

## 【調査・報告】

# 理学療法領域におけるクリニカル・ク拉克シップ実践例

## 一通所リハビリテーション施設の紹介

吉本 好延<sup>1)</sup>, 桐山 和也<sup>2)</sup>, 根地嶋 誠<sup>1)</sup>, 津森 伸一<sup>1)</sup>,  
泉 良太<sup>3)</sup>, 佐藤 豊展<sup>4)</sup>, 柴本 勇<sup>4)</sup>

- 1) 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部理学療法学科
- 2) 花平ケアセンター通所リハビリテーション部門
- 3) 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部作業療法学科
- 4) 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部言語聴覚学科

E-mail : yoshinobu-y@seirei.ac.jp

## Clinical Clerkship for The Physical Therapy Practicum in Visiting Care Facilities

Yoshinobu Yoshimoto<sup>1)</sup>, Kazuya Kiriyaama<sup>2)</sup>, Makoto Nejishima<sup>1)</sup>, Shin'ichi Tsumori<sup>1)</sup>,  
Ryota Izumi<sup>3)</sup>, Atsunobu Sato<sup>4)</sup>, Isamu Shibamoto<sup>4)</sup>

- 1) Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University
- 2) Department of Rehabilitation Hanadaira Care Center
- 3) Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University
- 4) Department of Speech Language and Hearing, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

## 要旨

本稿では、一通所リハビリテーション施設でのクリニカル・ク拉克シップの実践例を紹介し、クリニカル・ク拉克シップの基本原則を踏まえた実践方法を示すとともに、クリニカル・ク拉克シップを実践する中で生じた今後の課題についても言及した。クリニカル・ク拉克シップの原則は、1. 実習指導者の助手として診療参加、2. 部分的に技術単位で診療参加、3. 見学・模倣・実施の原則、4. できることから実践する実習、5. 行動目標対象者は利用者である実習環境、6. 学習到達度の形成的評価であり、基本原則を踏まえた指導が重要である。今後の課題は、他職種へのクリニカル・ク拉克シップの理解をどう促していくか、および実習指導者の臨床推論能力をどのように育成していくかであり、これらの課題を解決するための取り組みが必要であると考えられた。

キーワード：クリニカル・ク拉克シップ，通所リハビリテーション，理学療法

KeyWord : Clinical Clerkship, Visiting Care, Physical Therapy

## 背景と目的

セラピストの臨床実習にクリニカル・クラークシップ (Clinical Clerkship, 以下 CCS) を導入・普及させることは重要な課題の一つである。2018年に厚生労働省から報告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では<sup>1)</sup>、実習生が診療の一員として、実習指導者 (Clinical Educator, 以下 CE) 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明記されており、見学やレポートを中心とした従来の臨床実習指導 (以下、従来型) から CCS への移行が進められている。しかし、厚生労働省と日本理学療法士協会が実施した調査では<sup>2)</sup>、臨床実習に CCS を導入していると回答した理学療法士 (Physical therapist, 以下 PT) は対象者全体の 53.0% と報告されており、CCS が半数程度しか実施されていない現状が明らかになった。PT の臨床実習で CCS が十分普及していない一要因としては、CE の多くが CCS による実習指導を経験しておらず、CE 自身が実習生時代に受けてきた教育手法とは異なる指導方法に心理的な抵抗感があることが考えられる。特に、理学療法士作業療法士養成施設指定規則の改正に伴い、実習生の受け入れ拡大が予想される通所リハビリテーション (以下、通所リハ) 施設では、実習指導に不慣れな CE が多く、新しい指導方法でどのように実習指導を行えば良いのか、困惑しているのが現状であると思われる。そのため、通所リハ施設で CCS を実践しているモデル事例を紹介することは、通所リハ施設での CCS の導入および普及の一助になりうると考えられた。

本稿では、一通所リハ施設での CCS の実践例を紹介し、CCS の基本原則を踏まえた具体的な方法論を示すとともに、CCS を実践して

いく中で生じた今後の課題についても言及した。

## 施設の紹介

対象施設は、浜松市北区にある A 老人保健施設の通所リハである。当施設の通所リハに勤務する PT は正職員 3 名 (臨床経験 1-4 年)、非常勤職員 2 名 (臨床経験 18 年) であり、最低でも 2 名 / 日は勤務する体制を整えている。PT が一日に担当する利用者数は約 10 - 20 名であり、個別リハビリテーションだけでなく、集団リハビリテーション (以下、集団リハ) も併用している。PT の理学療法業務の一日の流れを表 1 に示す。実習生は PT である CE とともに理学療法業務を行うが、利用者が不在になる 16:30 以降に、デイリーノートや実習生の利用者診療録を記載している。

