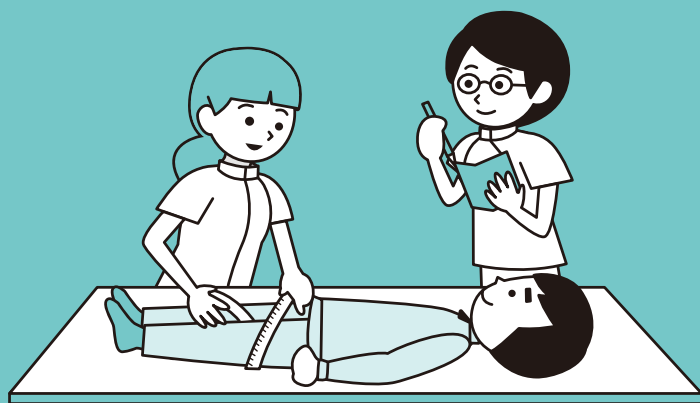


Clinical training Educational guide

臨床実習教育の手引き(第6版)

6th
Edition



公益社団法人

日本理学療法士協会

Japanese Physical Therapy Association

臨床実習教育の手引き（第6版）目次

発行にあたって

臨床実習教育の手引き（第6版）作成における留意事項

第1章 臨床実習の意義と教育目標

第1節 臨床実習の意義	7ページ
1) 現代の若者の特徴	
2) 実習指導者の要件	
3) カリキュラムとしての臨床実習の存在	
第2節 臨床実習の構成	10ページ
1) 見学実習	
2) 評価実習	
3) 総合臨床実習	
4) 通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習	
第3節 指定規則にみる臨床実習教育の目標	12ページ
1) 教育目標について	
2) 教育の一般目標と行動目標	

第2章 診療参加型臨床実習における違法性の阻却と理学療法行為の相当性

第1節 診療参加型臨床実習で実習生が行う理学療法行為の法的位置づけ	15ページ
1) 違法性の阻却	
2) 臨床実習の目的の正当性と行為の相当性	
第2節 実習生が実施できる理学療法行為の範囲とその水準	16ページ
1) 水準の定義	
2) 実習生が実施できる理学療法行為の範囲とその水準	
3) 対象者の状態による水準の変更	
4) 水準と診療参加型臨床実習の教育目標との関係	

第3章 診療参加型臨床実習に必要な手続きおよび留意事項

第1節 施設との契約と届け出	19ページ
第2節 抗体検査、予防接種等について	21ページ
1) B型肝炎ワクチン	
2) 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘ワクチン	
3) インフルエンザワクチン	
4) 新型コロナウイルス（COVID-19）	
【コラム】新型コロナウイルス感染拡大予防と臨床実習	
第3節 個人情報保護（個人情報の取り扱い、誓約書の作成）	27ページ
第4節 実習生による診療録記載と文章作成	30ページ
1) 学生による診療録記載	
2) 電子カルテについて	

第5節 実習に対する対象者等からの同意	31ページ
1) 包括同意	
2) 個別同意	
3) 同意撤回	
4) 事故発生時の対応	
第6節 ハラスメントの防止	35ページ
1) パワーハラスメント	
2) アカデミックハラスメント	
3) セクシャルハラスメント	
4) ハラスメントの判断基準の違い	
5) ハラスメントの防止	
6) ハラスメントに対し講ずべき対応	
7) ハラスメント被害にあった場合の対応	
【コラム】 学生の自殺防止のために	

第4章 臨床実習の評価

第1節 養成施設のカリキュラムに対する評価	43ページ
第2節 実習指導者に対する評価	43ページ
第3節 実習生に対する評価	44ページ
1) 総合臨床実習前の評価（診断的評価）	
2) 総合臨床実習中の評価（形成的評価）	
3) 総合臨床実習後の評価（総括的評価）	

第5章 卒業時に身に付けておくべき能力

第1節 理学療法士に求められる能力	54ページ
第2節 卒前教育と卒後教育の教育目標の関連	55ページ

第6章 理学療法士教育における診療参加型臨床実習のかたち（実践例の紹介）

第1節 臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案	56ページ
第2節 実習指導実践例（診療参加型臨床実習での指導ポイント）	63ページ
1) 急性期病院での評価実習（4週間）の具体例	
2) 急性期病院での総合臨床実習の具体例	
3) 急性期施設における総合臨床実習	
4) 回復期における評価実習指導の具体例	
5) 回復期～生活期における総合臨床実習指導の具体例	
6) 診療参加型実習の成功体験から得られたこと	
7) 生活期（訪問リハビリテーション）における理学療法実習教育	
8) 通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習	

「臨床実習教育の手引き」発刊に寄せて

公益社団法人日本理学療法士協会

会長 半田 一登

教育こそがすべての専門職の始まりであり、その教育が上手くいくかどうかによってその職種の将来は大きく左右されます。今後、理学療法士の需給バランスが心配される状況下にあって、教育・研究・臨床の充実こそが大切です。とりわけ臨床実習教育は大きな課題をかかえたまま今日を迎えています。人口減少の進むことが予想される中で理学療法士が生き残るためには、総力をあげて今すぐこの課題に取り組まねばなりません。

理学療法士教育の柱である「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」の改定は本来10年ごとに行うことが決まっていた。しかし、諸般の事情によって据え置かれ、結果的には約20年ぶりの改定となってしまいました。この改定作業においては、まず単位数が論議されましたが、全国リハビリテーション学校協会理事長高木氏、前日本リハビリテーション医学会理事長水間氏、そして現藤田医科大学学長の才藤氏ら、医師の方々の一致協力もあり、一部の反対を押しつけて合意することができました。ある委員からは「予防」をカリキュラムに入れることに対して強い反対意見が出されましたが、結果的にはこの点も収載することができました。もう一つの大きな課題は臨床実習のあり方でした。厚生労働省は社会的背景等から単位数よりもこちらの方に大きな関心があるようでした。臨床実習中の不幸な出来事。そしてその事実が政治問題化し、結果としてこの問題を解決しなければならなかったのが臨床実習のあり方だったのです。

その影響もあり、臨床実習に関しては重点的で大幅な変更となりました。臨床実習の歴史を振り返ってみると、昔は実習に行くと1施設で10人前後の患者の担当を渡され、多くの経験ができました。しか

しそれが教育的であったかという大きな疑問が残ります。逆に最近では医療安全の観点等によって、学生が患者に触れる機会すらも極端に減少してしまいました。これでは学ぶ機会さえもが存在していない状況といえ、単に国家試験受験のためだけの存在とも思えます。また、私が主張した点の一つが言葉の整理でした。臨床実習は臨床見学・評価実習・総合臨床実習によって構成されるという点でした。この点について比較的すぐに合意が得られた一方で、時間を要した論議は臨床実習指導者の要件に関する部分でした。特に3年制専門学校・4年制専門学校・4年制大学と教育課程が違う養成校をかかえている全国リハビリテーション学校協会、これまで独自に研修会を開催してきた日本作業療法士協会、そして本会との間には三者三様の考え方があり、この調整には多くの時間を要しました。ここで合意した講習と演習については、その意をしっかりと理解し、素晴らしい臨床実習指導者を数多く育てていかねばなりません。

この度の指定規則の改定と診療参加型臨床実習の実現によって、理学療法士の臨床実習はこれまでよりはるかに教育的なものに変わりました。しかし、このシステムに魂を入れるのは教職員のみではなく、臨床実習指導者の肩に大きくかかっていると言っても過言ではありません。本会の倫理綱領にあるから学生を見るというのではなく、理学療法士の総合的發展のために必要不可欠な行為であるとの認識を高めていただきたいと思います。

最後になりましたが、今回の改定に関わった方々の努力に心より感謝すると共に、この「臨床実習教育の手引き」発刊が大幅に遅れましたことをお詫びいたします。

臨床実習教育の手引き(第6版)の発刊にあたって

一般社団法人全国リハビリテーション学校協会

理事長 高木 邦格

1963年（昭和38年）に日本で開始された理学療法士の養成も2020年（令和2年）で57年が経過しました。この期間に理学療法士の養成校数も社会の要請に応える形で大幅に増加しています。そのような背景のなか、科学的根拠に裏打ちされた質の高い理学療法の実践とノーマライゼーションの理念でもある「共に生きる社会」の実現に向け、日本の保健・医療・福祉の分野を力強く担うことができる理学療法士の養成は、現代の日本にとって重要なテーマの一つです。

理学療法士養成の指定規則は、1966年（昭和41年）に理学療法士・作業療法士学校・養成施設指定規則として施行されました。その後、1972年（昭和47年）に基礎科目と専門科目の大分類、1989年（平成元年）に独自のカリキュラム編成等、1999年（平成11年）にカリキュラム大綱化と単位制導入と改定が続き、2020年（令和2年）に約20年ぶりに改定が行われました。今回の改定については、私が全国リハビリテーション学校協会の理事長に就任して以来、最重要課題の一つとして取り組んできました。これまでも数年にわたり厚生労働省に要請しましたが、なかなか前に進みませんでした。そのような中、粘り強く、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、全国リハビリテーション学校協会が一丸となって働きかけを続け、ようやく改定を実現することができました。一方、今回の改定では、養成校の経営者にとっては大きな負荷がかかる内容です。そのため、様々なご意見がありましたが、教育と臨床実習の質を底上げするためには必要な改定であり、極めて重要な改定内容になっています。

今回の主な改定内容は、総単位数の見直し、臨床実習のあり方（診療参加型臨床実習の導入、実習施設及び学生を指導する指導者の要件）、専任教員の要件の3点に集約できます。指定規則における臨床実習の単位数は、理学療法養成課程が20単位となり、こ

れまでの18単位に地域リハビリテーション実習などの2単位が追加されました。また、社会情勢や理学療法士に求められる役割・知識等の変化、ハラスメントへの対応なども踏まえ、学生を直接指導する臨床実習指導者の要件についても見直しがなされました。さらに、学生を診療チームの一員として臨床実習を行う診療参加型臨床実習が今回の改定で推奨されるようになりました。

今後は、指定規則改定が5年ごとに実施されることから、臨床実習前後の学生評価（知識・技術・態度）や臨床実習で学生が実施できる行為の水準などの統一に向け、養成校、臨床実習施設、専門職団体が一体となり、柔軟で多様性のある対応を進めていく必要があると考えています。

最後に、この巻頭言を執筆している2020年（令和2年）は「100年に1度の危機」とされるCOVID-19の感染拡大・パンデミックに遭遇しています。いまや世界中で多くの医療職の仲間たちが、この瞬間もコロナ感染の患者を救うべく奮闘しています。更には自らウイルスに感染して倒れた医療スタッフが多くいる現実も忘れてはいけません。自分がその現場に立っている今、何ができるか、何をすべき医療人になるのか。そのことを常に自問しながら、この厳しい現実と向き合う必要があります。厳しい状況から目をそらさず、そしてどんなに辛い日々であっても医療の世界に生きる大志を胸に抱き、理学療法士としての誇りを持って目の前の患者や対象者のため、そして臨床を豊かにするために打ち込んでいただきたいと思います。臨床実習教育の手引き(第6版)が、ドラマティックな臨床の現場を通した理学療法士養成の一助になることを切に願っています。

理学療法士の明るい未来を創り上げる、充実した後進の育成につながるサステイナブルな臨床実習教育の構築を期待しています。

発行にあたって

臨床実習の手引き作成委員会

委員長 廣滋 恵一

「臨床実習教育の手引き（第6版）」の発行にあたり、これまでの経緯とこの第6版が目指すものについてお伝えします。

第6版に向けたスタートは、平成28（2016）年度、「臨床実習の手引き改定特別委員会（間瀬教史委員長）」に始まり、第5版の改定作業が開始されました。その流れは、平成29（2017）年度、「臨床実習教育の手引き作成執行委員会（黒澤和生委員長）」に引き継がれ、臨床実習において学生が行なう理学療法の行為の法的阻却（違法性の回避）に必要な項目が提示されました。そして、「学生に許容される理学療法の行為の範囲とその水準」（以下、水準）が決定されました。この水準は、日本理学療法士学会の各分科学会・部門の協力と会員パブリックコメントを経て完成したと聞いております。第5版の改定作業から第6版までの礎を築いていただいた方々へ敬意を表し、深く感謝申し上げます。

平成31（2019）年度、「臨床実習の手引き作成委員会（以下、当委員会）」は、3つの課題に取り組みました。一点目は、前述の間瀬委員会と黒澤委員会で構築された内容と、その後に発出された下記のガイドラインや指定規則改正との整合性を点検するという課題です。例えば、「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインに関するQ & A」、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部改正」等の報告や指針に基づき、慎重な確認作業を行いました。

二点目は、このような指針に基づく実習目標をより実践的に紹介するという課題です。「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」では、臨床実習1単位の時間数について「1単位を40時間以上の実習をもって構成することとし、実習時間以外に行う学習等がある場合には、その時間も含め45時間以内とすること」が明記され、その周知徹底を図るようにと記されています。また、臨床実習の内容については、見学実習、評価実習、総合臨床実習をもって構成すること、評価実習・総合臨床実習において

は、実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましいと示されています。加えて、「理学療法教育モデル・コア・カリキュラム」〔日本理学療法士協会：平成31（2019）年〕では、卒前課程修了時点の到達目標を「基本的理学療法を助言・指導を受けながら行えること」として、医療職のモデル・コア・カリキュラムに準じた学修目標が示されました。そのため、診療参加型臨床実習のかたち（第6章）では、実際の臨床現場で指導に当たっている実習指導者を中心に執筆をお願いし、「実習生が理解を深めるための指導における工夫・配慮点」や「指導者から実習生へのメッセージ」などを盛り込んでいただきました。

三点目の課題は、最新情報への更新と新規の試みを加えることです。具体的には、「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版」〔日本環境感染学会：令和2（2020）年7月〕への更新、そして、臨床実習評価のあり方とその具体的評価方法について提案し、第5版からのアップデートを行いました。

このようにして、臨床実習に関する様々な情報を第1章から第5章は理論編、第6章は実践編として2部構成で一冊にまとめました。これらは養成施設の教員のみならず、実習指導者や実習に臨む学生自身にも理解して頂きたい内容です。そのため、当委員会ではこの「手引き」を手にする読者を養成施設教員や実習指導者、そして、実習に臨む学生やその保護者等も対象として、理解しやすい記述を意識して作成しました。「読者が手に取りやすい（読みやすい）手引き」を目指し、関係者相互に臨床実習教育を「見て理解することができる」、「実践して課題を整理することができる」、「教育の質の担保および向上につなげることができる」という目標に向けて活用頂けたらと思います。この「臨床実習教育の手引き（第6版）」が果たす役割は、理学療法士を志した学生が、臨床現場で理想の理学療法士に学び、専門職意識に芽生え、国家試験に挑む原動力になるような臨床実習が経験できることを理想としています。

臨床実習教育の手引き（第6版）作成における留意事項

<用語の統一>

本手引きでは、文章の構成、内容の一貫性、そして読みやすさを考慮して、以下の内容で文言を統一しました。

1. 文章は「ですます調」を基本とする（ただし、ガイドライン等を引用する場合を除く）
2. 実習指導者要件を満たした者を「臨床実習指導者」「実習指導者」あるいは「指導者」と表記する
3. 評価実習と総合臨床実習において、実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う実習方法を「診療参加型臨床実習」あるいは「診療参加型実習」と表記する
4. 理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインに則して、スーパーバイザー、バイザー、クリニカルクラークシップ（CCS）の名称は用いない
5. 診療参加型実習の学習段階は「見学」・「協同参加」・「実施」と表記する
6. 実習中の学生を「実習生」と表記する（ガイドライン等で「学生」と使用されている場合を除く）
7. 学校・養成施設はすべて「養成施設」と表記し、その教員は、すべて「教員」と表記する
8. 実習生が習得すべき理学療法の「精神運動領域」は「技能」と表記する
9. 理学療法の対象である患者や利用者は「対象者」と表記する
10. 科目履修の意図で用いる場合は「学修」と表記する
11. 臨床実習において実習生が学ぶ行為は「学習」と表記する
12. 単位取得の意図で用いる場合は「修得」と表記する
13. 臨床実習において実習生が「態度」「知識」「技能」を身につけることを「習得」と表記する
14. カタカナ語は全角で表記する
15. 名称は省略しない（例：PTではなく理学療法士、協会ではなく日本理学療法士協会）
16. 年号は和暦（西暦）年で示す（例：令和2（2020）年）

第1章 臨床実習の意義と教育目標

第1節 臨床実習の意義

(廣滋 恵一)

臨床実習は、養成施設で修得した知識や技能を手がかりに、「養成施設では経験できない実践環境で、より一層の理解を深めるための教育機会」です。教科書をもとに「知っている」「理解している」という段階から、対象者に応じて「適切に実施できる」という能力（コンピテンシー）¹⁾の涵養を目指すことが重要です。さらに、臨床における接遇・コミュニケーション力や職業倫理等は、理学療法士を目指す学生の資質面に直接的な刺激を与えます。

したがって、臨床実習とは実習生が実習指導者の教育的支援の下で、対象者のためを考え、対象者と実習指導者から実践を通して学び、理学療法士のプロフェッショナルリズムを実感するという大変重要

な教育機会であり、そこには調整的役割として、養成施設（教員）と臨床実習施設（実習指導者）との連携が必要不可欠です（図1）。

日本理学療法士協会「理学療法士の職業倫理ガイドライン」の〔平成24（2012）年4月15日改正〕第17項²⁾では、後進の育成として「理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人への教育は、理学療法士としての経験を積んできた者の義務である」、「理学療法士としての経験を積んだ者は、理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人の範とならねばならない」とあります。理学療法士を志した学生が、理想の理学療法士像や自身の働く姿を想像し、早く臨床で働きたいと胸を躍らせ、国家試験に挑む原動力となるような臨床実習を経験できたならば、臨床実習指導者は立派な後進育成を果たしているといえます。

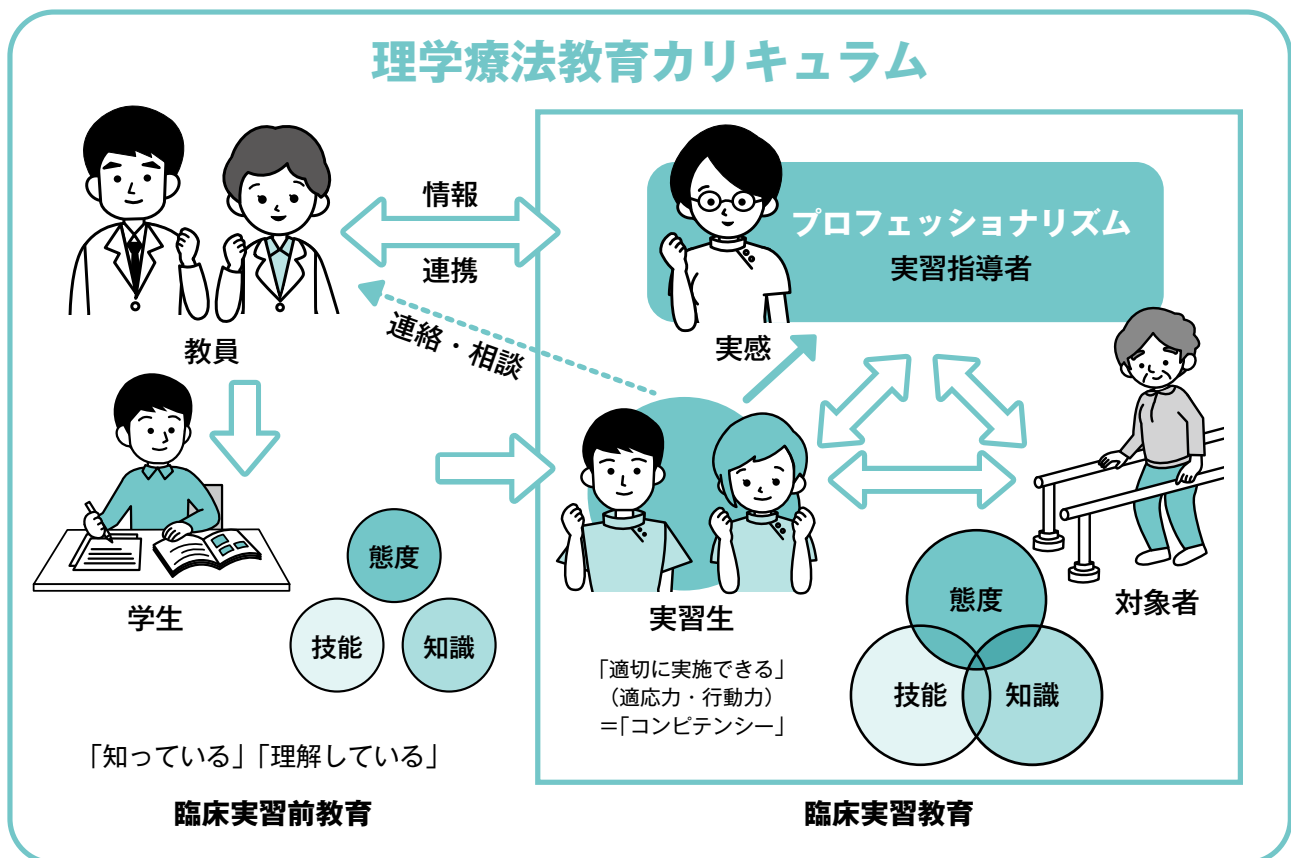


図1 臨床実習の概念図

1) 現代の若者の特徴

臨床実習教育の手引き（第5版）³⁾に記された「現代若者の特徴（1997年の教員研修会ワークショップ⁴⁾で語られた内容）」をまとめると表1のようになります。今日でもよく耳にする内容です。

1980年以降に改訂された学習指導要領は「ゆとり教育」と呼ばれ、2011年まで続きました。特に、2002年度改訂の学習指導要領で教育を受けた世代は「ゆとり世代」と呼ばれます。このゆとり世代に対して斎藤⁵⁾は、今どきの若者は「良くも悪くもおとなしくて真面目」であり「驚くほど伸びる」と上記の否定的特徴に類似した点を指摘しながらも若者を伸ばすためのポイントについて表2のように述べています。

表1 現代若者の特徴

肯定的特徴	<u>素直な面がある、要領が良い、鋭い感性を持っている</u>
否定的特徴	<u>保守化がすすみ、安定状態を求め、自己防衛的</u> <u>保守化しているため、パイオニア精神に乏しい</u> <u>ストレスに弱く、レポートや実習など負荷がかかるような場면을耐えることができず、すぐ休んだりする</u> <u>他者との均質化を求める、主体性がなく、向上心に欠ける</u> <u>性格的に淡泊、すぐあきらめる</u> <u>他者との人間関係が希薄、他人に対する配慮に欠ける</u> <u>礼儀に失することが多く、自分本位である</u> <u>気遣いのいらない小集団に身を置き最低限孤独ではない状態を維持する</u> <u>不特定多数の相手に言語化して常にきちんと自分の意思を伝える必要もないため自己主張することもない</u> <u>就職も何がやりたいというものもなく、ただ地元を志向する</u>

表2 若者を伸ばすためのポイント

① 躊躇せずに、全員一律に（ハードな）ミッションを明確に課すこと 真面目ゆえに追い込まれると頑張り、取り残されまいとする。
② 一対一の師弟関係を築くより、同年代から相互に刺激を受ける場をつくること 周りが頑張れば「良いものは良い」と評価する目と憧れを持ち、より高いレベルへと自分を合わせようとする。
③ 惜しみなく褒め称えること 結果がすべてという評価では若者は伸びない。成果ではなく成長の変化に着目し、変化率と方向性について評価する。「センスがある」は万能の褒め言葉。褒める人に信頼を抱き、その人の信頼に応えようと努力する。
④ 注意したら最後はポジティブなコメントで締めること 否定から入ると耳を閉ざしてしまい、その後の肯定も伝わりにくい。注意する場合は、「肯定⇒アドバイス⇒肯定」という流れが望ましい。褒めるなら全員の前で、注意するなら一対一でおこない、修正ポイントは一つに絞るとよい。

以上は、一般的な若者像に対して書かれています。が、臨床実習においても情意領域の問題として指摘される特徴であり、対応のポイントは有効なように思われます。若者の特徴を踏まえた指導方法を理解し、実践する必要があるのではないのでしょうか。

2) 実習指導者の要件⁶⁾

評価実習および総合臨床実習で実習生を指導するためには、次の要件を満たした者でなければなりません。

実習指導者は、理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士であり、

- ・免許を受けた後5年以上業務に従事した者であり、
- ・「厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会」または「厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会」を受講し修了した者

なお、見学実習においては、上記の実習指導者要件を満たしていなくても「免許を受けた後5年以上業務に従事した者」であれば指導者となることができます。

3) カリキュラムとしての臨床実習の存在⁷⁾

臨床実習はとかく“養成施設教育の集大成である”と思われがちですが、「理学療法士作業療法士養成施設指導要領」の“授業に関する事項”に含まれていたように、教育カリキュラムの中の科目として理解すべきものです。

臨床実習は、本当の「患者」から学ぶ“授業”の一環として存在しており、学生は“実際の患者からしか学べないこと”を学ぶために臨床実習へ赴いていることを改めて確認する必要があると思われます。学生を指導する立場にある者は、学生の未熟さを指摘し、総合的な意味で学生のレベルを判定する“評価者”ではないことを理解すると同時に、あくまで本当の患者の存在を通じて学生の成長を導く“臨床教育者”であることが求められます。

第1節 参考文献・資料

- 1) 日本理学療法士協会：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム. 3. モデル・コア・カリキュラムにおける臨床実習. 2019, p.5
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/modelcorecurriculum_2019.pdf（閲覧日2020年8月10日）
- 2) 日本理学療法士協会：理学療法士の職業倫理ガイドライン（平成24年4月15日改正）. 2012, p.5
<http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/02-gyomu-03rinriguide2.pdf>（閲覧日2020年8月10日）
- 3) 日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き（第5版）. 2007, p.48
- 4) 為数哲司ほか：教員と臨床実習指導者、それぞれが考える「学生の臨床実習目標」について. リハビリテーション研究：2.ワークショップの部. 1997
- 5) 斎藤 孝：若者の取扱説明書「ゆとり世代」は、実は伸びる. PHP新書. 2013
- 6) 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, p.5
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf（閲覧日2019年5月30日）
- 7) 長野県理学療法士会：臨床実習の理解と教育の手引きver2. 2020, p.8
<http://ptnagano.jp/img/file455.pdf>（閲覧日2020年4月30日）

第2節 臨床実習の構成

(廣滋 恵一)

「指定規則」¹⁾ および「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」²⁾ では、臨床実習について次のように示しています。

- ・ 理学療法臨床実習の総単位数を20単位とする
- ・ 臨床実習前の評価及び臨床実習後の評価を必須とする
- ・ 臨床実習は見学実習、評価実習、総合臨床実習をもって構成し、通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を1単位以上行うこと
- ・ 臨床実習は、1単位を40時間以上の実習をもって構成し、実習時間外に行う学修等がある場合には、その時間も含め45時間以内とすること
- ・ 評価実習と総合臨床実習については、実習生が診療チームの一員として加わり、実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましい
- ・ 実習施設における実習生数と実習指導者数の対比は2対1程度が望ましい（ただし、見学実習や主たる実習施設（一定の資格条件を満たした施設）で行う実習についてはこの限りではない）

臨床実習を構成する、見学実習、評価実習、総合臨床実習、通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習とは以下のようになります。なお、それぞれの実習に必要な単位数の配分や実習開始時期（学年）は養成施設のカリキュラムによって異なります（図2）。

1) 見学実習（目安：1～2年次1単位以上）

見学実習は、対象者への対応等についての見学を実施します。

早期体験実習などが相当し、対象者に評価・治療を行うのではなく、対象者や施設・医療スタッフに対して適切な態度で接すること、診療チームの一員としての理学療法士の役割について学びます。

2) 評価実習（目安：2～3年次3～4単位程度）

評価実習は、診療録等からの間接的情報収集や対象者への直接的情報収集（検査・測定等）を通じて、対象者の状態等に関する評価を実施します。実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましく、様々な疾患・状態の対象者に対して基本的な検査・測定等を適切に実施することを学びます。さらに、得られた情報から障害像を考え、課題解決に向けた仮説を立てる過程を学びます。

理学療法臨床実習20単位

(1単位＝40時間以上で構成し、実習時間外に行う学修等の時間も含め45時間以内)

3～4年次

総合臨床実習

2～3年次

評価実習

1～2年次

見学実習

通所リハビリテーション又は
訪問リハビリテーションに関する実習
1単位以上

図2 臨床実習の構成

3) 総合臨床実習

(目安：3～4年次14～16単位程度)

総合臨床実習は、評価実習の内容に加え、対象者の障害像の把握、治療目標および治療計画の立案、治療実践ならびに治療効果判定等を学びます。実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましく、様々な疾患・状態の対象者を数多く経験し、経過の観察を通じて理学療法の効果を学びます。また、診療録等への記載方法やカンファレンスへの参加など、様々な理学療法業務についても理解を深めます。

4) 通所リハビリテーション又は

訪問リハビリテーションに関する実習

(目安：2～4年次1単位以上)

この実習は、指定規則において2020年4月以降の入学生を対象に1単位以上行う必要があります。見学実習の形態で行うことも認められています³⁾が、指定規則改正の目的（地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材を育成すること）から、この実習を見学実習で行う場合においては、臨床実習指導者または教員が指導することが望ましいとされています。実習生数と実習指導者数の対比は2対1程度が推奨されていますが、見学実習や主たる実習施設はこの限りではないと記されているため、例えば、実習生と臨床実習指導者（または教員）の対比を5対1などにすることは可能です。

この実習は、総合臨床実習等の期間中に行うことも認められています。例えば、総合臨床実習等で行う8単位分のうち、この実習を1単位（40時間）以上行う場合は、単位として認められます（ただし、シラバスおよび実習記録等に1単位以上の実習を行ったことが確認出来るようにすること）。

実習指導者は、症例を通じて、地域包括ケアシステムにおける通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションの役割やリハビリテーションマネジメント等について実習できるように努めることが求められます。

第2節 参考文献・資料

- 1) 文部科学省・厚生労働省令第4号：理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令。2018
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/03_shiteikisokusyorei_181005.pdf（閲覧日2019年5月30日）
- 2) 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
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf（閲覧日2019年5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に関するQ&A（令和元年5月29日改訂版）。2019, p.18
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/07_GuidelineQ%26A_190530.pdf（閲覧日2019年5月30日）

第3節 指定規則にみる 臨床実習教育の目標

(廣滋 恵一)

1) 教育目標について

教育目標を設定する意義は、学生が「その教育によって何を修得するのか」を明確にすることで、学生・実習指導者・教員間共通の目標設定ができ、学生の目標到達度が評価できるということにあります。教育目標は、Bloom (1956) が提唱した「教育目標分類Taxonomy」によって、情意領域（態度）、認知領域（知識）、精神運動領域（技能）に分類され、この3領域は理学療法教育にも適用¹⁾されています（図3）。

2) 教育の一般目標と行動目標

到達目標は、教える側と学ぶ側の双方で共有され、その目標に向かって教育は進められます。そして、「その教育によってどのようなことが期待されるのか」を示すのが一般目標（GIO: General Instructional Objectives）であり、学ぶ側が「何ができればよいか」を具体的・個別的に示すのが行動目標（SBO: Specific Behavioral Objectives）です。

理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム²⁾をもとに、臨床実習の一般目標と行動目標（学修目標）を表3のように示します。

「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」³⁾では、「高度・専門化、多様化する保健・医療・福祉・介護等のニーズに対応するため、臨床現場における実践を通じて、基本的理学療法技術の修得を図り、地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材を養成すること」を目的に単位数の見直しが提案され、令和2年度施行の指定規則において臨床実習の単位数は18単位から20単位へと2単位が追加されました。これを受けて、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」⁴⁾では、臨床実習の教育目標として、以下の3つを掲げています。

臨床実習の教育目標

- ① 社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践能力を身につける
- ② 各障害、各病期、各年齢層を偏りなく対応できる能力を培う
- ③ チームの一員として連携の方法を習得し、責任と自覚を培う

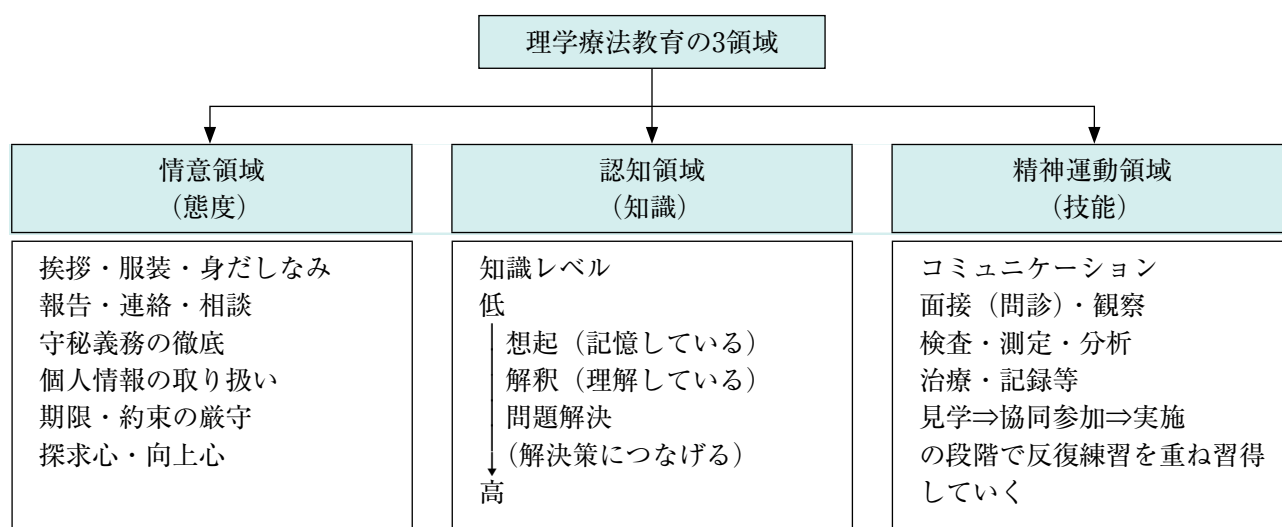


図3 理学療法教育の3領域

表3 臨床実習教育の一般目標と行動目標

一般目標 1	対象者を尊重し、共感的態度をもって、より良い・善い人間関係を構築できる (理学療法の対象者との関係性構築)
行動目標	① 清潔で適切な身だしなみ、ことば遣い、礼儀正しい態度で対象者に接することができる ② 共感的態度をもって、より良い・善い人間関係を構築することができる ③ 周囲における自己の存在を意識した言動を行うことができる ④ 自らが置かれた立場で、必要とされている要件を認識し、他者や指導者の助言などに対して適切に応答することができる ⑤ 対象者、家族のニーズ・要望などに対し、自身の感情を制御して接することができる ⑥ 対象者、家族にとって、相談しやすい雰囲気作りを心がけることができる
一般目標 2	職場における理学療法士の役割と責任について理解し、その一員としての自覚のある言動をとることができる (チーム内での多職種との関係性および理学療法士としての役割)
行動目標	① 医療職としての心得や職場内におけるルールを守ることができる ② 部門におけるルールを理解し、診療プロセス(処方の確認、計画書、効果判定、カルテ記録、算定手順など)を理解した言動をとることができる ③ 臨床実習指導者と十分なコミュニケーションを保って良好な関係を維持することができる ④ 積極的に理学療法スタッフや多職種と関わり、良好な関係を構築することができる ⑤ インシデント・アクシデントが生じた際には実習施設の手順に従って対応することができる ⑥ 守秘義務を果たし、プライバシーを守ることができる ⑦ 臨床実習施設における多職種連携の展開について見学することができる
一般目標 3	理学療法の流れを理解するとともに、臨床内容の意義を理解して説明することができる (理学療法プロセスの理解)
行動目標	① 検査項目・情報収集項目の抽出・取捨選択の理由を説明することができる ② 検査結果の関連性について説明することができる ③ 対象者が抱える課題を抽出し、その抽出理由について説明することができる ④ 対象者の治療目標を設定し、その設定根拠について説明することができる ⑤ 理学療法プログラムを選択し、その根拠について説明することができる ⑥ 理学療法の即時効果を確認し、その内容について説明することができる ⑦ 実施内容を診療記録に記載することができる ⑧カンファレンスでの症例提示内容について説明することができる
補足	行動目標で掲げる「説明する」内容は、学生自身が考えたオリジナルの内容ではなく、チーム職種が考えた臨床推論について説明できることを示している 臨床実習においては、学生が理解し、指導者と同じ視点で考え、カンファレンスなどで意見交換ができるようになることが大切である
一般目標 4	指導者の直接監視下で学生により実施されるべき項目(水準Ⅰ)において、次の項目1)～3)を実践することができる (対象者に対する理学療法実践)
1) リスク管理について	
行動目標	① スタンダードプリコーション(標準予防策)が実施できる ② バイタルサインの計測を実施することができる ③ 意識レベルの評価を見学し、可能ならば実施することができる ④ 各種モニターの使用ができる

