

作業療法臨床実習指針（2018）

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年3月）

巻頭言

一般社団法人 日本作業療法士協会
会 長 中村 春基

平素より、当協会の運営にご支援ご協力を賜り心より御礼申し上げます。この度、「作業療法臨床実習指針（2018）」、「作業療法臨床実習の手引き（2018）」の合冊版の発刊にあたり、発刊作業に当たられました教育部員の方々に衷心より感謝申し上げます。

さて、本版策定の背景には、18年ぶりの理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会の設置がありました。その検討内容につきましてはすでにご承知と思いますが、検討会の中で協会としての意見を度々求められましたが、手引き（2018）発刊に向けた準備が並行して行われていたことで、必要な資料の提供と意見を述べることができました。結果として総単位数の増、臨床実習の充実、地域包ケアシステムへの対応、教員、臨床実習指導者への教育に関する履修、第3者の教育評価等々大きな改定内容となりました。

臨床実習に関わることをもう少し補足しますと、単位数が18単位から22単位に増えました。その中には、通所・訪問リハビリテーションでの実習1単位も含まれています。また、医療提供機関の中に介護老人保健施設が加わりました。これは、長年要望していた内容でもあります。また、より教育学に基づく臨床実習の実践という観点から、診療参加型の実習形態が明示され、合わせて学生の能力にあわせた臨床実習指導という観点から総合臨床実習前後の学生評価の実施や臨床実習担当者の設置など、学内教育と臨床実習教育との一貫性を図る内容も含まれています。

臨床実習指導者に関しましても大きく変わります。それは、経験3年以上の現行規定が経験5年以上に変更になります。それに加えて全ての臨床実習指導者は16時間の研修を履修して頂くことになりました。これは、臨床実習が学内教育の約1/3を担っていることを踏まえたと必然的なことですが、協会では士会、教育機関と協力しながら、平成32年施行に合わせて研修を行ってまいりますので、是非、多くの会員の積極的な参加をお願いするところです。なお、臨床実習は週45時間を1単位と規定されていますが、その中に自己学習時間を加味することとなっています。

以上のように、臨床実習の在り方、方法等々大きな変革を求められていますが、第5版の臨床実習の手引きは、それらの変化に対応できるよう作成してあります。是非、臨床実習指導者や教育関係者は勿論として、多くの会員にお読みいただき、優秀な作業療法士育成に協会、士会、会員が一致協力して取り組んで参りましょう。

最後に、本版発刊をはじめ養成教育全般について、協会を牽引して頂きました、澤俊二先生はじめ関係者の方々に心より御礼申し上げます。

作業療法臨床実習指針（2018）

「作業療法臨床実習指針（2018）」

作業療法臨床実習指針(2018)を作成するにあたって

「理学療法士及び作業療法士法（昭和 40 年 6 月 29 日法律第百三十七号）」に基づく「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（第二条 三）」により、教育内容（教育課程）に必要な区分科目として「専門分野」における「臨床実習」が定められている。

本「作業療法臨床実習指針（2018）」は、作業療法教育ガイドライン第 1 版（2015 年）を基に、「臨床実習」における“臨床技能の許容範囲”と“作業療法臨床実習指導方法”のあり方を提示するものである。また、この作業療法臨床実習指針に則した教育目標、教育方法論等の詳細については、後述する作業療法臨床実習の手引き（2018）に示すものとする。

作業療法臨床実習指針（2018） 目次

巻頭言	1
作業療法臨床実習指針(2018)を作成するにあたって	2
1. 臨床実習における背景と課題	4
(1) 近年の臨床実習に関する背景	
(2) 臨床実習時間数および内容の変遷	
(3) これまでの臨床実習の課題	
2. 日本作業療法士協会が示す作業療法臨床実習の指針	5
3. 臨床実習の考え方	5
(1) 臨床実習における同意等	
(2) 目的の正当性	
(3) 手段の相当性	
(4) 学生が当事者となる事故の予防及び発生時の対応の確立について	
(5) 臨床実習で許容される臨床技能とその水準	
4. 臨床実習の到達目標	9
(1) 臨床実習の到達目標	
(2) 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程	
5. 臨床実習の流れ	11
(1) 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の修得の流れ	
(2) 臨床実習指導体制	
(3) 臨床実習の評定	
(4) 作業療法士学校養成施設と臨床実習施設の協力	
参考文献	13

1. 臨床実習における背景と課題

(1) 近年の臨床実習に関する背景

これまで日本作業療法士協会（以下、協会）は「理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規則（以下、指定規則）」、「理学療法士・作業療法士養成施設指導ガイドライン（以下、指導ガイドライン）」に則り、臨床実習の実践指針として「臨床教育手引書」を初版 1975 年に、第 2 版を 1981 年に作成し、第 3 版（2003）に名称を「臨床実習の手引き」とし、2010 年度の第 4 版、2017 年度の第 5 版（予定）と継続して作成をしてきた。また「作業療法教育ガイドライン第 1 版」を作成し、協会として臨床実習の質を担保できるよう努めてきた。しかし、各学校養成施設と実習施設により教育ガイドラインや手引きの運用の質が大きく異なる現状にあり、実習の質の格差は学生や臨床実習指導者の質と共にさらに広がりつつある。

このような中、2016 年 3 月以降、国会において 2 度にわたり理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する現状と課題が取り上げられ、政府は指定規則改正と同時に臨床実習のあり方についても検討することに言及した。

他方、医学生の実習や看護学生の実地実習では、その法的正当性を保ちつつ、臨床で許容できる行為について水準を設け、時代に即応した適切な実習のあり方とその質の確保に関する整備が行われており、医学生の実習では指導医の監視・指導の段階に応じて医行為について 3 段階の基準が作られた。

これらの状況を踏まえると、作業療法士の臨床実習においても、臨床実習で学生の実施が許容される臨床技能と指導方法を、同時に整理すべき時期になっていると考える。

(2) 臨床実習時間数および内容の変遷

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（以下、指導要領）」により規定され、これまで次の通り実習時間数の変化とともに運用されてきた。

1966 年、全 3300 時間（内臨床実習 1680 時間）の教育が開始され、臨床実習の形態は、医師教育インターンシップ制に採用されていた「患者担当制」（一人の患者に対する評価から治療にいたる過程を担当する）に準じた。

1972 年、「指定規則」および「指導要領」の一部改正（文部・厚生省令 1 号）で、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）と改正されたが、社会および疾病構造の変化に伴う医療ニーズに対応するために時間数は規程の 20%～60%を超え、養成校の間でカリキュラムの格差が生じ始めた。

1989 年、「指定規則」が改正され、3020 時間（臨床実習 810 時間）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、「指定規則」改正となった。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 以上医療機関）となった。

このように 1966 年当初に比べ、半分以下の臨床実習時間となったが、近年、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・複雑化してきている。また、患者の人権への配慮や、医療安全確保のための取り組みが強化され、実習機会が与えられる施設の偏りや、実習指導の質の格差はむしろ拡大してきている。

（３）臨床実習のこれまでの課題

これまでの臨床実習について特に課題とされる点は、免許を持たない学生による評価や治療は法的にも患者の治療を受ける権利尊重の立場からも許されるのかという点である。また、作業療法学生の臨床実習において、学生が患者に作業療法を実施する場合、臨床技能によっては習熟が必須であり、医療安全性と患者への侵襲性において整理がなされるべきである。したがって、医学生の実習や看護学生の実習と同様に、侵襲性の高くない一定の水準に限られるべきであるが、臨床実習について侵襲性の高くない臨床技能の基準は整理されていない。

医学生の場合、臨床実習における学生の課題は、いくつかの「医行為」に当てはまるものの指摘からすでに３段階の基準が設けられているが、欧米ではこのような基準が長年の運用により教育効果が検証され、わが国でも医学教育に全面的に取り入れられている。また、看護学生の実習も同様に「臨床実習検討委員会最終報告」（1991年5月13日厚生省公表）及び「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」（2003年3月17日厚生労働省公表）の中で、明確な基準を設け、看護師学校養成所教員の指導のもとでの臨床実習を導入している。しかし、作業療法学生の臨床実習における患者担当のあり方については1966年以降50年余りの間、基準となるものの整理は行われていない。

（４）指定規則の改正

2017年6月より理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム改善検討会を開催し、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」、「理学療法士作業療法士学校養成施設指導ガイドライン」の見直しを開始した。その主な検討内容は、（１）総単位数の見直しについて、（２）臨床実習の在り方について、（３）専任教員の要件についてである。その中で、臨床実習については、カリキュラム単位数の増加、臨床実習指導者の要件の改変、診療参加型実習形態の推奨等が掲げられ、2020年4月より施行となった。

2. 日本作業療法士協会が示す作業療法臨床実習の指針

臨床実習の目的は、学生が臨床実習指導者の指導・監督のもとに、作業療法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能及び態度を身につけ、保健・医療・福祉にかかわる専門職としての認識を高めることである。

すなわち、卒前教育の中にありながらも、作業療法室のみならず、広く地域包括ケアシステムおよび地域づくりに資するように、就労時の業務に近い場や環境の中で人間性を育み、確かな作業療法の臨床推論と基本的な作業療法技能を体験し、自ら学ぶ力を育てるという卒前・卒後教育での重要な役割を担う。

本指針では、「指定規則」及び「指導ガイドライン」に則り、前項の課題を解決し、未整備であった基準（水準と臨床技能の許容範囲）と臨床実習指導方法を明確にすることで、全国共通の作業療法臨床実習のあり方を示す。

3. 臨床実習の考え方

指定規則に沿った本指針に基づいて臨床実習を適切に運用するためには、①対象者・家族の同意のもとに実施されること、②作業療法教育としての正当な目的を有するものであること、③学生が単独で実施することなく、臨床実習指導者の指導・監督のもと、相当な手段、方法をもって行われること、④学生が当事者となる事故の予防及び発生時対応が確立されていること、⑤臨床実習で許容される臨床技能の内容とその水準の整理がなされていること、以上が確保されていることが必須である。

（１）臨床実習における同意等

対象者の権利を保障し、安全性の確保を最優先に実習を進めることは最も重要なことであり、臨床実習において対象者と対応する場合は、対象者の同意を得ることは必須の事項である。

臨床実習指導者は、口頭あるいは文書をもって十分に実習方針の説明がなされることと、その説明内容に同意を得た旨を記録として残すことが必要である。

なお、説明、同意に関する文書には、対象者・家族は同意を拒否できること、既に同意した内容についてもいつでも拒否できること、拒否したことを理由に作業療法上で不利益な扱いを受けないことを明記しておく。同時に、臨床実習を通して知り得た対象者・家族に関する情報については、守秘義務を遵守しこれを他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に十分留意する。

（２）目的の正当性

臨床実習は、学生が学内で学んだ知識、技術・技能、態度の統合を図り、作業療法実践能力の基本を身につけるために不可欠な学習過程であり、また、実習は作業療法に必要なコミュニケーションを基盤とした人間関係能力を育成する重要な機会である。

臨床実習における学生の学習のほとんどは、臨床チーム^{*1}に参加し、臨床実習指導者が行う作業療法援助の過程を通じて行われるものであり、見学実習のみでは達成できない。

すなわち、臨床実習は作業療法士を目指す学生が必要な技術・技能を修得する上で必須の学習であることから、作業療法教育として正当な目的を有するものと解される。

^{*1} 臨床チーム：対象者を中心とした作業療法を实践する場面における多職種協働によるチームを指す。

（３）手段の相当性

臨床実習指導者は、学生に臨床実習を行わせる場合に以下の条件を整え、対象者及び学生の安全を確保することにより、その手段の相当性を常に保つことに努めなければならない。

ア．臨床実習における安全性の確保について

安全性確保には、（５）に示す表１の「臨床実習で許容される水準の条件と臨床技能」に準拠して、学生が実習で体験できる事項について、その条件に基づいて選択することが前提となる。また、事前に学校養成施設では臨床実習に臨むための十分な技能や臨床実習におけるリスク管理、基本的な態度の修得などについて、事前準備を整えておく必要がある。

イ．臨床実習指導体制の確立と環境について

臨床実習については、「指定規則」及び「指導ガイドライン」に規定されている実習施設、臨床実習指導者、および学校養成施設教員に関する内容を遵守する指導体制を構築することとなる。

したがって、その指導体制により臨床実習指導者および学校養成施設教員は、個々の対象者に適切な作業療法がおこなわれるよう、指導体制下での学生への助言・指導の内容を充実させられるような環境を作らなければならない。

また、学生の実習を受け入れる実習施設においては、協会の臨床実習指導施設認定制度によって認可されていることが望ましく、協会認定施設であることを施設内に掲示するなど、対象者・家族へ周知を促すことで実習への協力が得られ易くなるような環境の整備を行うことが前提となる。

（４）学生が当事者となる事故の予防及び発生時の対応の確立について

臨床実習が安全に実施できるよう、学校養成施設においては、カリキュラムの中で安全教育を徹底させ、実習施設においては、医療に係る安全管理のための指針の整備や職員研修の実施等、安全管理のための体制のより一層の確保を図る。

学生及び対象者の安全の確保を最優先に考え、作業療法管理学や学内演習、客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination;OSCE）により、安全確保の技能練習など可能な限り事前の準備を徹底する。また技能の修得に当たっては実習施設の臨床実習指導者及び他の作業療法士、教員による適切な指導・助言のもとに行う。

また、学校養成施設及び実習施設においては、学生が当事者となる事故について予め連絡体制や対応方法、任意保険への加入等の対応など危機管理体制を整え、学生に十分な説明をする。特に、医療事故発生時の責任の所在については、「実習委託契約書」等で、予め明確にしておくことが望ましい。対象者に対する第一義的責任は病院等の施設側にあるが、事故の形態や過失の程度によって責任の所在は変わり得ることを念頭に置いておく必要がある。

（５）臨床実習で許容される臨床技能とその水準

作業療法の臨床技能を示し、臨床実習において学生による実施が許容される水準１、２、３を設けた。水準１は、学生が行う上で対象者にとってリスクが低く、安全性の高い「指導者の監視下で実施できる項目および状態」とし、水準２は、学生が臨床実習指導者の作業療法の補助として行うならば、対象者にとってリスクが低く、安全性の高い「指導者の監視下で、補助として実施できる項目および状態」とし、水準３は、学生が行う上でリスクが高く安全性が低い「指導者の監視下で、見学にとどめておくべき項目および状態」とした。ただし、作業療法における臨床技能は、単純にその技能項目のみを取り出して、リスクの高低を決定づけるものは少なく、水準１、２、３の境界線を明確化することは難しい。そこで、水準の判断材料として「状態像」を考慮することを条件とした（表１）。

表1. 臨床実習で許容される臨床技能の水準とその条件

項目		水準1 指導者の監視下で実施できる項目および状態	水準2 指導者の監視下で、補助として実施できる項目および状態	水準3 指導者の監視下で、見学にとどめておくべき項目および状態
情報収集と記録		医学的情報の収集 (カルテ画像、検査結果など) 社会的情報の収集 (家族、医師、看護師からの情報収集)	左記の項目の内、侵襲性が高いと判断された項目 患者指導用資料、実施計画書、等の一部作成	カルテ、カンファレンス資料、 申し送り書等の作成
リスク管理にかかる技能		衛生(手洗い、マスク着用、ガウンテクニック) 転倒リスク(立ち位置、訓練場面の設定) 全身状態(外観・顔色・表情など)、 設備・物品などの環境	創部管理、廃用性症候群予防、ドレーン・カテーテル留置中の安全管理、点滴静脈内注射・中心静脈栄養・経管栄養中の安全管理	酸素ボンベの操作、生命維持装置装着中の安全管理
作業療法評価及び治療にかかわる技能 (ICF項目に準じて)		下記の内であらかじめ患者に(必要な場合家族等にも)同意を得た上で、臨床実習指導者の指導・監督の下、事前に養成施設と臨床実習施設において侵襲性が高くないと判断した項目	下記および 水準Ⅰの項目の中で 急性期やリスクを伴う状態	下記および 水準Ⅱの項目の中でも 特に侵襲性が高い項目
心身機能と 身体構造に かかる項目	精神・認知機能	意欲、睡眠、注意、記憶、情動、知覚、思考、計算、時間認知	意識水準、見当識、知的機能、気質・人格傾向、精神運動、BPSD、高次認知	
	感覚・知覚の機能 と身体構造	視覚、聴覚、前庭感覚、味覚、嗅覚、固有受容覚、触覚、温度覚、痛みの感覚	温度覚、痛みの感覚	
	音声と発話機能	発声、構音、発話、音声・文字言語の表出および理解		
	心肺機能	血圧、心拍数、全身持久力	心機能、呼吸器、呼吸機能	
	消化器摂食・ 嚥下機能	口唇・口腔、姿勢	口腔から咽頭・食道	
	代謝内分泌機能	体重・体温調節	摂食消化、排便	尿路、生殖機能
	運動の機能と 身体構造	関節可動域、関節安定性、筋力、筋緊張、運動反射 姿勢・肢位の変換・保持、随意性、協調性	筋持久力、不随意運動、随意運動制御	
	学習と知識の応 用	視る、聞く、模倣、反復、読む、書く、計算、 技能習得、注意集中	思考、問題解決、意思決定、 安全管理、時間管理	家庭設備の使用、住環境管理
活動と参加に かかる項目	日常的な課題 と要求	単一課題の遂行、日課の遂行		
	コミュニケーション	話し言葉の理解・表出、書き言葉の理解・表出、会話	非言語的メッセージの理解・表出、各種通信手段の操作	ディスカッション、来客対応、コミュニケーション 技法の利用
	運動・移動	基本的な姿勢の変換、姿勢保持、移乗、物の運搬・移動・ 操作、歩行と移動(様々な場所、用具を用いて)、車いすの 操作	交通機関や手段の利用	運転・操作
	セルフケア	整容・衛生、更衣、飲食	入浴、排泄	
	家庭生活・家事	調理、食事の片づけ、買い物、洗濯、整理・整頓、掃除、ゴミ 処理	生活時間の構造化、活動と休息のバランス	
	対人関係	基本的な対人関係、家族関係	公的関係、非公式な社会的関係	複雑な対人関係
	社会レベルの 課題遂行	ストレスへの対処	心理的欲求への対処	
	社会生活適応	役割行動	他者への援助	サービスの利用
	教育	就学前教育、学校教育	職業訓練	高等教育
	仕事と雇用 経済生活	職業準備 基本的金銭管理	仕事の獲得・維持、無報酬の仕事 経済的自給	複雑な経済取引
環境因子に かかる項目	コミュニティ ・余暇活動	自由時間の活用の仕方、活動意欲、創作活動、自主トレ ーニング、レクリエーション、レジャー	宗教観、市民活動など	政治活動など
	人的環境	家族・親族による支援、友人・知人による支援、	家族・親族・友人・支援者・専門職などの態度、 仲間・同僚	隣人などコミュニティの成員
	物的環境	日常生活におけるもの、屋内外の移動と交通のためのもの (車いす、装具、義手、自動具など各種福祉用具)、コミュニ ケーション用のもの	生産品と用具、教育・仕事用のもの、文化・レク リエーション・スポーツ用のもの、住環境のため のもの(一部)	住環境のためのもの
	サービス・ 制度・政策	コミュニケーション、交通、教育訓練	消費、住宅供給、労働と雇用	公共事業、社会保障、その他のサービス
個人因子に かかる項目		生活再建に関わる作業に影響を与える心 身機能以外の個人の 特性	性別、人種、信条などの個人特性は大切に守られるべき人権であり、治療・指導・援助の対象とすべきではないため、本項目は個別の生活再建に関わる作業に影響の深い具体的対象に限定されるもので下記はその一例である	
		心身機能に影響を及ぼす食習慣、趣味	生活習慣・嗜好など	
救命救急処置にかかる技能				救急法、気道確保、気管挿管、 人工呼吸、閉鎖式心マッサージ、 除細動、止血
地域・産業・学校保健にかかる技能			介護予防、訪問による作業療法、 通所・入所リハビリテーション	就労支援・復学支援 学校保健(姿勢指導・発達支援など)

* 臨床実習で修得(模倣・実施)する臨床技能は原則水準1・2となる。

4. 臨床実習の到達目標

(1) 臨床実習の到達目標

臨床実習の到達目標とは、臨床実習指導者の指導・監督のもとで、典型的な障害特性を呈する対象者に対して、作業療法士としての、①倫理観や基本的態度を身につける、②許容される臨床技能を実践できる、③臨床実習指導者の作業療法の臨床思考過程を説明し、作業療法の計画立案ができる、ことである。

(2) 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程

作業療法教育において修得すべき内容を整理するため、作業療法士としての基本的態度(表2)、臨床技能(表3)、臨床思考過程(図1)を整理したものを示す。

特に、臨床実習指導者の臨床推論について十分に議論を重ね、作業療法の臨床思考過程を理解することは、臨床実習において極めて重要である。これらは、養成校内での卒前教育から、臨床実習を経て、卒後教育にかけて、「見学」「模倣」「臨床実習指導者の指導・監視のもとでの実施」の順に体験を重ねていくことを基本的な考え方とする。

表2. 基本的態度

状況に応じた適切な身なり	状況に応じた適切な挨拶・自己紹介
自身の適切な生活管理	人権や障害に関する倫理に配慮した言葉づかい、態度
自己評価、自身の行動目標設定および修正	患者・患者家族に対する礼節のある言葉づかい、態度
自身の目標達成するための具体的な取り組み	職員に対する礼節のある言葉づかい、態度
守秘義務、個人情報の取り扱いについての配慮	時間・期限の厳守
記録物の管理(保管・廃棄)	指導者からの指示の遵守
掃除、整理整頓	指導者への報告・連絡・相談

下表3の臨床技能の対象となる具体的項目については、領域・病期・疾患によって重要度に特徴はあるものの、作業療法士として臨床に立つ以上、基本的には全てを網羅すべきものである。

表3. 臨床技能

ICF区分	臨床技能の対象区分	臨床技能（評価・治療・指導・援助）の対象となる具体的項目
心身機能 身体構造	精神・認知機能	意識水準，見当識，知的機能，気質・人格傾向，意欲，睡眠，注意，記憶，精神運動，情動，知覚，思考，BPSD，高次認知，計算，時間認知
	感覚・知覚の機能	視覚，聴覚，前庭感覚，味覚，嗅覚，固有受容覚，触覚，温度覚，痛みの感覚
	音声と発話機能	発声，構音，発話，音声・文字言語の表出および理解
	心肺機能	心機能，血圧，呼吸器，呼吸機能，全身持久力
	消化器摂食・嚥下機能	口唇・口腔，口腔から咽頭・食道，姿勢
	代謝・内分泌機能	摂食消化，排便，体重・体温調節，尿路，生殖機能
	運動に関連する機能と身体構造	関節可動域，関節安定性，筋力，筋緊張，筋持久力，運動反射，不随意運動反応，随意運動制御，姿勢・肢位の変換・保持，随意性，協調性
活動と参加	学習と知識の応用	視る，聞く，模倣，反復，読む，書く，計算，技能の習得，注意集中，思考，問題解決，意思決定 安全管理，時間管理，家庭設備の使用，住環境管理
	日常的な課題と要求	単一課題の遂行，日課の遂行
	コミュニケーション	話し言葉の理解・表出，非言語的メッセージの理解・表出，書き言葉の理解・表出，会話，各種通信手段の操作 ディスカッション，来客対応，用具の使用
	運動・移動	基本的な姿勢の変換，姿勢保持，移乗，物の運搬・移動・操作，歩行と移動（様々な場所，用具を用いて），車いすの操作 交通機関や手段の利用，運転・操作
	セルフケア	入浴，整容・衛生，排泄，更衣，飲食
	家庭生活・家事	調理，食事の片づけ，買い物，洗濯・整理・整頓，掃除，ゴミ処理，生活時間の構造化，活動と休息のバランス
	対人関係	基本的な対人関係，家族関係・公的關係，非公式な社会的関係，複雑な対人関係
	社会レベルの課題遂行	ストレスへの対処，心理的欲求への対処
	社会生活適応	役割行動，サービスの利用，他者への援助
	教育 仕事と雇用 経済生活	就学前教育，学校教育，職業訓練，高等教育 職業準備，仕事の獲得・維持，無報酬の仕事 基本的金銭管理，複雑な経済取引，経済的自給
	コミュニティライフ・余暇活動	自由時間の活用の仕方，活動意欲，創作活動，自主トレーニング，レクリエーション，レジャー，宗教観，政治活動・市民活動など
環境因子	人的環境	家族・親族による支援，友人・知人による支援，家族・親族・友人・支援者・専門職などの態度，仲間・同僚・隣人などコミュニティの成員
	物的環境	生産品と用具，日常生活におけるもの，屋内外の移動と交通のためのもの（車いす，装具，義手，自助具など各種福祉用具），コミュニケーション用のもの，教育・仕事用のもの，文化・レクリエーション・スポーツ用のもの，住環境のためのもの
	サービス・制度・政策	消費，住宅供給，公共事業，コミュニケーション，交通，教育訓練，労働と雇用，社会保障，その他のサービス
個人因子	生活再建に関わる作業に影響を与える心身機能以外の個人の特性	性別，人種，信条などの個人特性は大切に守られるべき人権であり，治療・指導・援助の対象とすべきではないため，本項目は個別の生活再建に関わる作業に影響の深い具体的対象に限定されるものである（例：心身機能に悪影響を及ぼす食習慣や生活習慣・嗜好など）。
その他 作業療法の 実施に関連 する技能	情報収集	医学的情報（カルテ画像，検査結果など） 社会的情報（家族，医師，看護師からの情報収集）
	記録	患者指導用資料，カルテ，実施計画書，申し送り書，カンファレンス資料
	連携	他職種，他機関，他施設
	リスクマネジメント	衛生（手洗い，マスク着用，ガウンテクニック） 転倒リスク（安全確保できる位置に立つ，安全な訓練場面の設定） 全身状態（外観・顔色・表情など），設備・物品などの環境

*これらの臨床技能の対象となる具体的項目については、領域・病期・疾患によって重要度に特徴はあるものの、作業療法士として臨床に立つ以上、基本的には全てを網羅すべきものである。

（作業療法ガイドライン 2012 作業療法の治療・指導・援助項目と具体的対象項目に加筆）

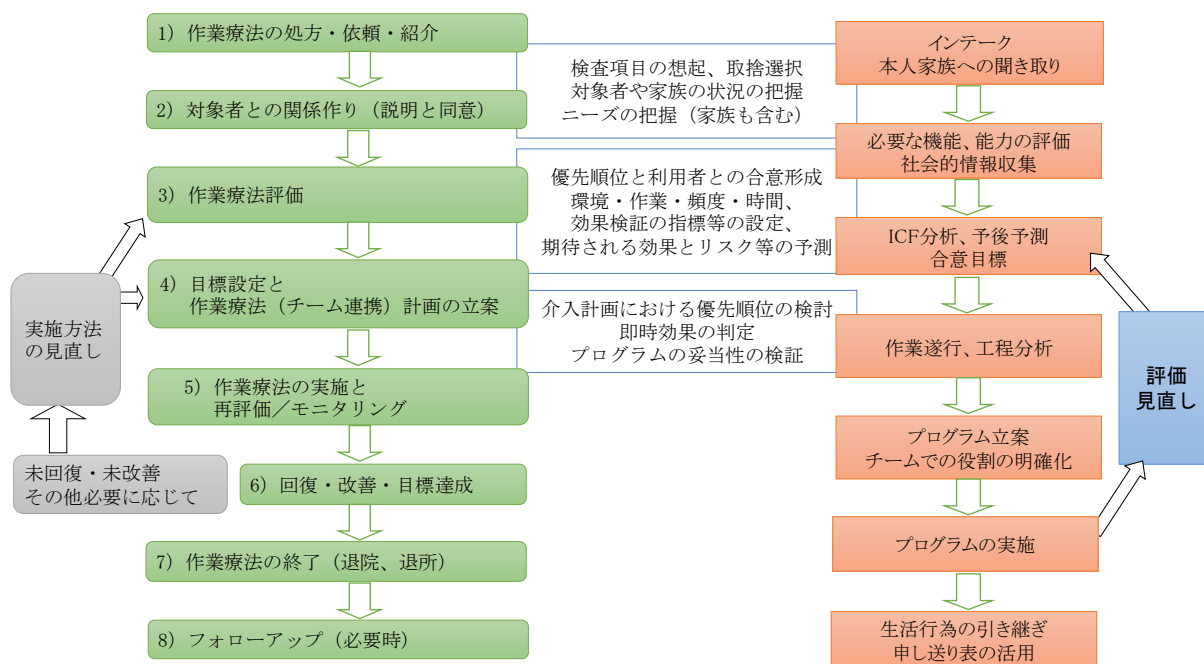


図 1. 臨床思考過程
(左:作業療法ガイドライン実践指針より加筆、右:MTDLPより)

5. 臨床実習の流れ

(1) 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の修得の流れ

この流れは、臨床実習指導者が自分の担当する対象者について、「いま、ここで」行っていることを説明しながら、「見学」⇒「模倣」⇒「実施」の順に修得を促すものである。

見学とは、学生が臨床実習指導者の行う作業療法について解説を受けながら観察することをいう。(表1の水準3)

模倣とは、学生が臨床実習指導者の行う作業療法について指導を受けながら実際に行うことをいう。(表1の水準2)

実施とは、学生が臨床実習指導者の行う作業療法を監督の下、主体的に実際に行うことをいう。(表1の水準1)

学生は臨床実習指導者の傍につき、最初から臨床実習指導者の実践を通して学ぶ方法である。図2に学内教育から臨床教育、卒後教育のいずれにも共通する一連の技能修得の流れを示す。

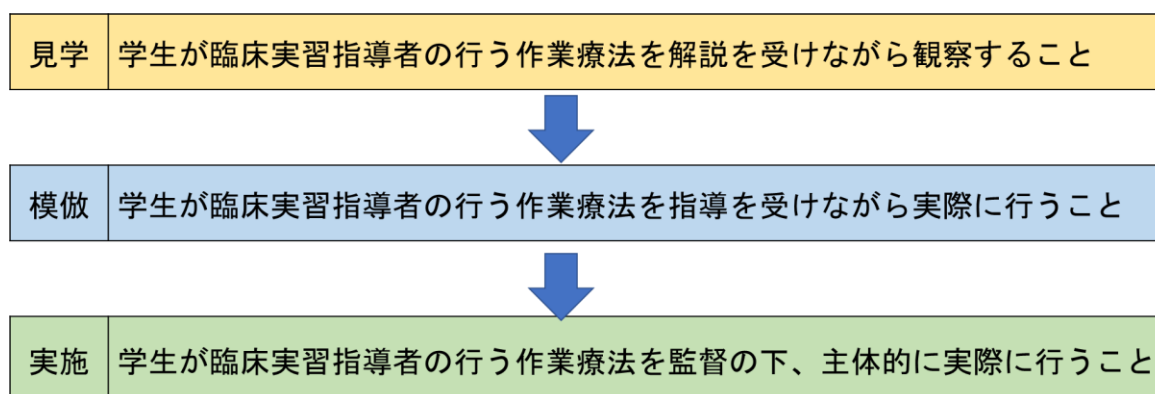


図 2. 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の修得の流れ

（３）臨床実習の評定

臨床実習の最終評定（単位認定）は、臨床実習指導者が報告する「基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の到達度の評価」を参考にし、学校養成施設の教員が、実習終了後の学内報告及び議論や、実習前後に行う技能評価等を総合して行う。

（４）作業療法士学校養成施設と臨床実習施設間の協力

臨床実習までの授業内演習は臨床技能を修得する上で必須であり、中でも学生がお互いに対象者役と作業療法士となっていく演習は実践感覚を養い、体験により発展的に学修が深められる。また、学内でお互いの身体を使って技能を実施することは、臨床で対象者に対して実施する際のよい模擬体験となり、対象者の立場に立った臨床技能の実施につながるものである。学生が臨床実習において、作業療法の基本的な技能を安全・確実に体験できるよう、学校養成施設においては、表２の「基本的態度」、表３の「作業療法臨床技能」特に「リスク管理」などの基本的な部分について学生の教育内容・方法を充実させ、学内での履修内容を実習施設と共有し、臨床実習指導の内容および指導体制を更に充実することが望まれる。

また、臨床実習施設については、指定規則に則った臨床実習指導を行う資格（５年以上の臨床経験および厚生労働省指定の臨床実習指導者講習会修了）をもった臨床実習指導者が本指針を習熟しこの指針に対応できる教育ができるレベルであることが前提であり、学校養成施設と病院・施設との間では事前に実習受け入れに関する明確な契約を交わしておく。作業療法の教育目標や臨床実習目標などへの理解を深め、学校養成施設との連携を密にするとともに、教育環境充実のための積極的な支援を行うといった相互の協力関係の構築が不可欠となる。

【参考・引用文献】

1. 厚生労働省医政局作業療法課：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書, 2002 年 3 月 17 日
2. 厚生労働省：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 2011 年 2 月 28 日
3. 一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法教育ガイドライン 第 1 版」. 2015
4. 一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法臨床実習の手引き 第 4 版」. 2010
5. 一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン 2012 年度版
6. 一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン実践指針 2013 年度版
7. 全国医学部長病院長会議、医師養成のグランドデザイン検証 WG：診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準作成一現状に関するアンケート集計結果報告. 2016 年 4 月 21 日
8. 中央教育審議会教育課程特別部会：次期学習指導要領に向けたこれまでの審議のまとめ（素案）のポイント—改訂の基本方針. 文科省 HP, 2016 年 8 月 1 日
9. Bloom, b. s. (Ed.): Taxonomy of educational Objectives: The classification of educational goals. Handbook 1. cognitive domain. New York, Mckay, 1956
10. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版

