

2週間の身体領域臨床実習で作業療法学生は何を経験しているか

館岡周平 會田玉美 野村健太 木口尚人
(Shuhei TATEOKA, Tamami AIDA, Kenta NOMURA, Naoto KIGUCHI)

【要約】

《目的》本研究の目的は、作業療法士養成課程で実施された2週間の身体領域臨床実習において、学生が活用した123項目のクリニカルクラークシップチェックリスト（以下、CCC）を基に、学生の経験の特徴を調査することである。

《方法》対象は、一養成校で2週間の身体領域臨床実習を履修し、身体領域の病院で実習が行われた2年生48名が実習期間中に Clinical Educator（CE）とともに記入した CCC である。調査方法は、実習終了後に提出された各学生が活用した CCC の各項目について、見学、模倣前期、模倣後期、実施の経験（チェック状況）を調査した。

《結果》38名の CCC が分析対象となった。全項目のうち、80項目（全項目のうち65%）は、全対象のうち50%以上の学生が見学以上の経験を積んだ項目であった。そのうち、模倣前期40項目、模倣後期79項目、実施80項目が見学と比較して、有意に経験数は減少しており、多くの学生は見学と一部の模倣前期の段階に実習時間が費やされていた。

《結論》本結果から、2週間程度の実習でも、CCC を積極的に活用しながら CE と養成校教員が学生の経験している内容について情報共有を行い、臨床実習での学生の経験を予め計画することが必要と考えられた。

キーワード：2週間程度の臨床実習、チェックリスト、作業療法学生

I. はじめに

2000年の養成校開設規制緩和により急速に療法士が増加した経緯や、学生の無資格診療行為、過度なレポート課題による学生の負担、指導者の臨床業務外の業務増加などが問題となり、実習形態の検討が活発化している。しかし、養成校と指導者の関わり、学生への教育、評価方法は統一されておらず、対策の一つとして、クリニカルクラークシップ（Clinical Clerkship：以下、CCS）による臨床実習が推奨されている¹⁾。臨床実習は、医療従事者を養成する教育課程において学生の学習意欲を高める重要な機会である。

作業療法士養成校では、はじめに見学を主体とした1週間以内の実習、次に1施設以上で2～4週間程度の評価を主体とした実習、そして、1施設以上で6～

8週間程度の総合的な長期の実習と、段階的に期間を伸ばしながら臨床経験を学生に積み重ねている養成校が多い。臨床実習指導者（Clinical Educator：以下、CE）である作業療法士をみて作業療法関連業務を経験することは、その後の学修へのモチベーションを高めることや、卒後のイメージを膨らませる貴重な機会になっている。一方で、臨床実習での経験を詳細に可視化して捉えることは行われてこなかった。

筆者らは、2005年から CCS に基づく臨床実習を採用し、123項目の CCS チェックリスト（以下、CCC）を用いて²⁾、臨床実習中に経験した項目と回数、見学、模倣（前期および後期）、実施の習得段階を確認することとした。CCC は、臨床実習で学生に経験してほしい内容を盛り込むという考えで作成され、試用した CE12名に意見聴取し、さらに修正を加えたもの

たておかしゅうへい：目白大学保健医療学部作業療法学科
あいだたまみ：目白大学保健医療学部作業療法学科
のむらけんた：目白大学保健医療学部作業療法学科
きぐちなおと：茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科

である²⁾。臨床実習中に CCC を活用することにより、学生自身と養成校教員、CE が、目標や指導方法の設定に役立てることを想定してきた。

日本作業療法士協会が示している臨床実習の到達目標は、「一般的な特性を呈する対象者に対して、作業療法実践過程（初期評価、計画立案、治療実施、再評価）を臨床実習指導者の指導のもとに遂行できる。また、作業療法士として自覚をもった行動をとることができる」であり³⁾、指導のもとに遂行できるという一文からは、臨床実習において、より多くの項目を模倣以降の段階に進めることが作業療法士養成校において重要であり、CCC の項目について、経験の習得段階を積み上げる対策が必要である。

CCS による臨床実習における学生の行動評価項目のチェック数を加算し、項目数で除した臨床実習評価点について時期別の臨床実習で比較した報告では、時間に比例して臨床実習評価点は有意に高くなる傾向 ($p < 0.01$) であったと示されている⁴⁾。ここから、CCS による臨床実習での学びは次の臨床実習に引き継がれていることが推察できる。

臨床実習全体を考えると、2 週間程度の臨床実習での経験が、長期実習に引き継がれることが理想的な学びの連続性と考えられ、そこでの経験は、その後の実習の習得段階に影響する可能性が高い。したがって、CE や養成校は、学生の可能な経験を 2 週間程度の臨床実習から長期実習に向けて積み上げるよう準備することが大切である。しかし、2 週間の身体領域臨床実習で、どのような経験を積むことができるかは明らかになっていない。

そこで本研究では、2 年生の後期に行われている 2 週間の身体領域臨床実習での学生の経験の特徴を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象

2019 年 2 月に一養成校で 2 週間の身体領域臨床実習を履修し、身体領域の病院で実習が行われた 2 年生 48 名が実習期間中に CE とともに記入した CCC である。CCC は対象校独自のものであり、カリキュラムや臨床実習の時期の違いにより経験に差がでると考えられたため、本研究では対象校である一養成校での調査とした。

尚、本研究で CCC を活用した学生は、カリキュラ

ム上、身体機能作業療法治療学および同演習、高次脳機能作業療法学、義肢装具学および同演習、高齢期作業療法学および同演習、日常生活適応学演習の科目が未履修である。

2. 調査内容

(1) 2 週間の身体領域臨床実習の位置づけ、到達目標

対象校では、2 年生の後期に、各 2 週間の身体領域臨床実習とその他領域の臨床実習が行われている。ここでの実習目標は、「作業療法評価の一部が実施できる。」、「リハビリテーションゴールおよび作業療法目標の理解ができる。」、「職業人・作業療法学生としてふさわしい態度を身につける。」である。

