活用の比較から

学内カリキュラムにおいて 2015 年度学生群と比較して 2016 年度学生群には，MTDLP の概要と各シートの説明，架空事例を通して MTDLP の各シートに書き込む演習に加え，架空事例の作業についての講義を増やし，SV 会議においても MTDLP 活用の重視を説明した．今回，本学科として臨床実習での活用を期待したが，MTDLP に関して活用者数と SV の促しとも両群間の有意差はなかった．

協会では MTDLP の普及にはかなり努力している．協会は 2015 年度，MTDLP 研修制度を確立させた[5)]．最初の研修会である MTDLP 基礎研修（概論 90 分と演習 330 分），次に MTDLP 実践者研修に進み MTDLP 実践者研修修了を目指し，概念を理解し実践できることを目標としている．さらに，事例報告を実施し，１事例が審査に合格することにより，

表４　2015 年度学生群と 2016 年度学生群の臨床実習での MTDLP 活用に関する記述

カテゴリ	コード	代表的な自由記述
2015 年度学生群		
事例の興味や関心の追及(3)	事例の作業を探求(2)	・患者さんのしたい作業が分かる
	事例の興味を探索(1)	・興味があるものの発言が見られなかった
SV からの活用の促進(1)	SV から促された(1)	・実習地で促されたため
学内教育の応用として(2)	学校で習ったので活用した(2)	・学校で習って使ってみようと思った
2016 年度学生群		
事例の興味や役割の追及(10)	事例の興味を探索(7)	・患者の興味あることを知りたくて
	事例の役割を探索(2)	・役割を見つける
	事例の目標の設定しやすさ(1)	・患者さんの目標を聞きだしやすい
作業療法の整理(1)	アセスメントの整理(1)	・本人の問題や現状の整理
SV からの活用の促進(2)	SV から促された(1)	・SV にするように言われた
	学校の依頼よる SV の対応(1)	・学校から活用してほしいと SV から説明
学内教育の応用として(2)	学校の学習からの応用(2)	・学校で習ったことがあるので
申し送りや他職種との連携(2)	退院先などへの申し送り(1)	・退所先への申し送り
	他部署への申し送り(1)	・当施設での活動を継続できる

MTDLP を実践・推進・指導できる「生活行為向上マネジメント指導者」の認定を受ける構造となっている．加えて MTDLP 研修制度における「MTDLP 基礎研修」および「MTDLP 事例検討会における事例発表」を生涯教育制度基礎研修制度の中に位置づけた．特に 2015 年度から 2016 年度には，協会と作業療法各都道府県士会とが連携して，多くの研修会を企画してきたと考える．その傾向は今後も続き MTDLP 基礎研修や MTDLP 実践者研修の受講者も増加すると考えられる．今回も 2016 年度学生群は 2015 年度と比較して，有意差は認められなかったが単純集計では MTDLP 活用者や SV からの MTDLP 活用の促しも緩やかな上昇を示している．今後，作業療法のフィールドでの MDTLP 活用が盛んになれば，臨床実習を MTDLP で実施しようと思う SV の意識も高くなると考えられる．養成校側でも MTDLP を活用するためのカリキュラムを重要視する教員も増加すると考える．

今回，2016 年度学生群には，対象者の経験，役割，価値観など個人特性を考慮した「意味ある作業」を自律的に行えるような支援をするのに MTDLP が有効であることを，90 分授業を 2 コマ増やして伝えた．MTDLP を活用した学生の中には，対象者の「意味ある作業」に焦点を当てることを意識した学

表 5　2015 年度学生群と 2016 年度学生群の臨床実習での MTDLP 不活用に関する記述

カテゴリ	コード	代表的な自由記述
2015 年度学生群		
学生が活用に無関心(5)	活用すること忘却(5)	・思いつかなかった　どんな評価か忘れた
学生が活用に自信がない(3)	理解不足から活用する自信がない(3)	・知識不足でできていない
学生が活用不必要と判断(5)	主訴が聞ければよいと判断した(1)	・ディマンドをはっきり言うことができるケース
	事例により必要ないと判断した(4)	・ケースにはあまり必要性がないと感じたから
事例のコミュニケーションの問題(5)	失語症によるコミュニケーションの問題(2)	・感覚性失語のため実施困難
	認知症による理解の問題(1)	・認知症、注意障害のため実施困難
	意識障害などの問題(1)	・急性期のため
	事例の負担を考慮(1)	・患者さんの負担を考えて
実習指導者の未促進(2)	SV から促進されなかった(2)	・促されていなかったので活用していない
時間がない(3)	MTDLP を活用するには時間不足(3)	・時間がない
他のトップダウンアプローチ(5)	ADOC を活用した(1)	・ADOC の使用を促された
	COPM を活用した(4)	・COPM を実施したため
2016 年度学生群		
学生が活用に無関心(12)	活用すること忘却(3)	・忘れていた
	最初から活用する気持ちがない(9)	・使おうとする意識がなかった
学生が活用に自信がない(1)	理解不足(1)	・MTDLP を理解できていない
学生が活用不必要と判断(5)	不必要であると判断(3)	・する必要がないと感じた
	主訴が聞ければよいと判断(2)	・面接だけの聞き取りですんだ
事例のコミュニケーションの問題(2)	失語症による問題(1)	・ケースが失語症　聴取不可
	事例の理解力低下の問題(1)	・最重度知的障害で言語理解がない
実習指導者の未経験や無知識(2)	SV の無知識(1)	・バイザーがあまり分からないと言った
	SV の未経験(1)	・SV が使っていない
実習地が未活用(3)	臨床実習施設が使っていない(3)	・病院が使用していない
実習指導者の未促進(7)	実習指導者から促進されなかった(7)	・実習指導者から促しがなかった
時間がない(3)	活用するには時間不足(3)	・活用したかったが期間が短くてできない

生が存在したことも「事例の興味や関心の追及」という自由記述のカテゴリから想像できる．しかし，現在でも，実習施設ではボトムアップ式である従来型の臨床実習が多く行われており，養成校側でも従来型のボトムアップ形式で臨床実習での教育を体験した教員が多く，従来型のボトムアップ形式を想定した学内カリキュラムも多く存在している．そのような環境の中では，例え学生が対象者の「意味ある作業」が重要と考えていても，積極的に臨床実習でMTDLPを活用しようとする意識は高まりにくいと考える．

２．各シートの活用について

MTDLPのプロセスには対象者の生活行為について，①生活行為の聞き取り，②アセスメント，③プラン立案，④申し送りがある[6]．2015年度学生群と2016年度学生群の比較をすると，2015年度臨床実習では生活行為の目標を聞き取るために「興味・関心チェックシート」を活用するだけであった．しかし，2016年度群の中には，「生活行為アセスメント演習シート」,「生活行為向上プラン演習シート」,「生活行為向上マネジメントシート」,「生活行為申し送りシート」を活用した対象者がおり，アセスメントの整理やプラン立案，申し送りにも視点が広がっている対象者もいることがうかがえる．しかし，数としては少なく，今後は学生に多くのシートを使ってほしいと考える．

石川[7]はMTDLPにおけるアセスメントは対象者からの聞き取りと，心身機能・身体構造，活動，参加からなる生活機能と，個人因子と環境因子から成る背景因子の評価結果から，対象者の生活行為の状況がどのような理由により生じるか，解決すべき課題は何であるかを抽出し，課題解決のプランを立案することであると述べている．その一連の流れに関連するシートが,「生活行為聞き取りシート」,「興味・関心チェックシート」,「生活行為アセスメント演習シート」,「生活行為向上プラン演習シート」,「生活行為マネジメントシート」,「生活行為課題分析シート」である．さらに柴田[8]は，医療から地域への対象者の生活を見据えた介入を行い，それらを引き継ぐために作成された「生活行為申し送り表」を用いての申し送りの重要性を述べている．学生が各シートを用いることができるようにするには，対象者や家族から目標を聞き取る能力，アセスメントを整理しプログラムを立案する能力，申し送りの重要性を習得していく能力が重要であると考える．臨床実習でMTDLPを活用したと答えた対象者からも，「事例の興味や関心の追及」,「アセスメントとプランの整理」,「申し送りや他職種との連携」というカテゴリも生成されている．そのような気づきが学生に生じる学内カリキュラムを構築できれば，シートの活用も多くなると考える．

2015年度学生群が７人（19.4％），2016年度学生群が10人（25.5％），臨床実習でMTDLPを活用したと回答している．その内 2015年度学生群が７名，2016年度学生群が８名，興味関心チェックシートを活用しているが，表３を見る限りでは他のシートの活用が少ないように感じる．今回は教員が実習地を訪問した際にシートの活用方法などを伝達しなかったが，今後の他シート活用を促進するには，養成校教員の実習地訪問などで学生やSVにMTDLPの各シート活用の依頼や活用方法の伝達が必要であると考える．

３．MTDLP不活用について

MTDLPが臨床実習で活用されない理由には，大きく分けて２つの問題が考えられる．１つ目は学内カリキュラムの問題，２つ目は実習施設の問題である．

最初に学内カリキュラムの問題では，「学生が活用を不必要と判断」,「学生が活用に無関心」というカテゴリから，学生が対象者の「意味ある作業」に目を向けていない様子がうかがえる，学生が対象者の作業そのものについて，もっと考えてみようとするカリキュラムの導入が必要であると考える．「学生が活用に自信がない」，というカテゴリからは，MTDLPのプロセスである①生活行為の聞き取り，②アセスメント，③プラン立案，④申し送りが十分に学内カリキュラム内に網羅されておらず学生の自信に繋がらないとも受け取れる．さらに学生がMTDLP活用について自信を持つには,学内カリキュラムの演習で活用した各シートを教員に提出させた上で，教員が吟味しフィードバックすることや，実際に模擬患者などを設定しシートを用いた客観的臨

床能力試験をするなど，学生が MTDLP を理解しているかをチェックできる仕組みが必要であると考える．「時間がない」というカテゴリからは，実習施設では学生に余裕がなく MTDLP の各シートを活用する時間がないとも解釈されるが，MTDLP のプロセスを学内カリキュラムで学生にしっかり把握させ，養成校が実習施設に指針をはっきり伝えることで解決できる問題でもある．

次に実習施設の問題では，「実習指導者の未促進」，「実習施設が未活用」，「実習指導者の未経験や無知識」というカテゴリから，MTDLP 活用を志す学生が実習施設に行っても SV の MTDLP に関する知識の欠如や，実習施設がボトムアップアプローチ中心で SV が MTDLP 活用を促してくれない雰囲気があったりなどで，学生は MTDLP を活用できない可能性が考えられる．SV に MTDLP の知識があり学生への MTDLP 活用の促進，実習施設で MTDLP を活用されている環境がなければ，学生の MTDLP 活用は難しいとも考えられる．

MTDLP を学内教育や臨床実習で取り組んでいる鳥取モデルの報告[9]では，「大切な生活行為を聞き取る」と「MTDLP 総論・事例演習」を繰り返す学内カリキュラムを取り入れている．学生にとっては「対象者にとっての意味ある作業」の重要性に気づき，MTDLP を臨床実習で活用する意識や自信が高まると考える．また MTDLP を臨床実習で活用するための試案を作成し実習施設に伝えている．実習施設側は学生への指導法が分かりやすくなる．県士会を通して実習施設にも MTDLP 活用に理解を求めており，実習施設では学生には SV が模範を示し一緒に事例のシートを作成している．MTDLP を実習施設で学生が活用できる環境を作り上げるのなら，養成校は指針を示し，実習施設と連携できる方法を構築しなければならないと考える．

統語

臨床実習を経験した本学科 2015 年度学生群と 2016 年度学生群を対象に MTDLP 活用実績，SV から学生への MTDLP 活用の促進，活用した MTDLP シート，MTDLP 活用と不活の理由についてアンケート調査を実施した．カリキュラムの時間数増量や SV 会議での MTDLP の促しの有無に差がある両群を量的と質的データで比較した結果，両群間の有意差はなく，活用シートは 2016 年度学生が多く，活用理由にはアセスメントとプランの整理に視点が広げられ，不活用理由には学内カリキュラムと実習施設の問題が示唆される記述があった．このことから臨床実習で MTDLP を活用するためには，学生が活用に自信の持てるカリキュラムと養成校が実習施設に理解してもらえる指針を構築しなければならないことが考えられた．

文献

1）一般社団法人日本作業療法協会：平成 27 年度重点活動項目 2015　http:www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2015/08/H27jyuten.ptf（参照：2016．11．5）
2）一般社団法人日本作業療法協会：生活行為向上マネジメント教員研修 2015　http://www.jaot.or.jp/post_education/kenshuuunei.html（参照：2016．11．5）
3）土井勝幸：養成教育における MTDLP 教育の必要性，臨床作業療法　14（3）：179–184，2017.
4）舟島なをみ，質的研究への挑戦．第 2 版．東京：医学書院，2007.
5）陣内大輔ら：生涯教育制度一部改定，日本 OT 協会誌　47：12–16，2016.
6）谷川真澄：生活行為向上マネジメントとは，OT ジャーナル　50（8）：749–754，2016.
7）石川隆志：アセスメントの視点，OT ジャーナル　50（8）：760–765，2016.
8）柴田八衣子：申し送りの重要性，OT ジャーナル　50（8）：783–789，2016.
9）馬場孝：生活行為向上マネジメント教育と鳥取モデルを活用した臨床実習，OT ジャーナル　50（8）：932–937，2016.
10）日本作業療法士協会（編纂）：生活行為向上マネジメント改訂第 2 版〈作業療法マニュアル 57〉．p9，2016.