＜執筆・編集者＞

陣内 大輔（教育部 部長）
荏山 和生（教育部 副部長）
澤 俊二（教育部 養成教育委員会 委員長）
鈴木 孝治（教育部 養成教育委員会 教育のあり方検討班 班長）
丹羽 敦（教育部 養成教育委員会 臨床実習検討班 班長）

作業療法臨床実習の手引き (2018)

「作業療法臨床実習の手引き（2018）」

作業療法臨床実習の手引き（2018）を作成するにあたって

日本作業療法士協会（以下、協会）では、「臨床教育手引書」として、初版を 1975 年、第 2 版を 1981 年に作成し、第 3 版（2003）には名称を「臨床実習の手引き」と改め、2010 年の第 4 版まで継続して作成し、臨床実習での学生教育のあり方を示してきました。

他方、医学生の実習や看護学生の実習では、その法的正当性を保ちつつ、臨床で許容できる学生の行為について水準を設け、時代に即応した適切な実習のあり方とその質の確保に関する整備が行われてきました。

これは医学の急速な進歩により、医療のエビデンスと技術水準が向上するにつれて、医療安全管理や患者の治療を受ける権利面等から、臨床実習において学生に経験させることのできる内容の見直しが必要になってきたことを意味します。この状況を踏まえて、作業療法士の臨床実習においても、学生に実施が許容される臨床技能とその指導方法を、同時に整理すべき時期は到来していると認識し、教育部としては改定に向け準備を重ねておりました。

そのような中 2017 年 6 月より理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム改善検討会が開催されました。その中で、臨床実習については、単位数の増加、臨床実習指導者の要件の改変に加え、診療参加型実習形態の推奨等が掲げられ、教育部がここ数年で整理してきたものと一致し、本書をまとめるにあたり後押しとなりました。

手引きを作成する前段階として「作業療法臨床実習指針 2018」でその骨子を示すことになり、理事会で案が通過した後、広くパブリックコメントを求めました。結果、106 通 58000 文字以上に及ぶ、具体的でかつ建設的な意見が寄せられました。

この結果を整理し最終案が理事会を通過したのが 2017 年 9 月、指定規則改定内容が確定したのが 2017 年 12 月。その要点も十分に反映し、それまで分担準備していたものをまとめたものがこの「作業療法臨床実習の手引き 2018」です。また、これに続き「同手引き第 5 版 実践編（仮称）」として、具体例を掲載したものを 2018 年度中には執筆に着手し、さらにこれからの臨床実習指導にお役立ていただくべく準備を進めております。

特にこの 1 年以上、手引き作成班と執筆者の皆さまには、多大なご尽力を賜り 2017 年度内での発行が叶いました。これを手にしていただきました会員各位におかれましては、本手引きを最大限にご活用いただき、これからも後進の育成にお力添えを賜りますようお願いを申し上げます。

作業療法臨床実習の手引き 目次

作業療法臨床実習の手引き（2018）を作成するにあたって	14
本手引きを利用するにあたり	18
1. 手引書の利用について	
2. 手引書の構成	
3. 用語について	
序章 臨床実習と教育目標	
I. 教育目標の3領域	20
1. 認知領域	
2. 精神運動領域	
3. 情意領域	
II. 一般目標と行動目標	20
1. 一般目標（GIO）	
2. 行動目標（SBO）	
第1章 作業療法臨床実習の意義と目標	
I. 臨床実習の意義	22
II. 作業療法士の専門能力と実習到達目標	22
1. 作業療法士に求められる専門能力	
2. 臨床実習における到達目標	
3. 臨床実習における一般目標と行動目標	
第2章 臨床実習指導方法論	
I. 実習指導者の役割	25
1. 教育者としての役割	
1) 技術・態度面の臨床実習の教育プロセス	
2) 臨床思考過程の臨床実習の教育プロセス	
2. 健康管理者としての役割	
II. 学生の特徴と対応	26
1. 学生の現代気質	
2. 学生の非言語的サイン	
III. 対象者の捉えかた	28
1. ICF	
2. 生活行為向上マネジメント（MTDLP）	
3. トップダウンアプローチとボトムアップアプローチ	

IV. 臨床実習指導のあり方	29
1. 臨床実習指導の基本的な考え方	
2. 臨床実習の形態	

V. 臨床実習指導方法	31
1. 見学・模倣・実施の臨床実習の教育プロセス	
2. 「基本的態度」・「臨床技能」・「臨床思考過程」の実習指導方法	
1) 基本的態度および臨床技能の実習指導方法	2) 臨床思考過程の実習指導方法
3. 臨床実習におけるコーチングの活用について	
1) コーチングとティーチングについて	2) コーチングとは
3) コーチングの構造（GROW モデル）	4) 臨床実習指導場面での考え方
4. デイリーノート・ケースノートの活用	
5. 事例報告書の作成	

第3章 臨床実習における管理・運営

I. 臨床実習の基本構造	42
II. 倫理	42
III. ハラスメントの防止	43
IV. リスク管理	44
V. 個人情報の保護	44

第4章 臨床実習における学生評価

I. 教育評価の意義	45	
1. 学生のための教育評価		
1) 学生の学習計画となる	2) 自己の振り返りになる	
3) 自尊心と自己実現へつながる		
2. 実習指導者のための教育評価		
1) 学生の成長過程を知る	2) 教育目標に対する現状把握と指導方法を再考する	
3) 実習（教育）環境を整える		
II. 学生評価とは	46	
1. 診断的評価		
2. 形成的評価		
3. 総括的評価		
III. 評価の側面と役割	47	
1. 評価の側面		
1) 基本的態度	2) 臨床技能	3) 臨床思考過程
2. 実習指導者・教員の役割		
1) 実習指導者の役割	2) 教員の役割	
3. 実習評価法		
1) ルーブリックを活用した評価	2) チェックリストを活用した評価	3) OSCE を活用した能力評価

第5章 疾患・障害別の臨床実習指導

I. 病期別の臨床実習の理解 54

1. 予防期の臨床実習
2. 急性期の臨床実習
3. 回復期の臨床実習
4. 生活期（維持期）の臨床実習
5. 終末期の臨床実習

II. 疾患・障害別による指導のポイント 55

1. 中枢神経障害に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント
2. 運動器障害に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント
3. 内部障害に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント
 - 5) まとめ
4. 精神障害に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント
5. 発達障害に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント
 - 5) 就学支援 特別支援教育との関わり（地域での活動）
6. 認知症に対する作業療法
 - 1) 障害像の理解の指導ポイント
 - 2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 3) 作業療法の指導ポイント
 - 4) リスク管理の指導ポイント

III. 地域作業療法 86

1. 生活障害の理解に対する指導ポイント
 - 1) 他職種連携とは
 - 2) 作業療法評価
2. リスク管理の指導ポイント
3. 作業療法の目標と課題の指導ポイント
 - 1) 生活機能へのアプローチ
 - 2) 福祉用具・住環境整備
4. 作業療法の指導ポイント

参考・引用文献 93

資料 95

本手引きを利用するにあたり

1. 手引き書の利用について

作業療法臨床実習の手引き（2018）』（以下、本書）は、効果的な臨床実習を円滑に行うための臨床実習指導者の手引き書として作成されたものである。2020年4月に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導ガイドラインの改正に伴い、臨床実習のあり方についても見直され、「診療参加型臨床実習」の導入が求められるようになった。本書は、これに早急に対応すべく、臨床実習の意義、目的、また診療参加型による臨床実習の形態、指導方法、実習生との関わり方などについて解説している。中堅からベテランの作業療法士諸氏も、臨床実習指導で大いに活用されることを期待するとともに、本書の今後の改訂に向けた貴重なご意見を寄せていただきたい。

2. 手引き書の構成

本書は、「序章 臨床実習と教育目標」、「第1章 作業療法臨床実習の意義と目標」、「第2章 臨床実習指導方法論」、「第3章 臨床実習における管理・運営」、「第4章 臨床実習における学生評価」、「第5章 疾患・障害別の臨床実習指導」で構成される。

「序章 臨床実習と教育目標」では、教育活動において目的達成すべき具体的な諸目標、として広く参照とされるブルームらの教育目標を分類（教育目標のタキソノミー）、また一般目標 General Instruction Objective (GIO)と行動目標 Specific Behavioral Objectives (SBO)について解説している。

「第1章 作業療法臨床実習の意義と目標」では、作業療法士教育全般に対する基本的な臨床実習の意義、臨床実習における到達目標および一般目標および行動目標を具体的に示した。

「第2章 臨床実習指導方法論」では、実習指導者の役割、学生の特徴について述べ、臨床実習指導のあり方、また診療参加型による見学-模倣-実施の段階的な具体的な指導方法を記載した。

「第3章 臨床実習における管理・運営」では、実習施設（実習指導者）と養成校（教員）間の連携、実習指導する上での、倫理、ハラスメント防止、リスク管理、個人情報保護など安全に臨床実習を展開する上で必要な内容について解説している。

「第4章 臨床実習における学生評価」では、臨床実習の評価の意義、評価の側面、役割について述べ、方法については、チェックリスト、ルーブリック、OSCEによる評価の特徴を解説している。

「第5章 疾患・障害別の臨床実習指導」では、病期別による実習指導のポイント、また中枢神経作業療法、運動器作業療法、内部障害作業療法、精神障害作業療法、発達障害作業療法の疾患別・障害別の指導ポイント、および地域作業療法による指導ポイントに分け、それぞれ、障害の理解、目標と課題の理解、作業療法の理解、リスク管理の理解について、臨床実習指導のポイントを解説している。

巻末には、臨床実習を円滑に運営する上で必要と思われる「臨床実習説明」の例、「作業療法実習生の担当に関する同意書」の例を載せている。活用していただきたい。

3. 用語について

本書では、文章の構成、内容の一貫性、そして読みやすさを考慮して、以下の内容で文言を整理または統一した。

1. 実習指導者：臨床実習を行う指導者を全て、「実習指導者」で統一した。
2. 学生：実習指導を受ける学生を全て「学生」で統一した。
3. 養成校：「理学療法士作業療法士学校養成校指定規則」あるいは作業療法実習関係規則などで用いられる「養成施設」という文言を除き、全て「養成校」で統一した。
4. 教員：養成校の教官および教員は、すべて「教員」で統一した。
5. 技能：学生が習得すべき作業療法の「精神運動領域」は「技能」で統一した。
6. 対象者：本書では、作業療法の対象となっている患者および利用者は、全て「対象者」で統一した。
7. 修得：広辞苑によると「習い覚えて身につけること」とある。本書では実習指導によって学生が獲得する知識、技能、態度を身につけるという意味で「修得」を用いた。
8. 作業療法参加型臨床実習：クリニカルクラークシップに基づいた作業療法の臨床実習。

序章 臨床実習と教育目標

作業療法臨床実習指針によると、「臨床実習の到達目標とは、臨床実習指導者の指導・監督のもとで、典型的な障害特性を呈する対象者に対して、作業療法士としての、①倫理観や基本的態度を身につける、②許容される臨床技能を実践できる、③臨床実習指導者の作業療法の臨床思考過程を説明し、作業療法の計画立案ができること」である。この到達点に達するために設定される具体的教育内容を表現したものが教育目標である。

教育目標を設定する意義は、① 学生が何を学習するのかを明確にし、学習のガイドとなり動機づけとなる、②学生・実習指導者・教員間で学習目標や到達度についての共通の理解を得る、③ 教育目標の到達度の評価が可能となる、である。本章では、教育目標の設定に利用される基本的な枠組みを示す。具体的な教育目標についてはⅠ章を参照してほしい。

Ⅰ. 教育目標の3領域

ブルームらは教育活動で目指すべき教育目標を分類し、教育目標のタキソノミーと名付けた。タキソノミーでは教育目標は大きく認知領域、精神運動領域、情意領域の3つの領域に分けられる(表0-1)。

1. 認知領域 Cognitive domain

「知識」の領域である。これは記憶しているという想起レベル、理解しているという解釈レベル、解決策につなげる問題解決レベルというように低次から高次レベルへと分類される。

2. 精神運動領域 Psychomotor domain

「技能」の領域である。情報収集、観察、面接、検査測定、治療、コミュニケーションなどの技能をさす。

3. 情意領域 Affective domain

「態度・習慣」の領域である。挨拶、守秘義務の遂行、期限・約束の厳守、報告・連絡・相談の遂行、探究心・向上心などの態度をさす。

Ⅱ. 一般目標と行動目標

教育とは、学習者の行動に価値ある変化をもたらすプロセスである。このような学習者の変化の方向を内包した教育目標は、一般目標 General Instruction Objective (GIO)と行動目標 Specific Behavioral Objectives (SBO)によって示される。

1. 一般目標 (GIO)

一般目標は、一つの教育課程が終了したときに、学習者が何をできるようになったかを総括的に表すものである。認知・精神運動・情意の3領域にわたる内容が望ましいとされる。臨床実習においては、各実践過程の成果として期待される目標である。これは「学生は」で始まり「・・・ができるようになるために・・・を理解する」のように記述される。

2. 行動目標 (SBO)

行動目標は、学習者の成果を具体的、行動的に示したものである。一般目標を達成するためにはどのようなことができるようになればよいかを具体的に表す動詞を用いて、「・・・について説明する（ことができる）」のように記述される。目標には観察可能な認知領域・精神運動領域・情意領域の内容を表す動詞（表 0 - 1）を用いて、学生の到達すべきレベルが示されていることが重要である。

表 0 - 1 教育目標のタキソノミーとその内容を表す動詞

	認知領域	精神運動領域	情意領域
概要	知識・理解 解釈・判断 問題解決	技術 技能	態度 習慣
内容を表す動詞	～を列挙する。 ～を説明する。 ～を予測する。 ～を比較する。 ～記述する。など	～を実施する。 ～と感ずる。 ～を模倣する。 ～を準備する。 ～を測定する。など	～を行う。 ～を尋ねる。 ～と協調する。 ～を相談する。 ～に応える。など

第1章 作業療法臨床実習の意義と目標

I. 臨床実習の意義

臨床実習は、「経験学習」の要素が最も多く含まれる科目である。経験学習とは、learning by doing という標語が示すように、知識付与型の学習ではなく、学習者の主体的な行動を重視し、その直接的な経験や直面する具体的諸問題の解決のプロセスを通して学習が成立するという立場である。経験学習のモデルとして最も有名なものにコルブのものがある（図1-1）。コルブによれば、学習は、まず具体的な経験をするのが出発点となり（具体的経験）、その経験を様々な観点から振り返り（内省的観察）、他の状況でも応用できるように自分なりの理論を作り上げ（抽象的概念化）、その理論を新しい状況で実際に試行してみる（能動的実験）というサイクルを繰り返すものとされる。

このプロセスを臨床実習に適応するならば、学生はまず十分に作業療法を体験し感じる必要がある。そして、学生は自分の作業療法を振り返り、どうすればうまくいくのかを体で理解する。更に、暗黙知のようなその知識を自分なりの理論に変えて概念化し、それを他の同じような状態の対象者に応用して実践してみる。

学生がこの繰り返しを通して、実際の現場で、効率的に作業療法士に必要な技能や臨床思考過程、態度を学ぶことができるのが臨床実習の意義である。ただし、このプロセスすべてに実習指導者からの支援や見守りがあってはじめて、この学習が成立することを忘れてはならない。

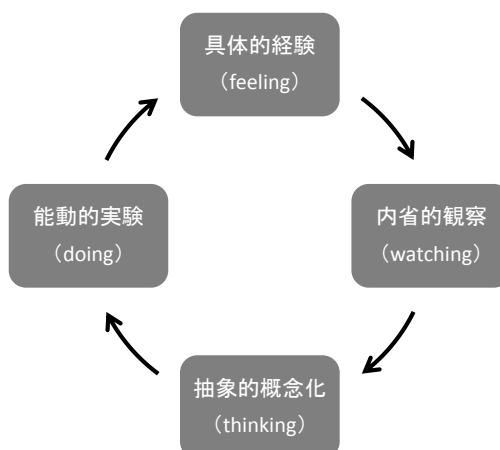


図1-1 コルブの経験学習モデル

II. 作業療法士の専門能力と実習到達目標

ブルームらが提唱した教育目標の3領域（情意領域・精神運動領域・認知領域）は、イリノイ大学の医学教育開発センターによって修正され、3段階に分類されている（田島，2009）。図1-2はこの分類に基づいて、作業療法士に求められる能力（“専門家レベル”）と臨床実習における到達目標（“実習到達レベル”）が、どの段階に該当するかを示した。

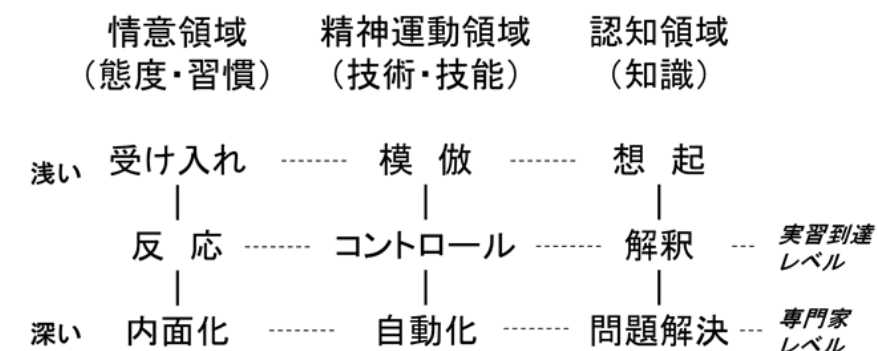


図1-2 教育目標分類3領域における実習の到達目標と専門家レベル

1. 作業療法士に求められる専門能力（図1 - 2）

作業療法士に必要な臨床における専門能力は、あらゆる障害特性を呈する対象者に対して、「情意領域（態度・習慣）」は、適切な言動や表情で接し、能動的かつ積極的に行動できる、また習慣的に作業療法を探究する「内面化」、「精神運動領域（技術・技能）」は、的確なリスク管理のもと、独力で対応できる「自動化」、「認知領域（知識）」は、的確な臨床推論ができる「問題解決」であり、これが“専門家レベル”である。

2. 臨床実習における到達目標（図1 - 2）

臨床実習の到達目標は、「臨床実習指導者の指導・監督のもとで、典型的な障害特性を呈する対象者に対して、作業療法士としての、①倫理観や基本的態度を身につける、②許容される臨床技能を実践できる、③臨床実習指導者の作業療法の臨床思考過程を説明し、作業療法の計画立案ができること。」である（日本作業療法士協会，2012）。

到達目標①は、作業療法への探究心をもって臨床に参加し、実習指導者の的確な言動や表情、気づき、それを自発的に行動に移すことができる「情意領域（態度・習慣）」における「反応」、到達目標②は、実習指導者をモデルとし、その臨床技能の真似ができ汎化できる精神運動領域（技術・技能）」における「コントロール」、到達目標③は、実習指導者の臨床思考を理解し説明できる「認知領域（知識）」における「解釈」に相当する。これが“実習到達レベル”である。

＊ 学生が臨床実習の到達目標に向けて修得すべき内容を基本的態度、臨床技能、臨床思考過程の3領域に整理した表を、「作業療法臨床実習指針」に示している。

3. 臨床実習における一般目標と行動目標

到達目標に基づいた基本的態度と臨床技能および臨床思考過程の一般目標と行動目標を以下の表1-1、表1-2に示す。

表1-1 臨床実習における一般目標と行動目標（基本的態度）

一般目標	行動目標
職業人としての常識的態度を身につける	状況に相応しい服装や身なりを整えることができる
	状況に相応しい挨拶や自己紹介ができる
	職員に対する礼節のある言葉遣いや態度をとることができる
	患者に対する礼節のある言葉遣いや態度をとることができる
	自発的に掃除、整理整頓することができる
責任ある行動を身につける	時間および期限を厳守することができる
	指導者からの指示を遵守することができる
	守秘義務、個人情報の取り扱いを厳守することができる
	指導者へ報告・連絡・相談をすることができる
自己管理ができる	自身の生活リズムを管理することができる
	自身の行動目標を設定・修正し自己評価することができる
意欲的に取り組む姿勢（探求心・創造性）を身につける	自身の目標を達成するため、具体的に取り組むことができる
	必要に応じて文献や資料を収集し、理解することができる
	必要に応じて質問し、自分の意見を述べるすることができる

表 1-2 臨床実習における一般目標と行動目標（臨床技能／臨床思考過程）

<評価(再評価含む)>	
一般目標	行動目標
作業療法評価計画を立てることができる	対象者の疾患に関する一般的特徴(症状・障害)について説明することができる
	対象者に必要な評価手段(情報収集・面接・観察・検査測定)を選択できる
	選択した評価手段の目的を説明できる
	選択した評価手段の方法を説明できる
情報収集・面接・観察・検査測定ができる	対象者・家族に評価計画について説明し、同意を得ることができる
	対象者・家族から生活状況を聴取できる
	対象者・家族のニーズを聴取することができる
	記録から対象者に関する情報(心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子)を収集できる
	他職種から対象者に関する情報(心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子)を聴取できる
	選択した評価手段を適切に使用することができる
評価結果を整理し全体像を把握することができる	対象者の状態に留意し、安全に遂行することができる
	評価結果をICF(心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子)に分類できる
	評価結果の肯定的側面・否定的側面について説明できる
	評価結果の相互(因果)関係をICFを用いて説明できる
	対応すべき課題を焦点化できる
	対象者の予後(将来像)について説明することができる
	対応すべき生活課題を列挙することができる
目標を設定することができる	対応すべき生活課題に優先順位をつけることができる
	リハビリテーション(チーム)目標を説明できる
	作業療法の長期目標を説明できる
	作業療法の短期目標を説明できる
治療プログラムを立案することができる	各目標の関連性を説明できる
	目標に対応した治療プログラムを立案することができる
	治療プログラムの目的を説明できる
	治療プログラムの方法を説明できる
<治療>	
一般目標	行動目標
治療環境の設定ができる	治療手段に対応した場所の設定ができる
	治療手段に対応した器具を準備することができる
	対象者の状態に即した治療時間の設定ができる
治療プログラムを遂行できる	対象者・家族に治療計画について説明し、同意を得ることができる
	選択した治療手段を適切に使用することができる
	対象者の状態に対応し、治療プログラムを変更することができる
<作業療法管理・運営>	
一般目標	行動目標
治療器具・道具を安全に使用し管理ができる	治療器具・道具の取り扱い方、使用用途を説明できる
	治療器具・道具の整理・整頓ができる
リスク管理について理解できる	アクシデント・インシデントの原因、予防対策について説明できる
	施設内感染防止の必要性・方法について説明できる
記録文書(電子データ含む)の管理が適切にできる	個人情報の保護に留意した記録ができる
	記録の保管・廃棄ができる
他部門(他職種)との連携がとれる	他部門(他職種)との連携の必要性について説明できる
	リハビリテーションチームにおける作業療法の役割について説明できる
施設の特徴について理解できる	地域における当該施設の役割について説明できる
	当該施設の各部門について説明できる

第2章 臨床実習指導方法論

I. 実習指導者の役割

ー実習指導者に求められていることー

日本作業療法士協会倫理綱領の8に「作業療法士は、後輩の育成と教育水準の高揚に努める」とあり、後進の教育は我々に求められていることの1つである。また、理学療法士作業療法士養成施設指導要領の4-(4)に「学生の保健衛生に必要な措置が講ぜられていること」とあり、実習施設となったら、学生の健康を守ることも実習指導者に求められていることである。

1. 教育者としての役割

ヴィゴツキーは、発達において、まったく解決不可能な領域と、独力で解決可能な領域の間に、他からの援助があれば解決できるという領域があるとして、それを発達の最近接領域と呼んだ。発達の最近接領域が教えてくれることは、学生は、あることを教育者や仲間などに教えられたり、ちょっとしたヒントをもらったり、模倣したりしながら、自分でそれをやり遂げることができるようになっていくということである。

また佐伯のドーナツ論(図2-1)では、学生は、学生に寄り添うように存在するYou 他者(実習指導者)を通じて、外界を意味のあるものとして取り込むことができる。つまり学生は、実習指導者からの指導や、その模倣、その考えを通じて、作業療法士に必要な指導や態度、臨床思考過程を学ぶことができるのである。

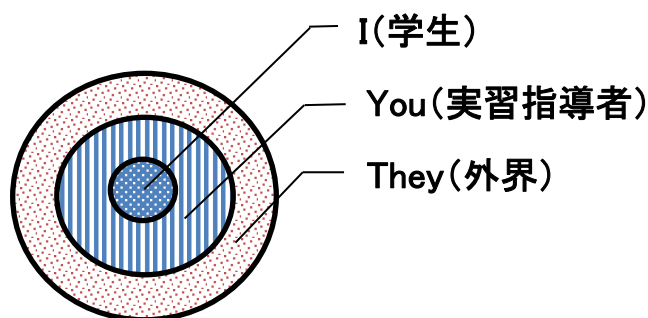


図2-1 佐伯のドーナツ論

1) 技能・態度面の臨床実習の教育プロセス

技能・態度面の認知的徒弟制に基づく教育プロセスの一例を表2-1に示した。

表2-1 技能・態度面の臨床実習の教育プロセス

認知的徒弟制における学習プロセス		臨床実習における教育プロセス	
		患者全体像、問題点、治療方針などの情報共有	情報共有 briefing
modeling	指導者の作業を見て学ぶ	学生に自分の技術を解説を加えながら観察させる	見学
coaching	指導者が手とり足とり教える	まず見本を示し、直後に学生に模倣させ、その様子を観察し、アドバイスをする	模倣：前期
Scaffolding 足場かけ	できることを確認し自立させる	模倣前期で繰り返し習得した技術を、指導者に代わり実施させる。問題があれば、その場で指導・修正を加える	模倣：後期
Fading 足場外し	指導者が手を引いていく	実施可能と判断した項目については、学生に移譲するが、常に監視レベルとする	実施

* 尚、作業療法臨床実習における教育プロセスは、見学ー模倣ー実施とし説明している。

2) 臨床思考過程の臨床実習の教育プロセス

臨床思考過程の教育方法の一例として、RIME モデルに基づく教育プロセスを表 2-2 に示した。医療専門職の臨床思考過程は、R から E に向けて段階的に成長するとされるが、学生の到達目標は R（情報を正しく報告できる）もしくは I（原因を説明できる）までと考えられ、指導者は表 2-2 に示す“教育的な声かけ”をしていく必要がある。

表 2-2 RIME モデルに基づく教育プロセス

R I M E			S O A P	教育的な声かけ
Reporter	情報を正しく報告できる	What	S+Oに相当	見たり感じたことを学生に伝えたり、質問する。 (見る・感じるで、ミカン)
Interpreter	原因を説明できる	Why	Aに相当	推察したこと考えたことを学生に伝えたり、質問する。 (推察・考えで、スイカ)
Manager	プランが立てられる	How	Pに相当	プログラムの意図を伝えたり、質問する。
Educator	教育できる			

2. 健康管理者としての役割

就業時間を大幅に超過しての学生へのフィードバック等は、実習指導者および学生にとっても健康を損なう可能性があり勧められない。過度なレポートなどの課題を課すことも注意しなければならない。学生に十分な睡眠時間を確保させる役割が実習指導者にはある。

II. 学生の特徴と対応

1. 学生の現代気質

「近頃の若い者ときたら・・・」というフレーズは、中年期以降の大人によって、太古より繰り返して使われてきたようである。現在の中年期の大人をみても、1980 年代ぐらいには、当時の若者として「新人類」と呼ばれたり、「バブル世代」と呼ばれたりして、自分勝手、能天気などと揶揄されたものである。

同様に現代の若者は今、「さとり世代」と呼ばれている。さとり世代は、無駄な努力や衝突は避け、大きな夢や高望みが無く、合理性を重視する傾向があると言われる。臨床実習では、やる気がないと誤解されることもある。また、現代の若者は、ごく一部の仲間たちとの対等なつながりを重んじ、組織の縦社会になじめないと言われる。臨床実習では、敬語が使えないとか先輩に対する態度としてどうなのかとか指摘を受けることもある。更に、学生相談の世界では最近、「悩めない学生」が増えているという。近年の大学生の心理的特徴として、葛藤を抱えたり、自分の感情と向き合うことができなくなってきたり、悩むというレベルを通り越して、すぐに「落ち込む」あるいは「身体化する」傾向が強くなっているというのだ。悩めない学生は、臨床実習で少し指摘されると、体調を崩して休んでしまうことになる。

しかしながら、上記のような画一的な見方は、学生個々の真の特徴や変化を覆い隠してしまう恐れがある。もちろんレッテルをはるという行為は、複雑な人間関係を理解し物事を進めるためには不可欠だともいえる。そこで、実習指導者に必要なのは、レッテルを毎日をはがす努力である。そして更に、年代が離れるほど、学生との間にコミュニケーションのギャップが生じやすいことを自覚し、それを埋める努力をすることである。

2. 学生の非言語的サイン

学生とのコミュニケーションギャップを埋めるために必要な実習指導者の資質として、学生の心の機微に気づき、問題が起きる前に対処する能力が考えられる。そして学生は、うまく自らの状況を言語化できない場合も多く、学生の心情を理解するには、学生の発する非言語的サインを見逃さないことが不可欠である。以下に、いくつか例をあげて解説するが、これらのサインは一瞬で消えてしまう場合も多く、観察力が求められる。

＜カメの首反応＞

学生が作業療法室に入ってきた時に、首を隠すかのように肩をゆっくり持ち上げる動作（図2-2）をしたら、気にかける必要がある。このサインは、自信がなく不安が大きいことを伝えている。つまり隠れる場所のないところで、攻撃に弱い部位、つまり首や頭を隠そうとしているのである。このサインを認めたら、学生に、なにか不安に感じていることがないか聞いてみてもいいし、少しアシストの量を増やすことを考えてもいいだろう。



図2-2 カメの首反応

＜不安を表す手＞

手を口に持って行き、爪を噛むのは緊張感や不安のサインと考えられる。祈るように手を組み合わせるときは、ストレスや心配事がある自信のないポーズである。

掌をこすりあわせたり、首にふれたりするのは不安や緊張をなだめている行動かもしれない。固く握りしめた手には怒りが隠されているかもしれない。図2-3は、喉元を隠そうとする動作で、脅威や不快感、不安や疑問を感じていることを示している。

フィードバックなどでこのような動作が垣間見られたら、サポートタイプな対応が必要である。



図2-3 不安を表す手

＜悲しみの表情＞

図2-4は、悲しみの表情である。眉の内側が上がり八の字になるのが特徴である。また典型的には、口角が下がり下唇が上がる。この表情は、失望、喪失、敗北感、幻滅などを含む否定的な感情を示す。こういった表情を垣間見たら、学生に温かく接し、共感的な態度を示しながら、悲しみの原因をきいてみる必要がある。



図2-4 悲しみの表情

＜幸福の表情＞

図2-5は、幸福の表情である。口角と頬が上がり、目じりにしわができる。この表情は、目標を達成したり自己の欲求が満たされたりしたときにあらわれるもので、これが学生に数多く認められれば、実習がうまくいっていると考えられる。しかし、日本人は、「顔で笑って心で泣いて」を幼いころから学習していることも多いので、笑顔の裏に、一瞬現れる別の表情を見逃してはならない。



図2-5 幸福の表情

Ⅲ. 対象者の捉えかた

1. ICF

国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF)は人の生活機能とその障害を、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」と、背景因子である「環境因子」と「個人因子」との相互作用から捉えるもので、障害というマイナス面ではなく、生活機能というプラスの側面から健康状態を包括的に捉える点が特徴である(日本作業療法士協会, 2016)。

作業療法では、対象者を「生活者」(=生活する主体)として捉え、本人がより満足のできる生活を構築(再編)していけるよう、対象者の経験、役割、価値観などの個人特性を踏まえ、対象者にとって重要で意味のある作業が自律的に行えるように支援するが、こうした作業療法の視点はICF 概念との共通性が極めて高い(日本作業療法士協会, 2012)。

ICF は、対象者のプラス面、マイナス面を整理し、多職種で共有するために有効な枠組みであり、臨床実習においてもしばしば用いられる。

臨床実習においては、学生が心身機能・身体構造のマイナス面を多く挙げてくることがあるが、対象者に必要な、参加、活動などとの関連性も見ながら、項目を整理できるように指導が必要である。

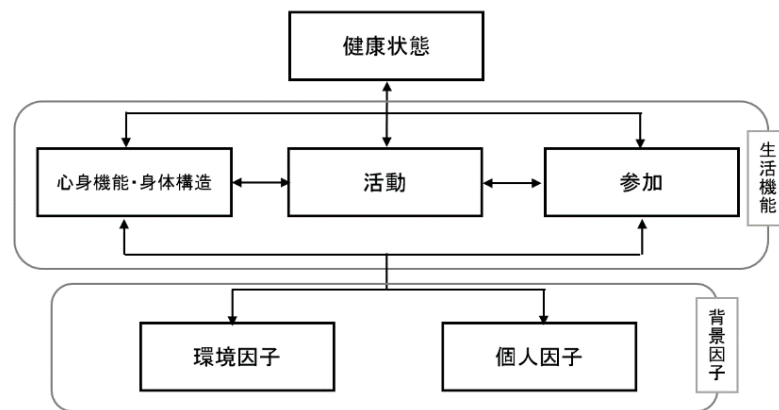


図 2-6 ICF

2. 生活行為向上マネジメント (MTDLP)

