

施設の種類に対応した臨床参加型実習モデルの提案

－施設の特徴を活かした経験の積みませ方－

Proposal of a Model of Clinical Practice at Corresponding to the Type of Each Facility

－A Method of Providing Experience that Makes the Most of the Characteristics of the Facility－

池田 耕二*・滝本 幸治・城野 靖朋・吉川 義之
野田 優希・野中 紘士・辻下 守弘

Koji IKEDA*, Koji TAKIMOTO, Yasutomo JONO, Yoshiyuki YOSHIKAWA
Yuki NODA, Koji NONAKA and Morihiko TSUJISHITA

要旨

本稿では、臨床実習が行われる施設を医療施設と介護施設、訪問リハビリテーションに大別しながら、各施設の理学療法の特徴や役割を整理し、臨床実習の内容や方向性を確認した。次に、学生に対する経験の積みませ方を考慮しながら、各施設における臨床参加型実習モデルを構築し、併せて臨床実習におけるキーポイントを提示した。

キーワード：理学療法、経験学習、臨床実習モデル

I. 緒言

昭和40年（1965年）に理学療法士および作業療法士法が、そして翌年に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（文部省・厚生省令第三号）が制定され、理学療法教育が始まった¹⁾。その後、医療の高度化に伴い理学療法は専門分野に細分化され発展し続けている。これに並走し、我が国の高齢化率は急増し、医療需要が多くなるとともに、理学療法の需要も大きくなった。そして理学療法士は主な活躍の場を回復期リハビリテーション病棟や総合リハビリテーションセンターに移してきた。平成12年（2000年）には介護保険制度が制定され、地域包括ケアシステムのもと介護保険領域の理学療法の需要が高まり、介護老人保健施設や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションが発展した。加えて近年は、疾患を予防する予防理学療法や完治が困難な疾患に対する緩和理学療法が発展の兆しをみせている。

このように理学療法を取り巻く環境は大きく変わってきたが、この間、理学療法臨床実習教育に大きな変化はなかった。令和2年（2020年）に施行された理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の改正²⁾に伴い定められた理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン³⁾に診療参加型臨床実習が明記され、臨床実習教育の方向性や方法論が具体的によく示されたといえる。診療参加型臨床実習の在り方を簡単に要約してみると、「診療参加型臨床実習は現場のチームアプローチの中で、学生に多様な経験を積みませ、決められた時間内に個々の学生に適した指導を行う」とまとめることができる。これは一人の指導者がもつ価値観のみで、一人の学生と向きあうのでは

なく、臨床実習指導者を主とする現場全体（多くの理学療法士や他職種を含む）で学生と向き合い、現場での経験をベースに学生を育成する実習教育と解釈できる。大切なことは、あくまでも現場経験をベースにしているところであり、時間外課題の受け身的な学習を排除し、自己研鑽という主体的な学習を中心においていることである。指導者によっては既に現場で行われていた実習方法でもあるが、今回、指定規則に明示されたことに大きな意味がある。ただし、診療参加型臨床実習に対する捉え方や考え方については、少し混乱を招いており、「レポートを根絶する」や「考えない実習になる」という誤解が残っている。レポートは知識整理のために必要な教育手法であり否定されるものではない。それが学生の過剰負荷になっていた経緯があるため、1週間（1単位）45時間の時間制限とともにできるだけ学生負担の大きいレポートは避けた方が良いとの考えにもとづいている。また、カンファレンスを通して症例のことを考えさせ、その内容を口頭で指導者とすり合わせる行為は、診療参加型臨床実習の醍醐味であり、考えない実習というのは誤解である。ただし、筆者らは診療参加型臨床実習が完成形とは思っていない。社会状況や時代に沿って臨床実習における教育方法は常に見直すべきであり、臨床現場と教育現場をつなぐ議論の中にあると考えている。

II. 問題意識

理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインによれば臨床実習施設はできるだけ多様な施設を含めるよう努めなければならないとなっている³⁾。臨床実習は、医療施設である急性期、回復期、慢性期病院、診療所、介護施設である介護老人保健施設、通所リハビリテーション、通所介護、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で行われ、在宅では訪問リハビリテーションが行われる。これまでの臨床実習では医療施設が主であったが、これからは一定の制限はあるものの医療施設以外の施設でも臨床実習が望まれていると解釈できる。しかし医療施設以外の理学療法は「診療」ではない。そのため、本稿では、診療参加型ではなく「臨床参加型実習」と表現を統一する。

次に指定規則の改正では、学生が経験できる内容がはじめて水準化され明記された（表1）⁴⁾。しかし、これは学生に経験させてよい内容を記載してあるだけで、現場でどのように経験を積みせるかまでは明示していない。たとえば、実体験を通して実践の難しさを学習させたいのか、また、教育の導入として成功体験を導きたいのかによって経験の積みせ方は当然異なる。臨床実習ではこの経験の積みせ方が最も大切な教育的課題となる。しかし、これらについてはこれまではほとんど議論されてこず、概ね現場の指導者に任されてきたといえる。しかし、今後、多様な役割を担う上記のような施設で、臨床実習が行われることを踏まえれば、学生の経験の積みせ方を議論し、施設と養成校の双方で共有しておく必要性が認められる。

一方、養成校のカリキュラムにおける臨床実習の組み立ては、見学（1週程度）、評価実習（4週程度）、総合実習（8週程度）の2回で構成される場合が多く、見学して、評価して、理学療法（治療）するという流れで構成されている。現場では指導者から学生に患者が紹介され、問診、検査測定、動作分析、日常生活動作を含む評価が行われ、そしてそれらを統合・解釈し、患者の病態の理解が試みられる。その後理学療法プログラムが立案され、実践を経験し、再び評価を行う。これら一連の過程を段階的に経験しながら理学療法に関する能力が高められる。そのため臨床実習では暗黙のうちに、施設間を通じた「学習の連続性」と「理学療法に関する能力の到達度（レベル）」に目が向くことになる。そして各実習施設の指導者は前回の実習でどこまで学習し、どこまで到達レベルに達したかを意識してきた。これ自体は否定されるべきものではない。しかし、病院のみで実習ができた時代と違い、多様な役割を担う施設で臨床実習が行われることを踏まえると、厳密な意味では理学療法の目的や役割、実践方法は異なるため、学習の連続性は維持できないこともある。たとえば評価実習で、診療所の外来を経験し、1つ目の総合実習で老人保健施設を経験し、2つ目の総合実習で大学病院を経験した場合、学習の連続性の担保は厳密にい

