

## 作業療法教育における臨床実習評価に関する一検討

山本 朗 佐藤陽子 豊森千史

### A preliminary study of the rating scale for clinical affiliation in occupational therapy education

This study aimed to gather the basic data for establishing reliability in the rating scale used in our school. The rating scale is divided into five basic skill areas of related academic subjects. Those are Basic OT Skill (BOTS), Activity Application and Teaching Skills (AATS), Activities of Daily Living Skills (ADLS), Basic Management and Administration Skills (BMAS), and Specific Technical Skills which consist of occupational therapy services for physically disabled, mental health, and developmentally disabled. The former four are composed of 30 items and the last is composed of 20 items, and each item is rated as follows: 2 pts for being able to perform with minimal supervision: 1 pt: for being able to perform with moderate supervision: 0 pt for being unable to perform with close supervision. Maximum total score for one affiliation will be 100 pts.

213 recorded score sheets for 71 students have been analyzed in terms of the total score for each affiliation, sub total score for each skill area, and the comparison of converted average score among 50 items. The findings were as follows:

1. The average total score for 71 students was 71 pts. The mental health area showed the highest average point of 77.
2. The average score for each basic skill area was the lowest in ADLS, and the highest in BOTS and BMAS.
3. The converted average score was higher than 90 pts in the items of basic work habits and attitude, working relations, and risk management. This score was lower than 60 pts in the items of evaluation and treatment skill which is specific for OT services.

**Key Words**; rating scale, clinical affiliation, occupational therapy education

#### はじめに

作業療法教育における臨床教育の重要性は、いまさらいうまでもない。厚生省の指定規則

では、総時間数3020時間のうち1080時間が臨床実習と義務づけている。当学科では、1080時間の臨床実習のうち総時間数のほぼ3割にあたる945時間を3年のインターン実習とし

て実施している。従って、インターン実習は授業時間数の上からも重要な部分を占めている。

本論文は、臨床実習のうちインターン実習について論ずるものであり、以下臨床実習をインターン実習の意味で用いることとする。

当学科の臨床実習は、他の教育機関と同様そのほとんどが本大学以外の病院で行なわれており<sup>1)</sup>、実習の成績評価は、各実習施設の指導者が単独または複数で行なっている。実習評価にあたっては、日本作業療法士協会教育部（以下教育部と略す）で作成した実習生指導報告書<sup>2)</sup>を使用している教育機関が多いが、現在のところ全国的に統一された評価基準はない。さらに光背（Halo）効果や評点の中央化、指導者の要求水準の不一致による評価のばらつきなど実習学生の実習評価に関する問題<sup>3)</sup>から、実習指導者の関するもの、教育機関に関するもの、実習施設に関するもの、実習生に関するものまで様々な問題が指摘されている<sup>4)5)6)7)</sup>。教育部では、実習指導者や教官を対象に臨床教育に関する研修会を実施し、臨床教育方法の質の向上を図っている<sup>8)</sup>。一方、実習施設や教育機関も実習の教育目標や評価基準の明確化を検討し、実習評価の信頼性を高める努力を行なっている<sup>9)10)11)12)</sup>。このように実習評価の検討は重要であるが、成績に基づいて客観的に検討した報告は、本邦では教育部で作成した実習生指導報告書に関する報告のみである。今回、予備的に当学科の実習成績の実態を調査し、評価項目の内容について検討を行なったので報告する。