(2) 身体領域評価実習で活用した CCC の概要

2 週間の身体領域臨床実習時に各学生が活用している CCC の項目について、以下、領域名を【】で記す。

【作業療法士に求められる適性】15 項目、【情報収集】7 項目、【評価の解釈】5 項目、【リスク管理】8 項目、【環境因子】6 項目、【個人因子】5 項目、【活動と参加 (ADL)】13 項目、【活動と参加 (IADL)】10 項目、【活動と参加 (その他)】11 項目、【基本的な介入技術】24 項目、【疾患別の作業療法】19 項目、全 123 項目である。活用方法は、各項目における見学にはチェックを、模倣前期、模倣後期には正の字で経験回数を記載、そして実施レベルに至った日付をそれぞれ、学生と CE が確認しながら記載する。各項目について、習熟の段階である模倣 (前期・後期) を多く繰り返し経験することが実施に近づくポイントであり、学生が確認することで自信や動機づけを高める効果も期待できるため、模倣のみ経験した回数がかかるようにしている。

(3) CCC の理解度を高める取り組み

CCC の理解度を高める取り組みとして、学生には、CCC の使用法・記録の記載方法を講義内で教授し、CE には、臨床実習前の実習指導者会議で、CCC の付け方を含めた CCS 方式臨床実習の説明が記載されている冊子を配布している。そして、教員は実習地訪問の際に、学生、CE とチェック方法を含めた CCC の確認を行っている。

(4) 調査方法

実習終了後、実習後セミナーにて、CCC を所定の場所に提出するよう学生に依頼した。尚、2 週間の身

身体領域臨床実習における経験の有無を明らかにする目的で、見学、模倣前期、模倣後期、実施の経験について調査したため、回数や日付は調査対象外とした。

3. 分析方法

CCC123項目について、見学、模倣前期、模倣後期、実施の4段階それぞれの経験の有無の単純集計を行い、4段階のいずれかを経験していれば「経験」、いずれも経験していない場合は「未経験」として、各項目の人数の割合を算出し、経験率とした。尚、本研究では、各項目の経験率から全体像を捉えるため、50%以上の学生が経験した項目（以下、過半数の学生が経験した項目）を、半数以上の多数の学生が経験した項目と便宜的に定義した。

次に、項目ごとの4段階の経験人数について、CochranのQ検定にて検討し、有意差があった場合は、Bonferroni法による多重比較を行った。また、各領域で50%以上の学生が経験した項目数を段階ごとに集計した。

その後、学生が経験した全体及び各領域の各経験段階の項目数の差についてFriedman検定を行い、有意差があった場合は、Bonferroni法による多重比較を行った。統計処理にはSPSS statistics 27.0 (IBM社)を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の医学系研究倫理審査委員会（承認番号19-007）の承認を得て実施した。学生には、研究目的、匿名で行うこと、個人情報保護、参加の有無による不利益が生じないことを口頭と書面で説明した。集計データについては、学生、指導者、実習施設が特定できないよう加工し、CCCデータ集計後、CCCを学生に返却した。

Ⅲ. 結果

1. 研究に用いた記録

CCCの回収率は100%（48名）で、そのうち、発達支援センター1名、介護老人保健施設での実習3名を除外した。加えて、CCCの各項目が見学、模倣前期、模倣後期、実施の順に進んでおらず、見学や模倣前期、模倣後期が省略されている項目が1項目以上あった6名のCCCは除外し、79%（38名）のCCCを分析対象とした。

2. 2週間の身体領域臨床実習での経験の実態

(1) 各項目の経験率の概観

結果より、123項目中80項目（全項目中65%）で過半数の学生が、各経験段階のいずれかを経験していた。一方で43項目（同35%）は、過半数の学生が未経験の項目であった。段階ごとの経験率では、過半数の学生が経験した項目は、見学80項目（同65%）、模倣前期40項目（同33%）、模倣後期9項目（同7%）、実施1項目（同0%）であった（表1）。見学の経験数が50%以上の80項目のうち、模倣前期40項目、模倣後期79項目、実施80項目の経験数が、見学と比較して有意に減少していた。

(2) 各領域で過半数の学生が経験した項目数と全項目数に対する割合

各領域で過半数の学生が経験した項目数を表2に示す。そのうち、過半数の学生が見学を経験した項目数が50%以上ある領域は、【作業療法に求められる適性】、【情報収集】、【リスク管理】、【環境因子】、【個人因子】、【活動と参加（ADL）】、【基本的な介入技術】であった。一方、模倣前期については、【作業療法士に求められる適性】と【リスク管理】のみであった。

(3) 学生が経験した各段階の項目数

学生が経験した各段階の項目数を図1に示した。中央値は見学が73（60-87.5）項目、模倣前期が35（27.3-50.8）項目、模倣後期が13（2-28.8）項目、実施が2（0-16.6）項目であり、4段階を通して段階的に減少していた。また、Friedman検定で有意差を認め、多重比較では、見学と比較して、模倣前期、模倣後期、実施（ $p < .05$ ）、模倣前期と比較して模倣後期、実施（ $p < .05$ ）が有意に減少していた。領域別の経験した項目数の割合についても、全ての領域で4段階を通して中央値の減少が認められた（図2）。

Ⅳ. 考察

1. 学生が経験した項目と領域の特徴からの考察

本研究では、CCCを用いて2週間の身体領域臨床実習を履修した学生の経験項目を調査した。結果、123項目中80項目（65%）を過半数の学生が経験したが、見学と比較すると、ほとんどの項目で模倣後期、実施の経験数は有意に減少していた。したがって、2週間の身体領域臨床実習での学生の経験は、CCC項目からみた場合、見学と一部の模倣前期段階までが主であるといえる。

表1 CCS チェックリスト各項目の経験人数と経験率 (学生 n=38)