表1 臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準⁴⁾

項 目	水準Ⅰ 指導者の直接監視下で実習生により実施されるべき項目	水準Ⅱ 指導者の補助として実施されるべき項目および状態	水準Ⅲ 見学にとどめておくべき項目および状態
教育目標	臨床実習で修得し対象者に実践できる ただし、対象者の状態としては、全身状態が安定し、実習生が行う上でリスクが低い状態であること	模擬患者、もしくは、シミュレーター教育で技術を修得し、指導者の補助として実施または介助できる	模擬患者、もしくは、シミュレーター教育で技術を修得し、医師・看護師・臨床実習指導者の実施を見学する
動作介助（誘導補助）技術	基本動作・移動動作・移送介助 体位変換	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目	
リスク管理技術	スタンダードプリコーション（感染に対する標準予防策）、症状・病態の観察、バイタルサインの測定、意識レベルの評価、各種モニターの使用（心電図、パルスオキシメーター、筋電図）、褥瘡の予防、転倒予防、酸素吸入療法中の患者の状態観察	創部管理、廃用性症候群予防、酸素ボンベの操作、ドレーン・カテーテル留置中の患者の状態観察、生命維持装置装着中の患者の状態観察、点滴静脈内注射・中心静脈栄養中・経管栄養中の患者の状態観察	
理学療法治療技術 （検査・測定技術）	情報収集、診療録記載（実習生が行った内容）、臨床推論	診療録記載（指導者が行った内容）	
	問診、視診、触診、聴診、形態測定、感覚検査、反射検査、筋緊張検査、関節可動域検査、筋力検査、協調運動機能検査、高次神経機能検査、脳神経検査、姿勢観察・基本動作能力・移動動作能力・作業工程分析（運動学的分析含む）、バランス検査、日常生活活動評価、手段的日常生活活動評価、疼痛の評価、整形外科的テスト、脳卒中運動機能検査、脊髄損傷の評価、神経・筋疾患の評価（Hoehn & Yahrの重症度分類など）、活動性・運動耐容能検査、各種発達検査	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 生理・運動機能検査の援助：心肺運動負荷試験、12誘導心電図、スパイロメーター、超音波、表面筋電図を用いた検査、動作解析装置、重心動揺計	障害像・プログラム・予後の対象者・家族への説明、精神・心理検査
理学療法治療技術 運動療法技術	関節可動域運動、筋力増強運動、全身持久運動、運動学習、バランス練習、基本動作練習、移動動作練習（歩行動作、応用歩行動作、階段昇降、プール練習を含む）、日常生活活動練習、手段的日常生活活動練習	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 治療体操、離床練習、発達を促通する手技、排痰法	喀痰吸引、人工呼吸器の操作、生活指導、患者教育
物理療法技術	ホットパック療法、パラフィン療法、アイスパック療法、渦流浴療法（褥瘡・創傷治療を除く）、低出力レーザー光線療法、EMGバイオフィードバック療法	超音波療法、電気刺激療法（褥瘡・創傷治療、がん治療を除く）、近赤外線療法、紫外線療法、脊椎牽引療法、CPM：持続的他動運動、マッサージ療法、極短波療法・超短波療法（電磁両立性に留意）、骨髄抑制中の電気刺激療法（TENSなど）	褥瘡・創傷治療に用いて感染のリスクがある場合の治療：水治療法（渦流浴）、電気刺激療法（直流微弱電流、高電圧パルス電気刺激）、近赤外線療法、パルス超音波療法、非温熱パルス電磁波療法、がん治療：がん性疼痛・がん治療有害事象等に対する電気刺激療法（TENS：経皮的電気刺激）
義肢・装具・福祉用具・環境整備技術	義肢・装具（長・短下肢装具、SHBなど）・福祉用具（車いす、歩行補助具、姿勢保持具を含め）の使用と使用方法の指導	リスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 義肢・装具（長・短下肢装具、SHBなど）・福祉用具（車椅子、歩行補助具、姿勢保持装具を含め）の調節	義肢・装具・福祉用具の選定、住環境改善指導、家族教育・支援
救命救急処置技術			救急法、気道確保、人工呼吸、閉鎖式心マッサージ、除細動、止血
地域・産業・学校保健技術		介護予防、訪問理学療法、通所・入所リハビリテーション	産業理学療法（腰痛予防など）学校保健（姿勢指導・発達支援など）

えば難しい側面がある。できなかった経験が次の施設でも経験できる保証はないため、できないまま最終評価をうける可能性も少なくない。そのため学習の連続性や到達レベルだけに目が向いてしまうと、先ほどの例に従えば、最後の大学病院では（急性期に関する）医学的知識が少なすぎると判断され、カリキュラムにおける最後の総合実習がこのレベルだと良くないと判断されてしまう可能性もありうる。可否は養成校が決めるとはいえ、できない学生と判断されるのは学生の自己効力感の低下を招く恐れもある。また、これでは老人保健施設で養った知識や技術、介入方法などは評価されず、最後の総合実習では無意味なものに感じられてしまうであろう。

