

次世代理学療法士教育の展開

平上二九三

Development of physical therapy education for the next generation

Fukumi HIRAGAMI

要 旨

次世代理学療法士（PT）を育成するために臨床教育モデルの必要性和、その不在がもたらす問題について論じた。また、臨床教育モデルを構築するために従来の医学モデルと障害モデルの利点と欠点を整理した。その上で、新しく提唱した臨床教育モデルの概要や具体的な使い方および有用性について説明した。以上のことから、臨床教育モデルの実践活用は、次世代 PT の臨床能力を高め、ジェネラリストやプラクティショナーの育成をサポートすることが期待される。

キーワード：次世代理学療法士、臨床教育モデル、臨床能力

Key words：Next generation physical therapists, Clinical education model, Clinical capabilities

1. 次世代理学療法士教育に求められるもの？

近年、医療保険と介護保険は急性期から慢性期、施設から在宅、医療から福祉の流れで制度改正が行われている。その中でリハビリテーション（以下リハ）医療は入院期間の短縮・リハ日数制限により、短期間で集中的かつ効率性のよい治療が求められている。リハ医療を担う理学療法士（以下 PT）の活動の場も、急性期・回復期治療を中心とした病院から、地域在宅ケアへと拡大している。

このような状況に対応し、次世代の PT には医療から保健福祉まで、幅広い現場で活躍できる臨床能力が求められる。しかしながら、これまでに医療から保健福祉まで対応できる PT を育成するための臨床教育モデルの提案はみられない¹⁻⁵⁾。そこで本稿では、これからの時代に有為な PT を育成するための臨床教育モデルを提案したい。この臨床教育モデルによって教育された次世代 PT は、拡大しつつある様々な職域に対応した臨床能力を発揮できると期待される。従来の PT 養成は、基礎医学・臨床医学といった医学教育を中心に行われており、昨今の職域拡大に対応した教育変革は遅々として進んでおらず、次

世代 PT に必要な臨床能力を涵養できていないことを踏まえれば、新しい臨床教育モデルが PT にもたらすものが刮目に値すると考える。

モデルは決して「机上の空論」ではなく、説明しにくい事柄に対し、よく分析された既存の体系を応用し、わかりやすく理解させようとするものである。モデルは航海に出る際、最も重要な海図にたとえられるように現実に深く関わるものである。これを敷衍して言えば、案内図として実践に即した臨床教育モデルがなければ、時代や社会の変化に対応した診方や考え方を共有できないということになる。PT の専門性は、医学モデルから疾病特性を、また障害モデルから障害特性をとらえ、両者をよく理解した上で如何に介入するか、という点にある。医学モデルと障害モデルを統一的に活用できる臨床能力を備えた経験豊富な PT が、次世代を担う PT の育成を行う必要がある。そのためには、まずは次世代 PT を育成するための臨床教育モデルが必要となる。

2. 臨床教育モデルの不在がもたらす現実問題

1) 理学療法介入は医学モデルと障害モデルを合

わせた問題（介入ポイント）の発見である

臨床実践においては対象者の病気や障害がより一層、複雑化し多様性を極めている。次世代 PT は、この複雑化した多様な問題に対応するため、臨床像と障害像を統合した介入ポイントである「問題点の抽出」を見つけ出す必要がある。従来の PT 教育では、医学モデルと障害モデルを有機的に接続しないまま介入の方法について論じてきた。そのため、これまでの PT 教育では、次世代 PT に必要な介入ポイントを発見するための臨床能力を育成することができない、という現実問題が生じている。

従来の思考過程からは介入ポイントである「問題点の抽出」が導き出せない上に、リハ医療の長期的介入が困難となっている状況下では、評価と治療を同時に行いながら患者の潜在能力を見つけなければならない。つまり、理学療法の臨床実践で「問題点の抽出」については、考え方を転換する必要がある。まず、ここで述べる問題とは評価から得られた「問題点の抽出」ではなく、「臨床像」と「障害像」との整合性を図り「何に介入するか」を絞り込んだ問題（介入ポイント）である。「何に介入できるか」は医学モデルと障害モデルとを合わせた問題の発見である。つまり、医学モデルに沿って「臨床像」を捉え、医療の流れを理解する。臨床像とは「症状・徴候と身体所見に加えて、診断や治療内容などの医療の流れに関する解釈」とし、ここでは PT の情報収集力や情報分析力が問われる。一方、障害像とは「潜在能力を見出す評価と効果的な治療によりリハ医療の流れを創る介入方略」とし、ここでは総合判断力や思考力が問われる。また、介入ポイントとは、評価から得られた問題点のリストではなく、臨床像と障害像との整合性を図り「何に介入するか」を絞り込んだ治療指向性としての問題である。「何に介入できるか」は臨床像と障害像とを合わせた問題の発見である。介入ポイントは、出発点となるその場その時の問題をできるだけ一つに絞り込む必要がある。