領域	CCS チェックリスト項目	見学		模倣前期		模倣後期		実施		p	
		経験数 (人)	経験率 (%)	経験数 (人)	経験率 (%)	経験数 (人)	経験率 (%)	経験数 (人)	経験率 (%)		
作業療法士としての基礎	知識	1 作業療法に関する内容を対象者に説明する	36	94.7	9 ^{*1}	23.7	2 ^{*1}	5.3	1 ^{*1}	2.6	<0.001*
		2 作業療法士の役割についてスタッフまたは対象者に説明する	25	65.8	4 ^{*1}	10.5	3 ^{*1}	7.9	3 ^{*1}	7.9	<0.001*
		3 組織の概要をスタッフまたは対象者に述べる	19	50.0	1 ^{*1}	2.6	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*
	態度・習慣	4 対象者や家族と良好な関係をつくる	37	97.4	34	89.5	20 ^{*1.2}	52.6	15 ^{*1.2}	39.5	<0.001*
		5 スタッフと良好な関係をつくる	35	92.1	33	86.8	16 ^{*1.2}	42.1	12 ^{*1.2}	31.6	<0.001*
		6 対象者や家族の話を傾聴する	37	97.4	35	92.1	21 ^{*1.2}	55.3	17 ^{*1.2}	44.7	<0.001*
		7 疑問点を自ら見つけ、解決しようと努力する	33	86.8	33	86.8	21 ^{*1.2}	55.3	14 ^{*1.2}	36.8	<0.001*
		8 自己学習を行うべき内容を考えて、行って知識を補う	30	78.9	30	78.9	22	57.9	15 ^{*1.2}	39.5	<0.001*
		9 作業療法室の業務に関する行動を行う (掃除・準備・患者対応等)	38	100.0	37	97.4	21 ^{*1.2}	55.3	15 ^{*1.2}	39.5	<0.001*
		10 CE に積極的に報告・連絡・相談を行う	28	73.7	31	81.6	17 ^{*1.2}	44.7	12 ^{*1.2}	31.6	<0.001*
	技能	11 管理運営の流れに従って行動する	33	86.8	24	63.2	16 ^{*1.2}	42.1	9 ^{*1.2}	23.7	<0.001*
		12 必要な事項を報告・連絡・相談する	35	92.1	29	76.3	16 ^{*1.2}	42.1	8 ^{*1.2}	21.1	<0.001*
		13 必要な事項を記録する	35	92.1	26	68.4	13 ^{*1.2}	34.2	8 ^{*1.2}	21.1	<0.001*
		14 申し送りに参加する	30	78.9	21	55.3	11 ^{*1.2}	28.9	8 ^{*1.2}	21.1	<0.001*
		15 作業療法室の物品の整理整頓、管理を行う	37	97.4	37	97.4	20 ^{*1.2}	52.6	17 ^{*1.2}	44.7	<0.001*
情報収集	16 カルテから現病歴、既往歴等必要な情報を得る	37	97.4	36	94.7	19 ^{*1.2}	50.0	10 ^{*1.2}	26.3	<0.001*	
	17 他職種からの情報聴取ができる (医師)	28	73.7	7 ^{*1}	18.4	4 ^{*1}	10.5	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
	18 他職種からの情報聴取ができる (看護師)	31	81.6	10 ^{*1}	26.3	4 ^{*1}	10.5	3 ^{*1}	7.9	<0.001*	
	19 他職種からの情報聴取ができる (理学療法士)	31	81.6	14 ^{*1}	36.8	5 ^{*1}	13.2	3 ^{*1.2}	7.9	<0.001*	
	20 他職種からの情報聴取ができる (言語聴覚士)	23	60.5	7 ^{*1}	18.4	3 ^{*1}	7.9	6 ^{*1}	15.8	<0.001*	
	21 他職種からの情報聴取ができる (医療ソーシャルワーカー)	22	57.9	6 ^{*1}	15.8	3 ^{*1}	7.9	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
22 対象者・家族から必要な情報を収集する (面接)	33	86.8	19 ^{*1}	50.0	7 ^{*1.2}	18.4	5 ^{*1.2}	13.2	<0.001*		
評価の解釈	23 ICF 等を用いて障害像の統合と解釈を行う	13	34.2	10	26.3	6 ^{*1}	15.8	1 ^{*1.2}	2.6	<0.001*	
	24 模擬カルテを記載する	8	21.1	7	18.4	5	13.2	2 ^{*1.2}	5.3	<0.006*	
	25 長期目標を立てる	18	47.4	8 ^{*1}	21.1	6 ^{*1}	15.8	1 ^{*1}	2.6	<0.001*	
	26 短期目標を立てる	20	52.6	7 ^{*1}	18.4	6 ^{*1}	15.8	1 ^{*1}	2.6	<0.001*	
	27 目標の優先順位付けをする	22	57.9	10 ^{*1}	26.3	6 ^{*1}	15.8	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
リスク管理	28 疾患によるリスクを理解し対象者に説明する	28	73.7	4 ^{*1}	10.5	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	<0.001*	
	29 症状にあわせた検査項目を列挙する	30	78.9	14 ^{*1}	36.8	4 ^{*1}	10.5	4 ^{*1}	10.5	<0.001*	
	30 作業療法中止基準について対象者に説明する	20	52.6	4 ^{*1}	10.5	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*	
	31 血圧、脈拍、呼吸数を測定する	38	100.0	38	100.0	27 ^{*1.2}	71.1	23 ^{*1.2}	60.5	<0.001*	
	32 酸素飽和度を測定する	30	78.9	22	57.9	6 ^{*1.2}	15.8	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*	
	33 顔色・冷や汗・自覚症状等に注意する	37	97.4	28	73.7	14 ^{*1.2}	36.8	7 ^{*1.2}	18.4	<0.001*	
34 転倒・転落がないよう行動する	38	100.0	37	97.4	21 ^{*1.2}	55.3	11 ^{*1.2}	28.9	<0.001*		
35 病院・施設のルール (転倒・感染防止他) に従って行動する	37	97.4	34	89.5	17 ^{*1.2}	44.7	13 ^{*1.2}	34.2	<0.001*		