### 実施方法と評価方法の概略

3年生の臨床実習は、身体障害領域、発達障害領域、精神障害領域の3領域をそれぞれ

7週間実施している。実習評価は、教育部が臨床教育手引書を作成しているが、3領域が同一の評価表を用いるために領域によっては適切ではない評価項目が入ってしまうこと、評価項目に重複がみられることなどの指摘があり、当学科では、教育部作成の手引書を参考にしながら、独自に評価表を作成し、使用している。実習評価は独立した単位科目ではなく、専門科目のうちの7科目を評価の一部として位置づけている。科目は3領域に共通する作業療法概論（以下、概論と略す）、作業療法技術学（同技術学）、日常生活障害学（同ADL）、職能適性管理学（同職適）の4科目と領域別の専門科目、身体障害作業療法学（同身障）、発達障害作業療法学（同発達）、精神障害作業療法学（同精神）の計7科目を実習の成績判定の資料としている。各科目の評価項目は、概論8項目、技術学7項目、ADL9項目、職適6項目の合計30項目（表1）と領域別に身障、発達、精神の20項目（表2）の合計50項目が、実習の流れに沿って配列されている。評価基準は“助言なしでできる”が2点、“助言ありでできる”が1点、“助言があってもできない”が0点の3段階評価で判定され、科目別の粗点を100点満点に換算して科目別評点を求めている。更に、それぞれの領域について科目別粗点を合計して総合成績を求め、臨床実習の総合的判断の資料として用いている。

### 対象と方法

過去4年間に臨床実習指導を受けた実習生71名の成績報告書延べ213件の評価点数を分析の対象とした。分析内容は、①領域別総合成績の比較、②科目成績、および科目成績の領域間の比較、③50の評価項目のそれぞれについて、粗点を100点満点に換算した評価項

表1 3領域共通の評価項目

科目名	評価項目内容
作業療法概論	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 時間に関する取り決めを実行する。</li> <li>2. 整容に気を配る。</li> <li>3. 規則や心得を守る。</li> <li>4. 状況に応じた言語的（非言語的）交流を持つ。</li> <li>5. 時間の使い方を工夫する。</li> <li>6. 指導者からの援助や助言の必要性を判断する。</li> <li>7. 状況に応じた作業習慣が身につけている。</li> <li>8. 公私の区別をつける。</li> </ol>
作業療法技術学	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療に必要な道具・材料を事前に準備する。</li> <li>2. 利用する作業や遊びの治療的特性を列挙する。</li> <li>3. 対象者に与える作業の影響を把握する。</li> <li>4. 活動の基礎技法を応用し、工夫する。</li> <li>5. 道具及び器具の正しい使用法や手入れをする。</li> <li>6. 対象者によって指導法を使い分ける。</li> <li>7. 危険防止・安全性を配慮する。</li> </ol>
日常生活障害学	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対象者の施設内での生活構造を把握する。</li> <li>2. 家族や家庭の状況を把握する。</li> <li>3. 対象者の家庭における役割を予測する。</li> <li>4. 必要とされる生活技能の優先順位をつける。</li> <li>5. 達成可能な生活技能の優先順位をつける。</li> <li>6. 訓練プログラムを計画実施する。</li> <li>7. 訓練効果を判定し、プログラムの修正をする。</li> <li>8. 対象者のQ・O・Lを考察する。</li> <li>9. 必要に応じたカウンセリングを行う。</li> </ol>
職能適性管理学	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 部門の業務内容を理解し、行動に移す。</li> <li>2. 記録や報告に専門用語を用い、日本語を正しく使う。</li> <li>3. 記録や報告を簡潔・明瞭に整理する。</li> <li>4. 事故及び緊急事態をただちに報告する。</li> <li>5. 職業人としての自己管理に気を配る。</li> <li>6. 職場の美化・管理に協力する。</li> </ol>