生活行為向上マネジメント (Management Tool for Daily Life Performance : MTDLP) とは、生活行為(人が生活していくうえで営まれる生活全般の行為)の向上を図るために必要な要素を分析し、改善のための支援計画を立て、それを実行すること(日本作業療法士協会, 2016)である。

トップダウンによるアプローチであり、それを行うためのツールが準備されている。

地域包括ケアシステム構築に向けて、高齢者の活動と参加に焦点を当てた支援が、また、クライアント中心の作業に焦点を当てた実践が重視されている中、作業療法士にとって重要なツールとなっている。

このツールを用いることにより、経験の少ない作業療法士であっても、熟練した作業療法士の思考過程を理解し、対象者に対して、より効果的な作業療法を提供し得る(日本作業療法士協会, 2016)。

現在では、養成校のシラバスにも徐々に組み込まれているため、MTDLP を学んで実習に望む学生も多くなっている。各県が主催する現職者選択研修の MTDLP 基礎研修などを活用し、経験年数に関係なく理解しておく必要がある。

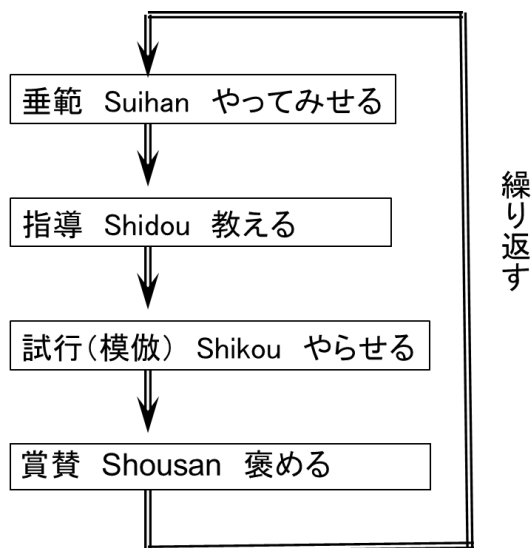
3. トップダウンアプローチとボトムアップアプローチ

評価や治療の手法としては、「トップダウンアプローチ」(問診などから得られた情報や、動作、行動などの観察事項から、対象の状態を予測し、絞った評価を実施して予測との整合性を確認していく手法)や「ボトムアップアプローチ」(最初に詳細な評価を行い、評価結果を統合して全体を把握していく手法)がある。トップダウンアプローチで評価を行うには、情報や観察から、問題点、残存機能や予後などを見通せる力が必要であり、臨床知の蓄積や習熟を要する。一方、ボトムアップアプローチでは、評価を網羅できるが評価項目の設定が冗長になりやすいため、対象者の負担となりやすいなどの問題がある。いずれのアプローチを用いる場合でも、評価計画の立案で学生任せとならないように指導を行う必要がある。また、各アプローチの活用方法については、様々な考え方もあろうが、疾患、病期、生活課題に応じて両アプローチを使い分けることが重要である。

IV. 臨床実習指導のあり方

1. 臨床実習指導の基本的な考え方

第4版に「経営者や指導者、教育者にしばしば引用される教育論に山本五十六語録のやってみせて、言ってみせて、させてみて、誉めてやらねば、人は動かずという一節がある。これには、人を育てるためには、やってみせること(垂範)、やり方を教えること(指導)、やらせること(試行)、褒めること(賞賛)の4つが必要であるという人を育てることの本質的な意味が込められている。臨床実習は、この指導理念を取り入れた実践教育が手がかかりとなる。(図2-7)」とある。



学生は患者への臨床技能の実践経験は殆どなく、学内での学生同士といった健常者同士での実技練習の経験しかない。実習指導において、「臨床実習は、学内実習の技能を試す場ではなく、作業療法士として修得すべき基本的態度・臨床技能・臨床思考を育成する場である。」ことを心がけるべきである。

この指導の原則は、“学習の基本は模倣である”とし、実習指導者の指導・監督の下で臨床チームに参加し、実習指導者を手本(モデル)として、許容範囲の臨床体験を重ねることで、作業療法士としての基本的態度・臨床技能・臨床思考過程を修得していくという指導—学習形態をとる。これは、クリニカルクラークシップ(Clinical Clerkship: 以下 CCS)*の概念に類似する。

図2-7 人を育てる4つのSと指導の原則
(臨床実習の手引き 第4版, 2012)

*クリニカルクラークシップ (CCS; Clinical Clerkship) とは

CCSとは、19世紀末にジョンズ・ホプキンス大学の内科教授だったウィリアム・オスラーが、知識偏重の教育でなく患者を診ることの重要性を説いて始めた教育法のことである。クラークとは、書記、事務官の意味で、学生が臨床指導者のもとで、実際の医療の基本を体験学習する方法である。学生は、医療チームの一員(助手)として患者の医療に携わる形で実習を行い、医療の現場で真に求められているものは何かを体得することが目的とされ、米国の臨床実習では主流の方法である。

2. 臨床実習の形態

従来からの症例基盤型、または患者担当制と呼ばれてきた作業療法臨床実習の形態では、実習指導者の監督の下ではあるが、初期評価から、プログラム実施、そして最終評価（再評価）までの過程を学生が単独で実施する要素が強く、学生の臨床能力のレベルにより対象者の心身への侵襲性の問題が生じるリスクが大きい。また、実習指導者は多忙な臨床業務の中で、臨床技能の指導時間が限られ、業務後の学生指導にならざるを得ないことも多く初期評価、治療経過をまとめた事例報告書による知識面の指導内容に偏る傾向がある。さらに、入院期間の短縮化により、学生は1名ないし2名程度の対象者に限られた臨床体験となっており、技能面の向上幅は、学生の自主性に委ねる部分が多くなる。

実習指導者が指導する学生数については、厚労省による理学療法士・作業療法士養成施設指導要領によれば、「実習施設における実習人員と当該施設の実習施設の実習指導者数の対比は2対1程度とすることが望ましい」とある。

図2-8は実習指導者の担当学生を1名、図2-9は実習指導者の担当学生を2名（A・B）とした作業療法参加型臨床実習の形態例であり、学生は実習指導者と共に対象者を担当し、チーム医療の一員として参加する。

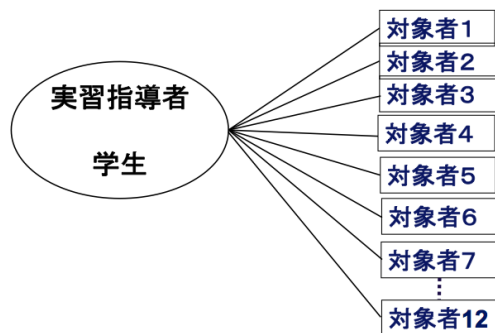


図2-8 実習指導体制（学生1名担当例）

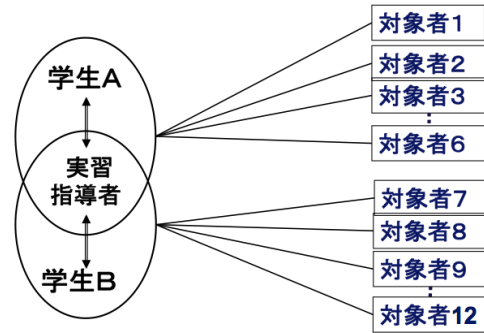


図2-9 実習指導体制（学生2名担当例）

図2-10には、図2-9に示す担当学生Aについて作業療法参加型による実習指導の展開例を示した。作業療法士教育においては、卒後、免許取得と同時に臨床での実践能力を求められている現状がある。そう考えると、この展開例の対象者1で示すように、一例は実習指導者の作業療法過程（初期評価－治療－最終評価）を学生に経験させ、実習指導者の一貫した技能、臨床思考過程を学ぶことは重要であり、その作業療法過程を事例報告書として学生に整理させることで、さらにその理解を深めることは有効である。また対象者2～6では、技能単位（ROM、バランス検査、MMT、食事動作訓練など）で、臨床技能の向上を目指した指導（他の臨床実習指導者の対象者での技能指導でも良い）を随時行う。

但し、診療参加型臨床実習の指導においては、実習指導者の監督の下で許容範囲の技能を学生に経験させながら、また学生の技能レベルに合わせて介入することで、可能な限り対象者の治療過程が遅延することのないように指導をすすめることである。また、事例報告書の作成に指導時間を費やし、知識レベルの修得に偏った実習指導とならないよう、あくまでも学生の臨床実践の経験値を高めることを心がけて指導すべきである。そのためには、症例報告書の様式の簡略化（後述する）、教員の症例報告書作成指導への参加等、実習指導者の臨床実践での指導時間を確保できる指導体制を実習指導者、教員間で調整する必要がある。

尚、この技能、臨床思考過程の指導方法は、見学－模倣－実施の過程を原則とするが、これについては、次章で述べる。

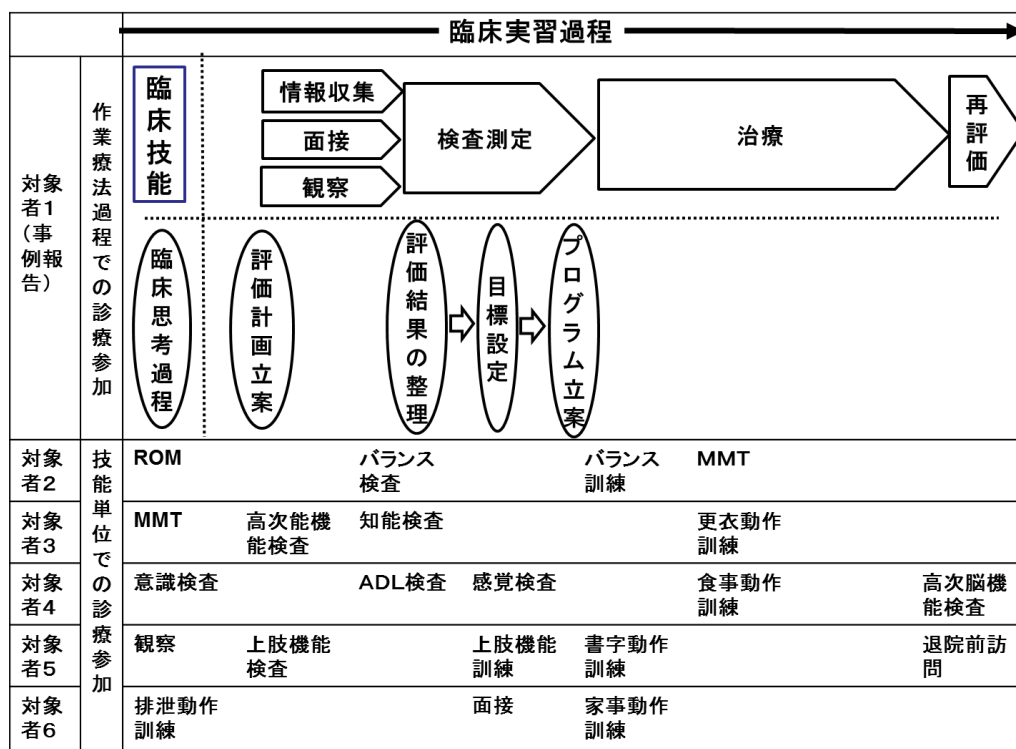


図 2 - 10 診療参加型による実習指導の展開例

V. 臨床実習指導方法

1. 見学・模倣・実施の臨床実習の教育プロセス

図 2 - 11 に作業療法臨床実習の過程、また各過程における指導内容を「基本的態度」「臨床技能」「臨床思考過程」に分けて示した。作業療法臨床実習においては、これらの指導項目を、見学—模倣—実施の教育課程の流れで指導する（図 2 - 12）。また、図 2 - 13 に「臨床実習の技能修得の流れと指導ポイント」を示す。

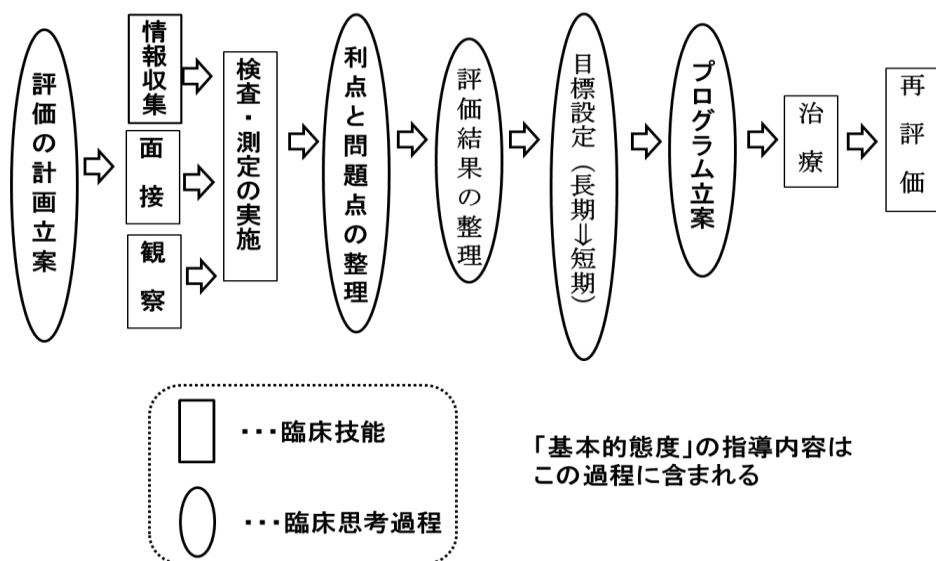


図 2 - 11 臨床実習の過程と指導内容

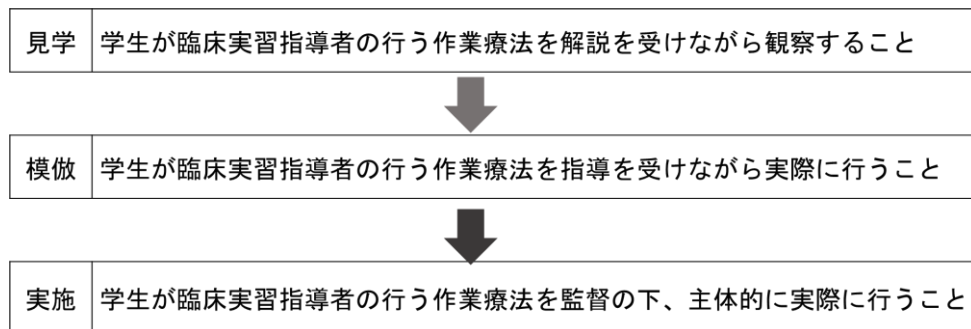


図 2 - 12 基本的態度・臨床技能・臨床思考過程の修得の流れ（作業療法臨床実習指針、2018）

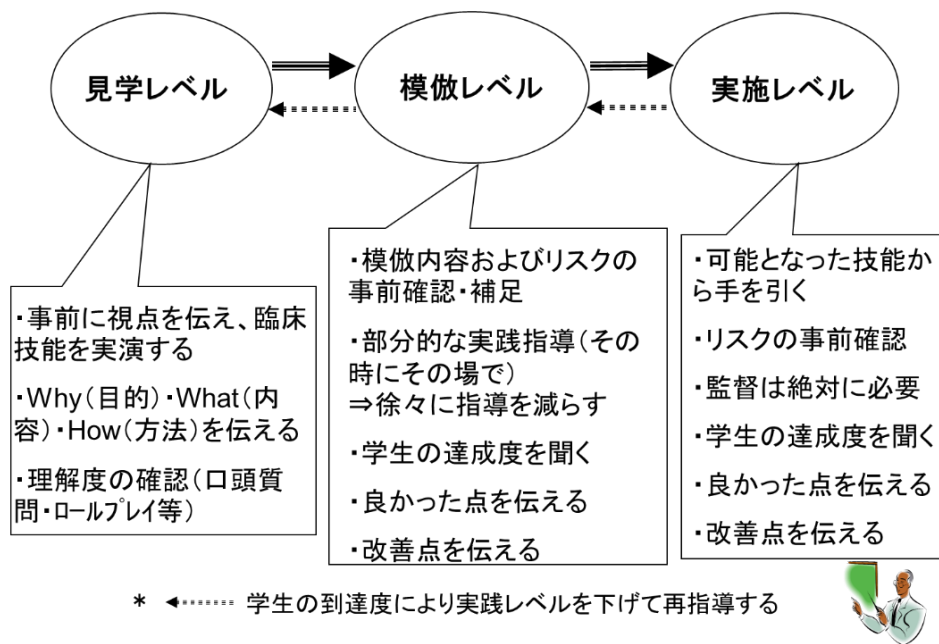


図 2 - 13 臨床実習の技能修得の流れと指導ポイント

2. 「基本的態度」・「臨床技能」・「臨床思考過程」の実習指導方法

1) 基本的態度および臨床技能の実習指導方法

学生に臨床に参加させ、臨床技能を見学－模倣－実施を通して指導していく。以下、臨床技能について、見学－模倣－実施の指導ポイントを述べる。なお、基本的態度については、臨床技能の指導中に適宜指導する。

(1) 情報収集（カルテ）

【見学】

実習指導者は、事前に対象者の診断名を学生に伝え、その症状や原因などを予習させておく。指導者は、自身がカルテを閲覧する際に、学生に守秘義務、収集すべき内容、収集した情報の臨床的意味、予後を説明する。その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

実習指導者は、学生に見学で説明をした内容を確認した上で、適宜、情報管理（守秘義務）を含めた指導を行いながらカルテを閲覧させる。次に、学生に得た情報を説明させる。その後、不十分な点について補足する。

【実施】

実習指導者の監督のもと、学生が主体的に情報収集する場面を設定する。次に、学生に対象者の情報収集すべき内容を説明させ、指導者と同じ視点であることを確認した上で行わせる。その後、上達に向けた助言を行う。

(2) 面接

【見学】

実習指導者は、自身が面接する際の場所、位置、会話の内容、技法などの視点及び留意点について学生に説明する。次に面接場面を見せ、その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

実習指導者は、学生に面接での留意点を確認した上で、適宜、情報管理（守秘義務）を含めた指導を行いながら学生に面接させる。次に、学生に面接する際の場所、位置、会話の内容、技法などについて説明させる。その後、良かった点を伝えるとともに、不十分な点について補足する。

【実施】

実習指導者は、監督のもと、学生が主体的に面接する場面を設定する。次に、面接する際の場所、位置、会話の内容、技法及びリスク管理について説明させ、指導者と同じ視点であることを確認した上で行わせる。その後、上達に向けた助言を行う。

(3) 観察

【見学】

実習指導者は、自身が観察する際の位置や表情、視線、姿勢、基本的動作、身の回り動作、作業活動などの視点及びリスク管理について学生に説明する。次に、観察場面を見せ、対象者の心身機能や能力などの観察結果について学生に説明する。その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

実習指導者は、学生に見学で説明をした内容を確認した上で、適宜指導を行いながら学生に観察させる。次に、学生に対象者の心身機能や能力などの観察結果について説明させる。その後、良かった点を伝えるとともに、不十分な点について補足する。

【実施】

実習指導者は、監督のもと、学生が主体的に観察する場面を設定する。次に、学生に対象者の心身機能や能力などの観察結果及びリスク管理について説明させ、指導者と同じ視点であることを確認した上で行わせる。その後、上達に向けた助言を行う。

(4) 検査測定

【見学】

実習指導者は、自身が検査測定を行う際の目的、方法、検査器具の使い方、対象者への指示の仕方などの視点を学生に説明する。次に、検査測定場面を見せ、その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

実習指導者は、学生に見学で説明した内容を確認した上で、適宜指導しながら学生に検査測定を行わせる。次に、学生に目的、方法、検査器具の使い方、対象者への指示の仕方を説明させ、確認する。その後、良かった点を伝えとともに、不十分な点について補足する。

【実施】

実習指導者は、監督のもと、リスクを確認した上学生が主体的に検査測定する場面を設定する。次に、学生に目的、方法、検査器具の使い方、対象者への指示の仕方及びリスク管理について説明させ、確認した上で行わせる。その後、上達に向けた助言を行う。

(5) 作業療法介入

【見学】

実習指導者は、自身が介入を行う際の目的、方法、手順、対象者への指示の仕方などの視点を学生に説明する。次に、介入場面を見せ、その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

実習指導者は、学生に見学で説明した内容を確認した上で、適宜指導を行いながら学生に介入させる。次に、学生に目的、方法、手順、対象者への指示の仕方などについて説明させる。その後、良かった点を伝えとともに、不十分な点について補足する。

【実施】

実習指導者は、監督のもと、学生が主体的に介入する場面を設定する。次に、学生に目的、方法、手順、対象者への指示の仕方及びリスク管理について説明させ、指導者と同じ視点であることを確認した上で行わせる。その後、上達に向けた助言を行う。

2) 臨床思考過程の実習指導方法

図 2-11 に示す臨床思考過程である「利点と問題点の整理」、「統合と解釈」、「目標設定」、「プログラム立案」は、作業療法士として欠かせない「臨床推論」の育成に繋がる学習内容を含む。これらの指導は、臨床実習の過程における技能指導の場面において、ディスカッションを重ねながら指導する。この指導も見学－模倣－実施の教育プロセスで学習させる。以下に各段階の指導方法を述べる。また、その中での学習内容を「事例報告書」（後述）にまとめることも有効である。

【見学】

学生に、思考の根拠（何を根拠にそう考え判断するのか）を明確に説明する。その後、学生の理解度を確認する。

【模倣】

学生に、対象者について思考の根拠を説明させ、その後、良かった点を伝えとともに、不十分な点について補足する。

【実施】

学生に、新たな（模倣で経験した以外の）対象者について思考の要因を説明させ、指導者と同じ視点であることを確認した後、助言を行い、理解を深めさせる。

3. 臨床実習におけるコーチングの活用について

1) コーチングとティーチングについて

コーチングとティーチングはしばしば対比される。コーチングが双方向のコミュニケーションを通して自らの気づきを促進していくのに対し、ティーチングは学校教育でもご存知のように「知識、技術、経験」などを相手に伝える（教える）ことが中心である。知識や技術の伝達において「教える（ティーチング）」ことは有効かつ効率的であるが、学習行動を促進するには相手を持っているものを引き出すコーチングが機能すると考えられている。臨床実習のような学習場面ではティーチングはもちろんであるが、コーチングを活用することでさらに学習行動が促進されることが考えられる。

概念的な相違点は明確なのだが、実際の運用場面では重なる部分もあり明確に区別できないこともある。また、それぞれに利点と欠点があるので運用場面では注意が必要である。コーチングを取り入れた会話の特徴について表 2・3 に示す。

表 2・3 コーチングを取り入れた会話の特徴

		方向	主な違い	有効なとき
コーチング	お互いアイデアを出し合い、検討し、行動に移すためのアイデアも双方向で生み出すコミュニケーション	双方向	アイデアを引き出す	・すでに本人の中にあるものを引き出したいとき ・やりたいことを明確にするとき ・本人の中にある情報や考え方にアクセスしたいとき
ティーチング	自分が持っている知識、技術、経験などを相手に伝えること	一方通行	アイデアを伝える	・緊急性が高いとき ・基礎的な知識を教えるとき ・ルールを徹底させるとき

2) コーチングとは

「コーチング」とは相手の自発的な行動を促進させるコミュニケーション技術である。その目的は、目標を明確化し、現状とのギャップを分析することで、自身の行動計画を立案し実行することである。（図 2-14、表 2・4）

「コーチング」を行うとき、双方向（interactive）、個別対応（tailor-made）、継続（on going）の 3 原則を常に念頭においておかなければならない。

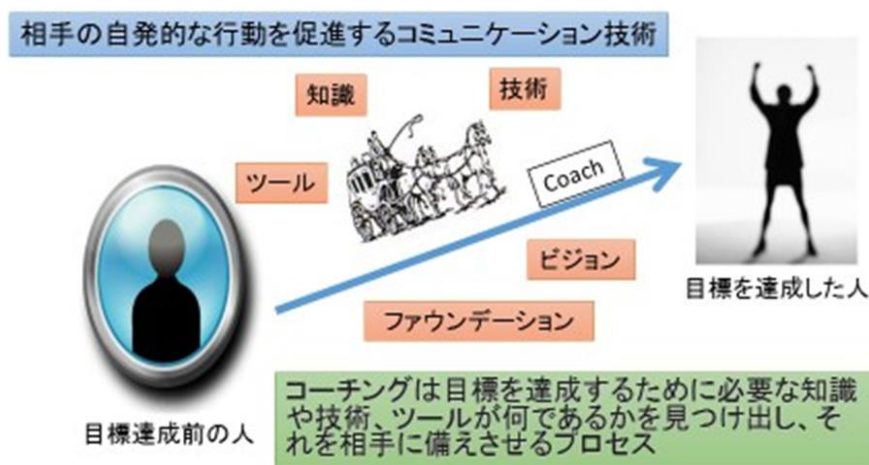


図 2-14 コーチングとは

表 2-4 目標達成に必要なもの

ビジョン	なぜ目標達成が必要なのか？ 目標達成により何が得られるのか？ 目標とともに明確にする。
知識	莫大な情報の中から、必要な情報や知識を見つけ出し技術を身につける。
技術	どんな技術が必要か？ それを身につけるための方法・行動は？ 自ら決定し行動できる。
ツール	役に立つもの、協力してくれる人を複数持ち、効果的に選択して使用できる。
ファウンデーション	前向きに行動を起こすためには安定した土台の上に立っている必要がある。友人・恋人との人間関係の悪化や経済的な不安は前向きな行動を抑制してしまう。

3) コーチングの構造 (GROW モデル)

コーチングの基本構造は「目標の設定」、「現状および目標とギャップの把握」、「ギャップを埋めるために必要なものを備える」、「行動を決定していく」ことである。これを先に述べた 3 原則に則り、個別対応で双方向のコミュニケーションを継続的に行っていくことで目標に向かっていく。

コーチングの基本プロセスとして「GROW モデル」という考え方がある。Goal (目標)、Reality (現状) と Resource (資源)、Options (選択肢・方法)、Will (意志)、それぞれの頭文字をとったものである。表 2-5 に GROW モデルに沿った、臨床実習における学生に対する質問例を示す。

表 2-5 GROW モデルに沿った質問

Goal	目標を明確にする	この実習でどんな成果を出したいですか？
Reality	現状を把握する	今、重要な課題は何ですか？
Resource	資源を発見する	教科書以外で調べる方法がありますか？
Options	選択肢や方法を考える	一番いい方法は何ですか？ 他にも方法がありますか？
Will	意志を確認する	何日間で出来ますか？ 計画に無理はありませんか？

4) 臨床実習指導場面での考え方

臨床実習場で学生に対してどのようにコーチングやティーチングを実施するべきか？場面での使い分けが重要となる。一般的にコーチングが機能する場面として、能力の高い人が緊急ではないが重要な業務を行う時とされている。コーチングが必要な対象と場面を図 2-15、図 2-16 にあげる。

具体的に臨床実習指導でコーチングが機能すると考えられるのは、作業療法学学生としての能力を十分に有している学生に対してである。重要だが緊急ではない場面、例えば担当患者への長期目標立案などの場合には、コーチングによってさらに深く気づくように学生の考えの中から導いていくのが良いであろう。

次にティーチングが機能する場面を考えてみよう。例えば実習施設でのルール、作業療法における基本的な知識、社会人としてのマナーなどの正解が明らかなことや緊急性が高い場合にはティーチングが有効である。

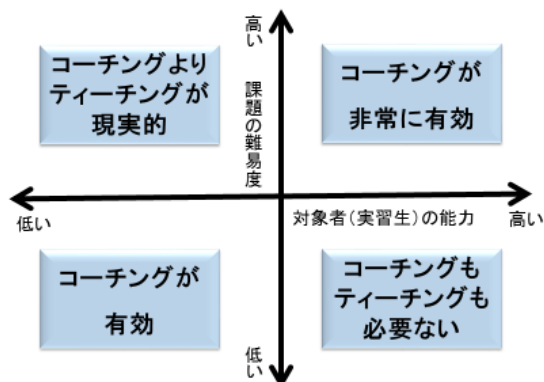


図 2-15 コーチングが必要な対象

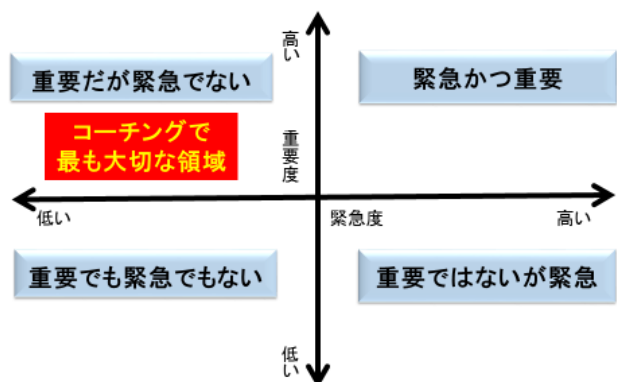


図 2-16 コーチングが必要な場面

上述したように、学生の能力や場面に応じてコーチングとティーチングを使い分けることにより、臨床実習での学びが促進されると思われる。図 2-17 のように学生に対して指導者の知識を教える場合にはティーチングを、学生の持っている考えやアイデアを引き出すにはコーチングを活用することで臨床実習指導方法にも幅が広がると考えられる。

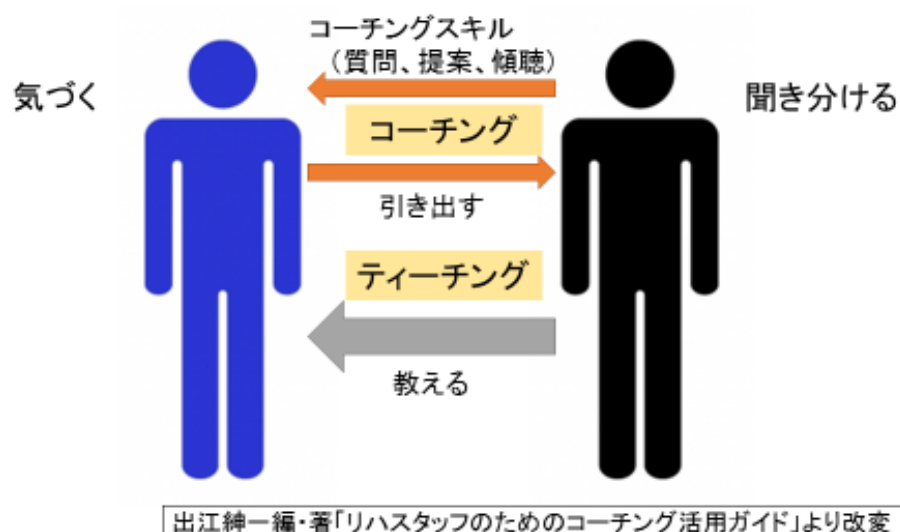


図 2-17 コーチングとティーチングを併用して学習を促進する

表 2-6 コーチングが機能しない人

- ・話を聞けない人
- ・約束（時間・行動）を守らない人
- ・信頼関係が築けない人
- ・常に否定的に考える人
- ・思考や感情をコントロールできない人
- ・過度に依存性が高い人
- ・攻撃的な人
- ・治療が必要な精神疾患がある人

コーチングの機能として学習行動が促進されると前述したが、すべての学生に必ずコーチングが有効であるとは限らない。コーチングが機能しない例を表 2-6 にあげる。このような学生の実習を担当する場合には、まず実習上でのルールを明確にするためのティーチングを行うことが重要である。

最後に、大切なことはコーチングが、指導者が期待する方向へと学生を誘導することではないことを認識することである。常に対等な立場で学生と継続的に関わっていくことが重要である。なお、ここで書いたことは筆者が担当執筆した書籍（出江，2009）の内容のごく一部を抜粋して書いたものである。詳細に関しては文献を読んで参考にして欲しい。

4. デイリーノート・ケースノートの活用

【デイリーノート】

デイリーノートは、指導者が学生の理解度を確認するツールとしてだけでなく、学生がその日に実習で学んだことをまとめ、翌日の実習に役立つようにすることが大切である。

また、場合によっては学生が、指導者に直接伝えにくい際に書面で伝えるコミュニケーションツールとしても有効である。

デイリーノートの記載内容例を以下に示す。

- ・その日実習で体験したこと、学んだこと、発見したこと
- ・疑問に思ったこと、調べたこと
- ・明日行いたいこと
- ・感想

【ケースノート】

ケースノートは、実習で担当している症例の評価結果や毎日の治療状況をまとめるツールとして利用される場合が多い。ケースノートを記載する際には、学生が将来カルテ記載することも意識して SOAP などを用いてまとめると良い。

SOAP は、S: Subjective（主観的情報）、O: Objective（客観的情報）、A: Assessment（アセスメント・評価）、P: Plan（プラン・方針）の項目から成る。具体的には、S は患者の訴えていること、O は、客観的な検査数値や治療前の状態を指し、A は、評価結果から得られた情報のまとめや問題点を指す。P は今後の治療目的や治療プログラムを指し、療法士がカルテを記載する際に用いられている。また、事例報告書を作成することを想定して評価結果をまとめておくよう指導すると学生の負担軽減となる。

