

臨床教育者の皆様へ

臨床実習の理解と教育の手引き



一般社団法人 長野県理学療法士会

学術局教育部

目 次

1. はじめに	2
2. 臨床実習の理解と教育の手引き	3
第1部 臨床実習の理解を深める	3
I. 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則について	3
II. 医師法からみる臨床実習教育のコンプライアンス	5
III. カリキュラムとしての臨床実習の存在	8
IV. 日本理学療法士協会が提案する“養成施設卒業時のミニマムな到達目標”	8
V. 医療機関としての責務について	9
第2部 長野県理学療法士会が提案する臨床実習の手引き	10
I. 実習指導体制	10
II. 学生の教育方法について	10
～診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）の推奨～	
III. ハラスメントについて	13
IV. 臨床教育者の教育内容について	14
～「医学生の臨床実習において、一定条件で許容される基本的医行為の例示」から～	
V. 臨床実習スケジュールについて	17
VI. 臨床実習をより良いものにするために	20
3. おわりに	23
4. 引用資料及び参考書籍	24



1. はじめに

臨床実習は、理学療法士養成の教育課程の中でも必要不可欠なものであり、臨床の現場で学ぶことの大切さは、知識修得や技術の向上のみならず、人間的な成長の観点からも非常に有意義であることは、会員の皆様も異論の無いところであると思います。しかし、近年、臨床実習の教育内容について様々な問題が提起されるようになりました。昨今の大きな出来事としては、平成 28 年 3 月 9 日・5 月 30 日の両日にわたり国会にて旧民主党（現立憲民主党）衆議院議員 阿部知子氏（小児科医師）より「理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する質問主意書」が通常国会に提出され、“無資格診療の疑い”“現代に合わない徒弟制度的指導”“病気の治癒及び症状の改善という患者にとっての本来の目的が無視されている”などの辛辣な文言で理学療法士・作業療法士の臨床実習における諸問題が指摘されています。これらを受け、平成 30 年 10 月 5 日、厚生労働省医政局長より「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案について（概要）」が通知され、新しい指定規則が一部の規定を除き令和 2 年度から施行されることとなりました。また、同日新たに「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」が定められ、臨床実習における在り方が根本的に見直されています。長野県理学療法士会学術局教育部としても、コンプライアンスの遵守、患者の権利意識の高まり等、時代の流れに応じた臨床実習教育を模索し、平成 30 年度に「理学療法教育において診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）を行う県」を宣言、令和元年度（平成 31 年度）には、臨床実習施設認定制度の運用と臨床実習指導者講習会を開催して参りました。

士会員の皆様におかれましては、令和 2 年度の診療報酬改定を控え、日常業務の煩雑さも増している中ではありますが、現役の理学療法士として患者の利益を最優先し、且つ社会に貢献できる後進育成の責務を負う立場から、本冊子をご活用頂ければ幸いです。

尚、本文中では診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）の臨床実習教育を推奨する立場から、従来の「実習指導者」の使用を極力控え、可能な限り「臨床教育者」で文言を統一させて頂きました。ご理解の程、宜しくお願い致します。

2. 臨床実習の理解と指導の手引き

第1部 臨床実習の理解を深める

I. 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則について

理学療法士の養成教育に関する基本的な規則は、1966年（昭和41.3.30 文・厚令三）、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」で定められました。1999年、「理学療法士作業療法士養成施設指導要領」（平成11.3.31 健政発第379号 各都道府県知事宛 健康政策局長）通知では、養成施設の大学化の流れに応じた養成施設間相互の互換性促進と各養成施設の独自性のある教育展開を目的として、指定規則（カリキュラム）に単位制が導入され、理学療法士養成施設の教員、施設・設備基準が新たに設けられています。臨床実習に関しては、新たに教育目標が明示され、実習時間は18単位以上（学内演習を含み810時間以上）と規定されました。この通知で臨床実習時間は12週から8週へと事実上、短縮しましたが、臨床実習は専門必修科目の34%に相当し、理学療法士養成において、臨床実習教育を重視する考え方は依然として根底に流れていると言えます。

そして、平成30年10月5日、「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案について（概要）」が交付され、一部の規定を除き令和2年度より施行されることとなりました。また、同日新たに「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」が定められ、臨床実習の内容が見直されています。

以下、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」より臨床実習に関連する文章を抜粋、引用します。



「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」 （医政発 1005 第 1 号
平成 30 年 10 月 5 日 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知）より抜粋・引用

5. 授業に関する事項

- (4) 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、その時間を含め 45 時間以内とすること。

8. 実習施設に関する事項

- (1) 実習指導者は、理学療法士養成施設においては、理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士、作業療法士養成施設においては、作業療法に関して相当の経験を有する作業療法士とし、免許を受けた後 5 年以上業務に従事した者であり、かつ次のいずれかの講習会を修了したものであること。
- ・厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会
 - ・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
 - ・一般財団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修
- (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。ただし見学実習及び主たる実習施設で行う実習については、この限りではないこと。
- (3) 見学実習については、養成施設の教員及び臨床実習指導者の要件を満たしていないが免許を受けた後 5 年以上業務に従事した者を指導者とすることができる。
- (4) 養成施設は、以下の要件を満たす主たる実習施設を置くことが望ましいこと。
- ア 養成施設の附属実習施設であること、又は契約により附属実習施設と同等の連携が図られていること。
 - イ 実習生の更衣室及び休憩室が準備されているとともに、実習効果を高める討議室が設けられていること。
 - ウ 実習生が閲覧可能な専門図書（電子書籍でも可）を有しており、実習生が学修する環境が整備されていること。
 - エ 原則として養成施設に近接していること。
 - オ 理学療法士、作業療法士の継続的な教育が計画的に実施されていること。
 - カ 複数の症例が経験でき、診療参加型による臨床実習が行われていること。
 - キ 臨床実習指導者のうち 1 人は、厚生労働省が指定した専任教員養成講習会を終了した者、又はこれと同等以上の知識及び経験を有する者であること。
- (5) 養成施設は、実習施設として、医療提供施設の他、介護保険施設、老人福祉施設、身体障害者福祉施設、児童福祉施設、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設等を適宜含めるよう努めなければならないこと。