作業療法評価・治療	環境因子	36 家族構成、介護力を評価する	31	81.6	12 ^{*1}	31.6	7 ^{*1}	18.4	6 ^{*1}	15.8	<0.001*
		37 その他の家庭環境を評価する	24	63.2	8 ^{*1}	21.1	4 ^{*1}	10.5	4 ^{*1}	10.5	<0.001*
		38 家屋環境の評価を行う	25	65.8	9 ^{*1}	23.7	4 ^{*1}	10.5	4 ^{*1}	10.5	<0.001*
		39 家庭の経済状況について情報を得る	16	42.1	7 ^{*1}	18.4	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	<0.001*
		40 居住地域や地域のケアシステムの評価を行う	6	15.8	5	13.2	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*
41 環境因子について問題抽出をする	19	50.0	8 ^{*1}	21.1	6 ^{*1}	15.8	3 ^{*1}	7.9	<0.001*		
個人因子	42 ニーズを把握する (COPM、OSA 等)	18	47.4	8 ^{*1}	21.1	5 ^{*1}	13.2	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
	43 性格傾向を把握する	34	89.5	18 ^{*1}	47.4	9 ^{*1.2}	23.7	8 ^{*1.2}	21.1	<0.001*	
	44 趣味・興味・関心を把握する (興味関心チェックリスト等)	29	76.3	20	52.6	8 ^{*1.2}	21.1	7 ^{*1.2}	18.4	<0.001*	
	45 役割を把握する (役割チェックリスト等)	13	34.2	6 ^{*1}	15.8	3 ^{*1}	7.9	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
	46 生活歴・作業歴を把握する	33	86.8	23	60.5	9 ^{*1.2}	23.7	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*	
	活動と参加	ADL	47 日常生活活動 (ADL) とは何かを説明する	17	44.7	6 ^{*1}	15.8	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6
48 対象者の1日の生活の流れを把握する			30	78.9	17 ^{*1}	44.7	6 ^{*1.2}	15.8	5 ^{*1.2}	13.2	<0.001*
49 ADL の評価を行う (BI、FIM 他)			25	65.8	19	50.0	9 ^{*1.2}	23.7	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*
50 起居動作を評価し行う (寝返り、起き上がり、立ち上がり)			38	100.0	28 ^{*1}	73.7	15 ^{*1.2}	39.5	8 ^{*1.2}	21.1	<0.001*
51 移乗動作を評価し行う (トランスファー)			37	97.4	26 ^{*1}	68.4	7 ^{*1.2}	18.4	4 ^{*1.2}	10.5	<0.001*
52 移動動作を評価し行う (杖、車いす操作、歩行、階段昇降)			35	92.1	28	73.7	11 ^{*1.2}	28.9	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*
53 排泄動作を評価し行う (トイレ移乗、下衣上げ下げ、後始末)			37	97.4	22 ^{*1}	57.9	6 ^{*1.2}	15.8	3 ^{*1.2}	7.9	<0.001*
54 食事動作を評価し行う (用具・食器操作、食べ物を口へ運ぶ)			27	71.1	11 ^{*1}	28.9	6 ^{*1}	15.8	3 ^{*1.2}	7.9	<0.001*
55 更衣動作を評価し行う (前開き、かぶり、ズボン、靴下、靴)			36	94.7	24 ^{*1}	63.2	9 ^{*1.2}	23.7	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*
56 整容動作を評価し行う (洗顔、ブラシ、歯磨き、髭剃り)			32	84.2	18 ^{*1}	47.4	9 ^{*1.2}	23.7	6 ^{*1.2}	15.8	<0.001*
57 入浴動作を評価し行う (浴室・浴槽の出入り、洗体、洗髪)			22	57.9	13 ^{*1}	34.2	3 ^{*1.2}	7.9	2 ^{*1.2}	5.3	<0.001*
58 福祉用具を適切に選択し指導する (自助具、補装具等)			26	68.4	5 ^{*2}	13.2	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	<0.001*
59 ADL について家族指導を行う			7	18.4	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*
IADL	60 生活関連動作 (IADL) とは何かを説明する	10	26.3	3 ^{*1}	7.9	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*	
	61 調理活動を評価し練習を行う (調理器具操作、食器準備片付け)	14	36.8	5 ^{*1}	13.2	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*	
	62 調理活動を評価し練習を行う (火の使用)	7	18.4	2	5.3	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*	
	63 調理活動を評価し練習を行う (食器洗い)	10	26.3	3 ^{*1}	7.9	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	<0.001*	
	64 洗濯活動を評価し練習を行う	13	34.2	5 ^{*1}	13.2	2 ^{*1}	5.3	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	
	65 掃除活動を評価し練習を行う	5	13.2	5	13.2	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	<0.001*	
	66 金銭管理能力評価し練習を行う	7	18.4	3	7.9	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	<0.001*	
	67 屋外の活動を評価し練習を行う	12	31.6	4 ^{*1}	10.5	3 ^{*1}	7.9	2 ^{*1}	5.3	<0.001*	

