

[教育実践報告]

作業療法士養成教育における診療参加型の地域実習における意義と課題 ～学生が経験した実習内容からの考察～

山 野 克 明

Significance and Agenda of Clerkship-Style Clinical Community Internship in Occupational
Therapist Course

Katsuaki YAMANO

要旨

本報告の目的は作業療法士養成の大学4年次前期に開講される社会参加支援と多職種連携を主眼においた診療参加型の地域実習について、学生が経験した実習内容をもとにその意義と課題を明らかにすることである。

対象は3週間の地域実習を開講している大学において、平成28年度と平成29年度に地域実習を履修した大学4年生87名であった。方法は地域実習期間中に記入した大学独自の「地域実習経験チェックリスト」を通して実習経験の内容を記入させ、その内容を抽出および集計した。

結果は評価における家屋調査、作業療法における福祉用具の選定・使用促進、住環境整備、就労支援の各項目において、実施まで経験できた学生の割合が10%を下回った。ケア会議やサービス担当者会議への見学経験の割合が少なく、チームワークも限られた職種の見学までが大半であった。地域実習の期間について再考しながら実習地との相互理解を深めることが必要である。

キーワード：作業療法士、臨床実習、地域、クリニカル・クラークシップ、チェックリスト

I. はじめに

本報告の目的は作業療法士養成の大学4年次前期に開講される地域実習について、学生が経験した実習内容をもとにその意義と課題を明らかにすることである。ここで明らかにした意義と課題をもとに、本報告では作業療法士養成教育における臨床実習の一つである地域実習のあり方について提言する。

地域包括ケアシステムの構築と推進が深化する中において、リハビリテーション医療の一翼を担う作業療法士の職域は、医療だけでなく保健、福祉、教育等の分野へ拡大の一途を辿っている。このことに伴い、作業療法士養成教育における臨床実習においても病院などの医療機関に限らず、介護保険関連施設

等での実習を学生が経験することで地域包括ケアシステムの実践を体得することが求められるようになってきた。このような地域における作業療法士の役割について理解することを目的とする臨床実習を地域実習と位置づける。ただ、作業療法士養成課程における地域実習はその目的や実施期間、学習および到達目標が養成校によって異なっており、講義や演習と組み合わせた教育体系に統一的なモデルが存在する訳ではない。

今回、学生が実習で経験した内容を手がかりに、作業療法士養成課程における地域実習のあり方を探究する。本報告は地域で活躍できる作業療法士を養成するための主要な学問領域である地域作業療法学の教育体系を構築するための一助になると思われる。

所属

熊本保健科学大学 保健科学部 リハビリテーション学科 生活機能療法学専攻
責任著者：yamano@kumamoto-hsu.ac.jp

また、本報告を通して地域実習の利点と課題を明らかにすることで、これからの地域実習の質向上につながる事が可能となる。

II-1. 作業療法士養成課程における臨床実習に関する概説

本報告において、対象となった大学で開講されている地域実習は臨床実習の一つとして設定されている。そのため、ここでは作業療法士養成課程における臨床実習について概説する。

作業療法士の養成教育においては、専門職としての適性を高めるために臨床実習が必須となっている。作業療法士養成課程における臨床実習は、文部科学省・厚生労働省令である理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則によって18単位^{注1)}以上の実習期間とともに実習時間の3分の2以上は病院または診療所において行うことが義務付けられている。また、2017年3月に厚生労働省から通知がなされた「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」¹⁾では、臨床実習の教育目標として「社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践力を身につける。学内における臨床演習を行った後に、各障害、各病期、各年齢層を偏りなく行う」ことが明記されている。

作業療法士養成課程における臨床実習においては、1963年にわが国における作業療法士養成施設が開講して以来、医療機関等において臨床実習指導者の監督のもと一定期間患者を担当する形で作業療法の実践経験が積まれる内容が行われてきた。わが国で初めての作業療法士養成教育機関である国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（2008年4月1日閉校）が1967年に作成し、1969年に改正した臨床実習施設（基準）要綱を見ると、指導者は作業療法士を目指す学生に対し、実習の3分の2を実際の患者治療に携わり、スタッフと同じ責任を果たすためにあらゆる機会において学生に責任を負わせ、患者に対する記録や経過ノートを作成させ、指導者の点検承認の後に施設の公的記録の一部として保存することが明記されている²⁾。実際に、1960年代後半において学生の臨床実習を受け容れていた医療機関では、養成校からの課題として1例の症例研究が挙げられていた³⁾。

わが国における作業療法士の専門職団体である日

本作業療法士協会は2010年に発刊した『作業療法臨床実習の手引き 第4版』⁴⁾の中では、臨床実習の目的として「実習生が臨床実習指導者の指導のもとに、対象者の全体像を把握、作業療法計画、治療・指導・援助などを通して、作業療法士としての知識と技術、技能および態度を身につけ（後略）」と述べられている。ここで書かれている「対象者の全体像を把握、作業療法計画、治療・指導・援助」は、すなわち作業療法士が臨床で受持ちとなる対象者の全体像を把握し、作業療法計画を立案し、治療・指導・援助することと同じである。つまり、作業療法士養成課程での実習では、臨床実習指導者の指導はあるものの、基本的に作業療法士が臨床で実践していることと同じ行為を求めていると解釈できる。

一方、日本作業療法士協会⁵⁾は臨床実習における課題についても言及している。具体的には、国家資格を有しない学生が臨床の現場で患者に対し直接作業療法を実践することについて法的および患者の権利尊重の立場から許されるのかという課題である。作業療法士は医師と異なり、法的に業務独占が明記されている訳でないため、侵襲の程度が少ない限られた範囲であれば、学生は指導者の監督の下に作業療法を実践できるという解釈が成り立ちうる。しかし、作業療法における侵襲の程度が実践内容によってどのように異なるのか明確に根拠づけられている指針はない。

