

吉備国際大学の新たな理学療法士教育の展開

平上二九三

New system of education for physical therapists in Kibi International University

Fukumi HIRAGAMI

要 旨

この10年の間に社会や医療情勢は大きく変化し、社会が求めている理学療法士（PT）と従来の教育システムとに大きなギャップが生じていると言われている。そこで本稿は、卒業時にどのようなレベルのPTを送り出すべきなのか、という学科の理念と方向性を検証した。まず、学習目標を3領域（知識・技能・態度）に分け、これまでの実践から築いてきたPT教育の本質を明らかにした。次に、PT教育の根幹である臨床実習は、3領域の総合学習として見直し、指導内容や成績判定について改革を求めた。最後に、臨床実習と学内教育に一貫性を持たせるため、新しい教育目標や各学年次の教育目標について解説した。今回、明確化された当学科の臨床指向的教育の歩みと今後の展開が、学内外の関係者に理解されることを切に望むものである。

キーワード：理学療法、学習目標、臨床能力、臨床実習

Key words：Physical therapy, Learning targets, clinical competence, clinical training

はじめに

2000年から僅か8年間で、理学療法士（以下、PT）の養成員数は3倍以上になっている。加速的に激増するPTの誕生は、需要と供給のバランスを崩し、最近では就職難の声も聞く。また質を維持するためか、昨年から国家試験の合格率が大幅に下がっている。今後、後期高齢者医療や健康寿命の延伸に寄与できる臨床能力を備えた質の高いPTを、どう育成するかが問われている。入学志願者や社会からの信頼を得るためにも、開設以来14年間の実績を踏まえて当学科の教育内容や取り組みを見直し、早急に改革を進める必要がある。本稿は、今後どのようなレベルのPTを社会に送り出したいのか、という学科の理念と方向性を検証することを目的とした。

I. PT教育の危機とその本質

1. 大学教育と社会的ニーズ

有本（2000年）は高等教育ジャーナルで次のように述べている。「大学は、社会のニーズにより成り立っている。教員は、学生がその職業について学ぶことの社会的ニーズは何なのかを適切に把握する必要がある。新しい時代のニーズに対応して、大学の建学の理念に反映させなければならない。大学は社会背景に適応し、社会に有為な人材を養成することが求められる。一方で少子化による18歳人口の減少や進学率の上昇に加えて、ますます多様化する学生の価値観や、能力・適性といった個性化にも適切に 대응していくことも求められている¹⁾」

また、井尻（2008年）は「これからの大学のあるべき姿は、外の情報を吸収し、組織の中から情報を吐き出す。変化する社会と呼吸しながら人材を育成する機関でなくてはならない」と述べている²⁾。いずれも大学教育と社会的ニーズとに齟齬があれば

淘汰されてもやむをえないことを喚起している。

2. 社会的ニーズの変化と PT

そこで社会的ニーズと PT 養成とを照らし合わせてみると、まさに方策が急務である。介護保険の導入と回復期リハビリテーション（以下、リハビリ）病棟の新設（2000 年）を皮切りに、PT を取り巻く医療情勢や医療環境は、この 10 年をみても大きく様変わりしている。2006 年の診療報酬改定では、理学療法や作業療法という名称は消滅し、リハビリ料で一括されてしまった。歴史的にみても残念であるが時の流れや、社会の仕組みの変化は早く、社会が望む PT との間には大きなギャップが生じている³⁾。旧来の教育システムでは現今の社会的ニーズを満たすには不十分で、もはや時代にそぐわない。PT を取り巻く医療・福祉システムが、あまりにも急速かつ大幅に変革していることから、教育目標を明確化し、教育内容を再考する必要があると警告している⁴⁾。

3. 療法士養成の現状

療法士教育の危機について清水らは次のように表現している。「我が国は未曾有の高齢社会を迎えている。これに対し、医療・福祉の分野を実際に支えていく中核がリハビリ医療と考えられる。このため療法士の需要が多く見込まれ、近年多数の養成校が乱立している。そして、少子化による学生数の減少により、養成校入学希望者が減少し、入学適正基準を満たさない学生を容認する環境ができつつある。このような養成校の危機的状況の中、養成校の教育能力がこれまで以上に問われる。しかし、従来の療法士教育システムは専門家教育という視点が欠落しており、臨床を離れた教員が主導的に教育をおこ