当施設が実習生を受け入れている養成校は B 大学のみであるが、2 年生の短期実習 (1 週間)・3 年生の評価実習 (3-4 週間)・4 年生の総合実習 (6 週間) を受け入れているため、4 月から 11 月は 1-2 名程度の実習生が施設内にいる。

表 1 理学療法業務の 1 日の流れ

時間	業務内容
8:30-9:30	利用者送迎業務 事務業務
9:30-9:40	リハビリテーションミーティング
9:40-12:00	診療業務
12:00-13:00	休憩
13:00-14:15	診療業務
14:15-15:00	事務業務
15:00-15:30	サービス担当者会議など
15:30-16:00	診療業務
16:00-16:20	診療業務
16:30-17:20	利用者送迎業務 事務業務
17:20-17:30	清掃業務

通所リハの利用者は約 30-35 名 / 日、看護師・介護福祉士などの他職種の職員数は約 6-8 名 / 日であり、通所リハ施設全体のフロア面積を考慮すると、実習生の一度の受け入れは 2 名程度が限界である。

## 従来の臨床実習指導とクリニカル・クラークシップの定義と学習理論

本稿の従来型の定義は、「一人の患者(利用者)に対して評価から治療に至る過程を CE の監督下のもと担当する患者(利用者)担当制であり、その指導はレポート中心の実習形態」とした<sup>3)</sup>。従来型の多くは伝統的徒弟制であり、「弟子は師匠の背中を見て育つ」という言葉に代表されるように、実習生は CE が行う理学療法を見て学び取ろうとする。伝統的徒弟制の特徴は、知識は問題の解決に役立つ、知識は様々な文脈の中で獲得される、職場で日々発生する課題を解決することで学習するなどであり<sup>4)</sup>、教育的視点よりも職場の要求を満たすことが重要視されている。

本稿の CCS の定義は、「助手として診療チームに参加し、実体験を通して、セラピストとし

て修得すべきスキルと professionalism (態度、倫理観) を育成していく臨床実習形態」であり<sup>5)</sup>、PT 協会が用いている「診療参加型実習」と同義とした。CCS は認知的徒弟制である。認知的徒弟制とは、伝統的徒弟制の学習過程を可視化して、学習過程を認知的な観点から理論化した学習モデルであり、教育的視点が重要視されている。具体的には、表 2 の手順にもとづいて段階的に指導が行われる<sup>5)</sup>。また CCS は、認知的徒弟制を発展させた正統的周辺参加の学習理論に基づいた教育手法でもある。正統的周辺参加とは、社会的な実践共同体への参加の度合いを増やすことが学習であるとする考え方であり、「正統的」とは共同体のメンバーに受け入れられていること、「周辺参加」とは共同体の中に自分の地位を得ていることである。つまり実習生の成長は、実習生が置かれている組織の環境に依存する状況的学習であるが、状況的学習の成立には所属先が必要であり、実習生を診療チームの正式なメンバーに受け入れた上で、CE を見習って周辺部分から徐々に診療参加の度合いを増やしていくことが重要である<sup>6)</sup>。

上記の内容に基づいて CCS の基本原則を整理する。CCS の基本原則は、1. CE の助手と

表2 認知的徒弟制の段階的な指導の手順 (文献 5 を一部改変)

1. モデリング (modeling)	実習指導者が実習生にデモンストレーションを見せる。
2. コーチング (coaching)	実習生は実習指導者からヒントやフィードバックを与えてもらいながら、課題を遂行していく。
3. スキャフォールディング (scaffolding)	実習生が様々な作業に挑戦できるように、実習指導者は実習生の能力に応じて課題難易度を調整したり、徐々に支援を少なくしたりする (フェイディング)。
4. アーティキュレーション (articulation)	実習生の学びを固定化するために、実習生の技術や思考を言語化させる。
5. リフレクション (reflection)	実習生自身のパフォーマンスの振り返りを促す。
6. エクスプロレーション (exploration)	次の課題を自主的に探索するよう実習生に考えさせる。

して診療参加, 2. 部分的に技術単位で診療参加, 3. 見学・模倣・実施の原則, 4. できることから実践する実習, 5. 行動目標対象者は利用者である実習環境, 6. 学習到達度の形成的評価であり<sup>5)</sup>, 本稿では, CCSの基本原則を踏まえた現場実践の方法を紹介する.

