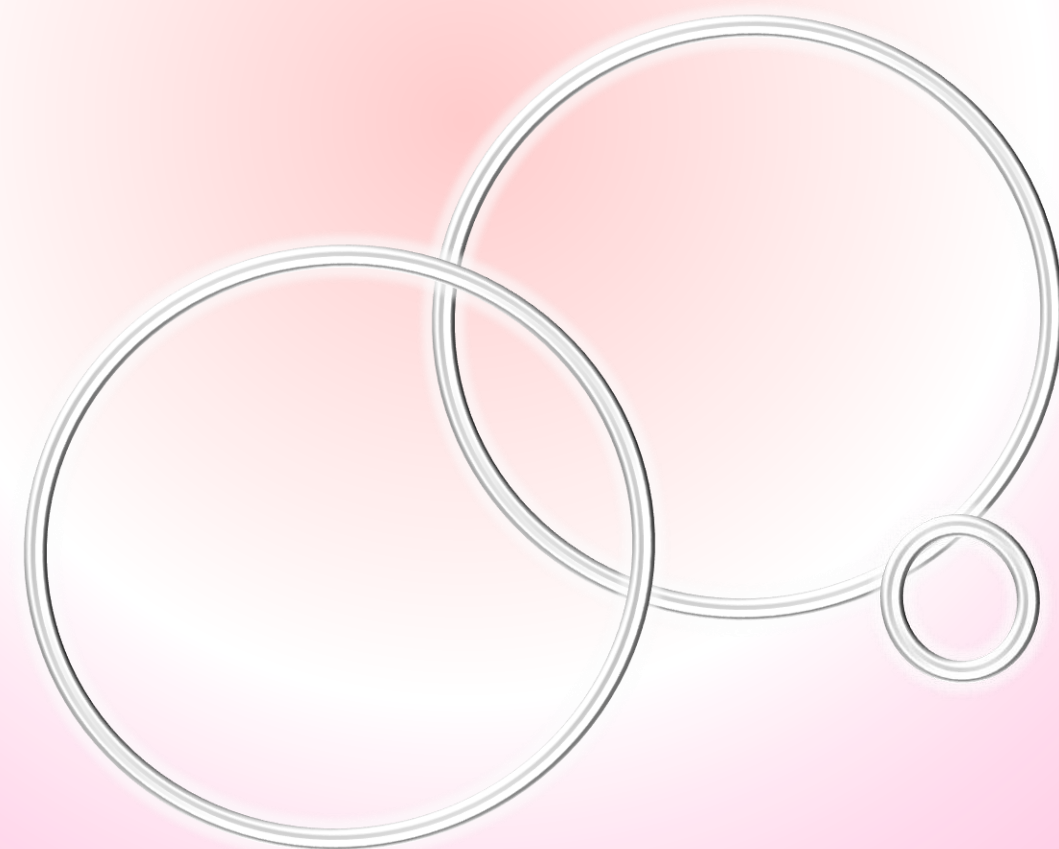


ISSN 2433-7013

日本リハビリテーション教育学会誌

第8巻 第4号 2025年



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8巻 第4号

目 次

報 告

学科連携教育プログラムにおける学生の学び

加茂野 有徳・他 141 - 147

原 著

臨床実習指導者が捉える指導上の困難と効果的な指導方法の検討
—作業療法士へのアンケート調査から—

富田 香織・他 148 - 161

原 著

障害の医学モデル教育，社会モデル教育が障害の捉え方及び
身体障害者のイメージに及ぼす影響
—接触経験の有無による検討—

朝日 まどか・他 162 - 173

原 著

作業療法学生の時間管理と主観的ウェルビーイングの関連
—横断研究—

古田 翔太・他 174 - 183

原 著

本邦における脳性麻痺児に対する目標指向型トレーニングの
認知度に関するアンケート調査

堀本 佳誉・他 184 - 194

原 著

理学療法士育成における教育機関と臨地施設の連携に関する調査
—指導者と教育機関の協力体制の現状分析—

佐藤 一成・他 195 - 208

報 告

学科連携教育プログラムにおける学生の学び

How Do Students Learn in Interprofessional Education Programs?

加茂野有徳¹⁾ 浅沼瞳²⁾ 佐口健一¹⁾ 三橋幸聖³⁾ 榎田めぐみ¹⁾

Arinori KAMONO, PhD¹⁾, Hitomi ASANUMA, PhD²⁾, Ken-ichi SAGUCHI, PhD¹⁾, Kosei MITSUHASHI, PhD³⁾,
Megumi ENOKIDA, PhD¹⁾

1) 昭和医科大学大学院 保健医療学研究科 医系基礎・専門・教育分野：神奈川県横浜市緑区十日市場町 1865 (〒226-8555)

Graduate School of Health Sciences, SHOWA Medical University (1865 Tokaichibacho, Midori-ku, Yokohama, Kanagawa) E-mail: a.kamono77@nr.showa-u.ac.jp

2) 昭和医科大学大学院 保健医療学研究科 看護分野：神奈川県横浜市緑区十日市場町 1865 (〒226-8555)

Graduate School of Health Sciences, SHOWA Medical University (1865 Tokaichibacho, Midori-ku, Yokohama, Kanagawa)

3) 昭和医科大学大学院 保健医療学研究科 リハビリテーション分野：神奈川県横浜市緑区十日市場町 1865 (〒226-8555)

Graduate School of Health Sciences, SHOWA Medical University (1865 Tokaichibacho, Midori-ku, Yokohama, Kanagawa)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):141-147. 受付日 2025 年 9 月 3 日 受理日 2025 年 10 月 23 日

要旨：〔目的〕本研究では、参加学生による今後の成長や課題に関する自己省察について、レポート課題の記載内容を分析し、学科連携教育プログラムにおける学生の学びを明らかにすることを目的とした。〔方法〕対象は 162 名の学生による自由記述レポートであり、テキストマイニング解析ソフトウェアを用いて語の出現頻度および係り受け関係を分析した。〔結果〕頻出語である「患者」および「多職種」に注目した分析から、看護師、理学療法士、作業療法士を目指す学生は、患者との関わりや多職種連携の重要性を今後の学びの中心に据えていることが明らかとなった。〔結語〕多職種連携教育においてはチーム医療の一般的理解に加え、各職種が自身の専門性を再認識し、多職種との関係性を理解する視点を統合する学修方略が求められることが示唆された。

キーワード：多職種連携、学修方略、学生の自己省察

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(4):141-147. Submitted Sep. 3, 2025. Accepted Oct. 23, 2025.

ABSTRACT: [Purpose] This study aims to explore student learning within interprofessional education programs by analyzing report content that reflects their self-reflections on future growth and challenges. [Subjects and Methods] The subjects were 162 students who submitted free-form written reports. Text mining software was used to analyze word frequency and syntactic dependencies within the reports. [Results] Analysis focusing on frequently used terms such as "patient" and "interprofessional" revealed that students aspiring to become nurses, physical therapists, and occupational therapists placed strong emphasis on patient-centered care and the significance of interprofessional collaboration in their future learning. [Conclusion] The findings suggest that interprofessional education should not only promote a general understanding of team-based healthcare but also incorporate learning strategies that help students recognize their own professional identities and understand their relationships with other professions.

Key Words: Interprofessional Education, Learning Strategies, Student Self-Reflection

I. はじめに

多職種連携教育は、異なる専門職が互いの役割や専門性を理解し協働して患者中心の医療を提供するための基盤を育む教育である。医療現場では、看護師、理学療法士、作業療法士をはじめとした専門職が、患者の生活の質を高めるために密接に連携する必要がある。こうした連携を円滑に行うためには、学生の段階から他職種との協働経験を積み、コミュニケーション能力やチームワークの重要性を理解する教育が求められる。多職種連携教育は、専門職としての役割と専門性についての自覚を育み、患者中心のチーム医療を実践するための土台となる。

本学では、医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部（看護学科、理学療法学科、作業療法学科）からなる医系総合大学としての特性を活かし、低学年から高学年にかけて体系的・段階的に多職種連携教育を展開してきた¹⁾。さらに保健医療学部においては、対象者の生活や暮らしを支えるための専門的な視点を深化させるために、1学部3学科で構成される保健医療学部の特徴を活かした学科連携教育を各学年で実施している。

2021年度に保健医療学部4年生を対象に実施した学科連携教育プログラムでは、表1に示すように、それまでに培ってきた知識、技能、態度を用いながら他職種ならびに自職種の役割・責任についての理解の深化から多職種協働の基盤を修得することを目的に、提示した事例の治療・ケア・医学的リハビリテーション介入計画の立案、立案したプランの実施方法の検討までを行った。本研究では、参加学生による今後の成長や課題に関する自己省察について、レポート課題の記載内容を分析し、学科連携教育プログラム終了時における学生の学びを明らかにすることを目的とした。得られた知見は、今後の多職種連携教育プログラムの改善に向けた教育的示唆を提供するものと期待される。

表1 学科連携教育プログラムの学修成果と学修到達目標
(2021年度保健医療学部4年生を対象に実施)

学修成果
患者中心のチーム医療を実践するために、これまでに培ってきた各職種の専門的実践能力を踏まえた多職種協働の基盤を修得する。
学修到達目標
1. 提示された事例について、患者情報、状態把握をもとにリスクを評価し、状態改善に向けた問題解決を提案する。
2. 他職種の意見を取り入れながら、自らの専門的な視点から意見を提案できる。
3. 職種間で互いの役割を説明する。
4. チーム内で合意を形成し、治療、ケア、リハビリテーションの方針を決定する。
5. 各職種のプロフェッショナリズムを発揮し、患者を中心とした治療、ケア、リハビリテーションのプランを立案できる。
6. 他職種の専門性と役割に対する自らの気づきを述べることができる。
7. 多職種協働に必要な他職種の役割を知り、自分の職種との関わりを説明できる。

II. 対象と方法

1. 対象

2021年度保健医療学部4年生（看護学科98名，理学療法学科40名，作業療法学科24名）を対象に，全体を学科混成の24チームに分け，3日間のプログラムを実施した．1日目は，提示された事例（60代男性，急性期の脳血管障害）について，治療・ケア・医学的リハビリテーション介入の方針をチームで検討し，合意形成した．その後，その方針に基づいて，事例に対する各専門職（各学科学生）の実施技術（看護学科は寝衣交換，理学療法学科は起居・移乗動作，作業療法学科は更衣・車いす関連動作と食事・代償動作）を指定し，具体的な実施プランを作成した．2日目は，他学科学生を患者役として，病室をシミュレートした環境で具体的なプランを学科ごと実際に実施するとともに，他学科学生にプランや技術を説明する演習を行った．3日目は，2日間の学修内容をふまえ「その人らしく生きていく」ことを支えるために，各職種の専門的実践能力をどう連携して活かすことができるか，についてグループ討議と発表会を実施した．その後，レポート課題として「本プログラムで学んだ内容を踏まえて，医療者として現場に立つうえで，今後さらに学ぶべきこと，大切にしたいと考えること」を提示し，学生個人の今後の課題について自己省察を促すこととした．

参加学生には本プログラム実施後のアンケートにおいて，研究対象者の提出物を研究に使用する可能性がある旨を示し同意を得るとともに，分析の対象を拒否することができるよう拒否権を担保した．本研究は，昭和医科大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認を得た（承認番号：2023-049-B）．

2. 方法

上記のプログラムに参加した学生162名のレポート課題の記述を調査対象とし，テキストマイニング解析ソフトウェア（Text Mining Studio 7.1，NTTデータ数理システム）を用いて分析した．自由記述データをテキストファイルで上記ソフトウェアに取り込み，抽出品詞を名詞と動詞に設定し，単語分割を行った．その後，類義語の統制として，「患者さん」「患者様」「対象者」を「患者」に，「かかわる」「係る」「連携する」を「関わる」に，「多職種間」「他職種」「職種」を「多職種」として類義語登録を行った．なお，多職種と他職種については，記述において同じ意味で用いられていることを確認して類義語とした．また，「看護師」や「リハビリテーション」など，特定の学科に頻出する語については，類義語の登録を行わなかった．類義語統制を行った後，単語頻度分析と，それに基づく係り受け関係の抽出を行った．以上の類義語統制にあたっては，文脈を著者らで確認し，同義と判断できる語のみを統合した．曖昧な語や意味が変化する可能性のある語は除外した．

Ⅲ. 結果

162名のレポート課題記載データについて，単語の出現頻度を分析した．表2に10位までの単語と，その出現頻度を示した．最も多く出現した単語は「患者」で154回，次いで「多職種」で92回であった．なお，語の出現頻度について，特定の学科に偏りがなかったことを確認した．

表2 単語出現頻度分析

単語	出現頻度
患者	154
多職種	92
看護師+したい	69
看護師	63

思い	45
自分	45
人	44
医療	36
知識	34
情報	32

出現頻度の多かった「患者」と「多職種」に注目し、係り受け関係を抽出した。表3に、「患者」および「多職種」を係り元とし、係り先の上位3語について、頻度と代表的な原文を示した。看護師、理学療法士、作業療法士を目指す学生は、今後さらに学ぶべきこと、大切にしたいこととして、「患者さんに寄り添った関わりを大切にする」「患者さんと関わる時間を自分から作る」「患者さんにより近い存在である」といった患者との関わりに関することや、「多職種と連携をとる」「多職種で情報を共有する」「多職種間でのコミュニケーションを大切にする」といった多職種連携に関することを挙げていた。こうした「患者との関わり」や「多職種連携」に関する記述は、看護・理学療法・作業療法の各学科で共通して見られた。

表3「患者」および「多職種」を係り元とした
係り先の上位3語の頻度と代表的な原文

係り元 (頻度)	係り先 (頻度)	原文
患者 (154)	寄り添う (19)	患者さんに寄り添った関わりを大切にする。 患者に寄り添い信頼関係を築いていく。 患者に寄り添い、人それぞれにあったプランを考えられるセラピストになる。
	関わる (14)	患者さんと関わる時間を自分から作る。 患者さんと関わるときは、不安や相談を表出しやすい関わりをする。 患者さんと直接かかわるときには、不安なことなどを会話する中でしっかりと把握できるようにコミュニケーションをとる。
	近い (12)	患者により近い存在である。 患者さんの一番近い存在である。 患者さんにとって一番近い存在になる。
多職種 (92)	関わる (24)	多職種と連携を取る。 他職種で連携して患者中心の医療を行う。 患者さんに関係する多職種の連携や情報共有。
	共有 (10)	多職種で情報を共有する。 思いや苦痛を他の職種と共有する。 患者さんの精神的側面を理解し他職種に共有する。

-
- 他職種とコミュニケーションをとる.
- コミュニケーション 多職種間でのコミュニケーションを大切にする.
- (5) 患者さんやその家族, 多職種とのコミュニケーションを積極的にとる.
-

IV. 考察

本研究では, 1年次から学部・学科連携教育に参加してきた保健医療学部4年生による自己省察を分析し, 学科連携教育プログラム終了時における学生の学びとして, 医療者として現場に立つために今後さらに学ばべきことや重視すべき価値観を明らかにした. 「患者」が高頻度で出現した背景には, 学生が1年次より, 医療が患者を中心に提供されるべきものである²⁾ということを学んできたため, 患者に「寄り添う」「関わる」ことを大切に, 患者との関係性を構築していきたいと考えていたのではないかと考えられる. これらの単語を含む記述に入院中だけでなく, その先の患者の生活や暮らしまで視点を広げるという思考が込められていたかは, 今回の分析からは明らかにできなかった. これは, 事例が入院中の設定だったことの影響も考えられ, 事例の設定, レポート課題の出し方について考慮が必要であるとの示唆が得られた. なお, レポート課題記載データにおける単語の出現頻度および記述の分析に際して, 学科別の語の出現頻度と記述の傾向に, 特定の学科に偏りが無いことを確認した. 看護学科の学生数が多いため, 頻度に差が出る可能性はあるが, 傾向としては全体に共通して見られるものであった.

上述のような患者との関係性を基盤に収集された情報は, 患者を中心とした医療の実現に向けて, 関連職種間での共有が求められる. 学生が本プログラムを通じて, 情報共有とコミュニケーションを中心とした多職種連携の必要性を理解したと考えられる. 春田ら³⁾は保健医療福祉分野において, 6領域の多職種連携コンピテンシーを挙げ, そのコア領域として「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」と「職種間コミュニケーション」, そしてこれらを支え合う能力として「職種として役割を全うする能力」「自職種を省みる能力」「他職種を理解する能力」「関係性に働きかける能力」があると述べている. 本プログラムにおける学生の自己省察から, 学生が医療者として対象者の生活や暮らしを支えるために, これらの能力を身につける必要性を理解したことが伺えた.

その一方で, 本研究で分析した学生の今後の自己の成長や課題に関する表出状況からは, 多職種協働における自職種の役割と責任に関する記述はほとんど確認できなかった. これは, 課題の提示方法が専門性や責任に焦点を当てるように設定されていなかった可能性がある. 今後は, 課題文に自職種の役割や責任について言及するような問いを含めることで, より深い省察を促すことができると考えられる. また, 本研究は提示したレポート課題の分析であり, レポート課題で確認できることは, 本教育プログラムの学修成果および学修到達目標の一部であると考えられる. ただ, 一部であっても, 多職種との連携, 情報共有といった記述が出てきたことは重要な点かと考えられる. 以上は, 学生が多職種協働における自職種の専門性や責任について十分に省察できていない現状を示しており, レポート課題の提示方法がその思考を引き出す問いになっていなかった可能性を示唆している.

このような省察の不足は, 多職種連携教育において求められる「一般性」と「専門性」の両視点⁴⁾のうち, 前者には到達しているものの, 後者への導入が不十分であることも関連している. ここで言う一般性とは, チーム医療の実践にあたりチーム全員が知っておくべきことであり, 専門性とは特定の領域における高度な知識と実践, 根拠を有することである. 本研究で対象としたレポート課題の記載からは, チーム医療に関す

る一般的理解は得られたが、自身の専門性を多職種連携の中でどう活かすかという視点には至らなかったことが考えられた。大嶋⁵⁾は多職種連携教育で学ぶべきこととして、情報の共有において、同じ対象者の情報でも解釈が異なったり、対応に差異が生じたりする可能性があるが、そのすり合わせから互いの職種の役割と専門性の認識に繋がる、と述べている。また、多職種連携コンピテンシーにおいても、「他職種を理解する能力」とともに「職種としての役割を全うする能力」と「自職種を省みる能力」が挙げられている³⁾。このように多職種連携教育では、関連する医療の全体像を俯瞰する視点と、自職種の役割や専門性に立ち返る視点の両方を修得することが求められている。しかし、本研究で解析の対象とした教育プログラムおよびそのレポート課題では、これらの視点を統合するための教育的方略や、レポート課題の設計が十分に機能していなかった可能性がある。今後の教育プログラム設計においては、専門性の省察を促すレポート課題の設計において、チーム医療における自身の専門職としての役割や専門性の発揮について具体的に記述させる項目を設けることで、専門性への意識を高めることができると考えられる。また、省察を促すために質問項目を提示する等、リフレクションを構造化することで、学生が体系的に思考を深められるよう支援することが望ましい。

本研究を通じて、多職種連携教育における学修方略は、チーム医療の一般的理解に加え、各職種が自身の専門性を深める視点を統合するものであるべきであることが示唆された。特に、対象者の生活や暮らしを支えるという視点から、自職種の役割や専門性を言語化し、それを実践に結びつける教育的工夫が不可欠である。具体的には、本教育プログラムで言うところの学修到達目標「7. 多職種協働に必要な他職種の役割を知り、自分の職種との関わりを説明できる」の達成に向けて、対象者の全体像をチームとして俯瞰する課題設定や、自己の専門職としての立場を明確にする省察の機会を教育プログラムに組み込む必要がある。また、学生が医療人としての姿勢や態度を形成しながら、専門職としてのアイデンティティを醸成し、他職種との関係性を理解・調整する力を育むために、振り返りやグループ討議を中心とした学修方略の設計が今後の多職種連携教育における重要な課題である。さらに、異なる職種の教員や学生からのフィードバックの機会を設けることで、自職種の専門性に対する多職種の認識を知り、自己理解を深める契機となることが期待できる。このような教育的工夫を通じて、学生が「一般性」と「専門性」の両視点を統合的に理解し、実践に活かす力を養うことが期待される。

本論文の一部を、第55回医学教育学会学術集会にて発表した。

利益相反と研究助成費

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

引用文献

- 1) 木内祐二, 中村明弘, 増田豊・他: 昭和大学の体系的, 段階的なチーム医療教育. 日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携, 2011, 4: 32-39.
- 2) 小橋元, 近藤克則, 黒田研二・他: 学生のための医療概論 第4版. 医学書院, 東京, 2020, pp2-19.
- 3) 春田淳志, 錦織宏: 医療専門職の多職種連携に関する理論について. 医学教育, 2014, 45: 121-134.
- 4) 大嶋伸雄: はじめてのIP - 連携を学びはじめる人のためのIP入門. 協同医書出版社, 東京, 2018, pp9-17.
- 5) 大嶋伸雄: 作業療法士教育におけるインタープロフェッショナル教育の意義と役割. Quality nursing: The Japanese journal of nursing education & nursing research, 2004, 10: 1037-1042.

原 著

臨床実習指導者が捉える指導上の困難と効果的な指導 方法の検討 —作業療法士へのアンケート調査から—

Consideration of teaching difficulties perceived by clinical practice
supervisors and effective teaching methods
—A Questionnaire Survey of Occupational Therapists—

富田香織^{1) 2)} 堀本ゆかり²⁾

KAORI TOMITA, OTR, MR^{1) 2)}, YUKARI HORIMOTO, RPT, PhD²⁾

- 1) 茨城県立医療大学付属病院 リハビリテーション部作業療法科:住所 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4733 (〒300-0331)
Department of Occupational Therapy, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences Hospital:4733 Ami,
Ami-machi Inashiki-gun, Ibaraki (〒300-0331) Japan E-mail:tomitaka@ami.ipu.ac.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:住所 千葉県成田市公津
の杜 4-3 (〒286-8686)
Education and Management in Health and Welfare Section, Health Sciences Program, Graduate School of
International University of Health and Welfare:4-3, Koudo-no-mori, Narita City, Chiba, (〒286-8686) Japan

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):148-161. 受付日 2025 年 5 月 9 日 受理日 2025 年 9 月 1 日

要旨: [目的] 具体的な事例から作業療法臨床実習指導で実習指導者が思う問題・困難および効果的な指導方法を明らかにした。[対象と方法] 当院に勤務する臨床実習指導者講習会を修了した作業療法士 14 名に対し, Google Forms を用いたアンケート調査を行い, 自由記載を内容分析した。[結果] 指導上の困難・問題では, 【A①学生の情意面, 実習態度, 実習姿勢の問題】などの 10 カテゴリー, 効果的な指導では, 【B①学生の学習姿勢や動機づけを高める指導】など 8 のカテゴリーが形成された。[結語] 実習指導者の感じる「A 指導上の困難・問題」と「B 効果的な指導方法・工夫」においてカテゴリーの一致がみられた。

キーワード: 臨床実習指導者, 内容分析, 作業療法教育

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(4):148-161. Submitted May.9, 2025. Accepted Sep. 11, 2025.

ABSTRACT: [Objective] From a questionnaire survey, we clarified the problems and difficulties that

occupational therapists think about when teaching clinical practice and effective teaching methods for occupational therapists. [Subjects and Methods] 14 occupational therapists who had completed a clinical practice supervisor training course at our hospital were surveyed using Google Forms, and the free comments were analyzed. [Results] 10 categories of difficulties/problems in teaching, such as [A1] problems with students' emotions, attitudes, and attitudes toward practice, and 8 categories of effective teaching, such as [B1] feedback/guidance to promote students' growth, were formed. [Conclusion] There was agreement in the categories of "A) Difficulties and problems in teaching" and "B) Effective teaching methods and devices" as perceived by the practicum instructors.

