

学生の特性をふまえた卒前教育の実践 —— 学内教育と臨床実習教育のあり方を考える ——

Practice based on observation of undergraduate students' behaviors
— Considerations for university education and clinical practice outside of school —

理学療法学専攻長 金井敏男

長野保健医療大学 保健科学部 リハビリテーション学科

キーワード：理学療法士教育、行動観察、認知行動療法的手法

要旨：本稿は医療技術者（理学療法士）の卒前教育における思い・実践とともに、携わるすべての人への期待を込めて記すものである。その内容は以下に示す通りである。① 医療技術者に求められる基本的資質、② 教育とは何か、その概要と基本精神、③ 若者（学生）の特性（精神心理的・対人関係・学習志向）、④ 学内教育の基本的内容とそれに関わる配慮・工夫、⑤ 臨床実習教育・指導に関わる考え方、⑥ 学生の変調をとらえる過程とその指導、⑦ 自己効力感低下に伴う問題とその解決策、⑧ 医療技術者に求められる課題と卒前教育の役割

長保医大紀要, Vol.1, pp23-37, 2016

はじめに

日本に、理学療法士が誕生してから 51 年目になる。この間、養成校も増加の一途をたどり現在 253 校、定員 13,635 名となり、まさに養成校乱立時代となった。理学療法士国家試験合格者数で見ると、平成 27 年 3 月現在の累計で 129,942 名となり、平成 18 年からの 10 年間で実に約 2.5 倍に増加している⁽¹⁾。

超高齢社会の到来により国民の医療・介護に対する需要は確実に増大している。一方で医療機関の減少、理学療法士の退職・入職者数のアンバランス、福祉・介護経済の脆弱さなどを理由に、国は理学療法士の供給を制限する方向にあり、需給バランスはすでに崩れ始めていると言っても過言ではない。

一般的に技術者（職人）は、長年にわたる実務経験とその修練の結果、ようやく一人前の技術者として扱われるという社会的認識がある。この修練過程と認識は、自他ともに認める職人根性・職人気質 (artisan spirit) なる感情とそれを表現すること

ばを生み出した。これらのことは、医療技術者においても例外でなく、実務修練は生涯学習あるいは卒後教育への期待が大きい現状にある。それはそれとして、需給バランスが崩壊しつつある今、これまでも増して真の実力を持った技術者が求められるようになってきている。このような買い手市場となった現在、養成校での教育の在り方が大きく問われることはいうまでもない。

筆者は、臨床家として臨床実習教育に 23 年、非常勤で学内教育に 21 年余り携わり、現在は卒前教育の基盤をなす養成校に身を置き 16 年目を迎えた。

本稿は、平成 18 年に信州大学医学部保健学科主催の州嶺会にて講演し、その後州嶺会会誌第 17 号に掲載した原稿が元になっている⁽²⁾。今回、紀要掲載に当たり、その後 10 年間の本学での教育内容を検証しつつ加筆し、また時勢に合わせて訂正を行っているが、教育内容の大綱に関しては若干の量的質的工夫をしてきたものの現在もほぼ変わっていない。

私見ではあるが医療技術者教育の現状と課題を再考し卒前教育の在り方を模索する一助にしたいだけなら幸いである。

1. 医療技術者に求められる基本的資質

医療とは、自然科学としての医学・工学などと、社会科学としての人間観を背景に、その知識と技術を駆使し、種々の職種が関わって健康の保守、疾病の予防と治療、リハビリテーションにあたることである。そして、医療技術者はそれをもって公共の福祉と福利厚生に資することで、定められた報酬が得られる。いいかえれば、医療とは医療技術者が対象者の疾病や種々の障害と闘うことである⁽²⁻⁵⁾。

とりわけリハビリテーションは人間探求の科学といわれ、人の活動様式や行動様式を身体構造・機能・精神・心理・物理的・社会的環境などの側面から探り、その本質を見極めることである。

これに関わる理学療法士には、次のようなマインドが求められる。

- ① 理学療法は治療と疾病予防の技術 (art) および科学 (science) である。
- ② 理学療法は人の運動のメカニズムを自然科学と物理学を根拠に解明し、それを治療と予防に活用するものである。
- ③ 理学療法士は対象者とその環境に対して、科学者、技術者、援助者、および仲間の4つの側面 (マインド) を持って関与する。すなわち科学者としては自然現象への理解と応用、技術者としては客体の管理、援助者としての相互参加、そして仲間としての目標への同行である^(2,5,6)。

したがって、医療技術者には、医学的な知識・技術とともに、人間としての理解・認識を育む素地・素養が不可欠である。以下に医療技術者に求められる具体的な資質を挙げる。

- ① 自然科学を基盤にした知識と、それに裏づけられた技術。
- ② 社会科学を基盤にした思考と行動技術 (人間観・人間愛)。
- ③ 状況からその本質をとらえる洞察力と、高いコミュニケーション能力。
- ④ 安定した自我の確立による、安定した精神活動

(理性)。

- ⑤ 現象や事象に対する高い感性と悟性 (思考性・判断力・表現力)。
- ⑥ 現象や事象に対する高い反応性と、行動力およびそれに対する責任感。

これらの資質は、個人に生まれながらにして備わっている素質 (aptitude) と、医療専門職に必要な一定の能力水準 (proficiency)、そしてその仕事を満足して実際に遂行する (competency) によって構成されている。特に後2者には教育が重要となる⁽⁴⁾。

2. 教育とは何か、その概要と基本精神

2-1. 教育の概要

教育は、一定の目的や志向性の元に、対象者に対する意図的な働きかけを意味することばである。そしてそれは、次世代に対する文化の伝達と、価値観の形成あるいは人間形成に資する過程である。

人間は教育によって精神的・身体的可能性を開花させる。同時に社会の構成員として必要な労働能力・社会的能力を身につける。しかし、教育段階では将来的な展望に立ちつつも、その可能性は未知数ともいえる。

それゆえに教育では、対象者を人間として尊重する自覚のうえに、個として捉える人間観・教育観が求められる。また、教育過程では教育側と対象者間に共通的な価値意識の存在が必要で、その意識が双方で高いほど教育 (働きかけ) は成立・成功する^(2,7)。

教育の方法には、基本的に意図的教育用法 (観念) と成功感的教育用法 (観念) がある。この教育観・用法は、対象者に意図的に働きかけて変化を促す考え方であるが、前者は変化を求めることにあり、後者は実際に変化をさせることにある。実際の教育では、ウエイトの置き方に差異はあるにせよ、この両者の考え方を混在させ、種々の手段が駆使されている。

2-2. 専門教育とは何か、その目的と方向

理学療法士は、医療およびその関連分野に関わる技術者、すなわち専門職である。それゆえに、専門職としての教育・修練を経なければならない。

専門教育とは、明確に限定された職業内容を遂行する機能が発揮できるように、該当する知識・技能・態度を学習者に獲得させることにある。そして、学習者はその能力を社会に還元するとともに、その機能の向上に努め、自律的にその職業の行くべき方向を探して進むことができるようにすることをいう^(2.5)。