研究と報告

理学療法士・作業療法士国家試験出題基準の変遷について

The transition of the physical therapist / occupational therapist national examination standards.

遠藤　浩之・村岡　健史
Hiroyuki ENDO・Takeshi MURAOKA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(2): 20-26, 2018

要旨：平成 28 年版「理学療法士作業療法士国家試験出題基準について」が示され，平成 28 年 2 月 28 日実施の国家試験から適応された．６年ぶりの改訂となったが，平成 14 年版の改訂に遡りどのようなカテゴリーの変遷があったか，理学療法と比較しながらまとめた．専門基礎分野は，枠組みに変更はないが中項目・小項目の対象疾患が増えた．専門分野は，中項目の枠組みを変え，評価学と治療学がタイアップするように構成され分かりやすく整理された．基礎作業療法学の大項目の「作業療法の基礎」の「基礎」とされる項目が少なく抽象的な表現に留まり，作業療法治療学の基本的治療手段が示されなかった．
Keywords：国家試験出題基準，出題範囲，専門基礎科目・専門科目

はじめに

平成 26 年 9 月 26 日，厚生労働省ホームページに，「平成 28 年版　理学療法士作業療法士国家試験出題基準について」[1] が掲載された．前回の改訂が平成 22 年であり，６年ぶりの改訂となった．今回，どのような改訂が行われたのか，平成 14 年版から遡りながらまとめた．

１．出題基準の構成（平成 22 年版との比較）

平成 22 年版[2] において，出題基準の公表内容構成（目次）が固められた．平成 28 年版はそれに準じて作成されているが，若干文言等が修正された．

・「理学療法士作業療法士国家試験出題基準の作成について」が「理学療法士作業療法士国家試験出題基準の概要」と修正された．適用時期が「平成 28 年の」とされ，平成 27 年度の第 51 回作業療法士国家試験から適応された．

・医道審議会理学療法士作業療法士分科会　理学療法士作業療法士国家試験出題基準作成部会委員名簿（五十音順）について

構成員は，医師６名・理学療法士４名・作業療法士４名の 14 名で，平成 22 年から引き続き留任されているのは各職種１名である．

・会議開催状況

会議開催状況は５回で，概ね６ヶ月間で行われ，６ヶ月後に公表された．

２．理学療法士作業療法士国家試験出題基準の利用法について

その他の表記の説明以外，前回と文言は変わっていない．「中項目が主たる出題範囲である」と明記されている．

要点と思われる点は，

①卒業前教育の教育で扱われる内容の全てを網羅するものではなく，これらの教育のあり方を拘束するものではない．

②中項目は，理学療法士作業療法士国家試験の出題範囲とする．

③小項目は中項目に関連する主たる項目範囲を示す．

④標準的な学生教科書に記載されている程度の内容は出題範囲となる．

常葉大学保健医療学部
Faculty of Health Science, Tokoha University
〒 431-2102　静岡県浜松市北区都田町 1230
1230, Miyakodatyou Kita-ku Hamamatu
431-2102, Japan

3．出題基準と試験科目の対応表

大科目の内容が変更されている．対応を「線」(→) で示されていたものが，「囲み」で示す表記に変更された．

4．理学療法士作業療法士国家試験の出題形式について

全国理学療法士作業療法士学校連絡協議会（統合により現在の全国リハビリテーション学校協会が設立）で編集しメジカルビュー社から発行された平成 22 年版[3] には３パターンの出題形式を掲載しているが，厚生労働省のホームページには掲載されていない．平成 28 年版に記載はない．K２タイプといわれる，選択肢に２つの組み合わせがありその一つを選択する問題は，現在出題されていない．

5．専門基礎分野，大項目・中項目（出題範囲）について（表１・図１）

Ⅱ「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」の大項目は H14 → H22 で枠組みを変え，H22 → H26 でさらに整理と追加がされた．それに伴い中項目が増えた．

①「神経・筋系の障害と臨床医学」→「末梢神経・筋の障害と臨床医学」と「中枢神経の障害と臨床医学」に分けられた．

②「慢性疼痛と臨床医学」・「がん関連障害と臨床医学」が項目に追加された．

6．専門基礎分野，小項目について

①Ⅰ-２-M 排便に a 胃大腸反射等が追記された．

②Ⅰ-４-A-d に子どもの能力低下評価法（PEDI）が追記された．

③Ⅱ-７（慢性疼痛と臨床医学）に a ～ f の疾患名が記載された．

④Ⅱ-８（中枢神経の障害と臨床医学）に a ～ g の疾患名が記載された．

⑤Ⅱ-12（がん関連障害と臨床医学）に a ～ f が例示された．

⑥Ⅲ-１-A 医療に「医療面接」が追加された．

⑦Ⅲ-１-D-c 福祉関係法規に「障害者総合支援法（障害者自立支援法から改変）」・「障害者雇用促進法」・

表１　専門基礎分野　大項目・中項目（出題範囲）の数の変遷

	平成14年		平成22年		平成28年		
	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	平成22年と平成28年の変更点
Ⅰ 人体の構造と機能及び心身の発達	4	13	4	35	4	34	Ⅰ 2-B(再生医学の基礎)をAの総論へ
Ⅱ 疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	4	24	10	46	13	61	Ⅱ「中枢神経の障害」・「慢性疼痛」・「がん関連障害」 3項目が追加
Ⅲ 保健医療の福祉とリハビリテーションの理念	2	12	2	9	2	9	

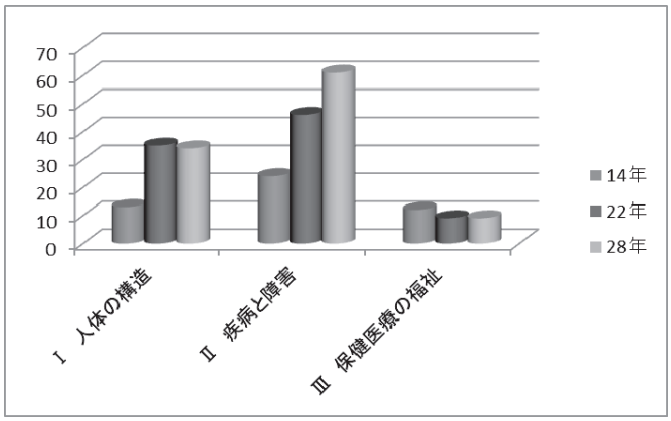


図１　専門基礎分野　中項目（出題範囲）数の変遷

「発達障害者支援法」が追記された.

⑧Ⅲ-２-B「ICIDH」が削除された.

専門分野（理学療法との比較を含む）

７．専門分野のカテゴリーについて（表２）

専門分野では，理学療法・作業療法共通にカテゴリーの修正・追加があった.

①作業治療学（平成 14 年）が作業療法治療学（平成 22 年）に変更された.

②臨床実習が平成 22 年より追加された.

８．専門分野の大項目について（表３・図２）

①平成 14 年版から平成 22 年度版で項目数を全体的に減らしスリム化したが，平成 28 年度版では具体化することで項目数が増えた.

②作業療法評価学と作業療法治療学がタイアップするように構成されている.

③理学療法とほぼ同じ項目立てだが，作業療法治療学の中に，理学療法にある「基本介入手段」がない.

９．専門分野での中項目の，理学療法との違いについて（表４）

中項目は下記の①，②，③が違い，その他はそれぞれの専門性に合わせた項目や疾患の違いである.

①作業療法学の基礎

「理学療法学の基礎」とは中項目・小項目の項目立てが全く違う．理学療法は 18 の中項目，34 の小項目があるに対し，作業療法学は３の項目，12 の小項目と少ない.

②作業療法治療学に「基本介入手段」がない．理学療法治療学の「基本介入手段」は３つの中項目に 30 の小項目がある.

③「地域作業療法学」では，「家族生活支援」（理学療法では家族への指導）理学療法では大項目の「基礎」に，作業療法では「評価と支援」に分類されている.

「評価と支援」の大項目に，理学療法では「施設入所者」・「在宅」・「維持期」・「終末期」の４つの中項目に 10 の小項目がある．作業療法では「家庭生活支援」・「地域生活支援」・「就園・就学支援」・「雇

表２　専門分野　カテゴリーとそれぞれの大項目・中項目（出題範囲）の数

	平成14年		平成22年		平成28年	
	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目
Ⅰ　基礎作業療法学	6	20	2	13	3	21
Ⅱ　作業療法評価学	2	7	3	30	8	43
Ⅲ　作業療法治療学（H22　作業治療学から変更）	6	12	4	33	7	35
Ⅳ　地域作業療法学	2	9	2	11	2	18
Ⅴ　臨床実習（H22追加）			2	10	2	17

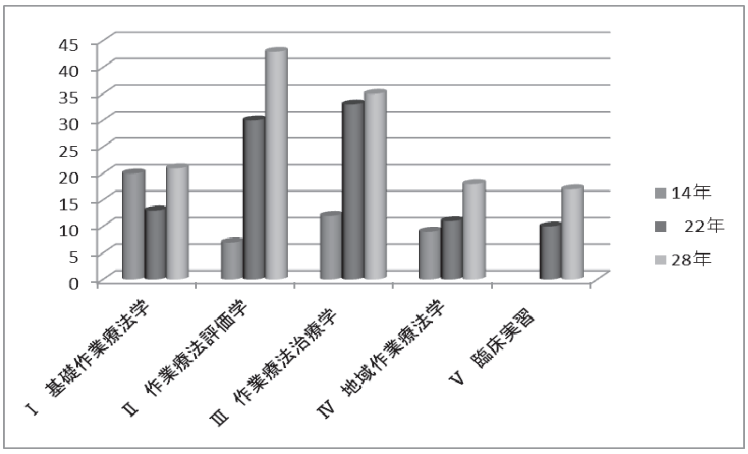


図２　専門分野　中項目数の変遷

用・就労支援」・「環境整備」・「福祉用具の適応」に12の小項目があり，理学と共通の「施設入所者」・「在宅」・「維持期」・「終末期」の4つの中項目に10の小項目がある．

10. 専門科目　小項目について（平成22年版と平成28年版の違い）

小項目については平成22年版同様，「中項目の内容を例示する．」としている．さらにその説明として①中項目に関連する主たる項目範囲を示す．②標

表3　専門分野　大項目の推移・理学療法との違い（平成28年版）

		H14		H22		H28	H28 理学の違い
Ⅰ 基礎作業療法学	1	作業療法の概念					
	2	作業療法の基礎理論	1	作業療法の概要	1	作業療法の基本	
	3	作業療法の枠組み	2	作業療法の基礎	2	作業療法の基本範囲	
	4	作業療法の過程			3	作業療法学の基礎	
	5	作業療法における作業技法					
	6	医療専門職と倫理					
Ⅱ 作業療法評価学	1	作業療法評価の基本的理解	1	基礎	1	目的	
	2	活動の評価法	2	基本評価	2	時期と手順	
			3	各領域の評価	3	心身機能、身体機能	
					4	活動、参加	
					5	背景因子等	
					6	福祉用具、義肢、装具	義肢、装具等
					7	疾患、障害	
					8	保健、予防	
Ⅲ 作業療法治療学	1	作業治療学の基本的知識	1	基礎	1	基礎	
	2	身体障害	2	基本介入手段	2	心身機能、身体機能	基本介入手段
	3	老年期障害	3	精神障害に対する介入	3	活動、参加	（H28は削除）
	4	精神障害	4	各領域の治療	4	背景因子等	
	5	発達障害			5	義肢、装具	
	6	日常生活活動			6	疾患、障害	
					7	保健、予防	
Ⅳ 地域作業療法学	1	地域リハビリテーション	1	基礎	1	基礎	
	2	生活環境整備	2	支援	2	評価と支援	
Ⅴ 臨床実習			1	概要	1	実習前準備	
			2	実施	2	実習実施内容	