Key Words: Clinical Hands-on Instructor, Content Analysis, Occupational Therapy Education

I. はじめに

作業療法士教育課程において必要な科目として「臨床実習」が定められているが、臨床実習において、学生や事例、実習指導者の負担の増大などの問題が指摘される¹⁾。また近年、日本の作業療法の臨床実習は、臨床教育者の若年化や実習機会が与えられる施設の偏りや、作業療法士養成施設と実習施設によりガイドライン等の運用の質の違いが存在しており、これら教育体制の課題を背景とした臨床実習の質の格差の拡大が問題視されている。このような臨床教育の質の格差を是正する動きの一つとして、作業療法士の実習指導者の要件が「臨床業務の経験が5年以上、かつ、厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会等の修了」と定められた²⁾。学生指導は厚生労働省の定める「理学療法作業療法士学校養成施設指定規則」(昭和41年文部省・厚生省令第3号)に則り³⁾、各養成校が実習目標を決め実施されている。そして、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令(平成30年10月5日文部科学省・厚生労働省令第4号)」⁴⁾が発表され、そのなかで臨床実習内容は、従来型の患者担当制の指導から診療参加型(Clinical Clerkship; 以下 CCS)を中心とした実習形態が望ましいとされた。

2020年度の入学生より臨床実習内容は、従来型の患者担当制の指導からCCSが推奨されている¹⁾。しかし、指導内容について実習指導経験者は、自身の学生時代や就職後の体験的・経験的教育を行っていると考えられる⁵⁾。臨床実習指導において、指導がうまくいかず困ったことや負担に感じる指導者も少なくない。指導者自身としては、①実習生への知識・技術の要求水準、②フィードバック方法、③成績評価の基準、④指導者としての勉強不足、⑤業務時間との調整などを課題としている⁶⁾。また、実習指導において、何らかのストレスを感じている指導者もいる。ストレスを感じている項目は「指導の適切性に自信がない」などの自己の技量に関するものである⁷⁾。

臨床実習指導は後進の育成に寄与するという考えのもと、時間を割いて学生の指導をおこなっており、作業療法士が、臨床実習指導に前向きに取り組んでいくためには、実習指導上の問題や困難さを明確にし、これらの困難さへの対策を提案する必要があるのではないかと考えた。

臨床実習指導者に対する調査では、看護教育や理学療法教育において臨床実習指導者の困難を検討した研究が散見^{8,9)}され、看護教育や理学療法教育の研究^{8,9)}において、具体的な事例から実習指導における困難や実習に必要なサポートが挙げられていた。作業療法では臨床実習における学生の困難さを分析したもの¹⁰⁾だけであった。そのことから、作業療法士が捉える臨床実習指導での困難さや指導方法を具体的な事例から検討する必要がある。

本研究の目的は、アンケート調査より、具体的な事例から作業療法臨床実習指導で実習指導者が思う問題・困難および効果的な指導方法を明らかにすることである。作業療法士が捉える臨床実習指導上の困難が明確になれば、先行研究同様^{8,9)}に実習指導者の対応や指導の工夫を提案できる。

Ⅱ. 対象と方法

1. 対象

当院に勤務する臨床実習指導者講習会を修了した作業療法士 17 名のうち、本研究への協力が得られたものとした。本研究は、国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認（承認番号：24-TA-006）を得て実施した。研究協力者には、本研究の概要や目的、研究への参加による利益や不利益およびデータの取り扱いについて、文書を用いて口頭にて説明を行い、アンケート上で研究協力の同意を確認した。

2. 方法

任意に回答要請し、質問紙によるアンケート調査を行った。調査については、対象者に対して文書を用いた口頭説明を行い、説明文と Google Forms を用いた無記名アンケートの URL をメールにて送付した。回答方法は、無記名で選択回答および自由記載とした。アンケート項目は、表 1 に示す。アンケートの項目は篠崎ら⁹⁾のインタビューガイド調査項目に実習指導に対しての自信の程度や負担の程度の項目を加え作成した。インタビューガイド調査項目をアンケート項目として使用することに関して、許可は得ている。

なお今回、本研究においての「困難」とは、「困った」の他に「大変」「迷った」「難しい」という意味の内容も含むものと定義した。

表 1 アンケート項目

【基本属性】
性別（男性、女性、回答しない）
経験年数（記述式）
主たる指導者として担当した学生人数（1～5 人、6 人～10 人、10 人以上）
【質問項目】
①臨床実習において学生への指導に自信がありますか。 1～4 点で点数をつけて下さい。（1 を全くない、4 をかなりある：4 段階）
②臨床実習において指導をすることにどの程度「負担」と感じますか。 1～4 点で点数をつけて下さい。（1 を全く感じない、4 をかなり感じる：4 段階）
③現在、臨床実習全般について「問題だ」と感じるがあれば教えてください。（記述式）
④臨床実習の中で学生への指導が「困難」と感じた事例があれば教えてください。（記述式）
⑤学生指導において「効果的だった」「上手くいった」と感じる指導方法・内容を教えてください。（記述式）
⑥学生指導において「こういった指導は改善した方が良い」と感じた指導方法や内容があれば教えてください。（記述式）
⑦あなたが考える理想的な臨床実習はどういった実習だと思いますか。（記述式）

統計解析方法は、基本統計量を確認した。自由記載の内容は、Berelson の内容分析の手法¹¹⁾を用い分析した。篠崎らの研究⁹⁾を参考に質問項目③～⑦の自由記載内容から「臨床実習指導で感じる困難や問題（以下、A 指導上の困難・問題）」と「効果的な良い実習指導と指導上の工夫（以下、B 効果的な指導・工夫）」に該当する内容に分けて抽出した。1 文に複数の内容を含む文章は分けて分割し、1 つの意味内容を示

す文章に変換し、これを記録単位とした。研究協力者14名分の記録単位を意味内容の類似性に従ってまとめ、サブカテゴリーとした。サブカテゴリーに内容をさらに抽象化して、カテゴリー形成した。分析の過程では、内容分析の手法に精通した研究者の指導を受けた。カテゴリー名は有識者（理学療法士6名・作業療法士4名）で話し合い、決定し、信頼性と妥当性の保持に努めた。

Ⅲ. 結果

1) 基本属性

研究対象者17名にアンケート調査を依頼し、研究協力者は14名（有効回収率82.3%）であった。

性別は、男性7名（50%）、女性5名（35.7%）、回答しない2名（14.3%）であった。経験年数は、平均値 19.1 ± 7.3 年（範囲：8–38年）であった。主たる指導者として担当した学生の人数は、10人以上8名（57.1%）で最も多かった。次いで1～5人4名（28.6%）、6～10人2名（14.3%）で最も少なかった。

2) 指導に対する自信の程度・指導に対する負担の程度

実習指導において10名（71.4%）が指導にあまり自信がなく、9名（64.3%）が指導することによりかなり負担を感じていた（表2）（表3）。

表2 臨床実習において学生への指導に自信がありますか（n=14）

	男性	女性	回答しない	計 (人数)	割合 (%)	平均経験年数 (年)
1 全く自信がない	0	0	1	1	7.1	17
2 あまり自信がない	5	4	1	10	71.4	16.5 ± 5.7
3 やや自信がある	2	1	0	3	21.3	28.3 ± 6.9
4 かなり自信がある	0	0	0	0	—	—

平均値±SD

表3 臨床実習において指導をすることにどの程度「負担」と感じますか（n=14）

	男性	女性	回答しない	計 (人数)	割合 (%)	平均経験年数 (年)
1 全く感じない	0	0	0	0	—	—
2 あまり感じない	0	1	0	1	7.1	23
3 やや感じる	3	0	1	4	28.6	27.0 ± 6.7
4 かなり感じる	4	4	1	9	64.3	15.1 ± 4.7

平均値±SD

3) 指導における指導上の困難・問題および効果的な指導

「A 指導上の困難・問題」に関する内容と「B 効果的な指導・工夫」に関する内容に分けて抽出した。「A 指導上の困難・問題」に関する内容から抽出した記録単位は73となった。サブカテゴリーを分類して10のカテゴリー（表4）、「B 効果的な指導・工夫」に関する内容から抽出した記録単位の総数は45となった。サブカテゴリーを分類して8のカテゴリー（表5）が形成された。

以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、「A 指導上の困難・問題」のカテゴリーにはA、「B 効果的な指導・工夫」のカテゴリーにはBと表記する。

表4 実習指導者の感じる「A 指導上の困難・問題」のカテゴリーおよびサブカテゴリー

番号	カテゴリー	記録 単位数	割合	サブカテゴリー	記録 単位数
A①	学生の情意面、実 習態度、実習姿勢 の問題・困難	12	16.4%	学生側の臨床場面への心構え、基本的態度（挨拶や報告・ 連絡・相談など）、一般常識に乏しい学生は問題だ	8
				熱意のない学生、受け身の学生の指導は困難である	3
				学生が事前準備なしで患者さんの評価や臨床の一部を担う ことは問題だ	1
A②	学生の達成度の問 題	3	4.1%	学生ごとに学校での実技の習熟度、知識を臨床での活用す ることへの理解に差があり指導するのが難しい	2
				コミュニケーション能力によって学生間により、実習の内 容の濃さがやすいことは問題だ	1
A③	指導者としての資 質や指導力に関す る問題	22	30.1%	指導者側の CCS への認識不足もあり、学生への指導方法が 難しい	4
				重要な事項は強調して説明したいが、学生側が強く指導さ れたと感じることがあり伝え方や接し方が難しい	2
				学生の社会的な面・行動面の指導が難しい	2
				学生に萎縮させるような行動、厳しさのみ伝える、学生が 受動的になってしまう指導は問題だ	4
				学生の意見を否定、考え方を押し付け、学生に考えさせな い指導、質問に応じないことは問題だ	6
				同じことを繰り返すばかりの指導は問題だ	1
				急に”ROMex やってみて”等、打ち合わせなくテストする ような指導方法は問題だ	1
				指導者が他のスタッフや周囲に学生についての愚痴を言う ことは問題だ	1
				周囲のスタッフの思い(学生はこうあるべき)と学生本人の こうしたいと思うことにずれが生じていて学生の評価が低 くなることは問題だ	1
A④	指導者の業務負担 の問題	9	12.3%	臨床実習業務以外の通常業務にプラスした負担が生じるこ とは問題だ	2
				夕方のお互い疲れた時間での指導は問題だ	1
				日々の業務をこなす中で、学生と係る時間を確保すること が難しい	4
				指導者個人に負担が集中することは問題だ	2

A⑤	実習施設と養成校 の連携の問題	4	5.5%	実習終了後に教育機関側から医療機関側へフィードバック がないため、指導者側の対応が適当だったのかわからな いことが問題だ 臨床実習の指導方法について、十分な説明がされていない ことがあり問題だ 部分的な指導だけで臨床実習での体験が、学生の中でどの ように統合されていくのか、学校へ戻ってからの指導に委 ねる部分が大きく問題だ	2 1 1
A⑥	実習の課題指導、 書類における問 題・困難	8	11.0%	学校での臨床実習発表資料作成の援助を依頼されることは 負担であり、よくない 文章がうまく書けない、専門用語などをデイリーに使えな い学生の指導は難しい 課題提出や行動の改善を回避する学生の指導は困難である 検温や体調不良リストは適当に書き込むのでよくない	1 3 3 1
A⑦	現状の臨床実習体 制、実習方針の問 題	4	5.5%	見学-模倣-実施の各プロセスを逐一実施することは難しい 患者の全体像の把握や問題点の抽出など、以前の実習形態 に比べて学生が深く考える体験などが出来ていない この教育方法（CCS）になってからの学生が臨床に出てか ら困ってないのか疑問だ	2 1 1
A⑧	学生の負担の問題	2	2.7%	指導者の一方的な熱意で指導し、学生の熱量・意欲に不相 応な過剰な指導（質、量）を提供することは問題だ	2
A⑨	学生と指導者・患 者とのコミュニケ ーション上の困難	3	4.1%	人との距離感、患者とのコミュニケーションがとれない学 生の指導は困難である	3
A⑩	学生が患者に介入 する実習を進める 際に生じる困難	6	8.2%	模倣や実施をするまでの指導に時間がかかるなどから困難 である 重度介助量の移乗等、患者にリスクが起こりやすい内容の 指導は難しい	3 3

表5 臨床実習指導者の考える「B 効果的な指導方法・工夫」のカテゴリーおよびサブカテゴリー

番号	カテゴリー	記録 単位数	割合	サブカテゴリー	記録 単位数
B①	学生の学習姿勢や 動機づけを高める 指導	11	24.4%	受け答え、質問等の数で判断し、学生の熱量・意欲に応じ	3
				て、適当な指導を提供すると良い	
				認知行動療法のような視点を取り入れ、学生の良いところ	2
				褒めることは良い	
				学生の考えを否定しないように、学生の考えなど誘導して	2
				引き出せるように質問などを行うと良い	
				学生・指導者のお互いが意見を伝えあい、ディスカッショ	2
				ンしながら指導が行えると良い	
B②	段階的に学生に経 験を積み重ねる指導	4	8.9%	指導者の考えを押し付けるのではなく、不十分でも学生が	1
				自分の考えをまとめることができるよう指導すると良い	
				指導者は、なぜうまくいかなかったのか考え、次の指導につ	1
B③	指導者と学生がと もに介入し得られ る効果	6	13.3%	なげる必要がある	
				学生が見学だけでなく、患者と触れながら指導していくと	2
				良い	
B④	患者把握や学生の 思考を導く工夫	8	17.8%	評価や治療は、安全確保した上で可能な限り学生の考えて	2
				きたことをやらせようとする	
				指導者と一緒に経験させたり、臨床の一部を担ってもら	4
B⑤	実習を通して、学 生が得られると望 ましい経験や実感	2	4.4%	い、修正しながら手ごたえを感じてもらおうと良い	
				臨床場面でROM-exなどで関節の制限要因を触診の確認の	2
				繰り返して、アプローチを的確に行えるようになり良い	
				指導者からの見学ごとにフィードバックや患者からのフィ	3
				ードバックを受けて学生が学習を理解しやすく良い	
				学生の普段の学習方法、どんな課題には着手しやすいのか	2
				知っておくと良い	
				患者に対してのADLのフィードバックに使用している動画	1
B⑥	実習を通して、学 生が得られると望 ましい経験や実感	2	4.4%	を学生に提示し、動作分析等のスキルの向上しやすく良い	
				教科書の記載されていない、研究論文等の内容も含めなが	1
				ら指導する必要がある	
				学生がわかっていないことについては、学生が答えを見つけ	1
B⑦	実習を通して、学 生が得られると望 ましい経験や実感	2	4.4%	るまで待つのではなく、こちらから具体的に教えてあげると	
				良い	
B⑧	実習を通して、学 生が得られると望 ましい経験や実感	2	4.4%	学生が学業で学んだことを実際の場面に生かすこと、失敗	2
				を次に生かせることは必要である	

B⑥	実習の課題に関する意見	2	4.4%	学生はレポート作成などを心配することなく、学ぶことに集中でき、指導者はレポート・レジメの指導などは行わず、臨床技術などの指導メインに行えると良い	2
B⑦	望ましい臨床実習体制・実習方針	10	22.2%	指導者一人で抱え込まず、周囲のスタッフの協力を得ながら指導を行うと良い 学生が興味を持って実習ができる環境（人・もの・時間）を整えると良い 臨床指導者にはきちんと指導の時間を業務内に設けると良い 見学だけの要素はなるべく少なくし、実際の臨床場面を経験すると良い 学生の事前準備にパイザーが付き合っ学生が評価や訓練の練習を十分に実施し、それから患者さんに施行すると良い 学生が自発的に意見や考えを表出することができる安心が保証された形での実習を行うと良い 教育機関側と医療機関側が学生の進捗を共有して、ともに指導できる環境が必要である	1 1 3 2 1 1 1
B⑧	望ましい学生の実習態度、学習姿勢	2	4.4%	指示待ちではなく、学生からこうしてみるのはどうでしょうかと積極的、意欲的に実習してくれると良い	2

IV. 考察

アンケート調査で得られた結果より、実習指導において、多くの実習指導者が、指導に自信がなく、指導することによりかなり負担を感じていた。指導者が指導に自信のない、負担を感じている具体的な内容が【A③指導者としての資質や指導力に関する問題】、【A④指導者の業務負担の問題】、【A⑥実習の課題指導、書類における問題】のサブカテゴリー内に散見された。CCS への認識不足や日々の忙しい日常業務の中で指導や課題指導に十分な時間が取れないこと、実習指導者個人負担が大きいことなどが負担を感じている原因として考えられる。

アンケート調査の自由記載を内容分析した結果、「A 指導上の困難・問題」に関する 10 カテゴリー、「B 効果的な指導・工夫」に関する 8 カテゴリーが抽出された。篠崎ら⁹⁾は「A 指導上の困難・問題」と「B 効果的な指導・工夫」で共通した内容のカテゴリーが見られ、「B 効果的な指導・工夫」のサブカテゴリーを参照することで、困難に対する実習指導者の対応や指導の工夫を提案することができるのではないかと述べている。本研究において双方のカテゴリーを確認すると、同様に共通するカテゴリーが多く見られた。本研究においては、「A 指導上の困難・問題」に対して「B 効果的な指導・工夫」のカテゴリーが重複して一致するものが多かった。本研究も A と B で内容の共通するカテゴリーを確認し、考察する。

【A①学生の情意面、実習態度、実習姿勢の問題・困難】と【B①学生の学習姿勢や動機づけを高める指導】、【B⑧望ましい学生の実習態度、学習姿勢】は、“学生の実習態度、学習姿勢”という共通した内容であった。吉村ら¹²⁾、松井ら¹³⁾のアンケート調査による報告においても、学生の意欲・動機や資質の問題に

苦慮している実習指導者が多いという結果であった。本研究の【B①】＜受け答え、質問等の数で判断し、学生の熱量・意欲に応じて、適切な指導を提供すると良い＞など学生の実習態度や学習姿勢に合わせた指導方法の工夫が挙げられており、実習指導者の対応策として提案できる内容であった。そのことから、実習受け入れ施設でも学生とディスカッションをしながら、学生の態度や姿勢に合わせた指導を行う必要があると考える。しかし、実習への動機づけや意欲が低い、基本的態度が乏しい学生に対しては、実習受け入れ施設では指導が難しいため、実習前に養成校で十分に指導する必要があると考える。一方で、臨床実習でさまざまな経験をする中で、作業療法士の魅力などを確認することができ、実習指導者やスタッフが社会人や専門職としての姿を見たりすることで学生の意欲向上や基本的態度の改善につながるのではないかと考える。また【B⑧】＜指示待ちではなく、学生からこうしてみるのはどうでしょうかと積極的、意欲的に実習してくれると良い＞は実習指導者側が望む学習姿勢が挙げられ、実習指導者は主体的で積極的な学習姿勢を身につけている学生を理想としている内容であった。すべての学生が必ずしも主体的で積極的な学習姿勢を身につけているわけではない。そのため、学生は養成校での日頃の学習場面から、自ら調べる、考える、質問するなどの主体的な学習方法を習得しておくことも必要だと考える。

【A②学生の理解度の問題】と【B④患者把握や学生の思考を導く工夫】、【B⑤実習を通して、学生が得られると望ましい経験や実感】は、“学生の理解度、学習方法”に関する共通したカテゴリーであった。【A②】＜学生ごとに学校での実技の習熟度、知識を臨床での活用することへの理解に差があり指導するのが難しい＞などが挙げられた。【B④】＜学生の普段の学習方法、どんな課題には着手しやすいのか知っておくと良い＞、＜指導者からの見学ごとにフィードバックや患者からのフィードバックを受けて学生が学習を理解しやすく良い＞など、【B⑤】＜学生が学業で学んだことを実際の場面に生かすこと、失敗を次に生かせることは必要である＞などは“学生の理解度、学習方法”に対応した実習指導者の対応策を提案できる内容であった。これらのカテゴリーは、対応する「B 効果的な指導・工夫」のサブカテゴリーを参照することで、困難に対する対応策が挙げられる。“学生の能力合わせる”という学生の個別性やレベルに合わせた指導、学生の技術の修正や理解を促すための“フィードバック”、“学生の思考を導く”、ことは、実習指導者として求められる行動であると考えられる。

【A③指導者としての資質や指導力に関する問題】と【B①学生の学習姿勢や動機づけを高める指導】は、“指導者の指導力”という共通した内容であった。【A③】＜重要な事項は強調して説明したいが、学生側が強く指導されたと感じることもあり伝え方や接し方が難しい＞などが挙げられ、【B①】＜認知行動療法のよるような視点を取り入れ、学生の良いところ褒めることは良い＞、＜学生の考えを否定しないように、学生の考えなど誘導して引き出せるように質問などを行うと良い＞などの“指導方法”に対応した指導者の対応策として提案できる内容であった。また、実習指導者として【B①】＜指導者は、なぜうまくいかなかったのか考え、次の指導につなげる必要がある＞と“指導力向上”のために望ましい行動の指針として提案できる内容であった。今回、【A③】のカテゴリーの記録単位数の割合は1番目に高かった。実習指導者自身、指導力に不安を感じていることがわかる。磯ら¹⁴⁾は、実習指導者や準指導者の指導力に関する自己評価では61%が指導力不足を感じていると述べている。【A③】＜指導者側のCCSへの認識不足もあり、学生への指導方法が難しい＞でも、指導者自身が経験したことがない実習指導方法で指導する難しさが表出されていた。今回、対象者の経験年数が8-38年の作業療法士であり、CCSでの臨床実習を経験していない。臨床実習指導者講習会を受講しているが、自身が経験したことがない実習体制のため理解が曖昧なことが多く、より困難感を感じやすかったと考える。困難感を軽減するためにはCCSの内容を理解した上で、実際に実習指導者がCCSでの実習場面を見る、CCSでの実習指導を経験するなどの実践的な取り組みや養成校と連携し、CCSの内容

を科内で確認し、共通の認識を持つことで抵抗感や困難感を軽減できるのではないかと考える。【A⑤実習施設と養成校の連携の問題】＜実習終了後に教育機関側から医療機関側へフィードバックがないため、指導者側の対応が適当だったのかがわからないことが問題だ＞から、実習指導者の指導方法や対応に対してフィードバックとなる情報の提供を求めていることがわかる。そのことから、指導力向上の取り組みとして、養成校が実習指導者より連携し、実習指導者の指導方法や対応に対してフィードバックとなる情報を提供することも必要であると考ええる。

【A④指導者の業務負担の問題】と【B⑦望ましい臨床実習体制・実習方針】は、“指導者の負担”という共通した内容であった。【A④】＜臨床実習業務以外の通常業務にプラスした負担が生じることは問題だ＞、＜指導者個人に負担が集中することは問題だ＞、＜指導者が他のスタッフや周囲に学生についての愚痴を言うことは問題だ＞が挙げられ、実習指導に負担やストレスを感じていた。実習指導者個人に負担が集中し、実習指導が加わることでより業務負担が増えていることがわかった。その対応策として【B⑦】＜指導者一人で抱え込まず、周囲のスタッフの協力を得ながら指導を行うと良い＞が提案できると考える。CCSでは、指導者と他のスタッフとの連携は重要である。実習指導者と他のスタッフの協力や連携の必要性が示された。ストレス軽減のためにも指導者が一人で学生指導するのではなく、チームとして他のスタッフと連携し、関わっていく必要があると考える。

【A⑤実習施設と養成校の連携の問題】と【B⑦望ましい臨床実習体制・実習方針】は、“実習施設と養成校の連携”という共通した内容であった。【A⑤】＜部分的な指導だけで臨床実習での体験が、学生の中でどのように統合されていくのか、学校へ戻ってからの指導に委ねる部分が大きく問題だ＞など実習指導方法に関する連携の問題が挙げられていた。【B⑦】＜教育機関側と医療機関側が学生の進捗を共有して、ともに指導できる環境が必要である＞とあるように実習施設と養成校の連携が必要であると考ええる。