表2 領域別科目の評価項目

身体障害作業療法学	発達障害作業療法学	精神障害作業療法学
1. 開始時評価及びオリエンテーションを実施する。	1. 開始時評価及びオリエンテーションを実施する。	1. 事前に得た情報から対象者の状態像を推測する。
2. 効率的, 多面的に評価法を利用する。 (面接)	2. 効率的, 多面的に評価法を利用する。 (面接)	2. 初回面接を実施し, オリエンテーションを行う。
3. " (行動観察)	3. " (行動観察)	3. 効率的, 多面的に評価法を利用する。 (面接)
4. " (標準化された諸検査)	4. " (標準化された諸検査)	4. " (作業診断)
5. " (他部門からの情報)	5. " (他部門からの情報)	5. " (行動観察)
6. 問題点を挙げる。	6. 問題点を挙げる。	6. 2週間以内に開始時評価を終了する。
7. 問題点を整理する。	7. 問題点を整理する。	7. 対象者の行動特性を挙げる。
8. 障害像を仮説的に構築する。	8. 発達像を仮説的に構築する。	8. 人格像, 病態像を仮説的に構築する。
9. 長期目標を設定する。	9. 長期目標を設定する。	9. 作業療法での長期的な, 治療目標を挙げる。
10. 短期目標を設定する。	10. 短期目標を設定する。	10. 焦点化した短期目標を挙げる。
11. 短期目標に沿った治療プログラムを立案する。 (治療技法の利用)	11. 短期目標に沿った治療プログラムを立案する。 (治療技法の利用)	11. 短期目標に沿った治療プログラムを具体化する。(治療場面の設定)
12. " (作業の利用)	12. " (作業・遊具の利用)	12. " (利用する作業の特性)
13. 治療・訓練のオリエンテーションをする。	13. 治療・訓練のオリエンテーションをする。	13. " (患者-治療者関係)
14. 治療プログラムを実施する。 (治療技法の利用)	14. 治療プログラムを実施する。 (治療技法の利用)	14. 作業療法の効果を検討し, 必要に応じて修正する。
15. " (作業の利用)	15. " (作業・遊具の利用)	15. 治療経過からリハビリテーションゴールを推定し, 説明する。
16. 作業療法の効果を検討し, 必要に応じて修正する。	16. 作業療法の効果を検討し, 必要に応じて修正する。	16. 終了時評価を実施し, 引き継ぐ。
17. 対象者が利用できる福祉サービスを調べる。	17. 終了時評価を実施し, 引き継ぐ。	17. 担当患者以外とは, 中立的・現実的な接触をする。
18. 終了時評価を実施し, 引き継ぐ。	18. 対象児や家族の過度の不安や緊張感を増大させない。	18. 集団作業療法のプログラムを立案し, 実施する。
19. 対象者や家族の不安や緊張感を増大させない。	19. 活動(遊び・オモチャ)を用いて, 対象児の興味・関心を引き出す。	19. 集団作業療法場面での, 患者の行動観察をする。
20. 治療者(実習生)としての対人関係を持続する。	20. 退行促進的な介入をしない。	20. 集団の凝集性を高めるような操作をする。

目成績を求め、科目別に評価項目成績を比較し、および評価項目内容、の3点である。

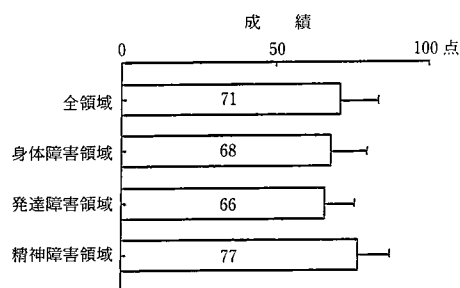


図1 領域別成績

## 結果

### 1. 総合成績

全実習生の総合成績は図1のとおりであった。3領域の平均は71点であった。領域別によるその差をみると表3のように、精神障害は他の2領域と比較して有意に高かったが、身体障害と発達障害の間に差はなかった。また各領域間の相関をみると表4のように、身体障害と精神障害の間では有意に相関がみられたが、他の領域間では相関がみられなかった。

### 2. 科目成績

科目別成績の平均点は図2のとおりであった。3領域に共通している概論、技術学、ADL、職適の4科目については概論と職適が80点を越えて高かった。ADLは64点と低かった。さらに領域毎に比較すると、表3のように職適を除く全科目で精神障害が他の2領域よりも点が高く、身体障害と発達障害では

表4 領域間の相関

身体障害—発達障害	0.274	
身体障害—精神障害	0.313	*
発達障害—精神障害	0.213	

(\*はP<0.01で有意差あり)

職適以外差はみられなかった。また領域毎の科目成績は図3のとおりであり、成績順は、上述の科目成績の平均点の結果とほぼ同様の傾向を示した。

### 3. 評価項目成績

全50項目について、科目毎に90点以上であった評価項目数、および59点以下であった項目数をみると表5のとおりであった。以下にそれらの評価項目の内容についてみる。

各領域に共通の概論、技術学、ADL、職適の4科目30項目で90点以上の項目は、概論の“整容に気を配る”“規則や心得を守る”“公私の区別をつける”および職適の“事故および緊急事態をただちに報告する”“職場の美化管理に協力する”の合計5項目であった。他に90点に満たなかったが、技術学における“危険防止・安全性を配慮する”“治療に必要な道具・材料を事前に準備する”の2項目と、職適の“職業人としての自己管理に気を配る”も高成績であった。一方59点以下の成績であった項目は、概論、技術学及び職適には1項目もなかった。ADLにおける“対象者のQOLを考察する”の1項目のみが59点以下であった。