### 1. 実習指導者の助手として診療参加

実習生はCEの助手として行動を共にし, CEが行っている理学療法業務を経験する. 従来型は, CEの診療時間とは別の時間に実習生の理学療法を行う場合が多いが, 利用者の時間的な拘束が長くなり, 身体的・精神的負担が増加する可能性が高い. また, CEは自身の理学療法業務のため, 実習生の理学療法を常に監督できないこともあり, 実習生の単独診療を助長することも懸念された. 当施設では, 実習生の理学療法業務の経験をCEの診療時間内で行うようにしており, 利用者の身体的・精神的な負担の増加の問題や実習生の単独診療による法的問題に対応している. 実習生が行う理学療法業務は, 原則CEが行う業務の全てであり, 利用者の送迎の補助, リハビリテーション器具の準備や片づけ, 施設の清掃, 排泄練習や摂食練習などの他職種との協働など多岐にわたる. 当施設で実習生が行っていない理学療法業務は表3に示す程度であり, ほとんどの業務の一部に参

画しているが, 実習生の能力や施設責任者の実習受け入れ方針を踏まえて若干の業務調整を行っている.

利用者利用者家族への実習生の診療参加の説明は, 当施設の通所リハを利用する初回時に, 全ての利用者に紙面と口頭で説明を行い, 同意書への署名を行っていただく. 利用者や利用者家族への説明内容は, 診療チームが責任を持って理学療法を立案すること, 理学療法の質・量は十分保証されることである. 実際の診療時にも利用者から質問があった場合は丁寧に説明を行うことで, ほとんどの利用者は実習生の診療参加に同意していただけている.

### 2. 部分的に技術単位で診療参加

実習生はCEの担当する全利用者を対象に, 部分的に技術単位で理学療法業務を行う. 従来型は, 実習生が一人の利用者の評価から治療の全てを担当していたが, 学習の進んでいない実習生に全ての課題を行うことは困難な場合が多かった. 当施設では, 部分的に技術単位で診療参加を行うが<sup>5)</sup>, その際の指導として, 1) 実習生が臨床推論 (Clinical Reasoning, 以下CR) を行えるよう支援すること, 2) 利用者像は部分的な理解から全体の理解につながるよう支援することを心掛けている.

表3 当施設で実習生が行っていない理学療法業務の例

見学のみ可能	見学も禁止
侵襲性の高い理学療法行為 (吸引など) 診療録・リハビリテーション総合実施計画書の記載 送迎車の運転 カンファレンスでの利用者・利用者家族への理学療法の説明 施設内の委員会の参加 地域ケア会議への参加 初回の利用者の理学療法	異性の入浴介助 クレーム対応 身体・精神状態が不安定な利用者との関わり 実習生の診療参加を拒否した利用者との関わり

### 1) 実習生が臨床推論を行えるよう支援する

実習生が、利用者に関節可動域 (Range of Motion, 以下 ROM) や筋力の評価を実施するだけでは単純な技術経験であり、臨床でのリアリティーに欠ける。当施設では、実習生が診療参加を行う前に、CE の CR を実習生に伝達している。例えば、股関節 ROM の評価では、①なぜ股関節 ROM の評価を行う必要があるのか、②アウトカム因子である ROM 制限が活動や参加にどのような影響を与えているのか (関連因子 1)、③アウトカム因子である ROM 制限の暴露因子は何かを必ず解説し、④暴露因子と ROM 制限の関連のメカニズムに影響する中間因子は補足的に説明する (図 1)。実習生への解説内容は、利用者一人当たりの診療時間を考慮するとコンパクトな内容が望ましいが、上述の内容であれば 1 分間程度で解説できる。CE の解説内容を明確にすることは、実習生の理解を促進できるだけでなく、他の利用者の見学時にも実習生が質問するポイントが明確になる利点もある。

また当施設では、実習生が CE の解説内容を理解できるようになったら、質問形式で実習生の考えを表出させている。具体的には、「なぜこの評価を行うと思うか?」、「この問題点は活動・参加にどのような影響があると思うか?」、「この問題点が生じている原因は何と思うか?」などである。臨床実習終盤の CR の教育は、実習生自身の考えとその根拠を実習生に述べさせた後、CE は一般論と対象利用者の説明を行い、

