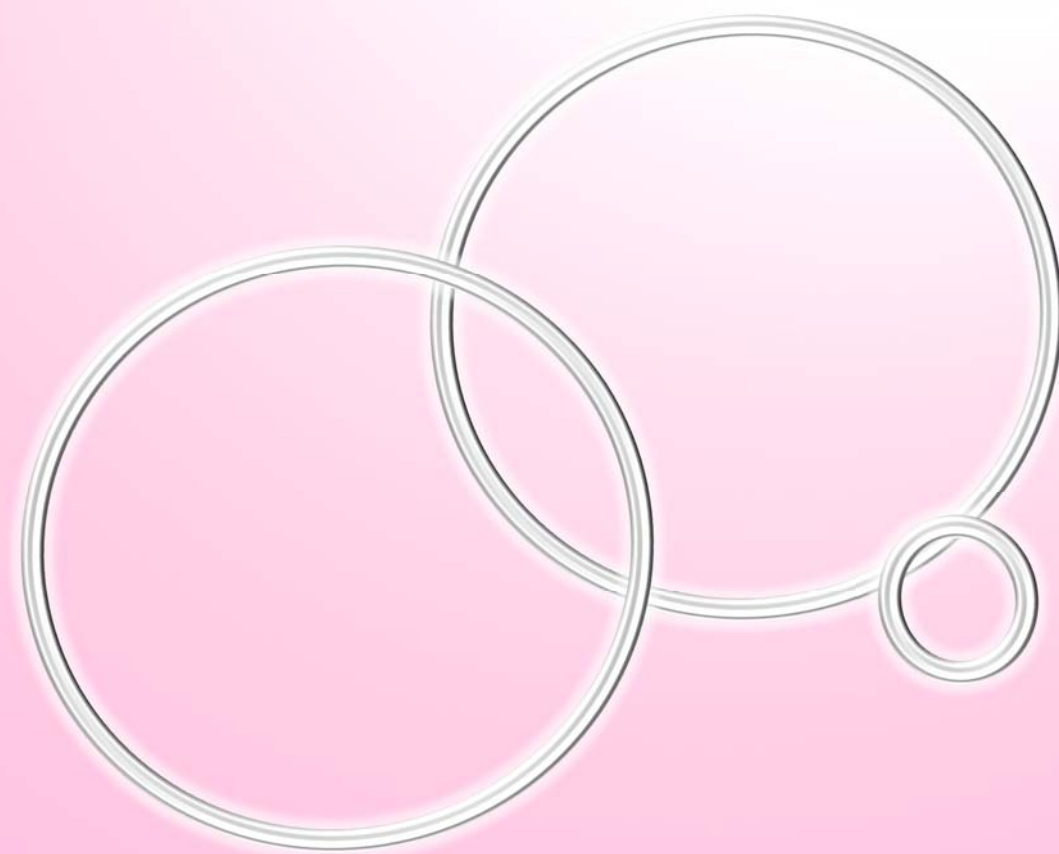


ISSN 2433-7013

日本リハビリテーション教育学会誌

第1巻 第1号



NPO:Rehabilitation Academic center (RAC)
The Society of Japan Rehabilitation Education

日本リハビリテーション教育学会誌

第1巻 第1号

目 次

原著

- | | |
|---|--------------|
| 理学療法分野における自己調整学習方略とコンピテンシーの関係性について | 高島 恵・他・1-7 |
| 歩行の定性的評価における理学療法士と理学療法学生の相違
ー歩容評価表(Wisconsin Gait Scale)を用いた分析 | 山本裕晃・他・8-13 |
| レベル0 インシデント報告に影響を与える内的・外的特性要因 | 小諸信宏・他・14-17 |
| 特性要因図を用いたリハビリテーション業務管理の取り組み | 松井 剛・他・18-23 |
| 作業療法士・理学療法士のキャリア形成とその支援
ーリアリティショックの現状とその支援・対策についてー | 神山真美・他・24-31 |
| 臨床実習における学生の興味・非興味分野と満足度・SOC の関係性 | 善明雄太・他・32-36 |

原 著

理学療法分野における自己調整学習方略と コンピテンシーの関係性について

Relationship of the Self-Regulated Learning stratagem and competency
in the field of physiotherapy

高島 恵^{1) 2)} 神山 真美^{1) 2)} 小野田 公²⁾ 堀本 ゆかり²⁾

Megumi TAKASHIMA, RPT^{1) 2)}, Mami KOUYAMA, OTR^{1) 2)}, Kou ONODA, RPT, MS²⁾, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD²⁾

1) 上尾中央医療専門学校 教育部：埼玉県上尾市平塚 678-1 (〒362-0011) TEL048-778-3232

Dept. of Education, Ageo Chuo Medical College: 678-1, Hiratsuka, Ageo-shi, Saitama, 362-0011, Japan
TEL +81 48-778-3232 E-mail:m_takashima@acmc.ac.jp

2) 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療福祉教育・管理分野

Education and Management in Health and Welfare Section, Health Science Program, Graduate School of
International University of Health and Welfare

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):1-7. 受付日 2018年2月16日 受理日 2018年4月2日

要旨: [目的] 理学療法士におけるコンピテンシーと自己調整学習方略の関係を検討することで、「社会に求められる理学療法士」を育成する上で必要な要素を検討し、今後の卒前卒後教育を検討する一助とする。[対象と方法] 経験6年以上の理学療法士77名を対象に、コンピテンシー診断ならびに自己調整学習関連尺度の調査を実施し、コンピテンシーの高低による自己調整学習や自己効力感の違いについて検討した。[結果] コンピテンシーが高い理学療法士では、「自己効力感」「積極性」が高い点数であった。[結語] コンピテンシーが高い理学療法士は成功体験を積んでいることにより自己効力感が高く、それによって自己調整学習の循環的性質を促進していることが示唆された。

キーワード: 自己調整学習, コンピテンシー, 自己効力感

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2018;1(1):1-7. Submitted Feb. 16, 2018. Accepted Apr. 2, 2018.

ABSTRACT: [Purpose] examine a necessary element in bringing up “a physical therapist demanded from the society” by examining the competency in the physical therapist and relations of the self-regulated learning stratagem, and the in front of back that is a graduate that is a graduate in the future does educating you with a help to consider. [Subjects and Methods] carried out the investigation of the competency diagnosis and self-regulated learning-related standard targeting at 77 physical therapists more than it in the experience sixth year, and considered about a difference of a feeling of self-regulated learning and Self-

Efficacy by the pitch of the competency. [Results] in the physical therapists whom competency was high in, was the score that "Self-Efficacy" "aggressiveness" was high in. [Conclusion] Self-Efficacy was high in the physical therapist whom competency was high in by acquiring a success experience, and it was thereby suggested to promote a cyclical property of the self-regulated learning.

Key Words: self-regulated learning, competency, self-efficacy

I. はじめに

日本理学療法士協会の倫理規程において「理学療法士は専門職として常に研鑽を積み、理学療法の発展に努めなければならない」とされている¹⁾。また理学療法教育ガイドラインによる卒前教育の到達目標は、「理学療法の基本的な知識と技術を修得するとともに、自ら学ぶ力を育てる」とされている²⁾。さらに、全国リハビリテーション医療関連団体協議会人材育成部会「キャリアアップ指標」における「経験1～2年目のキャリア指標」の一つとして、「日々の臨床実践を振り返り、疑問解明や課題の明確化に取り組むことができる」とされている³⁾。これらのことを考え合わせると、「自らを振り返り、必要な行動修正に向けて計画的に継続的に取り組み、研鑽し続けられる理学療法士」が、社会に求められている要素の一つと考える。

そこで、このような人材に含まれる要素として、「自己調整学習方略」と「コンピテンシー」に着目した。自己調整学習はZimmerman⁴⁾によると「学習目標の達成に向けて、自らの行動や思考を組織的に適用していくような学習」と定義され、「自己調整の過程はきわめて文脈依存的なもの」とされている。すなわち、理学療法士は理学療法という文脈に依存し自己調整学習を行うこととなる。

次にコンピテンシーは、Goncziら⁵⁾によると「医療専門職としての実践に必要な知識・技術・態度などの組み合わせ」と定義され、ある職務において優れた結果を生む人の特性と言える。理学療法領域における先行研究では、堀本⁶⁾によって理学療法士版コンピテンシーモデルの検討がなされている。コンピテンシーを「きちんとやる力」「要望に応える力」「互いを活かす力」「新しい価値を創る力」「何かを

変える力」「自らを活かす力」の6領域でとらえており、理学療法士のジェネリックスキルの定義として理学療法士が医療サービスを行う場合、そのジェネリックスキルはコンピテンシー6領域のバランスが必要であり、特に「要望に応える力」「きちんとやる力」は最低限必要とされる能力である」とされている。

このような「自己調整学習方略」と「コンピテンシー」に着目し、コンピテンシーが高い理学療法士に特徴的な自己調整学習方略の特徴を把握することで、「社会に求められる理学療法士」を育成する上で必要な要素を検討し、今後の卒前卒後教育を検討することを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象

関連医療法人グループにおける経験年数6年目以上（一般的な業務を自立して実施できる者）の77名（年齢：33.7±6.00歳、性別：男50名・女27名、経験年数9.99±4.33年）である。また、コンピテンシー診断を実施した77名のうち、自己調整学習関連尺度の調査については48名の協力を得たことから、コンピテンシー診断ならびに自己調整学習関連尺度双方に参加した理学療法士は48名である。

なお、本研究は上尾中央医療専門学校倫理規定に従い、倫理委員会の承認（承認番号17-0005）を得て実施した。

2. 方法

4つの項目について調査を実施した。以下に項目名と概要を記載する。

まずコンピテンシー診断「SPROUT」¹²⁾は、66項目の質問に対し4段階の回答が用意されている。診断につ

いては18の小項目からなる6象限に集約され、10段階評価となる。

次に日本語版MSLQの動機づけ尺度（以下：MSLQ）は、学習に対する動機づけについて31項目の質問に対して、「非常にあてはまる」を7、「全く当てはまらない」を1の7件法にて回答する。原版はPintrich & De Groot⁷⁾による「The Motivated Strategies for Learning Questionnaire-MSLQ」であり、小学生対象の学習に対する動機づけ戦略のアンケートである。これをもとに宮部ら⁸⁾が「日本語版MSLQの動機づけ尺度」を開発し、看護学生を対象に調査が行われ、信頼性ならびに妥当性についてある一定の見解が得られている。

一般性セルフ・エフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale 以下：GSES）は坂野⁹⁾により報告され、自己効力感に関する16項目の質問について、あてはまる場合はYes、あてはまらない場合はNoの2件法にて回答する。

自己調整学習方略尺度は、藤田ら¹⁰⁾によって小学生用の学習方略の項目を参考に、大学生の実態に合うように表現の改変、質問項目の追加を行って新たな尺度が作成された。「努力調整・モニタリング方略（7項目）」および「プランニング方略（5項目）」の合計12項目からなり、質問に対し「非常によくあてはまる」を5、「全く当てはまらない」を1の5件法にて回答する。

上記4つの調査はすべてwebにて実施し、メールにて本研究に関する説明書ならびに調査項目にアクセスするインターネットアドレスを添付し、参加をもって同意とした。はじめにコンピテンシー診断を実施し、2か月後にMSLQ、GSES、自己調整学習方略尺度を実施した。尚、コンピテンシー診断は受検者ごとに受検用IDとパスワードを設定し、個人情報の保護に努めた。

解析方法は、個人のコンピテンシー平均値を算出し、堀本⁷⁾の先行研究で示されたコンピテンシー平均値（5.52）を基準にA群（5.53以上）B群（5.52以下）の2群に分け、自己調整学習の差について2標本

t検定またはマン・ホイットニー検定にて確認した。統計処理はR2.8.1を使用し、危険率は5%とした。

III. 結果

コンピテンシー診断および自己調整学習関連尺度調査の双方に参加した理学療法士 48 名の基本情報は、年齢 33.7 ± 5.59 歳、経験年数 10.21 ± 3.79 年、性別は男 32 名・女 16 名であった。

1) コンピテンシー診断「SPROUT」

コンピテンシー診断の結果は、6 象限の平均および標準偏差は 5.42 ± 0.35 であった。

また、先行研究で示されたコンピテンシー平均値（5.52）を基準に2群に分けたところ、A群（5.53以上）は16名、B群（5.52以下）は32名であった。2群間の各コンピテンシーの差については、6象限では「何かを変える力」「自らを活かす力」「互いを活かす力」、18項目では「コミュニケーション」「適応力」「リーダーシップ」「育成力」「組織構築力」において統計的有意差を認め、いずれの項目もA群が有意に高い数値であった（表1）。

2) 日本語版MSLQの動機づけ尺度

「授業で教員が示した最も難しい資料を理解できると確信している」「授業では、たとえ学習が難しくても、好奇心をかきたてるような資料の方を好む」「授業の課題やテストで優れていると確信している」「授業の難しさや教員、自分のスキルを考えると、授業でうまくやれると思う」について統計的有意差を認め、A群が高い点数であった（表2）。

3) General Self-Efficacy Scale

「ひっこみじあんなほうだと思う」「積極的に活動するのは苦手なほうである」について統計的有意差を認め、B群で「はい」の回答数が多かった。さらに「結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでゆく方だと思う」「どんなことでも積極的にこなすほうである」についても統計的有意差を認め、A群で「はい」の回答数が多かった（表3）。

4) 自己調整学習方略尺度

表 1 コンピテンシー平均別の結果

	A 群 (n=16)			B 群 (n=32)		
年齢 (歳)	33.31	±	5.31	33.94	±	5.62
臨床経験年数 (年)	10.06	±	3.33	10.28	±	3.95
要望に応える力	5.56	±	0.93	5.47	±	1.06
顧客指向力	5.44	±	1.66	5.53	±	1.50
コンサルテーション	5.81	±	1.81	5.53	±	1.37
パートナーシップ	5.38	±	1.62	5.13	±	1.43
新しい価値を創る力	5.06	±	1.20	5.06	±	0.90
分析的思考	6.31	±	2.73	5.56	±	1.30
情報指向性	4.06	±	1.95	4.94	±	1.52
コンセプト形成	4.56	±	1.06	4.56	±	1.30
何かを変える力	6.13	±	1.54	5.22	±	0.82 *
意思決定マネジメント	6.25	±	2.36	5.84	±	1.48
戦略策定	6.00	±	2.15	5.13	±	1.19
リスクテキング	5.63	±	2.03	4.94	±	1.54
きちんとやる力	6.06	±	1.09	5.81	±	0.98
達成指向力	6.44	±	1.69	5.66	±	1.19
資源活用力	6.56	±	1.41	5.84	±	1.66
プロセスマネジメント	5.06	±	1.64	5.94	±	1.22
自らを活かす力	5.88	±	1.11	4.66	±	0.85 **
コミュニケーション	6.31	±	1.45	4.72	±	1.77 **
時間管理	5.06	±	1.30	4.72	±	1.66
適応力	6.13	±	2.09	4.91	±	1.21 *
互いを活かす力	7.13	±	1.17	5.16	±	0.91 **
リーダーシップ	7.81	±	1.63	5.75	±	1.41 **
育成力	6.81	±	1.67	4.75	±	1.17 **
組織構築力	6.56	±	1.97	5.06	±	1.41 **

*: p<0.05, **: p<0.01.