なっている現状がある⁵⁾」これは 2006 年の報告でありここ 2～3 年、養成校間の格差が明確化し質の低下は著しく、定員割れも多いという声も聞く。

4. 社会から求められる PT 養成

教育とは次世代に対する価値観の働きかけで、それを開花させることであり、大学教育は社会が認知した学術分野を独自に展開できる人材を育成することにある⁶⁾。また PT 教育は、治療の学問としての臨床科学である⁵⁾ ことから、臨床を教育に持ち込まなければ PT 教育にならない。臨床現場で症例を通じた経験を学生に講義することが大切になる⁵⁾。臨床と教育を乖離させず、臨床・教育・研究をバランスよく連結した教育システムが望まれる。

5. 大学教育と PT 教育

今日の医療は日進月歩で高度に専門分化し、臨床現場で求められる知識・技能は膨大である。そのため大学の 4 年間で高度な知識・技術を習得するのは困難で、社会の変化に対応できる基本的な能力を養うことが求められる。つまり、専門家としての素養を十分に備えた人材養成が重要となる。専門家を養成するためには、認知領域（知識）・精神運動領域（技能）・情意領域（態度）の 3 つをバランスよく教育システムに盛り込む必要がある。この知識・技能・態度の 3 領域は、一般の高等教育の教育目標やカリキュラムの全体設計にも活用されている⁷⁾。一方でこの枠組みは医学教育でも使われている（表 1）。この知識・技能・態度は、それぞれ能力が浅いレベルから深いレベルまで、深さの分類が示されている。知識は「想起」「解釈」「問題解決」のレベルに、技能は「模倣」「コントロール」「自動化」のレベルに、態度は「受け入れ」「反応」「内面化」のレベルに分

表 1 学習目標と臨床能力の分類

領域		認知領域 知識	精神運動領域 技能	情意領域 態度
浅	第1段階	想起 記憶する	模倣 構えができる	受け入れ 気づく
↓	第2段階	解釈 理解する	コントロール 何とかできる	反応 表現/態度
深	第3段階	問題解決 応用する	自動化 無難にできる	内面化 自発的行動

けられる。それぞれの言葉の意味するところは、いろいろな動詞で示されており定義が曖昧である。

6. PT 教員に求められるもの

教員は将来を見据える先見性を持ち、常に教育力を磨き、学生の理解度を高める方策を考えなければならない⁸⁾。教育の責任は養成校と教員にあり、組織的な取り組みや共通認識を持って学生教育にあたるのが大切である。PT 教員は、臨床思考力や臨床的力量が当然必要とされる。大学教員の要件は臨床家（5年）と研究者としての基準があるのみで教育者としての要件はないとかつて言われていた。しかし今日、大学教員には従来の研究業績重視から、教育のあり方を見直す意識改革も求められている。学内教育と臨床教育とに整合性が図られた教育内容が重要である⁵⁾。また教育方法はあくまでも手段であり、まずは教育目標を明確に設定しておく必要がある。

7. 生き残りをかけた当学科の PT 教育

この10年の医療保険と介護保険の制度改正・改定の流れのなかで、ますます質の高いPTが求められている。今こそ、学科の理念と方向性を検証しなければならない。当学科のPT教育は、臨床指向的教育に研究を結びつけ、臨床に即した学際的な教育研究を行うことである。社会的ニーズは変わっても、普遍的な理論や知識などを熟知させることが本質と考える。生涯学習を視野に入れ、卒業時の目標は臨床能力の基礎を養うことである。当学科では臨床実習の手引きにおいて、知識・技能・態度を学習目標として設定してきた。そこで臨床能力の分類として、3領域ごとに3つのレベルで分かりやすく解説してみる。

Ⅱ. 本学の教育実践から築いてきた学習目標

1. 学科が開設時から強調してきた「技能」の学習

技能の分類は模倣・コントロール・自動化である。「模倣」が意味するものは、見よう見まね／構えができる。「コントロール」は、自分なりに状況に応じたことが何とかできる。「自動化」は、考えなくても無難にできる。