2) 理学療法過程における「統合と解釈」の盲点

従来の理学療法過程の「問題点の抽出」に次いで、教科書的な「統合と解釈」についても臨床実践では

足かせになっている。「統合と解釈」は臨床思考の考察である。臨床現場においては、考察より結論が優先され、確実な成果を残さなければならない。「統合と解釈」は専門的な思考過程において重要であるが、それは PT 側のことであり、患者にとっては結果がすべてである。リハはチーム医療と言われ多職種が介入する。実際に回診やカンファレンスでは「統合と解釈」を報告することは極めて少ない。臨床で求められる報告は、問題（介入ポイント）と結論である。報告の秘訣は、まず問題とその結論部分と言う。問題が結論に至った理由は、求められた時に表現するのが鉄則である。臨床過程の中で先に述べた「問題点の抽出」と、この「統合と解釈」の盲点を刷新しなければならない。このことを踏まえた上で、臨床教育モデルの不在が、臨床現場にどのような問題を生じさせているか、その端的な例として次にチーム医療を取り上げてみたい。

3) 理学療法実践とチーム医療のディレンマ

リハ関連職種は多種であり、それぞれの専門性を持ちながらチーム医療としての連携力が求められている。リハ医療は本来、全人的医療で愁訴に基づいた個別性の医療である。未熟な PT は自分のスキルアップを求めるあまり、診方・考え方・関わり方が患者中心のアプローチに沿わないことがある。PT の専門性は患者に役立ち、望まれ、喜ばれ、選ばれてこそ価値がある。これからのリハ医療には、スキルミクス（多職種協働）とサービス業としての感性の2つが重要なキーワードになってくる。スキルミクスにより専門性を超えて役割の補完や代替関係を築き、集中的かつ効率性のよいアプローチを実践することが課題になっている。

しかし、何をもって連携を図っていけばよいのであろうか。連携力を発揮するためには、症例に対して同じ視点や考え方をもつことが必要になる。このことが臨床現場で上手く機能していると言えるか。多職種連携を促進するコーディネーター、あるいはマネジメントする専門職は誰で、どのような能力が必要とされるのか。各専門職の軋轢を排除するためには、各々の目的を確認し、どのように考えればよいか、の共通理解が得られることが前提となる。

そのためには推理の道筋を提示する統一の図式、即ち臨床教育モデルが欠かせない。各専門職の関わり方、介入方法は違って、目的が共有できればチーム医療となる。

4) 理学療法におけるものの診方・考え方

細田はチーム医療を「知識」と「情報」に基づいた実践と考え、特に「情報」は現場で働いている者が、あらゆる工夫でつかみ取り、その場その場で生まれるものであり、その意味で「現場情報」であるという⁶⁾。その現場情報をつかむには、自分の依拠している原理からいったん離れて、現場を見る目を開き、現場の語りに耳を澄ませることが必要であるという。その上で現場の知識や情報を持つ人々が、知識や情報を自由に表明できる場を確保することも欠かせない。これらが用意されることで、異なる原理に基づく知識や現場情報を持つ複数のコミュニケーションが、患者にとって「より望ましい医療」に近づくことができるという。

筆者もこの主張に同調するものである。つまり、PTは正に障害の回復に有効かつ有益な現場情報を予測的に最も早くつかむ機会を持っている。患者や家族が医療現場に置かれた状況を、身体的のみならず心理社会的な意味で、自分のものとして流動的に受け止める。そして、その問題解決のための知識と現場情報を見出すことこそ、臨床能力と言えよう。そのための俯瞰図が医学モデルと障害モデルを合わせた臨床教育モデルということになる。

3. 従来の医学モデルと障害モデルの利点と欠点

1) PTにおけるものの診方・考え方、そして関わり方

ここまでに臨床実践では医学モデルと障害モデルとを統一的に活用できる能力が、今日の時代を担うPTとしての「診方」であると主張してきた。あわせて理学療法過程における「問題点の抽出」と「統合と解釈」は、臨床実践において「考え方」を転換する必要性を強調してきた。そのような診方と考え方に基づいて、どのような「関わり方」をすべきなのか、といった関わり方について提案する前に、何に関わっていくべきなのかを明確にしておきたい。