厚生労働省はこれら臨床実習における課題解決をはかるため、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の見直しを目的とした理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会を2017年6月より開催した。この検討会の最終報告書⁶⁾は2017年12月に公表されたが、そこでは「臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましい」ことが明記された。この最終報告書⁶⁾は2018年3月に開催された医道審議会理学療法士作業療法士分科会において厚生労働大臣から諮問された理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則改正に関する資料として提出され、承認を受けた。このことを受けて、日本作業療法士協会は2018年4月に公表した『作業療法臨床実習指針（2018）』⁵⁾および『作業療法実習の手引き（2018）』⁷⁾において、診療参加型臨床実習の推奨を明記することとなった。

II-2. 診療参加型臨床実習とは何か

本報告において、対象となった大学で開講されている地域実習は診療参加型臨床実習の様式をとっている。診療参加型臨床実習はクリニカル・クラークシップとも呼ばれているが、ここでは診療参加型実習とは何かについて概説する。

1948年に制定された医師法の下では医学部卒業後医師国家試験を受験するために1年間の実地修練(いわゆるインターン)が必須とされていた。その後1973年の医師法改正で実施修練の制度が廃止され、医学部卒業後直ちに医師国家試験の受験資格が認められ、合格後に2年以上の臨床研修を受けることが努力規定として法制化された。その後、医学部の量的拡大から質的充実へ重点を置くべきとの機運が高まり、1985年から文部省(当時)は「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」を発足し、1987年に最終報告書⁸⁾を公表している。そこでは「大学附属病院では、常勤の講師、助手を中心に、医員、研修医も含めて構成されるチームが患者の診療に当たり、それに学生を参加させることにより、先輩からの指導助言を受けながら臨床実習の実を上げるようなシステムの導入も考えられる」と明記されている。つまり、具体的な名称こそないものの、学生が実際の診療に参加できる診療参加型教育の重要性が説かれている。

1991年に厚生省健康政策局(当時)は医師の卒前臨床教育における医行為が関わる実習のあり方について検討するため臨床実習検討委員会を設置した。この委員会から公表された最終報告⁹⁾では、卒前の臨床教育において臨床実習は米国、英国、カナダで行われているクリニカル・クラークシップに実習体制の実現を目指すべきことが記されている。また、医師免許を有しない医学生が臨床実習を行うことの違法性を阻却するための条件として、許容される医行為の範囲を示す例示、指導医による指導・監督、医学生に対する適正な臨床実習前の知識・技能の評価、患者等の同意の5つが挙げられている。

21世紀に入り臨床研修制度において専門の診療科に偏った研修が行われ、地域医療との接点が少なくなったことや研修医の処遇が不十分であるなどの理由から、2004年に医師免許取得後2年間の臨床研修が必須化となった^{10),11)}。この必須化にあたり、医学生は卒業の時点で臨床におけるプライマリ・ケアを

実践できる能力を備えておくことが求められるようになった¹⁰⁾。このことを満たすために、医師の卒前における臨床実習は法的に許される範囲で実際の医療行為を医療チームの一員として実践しながら学ぶという診療参加型臨床実習が導入されてきた。実際に全国医学部長病院長会議¹²⁾が2015年に行った調査では、わが国にあるすべての医学部において診療参加型臨床実習が行われていた。

わが国におけるリハビリテーション医療専門職の臨床実習において、診療参加型臨床実習の必要性が主張されたのは理学療法士の中川¹³⁾が最初である。例えば、中川¹³⁾はそもそも国家資格を有しない学生が患者に対し直接理学療法を実践する現状は、たとえ臨床実習指導者の指導があったとしても法的に問題があることを指摘している。同時に、中川¹³⁾は臨床実習指導者の学生に対する指導が、学生の作成したケース・レポートのみを介したものになっている点も問題であると指摘している。

これは次のように解釈できる。すなわち、臨床実習指導者は所属する医療機関等の作業療法士であり、一日中患者への作業療法の提供に終始することが本務である。大半の臨床実習指導者は兼務という形で学生を指導することになるため、勤務時間内において学生と関わる機会が患者に比して少なくなりやすい。そのため、学生は実習の成果をケース・レポートの作成という形で示すことが必要となり、臨床実習指導者もケース・レポートの添削を介して指導せざるを得なくなっている。このような臨床実習は、学生に対する情意面の教育および臨床現場における推論や問題解決のトレーニングとして十分でないという指摘である。

中川¹³⁾はこの問題を解決するために、セラピスト教育における臨床実習では、学生が助手という立場で実習地の診療チームに参加し、セラピストをして修得すべきスキル、態度、倫理観を育成できるという診療参加型臨床実習の必要性を主張した。

中川¹³⁾は診療参加型臨床実習における学生の臨床スキルのプロセスを見学・模倣・実施の3ステップに段階づけしている。ここでいう見学は「臨床実習指導者の解説を受けながら指導者の行う診療行為を見学する」と定義づけている。また、模倣と実践については、それぞれ「見学を数回行った後に臨床実習指導者の監督・指導のもと、実際に当該行為を行うこと」、「当該行為についてリスクが概ね説明

でき、単独で実践できるレベル」と定義づけている。

作業療法士養成課程における臨床実習については、2003年頃から診療参加型臨床実習の整備を主張する報告¹⁴⁾が出始めているようである。2011年には臨床施設の立場¹⁵⁾から、2013年には養成校の立場¹⁶⁾から診療参加型臨床実習を試行した報告が出ており、『作業療法実習の手引き (2018)』⁷⁾における診療参加型臨床実習の推奨につながっている。