表3 臨床実習教育の一般目標と行動目標

2) 理学療法評価について	
行動目標	① 情報収集（診療記録、画像所見、部門内、他部門を含む）を実施することができる ② フィジカルアセスメント（問診・視診・聴診・触診）を実施することができる ③ 基本的な検査測定を実施することができる ・形態計測・感覚検査・反射検査・筋緊張検査・関節可動域計測 ・筋力検査・運動耐容能 ④ 姿勢観察を実施することができる ⑤ 動作観察を実施することができる ⑥ 疼痛の評価を実施することができる ⑦ 日常生活活動評価（手段的日常生活活動を含む）を実施することができる ⑧ 運動器疾患に関する個別検査を実施することができる ⑨ 中枢神経疾患に関する個別検査を実施することができる ⑩ 内部障害に関する個別検査を実施することができる ⑪ 各種発達評価を実施することができる
3) 理学療法治療技術について	
行動目標	① 運動療法を実施することができる ・関節可動域運動・筋力増強運動・バランス練習 ・基本動作練習（随意性の促通を含む）・移動動作練習・日常生活活動練習 ② 物理療法を実施することができる ・温熱療法・寒冷療法・電気刺激療法・超音波療法・水治療法 ・光線療法・牽引療法 ③ 義肢装具療法などを実施することができる ・長・短下肢装具の適合性の確認・長・短下肢装具の調整・福祉用具の選択 ・車いすの適合性の確認・車いすの調整・歩行補助具の調整 ・歩行補助具の使用方法的説明
一般目標 5	地域理学療法の場面での経験を通して、地域包括ケアシステム（特に、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション）における理学療法士の役割を理解し、地域包括ケアシステムに関与する関連専門職の役割を理解することができる （地域理学療法における臨床実習）
行動目標	① 通所リハビリテーション利用者（個別、集団）に対する理学療法を見学することができる ② 通所リハビリテーション利用者に対する理学療法の一部を経験することができる ③ 訪問リハビリテーション利用者に対する理学療法を見学することができる ④ 訪問リハビリテーション利用者に対する理学療法の一部を経験することができる ⑤ ケアプランの立案過程を見学することができる

第3節 参考文献・資料

- 1) 日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き（第5版）. 2007, p.17
- 2) 日本理学療法士協会：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム. F 臨床実習. 2019, pp.45-48
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/modelcorecurriculum_2019.pdf（閲覧日2020年8月10日）
- 3) 厚生労働省：「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会報告書」資料（平成29年12月25日）. 2017, p.4
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000193703.pdf>（閲覧日2019年5月30日）
- 4) 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
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf（閲覧日2019年5月30日）

第2章

診療参加型臨床実習における
違法性の阻却と理学療法行為の相当性第1節 診療参加型臨床実習で実
習生が行う理学療法行為
の法的位置づけ

(廣滋 恵一)

1) 違法性の阻却

医師法¹⁾第17条では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と、医師以外が医行為を行うことを禁止しています。また、診療の補助行為は、保健師助産師看護師法²⁾(以下、保助看法)第31条・第5条で看護師の業務独占であると定められています。この法制度の中で、理学療法士が診療上の補助として理学療法を実施しても、保助看法違反に問われないことを規定したものが理学療法士作業療法士法第15条です(図1)。つまり、「理学療法は、理学療法士による実施が認められた診療の補助行為」ですから、理学療法士でない実習生が臨床現場で理学療法という診療の補助行為を行うことはできません。臨床実習を可能にするためには、この違法性を阻却(=違法性を回避)する条件が必要となります。

医師法第17条
医行為
(医師・歯科医師の業務独占)

保健師助産師看護師法
第31条・第5条
(看護師の業務独占)

理学療法士作業療法士法 第15条
保助看法第31条の例外条例

図1 理学療法の法的位置づけ

2) 臨床実習の目的の正当性と行為の相当性

医療職の臨床実習における法的阻却の指針を示した「臨床実習検討委員会最終報告書」³⁾によれば、「医学生の実行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の実行為と同程度の安全性が確保される程度であれば、基本的に違法性はない」と解され、医学生の実行為の相当性を担保するための基本的4条件が提示されました(表1)。

表1 医学生の実行為の相当性：基本的4条件

- ① 学生に許容される実行為の水準を選定すること、侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
- ② 医学部教育の一環として一定の条件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督
- ③ 臨床実習を開始するに際して事前にかかわらず医学生の評価をすること
- ④ 患者もしくは患者の保護者の同意を得て実施すること

理学療法学生の実行為における違法性の回避を考える場合も、対象者から理学療法行為を行うことに関する同意を得ることを前提として、「理学療法学生の実行為はその目的(質の高い理学療法士を養成するという教育上の観点)に則り、かつ、手段・方法が社会通念から見て相当(理学療法士が行う行為と同程度の安全性が確保される)程度でなければなりません。したがって、実習生が診療参加型臨床実習において対象者に理学療法行為を行うためには、目的の正当性と行為の相当性を担保することが必要となります。理学療法教育における診療参加型臨床実習の目的の正当性と行為の相当性⁴⁾を表2・3にまとめます。

表2 目的の正当性

- ・臨床実習は、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に定められている教育内容である
- ・国家試験前に理学療法士として必要な知識、技能および態度を修得するための必須科目である
- ・実際の患者（対象者）等を対象とした診療参加型臨床実習でなければ、教育目標を達成できない

_01.pdf（閲覧日2020年8月10日）

https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/_icsFiles/afieldfile/2013/03/13/1329799_02.pdf（閲覧日2020年8月10日）

- 4) 日本理学療法士協会：平成29（2017）年度 臨床実習教育の手引き作成執行委員会資料

第2節 実習生が実施できる理学療法行為の範囲とその水準

（永井 良治）

診療参加型臨床実習において実習生が行うことのできる行為については、あらかじめ対象者に同意を得た上で、実習指導者の指導・監督の下、事前に養成施設と臨床実習施設において心身の侵襲性がそれほど高くないと判断した行為については行うことができます。そのため、実習生が行うことのできる理学療法行為とその水準を示す必要があります。水準の作成にあたって考慮した点¹⁾です。

表3 実習生の理学療法行為の相当性:基本的4条件

- ① 実習生が実施できる理学療法行為の範囲（事前に養成施設と臨床実習施設において、心身の侵襲性がそれほど高くないと判断した行為）とその水準にしたがって行う
- ② 適切な能力を有する臨床実習指導者の指導・監督の下に行う
- ③ 臨床実習前に実習生の能力と適正（総合的知識及び基本的技能・態度）を評価・認定すること
- ④ 対象者もしくは対象者の保護者の同意を得て実施することと事故補償の確認

- ① 行為は臨床現場で理学療法士に求められ、かつ、実習生が経験すべき基本的理学療法技術とする
- ② 行為の侵襲性、リスクの程度から3段階（水準Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）に分類する
- ③ 対象者の状態による水準の違いについて記載する

第1節 参考文献・資料

- 1) 厚生労働省：医師法（昭和23年7月30日公布）. 1948
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80001000&dataType=0&pageNo=1（閲覧日2020年8月10日）
- 2) 厚生労働省：保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日公布）. 1948
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80078000&dataType=0&pageNo=1（閲覧日2020年8月10日）
- 3) 文部科学省：臨床実習検討委員会最終報告について（通知）「臨床実習検討委員会最終報告1・2（平成3年5月13日：厚生省健康政策局）」. 1991
https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/_icsFiles/afieldfile/2013/03/13/1329799

1) 水準の定義

診療参加型臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準の定義を示します。

- 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

2) 実習生が実施できる理学療法行為の範囲とその水準 (表4)

実習生が実施できる基本的理学療法行為には、理学療法評価技術・理学療法治療技術に加えてリスク管理技術や義肢・装具・福祉用具・環境調整技術などが基本技術の範囲に含まれています。

基本技術の水準Ⅰは、「実習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」です。直接監視下であれば、実習生が実践可能な行為となります。水準Ⅱは、「指導者の補助として実施されるべき項目および状態」です。実習生にとってはやや高度な技術やリスク管理が要求される技術項目であり、見学に終始するのではなく「手伝いながら経験する」というレベルです。水準Ⅲは、「見学にとどめておくべき項目および状態」です。侵襲性が高い理学療法行為や実習生が行うにはリスクが高く見学にとどめるべき状態を示します。

見学にとどめるべき対象者の状態とは、①全身状態が不安定な場合、②重症不整脈、心肺停止のリスクがある場合、③骨折・脱臼の危険が高い場合、④動作時のバランスが不良で転倒の危険が高い場合、⑤新生児・小児疾患の急性期、⑥侵襲的、羞恥的^{*}を含む場合です。各養成施設はこの基準を参考に、実習生が実施できる行為の範囲とその水準を明示する必要があります。

※羞恥的：自己の肉体的あるいは精神的欠陥が他人の注意の対象となっていると気づくときに出現する感情のこと

3) 対象者の状態による水準の変更

対象者の状態によりその水準は変更されます。表4の水準Ⅱに記載しています「急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目」とは、臨床実習指導者が急性期でリスクが高いと判断した場合や、急性期でなくてもリスクを伴う状態と判断した場合は水準Ⅱになります。つまり関節可動域運動などにおいてリスクを伴う状態であれば水準Ⅱに変更となります。ただし、高リスクの当該部位以外の上肢や下肢の運動は水準Ⅰとして実践は許容されます。

4) 水準と診療参加型臨床実習の教育目標との関係

実習生に許容される行為とその水準設定の目的は、診療参加型臨床実習の安全性を担保するためですが、同時に、実習生が習得すべき技術としての教育目標になる点が非常に重要となります。

水準Ⅰは「実習指導者の直接監視下で実習生が実践可能な行為」ですから、教育目標は「診療参加型臨床実習で習得し、対象者に実践できる」となります。基本技術の動作介助技術では、基本動作・移動動作・移送介助、体位変換が水準Ⅰとなっています。この技術の教育目標は「基本動作介助が実施できる、移動動作介助が実施できる、移送介助が実施できる、体位変換が実施できる」となります。

水準Ⅱは指導者の補助として実施または介助できる項目ですから、教育目標は「指導者の補助として実施または介助できる」となります。

水準Ⅲは、リスクや侵襲性が高く見学にとどめるべき行為ですから、教育目標は「模擬患者、もしくは、シミュレーター教育で技術を習得し、医師・看護師・臨床実習指導者の実施を見学する」となります。

診療参加型臨床実習で実習生に許容される理学療法行為は水準Ⅰの行為であるため、実習生が習得できる実践的技術は水準Ⅰの行為となり、診療参加型臨床実習終了時に身に付けておくべき実践的能力、すなわち教育目標は「水準Ⅰが実践できる」となります。水準Ⅱ、Ⅲの行為は、卒前教育では模擬患者での技術習得や臨床実習指導者の補助・介助レベルの実践にとどめ、その技術の実践的能力は、卒後研修で習得することになります。

第2節 参考文献・資料

- 1) 日本理学療法士協会：平成29（2017）年度 臨床実習教育の手引き作成執行委員会資料

表4 診療参加型臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準

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、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	
理学療法評価技術（検査・測定技術）	情報収集、診療録記載（学生が行った内容）、臨床推論 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、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	診療録記載（指導者が行った内容） 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	
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、アイスバック療法、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・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）

(公社) 日本理学療法士協会

第3章

診療参加型臨床実習に必要な手続きおよび留意事項

診療参加型臨床実習の趣旨は、実習生が理学療法の実施現場での診療チームに参加し、実習指導者の指導・監督の下で理学療法士の知識、思考法、技能、態度の基本的な部分を学ぶことです。診療参加型臨床実習は、附属施設を持つ養成施設は少数とされますので、通常は病院や診療所、介護保険施設などの実習施設に実習生の受け入れをお願いして実施されているのが現状です。また、診療参加型臨床実習を行う実習生はまだ理学療法士免許を取得する前段階です。そのため、養成施設側と実習施設側との受け入れ契約や、実習内容の打ち合わせ、実習生の行動指針等、診療参加型臨床実習に至る環境整備が重要となります。

第1節 施設との契約と届け出

(横倉 益弘)

診療参加型臨床実習は養成施設側と実習施設側の契約という形で行われます(図1)。したがって、実習契約を締結する契約主体は養成施設側では学長や校長、実習施設側では病院長や施設長とし、施設間の契約という形式をとるのが一般的です。個人契約で行うことは、補償などの面からも好ましくはないと考えます。

おもな契約内容の項目

1. 実習生氏名
2. 実習内容
評価実習や総合臨床実習では、内容が異なることが予想されるので、具体的に実習内容を記しておくことが勧められる
3. 実習期間
具体的な期間である。現在は365日対応の施設も多くあることから、学生の休日(土日は休み)等、具体的に打ち合わせしておくことが勧められる
4. 実習受け入れ部署等
受け入れ機関の責任の所在を明らかにしておくという意味で、「どの部署の誰が実習責任者」であるかということを明記しておくことが勧められる
5. 実習費
学校養成施設側からの支払い方法などについて記しておく
6. 遵守事項
実習生が遵守すべき内容を記しておく
7. 院内感染防止
病院・施設での感染防止対策は重要であり、実習生の抗体価などの情報をどのようにするかについて定めておくことは必要である
8. 守秘義務
当然のことであるが、守秘義務についての記述が必要である
9. 保障関係
事故・損害に関する事項である

これらの内容を記した、契約を締結することで「実習に出す側」と、「受ける側」の事項の統一が図られます。

総合臨床実習契約書（例）

〇〇〇〇（以下「甲」）と△△△△（以下「乙」）は、乙の実習生が甲において総合臨床実習を実施するに当たり、下記の通り契約を締結する。

記

1. 実習生氏名
2. 実習内容
3. 期間
(1) 令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 ()
4. 実習受け入れ部署等
(1) 実習受け入れ部署： 〇〇部門
(2) 実習受け入れ責任者： 〇〇〇〇
5. 実習費
乙は甲に対して所定の費用を支払う。
6. 遵守事項
乙の実習者は甲の施設規則等を遵守し、職場の秩序を乱す行為及び甲の業務に支障を来す行為は行わない。
実習中は所定のユニフォームおよび写真入り名札を着用する。
7. 院内感染事故防止
院内感染事故防止のため、乙の実習者は各種抗体検査（麻疹、風疹、水痘、耳下腺炎）を実施し甲に対して実習者の抗体検査結果報告書を提出する。
8. 守秘義務
乙の実習者は実習中において知り得た患者情報及び甲の事項の取扱いに十分留意する。
9. 損害賠償
乙の実習者は実習中において甲に損害を与えた場合及び第三者に対して損害を与えた場合は、甲は乙に対して求償権を行使できる。
10. この契約に定めのない事項については、甲、乙は誠意をもって協議解決する。

以上、本契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲・乙署名、捺印のうえ、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

(甲)	(印)
(乙)	(印)

図1 契約書（例）

第1節 参考文献・資料

- 1) 日本理学療法士協会：平成29（2017）年度 臨床実習教育の手引き作成執行委員会資料

第2節 抗体検査、予防接種等について

(横倉 益弘)

「医療関係者のためのワクチンガイドライン」(以下、ワクチンガイドライン) 第2版¹⁾によると、「医療関係者は自分自身が感染症から身を守るとともに、自分自身が院内感染の感染源になってしまっはいけないので、一般の人々よりもさらに感染症予防に積極的である必要がある」としています。その中で、「対象となる医療関係者とは、事務職・医療職・学生・ボランティア・委託業者(清掃員その他)を含めて受診患者と接触する可能性のある常勤・非常勤・派遣・アルバイト・実習生・指導教官等のすべてを含む」としています。また、「医療関係者への予防接種は、自らの感染予防と他者ことに受診者や入院患者への感染源とならないためのものであり、積極的に行うべきものではあるが、強制力を伴うようなものであってはならない。あくまでそれぞれの医療関係者がその必要性と重要性を理解した上での任意の接種である」ということも強調しています。

理学療法の実習生に関しては、養成施設側で入学およびそれ以降にでも抗体検査などを実施、もしくは学生から抗体価等の報告を求めておき、実習以前に把握しておくことが必要です。ワクチンガイドラインによる抗体価はあくまでも原則であり、臨床実習施設によっては独自に基準を設けている場合があるので、実際の実習にあたっては臨床実習施設と養成施設側で事前に協議しておく必要があります。

以下、接種対象者として理学療法士が含まれるものについて、令和2(2020)年7月27日改定された「医療関係者のためのワクチンガイドライン」第3版²⁾に沿って説明します。

1) B型肝炎ワクチン

ワクチンガイドライン²⁾の Recommendation

- ・医療機関では、対象者や対象者の血液・体液に接する可能性のある場合は、B型肝炎に対して感受性のあるすべての医療関係者に対してB型ワクチン接種を実施しなければならない
- ・ワクチンは0、1、6ヶ月後の3回接種(1シリーズ)を行う(図2)
- ・3回目の接種終了後から1~2ヶ月後にHBs抗体検査を行い、10mIU/mL以上であれば免疫獲得と判定する
- ・1回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対してはもう1シリーズのワクチン接種を考慮する
- ・ワクチン接種シリーズ後の抗体検査で免疫獲得と確認された場合は、その後の抗体検査や追加のワクチン接種は必要ない

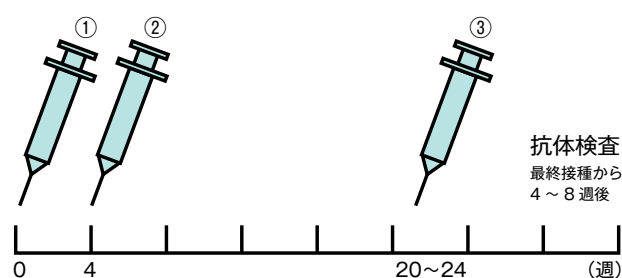


図2 ワクチン接種のスケジュール²⁾

2) 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘ワクチン

ワクチンガイドライン ²⁾ の Recommendation
・1歳以上で「2回」の予防接種の記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする ・予防接種の記録が1歳以上で「1回」のみの者は、1回目の摂取から少なくとも4週間以上あけて2回目の予防接種を受け、「2回」の記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする ・既罹患で予防接種を受けていない者は、勤務・実習前に抗体陽性の結果を提出することを原則とする ・上記のいずれにも該当しない者は、少なくとも4週間以上あけて「2回」の予防接種を受け、その記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする ・勤務・実習中は、予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数にかかわらず保管する ・1歳以上で「2回」の予防接種の記録がない、または免疫が不十分（抗体陰性または低抵抗抗体価）であるにもかかわらず、ワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し、当該医療関係者が発症することがないように勤務・実習体制を配慮する

平常時の対応として図3、表1に基づき4疾患の予防を講じることが原則とされています。すなわち、勤務・実習開始前に予防接種の記録などの提出を求め、対応は疾患ごとに検討することとされています。

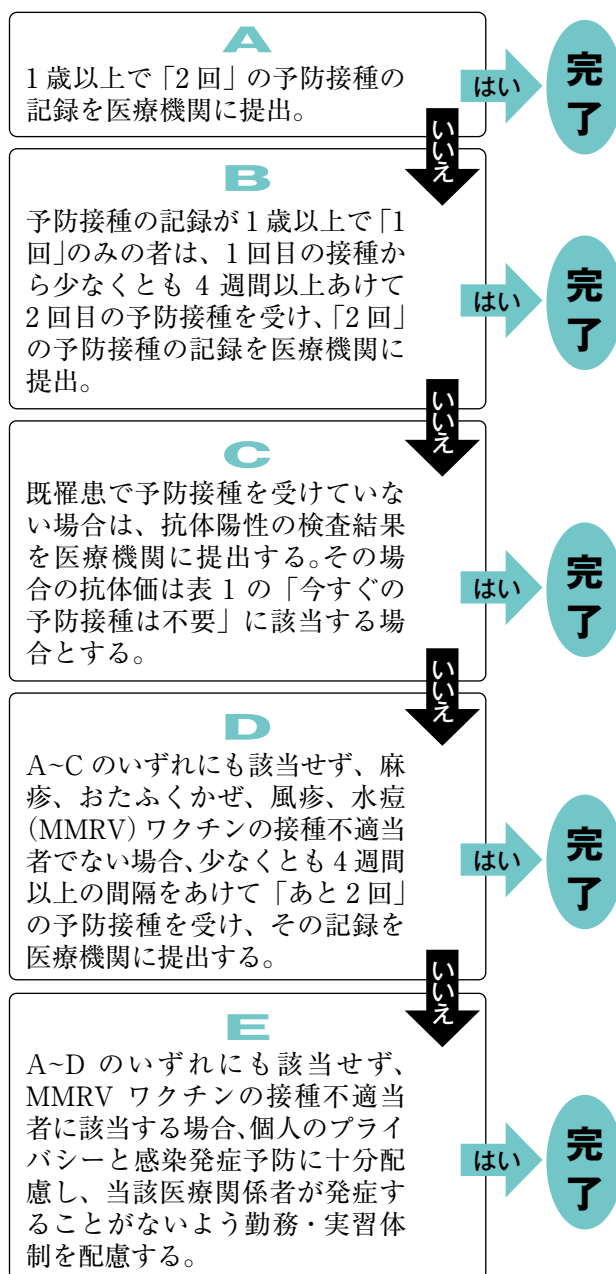


図3 医療関係者のワクチンガイドライン
MMRV※対応フローチャート²⁾

※MMRV：麻疹（measles）、流行性耳下腺炎（mumps）、風疹（rubella）、水痘（varicella）

表1 MMRV抗体価と必要予防接種回数（予防接種の記録が無い場合）²⁾

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) Δ A0.100未満 ※: 陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0Al未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0Al未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0Al以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL未満
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※Δ Aは、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

風疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A：デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG）：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノストB風疹/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C：シスメックス・バイオメリュー株式会社（バイダスアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D：板東製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E：ベックマン・コールター株式会社（アクセス ルベラ IgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F：株式会社保健科学西日本（i-アッセイ CL 風疹 IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5Al未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

I：アボットジャパン株式会社（Rubella-G アボット）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

* 第5期定期接種は、2019年～2022年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

3) インフルエンザワクチン

ワクチンガイドライン²⁾ の Recommendation

- ・予防接種実施規則6条*による接種不適格者に該当しない全医療関係者を対象として、インフルエンザHAワクチン0.5mlを、毎年1回、接種する

インフルエンザに対する治療薬も実用化されていますが、医療関係者においてあくまでインフルエンザワクチンを接種することが前提となっており、感染前にワクチンで予防することが最も有効な防御手段とされています。特に、インフルエンザに罹患した対象者と接触するリスクの高い臨床実習機関で実習を行うことが多いため、学生及び教員自身の感染防止、対象者や他の職員への施設内感染防止、およびインフルエンザの罹患による実習停止防止からも積極的にワクチン接種を受けることが勧められます。また、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与に関して、施設内での流行伝播に職員が関与している場合を除いて、ワクチンガイドラインでは原則必要ないと記載されています。

***[予防接種実施規則6条による接種不適格者]**

被接種者が、下記のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはならない。

- ・ 明らかな発熱を呈している者
- ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ・ 本剤の成分によってアナフラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ・ 前記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

インフルエンザも他の予防接種同様にワクチンにより防ぐのが、感染予防の基本原則です。特に医療に従事する者として、インフルエンザの感染により周囲への影響が計り知れないことを、個々が認識すべきです。ただ、インフルエンザワクチンを接種していても発症を防ぐことはできない場合があるので、平時から咳エチケットや手洗いなどの感染防止対策が重要です。

4) 新型コロナウイルス (COVID-19)

2019年12月以降、短期間で全世界に感染拡大した新型コロナウイルス (COVID-19) は多くの社会的、経済的、教育的ダメージを与えました。日本においても、医療施設や介護施設がクラスター（患者間の関連が認められた集団）となり医療・介護提供体制に大きな影響を与えています。新型コロナウイルス (COVID-19) の治療薬やワクチンが開発されるまでは、他の感染症同様に感染予防が重要です。

1996年に米国のCDC（疾病予防管理センター）から提唱され、日本の厚生労働省監修ガイドラインでも勧告されているスタンダードプリコーション（標準予防策）と感染経路別予防策が感染予防の基本となります（図4）。

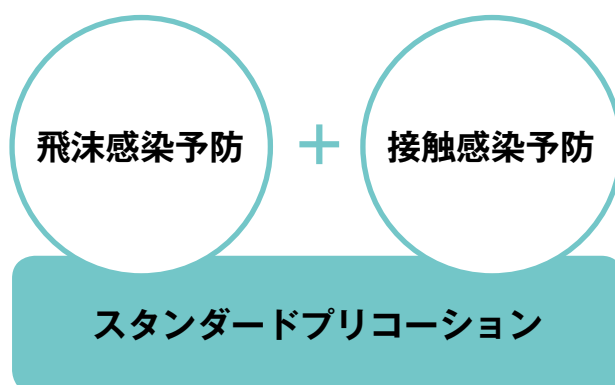


図4 感染予防の基本原則

COVID-19においては、発熱や咳、呼吸困難感や倦怠感などの症状を示すものから、無症状者（無症状病原菌保有者）のものが居るため、十分注意が必要です。また、治療方法の未確定、PCR検査などの検査アクセスの非普及などからも「感染しない予防」が重要で接触対策、飛沫対策だけでなくエアロゾル感染対策も必要です。

国立国際医療研究センターの藤谷医師は、理学療法士に必要な標準予防策の具体例として次の5項目を挙げています。

1. 適切な手指衛生
2. 防護用具の使用
3. 患者ケアに使用した機材の取り扱い
4. 周囲の環境対策（環境整備）
5. 呼吸器衛生（咳エチケット）

適切な手指衛生の重要性は、医療従事者として当然知るところではありますが、Five Moments for Hand Hygiene (WHO) では、下記5項目を手指衛生のタイミングとしています（図5）。

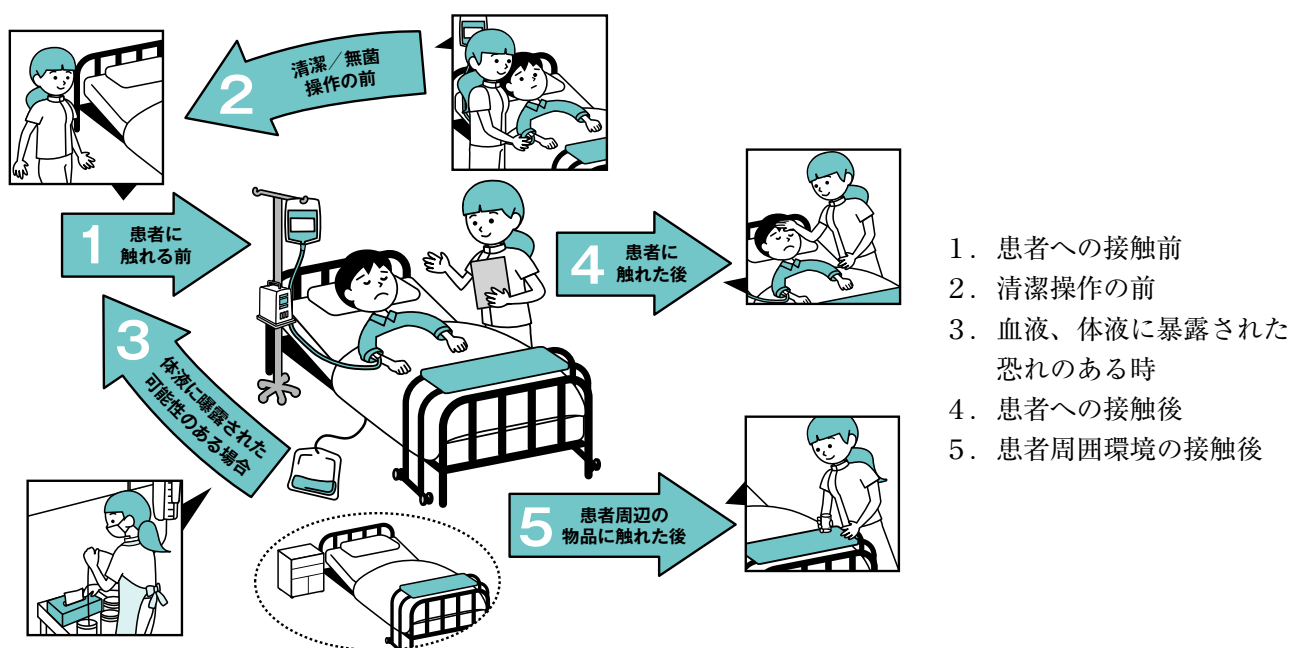


図5 WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care

実習生においては、平時より「日常生活を営む上での基本的な生活様式」を遵守し毎朝の体温測定、健康チェックの習慣づけ、実習中においては、発熱や風邪の症状がある場合はムリをせず、指導者や教員への報告と臨床実習施設が整備する感染症対策ガイドラインや学校養成施設の感染症対策ガイドラインに従い対応しなければなりません。また、Social-Distanceを守るとともに、濃厚接触をしないことが必要です。そして、日頃から速乾性手指消毒剤（アルコール）及び流水と石鹸による手指衛生や体調管理を徹底し「感染しない」、「感染させない」を心得ておく必要があります。

濃厚接触の定義例として、マスクを付けず1m以内及び15分程度接触する、体液に素手で触れる等としています。

日本理学療法士協会及び日本理学療法士学会監修の新型コロナウイルス感染症への対策動画URLを下記に示します。

第2節 参考文献・資料

- 1) 一般社団法人日本環境感染学会:医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版. 環境感染誌. 2014, 29 Suppl. III, pp.i-ii
http://www.kankyokansen.org/common/fckeditor/editor/filemanager/connectors/php/transfer.php?file=/publication/guideline/uid000001_76616363696E652D67756964656C696E65735F30322E706466
 (閲覧日2019年6月20日)
- 2) 一般社団法人日本環境感染学会:医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版. 環境感染誌. 2020, 35 Suppl. II, pp.S1-S16
http://www.kankyokansen.org/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03.pdf
 (閲覧日2020年8月10日)

日本理学療法士協会 Official YouTube Channel

- ・ 理学療法士向けの新型コロナウイルス感染予防に関する講義動画
<https://www.youtube.com/channel/UCfJUFLnV-f7B23bh7AGk1wA>
- ・ 番外：正しい感染予防策をしよう。ダメダメ動画編
<https://www.youtube.com/watch?v=Fl-lat4Kn8>
- ・ 日本理学療法士学会：理学療法士のためのCOVID-19感染予防対策動画
<https://tez123jp.wixsite.com/website>

【コラム】新型コロナウイルス感染拡大予防と臨床実習

(廣滋 恵一)

令和2(2020)年度は「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)」の影響により大変な幕開けとなりました。臨床実習も「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について」¹⁾のなかで「実習施設等の代替が困難である場合、実状を踏まえ実習に代えて演習又は学内実習等を実施することにより、必要な知識及び技能を修得することとして差し支えない」と過去に例を見ない対応が記されました。そのため、感染予防対策の一環として、実習施設等の変更のほか、養成施設で行う所謂「学内実習」で補充するという決断をした養成施設も多数ありました²⁾。

医療従事者を志す学生は「新しい生活様式」³⁾を実践し、感染リスクが高まる「5つの場面」⁴⁾を避け、臨床実習の機会を損なう事の無いよう基本的感染症対策の徹底が一層求められます。

参考資料

- 1) 文部科学省初等中等教育局, 文部科学省高等教育局, 厚生労働省医政局, 厚生労働省健康局, 厚生労働省医薬・生活衛生局, 厚生労働省社会・援護局, 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校, 養成所及び養成施設等の対応について. 2020
<https://www.mhlw.go.jp/content/000603666.pdf>
 (閲覧日2020年5月10日)
- 2) 全国リハビリテーション学校協会: 臨床実習における新型コロナウイルス感染拡大の影響_集計結果 3.19-3.27. 2020
- 3) 厚生労働省: 新しい生活様式. 2020
<https://www.mhlw.go.jp/content/000641913.pdf>
 (閲覧日2020年6月30日)
- 4) 新型コロナウイルス感染症対策分科会: 分科会から政府への提言. 感染リスクが高まる「5つの場面」と「感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫」. 2020
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/teigen_12_1.pdf (閲覧日2020年11月10日)

感染リスクが高まる「5つの場面」⁴⁾

場面① 飲酒を伴う懇談会等

- 飲酒の影響で気分が高揚すると同時に注意力が低下する。また、聴覚が鈍麻し、大きな声になりやすい。
- 特に数居などで区切られている狭い空間に、長時間、大人数が滞在すると、感染リスクが高まる。
- また、回し飲みや箸などの共用が感染のリスクを高める。



場面② 大人数や長時間におよぶ飲食

- 長時間におよぶ飲食、接待を伴う飲食、深夜のはしご酒では、短時間の食事と比べて、感染リスクが高まる。
- 大人数、例えば5人以上の飲食では、大声になり飛沫が飛びやすくなるため、感染リスクが高まる。



場面③ マスクなしでの会話

- マスクなしに近距離で会話をすることで、飛沫感染やマイクロ飛沫感染での感染リスクが高まる。
- マスクなしでの感染例としては、昼カラオケなどの事例が確認されている。
- 車やバスで移動する際の車中でも注意が必要。



場面④ 狭い空間での共同生活

- 狭い空間での共同生活は、長時間にわたり閉鎖空間が共有されるため、感染リスクが高まる。
- 寮の部屋やトイレなどの共用部分での感染が疑われる事例が報告されている。



場面⑤ 居場所の切り替わり

- 仕事での休憩時間に入った時など、居場所が切り替わると、気の緩みや環境の変化により、感染リスクが高まることもある。
- 休憩室、喫煙所、更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。



第3節 個人情報保護(個人情報の取り扱い、誓約書の作成)

(横倉 益弘)

「個人情報の保護に関する法律」(個人情報保護法)が平成15(2003)年5月に成立、その後、社会環境の変化等を踏まえて改正個人情報保護法が平成29(2017)年5月30日から全面施行されました。法律の定義では、「個人情報とは、生存する個人の情報であって、氏名、生年月日、住所、顔写真などにより特定の個人を識別できるもの(他の情報と容易に照合でき、それにより、特定の個人を識別できるものを含む)」と明記されています。臨床実習指導者は実習中に知り得た個人情報(疾患部位の画像、手術記録、検査所見記録、調剤録、歩行状況等)を実習生に守らせると同時に、実習生自身の個人情報(学生紹介など学生個人に関わる情報)の保護と安全管理にも注意が必要です。

診療参加型臨床実習に際して、トラブルを回避するために事前に養成施設内において個人情報の取

り扱いに関する学習や指導を繰り返し徹底するとともに、臨床実習開始時のオリエンテーションにおいて実習生に伝えることが予防策として重要です。

個人情報保護に関する指導内容

- ・実習開始前に患者優先の原則に努め安全管理に勤める
- ・診療で得た情報等は適切に取り扱う
- ・臨床実習指導者等の指示に従う
- ・精神運動領域である理学療法技能や情意レベルである態度の向上に努める
- ・病院の規定等を理解し臨床実習生としてのモラルを遵守する

上記事項に違反した場合は、学校養成施設等の規定による処罰などが行われることを理解させておくことも重要です。また、これらの事項を明らかにし、学生個々が認識するためにも学生から誓約書(図6)を得ておくことも重要です。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇 病院
病院長 〇〇〇〇 様

誓 約 書

〇〇〇病院での総合臨床実習にあたり、下記各項を遵守することを誓約いたします。

1. 病院の諸規則、心得等を遵守し、実習指導者の指示に従う。
2. 実習中および実習後においても知り得た個人情報を他に漏洩しない。
3. 感染および安全対策に十分注意する。