そこで医学モデルと障害モデルとを統合した臨床教育モデルの必要性を今一度再認識するために、両モデルの利点と欠点について整理しておく。

2) 従来の医学モデルの利点と欠点

医学モデルは病因→病理→発現（症状と徴候）→診断→治療→予後という図式のプロセスがある。臨床は常に流れがあり現象が変化し、それを時間軸に載せなければならない。医療には経過があり、治療の流れを理解し、その中にどう理学療法を組み込んでいけるかが重要である。つまり、医学モデルは、感染症や悪性腫瘍、骨折や脳卒中などの急性期・回復期に対応しやすい。一方、発症時期が明らかでない慢性疾患には適応性を欠いている。以上のことから医学モデルは、臨床の経過・流れをもつ優位性と慢性疾患の不適応という利点と欠点を合わせ持つ。欠点は以下の3点に集約される。

1) 医学モデルは原因と結果という一方向の矢印(→)で因果関係が説明される。特に高齢者の慢性疾患の病因は、単一でなく多要因のことが多く、発症が緩徐であり医学モデルが適応しにくい。2) 医学モデルは、医科学・サイエンスで客観的で量的、つまり臨床疫学を中軸とし、集団を数量化データとして扱うことから、個人差が無視される。リハ医療で使えるようにするためには、サイエンスからアートへと連結が求められ、両者が噛み合わないリハにならない。3) 医学モデルの主体は医療者であり、対象は疾病そのものであることからパターンリズム(父権主義)として知識が独断的となる。臨床実践では医療者中心のアプローチとなる。したがってリハで使えるモデルにするためには、病気によって生じる個人の心理的・社会的な対応が求められる。また、個人のQOLを重視し、個別ごと障害経験の意味づけが異なることにも対処する必要がある。以上のことから医学モデルの欠点は、因果関係で示され、サイエンスでありアートに距離をおき、また身体的アプローチに偏重という3点に集約される。

3) 従来の障害モデルの利点と欠点

障害モデル(国際生活機能分類; ICF)は、機能・構造↔活動↔参加と個人と環境の各要素間の相互関係を示した図式であり、維持期以降で対応しやす

い。しかし、障害モデルにはプロセスがないので、経過に応じた対処が示されない。したがって臨床実践では、医学モデルと障害モデルを合わせて横軸を時間軸で結合する必要がある。以上のことから障害モデルは、プロセスの不在という欠点を持っているが、利点は以下の3点に集約される。

1) 障害モデルは、双方の関連性を示す矢印(↔)で示し、一つの原因とは考えず、複数の要素が絡んでいることが前提にある。双方の関連性から多次元を容認し、複雑な要素を簡略化して理解する。2) 障害モデルは、ヒューマン・サイエンスで、主観的な質的研究を中軸とし、個人の記述データを扱うことから、全人的理解によるアートの側面をもつ。3) 障害モデルの主体は患者の病いや障害であることから、パートナーシップ(共同関係)として患者側の自己決定権が尊重され、患者中心のアプローチとなる。以上のことから障害モデルの利点は、多要因との関連性で示され、サイエンスからアートへとつながり、身体的アプローチから心理社会的なアプローチへとそれぞれ展開できる優位性がある。

4) 見えてきたPTの‘関わり方’

このようにあらためて医学モデルと障害モデルの利点・欠点を整理してみることで見えてきたものがある。まず、病気や障害の発症から回復過程、その後の生活などについて患者の全人的理解のために、どの次元に関わっていくべきなのかが浮かんでくる。その一方で、理学療法の数多くの治療概念が、どのような次元や要因に、あるいは時期的に介入しようとするものが見えてくる。多種多様な治療方法・手技といったもののターゲットが絞られてくる。さらに、多職種が関わるチーム医療における「現場情報」が、どの次元や要因について介入しようとしているのかが明らかになってくる。このような意味で医学モデルと障害モデルを統合すれば、現実問題を解消する臨床教育モデルになると期待される。

4. 新しい臨床教育モデルの提案

1) 臨床教育モデルの創案

医学モデルと障害モデルとは本来、二項対立図式であるものの、どう統合して解釈すればよいのか。

症例に応じてどのように使い方を考えればよいのか。中村¹⁾は、慢性疾患に対応する保健医療については、医学モデルと障害モデルとを合わせて理解する必要があると述べ、同じく中村²⁾は、これからの理学療法は健康の肯定的定義に従って自己モデルを立てるべきである、と述べている。また青柳³⁾は、現在の医療では医学モデルと障害モデルの理念を急性期・慢性期などの状況に応じて、上手く使い分ける必要がある、という。さらに内山⁴⁾が、障害モデルは医学モデルを含めた介入の整合性が希薄である、と指摘しこれらの事から医療保健福祉においては、医学モデルと障害モデルを合わせた問題意識が生まれている、と述べている。

