

ISSN 2433-7013

# 日本リハビリテーション教育学会誌

第8巻 第2号 2025年

NPO:Rehabilitation Academic center (RAC)

The Society of Japan Rehabilitation Education

---

---

日本リハビリテーション教育学会誌

第8巻 第2号

目 次

原 著

新人理学療法士における臨床推論の学び方とその発達特性の実態：  
スコーピングレビュー

宮崎 尚也・他 46 - 54

原 著

実地指導者のストレスと職場環境に関する要望の調査

尾崎 麻美・他 55 - 68

原 著

リハビリテーションでの心不全患者に対する  
心不全ポイント関連項目の評価に関する予備的検討

瀬木 謙介・他 69 - 79

原 著

理学療法学生を対象とした地域理学療法実習におけるイメージの変化  
—栃木県養成校1校の調査—

大久保 玲菜・他 80 - 93

報 告

作業療法士養成課程における「地域実習」の課題と展望  
—養成校を対象にした調査—

角田 孝行・他 94 - 101

## 原 著

# 新人理学療法士における臨床推論の学び方とその発達特性の実態:スコーピングレビュー

Learning and developmental characteristics of clinical reasoning in novice physical therapists: A scoping review

宮崎尚也<sup>1) 2)</sup> 北林佑介<sup>1)</sup> 堀本ゆかり<sup>2)</sup>

Naoya MIYAZAKI, RPT, MS<sup>1) 2)</sup>, Yusuke KITABAYASHI, RPT<sup>1)</sup>, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD<sup>2)</sup>

1) 奈良リハビリテーション専門学校 理学療法学科: 奈良県生駒市東生駒 1-77-3 (〒630-0213)

Nara College of Rehabilitation (1-77-3 Higashiikoma, Ikoma-shi, Nara 630-0213, Japan)

E-mail: 24s3056@g.iuhw.ac.jp

2) 国際医療福祉大学大学院 医療福祉教育・管理分野: 千葉県成田市公津の杜 4-3 (〒286-8686)

Education and Management in Health and Welfare Section, Graduate School of International University of Health and Welfare (4-3 Kouzunomori, Narita-shi, Tokyo 286-8686, Japan)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(2):46-54. 受付日 2025 年 3 月 13 日 受理日 2025 年 4 月 14 日

**要旨:** [目的] 新人理学療法士の臨床推論の学び方とその発達特性の実態を網羅的に確認するためスコーピングレビューを実施した。 [対象と方法] 1970~2024 年に発表された新人理学療法士の臨床推論教育に関する論文を対象に, PRISMA Extension for Scoping Reviews に基づき 6 つのデータベースで検索を行なった。 [結果] 2010~2022 年に報告された 5 件の文献を採用し, 学び方として臨床経験や他者との交流, 外部リソースの利用, 計画的な Off-the-Job Training が報告されていた。臨床推論は 1 年目から 2 年目で大きく向上し, その後緩やかに発達する傾向にあった。 [結語] 臨床推論の発達には経験の積み重ねに加え, メタ認知的振り返りや適切な指導が重要で, 特に初期にはメンターなどの支援や教育的介入が有効である。今後, 新人理学療法士の発達過程を踏まえた評価指標の検討が必要である。

**キーワード:** 新人理学療法士, 臨床推論, スコーピングレビュー

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(2):46-54. Submitted Mar.13, 2025. Accepted April. 14, 2025.

**ABSTRACT:** [Purpose] A scoping review was conducted to comprehensively examine how novice physical therapists learn clinical reasoning and the developmental characteristics associated with this process. [Subjects and Methods] We searched six databases using the PRISMA extension for scoping reviews for articles published between 1970 and 2024 on clinical reasoning training for novice physical therapists. [Results] Five articles

published between 2010 and 2022 were included. Clinical experience, interaction with others, use of external resources, and planned off-the-job training contributed to learning. Clinical reasoning improved significantly from the first to the second year but tended to develop more slowly thereafter. Suggesting that the presence of a mentor or other educational interventions facilitated growth. [Conclusion] In addition to the accumulation of experience, metacognitive reflection and appropriate guidance are important for the development of clinical reasoning, and supportive and educational interventions such as mentoring are effective, especially in the early stages.

**Key Words:** novice physical therapist, clinical reasoning, scoping review

---

## I. はじめに

臨床推論 (Clinical reasoning) は、患者が抱える課題解決のために理学療法士が実践する思考プロセスである。内山<sup>1)</sup>は、「対象者の訴えや症状から病態を推測し、仮説に基づき適切な検査法を選択して対象者に最も適した介入を決定していく一連の心理的過程を指す」としており、自律した理学療法を目指す理学療法士にとって臨床推論は極めて重要なものであるとしている。また芳野ら<sup>2)</sup>は医療施設における理学療法士資格取得後の継続教育において、リハ部門およびPT部門の責任者は専門知識や技術よりも臨床思考過程を重視していたことを報告しており、より早期から身につけることを求められるスキルの一つと考えられる。

臨床推論の学び方に関する報告では、理学療法学生を対象としたものが多く、さまざまな方法が有効性ととも示されている<sup>3-6)</sup>。Kobalらは学生の批判的思考と臨床推論を向上させるのに紙ベースのケーススタディよりも本物の患者体験を使用する方が効果的であることを報告している<sup>6)</sup>。また山崎は、臨床推論を学ぶためには多くの症例検討を行なう必要があり、報告者がどのような推論を行なったのか、その背景を含めてしっかりと吟味することが必要であるとしている<sup>7)</sup>。このように症例検討を通じて患者理解を深めることは臨床推論能力の向上に効果的であると考えられ、症例報告会といった形式で実践がすすめられた。

しかし2020年、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の改正により、それまで過剰とされていた自宅学習時間が見直された。それまで実習時間外に課せられていた症例レポートや症例報告資料などの作成は過重にならないように配慮されたことによって、学生の過度な負担は軽減された。一方で、深い考察を伴う症例のまとめや内省的なディスカッションを含んだ症例報告会の機会は減少した可能性がある。

学生が同一患者の病態を理解できるまで体験させ、臨床実習指導者と症例検討するといった機会は失われつつある。これらの新たな潮流が、本邦の理学療法士としての発達や臨床推論の学びにどのような影響を与えるかを明らかにした調査は実施されていない。白石は、臨床実習での症例発表会が少なくなっていることを踏まえて、担当した患者について一連の臨床推論の過程をまとめる症例発表会の重要性が新人教育において増していると指摘している<sup>8)</sup>。つまり、卒前教育において未達成な課題が卒後教育に委ねられる傾向が強まったという事になる。

入職後の理学療法において、新人といえども臨床推論スキルは求められるのである。一方で、卒後の新人研修に関する日本理学療法士協会の全国調査では、約6割の施設でマニュアルに基づく適切な研修が実施されていないことが明らかとなった<sup>8)</sup>。さらに鈴木らは、組織として新人を教育する体制が整っている施設は4割程度であったことを報告している<sup>9)</sup>。このように、新人教育の体制が十分に整っていない施設が多い現状では、新人理学療法士が臨床推論能力を十分に発達させないまま実践に臨んでいる可能性がある。そのため、新人に対する臨床推論教育において、何をどのように指導すべきかを明確にすることが求められる。

以上を踏まえ我々は、新人理学療法士における臨床推論の学びに関する論文を検証し、学び方やその発達特性の実態について明らかにすることが必要であると考え、Scoping Review(以下、ScR)を実施した。

## II. 方法

本研究は新人理学療法士における臨床推論の学びに関する知見を網羅的に調査し整理するために、Arksey & O'Malleyが提唱するScR<sup>10)</sup>を採用し、PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)<sup>11)</sup>に基づいて実施した。フレームワークは、Population, Concept, Context (PCC)とした。まず、Population(対象者)は病院や施設に勤務する新人理学療法士、Concept(概念)は新人理学療法士における臨床推論の学びとその効

果, Context (文脈) は英語または日本語の出版物とした。なお, 新人理学療法士の定義について, 芳野らの報告では, 責任者が新人の新人理学療法士に指導が必要と考える期間として「3年目まで」が最も多かったことが示されている<sup>2)</sup>。これを踏まえて, 本研究における新人理学療法士は「新卒3年目までの理学療法士」と定義した。

本研究のプロトコルは事前に作成されたがウェブサイトへ登録しておらず, 詳細は著者に要請することで入手可能である。

検索エンジンは, PubMed, CINAHL, CiNii, 医学中央雑誌web, J-STAGE, メディカルオンラインの6つの検索データベースを組み合わせ使用した。検索期間は, 理学療法において1970年代から問題解決型アプローチの気運が高まっていたことを踏まえて<sup>1)</sup>, 1970年から2024年とし, 2024年12月6日に検索を実施した。検索式について, PubMedでは(Physical therapists[mh] OR Physiotherapist[mh]) AND (Entry-level[tiab] OR New graduates[tiab] OR New graduation[tiab] OR Novice[tiab]) AND (Clinical reasoning[tiab] OR Clinical judgment[tiab] OR Diagnostic reasoning[tiab]) AND (Education[tiab] OR development[tiab] OR Training[tiab] OR Residency[tiab]) を, CINAHLでは((MH "Physical therapists+") OR (MH "Physiotherapist+")) AND (TI "Entry-level" OR AB "Entry-level" OR TI "New graduates" OR AB "New graduates" OR TI "New graduation" OR AB "New graduation" OR TI "Novice" OR AB "Novice") AND (TI "Clinical reasoning" OR AB "Clinical reasoning" OR TI "Clinical judgment" OR AB "Clinical judgment" OR TI "Diagnostic reasoning" OR AB "Diagnostic reasoning") AND (TI "Education" OR AB "Education" OR TI "development" OR AB "development" OR TI "Training" OR AB "Training" OR TI "Residency" OR AB "Residency") を, それ以外のデータベースでは日本語の検索式として, 理学療法士 AND (新人 OR 新卒 OR 初学者) AND (教育 OR 研修 OR 指導) AND (臨床推論 OR 臨床判断 OR 臨床意思決定) を, 英語の検索式として, ("Physical therapist\*" OR "Physiotherapist\*") AND ("New graduates" OR "New graduation" OR "Entry-level" OR "Novice") AND ("Clinical reasoning" OR "Clinical judgment" OR "Diagnostic reasoning") AND ("Education" OR "development" OR "Training" OR "Residency") を採用した。

適格基準は, 新人理学療法士を対象としていること, 臨床推論の学びとその効果に焦点を当てていること, 英語または日本語で記載されていることとした。除外基準は, 測定尺度の開発報告, 教育モデルの報告, レビュー, 書籍や学会抄録とした。

検索データベースから特定された文献の重複を除外したのちに, 1次スクリーニングとして表題と要旨から適格基準を満たしている文献を抽出した。その後, 取得可能であった文献について2次スクリーニングとして本文を精読のうえ, 適格基準と除外基準に基づいて採用文献を判断した。スクリーニングは筆頭著者と第2著者が独立して実施し, 判断が異なる場合は第3著者に意見を求めて採用する文献を決定した。文献はMendeley (ELSEVIER社) を用いて整理した。

データは筆頭著者と第2著者が独立して抽出し, 意見が相違した場合は合議で決定した。抽出データは, 筆頭著者, 所属国, 出版年, 文献情報, 研究目的, 研究デザイン, 対象者, サンプルサイズ, 学び方, 評価方法, 結果, 主な考察であり, Excel (Microsoft社) を用いて整理した。

なお, 本研究は人を対象とする研究に該当せず, また引用文献の著作権を侵害することがないように注意し, 出典を明示した。

### Ⅲ. 結果

文献検索の結果，PubMed では 15 件，CINAHL では 13 件，CiNii では 9 件，医学中央雑誌 web では 1 件，J-STAGE では 168 件，メディカルオンラインでは 3 件が検索され，重複文献を除外した 180 件が 1 次スクリーニングの対象となった．1 次スクリーニングでは表題と要旨から手動により 153 件が除外され，取得不可能であった 2 件を除く 25 件が 2 次スクリーニングの対象となった．2 次スクリーニングでは全文を確認して 20 件を除外し，最終的に採用された文献は 5 件であった<sup>12-16)</sup>．2 次スクリーニングの除外理由は「対象が新人ではない (n=3)」「臨床推論教育の効果を含んでいない (n=7)」「尺度の開発や評価である (n=2)」「教育モデルの報告である (n=4)」「学会抄録である (n=4)」であった．(図 1)