振り返ってみれば、1期生（1995～）から「構

え」を強調してきた。実はどんな技能職も模倣から始まり、何度も反復練習し自分のものにする。技術の習得は、模倣が習熟の第一歩で、模倣の反復練習でPTの技術が身につく。実習生も「模倣」からのスタートである。構えは姿勢であり、PTの治療姿勢で手技はその後である。学内実習は、止まっている治療姿勢・構えから始める。

臨床実習では「模倣」するための見方を知らなければならない。患者の患部に目が集中し、またPTの手先ばかり観ているとPTの治療姿勢を真似することができない。これでは手品に誤魔化されているようなものである。何を反復練習するのかを学内実習で徹底的に鍛える必要がある。

2. 成績不良者対応から教えられた「態度」の学習

態度の分類は受け入れ・反応・内面化である。「受け入れ」が意味するものは、気づく／役割に気づき価値づける。「反応」は、言葉や文章で表現し態度で表す。「内面化」は、自発的に行動し自己の行動様式に反映できる。

2000年ごろから臨床実習で成績不良者が、多い年では1～2割になり対応に苦慮した。悩み考えた末、臨床実習の最小限（ミニマム）の成果は‘気づき’である判断とした。‘気づき’は受容の段階で、PTの役割・価値観に気づき、自分のこととして受け入れることである。例え臨床現場で学生の「反応」が得られなくとも‘気づき’は大きな成果である。後に学内教育でこの‘気づき’を開花させ「反応」が見られることを期待した。それが教育効果であり、学内教育では得難い貴重な経験知と考えた。現実にこの対応で変容した学生も多く、首席で卒業した者もいる。

3. 臨床能力を育む「知識」の学習

知識の分類は想起・解釈・問題解決である。「想起」が意味するものは、言葉を聞いて何のことか分かる／記憶。「解釈」は、意味づけや分析する知識。「問題解決」は、対処できる知識／知っていることを応用する。

国家試験は基本的知識を問うものであるが、これに合格しても最低限の知識が保障されたことにすぎない。では臨床的技能や基本的態度についてはどう

保障されるであろうか⁴⁾。卒業時の知識と技術は生涯学習へのスタートであり、臨床能力の基礎となる。より質の高い理学療法を提供するための責務として自己研鑽・自発的な学習習慣が重要である⁸⁾。卒業後により高度な知識や技術を習得するのに必要な基礎的事項をきちんと学ぶことが不可欠となる⁴⁾。

4. 3領域ごとの学習目標

3領域における3つのレベルを第1段階は卒業時から概ね3年の臨床経験、第2段階は臨床経験が概ね3年から6年、第3段階は概ね6年以上の臨床経験と仮に考えてみる。まず卒前教育では第1段階の「構え」「気づき」を臨床実習で体験し「想起」は臨床現場で必要とされる知識について自覚させる。この経験をバネに卒業までに基本的な知識を整理させ、卒後に臨床能力を高めていく方法論を身につけさせる。学内教育では卒後に研鑽していける学習習慣をつける。これが開設以来14年間の教育実践から築いた学習目標の到達点といえる。次に当学科独自のPT教育や、臨床教育について論及する。

Ⅲ. 望まれる臨床実習の教育改革

1. 臨床能力を育む3領域の総合学習

PT教育の根幹は臨床実習であり、臨床能力のキーになるのは臨床実習である。臨床能力は基本的に3領域に集約されるが、知識・技能・態度はそれぞれオーバーラップする部分がある。そこが臨床実習の現場でしか学べないところである。臨床実習で指導者から直接学ぶべき点は、患者個々に介入し、その人なりに適切なりハビリを考える術の体験である。つまり専門職としての診方・考え方・かかわり方は、如何に個別的に介入していくかであり、知識・技能・態度の総合学習ともいえる。

2. 3領域プラス2領域の総合学習

臨床能力には3領域に加えて「情報収集力」と「総合的判断力」の2領域も必要となる。医療職としての医学的な臨床判断能力や問題解決能力の習得が問われ、臨床像と障害像から導かれた生活機能の改善につながる実践力が求められている。PTの基本的な臨床技能は、1) コミュニケーション技能、2) 医療面接技能、3) 情報収集力、4) 基本的検査／

