

保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ 実践能力育成プログラムの提案

平上二九三 野中哲士* 横井輝夫 齋藤圭介 京極 真** 村上重子***

Education of reflective practitioners in School of Health Science and Social Welfare

Fukumi HIRAGAMI, Tetsushi NONAKA*, Teruo YOKOI, Keisuke SAITO,
Makoto KYOUGOKU**, Shigeko MURAKAMI***

要 旨

本論文は、保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ実践能力の育成について提言した。そのために、理学療法の臨床実践を通して見えてきた実践能力育成プログラムの必要性について論じた。また、患者の問題を解決するために生活機能モデルの有用性について述べた。その上で、保健医療福祉学部の実践能力教育に関する具体的な学習方法について提案した。

キーワード：専門教育、実践知、臨床能力

Key words：Professional education, Knowledge-in-Practice, Clinical competence

はじめに

21世紀に入り社会情勢は大きく変化し、少子・超高齢化社会が急速に進展し、国民の誰しもが健康で生きがいを持ち、家庭や地域社会で安心した生活を送ることが最大の関心事になっている。これにより医療保険と介護保険は、急性期から慢性期、施設から在宅、医療から福祉の流れで制度改正が行われている。その結果、医療は高度専門分化し、入院期間の短縮と外来治療の継続により、地域で療養生活を送っている患者が急増し、長期的ケアのニーズは増加の一途をたどっている。

こうした状況から、医療専門職の活躍の場は病院から地域在宅分野へ、福祉専門職は地域在宅介護から病院などの医療分野へと相互に拡大している。そ

の中で、医療専門職も福祉専門職とともに、医療から保健福祉まで幅広い分野において、複雑・多様化した問題を抱える対象者に対応できる実践能力が求められている。

そこで、吉備国際大学保健科学部は平成23年度4月より「保健医療福祉学部」に名称変更し、看護学科・理学療法学科・作業療法学科に社会福祉学科を加え、医療から保健福祉まで幅広い分野において、複雑で多様な問題を抱える対象者に対応できる実践能力を備えた、ヒューマンヘルスケアを担う人材養成がスタートすることになった。

本稿では新学部のカリキュラムにおいて、保健・医療・福祉の各分野における知識・技術の専門的教育を一方の柱とし、それぞれの分野の専門性を生か

吉備国際大学保健科学部理学療法学科

〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

*吉備国際大学保健福祉研究所

〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

**吉備国際大学保健科学部作業療法学科

〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

***吉備国際大学保健科学部看護学科

〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

Department of Physical Therapy, School of Health Science, KIBI International University, 8 Iga-machi Takahashi-City, Okayama 716-8508, Japan

**Research Institute of Health and Welfare, KIBI International University, 8 Iga-machi Takahashi-City, Okayama 716-8508, Japan*

***Department of Occupational Therapy, School of Health Science, KIBI International University, 8 Iga-machi Takahashi-City, Okayama 716-8508, Japan*

****Department of Nursing, School of Health Science, KIBI International University, 8 Iga-machi Takahashi-City, Okayama 716-8508, Japan*

す共通の基盤として広く現場に必要とされる実践能力の教育をもう一方の教育の柱とするような、二本立ての教育プログラムを導入することを新たに提案したい。なお後者の分野共通の実践能力とは、具体的には、対象者が抱える複雑で複合的な問題に対して、多様な現場の状況に学び省察することで対処する問題解決スキルや、対象者とともに複合的な問題に立ち向かう基盤となるコミュニケーションスキルのことを指す。本稿は2部構成とし、前半は「Ⅰ：理学療法の臨床実践を通して見えてきた現場の要請」、後半では「Ⅱ：保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ実践能力の育成」について論じることにする。

Ⅰ：理学療法の臨床実践を通して見えてきた現場の要請

1. 患者から学ぶという意味

患者の抱える問題を発見するには、実践を通して、それに‘気づく’という高度な専門性が必要である。また、問題に‘気づく’ことが高度な専門性であるならば、気づかなければ患者にとって利益にならない。気づきを通して患者の行動変容を引き出すことがリハビリテーション（以下、リハ）医療であり、それがニーズに応えることになる。理学療法士（以下、PT）の専門性である知識・技術は、問題を発見するための手段であり、患者中心に徹すると専門性は使うための道具になる。これは筆者らが臨床実践を通して感じている問題認識である¹⁾。

経験と患者から学んだ優れた洞察能力・感性・直感力を備え、適切な臨床判断ができるPTが熟練PTである。「患者から学ぶ」「経験から学ぶ」ことのない臨床活動には感動がなく、成長もない。熟練PTは、「患者から教えられる」「患者からヒントをもらう」という言葉を使うが、この意味合いについて歩行練習を例にとって解説してみる¹⁾。

歩行能力の獲得は、PTの一方的な指導や訓練に患者が従うということでは成し得ない。歩行獲得は患者とPTがお互い理解し、その上で共感し合いながら試行錯誤していく中で、導き出される成果である。その際、患者の良くなろうという意志は何より

も優先され、歩かされている顔が自らの意志で歩こうとしている顔にならなければ成就しない。そのような意志が感じ取れた瞬間、あるいは表情の変化に続いて動作や活動が変容する瞬間は見逃せない。最小限の適切な声かけと最適刺激の入力が患者のこころと体の動きを増幅させ、その持続が治療効果として現れる。この問題発見と治療効果は患者とPTだけが共有できるものである。PTは患者との共同作業による非言語のコミュニケーションから「患者から学ぶ」「経験から学ぶ」ことができる¹⁾。

その学びは患者から瞬間的に表出されるヒントであり、それを見抜くためには感性や直感力が必要である。簡単に視覚化できるものではないものの、五感で感じとったことを素直に言葉に置き換えて、相手や状況に合わせて、より受け取りやすい表現を工夫し、言葉にして伝承しなければならない技術である。常套句や紋切り型の専門用語で表現せず、先入観を捨てて表現力を豊かにし、五感を磨き感受性を高めることで、洞察力が身につくようになる。そうした洞察力は、学生が臨床実習で習得できるスキルでなく、一朝一夕に身につけることはできない。それは対象者が患者ではなくとも、地域の人と触れ合うことでも体験でき、普段から人とのかかわりの中で臨床的感性を磨いていくことが大切である。

この洞察力や臨床的感性について理解を深めるために、多田富雄先生の言葉を紹介する²⁾。表1は著名な免疫学者の多田先生が自身の壮絶なりハビリ経験を通して理学療法について述べた文章である。資料の「(1) 優秀であった、(2) 感謝している、(3) 尊敬する」とは、何がそのように言わせたのであろうか。「(1) 筋肉の解剖学・運動生理学の知悉、(2) 車椅子の移乗などの生活指導、(3) 代償動作による歩行練習」といった教科書的な専門知識・技術を淡々と提供するだけでは「こころから尊敬する」ことにはならない。そこには「患者から学ぶ」「経験から学ぶ」PTの姿勢が、多田先生にそう感じさせたのではないだろうか。なぜなら、患者の問題を解決するためには、単に身体的な問題だけでなく、疾病や障害を持ちながらも、どのような場で生活し、人生を送ってこられたのかを理解

表1 資料²⁾

(1)	この病院のPTは優秀だった。私を担当したKさんも、まだ若かったが、リハの基本を熟知し、筋肉の解剖学はもとより、筋肉の運動生理学を知悉していることが言葉のはしばしからわかった。
(2)	PTは親切にやり方を基本から教えてくれた。車椅子への乗り移り方、ベッドに戻るにはどうしたらよいか、そこには合理的な規則がある。PTの一つひとつ教えられて、私はリハが科学的なもので、決しておごなりの生活指導のようなものではないことを実感した。ここで教わったことが後まで役にたったことを、今では感謝している。
(3)	私の場合は重度の右麻痺で、大腿四頭筋などは、まったく自発的には動かないが、大腰筋と腸腰筋は少しだけ動く。これを強化して歩く訓練をしてきているらしい。私は幸運にも、そうした能力を身につけたPTに出会い、ころから尊敬するようになった。
(4)	経験に学ぶことが療法士に求められている。経験ある理学療法士は実に優れた洞察能力が備わり、患者の苦しみを軽減する方法を探してくれる。マニュアルどおりに進まない場面に直面しているから、そんな洞察力がつくのだから。総論的知識は必要だが、理学療法士は患者から学んだ知識で行う、それが実力の差だ。

し、患者の苦しみを受け止めながら生きることの意味や価値に気づいた関わりが行えていたからである³⁾。

本学の学内教育においては、患者に提供するための専門的知識や技術に重点が置かれるものの、一方でキャリア教育が積極的に導入されている。特に平成23年度から大学設置基準の改定により「職業指導」が義務化され、「職業的自立」を念頭にしたカリキュラムや厚生補導を実施しなければならない。正確に言えば「社会的及び職業的自立を図るために必要な能力を、教育課程の実施及び厚生補導を通じて培うことができるよう、大学内の組織間の有機的な連携を図り、適切な体制を整える」ことが義務づけられた。したがって、本稿で提案する実践能力育成プログラムは、現場の要請というだけではなく、文部科学省が打ち出した大学で質の高い専門職教育の要請にも応えるものといえる。

2. 問題を発見するプロセス

問題を見つけるためには、自分がPTであるという専門志向からいったん離れて、患者の置かれている状況に目を開き、患者の語りに耳を澄ませることが必要である。PTは、障害の回復に有効かつ有益な介入ポイントを、速やかに発見する洞察力を持つことが望まれ、患者や家族が置かれた状況を、身体的のみならず心理社会的側面から捉える能力が求め

られる。この介入ポイント（問題）を発見する能力こそが、臨床経験の差がでるところである⁴⁾。

この臨床経験は、たんに経験年数を意味するのではなく、どれだけ患者の状況に目を開き、患者の語りに耳を澄ませ知り得たかの差であると考えられ、そのような感性をもった内省の積み重ねが差となっていく。では、どのような思考過程を踏めばよいのであろうか。教科書的な思考過程である「評価、問題点の抽出、統合と解釈、目標設定、プログラム」を基本にしながらも、もう少し実践的な思考過程の段階を提案してみたい⁴⁾。(表2)

「評価」の目的は、患者を全人的に理解することであるから、身体機能面の評価だけでは患者を理解したことにはならない。患者を評価するためには、まず十分な時間をとった傾聴が必要になる。「問題点の抽出」は、デマンドの中から回復・改善の可能性、すなわちニーズを発見することである。このニーズは身体機能面のみではない。「目標設定」は、必ずしも自宅復帰や施設復帰といった退院先ではない。目指すは身体機能の改善だけではなく、患者自身の意識の変化や行動変容である。「プログラム」は、PTが決めた訓練内容の羅列ではなく、患者とPTが共感できる介入ポイントである。「統合と解釈」は、PTの思考過程で特に重要であるが、実践では患者の治療結果や成果が結論になる。その成果は患者自身の意識の変化や行動変容であることから、理学療

表2 実践的な理学療法の思考過程

段階	実践的思考過程の内容
(1) 事前情報	カルテ情報から問題となっている症状・徴候や治療経過などの流れを読み取る。
(2) 第一印象	個人の特性と病前生活なども合わせて、ある程度の仮説をもって患者に対面し、表情やしぐさ・動作などを観察すると共に、訴えやニーズを傾聴する。また、愁訴に応じて身体所見などの簡単な検査を試みる。
(3) 治療仮説	再度、医療情報を確認し、治療の流れの中に理学療法をどのように組み込むかを思案し、仮説修正する。
(4) 評価と治療	実際に評価と治療を繰り返しながら、介入の方向性を探る。
(5) 治療選択	患者の訴えや反応を敏感に感じ取りながら、治療を試行錯誤し、介入の糸口をつかむ。
(6) 効果的治療	患者から障害の軽減のヒントや微妙な反応を感じ取り、比較的早期に最も効果が上がる治療を介入ポイントとする。
(7) 効果確認	PTと患者が治療効果を共感・共有できたものを2～3日継続して改善の方向性を確認し、2～3週間先の変化を見極める。
(8) 目標設定	潜在能力や残存能力を最大限に引き出し引き伸ばし、改善の確認ができたものが、介入ポイントになる。また終了時点の予測を確信し、患者や家族が満足し、医療者側も納得しうるものが目標となる。

法が本来のリハの理念に沿ったものになる³⁾。患者に傾聴し、共感し、共有し、その上で共同作業の過程があるからこそ、そこに感動と感激が生まれ、患者中心のアプローチになっていく。

この患者中心のアプローチのプロセスを体験することこそが臨床実習教育を行う意義といえるが、その理解、特に「評価」の全人的理解や問題の発見といった理学療法過程の方向性を決定づけるスタート地点での実践スキルは、学内教育の体験学習でも身に付けることができる。初年次教育のカリキュラムの中でこの点を強調し、創意工夫された臨床実践のための基本的スキルを涵養するプログラムを盛り込むことが課題である。

平成22年度の日本PT協会の活動として、指定規則改正の答申、教育ガイドラインの発刊、理学療法白書の発刊などが進められており、理学療法教育の歴史的経緯を踏まえつつ、将来を見据えた中長期的な方向性が具体的に提示されるであろう。各養成施設は、指定規則の改正に伴いカリキュラム改正が求められ、現行の教育内容は大きく転換していくものと予想される。このような過渡期こそ、医療専門職教育の原点を見直し、次世代の理学療法士養成を行

うために教育の中身を改革する必要がある。本稿で述べている実践能力育成プログラムは、こうした流れを先取りした先駆的な取組として導入を目指すものである。

3. 患者中心のアプローチ

PTの技術は、徒手による操作や誘導・刺激入力を患者が治療と感じることであり、言語的・非言語的な情報をフィードバックすることが重要となる。説明と同意（インフォームド・コンセント）は言葉を通して行われるが、実際の治療を通して患者自身が感じる非言語的な体験からも行われている。また理学療法では、終了後における患者の行動変容をも目標としている。このような実践プロセスは、患者とPTが共に治療効果を検証する、根拠に基づくオーダーメイド医療（理学療法）といっても過言ではないであろう³⁾。

表3に（1）傾聴、（2）伝達、（3）確認、（4）推奨、（5）検証の5段階からなる患者中心のアプローチを示した。（1）傾聴（仮説1）：病前生活や医療の事前情報を周知した後、まず患者の病気や障害に対するつらい思いや不安に共感し、今後への希

表3 患者中心のアプローチ

段階	新しい理学療法の実践プロセスモデル
(1) 傾聴	患者の病気や障害に対する考えや生活スタイルなどの全体的な気持ちを傾聴し、将来に対する不安や今後の希望などを把握する。
(2) 伝達	理学療法では、どのような治療方法があるのかといった一般的な方向性と、患者のニーズに対する介入方法について伝達する。
(3) 確認	患者の思いや希望を交えて理学療法の見解として、一致点や相違点を比較し合った上で介入ポイントを確認する。
(4) 推奨	介入ポイントと考えた治療を試行した結果から、早期に最も効果的な治療方法を推奨する。
(5) 検証	患者とPTが最善と思われる治療を実際に行った経過から、回復・改善を見極めて到達点について検証する。

望について十分な時間をとって傾聴する。そして患者の状態を患者中心に位置づける。(2) 伝達 (仮説2) : ニーズを発見し、方向性や見通しを患者に説明する。(3) 確認 (仮説検証) : 患者とPTの間で介入ポイントを確認する。(4) 推奨 (検証1) : 試行錯誤を繰り返し、最善と思われる治療方法と計画を推奨する。(5) 検証 (検証2) : 2~3日後の治療効果と2~3週後の患者の行動変容を確認する。以上のことから、(1) 傾聴と(2) 伝達が仮説の妥当性を確かめる段階で、(3) 確認以降で仮説を検証する段階である³⁾。

学生に患者中心のアプローチを理解・体験してもらうには、臨床実習指導者による技量が必要となる。ここでは(1)の傾聴と(2)の伝達についてはニーズの発見までを修得することの重要性を強調したい。PTは、人とかかわりの中で真のニーズを発見することからスタートしなければならない。真のニーズでないものに高度な知識や技術を提供しても、それは患者にとって何ら価値のないものになってしまう。また、PTのコミュニケーション能力としては、信頼関係を構築する能力が求められる。しかし、人のニーズを汲み取ることは、必ずしも理学療法場面に限ったものではなく、日々の何気ない生活の中で、その人が本当に求めているものを汲み取るトレーニングは可能である。そしてこの事は、理学療法場面に応用することができる。

学園の建学理念である「社会に有為な人材を養成

する」の「社会に有為な」と、本稿の「理学療法の臨床実践を通して見えてきた現場の要請」の「現場の要請」と同じ意味である。現場の要請は、対象者が抱える複雑で複合的な問題に対して、多様な現場の状況に学び省察することで対処する問題解決スキルであり、そのような実践能力を備えた人材養成が新学部の使命である。「学生一人ひとりのもつ能力を最大限引き出し引き伸ばし」の「学生一人ひとりのもつ能力」は、対象者とともに複合的な問題に立ち向かう基盤となるコミュニケーションスキルであり、本稿で提案する実践能力育成プログラムで育まれる。傾聴-共感-共有といった信頼関係の構築には、自ら考え、反省し、工夫していく直接経験しかない。この経験を3・4年次の臨床実習で気づくのでは遅すぎ、現場で役立つ実践能力は入学後早期に体験学習させておく必要がある。初年次から少人数ゼミ形式などの実践講座を設けて面倒見のよい新学部へと変わっていかなければならない。

4. チーム医療について

現場ではそれぞれの専門職が組んで治療にあたるチーム医療が主流になり、連携力が求められている。また治療を担う医療と生活を支える介護との連携力も欠かせないが、多種職の連携を促進するには何が必要であろうか。チーム医療には、他の専門分野と連携する「自律した専門性」という高度な専門知識や実践力が必要になってくる。この自律とは、自身

の立てた規範・基準に従って行動し、また自分の行為を自主的に規制することであり、いかに自らを律し、その診方・考え方を他に伝えていくかを意味する。つまり、組織的に集中的かつ効率性の良い患者中心のアプローチを実践するためには、スキルミクスにより自己の専門性を超えて役割の補完や代替関係をよく理解しなければならない。そのためには共通理解のための統一図式が必要であり、その意味で2001年にWHO総会で採択されたICF（国際生活機能分類）⁵⁾はチーム医療において有益なモデルになる³⁾。

他方、チーム医療では、現場で把握された情報が実際の治療に有効になることが多い。ICFに沿ったものの見方をすれば、障害の回復に有益な情報をいち早く掴むことができる。患者や家族の問題解決のためには、事例に対する各専門職の考え方・診方を共有することが必要になり、ICFを活用した考え方・診方・関わり方は、患者中心の医療や介護を推進する上で、マネージメント能力の向上につながることを期待される。各専門職の介入の手段は違っても、目的を明確にした関わりは、高い水準で調和統一された患者中心のアプローチになっていく⁵⁾。

本学では平成20年度の教育GP（質の高い大学教育推進プログラム）に採択された「医療・福祉領域の連携スキル学習プログラム」において、保健・医療・福祉の専門職間の連携を促進する教育プログラムが展開されている。採択期間終了後の平成23年度からは、共通科目「キャリア開発Ⅱ」の中で実施され、各学科の担当教員を中心として継続される。2年次科目の「キャリア開発Ⅱ」に連動した「キャリア開発Ⅰ」は1年次配当であり、この科目の中に本稿で提案する「保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ実践能力育成プログラム」を導入させたいと考えている。その理由は、チーム医療や多職種の連携を教育に持ちこむ場合、まずは共通のものを見方ができることが優先されるべきであると考えからである。先述した「評価」で全人的理解の共通の見方を、学内で体験学習を徹底しなければ、臨床実習で活用することは困難であると考え。また、医療・福祉の専門職に必要なコミュニケーションは話すことよ

り聞くこと、傾聴し共感する態度こそ、専門知識や技術を生かす土台となる実践能力であり、非言語のコミュニケーション・言葉にならない技術の伝承を、初年次教育で体験学習として取り組みたいと考えている。