- (6) 臨床実習は、原則として、見学実習、評価実習、総合臨床実習をもって構成すること。なお、見学実習は、患者への対応などについての実習を実施する実習、評価実習は、患者の状態等に関する評価を実施する実習、総合臨床実習は、患者の障害像の把握、治療目標及び治療計画の立案、治療実践並びに治療効果判定についての実習とする。
- (7) 臨床実習の方法について、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、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こと。
- (8) 臨床実習の実施にあたっては、臨床実習前の学修と臨床実習が十分連携できるように学修の進捗状況にあわせて適切な時期に行うとともに、多様な疾患を経験できるように計画することが望ましいこと。
- (9) 実習施設には実習を行ううえに必要な機会器具を備えていること。
- (10) 臨床実習施設の設備として、実習施設は、臨床実習を行うのに必要な設備（休憩室、更衣室、ロッカー、机等）を備えていることが望ましいこと。

II. 医師法からみる臨床実習教育のコンプライアンス

従来行われてきた“患者担当制”での臨床実習では、学生と患者が1対1で直接的に関わる機会が多いとされ、コンプライアンス遵守の点から“無資格診療の可能性”が指摘されています。

平成3年の「臨床実習検討委員会（厚生省健康政策局）最終報告」において、医学生が臨床実習を行うにあたり、医師法の解釈変更が行われ、条件付きかつ部分的ではありますが、医学生による診療行為が認められました。

学生の法的身分を確立し、実習施設の法的保護のためにも、理学療法士養成における臨床実習をコンプライアンス遵守の観点から見直し、その教育内容を創造、発展させていくことが求められています。

注) 臨床実習検討委員会とは

欧米において、医学生が医行為を含む高度の臨床実習を行って教育効果を上げている現状を踏まえ、卒前・卒後にわたる一貫した医師養成体系の中で、卒前臨床教育の一貫としての臨床実習はいかにあるべきか、特に、診療、検査、治療といった医行為がかかわる実習の在り方について検討を行うため、文部省高等教育局の協力を得て、平成2年4月に厚生省健康政策局内に設置された委員会です。

以下に、「臨床実習検討委員会最終報告」から、医学生の臨床実習に関連した文章を抜粋、引用します。



6. 臨床実習に係る医師法の適用

1) 問題の所存

医師法第17条は「医師でなければ、医業をしてはならない。」と規定しており、第31条では、第17条に違反する無免許医業の罪を2年以下の懲役又は2万以下の罰金に処するものとしている。

医学生も医師の資格を欠くので、医行為を行った場合形式的には無免許医業罪の成立が問題となるが、上記のような臨床実習の重要性、その実施上の条件に照らし、実質的に違法性がなく無免許医業罪にあたらぬと解釈しうるか、また、違法性がないとした場合、その明瞭化を図るため法令上の整備を行う必要があるかが問題となる。

2) 臨床実習に係る医師法の適用

ア) 違法性の有無

医師法で無免許医業罪が設けられている目的は、患者の生命・身体の安全を保護することである。したがって、医学生の医行為も、その目的・手段・社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば、基本的に違法性はないと解することができる。

具体的には、指針により医学生に許容される医行為について、①侵襲性のそれほど高くは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要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること、③臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うことを条件とするならば、医学生が医行為を行っても、医師が医行為を行う場合と同程度に安全性を確保することができる。また、医学生が医行為を行う手段・方法についても、上記の条件に加え、④患者等の同意を得て実施することができれば、社会通念から見て相当であると考えられる。

したがって、医学生が上記に掲げた条件の下に医行為を行う場合には、医師法上の違法性はないといえる。

7. 実施にあたっての体制 (続き)

(前略)

一方、わが国においても卒後臨床実習を強化し、一層の充実を図るためには、前述のクリニカルクラークシップに近い実習体制の実現を目指し、そこでは一定の条件下で、一定の範囲内の医行為の実施が許容されると理解するべきである。このようにすることは実技の修得もさることながら、実習を通じて基本的医学知識を体得させ、更に重要なことは患者との接触を深め、医師としての態度や価値観を身につけさせるためであることを忘れてはならない。

(以下、省略)

Ⅲ. カリキュラムとしての臨床実習の存在

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りますと思われる。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（CE）”であることが求められます。

Ⅳ. 日本理学療法士協会が提案する“養成施設卒業時のミニマムな到達目標”

