

## CCSチェックリスト1

年 月 日 学生氏名

基礎項目		見学	模倣	実施	備考
コミュニケーション	挨拶・会話等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	位置関係、視線の高さ・向き、距離の調整、会話の切り出し、声の明瞭度、スムーズな展開、自然な動作・表情、傾聴技法(タイミング・頻度)、心情を察する態度、立場をわきまえた対応				
感染症対策	手洗い等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	十分な手洗いができるか？ 指示通りの感染予防行動がとれるか？ 清潔に注意できるか？				
動作介助	介助内容				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な方法で操作できるか？安全な環境で介助しているか？（ブレーキ、フットレストの確認、周囲への配慮など）リスク管理ができていないか？ 指示、タイミングが説明できるか？ 介助部位は適切か？ 介助方向は適切か？ タイミングは適切か？				
検査測定技術項目		見学	模倣	実施	備考
情報収集	医学的情報	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	社会的情報	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	指示通りに情報をとれるか？カルテから必要な情報をみつけられるか？クライアント・家族から必要な情報を聞き出せるか？他職種から必要な情報を聞き出せるか？				
全身状態とバイタル	クライアントの観察	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	表情などからクライアントの状態を把握できるか？異常な状態（顔色、発汗、呼吸など）を確認できるか？嘔気、めまい、悪寒、倦怠感、疲労感などを確認できるか？クライアントの状況変化を報告できるか？				
	血圧・脈拍測定	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な肢位設定ができるか？肢位に合わせた血圧計の設置ができるか？マンシェットを正しく巻けるか？動脈を確認できるか？				
形態測定	部位を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な検査肢位の設定・変換ができるか？ランドマークが確認できるか？メジャーの使用は適切か？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎなど）を与えていないか？				
関節可動域測定	部位を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	指示・説明ができるか？検査肢位の設定、変換ができるか？無理な体勢で計測していないか？角度計のあて方は適切か？方法（基本軸・移動軸・運動方向・範囲）は適切か？目盛りを正しく読めるか？代償を抑制できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
感覚検査	部位を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	指示・説明ができるか？検査器具を正しく使用できるか？刺激は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
反射検査	部位を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な肢位設定ができるか？十分に脱力させることができるか？刺激部位は正しいか？打鍵器の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎ）をなど）を与えていないか？				
徒手筋力検査法	部位を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	指示・説明ができるか？検査肢位の設定、変換ができるか？無理な体勢で計測していないか？抵抗のかけ方は適切か？代償を抑制できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
粗大筋力検査	検査内容を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な肢位設定ができるか？検査器具の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感をなど）を与えていないか？				
協調性検査	検査内容を記載				
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	( )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	適切な肢位設定ができるか？検査器具の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎ）をなど）を与えていないか？				

検査測定技術項目		見学	模倣	実施	備考
片麻痺運動機能	上肢	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	下肢	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	手指	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	適切な検査肢位の設定・変換ができるか？円滑に検査できるか？判定正確か？不快感（時間のかかり過ぎなど）を与えていないか？				
その他検査 （上肢機能など）	検査名を記載				
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	指示・説明ができるか？円滑に検査を遂行できるか？正確に判定できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
認知機能 心理など （HDS-R等）	検査名を記載				
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	指示・説明ができるか？円滑に検査を遂行できるか？正確に判定できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
起居・移動	寝返り	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	起き上がり	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	座位保持	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	立ち上がり	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	立位保持	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	歩行	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
ADL・IADL 評価項目		見学	模倣	実施	
セルフケア	食事	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	
	更衣	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	整容	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	排泄	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	入浴	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？				
IADL	評価内容を記載				
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？					
アプローチ（訓練・指導・援助）		見学	模倣	実施	
心身機能 身体構造	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
活動と参加	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
その他 福祉機器 住宅改修 家族教育など 就学・就労支援	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	（ ）	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	