この定義からすれば、専門教育には、前述した技術者としての資質である proficiency・competency に関わる教育とともに、専門職の発展にも寄与できる素地づくりが求められている。

2-3. 教育の基本精神

教育・専門教育に求められるものをふまえ、改めて教育について考えてみると、その精神はリハビリテーションの定義・理念(WHO, 1968)と同様の精神がある。すなわち、教育は、目的や志向を基に、個人の知識的・技術的・精神的・社会的能力を開発し、必要ならばその代償能力や潜在能力を発達させようとする過程であり、個人が自立して積極的に社会的貢献を果たすための種々の努力であるにほかならない^(2.3)。

この精神に従って教育を展開するには、心の発達の主要な部分である認知機能が重要なカギとなる。

2-4. 認知機能と自己効力感

認知とは、見る・聞く・話す・憶える・考えるなどの知的機能を総称することばである。それゆえに、認知機能には、①知識の獲得と活用、②学習遂行、③情報処理などが含まれる。これらの機能の獲得状況や保有能力は、学生の学業に対する志向性や習熟度に影響し、「自己効力感」を左右する可能性を含んでいる。

自己効力感(self efficacy)とは、①ある行動を起こす前に、その個人が感ずる達成可能感、あるいはできる見通し。②自分がしたいと思っていることの、実現可能性に関わる知識。③自分はここまでできるという感覚などをいう。自己効力感は、情報量や負荷量によって変化するが、学生の認知機能・志向性・特性の在りようによっては低下をきたすことがある。すなわち、自己効力感の低下とは、自分

のできる見通しについての感覚(達成可能感覚・実現可能感覚)が持てず、不安がつのり自信がなくなっていく状態である。

教育によって認知機能のより良い発達を促すことで、学生の自己効力感が高まり、学業へのより活動的な取り組みが期待できるとともに、満足感や自信が自覚できるであろう^(2.8)。

3. 若者(学生)の特性

人間は、物質的豊かさと便利さを追求してきた結果として、社会の自由競争を加速し、飽食の時代を生み出した。しかし、その一方では社会の流動化をきたし、経験や文化の伝承、対人的関係、自然との共生などの形骸化が問題視されるようになり、価値観の多様化とともに心の有りようにも変化をもたらした。

このような時代を背景にして育ってきた若者は、新人類あるいは新新人類といわれ、多少にかかわらず精神心理面、対人面、学習面などにある種の特性を持っているように感ずる。それらの特性は、概ね10年前とさほど変化はない。しかし対人関係困難やコミュニケーション不全傾向はより顕著になっていると感じられ、さらに「いい子症候群」「スマホ・ネット依存症」なる新しいことばも生まれて来ている⁽²⁾。

以下にその特性を述べる。

3-1. 精神心理的特性

学生は、何らかの動機により多様な職業のなかから医療技術者を選択し入学してくる。そんな学生の内面は、その行動とは裏腹にそれほど明確な志を持っている訳ではない。一般的には、高校を卒業する段階で将来を展望するのは難しいことであり、学生の自己内面は将来展望の途上で揺れ動いている。そこには個人差はあれど、以下に示すいずれかの特性が見受けられる^(2.4)。

- ① モラトリアム(執行猶予)；まだ自分の方向性について模索・確認の過程にある。
- ② 自己定義への不安；多種多様な可能性を遷延する。
- ③ 自己同一性の形成不全；自分とはなにか・自分

らしさが明確でない。または育っていない。

- ④ 自己不確実な感覚；自分に自信がない・自分が確立していない。
- ⑤ 自己検討不可能；こだわり・過敏・葛藤・不安・緊張などの状態に陥りやすい。これが昂じればパニックに至る。

3-2. 対人関係に関わる特徴

学生は、志望動機の一つとして異口同音に「人と触れあう仕事」を力説することが多い。しかし、実際には学内授業や臨床実習で対人関係に悩み、孤立感に苛まれてしまう学生もいる。特に臨床実習では、環境の変化に戸惑いその傾向が強くなり、結果として前述の心理的特性のいずれかを顕在化させることもある⁽²⁾。

以下に学生から窺える対人関係の特徴を示す。

- ① 現実についての検討力低下；今いわれていることがわからない、つながりがわからない状態から劣等感を意識する。
- ② 劣等感コンプレックス；劣等感を意識するのみに留まらず、人と比べて違うという感情になる。その感情が恨み・攻撃的な力に変化することもある。
- ③ 適度な距離感を保つことが不得意（やまあらしジレンマ）；親しくしたいが、親しくしすぎると自分が飲み込まれてしまう恐怖感がある。そのため他者との対等感・他者の取り入れ・他者に素直に頼るなどの関係づくりにおいて、家族・友人・教員・臨床指導者などの家族圏に留まってしまう。
- ④ 表現能力の低下；自分をきちんと相手に伝え、相手のことを十分に聞き取ることが不得意。そこに自己不確実感があると、大人のコミュニケーションが困難で、泣く・無言・手いじりなどの稚拙な行動表現に至ることもある。
- ⑤ いい子症候群；常に親、教員など大人の顔色を窺い、相手の喜ぶ行動を演ずる。それにより自己肯定感が低下し、指示待ち傾向を示す。また自己表現が苦手で、ストレスを発散するためにトラブルを起こすこともある。トラブルの回避方法がわからず、ひいては新型うつに陥る場合

も少なくない。

- ⑥ スマホ・ネット依存症；人と人との関係が希薄になり、不安の緩和や心の支えを求めて常に誰かと繋がっていたいという欲求から、スマートフォンやインターネットに依存してしまう。それによりますます人との関わりが苦手となる。

3-3. 学習に関する志向の特徴

医療技術者教育は、自然科学・社会科学などを基盤にした、人間探求の科学の伝達であるといえる。それゆえに、提供する情報也多岐にわたり、学生には、それらの理解のうえに分析力・判断力・応用力など思考力も求められる。しかし、最近では特に以下のような学生の学習志向を折に触れ感じている⁽²⁾。

- ① 学習への取り組みが受動的であり、内容の把握が丸暗記傾向にある。
- ② 理解の仕方が「全か・無か」的な傾向にあり、内容の重み付けが不得意。
- ③ 自己学習の仕方やその展開が同僚・教員・実習指導者に依存的である。
- ④ 自分で考える過程なくして、性急に解答を求める。
- ⑤ パラダイムの変換が不十分で、応用力にも欠ける。
- ⑥ 理解が教科ごとの知識に留まりやすく、系統的・横断的整理が不十分である。
- ⑦ 知識や思考を形成関係型に整理することが不十分である。
- ⑧ ことばや文章から形（物）や動きなどをイメージすることが難しい。

4. 卒前教育（学内教育）の基本的な内容

卒前教育は、ほとんどの養成校で文部科学省、厚生労働省、職能団体である協会などが示す基準を科目数、単位数ともに大幅に越えて実施されているのが現状であろう。教育内容は、専門職としての基礎的能力修得と思考性・創造性・表現力の習得を基本目標とするため、カリキュラムを構成する科目の幅と深さのみならず、ひいては教員の技量も重要である。本学のカリキュラム内容は10年前と