表4　専門分野　中項目（出題範囲）の理学療法との違い（平成28年版）

		H28 大項目	H28 中項目の理学療法との違い
Ⅰ 基礎作業療法学			
	1	作業療法の基本	法規、関連制度（中）の小項目に「障害者基本法」・「障害者総合支援法」が追加
	2	作業療法の範囲	研究、教育（中）の小項目に「作業の研究」、「作業療法の研究」、「養成教育と生涯教育」が記載
	3	作業療法学の基礎	中項目・小項目が全く違う　中項目で理学はA～Rの18項目　作業はA～Cの3項目　QOLがない
Ⅱ 作業療法評価学	1	目的	同じ
	2	時期と手順	同じ
	3	心身機能、身体機能	理学に「摂食・嚥下」・「精神・心理」がなく作業に「歩行・運動パターン」がない（中）
	4	活動、参加	理学に「生活関連活動」・「余暇活動、遊び」・「職業関連活動」がなく、作業に「歩行」がない（中）
	5	背景因子等	同じ
	6	福祉用具、義肢、装具	理学は「義肢、装具等」のみ　作業は「義肢、装具」・「自助具、福祉用具」
	7	疾患、障害	理学はA～Nの14項目　作業はA～Lの12項目（中）
	8	保健、予防	同じ
Ⅲ 作業療法治療学	1	基礎	同じ
	2	心身機能、身体機能	理学に「摂食・嚥下」・「精神・心理」がなく作業に「歩行・運動パターン」がない（中）
	3	活動、参加	理学に「生活関連活動」・「余暇活動、遊び」・「職業関連活動」がなく、作業に「歩行」がない（中）
	4	背景因子等	同じ
	5	義肢、装具	理学は「義肢、装具」なし
	6	疾患、障害	理学はA～Nの14項目　作業はA～Lの12項目（中）
	7	保健、予防	同じ
		基本介入手段	**「運動療法」・「物理療法」・「義肢、装具等を用いる療法」（中）と30の小項目**
Ⅳ 地域作業療法学	1	基礎	理学はA～Iの9項目　作業はA～Hの8項目（中）
	2	評価と支援	理学はA～Dの4項目　作業はA～Jの10項目（中）
Ⅴ 臨床実習	1	実習前準備	同じ
	2	実習実施内容	同じ

準的な学生用教科書に記載されている程度の内容は出題範囲となる，としている．「主たる」や「標準的な学生用教科書」については，範囲の基準をあいまいにしている．

小項目の変更内容として，

①訓練という言葉を用いなくなった（理学療法は平成 22 年度からすでに練習，教育，運動という表現となっていた）．

②平成 22 年版から使用されていない小項目の用語（一部）

「感覚統合的方法」・「作業遂行モデル」・「人間作業モデル」・「ACT」・「SST（生活技能訓練）」・「レクリエーション理論」・「日本版ミラー幼児発達スクリーニング法」・「作業科学」・「興味チェックリスト」・「投影法」・「箱作り法」・「AMPS」・「カナダ作業遂行測定」・「精神分析理論」・「予防保健医学」等が使用されていない．

用語の使用については，索引に示す．

11. 索引（表５・表６）

索引で掲載される用語数は，複数あるものを含め出題基準の中に含まれる全ての用語が掲載されている．平成 22 年版では 905 語，平成 28 年版では 851 語であった．変更されずに掲載された語が 605 語，同意語で置

表５　平成 28 年版に使用しなくなった用語

感覚統合的方法	吸収	循環の調節	転移
うつ	急性脊髄前角炎	循環器障害	電気診断
エネルギー代謝率	救急	小児発達障害	投影法
カナダ作業遂行測定	協働	消化器疾患	頭外傷
カルテ管理	胸郭出口症候群	障害者（児）	頭痛
くも膜下出血	興味チェックリスト	障害者自立支援法	動作分析
ケア	筋ジストロフィー症	障害者心理	道具
ゴール設定	筋緊張症	情動	特定疾患
システム論	筋再教育訓練	職業関連評価	特別支援教育
ショートケア	筋持久力訓練	食事関連用具	内圧変化
ナイトケア	筋疾患	心不全	日常生活技能評価
パーソナリティ	血液細胞	心理・情緒的分析	日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査
バイオメカニクス	肩関節屈曲	心理的対処法	入浴関連用具
プログラム	個体	心理的発達	認知一知覚的方法
リーチ	呼吸器障害	心理的問題	認知機能
リハビリテーション目標	呼吸循環	神経筋運動単位	認知的分析
レクリエーション理論	交通機関	神経筋系	能力低下
悪性疾患	口腔ケア	神経筋障害	脳外傷
安静	工程分析	身体的要因	脳出血
意識	更衣関連用具	人格	脳神経（運動系）
移動関連用具	構え	人間作業モデル	脳神経系
維持機構	行動症候群	腎・泌尿器疾患	脳静脈血栓症
遺伝	行動理論	水治療法	把持
医の倫理	高次脳機能系	睡眠障害	排池関連用具
医学	高齢者	遂行機能障害	箱作り法
医学情報	国際分類	制度的環境	発現機構
医学的管理	骨	整容関連用具	発達検査
運営	骨関節系	正常および異常心理	発達促進
運動学習系	骨関節系	生き甲斐活動	評価指標
運動制御的方法	骨関節障害	生活技能訓練法	病期別アプローチ
運動発達系	骨吸収	生活指導	病気
運動発達検査	骨形成	生活時間評価	病態運動学
運動発達障害	骨盤底筋群	生体	病理診断
運動負荷試験	災害	生体力学的方法	福祉制度
運動分析	作業科学	生理学的検査	複合動作障害
援助	作業所	生理的障害	複合動作練習
家屋調査	作業遂行	精神	物理的環境
家屋調査等	作業遂行モデル	精神科デイケア	分子生物学
家庭環境	作業遂行障害	精神科作業療法	平衡感覚
画像所見	作業選択	精神科領域	保健・福祉領域
画像診断	作業分析	精神機能	歩行指導
介入	産科領域	精神作用物質	歩行分析
介入技術	四肢長・周径	精神心理系	補装具療法
介入戦略	支援	精神発達遅滞	包括型地域生活支援プログラム
介入方略	施設	精神分析理論	法規・関連制度
外科療法	脂肪代謝	精神保健福祉センター	訪問看護
外来作業療法	児童・青年期心理	脊髄空洞症	末梢神経障害
学習障害	持久性	脊髄血管障害	目標設定
活動	持久力訓練	脊髄性進行性筋萎縮症	役割チェックリスト
寒冷療法	治療・援助構造	脊椎・脊髄損傷	予防保健医学
喚覚	治療・援助目標	専門職	容積変化
患者	治療手技	専門職連携	理念
感覚器系	耳鼻咽喉科疾患	相談	離し
感覚器系障害	失禁予防運動	多発筋炎	療養病棟
感覚器障害	実施	多発神経炎	領域
感覚再教育	社会・文化的環境	体力維持	倫理
感染症	社会機能評価	対人関係技術	倫理綱領
環境調整	社会参加	退行性病変	臨床評価指標
看護	社会的不利	代謝系	老人性肺炎
関わり方	社会復帰	代償的方法	
眼科疾患	守秘義務	代償法	
顔面神経麻痺	手指伸展	脱髄疾患	
基調	趣味	短期目標	
基本的人権	受容器一感覚神経伝達	蛋白	
基本動作障害	就園・就学指導	知覚再教育	
基本動作分析	就労	知的機能	
基本評価	就労支援	地域リハビリテーション	
機能回復	集団	地域保健	
帰結予測	集団評価	遅発型ウイルス感染症	
記憶障害	集団理論	中枢神経機構	
記銘	住環境調査	調理関連用具	
義肢装具	重度認知症治療病棟	長期目標	

き換えられたり，統合された語が 40 語程度ある．平成 22 年版にはあり，平成 28 年度版に使用されなくなった用語を表 5 に，平成 22 年版にはなく平成 28 年版に使用された用語を表 6 に示す．出題範囲等とは関係なく，出現されなくなった用語や使用された用語の違いを示したものである（理学療法の範囲も含む）．

表 6　平成 28 年版で使用された用語

意志	視覚器	専門用語
意識	視覚 ・聴覚障害	臓器移植後
胃大腸反射	四肢長	粗大運動能力尺度
遺伝子	視床痛	粗大運動能力分類システム
医の倫理	実習実施内容	ターミナルケア ー
医療統計	実習前準備	代謝機能
医療面接	疾病予防	帯状疱疹
うつ状態	指導支援	対人関係技法
運動学習理論	自動性	多職種
運動単位	児童・ 青年期心理	多発性ニュ ーロパチー
運動 ニューロン疾患	社会環境整備	他部門
運動の制御機構	社会交流	地域社会
運動の中枢神経機構	社会参加を支える法制度	地域包括ケアシステム
運動の発現機構	社会的変化	地域リハビリテーション
栄養障害	就園・ 就学支援	中枢性疲労
エネルギー供給	周径	治療介入
応用動作練習	集団技能	治療プロ グラ ム立案
改訂 日本版デンバー式発達スクリーニング検査	就労移行支援	通学・通級支援
画像・生理検査	就労継続支援	定義
価値観	手術記録	適合評価
家庭	趣味・生き甲斐活動	転移
がん関連障害	受容器－感覚神経伝達	転倒
間質性肺炎	循環器	伝導
患者・障害者心理	障害児の子育て支援	動作解析
息者・障害者の心理・社会的側面	障害者基本法	特異的発達障害
感染対策	障害者権利条約	特異度
感度	障害者雇用促進法	特別支援教育の支援
緩和ケア	障害者差別解消法	届出
記述統制	隙害者総合支援法	日本と世界の作業療法
基礎理論	障害者の権利に関す る条約	日本と世界の理学療法
気道内圧	障害者の雇用の促進等に関する 法律	認知障害
基本的臨床技能	障害者の日常生活及び社会生活 を総合的に支援するための法律	脳神経
臭覚	障害を理由とする差別の解消の 推進に関する法律	脳神経の感覚系
救急医療	消化管・肝胆膵疾患	発達障害者支援法
救急措置	小児期および青年期に過常発症 する行動および情動の障害	発達心理
吸収	小児の障害	発達遅滞
急性痛	静脈・リンパ管疾患	ヒ ト免疫不全ウ イ ルス
局所	症例報告	皮膚受容器
虚弱	職業	評価・治療技術
外科的治療	職業能力評価	頻度
健康維持	女性器の腫瘍	プロ グラム修正
健康関連 QOL	神経 ・筋再教育	プロフェッショナリズム
幻肢痛	心臓疾患	分析
肩手症候群	身体構造	平衡覚
行為	腎 ・泌尿器疾患	平衡聴覚器
交通機関の利用	心理的発達の障害	包括的アプローチ
絞扼性神経障害	診療録	法・制度
呼吸器 ・胸郭内腫瘍	診療録管理	保健予防概念
呼吸機能	推奨グレード	歩行・運動パターン
国際疾病分類	水頭症	歩行・生活指導
国際生活機能分類	頭蓋内出血	末梢神経 ・筋疾患
個人情報	生化学	末梢神経系
骨	生活	末梢性疲労
骨関節	生活支援	末梢動脈疾患
骨関節疾患	生活時間	慢性痛
骨吸収と骨形成	精神および行動の障害	慢性腰痛
骨腫瘍	精神作用物質使用	水治療法
子どもの作業の発達促進	精神 ・心理	目的
子どもの能力低下評価法	精神 ・心理障害	問題点
雇用・ 就労支援	精神 ・心理的発達	有痛性疾患 ・障害
根拠に基づいた医療	精神遅滞	予防
災害医療	成人のパーソナリ ティ 〈人格〉 及び行動の障害	ライフステー ジ別
再発予防	生命・医療倫理	理学療法学
細胞成分	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	立案
作業	脊髄炎	利点
作業過程	摂食機能療法	理念
作業遂行要因	染色体異常	リハビリテーション計画
作業特性	全身	臨床心理
作業療法学	全体像の把握	臨床心理学
作業療法部門	前頭葉機能	リンパ浮腫治療
サルコペニア	全般的発達	
酸素・エネルギー供給	せん妄	