【A⑥実習の課題指導、書類における問題】と【B⑥実習の課題に関する意見】は、“実習の課題”という共通した内容であった。【A⑥】＜学校での臨床実習発表資料作成の援助を依頼されることは負担であり、よくない＞など課題指導への問題が挙げられていた。【B⑥】＜学生はレポート作成などを心配することなく、学ぶことに集中でき、指導者はレポート・レジメの指導などは行わず、臨床技術などの指導メインに行えると良い＞と課題への負担に関する内容が挙げられ、多忙な実習指導者が課題指導まで担うことに負担を感じていることを示している。そのため、臨床実習中は、実習指導者と学生がともに介入し、段階的な経験を積むことを中心に行う必要があると考える。実習指導者の業務負担軽減のため実習終了後に、養成校教員の指導の下で学生はレポートなどの課題を実施することを提案する。

【A⑦現状の臨床実習体制、実習方針の問題】と【B⑦望ましい臨床実習体制・実習方針】は、“臨床実習体制・制度”という共通した内容であった。【A⑦】＜患者の全体像の把握や問題点の抽出など、以前の実習形態に比べて学生が深く考える体験などが出来ていない＞などのようにCCSを用いた実習に関する問題と＜見学-模倣-実施の各プロセスを逐一実施することは難しい＞とCCSを用いた段階的指導の困難さが挙げられていた。CCSを用いた実習に関する問題の【A⑦】＜患者の全体像の把握や問題点の抽出など、以前の実習形態に比べて学生が深く考える体験などが出来ていない＞に関しては、【B⑦】＜学生が自発的に意見や考えを表出することができる安心が保証された形での実習を行うと良い＞のように、学生の自発的な意見を求めるのではなく、実習指導者の思考から学生が理解を進める、実習指導者と学生がディスカッションする・一緒に考えるといった指導方法が有効なのではないかと考える。また、指導者がCCSにより理解を深めることが大切だと考える。CCSを用いた段階的指導の困難さの【A⑦】＜見学-模倣-実施の各プロセスを逐一実施することは難しい＞に関しては、【B⑦】で対応するものがなかった。CCSにおいて「見学」、「模倣」、「実

施」と段階づけて行うが、状況整理が難しい。チェックリストの使用が不可欠ではないかと考える。また「見学・模倣・実施」を原則として、「できることから」学生に技術単位で診療に参加させるという考えを実習指導者が理解する必要があると考える。

【A⑧学生の負担の問題】と【B①学生の学習姿勢や動機づけを高める指導】は、“学生の負担と指導方法”に関する共通したカテゴリーであった。【A⑧】＜指導者の一方的な熱意で指導し、学生の熱量・意欲に不相応な過剰な指導（質、量）を提供することは問題だ＞が挙げられ、【B①】＜受け答え、質問等の数で判断し、学生の熱量・意欲に応じて、適当な指導を提供すると良い＞などと“学生の負担と指導方法”に対応した実習指導者の工夫が挙げられていた。学生の個別性やレベルに合わせた指導が必要だと考える。

また、実習指導者の感じる困難・問題として【A⑩学生が患者に介入する実習を進める際に生じる困難】のカテゴリーが抽出された。【A⑩】＜模倣や実施をするまでの指導に時間がかかるなどから困難である＞などと“学生の患者への介入”の問題が挙げられた。【B②段階的に学生に経験を積ませる指導】＜評価や治療は、安全確保した上で可能な限り学生の考えてきたことをやってもらいと良い＞や【B③指導者と学生がともに介入し得られる効果】＜指導者と一緒に経験させたり、臨床の一部を担ってもらい、修正しながら手ごたえを感じてもらいと良い＞、【B⑦望ましい臨床実習体制・実習方針】＜学生の事前準備にバイザーが付き合っ学生が評価や訓練の練習を十分に実施し、それから患者さんに施行すると良い＞が工夫や対策案として提案できると考える。患者へのリスクを最小限にして、臨床実習を行うためには、指導者と学生と一緒に治療介入することは必要不可欠な対応であると考ええる。

最後に「A 指導上の困難・問題」の【A⑨学生と指導者・患者とコミュニケーション上の問題】に関しては「B 効果的な指導・工夫」に対応するものはなかった。【A⑨】＜人との距離感、患者とのコミュニケーションがとれない学生の指導は困難である＞が挙げられた。実習指導者は学生との関係やコミュニケーションに困難を感じている。その要因として、学生のコミュニケーションスキルの問題が影響していると考ええる。実習指導者は患者さんと学生をつなぐ役割をし、コミュニケーションの取りやすい環境設定を行うなど工夫をする必要があると考える。しかし、実習指導者だけコミュニケーションスキルの指導では難しいため、養成校教員に学生への指導や学生と実習指導者をつなぐ役割を依頼することが重要だと考える。

今回、「B 効果的な指導・工夫」のカテゴリーにおいて【B②段階的に学生に経験を積ませる指導】、【B③指導者と学生がともに介入することで得られる効果】が挙げられた。現在、作業療法教育の臨床実習ではCCSが推奨されている。CCSは、臨床教育者（Clinical Educator）の通常業務に学生を参加させ、学生の経験値に応じて担う役割を増加させていく実習形態のことを指す¹⁵⁾。【B②】、【B③】はCCSに基づく考え方であると思われる。そのことから指導者が、臨床実習において、段階的に経験を積ませること、指導者の助手として学生が診療補助を行うことが効果的な指導・工夫と考えていることがわかる。また、【B③】＜指導者と一緒に経験させたり、臨床の一部を担ってもらい、修正しながら手ごたえを感じてもらいと良い＞などは段階的な経験、指導者と学生と一緒に患者に治療介入することの有効性を示している。効果的な指導・工夫において、指導者とともに診療に参加し、段階的な経験を積むことが重要であると考ええる。

本研究において、多くの実習指導者が、指導することに負担を感じ、実習指導者自身、指導力に不安を感じていた。そして、効果的な指導・工夫においては、学生の学習姿勢や動機づけを高める指導を考えていた。指導力向上の取り組みとして、実習指導者は養成校より連携し、実習指導者の指導方法や対応に対してフィードバックとなる情報を得ることが必要である。また、ストレス軽減のためにも指導者が一人で学生指導するのではなく、チームとして他のスタッフと連携し、関わっていく必要があると考える。そのためには、指導者と他のスタッフとのチーム連携は重要であり、学生の指導に対してもチームとして一貫性をもつ

た対応が必要だと考える。

本研究の結果や考察において、指導者としての資質や指導力に関することが課題として挙げられた。このことは看護師や理学療法士の先行研究でも、類似していた。今回、篠崎ら⁹⁾の報告同様に実習指導者の感じる「A 指導上の困難・問題」と「B 効果的な指導方法・工夫」においてカテゴリーの一致がみられた。本研究においては、「A 指導上の困難・問題」に対して「B 効果的な指導・工夫」のカテゴリーが重複して一致するものが多かった。本研究からも困難に対する実習指導者の対応や指導の工夫を「B 効果的な指導・工夫」のサブカテゴリーを参照することで提案できるのではないかと考える。

本研究は、課題解決を目的に研究協力施設を対象としたアンケート調査のため、本研究に参加した臨床実習指導者の意見の分析にとどまっている。そのため、作業療法実習の困難さの課題・特性までは見ることはできなかった。しかし、今回、限られた職域内で生じた困難さに対する臨床実習指導者の対応や指導の工夫の提案は行うことができた。一方で、より多くの臨床実習指導者の意見を反映し、実習指導の経験や指導方法との関連を検討する必要がある。他施設の臨床実習指導を調査することにより、より深く新たな知見へつなげたいと考える。また、困難に対する実習指導者の対応や指導の工夫は、今後の臨床教育の視点となると考える。

利益相反と研究助成費

開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

謝辞

最後に本研究を行うにあたり、データ収集および研究にご協力いただきました全ての皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 一般社団法人日本作業療法士協会. 作業療法臨床指導指針 (2018) / 作業療法臨床実習の手引き (2022). <https://www.jaot.or.jp/files/shishin2018.tebiki2022.2.pdf> 2024.10.1
- 2) 厚生労働省医政局長: 理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン. <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2018/10/guideline.pdf> 2024.10.1
- 3) 厚生労働省. 理学療法作業療法士学校養成施設指定規則. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80041000&data- 2024.10.1
- 4) 厚生労働省. 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6516&dataType=1&pageNo=1 2024.10.1
- 5) 二宮省悟, 吉村修, 楠本正順ら. 臨床実習指導者のアンケート調査におけるテキストマイニングを用いた客観的分析—実習指導で感じた困惑に着目して—. 理学療法科学 2019; 34(2): 205-209
- 6) 小林賢. 臨床実習の課題と対応—臨床の立場から—. 理学療法学 2010; 37: 341-342
- 7) 保科和正, 柿崎貴浩, 小熊真貴子ら. 臨床実習指導におけるストレスについて—指導者のアンケート調査から—. リハビリテーション教育研究 2011; 16: 15-16
- 8) 細田康子, 山口明子. 実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌 2004; 27(2): 67-75
- 9) 篠崎真枝, 浅川育世, 大橋ゆかり. 臨床実習指導者の感じる指導上の困難ならびに効果的な指導方法の検討.

理学療法科学 2018;33(4):659-667

10) 佐々木祐子, 八田達夫. 臨床実習における学生の困難さの分析～発達障害の観点から～. 作業療法教育研究 2010;10(1):15-22

11) 舟島なをみ. 質的研究への挑戦 第2版. 東京:医学書院, 2023:40-80

12) 吉村修, 楠本正順, 濱田輝一ら. より良い臨床実習体制を目指した実態調査報告. 理学療法学 2015;42:1604

13) 松井康, 高橋洋, 石塚和重. 国立大学理学療法士・作業療法士養成施設における総合臨床実習に関するアンケート調査. 筑波技術大学テクノレポート 2016;23:33-37

14) 磯ふみ子, 平瀬達哉, 井口茂ら. 臨床実習施設における臨床実習教育の現状に関するアンケート調査. 保健学研究 2017;29:1-8

15) 會田玉美. クリニカルクラークシップに基づく臨床教育とは. OT ジャーナル 2013;47(4):323-329

原 著

障害の医学モデル教育, 社会モデル教育が障害の捉え方 及び身体障害者のイメージに及ぼす影響 —接触経験の有無による検討—

The influence of medical and social model educations on understanding
disability and image of people with physical disabilities
- Survey based on experience of contact with people with disabilities -

朝日まどか¹⁾ 山口明彦²⁾

MADOKA ASAHI, OTR, MS¹⁾, AKIHIKO YAMAGUCHI, PhD²⁾

- 1) 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 作業療法学科：北海道石狩郡当別町金沢 1757 番地（〒061-0293）
School of Rehabilitation Sciences Dept. of Occupational Therapy, Health Sciences University of
Hokkaido:1757 Kanazawa, Tobetsu-cho, Ishikari-gun, Hokkaido
E-mail: asahi-m@hoku-iryo-u.ac.jp
- 2) 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 理学療法学科：北海道石狩郡当別町金沢 1757 番地（〒061-0293）
School of Rehabilitation Sciences Dept. of Physical Therapy, Health Sciences University of Hokkaido:1757
Kanazawa, Tobetsu-cho, Ishikari-gun, Hokkaido

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):162-173. 受付日 2025 年 7 月 17 日 受理日 2025 年 10 月 10 日

要旨: [目的] 障害者との接触経験の違いにより, 医学モデル教育もしくは社会モデル教育が障害の捉え方や障害者のイメージに与える影響を明らかにすることを目的とした. [対象と方法] 医療系大学に入学直後の 286 名を障害者との接触経験の違いにより接触経験群 (122 名), 対照群 (164 名) に分け, 医学モデル教育もしくは社会モデル教育を行い, 医学モデルまた社会モデルからみた障害の捉え方, 身体障害者に対するイメージの変化を調査した. [結果] 身体障害者のイメージは, 両群共に社会モデル教育後は多くのイメージが肯定的に変化した. 医学モデル教育後は, 対照群では多くのイメージが肯定的に変化したものの接触経験群では変化するイメージが少なかった. [結語] 障害者との接触経験により医学モデル教育, 社会モデル教育の効果に違いがあり, 障害者との接触経験がある人の身体障害者のイメージ向上には, 社会モデル教育の必要性が明らかとなった.

キーワード: 障害の医学モデル, 障害の社会モデル, イメージ

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(4):162-173. Submitted Jul.17,2025. Accepted Oct. 10,2025.

ABSTRACT: [Purpose] This study is to clarify the influence of medical or social model educations of the understanding disability according to medical and social models and the image of people with physical disabilities, based on differences in experiences of interacting with people with disabilities. [Subjects and Methods] 286 students who had just entered in university were divided into the interaction experience with people with disabilities, the interaction experience group (Ex) and the control group (Con). Both groups underwent medical or social model educations. [Results] After the social model education, many of the images in both groups changed positively. After the medical model education, many of the images in Con changed positively, but the images in Ex changed less. [Conclusion] These results suggest that to improve the image of people with physical disabilities on people who have had interacting with people with disabilities is necessary to get social model education.

Key Words: medical model of disability, social model of disability, image

I. はじめに

障害の捉え方には、障害のモデルの視点から主に障害の医学モデルと社会モデルがある。医学モデルは障害という現象を個人の問題として捉え、個人のよりよい適応と行動変容が目標とされる。また障害の問題は病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じ、専門職による治療というかたちで医療が必要とされると考えられている。一方、社会モデルは障害を主として社会により作られた問題とみなし、障害のある人が社会生活へ完全参加するために必要なのは環境の変更を含めた、社会全体の共同責任とされている。障害の問題は個人に帰属するものではなく、その多くが社会環境により作り出されたものであると考えられている¹⁾。日本は2007年に社会モデルの考え方が反映された国際条約である障害者権利条約に署名し²⁾、それを受け2011年には障害者基本法の障害者の定義を、社会モデルを踏まえた形に改正した³⁾。2013年には障害者への差別を禁止する障害者差別解消法が施行され、2024年の改正では合理的配慮の提供が義務化されている⁴⁾。教育では第4期教育振興基本計画（令和5～9年度）において、多様性、公平・公正、包摂性（DE&I）ある共生社会の実現に向けた教育の推進がはかられるなど⁵⁾、多様性を認め支え合う社会の構築が目指されている。このように、近年では障害を個人の問題にとどめる医学モデルでの捉え方ではなく、社会の問題として捉え、互いに認め合い共生する社会を目指す、社会モデルでの障害の捉え方が重要視されている。

障害を社会モデルの視点から捉えられるようにするための研修として、NPO 法人障害平等研修フォーラムによる障害平等研修（Disability Equality Training: DET）⁶⁾がある。この研修を受講した後は、障害の捉え方が社会モデル寄りになり、また障害者に対するイメージも肯定的になることが報告されている⁶⁾。これは社会モデルの教育により障害の捉え方が変容し、また障害者に対するイメージも肯定的になることを示しており、社会モデルの教育がもたらす意義を表している。医療専門職の養成校では医学モデルの視点から障害を捉え、治療というかたちで医療が提供できるように主に教育が行われるが、医学モデルに関する教育が障害の捉え方また障害者に対するイメージにどのような影響を及ぼすかは明らかにされていない。

そこで本研究では医学モデルからの教育（以下、医学モデル教育）もしくは社会モデルからの教育（以下、社会モデル教育）による障害の捉え方及び障害者に対するイメージへの影響を明らかにする。障害者との接触経験や障害に関する研修への参加が、障害の捉え方や⁷⁾、障害者に対するイメージに違いをもたらすと報告されていることから⁸⁻¹¹⁾、障害者との接触経験や障害に関する研修への参加経験に基づき明らかにする。これらから、障害に関する教育を行ううえでの適切な教授方法を検討する一助となると考えられる。本研究では大学において障害に関する教育を受けていない入学直後の学生を対象とするため、障害のなかで最もイメージが付きやすいと考えられる身体障害者のイメージについて調査することとした。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、医療系大学（理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚療法学科、薬学科）に在籍する入学直後の学生306名に対して、社会経験や年齢など他学生と異なる集団とみなせる21歳以上の人また研究参加に非同意だった人を除外した286名を分析の対象とした。

対象者の数はG-Power統計ソフト（version 3.1.9.6）によると、トータルサンプル数は、66名以上であり（グループ2、測定回数2、検定力0.95で）（分散分析 ANOVA）、十分なサンプル数であった。

対象者にはアンケート調査を実施するにあたり、研究に関する依頼文を配布し説明し、研究内容に同意し

ない場合でも不利益が生じないこと、個人情報の取り扱いまた同意撤回方法について説明した。その後同意が得られた学生に対し、アンケート調査を行った。本研究は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする生命科学・医療系研究に関する倫理指針」を遵守し、北海道医療大学リハビリテーション科学部倫理委員会の承認（承認番号：24R235243）を得て実施された。

2. 方法

対象者は医学モデル教育もしくは社会モデル教育の何れかを受講し、受講前後にWeb質問（Google Forms）に回答した。調査は2025年4月の初回の授業で行い、他の教育の影響がでないように配慮した。

医学モデル教育、社会モデル教育の方法は、障害に関する動画と講義により行った。障害者の映像を用いる映像法のみでの教育では、障害者を誤って理解する恐れがあり、客観的な事実を伝達できる講義法も併用する必要性が報告されている¹²⁾。このことから、本研究では映像法に加え講義法も併用した教育を行った。医学モデル教育では、家族がいる働き年代の脳卒中を呈した身体障害者の男性が、理学療法により職場復帰する様子を、障害者の思いも交えた動画¹³⁾から学んだ。その後、事例の困り事やその原因、理学療法の支援内容について医学モデルの視点から講義を行った。また、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師の仕事内容を紹介する動画¹⁴⁻¹⁶⁾を視聴し、医学モデルの視点からの支援及び障害の医学モデルについて講義を行った。

社会モデル教育では、車いすで地域生活をしている脳性麻痺を呈した女性の身体障害者また白杖をつきながら地域生活を送る男性の視覚障害者について動画を視聴した。動画では、ヘルパーや店員からサポートを得ながら買い物や移動をする様子やこれらを行う際の困り事や支援、また周りの方に理解してもらいたいことが語られた¹⁷⁻¹⁸⁾。動画視聴後は、社会モデルの視点から振り返りを行った。また障害の社会モデルや社会的障壁、障害者差別解消法、合理的配慮について講義を行った。

どちらの教育も障害の原因やその解決方法また障害者の生活について映像また講義から知識化をはかり、また障害者の思いを映像から知ることによって情緒的理解ができるように教育した。各教育の平均時間は、医学モデル教育は15分4秒、社会モデル教育は15分6秒であり概ね同じ時間、教育を行った。

対象者は障害者との接触経験や障害に関する研修への参加により、接触経験群（122名）と対照群（164名）に分類した。接触経験群はアンケート調査のなかで、「障害者が自分もしくは近親者にいるかの有無」、「障害者が友人にいるかの有無」、「ボランティア経験の有無」、「障害に関する研修への参加の有無」の何れかを有りと回答した学生、対照群は全て「無し」と回答した学生である。接触経験群と対照群に対して、医学モデル教育、社会モデル教育のどちらかをランダムに割り当て受講させた。接触経験群での医学モデル教育受講者は60名、社会モデル教育受講者は62名、対照群での医学モデル教育受講者は82名、社会モデル教育受講者は82名であった。クロスオーバーデザインでは、先に受講した講義の影響を受ける可能性が否定できないため、本研究ではランダムに2群に分けてそれぞれの教育について対象者に受講させた。尚、調査終了後にもう一方の障害の捉え方があることを説明した。

アンケート調査項目は基本情報、医学モデルまた社会モデルからみた障害の捉え方、身体障害者に対するイメージに関する内容であった。

基本情報に関する質問は、性別、年齢、障害者が自分もしくは近親者にいるかの有無、障害者が友人にいるかの有無、ボランティア経験の有無、障害に関する研修への参加の有無であった。

障害の捉え方について、医学モデルまた社会モデルから各10問（表1）、各々の質問は7段階評価（非常にそう思う～全くそう思わない）の中から一つを選択してもらった。各々の質問項目において、「非常にそう思う」を7点、「全くそう思わない」を1点とし、各項目の合計点（医学モデル得点、社会モデル得点）

から医学モデル，社会モデルからみた障害の捉え方を得点とした．各々の最低点は10点，最高点は70点である．質問内容は，障害平等研修による心のバリアフリー推進に関する実態調査⁶⁾を一部改変し，Asahi⁷⁾の英語版を日本語版に訳したものを用了．

身体障害者に対するイメージは，Semantic Differential法による形容詞対尺度構成を使用した．項目は20項目あり，7段階でイメージに近い形容詞を選択させ得点化した(表2)．質問は，棚田¹⁹⁾また障害平等研修による心のバリアフリー推進に関する実態調査⁶⁾を一部修正し作成した．

統計学的処理は，教育の違いによる障害の捉え方，イメージの変化を示した．データは平均±標準誤差で示した．医学モデル教育，社会モデル教育の前後比較は繰り返しのある二元配置分散分析，各群の多重比較としてボンフェローニを実施した．全ての統計解析はIBM SPSS Statistics 26 for Windowsを用了．有意水準は $p < 0.05$ とした．

表1 医学モデルおよび社会モデルからみた障害の捉え方に関する質問項目

医学モデルの視点からみた障害の捉え方	社会モデルの視点からみた障害の捉え方
障害は，医療の問題である	障害は，社会の問題である
障害の問題の原因は，身体などの機能的なところにある	障害の問題の原因は，段差などの物理的バリアにある
障害の問題の原因は，障害者本人の意欲にある	障害の問題の原因は，偏見や差別といったところにある
障害の問題の原因は，身体などの機能的な重症度にある	障害の問題の原因は，制度上の制約にある
障害の問題の原因は，障害者本人がリハビリを実施していないところにある	障害の問題の原因は，適切な情報が提供されていないところにある
車イス利用者は，自由に移動ができるように，リハビリを頑張るべきである	車椅子利用者が，自由に移動ができるよう環境が整備されるべきである
障害の解決のためには，リハビリを重点的に行うべきである	障害の解決のためには，リハビリを受けられる機会が提供されるべきである
障害を解決する責任は，障害者本人にある	障害を解決する責任は，社会の側にある
障害者が社会復帰するためには，障害者自身の努力が必要だ	障害者が社会復帰するためには，社会が変わる必要がある
障害は，自分にはあまり関係のない問題だ	自分にも障害の解決のためにできることがある

表2 身体障害者に対するイメージの質問項目

	と	か	や	ど	や	か	と	
	て	な	や	ち	や	な	て	

	も そ う 思 う	り そ う 思 う	思 う	ら で も な い	思 う	り そ う 思 う	も そ う 思 う	
不自由な	1	2	3	4	5	6	7	自由な
有利な	1	2	3	4	5	6	7	不利な
強い	1	2	3	4	5	6	7	弱い
明るい	1	2	3	4	5	6	7	暗い
消極的	1	2	3	4	5	6	7	積極的
努力する	1	2	3	4	5	6	7	怠ける
親しみにくい	1	2	3	4	5	6	7	親しみやすい
普通の	1	2	3	4	5	6	7	特別の
容易な	1	2	3	4	5	6	7	困難な
早い	1	2	3	4	5	6	7	遅い
尊敬	1	2	3	4	5	6	7	軽蔑
怖い	1	2	3	4	5	6	7	優しい
楽しい	1	2	3	4	5	6	7	辛い
悲しい	1	2	3	4	5	6	7	嬉しい
社交的な	1	2	3	4	5	6	7	閉鎖的な
幸せな	1	2	3	4	5	6	7	不幸な
激しい	1	2	3	4	5	6	7	穏やかな
協調的な	1	2	3	4	5	6	7	自己中心的な
満足な	1	2	3	4	5	6	7	不満足な
依存している	1	2	3	4	5	6	7	自立している

Ⅲ. 結果

医学モデル教育，社会モデル教育による障害の捉え方の得点の変化について表3（接触経験群），表4（対照群）に示した．接触経験群では，医学モデル得点は医学モデル教育後に有意に向上したが，社会モデル教育後では差がみられなかった．社会モデル得点は社会モデル教育後に有意に向上したが，医学モデル教育後では差がみられなかった．医学モデル教育後の医学モデル得点は，社会モデル教育後よりも有意に高い得点を示した．社会モデル得点は，各教育後の得点に差はみられなかった（表3）．

