

平成 30 年 6 月 11 日現在

機関番号：37409

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K04529

研究課題名(和文) 知識偏重の従来型臨床教育と参加型臨床教育(クリニカル・クラークシップ)の比較

研究課題名(英文) Comparison of clinical practice effect between knowledge education type and clinical participation type in clinical clerkship

研究代表者

安田 大典 (Yasuda, Tomonori)

熊本保健科学大学・保健科学部・教授

研究者番号：40461115

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,400,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的はレポート指導中心の臨床実習(CP)と臨床参加型中心の臨床実習(CCS)の教育効果の比較である。評価は自作した自己評価アンケートを用いて情意領域の変化を実習前後で比較検討した。本研究の結果、CCSはCPと比べ他職種連携や探究心などについての自己評価の向上を認めた。CCSでは学生は指導者の下で多くの対象者と関わり、学んだ技術や多くのスタッフとの情報交換を繰り返し実施する。その結果、学生の内省頻度が高まり行動変容や知識探究心等の自己評価が向上したと考える。CPでは患者に対する思慮深い言葉が有意に向上した。学生が担当症例に多くの検査測定を繰り返し行う中で自己評価が向上したと考える。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to compare clinical practice centered on report guidance (CP) with clinical participatory type clinical clerkship (CCS) in order to compare educational effect. Using a self-assessment questionnaire, we investigated how the factors of student awareness related to the affective domain changed after clinical practice. In the self-assessment of CCS, cooperation with other staff and the spirit of inquiry significantly improved because students repeatedly practiced skills for supporting many patients under the guidance of clinical educators. In addition, students repeatedly exchanged information with many staff members. The improvement in self-assessment was the result of students' reflection on many clinical settings. In the self-assessment of CP, thoughtful words that encourage patients to take a comfortable posture improved. We considered that students repeatedly conducted many inspections and measurements to evaluate their patients.

研究分野：リハビリテーションの臨床実習

キーワード：クリニカル・クラークシップ リハビリテーション 臨床実習 情意領域 教育評価 自己評価 自己効力感 気分

1. 研究開始当初の背景

これまでの作業療法士養成校の臨床実習に関しては、日本作業療法士協会が2003年に発行した実習の手引き（第3版）がある。この評価項目には、認知領域（知識）、精神運動領域（技術）、情意領域（態度）に関する3つの教育目標がある。特に情意領域は、仕事に対する熱意、学習に対する態度、挨拶やマナーなどの態度などと定義されている。三宅らは¹⁾、実習指導者が「実習成績」をつける際に重視する内容として、認知領域（知識）、精神運動領域（技術）に関する項目が32%、情意領域（意欲や態度）に関する項目が63%、不明が5%であり、情意領域の評価が低いと実習の総合成績が低い確率が高く、情意領域が重視される傾向にあると述べている。これまでの臨床実習の指導は患者とのコミュニケーション技術や治療技術を臨床現場で直接指導することよりも、症例レポートを作成するための知識偏重型の教育指導が多かった。そのため、学習に対する意欲などは、学生がどれだけ文献を調べ、多くのレポートを書き寄ってきたかによって評価されることがある。学生は、レポートを仕上げることに重きを置き、帰宅後は数多くのレポート作成に時間を費やし、常に睡眠不足とストレスを感じ、次の日には眠気と戦いながら臨床の現場に立っている。学生のストレスに関して、吉田らは²⁾、理学療法専攻の学生が臨床実習から受けるストレスに関する研究において、3年次にはじめて実習を経験する学生を対象に唾液α-アミラーゼ活性(Salivary Amylase Activity: SAA)、状態-特性不安尺度(State-Trait Anxiety Inventory: STAI)、気分プロフィール検査(Profile of Mood States: POMS)を用いてストレス計測を行なった。その結果、実習後のSAA、STAI、POMSは実習前に比べ男女ともに有意に高かったと述べている。日下は³⁾、情意領域における態度の育成は先輩の姿に学ぶという意見もあるが臨床実習の場で行動の変容に社会的スキルを強制しようとする立場には異論が多いと述べているように、リハビリテーション教育でも同様の意見はあったと思われる。森田は⁴⁾、情意教育・態度教育については、以前からその重要性が叫ばれており、プロフェッショナル教育理論に基づいて臨床教育はクリニカル・クラークシップ(Clinical Clerkship: CCS)へと移行しつつあると述べている。