12. まとめ

国家試験出題基準の見直しは６年を経過して行われた．今後も６年程度の間隔で見直しが行われていくのではないかと予想される．

今回の改正で変更された点を要約すると

①専門基礎分野は，枠組みに変更はないがⅡ「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」の中項目・小項目の対象疾患が増えた．

②専門分野は，中項目の枠組みを変え，評価学と治療学がタイアップするように構成された．これは理学療法とほぼ同一の枠組みで構成され，分かりやすく整理された．

③基礎作業療法学の大項目の「３　作業療法の基礎」が中項目３，小項目 12 と，「基礎」とされる項目が少なく，抽象的な表現に留まっている．

④作業療法治療学の大項目の「基本介入手段」が削除された．作業療法評価学と作業療法治療学の違いが中項目の「リスク管理」のみで，作業療法の基本的治療手段が示されなかった．

⑤小項目の例示は，中項目によって具体的に表記されている箇所，抽象的な用語で表記されている箇所，記載がない箇所，と「主たる項目範囲」の例示として統一されていない．

国家試験出題基準の改訂からすでに，２回の国家試験（第 51 回・52 回）が行われた．

国家試験出題基準の改訂について，日本作業療法教育研究会ニュースのトピックスでそれぞれの意見が述べられている（第 55 号・第 56 号・第 57 号）．ここでは，

１）作業療法の国際的なコンセンサスと乖離している．

２）作業療法の専門性が不十分である．

３）項目立ての整合性が不十分である．

４）用語として削除された「人間作業モデル」からみた改訂について（小項目の意味するもの）．

５）用語の分類に終始し，作業療法治療学では作業療法独自の介入手段がなく，核となるべき本質が示されていない点．

６）次期改訂時には，改訂前の作業療法士協会での意見集約やパブリックコメント等でしっかり意見を述べていくべきである．

等の指摘がみられた．

日本作業療法士協会教育部では，第 51 回，52 回の作業療法士国家試験について，国家試験問題指針検討班による検討結果を日本作業療法士協会誌に掲載している[4) 5)]．

第 51 回，52 回とも幅広い範囲から出題されたが，今回の改訂が問題内容や構成に大きく影響していない，とした．52 回においては，小項目に新しく明記された用語が出題され，小項目を意識的に出題したと考えた．しかし改訂で明記されなくなった用語の問題が改訂前と同様何問か出題されていた，と指摘している．

今回の改訂の特徴は，理学療法士と作業療法士の国家試験の出題基準を，できるだけ同じように項目立てして表記している．しかし専門領域での「基本的治療手段」が，理学療法では３つの中項目と 30 の小項目に提示されているのに対し，作業療法では１つも提示されなかった．また中項目・小項目・索引に表記される用語が，どの程度出題範囲や内容を限定するものなのか，明確にみえなかった．

国家試験の出題基準は，作業療法教育の中心となる基準（コア・カリキュラム）を網羅し作成されるものである．その教育内容の基準を示し，基準に準拠する教科書の作成が求められる．

資料

１）平成 28 年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000058636.html

２）平成 22 年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準
http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/09/tp0908-2.html

３）全国理学療法士作業療法士学校連絡協議会編：平成 22 年版理学療法士・作業療法士国家試験出題基準．メジカルビュー社，2009.

４）国家試験問題指針検討班：第 51 回作業療法士国家試験について，日本作業療法士協会誌，52，４-13，2016.

５）国家試験問題指針検討班：第 52 回作業療法士国家試験について，日本作業療法士協会誌，65，11-26，2017.

研究と報告

診療参加型の作業療法臨床実習におけるリフレクション・シート使用の試み

A case study on reflection sheet utilization in occupational therapy student fieldwork.

丸山　祥[1)]・神保　洋平[2)]・長谷　龍太郎[3)]・小林　隆司[4)]
Sho MARUYAMA・Yohei JINBO・Ryutaro NAGATANI・Ryuji KOBAYASHI

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(2): 27-33, 2018

目的：診療参加型の作業療法臨床実習でのリフレクション・シート使用の一事例を示し，その有用性を臨床教育者の観点から検討すること.
方法：診療参加型の総合臨床実習の教育内容に加え，学生は当日の経験をリフレクション･シートへ記入し，臨床教育者は記入内容を学生と共有し，適宜指導・助言した.
結果：Goal Attainment Scale の目標を達成し，リーズニングとリフレクション技能の自己評価で変化が得られた．リフレクション・シートへの記述内容や範囲が拡大した.
考察：診療参加型の臨床実習教育でのリフレクション・シート使用は，臨床教育者の教育技能を補い学生の実習経験の質を効果的に高める実用的な方法の一つになる可能性があると考えられた.
Keywords：リフレクション，作業療法教育，臨床実習，クリニカル・クラークシップ
本事例報告は，第 22 回日本作業療法教育研究会学術集会（東京）の「作業療法学生に対する診療参加型の臨床実習教育におけるリフレクション・シート援用の試み」に加筆修正を加えたものである.

1．緒言

1）背景

臨床実習の意義は，養成校で学習した知識と技術･技能および態度を臨床実習施設での作業療法（以下, OT）体験を通して統合することである[1)]．また，OT 学生（以下，OTS）にとって，臨床実習における体験や経験は，OT の知識や技術・技能の習得[1)]とともに職業アイデンティティの形成[2)]にも影響する．そのため，臨床実習を通した OTS の体験や経験は，臨床実習教育の根幹をなすものである[3)].

近年，臨床実習の方法論として診療参加型の実習（クリニカル・クラークシップ）が提唱されており，これは従来型の実習に比べて，現場教育（On the job training：OJT）に重きを置くため臨床実習経験の量を増やすことができるという利点がある[4)]．一方で，経験とは行動の結果であり，何かについて考えること，することや感じることといった，個人の主観を含むものである[5)]．そのため, 臨床教育者（以下，CE）としては，知識や技術・技能獲得に向けた経験の量の観点だけではなく，行動主体としての OTS 固有の経験の質にも着目する必要があると考える.

経験の質に着目する方略として，リフレクションが挙げられる．リフレクション（reflection）とは，臨床実践の中で感じた不快な感情や違和感をきっかけとした経験の振り返りを通して，実践能力を高めていく思考様式である．また，リフレクションは経験を想起し，それを注意深く吟味することによって，

1）湘南慶育病院
Shonan-Keiiku Hospital
神奈川県藤沢市遠藤 4630
4630 Endo, Fujisawa city, Kanagawa Prefecture, Japan
2）茅ヶ崎リハビリテーション専門学校
Chigasaki Rehabilitation College
3）神奈川県立保健福祉大学
Kanagawa University of Human Services
4）首都大学東京
Tokyo Metropolitan University

その状況に対する見方の広がりや変化を可能にし，実践レパートリーを増やし，あるいは新たな実践を創造することを可能にする意図的な思考プロセスであり，学習可能な技能でもある[5]．

リフレクション技能には，①自己への気づき，②描写，③批判的分析，④総合，⑤評価という５つがあると言われている（表１）．これらの技能を高めるための方法として，ひとつ一つの技能を高める方法と，リフレクションの思考の枠組みを用いてトレーニングする方法とがある．後者のリフレクション学習の手段の一つとして，リフレクション・シート（以下，RS）が使用されている[5]．これまでOT臨床実習におけるRS使用は検討されておらず，OT臨床実習の教育手段の一つとして検討する必要があると考える．

２）目的

本事例研究の目的は，①診療参加型のOT臨床実習におけるRSを使用した一事例を示し，②診療参加型のOT臨床実習におけるRS使用の有用性についてCEの観点から検討することである．

２．方法

１）倫理的配慮

本事例研究は実習終了後に対象となるOTSと所属施設に対して研究の趣旨と個人情報保護の方法，研究承諾と拒否，中止の権利，拒否や中止をしても何ら不利益を被らないことを口頭と書面で説明し，承諾を得ている．

２）作業療法学生の個人的文脈

20代の男性．総合臨床実習を一度経験している．OTSは「過去の実習で『自らの考えを報告することが課題』だと言われてきた」と話した．また，実習２週目までの経過では，報告内容の情報不足や熟考の不足が目立ち，自らの思考内容を振り返ることや，CEからの指摘や助言を自らの思考過程に取り入れることが苦手な印象であった．

３）臨床実習の課題的・環境的文脈

10週間の総合臨床実習．実習施設は回復期リハビリテーション病棟を持つ一般病院である．OTSは個別作業療法と集団レクリエーションに参加した．臨床実習の形式は主に診療参加型を取った．これは，養成校と実習施設では他の実習生においても通常の形式として利用されている．OTSの毎日の課題として，(a) デイリーノート，(b) 中心となる対象者のケースノートが課せられていた．CEの体制としては筆頭著者ともう一名のOTRで受け持った．養成校の教員による実習地訪問は２～３週間に１回の頻度で行われ，学生目標や進捗の共有，教員による教育指導，CEとの情報共有と教育方法の調整が行われた．

４）教育目標と成果指標

実習開始２週目において教育目標の設定と成果指標の初回測定を実施した．

(1) Goal Attainment Scale（GAS）による目標設定

本実習の目標立案にはGoal Attainment Scale (GAS)[6]を利用した．今回，OTSの過去の実習経過やOTS自身の要望を考慮し，OTSとCEとの合議で決定した．目標内容は次のようである（表２）．目標A（作業療法評価）は「対象者に対し，生活機能（心身機能と身体構造，活動と参加）の視点から評価を計画し，指導のもと一部実施できる（水準：－１）」，目標B（作業療法計画）は「対象者の生活歴や主観（要望等）を捉え，具体的な目標設定に反映させることができる（水準：－１）」，目標C（解釈と説明）は「臨床で得た情報からOTSの考えたことについて根拠を示しつつ専門用語を利用しCEに説明できる（水準：－１）」である．目標立案時の各目標のTスコアは20点であった．また，これらの目標内容については，実習地訪問指導の際に養成校の担当教員と確認した．

(2) リーズニングとリフレクション技能の自己評価

本事例研究では，リーズニングとリフレクションの技能に関する評価指標として，Royeen（2001）[7]のSelf-Assessment of Clinical Reasoning and Reflection（SACRR）を参考に一部改変して作成した．SACRR（原版）は教育学のリフレクティブ・プロセスを理論的基盤にし，OTSと理学療法学生を対象に開発されたもので，リーズニングとリフレクション技能に関する26項目の自己記入式の質問紙である．本研究では，原版を参考にして質問項目を作成し，それに対して専門家集団からコメントをもらい，必

要に応じて修正した．各設問に対して「当てはまらない：1点」～「当てはまる：5点」で回答し，合計得点は26～130点の範囲となる．得点が高いほどリーズニングとリフレクション技能に対する自己評価が高いと判断した(表3)．OTSは実習2週目(初回）で69/130点だった．

5）リフレクション・シートの使用

今回，看護領域における田村ら（2014）[5]のRSを一部改変し，臨床実習開始から3週目より使用した．RSは，①状況の記述，②自己への気づき，③評価（自分の行動の結果への気づき），④批判的分析（自分の感情とその影響への気づき），⑤気づきの総合，から構成される自己記入式のシートである．図1に