臨床参加型実習は多くの経験をベースに主体的に学ばせることが目的であり、学習の連続性や到達レベルだけにとらわれすぎない学生の幅広い経験を重視した教育である。ときに筆者らは、対象者のリスク管理や身体機能の維持を主な目的とする理学療法（緩和理学療法）を行っている施設は、対象者に変化がみられないことから臨床実習施設としては不適切または相応しくないという意見を聞くことがある。しかし、社会的ニーズを考えたとき、学生のうちに緩和理学療法を経験しておくことは、その後のキャリアに大きく役立つ。なぜなら理学療法の治療的役割を強調しすぎて、緩和理学療法がもつ支援的役割を軽視すると、悪化していく対象者の理学療法を無意味と感じてしまうためリアリティギャップやバーンアウトに陥る危険性があるからである⁵⁾。したがって、どのような役割を担う施設の理学療法も学生にとっては経験する価値は大きい。

一方、施設間を通して理学療法に対する基本的な姿勢や知識、技術について共通するものがあることは否定しない。しかし、それらのみを強く意識しすぎると、逆に多様な施設で臨床実習を行う意味や意義が薄れてしまう。多様な役割を担う施設では多様な理学療法が展開されており、それらの特徴や役割を学生に経験してもらいたい。そのため、臨床実習は“一部、施設完結型の側面があってよい”と考えている。この方が各施設の指導者は学生に当該施設の理学療法の特徴を理解させる経験を積ませやすい。またこれによって他施設と共有する学習の連続性の部分にも意識が向くようになり、共通するものと当該施設の特徴ある理学療法の相互理解が進むと考えられるからである。そのためには、同じ役割を担う施設で施設完結型の臨床実習モデル、つまり、各種施設における学生の経験の積み上げ方の構築と提示が有効と考える。臨床実習モデルができれば、それを臨床実習に関わるすべてのもので共有することが可能になるため、同じ目的を有する各施設の指導者は、学生の経験の積み上げ方が理解しやすくなるだけでなく、他の施設の指導者も学生がどのような経験を積んできたのかが分かりやすくなる。これであれば見学、評価、総合実習の配置がどのようになっても多施設で共通する内容については学習の連続性を維持しながら、それに加えて各種施設の特徴を活かした有効な臨床実習が可能になると考えられる。モデルは目的を同じくし、状況が似ている場合にはアナロジー（類推）の一般化として機能する⁶⁾といわれており、同じ役割を担う施設であれば、同じ臨床実習モデルが機能すると考えることができる。また、モデル化は言語化や可視化されるため、共有を容易にし、相互理解を深め議論を容易にする。学生や施設の状況で柔軟に修正を加えることもでき、その妥当性についても吟味できるため、今後の臨床実習の発展に寄与できると考えられる。同一の役割を担う施設種ごとに臨床実習モデルを構築し、提示する意義がここにある。

Ⅲ. 本稿の目的

本稿の目的は、同じ役割を担う施設の種類に応じた理学療法の特徴や役割を整理し、臨床実習の内容や方向性に加え、学生の経験の積み上げ方を再考しながら、各施設における臨床実習モデルを構築する。具体的には、臨床参加型実習が行われる医療施設と介護施設、訪問リハビリテーションに大別しながら、各施設の理学療法の特徴や役割等を整理、再考し、経験学習の視点から経験の積み上げ方を考え、モデル化を行い、それをもとに臨床実習のキーポ

イントを提言する。

IV. 医療施設における臨床参加型実習モデル

(1) 一般病院・急性期病院

脳卒中や大腿骨頸部骨折など、理学療法対象疾患に代表される理学療法の経験では、問診、検査測定、動作分析、日常生活動作を含む評価、そして統合・解釈と患者の病態理解、理学療法プログラム立案と実践という一連の過程が学生にとって有効な経験となる。この種の施設での実習は学生でも対象者の身体機能の改善に気づきやすく理学療法の効果が実感しやすい。そのため、指導者の理学療法効果をわかりやすくみせることが教育上大切になる。

学生に現場の理学療法士との知識、技術の差を実感させることは自己研鑽につながると考えられており、有効な教育手法の一つといえる⁷⁾。また指導者の思いや理学療法に対する向き合い方を伝えることも大切である。なぜなら仕事に対する思い（信念）の伝達、継承は、学習継続につながると考えられているからである⁸⁾。そのため個々の指導者の思いを丁寧に学生につたえてほしい。指導者の職業スタイル（指導者の努力やその方法、行動指針など）の提供は、学生が目指す理学療法士のモデルにもなるからである。これらについては全ての施設で共通することだが、本施設では学生が理学療法の目的や内容、効果を一番理解しやすいため、より効果的に機能すると感じている。

その一方で、この種の施設では命に関わるぐらい重度な患者を対象にしていることも学生に認識させる必要がある。医学的に重要な知識や技術が必要とされるため、その重要性を学生に理解させなければならない。そして医師や他職種との連携は欠かせないこと、リスク管理も様々な検査結果を理解し、その解釈を医師や他職種と共有する必要があることを学習させる必要がある。理学療法士は理学療法が対象者にどのような影響を与えているのかを常に臨床推論し、対象者の状態を理解する必要があることも伝えるべきであろう。そして、常に自らの臨床推論や理学療法を振り返り、内省する態度が求められることを伝えることも大切となる。これらを適切に学生に学習させることが、急性期の理学療法の本質的理解につながっていくと考えられる。

この種の施設の理学療法では、近年、離床できても基本動作や歩行練習に至らず、短期間で転院、退院となるケースが少なくない。学生は、理学療法の一連の過程を経験できず、患者の障害に対する理解も不十分なまま終わることになる。しかし、学生が、チーム医療によって命が救われ、理学療法が回復の契機になる場面を見学、体験することは、命や人生を預かる医療人になるうえで大きな意味をもつ。よって、一般病院・急性期病院における臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 理学療法の本質的な理解につなげるため、指導者の理学療法を見せる機会を提供し、対象者の身体機能の改善を通し、その効果を学生に実感させ、その効果を通して理学療法の責務・責任、重要性に気づかせる。
- ② 学生に現場の理学療法士と自らの知識、技術の差を実感させ、自身の未熟さと向き合わせ、自己研鑽につなげさせる。
- ③ 指導者の仕事に対する思いや姿勢を伝え、学生に理学療法士の仕事の信念や職業スタイル、目標を形成させる。
- ④ 医学的知識や技術の必要性、医師を含む多職種連携の必要性を理解させる。
- ⑤ チーム医療によって救われる命や、チーム医療の可能性や効果を実感させる機会をもち、医療人としての自覚を育ませる。