昨今のリハビリテーションにおける臨床教育は、従来から行われてきた症例レポートを用いた指導（以下、従来型）からCCSへの移行期でもあり、従来型とCCSの混合型の実習施設も増えてきている。そのため、これらの臨床教育の効果を比較検討した研究報告は少ないのが現状である。

2. 研究の目的

本研究では、診療参加型のCCS、レポートを用いた指導法の従来型実習、CCSと従来型の混合型実習を比較し、実習形態の違いが情意領域に対する学生の自己評価に与える影響を明らかにすることを目的とした。実習形態は、CCSを臨床教育者(Clinical Educator: CE)と学生が常に行動しCEが評価や治療の意味などをその都度説明を加え、学生が出来る事から実施させる臨床参加型の実習と定義した。また、従来型をCEが学生に担当患者の検査測定の結果とそれらの考察およびリハビリテーション訓練内容などをレポートにまとめさせ臨床推論を問う知識統合型の実習とした。さらにCCSと従来型が混合した実習形態を混合型と定義した。実習期間を8週間とした。

3. 研究の方法

(1) 第1段階の研究目的は、3つの異なる臨床実習形態が学生の情意領域の自己評価に与える影響を明らかにすることである。安田ら⁵⁾が使用した自己評価表は、日本医学教育学会監修・臨床教育マニュアルを参考に、臨床実習における学生の情意領域を自己評価する70項目からなる質問紙アンケートである（自己評価A）。評価項目は表1に示す。評価基準は、問題あり1点、やや問題2点、良い3点、非常に良い4点とした。対象は作業療法士を目指す学生4年生41名（男子12名、女子29名）とし、実習開始前と実習終了後に自己評価を実施した（図1）。実習形態の内訳はCCSが12名（29%）、従来型8名（20%）、混合型21名（51%）であった。統計解析は一元配置分散分析（Bonferroni 多重比較検定）を行い有意水準5%未満とした。分析は3点未満を「問題あり」、3点以上を「良い」とした。表1の黄色を3点未満の「問題あり」、青色を3点以上の「良い」で示す。



図1 実習前後の自己評価

(2) 第2段階の研究目的は、臨床実習形態の違いが学生の自己効力感や気分、情意領域の自己評価に与える影響を検討した。対象は作業療法士を目指す学生4年生83名とした。実習期間は平成26年度と平成27年度の4～6月の実習期間とした。実習形態の内訳はCCSが37名（45%）、従来型が11名（13%）、混合型が35名（42%）であった。評価項目は、自己効力感を測定するために一般性セルフ・エフィカシー(General Self-Efficacy Scale: GSES)、気分を測定するため

に気分プロフィール検査(Profile of Mood States: POMS)、情意領域の変化を評価する 18 項目の質問紙を用いた (自己評価 B)。自己評価 B は、安田ら⁶⁾の先行研究から自己評価 A の 70 項目を因子分析し、難易度が高～中等度の 18 項目を抽出した。評価項目を表 2 に示す。評価基準は、問題ありを 1 点、やや問題 2 点、良い 3 点、非常に良い 4 点とした。分析は 3 点未満を「問題あり」、3 点以上を「良い」とした。表 2 の黄色を 3 点未満の「問題あり」、青色を 3 点以上の「良い」で示す。評価は、POMS と自己評価を臨床実習の開始前と終了後に実施し、GSES を実習終了後のみ実施した (図 2)。統計解析方法は、GSES を 3 群比較 (一元配置分散分析)、POMS と情意領域アンケートを 3 群比較 (一元配置分散分析) および実習前後比較 (Wilcoxon) を行った。有意水準を 5% 未満とした。



図2 実習前後の自己評価

4. 研究成果

本研究の結果、CCS は他職種との連携や探究心、診療録その他の文書作成等の技能など文部科学省の診療参加型臨床実習実施ガイドライン⁷⁾に示す内容に類似する自己評価項目が向上した。

一方、GSES と POMS については 3 群間での有意差はなかった。この結果により、3 つの実習形態の違いによる自己効力感や気分を与える影響に差はなかったことが示唆された。

(1) 第 1 段階の研究成果

① 実習前後の自己評価 A の 70 項目平均値を比較した結果、CCS と従来型は実習後で有意に向上していたが、混合型は有意な向上を認めなかった。また、実習後の 3 群比較では CCS と従来型の平均値は、混合型よりも有意に高かった (図 3)。