日本理学療法士協会が平成 19 年に発行した「臨床実習教育の手引き」（第 5 版）では、理学療法教育の到達目標に関しては、「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」と紹介されています。平成 12 年発行の第 4 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独立して行えるレベル」と明示されており、文面的には“基本的理学療法を独立して行えるレベル”から“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”へと卒業時の学生のレベルが低下した、と思われがちです。しかし、この変更の背景には、日本が超高齢社会を迎えるにあたり、国の医療政策に応じて、地域、在宅の保健福祉分野を中心に理学療法士の活動領域が拡大してきたこと、そして、近年の心大血管疾患やがん患者へのリハビリテーションなど、より専門的な医療分野に関わる理学療法士のニーズが増え、リハビリテーション医療の内容自体が複雑化していることが大きな要因とされています。実際に学生が就職する際、その就職先によっては、これまで臨床実習でも経験したことが無い、より専門的なリハビリテーションを学び直さなければならない機会も増えているようであり、その点では理学療法教育における到達目標は“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”が妥当であると言えます。



V. 医療機関としての責務について

従来の患者担当制の実習では、学生が直接的に患者と関わる様子を臨床教育者が観察し、学生の未熟な点、優れている点を見極めながら指導にいかすことに主眼が置かれてきました。ただ、この患者担当制の大きな問題は、“学生が直接的に関わる時間は、患者にとって有益であるのか”という点にあります。臨床教育者は、現役の理学療法士でもあります。例え臨床実習教育の場面でも患者の利益を最優先に考えて理学療法を提供することは医療機関としては当然の責務となります。

中川は、「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2版）」の中で、学生が直接的に関わる臨床実習指導を“診療の質の担保”という視点から運動学習にからめ、以下のように表現しています。

一例として運動学習という観点から考えてみよう。運動学習にはさまざまな理論があるが、誤った運動刺激や未熟なハンドリング技能でも構わないとする理論は皆無のはずである。また、これらの負の刺激を患者が選択的に学習しないという理論も存在しない。ここまで書けばおわかりのように、いくらあとから正の運動学習をさせようと頑張っても効果が半減したり、理論体系によっては無効果もしくは不可逆的異常性の学習となる。このように結果として、全く埋め合わせにはなっておらず、患者への決定的な不利益を与えているのだ。

「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2版）」 三輪出版より引用。

医療制度の改訂に伴い、各医療機関における在院日数や、入院期間中のADL改善度が診療報酬に大きく影響を及ぼすようになりました。また、患者の適切な医療を受けることへの権利意識も高まっており、訴訟問題に発展するケースも増えてきているようです。そんな時代であるからこそ、現役の理学療法士として患者の利益を最優先に考え、臨床教育者として社会に貢献できる後進の育成にも責任を果たせる、臨床実習教育内容を検討する必要があります。

第2部 長野県理学療法士会が提案する臨床実習の手引き

I. 実習指導体制

理学療法士作業療法士養成施設指導要領の【実習施設に関する事項】の中では、「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」とされています。養成校の増加による学生の数に対して実習を受け入れる施設の数に極端に少ない実情を考えると、この2対1の実数指導体制はこの問題の有効な打開策になるといえるでしょう。

学生や臨床教育者にとって複数学生担当の利点を挙げるとすれば、学生同士が相談しあうなどの交流が生まれ、臨床実習の導入の部分で心理的な負担も軽減しやすいこと、学生間の相互刺激における学習効果の高まりに応じて教育負担が軽減すること等が考えられます。長野県内の実習施設では、多忙な日常業務の中での指導ということもあり、2対1の学生指導は実現しにくいのが現状かと思われませんが、従来の臨床実習教育から脱却するための手段として、一考の余地があります。

II. 学生の教育方法について

～診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）の推奨～

長野県理学療法士会では、「臨床実習教育の手引き」（第5版）、「臨床実習委員会最終報告」の内容を踏まえ、臨床実習教育の方法として「診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）を行う県」として宣言する事が平成30年2月の理事会で承認されています。前述の「V. 医療機関としての責務について」で記載したように“理学療法士として患者の利益を最優先に考え、社会に貢献できる後進の育成に責任を果たせる”臨床実習教育方法が診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）であると考えます。診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）の大きな特徴の一つは、学生を助手として臨床教育者の診療に参加させることにあります。これを1人の現役の理学療法士の視点から捉えてみた場合“これまで1人でやるには大変であったが、学生という「助手」の力を借りることで、色々な理学療法を展開するチャンスが増えた”と解釈することもできます。また、日本理学療法士協会が発行した「臨床実習教育の手引き」（第5版）でも、中川は「学生というマンパワーを活用して、患者を如何に良くするのかを考えることにエネルギーを割く、こう考える実習の方が遥かに有意義である」と述べています。加えて、前述した「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」では、臨床実習の方法について、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、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こと、とされています。

以下、「臨床実習教育の手引き」（第5版）より診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）における5つの基礎的概念について抜粋、引用し、説明を加えました。

①患者担当はせず、助手として診療参加する。

前述した平成3年の「臨床実習検討委員会最終報告」により、条件付きかつ部分的ではありますが、医学生の臨床実習における診療行為が法的に認められました。しかし、理学療法士養成のための臨床実習において、学生が1対1で患者と関わる機会が多い“患者担当制”の教育方法では、コンプライアンスの側面や、患者の医療を受ける権利の点からも、問題が生じる可能性が高いことは明白です。一方、診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）を臨床実習教育方法の主軸とした場合には、学生は臨床教育者の診療における助手的な関わりから患者と接することになるため、コンプライアンスは必然的に遵守され、患者が不利益を被ることはなくなります。