II-3. 地域実習とは何か

作業療法士の養成教育は、大学と専門学校のいずれにおいても理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に基づいてカリキュラムを構築することが義務づけられている。理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則は1966年に制定され、2018年9月までに17回の改正を経ながら現在に至っている。この中で、1999年の改正は教育内容の弾力化や単位制の導入にもとづくカリキュラムの大綱化がはかられたものであった。そして、2000年から始まった介護保険制度と期をほぼ同じくする形で、授業内容として地域作業療法学が4単位新設された。

地域実習とは、カリキュラムの大綱化に伴い、地域作業療法学に関する授業の一環として養成校が独自に科目として設定するようになった臨床実習の一種である。日本作業療法士協会による『臨床実習の手引き (2018)』⁷⁾では、地域包括ケアを担う人材育成に向けて地域作業療法分野における実習の意義が大きいことを強調しており、生活障害の理解と他職種との連携を踏まえた生活課題を明らかにできる作業療法の実践が実習における指導のポイントであると示されている。

地域実習の目標やカリキュラムポリシーは養成校によって異なるが、今回の調査対象となったA大学では地域リハビリテーションの現場における多職種連携と作業療法士としての社会参加支援のあり方について学ぶことを主たる目的として学習目標(表1)を設定した臨床実習と位置づけられていた。そして、A大学の地域実習においては、主たる実習地が介護老人保健施設、介護老人福祉施設、精神科を含む病院のデイケア部門、発達障害児の通園施設など多岐にわたっていた(表2)。

表1 A大学における地域実習の学習目標
(平成28・29年度)

一般目標	
1.	医学モデルと社会モデルとの違いを理解する
2.	地域におけるリハビリテーション・チームの機能を理解する
3.	地域における作業療法士の役割について理解する
4.	環境因子を重視した作業療法の評価と治療を理解する
行動目標	
1.	対象者(および家族)のニーズを述べる事ができる
2.	対象者を取り巻く活動、参加、環境因子(物的・人的)、個人因子を説明できる
3.	対象者のニーズに応答するための作業療法計画立案ができる
4.	地域における作業療法士の役割について述べる事ができる
5.	施設の役割に応じたサービスの内容の目的と意義について説明できる
6.	通院・通所・訪問の形態について、その役割と限界について述べる事ができる
7.	ケアマネジメントについて説明することができる

表2 地域実習の実習施設と実習生数一覧

	平成28年度		平成29年度	
	施設数	実習生数	施設数	実習生数
精神科デイケア	12	16	8	11
介護老人保健施設	9	13	10	12
通所リハビリテーション	4	4	5	6
訪問看護ステーション	3	3	3	4
通所介護施設	2	3	3	4
介護老人福祉施設	2	3	2	2
知的障害者通所更生施設	1	2	1	2
老人保健施設	0	0	1	1
有料老人ホーム	0	0	1	1
計	33	44	34	43

II-4. A大学における地域実習

A大学の地域実習は4年次後期の7月から8月にかけて開講される臨床実習である。この地域実習に至るまで、学生は既に3年次後期において2週間の評価実習と8週間の臨床実習、4年次前期において8週間の臨床実習を経験しており、在学中における最後の実習となっている。

地域実習は診療参加型の実習様式をとっており、模倣・見学・実施の3ステップを準用していた。地域実習の開始3か月前にA大学内において臨床実習指導者を対象とした臨床実習指導者会議を開催し、実習の進め方についてA大学の地域実習担当教員から説明がなされていた。具体的には、実習の導入時

において臨床実習指導者の業務に学生を同行させながら、学生に見学もしくは作業療法士の活動に関する補助をさせるよう依頼した。そして、学生にこれらの経験をさせた上で、見学を行った対象者に対する作業療法評価もしくは治療の模倣を行わせるように説明した。A大学の地域実習では、学習目標に設定された内容の模倣ができることを到達目標とし、成績評価における合格ラインと設定していた。

Ⅲ. 対象と方法

今回の調査では、作業療法士養成課程の4年次に3週間の地域実習を必須科目として設定しているA

大学において、平成28年度と平成29年度に地域実習を履修した大学4年生87名が地域実習期間中に臨床実習指導者とともに記入し、実習終了後に科目責任者に提出された「地域実習経験チェックリスト」(表3)を使用し、地域実習において経験した内容を抽出および集計した。

集計に当たっては、後述するように各項目における見学・模倣・実践のいずれかについて最初に経験した日付を書き込むことになっていた。そのため、日付の書き込みがあった項目を「見学あり」、「模倣あり」、「実践あり」としてカウントした。なお、見学・模倣・実践のいずれも経験しなかった場合には「経験機会なし」の欄にチェックを入れることに

表3 地域実習経験チェックリスト

学履番号 _____ 学生氏名 _____

実習期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

実習施設名 _____

	経験機会なし	見学	模倣	実践		経験機会なし	見学	模倣	実践
評価	面接(その他の評価を目的とした会話)				施設での実践	利用者の送迎援助			
	行動観察・作業観察					施設内のカンファレンス			
	動作分析・作業分析・職務分析					ケア会議			
	家屋調査					訪問サービス			
						通所サービス			
作業療法計画	生活機能の把握				入所サービス				
	リハビリテーション実施計画書								
	生活行為向上マネジメント								
	ケアマネジメントのアセスメント・プラン作成								
作業療法	機能障害に対するアプローチ				チームワーク・他職種連携	介護福祉士の役割(訪問・施設)			
	活動制限に対するアプローチ					理学療法士の役割(訪問・施設)			
	交流・社会参加制約に対するアプローチ					言語聴覚士の役割(訪問・施設)			
	福祉用具の選定・使用促進					看護師の役割(訪問・施設)			
	住環境整備					ケアマネジャーの役割			
	就労支援					社会福祉士の役割			
	楽しむ・創造に対する支援					精神保健福祉士の役割			
	作業活動(個人)					上記以外専門職()の役割			
	作業活動(集団)								