大きな変化はないが、教授方法に関しては前述の学習志向における特徴に配慮しつつ、教員それぞれが試行錯誤しながらさまざまな工夫を施し現在に至っている⁽²⁾。

本校の教育内容を簡単に示すと以下の通りである。

- ① 基礎科目 (一般教養)・専門基礎科目・専門科目・トピックスなどの講義。
- ② 専門科目の実技・技術演習。
- ③ セミナーでの課題選定・遂行・発表会・質疑・総括。
- ④ 専門基礎・専門科目の実習 (グループワーク・レポート作成・提出・発表会・質疑・総括)。
- ⑤ 専門科目での提示課題によるグループワーク・ワークショップ・レポート作成・提出・発表会・質疑・総括。
- ⑥ 専門科目での評価・治療シミュレーション (ペーパーペイシエント・模擬患者；客観的臨床能力試験)。
- ⑦ 専門科目での学内評価実習 (協力患者による)。
- ⑧ 病院・施設等の見学とレポート提出・発表会・質疑・総括。
- ⑨ 臨床実習オリエンテーション・臨床実習とその反省会・グループ別症例発表会・質疑・総括。(症例発表会にはグループ以外の同学年および下級学年学生も参加する)
- ⑩ 卒業論文の計画・遂行・作成と発表会・質疑・総括。
- ⑪ 小試験 (科目によっては毎時間)・中間試験・期末試験の実施。
- ⑫ 科目によっては、授業ごとに感想を中心とするミニレポート作成・提出。

5. 学内教育に関わる配慮・工夫

学内では、専門職に必要な各学問領域の講義・実習・演習などとともに、必要に応じて課題を課し、その遂行を通して、学生の成功感的志向性を導こうとしている。しかし、学生が専門職として具体的にイメージし、それを実感することは、学内教育のみでは限界があるが、本学ではそれを少しでも補えるようにさまざまな配慮・工夫をし続けている⁽²⁾。以下それらを挙げる。

5-1. 講義での配慮・工夫

- ① 講義の内容をできるだけ系統的・横断的・形成関係的にする。
- ② 視聴覚教材や板書の際には、端的な表現や箇条書きなどを用い学生が理解しやすくノートが取りやすいよう工夫する。
- ③ 視聴覚教材やテキストを学生に音読させ、授業への集中と内容の理解につなげる。
- ④ 他科目との関連性を示したり、例を提示し重要性を示唆する。
- ⑤ テキストや文献を使用する場合は、内容の解釈に重点をおく。
- ⑥ 時折学生に発言を求め、理解度・記憶・応用力などを確認する。
- ⑦ 関連する文献などの情報を適宜提供する。
- ⑧ 必要に応じて実物・模型・資料などを有効に活用する。
- ⑨ 配布資料は、学生が眺めるのみでなく、書き込みの必要があるようなものにする。
- ⑩ 科目によっては、授業ごとに小テストや感想文の提出を実施し、学生の状況・情報把握と教育評価に反映させる。
- ⑪ 場合によっては録音や動画・写真撮影を容認し、復習・ノート整理・テスト対策などの資料にさせる。

5-2. 実習・演習での配慮・工夫

- ① マニュアルを作成し目的・方法・処理・まとめ等のオリエンテーションを詳細に行う。
- ② デモンストレーションを実施し、それを論理的に説明する。
- ③ デモンストレーションの後、学生に実施・体験させ、確認・補足・指導のためこまめに机間指導を行う。
- ④ 科目によっては、実習・演習後レポートを義務づけ、さらに発表会を行い、確認・補足・顛末指導を行う。
- ⑤ 評価・治療学では模擬患者や患者の協力を得て、必要に応じた評価方法と評価尺度の選択、その実施を経験させる。
- ⑥ 事前に患者情報などを提示し、その評価・治療

計画などをまとめさせる。それを基に演習を行い、計画の確認・補足・指導も合わせて行う。

- ⑦ 必要に応じ動画・写真撮影を容認し、演習内容を整理・確認させる。

5-3. 課題やレポートなどでの配慮・工夫

- ① 課題は、行動目標を明確にして興味・関心が広がるように提示する。
- ② レポートでは、考察を重視し全体的にチェック・コメントをする。
- ③ 課題では、テーマと方向性を示唆した上で、学生自身でその遂行・処理計画を設定し展開させ、顛末指導する。
- ④ 課題では、レポート作成とともに発表会を行い、論議を深めたり、顛末指導を十分にする。
- ⑤ グループ課題では、学生個々の責任的参画を促し、同一テーマを提示した場合は発表会を通して順位づけをすることもある(コンペティション)。
- ⑥ 課題レポートなどでは、その内容や表現について、学生と議論しながら理解度の確認・修正をする(個人面接もあり)。
- ⑦ 課題によっては、教員の説明を学生間で個々順番に伝達し、全員に行き渡ったところで、最後に内容の確認をしながら全体指導を行う。(伝言ゲーム式)
- ⑧ 学生同士で実技演習を行わせ、必要に応じて指導する。その指導内容を学生間で口頭試問させ、状況と結果を教員に伝達させる。

5-4. その他全般的な配慮・工夫

- ① 定期的にグループ・個人面接、相談の機会をつくっているが、必要に応じて随時行う。
- ② 必要に応じて講義・面談・グループワークなどによる補習を行う。
- ③ 学生によっては復習・学習ノートを作成させ、点検指導をする。
- ④ 学生によっては、文章の書き方・まとめ方などを指導・練習させる。
- ⑤ 提示した課題やレポートのフィードバックを面談、添削にて可能な限り行う。
- ⑥ 関連分野でのボランティア活動を推進する。

- ⑦ 教員の研修として行う臨床などに希望者を同行させる。
- ⑧ 各種の勉強会・研修会などの情報提供と推奨を行う。
- ⑨ 日頃から折りに触れて声がけや雑談などを通してコミュニケーションをはかり、学生の状態を把握する。
- ⑩ 講義時間以外にも可能な限り学内を開放し、自主学習の環境をつくる。

これらは、当たり前といえば当たりのことであるが、当たりのことを丁寧に時間をかけて、教員と学生が一緒になって取り組んでいることが本学の特色といえる。

このような配慮・工夫が、学生の自ら行うべき学習の方向や専門職としてのイメージを見いだすことにつながっているのであろう。

5-5. 近年の医学教育の動向

卒前教育は、学生の認知機能に働きかけ、知識的にも行動的にも一定の変化を求めるとともに、比較的持続的な変化を期待し、導くものである。

近年では、医学教育において学生自ら変化を求め、変化し、さらに発展させるための素地づくりを目的に、その具体的な教育方法が導入されてきている⁽²⁾。それらの動向を以下に示す。