	68 公共交通の利用を評価し練習を行う	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	69 IADLについて家族指導を行う	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	70 活動制限・参加制約に対してアプローチする	19	50.0	6 ^{*1}	15.8	2 ^{*1}	5.3	2 ^{*1}	5.3 <0.001*
	71 活動と参加に重点を置いた長期的な生活プランを提案する	11	28.9	2 ^{*1}	5.3	1 ^{*1}	2.6	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	72 参加と活動について問題抽出をする	16	42.1	7 ^{*1}	18.4	4 ^{*1}	10.5	1 ^{*1.2}	2.6 <0.001*
	73 社会保障（医療保険、介護保険等）について説明する	11	28.9	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	74 利き手交換訓練を行う	3	7.9	1	2.6	1	2.6	1	2.6 0.112
	75 スプリントの種類を選択し作成する	6	15.8	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	76 興味・関心と心身機能に合わせた作業を選択し行う	19	50.0	6 ^{*1}	15.8	4 ^{*1}	10.5	3 ^{*1}	7.9 <0.001*
	77 コミュニケーション能力の評価・治療を行う	22	57.9	9 ^{*1}	23.7	5 ^{*1}	13.2	4 ^{*1}	10.5 <0.001*
	78 職業前評価を行い支援する	9	23.7	1 ^{*1}	2.6	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	79 QOLの評価する	13	34.2	3 ^{*1}	7.9	2 ^{*1}	5.3	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	80 介護保険サービスの利用プランを提案する	10	26.3	3 ^{*1}	7.9	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
作業療法評価・治療	81 意識レベルを評価する（JCS・GCS）	27	71.1	20	52.6	11 ^{*1}	28.9	7 ^{*1.2}	18.4 <0.001*
	82 関節可動域の評価・治療を行う（肩関節）	38	100.0	37	97.4	17 ^{*1.2}	44.7	14 ^{*1.2}	36.8 <0.001*
	83 関節可動域の評価・治療を行う（肘関節・前腕）	37	97.4	37	97.4	16 ^{*1.2}	42.1	11 ^{*1.2}	28.9 <0.001*
	84 関節可動域の評価・治療を行う（手関節）	36	94.7	35	92.1	17 ^{*1.2}	44.7	8 ^{*1.2}	21.1 <0.001*
	85 関節可動域の評価・治療を行う（股関節）	30	78.9	28	73.7	13 ^{*1.2}	34.2	8 ^{*1.2}	21.1 <0.001*
	86 関節可動域の評価・治療を行う（膝関節）	31	81.6	28	73.7	13 ^{*1.2}	34.2	8 ^{*1.2}	21.1 <0.001*
	87 関節可動域の評価・治療を行う（足関節）	28	73.7	23	60.5	11 ^{*1.2}	28.9	6 ^{*1.2}	15.8 <0.001*
	88 筋力の評価・治療を行う（上肢・MMT）	36	94.7	32	84.2	16 ^{*1.2}	42.1	11 ^{*1.2}	28.9 <0.001*
	89 筋力の評価・治療を行う（下肢・MMT）	29	76.3	18	47.4	11 ^{*1}	28.9	11 ^{*1}	28.9 <0.001*
	90 筋力の評価・治療を行う（握力・ピンチ力）	37	97.4	22 ^{*1}	57.9	3 ^{*1.2}	7.9	3 ^{*1.2}	7.9 <0.001*
	91 形態測定を行う（上肢長・下肢長・周径他）	8	21.1	5	13.2	2 ^{*1}	5.3	1 ^{*1}	2.6 <0.002*
	92 知覚の評価・治療を行う（触覚、圧覚、痛覚、運動覚、位置覚）	36	94.7	27	71.1	13 ^{*1.2}	34.2	6 ^{*1.2}	15.8 <0.001*
	93 反射検査を行う（深部腱反射・病的反射）	29	76.3	18	47.4	10 ^{*1.2}	26.3	6 ^{*1.2}	15.8 <0.001*
	94 筋緊張検査を行う（MAS・視診・触診・他動運動）	35	92.1	22 ^{*1}	57.9	8 ^{*1.2}	21.1	5 ^{*1.2}	13.2 <0.001*
	95 協調性（運動失調）の評価・治療を行う	16	42.1	6 ^{*1}	15.8	2 ^{*1}	5.3	1 ^{*1}	2.6 <0.001*
	96 バランスの評価・治療を行う（座位）	30	78.9	18	47.4	5 ^{*1.2}	13.2	5 ^{*1.2}	13.2 <0.001*
	97 バランスの評価・治療を行う（立位）	29	76.3	14 ^{*1}	36.8	5 ^{*1.2}	13.2	4 ^{*1.2}	10.5 <0.001*
	98 上肢機能の評価を行う（STEFほか）	25	65.8	12 ^{*1}	31.6	3 ^{*1.2}	7.9	3 ^{*1.2}	7.9 <0.001*
	99 手指機能の評価を行う	22	57.9	9	23.7	2 ^{*1}	5.3	2 ^{*1}	5.3 <0.001*
	100 浮腫・熱感・疼痛の評価・治療を行う	27	71.1	17 ^{*1}	44.7	5 ^{*1.2}	13.2	3 ^{*1.2}	7.9 <0.001*
	101 画像診断を見て情報を得る（レントゲン、CT、MRI）	31	81.6	17 ^{*1}	44.7	5 ^{*1.2}	13.2	4 ^{*1.2}	10.5 <0.001*
	102 心理面の評価を行う（感情・意欲を含む）	20	52.6	9	23.7	4 ^{*1}	10.5	3 ^{*1}	7.9 <0.001*
	103 知的能力の評価（観察）を行う	11	28.9	4 ^{*1}	10.5	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
104 心身機能・身体構造について問題抽出をする	24	63.2	16	42.1	7 ^{*1}	18.4	3 ^{*1.2}	7.9 <0.001*	
疾患別の作業療法	105 運動麻痺の評価・治療を行う	36	94.7	28	73.7	13 ^{*1.2}	34.2	6 ^{*1.2}	15.8 <0.001*
	106 運動麻痺の機能予後を予測する	16	42.1	7 ^{*1}	18.4	4 ^{*1}	10.5	2 ^{*1}	5.3 <0.001*
	107 脊髄損傷の重症度を評価し治療する（ASIA）	5	13.2	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.002*
	108 高次脳機能の評価・治療を行う（半側空間無視）	26	68.4	14 ^{*1}	36.8	6 ^{*1}	15.8	3 ^{*1.2}	7.9 <0.001*
	109 高次脳機能の評価・治療を行う（失行・失認）	13	34.2	6 ^{*1}	15.8	4 ^{*1}	10.5	2 ^{*1}	5.3 <0.001*
	110 高次脳機能の評価・治療を行う（遂行機能障害）	15	39.5	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6 <0.001*
	111 高次脳機能の評価・治療を行う（意欲）	17	44.7	8 ^{*1}	21.1	5 ^{*1}	13.2	5 ^{*1}	13.2 <0.001*
	112 高次脳機能の評価・治療を行う（注意）	24	63.2	12 ^{*1}	31.6	3 ^{*1}	7.9	1 ^{*1.2}	2.6 <0.001*
	113 高次脳機能の評価・治療を行う（記憶）	19	50.0	7 ^{*1}	18.4	3 ^{*1}	7.9	1 ^{*1}	2.6 <0.001*
	114 関節リウマチの重症度を評価し治療する（スタインブロッカー他）	9	23.7	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	115 骨折の治療過程に沿った治療を行う	22	57.9	5 ^{*1}	13.2	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6 <0.001*
	116 疼痛評価を行う（VAS他）	12	31.6	3 ^{*1}	7.9	2 ^{*1}	5.3	2 ^{*1}	5.3 <0.001*
	117 心疾患の重症度を評価し治療する（NYHA他）	5	13.2	1	2.6	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.005*
	118 腎疾患の重症度を評価し治療する	3	7.9	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0	0 ^{*1}	0.0 <0.029*
	119 呼吸器疾患の重症度を評価し治療する（ヒュー・ジョーンズ分類他）	9	23.7	4	10.5	2 ^{*1}	5.3	0 ^{*1}	0.0 <0.001*
	120 代謝障害の重症度を評価し治療する	1	2.6	1	2.6	0	0.0	0	0.0 0.261
	121 パーキンソン病の重症度を評価し治療する（ヤールの分類）	7	18.4	4	10.5	1 ^{*1}	2.6	1 ^{*1}	2.6 <0.002*
	122 認知症の重症度を評価し治療する（HDS-R、MMSE他）	32	84.2	25 ^{*1}	65.8	7 ^{*1.2}	18.4	7 ^{*1.2}	18.4 <0.001*
	123 悪性腫瘍の重症度を評価し治療する	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