実習指導者名 _____ 印 _____

なっており、ここにチェックが入った場合は、地域実習における「経験機会なし」とカウントした。

この地域実習経験チェックリストは、A大学の地域実習を担当する教員が地域実習の学習目標をもとに独自に作成したものである。したがって、全国の作業療法士養成機関で普遍的に使用できることを念頭においた信頼性および妥当性の検討を行っていない。なお、A大学の地域実習経験チェックリストでは、中川¹³⁾の言う実施のステップを「実践」という用語で示していた。これは、チェックリストを作成した地域実習の担当教員が協議した上で、最終的に「地域実習の現場で学生が単独で行うこと」を表現するには実践という用語がよりふさわしいと判断したことによるものである。

地域実習経験チェックリストを記入する目的は、実習中、臨床実習指導者と学生が毎日その日の実習を振り返りながら、それぞれの項目における見学・模倣・実践のいずれかについて、最初に経験した日付を記入することで実習の経験値を可視化し、翌日以降に実施すべきことを両者で合意し確認しあうことにある。そして、大学教員は実習期間中に行われる実習地訪問および実習終了後において、地域実習経験チェックリストに記された内容を確認することで、実習の進捗度を学生、臨床実習指導者、教員の三者が共有できるように運用した。ただし、A大学の地域実習を受けられている施設は多岐にわたっているため、チェックリストの項目欄にはいくつかの空欄を設け、施設の役割に応じた実践内容を項目欄に書き込みながら学生の経験値を積むことができるよう配慮した。

これらチェックリストの運用内容については、臨床実習指導者会議の中で地域実習の科目責任者である大学教員から臨床実習指導者へ説明することで理解を得た。当日、会議を欠席した臨床実習指導者に対しては、後日A大学から説明資料と議事録を郵送した。また、新規の実習施設に対しては、地域実習の科目責任者が施設へ出向き、チェックリストの運用内容に関する説明を行った。

倫理的配慮として、学生に対しては4年進級後のガイダンスならびに地域実習開始1週間前の学内オリエンテーションにおいて地域実習経験チェックリストを配布し、実習経験値の可視化のために使用すること、次年度以降における地域実習の質向上のため個人情報と特定できない形で実践報告として活用

し外部からの意見を求めること、チェックリストに記された内容は地域実習の成績評価に一切影響しないことを説明し同意を得た。また、臨床実習指導者に対しても地域実習開始3か月前に臨床実習指導者を学内に招いて開催される臨床実習指導者会議において地域実習経験チェックリストを配布し、大学教員がその目的について説明し同意を得た。

実習指導者の集計データについては、特定の個人がどこの施設でどのような実習の経験を得たのか識別できないよう加工した。なお、地域実習チェックリストはデータ集計後にただちに学生に返却した。

IV. 結果

最終的に87名全員から地域実習経験チェックリストの提出を受けた。

1. 作業療法の実践に関する項目

1) 評価 (表4)

経験機会では家屋調査では48.3%の学生が経験の機会を得ることができなかった。見学では行動観察・作業観察において75.9%が見学の機会を得ていたのに対し、家屋調査は47.1%となっていた。模倣では行動観察・作業観察において65.5%の学生が模倣を行っていたのに対し、家屋調査では8.1%となっていた。実践では行動観察・作業観察において66.7%が実践を行っていたのに対し、家屋調査は4.6%となっていた。

2) 作業療法計画 (表5)

経験機会では生活行為向上マネジメントにおいて72.4%の学生が経験する機会を得ることができなかった。見学では生活機能の把握について見学できた学生は66.7%いたのに対し、生活行為向上マネジメントでは15.9%となっていた。模倣では生活機能の把握において41.4%であったのに対し、ケアマネジメントのアセスメント・プラン作成では8.1%、生活行為向上マネジメントでは9.2%となっていた。実践では生活機能の把握において39.1%が実践を行っていたのに対し、リハビリテーション実施計画書は4.6%、ケアマネジメントのアセスメント・プラン作成では9.2%となっていた。

3) 作業療法 (表6)

経験機会では楽しむ・創造に対する支援、作業活動(個人)、作業活動(集団)において経験ありが90%を上回っていた。一方、就労支援では73.6%、

住環境整備では58.6%の学生が経験する機会を得ることができなかった。見学では楽しむ・創造に対する支援、作業活動（個人）、作業活動（集団）、機能障害に対するアプローチにおいては見学をできた学生が80%を上回っていた。一方、就労支援においては見学をできた学生が21.8%、住環境整備においては36.8%、福祉用具の選定・使用促進においては46.0%となっていた。模倣では作業活動（個人）において71.3%、作業活動（集団）において67.8%、楽しむ・創造に対する支援において63.2%の学生が模倣を行っていた。一方、住環境整備は2.3%、就労支援が5.8%となっていた。実践では作業活動（個

人）において65.5%、楽しむ・創造に対する支援が60.9%、作業活動（集団）において59.8%の学生が実践できていた。一方、住環境整備では2.3%、就労支援では4.6%、福祉用具の選定・使用促進では8.1%となっていた。