ディスカッションが行えるようにしている<sup>7)</sup>。CCS は CE の高い CR 能力が要求されるため、CE の CR 能力の育成が今後の課題である。

### 2) 利用者像は部分的な理解から全体の理解につながるよう支援する

実習生は CE の CR を部分的に経験するが、実習生の理解に応じて、徐々に利用者の全体像が理解できるよう支援する。従来型は、実習生が利用者の全体像を把握できるまで様々な評価を行い続ける場合が多かったが、実習生が行う評価の多くは、CE が利用者に行う評価と解離しており、実習生は評価を行う意義が理解できていないまま、漫然と評価を行っていた。当施設では、部分的な技術単位の診療から開始し、部分的な範囲を徐々に拡大することで、最終的に利用者の全体像が理解できるようにしている。具体的な手順は、まず CE が利用者の全体像を関連図に記載し、CE の頭の中にある利用者の全体像を定義する (図 2)。CE が利用者の全体像を関連図に記載することは、利用者の全体像を明確に定義するために必要であり、実習生がどこまで評価を行えば良いのか、利用者の全体像の把握に何が欠如しているのかを視覚的に理解できる。次いで、実習生は部分的な診療を CE の CR の解説と共に経験し、CE の解説と実習生の診療経験の過程を複数回繰り返す。部分的な診療であれば、同様の作業を数回繰り返すことで、ほとんどの実習生が CE の CR を理解できるようになる。最後に、部分的な診療

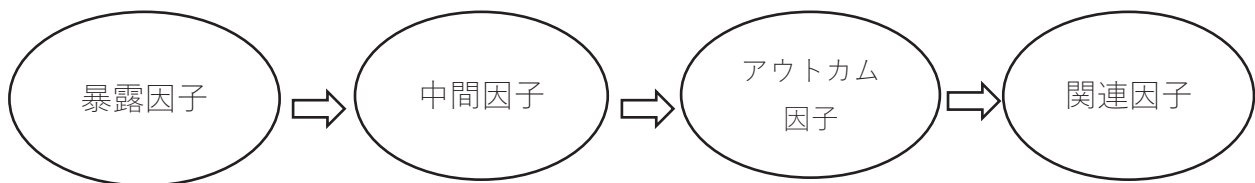


図 1 実習指導員が実習生に説明するポイント

の範囲を徐々に拡大し、CEの考える全体像の把握が行えるようにする。なお、当施設では、CEが記載する関連図は利用者1-2名として、CEの負担を少なくしている。

### 3. 見学・模倣・実施の原則

実習生は、1) 見学、2) 模倣、3) 実施の手順で段階的に指導を受けながら、CEの理学療法業務を経験する。

### 1) 見学

実習生はCEから解説を受けながらCEの理学療法を観察する。実習生への解説内容は、CRの全てを解説するのではなく、実習生が模倣する理学療法に関するCRを部分的に解説する。実習生は、何がわからないかのかわからない場合が多いため、何を見学して欲しいのかを具体的に説明する。例えば、股関節ROMの評価であれば、代償動作の制御の仕方、ゴニオメーターの使用法、利用者が疼痛を訴えたときの反応など様々であるが、具体的に見学のポ