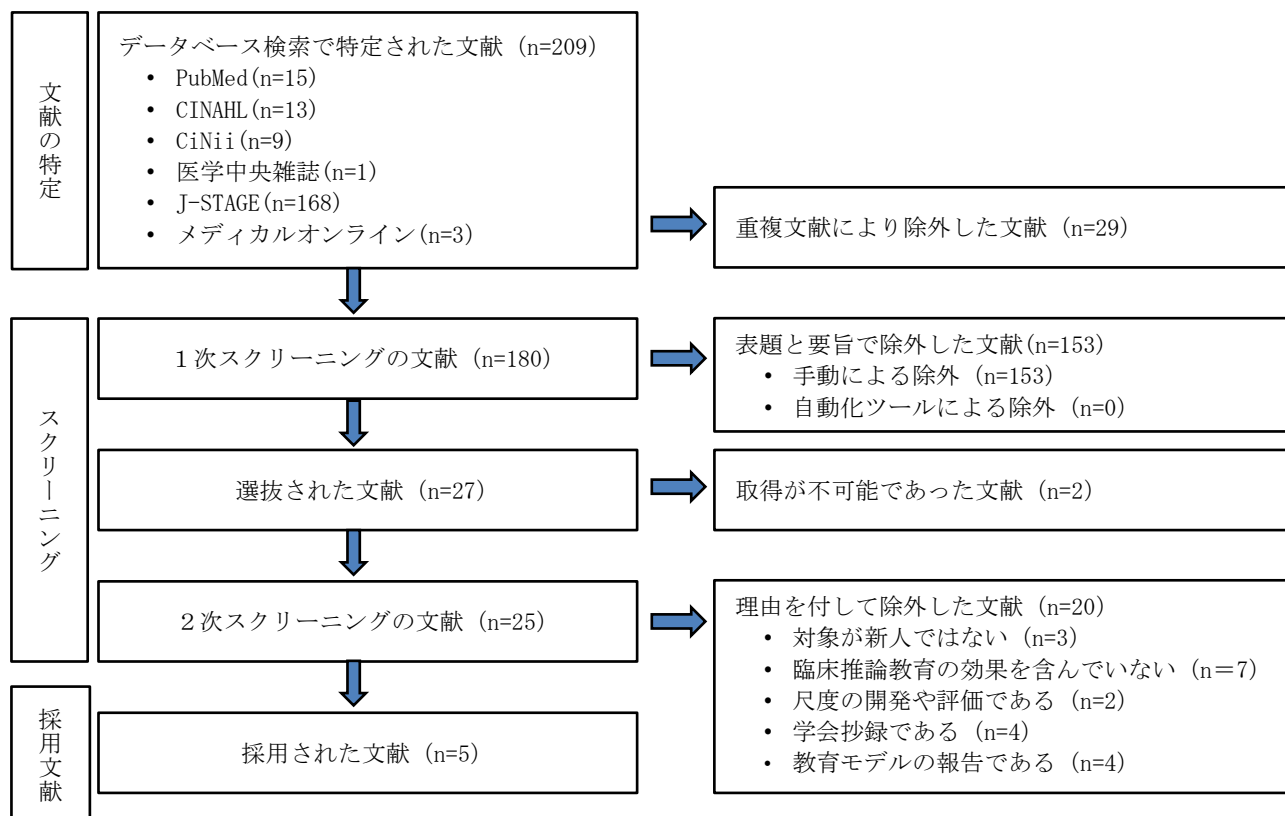


図 1 文献検索のフローチャート

表 1 採用された文献の概要

| No | 著者<br>(国)            | 出版年  | 文献情報                                 | 研究目的                                                            | 研究デザイン  | 対象者             | サンプルサイズ                                                                       | 学び方                                                                            | 評価方法                                                                         | 結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 主な考察                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------|------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Black, LL<br>(USA)   | 2010 | Physical Therapy<br>90(12):1758-1773 | 有望な新人セラピスト<br>の初年度の経験、思<br>考、学習、発達につい<br>て調査                    | 縦断的観察研究 | 新卒1年目           | 11名<br>(男性3名, 女性8名)                                                           | 日常的な経験 (黙竹錯<br>画を含む)、観察、同<br>僚との質問や対話、文<br>献を採ったり読んだり<br>することを通して学ん<br>だ       | Grounded theory<br>method                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床推論スキルは「経験を通じて学ぶ」カテゴ<br/>リーに含まれていた。</li><li>患者がどのように反応するかを予測したり認識し<br/>たり、患者の身体像をより多く見たり、適切な介<br/>入を行うために患者との過去の経験に頼ったりす<br/>ることができるようになった。</li><li>1年目にメンタルを見つけた新人は、メンターが<br/>いない場合よりも、より早く進歩したと感じてい<br/>た。</li><li>1年目の終わりには、一般的な技術や知識の習得<br/>に重点を置いていたのが、2年目に入るにつれ<br/>て、より専門的な知識の習得や能力のレパート<br/>リーの拡大へとシフトしていった。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>最も地味な学習の類は、理学療法士<br/>の日常業務の一部である。関連する<br/>すべての課題と成功を使う本物の職<br/>場環境における「知識を通しての学<br/>習」であるように思われた。</li><li>経験のほかに、患者、介護者、家<br/>族、同僚、指導者、その他の対人<br/>交流が、しばしば学習内容に大きな<br/>役割を果たした。</li></ul>                                                                          |
| 2  | Hayward, LM<br>(USA) | 2013 | Physical Therapy<br>93(3):369-383    | 有望な新人セラピスト<br>が臨床2年目に経験した<br>専門的役割の形成、縦<br>断的学習、および発達<br>について調査 | 縦断的観察研究 | 新卒2年目           | 11名<br>(男性3名, 女性8名)                                                           | 自己のバフオーマン<br>ス、知識、スキルに焦<br>点を当てていた1年目に<br>代わって、自己の外部<br>にある学習リソースを<br>積極的に利用した | Grounded theory<br>Phenomenology<br>Narrative analysis<br>Discourse analysis | <ul style="list-style-type: none"><li>情報のみに頼った意思決定から、患者への深い観<br/>察、状況や文脈の問題への配慮、そして事前の学<br/>習や臨床経験に基づいて臨床的な意思決定スキル<br/>を磨くようになった。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床推論能力の開発には、経験だけ<br/>では不十分である。</li><li>経験と経験における内省、そしてセ<br/>ラピストの自己調整能力とメタ認知<br/>プロセスへの関与が、学習に最も貢<br/>献する。</li><li>臨床推論プロセスの重要な要素は、<br/>メタ認知スキルの開発である。</li></ul>                                                                                                   |
| 3  | 芳野 純<br>(Japan)      | 2017 | 理学療法学<br>44(2):154-155               | 新卒1〜3年目までの能<br>力を縦断的に調査し、<br>その難易度および経験<br>年数間の差を調査             | 縦断的観察研究 | 新卒1〜3年目         | 38名<br>(男性25名, 女性13名)                                                         | 臨床経験                                                                           | CEPT                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床経験により総合的に臨床能力が向上してい<br/>た。</li><li>臨床思考能力について、経験0年とすべての経験<br/>年数間で有意な差を認め、経験1年と経験3年間で<br/>も有意な差を認めた。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床思考能力には、経験を重ねるこ<br/>とにより確実に向上するものと、経<br/>験1年次はある程度向上するが、その<br/>後穏やかにしか向上していかないも<br/>のがある。</li><li>臨床思考能力は比較的難易度の高い<br/>ものであると推察された。</li></ul>                                                                                                                     |
| 4  | 山下 淳一<br>(Japan)     | 2019 | 理学療法科学<br>34(1):47-51                | 院内教育における初任<br>者教育の効果について<br>調査                                  | 縦断的介入研究 | 新卒1〜3年目         | 1年目: 5名<br>(男性1名, 女性4名)<br>2年目: 8名<br>(男性5名, 女性3名)<br>3年目: 9名<br>(男性8名, 女性1名) | OJTとOff-JT                                                                     | CEPT                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床思考能力について、1年目及び2年目の研修前<br/>後に有意差を認め、経験年数2年目と3年目、1年<br/>目と3年目で有意差を認めた。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床思考能力の育成の前に基本的臨床<br/>能力である態度や継続教育に必要<br/>な自己管理能力が醸成されるので、<br/>患者や利用者に提供される臨床能力<br/>は時間をかけて育成することが効果<br/>的である。</li></ul>                                                                                                                                           |
| 5  | 森井 慎一郎<br>(Japan)    | 2022 | 理学療法科学<br>37(1):59-63                | 新人の卒業10ヶ月にお<br>ける臨床能力の自己評<br>価の変化を調査                            | 縦断的介入研究 | 卒業10ヶ月<br>までの新人 | 10名<br>(男性5名, 女性5名)                                                           | OJTとOff-JT                                                                     | CEPT                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>臨床思考能力について、1ヶ月と4ヶ月の間で低下<br/>傾向があったものの、1ヶ月と10ヶ月の間、4ヶ月<br/>と7ヶ月の間、4ヶ月と10ヶ月の間で、それぞれ有<br/>意差を認めた。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>プリセプターによるOJTやOff-JTを積<br/>極的に行ない、臨床能力において幅<br/>広く指導を行っていることが卒業<br/>10ヶ月以内での臨床能力の自己評価<br/>の向上につながったと考えられる</li><li>新人は入職後早期に自己評価が低下<br/>する可能性がある一方で、臨床能力の<br/>内容によって指導のタイミングを検<br/>討することや、自己評価が低下して<br/>いる際のプリセプターによるフィー<br/>ドバック方法について配慮する必要<br/>性が示唆された。</li></ul> |

採用された5件の文献は2010年から2022年に報告され、2件はアメリカから<sup>12,13)</sup>、3件は日本から<sup>14,15,16)</sup>の報告であった(表1)。研究デザインは縦断的観察研究が3件<sup>12,13,14)</sup>、縦断的介入研究が2件<sup>15,16)</sup>であった。対象者について、新卒1年目を対象にしたものが2件<sup>12,16)</sup>、新卒2年目を対象にしたものが1件<sup>13)</sup>、新卒1年目から3年目までの3年間を対象としたものが1件<sup>14)</sup>、新卒1年目から3年目のそれぞれ1年間を対象としたものが1件<sup>15)</sup>であった。

臨床推論の学び方について、3件の観察研究では臨床経験や他者とのコミュニケーション、外部リソースの積極的利用であった<sup>12,13,14)</sup>。2件の介入研究では臨床経験を通したOn-the-job Training 以外に、1年を通して計画された教育的介入であるOff-the-Job Training (以下、Off-JT) が実施されていた<sup>15,16)</sup>。

結果の評価にはGrounded theory methodなどの質的な方法を用いたものが2件<sup>12,13)</sup>、Clinical Competence Evaluation Scale in Physical Therapy (以下、CEPT) を用いたものが3件<sup>14,15,16)</sup>であり、いずれの結果も臨床推論の発達を認めていた<sup>12-16)</sup>。

臨床推論の発達特性については、経験年数に応じて段階的に発達し<sup>12-16)</sup>、その過程において臨床経験が重要であることが報告されている<sup>12,14)</sup>。特に、臨床推論は1年目から2年目にかけて大きく向上し、その後は緩やかに発展する傾向があるとされていた<sup>14)</sup>。一方で、入職後の比較的早い段階で自己評価が低下することも報告されていた<sup>16)</sup>。また、臨床的な意思決定のプロセスは、初期段階では自身の情報に依存する傾向があるが、次第に患者の観察や文脈を考慮し、臨床経験を基に判断する形へと変化していくことが示されていた<sup>13)</sup>。さらに、メンターやプリセプターを持つ新人は、そうでない場合に比べて成長を早く実感することが報告されていた<sup>12,16)</sup>。

#### IV. 考察

本研究では、新人理学療法士における臨床推論の学び方とその発達特性について網羅的に確認するためにScRを用いた。採用文献は5件で、臨床経験や教育的介入により臨床推論が発達することや、その発達にはいくつかの特性が見られることが報告されていた。

臨床推論の学び方としては、日常業務の中での経験や計画された教育的介入であったが、ただ経験を積むだけでは不十分であり、内省やメタ認知を伴うことが重要であると指摘されていた。つまり、これらの経験で実践された思考プロセスや、意志決定プロセスを振り返ることで、より高い水準での臨床推論能力が養われることが考える。Wainwrightらは、理学療法の初心者と経験者で意志決定の思考プロセスにおける内省が異なり、経験豊富な理学療法士のほうがより高い頻度で内省をおこなっていたことを報告している<sup>17)</sup>。症例検討は、このようなきっかけを提供する有効な手段と考えられ、臨床推論プロセスに対する内省的な働きかけを促すことが重要である。

新人理学療法士の臨床推論能力の発達には段階がみられ、1年目から2年目にかけて大きく向上するが、その後は緩やかになる傾向にあり、時期によってその成長度合いが異なることが指摘されていた。1年目から2年目にかけて臨床推論の方法が、自分の持つ知識や技能に基づいたものから、患者や外部の情報を取り入れたものになっていくことを考えると、このような思考プロセスの変化が臨床推論の学びに影響を与えている可能性が考えられる。また、メンターなどの存在が新人理学療法士の成長に影響し、出来るだけ早い時期にメンターシップを築くことで成長が促進されると指摘されていた。メンターシップは初心者には内省を与える機会となっていることが報告されており<sup>17)</sup>、メンターなどが実践を通して得た経験に基づいて教育的関わりを持つことは新人の思考プロセスを深めるきっかけになっていることが考えられる。新人の初期や発達が停滞するとされる2年目以降の時期においても、指導のタイミングや方法を工夫した教育的関わり方

によって学びを促すことができると考えられる。このような点において、Off-JTにより2年目と3年目で継続的に臨床思考能力が向上したとする山下ら<sup>15)</sup>の報告は非常に興味深いものである。

臨床推論能力の評価方法にはこれまで様々な方法が報告されているものの、理学療法学生の実臨床推論能力を評価するものが多く<sup>18-21)</sup>、理学療法士の臨床推論能力を評価するために開発されたものは少ない。今回の調査では評価として質的方法やCEPTが用いられていた。CEPTは自立した理学療法士が獲得すべき能力の評価尺度で、初心者の理学療法士の臨床能力評価のため評価表としても有用である<sup>22,23)</sup>。一方で、臨床推論能力については新人理学療法士において幾つかの発達特性がみられることから、特に新卒3年目までの発達特性を踏まえた形成的な評価指標について検討する必要があると考える。