②見学、模倣、実施の段階付け

文字通り臨床教育者の評価・治療を「解説（見学）」から始め、実際の患者に触れながら「協同参加（模倣）」を繰り返し行い、やがては監視下で学生自身が患者と関わる「見守り（実施）」、という段階的なプロセスを踏んで技能修得が行われます。患者にとっても、臨床教育者の「解説（見学）」「協同参加（模倣）」「見守り（実施）」の段階的な教育を受けた学生であることを理解しているため、「見守り（実施）」に至った場合にも比較的良好な受け入れが可能となります。

診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）における臨床教育者の役割は、第1に「モデルを示す」こと、第2に「知識を伝達」すること、第3に「実際の症例での実技体験」、第4に「誉めること」、とされています。「誉めること」は臨床教育者にとって難しいことであるかもしれませんが、学生にとって“誉められる”ことは成功体験に結びつき易く、有効な内的動機づけに作用することは教育学的観点からも有効です。

以下に、臨床的な技術教育の根本となる方法を簡潔に言い表しているとして、紹介されている言葉を、「臨床実習教育の手引き」（第5版）より抜粋、引用します。

してみせて、言って聞かせて、させてみて、誉めてやらねば、人は動かじ

—山本五十六—

臨床実習教育を行う際、学生の教育、成長に主眼を置くことは当然のことではありますが、我々現役の理学療法士は臨床教育者である前に、1人の現役の理学療法士であることを忘れないことが重要です。1人の理学療法士として、ありのままの姿で真摯に診療に臨む姿を“魅せる”ことが、臨床実習教育の一番の近道であるといえます。



③技術項目の細分化による実施

従来の“患者担当制”の実習教育では、実習の全期間を通じて1人の患者に関わり総合的に評価・治療を行います。診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）では、担当患者を設けず、学生は臨床教育者の全担当患者を技術項目単位で横断的に受け持ちます。肩関節のROM測定を例に挙げると、臨床教育者の担当患者全ての肩関節ROM運動を、前述した「解説（見学）」「協同参加（模倣）」「見守り（実施）」の手順を踏んで学習、習得します。

④“できることから”の診療参加する実習

まずは学生ができること、例えば脈拍や血圧測定、理学療法環境の整備など臨床教育者の周辺業務から助手的に関わってもらい、早期から患者の診療に参加できる機会を作ります。このことで学生は、例え小さなことでも、臨床の中で患者の役に立てている、自分の存在がスタッフに理解されていることを認識でき、心理的な負担も軽減することから臨床実習に取り組む姿勢にも良い影響を及ぼします。患者の診療チームの一員として学生を巻きこむことは、学生の内的な動機づけを促すことに繋がります。

⑤指導者の役割は教育資源である

診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）における指導者の役割について、「臨床実習教育の手引き」（第5版）より抜粋、引用します。

指導者の役割は、学生に何を教えるかではなく、学生の変化を的確に判断し学習の進行を支援することである。基礎的な知識を教える（求める）のではなく、問題探究や問題解決能力の育成を援助し、そのための学習資源として学生に関わる必要がある。

これまでの臨床実習教育において、現役の理学療法士として「学生に教える」ことが臨床実習だと思われている方も多いと思います。確かに、学生に“教える”ことは大切なことではありますが、臨床実習の大きな目標の一つは学生の行動が実際の臨床体験を通じて変化することにあります。行動を変化させるのはあくまで“学生”自身です。臨床教育者が教育資源として関わることで、学生自らが行動の変化を“選択する”、つまり学生自身が“学ぶ”ことを選択するような教育資源としての関わり方が臨床教育者に求められます。

Ⅲ. ハラスメントについて

まず、平成28年3月9日、5月30日に旧民主党（現立憲民主党）衆議院議員 阿部知子氏（小児科医師）が通常国会に提出した「理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する質問主意書」から、ハラスメントに関連した文章を抜粋、引用します。

3) 近年の養成校の乱立により、実習生の数に対して実習を受け入れる施設の数に極端に少なく、養成校と実習先の対等な協議が困難になっている。こうした背景から一部の実習施設では、実習と称して見よう見まねの非科学的指導や現代に合わない徒弟制度的指導が横行し、指導者からのパワハラ・セクハラ、いじめ、暴力等による被害事例がかねてより報告され、その問題点が度々指摘される事態となっている。

実際に2008年と2013年には、大阪の近畿リハビリテーション学院において学生が臨床実習期間中に自殺する痛ましい事件が相次いで起き、いずれも遺族による訴訟が起こされている。

ハラスメントとは、「相手に迷惑をかけること＝いやがらせ」のことを指し、「自分の意に反した、不快にさせられる」行為のことを指します。ハラスメント行為は法律上では、ハラスメントを受けた者が不快に感じたことはすべてハラスメント行為に分類されます。臨床教育者は、その言動に誤解を受けないような立ち居振る舞いが常に要求されていることを忘れてはいけません。立場を利用して、社会的通念を逸脱し、本来の実習に不必要な行為を強要することは避けるべきです。学生と臨床教育者間では、権威勾配が働きやすく、学生にとって絶対的な存在となることが往々にして認められます。性的な問題も含めてハラスメントの生じる可能性について留意する必要があることは言うまでもありません。

ハラスメントの具体例

- ・飲めないお酒を強要すること。
- ・頭をなでる等、不必要に身体に接触すること、または接触することを求めること。
- ・患者の目前で、強い口調で叱りつけること。
- ・無視すること。