測定技能、5) 基本的治療技能、6) 総合的判断力の6つが挙げられる。情報収集力と総合的判断力は知識の範疇かもしれない。コミュニケーション技能は、人との関わり方で態度にも関連する。

3. 臨床実習の指導方法

クリニカルクラークシップを重視した参加型の臨床実習を行うためには、実習前の知識のみではなく、臨床能力も問い「一定の水準に満たない学生を篩い分ける」ことも必要である¹⁰⁾。この指導法は模倣を学内実習で徹底されていなければ通用しない。また、OSCE (Objective Structured Clinical Examination; 客観的臨床能力試験、通称オスキー)などで実習前のチェックも必要である。学生を医療チームの一員として研修医とほぼ同等な立場で患者を受け持たせて、担当医として診断や診療まで関わらせることになる¹⁰⁾。他にもいろいろな指導方法があるが、欧米の医学教育を真似るだけでなく、我が国の教育や学生の能力に即して十分に咀嚼(検討)してから嚙下(導入)することが必要である¹⁰⁾。本稿は、学科が望む臨床実習の学習目標や指導内容を明確化することが目的である。したがって、指導方法については施設の方針に沿いながら、今後とも検討していくことに変わりはない。

4. 臨床実習の総合評定

臨床実習終了時は第1段階の「構え」「気づき」「想起」が到達目標である。‘気づき’に対する反応が学生によって非常に小さかったり、大き過ぎたりする。最小は指導者がもの足りず、最大(過剰)は学生が戸惑う場合もあるが‘気づき’は最小で最大の収穫と考える。臨床活動は言い換えると、行為(面接・評価・治療)を行いながら‘気づき’による仮説を生みだし、それを次々に修正しながら展開する知的作業であるとも言われる¹¹⁾。

臨床活動はまさに‘気づき’の連続とも言える。具体的には、カルテからの情報収集や患者さんへの敬意や尊厳・安らぎの面談、その上での触診や手技に癒しの手とプロフェッショナルリズム(専門職業意識)を感じる。またなりハビリ・マインドによる共感・あきらめない気持ち、そして日々の臨床実践の省察を聞かせて戴くなどである。患者個々に介入

し、その人なりに適切なりハビリを考える術の体験は、成長の大きな糧となる。そこを全体的に観た評定が望まれる。

臨床実習には適性の評定項目がある。適性には2つの要素があり、顕在部分と潜在部分とがある。顕在部分は、知識・技術・態度で各領域は学内教育からも判断できる。潜在部分は、性格や習慣・動機・価値観・自己意識であり、学生個人の要素である。

5. 臨床実習の教育改革

1) 臨床実習において学生に適性が乏しい、と評価を受けることもあるが、この点も教員は責任を感じている。臨床実習中に潜在部分を指摘されても、なかなか改善できるものではない。学科としては、顕在部分の適性について指摘・評定を指導者の方々にお願いしたい。

2) 臨床実習における知識不足は、学生のみならず教員側の責任でもある。最低限の知識の保障は、国家試験に合格させることが学校側の責任である。知識は臨床実習後にも補完できる。国家試験の受験許可は、学科としても当然のことながら合格できることを前提としている。

3) 実習の最終目標は症例レポートを提出して合格点をもらうことではない。体験学習による成功体験が、生涯学習への意欲を高めることになる。学内に帰れば学生が主体で、どんな対象疾患にどんな治療経験をさせてもらったかを学内セミナーで発表する。これは症例報告とは異なる。症例レポートの完成度を高めるだけの実習形態に偏らないことを望みたい。

4) 統合と解釈は「情報収集・観察、検査・測定から得られた現象・病態の解釈であり、治療の可能性と方法を模索するものである。それは可能性であり、予測の要素も含まれている」と定義されている¹²⁾。臨床像と障害像の特性を踏まえ、介入ポイントを絞り込む思考力が重要と考える。常に内省を促し、要約させる指導をお願いしたい。