*デイリーノート記載例

実習 3 日目

デイリーノート記載シート

【理解したこと・学んだことのまとめ】 ・ 腱反射の検査では、完全に脱力できているか、他動的に動かして確認した上で打腱器をあてる。打腱器は強く握らず、手首のスナップをきかせて振る。 ・ 人工呼吸器には、呼吸を完全に行うアシストするモードと、自発呼吸に合わせてアシストするモードがある。 ・ 立ち上がり練習では、骨盤が後傾位のままで動作を行うと、重心が後方に残り離殿しにくい。骨盤をを起こしてから動作を開始すると、スムーズに誘導できた。 ・ カンファレンスに参加し、医師や看護師、社会福祉士、他の療法士との関わり方を見学した。その患者に関わる職員全員が退院時期や目標を共有した上で、各職種が専門的な知識・技術を持って関わる事が重要である。 ・ 自宅がアパートの2階でエレベーターがないため、階段昇降できないと自宅復帰が難しい。現在、家族の介助で階段昇降（15段）できることを目標としている。目標を設定する際は、予後予測と合わせて、本人や家族の希望、家屋の状況なども考慮する。 ・ カルテを記載する際には、療法士以外の職員が読んでも理解できる言葉を用いる。
【疑問に思ったこと・調べたこと】 ・ D様は下肢のSIAS-Mが4-3-1であり、股関節屈曲の随意性は保たれているのに、歩行練習の際に短下肢装具を使用して麻痺側下肢を振り出せないのはどうしてなのでしょう。教科書を調べてみましたがわかりませんでした。 ・ 人工呼吸器のモードについて、自分でも調べてみました。〇〇モード、〇〇モード、〇〇モード等があることはわかりましたが、それらの違いがよく理解できませんでした。 ・ カルテに記載されていたSOAPが何を表すのかわかりませんでした。教科書には、S(Subjective)：情報収集・主訴、O(Objective)：所見・分析、A(Assessment)：診断、P(Plan)：治療・評価と記載されていましたが、このような理解でよいのでしょうか。
【感想】 腱反射の検査では、脱力できる肢位をとっていたつもりでしたが、完全に脱力できていませんでした。脱力ができているか、検査前に十分確認する必要があることを実感しました。 ICUを見学させていただき、人工呼吸器を装着した患者様を目の当たりにしました。自分も先生方のように患者様の状態を見ながら落ち着いて介入できるようになりたいと思いました。 カンファレンスにも参加させていただき、多くの職種がそれぞれの立場から患者様のことを考え、介入していることがわかりました。他職種と連携しながら、療法士として適切に介入する必要があると感じました。
【明日行いたいこと】 上肢の腱反射（上腕二頭筋、上腕三頭筋） 片麻痺患者の歩行分析
【実習指導者のコメント】 D様の歩行について、良い点に気づけたと思います。 明日、実際の歩行を観察しながら一緒に考えてみましょう。 カンファレンスに参加し、他職種との連携の大切さに気づけたことは大変良かったと思います。 これからもできるだけ参加してもらえるように調整します。

5. 事例報告書の作成

臨床実習では、初期評価－治療－最終評価の全過程を通した1例を経験し、学生の口頭報告に加えて報告書にまとめることで、臨床思考過程を学習させる。

事例報告書を作成する目的を表2-7に示す。

表2-7 事例報告書の作成目

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 作業療法士の臨床思考過程の理解を深める2. 学生の臨床思考過程の理解度を確認する手段とする3. 専門的な文章能力を身につける
(サマリーや申し送り書の作成につなげる)4. 自己の課題を再認識し、さらなる学習へとつなげる |
|---|

なお、報告書（レジュメ）は、A4サイズで2ページ程度の様式でまとめるように指導する。報告書の記載内容例を表2-8に示す。

表2-8 事例報告書の記載内容例

- | |
|--|
| <p>1.はじめに</p> <p>2.一般情報
年齢、家族構成、経済情報、病前ADLなど</p> <p>3.医学的情報
診断名、既往歴、合併症、画像所見、血液データ、投薬状況</p> <p>4.他部門からの情報
PT/OT/ST：問題点、訓練内容、目標</p> <p>5.評価
①面接：本人（家族）
本人（家族）の主訴、ニーズの確認、患者の第一印象
②行動観察
身体的特徴、心理的側面、社会的側面
③検査・測定：目的に合ったテストや検査の選択
ROMテスト、筋力テスト、動作分析、ADL（FIMなど）、その他疾患にあわせた検査</p> <p>6.問題点
ICF</p> <p>7.ゴール
STG、LTG</p> <p>8.治療プログラム</p> |
|--|

また、今後 MTDLP を活用した報告書（表 2・9）も検討すべきである。

生活行為向上マネジメントシートは、その課題分析のプロセスを表に書き込み、わかりやすく言語化することに意味がある。プロセスと対象者とを確認することで、対象者自身が上手く生活行為ができない要因を理解するという教育的アプローチとしても有効である。さらに、他職種に対しても、作業療法士が対象者の生活行為をどのように捉え、何を問題とし、どの方法で支援課題を取り上げたのか、その過程をわかりやすく説明できる手段としても有効である。

表 2・9 MTDLP を活用した報告書の記載内容例

生活行為向上マネジメントシート（事例報告用）

記入日： 年 月 日

生 活 行 為 ア セ ス メ ン ト	生活行為の目標	本人	簡単な料理くらいはできるようになりたい(味噌汁等)							
		キーパーソン	夫:トイレは一人で行けるようになってほしい							
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 (精神機能・感覚・神経筋骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動能力・セルフケア能力)		環境因子の分析 (用具・環境変化・支援と関係)				
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b760: 左片麻痺 BRS: 上肢Ⅳ, 手指Ⅲ, 下肢Ⅴ b740: 立位耐久性の低下 b260: 固有受容覚軽度低下 b280: 肩関節の痛み b140: 左半側空間無視		d430-449: 左手での運搬や操作は困難 d450-469: 杖歩行は 10m 程度 d530: 排泄は時間誘導で看護師介助. d630-649: 家事は未経験		e310: 夫と二人暮らしで、日中は仕事に行っている。 e155: 自宅は段差が多く、バリアフリーではない e575: 介護保険は未申請				
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b760: 右上下肢は問題なし b117: 知的機能は問題なし b130: 回復意欲が高い		d130-d179: 学習効果は高い d410-429: 立位保持と移乗は可能 d175: 代償手段の開発ができる d870: 経済的には余裕がある		e310: 同じ町内に娘家族が在住 e320: 趣味を通じた友人が多い ee510: 自宅から 100m 程度の場所にコンビニあり				
	予後予測 (いつまで、どこまで達成できるか)	3 ヶ月: 左手は茶碗を持つことは難しいが、固定は可能となる。肩の痛みは麻痺手の管理を自主 ex で覚えることでコントロールできる。左半側空間無視は残存するが、言語や環境による代償で ADL は遂行可能となると予測される。排泄は杖歩行で自立可能で、入浴も繰り返しの行為練習とシャワーチェアとリング付きタオルの導入で自立可能。介護申請をして、住宅改修を検討。 6 ヶ月: 自宅退院可能。料理は練習により、椅子で休憩をはさみながら 2 品程度は実用可能となる。料理・洗濯はヘルパーと一緒にいけば、家事の遂行可能。趣味の再開のためには、娘・友人の協力が必須であり、ケアマネジャーを通じて退院前に調整が必要。								
	合意した目標 (具体的な生活行為)									
	自己評価*	初期	実行度	/10	満足度	/10	最終	実行度	/10	満足度

第3章 臨床実習における管理・運営

I. 臨床実習の基本構造

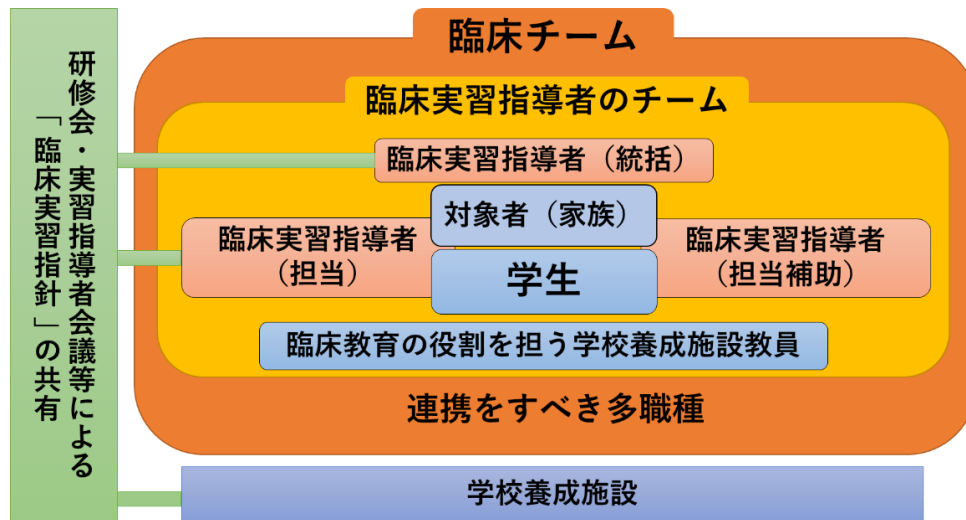


図3-1 臨床実習指導体制の概要

臨床実習指導者（統括）：臨床実習の指導経験が十分で、実習全体を統括する立場にある作業療法士を指す。

臨床実習指導者（担当）：臨床実習を指導する能力を有し、担当学生の中心的指導となる作業療法士を指す。

臨床実習指導者（担当補助）：実習指導者の指導・監督の下診療チームの一員として指導者と一緒に補助的な指導を行う作業療法士を指す。

臨床実習指導者のチーム：対象者・家族を中心とした作業療法を実践する場面における臨床実習指導者（総括・担当・担当補助）」と学校養成施設教員によるチームを指す。

図3-1は、作業療法臨床実習指針で示す「臨床実習指導体制の概要」である。

臨床実習は教育方法の1つである。方法は目的によって検討され、その教育効果は目標の達成度で確認される。養成校が示している教育目標を十分理解し、その到達に向けて臨床実習は展開される必要がある。そのためには養成校との連携は欠かせない。近年、CCSの概念を取り入れた臨床実習を導入する施設が増加している。学習目標とその学習方略の検討という点で、養成校と臨床実習指導者はさらに連携を強化すべきである。

II. 倫理

臨床実習は作業療法実践場面における重要な学習の機会である。そこには実際の対象者及び家族が存在する。その対象者に対する作業療法に学生が参加することによって臨床技能を学ぶことになる。そこで臨床実習の適切な運用のために、守るべき以下のルールが存在する。

- ①患者・家族の同意のもとに実施されること
- ②作業療法教育としての正当な目的を有するものであること
- ③臨床実習指導者から離れて学生が単独で実施することなく、臨床実習指導者の指導・監督の下、相当な手段、方法をもって行われること
- ④学生が当事者となる事故の予防及び発生時対応が確立されていること
- ⑤臨床実習で許容される臨床技能の内容とその水準の整理がなされていること

特に重要となるのは、対象者の権利を保障し、安全性の確保を優先して実習を進めることである。そのため、臨床実習という学習の機会を構成するためには患者本人あるいはその家族から臨床実習教育に対する協力について同意を得るという手続きを伴うことになる。

臨床実習指導者は、対象者あるいはその家族に対して口頭あるいは文書をもって十分に実習方針を説明する。その上で、対象者あるいはその家族が説明内容を理解し、臨床実習に協力することについて、書面をもって同意を得る。この書面は当然保管される。この説明と同意に関する文書には以下の内容が明記されている必要がある。臨床実習を円滑に運営する上で必要と思われる「臨床実習説明」の例、「作業療法実習生の担当に関する同意書」の例を巻末に参考資料として載せている。必要に応じて活用していただきたい。

- ①対象者・家族は同意を拒否できること
- ②既に同意をした場合でも、その同意を取り消すことができること
- ③同意を拒否したこと、あるいは取り消したことによって作業療法上不利益を受けないこと
- ④臨床実習において学生が知り得た対象者及び家族に関する情報については、学習上必要とする場合を除き、その情報を使用しない、外部に漏らさないという守秘義務の遵守

いずれにしても、臨床実習は作業療法実践場面における学習であることから、そこには対象者や家族が存在する。その対象者や家族の権利を保障することは、学生だからではなく作業療法士として遵守すべきことである。臨床実習指導者はこういった手続きを取り、対応することを実践場面の中で学生にも示すことで倫理教育の一環ともなる。

Ⅲ. ハラスメントの防止

臨床実習は、作業療法士養成教育の学習方略の 1 つであり、その学習場面は病院あるいは医療関連施設等、学外で実施される。そこは臨床現場であるとともに教育場面であることを忘れてはいけぬ。

日本作業療法士協会は、作業療法士の職業倫理指針（2005 年）の中で、学内教育および臨床教育現場での学生へのセクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止を掲げている。

養成校内における対策として、ハラスメントポリシーの制定、相談窓口の設定と明確化、学生及び教職員に対するハラスメントに関する教育などが実施されている。また臨床実習施設においても、平成 19 年の改正男女雇用機会均等法の施行を機に、前述の対応に加えて、罰則規定を就業規則に盛り込むなど、人権を守るための対応の強化されている。

ハラスメントの概念は、「人の嫌がることをしない」という社会的規範の厳密化である。学生にとって良かれと思いついた言動であっても、学生がそれを不快であると受け取った場合はハラスメントであるという厳密さである。「(熱心な先生で) 20 時まで指導を受けた」「歩行介助の実技指導で、必要以上に体を触られた」「歓迎会に参加を強制された」「あなたに OT は向いてないと言われた」など、何らかの教育的意図に基づき指導をしていると思込んだ学生への対応であっても学生が不快だと訴えたならば、それはハラスメントとなる。コミュニケーションの不十分さが、双方の思いのくい違いを起し、ハラスメントとなりやすい。「こういう理由だから、私はあなたにこういう指導をしている…」といちいち説明しなければならないような指導方法でなければ指導ができないというわけではない。つまり臨床実習指導者の指導力向上に向けた継続的な学びもハラスメント防止のために必要となる。

一方学生に対しては、ハラスメントに関する教育の継続とともに、臨床実習施設および養成校における相談窓口を明瞭に示さなければならない。しかし、第一はそのような事態が起きないようにお互いにハラスメントに関する認識を高め、気遣い、配慮しなければならない。

IV. リスク管理

臨床実習に関連するリスク管理は、予防と対策に分けられる。感染症予防のための標準予防策やインシデントの予防に関する基本的事項は養成校内で学習する。しかし学習した内容がすぐに臨床実習における学習場面に般化されるとは考えにくい。そこであらためて臨床実習施設における実際の場面で指導することが必須である。まず実習指導者が実際のお手本を見せ、学生に模倣させ、常に監督し、コメントを繰り返すといった指導を継続することによって徐々に身についていくものである。

学生が関係する事故が発生した場合は、臨床実習指導者はその場で対象者に対する適切な対処をしたうえで、直ちに養成校に報告し、養成校の迅速な対応を依頼する。同時に実習生に対しては、何が問題だったのかについて指導するとともに、事故発生報告書の提出を指導する。実習指導者は養成校及び臨床実習施設における事故発生時の対応マニュアル（連絡ルート）を再度確認する必要がある。同時に学生が加入している損害保険の内容を確認する必要がある。

V. 個人情報の保護

2005年に個人情報保護法が施行されて以来、作業療法の臨床実習でも個人情報の取り扱いに注意が払われるようになった。臨床実習で取り扱われる個人情報は、主に対象者に関する個人情報と実習生個人に関わる情報である。

対象者に関する個人情報とは、学生が実習を行う上で知り得た様々な情報であり、これらの情報は学習上必要とされる場合、デイリーノートやケースノート等に記載される。また、症例発表のために作成する資料に使用される。学生に対してはこれらの情報の扱い方、あるいは記録や資料、さらに作成のために使用した電子ファイル、記憶媒体の管理方法について確認および指導する必要がある。対象者に関する情報を転記する場合は、必要最小限の個人情報を扱うよう指示し、しかも対象者個人が特定できないような記録方法を指導する。表3-1に個人情報の記載例を示す。また、記録はできるだけ1冊のノート、あるいは1つの電子ファイルに集約し、管理しやすくする必要がある。

また、話をする場合、「施設外はもちろん、臨床実習施設内であっても、話す内容、及び話す場所については最大限の注意を払わなければならない」ということをあらためて指導すべきである。さらに、臨床実習に関する情報がSNS上で公開され不特定多数の目に触れるといった問題が起きないように、養成校においても繰り返し指導しているが、臨床実習指導者からも、再度確認指導すべきである。

表3-1 個人情報の記載例

- ①患者氏名は記載しない。イニシャルも用いず、「Aさん」「ケース1」とする。
- ②生年月日及び年齢は記載しない。年齢は30歳代前半などと記載する。
- ③住所や電話番号は記載しない。必要があれば「東京都在住」「大阪市在住」などと記載する。
- ④現病歴では、特定の病院名や住居情報、詳細の年月日を記載しない。必要であれば、「A病院」「B診療所」と記載し、年月日は「〇年〇月」まで記載し、詳細な日付は省略する。
- ⑤その他、個人の特定につながるような固有名詞は記載しない。

第4章 臨床実習における学生評価

臨床実習の評価では、実習施設側にゆだねる部分と、養成校側で判断する部分がある。しかし、臨床実習の最終的な評定は養成校側が責任をもって実施する。これまでの実習体制では、実習施設側にかかなりの部分を任せていた事実があり、今回の改正において、この学生評価の体系を改める。

I. 教育評価の意義

教育評価には大きく分けて2つの意義がある。1つは学生の知識や技術の向上を目的として行うもので、学生の成長を促すという「実習生の意義」である。もう1つは指導者が適切に指導を行うことができたかどうかを確認するための「指導者の意義」である。

1. 学生のための教育評価

学生は、実習指導者や他のスタッフ、対象者、家族などの多くの実習関係者から評価されることで、自己を振り返り自分自身の姿に気づくことができる。自己評価を修正し、自己評価と他者からの評価を一致させることで、次第に作業療法士として必要な職業的アイデンティティを高めることができるようになる。

教育評価の効果を以下に示す。

1) 学生の学習計画となる

養成校の学習課程の多くが机上の学習であるため、実習前に得た知識は対象者の治療や評価に結びつきにくい。学生は対象者にとって何が重要なかが実感できない。また、臨床実習で初めて自分の知識の希薄さや技術の拙劣さ、社会性の未熟さを実感し、学習の大切さを痛感する。

そこで、指導者が学生の教育評価を行うことによって、学生は、指導者と問題点を共有し、問題解決のため学習計画を立てることができるようになる。

2) 自己の振り返りになる

学生は、実習内容に対しての自己評価が指導者の評価と乖離していることがある。例えば、極端に自己評価の高い学生や、極端に自己評価の低い学生である。

自己評価が高すぎる学生に対しては、不十分な点を指摘し、向上すべき内容や必要な学習内容をフィードバックしなければならない。逆に、自己評価が低く、不安に思っている実習生に対しては、現状の努力が認められていることや、上手くできていることなどの肯定的な評価を与える必要がある。これらのフィードバックによって、不安が解消され、自分の行動を肯定的に受けとめ、積極的に行動できるようになる。フィードバックは、養成校の教員などと一緒に実施するとさらに効果的になる（日本作業療法士協会、2012）。

3) 自尊心と自己実現へつながる

人は誰しも自尊心や自己実現の欲求を持っている。指導者からの肯定的な評価を受けることで、学生は期待されていることを実感する。

例えば、学生が計画し実施した作業療法アプローチが、対象者に効果的に作用していると実感できれば、さらに学生は自ら学ぶ努力をする。そして、より一層学習に取り組み努力する。同時に、自尊心が芽生え、学習が習慣化される。

2. 実習指導者のための教育評価

1) 学生の成長過程を知る

実習指導者は、学生に対して新人療法士と同レベルの作業療法の実践を期待する場合がある。しかし、どんなに優秀な学生でも、養成校で学んだ知識や技術を実習場面で有効に活用できず、期待される内容と実践能力のギャップで行き詰まることもある。

人は誰でも成功と失敗を繰り返し、前進するだけでなく、時には後退をしながら螺旋階段状に成長する。いかに経験豊富な臨床実習指導者であっても、養成校を卒業して間もない頃は、作業療法の実践に戸惑いがあったであろう。様々な経験の積み重ねによって、今の作業療法士（実習指導者）という姿がある。

学生の教育評価は、学生が何をどのくらい理解しているのか、何ができるのか、何ができないのか、何に興味があるのかなどを把握することである。そして、これらを把握することは、学生の成長過程を理解することであり、適切な指導を行うための基盤となる。

2) 教育目標に対する現状把握と指導方法を再考する

指導者は、学生が教育目標に到達しているかどうかを評価し、指導方法が適切かどうかを検討する必要がある。例えば、学生が教育目標に達していないならば、学生の問題と指導方法の課題の両方を検討しなければならない。つまり、実習生の能力や健康状態、心理状態も考慮しながら、指導方法の工夫や変更も検討する必要がある。教育評価（特に、形成的評価）は、実習指導の工夫や変更を可能にする。

ここで、「学生に合わせた指導方法に変更する」ことは、決して教育水準を下げることではない。学生の成長のために、次のステップに向けての教育方法を適切かつ効果的なものにするのである。

3) 実習（教育）環境を整える

周囲の環境（他の作業療法士や他の職種、学生同士、対象者やその家族など）が学生の成長に大きな影響を与えることも多い。学生が効果的に実習を行うためには、実習を支えるための人的環境や教育環境を調整することも必要である。

例えば、作業療法士になりたいという目的意識が曖昧なまま臨床実習を経験する学生がいる。このような学生の場合は、自ら相談することが少なく、学業や生活上の問題がなければそのまま進級し、臨床実習になってはじめて学生自身の課題が明らかになる。これらの学生に対して、自己洞察を促すとともに、適切な実習環境を整えるための教育評価が必要である。

II. 学生評価とは

教育評価は、その学習課程のどの段階で行うかによって、①診断的評価、②形成的評価、③総括的評価に分けられる（梶田，1992）。ここでは、実習指導の過程を前提としてこれらの評価内容と意義（日本作業療法士協会，2012）を紹介する。

1. 診断的評価

診断的評価は、実習開始前に学生のレディネス（準備状態）を把握するためのもので臨床実習においては、事前に提供される学生の紹介内容や養成校との情報交換により得られるものである。また、実習開始時期に実習指導者が行うテスト（知識を問う試験）や臨床実習経験報告書もこれに含まれる。

2. 形成的評価

形成的評価は、実習の途中で実習生がどの程度目標が達成されたかを確認するための評価で、学生の成長過程だけでなく、実習指導の効果の確認としても有効な評価である。この形成的評価によって、指導方法の変更や実習内容の修正を行うことができる。学生の目標達成のために最も重要な評価の一つである。

臨床実習中に中間評価を行うと同時に、こまめに学生とコミュニケーションをとりながら形成的評価を行う必要がある。形成的評価では、実習生の知識・技術と能力(長所や短所)を把握し、個々の学生にあった教育方法を考えることが重要である。

指導や援助によって学生の行動に改善が認められた場合には、形成的評価の結果を用いながらフィードバックし、学生と実習指導者がともに次のステップに向けた教育目標や学習計画を共有する。そのために、学生が自己の行動をどのように分析しているのかについて、学生自身に自己評価をさせることにも有効である。これらによって、学生の特徴を把握し、適切な時期に指導方法を再考することが重要である。

3. 総括的評価

総括的評価は、臨床実習の最後に行うもので、従来から行われてきた教育評価である。これによって、学生は自分自身の努力の結果を知ることができ、次の臨床実習や学習課程に向けた改善点や修正すべき内容などの情報を得ることができる。また、実習指導者は、次に行う実習指導の指標や改善点の情報を得ることができる。また、実習の最終期には総括的評価を行う。その際、主観的な評価を避けるために、他のスタッフからの評価や情報を総合的に評価することが望ましい。

III. 評価の側面と役割

1. 評価の側面

臨床実習の目的は、基本的な態度、臨床技能、臨床思考過程の 3 側面を通して実践的なスキルを習得することである(中川, 2013)。そのスキルの評価は、基本的な態度、臨床技能、臨床思考過程の 3 側面に分類される。

1) 基本的態度

基本的態度は情意領域の評価であるが、この部分は、養成校の教員が実習施設で確認できない部分があるため実習指導者にも確認してもらう必要がある。状況に応じた適切な身なり、挨拶・自己紹介、職員に対する礼節のある言葉遣い・態度、患者に対する礼節のある言葉遣い・態度、自発的な掃除・整理整頓、時間・期限の厳守、指導者からの指示の遵守、守秘義務・個人情報の取り扱いについての配慮、指導者への連絡・相談・報告、自身の適切な生活管理、自身の行動目標設定・修正および自己評価、自身の目標達成するための具体的な取り組み、必要に応じた文献・資料の収集および理解、必要に応じた質問や意見の陳述、の 14 項目である。

2) 臨床技能

臨床技能は精神運動領域の評価であるが、実習の到達目標に達しているのかを判定する。これまでの臨床実習では、各実習指導者がこの側面まで総括的に評価していたが、個々の指導者により評価基準が異なっていた。そのため、実習終了後、養成校にて共通の基準としての OSCE で学生の臨床技能を確認する。

3) 臨床思考過程

臨床思考過程は認知領域の評価であるが、これまでは、デイリーノート（ケースノートを含む）・症例報告書などの記述内容を基に、まず実習指導者が評価し、養成校教員も実習終了後の提出物の一部として評価対象としていた。経験する実習施設や事例によりかなりの隔たりがあることは否めない。このため、学生の臨床思考過程を一定の共通基準で評価するには、実習終了後、養成校で実施される実習報告会の内容から評価する方法と、模擬事例を提示し、その評価・介入プログラムについて記述解答させて評価する方法を併用することを勧める。

2. 実習指導者・教員の役割

これら 3 側面を主に誰が評価するのかを表 4・1 にまとめた。

1) 実習指導者の役割

実習中の基本的態度、臨床技能、臨床思考過程についてのどこまで経験し、どの程度成長してきたかを確認して欲しい。特に、臨床でしか確認できない基本的態度について判定すべきである。評価方法については、ループリック評価やクリニカルクラークシップのチェックリストなどが用いられる。

2) 教員の役割

実習中の基本的態度、臨床技能、臨床思考過程については、実習指導者と意見交換しながら得られた情報をもとに形成的評価を行う。特に、臨床実習科目としての評価については全面的に責任を持つべきである。

下記、①～⑥の評定結果と実習指導者からの報告に基づく基本的態度を総合して、臨床実習の総括的評価を下す。

【評定内容例と役割】

- ①OSCE の実施
- ②模擬事例による筆記試験の実施
- ③実習指導者の報告による基本的態度の確認
- ④実習の出席状況の把握
- ⑤デイリーノート、症例報告書（提出状況と内容の質）の確認
- ⑥実習報告会の内容確認

表 4・1 実習評価の側面と評価者の役割

	実習指導者	教 員
基本的態度	チェックリストやループリックによる評価	OSCE の一部で評価
臨床技能	チェックリストやループリックによる評価	OSCE で評価
臨床思考過程	チェックリストやループリックによる評価	実習報告会での発表内容により評価 模擬事例を提示し、筆記試験により評価

3. 実習評価法

1) ルーブリックを活用した評価

臨床実習では、これら 3 側面より学生の遂行を評価するが、技能を中心としたパフォーマンスを評価する際には、「ある特定の文脈のもとでさまざまな知識や技能などを用いながら行われる学習者自身の作品や実演（パフォーマンス）を直接的に評価する方法」（松下，2012）と定義されているパフォーマンス評価が有用である。この評価には「ルーブリック」という質的な採点指針を用いる事が有効だとされている。ルーブリックとは成功の度合いを示す数値的な尺度（scale）とそれぞれの尺度に見られる認識や行為の特徴を示した記述語（descriptor）から成る評価指標（石井，2005）を一覧にまとめた表の事で、生きる力を育むという理念のもと、知識や技能の習得とともに思考力・判断力・表現力などの育成を重視した教育を目指すため、2002 年度から学習指導要領に目標準拠評価が導入され、学びの質的違いを評価する方法（安藤，2008）として注目されている。

臨床実習では学生に求められる能力を明確な表現で可視化し、実習指導者がその結果を客観的に解釈する事が容易となるパフォーマンス評価（松下，2007）が重要である。

作業療法の臨床実習で活用できるルーブリックの例を表 4-2 に示す。評定の基準は、「かなり努力が必要」、「あまり満足できない」、「まずまず満足できる」、「十分に満足」の 4 段階で、実習の中間の時期と最終の時期で形成的評価として活用してほしい。

表 4-2 作業療法臨床実習 ルーブリック評価表

基本的態度

一般目標	行動目標	中間	最終
職業人としての常識的態度を身につける	状況に相応しい服装や身なりを整えることができる		
	状況に相応しい挨拶や自己紹介ができる		
	職員に対する礼節のある言葉遣いや態度をとることができる		
	患者に対する礼節のある言葉遣いや態度をとることができる		
責任ある行動を身につける	自発的に掃除、整理整頓することができる		
	時間および期限を厳守することができる		
	指導者からの指示を遵守することができる		
	守秘義務、個人情報取り扱いを厳守することができる		
自己管理ができる	指導者へ報告・連絡・相談をすることができる		
	自身の生活リズムを管理することができる		
意欲的に取り組む姿勢（探求心・創造性）を身につける	自身の行動目標を設定・修正し自己評価することができる		
	自身の目標を達成するため、具体的に取り組むことができる		
	必要に応じて文献や資料を収集し、理解することができる		
	必要に応じて質問し、自分の意見を述べるすることができる		

基本的臨床技能（評価・再評価）

一般目標	行動目標	中間	最終
評価計画を立てることができる	対象者の疾患に関する一般的特徴（症状・障害）について説明することができる		
	対象者に必要な評価手段（情報収集・面接・観察・検査測定）を選択できる		
	選択した評価手段の目的を説明できる		
	選択した評価手段の方法を説明できる		
情報収集・面接・観察・検査測定ができる	対象者・家族に評価計画について説明し、同意を得ることができる（技術）		
	対象者・家族から生活状況を聴取できる（技術）		
	対象者・家族のニーズを聴取することができる（技術）		
	他職種から対象者に関する情報（心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子）を聴取できる（技術）		
	カルテなどの記録から対象者に関する情報（心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子）を収集できる（技術）		
	選択した評価手段を適切に使用することができる（技術）		
	対象者の状態に留意し、安全に遂行することができる		
評価結果を整理し全体像を把握することができる	評価結果を ICF（心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子）に分類できる		
	評価結果の肯定的側面・否定的側面について説明できる		
	評価結果の相互（因果）関係を ICF を用いて説明できる		
	対応すべき課題を焦点化できる		
	対象者の予後（将来像）について説明することができる		
	対応すべき生活課題を列挙することができる		
	対応すべき生活課題に優先順位をつけることができる		
目標を設定することができる	リハビリテーション（チーム）目標を説明できる		
	長期目標を説明できる		
	短期目標を説明できる		
	各目標の関連性を説明できる		
治療プログラムを立案することができる	目標に対応したプログラムを立案することができる		
	立案したプログラムの目的を説明できる（知識）		
	立案したプログラムの方法を説明できる（知識）		

基本的臨床技能（治療）

一般目標	行動目標	中間	最終
治療環境の設定ができる	治療手段に対応した場所の設定ができる		
	治療手段に対応した器具を準備することができる		
	対象者の状態に即した治療時間および時間帯の設定ができる		
治療プログラムを遂行できる	対象者・家族に治療計画について説明し、同意を得ることができる（技術）		
	選択した治療手段を適切に使用することができる（技術）		
	対象者の状態の変化に対応し、治療プログラムを変更することができる		

作業療法管理・運営

一般目標	行動目標	中間	最終
治療器具・道具を安全に使用し管理ができる	治療器具・道具の取り扱い方、使用用途を説明できる		
	治療器具・道具の整理・整頓ができる		
リスク管理について理解できる	アクシデント・インシデントの原因、予防対策について説明できる		
	施設内感染防止の必要性・方法について説明できる		
記録文書（電子データを含む）の管理が適切にできる	個人情報の保護に留意した記録ができる		
	個人情報の保護に留意した記録の保管・廃棄ができる		
他部門（他職種）との連携がとれる	他部門（他職種）との連携の必要性について説明できる		
	リハビリテーションチームにおける作業療法の役割について説明できる		
施設の特徴について理解できる	施設内サービス部門の種類、対象疾患について説明できる		
	当該施設の各部門の機能について説明できる		
	地域における当該施設の役割について説明できる		

2) チェックリストを活用した評価

臨床実習では、基本的態度、臨床技能、臨床思考過程についてどこまで経験しているか、何を経験すべきかを学生と実習指導者とが共有するために、チェックリストを用いることがある。これについては、数校で独自に作成されているが、現在、日本作業療法士協会版のチェックリストを検討中である。

クリニカルクラークシップの形態を用いる実習では、実際の作業療法を効率よく学ぶために、基本的態度、臨床技能、臨床思考過程の各項目を示し、何を経験すべきか、どこまで経験しているかを学生と実習指導者とが共有できるためのチェックリストを用いる。このチェックリストは形成的評価そのものであるが、作業療法の実習で経験すべきすべての項目を示しているのではなく、卒業までに経験すべき必要最低限の項目を示している。実習の状況に応じて経験すべき項目の追加も必要である。