対照群では，医学モデル得点は医学モデル教育後に有意に向上したが，社会モデル教育後では差がみられなかった．社会モデル得点は両方の教育後で有意に向上した．医学モデル教育後の医学モデル得点は社会モデル教育後よりも有意に高い得点を示した．社会モデル教育後の社会モデル得点は医学モデル教育後よりも有意に高い得点を示した（表4）．

医学モデルからの障害の捉え方の各項目について、医学モデル教育及び社会モデル教育前後で違いがあるのか分析した結果、両群において医学モデル教育後、社会モデル教育後で反対の変化を示した項目は、「障害者が社会復帰するためには、障害者自身の努力が必要だ」であり、医学モデル教育後は有意な増加、社会モデル教育後は有意な低下が確認された。

表3 接触経験群：医学モデル教育、社会モデル教育前後の障害の捉え方の得点

	医学モデル教育 (n=60)		社会モデル教育 (n=62)	
	教育前	教育後	教育前	教育後
医学モデル得点	40.25±0.94	48.15±0.79*†	39.10±0.89	39.13±1.02
社会モデル得点	54.17±0.86	55.28±1.12	53.42±0.71	57.21±0.94*
平均±標準誤差	*vs 教育前 p<0.05		†vs 社会モデル教育 p<0.05	

表4 対照群：医学モデル教育、社会モデル教育前後の障害の捉え方の得点

	医学モデル教育 (n=82)		社会モデル教育 (n=82)	
	教育前	教育後	教育前	教育後
医学モデル得点	42.65±0.82	47.32±0.71*†	42.39±0.76	42.57±0.88
社会モデル得点	53.40±0.58	55.15±0.64*†	54.48±0.74	58.65±0.82*
平均±標準誤差	*vs 教育前 p<0.05		†vs 社会モデル教育 p<0.05	

身体障害者に対する医学モデル教育、社会モデル教育前後でのイメージ得点を表5（接触経験群）、表6（対照群）に示した。接触経験群では、医学モデル教育後は20項目中4項目のイメージ（‘不自由な－自由な’ ‘有利な－不利な’ ‘明るい－暗い’ ‘協調的な－自己中心的な’）が肯定的な方向に有意に変化していた。社会モデル教育後は20項目中12項目のイメージが肯定的な方向に有意に変化し、医学モデル教育後で変化がみられた4項目に加え8項目（‘強い－弱い’ ‘消極的－積極的’ ‘容易な－困難な’ ‘早い－遅い’ ‘悲しい－嬉しい’ ‘社交的な－閉鎖的な’ ‘幸せな－不幸な’ ‘満足な－不満な’）で変化がみられた。

対照群では、医学モデル教育後は20項目中15項目のイメージ（‘不自由な－自由な’ ‘有利な－不利な’ ‘強い－弱い’ ‘明るい－暗い’ ‘消極的－積極的’ ‘親しみにくい－親しみやすい’ ‘容易な－困難な’ ‘早い－遅い’ ‘尊敬－軽蔑’ ‘楽しい－辛い’ ‘悲しい－嬉しい’ ‘社交的な－閉鎖的な’ ‘幸せな－不幸な’ ‘満足な－不満な’ ‘依存している－自立している’）が肯定的な方向に有意に変化していた。社会モデル教育後は20項目中14項目のイメージが肯定的な方向に有意に変化していた。‘不自由な－自由な’、‘幸せな－不幸な’は、医学モデル教育後では肯定的な方向に有意に変化がみられたが社会モデル教育後は変化がみられなかった。‘協調的な－自己中心的な’は、社会モデル教育後は肯定的な方向に変化がみられたが、医学モデル教育後では変化がみられなかった。

表5 接触経験群：医学モデル教育及び社会モデル教育前後の各イメージ得点

	医学モデル教育 (n=60)		社会モデル教育 (n=62)	
	教育前	教育後	教育前	教育後

イメージの項目 1点－7点	教育前	教育後	教育前	教育後
不自由な－自由な	2.32±0.13	2.77±0.13*	2.39±0.13	2.71±0.13*
有利な－不利な	5.58±0.14	5.08±0.12*	5.58±0.14	5.08±0.15*
強い－弱い	4.38±0.20	4.13±0.20	4.79±0.18	4.24±0.16*
明るい－暗い	3.70±0.15	3.33±0.14*	3.90±0.16	3.50±0.12*
消極的－積極的	4.18±0.16	4.43±0.18	3.94±0.16	4.31±0.15*
努力する－怠ける	2.40±0.15 [†]	2.52±0.16	2.85±0.14	2.90±0.13
親しみにくい－ 親しみやすい	4.05±0.20	4.40±0.17	4.03±0.16	4.35±0.15
普通の－特別の	3.67±0.20	3.70±0.18	4.11±0.18	3.81±0.17
容易な－困難な	4.88±0.18	4.78±0.17	5.23±0.13	4.90±0.14*
早い－遅い	4.85±0.13	4.70±0.14	4.81±0.14	4.58±0.13*
尊敬－軽蔑	3.02±0.16	2.85±0.17	3.23±0.15	3.23±0.14
怖い－優しい	4.83±0.18	5.07±0.16 [†]	4.44±0.15	4.61±0.14
楽しい－辛い	4.67±0.18	4.37±0.18	4.56±0.15	4.40±0.15
悲しい－嬉しい	3.15±0.15	3.38±0.14	3.31±0.12	3.68±0.12*
社交的な－閉鎖的な	3.83±0.18	3.68±0.16	4.02±0.15	3.63±0.15*
幸せな－不幸な	4.28±0.14	4.23±0.15	4.24±0.11	4.00±0.09*
激しい－穏やかな	4.85±0.15	4.87±0.15	4.61±0.15	4.58±0.13
協調的な－ 自己中心的な	3.57±0.16	3.30±0.16*	3.63±0.17	3.32±0.16*
満足な－不満な	4.72±0.15	4.45±0.12	4.76±0.13	4.40±0.11*
依存している－ 自立している	3.98±0.18	4.22±0.19	3.95±0.19	3.84±0.17

平均±標準誤差 *vs 教育前 p<0.05 [†]vs 社会モデル教育 p<0.05

表6 対照群：医学モデル教育及び社会モデル教育前後の各イメージ得点

イメージの項目 1点－7点	医学モデル教育 (n=82)		社会モデル教育 (n=82)	
	教育前	教育後	教育前	教育後
不自由な－自由な	2.12±0.09	2.90±0.14* [†]	2.04±0.11	2.30±0.14
有利な－不利な	5.59±0.11	5.21±0.11*	5.78±0.13	5.44±0.14*
強い－弱い	4.95±0.13	4.20±0.15*	4.95±0.16	4.51±0.18*
明るい－暗い	3.96±0.13	3.65±0.14*	4.15±0.14	3.77±0.14*
消極的－積極的	3.66±0.14	4.37±0.15*	3.62±0.15	3.96±0.14*
努力する－怠ける	2.61±0.13	2.49±0.12	2.85±0.13	2.72±0.14

親しみにくいー				
親しみやすい	3.76±0.14	4.29±0.13*	3.76±0.11	4.10±0.14*
普通の一特別の	4.26±0.16	3.95±0.15	3.99±0.18	3.98±0.17
容易な一困難な	5.48±0.12	4.91±0.12*	5.48±0.13	5.16±0.13*
早いー遅い	5.00±0.12 [†]	4.56±0.12* [†]	5.33±0.11	5.00±0.11*
尊敬ー軽蔑	3.23±0.12	2.99±0.12*	3.46±0.13	3.23±0.13*
怖いー優しい	4.60±0.14	4.65±0.13	4.48±0.14	4.38±0.12
楽しいー辛い	5.05±0.13	4.57±0.13*	5.17±0.14	4.76±0.13*
悲しいー嬉しい	3.00±0.11	3.40±0.11*	2.80±0.12	3.23±0.11*
社交的なー閉鎖的な	4.30±0.13	3.79±0.14*	4.52±0.14	3.77±0.13*
幸せなー不幸な	4.49±0.10	4.10±0.10*	4.60±0.11	4.38±0.11
激しいー穏やかな	4.56±0.13	4.56±0.12	4.57±0.14	4.43±0.11
協調的なー				
自己中心的な	3.45±0.11 [†]	3.43±0.13	3.94±0.15	3.66±0.13*
満足なー不満な	4.85±0.12	4.49±0.11*	5.05±0.13	4.60±0.12*
依存しているー				
自立している	3.85±0.14	4.46±0.15* [†]	3.61±0.15	3.98±0.15*

平均±標準誤差 *vs 教育前 p<0.05 [†]vs 社会モデル教育 p<0.05

IV. 考察

医学モデル教育、社会モデル教育に伴う障害の捉え方の得点の変化を検討した結果、医学モデル得点は接触経験群また対照群共に医学モデル教育後に有意に高くなり、医学モデル教育後の得点が社会モデル教育後よりも有意に高くなることが明らかとなった。これは医学モデル教育を受けることで、障害を医学モデルの視点から捉えるように変化することを示唆している。医学モデルからの障害の捉え方に関する質問項目では、「障害者が社会復帰するためには、障害者自身の努力が必要だ」のみ、医学モデル教育後では両群共に有意に向上したが、社会モデル教育後では両群共に有意に低下がみられ、教育により相反する結果がみられた。今回の医学モデル教育では、脳卒中の患者が理学療法を受療しながら社会復帰をしていく様子を視聴したことから、社会復帰をするためには障害者自身も理学療法に励み、努力する姿勢が必要であると対象者は捉えたのではないかと考えられる。一方、社会モデル教育では、障害者が地域生活をする際に感じる様々な困り事を視聴し、また講義のなかで社会的障壁や障害者差別解消法について学んだことから、障害者自身が努力し困り事を解決するのではなく、社会で解決する必要性を感じたものと考えられる。医学モデルおよび社会モデルの視点に立った教育の観点からは本研究での動画、講義による教育は十分医学モデル教育、社会モデル教育を反映したものと考えられることができるだろう。内閣府が肢体不自由の障害当事者に行った調査では、努力だけでは解決できないことが多くあること、また障害者の頑張りが変に美化されることを懸念する声が多く聞かれている²⁰⁾。今回の研究結果は、医学モデル教育がこのような障害者の懸念を助長する危険性がある一方で、社会モデル教育はそれを軽減する可能性が示唆された。特に支援者を養成する専門教育においては、医学モデル教育に特化した教育だけではなく、社会モデル教育も併せた教育が障害者の思いを反映した教育として重要であると考えられた。

社会モデル得点については、両群共に社会モデル教育後に有意に向上すること、また対照群においては医学モデル教育によっても社会モデル得点が増加することが明らかとなった。障害者との接触経験や障害に関する研修に参加した経験がない対照群は、医学モデル教育であっても障害を社会モデルの視点から捉えるように変化することを意味している。接触経験のない学生は障害者が抱える問題、困り事、解決する際の関わり方などほとんど実践経験を持たない。このような学生は少しの情報によって影響を受け、新たな知識、イメージを形成していくものと考えられる。また医療を障害者が受療する医学モデル教育の動画視聴を通し、社会復帰や困り事の解決の方法を理解できたことで、社会モデル得点が増加したのではないかと考えられる。

身体障害者に対するイメージについては、医学モデル教育後は接触経験群では4項目のイメージ、対照群では15項目のイメージが増加し、対照群の方が接触経験群よりも多くのイメージが肯定的な方向に変化していた。対照群はこれまで障害者との接触経験がなく、障害に関する研修も受けた経験がないことから、接触経験がある人たちよりも教育の影響を受けやすいと考えられる。また本研究の医学モデル教育において、理学療法での機能訓練に励みながら社会復帰をしていく事例を見たことで、肯定的にイメージが変容したと考えられる。一方、接触経験群では事例でみられるような改善は困難であることやある程度限界があること、さらには社会復帰には苦労や援助も必要であることを経験していると考えられ、医学モデル教育の動画、講義のみではイメージの変化が生じにくいものと考えられる。先行研究においても、障害者にリハビリテーションを行う動画を視聴した後に、障害者に対するイメージが肯定的に変化することが報告されている²¹⁻²²⁾。今回の結果もそれに類似する結果と言えるが、このような影響を受けやすい対象は障害者と接触経験がない人たちにある程度限定される可能性が示唆された。

社会モデル教育では接触経験群では12項目のイメージ、対照群では14項目のイメージが増加した肯定的な方向に変化しており、社会モデル教育が接触経験に関係なく、身体障害者に対し肯定的なイメージを与えることが確認された。DETにおいても研修後は、障害者に対し肯定的な方向にイメージが変化したことを報告している⁶⁾。医学モデル教育が接触経験群に対してイメージ改善効果が低かったことを考えると、ある程度障害者と交流のある人や障害の教育を受けている人では、社会モデル教育が障害者のイメージを肯定的にする重要な手段といえるだろう。

本研究では医学モデル教育もしくは社会モデル教育の障害の捉え方への影響また障害者に対するイメージへの影響を接触経験の有無に分けて明らかにした。その結果、どちらの教育も障害の捉え方に影響を与えたが、対照群では医学モデル教育であっても社会モデル得点が増加していた。また、身体障害者に対するイメージに関しては、社会モデル教育は接触経験に関わらずイメージを肯定的にするが、医学モデル教育では接触経験がある人では改善が乏しかったことから、社会モデル教育を行う必要性を改めて示す結果となった。このことは、臨床実習などで障害者と接触経験がある上級学年においては、社会モデル教育を充実させることで、身体障害者に対するイメージをより肯定的なものに変容させ、その後の障害者の接し方に役立てられると考えられる。

今回の教育では障害者の動画を用いた映像法と講義法を教育手法として用いたが、映像法は用いる教材の内容また講義法は講義者により教育効果が左右されると言われている¹²⁾。そのため、本研究では限定的な結果であると言える。今後は学年が進行し、障害者と直接的接触を伴う演習や臨床実習後に、障害の捉え方や障害者に対するイメージがどのように変化するかについても調査していきたい。

利益相反と研究助成費

論文投稿に関連し、開示すべき COI の関係にある企業・組織及び団体等はない。

引用文献

- 1) 世界保健機関 (WHO) : ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—. 中央法規, 日本, 2002, pp18.
- 2) 外務省 : 報道発表 障害者権利条約の署名について.
https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/h19/9/1175621_812.html (閲覧日 2025 年 6 月 27 日).
- 3) 内閣府 : 障害者基本法の改正について (平成 23 年 8 月).
<https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/kaisei2.html> (閲覧日 2025 年 6 月 27 日).
- 4) 内閣府 : 改正障害者差別解消法が施行されました.
https://www.cao.go.jp/press/new_wave/20240520.html (閲覧日 2025 年 6 月 27 日).
- 5) 文部科学省 : 教育振興基本計画. https://www.mext.go.jp/content/20230615-mxt_oseiseik02-100000597_01.pdf (閲覧日 2025 年 6 月 27 日).
- 6) 日本リサーチセンター : 平成 28 年度 オリンピック・パラリンピック基本方針推進調査 (ユニバーサルデザインの社会づくりに向けた調査) 報告書 : 特定非営利活動法人障害平等研修フォーラム : 障害平等研修による「心のバリアフリー」推進に関する実態調査, 2017 : 19-82.
- 7) Asahi M. & Yamaguchi A. : The Relationship between understanding disability according to medical and social models and attitudes toward people with disabilities-Survey of students immediately after entered university in japan-. The Journal of Understanding Special Needs, 2024, E25 : 1-14.
- 8) 岡田悠佑, 金沢翔一, 根本想・他 : 大学生を対象としたシッティングバレーボール体験の効果検証-身体障がい者イメージの変容に着目して-. 育英短期大学研究紀要, 2021, 38 : 79-85.
- 9) 小山内隆生, 山崎仁史, 加藤拓彦・他 : 精神障害に関する知識が精神障害者のイメージに与える影響—医療職を目指す学生調査より—. 作業療法, 2009, 28 (4) : 376-384.
- 10) 岡田千砂, 生田宗博, 井上克己 : 作業療法学生の「精神障害者」に対するイメージの変化について. 作業療法, 2007, 26 (4) : 348-356.
- 11) 星越活彦 : 精神障害者に対する看護学生の社会的態度. 臨床精神医学, 2005, 34 (3) : 357-363.
- 12) 徳田克己 : 視覚障害児・者に対する一般の人の態度を改善するための技法とその評価. 視覚障害心理・教育研究, 1990, 7 (1・2) : 5-22.
- 13) 公益社団法人 日本理学療法士協会 : 医療施設において : 社会復帰編.
<https://www.youtube.com/watch?v=Zy4vtBc4G2s> (閲覧日 2025 年 4 月 1 日).
- 14) 厚生労働省 : 作業療法士 (OT) (職業情報提供サイト (日本版 O-NET) 職業紹介動画.
<https://www.youtube.com/watch?v=zKxwmoGYbMU> (閲覧日 2025 年 4 月 1 日).
- 15) 厚生労働省 : 言語聴覚士 (職業情報提供サイト (日本版 O-NET) 職業紹介動画.
<https://www.youtube.com/watch?v=6weuyy2QGlg> (閲覧日 2025 年 4 月 1 日).
- 16) 厚生労働省 : 薬剤師 (職業情報提供サイト (日本版 O-NET) 職業紹介動画.
<https://www.youtube.com/watch?v=Z0ujySZXnBs> (閲覧日 2025 年 4 月 1 日).
- 17) 一般社団法人北海道身体障害者福祉協会 : わかってください手をかしてください～障がい者からのメッセージ～肢体不自由について. http://www.hokusinkyo.or.jp/10_04_dvd.htm (閲覧日 2025 年 4 月

1日).

- 18) 一般社団法人北海道身体障害者福祉協会：わかってください手をかしてください～障がい者からのメッセージ～視覚障がいについて. http://www.hokusinkyo.or.jp/10_02_dvd.htm (閲覧日 2025年4月1日).
- 19) 棚田裕二：肢体不自由者との接触経験と障害者イメージの関連. 新見公立大学紀要, 2015, 36 : 101-105.
- 20) 内閣府：「障害のある当事者からのメッセージ (知ってほしいこと)」の集計結果 4. 肢体不自由. <https://www8.cao.go.jp/shougai/kou-kei/toujisha/siryo04.html> (閲覧日 2025年6月24日).
- 21) 吉田勇一：学生教育における重症心身障害児の動画教材の有効性の検討-SD法による理学療法学生のイメージ変化-. 日本重症心身障害学会誌, 2013, 38 (3) : 439-445.
- 22) 櫻木理恵, 稲田勤, 光内梨佐・他：SD法を用いた脳性麻痺児及び進行性筋疾患児の映像視聴による学生のイメージ変化の測定. 高知リハビリテーション学院紀要, 2017, 19 (2) : 75-78.

原 著

作業療法学生の時間管理と主観的ウェルビーイングの関連 —横断研究—

Relationship Between Time Management and Subjective Well-Being Among Occupational Therapy Student:A Cross-Sectional Study

古田翔太^{1,3)} 久野真矢²⁾

Shota FURUTA^{1, 3)}, OTR Shinya HISANO²⁾, OTR, PhD

1) リハビリテーションカレッジ島根 作業療法学科：島根県浜田市三隅町古市場 2086-1 (〒699-3225)

Department of Occupational Therapy, Rehabilitation College Shimane (2086-1 Furuichiba, Misumi Town, Hamada City, Shimane Prefecture) E-mail: furuta@rcs.ac.jp

2) 県立広島大学大学院 総合学術研究科：広島県三原市学園町 1-1 (〒723-0053)

Graduate School of Comprehensive Scientific Research, Prefectural University of Hiroshima (1-1 Gakuen Town, Mihara City, Hiroshima Prefecture)

3) 県立広島大学大学院 総合学術研究科 保健福祉学専攻 博士課程前期：広島県三原市学園町 1-1 (〒723-0053)

Graduate School of Comprehensive Scientific Research, Prefectural University of Hiroshima (1-1 Gakuen Town, Mihara City, Hiroshima Prefecture)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):174-183. 受付日 2025 年 8 月 1 日 受理日 2025 年 10 月 15 日

要旨：〔目的〕作業療法学生の時間管理と主観的ウェルビーイングの実態および関連を調査することを目的とした。〔対象と方法〕4 年制専門学校作業療法学科に在籍する学生 43 名を対象として、時間管理尺度、日本版主観的幸福感尺度、主観的幸福感尺度を用いて横断的調査を実施し、分析した。〔結果〕時間管理と主観的ウェルビーイングに学年別では有意差を認めず、時間管理の「時間の活用」と主観的ウェルビーイングにおいて女性が男性よりも高いことが示された。また、時間管理と主観的ウェルビーイングの間に弱い～中等度の正の相関を認めた。〔結語〕時間管理の「時間の見積み」が主観的ウェルビーイングに有意な影響を与えることが示唆された。

キーワード：時間管理, 主観的ウェルビーイング, 作業療法学生

Japanese Journal of Rehabilitation Education 2025;8(4):174-183. Submitted Aug. 1, 2025. Accepted Oct. 15, 2025.

ABSTRACT: [Purpose] The purpose of this study was to investigate the actual state of time management and subjective well-being among occupational therapy students and the relationship between them. [Subjects and Methods] A cross-sectional survey was conducted on 43 students enrolled in the occupational therapy department of a four-year vocational school, using a time management scale, the Japanese version of the subjective well-being scale, and the results were analyzed. [Results] Women demonstrated higher levels of “time utilization” and subjective well-being compared to men. Additionally, a weak to moderate positive correlation was observed between time management and subjective well-being. [Conclusion] It was suggested that “time estimation” significantly influences subjective well-being.