* : Cochran の Q 検定 p<.05 * 1 p<.05VS 見学、* 2 p<.05VS 模倣前期

過半数の学生が見学を経験した項目数が50%以上ある領域は、【作業療法に求められる適性】、【情報収集】、【リスク管理】、【環境因子】、【個人因子】、【活動と参加（ADL）】であり、これらの項目は、臨床実習でいずれも遭遇する機会が多く、見学が容易な項目であると考えられる。この中で、【作業療法士に求められる適性】と【リスク管理】のみが、模倣前期の段階まで経験した項目が50%以上あったことから、この2

つの領域は、多くの実習施設で学生自身が体験できる領域の可能性がある。

8週間の身体領域長期実習の経験に関する先行研究でも⁵⁾、この2つの領域は約50%の項目が模倣後期以降の段階まで経験できている学生が多かったことから、これらの領域は、2週間の身体領域臨床実習から経験の段階が積み上げられている可能性は高いと考えられる。作業療法士協会が示している、臨床実習にお

表2 各領域で50%以上の学生が経験した項目数（領域の全項目数における割合）

領域	全項目数	見学	模倣前期	模倣後期	実施
作業療法士に求められる適性	15	15 (100)	12 (80)	6 (40)	0
情報収集	7	7 (100)	2 (29)	1 (14)	0
評価の解釈	5	2 (40)	0	0	0
リスク管理	8	8 (100)	5 (62)	2 (25)	1 (12)
環境因子	6	4 (66)	0	0	0
個人因子	5	3 (60)	2 (40)	0	0
活動と参加 (ADL)	13	11 (84)	6 (46)	0	0
活動と参加 (IADL)	10	0	0	0	0
活動と参加 (その他)	11	3 (27)	0	0	0
基本的な介入技術	24	21 (87)	11 (45)	0	0
疾患別の作業療法	19	6 (31)	2 (10)	0	0

値は項目 (%) である

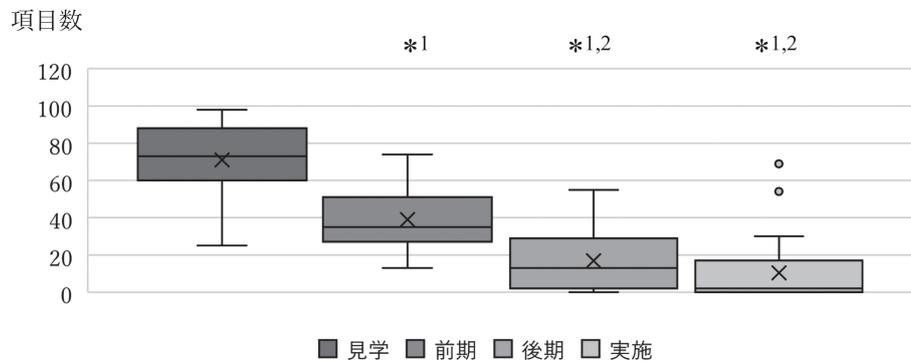


図1 学生が各段階で経験した項目数 (n=38)