## 実習生紹介用紙

令和 年 月 日作成

所 属：藤華医療技術専門学校 作業療法学科 第 学年

フリガナ

氏 名： 年齢： 歳 男 ・ 女

〒 携帯  
実習中住所： TEL：（ ） -緊急連絡先：住所 TEL：（ ） -  
氏名 続柄（ ）

学歴：高校卒業 専門学校卒業 短大卒業 大学卒業

職歴： 有 無

健康状態（特記すべき事項）：

実習生自己紹介および自己PR

&lt;過去の実習経験 ※実習によって欄数が異なります。&gt;

学 年	施 設 名	実習の種類	実習期日

※実習終了時、学生にご返却ください。

・実習形態

実習施設

・実習期間

年 月 日～

年 月 日

<作成にあたり>

- ・ビジョン（目的）は、「**なんのために**」を念頭において考えましょう。
- ・ゴール（目標）は、「**何をやり遂げたいのか**」を明確な言葉にしましょう。

ゴール（目標）

<ゴールを達成するために必要なことを考えて挙げてみよう（プロセス）>

プロセス

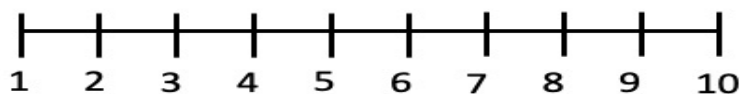
ビジョン（目的）

ビジョンとゴールの理由

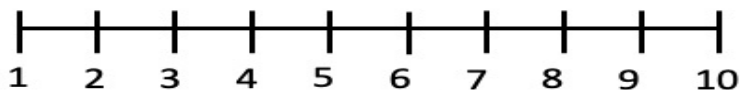
## 実習振り返り

### 目標達成について

遂行度（自分が目標達成するために実習中どのくらい頑張ったか。）



達成度（自分が設定した目標に対してどのくらい達成できたか。）



満足度（自分が設定した目標に対してどのくらい満足したか。）



<学生コメント>

## 出席簿

学籍番号：

学生氏名：

実習施設名：

実習期間：令和    年    月    日～    月    日

1週	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)	／ (日)
2週	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)	／ (日)

出席    日    欠席    日    遅刻    回    欠席    回

実習指導者：

㊞

# 教員指導報告書 【評価実習Ⅰ・Ⅱ】

学籍番号

氏名

点数は成績評価のルーブリック評価(P14~15)に準拠して指導者ならびに学生自身で1~4点の範囲で記入してください。総合コメントは訪問した教員が記入します。

## 【実習態度・主体的な学習】

指導項目	学生評価（1~4で記載）	指導者評価（1~4で記載）
1.身なり服装		
2.挨拶		
3.言葉使い		
4.時間の遵守		
5.提出物の期限を守る		
6.報告連絡相談		
7.実習中の主体的な取り組み		
8.対人関係		
9.自己学習		

## 【作業療法場面】

指導項目	学生評価（1~4で記載）	指導者評価（1~4で記載）
10.情報収集		
11.作業療法評価項目の列挙		
12.検査測定の実施		
13.評価のまとめ（全体像の把握）		
14.対象者の焦点化		
15.目標設定		

<総合コメント>

記 載 日      年      月      日

実習施設名

実習指導者名

訪問指導教員：

印

【評価実習Ⅰ・Ⅱ】

## 実習を終えての感想

令和    年    月    日

実習施設名：

氏名：

※ 最終日に学生が、施設に対して提出するものです。各施設にて受領ください。

## 学校に対する意見および連絡事項

令和    年    月    日

実習施設名：

記入者名：

以下に意見などございましたら、ご記入ください。

※施設から学校への連絡簿です。（1 施設につき 1 部です。）  
実習終了時に、学生にお渡しください。



## 実習中の欠席・遅刻・早退届

令和 年 月 日

臨床実習指導者 殿

氏 名：

実習施設名：

欠 席： 年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分

遅 刻： 年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分

早 退： 年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分

理 由（具体的に）：

欠席時の連絡先：

〒 -  
住 所：

TEL：（ ） ー

氏 名：

年 月 日

実習指導者署名：



付記：前もって必ず許可を得ておくこと。緊急の場合は口頭で連絡し、後日届けを出しておくこと。  
正当な理由と認められない場合は無断（欠席・遅刻・早退）扱いとする。