本研究の限界として以下の点が挙げられる。第1に、文献の検索対象を英語および日本語に限定し、書籍や学会抄録、灰色文献を除外しているため、関連する情報の一部が網羅できていない可能性がある。第2に、文献の選定およびデータ抽出は筆者らが行っており、バイアスが生じている可能性を否定できない。第3に、採用した検索式には限界があり、検索式を変更することで新たに関連文献を抽出できる可能性が考えられる。

臨床推論能力の発達には経験の積み重ねが不可欠だが、それに加えてメタ認知的な振り返りを促すフィードバックが重要である。特に、新人の初期や2年目以降にはメンターなどのサポートが有効と考えられ、思考プロセスを意識させる教育的アプローチが求められる。さらに、新人の発達特性を踏まえた評価指標の検討も必要である。

## 利益相反と研究助成費

本研究において開示すべき利益相反関係にある企業や団体はない。

## 引用文献

- 1) 内山靖：クリニカルリーズニング。理学療法ジャーナル, 2009, 43: 93-98.
- 2) 芳野純, 臼田滋：医療施設における理学療法士の継続教育の現状。理学療法科学, 2010, 25: 55-60.
- 3) Trommelen RD, Karpinski A, Chauvin S: Impact of Case-Based Learning and Reflection on Clinical Reasoning and Reflection Abilities in Physical Therapist Students. J Phys Ther Educ, 2017, 31: 21-30.
- 4) 平山朋子, 松下佳代, 西村敦：医療教育における臨床推論を促進する「考えるOSCE-R」の開発。教師学研究, 2016, 18: 23-33.
- 5) 鈴木学, 丸山仁司:PBLチュートリアルにより学生が実施したPaper patientの臨床推論達成度の検討。理学療法科学, 2009, 24: 847-851.
- 6) Kobal KL, Rubertone PP, Kelly SP, et al. : A Comparison of Instructional Methods on Clinical Reasoning in Entry-Level Physical Therapy Students A Pilot Study. J Phys Ther Educ, 2021, 35: 138-145.
- 7) 山崎弘嗣：最近の臨床推論の学び方。理学療法科学, 2009, 24: 297-301.
- 8) 白石浩：登録理学療法士の役割とは？。理学療法福岡, 2023, 36: 59-62.
- 9) 鈴木幸宏, 堀本ゆかり：リハビリテーション実施施設における新人教育に関する実態調査。理学療法科学, 2022, 37: 375-382.
- 10) Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal

of Social Research Methodology, 2005, 8: 19-32.

- 11) Tricco AC, Lillie E, Zrin W, et al.: PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 2018, 169: 467-473.
- 12) Black LL, Jensen GM, Mostrom E, et al.: The First Year of Practice: An Investigation of the Professional Learning and Development of Promising Novice Physical Therapists. *Physical Therapy*, 2010, 90: 1758-1773.
- 13) Hayward LM, Black LL, Mostrom E, et al.: The First Two Years of Practice: A Longitudinal Perspective on the Learning and Professional Development of Promising Novice Physical Therapists. *Physical Therapy*, 2013, 93: 369-383.
- 14) 芳野純: 理学療法士の臨床能力の難易度と経験年数間の差に関する縦断研究. *理学療法学*, 2017, 44: 154-155.
- 15) 山下淳一, 堀本ゆかり: リハビリテーション専門病院における臨床能力評価尺度 (Competence Evaluation Scale in Physical Therapy: CEPT) を用いた初任者教育の効果検証. *理学療法科学*, 2019, 34: 47-51.
- 16) 森井慎一郎, 木村圭祐, 櫻井宏明・他: 新人理学療法士の卒後 10 ヶ月における臨床能力評価尺度の変化. *理学療法科学*, 2022, 37: 59-63.
- 17) Wainwright SF, Shephard KF, Harman LB, et al.: Novice and Experienced Physical Therapist Clinicians: A Comparison of How Reflection Is Used to Inform the Clinical Decision-Making Process. *Physical Therapy*, 2010, 90: 75-88.
- 18) Huhn K, Black L, Jensen GM, et al.: Tracking Change in Critical-Thinking Skills. *J Phys Ther Educ*, 2013, 27: 26-31.
- 19) Fu W: Development of an Innovative Tool to Assess Student Physical Therapists' Clinical Reasoning Competency. *J Phys Ther Educ*, 2015, 29: 14-26.
- 20) Furze J, Gale JR, Black L, et al.: Clinical Reasoning: Development of a Grading Rubric for Student Assessment. *J Phys Ther Educ*, 2015, 29: 35-45.
- 21) McDevitt A, Rapport MJ, Jensen G, et al.: Utilization of the Clinical Reasoning Assessment Tool Across a Physical Therapy Curriculum: Application for Teaching, Learning, and Assessment. *J Phys Ther Educ*, 2019, 33: 335-342.
- 22) 芳野純, 臼田滋: 理学療法における臨床能力評価尺度 (Clinical Competence Evaluation Scale in Physical Therapy: CEPT) の開発と信頼性の検討. *理学療法科学*, 2012, 27: 651-655.
- 23) Yoshino J, Usuda S: The Reliability and Validity of the Clinical Competence Evaluation Scale in Physical Therapy. *J Phys Ther Sci*, 2013, 25: 1621-1624.

## 原 著

# 実地指導者のストレスと職場環境に関する要望の調査

## Survey of stress experienced by supervisors and workplace adjustments they desire

尾崎麻美<sup>1)</sup> 堀本ゆかり<sup>2)</sup>

Asami OSAKI, RPT<sup>1)</sup>, Yukari HORIMOTO, RPT, PhD<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団慈誠会 上板橋病院 リハビリテーション部：東京都板橋区常盤台 4-36-9 (〒174-0071)

Dept. of Rehabilitation, Kamiitabashi Hospital (4-36-9 Tokiwadai, Itabashi-ku, Tokyo, 174-0071, Japan)

E-mail: 24S1032@g. iuhw. ac. jp

2) 国際医療福祉大学 成田保健医療学部 理学療法士科：千葉県成田市公津の杜 4-3 (〒286-8686)

Education and Management in Health and Welfare Section, Health Science Program, Graduate School of

International University of Health and Welfare : 4-3, Kouzu-no-mori, Narita City, (〒286-8686) Japan.

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(2):55-68. 受付日 2025 年 2 月 17 日 受理日 2025 年 5 月 12 日

**要旨：**[目的]実地指導者のストレスの実態を調査し、ストレスサーと環境整備の要望を明らかにすること。[対象と方法]実地指導者を担った理学療法士 18 名を対象に、職業性ストレス、ストレスの自覚の程度、ストレスサー、職場環境整備の要望を問うアンケートを実施した。[結果]実地指導者のストレスは個人差が大きかった。ストレスサーは、新人との対人ストレス、仕事の質的負担・役割葛藤、仕事の量的負担・時間管理の難しさなどの 6 つのグループで構成され、環境整備の要望は基盤となる環境、新人の働きやすい環境の 2 つのテーマから構成された。[結語] 新人教育の展開にあたっては幅広い視点からの環境整備が必要である。

**キーワード：**実地指導者、ストレス、職場環境

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(2):55-68. Submitted Feb.17, 2025. Accepted May.12, 2025.

**ABSTRACT:** [Purpose] To investigate the realities of stress experienced by supervisors, and to shed light on the stressors and workplace adjustments they desire. [Subjects and Methods] Eighteen physiotherapists in supervisory roles were selected as participants. A questionnaire was administered to assess occupational stress, levels of self-awareness regarding stress, stressors, and desired workplace adjustments. [Results] Noticeable individual differences in stress levels were observed among supervisors. Stressors were categorized into six groups, including interpersonal stress related to new workers, work quality burden/role conflict, work quantity burden/time management difficulties, etc. Desired workplace adjustments were classified into two main themes: a foundational environment and a comfortable working environment for new workers.

[Conclusion] It is necessary to approach workplace environmental adjustments from a broad perspective, particularly in relation to the development and education of new workers.

**Key Words:** supervisors, stress, work environment

---

## I. はじめに

近年は、急速な少子高齢化、医療技術の高度化や患者の医療に関する意識の向上等により、医療専門職の質の向上の必要性が高まっている。しかし、理学療法士に関しては、質の低下が問題視されている状態である<sup>1)</sup>。

公益社団法人日本理学療法士協会の統計情報によると、例年、約10,000人の新人理学療法士が増加している<sup>2)</sup>。増加し続ける新人理学療法士に対応し、理学療法士の質の向上を目指すためには、各施設で新人教育が適切になされる必要がある。しかし理学療法士の新人教育に関しては明確な指導基準はなく、施設単位あるいは指導者単位で行われており<sup>3)</sup>、48施設のうち半数以上の施設で経験10年以下の指導者が中心となり、自身の経験に基づき新人を指導しているといった実態報告がなされている<sup>4)</sup>。これらのことから、理学療法分野の新人教育に関する教育体制が十分に整備されているとは言えない状態にある。

新人理学療法士職員研修ガイドライン<sup>5)</sup>では、職場ぐるみで新人を育成する体制を推奨している。実地指導者は、職場ぐるみで新人を育成するチームの要となるスタッフであり、新人の個別の指導計画の作成、達成状況の評価とフィードバック、**On the Job of Training**を軸とした技術指導の実践、チームスタッフへ新人の状況の説明と協力依頼を行うといった役割を担う。また、新人のロールモデルとなることも求められている。実地指導者は果たすべき役割が多く、多大なストレスを感じている可能性がある。教育体制の整備が不十分な施設が多いことも加味すると、実地指導者の負担は大きいと予想される。

看護分野では、プリセプター及び実地指導者のストレスに関する先行研究<sup>6)7)</sup>が散見される。プリセプターは実地指導者に該当する<sup>8)</sup>。理学療法分野の実地指導者に関する研究は、実践報告や紹介が散見され、原著論文に関しては山滝らのプリセプター指導が新人教育に与える影響の報告<sup>9)</sup>や、鈴木らの実地指導者が必要とする新人教育環境・能力に関する探索的研究<sup>10)</sup>のみであり、実地指導者のストレスを扱ったものは確認できなかった。

米国国立労働安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety and Health)が示した職業性ストレスモデルによると、仕事のストレッサーが労働者のストレス反応に影響する<sup>11)</sup>。仕事のストレッサーとストレス反応に関連する要因として、個人要因、仕事外要因、緩衝要因がモデルに含まれる。職業性ストレスの予防として、仕事のストレッサーの軽減、個人のストレス抵抗力の強化、労働者のストレス反応ケアの3種類があるが、ストレス対策としては、まずストレッサーとなる危険な職場環境を改善することが最も重要とされている<sup>11)</sup>。

そこで本研究の目的は、理学療法分野の実地指導者のストレスの実態に関するアンケート調査を行い、実地指導者のストレッサーと実地指導者が望む職場環境の整備を明らかにすることとした。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

対象は、著者が所属する法人内施設に勤務し、令和6年度に実地指導者を担った理学療法士とした。なお、本研究では実地指導者を「OJTの仕組みで新人理学療法士職員に技術、知識など指導をする者」と定義した。本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:24-TA-049)。対象者には文書で研究の目的、アンケートの所要時間、研究の参加は自由意志であること、不参加でも不利益が生じない旨

を説明した。また、アンケートの冒頭で本研究への参加に関する同意の最終確認を行い、回答をもって同意とみなすこととした。

## 2. 方法

調査方法は、Google forms を用いた web によるアンケート調査とした。調査項目は、基本属性、職業性ストレス、ストレスの自覚の程度、ストレッサーの内容、実地指導者として業務を行うにあたっての環境整備の要望とした。

基本属性は、性別、年齢、理学療法士としての経験年数、実地指導者の経験回数（1回、2回、3回以上）、を調査した。職業性ストレスの調査には、職業性ストレス簡易調査票 57 項目版<sup>12)</sup>を用いた。職業性ストレス簡易調査票は、仕事のストレス要因（9 要因 17 項目）、ストレス反応（6 要因 29 項目）、修飾要因（4 要因 11 項目）が測定できる多軸的な調査票である。回答は 1 項目 4 段階（1～4 点）とした。仕事のストレス要因の 5 要因（仕事の量的負担、仕事の質的負担、自覚的な身体負担度、職場の対人関係のストレス、職場環境によるストレス）、ストレス反応の 5 要因（いらいら感、疲労感、不安感、抑うつ感、身体愁訴）、修飾要因は点数が高いほどそれぞれのストレス要因、ストレス反応、修飾要因が高いと判断される。仕事のストレス要因の 4 要因（仕事のコントロール度、技能の活用度、仕事の適正度、働きがい）及びストレス反応の 1 要因（活気）は点数が低いほどそれぞれのストレス要因、ストレス反応が高いと判断される。ストレスの自覚の程度は「実地指導者をしていてストレスを感じることはどの程度ありますか？」の質問に対して、1 を全く感じない、10 をとても感じる、とした 10 段階スケールから最もあてはまるものの選択を求めた。ストレッサーの内容、実地指導者として業務を行うにあたっての環境整備の要望は、それぞれ「実地指導者の業務に関してどのような時にストレスを感じますか？」「実地指導者として成果を上げるにはどのような環境整備がなされると良いと思いますか？」という質問に対して、自由記述での回答を求めた。