表1　リフレクション技能（reflection skills）の説明

技能	説明
自己への気づき（self-awareness）	自分自身の性格や信念，価値観，特性，強み・弱みを意識することであり，ものの感じ方，考え方の特徴を含めて自分自身のことを知るための技能である．他者とのリフレクションや自己対峙によって，無意識・無自覚であった自分の考え方の傾向や信念，価値観や暗黙知に気づくことができる．
描写（description）	作業療法実践（・臨床実習場面）における経験の表現法である．自分の直接的経験を話したり書いたりして自分自身や他者に伝えることがリフレクションの基盤となる．この描写の技能向上によって，自分の経験を全体的かつ具体的に表現することや，その経験からの学びを表現することが可能になり，より深いリフレクションになる．ここでは，文章表現の原則である5W1H，すなわち，when：いつのことか，who：誰がいたのか，where：どこで起こったのか，what：何が起こったのか，how：どのようにしてそれが起こったのか，why：なぜそのようにしたのかを意識しておくことが基本となる．
批判的分析（critical analysis）	自分の実践行為における気にかかる状況や場面を，私個人という自己と専門職としての自己の双方から深く吟味する技能である．ここでいう批判的分析は，行為を行なった作業療法士（または作業療法学生）自身の感情や価値観，態度が行為の結果に影響することを認識するものであり，問題解決思考としての批判的思考（critical thinking）とは区別される．リフレクションにおいて批判的分析を行うことで，自分の既知の知識や感情などがどのように実践に影響したのかを確認でき，他の選択肢を模索・選択することができる．
総合（synthesis）	分解された要素や概念を関連させてひとまとまりに組み立てていくことで，ある結論を導く技能である．批判的分析の結果，明確になった要素間の関連を検討して，ある結論を見出すこととも言える．
評価（evaluation）	物事の価値や是非について判断する技能であり，その状況での自分の行為や行動の何が良くて，何が良くなかったのかを自分で考えることである．ここでいうリフレクションの評価は，その実践における自分自身を検討する個人的なものとして捉えられる．

備考：このリフレクション技能の説明は，田村ら[5]を参考に著者が一部加筆修正した．

表２　GAS（Goal Attainment Scale）による臨床実習の目標設定内容

水準	目標Ａ（作業療法評価）	目標Ｂ（作業療法計画）	目標Ｃ（解釈と説明）
＋２	対象者に対し，生活機能（心身機能と身体構造，活動と参加），環境，対象者の主観の視点から評価を計画し指導の下に一部実施できる．	対象者の生活歴や主観（要望等），予後予測，家族の視点も捉えて，目標設定に反映させることができる．	臨床で得た情報から OTS が考えたことについて，平易な言葉で対象者に説明できる．
＋１	対象者に対し，生活機能（心身機能と身体構造、活動と参加），環境の視点から評価を計画し指導の下に一部実施できる．	対象者の生活歴や主観（要望等），予後予測を目標設定に反映させ，達成可能な目標設定ができる．	臨床で得た情報から OTS が考えたことについて，専門用語を使い他職種に説明できる．
０	対象者に対し，生活機能（心身機能と身体構造、活動と参加）の視点から評価を計画し指導の下に一部実施できる．	対象者の生活歴や主観（要望等）を捉え，具体的な目標設定に反映させることができる．	臨床で得た情報から OTS が考えたことについて，根拠を示しつつ専門用語を使い CE に説明できる．
－１	対象とする現象に対し，検査を計画し指導の下に対象者に一部実施できる．	対象者の生活歴や主観（要望等）に関する情報を一部収集できる．	臨床で得た情報について，専門用語を使い CE に説明できる．
－２	対象とする現象に対し，検査を計画し学生同士では実施できる．	対象者の生活歴や主観（要望等）に関する情報収集に多くの支援を必要とする．	臨床で得た情報について，CE の解説を報告できる．

備考：OTSは作業療法学生，CEは臨床教育者を示す．目標設定の達成度として，+2：最も高い水準の成果，+1：少し高い水準の成果，0：期待される成果，-1：少し低い水準の成果，-2：最も低い水準の成果を示す．今回は各目標の重み付け（重要度と困難度）は等価として扱った．今回の目標立案時では-1の水準で設定した．再評価時には目標Aは+1，目標B・Cは0の水準を達成した．GASでは，公式を用いることで実施前後のTスコアを算出し比較することが可能となる．Tスコアは，複合目標スコア（達成水準の合計×各目標の相対的重み）を平均50点・標準偏差10点の標準化された総合評価に変換するように設計されている[6]．今回のTスコアは，目標立案時で20点，再評価時で60点であったため，おおよそ期待した通りの成果が得られたと解釈できる．

実際の記入例を示した．

リフレクション・シートの記述対象には，OTS がその日に経験したやや難しいと感じた臨床実習場面とし，毎日夕方に 15 ～ 20 分程度 RS への記入時間を設けた．OTS には RS に記入した内容をもとに，当日経験したことや RS 内容の詳細について CE に報告するように求めた．CE は，RS 内容を OTS と共有し，適宜指導・助言した．

OTS は導入初期では状況の記述が少なく，また，自己や行動の結果への気づきに対する内容は，「わかりやすい説明を心がけた」「早口になってしまった」等，OTS 自身が心がけようと思っていたことができたか否かの記述に止まっていた．描写スキル（表１）の５Ｗ１Ｈのうち，記述できている項目は 1.3/6.0 項目だった（初期５回の平均を算出）．

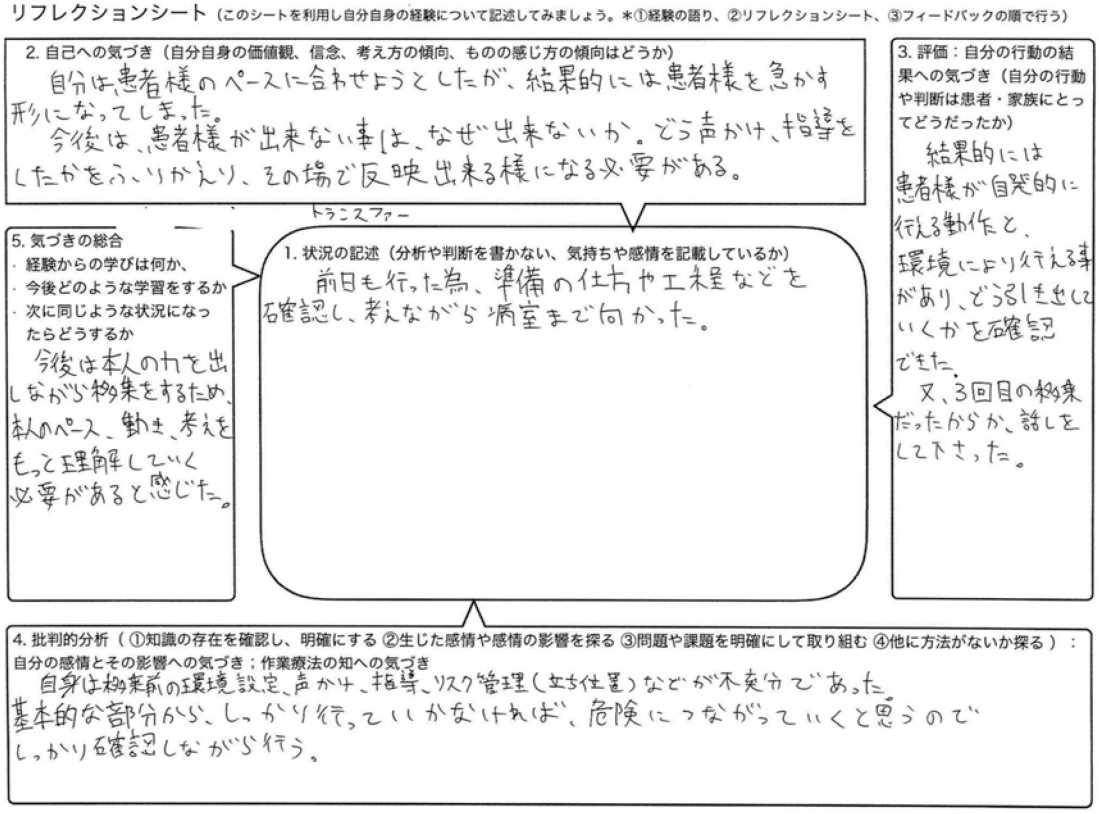
３．結果

１）GAS（Goal Attainment Scale）による目標達成

実習 10 週目（再評価時）においては表２に示すように，GAS による教育目標Ａは「対象者に対し，生活機能（心身機能と身体構造，活動と参加），環境の視点から評価を計画し指導の下に一部実施できる」で，少し高い水準の成果（＋１）を達成した．目標ＢとＣは期待される成果の水準（０）を達成することができた．再評価時の各目標のＴスコアは 60 点で実習２週目（目標立案）時と比較し 40 点増加した．

２）リーズニングとリフレクション技能の自己評価の変化

実習 10 週目（再評価時）においては表３に示すように，合計得点が 98 点だった．特に「15. 変化への対処」や「16. 不確かさを伴った状況での判断」，「24. 標準的手順（プロトコル）の使用」，「25. 自身の経



備考：本リフレクション・シートは，看護学領域で利用されている田村ら[5]のリフレクション・シートを参考にし，作業療法場面のリフレクションに適するように一部改変し作成した．記入者（作業療法学生）は，その日を振り返って自身が「やや難しいと感じた経験」に焦点を当てて，1.状況の記述，2.自己への気づき，3.評価（自分の行動の結果への気づき），4.批判的分析（自分の感情とその影響への気づき），5.気づきの総合，の順でリフレクションを行った．

図1　リフレクション・シートの様式（記入例）

験の利用」「26. 介入戦略理解のための理論使用」で得点に変化が見られた．

3）リフレクション・シートへの記述の変化

OTSは実習経過の中で，徐々に自己の行動の結果や対象者の反応に対する記述が増えた．また，「移乗前の環境設定，声かけ，リスク管理（立ち位置）などが不十分であった．（略）危険につながる可能性があるのでしっかり確認しながら行う．本人の力を引き出すために，ペース，動き，考えをもっと理解していく必要があると感じた」など，上手くいかなかった際の自己への批判的分析の記述がなされるようになった．実習10週目には，「自分は対象者の訴えを聞くことに一生懸命になるあまりに，対象者に振り回されているときがあることに気づいた」と述べた．描写スキル（表1）の5W1Hのうち，記述できている項目は2.8/6.0項目だった（最終5回の平均を算出）．

4．考察

本事例研究の目的は，①診療参加型のOT臨床実習におけるRS使用の一事例を示し，②診療参加型のOT臨床実習におけるRS使用の有用性について，CEの観点から検討することであった．一事例へのRS使用の試みから明らかになったRS使用の有用性について，CEの観点から以下に考察を述べる．

1）リフレクション・シート使用の有用性

今回，RSを使用した臨床実習教育の結果，GASの目標を達成し（表2），リーズニングとリフレクション技能の自己評価で変化が得られた（表3）．また，OTSのRSへの記述できる内容や範囲が拡大した．これらの変化は臨床実習教育においてRSを使用したことにより，①OTSの実習経験における「自己への気づき」や「描写」のリフレクション技能[5]

表3　リーズニングとリフレクション技能に関する自己記入式質問紙

設問	1	2	3	4	5
1. 私は，自身の実施内容について「方法」や「対象」，「理由」を考えながら実践します．			△	○	
2. 私は，自問や他者に質問するような学習方法です．				△○	
3. 私は，十分なデータが得られるまで判断を下しません．		△	○		
4. 私は，実施する前に多様な解決方法を模索します．				△	○
5. 私は，介入の結果に対して，素直に受け入れようと思います．				△	○
6. 私は，対象者の問題点に関する情報とそれらの解決策について比較・対照して考えます．			△	○	
7. 私は，対象者の問題点の理解とそれらの解決策のために，理論との一致に注目します．			○	△	
8. 私は，介入計画の立案のために，基準となる概念の枠組み（生体力学モデル、リハビリテーションモデル、人間作業モデル、感覚統合療法など）に注目します．			○	△	
9. 私は，治療技術の理解のために理論を使います．			△	○	
10. 私は，多様な概念の枠組みを使うことで，臨床上の問題を理解しようとします．			△	○	
11. 私は，臨床上の問題に関して矛盾する情報がある場合に，異なる意見の根底にある視点を特定します．		△	○		
12. 私は，介入計画の立案の際に様々な選択肢に対して「もし○○だったら」と考えます．		△	○		
13. 私は，同僚たち（同職種や他職種）の考えと視点を尋ねます．				△	○
14. 私は，対象者の家族たちの視点を尋ねます．				△	○
15. 私は，（対象者や環境などの）変化にうまく対応します．	△			○	
16. 私は，疑問や不確かさを持ちながら職務をすることができます．		△		○	
17. 私は，対象者の問題の要因に関して系統的な仮説を立てます．			△○		
18. 私は，自身の経験によって臨床上の仮説を検証しなくてはなりません．			△○		
19. 私は，臨床上の問題点を明確に特定してから介入を計画します．			△○		
20. 私は，介入計画の結果として何が起こるのかの見通し（予後予測）を立てます．			△○		
21. 私は，介入計画の案が「何に作用するか？」を考えます．				△○	
22. 私は，介入計画の案が「どのような文脈の中で作用するか？」を考慮します．			△○		
23. 私は，対象者との特定の介入について効果があったか決定（効果判定）します．			△	○	
24. 私は，治療の多くに臨床上の標準的手順（プロトコル）を使用します．		△		○	
25. 私は，自身の経験に基づいて実践の決定をします．		△		○	
26. 私は，介入戦略の理解のために理論を使います．		△		○	