2. 施設での実践について（表7）

経験機会においては、通所サービスにおいて82.8%の学生が機会を得ることができたが、サービス担当者会議は85.1%の学生が経験の機会を得ることができなかった。見学では通所サービスが77.0%、施設内のカンファレンスが73.6%となっていた。一

表4 評価における学生の経験値

	面接	行動観察・ 作業観察	動作分析・作業 分析・職務分析	家屋調査
経験機会あり	73 83.9%	82 94.3%	70 80.5%	45 51.7%
経験機会なし	14 16.1%	5 5.8%	17 19.5%	42 48.3%
見学あり	60 69.0%	66 75.9%	53 60.9%	41 47.1%
見学なし	27 31.0%	21 24.1%	34 39.1%	46 52.9%
模倣あり	41 47.1%	57 65.5%	40 46.0%	7 8.1%
模倣なし	46 52.9%	30 34.5%	47 54.0%	80 92.0%
実践あり	48 55.2%	58 66.7%	43 49.4%	4 4.6%
実践なし	39 44.8%	29 33.3%	44 50.6%	83 95.4%

表5 作業療法計画における学生の経験値

	生活機能 の把握	リハビリテーション 実施計画書	生活行為向上 マネジメント	ケアマネジメントのアセ スメント・プラン作成
経験機会あり	74 85.1%	62 71.3%	24 27.6%	40 46.0%
経験機会なし	13 14.9%	25 28.7%	63 72.4%	47 54.0%
見学あり	58 66.7%	54 62.1%	14 15.9%	32 36.8%
見学なし	29 33.3%	33 37.9%	74 84.1%	55 63.2%
模倣あり	36 41.4%	14 16.1%	8 9.2%	7 8.1%
模倣なし	51 58.6%	73 83.9%	79 90.8%	80 92.0%
実践あり	34 39.1%	4 4.6%	15 17.2%	8 9.2%
実践なし	53 60.9%	83 95.4%	72 82.8%	79 90.8%

方、サービス担当者会議を見学できた学生は14.9%であった。模倣では利用者の送迎援助において39.1%、通所サービスにおいて37.9%が模倣を行っていた。一方、サービス担当者会議において模倣を行った学生はおらず、ケア会議では2.3%、施設内のカンファレンスでは4.6%、訪問サービスでは9.2%となっていた。実践では利用者の送迎援助において27.6%、通所サービスで26.4%が実践できていた。一方、サービス担当者会議において模倣を行った学生はおらず、ケア会議では1.2%、施設内のカンファレンスでは2.3%、訪問サービスでは3.5%となっていた。

3. チームワーク・他職種の理解について (表8)

経験機会での割合では看護師、介護福祉士、理学療法士およびケアマネージャー、精神保健福祉士の順となっていた。一方、チェックリストには新たに医師、管理栄養士、臨床心理士、歯科衛生士、言語聴覚士が記載されていた。ただし、これらの職種についてはいずれも経験の機会をもった学生が10%を下回っていた。見学では看護師が最も高く85.1%の学生が見学の機会を得ていた。また、介護福祉士では62.1%、理学療法士とケアマネージャーでは54.0%が見学の機会を得ていた。一方、医師、歯科衛生士、音楽療法士において見学の機会を得た学生

表6 作業療法における学生の経験値

	機能障害に対するアプローチ	活動制限に対するアプローチ	交流・社会参加制約に対するアプローチ	福祉用具の選定・使用促進	住環境整備	就労支援	楽しむ・創造に対する支援	作業活動(個人)	作業活動(集団)
経験機会あり	79 89.8%	74 85.1%	71 81.6%	45 51.7%	36 41.4%	23 26.4%	84 96.6%	84 96.6%	81 93.1%
経験機会なし	9 10.2%	13 14.9%	16 18.4%	42 48.3%	51 58.6%	64 73.6%	3 3.5%	3 3.5%	6 6.9%
見学あり	73 83.9%	63 72.4%	59 67.8%	40 46.0%	32 36.8%	19 21.8%	76 87.4%	77 88.5%	72 82.8%
見学なし	14 16.1%	24 27.6%	28 32.2%	47 54.0%	55 63.2%	68 78.2%	11 12.6%	10 11.5%	15 17.2%
模倣あり	49 56.3%	42 48.3%	32 36.8%	16 18.4%	2 2.3%	5 5.8%	55 63.2%	62 71.3%	59 67.8%
模倣なし	38 43.7%	45 51.7%	55 63.2%	71 81.6%	85 97.7%	82 94.3%	32 36.8%	25 28.7%	28 32.2%
実践あり	36 41.4%	35 40.2%	28 32.2%	7 8.1%	2 2.3%	4 4.6%	53 60.9%	57 65.5%	52 59.8%
実践なし	51 58.6%	52 59.8%	59 67.8%	80 92.0%	85 97.7%	83 95.4%	34 39.1%	30 34.5%	35 40.2%

表7 施設での実践に関する学生の経験値

	利用者の送迎援助	施設内のカンファレンス	ケア会議	訪問サービス	通所サービス	入所サービス	サービス担当者会議
経験機会あり	66 75.9%	64 73.6%	37 42.5%	49 56.3%	72 82.8%	43 49.4%	13 14.9%
経験機会なし	21 24.1%	23 26.4%	50 57.5%	38 43.7%	15 17.2%	44 50.6%	74 85.1%
見学あり	61 70.1%	64 73.6%	30 34.5%	47 54.0%	67 77.0%	41 47.1%	13 14.9%
見学なし	26 29.9%	23 26.4%	57 65.5%	40 46.0%	20 23.0%	46 52.9%	74 85.1%
模倣あり	34 39.1%	4 4.6%	2 2.3%	8 9.2%	33 37.9%	14 16.1%	0 0.0%
模倣なし	53 60.9%	83 95.4%	85 97.7%	79 90.8%	54 62.1%	73 83.9%	87 100.0%
実践あり	24 27.6%	2 2.3%	1 1.2%	3 3.5%	23 26.4%	11 12.6%	0 0.0%
実践なし	63 72.4%	85 97.7%	86 98.9%	84 96.6%	64 73.6%	76 87.4%	87 100.0%