データ収集後は、各項目の基本統計量を求めた。職業性ストレスは、ストレスの自覚の程度の中央値で低ストレス群と高ストレス群に分け、Mann-Whitney の U 検定を行った。有意水準は 5%とした。なお、統計解析には EZR を使用した。

ストレッサーの内容、環境整備の要望の言語データの分析には Steps for Coding and Theorization（以下、SCAT）<sup>13)14)</sup>を用いた。SCAT とは言語データ（以下、テキスト）をセグメント化し、そのそれぞれに 1) テキスト中の着目すべき語句、2) それを言い換えるためのテキスト外の語句、3) それを説明するための概念、4) そこから浮かび上がるテーマ・構成概念、の順にコードを考案し付していく 4 ステップのコーディングと、そのテーマと構成概念を紡いで、ストーリーラインと理論記述をする手続きからなる分析手法である。得られたテキストデータの多くは箇条書きの小さなテキストデータであったため、大谷や福士らの報告<sup>15)16)</sup>を参考に、切片化したデータをグループ化した上で言い換え、概念化する方法を試みた。

## Ⅲ. 結果

18 名から回答を得た。対象者の基本属性及びストレスの自覚の程度の結果を表 1 に示した。

表1. 基本属性とストレスの自覚の程度

|            |         |           |
|------------|---------|-----------|
| 性別         | 男性      | 13 (72.2) |
|            | 女性      | 5 (27.8)  |
| 年齢         |         | 33.3±5.5  |
| 経験年数       |         | 10.9±5.1  |
| 実地指導者の経験回数 | 1回      | 2 (11.1)  |
|            | 2回      | 4 (22.2)  |
|            | 3回以上    | 12 (66.7) |
| ストレスの自覚の程度 | 3未満     | 6(33.3)   |
|            | 3以上～5未満 | 3(16.7)   |
|            | 5以上～7未満 | 4(22.2)   |
|            | 7以上～9未満 | 3(16.7)   |
|            | 9以上     | 2(11.1)   |

平均±標準偏差    n (%)

ストレスの自覚の程度と職業性ストレスの差の検定を行った結果を表2に示した。ストレスの自覚の程度は中央値が4.5であったため、4以下を低ストレス群、5以上を高ストレス群とした。高ストレス群は、低ストレス群と比較して、仕事の量的負担、職場環境によるストレス、いらいら感、疲労感、不安感、抑うつ感、身体愁訴が有意に高く、仕事のコントロール度、活気、上司からのサポート、同僚からのサポート、仕事や家庭の満足度が有意に低かった。

表 2. ストレスの自覚の程度と職業性ストレス

|                          | 低ストレス群<br>(n=9) | 高ストレス群<br>(n=9) |    |
|--------------------------|-----------------|-----------------|----|
| 仕事の量的負担 (3項目・3～12点)      | 7.7±1.9         | 9.6±1.3         | *  |
| 仕事の質的負担 (3項目・3～12点)      | 8.8±1.7         | 9.7±1.8         |    |
| 自覚的な身体負担度 (1項目・1～4点)     | 3.4±0.5         | 3.7±0.5         |    |
| 仕事のコントロール度 (3項目・3～12点)   | 10.1±1.7        | 7.6±1.6         | *  |
| 技能の活用度 (1項目・1～4点)        | 3.4±1.1         | 3.2±0.4         |    |
| 職場の対人関係のストレス (3項目・3～12点) | 5.1±2.0         | 6.9±1.5         |    |
| 職場環境によるストレス (1項目・1～4点)   | 1.3±0.7         | 2.6±0.7         | ** |
| 仕事の適正度 (1項目・1～4点)        | 3.4±0.5         | 3.0±0.5         |    |
| 働きがい (1項目・1～4点)          | 3.6±0.5         | 3.2±0.4         |    |
| 活気 (3項目・3～12点)           | 8.7±2.3         | 6.0±1.3         | *  |
| いらいら感 (3項目・3～12点)        | 3.9±1.4         | 7.1±2.8         | ** |
| 疲労感 (3項目・3～12点)          | 4.3±1.2         | 8.7±3.0         | ** |
| 不安感 (3項目・3～12点)          | 3.6±0.7         | 5.8±1.9         | ** |
| 抑うつ感 (6項目・6～24点)         | 6.2±0.7         | 10.2±3.2        | ** |
| 身体愁訴 (11項目・11～44点)       | 14.0±3.0        | 20.4±3.7        | ** |
| 上司からのサポート (3項目・3～12点)    | 9.3±1.9         | 6.3±2.0         | ** |
| 同僚からのサポート (3項目・3～12点)    | 9.1±2.5         | 7.1±1.6         | *  |
| 家族や友人からのサポート (3項目・3～12点) | 9.3±2.4         | 8.4±0.9         |    |
| 仕事や家庭の満足度 (2項目・2～8点)     | 7.4±0.7         | 5.9±0.6         | ** |

平均±標準偏差      Mann-Whitney の U 検定      \*p&lt;0.05      \*\*&lt;0.01

ストレスの内容に関する記述では 24 のテキストを収集し、分析対象とした。抽出された概念をカテゴリー、サブカテゴリーと階層化した上で、グループ分けを行った。なお、サブカテゴリーは一部のカテゴリーで下位となる概念が得られた場合に生じた。グループ、カテゴリー、サブカテゴリー、代表的なテキストを表 3 に示した。分析結果を、これらを使って記載する。グループは『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉とした。

ストレスの内容は、『指導者としての不安』『新人との対人ストレス』『役割の曖昧さ』『仕事の質的負担・役割葛藤』『仕事の量的負担・時間管理の難しさ』のグループに分けられた。

『指導者としての不安』は【役割期待に応えようとして生じる不安】の 1 つのカテゴリーから構成されていた。

『新人との対人ストレス』は【期待する新人像と実際のギャップ】【新人とのやり取りから生じる対人葛藤】の 2 つのカテゴリーから構成されていた。実地指導者の【期待する新人像と実際のギャップ】は実地指導者の【新人とのやり取りから生じる対人葛藤】の原因となる。【期待する新人像と実際のギャップ】は〈報連相のギャップ〉〈価値観・倫理観のギャップ〉〈接遇・態度のギャップ〉などから構成されていた。

『役割の曖昧さ』は【曖昧な業務への従事の要求】の 1 つのカテゴリーで構成されていた。【曖昧な業務へ

の従事の要求】の一例として〈マニュアル不備による曖昧さ〉が挙げられた。

『仕事の質的負担・役割葛藤』は【指導者としての仕事の要求】【実地指導者業務と他の業務の両立の要求】【自身の業務への集中困難】の3つのカテゴリーから構成されていた。【指導者としての仕事の要求】の具体例として新人に対する〈フィードバックの要求〉や指導者としての〈目配り，気配りの要求〉などが挙げられた。

『仕事の量的負担・時間管理の難しさ』は【実地指導者を兼務することによる業務時間の増大】【忙殺状態から生じる時間に追われる感】【高度な時間管理能力の要求】【時間管理困難状態】の4つのカテゴリーから構成されていた。

実地指導者の【自身の業務への集中困難】には【曖昧な業務への従事の要求】【指導者としての仕事の要求】【実地指導者業務と他の業務の両立の要求】【新人とのやり取りから生じる対人葛藤】【役割期待に応えようとして生じる不安】の関連が想定された。さらに，【実地指導者を兼務することによる業務時間の増大】と【自身への業務への集中困難】により実地指導者は，【忙殺状態から生じる時間に追われる感】を引き起こされていた。忙殺状態の回避のため，実地指導者は【高度な時間管理能力の要求】をされるが，その要求に対応できず，【時間管理困難状態】になっていた。

一方で，「特別感じない」「特にありませんが，気難しい患者様のフォローは大変であると感じます」というテキストも認めた。さまざまなストレスを認知する実地指導者がいる一方で，【ストレスを認知しない実地指導者】【大変さとストレスを区別する実地指導者】も存在することが示された。

表3. ストレッサーの内容の分析結果

| グループ             | カテゴリー・サブカテゴリー                                                                                                                                                  | 代表的なテキスト                                                                                             |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 指導者としての不安        | 【役割期待に応えようとして生じる不安】                                                                                                                                            | ・教えられるかどうか不安                                                                                         |
| 新人との対人ストレス       | <b>【期待する新人像と実際のギャップ】</b><br>〈報連相のギャップ〉<br>〈習得にかかる時間へのギャップ〉<br>〈価値観・倫理観のギャップ〉<br>〈接遇・態度のギャップ〉<br><b>【新人とのやり取りで生じる対人葛藤】</b>                                      | ・職務に対する価値観や認識、倫理感の相違時<br>・報連相が不十分な時<br>・指導される側の接遇面<br>・話の聞き方、態度。                                     |
| 役割の曖昧さ           | <b>【曖昧な業務への従事の要求】</b><br>〈マニュアル不備による曖昧さ〉                                                                                                                       | ・基本的なマニュアルが不十分。                                                                                      |
| 仕事の質的負担・役割葛藤     | <b>【指導者としての仕事の要求】</b><br>〈フィードバックの要求〉<br>〈目配り、気配りの要求〉<br>〈臨機応変な支援の要求〉<br>〈つきっきり状態の要求〉<br>〈新人の書類作成支援の要求〉<br><b>【自身の業務への集中困難】</b><br><b>【実地指導者業務と他の業務の両立の要求】</b> | ・ずっと付きっきりで業務を行うこと<br>・時間的余裕がない時のフィードバック時<br>・目配り気配り<br>・自分の業務と指導が重なる時<br>・タイミング悪く声をかけてくる時<br>・提出物の添削 |
| 仕事の量的負担・時間管理の難しさ | <b>【実地指導者を兼務することによる業務時間の増大】</b><br><b>【忙殺状態から生じる時間に追われる感】</b><br><b>【高度な時間管理能力の要求】</b><br><b>【時間管理困難状態】</b>                                                    | ・FBの時間でできた通常業務が全て残業時間となっている<br>・リハビリ取得単位数を確保するため、業務時間に追われること<br>・スケジュール管理<br>・タイムマネジメントが難しい時         |
| 特になし             | <b>【ストレスを認知しない実地指導者】</b><br><b>【大変さとストレスを区別する実地指導者】</b>                                                                                                        | ・特別感じない<br>・特にありませんが、気難しい患者様のフォローは大変であると感じます。                                                        |

環境整備の要望に関する記述では、25 のテキストを収集し、分析対象とした。抽出された概念をテーマ、カテゴリー、サブカテゴリーに階層化した。なお、ストレッサーの内容の結果の大分類は抽出された概念を階層化した後にグループ分けとグループの命名をしたためグループとし、環境整備の要望の結果の大分類は概念を階層化したものであるためテーマとして区別した。テーマ、カテゴリー、サブカテゴリー、代表的なテキストを表4に示す。以下、環境整備の分析結果を、これらを使って記載する。テーマは【\_\_】、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉で示した。

環境整備の要望は【基盤となる環境】【新人の働きやすい環境】の2つのテーマから構成されていた。【基盤となる環境】を前提に、【新人の働きやすい環境】づくりが行われる。以下、テーマごとに分析結果を述べる。

【基盤となる環境】は、〈職場としての教育方針の明確化〉〈曖昧さ解消のためのマニュアル整備〉〈日常的な声かけが実施されていて相談しやすい環境〉や〈情報共有の場の提供〉〈適切な役割分担〉などのサブカテゴリーで構成されていた。

【新人の働きやすい環境】は【実地指導者と他のスタッフが協力する仕組み】【実地指導者と新人の継続的な支援ができるスタッフ】【新人への支援】【実地指導者への支援】の4つのカテゴリーから構成されていた。

【新人の働きやすい環境】は【実地指導者と他のスタッフが協力する仕組み】で作られ、【新人への支援】とともに【実地指導者への支援】が行われた。【新人への支援】と【実地指導者への支援】を促進するのが【実地指導者と新人の継続的な支援ができるスタッフ】である。【実地指導者と他のスタッフが協力する仕組み】の明確化は〈適切な役割分担〉によりなされた。

【新人への支援】の具体例として〈新人のストレスへの配慮〉〈新人の卒後教育の充実〉〈新人が相談できる機会の十分な提供〉〈業務時間内での指導時間の確保〉が挙げられた。〈新人の卒後教育の充実〉により〈新人の専門職社会人としての態度の醸成を促す仕組み〉が実現されることが望まれていた。なお、「専門職社会人としての態度」は、自立した理学療法士が獲得すべき能力<sup>17)</sup>の7カテゴリーのうちの1カテゴリーであった。

【実地指導者への支援】はさらに【実地指導者への成長支援】【実地指導者の業務と他の業務の両立の支援】【実地指導者の動機づけを高める仕組み】の3つのカテゴリーから構成されていた。【実地指導者への成長支援】は〈上長による実地指導者への指導〉や〈実地指導者への研修の提供〉により行われた。【実地指導者の業務と他の業務の両立の支援】として〈実地指導者が業務を柔軟に調整できる仕組み〉〈業務時間内での指導時間の確保〉〈実地指導者の自身の業務に取り組む時間の確保〉〈実地指導者への業務の配慮・負担軽減〉〈実地指導者から他のスタッフへ業務の委託ができる仕組み〉が挙げられた。【実地指導者の動機づけを高める仕組み】のうちの 하나가〈実地指導者の業務に見合った報酬〉であった。