以上、これまで述べたことは、理学療法の臨床実践を通して、理学療法教育の原点を問いながら見えてきた基本的な実践スキルと考える。このことから、来年度からスタートする保健医療福祉学部の教育に反映していくための具体的な方向性について提案したい。

Ⅱ：保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ実践能力の育成

1. 現場で生きる実践能力の育成

表1の（4）で多田先生²⁾が指摘するように、理学療法を含む保健・医療・福祉の現場実践において最も基礎的なことは、多様な状況において問題を洞察し、対象者とともにそれを解決するプロセスにある。実践現場においては、保健・医療・福祉に携わる者は、何よりもまず、対象者の生活機能の向上という目的達成に向けた実践の共同体のメンバーである。臨床の現場においては、まず対象者を中心に据え、対象者の状況を知るとともに、見方を共有することが重要となる。

今日、対象者が抱える問題は、複雑・多様化をきわめており、学内教育で習った型通りの症例や教科書的な専門知識・技術がそのまま実践現場に適用できる事例は稀である。実際の臨床現場は変化に富み、しばしば予想は裏切られ、発見に充ちた多様な状況がある。ベテランの実践家は高度な知識や技能を持ち合わせているというよりも、状況に埋め込まれている手がかりや情報を巧みに利用し、状況に学ぶことができる⁶⁾。このような、状況に対処できる能力は「実践知」と呼ばれる⁷⁾。

従来の保健・医療・福祉の教育は、専門職化という流れのなかで、専門家として「できるべきこと」がリストアップされ、それがより詳細になり、個別化していったという経緯がある。しかし、多田先生が指摘したような、多様な状況、対象者に学び、対

象者の生活機能向上に向けた問題を洞察する実践知は、保健・医療・福祉の専門家に共通して求められる能力であり、専門知識・技術の活用の共通の土台となる。ここでは、個別化した知識・技術の専門性を生かす共通の基盤として、広く現場に必要とされる実践知の教育をもう一つの教育の柱として新たに提案してみたい。

2. 次世代理学療法教育の忘れもの 一言葉にならない実践スキルの涵養

具体的な実践知の教育のひとつとして、対象者から学ぶ、共感的能力の育成が考えられる。理学療法士に必要な「傾聴」とは、対象者自身が真に何を求めているかを「知る」ための基本的な態度である。次の「共感」とは、患者の身に「なってみる」ことで実感として理解するために、模倣により身体感覚を「共に」することである。患者は、その人なりの信念にもとづいて行動するというを理解し、治療効果は患者の言葉ではなく、顔の表情などからも判断できることも必要になる。最後の「共感」は、患者をより「わかろう」とする理学療法士の態度から、「わかった」という新しい発見が双方の喜びとなり、感動を生む。教育においては3つの大切な「傾聴－共感－共有」のスキルの習得が優先されるべきである。傾聴による共感的態度を育む直接経験は、別に病院実習のような特別な機会を待たず、地域在住高齢者などの触れあいを通して十分に得ることができる。その場合、体験学習の目的や意図を学生が十分理解しておくことが大切である。

3. 能動的な学習機会の提供

また、実践知の教育においては、能動的な学習機会の提供とその質が鍵になる。本来、技術は現場で覚えていくことである。富田⁸⁾は、ベテランと言われる理学療法士の引退が始まっており、ここ数年間に技術を伝承できるシステムを確立できないと、多くの技術は失われてしまう危機にあると述べた。臨床実習教育においては、指導者がやろうとしていることに注目できる環境をつくることで、実習生の参加が高まる。実習生自身も指導者と同じ意図をもつ

て、その場面にかかわろうとすることで、指導者の行為の一つ一つが「意味あること」として見えてくる。さらに実践を「省察」し、自分のかかわった患者が見せてくれた姿と「対話」ということを促すことで、現場において状況から学ぶ力が育むことができるのではないだろうか。

4. 保健・医療・福祉の共通言語としてのICF

実践現場において、保健・医療・福祉に携わる者は、何よりもまず、対象者の生活機能の向上という目的達成に向けた実践の共同体のメンバーである。ゆえに、現場においては、対象者を中心に据え、対象者の状況を知るとともに、見方を共有することが重要となる。