備考：Royeen[7]のSelf-Assessment of Clinical Reasoning and Reflectionを参考に一部改変し作成した．

△：初期評価時，○：再評価時　なお，2点以上変化があった項目を太字で示した．

1: あてはまらない，2: ややあてはまらない，3: どちらともいえない，4: ややあてはまる，5: あてはまる

が促進されたこと（表 1），② CE に対して OTS の経験の共有や解釈を促し，OTS の視点を取り入れた学習者中心の教育方略が促進されたことが考えられる．とりわけ，「自己への気づき」や「描写」のリフレクション技能が促進された要因としては，RS 使用によって OTS 自身が自己の思考過程や感情に対して毎日リフレクションを繰り返し行ったことで，OTS の中で次第にリフレクティブな思考や記述スキルが身についてきたことが考えられる．今回のような OTS 自身の実習経験については，従来の教育手段であるデイリーノートやケースノートでは対象者の状態に視点が置かれ，OTS 自らの行動の背景に焦点が当たりにくい．そのため，RS を使用しなければ深い質問等を駆使した CE の面接等の教育技能が必要となると考えられる．以上から，今回の事例を通して診療参加型の臨床実習教育における RS の使用は，CE の教育技能を補い OTS の実習経験の質を効果的に高める実用的な方法の一つになる可能性があると考えられた．

2）リフレクション・シート使用の課題点

本事例研究は RS を使用した一事例に対する後ろ向きの研究であるため，その効果検証について課題が残る．今後は，研究方法を発展させ，シングル・システム・デザイン等による効果検証を行うことが課題である．また，RS 使用に関連する教育方法の洗練にも課題が残る．具体的には，①事例の蓄積による RS 使用の条件整理，②先行研究分析によるリフレクションのタイミングや人数，CE の効果的な指導・助言等の工夫の検討，③リーズニングやリフレクション技能に関する概念の明確化と成果指標の整備が今後の課題として考えられる．

5．要約

本事例研究の目的は，①診療参加型の OT 臨床実習における RS 使用の一事例を示し，②その RS 使用の有用性について CE の観点から検討することであった．結果，GAS の目標を達成し，リーズニングとリフレクション技能の自己評価で変化が得られた．また，OTS の RS への記述できる内容や範囲が拡大した．今回の事例研究を通して，診療参加型の臨床実習教育における RS の使用は，CE の教育技能を補い OTS の実習経験の質を効果的に高める実用的な方法の一つになる可能性があると考えられた．

6．謝辞

本事例研究にご協力いただいた OTS と養成校教員の皆様に心より感謝申し上げます．

7．文献

1）社団法人日本作業療法士協会養成教育部：作業療法臨床実習の手引き，第 4 版．社団法人日本作業療法士協会，8-9，2010，http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2012/08/rinshoujisshuVer.422203251.pdf，(accessed2017-9-3)．

2）村田和香：OT 学生は臨床実習後にどのように職業的アイデンティティを高めているのか，OT ジャーナル，43（3）：217-222，2009.

3）The World Federation of Occupational Therapists: Minimum standards for the education of occupational therapists. 2016, https://www.mailmens.nl/files/21072349/copyrighted+world+federation+of+occupational+therapists+minimum+standards+for+the+education+of+occupational+therapists+2016a.pdf, (accessed2017-11-11)．

4）中川法一：セラピスト教育のためのクリニカル・クラークシップのすすめ，第 2 版，三輪書店，2013.

5）田村由美，池西悦子：看護の教育・実践にいかすリフレクション，南江堂，101-128, 2014.

6）Ashford S, Stokes LT: Goal attainment scaling in adult neurorehabilitation. In Siegert RJ, Levack WMM（Ed.), Rehabilitation goal setting: Theory, practice and evidence. CRC Press, 123-141, 2017.

7）Royeen CB, Mu K, Barrett K, et al.: Pilot investigation: Evaluation of clinical reflection and reasoning before and after workshop intervention. In Crist P（Ed.), Innovations in Occupational Therapy Education. American Occupational Therapy Association, 107-114, 2001.

研究と報告

作業療法・理学療法士養成大学１年生における欠席・遅刻に影響する要因の検討

Risk factors for Impaired tardy and absence in University freshmen of occupational therapy and physical therapy students

藤田　高史[1)]・古川　詩織[2)]
Takashi FUJITA・Shiori FURUKAWA

Japanese Journal of Research for the Occupational Therapy Education 17(2): 34-42, 2018

要旨：近年，大学生の休学や退学，留年が増加しており，リハビリテーション養成校も例外ではなく，その防止が求められる．そこで本研究では，A 大学の作業療法・理学療法専攻の１年生 47 名（全体の 55.3%）を対象に対人関係の社会的スキル評価尺度，意欲低下領域尺度，東大式自記式健康度調査を元に作成した質問紙調査を実施し，欠席・遅刻との関連要因を検討した．その結果，欠席は，対人構築力，勉学への意欲，生活状況，心理的ストレス反応が影響し，遅刻はアルバイト時間が勉学意欲や心理的ストレスが影響している可能性が考えられた．遅刻と欠席の影響要因が異なることから，遅刻と欠席で分けた対応が必要であること，１年次の段階での支援が重要と考えられた．
Keywords：作業療法・理学療法教育，欠席，遅刻，横断調査

１．緒言

今日，小・中学校において不登校は深刻な問題として取り上げられている．岩田ら[1)]の報告によれば，小中学校教育の現場において今まで多くの取り組みや政策が特に１年次に重点的に行われているが，不登校生徒は増え続けている．大学においても進学者割合の増加に伴って不登校生徒増加の問題が浮上しており，作業療法・理学療法などの医療専門職の大学も例外ではない．

栗原ら[2)]は，福祉分野専攻の大学生を対象に，授業の出席率に影響した要因を東大式自記式健康度調査（The Todai Health Index: THI）を用いて調査したところ，「情緒不安定・対人過敏」，「抑うつ」，「心のストレス」の３項目が挙がり，これら３項目の把握が，長期欠席に陥りやすい生徒のスクリーニングに役立つと述べている．また増田ら[3)]が勤労看護学生の欠席・遅刻の実態調査を行った結果によると，欠席・遅刻は２年次で増加し，３年次に減少する傾向にあるとしている．これは，１年次は学校への興味・関心が高いこと，３年次は臨床実習が主体となり，看護者としての意識が強まっていることを理由としている．このことから，医療専門職の学生に関しては，専門職業意識が欠席・遅刻に関連することが考えられ，作業療法（以下，OT）や理学療法（以下，PT）学生に関しても同様と考えられる．

筆者の勤務校である A 大学は，OT・PT の養成課程を設けている．A 大学における，１年次の休学理由は学業不振による単位未修得が最も多く，学修への取り組みに対する支援方法が課題となっている．藤井ら[4)]によれば，医療系学生は３年次まで職業的アイデンティティが獲得されにくく，また個人差があると述べており，したがって勉学意欲は１年次には多様であることが推察される．さらに古澤ら[5)]による PT 夜間コース学生を対象とした研究では，学

１）星城大学 リハビリテーション学部
Seijoh University
〒 476-8588　愛知県東海市富貴ノ台 2-172 番地
2-172 Fukinodai, Tokai City, Aichi Prefecture 476-8588, Japan
２）熱田リハビリテーション病院 リハビリテーション科
Atsuta Rehabilitation Hospital
〒 456-0058　名古屋市熱田区六番 1-1-19
6-1-1-19 Atsuta-ku, Nagoya City, Japan

校への適応度と定期試験結果の間に関連が認められたことを報告しており，同じ教室，同じ構成メンバーで学修するOT・PT学生に関しては，人間関係のストレスのコントロールが学業に影響すること，あるいは生活状況が影響することが考えられる．

したがってOT・PT学生への欠席・遅刻に関連する要因を検討するためには，対人構築力や心身のストレス度，生活状況，またそれらに勉学意欲を加えた幅広い要因を視野に入れて調査する必要があると考えられる．

そこで，本研究では，A大学リハビリテーション学部のOT・PT専攻学生を対象に，欠席や遅刻の原因となる因子を質問紙調査によって明らかにすることを目的とした．大学生活を円滑にし，欠席・遅刻の増加を予防するためには，入学後の早期の関わりが重要であるとの観点から1年生を対象にした．学生における欠席・遅刻となる因子を明らかにすることは，欠席・遅刻から単位未修得となり，そこから留年・退学へと繋がる生徒をスクリーニングすることが可能となり，教員など大学の関係者が学生への支援方法を検討していく上で手がかりとなると考えられる．

2．A大学における1年次のカリキュラム概要

2015年度時点でのA大学の1年次のカリキュラムでは，教養科目は前期14科目，後期11科目の計25科目（うち選択19科目），解剖学，生理学などの専門基礎科目は前期7科目，後期6科目の計13科目（全必須科目），専門科目が後期に1科目（必須科目）で構成されている．教養科目は6科目が必須で，選択制の19科目は，その中の6科目を履修すれば良いため，1年生にとっては専門基礎科目と教養科目の講義時間に大差がない状況となっている．また，実習系科目の回数でみると，1年次は前期に解剖学Ⅰ・Ⅱが45回，後期に解剖学実習が45回，生理学については，前期に生理学Ⅰが30回，後期に生理学Ⅱが15回，生理学実習が22回実施されており，そのうち解剖学実習は15回，生理学実習は8回のレポート提出が課せられている．さらに，解剖学Ⅰ・Ⅱと生理学Ⅰ・Ⅱでは3回に1回の割合で小テストや口頭試問が実施されており，これらの対策勉強のため，1年生は大学内の学修時間が長くなっている．

3．対象と方法

1）対象

対象は，A大学リハビリテーション学部所属の1年生とした．内訳は，研究協力の同意を得られたOT専攻1年生24名，PT専攻1年生23名の計47名である．調査は無記名で実施したため47名の男女割合は不明である．対象者には，留年生が含まれなかったため，対象の年齢は18歳あるいは19歳であった．なお，対象をOTとPTの両専攻とした理由は，A大学では作業療法学概論と理学療法学概論以外の1年次のカリキュラムが同一であるために，専攻差の要因が影響しにくいと考えられたためである．1年生の同意率については，1年生88名中，後期開始までに退学もしくは休学手続きを取った3名を除く，55.3%（47名）であった．本研究は，学生にあらかじめ，成績等で不利益を被ることはないこと，研究データは匿名化し，個人の情報が漏れることはないこと，途中で研究協力を中断することも可能であることについて説明書を用いて説明し，同意書を得て実施した．また本研究は星城大学の研究倫理審査専門委員会の承認を受けて実施している．

2）方法

①質問紙調査方法

欠席・遅刻の要因の調査は，後期授業開始1ヶ月後の10月下旬に対象者への集合質問紙調査法を用いて実施した．質問紙の内容については，調査日から過去1ヶ月間の状況を対象者に思い出してもらう形で記載するよう対象者に指示した．ここで本研究における欠席・遅刻数の定義について説明する．欠席については後期授業開始後から調査時までの講義単位での欠席数の合計，遅刻も同じく後期授業開始後から調査時までの講義単位での20分以上遅れた回数の合計とした．

②質問紙項目

質問紙（以下アンケート）は，緒言で前述した先行研究において，出席状況と関連があると報告されている，対人構築力，生活体験によるストレス，勉学意欲，生活状況，心理的ストレス反応の項目を設定して調査することにした．

②－1：対人構築力の評価

対人構築力の評価は，対人関係の社会的スキル評価尺度（kikuchi's Scale of Social Skills 18items: Kiss-18）[6] を用いた（表１）．Kiss-18 は，安倍ら[7] によって OT 学生の臨床実習における対人構築力の評価法として報告されており，本研究における対象と合致しているため選定した．Kiss-18 は，18 項目で構成され，表１に示す５件法で評価するものである．