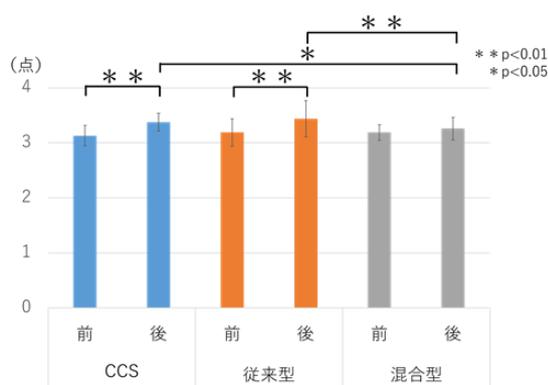


図3 実習前後の自己評価 A 70項目平均値 (n=41)

② 3 つの異なる臨床実習が学生の情意領域の自己評価に与える効果を検討するため、実習前後の自己評価を比較した (表 1)。

その結果、CCS はすべての項目が実習後 3 点以上の「良い」に向上した。特に、黄色の 3 点未満の「問題あり」から青色の 3 点以上の「良い」に有意に向上した項目は、項目 36「敬意を払う話し方ができる」、項目 53「自分の言動について、相手がどのように感じたかを振り返る習慣をもつ」、項目 62「疾患についての文献を学習して、知識の向上に努め、病因や病態について究明する」、項目 65「指導者や他のスタッフとともに意見交換をして一緒に考え、学ぼうとする姿勢をもつ」、項目 66「診療内容、学習内容について、きちんとした記録を書くことができる」であった。この結果から CCS は多くの対象者とコミュニケーションをとり、学んだ知識を活用し、かつ評価技術を繰り返し実践したと考えられる。また、他のスタッフとの情報交換や診療録その他の文書作成等も繰り返し行うことにより学生の内省頻度が高まり行動変容や知識探究心等が向上したと考えられる。

従来型は、3 点未満の「問題あり」から 3 点以上の「良い」に有意に向上した項目は、項目 51「安楽な姿勢をとるように勧める。」であった。従来型は数名の担当症例に検査測定を行い、障害像をまとめ、治療プログラムを実施する中で接遇の項目が有意に向上したと考えられる。

混合型で 3 点未満の「問題あり」から 3 点以上の「良い」に有意に向上した項目は認めず、3 点以上の「良い」から 3 点未満の「問題あり」に有意に低下した項目を認めた。低下した項目は、項目 63「自らの知識や技術について、謙虚に検証し更新する姿勢をもつ」、項目 65「指導者や他のスタッフとともに意見交換をして一緒に考え、学ぼうとする姿勢をもつ」であった。混合型は症例レポート課題と自主学習の課題が多く負荷量が高くなっていると考えられる。特に今回特徴的な結果として、項目 65 の「指導者や他のスタッフとともに意見交換をして一緒に考え、学ぼうとする姿勢をもつ」は従来型も有意な低下は認めなかったが「良い」から「問題あり」に低下した。一方、CCS は有意に向上しており教育効果の違いが明らかになった。

文部科学省は診療参加型臨床実習実施ガイドライン平成 28 年度改訂版⁷⁾で診療参加型臨床実習の在り方について、診療参加型臨床実習は、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことを目的としている。教育上の主な特徴としては、学生は教科書文献的知識だけでなく医療現場で必要となる思考法 (臨床推論、臨床判断、診療計画の立案等) や、医療面接、身体診察、基本的臨床手技、診療録その他の文書作成等の技能、診療上の態度並びに学修上の態度も含めて医師としての能力を総合的に学ぶ。学生が医師としての基本的な知識・思考法・技能・態度を学ぶ相手は、広い意味では患者並びに医師、看護職等の診療スタッフ全員 (多職種間教育) であ