しかしながら、医学モデルと障害モデルを統合したモデルの試みや紹介はみられない。そこで医学モデルと障害モデルの対立した考え方を整理し、構成要素を同一座標に置き換えて俯瞰してみる。京極は医学モデルと障害を社会問題と捉える社会モデルとを統合した構造構成的障害論を提唱している⁵⁾。この2つのモデルを柔軟に組合せて多元論的に障害を理解しようという発想は本稿と類似している。本稿では、疾病理解は国際疾病分類の医学モデルを、また障害理解は国際生活機能分類(ICF)の障害モデルを応用する。本稿では、これらの点を踏まえ臨床実践に即して、医学モデルと障害モデルの概念を援用し、理解しやすい臨床教育モデルとして再構築する。疾病特性の理解と障害特性の理解について両者の繋がりを深めることで、診方・考え方・関わり方を提示する臨床教育モデルが再構築できると考えた。そこで医学モデルと障害モデルの統合モデルを図1に示した。

2) 臨床教育モデルの概要

まず、医学モデルと障害モデルを結合させる接着剤となるのが、医学モデルの「症状・徴候」と、障害モデルの「機能・構造」である。自覚的に異常と感じる症状、他覚的に認められる徴候、症状と徴候をあわせた発現で病態を解釈し、治療の可能性と予後を予測する。特に他覚徴候よりも、本人の自覚症状の改善を優先し、主観的な訴えを手がかりに機能評価を進めていくことが有効な場合が多い。機能・

