

地域作業療法実習

奈良学園大学 保健医療学部

リハビリテーション学科 作業療法学専攻

坪内 善仁

Ⅱ．地域作業療法実習の目的

- 臨床実習指導者のもとで見学を中心とした実習を行う。
- 地域リハビリテーションの現場見学を通して地域包括ケアにおける作業療法士の役割や対象者を把握し、専門職や社会人としてのマナーに基づく行動を修得する
- 地域で働く作業療法士としての将来像を具現化し、学内での学習意欲を向上させることを目的とする。
- 介護保険制度および関連諸制度について理解する。

Ⅲ．地域作業療法実習の到達目標

- 1．地域で暮らす障がい児・者と家族を取り巻く社会環境を含めた包括的な社会的作業療法アプローチを見学し、理解を深める。
- 2．地域リハビリテーションにおける作業療法士の役割を理解し、他の関連職種との役割や連携の実際、諸制度、社会資源などについても学修する。
- 3．各種施設あるいは在宅における対象者・生活の捉え方や作業療法の知識・技術がどのように活用できるかを学修する。
- 4．事例検討などを含めたプログラムに基づいて地域作業療法のあり方を学修する。

IV. 地域作業療法実習の流れ

事前セミナー (月)

- 心得やマナー講座、危険予知トレーニング
- 介護保険制度や地域包括ケア、介護予防における作業療法士の役割等について、学習到達度を確認

実地実習 (火～金) (月～木)

- 通所リハ・介護、訪問リハ・看護の見学実習を行う
- 地域作業療法の役割と実際の流れ・マナーを学習する
- システムの理解と関連職種の役割や協業の実際を見学する
- 地域の対象者の暮らしに触れ、考える機会とする
- 各施設の見学実習で経験・学んだことを発表
意見交換で理解を深め、報告書で文章・管理能力を高める
- 事後テストで学習到達度を評価

事後セミナー (金)

IV. 地域作業療法実習の流れ

事前セミナー (月)

- 心得やマナー講座、危険予知トレーニング
- 介護保険制度や地域包括ケア、介護予防における作業療法士の役割等について、学習到達度を確認

実地実習 (火～金) (月～木)

- 通所リハ・介護、訪問リハ・看護の見学実習を行う
- 地域作業療法の役割と実際の流れ・マナーを学習する
- システムの理解と関連職種の役割や協業の実際を見学する
- 地域の対象者の暮らしに触れ、考える機会とする
- 各施設の見学実習で経験・学んだことを発表
意見交換で理解を深め、報告書で文章・管理能力を高める
- 事後テストで学習到達度を評価

事後セミナー (金)

IV. 地域作業療法実習の流れ

事前セミナー
(月)

- 心得やマナー講座、危険予知トレーニング
- 介護保険制度や地域包括ケア、介護予防における作業療法士の役割等について、学習到達度を確認

実地実習
(火～金)
(月～木)

- 通所リハ・介護、訪問リハ・看護の見学実習を行う
- 地域作業療法の役割と実際の流れ・マナーを学習する
- システムの理解と関連職種の役割や協業の実際を見学する
- 地域の対象者の暮らしに触れ、考える機会とする
- 各施設の見学実習で経験・学んだことを発表
意見交換で理解を深め、報告書で文章・管理能力を高める
- 事後テストで学習到達度を評価

事後セミナー
(金)

IV. 地域作業療法実習の流れ

事前セミナー
(月)

- 心得やマナー講座、危険予知トレーニング
- 介護保険制度や地域包括ケア、介護予防における作業療法士の役割等について、学習到達度を確認

実地実習
(火～金)
(月～木)

- 通所リハ・介護、訪問リハ・看護の見学実習を行う
- 地域作業療法の役割と実際の流れ・マナーを学習する
- システムの理解と関連職種の役割や協業の実際を見学する
- 地域の対象者の暮らしに触れ、考える機会とする

事後セミナー
(金)