表1 情意領域アンケート内容（自己評価 A）と各実習前後の自己評価の変化（n=41）

自己評価項目	CCS			知識型			混合型		
	前	後	P値	前	後	P値	前	後	P値
1 状況を見て相手より先に「おはようございます」ときちんと挨拶する。	3.08	3.58	0.034	3.25	3.50	0.317	3.19	3.52	0.008
2 相手の前で「ほおづえをつく」「腕を組む」「たばこを吸う」といった失礼な態度をとらない。	3.42	3.75	0.102	3.38	3.88	0.102	3.29	3.38	0.480
3 約束したことや時間はきちんと守る。	3.33	3.42	0.705	3.38	3.38	1.000	3.14	3.14	1.000
4 だらしない服装（汚い白衣）、過度に華美な服装をしない。	3.50	3.75	0.083	3.25	3.88	0.025	3.19	3.67	0.007
5 頭髪、爪、髭、手は清潔に保つ	3.42	3.67	0.257	3.50	3.75	0.157	3.24	3.36	0.257
6 派手な化粧やアクセサリーはしない。	3.58	3.75	0.157	3.38	4.00	0.025	3.38	3.71	0.008
7 相手のそばに座り、目の高さを同じくするように心がける。	3.25	3.58	0.102	3.38	3.75	0.083	3.24	3.38	0.180
8 笑顔で接するように心がける。	3.08	3.42	0.102	3.50	3.88	0.083	3.29	3.48	0.206
9 命令的、指示的な言葉を用いない。	3.25	3.42	0.317	3.38	3.50	0.655	3.24	3.38	0.380
10 相手をどならない。叱責しない。責めない。	3.25	3.50	0.180	3.38	3.88	0.046	3.29	3.57	0.084
11 自分の語りや失敗についてきちんと語る。	3.08	3.42	0.157	3.50	3.50	1.000	3.19	3.33	0.180
12 専門用語や固い言葉（漢語、漢字熟語）などの威圧的な言葉は使わない。	3.17	3.50	0.046	3.13	3.38	0.414	3.19	3.29	0.480
13 「自まつせさせる」「靴を履かせてあげる」相手を見下ろすような表現は用いない。	3.33	3.42	0.564	3.25	3.38	0.705	3.29	3.43	0.317
14 悪意の言葉・否定的な言葉「ぼけている」「だめ」などのような表現は用いない。	3.42	3.58	0.317	3.25	3.68	0.059	3.24	3.52	0.014
15 評価的な言葉「困った人だ」「うつ」「知能が低い」などのような表現は用いない。	3.42	3.67	0.083	3.38	3.88	0.046	3.24	3.52	0.034
16 感情的な言葉「また（まだ）ですか」などのような表現は用いない。	3.33	3.42	0.655	3.50	3.75	0.157	3.24	3.52	0.014
17 叱る言葉「だめじゃないですか、そんなことをして」などのような表現は用いない。	3.33	3.42	0.655	3.50	3.75	0.157	3.29	3.48	0.157
18 訴えに反発しない。	3.33	3.42	0.655	3.38	3.75	0.083	3.24	3.48	0.096
19 他者の個人情報について、必要な場所（カンファレンス）以外では言わない。	3.42	3.42	1.000	3.25	3.63	0.083	3.33	3.24	0.564
20 他者のプライバシーに関することについて話さない。	3.33	3.25	0.705	3.13	3.63	0.046	3.33	3.24	0.480
21 家族歴や生ประวัติ、職業や学歴などについて配慮する。	3.25	3.42	0.317	3.38	3.50	0.564	3.14	3.29	0.317
22 身体的な羞恥心について配慮する。	3.25	3.50	0.180	3.50	3.63	0.564	3.33	3.29	0.739
23 「親として失格だ」「それでも家族か」など、他者の人格や生き方について、簡単に否定的な言葉で語らない。	3.33	3.58	0.257	3.38	3.88	0.046	3.38	3.48	0.414
24 相手を叱らない。	3.08	3.42	0.206	3.38	3.88	0.046	3.38	3.43	0.705
25 他職種の人に対して、礼儀と敬意をもって接する。	3.25	3.42	0.317	3.25	3.75	0.102	3.38	3.43	0.705
26 訓練開始終了後の挨拶	3.00	3.33	0.102	3.38	3.75	0.180	3.38	3.33	0.705
27 患者に自己紹介する。	2.92	3.29	0.157	3.13	3.50	0.083	3.33	3.38	0.705
28 きちんとしたお辞儀をする。	3.08	3.17	0.655	3.13	3.25	0.317	3.14	3.19	0.655
29 敬意を表する態度をとる。	3.17	3.25	0.564	3.38	3.38	1.000	3.19	3.24	0.705
30 これから話してよいか、承諾をとる。	3.00	3.17	0.317	3.25	3.25	1.000	3.10	3.10	1.000
31 なれなれしい話し方や、目下の人の話し方をしない。	2.83	3.17	0.157	3.25	3.38	0.564	3.05	3.19	0.317
32 大声や過度に小さな声で話さない。	3.25	3.33	0.655	3.13	3.13	1.000	2.90	3.14	0.059
33 できるだけ患者に話してもらうにする。	3.00	3.25	0.083	3.00	3.00	1.000	3.19	3.14	0.655
34 よく話しを聞き、遮らない。	3.25	3.42	0.414	3.38	3.63	0.157	3.19	3.24	0.705
35 一方的に意見を押しつけない。	3.25	3.50	0.180	3.50	3.75	0.157	3.43	3.38	0.655
36 敬意をはらう話し方ができる。	2.92	3.42	0.034	3.50	3.50	0.317	3.29	3.29	1.000