5) 学内セミナーに先だって、発表の演題名を提出させる。このタイトルに臨床実習で得てきた知識・技術・態度が集約される。患者さんのために苦勞し時間をかけ悩んだあげくの成果物に、何の文句もつ

けようがない。この発表を学生と教員が聞くことで、共有の経験知に高めることができる。上記5点の改革提案については、後述する新たな学科独自の取り組みから理解が得られるものとする。

IV. 新たな PT 教育の展開

1. 新しい教育目標と学習目標

当学科は2007年度よりPT教育の本質を検証し、臨床能力を育てる新たなPT教育の展開をスタートさせた。学科の教育目標は「理学療法に関する専門知識と技術を教授し、医療人としての主体性と創造性を培い、科学的根拠に基づいた理学療法を実践し得る人材を養成する」とした。「医療人としての主体性と創造性」の中にアートを、「科学的根拠に基づいた実践」の中にはサイエンスを含ませている。PTは、サイエンスとアートの両面をバランスよく備えておかなければならない。PTは、科学としての医学と全人的理解や社会的存在として診るところに専門性がある。また学習目標は臨床能力を一貫した教育内容とすべく見直した。

2. 臨床能力の基礎を育む一貫教育

臨床能力は臨床実習や卒後から養うものではなく、生涯学習へのスタートとして入学時から自発的な学習習慣で培う必要がある。学内教育の全てを臨床実習前指導としてとらえ、臨床実習後のフォローも視野に入れた一貫教育に組み替えた。学内教育－臨床実習－国家試験－卒後新人研修へと一貫した臨床能力開発が求められる。

入学後早期に臨床能力を身につけるための素養を育み、臨床実習前指導を念頭に科目ごとに講義概要を見直す。臨床実習後指導は学内セミナーで終了するのではなく、その後もフォローアップし基本的な臨床能力を身につけることを目指す。そして卒後に新人から中堅・熟練の域に達するまで臨床能力を深めていけるような基盤づくりとする。大学教育は卒前にプロフェッショナリズムを習得し、新人3年間でプロフェッション（専門職）を開花させることが目標である。

3. 各学年次の教育目標

3領域についてPT教育の意味するところを考え

てみたい。態度（PTの役割・価値感）は入学前・入学後、そして臨床実習の前後において、イメージしていたものと現実とのギャップなど、学生はどう感じているのであろうか。入学早期から学生の資質についての見極めは、学部の教育方針である。各学年次の進級判定は当学科独自のチューター規定に基づき慎重に検討している。

1) 1年次の教育目標

1年次の教育目標は「情意教育」としている。3領域の内、態度だけは個人に依るものであるが、この態度を変容させることが教育である。臨床実習でトラブルを起こす学生の多くは、潜在部分に依る者が多かったことから教育的関わりを入学当初からとした。医療職としての態度・情意面への指導は、入学早期から一人ひとりの学生の資質に応じて柔軟に取り組み、医学教育を履修しているという認識を高めている。専門職を目指す学生として、責任ある履修態度を入学後早期から促し、緊張感のある学習態度に繋げている。

2) 2年次の教育目標

2年次の教育目標は「コミュニケーション能力」としている。学生活動などで先輩から後輩へメッセージを送り、共に学ぶという仲間意識や教員との共通理解を深め、思いやりや助け合い等の精神を培う。このことが将来、臨床現場で必要とされるチーム医療につながると考えている。PTに求められる究極のコミュニケーション能力は、非言語コミュニケーションでもある。これは言語・文字に頼らず人間の感性を表現する顔の表情・姿勢・ジェスチャーなどの非言語のメッセージのやり取りであり、相互作用する過程と定義できる。PTにはNBM(Narrative Based Medicine：愁訴に基づいた個別の医療)が本質的に必要である。

3) 3年次の教育目標

3年次の教育目標を「リハビリ・マインド」としている。リハビリ・マインドとは「対象者に対する専門職の人間理解と共感が基本にある。信頼関係の中に動機づけや意欲といった前向きな気持ちを生起させる。人と人が助け合って生きる楽しみや喜び、といった仲間意識を見いだす。その人らしい生き方・