- 各施設の見学実習で経験・学んだことを発表
意見交換で理解を深め、報告書で文章・管理能力を高める
- 事後テストで学習到達度を評価

V. 地域作業療法実習の成績判定

○ 成績判定は以下の資料で行う。

① **経験項目シート**※、

② 学内セミナーの発表（質疑含む）・態度・様子・提出物

③ 事前・事後テストの結果

①②は、本学独自の**ルーブリック**に基づき、**実習担当教員が判定**する。

□ 成績判定には、実習対象日で4/5以上の出席が必要

地域作業療法実習ワークブック

(令和4年度)

【指導者確認用】

実習指導者用に説明を付記した資料です。
学生が持参する本ワークブックについてご確認ください。

学籍番号() 氏名()

このワークブックは、地域作業療法実習で使用します。実習指導者と共有するとともに、実習終了後は実習中の取り組みを把握するために提出して頂くものです。実習期間中は、毎日実習施設に持参して記録してください。

実習学生個人資料

実習施設名 _____ 実習日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____

写真貼付
作成日前3月以内に撮
影した鮮明な写真
(正面向、脱帽)
タテ 3.5 ~ 4.0
ヨコ 3.0 ~ 3.5

氏 名 _____ 学籍番号 _____

専 攻 (理学療法学 ・ 作業療法学) 性 別 (男 ・ 女)

E-mail アドレス _____

1. 自己紹介

学生が実習初日に持参します。
必要に応じて、学生個人資料をご参照ください。

2. 地域理学療法・作業療法実習にむけての意気込み

3. その他

出席表

【指導者：要捺印】

奈良学園大学保健医療学部リハビリテーション学科（理学・作業）療法学専攻

学籍番号（ ） 学生氏名（ ）

実習施設名①：

実習指導者名①：

実習施設名②：

実習指導者名②：

学生が出席した日に実習指導者の印を押印して下さいますようお願い致します。
また、遅刻・早退などは備考欄にご記入ください。

第1週	8/29（月）	8/30（火）	8/31（水）	9/1（木）	9/2（金）	9/3（土）
指導者 押印	事前セミナー	印	印	印	印	（予備日）
備 考	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻

第2週	9/5（月）	9/6（火）	9/7（水）	9/8（木）	9/9（金）	9/10（土）
指導者 押印	印	印	印	印	事後セミナー	（予備日）
備 考	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻	<input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 遅刻

検温・行動記録表

実習開始2週間前から記録を開始し、実習終了まで記録してください。

	日付 (月/日)	体温 (朝/夜)	行動記録
1	8/15	/	実習開始2週間前から、学生が検温結果・行動を記録しています。必要に応じてご確認ください。
2	/	/	
3	/	/	
4	/	/	
5	/	/	
6	/	/	
7	/	/	
8	/	/	
9	/	/	
10	/	/	
11	/	/	
12	/	/	
13	/	/	
14	/	/	
15	/	/	
16	/	/	
17	/	/	
18	/	/	
19	/	/	
20	/	/	
21	/	/	
22	/	/	
23	/	/	
24	/	/	
25	/	/	

地域実習 目標シート

【指導者：確認のみ】

氏名 _____ 学籍番号 _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

理学療法士・作業療法士を目指すにあたり、自身の現状について自己評価して下さい。それに対してこれからするべきこと、心がけるべきことを書き出して下さい。

地域実習に向けて、学生自身の目標等を記しています。
ご参照ください。

今回の実習での目標およびその理由

振り返りシート

【指導者：要捺印】

	日付（月／日）	振り返り（学習の内容等）	指導者 確認印
1	8/29	学内事前セミナー	
2	/		印
3	/		印
4	/		印
5	/		印
第1週：実習指導者コメント欄（学生についてお気づきの点があった場合のみ、ご記入ください）			
6	/		印
7	/		印
8	/		印
9	/		印
10	9/9	学内事後セミナー	
第2週：実習指導者コメント欄（学生についてお気づきの点があった場合のみ、ご記入ください）			