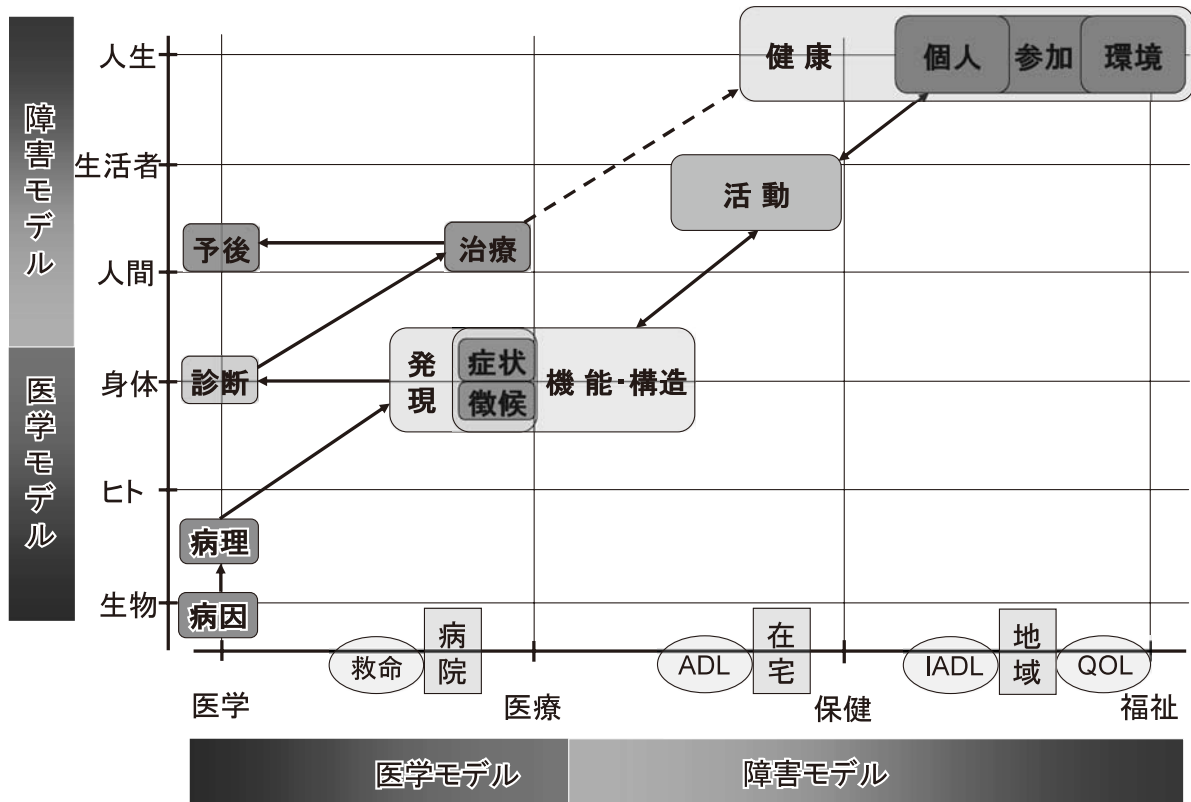


図1 医学モデルと障害モデルを統合した臨床教育モデル

構造では残存機能や潜在能力に目を向け、呼吸循環機能、摂食嚥下・発語機能、基礎的な体力、社会的な認知機能などの評価が重要となる。このように考えると医学モデルと障害モデルは強力に連結される。

次に、障害モデルの「個人・環境・参加」の3要素は総合的に捉えることで解釈が容易になる。「個人」は価値観・ニード・信念・自己効力感・モチベーション・生活歴など、「環境」は治療環境や生活環境の安住性、「参加」は役割や人間関係などで、それぞれの要因を包括的に掌握する。このことから高齢者の生活世界に即した、その人らしい適切な関わり方を想像することができる。つまり障害モデルは「個人・環境・参加」と「症状・徴候・機能・構造」との間に「活動」を組み込めば理解しやすい臨床教育モデルになる。

また、各分野の位置づけを分かりやすくするために横軸を学際的な分野として医学・医療・保健・福祉とした。つまり、横軸の左端に医学、次いで医療、

保健を据え、右端に福祉を置き、専門分野を分けた。一方、縦軸は学際的な対象として生命（生物学的）・生活（人間的活動）・人生（社会的存在）の階層とした。つまり、縦軸は下から上へ順に生物・ヒト・身体・人間・生活者・人生のレベルとした。さらに、医学モデルのそれぞれの要素は、医学・医療と生物・ヒト・身体・人間の範囲に配置した。一方の障害モデルの各要素は、医療・保健・福祉と身体・人間・生活者・人生の範囲に配置した。

3) 臨床教育モデルの有用性

この臨床教育モデルは、疾病と障害の発症から回復促進、そして二次的障害の予防に関わるPTの役割が理解できる。また、医療保健福祉に対するリハの位置づけが明確になる。さらに、生命科学から人体の構造機能、心身の発達と退行、人間と生活、人の尊厳といった幅広い関わりが理解できる。つまり、医学モデルの治療の一端を担うと共に、リハ医療はもとより障害予防や介護予防を含めて広く健康に寄与する学問体系であることが明示できる。あるいは

PTの専門性や職域および学際領域が容易に理解でき、社会に役立つ学問体系として明示できる。以上のことはPTにおけるものの診方・考え方・関わり方であることから、臨床教育モデルとして有益になると考える。

一方、対象の階層性や専門領域が明確になったことから、初心者でも全体を見据えながら解釈できる。また、急性期から回復期・維持期といった時間軸を組み込んだことから経過的な流れや主観的・客観的なデータも考慮できる。さらに、疾患・障害の個別性・多様性・複雑性に考慮して、多くの要素から対処法を見いだせる。言い換えると、個人を生物的・心理的・社会的な側面から全人的理解を求めようとする生物心理社会モデルを包含している。以上のことからPTの臨床教育モデルとして有効に活用されると考える。

5. 臨床教育モデルの使い方

1) 臨床教育モデルを使った診方・考え方、そして関わり方

筆者自身は、この臨床教育モデルを臨床現場で活用し、現在400例余りの臨床記録を蓄積している。この詳細は機会を改めて紹介することにして、本稿では次世代PTと強調する所以として、具体的な事例を呈示しておく。人口構造や疾病構造が大きく転換した今日、疾病を有した障害者から、高齢者で疾病や障害を持たれた方への転換を図らなければならない。臨床教育モデルを提起したことで、次世代PTにおけるものの診方・考え方が、より具体的に理解しやすくなったと思われるので、症例を通じて具体的な関わり方を示したい。発見した問題（介入ポイント）に対して患者や家族にどのような関わり方が望ましいのかを以下に示す。

具体的な臨床教育モデルの使い方として、診方・関わり方・考え方の三要素の関係を示す（表1）。実践的で論理的な臨床思考として、診方を問題、関わり方を結論、考え方を理由として三要素の関係を明確にした。臨床実践では治療結果が問われ、問題とその結論が優先される。要は、従来の理学療法過程とは異なった診方・関わり方・考え方のプロセス