表4. 環境整備の要望の分析結果

| テーマ                   | カテゴリー・サブカテゴリー                            | 代表的なテキスト                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【 <u>基盤となる環境</u> 】    | 〈職場としての教育方針の明確化〉〈職場内の見解の相違への対処〉          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃の声かけや相談しやすい環境づくり</li> <li>・情報共有の場を設ける</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |
|                       | 〈職場内の見解の統一〉〈適切な役割分担〉〈曖昧さ解消のためのマニュアル整備〉   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈休憩時間が妨害されない環境〉〈日常的な声かけが実施されていて相談しやすい環境〉 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈情報共有の場の提供〉                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 【 <u>新人の働きやすい環境</u> 】 | 【 <u>実地指導者と他のスタッフが協力する仕組み</u> 】          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人理学療法士が相談できる機会を十分に与えられていて、ストレスなく仕事できる状況を実地指導者や他のスタッフが協力して作り上げられる環境</li> <li>・指導される側の礼節、接遇面</li> <li>・各所属施設内にて、実地指導者への指導を行える上長が存在していること</li> <li>・実地指導者に対する業務量ないしは給与上の配慮</li> <li>・自身の業務を多く抱えている時の事務作業時間の確保</li> <li>・指導時間を業務内でもうける</li> </ul> |
|                       | 【 <u>新人と実地指導者の継続的な支援ができるスタッフ</u> 】       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 【 <u>新人への支援</u> 】                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈業務時間内での指導時間の確保〉〈新人が相談できる機会の十分な提供〉       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈新人のストレスへの配慮〉〈新人の卒後教育の充実〉                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈新人の専門職社会人としての態度の醸成を促す仕組み〉               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 【 <u>実地指導者への支援</u> 】                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 【 <u>実地指導者への成長支援</u> 】                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈上長による実地指導者への指導〉                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈実地指導者への研修の提供〉                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 【 <u>実地指導者の動機づけを高める仕組み</u> 】             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈実地指導者の業務に見合った報酬〉                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 【 <u>実地指導者の業務と他の業務の両立の支援</u> 】           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈実地指導者が業務を柔軟に調整できる仕組み〉                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈実地指導者から他のスタッフへ業務の委託ができる仕組み〉             |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈業務時間内での指導時間の確保〉                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈自身の業務に取り組む時間の確保〉                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 〈実地指導者への業務量の配慮・負担軽減〉                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

#### IV. 考察

ストレスは労働に必然的に伴うものでなくすることはできない<sup>11)</sup>。適度なストレスは覚醒水準を高める効果もあり、必要<sup>18)</sup>だが、過度のストレスは重大な健康問題や経済的損失をもたらす<sup>11)</sup>。職場のストレス予防対策は、個別の問題への対応だけではなく組織レベルで継続的に対策、評価、改善することが重要である<sup>11)</sup>。

本研究では、実地指導者を担った理学療法士18名を対象に、ストレスの傾向、ストレッサーと職場環境整備の要望を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。その結果、以下のことが明らかとなった。

看護師を対象とした先行研究では、実地指導者のストレスの要因として新人の態度、新人との責任感・価値観の違い、役割・責任の大きさ、指導の難しさ、他スタッフからの指摘、自分の業務に追われ新人と関わりにくいこと、指導者の環境やシステムの違いにより関わり方がわからないことが挙げられていた<sup>5)6)</sup>。他スタッフからの指摘以外は、本研究で示された『指導者としての不安』『新人との対人ストレス』『役割の曖昧さ』『仕事の質的負担・役割葛藤』『仕事の量的負担・時間管理の難しさ』と類似しており、これらは指導者共通のストレッサーであると考えられた。他スタッフからの指摘が先行研究で認められた要因として以下が考えられる。まず、病棟看護師は複数のチームに分かれチームごとに一定の患者を受け持つ方式を取っていることや夜勤交代制勤務であることから、新人理学療法士よりも新人看護師の方が指導者以外のスタッフと協働する機会が多い可能性がある。協働する機会が多いために指摘を受けることが多いのではないかと推察される。次に、先行研究の指導者の経験年数はいずれも平均4年から3年であり、本研究の対象者の経験年数 $10.9 \pm 5.1$ 年と比して低いことである<sup>5)6)</sup>。医療者あるいは指導者として経験が浅いために他スタッフから指摘を受けることは、理学療法士でも起こりうるが、本研究では対象者の経験年数が高かったためにストレッサーとして挙げられなかった可能性が考えられる。

高ストレス群は、仕事の量的負担が有意に高く、仕事のコントロール度が有意に低かった。また、ストレッサーの1つが『仕事の量的負担・時間管理の難しさ』であり、【実地指導者の業務と他の業務の両立の支援】では実地指導者が「時間の確保」を求めている。山下らは「臨床現場では、管理者も含め単位ノルマが高く、課題や委員会・係の仕事など理学療法業務以外の仕事量が多く、業務時間内で業務が終わらない現状にある」と述べている<sup>19)20)</sup>。実地指導者が、多忙な業務と新人教育の両立に難渋していると推察される。

『新人との対人ストレス』において実地指導者の【期待する新人像と実際のギャップ】は実地指導者の【新人とのやり取りから生じる対人葛藤】の原因となると示された。対人葛藤は、個人の要求や期待が他者によって阻止されていると個人が認知することによって生じると定義されている<sup>21)</sup>。本研究では、実地指導者が新人に対して期待していたことと実際が異なること、すなわちギャップを認知した際に対人葛藤に発展することがあると解釈された。ただし、対人ストレスは相互作用があり、対人文脈も考慮する必要がある。新人も指導者に対してギャップを感じている可能性は高いと考えられる。

【期待する新人像と実際のギャップ】のサブカテゴリーは〈報連相のギャップ〉〈価値観・倫理観のギャップ〉〈接遇・態度のギャップ〉で構成されていた。さらに環境整備の要望の【新人への支援】のサブカテゴリーの1つが〈新人の専門職社会人としての態度の醸成を促す仕組み〉であった。これらの結果は、実地指導者が新人に対して情意領域の不足を感じていることを示唆していると考えられる。ICU、CCUおよび救命救急センターの臨床看護師が、看護基礎教育で新人看護師に十分に教えてほしかったこと上位10位以内に「態度」「挨拶」「報告」「言葉遣い」「相談」「コミュニケーション」という情意領域に関する語を数多く認めたと報告されている<sup>22)</sup>。新人が社会人としての態度を兼ね備えていないことは職場のスタッフと信頼関係を築く上で阻害因子となる場合もある。情意領域の卒前・卒後教育の充実が望まれる。

【**基盤となる環境**】のサブカテゴリーの一部は、Herzbergの動機づけ－衛生要因理論における衛生要因に該当すると考えられる。衛生要因は、会社の政策や方針、監督技術、給与、対人関係・上役、作業条件などであり、適切に保たないと仕事の不満につながるもの<sup>23)</sup>である。また、〈日常的な声かけが実施されていて相談しやすい環境〉というサブカテゴリーは職場の組織風土に関連すると考えられる。近年、職業性ストレスの研究では、作業特性を中心にストレスを捉えるのではなく、マクロな組織特性に注目する必要性が高まっている<sup>11)</sup>。リハビリテーション専門職においても、組織特性の一つである組織風土は、職業性ストレスと職務満足度に関連していたと報告されている<sup>24)</sup>。【**基盤となる環境**】は衛生要因が確保されていて、組織風土が良好な職場であると考えられる。

【**新人の働きやすい環境**】においては、【**新人への支援**】のみでなく【**実地指導者への支援**】も行われることが明らかになり、【**実地指導者と他のスタッフが協力する仕組み**】【**実地指導者と新人の継続的な支援ができるスタッフ**】の重要性が示された。実地指導者が多忙な業務と新人教育の両立に難渋していること、また、高ストレス群は上司や同僚のサポートが有意に低かったことから、実地指導者が適宜支援を受けられる体制はストレス対策にもなり得る。新人看護職員研修ガイドラインでは、新人看護師と実地指導者を支援する「教育担当者」という役割が設けられている<sup>25)</sup>。「教育担当者」は【**実地指導者と新人の継続的な支援ができるスタッフ**】に該当すると考えられる。理学療法士の新人教育においても【**実地指導者と新人の継続的な支援ができるスタッフ**】の配置が望まれる。

【**実地指導者の動機づけを高める仕組み**】というカテゴリーにより、動機づけにも配慮する必要性が示された。〈実地指導者の業務に見合った報酬〉で示された「報酬」には金銭的報酬と非金銭的報酬がある<sup>26)</sup>。金銭的報酬は働くモチベーションとなる一方で、限界がある。強すぎる金銭的報酬は労働者の不適切な行動を引き起こす可能性や、金銭的報酬という外発的な動機づけが与えられることにより、労働者が持つ内発的な動機の減少が指摘されており、「仕事を通じて得る経験」や「心理的な報酬」といった非金銭的な報酬を上手く組み合わせる必要があるとされている<sup>26)</sup>。どのような動機づけが望ましいのか、実地指導者の状況や認識に応じて検討することが望ましい。

【**実地指導者への成長支援**】は〈上長による実地指導者への指導〉や〈実地指導者への研修の提供〉により行われることが示された。組織で臨床実習や若手の指導にあたり、教育力が欠けていると言われている<sup>27)</sup>。多忙な業務の中で、効果的、効率的な教育を行う力を身につける必要がある。さらに、石野らは理学療法士の職場教育についてメンターになるための準備がなされないまま、メンターとなり手探りで支援をしている現状にあり、メンターとして十分な能力を持った中間管理職の育成も課題であると述べている<sup>28)</sup>。実地指導者のみでなく、上長も良いメンターとなるための取り組みが必要である。

本研究の成果は、実地指導者のストレスの一部を明らかにしたこと、新人教育を展開する上での職場環境整備は幅広い視点で行う必要があることを示したことである。本研究の限界は、対象者が18名と少人数であること、同一法人内の施設に勤務する者のみであること等から標準的な見解としては述べられないことである。また、対象者の実地指導者の経験回数は3回目以上が過半数を占めていたことから、実地指導者を初めて担った者の傾向は反映できていない可能性が高い。

実地指導者のストレスをより詳細に捉えるには、調査項目を増やし、勤務している領域、熟達段階ごとの調査や、職務経験に配慮した調査が必要と考えられる。

## 利益相反と研究助成費

本研究において開示すべきCOI関係にある企業や組織、団体等はない。

## 謝辞

本研究にあたり、アンケート調査にご協力してくださった皆様に心より感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：理学療法士・作業療法士の需要推計を踏まえた今後の方向性について（第3回理学療法士・作業療法士需給分科会）。[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000132674\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000132674_00001.html)（閲覧日 2024年 11月 7日）
- 2) 公益社団法人日本理学療法士協会：統計情報。<https://www.japanpt.or.jp/activity/data/>（閲覧日 2024年 11月 7日）
- 3) 芳野純，臼田滋：医療施設における理学療法士の継続教育の現状，理学療法科学，2010，25（1）：55-60
- 4) 鈴木幸宏，堀本ゆかり：リハビリテーション実施施設における新人教育に関する実態調査．理学療法科学，2022，37（4）：375-382.
- 5) 公益社団法人日本理学療法士協会：新人理学療法士職員研修ガイドライン．2020.
- 6) 山根美保：プリセプターのストレス認知とサポートシステムの研究．神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，2005，30（1349-5259）：222-229.
- 7) 森本千尋，森あゆみ，山下ひろみ・他：産科病棟におけるプリセプターのストレス要因調査ープリセプター支援のあり方を考えるー．国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター医学雑誌，2015，64-68.
- 8) 吉富美佐江，舟島なをみ：新人看護師を指導するプリセプターのロールモデル行動の解明．千葉看護学会会誌，2011，17（2）：11-19.
- 9) 山滝啓太，善明雄太，金子秀雄・他：プリセプター指導が新人教育に与える影響ー満足度から見た，プリセプターに求められる指導方法の検討ー．日本リハビリテーション教育学会誌，2021，4（3）：57-65.
- 10) 鈴木幸宏，堀本ゆかり：実地指導者が必要とする新人教育環境・能力に関する探索的研究ーe ポートフォリオによる新人教育管理の提案ー．理学療法学教育，2022，6（1）：1-15.
- 11) 原谷隆史：職業性ストレスの予防と健康職場 最近の動向と課題．産業ストレス研究，2006，13：179-184.
- 12) 厚生労働省：職業性ストレス簡易調査票を用いた ストレスの現状把握のためのマニュアルーより効果的な職場環境等の改善対策のためにー．2009
- 13) 大谷尚：4 ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案．名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要（教育科学），2007，54：27-44.
- 14) 大谷尚：質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで．名古屋大学出版会，名古屋，2019，pp270-368.
- 15) 大谷尚．SCAT：Steps for Coding and Theorizationー明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法ー．感性工学，2011，10（3）：155-160.
- 16) 福土元春，名郷直樹：指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていないー指導医講習会における指導医のニーズ調査からー．医学教育，2011，42（2）：65-73.
- 17) 芳野純，二渡玉江，大谷健・他：自立した理学療法士が獲得すべき能力に関する質的研究．理学療法学，

2010, 37 (6) : 410-416.