- ① チュートリアル教育 (tutorial education)
- ② 問題解決型学習
(problem based learning)
- ③ 早期体験教育 (early exposure)
- ④ ポートフォリオ (portfolio)
- ⑤ 医学教育シェアリング グループ
(educational sharing group)
- ⑥ 症例紹介サイトの利用による教育
(CEPHEM ; college enhancement project for heartfelt education on medicine)
- ⑦ CBT (computer based test)
- ⑧ 客観的臨床能力試験
(OSCE ; objective structured clinical examination)
- ⑨ Clinical clerkship

さらに、教授方法の研究実践として⑩ファカルティ・ディベロップメント (FD; faculty development) と⑪機関調査研究; インスティテューショナル・リサーチ (IR; institutional research) などが推進されてきている。

本学でも、3-3の学習に関する志向の特徴で述べたようなさまざまな課題をもった学生を支援し、学問の理解、整理、連結ならびに応用につなげるために、上述の②、③、④、⑧について実施、①、⑤、⑩に関してもその一端を取り入れている。

今後は、その他の教育方法についても検討していく必要がある。

6. 臨床実習教育・指導に関わる考え方

臨床実習は、学生にとって学内学習を基に、医療技術者としての知識・技術・態度を確認・検証し、新たな機能・能力を実感する卒前教育の最大事業である。

臨床実習教育・指導形式を歴史的にみると、1980年頃までは指導者の考え方や技術を見て模倣して身につけてゆく盗み取り型教育。以後1990年頃までは盗み取りに少しの指導で自身に考え行動させる示唆誘導型教育。その後2000年頃までは多くの示唆誘導型か手取り足取り型教育。これ以降は殆ど手取り足取り型かマニュアル型教育で、稀に示唆誘導型と指導者が共に悩み解決策を模索する共感型教育へと変化してきた印象である。これらは社会動態の変化と学生の特性を指導者が敏感に捉え、より効果的な臨床実習教育を模索してきた変遷の結果であるといえるのかもしれない。

そこで、学生の特性をどのように捉えるかを考えたとき、身近なモデルとして、情報の入手から治療目標、治療計画におよぶ診療過程の考え方に当てはめるとわかりやすい。目標や計画を設定するにあたっては、指導者がこの過程を意識することで、学生の特性や認知機能とともに目の状況や課題が見えてくるであろう。さらに、学生のつまずきや変調を捉える教育課程については次項に述べる。

いずれにせよ、臨床実習教育では、学生の混乱を最小限に留め、多くの感動とともに生きた知識・技術・態度を実感させたいものである。学生は、こ

の実感が多ければ多いほど達成感を自覚し、その結果自己効力感が高まり自信のようなものを感じるはずである^(2,9)。

本学では、臨床評価実習Ⅰ(2年次3週間)、臨床評価実習Ⅱ(3年次3週間)、臨床実習Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ(4年次各8週間)の合計29週間に亘る臨床実習を実施している。

各実習の到達目標は学内授業の消化度合いにより異なるが、ここでは実習全般について述べる。

以下に臨床実習教育の考え方を示すが、これらは学生と指導者双方の理解と共有が重要である。

6-1. 臨床実習教育・指導の具体的方法とその展開

教育・指導は、ある方向や目的に向って教え導くことを表現することばである。教育・指導では、教育・指導者と指導を受ける側双方において方向や目的に関わる理念・志向性などとともに、合目的的行動が要求される。この行動は、一般的に到達目標と、それを実現するための行動目標として設定され、成果を導くための基本単位となっている。ここでは、養成校側の視点から臨床実習教育・指導の到達目標・行動目標について述べる⁽²⁾。

6-1-1. 臨床実習教育・指導の基本的な到達目標

学生は、個々それぞれの個性・特性・能力がある。臨床実習での到達目標は、学生個々に合わせて設定するが、ここでは、医療技術者のみならず、社会人として基本となるものを以下に示す。

- ① 自己を認識し、医療技術者としての責任を実感できる。
- ② 自分の個性を活かし、能動的・主体的に行動できる。
- ③ 周囲に対する気配り、気づかいとともに、物事への高い反応性や自己表現の重要性を認識できる。
- ④ 知識・技術を確認するとともに、それを検証し、洞察力・応用力・判断力などの必要性を理解できる。
- ⑤ 治療者としての概念・理念を模索することができる。

- ⑥ 向上心・探求心を発揮し、さらに知識・技術・態度の研鑽・育成に努める。

6-1-2. 学生との関係構築に関わる指導者の行動目標

学生は、前述した特性（未熟な対人関係）に加え、見られるという感覚を強く持って臨床実習に臨むために、その展開に際しては、指導者との関係が最も重要となる。学生は、指導者の雰囲気やちょっとした言動などに過敏に反応し、えてして防衛的退行的な感情を抱くこともある。この嫌悪な感覚は、状況にもよるが緊張・不安・葛藤などを助長し、学生は自分のあるがままを尽くすことができず、指導者のみならず患者や他スタッフとの関係をも困難にする悪循環の要因となる可能性も少なくない。これが困ずれば、臨床実習は指導者・学生ともに不満足な結果となり、学生によっては自己効力感を低下させる。指導者は、学生の特性や志向性などを早期に見極め、臨床実習教育の円滑化をはかり学生の能力を導くために、学生と良好な関係を構築する必要がある⁽²⁾。以下にそれらを見極め、関係構築の行動目標を示す。

- ① 学生のやりたい自分とやれない自分を見分け、やりたい自分を伸ばす。
- ② 学生が自分はダメな人間だと思ひこむ内容の発言をさける。
- ③ 指導者が自ら自分を開き、気持ちまでもことばで伝える。
- ④ 指導と確認はその場で、その時に、を基本とする。
- ⑤ 指導者自身のコンプレックスを、学生に逆転移しない。
- ⑥ 指導者が複数の場合は、役割分担し学生の混乱をさける。
- ⑦ 他スタッフとの関係はオープン化し、チーム観を養う。
- ⑧ 学生ができたときには、瞬時に賞賛を与える。

6-1-3. 学生の資質に関わる指導目標

医療技術者は、患者という独特な個性を持った人間を対象とするだけに、その教育では知識や技術のみならず、態度や資質・適正も対象となる。指導者は、医療技術者に求められる資質（適正）も

念頭におき、臨床実習の随所でその教育・指導を行うことが望ましい⁽²⁾。以下に資質に関わる指導目標を示す。

- ① 学生も指導者も「ホンネ」で語れる関係や環境をつくる。
- ② 学生の個性・主体性を見極め、それを尊重する。
- ③ 何事も真剣に受け止め、学生とともに考える。
- ④ 指導者も常に学ぶ姿勢で取り組む。
- ⑤ 誠意ある行動を示すとともに、「有言実行」に心がける。
- ⑥ 物事に対する判断・決断は厳しく、反省は謙虚にする。
- ⑦ 学生の考え方や行動に対して、批判だけでなく肯定的部分をできるだけ多く見いだす。
- ⑧ 学生と自分の言動や行動に対しては、常に何種類かのフォローの仕方を考えておく。
- ⑨ 結果ばかりでなく、その過程も評価する。
- ⑩ 学生指導には厳しさの中にも優しさをもって接し、情熱を注ぐ。