基本的態度、臨床技能のチェックリストについては、数校で独自に作成されている（岩崎・小林，2017）が、現在 CCS をもとにしたパイロット事業を実施し、今後、そのチェックリストを紹介する予定である。表 4・3 にクリニカルクラークシップのチェックリスト（臨床技能）の一例を示す（藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科，2017）。

表 4-3 クリニカルクラークシップのチェックリスト(臨床技能)

		見学	模倣	実施	備考
コミュニケーションスキル	コミュニケーション技法	□□□□□ □□□□□		□□□□□	
		位置関係、視線の高さ・向き、距離の調整、会話の切り出し、声の明瞭度、スムーズな展開、自然な動作・表情、傾聴技法（タイミング・頻度）、心情を察する態度、立場をわきまえた対応			
姿勢・アライメント観察		□□□□□	□□□□□	□□□□□	
		安全に配慮できる位置での観察、前額面・矢状面・水平面からの観察、ランドマークの触診、左右差の確認、レントゲンとの照合、患者に負担がかからない時間での実施、記録			
バランス検査	静的バランス	□□□□□	□□□□□	□□□□□	
	動的バランス	□□□□□	□□□□□	□□□□□	
		安全な環境設定、方法の説明・指示、身体動揺程度の確認、転倒傾向の確認、転倒の回避、判定			
	機能的バランス検査（経験項目）	□Functional reach test □Timed up & go test、 □Functional balance scale □その他（			

3) OSCE を活用した評価

近年、臨床実習前の学生の能力評価には、客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination ; 以下 OSCE) を活用する養成校が増えている。OSCE は、1975 年に英国の R.Harden らにより提唱され、医師および医学生の臨床能力 (臨床実技) を客観的に評価するために開発された評価方法である。わが国では 1992 年に川崎医科大学で初めて導入し、理学療法士・作業療法士をはじめ看護師等の教育にも導入されつつある (日本医学教育学会, 1994)。

OSCE は、採点者および模擬患者が配置された複数の試験室 (ステーション) を順次、受験生 (学生) が試験を受け回る形式であるものが多い (図 4-1) (鈴木, 2007)。口頭試問など様々な形式の課題を設定できるが、医療面接や身体診察など「技能」や「態度」領域の能力を測定するための実技試験が中心となる。また、患者役には詳細な状況とシナリオが設定され、熟練した演技能力が求められると言われており、患者役のクオリティーを保つため、実際の患者や役者に協力を要請している養成校も出てきている。さらに、OSCE は、複数の技能で構成されており、設定や基準が統一されているという特徴がある。各技能の要素として細分化された採点項目に対して、具体的な採点基準を設定することにより、採点者の主観に偏らずに評価できる。

OSCE では、試験後の学生に対するフィードバックが教育として重要な役割を果たす。技能の要素ごとに採点された結果をフィードバックされることによって、学生は「技能のどの部分が出来なかったのか」を理解し易くなる。また、患者役からのフィードバックも貴重な助言となる。

臨床実習では、すべての技能にコミュニケーション能力やリスク管理能力が求められる。例えば、関節可動域測定を実施するためには、患者に挨拶し、検査測定の旨を説明し、了承を得られなければならない。測定中も患者に対するリスク管理に努めなければならない。このようにコミュニケーション能力やリスク管理能力を含め、技能を総合的に評価できる OSCE であれば、臨床実習前の学生の能力をよりの確に評価できる。

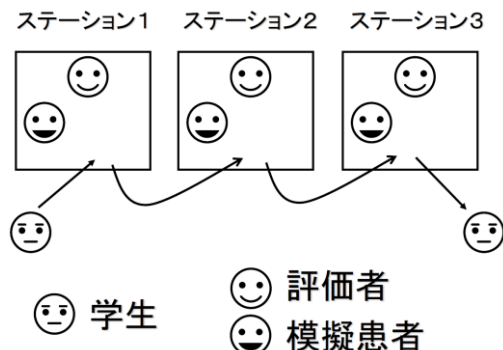


図 4-1 OSCE の施行方法 (鈴木, 2007)

*臨床実習における OSCE の可能性

よりリアルな臨床場面が設定され、評価基準が明確になっている OSCE は、臨床実習前の学生の能力を評価する有用な手段となる。しかし、OSCE は臨床の一つの場面が切り出され、設定された試験に過ぎないので、当然、臨床で患者像や障害像が異なることになれば、OSCE のなかで求められる技能に応用が必要となる。臨床実習では、学内教育で習得した基本的な技能に対して、「なぜ、応用が必要なのか」、「なにを応用するのか」を学生に理解させることが重要となる。仮に臨床実習の指導者が養成校で教育している技能のポイントや OSCE を十分に理解したうえで指導にあたる事が出来れば、基礎と応用を結びつける効果的な実習を展開することができると考えられる。また、臨床実習前後に OSCE を実施することで臨床実習の成果を測れる。現在 (本手引きが発刊された 2017 年)、すべての養成校で OSCE が実施されているわけではないが、今後、OSCE を導入する養成校が増え、臨床の現場では OSCE を活用した学生の能力評価を生かし、臨床実習が展開されることが望まれる。

第5章 疾患・障害別の臨床実習指導

I. 病期別の臨床実習の理解

表5-1に、作業療法臨床実習が行われる場を示した（作業療法ガイドライン）。各疾患により異なる経過を示すが、臨床実習指導者は、それぞれ予防期、急性期、回復期、生活期（維持期）、終末期の5つの病期に適応した作業療法を指導することになる。その内容は、予防・回復支援、地域（在宅）生活支援への作業療法であり、医療、保健、福祉、教育といった場で実習が行われる。

表5-1 作業療法臨床実習が行われる場

	予防・回復支援	地域(在宅)生活支援
医療	一般病院(急性期病棟, 回復期リハ病棟) 精神科病院(急性期病棟, 一般病床) 総合病院(一般病床, 精神科病床) 特定機能病院, 地域医療支援病院	診療所・訪問看護ステーション 精神科デイケア・デイナイトケア 認知症疾患医療センター ホスピス, ターミナルケア病棟
保健 福祉 教育	一般病院(介護療養病棟) 介護老人保健施設 介護予防サービス事業所 障害児入所施設・障害児通所支援施設, 保健所, 保健センター 地方自治体・行政機関 身体障害者・知的障害者更生相談所 障害者就業生活支援センター	地域包括支援センター 地域活動支援センター 居宅サービス事業所・在宅介護支援センター 認知症デイケア 介護老人福祉施設・介護療養型医療施設 障害福祉サービス事業所 特別支援学校 その他児童・身障・精神福祉法関連施設 家族会や当事者団体の活動支援

（日本作業療法士協会「作業療法ガイドライン、P13 表6 作業療法士が対象者と関わる場」）

1. 予防期の臨床実習

主に介護保険法に基づく介護予防における運動器機能向上、閉じこもりや認知症予防、転倒予防などの予防・健康増進事業での実習となる。加齢や精神的ストレスなどからくる疾病を予防し、健康増進の視点から支援し、日常生活に支障をきたさないような作業療法の実習である。

2. 急性期の臨床実習

医療保険に基づくリハビリテーション医療での実習が行われる。発症から間もない心身機能が不安定な時期であり、病院におけるICU(Intensive Care Unit：集中治療室)やベッドサイド、精神科急性期病棟などでの実習となる。ICUは、重篤な急性機能不全の患者の容態を24時間体制で管理する。疾患や状態により、以下の集中治療室が実習の場となることもある。

- ・HCU(High Care Unit：準集中治療室)

集中管理病棟、重症患者病棟であり、高度で緊急を要する医療を行うための病室である。

- ・CCU(Coronary Care Unit：冠疾患集中治療室)

循環器系、特に心臓血管系の疾患を抱える重篤患者を対象とする。

- ・SCU(Stroke Care Unit：脳卒中集中治療室)

- ・SICU(Surgical Intensive Care Unit：外科系集中治療室)

- ・NCU(Neurosurgical Care Unit：脳神経外科集中治療室)

- ・NICU(Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療室)

これらは、覚醒の向上、関節可動域や筋力低下の予防、また精神症状の悪化の鎮静など、特に心身機能・身体構造に関係する作業療法の実習である。

3. 回復期の臨床実習

回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病床での実習となる。機能障害の回復が期待できる時期であるが、その向上には限界があるため、徐々に活動面の改善を目指す。心身機能、認知機能などの向上、経過とともに、基本的動作、身の回り動作、生活リズムの改善などの活動能力の向上を目的とした作業療法の実習である。

4. 生活期（維持期）の臨床実習

介護保健施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、居宅サービス・介護予防サービス事業所（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーションなど）、地域密着型サービス事業所（認知症対応型通所介護など）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどでの実習となる。機能維持、活動、参加の側面の比重が増し、在宅生活維持、趣味の開発、職業や教育の適応能力などの向上を目指し、その人らしい生活を獲得していくことを目的とした作業療法の実習である。

5. 終末期の臨床実習

訪問リハビリテーション、介護老人保健施設、特養、療養型病床、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟や、緩和ケア病棟での実習となる。死と対面する時期で心理面での関りが多くなる。心身機能、活動、参加の維持をはかりながら、尊厳ある生活の援助を目的とした作業療法の実習である。

II. 疾患・障害別による指導のポイント

1. 中枢神経障害に対する作業療法

本稿では脳血管障害を中心に、中枢神経変性疾患を含めた中枢神経障害の作業療法における学生指導上のポイントを解説する。

1) 障害像の理解の指導ポイント

脳血管障害はリハビリテーションの主な対象疾患であり、脳内の障害部位に応じて運動麻痺や感覚障害、筋緊張の異常や高次脳機能障害などが生じる。一方で代表的な中枢神経変性疾患であるパーキンソン病や脊髄小脳変性症などでも、それぞれに特徴的な症状を呈し ADL に支障をきたす。いずれの疾患も身体機能面だけでなく高次脳機能面も含めて捉える必要があり、包括的に患者の障害像を理解する必要がある。

指導を行う上で、まずは、それぞれの疾患に関する基礎知識（病因や病態）の有無を学生に確認し、現在の患者が呈している具体的な症状と対応させる。学生はその病態や症状について机上の学習は済ませてきているはずであり、その知識を実際の症状に転換させる作業が必要である。そして、現病歴、既往歴、画像情報、可能ならばこれまで入院していた施設からの申し送り情報を学生に与えることで、発症から現在に至る経緯を含めて、患者の現在の病状を理解させることが重要である。また、患者の動作を観察する中で、疾患による症状が基本動作や ADL に及ぼす影響について解説し、その観点を学生に理解させる。

疾患には病状が進行しないものと進行するものがある。進行性疾患では、現在、可能な動作が、病状の進行により将来的に困難になる可能性を考慮する必要がある。また、転帰先で安全に過ごすことを念頭におき、そのために何を必要とするかを推察することが課題になる。

何らかの高次脳機能障害が現れて生活に支障をきたしている場合には、スクリーニング検査から開始して、その解釈の方法を経験させ、そこから詳細な評価のために必要な検査法を選択して実施させる。さらに、その結果を日常生活で観察される問題点と合わせて解釈する過程が重要である。ただし、この検査結果と観察結果のすりあわせは、学生には難度の高い課題であるため、随時の助言および見本行動が必要になる。

（１）基本情報・医学的情報

現病歴、既往歴、画像情報、可能ならばこれまで入院していた施設からの申し送り情報、投薬状況などは発症から現在までの経緯を知る重要な情報となる。現病歴では、入院に至ったきっかけ、入院してからどのような治療（手術、投薬、処置など）が施されてきたかを確認する。既往歴に含まれる疾患は、今回の入院とは直接関係ないかもしれないが、訓練場面におけるリスク管理や作業療法の目標を考える上で重要な情報になることを学生に説明する。必要に応じて学生と一緒に診療録を閲覧し、治療状況と病棟での生活状況を確認させるようにする。また、入院前の生活状況、日常生活の自立度、家族構成など診療録から得られる情報はあらかじめ確認するよう促す。使用している薬剤の効用と副作用について理解することも重要である。

画像所見には MRI や血管造影など多様な画像情報がある。脳の基本構造を理解してもなお、読影には経験が必要であるため、学生は画像の見方を解説している参考書とともに臨床実習指導者の助言により理解を深めることが必要である。脳溝や脳回などの主な部位や脳血管の支配領域を理解した上で、低吸収域や高吸収域が描出された部位と病態との関係、血腫の大きさの測定方法、運動麻痺や失調、高次脳機能障害などの症状との関連について考察するよう指導する。

さらにパーキンソン病などでは薬剤コントロールの重要性および薬効の変動について認識させ、薬物療法とリハビリテーションの両面で心身機能および日常生活の関連を考える視点を持つように促す。

（２）リハビリテーション各部門からの情報

リハビリテーションは作業療法士だけでなく、医師を中心としたリハビリテーションチームの中で機能していることを学生に理解させる。他部門から得るべき情報収集の例を表 5-2 に示す。

各部門からの情報がもつ意味と作業療法プログラムに及ぼす影響について説明し、チームの中で情報交換をしながらリハビリテーションの方針を定めることの重要性を理解させる。

表 5-2 他部門からの情報収集

医師	治療に関する情報、リスク、予後、今後の方針
看護師	病棟生活の様子（一日の過ごし方、離床の程度、夜間の様子、対人交流、コミュニケーション、気分など）、日常生活で介助を必要とすること、自立できていること、家族の様子
理学療法士	短期目標と長期目標、退院時目標、現在行っている訓練、問題点
言語聴覚士	短期目標と長期目標、退院時目標、現在行っている訓練、問題点
MSW	現在利用している制度、今後利用する社会資源

（３）家族・支援者からの情報

社会的背景を理解するために、今回の入院前の生活環境を知することは、リハビリテーションの方針を決める上で重要な情報になる。家族構成、職業および内容、趣味、性格、家庭の中での役割（家族の中での位置）、一日の生活スケジュール、学歴、対人交流、経済状況、家屋環境などは、家族からも聴取しておきたい。また、誰がキーパーソンになるのか、家庭での役割はどのように変化するのか、ADL をどのように実行するのか、安全に生活できる家屋環境か、家族は現在の病状についてどのように考えているのか、家族は障害受容をしているのか、どれほどの負担感を持っているのかなどは重要な情報となる。退院後の生活を具体的に想定するためには家族・支援者との情報交換が必須であることを学生に理解させる。

（４）障害像と二次的障害の把握

脳血管障害では、運動麻痺や感覚障害を呈すだけでなく、時間経過とともに筋緊張が亢進することがある。また、パーキンソン病のような中枢神経変性疾患では姿勢反射障害や固縮のために姿勢に影響を及ぼし、活動範囲が狭くなる。いずれの疾患でも、不使用や活動量の低下が続くことにより廃用症候群を引き起こす。患者は自分の身体を動かす機会が減るために、自分の身体を環境の中でどのように動かしたら良いのかを知ることが困難になる。さらに、二次的にせん妄や抑うつなどの症状が出現しているかもしれない。患者の心身には姿勢と関節可動域の変化、動作時の筋緊張の変化、肩関節亜脱臼の状態、胸郭の動き、認知機能の状態と変化など、発症してから時間の経過によって多岐にわたる変化が現れる。経時的に評価を行って多面的に変化を把握することが必要である。

（５）面接所見

面接は、患者や家族と信頼関係を築き、情報収集をするためだけでなく、患者や家族の精神状態や患者と家族の相互の関係を観察する機会になる。面接を行うにあたり診療記録からの情報収集（医学的情報，社会的情報）は済ませておくことが望ましい。

面接における指導のポイントは以下の通りである。

- ・ 病気の影響で本人が困っていること、家族が困っていることを聴取する
- ・ 病気についての本人や家族の理解の程度を知る
- ・ 病気になったことで本人がどのように感じているのか、家族は本人の様子をどのように捉えているのかを把握する
- ・ 今後、本人はどうなりたいのか、家族は本人に何を望むのかを聴取する
- ・ 興味のあること、嗜好・趣味活動の経験について聴取する

（６）検査・測定

検査・測定法には疾患に特異的なものもあれば、どの疾患にも共通で実施するものがある。作業療法評価における項目の例を表 5・3 に示す。

学生はまず、教科書の知識や学内実習で経験した技能に基づいて検査を行うことになるであろう。脳血管障害に特徴的に現れる運動麻痺や感覚障害、筋緊張の異常や高次脳機能障害など、適切な評価ができるよう指導する。また顕在している症状の程度を知り、それらが生活上および社会参加に及ぼす影響について考えさせる。学生が陥りがちな「課題をこなすための評価」にならないように注意し、評価結果と具体的治療との結びつきを認識させることが重要である。さらに ADL 評価は学生自身が直接動作を確認に行くことが重要であり、社会参加に関わる動作の確認も、環境的に許されるならば、是非行うべきである。病気によって引き起こされた、患者および家族（介助者）の心理的变化に配慮しながら、多面的に評価できるように学生を手助けする。また疾患に応じたルーチンの評価以外にも、患者の既往歴や病態を観察するなかで必要な評価が適宜行えるよう指導する。さらに、指導者はその評価を行う目的を学生に確認し、その意義を理解させることが重要である。

表 5・3 作業療法評価項目

＜必須の評価＞ 医学的情報・社会的情報の収集、他職種および家族からの情報収集、身体機能評価、高次脳機能評価、基本動作分析、ADL 評価、コミュニケーション能力
＜行うことが望ましい評価＞ 画像所見、外出・外泊評価、IADL 評価、ICF、生活行為向上マネジメント、既往歴に関係する評価
＜可能であれば行う評価＞ 気分・意欲の評価、呼吸機能評価、摂食嚥下機能評価、興味・関心チェックリスト、作業能力評価、職業能力評価

(7) 解釈

障害像の解釈では、心身機能と疾患の特徴を把握した上で、その機能障害がどのように ADL 遂行へ影響を及ぼしているのか考える必要がある。多くの学生はルーチンの評価を行い、評価結果の数字の羅列をするところまでは可能であるが、得られた評価結果から ADL 等の能力障害や社会参加の制限へ結びつけることには考えが及ばないことが多い。そのため、思考過程を具体的に説明し、理解させるための指導が必要である。

また患者の低下している機能については気が付きやすいが、保たれている機能（残存機能）は軽視しやすい。残存機能こそがリハビリテーションの大きな武器になることに気づかせる必要がある。そのため、日常的な患者や家族との情報交換や、残存機能を含めた患者の状態の障害像を共有する姿勢を示すことが重要である。

表 5-4 脳卒中右片麻痺患者の利点と問題点抽出の例

	利点	問題点
心身機能 ・ 構造	① 非麻痺側の上下肢筋力良好 ② 座位バランス良好 ③ 高次脳機能良好	① 麻痺側の重度運動麻痺 ② 麻痺側の感覚鈍麻（温痛覚・深部感覚） ③ 右肩関節の疼痛
活動の制限	① 危険行動がない ② つかまり立ち可能	① ADL 中等度介助（整容・更衣・移乗・起居） ② 歩行困難
参加の制約	① 趣味仲間の友人が多い ② 最寄り駅が近所にある	① 歩行による外出困難 ② 趣味活動（絵画・習字）の制限
環境因子	① 自宅がバリアフリーである ② 家族関係良好	① 坂の途中に家がある ② 日中、家族が不在のため一人になる
個人因子	① 病識がある	① 転倒に対する恐怖感がある

2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント

(1) 介入方法の決定（どの機能にどのような介入法を適応するかという方針）

作業療法の介入は、日常生活でできることを増やす視点と、長期的な自己管理を促す視点に基づいて、段階的に訓練を進める必要があることを指導する。運動麻痺や筋緊張の異常などの低下している機能そのものに対する直接的アプローチ、非麻痺側上下肢の筋力など、残存機能を活用してできることを増やす代償的アプローチ、自助具やベッドギャッジなどを使って手指の巧緻性や起居動作を補完するアプローチ、住宅改修などの環境調整によるアプローチなど、回復の程度に合わせて選択する。また、できることを増やすためには、トップダウンアプローチやボトムアップアプローチの考え方を基にすることや、それが行動範囲の拡大とストレス回避にも繋がることを合わせて理解できるよう指導する。

また、患者にとって必要な訓練を学生に考えさせることが必要である。退院後の生活を具体的に考えさせ、どのような動作方略をもちいて ADL を送るのか。進行性疾患では、現在、可能なことが将来的にできなくなることを考慮した作業療法プログラムを立案する必要がある。社会参加に関しても、どのような社会資源を利用できるのかを具体的に考えさせる。長期間にわたる経過が患者と介護者に及ぼす心理的影響を配慮し、過介助を避け、廃用による二次障害を予防することが必要である。合わせて学生には、日常の中に安全な運動を取り入れるような試みを経験させる。

表 5-5 目標とプログラム立案例

介入指針とプログラム：移乗動作監視レベルの脳卒中右片麻痺患者の場合	
【短期目標】 車椅子とベッド間の移乗動作自立	
Top down ① 車椅子をベッドの適切な位置につける 駆動練習 ② 移乗前にフットサポートと車椅子の ブレーキ、足の位置の確認を定着	Bottom up ① 左下肢を軸にした立位バランス練習 ② 左下肢の筋力増強 ③ 骨盤を中間位に起こして体重を前方移動 させる

（２）短期目標（ADL・IADL 指導による効果が早期に得られる目標設定）

すぐに練習や環境調整をして自立できる動作については、患者のストレスを減らすためにも早急に取り組む必要がある。失認など高次脳機能障害により患者が混乱している時期には、環境を構造化して動きやすくする必要がある。また、トイレ動作など実施頻度が多いが難易度が高い動作については、段階的に練習をする必要があり、そのために立位バランスの向上や下肢の筋力増強などの基礎的な練習から進める。将来的にはトイレ動作能力改善につながるような機能改善を目的にスモール・ステップの短期目標を積み上げる過程を示し、学生に経験させる。

（３）長期目標（転帰先での生活を視野に入れた目標設定）

チーム内で他職種と検討し、目標には一貫性があることが重要である。また開始時の予後予測と転帰によって長期目標は決定されるため、より具体的な内容で目標を設定することが望ましい。それぞれの職種が目指す長期目標と訓練内容は職種間で互いに関連があり、これまでに達成してきた短期目標の到達度に応じて長期目標は調整されることを学生に指導する。さらに ADL だけでなく、社会的背景や転帰先の環境設定を視野に入れて、それに応じた練習が重要であることが理解できるように指導する。

3) 作業療法の指導ポイント

（１）不全に陥った機能の回復訓練

運動麻痺や筋緊張の異常、失調や筋力低下した上下肢や体幹の動きを回復するための直接的アプローチは、疾患特異的な促通テクニックを用いることもあれば、反復訓練により柔軟性の向上や運動学習、筋力増強を目指すこともある。高次脳機能障害のある患者においても、低下した機能が基盤となる能力に対して直接的にアプローチする。身体の随意性低下や高次脳機能障害のいずれも、症状に応じて容易課題から難度を段階づけて導入するように指導する。

（２）ADL・IADL 訓練

ADL や IADL 訓練におけるアプローチには、非麻痺側上下肢の筋力や障害されていない高次脳機能など、失われていない機能を活用して困難な部分を補う代償的アプローチ、補助具などを使って能力低下を補完するアプローチ、環境調整アプローチなどがある。これらを組み合わせて、ADL・IADL でできることが増やせるように訓練を行うことを指導する。物理的環境や人的環境の調整も視野に入れて、可能な限り家族を巻き込んだ訓練を実施することが大切である。また、患者にとって最大の理解者・支援者として長い付き合いをするのは家族であり、病気や障害に対する家族の理解は患者と家族の QOL に大きな影響を及ぼすため、家族に対するアプローチも重要である。

高次脳機能障害は、スケジュールが決められている入院中には顕在化しないことが多いため、入院中の ADL 介入は目に見える障害のみになりやすい。しかし、退院後にどのような困難にぶ

つかるかを予め予測しながら介入することが重要である。また、高次脳機能障害によって生じる行動や性格の変化は、QOLにも大きな影響を及ぼす。さらに、患者は病識が欠如している場合が多く、それが障害の一つであること、長い時間をかけて本人が気づいていくことを理解した上で介入することが重要である。そのためにも、学生が家族や患者を焦らせないよう言動をコントロールしながら経験させる必要がある。

(3) 介入結果の解釈

日常的な介入場面では、患者の反応を観察して適宜プログラムに変更を加えるようにする。学生の場合、自身が考えてきた訓練プログラムを実施してみると思うようにできない、もしくは課題が簡単すぎた、ということがよく起こり、その場でのプログラム調整が必要になる。訓練内容の段階付けの方法を学生に説明し、理解させることが重要である。さらに介入した結果、変化がみられた部分とそうでない部分について「なぜそのようになったのか」、考える習慣を身につけることが、次のより良い介入へと繋がる。

4) リスク管理の指導ポイント

作業療法の処方内容を確認し、考え得るリスクを想定する。脳血管障害の急性期では、病棟での安静度を確認し、血圧や脈拍をモニターしながらリハビリテーションを進めるため、リハビリテーションの中止基準の知識についても確認させる。姿勢反射や筋緊張の異常により安定した座位や立位姿勢がとれず患者が転落や転倒する可能性、病状が安定せずに痙攣発作や嘔吐をすることがあり得る。それぞれの患者の持つリスクを把握し、常に配慮を怠らずに事故を未然に防ぐ姿勢が重要であることを学生に説明し理解させる。

2. 運動器障害に対する作業療法

1) 障害像の理解の指導ポイント

対象疾患は小児から高齢者まで多岐にわたることが特徴である。特に近年の人口の高齢化により骨粗鬆症を基盤とした脆弱性骨折の増加とそれに反比例した労働災害や交通事故等の若年から壮年期にかけた外傷の減少が特徴である。

運動器疾患は予後予測を含めて大きく分けて4類に分類出来る(表5・6)。それは機能回復が望める疾患、それも一時的な障害であるか、一定期間、回復に時間が必要か(数ヶ月から1～3年)、もしくは恒久的な障害であるのか。またRAのような自己免疫疾患は疾患自体のコントロールにより状況が変化しうる病態である。それらの疾患により治療方針や治療方法が全く異なる事が特徴である。

また治療方針の決定には、保存療法・手術療法のどちらを選択するかが大きく影響する。多くの療法にそれぞれのプロトコルが存在し、それを改変せず実施するのか、またプロトコルを調整し治療段階を早める、もしくは遅延して実施するのか、チーム全体での決定事項に従い治療を進めて行く事を学生に提示し、治療に参加することを促す。

保存療法・手術療法いずれにしても、発症日もしくは手術日からの経過時間を把握することが重要であり、時間経過を週単位で把握すべきである。それにより訓練適応、禁忌事項を明らかにし治療時間経過の中で現在どの位置にあるのか、必ず実施しなければならないこと、実施すべきこと、行ってはいけないこと・禁忌事項を整理・理解し、併せてリスク管理を促す指導が重要である。

また障害像理解のためには基本的に解剖学、運動学、生理学の理解が重要であり、運動器疾患においては“動作をまねすること”も理解を深めるために重要である。動作を“まねすること”が動作分析であり、その動作を解剖・運動学的に説明出来ることが傷害や障害の本質の理解に近づく方策である。

表 5-6 予後予測から分類する運動器疾患

分類	疾患名（例示）
機能回復が望める、一時的な障害	橈骨遠位端骨折などの骨折、肩腱板損傷など
回復に一定期間必要	末梢神経損傷、多発外傷など
恒久的な障害が残在	脊髄損傷、切断など
その他	RA など

（１）画像情報

運動器疾患の理解において画像情報は極めて重要である。一般的には単純 X 線画像を読み理解することが必要であるが、CT 画像、3DCT 画像、MRI 画像も併せて読影する習慣となるよう指導する。またこれらの画像は疾患や障害状態を把握しやすいため、一定の条件のもとに学生がいつでも見ることができるよう設定することが望ましい。超音波画像は動的な評価であり近年運動器疾患の検査に用いられてきている。OT も実施することが可能な検査手技であるため読影する機会を作ることにも必要と思われる。それらの画像読影後に放射線科医の読影結果にもアクセスできる機会を作ることが今後必要であると考えらる。

それらの画像情報から推測される症状と臨床症状の擦り合わせが疾患理解に重要であり、また逆の手順で詳細な臨床症状の評価後に画像所見を確認する事で、病状・病態の本質的な理解が可能となる。合わせて画像情報から大まかな予後予測ができるようになることも必要である。

（２）リハチーム各部門からの情報（各検査結果を含む）

Dr：治療経過と治療方針、予後予測を確認する。また手術術式と術中所見を入手する。特に術中所見は治療方針に大きく関わり、プロトコルに影響を及ぼすために重要である。週単位、月単位の期間別の禁忌事項を確認することと治療実施上で注意すべき項目、その期間内で達成すべき目標確認も必要である。

Ns：病棟内での活動の様子を聴取。また禁忌事項を共有し、それらの動作を行っていないか確認する。

PT：移動能力を中心とした身体機能と ADL 情報を聴取する。

MSW：社会的背景、経済状況などの情報を聴取する。

臨床検査における検体検査：全身状態にかかわる血液検査や炎症反応の確認が必要である。RBC、WBC、Hb、CRP、TP、CPK などは正常値を知っておくのが望ましい。

（３）家族・支援者などからの情報

受傷前の生活や家族内での役割はどのような状況であったのか、家族それぞれの役割や行動パターンも含め確認する事が必要である。将来にわたり何を期待するのか、どのレベルまでの回復と機能と役割を再獲得して欲しいか引き出すことが、特に前述した恒久的な障害が残るレベルにおいては重要なことである。

（４）状態像の観察

訓練室に入って来た時から、もしくは病室に入った時から評価は始まっている。姿勢、表情、服装、移動方法、歩容、補助器具、介助状況など全体の観察と傷病部位に関わる部分の外観や浮腫など前回の状態と変化している項目と変化していない項目を把握する。

装具、外固定、歩行補助具などは変更しうるものである、変更に伴う機能レベルの評価や対応を丁寧に行う事を習慣化できるよう指導する。

（５）面接

初回面接は経験ある療法士にとってもいかなる有用な情報を引き出すのか、判断が難しく即興性の対応が必要な検査である。学生にとっても最も緊張を強いる検査であるため、指導者がどのような表情・態度で、どのような意図を持ち実施し、得られた情報から何を抽出するのか見学させてから実施することが望ましい。

面接は情報収集するために極めて重要な手段であるとともに、ラポールをとるために非常に有効な手段である。患者自身で受傷機転や受傷内容、時間経過や予後に関して理解しているか確認する事が可能であることと、それが今後の治療方針にも関わる事がある。また患者自身が何を期待して治療を受けようとしているのか、患者-治療者の方向、方針にも影響を及ぼす情報も得る事がある。ラポールについては、初回面接時から傾聴姿勢を示し治療者としての信頼を獲得する事でより治療がスムーズに行われる。また受傷経過を確認することは患者自身で受傷機転を再確認する事になるので再発防止に役立つ可能性もある。受傷前・発症前の ADL を確認することで自主訓練を含めた指導内容を遂行できるのか、また禁忌事項の順守ができる認知機能を有しているか評価できる。

学生や経験の浅い OT 中には、自ら情報収集せずにカルテの他部門の病歴などを引用しただけで現病歴を聴取せずにいる場合も散見する。これは明らかな間違いで職種により必要な情報はそれぞれ異なっており、面接を通して OT として必要な情報収集を必ず行う習慣をつける指導を行う。

（６）検査・測定での確認

各疾患により評価すべき項目は多岐にわたるが、基本的に実施すべき評価項目を指導者の実施項目を見学し習得出来るようにする。特に運動器疾患においては患部の評価も重要であるが、患部からみた中枢部位と末梢部位の評価も患部の機能障害と合わせ関連性の評価を実施するように促す。また局所（患部）の影響が一肢のみでなく対側や同側の上下肢など、身体動作の全体にどのような影響を及ぼしているかを診ていくことを促す。

総合したテストバッテリーとして幾つかの評価法があるが、従来実施されてきた客観的評価に加え、近年は患者自身が自覚症状や治療自体の満足度を評価する、患者立脚型評価が多用されてきている。前者の代表としては関節部位ごとの日本整形外科学会治療成績判定基準（JOA スコア）がある。後者には患者立脚型機能評価質問票として手の機能評価表（DASH）や上肢機能評価 Hand20 が作業療法場面で多く使用されている。

部分の評価と全体の評価の統合が出来るよう促していくのが望ましい。

（７）解釈

面接で得られた情報、検査測定で得られた情報、また画像所見や臨床検査から得られた情報を統合して身体機能の状態を把握すること。またリハビリチームや家族からの情報を把握することで社会的な側面を勘案して検討していく。ICF 分類の心身機能・身体構造を中心に見据え生活機能を重視した、利点と問題点を整理し示すことが学生にとって理解しやすい（表 5・7）。しかし表 5・6 に示すよう機能回復が望める一時的な障害に対しては、非常に稀ではあるが、術後の機能回復を介入の中心に置くような場合のみ、ICIDH を用いて問題点の整理と治療を行う場合があるのが運動器疾患の特徴でもある。ICIDH に関しては学内で十分な講義が行われていない場合が多く学生も不慣れなため、理解のするためには指導者からの説明もしくは丁寧な誘導が必要とである。