表3 科目成績及び総合成績の領域間の有意差

	総合	概論	技術学	ADL	職適	専門
身体障害—発達障害					*	
身体障害—精神障害	*	*	*	*	*	*
発達障害—精神障害	*	*	*	*		*

(\*はP<0.01で有意差あり)

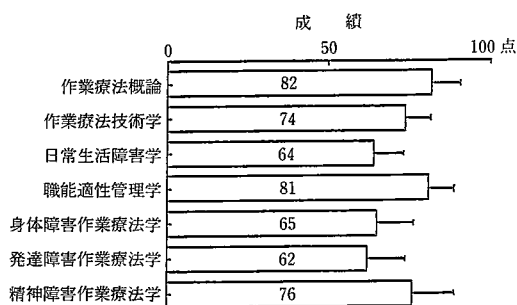


図2 科目別成績

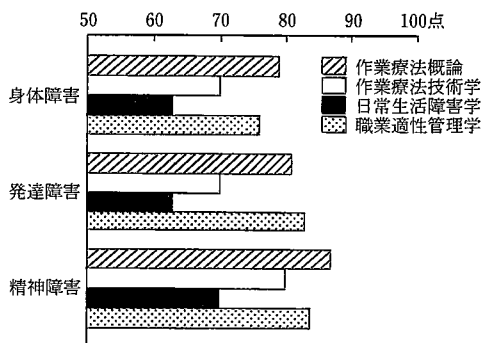


図3 科目成績の領域別比較

表5 評価項目の成績  
(項目数)

	90点以上	59点以下
概 論	3	0
技術学	0	0
A D L	0	1
職 適	2	0
身 障	0	5
発 達	0	8
精 神	2	0

身障、発達、精神の専門科目20項目のうち、90点以上であった項目は、精神の“担当患者以外とは中立的現実的な接触をする”“終了時評価を実施し引き継ぐ”の2項目のみであった。逆に59点以下の項目は精神では1項目もなく、身障が“問題点を整理する”“障害像を仮説的に構築する”“短期目標に沿った治療プログラムを立案する（治療技法の応用）”“短期目標に沿った治療プログラムを立案する（作業の利用）”“作業療法の効果を検討し、必要に応じて修正する”の5項目であった。発達は上記の5項目に加えて、“効率的、多面的に評価法を利用する（標準化された諸検査）”“長期目標を設定する”“治療プログラムを実施する（治療技法の利用）”の計8項目が59点以下であった。

## 考 察

本来、学業成績は学生の能力差が反映されなければならない。作業療法の臨床教育は、実習が身体障害、発達障害、精神障害の3領域に分かれていること、同一領域においても指導者が異なっていることなどにより、指導者間の評価基準の差が成績に反映されやすいといわれている<sup>3)</sup>。実習成績の評定における学生の能力と指導者の評価基準について考察するにあたって、まず評価項目の内容と評価項目成績を検討する。

### 1. 評価項目の内容検討

#### (1) 成績の高かった評価項目

身体障害、発達障害、精神障害の各領域に共通している概論、技術学、A D L、職適の4科目では、全般的に評価の高かった評価項目は、整容に気を配る、規則や心得を守る、公私の区別をするなど、生活態度や習慣に関する一般常識的な項目であった。それらはすでに本人が獲得している、習慣や、態度に起因し臨床実習を通して、改めて学習されることの少ない、変化しにくい部分に関する内容であり、指導者とすれば、常識的な枠におさまっていれば一応良しとし、低い点はつけにくい項目と考えられる。従って評定する際の指導者による要求水準のばらつきは小さく、