6-1-4. 学生の知識・技術に関わる指導目標

学生は、臨床現場や患者に対する具体的なイメージが乏しいままに臨床的な知識・技術に触れるために、実習当初はその情報の多さと複雑さに困惑することが少なくない。その結果として、自分の知識・技術や思いを発揮するにあたり、実習全般にわたって混乱を極める可能性がある。指導者は、この混乱を可能な限り最小限に留め、学生の現存あるいは潜在能力を発揮させるとともに、臨床能力という新たな能力の獲得に導く必要がある。それは学生が臨床知識・技術・態度を確認し理解した上で、その重要性を検証・実感し論理的に表現する能力を獲得できるようにすることである。まず指導者は、臨床場面で学生の混乱状況を分析し、学生が捉えやすい情報あるいは注目している情報を見極め、それを基本軸に据えることが必要である。つぎに学生の状況を見ながら、基本軸に据えた情報と他の情報の関連性を理解できるように導く。さらに、学生の理解状況を確認し、検証・実感・表現させてみる⁽²⁾。

以下に知識・技術に関わる指導目標と過程を示

す。

A. 指導目標の視点

- ① 評価・治療では、全体から部分を捉えることを常に念頭に置き、時には部分と全体の関連づけも意識する(トップダウン・ボトムアップ)。
- ② 捉えやすいことを基本軸にして形成関係型思考性を育み、それを表現する。
- ③ 情報に対する感受性を高め、関連知識と技術を導引し、広い視野による問題解決能力を育む。
- ④ 技術者として何事に対しても、良い意味で挑戦的に行動する。

B. 指導目標とその過程

- ① 学生の緊張を緩和し、患者や指導者に接近しやすい環境や雰囲気にする。
- ② 患者の症状や現象を捉え、それに対して闘争心を持って立ち向かわせる。
- ③ 多くの不安と疑問を持ち、そして、それらを昇華し、解決に向かわせる。
- ④ 現象観察や状況表現は、まず第一印象で捉えたものを基本軸とさせる。
- ⑤ 基本軸とそれを裏付ける種々の情報との関連性を探り、それを徐々に拡大させる。
- ⑥ 情報を統合・解釈し、そしてその結果を論理的に表現させる。
- ⑦ 問題の原因やその治療について仮説を考えさせる(仮説は多ければ多いほどよい)。
- ⑧ 仮説の理由とそれを検証する過程、そして、その結果を端的に表現させる。
- ⑨ 検証の過程や結果を実感し、他の情報や仮説と関連させて論理的に表現させる。
- ⑩ 検証の結果を主たるもの・従たるものに分類し、重み付けを行わせる。
- ⑪ 治療・指導による変化や効果を感じ取り、それを確認・実感させる。
- ⑫ 治療・指導による変化を論理的に考察し、表現させる。
- ⑬ 治療・指導をさらに適応・拡大しその結果を確認・実感した上で、治療の応用性も考えさせる。
- ⑭ 応用した治療・指導による変化や効果を実感し、考察・検証した上で、それを論理的に表現させる。
- ⑮ さらに効率的な治療・指導を模索し、実施させる。

- ⑯ 治療・指導の効率性を確認・実感し、論理的に表現させる。

ここまで述べて来た到達目標と行動目標は言ってみれば最終目標であり、学生の習熟度や特性によっても異なる。特に、知識・技術に関わる到達レベルについては、実習状況を観察した上で、学生と相談し負荷量の要求水準を漸減的・漸増的に変化させていくことが望ましい。

6-2. 臨床実習教育に関わる学内での教育・指導

学内では、臨床実習に臨むにあたってのオリエンテーション、臨床実習終了後の反省会、症例発表会を基本に、必要に応じ面接などを臨床実習ごとに実施している。これらを通して、学生は、臨床実習に臨む姿勢を確認し、種々の情報を共有することにより、新たな姿勢や課題、課題の解決策などを実感する⁽²⁾。

6-2-1. オリエンテーション

臨床実習は、学生が実践的学習をする場であり、医療技術者を目指す者にとって避けて通ることのできない大きな関門である。それに対して学生は、社会人として毅然とした態度で臨み、自分の能力を最大限に発揮することが求められる。学内ではその準備として、実習ごとにオリエンテーションを行っている。

特に、②若者の心理学的特性・対人関係の特徴、および③パニック、抑うつの対処法については、自らの特性を理解することにより、過緊張や葛藤など実習時に起こりうるストレス状態を回避または対処できるようにとの意図で取り入れている⁽²⁾。

初めての臨床実習である2年次の臨床評価実習Ⅰの内容を以下に示す。

- ① 医療技術者に求められる資質。
- ② 若者(学生)の心理学的特性・対人関係の特徴・学習志向の特徴とその影響。
- ③ 実習中に陥りやすい精神心理的状態(パニック、抑うつ)の過程と対処法。
- ④ 基本的到達目標、対人関係に関わる行動目標、資質に関わる行動目標、知識・技術に関わる行動目標。

- ⑤ 臨床実習の手引き (目的・内容・課題・心得・指導者へのお願いなど) の読み合わせ・説明。
- ⑥ 感染症対策、個人情報保護、守秘義務、リスクマネジメント、ハラスメントについて。
- ⑦ 姿勢動作分析の補習。
- ⑧ 統合と解釈についての補習。
- ⑨ 症例経験記録、症例記録、症例報告、実習日誌の書き方・演習。
- ⑩ 指導者会議や臨床指導者からの指摘事項など。

また、それ以降の臨床評価実習Ⅱ、臨床実習Ⅰ、Ⅱ、Ⅲではこれらの内容から必要に応じて適宜抜粋して行い、さらに反省会や症例報告会、前回実習指導者からの指摘事項、レポート類添削時の教員からの指摘事項などを課題として盛り込み、対処法などを提示する。

6-2-2. 臨床実習反省会

反省会は、各段階での臨床実習終了後に教員、学生の全員参加のもとで開催している。その目的は、実習を振り返って自分の知識、技術、態度などについて自ら考察し、今後の成すべき方向を具体化することである。そして、それを必要に応じて他の学生や教員が共感、共有し自分自身に反映させることによって、クラス全体のレベルアップに繋げていこうとするものである。

人前で、自分の未熟さや不十分さを隠さず表現する勇気や、誉められたことを誇れる自己効力感は学生の大きな成長につながっていくはずである⁽²⁾。反省会の内容を以下に示す。

- ① 臨床実習施設の概要
- ② 担当症例の概要
- ③ 反省 (不満足点)
- ④ 指導者の指摘事項
- ⑤ 指導者に誉められた点
- ⑥ 今後の課題
- ⑦ 質疑 (教員から、学生から)