表 5-7 上腕骨近位端骨折の利点と問題点抽出の例 術後 2 週

	利点	問題点
心身機能 ・ 構造	①認知機能問題なし ②下肢体幹機能障害なし	①自動運動禁止（自動介助 4 週開始予定） ②外転装具装着中（4 週除去予定） ③術部の疼痛
活動の制限	①片手での ADL 自立 ②患手 ADL 参加可能	①更衣、入浴時患側使用不可
参加の制限	①自治会行事に積極的であった （軽スポーツ含む）	①受傷 3 か月までは軽スポーツ禁止
環境因子	①転倒を機に自宅内バリアフリー化	①4 週まで入院予定
個人因子	①自治会行事への復帰意欲有り	①再転倒の不安、リスク

2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント

(1) 介入方針決定（障害の程度にあわせ、どのような介入法を適用すべきかという方針）

運動器疾患の OT には大別して 2 つの介入がある。専用のプロトコルに従う場合とプロトコルがなく病態により個々での介入方法を実施するものの 2 つである。

プロトコル適用もしくは改変した場合：これらの患者ではプロトコルに準じて、日ごともしくは週ごとに実施すべき介入項目が明示され、実施されてゆく。また禁忌項目も提示されるため学生は順守することに注意を払い、また ADL 動作の中でも禁忌事項が守られているか把握していく。

プロトコル非適応の介入：これらの患者においてもリハチームの目標を共有し、医師からの情報収集をもとに介入方法を決定してゆく。治療手段の自由度が高い一方で、治療目的に対して迂遠しないようプログラムを組む必要を理解するよう提示する必要がある。

上記の方法に共通することは、多くの症例でボトムアップアプローチに準じた介入となるが機能的訓練に終始するのではなく、あくまでも OT として ADL、IADL の介入を基礎とした方法としてトップダウンアプローチも併用して介入することが重要で、指導者としては手順を整理して示し介入を促していくべきである。

(2) 長期目標設定（月単位あるいは最終目標となる状態の設定）

プロトコル適用においては多少の変動幅はあるが、機能的ゴールは自ずと設定されてくる。多くは 8 週もしくは 12 週（3 ヶ月）の時点で機能到達レベルを示す。プロトコル非適応で恒久的な障害が残存することが予想できる場合は福祉用具をも含めた環境調整を必要とし、IADL を焦点とした目標設定を促す。

いずれの場合においても復学・復職も含めて役割の再獲得を考慮した目標設定が必要である。

(3) 短期目標設定（長期目標達成のための具体的に変化のわかる目標の設定）

プロトコル適用においては、確実に実施項目を遂行するため、2～4 週後に設定する短期目標は比較的明確な機能状況を設定する。またそれに伴い実際に遂行する ADL 状況も設定することが重要である。プロトコル非適用の場合は機能的な側面では運動の質と量の設定、禁忌事項については徐々に制限すべき運動の方向・種類・量と ADL に結び付けた動作を確認する。またそれらの制限の中での ADL の遂行状況の予測を明確に提示できるように誘導、促して設定してゆく。

(4) プログラム立案（具体的な訓練・代償方法、指導・援助方法について）

プロトコルにより指定されている訓練においては、正確に順序立てて遂行するのだが、その量や遂行方法も確認しながら行うように指導する。またプロトコルは機能面中心に構成されており ICF 分類における活動面に関して訓練を順次追加する必要がある。表 5-8 に示すよう治療時期により同じ他動 ROM 訓練も内容目的が異なる。

筋力訓練においては、ADL 動作を見据えた筋持久力を向上させるようなプログラムを組む。瞬発力も必要であるが、同じ動作を繰り返すことで実用性が向上する動作も多い。そのため低負荷多頻回を主眼とするアクティビティも選択するように指導する。

また訓練中期から後期（訓練期間終了）に近づくにつれて社会参加により傾倒したプログラムや環境調整も含めた他職種との調整・相談の頻度が増すことも指導してゆく。

表 5-8 上腕骨近位端骨折の具体的な訓練の例示

術後 1 週	術後 6 週
①振り子運動 Stooping 運動実施、肩甲上腕関節の分離運動促進	①肩関節自動運動 肩甲帯筋の代償動作を防ぎながら実施
②肩関節他動運動 屈曲、外転、伸展、水平内転方向に実施、回旋運動は禁忌、ROM 維持中心	②肩関節他動運動 軽い負荷での回旋動作も実施、関節包と肩内転方向の主動作筋のストレッチ中心、ROM の改善目的
③肘関節以下の自動運動 患部に負荷をかけぬよう抵抗運動は禁止	③ワイピング運動 机上で開始時は負荷をかけない
④片手動作での ADL 訓練 患部を保護しての食事動作、整容・洗体動作など指導中心に実施	④両手動作訓練 マクラメ編み 両上肢下垂位から軽度屈曲位で実施
	⑤ADL 動作確認 重量物を持ちあげていないか、瞬間的な負荷動作を行っていないか確認 環境調整も考慮

3) 作業療法の指導ポイント

(1) 訓練（対象者が主体となって実施する）

運動器疾患において機能回復は OT による機能的訓練と患者自らが行う機能的訓練と ADL 上で実施する実践的な ADL 訓練が織り交ざりながら推移してゆく。訓練初期には機能的訓練中心のボトムアップアプローチが主眼となり、後期に移行するにしたがい実際の ADL 動作の中で遂行しにくい動作を検証し、原因を筋力や ROM などに求め訓練を実施していくトップダウンアプローチが主眼となる。

(2) 支援（OT や家族など対象者以外の周囲の人的・物的環境が与える）

人的資源や物理的資源を含め環境調整や社会資源の活用も必要となる場合がある。対外的な調整が主体となるが、経験のない学生には実際場面での視点の置き方や他職種との調整場面を説明しながら体験できるよう設定することも必要である。

4) リスク管理の指導ポイント

運動器疾患の OT は時期による禁忌事項が多くある。たとえば他動運動は許可されているが自動運動は禁忌の時期、他動運動実施時期から自動介助開始などプロトコルに従い訓練を実施するが、実施すべき時期に実施しない場合はインシデントになる。実施しないことが問題だけで無く、実施しなかったことが治療成績に影響を及ぼす可能性があることを認識させる。そのためにプロトコルを熟知することが必要であるとともに、その時期に OT が行っている事はどのような病態に対してどのような治療を実施しているのかを学生に提示し、理解を得ることが必要である。また過負荷も問題となることがある。療法士と学生による訓練に加え、自主訓練の量と質を管理し、症状の変化を見逃さず過負荷による疲労の蓄積や局所の炎症症状などの機能障害を回避する。

3. 内部障害に対する作業療法

1) 障害像の理解の指導ポイント

内部障害は見えない障害と呼ばれているように、外見だけでは障害の程度が判断できない。そのため、実際の活動場面を通じた活動制限と参加の制約の把握が必要となる。

また、高齢化社会の進展により、内部障害の対象者は増加傾向を示している。学生が実習で経験することが多い脳血管疾患においても、呼吸器疾患や心臓疾患が並存している場合も多い。加えて、精神疾患における内部障害の合併も増加してきており、重複障害としての内部障害の理解は、領域を問わず実習指導において欠かせないものとなっている。

リスク管理に関しては、バイタルサインと自覚症状を確認しながら評価・介入を行っていく必要があるが、病態を正しく理解していないと急変時の対応を誤る危険性もあるので、臨床医学はもとより、解剖学や生理学、運動生理学の基礎の復習は欠かせないものである。

ただし、学生はこの基礎医学、臨床医学を必ずしも関連づけて理解しているわけではないので、生活障害の原因となる基礎医学の知識の整理を促すことが重要となる。

模擬体験も有用であり、例えば細いストローを用いた呼吸により、呼吸の深さや速さの変化を確認できる。また、バストバンドで胸郭の可動性を制限することによる呼吸困難体験を通じて、呼吸器疾患の生活障害の理解を促すこともできる。

以上のように、臨床実習において、学生が適切な内部障害への対応を経験することは、卒後の臨床への速やかな移行にもつながり、対象となる国民にとっても有益である。本項では内部障害の中でも、比較的學生が接する機会が多い呼吸器疾患を中心に、指導の要点について解説する。

(1) 画像所見

胸部レントゲン写真などの画像所見の基本的な理解が必要である。正常画像と比較した各疾患の特徴を列挙でき、それによる呼吸運動の特徴、呼吸法や ADL 指導のへの理由づけなどを結びつける。

例えば、実習で経験する機会の多い慢性閉塞性肺疾患 (COPD: chronic obstructive pulmonary disease) では、肺の過膨張による横隔膜の平低化の所見から、横隔膜呼吸が不十分になることや過膨張した肺が胃を圧迫することにより栄養障害が生じるといったように、画像所見より得られる情報から推測される問題点についても言及するとよい。

心臓疾患においても、心不全の評価指標である心胸郭比やエコーによる弁の動きなどの基本的な所見を確認できるようにする。

(2) リハビリテーションチーム各部門からの情報 (検査結果も含む)

内部障害への作業療法においても関連職種からの情報収集は重要である。内部障害においては、病棟生活において指導内容が実行できているかどうかを確認するために、特に病棟スタッフとの連携が重要になる。表 5・9 に他職種からの情報収集内容を示す。

表 5-9 他職種からの情報収集内容

職名	情報収集内容
医師	・ 病態と現在行われている治療とその効果、治療による副作用、リスク基準、今後の方向性 など ・ 訓練時に酸素流量の変更が可能か、また変更できる範囲の程度 など
看護師	・ 病棟生活の様子（1日の過ごし方：離床はできているか、散歩などにでかけることができているか）、ADL 指導の内容が病棟でも実施できているか、リハビリテーションへの意欲 など
理学療法士	・ 訓練中の様子、リスク範囲内での訓練実施が可能かどうか、運動耐容能、呼吸法の指導の理解度 など
ソーシャルワーカー	・ 現在利用している制度、利用できる社会資源 など
酸素供給業者	・ 在宅酸素を導入される場合には、機器の種類や操作方法の確認、携帯型酸素ポンプを使用される際には、同調器の有無 など

（３）家族・支援者からの情報

内部障害では基本的に運動器の障害は出現しないが、先に述べた重複障害や不活発な生活による廃用の要素を考慮すると、入院または発症前の活動レベルの確認が必要である。これらの把握が適切な作業療法目標を設定する上でも重要である。

実際の生活では過介助になっている場合も多いので、情報収集にあわせて、家族・支援者に生活障害の原因を整理して伝え、悪循環を断つための具体的方法について、分かりやすく説明する場面も見学できるようにする。

（４）状態像の観察

内部障害は外見からでは障害像の把握が難しいという側面があるものの、観察やフィジカルアセスメントを通じた病態の評価は可能である。

例えば、浮腫については心不全で出現するものや腎臓機能障害由来のものなど、類似した病態が存在するが、その機序の理解を促すことは、リスク管理の視点を意識づけることにも役立つ。

呼吸運動に関しても、吸気時に胸鎖乳突筋が収縮するため、呼吸数を同部位で測定することができ、活動時に胸腹式呼吸から胸式呼吸に呼吸様式が変化すれば、活動による心肺負荷が増加したことが評価できる。

以上のように、基本的フィジカルアセスメントを経験し、また観察所見から症状の変化を捉え解釈して、生活障害を予測することは、臨床でしかできない活きた教育である。学生に言語化して伝えるためには、指導者の自己研鑽も重要である。

（５）面接

学生は種々の内部障害者の生活障害を十分に理解していないことが多いため、事前にその疾患や病態により、どのような活動制限や参加の制約が生じるかを確認する。

具体的には、日々の生活状況から、活動制限と参加の制約を中心に、本人の家庭での役割についても聴取するとよい。

しかし、重症度により対象者自身の活動制限への認識が異なるため、病期に応じた問い方の工夫が必要となる。特に呼吸器疾患においては、対象者自身が呼吸困難に慣れることで、活動制限を正しく認識できていないこともあるので注意が必要である。息切れのために控えることが多くなる入浴や掃除などを例にあげて、その状況を具体的に引き出す技術も必要となる。

慢性の経過をたどる疾患も多いため、息切れへの具体的対応をしているのか、体調がよい時、

悪い時などのように、状況を分けて聴取することもできる。

呼吸器・心臓疾患では、息切れや生活の狭小化により、抑うつや不安などの心理機能に影響が及んでいる場合も少なくないが、この場合には紙面の検査というよりは、会話内容から心理状態を把握できるかどうかのポイントである。ADL 指導では、指導内容を生活場面で活用できるかどうかことが重要となるため、会話の中から記銘力などの認知機能を評価し、必要であれば精査が必要なことなど、先読みをした面接技術を経験できるように配慮する。

（６）検査・測定での確認（診断的介入を含む）

評価は呼吸ケア・リハビリテーション学会が示している項目（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会，2012）を中心に、対象者の状態に応じて、必要な項目を選択するとよい（表 5・10）。

特に「必須の評価」を一連の流れで経験することが重要である。フィールド歩行試験は検査部門や理学療法で実施されていることが多いので参考にするとよい。

また、「行うことが望ましい評価」に含まれているが、ADL や日常生活における SpO₂ モニタリングなどの生活場面の評価も重要である。

身体機能の評価の際には、呼吸困難の増悪を避けるために過剰な努力性を伴わないよう、息を吐きながら測定するなど、病態に応じた評価の工夫を経験させる。呼吸運動は腹部と胸部の連動性を確認しながら、視診だけではなく触診をすることで正しく評価するように導く。

表 5-10 運動療法のための評価項目

必須の評価	フィジカルアセスメント、スパイロメトリー、胸部単純 X 線写真、心電図、呼吸困難（安静時、労作時）、経皮的酸素飽和度（SpO ₂ ）、フィールド歩行試験（6 分間歩行試験、シャトル・ウォーキング試験）*、握力
行うことが望ましい評価	ADL、上肢・下肢筋力の測定、健康関連 QOL 評価（一般的、疾患特異的）、日常生活における SpO ₂ モニタリング、栄養評価（BMI など）
可能であれば行う評価	心肺運動負荷試験、呼吸筋力、動脈血液ガス分析、心理社会的評価、身体活動量、心臓超音波検査

*在宅、訪問リハビリテーションを除く（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会，2012）

（７）解釈

肺機能検査や動脈血液ガス分析、心身機能、ADL・IADL 評価等の結果を ICF で分類し、問題点と利点を比較（表 5・11）しながら、活動制限や参加の制約との関係性を理解できるように支援する。

また、内部障害では基本的に運動器の障害を伴わないことから、活動制限の要因を呼吸困難などから生じる一次的障害と、不活動な生活などにより生じる二次的障害に分類して、それぞれの介入を分けて考える必要もあろう。

実施されている治療の経過に応じて、現実的な目標を設定し、多職種連携での活動の拡大への支援を学ぶ機会とする。

表 5-11 ICF による呼吸器疾患の利点と問題点抽出の例

	利点	問題点
心身機能 ・ 構造	・四肢機能低下なし ・認知機能問題なし	・労作時呼吸困難 ($PO_2=75.8\text{mmHg}$) ・在宅酸素使用中 (安静時 2L/min、労作時 3L/min)
活動の制限	・ADL は自立レベル (BI 100 点)	・mMRC grade 3 ・入浴に 40 分程度を要す ・主婦業では掃除などの労作が困難になってきている ※呼吸困難改善の希望あり
参加の制約	・近所付き合いあり	・以前は保険外交の仕事をしていたが呼吸器症状のために退職
環境因子	・持ち家 ・酸素濃縮器は居間に設置済み	・検査目的の短期入院
個人因子	・家事实施への意欲あり	・せっかちな性格

2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント

(1) 介入方針決定 (どの機能にどのような介入法を適用すべきかという方針)

介入方針は入院期間等を考慮し、評価結果から偏りなく、かつ最も効果的・効率的な手段を選択するよう指導する。作業療法士はチームの中で主に ADL・IADL への介入を行うため、トップダウンアプローチが選択されることが多い。

診断時から現在までの経過を踏まえ、医師からの情報収集を基に、どこまで心肺機能が改善するのか、それによりどの程度の活動レベルの向上を図ることができるのか、また廃用の要素をどこまで改善できる見込みがあるのかを明確にしておくことが重要であり、学生にはこの活動予後の検討を経験させる。

作業療法士はカンファレンスなどで、患者の退院後に予想される生活などの情報を提供する機会が多く、これにより転帰先が決定する事もある。このような場面を経験することで、チームの中での作業療法士の役割について学びを深めることができる。

(2) 長期目標 (転帰先での自立した生活を視野に入れた目標設定)

自宅退院などのような明確な転帰が予定されている場合には、地域のスタッフとの連携を視野に設定する。呼吸器疾患は高齢者に多く、抑うつなどの症状が表面化する事も多いので、余暇活動の充実を図るなどの生活の質の向上への支援も重要である。

(3) 短期目標 (ADL・IADL 指導による即時効果の得られる目標設定)

内部障害への作業療法では、主に ADL・IADL 訓練を中心に実施するため、訓練による動作方法の修正、福祉用具の導入などが即時的に息切れの軽減をもたらす場合がある。

その一方で、高齢者で運動耐容能が低下している場合には、他部門と協力しながら機能訓練を行うボトムアップの支援が中心となるが、効果の発現に時間を要するので、期間を区切って再評価を行うとよい (表 5-12)。

表 5-12 目標設定とプログラム立案（短期介入の例）

【短期目標（5 回程度の介入）】	
・効率的な動作方法を習得すること（必要に応じて環境設定の実施） ・活動時に呼吸法の導入ができること	
【プログラム】	
[トップダウン] ①呼吸困難を誘発する動作への理解を促す教育 ②IADL 訓練：入浴、掃除課題を選択、休憩のタイミングなども助言する	[ボトムアップ] ①呼吸練習：閉塞性換気障害であるため、口すぼめ呼吸を中心に ②パニックコントロールの指導：呼吸困難増悪時の対応として ③四肢機能維持運動指導：呼吸筋ストレッチなど

3）作業療法の指導ポイント

（1）訓練（対象者が主体になって実施する）

①不全に陥った機能の回復訓練（強化）

内部障害の運動耐容能の改善に向けて、筋力増強訓練のような機能訓練に取り組まなければならない場合には、心肺機能の低下など、該当する内部障害の特徴を十分に理解してリスク管理を行う必要がある。

呼吸器疾患においては、呼吸ケア・リハビリテーション学会の基準があるが、これは安定期の呼吸器疾患を対象にしたものであり、術後急性期などでは個別のリスク基準（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会，2012）が必要になる（表 5-13）。

理学療法で自転車エルゴメーターを使用した訓練を実施している場合には、その経過もみながら、運動耐容能の向上を活動の拡大に般化させていくように連携していくボトムアップの支援となる。

表 5-13 呼吸器疾患のリスク管理の例

呼吸困難	Borg CR10 スケール 7～9
その他の自覚症状	胸痛、動悸、疲労、めまい、ふらつき、チアノーゼなど
心拍数	年齢別最大心拍数の 85%に達した時（肺性心を伴う COPD では 65～70%） 不変ないし減少した時
呼吸数	毎分 30 回以上
血圧	高度に収縮期血圧が下降したり、拡張期血圧が上昇した時
SpO ₂	90%未満になった時

（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会，2012）

②ADL・IADL 訓練

呼吸器疾患への ADL・IADL 訓練は、大きく分けて、1. 動作方法を修正する、2. 環境を調整する、3. 人的支援を受けるという 3 つの指導内容に分類される。これらの優先順位は病態や個人の習慣などの特性にも影響を受けるが、最初から人的介助に依存するのではなく、1 から順に試みるとよい。基本的な指導ポイントを表 5-14 に示す（高島，2016）。

認知機能に低下を認める場合には、指導内容を生活場面で活用することが難しく、環境調整や人的介助が中心となるが、人と作業と環境の専門家の卵として、その根拠を自分の言葉で説明できることも重要である。

呼吸器疾患、特に閉塞性換気障害については、動作の工夫などの ADL・IADL 訓練において、口すぼめ呼吸などの呼吸法の導入が有効である。

他方、心臓疾患においては単位時間内の活動量を少なめに調整することで心肺の負荷を軽減するというように、病態や疾患により同じ ADL・IADL 訓練でも介入手段が異なる。このような相違点についても、運動生理学の観点から考察を促すとよい。

表 5・14 呼吸器疾患における ADL・IADL 指導のポイント

方法	理由	具体的活動例
動作速度をこれまでよりも少し遅めに調整する	単位時間あたりの仕事量を減らす	清拭や体洗など
活動の途中で適切な休憩をとる	一定の時間を要する活動において、連続する心肺への負担を軽減する	入浴や家事など
動作方法を修正する	腹部の圧迫や上肢の頻回な動き、空間での操作などの呼吸困難を誘発しやすい動作を回避し、効率的な動作方法を習得する	靴下動作を組み足で行い、横隔膜の圧迫を避ける
呼吸に合わせながら動作を実施する (息こらえを避ける)	呼吸リズムの維持による換気の効率化	洗体動作、排便
動作の簡略化を図る	消費エネルギーの節約	ズボンと下着を一緒に脱ぐ
環境を整備する	消費エネルギーの節約	寝室をトイレに近い部屋に変更する

(高島, 2016)

4) リスク管理の指導ポイント

リスク管理については、呼吸器疾患や心臓疾患では共通する部分と異なる部分があるが、病期が進行すると呼吸器疾患も心臓疾患のような対応が必要となる。

日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会により示された「集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～」では ICU や CCU におけるリスク基準が示されているので参考にされたい (日本集中治療医学会, 2017)。

また、心臓疾患においては息こらえによるバルサルバ効果などの影響も考慮する。対象者のリスク管理基準が心電図であれば、基本的な波形と異常所見との違いを生理学的に理解させる必要があり、急変時の対応についても確認しておく。

日本循環器学会による「心不全の運動療法の禁忌」と「心不全の運動療法における運動処方」(心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン)は、リスク管理の参考となる。

これらの基準は、機能訓練や ADL・IADL 訓練を安全に実施していくためのものであるが、基準範囲内であっても、病期によっては禁忌となる場合があり、主治医に確認しながら、チームで方針を共有し、個々に応じた柔軟な対応が必要であろう。

5) まとめ

重複障害時代において、臨床での内部障害への対応は避けられない状況にある。本項では糖尿病や腎臓機能障害などについては言及していないが、糖尿病による下肢切断者も増加傾向にあり、多種多様な内部障害に対して適切な作業療法を提供していくことが要求されている。

臨床実習においては、脳卒中や骨関節疾患の臨床を経験する機会が多いと推測されるが、この

ような状況を鑑み、サブケースや見学を通じて学生が内部障害に接する機会を提供することを意識づけていくことが必要である。また、学生指導の充実には、実習指導者自身が内部障害への対応について研鑽を積むことも重要であろう。

4. 精神障害に対する作業療法

本稿では統合失調症を中心に、精神障害に関して学生指導に必要なポイントについて解説する。

1) 障害像の理解の指導ポイント

統合失調症の症状は、主に陽性症状（幻覚、妄想、思考障害など）、陰性症状（感情鈍麻、意欲低下、自閉など）、認知機能障害（記憶力低下、注意・集中力低下、判断力の低下など）の3つに分けられる。その障害像は、症状や発症までの生活歴も含め個別性があり、生活のしづらさとして表れる。

学生は、患者の言動で幻聴や妄想から出現する空笑や妄想内容などの症状に注目しやすいが、患者が今までできていたことが上手くできなくなってしまったことや生活の困難さを理解することが重要である。

なお、統合失調症患者の多くは思春期から青年期に発症する。これは、エリクソンの発達課題では自己同一性がテーマとなる時期である。発症しやすい年代と同世代にあたる臨床実習生に対して、患者は感情転移を起こす恐れがあるため、学生の担当患者を決定する際は、慎重な判断と同時に、実習期間中も常に患者と学生との関係を注意深く見守る必要がある。

また、学生が特定の患者に逆転移を起こす場合もあり得るため併せて注意する。

(1) 画像所見

脳のCT検査で健常者と比べ脳室が拡大していることや、MRI検査で前頭葉や側頭葉の縮小、大脳辺縁系の海馬や扁桃体の縮小がみられる。しかし、脳の形態を描出する画像を見て診断ができるほど大きな差はない。

(2) 各部門からの情報（検査結果も含む）

精神障害への作業療法においても関連職種からの情報収集は重要である。設定された目標に対して、各職種の治療や関わり、患者への統一した対応について各部門と確認することが重要である（表5-15）。

表5-15 他部門からの情報収集

職名	情報収集内容
医師	病態と現在行われている治療、治療による副作用、作業療法実施上の禁忌事項、疾患の告知、今後の方向性など
看護師	病棟生活の様子（1日の過ごし方）、ADL・APDL / IADLの状況、家族構成とキーパーソンなど
精神保健福祉士	現在利用している制度、利用できる社会資源、経済状況など
臨床心理士	心理検査の結果、心理療法など
薬剤師	薬剤指導、薬剤の効果と副作用、服用状況、CP換算値など
栄養士	栄養管理計画など

(3) 家族・支援者からの情報

家族からの情報収集は、生育歴や入院または発症前の状況を確認するのに重要であるが、入院中、しかも学生担当中に直接会えないことが多い。そのため、他部門から情報を収集することになる。しかし、どうしても確認したい事項があれば、看護師に家族が来院した時に、臨床実習指導者に連絡をもらうように伝えておく。

(4) 状態像の観察

状態の観察は、患者の外観、話し方、表情、姿勢、態度などから多くのことを把握しなければならない。観察は単独ではなく、面接や検査・測定実施時に合わせて観ていくため、学生の練習や実施には、ウォッチングリスト（表 5-16）を用いることで、幅広い状態像の把握が可能になると考える。

表 5-16 ウォッチングリスト

- ・観察により対象者の特性を把握するキーワードリストである。
- ・例示したキーワードは、日常用語を基本に提示してある。
- ・各項目にそって、観測結果に近いキーワードを選ぶ（複数可）。該当表現がない場合は適切な表現を補って、最後に観察内容を一連の文章にする。

外 観	対 象 者 年 齢 性 体 型 背 丈 皮 膚 髪	実年齢に対し（幼く、若く、年相応に、老けて）見える、不詳、他 誇張、中性的、男性的、女性的、幼児的、他 激やせ、細身、中肉中背、太り気味、肥満、筋肉質、形成不全、他 低い、やや低め、平均、高い、長身 色が悪い（青白い、土色）、あれている、色つやがよい、他 短髪、長髪、清潔、不潔、奇抜、白髪、染色、多い、少ない、他
	付 属 物 服 装 化 粧 装 身 具 持 ち 物 履き物	無難、奇異、奇抜、地味、派手、清潔、不潔、だらしない、 季節にそぐわない、きちんとした着こなし、他 無、控えめ、普通、濃い、派手、奇異、奇抜、タトゥー、他 無、有（ ）、無難、派手、奇異、奇抜、他 種類（バッグ、本、携帯電話、ステッキ、他）、奇異、奇抜、派手、他 種類（靴、スニーカー、下駄、他）、奇異、奇抜、派手、清潔、不潔
第一印象（自分が感じた印象そのまま）		おとなしそう、やさしそう、親しみやすい、近寄りがたい、こわそう、 取っつきにくそう、威圧感、奇妙さ、他
話し方	速さ	ゆっくり、普通、早口、次第に早くなる、次第に遅くなる、他
	声 高 低 大 小 抑 揚	低い、普通、高い、かん高い、他 小さい、普通、大きい、他 単調、沈み気味、興奮気味、適度、他
	語 調	弱い、やさしい、穏やか、きつい、強い、荒い、不安定、他
	言葉遣い	丁寧、ぞんざい、明瞭、不明瞭、口ごもり、幼児っぽい、他
	流ちょうさ、間 量	途絶、回りくどい、長い、途切れがち、流ちょう、止まらない、他 沈黙、寡黙、多弁（抑制可、不可）、他
	顔 視 線 瞬 き 眉 目 口、唇 口 元	適度に合う、合うとそらす、不安定、凝視する、他 ほとんどしない、頻回にする、チック様、他 動かない、しかめている、よく動く、他 閉じている、伏し目、生気がない、うつろ、他 下唇を突き出す、とがり口、ゆがみ、唇を噛む、なめる、チック、他 こわばり、無変化
	表情	無表情、硬い、冷たい、明るい、暗い、不安、苦悶、他
運動系	上 肢 手 と 指 腕	身体部位をさわったりいじる、手遊び、手悪さ、小刻みに何か叩く、 握っている、ポケットに入れている、他 腕組み、後ろ手、肘つき、終始動かず、他
	下 肢	足を組む、小刻みにゆする、終始動かず、他
	全 身	無動、常時動かす、胸を張る、うなだれる、はすかい、こわばり、他
	呼 吸	ゆっくり、普通、早い、荒い、乱れ、浅い、深い、他
自律神経系	鼓 動	ゆっくり、普通、早い、荒い、他
	発 汗	なし、少し汗ばんでいる、噴きだすような汗、他

（５）面接

臨床実習指導者がどのような意図をもって面接を行うかを学生に伝え、面接場面を見学させ、解説することで理解を促すとよい。面接で尋ねる項目と手順は前もって準備しておくが、患者の反応を見ながら、患者が自ら意欲的に話してくれる項目については、内容を掘り下げ、そこから生じた疑問点も確認する。また、関連した項目に内容を広げて質問する。その逆に、患者が口を閉じ反応が乏しい場合は、無理して質問せず、別の項目に転換する。

幻覚（主に幻聴）や妄想については、空笑があれば、「何か聴こえますか」「何か楽しいことありましたか」など尋ね、患者が「いや、何でもありません」などと否定すれば、話題を転換するが、「はい」と肯定した場合は、患者の理解を得て、内容を質問する。ただ、その内容については、やはり肯定も否定もせず、客観的・中立的な立場で傾聴するのが基本であり、幻覚・妄想が強化されないように内容を掘り下げないようにする。逆に面接中、表情が硬くなり、イライラし始めたら、疲労や意欲低下のほか、被害的な幻覚・妄想の出現も考えられ、質問する項目が残っていても面接を一旦終了する必要がある。

（６）検査・測定での確認（診断的介入を含む）

検査・測定では、多くの標準化されたものがあり（表５・１７）、いずれも妥当性と信頼性が重要である。しかし、患者－学生関係がまだ構築されていない初期評価の段階で、学生に妥当性と信頼性のある結果を求めるのは酷である。

学生が検査・測定を実施する場合、まず患者に十分なオリエンテーションすることで検査や測定の必要性を理解し、協力が得やすくなることを伝える。実施の際には、戸惑うことなく行えるよう事前に練習をすることで自信がつき、それが患者-学生関係の構築にもつながると考える。

表５・１７ 精神科リハビリテーション関連 評価法ガイド（評価法名のみ抜粋）

I 症状評価			
1 BDI	5 MAS	9 SAPS	
2 BPRS	6 MOCI	10 SCL-90-R	
3 HRSD	7 PANSS	11 SDS	
4 JY-BOCS	8 SANS	12 SRS	
II 社会機能評価			
1 DAS	3 LSP	5 SAS	
2 LASMI	4 REHAB	6 WBRs	
III 症状および社会機能評価			
1 GAS	2 GAF		
IV 人格検査・知的機能検査			
1 バウムテスト	5 MPT	9 WAIS	
2 MMS	6 PDQ-R	10 Y-G テスト	
3 MMPI	7 TCI		
4 MPI	8 TPQ		
V その他			
1 CFI	6 GHQ	11 QLS	
2 COPM	7 Harrow 思考障害スケール	12 ロールプレイテスト	
3 EMBU	8 MCMI	13 SOS-9	
4 FES	9 NPI	14 WCST	
5 GATB	10 認知地図検査	15 WHO/QOL 短縮版	

(7) 解釈

検査・測定からの結果だけが評価ではなく、他部門の情報、観察、面接など多くの結果を統合して解釈し、作業療法として介入する問題点と利点を抽出するまでが評価である。

評価の結果を ICF に分類して、問題点と利点を比較しながら、生活のしづらさである活動制限や参加の制約との関連性を理解できるように支援する（表 5-18）。

表 5-18 統合失調症の利点と問題点抽出の例

	利点	問題点
心身機能・構造	視力・聴力問題なし 筋力低下なし 関節可動域制限なし 表在・深部感覚問題なし 知的機能問題なし	陽性症状（幻聴、被害妄想）あり 陰性症状（感情鈍麻）あり 認知機能障害 薬剤性パーキンソニズム
活動	食事・トイレ・入浴動作自立 服薬自己管理可能 ATM の利用可能	整容・更衣動作、洗濯・ベッド周辺の整理整頓は看護師の声かけ必要 午睡し生活リズムが乱れる 自発的な対人交流はみられない
参加	デイケア通所に意欲あり	就労に関しては意欲が低い
環境因子	障害年金 2 級受給 グループホーム体験入所予定	家族の受け入れ不良
個人因子	高校卒業	強いこだわり 就労経験なし