学校名

実習生氏名

保護者氏名

図6 誓約書の例示

誓約書の内容
・ 臨床実習指導者等の指導に従う ・ 施設の規則等を遵守する ・ 個人情報の保護に努め、守秘義務を守る ・ 感染および安全対策に十分注意する ・ 電子カルテ等記録方法や閲覧方法および注意事項について遵守する

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 臨床実習で得た各種情報をFacebook（フェイスブック）やTwitter（ツイッター）LINE（ライン）、Instagram（インスタグラム）等で情報発信や意見交換を行わない（実習に関する確認や相談も同様）・ 実習に関する事柄は、いかなる内容であってもウェブ上に書き込みをしない |
|---|

近年、SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）や情報通信技術等の発達により、様々な問題が生じることがあるので、学生には以下の事柄にも十分配慮させることが重要です（図7）。

特に、実習指導者は、当該施設の情報記録方法などについて説明し、学生に対しては、記録方法や管理方法を実習初日にオリエンテーションしておき、個人情報の保護と学生の学習への配慮を十分に行う必要があります。

〇〇年〇〇月〇〇日

ソーシャルメディアに関する誓約書

〇〇〇
〇〇〇〇 様

学生氏名

保護者氏名

私は、ソーシャルメディアを利用する際、トラブル等の被害者や加害者にならないように、以下の利用上のルールやマナーを遵守し、措置を承諾することを誓約いたします。

1. ルール・マナーの遵守について

- 1) 法律を守る。
 - ・国内の法令で定められた基本的人権、プライバシー権、肖像権、著作権、商標権などを侵害しない。
 - ・他国や他民族の人々を尊重した情報発信を心がける。
- 2) 守秘義務を守り、機密情報の取り扱いに注意する。
 - ・実習などで知り得た個人や病院・施設・企業などに関することを発信しない。
- 3) 不必要な情報は発信しない。
 - ・間違った情報や不確かな情報、誤解をまねく内容、独善的主張などは発信しない。
 - ・他人の悪口や傷つけたりする表現はしない。
 - ・不特定多数の人が発信した情報をみているという意識を常に持ち、他人に不快な思いをさせないよう心がける。
- 4) 自分の情報発信に責任をもつ。
 - ・病院・施設・企業の名誉や社会的信用を失うことがないよう責任をもつ。

2. 遵守違反行為があった場合の措置

- 1) 遵守違反行為と判断された場合は、〇〇委員会等の審議結果に基づく懲戒処分に従う。
- 2) 法令等に係る違反行為を行った場合は、その結果に一切の責任を負わなければならない。
- 3) 違反行為の結果、第三者から何らかの請求または訴訟が提起された場合、自らの費用と責任において当該請求または訴訟を解決しなければならない。
- 4) 個人や施設及び団体の名誉や社会的信用を失わせた場合は、その責任を負わなければならない。

3. その他

ソーシャルメディアに関するトラブルや被害にあった場合、ルール違反行為が疑われる状況を発見した場合、速やかに報告する。

以上

図7 ソーシャルメディア誓約書の例示

第4節 実習生による診療録記載と文章作成

(横倉 益弘)

1) 学生による診療録記載

日々の診療録の記載は理学療法士にとって必要な能力の1つです。また、実習生が実習において知り得た情報や思考、実施したことを適切に文章化できることは、臨床実践能力を習得する上で重要です。しかし、診療録に記載する理学療法の内容は、公文書として扱われるため、実習生による記載には、個人情報保護の観点からも十分な注意が必要です。記載する場合、当該実習生の指導に関わる実習指導者の監督、指導のもと、養成施設、実習施設で定めた手順に沿い、明確な責任体制で行われる必要があります。適切な責任体制がとれない場合は、実習生による記載は行わせてはいけません。

診療録等からの個人情報収集時の注意事項

- ・患者名や対象者名は記載しない
- ・生年月日及び年齢は記載しない
- ・住所や電話番号は記載しない
- ・現病歴では、特定の病院名や住居情報など記載しない
- ・その他、個人に関わる情報の記載はしない

学生による診療録記載時の手順の一例

- ・実習生は、自ら行った行為を基に下書きをし、実習指導者に記載内容を確認する
- ・実習指導者は下書きを見ながら、内容、表現、用語が適切で正確に記載されているかを確認する
- ・実習指導者は、必要に応じて加筆・訂正等を行う
- ・実習生は、その加筆・訂正に沿って診療録に記載する
- ・実習指導者は、記録内容を最終確認し署名する

2) 電子カルテについて

「電子カルテ」とは、診療情報を電子化して記録し、それらを統合的に参照できるICT（情報通信技術）ツールであり、紙媒体の診療録の様々な問題点を代替するものです。

紙の診療録の問題点

- ・書かれていない
- ・読めない
- ・記載内容や様式が標準化されていない
- ・情報へのアクセスが悪い
- ・情報共有がしにくい
- ・データーが出せない

電子カルテのメリット

- ・診療記録の量的充実と質の標準化
- ・多種類の情報の同時多角的な参照
- ・診療情報のデーターベース化
- ・診療情報の伝達・共有が容易
- ・医療の透明性の推進

電子カルテが導入されている臨床実習施設では、学生が閲覧できる範囲を臨床実習上必要な対象者に限定します。

以下は学生が電子カルテを使用する際の遵守事項の例示です。

電子カルテの使い方

評価実習や総合臨床実習で電子カルテを使用するためには、次頁の注意事項を遵守する。
また、個人情報保護法に違反する行為には法的にも厳しい処分があります。

電子カルテを利用する際の一般的注意事項

- ・利用者の認識のため、ユーザーアカウントやパスワードは、自己の責任において管理し、メモに書いたり、人に教えたりしない
- ・「ログイン」後は、「ログアウト」するまで電子カルテから離れない
- ・「ログイン」とは、署名・捺印に等しい行為。利用が終了したときは、速やかに「ログアウト」する
- ・ログインした者が不明な場合、使用しない
- ・学生は、指導者の指導の下で対象者の診療情報のみ閲覧する
- ・パソコントラブルの場合は、必ず指導者に報告し指示に従う
- ・また、パソコンがフリーズした場合においても放置せず必ず報告する

第5節 実習に対する 対象者等からの同意

(大屋 晴嗣)

診療参加型臨床実習の実施に当たり対象者もしくは保護者の同意を得ることが必要となります。

診療参加型臨床実習に関する同意は、一人ひとりの対象者に実習生の関与や診療内容などを説明し、口頭や書面で同意を確認します。診療参加型臨床実習に関する同意には、「包括同意」と「個別同意」があります。

1) 包括同意 (図8)

包括同意とは、実習生が外来や病棟、訪問先での診療に同席すること、診療に伴い発生する資料等を実習生が利用することに関して包括的に同意を得ることを言います。資料等とは、主に病歴（カルテ）に記載されている内容であり、X線写真などの画像情報、生理機能検査結果、血液や尿などの検査資料、手術で切除した組織やその写真などです。

包括同意は、対象者の入院時など理学療法開始時に書面にて同意を得るのが一般的です。

2) 個別同意 (図9)

個別同意とは、包括同意とは別に診療参加型臨床実習において実習生が対象者の身体に触れるなど理学療法行為の一部を実施する際に口頭もしくは書面にて説明と同意を個々に得るものです。既に包括同意を得ている項目についても再度説明し、個別同意との違いについての説明と同意を得ます。

個別同意は、実習生が対象者に直接接触することが想定される場合、事前に同意を得るのが一般的です。

3) 同意撤回 (図10)

包括・個別の同意を得る際に対象者に説明する内容として、同意の取り消しがあります。多くの対象者は臨床実習でどのような理学療法行為が行われるのかを経験したことはありません。実際に臨床実習に関する行為を受けてみて、対象者の意にそぐわない場合もあります。その際、対象者は既に同意している包括同意や個別同意をいつでも撤回することができます。

4) 事故発生時の対応 (図11)

診療参加型臨床実習において本来あってはならないことですが、医療事故が発生した場合は、速やかに養成施設と実習施設間で連絡を行い対応する必要があります。

診療参加型臨床実習に関するご説明と同意書（包括同意）

ご説明

診療参加型臨床実習では、実習生が診療チームの一員として、診療の実際を学びます。実習生は、この実習により理学療法士としての技能及び態度を学び、国家資格取得後には、さらに研鑽を積みより質の高い医療を提供することにつながります。

診療参加型臨床実習の実施に当たっては、実習生の習熟度に応じて必要かつ十分な指導・監督を行い患者の安全に配慮します。

実習生が関わることで患者に不利益が生じないよう配慮します。

実習生が関わったことが原因で患者に不利益が発生した場合には、加入する保険で対応します。

実習中に実習生が知り得た情報は、決して第三者に漏らすことが無いよう配慮します。

この同意書へご署名を頂かなかった場合でも、それによる不利益はありません。

患者は、いかなる時でも、この同意書を撤回することができます。

ご意見やご不明な点がある場合は、いつでも担当者へお尋ねください。

上記、診療参加型臨床実習の説明をご理解いただき同意頂ける場合は、下記同意書への署名をお願い致します。

診療参加型臨床実習同意書

私は、診療参加型臨床実習の説明を受け了承しましたので、本同意書に署名します。

●●●●年 ●●月 ●●日

患者氏名：

代理人氏名：

（続柄

）

図8 包括同意書の参考例

診療参加型臨床実習に関するご説明と同意書（個別同意）

ご説明

診療参加型臨床実習では、実習生が診療チームの一員として、診療の実際を学びます。実習生は、この実習により理学療法士としての技能及び態度を学び、国家資格取得後には、さらに研鑽を積みより質の高い医療を提供することにつながります。

診療参加型臨床実習の実施に当たり、実習生の習熟度に応じて必要かつ十分な指導・監督を行い患者の安全に配慮し、臨床実習指導者と共に患者の身体に触れる行為、指導者監督下での理学療法の実施を行います。

実習生が関わることで患者に不利益が生じないよう配慮します。

実習中に実習生が知り得た情報は、決して第三者に漏らすことが無いよう配慮します。

実習生が関わったことが原因で患者に不利益が発生した場合には、加入する保険で対応します。

この同意書へご署名を頂かなかった場合でも、それによる不利益はありません。

患者は、いかなる時でも、この同意書を撤回することができます。

ご意見やご不明な点がある場合は、いつでも担当者へお尋ねください。

上記、診療参加型臨床実習の説明をご理解いただき同意頂ける場合は、下記同意書への署名捺印をお願い致します。

診療参加型臨床実習同意書（個別）

私は、診療参加型臨床実習の説明を受け了承しましたので、本同意書に署名します。

●●●●年 ●●月 ●●日

患者氏名： _____ 印

代理人氏名： _____ 印（続柄 _____）

図9 個別同意書の参考例

診療参加型臨床実習の同意撤回書

診療参加型臨床実習同意撤回書

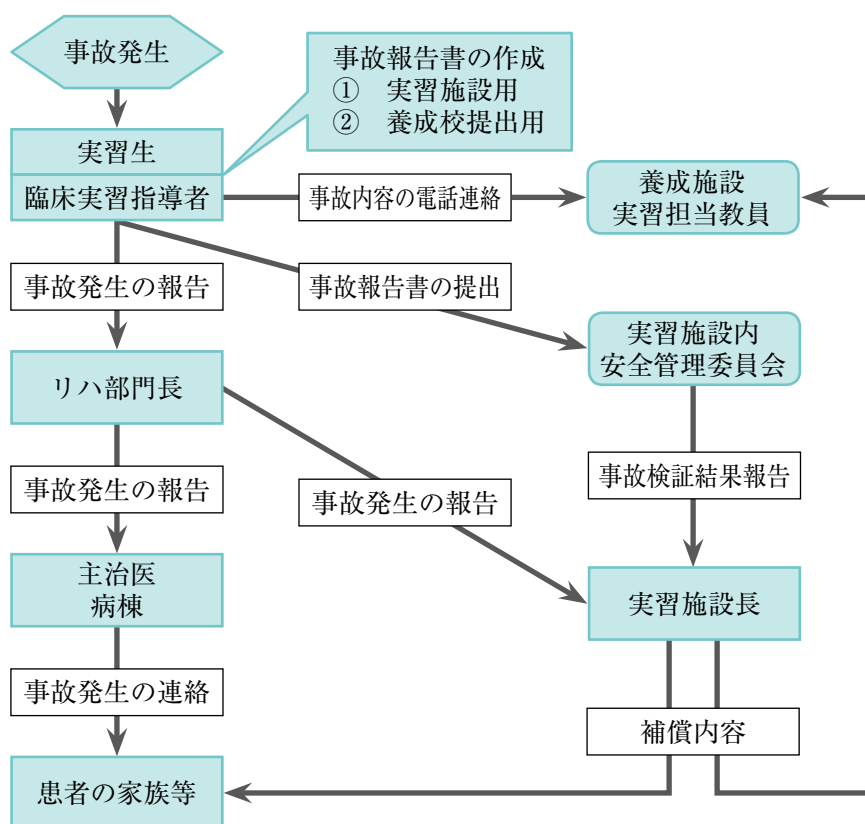
私は、診療参加型臨床実習実施に際し説明を受け同意署名しましたが、その同意を撤回します。

●●●●年 ●●月 ●●日

患者氏名： _____

代理人氏名： _____（続柄 _____）

図10 同意撤回書の参考例



- 実習施設により情報伝達ルートなどが異なる場合がありますので、実習開始前に施設内安全管理委員会等での取り決めなどを確認しておきます。
- 実習開始前に養成施設との間で事故発生時の連絡方法や養成施設担当者を確認します。
- 事故発生時の連絡先として、養成施設担当者電話番号は決められた場所に明示しておくことが望ましいです。
- 事故に関する補償は、施設内安全管理委員会の報告を基に実習施設長の判断により決定されるのが一般的です。

図11 事故発生時の情報伝達等のフローチャート

第6節 ハラスメントの防止

(佐藤 博之)

平成20(2008)年と平成25(2013)年に、ハラスメントが原因で学生が臨床実習期間中に自殺するという痛ましい事件が相次いで起きました。私たちは二度と臨床実習生の悲劇を繰り返してはなりません。

全ての理学療法士がハラスメントを防ぐ役割と、ハラスメントがない環境を構築する責務があることを認識し、ハラスメントに対する共通認識を持つことが大切です。また、ハラスメントへの対応の幅は広く、対人関係のトラブルから、犯罪にかかるような事案までも含まれるため、適切な対応方法を身につけておくことが望まれます。

1) パワーハラスメント

厚生労働省によると、職場におけるパワーハラスメントとは改正労働施策総合推進法(令和元年6月5日公布)により、以下の3つの要素をすべて満たすものとされています¹⁾。

- ① 優越的な関係を背景とした言動であって
- ② 業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより
- ③ 労働者の就業環境が害されること

(1) パワーハラスメントの行為類型(図12)

典型的なパワーハラスメント行為として、①身体的な攻撃、②精神的な攻撃、③人間関係からの切り離し、④過大な要求、⑤過小な要求、⑥個の侵害の6つの行為類型があります。

評価実習・総合臨床実習においては、特に④過大な要求において、かねてから時間外指導や過度な課題等の問題が指摘されています。理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインでは、臨床実習については、1単位を40時間以上の実習をもって構成することとし、実習時間外に行う学修等がある場合には、その時間も含め45時間以内とすることと規定しています²⁾。1週間45時間以内とすることは順守すべき事項です。



①身体的な攻撃

実習生に物を投げつける。殴打、足蹴りを行う。暴行や傷害を与える。



②精神的な攻撃

能力の低さに人格を否定するような言動を行う。必要以上に長時間にわたる厳しい叱責を繰り返す。患者の目の前で、大声で威圧的な叱責を繰り返す。



③人間関係からの切り離し

実習をさせない、長時間別室に隔離する。実習生に対し、集団で無視をし、職場で孤立させる。



④過大な要求

必要な教育を行わず、到底到達できないレベルの実習目標を課し、達成できなかったことに対し、厳しく叱責する。時間外の指導の常態化。実習とは関係ない私用な雑用処理を行わせる。



⑤過小な要求

誰でも遂行可能な業務を行わせる。嫌がらせのために実習の機会を与えない。または機会を少なくする。



⑥個の侵害

実習生を職場外でも継続的に監視したり、私物の写真撮影をしたりする。実習生の個人情報について、本人の了解を得ずに他人に暴露する。

図12 パワーハラスメントの3つの構成要素を満たす6つの行為類型の例³⁾

(2) パワーハラスメント行為者の責任¹⁾

パワーハラスメントの行為者になった場合、以下の責任が発生します。

まず、民事上の責任です。民法709条の不法行為責任に基づく損害賠償を請求される可能性があります。また、会社には民法415条の債務不履行責任（安全配慮義務違反）に基づく損害賠償を請求される可能性があります。

また、刑事事件として訴えられる可能性もあります。例えば、パワーハラスメント行為によって被害者が精神疾患を患った（医師の診断あり）場合、傷害罪に当たる可能性があります。その場合、15年以下の懲役、または50万円以下の罰金などが科せられる可能性があります。裁判にならないまでも、職場内での信用や、地位を失ったり、家庭への影響、家庭の崩壊なども考えられます。

管理職の方は、自分自身の言動はもちろん、あなたの部下がそのような行為をしないよう、注意や指導をすることが必要です。

2) アカデミックハラスメント

大辞林第3版⁴⁾によれば、アカデミックハラスメントとは、教育・研究機関における、権力を利用した嫌がらせとしています。また、NPO法人アカデミック・ハラスメントをなくすネットワーク（NAAH）では、「研究教育に関わる優位な力関係のもとで行われる理不尽な行為」と定義⁶⁾しています。

臨床実習教育において、パワーハラスメントと区別しにくい部分もありますが、実習生に対して教育的立場の養成施設の教員が、あるいは、臨床実習を監督・指導する立場の臨床実習指導者が権力と誤認し、正当な理由なしに「実習を中止にする」や「単位を与えない」などの安易な発言、「学習活動を直接的・間接的に妨害すること」などはアカデミックハラスメントに該当します。

アカデミックハラスメントの例⁵⁾

- * 学習・研究活動への妨害（文献・図書や機器類を使わせない、机を与えない等）
- * 単位取得妨害（理由を示さずに単位を与えない等）
- * 指導義務の放棄、指導上の差別（実習指導を怠る、実習生を差別的に扱う等）
- * 不適切な環境下での指導の強制（時間外に指導を行う、人の目が行き届かない状況で個人指導を行う等）

3) セクシャルハラスメント（図13）

セクシャルハラスメント（性的いやがらせ）とは男女雇用機会均等法では、職場におけるセクシャルハラスメントについて、事業主に防止措置を講じることを義務付けています。雇用管理上の問題として、実習生に対するセクシャルハラスメントも、適切な対応をとることが必要です。

(1) セクシャルハラスメントとは⁶⁾

意に反する「性的な言動」（性的な内容の発言、性的な行動）に対する対応により不利益を受けたり、「性的な言動」により環境が害されることです。

- ① 職場において、労働者の意に反する性的な言動が行われ、それを拒否したことで解雇、降格、減給などの不利益を受けること（対価型セクシャルハラスメント）
- ② 性的な言動が行われることで職場の環境が不快なものとなったため、労働者の能力の発揮に大きな悪影響が生じること（環境型セクシャルハラスメント）



- ・高頻度で電話やメールを送信する
- ・個人的な話をしつこく聞く
- ・実習の内容とは関係のない性的な内容の話をする
- ・不必要な身体への接触をする。身体を眺め回す
- ・「スタイルがいいね」と言ったり、スリーサイズを聞く
- ・「胸が大きい（小さい）」など身体に関することを言ったり、個人的な性体験を聞いたりする
- ・しつこく食事や飲酒に誘う。自宅までの送迎を強要する
- ・女性（男性）であるという理由だけで、不当に評価する
- ・デートに応じれば評価を上げる（応じなければ下げる）
- ・性的な関係を迫る
- ・実習中や終了後のつきまとい行為

図13 セクシャルハラスメントの例

（2）セクシャルハラスメントに関する注意事項

セクシャルハラスメントかどうかは相手の受け取り方が重視されますが、相手が「嫌だ」とはっきりと意思表示することは難しいことを意識する必要があります。上司からの誘いも含め、パワーを持った人からの誘いや指示を断ることを、難しく感じる人は少なくありません。「嫌だと言わなかった、はっきり断らなかった方にも非がある」というのは間違いです。

飲み会のような場は実習における人間関係がそのまま継続しがちになります。セクシャルハラスメントとともにアルコールハラスメントにも注意が必要です。性的マイノリティ（性的少数者）に対する無理解も問題になり得ますので注意が必要です。

（3）実習指導者－学生間のセクシャルハラスメントにある背景

実習指導者と学生間のセクシャルハラスメントにある背景には、双方の「勘違い」があります。実習生は実習指導者の学識の高さを人格の高さと誤解しやすく、実習指導者は自分の指導に応える実習生の誠意を自分への好意と誤解しやすいという勘違いがあるのです。

たとえ相互に同意の上、恋愛関係があったとしても、結果的に実習生の就学環境に悪影響が及べば、それはセクシャルハラスメントとみなされるリスクが生じるので十分注意が必要です。

4）ハラスメントの判断基準の違い（図14、15）

ハラスメントの判断基準は、セクシャルハラスメントの場合、受け手が不快に思うかどうかです。

一方、アカデミックハラスメントとパワーハラスメントは客観的な判断が重視されます。

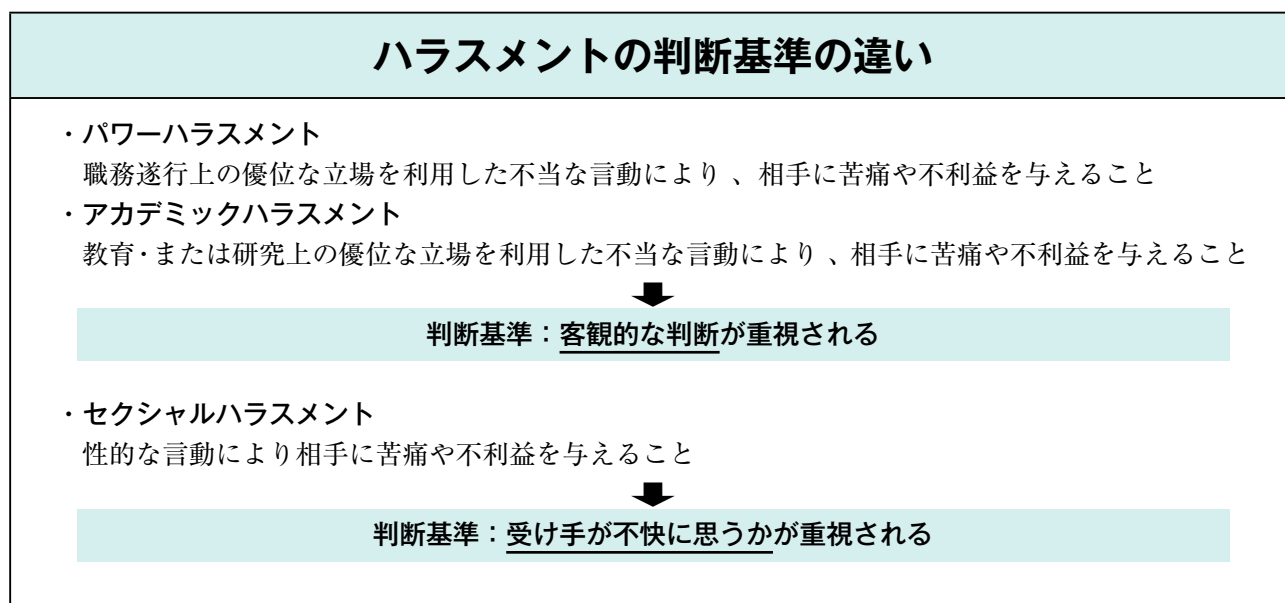


図14 ハラスメントの判断基準の違い⁷⁾

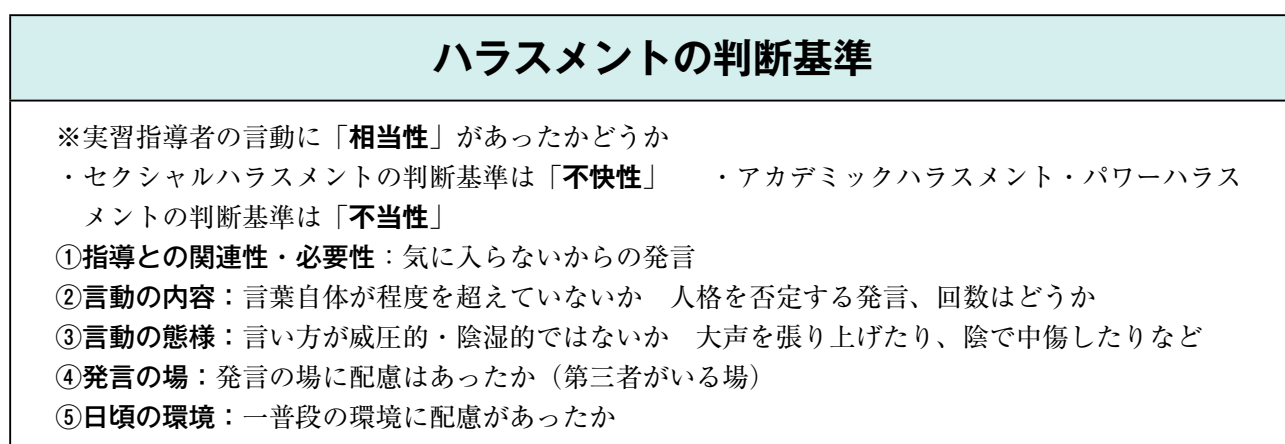


図15 ハラスメントの判断基準⁷⁾

5) ハラスメントの防止 (図16、17)

(1) パワーハラスメント、アカデミックハラスメントの防止

パワーハラスメントやアカデミックハラスメントの防止には、日頃からのコミュニケーションが大切です。またフィードバックの際は「肯定的なフィードバック」を行います。これは「褒める」ことで実習生と良好な関係を構築するのに役立ちます。具体的には「25%ルール」（目標達成が100%とする

と、出来が25%の段階で褒める）、どの仕事のどの部分がよかったか、どの辺が評価に値するのかなどを具体的に褒める、当たり前なことでも、きちんとこなしていることに関して褒める、などが有効です。

直ちに100%を求めてもほとんどの場合達成することは困難ですし、実習生ですので、高望みはせずにできていることをしっかりとフィードバックすることが有効です。

(2) セクシャルハラスメントの防止

理学療法は、身体接触を伴う評価および治療技術を多く含む専門性を持っています。日頃からハラスメントの疑念を持たれないような配慮が必要にな

ります。「昔はこうしていたから問題ない」という考えはもう通用しません。学生の意識の変化や学内教育での配慮と実習地との乖離、価値の多様化など、社会的背景に合わせた指導を行う必要があります。

※叱責の前に事情を聞く、指導の目的が正当であることを精査する	
指導の動機と目的	何が問題で何を改善すればよいかを明確に
指導と感情	感情的にではなく、社会や勉学・研究のルールや理論を冷静に説明する
指導の環境	他者の前で指摘するよりは、なるべく1対1が望ましい。関係性がよくない時は他のスタッフを同席させるのもよい
指導の時間	長すぎないか？人の集中力は30分～1時間
指導のやり方	一般的にメールや電話でなく対面が望ましい
指導後のフォロー	良い面や努力を認めて伝える
何度目の指導？	今までの指導が効果的でないと感じるなら、方法を変える必要もある

図16 パワーハラスメント・アカデミックハラスメント防止の指導チェックポイント⁷⁾

※理学療法士：身体接触を行う専門職 高い倫理観と不快を感じさせない言動の修得	
学内実習	同性や抵抗感の少ないペアで始められることを保障（事前相談等）
	特に、胸部や骨盤・鼠径部付近の実技の場合は一貫して学習者の思いを尊重
	担当教員と副教員が両性になるよう配慮
	最終的に異性で学習することを提案し、相互に起こる感情の理解や配慮を学ぶ目標を確認
	記録係や被験者を第三者として同席させる等し、空間的に配慮（特に補習、試験時）
臨床実習指導	学内実習時と同様の対応が前提
	違和感や疑問が生じた際は遠慮なく申し出るように伝え、上位職への相談ルート、学校の相談窓口を確認（相談・調停・裁定の対応の違いを説明）
	学生自身が加害者（技能や説明能力が未熟な故に対象者に不快もしくは不適切な言動）となり得る可能性があることも説明し、そうならないよう対策を確認（対象者の保護を踏まえた指導・助言を適切に与えることも予め説明）

図17 セクシャルハラスメント防止チェックポイント⁷⁾

6) ハラスメントに対し講ずべき対応

ハラスメントに対し講ずべき対応としては主に次の6点があります。

① 共通認識の明確化

臨床実習場面ではどんなことがハラスメントに該当するか、実習施設、養成施設ともに共通認識を持つ。そのために、各養成施設における手引きにハラスメントについて明記し、防止を呼び掛ける。また施設管理者、教員は、実習指導者、実習生ともに認識を持つよう促す。

② 養成施設連絡先の明記

実際にハラスメントの疑いがある場合、実習指導者以外の職員や管理者、学生からも養成施設側に連絡できるよう、養成施設連絡先を手引きや評価表等に明記する。

③ 事実確認

ハラスメントの疑いがある場合、施設職員、養成施設教員で事実確認を行う。

④ 施設への報告

事業主はセクシャルハラスメント対策を行うことが求められている。実習指導者がハラスメントを行っていた場合、管理者は事業主またはハラスメント対策担当者へも報告を行う。必要があれば、事実確認の時点で報告する。行為者へは職場で措置を行う。

⑤ 被害者支援

実際にハラスメントが生じ、実習を継続することが困難な場合、別施設での実習が行えるよう、養成施設側は配慮する。また、プライバシーに配慮する。

⑥ 再発防止の対策

ハラスメントが明らかになった場合、再発防止の対策を検討し実施する。今後ハラスメントが行われないよう取り組み、生じた場合は隠蔽せず対応し、再発防止に努める。

(1) 養成施設における相談体制の整備⁸⁾

養成施設において、相談体制の整備を行うこと、そして、相談窓口がアクセスしやすいよう工夫する必要があります。できればハラスメント相談のみを担当する専任の相談員を置くことが望ましいですが、養成施設の規模や風土などにあわせて体制を整えていく必要があります。ハラスメント相談初期対応のポイントを図18にまとめました。

- ・ 親身になって聴く
- ・ 話をさえぎらない
- ・ 根掘り葉掘り聞き出さない
- ・ 事実と解釈（感情）を分けて聞く
- ・ 聴く側の主観で判断しない
- ・ 評価的なコメントはしない
- ・ 論点の不統一をとがめない
- ・ 相談者の要望を確認する
- ・ 二次被害を与えない

図18 ハラスメント相談初期対応のポイント

(2) 臨床実習指導者の意識

臨床実習指導者がハラスメント防止について十分な問題意識を持つことが重要です。養成施設の教員とともに、背景にある学習環境や組織的な課題に目を向け、ハラスメントを生じさせない構造的な防止策を検討していく必要があります。

7) ハラスメント被害にあった場合の対応

① はっきりと意思を伝えましょう

ハラスメントは、受け流しているだけでは状況は改善されません。「やめてください」「私はイヤです」と、あなたの意思を伝えましょう。

② 養成施設の担当者に相談してみましょう

まずは、養成施設の実習担当教員や養成施設の相談窓口相談してみましょう。

【コラム】学生の自殺防止のために

(佐藤 博之)

1. 学生の自殺問題の現状

15～39歳の死亡原因の第1位は自殺で、若年層ではむしろ自殺者数は増加傾向にあります。大学生においても依然として深刻な状況が続いています¹⁾。学生の自殺の危険因子としては、学修不振、人間関係、進路決定や病気の悩み、就職活動の失敗などがあります。このようなストレスの高い状態から、自責や焦燥、絶望などのうつ状態となり、自殺企図に至るプロセス²⁾をとります。

2. 自殺防止への対応の基本¹⁾

(1) 日常的な対応

養成施設が行うべきこととして、自殺防止・危機対応に関する組織的な整備が大切です。例えば、学生の自殺に関する全学的な情報の把握・学生生活サイクル（学年・学期・季節等）上の危機の把握、自殺防止に関する基本方針の策定、問題分析、防止策の検討や自殺防止キャンペーン等の実施、学生を対象とした講演会や講義等の実施などです。また、学内における学生の居場所の整備や学生同士のネットワークづくりの支援など、居場所・人間関係をつくるための仕掛けづくりも行う必要があります。さらに、危険個所のリストアップと対策実施状況の点検など建物等の物理的対策・工夫も行う必要があります。

(2) 危機状態にある学生への対応（キーワード：「気づく」「つながる」「つなげる」）

危機状態にある学生にいち早く気づく必要があります。

自殺を考えている人の態度やサイン

- ①趣味・サークルの興味を失う
- ②テストの点が急に落ちる
- ③服装、ヘアスタイルの変化
- ④講義に集中できない
- ⑤寝不足、食欲がない様子
- ⑥表情がいつもと違う
- ⑦急に不自然なほど明るくなった
- ⑧薬物など危険な行動を繰り返す

特に最近ではソーシャルネットワーキングサービス（SNS）などで、「疲れた」「つらい」「死にたい」など自殺をほのめかしたり、SNS上で自殺について投稿することがある場合には注意が必要です³⁾。

このような様子が見られたら、声をかけたり、学生が安心できる場所でゆっくりと話を聴くなど、学生が孤立しないようにつながりをつくることが重要です。また、必要に応じて学生相談機関等の専門的な支援機関に対応を相談することも重要です。

(3) 自殺危機への対応（危機対応の原則：命を守る）

強い希死念慮や自殺企図が生じて、自殺の危険が高まった時には、学生の「命を守る」こと、安全の確保を最優先します。死なないよう説得するより先に、死にたいと思う心情や状況について共感するつもりで話を聴き、苦しみを受け止める、自殺という手段ではなく、別の方法で状況の改善を一緒に図っていきたいと協力を申し出るなど、学生との「つながり」をつくります。

差し迫った危険性がある場合、安全を確保できるまで学生を一人にしないことや、できる限り本人の了承を得て保護者や関係者へ連絡する、緊急の場合には、本人の同意が得られなくても、安全確保を優先して連絡します。また、学生相談機関や学生との関係者と協議し、個人ではなくチームや組織で対応することも重要です。

学生のメンタルヘルスに関わる自殺防止のガイドラインを紹介します。

- * 「学生の自殺防止のためのガイドライン」（日本学生相談学会）
<http://www.gakuseisodan.com/wp-content/uploads/public/Guideline-20140425.pdf>
- * 「大学生の自殺対策ガイドライン2010」（国立大学法人保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会自殺問題検討ワーキンググループ）
http://www.nitech.ac.jp/campus/counsel/files/mentalrescue_guideline.pdf
- * 「大学生の自殺対策ガイドライン」（全国大学メンタルヘルス学会）
<http://jacmh.org/index.html>

第6節 参考文献・資料

- 1) 厚生労働省:パワーハラスメント対策導入マニュアル (第4版). 2019
https://www.no-harassment.mhlw.go.jp/pdf/pwhr2019_manual.pdf (閲覧日2019年12月10日)
- 2) 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, p.3
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf (閲覧日2019年6月10日)
- 3) 厚生労働省:「職場のパワーハラスメント防止対策についての検討会」報告書. 2018, pp.5-6
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11910000-Koyoukankyokintoukyoku-Koyoukikaikintouka/0000201236.pdf> (閲覧日2019年12月10日)
- 4) 松村明:大辞林 (第3版). 三省堂. 2006
- 5) NPO法人アカデミック・ハラスメントをなくすネットワーク (NAAH):アカデミックハラスメントとは. <http://www.naah.jp/harassment.html> (閲覧日2019年12月10日)
- 6) 厚生労働省・都道府県労働局:悩んでいませんか、職場でのセクシャルハラスメント.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000333507.pdf> (観 覧 日 2019 年 12 月 10 日)
- 7) 日本理学療法士協会:臨床実習指導者講習会資料. 2019
- 8) 北仲千里・横山美栄子:アカデミック・ハラスメントの解決－大学の常識を問い直す－. 寿郎社. 2017