6-2-3. 症例発表会

症例発表会は、各段階ごとの臨床実習終了後の反省会の後に、グループ分けして開催する。1グループは学生5名から7名に教員1名で構成し、下級

生や可能な限りの同級生の参画を勧めている。

発表に際しては、担当症例について A3 用紙 1 枚の抄録にまとめ、参加者が症例を具体的にイメージできるような発表を心がけるように指導している。指導の視点は、理学療法診療過程、すなわち、情報の入手から考察に至る内容と考え方の整合性、治療の展開と現象や変化の把握状況、内容の理解度と表現力、治療者としてのスピリットなどである。

この発表会を経て評価の意味、評価の妥当性、効果的治療などを学修すると同時に学生自らの知識、技術の不十分さにも気づき、医療技術者としての難しさと面白さを感じ取って欲しいとの思いで指導している⁽²⁾。症例発表会の内容は以下の通りである。

- ① 症例に即した評価が行えているか
- ② ①で行った評価の必要性とデータの妥当性
- ③ 評価結果の原因散策とそれに関わる仮説
- ④ 評価結果の統合と解釈
- ⑤ 問題構造の構築とその関連性の確認
- ⑥ 治療目標の設定と具体的治療計画の立案
- ⑦ 治療経過および現象の変化
- ⑧ 考察
- ⑨ 質疑、学生からの評価コメント
- ⑩ 担当教員によるまとめ (個別および全体)

6-2-4. 課題 (提出物) の点検・指導

臨床実習の課題は、①学生の自由記載による実習目標、②実習日誌 (デイレシーノート)、③症例記録 (カルテに準ずる記録)、④症例報告 (症例レポート)、⑤実習経験記録、⑥実習感想文などがあり、その他に自己学習した成果も一緒に提出させ点検・指導を行う。これらは、学生の臨床実習の成果のみならず努力の過程・今後の課題などを確認する資料であるとともに、学生自身が将来、専門職としてその役割を果たす際に、評価・治療にかかわる考え方、判断力、行動表現などにおいて参考となる貴重な記録でもある。

点検時の視点は、課題の遂行状況の他に担当症例についての評価・治療の考え方、疑問点と解決策、指導者の指導内容 (コメント)、記録内容の妥当性・整合性、学生の努力度と質などである。懇切に添

削指導し学生にフィードバックを行っている⁽²⁾。

6-2-5. アンケート調査

これは、各段階での臨床実習終了後、臨床実習指導者の指導体制、学生の満足度・課題などについて、記述式アンケートと自分自身の満足度を100点満点で記載させるものである。記載された内容からは、学生自身が捉えた臨床実習の満足度と課題などが、ある程度明確になる。また、この内容は、学内教育や臨床実習教育の在り方を模索するための資料となる⁽²⁾。内容項目は以下のとおりである。

A. 実習状況について

- ① 実習施設でのオリエンテーション
- ② 担当症例（数、状態）

B. 実習指導について

- ① 指導体制
- ② 指導者の関わり方、指導方法

C. 自分自身について

- ① 指導を受けた事項（資質面、知識面、技術面）
- ② 指導者、スタッフとの関係
- ③ 担当症例や家族との関係
- ④ 自分自身の目標の達成度と課題点

D. その他の要望・意見・感想

6-2-6. その他の対応

臨床実習中は、教員による実習施設への訪問あるいは電話訪問を基本として、メーリングリストを利用した、学生間あるいは学生・教員間での相談や質疑応答を行っている。

また、遠隔地に分散している学生が相互に支援し合う活動を促すため、インターネット上の Web ツールとして、「仮想ホームルーム」と題した意見交換や資料の投稿を可能とするシステムを設計・開発しサーバー上に設置・運営している。

そして、実習評価が思わしくなかったり、何らかのつまずきや変調が窺えた学生には、臨床実習終了後に面接を行い、その内容を確認した上で原因を明確にし、学生自身で解決策を模索するための手助けをする。

さらに、必要に応じてレポートや授業日誌（授業

の要旨と考察）などの実践課題を課し、次回の実習に備えさせている⁽²⁾。

7. 学生の変調をとらえる過程とその指導

教育現場の課題として学力低下、個性尊重、ゆとり教育などが指摘されるようになってから久しい。教育現場では、これらの課題を視野に入れ、種々の模索と実践をしているが一筋縄ではいかないようである。最近では、個人主義を尊重し、個人の特別なニーズに対応する教育 (inclusive education) システムの構築に向けた特別支援教育が推進されつつある。しかし、現状では、若者を取り巻く社会環境の変化やマスプロ教育の限界もあり、学業に対する姿勢、対人関係、将来設計などに悩む若者が増加していることも否めない。

このことの議論は別として、教育現場では学生の心理的・対人的特性、学習志向あるいは認知機能に起因する、つまずきや変調を可能な限り早めに捉えることが重要である。さらにその要因と対処法を模索・検討するには、理学療法診療過程と同様のノーハウを持って臨むことが必要であろう⁽²⁾。以下に診療過程に沿った、変調を捉える教育・指導バージョンを示す。

- ① つまずき・変調の情報は、本人の訴え、同僚からの指摘、学業成績低調、行動観察、臨床実習指導者からの指摘などから得られ、それが対処のきっかけとなる。
- ② 学生との面接などによって、より詳細に情報を入手する。
- ③ 入手した情報を分析・統合し、その状況を解釈する。
- ④ その状況から問題点を導き、領域ごとに整理する。
- ⑤ 転帰（変化）、望ましい方向を予測し、指導の方向や目標を考える。
- ⑥ 具体的な指導方法を模索・検討し、指導計画を考える。
- ⑦ 学生の状況と指導などについて、専攻会議やスタッフ会議（臨床）などで報告・検討・確認する。
- ⑧ 具体的な指導を実施する。
- ⑨ 問題の解決状況、指導の方向、具体的指導など

について再評価し、検証する。

- ⑩ 状況の変化や、新たな展開に対しては、再度この過程を適応・循環させて検討する。

そして、この過程を通して効果をあげるには、学生と教員・指導者の間で種々の情報を共有するインフォームド・コンセントの理念も重要であろう。

学内教育では、基本的に集団が対象となるために、問題点が目立たない学生に、この考え方で臨むには不十分な側面もある。それゆえに、我々はこの考え方を念頭に置き、授業や課題、さらに課外活動などから集団と個々を捉え状況の把握に努めるとともに、問題が生じた場合は解決策の模索・工夫をし続けている。

臨床実習教育では、基本的に個人対個人であるため、この考え方の運用が比較的容易かもしれない。臨床実習を通して、学内ではあまり目立たなかった学生の特性や問題点がより明確化することも少なくない⁽²⁾。

8. 自己効力感低下に伴う問題とその解決策

自己効力感の低下とは、自分のできる見通しについての感覚が持てず、不安がつのり自信がなくなっていく状態であり、精神活動全般にわたり下向きの悪循環をもたらすことは先に述べた。それに対し本学では、前項に述べて来たような理学療法診療過程に準じた対応策を講じているが、にも拘らず解決に至らず、自己効力感の低下が進み自己検討不可能状態に陥る学生もまれにいる。自己検討不可能とはこだわり・過敏・葛藤・不安・緊張などの状態をいい、これが昂じればパニックに至る。