が5%を下回っていた。模倣では機会を得た学生の割合が大きく減少し、介護福祉士が19.5%、看護師が14.9%となっていた。一方、医師、歯科衛生士、音楽療法士について模倣の機会を得た学生はいなかった。実践においては介護福祉士のみにおいて実践を行えた学生が10%を上回っていた。

V. 考察

1. 評価および作業療法に関する実習経験について

ここでは、評価における家屋調査、作業療法における福祉用具の選定・使用促進、住環境整備、就労支援の各項目において、実施まで経験できた学生の割合が10%を下回った点に着目する。もともと作業療法士が臨床場面で住環境整備や就労支援に携わる機会はそれほど多くない。日本作業療法士協会が発行する『作業療法白書2015』¹⁷⁾によれば、介護保健領域において作業療法士が関わった対象者の中で、リハビリテーション実施計画での短期目標に福祉用具の選定・使用促進、物理的環境の調整・利用、就労就学の指導・訓練を挙げている作業療法士はそれぞれ全体(1,856名)の27.7%、18.3%、1.3%となっていた。

対象者を取り巻く環境面の視点から社会参加支援の経験を重視するA大学の地域実習のあり方を考える上では、物的環境に関係する経験の必要性を強く持つのであれば、現行の3週間という地域実習の期間をさらに長くするための検討が必要と考える。ま

た、社会参加支援の実践に頻回にかつ積極的取り組んでいる施設を、大学から多少遠方であったとしても実習地として選定する必要がある。

2. 作業療法計画について

ここで項目として挙げられている生活機能の把握は個々の利用者に対するものであり、作業療法士による評価と重複するところがある。それでも、生活機能の把握は個々の利用者にもっとも適した作業療法計画を立案し実践に入る上で欠かせない重要な項目と言える。今回の調査では約4割の学生が実践まで経験できていた。一方で、リハビリテーション実施計画書やケアマネジマントのアセスメント・プランについて、A大学としては指導者と一緒に作成する形でも模倣レベルまでの経験を期待していたが、多くが見学までにとどまっていた。これらは、診療報酬や介護報酬が絡んでくるため、学生が実習中に実際の利用者に対して経験させることはできないとする実習地側の判断があった可能性も否めず、やむを得ないところもあると考える。

3. 施設での実践およびチームワークと他職種の理解について

今回の調査を通して、ケア会議やサービス担当者会議の見学の割合が比較的乏しく、地域実習を通じた地域包括ケアシステムの理解につながっているとは言いがたい実態が伺えた。この点も実習期間との関連は否めないが、地域によって高齢化の進行度が

表8 チームワーク・他職種の理解に関する学生の経験値

	介護福祉士	理学療法士	言語聴覚士	看護師	ケアマネジャー	社会福祉士	精神保健福祉士	医師*	管理栄養士*	臨床心理士*	歯科衛生士*	音楽療法士*
経験機会あり	55 63.2%	49 56.3%	20 23.0%	75 86.2%	49 56.3%	22 25.3%	27 31.0%	2 2.3%	6 6.9%	8 9.2%	4 4.6%	4 4.6%
経験機会なし	32 36.8%	38 43.7%	67 77.0%	12 13.8%	38 43.7%	65 74.7%	60 69.0%	85 97.7%	81 93.1%	79 90.8%	83 95.4%	83 95.4%
見学あり	54 62.1%	47 54.0%	18 20.7%	74 85.1%	47 54.0%	20 23.0%	23 26.4%	2 2.3%	6 6.9%	10 11.5%	4 4.6%	4 4.6%
見学なし	33 37.9%	40 46.0%	69 79.3%	13 14.9%	40 46.0%	67 77.0%	64 73.6%	85 97.7%	81 93.1%	77 88.5%	83 95.4%	83 95.4%
模倣あり	17 19.5%	9 10.3%	2 2.3%	13 14.9%	1 1.2%	1 1.2%	3 3.5%	0 0.0%	1 1.2%	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%
模倣なし	70 80.5%	78 89.7%	85 97.7%	74 85.1%	86 98.9%	86 98.9%	84 96.6%	87 100.0%	86 98.9%	86 98.9%	87 100.0%	87 100.0%
実践あり	13 14.9%	3 3.5%	1 1.2%	7 8.1%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.5%	0 0.0%	1 1.2%	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%
実践なし	74 85.1%	84 96.6%	86 98.9%	80 92.0%	87 100.0%	87 100.0%	84 96.6%	87 100.0%	86 98.9%	86 98.9%	87 100.0%	87 100.0%

*: チェックリストに新たに書き加えられた職種

異なり、それに応じる形で地域包括ケアの構築および機能に地域差を生じている現実¹⁸⁾も要因の一つと考える。

厚生労働省が公表している多職種の視点を反映した「在宅医療に関する課題」¹⁹⁾には、連携に関するものとして、専門職間の連携、医療と介護の連携、方針決定や相互理解、病院と在宅の連携、顔の見える関係の5つの大項目が挙げられている。今回の調査において、チームワーク・他職種の理解では専門職間の連携は多職種および同職種間で経験できていたものの関わった職種に若干の偏りが見られる傾向が伺えた。これは地域実習の対象となる実習施設の特性上致し方ないことであると考えられる。むしろ、一部の職種について模倣や実践を経験した学生がいたが、これは貴重な経験であったと考える。地域包括ケアを深く知るために多職種連携の本質を理解することは必須の事項である。そのためには、単に専門職の役割を教科書や口頭で表面的に伝えるだけでは不十分であり、法令上許される範囲で他の職種の業務について学生に実践の経験を積ませることが重要である。