「苦手な授業であってもよい成績を得ようと努力する」「難しい学習に取り組む前に基礎がわかっているか確認する」について統計的有意差を認め、A群が高い点数であった (表 4)。

IV. 考察

コンピテンシー平均値別の自己調整学習について、A群では特徴が3点ある。1点目は「学習に対する自己効力感が高い」傾向にあることで、「難しい資料が理解できる」「課題・テストで優れている」「授業でうまくやれる」などに項目が高い点数であることによる。2点目は「積極性」であり、「結果の見通しがつからない仕事でも、積極的に取り組んでゆく」「どんなことでも積極的にこなす」などの項目による。3点目は「知的好奇心」であり、具体的には「難しくても、好奇心をかきたてる資料を好む」となっている。一方、コンピテンシーが低

い群 (B群) においては、「ひっこみじあん」「積極的に活動するのは苦手」な傾向が特徴となっている。

中でも特に1点目の特徴である「自己効力感」については、Banduraによると「自己効力とは一定のレベルの行動を遂行したり獲得したりする能力に関する信念である」とされている⁴⁾。また、学習における自己効力感についての先行研究では、複数の研究者により、学業達成において、自己調整学習方略の使用が直接的な規定因子になっており、自己効力感が自己調整学習方略の使用に対して促進的な役割を果たしていることが明らかにされている¹¹⁾ことから、「コンピテンシーが高い＝理学療法において好業績につながる行動特性を持つ」A群においては、臨床業務において結果につながるような行動が自己効力感を高め、さらに自己調整学習を促進していると考えられる。

表2 「日本語版 MSLQ の動機づけ尺度」 コンピテンシー平均値別結果

	A 群 (n=16)	B 群 (n=32)
1 授業では、新しいことを学べるように難易度の高い資料の方を好む	4.56 ± 1.63	3.94 ± 1.34
2 もし適切な方法で勉強するならば、授業資料の内容を学ぶことが出来るだろう	5.06 ± 1.44	4.84 ± 1.3
3 テストを受けるとき同級生と比べてどのくらい劣っているかと考えてしまう	3.63 ± 1.93	4.06 ± 2.12
4 授業での学習を他の授業で活用できると思う	5.69 ± 1.08	5.38 ± 1.01
5 授業で優れた成績を受けると信じている	3.44 ± 1.90	3.22 ± 1.45
6 教材の最も難しい資料を理解できると確信している	3.00 ± 1.46	2.13 ± 1.07
7 授業で良い成績をとることは現在の自分にとって最も満足なことだ	3.88 ± 1.50	3.47 ± 1.41
8 テストを受けるとき答えられない項目について考え込んでしまう	4.50 ± 1.63	4.25 ± 1.48
9 もし授業資料を学習しないならばそれは自分の責任だ	5.50 ± 1.71	5.66 ± 1.15
10 授業資料を学習することは自分にとって重要だ	5.63 ± 1.36	5.22 ± 1.24
11 現在の自分にとって最も重要なことは総合成績での平均点を改善することなので、主に関心のあることは良い成績をとることだ	3.31 ± 1.54	3.56 ± 1.44
12 授業で教わった基本概念を理解できると確信している	4.69 ± 1.20	3.94 ± 1.27
13 できるならば、同級生よりも授業で良い成績を取りたい	4.69 ± 1.49	4.31 ± 1.84
14 テストを受けるときよくない結果のことを考えてしまう	3.56 ± 1.63	3.75 ± 1.74
15 授業で教員が示した最も難しい資料を理解できると確信している	3.63 ± 1.78	2.25 ± 1.11 **
16 授業では、たとえ学習が難しくても、好奇心をかきたてるような資料の方を好む	6.06 ± 1.00	5.44 ± 0.88 *
17 授業内容にとっても興味がある	5.38 ± 0.89	5.13 ± 1.01
18 もし一生懸命努力するならば、授業資料を理解できるだろう	5.56 ± 1.15	5.25 ± 1.16
19 テストを受けるとき不安や動揺を感じる	4.63 ± 1.75	4.66 ± 1.58
20 授業の課題やテストで優れていると確信している	4.13 ± 1.15	2.56 ± 1.05 **
21 授業でうまくやれると信じている	4.38 ± 1.31	3.38 ± 1.31
22 最も満足なこととはできる限り授業内容を理解しようとする事だ	4.75 ± 1.18	4.72 ± 1.42
23 授業資料は自分の学習に役立つと思う	5.44 ± 1.03	5.44 ± 0.84
24 授業で機会があれば、良い成績の保証がなくても学べるような課題を選ぶ	5.44 ± 1.15	5.41 ± 0.87
25 もし授業資料を理解できないならば、それは一生懸命努力しなかったからだ	4.81 ± 1.38	4.53 ± 1.19
26 授業の内容が好きだ	5.06 ± 0.93	4.63 ± 0.94
27 授業内容を理解することはとても重要だ	5.31 ± 1.08	5.47 ± 0.76
28 テストを受けるとき心臓の鼓動が速くなるのを感じる	2.94 ± 1.88	3.69 ± 1.69
29 授業で教わったスキルを習得できると確信している	4.38 ± 0.81	3.53 ± 1.27
30 家族や友だち、その他の人に自分の能力を見せることは大切なので授業でうまくやりたい	4.19 ± 1.42	3.56 ± 1.41
31 授業の難しさや教員、自分のスキルを考えると、授業でうまくやれると思う	4.50 ± 0.73	3.53 ± 1.08 *

*: p<0.05, **: p<0.01.

表3 「General Self-Efficacy Scale」 コンピテンシー平均値別結果

	A 群 (n=16)	B 群 (n=32)
1 何か仕事をするときは、自信を持ってやる方である	1.44 ± 0.51	1.50 ± 0.51
2 過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある	1.38 ± 0.50	1.41 ± 0.50
3 友人より優れた能力がある	1.50 ± 0.52	1.66 ± 0.48
4 仕事を終えた後、失敗したと感ずることの方が多い	1.63 ± 0.50	1.47 ± 0.51
5 人と比べて心配性なほうである	1.25 ± 0.45	1.22 ± 0.42
6 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである	1.63 ± 0.50	1.81 ± 0.40
7 何かをするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い	1.44 ± 0.51	1.28 ± 0.46
8 ひっこみじあんなほうだと思う	1.69 ± 0.48	1.31 ± 0.47 *
9 人より記憶力がよいほうである	1.44 ± 0.51	1.63 ± 0.49
10 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでゆく方だと思う	1.19 ± 0.40	1.53 ± 0.51 *
11 どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある	1.81 ± 0.40	1.75 ± 0.44
12 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある	1.38 ± 0.50	1.72 ± 0.46
13 どんなことでも積極的にこなすほうである	1.13 ± 0.34	1.69 ± 0.47 **
14 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである	1.56 ± 0.51	1.44 ± 0.50
15 積極的に活動するのは苦手なほうである	1.81 ± 0.40	1.44 ± 0.50 *
16 世の中に貢献できる力があると思う	1.19 ± 0.40	1.44 ± 0.50

*: p<0.05, **: p<0.01.

表4 「自己調整学習方略尺度」コンピテンシー平均値別結果

	A 群 (n=16)	B 群 (n=32)
1 学習内容が難しくても、自分に必要だと思いながら頑張る	4.31 ± 0.48	3.91 ± 0.73
2 あとで困らないように講義の内容をしっかりと聞く	3.50 ± 0.97	3.91 ± 0.64
3 勉強している途中でそれまでの学習内容について復習する	3.19 ± 0.83	3.41 ± 0.80
4 苦手な授業であってもよい成績を得ようと努力する	3.63 ± 0.81	3.09 ± 0.86 *
5 何を求められているのかを考えてから課題をする	3.88 ± 0.96	3.66 ± 0.90
6 よくわかっているところをそうでないところを探しながら勉強する	3.56 ± 1.03	3.47 ± 0.84
7 難しい学習に取り組む前に基礎がわかっているか確認する	3.94 ± 1.12	3.59 ± 0.84 *
8 1日にどれくらい学習するのか考えてから取り組む	2.56 ± 0.96	2.84 ± 1.08
9 試験勉強の前には計画を立てる	3.13 ± 1.09	3.56 ± 0.98
10 勉強は時間を決めてする	2.94 ± 0.93	2.97 ± 1.00
11 自分のできる範囲を考えながら勉強する	3.50 ± 1.15	3.66 ± 0.79
12 勉強をした後に何か楽しいことが出来ると思うとやる気が出る	4.00 ± 1.10	3.91 ± 1.12

*: p<0.05.

次にA群に特徴的なコンピテンシーとして、「自らを活かす力」の3項目中「コミュニケーション」「適応力」の2項目および、「互いを活かす力」の「リーダーシップ」「育成力」「組織構築力」の3項目すべてが有意に高い結果となった。コンピテンシー6象限は2つに大別され、「能力発揮パターンとしての4つのコンピテンシー」と、その4つを活用するための「人材の基礎力としての2つのコンピテンシー」に分けられており¹²⁾、「人材の基礎力としての2つのコンピテンシー」は、「自らを活かす力」と「互いを活かす力」の2つである。これはどの能力発揮パターンであっても、その個性を充分発揮するために自分と他人を活用するためのコンピテンシーであり、逆に言えばこの「基礎力としてのコンピテンシー」が十分でなければ、どのような能力発揮パターンをもっていたとしても十分に発揮されない可能性がある。

今回の調査で特徴的なコンピテンシーであった「互いを活かす力」および「自らを活かす力」はそれぞれの特徴から、OECDによるキー・コンピテンシー¹³⁾の「2. 多様な社会グループにおける人間関係形成能力（自己と他者との相互関係）」および「3. 自律的に行動する能力（個人の自律性と主体性）」にあてはまると考えられる。この考えに基づくと、理学療法において「人材の基礎力としてのコンピテンシー」が充分発揮されているA群においては、理学療法に限らず「さまざまな文脈の中でも重要な要求（課題）に対応する力」が備わっていることが推察

され、今後理学療法に新たな文脈が加わったとしても、自己調整的に柔軟に対応が可能であることが考えられる。

結論として、「自らを活かす力」「互いを活かす力」などの「人材の基礎力コンピテンシー」が高い理学療法士は、学習や臨床業務における成功体験を積んでいることにより自己効力感が高く、それによって自己調整学習の循環的性質を促進している。また、このコンピテンシーは協働学習においても効果的に作用することで、チームでの業務成果や学習成果につながり自己効力感を高め、継続的に自己を動機づけることができると考える。

利益相反と研究助成費

本研究に当たり、開示すべきCOI関係にある企業等はない。

謝辞

最後に、本研究にあたり多大なご指導を賜りました国際医療福祉大学大学院 堀本ゆかり准教授、国際医療福祉大学 小野田公講師、ならびにデータ収集および研究にご協力いただきましたすべての皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 公益社団法人日本理学療法士協会：公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程。
<http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/0432.pdf>（閲覧日 2017年10月31日）.
- 2) 公益社団法人日本理学療法士協会：

- 理学療法教育ガイドライン第1版. 東京, 2012.
- 3) 全国リハビリテーション医療関連団体協議会 :
リハビリテーション関連職種のキャリアアップ
指標.
<http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/object/files/lifelonglearning/careerup01.pdf> (閲覧日 2017 年 10 月 31 日) .
- 4) バリー・J・ジーマン, デイル・H・シャ
ンク : 自己調整学習の理論. 塚野 州一 (編訳),
北大路出版, 京都, 2006, pp119-144.
- 5) Hager P, Gonczi A :What is competence?.
Medical Teacher, 1996, 18(1) .
- 6) 堀本ゆかり. 職能教育としてのコンピテンシー
診断の有効性. 2014 国際医療福祉大学博士論文
https://iuhw.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=361&file_id=20&file_no=1
(閲覧日 2017 年 6 月 1 日)
- 7) Pintrich PR, De Groot EV : Motivational and
Classroom Academic Performance. Journal of
Self-Regulated Learning Components of
Educational Psychology, 1990, 82:33-40.
- 8) 宮部明美, 富樫千秋, 佐久間夕美子・他 : 日本
語版 MSLQ(Motivation Scales)の信頼性と妥当
性の検討. 日本健康医学会雑誌, 2016, 12: 276-
286.
- 9) 坂野雄二, 東條光彦 : 一般性セルフ・エフィカ
シー尺度作成の試み. 行動療法研究, 1986, 12:
73-82.
- 10) 藤田正 : メタ認知的方略と学習課題先延ばし行
動の関係. 奈良教育大学教育実践総合センター
研究紀要, 2010, 19:81-86.
- 11) 伊藤崇達: 自己調整学習の成立過程. 北大路出
版, 京都, 2009, pp:13-15.
- 12) 文化放送キャリアパートナーズ: コンピテン
シー診断「SPROUT」
<http://www.careerpartners.co.jp/university/competency.html> (閲覧日 2017 年 10 月 1
日) .
- 13) 文部科学省 : OECD における「キー・コンピ
テンシー」について.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/016/siryo/06092005/002/001.htm
(閲覧日 2017 年 10 月 1 日) .

原 著

歩行の定性的評価における 理学療法士と理学療法学生の相違 —歩容評価表 (Wisconsin Gait Scale) を用いた分析—

In qualitative evaluation of gait
Difference between physical therapist and physical therapy student:
Analysis using gait evaluation table (Wisconsin Gait Scale)

山本 裕晃¹⁾ 松田 憲亮²⁾ 森田 正治²⁾
Hiroaki YAMAMOTO, RPT¹⁾, Kensuke MATSUDA²⁾, Masaharu MORITA²⁾

1) 福岡鳥飼病院 リハビリテーション部：福岡県福岡市城南区鳥飼 6-8-5 (〒814-0103)

Department of Rehabilitation, Fukuoka Torikai Hospital:

6-8-5 Torikai, Jyonan-ku, Fukuoka-shi, Fukuoka 814-0103, Japan

E-mail:h.yamamoto.28.0321@gmail.com

2) 国際医療福祉大学 福岡保健医療学部 理学療学科：福岡県大川市榎津 137-1 (〒831-8501)

Department of Physical Therapy, International University of Health and Welfare:

137-1 enokidu, Okawashi, Fukuoka 831-0103, Japan

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):8-13. 受付日 2018 年 2 月 18 日 受理日 2018 年 4 月 2 日

要旨：〔目的〕歩行の定性的評価について、理学療法士と理学療法学生で相違が認められるのか否かを明らかにし、臨床実習あるいは学内教育での歩行評価の教育指導の一助とすることとした。〔対象と方法〕対象は理学療法士 61 名、理学療法学生 89 名とした。歩行の動画を視聴後に、歩行の定性的評価を歩容評価表 (Wisconsin Gait Scale) により評価し、理学療法士と理学療法学生の回答の相違を分析した。〔結果〕理学療法士と理学療法学生の回答に有意差を認めた項目と有意差を認めなかった項目があった。〔結語〕歩行の定性的評価では、理学療法士と理学療法学生における相違点を考慮した上で教授することが有用となる可能性がある。

キーワード：歩行、定性的評価、歩容評価表

Japanese Journal of Rehabilitation education 2018;1(1):8-13. Submitted Feb. 18, 2018. Accepted Apr. 2, 2018.