IV. 臨床教育者の教育内容について

～「医学生の臨床実習において、一定条件で許容される基本的医行為の例示」から～

旧厚生省からの「臨床実習検討委員会最終報告」では、医学生が臨床実習において水準Ⅰ【指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの】、水準Ⅱ【状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの】、水準Ⅲ【原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの】とされており、許可される医行為の水準が定められています。以下に、その例示を抜粋、引用します。

水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
I. 診察		
<ul style="list-style-type: none"> ・全身の視診、打診、聴診 ・簡単な器具(聴診器、打腱器、血圧計など)を用いる全身の診察 ・直腸診 ・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察 ・内診 ・産科的診察 		
2. 検査		
(生理学的検査) <ul style="list-style-type: none"> ・心電図、心音図、心機図 ・心電図、心音図、心機図 ・脳波 ・呼吸機能(肺活量等) ・聴力、平衡、味覚、嗅覚 ・視野、視力 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋電図 	<ul style="list-style-type: none"> ・眼球に直接触れる検査
(消化管検査) <ul style="list-style-type: none"> ・直腸鏡、肛門鏡 		<ul style="list-style-type: none"> ・食道、胃、大腸、気管、気管支等の内視鏡検査
(画像診断) <ul style="list-style-type: none"> ・超音波 ・MRI(介助) 		
(放射線学的検査) <ul style="list-style-type: none"> ・単純X線撮影(介助) ・RI(介助) 	胃腸管透視	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支造影など造影剤注入による検査
(採血) <ul style="list-style-type: none"> ・耳朶・指先など毛細血管、静脈(末梢) 	<ul style="list-style-type: none"> ・動脈(末梢) 	<ul style="list-style-type: none"> ・小児からの採血
(穿刺) <ul style="list-style-type: none"> ・嚢胞(体表)、膿瘍(体表) 	<ul style="list-style-type: none"> ・胸、腹腔、骨髄 	<ul style="list-style-type: none"> ・腰椎、バイオプシー
(産婦人科) <ul style="list-style-type: none"> ・臍内容採取 ・コルボスコピー 		<ul style="list-style-type: none"> ・子宮内操作
(その他) <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー検査(貼付) ・発達テスト 		<ul style="list-style-type: none"> ・知能テスト、心理テスト

3. 治療		
(看護的業務) ・体位交換、おむつ交換、移送		
(処置) ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼付・塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・導尿、浣腸 ・ギプス巻	・創傷処置 ・胃管挿入	
(注射)	・皮内、皮下、筋肉 ・静脈(末梢)	・静脈(中心)、動脈 ・全身麻酔、局所麻酔 ・輸血
(外科的処置) ・抜糸・止血 ・手術助手	・膿瘍切開、排膿 ・縫合	・各種穿刺による排液
(その他) ・作業療法(介助)	・用径ヘルニア用手還納	・分娩介助 ・精神療法 ・眼球に直接触れる治療
4. 救急		
・バイタルサインチェック ・気道確保(エアウェイによる) ・人工呼吸、酸素投与	・気管内挿管 ・心マッサージ ・電氣的除細動	
5. その他		
・カルテ記載 (症状経過のみ学生のサインとともに 書き入れ、主治医のサインを受ける) ・健康教育	・患者への病状説明	・家族への病状説明

理学療法士養成における臨床実習では、学生の評価や治療における技能レベルの向上も大切な学ぶべきこととなりますが、例えば、立ち上がりや歩行の場面で、患者がバランスを崩し上手くできない状況であっても、学生に教育の一環として立ち上がりや歩行の誘導をチャレンジさせ、結果的にうまくいかないといったことは、日頃の臨床実習教育にありがちな場面です。ただ、その学生の“チャレンジ”は患者の理学療法として有効に作用するのか、そして、立ち上がりや歩行という難しい動作の誘導自体、経験が少ない学生が本当に習得できる技能であるのか、現役の理学療法士の視点から、冷静に捉え、考える必要があります。これらの点を踏まえ、長野県理学療法士会としても、「医学生の臨床実習において、一定条件で許容される基本的医行為の例示」に準じたものを作成してみました。