(2) リハビリテーション病院（回復期リハビリテーション病棟）

この種の施設（病棟）では時間をかけて積極的に理学療法が実践され、身体機能や基本的動作、歩行、日常生活動作が飛躍的に改善する。よって、これらの施設（病棟）では主に動作能力の改善、在宅復帰に向けた理学療法が学生には実感しやすくなる。また、リハビリテーション専門職（作業療法士、言語聴覚士など）が多くいるため、それらの連携も学生は気づきやすい。本施設では対象者の動作能力が実生活にどれだけ実用的かの判断が理学療法士に求められる。このあたりをどのように判断しているのかを学生に伝えることも現場教育の醍醐味となる。また、在宅復帰に向けた多職種連携や家族ケアについても学習できる機会となる。そのためには指導者の臨床推論・判断の伝達、多職種連携の方法や調整、家族ケアを学生に伝える、見せていくことが教育上大切になる。これらを総じて臨床実習で学習していくためには、実際の現場で活用されている「リハビリテーション総合実施計画書」⁹⁾の活用が有効と筆者らは考える。本計画書の作成は、現場では必須であるものの臨床実習の活用についてはあまり述べられていない。しかし、本計画書の作成の経験は、学生にとって対象者の問題点を多角的に把握することに役立つ。また、作成段階においては医師をはじめ、多職種とコミュニケーションをとることもできる。目標を立てる段階では予後や動作の実用性が指導者や現場のスタッフと議論でき、指導者の臨床推論・判断に触れることもできる。このとき実用的な議論がなされることは、現場で働く学生に有効な実践知を提供することになる。そして、指導者と共に理学療法プログラムを作成、実行し、退院にむけた家屋・環境調整、家族に対するケアを経験することは、On the job training (OJT) の観点からも有効な教育となろう。

冒頭でも述べたが、レポート作成がなくても、リハビリテーション総合実施計画書を指導者と学生が作成し、それを議論することは情報収集、検査・測定、統合と解釈、理学療法プログラムの立案の振り返りにつながり、有効な経験学習となる。仮に評価項目のすべてを直接実践できなくても、データをもとに指導者と議論することは有効な実践教育、臨床実習になると考えられる。よって、リハビリテーション病院（回復期リハビリテーション病棟）における臨床実習では、以下のことに留意して学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 指導者の理学療法を見せる機会を提供し、対象者の動作能力の改善を通して、その効果を学生に実感させる。
- ② 対象者の動作が実生活でどの程度実用的かを学生と議論し、指導者の判断を聞かせる。
- ③ 指導者の多職種連携方法や家族ケアを見学させる。
- ④ リハビリテーション総合実施計画書の作成を通して統合と解釈を行い、対象者の多角的な問題点を理解させる。
- ⑤ 多職種連携、家族対応を学ばせ、目標を議論する中で、予後や動作の実用性の判断、家屋・環境調整の具体的な方法を学習させ、経験させる。

(3) 医療・介護療養型・慢性期病院（介護医療院も含む）

医療・介護療養型医療施設は、医療・介護ケアを行う療養施設である。近年は介護医療院が制度化され、医療ケアや介護サポートを行う長期療養施設として期待されている¹⁰⁾。介護医療院で適用される保険は、介護療養型医療施設と同じ「介護保険」であり「医療保険」が適用される医療療養型病院とは異なる。しかし、介護医療院には医師や看護師が常駐し、看取りやターミナルケアも可能であることから、本稿では長期療養を必要とする対象者の理学療法で括って述べることにする。

この種の施設の理学療法は治療的、回復的な視点より、緩和ケア的視点が必要となる。これは身体的回復や日常生活動作の向上が必要ないというわけではない。しかし、ここでは対象者の苦痛を取り除き、安心して療養できる

ことを基本的な目的として適切な介入を考えていくことになる。対象者の抱える問題点は、心理的、身体的、社会的に複雑かつ解決できないものも多い。これらの対象者に対する理学療法は身体機能や動作能力の向上、在宅復帰を扱う理学療法士が最も得意とする分野であり、これからの発展が求められる分野である。そのため臨床実習に向かないと感じる理学療法士も少なくない。しかし、劇的な回復は見込めない対象者でも本人や家族からの理学療法に対するニーズは多い。そうした中で、対象者の思いを汲み取り、理学療法士ができることを見つけ、対象者の生活の質の維持、向上に取り組むことは社会的使命であり、その姿を学生にみせることは理学療法士の新たな役割をみせることにもつながる。

一方、緩和ケアは対象者だけではなく家族も対象になることを明確に位置づけている。よって、理学療法の実践は家族ケアとしても考慮されなければならない。具体的な実践方法は他著¹¹⁾にゆずるが、大切なことは対象者だけでなく家族も安心して療養できる支援が必要とされていることを忘れてはならない。

この種の施設の臨床実習では、理学療法士は心理的、身体的、社会的な実践が必要となることを学生に伝え、指導者の実践を実際に見学させることから始める。たとえば、ベッド上の身体運動は身体機能の維持だけでなく、間接的には心理的なストレスを軽減させたり、睡眠を改善したりする効果を生み出す。また、家族に対象者の歩行を見学してもらうことは家族に安心感を抱かせるなど多様な効果やケアにつながることを学生に実感してもらう、または伝えることが何よりの学習となる。学生が見学したあとは指導者から必ず対象者にとっての理学療法士の役割、介入によって期待される効果、実践の意味づけを伝えることが必要である。そして、対象者と家族、理学療法士が苦悩していることも学生と共有することが有効な教育につながると考えられる。最後に、対象者に対して学生なりにどのような実践ができるかを考えさせることも有効な教育となろう。よって、医療・介護療養型・慢性期病院（介護医療院も含む）における臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 臨床実習では、どのような理学療法対象者がいるのかを学習させ、どのような状態の方が多いかを見学を通して実感させる。
- ② 対象者や家族とのコミュニケーションを通して、希望や望みを理解する機会を多く経験させる。
- ③ 指導者の理学療法実践や多職種連携方法、家族ケアを見学させる。
- ④ 指導者の理学療法実践を通して、心理的、身体的、社会的支援について議論させる。
- ⑤ 個々の対象者にできることを学生自身が考え、指導者のもとに共同で実践を経験させる。