ABSTRACT: [Purpose] With regard to the qualitative evaluation of gait, it was decided whether a difference was recognized between physical therapist and physical therapy student, and it was decided to assist educational guidance in gait evaluation in clinical practice or campus education. [Subjects and Methods] The subjects were 61 physical therapists and 89 physical therapy students. After viewing the video of gait, the qualitative evaluation of gait was evaluated by the gait evaluation table (Wisconsin Gait Scale), and the difference between the answers of the physical therapist and the physiotherapy student was analyzed. [Results] There were items that recognized significant differences in the responses of physical therapists and physical therapy students and items that did not recognize significant differences. [Conclusion] In the qualitative evaluation of gait, it may be useful to teach with consideration of differences between physical therapists and physical therapy students.

Key Words: gait, qualitative evaluation, gait evaluation table

I. はじめに

臨床で行われる「動作分析」は、主として基本動作を対象として、患者の行う動作を観察に基づいて記述し、動作における問題箇所を同定したり、その原因を推定したりすることなどが行われる¹⁾。しかし、動作分析はその定義・用語が曖昧であることやその分析手法が多岐にわたること、臨床推論における思考過程が異なることなどから、臨床的にも教育的にも一般化が困難な現状にあり、「動作分析」を論ずることは容易ではない²⁾。

理学療法士ガイドライン³⁾によると、理学療法評価は機能的状態の把握と予後の推測、理学療法計画に直接つながる問題点を把握するための障害因子の抽出が主な目的であり、その目的を達成するために種々の検査測定が実施される。機能評価に用いられる検査測定では関節可動域検査、筋力検査などが挙げられ、動作分析も機能評価の項目に挙げられている。そのため、基本動作の改善を目的とする理学療法士にとって動作分析は必須の評価項目である。

動作分析の中で、実施頻度の高い項目に歩行動作がある。歩行はヒトが最も日常的に行う移動動作であり、理学療法評価の中でも重要な部分を占める。歩行評価は、理学療法を行う上での問題を探るための評価でもあり、効果判定を行うためのものでもある⁴⁾。理学療法学生においては、学内教育で技術の

意義、理論、手順などを教授し、健常者を対象とした反復練習をさせても、臨床実習場面では現象を分析することに苦慮する学生は多い⁵⁾。臨床実習を終えた学生の意識調査においても、多くの学生が動作分析に対して苦手意識を有していたことが報告されている⁶⁾。

一般に理学療法士と理学療法学生の歩行の定性的評価能力を比較した際、理学療法士は歩行に対する知識量や臨床場面での歩行評価機会が多いことに対し、理学療法学生は学内教育の学習のみに留まるため、理学療法士と理学療法学生において歩行の定性的評価において相違を認めることが仮定される。しかし、相違点については明確にされておらず、学習者と教育者共に動作分析について困難感を抱くという報告⁷⁾もある中、相違点を見出すことは効率性の高い学習成果が得られる要因となることが期待される。本研究の目的は、歩行の定性的評価における理学療法士と理学療法学生の相違を比較検討し、臨床実習あるいは学内教育での歩行評価の教育指導の一助とすることである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、理学療法士 61 名と理学療法学生 89 名、合計 150 名とした。内訳について、理学療法士は男

性45名、女性16名、平均年齢 29.7 ± 5.7 歳、平均経験年数 6.4 ± 3.9 年目、所属機関は脳血管疾患を対象とした理学療法を実施している医療機関の者とした。理学療法学生は、男性55名、女性34名、平均年齢 20.5 ± 0.6 歳、養成校種類は4年制大学で、臨床実習前の3年生とした。理学療法士と理学療法学生、共に全ての対象者は本研究で使用する歩容評価表の使用経験がなかった。

2. 方法

被験者は、脳血管障害による片麻痺を呈した70歳の男性1名とした。被験者の歩行をビデオカメラ（JVCケンウッド社製 Everio GZ-242, GZ-345：以下、カメラ）で撮影した。AVCHD動画記録モードは、XPモード、カメラの画素数は縦1920×横1080pixelに設定した。三脚（ベルボン社製 Velbon CX-444, CX-888）に設置したカメラの高さは90cmとした。カメラは、歩行路中央から8m側方の位置と歩行路から1m後方の位置に各々設置し、矢状面上と前額面上の2方向により被験者の歩行を撮影した。被験者に、予備路を前後3m設けた10m歩行路をT字杖使用により歩行させた。動画撮影後に矢状面、前額面より撮影した動画を編集した。

歩容評価表は、理学療法学生においても比較的内容が理解しやすいWisconsin Gait Scale⁸⁾（以下、WGS）を使用した（表1）。WGSは歩行の問題を評価するために使用される歩容評価表であり、脳卒中後の片麻痺患者が対象である。評価項目は麻痺側立脚相5項目（上肢用歩行補助具の使用、麻痺側における立脚時間、非麻痺側の歩幅、麻痺側への重心移動、歩隔）、麻痺側の足尖離地2項目（慎重さ、麻痺側の股関節伸展）、麻痺側遊脚相6項目（遊脚初期の外旋、遊脚中期での分回し、遊脚中期での骨盤挙上、足尖離地から遊脚中期まで膝関節屈曲、足クリアランス、遊脚終期の骨盤回旋）、麻痺側の踵接地1項目（足部接地）の合計14項目である。歩容評価を実施する前に、対象者にはWGSの概要や使用方法について説明した。説明後、被験者とは異なる脳血管障害による片麻痺を呈した症例の画像を提示し、Pre-testを実施した。

表1 Wisconsin Gait Scale

麻痺側立脚相	
1. 上肢用歩行補助具の使用	1 = 歩行補助具なし 2 = 最小限の補助具の使用 (狭い支持基底面で、補助具は任意に最小限の荷重に用いる) 3 = 最小限の補助具の使用ワイドベース 4 = 目立った補助具の使用 5 = 目立った補助具の使用ワイドベース
2. 麻痺側における立脚時間	1 = 非麻痺側と等しい 2 = 非麻痺側より短い 3 = 非麻痺側より相当に短い
3. 非麻痺側の歩幅	1 = 麻痺側の足尖を越える 2 = 麻痺側の足尖を越えない 3 = 麻痺側の後方に位置する
4. 麻痺側への重心移動	1 = 正常な重心移動 2 = 重心移動の減少 3 = 重心移動の相当な制限
5. 歩隔 (麻痺側の足尖離地での位置と前足の間隔)	1 = 正常 2 = 少し幅広い 3 = 幅広い
麻痺側の足尖離地 (toe-off)	
6. 慎重さ	1 = なし 2 = わずかにみられる 3 = 顕著なためらい
7. 麻痺側の股関節伸展	1 = 非麻痺側と等しい 2 = わずかに屈曲している 3 = 顕著な屈曲
麻痺側遊脚相	
8. 遊脚初期の外旋	1 = 非麻痺側と同様 2 = 外旋の増加 3 = 顕著な外旋の増加
9. 遊脚中期での分回し (麻痺側踵部を観察)	1 = なし 2 = 中等度 3 = 著明
10. 遊脚中期での骨盤挙上	1 = なし 2 = 挙上あり 3 = アーチ上に骨盤挙上
11. 足尖離地から遊脚中期まで膝関節屈曲	1 = 正常 2 = ときどき 3 = 最小限の屈曲 4 = 屈曲なし
12. 足クリアランス (toe-clearance)	1 = 正常 2 = わずかな引きずり 3 = 顕著な引きずり
13. 遊脚終期の骨盤回旋	1 = 前方へ 2 = 中間 3 = 後方へ
麻痺側の踵接地 (heel-strike)	
14. 足部接地	1 = 踵接地での着床 2 = 足底での着床 3 = 踵接地なし
※項目1は3/5を乗じて、項目11は3/4を乗じて合算	

動画は矢状面上と前額面上を続けて提示し、動画を視聴しながらWGSを記載するよう指示した。動画は、

ノート型パーソナルコンピューター (Mac Book Air ディスプレイサイズ11インチ, OS: Mac) の音声・動画再生ウェアであるMPlayerXを用いて動画ファイルを再生し、プロジェクターによりスクリーン上に投影し視聴させた。視聴は、静かな場所を対象者に任意に見易い位置に移動して行うよう指示した。動画は連続再生に設定し、記載時間は10分間とした。10分間後、記載している内容を確認させ、WGSを一斉回収した。

統計解析は、WGSの14項目の全てに χ^2 検定を用いて求めた。統計解析ソフトはIBM SPSS Statistics 24を使用し、有意水準は5%とした。研究にあたり、対象者全員に対して、口頭および書面にて研究の趣旨、個人情報の管理、リスクの有無、研究参加への任意性と同意撤回の自由について説明し、研究の承諾を得た者に研究に参加する同意書の取り交わしを行った。なお、本研究は国際医療福祉大学の倫理審査委員会の承認を得て研究を開始した(承認番号:17-lfh-038)。

Ⅲ. 結果

理学療法士と理学療法学生の歩容評価の相違について比較した。結果は、上肢用歩行補助具の使用、麻痺側における立脚時間、麻痺側への重心移動、歩隔、遊脚初期の外旋、遊脚中期での分回し、遊脚中期での骨盤挙上、遊脚終期の骨盤回旋において、理学療法士と理学療法学生の回答に有意差を認めた($p < 0.05$)。また、非麻痺側の歩幅、慎重さ、麻痺側の股関節伸展、足尖離地から遊脚中期まで膝関節屈曲、足クリアランス、足部接地において、理学療法士と理学療法学生の回答に有意差を認めなかった(表2)。

Ⅳ. 考察

本研究の結果、理学療法士と理学療法学生において、回答に有意差を認めた項目と回答に有意差を認めなかった項目があった。

片麻痺患者は、麻痺側での立位制御が困難であることに適応して安定性を確保し、動作場面での運

表2 理学療法士と理学療法学生の回答の相違

Question	対象者	1	2	3	4	5	
1	RPT	3	2	30	6	20	*
	PTS	1	11	56	9	12	
2	RPT	0	28	33			*
	PTS	1	64	57			
3	RPT	13	47	1			
	PTS	18	70	1			
4	RPT	1	25	35			*
	PTS	3	71	15			
5	RPT	1	22	38			*
	PTS	6	53	30			
6	RPT	17	37	7			
	PTS	20	63	6			
7	RPT	1	40	20			
	PTS	3	68	18			
8	RPT	10	46	5			*
	PTS	40	44	5			
9	RPT	18	40	3			*
	PTS	50	39	0			
10	RPT	2	48	11			*
	PTS	6	81	2			
11	RPT	1	4	49	7		
	PTS	0	5	69	15		
12	RPT	34	26	1			
	PTS	63	22	4			
13	RPT	14	19	28			*
	PTS	33	40	16			
14	RPT	0	45	16			
	PTS	0	66	39			

* $p < 0.05$.

動モーメントの出力効率を高めるために非麻痺側の同時収縮に基づく立位姿勢制御を構築する⁹⁾。歩行という動的な課題においては、新たな重心の支点と麻痺肢への負荷量を減らすために、非麻痺側による駆動力を調整せざるを得ず、それは非麻痺側下肢の同時収縮による運動制御によって達成されている¹⁰⁾。被験者は脳血管障害により片麻痺を呈しており、

単脚支持から両脚支持への移行時、あるいは両脚支持から単脚支持への移行時といった運動の切り替えのタイミングにおいて著明に機能的代償が生じていた。片麻痺の動作分析のポイントの1つは、動作の開始・終了姿勢、およびその途中経過での各相における特徴および全体的な動作の円滑さ、運動の切り替えのタイミングなども含めて、十分観察することが基本であるとされている¹¹⁾。理学療法学生は、動作の途中経過での各相における特徴および全体的な動作の円滑さは評価が困難であったが、運動の切り替えのタイミングは評価が容易であった可能性が示唆される。臨床実習前の理学療法学生は、臨床実習での患者から得られるリアリティが皆無であり経験が不足していたとしても、学内教育において歩行に関する参考書や患者の歩行映像などの教材を適宜利用することで、運動の切り替えのタイミングにおいては機能的代償を捉えることが可能となり、理学療法士と理学療法学生において有意差を認めなかったと考えられる。

一方、動作分析で熟練した観察者は積みあげられた知識や経験などから、異常な運動などがいつ、どこで起きるのか予測することが出来るとされ、非熟練者は着目点がわからず、動作全般で複数の関節を追いかけようとするために、重要な情報を見落としがちになるとしている¹²⁾。歩行評価時の視線特性の違いにより、熟練者である理学療法士と非熟練者である理学療法学生において有意差を認めたと考えられる。また、歩行において介助中こそ観察の絶好の機会であり、見るだけではなく、一緒に歩行しながら触れて感じることで、自分という正常歩行を基準としてそこから乖離したものを発見しやすくなるとされている¹³⁾。理学療法士は、臨床場面での歩行介助経験により得られる情報量は多く、予測が出来ることに対し、歩行介助経験の乏しい理学療法学生は、経験より得られる情報量が少なく、予測が出来なかった可能性が示唆される。

近年、理学療法の臨床実習教育には Clinical Clerkship（以下、CCS）の導入が推奨されている

¹⁴⁾。教育方略を考える上で、1950年代に Bloom に

よって提案された、教育目標分類（Taxonomy）が広く活用されている。理学療法士養成校の学内教育では、限界がある精神運動領域に関しては、大部分を臨床実習に託している状況であり、理学療法学生がリアリティのある環境で経験できるのは、臨床実習だけである¹⁵⁾。臨床実習では積極的に CCS を導入することにより、臨床実習指導者が理学療法学生に多くの経験場面を提供することが重要になってくる。

理学療法士と理学療法学生は、回答に有意差を認めた項目が多く、相違する点が生じていた。理学療法学生の卒前教育において、歩行の定性的評価について修得することは、卒後教育においての影響度も大きく、重要性が高い可能性が示唆された。そのため、CCS の導入を推奨すると同時に、教育者は歩行の定性的評価において、理学療法士と理学療法学生に相違を認める点と相違を認めない点を考慮した上で、学習者に対し教授することが必要な要素の一要因になると考えられる。

引用文献

- 1) 潮見泰蔵：臨床における動作分析の定量化の試み。理学療法学，1997，24：114-119.
- 2) 高嶋幸穂，間瀬教史，青田絵里：動作分析の抱える問題と教育上の課題。甲南女子大学研究紀要，2007，1：15-22.
- 3) 公益社団法人日本理学療法士協会 2011：理学療法士ガイドライン。
<http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/031-0422.pdf> 2017.10.1
- 4) 嶋田誠一郎，亀井健太：入門講座 検査測定／評価 4 歩行。PT ジャーナル，2007，41：841-850.
- 5) 社団法人日本理学療法士協会 2006：理学療法学。
https://www.jstage.jst.go.jp/article/cjpt/2005/0/2005_0_G0910/_pdf 2017.10.1
- 6) 鈴木康文，永井智：理学療法教育における総合

- 7) 臨床実習（臨床実習Ⅲ）の現状－実習生へのアンケート調査から考える学生の学習状況－. 医療保健学研究, 2012, 3 : 103-114.
- 8) 吉塚久記, 玉利誠, 横尾正博・他 : 理学療法評価の各技術項目における主観的困難感－学生と臨床実習教育者の認識に着目して－. 理学療法科学, 2017, 32 : 7-10.
- 9) 藤澤宏幸, 長崎浩 : 観察による運動・動作分析演習ノート. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2009, pp90-91.
- 10) 長谷公隆, 佐古めぐみ, 千野直一 : 姿勢制御の機能的再構築. 臨床脳波, 2001, 43 : 717-722.
- 11) 長谷公隆 : 片麻痺患者の病態と歩行分析. 総合リハビリテーション, 2006, 34 : 125-131.
- 12) 芳澤昭仁, 金光末子, 稲田亨・他 : 動作分析片麻痺患者の動作分析. PT ジャーナル, 1998, 32 : 253-263.
- 13) 才藤栄一 : 動画でみる臨床動作分析のポイント. 理学療法, 2007, 24 : 1037-1050.
- 14) 増田知子 : 臨床実習サブノート 被殻出血および視床出血. PT ジャーナル, 2017, 51 : 808-814.
- 15) 日本理学療法士協会 2009 : 理学療法教育ガイドライン.
<https://support.japanpt.or.jp/upload/privilege/obj/files/science/kyouiku2.pdf> 2017.10.7
- 16) 西川明子, 中川法一, 武政誠一 : これからの臨床教育を担うクリニカル・クラークシップ. 理学療法兵庫, 2009, 15 : 1-6.