以下に、長野県理学療法士会としての「理学療法士養成の臨床実習において、一定条件で許容される基本的理学療法行為の例示」を示します。

理学療法士養成の臨床実習において、一定条件で許容される基本的理学療法行為の例示		
水準Ⅰ 臨床実習指導者の指導・監視のもとに実施が許容されるもの【実施レベル】	水準Ⅱ 指導者の指導・監視のもと、模倣を繰り返すことで、実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導者の見学、または診療の補助にことどめるもの
患者へ及ぼす影響が少ないと判断される項目	患者へ及ぼす影響が中等度と判断される項目	患者へ及ぼす影響が大きいと判断される項目
Ⅰ. 評価		
<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・バイタルのチェック ・片麻痺機能検査（上田法等の随意運動テスト） ・腱反射検査 ・筋緊張検査 ・徒手筋力検査 ・感覚検査 ・疼痛検査（VRS、NRS、face scale等） ・形態測定 ・高次脳機能検査 ・心理・精神機能検査 ・脳神経テスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・Japan Coma Scale等の意識レベルに関わる検査 ・姿勢反射検査、バランス検査 ・バランス検査 ・呼吸機能（肺活量等）検査 ・姿勢・動作分析 ・ADL評価 	
2. 情報収集		
<ul style="list-style-type: none"> ・他部門からの情報聴取 	<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテ等、公文書からの情報収集 	
3. 治療		
<ul style="list-style-type: none"> ・物理療法 ・車いすの駆動練習 	<ul style="list-style-type: none"> ・マッサージ ・関節可動域維持・改善練習 ・筋力維持・増強練習 ・バランス練習 ・動作の介助（安全面の確保） 寝返り 起き上がり 立ち上がり（椅子・床） 移乗 歩行 ・切断者の断端管理 ・ポジショニング ・装具療法 	<ul style="list-style-type: none"> ・関節可動域維持・改善練習（治療的な介入の場合） ・動作の誘導（治療的な介入の場合） 寝返り 起き上がり 立ち上がり（椅子・床） 移乗 歩行 応用歩行（屋外、階段昇降） ・運動指導（自主トレーニング指導） ・家屋指導
4. その他		
<ul style="list-style-type: none"> ・カルテ記載（症状経過のみ学生のサインとともに書き入れ、主治医のサインを受ける） 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者への病状説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への病状説明

上記の表はあくまで参考例です。今後は、このような「理学療法士養成教育における臨床実習において、一定条件で許容される基本的医行為の例示基準の明示」が、求められてくるかもしれません。

③「解説（見学）」「協同参加（模倣）」「見守り（実施）」と「卒後教育に準じたりハ各科講義」

【臨床実習 4日目以降】

臨床教育者は学生を、患者の“診療チームの一員”として迎え入れ、担当患者の周辺業務から診療に参加させます。技術単位項目毎に「解説（見学）」より開始し、順次「協同参加（模倣）」「見守り（実施）」へと段階を進めていきます。臨床教育者は学生というマンパワーを得て、より有効な理学療法を展開すること、そして、学生は養成施設では学べない本当の患者を通じて倫理観を育み、理学療法技能の向上を目指します。

卒後教育に準じたりハ各科講義については、あらかじめ日程を調整し、チーム医療の中で理学療法士の役割を理解する機会として設定してみます。

④「Now and Here の原則」と「ペア診療」

【臨床実習 4日目以降】

「Now and Here の原則」は文字通り“その時、その場で”教育するという意味です。臨床実習教育の場面に置き換えると、臨床教育者は学生自身がその場で感じたこと疑問等を聞き取り、その場でフィードバックする、ということになります。患者を目前にしながらか時間差なく臨床教育が行われることで、理学療法士の臨床でのリアルな感じ方、考え方を学生はダイレクトに学びます。この方法は、知識や技能を習得する上で教育学の視点から大変有効とされている原則です。一方、従来行われていたような診療時間後のフィードバックは、臨床教育者、学生双方が臨床での患者の“記憶”をたどるしかありません。そのため、臨床教育者の臨床経験や学生の思い込みで障害像の捉え方に食い違いが生まれやすく“患者がその場にはいない”リアリティーを欠いた障害像は、翌日の臨床実習にいかされにくいものになってしまいます。また、フィードバックの時間については、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」の5. 授業に関する事項の中に記載されており“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、その時間を含め45時間以内とすること”（実習時間を8時間、5日/週で40時間。実習時間外の学修等は5時間以内）と定められています。その為、診療時間外のフィードバックについては、日々の疑問に対する知識の整理や明日の課題確認といった簡潔明瞭な内容に留め、長くても30分前後が妥当です。また、臨床教育者が学生に課した課題についても、学生が実習時間外に取り組むことを考慮し、“45時間”以内の枠に納まる様に課題量を調整する必要があります。

「ペア診療」については、診療参加型臨床実習（クリニカルクラクシップ）の臨床実習教育に準じて、臨床教育者と学生がペアとなり患者の診療を一緒に行うことを意味しています。臨床教育者は、先行して理学療法の手本を示し、学生は「解説（見学）」「協同参加（模倣）」「見守り（実施）」の段階を踏んで助手的に関わりながら、多くの臨床経験を積んで理学療法技能を習得します。

⑤「電子カルテ閲覧・記載」「書類・報告書作成体験」「各種勉強会への自由参加」

【臨床実習 3週目以降】

旧厚生省からの臨床実習検討委員会最終報告の中の「医学生の臨床実習において、一定条件で許容される基本的医行為の例示」でもありましたが、電子カルテの記載は、水準Ⅰ【指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの】に分類されているため、学生のカルテ記載は違法とはなりません。紙カルテの場合は必ず臨床教育者が確認した証として記名すること、電子カルテの場合には、学生の記載した内容を必ず確認することが必要になります。また、電子カルテの閲覧については臨床教育者の管理下で、あらかじめ閲覧する項目を確認する等の対応が必要となります。個人情報守秘義務の観点からも臨床教育者の監督責任が問われる部分にもなりますので、適切なカルテ記載をする為にも約3週間程度の練習期間が必要と考えます。

「書類・報告書作成体験」「各種勉強会への自由参加」については、現役の理学療法士が行っている実際の診療以外の業務を学生が体験することを目的としています。これらについては各実習施設間でその内容も異なると思われるので、オプション的なものとして、学生の希望も聞きつつ調整します。

⑥その他

・症例発表について

診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）では、担当患者を設けず、臨床教育者及び他スタッフの担当患者を技術項目単位で横断的に受け持ちます。その為、一人の患者の評価やリハビリテーション経過、考察報告を主体とする症例発表は開催自体が困難となります。

臨床実習は実際の患者でしか学べないことを学びに来ているという本来の目的に立ち返り、症例発表は養成施設で取り組む課題として考えてみる、といった柔軟な考え方も必要です

・学生の評価表について

臨床教育者は評価表の記載が終了し次第、学生にその内容を説明し、了承をもらうこととします。

・レポートについて

養成施設で決められている課題以外でレポートを求める事は控えます。

学生は、あくまで実際の患者からしか学べないことを学ぶために実習施設に赴いています。レポートの記載内容や文章の添削は机上学習として養成施設に任せる取り決めをしておく等、実習施設としての臨床実習教育内容を明確に示しておくことが重要です。

VII. 臨床実習をより良いものにするために

まず、「臨床実習教育の手引き（第5版）」より、現代若者の特徴についての記述を抜粋、引用します。

①現代若者の特徴

ここでは、教員研修会のワークショップで語られた現代若者の特徴を引用してみたい。為数等は現代の若者は一般的な社会環境も含めて恵まれた環境になり、そのために保守化がすすみ、安定状態を求めるために自己防衛的になる。身体的には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に休んだりする。他者との均質化を求めるため主体性がなく、向上心に欠ける。性格的にも淡白ですぐあきらめる。他者との人間関係が希薄なため他人に対する配慮に欠ける。礼儀に失することが多く、自分本位である。このようなことから常に気遣いのいらぬ小集団に身を置き、最低限孤独ではない状態を維持し続けている。小集団の馴れ合いでは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。このことは、日本語を知らないと言わしめる一因でもあると思われる。また、保守化しているため、新たに何かに挑戦し、作り上げていくというパイオニア精神に乏しく、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ものが大部分である。ここで語られている現代若者像は否定的な側面が強調されている様に思われるが、同じワークショップの中で「素直な面がある、要領が良い、鋭い感性を持っている」という肯定的な若者像も語られている。

学生の質的な部分の問題が臨床実習指導者会議などで取り上げられるようになってから数年が経ちます。臨床教育者が、学生の質的変化の部分を指摘し、養成施設での教育内容を問うだけでは社会に貢献できる後進を育成する責任を十分果たしているとはいえません。前述したような現代若者の特徴を踏まえ、臨床教育者自らが時代の流れに合わせ、その教育内容を進化、適応させる必要があります。



②臨床実習における学生への関わり方

学生は養成施設の教育場面では、クラスメートとともに集団での対応を中心に行ってきたものが、臨床実習では個人としての対応を求められることになり、多くの学生は戸惑い、ストレスに直面します。

図1は、「臨床実習教育の手引き」(第5版)でも引用されているマズローの欲求階層の図です。マズローは、人間の欲求を生理的欲求、社会的欲求、自己実現の欲求のように階層構造として捉え、下位の欲求が充足されることで上位の欲求が生じると考えました。これを臨床実習に当てはめて考えてみると、学生が自己実現の欲求(成長動機)を満たし、実習をやり多いものとするための基盤は、まずは、自分の存在がうけいれられているという安全欲求が満たされることから始まるといえます。その点で臨床教育者は、学生の心理的な不安感をできるだけ早期に払拭する工夫が求められます。これは、決して学生を甘やかすという意味ではなく、学生が自己実現の欲求(成長動機)を満たすための段階的な教育方法として冷静に対処していくことが重要です。