中央値 (25-75パーセンタイル)、○: 外れ値
Friedman 検定 *₁p<.05VS 見学、*₂p<.05VS 模倣前期

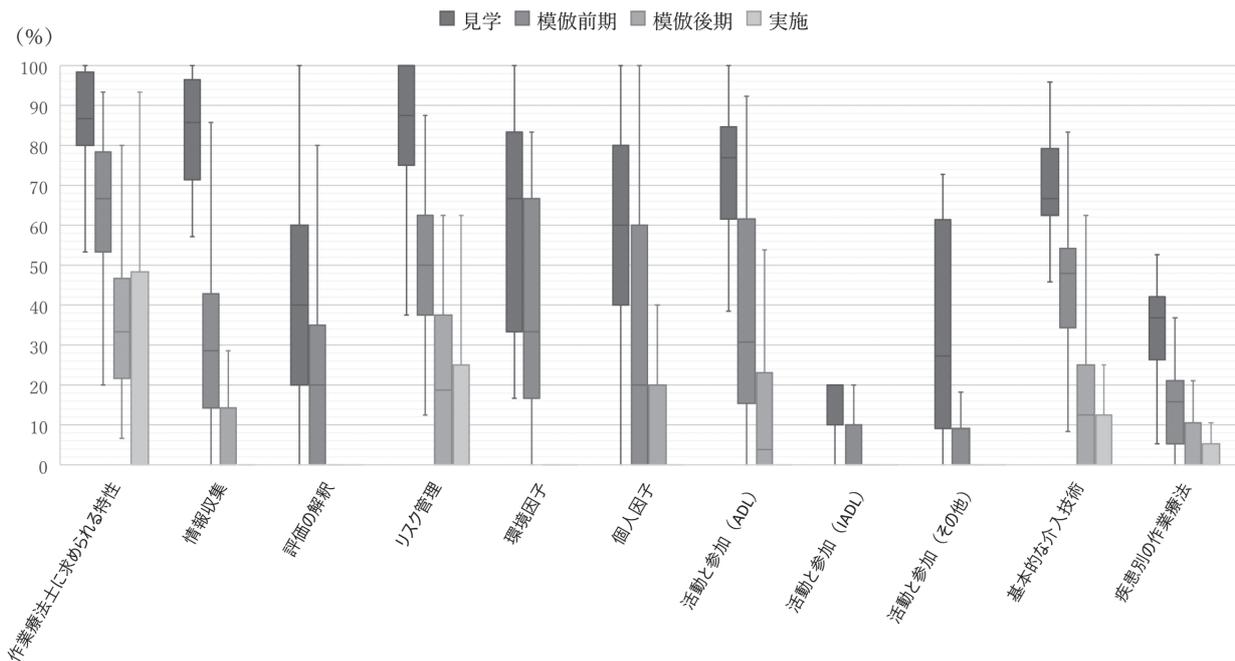


図2 学生が各領域の4段階ごとに経験した項目数の割合 (n=38)

中央値 (25-75パーセンタイル)

ける一般目標と行動目標は、基本的態度、臨床技能、臨床思考過程とされているが³⁾、本研究から、2週間の身体領域臨床実習では、この中でも基本的態度の習得に重きが置かれている傾向といえる。そして、これらの項目は、臨床において遭遇する機会も多く、On-the-Job Training (以下、OJT) での導入が容易な項目であり、見学・模倣を経験させやすい項目と考えられる。

全体および領域別で経験した項目数の割合は、全ての領域で4段階を通して中央値の減少が認められ、見学と比較して、模倣前期、模倣後期、実施、模倣前期と比較して模倣後期、実施が有意に減少していた。そして、領域別の経験した項目数の割合でも同様の傾向が示された。これらから、見学や模倣前期を経験しても、模倣後期までの経験は2週間の身体領域臨床実習では困難であったことが窺え、全ての領域に関して、多くの学生は見学の段階と一部の模倣前期の段階に実習時間が費やされていることが示唆された。長期実習で模倣以降を効率的に経験できるようにするため、学生の各項目の経験の段階について、次回以降の実習施設のCEに引継いでいくシステムが必要と考えられる。

2. 履修状況と学生が経験した領域の特徴からの考察

学内で既に学修済みである領域に含まれる項目は、網羅的に経験を積み上げることが望ましい項目である。対象校の学内教育での履修状況から【作業療法士に求められる適正】、【リスク管理】、【情報収集】、【評価の解釈】の領域に含まれる項目は、学内実習で既に学習しており、2週間の身体領域臨床実習で網羅的に模倣以降の経験を積み上げることが望ましい項目である。しかし、【情報収集】と【評価の解釈】の領域に含まれる項目は、模倣以降を経験した項目数の中央値が50%以下であった。

【情報収集】について、作業療法士の専門的な推論における学生とCEの違いを調べた先行研究では、学生とCEが同じ情報にアクセスはできるが、問題を表現するための情報の取り扱い方に関する知識が不足していると報告されている⁶⁾。本研究の結果から、2週間程度の身体領域臨床実習で、模倣以降の経験ができなかった学生は、情報へのアクセスが可能な状況であったとしても、情報の取り扱い方が未熟であったために模倣に至らなかった可能性がある。また、学生が

評価中に収集された情報を分析するための知識を整理しておくことは、専門的な臨床推論を習得するために最も重要な要素との報告がある⁷⁾。ここから、情報の分析方法を学内教育で習得しておくことで、作業療法士の臨床推論の材料として情報を収集するよう行動できる可能性があると考えられる。

【評価の解釈】については、対象校の実習目標である②リハビリテーションゴールおよび作業療法目標の理解ができるから考えると、模倣以降の経験が望まれる項目である。作業療法の学生は歴史的に作業のパフォーマンスの問題を特定して記述することが難しいと指摘されている^{8,9)}。また、病理学的状態の知識と、それが作業のパフォーマンスと参加に及ぼす影響について結びつけることが困難と報告されている¹⁰⁾。これらから、模倣以降を経験するには、学内教育で作業のパフォーマンスと取得した情報を結びつけることに対する学習を強化することが必要である。シミュレーション教育が、臨床実践のための重要なコンピテンシーを養成し¹¹⁾、臨床現場で作業療法を実践するためのより良い準備に貢献することが示されており¹²⁾、学内教育で、模擬患者または実在患者の動画視聴やロールプレイから、作業のパフォーマンスと情報を結びつける学習機会を創出することが必要と考えられる。