(4) 診療所・クリニック

診療所・クリニックは、理学療法対象者の疾患の特徴が一定していることが多い。そのため、学生は学習に焦点をあてることができる。とくに整形外科を主とするクリニックにおいては、局所の身体機能の回復やリスク管理の学習には有効であろう。近年はクリニックにおける呼吸器理学療法も実践されており、理学療法士の活躍が期待されている。しかしながら有床でない場合は外来が主となるため、短い時間の中で適切に評価し、ニーズや問題点を把握し実践に移らなければならない。そのため、対象者に承諾を得て学生の介入時間を確保することは容易ではない。

本施設での臨床実習では、学生に診療所・クリニックに来院する対象者の疾患を事前に理解させ、焦点化して学習させ、介入の準備を行う。その後、実践経験を通して、介入後の振り返りを徹底し、次に向けた修正箇所を自覚させるとともにそれを修正することで能力の向上を図る必要がある。

また、外来の対象者の場合、基本的動作や日常生活動作は基本的に自立していることが多く、スポーツ理学療法

のようにより高度な動作分析を短時間で求められることもある。また、慢性疼痛の理学療法では生活支援を含めた長期的かつ多角的介入が求められることもある。このように特化した理学療法能力が求められる場合もありえよう。その場合には、指導者は特化していることを学生に伝え、振り返りを主としながら、徐々に実践経験を積み重ねていくことが大切になると考える。よって、診療所・クリニックにおける臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 臨床実習では、診療所・クリニックの特徴、役割を理解させる。同時に理学療法対象者の特徴についても理解させる。
- ② 疼痛緩和や高度な動作分析など、特化した理学療法技術の応用を理解させ、経験を積ませる。
- ③ 日常生活が自立している対象者のニーズや問題点の把握を説明し、理解させる。
- ④ 指導者の理学療法実践を模倣させ、学生にどのように感じたか、以後、どのように自身の介入を修正すべきかを確認させる。
- ⑤ できるだけ多くの対象者に理解を得て、多くの経験を積ませる。
- ⑥ 学生には、予習と事後の振り返りが大切になることを理解させ、見学、模倣、参加すべてにおいて徹底的に振り返りを行い、理学療法の意義や効果、自身の介入について考える経験を積ませる。

V. 介護施設における臨床参加型実習モデル

(1) 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、要介護高齢者にリハビリテーション等を提供し、在宅復帰・在宅支援を目指す施設である¹²⁾。本施設では対象者の身体機能、動作能力の改善、在宅復帰への調整が行われる。しかし、実際はそれらがどの程度期待できるかはわからない。高齢者入居施設における理学療法の効果は明らかになりつつあるが、日常生活動作に対する効果はわずかといわれている¹³⁾。そのため、この種の施設の臨床実習では学生は理学療法の効果を実感できにくい可能性がある。また対象者の抱える問題は心身機能のみならず、家族関係や家屋・環境にも及んでいる。これらについては、学生は理解しにくい。よって、学生には疾患を理解させるだけでなく、対象者のケアプランの内容を伝えて理解させ、そのなかでの理学療法の目的や役割を認識させることが大切になる。そのうえで具体的な実践方法を見学させるという繰り返しが必要である。また、個々の対象者についてこれまでの経過の中でどのように改善してきたのかを学生に説明することも大切となろう。またこの種の施設においては、学生に予後を想像させることが必要であり、理学療法の短期、長期的効果を考えさせることも有効な教育になると考えられる。一方で、対象者のリスクについては病院に比べ軽減している側面があるので、理学療法の実践を積極的に模倣、参加させていくことも必要である。ただし、リスクが隠れているため指導者はそれもあわせて学生に指導しておくことが大切になる。

この種の施設の臨床実習では、まずは入所している理学療法対象者がどのような状態で入所し、どのように変化しているのか、また何をゴールに理学療法を実践しているのかを学生に説明することから始める。次に対象者のケアプランを通して問題点や目的を把握させ、これまでの経過を学生に理解させる。続いて、対象者の多角的な問題を学生に整理させ、必要な理学療法を考えさせ、指導者と共に理学療法の実践経験を積み上げる。また各対象者において、在宅復帰に必要な身体機能や動作能力の把握と獲得、環境調整、家族ケアを考えさせ、具体的な対策を提案させる機会をもち、指導者のものとすり合わせる。そして具体的な指導者の実践を見学させるとともに、適時、

模倣、共同参加させることが有効な教育になると考えられる。よって、介護老人保健施設における臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 学生に対象者の抱える疾患だけでなく、これまでの経緯、ケアプランの内容や現在の理学療法の目的や実践内容を説明し、理解させる。
- ② 学生に対象者の抱える問題を、ケアプランを通して多角的に理解させる。
- ③ 学生には、対象者と積極的に関わらせ、多くの実践に見学、模倣、共同参加させる。
- ④ 退所に向けた身体機能や動作能力の把握と獲得、家屋・環境調整、家族ケアを学生に考えさせる機会をもち、指導者のものとするりわせる。
- ⑤ 指導者の実際の家屋・環境整備や家族ケアを見学させる。

(2) 介護老人福祉施設・介護付有料老人ホーム

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護付有料老人ホームは要介護高齢者の生活施設である¹⁴⁾。高齢者は複数の疾患を有しているが、理学療法士介入の位置づけは生活支援である。その目的は、自立支援や介護予防であり、重度の障害を有する対象者が多いことを考慮すると二次的な合併症や新たな疾患の予防や緩和ケアとなる。しかし個々の対象者に対する目的を、自立支援、介護予防、疾病予防、緩和ケアの範囲で明確に線引きすることは難しい。実際の現場ではそれらを包括しながら対象者、家族と相談し、柔軟な介入が行われている。近年は介護付有料老人ホームの理学療法士の介入モデルとして緩和ケア的役割と自立支援的役割を柔軟に切り替える緩和（ケア）的自立支援という概念が提唱されている¹⁵⁾。

この種の施設では介護予防を主な目的として理学療法士が介入しているが、医療施設のように1対1で手厚い時間が確保できるわけではない。ときには施設生活の中で生活習慣・リズムに合わせて介入しなければならない。ケアスタッフとともに対象者の生活習慣・リズムを調整したり、悩みを聞いたり、生きがいを見出したり、思い出を作ったり、家族ケアを行ったりとその役割は多岐にわたる。ただし、これらは何でも屋を意味するものではなく、理学療法士の介入として行われるべきものであり、その役割や意味づけは明確にしておかなければならない。ケアスタッフや心理カウンセラー、ソーシャルワーカー等の専門職の役割を担うものではない。具体的な実践内容については今後の理学療法士の課題でもあるが、その役割はますます大きくなっていくと思われる。

よって、この種の施設の臨床実習では、学生に生活施設であることや理学療法士の介入目的は生活支援であることを理解させることから始める。本施設の理学療法士の介入は、学生には単純な運動の繰り返しやレクリエーションしているだけに見えてしまうので、病院とは違う理学療法士の介入目的や役割、意味付けを丁寧に説明することを心掛ける必要がある。具体的には、ケアプランの内容を説明し、指導者は対象者への理学療法士の介入目的や役割が自立支援、介護予防、疾病予防、緩和ケア等にあることを説明する。それぞれの対象者によって、その目的や役割、意味づけが変化することも学生に伝えることが必要である。たとえば歩行練習の目的、役割、意味づけが、廃用の予防にあるのか、また、生活にアクセントをつけるために行われているのか、生活習慣の再構築にあるのか、気分転換にあるのか、対象者によって異なる。これらを学生に丁寧に伝えて理解させることが、本施設の理学療法の本質的な理解につながると考えられる。

他方、身体症状が急変することも十分あるため、リスク管理についても学習させる必要がある。常に指導者と共に隠れているリスクを意識させ、指導者のリスク管理を学習させることが必要である。バイタルチェックだけでなく、日々接する中でいつもとどのように違うのかを気づく、会話の中で調子を確認する、多職種、家族から情報

を収集するなど、安全を確保する指導者の実践を見学、学習させることが有効となろう。また、本施設は終の棲家になりうるため、ときおり対象者や家族の思いを聞き取る機会を学生に提供することも有効な教育につながると思われる。よって、介護老人福祉施設・介護付有料老人ホームにおける臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 学生に生活施設であることを理解させ（対象者主体の考えを強調する）、理学療法士の介入による自立支援、介護予防、疾患（悪化）予防、緩和ケアの役割を理解させる。
- ② 個々の対象者の理学療法士の介入目的、役割、意味付けを説明し、実践を見学、模倣、共同参加させる。
- ③ 対象者の生活習慣・リズムを説明し、どのように介入を行い、どのように修正や調整しているかを説明、見学させる。
- ④ リスク管理について学習させ、指導者の実践を見学させる。
- ⑤ 対象者や家族の気持ちを聞き取る機会を経験させる。

（3）通所リハビリテーション・リハビリ特化型通所介護

通所リハビリテーションは、身体機能の維持や回復、認知機能の改善、日常生活の回復が目的であり¹⁶⁾、在宅生活を主にしながら疾患治療後の回復を担う場となる。一方、リハビリ特化型通所介護は、身体機能の向上や介護予防における支援を行うことが目的である¹⁷⁾。通所リハビリテーションとリハビリ特化型通所介護での理学療法士の役割は似ているが、通所リハビリテーションは、医師の指導のもとで理学療法が行われる点において明確に異なる。通所リハビリテーションは本来、退院後の一定期間に目的を達することが求められており、双方の役割は本質的に違うといえる。ただし、理学療法（理学療法士の介入）の目的や実施形態、サービス提供形態（在宅から施設に通う）は同型であることから、本稿では同じ括りとして述べる。

これらの施設に通う対象者は、在宅生活を営んでいることから一定の身体機能は保持していると考えられる。ただし、退院後は障害を抱えた生活が開始されており、想定外の問題や体力低下を有していることが多い。そのため、困難とされる生活動作の改善や環境調整、また体力の向上を目的とした運動等がもとめられよう。このように、在宅生活が軌道にのるまでは慎重なフォローが理学療法士には求められる。生活が軌道にのれば、長期的な視野で身体機能の維持を図り、認知機能低下、フレイルや転倒、介護予防目的の理学療法（理学療法士の介入）が実践される。個々の対象者においては、短期的に身体機能の回復が求められたり、長期的な視野で転倒や介護予防等が求められたりと、その目的は様々である。診療所・クリニックと同様にひとりにかかる時間は限られており、対象者の参加意欲を高めながら、いかに理学療法（理学療法士の介入）を展開できるかが重要となる。

また、高齢であるため身体機能低下や疾病罹患や悪化という予後に備え、生活指導や修正、環境調整、家族ケアを準備しておくことも理学療法士の大きな役割である。加えて、通所リハビリテーションやリハビリ特化型通所介護は地域のコミュニティでもあり、そこに参加することで新たな人間関係も形成される。そのため通所自体が対象者にどのような影響を与えているのかについても理解しておく必要がある。

この種の施設における臨床実習では、個々の対象者は障害を有した高齢者であることを学生に認識させ、疾病や加齢により新たな障害を有し、生活を再構築させている対象者もいることを理解させることから始める。対象者の生活習慣や背景に対する理解を深めさせようとして、理学療法（理学療法士の介入）の見学、模倣、共同参加を経験させる。次に、個々の対象者への理学療法士の介入目的が、認知・身体機能改善や生活動作の回復にあるのか、介護予防や転倒予防にあるのか、環境調整と生活適応などにあるのかを説明し、学生に理解させる。また、双方の施

設に通所するだけでも生活にアクセントをつけ、生活リズムをつくることになるため、個々の対象者にどのような影響を及ぼしているかを指導者とともに考え、議論することが大切となる。よって、通所リハビリテーション・リハビリ特化型通所介護施設における臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 個々の対象者が高齢であることや、障害を持った生活を新たにスタートしている個人がいることを説明し、学生に理解させる。
- ② 個々の対象者の人柄や生活背景に対する理解を深めつつ、理学療法実践の見学、模倣、共同参加を経験させる。
- ③ 個々の対象者についての理学療法の目的を説明し、指導者の実践を見学、模倣、共同参加させる。
- ④ 予後に備え行われている生活指導や修正、環境調整、家族ケアを見学させる。
- ⑤ これらの施設は地域のコミュニティであり、そこへの参加が個々の対象者にどのような影響を及ぼしているかを学習させる。

VI. 訪問リハビリテーションにおける臨床参加型実習モデル

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）は、訪問リハ事業所¹⁸⁾ および訪問看護ステーション¹⁹⁾にて行われる。他の施設と大きく違うことは、対象者の居宅で実践が行われることであり、地域社会におけるマナーや理学療法士の人間力がより影響するところといえる。そのため理学療法の知識や技術だけでなく、学生には指導者のもつ様々な能力に着目させ、学習させてほしい。

訪問リハの目的や役割は実に多様であるが、筆者らは大きく3つに分けて考えている²⁰⁾。まず、1つ目は、対象者を疾患・外傷を発症し、一般病院、回復期病院、介護老人保健施設、そして在宅復帰という流れのなかで捉える。この場合、訪問リハの役割は障害を有する状態での生活の再構築と考えることができる（①再自立支援型）。2つ目は、地域包括ケアシステムの中で捉えると、在宅生活が起点となるため、予後を見据えた対象者の疾病予防や身体機能の維持・向上、すなわち介護予防と考えることができる（②疾病・介護予防型）。3つ目は、対象者の身体機能が明らかに維持できない場合を捉えると、訪問リハの役割は、最後までその人らしい生活や人生を支える緩和ケアの提供と考えることができる（③緩和ケア型）。これらの明確な線引きは現場では難しいが、各役割によって実践すべき内容や学習すべきポイントは異なる。

本稿では、最終学年時の臨床実習で訪問リハを経験することを前提として述べる。

- ① 再自立支援型の場合には、学生に対象者の生活機能障害を評価・分析させ、理学療法の目標を立案、実践を経験させる。個々の対象者の再自立支援の方法は多様であり、学生と指導者が双方で立案し、それに至った経緯をお互いに議論することができれば有効な教育になると考える。
- ② 疾病・介護予防型の場合には、個々の対象者の予後を学生に推定させ、どのようなリスクが隠れているかを評価・分析させ、指導者のそれらとすり合わせる大切になる。また予防的介入では運動の継続や生活習慣の修正が大切になるため、指導者の実践を見学、模倣したり、対象者に対する説明や説得場面を積極的に見学させたりする経験を提供する。また指導者相手に学生が説明する機会をもつことが有効な経験になると考える。
- ③ 緩和ケア型の場合には、対象者と学生の状況を考慮して実践を見学するかどうかの判断から始める。そのうえで、見学だけでは学生は実践の内容や意味づけがわからないので、指導者がどのような目的で実践しているのかを伝える。その場の雰囲気や家族の思いを実感させることも大切である。指導者の傍に学生がおれない場合には、

対象者と家族の状況を伝え、何を目的に実践しているのかを説明することも大切である。このような経験の積み重ねが緩和ケアへの理解につながると期待できる。できれば対象者や家族と話す機会を提供することも本質的な理解につながると考えられる。

訪問リハにおける臨床実習は、学生にとって人の命、生活、生涯を学ぶ良い機会であり、それらと誠実に向き合うよう促し、どのように感じたかを話す機会をもたせる。これは理学療法士としての人生の始まりに大きく貢献すると期待できる。よって、訪問リハにおける臨床実習では、以下のことに留意し、学生に経験学習させることを望む。

<臨床実習におけるキーポイント>

- ① 理学療法の知識や技術だけでなく、学生には指導者の有するさまざまな能力に着目させる。
- ② 再自立支援型では、学生に対象者の生活機能を評価・分析させ、理学療法の目標を立案、実践を経験させる。個々の対象者の再自立支援の方法は多様であり、学生と指導者が双方で立案し、それに至った経緯をお互いに議論することを経験させる。
- ③ 疾病・介護予防型では、学生に対象者の予後を推定させ、どのようなリスクが隠れているかを評価・分析させ、指導者のそれらとすり合わせる。また指導者の実践を見学、模倣させ、対象者に対する説明や説得の場面を積極的に見学させる。
- ④ 緩和ケア型では、学生に実践を見学させるかどうかを判断しつつ、指導者はどのような目的で実践しているのかを学生に伝え、見学させる。その場の雰囲気や家族の思いを実感させ、可能であれば対象者や家族と話す機会をもたせる。
- ⑤ 学生には、人の命、生活、生涯を学ぶ良い機会であり、それらをどのように感じたかを話す機会をもたせる。

Ⅶ. 最後に

本稿では、医療施設と介護施設、訪問リハビリに大別し、各種の施設における理学療法（理学療法士の介入）の特徴を整理し、その特徴を活かした臨床実習モデルとキーポイントを提示した。しかし、各施設の臨床実習のキーポイントを俯瞰すると、どれも状況によっては全施設で活用できる内容が含まれている。たとえば一般病院でも、対象者が外来であれば診療所・クリニックの特徴を有するため、キーポイントは診療所・クリニックのものが活用できる。また介護老人福祉施設の対象者でも、入所中に罹患して病院に入院し、退院した直後であれば、身体機能や生活動作の変化を確認できる場合があるため、一般病院や介護老人保健施設のキーポイントを活用することができよう。指導者は施設と対象者の特徴に応じて、本稿にあてはまるキーポイントを柔軟に活用することができるという。臨床実習には学習の連続性が必要とされる内容と施設完結型の内容があることを踏まえれば、これらは当然のことであろう。また、学生や施設の状況によっては様々な対応や学習形態が必要になるが、このときにも各施設が臨床実習モデルやキーポイントを軸に柔軟な修正や対応が許容されるべきだろう。このように各施設における臨床学習の本質をモデル化し、要点を押さえておくことができれば、少々の修正を加えても大きくはずれた臨床実習にはならず、またモデルの修正や追加においても指導者と教員が議論しやすくなると考えられる。

最後に、筆者らは必ずしも本稿のように臨床実習の内容や方向性が簡単にモデル化できないことは十分理解している。また地域では各施設が役割をオーバーラップしていたり、記載した内容以上にリハビリテーションを充実させ質の高い理学療法を提供していたりすることも理解している。そのため本モデルが完成形であると思っはいいない。また、本稿で示した臨床実習モデルは各施設や現場に強制力をもつものでもない。各施設の指導者が臨床参加

型実習を組み立てる際に少しでも参考になればという一心である。今後は、各施設の指導者と本稿のモデルを基軸に、臨床参加型実習の内容や方向性、モデル、そして具体的な実践方法について議論し、より有効な臨床参加型実習の構築に努めたい。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、ご協力いただいた奈良セントラル病院 池田裕介氏、学研都市病院 江木翔平氏、大阪保健医療大学 田坂厚志氏、株式会社ハーフ・センチュリー・モア サンシティ木津ロイヤルケア（介護付有料老人ホーム） 山本秀美氏、古家真優氏、株式会社 PLAST（福祉用具貸与事業所・就労継続支援B型） 喜多一馬氏、大和高田市民病院 梅津俊介氏、城山病院 森田隆剛氏、関谷病院 鬼塚晃平氏、株式会社アバンサール 雅の里グループ 訪問看護ステーション道 津吉広太氏には心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（昭和四十一年文部省・厚生省令第三号）：1969年。
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=341M50000180003> （最終閲覧日：2023年1月30日）
- 2) 文部科学省厚生労働省：文部科学省厚生労働省令第四号（理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則）：2018年。
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/info/20181009_02/03_shiteikisokusyorei_181005.pdf （最終閲覧日：2022年1月30日）
- 3) 厚生労働省：理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン：2018年。
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/info/20181009_02/01_Guideline_181005.pdf （最終閲覧日：2023年1月30日）
- 4) 日本理学療法士協会：臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準：2019年。
- 5) 中田加奈子, 池田耕二, 山本秀美：3年目の理学療法士は終末期理学療法実践をどのように体験しているか？－「無力感や意欲低下」の生成過程について－。理学療法科学, 25 (4): 523-528, 2010.
- 6) Holyoak KJ, Thagar P：アナロジーによる一般化。『認知科学の新しい探究』鈴木宏昭, 河原哲雄（編）。新曜社。2003.
- 7) 池田耕二, 田坂厚志, 粕淵賢志, 城野靖朋, 松田淳子：熟達理学療法士の成長を促す経験における経験学習サイクルを解明する－教訓と応用－。第4回日本理学療法管理研究会学術大会抄録集：2021年。
https://56thjsccpt-jsatpt-jspte-jsptm2021.org/application/files/6016/3866/7243/2021_v3.0.pdf （最終閲覧日：2023年1月30日）
- 8) 松尾睦（編）：医療プロフェッショナルの経験学習。同文館出版, 2018.
- 9) 厚生労働省：リハビリテーション実施計画書。2012年。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_02-07-32.pdf （最終閲覧日：2023年1月30日）
- 10) 日高正巳, 桑山浩明（編）：終末期理学療法の実践。文光堂, 2015.
- 11) 厚生労働省：介護医療院。第183回社会保障審議会介護給付費分科会（資料3）：2020年。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672495.pdf> （最終閲覧日：2023年1月30日）
- 12) 厚生労働省：介護老人保健施設。第183回社会保障審議会介護給付費分科会（資料2）：2020年。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672494.pdf> （最終閲覧日：2023年1月30日）

- 13) 池添冬芽(編): 高齢者理学療法学. メジカルビュー社, 2020.
- 14) 厚生労働省: 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム). 第183回社会保障審議会介護給付費分科会(資料1): 2020年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000663498.pdf> (最終閲覧日: 2023年1月30日)
- 15) 池田耕二, 山本秀美, 古家真優, 梅津奈史, 大塚佳世: 介護付き有料老人ホームにおけるリハビリテーションに関する一考察 一事例研究 リハビリテーション・ケアセンターうららかににおける実践の振り返り-. 奈良学園大学紀要, 14: 7-17, 2021.
- 16) 厚生労働省: 通所リハビリテーション. 第180回社会保障審議会介護給付費分科会(資料3): 2020年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000679684.pdf> (最終閲覧日: 2023年1月30日)
- 17) 厚生労働省: 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護. 第180回社会保障審議会介護給付費分科会(資料3): 2020年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000650016.pdf> (最終閲覧日: 2023年1月30日)
- 18) 厚生労働省: 訪問リハビリテーション. 第182回社会保障審議会介護給付費分科会(資料4): 2020年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000679685.pdf> (最終閲覧日: 2023年1月30日)
- 19) 厚生労働省: 訪問看護. 第182回社会保障審議会介護給付費分科会(資料3): 2020年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf> (最終閲覧日: 2023年1月30日)
- 20) 池田耕二, 吉川義之: 養成校からみた訪問への臨床実習の実際, 訪問リハビリテーション 12(2): 112-123, 2022.