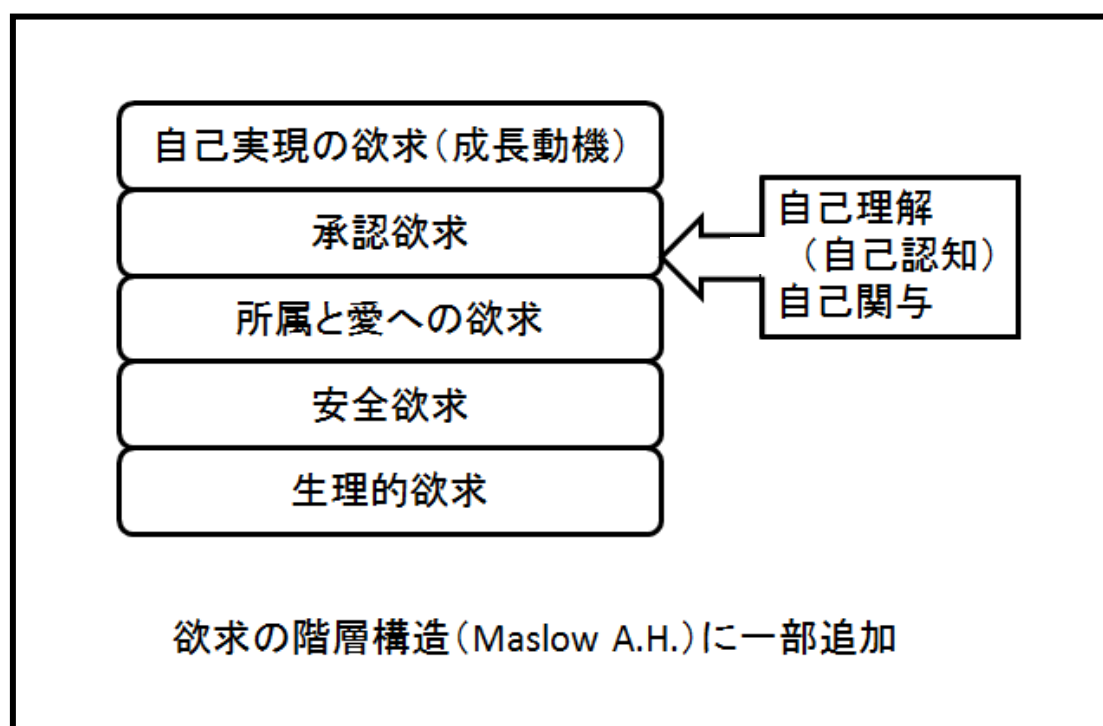


図1. マズローの欲求の階層構造

実習で得られた自己達成感は学生のモチベーションや自発性を強く刺激するエネルギー源となり、人を結果重視型からプラス思考型に転向させるといわれています。学生が実習そのものを楽しく有意義に感じられているかどうかは、臨床教育者の関わり方、接し方に大きく影響されることを十分認識しなければなりません。

③学内教育と臨床実習の比較

図2は、学内実習と臨床教育の違いを多面的に捉えたものです。臨床実習は学生にとっては未知の領域であり、個人として、人間性や社会性を含めての対応力が求められる場となります。また、初めての臨床実習ということであれば、なおさら心理的な余裕はなく学内ではできていたことが思うように出来ない、といった無力感にさいなまれることも多いはずです。

臨床教育者は、図2の様な教育の違いを認識し、学生の成長を見据えた上で、まずは実習環境に慣れる導入部から、注意深く段階的に教育を行う必要があります。診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）での臨床実習教育では、臨床教育者の診療見学から患者との関わりが始まります。臨床教育者のお手本が先行して提示されることで、自分が行っていることが正しいのか、間違っているのかの判断ができ、その分明確な成功体験も得られやすくなります。これらの体験を通じて、自分が患者のために役に立てているといった自己効力感が生まれ、自己実現に向けての強力な内的動機づけに繋がっていきます。

<学内教育>		<臨床教育>	
設定しやすい 科(分科)に区分されている モシが少ない	教授目標	設定しにくい 広範囲で区分不明確(学際的) モシが生じる可能性あり	
目的達成型 課程重視型	教授方法	問題解決型 過程重視型	
唯一解答 絶対的評価? (基準設定明確)	解答 評価	多解答 相対的評価 効果etc	
記憶力	求められる能力	応用力?	
演繹>帰納>発想	思考方法	発想>帰納>演繹	
慣れ親しんだ学内	学習環境	未知の臨床現場	

図2. 学内教育と臨床教育の比較

3. おわりに

日頃の診療業務の煩雑さもあり、普段触れる機会が少ないと思われる「理学療法士作業療法士養成施設指導要領」や医師法の解釈、平成30年に通知された「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」等を盛り込み、臨床教育者の皆様に少しでも役立ててもらえるよう、長野県理学療法士会版「臨床実習の理解と教育の手引きver.2」を作成しました。この手引きは、医療情勢がめまぐるしく変化する中、日々の診療に懸命に取り組み、かつ社会に貢献できる後進の育成責任を果たせるよう、現役の理学療法士の視点から作成されたものをご理解頂ければ幸いです。今後とも、時代の流れに対応すべく臨床実習教育の内容を模索、検討していく所存です。

本冊子の編集・発刊に際しては、様々な方々よりご助言・ご協力を頂きました。本誌面をお借りしまして、改めてお礼を申し上げます。

平成 30 年度 長野県理学療法士会

学術局	局長	百瀬	公人	(信州大学医学部保健学科)
教育部	部長	森山	英雄	(丸の内病院)
	会計	大津	真央	(丸の内病院)
	部員	横川	吉晴	(信州大学医学部保健学科)
	部員	小野	佳子	(信州リハビリテーション専門学校)
	部員	阿部	裕一	(長野保健医療大学)
	部員	石坂	和貴	(丸子中央病院)
	部員	倉澤	康之	(長野中央病院)
	部員	橋爪	進吾	(一之瀬脳神経外科病院)
	部員	兼子	貴至	(輝山会記念病院)
	部員	野田	恭宏	(鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院)
	部員	青木	朋未	(鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院)

4. 引用資料及び参考書籍

- 1) 各都道府県知事宛 健康政策局長 通知(健政発第 379 号)(平成 11 年 3 月 31 日).
理学療法士作業療法士養成施設指導要領
- 2) 厚生省健康政策局 (平成 3 年 5 月 13 日). 臨床実習検討委員会 臨床実習検討委員会
最終報告
- 3) 臨床実習教育の手引き (第 5 版) (2007). 社団法人 日本理学療法士協会
- 4) 臨床実習指導者のための長期臨床実習のポイント (2015). 社団法人 鹿児島県理学
療法士協会 臨床実習指導者連絡協議会
- 5) 中川法一 (編) (2013). 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 2 版) 三輪書店
- 6) ウィリアム・グラッサー (著), 柿谷正期 (訳) (2003). グラッサー博士の選択理論
—幸せな人間関係を築くために— アチーブメント出版
- 7) ロバート・E・アルベルティ, マイケル・L・エモンズ (著) 菅沼憲治, ジャレット
純子 (訳) (2009). 自己主張トレーニング 東京図書
- 8) 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長 通知 (医政発第 1005 第 1 号) (平成 30 年
10 月 5 日). 理学療法士作業療法士養成施設ガイドライン
- 9) 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案について (概要)