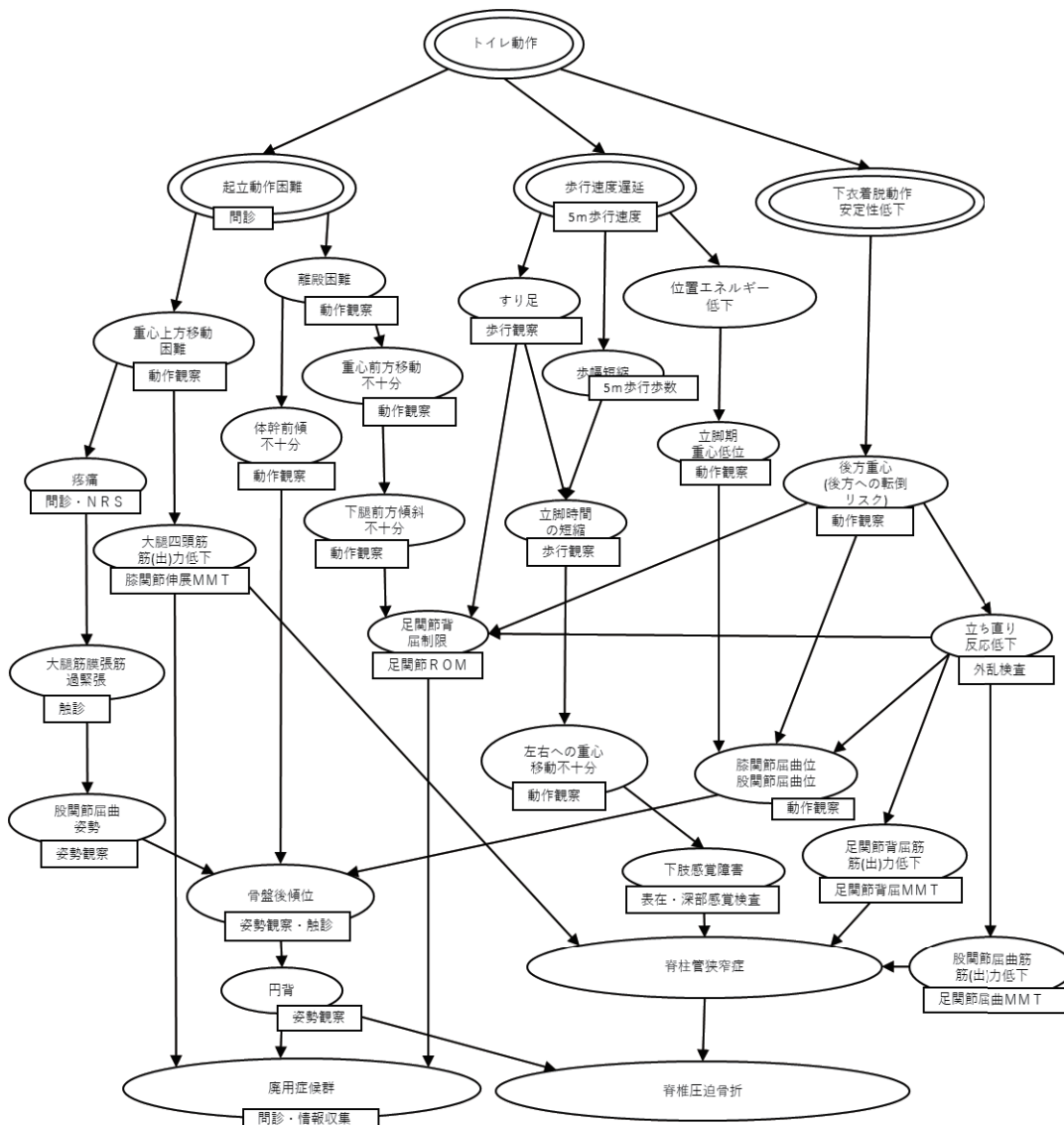


図2 実習指導者の関連図

イントを絞ることで、実習生の気づきを促しやすくなる（図3）。見学時に実習生から質問があった場合は、CEのCRを補足して解説する。CEが実施していない評価や治療の質問は、利用者に評価や治療を実施する必要性が少ない、または優先順位が低いと判断した理由を解説する。実習生の初回の見学時は、解説する内容が多いため少々時間を取られるが、診療前に基礎情報の解説（利用者の氏名・年齢・性別・疾患名・現病歴・既往歴）を行っておくと診療への影響は少なくなる。



図3 見学の様子

実習指導者は、実習生に分からないことがあったら聞いてくださいと伝えるのではなく、見学のポイントを明確に伝える。

集団リハの解説内容は、なぜこの集団なのか、この集団リハにどのようなアウトカムを設定しているのか、なぜこの運動内容を選択したのかを解説し、個別と集団の目的の違いを実習生が理解できるようにする。見学のポイントは、CEがどのようにリスク管理を行っているのかである（例、CEの立ち位置や利用者への声掛けのタイミングなど）。

## 2) 模倣

実習生は複数回「見学」した技術項目を、CEの指導を受けながら実際に行う。模倣開始

の明確な基準はないが、1-2回程度実習生が見学した項目から部分的に開始している。例えば、ROMの評価であれば、利用者にオリエンテーションを行う、ゴニオメーターを当てる、ゴニオメーターの目盛りを読む、結果を記録するなど技術項目を細分化して、部分的に模倣させる（図4）。実習生がどこまで模倣できるかは、実際に模倣させてみないと分からないため、当施設では積極的に実習生に模倣を促している。