原著

レベル0インシデント報告に影響を与える 内的・外的特性要因

Internal and external characteristic factors that affect the Level 0 incident report

小諸 信宏^{1) 2)} 堀本 ゆかり²⁾ 丸山 仁司²⁾

Nobuhiro KOMORO, RPT^{1) 2)}, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD²⁾, Hitoshi MARUYAMA, RPT, PhD²⁾

1) セコメディック病院 リハビリテーション部：千葉県船橋豊富町 696-1 (〒274-0053)

Dept. of Rehabilitation, Secomedic Hospital : 696-1 Toyotomityou, Funabashi City, Chiba 274-0053, Japan
E-mail: n-komoro@secomedic.gr.jp

2) 国際医療福祉大学大学院大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 医療福祉教育・管理分野

Education and Management in Health and Welfare Section, Health Sciences Program, Graduate School of
International University of Health and Welfare

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):14-17. 受付日 2018年2月14日 受理日 2018年4月2日

要旨： [目的] レベル0インシデント事例を報告する職員の特性を明らかにすることである。 [対象と方法] アンケート調査に協力いただいた50名で、若手、中堅、ベテランに分類し比較検討した。医療安全への意識を図る指標として、職員1人当たりレベル0年間平均報告数を調査した。内的特性因子は、主要5因子性格検査を用いて調査した。外的特性因子は、個人認識と影響要因による調査票ならびに、医療安全文化指標を用いて調査した。 [結果] 各年代で内的要因・外的要因に違いが認められた。 [結語] 医療安全は、理学療法士の質の保障にかかわる重要な視点である。今後、不足事項を補う教育内容の充実を図り、医療安全文化を醸成していく必要がある。

キーワード： 医療安全文化、レベル0インシデント報告、内的・外的特性要因

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2018;1(1):14-17. Submitted Feb.14, 2018. Accepted Apr.2, 2018.

ABSTRACT: [Purpose] It is to clarify the characteristics of officials reporting level 0 incident cases. [Subjects and Methods] In 50 people who cooperated in the questionnaire survey, they were classified as young, medium and expert and compared and examined. As an indicator for awareness of medical safety, we investigated the average number of reported level0 incident. Internal characterization factors were investigated using a "Big Five" personality inventory. External characteristic factors were investigated using personal identification and influence factor questionnaires and medical safety culture indicators. [Results] Differences were found between internal and external factors in each age. [Conclusion] Medical safety is an important viewpoint concerning the guarantee of the quality of physical therapists. In the future, it is necessary to enhance the content of education to compensate for deficient items, and to foster

medical safety culture.

Key Words: medical safety culture, level 0 incident report, internal and external characteristic factors

I. はじめに

医療安全とは、医療や診療の過程で患者が不必要な傷害を受けないことであり、そのための予防や活動改善のことをいう。そして、それらを管理することをセーフティマネジメントという¹⁾。セーフティマネジメントを構築していく上で、組織に医療安全文化を醸成していくことが必要となる。

安全文化とは、心理学者のリーズンによると、「報告する文化（非難しない文化）」、「正義の文化」、「柔軟な文化」、「学習する文化」の4要素を挙げている²⁾。

特に「報告する文化」を「非難しない文化」と言い替えているように、インシデントレポートをきちんと提出し、それに対し個人を責めるのではなく、組織として事故防止対策にあたる姿勢が重要である。

レポート報告制度については、インシデントレポートや事故報告書を病院として収集するのは、医療事故防止につなげる目的がある。報告数が多いということは、インシデントや事故が多くて困るというよりも、報告する意識が高いと評価することができる。インシデントレポート報告の意義として、患者への影響度が少なかったとしても、大きな事故の背後に潜む多くのインシデントを見つけ出し、逆に言えばインシデントや小さな事故を分析し、再発予防することで大きな事故を防ぐことである。

当院リハビリテーション部においては、インシデント・アクシデントレポートレベル0事例（以下レベル0レポート）を報告し、重症事例を未然に防ぐ目的に多くの提出を推進している。これは、ハインリッヒの法則に基づくものである。

ハインリッヒの法則とは、もともとは労働災害の領域から生み出されたアイデアである。ある工場で発生した労働災害件数を解析したところ、重症以上の災害が1件発生した背後には、29件の「軽症」を伴う災害があり、さらにその背後には300件ものヒヤリとするような「傷害のない」災害が起こっている

ということが報告された。この1:29:300の法則を、報告者の名前をとって「ハインリッヒの法則」と呼ぶ³⁾。重大事故の背後にはその予兆ととらえることができる事故があり、報告制度などを整備してその予兆をとらえて対策を講じることが重要だという意味である。

レベル0報告に関する先行研究として、山岸らの報告によると、インシデントレポート提出に関する影響要因を検討したところ、「提出対象の認知」、「（提出しない理由の）手間がかかる」、「協働性」、「年齢区分」であると言われている⁴⁾。また池田らの報告によると、レベル0レポートを報告しなかった理由として、面倒、時間がないと言われている⁵⁾。これらの先行研究より、レベル0報告についての有用性について明らかにされていない。

本研究の目的は、レベル0レポートを報告する職員の特性を明らかにすることで、レベル0報告の有用性を明らかにし、今後の医療安全教育に活用することである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、2016年度当院リハビリテーション部に在籍し、アンケート調査に協力いただいた50名とした。

2. 方法

経験年数については、若手、中堅、ベテランに分類し比較検討した。医療安全への意識を調査する目的として、職員1人当たりレベル0レポート年間平均報告数について調査した。内的特性を明らかにすることを目的として、「主要5因子性格検査」を用いて調査した¹⁾。外的特性を明らかにすることを目的として、個人認識と影響要因による調査票ならびに、医療安全文化指標を使用した²⁾³⁾。倫理的配慮として、セコメディック病院倫理審査委員会の承認を得て行われた（承認番号：2017-1）。

表1 インシデントレベル0と1の違い

	はい	いいえ	検定
若手	15(68.2)	7(31.8)	**
中堅	15(88.2)	2(11.8)	
ベテラン	11(100.0)	0(0.0)	
合計	41(82.0)	9(18.0)	

**:p<0.01

表2 インシデント内容（職場環境や業務上のリスク記載）

名	はい	いいえ	検定
若手	9(40.9)	13(59.1)	**
中堅	5(29.4)	12(70.6)	
ベテラン	7(63.6)	4(36.4)	
合計	21(42.0)	29(58.0)	**

**: p<0.01

表3 安全啓発

	若手		中堅		ベテラン	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
インシデント報告内容 開示状況	10(45.5)	12(54.5)	7(41.2)	10(58.8)	4(36.4)	7(63.6)
事故対策カンファレン ス積極度	13(59.1)	9(40.9)	7(41.2)	10(58.8)	4(36.4)	7(63.6)

Ⅲ. 結果

1. 医療安全への意識調査

① レベル0 レポート年間平均報告数

レベル0 レポート年間平均報告数は、若手3.4件、中堅4.5件、ベテラン11.0件と3群間で有意差がみられた (p<0.01)。

2. 内的特性

特性該当比率は、協調性（若手：40.9%，中堅：52.9%，ベテラン54.5%），勤勉性（若手：27.3%，中堅：11.8%，ベテラン：9.1%），情緒安定性（若手：13.6%，中堅：17.6%，ベテラン：27.3%）と年代の違いがみられた。

2. 外的特性

① 個人認識と影響要因による調査票

「インシデントレベル0と1の違いがわかる」は、若手・ベテラン間で有意差がみられた (p<0.01) (表1)。

「インシデントの背景にある職場環境や業務上のリスクを書いている」は、若手・中堅とベテラン間に有意差がみられた (p<0.01) (表2)。

「安全啓発」について、全ての年代において「はい」の回答が36.4%から59.1%と低い結果であった (表3)。

② HSOP

「エラーに対する処罰のない対応」について、ベテランでは有意な偏りがみられなかった (p=0.17) (表4)。

「自由なコミュニケーション」について、ベテラン

表4 インシデント報告に対する自身の評価

	はい	いいえ	検定
若手	13(59.1)	9(40.9)	n.s.
中堅	13(76.5)	4(23.5)	**
ベテラン	10(90.1)	1(9.1)	**
合計	36(72.0)	14(28.0)	

**:p<0.01 n.s.:not significant

では有意な偏りがみられなかった (p=0.30) (表5)。

出来事報告の姿勢（レベル2報告）について、3群間で有意差がみられた (p<0.01) (表6)。

Ⅳ. 考察

1. 医療安全への意識調査

各経験年数群においてレポート報告数に差が認められた。医師と歯科医師のレベル0のインシデントレポート提出の影響要因は、「提出対象の認知」であると言われている⁴⁾。今回、若手群において同様の結果であったと考えられ、報告規定を定期的に周知する必要があると考える。

2. 内的特性

内的特性を年代別に特性該当比率でみると、勤勉性は若手が高く、協調性、情緒安定性は年代が高くなる程比率が高くなる結果となった。医療安全行動と情緒不安定性に有意な相関があると言われている⁵⁾。本研究においては、若手において情緒安定性特性該当比率が他年代群と比較し低い結果となっており、年代や性格特性を踏まえた医療安全教育が必要であると考えられる。

表5 自由なコミュニケーション

	そう思う	どちらでもない	思わない	該当しない	検定
若手	15(68.2)	7(31.8)	0(0.0)	0(0.0)	**
中堅	11(64.7)	5(29.4)	1(5.9)	0(0.0)	*
ベテラン	3(27.3)	6(54.5)	2(18.2)	0(0.0)	n.s.
合計	29(58.0)	18(36.0)	3(6.0)	0(0.0)	

*:p<0.05 **:p<0.01 n.s.:not significant

表6 出来事報告の姿勢(レベル2報告)

	いつも・ほとんど	ときどき	まれ・ない	該当しない	検定
若手	14(63.6)	6(27.3)	2(9.1)	0(0.0)	**
中堅	14(82.4)	2(11.8)	1(5.9)	0(0.0)	**
ベテラン	4(36.4)	4(36.4)	3(27.3)	0(0.0)	n.s.
合計	32(64.0)	12(24.0)	6(12.0)	0(0.0)	

**:p<0.01 n.s.:not significant

3. 外的特性

外的特性を年代別に考察すると、若手においては、「インシデントレベル0と1の違いがわかる」が低い結果であった。報告規定が認識されていないことが要因と考える。

若手・中堅においては、「インシデントの背景にある職場環境や業務上のリスクを書いている」、「出来事報告の姿勢(レベル2報告)」について低い結果であった。報告規定が認識されていないことが要因と考える。

中堅・ベテランについては、「インシデント報告してよかったと思えるフィードバックが多い」が低い結果であった。組織的にレポート報告に対するフィードバックが少ないため、レポート報告する意義が見出せないことが要因と考える。

ベテランについては、「エラーに対する処罰のない対応」、「自由なコミュニケーション」が低い結果となった。上司の対応が、レポート報告に対し非難されていると感じている可能性が示唆され、エラーの再発予防について話し合える環境が構築できないことが要因と考える。

全体的には、「安全啓発」については低い結果であった。医療安全文化を醸成するための組織全体への取り組みが不足していることが要因と考える。

本研究の限界として、対象者が当施設リハビリテーション部のみの職員であったため、同施設内他職種や他施設リハビリテーション専門職との比較検討し、レベル0報告の有用性について検証する必要があると考える。

今後の展開として、レベル0報告数増加に向けた取り組みを実施し、報告数増減と変化が見られた職員における内的・外的特性について明らかにしていきたい。

利益相反と研究助成費

本研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

引用文献

- 1) 村上宣寛, 村上千恵子: 主要5因子性格検査ハンドブック(改訂版). 学芸図書, 東京, 2008, pp235-237.
- 2) 金子さゆり, 濃沼信夫: 院内報告制度に関する個人認識と影響要因の関連モデル. 病院管理, 2005, 42: 255-265.
- 3) 長谷川友紀, 藤田茂: 医療を管理する 安全を測る. メディカ出版, 東京, 2014年, pp87-117.
- 4) 山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林敏生: 病院職員の安全風土とインシデントレポートの提出に影響する要因. 日職災医誌, 2007, 55: 194-200.
- 5) 大田容子, 伊藤明子, 小笠原知枝: 看護学生の臨床実習における医療安全行動とBig Fiveモデル性格特性との関連. 畿央大学紀要, 2015, 12: 9-18.

原 著

特性要因図を用いた リハビリテーション業務管理の取り組み

Impact of fishbone diagram on rehabilitation operation management

松井 剛¹⁾ 堀本 ゆかり²⁾ 丸山 仁司²⁾

Go MATSUI, RPT¹⁾, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD²⁾, Hitoshi MARUYAMA, RPT, PhD²⁾

- 1) 医療法人社団千葉秀心会 東船橋病院 リハビリテーション科：千葉県船橋市高根台 4-29-1 (〒274-0065)
Dept. of Rehabilitation, HigashiFunabashiHospital : 4-29-1 Takanedai, Funabashi-shi, Chiba 274-0065, Japan
E-mail: riha@hfhp.gr.jp
- 2) 国際医療福祉大学大学院 小田原保健医療学部 理学療法学科：神奈川県小田原市城山 1-2-25 (〒250-8588)
Graduate School of International University of Health and Welfare : 1-2-25 Shiroyama, Odawara-shi,
Kanagawa 250-8588, Japan E-mail: horimoto@iuhw.ac.jp E-mail: hmaru@iuhw.ac.jp

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):18-23. 受付日 2018年2月19日 受理日 2018年4月2日

要旨：[目的]今回、本院リハビリテーション（以下、リハ）科が抱える課題を共有し改善する目的で、特性要因図を用い課題を整理した。[対象と方法]対象は、本院リハ科に在籍するスタッフ35名である。まず研究1でリハ科の課題について情報収集を行い、研究2ではブレインストーミング手法を用いて課題の共有をし、特性要因図を作成した。[結果]抽出された課題のうち、カンファレンス情報に対するPCへの入力ミスが優先度の高い傾向であった。これに関する要因を整理し、特性要因図が完成した。このプロセスに参加することにより、PC入力ミスが減少し、科内スタッフ間の意識の変化が得られた。[結論]リハ業務管理において問題点を整理、共有することは、リハスタッフの意識と行動を改善することができた。

キーワード：リハ業務管理、カンファレンス、特性要因図

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2018;1(1):18-23. Submitted Feb. 19, 2018. Accepted Apr. 2, 2018.