- 18) 田尾雅夫：組織の構造ストレスとその克服．産業ストレス研究, 2003, 10 : 229-233.
- 19) 山下淳一, 堀本ゆかり：リハビリテーション専門病院における理学療法士の「働きやすさ」に関する阻害因子．理学療法教育, 2022, 1 (1) : 47-52.
- 20) 山下淳一, 堀本ゆかり：主任職が役割移行時に感じる困難感とキャリア支援に関する実態調査－就任初期の理学療法士の人材育成－．日本農村医学会雑誌, 2019, 68 (4) : 482-489.
- 21) 藤森立男：日常生活にみるストレスとしての対人葛藤の解決過程に関する研究．社会心理学研究, 1989, 4 (2) : 108-116
- 22) 今井多樹子, 池田敏子：ICU, CCU, および救命救急センターに配属される新人看護師に必要な基礎教育－テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から－．日本看護研究会雑誌, 2015, 24 (3) : 39-50.
- 23) 産業・組織心理学会：組織行動の心理学．北大路書房, 京都, 2019, pp126-128.
- 24) 西郡亨, 今井祐子, 堀本ゆかり：病院に勤務するリハビリテーション専門職が認知する組織風土と職務満足度, 職業性ストレスの関連．理学療法科学, 2021, 36 (1) : 53-58.
- 25) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン（改訂版）．2014.
- 26) 安藤至大：金銭的・非金銭的報酬とモチベーション.日本労働研究雑誌, 2017, 684 : 26-36.
- 27) 山田洋一, 丸山仁司：理学療法士の自己認識から抽出した今後の育成課題－医療機関に勤務する理学療法士の調査－.理学療法科学, 2012, 27 (4) : 385-389.
- 28) 石野麻衣子, 堀本ゆかり：理学療法士におけるメンタリング行動指標の開発とその信頼性・妥当性の検証.理学療法科学, 2022, 37 (4) : 419-425.

## 原 著

# リハビリテーションでの心不全患者に対する 心不全ポイント関連項目の評価に関する予備的検討

A preliminary study of assessment related to heart failure points in rehabilitation

瀬木謙介<sup>1)</sup> 田中誠也<sup>2)</sup> 早野真司<sup>3)</sup> 山本昭江<sup>1)</sup> 谷口徳孝<sup>1)</sup> 細田紗也香<sup>4)</sup>  
田中寿和<sup>3)</sup>

Kensuke SEGI,RPT<sup>1)</sup>, Seiya TANAKA,ST,PhD<sup>2)</sup>, Shinji HAYANO,MD<sup>3)</sup>, Akie YAMAMOTO,RPT<sup>1)</sup>,  
Noritaka TANIGUCHI,RPT<sup>1)</sup>, Sayaka HOSODA,NS<sup>4)</sup>, Toshikazu TANAKA,MD<sup>3)</sup>

- 1) 岡崎市民病院 医療技術局 リハビリテーション室：愛知県岡崎市高隆寺町字五所合 3 番地 1 (〒444-8553)  
Dept. of Rehabilitation, Okazaki city Hospital (3-1 Goshoi, Koryuji-chou, Okazaki City Aichi, Japan)  
E-mail : segi\_okazakihospital@yahoo.co.jp
- 2) 国立長寿医療研究センター 先端医療開発推進センター：愛知県大府市森岡町 7-430 (〒474-8511)  
Innovation Center for Translational Research, National Center for Geriatrics and Gerontology (7-430, Morioka-chou, Obu City, Aichi, Japan)
- 3) 岡崎市民病院 循環器内科：愛知県岡崎市高隆寺町字五所合 3 番地 1 (〒444-8553)  
Dept. of Cardiovascular Medicine, Okazaki city Hospital (3-1 Goshoi, Koryuji-chou, Okazaki City Aichi, Japan)
- 4) 岡崎市民病院 看護局：愛知県岡崎市高隆寺町字五所合 3 番地 1 (〒444-8553)  
Dept. of Nursing Bureau, Okazaki city Hospital (3-1 Goshoi, Koryuji-chou, Okazaki City Aichi, Japan)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(2):69-79. 受付日 2025 年 3 月 12 日 受理日 2025 年 5 月 12 日

**要旨：**【目的】リハビリテーション（リハ）専門職における心不全ポイントを用いた心不全セルフケア支援を推進するために心不全の評価の実態を明らかにすること。【対象と方法】リハ専門職 177 名にアンケート調査を実施した。回答を得た 167 名を分析対象とし、心不全ポイントに関連する項目の評価状況を職種間で比較した。【結果】職種間で有意差を認めた項目は、脈拍（理学療法士（PT）・作業療法士（OT）＞言語聴覚士（ST））、体重（PT＞OT・ST）、浮腫（PT＞ST）、活動量（PT・OT＞ST）、自覚的運動強度（PT・OT＞ST）であった。【結語】心不全ポイントを用いたセルフケア支援を適切に行うためには職種を考慮した教育などの啓発活動が必要と考える。

**キーワード：**リハビリテーション専門職、心不全ポイント、セルフケア支援

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(2):69-79. Submitted Mar.12,2025. Accepted May. 12,2025.

---

**ABSTRACT:** [Purpose] To clarify the current status of heart failure assessment and promote self-care support based on heart failure points across rehabilitation specialisms. [Subjects and Methods] Overall, 177 rehabilitation specialists were enrolled. Among them, 167 completed the survey. We compared the assessment of heart failure points between specialisms. [Results] Significant differences were noted among the following items: pulse [Physical Therapist (PT)/Occupational Therapist (OT) > Speech-Language-Hearing Therapist (ST)], weight (PT > OT/ST), edema (PT > ST), activity level (PT/OT > ST), and rating of perceived exertion (PT/OT > ST). [Conclusion] Specialism-specific awareness-raising activities including education are required to ensure appropriate implementation of self-care support based on heart failure points.

**Key Words:** rehabilitation specialist, heart failure points, self-care support

---

## I. はじめに

高齢化が進む本邦において、今後ますます心不全患者が増加することが見込まれている<sup>1)</sup>。心不全等で入院を繰り返すと身体機能の低下を招く可能性が高いため、再入院の予防策が課題となっている<sup>2,3)</sup>。心不全による入院の増加や入院期間の延長に関連するものとして不十分なセルフケアが指摘されており<sup>4)</sup>、心不全増悪の予防としてセルフケアが重要な役割を果たす。しかし、心不全患者の多くは高齢者であり、独居者や認知症患者などセルフケア能力に限界がある患者に対しては、セルフケア支援として医療従事者など社会資源の積極的活用が必要となる<sup>2)</sup>。

岡崎市民病院（以下、当院）では、心不全サポートチームが院内外の心不全管理の質向上を目的に様々な活動を行っている<sup>5)</sup>。心不全重症化予防の取り組みの一つとして、当院受診患者を対象とする心不全ポイントを活用した心不全管理体制を運用している。心不全ポイントとは、中根ら<sup>6)</sup>が作成した体重と症状を点数化し受診のタイミングを明確にした点数化自己管理用紙である。心不全患者の再入院予防には、セルフケアメンテナンス（良好な心不全の状態を維持するための自己管理）だけではなく、セルフケアマネジメント（心不全増悪に対処するための自己管理）を組み合わせ、より高いレベルの再入院予防策が必要であり、この再入院予防策において点数化自己管理用紙と地域連携が重要とされている<sup>6)</sup>。当院では2018年より地域連携の充実を目的として心不全ポイント使用範囲の地域全体への拡大を推進している。心不全の自己管理には、患者や自己管理をサポートする人（家族・訪問看護師・介護職など）への教育が必要とされており<sup>6)</sup>、心不全ポイントを適切に活用するためにも、患者や自己管理をサポートする家族、医療従事者は心不全ポイントに関する知識を身に付けるのが望ましい。

再発予防を含めた心不全管理において積極的な包括的リハビリテーションの実施が推奨されており<sup>2)</sup>、リハビリテーション（以下、リハ）専門職は身体機能に着目した介入だけではなく疾病管理にも焦点を置いたセルフケア支援などの介入が求められている。また、リハ専門職の介入対象は特定の疾患や領域に限定されておらず、合併症の状態や病期の異なる多様な心不全患者に医療・介護の両分野で介入する機会が多く、リハ専門職単独で介入する場面も少なくないことから、心不全管理に関する教育や支援の中核的役割を担う可能性は高い。リハ専門職が心不全ポイントを理解し教育・支援へと繋げることができれば心不全管理の質の向上に寄与できると考える。心不全ポイントの使用範囲を地域の医療・介護施設のリハ専門職に拡大し、より適切に活用するためには、リハ専門職の心不全ポイントに関連する評価項目の実施状況について調査し、その結果に応じた対応策の検討が必要と考える。当院心不全サポートチームでは、2019年に愛知県岡崎市内の理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST）などリハ専門職を対象にアンケートによる心不全患者への実態・要望調査に基づいた研修会を実施した<sup>5)</sup>。本研究では、このアンケート調査の結果のうち、心不全ポイントに関連する項目の評価状況を解析することで、心不全ポイントに関連する項目の評価状況について調査可能であると考えた。

リハ専門職の中で、心臓リハに最も多く関わるのがPTであることから<sup>7)</sup>、職種によって評価項目の実施割合が異なることが想定された。また、リハ専門職としての経験年数を重ねることで、臨床経験や院内外の研修会の参加、自己研鑽等から、心不全管理に関する知識や技術が蓄積されている可能性が高い。そのため、経験年数が長いリハ専門職の方がより高い実施割合を示すことも考えられた。一方で、心不全ポイントを構成する項目は、医療・介護どちらの領域においても重要かつ評価可能な項目であることから、リハ専門職が所属する施設の特性によって差は生じにくいことが推察された。これらのリハ専門職の特性と評価項目の実施割合との関連性について検討することは、心不全ポイントの使用範囲の拡大を進める上で重要な知見の獲

得につながりえる。

本研究では、過去に実施したアンケート調査の結果をもとに、リハ専門職における心不全ポイントに関連する項目の評価実施状況や職種間、経験年数間、所属施設間の差について検討した。これらを明らかにすることで、心不全ポイントを地域へ広める上で対応すべき課題が明確になるとともに、研修会の開催を含めた対応策の検討が可能になると考える。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

本研究は2019年に心不全に関する研修会立案を目的に実施したアンケート調査<sup>5)</sup>のうち、心不全ポイントに関連する項目を解析した。アンケート調査は、岡崎リハビリテーションネットワーク（以下、岡崎リハネット）の役員8名が所属する施設や関連施設など事前に調査実施の承諾が得られた10施設のリハ専門職177名を対象に実施した。岡崎リハネットは、愛知県岡崎市内のPT・OT・STの育成と、地域の介護予防推進・多職種連携の充実を目的として活動している職能団体である。事務局は岡崎共立病院に設置され、加盟している施設から役員を選出して運営されている。主な活動内容は、岡崎市が実施している総合事業への支援として介護予防活動への指導者の派遣、地域ケア会議の運営・参加、リハ専門職の連携強化と研鑽のための研修会の開催である。その他、行政や医師会などの他職種団体との連携の窓口も担っている<sup>5)</sup>。回答が得られた168名分（回収率94.9%）のうち、PT・OT・STから回答が得られた167名分（99.4%）の回答を解析対象とした。

### 2. 方法

アンケート調査の設問のうち、心不全患者へのリハ介入時に実際に評価・観察・情報収集している設問を使用した。調査項目は、心不全ポイントで評価する7項目「脈拍」、「体重」、「安静時の息切れ・息苦しさ」、「外出・入浴・階段の息切れ」、「むくみがひどくなる」、「せき」、「食欲低下」に対応する項目をアンケート調査結果から抽出した（表1）。心不全ポイントの「脈拍」に対応する選択肢として「脈拍（①）」、「体重」に対応する選択肢として「体重（②）」、「安静時の息切れ・息苦しさ」に対応する選択肢として「息切れ（③）」、「むくみがひどくなる」に対応する選択肢として「浮腫（④）」、「外出・入浴・階段の息切れ」に対応する選択肢として「疲労・倦怠感（⑤）」・「活動量（⑥）」・「自覚的運動強度（⑦）」の結果を抽出した。「せき」および「食欲低下」については対応する項目は該当なしと判断した。なお、「外出・入浴・階段の息切れ」に関しては、「疲労・倦怠感（⑤）」・「活動量（⑥）」・「自覚的運動強度（⑦）」のいずれも評価している必要があると考え、3項目の全てを評価しているか否かも変数として解析に含めた。

調査項目である、①脈拍、②体重、③息切れ、④浮腫、⑤疲労・倦怠感、⑥活動量、⑦自覚的運動強度の評価実施割合および3項目（⑤⑥⑦）の全てを評価している割合を算出し、職種（PT、OT、ST）、リハ経験年数（0-4年、5-9年、10年以上）、所属施設（医療系：急性期病床・回復期病床・一般病床・地域包括ケア病床・療養病床、介護系：介護老人保健施設・訪問リハ・通所リハ、医療系・介護系の両方）で群分けし群間比較した。その他、背景情報（職種・リハ経験年数・所属施設）の分布も各群間で比較した。なお、リハ経験年数は回答者の匿名性を担保するため5年刻みで収集し、得られた回答の分布から3群に分類した。また、所属施設において「その他」を選択した回答については、所属施設間の比較から除外した。