図4 模倣の様子

実習指導者がゴニオメーターで数値を読み、実習生が股関節の全屈曲可動域範囲まで徒手で誘導している。

模倣が難しい理学療法評価の一つに歩行観察がある。当施設の歩行観察は、動作分析の抱える問題点を考慮して<sup>8)</sup>、施設内で標準化した評価を用いており<sup>9)</sup>、CEが用いている評価を実習生に事前に教授している。歩行観察の模倣は、CEの歩行観察の結果を記録することや、記録した歩行観察の結果をCEが診療録に記録するときに報告することから開始し、CEの歩行観察の結果を見返しながら、CEと実習生は同じ目線で再度歩行観察を行えるようにしている。

実習生へのフィードバックは、可能な限り診療中に行うが、業務煩雑時や利用者への配慮が必要な場合は業務終了後に行い、できるだけ速やかにフィードバックを行うようにしている。

集団リハの模倣は、利用者への声掛けから開始し、CE と実習生と一緒に声掛けを行った後に、実習生だけが声掛けを行う（図5）。最終的には、ほとんどの実習生がリスク管理や運動の実施などが行えるようになっている。



図5 集団リハビリテーションの様子

実習生の診療参加は、実習指導者と一緒に利用者へ声掛けを行ったり、利用者と一緒に運動したりすることから開始する。

### 3) 実施

実習生が、複数回「模倣」した技術を、CE の監督下ではあるが一人で実施する（図6）。実施開始の明確な基準はない。既に実習生が模倣・実施レベルであれば、利用者に変更した場合も見学から開始する必要はなく、利用者の解説を行ったうえで模倣・実施の経験を促す。



図6 実施の様子

最終的に実習生が一人で実施できるように支援するが、放任してはいけない。

### 4) チェックリスト

見学・模倣・実施の経験数は、養成校指定のチェックリストに実習生が記載することで、学習状況を記録する。CE は、利用者にとって必要がない技術項目は実施せず、診療で必要な理学療法の経験のみを行い、チェックリストに記載させる。チェックリストへの記載時間は利用者の診療直後や診療中であり、実習生はすぐに記載できるようにチェックリストを携帯する。技術項目を行った直後のチェックリストへの記載は、CE の指導内容を整理したり、参考図書調べたりすることで、実習生の混乱した頭の中を整理する時間としても有効である（図7）。そのため、当施設の指導方針としては、実習生が利用者の理学療法業務の全てに関わる必要はないと考えている。



図7 理学療法業務中の実習生の様子

2:1実習での様子であり、2名とも実習生である。実習生の一人が診療業務を行っている場合、もう一人の実習生は実習指導者のコメントを記録しておき、診療後すぐに実習生同士で情報交換を行う。

### 4. できることから実践する実習

CE は実習生ができることから技術項目を経験させる。従来型では、「リスク管理ができないから患者（利用者）に触らせられない」、「評価が全て終わらなければ治療ができない」と考



えやすいCEが多かった印象がある。CCSでは、実習生ができていないリスク管理をCEが補助する、評価が全て終わらなくても部分的に治療は可能であるという発想に立ち、一つできなければ全てできないという先入観を捨てて、実習生がうまく模倣できる技術項目から開始する。

技術項目だけでなく利用者の診療参加の人数も同様である。CCSは技術単位での診療経験を増やすことが重要であるが、CEが担当する全ての利用者の診療に参加させると、実習生に過剰なストレスが生じる場合がある。当施設では、利用者への診療参加もできる範囲の人数から開始し、実習生の能力に応じて診療に参加する利用者の人数を増減させるようにしている。

また、当施設では2:1実習も行っており<sup>10)</sup>、CEの担当利用者を二分し、二人の実習生に各々で診療参加させる場合もある。具体的な実習生の配分例を表4に示す。CCSにとって診療経験の増加は重要であるが、診療経験数の増加にこだわらず、実習生にとって最も学びを促進できる利用者数を検討するよう心掛けている。

## 5. 行動目標対象者は利用者である実習環境

臨床実習でも常に優先されるのは利用者の利益である。従来型では、利用者への適応の是非を十分検証せず、実習生が立案した理学療法を実習生の経験のために実施する場合があったが、利用者の身体的・精神的負担を増加させる可能性が高かった。当施設では、実習生が考えてきた理学療法を実習生の経験のために行うのではなく、利用者の利益のために行う必要があるかを、CEを含む複数のPTで構成された診療チームでディスカッションし、必要があれば診療チームとして責任を持って実施している。具体的には、朝のリハビリテーションミーティング（以下、リハミーティング）の際に、チームとして検討が必要な利用者の治療方針を検証している。CEと実習生は、リハミーティングの前に利用者の情報を整理し、治療方針や具体的な理学療法について提案を行う。リハミーティングでCEと実習生が心掛けることは、CEと実習生で主張のずれがないよう事前に調整すること、理学療法のエビデンスを示すこと、