ABSTRACT: [PURPOSE] The purpose of study was to share and improve the problems of rehabilitation department of hospital, the tasks were organized using fishbone diagram. [Method] The target is 35 staff who are enrolled in the rehabilitation department of hospital. In Research 1, we gathered information on the subjects of the rehabilitation department, and in Research 2 we used a brainstorming method to share the tasks and created fishbone diagram. [Results] Among the extracted tasks, input errors to the computer for conference information tended to be high priority. Factors related to this were arranged and the fishbone diagram was completed. By participating in this process, computer typing mistakes were reduced, and a change in awareness among staff

within the department was obtained. [Conclusion]Organizing and sharing problems in rehabilitant operations management has made it possible to improve the consciousness and behavior of the rehabilitation staff.

Key Words: rehabilitant management, conference, fishbone diagram

I. はじめに

医療系専門職の管理職は、「他職種の問題は、なかなか意見がまとまらない」、「職場の問題職員には対処に困っている」、「これまでの経験や勘で方向性を決めている」など、普段の日常の中で、様々な問題について会話することが多いかと思われる。管理職は、医療専門職としての直接業務に加え、組織運営に関する調整に多くの時間を費やし、対処している。そのため、管理職は、重要性、緊急性などを勘案し、優先順位をつけて解決に取り組む視点が必要である。医療業界では、認知的徒弟制や伝統的周辺参加が多く用いられ、試行錯誤、失敗体験を繰り返しながら、実践しているのが現状ではないかと考える。

私の勤務している病院は、一般病床 98 床を有し第二次救急指定の総合病院である。近年進む医療制度改革により急性期病院の入院期間は短縮され、リハ治療が不十分なまま退院を余儀なくされるケースも少なくない。このような状況に対し、当院では平成 27 年 6 月より 50 床の回復期リハ病棟（以下、リハ病棟）を開設した。

当院はリハ病棟開設にあたり、リハ科をこれまでの 11 名から 35 名まで増員したが、主義・主張、価値観の相違により、人間関係をはじめとしたさまざまな困り事も多くなった。現在、リハ科が抱える問題についてスタッフ間で十分に共有できておらず、様々な障壁に発展している。希薄な認識を自覚し、協力して問題解決に向かう姿勢をつくることが大きな課題であると思われる。

本研究の目的は、リハ科内の課題を明らかにしたうえで、課題抽出、整理を行ないスタッフ間で共有することによる課題解決（業務改善）を促し、その方法論を共有することである。

II. 対象

対象は当院リハ科に平成28年度1年間在籍したスタッフ35名（理学療法士17名、作業療法士11名、言語聴覚士7名）である。性別は男性17名、女性18名、平均年齢 26.2 ± 5.9 歳、平均経験年数 2.6 ± 2.3 年であった。

III. 研究1（課題抽出）

1. 方法

平成28年6月に、職場の改善点を洗い出す目的で、自由記載方式でアンケートを実施した。

このアンケートをテキストマイニング手法により分析した。テキストマイニングとは、通常の記事からなるデータを単語や文節で区切り、それらの出現の頻度や出現傾向などを解析することで有用な情報を取り出し、テキストデータを分析することができる¹⁾。

2. 結果

名詞の中で最も高い割合を示しているのは「カンファレンス」である。次いで、「Functional Independence Measure（以下、FIM）」、「回復期」、「情報共有」、「病棟Activities Daily of Living（以下、ADL）」である。動詞の中で最も高い割合を示した順に、「できない」、「忘れる」、「多い」、「やらない」である。マイナス評価での動詞の出現頻度をみると、「できない（8回）」が最も多く、次いで「忘れる（6回）」などの出現頻度が5回以上となっている。「できない」の前後5語以内に出てきた語をみると、最も高い割合を示した「カンファレンス」が最も多く、次いで「FIM」の出現頻度が高くなっており、研究2の分析対象とした。

IV. 研究2

1. 介入前経緯

アンケート結果を踏まえ、週1回開催される病棟カンファレンス（以下、カンファ）の入力ミスの問題行動に取り組むことにした。当院では週1回定期的に、他職種の情報共有のため、病棟看護師、医師、リハビリスタッフによるカンファレンスを開催している。リハビリスタッフは、週1回開催されるカンファにあたり、カンファ前日の昼までに担当患者の入浴介助日（1週間に2回、リハスタッフによる入浴）、体重測定日、FIMをリハビリソフト（リハメイト®）に入力することが言語指示されていた。これまで入力ミスの問題行動は、病棟カンファ後、管理者がデータの入力ミスを発見し、担当スタッフから正確な情報を入手し再入力していた。管理者は、問題行動を引き起こしたスタッフに対し、言語指示、もしくは紙面による文字指示を実施したにも関わらず、入力状況には大きな変化が見られなかった。そこで、スタッフの問題行動を課題共有として挙げ、スタッフの協力を呼びかけた。

今回用いる特性要因図とは、取り上げた問題点に対してその原因を全員で提起し視覚的にまとめ、重要と思われる要因についての的を絞って効果的に改善を推進していくための手法が特性要因図である。右端が問題とする特性（結果）であり、この軸になる矢印は取り上げた工程（背骨）を表している。大骨として要因を4～8に大きく分類し、大骨の要因を追求し中骨を、ついで中骨の要因を追求し小骨を、さらに孫骨へと細かく分類し記入していく²⁾。

2. 介入方法（課題共有）

カンファレンスに先立ち、入浴介助日、体重測定日、FIMに関する事前入力率（8割程度）を改善するため、ブレインストーミング、特性要因図を用いた問題解決技法を使用することとした。介入は、口頭指示で注意した時期（2週）を問題解析前、1週間おきに問題解決技法を実施した時期（7週）を問題解析

後、追跡調査した時期（15週20週25週）をフォローアップ期として、入力率（入力患者数／現在の実施患者数×100%）を3項目について算出した。

1) ブレインストーミング

①方法

各チームは日常、意思疎通の多いチームとし、A・Bは理学療法チーム、C・Dは作業療法チーム、Eは言語聴覚療法チーム、Fは役職・リーダーチームとした。ディスカッションを用いたアイデアの発想法をベースとするブレインストーミング手法により課題や原因を抽出した。

チームごとに作成したブレインストーミングから大骨-中骨-小骨のカテゴリーに分類し、付箋枚数の多い順に大骨-中骨-小骨を分類、さらに、経験年数に分けて分析した。

②主要因の抽出

臨床経験の年数と付箋枚数の相関係数は0.7163と有意差を認めた。臨床経験年数が多いほど問題行動を指摘する付箋枚数が多く、経験年数の浅いスタッフは比較的付箋枚数が少ない傾向にあった。

6グループごと作成した模造紙に貼られた付箋を分類すると全グループ共通の問題点として、「個人」、「業務」、「他職種連携」、「FIM」、「パソコン」、「ルール」などが挙げられ、優先すべき課題が確認できた（表1）。

「個人」で示される他者の問題は、全体の23.2%の意見であり、男性スタッフは61.7%、女性スタッフは38.3%だった。「業務」の問題は、全体の21.2%の意見であり、男性スタッフは48.2%、女性スタッフは52.8%だった。「他職種連携」の問題は、全体の18.9%の意見であり、男性スタッフは38.8%、女性スタッフは61.2%だった。テーマであった「FIM」未入力の問題は、全体の12.0%の意見であり、男性スタッフは48.4%、女性スタッフは51.6%だった。「パソコン」の問題は、全体の12.7%の意見であり、男性スタッフは51.5%、女性スタッフは48.5%だった。「ルール」の問題は、全体の5.8%の意見だった。付

表1 付箋枚数

項目	A		B		C		D		E		F		合計	
	枚数	割合	枚数	割合	枚数	割合	枚数	割合	枚数	割合	枚数	割合	枚数	割合
個人	24.0	44.4%	16.0	39.0%	6.0	15.8%	8.0	18.2%	5.0	11.6%	1.0	2.6%	60.0	(23.2%)
業務	10.0	18.5%	7.0	17.1%	20.0	52.6%	7.0	18.4%	10.0	23.3%	1.0	2.6%	55.0	(21.2%)
情報共有	3.0	5.6%	5.0	12.2%	4.0	10.5%	10.0	26.3%	12.0	27.9%	15.0	38.5%	49.0	(18.9%)
パソコン	9.0	16.7%	9.0	22.0%			10.0	26.3%	4.0	9.3%	1.0	2.6%	33.0	(12.7%)
FIM	8.0	14.8%	2.0	4.9%	1.0	2.6%	2.0	5.3%	10.0	23.3%	8.0	20.5%	31.0	(12.0%)
ルール					5.0	13.2%	3.0	7.9%	1.0	2.3%	6.0	15.4%	15.0	(5.8%)
入浴			2.0	4.9%	2.0	5.3%							4.0	(1.5%)
マニュアル							3.0	7.9%	1.0	2.3%			4.0	(1.5%)
意欲											3.0	7.7%	3.0	(1.2%)
責任感											2.0	5.1%	2.0	(0.8%)
指導							1.0	2.6%					1.0	(0.4%)
能力											1.0	2.6%	1.0	(0.4%)
期日											1.0	2.6%	1.0	(0.4%)
枚数	54.0		41.0		38.0		44.0		43.0		39.0		259.0	

箋枚数が10枚以上であれば分析の解釈等が十分であると判断した。Fチーム（全員リーダー陣）は、他チームにない情意面（意欲、責任感、能力）の課題があった。6グループで作成された模造紙を1枚の特性要因図の作成では、同義語の変換処理、誤字等の削除、訂正を施している。

2) 特性要因図

①方法

アンケート調査やブレインストーミングで最も話題にのぼった「FIM、入浴介助日の入力ミスがなぜ発生するか？」を分析対象とした。図1では、この課題に対し特性要因図を作成することにより、入力ミスの原因及び改善の手段を整理した。特性要因図で考える上で「個人」、「業務」、「パソコン」、「FIM」、「ルール」、「情報共有」に関係する要因について考えることにした。

②結果

「個人」では、“忘れる”、“大切だと思っていない”、“習慣化されていない”、“知識不足”という、今まで考えていなかった要因が顕在化してきた。「仕事量」では、出てきた要因を「なぜなぜ」と問いかけながら、具体的な対策を検討できるくらいまで落とし込みを行うことで、“空いた時間でカルテが書けない”

などの暗黙のルールという小骨が関係していた。灰色セルで表現したとおり、計7つの要因には優先順位が高く、解決しやすい問題点にたどり着くことができた。解決しやすい問題であっても、“暗黙のルール”、“操作方法が分からない”、“利得率のフィードバックがない”、“ミーティングが長い”などの小さな事象が連鎖して最終的なミスにつながっている。

“空いた時間でカルテが書けない”、“ミーティング時間が長い”は、無駄な時間を発生させ、業務効率を悪化させてしまう。“利得率のフィードバックがない”などはクレームやトラブルにつながり、事後的対応に多くの時間を費やすだけでなく、部下からの信用を失い、回復期病院としてのアウトカムに大きな影響を及ぼす可能性もある。“暗黙のルール”、“操作方法がわからない”は、決められたことやルールを文書化する風土が乏しいことがわかった。

V. 経過（カンファレンス入力率）

各期間における平均入力率、改善率（解析前と各期間）は入浴介助日、体重測定日、FIMの順に、問題解析前（82.5%、85.5%、82.0%）、問題解析後（97.6%-18.3%、96.3%-12.6%、95.1%-16.0%）、フォローア

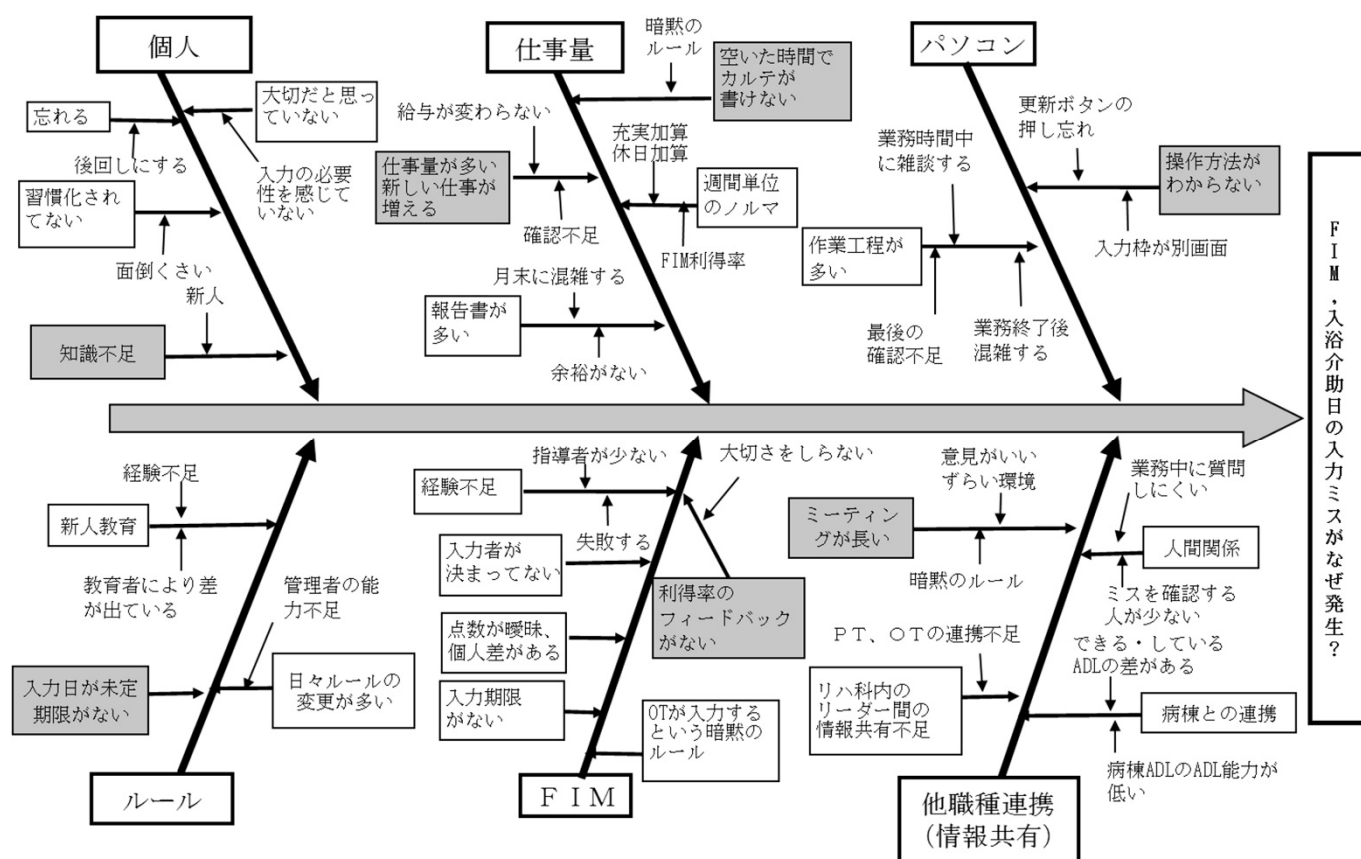


図1 特性要因図

ップ期（96.7%-14.7%，100.0%-14.5%，100.0%-18.0%）であった。

VI. 考察

リハ部門の管理手法については様々な報告があるが、特性要因図の手法を用いた業務管理はあまり報告されていない。そこで、主に製造業等の業務を管理・改善する際に用いられる特性要因図が、リハ業務管理に活用できるのかを検討し、若干の知見を得たので報告する。今回の介入は、スタッフにとって1つ1つの問題行動がどのようなことにつながっていくのかといった行動の意味や影響に気づく契機となると考えられた。経過をみると、スタッフは単純な問題や緊急性の高い問題（図1：特性要因図の灰色セル）を解決することで、自身の行動の重要性や必要性を再認識し、チーム間で問題共有した様子が見えた。介入がスタッフにとって普段の業務の問い直しと価値づけにも寄与したと考えられる。問