コラム 参考文献・資料

- 1) 日本学生相談学会発行:学生の自殺防止のためのガイドライン. 2014
<https://www.gakuseisodan.com/wp-content/uploads/public/Guideline-20140425.pdf> (閲覧日2020年10月12日)
- 2) 大田区ホームページ:大田区の自殺総合対策「自殺に至るプロセス」.
https://www.city.ota.tokyo.jp/smph/seikatsu/hoken/kenko_dukuri/kokoro_joho/jisatsutaisaku.html (閲覧日2020年10月12日)
- 3) 中央労働災害防止協会 編集・発行:職場における自殺の予防と対応 (改訂第5版). 2010
https://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/supporter/files/H22_jisatsu_yobou_taiou.pdf (閲覧日2020年10月12日)

第4章 臨床実習の評価

臨床実習の評価のあり方を問う場合、養成施設のカリキュラムに対する評価、実習指導者に対する評価、そして、実習生に対する評価といった3つの側面があります。

第1節 養成施設のカリキュラムに対する評価

(廣滋 恵一)

養成施設のカリキュラムは、一般にも公開されているように、大学であれば「大学教育改革」で義務付けられた「三つのポリシー」(表1)の策定・公開(2017)によって、各大学のカリキュラム・ポリシー(教育課程編成・実施の方針)やディプロマ・ポリシー(卒業認定・学位授与の方針)が示されています。そして、学修成果の可視化やPDCAサイクルによるカリキュラム・マネジメントの確立等に取り組み、学生の学修成果を測定・評価すること(アセスメント・ポリシー)が求められています¹⁾。

養成施設に対しては、臨床実習前の学修レベルに合わせて、適切な時期に臨床実習が計画されているかが評価の対象となります。

第1節 参考文献・資料

- 1) 中央教育審議会大学分科会大学教育部会:「卒業認定・学位授与の方針」(ディプロマ・ポリシー)、「教育課程編成・実施の方針」(カリキュラム・

ポリシー)及び「入学者受入れの方針」(アドミッション・ポリシー)の策定及び運用に関するガイドライン、2016

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/_icsFiles/afieldfile/2016/04/01/1369248_01_1.pdf (閲覧日2019年12月10日)

第2節 実習指導者に対する評価

(廣滋 恵一)

実習指導者に対しては、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」において、実習指導者の要件が定められました〔第1章 第1節-2) 参照〕。厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会では、実習施設における評価実習・総合臨床実習プログラムの立案、実習指導者の在り方(ハラスメントについて十分な問題意識を持つなど)や実習指導者および評価実習・総合臨床実習プログラムの評価について等がテーマとなっています。

ここで、臨床実習指導者に対する評価の例として、「実習計画」、「実習内容」、「教育意欲」、「教育態度」、「実習指導技術」の16項目で構成された評価表¹⁾を紹介します(表2)。

「5: 優れている」、「4: 良い」、「3: 普通」、「2: やや劣る」、「1: 良くない」のスケールで実習生と実習指導者自らが評価します。学生から指導内容の評価されることで一方的な指導を抑制する効果があり、指導者自身の振り返りの機会になっているようです。

表1 三つのポリシーについての基本的な考え方

ディプロマ・ポリシー	各大学、学部・学科等の教育理念に基づき、どのような力を身に付けた者に卒業を認定し、学位を授与するのかを定める基本的な方針であり、学生の学修成果の目標ともなるもの
カリキュラム・ポリシー	ディプロマ・ポリシーの達成のために、どのような教育課程を編成し、どのような教育内容・方法を実施し、学修成果をどのように評価するのかを定める基本的な方針
アドミッション・ポリシー	各大学、学部・学科等の教育理念、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーに基づく教育内容等を踏まえ、どのように入学者を受け入れるかを定める基本的な方針であり、受け入れる学生に求める学習成果(「学力の3要素」※についてどのような成果を求めるか)を示すもの ※(1) 知識・技能、(2) 思考力・判断力・表現力等の能力、(3) 主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度

表2 臨床実習指導者に対する評価表

実習計画	1. 実習の初期に学習目標についての説明を受けたか？
	2. 実習はスケジュール通りに行われたか？
	3. 実習施設の指導体制は十分であったか？
実習内容	4. 臨床に必要な態度・資質の指導は十分であったか？
	5. 臨床で要求される知識・思考についての指導は十分であったか？
	6. 理学療法技術の指導は十分であったか？
教育意欲	7. 臨床実習の指導に熱意が感じられたか？
教育態度	8. 指導者は学生を理解し尊重してくれたか？
	9. 学生が質問しやすい雰囲気であったか？
	10. 積極的に臨床行為をさせてくれたか？
実習指導技術	11. 学生を指導するための専門的知識が豊富で論理的であったか？
	12. 指導者は臨床の専門家として模範的であったか？
	13. 知的好奇心が刺激されたか？
	14. 学生が実施した評価・治療および提出物のチェックをしてくれたか？
	15. 学生にとって適切な難易度であったか？
	16. 実習内容には満足したか？

第2節 参考文献・資料

- 1) 小林賢：理学療法教育の専門性と可能性－10年後を見据えた教育とはなにか－. 理学療法学. 2015, 42 (4), pp.343-346

第3節 実習生に対する評価

(廣滋 恵一、永井 良治)

実習生に対する評価は、臨床実習（見学実習、評価実習、総合臨床実習）がカリキュラムの一科目であることから、学修成果の判定（単位認定）は養成施設の基準と責任の下で行われます。実習生に対する「臨床実習前の評価及び臨床実習後の評価」は、特に総合臨床実習に関する学修成果を判定することを目的として新たに加えられました。「臨床実習前の評価」は、実習生の技能等に関して、直接対象者に接する前の総合的知識及び基本的技能・態度を備えていることを確認します。臨床実習施設では、この実習前の評価を踏まえた教育と「実習中の評価」を行い、最終的に「臨床実習後の評価」をもって総合的に学修成果を判定します。第3節では、総合臨床実習における学生評価について記します。

1) 総合臨床実習前の評価（診断的評価）

これは、学生に臨床実習に臨む適性や能力があるか否かを評価する、いわゆる進級試験的なものではありません。実習に臨む学生の情意領域、認知領域、精神運動領域について、養成施設が学生の準備状態を把握し、実習施設との指導計画を立案するために行います。医学部等で実施されている共用試験を参考に、認知領域に対しては多肢選択筆記試験（CBT: Computer Based Testing, 図1）など、情意領域と精神運動領域に対しては客観的臨床能力試験（OSCE: Objective Structured Clinical Examination, 図2）などを実施します。実習前に学生の準備状態を評価し、「実習生が実施できる理学療法行為の範囲とその水準」にしたがって指導計画を立案することは、基本的4条件（第2章 第1節 参照）を満たすうえでも必要となります。このため、臨床実習前の評価基準を明確にすること、評価内容を実習施設に報告して指導計画を立てるといった連携が求められます。

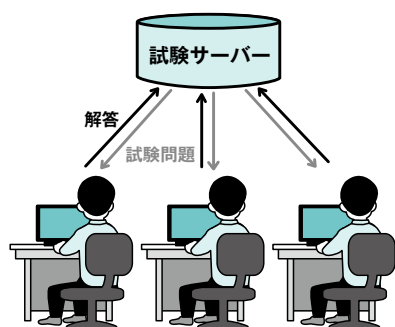


図1 多肢選択筆記試験
(CBT: Computer Based Testing)

コンピューターで出題される基礎医学や臨床医学、臨床理学療法などの問題について、選択肢から正解を選び解答する試験です。

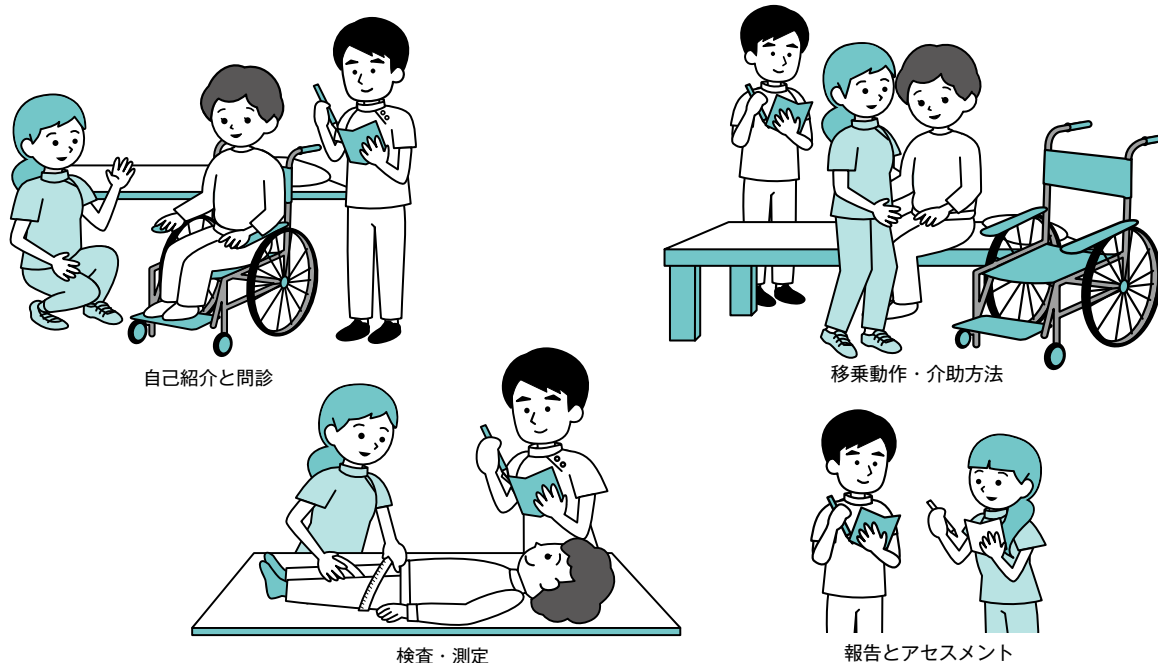


図2 客観的臨床能力試験 (OSCE: Objective Structured Clinical Examination)

事前に周知した複数の実践的課題に対して、学生の実施態度や技能レベルを複数の教員（採点者）で評価します。

学生は、採点者および模擬患者が配置された複数のステーション（区切られた部屋）を回ります。

OSCEでは、学生に対する試験後のフィードバックが重要な役割を果たします。技能の要素ごとに採点された結果をフィードバックされることによって、学生は「技能のどの部分が出来なかったのか」を理解することができます。

2) 総合臨床実習中の評価（形成的評価）

実習指導者による指導の過程（学習の形成段階）で実施される評価です。臨床実習は、実習生が対象者に応じて「適切に実施できる」という能力（コンピテンシー）の涵養を目指すことが重要で、臨床実習期間の学習成果を可視化することが求められます。

学習成果の評価は4つのタイプ¹⁾に分類されています（図3）。量的評価は総括的評価であり、客観性を重視した標準テストや質問紙調査がこれに当たります。一方、質的評価は形成的評価であり、「個々の学生の学習や指導の改善のための情報を得るのに適している」と報告¹⁾²⁾されています。直接評価

は、「学生の知識や行為を通じて『何ができるか』を学生自身に提示させることで、学生の学習成果を直接的に評価する方法」²⁾であり、パフォーマンス評価やポートフォリオ評価（後述）と同じタイプⅣにルーブリックが位置づけられています¹⁾。

実習指導者が行う直接評価は、指導の過程で確認することで実習生と目標達成度を共有することができます。また、実習生の自己学習や実習中の指導・経験を書き綴ったポートフォリオは、実習生の学びの過程や理解度を把握する資料（成果物）として評価することができます。ここでは、パフォーマンス評価のツールについて紹介します。

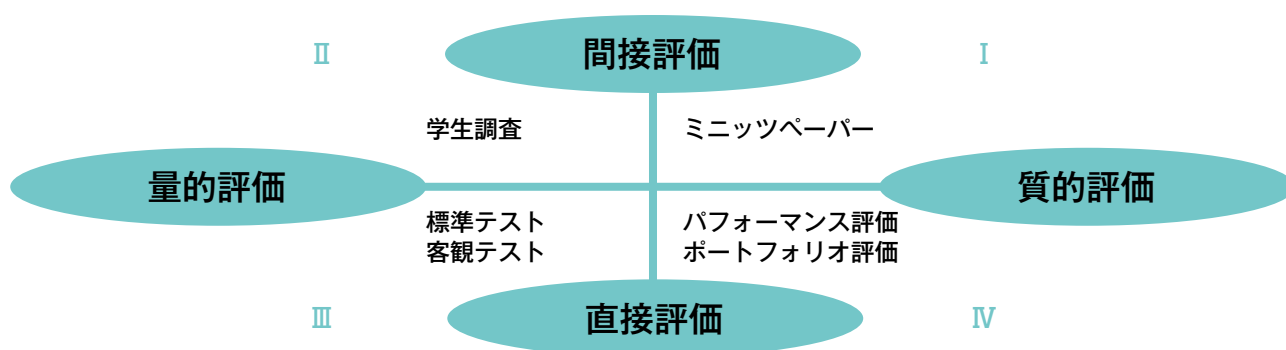


図3 学習成果の評価の4つのタイプ¹⁾

①ポートフォリオ (図4)

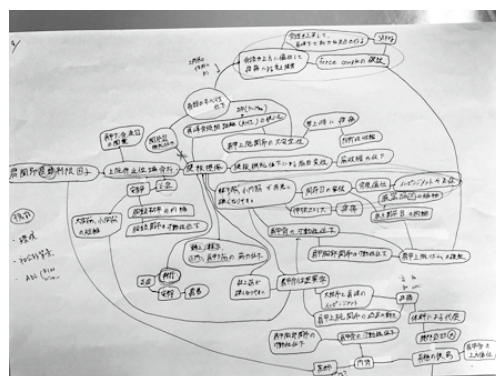
ポートフォリオ (portfolio) とは、様々な情報を一元化するものを意味します。

ポートフォリオに収められた学習の証拠資料に基づいて、実習生の能動的学習意欲や知識・技能の理解度およびそれらの成長プロセスを評価することができます。

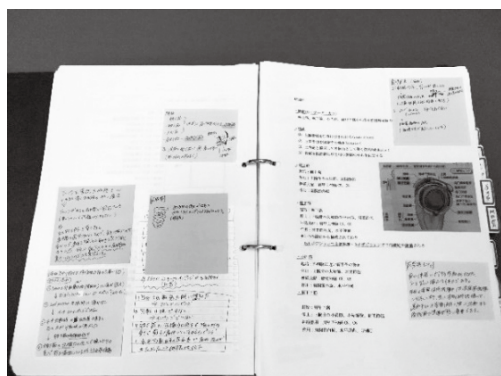
実習生は、自己学習したこと、デイリーノート（その日の実習で見学や経験した事柄の記録）、気づきリスト（臨床で新たに気づいた事柄）、関連図（実習指導者の説明や臨床推論で学んだ事）、経験症例の記録（SOAP記録など）をファイリングします。日時や項目別に見出しを付け、自己の学びを整理することで、結果的に質量ともに充実したものが出来上がります。



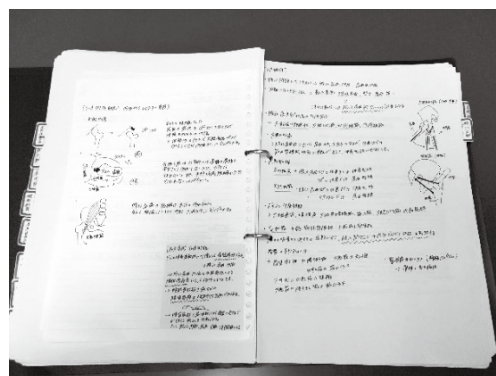
a) ポートフォリオの外観



b) 関連図の記載



c) メモの整理と追記



d) 自己学習の内容

図4 ポートフォリオ

a), b) 長福氏（熊本セントラル病院）提供 c), d) 九州栄養福祉大学提供

②チェックリスト（表3）

チェックリスト（check list）は、実習生がどのような技能項目（精神運動領域）にどの程度関与したかという学習段階を確認するためのツールです。

1) チェックリストの使用方法

（1）チェックリストの確認

チェック作業は原則、毎日、実習生と共同で行ってください。

（2）チェックリストへの記載

「見学」ならびに「協同参加」に関しては、実習指導者はもちろん、実習生が実習指導者に確認しながらチェックしてもよいです。原則、「実施」の項目は、実習指導者がチェックしてください。

2) 「見学」「協同参加」「実施」のチェック基準

（1）「見学」へのチェック基準

- ①「見学」とは、実習生が実習指導者の行う技術の解説を受けながら観察するレベルです。
- ②実習生が実習指導者の解説を受けながら実習指導者の技術を観察しているときにチェックの基準となります。

（2）「協同参加」へのチェック

- ①「協同参加」とは、複数回「見学」した技術を、実習指導者の十分な助言および指導のもとに実際に行えるレベルです。つまり、実習生が、実習指導者が行っている技術を部分的に手伝えることや、手本を示してもらった技術を、助言および指導を受けながら実践できるときにチェックの基準となります。
- ②不十分な部分に対して指導ならびに支援を受けながら、実習生が主体となって技術を実践している状況のときにもチェックの基準となります。

（3）「実施」へのチェック

- ①「実施」とは、実習生が複数回「協同参加」した技術を、実習指導者の直接監視下で実習生により実際に行えるレベルです。
- ②実習指導者の見守りや助言を受けながら、学生が主体となってその思考プロセスを実践している状況であればチェックの基準となります。
- ③チェックリストの各項目には「チェックポイント」を記載していますので、チェックの基準としてご活用ください。ただし、必ずしもすべてのチェックポイントにチェックがつかなければ「実施」にならないというわけではありません。



「チェックポイント」

バイタルサインの測定	見学	協同参加	実施
脈拍測定	☐		☐
血圧測定	☐		☐
☐ 動脈を触知できる ☐ 目盛りを正しく読むことができる	☐ 適切な肢位設定ができる ☐ 記録ができる	☐ マンシエットを正しく巻くことができる	

3) 各施設のチェックリスト項目および水準Ⅱ・Ⅲの項目

- （1）各施設においてチェックリスト項目の追加が必要な場合に使用してください。また水準Ⅱ・Ⅲにおいて実習指導者の補助、または見学した項目がありましたら記載をしてください。

表3 チェックリスト

ここでは例として、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）をもとにしてチェックリストを作成しています。

動作介助（誘導補助）技術

項目	見学	協同参加	実施
基本動作・移動動作	☐		☐
移送介助・体位変換	☐		☐

☐基本動作・移動動作・移送介助・体位変換ができる。

リスク管理技術

項目	見学	協同参加	実施
標準予防策	☐		☐
☐ 日常の手洗い・手指消毒（手指衛生）ができる。 ☐ 防御具を使用できる（エプロン，エプロン，ゴーグル，手袋など）。			
患者の状態観察	☐		☐
☐ 各種モニターの使用，褥瘡の予防，転倒予防，酸素吸入中の患者の状態観察ができる。			

バイタルサインの測定	見学	協同参加	実施
脈拍測定	☐		☐
血圧測定	☐		☐
☐ 動脈を触知できる。 ☐ 適切な肢位設定ができる。 ☐ マンシエットを正しく巻くことができる。 ☐ 目盛りを正しく読むことができる。 ☐ 記録ができる。			

意識レベルの評価	見学	協同参加	実施
意識・覚醒状態の評価 知能・精神状態の評価	☐		☐
☐ JCS，GCS，HDS-R，MMSEなどの評価スケールを適切に使用できる。 ☐ 適切な判定づけができる。 ☐ 記録ができる。			

検査・測定技術

情報収集	見学	協同参加	実施
医学的情報	☐		☐
社会的情報	☐		☐
☐ カルテから必要な情報を収集できる。 ☐ 患者・家族から必要な情報を聞きだすことができる。 ☐ 他職種から必要な情報を聞きだすことができる。 ☐ 記録ができる。			

感覚検査	見学	協同参加	実施
表在感覚	☐		☐
深部感覚	☐		☐
☐ 指示・説明ができる。 ☐ 検査器具を正しく使用できる。 ☐ 正しく判定できる。 ☐ 記録ができる。			

反射検査	見学	協同参加	実施
	☐		☐
☐ 深部反射，病的反射，表在反射の検査項目が理解できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 刺激部位は適切である。 ☐ 正しく判定できる。 ☐ 記録ができる。			

筋緊張検査	見学	協同参加	実施
上肢	☐		☐
下肢・体幹	☐		☐
☐ 視診・触診ができる。 ☐ 被動抵抗感の確認ができる。 ☐ 記録ができる。			

形態測定	見学	協同参加	実施
上肢長	☐		☐
下肢長	☐		☐
上肢周径	☐		☐
下肢周径	☐		☐
☐ ランドマークが確認できる。 ☐ 記録ができる。			

関節可動域検査	見学	協同参加	実施
肩甲帯・肩関節	☐		☐
肘関節・前腕	☐		☐
手関節	☐		☐
股関節	☐		☐
膝関節	☐		☐
足関節	☐		☐
頸部・体幹	☐		☐
☐ 指示・説明ができる。 ☐ 方法は適切である。 ☐ 記録ができる。 ☐ 検査肢位は適切である。 ☐ 目盛りを正しく読むことができる。 ☐ リスク管理ができる。 ☐ 角度計のあて方は適切である。			

片麻痺機能検査	見学	協同参加	実施
ブルンストロームテスト	☐		☐
☐ 指示・説明ができる。 ☐ 肢位は適切である。 ☐ 正しく判定できる。 ☐ 記録ができる。			

徒手筋力検査	見学	協同参加	実施
肩甲帯・肩関節	☐		☐
肘関節・前腕	☐		☐
手関節	☐		☐
股関節	☐		☐
膝関節	☐		☐
足関節	☐		☐
頸部・体幹	☐		☐
☐ 指示・説明ができる。 ☐ リスク管理ができる。 ☐ 検査肢位は適切である。 ☐ 記録ができる。 ☐ 方法（収縮の確認，抵抗部位，抵抗量，声かけ）は適切である。			

疼痛検査	見学	協同参加	実施
	☐		☐
☐ 痛み状況（発生時期，発生部位，程度，持続時間など）を確認できる。 ☐ 種類（安静時痛，運動時痛，荷重時痛，夜間痛など）は適切である。 ☐ 記録ができる。			

姿勢観察	見学	協同参加	実施
	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 特異的異常所見を確認できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 記録ができる。			

バランス検査	見学	協同参加	実施
静的または動的座位	☐		☐
静的または動的立位	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ バグバランススケール（BBS），機能的リーチテスト（FRT），TUG，二重課題法などを用いて評価ができる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 記録ができる。			

日常生活活動評価	見学	協同参加	実施
寝返り	☐		☐
起き上がり	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 動作レベルを判定できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 特異的異常所見を確認できる。 ☐ 記録ができる。			
立ち上がり	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 動作レベルを判定できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 特異的異常所見を確認できる。 ☐ 記録ができる。			
移乗動作	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 動作レベルを判定できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 記録ができる。			
歩行	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 動作レベルを判定できる。 ☐ 歩行速度，歩幅，歩行率を評価することができる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 特異的異常所見を確認できる。 ☐ 記録ができる。			
応用歩行	☐		☐
☐ 安全な環境で観察できる。 ☐ 動作レベルを判定できる。 ☐ 指示・説明ができる。 ☐ 特異的異常所見を確認できる。 ☐ 記録ができる。			
ADLテスト	☐		☐
☐ FIM・Barthel Indexなど使用することができる。 ☐ 目的に応じて検査を実施できる。 ☐ 正しく判定できる。 ☐ 記録ができる。			

運動療法技術

関節可動域運動	見学	協同参加	実施
肩甲帯・肩関節	☐ ☐		☐
肘関節・前腕	☐ ☐		☐
手関節	☐ ☐		☐
股関節	☐ ☐		☐
膝関節	☐ ☐		☐
足関節	☐ ☐		☐
頸部・体幹	☐ ☐		☐
☐ 目的、手順など説明ができる。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 手技（把持、肢位、範囲、速さなど）は適切である。 ☐ 記録ができる。			

筋力増強運動	見学	協同参加	実施
肩甲帯・肩関節	☐ ☐		☐
肘関節・前腕	☐ ☐		☐
手関節	☐ ☐		☐
股関節	☐ ☐		☐
膝関節	☐ ☐		☐
足関節	☐ ☐		☐
頸部・体幹	☐ ☐		☐
☐ 目的、手順など説明ができる。 ☐ 運動強度、持続時間、頻度は適切である。			
☐ 手技（把持、肢位、範囲など）は適切である。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 記録ができる。			
全身持久力運動	見学	協同参加	実施
	☐ ☐		☐
☐ 方法（運動負荷量、運動時間）は適切である。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 疲労の程度を確認できる。 ☐ 記録ができる。			

バランス	見学	協同参加	実施
座位バランス練習	☐ ☐		☐
立位バランス練習	☐ ☐		☐
☐ 状態に応じて肢位設定ができる。 ☐ 外乱刺激（強さ・部位）は適切である。			
☐ 適切な方向・タイミングで誘導できる。 ☐ 記録ができる。			

基本動作練習	見学	協同参加	実施
寝返り	☐ ☐		☐
起き上がり	☐ ☐		☐
四つ這い	☐ ☐		☐
膝立ち位	☐ ☐		☐
片膝立ち	☐ ☐		☐
床からの立ち上がり	☐ ☐		☐
☐ 安全な環境設定ができる。 ☐ 誘導部位は適切である。			
☐ 指示・説明ができる。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 適切な方法を指導できる。 ☐ 治療目的を理解している。			
☐ 記録ができる。			
椅子からの立ち上がり	☐ ☐		☐
座位	☐ ☐		☐
車椅子移乗	☐ ☐		☐
立位	☐ ☐		☐
車椅子駆動	☐ ☐		☐
☐ 安全な環境設定ができる。 ☐ 誘導部位は適切である。			
☐ 指示・説明ができる。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 適切な方法を指導できる。 ☐ 治療目的を理解している。			
☐ 記録ができる。			
歩行	☐ ☐		☐
☐ 歩行（平行棒、松葉杖など）練習ができる。 ☐ 誘導部位は適切である。			
☐ 杖の長さ調節ができる。 ☐ 免荷・部分荷重の指導ができる。			
☐ 記録ができる。			
応用歩行	☐ ☐		☐
☐ 応用動作（屋外歩行、階段昇降）練習ができる。 ☐ リスク管理ができる。			
☐ 誘導部位は適切である。 ☐ 免荷・部分荷重の指導ができる。			
☐ 記録ができる。			

物理療法技術

項目	見学	協同参加	実施
ホットパック	☐ ☐		☐
パラフィン療法	☐ ☐		☐
アイスパック	☐ ☐		☐
渦流浴療法	☐ ☐		☐
低出力レーザー光線療法	☐ ☐		☐
EMGバイオフィードバック	☐ ☐		☐
□リスク管理ができる。 □手順・リスクを説明できる。 □適切な操作ができる。 □適切な操作ができる。			

義肢・装具・福祉用具・環境 整備技術

項目	見学	協同参加	実施
義肢・装具	☐ ☐		☐
義福祉用具・環境 整備技術	☐ ☐		☐
□長・短下肢装具やSHBの使用と使用方法の指導ができる。 □車椅子、歩行補助具、姿勢保持装具などの使用と使用方法の指導ができる			

各施設のチェックリスト項目および水準Ⅱ・Ⅲの項目

整形外科のテスト, ASIA, SIASなど

項目	見学	協同参加	実施
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐

③ルーブリック (表4)

ルーブリック (rubric) とは、複数の評価基準と到達度レベル、それを説明する記述語からなる評価基準表²⁾のことを言います。ルーブリック評価は、「思考・判断」や「関心・意欲・態度」、「技能・表現」を評価するのに適している³⁾といわれ、質を量に変換するツール¹⁾でもあります。

ルーブリックは評価される実習生にとって「どう評価されるか」が明確であり、「実習への関与 (参画) の促進」、「公平性に対する認識の促進」、「フィードバックによる成長促進」などにつながります。

ここでは一般目標1、2における行動目標を例に、左縦軸に評価基準、横軸に到達度レベルとしてそれぞれの説明を加えたルーブリックを紹介します。

表4 ルーブリック ソーシャルスキル 形成的評価ルーブリック

レベル3	様々な場面、対象者に対して目標を実践でき、他の実習生の模範となる。
レベル2	ある程度の助言・指導のもとにそれを理解し、目標を実践できる。
レベル1	その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。
レベル0	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。

理一般 療目 法標 1 の 対 象 者 と の 関 係 性 構 築	評価基準(行動目標)	レベル3	レベル2	レベル1	レベル0
	清潔で適切な身だしなみ、ことば遣い、礼儀正しい態度で対象者に接することができる。	身だしなみは、いつも清潔感があり、節度ある言葉遣い、礼儀を尽くして接することができる。他の実習生の模範となる。	ある程度の助言・指導のもと、身だしなみは、きちんと整え、節度のある言葉遣いや態度をとることができる。	身だしなみや言葉遣い、態度に対してその都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	共感的態度をもって、より良い人間関係を構築することができる。	対象者に対して常に気遣う言葉をかけたり、思いやりを持った行動ができる。他の実習生の模範となる。	ある程度の助言・指導のもと、対象者に対して気遣う言葉をかけたり、思いやりを持った行動ができる。	対象者に対して配慮にかけることがあり、その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	周囲における自己の存在を意識した言動を行うことができる。	自らの言動を客観的に捉えて、自分の行動をより効果的に修正することができる。	ある程度の助言・指導のもと、自らの言動を客観的に捉えて、徐々に自分の行動を修正することができる。	自己認識が低く、自らの言動を客観的に捉えるには時間がかかるが、助言・指導を理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	自らが置かれた立場で、必要とされている要件を認識し、他者や指導者の助言などに対して適切に回答することができる。	必要とされている要件を認識し、他者や指導者の助言に対して適切に回答することができ、他の実習生の模範となる。	ある程度の助言・指導のもと、必要とされている要件を認識し、他者や指導者の助言などに対して適切に回答することができる。	必要とされている要件を認識し、適切に回答することはできないが、助言・指導を理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	対象者、家族のニーズ・要望などに対し、自身の感情を制御して接することができる。	対象者、家族のニーズ・要望などに対し、冷静で落ち着いた対応ができる。	ある程度の助言・指導のもと、対象者、家族のニーズ・要望などに対し、冷静で落ち着いた対応ができる。	感情に任せた言動を行なうことがある。その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	対象者、家族にとって、相談しやすい雰囲気作りを心がけることができる。	相手の気持ちを汲み取りながら聞くことができ、質問をしたり、自分の考えを話しながら、話しやすい雰囲気作りができる。	ある程度の助言・指導のもと、相手の話を素直に聞き入れ、話しやすい雰囲気作りができる。	表情が硬く、会話が続かない。その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。

チー ム 目 標 2 の 多 職 種 と の 関 係 性 お よ び 理 学 療 法 士 と し て の 役 割	評価基準(行動目標)	レベル3	レベル2	レベル1	レベル0
	医療職としての心得や職場内におけるルールを守ることができる。	医療職としての心得は十分であり、職場内におけるルールをしっかり守ることができる。他の実習生の模範となる。	ある程度の助言・指導のもと、医療職としての心得、職場内ルールの遵守ができる。	その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	部門におけるルールを理解し、診療プロセス(処方確認、計画書、効果判定、カルテ記録、算定手順など)を理解した言動をとることができる。	部門におけるルールを十分理解し、診療プロセスを理解して適切な言動をとることができる。	ある程度の助言・指導のもと、部門におけるルールや診療プロセスを理解した言動をとることができる。	その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	臨床実習指導者と十分なコミュニケーションを保って良好な関係を維持することができる。	状況に応じて適切かつ積極的に、明確な表現をもって報告・連絡・相談ができる。	ある程度の助言・指導のもと、指導されたことを理解して、報告・連絡・相談ができる。	報告・連絡・相談が不十分。その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	積極的に理学療法スタッフや多職種と関わり、良好な関係を構築することができる。	スタッフや多職種と適切に関わり、好感を得た良好な関係を構築することができる。	ある程度の助言・指導のもと、スタッフや多職種と適切に関わり、良好な関係を構築することができる。	言葉遣いや不適切な態度がみられ、その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	インシデント・アクシデントが生じた際には実習施設の手順に従って対応することができる。		ある程度の助言・指導のもと、対象者の安全に配慮することができ、実習施設のインシデント・アクシデント対応を理解している。	インシデント・アクシデントを生じさせ、施設の手順に従った対応を指導する。十分な反省と再発防止への姿勢がみられる。	インシデント・アクシデントを生じさせ、施設の手順に従った対応を指導するが、それを理解し対応しようとする姿勢がみられない。
	守秘義務を果たし、プライバシーを守ることができる。	常に守秘義務やプライバシー保持の重要性を理解し、十分な配慮ができる。	ある程度の助言・指導のもと、守秘義務やプライバシー保持の重要性を理解し、配慮できる。	守秘義務やプライバシー保持の認識が薄く、その都度助言・指導が必要であるが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解し改善しようとする姿勢がみられない。
	臨床実習施設における多職種連携の展開について見学することができる。	見学を通じて多職種連携に関心と理解を示し、理学療法士の専門性と連携における役割について説明できる。	ある程度の助言・指導のもと、見学を通じて多職種連携に関心を示し、理学療法士の専門性と連携における役割について理解できる。	多職種連携の理解が乏しく、多くの助言・指導が必要であるが、それを理解しようとする姿勢がみられる。	その都度助言・指導を繰り返すが、それを理解しようとする姿勢がみられない。

3) 総合臨床実習後の評価（総括的評価）

総合臨床実習終了時に行う、学習成果を総括的に扱う評価です。養成施設が定める成績の基準と責任で学習成果を判定（単位認定）し、根拠となる記録を残す必要があります。この成績の基準（配点の内訳）は、シラバスでの表示を含め、学生に十分に説明しておく必要があります。

総合臨床実習後に行う評価では、医学部で令和2年度から導入予定の臨床実習後OSCEを参考にしていくという考えがあります。理学療法領域における臨床実習後のOSCE導入に向けて、今後様々な情報収集や課題検討が必要となります。

その他の総括的評価の方法として、チェックリストでの技能評価（学習段階評価）、ループリックでの質的評価（ソーシャルスキルなど）、ポートフォリオでの知識面評価（能動的学習の評価、記載内容の理解度評価）が可能です。これらを養成施設の定める基準で総括的に評価します。例えば、表5のように3つの側面でループリックの評価項目を挙げ、縦軸項目に評価比率（％）を設定し、到達度レベルに応じて点数範囲を示すことで学生に公平で客観的かつ厳格な成績評価を示すことができ、学習成果のフィードバックを行うこともできます。

なお、実習施設や養成施設で行う症例報告（報告会）を総括的評価の課題とする場合、個人情報保護

の観点から症例の評価記録等を院外に持ち出すことが禁止されている実習施設もあるため、注意が必要です。さらに、症例報告の課題には症例レポートが付きものであり、実習生だけでなく、症例対象者や実習指導者にも負担がかかり、実習時間外指導や実習時間外課題の原因になることが危惧されます。

診療参加型実習の原則は、職場内教育（OJT: On the Job Training）であり、臨床実習の目的は、対象者と実習指導者から理学療法士の臨床実践を学ぶことです。症例報告の意義・重要性は言うまでもありませんが、総合臨床実習の総括的評価に位置付けるのではなく、養成施設の専門科目の中で、症例モデルを通して教授することでその意義を伝えることは十分可能ではないでしょうか。

第3節 参考文献・資料

- 1) 松下佳代: 学習成果とその可視化. 高等教育研究のニューフロンティア. 日本高等教育学会編. 高等教育研究. 2017, 20, p.96
- 2) 松下佳代: パフォーマンス評価による学習の質の評価－学習評価の構図の分析にもとづいて－. 京都大学高等教育研究. 2012, 18, pp.75-114
- 3) 沖裕貴: 大学におけるループリック評価導入の実際－公平で客観的かつ厳格な成績評価を目指して－. 立命館高等教育研究. 2014, 14, pp.71-90

表5 総合臨床実習 総括的評価ループリック

評価項目	レベル3 (優秀)	レベル2 (普通)	レベル1 (要努力)	レベル0 (不合格)	備考
ソーシャルスキル 40%	理学療法の様々な場面で、対象者との適切な関係性構築に努めることができる。 チーム内での多職種との関係性および理学療法士の役割について理解し、適切に対応できる。 (31点～40点)	ある程度の助言・指導のもと、一定の場面で対象者との関係性構築に努めることができる。 チーム内での多職種との関係性および理学療法士の役割について理解している。 (21点～30点)	その都度助言・指導が必要であるが、一定の場面であれば対象者との関係性構築や多職種との関係性および理学療法士の役割について理解し、改善しようとする姿勢がみられる。 (11点～20点)	度重なる助言・指導を繰り返す、一定の場面であってもなお、対象者との関係性構築や多職種との関係性および理学療法士の役割について理解し、改善しようとする姿勢がみられない。 (0点～10点)	前頁(表4) ソーシャルスキル形成的評価ループリックの到達度レベル3(3点)～レベル0(0点)として、評価基準の合計点数(36点～0点)を40点満点に換算する。 ソーシャルスキル得点＝ 評価基準合計÷36×40
ポートフォリオ 30%	自己学習、経験症例の記録、関連図(実習指導者の説明や臨床推論で学んだ事)など、必要なものが適切に記録・整理されており、質・量ともに十分な内容である。 (30点)	自己学習、経験症例の記録、関連図(実習指導者の説明や臨床推論で学んだ事)など、必要なものが適切に記録・整理されており、まとまった内容である。 (20点)	自己学習、経験症例の記録、関連図(実習指導者の説明や臨床推論で学んだ事)など、必要なものが挟みこまれているが、整理されておらず、記録の適切さや内容に乏しい。 (10点)	自己学習、経験症例の記録、関連図(実習指導者の説明や臨床推論で学んだ事)など、必要なものが提出がない。 (0点)	養成施設のチェック基準に基づき、レベルを決定する。
チェックリスト 30%	水準Iにおいて、「実施」レベルの項目が多い。 (30点)	水準Iにおいて、「協同参加」レベルの項目が多い。 (20点)	水準Iにおいて、「見学」レベルの項目が多い。 (10点)	水準Iにおいて、度重なる助言・指導を行ってもなお意欲が不十分のため、「見学」レベルに留める。 (0点)	「見学」「協同参加」「実施」の項目数(割合)の基準は養成施設にて決定する。

第5章 卒業時に身に付けておくべき能力

第1節 理学療法士に求められる能力

(佐藤 博之)

日本理学療法士協会では、令和4（2022）年4月より、新生涯学習制度をスタートします。これは養成施設卒業後の学習制度であり、将来的には認定理学療法士や専門理学療法士を養成します（図1）。

新生涯学習制度は、養成施設卒業後2年間の前期研修と3年間の後期研修により、プロフェッション

としての背骨を作る期間と位置づけています。これを修了すると登録理学療法士として認証され、5年ごとの更新制で、総合的な幅の広い理学療法士（ジェネラリスト）の育成を目指すものです。この基盤の上に認定理学療法士、専門理学療法士などのすぐれた専門性や臨床研修を位置づけ、スペシャリストとしての能力開発を行っていきます。将来的には様々な臨床実践分野において秀でる認定理学療法士として、また学術的志向の高い専門理学療法士として活躍することとなります。

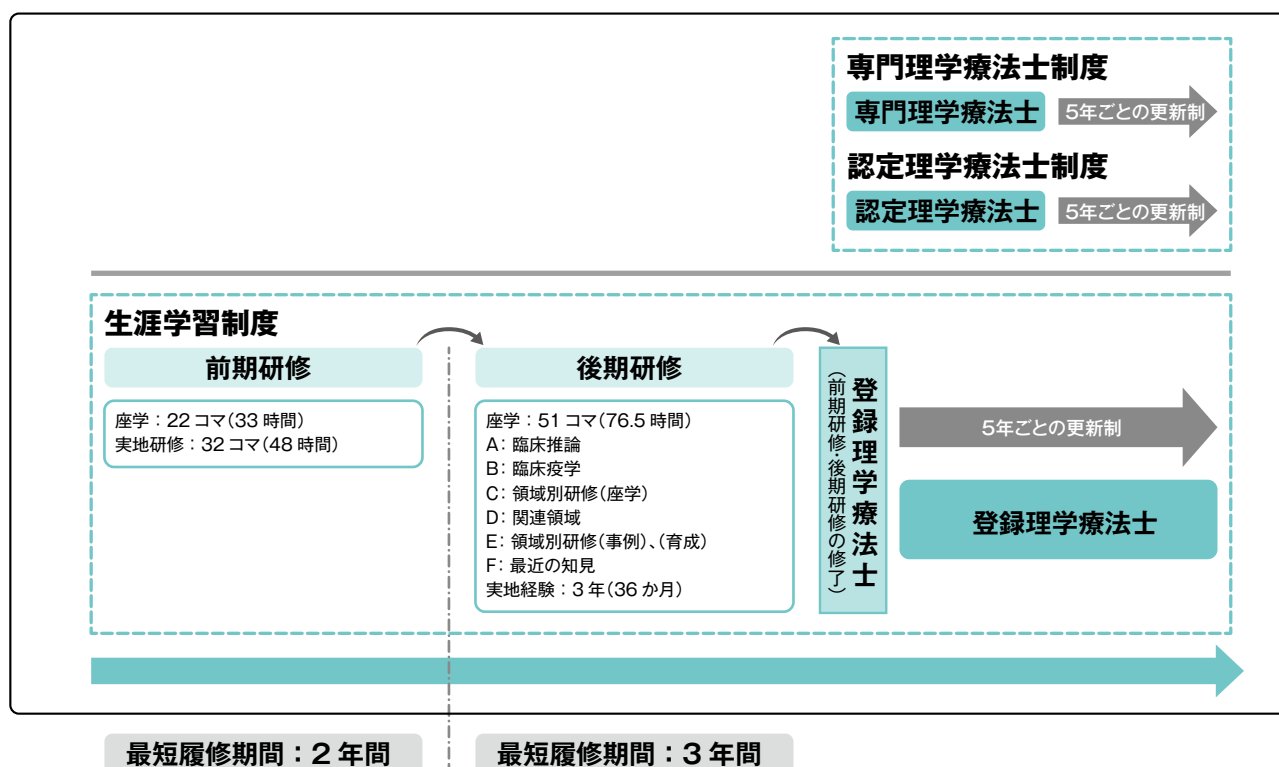


図1 新生涯学習制度のイメージ図¹⁾

- ・幅広い総合的な生涯学習(登録理学療法士の更新)を基盤とした認定および専門理学療法士の資格を付与する制度とする。
- ・様々な領域に従事する会員が持続可能な生涯学習制度として、働き方に応じた多様性と深化の動機づけとなるキャリア開発プログラムとする。

第2節 卒前教育と卒後教育の教育目標の関連（図2）

（佐藤 博之）

臨床実習の教育目標はすでに第1章 第3節（指定規則にみる臨床実習教育の目標）で示されている通りです。また卒前教育として、評価実習・総合臨床実習で実習生が習得すべき技術の教育目標として水準があります。これについても第2章 第2節で述べている通りです。

これらが実施できるようになり、国家試験を経て理学療法士資格を取得すると、新生涯学習制度がス

タートします。新生涯学習制度では、前期研修（研修理学療法士）（2年間）の到達目標を「必要に応じて指導を求めながら、基礎的（ベーシック）理学療法を実践できるレベル」とし、後期研修の到達目標（3年間）は、「多様な領域で標準的（スタンダード）理学療法を臨床実践でき、学生や後輩を指導できるレベル」としています。さらにそれに続く登録理学療法士や専門理学療法、認定理学療法士は前述のとおりです。これらを通して理学療法士は、生涯にわたって常に新しい知識や技術を学習し、様々な分野でそれらを提供していかなければならないのです。

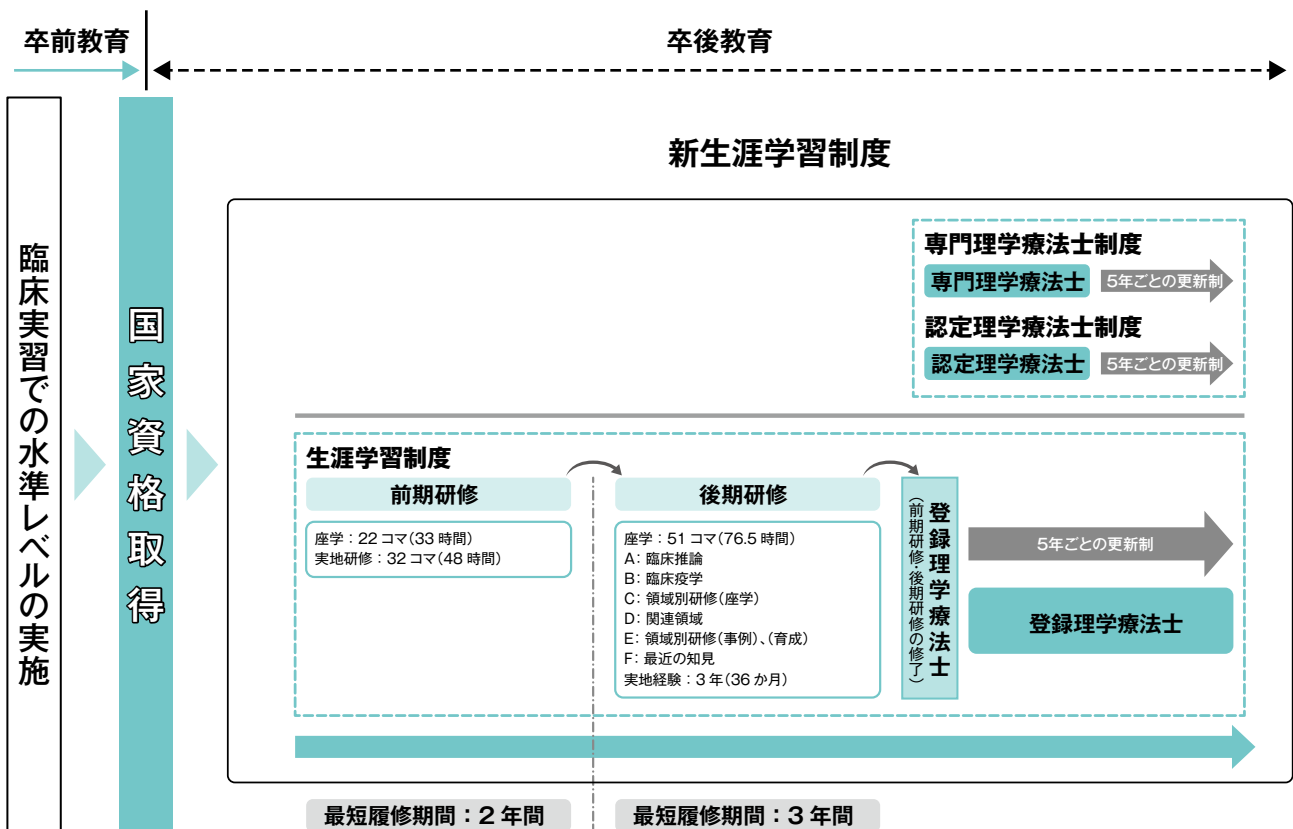


図2 卒前教育と卒後教育の教育目標の関連¹⁾

第5章 第1節、第2節 参考文献・資料

- 1) 日本理学療法士協会：新生涯学習制度のイメージ図。
生涯学習課。2020

第6章

理学療法士教育における
診療参加型臨床実習のかたち（実践例の紹介）

診療参加型臨床実習では、実習生が実習指導者の臨床行為を「見学」することから開始します。実習指導者の説明を受けながら観察的に見学することが重要です。次に、見学を行った臨床行為において、水準を考慮し、実習指導者が実習生にも行わせることが可能と判断した内容には「協同参加」させていきます。さらに、実習生の関与割合を段階的に増加させ、最終的には実習指導者の直接監視下で実習生自らがその臨床行為を「実施」する能力を身につけます。

この章では、第1節から第2節— 6) まで、急性期や回復期病院等で診療参加型臨床実習を行っている実習指導者が、評価実習や総合臨床実習を実施する際の臨床実習プログラム（実習計画）の立て方を紹介します。また、第2節— 7) 8) は、通所リハビリ

テーション又は訪問リハビリテーションに関する実習の指導実践について紹介します。

第1節 臨床実習施設における
臨床実習プログラムの立案

（小林 賢）

1) はじめに

評価実習や総合臨床実習を初めて受け入れる施設では、何から手を付ければいいのか見当もつかないでしょう。そのような声が聞かれるなか、より実践的な内容を時系列に沿って構成しました。本文の構成は、フローチャート（図1）に示す通りで、これを元に各施設に合わせた臨床実習プログラムを立案し、実践して頂きたいと思います。

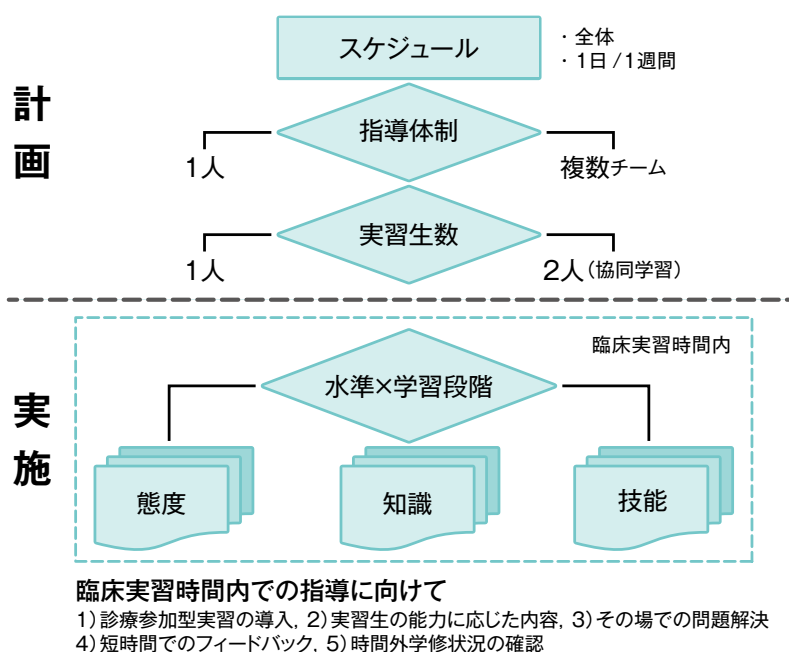


図1 臨床実習プログラム立案のフローチャート

臨床実習プログラム立案におけるフローチャートを示します。各施設においてスケジュール、指導体制、実習生数を考慮した計画を立案します。その後、水準および学習段階に応じて、臨床能力ごとに臨床実習時間内で指導できるように配慮しながら実施します。

表1 臨床実習全体のスケジュール

	項目	具体例
準備期	各施設の年間計画の立案 臨床実習指導者講習会の受講 臨床実習指導者会議への参加 臨床実習指導体制の構築	実習生の受け入れ時期と人数を調整する 指定された必須の講習会を受講する 各学校養成施設の特徴を把握する 学校養成施設の実習調整者と計画する
実習前期	オリエンテーション 指導者の見学から導入 見学から協同参加への移行 実習生と指導者の中間評価	施設の特徴、ローカルルールを説明する 見学から開始し、ポイントを説明する 協同参加できる内容を徐々に取り入れる 形成的評価を実施し、後期を計画する
実習後期	協同参加から実施への移行 実習生の自己決定を増加 多様な臨床実習内容を企画 臨床実習前期後期を総括	実施できる内容を積極的に取り入れる 指導者の関与を減らし、自己決定を促す 高い難易度を含め、経験機会を増加する 実習生の総括的評価を実施する
整理期	臨床実習を振り返る 臨床実習指導者評価の実施 スタッフとの情報共有 次回に向けた準備	直後に自己分析し、課題を明確化する 臨床実習指導について客観的に分析する スタッフと議論し、指導体制を修正する 次の臨床実習を具体的に計画する

2) 臨床実習のスケジュールと指導体制

(1) 臨床実習のスケジュール

臨床実習を受け入れるうえで、まず始めに考えるのはスケジュール調整です。全体のスケジュールは、実習受け入れまでの「準備期」、実習期間中の「実習前期」、「実習後期」、実習終了直後の「整理期」に分類されます^{1) 2)} (表1)。各期の項目と具体例を参考に、各施設で実現可能なスケジュールを作成します。

次に1日のスケジュールです(図2)。まず朝にカルテを確認しながら、その日の予定を考えます。事前に1日の予定を確認することで、実習生が計画を立案して行動できるようにします。対象者の状態と注意点、どのような理学療法を行うのかなど。その後、実際の理学療法場面では、実習生の学習段階を踏まえて、見学、協同参加、実施の順に進めます。午前・午後に自主学習の時間を設け、実習生のみでまとめと実技練習を行います。夕方には、その日の整理と翌日の予定を中心に、フィードバックを短時間で行います。

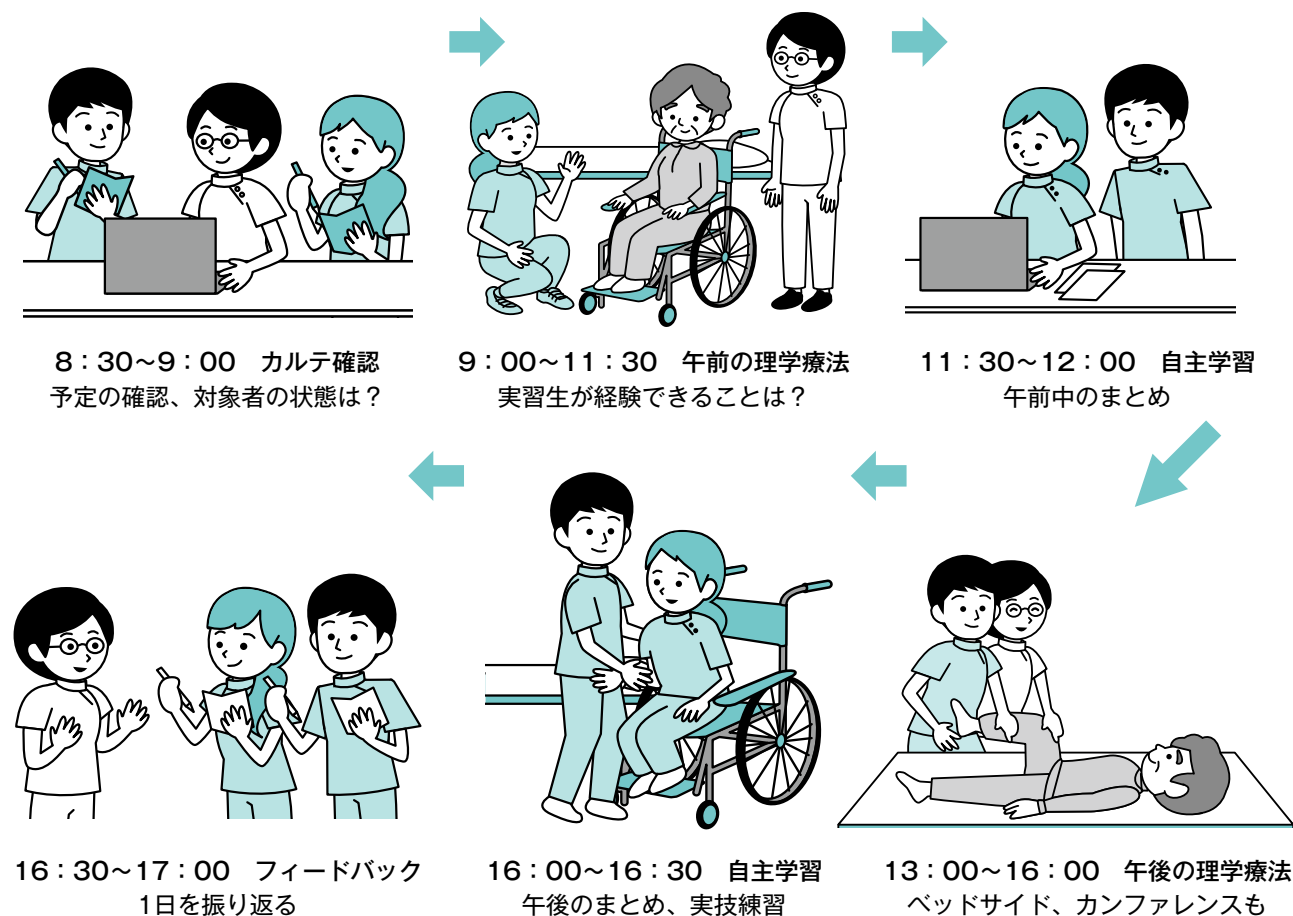


図2 急性期施設における1日のスケジュール

(2) 指導体制

1人の指導者が担当することが多いですが、近年では専門領域が細分化され、診療チームが複数存在することがあります。複数チームの場合、短期間では慣れる前に終了し、チーム全体や理学療法士の位置付けを理解できないため、最低期間は2週間以上に設定する必要があります³⁾。各施設で状況が異なるため、まずは自施設に当てはめて考えます。例えば、総合臨床実習8週間では、1人で担当する場合、すべての行動を共にします。複数チームの場合、前期3週間が神経障害、中期3週間が骨関節障害、後期2週間が内部障害チームのように構成します。どちらの場合も、多様な疾患が経験できるように工夫します。

3) 臨床能力に応じたプログラムの立案

(1) 水準と学習段階の関係

実際の臨床場面では、細分化したカテゴリーが有効です(図3a)。例えば、関節可動域検査は、水準Iの「指導者の直接監視下で学生により実施されるべき項目」に分類されます。実際には指導者が対象者の能力を把握する前に、初見で実習生が検査するのではなく、指導者の検査を見学(Ia)し、次に指導者の補助として協同参加(Ib)し、最後に監視下で実習生が実施(Ic)します。

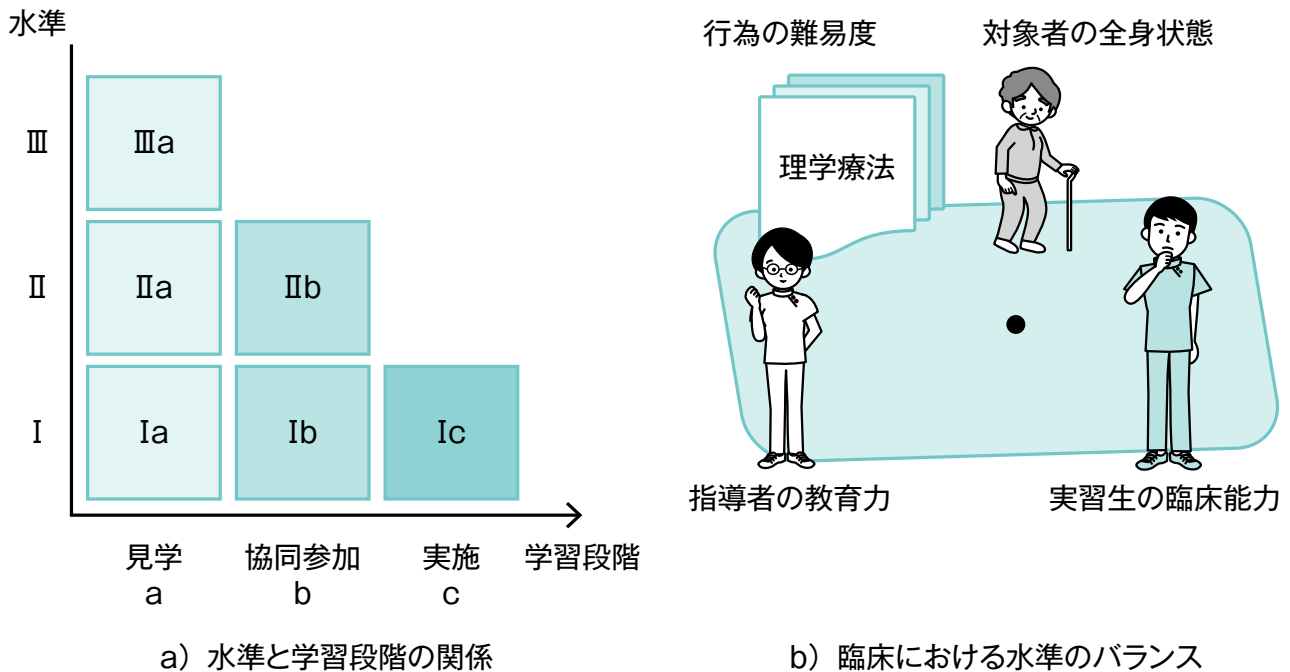


図3 水準と学習段階の関係

- a) 縦軸は水準、横軸は学習段階を示します。実際の臨床場面では、どの水準においても必ず見学から開始し、学習段階に基づいて展開することが有効です。
- b) 臨床における水準のバランスを示します。行為の難易度、対象者の全身状態、実習生の臨床能力、指導者の教育力のバランスで決定するため、その時々状況を把握する必要があります。

(2) 臨床における水準のバランス

水準のバランスも同時に考慮します。水準と学習段階は「行為の難易度」、「対象者の全身状態」、「実習生の臨床能力」、「指導者の教育力」のバランスで決定するため、その時々状況を把握します(図3b)。行為の難易度は、同一手技であれば不変です。一方、対象者の全身状態は、日々変化します。例えば、急性期施設では時間経過に応じて状態は改善し、回復期・生活期では変化が僅かかもしれません。実習生の臨床能力、指導者の教育力は経過とともに向上が予想されます。

(3) 水準と学習段階に基づく対象者の分類

水準と学習段階に基づく対象者の分類を具体例から考えてみます。

① ケース1

「75歳女性、自宅で倒れているところを発見され

救急搬送。脳梗塞と診断され、保存的に加療。発症後7日目、初回センターリハビリにて車椅子乗車で来室。血圧変動あるも、急変リスクは低い。」

このケースでは、リスク管理、情報収集、評価は指導者の監視下で可能と考えられます。一方、治療、動作介助は状況により異なるため、見学、協同参加、実施のいずれも考慮する必要があります。急変リスクが低いため、実習後半に向けて、徐々に実習生が実施できる内容が増加することが予想されます。

② ケース2

「80歳男性、外科的大動脈弁置換術を施行し、術後2日目からリハビリ開始。端座位で血圧低下を認め、心電図上は2度房室ブロック。体外式ペースメーカーの挿入はない。自覚症状なく、患者本人は離床を望んでいる。」

このケースでは、先ほどの対象者に比べて十分な

リスク管理が必要になります。リスク管理、情報収集、一部の評価は指導者の監視下で可能と考えられます。一方、治療、動作介助は見学にとどめるべきです。実習後半には徐々に協同参加できる場面が増加するため、いつから実習生が介入できるか明確にします。

このように指導者は担当症例について、どの水準と学習段階に該当するのか分類することで、実習生の診療行為への参加を明確に出来るようになります。

（４）学習段階と臨床能力

臨床実習で要求される臨床能力は、態度、知識、技能に集約されます。単なる技術者育成ではなく、情報収集能力、総合的判断力などの臨床推論も含め、加えて、社会性、人間性も背景にあることを認識しながら指導します。

学習段階と臨床能力の関係を示します⁴⁾(図4)。実習生が指導者の臨床行為を「見学」することから開始し、次に指導者と共に「協同参加」して、最後に指導者の監視下で実習生が自ら「実施」します。関与比率が示すように、実習生の関与を段階的に増加させます。協同参加では実習生と指導者が同時に対象者に接するため、直接的な伝達が可能です。最終的に指導者の補助が必要なければ実施へと移行します。見学を何回、協同参加を何回という明確な基準は無く、対象者の全身状態、実習生の臨床能力、指導者の教育力により決定します。しかし、見学が長期化することの利点は少ないため、例えば、指導者90%、実習生10%の関与で、早期に協同参加に移行することが有効です。学習段階が連続的であることを理解し、臨床能力との関係を参考にして、各施設に応じた内容を作成してみます。

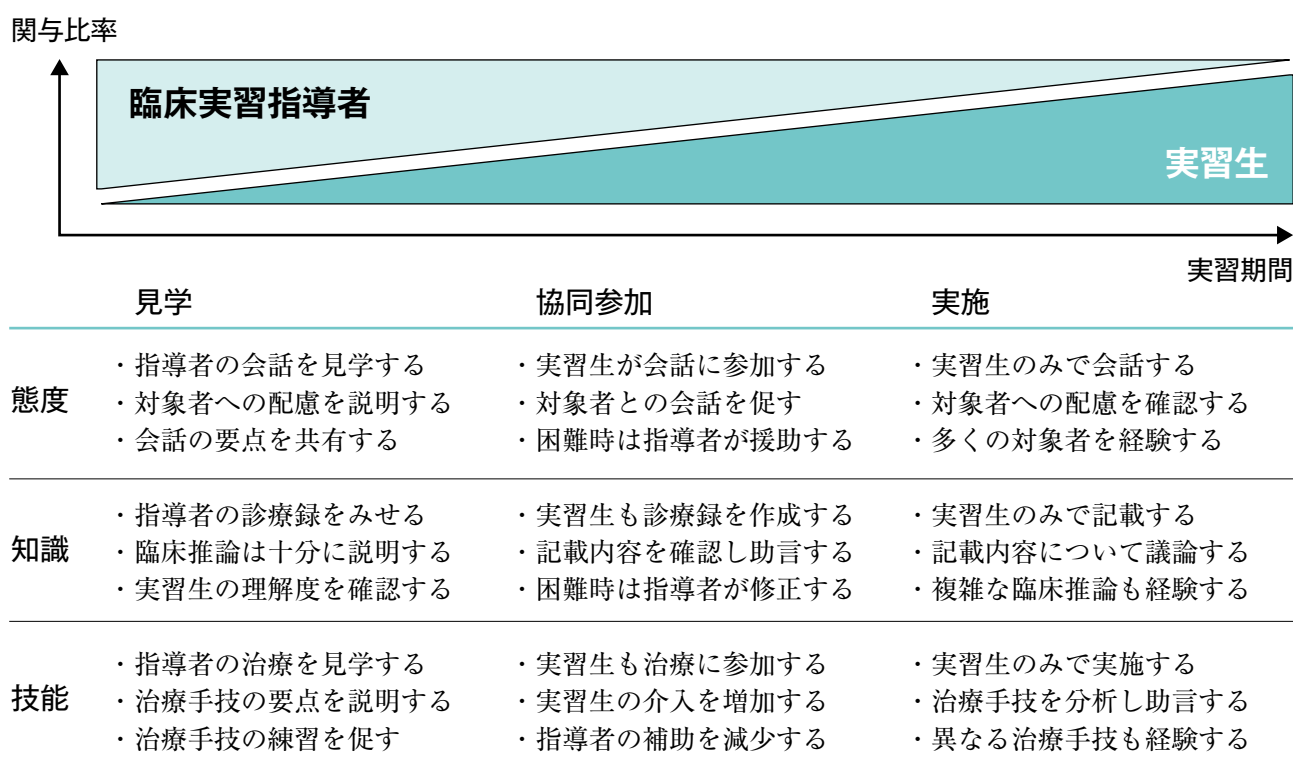


図4 学習段階と臨床能力の関係

上段は縦軸が関与比率、横軸が実習期間を示します。実習期間中の学習段階に基づいて、関与比率は臨床実習指導者の主体的な関与から、段階的に実習生の割合を増加させます。下段は縦に臨床能力、横に学習段階の要素を示します。態度は対象者との会話場面、知識は診療録の作成過程、技能は対象者の治療場面を想定しています。なお、実習生による診療録の作成については、各施設の状況によりご判断ください。

(5) 協同学習

協同学習は、実習生2人に対して指導者1人で実習するモデルです⁵⁾。今般の指定規則改定により実習人員と実習指導者数の対比は2対1程度が望ましいとされ、かつ実習生のメンタルヘルスやハラスメントの観点からも有効と考えられます。このモデルでは、指導者への依存が減少して実習生相互の支援が増加し、実習生間で経験を共有して実践を通した問題解決学習が増加する等の効果が期待できます⁶⁾。一方、実習生同士の関係悪化や指導者が1人の実習生のみを指導することでもう1人の実習生が中断してしまうことが報告されています⁶⁾。いずれにしても、3者間の関係構築が重要になります。

モデル・ケースで考えてみると、9時から実習生Aが主体的に協同参加・実施し、実習生Bは見学します。10時から逆に実習生Bが主体的に協同参加・実施し、実習生Aが見学します。時間があれば2人で実技練習することも可能です。例えば、関節可動域運動、移乗介助について、その日に経験した対象者をイメージして実技練習します。実習生の個性が異なる場合、当然ながら積極的な実習生が常に評価・治療するため、交互に行うように設定します。あるいは、対象者ごとに消極的な実習生が先行できるように順序を工夫するなど、両者が均等に経験できるようにします。加えて、実習生2人だけで安易な方向に進まないような配慮が必要です。実習後半に仲良くなり過ぎて、実習生同士で中途半端な結果に至らないように注意します。

同モデルの特徴は、態度面では、お互いを尊重することで人間関係が身に付き、良きライバルがいることで向上心が増加します。知識面では、実習生同士で話し合い疑問点を共有することで、指導者に頼らず問題解決策を導くことができます。技能面では、その日に経験した手技の修正点を分析・練習して、翌日に挑むことができます。同一指導者の同一対象者を同時に経験することで、実習生同士が対象者の特徴を理解しながら練習できるため、結果的に技能の質が向上すると考えられます。

4) 時間外課題から時間内指導への転換

(1) 診療参加型実習を導入する

患者担当型では、実習生が担当する対象者への理解は深まりますが、その理解を追及し過ぎることで過剰な課題になる危険性があります。加えて、一症例への理解しか深まらないため、応用力の低下を招く危険性があります。一方、診療参加型では、実習生と指導者が常に行動を共にすることで実習生もその場で経験して理解できるため、実習時間内に完結することができます。いずれも、多様な疾患を経験して、過剰に追求せず、時間内に完結できれば有効な方法です。

(2) 無理のないプログラムを立案する

水準および学習段階を利用して、適切なプログラムを立案します。例えば、失敗が予想される重症者の移乗介助を単独で行わせるなど、実習生の能力を十分に把握せずに難易度の高い理学療法を实践させた場合、実習生は失敗を繰り返すことで挫折感を味わいます。一方、実習生の能力を判断出来ている場合、水準Iの手技から指導者の行為を実習生が見学し、次に指導者と共に協同参加へと無理なく進むことができます。すべての実習生の能力が均一ではないため、個々に配慮します。

(3) その場で可能な限り問題解決する

指導者の質問に対して実習生が答えられない場合、常にレポートを課して自宅での時間外学修を過剰に行わせるのではなく、指導者がその場で助言・助力して、問題解決を支援します。また、実習生の自己研鑽を促すことも有効です。注意点として、課題とは教員もしくは指導者から課せられたレポートなどの提出物を指し、自己研鑽とは実習生自身が自ら学ぶものを指します。指導者は実習生のモチベーションを高めることで、自発的な学修を促すことに力を注ぎます。

(4) フィードバックは簡潔に行う

たとえ実習時間内であっても過剰なフィードバックは有効ではなく、短時間かつ実習生が理解できるように配慮します。業務終了後にその日の行動やレポートなどの提出物について、長時間のネガティブなフィードバックを行うことは有効ではありません。実習生がその日に経験したことを共に振り返り、翌日の準備などの確認事項に留めます。

フィードバックを時間単位で分類すると「即時フィードバック」と「遅延フィードバック」に分類されます。即時フィードバックは、指導者が直後にアドバイスすることで実習生はその場で理解できるため、知識・技能が定着しやすくなります。一方、指導者に依存的になるため、すぐに「わかりません」と連呼するようになります。遅延フィードバックは、指導者が若干の時間差の後にアドバイスすることで実習生に再考の機会を与えられるため、次の戦略を考えることができます。一方、どうせ考えても無駄だと思い、やがて考えることをやめることもあります。実際の臨床場面では、どちらが良いという結論ではありません。実習生の個性、臨床行為の種類により異なるため、指導者はその状況で判断します。

また、実習生と指導者の関係性から「外部フィードバック」と「内部フィードバック」に分類されます。外部フィードバックは指導者からの助言・助力、内部フィードバックは実習生による内省を指します。たとえ外部フィードバックにより行動変容しても、そのままでは将来的に指導者が必要になります。臨床実習の進行に応じて、指導者は徐々に助言・助力を減らし、実習生には自らの振り返りをさせます。実習生が自己分析、すなわち、内部フィードバックすることで、自ら修正する能力を身につけられるようになります。

(5) 実習時間外の学習状況を確認する

実習生に無理な課題を要求して、実習時間外の学習が増加しているにもかかわらず、指導者が改善しないのはふさわしい行動ではありません。指導者は実習生から実習時間外での学修時間を常に聞き取るようにし、十分な睡眠時間を確保するように配慮します。例えば、夕方のフィードバック時間などを利用して、実習生の負担やストレス、実習施設外で

の過ごし方を聴取します。多くの実習生は睡眠不足であったとしても正しく申告しないため、評定とは無関係であることの説明や状況によっては教員に確認することも考えます。

5) おわりに

臨床実習プログラムの立案について、スケジュールと指導体制、臨床能力に応じたプログラムの立案、時間外課題から時間内指導への転換の構成で紹介しました。各施設において事情が異なるため、コンセプトは統一しつつ、オリジナルの臨床実習が展開されることを期待しています。

第1節【参考・引用文献】

- 1) 小林賢ほか（編）：理学療法スーパーバイズマニュアル。総合実習8週間の流れ。南江堂。2010, pp.31-62
- 2) 小林賢：新人3年目までに身につけたい実践! 理学療法スキル。医歯薬出版。2010, pp.188-208
- 3) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム診療参加型臨床実習実施ガイドライン。2017, pp.92-96
- 4) 小林賢：臨床実習における教育学的アプローチ。理学療法ジャーナル。2020, 54, pp.457-461
- 5) 小林賢：臨床実習の課題と対応 臨床の立場から。理学療法学。2010, 37, pp.341-342
- 6) Currens JB: The 2:1 clinical placement model. Physiotherapy. 2003, 89, pp.540-554

第2節 実習指導実践例 (診療参加型臨床実習での 指導ポイント)

1) 急性期病院での評価実習(4週間)の具体例 (竹本 幸生)

(1) はじめに

急性期は、疾病や外傷など急性発症した疾患や急性増悪した慢性疾患を一定の安定した状態にまで治療する期間です。医師・看護師・リハビリテーション専門職等はチームを組み、各々の専門的な知識・技術を発揮しながら対象者の治療にあたります。対象者の状態は日々変化し、適切なリスク管理の下、理学療法を実施する必要があります。実習生にとっては不安や緊張の多い期間ですが、4週間の評価実習を例に述べていきます。

(2) 評価実習の目的・指導方法

① 評価実習の目的

医学教育における診療参加型臨床実習は、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことを目的¹⁾としています。理学療法士の評価実習では、理学療法における基本評価技術を実践しながら対象者の症状を「見る」、「触れる」、「感じる」ことで、理学療法診断の思考過程を学修しコミュニケーション技術を修得します²⁾。見学、協同参加を経て実施に至りますが、臨床実習指導者は実習生の習得状況を確認しながら、段階的に指導を行うことで、対象者に基本評価技術が実施できるよう評価実習を進めていきます。

② 指導方法例

複数の診療チームを経験する指導方法もありますが、今回は評価実習で4週間と期間が短いため、臨床実習指導者1名に対し実習生1名の診療参加型実習で述べていきます。また、実習生の技能評価にはチェックリストを活用し、「見学」「協同参加」「実施(監視)」の習得段階を確認します。実習生の目標達成のため自己学習も勧めますが、デイリーノートなど時間外の課題が養成施設から与えられている場合は、臨床実習指導者からの新たな課題は控えるようにしています。

(3) 評価実習の流れ(計画)

① 全体の計画

4週間の流れを図1に示します。実習期間は「実習前期」と「実習後期」に分類³⁾し、1~2週目を実習前期、3~4週目を実習後期としています。1日ごとの実習を時間内で完結するため、その場で問題解決できるよう質疑応答の時間(実習生のみで整理・自己学習する時間も含む)を設けています。見学から協同参加、実施へ移行出来るよう実習生の能力に応じて、無理のない実習プログラムを段階的に進めていきます。

急性期では、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」でも、対象者の状態が不安定で水準Ⅱ「指導者の補助として実施されるべき項目」となる場合が多いです。水準は日々変化するため臨床実習指導者は、対象者の状態や実習生の習得状況を考慮しながら1日の計画や評価実習全体の計画を適宜修正します。

実習の流れ（計画）

<始業8:30、休憩12:15～13:00、終業17:00>

週	場所	スタッフ 控室	リハビリテーション室 ベッドサイド			学生控室	リハビリテーション室 ベッドサイド			
		8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時
実習前期	1日目	集合挨拶	オリエンテーション（施設環境・業務説明、実習計画説明など）			休憩	診療録確認方法の指導 理学療法業務の見学 見学内容フィードバック			質疑応答
	1週目	始業準備	CL評価分野 見学・協同参加20%		質疑応答	休憩	CL評価分野 見学・協同参加20%			質疑応答
	2週目	始業準備	CL評価分野 協同参加40%		質疑応答	休憩	CL評価分野 協同参加40%			質疑応答 後期準備
実習後期	3週目	始業準備	CL評価分野 協同参加60%		質疑応答	休憩	CL評価分野 協同参加60%			質疑応答
	4週目	始業準備	CL評価分野 協同参加80%		質疑応答	休憩	CL評価分野 協同参加80%			質疑応答
	最終日	お礼挨拶	CL評価分野 協同参加80%実施		質疑応答	休憩	CL評価分野 協同参加80%実施			質疑応答 実習評価

* CL：Check Listの略

図1 4週間の実習の流れ

② 実習前期【1週目～2週目】

1日目は各スタッフへ挨拶を行い、その後にオリエンテーションを行います。オリエンテーションは口頭のみの場合や文書・スライドを用いてなど、施設により様々です。内容としては、診療科や対象疾患・チーム医療などの施設環境に関することや1日・各週のスケジュールなどの業務説明をします。実習計画の説明では、実習生の行動目標も確認し、実習計画の参考とします。また、メモや質問のタイミングなどのローカルルールの説明もあります。オリエンテーション後は、業務の見学をしながら物理療法機器や歩行補助具、備品などの説明、診療録から対象者の医学的な情報収集を取得する方法を説明します。

1週目は見学が主体ですが、スタンダードプリコーションや実習生の状況に合わせ一部、協同参加も交えます。見学では、ただ漠然と見るのではなく観察することを促します。例えば、対象者とのコミュニケーションでは、対象者の年齢に合わせ声量や会話スピードなど個別性に配慮していることを説明します。別の対象者では説明を減らし、見学後にどのような点に配慮していたか確認し、補足説明を行います。また、臨床推論も早い段階で見学することで、様々な対象者の臨床推論に触れていきます。具体的には、臨床実習指導者が抽出・実施した情報収

集の内容や検査結果を提示しながら、問題点の抽出・治療目標・理学療法プログラムの抽出理由や根拠について説明し、指導者と同じ視点を学習します。

2週目からは段階的に協同参加を増やします。技能面の関節可動域測定では、臨床実習指導者が行っている際に角度計をあて測定することや、一緒に対象者に触れながら手の持ち方やスピードなどを感じて測定を行い、補助者としての割合を増やしていきます。

実習前期の最終日には振り返りを行い実習後期への準備をします。実習前期で不足していた点を説明し、実習後期では修正できるようにフィードバックを行います。ただ、課題（デイリーノートなど）の内容が不足しているようにみえても、実習生は予想以上に時間を掛けている場合があります。そのため、課題へ要している時間や睡眠時間を確認し、時間配分に問題があれば解決できるようアドバイスをを行います。また実習計画にも無理がないか、1日のスケジュールなども含めて見直します。実習生の経験はチェックリストを参考に、未経験のものや偏りがなかったか確認します。また、実習生の行動目標が何割程度達成できているか検討し、実習後期でより多くの経験を重ねられるよう計画を修正します。

③ 実習後期【3週目～4週目】

3週目では実習生が主体的に行う内容を増やします。対象者とのコミュニケーションにおいては臨床実習指導者が補助しながら会話を促し、臨床推論に必要な情報収集が出来るよう誘導します。また、他のスタッフ（医師や看護師など）に質問があれば、臨床実習指導者が内容を確認し質問の場を設けます。技能面では実習生が主体的に評価測定を行い、臨床実習指導者は対象者の代償動作や表情の変化など、実習生が気づき難い点を補助します。知識面にあたる臨床推論にも実習生が得た検査結果を含めて、問題点の抽出や治療目標などを臨床実習指導者と協同で検討し意見交換を行います。

最終週は「態度」「知識」「技能」が臨床実習指導者の監視のみで行える状態を目指し、協同参加から補助や助言が少なく行えるようになれば「実施」に至ったと判断します。臨床推論は臨床実習指導者と協同して検討した内容を理学療法部門で説明します。臨床実習においては、学生が理解し、指導者と同じ視点で考え、カンファレンスなどで意見交換ができるようになることが大切であるが、学生が考えた治療プログラムを対象者に提供することとは次元が異なるので留意する必要がある⁴⁾とされています。そのため、臨床実習指導者と協同して考えた臨床推論が説明できれば「実施」に至ったと判断しています。また、作業療法やチーム医療、退院調整会議の見学なども行い、経験値を増やしていきます。

最終日はスタッフへお礼の挨拶を行います。1日の最後に実習評価の時間を設け、評価実習での変化や成長を臨床実習指導者と共有します。チェックリストで実施に至らなかった項目や経験ができなかった項目は次回の臨床実習への課題となります。また、行動目標の達成状況も確認し、今後の課題などを臨床実習指導者の視点からフィードバックします。

（４）実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

1日のスケジュールにフィードバックの時間を設けていますが、内容によっては診療の前や診療中、その直後に行うこともあります。例えば、術翌日で初回の離床のためベッドサイドに向かう際に離床時のリスクについて確認し、診療中にバイタルサインの変動や心電図波形を見逃さないよう説明しま

す。診療中に心電図波形などに乱れが生じたら、診療後に波形の乱れについてフィードバックを行います。1つ1つのフィードバックの内容は少なくし、臨床実習の時間内に設けてある自己学習で整理できるように考慮しています。

臨床実習を段階的に進められるように、臨床実習指導者は実習生や対象者の状況により役割を変えます。理学療法士に求められる基本的な役割は、専門家、モデル、協同学習者、ファシリテーターである⁵⁾とされています。例えば実習開始直後において、臨床実習指導者は専門家として積極的に教えます。しかし、教えるだけでは実習生の経験が増えないため、モデルとして手本や模倣されるべき行動で示します。急性期で、対象者が不安定な状況でも同様です。協同参加が増える頃には一緒に問題解決をする協同学習者として共に学習し、実習終盤ではファシリテーターとして実習生の成長を支える役割を増やします。

（５）実習生の習得状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

臨床実習指導者が感覚的に実習生を評価しようとしても容易なことではないため、臨床実習で習得すべき「態度」「知識」「技能」に分類し評価しています。例えば、関節可動域測定の場合（図2）対象者に説明する際に個別性を配慮していない「態度」の領域なのか、基本軸・移動軸を知らない「知識」の領域なのか、角度計の使い方である「技能」の領域なのかです。実習前期では、その全ての領域で課題や経験不足となっていますが、協同参加で経験が増えてくると徐々に習得されていきます。その習得された点を成長として評価し、習得が遅れている点を課題として明確にすることで実習生の成長に繋がっています。

また、実習生自身が成長を実感できるようポートフォリオの活用も重要です。将来理想とする理学療法士像をビジョンに、今回の実習では行動目標として具体的に何を達成するのか（図3）⁶⁾を臨床実習指導者と共有します。日々のデイリーノートや文献、作成した資料を糧に、行動目標が達成されたときには実習生自身も成長を実感できると思います。

関節可動域測定における各領域

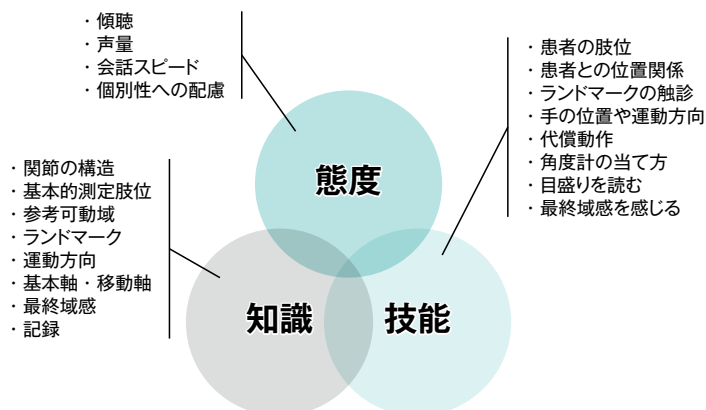
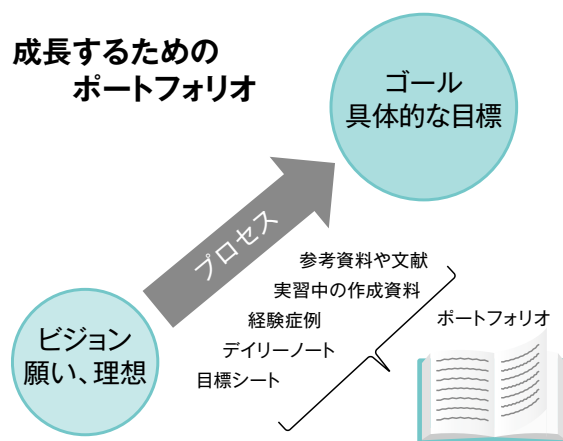


図2 関節可動域測定の指導例

成長するための ポートフォリオ



鈴木敏恵：プロジェクト学習の基本と手法、教育出版より一部引用改変

図3 ポートフォリオの活用

(6) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

急性期における評価実習は、対象者の状態変化が早いので、日々の評価が非常に重要となり、机上の学修が主体であった実習生にとって良い経験の機会となります。この時間を生かせるよう、より実践的な「態度」「知識」「技能」を磨いて下さい。

臨床実習開始当初から自分の将来理想とする理学療法士像が明確な実習生は少ないと思います。現実的な臨床の場で、手本となる臨床実習指導者を見て、日々疾病に悩む対象者に触れ、自分の成長を感じること、曖昧であった理想とする理学療法士像が徐々に形を成していきます。その理想像に少しでも近づけるよう、次の実習までの目標、次の実習での目標を定め努力することで、評価実習が終わったあと、もしくはもっと先の成長にも繋がると思います。

第2節－1)【参考・引用文献】

- 1) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会：医学教育モデル・コア・カリキュラム診療参加型臨床実習実施ガイドライン．2017，pp.92-96
- 2) 厚生労働省：第2回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会（資料）資料2．公益社団法人日本理学療法士協会提案．2017 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000176542.pdf>（閲覧日2020年6月17日）
- 3) 小林賢ほか（編）：理学療法スーパーバイズマニュアル．総合実習8週間の流れ．南江堂．2010，pp.31-62
- 4) 日本理学療法士協会：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム．2019 http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/modelcorecurriculum_2019.pdf（閲覧日2020年6月17日）
- 5) 小林賢：臨床実習における教育学的アプローチ．理学療法ジャーナル．2020，54，pp.457-461
- 6) 鈴木敏恵：課題解決力と論理的思考力が身につくプロジェクト学習の基本と手法．教育出版．2012，pp.17-32

2) 急性期病院での総合臨床実習の具体例

(上田 信弘)

(1) はじめに

当院は、急性期の総合病院です。リハビリテーション部は、理学療法士41名、作業療法士20名、言語聴覚士11名の構成で、各診療科に対応した疾患別チームとともに、教育に対応した班というグループをつくっています(図1)。各班には、主となる臨床実習指導者だけでなく他の臨床実習指導者も診療参加型実習の対応をしており、実習生は主となる臨床実習指導者の専門とする分野以外にも多くの経験を行うことができます。

(2) 実習の流れ(図2)

① オリエンテーション

以下の事について、十分なオリエンテーションをしてから実習を開始しています。いずれも、医療従事者として必要な事項です。

- ・病院の概要紹介。病院の特徴や決まり事、施設構造の説明など。
- ・実習のスケジュール。スケジュールの自己管理方法など。
- ・実習の心得。特に対象者と接する際の注意事項など。
- ・感染対策。特に、熱発していても休みたくないという思いで実習に来てしまう実習生もいるため、医療従事者として、感染拡大の防止の重要性を説明しています。
- ・個人情報保護について。
- ・挨拶・報告・連絡・相談の励行について。
- ・ヒヤリハットとして過去の事例をあげる。危険予知。

② 診療参加型実習のすすめかた

実習開始4週間は、主となる臨床実習指導者と半日をともに行動します。残り半日は、班内の臨床実習指導者について診療参加型実習を行っています。実習生の能力や進捗状況、興味ある疾患別に応じて、主となる臨床実習指導者と行動する時間を増やしたり、班内の臨床実習指導者が対応する時間を増やしたり、個別性をもった対応をとっています。

また、当院は、急性期の病院であり状態変化する可能性のある対象者が多くいるため、実習生だけで対象者の送迎をするなどのような行為はなく、必ず臨床実習指導者の監視のもと実習を行っています。

実習開始時には、電子カルテのIDを実習生ごとに配布し、患者カルテの閲覧方法を指導しています。

記録物については、病院のスタッフが業務中にカルテ記載をすることと同様に、実習生も夕方のまとまった時間や隙間の時間を使って記録をとることができるように配慮しています。

実習生2人に対し臨床実習指導者1人での実習スタイルは、まだ始めて間もないため、ノウハウは十分ではないですが、印象としては、実習生ペアで討議し合う事が増えるため理解が進み、間違った解釈を修正する機会が増えているようです。ただ、実習生ペアでの学力や対人能力の差が大きいと、能力の高いほうの実習生に負担が偏ってしまい、精神的なストレスとなっているようです。実習生ペアをどのようにマッチングさせるかは、今後の課題です。

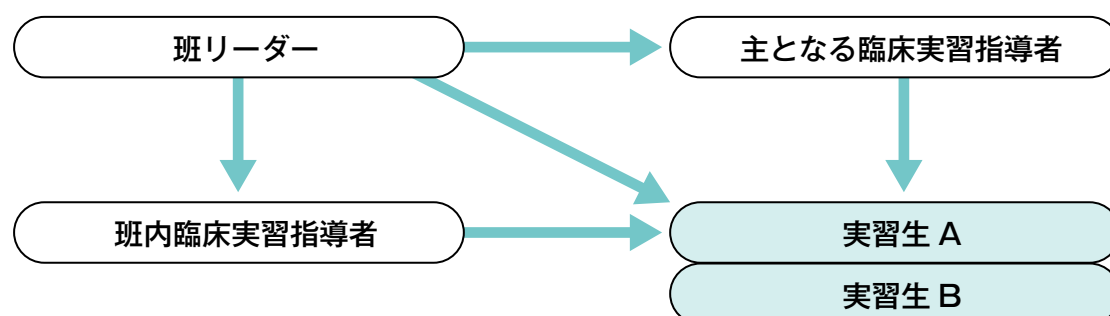


図1 当院の教育体制

各班の配置人数は10名程度で、各疾患別チームのスタッフが在籍しています。

③ ケースノート

症例情報、経過記録、ICF分類・目標・治療計画などを記載します。（詳細は、各養成校の実習指導要領を参照しています）

実習中のケースノートは、様々な情報を記載するようになっており、漏れなく情報を管理するという点では理想的ですが、文量が多くなり過ぎる傾向にあります。就職後、実際にカルテを書くことを想定し、要点をまとめて記載するようなトレーニングも必要です。基本的には、臨床実習指導者のカルテ記載方法（SOAP記載方法など）をよく見て、まねることを推奨しています。

④ チェックリスト

チェック基準は、養成校の規定に準じています。基本的には以下のような基準としています。『協同参加』は、スタッフの十分な助言・指導を受けながらであれば、実際に行えるレベルとし、『実施』は、スタッフの監督下で、ある程度の助言・指導があれ

ば、リスクを概ね把握した上で行えるレベルとしています。

『見学』『協同参加』については、実習生自身がチェックをつけるようにしています。共同参加した内容は実習生同士で情報共有・事後学習しており、基本的には実習生ペア間で同じチェックがつくことになります。

『実施』は、主となる臨床実習指導者もしくは班内の臨床実習指導者がチェックをつけており、班内の誰がチェックしたかわかるようにチェックの横にサインを記しています。実施した実習生にのみチェックをつけているため、ペア間で『実施』の数が異なります。

実習生は、チェックリストを常に持参しており、臨床実習指導者は、実習生と共同でチェック作業を毎日実施しています。

主となる臨床実習指導者は、週一回の各班ミーティング時にチェックリストの進捗状況を報告しています。

場所 週	スタッフ 控室	リハビリテーション室 病室			学生 ラウンジ	ハビリテーション室 病室					
		8時30分	9時00分	10時00分		11時00分	12時30分	13時30分	14時30分	15時30分	16時30分
1日目	集合 朝礼 挨拶	オリエンテーション 見学			休憩	見学・電子カルテの操作方法の説明・練習				フィード バック	帰宅
2日目	始業準備 朝礼	主となる臨床実習指導者の見 学・協同参加・記録			休憩	班内の臨床実習指導者の見学・協同参加・ 記録				フィード バック	帰宅
4週目	始業準備 朝礼	主となる臨床実習指導者の見 学・協同参加・記録			休憩	班内の臨床実習指導者の見学・協同参加・ 記録				中間評価フィードバック	
5週目	始業準備 朝礼	班内の臨床実習指導者の見学・ 協同参加・記録			休憩	班内の臨床実習指導者の見学・協同参加・ 記録				フィード バック	帰宅
最終日	始業準備 朝礼 挨拶	班内の臨床実習指導者の見学・ 協同参加・記録			休憩	班内の臨床実習指導者の見学・協同参加・ 記録				最終評価フィードバック	

図2 実習の流れ

（３）実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

① 疾患全般

ICFの概念から、問題点を整理して目標設定、治療プログラムについて指導しています。機能面の考察は大切ですが、機能面だけにとらわれずに、さまざまな角度からの解決方法を考えることができるように指導しています。また、リハビリ開始時の問診の方法や患者さんへの配慮を、実際にスタッフが行っていることから学んでいってもらいます。

入院早期から退院へ向けた準備や、家屋構造の違いによる対応については、家屋構造に合わせた、模擬的な環境作りや訓練方法について学び、家屋構造で問題となりそうな場所が予測できるように指導しています。

② 疾患別

・循環器

ICUでは、点滴やモニター類が多く、離床の介助も多く必要な患者がおり、臨床実習指導者の補佐として診療参加しています。事前に、役割を明確にし、具体的な行動を指示してから、実施しています。例えば、対象者が端座位になった際に後方から倒れないように対象者の両肩を把持する役割などです。

臨床実習指導者と共に、フィジカルアセスメント、バイタル測定を行っていきます。

・脳疾患

脳卒中のタイプに応じた血圧などのバイタル管理やリスクについて学び、離床する中で、バイタルチェックの補助を行います。

基本動作介助では、たとえば、起き上がり動作などにおいて、対象者の能力を最大限に引き出した介助方法を臨床実習指導者と共に見つけ出していきます。

移乗介助では、2人介助の場合、サポートの役割と主の役割を経験してもらいます。

歩行のエキスパートである理学療法士として、歩行介助の方法や歩行補助具の選択など臨床実習指導者とともに考えて行きます。

脳画像と出現している症状を照らし合わせ、予後予測について指導しています。

・運動器

基本的な筋骨格系の解剖の再確認をして、臨床において視診・触診を実践しています。

疼痛の評価、筋力、可動域評価などの機能的な検査・評価を実践することや、歩行分析をしたり、外傷や手術後における合併症の予防や確認方法や、骨折部位と筋の付着部の関係などを考慮できるようになるように指導しています。

・呼吸器

呼吸法の指導と共に運動療法指導、呼吸介助法や肺ドレナージ法、代表的な呼吸音、酸素ボンベや在宅酸素療法機器の操作方法の説明ができるように指導しています。

その他にも例えば、6分間歩行試験では、モニターやパルスオキシメーターを併用し臨床実習指導者がバイタルサインの確認をする中で、実習生の役割として、記載をする役割、対象者さんが転倒しないように同行する役割、カウンターを用い歩行距離をチェックする役割、物品を準備する役割など、役割を決めて臨床実習指導者の補佐ができるように指導しています。

・がん

周術期のリハビリとして、術前に必要な指導や訓練方法、早期離床のノウハウを学んでいきます。また、ドレーン管理や、排泄の性状変化について、化学療法に伴う免疫低下などのリスク管理について、緩和ケア期の対象者対応について学んでいきます。

（４）実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

当院では、新人職員教育と実習生教育のいずれも、同様に班単位で行っているため、新人職員教育のノウハウが、そのまま実習生教育へ生かされており、実習生の状況把握に役立っています。

新人職員教育では、テキストを作成しており、技術と指導の標準化がなされています。また、新人職員教育研修チェックリスト（図3）に沿って、①疾患別に講義、②見学、③申し送り、④新患担当というステップアップ方式としています。

実習生教育も新人職員教育も、大切な知識や技術は共通であり、実習生教育のクオリティを上げるには、まずは、職員を育てることが最も重要で、前提条件であると考えています。

また、主となる臨床実習指導者は、週一回の各班ミーティング時に実習生の進捗状況を報告しており、班内で情報共有をしています。そうすること

で、実習が上手く進んでいない実習生がいることを早期発見し、班内で対応策を話し合っています。また、必要に応じて養成校の実習生担当教員へ報告しています。

実習終了時には、実習生に対してアンケートを実施しており、実習生からのフィードバックを次の実習へ生かすようにしています。

(5) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

臨床現場では、どんなに経験を積んでもわからないことや疑問に思うこと、解決できないことが多々あります。実習生を指導する臨床実習指導者も、悩み、考え、常に向上しようと勉強の連続です。臨床実習では、そういうところも含めて、見て感じてもらいたいと思います。

1年目研修

呼吸器

疾患名	講義時期(講師)	見学(目標) 回数	申し送り(時期:目標) 回数	新患担当(時期)
COPD	5月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
誤嚥性肺炎	5月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
間質性肺炎	5月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)

脳疾患

疾患名	講義時期(講師)	見学(目標) 回数	申し送り(時期:目標) 回数	新患担当(時期)
脳梗塞(ラクナ、TIA)	4月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
脳梗塞(アテローム型)	6月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (7月～)
脳梗塞(心原性)	7月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (8月～)
脳出血	5月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (6月～)
慢性硬膜下血腫	10月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (10月～)

運動器

疾患名	講義時期(講師)	見学(目標) 回数	申し送り(時期:目標) 回数	新患担当(時期)
橈骨遠位端骨折	4月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術)	5月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
大腿骨転子部骨折(骨接合術ITST)		(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (5月～)
脊椎圧迫骨折	6月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (6月～)
腰部脊柱管狭窄症	6月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (6月～)
外傷性頸部症候群	9月()	(2回以上)	可 (4月～:2回以上)	可 (9月～)

2年目研修

疾患名	講義時期(講師)	見学済(サイン) チェック日	申し送り済(サイン) チェック日	新患担当(時期)
ICU・HCU	4月()	() /	() /	可 (4月～)
人工呼吸器	5月()	() /	() /	可 (5月～)
消化器外科	7月()	() /	() /	可 (7月～)
呼吸器外科	7月()	() /	() /	可 (7月～)

図3 新人職員教育チェックリスト (一部抜粋)

3) 急性期施設における総合臨床実習

(森山 英雄)

(1) はじめに

ここでの急性期施設とは、厚生労働省が地域包括ケアシステムの推進の中で、病床機能の整備に示されている「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」のうち、急性期機能を主に果たす病床として、「急性期の患者に対し、状態の早期安定

化に向けて、医療を提供する機能」を持つ施設としました。急性期病院においても理学療法の需要は高まっており、廃用予防や合併症の予防、早期離床による日常生活活動の拡大を図ることが求められています。本稿では、8週間の総合臨床実習を想定し、本院での臨床実習の流れ（表1）を示しつつ、急性期施設における患者特性を踏まえながら、学生が理解を深めるための実習指導の工夫・配慮についてまとめました。

表1 総合臨床実習（8週）のスケジュール

【実習の流れ（計画）】 〈始業8：30、休憩12：00～13：00、終業17：30〉

週	場所	控室	リハビリテーション室 病棟・病室				食堂 控室	リハビリテーション室 病棟・病室				控室
		8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	
	1日目	挨拶 施設 案内	オリエンテーション (規則・医療安全・感染対策・個人 情報など)				休憩	診療録確認方法の指導 理学療法業務の見学 見学内容のフィードバック				まとめ 予定確認
	2日目 以降 1週目	始業 準備	骨関節障害チーム 見学→共同参加20% 実施 カンファレンス参加				休憩	骨関節障害チーム 見学→共同参加20% 実施				質疑応答 CL記入 予定確認
	2週目	始業 準備	骨関節障害チーム 見学→共同参加40% 実施10% カンファレンス参加				休憩	骨関節障害チーム 見学→共同参加40% 実施10%				質疑応答 CL記入 予定確認
	3週目	始業 準備	骨関節障害チーム 見学→共同参加60% 実施30% カンファレンス参加				休憩	骨関節障害チーム 見学→共同参加60% 実施30% 手術見学・実習評価まとめ				質疑応答 CL記入 予定確認
	4週目	始業 準備	神経・内部障害チーム 見学→共同参加20% 実施 カンファレンス参加				休憩	神経・内部障害チーム 見学→共同参加20% 実施				質疑応答 CL記入 予定確認
	5週目	始業 準備	神経・内部障害チーム 見学→共同参加40% 実施20% カンファレンス参加				休憩	神経・内部障害チーム 見学→共同参加40% 実施20% 他部門見学				質疑応答 CL記入 予定確認
	6週目	始業 準備	神経・内部障害チーム 見学→共同参加60% 実施30%				休憩	神経・内部障害チーム 見学→共同参加60% 実施30% 実習評価まとめ				質疑応答 CL記入 予定確認
	7週目	始業 準備	地域包括ケアチーム 見学→共同参加20% 実施10% カンファレンス参加				休憩	地域包括ケアチーム 見学→共同参加20% 実施10%				質疑応答 CL記入 予定確認
	8週目	始業 準備	地域包括ケアチーム 見学→共同参加40% 実施20% カンファレンス参加				休憩	地域包括ケアチーム 見学→共同参加40% 実施20% 訪問リハビリ見学実習				質疑応答 CL記入 予定確認
	最終日	お礼 挨拶	見学→共同参加40% 実施20%				休憩	見学→共同参加40% 実施20% 実習評価まとめ				最終評価 自己分析

*1日8時間の勤務内（実習生は8時間×5日＝40時間）で指導が完結するスケジュールを計画します。

*骨関節障害チーム3週間、神経・内部障害チーム3週間、地域包括ケア病棟チーム2週間の診療参加型臨床実習で構成し、多様な疾患が経験できるよう工夫しています。

*一方で、実習生の実施まで至る機会が減ることのないよう、最短でも2週間、できれば3週間は経験するようにしています。また、チームを交替するときには履修状況について、実習指導者間で申し送りを行い、円滑な移行を推進しています。

*実習中の経験値を高めるオプションとして、手術見学、他部門見学、訪問リハビリ見学を計画します。

*電子カルテの情報は実習指導者の管理下で実習生が閲覧可能としています。実習生のID発行はしていません。

*チェックリストの記入はできる限り午前と午後それぞれに記録時間を設けています。

*時間外の課題は課していません。自己学習の成果については、できる限り実際の臨床場面の行動で確認するようにします。ポートフォリオの作成については勧めています。実習指導者によるチェックはありません。

(2) 実習の流れ

① 初日の指導

臨床実習統括責任者が実習全般のオリエンテーションを行います。施設および部門のローカルルール、施設使用上の注意点を説明します。また、実習全体のスケジュール確認、および時間外の過ごし方、時間外学習について解説します。次に実習指導者から週間スケジュール（チームによってカンファレンスなどのスケジュールが異なるため）、1日の流れ、可能であれば3週間のスケジュールを説明します。主要なクリニカルパスについても資料を渡して説明を行います。実習生が記憶する目的ではなく、実習期間中に随時確認しながら進めていきます。1日目は当院の理学療法士の1日の業務の流れを体験します。

② 1週目の指導

実習指導者はあらかじめ対象者の水準を分類します。当院ではクリニカルパスに合わせて水準の目安を決めています。術後3日目まではⅢ、7日目まで

はⅡ、8日目以降はⅠといった大まかなものです。周術期の対象者の分類は術式や期間のほかに、既往歴、合併症などの視点からも決定します。

実習指導者が、1日のスケジュール確認、対象者の状態確認を電子カルテから行うところから、実習生も見学します。対象者の診療上必要な情報の取り方や、情報の内容についてもわかりやすく説明を加えます。カルテの見える情報以外にも必要な情報はなるべく付け加えるようにしています。急性期では対象者の全身状態が変化しやすいこと、リスク管理と廃用予防の大切さについても説明しています。実際の治療場面では全対象者で見学から開始します。水準Ⅰの内容あるいは状態で協同参加に移行する症例や行為については、具体的に解説し早期に協同参加に移行します。水準Ⅱについては協同参加に移行しても実習指導者が治療介入主体として進めます。クリニカルパスに沿って行くと、実習生の協同参加の役割が明確になりやすいと思います。開始時の水準と終了時の水準、実習指導者と実習生の協同参加の割合について一例を示します（表2）。

表2 対象者の水準目安と協同参加目標

		開始時	1週後目標 (実習生の割合)
対象者A	右膝前十字靱帯再建術	I a	I b (50%)
対象者B	両人工股関節置換術	II a	I b (20%)
対象者C	左人工膝関節置換術	I a	I b (40%)
対象者D	左大腿骨頸部骨折	II a	II b (10%)
対象者E	両人工膝関節置換術	III a	II b (5%)
対象者F	右肩腱板再建術	III a	III a

介入時の水準によって見学から協同参加の項目や割合を増やしていきます。急性期骨関節疾患では対象者の状態によって短期間で水準が変化していくことも考慮します。水準と学習段階の関係に配慮した目標設定が必要になります。また、対象者の全身状態の悪化や、愁訴の変化によっても協同参加から見学に戻すような判断が実習指導者には求められます。

③ 2・3週目の指導

協同参加している対象者A～対象者Eについては徐々に実習生による介入量を増やしていきます。対象者A、Cについては実習指導者と実習生の割合が反転することもあります。あるいはリスク管理のバイタルチェック、膝関節の可動域運動など項目によって実習指導者の監視のもと、実習生が単独で実施するものを増やしていきます。臨床推論についてはカルテへの記入を通して実習生に説明します。カルテ記載についても実習生に記入する機会を設け、実習指導者が確認後確定します。

④ 4週目以降の指導

神経障害・内部障害チームにおいても、同様の流れで実習計画を進めていきます。最後の2週間で地域包括ケア病棟を担当します。チームを移動することで臨床経験が増えるメリットがあり、チームの負担軽減も図られます。実習生が混乱しないよう目標到達度について実習指導者、実習生の双方で自己分析チェックシートを用いて評価し、引き継ぎが円滑になるよう対策します。

⑤ 最終日の指導

最終日には関連部署への挨拶回りを行っています。実習全体の振り返りを行い当院では感想文や実習生アンケートを記入してもらいます。アンケートの方法については実習生が本音を書きやすいよう配慮が必要です。実習生、実習指導者に実習について自己分析してもらい、当院での今後の実習について見直すツールとして活用しています。

(3) 実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

実習時期の経過による実習指導者の役割の変化の視点から、その工夫・配慮について考えます。実習初期の段階では実習指導者は専門家としての振る舞いを意識して対応します。できる限り共通化された医療用語に言語化し解説するように意識しています。具体的には治療場面では、実習指導者の立ち位置や姿勢、手の位置、運動の方向と強さを解説します。患者の変化についても共有できるように見方を解説します。但し、情報量が多すぎて混乱する実習生もいますので様子を見ながら調節します。次の段階では実習指導者がモデルとなって実習生に治療に参加させます。治療者の主体は実習指導者で、実習生には第3の手としてアシスタントを務めてもらいます。介入の割合は最初は指導者と実習生が9:1程度から始めますが、徐々に割合を実習生に多くなるようにしていきます。この時期になると、実習指導者は学生にとって協同学習者としての役割となり、分担して文献を調べたり、疑問を分かち合うようになります。実習生の役割が多くなり、実施の時期が近づくと、指導者はファシリテーターとして実習生と患者をサポートし、より良い結果になるよう治療の支援します。

フィードバックの方法については、基本的にOJT (on the job training) で臨床現場で可能な限り問題解決ができるように助言を行います。実習初期には指導者からの助言が中心になりますが、実習の進行に合わせて内部フィードバックつまり、実習生に内省を促していきます。実習生に任せることが多くなると、自然と内省に向かっていくことが多いと思われます。

(4) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

診療参加型臨床実習では形成的評価を行います。実習中の学習効果をより高めるために、実習生の能力に応じた実習プログラムを立案するように心がけます。成功体験を増やしていくという視点から考えると、達成可能な行動目標を段階的にクリア

するようにします。動作指導について取り上げると、まず見学を通して解説を行います。翌日どの程度の協同参加を目標とするかをその場で決定します。それに必要な実習生の準備についても決定します。翌日に実践し、実習指導者は成功するように介入量を調整します。急性期では対象者の状態が変化しやすい特性があるので、調整については実習指導者の能力も必要となります。このようにして成功体験を積み重ねていきます。他方で、チェックシートの活用も有効と考えられます。チェックシートの項目のさらに下位項目についても実習生とチェックしていくことで情報の共有が図られます。

（５）臨床実習指導者から実習生へのコメント

急性期病院では全身状態の管理を行いながら、廃用症候群や合併症の予防と早期離床による日常生活動作の拡大を図ることが求められます。多くの施設ではクリニカルパス導入により在院日数の短縮が図られていますが、逆に多くの疾患を経験することができます。疾患の多様性やリスク管理の複雑さにおいて経験値を増やすことが可能にもなります。先輩理学療法士の業務を見て実りある臨床実習を過ごされることを期待します。

第2節－3）【参考・引用文献】

- 1) 日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き（第5版）．2007
- 2) 小林賢ほか（編）：理学療法スーパーバイズマニュアル．総合実習8週間の流れ．南江堂．2010，pp.31-62
- 3) 小林賢：臨床実習における教育学的アプローチ．理学療法ジャーナル．2020，54，pp.457-461

4) 回復期における評価実習指導の具体例

(野田 恭宏)

(1) はじめに

回復期では、対象者の一日も早い社会復帰を実現するため、多職種がそれぞれの専門性を発揮しながらチームとして連携し、質の高いリハビリテーション医療を提供しています。そして、急性期を脱した対象者は内科的なリスクを管理され、充実したリハビリテーションによる社会復帰を目標に、身体機能の回復はもとより日常生活動作能力の改善に懸命に取り組んでいます。

理学療法士が回復期で行う評価は、リハビリテーション場面における問題点の抽出や治療プログラムの立案に留まらず、病棟（又は院内）生活での転倒リスクの予測やADL自立度の判定、対象者の障害像に応じた安全な介助方法の確立等、その目的は多岐にわたります。そして、いずれの目的で行われる評価であっても、リハビリテーション室を含めた生活空間の中で、包括的な対象者の現状をタイムリーに捉えることが求められます。

評価は対象者の障害像の構築や治療目標・プログ

ラムの内容を大きく左右する理学療法の重要な行程です。実習では臨床実習指導者の十分な指導と支援を受けながら、養成施設には存在しないリアルな対象者を通じて、回復期の臨床に即した評価の実践を経験し習得します。

(2) 回復期における評価実習の方法

臨床実習指導者は実習生を診療チームの一員として参加させ、「見学」「協同参加」「実施」の段階を踏みながら臨床的な評価を学習し、検査・測定技術の習得を促します。いずれの段階においても、臨床実習指導者は、対象者の適切な理学療法をうける権利を最大限尊重し、診療の質を十分に担保した上で指導を行うことが重要です。

(3) 回復期における評価実習の流れ（計画）

診療参加型臨床実習における「見学」「協同参加」「実施」の段階を踏んだ3週間の評価実習スケジュールを図1に示します。「見学」は「協同参加」に進むための準備段階、「協同参加」は「実施」に進むための準備段階として捉え、常に次の段階を見据えながら指導を行います。

実習開始

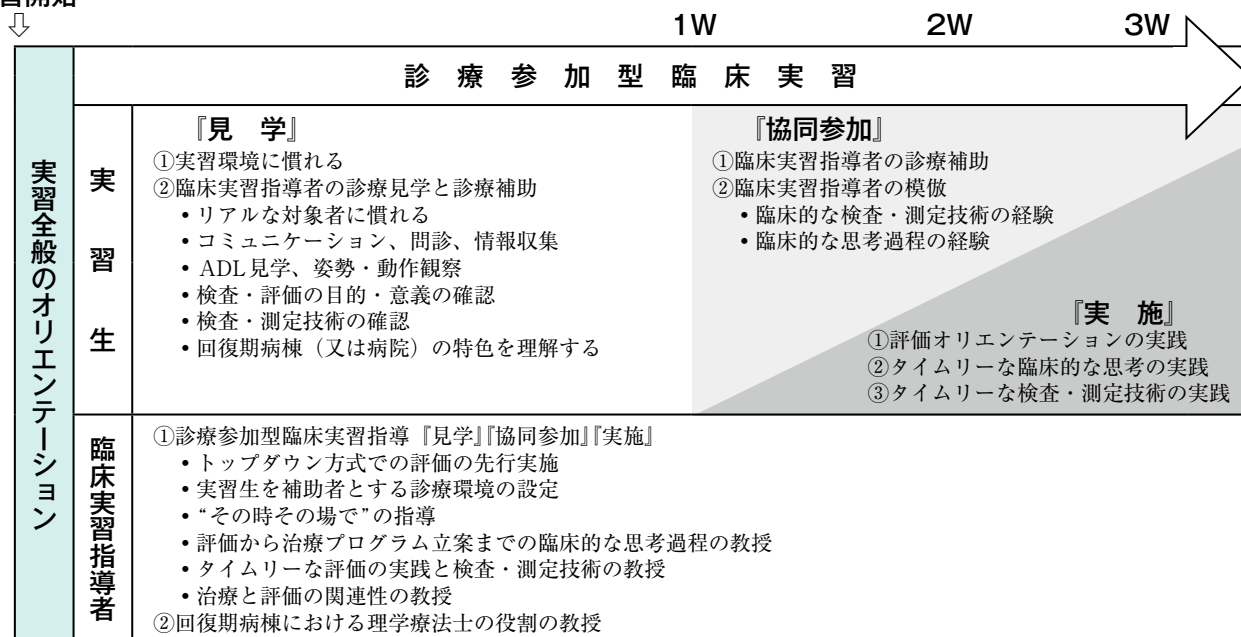


図1 3週間の評価実習スケジュール

(4) 実習指導の工夫・配慮点

① 臨床実習指導者が評価を先行して実施する

回復期ではリハビリテーション提供体制が充実しており、対象者の状態が日々変化することも珍しくありません。そのため、適切な問題点の抽出や治療プログラムの立案を行うには、対象者の現状をタイムリーに捉えた評価を行う必要があります。そこで、臨床実習指導者は対象者とのコミュニケーションや姿勢・動作の観察から必要な評価項目を取捨選択し、評価にかかる労力や時間的なロスを効果的に省けるトップダウン方式での評価を先行して実施することで、今後の実習で習得すべき評価の指標を明確に示しておきます。

② “その時その場”での指導原則と動画の利用

実習生と臨床実習指導者とは臨床的な経験値が圧倒的に異なることから、評価結果から対象者の障害像を頭の中でイメージする事一つとっても、その捉え方には大きな格差が生じます。そのため、指導は必ず実習生と同じ目線で対象者を捉え、“その時その場”で行うことが原則となります。ただ、実習の限られた時間内で実習生の理解が及ばない場合には、対象者の様子を動画に残すことで、過去の曖昧となった記憶を辿ることなく、臨床実習指導者に指導された時点での対象者の状況と評価結果を対比しながら自身のペースで障害像の理解を深めることができます。また、臨床実習指導者にとっても対象者の映像を基盤とした指導が行えることから、以前に指導した内容との差異を最小限に抑えられます。

③ 診療の“ありのまま”を伝える

診療中は、臨床実習指導者の期待通りに対象者の反応が出現せず、実習生に説明した内容と対象者の実際の反応が異なってしまう状況も出てきます。その時は、無理にその場を取り繕うような強引な指導は行わず、実際の臨床の難しさをありのままに、率直な言葉で伝えることが大切です。臨床実習指導者が実習生を評価しているのと同様に、実習生も臨床実習指導者としての資質を、人間性を含めて評価しています。実習生の厚い信頼に応えられるよう、臨床実習指導者には正直で誠実な指導が求められます。

(5) 実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

① 様々な場面での評価経験

人の身体を“見立てる”という点において、評価は様々な場面で実施することができます。例えば、実習生と一緒に実習施設内のスタッフの何気ない仕草や姿勢、歩行を注意深く（そして、こっそりと）観察し、「あのスタッフは〇〇が特徴、問題点は□□と捉え、△△の治療が必要」等、ブレインストーミングでお互いにディスカッションし、トップダウンな評価を形式張らずに実践してみることも理学療法に対する理解を深める一つの工夫になります。また、臨床実習指導者が実習生の姿勢や動作を評価し治療する機会を設けることも面白い取り組みです。例えば、臨床実習指導者が将来的に腰痛や肩凝りに結び付くような実習生の姿勢や動作を指摘し、治療的な介入を行って実習生の身体の修正を試みてみます。実習生は自分の身体がどのような視点から評価され、治療プログラムの実践に至るまでの流れを体感することで、臨床的な評価の流れと治療プログラムとの関連性について理解を深めることができます。以上のような取り組みは、姿勢や動作の違和感を直感的に感じ取る感性を培う練習にもなります。

② 評価全体のバランスを考慮した指導

木村¹⁾は、「理学療法の臨床場面では、「関節可動域を評価する」というように、検査・測定と評価が同義語のように用いられていることが多いように思われる。しかし、上述の概念に基づけば、それは「関節可動域を測定する」という行為であって、そのような関節可動域測定の結果として抽出された否定的側面である関節可動域の制限や筋力低下などの機能・構造障害、それに伴う活動制限や参加制約などの障害と、肯定的側面である生活機能そして、その人固有の個人因子とその人を取り巻く環境因子をICFのフレームワークにファイリングしたうえで、構成要素における双方向性の関連性に関する構造分析のための統合と解釈を行い、対象者の精神的、身体的、社会的状況を包括的に把握することが本来の「評価」というプロセスと考える」と述べています。評価は、対象者の身体を操作し実際に検査・測定する技術的な側面と、それらの結果の統合により対象者の障害像を構築し、問題点の抽出から治療プログラムの立案に至るまでの臨床的な思考過程が両輪となって成立しています。臨床実習指導者は、実習生の「関節可動域を測定する」行為につい

て、適切に角度計を当てる事ができているのか、測定値は正確かといったことに囚われ過ぎることなく、評価全体のプロセスを見渡す中での指導を行うことが重要です。さらに、「今日は関節可動域と筋緊張の測定を実施します」といったような評価項目単位で完結させる指導の進め方は、回復期の対象者の現状をタイムリーに捉えることができず、障害像が断片的に構築されてしまう恐れがあります。そして、全体の障害像が構築された頃には既に得られた評価結果と対象者の現状にズレが生じていることも考えられます。このことは、実習生が自身で得た評価結果に自信が持てず、実習に取り組む意欲自体の低下にも繋がりがねません。臨床実習指導者は日々の診療場面を通じて、バランスよく評価の経験を積み重ねてもらえるように指導を行うことが重要です。

(6) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

① SOAPでの診療記録の記載

実習生は日々の臨床的な実習記録として、SOAPでの診療記録に取り組みます。SOAPについては、S（主観的情報）：対象者の表情や発言内容を記載、O（客観的情報）：実際の評価とその結果を記載、A（評価）：評価の結果に対する考察を記載、P（計画）：行ってみたい治療プログラムを記載等、実習生が比較的容易に取り組めるように臨床実習指導者が内容をアレンジしてみます。このことで、実施した評価項目の振り返りができているか、評価結果からの専門用語を踏まえて適切な考察ができているか等の確認が行え、実習生の知識の習得度を

シンプルに把握することができます。特にP（計画）の内容については、実習生が記載したP（計画）の内容を臨床実習指導者が実際に行ってみる等、次の総合臨床実習を見据えた指導にも役立ちます。また、実習生の捉え方を日々確認することの重要性について、中川²⁾は、「それぞれの治療目的・治療時のポイント・治療効果を実習生がどのように捉えているのかを確認しておくことが大切である。実習生が誤った捉え方をしたまま帰宅したのでは、的確な自習を創出することはできない」と述べており、臨床実習指導者と共に行った評価について、実習生がどのように捉えていたのかを日々確認するツールとしても診療記録の記載は有効です。

② 実習生を補助者とする治療場面（図2）

診療参加型臨床実習の「見学」時から、臨床実習指導者の診療に補助者として参加してもらい、臨床実習指導者単独では工夫が必要な治療場面で実習生の手を借りて効率的に実現します。例えば、座位での体幹回旋運動を誘導する際、回旋に伴って骨盤が同方向に動き体幹自体に有効な運動が起こりにくいことがあります。実習生に骨盤を前方から固定してもらうことによって、骨盤を起点とする体幹の回旋運動を効率的に実現できます。この時、実習生には、関節可動域測定における原則の確認を促しながら、有効な体幹回旋運動を出現させるための固定部位の選択や固定力の調整の判断を任せておきます。このような実習生を補助者とする治療場面の設定は、実習生の評価に対する理解度や検査・測定技術の進歩を推し量るための大切な機会となり、「見学」から「協同参加」から「実施」

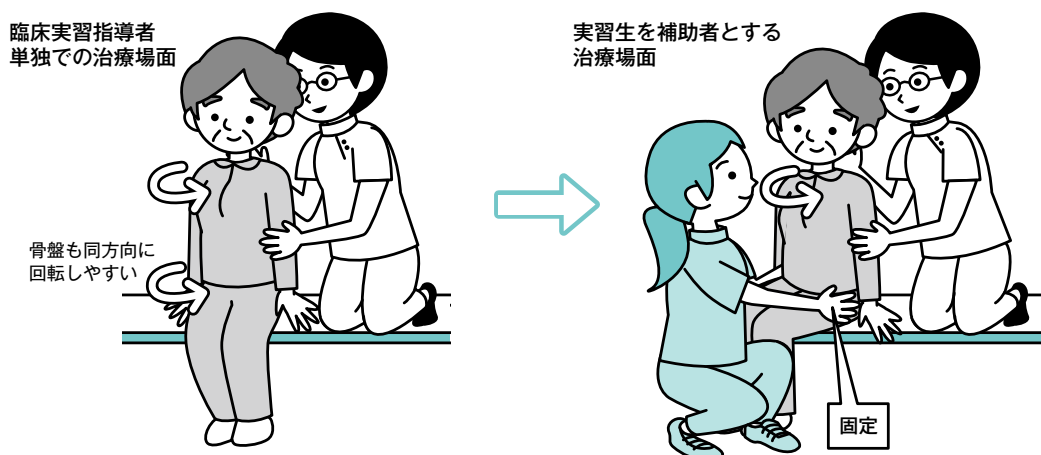


図2 実習生を補助者とする治療場面

に進むための判断材料にもなります。また、実習生自身がダイレクトに診療に参加し臨床実習指導者の役に立っているという意識も生まれ、自己効力感が高まる効果も期待できます。

③ KJ法を活用したディスカッション

問題点を抽出し治療プログラムの立案に至るまでの評価の理解度を確認する一つ的手段として、レポートがあります。レポートは評価結果をまとめ、自身の考えを整理し表出するツールになり得るものの、実習生の文章力及び臨床実習指導者の読解力のレベルによってはレポートの文面から読み取るニュアンスが両者の間で大きく異なってしまい、実習生の本質的な理解度を誤って判断してしまうことにもなりかねません。そこで、あえて文章化する作業を避け、ワークショップ等で断片的な情報を統合して創造的なアイデアを出し合い、問題解決の糸口を探る目的で広く取り組まれているKJ法を活用します。この方法では、考え得る対象者の包括的な特徴とこれまでの評価結果を端的に単語レベルで付箋に書き出し、それぞれを関連付けながらグループにまとめ、グループ間の関係を図解化した上でディスカッションが行えるため、実習生の理解度をシンプルに確認することができ、また臨床実習指導者の臨床的な思考過程も可視化して分かり易く説明することも可能になります。

(7) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

回復期では、対象者の現状をタイムリーに捉えられるトップダウン方式での評価の習得が必要になります。この評価は評価項目を列挙し、それらを一つ一つ実施して結果を積み上げながら障害像を構築するボトムアップ方式での評価とは異なり、対象者とのコミュニケーションや姿勢・動作の特徴から必要な評価項目を取捨選択するため、対象者の障害像をより効率的且つタイムリーに捉えることが可能となります。また、対象者の日常生活動作や運動行為を実際に行ってもらいながら評価を実践できるため、病棟（又は院内）生活での転倒リスクの予測やADL自立度判定、対象者の障害像に応じた安全な介助方法の指導等、リハビリテーション場面に限定されない回復期の特性に即した評価が行えます。

評価は治療と表裏一体と称される(図3)ように、その時々を対象者の状況に遅れをとらない適切な

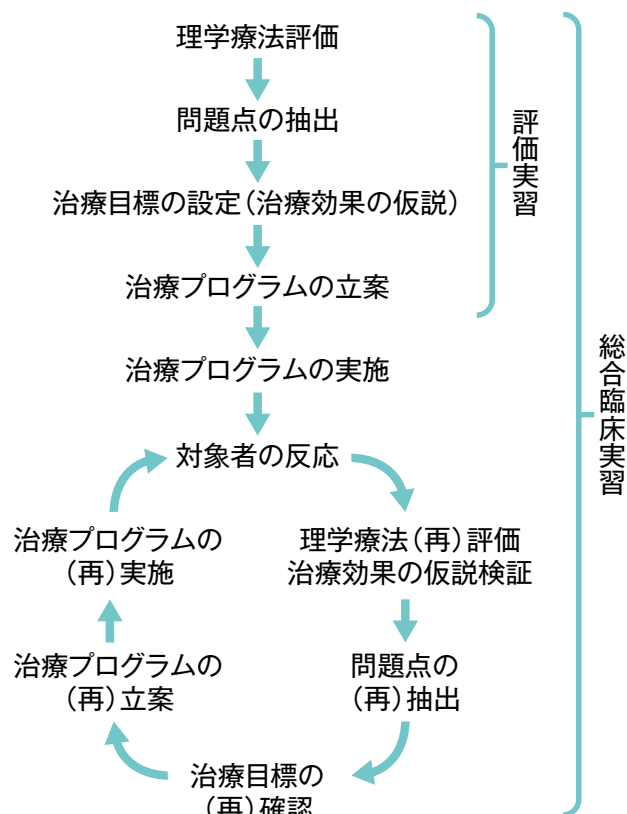


図3 理学療法評価と治療の関係

評価は、効果的な治療に結び付き対象者の潜在的な能力を最大限に引き出します。この評価と治療の関係性を常に念頭に置きながら、効果的な治療に繋げられる評価の習得を目指して、臨床的な評価の経験を焦らず着実に積み上げていきましょう。

第2節-4)【参考・引用文献】

- 1) 木村貞治:理学療法における評価の考え方と進め方. 理学療法学. 2020, 47, pp.93-101
- 2) 中川法一:セラピスト教育のためのクリニカルクラクシップのすすめ. 三輪書店. 2019, p.104
- 3) 小林賢:臨床における教育方法論-効果的な臨床実習の進め方-. 理学療法学. 2014, 41, pp.203-206
- 4) 日本理学療法士協会:臨床実習教育の手引き(第5版). 2007

5) 回復期～生活期における総合臨床実習指導の具体例

(長福 武志)

(1) はじめに

診療参加型実習は、認知的徒弟制^{1) 2)}と正統的周辺参加³⁾の学習理論を基盤にして診療参加過程での実践指導(経験学習²⁾)を行います。実際の理学療法場面に実習生を参画させるには、技術項目ごとに細分化したリストの作成が有効です。臨床実習指導者は実習生に実施可能な項目の指導を、計画的・意図的・継続的に進めていきます²⁾。

臨床実習指導者は、臨床現場では「対象者」という最優先されるべき存在を忘れてはなりません。医療現場では対象者治療が最優先であり、対象者へ負担を強いめることは絶対に避けなければなりません。治療の質を担保し、対象者に余分な負担や不安を与えない環境で実習を行うことが前提です²⁾。臨床実習指導者は自らの臨床推論を分かりやすく解説し、実習生の理解と能力を把握しながら、対象者へ介入できる理学療法評価・治療技術を実践させます。実習生は、臨床実習指導者の考え方を理解し、知識や技能を習得し、臨床実習指導者とのディスカッションを通して、能力不足を自己学習で補うことで学びを得ていくことが重要となります。

(2) 実習の流れ(計画)

表1に総合臨床実習の計画、表2に1日の流れを示します。

(3) 実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

① 知識

著者の施設では、臨床実習指導者が記載した対象者の診療録(電子カルテ)を実習生へ開示しています。理学療法実践の中では、解説(言語化)が中心となります。しかし、全てが理解できるわけでもないため、記載した対象者の診療録を実習生へ確認させます。実習生にとって、文章化された診療録は分

かりやすく、その日行われた理学療法行為や思考過程の理解は深まりやすいと思います。また日々の診療録を確認できるため、部分的な関わりでも最終的には一連の理学療法プロセス、対象者の全体像が把握できます。「協同参加」では、実習生が再現できる段階に入ります。臨床実習指導者はこれまで見学したことをふまえ質問を投げかけ、対話を繰り返し実習生が再現します。前述した「見学」とは逆に、実習生が見える形(言語化、図式化、文章化)にしていきます。再現できなければ、また「見学」にもどり、臨床実習指導者が解説をします。このように知識の習得は「見学」「協同参加」を繰り返し、疾患、障害ごとの経験値を積み重ねていきます。

② 技能

実習生の技能を高めるためには、「見学」の過程が重要です。「見学」では、臨床実習指導者がモデルとなり、目の前の対象者に何をしているのか(リスク、目的、理由、技術的コツなど)、明確に解説する場面です。ここで、臨床実習指導者と実習生の焦点を合わせることで、次の「協同参加」へ無理なく移行できます。もし、「協同参加」での実践がうまくいかない場合は、「見学」で実習生とのポイントがずれていた可能性が高く、「見学」へもどりポイント調整後に再度解説をします。臨床実習指導者が解説することは多岐にわたるため、実習生が混乱しないよう内容を絞って解説することも重要となります(水準に照らしながら解説します)。「協同参加」では、「見学」で解説した内容をもとに臨床実習指導者が手本を示し手取り足取り指導を行います。できることが増えてくれば(サブスキル習得)、実習生が担う割合が大きくなり、臨床実習指導者は徐々に手をひいていきますが、不足していることや修正が必要な部分は適宜指導を行います。何度も指導が必要な点や項目は、実習生の弱点であることを明確にして、実習生の課題解決を促します。実習生同士で互いの弱点を確認しあうのも有効な方法です。

表1 総合臨床実習計画

実習 初日	【実習内容】 オリエンテーション（施設環境、業務説明、実習計画説明など）を行います。 【実習指導の工夫・配慮点】 ・実習開始後から診療チームの一員として実習生を迎え入れるため、実習中の注意点などを細かく説明します。特に病院・施設ごとのローカルルールは、十分に説明することで、実習生は戸惑うことなく実習にのぞめます。
1 週目	【実習内容】 ・理学療法業務の見学、対象者の紹介、病院・施設内の日、週単位スケジュール確認などを行います。 ・「見学」を中心とした診療参加をさせていきます。 【実習指導の工夫・配慮点】 ・対象者の全体像（病態、障害像、経過、方針など）を解説していきます。注意点は、情報が多すぎると実習生は混乱するため、対象者の経過の中で、必要な情報から提供し共有していきます。臨床実習指導者1人に対し実習生2人の体制を敷いているため、臨床実習指導者が担当している対象者を二分し、2人の実習生におのおので診療参加させると、混乱することなく把握ができます。
2～3 週目	【実習内容】 ・「見学」から「協同参加」する項目が増えてきます。 ・診療チームの一員として実習生の役割を明確にします。 【実習指導の工夫・配慮点】 ・「見学」「協同参加」とおして診療参加させていきます。 ・知識、技能の項目について、まず臨床実習指導者が解説し、手本を示すことが重要です。 ・ある対象者へ理学療法行為を行う場合、実習生Aが主に関わっていきませんが、実習生Bは傍観するのではなく、実習生Aのサポート役として関わっていきます。診療後に実習生同士でディスカッションさせ、実習生Aの振り返りに役立てていきます。 ・診療参加できる理学療法行為は、水準に基づき確認していきます。
4 週目	【中間評価】 ・実習生の成長度を確認します。 ・前半の振り返りを行い、課題と後半の実習計画を設定します。
5～7 週目	【実習内容】 ・「協同参加」する項目が増えてきます。 ・「実施」と判断した項目は実習生へ役割分担され、実習生が担う項目がさらに増えてきます。 ・経験値の向上で、精巧な技能レベルへ成長します。 【実習指導の工夫・配慮点】 ・リスク管理を含めて、種々の状況に対応できるように経験の幅を狭めることがないよう、経験値を積み上げていきます。 ・「協同参加」から「実施」となる技能が増えてきます。 ・「実施」と判断された技能は、理学療法プログラムの中で実践します。 ・臨床実習指導者は直接監視下で安全かつ適切に行っているかの確認を行います。 ・それ以外の項目については臨床実習指導者が理学療法を实践（「見学」「協同参加」指導を含む）します。 ・対象者ごとにリスクは変化するので、「見学」での解説を行います。ただ、「実施」と判断された技能であるため、「見学」「協同参加」「実施」への移行はあまり多くの時間はかかりません。
8 週目	【実習内容】 ・チェックリスト、ポートフォリオを用いながら実習全体を振り返ります。 ・実習生が成長したこと、次の実習や学内に戻ってからの課題などを明確にします。 ・1期の実習だけで完結するのではなく、臨床実習指導者は次につながるための形成的評価を行います。

表2 1日の流れ

8：30～9：00 始業 掃除、チーム別ミーティング参加、1日のスケジュール確認、診療準備（※） ※カルテをみながら対象者の状態に変化の有無を確認、変化があれば共有します。 ※定期的な検査があれば、カルテ上で確認します。 ※新規で受け持つ対象者がいれば、事前に情報提供し共有します。
9：00～11：30 理学療法業務 ・対象者の全体像（疾患、病態、障害像、経過、方針など）を説明。 ・指導する項目について、解説を加えた「見学」をさせます（臨床実習指導者と実習生の焦点を合わせます）。 ・「見学」の焦点が合っているか確認をします（「見学」させた内容の言語化）。 ・「協同参加」へ移行します。 「見学」で確認したこと（サブスキル）から手取り足取り指導を行います。 できること（サブスキル）が増えてくれば実習生へ任せていきますが、修正や指導する点があればその場で臨床実習指導者が介入します。 習得できれば「実施」と判断し、理学療法評価・治療技術の中で実践します。 ・このように、診療参加させ対象者を通して理学療法評価・治療技術を「見学-協同参加-実施」の過程の中で指導を行います。
11：30～12：00 午前の振り返り（事後学習へつなげる）、チェックリストの確認、ディスカッションを行います。
12：00～13：00 休憩
13：00～13：30 午後の予定確認、診療準備をします。
13：30～17：00 理学療法業務 各診療科回診、カンファレンスなどがある場合、実習生も参加させます。 対象者や家族の同意が得られれば、在宅復帰にむけた一連の支援（家屋調査など）にも、実習生を参画させていきます。
17：00～17：30 午後の振り返り（事後学習へつなげる）、チェックリストの確認、ディスカッション、翌日行う項目などを説明（事前学習へつなげる）します。
17：30 終業 臨床実習指導者は終業後に実習生が帰宅できるよう、時間管理を行います。

(4) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

知識・技能の習得度はチェックリストで確認します。チェックリストを活用することで、どの知識・技能を経験したか、どの程度経験を積み上げてきているのか、「協同参加」から「実施」へ移行しない項目はなにか（「協同参加にとどまっていれば学生の弱点と捉えます」）、「実施」へ到達した項目はなにか、など把握できるようになり、実習生ができるようになったこと、実習生の課題など形成的評価が可能となります。日々、臨床実習指導者と実習生は共同でチェックリストを確認するため、実習生の能力や知識・技能の習得度は把握しやすくなります。また、今日実施したことを思い出せないようであれば、実習生の中に残っていないことを意味しており（「見学」「協同参加」のどこが不十分だったか、臨床実習指導者の教育内容が分かります）、臨床実習指導者の指導計画に役立てていきます²⁾。常に診療を共にすることで実習生の能力を把握し、実習全体を通して評価が可能であるため、あえて評価する時間（機会）を設けることは必要ありません。つまり、対象者に臨床実習指導者と実習生が真摯に向き合い、臨床活動をとおして実習生の成長を促していきます。

実習全体を通しての学びは、ポートフォリオから状況把握の評価を行っていきます。実習生の内省が含まれたポートフォリオは、知識・技術のみならず、将来理学療法士として対象者に向き合う心構えなどの態度も評価できます。チェックリストによる形成的評価とポートフォリオによる全体の評価が可能となります。

(5) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

実習生の皆さんは、なぜ臨床実習に来るのでしょうか？それは、日々の臨床活動の中で臨床実習指導者の知識、技能の使い方を学ぶためです。学内教育とは違い、リアリティーがある臨床現場で何が行われているのか、日々関わる対象者から学ぶことが重要だと思います。そのためにも、実習生の皆さんは体調万全な状況で対象者の前に立ち、対象者の機能回復、基本的動作能力・日常生活動作（ADL）の獲得に、臨床実習指導者とともに悩み、問題解決を行っていきます。

第2節－5)【参考・引用文献】

- 1) コリンズA他, 北田佳子 (訳): 認知的徒弟制. ソーヤ RK (編), 望月俊男, 他 (編訳): 学習科学ハンドブック基礎／方法論 第2版. 北大路書房. 2019, pp.91-107
- 2) 中川法一: セラピスト教育のためのクリニカル・クラークシップのすすめ (第3版). 三輪書店. 2019
- 3) Lave J, Wenger E (著), 佐伯胖 (訳): 状況に埋め込まれた学習－正統的周辺参加. 産業図書. 1993

6) 診療参加型実習の成功体験から得られたこと

(吉野 賢一)

(1) はじめに

現在、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則及び関連諸規則¹⁾の改正に伴い、全国で診療参加型実習の導入が進められています。当グループの関連施設では2010年から診療参加型実習を導入しましたが、移行の難しさに直面しその都度改良を重ね

てきました。その結果、診療参加型実習を円滑に導入するには臨床実習指導者が診療参加型実習での指導において成功体験を得る事が非常に重要な鍵となることがわかりました。成功体験を得る事で臨床実習指導に対して前向きになり、新たな取り組みに挑戦していくことで、結果的に診療参加型実習を肯定的に受け入れる事が出来ます。今回、理学療法士教育モデル・コア・カリキュラムに則り、新たに得られた成功体験を共に分かち合えれば幸いです。

・実習の流れ (計画)

＜始業8:30、休憩12:00～13:00、終業17:30＞

場所	スタッフ控室	リハビリテーション室・病室		学生控室		リハビリテーション室・病室			学生控室	
時間	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
1日	集合挨拶	オリエンテーション	理学療法業務の見学		休憩	カルテからの情報収集 理学療法業務の見学			記録	FB
2日	当日の予定確認	症例A	症例B		記録	症例C	症例D	症例E	記録	FB
		見学・協同参加			休憩	見学・協同参加・CL (評価)			実技指導	
3日	当日の予定確認	症例A	症例F		記録	症例C	症例G	症例E	記録	FB
		見学・協同参加			休憩	見学・協同参加・CL (評価)			実技指導	
2週	カルテ確認	症例A	症例H		記録	症例C	症例I	症例E	記録	FB
		協同参加20%			休憩	協同参加20%・CL (評価)			実技指導	
3週	カルテ確認	症例A	症例J		記録	症例C	症例K	症例E	記録	FB
		協同参加40% 症例A 統合解釈			休憩	協同参加40%・症例C・E統合解釈・CL (治療)			実技指導	
4週	カルテ確認	症例A	症例L		記録	症例C	症例M	症例E	記録	中間評価
		協同参加60%			休憩	協同参加60%・CL (治療)				
5週	カルテ確認	症例A	症例N		記録	症例C	症例O	症例E	記録	FB
		協同参加80%			休憩	協同参加80%			実技指導	
6週	カルテ確認	症例A	症例P		記録	症例C	症例Q	症例E	記録	FB
		実施レベル到達			休憩	実施レベル到達			実技指導	
7週	カルテ確認	症例A	症例R		記録	症例C	症例S	症例E	記録	FB
		実践的な技能の習得			休憩	実践的な技能の習得			実技指導	
8週	カルテ確認	症例A	症例T		記録	症例C	症例U	症例E	記録	実技試験
		監視下での治療実践			休憩	監視下での治療実践				

* CL: Check Listの略、FB: フィードバックの略

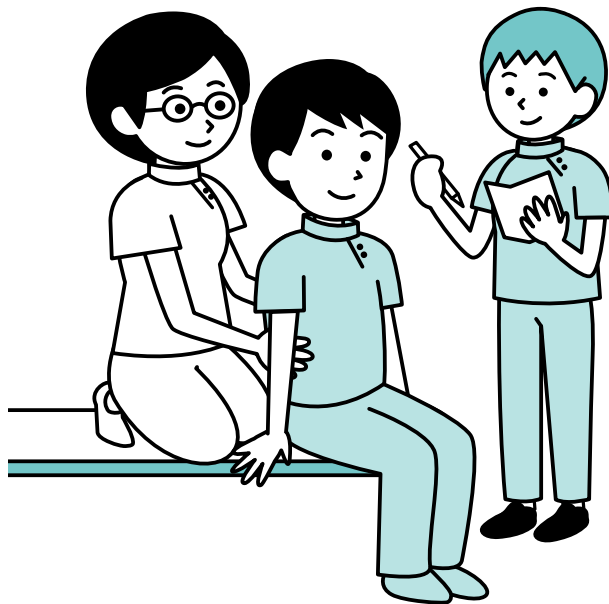


図1 実技指導

基本動作の評価と治療から開始し、問題点の抽出、臨床推論、仮説検証、治療実践、効果判定の過程を指導します。

(2) 実習の流れ

① 1～2週

実習前期では基本動作の評価の実技指導(図1)を行い、実践的な観察力と洞察力の習得を促します。Check Listでは評価項目を中心に見学し、協同参加を経て実施レベルへの到達を目指します。

② 3～4週

基本動作の評価の実技指導が終わり次第、治療の実技指導に取り掛かります。実技指導を行うことで早期にCheck Listの治療項目を実施レベルまで到達させる事が出来ます。また対象者の障害像を把握する技能を確認するためにオプションとして統合と解釈を行い、臨床推論の技能向上に努めます。

③ 5～6週

Check Listの評価項目と治療項目が実施レベルに到達していれば、実習生に治療の一部を補助する機

会を与える事ができるため、I期目では稀な治療に関する技能の向上が期待出来ます。また実践的な治療経験を通して、より高い水準に挑戦する機会が得られるため、臨床推論の技能においても成長が期待出来ます。その他、実習生の進行状況に合わせてマンツーマンでの指導に切り替えることで個々の知識や技能に合わせた指導ができ、また治療経験の機会を増やす事ができます。

④ 7～8週

実習後期では実践的な技能の習得を継続しながら、より高度な課題に挑戦し、実習生の意欲や向上心、探究心を育みます。最終日には基本動作の評価と治療に関する実技試験を行う事で、実習中に学んだ実践的な評価と治療に関する技能を確認する事ができ、同時に実習生の成長度を把握する事が出来ます(図2-a、b)。

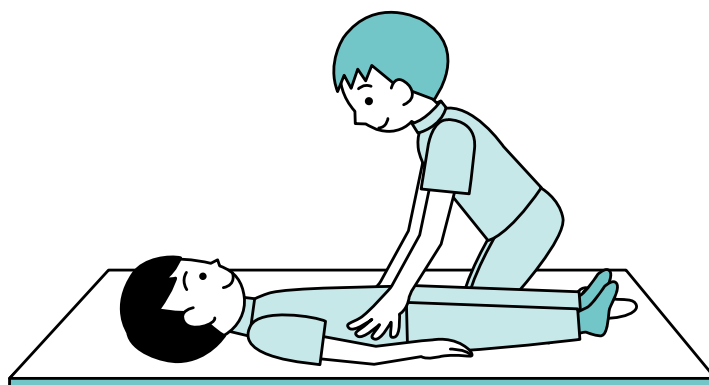


図2－a 実技試験（評価）

図1に記載した過程を基に基本動作の評価を行い、問題点の抽出と臨床推論まで解説してもらいます。

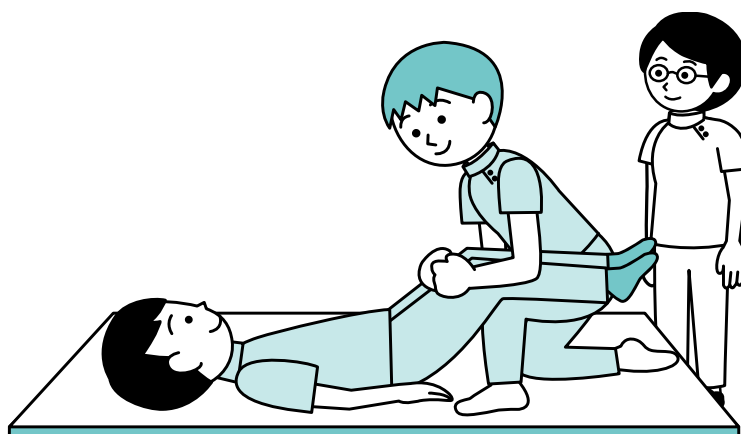


図2－b 実技試験（治療）

治療目標を設定し、目標達成に必要な課題に対して実践的な治療を行います。治療後には効果判定を行い、考察を述べてもらい、実技試験を終了します。

その後、臨床実習指導者とのディスカッションや追加の治療を通して助言を与える事で、実習生は現時点での到達点を知る事ができ、今後の課題を明確にする事が出来ます。また臨床実習指導者においても今回の実習で指導した内容が反映されていますので、成長度を把握する指標として活用出来ます。

（図2－a、b：右：検者役の実習生、左：被検者役の実習生）

（3）実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

まずは実習生をチームの一員として温かく迎え入れる事が重要です。実習初日のオリエンテーションでは実習生の緊張を和らげ、不安を取り除く事から開始します。実習開始直後の実習生は自分の知識や技能に自信が無いため焦りや不安が生じます。さらに目の前のことで精一杯になると、臨床実習指導者の話が頭に入らなくなります。故に心にゆとりがある状態を保ちながら臨床実習指導を進めていく事が大切です。

また臨床実習指導者は個々の実習生の成長度合いに合わせて指導内容を変更し、成長を促すために

必要な経験の場を提供していきます。その際、丁寧に手本を示し実際にやらせてみせてできたところを褒めていきます。ポイントはどうすればより効果的に治療が行えるかを伝える事です。また伝えるだけではなく、実際に実習生が治療を行った部位に対して臨床実習指導者が効果判定を行い、解説を加えます。

その後、実習生の目の前で臨床実習指導者が解説した治療内容を再現し、その解説が正しかったことを証明する事が大切です。この過程が実習期間中に繰り返されていく事で、実習生は臨床実習指導者の解説に集中し、耳を傾けるようになり能動的に実習

に取り組めるようになります。

(4) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

実習生の意欲に関して森田²⁾は、「元来、学生は“知的好奇心”を持つものであり、可能な限り早期から現実的な問題意識と動機づけを高めることができれば、継続的に学ぶ姿勢を確立することができよう」と述べています。実習生の意欲を引き出すには実習前期に基本動作の実技指導を取り入れる事で実習生の“知的好奇心”に火を灯す事が可能です。まずは簡単な基本動作の評価から開始し、続いて治療の概念や技能に関する実技指導を行います。

- ①見学ではどこを見る事で重要な情報が得られるか。
- ②会話の中から対象者の本心を聞き出すコミュニケーションスキルを身に付ける。
- ③要望に直結する重要な手がかりを見つける洞察力と将来的な予後予測。
- ④目標到達に必要な治療技術を身に付ける。
- ⑤目標へと導く力（可能性を信じる力＝断固たる決意）を身に付ける。

以上の①～⑤の要素を指導していく事で実習生の知的好奇心を育て、理学療法士への動機付けが行えます。

知識や技能の習得度に関しては、実習前期ではCheck Listとケースノートにより確認し、実習後期では対象者の治療中にディスカッションを行う事で実践的な知識や技能の習得状況を把握していきます。

また1週間毎に臨床実習指導者と実習生のチームで実習を振り返り、誰が何を指導したかをチーム内で共有しておく事で、次週に取り組むべき課題と目標を明確にする事ができ、実習生の到達度を把握する事が出来ます³⁾。

(5) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

私たち理学療法士が行っているのは毎日の評価・治療の積み重ねであり、随時変化していく身体状況に応じて、治療内容を変更し、目標達成のために試行錯誤していく過程が結果的に対象者の改善への道につながっています。よって、より良き臨床実

習指導にしていくには診療参加型実習においても毎日経過を追っていき、対象者が改善に至るまでの過程を知ってもらう事が臨床実習のあるべき姿だと考えています。私たちが関わっている人は目の前の対象者だけではなく、対象者の周りにはご家族をはじめ沢山の人たちが対象者の復帰を願っています。故に目の前の対象者を治すことで多くの方々が抱えている不安から開放し希望を与える事ができる素晴らしい仕事です。私が行っている臨床実習指導では理学療法士の素晴らしさや、仕事の楽しさを体感してもらう事を最優先しています。これからも皆さんと共に学び、対象者の願いを叶える事に最善を尽くしたいと思います。

第2節－6)【参考・引用文献】

- 1) 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
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf (閲覧日 2020年5月9日)
- 2) 森田正治:実践能力を高めるための系統的な臨床実習の試み. 理学療法. 2008, Suppl. 35 (1), p.144
- 3) 甲田宗嗣:回復期リハビリテーション病棟における臨床実習ガイドラインに基づいたクリニカル・クラークシップ経験前後での臨床実習生の認識の変化. 理学療法の臨床と研究. 2016, 25, pp.85-90

7) 生活期（訪問リハビリテーション）における 理学療法実習教育

（山田 隆介）

（1）はじめに

指定規則の改定により通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を1単位以上行う事が義務付けられました。本稿では訪問リハビリテーションにおける理学療法実習教育の進め方について説明を致します。

（2）実習開始前の準備

実習開始1ヶ月前頃に実習支援者による臨床実習指導者への実習の進め方の説明等を行います。実習支援者とは、実習が滞りなく進行できるよう調整等をする役割を担う者の事ですありますが、特に設けない場合には、リハビリテーション科の責任者がその役割を担うものとして、置き換えて理解をお願いします。実習支援者より実習の進行、学習効果の高い教育手法、実習生の意欲を高める為のあるべき教育者としての態度、ハラスメント行為が起きない為の工夫等について説明や確認をしていきます。また、説明時に、臨床実習指導者から実習に対する不安等の訴えを聴取した際には、実習支援者は解決策を講じ

対応していきます。実習開始2週間前頃に、臨床実習指導者は自身の勤務スケジュールを反映させた実習スケジュールを作成し、実習支援者へ提出をします。慣れない環境にいる実習生の健康管理への配慮の必要から、実習日と臨床実習指導者の出勤日を同日に設定し、休日を適切に配分するようにします。但し、臨床実習指導者が訪問リハビリテーションの専従者ではなく、入院（所）や外来・通所等と兼務体制で勤務している場合には、複数の臨床実習指導者にて対応する事となります。その場合は実習支援者にて実習スケジュールを作成する事となります。実習開始1週間前には、実習生から確認の連絡には、臨床実習指導者にて対応します。対応の際に、実習生の情意領域を評価する事も出来ますので、問題を感じた場合には実習支援者の支援の下、情意領域に対する教育計画を再度調整するようにします。

（3）実習オリエンテーション

実習初日に行います。オリエンテーションの進行は表1を参考に願います。複数の実習生を受入れている場合には、課題を設定しペアワーク等を行っても良いと思います。実習スケジュールは書面にして配布します。表2に1日の実習スケジュールを例示します。

表1 実習オリエンテーション 例

時間	プログラム	内容
9:00	開始	挨拶 自己紹介
9:10	生活期リハとは	生活期リハの定義 地域包括ケアシステムについて
9:40	医療と介護の違い	報酬制度 対象者の呼称 連携職種 計画書の在り方 環境について（医療資源が乏しい 病院と居宅の違い 等）
10:20	休憩	
10:30	生活期における リハビリテーション マネジメント	理学療法士の役割・予後予測の重要性 アセスメント→プランニング→サービス担当者会議 →サービス提供→モニタリング評価
11:00	実習について	実習スケジュールの確認 実習中の注意事項 等
11:30	質疑等	提出書類、記録等の課題の確認 等
11:50	終了	

表2 生活期（訪問リハビリテーション病棟）の実習 1日のスケジュール例

< 始業8:30 終業17:00 ※休憩時間 1時間 実習時間 8時間 >

時間	実習計画	
	臨床実習指導者	実習生
8:00	出勤 始業準備	集合 リハ室内の整理、清掃の補助 スケジュールの確認、診療録の閲覧
8:30	始業 スタッフミーティング	ミーティングへ参加 情報の把握
8:45	病院出発	同行
8:55	訪問 ① ○○○ 様	臨床見学
10:00	移動 車内で補足説明	情報整理 質疑等
10:10	訪問 ② △△ △△ 様	臨床見学
11:15	移動 車内で補足説明	情報整理、質疑等
11:30	病院到着 診療録記載 午前中の振り返り	記録、診療録の閲覧 質疑等
12:00	休憩	休憩
13:00	病院出発	同行
13:10	訪問 ③ □□□ 様	臨床見学
13:55	移動 車内で補足説明	情報整理、質疑等
14:05	訪問 ④ ●●●● 様	臨床見学
15:10	移動 車内で補足説明	情報整理、質疑等
15:20	訪問 ⑤ ▲▲ ▲▲▲ 様	臨床見学
16:05	移動 車内で補足説明	情報整理、質疑等
16:15	病院到着 診療録記載	記録
16:45	1日の振り返り ※実習支援者 同席	質疑等
16:50	清掃 スタッフミーティング	リハ室内の整理、清掃の補助 ミーティングへ参加 情報の把握
17:00	終業	挨拶 散会

（４）実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

総合臨床実習を終えてからの見学実習であって、臨床実習指導者が指定の講習会を修了している場合においてのみ、前実習からのチェックリストを確認した上で、訪問先で水準Ⅰあるいは水準Ⅱの範囲内で協同参加及び実施レベルで実習を進めても良いと思います。サービス提供前後でのバイタルチェック、前回訪問リハ終了時からの生活場面における特記事項の聴取等を行って貰う事も良い学びになると思います。サービス提供中の実習生への指導については、本来は時間をおかずに行う方が良いのですが、対象者へのサービス提供を中断して実習生指導をする事はできない為、実習生には対象者への説明内容や実施内容について記録をとるように事前に指示を出しておくと思います。次対象者の移動時間を利用し説明内容や実施内容を報告させると、理解が深まると思います。その際は「Five-step “microskills” model」を参考に端的なやり取りをする工夫が必要だと思います²⁾。対象者から実習生の同行を拒否された場合は、車内や施設内で待機する事となりますが、その時間を利用し認知領域の教育を行う事が出来ます。例えば、同行する事の出来た対象者の情報を活用し、姿勢の特徴や要因分析、訪問した家屋の動線に関する問題、目標設定と

達成する為の方法の妥当性、訪問リハビリテーション終了後の生活指導について、どのようなサービスを提供すれば社会参加を促す事が出来るか等、課題を与え情報を整理させます。複数の実習生がいればペアワークとして設定しても良いと思います。課題を与えた場合には、実習時間内で完成できるように配慮が必要です。同行拒否の発生を少なくする方法として、契約時に説明し同意を得る事も大切ですが、実習生が同行する事による利点も明確に伝えておくと思います。例えば、実習生が同行する事で諸検査の準備時間が短縮する、屋外移動の練習においては四方への視認がよりなされ、より安全に提供出来る等の説明は対象者にとって分かり易い利点であると思います。また、臨床の質を高める目的で、担当制にはせずに様々なスタッフで1人の対象者に係る体制や、スタッフ同士の同行訪問も行う体制とする等、提供体制を予め整えておく事も良いと思います。尚、サービス提供以外の業務として、「サービス提供前の訪問（契約前訪問）（図1）」「アセスメント作業」「プランニング作業」「サービス担当者会議への参加」「契約業務」「事業所訪問」「他事業所との情報共有」等も実習期間中に体験出来るよう可能な限り調整するようにします。

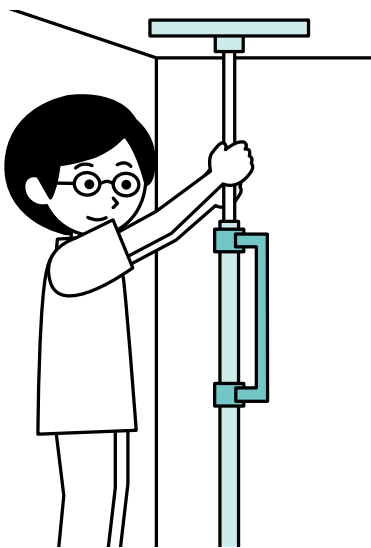


図1 契約前訪問の様子

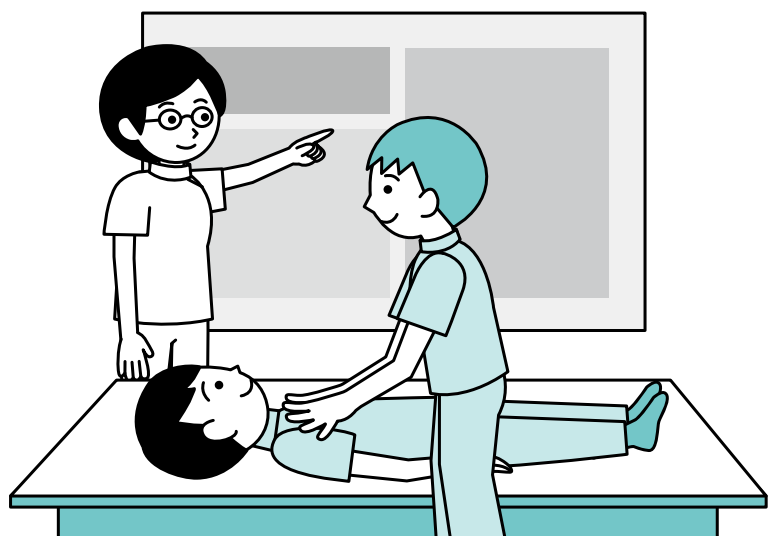


図2 実習生の技能評価及び練習の様子

(5) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

初日の実習オリエンテーションが実習生の状況を把握する最も良い機会となると思います。挨拶の際の声量、目線や表情、説明を聴いている際の姿勢等、態度面の評価が出来ると思います。またオリエンテーション後に簡易的な確認テストを行う事で、記憶や読解、意欲等の状況も把握できると思います。尚、オリエンテーション中に入眠する、不適切な態度が確認されその場で指導をしても改善しない場合には、訪問先での事故発生やクレームの要因にもなり得ますので、養成施設の教職員へ相談すると良いと思います。技能については先述した通りの条件が整った場合においてのみ把握する事が必要となります。オリエンテーションの時間の他、質疑応答の時間等を利用し、臨床実習指導者とペアとなって訪問リハビリテーションで実施頻度の高い技術を確認し練習するようにします(図2)。態度面や知識、技術の状況を把握し、指導改善を試みる際にはハラスメントとならないよう、言葉遣いや自身の態度面に注意して行う様にします。

(6) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

- ・病院や施設内で働く理学療法士の仕事とどのよう
に異なるのか、観察をしましょう。
- ・病院や施設を退院(所)された方がどのように
生活をしているか、観察をしましょう。
- ・目標の達成に向けてどのような方法や手段を選
択し実施しているか、観察をしましょう。
- ・他職種(特に介護従事者)との連携を、どのよ
うに行っているか質問してみましょう。
その際、工夫している事や気を付けている事も
質問してみましょう。
- ・実習生として対象者に対しどのような貢献が出
来るか考え、臨床実習指導者に提案してみま
しょう。

第2節-7)【参考・引用文献】

- 1) 中川法一(編):セラピスト教育のためのクリニ
カル・クラークシップのすすめ. 三輪書店.
2007, pp.14-18
- 2) 日本医学教育学会 臨床能力教育委員会(編):
研修指導スキルの学び方・教え方. 南山堂.
2006, pp.18-25

8) 通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習

(大町かおり)

(1) はじめに (実習の背景)

この実習では、指導者は、症例を通じて地域包括ケアシステムにおける通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションの役割や、リハビリテーションマネジメント等について実習できるように努めることが求められます。

(2) 実習の目的

「通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習」の目的は、地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材を育成することであり、地域に暮らす高齢者および障害者を対象に、地域における理学療法士の役割を理解し、生活を支援するために必要な「知識」、「技術」、「多職種との連携」について学ぶことです。

(3) 到達目標¹⁾

- ①対象者（および家族）の生活特性について理解し説明できる。
- ②対象者（および家族）や関係者に対して適切なコミュニケーションをとることができ、必要とされる態度を理解し実践できる。
- ③各事業所で提供しているサービス内容の特徴を理解し説明できる。
- ④理学療法士および他の医療従事者の業務内容と役割を説明できる。
- ⑤対象者のニーズを理解することができる。
- ⑥地域における他職種との連携を理解し説明できる。
- ⑦関係する保険制度（医療保険、介護保険など）について調べ示すことができる。
- ⑧養成施設内での実習報告会等で上記について報告し、ディスカッションすることができる。

(4) 実習の方法

- ①実施時期：（見学を中心とした実習を低学年から実施することも可能ですが）「地域理学療法学」の学修中または学修後の学年での実施が望ましいとされています（目安：2～4年次）。
- ②実施期間：1単位（40～45時間）以上。

連続した1週間、または、たとえば前期の毎週月曜の午後（3、4限）を10回実施するという時間数で実習を行い、実習前後に養成施設内での実習前オリエンテーションや実習報告会を行います（図1）。

- ③実施施設：理学療法士が勤務している通所リハビリテーションあるいは訪問リハビリテーションを提供する事業所（医療機関、介護老人保健施設を含む）等
- ④実習形態：見学実習。実習指導者1人に対し実習生は2～5人程度。

⑤実習指導者の資格：

（この実習を見学実習で行う場合には、教員または臨床実習指導者が指導することが望ましい²⁾とされていますが）実習指導者要件を満たしていても「免許を受けた後5年以上業務に従事した者」であれば指導者となることができます。

(5) 実習の流れ（計画）

以降、「通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習」のうち、「通所リハビリテーションにおける実習」の流れについて示します。

また、実習の流れは、実習受け入れ1年前から直前までの「準備期」、実習期間中の「実習期」、実習終了直後の振り返りとしての「整理期」に分けて説明します^{3) 4)}。

①さまざまな通所リハビリテーション実習の組み方（図1）

新しく導入される実習であるため、養成施設により、実習を実施する学年や、どのように実習を組むのかが異なる可能性があります。大きくは図1に示す3つの方法が考えられます。1つめは、「通所リハビリテーションにおける実習」を1週間連続で他の実習とは別に設定して行う実習で、2つめは、評価実習や総合臨床実習に包含する形で行う実習、3つめは、通常の授業のように前期あるいは後期に組み込んで実施する実習です。

それぞれに学修におけるメリットがあり、1週間集中して行う実習では、毎日少しずつ異なる1週間のスケジュールを実感しながら、連続的に「通所リ

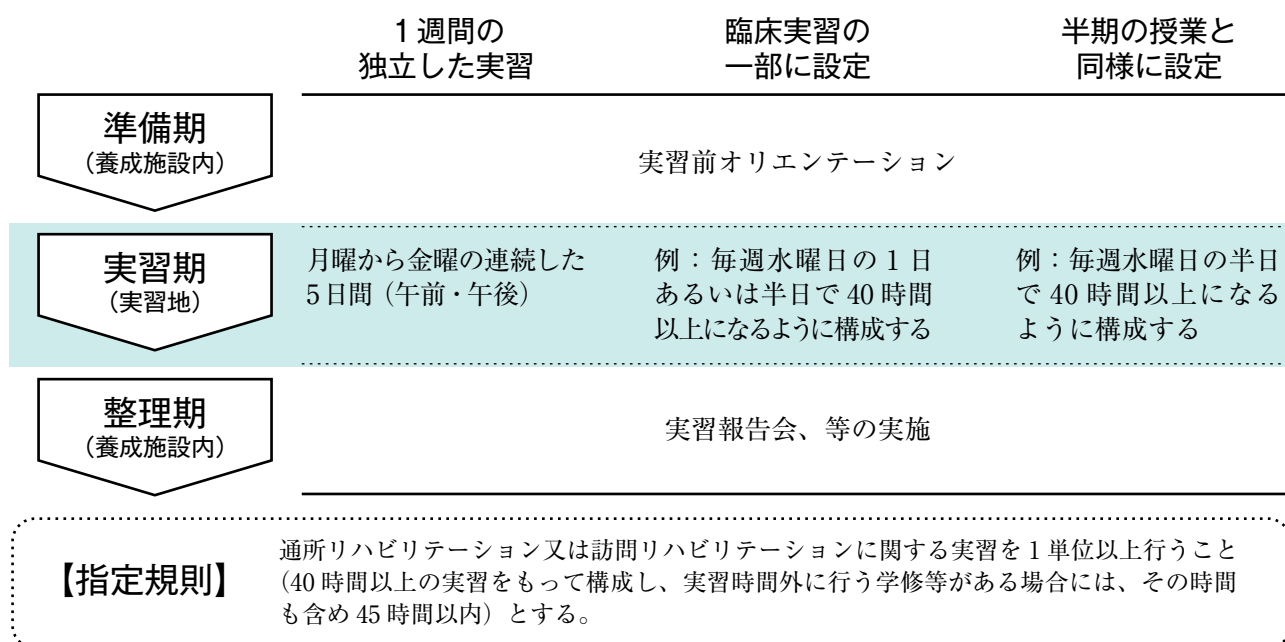


図1 さなざまな通所リハビリテーション実習の組み方

「ハビリテーション」の流れを学ぶことができます。臨床実習の一部として包含された形で行う実習では、臨床実習を行っている急性期・回復期等での理学療法士の役割と対比させながら「通所リハビリテーションにおける実習」を行うことができ、対象者の方の発症からの時間の経過とともに理学療法士に求められる役割の違いを学ぶことが可能です。また、通常の授業のように組み込まれた実習は、並行して養成施設で「地域理学療法学」を学修しながら実習を行うことも多く、知識として蓄えた一般的な「通所リハビリテーション」と実習だからこそ学べる実際の様子とを養成施設を行き来しながら理解を深めることが可能となります。

それぞれの養成施設の実習の組み方によるねらいに合わせて、実習地では何ができるのかを考え、実習が開始される前から関連部署とともに準備を始めます。

②「通所リハビリテーション実習全体のスケジュール（実習地及び実習指導者）」（図2）

「通所リハビリテーション実習」における全体のスケジュールを、時系列で図2に示します。

「準備期」では、実習の受け入れの検討から、養成

施設の臨床実習指導者会議への参加、その内容を踏まえて、部門の関係者とともに実習の計画を立てます。その中には、対象者の方への実習実施に関する承諾も含みます（訪問リハビリテーションの見学の場合など）。

「実習期」では、実習地の役割や特徴の説明とともに、実習全体の流れの説明と、実習地ならではのローカルルールを最初のオリエンテーションで伝えます。その中には、対象者の方の前で質問を受けられるかどうかや、フィードバックのタイミングなども含まれます。また、学生自身が立てた「実習目標」の共有も行い、共通の認識をもって実習を進めます。実際の実習では、見学の時間の長さに合わせて、実習生が適度に自主学修できる時間を組み、新しく学んだ実習での知識を整理し、理解を深めながら興味を持ち、疑問を抱き自らその解決に向かえるように促します。そのひとつの方法として、複数人の実習生を受け入れている場合には、自主学修の時間に、まずは自分の意見をまとめたとえで、実習生同士での意見交換や共有を促したり、自主学修の時間ののちに実習指導者からのフィードバックの時間を設け、実習生からの質問に応じ、見学時に学んでほしかった内容が伝わっているかを実習指導者

	項 目	具体例
準備期 1 年前から直前	・ 年間計画の立案 ・ 臨床実習指導者会議への参加 ・ 臨床実習指導体制の確認	実習生の受け入れ時期と人数の調整 対象となる養成施設の特徴を把握する 部内関係者と実習計画を立てる(利用者への承諾を含む)
実習期 1 単位 (40 時間以上 45 時間以内)	・ オリエンテーション ・ さまざまな見学機会の提供 ・ 適度な自主学修時間の確保 ・ 情報提供とフィードバック(ディスカッションを含む) ・ 後半にオプションの導入 ・ 実習全体を総括	実習地の特徴、ローカルルールの説明 見学機会の設定およびポイントの説明 実習の理解を自ら深められる時間を作る 実習後のさらなる情報提供および 実習生からの質問に答える カンファレンス・訪問リハ、等の追加 臨床実習での学びを共有する
整理期 実習直後	・ 実習全体を振り返る(実習指導者評価の実施) ・ スタッフとの意見交換 ・ 次回の実習に向けた準備	実習を振り返り今後の課題を明確にする 自らの学習指導について自己評価する 関連スタッフと討論し、意見を聴取する 次の実習で何を行うか、具体化する

図2 通所リハビリテーション実習全体のスケジュール
(実習地及び実習指導者)

が実習生に質問することでその理解度を確認する、という過程を繰り返し、限られた期間内での実習を着実に積み上げていきます。

また、余裕があれば、無理のない程度にカンファレンスやケアプラン作成への参加(見学)、通所リハビリテーション対象者の訪問指導の見学、訪問リハビリテーションの見学などを追加することで、より多くの経験ができるよう、部門関係者や対象者の方に承諾を得ておくなど、前もって準備しておくといでしょう。

実習の終了時には、実習全体を総括する時間を設け(通常のフィードバックの時間内でよい)、実習生自らが立てた「実習目標」が達成されたか、この実習で何が得られたかを共有します。この時に、実習生からのリクエストがあれば(例えば、「あと1週間実習を続けられるなら、どのようなことが学びたかったか」などを)聞いておくことで、次回実習を受けたときに活かせる情報を得ることができます。

「整理期」では、実習生の指導をすべて終えた後で、今回の実習がどうであったかを全体的に振り返るときです。通常の業務と並行して行われる実習は、勤務する理学療法士の人数が少ないほど多忙を極め、対象者の方の安全性の確保も同時に行わなく

てはならないことから、最初に計画していた内容を十分実施することができたのかということも含め、顧みて今後の指導に役立てます。実習生を受け入れることで指導者としての経験値を増やしなが、将来の後輩を育てるために何ができるかを常に考えて、次の実習につなげていきます。

③通所リハビリテーションの1日の流れ(例)と見学実習(図3、4)

図3の左側2列に通所リハビリテーションの1日のスケジュールの例を、右側にそのスケジュールに合わせた見学実習の1日、午前、午後のそれぞれの実習の流れを示します。

「通所リハビリテーション実習全体のスケジュール(実習地及び実習指導者)」(図2)の「準備期」では、図3のような実際の1日の業務の流れと見学実習の関係性が分かるように計画を立て、「実習期」の初日のオリエンテーションでタイムテーブルを実習生に示します。

養成施設の実習の組み方に合わせて見学実習の1日、午前、午後のいずれかを提示し実習することになります。

【通所リハビリテーションのスケジュール：例】

■要介助：1日コース		■要支援：午前コース	
8:30 ～9:00	(利用者の情報確認)	8:30 ～9:00	(利用者の情報確認)
9:00～	送迎	9:00～	送迎
9:20 ～11:30	バイタルチェック ～自主トレーニング・足浴・入浴 ～個別リハビリ	9:20 ～11:30	バイタルチェック ～自主トレーニング ～個別リハビリ
11:30 ～12:00	脳トレ・嚥下体操	11:30～	バイタルチェック ～送迎
12:00 ～13:15	昼食・休憩	■要支援：午後コース	
13:15 ～14:00	集団体操	14:00～	送迎
14:00 ～14:30	休憩～バイタルチェック～帰宅準備	14:20 ～16:30	バイタルチェック ～自主トレーニング ～個別リハビリ
14:30～	送迎	16:30～	バイタルチェック ～送迎

【通所リハビリテーション実習のスケジュール：1日・半日(午前・午後)】

■実習の流れ（1日）		■実習の流れ（半日：午前）	
8:30 ～9:00	1日の流れの確認等	8:30 ～9:00	実習の流れの確認等
9:00 ～11:30	午前の見学	9:00 ～11:15	午前の見学
11:30 ～12:00	午前の見学のまとめ（自主学修）	11:15 ～11:45	午前の見学のまとめ（自主学修）
12:00 ～13:00	昼食・休憩	11:45 ～12:00	指導者からのフィードバック
13:00 ～16:00	午後の見学	12:00	終了
16:00 ～16:30	午後の見学のまとめ（自主学修）	■実習の流れ（半日：午後）	
16:30 ～17:00	指導者からのフィードバック	13:30 ～14:00	実習の流れの確認等
17:00	終了	14:00 ～16:00	午後の見学
		16:00 ～16:30	午後の見学のまとめ（自主学修）
		16:30 ～17:00	指導者からのフィードバック
		17:00	終了

図3 通所リハビリテーションの1日の流れ（例）と見学実習

課題（例）		内 容
準備期 実習前	・実習前オリエンテーション	実習の内容・目的・注意事項の確認
	・実習地へのあいさつ等	臨床実習指導者会議・事前の電話等
実習期	・通所リハビリテーションに 関して必要な情報を得る	実習地の特徴や一般的な通所リハビリテーションに 関する情報を集める
	・実習目標を設定する	大きな実習目標に基づいた個人の实習目標を具体的 に設定する
整理期 実習後	・オリエンテーションを受ける	実習地の特徴やローカルルールを学ぶ
	・さまざまな見学機会での学修	見学した内容のポイントをまとめる（ポートフォリオの作成）
	・養成施設で学んだ知識と実習 で学んだ実際を繋ぎ合わせて 理解を深める （個人・グループ）	見学した内容を記録し、それらの意味や目的を説明できるようにする 実習指導者とディスカッションをする （可能であれば）リハビリメニューを発案するなど計画を立ててみる 実習仲間と学びを共有する
	・実習全体を振り返る	事前に立てた実習目標の達成度をもとに実習を振り返り
	・実習報告会の実施	今後の課題を明確にする 実習で学んだことをまとめて発表しさらに理解を深める

図4 通所リハビリテーション実習の流れと課題の例（実習生）

(6) 実習指導の工夫・配慮点

- ①実習の組み方によるそれぞれのメリットを活かした実習スケジュールを組む
- ②十分な初回オリエンテーションと質問しやすい環境づくり
- ③対象者の生活を重要視した見方・考え方を事例を交えて説明する
- ④チームにおける他職種の役割と理学療法士の役割を意識できるようにする
- ⑤（余裕がある場合に備えて）追加の実習項目を事前の準備しておく

(7) 実習生が理解を深めるための工夫・配慮点

- ①見学時間に合わせた適度な自主学修時間の設定
- ②実習生同士のディスカッションの機会の設定
- ③自主学修時間の後に指導者からのフィードバックの時間を設定する
- ④上記により、質問・疑問はなるべくその日のうちに解決できるように促す
（フィードバック等で解説することを含む）
- ⑤フィードバック時のやりとりから実習生が興味を持っている内容を知り、可能であれば見学の機会を追加する

(8) 実習生の状況を把握し、評価するための工夫・配慮点

- ①最初に実習生自らが設定した「実習目標」を共有する
- ②「実習目標」の到達度を、様子を見ながら時々確認する
- ③フィードバック時にその日の見学実習でのポイントについて質問し理解度を確認する

(9) 臨床実習指導者から実習生へのコメント

「通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習」は、地域での生活支援における理学療法士が担う役割の重要性が増していることから、新たに令和2（2020）年度の入学生より適用された実習です^{5) 6)}。

「医療」とは異なる、「対象者の方の生活」に重きを置いた見方や考え方、その場合に理学療法士に求められている役割を、限られた実習時間の中でどれだけ気づき、学べるかが課題でもあり、期待されてい

るところです。

ぜひ、積極的に学び、体験してください。納得するだけでなく「自分が担当の理学療法士なら、目の前のこの方のために何ができるだろう」と考え続けてください。また、医療のチームとは異なる、他のスタッフとのかかわりや、その仲間の中での理学療法士の役割にも注目してください。

需要が増えているこの分野に興味をもって、一緒に働く後輩の方を育てるつもりで、実習指導をしています。

(10) 謝辞

今回、本原稿を作成するにあたり、複数の養成施設の教員の方、通所リハビリテーションの現場で実際に実習指導をしている理学療法士の方に取材をさせていただき、実習につながるようまとめました。

貴重なご意見や思いを伝えてくださった皆様に深く感謝いたします。

第2節－8)【参考・引用文献】

- 1) 青木主税ほか：基礎から確認PT臨床実習チェックリスト．メジカルビュー社．2018，pp.26-31
- 2) 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に関するQ&A（令和元年5月29日改訂版）．2019，p.18
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/07_GuidelineQ%26A_190530.pdf（閲覧日2019年5月30日）
- 3) 小林賢ほか（編）：理学療法スーパーバイズマニュアル．総合実習8週間の流れ．南江堂．2010，pp.31-62
- 4) 小林賢：新人3年目までに身につけたい実践！理学療法スキル．医歯薬出版．2010，pp.188-208
- 5) 文部科学省・厚生労働省令第4号：理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令．2018
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/03_shiteikisokusyorei_181005.pdf（閲覧日2019年5月30日）
- 6) 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
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf（閲覧日2019年5月30日）

臨床実習教育の手引き（第6版） 執筆者一覧（執筆順）

廣滋 恵一	九州栄養福祉大学（第1章 第1節～第3節、第2章 第1節 第3章 コラム、第4章 第1節～第3節）
永井 良治	国際医療福祉大学（第2章 第2節、第4章 第3節）
横倉 益弘	専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ（第3章 第1節～第4節）
大屋 晴嗣	リハビリテーション花の舎病院（第3章 第5節）
佐藤 博之	飯田市立病院介護老人保健施設ゆうゆう（第3章 第6節、コラム 第5章 第1節～第2節）
小林 賢	慶応義塾大学病院（第6章 第1節）
竹本 幸生	山口赤十字病院（第6章 第2節-1）
上田 信弘	高木病院（第6章 第2節-2）
森山 英雄	丸の内病院（第6章 第2節-3）
野田 恭宏	鹿教湯三才山リハセンター鹿教湯病院（第6章 第2節-4）
長福 武志	熊本セントラル病院（第6章 第2節-5）
吉野 賢一	柳川療育センター（第6章 第2節-6）
山田 隆介	戸田中央医科グループ本部（第6章 第2節-7）
大町かおり	長野保健医療大学（第6章 第2節-8）

2019年・2020年度 臨床実習の手引き作成委員会

担当理事	大工谷新一			
委員長	廣滋 恵一			
委員	大屋 晴嗣	佐藤 博之	永井 良治	横倉 益弘
事務支援	河上 淳一			
事務局	渡部 大地	伊藤 智典		

臨床実習教育の手引き第6版第1刷

令和2年12月18日 第6版発行

編集・発行 公益社団法人 日本理学療法士協会

住所 〒106-0032

東京都港区六本木七丁目11番10号

TEL 03-5843-1747（代表）

URL <http://www.japanpt.or.jp>

Clinical training Educational guide

臨床実習教育の手引き^(第6版)

6th
Edition



JPTA

公益社団法人

日本理学療法士協会

Japanese Physical Therapy Association