調査結果は、回答数および各設問の回答者を分母として算出した回答割合にて示した。

職種・経験年数・所属施設の比較は、先行研究<sup>8,9)</sup>を参考に、Fisherの正確確率検定を実施した。なお、これらの比較は多重性を考慮し、算出したp値に対してボンフェローニの補正を適応した。いずれも有意水準は5%とした。Fisherの正確確率検定にて有意差を認めた場合は、調整済み残差<sup>10)</sup>およびCramerのV係数<sup>10,11)</sup>を算出した。統計解析にはEZR (version 1.61)<sup>12)</sup>およびIBM SPSS statistics Version 30.0 (IBM社)を用いた。

調査実施時に依頼文書にて本研究の趣旨および解析結果は個人が特定されない形で学会等にて公表する可能性があることを説明し、アンケートの返信をもって同意が得られたものと判断した。本研究は、岡崎市民病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した (承認番号：2019-40)。

表1 心不全患者へのリハ介入時に実際に評価・観察・情報収集している項目の設定

設問：心不全のある患者または利用者を担当する際に実際に評価や観察、情報収集している項目全てに✓をしてください。担当したことがない場合は、担当したと仮定してご回答ください。

|           |          |               |             |
|-----------|----------|---------------|-------------|
| □血圧       | □脈拍 (①)  | □酸素飽和度        | □浮腫 (④)     |
| □発熱       | □貧血      | □BNP          | □息切れ (③)    |
| □心エコー検査結果 | □体重 (②)  | □動悸           | □疲労・倦怠感 (⑤) |
| □睡眠状況     | □活動量 (⑥) | □自覚的運動強度 (⑦)  | □筋力         |
| □服薬内容     | □食事内容    | □前医でのリハビリ実施状況 | □特になし       |
| □その他 ( )  |          |               |             |

BNP：脳性ナトリウム利尿ペプチド，心エコー検査：心エコー図検査，リハビリ：リハビリテーション

(①)～(⑦)：実際のアンケートでは数字は記載していないが、本論文の本文との対応を明確にするために記載

### Ⅲ. 結果

167名分の回答のうち、アンケート項目の心不全患者へのリハ介入時に実際に評価・観察・情報収集している設問に回答しなかった1名を除外した166名分を解析した。解析対象の職種・リハ経験年数・担当部門を表2に示した。なお、解析対象者のうち、149名(89.2%)が心不全患者へのリハ介入経験が有りであった。

解析対象全体における評価項目の実施割合に関して、脈拍の評価は実施割合が90%以上であったのに対し、⑥活動量(43.4%)、②体重(42.9%)、⑦自覚的運動強度(38.0%)の3項目での評価実施割合および⑤疲労・倦怠感・⑥活動量・⑦自覚的運動強度の全てを評価している割合(21.1%)が50%以下であった(表3)。

職種間の比較(表3)については、①脈拍では、PT・OTともにSTよりも有意に高い評価実施割合を示した(PT: 94.4%, OT: 96.2%, ST: 70.8%, PT×ST:  $p=0.009$ /Cramer's  $V=0.314$ , OT×ST:  $p=0.011$ /Cramer's  $V=0.364$ )。②体重では、PTはOT・STよりも有意に高い評価実施割合を示した(PT: 57.8%, OT: 32.7%, ST: 8.3%, PT×OT:  $p=0.016$ /Cramer's  $V=0.242$ , PT×ST:  $p<0.001$ /Cramer's  $V=0.404$ )。④浮腫では、PTはSTよりも有意に高い評価実施割合を示した(PT: 93.3%, OT: 80.8%, ST: 58.3%, PT×ST:  $p<0.001$ /Cramer's  $V=0.411$ )。⑥活動量では、PT・OTともにSTよりも有意に高い評価実施割合を示した(PT: 47.8%, OT: 53.8%, ST: 4.2%, PT×ST:  $p<0.001$ /Cramer's  $V=0.365$ , OT×ST:  $p<0.001$ /Cramer's  $V=0.475$ )。

⑦自覚的運動強度では、PT・OTともにSTよりも有意に高い評価実施割合を示した（PT：48.9%，OT：34.6%，ST：4.2%，PT×ST： $p<0.001$ /Cramer's  $V=0.373$ ，OT×ST： $p=0.012$ /Cramer's  $V=0.327$ ）。PTはOT・STと比較して有意に評価実施割合が低い項目は無かった。また、⑤疲労・倦怠感・⑥活動量・⑦自覚的運動強度の全ての項目を評価していると回答したリハ専門職の割合は、PT・OTともにSTよりも有意に高い値を示した（PT：23.3%，OT：26.9%，ST：0.0%，PT×ST： $p=0.019$ /Cramer's  $V=0.245$ ，OT×ST： $p=0.010$ /Cramer's  $V=0.323$ ）。一方で、STはPT・OTと比較して実施割合が有意に高い項目は認められず、有意差を認めなかった項目に関しても、STの評価実施割合は低い値を示していた。なお、職種の3群間で経験年数および所属施設の分布に有意な差は認められなかった。

経験年数間の比較については、全ての項目において、有意差を認めなかった（表4）。しかし、0-4年と5-9年との比較において、所属施設の分布に有意な差を認めた（ $p=0.038$ /Cramer's  $V=0.289$ ）。

所属施設間の比較については、「その他」のみを選択した回答者3名を除く、163名を対象として比較した。⑤疲労・倦怠感の項目で、介護系（88.0%）の方が医療系（67.0%）と比較して有意に高い評価実施割合を示した（ $p=0.020$ /Cramer's  $V=0.227$ ）。（表5）。また、介護系と医療系・介護系との比較において、経験年数の分布に有意な差を認めた（ $p=0.042$ /Cramer's  $V=0.355$ ）。

表2 解析対象者の属性

| 項目          | 回答数 |        |
|-------------|-----|--------|
| 職種          |     |        |
| 理学療法士       | 90  | (54.2) |
| 作業療法士       | 52  | (31.3) |
| 言語聴覚士       | 24  | (14.5) |
| リハ経験年数      |     |        |
| 0-4 年       | 57  | (34.3) |
| 5-9 年       | 51  | (30.7) |
| 10-14 年     | 32  | (19.3) |
| 15-19 年     | 15  | (9.0)  |
| 20 年以上      | 11  | (6.6)  |
| 担当部門（複数回答可） |     |        |
| 急性期病床       | 34  | (20.5) |
| 一般病床（急性期以外） | 25  | (15.1) |
| 回復期リハ病床     | 43  | (25.9) |
| 療養病床        | 42  | (25.3) |
| 地域包括ケア病床    | 14  | (8.4)  |
| 介護老人保健施設    | 27  | (16.3) |
| 訪問リハ        | 23  | (13.9) |
| 通所リハ        | 24  | (14.5) |
| その他         | 12  | (7.2)  |

n=166

単位：名（%）

リハ：リハビリテーション

表3 職種間での評価実施割合の比較

|                  |         | 全体         |           | PT        |           | OT   |      | ST   |  | PT×OT  |  |        | OT×ST  |      |        | PT×ST  |      |        |  |
|------------------|---------|------------|-----------|-----------|-----------|------|------|------|--|--------|--|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|--|
|                  |         |            |           |           |           |      |      |      |  | 調整済み残差 |  | Fisher | 調整済み残差 |      | Fisher | 調整済み残差 |      | Fisher |  |
|                  |         | n=166      |           | n=90      |           | n=52 |      | n=24 |  | PT     |  | OT     |        | OT   |        | ST     |      |        |  |
| 経験年数             | 0-4 年   | 57 (34.3)  | 31 (34.4) | 15 (28.8) | 11 (45.8) |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
|                  | 5-9 年   | 51 (30.7)  | 30 (33.3) | 14 (26.9) | 7 (29.2)  |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
|                  | 10 年以上  | 58 (34.9)  | 29 (32.2) | 23 (44.2) | 6 (25.0)  |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
| 所属施設<br>※未回答：3 名 | 医療系     | 97 (58.4)  | 53 (58.9) | 26 (50.0) | 18 (75.0) |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
|                  | 介護系     | 50 (30.1)  | 25 (27.8) | 21 (40.4) | 4 (16.7)  |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
|                  | 医療系・介護系 | 16 (9.6)   | 11 (12.2) | 4 (7.7)   | 1 (4.2)   |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
| ①脈拍              |         | 152 (91.6) | 85 (94.4) | 50 (96.2) | 17 (70.8) |      |      |      |  |        |  |        | 3.2    | -3.2 | *      | 3.3    | -3.3 | *      |  |
| ②体重              |         | 71 (42.8)  | 52 (57.8) | 17 (32.7) | 2 (8.3)   | 2.9  | -2.9 | *    |  |        |  |        |        |      |        | 4.3    | -4.3 | *      |  |
| ③息切れ             |         | 128 (77.1) | 69 (76.7) | 43 (82.7) | 16 (66.7) |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
| ④浮腫              |         | 140 (84.3) | 84 (93.3) | 42 (80.8) | 14 (58.3) |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
| ⑤疲労・倦怠感          |         | 121 (72.9) | 67 (74.4) | 41 (78.8) | 13 (54.2) |      |      |      |  |        |  |        |        |      |        |        |      |        |  |
| ⑥活動量             |         | 72 (43.4)  | 43 (47.8) | 28 (53.8) | 1 (4.2)   |      |      |      |  |        |  |        | 4.1    | -4.1 | *      | 3.9    | -3.9 | *      |  |
| ⑦自覚的運動強度         |         | 63 (38.0)  | 44 (48.9) | 18 (34.6) | 1 (4.2)   |      |      |      |  |        |  |        | 2.8    | -2.8 | *      | 4.0    | -4.0 | *      |  |
| ⑤・⑥・⑦の全てを評価      |         | 35 (21.1)  | 21 (23.3) | 14 (26.9) | 0 (0.0)   |      |      |      |  |        |  |        | 2.8    | -2.8 | *      | 2.6    | -2.6 | *      |  |

\* p<0.05

単位：名（％）

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士

表4 経験年数間での評価実施割合の比較

|                    |         | 0-4 年     | 5-9 年     | 10 年以上    | 0-4 年×5-9 年 |       |        | 5-9 年×10 年以上 |        |        | 0-4 年×10 年以上 |        |        |
|--------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------|--------|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
|                    |         |           |           |           | 調整済み残差      |       | Fisher | 調整済み残差       |        | Fisher | 調整済み残差       |        | Fisher |
|                    |         | n=57      | n=51      | n=58      | 0-4 年       | 5-9 年 |        | 5-9 年        | 10 年以上 |        | 0-4 年        | 10 年以上 |        |
| 職種                 | PT      | 31 (54.4) | 30 (58.8) | 29 (50.0) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
|                    | OT      | 15 (26.3) | 14 (27.5) | 23 (39.7) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
|                    | ST      | 11 (19.3) | 7 (13.7)  | 6 (10.3)  |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| 所属施設<br>※未回答：3 名   | 医療系     | 36 (63.2) | 28 (54.9) | 33 (56.9) | 0.6         | -0.6  |        |              |        |        |              |        |        |
|                    | 介護系     | 12 (21.1) | 20 (39.2) | 18 (31.0) | -2.2        | 2.2   | *      |              |        |        |              |        |        |
|                    | 医療系・介護系 | 9 (15.8)  | 1 (2.0)   | 6 (10.3)  | 2.4         | -2.4  |        |              |        |        |              |        |        |
| ①脈拍                |         | 54 (94.7) | 45 (88.2) | 53 (91.4) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ②体重                |         | 20 (35.1) | 22 (43.1) | 29 (50.0) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ③息切れ               |         | 45 (78.9) | 39 (76.5) | 44 (75.9) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ④浮腫                |         | 46 (80.7) | 44 (86.3) | 50 (86.2) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ⑤疲労・倦怠感            |         | 38 (66.7) | 38 (74.5) | 45 (77.6) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ⑥活動量               |         | 25 (43.9) | 21 (41.2) | 26 (44.8) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ⑦自覚的運動強度           |         | 20 (35.1) | 20 (39.2) | 23 (39.7) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |
| ⑤・⑥・⑦の全てを評価 (名(%)) |         | 10 (17.5) | 13 (25.5) | 12 (20.7) |             |       |        |              |        |        |              |        |        |