題行動を深く掘り下げて考える場面を通してスタッフは、行動自体の良し悪しではなく、行動することによる影響や効果に目を向けて考えることの大切さに気づいたと推察された。また、部下の「ミーティングが長い」、「空いた時間でカルテが書けない」などの意見から上司の行動も変容するチャンスにもなった。部下から抽出した意見をもって、職場改善を行う機会になった。今後の課題は大半のスタッフは自分のリハ業務の問題行動や場面を想定した環境に配慮した目標行動を具体的に示すことができた。しかし一方で、リハ科内の「個人」や「他職種連携」に配慮した問題行動の意味や根拠等について深く考えられたスタッフは少なかった。少し複雑な問題になると、チームの問題認識が食い違い、解決に向けた活動が中々進まないように思われる。今後の課題は介入より得られた示唆をもとに、それぞれのスタッフにとって深く考えることができる協働の場面となるための手立てと感情的に同僚を批判しない思考を促す介入を検討することである。

研究2における本研究の限界は、調査後の比較が不十分な点である。また、今回のブレインストーミングや特性要因図という介入がどの段階まで進めば、「行動の変容」や「意識の変容」に結びつくか、比較検討をすすめることが有効だと考えられる。加えて、本研究では、一般職員へのアンケート調査のみであったが、行動の変容や意識の変容を期待するためには上司や周囲の調査も行う必要がある。

職場では、業務の複雑さや規模の拡大に伴い、高度な仕事を効率良く処理するために、同職種だけでなく他職種と連携を組んで共同作業をすることが度々ある。チーム活動が多いと、チームとしての問題解決の巧拙が、職場パフォーマンスを決定づけることは容易に想像できる。業務が効果的かつ能率的に遂行できることを確保する研究は、今後の医療福祉管理分野の発展に重要である。

最後に、もはや管理を中心とする運営方法だけでは組織は成り立っていないところまで来ている。管理システムに変わる組織編成のしくみを待つことが重要である。豊かさを経験した若年層の臨床現場

では役職による権威をもってしても管理しきれるものではない。目標とする効果度を明確化することが重要である。今後も組織力強化のねらいを見極め、業務改善に向けた取り組みを企画していきたい。

利益相反と研究助成費

ヘルシンキ宣言に基づき、対象者には研究の趣旨および目的、研究への参加の任意性とプライバシーの保護について十分な説明を行い、同意を得た。本研究は東船橋病院研究倫理審査の承認を得て実施した（承認番号：1529）。また、本研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

引用文献

- 1) ユーザーローカルテキストマイニングツール.
<https://textmining.userlocal.jp/2018.1.13>
- 2) 細谷克也:QC 七つ道具. 日科技連出版社, 1982, pp20-22

原 著

作業療法士・理学療法士のキャリア形成とその支援 ーリアリティショックの現状とその支援・対策についてー

Career formation and support for occupational therapist and physical therapist
-The current state of reality shock and its support and countermeasures-

神山 真美^{1) 2)} 高島 恵^{1) 2)} 堀本 ゆかり²⁾ 丸山 仁司²⁾

Mami KOYAMA, OTR¹⁾²⁾, Megumi TAKASHIMA, RPT¹⁾²⁾, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD²⁾, Hitoshi MARUYAMA, RPT, PhD²⁾

1) 上尾中央医療専門学校 作業療学科：埼玉県上尾市大字平塚 678-1 (〒362-0011)

Dept. of Education, Ageo CHuo Medical College : 678-1 Hiratsuka, Ageo-shi, Saitama, Japan

E-mail: m_kouyama@acmc.ac.jp

2) 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻・医療福祉教育・管理分野：

東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4・5F (〒107-0062)

Dept. of Health and Medicine・Education and Management in Health and Welfare, International University
of Health and Welfare Graduate School : Aoyama 1-chome Tower 4/5F, 1-3-3 Minami-Aoyama, Minato-ku,

Tokyo, Japan

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):24-31. 受付日 2018年2月13日 受理日 2018年4月2日

要旨：〔目的〕本研究は、本校卒業生のリアリティショックの有無や理由、退職状況等の現状分析を実施し、その支援・対策について検討した。〔対象と方法〕対象は、本校卒業生で関連医療法人施設に入職した者の内、すでに退職した者（退職群：117名）、現在も在職している者（在職群：302名）とした。方法は、リアリティショックの有無、退職理由、必要なキャリア支援などアンケート調査を実施した。〔結果〕リアリティショックの有無と退職・在職に有意な関連が認められた。在職群においては、リアリティショックの有無と退職検討の有無に有意な関連が認められた。〔結語〕リアリティショックの類型化は、藤原ら³⁾の7つの分類と大きな相違はないが、リハビリテーション専門職特有の概念がみられた。卒前および卒後に、まず力を入れて支援すべき事項は、「専門職としての領域や業務内容の理解」「自分ができること・能力の理解（CAN）」であった。

キーワード：リアリティショック、退職・離職、キャリア、キャリア教育、キャリア支援

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2018;1(1):24-31. Submitted Feb.13, 2018. Accepted Apr. 2, 2018.

ABSTRACT: [Purpose] In this research, we analyzed the current situation such as presence or absence and reasons of reality shock of our graduates, retirement status and so on, and examined the support measures. [Subjects and Methods] Of the persons who graduated from our main school and joined the related medical

institution facility, those who retired (retirement group: 117), and those who are still employed (302 employees) were selected. In the method, questionnaire surveys such as presence or absence of reality shock, reasons for retirement, necessary career support, etc. were carried out. [Results] There was a significant association between the presence or absence of reality shock and retirement and incumbency. In the incumbent group, there was a significant association between the presence of reality shock and the presence or absence of retirement consideration. [Conclusion] The classification of reality shocks is not significantly different from the seven classifications of Fujiwara et al.¹⁰⁾, but the concept unique to rehabilitation professionals was seen. Matters that should be put in place firstly, after graduation and graduation, were "understanding of areas and tasks as professionals" and "understanding of what they can and ability to understand (CAN)".

Key Words: reality shock, retirement, career, career education, career support

I. はじめに

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会¹⁾によると、2013年から2015年の3年間の1年あたりの理学療法士の平均離職者率（離職者/在職者総数）は、医療領域10.2%、介護福祉領域18.8%であった。これは、厚生労働省の2015年雇用動向調査結果²⁾による、離職率（年初の常用労働者数に対する離職者数の割合）15.0%と比較しても、特に介護福祉領域では高値となっている。

藤原ら³⁾によると、新人看護師のリアリティショックには7つの型があり「医療専門職のイメージと実際とのギャップ」「看護・医療への期待と現実の看護・医療とのギャップ」「組織に所属することへの漠然とした考えと現実の所属感とのギャップ」

「大学教育での学びと臨床実践で求められている実践方法とのギャップ」「予期される臨床指導と現実の指導とのギャップ」「覚悟している仕事とそれ以上にきびしい仕事とのギャップ」「自己イメージと現実の自分とのギャップ」に分類されると述べている。

また、リアリティショックと離職の関連については、新卒看護師が早期離職する原因や引き金になる要因の1つとして、リアリティショックがあげられている。また、リアリティショックは、身体的・心理的・社会的な症状を呈し、深刻化すると早期離職の引き金になるといわれている⁴⁾。

キャリア形成の機能不全は、臨床現場で働き難さからリアリティショックに発展し、早期離職や転職に追い込まれることが懸念される。現在、理学療法士・作業療法士に関するキャリア形成やリアリティショックに関する研究は十分とは言えず、現状を知ることが難しい状態である。

本研究では、上尾中央医療専門学校（以下、本校）卒業生のリアリティショックの有無や理由、退職状況等の現状分析を実施する。さらに、後ろ向きな離職（Negativeな離職）やリアリティショックなど改善可能な要素を分析し、学内・卒後教育のキャリア支援について検討することを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象

上尾中央医療専門学校（以下、本校）を卒業後、関連医療法人グループに就職した理学療法士（以下、PT）および作業療法士（以下、OT）を対象とする。対象を2群に分け、卒業後すぐに入職した施設を退職した卒業生（以下、退職群）117名（PT62名・OT55名）、卒業後入職した施設に現在も在職している卒業生（以下、在職群）302名（PT117名・OT126名）とした。

2. 方法

1) 調査方法

研究協力の依頼と説明を文書で郵送し、WEB (Google Form) にて回答を得た。研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は自由意志であることを伝えた。WEBによるアンケートへの回答をもって同意とみなした。調査期間は、2017年10月13日から11月5日までとした。

2) 方法

調査内容は、(1) 基本情報・現在の就業状況 (2) リアリティショック有無とエピソード (自由記載)、(3) 退職や転職の理由について、25項目から上位1から3位を選択とする。在職群に対しては、退職・転職を考えたことがあるか、またその理由について同様の選択肢で回答とする、(4) 養成校および働く上で必要となるキャリア支援について、11項目から複数選択とする。

統計処理は、統計解析ソフト R3.2.2 を用いた。分析方法については、(1) 基本情報、退職理由、必要なキャリア支援については、度数および割合を算出する。(2) リアリティショックの有無と退職群・在職群の関連について、Pearson の χ^2 検定を行う (危険率 5%未満)。(3) リアリティショックのエピソードについて、内容が同じものを集めラベリングを行う。また、藤原ら¹⁰⁾による新人看護師のリアリティショックの7つの型との相違をみる。

3. 倫理的配慮

本研究は、上尾中央医療専門学校倫理委員会にて審査を受け承認(承認番号 17-0007)を得た。アンケート調査の対象者には、文書にて研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は自由意志であることを伝えた。WEBによるアンケートへの回答をもって同意とみなした。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本情報

アンケート回収率は、退職群 21/117 名で 17.9%、在職群 145/302 名で 48.0%であった。性別は、退職群で男性 8 名 (38.1%)、女性 13 名

表1 リアリティショックの有無と

退職・在職の関連				
退職群			在職群	
リアリティ ショック	度数 (人)	割合 (%)	度数 (人)	割合 (%)
ある	15	71.4	69	47.6
ない	6	28.6	76	52.4
合計	21	100.0	145	100.0

(61.9%)、在職群で男性 65 名 (44.8%)、女性 80 名 (55.2%) であった。職種については、退職群で PT9 名 (42.9%)、OT12 名 (57.1%)、在職群で PT80 名 (55.2%)、OT65 名 (44.8%) であった。年齢は、退職群では 25～29 歳 14 名 (66.7%)、30～34 歳 6 名 (28.6%)、40 歳以上 1 名 (4.8%)、在職群では 21～24 歳 61 名 (42.1%)、25～29 歳 58 名 (40.0%)、30～34 歳 17 名 (11.7%)、35～39 歳 (3.4%)、40 歳以上 4 名 (2.8%) であった。

2. リアリティショックの有無と退職・在職の関連

退職群では、リアリティショックがあると回答した者が 15/21 名 (71.4%)、ないと回答した者が 6/21 名 (28.6%) であった。在職群では、リアリティショックがあると回答した者が 69/145 名 (47.6%)、ないと回答した者が 76/145 名 (52.4%) であった (表 1)。Pearson の χ^2 検定の結果、リアリティショックの有無と退職・在職には有意な関連が認められた ($p < 0.05$)。

3. 退職群のリアリティショック・エピソードのカテゴリー分類

リアリティショックがあると回答した退職群 15/21 名 (71.4%) の、具体的エピソード全 19 件をカテゴリー分類した (表 2)。結果、リハ・医療への期待と現実のリハ・医療とのギャップに分類した「経営・コスト」に関する概念が最も多く 6 件 (31.6%) あり、これは藤原ら¹⁰⁾による新人看護師のリアリティショックの7つの型にも含まれない内容である。具体的には、加算算定や診療報酬に基づく1日あたりの単位数ノルマにギャップを感じている。その他、概念が多いカテゴリーとして、自己イメージと現実の自分とのギャップで、自己力量の低

表2 退職群のリアリティショック・エピソード

先行研究による分類	件数	概念
医療専門職のイメージと実際とのギャップ	0 0	特になし
リハ・医療への期待と現実のリハ・医療とのギャップ	改善回復限界	1 患者の死への直面
		1 自宅退院の困難さ
		1 患者からの必要性低下
	経営コスト	5 加算、単位数のノルマ
組織に所属することへの漠然とした考えと現実の所属観とのギャップ	連携人間関係	1 病院都合による退院
		1 科内・病棟・多職種連携
		1 上司との教育指導関係
養成教育での学びと臨床実践で求められる実践方法とのギャップ	専門性	1 モチベーションの相違
		1 理学療法・作業療法の違い
		1 臨床指導
予想される臨床指導と現実の指導とのギャップ	2 2	ロールモデルとなる人がいない
覚悟している仕事とそれ以上にきびしい仕事とのギャップ	業務適応	1 担当患者数の多さ（熟考する機会の減少）
		1 自己の知識・技術不足（自己の力量）
		1 担当患者に対する責任・重圧
自己イメージと現実の自分とのギャップ	自己イメージ	1 自分のモチベーションの維持
		3 1
		1
合計	19	

さ、担当患者に対する責任の重さなど「自己イメージ」に関するエピソードが3件(15.8%)みられた。また、「連携・人間関係」として、科内・病棟・他職種などの連携、組織内での人間関係に関する概念も3件(15.8%)みられている。

4. 在職群のリアリティショック・エピソードのカテゴリー分類

リアリティショックがあると回答した在職群69/145名(47.6%)の、具体的エピソード全86件をカテゴリー分類した(表3)。多くみられた概念としては、「業務適応」に関する事項19件(22.1%)で診療外の業務過多(書類、家族面談)、担当患者数が多く1人の患者を熟考できない、時間調整など