が必要である。問題は出発点で結論は到達点であり、理由はその根拠である。PTの専門性が、より高く認識されるための実践的・論理的な思考の要点を以下に示す。

表1に示すとおり診方は、医学モデルと障害モデルの両者から導き出す問題であり介入ポイントである。医学モデルが1)～4)、障害モデルは5)～8)のそれぞれ4項目を要点とした。また関わり方は、評価と治療の両者から導き出す介入方法であり結論部分である。評価が9)～12)、治療は13)～16)のそれぞれ4つの要点項目とした。さらに根拠となる考え方の理由は17)～20)の4項目とした（表1左側）。以上、あわせて20項目の順序性や重要性は症例ごとに異なり、上手く使い分けてチェックし臨床教育モデルに照らし合わせて展開することが大切である。

高齢者で疾病や障害を持たれた方へ関わり方の転換として端的な事例を呈示した（表1右側）。現病歴や既往歴などの情報は表の下段に記し、本症例に対する実際の診方・関わり方・考え方の例を1)～20)に並記した。脳卒中による片麻痺機能回復に対するアプローチの前に、認知症を有した介護度Iの80歳女性が老々介護生活を維持していくための関わり方が優先されると考える。同様に急性期でPTによる治療が必要で患者自身も運動学習している時に、ADL訓練を急かしたり家屋改修を持ち出したりしていないだろうか。あるいは整形外科疾患で基本的な機能訓練の治療が不十分にも関わらず、応用歩行や自宅復帰などの性急さがみられないだろうか。このような事例の現実問題を解くためには、臨床教育モデルを使った診方・考え方、そして関わり方が有効的である。臨床教育モデルは、繰り返し使っていくうちに簡単に使えるようになる。新しい考え方を習得する最大のコツは「反復練習」である。

2) 臨床教育モデルの活用から目指すもの

最善の理学療法を模索するためには、医療情報から疾病特性を把握すると同時に、臨床問題の解決に取り組むべき治療介入を模索するために障害特性を把握する。疾病特性と障害特性との双方の関連は、患者の意向や価値観を念頭に置き、患者中心の質