ICF（生活機能モデル）は、人間の生活機能を中心に据えることで、「生きることの全体像」を捉え、保健・医療・福祉の共通言語となる可能性をもっている。しかし、「生活機能」を中心に据え、健康状態、環境、個人といった因子の相互作用においてそれを捉えようとする概念の革新性から、現場での有効な活用に向けた十分な理解は得られていない。筆者が行った3・4年生115名に対する臨床実習後のアンケート調査結果によると、ICFが何のモデルであるかを理解している学生は一割にも満たず、現状では甚だしく浸透していないと言ってよい状況にある。

医療は生命レベル、保健は生活レベル、福祉は人生レベルとなる。ICFを現場のツールとして用いる場合には、大きく2つの問題があると筆者は考えている。第一に、現場においては生活機能を客観的に捉えようとするあまり、主観的な側面が希薄となる点が挙げられる。第二に、対象者の身体面以外の心理社会的側面は見過ごされる傾向にある点が挙げられるだろう。ICFは、保健・医療・福祉の共通言語であり、社会福祉士の国家試験にも取り上げられており、新学部各学科を結び付ける共通言語になりうる。たとえば、このように言ってみてはどうだろう。医療を中心に照らす懐中電灯、保健を中心に照らす懐中電灯、福祉を照らす懐中電灯、それぞれ異なる3つのバラバラで独立した懐中電灯に加えて、それらの関連を問うために後方にある大きなサーチ

ライトが必要になる、と。ここでは、3領域を広く全体を照らし出すものがICFの位置づけである。複雑な人の生活をできるだけ包括的に捉えることで「その人が生きることの全体像」が見えてくる。その役割を担うICFは、新学部の学生にとって早期に学習すべき、共通のコミュニケーション・ツールにしたいと考えている。

まとめ

従来の教育現場においては、専門的な知識や技術の習得が重視される一方で、知識・技術の専門性を生かす共通の基盤として、広く現場に必要とされる実践知の必要性が考慮されてこなかった。臨床現場における、対象者の生活機能の向上に向けた実践という、理学療法の原点を問いながら見えてきたものが、来年度からスタートする新しい「保健医療福祉学部」の名称にふさわしい教育の柱になるのではないかと考えている。

文 献

- 1) 平上二九三：臨床判断に役立つ実践モデルの紹介 - 経験と患者から学ぶ洞察能力の育成法 - . 理学療法学37：181-187. 2010.
- 2) 多田富雄：寡黙なる巨人. 集英社, 東京, 2008.
- 3) 平上二九三：新しい臨床実践モデルの紹介：医学モデルと障害モデルの結合 - 患者中心のアプローチと問題解決能力の向上 - . 理学療法学37：380-386. 2010.
- 4) 平上二九三：内省的実践による症例検討会の紹介 - 臨床推論と実践的思考過程 - . 理学療法学37：127-134. 2010.
- 5) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用. 中央法規, 東京, 2009.
- 6) ドナルド ショーン：専門家の知恵 - 反省的実践家は行為しながら考える - . 佐藤 学, 秋田喜代美 (訳), ゆみる出版, 東京, 2001.
- 7) 佐伯 胖：学習力を育む - 現場で生きる実践知とは - . 日本看護学教育学会誌16：39-47. 2006.
- 8) 富田昌夫：運動療法, その基本を考える. 理学療

法学37：343-346. 2010.

Abstract

The medical environment has changed greatly over the past decade, and the needs of patients are increasingly becoming variable and complex. To deal with such complexity and uniqueness of the patient's situation, the education of health-care practitioners who can manage a patient-centered clinical practice is a high priority, and the consistency between the education provided at the university and the demands of the clinical settings is necessary. We proposed a tentative framework of education system that values a patient-centered clinical practice. In addition, we suggested that the International Classification of Functioning (ICF) would provide a useful tool to capture such complex nature of "functioning" of patients. The proposed new approach to professional education system for health-care practitioners directly reflects the needs of today's society.