Key Words: Time management, Subjective well-being, Occupational therapy student

I. はじめに

時間管理 (Time management) は、「目標を達成するために時間を効果的に使用する行動」と定義され¹⁾、多忙な現代社会では時間管理スキルを高めることは学業や仕事において重要とされている。時間管理の影響要因について行われた Aeon らによるメタアナリシスでは、時間管理は、職務や学業の成果、主観的ウェルビーイング (Subjective Well-Being : SWB)、ストレス軽減などと中程度の関連がある²⁾と結論づけられている。大学生における学業負担は、講義、実習、資格試験対策など多岐にわたり、時間的制約や精神的ストレスを抱えやすいことが報告されている²⁾。

韓国の作業療法学生を対象として、時間管理と不安、学業動機の間関係性を調査した先行研究では、時間管理能力が高い学生ほど不安が低く、学業に対する意欲や目標達成へのモチベーションが高い³⁾ことが報告されている。

これらの時間管理に関する先行研究は、作業療法学生の時間管理能力が主観的ウェルビーイングに影響を及ぼすことを示唆している。しかしながら、本邦の作業療法学生を対象とした時間管理、主観的ウェルビーイングに関する調査は行われていない。

以上のような背景から、作業療法士養成課程においても、臨床実習や国家試験準備などの多重課題が学生に求められており、時間を計画的に管理し、自己調整的に学習を遂行する力が重要であると考えられ、本研究は、本邦の作業療法学生の時間管理、主観的ウェルビーイングの実態および関連を調べることを目的とした。リサーチ・クエスチョンは、「作業療法学生の時間管理と主観的ウェルビーイングはそれぞれどのような傾向を示すのか、また、それぞれの間にどのような関連があるのか」である。本研究を行うことによって、作業療法養成教育における教育的介入や学生の心理的要因に対する新たな知見を提示することができると考えられる。本研究は横断研究であり、STROBE 声明 (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement)⁴⁾に従って実施した。

II. 対象と方法

1. 対象

本調査は世界医師会ヘルシンキ宣言⁵⁾に則り、研究の目的、参加の任意性、個人情報保護等に関して説明し、その内容を理解した上で同意が得られた者に対して無記名で実施した。調査の参加・非参加によって学業成績や評価に一切影響を及ぼさないことを説明し、教員と学生間の立場の力動を抑えるよう配慮した。また、研究協力の自由意思を尊重し、参加者が不利益のないことを保証するとともに、匿名性の保持と個人情報の厳重管理を行った。著者が所属する作業療法士養成校 (4年制専門学校) の作業療法学科に在籍する学生46名のうち、除外基準を調査期間中の長期欠席または休学していた者とし、該当した3名を除いた、43名 (1年生 : 18名, 2年生 : 5名, 3年生 : 10名, 4年生 : 10名) (男性 : 19名, 女性 : 24名, 平均年齢20.7 ± 2.1歳) (調査実施時点で在籍していた者) を対象として、無記名によるアンケート調査を実施した (期間 : 2024年6月10日～6月21日)。事前の検定力分析は、効果量の目安を大、 $\alpha = 0.05$, $1 - \beta = 0.80$ として推定し、相関分析は $r = 0.30$ と設定して必要サンプルサイズは29名、重回帰分析は $f^2 = 0.35$ 、独立変数を3 (時間の見積もり、時間の活用、その日暮らし) と設定して必要サンプルサイズは36名と推計された。本研究の解析対象は43名であり、いずれも必要数を満たしていることから統計解析に十分な対象者数であった。倫理的な配慮として、本研究は著者の所属機関の所属長の承認を得て実施した (承認日 : 2024年5月17日)。

2. 方法

使用尺度は、時間管理は井邑ら⁶⁾による時間管理尺度、主観的ウェルビーイングは島井ら⁷⁾による日本版主観的幸福感尺度 (Subjective Happiness Scale : 以下, 日本版SHS)、伊藤ら⁸⁾による主観的幸福感尺度 (Subjective Well-Being Scale : 以下, SWBS) を指標とした。

時間管理尺度は、井邑ら⁶⁾が時間管理行動を定量的に評価するために、大学生を対象に作成された。本邦の文化的背景に即した行動項目から作成している。本尺度は下位尺度「時間の見積もり」、「時間の活用」、「その日暮らし」の3領域、計19項目から構成される。各項目について「全くあてはまらない=1点」、「ややあてはまらない=2点」、「ややあてはまる=3点」、「非常にあてはまる=4点」の4件法で回答を求め、下位尺度ごとに素点を合計して得点を求める。各尺度の得点範囲は、時間の見積もり：8-32点、時間の活用：6-24点、その日暮らし：5-20点を示す。得点が高いほど各下位尺度の時間管理が高いことを表す。本尺度は信頼性ならびに妥当性を備えた尺度であることが確認されている。カットオフ値の設定は明示されていないが、先行研究では、大学生の平均得点として「時間の見積もり：18.7点、時間の活用：13.8点、その日暮らし：11.3点」が報告されている⁶⁾。

主観的ウェルビーイングは、「主観的幸福感 (Subjective Happiness)」「人生満足感 (Satisfaction with Life)」「幸福感」など、複数の用語や尺度が用いられており、それぞれが感情的側面（ポジティブ感情・ネガティブ感情）や認知的側面（自己の人生評価）を含むことが報告されている⁹⁾。これらの概念は個人の主観的な生活の質や幸福感を捉える点で共通しており、総称的に「主観的ウェルビーイング」として扱われている⁸⁾。したがって、本研究ではこれらの概念を包括する表現として「主観的ウェルビーイング (Subjective Well-Being)」を用いて記述した。

日本版SHSは、島井ら⁷⁾が原版SHSを翻訳・バックトランスレーションしたうえで日本人大学生を対象に開発した、認知的側面に焦点をあてた主観的ウェルビーイングの尺度である。原版は4項目から構成される単因子構造の尺度であり、日本版では信頼性・妥当性が検証され、内的一貫性 ($\alpha = 0.82$)、再テスト信頼性 ($r = 0.86$) が確認されている。また、自尊感情やポジティブヘルスとの収束的妥当性、GHQとの弁別的妥当性も報告されており、国際的に広く使用されている尺度の日本語版として標準化されている⁷⁾。4項目から構成され、各項目について、「非常に不幸=1点」から「非常に幸福=7点」など設問ごとに内容が異なる7件法で評定する。回答した数値を集計し、4項目の合計得点または平均値を得点として表す。得点範囲は合計得点4~28点（平均値の場合、1~7点）を示し、得点が高いほど幸福感が高いことを表す。本尺度は信頼性ならびに妥当性を備えた尺度であることが確認されている。日本版SHSは、20~80歳代の成人2,000名を対象に標準化されており、年代別に得点の特徴が報告されている。また、大学生を対象とした研究では、日本版SHS得点の平均値は4.3前後であることが報告されている⁹⁾。

SWBSは、伊藤ら⁸⁾が開発した認知的側面に焦点をあてた主観的ウェルビーイングの尺度である。2010年~2020年の本邦の心理学研究のレビューにおいて、SWBSは幸福感尺度として最も多く使用されている⁹⁾。SWBSは、「人生に対する前向きな気持ち」「達成感」「自信」「至福感」「人生に対する失望感（逆転項目の尺度）」の5領域、計15項目から構成される。各項目について、「全くない=1点」から「非常に・とてもよく=4点」など、設問ごとに内容が異なる4件法で評定する。下位因子得点と合計得点で表す。合計得点の得点範囲は15~60点を示し、得点が高いほど主観的ウェルビーイングが高いことを表す。本尺度は信頼性ならびに妥当性を備えた尺度であることが確認されている⁸⁾。カットオフ値は設定されていないが、大学生の下位項目別

平均得点として、前向きな気持ち 8.9 ± 1.7 点、自信 7.6 ± 1.8 点、達成感 7.9 ± 1.7 点、失望感のなさ 7.0 ± 2.0 点と報告されている¹⁰⁾。

主観的ウェルビーイングの包括的な把握を目的として、日本版SHSとSWBSを併用した。中坪ら⁹⁾は、主観的ウェルビーイングが「自分の人生全体をどのように感じているかという認知的側面」と「ポジティブおよびネガティブな情動といった感情的側面」の2側面から構成されると述べており、測定目的に応じた尺度の選択が重要であると述べている。日本版SHSは、簡便で内省的な認知的評価に特化した尺度であり、SWBSは、多因子的で感情的側面を含む構成であるという特徴がある。したがって、これら2尺度を併用することで、主観的ウェルビーイングをより多面的に捉えることができると判断した。統計学的解析は基本属性と各尺度の単純集計を行い、各尺度の性別による比較はMann-Whitney検定、学年別による比較はKruskal-Wallis検定を行った。なお、各学年のサンプルサイズが小さいため、検出力に限界はあるが、学年間の傾向を把握する探索的解析としてKruskal-Wallis検定を用いた。また、時間管理尺度と日本版SHS、SWBSの関連についてSpearman順位相関係数検定を行い、日本版SHS、SWBSの尺度得点を従属変数、時間管理尺度の下位項目得点を独立変数とした単回帰分析を実施したのち、複数の変数を統制する目的で重回帰分析（強制投入法）を統計分析ソフトStatcel 5を使用して実施した。危険率は5%とした。

III. 結果

1. 対象データの基本統計量、性別・学年間の比較

全体および性別、学年間の平均と標準偏差を表1、2に示す。学年間では有意差は認めず、性別の比較において、時間管理尺度の時間の活用（男性： 11.9 ± 3.7 点、女性： 14.8 ± 3.6 点、 $p=0.013$ 、 $d=0.80$ ）、日本版SHS（男性： 3.7 ± 1.2 点、女性： 4.5 ± 1.1 点、 $p=0.031$ 、 $d=0.69$ ）、SWBSの合計点（男性： 36.1 ± 7.8 点、女性： 41.5 ± 6.6 点、 $p=0.019$ 、 $d=0.75$ ）にそれぞれ女性が男性よりも有意に高いことを認めた。

表1 全体の記述統計量、性別による比較

	全体					男性					女性				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med</i>	<i>IQR</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med</i>	<i>IQR</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med</i>	<i>IQR</i>
年齢（歳）	43	20.7	2.1	20.0	2.5	19	20.5	2.8	20.0	2.0	24	20.8	1.5	21.0	2.0
時間管理尺度（点）															
時間の見積み	43	19.2	4.6	19.0	7.0	19	19.2	5.0	19.0	7.5	24	20	4.0	20.0	5.5
時間の活用	43	13.5	3.9	14.0	5.5	19	11.9	3.7	11.0	5.0	24	14.8	3.6	14.0	4.0 *
その日暮らし	43	10.8	2.5	11.0	3.5	19	10.8	2.3	10.0	2.5	24	10.8	2.8	11.0	3.5
日本版SHS（点）	43	4.1	1.2	4.3	1.9	19	3.7	1.2	3.8	1.6	24	4.5	1.1	4.5	1.3 *
主観的幸福感尺度（点）															
前向きな気持ち	43	8.7	1.9	9.0	1.0	19	8.1	1.8	8.0	1.0	24	9.2	1.8	9.0	2.3 *
自信	43	8.0	1.9	8.0	2.0	19	7.6	2.2	8.0	2.5	24	8.3	1.5	8.0	1.3
達成感	43	7.8	1.7	8.0	2.0	19	6.9	1.8	7.0	2.0	24	8.5	1.4	8.5	2.25 **
失望感	43	7.1	2.0	7.0	2.0	19	6.4	1.8	6.0	2.5	24	7.7	1.9	8.0	2.0 *
至福感	43	7.5	1.9	8.0	3.0	19	7.2	2.0	7.0	3.5	24	7.8	1.8	8.0	2.0
合計	43	39.1	7.6	40.0	8.5	19	36.1	7.8	38.0	9.5	24	41.5	6.6	40.5	5.3 *

M:平均 SD:標準偏差 Med:中央値 IQR:四分位範囲 * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表2 時間管理と主観的ウェルビーイングの性別の比較

	1年次			2年次			3年次			4年次		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
年齢(歳)	18	19.7	2.4	5	20.0	0.0	10	20.9	0.6	10	22.5	2.1
時間管理尺度(点)												
時間の見積み	18	20.4	3.3	5	18.6	7.0	10	18.3	6.2	10	18.3	3.4
時間の活用	18	13.9	2.8	5	14.0	5.6	10	13.7	5.2	10	12.4	3.5
その日暮らし	18	10.7	2.3	5	12.6	2.4	10	11.4	2.5	10	9.6	2.8
日本版SHS(点)	18	4.0	0.8	5	3.9	1.9	10	4.5	1.7	10	4.0	1.0
主観的幸福感尺度(点)												
前向きな気持ち	18	8.6	1.1	5	9.2	2.4	10	9.0	2.5	10	8.4	2.2
自信	18	7.9	1.5	5	7.8	3.0	10	7.9	2.2	10	8.3	1.6
達成感	18	7.9	1.1	5	7.4	2.9	10	7.1	2.2	10	8.5	1.4
失望感	18	7.0	1.4	5	7.4	3.2	10	6.9	2.3	10	7.3	2.0
至福感	18	7.8	1.5	5	8.2	2.6	10	7.6	2.1	10	6.5	2.1
合計	18	39.2	4.8	5	40.0	13.3	10	38.5	9.6	10	39.0	7.3

M:平均 SD:標準偏差 multiple comparison test (Steel-Dwass):NS

2. 相関と回帰分析

対象者全体の時間管理尺度と日本版 SHS, SWBS の相関分析では、「時間の見積み」は日本版 SHS, SWBS の合計点, 達成感, 失望感, 至福感と正の相関 ($r=0.35\sim0.45$), 「時間の活用」は SWBS の達成感と正の相関 ($r=0.33$), 「その日暮らし」は SWBS の合計点, 至福感と正の相関 ($r=0.34\sim0.53$) がそれぞれ認められた (表 3).

単回帰分析の結果, 「時間の見積み」が, 日本版 SHS ($\beta=0.34$, $p<0.05$, $t=2.28$, 調整済み $R^2=0.11$), SWBS の合計点 ($\beta=0.42$, $p<0.01$, $t=3.34$, 調整済み $R^2=0.21$), 達成感 ($\beta=0.56$, $p<0.001$, $t=4.27$, 調整済み $R^2=0.31$), 失望感 ($\beta=0.38$, $p<0.01$, $t=2.66$, 調整済み $R^2=0.15$), 至福感 ($\beta=0.46$, $p<0.01$, $t=2.99$, 調整済み $R^2=0.18$), に正の効果, 「時間の活用」が SWBS の合計点 ($\beta=0.32$, $p<0.05$, $t=2.18$, 調整済み $R^2=0.10$), 達成感 ($\beta=0.39$, $p<0.01$, $t=2.71$, 調整済み $R^2=0.15$) に正の効果を与えることが示された (表 4).

さらに, 重回帰分析の結果, 「時間の見積み」が, SWBS の合計点 ($\beta=0.47$, $p<0.05$, $F=3.55$, $R=0.46$, 調整済み $R^2=0.15$), 達成感 ($\beta=0.56$, $p<0.01$, $F=6.17$, $R=0.57$, 調整済み $R^2=0.27$), 至福感 ($\beta=0.46$, $p<0.05$, $F=3.28$, $R=0.45$, 調整済み $R^2=0.14$) への有意な正の効果が認められた (表 5).

表3 時間管理と主観的ウェルビーイングの相関関係

	時間管理尺度（点）			日本版SHS（点）
	時間の見積み	時間の活用	その日暮らし	
日本版SHS（点）	0.35 *	0.24	0.18	
主観的幸福感尺度（点）				
人生に対する前向きな気持ち	0.19	0.22	0.16	0.64 ***
自信	0.24	0.16	0.27	0.43 **
達成感	0.42 **	0.33 *	0.08	0.30
人生に対する失望感	0.36 *	0.30	0.26	0.78 ***
至福感	0.45 **	0.29	0.53 ***	0.46 **
合計	0.41 **	0.28	0.34 *	0.66 ***

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

表4 時間管理と主観的ウェルビーイングの単回帰分析の結果

		目的変数					
		主観的幸福感尺度（点）					
		日本版SHS（点）	前向きな気持ち	自信	達成感	失望感	至福感
		β	β	β	β	β	β
説明変数	時間管理尺度（点）						
	時間の見積み	0.34 *	0.23	0.29	0.56 ***	0.38 *	0.46 **
	時間の活用	0.23	0.20	0.15	0.39 **	0.29	0.27
	その日暮らし	0.07	-0.11	0.04	-0.05	0.03	0.19

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

表5 時間管理と主観的ウェルビーイングの重回帰分析の結果

		目的変数					
		主観的幸福感尺度（点）					
		日本版SHS（点）	前向きな気持ち	自信	達成感	失望感	至福感
		β	β	β	β	β	β
説明変数	時間管理尺度（点）						
	時間の見積み	0.35	0.17	0.36	0.56 **	0.35	0.46 *
	時間の活用	-0.02	0.10	-0.10	0.01	0.05	-0.08
	その日暮らし	0.03	-0.14	0.01	-0.12	-0.01	0.14

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

IV. 考察

対象者全体の基本統計量について、時間管理尺度の大学生 180 名を対象とした先行研究¹⁰⁾では、平均±SDは「時間の見積み」19.3±4.5点、「時間の活用」15.1±3.9点、「その日暮らし」10.5±3.10点であったことが報告されている。本研究の対象者である作業療法学生も3つの下位尺度すべて同程度の平均値を示

し、対象者の時間管理は平均的な水準にあると考えられた。

主観的ウェルビーイングについて、SWBSを用いた大学生を対象とした先行研究では、「人生に対する前向きな気持ち」 8.9 ± 1.7 点、「自信」 7.6 ± 1.8 点、「達成感」 7.9 ± 1.7 点、「人生に対する失望感のなさ」 7.0 ± 2.0 点であったことが報告されている¹⁰⁾。本研究における作業療法学生も同様の平均値を示し、対象者の主観的ウェルビーイングは平均的な水準にあると考えられた。このように時間管理、主観的ウェルビーイングともに先行研究で対象とされた大学生と比較して同程度の平均値を示した。

時間管理と主観的ウェルビーイングの性別による比較について、時間管理尺度の「時間の活用」、日本版SHS、SWBSの合計点において女性が男性よりも有意に高いことを示した。Aeonらによる時間管理のメタアナリシスでは、女性は男性に比べわずかに優れた時間管理能力を持つ傾向があることを報告している²⁾。また、全国の6,074名を対象として行われた主観的ウェルビーイングの調査において、男性より女性が有意に主観的ウェルビーイングが高いことが示されている¹¹⁾。これらの先行研究と同程度に、本研究においても女性が男性よりも時間管理能力に優れていること、主観的ウェルビーイングが高いことが示された。

一方、学年別による比較では有意差は認められなかった。Aeonらのメタアナリシスでは、時間管理と年齢の関連はごくわずか($r=0.032$, $p>0.05$)であることが報告されており²⁾、本研究の結果もこれと一致したと考える。また、日本総研の調査では、年齢が高くなるにつれて特に50代以降で主観的ウェルビーイングが向上すると報告している¹¹⁾。本研究は学生を研究対象としているため、学年間での主観的ウェルビーイングの差を認めなかったと考えられた。また、本研究は各学年のサンプルサイズが小さいため、検出力に限界があり、学年間の差が検出されなかった可能性も考えられる。平均値の変化をみると、高学年になるにつれてわずかに低下する傾向がみられている。先行研究より、主観的ウェルビーイングは一部の学生では学年が上がるにつれて低下する¹²⁾と報告され、本研究でも高学年の主観的ウェルビーイングが低下傾向にあったと考えられる。

時間管理と主観的ウェルビーイングの関連について、相関と回帰分析の結果、時間管理と主観的ウェルビーイングの間に相関を認め、単回帰分析と重回帰分析の結果、特に「時間の見積もり」がSWBSの合計点、達成感、至福感に正の影響を及ぼすことが示唆された。時間管理行動が時間コントロール感を媒介して主観的ウェルビーイングに影響を与えることが報告されており、達成感は物事の具体的な対処に関連し、自身の時間を有効に利用することが重要な項目と考えられている¹³⁾。つまり、本研究においても、作業療法学生も同様に時間管理行動は主観的ウェルビーイングと関連し、特に「時間の見積もり」が影響を及ぼす要因であることが示唆されたといえる。

一方、日本版SHSは時間管理尺度と相関を認め、単回帰分析の結果、「時間の見積もり」が正の影響を与えることを認めたが、重回帰分析の結果、有意な影響は認めなかった。日本版SHSは20～80歳代、SWBSは大学生を対象として尺度開発が行われている^{7,8)}。本研究の対象とした年代が20歳前後であることが影響を及ぼし、SWBSと日本版SHSで異なる結果を示したと考える。また、時間管理尺度は日常生活における行動的・実践的側面を測定する尺度⁶⁾であり、日本版SHSは自己の人生全体に対する内省的かつ認知的評価を測定する尺度である⁷⁾。SWBSはポジティブ・ネガティブ感情を多因子的な情動側面を、多面的に測定する尺度である⁸⁾。このように、時間管理尺度と日本版SHSの測定特性の違いが、重回帰分析において関連が認められなかった要因の一つとなった可能性も考えられる。

本研究の限界として、横断研究であり因果関係は不明であること、調査対象施設が1施設に限定しておりサンプルサイズが小さいこと、媒介要因として明らかにされている時間コントロール感や特性的自己効力感^{10,13,14)}については調査を行っていないことなどがある。本研究は、作業療法学生における時間管理と主観的

ウェルビーイングとの関連を明らかにすることを目的とし、とくに「時間の見積もり」が主観的ウェルビーイングに有意な正の影響を与えることが示された。

作業療法学生を対象とした時間管理に関する研究は先行研究が乏しく、本研究の結果は、作業療法学生への時間管理のトレーニングやマネジメントの必要性について一定の知見を提供できたと考える。今後は、縦断的研究や心理的要因を含めたさらなる検討を進めることで、より実効的な支援方略の構築につながることを期待される。また、時間コントロール感や特性的自己効力感、学習動機、ストレスなども含めて、縦断研究を行っていく必要がある。

本研究の結果、リサーチ・クエスチョンに対して、次のことが考えられた。時間管理の「時間の活用」と主観的ウェルビーイングは女性が男性よりも高い。また、時間管理と主観的ウェルビーイングは弱い～中等度の正の相関があり、特に「時間の見積もり」が主観的ウェルビーイングおよび達成感、至福感に正の影響を及ぼすことが示唆された。

利益相反と研究助成費

本研究の遂行および報告に際し、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Claessens BJC, van Eerde W, Rutte CG, et al.: A review of time management literature. *Pers Rev*, 2007, 36: 255-276.
- 2) Aeon B, Faber A, Panaccio A, et al.: Does time management work? A meta-analysis. *PLoS One*, 2021, 16: e0245066.
- 3) Lee HS: Relationship between time management and anxiety of occupational therapy students. *Int J Adv Cult Technol*, 2021, 9: 254-259.
- 4) Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al.: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 2007, 335: 806-808.
- 5) World Medical Association: World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 2013, 310: 2191-2194.
- 6) 井邑智哉, 高村真広, 岡崎善弘・他: 時間管理尺度の作成と時間管理が心理的ストレス反応に及ぼす影響の検討. *心理学研究*, 2016, 87: 374-383.
- 7) 島井哲志, 大竹恵子, 宇津木成介・他: 日本版 Subjective Happiness Scale (SHS) の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 2004, 51: 845-853.
- 8) 伊藤裕子, 相良順子, 池田政子・他: 主観的幸福感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 2003, 74: 276-281.
- 9) 中坪太久郎, 井口篤志, 藤田智子・他: 幸福感尺度使用の現状と今後の展望. *淑徳大学研究紀要*, 2021, 55: 141-158.
- 10) 伊藤萌恵, 村岡寛之, 金子翔太・他: 大学生における時間管理と主観的幸福感に及ぼす影響—特性的自己効力感を媒介変数として—. *久留米大学心理学研究*, 2019, 18: 21-30.
- 11) 日本総合研究所: 主観的幸福感 (主観的厚生 / subjective well-being) に影響を及ぼす要因の分析.

<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=105672> (2024年10月24日閲覧).

- 12) Liu X, Li Y, Gao W: Subjective well-being of college students: Developmental trajectories, predictors, and risk for depression. *J Psychol Afr*, 2024, 34: 477-486.
- 13) 名知慶子, 早川典子, 西村陽子・他: 時間管理と時間的展望が主観的幸福感に及ぼす影響. 東海学院大学紀要, 2021, 15: 13-22.
- 14) Yadav M, Khanna R, Choudhury S, et al.: Exploring the mediating role of generalized self-efficacy in the relationship between time management and subjective well-being among university students. *J Posit Psychol Wellbeing*, 2020, 4: 45-57.

原 著

本邦における脳性麻痺児に対する目標指向型トレーニング の認知度に関するアンケート調査

Knowledge of goal-directed training for children with cerebral palsy: A Survey of pediatric physiotherapist, occupational therapists and speech-language-hearing therapist in Japan

堀本佳誉¹⁾, 杉本路斗²⁾, 大須田祐亮³⁾, 佐藤一成³⁾

Yoshitaka HORIMOTO, RPT, PhD¹⁾, Michito SUGIMOTO, RPT, BS²⁾, Yusuke OSUDA, RPT, PhD³⁾,
Kazunari SATO, RPT, MS³⁾

1) 千葉県立保健医療大学 理学療法学専攻：千葉県千葉市中央区仁戸名町 645-1 (〒260-0801)

Division of physical therapy, Chiba Prefectural University of Health Sciences (645-1, Nitona, Chuo-ku, Chiba-shi, Chiba 260-0801, Japan.) E-mail: yoshitaka.horimoto_2@cpuhs.ac.jp

2) 横浜療育医療センター リハビリテーション課：神奈川県横浜市旭区市沢町 557-2 (〒241-0014)

Department of Rehabilitation, Yokohama Ryoiku Medical Center (557-2, Ichizawa-cho, Asahi-ku, Yokohama-shi, Kanagawa, 241-0014, Japan.)