表1 診方（問題）・関わり方（結論）・考え方（理由）における臨床思考

診方・関わり方・考え方の要点項目			臨床教育モデルの実践活用 ー事例ー		
診方	医学モデル	1)	カルテを観て患者の属性や症状および症候、治療の流れなどを理解し仮説を立てる	診療記録では昼夜逆転・眠気、背中の搔痒感などで夜間大声（不眠・譫妄）、睡眠剤や抗不安薬の投与あり	
		2)	患者に対面し表情やしぐさ、動作などを観察し印象をつかむ	笑顔のよい小太りで小柄、カラオケが好きで週2回、すぐに歌ってくれ社交的な性格	
		3)	訴えやニーズを聞き出し愁訴に応じて身体所見や簡単な検査を試みる	会話の受け答えのよい日は一時的に端坐位も可能であり平行棒内で介助歩行ができる	
		4)	今一度情報不足や治療経過の流れを再確認しリハの流れを創るため何をどうしたいのか・何がどうなるのかを考える	息子と3人暮らしで伝い歩き、トイレ使用にて自宅退院（夫の希望）。夫の付き添いは、ほぼ毎日で訓練室へも来室	
	障害モデル	5)	具体的に障害像を明確にし、何をどうするか、何ができるか、どう考えるかを評価と治療を繰り返し試みる	愛想がよく感情表現が豊か、人好きな印象あるも継続せず傾眠	
		6)	患者の訴えや反応を敏感に感じ取り治療を思考誤錯誤する	興味を引くような交流に工夫する	
		7)	患者からの治療のヒント、微妙な反応を体感的に捉え最善の介入を模索していく	夫への介入で来院時は離床し車いすへ	
		8)	この過程で臨床像と障害像との整合性を図りリハの介入の糸口をつかむ	左片麻痺の機能回復よりも優先される生活リズム	
関わり方	評価	9)	障害像だけで介入ポイントが決まるかといえば尚早で経過を見なければ判断できない	認知症が今回の入院で悪化することが最大のリスクと考える	
		10)	その治療介入を如何に継続できるか。また1～3週間後に現実的に変化するかを予測する	現症の不眠・傾眠、譫妄は入院環境も影響していると考え、今後1ヶ月以内に入院前の社会性のある生活パターンに近づける	
		11)	効果を確認しつつ予測を経過から観て確かなものにする	発動性を優先し離床を促しつつ体力の回復を図り、脳卒中発症後2ヶ月目から本格的なりハでも遅くはない	
		12)	リハ終了時点を見極めに確信がもて目標が明確になる	病院の近くに住まいがあることから在宅復帰にならなかった場合でも円満な夫婦としての絆が維持された生活は可能	
	治療	13)	比較的早期に最も効果が上がる治療（早期解決可能なもの）	今後1ヶ月は発動性向上アプローチに専念（環境；時間・場所・人、個人；性格・趣味・認知レベル、参加；夫・職員・施設活動）	
		14)	療法士と患者が評価と治療の中で障害の軽減のヒントを感じ効果を共感・共有したもの	本人は元より夫の理解・協力が前提となるが、現状で介助歩行ができることから最低限の車いす移乗をゴールとする	
		15)	潜在能力や残存能力の引き出し改善の方向性が確認でき根拠を証明しえた介入方略	夫が妻に求めているものは機能回復よりも2年間認知症の在宅介護を維持し、最後まで妻のもつ愛らしさを失わない夫婦関係	
		16)	治療効果を療法士と患者および家族が共に体感しそのことに満足し納得しうるもの	身体的な介入よりも心理社会的なアプローチが優先され今この時、この場で解決することが大切であると本人・夫・担当療法士が揃って納得した	
	考え方	理由	17)	結論に至る考え方の道筋（一つか二つ）	治療場面に立ち合われた夫の言葉「元気ができました」が方向性の結論
			18)	説得力（主観・感想・印象・矛盾・思うを排除）統合と解釈（可能性・予測・推測）ではない	脳卒中発症後亜急性期にありながら介入は環境／個人／参加レベルで、この3要因は決して回復期以降に関わるだけではない
			19)	証拠・根拠・裏付け（経過・資料・事実）論理的説明力（accountability；成果を出し説明する責任）	ナラティブセラピーや心理社会的アプローチの原則、家族介入の方法、患者教育や行動変容の原則など既存の知識が必要
			20)	発症・入院前の生活歴や既往歴および家族情報を踏まえ現状の理解と退院後に示唆を与えること	亜急性期においても訪問リハも視野に入れ、そこで確かなサービスを提供するために今、しなければならぬことを確実にする
	事例	80歳女性右脳出血（被核～視床の混合出血で脳室穿破）発症3週間目、保存的加療。2年前に脳梗塞を発症しテレビの内容が理解できず、料理も出来なくなり家事は総て夫がする。アルツハイマー認知症と診断され外来通院中。要介護1でヘルパーを週2回使用するも入院前は夫と毎日3000歩。10日前に転院しBRSは上肢Ⅱ・手指Ⅳ・下肢Ⅳ。食事自力摂取可。			

の高い理学療法を目指す。PTの自己研鑽は、患者一人ひとりの潜在能力を見つけ出し引き伸ばすことであり、正にテーラーメイド医療と言える魅力がある。そのためには患者自身の特性を尊重し最良のセラピーを思考し、未知の障害へ挑戦する心が必要である。障害軽減のヒントは一にも二にも傾聴・共感が重要で、患者様から日々学ぶしかない。

関わり方の具体的な展開は、以下の5段階で進めていくとよい。(1) 患者の病気や障害に対する理解や生活スタイルを傾聴し、将来に対する不安や今後の希望を明確に把握する。(2) ニュートラルな立場で理学療法は、どのような療養態度や行動様式があるかを親身になって考えて説明する。(3) 患者の思いや希望を交えて理学療法の見解として、一致点や相違点を相互に確認し合った上で介入ポイントを見出す。(4) 患者にとって真善美と思われるプランを提案し勧めてみる。(5) 患者と療法士が実際に評価と治療を行った上で期待できそうな前向きな介入・援助について交渉し決定する。以上のステップから、臨床教育モデルを用いて広い視点の中から介入ポイントを絞り込んでいき、患者中心の質の高い理学療法を目指す。

6. まとめ

本稿は、臨床現場のPTが経験的に問題意識と方略を容易に了解できるようにしたいという意図があったため、理論的研究を踏まえた論述をあえて行わなかった。筆者としては、本稿の内容が臨床現場において指導的立場にあるPT諸氏に理解され、説得力があると納得して頂ければ望外の喜びである。臨床実践の中で上手くいかないことが、この臨床教育モデルを使って、このような診方・考え方・関わり方をすれば、解決するかもしれない、と思って頂ければ幸いである。最後に臨床教育モデルが次世代PTの活躍をサポートする、という大いなる期待を込めて2つのことを述べて稿を締めたい。