②－２．勉学意欲

勉学意欲は，無気力傾向を測定する意欲低下領域尺度[8] の項目内に勉学意欲項目が含まれ，かつ大学生を対象としていることからこれを用いた（表２）．意欲低下領域尺度は，10 項目で表２に示す４件法で評価するものである．

②－３．生活状況調査

大学生用の生活体験によるストレス調査は，久田ら[9] が作成した大学生用生活体験尺度があるが，研究活動，隣近所が騒がしくなった，家族，親戚が病気やけがをしたなど，１年生の状況に不適応と考えられる項目が含まれていたため，本研究においては，

表１　対人構築力（Kiss-18）質問項目と結果

質問項目	回答者数（割合%） n=47					χ^2検定 (Median/25%-75% -ile)
	5	4	3	2	1	
1. 他人と話していてあまり会話が途切れない方ですか	1 (2.13)	16 (34.04)	20 (42.55)	7 (14.89)	1 (2.13)	χ^2= 37.14 *** (3.00 / 3.00-4.00)
2. 他人にやってもらいたいことをうまく指示することができますか	2 (4.26)	18 (38.30)	14 (29.79)	12 (25.53)	1 (2.13)	χ^2= 24.17 *** (3.00 / 2.00-4.00)
3. 他人を助けることを上手にやれますか	2 (4.26)	15 (31.91)	24 (51.06)	6 (12.77)	0 (0.00)	χ^2= 24.57 *** (3.00/ 3.00-4.00)
4. 相手が怒っているときにうまくなだめることができますか	1 (2.13)	13 (27.66)	25 (53.19)	7 (14.89)	1 (2.13)	χ^2= 42.89 *** (3.00/ 3.00-4.00)
5. 知らない人とでもすぐに会話が始められますか	4 (8.51)	9 (19.15)	17 (36.17)	10 (21.28)	7 (14.89)	χ^2= 9.92 * (3.00/ 2.00-4.00)
6. 周りの人たちとの間でトラブルが起きても，それを上手に対処できますか	0 (0.00)	9 (19.15)	27 (57.45)	10 (21.28)	1 (2.13)	χ^2= 30.53 *** (3.00/ 3.00-3.00)
7. 怖さや恐ろしさを感じたときにそれを上手く処理できますか	0 (0.00)	11 (23.40)	15 (31.91)	18 (38.30)	3 (6.38)	χ^2= 10.79 * (3.00/ 2.00-3.00)
8. 気まずいことがあった相手と上手に和解できますか	0 (0.00)	10 (21.28)	21 (44.68)	9 (19.15)	7 (14.89)	χ^2= 10.11 * (3.00/ 2.00-3.00)
9. 仕事をするときに何をどうやったらよいか決められますか	2 (4.26)	20 (42.55)	16 (34.04)	8 (17.02)	1 (2.13)	χ^2= 30.13 *** (3.00/ 3.00-4.00)
10. 他人が話しているところに気軽に参加できますか	1 (2.13)	11 (23.40)	12 (25.53)	19 (40.43)	4 (8.51)	χ^2= 1.40 *** (3.00/ 2.00-4.00)
11. 相手から非難されたときにそれを上手く片づけられますか	0 (0.00)	11 (23.40)	21 (44.68)	14 (29.79)	1 (2.13)	χ^2= 17.60 ** (3.00/ 2.00-3.00)
12. 仕事の上でどこに問題があるかすぐに見つけられますか	1 (2.13)	13 (27.66)	26 (55.32)	6 (12.77)	1 (2.13)	χ^2= 46.94 *** (3.00/ 3.00-4.00)
13. 自分の感情や気持ちを素直に表現できますか	5 (10.64)	17 (36.17)	13 (27.66)	10 (21.28)	2 (4.26)	χ^2= 15.45 ** (3.00/ 2.00-4.00)
14. あちこちから矛盾した話が伝わってきても上手く処理できますか	0 (0.00)	11 (23.40)	24 (51.06)	10 (21.28)	2 (4.26)	χ^2= 21.17 *** (300/ 2.00-3.00)
15. 初対面の人に自己紹介が上手にできますか	4 (8.51)	11 (23.40)	17 (36.17)	13 (27.66)	2 (4.26)	χ^2= 16.72 ** (3.00/ 2.00-4.00)
16. なにか失敗したときにすぐに謝ることができますか	9 (19.15)	25 (53.19)	8 (17.02)	4 (8.51)	0 (0.00)	χ^2= 36.72 (4.00/ 3.00-4.00)
17. 周りの人たちが自分と違った考えを持っていても上手くやっていけますか	5 (10.64)	23 (48.94)	16 (34.04)	2 (4.26)	1 (2.13)	χ^2= 39.70 (4.00/ 3.00-4.00)
18. 仕事の目標を立てるのにあまり困難を感じない方ですか	2 (4.26)	18 (38.30)	17 (36.17)	9 (19.15)	1 (2.13)	χ^2= 27.36 (3.00/ 3.00-4.00)

5.いつもそうだ　4.たいていそうだ　3.どちらともいえない　2.たいていそうでない　1.いつもそうでない

***p<0.001　**p<0.01　*p<0.05

より大学生が共通して経験する生活体験を想定して質問項目を設けた．具体的には，表３に示す通学時間，睡眠時間，１回あたりのアルバイト時間，週あたりのアルバイト回数である．

②－４．The Todai Health Index: THI

心理的ストレス反応についての調査は，THI の「情緒不安定・対人過敏」，「抑うつ」，「心のストレス」の３項目が長期欠席に影響すると報告されている[2)]ため，これら３つの大項目を抜粋して使用した（表４）．THI は表４に示す 20 項目を３件法で評価するものである．

③統計処理方法

統計方法は，次の４つを実施した．

（１）欠席回数と遅刻回数の記述式統計を実施した．

（２）Kiss-18，意欲低下領域尺度，THI のアンケートについては，各質問項目の回答人数とその割合を求めた．各質問項目の回答人数の偏りを検討するために χ^2 検定を用い有意水準は５％とした．

（３）Kiss-18，意欲低下領域尺度，生活状況調査，THI の各アンケート質問項目結果の正規性を検討するために，Shapiro-Wilk 検定を用い，正規性が認められた場合は，各質問項目の平均値と標準偏差値を，正規性が認められなかった場合は，中央値と４分位を求めた．

（４）Kiss-18，意欲低下領域尺度，生活状況調査の質問項目結果と THI に関しては大項目の結果を独立変数とし，従属変数を欠席と遅刻回数として，ステップワイズ重回帰分析を用いて，欠席・遅刻への説明因子を検討した．多重共線

表２　勉学意欲（意欲低下領域尺度）の質問項目と結果

質問項目	回答者数（割合%） n=47				χ^2検定 (Median/25%-75%-ile)
	4	3	2	1	
1. 教師に言われなくても自分から進んで勉強する	5 (10.64)	24 (51.06)	17 (36.17)	1 (2.13)	χ^2= 28.83 *** (3.00/ 2.00-3.00)
2. 勉強に関する本を読んでいてもすぐに飽きてしまう	5 (10.64)	24 (51.06)	17 (36.17)	1 (2.13)	χ^2= 28.83 *** (3.00/ 2.00-3.00)
3. 勉強で疑問に思ったことはすぐ調べる	6 (12.77)	25 (53.19)	13 (27.66)	2 (4.26)	χ^2= 41.83 *** (3.00/ 2.00-3.00)
4. 必要な単位以外でも関心のある授業はとるようにしている	4 (8.51)	11 (23.40)	18 (38.30)	14 (29.79)	χ^2= 8.92 * (2.00/ 1.00-3.00)
5. 大学で勉強をすることで自分の関心を深めている	5 (10.64)	26 (55.32)	13 (27.66)	3 (6.38)	χ^2= 27.81 *** (3.00/ 2.00-3.00)
6. 授業に出る気がしない	0 (0.00)	5 (10.64)	28 (59.57)	14 (29.79)	χ^2= 17.15 *** (2.00/ 1.00-2.00)
7. 朝寝坊などで授業に遅れることが多い	0 (0.00)	1 (2.13)	9 (19.15)	37 (78.72)	χ^2= 45.62 *** (1.00/ 1.00-1.00)
8. なんとなく授業をさぼることがある	0 (0.00)	1 (2.13)	11 (23.40)	35 (74.47)	χ^2= 38.98 *** (1.00/ 1.00-2.00)
9. 大学からの連絡事項を見落としてしまうことが多い	2 (4.26)	10 (21.28)	24 (51.06)	11 (23.40)	χ^2= 21.17 *** (2.00/ 2.00-3.00)
10. 授業の課題の提出が遅れたり，出さなかったりすることがある	0 (0.00)	2 (4.26)	8 (17.02)	37 (78.72)	χ^2= 44.72 *** (1.00/ 1.00-1.00)

4. 大いにそうである，3. そうである，2. たいていそうでない，1. まったくそうでない

***p<0.001　*p<0.05

表３　生活状況調査の項目と結果

質問項目	Mean (SD)
1. 家から大学までの通学時間はどのくらいですか	63.09 (33.89)　時間
2. 毎日の睡眠時間はおよそ何時間ですか	5.62 (1.09) 時間
3. アルバイトは週に何回（何日）行っていますか	1.28 (1.41) 日
4. アルバイトは１日何時間行っていますか	2.64 (3.04)　時間

SD= 標準偏差

表４　The Todai Health Index: THI の心理的ストレス反応の項目と結果

大項目 (満点)	質問項目	回答者数 (割合%) 3	2	1	χ^2検定 (Median/ 25%-75%-ile)
情緒不安定 (15 点)	他人に誤解されやすい性格だと思いますか	9	32	6	
	人が自分をどう思っているか気になりますか	22	23	2	
	無礼な人には無愛想になりますか	4	40	3	
	試験の時や目上の人の質問に答える時汗をかきますか	5	35	7	
	他人に自分を良く見せたいですか	26	19	2	
	情緒不安定大項目の合計	66 (28.09)	149 (63.40)	20 (8.51)	χ^2= 31.32 *** (11.00/ 10.00- 12.00)
心のストレス (15 点)	苦労性だと思いますか	23	19	5	
	ちょっとしたことが気になりますか	24	21	2	
	気疲れするほうですか	21	24	2	
	仕事や勉強がきついと感じることがありますか	24	23	0	
	最近ストレス状態ですか	22	24	1	
	心のストレス大項目の合計	114 (48.51)	111 (47.23)	10 (4.25)	χ^2=16.0 * (13.00/ 10.00- 14.00)
抑うつ (30 点)	近頃元気がないですか	6	29	12	
	人生が悲しく希望が持てないですか	0	28	19	
	いつもおもしろくなく気がふさぎますか	7	31	9	
	会合に出席してもいつも孤独を感じますか	10	19	18	
	ひとりぼっちだと感じることがありますか	10	20	17	
	人に会いたくないときがありますか	4	33	10	
	引け目を感じることがありますか	4	28	15	
	憂鬱なときがありますか	7	31	9	
	自分の生き方は間違っていたと思いますか	6	29	12	
	近頃なにかにつけて自信がなくなってきましたか	4	29	14	
	抑うつ大項目の合計	58 (12.34)	277 (58.93)	135 (28.72)	χ^2= 38.72 * (20.00/ 14.00- 22.00)

3. はい，2. どちらでもない 1. いいえ　　*p<0.05 ***p<0.001

性を避けるため，Variance Inflation Factor；VIF は 2.5 未満とした．さらに，説明因子に対して多重共線性を検討するため，Spearman 順位相関係数を用いて説明因子間の関連を検討した．なお, 有意水準はすべて５％未満とした．統計ソフトは IBM SPSS Statics ver.21 を使用した．

４．結果

１）欠席・遅刻の回数

１年生の後期開始後から１ヶ月間の遅刻回数平均値は 0.96 ± 0.91（最大値３，最小値０）で，欠席回数平均値は, 0.45 ± 1.00（最大値４, 最小値０）であった．

２）アンケート結果

各アンケート結果については，表１から表５に示す結果となった．生活状況調査（表３）の結果には正規性が認められたが，Kiss-18（表１），意欲低下領域尺度（表２），THI（表４）の下位項目結果には正規性が認められなかった．また，これらの下位項目結果にはいずれもχ^2検定にて有意差が認められた．