生活を取り戻していくために支援するという心持ち」と定義としておく。したがってPT教育の本質は、リハビリ・マインドにあるといっても過言ではない。

4) 4年次の教育目標

4年次の教育目標は「プレゼンテーション能力」としている。プレゼンテーションの方法論は3年次の専門科目で教育しているが、4年次の臨床実習終了後の学内セミナーや卒業研究の発表の場で、プレゼンテーションの技能を養っている。2005年から学内セミナーは症例報告ではなく、体験報告としている。貴重な体験をさらに省察し、学生間で共有するのが学内セミナーの目的と考えている。体験報告をタイトルに要約させている。体験症例の診方・考え方・かかわり方を要約することは、卒後の症例検討の方法や事例経験の蓄積の仕方としても有意義であると考えている。

最後に国家試験も近年、対応に苦慮しながら独自のシステムが機能している。臨床能力を主軸にしている以上、国家試験で保障されない臨床的技能や態度をどこで保障するかを検討しなければならない。

おわりに

本稿を基に教員間の共通認識を深め、各チューターを通じて学生により浸透させたい。当学科の新たなPT教育の内容が、学内外の関係者に理解されることを切に望むものである。現在、臨床指導者の意見を拝聴しつつ、実習手引き書の改訂を行うことを予定している。さらにカリキュラム改訂にも備えて、当学科独自の教育モデルを構築していく予定である。学科の教育システムは、教員の臨床への熱い思いと真摯な取り組みの中で、学生と共に創り上げてきたものである。このことから関係各位の理解を戴けるものと確信している。21世紀を迎え社会が大きく転換している中、吉備ブランドのPT教育が大学院教育（保健科学研究科・修士／博士課程、通信制理学療法専攻）と相俟って、益々発展することを願ってやまない。

謝 辞

この論説は平成20年度吉備国際大学共同研究費

の助成による一部であり、執筆にあたって当学科 PT 教員の皆様に貴重なご助言を頂きました。ここに付記して深く感謝の意を表します。

Abstract

The medical environment has changed greatly over the past decade. Physical therapists and occupational therapists are now required to have high levels of clinical competence. Physical therapists with high levels of knowledge and skill are needed, and consistency between the education provided at the university and clinical training is therefore necessary. Clinical competence generally consists of the three domains of knowledge, skill and attitude. I have set these three domains as learning targets in the education system. The learning targets for each year of the four-year curriculum are shown. I have reconsidered clinical training as training incorporating these three domains. In accordance with these changes, I have changed the content of instruction and assessment system. Based on the above, I have established an education system to improve the level of clinical competence. The new system of education for physical therapists in our university is in accordance with the needs of society.

文 献

- 1) 有本 章 (2000) ファカルティ・ディベロップメント (FD) とは何か? 高等教育ジャーナル 7: 40-49
- 2) 「変貌する大学の姿」. 山陽新聞 2008 年 11 月 25 日
- 3) 中屋久長 (2004) 問われる理学療法士教育. 理学療法 21: 1498-1507
- 4) 潮見泰蔵 (2005) 理学療法士教育モデルの提案. 理学療法 22: 553-559
- 5) 清水康裕, 馬場 尊, 才藤栄一 他 (2006) 新しい療法士教育の臨床指向的教育・研究統合プロジェクト. リハ医学 43: 349
- 6) 中村隆一 (2004) 理学療法教育の現状と課題. 理学療法 21: 1392-1397
- 7) 梶田叡一 (1978) 教育評価. 有斐閣 東京
- 8) 乾 公美 (2005) 理学療法士教育モデルの提案: 教育評価. 理学療法 22: 681-685
- 9) 大峯三郎, 舌間秀男, 木村美子 他 (2006) 理学療法士教育は今後どうあるべきか. 理学療法 23: 1294-1303
- 10) 中野 隆 (2005) 包括的な理学療法士教育モデルの提案. 理学療法 22: 428-440
- 11) 内山 靖, 小林 武, 前田眞治 (2006) 臨床判断学入門. 協同医書出版社 東京
- 12) 奈良 勲 (2001) 理学療法評価学. 医学書院 東京