実習生の特徴が比較的反映されやすい項目と考えられる。一方、実習生もこれらの項目は理解しやすく、あまり意識しなくても通常は問題となるような行動はとらず、実習生、指導者双方からみて評価が高くなる項目であったと思われる。逆にこれらの項目で成績が低い場合にはその実習生の資質にはかなり問題があるといえる。身障、発達、精神の3科目では、90点以上の評価項目は精神の2項目だけで、身障と発達では1項目もなかった。身障と発達で80点以上の項目は、身障では“治療者（実習生）としての対人関係を持続する”，発達では“退行促進的介入をしない”の各1項目ずつあり、精神の2項目に加えた4項目について検討した。これらの4項目に共通していることは、対象患者や他患との人間関係の持ち方、あるいは終了時の引き継ぎといった、共通領域と同様な一般的事項に属することがらであり、評価技法に関する項目ではなかった。しかし、こども—治療者関係を保ちつつ、こどもを治療していくことは、学生にとって難しいと考えられるが、実習評価が高かったことは、この評価項目が適切に理解されていなかったとも考えられ、この結果については今後さらに検討する必要がある。

## (2) 成績の低かった項目

各領域共通の4科目のうち評価項目の中で59点以下であったのは、ADLの“対象者のQOLを考察する”という1項目のみであった。QOLの概念はリハビリテーションに導入されてまだ比較的新しく、作業療法士間に混乱が生じているのが現状であり、観念的には理解できても、臨床場面での実践は難しい概念でもある。学生がこの概念を理解し、具体的に考察できるように指導するためには、指導者のQOLに対する明確な理論構築や、豊富な臨床経験に基づいた深い洞察力は必要

であろう。一方、学生にとっても知識不足に加えて、実習期間も7週間と短く、ほとんどの学生はQOLの概念を理解するまでには至らなかった。従って“対象者のQOLを考察する”という評価項目の目標達成は指導者、学生双方にとって難しい項目であったと思われる。身障、発達、精神の3科目では、評価法に関する項目から、それに続く問題点を整理し、発達像を構築し、目標を設定し、プログラムを立案するという評価・治療の一連の流れに沿った項目が全般的に低かった。すなわちこの評価表においても、一つの項目に問題があると関連する他の項目も低くなる傾向があるということを示しているが、評価技法が未熟であれば評価・治療が不十分になるのは当然であり、この結果も致し方のないところである。一方で成績が高かったオリエンテーションを実施する、他部門からの情報を得る、問題点を列挙するという項目をみると、これらは実習生にとってみれば熟考する必要のないものであり、評価結果を幅広く深く吟味することの不得手さが伺える。

以上評価項目内容と成績についてまとめると、一般常識的な項目や易しい項目は、評価がやや甘くなるが指導者側の評価基準に差がみられず、実習生の能力差が反映されていた。一方評価、治療など作業療法技法に関する項目は全般的に成績が低く、難しい項目、新しい概念などは指導者にとっても評定が難しくばらついていった。

## 2. 実習生の能力と指導者の評価基準について

実習評価に際して、成績に関与する要素としては大きく2点挙げられる。1点は本来の成績である、本人の資質を含めた能力という実習生に関するものであり、他の1点は評価基準という指導者側に関するものである。こ

の2要素およびそれらの相互関連で実習評価は判定される。学生の能力と指導者の評価基準について検討するにあたり以下のことを前提とする。学生の能力はもともと個人差があること、同一の領域においても多数の実習指導者が関わっていることの2点である。指導者の評価基準が同一領域内でもばらつきが大きいならば、その領域での成績は学生の能力差を反映せず、他の領域との間に相関は出てこないと思われる。従って、総合成績において、身体障害と精神障害の間に相関が有意にみられたということは、これらの領域内では評価基準のばらつきはあまりなかったのではないかということが推測される。しかし、有意差はあるものの相関の値としては0.313であり、強い相関とはいえずさらに検討が必要である。一方、精神障害は科目成績、総合成績のいずれにおいてもこの2領域より成績が高かった。これはひとつには、精神障害に対する学生の能力が他の領域に比べて高く、その結果成績がよくなったということが考えられるが、もうひとつには、学生の能力ではなく、精神障害領域の指導者の評価基準が他の2領域より成績が高くなる要因があったのではないかということが考えられる。一般的に、精神障害領域での実習は他の2領域に比べて、直接的には見えにくい内的世界を対象にしているために、実習の評価に際しては、具体的で見える形での行動目標をたてて評価基準を設定し、できた、できないの線引きをすることが難しい。目に見えにくい部分に対しては指導者としては成績評定時には積極的にはマイナスの評価は行ないにくく、寛大化などの評定誤差が入り込んでしまい、結果として成績が良くなったということも考える必要がある。見えにくい行動目標の時に評定誤差が生じやすいということは他の領域でも同様に認