表4 2:1実習の診療参加の例

時間	利用者	実習指導者	実習生（診療参加）	実習生（観察）
9:40	利用者A	指導者A	実習生A	実習生B
10:00	利用者B	指導者A	実習生B	実習生A
10:10	利用者C	指導者A	実習生A	実習生B
10:30	利用者D	指導者A	実習生B	実習生A
11:20	利用者E	指導者A	実習生A	実習生B
11:30	利用者F	指導者A	実習生B	実習生A
11:40	利用者G	指導者B	実習生A	実習生B
11:50	利用者H	指導者B	実習生B	実習生A

実習生（観察）は、実習指導者が実習生（診療参加）に解説する内容を記録したり、実習生（診療参加）が行う技術項目の様子を観察したりすることで、指導の様子を客観視できる。

問題提起だけでなく具体案を提示することである。現実的には、実習生より CE の主張が強くなる場合が多いが、理学療法のエビデンスを示すことは、CE と実習生の社会的立場に関係なく、実習生でも実践可能であり平等である。

実習生は全ての評価ができていないから治療させられないという発想も利用者優先ではない。実習生が部分的な評価しかできておらず、実習生が行った評価以外の情報が治療に必要な情報であれば、CE 自身が行った評価結果を実習生に教えて、速やかに治療に移ることが利用者最優先の環境である。

## 6. 学習到達度の形成的評価

学習到達度は形成的評価で行う。従来型の CE の役割は、臨床実習の指導者と同時に、実習生自身の実習成績を評価する評価者でもあった。しかし、臨床実習はあくまで授業科目であり、授業科目の成績は養成校の教員が責任を持って判定する必要がある。CCS で CE が行う学習到達度の確認は、実習生の能力修得の支援を目的とした形成的評価で行われる必要があり、実習成績の判定を目的とした総括的評価ではない。当施設での学習到達度の確認は、養成校指定の評価を行っているが、学習到達度の評価および実習生へのフィードバックの際には、学習の目標を明確にすること、コンピテンシーをどこまで修得しているかを評価すること、どのような行動を改善しなければいけないか具体的な情報提供を行うことを心がけている<sup>11)</sup>。学習到達度の評価は、実習生の行動の修正ではなく、CE の指導方法の改善に利用する。

## 今後の課題

第一に、CCS を他職種にどう理解していた

だくかである。例えば、CCS は、実習生が理学療法業務の一部を行うため、PT と利用者の接触時間が減少するが、PT と利用者の接触時間の減少は、利用者や利用者家族だけでなく、同じ施設で働く看護師や介護福祉士も抵抗感を感じる。看護師や介護福祉士に対する実習生の診療参加の説明は、職員ミーティングなどの際に定期的に行っているが、全員が合意することは現実的に難しい。理学療法部門単独で実習生の診療参加の是非を検討するのではなく、理事長や施設責任者など経営陣からトップダウンで指示していただける体制を確立するなど、組織として実習生を診療チームに受け入れる対策が必要であると考えられる。

第二に、CE の CR 能力をどのように育成していくかである。CCS では CE が CR を言語化し、実習生に伝えることが求められるが、臨床経験の浅い PT だけでなく、ベテランの PT も日々の臨床を直感的思考で診療する機会が多く、担当する患者（利用者）の病態や症状、問題点、理学療法の内容などを言語化し、実習生に明確に伝えることは難しい。そのため、臨床経験の浅い PT も、ベテランの PT も、日々行っている理学療法を言語化する試みが必要であり、現在担当している患者（利用者）の症例検討会は有効な機会であると考えられる。症例検討会では、症例情報の羅列に終始し、「困っているがどうしたら良いか」というプレゼンテーションを行う場面に遭遇することがあるが、抽象的な課題提示には抽象的な回答しか得られず、CR 能力の向上にはつながりにくい。症例検討会の課題提示は、「このような理学療法を行おうと考えているが、どう考えるか」など、できるだけ具体的に課題提示を行う事で、聴講者から賛否の意見が得やすく、CR 能力の育成につながりやすいと考えられる。