37 「していただけますか」等の言葉を用いる。	3.00	3.25	0.317	3.25	3.75	0.046	3.10	3.24	0.180
38 「しばらくお待ち下さい」「お待たせ致しました」「失礼致しました」などの言葉が自然に使える。	3.00	3.00	1.000	3.13	3.25	0.564	3.00	3.14	0.257
39 説明を丁寧にするばかりでなく、不安を和らげる言葉や「心配でしょうね」というような共感的な言葉を含む。	2.92	3.25	0.102	3.38	3.13	0.317	3.14	3.33	0.157
40 理解できるまで根気よく丁寧に、わかりやすい表現を用いて、温かく説明する。	3.00	3.08	0.739	2.88	3.00	0.655	3.10	3.33	0.129
41 患者の訴えを聞き流すなど軽く扱わない。	3.17	3.25	0.564	3.00	3.38	0.180	3.33	3.38	0.655
42 いつもその人の心、その人のつらさを思いやる。	3.17	3.33	0.317	3.50	3.25	0.317	3.38	3.29	0.480
43 配慮する姿勢をもち、患者の気持ちを感じ取る姿勢。	3.17	3.42	0.180	3.38	3.38	1.000	3.14	3.33	0.046
44 共感的に受け止めようとする姿勢をもつ。	3.08	3.42	0.046	3.38	3.50	0.564	3.29	3.43	0.257
45 どのような場合にも、患者の味方としての立場を固守する立場で考え、行動する姿勢。	3.08	3.33	0.180	3.25	3.50	0.317	3.38	3.33	0.655
46 患者の個人情報を雑談などとしても話さない。	3.25	3.33	0.655	3.38	3.25	0.564	3.24	3.33	0.480
47 援助とは患者の意志を尊重するものであるが、医療は過剰な干渉という危険性を伴うことを自覚する。	3.08	3.25	0.317	3.00	3.25	0.157	3.14	3.24	0.414
48 患者が病気の重症度による区別以外の区別や差別を一切受けることのないように配慮する。	3.08	3.42	0.046	3.25	3.63	0.083	3.29	3.29	1.000
49 全員で行動する際、時間厳守などのメンバーに迷惑がかけられないように気をつける。	3.25	3.50	0.083	3.50	3.50	1.000	3.38	3.43	0.564
50 同僚や患者を含む他の人の意見を謙虚に聞く。	3.17	3.58	0.025	3.25	3.63	0.083	3.24	3.33	0.527
51 安楽な姿勢をとるように勤める。	3.08	3.42	0.206	2.88	3.50	0.025	3.10	3.19	0.480
52 適切に尊敬語や謙譲語を用いる。	2.83	3.33	0.084	3.13	3.50	0.083	2.81	2.95	0.366
53 自分の言動について、相手がどのように感じたかを振り返る習慣をもつことができる。	2.75	3.33	0.020	3.00	3.00	1.000	3.19	3.14	0.739
54 患者の訴えに対し、あやふやな、いいかげんな返答をしない。	2.92	3.25	0.157	2.75	3.13	0.180	3.10	3.10	1.000
55 患者の否定的にとらえられがちな言動は、病むことの底にある患者の不安や、恐怖、つらさに起因するものであることと洞察する。	3.08	3.17	0.655	3.00	3.38	0.180	3.24	3.33	0.414
56 治療計画と実施、ケアの計画と実践に際して、常に患者を中心に考える。	3.08	3.25	0.414	3.00	3.25	0.317	3.14	3.14	1.000
57 患者の希望を聞き、また、推察し、それを尊重して援助をする。	3.17	3.42	0.180	3.13	3.50	0.083	3.19	3.10	0.480
58 患者の個性が尊重された療養生活が送れるように気を配る。	3.08	3.33	0.083	3.00	3.50	0.046	3.24	3.14	0.317
59 患者の暮らし、生活の社会背景について考察し、配慮する。	3.08	3.25	0.414	3.00	3.50	0.046	3.14	3.14	1.000
60 治療の過程を患者とともに考え、ともに治療を進める姿勢。	3.08	3.25	0.414	3.00	3.38	0.180	3.10	3.14	0.705
61 提供できる医療・サービスの質を高めるために、自分の力を注ごうとする姿勢。	3.17	3.42	0.180	2.75	3.25	0.157	2.95	3.10	0.257
62 疾患についての文献を学習して、知識の向上に努め、病因や病態について究明する熱意をもつ。	2.92	3.25	0.046	2.50	2.63	0.564	2.81	2.71	0.480
63 みずからの知識や技術について、謙虚に検証し更新する姿勢をもつ。	2.92	3.25	0.102	3.00	2.63	0.083	3.10	2.76	0.083
64 みずからの知識などについて自分の意見に固執せず、他者の意見を素直に受け入れる姿勢をもつ。	3.17	3.50	0.046	3.13	3.50	0.180	3.10	3.05	0.803
65 指導者や他のスタッフとともに意見交換をして一緒に考え、学ぼうとする姿勢をもつ。	2.92	3.50	0.020	3.00	2.88	0.655	3.18	2.81	0.033
66 診療内容、学習内容について、きちんとした記録を書くことができる。	2.92	3.42	0.014	2.75	3.13	0.180	3.10	2.86	0.096
67 治療について熱意をもって取り組み、許される範囲で参加しようとする。	2.83	3.33	0.083	3.00	3.25	0.317	3.14	3.10	0.655
68 常に積極的に指導を求める。	2.83	3.17	0.206	2.93	2.63	1.000	2.86	2.81	0.763
69 他のメンバーに対して必要な援助や助言を積極的に行う。	3.00	3.08	0.655	2.50	2.75	0.317	2.90	2.90	1.000
70 同僚や患者を含む他の人に、進んで助言を求める。	2.75	3.08	0.102	2.75	2.88	0.564	2.95	3.10	0.429

る。指導医チームは、学生の患者診療能力に関する情報を得て、それに応じた担当患者の診療業務を一部任せせる。そして、学生の能力向上に応じてより高度な業務を任せることにより、学生は必要な知識・思考法・技能・態度を段階的、継続的に学ぶことができると記述している。

本研究の結果、CCS は他実習形態と比べ他職種との連携や探究心、診療録その他の文書作成等の技能など文部科学省の診療参加型臨床実習実施ガイドラインが示す内容と類似した自己評価項目が向上したと考える。

(2) 第2段階の研究成果

臨床実習形態の違いによる自己効力感(GSES)や気分(POMS)、情意領域の自己評価に与える教育効果の違いを検討した。

① GSES の実習後の3群間比較には有意差はなかった(図4)。

② POMS の各要素の3群間比較と実習の前後比較には有意差はなかった(図5)。

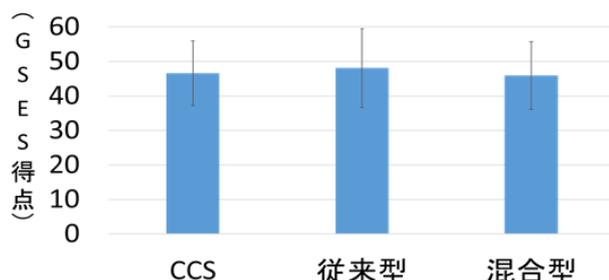


図4 実習後のGSES得点平均値 (n=83)

GSES に関しては、実習後の 3 群間比較では有意差はなかった。また、POMS も群間比較および実習前後での有意差はなかった。

見学、模倣、実施を通して技術指導を行う CCS と、症例レポートを用い臨床推論を行う従来型、CCS と従来型の混合型では教育方法が異なるため、自己効力感や気分を与える効果

はそれぞれ異なると推測していた。また、これまでリハビリテーション養成校での臨床実習では従来型が最善と考えられ行われてきた。しかし、今回の結果より 3 つの実習形態が自己効力感や気分を与える効果に有意な差がないことが示唆された。

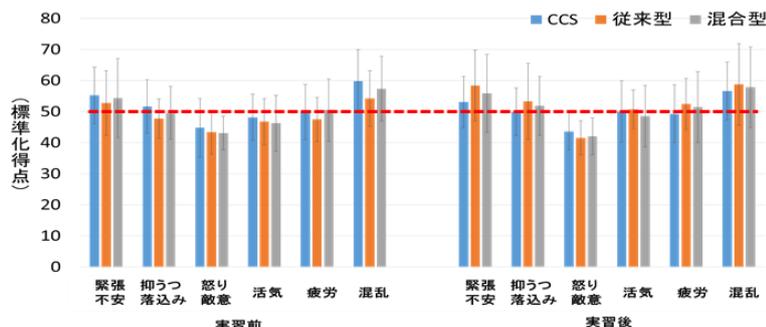


図5 実習前後のPOMS平均値 (n=83)

③ 自己評価 B の実習前後の比較で実習後に有意に向上した項目は CCS が 5 項目、従来型が 3 項目、混合型が 1 項目であった (表 2)。その内、黄色の 3 点未満の「問題あり」から青色の 3 点以上の「良い」に有意に向上した項目は CCS が 3 項目、従来型が 2 項目、混合型が 0 項目であった。

CCS は項目 4「適切に尊敬語や謙譲語を用いる」、項目 5「自分の言動について、相手がどのように感じたかを振り返る習慣をもつことができる」、項目 6「対象者の訴えに対し、あやふやな、いいかげんな返答をしない」が向上した。これらの対応は医療人として誠実性が求められる項目である。CCS では見学、模倣、実施の過程で CE から常に指導を受け、対象者への間接的なサポートを繰り返し実施しながら習得したと考えられる。さらに、項目 12「疾患についての文献を学習して、知識の向上に努め、病因や病態について究明することができる」は、安田ら⁵⁾の先行研究から学生にとって非常に難しい項目であると推測できる。今回も同様に実習前後で 3 点未満であったが実習後は有意な向上を認めた。CCS は、技術指導を中心とした教育方法であるが同時に探求心も向上したことにより情意領域の教育効果として有効的であると考えられる。

従来型は項目 4「適切に尊敬語や謙譲語を用いる」、項目 7「対象者の否定的にとらえられがちな言動は、病むことの底にある患者の不安や・恐怖・つらさに起因するものであることと洞察できる」が向上した。これは対象者の検査測定を繰り返し実施することで自己評価が向上したと考えられる。また、レポート指導により対象者の病状と生活状態の相互要因を関連付ける体験を繰り返した結果、対象者の言動を洞察できるとする自己評価が向上したと考えられる。

混合型が 3 点未満の「問題あり」から 3 点以上の「良い」に有意に向上した項目は 0 項目であった。唯一 3 点以上の項目 3「配慮する姿勢をもち、対象者の気持ちを感じ取る姿勢をとることができる」が有意に向上した。学生は CE の対象者との接し方やレポート指導で学んだ知識から、対象者を思いやる態度が有意に向上したと考えられる。混合型は CCS と従来型の良い点を体験でき教育効果が高いと考えていたが、有意に向上した自己評価が 1 項目のみであった。

表2 情意領域アンケート内容 (自己評価 B) と実習前後の変化 (n=83)

自己評価項目	CCS			従来型			混合型		
	前	後	P値	前	後	P値	前	後	P値
1 「しばらくお待ち下さい」「お待たせ致しました」「失礼致しました」などの言葉が自然に使える。	3.05	3.05	1.00	3.09	3.18	0.56	3.11	3.17	0.63
2 いつもその人の心、その人のつらさを思いやることができる。	3.16	3.24	0.37	3.55	3.36	0.41	3.29	3.23	0.56
3 配慮する姿勢をもち、対象者の気持ちを感じ取る姿勢をとることができる。	3.14	3.32	0.07	3.36	3.45	0.65	3.11	3.29	0.01
4 適切に尊敬語や謙譲語を用いる。	2.76	3.05	0.04	2.91	3.45	0.03	2.86	2.91	0.62
5 自分の言動について、相手がどのように感じたかを振り返る習慣をもつことができる。	2.84	3.16	0.02	3.09	3.09	1.00	3.03	3.09	0.56
6 対象者の訴えに対し、あやふやな、いいかげんな返答をしない。	2.70	3.00	0.02	2.64	2.91	0.26	3.00	2.97	0.81
7 対象者の否定的にとらえられがちな言動は、病むことの底にある患者の不安や・恐怖・つらさに起因するものであることと洞察できる。	3.00	3.27	0.03	2.82	3.55	0.03	3.09	3.20	0.32
8 治療計画と実施、ケアの計画と実践に際して、常に対象者を中心にして考えることができる。	2.95	3.14	0.13	3.00	3.27	0.18	2.94	3.09	0.35
9 対象者の暮らし、生活の社会背景について考察し、配慮することができる。	2.97	3.08	0.35	3.00	3.55	0.01	2.94	3.11	0.08
10 治療の過程を対象者ととも考え、ともに治療を進めることができる。	2.84	2.97	0.35	3.00	3.36	0.16	2.91	2.97	0.56
11 提供できる医療・サービスの質を高めるために、自分の力を注ぐことができる。	2.97	3.05	0.51	3.00	3.27	0.32	2.86	2.94	0.47
12 疾患についての文献を学習して、知識の向上に努め、病因や病態について究明することができる。	2.57	2.84	0.04	2.64	2.82	0.32	2.74	2.77	0.82
13 みずからの知識や技術について、謙虚に検証し更新することができる。	2.81	2.95	0.30	2.91	2.82	0.65	2.83	2.86	0.83
14 指導者や他のスタッフとともに意見交換をして一緒に考え、学ぶことができる。	2.95	3.05	0.41	2.91	2.73	0.41	3.06	2.94	0.45
15 治療について熱意をもって取り組み、許される範囲で参加することができる。	3.05	3.19	0.24	3.00	3.00	0.74	3.11	3.11	1.00
16 常に積極的に指導を求めることができる。	2.76	2.78	0.84	2.73	2.55	0.48	2.74	2.74	1.00
17 他のスタッフに対して必要な援助や助言を言うことができる。	2.65	2.70	0.83	2.73	2.82	0.74	2.77	2.86	0.44
18 対象者を含む他の人に、進んで助言を求めることができる。	2.76	2.89	0.25	2.64	2.91	0.18	2.83	2.97	0.26
				3点未満	3点以上	p<0.01			p<0.05

混合型は症例レポート課題や対応する対象者も多いため学生の能力を超え、落ち着いて自己を振り返る余裕が少なくなり自己評価が有意に変化しなかった可能性が考えられる。

本研究より、3つの実習形態の違いは、自己効力感や気分に関しては有意な教育効果は認めなかったが、情意領域に関してCCSは他の実習形態よりも自己評価の向上が明確に認められた。今後は、文部科学省の診療参加型臨床実習実施ガイドライン⁷⁾が示すように、リハビリテーション臨床教育においても、診療参加型臨床実習の実施や改善は、単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、評価及び支援等に関する思考や対応力等を教育する必要がある、CEは学生の患者支援能力に関する情報を得て、学生の能力に応じた指導方法を考慮していく必要があると言える。

<引用文献>

- ① 三宅 わか子、村上 忠洋、柘植 英明、安田 修、臨床実習における「職業上の適応性」が実習成績に及ぼす影響、リハビリテーション教育研究、Vol. 11、2005、46-48
- ② 吉田 勇一、浅海 靖恵、中野 聡太、福留 英明、岡田 裕隆、崔 元哲、肥後 成美、理学療法学生が臨床実習から受けるストレスに関する基礎調査、41巻、2号、2014、94-95
- ③ 日下 隼人、医学教育における情意教育、医学教育、Vol. 26、1995、413-416
- ④ 森田 孝夫、医学教育理論－教育原理、成人教育学、専門家(プロフェッショナル)教育理論より医学教育を考える－、Journal of Nara Medical Association、Vol. 56、No. 2、2005、81-90
- ⑤ 安田 大典、樽井 一郎、崎田 正博、松永 秀俊、沼田 景三、白濱 勲二、水野(松本) 由子、作業療法士養成校での総合臨床実習における情意領域の難易度に関する研究、日本作業療法研究学会雑誌、第13巻、2号、2010、29-35
- ⑥ 安田 大典、樽井 一郎、崎田 正博、松永 秀俊、沼田 景三、白濱 勲二、水野(松本) 由子、総合臨床実習における情意領域に関する学生の意識変容、日本作業療法研究学会雑誌、第14巻、1号、2011、7-15
- ⑦ 文部科学省 診療参加型臨床実習実施ガイドライン 平成28年度改訂版

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計2件)

- ① 安田 大典、益満 美寿、白濱 勲二、水野(松本) 由子、飯山 準一、臨床・クラクシッが臨床実習における情意領域の自己評価に与える影響 -3つの異なる臨床実習形態の比較- 第50回日本作業療法学会、2016
- ② 安田 大典、益満 美寿、岩下 夏岐、白濱 勲二、水野(松本) 由子、飯山 準一、臨床実習形態の違いが自己効力感や気分、情意領域の自己評価に与える効果、全国リハビリテーション学校協会主催の第30回教育研究大会・教員研修会、2017

6. 研究組織

(1) 研究代表者

安田 大典 (YASUDA, Tomonori)

熊本保健科学大学

研究者番号：40461115

(2) 連携研究者

飯山 準一 (IIYAMA, Junichi)

熊本保健科学大学

研究者番号：00398299

(3) 連携研究者

水野(松本) 由子 (MIZUNO-MATSUMOTO, Yuko)

兵庫県立大学

研究者番号：80331693

(4) 連携研究者

白濱 勲二 (SHIRAHAMA, Kunji)

神奈川県立保健福祉大学

研究者番号：50381679