３）欠席・遅刻に関連する影響因子

ステップワイズ重回帰分析の結果，欠席回数に影響する説明因子として，*「Kiss-18: 対人構築力」*の「気まずいことがあった相手と上手に和解できる」（β＝－0.38，p=0.024）と「他人が話をしているところに気軽に参加できる」（β=0.35，p=0.002），*「意欲低下領域尺度：勉学意欲」*の「勉強で思ったことはすぐ調べる」（β＝－0.48, p ＜ 0.001），*「THI」*の「抑うつ」（β=0.27，p=0.025）が抽出され重回帰決定係数は 0.58 となった．

遅刻回数に影響する説明因子は，*「意欲低下領域尺度:勉学意欲」*の「授業に出る気がしない」（β＝－0.19, p=0.049），*「THI」* の「抑うつ」（β=0.54，p＜0.001，*「生活状況調査」* の「アルバイトは 1 日何時間行っていますか（以下，アルバイト時間）」（β=0.21，p=0.047）が抽出され，重回帰決定係数は 0.54 であった．なお，説明因子間の間に相関については，欠席では「勉強で疑問に思ったことはすぐに調べる」ことと「抑うつ」の間に，遅刻では「授業に出る気がしない」と「抑うつ」の間にそれぞれ弱い負の相関が認められたが，それ以外の因子間に相関は認められなかった（表５）．

５．考察

１）結果の妥当性について

欠席の説明因子としては，対人構築力，勉学意欲，抑うつが抽出され，重回帰決定係数は 0.58 であった．また，遅刻の説明因子は，勉学意欲，抑うつ，アルバイト時間が抽出され，重回帰決定係数は 0.54 であった．それぞれの独立変数から従属変数への標準偏回帰係数は表５に示すように，いずれも５％の水準で有意な係数を示した．説明因子間の相関において，欠席では「勉強で疑問に思ったことはすぐに調べる」ことと「抑うつ」の間に，遅刻では「授業に出る気がしない」と「抑うつ」の間にそれぞれ負の

表５　作業療法・理学療法専攻・大学１年生の欠席・遅刻回数に関連する因子

表５-a　説明因子の相関係数

欠席	大項目	質問項目	和解できる	参加できる	調べる	抑うつ
	対人構築力	気まずいことがあった相手と上手に和解できる（和解できる）		0.32　n.s	0.24　n.s	0.80　n.s
		他人が話をしているところに気軽に参加できる（参加できる）	0.14		0.56　n.s	0.37　n.s
	勉学意欲	勉強で疑問に思ったことはすぐに調べる（調べる）	- 0.18	0.09		0.03　*
	心理的ストレス反応	抑うつ	-0.13	-0.13	-0.32	
遅刻	大項目	質問項目	授業に出る気がしない	抑うつ	1 回のアルバイト時間	
	勉学意欲	授業に出る気がしない		0.03　*	0.17　n.s	
	心理的ストレス反応	抑うつ	-0.34		0.06　n.s	
	生活状況	1 日のアルバイト時間	0.18	0.29		

右上段は p 値，左下段は相関係数を示す　　*p＜0.05　　n.s= not significant

表５-b　欠席と遅刻に関連する因子との重回帰分析結果

	大項目	質問項目	t 値	p 値	標準β値	VIF
欠席	**対人構築力**	気まずいことがあった相手と上手に和解できる	-3.79	**	-0.38	1.15
		他人が話をしているところに気軽に参加できる	2.64	**	0.35	1.04
	勉学意欲	勉強で疑問に思ったことはすぐに調べる	-4.64	***	-0.48	1.12
	心理的ストレス反応	抑うつ	2.64	*	0.27	1.10
	R^2＝0．58　自由度調整 R^2=0.55 誤差の標準偏差= 0.67					
遅刻	**勉学意欲**	授業に出る気がしない	1.77	*	0.19	1.08
	心理的ストレス反応	抑うつ	4.63	***	0.54	1.26
	生活状況	1 日のアルバイト時間	1.98	*	0.21	1.07
	R^2=0.54　自由度調整 R^2＝0.51 誤差の標準偏差= 0.64					

VIF=Variance Inflation Factor　　*p＜0.05　**p＜0.01　***p＜0.001
n.s= not significant

相関が認められるが，いずれも弱い相関であることと，VIF が 2.5 を下回っていることから，多重共線性の問題はなく，この重回帰分析の結果には妥当性があると考えられる．

2）欠席について

欠席に影響した因子の「対人構築力」について，１年次は高校から大学への新環境への移行の時期であり，物理的，対人的，社会文化的環境の変化にさらされるため，非常にストレスフルな状況下におかれるとされている[10]．南ら[11]は環境移行後の新しい対人ネットワークの構築は５月までに行われ，以降その状態が安定するとしている．本研究の調査時期は 10 月であったため，対人ネットワークの構成は，ある程度完成した状態であったと推定される．重回帰分析結果では，「気まずいことがあった相手と上手に和解できる」者の方が欠席回数減少の要因であることが示された．一方，「他人が話しているところに気軽に参加できる」については，正の相関結果となっており，反対に欠席数増加の要因となっている．これについては，THI の「抑うつ」が因子として抽出されていることを合わせて考えると，学生間で一定の距離感があった方が相互作用によってストレスが高まることを押えることを示している可能性がある．内田[12]や中井ら[13]は，大学生では休学，退学，留年のリスクに，メンタルヘルス面で問題を挙げている．加えて栗原ら[2]も，同様の指摘を行っており，A 大学においても抑うつが欠席の要因であることが確認された．

次に勉学意欲の「勉強で疑問に思ったことはすぐに調べる」が欠席の影響因子であったことから，勉学意欲を維持あるいは高めることが重要であることが示された．大学の１年次は，一般に専門基礎科目や教養科目が多く OT・PT 専門科目は少ない．１年次には具体的な OT・PT のイメージが湧かないことが，勉学意欲の低下となり欠席や遅刻に結びついている可能性がある．

3）遅刻について

遅刻については，欠席の結果と異なり「対人構築力」が因子として抽出されなかった．代わりに１日のアルバイト時間との関連が認められた．これは，１日のアルバイト時間の長さが疲労に繋がり，翌日の遅刻に繋がっていることが考えられる．また，このことが，「勉学意欲」の「授業に出る気がしない」に影響していることも考えられる．THI の「抑うつ」が抽出された理由としては，欠席と同じく入学後の環境変化によるもの，アルバイトによる疲労などが考えられるが，単相関結果（表５）において遅刻回数と「抑うつ」との関連が認められていることから，何らかのストレス状態が抑うつに繋がっている可能性も考えられる．仙波ら[14]は PT 学生に対し，Zung 自己評価式抑うつ尺度で評価したところ，平均的な大学生よりも抑うつ度が高かったと報告している．これは，OT・PT 学生は固定クラスメンバーで行動することが多いこと，A 大学においては生理学，解剖学における口頭試問やレポート提出など特定の教員との関わりが多くなることなど閉鎖的な環境が影響していることや勉学へのストレスが蓄積し，心理面に影響している可能性がある．

4）全体の傾向と対策について

欠席回数の説明因子に対人構築力，勉学意欲が，遅刻の説明因子では勉学意欲，アルバイト時間が抽出された．Kiss-18（表２）の結果から，上手く対人構築ができていないことを示す１点を回答している学生が，各項目で１名から７名と少数ながらみられる．これは，実際にクラスに馴染めない者が存在しており，彼らのメンタルサポートが必要なことを示唆している．勉学意欲に関しては，「勉強で疑問に思ったことはすぐ調べる（表２）」で，たいていそうでない，まったくそうでないと答えた学生が 14 名（38.30％）もみられたこと，遅刻回数の説明因子である「授業に出る気がしない」（表２）で，そうであると回答した学生が５名（10.64％）にみられたことから，勉学意欲に対する対策が必要である．藤井ら[4]は医療系の学生は模範となるモデルを身近に得ることにより職業的アイデンティティが次第に高まることが予測されると述べている．このことから，１年生には，先輩や教員と交流を図りつつ，彼らからの話を聞くことで OT・PT の具体的イメージを具体的に構築してもらうことで勉学への意欲を引き出すことが重要と考えられる．

今回，欠席・遅刻共に「抑うつ」が説明因子として抽出された．このことは，特に１年次から精神的健康状態への配慮が重要なことを示している．表５に示すように対象の THI（表５）の「抑うつ」項目

の回答数は，各項目で 4 名から 10 名と少数であることから，全体としては抑うつ度が高いとはいえないが，少数であっても精神的健康状態への対応が必要であり，重要視する必要がある．

今回の結果は，欠席が多い者と遅刻が多い者で説明因子が異なっており，欠席が多い者，遅刻が多い者とそれぞれに分けた個別性の高い対応が必要なことも示していると考えられる．同時に，学生が相談しやすいよう，前期のオリエンテーション等で欠席・遅刻要因の増加予防のための情報発信を行っていくことも必要と考える．

5）本研究の限界と今後の課題

本研究は一大学の OT・PT 大学 1 年生を対象とした横断研究であり，この結果は専門学校を含めたすべての OT・PT 学生に般化できるものではない．また，調査期間が後期の 1 ヶ月間であるため，この時期は入学当初と異なり学生生活状況が大きく変動する時期とは考えにくいものの，さらに調査期間を長くした場合，結果が変動する可能性がある．また，男女差調査を実施していないために，その影響に関する検討を実施していないこと，個々の科目による得意・苦手意識の影響までは調査していないこと，これらが本研究における限界である．また，研究手続きの過程で，前期に休学・退学した学生，前年度の留年生は分析対象としていないため，著しい成績不良者や健康面での不良者など特異的な傾向を持つ学生の結果までは反映されていない．今後は，他年度の入学者でも同様の傾向がみられるのか，あるいは学年が上がると変化していくのかについても検討していく必要があると考える．

6）結論

本研究では，OT 学生・PT 学生の 1 年生を対象にアンケート調査を行い，欠席・遅刻に関連する因子を分析した．その結果，1 年次の欠席・遅刻では対人構築力，勉学意欲，心理的ストレス反応の項目が説明因子として抽出された．教員は入学早期に学生の生活状況を把握した上で，ストレス状況や学修面での支援をしていく必要があることが示唆された．

引用文献

1）命婦恭子，岩田昇，向笠章子，津田彰：長期欠席の前兆としての遅刻についての縦断研究．心理学研究 83（4）：314-320，2012.

2）栗原久，萩野基行：大学入学時の自記式健康度調査（THI）による長期授業欠席リスクの高い学生の予測．東京福祉大学大学院紀要 2（2）：115-121，2012.

3）増田信代，関野房子，北川悦子：勤労看護学生の遅刻・欠席の実態と意識調査．神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要 21：51-55，1995.

4）藤井恭子，野々村典子，鈴木純恵，澤田雄二，石川演美，他：医療系学生における職業的アイデンティティの分析．茨城県立大学紀要 7：131-141，2001.

5）古澤隆志，太田信夫，藤沢しげ子：学習意欲が定期試験成績に及ぼす効果．理学療法科学 23（2）：249-253，2008.

6）菊池章夫：Kiss-18 のこと．菊池章夫，堀家一也偏，社会的スキルの心理学，川島書店，177-183，1994.

7）安部征哉，元村直靖：作業療法学生の臨床実習における社会スキルについての検討－ Kiss-18 を活用して－．大阪教育大学紀要第Ⅲ部門 57（1）：41-47，2008.

8）小林邦雄：大学生の「意欲」に関する一研究．Mem.Faculty.B.O.S.T.Kinki University 2（25）：25-40, 2010.

9）久田満，丹羽郁夫：大学生の生活ストレッサー測定に関する研究－大学生用生活体験尺度の作成－．社会学研究科紀要 27：45-55，1979.

10）丹羽智美：青年期における親への愛着と環境移行期における適応過程．パーソナリティ研究 13（2）：156-169，2005.

11）南博文，山口修司：大学生活への移行．山本多喜司，S. ワップナー編，人生移行の発達心理学，北大路書房，179-204，1992.

12）内田千代子：国立大学の休・退学，留年学生および死亡に関する調査－精神科医から見たサポートの必要性－．国立大学マネジメント NAVY 12（2）：27-32，2006.

13）中井大介，芽野理恵，佐野司：UPI から見た大学生のメンタルヘルスの実態．筑波学院大学紀要２：159-173，2007.
14）仙波浩幸，清水和彦：理学療法専攻学生の精神的健康度　－精神健康度 12 項目版と Zung 自己評価式抑うつ尺度日本語版を使用した評価－．豊橋創造大学紀要 15：99-112，2011.