2) 作業療法の目標と課題の指導ポイント

(1) 介入方針の決定（どの機能にどのような介入法を適応すべきかという方針）

介入方針は評価結果から隔たりなく、かつ最も効率的な手段を選択するよう指導するとよい。作業療法の役割を表 5-19 に示した。

表 5-19 統合失調症の経過と作業療法の役割

病期	急性期		回復期		維持期
	要安静期	亜急性期	回復期前期(休息期)	回復期後期	
症状	- 精神的緊張の持続により、急性幻覚妄想状態や急性錯乱状態が出現する - 会話や行動が支離滅裂になり、感情の起伏が激しくなる - 自覚症状：「眠くならない」、「周りが自分に害を及ぼすように感じられる」		- 消耗期(疲弊期)とも呼ばれる - よく眠り、何もせずに過ごすので、周囲からは「ごろごろして怠けている」と誤解されやすい - 自覚症状：「これまでやってきた感覚がわからない」、「何事も億劫に感じる」	- 回復に向けて焦りを感じる時期である - 疾患によって失ったものを自覚し、自信喪失に陥る危険がある - 精神機能や心理にも細心の注意をもって支援する必要がある	- ストレス脆弱性などの生物学的特徴を薬物で安定させる - 患者の能力の範囲で安心して生活できる環境を調整できれば、社会的な生活を送ることができる
治療目標	- 究明と安静 - 薬物治療が中心	病的状態からの離脱	- 現実移行への援助 - 心身機能の回復	自立(最大限の自立)と適応	- 対象者の生活の質の維持・向上 - 社会生活・社会参加の援助

（２）短期目標（即時効果の得られる目標設定）

統合失調症患者の目標設定期間は、病期によって異なり、即時効果が得られない場合も多いが、長期目標到達までの下位目標を細分化し、短期間で効果が判断できるような短期目標の設定がよい。

（３）長期目標（転帰先での自立した生活を視野に入れた目標設定）

ケースカンファレンスで今後の方向性が話し合われる、また、ケア会議では患者・家族、地域関係者も参加し退院に向けての調整が行われ、障害福祉サービスの利用も含めた方針が決定する。作業療法の長期目標も今後の方向性や方針に沿ったものとする。

３）作業療法の指導ポイント

（１）訓練

目標を設定し、プログラムを立案するには、患者の意見や思いを大切にし、プログラムの目的について患者に説明し、合意を得る必要がある。

①不全に陥った機能の回復訓練（強化）

陰性症状や認知機能障害の改善などに、作業活動を導入する。なぜ、その作業活動を選択し、患者にどのように適合し、また段階づけしていくかなど、活動分析について指導することもプログラムの立案や目的を説明する際に必要である。

②ADL・IADL訓練

いずれも必要に応じて実際に行いながらアドバイスする。ADLにおいて、身体的には実施可能だが、精神症状や強いこだわりなどから実施できない場合、回復訓練によって改善する場合もある。

IADLでは、安全面の配慮などからヘルパーの利用や、有料ではあるが社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業の日常的金銭管理を勧める場合もある。

（２）地域生活支援

退院後、障害福祉サービスを利用するには、患者や家族が市町村の窓口申請し、手続きが行われ支給が決定する。支給決定後、サービス担当者会議が開催され、サービス等利用計画が作成し、各サービスの利用が開始される（図 5-1）。これらの支給体系に関しても、手続きを十分に理解できるように指導する。

（３）就労支援

退院後、障害福祉サービスを利用する患者が多く、直接、一般就労する患者は少ないが、主な雇用支援施策の適応について示した（表 5-20）。これらの支給体系に関しても、手続きを十分に理解できるように指導する。

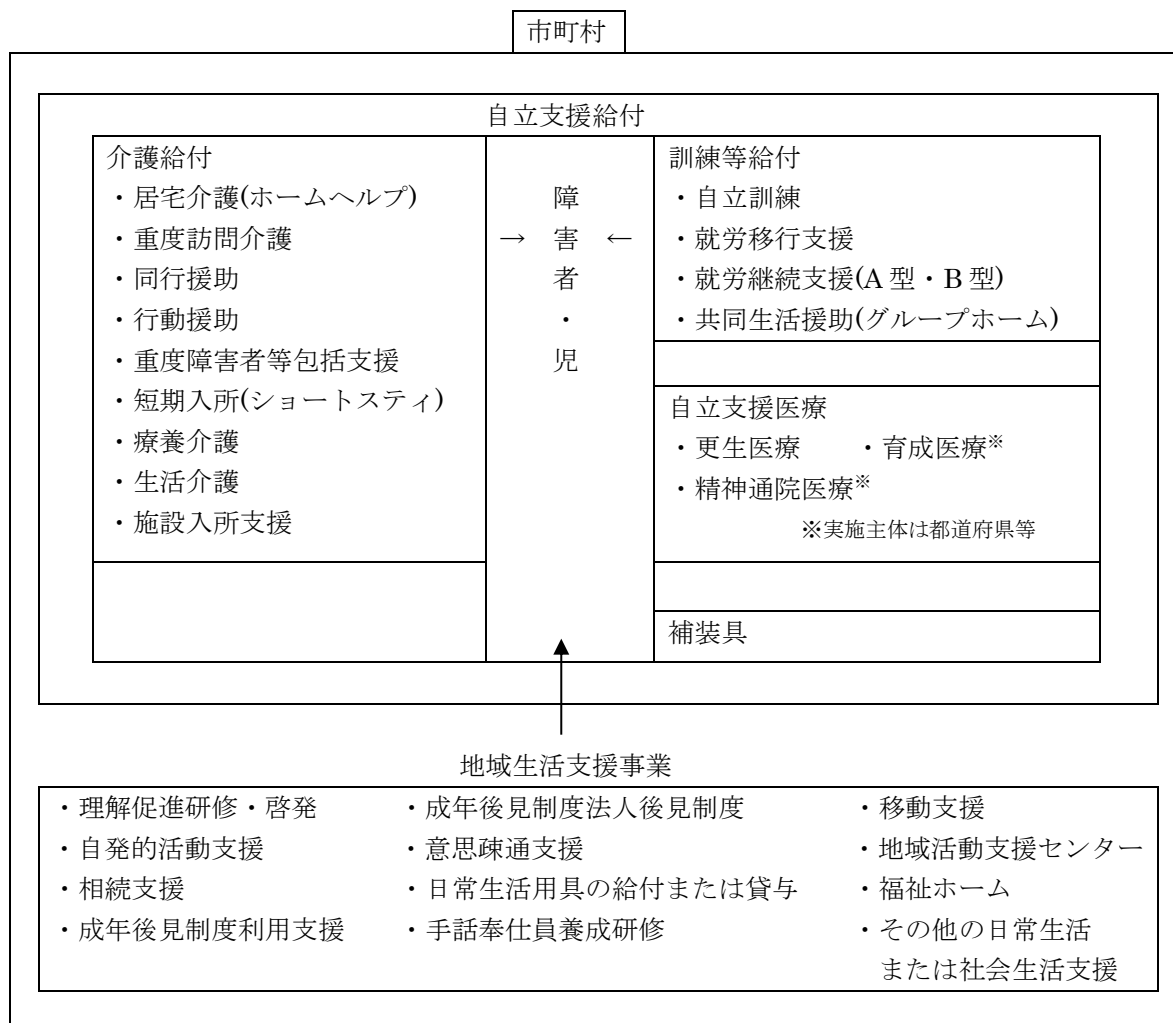


図 5 - 1 障害者を対象としたサービス

表 5 - 20 障害の種類別に応じた主な雇用支援施策の適用について

事項	障害者手帳等を持つ方			障害者手帳等を持たない方		
	身体障害者※1	知的障害者※2	精神障害者※3	精神障害者	発達障害者	難病患者
障害者雇用促進法に基づく雇用率制度の適用						
実雇用率へのカウント	○	○	○	×	×	×
公共職業安定所						
職業指導・職業紹介	○	○	○	○	○	○
就職後の助言及び指導	○	○	○	○	○	○
事業主に対する助言及び指導	○	○	○	○	○	○
事業主からの解雇届の提出	○	○	○	○※4	×	×
職場適応訓練	○	○	○	○	×	×
チーム支援	○	○	○	○	×	×
トライアル雇用	○	○	○	○	○	○
特定求職者雇用開発助成金	○	○	○	○	×	×
発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金	×	×	×	×	○	○

障害者職業センター							
	職業指導、職業評価	○	○	○	○	○	○
	職業準備支援	○	○	○	○	○	○
	ジョブコーチ（職場適応援助者）による援助等	○	○	○	○	○	○
	精神障害者総合雇用支援	×	×	○	○	×	×
	事業主に対する雇用管理に関する助言	○	○	○	○	○	○
障害者就業・生活支援センター		○	○	○	○	○	○
障害者職業能力開発校等（公共職業訓練）							
	国立職業リハビリテーションセンター	○	○	○	○	○	○
	国立吉備高原職業リハビリテーションセンター	○	○	○	○	○	○
	その他の障害者職業能力開発校	各施設により応募要件が異なります					
障害者雇用納付金制度に基づく措置							
	障害者雇用調整金	○	○	○	×	×	×
	報奨金	○	○	○	×	×	×
	助成金	各助成金により支給要件が異なります					

※ の項目についても、例えば各種助成金の支給等、活用のために詳細な要件が定められている場合があるため注意すること。

※1 身体障害者障害程度等級表の障害等級が 1 級から 6 級までに掲げる身体障害のある者及び 7 級に掲げる障害が 2 以上重複している方

※2 児童相談所、知的障害者更生相談者、精神保健福祉センターの判定により障害者手帳を所持する方、もしくは精神保健指定または障害者職業センターにより

※3 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方、知的障害があると判定された方

※4 職場適応訓練終了者に限る

4) リスク管理の指導ポイント

精神科作業療法におけるリスクは、主に患者の精神症状、抗精神病薬の副作用、作業活動の種目と道具の使用・管理、環境などによって発生する。そのためリスク管理は、患者の状態観察と多職種との情報交換や連携、物品管理、作業環境が重要となる。精神科作業療法場面で遭遇しやすいリスクを表 5・21 に示した。

表 5・21 精神科作業療法におけるリスク内容

外傷	転倒・転落、けが・火傷
食事	窒息・誤嚥、誤食、盗食、異食、食中毒、アレルギー
暴力行為	暴言・暴行（対患者・対職員等）、患者間のトラブル、訪問者によるトラブル、院内機器設備の破壊
自傷	自傷、自殺未遂・自殺
接遇	応対トラブル
その他	無断離院、盗難・紛失、危険物の持ち込み、誤薬、セクシャルハラスメント

（日本作業療法士協会，2010）

学生指導においては、実際の作業療法場面で、リスク管理の必要性を具体的な事例を通して説明し理解してもらうことが重要である。

筆者もこれまでに、調理中の包丁での指切傷、スポーツ中の転倒・患者同士や壁への衝突、歩行中のつまずき・転倒、トイレ後の無断離院、無断帰棟、盗癖のある患者のハサミ持ち帰りを経験した。

また、学生が患者を担当した際、革細工の手縫い時に針で指を刺した事例、七宝焼きで焼きあがった作品をそのまま机に置き、机を焦がした事例があった。近年、養成校で手工芸を経験することが減ってきており、未経験の手工芸などを体験することも臨床実習では大切である。

また、糖尿病や高脂血症を合併してカロリー制限がある患者ほど料理を希望することが多く、調理動作の評価や実施では摂取カロリーの考慮も必要である。

5. 発達障害に対する作業療法

1) 障害像の理解の指導ポイント

発達障害領域に関わる疾患の多くは出生から生涯に渡るものであり、障害像も疾患・重症度・時期（年齢）・環境により大きく異なる。発達障害に関わる作業療法士は、対象者がこれから獲得・体験していく過程を支援する存在となる。

学生は、疾患・障害については小児科学・精神医学で、発達については人間発達学・心理学等で、更に作業療法専門領域で発達障害の作業療法を学ぶが、疾患のイメージ、正常（標準）発達、年齢による生活課題のイメージがつきにくい。実習指導者はこれらの並行する結びつきを理解できるよう促すことが重要となる。

また、発達障害領域に関わる作業療法士の活動の場が、NICU、重症心身障害児施設、療育センター、就労支援施設、発達支援学校、在宅への訪問、リハ専門病院での外来小児科など幅広く、実習指導者の所属場所や経験、アプローチ方法も多様である。

障害像を理解するために、疾患の理解、情報収集、状態像の観察による把握、必要に応じた検査・評価等を実習指導者と行ない、ICF の概念に落とし込みながら、「活動」・「参加」へと繋げる支援方法を考える。また、他職種間との共通理解の観点から、用語の使用についても注意したい。

（1）疾患・障害の理解

疾患の基本的な理解が必要である。その疾患の予後を含めた、発達の的な変容を知る必要がある。例えば、福山型筋ジストロフィーは、加齢とともに進行し、移動やADLが困難になる疾患であることを理解しておく。また疾患のタイプにより障害像が異なることを理解する。例えば脳性麻痺の痙直型とアトローゼ型などの違いである。さらに軽度な障害から重度な障害で、障害像・生活像が異なることも理解していく必要がある。例えば、脳性麻痺であっても下肢の足関節の動きに軽い麻痺のみられる軽度な対象者から、大島の分類の1～4（重症心身障害）に該当する重度な障害を呈する対象者まで、幅があること、自閉症スペクトラム症のように、集団になると不適応が目立つ・運動の不器用さが目立つといった対象者から、コミュニケーションが困難といった対象者まで、各疾患の特徴・幅があること、これらが年齢（発達）によって変わってくることを作業療法場面の見学・サポート・作業療法実践の模倣を通して結びつけられるように指導する。

（2）対象者を取り巻く環境からの情報（検査結果も含む）

支援の一つとして作業療法を実施する場合、共通の方向性を持つために、関連職種からの情報収集は重要である（表5・22）。療育場面、保育場面、病棟生活、家庭生活において、どのような状況なのか知っておく必要がある。また過去の発達検査の結果などから、運動・認知・社会領域の発達レベルを知っていれば、発達の延長線上を推測することができる。また重症心身障害児施設等では体調が変動することのリスクも含め、看護師を含めた病棟スタッフとの連携が重要になる。検査する時間・機会や、保護者と面談する機会がない場合は、これまでの検査記録が参考になるので検査方法や記録方法・解釈を知っておくことが大切となる。

表 5 - 22 関連職種からの情報収集内容（例）

職名	情報収集内容
医師	疾患の診断の根拠、病態と障害について 今後の目標・方向性 治療（手術・薬など）、経過・副作用
臨床心理士	発達検査の結果・経過・特徴 両親や兄弟、家庭環境の情報など 好きなこと・得意なこと
理学療法士	運動機能の評価、中・長期的な目標など 装具・車椅子・座位保持装置など 好きな運動遊び
言語聴覚士	言葉・コミュニケーションの発達について 口腔機能・食事について
保育士	保育・集団での様子、遊び、友達関係、参加状況など 保育目標、好きな遊び・得意なこと

（３）家族・養育者からの情報収集・面接（図 5 - 2）

家庭での様子、生活全体、養育者の思いを、支援時間や面談の時間を作り情報収集する必要がある。また、ペアレントトレーニングといったものを考える場合にも重要となる。発達段階の把握や作業療法目標を意識した情報収集を導く必要がある。また、療育が複数の施設にまたがっていることも多いので、他の関わっている施設での情報や支援の状況も聞き取る場合もある。

面接では、信頼関係の構築や、支援の視点の共有などが作業療法を進めていく重要な要素となる。家族・養育者の対象者に対する障害受容を考慮し、学生は実習指導者が行う時間に同席する程度が望しい。

必要な情報を読み取る

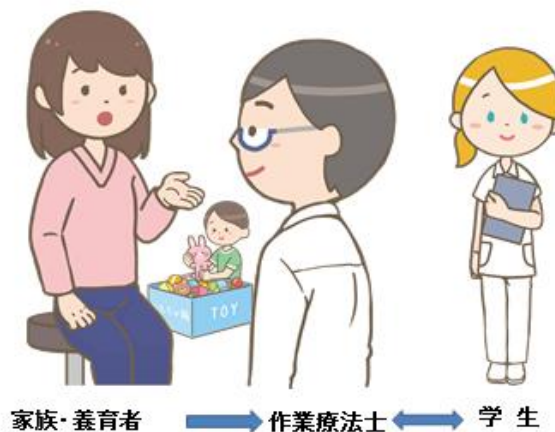


図 5 - 2 家族・養育者からの情報収集・面接

（４）状態像の観察

外来や重症心身障害児施設では、学生が直接対象者の評価を行うことは少なく、対象者の観察が評価の中心になる。例えば、訓練室での遊びの展開や会話、食事などの様子から、いくつかの機能の発達段階を推測する。

①移動の状況：歩行・姿勢の変換・安定性・代償動作（運動機能）

- ②遊びの状況：何に興味がありそうか。それがうまくできているか（知的な精神機能面・手指の巧緻動作）
- ③コミュニケーション：親・セラピスト・友達との話し方や関わり方（言語機能や社会性）
- ④食事場面：固めの食材を食べられるか・スプーンや箸の使用・好き嫌い・マナー（口腔機能・手指の巧緻動作・社会性）など
- ⑤している粗大な運動機能の観察（移動・運動・遊び）
- ⑥している巧緻動作の観察（保持・操作・遊び）
- ⑦知的機能（認知・理解）の状況を観察する（遊び・会話・興味）
- ⑧その他の特徴（感覚に対する反応・対人・表現・個別・集団・得意・不得意）

（５）検査・測定の確認（観察・情報収集による見立ての確認）

観察、情報収集では不足する必要な検査・測定がある場合、基本的に検査や測定は、実習指導者が行うものを見学し記録する。学生はサポート・模倣する機会があれば行う。終了後に指導者のフィードバックの下、検査・測定で必要な項目を記載し、解釈につなげる。

外来では、ADL や日常生活における遂行状況など生活場面の評価項目は、養育者からの情報収集が中心となる。

（６）解釈

観察・情報収集等の評価結果を ICF に分類して、問題点と利点を比較しながら、活動制限や参加の制約との関係性を理解できるように支援する（図 5-3）。年齢・発達のスピードも考慮しながら、現実的な活動の拡大への支援方法を考え、短期目標・中・長期目標を具体化するように指導する。

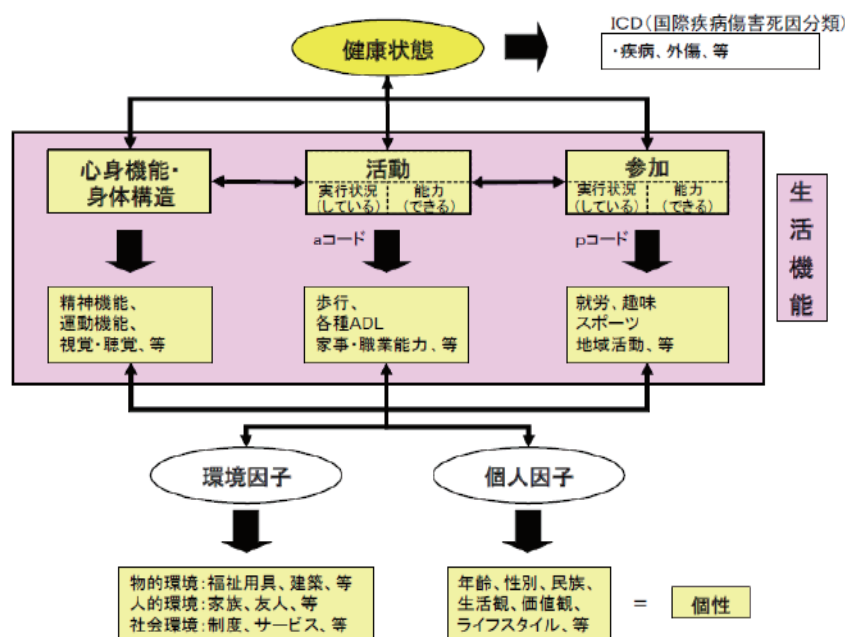


図 5-3 ICF を用いた解釈

２）作業療法の目標と課題の指導ポイント

（１）目標設定と課題設定のプロセス

介入方針は、リハチームや作業療法士がすでに継続して行われているものである。学生は対象者の疾患・障害の理解、情報収集、観察等の評価結果をまとめ、実習指導者が行う作業療法を観察しながら、「どのようなプロセスで作業療法を展開しているのか」説明できるようになることを目標に指導する（図 5-4）。

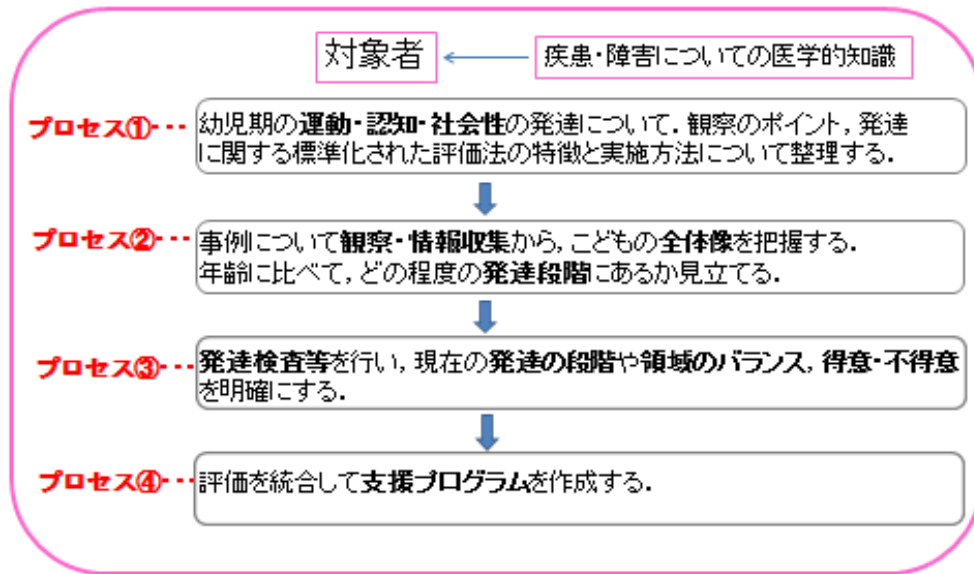


図 5-4 作業療法を展開するプロセス

（２）短期目標（何ができるようになれば、何につながるのか考える目標設定）

中・長期の目標達成のため、何を経験し獲得することが大事か。その中でも作業療法を展開して、近づけることは何かを考える。実習指導者が実施していることを観察し、短期目標を推測し、フィードバックを受ける。自助具の使用・環境調整等、介入が即効性を持つものもあり、実習期間中に、目標に対する検証（再評価）ができる場合がある。また、目標が対象者に対して十分にモチベーションが得られるものか検討する。

（３）中・長期目標（参加・ライフサイクルを見据えた目標）

対象者・家族は、年齢を重ねるごとに就学・進学や環境の変化に直面する。それまでに準備できることは何か、どんなことを作業療法の目標にするのか、できるだけ現実的で具体的な目標を立てていけるように、実習指導者が導く。今が、過去から未来への延長線上であることを目標設定の中で考えられるようにする。また、福祉用具・機器（姿勢保持）、サポート機器（ICT やスッチ）・自助具等の適応の可能性を考える機会とする。

3) 作業療法の指導ポイント

作業療法実施（参加・サポート）の状況に関し、実習指導者と下記の①～⑤に対してフィードバックを行なう。

- ①対象者・養育者に寄り添っていたか
- ②目標・課題に沿ったアプローチであったか
- ③その日の状況・状態に合わせたアプローチであったか
- ④次のアプローチ方法の確認
- ⑤記録・考察ができているか

4) リスク管理の指導ポイント

リスク管理については、医師・実習指導より情報収集しておくこと、作業療法実施（見学・レポート・模倣）時に気付くことがあれば速やかにスタッフに知らせるように伝える。特に呼吸器疾患や循環器疾患を合併しているケースは慎重な対応が必要であることを指導する。また、養育者・家族への言動・応答は、慎重に対応するように指導する。

5) 就学支援 特別支援教育との関わり（地域での活動）

臨床実習の期間中に、就学支援や特別支援教育に携わる作業療法士に同行し、保育所や学校に訪問する機会があるかもしれない。作業療法士が、対象者の環境をどのように評価し、関係者とどのような関係を持ちながら支援を行っているか、学ぶことができる機会となる。

6. 認知症に対する作業療法

1) 障害像の理解の指導ポイント

認知症をもつ人への作業療法の目的は、中核症状や認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）により失われた能力や生活のつまずきに対して、再獲得・再構築するように働きかけ、安定した生活につなげることにある。そのためには基本的な医学的知識を踏まえたうえで、対象者の生活史、パーソナリティ、心理面、取り巻く環境と相まって、どのような BPSD や生活上の問題が生じているのか的確に評価し、障害像を捉えることが重要である。

指導者は学生が、上記の障害像について理解を深めることができるよう指導を進め、同時に作業療法士が認知症をもつ人に対してできることを教えていく。指導のポイントとしては、①認知症をもつ人に対して、対象者の「良い状態（well-being）」を引き出すこと、②居場所づくり、役割の獲得、尊厳の獲得を考慮しつつ活動と参加の充実を図るなど、生活モデルを視点とした介入が BPSD 軽減から生活安定、QOL 向上につながることで、③そのための手段として、作業療法士は意味のある作業の提供、環境調整（人的・物的）を中心に多職種と連携しながら生活援助を進めていくことがある。

（1）情報収集

①基本情報

年齢、性別、家族構成、キーパーソン（介護力）、介護保険の区分、現病歴、既往歴、仕事の状況（退職後、休職中）、趣味、性格などを確認しておく。

②関係職種からの情報収集

- ・医師：薬物療法の内容と目的（抗精神病薬を服用している場合には副作用などのリスク面）、BPSD の経過と予後など
- ・看護師：病棟、施設内での 1 日の過ごし方、BPSD の頻度・内容（どのような場面で BPSD が出現しているかなど）、看護目標、看護計画など
- ・理学療法士：訓練内容と目的、訓練中の様子や関わりで注意していることなど
- ・ソーシャルワーカーもしくは介護支援専門員（ケアマネージャー）：対象者が入院中あるいは老健入所中であれば今後の転帰予定、家族の退院（所）に向けての考え、在宅の対象者であれば、利用中のサービス（インフォーマルも含めて）や在宅生活上における問題やケアプランの基本方針など

③家族からの情報収集

対象者はどのような人だったのか、生活歴（趣味や興味、大切にしているもの、日課、過去の仕事、出生地など）の他、在宅の対象者であれば家での一日の過ごし方・役割、介護者の立場として介護上困っていることなど。また、家族介護者の介護負担感も対象者の在宅生活を継続していくうえで極めて重要な評価項目となる。可能であれば、副介護者の有無の確認なども含めて、Zarit 介護負担尺度（ZBI）など質問紙の評価も検討する。

（2）関係性の構築

対象者の評価実施の前に学生との関係性の構築が優先される。指導者は対象者の作業療法場面

にて、学生と対象者がともに作業をしながら会話できる場面を設定するなど、関係性が深まる機会を積極的につくとよい。その際、「短く、はっきりと、わかりやすい言葉」で、時にはノンバーバルコミュニケーションを交えることも有効であることを指導し、手本を見せ、必要に応じて模擬練習をする。学生が何を話していいかわからず、コミュニケーションがうまく取れない場合は、指導者が会話のきっかけの作り方(作業中の作業の内容について対象者に聞いてみるなど)を教えつつ手本を示すと学生へ理解が促しやすい。

(3) ニーズの評価

関係性がとれたところで面接を実施し、対象者のニーズを評価する。面接で認知症の人のニーズを引き出すことは技術、知識、経験が求められるため、学生の聴取では困難が予想される。例えば「最近は何もしたくない、特に好きなことはない」などの対象者の発言に対して、家族や関係職種の情報を参考に「昔、編み物をされていたそうですが、どんなものを作っていたのですか？」などと掘り下げていく様子を指導者が見せ、引き出し方を学生にフィードバックするとよい。学生が面接に臨む際には、事前に作成した質問項目や興味チェックリストを用いて、指導者と模擬練習を行うとよい。通常の作業療法場面での会話のほうが対象者の本音を引き出しやすい場合もある。その場合は、面接にこだわらずとも日常会話の流れでさりげなく聴取するとよい。

(4) 臨床評価

①疾患特性の理解

アルツハイマー病(AD)、レビー小体型認知症(DLB)、脳血管性認知症(VaD)、前頭側頭型認知症(FTD)他、類縁疾患を含むと認知症の症状は多岐にわたり、ADのもの盗られ妄想、DLBの幻視、FTDの常同行動など疾患特異的なものも多くみられる。例えばFTDの易刺激性を誘発しないように環境調整を行いながら作業療法プログラムを立案するなど、事前に疾患の特性を理解することは、作業療法介入の上でも重要なことである。

②認知機能の評価

Mini-Mental State Examination (MMSE)、改定長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) など多数挙げられる。重症度や症状によっては測定困難であるかが信頼性に欠ける場合があるため、学生が対象者に対して必要な評価を抽出する際、指導者が評価の目的と遂行可能であるかを吟味したうえで、必要性をフィードバックし、その後、模擬練習を行うとよい。

③BPSD 評価

BPSD は器質因(中核症状)に心理的要因、環境要因などの状況的要因が加わり、その人の生活史(一番大切にしているもの、家族関係、仕事、生活習慣など)と相まって出現する(小澤勲, 2005)。学生が系統立てて BPSD 出現の機序を整理することで、対象者の思いを理解することにつながり、初回コミュニケーション時の共感的関わりの一助にもなる。例えば物盗られ妄想では、財布を引き出しにしまう→そのことを忘れる(体験そのものの物忘れ)→自己防衛的な心理面が働き、第3者を疑う→日頃の関係上、一番言いやすい家族を攻撃する、というように器質因から心因反応、日頃の家族関係と相まって妄想が出現する場合がある。可能であれば事例を通して説明すると学生の理解も深まりやすい。また、5W1H(いつ(When)、どこで(Where)、誰が(Who)、何を(What)、なぜ(Why)、どんなふうに(How))の視点で BPSD が出現する場面を観察評価することで、環境因など複数の要因(ストレッサー)を分析しやすくなる。

BPSD の評価は主に観察によるものであるが、Dementia Behavior Disturbance Scale(DBD)や問題行動評価票(TBS)は観察により頻度を点数化できるもので、アウトカムとしても使用できる。また在宅の対象者には BPSD とあわせて生活機能の評価する Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System -21items (DASC-21)も有用である。

④ADL、QOL 評価

ADL 評価は Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)など認知症に特化したものがあり、

QOL 評価は Dementia Quality of Life Instrument(DQoL)が使用できる。ただし、DQoL は重度の認知症の人からは聴取が困難であるため、必要に応じて家族や他職種から生活の様子を情報収集し、発言や発話量、表情などを場面ごとに評価して認知症の人の心理面を推し量ることとなる。その際、可能な限り客観的に評価できる指標を独自に作成してもよい。

表 5-23 認知症をもつ人の評価・測定ツール（小川ら，2014 より一部改変）

項目	評価
意味のある作業	カナダ作業遂行測定（COPM）、NPI 興味チェックリストなど
ADL	Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)、 Functional Independence Measure(FIM)、 Assessment of Motor Process Skills（AMPS） など
認知機能	Mini-Mental State Examination（MMSE）、 改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R） など
BPSD	Dementia Behavior Disturbance Scale(DBD)、 問題行動評価票(TBS)、 Neuropsychiatric Inventory(NPI) など
BPSD・生活機能	Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System・21items (DASC-21)
介護負担	Zarit 介護負担尺度(ZBI) など
QOL	Dementia Quality of Life Instrument(DQoL)、 Dementia happy check(DHC) など

2）作業療法の目標と課題の指導ポイント

（1）目標設定

対象者、家族のニーズと評価結果をもとに ICF を整理し、本人の症状の程度、生活状態を踏まえたうえで対象者と具体的かつ達成可能な目標を設定する。作業療法プログラムでは、目標達成にむけて対象者にとって意味のある活動や参加（作業）について検討する。介入の根拠を明確にすることが重要であり、アウトカムについても指導者－学生間で検討するとよい。

①長期目標

入院中では在宅復帰、デイケア通所などの場合は在宅生活の維持などが目標となるが、どのような状態で在宅復帰（維持）なのか具体的な目標を立てるように指導する。状態とは BPSD 軽減、認知症進行予防などを内包したうえで対象者の活動と参加の充実、生活リズムの安定、QOL 向上などを指す（例：園芸活動を通しての生活のリズム・心身の安定など）。

②短期目標

長期目標達成のために、当面对応すべき課題（BPSD など）を明確にし、具体的な目標を立てるように指導する（例：花の水やりなど役割獲得による不安軽減）。

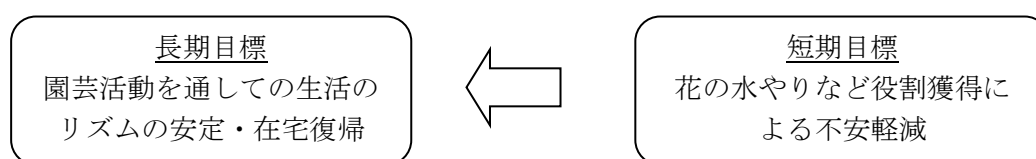


図 5-5 目標設定例

(2) 介入計画

目標達成にあたり、手段となる活動を決定し、そのための準備や環境調整、対象者への導入方法（声かけなど）を学生と検討し、指導する。対象者の課題や目標に応じた介入前後のアウトカムを明確にする（例：1週間単位での攻撃的行動の頻度、活動の参加率、DBDの下位項目で治療ターゲットとなるもの）。経過において作業遂行能力、表情、発話など活動場面の様子も尺度を用いて評価することで客観的な推移をみることができる（例：園芸であれば、淡路式園芸療法評価表など）。