3) 北海道医療大学 理学療法学科：北海道石狩郡当別町金沢 1757 番地 (〒061-0293)

Department of Physical Therapy, Health Sciences University of Hokkaido (1757 Kanazawa, Tobetsu-cho, Ishikari-gun, Hokkaido, 061-0293, Japan.)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):184-194. 受付日 2025 年 8 月 25 日 受理日 2025 年 10 月 15 日

要旨：[目的] 近年，脳性麻痺児に対するエビデンスレベルの高い介入として目標指向型トレーニング（GDT）が挙げられている。本研究では，本邦での GDT に関する認知度を検証するためにアンケート調査を実施した。[対象と方法] 小児関連施設に所属する理学療法士，作業療法士，言語聴覚士を対象とした。GDT に関する 7 つの介入方法について，認知度を「よく知っている」を 5 点，「全く知らない」を 1 点として点数表記することとした。[結果] 介入間および療法士間の認知度の差は認められたが，全ての介入方法で認知度が低い結果となった。[結語] 今後，GDT が本邦で実施されるために，卒前・卒後教育として，系統立てられた知識の伝達が必要であると考えた。

キーワード：脳性麻痺，目標指向型介入，知識の伝達

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(4):184-194. Submitted Aug. 25, 2025. Accepted Oct. 15, 2025.

ABSTRACT: [Purpose] This study aimed to describe the knowledge of goal-directed training (GDT) for children with cerebral palsy among pediatric physiotherapists (PTs), occupational therapists (OTs), and speech-language-hearing therapists (STs) in Japan. [Subjects and Methods] This cross-sectional survey was conducted in Japan. Pediatric PTs, OTs, and STs were asked to complete an online survey on their knowledge of seven interventions related to GDT. The scores are given as follows: 5 points for “know well” and 1 point for “don’t know at all”. [Results] There were differences in knowledge between interventions and between

therapists. However, all interventions indicated low scores. [Conclusion] For GDT to be implemented in Japan, knowledge transfer to therapists as part of pre- and post-graduate education is necessary.

Key Words: Cerebral palsy, goal-directed training, knowledge translation

I. はじめに

本邦で脳性麻痺は、「受胎から生後4週以内の新生児までの間に生じた、脳の非進行性病変に基づく、永続的な、しかし変化する運動および姿勢の異常である。その症状は満2歳までに発現する。進行性疾患や一過性の運動障害、または将来正常化するであろう運動発達遅延は除外する。(1968 厚生省研究班)」と定義されている。ヨーロッパ¹⁾やアメリカ²⁾でも同様の内容で定義されており、各国の定義で共通する主たる障害は、姿勢と運動機能の障害である。このため、従来の脳性麻痺に対するリハビリテーションにおいては、姿勢と運動機能の障害を「正常化(normalization)」することが重要視されてきた³⁾。しかし、障害概念のモデルが、国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : ICIDH, 1980)から生活機能・障害・健康の国際分類(International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF, 2001)に改定され、障害というマイナス面だけでなく、プラスの面を重視するという考え方に变化した⁴⁾ことを受け、脳性麻痺児に対する世界基準の治療理念は、「正常化」から「最適化(optimization)」へ変化している³⁾。最適化とは、正常な姿勢や運動を獲得することを重要視するのではなく、日常的な活動に参加できるように、どのような姿勢や運動の方法が最適であるかを、当事者やその家族とともに考えることを重要視する治療概念である⁵⁾。この治療概念に基づく介入の一つに、目標指向型トレーニングがあり、根拠に基づく実践(Evidence Based Practice : 以下, EBP)の一つであると報告されている⁶⁾。目標指向型トレーニングはその介入方法により様々な名称が用いられているが、その共通点は、実用的なトレーニングであること、運動学習の原則に基づくトレーニングであることなどが挙げられ、最も重要視されていることは、日常生活上で実用的な目標を、当事者やその家族を含めて共同で設定することである⁶⁾。

先行研究によると、理学療法士(Physiotherapist : 以下, PT)や作業療法士(Occupational Therapist : 以下, OT)などの医療専門家はEBPを提供しようと努力している⁷⁾が、それだけでは最新で効果的な研究が日常の臨床実践に組み込まれることはできない⁸⁾とされている。実際に、EBPについての認知度の低さにより、あまり効果的でないとされている介入が実施されることが多く⁹⁾、研究により報告されているEBPに基づく実践内容と、臨床で実施されている実践内容にはギャップがあることが報告されている^{10), 11)}。EBPに基づいた実践を実施する際に、個々の医療従事者、その職場、教育経験、患者のニーズなどに関する様々な障壁がある¹²⁾ために、これらのギャップが生じるとされている。EBPに基づく実践内容と臨床で実施されている実践内容のギャップを減らすことは、より費用対効果の高い介入、家族へのより良い情報提供、さらには脳性麻痺児の生活の質の向上につながる¹¹⁾ことから、このギャップを埋めるための取り組みが必要である。このギャップを埋める対策として、EBPに関する知識の伝達と、行動変容の促進が提示されており¹³⁾、卒前・卒後教育の中で脳性麻痺児に対するEBPに関する知識の伝達が必要であると考えられる。

そこで本研究では、脳性麻痺児に対するEBPの一つである目標指向型トレーニングに関する教育を実施するための基礎調査として、本邦における認知度を明らかにするためにアンケート調査を実施した。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、小児リハビリテーション関連施設に所属するPT, OT, 言語聴覚士(Speech-Language-Hearing Therapist : 以下, ST)とした。

対象施設は、地方厚生局(北海道厚生局, 東北厚生局, 関東信越厚生局, 近畿厚生局, 東海北陸厚生局, 中国四国厚生局, 四国厚生支局, 九州厚生局)のホームページから、障害児リハビリテーション届出施設を抽

出し、「園、発達、小児、学園、療育、育成、成育、児童、こども、子ども、母子、整肢園、療護園、養護学校、障害児、重症心身障害児、肢体不自由児、国立病院機構、マザーズホーム」をキーワードとして抽出した施設、および重症心身障害福祉協会の全会員施設とした。個人医院、クリニック、診療所は除外した。

なお、本研究は「本邦における脳性麻痺児に対するリハビリテーションの実践に関するアンケート調査」として実施した研究の一部であり、千葉県立保健医療大学倫理委員会の承認（2022-04）を受け実施した。

2. 方法

対象となった施設のリハビリテーション部門責任者宛に、研究協力依頼書、本研究に関する説明文書、個人情報取り扱い、アンケート調査票の内容を含む書類一式を紙面にて送付した。リハビリテーション部門責任者に同意を得られた場合は、オンラインにて、同意の意思および各療法士数に関する回答をいただき、PT、OT、STの各責任者に各書類を手渡ししていただくように依頼した。PT、OT、STの責任者から同意を得られた場合は、施設に勤務するPT、OT、ST全員に、ポスターを回覧してもらうように依頼した。ポスターに記載したURLおよびQRコードから、依頼文書のファイルを閲覧、ダウンロードできるようにした。依頼文書には、研究の方法、目的、研究への参加は自由意志であること、不同意でも、対象者が不利益を被らないことなどを記載した。PT、OT、ST各個人に対しては、Forms（Microsoft社）を使用したオンラインベースのアンケート調査に協力を依頼した。依頼文書に無記名調査とし、アンケートへの回答をもって、同意とみなすこととする旨を記載した。

アンケート調査期間は2022年10月17日から12月31日までであった。

アンケート調査の内容は、PT、OT、STの①属性に関する質問と、②目標指向型トレーニングの認知度に関する質問で構成した。

PT、OT、STの属性に関する質問項目は、経験年数、小児分野の経験年数、免許を取得した養成校、最終学歴とした。

目標指向型トレーニングに関する認知度の調査対象とする介入方法は、システマティックレビュー^{6), 14), 15)}および文献検索により抽出した。文献検索はMEDLINE, CINAHL, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), を用いて行った。キーワードは「cerebral palsy」, 「goal」とし、対象とする文献は先行研究での調査^{14), 15)}と重複しない2019年から2022年までの文献とした。著者2名（Y. H, M. S）により、各々の介入方法が目標指向型トレーニングの治療概念⁶⁾を反映した介入方法であるかどうかを個々に判定した。意見が一致しない場合は、討論を行うこととした。討論を行った上でも一致しない場合は、別の著者（Y. O）による判定を依頼した。その結果、著者2名の最終的な一致率は100%となったgoal directed therapy¹⁶⁾, task-oriented therapy¹⁷⁾, functional therapy⁴⁾, family-centered functional therapy¹⁸⁾, child-focused therapy¹⁹⁾, context-focused therapy¹⁹⁾, Cognitive Oriented to daily Occupational Performance（以下、CO-OP）²⁰⁾の7つの介入方法が抽出された。これらの介入方法について「よく知っている」を5点、「かなり知っている」を4点、「やや知っている」を3点、「少し知っている。名前のみ知っている」を2点、「全く知らない。聞いたことがない」を1点として回答するよう求めた。

統計学的解析は、7つの介入方法の認知度を比較するためにFriedman検定を用いた。各介入方法に対するPT、OT、ST間の認知度を比較するためにKruskal-Wallis検定を用いた。また、各介入方法における経験年数と認知度の関係を明らかにするために、Spearmanの順位相関係数を求めた。相関の強さは、相関係数が1.0～0.7の場合「かなり強い相関がある」、0.7～0.4は「かなり相関がある」、0.4～0.2はやや相関がある、0.2未満は「ほとんどなし」と判定した²¹⁾。有意水準は0.05とした。サンプルサイズの計算は、同意を得た全てのPT、

OT, ST を調査対象としたため, 行っていない¹⁰⁾.

統計処理には, 改変 R コマンダー (R4.5.1)²²⁾を用いた.

III. 結果

抽出された施設は 291 施設であり, 研究への参加に同意の得られた施設は 23 施設 (8. 0%) であった. 参加に同意を得られた施設の各療法士の合計は 337 名 (PT 154 名, OT 126 名, ST 57 名) であった. 回答を得られた療法士は 167 名 (PT 83 名, OT 51 名, ST 33 名) であり, 回答率は 49. 6% であった.

回答が得られた PT, OT, ST の属性を表 1 に示した.

表 1. 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士の属性

	理学療法士 (n=83)	作業療法士 (n=51)	言語聴覚士 (n=33)	合計 (n=167)
療法士経験年数 平均±標準偏差 (年)	16. 1±10. 0	16. 4±10. 4	14. 4±6. 9	15. 8±9. 6
小児分野の経験年数 平均±標準偏差 (年)	13. 1±9. 2	12. 9±9. 8	12. 3±7. 3	12. 9±9. 0
養成校 (人)				
専門学校	54	30	19	103
短期大学	20	6	1	27
大学	9	15	11	35
大学院	0	0	1	1
その他	0	0	1	1
最終学歴 (人)				
専門学校	43	23	9	75
短期大学	5	1	0	6
大学	27	23	19	69
大学院修士課程 ・博士課程前期	5	3	4	12
大学院博士課程後期	2	0	1	3
その他	0	1	0	1

表 2 に各介入方法に対する全療法士の認知度を示した. 各介入方法に対する認知度の中央値は 1~2 であった. Friedman 検定により, 介入方法間の認知度に有意差があることが示された ($p<0.05$). 多重比較法 (Wilcoxon 検定を Holm の方法で修正) を用い, 介入方法間の認知度の比較を行った. 結果の詳細は表 2 に示した. 表 2 の「他の目標指向型トレーニングとの比較」の列には多重比較法により有意差が認められたものを示した.

表2：各介入方法に対する認知度

全療法士の認知度 (n=167)		他の目標指向型トレーニングとの比較
goal directed therapy	1 [1-2]	>CT, <FT, <FCF
task-oriented therapy	1 [1-2]	>CT, <FT
functional therapy	2 [1-3]	>GDT, >TOT, >ChFT, >CFT
FCF	1 [1-3]	>GDT, >ChFT, >CFT
child-focused therapy	1 [1-2]	<FT, <FCF, <ChFT, <CO-OP
context-focused therapy	1 [1-1]	<GDT, <TOT, <FT, <ChFT, <CFT, <CO-OP
CO-OP	2 [1-3]	>ChFT, >CFT

認知度は中央値 [四分位範囲] で示した。

略語：GDT：goal directed therapy, TOT：task-oriented therapy, FT：functional therapy, FCF：family-centered functional therapy, ChFT：child-focused therapy, CT：context-focused therapy, CO-OP：Cognitive Oriented to daily Occupational Performance

「goal directed therapy」の行で「>CT」と表記しているのは、「goal directed therapyに関する認知度はchild-focused therapyと比較して統計学的に有意に高かった。」こと、「<FT」と表記しているのは、「goal directed therapyに関する認知度はfunctional therapyと比較して統計学的に有意に低かった。」ことを示す。

表3に各介入方法に対する各療法士の認知度を示した。各介入方法に対する各療法士の認知度の中央値は1～2であった。認知度はKruskal-Wallis検定により、全ての介入方法に対する認知度に療法士間で有意差があることが示された ($p<0.05$)。多重比較法 (Steel-Dwass 検定) を用い、各療法士の認知度の比較を行った。詳細は表3に示した。表3の「各療法士の認知度の差」の列には多重比較法により有意差が認められたものを示した。

表3：各介入方法に対する各療法士の認知度

	理学療法士 (n=83)	作業療法士 (n=51)	言語聴覚士 (n=33)	各療法士の認知度の差
goal directed therapy	2 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	PT>ST
task-oriented therapy	2 [1-3]	1 [1-2]	1 [1-2]	PT>OT, PT>ST
functional therapy	2 [1-3]	2 [1-2]	1 [1-2]	PT>ST
FCF	2 [1-3]	1 [1-2]	1 [1-2]	PT>OT, PT>ST
child-focused therapy	1 [1-3]	1 [1-1, 5]	1 [1-2]	PT>OT
context-focused therapy	1 [1-2]	1 [1-1]	1 [1-1]	PT>OT
CO-OP	2 [1-3]	2 [1-3]	1 [1-1]	PT>ST, OT>ST

認知度は中央値 [四分位範囲] で示した。

略語：PT：Physiotherapist, OT：Occupational Therapist, ST：Speech-Language-Hearing Therapist, FCF：family-centered functional therapy, CO-OP：Cognitive Oriented to daily Occupational Performance

「goal directed therapy」の行で「PT>ST」と表記しているのは、「goal directed therapyに関する認知度はSTと比較してPTで統計学的に有意に高かった。」ことを示す。

表 4 に各介入方法における臨床経験年数と認知度の関係を示した。functional therapy, family-centered functional therapy について有意な相関が認められたが、相関関係の強さの判定は「ほとんどなし」であった。

表 4：各介入方法における臨床経験年数と認知度の関係

	相関係数	p 値
goal directed therapy	0.08	0.28
task-oriented therapy	0.14	0.08
functional therapy	0.16	0.04 *
family-centered functional therapy	0.17	0.03 *
child-focused therapy	0.05	0.53
context-focused therapy	0.04	0.61
CO-OP	-0.12	0.14

* : $p < 0.05$

IV. 考察

脳性麻痺児に対する目標指向型トレーニングは近年報告されたガイドラインにより、強く推奨されている介入^{6), 23), 24)}であり、EBP の中でもその重要度が高い介入である。本研究では、脳性麻痺児に対する EBP の一つである目標指向型トレーニングに対する、PT, OT, ST の認知度を明らかにするためのアンケート調査を実施した。本研究の結果から、目標指向型トレーニングに関する全ての介入方法で臨床経験年数に関わらず認知度が低く、療法士別にみても全ての療法士で認知度が低いことが分かった。EBP に対する認知度の低さはあまり効果的でないとされている介入の実践につながる⁹⁾ことが知られている。そのため本邦においては、より費用対効果の高い介入、家族へのより良い情報提供、そして全体として脳性麻痺児の生活の質の向上¹¹⁾のために、EBP に関する卒前・卒後教育が必要であることが示唆された。

先行研究として、スペインの理学療法士に対して、脳性麻痺児に対する理学療法の実態調査と、介入内容の認知度のアンケート調査¹¹⁾が実施されているが、ガイドラインで推奨度の高い介入であると報告されている目標指向型トレーニング^{6), 23), 24)}については、その調査対象とされていない。本研究は、目標指向型トレーニングの認知度を調査した初めての研究である。

目標指向型トレーニングの7つの介入方法の認知度に関する比較の結果、介入方法間で有意差が認められ、認知度の高い介入方法は functional therapy⁴⁾、CO-OP²⁰⁾であった。各療法士別にみると、PT で各介入方法に関する認知度が有意に高く、ST で低い結果となった。特に functional therapy⁴⁾、CO-OP²⁰⁾が、PT, OT で ST よりも有意に認知度が高い結果となった。functional therapy⁴⁾、CO-OP²⁰⁾については、その内容が日本語に翻訳され^{25), 26)}、日本人による解説本²⁷⁾も作成されていることが他の介入方法と比較して認知度が高い結果となったと考える。しかし、統計学的に有意差が認められたが、認知度が高い介入方法でも「少し知っている。名前のみ知っている」であり、全体的に臨床経験年数に関わらず、認知度が低い結果となっている。本研究では統計学的有意差よりもむしろ、認知度の全体的な低さを重要視する必要があると考えた。認知度が低い原因として、2点が考えられた。1点目は本邦において目標指向型介入に関する情報が不足している点である。目標指向型トレーニングの実践のためには、日常生活上で実用的な目標を当事者やその家族を含めてリハビ

リテーション目標およびPT, OT, ST 目標として設定することが必要となる。本邦における理学療法教育の方針については、日本理学療法士協会が2019年に公表した「理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム」²⁸⁾が存在する。理学療法士のコアとなる学修項目の説明とそれぞれの学修目標をまとめた本資料において、目標設定に関する記載は「理学療法評価・臨床推論」の中の2項目にとどまっている。また、日本作業療法士協会が同年に公表した「作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム」²⁹⁾においても目標設定に関する記載は「臨床実習」の中の2項目にとどまっている。いずれのモデル・コア・カリキュラムにおいても目標設定の具体的な進め方や使用するべき方法の詳細についてまでは言及されておらず、本邦において目標設定に関する体系付けられた教育が現在に至るまで整備されていないことが伺われた。さらに日本言語聴覚士協会が2018年に公表している「言語聴覚士養成教育モデル・コア・カリキュラム」³⁰⁾では、目標設定に関する項目は挙がっていない状況である。このことから本邦のリハビリテーション専門職の卒前教育において、目標設定の重要性を認識する機会や学ぶ機会が少ないことが原因となり、結果として目標指向型トレーニングの認知度も低くなっているのではないかと考えられた。また、本研究の結果、臨床経験年数に関わらず認知度が低いことから、本邦において卒後にも目標指向型介入に関する情報に触れる機会が少ないことが考えられた。このような情報の不足が、認知度の低さにつながっていると考えた。さらに、医中誌で「脳性麻痺」と「目標指向型」をキーワードに調査したところ本研究のアンケート調査時点(2022年12月31日)で、脳性麻痺児への目標指向型トレーニングの先行研究が、症例報告(学会抄録)が1件³¹⁾のみであった。国内での実践例を示した報告が少ないことが、臨床家にとって具体的な実践の不明瞭さに繋がり、自ら情報を収集する機会を減少させていると考えられた。2点目として、EBPの知識・技術を習得するための時間の不足や研究に対する理解が困難であることが考えられた。英語を母国語としたセラピストにおいても、この点が認知度の低さに影響を及ぼしている^{10), 32), 33)}ことが指摘されている。英語を母国語としない本邦においては、各介入方法が英語で記載されていることが、さらなる時間の不足や研究に対する理解の困難さを生じさせていると考える。非ネイティブが英語論文を読解するためには91%の追加時間が必要である³⁴⁾と報告されており、日本の療法士にとって、英文で書かれた介入方法を読解するハードルは高い。このため、目標指向型トレーニングの認知度が低くなったと考える。

認知度を高めるために、研究者や教育者が果たす役割は大きいと考える。認知度が低いと、あまり効果的でないとされている介入が実施されることが多くなってしまい⁹⁾、介入効果を最大化し、個人的・社会的負担を軽減する³⁵⁾ことが出来なくなってしまう。このため、セラピストは早期に効果的にEBPの実施方法を理解する必要がある³⁶⁾。EBPの実施を促進する要因は、研究関連に関する学習と継続的な教育である¹⁰⁾とされており、多面的な知識伝達(Knowledge Translation: 以下, KT) 戦略を用いることで、EBPに対する認知度が向上し³⁶⁾、介入の原則に忠実な臨床実践が行われるようになる³⁷⁾ことが報告されている。目標指向型トレーニングに関しては、KT戦略として小児分野の理学療法士に目標設定、運動学習理論、小児リハビリテーションにおける運動学習の原則の使用のトレーニングを行うことにより、経験年数や小児臨床の専門に関係なく、高い忠実度で目標指向型トレーニングを実施できるようになることが報告されている³⁷⁾。このことから、研究者や教育者は、研究関連および、継続的なEBPの卒前・卒後教育、効果的なKT戦略の立案といった面で、臨床家に対してEBP実施のための支援を行っていく必要があると考える。

本研究の限界について、同意の得られた施設が少なかった点と、サンプルサイズの問題が考えられる。同意の得られた施設は全体の8.0%と少なく、脳性麻痺児に対する目標指向型トレーニングに対する本邦の認知度全体を反映しているかどうかは疑問の残る点である。しかし、卒前に使用する教科書やリハビリテーション関係の雑誌などで、目標指向型トレーニングについての紹介がほとんどないことから、本研究の結果は

本邦全体の認知度を反映している可能性が高く、本研究の結果通り認知度はかなり低いと考える。また、サンプルサイズの問題についてはPTの回答者数が多く、STの回答者数が少ない結果となった。しかし、療法士別の回答率をみるとPTは53.9%、OTは41.1%、STは57.9%であり、STの回答率が最も高い結果となっている。PTの回答者数が多く、STの回答者数が少ないことが原因で、有意差が出た可能性は否定できない。クラスカルウォリス検定のサンプルサイズをG*Power (3.1.9.7)により算出(条件:F tests, ANOVA: Fixed effects, omnibus, one-way, Effect size $f=0.3$ (中), α error prob: 0.05, Power ($1-\beta$ error prob): 0.8)したところ、各療法士37名であった。PTの今回の回答者数はサンプルサイズの約224%、STはサンプルサイズの約90%であり、このサンプルサイズの差が有意差を認めた原因である可能性がある。本研究では同意を得た全てのPT、OT、STを調査対象としたため、サンプルサイズの調整は行っていない¹⁰⁾。本研究の結果を見ると、統計学的有意差よりもむしろ、認知度の全体的な低さを重要視する必要があると考える。

目標指向型トレーニングは、脳性麻痺児に対するEBPの中でもその重要度が高い介入^{6), 23), 24)}である。本研究により、本邦での認知度は低いため、今後、卒前・卒後教育を実施していく必要があることが分かった。今後、より効果的な教育を実施するためのKT戦略として、高い忠実度で目標指向型トレーニングを実施できる教育教材およびトレーニングプログラムの開発に関する研究が必要である。

利益相反と研究助成費

本研究において開示すべき利益相反はない。本研究は2022年度千葉県立保健医療大学学内共同研究費の助成(No. 4)を受けて実施した。

謝辞

アンケート調査にご回答いただいたPT、OT、STの皆様、アンケート調査用紙の郵送にご協力いただいた北海道医療大学理学療法学科の学生の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Surveillance of cerebral palsy in Europe : a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Dev Med Child Neurol, 2000, 42 : 816-824.
- 2) Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. : Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. Dev Med Child Neurol, 2005, 47 : 571-576.
- 3) Ketelaar M, Vermeer A, Hart H, et al. : Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. Phys Ther, 2001, 81 : 1534-1545.
- 4) 大川弥生 : 生活機能向上に向けたリハビリテーション. 日本老年医学会雑誌, 2003, 40 : 582-585.
- 5) Brogren Carlberg E, Löwing K : Does goal setting in activity-focused interventions for children with cerebral palsy influence treatment outcome?. Dev Med Child Neurol, 2013, 55 : 47-54.
- 6) Novak I, Morgan C, Fahey M, et al. : State of the evidence traffic lights 2019 : systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Curr Neurol Neurosci Rep, 2020, 20 : 3.
- 7) Heiwe s, Kajermo KN, Tyni-Lenné R, et al. : Evidence-based practice : attitudes, knowledge and behavior among allied health care professionals. Int J Qual Health Care, 2011, 23 : 198-209.
- 8) Novak I, McIntyre S. : The effect of education with workplace supports on practitioners' evidence-based practice knowledge