められるであろうが、精神障害の実習で特にその傾向が強いのではないかと思われる。このことは各領域に共通している評価項目において、身体障害と発達障害の間に差はほとんどみられなかったが、精神障害とこの2領域間で差があったということからも、この10点の差が領域間での指導者の評価基準の差によるものである可能性を示している。

専門分野では評価項目の内容が分野によって異なるため、今回は他の身障、発達の専門分野との成績の差について比較検討は行なわなかったが、同じ評価内容の項目における成績の差をみると、同様にこれらの評定誤差が入っていたことが推測される。

### 問題点と今後の課題

今回、実習成績報告書の評価点数を分析していく中で次のようなことが問題点として浮び上がってきた。まず評価項目の中で行動目標が、7週間という実習期間にどの程度到達可能であるかについて、現状にあった指針がない項目がみられる。また評価基準が指導者によりばらついていたが、指導者側の評価基準に関する資料がなく指導者の成績評定のばらつきについて検討できなかった。

今後の課題として以下の2点が挙げられた。

#### 1. 実習指導者に対する調査

指導者に対して、行動目標の判定基準を調査し、行動目標について実習指導者側の意見を収集する。

#### 2. 評価項目の検討

教育機関、実習施設の双方から目標の内容を検討し、より適切な行動目標をたてる。

### ま と め

1. 臨床実習を実施した71名の実習成績評価について検討した。



2. 精神障害領域の成績は、全科目において身体障害、発達障害の2領域より高かった。
3. 科目成績では作業療法概論、職能適性管理学が高く、日常生活障害学が低かった。
4. 項目成績では、生活態度や習慣に関する一般常識的な評価項目が高く、評価、治療など作業療法技法に関する評価項目が低かった。

## 文 献

- 1) 杉原素子：臨床実習の位置づけ，作業療法士の立場から，理学療法と作業療法，16(4)：217-228，1982.
- 2) 日本作業療法士協会教育部編：作業療法臨床教育手引書，2nd，ミサワタイプ，東京，1987.
- 3) 杉原素子：臨床実習における実習学生評価，理学療法と作業療法，17(4)：237-246，1983.
- 4) 富岡詔子：臨床実習の現状と問題点，理学療法と作業療法，6(1)：19-28，1972.
- 5) 日本作業療法士協会教育部：臨床実習指導，作業療法，2(2)：98-105，1983.
- 6) 日本作業療法士協会教育部：臨床実習教育に関するアンケート調査報告，作業療法，5(3)：71-79，1986.
- 7) 山口鞆音，近藤敏，高橋智宏：臨床実習指導報告書の検討，作業療法，6(3)：343，1987.
- 8) 日本作業療法士協会教育部：作業療法士教育関係者の研修制度についての最終報告書，作業療法，6(2)：184-196，1985.
- 9) 日本作業療法士協会教育部：実習生指導報告書（精神障害領域）の改訂についての調査報告，作業療法，4(3)：75-84，1985.
- 10) 山口昇，浅井憲義，園田啓示：頸髄損傷の作業療法，インターン実習における学生の到達目標と実習指導，理学療法と作業療法，21(8)：508-517，1987.
- 11) 蟹沢優子，比留間ちづ子，高橋邦延：教育原理に基づいた臨床実習指導について，作業療法，7(2)：308-309，1988.
- 12) 高橋智宏，有墨真美，金子美恵子：小児分野の臨床実習における問題点の検討，作業療法，8(3)：516-517，1989.

受付日：1989年9月30日

受理日：1989年12月6日