3) 作業療法の指導ポイント

(1) 導入

導入時は、その後の活動継続に影響する最も重要なタイミングであるといえる。そのため、対象者の負担や不安を起こさずに、かつ興味をひいてもらうように、さりげなくすすめていくことが望ましい。まず、対象者への声かけや活動の勧め方など指導者が手本をみせ、その後、声掛けのタイミングや、言葉のかけ方・選び方など、どのような点に留意するのかフィードバックするとよい。また、創作活動など作業遂行時は失敗体験を起こさないさりげない配慮についても指導する。

導入直後は、活動中、後における表情や発言の様子を観察し、活動の有効性を評価する。対象者に成功体験を得てもらうような働きかけについても指導する。また、時間、場所、関わる人など環境調整においても適時、修正の必要性についても検討するように指導する。

(2) 経過～介入後

活動を通した他者とのつながりなど適時環境調整を行うように指導する。成功体験についても口頭での賞賛だけでなく、イベントにて強化することができることも指導する（例：創作活動による作品であれば、家族へのプレゼントや室内の飾りなど）。介入後は成果の検討として、前述のアウトカムを用いることで介入前後の意義と根拠を示すことが可能となる。

(3) BPSD 発生時の対応

不安など声かけや会話で落ち着く場合は指導者が関わり方を示し、学生にフィードバックする。対象者の症状増悪もしくは学生に危険が及ぶ可能性がある場合は速やかに指導者が介入し、対象者と距離を置くように対応する。

4) リスク管理の指導ポイント

(1) 転倒

DLBではパーキンソン症状も伴うため、転倒のリスクが高い。また、身体機能も高く、認知症が軽度の場合であっても注意機能低下による転倒のリスクがある。認知機能や身体機能の他、複数の要因（多因子）が重なり転倒が発生することを理解し、活動時における動線や周囲の障害物、人の確認について指導する。

(2) 異食

重度認知症者では、作業活動に用いる道具・材料（紙、糊、布）などを誤認し、口に入れるリスクがあるため、作業活動時は机上のものを整理する。必要時に出すときは、見守りをするように指導する。

（３）刃物類の扱い

対象者が行う作業に伴い、はさみ・カッターなど使用する際は、対象者の道具操作、作業遂行能力、精神状態を確認しておく。認知面、身体機能面、精神状態の問題において刃物操作に不安が強い場合は、見守りのうえ介助、それでも危険性が強い場合は作業変更を検討する。

（４）他者とのトラブル

他者への過干渉、入院・入所であれば他者の部屋への出入りなどが発端となり、トラブルへと発展するケースもある。トラブルの当事者となる認知症者の認知機能・重症度などを評価したうえでトラブルに至るまでの背景を分析し、状況に応じた対策を講じる。学生にも対策とその理由について申し送り、注意を意識づける。

（５）不適切なケアにより生じるリスク

BPSD は中核症状に心理的、状況的要因が加わって出現する（小澤勲，2005）。したがって、医療・介護スタッフによる不適切なケア（不十分な対応、行動の制止、身体拘束など）を行うことで、本人にとって不遇な状況が生じ、そこから不安が高じて興奮・攻撃性へとつながる可能性もある。認知症者にとって安心できる声かけを行いつつ、今置かれている状況を適時見守り、必要に応じてスタッフに報告するように指導する。

Ⅲ．地域作業療法

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年に向けて、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進めている。地域作業療法は、「地域住民のうち、家庭生活・地域生活・職業生活などにおける作業行動に不自由があつて、そのために生活課題に支障をきたす、あるいはその恐れがある人に対して（対象）、作業行動の自立促進の立場から治療・訓練・指導・援助することによって（手段）、人としての生活での再建・再構築を行い、人生課題を尊厳を持って主体的に遂行するよう（目標）、支援すること」（寺山久美子，2006）である。このことから、作業療法士が「地域包括ケアシステム」の構築において重要な役割を担うことが予想されるため、地域包括ケアを担う人材育成の一つとしての地域作業療法分野での実習経験の意義は大きい。ここでは、リハビリテーション専門職が必置である介護老人保健施設および通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを念頭に学生へ教授すべき視点を述べる。

１．生活障害の理解に対する指導ポイント

地域作業療法の対象は地域で暮らす人であり、日々、すべき作業、やりたい作業がある生活者である。この生活像をとらえるためには国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF）による生活機能（心身機能・構造、活動、参加）に加え、背景因子（個人因子、環境因子）の把握が不可欠である。そして、地域の作業療法士には、対象者が地域生活を営む上での生活上の課題や、将来的に困難となることが予想される課題が何に由来しているものかを、包括的に考察することが求められる。しかし、学生はとかく目に見えて分かりやすい心身機能・構造に着目しやすく、また、生活課題を抽出したとしても生活の一部を断片的に切り取っているだけになってしまうことが多い。そのため、この生活課題が達成されることで対象者の生活がどのように変化すると予測できるか、という将来像までイメージできることが重要であろう。

生活行為向上マネジメント（Management Tool for Daily Life Performance : MTDLP）は、①対象者を心身機能の側面から理解するのではなく、「生活する人」として活動から参加までを見据える視点、②対象者の生活を過去から現在そして将来までの「連続している生活」と理解し、一連の流れの中で生活をとらえる視点、③対象者の個人の作業からはじまり、地域の社会資源の活用までを幅広くとらえた「作業の拡がり」を見据える視点、という 3 つの包括的な視点を重視しているため、学生が対象者の全体像を偏りなく把握することができるという利点があるため、MTDLP を臨床実習で活用することが有効である。

1) 他職種連携とは

高齢者や障害のある人が地域での生活を継続する場合、介護支援専門員や相談支援専門員の作成したケアプランに基づき、すべてのサービスは展開される。地域での在宅生活は複数の要因が複雑に影響しあうケースも多く、対象者のニーズが多様化する中、対象者個々の生活ニーズに対し、本人・家族はもとより、主治医や看護師、リハビリテーション専門職、介護サービス事業所などの関係機関が役割を分担しながら、課題の解決や生活の質の向上を図る必要がある。ときには民生委員や自治会・町内会・近隣住民などのインフォーマルサービスとの連携も必要であるし、地域生活支援の情報源である行政と連携するケースもある。ここでは、生活課題の解決のために組織されたチームが、常に共通の目標に向かってアプローチを行っていることを念頭に置き、役割分担の調整や情報共有を図ることが必要になる。

学生の多くは社会保障制度に関する知識は教科書レベルに留まっており、生活支援の具体的運用に関するイメージは乏しい。実習指導者は、対象者に提供されているサービスの種類、提供機関や関係職種の役割について整理し、また、関係機関との情報共有について、手段（サマリー、直接会う、メール、電話など）やその提示内容（本人・家族、他職種に分かりやすい表現の仕方等）、タイミングについて具体的方法を指導するとよい。前述した MTDLP には、医療機関から介護保険サービス施設へ申し送る「生活行為申し送り表」や、介護保険サービス施設から医療機関へ申し送る「医療への生活行為申し送り表」などがあり、各施設担当の作業療法士、介護支援専門員などの連携ツールとして用いやすい。生活行為申し送り表では、元気なときの状態、本人のできるようになりたいこと（本人の意向）、これまで実施してきた作業療法の目的と内容、日常生活の過ごし方、現在の生活状況、アセスメントのまとめ、今後継続するとよい支援内容やプログラム等を申し送ることができる。学生が、こうして他機関に引き継ぐ情報を、実際に書式を作成しながら考察することもよい。また、サービス担当者会議では関係機関による課題の共通理解や支援方法、支援計画を協議し、事業所間（職種間）の役割を分担する場であるため、チーム協働のあり方について理解が深まる。参加が可能な場合は積極的に経験してもらうとよい。

2) 作業療法評価

(1) 評価の視点

地域での在宅生活を送る対象者に対する作業療法評価では、ICF の心身機能・身体構造、活動と参加の「生活機能」と「背景因子」としての環境因子、個人因子が複雑に関係しあって成り立っており、その内容・程度は一人ひとり異なることを捉えるとよい。表 5・24 に ICF の構成因子別に評価ポイントを示した。地域で暮らす対象者は特に環境因子の影響を受けやすいため、家屋や屋内外の居住環境、家族構成や近隣との関係、居住地域での社会資源といった情報も必要となる。さらに、対象者一人ひとりの個別性を理解するには、本人の個人因子（特に、生活歴や職業歴、趣味、興味、役割など）が過去・現在・未来と連続した時間軸の中でどのように変化してきたのか（していくのか）を把握する（図 5・6）。臨床実習においても、学生が指導者の助言を得ながら対象者の個人因子を聞き取り、過去の経験や現在の生活状況を整理しながら、今後の希望や、生活全般に関するニーズの把握を意識して行う。これらの情報を統合解釈することで、生活障害が何に由来しているのかを推察していく。

表 5・24 作業療法評価のポイント

評価項目	ポイント
医学的情報	高齢者では複数の疾患や合併症を呈することが多く、リスク予測・予防のために主治医や医療提供者から情報を得る。
背景因子	個人因子：生活歴や職業歴、趣味、役割などから対象者自身の想いを確認する。 環境因子：生活に影響を与える物的環境（住環境、福祉用具など）や人的環境（家族構成、介護力、介護ストレスなど）を把握する。
活動	ADL・IADL等の動作について、安全性、実用性、解除の程度等を確認する。特に居宅（施設）サービス計画書に挙げられている解決すべき ADL・IADL の項目については丁寧に確認する。また、できる ADL、している ADL について質や量の差を知ることを行う。
参加	地域社会や家庭内での役割、参加の程度、参加を阻害する要因等について確認する。
心身機能・身体構造	焦点化された生活課題の要因を動作分析的視点で分析し、予測された心身機能・構造レベルの課題について必要な検査測定を実施する。

（２）検査・測定での確認

対象者本人や家族への面接で得られた情報から、次に現在の生活障害の要因を分析するには ADL や IADL、健康関連 QOL 他、個々の評価を行う。ADL や IADL のどの部分に生活障害があるかが明らかになっている場合は、実際のやり方や動作を確認しながら問題となる要因を推測していく。要因が心身機能・構造にあることが予測される場合は関節可動域や筋力、感覚・知覚機能、日常の会話からの認知機能の評価等を実施するが、訪問リハビリテーションなど在宅での評価では、特定の測定用具を用いた検査・測定を実施することは少ないため、実際の動作観察を通して関節可動域や筋力、平衡機能等を予測することが多い。学生にとって、検査・測定は用具や測定機器を用いて行うとの認識が強い傾向にあるため、動作観察による評価方法とその結果の解釈の仕方について、評価した心身機能が生活行為のどこに有利に働き、どこを困難にしているのかをつなげて理解させることが必要である。

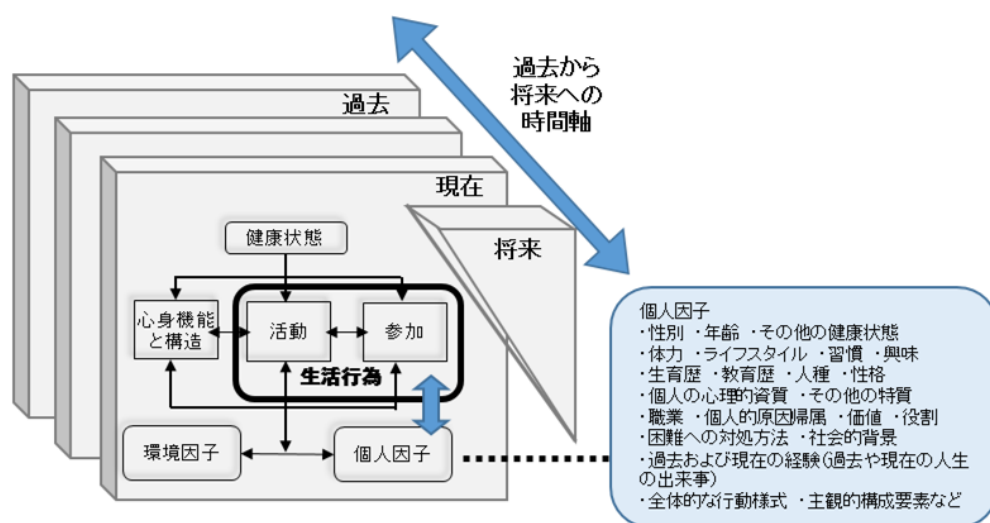


図 5－6 生活行為の時間軸でのとらえ方（日本作業療法士協会，2017）

(3) 統合と解釈、対応すべき生活課題の焦点化

ここでは評価で得られた ICF における 5 因子（心身機能・構造、活動、参加、環境因子、背景因子）相互の影響を明らかにし、作業療法における生活課題を焦点化する。この焦点化の過程では、対象者の背景因子を考慮しながら、各因子の肯定的側面と否定的側面について、取り組むべき緊急性・重要性などの視点から優先順位を決定し、優先順位が上位のものから列挙させる。優先順位の決定にあたっては、「緊急性があること」「本人・家族が優先的に解決したい、取り組みたいこと」「すぐに効果が見込まれること」「悪循環を作り出す原因となっていること」「主治医からの指示や医療上の課題」等の視点から総合的に判断するように指導すると分かりやすい。

学生は、これらの膨大な情報量をもとにした統合と解釈、生活課題の焦点化は、指導者との口頭でのディスカッションのみでは十分に理解できない場合もある。その場合、ホワイトボード等を用いて全体像を可視化することで把握しやすくなる（図 5・7）。これは学生に記載させてもよいし、指導者が学生の意見をもとに記載してもよい。質問と発言を繰り返すことで情報が整理でき、新たなアイディアや発想を促すツールとしても有効である。また、学生から出された意見を、指導者が見方を変えてストレングスの視点に置き換えて説明することで、否定的側面ばかりに着目するのではない全体的な捉え方を促すことができる。

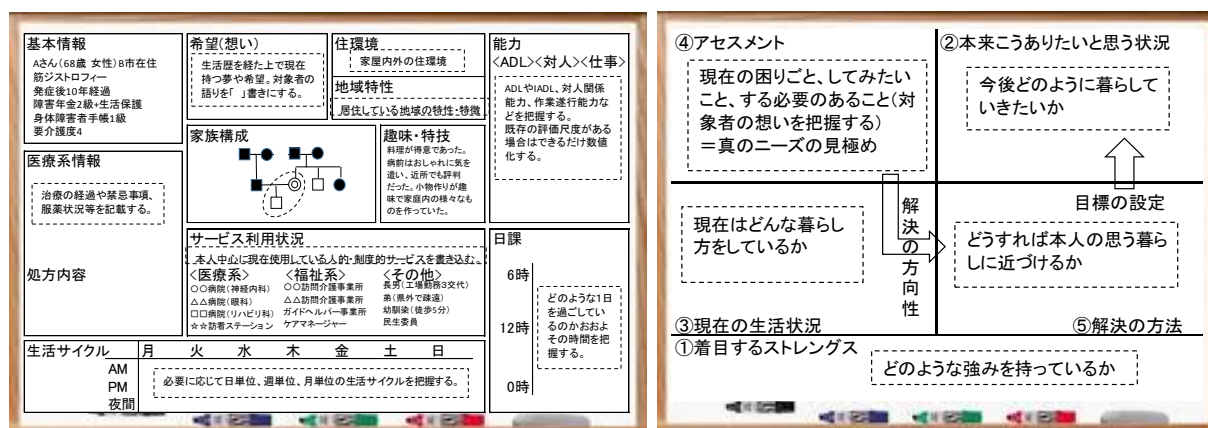


図 5・7 ホワイトボードを活用した全体像のとらえ方の一例



対象者の全体像の把握、生活課題の抽出、要因分析を行ってみよう！
大切なところは青、決定事項は赤、など色を分けると整理しやすいよ。

2. リスク管理の指導ポイント

施設利用時や在宅訪問時に対象者の急変に遭遇した場合、作業療法士も必要に応じて救命処置等の応急手当を実施する必要がある。一次救命処置（BLS；気道の確保、胸骨圧迫、AED の操作等）の一連の流れについては、実習開始時に学生に説明しておくべきである。また、特に高齢者や基礎疾患を有する障害者では日ごろから対象者の健康状態を把握し急変を予測する必要がある、そのために協業する他職種との情報の共有化が重要であり、日常的に意見交換のできる関係作りを心がけることを伝えておく。また、急変時や転倒、誤嚥等の事故への対応については、所属機関の対応マニュアルを元に説明しておく。

3. 作業療法の目標と課題の指導ポイント

地域での介護保険対象者への作業療法は、基本的に介護支援専門員が作成したケアプランに従って実施され、「居宅（施設）サービス計画書」の「総合的な援助の方針」に対応させて、長期目標、短期目標、援助内容を決めていく。長期目標は6ヶ月から1年、短期目標は3ヶ月程度を目途に設定するが、対象者の症状や病期によっても異なる。

学生には、作業療法目標を設定する場合は、居宅サービス計画書とリハビリテーション計画書を関連させるようにする必要があることを指導する。プログラムの立案に当たっては、解決すべき生活課題（生活行為）の工程分析を行い、できている部分とできていない部分、また、できない要因としていない要因等について分析し計画するよう指導する。MTDLPでは、生活行為アセスメント演習シート（図5・8）で対象者の心身機能と構造、活動・参加、環境因子の原因と強みを分析し、対象者の望む生活行為の予後予測に基づき、概ね3ヶ月を目途に達成可能な目標を設定する。しかし、学生の臨床経験では予後予測は難しく、ここは実習指導者の助言が必要な部分である。対象者の状態像の経過について説明しながら達成可能な目標設定を理解させる必要がある。さらに、生活行為向上プラン演習シート（図5・9）では主に心身機能に働きかける「基本的プログラム」、実際の生活場面を模した模擬的な練習を行う「応用プログラム」、実際の環境で行えるように働きかける「社会適応プログラム」の3段階で構成されているため、この3種類のプログラムを相互に関連させて、目標とする生活行為の達成に繋がるようなプログラムの計画立案を指導すべきである。

作業療法士が日々の業務の中で、居宅サービス計画書には記載のない本人の想いや具体的な生活目標が聞き取れた場合や、プログラム立案にあたって他職種や他機関との連携が必要な場合は介護支援専門員へ報告し、必要に応じてケアプランへの追記・変更を依頼する場合もあることも補足説明するとよいだろう。

生活行為アセスメント演習シート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日：H _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活行為目標 （聞き取り表から抽出）		合意した目標 （聞き取り表へ）	
--------------------------------------	--	-----------------------------------	--

↓
↑

アセスメント項目		心身機能・構造の分析 （精神機能・痛み・感覚・神経・筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力・セルフケア能力）	環境因子の分析 （用具・環境変化・支援と関係）
生活行為を妨げている要因 （ICFコードを併記）				
生活行為目標達成可能な理由と根拠	現状能力 （強み） （ICF併記）			
	予後予測			

図5・8 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

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日：H _____ 年 _____ 月 _____ 日

合意した 目標	生活行為工程分析		達成のためのプログラム	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	企画準備力 PLAN	実行力 DO				
			いつ・どこで・誰が支援して行つか	本人		
				家族		
				支援者		
	達成		☐ 達成 ☐ 変更達成 ☐ 未達成（理由： _____ ） ☐ 中止 【結果サマリー】			

図 5 - 9 生活行為向上プラン演習シート

4. 作業療法の指導ポイント

1) 生活機能へのアプローチ

地域在宅における作業療法対象者の疾患は実に様々であり、同じ疾患であっても年齢や性別、病期や進行度によってアプローチの内容や方法は大きく異なる。対象者特有の生活課題の解決や目標達成のために、疾患の特徴を踏まえた心身機能・身体構造の回復支援や動作の変更、環境調整等へバランスよくアプローチを行う。生活行為向上マネジメントの3段階のプログラムでは1回の治療で一連のプログラムをすべて実施する場合もあれば、「応用プログラムと基本的プログラム」、「応用プログラムと社会適応プログラム」のようにいくつかのプログラムを組み合わせることも可能である。

学生には、生活行為の達成のためには、いわゆる機能回復訓練に偏らず、活動・参加にもバランスよく働きかける必要性を理解するように促す。また、一連の練習によって可能となった生活行為が生活の中で実際に行えるようになることが重要であり、そのためには本人や家族、関係機関との情報共有を密に行うことや必要に応じた自宅でのモニタリング等も積極的に行う必要があることも強調する。

2) 福祉用具・住環境整備

(1) 福祉用具

障害や加齢等の理由により、生活行為の遂行に困難をきたしている場合、補装具や福祉用具による代償機器を適切に使用することで課題が解決することがある。学生は「頭に手が届かない」場合は「長柄のブラシ」、「ボタンが留められない」場合は「ボタンエイド」というように、短絡的な福祉用具の活用で解決を図ることが多いかもしれない。ここでは、まずその生活行為を行うために重要な動作の障害の原因を解明するために「活動制限」と「心身機能・身体構造」の関係を明らかにし、心身機能へのアプローチで改善が見られない場合に残存能力を活用したアプローチを実施する。そして、これらの解決策で改善しない場合に用具の活用を検討するが、導入のタイミングも重要である。

学生はこの考え方を理解した上で、選定した福祉用具は対象者のどの機能を代償しているのか、なぜこれが適合しているのかを説明できるようになることが必要である。また、介護保険領域での福祉用具レンタル・購入対象種目（車椅子、車椅子付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、体位変換機、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置、腰掛便座、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトつり具部分）の各々の基本的構造と適応する疾患について理解を進めるとともに、必要に応じて補装具や日常生活用具等の理解も促す。

（２）住環境整備

高齢者や何らかの障害を有する在宅生活者にとって、生活環境は生活行為の遂行に大きな影響を与える。不適切な環境は時には転倒などの事故といった生命の危険を引き起こす要因ともなる。地域在宅生活者における環境整備は自立支援、安全の確保、介護負担の軽減が主な目的となる。住宅改修にあたっては、対象者の心身機能をはじめ、生活上の動線や優先順位、障害の予後予測、同居者の意向を含めた住宅評価を実施し、改修の目的、場所、経済面等から計画案をまとめていく。介護保険領域では支給申請のプロセスから対象種目（手すりの取り付け、段差の解消、滑りの防止および移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更、引き戸等への扉の取替え、洋式便器等への便器の取替え、その他付帯工事）の住宅改修の具体的ポイントへの理解が必要となる地域によっては独自の障害者・高齢者住宅改修助成制度等が設けられているため、介護保険での住宅改修費の支給に加え、このような社会資源の情報も押さえておきたい。

【参考・引用文献】

- 1) 田島桂子：看護学教育評価の基礎と実際 第2版. 医学書院, 2009.
- 2) 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン. 2012.
- 3) 日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント 改訂第2版. 2016.
- 4) 鈴木孝治：高次機能障害領域の作業療法. 中央法規出版, 2017.
- 5) 出江紳一：リハスタッフのためのコーチング活用ガイド. 医歯薬出版株式会社, 2009.
- 6) 日本作業療法士協会：作業療法臨床実習の手引き 第4版. 2012.
- 7) 梶田叡一：教育評価 第2版. 有斐閣双書, 1992.
- 8) 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.
- 9) 日本医学教育学会（監）：臨床教育マニュアル. 篠原出版, 1994.
- 10) 松下佳代：パフォーマンス評価 -子どもの思考と表現を評価する-. 日本標準, 2007.
- 11) 松下佳代：パフォーマンス評価による学習の質の評価 -学習評価の構図の分析にもとづいて-. 京都大学高等教育研究18：75-114, 2012.
- 12) 石井英真, 田中耕治（編）：よくわかる教育評価. ミネルヴァ書房, 2005.
- 13) 安藤輝次：一般的ルーブリックの必要性. 教育実践総合センター研究紀要 17：1-10, 2008.
- 14) 小林幸治, 岩崎テル子（編）：今こそ変えよう臨床実習！作業療法のクリニカル・クラークシップガイド. 三輪書店, 2017.
- 15) 鈴木孝治：作業療法教育の最新の工夫（2）作業療法教育における OSCE の現状. 作業療法ジャーナル 41：791-796, 2007.
- 16) 藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科：実習要項【初期体験実習・臨床実習用】2017年度版. 2017.
- 17) 日本作業療法士協会：作業療法学全書 改訂第3版 第4巻 作業治療学1 身体障害. 協同医書出版, 2009.
- 18) 日本作業療法士協会：作業療法学全書 改訂第3版 第3巻 作業療法評価学. 協同医書出版, 2009.
- 19) 長崎重信（監・編）：身体障害作業療法学 改訂第2版. メジカルビュー社, 2015.
- 20) 才藤栄一（監）：PT・OTのための臨床技能と OSCE -コミュニケーションと介助・検査測定編. 金原出版, 2015.
- 21) 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸リハビリテーション委員会ワーキンググループ 他（編）：呼吸リハビリテーションマニュアル 運動療法. 照林社, 2012.
- 22) 高島千敬：作業療法 呼吸リハビリテーション 第4版. 中山書店, 2016.
- 23) 日本集中治療医学会 早期リハビリテーション検討委員会：集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～. 日本集中治療医学会雑誌 24：255-303, 2017.
- 24) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2006 年度合同研究班報告）：心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 2007 年改訂版. <www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2007_nohara_h.pdf>（参照 2018-01-16）
- 25) 山根寛：精神障害と作業療法 - 治る・治すから生きるへ - 第3版. 三輪書店, 2010.
- 26) 日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 15 精神科リハビリテーション関連評価法ガイド. 2002.
- 27) 木村伊津子, 小林夏子（編）：精神機能作業療法学 第2版, 医学書院, 2014.
- 28) 野中由彦, 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター職業リハビリテーション部（編）：平成 29 年度版 就業支援ハンドブック. 2017.
- 29) 日本作業療法士協会：作業療法学全書 改訂第3版 第5巻 作業治療学2 精神障害. 協同医書出版社, 2010.

- 30) 精神保健医療福祉白書編集委員会（編）：精神保健医療福祉白書 2016 精神科医療と精神保健医療福祉．中央法規出版，2015.
- 31) 堀田英樹：統合失調症の作業療法の進め方．中山書店，2009.
- 32) 朝田隆，中島直，堀田英樹：精神疾患の理解と精神科作業療法 第2版．中央法規出版，2012.
- 33) 香山明美，小林正義，鶴見隆彦（編）：生活を支援する精神障害作業療法 - 急性期から地域実践まで - 第2版．2014.
- 34) 佐竹勝，石井文康（編）：作業療法評価学 改訂第2版．メジカルビュー社，2015.
- 35) 山口芳文（編）：精神障害作業療法学 改訂第2版．メジカルビュー社，2015.
- 36) 澤俊二，鈴木孝治（編）：作業療法ケースブック 作業療法評価のエッセンス．医歯薬出版，2010.
- 37) 福田正人，村井俊哉，笠井清登（編）：こころの科学 180 特別企画 統合失調症治療の現在．日本評論社，2015.
- 38) 毛束忠由：第3回クリニカルワークショップを用いた作業療法臨床教育 - 精神科編試論 - ．OT ジャーナル 49：1274-1279，2015.
- 39) 日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 11 精神障害者の生活を支える．1997.
- 40) 山内俊雄（監）：脳画像でみる精神疾患．新興医学出版社，2013.
- 41) 小川真寛，西田征治，内田達二（編・著），宮口英樹（監）：認知症をもつ人への作業療法アプローチ - 視点・プロセス・理論 - ．メジカルビュー社，2014.
- 42) 小澤勲：痴呆を生きるということ．岩波書店，2005.
- 43) 寺山久美子（編）：作業療法学全書 別巻 地域作業療法学．協同医書出版，2006.
- 44) 日本作業療法士協会：事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）「生活行為の自立を目指して」第10版．<<http://www.jaot.or.jp/science/jirei.html>>（参照 2017-01-31）
- 45) 太田睦美（編）：作業療法学全書 改訂第3版 第13巻 地域作業療法学 協同医書出版，2011.
- 46) 小川恵子（編）：標準作業療法学 専門分野 地域作業療法学 第2版．医学書院，2012.
- 47) 野中猛，高室成幸，上原久：ケア会議の技術．中央法規，2009.
- 48) 徳永千尋，田村孝司（編）：作業療法学 ゴールド・マスター・テキスト 地域作業療法学．メジカルビュー社，2011.
- 49) 徳永千尋，田村孝司（編）：作業療法学 ゴールド・マスター・テキスト 老年期作業療法学．メジカルビュー社，2011.
- 50) 木之瀬隆（編）：作業療法学全書 改訂第3版 第10巻 福祉用具の使い方，住環境整備．協同医書出版社，2013.
- 51) 矢谷令子（編）：標準作業療法学 専門分野 作業療法評価学 第2版．医学書院，2011.
- 52) 蜂須賀研二（編）：服部リハビリテーション技術全書 第3版．医学書院，2014.

資 料

資料1 「臨床実習説明」の例（作業療法臨床実習の手引き第4版より）

臨床実習説明書

当施設では、優れた作業療法士の育成に貢献するための一環として、作業療法士学校養成施設の実習生を受け入れております。

今回、学校養成施設名：_____の____年生、作業療法学生：_____
の臨床実習にあたって、_____年 月 日より、_____年 月 日までの間、臨床
実習指導者である当院作業療法士の指導監督のもとに、作業療法の臨床実習をさせていただきたく存じます。

学生の臨床実習では、以下の内容で行うことを考えております。作業療法士教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願い致します。

1. 臨床実習指導者は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに見学・模倣・実施などの方法で臨床実習を行うことについて、あなたあるいはご家族に事前に十分で分かりやすい説明を行い、同意をいただいてから行います。
2. 実習生が臨床実習を行うにあたっては、事前および実施中も臨床実習指導者の指導援助を受け、必要な知識と技術を修得した上で安全性を十分に確保して実施致します。
3. あなたあるいはあなたのご家族は、実習生の臨床実習について、いつでも臨床実習指導者に直接質問することができます。
4. あなたあるいはご家族は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を開始した後も、その実施を無条件に辞退することができます。また、辞退したことによって、あなたの作業療法やその他の診療、看護等が不利益になることはありません。
5. 実習生は、臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を実施している間、および実習が終了した後も、あなたのプライバシーを保護し、個人的な情報を他へ漏らすことがないよう厳守致します。

年 月 日

臨床実習施設名 _____

施設長名 _____

臨床実習指導者（統括） _____

臨床実習同意書

私（_____）は、（学校養成施設：_____）の（学生氏名：_____）
が、（施設名：_____）において、臨床実習指導者の指導監督のもとに、見学・模倣・実施などの方法で臨床実習を行うことについて、上記の通りの説明を受け、納得したので協力することに同意します。

年 月 日

患者氏名： _____

代理同意人氏名： _____

資料2 「作業療法実習生の担当に関する同意書」の例

(作業療法臨床実習の手引き第4版より)

作業療法実習生の担当に関する同意書

私()は、 様に対して、作業療法部門の実習生が担当することに対して以下の説明を行いました。

1. 作業療法部門の診療において、臨床実習中の実習生が、臨床実習指導者の指導のもとに平成 年 月 日から平成 年 月 日まで担当します。
2. 実習生は、あなたの作業療法を行うにあたって、作業療法に必要な面接や検査、測定を行います。
3. 実習生が担当することで、不都合が生じないように適切に指導、介入致します。
4. 実習生が担当することを辞めたい場合は、いつでも辞めることができます。
5. 実習生が担当することに関して、質問や疑問、その他のご意見がある場合は、いつでも担当者()に申し出て下さい。

平成 年 月 日

担当実習生 :

実習指導作業療法士 :

以上の説明を了解、納得しましたので、実習生が担当することに同意します。

平成 年 月 日

ご本人 住所

氏名(自署) 印

ご家族 (関係 :)

住所

氏名(自署) 印

編集者（五十音順）

小林 幸治（目白大学）
鈴木 孝治（藤田医科大学：主幹）
鈴木 憲雄（昭和大学）
首藤 智一（医療法人社団 登豊会 近石病院）
丹羽 敦（広島都市学園大学：主幹）
藤村 健太（藤田医科大学）
三橋 幸聖（昭和大学）
山田 将之（藤田医科大学）
湯澤 大輔（医療法人社団 三医会 鶴川記念病院）

執筆者（五十音順）

五十嵐市世（福井県立こころの医療センター）
遠藤 浩之（常葉大学）
小林 隆司（首都大学東京）
佐藤 真一（藤田医科大学）
澤 俊二（金城大学）
菅沼 一平（大和大学）
鈴木 孝治（藤田医科大学）
鈴木 憲雄（昭和大学）
鈴木 めぐみ（藤田医科大学）
首藤 智一（医療法人社団 登豊会 近石病院）
高島 千敬（広島都市学園大学）
丹羽 敦（広島都市学園大学）
長谷 麻由（国際医療福祉大学）
道又 顕（財団法人広南会 広南病院）
山田 将之（藤田医科大学）

おわりに

教育部はこの9年間、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導要領について（指導ガイドライン）の改訂準備に取り組んできました。

今般、厚生労働省「理学療法士・作業療法士養成施設カリキュラム等改善検討会」（第1回2017年6月26日、第2回2017年9月6日、第3回2017年10月30日、第4回2017年11月22日、第5回2017年12月25日）が開催され、その結果、18年ぶりに理学療法士・作業療法士学校養成施設のカリキュラム等が改正となることが決まりました。

厚生労働省検討会開催に至る背景にはさまざまな事態がありましたが、協会としては今回の改正に合わせて、作業療法臨床実習指針2018、作業療法臨床実習の手引き2018を完成することができました。臨床実習は多様化する社会的要請に対応できる作業療法士を育成するための重要な機会となります。

作業療法臨床実習指針2018、作業療法臨床実習の手引き2018を是非、ご活用ください。

養成教育委員会委員長 澤 俊二