- and implementation behaviours. *Aust Occup Ther J*, 2010, 57 : 386-393.
- 9) Majid S, Foo S, Luyt B, et al. : Adopting evidence-based practice in clinical decision making : nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*, 2011, 99 : 229-236.
- 10) Saleh MN, Komer-Bitensky N, Snider L, et al. : Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy : A survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada. *Dev. Neurorehabil*, 2008, 11 : 60-80.
- 11) Cristina S, Sergio LL, Rodrigo GC, et al. : Studying the Research-Practice Gap in Physical Therapies for Cerebral Palsy : Preliminary Outcomes Based on a Survey of Spanish Clinicians. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19 : 14535.
- 12) Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. : Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Healthl Organ*, 2004, 82 : 724-731
- 13) Jessica H, Akash S, Tatiana O, et al. : Knowledge translation strategies used to promote evidence-based interventions for children with cerebral palsy : a scoping review. *Disabil Rehabil*, 2025, 47 : 827-839.
- 14) Mellanie G, Marjolijn K, Leanne S, et al. : Defining Functional Therapy in Research Involving Children with Cerebral Palsy : A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2020, 40 : 231-246.
- 15) Amira M, Shaymaa R, Marwa G, et al. : Context Focused Therapy for Children : Theory, Principle and Protocol. A Review. *Bioscientific Reviews*, 2019, 1 : 13-20.
- 16) Löwing K, Bexelius A, Brogren CE. : Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy - do goals make a difference?. *Disabil Rehabil*, 2009, 31 : 1808-1816.
- 17) Lucianne S, Yvonne JP, Pieter L, et al. : Effects of botulinum toxin A and/or bimanual task-oriented therapy on upper extremity impairments in unilateral Cerebral Palsy : an explorative study. *Eur J Paediatr Neurol*, 2015, 19 : 337-348.
- 18) Law M, Darrah J, Pollock N, et al. : Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*, 2009, 18 : 83-102.
- 19) Law M, Darrah J, Pollock N, et al. : Focus on function : a cluster, randomized controlled trial comparing child- versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 2011, 53 : 621-629.
- 20) Jackman M, Novak I, Lannin N, Froude E. : Parents' experience of undertaking an intensive cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) group for children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*, 2017, 39 : 1018-1024.
- 21) 対馬栄輝 : 医療系研究論文の読み方・まとめ方. 東京図書, 東京, 2010.
- 22) 対馬栄輝 : 改変 R コマンドー. <https://home.hirosaki-u.ac.jp/pteiki/r/2modrdownload/> (閲覧日 2025年7月1日)
- 23) Jackman M, Sakzewski L, Morgan C, et al. : Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy : international clinical practice guideline. *Dev Med Child Neurol*, 2022, 64 : 536-49.
- 24) Demont A, Gedda M, Lager C, et al. : Evidence-Based, Implementable Motor Rehabilitation Guidelines for Individuals With Cerebral Palsy. *Neurology*, 2022, 99 : 283-297.
- 25) Ketelaar M : 脳性まひ児と両親のための機能的治療アプローチ. 三輪書店, 東京, 2004.
- 26) Polatajko H, Mandich A : 子どもの「できた!」を支援する CO-OP アプローチ. 金子書房, 東京, 2023.
- 27) 塩津裕康 : 子どもと作戦会議 CO-OP アプローチ入門. クリエイツかもがわ, 京都. 2021.
- 28) 公益社団法人日本理学療法士協会 : 理学療法教育モデル・コア・カリキュラム https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/modelcorecurriculum_2019.pdf. (閲覧日 2025/09/12)
- 29) 一般社団法人日本作業療法士協会 : 作業療法士教育ガイドライン <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp->

content/uploads/2013/12/Education-guidelines2019. pdf. (閲覧日 2025/09/12)

- 30) 一般社団法人日本言語聴覚士協会：言語聴覚士養成教育ガイドライン https://files.japanslht.or.jp/upload_file/kyoiku_guideline_20181027.pdf. (閲覧日 2025/09/12)
- 31) 三浦正樹, 吉田律子, 辻純子, 他：片麻痺の子ども・青年に対する目標指向型集中リハビリテーション（片麻痺プログラム）の効果. 第55回日本作業療法学会抄録集, 2021：PI-19.
- 32) Humphris D, Littlejohns P, Victor C, et al. : Implementing evidence-based practice : Factors that influence the use of research evidence by occupational therapists. Br J Occup Ther, 2000, 63 : 516-522.
- 33) Curtin M, Jaramazovic E. : Occupational therapist's views and perceptions of evidence-based practice. Br J Occup Ther, 2001, 64 : 214-222.
- 34) Amano T, Ramirez-Castaneda V, Berdejo-Espinola V, et al. : The manifold costs of being a non-native English speaker in science, PLoS Biol, 2023, 21 : e3002184.
- 35) Novak I, Te Velde A, Hines A, et al. : Rehabilitation Evidence-Based Decision-Making : The READ Model. Front Rehabil Sci, 2021, 2 : 726410.
- 36) Hanson J, Sasitharan A, Ogourtsova T, et al. : Knowledge translation strategies used to promote evidence-based interventions for children with cerebral palsy : a scoping review. Disabil Rehabil, 2025, 47 : 827-839.
- 37) Maus E, Scott K, Ferrante R, et al. : Monitoring Treatment Fidelity in a Pragmatic Pediatric Rehabilitation Trial Comparing Two Physical Therapy Schedules - Analysis and Unexpected Findings. Phys Ther, 2025, 105 : pzaf004.

原 著

理学療法士育成における教育機関と 臨地施設の連携に関する調査 —指導者と教育機関の協力体制の現状分析—

A survey on collaboration between educational institutions and clinical
facilities in the training of physical therapists
-Analysis of the Current State of Cooperation between Clinical Practice
Instructors and Educational Institutions-

佐藤一成¹⁾ 高橋尚明¹⁾

Kazunari SATO, RPT, MS¹⁾, Naoaki TAKAHASHI, RPT, PhD¹⁾

1) 北海道医療大学 リハビリテーション科学部 理学療法学科：北海道石狩郡当別町金沢 1757 番地 (〒061-0293)
School of Rehabilitation Sciences Dept. of Physical Therapy, Health Sciences University of Hokkaido :
1757 Kanazawa, Tobetsu-cho, Ishikari-gun, Hokkaido
E-mail:kz-satoh@hoku-iryo-u. ac. jp

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(4):195-208. 受付日 2025 年 8 月 25 日 受理日 2025 年 10 月 20 日

要旨：〔目的〕本調査は、教育機関と臨地施設の協力体制の現状と課題を明らかにし、教育体制改善の基礎資料とすることを目的とする。〔対象と方法〕北海道内の理学療法士養成校教員および指導者を対象にアンケート調査を実施した。〔方法〕教育連携や指導体制、フィードバックの質、教育目標の共有、支援体制などに関する設問により、両者の認識を比較・分析した。〔結果〕教育目標やフィードバックの内容に関して教員と指導者の間に認識の差がみられた一方で、連携の重要性や評価基準の明確化に対する共通認識も確認された。〔結語〕教育機関と臨地施設の効果的な連携構築には、情報共有の体制整備、ICT 活用、指導者研修の充実が求められる。

キーワード：臨床実習，教育連携，理学療法士養成

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(4):195-208. Submitted Aug. 25, 2025. Accepted Oct. 20, 2025.

ABSTRACT: [Purpose] This study aimed to clarify the current status and challenges of the cooperative framework between educational institutions and clinical training facilities, and to provide fundamental data for improving the educational system. [Subjects and Methods] A questionnaire survey was conducted among faculty members of physical therapy education programs and clinical instructors in Hokkaido. The survey addressed collaboration, feedback, instructional methods, shared educational goals, and support systems. [Results] Differences were observed between faculty and clinical instructors in perceptions of feedback practices and the alignment of educational goals. Both groups, however, recognized the importance of effective communication and the need for clearer evaluation criteria. [Conclusion] To improve the quality of clinical education, it is essential to establish structured communication systems, utilize digital tools effectively, and enhance training programs for clinical instructors.

Key Words: Clinical education, Educational collaboration, Physical therapist education

I. はじめに

現在、理学療法士の育成において、臨床実習は極めて重要な役割を担っている。臨床実習は、学生が理論で学んだ知識を実際の臨床現場で応用し、実践的なスキルを習得するための主要な教育手段である¹⁾。しかし、教育機関と臨床実習施設（以下：臨地施設）との間には、教育目標や指導方法に関する認識の違いが存在し、これが学生の学習の質に影響を及ぼすとされている。

とりわけ、教育機関は学生に対して高い理想を掲げ、早期から多くのスキルの習得を求める傾向がある。一方で、臨地施設では、スキル習得は実際の臨床経験を通じて段階的に培われるものであるという現実的な認識が支配的である²⁾。こうした教育観の相違は、学生にとって混乱や戸惑いを生じさせる要因となり得る。そのため、教育機関と臨地施設の連携を強化し、共通の教育目標と指導方針を共有することが重要である。

本調査の目的は、学生がより効果的に学べる教育環境の構築に向け、教育機関と臨地施設の連携の現状および課題を明らかにすることである。そのためには、両者がそれぞれどのような教育的役割を担い、どのような方針や方法で学生を指導しているのか、またその過程でどのような困難を抱えているのかといった点について実態を把握する必要がある。

具体的には、フィードバックの実施状況や学生評価の方法、指導内容の共有と調整の有無、学生の理解度、特性に応じた指導の工夫など、多角的な視点から両者の連携体制および教育観の現状を検討する。また、指導者の育成状況や支援体制、教育機関と臨地施設との情報交換の頻度や方法についても把握し、連携の実効性や課題を分析する。

本調査は、教育機関と臨地施設の協力体制の現状と課題を明らかにし、教育体制改善の基礎資料とすることを目的とする。

これにより、教育機関と臨地施設との間で相互理解が促進され、学生にとって一貫性のある臨床実習経験が提供されるとともに、理学療法士として必要な実践力の涵養に資する教育環境の実現が期待される。さらに、こうした基礎的データの蓄積は、卒前教育と卒後教育との円滑な接続にも寄与するものと考えられる。

II. 対象と方法

1. 対象

本研究の対象は、北海道内に所在する医療機関であり、本学の臨地施設に登録されている263施設の臨床実習を管理している理学療法士と、北海道内の理学療法士を養成する教育機関13校に所属する臨床実習を統括する教員とした。調査は2025年6月5日から6月20日までの期間に実施した。

本研究は、北海道医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：25R262273）。

2. 方法

Googleフォームを用いた自記式の質問紙調査を実施した。調査依頼は郵送にて送付し、案内文中に記載されたQRコードを読み取ることでアンケートフォームにアクセスし、回答を得る形式とした。

アンケート項目は、1. 所属施設に関する情報、および回答者の職歴等に関する基礎情報、2. 教育機関と臨地施設との連携の実態、3. 臨床実習におけるフィードバックおよび指導内容、4. 教育目標と実践力の向上に関する認識、5. 指導者の育成状況や支援体制、6. 現状の課題および改善に向けた提案とした。

アンケートの最終項目には、調査参加への同意確認欄を設け、同意が得られた回答のみを集計および分析の対象とした。回収後は集計作業を行い、教育機関および臨地施設における連携の現状を分析し、共通する課題を抽出した。

本研究における「連携」とは、教育機関と臨地施設が学生の成長を促すために行う教育目標の共有、指導方針の調整、情報交換、フィードバックなどを含む包括的な協力体制を指すものであり、単なる情報交換に限定されるものではない。

統計解析は、教育機関、臨地施設のリッカード尺度による単一回答項目について、Brunner-Munzel検定³⁾を用い2群の確率的優越性を比較した。小標本における第一種過誤の制御を考慮し、検定統計量に加えて10,000回の置換法 (Permutation Test) によるp値を推定した。その他の回答項目については、それぞれ回答割合を算出した。統計解析には、改変Rコマンドを使用し有意水準は5%未満とした。

Ⅲ. 結果

1. 基本情報

対象者の基本情報を表1に示す。有効回答数は、臨地施設113名(回収率43%)、教育機関については、8名(回答率62%)からの回答を得た。

2. 臨床実習期間以外における臨床実習に携わる指導者(以下、指導者)との連携について(表2.3-1)

教員との情報交換の頻度については有意差が認められた($p=0.03$)。連携の質に関して有意差はみられなかった($p=0.25$)。

情報交換の手段(複数選択)では、指導者は「電話」70名(61.9%)、「電子メール」56名(49.6%)の順に多く、教員は「電子メール」7名(87.5%)、「何かの会合」6名(75.0%)が多かった。

連携向上の改善点としては、指導者では「評価基準の明確化」26名(23.0%)、「実習前後の意見交換の充実」22名(19.5%)、「情報交換の場の設定」19名(16.8%)が挙げられ、教員では「評価基準の明確化」3名(37.5%)が最多であった。

コミュニケーションにおいて重視される点として、指導者では「学生への共通理解と指導方針に一致」64名(56.6%)、「情報の正確性と共有のタイミング」16名(14.2%)、「相互の信頼関係の構築」15名(13.3%)などが多く、教員では「信頼関係の構築」3名(37.5%)が最多であった。

改善点としては、指導者では「情報共有体制の強化」38名(33.6%)、「連絡手段の多様化」25名(22.1%)、教員では「意見が言いやすい関係性の構築」4名(50.0%)が最多であった。

3. フィードバック及び指導内容(表2.3-2.3-2④)

学生へのフィードバックの具体性については、指導者では「かなり具体的かつ建設的」が86名(76.1%)で最多、教員は8名(100.0%)全員が同様に回答した。両群の間に統計学的有意差は認められなかった($p=0.12$)。フィードバックの頻度については、指導者の75名(66.4%)が「十分」、28名(24.8%)が「もう少し増やしてほしい」と回答した。教員は全員が「十分」と回答し、有意差が認められた($p=0.02$)。

指導者の指導方法に対する評価では、指導者の87名(77%)が「満足」と回答し、教員では「満足」7名(87.5%)であり、有意差は認められなかった($p=0.69$)。

個別ニーズに対応した指導については、指導者の74名(65.5%)、教員の5名(62.5%)が「良く対応されている」と回答し、有意差が認められた($p=0.03$)。自由記述では、「学生の特性や状況に応じた対応」「対応には十分な時間と余裕が必要」といった意見がみられた。

個別ニーズへの対応に必要な支援としては、指導者の38名(33.6%)、教員の3名(37.5%)が「学生の特性や課題の事前共有」、26名(23.0%)が「指導時間の確保と調整」を挙げた。教員の自由記述でも、情報共有の重要性が示された。

フィードバックの質を高める取り組みとしては、「学生の理解度を確認してからの対応」が指導者68名(60.2%)、教員6名(75.0%)と最多であり、「伝え方の工夫」は指導者62名(54.9%)、教員7名(87.5%)が選択した。「研修や講習の受講」は指導者38名(33.6%)、教員1名(12.5%)であった。

自由記述(表3-2④)では、指導者・教員ともに具体的な改善要望が寄せられた。

指導者では「指導時間・業務負担の軽減」「教育理念や指導体制の統一」「学生の主体性を促す学習支援」「症例ベースの指導やクリニカル・クラークシップの徹底」「指導者への支援体制」など、指導環境の整備と質向上に関する意見が多かった。

一方、教員では「デイリー記録へのフィードバックを当日中に行う体制」「診療参加型実習(CCS)への移行の徹底」「大学へのフィードバック体制の整備」「施設内での情報共有や指導体制の標準化」など、実習形態とフィードバック方法の改善を求める意見が中心であった。

4.教育目標と実践力の向上に関する認識(表2.3-3)

臨床実習における実践的スキルの向上について、情意領域では指導者が「良く向上している」65名(57.5%)、教員は6名(75.0%)が最多であり、有意差が認められた($p=0.04$)。認知領域では指導者61名(54.0%)、教員7名(87.5%)が「良く向上している」と回答し、有意差があった($p=0.02$)。精神運動領域では、指導者62名(54.9%)、教員4名(50.0%)が「良く向上している」とし、有意差はなかった($p=0.73$)。

教育目標の一致度について、指導者は「かなり一致している」53名(46.9%)、教員は5名(62.5%)であり、統計的有意差は見られなかった($p=0.50$)。教育目標の一致を図る方策としては、指導者では「実習目標の明文化と共有」39名(34.5%)、「事前の打ち合わせの実施」27名(23.9%)などが多く、教員でも同項目が4名(50.0%)であった。

学生が実習で身につけるべきスキルとしては、指導者の37名(32.7%)が「コミュニケーション能力」、26名(23.0%)が「臨床推論能力」を重視し、教員では「臨床推論能力」が3名(37.5%)で最多であった。

実践力向上に必要なサポートとして、指導者は「指導者からの段階的な指導」51名(45.1%)、「反復練習や振り返りの時間確保」29名(25.7%)を挙げた。教員でも同様に「指導者からの段階的な指導」および「反復練習や振り返りの時間確保」が3名(37.5%)で最多であった。

学生評価の改善点については、「評価基準の明確化と共有」が指導者57名(50.4%)であり、教員では「教員・指導者双方による評価体制の構築」が4名(50.0%)で最多であった。

5.研修及び支援体制(表2.3-4.3-4⑥)

指導者の継続的な育成に必要な研修や支援として、指導者では「指導方法に関する定期的な研修会」56名(49.6%)、「フィードバックの具体的手法に関する講座」50名(44.2%)、「メンタルヘルスやストレス対応に関する支援」30名(26.5%)が多く挙げられた。教員では「他の指導者との情報交換会・勉強会」6名(75.0%)が最多であり、「フィードバックの具体的手法に関する講座」および「コミュニケーション技術向上の研修」が各4名(50.0%)であった。

研修や勉強会の実施状況については、「実施していない」と回答したのは指導者91名(80.5%)、教員5名(62.5%)で、 $p=0.36$ であった。教育方針や実習目標の提供状況では、「ある程度提供できている」が指導者62名(54.9%)、教員5名(62.5%)で、 $p=0.31$ 。マニュアルや個別相談、フィードバックなどの支援状況では、「一部行っている」が指導者51名(45.1%)、教員3名(37.5%)で、 $p=0.40$ 。教育機関としての

責任感については、「ある程度感じている」が指導者 71 名 (62.8%)、教員 5 名 (62.5%) で、 $p=0.60$ であった。

自由記載欄 (表 3-4⑥) では、指導者から「学生情報の事前共有の不足」「指導者スキルや体制のばらつき」「研修やサポート体制の不足」「指導業務負担と動機付け」「教育目標の多様化への対応」など、指導者育成や支援体制の整備に関する意見が多く挙げられた。特に、事前に学生の知識・精神面・学習スタイルを共有する必要性や、指導者評価・認定制度、インセンティブ制度の導入を求める声が複数みられた。教員からは「情報提供の浸透不足」「指導者講習会内容の活用不足」が指摘され、現場に十分に教育内容やスキルが継承されていない現状が示唆された。

なお、これらの自由記載結果は、リッカート尺度による定量結果で得られた傾向 (情報交換の頻度差、評価基準の不一致、フィードバック体制の不足など) と一致しており、定量結果を補完する内容であった。

6. 現状の課題および改善に向けた提案 (表 2.3-5)

臨床実習における教員 (指導者) との連携の改善点として、指導者からは「指導方針や評価基準の共有」65 名 (57.5%)、「学生に関する情報の事前提供」47 名 (41.6%)、「担当教員との直接的な情報交換の機会の増加」38 名 (33.6%) が多く挙げられた。教員側では「指導方針や評価基準の共有」5 名 (62.5%)、「担当教員との情報交換の機会の増加」4 名 (50.0%) が上位に挙げられた。

学生指導の質向上に必要な支援については、指導者では「指導負担軽減のための制度整備」60 名 (53.1%)、「指導者向けマニュアル・指導ガイドラインの提供」54 名 (47.8%)、「指導者同士の意見交換の場の提供」35 名 (31.0%) が多く、教員では「意見交換の場の提供」6 名 (75.0%)、「ガイドライン提供」「制度整備」が各 4 名 (50.0%) であった。

連携強化の具体的取り組みについては、指導者では「実習評価システムの共通化」48 名 (42.5%)、「実習前後のフィードバック会の開催」43 名 (38.1%)、「教員・指導者の相互訪問の促進」35 名 (31.0%) などが挙げられた。教員からも「相互訪問」「共同研修」「評価システムの共通化」がそれぞれ 4～5 名 (50.0～62.5%) 程度で支持された。

コミュニケーション方法としては、指導者の 76 名 (67.3%) が「オンラインツールの活用」、35 名 (31.0%) が「共有フォルダ等の利用」、40 名 (35.4%) が「電話・メール連絡のルール化」を挙げ、教員でも「共有フォルダの利用」7 名 (87.5%)、「オンラインツール活用」4 名 (50.0%) が多く示された。

表1. 基本情報

指導者 (n=113)		教員 (n=8)	
①所属		①所属	
特定機能病院	8 (7.1%)	4年制大学	4 (50.0%)
地域医療支援病院	10 (8.8%)	4年制専門学校	2 (25.0%)
一般病院	86 (76.1%)	3年制専門学校	2 (25.0%)
診療所(クリニック)	9 (8.0%)		
②理学療法士実務経験年数		②教員歴	
1-5年	1 (0.9%)	1-4年	4 (50.0%)
6-10年	12 (10.6%)	5-9年	3 (37.5%)
11-15年	32 (28.3%)	10年以上	1 (12.5%)
16-20年	31 (27.4%)		
21年以上	37 (32.7%)		
③臨床実習指導の経験年数		③臨床理学療法士としての臨床実習指導の経験(総合臨床実習)	
1-5年	15 (13.3%)	1-5回	2 (25.0%)
6-10年	29 (25.7%)	6-10回	3 (37.5%)
11-15年	32 (28.3%)	11回以上	3 (37.5%)
16-20年	21 (18.6%)		
21年以上	16 (14.2%)		
④総合臨床実習で主臨床実習指導者として担当した学生数		④教員としての臨床実習指導の主担当回数(総合臨床実習)	
1-5人	25 (22.1%)	1-5回	2 (25.0%)
6-10人	33 (29.2%)	6-10回	3 (37.5%)
11-15人	21 (18.6%)	11回以上	3 (37.5%)
16-20人	11 (9.7%)		
21人以上	23 (20.4%)		