以上より、本研究で模倣以降への経験が望ましい領域と考えられる【情報収集】や【評価の解釈】について、多くの学生が模倣以降を経験するには、この2つの領域に焦点を絞った学内教育の見直しが必要と考えられる。そして、CCCを積極的に活用しながらCEと養成校教員が学生の経験している内容について情報共有を行い、臨床実習での学生の経験を計画することも必要と考えられる。

V. 本研究の限界

本研究はCCS形式の実習に取り組んでいる一養成校での調査であり、かつ2年生が参加した2週間の評価を中心とした臨床実習における単年度のデータから分析を行ったものである。そのため、実習時期、学年による違い、カリキュラムによる違いにより結果に相違が出る可能性はある。加えて、臨床は評価だけ、治療だけという明確なプロセスではなく、評価と治療は常に一体となって進むことから、研究に用いたCCCは、治療と評価を区別していない。尚、2022年に本研究で活用されたCCCは改訂され、改訂版では、治療

と評価は区別されている。

VI. 結語

CCC を用いて 2 週間の身体領域臨床実習を履修した学生の経験項目を調査した結果、123 項目中 80 項目 (65%) は 50% 以上の学生が見学・模倣・実施のいずれかの経験を積んだ項目であった。そのうち、模倣前期 40 項目、模倣後期 79 項目、実施 80 項目が見学と比較して、有意に経験数は減少していた。したがって、2 週間の身体領域臨床実習での学生の経験を、CCC 項目からみた場合、各領域・項目の見学と一部の模倣前期段階まで経験しているといえる。

また、【作業療法士として求められる適性】や【リスク管理】の領域は、多くの学生が模倣前期の段階まで経験できると考えられた。一方で、臨床実習までに学修済みである、【情報収集】、【評価の解釈】の項目は、模倣以降を経験した項目数の中央値が 50% 以下であり、学内教育の改善や、実習中に形成的な CE の助言が必要と考えられた。そして、CCC を積極的に活用しながら CE と養成校教員が学生の経験している内容について情報共有を行い、臨床実習での学生の経験を予め計画することも必要と考えられる。

利益相反

開示すべき利益相反状態はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省：第 5 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。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000189579.pdf (閲覧日：2019 年 9 月 13 日)
- 2) 小林孝治：作業療法臨床教育での実際の指導方法論。OT ジャーナル 49, 1204-1212 (2015)
- 3) (一社) 日本作業療法士協会：作業療法臨床実習指針 (2018) 作業療法臨床実習の手引き。https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2013/12/shishin-tebiki2018-2.pdf (閲覧日：2019 年 9 月 26 日)
- 4) 中川一法：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。142, 三輪書店 (2013)
- 5) 館岡周平, 會田玉美, 野村健太, 木口尚人：クリニカル・クラークシップ方式のチェックリストからみる身体領域長期実習における作業療法学生の経験。作業療法教育研究 21, 33-42 (2022)
- 6) Robertson, L.J.: Clinical reasoning, part 2: novice/expert differences. Br. J. Occup. Ther. 59, 212-216 (2016)
- 7) Moruno-Miralles, P., Reyes-Torres, A., Talavera-Valverde, M.Á., Souto-Gómez, A.I., Márquez-Álvarez, L.J.: Learning and development of diagnostic reasoning in occupational therapy undergraduate students. Occup. Ther. Int. 2020, 6934579 (2020)
- 8) Fleming, M.H.: Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. Am. J. Occup. Ther. 45, 988-996 (1991)
- 9) Rogers, J.C., Holm, M.B.: Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am. J. Occup. Ther. 45, 1045-1053 (1991)
- 10) Hooper, B., Adler, K., Wood, W.: Strengths and limitations of the occupational therapy model curriculum guide as illustrated in a comprehensive curriculum revision process. Occup. Ther. Health Care 25, 194-207 (2011)
- 11) Bradley, P.: The history of simulation in medical education and possible future directions. Med. Educ. 40, 254-262 (2006)
- 12) Brown, T., Williams, B.: The Use of DVD Simulation as an Interprofessional Education Tool with Undergraduate Occupational Therapy Students. Br. J. Occup. Ther. 72, 266-274 (2009)

(2023 年 9 月 12 日 受付、2023 年 12 月 13 日 受理)

Skills experienced by occupational therapy students in a two-week physical function internship

Shuhei TATEOKA¹⁾, Tamami AIDA¹⁾, Kenta NOMURA¹⁾, Naoto KIGUCHI²⁾

【Abstract】

Purpose: This study aimed to investigate students' experiences during a 2-week clinical clerkship in an occupational therapy practice program based on a Clinical Clerkship Checklist (CCC) consisting of 123 items.

Methods: The participants were 48 second-year students who had completed a 2-week clinical clerkship in occupational therapy at a training school. The clerkship was held at a specialized physical therapy hospital, during which the CCC was completed by a clinical educator (CE). The survey method was based on the observation experience, first and second semesters of imitation, and implementation status (checklist status) of each CCC used by individual students, which was submitted after the clerkship was completed.

Results: The analysis included 38 CCC checklists completed. Of these, 80 items (65% of the total) were experienced by >50% of the participants at the observation or higher level. Of these, 40, 79, and 80 items were imitated in the early phase, late phase, and alone, respectively. The number of experiences in the imitation/execution phase was significantly less than that in the observation phase, indicating a significant portion of practice time spent in the early stages of observation and imitation.

Conclusion: These results reveal that CEs and practicing school faculty should share information and plan students' experiences in clinical practice in advance, actively using CCC, even during the two-week training period.

Key words: Two-week Clinical Practice, Checklist, Occupational Therapy Students

1) Department of Occupational Therapy, Faculty of Health sciences, Mejiro University

2) Department of Occupational therapy, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences