巻末資料

巻末資料として掲載した文書は、前・理学療法教育ガイドライン部会により作成された「理学療法教育ガイドライン (0版)」の総論部分である。

第1章. 理学療法教育ガイドライン作成の背景と考え方

近年、少子・高齢化という社会構造の変化に伴う疾病構造の変化や、科学技術の進歩に伴う医療の高度・専門化に対応すべく、より専門的な知識と技術が理学療法士に求められている。また、対象者のニーズの多様化や対象者の権利の尊厳など、個別の対応を迅速滑的確に行えることが求められている。さらに、医療保険制度の改正に伴う在院日数の短縮化や介護保険の導入など保険制度のめまぐるしい変革、そして、生活習慣病に対する国レベルでの取り組みの開始による健康増進や予防への関わりなど、理学療法士の職域は、医療機関から地域、在宅へと拡大しつつあり、今後、保健・医療・福祉・介護の各領域において様々な対象者や他職種のニーズに応えることが求められるようなると考えられる。

このような理学療法士を取り巻く社会情勢やニーズの変化に対応できる理学療法士を育てるために、卒前教育と卒後教育を含めた現行の理学療法士教育について見直さなければならない状況にある.

1. 卒前・卒後教育の現状と問題点

1) 卒前教育

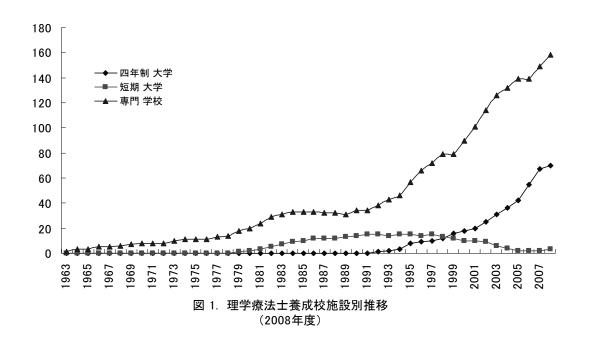
理学療法教育がかかえる卒前教育の課題として,①学生の気質の変化や18歳人口の減少の一方で理学療法士の養成校数および入学定員数の急増に伴う学生の質の担保,②教員・教授内容の質の担保,③養成制度,④臨床実習の内容・期間などがあげられる.

(1) 学生の質の担保

2005年の日本の出生率は1.26人と過去最低を記録し少子化の一途をたどっている.この少子化に伴う18歳人口の減少により、大学全入時代を迎え、学生の全般的な学力低下や学生の気質の変化が今日の社会問題となっている.

一方,理学療法士の養成校は増加の一途をたどり,2008年には4年制大学が70校,短期大学が3校,専門学校が158校,総数は231校となり(図1),入学時定員数は12000人を超えた.

このように、入学対象者の間口が拡がる中で、学生の質の問題は、保健・医療人を養成する専門職教育においては極めて重要な要素となる。保健・医療人として、時代と共にめまぐるしく変化する専門知識や技術を学ぶ力だけでなく、理学療法士の資質として、他者と共感できる能力やコミュニケーション能力などが求められる。さらに、専門職教育であるがゆえに、養成校への入り口の時点で、理学療法という仕事内容および社会的な役割や、理学療法士なるためにどのようなことを学ぶのかなどに関する理解も重要となる。このことは、密なカリキュラムの中で理学療法士を目指すモチベーションを維持していくためにも大切なことである。各養成校においては、理学療法を学ぶ入り口に立つ人材として、どのような資質を求めるのかについて明確にすると供に、適正のある人材を選抜する方法も更なる工夫が必要とされてくることが考えられる。



(2) 教員・教育内容の質の担保

これから理学療法を学んでいく資質や能力を備えた学生を選抜し育てていく環境として、養成校における教育環境の向上をはかることは重要な課題である。理学療法教育においては、指定規則により、専任教員数や教員の資格、教育内容・単位数・教育目標が定められている。定められた専任教員数を適正に配置することは教育を行う上での前提である。教員の資格については、「免許取得後、5年の実務経験」と定められているものの、教員として求められる能力について具体的な規程はない。現状では教育方法に関しては十分な知識がないため、医療研修推進財団、理学療法士・作業療法士協会、日本リハビリテーション医学会、全国理学療法士・作業療法士連絡協議会の協賛によって開催されている養成施設等教員講習会などに参加して、教育方法論など教育を実践するのに必要な知識を学び、独自の裁量で講義や実習を実施している場合が多い。このような現状を踏まえ、教員の質を担保し、高めていくためには、教員資格要件や教員のスキル向上のための教育制度について設定する必要がある。

また、教育内容・単位数・教育目標については、時代の変化と共に、これまで指定規則の改正が3回行われた(表1).最近の改正は1999年に行われたものであり、この時にカリキュラムの大綱化が指定され、カリキュラムの大枠(教育内容)のみが定められて、科目の構成については各養成校に委ねられ、自由に構成できるようになった。このことで、各養成校の特色を出しやすくなったものの、一方では理学療法士になるために学ばなければならない基礎的な知識や技術について、必ずしも十分な教育内容を担保できるとは限らず、教育内容の不足や偏りを生む可能性もある。そこで、これまでの理学療法教育の内容

について改めて見直し整理することと、学生の持つ可能性を十分拡げられるような一定水準の理学療法教育が実施されているか否かについて、教育環境や教育内容を評価するシステムの確立が必要である.

(3) 養成制度

現行の理学療法士養成制度は、専修学校制度と大学教育制度の混合型養成制度であり、4年制大学・3年制短期大学・4年制専門学校・3年制専門学校に分けられる。2008年3月時点では、4年制大学70校(30.6%)・3年制短期大学3校(1.3%)・4年制専門学校82校(35.3%)・3年制専門学校76校(32.8%)であり、4年制教育校が67%を占めている(図2)、これは、4年制大学や4年制専門学校の新設が急増し、3年制の短期大学や専門学校が停滞・減少していることから、標準的な就業年限が3年制から4年制へと移行しつつあることを示しており、少なくとも4年間という時間が社会のニーズに応えるべく高度かつ専門的な知識と技術の習得のための基礎力を培うために必要な時間と考えることができる。さらに、4年間で培った基礎力や臨床で培った臨床能力を発展させる教育制度として、博士前期・後期課程が設置され、2008年には博士前期課程(修士)33校、博士後期課程(博士)18校となっている。生命科学や科学技術の進歩により、人体の仕組みや行為の仕組みが解明されつつある中、現状に満足するのではなく、更なる進歩を求め、基礎研究に基づいた機能回復のための運動療法や物理療法の研究、義肢・装具、日常生活関連機器の開発などに取り組めるような学生を育てていくような教育課程の充実も今後の課題である。

養成制度については、今後4年制教育制度へと移行していくものと考えられるが、3年制教育制度はカリキュラムが過密になってしまうという問題を抱えているものの、就業年数が短いことによるメリット(学費等)を生かしつつ教育内容の充実をはかる一つの方法として、その対象を既に基礎教育を修了した大学卒業者や短大卒業者とすること等も含め、理学療法教育の充実をはかるために必要とされる養成制度を検討していく必要がある.

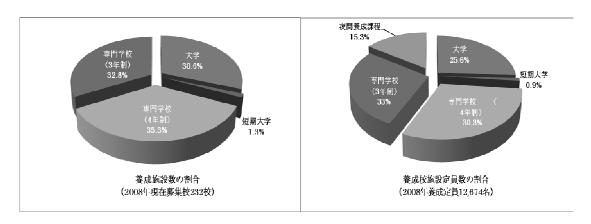


図2.養成施設・定員数の割合

(4) 臨床実習

臨床実習は、卒前教育において、指導者の下、評価や治療を行うことを通して、臨床的思考や技術を学ぶ重要な科目である。しかし、養成校の急激な増加により学生数が増加し、結果的に臨床実習指導者の不足を招いている。さらに、診療報酬の改正や対象者の権利意識の高揚などにより、これまでの形式では十分な臨床実習教育が行いにくくなっている。臨床実習は、通常、従来通りの学生と臨床実習指導者とのマン・ツー・マン形式で実施されている場合が多いが、近年では、この従来の形式の他に、指導者の下での体験型実習であるクリニカル・クラークシップを取り入れている養成校も出てきている。このように、臨床実習の形式はその内容に合わせた形態を選択することも必要と思われる。臨床実習の目標を明確化すると供に臨床実習の形式の再検討が必要である。

しかしいずれにせよ、臨床実習においては、臨床実習指導者の担う役割は大きい. 臨床 実習指導者の要件としては、指定規則により、臨床経験が 3 年以上あれば臨床実習指導が 行える. 臨床実習指導者の不足により、比較的経験年数が浅い時期から臨床実習指導に携 わらなければならない現状にある. しかし、臨床実習指導者の質を担保していくためには、 臨床経験年数だけではなく、臨床実習指導者向けの教育コースなどの教育制度を設ける必 要がある. それから、現状ではあまり実施されていないと思われるが、臨床実習指導者に

科目	時間数	科目	時間数	(4)	老	指定規則(1989 年改正) 科目名	時問数	G	老	指定規則(1999 年改訂 教育内容	単位数
基礎科目	1777	基礎科目			-	基礎科目	- 41-420	***		基礎分野	1
物理	45	人文科学	90	心理学 45 時	間を含む	人文科学	90	2 科目以上		科学的思考の基盤	14
化学	45	社会科学	90			社会科学		2 科目以上		人間と生活	
医学的心理	45	自然科学	90	物理学 45 時		自然科学		2科目以上		専門基礎分野	
八 計)	135	保健体育	75	うち 45 時間		保健体育	60			人体の構造と機能及び	12
礎医学				にあてること		外国語	60			心身の発達	
解剖学・同実習 60 以.	L 225	専門科目			1	(小 計)	360			疾病と障害の成り立ち	12
生理学・同実習 30 以		解剖学	195	うち60時間		専門基礎科目				及び回復過程の促進	
病理学	60	41-70044		にあてること		解剖学	165			保健医療福祉とリハビ リテーションの理念	2
公衆街生	30	生理学	120	うち 30 時間 にあてること		生理学	120				_
姿勢身体构成	45	運動学	90	うち 45 時間		運動学	90			専門分野	١.
医学用語	30	A2507	30	にあてること		病理学概論	30			基礎理学療法	6
(計)	570	病理学	45		١ ١	臨床心理学	30			理学療法評価学	5
床医学		臨床心理学	45			リハビリテーション概能	30	地域保健・	也域福祉学	理学療法治療学 地域理学療法学	20
医学全般	75	一般臨床医学	90	リハビリテー	ション概論	リハビリテーション医学	30	含む 精神科リ <i> </i>	レロニー	臨床実習	18
整形外科・一般外科	75			を含む	- 1	りハビリテーション医学	- 30	があるから	ヒリテー	合計	
神経筋系障害	150	整形外科学	90		- 1	一般臨床医学	30			EI EI	93
開神障 哲	30	臨床神経学	90		1	内科学	60	老年医学を	3€		
放急・消毒 \ 計)	45	精神医学	30	2 - WW.		暨形外科学	60				
	375	理学療法	480	うち適当な時にあてること		神経内科学	60	外傷·腫瘍	を含む		
門科目	i	運動療法	150	100000000	.	精神医学	45				
理学療法	540	日常生活動作	60		ļ	小児科学	30				
꺌	1,680	発肢装具	105		1	人因発達学	30				
合 計	3,300	検査測定	60		I	(小 計)	810				
		物理療法	105		l	専門科目	T				
		臨床实智	1,080			理学療法概論	90				
		Bt	2,700			臨床運動学	30				
			2,100			理学療法評価法	90				
						運動療法	180				
						物理療法日常生活活動	90			•	
						生活環境陰	75		22.00		
								リハビリテ· 連機器を含む	ーション図 じ		
						稅肢裝具学	75				
						理学療法技術館	150				
						臨床実習	810	実習時間の 以上は病院 所において	または診療		
						(小 計)	1,620	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,,,,,		
						選択必條科目	200				

(吉元洋一:理学療法士, リハビリテーション関連職種の卒前・卒後教育―課題と展望. 総合リハ. 36(4): 335-341, 2008 から引用)

対する学生評価や指導者の自己評価を行い自分自身の指導方法が適切であるかどうかについて自己を振り返ってみることも指導方法の改善につながる可能性があるかもしれない.

また、卒前教育における臨床実習指導者の立場を明確にして、身分を保障していくことも重要であると考える。教育者として臨床実習指導者の身分の保障をしていくことは、臨床実習指導者自身の自覚にもつながり、質を担保することになると考える。

(「第3章.「臨床実習」を参照)

2) 卒後教育

卒後教育における課題は,若手理学療法士の臨床教育,臨床教育における指導者の能力, 生涯学習を続ける環境の整備などが挙げられる.

協会員の 31.3%を臨床経験 1~3年目の協会員が占めるという現状において、施設の規模・業務の忙しさ・指導者の有無・臨床教育に関する意識の度合い・職員の経験年数の分布などの要因により、臨床における若手理学療法士の教育体制には、施設による格差があるように思われる. このような格差を補うことや生涯をとおして自ら学ぶことを円滑に行えるように、協会によって学会や各種の研修会、生涯学習プログラムが提供されている. しかし、これまでの取り組みについては、生涯学習プログラムの仕組みが理解しにくいことや、専門理学療法士や専門領域研究会の位置づけが明確でなかったことから、全協会員に浸透するまでには至っていなかった. そこで、現在、生涯学習プログラムの仕組みや専門理学療法士制度については、新たな仕組みが検討されている.

こういった協会による生涯学習システムの整備に加え、日々の臨床中で学習を進められるような学びの場としての臨床環境の整備(理学療法士一人一人の学びの姿勢や学習時間の確保)や、生涯学習の中で研究活動が円滑に行えるように、養成校と臨床施設とが協力して研究のシステムを創っていくことも必要である.

2. 教育内容ガイドラインの考え方

理学療法教育は、この約40年の歩みの中で、時代のニーズと共に変化してきた.特に近年は、養成校の急激な増加により、入学対象者の間口が拡がり、良い意味でも悪い意味でも、その教育方法を真剣に見直さなければならない状況が生じていることは既に述べた.

理学療法教育は、養成校への入り口としての入学学生の選抜から始まり、養成課程を経て、養成校の出口として理学療法士の資格要件としての国家試験、そして新人教育・専門理学療法士制度など養成校卒業後における教育と生涯にわたる。その中でも、本ガイドラインにおいては、理学療法士として社会のニーズに適切に対応すべく人間性や知識・技術の基礎力を学ぶ養成課程に焦点をあて、教育目標や内容について整理する。

医学部においては、医師の倫理抵触、モラル低下による社会問題に端を発した医学教育の抜本的変革が推進されている。医師という専門家「プロフエッション」を育成するための教育システムは、戦後の復興期に理論に実践を加味していくドイツの医学教育システム

を採用し、20 世紀の後半ではまず実践の組織を構築しそこに理論を注入していくアメリカ の医学教育を導入してきた、ともにわが国における医学の発展、向上に多大な貢献を果た してきたといえる. 専門家には、「プロフエッション」とともに、「スペシャリスト」とい う訳語がある.「プロフエッション」は、①公共的な使命を兼備している、②一般人が持ち えない高度な知識と技術を習得している,③確立された教育システムを構築している,④ 自立的な資格認定制度を確立している,⑤確固たる倫理要綱を作成している専門職である. わが国の医学教育は、知識・技術に加え高い公共的な使命 (public mission) を兼ね備え た「プロフエッション」ではなく,技術の高さを誇張する「スペシャリスト」の育成に精 力を傾倒してきたといえる.「専門教育」を重視するあまり、人としての「教養教育」の衰 退、無視が今日の低落化の元凶と考える、教養教育の衰退は、「社会に貢献する」「社会を 前進させる」「公共的な問題を解決する」といったパブリックミッションを閉じ込め,個人 本位のリベラル・アーツ偏重へ価値判断が転換してしまった. 専門家教育の前に「一般教 養」としての教養教育の再構築化が必要である.

このような現状を打開する方略として,近年各大学独自で,または複数大学の共同活動 による教育システムが紹介, 実践されている (表2).

表2 近年の医学教育における教育方法

[学内教育]

- ①モデル・コア・カリキュラム (コア・カリ core curriculum)
- ②チュートリアル教育 (TE, tutorial education)
- ③共用試験
- (OSCE、obstructive structured clinical examination) 3臨床体験型実習
- ④問題解決型学習
- (PBL, problem based learning)
- ⑤模擬患者教育
- (PPE, paper patient education)
- ⑥症例基盤型学習
- (CBL, case-based learning) ⑦グループ・合同学習
- (GCL, group combination learning)
- ⑧連携·協働教育
- (IPE, inter-professional education)

[臨床実習教育]

- ①クリニカル・クラークシップ (CC, clinical clerkship)
- ②早期臨床体験学習 (ECE, early clinical exposure)
- (BSL, bed side learning) 4症例基盤型実習
- (CBL, case-based laboratory)
- ⑤模擬対象者学習 (SCL, simulated client learning)
- ⑥ワークショップ中心型実習
- ⑦行動科学·人間形成型実習
- ⑧コスパイア
 - (cospire、co:共に、spire:芽を出す)

これらの教育システムのうち,医学教育におけるガイドラインとして,これまでの教育 内容を整理し、精選された基本的内容を重点的に履修させる医学教育モデル・コア・カリ キュラムが提示され、どこの大学でも一定の水準での医学教育が受けられるような配慮が なされている (図3). また, 医学教育においては, コア・カリキュラムが全体の時間の 70% ぐらいなるように設定し、残りの30%は各大学独自の教育理念や特色に基づいたカリキュ ラムを学生に提供し、学生が自由に選択して自ら課題見つけ出し探求する力を養えるよう なシステム創りを推奨している.

本ガイドラインも、医学教育モデル・コア・カリキュラムを参照にして、理学療法教育 モデル・コア・カリキュラムを提示する. 理学療法教育モデル・コア・カリキュラムは、

指定規則および、以前、本協会教育部により作成された「理学療法教育モデル・ガイドライン―教育内容ガイドライン― (専門領域)」(案)と国家試験出題基準も参考にしながら、学生のうちに学ばなければならないコアとなる基礎的学習内容を提示する。後述するように、リベラル・アーツ (教養教育)の領域の教育も重要であることは言うまでもないが、ここでは、対象を理学療法の専門教育とする.

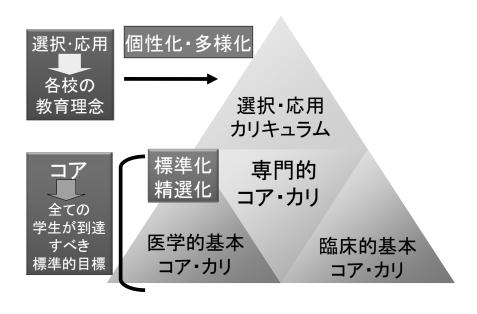


図3. モデル・コア・カリキュラム

1) 卒前教育の到達目標

理学療法教育の卒前教育における到達目標を「理学療法の基本的な知識と技能の習得と 自ら学ぶ力を育てること」と設定する.

2) 理学療法教育モデル・コア・カリキュラムの構成

理学療法教育モデル・コア・カリキュラムは, I. 基本事項, II. 専門基礎分野, III. 専門分野から構成されている.

(1) 基本事項

基本事項では、理学療法士としての素養に関わる教育内容であり、対象者中心の理学療法、安全管理・危機管理・情報管理能力、対象者や家族・他の関連職種との信頼される関係づくり、自ら課題を発見し問題解決をしていく態度や知識や技術を身につけることである。これらは、講義や演習・実習の場面だけではなく、学生生活の全ての場面を通して確実に学び、卒業後も生涯にわたって培っていくべき内容である。

(2) 専門基礎分野

専門基礎分野では、国家試験出題基準に準じて、1.人体の構造と機能および心身の発達、2.疾病と傷害の成り立ちおよび回復過程の促進、3.保健医療福祉とリハビリテーションの理念という項目に分け、理学療法を実践する上で必要となる基礎医学・臨床医学の知識について、教育目標を提示する.

(3) 専門分野

専門分野では、国家試験出題基準に準じて、基本的な理学療法の評価・治療技術について教育目標を提示する。領域毎の理学療法については評価と治療を分けないで、一貫したものとして扱い、教育目標を提示する。

(4) 表示の方法

- ①一般目標
 - 一般目標はその領域における全般的な教育内容を示す.

②到達目標

到達目標は一般目標に記載された項目について、学習者が具体的にどの程度のレベルまで習得しなければならないかの指標である.

3) 教育評価

教育内容が適切であるかどうかに関しては、大学では、大学教育の適正化をはかるための自己点検・評価が実施されており、第三者による外部評価も義務化されている。また、2007年度から大学院において、FD(faculty development)活動が義務化された。FDとは高等教育における教員の資質と授業内容や教授方法の向上を目指すための活動であり、学生による授業評価や教員自身による自己評価、公開授業による教員相互の評価などが実施されている。

そこで本ガイドラインにおいても、理学療法教育の質を担保するためには、適切な評価を行い、改善してくことが必要であるという考えから、教育評価として、1. 学生の評価、2. 教員に対する評価、3. 臨床実習指導者に関する評価を取り上げ、教員による自己点検評価・学生による授業評価・臨床実習指導者による自己評価・学生による臨床実習指導評価について提案する.

(「第5章.「教育評価」を参照)

第2章 卒前・卒後教育の内容とその在り方

1. 教育とは何か

1) 教育とは

教育には、学校という場所と教師と学生(または生徒)という当事者が関わる。学校に関し、慶応義塾大学の創始者・福沢諭吉は、「学校は単にものを教える所ではなく、学生個々人の天資(うまれつきの資質)の発達を妨げず、よくこれを発育するための場である」と説いている。教師と学生に関する適切な表現を見つけることは難しい。漠然とした理想的教師像、学生のあるべき姿については、各専門書に散見するが感銘を受ける言葉は見つからない。

教育とは何か?広辞苑によれば「人に他から意図を持って働きかけ、望ましい姿に変化させ、価値を実現する活動」と記されている。また、「大教授学」を著した教育学者コメニウスは、学校教育を「印刷機」に例え、学生は「白紙」の状態で学問を始めることになり、その際に活用する教科書は「活字」であり、教師の教えは「インク」であると述べている。対象者に対して「教える」という行為の重要性と強い責任感を強調した内容である。

「教える」という行為には、基本的に二つの意味がある.一つは通常的な意味で用いられる「知識、技術の伝達」という考えである.①言葉の意味を教える、②身体運動時の筋活動を講義する、③疼痛の機序を説明するなど知識と教養の確立・向上を目的として、教師から学生へ一方向的に伝授される形式である.もう一つは行動学的な考えである「変容を促す」という意味である.個人の個性や人格に働きかけ、①孔子の教えによれば…、②A氏の報告では…、③Bの研究結果は…、など「教える」ことを通して態度や生き方に変化を与えるものである.ジャックソンは、前者を「模倣的様式」、後者を「変容的様式」と述べている.一斉講義に対する個性尊重講義、モニトリアル・システムに対するオープン・スクールといえる.

人間の行動を変容する根本課題は、実際にその業を自己実施し何らかの結果を産生することである(図 4). 人の目的意識行動能力は、生来性のものではなく、成功や失敗を含む多くの試みの中で徐々に育って行くものである. さまざまな経験を経て、自己の内面行動連鎖を創り、育て上げるものである. 物事を実行・実践し、体験・経験を積むという行動の基盤は、専門的な知識と技術の大きさである. この知的・操作的能力の基盤に豊かな感受性、人間性を背景とした行動の結果が有効で意義深いものであれば、その行動が自信・確信となって認知面、精神運動面、情意面に正のフィードバック効果を生み出す. 逆に、行動の結果が失敗や無効に終始すると自信喪失・不安感助長という負のフィードバックに繋がる. ここで重要な点は、失敗・無効に終わった行動を謙虚に見直し、関係者からの的確な教育的指導や注意を受けながら自己で考え再度施行することである. 応用行動分析学で言う行動形成に自己評価・自己記録による行動の連鎖化とともに、後続刺激としての的確な他者刺激を受けて自己の内在的強化を図ることである. 推敲、考察、検討を加えた反復行動の結果が自己の意図するものとなれば、時間を要したとしても貴重な体験を基にし

て行った反復行動が大きな自信として定着することになる.逆に言えば、スムースに推移したケースよりも種々の難渋を味わった方がその人の行動を変える大きな原動力となるといえる.

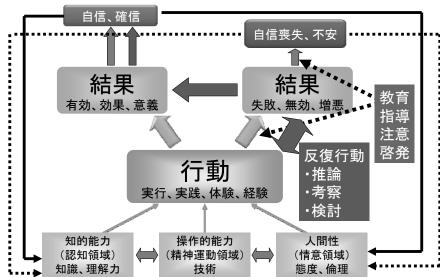


図 4. 人間行動変容の原動力

2) 教育方法の種類

教育目標分類学では、学生が習得すべき基本的能力として「認知領域としての知的能力」「精神運動領域としての操作的能力」「情意領域における人間性」の3つが指摘される.この3領域が平均的に拡大・向上することが望ましい教育成果と考えられる.この3者の包括的向上には、学習者の行動を的確な方向に変容することが必要となる.

教育方法は、古典的に教員や教師が主体となって、教室での講義を行う「教授法」、学習者が主体的に実験や観察を行ない結果をレポート作成する「自習法」、あるテーマに対して教師と学習者が意見交換を行う「相互学習法」で行われてきた(図 5).

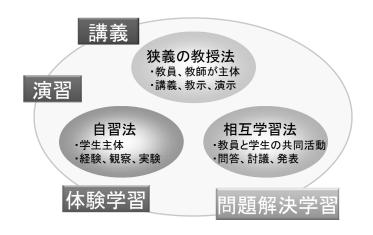


図 5. 教育方法の種類―古典的 3 様式―

この 3 者には、それぞれの特性、利点、欠点があり、対象者や環境などの条件により適宜活用実施される(表 3).

表3. 教育方法別の適用、利点、欠点、対策

教育方法	適用	利点	欠点	対策
教授法 ○狭義) ・講義 ・教示 ・演示	知識伝達 ・教科書活用 ・教材活用 ・デモ	· 体系化容易 · 時間節約 · 思考促進 · 想像↑ · 興味↑	·受身的学習 ·個人差大 ·記憶重視 ·認知面偏重 ·教育効果↑↓	・教科書脱却 ・対話形式 ・双方向式講義 ・有用教材の活用 ・工夫
自習法 ·経験 ·観察 ·実験	知識習得 ・レポート ・結果表出 ・課題作成	・記憶から理解 ・自信↑ ・学習促進 ・論理的思考↑	·教育目標↓ ·非能率的 ·効果の差大 ·一定の技能要 ·個人差大	・効果的指導・模範解答例示・個人くグループ・効果的フイート・ハ・ック
相互学習法 ·問答 ·討議 ·発表	·教員学生間 ·学生相互間 ·質問一解答	・全員参加 ・自由意見 ・発想の広がり ・自己表出↑	・時間を要す ・要指導者 ・教育効果↓ ・非能率的	・充分な準備 ・指導者能力↑ ・結果の保存 ・時間、場所の 随時提供

2. 卒前教育の在り方

1) どのような理学療法士を育てるのか.

理学療法士養成校7校におけるアドミッションポリシーや教育目標をみてみると,各校に共通しているのは,人間性の豊かさ,意欲と情熱を持った学ぶ姿勢,高度な知識と技術を得る能力の育成などである(表 4).

さらに、ここに示されていることが具体的にはどのような能力を示しているのかをもう少し読み解いてみると、次のような資質が理学療法士には求められていると考える.

・観察力:ありのままの現象を捉える力

・思考力:起こっている現象の原因や現象同士の関係性を見抜く力

・探求心:興味と希望を持って思考を展開していく力, その道を極める力

・創造力:新しいことを生みだしていく力

・想像力:次に起こることや結果を予め思い浮かべることができる力

・共感力:相手の気持ちを察し、理解する力

協調性:コミュニケーション力

・行動力:自ら行動を起こす力

・機動力:状況に応じて臨機応変に行動を起こすことができる力

・自立 :一人の人間として節度と責任を持つ力

これらの能力は、理学療法士教育全般、つまり生涯にわたって培われていくものである. また、これらの能力を育むために、カリキュラムの内容や教授方法の工夫が必要となる.

表 4. 各養成校におけるアドミッションポリシー・教育目標

	No. 20 Per la company de la co
	アドミッションポリシー・教育目標
A養成校	高度な専門知識・技術と豊かな人間性を育成する
(4年制大学)	1. 知識と技術の向上のため意欲と情熱を持って自ら学姿勢を持つ人
	2. 学生として自身を律し、反省を忘れずに努力をする人
	3. 理学療法士を目出した初心を忘れず、礼を重んじ、和を尊ぶ人.
B養成校	チーム医療の時代にこそ必要とされる、高度な技術と知識、豊かな人
(4年制大学)	間性,自己問題解決力を備えた医療従事者を育成する.
C養成校	チーム医療と健康を支える人材を育成する
(4年制大学)	・今必要とされているチーム医療の中で、責任と誇りを持って業務を
	責任遂行できる能力を養成する.
	・人間性豊かで,時代の進歩,新たな医療技術に対応できる基礎理論
	を学ぶ
	・充実したカリキュラムで、医療関連技術者のリーダーとなる人材を
	養成する
D養成校	理学療法の科学性を追求し、リハビリテーション医療の最前線に立つ
(4年制大学)	心豊かな理学療法士及び教育・研究者を養成する.
	理学療法学をさらに発展させる意気込みのある学生を期待する.
E養成校	科学的な視点で健康を考える人材の育成
(4年制大学)	・時代と社会のニーズに応える
	・理論と実践の両立
	・豊かな人間性と実力を備えた理学療法士の育成
F養成校	科学的理論に基づいて人をサポートし、社会復帰の喜びを共有できる
(4年制大学)	理学療法士を育てる.
G養成校	・一生を貫いて学び続ける態度の確立
(3年制専門学校)	・情操豊かな人間性の向上

(A~G 養成校のホームページより抜粋)

2) 卒前教育の到達目標の設定

卒前教育においては、科目毎の到達目標を具体的に設定することは言うまでもないが、 養成校卒業時点での到達水準をどこに設定するのかということを明らかにしておく必要が ある. そうすることで、養成校卒業時点での到達水準を一つの目標として、具体的に、い つの時点でどんなことをどの水準まで学んでおくべきことなのか定めることができ、その ことが、より具体化的な教育内容の提示を可能にする.

理学療法白書(2005年)によると、卒業直後の理学療法士に求める到達水準について、

養成校教員や教員以外の会員の多くが「理学療法を行う上である程度の助言を必要とする」というレベルを考えていることが報告されている。理学療法草創期と比べ、指定規則の改正によるカリキュラムの大綱化や臨床実習時間数の大幅な削減といった教育体制の変化に伴い、「即に実践力として独立して理学療法が行える」レベルというよりも、「助言があれば理学療法を行える」レベルが妥当なレベルであるという認識に到っていることが伺える。「助言があれば理学療法が行える」レベルとは、理学療法の基礎的な知識と技能を習得していることと、助言に基づいて自ら思考し対応していけるような自ら学ぶ力を兼ね備えていることと、助言に基づいて自ら思考し対応していけるような自ら学ぶ力を兼ね備えていることを示していると考える。したがって、本ガイドラインでは、卒前教育における到達目標を「理学療法の基本的な知識と技能の習得と自ら学ぶ力を育てること」としておく。

3. 卒前教育の内容

1) 理学療法カリキュラム

卒前教育では、その入り口の時点に入学試験があり、そこで理学療法教育を受ける資質と能力を兼ね備えている思われる学生が選抜され、その後養成過程を経て、出口の時点で国家試験を迎えることとなる。各養成校におけるカリキュラムは、指定規則と国家試験問題出題基準を基に構成されている。カリキュラムを構成するにあたっては、前述したように、「理学療法の基本的な知識と技能の習得と自ら学ぶ力を育てること」を卒業時の到達目標とし、将来を担う理学療法士としての資質や知識の向上に向けて、学生が学ばなければならない知識・内容を明確化することが重要である。

それには、そもそも理学療法士の専門性とは何か?ということに立ち戻ってみる必要がある。理学療法士は、単に動かせなくなった手足を動かせるようにすることや痛みをとることだけではなく、対象者が自らその人らしく生きていけるようになる(つまり全人間的復権)ために、運動・行為を創りだすことを教える専門家である。そうすると、これまでの理学療法の学習内容に加え、身体の構造や運動を創り出す仕組み、障害によって生じた運動の異常のメカニズムやその回復のメカニズムに関する知識、そして回復を促すための治療技術について基本的な知識と技術を知っておく必要がある。さらに、「人」を学びの対象とすると、医学的な基礎知識だけではなく、おのずと、物理学、統計学、心理学、教育学、哲学や科学観(EBM も含む)などに迫ることになる。いわゆるリベラル・アーツの領域となる。また時代の要請に伴い情報をどう扱うかということや理学療法の対象者や他職種とのコミュニケーション能力の育成も課題となる。

理学療法士の業務は、柔軟な思考や創造性が求められる.しかし、学ばなくてはならない知識と技術が膨大で、密なカリキュラムとならざるをえない.そうなると講義形態も知識を詰め込む形のものが多くなってしまうが、学生が主体的に行動したり、自由な発想を展開したり、自分の考えを伝えるような場面を作っていくことも学生の自ら学ぶ力を向上させることへとつながると考える.このような経験をできるようなカリキュラム創りが必要である.

4. 卒後教育の在り方と内容

卒後教育については、協会が提供している生涯学習プログラムにおいて、新人教育、生涯学習基礎プログラム、理学療法専門領域の段階ごとに学習目標が定められている。この生涯学習プログラムは、協会員に適切な学習機会を豊富に提供することで、生涯自ら学び続けてもらい知識や技術の一層の向上をはかり社会に貢献することを目指している。

一方、日常の業務における教育はまさしく卒後の臨床教育の場で行われるものであり、 目の前の対象者について他の理学療法士とディスカッションをしたり、治療技術の練習な どが行える実践的な学習の場となる。新人理学療法士に対しては、卒前教育の到達目標を 踏まえた目標の設定と教育の指導が必要である。ひとまず、「独立して理学療法が行える」 レベルを目標とすることとし、学生のみならず、新人理学療法士の教育に先輩理学療法士 があたることとになる。

また、大学院への入学の間口も拡大されており、自ら疑問を持ち探求する力を培う場として有効である。

生涯にわたって、理学療法の対象者や家族のニーズに対して、的確な個別の対応ができる理学療法士を目指して、各自が自分の目標を持ち、自己研鑽に励んでいく必要性がある. (図 6)

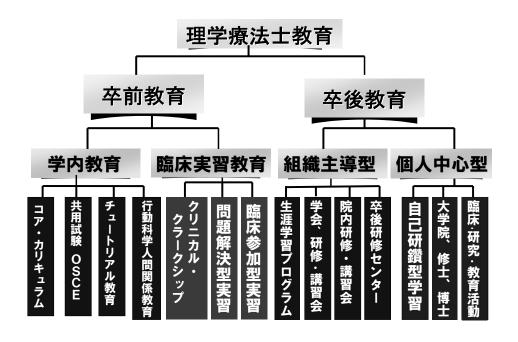


図6. 理学療法士教育の樹木―卒前教育と卒後教育―

第3章. 臨床実習

1. 臨床実習教育の考え方

理学療法教育は、知識・技術伝達のための講義や演習などを行う学内教育とともに、外部施設に赴いて具体的な対象に向かい合う臨床実習教育が重要な役割を持つ. 臨床実習において学生は、基本的な理学療法士としての評価・治療の過程を経験することになる. この過程の中で医療専門職従事者としての行動・態度を養うことになる.

養成定員の増加に伴う実習施設確保の困難さもあり、従来通りの実習形態を続けることの難しさもでてきている. さらに、診療報酬上の問題・対象者の権利等により学生が担当することは難しいこととなっている. そうなると、実習における教育目標の達成度も自ずと異なることとなる.

2. 臨床実習教育の内容

文部省・厚生労働省の定める理学療法士作業療法士養成施設指定規則(平成 11 年 3 月 31 日改正)では、臨床実習は修得単位 93 単位のうち 18 単位とされている. これは以前より減少はしているが、それでも 20%程度を占めている.

標準的な実習形態は3~4週間の評価実習、8~10週間×複数施設の総合臨床実習で構成されている.しかし現在では、各養成施設により多様的に運用されている.特に評価実習といわれる短期実習については、その運用は様々である.

総合臨床実習は、学内教育における主な専門科目を終了した後で実施されることが多く、 上記、臨床実習の過程を経験する場となっている.

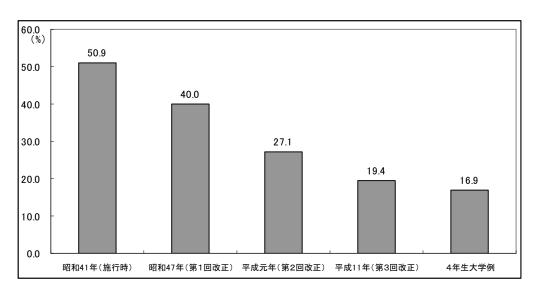


図1 総時間数に対する臨床実習の割合(理学療法白書 2007 より)

3. 実習指導者および実習施設

臨床実習における指導者は「理学療法士作業療法士養成施設指導要領について」で以下 のように定められている.

- 1) 実習指導者は、理学療法士養成施設においては、理学療法士に関し相当の経験を有する理学療法士とし、かつ、そのうち少なくとも1人は免許を受けた後3年以上業務に従事したものであること.
- 2) 実習施設における実習人員と当該施設の実習指導者数の対比は2対1程度とすることが望ましいこと.

指定規則では臨床実習(18単位)について「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと」とされている.

4. 教育目標

2000 年発刊の日本理学療法士協会「臨床実習教育の手引き」(第4版)では、「養成施設卒業時の到達目標ミニマムは基本的理学療法を独立して行えるレベル」と示しているが、2007 年改訂された第5 版においては、「養成施設卒業時の到達目標のミニマムは、基本的理学療法をある程度の助言・指導のもとに行えるレベル」と変更されている.

同手引きによると、基本的理学療法とは「複雑な障害像を呈しない一般的な疾患に対して、理学療法が実践されること」とされている.

また、卒業時の到達目標から考えられた臨床実習の教育目標は次の3つとしている.

- 1) 理学療法の対象者に対して、基本的理学療法を体験し実践できる
- 2) 保健・医療・福祉の各分野の職場における理学療法士の役割と責任について理解し、 その一員として自覚をもった行動が取れる
- 3) 臨床実習をとおして、自己の理学療法士としての自覚を高めることができる
- 3つの教育目標に対する一般目標は以下のように提示される. さらにそれぞれの行動目標があり、これが実践できることで、基本的理学療法の実践が可能になるとされる.

教育目標 1「理学療法の対象者に対して、基本的理学療法を体験し実践できる」 一般目標:

- ① 理学療法の対象者に対して初期評価を行うことができる.
- ② 対象者の身体状況に応じて、根拠に基づく目標設定ができる.
- ③ 問題点抽出および目標設定から理学療法治療・指導計画立案ができる.
- ④ 理学療法治療・指導対応を行うことができる.
- ⑤ 再評価・最終評価を行うことができる.

教育目標 2「保健・医療・福祉の各分野の職場における理学療法士の役割と責任について理解し、その一員として自覚をもった行動がとれる」

一般目標:

- ①対象者を尊重し、共感的態度をもって、良い人間関係を形成できる.
- 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をもった行動がとれる.

教育目標 3「臨床実習をとおして、自己の理学療法士としての自覚を高めることができる」 一般目標:

① 基本的理学療法の体験・実践を通して、自己の理学療法観を育成できる.

一般目標に続く行動目標も含めて、実習生が行うべき内容の基本項目をそろえることはできる。まずは、臨床実習における行動目標も周知される必要がある。

5. 臨床実習の問題点

現在の臨床実習が抱えている問題は少なくない.

1) 実習指導者の問題

2007年の入学定員は11,774名であり、この数字はまだ増加している.それに伴い実習指導者の数もより多く必要となっている.多くの実習指導者は指導経験が浅く、自身の学生時代の経験を基にして実習生の指導を行っている場合が少なくない.指導者自身が指導を必要としている際に指導が受けられない事情もみられる.従来から行われているマンツーマンの形式では、適切な指導が行われにくくなる.指導者にとっては悩むことも多くなり、大きな負担となりやすい.同じ通達目標ではあるが、個々の到達レベルに違いができるのはしかたがない.それを理解しておかないと個々の学生にあった指導を行うことは難しい.指導者が一生懸命になればなるほど、実習生のストレスは大きくなり、効果的な実習が行えなくなる.

2) 学生側の問題

最近の養成施設の増加は全体の入学間口を広げることとなり、学生気質の変化をもたらすこととなっている。職業意欲や社会性の低下も招いている。これらは「情意領域の問題」であり、学内教育で問題解決できないまま、臨床実習に出てきている。このことは臨床実習場面では大きな問題になりやすい。指導者や他のスタッフとの関係だけでなく、対象者との関係でも問題が起こる。

職業意欲の低下もみられ、何が何でも理学療法士として仕事をするという意識をもちに くく、配慮に欠けた行動をとることで、実習場面でも行動的に問題がでることになる.

養成施設の増加により相対的な基礎学力の低下も否定できず、リスク管理等で重大な問題になりえる.

3) 養成施設の問題

実習の到達目標にもあるように臨床実習に出る学生は、学内教育で学ぶ内容を終えて、

実習施設において基本的な理学療法を行えるレベルにあるはずである.しかし、基礎知識 面では学内試験等を通じて確認できているが、情意領域の問題などは残ったままの場合も 少なくない. それらに対する効果的な学内の取り組みは充分ではない.

4) 養成施設と実習指導者の連携の問題

養成施設は学生を送り出す際に、指導者に対して学生の基本情報のみを提供している場合が多い.これは、先入観をなくし素直な目で見てもらいたいとの思いからである.両者がより意見を交わしやすい場として養成施設が開催する実習指導者会議があるが、限られた時間であり情報交換としては不充分である.

各養成施設が学生に求める課題が同一ではなく、複数の養成施設から実習を受け入れている場合に実習指導者を戸惑わせることになる。連携がスムーズでない場合には、なおさらである。課題の中には課題レポート、症例報告レポートなどがあり、これらも実習で学ぶべき内容の 1 つではあるが、この課題作成が実習の日常の大部分を占めるようなことは適切ではない。この課題を作成することにより、学生の解釈等についての考え方を確認していくことはできる。しかし、過度にこの課題についてのやり取りだけにならないようにするべきである。最近では、課題レポートや症例報告レポートの提出を取りやめる養成施設がある。

5) 患者の権利意識の問題

医療を取り巻く状況が変化する中、その場面における臨床実習も影響を受ける. 理学療法の実習は当初、「基本的理学療法を行えるレベル」を到達目標にあげていたこともあり、実習生が患者を担当するあるいは担当者の補助をしながら実施することもみられ、その中で指導者の指導を受けながら学習していく形が基本となっていた. この根底には患者側の暖かい提供心に頼ることで成り立つ. しかし、患者の権利意識が変化し、限られた入院期間等の影響もあり、自身の治療に専念したいことから学生に担当されることを拒む場面もみられる.

6) 法的な問題

学生が担当して何らかのトラブルが起きた場合に、法的には無資格者の医療行為として とられることもある. 施設側から見て問題を回避することを考慮すると、指導者の治療行 為の補助とするほうが安全である. このような中での実習を考えるとクリニカルクラーク シップのような方法もある.

6. これからの臨床実習について

これからの臨床実習について考えてみる.

1) 国家試験出題基準から

平成22年度より採用される理学療法士国家試験出題基準の専門分野の項目として「臨床 実習」があげられ、項目としては以下のようである.