【評価実習Ⅰ・Ⅱ】

## 車両持ち込み許可願

令和 年 月 日

施設長 殿

藤華医療技術専門学校  
作業療法学科

氏名

印

今般貴施設での長期実習に伴い、使用を希望する車両の持ち込みを許可くださるようお願い申し上げます。

なお、駐車場についての規則など、ご指示くださるよう併せてお願い致します。

### 1. 実習期間

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

### 2. 車種・車両ナンバー

### 3. 免許証番号

保険加入状況につきましては別紙（自動車等保険加入状況調）をご参考ください。

自動車等保険加入状況調

令和 年 月 日

藤華医療技術専門学校  
作業療法学科

氏名：

印

1. 車 種 自家用車・自動二輪車（大型・中型）・原動機付き自転車  
その他（ ）

2. 車名・年式

3. 登録番号

4. 所有者名

5. 保険加入状況

① 自賠責保険会社名

② 任意保険加入の有無 有 ・ 無

(ア)保険加入会社名

(イ)保険期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

## 事故・ヒヤリハット 発生報告書

発生日時		令和      年      月      日      時      分頃
場      所		
事故   状況		
備      考		
報 告 書	所   属	学   科      第      学   年
	氏   名	印
	作成日	令和      年      月      日      時      分
実習指導者署名      印		

受   理   ：      年      月      日      時      分

担当教員   署名   ：

# 指導者による学生評価

【評価実習Ⅰ・Ⅱ】

学籍番号

氏名

## 【実習態度・主体的な学習】

指導項目	4	3	2	1	評価
1.身なり 服装	実習生に相応しい清潔感のある身なりができる。指導者による指導は必要ない。	時折身なりや服装の乱れはみられるが、そのことに気づくことができ修正できる。修正後、指導の必要はない。	身なりや服装の乱れがみられ、その都度、指導が必要だが修正は可能。修正後、指導が必要なこともある。	常に身なりや服装が乱れており非常に多くの指導が必要。指導後も改善が見られない。	
2.挨拶	対象者やスタッフ等に対して礼儀正しく挨拶が行える。挨拶等に関する指導は必要がない。	時折挨拶等を忘れることがあるが、そのことに気づくことができ修正できる。修正後の指導は必要がない。	声が小さく相手に伝わらないことが多い。その都度、指導が必要だが修正は可能。修正後、指導が必要なこともある。	相手に伝わる挨拶等ができない。非常に多くの指導が必要であり、指導後の行動に改善が見られない。	
3.言葉使い	対象者やスタッフに応じた言葉遣いができる。言葉遣いに関する指導は必要ない。	時折 OTR、対象者、スタッフ等に対する言葉使いを指導することがあるが、修正後は問題のない対応ができる。	他者に対する言葉遣いで多くの指導が必要であり複数回の指導後、修正が可能となる。修正後、指導が必要なこともある。	言葉遣いに関してほぼ毎回指導が必要であり、指導後も修正ができない。	
4.時間の 遵守	実習中スケジュール管理ができ指導者による指導の必要がない。	実習中スケジュール管理に若干の漏れがあるが、そのことに気づくことができ修正できる。修正後、指導の必要はない。	実習中スケジュール管理に漏れがあり、多くの指導により改善。しかし、修正後、指導が必要なこともある。	実習中スケジュール管理ができず、多くの指導を要す。指導後も改善が見られない。	
5.提出物の 期限を 守る	実習中の提出物の管理ができ指導者による指導の必要がない。	実習中の提出物の管理に若干の漏れがあるが、そのことに気づくことができ修正できる。修正後、指導の必要はない。	実習中の提出物の管理に漏れがあり多くの指導により改善。修正後も指導が必要なこともある。	実習中の提出物の管理ができず多くの指導を要す。指導後も改善が見られない。	
6.報告連絡 相談	OTR や対象者に対する報告・連絡・相談が問題なく行える。	ときどき報告・連絡・相談に関する指導が必要場面がある。指導後の修正行動はとれる。	必要に応じた報告・連絡・相談ができず、頻回な指導が必要である。複数回の指導後、修正行動が可能となる。	必要に応じた報告・連絡・相談ができず、指導を頻回に行うが、修正行動が全くとれない。OTS 単独行動が非常に多い。	
7.実習中の 主体的な 取り組み	実習の目的を十分に理解して、OTS として自主的に行動することができる。臨床実習に関する指導や促しの必要がない。	臨床実習の目的について理解が不十分な部分がある。臨床実習目的等を確認した後、自主的な行動を取ることができる。	実習目的についての理解が不十分な部分が多く複数回の指導が必要である。指導後の自主的な行動が少しずつできる。	実習目的についての理解ができておらず、自主的な行動がとれない。促してもOTSとしての実習行動がとれない。	
8.対人関係	OTR、対象者、スタッフ等に対する人間関係の取り方に問題はない。	OTR、対象者、スタッフ等に対して初めはぎこちない対応をすることがあったが、慣れてくると適切な関係を取ることができるようになる。	OTR、対象者、スタッフ等との人間関係について指導が必要なおことがある。指導後、修正可能であるが、時々指導が必要。	OTR、対象者との人間関係について相手に受け入れてもらえない、OTS 自ら関係を取ろうとしないなど、人間関係の取り方に問題が見られる。	
9.自己学習	必要に応じて、自ら調べ学習を行う、または指導者に情報を求める行動を取ることができる。	指導により調べ学習等ができ、内容も理解できている。しかし、指導されたこと以外の自己学習は行わない。	調べ学習等はできるが、内容や理解が不十分である。またはインターネット情報を貼り付け等でまとめた状態であり、その内容を理解していない。	自発的な自己学習が全くなされておらず、自ら学ぼうとする姿勢が見られない。助言しても調べ学習などの行動が見られない。	