## まとめ

本稿では、一通所リハ施設での CCS の実践例を紹介し、CCS の基本原則を踏まえた実践方法を示すとともに、CCS を実践する中で生じた今後の課題についても言及した。CCS の基本原則は、1. CE の助手として診療参加、2. 部分的に技術単位で診療参加、3. 見学・模倣・実施の原則、4. できることから実践する実習、5. 行動目標対象者は利用者である実習環境、6. 学習到達度の形成的評価であり<sup>5)</sup>、これらの原則を踏まえた指導が重要である。当施設の理学療法業務は、他の通所リハ施設と比較しても一般的な業務内容であり、本稿に記載した CCS は他の通所リハ施設でも十分実践可能であると考えられるが、PT はもちろんのこと、PT 以外の職員も含めて、CCS の理解が十分でないと現場は混乱する可能性が高い。当施設でも CCS 導入直後は、やみくもに実習生を理学療法に参加させる場面が見られたが、CE や CE 以外の PT が CCS 導入の背景や CCS の原則を理解していくに従って、その光景は見られなくなった。他職種の CCS への理解の問題や CE の CR 能力の問題などの課題は残るが、これらの課題を徐々に解決していくことで、理学療法領域における CCS の導入・普及はさらに促進されるものと考えられる。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省. (2018). 理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインについて, 検索日 2019 年 9 月 25 日, [http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01\\_Guideline\\_181005.pdf](http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf)
- 2) 公益社団法人日本理学療法士協会・厚生労働省医政局医事課. (2017). 実習指導者向け調査結果報告書, 検索日 2019 年 9 月 25 日, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000182810.pdf>
- 3) 永井良治, 中原雅美, 森田正治, 下田武良, 岡真一郎, 鈴木あかり, 他. (2017). クリニカルクラークシップの実践に対する調査報告. 理学療法科学, 32(5),713-719.
- 4) Lave J, Wenger E. (1991). Situated Learning: Legitimate peripheral participation. NY: Cambridge University Press.
- 5) 編集 中川法一. (2019). 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. 東京: 三輪書店.
- 6) 西城卓也. (2012). 正統的周辺参加論と認知的徒弟制. 医学教育, 43(4), 292-293.
- 7) 孫大輔. (2013). 1 対 1 教育における臨床推論. 治療, 95(5),1005-1008.
- 8) 高嶋幸恵, 間瀬教史, 青田絵里. (2008). 動作分析の抱える問題と教育上の課題. 甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編, (1),15-22.
- 9) 監修 藤島一郎・監修 大城昌平・編集 吉本好延. (2016). 地域包括ケア時代の脳卒中慢性期の地域リハビリテーション—エビデンスを実践につなげる—. 東京: メジカルビュー社.
- 10) Lekkass P, Larsen T, Kumar S, Grimmer K, Nyland L, Chipchase L, et al. (2007). No model of clinical education for physiotherapy students is superior to another: a systematic review. Aust J Physiother, 53(1), 19-28.
- 11) 田川まさみ, 西城卓也. (2013). 医学教育における学習者の評価① 総論. 医学教育. 44(5),345-357.

## Clinical Clerkship for The Physical Therapy Practicum in Visiting Care Facilities

Yoshinobu Yoshimoto <sup>1)</sup>, Kazuya Kiriya <sup>2)</sup>, Makoto Nejishima <sup>1)</sup>, Shin'ichi Tsumori <sup>1)</sup>,  
Ryota Izumi <sup>3)</sup>, Atsunobu Sato <sup>4)</sup>, Isamu Shibamoto <sup>4)</sup>

- 1) Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University
- 2) Department of Rehabilitation Hanadaira Care Center
- 3) Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University
- 4) Department of Speech Language and Hearing, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

### Abstract

This study introduces an example of the clinical clerkship for the physical therapy practicum in visiting care facilities. Specifically, we described practices and problems for clinical clerkship in visiting care facilities such as day care. The important points of clinical clerkship for success are student participation, the first method of teaching students as a modeling, next coaching and finally fading, practice from what you can do, priority of patient benefit, and formative assessment. The current problems of clinical clerkship are the lack of understanding for clinical clerkship by other occupations and the lack of clinical reasoning ability in clinical supervisor. We should work on for solutions of these lacks.

KeyWord : Clinical Clerkship, Visiting Care, Physical Therapy