作業療法士が自らの専門職性を見出すために、ただ作業療法士にまつわる法令や倫理綱領に則った言動や行動をとるだけでは十分と言えない。むしろ他の職種がどのような職業規範をもって施設の特性に応じた役割を果たしているのかも理解した上で、作業療法士の法令上および職業倫理上の役割を照らしあわせ、専門職間の独自性と重複性とを吟味しながら、自らの言葉と行為で作業療法士の役割を明らかにする必要がある。その意味でA大学の学生が作業療法士以外の専門職の役割に関する模倣や実践を経験できたことは貴重な機会であったことをあらためて主張したい。

4. 3ステップを踏まえた診療参加型の地域実習のあり方について

診療参加型臨床実習のプロセスが見学・模倣・実施の3ステップに基づくものであるならば、A大学の学生が地域実習で経験したプロセスも見学・模倣・実施の順に人数が減少してくるものと予想できる。しかし、今回の調査で、評価および作業療法計画の一部において実践を経験した学生の数が模倣を上回っているものがあつた。これはA大学の地域実習が4年次最後の実習ということで、臨床実習指導

者の「学生のスキルは高いものとなっているはず」という主観的な判断のもとに模倣を省略して実践を経験するに至った例が存在するものと推察する。

今回の調査を通して、評価と作業療法における一部の項目を除いて、学生が実践まで経験できた割合は50%を下回っていた。3週間という期間の制約上、学生の経験が限られた可能性は否めない。また、A大学の地域実習では合格ラインが模倣であるため、臨床実習指導者が3週間という実習期間を考慮した上で、模倣までの経験に取ってとどめた可能性もあるだろう。

さて、診療参加型の3ステップを踏まえた地域実習が3週間という期間で妥当と言えるか否かは定かでない。作業療法士養成課程においては、臨床実習の要件の中に連続6週間以上の実習を複数回含むことが挙げられている⁴⁾。その一方で、作業療法士養成課程における診療参加型臨床実習の適切な期間について明確な根拠のある報告は見当たらない。しかし、作業療法士養成課程における最近の臨床実習に関する実践報告²⁰⁾を見ると、低学年における2週間の実習と高学年における8週間の実習でその効果を期待できる実習計画を立案することができている。

先に述べたが、診療参加型の臨床実習では3つのステップを段階的に踏んでいくこと推奨されている¹³⁾。その中においても、既にいくつかの臨床実習を経験している大学4年生にとって、学生のスキルに応じて柔軟に段階をスキップできるのは、学生の臨床現場における主体的な思考と能動的な行動を促進できるという意味で有益である。

ただ、この見解には注意が必要である。『作業療法 臨床実習の手引き 第4版』⁴⁾には、臨床実習を取り巻く背景として、1965年の理学療法士及び作業療法士法の制定以来、作業療法士の養成教育は臨床実習をカリキュラムのコアとして位置づけており、卒後即戦力としての人材育成をねらっていたことが記されている。今回の結果から、臨床実習指導者の立場としては、学生の国家資格取得後における臨床への適応向上を見据え、意図的に実施の機会を多くしたと予測することも可能である。

もし、現在の作業療法士養成教育においても臨床実習が即戦力となる作業療法士の育成を目的として実践されているのであれば、作業療法士養成教育における臨床実習の目的と医師養成教育の中で位置づけられた診療参加型臨床実習の目的との間には本質

的な相違があるということになる。なぜなら、診療参加型臨床実習は前述したとおり医師養成教育において卒業後2年間の臨床研修制度を念頭においた上で構築された実習様式であり、明らかに即戦力としての医師養成を目的としていないからである。今回の結果のみで、この点について言及することはできないが、作業療法士養成課程の臨床実習に診療参加型臨床実習の様式を導入することにより、地域実習における学生の学習目標ならびに到達目標をどのように設定するのか、あらためて検討することが必要であろう。

VI. 結語

前節までの見解を踏まえた上で、地域実習を学生にとって有益なものとするために提言は3つある。一つは、地域実習の開講時期や学生の到達目標に影響されるが、見学・模倣・実践の3ステップを学生のスキルに応じる形でスキップしても構わないという点である。2つめは、養成校の教育目標や学事によって変わってくるが、地域実習の期間について再考する必要性があることである。そして3つめとして、診療参加型の地域実習における意義、学習目標ならびに到達目標、内容について実習地との間で相互理解を深めておくということである。

2020年4月から改正が予定されている²¹⁾理学療法士作業療法士養成施設指定規則に基づく、作業療法士養成教育カリキュラムの改定に向けた準備が進められている⁶⁾。そこでは、既に通所もしくは訪問サービスの経験を1単位(45時間)以上経験することが必須要件として定められている。今後は地域実習の重要性に着目するなかで、学生が地域包括ケアシステムの中での作業療法士の役割について主体的に学ぶための環境づくりが求められる。その中で、多職種連携や利用者の社会参加支援のあり方など実習内容のさらなる充実をはかるよう、実習施設とも調整していく方策が求められる。

本論文の要旨は第20回日本医療マネジメント学会学術総会(2018年6月)において発表した。

注1): 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則では実習を1単位あたり週45時間と換算しているため、単純計算で実習時間は810時間となる。ただ