表3 在職群のリアリティショック・エピソード

先行研究による分類		件数	概念
医療専門職のイメージと実際とのギャップ	礼節態度	3	2 接遇、態度
			1 主治医等業務指示の曖昧さ
リハ・医療への期待と現実のリハ・医療とのギャップ	回復改善限界	13	5 リハによる回復の限界
			3 患者の死への直面
			2 自宅退院の困難さ
			2 リハの知名度、必要性
	経営コスト	7	1 重篤な二次的障害の存在
			3 患者・利用者への介入時間の制限（単位と時間）
			2 病院機能と現実の患者層
			1 病院都合による退院
	将来性	3	1 業務改善の意識の違い
			2 リハビリ業界の今後に対する不安
			1 低収入
組織に所属することへの漠然とした考えと現実の所属観とのギャップ	連携人間関係	8	4 連携（科内、病棟、多職種）
			2 上司との関係性（教育・指導）
			1 他職種とのモチベーションの相違
			1 仕事に対する責任感の違い
養成教育での学びと臨床実践で求められる実践方法とのギャップ	臨床実践	10	4 知識・技術（手技）が活かせない
			3 想像以上に幅広い業務内容
			2 学校で学ばない評価・治療方法の存在
			1 病院・老健の業務イメージ（スピード）
	専門性	9	5 作業療法（士）の identity（業務内容・範囲）
			2 理学療法、作業療法の違い
			1 作業療法の知名度・理解
			1 介護職との違い
予想される臨床指導と現実の指導とのギャップ	臨床指導	1	1 教育体制が無い
覚悟している仕事とそれ以上にきびしい仕事とのギャップ	業務適応	19	1 診療外業務の多さ（書類・家族面談）
			4 担当患者数の多さ（熟考する機会の減少）
			2 業務や時間の管理の難しさ
			2 業務量への適応（ミス）
自己イメージと現実の自分とのギャップ	自己イメージ	13	5 自己の知識・技術不足（自己の力量）
			2 担当患者に対する責任・重圧
			2 行いたい業務とのギャップ
			1 人事考課・業務評価
			1 患者からの評価と失望
			1 様々なキャリアプラン
			1 ライフワークバランス
合計		86	

であった。次に、「リハ・医療への期待と現実ギャップ」では、「回復・改善の限界」に関する意見が13件(15.1%)と多く、機能回復の限界、患者の死への直面、自宅退院の困難さなどであった。また、「経営・コスト」に関して7件(8.1%)で、担当患者に関われる時間の制約、病院機能と患者層などのギャップがみられた。

「養成教育での学びと臨床実践で求められる実践方法とのギャップ」では、「臨床実践」10件(11.6%)と「専門性」9件(10.5%)のエピソードがみられた。臨床実践では、知識や技術が実際の診療に活かさない、想像(養成校学ぶ)以上に幅広い業務内容、多種多様な評価・治療方法などがみられた。専門性については、主に作業療法、作業療法士のIdentityに関する内容が多く、作業療法の業務内容や範囲、理学療法との違い、介護職との違いなどが挙げられた。また、「自己イメージと現実とのギャップ」は13件(15.1%)あり、自己知識・技術不足など自己力量の低さ、担当患者に関する責任・重圧、行いたい業務とギャップ、上司や患者からの評価などがみられた。

5. 退職群の退職理由

退職群21/117名の退職理由として、1位から3位の合計数をみると「給与等収入が少ない(17.5%)」、「その他(17.5%)」、「職場の人間関係が好ましくない(9.5%)」、「より専門性を高める(9.5%)」、「結婚を機に家庭に入る・転居する(7.9%)」、「仕事内容が自分に合わない(6.3%)」であった(表4)。

1位に該当する主な理由としては、「給与等収入が少ない(19.0%)」、「結婚を機に家庭に入る・転居する(19.0%)」、「その他(14.3%)」、「より専門性を高める(9.5%)」であった。

6. 在職群のリアリティショックと退職検討の有無の関連

表4 退職群の退職理由1位について

	項目	度数(人)	割合(%)
やりがい・責任	1 仕事内容に興味がない	0	0.0
	2 <u>仕事内容が自分に合わない</u>	1	4.8
	3 仕事に対してやりがいがない	0	0.0
	4 自分の技能や能力が活かされない	1	4.8
	5 責任ある仕事が任されない	1	4.8
	6 ノルマが重い	1	4.8
	7 責任が重い	0	0.0
環境・待遇	8 <u>職場の人間関係が好ましくない</u>	0	0.0
	9 病院・施設の将来が不安	1	4.8
	10 <u>給与等収入が少ない</u>	4	19.0
	11 人事評価や処遇が悪い	0	0.0
	12 労働時間、休日等の労働条件が悪い	0	0.0
	13 福利厚生が悪い	0	0.0
	14 教育体制(能力開発)が不十分	0	0.0
	15 職場・異動命令に追えない	0	0.0
成長・ライフイベント	16 独立・起業する	0	0.0
	17 進学、留学する	0	0.0
	18 <u>より専門性を高める</u>	2	9.5
	19 他業種や職種を変更する	1	4.8
	20 家業を継ぐ、手伝う	1	4.8
	21 健康上の理由	0	0.0
	22 <u>結婚を機に家庭に入る・転居する</u>	4	19.0
	23 出産・育児による	1	4.8
	24 介護・看護による	0	0.0
	25 その他	3	14.3
	合計	21	100.0

表5 在職群リアリティショックと退職検討の有無

	転職や退職の検討	
	ある	ない
リアリティショック	度数(人)	度数(人)
ある	56	13
ない	50	26

在職群でリアリティショックがあると回答した者69/145名の内、「退職や転職を考えたこと・検討の有無」についてあると回答した者が56名(81.2%)、ないと回答した者が13名(18.8%)であった。リアリティショックがないと回答した者76名/145名の内、「退職や転職を考えたこと・検討の有無」についてあると回答した者が50名(65.8%)、ないと回答した者が26名(34.2%)であった(表5)。Pearsonの χ^2 検定の結果、リアリテ

イショク有無と退職検討の有無には有意な関連が認められた ($p<0.05$).

7. 養成校・働く中で必要なキャリア支援

養成校の中で必要なキャリア支援 (表6) について、退職群では「専門職としての領域や業務内容の理解 (19.7%)」, 「自分ができること・能力理解 (18.0%)」, 「働き方や生き方に関する目標設定・人生設定の方法 (13.1%)」, 「人的サポート (13.1%)」が多い。在職群では、「専門職としての領域や業務内容の理解 (17.3%)」, 「自分ができること・能力の理解 (13.6%)」, 「自分の役割の理解 (11.9%)」, 「自分の価値観の理解 (11.4%)」が多い。

働く中で必要なキャリア支援 (表7) について、退職群では「自分ができること・能力の理解 (17.9%)」, 「自分の役割の理解 (14.1%)」, 「専門職としての領域や業務内容の理解 (14.1%)」, 「自分の価値観の理解 (11.5%)」, 「人的サポート (11.5%)」が多い。在職群では、「自分ができること・能力の理解 (17.5%)」, 「専門職としての領域や業務内容の理解 (15.5%)」, 「自分の価値観の理解 (12.3%)」, 「働き方や生き方に関する目標設定・人生設計の方法 (11.1%)」が多い。

IV. 考察

本研究では、藤原ら³⁾の7つの分類をもとに、退職群、在職群ごとにリアリティショックの概念をカテゴリー分類した。その結果、看護師の分類と大きな違いは見られず、退職群と在職群にも大きな違いはみられなかった。しかし、リハビリテーション専門職としての特有の概念がいくつかみられた。

1つは回復改善の限界に関する事項で、「リハビリテーションによる回復の限界」「患者の死への直面」「自宅退院の困難さ」などが挙げられる。2つ目は、経営やコストに関する概念として、「療法士1人が1日に請求できる単位数や加算ノルマ」「病院機能と現実の患者層」「病院都合による退院」な

表6 養成校の中で必要なキャリア支援 (サポート)

		退職群		在職群	
		度数 (人)	割合 (%)	度数 (人)	割合 (%)
1	キャリアの概念, キャリア形成の考え方	2	3.3	47	8.8
2	<u>自分ができること・能力の理解 (CAN・長所・特徴)</u>	11	18.0	73	13.6
3	自分の価値観の理解 (WILL・したいこと)	6	9.8	61	11.4
4	自分の役割の理解 (MUST・すべきこと)	5	8.2	64	11.9
5	働き方や生き方に関する目標設定・人生設計の方法	8	13.1	57	10.6
6	<u>専門職としての領域や業務内容の理解</u>	12	19.7	93	17.3
7	一般業務の理解 (事務的業務やスキルなど)	3	4.9	39	7.3
8	人的サポート (相談体制)	8	13.1	44	8.2
9	メンタルスキル (ストレスコントロール)	4	6.6	52	9.7
10	特になし	1	1.6	5	0.9
11	その他	1	1.6	2	0.4
		61	100.0	537	100.0

表7 働く中で必要なキャリア支援 (サポート)

		退職群		在職群	
		度数 (人)	割合 (%)	度数 (人)	割合 (%)
1	キャリアの概念, キャリア形成の考え方	4	5.1	34	6.5
2	<u>自分ができること・能力の理解 (CAN・長所・特徴)</u>	14	17.9	91	17.5
3	自分の価値観の理解 (WILL・したいこと)	9	11.5	64	12.3
4	自分の役割の理解 (MUST・すべきこと)	11	14.1	55	10.6
5	働き方や生き方に関する目標設定・人生設計の方法	7	9.0	58	11.1
6	<u>専門職としての領域や業務内容の理解</u>	11	14.1	81	15.5
7	一般業務の理解 (事務的業務やスキルなど)	4	5.1	35	6.7
8	人的サポート (相談体制)	9	11.5	44	8.4
9	メンタルスキル (ストレスコントロール)	7	9.0	54	10.4
10	特になし	0	0.0	3	0.6
11	その他	2	2.6	2	0.4
		78	100.0	521	100.0

ど経営的側面がみられ、特に退職群で多く見られた。これらは、患者・利用者に直接治療して報酬を得る「セラピスト」ならではのギャップであると考えられる。3つ目に、養成教育での学びと臨床実践で求められる実践能力に関する事項で、「学校で学んだ

知識・技術が活かせない」「想像以上に幅広い業務」以外に、専門性に関する事項として特に「作業療法士の identity (業務内容や範囲)」「理学療法、作業療法の違い」についての概念がみられた。

これらのリアリティショックが生じる要因の1つは、卒前教育にあると考える。1つ目の、回復改善の限界に関する事項について学内では、「治す・機能や能力の改善と回復・予防する」を基盤に、専門職としての役割や存在価値を意識した教育を行っている。症例基盤型学習 (CBL) においても、改善傾向にあるケース設定がほとんどである。もう1つの側面は、臨床実習での経験にあると考える。臨床実習で担当する症例は、「変化が追やすい」「典型的」「シンプルな障害像」を学ぶ機会が多いのが現状である。治療効果の限界や死と直面する機会が、卒業後に初めて経験することが多い為、ギャップを感じやすいのではないかと考える。

2つ目の経営・コストに関する事項は、医療専門職としての心構えや志を養成する一方で、経営・管理に関して学習する機会がないことが挙げられる。組織が永続し社会貢献できるための経営安定、仕事に対する対価として報酬を頂くこと、雇用職員に給与を支給するためには経営安定 (収益) が必要であることなど、経営管理に関する知識や学習が不足していることが考えられる。患者・利用者の役にたつ「貢献」と経営的側面の「コスト・利益」について、折り合いやバランスをとることが必要である。

3つ目の卒前に学習した知識や技術が、臨床実践で活かせないというギャップについて、基本的な知識・技術修得を卒前教育の目標と学びの限界がある。その為、応用的知識・技術は卒業後に修得することを前提としている。また、作業療法 (士) の Identity に関して、業務内容や業務範囲が曖昧で「作業療法とは何か」「作業療法と理学療法との違いはなにか」を悩んでいる者、ギャップを感じている現実がある。介護保険領域では、1人の利用者に理学または作業療法士のどちらか1名が治療介入することが多く、利用者に必要となることであれば専

門領域を超えてサービス提供することが必要となる。作業療法士の業務内容や専門性について、入学前および卒前・卒後の継続した啓発や理解を深める機会が必要であると考ええる。

水田⁵⁾は、リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因について、リアリティショックの回復過程では、中核概念として「解決課題」が見出され、回復を妨げる要因として「不安定さ」が見出されたと述べている。「解決課題」には、“基本看護業務遂行能力の獲得”“職場の人間関係の調整”“さまざまなケアへの対応能力の発達”“勤務形態への適応”“仕事と自己の価値観の調和”の5つのカテゴリが見出された。「不安定さ」では、“不安感”“不調和”“自尊感情の低下”“ゆとりのなさ”の4つのカテゴリが見出されたとある。信頼感や有能感である「自己効力感」、自分は自分でいいと思える「自尊心」「自己肯定感」を育てることは、リアリティショックの回復を助けることになると考ええる。

本研究では、在職群に比べ退職群の方が、リアリティショックの経験が多いことが明らかになった。退職とリアリティショックには関連があると言えるが、退職の直接的原因がリアリティショックであるとは言い切れない。しかし、在職群を対象とした調査結果からは、リアリティショックの経験がある者の方が、退職や転職を考える・検討することが多いという結果が得られている為、退職を検討するきっかけや動機に繋がることが考えられる。

退職理由は、「給与 (待遇)」が最も多く、次に結婚を機に転居等の「ライフイベント」、次に将来の新たな方向性「ステップアップ」がみられた。退職に至るまでの間、リアリティショックから生じる苦悩、業務上の葛藤など様々な想いを抱えたまま労働している可能性も考えられる。さらに、自己の能力 (自己効力感) が低い状態が続くなど、いくつかの要件が積み重なることで、最終的に自己も他者も納得できる「給与」「ライフイベント」「ステップアップ」を理由に退職に至るケースも存在すると考える。

リアリティショックと離職原因が一致するものは、「自己イメージ」と「仕事内容が合わない（職業適応）」、「連携・人間関係」であった。仮説の段階では、離職原因の大きな要因として人間関係の不調和を予測していた。しかし、実際には離職理由の1位から3位の合計で9.5%、1位選択は0%であり、人間関係の不調和による退職への影響は低いと言える。その理由として、臨床実習のほとんどが関連医療法人施設で実施されること、就職支援活動としてリハビリテーション科所属長や卒業生との交流を取り入れていること、所属施設内に本校卒業生が多いことなどが挙げられる。

今後必要となるキャリア支援について、本研究の中で養成校および働く中で必要なキャリア支援の内、退職群・在職群のどちらも必要としている事項は、「専門職としての領域や業務内容の理解」「自分ができること・能力の理解（CAN）」であった。卒前および卒後の支援として、先行し力を入れて支援すべき事項であると考え。また、退職群の特徴として、「自分ができること・能力の理解（CAN）」「人的サポート（相談体制）」のニーズが高い傾向がみられる。これらの支援・サポートを充実していくことで、離職の軽減または離職後も充実したキャリアを形成していけるのではないかと考える。

本研究の限界は、対象が本校卒業生および関連医療法人施設に限定されること、回収率の低さに問題がある。今後、さらに対象の範囲を広げることや対象者数を増やすこと、得られた結果を検証することが必要である。また、効果的な教育プログラムを開発していくこと、養成校と臨床の連携を強固にしていくことが課題である。

本論文は、第2回日本リハビリテーション教育学会学術大会で発表および抄録で用いている。

利益相反と研究助成費

本研究において、COI 関係にある企業等はない。

謝辞

本研究に際し、研究の趣旨を理解し協力してくださいました卒業生、関連医療法人の皆様にご心よりお礼申し上げます。そして、ご指導頂きました堀本ゆかり准教授、丸山仁司教授に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 厚生労働省：医療従事者の需給に関する検討会 第2回 理学療法士・作業療法士需給分科会。（2016年8月5日報告）。
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120210_4.pdf（閲覧日 2017年12月20日）。
- 2) 厚生労働省：2015年雇用動向調査結果。（2016年8月24日報告）。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/17-2/index.html>（閲覧日 2017年12月20日）。
- 3) 藤原裕美子，ウイリアムソン彰子，尾形真実哉：新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試みー看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査からー。日本看護管理学会誌，2005，9：30-37。
- 4) 宗像恒次，及川尚美：リアリティショックー精神衛生学の視点からー，看護展望，1986，11：562-567。
- 5) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究ーリアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因ー，日本看護科学会誌，2004，123：41-50。