大項目1:概要 安全管理(インシデント・感染症対策等)

事故・過誤

感染症対策

インフォームドコンセント

大項目2:実施 情報管理(カルテ管理・個人情報保護等)

個人情報保護

記録・報告

対人関係技術

画像等の医学情報の理解

これらは教育目標の中で行動目標として挙げられている。それを国家試験の出題基準でも臨床実習の項目としていることから意識すべき内容になっており、医療専門職としてもつべき基本的知識である。他の基礎・専門分野と同様に知識をもっているかの確認をすべきであり、その上で実施できるかの確認をすべきである。

2) 患者担当制から診療参加制へ

患者の権利意識との関係、学生の法的身分の問題から現行実施されている学生が患者を担当して指導者の指導を受けながら基本的な理学療法を実施することは困難になってきている。実習施設や学生によって差があるかもしれないが、基本的な考え方としてはクルニカルクラークシップ(診療参加制)が一つの方法であり、本協会教育部でもこれからの臨床実習方法として考えているものである。クリニカルクラークシップでは従来のように患者を担当せず、指導者の助手として診療参加することを基本的なスタイルとしている。

本協会「臨床実習教育の手引き 第5版」によると、クリニカルクラークシップの基礎的理念は以下のようである.

- ① 患者担当はせず助手として診療参加する.
- ② 技術項目の細分化による実施
- ③ 見学、模倣、実施の段階付け
- ④ できることからの診療参加学習
- ⑤ 指導者の役割は教育資源である

実習形態の違いは図2・図3のように表される.

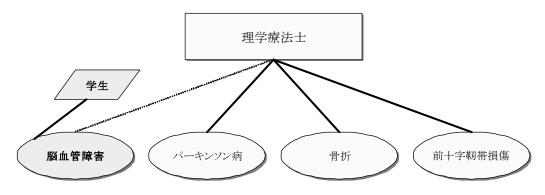
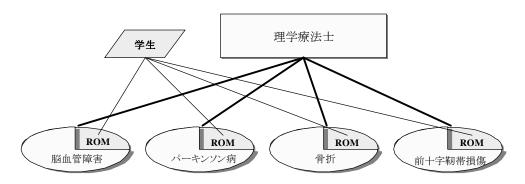


図2 従来の実習形態(患者担当制) 臨床実習教育の手引き第5版より改変



注) 学生は各疾患の診療の一部を担当する ROM:関節可動域テスト

図3 クリニカルクラークシップ (診療参加型) 臨床実習教育の手引き第5版より改変

この方式は学生の到達度により段階を区別して指導できる。このような形式にすることで、個々の学生に適した実習指導が可能になり、患者担当制がもつ問題に対応ができるものと思われる。さらに、今後難しくなる「指導者と学生のマンツーマン」以外の指導形式が可能になり、1人の指導者が複数の実習生を指導することができるようになる。この形式でも臨床実習で必要な項目に関しての指導は充分に可能であり、それぞれが大きなストレスを感じなくてすむ。

教育目標から考えると様々な形の学内教育が行われるにしても、実習時間は現行の 18 単位は維持すべきである.

実習施設に関しては、医学的場面で確認されるべき内容が多く、現行の「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと」を維持すべきである.

実習指導者に関しては、個人による指導内容の差異が少なくない。指導内容はできるだけ均等にする必要があり、そのためには理学療法士協会による実習指導者の研修会等が実施されるべきである。現行の新人教育プログラムの内容では充分とは言えず、さらに内容の濃い研修が必要である。この研修を終了した者に対して、「専門臨床実習指導者(仮)」のように定めることも考える。

臨床実習の成績については、実習施設が決めた成績結果が反映されることが多い. 基本的にはこれでよいと思われるが、あくまで成績の最終判断は養成施設が責任を持ってすべきである. その際に実習施設と養成施設の両者が納得して認める成績結果にならなければならない.

7. 臨床実習と新人教育研修の関連

臨床実習を含めた学内教育で達成できる到達目標は、前にも述べたとおり以前よりもや や低くなっていると思われる.この現状を受けとめた上で理学療法士の質の維持を保つこ とが重要である.そのためには、卒後教育での補完が欠かせなくなる.知識補充だけの卒 後教育でなく、医療職としての行動等に関する実践についても指導が行われるべきである. これらの指導に関しては、多くが就職した施設での新人教育として行われている. それができる施設においては、問題も少ないものと思われるが、指導体制ができていない施設では課題を残したまま理学療法業務が進むことになる. そのために理学療法士協会として、新人教育プログラムの中の必要事項として教育していく.

それを実施するための卒後教育の研修施設および研修指導者を認定すべきである.その 上で卒後教育プログラムとして一定期間の研修体制を設置すべきである.その指導体制の 下で一定期間の研修を受けることを必修とする.就職後の一定期間の研修は難しいものが あるが、様々な期間の取り方をできるようにすることで全ての新人が実施できるように設 定する.

その内容は、基礎的であり、実践的なものとして、以前は臨床実習の中で問われていた ものとする.「基本的な理学療法を実際に行える」ことを目標として、新人教育期間内に指 導者からの評価を受けるものとする.

理学療法を取り巻く状況が変化する中、養成施設で教えるべき内容は年々増えている. その中での臨床実習を考えると、行える内容は以前と異ならざるを得ない. そのためには 臨床実習の内容だけでなく、養成校卒業後の卒後教育も含めた理学療法士教育全体の中で 臨床実習がどのような位置づけをもつのかを考えていかなければならない.

理学療法教育ガイドライン執筆者一覧 (敬称略)

<0版> 執筆担当者

ガイドライン委員会委員長 内山 靖 担当理事 柳澤 健 担当理事 山口 和之 教育ガイドライン部会員 林 弘康 池田 由美 IJ IJ 清水 忍 田村 陽子 IJ 安彦 陽子 板場 英行 IJ 西海智恵子 IJ IJ 潮見 泰蔵

<1版> 執筆担当者

ガイドライン委員会委員長 内山 靖 教育ガイドライン部会長 大橋ゆかり 教育ガイドライン部会員 潮見 泰蔵 " 黒木 裕士

 "
 清水
 和彦

 "
 河西
 理恵

 "
 有馬
 慶美

 "
 廣瀬
 浩昭

 "
 天満
 和人

 "
 信太
 雅洋

消 斉藤 秀之(生涯学習部長)

ッ 高橋精一郎 (教育部長)

パ 保村 譲一 (教育管理系部会長)