1) 理学療法が国民的用語に成り切れないディレンマの解消

理学療法は他の学問分野と同じように大学教育の学士教育課程に組み込まれ、学問として位置づけら

れるようになって、まだ20年も経っていない。今日、学士教育課程の在り方について各大学は、明確な学士授与の方針に基づいた学士、修士、博士を授与しているか否かが問われている。PTがどんなに専門性を強調しても、それが医学・医療の枠組みの中での考え方であるならば、医学・医療と理学療法の力関係は45年経った現状からみても明らかである。理学療法を研究した修士・博士が医学・医療以外の分野で認められて始めて、理学療法は一翼から抜け出ることができると思われる。医学・医療という封建的・独断的な世界にあっては、理学療法がどんなに高度の科学を持ったとしても、独立した学問にはなり得ないとも考えられる。高齢化社会の流れで、今や理学療法は医学・医療という分野からさらに広い保健・福祉分野を与えられた。そこで確実に新しい分野で機能し医学・医療からも貴重な学問として認められて、始めて理学療法が国民的用語になるのではないかと考える。

例えるならば、熟練した名シェフがつくる一口食べて涙が出るくらい感激する料理と同じように、一回会って泣けるほど感動する理学療法が提供できるには、繰り返し感性を磨くしかない。理学療法を受けた人が、PTのすばらしさを肌で知り、他では味わえない技量と感じる時、専門職は存在する。理学療法が国民的用語に成り切れないところは、この点にあるのかもしれない。

2) 学術活動と職能活動のギャップの解消

ちなみに「理学療法学」は、学術情報として厳しい査読審査を経た研究論文を掲載する日本PT協会のトップジャーナルである。その一方で、臨床に資する質の高い理学療法の推進を図るために、実践に役立つ情報を継続的に発信していくことも重要である。とは言うもののこの両方の役割を果たしてきたかということ、正に学術情報に比重を置いて来たというのが現実であろう。「理学療法学」は研究論文としての科学的根拠を示す学術誌であると共に、職能面で有益な現場情報を提供する任務もある。EBMやEBPTが強調されている今日、質の高い学術論文の量産が望ましいことではある。その一方で、職能に資する情報誌という側面から、臨床教育モデルを

実践した記事の連載が期待される。一人ひとりの患者に最善の理学療法を提供するために具体的な診方・考え方・関わり方を示す職能情報の提供は欠かせない。今後は、PTの臨床能力の高め方や、患者の意向や信念・価値観を統合した効果的な実践方法を紹介することも「理学療法学」の役割と考える。

吉備国際大学大学院では、次世代をリードするPTの活躍を後押しするため、修士課程から博士課程まで一貫して研究教育に取り組める場を提供しているだけでなく、全国に散在する志の高いPTに、より門戸を開くため通信制の修士課程も新たに開設した。PTのさらなる発展に貢献したい読者は、ぜひ私たちとともに次世代PTの構築に挑戦してほしい。

謝 辞

本稿の執筆にあたっては、構造構成主義を展開しておられる社会医学技術学院の京極 真先生に多くのご助言を賜りました。ここに付記して深く感謝の意を表します。

Abstract

To educate the future generation of physical therapists, it is necessary to have a clinical education model, but the lack of such a model and the problem it presents is evaluated in this study. In addition, in order to develop a clinical education model, the advantages

and disadvantages of the medical model and disability model used in the past were classified. Moreover, a new proposal of the details of the concrete use and usefulness of the clinical education model are explained. Therefore, by actually using the clinical education model, the clinical capabilities of the next generation of physical therapists will improve, and we will be able to support the development of generalists and practitioners.

文 献

- 1) 中村隆一：入門リハビリテーション概論. 第7版. 医歯薬出版, 東京, 2009. pp51-56.
- 2) 中村隆一：理学療法教育について思うこと. 理学療法. 2004; 21: 1392-1397.
- 3) 青柳陽一郎：リハビリテーション総論. 椿原彰夫(編), 診断と治療社, 東京, 2007. pp28-32.
- 4) 内山 靖：EBPT エビデンスに基づく理学療法. 医歯薬出版, 東京, 2008. pp1-16.
- 5) 京極 真：構造構成的障害論－ICFの発展的継承－. 現代のエスプリ 475, 至文堂, 東京, 2007. pp115-125.
- 6) 細田満和子：チーム医療とは何か?, チーム医療. 鷹野和美(編), 医歯薬出版, 東京, 2009, pp1-10.