特に、臨床実習に臨む学生は過度な緊張と不安を感じているため、その展開によっては対人的にも知識・技術的にも混乱することが多い。この混乱は、学生の特性や自己内面の在りようにもよるが、自己効力感の低下をきたし極端な場合はパニックにつながることもある^(2,8)。

8-1. パニック症状発生の過程

自己の検討が不可能になる状態は、以下に示すような過程を経るのが一般的である。

学生が自己選択の場面において「自己不確実な感覚」で自分に自信がないままに行動すると、「一つのことにとこだわる」「過敏な心と過緊張」のいずれかに限られた行動となる。この状態、すなわち「過敏な自意識過剰」になると「見る自分」と「見られる自分」が葛藤し、自己の内面が弱ければ「見る自分」より「見られる自分」が大きくなり、それに負けてしまう。そして、「不安」「過緊張」となって「必要以上に反応」し、ついには「パニック」に陥り特有の症状として表面化する。パニック症状は臨床実習での発生頻度が高く、稀に学内でもみられる。

学生のパニック症状は過程、発生頻度ともに10年前も現在も大差はない⁽²⁾。

8-2. 学内授業でパニックにいたった例

本学を志願した動機はそれほど明確でなく、資格取得と安定就職を背景に、業務内容の表面的理解のまま、家族の薦めもあって入学した。気分的には授業時間内の集中力、科目数の多さと範囲の広さ、内容の複雑・難解さなどにとまどう。そんな日々から自分の学習スタイルが見いだせない、試験結果が思わしくない、集団行動や集団課題の遂行が煩わしく、それに参画できず孤立感覚を持つ。やがて同僚が優秀に映り、自分は医療技術者に向かないと考えるようになる。それが続くとき徐々に気分が落ち込み、身体もだるく、食欲もなくなる。自分の在りようを考えれば考えるほど、睡眠状態が不順となり、学校に足が向かず休みがちになる⁽²⁾。

8-3. 臨床実習でパニックにいたった例

性格的には真面目で完全主義的な傾向にあり、授業は休まず無難にこなしていた。臨床実習に備え同僚を相手に実技学習を行い、いよいよ学内を離れ臨床実習に臨んだ。そこで初めての一人暮らしを余儀なくされ、生活と臨床実習両面に若干の不安を感じた。実習は常に過緊張状態で推移し評価・治療がスムーズに進まず、レポートや課題も滞りがちとなる。それにつれ患者からの不満や指導者からの指示・指摘も増加した。常に誰かに監視されているような気がして、その場から逃げ出したい衝動にかられるようになった。この頃より臨床が

重く感じ、考えれば考えるほど自分は医療技術者に向かない、失格だ、だめな人間だなどの考えが頭から離れなくなった。やがて気分が落ち込み、身体がだるく、食欲もなくなって、睡眠不順をきたし朝起きるのも億劫になり、欠勤するようになった⁽²⁾。

8-4. 学生のパニック症状と問題点

パニック症状は、学生の自己効力感が低く認知された状態に起因し発生する。この自己効力感低下と学業成績との関係は、必ずしも比例関係にあるとはいえないが、どちらかといえば学業成績の低い方に発生しやすい印象である。

彼らに共通する症状と、パニックに陥る過程から、以下のような多面的問題が見えてくる。

- ① 情緒面の問題；気分が落ち込み「憂鬱」な感覚。
 - ② 動機づけの問題；何もやる気がしない。
 - ③ 行動面の問題；自己学習あるいは評価・治療、レポートなどが進まない。
 - ④ 思考面の問題；何かしようとしてもまとまらない、集中もできない。
 - ⑤ 認知面の問題；何もできず自信がない、だめな人間だ、将来も不安だなどと極端な感覚を持つ。
- パニックにいたる状況や問題は、学生本人はもとより、種々の方面からの情報、教員あるいは指導者の観察などから把握できる。その対策は、前述の教育・指導過程に準じ学生の行動を評価・分析することで見えてくる^(2,8,10)。

8-5. 自己効力感低下の解決策

自己効力感の低下は、パニックに至らないまでも多少に関わらず情緒・動機・行動・思考・認知の各面に下向きの影響をきたす。可能であれば自己効力感を許容範囲に保ち、極端な低下を未然に防ぐことが望ましい。その対策は低下の程度にもよるが、一般的に、①面接・カウンセリング、②セルフモニタリング、③満足事象の記録、④行動課題の設定、⑤正の強化を受ける機会を増やす環境づくり、⑥満足のいく事象の確認、⑦事象に対する再帰属づくりなどがある^(2,8,10)。

8-5-1. 面接・カウンセリング

内容は「自分はだめな人間だ」「レポートや課題は完璧でなければならない」「今できなければ将来はだめになる」など、考え方の特徴について話し合う。

視点は、学生が習慣的に考えている事柄をリストアップし、そうした考えの根拠を検証するとともに、別の考え方の有無、違った考え方で行動した時の感情変化などを確認する。そして状況に応じて自分で可能な対策方法を導けるように示唆する。

8-5-2. セルフモニタリング

これは、学生がどのような生活を行っているのかを明らかにするために、学生自身で毎日の生活記録をとる。記録内容は、単に何を行ったのみでなく、どんな場面で、どのように振る舞い何を考えていたかなどである。そして、その時の気分の変化(点数化しておくと便利)や感じたことも同時に記録する。

8-5-3. 満足事象の記録

これは、「自分は何もできない」という考えが活力の低下と無気力の根底にあるため、毎日の生活で満足のいく事柄を記録する。必要ならば合わせて自分の長所を書き出すこともよい。

8-5-4. 行動課題の設定

これは、生活の活性化を目的に、学校や実習施設で「出会った人に挨拶する」「課題をできた範囲で提出する」など自分で無理なく可能な行動課題を設定する。もし、これらが不可能であれば、話し合いを通して、可能な行動課題を模索し設定する。設定した課題は、実際にそれを行動化することで成功感覚を体験し、それが「正の強化」となって遂行行動の達成をより確実にする。それゆえに、行動課題の設定に際しては、以下のことに配慮が必要である。

- ① とりあえず何ができるかを考える。
- ② 具体的に身近な行動目標を設定する。
- ③ 達成可能レベルをスモールステップとする。
- ④ 身近に適切なモデルがありそうな課題を設定する。
- ⑤ 今まで気軽に、楽しくできていた課題をさがす。

8-5-5. 正の強化を受ける機会を増やす環境づくり

連続した失敗体験や、本人が過剰と感じる負荷は、容易に抑うつ感を強める。抑うつ感を軽減し、自己効力感を全般的に向上させるためには、教員や臨床実習指導者のみならず、周囲にいる全ての者が学生の振る舞いの良い部分に注目し、些細なことでも賞賛をあたえる。このように肯定的指導を行うことで、学生の成功感を導く「正の強化」につながっていく。