表2. リッカート尺度項目に対するBrunner-Munzel検定の分析結果

中央値[第1四分位点-第3四分位点]							
質問番号	指導者 (n=113)	教員 (n=8)	確率的優越度	Brunner-Munzel			
				統計量	95% CI	p値	
2-①	教員(指導者)との情報交換の頻度について教えてください。	3[3-4]	3[2.75-3.25]	0.73	0.06	0.41-1.00	0.03*
2-③	教員(指導者)との連携の質について、どのように感じていますか。	2[2-2]	2[2-3]	0.38	-0.03	0.03-0.73	0.25
3-①	指導者から学生へのフィードバックについて、どの程度具体的かつ建設的だと感じますか。	2[2-2]	2[2-2]	0.60	0.44	0.25-0.95	0.12
3-②	指導者から学生へのフィードバックの頻度について、どのように感じていますか。	1[1-2]	1[1-1]	0.67	0.65	0.33-1.00	0.02*
3-③	学生に対する指導者の指導方法について、どのように感じていますか。	2[2-2]	2[2-2]	0.53	0.01	0.17-0.89	0.69
3-⑤	学生の個別ニーズに対応した指導が行われていると感じますか。	2[2-3]	1[1-2]	0.77	0.09	0.47-1.00	0.03*
4-①	臨床実習で学生が実践的なスキル、情意領域をどの程度向上させることができていると感じていますか。	2[2-3]	2[1.75-2]	0.72	0.08	0.39-1.00	0.04*
4-②	臨床実習で学生が実践的なスキル、認知領域をどの程度向上させることができていると感じていますか。	2[2-3]	2[2-2]	0.72	0.13	0.40-1.00	0.02*
4-③	臨床実習で学生が実践的なスキル、精神運動領域をどの程度向上させることができていると感じていますか。	2[2-3]	2.5[2-3]	0.45	-0.01	0.10-0.81	0.73
4-④	教育機関と臨地施設の教育目標がどの程度一致していると感じていますか。	3[2-3]	2[2-3]	0.57	0.02	0.22-0.93	0.50
5-②	指導者を対象とした研修や勉強会を企画、実施していますか。	3[3-3]	3[2-3]	0.59	0.02	0.24-0.94	0.36
5-③	指導者に対して、教育方針や実習目標などの情報をどの程度提供できていると感じていますか。	2[2-3]	2[2-2.25]	0.61	0.03	0.27-0.96	0.31
5-④	指導者の指導力向上を目的とした支援、マニュアル提供、個別相談、フィードバック等を行っていますか。	2[2-3]	3[2-3]	0.41	-0.02	0.06-0.77	0.40
5-⑤	指導者の育成に関して、教育機関としてどの程度責任を感じていますか。	2[2-2]	2[1.75-2]	0.56	0.01	0.20-0.92	0.60

表3-1. アンケート結果

2.臨床実習時以外における教員・指導者との連携について

	指導者		教員	
①教員(指導者)との情報交換の頻度について教えてください。				
非常に頻回	0	0.0%	0	0.0%
かなり頻回	5	4.4%	2	25.0%
あまり頻回でない	37	32.7%	4	50.0%
ほとんどない	58	51.3%	2	25.0%
全くない	12	10.6%	0	0.0%
②教員(指導者)との情報交換はどのような手段で行っていますか？(複数選択可) ※				
電子メール	56	49.6%	7	87.5%
電話	70	61.9%	5	62.5%
何かの会合	29	25.7%	6	75.0%
③教員(指導者)との連携の質について、どのように感じていますか？				
非常に満足	4	3.5%	0	0.0%
満足	89	78.8%	5	62.5%
不満	19	16.8%	2	25.0%
非常に不満	1	0.9%	1	12.5%
④連携の質を向上させるために、どのような改善点が考えられますか？もっとも重要だと思うものを選択してください。 ※				
実習評価基準の明確化と共有	26	23.0%	3	37.5%
実習前後の意見交換の充実	22	19.5%	2	25.0%
⑤教員(指導者)とのコミュニケーションにおいて、もっとも重視している点は何ですか？ ※				
相互の信頼関係の構築	15	13.3%	3	37.5%
情報の正確性と共有のタイミング	16	14.2%	2	25.0%
学生への共通理解と指導方針に一致	64	56.6%	1	12.5%
⑥教員(指導者)とのコミュニケーションにおいて、もっとも改善すべき点について教えてください。 ※				
連絡手段の多様化(オンライン活用など)	25	22.1%	0	0.0%
教員・指導者間での情報共有体制の強化	38	33.6%	2	25.0%
意見が言いやすい関係性の構築	17	15.0%	4	50.0%

※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載

表3-2. アンケート結果

3. 実習期間内のフィードバックと指導内容について		指導者		教員	
①指導者から学生へのフィードバックについて、どの程度具体的かつ建設的だと感じますか？					
非常に具体的かつ建設的	2	1.8%	0	0.0%	
かなり具体的かつ建設的	86	76.1%	8	100.0%	
あまり具体的でない	24	21.2%	0	0.0%	
全く具体的でない	1	0.9%	0	0.0%	
②指導者から学生へのフィードバックの頻度について、どのように感じていますか？					
十分	75	66.4%	8	100.0%	
もう少し増やしてほしい	28	24.8%	0	0.0%	
もう少し減らしてほしい	9	8.0%	0	0.0%	
全く十分ではない	1	0.9%	0	0.0%	
③学生に対する指導者の指導方法について、どのように感じていますか？					
非常に満足	3	2.7%	0	0.0%	
満足	87	77.0%	7	87.5%	
不満	22	19.5%	1	12.5%	
非常に不満	1	0.9%	0	0.0%	
④指導者の指導方法について改善すべき点があれば具体的に教えてください。					
コメントを表3-2④に掲載					
⑤学生の個別ニーズに対応した指導が行われていると感じますか？					
非常によく対応されている	3	2.7%	3	37.5%	
良く対応されている	74	65.5%	5	62.5%	
あまり対応されていない	35	31.0%	0	0.0%	
全く対応されていない	1	0.9%	0	0.0%	
⑥指導者が学生の個別ニーズに対応するために、もっとも必要なサポートや改善点を教えてください。※					
学生の特性や課題の事前共有	38	33.6%	3	37.5%	
個別の学習スタイルに合わせた指導法の工夫	15	13.3%	2	25.0%	
指導時間の確保と調整	26	23.0%	1	12.5%	
⑦指導者がフィードバックの質を向上させるために、どのような取り組みが必要だと思いますか？（複数回答可）※					
学生に合わせた伝え方の工夫（ポジティブ・建設的など）	62	54.9%	7	87.5%	
学生の理解度を確認しながらの対応	68	60.2%	6	75.0%	
※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載					

※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載

表3-2④ 指導者の指導方法に関する改善点（記述回答）

カテゴリー		コメント(要約)
指導者	時間・業務負担	指導時間確保が難しく、課題量や業務影響の調整が必要。
	教育理念・体制	学校間で指導方針が異なり、統一的教育理念の構築が求められる。
	学生支援	学生の主体性を促し、能力に応じた個別・症例ベースの指導が必要。
	指導内容	クリニカル・クラークシップの徹底と計画的介入、患者接触機会の確保が求められる。
教員	フィードバック	デイリー記録へのフィードバックを当日中に行う体制が望ましい。
	実習形態	CCS移行後も担当症例中心が残存しており、改善が必要。
	学生配慮	大学への意見は学生経由ではなく直接伝える体制が必要。
	情報共有	施設内情報共有と指導体制の標準化が望まれる。

表3-3. アンケート結果

4. 教育目標と実践力の向上について

	指導者		教員	
①臨床実習で学生が実践的なスキル(情意領域)をどの程度向上させることができていると感じていますか？				
非常によく向上している	9	8.0%	2	25.0%
良く向上している	65	57.5%	6	75.0%
あまり向上できていない	38	33.6%	0	0.0%
全く向上できていない	1	0.9%	0	0.0%
②臨床実習で学生が実践的なスキル(認知領域)をどの程度向上させることができていると感じていますか？				
非常によく向上している	5	4.4%	1	12.5%
良く向上している	61	54.0%	7	87.5%
あまり向上できていない	46	40.7%	0	0.0%
全く向上できていない	1	0.9%	0	0.0%
③臨床実習で学生が実践的なスキル(精神運動領域)をどの程度向上させることができていると感じていますか？				
非常によく向上している	4	3.5%	0	0.0%
良く向上している	62	54.9%	4	50.0%
あまり向上できていない	45	39.8%	4	50.0%
全く向上できていない	2	1.8%	0	0.0%
④教育機関と臨床施設の教育目標がどの程度一致していると感じていますか？				
完全に一致	1	0.9%	0	0.0%
かなり一致	53	46.9%	5	62.5%
あまり一致していない	58	51.3%	3	37.5%
全く一致していない	1	0.9%	0	0.0%
⑤教育目標の一致を図るために、どのような取り組みがもっとも必要だと思いますか？ ※				
教員と指導者との事前打ち合わせの実施	27	23.9%	4	50.0%
実習目標の明文化と共有	39	34.5%	1	12.5%
⑥学生が臨床実習を通じてどのようなスキルを習得するべきだと思いますか？特に重要であるとお考えのスキルを1つ教えてください。※				
臨床推論能力	26	23.0%	3	37.5%
コミュニケーション能力	37	32.7%	1	12.5%
⑦学生が臨床実習を通じて実践力の向上を図るために、どのようなサポートが必要だと思いますか？※				
指導者からの段階的な指導	51	45.1%	3	37.5%
反復練習や振り返りの時間確保	29	25.7%	3	37.5%
⑧臨床実習における学生の評価方法について、どのような改善点が考えられますか？(複数回答可)※				
評価基準の明確化と共有	57	50.4%	3	37.5%
教員・指導者双方による評価体制の構築	28	24.8%	4	50.0%

※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載

表3-4. アンケート結果

5. 指導者の育成状況や支援体制について

	指導者		教員	
①指導者が継続的に指導スキルを向上させるために必要な研修やサポートは何ですか？(複数回答可)※				
指導方法に関する定期的な研修会	56	49.6%	3	37.5%
コミュニケーション技術向上の研修	28	24.8%	4	50.0%
フィードバックの具体的手法に関する講座	50	44.2%	4	50.0%
他の指導者との情報交換会・勉強会	28	24.8%	6	75.0%
メンタルヘルスやストレス対応に関する支援	30	26.5%	4	50.0%
②指導者を対象とした研修や勉強会を企画・実施していますか？				
定期的に実施している	4	3.5%	0	0.0%
不定期に実施している	17	15.0%	3	37.5%
実施していない	91	80.5%	5	62.5%
今後予定している	1	0.9%	0	0.0%
③指導者に対して、教育方針や実習目標などの情報をどの程度提供できていると感じていますか？				
十分に提供できている	3	2.7%	1	12.5%
ある程度提供できている	62	54.9%	5	62.5%
あまりできていない	47	41.6%	2	25.0%
全くできていない	1	0.9%	0	0.0%
④指導者の指導力向上を目的とした支援(マニュアル提供、個別相談、フィードバック等)を行っていますか？				
積極的に行っている	8	7.1%	0	0.0%
一部行っている	51	45.1%	3	37.5%
ほとんど行っていない	43	38.1%	4	50.0%
行っていない	11	9.7%	1	12.5%
⑤指導者の育成に関して、教育機関としてどの程度責任を感じていますか？				
非常に強く感じている	20	17.7%	2	25.0%
ある程度感じている	71	62.8%	5	62.5%
あまり感じていない	20	17.7%	1	12.5%
全く感じていない	2	1.8%	0	0.0%
⑥指導者の育成や支援に関して、現在感じている課題や今後の改善点があればご記入ください。				

コメントを表3-4⑥に掲載

※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載

表3-4⑥ 指導者の育成や支援に関して、現在感じている課題や今後の改善点（記述回答）

	カテゴリー	コメント(要約)
指導者	学生情報不足	事前に学生の知識・精神面・学習スタイルを共有し、指導開始時の手探りを減らす必要がある。
	指導者スキルと体制のばらつき	バイザーの知識量や指導力に差があり、指導者評価・認定やコミュニケーション力育成が必要。
	研修・サポート不足	定期的な研修や支援者配置がなく、継続的育成や監督体制が不十分。
	業務負担と動機付け	診療優先で指導時間が確保しづらく、インセンティブ制度の整備が求められる。
	教育目標の多様化対応	養成校ごとに目標が異なり、調整負担が大きい。卒前・卒後教育を連動し、学生のキャリア志向を早期に把握する必要がある。
教員	情報提供浸透不足	情報を提供しても理解や行動変容に結びつかず、中間層減少でスキル継承が困難。
	講習会活用不足	指導者講習会を受講しても内容を実践に活かしていない施設がある。

表3-5. アンケート結果

6. 改善点について	指導者		教員	
①教員（指導者）との連携を改善するための具体的な提案や希望があればお聞かせください。（複数回答可）※				
定期的な合同ミーティングの実施	15	13.3%	2	25.0%
指導方針や評価基準の共有	65	57.5%	5	62.5%
担当教員との直接的な情報交換の機会の増加	38	33.6%	4	50.0%
②臨床実習における学生指導の質を向上させるために必要なサポートやリソースがあれば教えてください。（複数回答可）※				
指導者向けマニュアル・指導ガイドラインの提供	54	47.8%	4	50.0%
指導負担軽減のための制度整備	60	53.1%	4	50.0%
指導者同士の意見交換の場の提供	35	31.0%	6	75.0%
③指導者と教育機関の連携を強化するための具体的な取り組みがあれば教えてください。（複数回答可）※				
共同研修の開催	26	23.0%	5	62.5%
実習前後のフィードバック会の開催	43	38.1%	3	37.5%
教員・指導者の相互訪問の促進	35	31.0%	5	62.5%
実習評価システムの共通化	48	42.5%	4	50.0%
④教員（指導者）との連携を円滑にするためのコミュニケーション方法についての提案があれば教えてください。（複数回答可）※				
オンラインツール（Zoom、Teams等）の活用	76	67.3%	4	50.0%
定期的な電話・メール連絡のルール化	40	35.4%	2	25.0%
専用ポータルや共有フォルダの利用	35	31.0%	7	87.5%

※教員、指導者それぞれ上位2項目のみ掲載

IV. 考察

本研究では、理学療法士の育成における教育機関と臨床施設との連携の実態について、教員と指導者の両視点から調査を実施した。その結果、両者間の情報交換頻度や連携の質、フィードバックの内容、教育目標の共有、指導者育成支援の状況など、共通する項目と明確に異なる項目が存在することが明らかになった。以下では、それぞれの観点について、先行研究との比較や実践的含意を含めて考察を行う。

まず、臨床実習期間以外の情報交換の頻度に関しては、教員と指導者の間に有意差が認められた。これは、教育機関が意図する連携の頻度と、現場が実感している連携の頻度に隔たりがあることを示唆している。日本理学療法士協会のガイドラインにおいても、臨床実習の質を保証するためには、教育機関と実習施設間の継続的な情報共有と目標の明確化が不可欠であるとされている¹⁾。しかしながら、本研究では、実習前後の打ち合わせや評価のすり合わせが十分に行われていない実態が明らかとなった。情報交換の手段に関して、教員は主に「電子メール」や「会合」による対面での接触を挙げたのに対し、指導者は「電話」の使用頻度が高く、両者の間に手段の選択に関する認識の差異が認められた。この違いの背景には、教員側では多数の実習施設との連絡・調整を要するため、記録が残り後日の確認も可能な電子メールの活用が有効であるという事情があると考えられる。また、指導者が臨床業務に従事している関係上、電話での即時連絡が困難な状況も一因と推察される。一方、指導者側においては、臨床業務の合間に短時間で連絡可能な手段として電話が効率的であると判断している可能性がある。このような情報交換手段の選択における違いは、臨床実習支援

における ICT の導入と活用により、今後の連携の効率化を図る上で重要な検討課題となる。

また、両者が求める連携の質に関しても、評価基準や指導方針の共有は、学生の学習体験に一貫性を持たせるために重要であり、本調査でも多くの回答者が「評価基準の明確化」や「フィードバック体制の整備」を必要と感じていた。特に指導者側は、「情報共有の場の不足」や「判断基準のばらつき」に課題を感じており、これは教育機関との方針の不一致を意味している。こうした課題は、教員と指導者が相互に役割を理解し合い、共通の教育観を持つことで解消される可能性がある。玉利らは、養成校と指導者との同職種連携によって、教育理念の共有や目標達成が可能になると報告している⁴⁾。

フィードバックと指導内容に関しては、教員側の満足度が高く、指導者側にはばらつきが見られた。学生へのフィードバックの具体性に関して有意差は認められなかったものの、教員では全員が「かなり具体的かつ建設的」と回答しており、より肯定的な傾向を示した。これは、教育機関側が想定している「適切なフィードバック」と現場で実施されている内容との間に一定の乖離がある可能性を示唆している。Ende は、臨床教育において効果的なフィードバックは、具体的かつ建設的であることが重要であると述べており⁵⁾、本研究でもそのようなフィードバックを実践している指導者が多数を占めた。しかし、時間的・人的余裕が不足している現場では、十分な個別対応が困難であるという自由記載も見られた。二宮は、指導者の困惑として「学校側の背景が分かりにくい」や「指導時間が少ない」が背景にあると報告しており⁶⁾、本調査結果とも一致する。

教育目標の共有と学生の実践力向上に関する評価では、教員側がより肯定的な傾向を示していた。特に情意領域および認知領域で有意差があり、教育機関が学生の成長を高く評価していることが分かった。一方、指導者は日々の関わりを通じた学生の実態に基づいて評価を行っている可能性があり、両者の視点の違いが数値に反映されていると考えられる。山下らは、養成校と指導者が共同でルーブリックを検証することで評価基準の認識統一が進むとし、教育目標の整合に寄与する可能性を示している⁷⁾。

さらに、指導者の育成支援に関する項目では、「研修機会の不足」や「教育方針の不明確さ」が課題として挙げられた。この点については、加藤らが「教育に関する研修会は多くの指導者が必要性を感じていた」と報告しており、本調査結果はこれを支持する内容である⁸⁾。また、指導者の臨床経験年数によって学生指導への視点や指導内容に差が生じる可能性があり、今後は経験年数の影響を検証する必要がある。

指導方法に関する定期的な研修制度やフィードバック技術の習得に対するニーズは高いものの、実際には約 8 割の施設で研修が未実施であった。これは、制度的・時間的制約が背景にあると考えられ、研修プログラムの設計においては、柔軟な参加形態やオンデマンド化が必要となる。また、評価や個別相談などの支援体制が限定的である点も、指導者の孤立感や負担感を助長していると考えられる。

改善点に関する項目では、「指導方針や評価基準の共有」や「担当教員との情報交換機会の増加」などが、教員・指導者双方に共通するニーズとして挙げられた。中でも、「学生に関する情報の事前提供」については指導者の約 4 割が重要であると回答しており、学生の個別性を踏まえた指導の必要性が示唆された。

さらに、自由記載欄の分析では、指導者群から「指導時間・業務負担の軽減」「教育理念や指導体制の統一」「学生情報の事前共有」「症例ベースの指導徹底」などが挙げられ、教員群からは「当日中のフィードバック実施」「診療参加型実習（CCS）の徹底」「施設内情報共有の強化」が指摘された。

これらの自由記載結果は、リッカート尺度項目で明らかとなった「情報交換機会の不足」「評価基準の不一致」といった定量結果と整合しており、教育機関と臨床施設の双方が情報共有と教育体制整備の必要性を重視していることを裏付けるものである。

特に学生情報の事前提供や指導負担軽減策は、現場での指導効率化と学生の主体的学びの促進に寄与する

可能性が高く、今後の連携強化策として優先的に検討すべき課題と考えられる。

堀本らは、臨床教育において学生の性格的特性を早期に把握することが、適切な指導方法の選択や、内面的ストレスの軽減につながることを指摘している⁹⁾。学生の神経症傾向や緊張・抑うつ傾向、また活気といった心理的特性への理解は、実習中の行動や反応を予測し、それに応じた支援的対応を行ううえで有効であるとされる。

このように、実習開始前に学生の性格的傾向やコミュニケーション特性に関する情報を指導者に提供することは、学生理解を深め、信頼関係の構築や指導効果の向上に寄与すると考えられる。こうした情報提供は、学生指導の質を高めるうえで不可欠な要素である。

学生指導の質を向上させるために必要なサポートやリソースとしては、「指導者向けマニュアルの提供」「指導負担軽減のための制度整備」「指導者同士の意見交換の場の提供」などが求められており、これは指導者自身の教育的自律性を高める取り組みにも繋がる。福原らは、診療参加型臨床実習における指導者の支援体制整備が、実習の質と指導者の意欲向上に寄与すると報告しており¹⁰⁾、本研究でもICTを用いた教育環境の再設計が重要であると考えられる。具体的には、教育機関が導入している実習管理システムやオンラインプラットフォームを活用し、学生情報・実習日誌・指導者コメントなどを一元的に共有することで、教育機関と臨地施設間の情報共有を効率化することが望ましい。これにより、メールや電話による個別連絡の負担を軽減し、現場の業務フローに組み込みやすい形でICTを活用できる体制の構築が期待される。

加えて、指導者は講習会を受講しているものの教育方法を体系的に学ぶ機会が限られており、経験的指導に依存する傾向があることが示唆される。今後は、指導者会議などを通じた意見交換や共通評価指標（ルーブリック）の普及を促進し、教育観の共有と教育スキルの向上を図ることが、連携の質とフィードバックの精度を高める上で重要である。

本研究の結果は、教育機関と臨地施設との間における「認識の非対称性」と「制度的連携の脆弱さ」を浮き彫りにしたものである。理学療法士養成における臨床教育の質を高めるためには、①連携体制の定期的な見直し、②共通評価基準の策定、③フィードバック・指導に関する指導者研修の推進、④ICTを用いた情報共有の効率化、⑤学生情報の適切な提供と共有、⑥現場負担軽減のための制度的整備が必要である。

本研究は北海道内の一部教育機関と臨地施設に限定された調査であり、全国的な一般化には慎重さが求められるが、理学療法士教育の現状と課題を具体的に可視化した点で意義は大きい。一方で、臨床実習指導者113名に対し、教員8名を比較対象として分析を行ったが、サンプル規模の不均衡により母集団を十分に代表しているとは言い難い。そのため、結果の一般化には慎重な解釈が求められる。本研究では、Brunner-Munzel検定および置換法を併用し、p値の推定と確率的優越度、95%信頼区間を算出することで結果の頑健性を担保したが、統計的検出力が十分とはいえない可能性がある。したがって、得られた知見を他集団へ適用する際には、さらなる検証が必要である。さらに、調査対象は実習を管理する立場の理学療法士であり、直接学生指導を行っていない者も含まれるため、結果は施設全体の教育体制や方針を反映した傾向として理解されるべきである。今後は、調査範囲とサンプル数を拡大するとともに、現場指導者個人への調査も併用し、より詳細な実態把握と比較検討を行い、長期的な連携支援モデルの構築に向けた実践研究が求められる。

利益相反と研究助成費

本研究において、開示すべき利益相反はない。

謝 辞

本研究にあたりアンケートのご協力を賜りました全ての施設様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 公益社団法人日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き第6版第1刷
https://www.japanpt.or.jp/activity/asset/pdf/Clinical%20training%20Educational%20guide_compressed.pdf（最終閲覧日 2025年5月20日）
- 2) 佐藤一成,高橋尚明：理学療法スキル獲得が“求められる到達度時期”についての調査～臨床理学療法士と教育機関理学療法士での比較～ 日本リハビリテーション教育学会誌 Vol.8-1,14-24,2025
- 3) Brunner. E, Munzel, U : The nonparametric Behrens-Fisher problem: Asymptotic theory and a small-sample approximation. Biometrical Journal. 42 (1): 17-25,2000
- 4) 玉利誠,小林賢：理学療法士を育てる一養成校と指導者の同職種連携. 理学療法ジャーナル 54(12):1446-1449,2020
- 5) Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. JAMA.;250(6):777-781,1983
- 6) 二宮省悟,吉村修,楠元正順ほか：指導者のアンケート調査におけるテキストマイニングを用いた客観的分析. 理学療法科学 34(2):205-209,2019
- 7) 山下喬之,四元祐子,松野下信三ほか：養成校と指導者が協同で行うループリック検証の試み. 理学療法科学 33(4):675-678,2018
- 8) 加藤研太郎,安田淳,日向汰斗ほか：臨床実習に対する指導者の考えに関する調査報告. 理学療法－臨床・研究・教育,29(1):28-33, 2022
- 9) 堀本ゆかり,丸山仁司,黒澤和生：臨床教育に影響を与える性格的特性分析. 理学療法科学,26(4), 541-545, 2011
- 10) 福原隆志,渡邊優希,工藤郁美ほか：診療参加型臨床実習におけるメリットと課題. 理学療法教育学 2(1):9-16,2022

編集長	山田 洋一 (理学療法士)
編集委員	高島 恵 (理学療法士)
	神山 真美 (作業療法士)
	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)
	植田 恵 (言語聴覚士)

日本リハビリテーション教育学会誌

第8巻 第4号 2025年

2025年11月15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>