原著

臨床実習における学生の興味・非興味分野と 満足度・SOCの関係性

Student's interest and non-interest field in a clinical training,
the degree of satisfaction and relationship of Sense of coherence

善明 雄太¹⁾²⁾ 森田 正治²⁾³⁾ 池田 拓郎³⁾ 安藤 憲祥¹⁾

Yuta ZENMYOU, RPT¹⁾²⁾, Masaharu MORITA, RPT³⁾, Takuro IKEDA, RPT³⁾, Kenyo ANDO, RPT¹⁾

1) 社会医療法人財団池友会 新小文字病院 リハビリテーション科：福岡県門司区大里新町 2-5 (〒800-0057)

Dept. of Rehabilitation, Shinkomonji Hospital : 2-5 Dairishinmachi, Moji-ku, Fukuoka

E-mail: z-y.0628@outlook.jp

2) 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 医療福祉教育・管理分野：福岡県早良区百道浜 2-14-16 (〒814-0001)

International University of Health and Welfare Graduate school. Medical welfare science postgraduate course. Preservation of health medical treatment science specialty. Medical welfare education and the management field : 2-4-16 Momochihama, Sawara-ku, Fukuoka-shi

3) 国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療学科：福岡県大川市榎津 137-1 (〒831-8501)

International University of Health and Welfare : 137-1 Enokidu, Okawa-shi, Fukuoka

日本リハビリテーション教育学会誌 2018;1(1):32-36. 受付日 2018年2月18日 受理日 2018年4月2日

要旨： [目的] 今後の臨床実習での学生指導の基礎資料になることを目的として、当院にて臨床実習を行っている学生を対象に実習での満足度とストレス対処能力の関係性、興味分野と非興味分野での実習満足度の差について検討した。 [対象と方法] 3年課程の2校の理学療法学科学生、作業療法学科学生を対象とした。満足度アンケート、SOCを記載してもらい結果を検証した。 [結果] 満足度とストレス対処能力には正の相関関係がみられた。興味分野と非興味分野の実習での満足度には有意差を認めなかった。満足度の変化の一番大きな要因は、指導者であることがわかった。 [結語] 指導者の指導能力、コミュニケーション能力等の向上が学生の満足度向上に重要ではないかと考えられる。

キーワード： 満足度, ストレス対処能力, 興味・非興味分野

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2018;1(1):32-36. Submitted Feb. 18, 2018. Accepted Apr. 2, 2018.

ABSTRACT: [Purpose] As basic materials of the student guidance in future clinical training, I considered about the relationship between the level of satisfaction and SOC in practical training, the difference of the satisfaction level in practical training of the interest field and the non-interest field. [Subjects and Methods] It targets who are doing clinical training at our hospital. Physical Therapy and Occupational Therapy Students were targeted. The questionnaire was written and the results were verified. [Results] As a result, a positive correlation could be seen between the level of satisfaction and SOC. The degree of satisfaction

in practical training of the interest field and the non-interest field was no significant differences. The greatest factor of the change in the satisfaction level was found to be a leader. [Conclusion] Therefore, it is though that an improvement of the instructors' learning guidance ability and the communication skill are important for students to improve their level of satisfaction.

Key Words: the degree of satisfaction, sense of coherence, interest and non-interest field

I. はじめに

学生にとって臨床実習は知識、技術を向上させる為に重要であり、実習での満足度が今後のセラピスト人生にも関わってくるものである。久保ら¹⁾は学生の実習全体満足度には成績満足度、指導者からの症例に関連した指導や臨床経験の指導、教員の訪問等が有意に関連していると報告している。このことから、指導者からの指導内容や臨床経験指導が満足度に影響を与えていることがわかる。また、本多ら²⁾はストレス対処能力 (Sense of coherence: 以下 SOC) 点数の高低が実習成績の高低に反映すると報告している。このことから、学生のストレス対処能力が高いと実習成績が向上すると推察される。

満足度を考慮した実習を行うことは重要であるが、当院では行っていないのが現状である。養成校は学生の興味分野での実習を希望することが多く、満足度も高くなっているのではないかと考えていた。しかし、非興味分野での実習を行った学生から考えていたイメージと違い楽しかった、知識が増えた等の満足している意見を聞くことが多くあった。その為、非興味分野で実習を行うことで知識増加を促すことが出来、イメージが変化することで満足度が向上している可能性があると考えた。興味分野と非興味分野における実習の満足度の違い等の報告は、渉猟する限りなかった。よって、本研究では学生の満足度と SOC の関係性、興味分野と非興味分野での実習を行った際の満足度・SOC の違い等を調査し、当院における臨床実習指導の発展に向けた基礎資料となることを目的とする。

II. 対象と方法

当院の臨床実習方法は8週間 (4週間の2クール制) となっている。1クール目と2クール目は統一された実習を行っており、分野以外の差はない。学生課題は統一した見学記録、統合記録を使用している。学生課題の指導方法、フィードバック方法等は実習前に養成校の教員より当院のスタッフへ統一した指導が行われている。フィードバック時間も20分間で統一されている。週に5回は教員が実習地訪問を行い、指導者との面談や学生フォローを行っている。成績評価に関しても減点方式によって統一されており、可否に関しては指導者ではなく実習後に養成校が判断することになっている。

今回は3年課程のA養成校、B養成校の理学療法学科、作業療法学科の学生を対象に実施した。8週間 (4週間の2クール制) の臨床実習の学生64名 (男性38名、女性26名) に実施した。学生の平均年齢は22.5±4.1歳である。身体的・精神的疾患を呈しており、治療中の学生を除外基準とした。

実習前は、学生が興味分野アンケートを記載するようにした。その結果に応じて第1クール、第2クールに興味分野と非興味分野にそれぞれ配属した。各クール終了時に学生が満足度アンケートと東京大学大学院医学系研究科健康社会学・Antonovsky 研究会作成 SOC 縮約版13項目スケールを記載してもらった。満足度においては0点から10点のNRS方式記載とした。SOCは13項目の質問から構成されており、7件法で評価を行う。点数は13点から91点となっている。戸ヶ里ら³⁾によると一般平均は、59点と報告している。過度に点数の高い者は虚偽の可能性も考えられる。点数の低い者は主観的健康感がよ

くない者やうつ状態の割合が高く、少しのストレスで心身の健康状態が悪化しやすいとされている。点数の高い者は多くのストレスがあっても健康状態が損なわれにくく、ストレス対処能力が高いとされている。SOCには次の3つの下位尺度が含まれている。日々の出来事や直面したことに意義がある、あるいは挑戦とみなせる感覚を示す有意義感、自分の置かれている状況を予測可能なものとして理解する感覚を示す把握可能感、困難な状況を何とかやってのけられると感じられる感覚を示す処理可能感である。本研究では先行研究の数値を参考に59点以上をSOC高値群、58点以下をSOC低値群とした。SOC高値群は20名、SOC低値群は44名であった。

興味分野、非興味分野それぞれの満足度とSOCの点数との関係をスピアマンの相関係数にて検証した。興味分野と非興味分野の満足度とSOCの差、SOC高値群とSOC低値群の興味分野、非興味分野の満足度の差をそれぞれMann-WhitneyのU検定にて検証をした。統計ソフトはJSTAT for windowsを使用し、有意水準は5%とした。倫理的配慮として社会医療法人財団池友会新小文字病院倫理委員会にて研究の承諾（倫理番号2017002）を得ている。対象者、養成校教員へは十分な説明を実施し、同意を得ている。

Ⅲ. 結果

興味分野での満足度とSOCの関係は $r = 0.401$, $p = 0.001$ と中等度の正の相関が認められた。非興味分野での満足度とSOCの関係は $r = 0.249$, $p = 0.048$ と弱い正の相関が認められた。

興味分野と非興味分野での満足度に有意な差は認められなかった。満足度が7点以上の学生の9割はアンケート結果に、「指導者が良かった」を選択していた。満足度が4点以下の学生の10割はアンケート結果に、「指導者がよくなかった」を選択していた（表1、2）

興味分野でのSOCは、非興味興味分野でのSOCと比較して有意な差は認められなかった。興味分野でのSOC高値群の満足度は、SOC低値群の満足度と

表1. 興味分野アンケート結果（64名）

興味分野	8点~10点 42名	4点~7点 19名	0点~3点 3名
指導者がよかった	41名	11名	0名
イメージより楽しかった	26名	7名	0名
知らないことが増えた	31名	14名	0名
患者との時間がよかった	22名	5名	0名
指導者がよくなかった	0名	5名	3名
イメージより楽しくなかった	1名	6名	3名
知らないことが増えなかった	0名	0名	1名
患者との時間がよくなかった	0名	0名	0名

表2. 非興味分野アンケート結果（64名）

非興味分野	8点~10点 44名	4点~7点 17名	0点~3点 3名
指導者がよかった	44名	11名	0名
イメージより楽しかった	32名	10名	0名
知らないことが増えた	36名	11名	1名
患者との時間がよかった	28名	9名	0名
指導者がよくなかった	0名	4名	3名
イメージより楽しくなかった	0名	2名	3名
知らないことが増えなかった	1名	2名	1名
患者との時間がよくなかった	1名	0名	0名

比較して有意な差は認められなかった。非興味分野でのSOC高値群の満足度は、SOC低値群の満足度と比較して有意な差を認めなかった。

Ⅳ. 考察

今回の調査にて学生の満足度とSOCには関係性があることが分かった。非興味分野の満足度とSOCの相関性は、興味分野の満足度とSOCの相関性と比較して低くなっていた。また、興味分野と非興味分野において満足度とSOCには有意差がないこと、SOC高値群と低値群であっても満足度に有意差がないこともわかった。

築瀬ら⁴⁾は満足度に影響を及ぼす最も大きな要因は、臨床実習指導者と上手くいくことであると報告している。林ら⁵⁾は実習指導の経験に基づいて実習指導者と学生のコミュニケーションは、そのまま臨床実習の成果に結びつく重要なものであると報告している。以上より学生の満足度とストレスには、指

導者が著明に関与していることがわかる。今回の調査結果からも、指導者が臨床実習の満足度に影響を与えていることが推測される。学生から指導者に積極的にコミュニケーションをとることは容易ではない為、指導者からしっかりとコミュニケーションをとっていく必要がある。その為には、指導者としての経験も重要になってくる。平成29年の厚生労働省の実習指導者向け調査⁶⁾では、経験年数10年目以上が全体の64%であった。このことから、当院の指導者の平均経験年数は7.3年であり、経験豊富な指導者が多い環境ではないことがわかる。指導者のコミュニケーション能力不足が、満足度の低い学生の要因であった可能性は否定出来ない。また、仙波ら⁷⁾によると臨床実習指導者との良好な関係には、経済産業省が提唱する社会人基礎力（基礎学力、コミュニケーション能力、積極性、問題解決力等）という社会人として活躍する為に必要な能力の要素が関与していると報告している。このことから、学生の社会人基礎力も指導者との関係性に影響していることがわかる。しかし、今回は社会人基礎力等の調査をしていない為、指導者との関係性にどの程度関与していたか等を明確にすることは出来ない。いずれにせよ、臨床実習において実習指導者と学生の間の良い人間関係の構築が、効果的かつ効率的な臨床実習を目指す為に最も重要であると考えられる。

本多ら³⁾は、SOCの高い学生は実習における日々の体験を肯定的に捉え、前向きに臨むことが出来ると報告している。このことから、本研究においてもSOCの高い学生は実習中の指導や課題を遂行していく段階でプラスの方向に考えることが出来、満足度とSOCに相関がみられたのではないかと考える。また、SOCが高い学生は指導に対してストレスに感じる事例が少なく、満足度に影響しにくくなっていると考えられる。今回の調査では満足度とSOCの相関性は、0.24~0.4と低いまたは中等度の結果となっている。この要因には、指導者が関与していることが考えられる。満足度が高い学生は「イメージより楽しかった」を選択し、満足度の低い学生は「イメー

ジより楽しくなかった」を選択していた。指導者以外の要因として、元々の実習イメージと実際の実習との相違も関与している可能性があると考えられる。

養成校は、学生の興味分野も実習先を選択する際に考慮しているケースが多い。今回の調査では興味分野と非興味分野での満足度に有意差がみられていない。非興味分野は元々楽しくないというイメージがあり、勉強量等も少ない可能性がある。しかし、今回の調査では満足度の高い学生が多数みられた。実習を行うことで知らなかったことを多く理解出来るようになり、臨床現場での楽しさを実感することでイメージの変化が起こり、満足度が高くなったと考える。養成校の授業等で興味を持つことの出来なかった分野での実習で満足することで、学生の興味分野拡大を促せる可能性があると考えられる。

本研究により学生の満足度には、指導者との関係性、指導内容、課題や指導に対する感じ方、元々のイメージと臨床の相違等が考えられる。しかし、養成校による学生ベースの違い、PTとOTの学生ベースの違いや臨床実習内容の違い、学生の学力・社会性・精神的健康度等の違い等のバイアスを取り除けていない状態での検討が本研究の限界である。バイアスを限りなく取り除いた状態での調査を行い、違いを検討していくことが今後の課題であると考えている。

利益相反と研究助成費

本研究にあたり、開示すべき利益相反等はなし。

引用文献

- 1) 久保晃, 丸山仁司, 下井俊典・他: 総合臨床実習に対する学生の満足度と総合臨床実習の現状に関するアンケート調査. リハビリテーション教育研究, Vol. 16 : 97-98.
- 2) 本多祐一, 伊藤浩二, 下條聖子: 理学療法学生のSense of Coherence (SOC: ストレス対処能力) と評価実習成績との関係. リハビリテーション教育研究, Vol. 18 : 223-224.

- 3) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘・他: 13 項目 7 件法 Sense of Coherence スケール日本語版の基準値の算出. 日本公衆衛生雑誌, 2015, 62 (5) : 232-237.
- 4) 築瀬誠, 榎本貞保, 石田友秋: 学生が臨床実習において満足したと認識する要因について. 作業療法, 1998, 17 巻 2 号 : 109-15.
- 5) 林克樹, 橋本正弘, 松村豊子: 臨床実習における報告-実習指導の経験から-. 理学療法と作業療法, 1983, 17:230-232.
- 6) 厚生労働省医政局医事課, 公益社団法人日本理学療法士協会: 実習指導者向け調査結果報告書. (平成 29 年 10 月審査分). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000182810.pdf> (閲覧日 2017 年 12 月 2 日).
- 7) 仙波浩幸, 八木幸一, 清水和彦: 臨床実習における学生の主観的満足度, 主観的達成度に影響を及ぼす要因. 理学療法学, 2010, 37 巻 Suppl. 2:1134.

編集委員 堀本ゆかり（理学療法士）
 柊 幸伸（理学療法士）
 鈴木 真生（言語聴覚士）
 寺田 佳孝（教育学）
 鈴木 啓介（理学療法士）
 後藤 純信（医師）

日本リハビリテーション教育学会誌

第1巻 第1号 2018年

2018年5月14日発行

編集：NPO 法人リハビリテーション学術センター
日本リハビリテーション教育学会

〒173-0004

東京都板橋区板橋 1-11-7-901

日本リハビリテーション教育学会 事務局

URL

<http://rehaac.org/professional.html>