し、作業療法士養成課程の場合、作業療法士の国際的な専門職団体である世界作業療法士連盟は『作業療法士教育の最低基準』において臨床実習の履修が1,000時間以上必要であることを示している。わが国の作業療法士が外国で作業療法士として活動するためには、この最低基準を履修しているか否かが大きく影響する。そのため、わが国の作業療法士養成校は、その大半が世界作業療法士連盟の基準に倣い臨床実習を1,000時間以上設けている。

VII. 文献

- 1) 厚生労働省：理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン。2015。
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc1395&dataType=1&pageNo=1 [2018年9月18日アクセス]
- 2) 富岡詔子：臨床実習の現状と問題点。理療と作療 6(1)：19-28, 1972.
- 3) 上田敏, 鎌倉矩子, 尾林滋子, 他：病院におけるPT・OT学生の臨床実習。理療と作療 3(1)：25-33, 1969.
- 4) 石浦佑一, 石原浩二, 小野咲子, 他編著：作業療法実習の手引き 第4版。社団法人日本作業療法士協会, 2010。
<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2012/08/rinshoujishuVer.422203251.pdf> [2018年9月21日アクセス]
- 5) 陣内大輔, 荻山和生, 澤俊二, 他：作業療法臨床実習指針(2018)。p4, 一般社団法人日本作業療法士協会, 2018。
<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2013/12/shishin-tebiki2018.pdf> [2018年9月17日アクセス]
- 6) 厚生労働省：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報告書, 2017。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000193703.pdf> [2018年9月22日アクセス]
- 7) 鈴木孝治, 丹羽敦, 首藤智一, 他編：作業療法臨床実習の手引き(2018)。一般社団法人日本作業療法士協会, 2018。
<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2013/12/shishin-tebiki2018.pdf> [2018

- 年9月17日アクセス]
- 8) 阿部正和, 植村恭夫, 紀伊國猷三, 他: 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終まとめ. 医教育 18(5)388-424, 1987.
 - 9) 厚生省健康政策局臨床実習検討委員会編: 臨床実習検討委員会最終報告. 1991.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/_icsFiles/afieldfile/2013/03/13/1329799_01.pdf [2018年9月17日アクセス]
 - 10) 阿部好文: 診療参加型臨床実習とは. 診療参加型臨床実習ガイド (日本医学教育学会卒前臨床教育研究会編), 篠原出版新社, pp11-16, 2005.
 - 11) 厚生労働省: 医師臨床研修制度の変遷.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/> [2018年9月17日アクセス]
 - 12) 奈良信夫, 伊藤宏, 伊藤雅章, 他: 全国医学部における医学教育カリキュラムの現状. 医教育 47(6)363-366, 2016.
 - 13) 中川法一: セラピスト教育におけるクリニカル・クラークシップの創造. 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 (中川法一編). 三輪書店, pp37-42, 2013.
 - 14) 山根寛, 腰原菊恵, 小西紀一, 他: 作業療法の教育・研究における臨床の場に関する現状と課題. 京大医療技短大紀 23: 93-103, 2003.
 - 15) 工藤亮: 臨床実習再考. 作療ジャーナル 45(4): 332-337, 2011.
 - 16) 神保洋平, 田中和秀: 「臨床実習のあり方」～クリニカルクラークシップ導入前後から見えてきたもの～. 神奈川作療研 3(1): 9-12, 2013.
 - 17) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法白書2015. p60, 2015.
<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/OTwhitepepar2015.pdf> [2018年9月20日アクセス]
 - 18) 畠山輝雄: 地方都市における地域特性を考慮した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み. 地学雑誌 125(4): 567-581, 2016.
 - 19) 厚生労働省: 在宅医療の課題一覧.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/23.pdf> [2018年9月20日アクセス]
 - 20) 小林幸治: クリニカル・クラークシップに基づく臨床教育プログラム. 臨作療15(3): 215-220, 2018.
 - 21) 厚生労働省: 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令(案)新旧対照条文.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000197853.pdf> [2018年9月25日アクセス]

(平成31年1月7日受理)

Significance and Agenda of Clerkship-Style Clinical Community Internship in Occupational Therapist Course

Katsuaki YAMANO

Abstract

Objective: The purpose of this report was to clarify the significance and agenda of a clinical community internship for occupational therapy (OT) students.

Setting: The students participated in a clinical community internship for three weeks at geriatric health services facility, nursing home, day care department in psychiatric and/or rehabilitation hospital, developmental support facility for pediatrics, etc. The clinical community internship was structured as a clinical clerkship. It proceeded through three step (observe, imitate, and practice) progress levels.

Participants: 87 senior OT students at one university while participating in a clinical community internship were included.

Method and material: The checklist used for the clinical community internship has been uniquely created by OT academics at the university. The OT students and clinical educator confirmed and checked the progress levels along with the content of the checklist, and recorded dates of first experiences on the checklist.

Results: The OT student who reached practice level of assessment the patient's physical, mental, and social functioning was 39.1%, and the practice level of activities for client was 65.5%. However, the student who experienced practice level of client's house visiting, selected and facilitated the use of welfare equipment, improving residential environment, job assistance was lower than 10%. In understandings to role and practice of profession except occupational therapist, the student who experienced object level of role of nurse was 85.1%, physical therapy and care manager was 54.0%. Conversely, physician, dental hygienist and music therapist was lower than 5% each.

Conclusion: Our analysis suggests that the student's experience item was limited in terms of internship. These findings have significance to consider applicable term and content of community internship.

Key words: Occupational therapist, Clinical internship, Community, Clinical clerkship, Checklist