8-5-6 満足のいく事象や感覚を確認する

抑うつ感の強い時は、自分の長所に目が向かず、欠点に拘り、過去の失敗を過度に一般化し、「自分をだめ人間」と決めつける傾向がある。このような場合は、面接時に「満足のいく出来事記録」の内容を話題にして、自分の長所や成功体験に気づくチャンスを与える。最初は満足すべき事象に気づかないことも多いが、徐々に自分の生活の中の些細な出来事にも満足感に気づけるようになる。これにより自分の長所にも気づけるようになると、「授業内容が少しわかるようになってきた」「レポートが期限内に書けた」など、自己効力感を高めるきっかけとなる。

8-5-7. 負の事象に対する再帰属を考える

抑うつ感の強い時は、失敗やできない要因が自分の能力や性格に起因し、それが容易に変化させられないと本人が思っていることが多い。自己効力感を高めるには、失敗やできないことなどの原因を自ら客観的に理解し、その原因が必ずしも自分の内にある原因のみでないことを考えさせる。そして、その原因を自からコントロールできるか否かを確認する。また、その理解を促すために、負の事象（失敗など）やその原因に対して学生の考えを再度帰属させ、考え方や感じ方を修正させる。

8-5-8. 通常の日常生活活動で自己効力感を強くする

これは 8-5-1. ～ 8-5-7. に挙げた対策のまとめたものである。ここまで述べてきた種々の対策とその方法は、学生が通常生活を客観的に捉えられるように働きかけるものである。学生は、この過程を

通して自分の感情や情緒が振る舞い方に関連していることに気づく。また、自分が動き出すことで生活の変化や自分の気分の変化が得られることを確認・実感するようになる。さらに、考え方を口に出し、あるいは意図的に違った考え方で行動することにより気分を変えることもできるようになる。この積み重ねによって、学生は課題を完璧に達成することに拘るのではなく、何ができるかを考え、スモールステップで行動することの必要性や重要性にも気づくことができるようになる。そして、スモールステップを積み重ね「これならできる」という自己効力感で物事に取り組み、生活の中で小さな満足感を感じることが増えていくにつれて、徐々に憂鬱な感情を緩和させることができる可能性が生ずる。

9. 医療技術者に求められる課題と卒前教育の役割

ここまで本学における医療技術者卒前教育の考え方と実践について述べて来た。

医療技術者は人間を対象とする職業であるだけに、卒前教育では専門領域に関わる知識・技術教育のみでなく、人間教育も重要な課題である。人間教育を実践するにあたっては、まず教員自身が、そして臨床実習指導者自身が人間についての認識を深め、世界観の拡大をはかる責任がある。それをもって初めて学生にも人間について熟考させ、人間観を育むことが可能となる。専門職となる最初の段階の教育である卒前教育において、広い見識を持った尊敬できる教員や臨床実習指導者と出会えるかどうかは、学生にとっての competency に繋がり、その後の学修や仕事に多大な影響を及ぼすことは言うまでもない。

また、我が国に理学療法士が誕生して半世紀を経過するが、医療ではチーム医療と他職種間連携が強化され、それぞれの領域においてより高度な専門性が求められるようになっている。

そのような中で理学療法士全般を見たとき、一部ではあるが専門職としての誇りに欠けている、専門的価値判断に徹きっていないなどの評価もいまだに見え隠れしている。他の医療職種に比べ、主観的到達度や大局観が低いとの指摘もある。こ

のような卑屈な状況を打破していくには、一人一人が独立した個人としての人格を築き、理学療法についての学識をより高めていく努力が必要である。それにより医師を含めた他の医療職種と対等な立場で、専門的能力を遺憾なく発揮して、発言、行動していくことが望まれている。

このことは、われわれ理学療法士一人一人が常に心に置き、将来にわたって研鑽していくものであるが、卒前教育においては理学療法マインドと職人根性・職人氣質 (artisan spirit) と併せてそれらの素地作りが重要な課題である。本学では、これまで述べた教育を通じて、こうした専門職としてのアイデンティティを育む努力を続けてきたが、今後はさらに意識して重きを置いていく必要があると考えている^(4,11)。

おわりに

本稿では、最近の若者の特性をふまえた、医療技術者の卒前教育のあり方についての考え方と実践を、筆者の経験論として述べてきた。卒前教育は、学生の認知機能に含まれる competency と proficiency に好影響を与え、医療技術者としての適正を見極め、より伸ばしていくための努力の過程といえる。教育は、教育を受ける側の人間形成と価値観形成の基となる過程であり、その成果を性急に判断することは難しい。したがって、卒前教育では、学生の動機を尊重し、医療技術者に必要な基本的知識・技術・態度などの習得と、それを支える自己効力感の高揚に寄与することが基本となる。

いずれにせよ、教育・指導に携わる者は、教育を受ける者の特性を理解し、人間観と彼らに対する帰属意識を持って関係づくりに努めることが重要である。そのうえで、教育・指導者は、種々の事象や問題を媒体にして、互いの思考・理念・価値観などをぶつけ合い、それを認識・共有する過程を構築することが求められている。なぜならば教育・指導を受ける者は、この過程を通して教育・指導者の行動・生き方・人間性・専門性・信頼性などを評価し、それに共感したときに初めて価値意識や行動を変容させる可能性があるからである。

最後に昨今の教育では、①若者 (学生) の特性が昔と今は違うことの認識。②教育は、診療過程と同様の志向 (思考) 性で展開すると種々のことが見えてくる。③当たり前を当たり前にすることの再認識。④「して見せて、言って聞かせて、させて見て、誉めてやらねば、人は動かぬ」の精神にも調節がいる。⑤その時々思いや人生観などを、素直に言語化して、お互いにぶつけあう。⑥一見は学生のペースで、実は指導者のペースで展開する。⑦教員・指導者は情熱と忍耐力の持続によって学生に考えさせる。⑧教員・指導者は可能な限り学生と関わる時間を設ける。⑨教員・指導者は学生の悩みやつまずき、変調などに共感的に接する。⑩医療技術者としての不適正の見極めをいかにするか。などを再度確認し、また、これらを念頭において卒前教育にあたる必要がある。

引用・参考文献

1. 社団法人日本理学療法士協会ホームページ
2. 金井敏男：医療技術者の卒前教育で思うこと；州嶺会誌第17号，信州大学医学部保健学科理学療法専攻・作業療法専攻，2006, p4-17
3. 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，2009
4. 奈良 勲：理学療法概論第6版；医歯薬出版，2016
5. 理学療法科学学会監修，丸山仁司編：理学療法概論第6版；アイベック，2010
6. 細田多穂他編，中屋久長著：理学療法プロフェッショナルガイド；文光堂，2003
7. 日本国語大辞典第2版；小学館，2000
8. 坂野雄二：認知行動療法；日本評論社，1995
9. 社団法人日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第4版；社団法人日本理学療法士協会，2000
10. Addia ME, Martell CR 著，うつ行動活性化療法研究会訳：うつを克服するための行動活性化練習帳—認知行動療法の新しい技法—；創元社，2012
11. 花岡利安他：若手理学療法士の「心・技・体」；理学療法研究・長野第38号 社団法人長野県理学療法士会，2010, p38-40