学生が日々の学修を振り返り記録します。
ご確認ください、捺印もしくはサインを
お願い致します。

実習期間を通して、学生に改善すべき点など、
お気づきの点がある場合はご記入ください。
（特になければ、記入は不要です）

経験項目チェックリスト

【指導者：確認のみ】

経験項目		見学	協同参加	備考欄	
情報収集	カルテ・記録用紙の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>学生が、日々の実習で経験した項目を記録するチェックシートです。指導者は記入の必要はございませんが、学生の経験内容に漏りがないか、など必要に応じてご確認ください。</p>	
	計画書・ケアプラン等の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	既往歴/生活歴の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	介護状況の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	家族状況の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	現状の問題点の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	本人のニーズや満足度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	家族のニーズ確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	感染症の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
合併症	褥瘡の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>見学できなかった項目は、空欄のままになります。</p>	
	栄養状態の確認	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
バイタルサイン	観察やコミュニケーションによる体調チェック	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>指導者の監視下で経験させて頂く機会があれば、学生が「正」の字で回数を記録します。</p>
	体温測定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	血圧測定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	脈拍測定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	経皮的酸素飽和度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	関節可動域測定（角度計による計測、動作などからの確認）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
検査・測定	筋力検査（徒手筋力検査または動作観察などからの判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	感覚・疼痛検査（VAS、NRSなどまたは動作観察からの判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	片麻痺機能検査（BRS、SIASなどまたは動作観察からの判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	筋緊張検査（MASなどまたは動作観察から判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	協調性検査（指鼻指試験、踵膝試験などまたは動作観察から判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	バランス検査（片脚立位、FRTなどまたは動作観察からの判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	高次脳機能検査（FABなどまたは日常生活から判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	認知機能検査（HDS-R、MMSEなどまたは日常生活から判定）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	その他（ 6分間歩行テスト ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
姿勢	臥位姿勢評価、調整（ポジショニング）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>項目にない検査・測定の見学をした際は、（ ）内に学生が検査名を記入し、右の見学欄に○を記入します。</p>
	座位姿勢評価、調整（シーティング）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	立位姿勢評価、調整	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
基本動作	復元り動作評価・介入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	臥位⇨座位評価・介入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	床座位⇨立位評価・介入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	椅子座位⇨立位評価・介入	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
その他（ ）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

経験項目シート

経験項目		見学	協同参加	コメント欄	
情報収集	カルテ・記録用紙の確認	○	○		
	計画書・ケアプラン等の	○	○	○	
	既往歴／生活歴の確認	○			
	介護状況の確認	○			
	家屋状況の確認	○			
	現状の問題点の確認	○			
	本人のニーズや満足度の	○			
	家族のニーズ確認	○			
その他 ()					
合併症	感染症の確認	○			
	褥瘡の確認	○			
	栄養状態の確認	○			
	その他 ()				
バイタルサイン	観察やコミュニケーションによる体調チェック	○	○	○	
	体温測定	○	○	○	T
	血圧測定	○	○		
	脈拍測定	○	○		
	経皮的酸素飽和度	○	○	○	F
	その他 ()				
検査・測定	関節可動域測定 (角度計による計測, 動作などからの確認)	○			
	筋力検査 (徒手筋力検査または動作観察などからの判定)	○			
	感覚・疼痛検査 (VAS, NRSなどまたは動作観察からの判定)	○			
	片麻痺機能検査 (BRS, SIASなどまたは動作観察からの判定)	○	○		
	筋緊張検査 (MASなどまたは動作観察から判定)	○			
	協調性検査 (指鼻指試験、踵膝試験などまたは動作観察から判定)	○			
	バランス検査 (片脚立位、FRTなどまたは動作観察からの判定)	○			
	高次脳機能検査 (FABなどまたは日常生活から判定)	○			
	認知機能検査 (HDS-R, MMSEなどまたは日常生活から判定)	○			
	その他 (6分間歩行テスト)	○			
その他 ()					

臨床実習指導者が確認する場面を見学させていただき、フィードバックをもらった際にチェックをお願い致します。
※1項目につき○は3回まで
※1人の対象者につき○は1回まで

見学できなかった項目については空欄で結構です。

指導者の監視下で経験させていただいた項目がありましたら、「正」の字で回数のチェックをお願い致します。

上記にない検査・測定の見学をした際は () 内に検査名を記入し、右の見学欄にチェックをお願いします。