# 【作業療法場面】

指導項目	4	3	2	1	評価
10.情報収集	指導者に相談しながら、カルテや他部門から円滑に情報収集できる。	指導者から指導を受けながら、情報収集を行うことができる。	指導者から多くの指導を受けなんとか情報を収集できる。	指導者からの指導を受けても情報収集の重要性を理解できず、情報収集ができない。	
11.作業療法評価項目の列挙	対象者に即した評価項目を ICF 分類に従って列挙することができる。	対象者に即した評価項目を ICF 分類に従って列挙できるが、いくつかの項目が不足している。	対象者に即した評価項目を ICF 分類に従って部分的に列挙できるが、多くの項目が不足している。	対象者に即した評価項目を ICF 分類に従って部分的に列挙できない。また、指導しても列挙できない。	
12.検査測定の実施	列挙した検査測定等を円滑に実施できる。修正指導の必要はない。	列挙した検査測定が実施できるが多少指導が必要である。	列挙した検査測定について実施できる項目が少ない。多くの修正指導が必要である。	列挙した検査測定を実施できない。指導しても習得できない。	
13.評価のまとめ (全体像の把握)	評価結果から ICF に従って全体像を把握することができる。	評価結果を元に指導者からの助言を受け、ICF に従って OTS 自身で全体像をまとめることができる。	評価結果から OTS 自身で全体像をまとめることはできないが、指導者が考える内容を理解できる。	評価結果から OTS 自身で全体像をまとめることはできず、指導者が考える内容も理解できない。	
14.対象者の焦点化	対象者の全体像から問題点を焦点化することができる。	対象者の全体像から指導者から助言を受け問題点を焦点化できる。	対象者の全体像から OTS 自ら焦点化することはできないが、指導者の考えを理解できる。	対象者の全体像から焦点化できず、指導者の考えも理解できない。	
15.目標設定	焦点化された対象者の問題点に対するリハビリテーションゴールを理解ができ、それに応じた作業療法目標を設定することができる。	焦点化された対象者の問題点に対するリハビリテーションゴールの理解、それに応じた作業療法目標を設定することについて指導者の助言を受けながら設定できる。	焦点化された対象者の問題点に対するリハビリテーションゴールの理解、それに応じた作業療法目標について指導者が設定している内容を理解ができる。	焦点化された対象者の問題点に対するリハビリテーションゴールの理解、それに応じた作業療法目標について指導者が設定している内容を理解ができない。	

<指導者コメント>

<学生コメント>

評価日 年 月 日 点/60点

実習施設名

実習指導者署名 印