\* p<0.05

単位：名（％）

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士

表5 所属施設間での評価実施割合の比較

|                    |       | 全体<br>n=163   | 医療系<br>n=97 | 介護系<br>n=50 | 医療系・<br>介護系<br>n=16 | 医療系×介護系 |     |        | 介護系×医療系・介護系 |         |        | 医療系×医療系・介護系 |         |        |
|--------------------|-------|---------------|-------------|-------------|---------------------|---------|-----|--------|-------------|---------|--------|-------------|---------|--------|
|                    |       |               |             |             |                     | 調整済み残差  |     |        | 調整済み残差      |         |        | 調整済み残差      |         |        |
|                    |       |               |             |             |                     | 医療系     | 介護系 | Fisher | 介護系         | 医療系・介護系 | Fisher | 医療系         | 医療系・介護系 | Fisher |
| 職種                 | PT    | 89 (54.6)     | 53 (54.6)   | 25 (50.0)   | 11 (68.8)           |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
|                    | OT    | 51 (31.3)     | 26 (26.8)   | 21 (42.0)   | 4 (25.0)            |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
|                    | ST    | 23 (14.1)     | 18 (18.6)   | 4 (8.0)     | 1 (6.3)             |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| 経験年数               | 0-4年  | 57 (35.0)     | 36 (37.1)   | 12 (24.0)   | 9 (56.3)            |         |     |        | -2.4        | 2.4     |        |             |         |        |
|                    | 5-9年  | 49 (30.1)     | 28 (28.9)   | 20 (40.0)   | 1 (6.3)             |         |     |        | 2.5         | -2.5    | *      |             |         |        |
|                    | 10年以上 | 57 (35.0)     | 33 (34.0)   | 18 (36.0)   | 6 (37.5)            |         |     |        | -0.1        | 0.1     |        |             |         |        |
| ①脈拍                |       | 150<br>(92.0) | 88 (90.7)   | 47 (94.0)   | 15 (93.8)           |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ②体重                |       | 70 (42.9)     | 40 (41.2)   | 23 (46.0)   | 7 (43.8)            |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ③息切れ               |       | 126<br>(77.3) | 74 (76.3)   | 38 (76.0)   | 14 (87.5)           |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ④浮腫                |       | 139<br>(85.3) | 78 (80.4)   | 46 (92.0)   | 15 (93.8)           |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ⑤疲労・倦怠感            |       | 120<br>(73.6) | 65 (67.0)   | 44 (88.0)   | 11 (68.8)           | -2.8    | 2.8 | *      |             |         |        |             |         |        |
| ⑥活動量               |       | 71 (43.6)     | 39 (40.2)   | 24 (48.0)   | 8 (50.0)            |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ⑦自覚的運動強度           |       | 62 (38.0)     | 37 (38.1)   | 18 (36.0)   | 7 (43.8)            |         |     |        |             |         |        |             |         |        |
| ⑤・⑥・⑦の全てを評価 (名(%)) |       | 34 (20.9)     | 22 (22.7)   | 11 (22.0)   | 1 (6.3)             |         |     |        |             |         |        |             |         |        |

\* p&lt;0.05

単位：名（％）

PT：理学療法士，OT：作業療法士，ST：言語聴覚士

分母は、担当病床が「その他」のみと回答した3名を除いた163名。

## IV. 考察

本研究では心不全ポイントを使用したセルフケア支援を地域へ広める上でのリハ専門職における課題を明らかにし、対応策を検討することを目的として、アンケート調査の回答を解析した。その結果、回答者全体を通して心不全ポイントに関連する評価項目の実施割合は項目により差があり、項目に着目した教育などの対応策が必要であると考えられる。また、経験年数によって実施割合に有意差は認めず、職種間や所属施設間では有意差を認めており、リハ専門職の特性に応じた対応策の検討が必要である可能性も示唆された。

評価項目の実施割合について、心不全ポイントに関連する評価項目はいずれも心不全管理や心不全患者に対するリハを提供する上で重要な項目であるが、約半数の項目が実施割合50%以下であった。心不全ポイントを適切に活用するためには、各評価項目について一定の知識が必要であり、現在の評価実施状況で心不全ポイントを導入した場合、適切に使用されない可能性がある。

職種間の比較では評価項目の実施割合はPTが高く、一方で、STは他のリハ専門職と比較し最も低い結果を示していた。PTは心大血管リハビリテーション料の新設時より算定が可能であったのに対し<sup>13)</sup>、OTは2014年の診療報酬改定で算定可能となり<sup>14)</sup>、STは現在も算定出来ない<sup>15)</sup>。PTの評価実施割合が最も高く、STが最も低い結果となったことの要因として少なからず診療報酬が影響している可能性も考えられる。加えて、PTは他の職種と比較して心不全への対応頻度が高く、かつ、対象者に対する身体的負荷量が多い介入となるため、よりの確に対象者の状態を把握し介入プログラムに反映する必要がある。そのため、今回の評価の実施割合は必ずしも高いとは言えず、特に介入における負荷量の設定に直接関係する活動量や自覚的運動強度の評価実施割合は低く、疲労・倦怠感・活動量・自覚的運動強度の全てを評価しているPTは25%に満たなかった。PTにおいても本調査の結果を考慮した教育が必要と考える。また、日本心臓リハビリテーショ

ン学会の認定資格である心臓リハビリテーション指導士の2024年(第25回)の職種毎の受験者数は、PTは473名であったがOTは35名に留まっており<sup>16)</sup>、STに至っては受験資格が認められていない。心不全に対する関心の程度もPTが最も高いことが、認定資格の受験者数からも推察される。STは心大血管リハビリテーション料が算定出来ないため、併存疾患として心不全を有する患者に対応することはあっても心不全が直接の介入対象疾患となる可能性が低いこと、STの業務内容としてPTやOTよりも身体的負荷がかかる介入が少ないことなどから、心不全評価の必要性が乏しく心不全ポイントに関連する評価項目の実施割合が低い結果を示したと考える。また、PTと比較して、OTやSTは心臓リハの卒前教育カリキュラムが十分でないことが指摘されており<sup>7)</sup>、心不全管理に関して国家資格を取得して現場で働き始めた時点ですでに職種間で差が生じている可能性がある。心不全ポイントを活用した心不全管理体制を適切に運用するためには、患者本人やその家族を含む自己管理サポート者への教育が不可欠である。認知機能低下や高次脳機能障害を持つ患者では、心不全ポイントの評価や記録を自身で行うことが難しい場合もあり、その際には担当する医療職や介護職が評価・記録を支援する必要がある<sup>6)</sup>。日常的に心不全評価を行わないSTであっても、心不全を合併した患者を担当する場合には、心不全ポイントに関する知識や評価能力が求められる可能性がある。そのため、PTやOTだけでなくSTも心不全に関する教育が必要と考える。

その他、OTは体重の評価実施割合においてPTよりも有意に低値であった。あくまでも急性期リハに限定した論文であるが、心臓リハにおけるOTの役割は日常生活動作に対する支援・介入を主としていると記載されている<sup>7)</sup>。全ての医療・介護施設に所属するOTが同様の役割を担っているとは言い切れないが、牧田<sup>7)</sup>が示すようにOTの役割は日常生活動作への支援・介入が主であるとすると、体重など一見すると活動への影響が少ないと判断される項目の重要度は下がり、評価実施割合が低下した可能性がある。

経験年数の比較については、経験年数を重ねることで、臨床経験や所属する施設内外での研修会、自己研鑽によって心不全管理に関する知識や技術が蓄積され、評価項目の実施割合に差が生じると想定していた。しかし、アンケートの結果では、全ての項目において有意な差を認めず、必ずしも経験年数を重ねることで心不全の評価の実施状況が変化するとは限らない可能性が示唆された。本アンケート調査対象の施設のうち心臓リハ算定施設は1施設に留まっていた。心臓リハを算定しない施設の場合、リハ専門職が関わるのはリハ対象疾患を心不全とする患者ではなく、併存疾患として心不全を有する患者となる。直接の介入対象にならない心不全は、学習の優先順位が低くなり学習の機会が他の領域と比較して少ないことは否定できない。本アンケート調査の結果より、心不全ポイントの適切な運用のためには、導入前に全ての経験年数を対象にした対策が必要になると考える。

所属施設間の比較では、疲労・倦怠感を除き有意な差は認められなかった。心不全ポイントは、医療者・介護者が連携し適切な心不全管理を推進する上で有用な共通基準の一つとなりえる。医療・介護のどちらの領域においても評価可能であることから、リハ専門職が所属する施設の特性により明らかな差は生じないことが推定され、本検討の結果は我々の想定と類似する結果となった。介護系施設は主に高齢者を対象としていることから、医療系施設と比較してリハ対象者の年齢が高く、疲労・倦怠感につながる要因を複数有している可能性が高い。この特性の違いが、所属施設間での疲労・倦怠感の評価実施割合に差が生じた要因の一つであると考えられる。しかし、本検討の結果のみでは、疲労・倦怠感においてのみ有意な差を示した原因について議論することは困難であり、今後の検討課題と言える。

本調査結果から、評価の実施割合は必ずしも高いとは言えない状況であった。これまでに、心不全に関する研修が心不全に関する評価に対する認識の変化につながることで報告されている<sup>5, 17)</sup>。心不全に関する評価に対する認識、心不全ポイントに関連する評価項目の実施割合を向上させるためには、対象となるリハ専

門職の特性を考慮した教育的な活動を含めた啓発活動の推進が必要と考える。他の職種と比較して PT は全体的に評価の実施割合が高い値を示していたが、活動量や自覚的運動強度といった負荷管理に関する評価に重点を置いた教育プログラムが必要と考える。また、OT に関しては、日常生活の活動に直接関係する内容だけではなく病態把握などより広範囲の内容を含んだ教育プログラムを、ST に関しては基礎的な内容に重点をおいた教育プログラムを設定することが想定される。

本研究は心不全ポイントの評価項目に対応するデータを過去のアンケート調査より抽出し解析に使用しており、限界点として以下の点に留意が必要である。第一に、今回の評価項目数は心不全ポイントよりも2項目少なく、評価項目の定義が心不全ポイントとアンケート調査では必ずしも一致していない。第二に、評価の実施有無のみを調査対象とし、評価の正確性や基準などの評価内容の質に関しては分析していない。第三に、心不全ポイントの認知度や理解度に関する報告は、我々が調査した範囲では認められておらず、基礎的な情報が不足している。第四に、本調査はランダムではなく岡崎リハネットに関する施設のうち事前許可を得た少数の施設に所属するリハ専門職を対象としており、対象施設の特性は考慮していない。第五に、リハ経験年数は研究者が設定した区分での比較となっている。第六に、リハ専門職の所属施設や部署の特性、介入経験のある疾患については考慮されていない。今後の研究では、これらの課題を踏まえた研究デザインの立案と調査の実施、さらに詳細な結果の解析が必要と考える。

なお、本研究の一部は第29回日本心臓リハビリテーション学会にて発表した。

## 利益相反と研究助成費

本研究において、開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

## 引用文献

- 1) Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al.: Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ*, 2008, J72: 489-491.
- 2) 筒井裕之: 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017\\_tsutsui\\_h.pdp](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdp) (閲覧日 2021年3月29日).
- 3) 厚生労働省: 循環器病対策推進基本計画 (2023年5月). <https://www.mhlw.go.jp/content/10900001/001077175.pdf> (閲覧日 2023年9月12日).
- 4) Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, et al.: Insufficient Self-Care Is an Independent Risk Factor for Adverse Clinical Outcomes in Japanese Patients With Heart Failure. *Int Heart*, 2013, J54: 382-389.
- 5) 瀬木謙介, 早野真司, 細田紗也香, 他: リハビリテーション専門職の心不全に対する知識・認識の調査とそれに基づく研修プログラムの有用性の検討. *全国自治体病院協議会雑誌*, 2023, 62: 90-99.
- 6) 中根栄策, 田中希, 濱口桃香, 他: 高齢心不全患者に対する再入院防止の試み ～体重と症状の点数化と地域連携で再入院を防ぐ～. *心臓リハ*, 2017, 23: 128-131.
- 7) 牧田茂: 急性期心臓リハビリテーションにおける OT, ST の役割. *MED REHABIL*, 2019, 231: 22-29.
- 8) 郷式徹: クロス集計表に対する統計分析の手法:  $\chi^2$  検定と Fisher の直説法および残差分析と多重比較による下位検定. *心理科学*, 2008, 28: 56-66.

- 9) 福定正城, 齊藤雅茂, 近藤勝則, 他: 対面・非対面交流のタイプ別にみた高齢者の主観的健康. JAGES2019 横断研究. 厚生の指標, 2022, 69 : 1-9.
- 10) 対馬栄輝 : SPSS で学ぶ医療系データ解析 第2版, 東京図書, 東京, 2016, pp111-138.
- 11) Kim HY : Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. Restor Dent Endod, 2017, 42 : 152-155.
- 12) Kanda Y : Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplantation, 2013, 48 : 452-458.
- 13) 厚生労働省 : 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について 保医発第 0330001 号. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1b33.pdf> (閲覧日 2024 年 12 月 12 日).
- 14) 厚生労働省 : 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (通知) 平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号 別添 1 (医科点数表). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000041235.pdf> (閲覧日 2024 年 12 月 12 日).
- 15) 厚生労働省 : 診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 令和 6 年厚生労働省告示第 57 号 別表第一 (医科点数表). <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251499.pdf> (閲覧日 2024 年 12 月 12 日).
- 16) 特定非営利活動法人日本心臓リハビリテーション学会 : 認定資格合格者と講評. <https://www.jacr.jp/jacrreha/system/examination/> (閲覧日 2024 年 12 月 22 日).
- 17) 諸富伸夫, 松宮英彦, 齊藤正和 : デイクセラピストに対する心不全アセスメント能力の向上を目的とした教育介入の取り組み. 総合リハ, 2024, 52 : 855-860.

原 著

# 理学療法学生を対象とした 地域理学療法実習におけるイメージの変化 —栃木県養成校 1 校の調査—

Changes in Perceptions during Community Physical Therapy Training  
among Physical Therapy Students  
—A Survey of a Training School in Tochigi Prefecture—

大久保玲菜<sup>1)</sup> 堀本ゆかり<sup>2)</sup> 金子秀雄<sup>3)</sup>

REINA OHKUBO, RPT<sup>1)</sup>, YUKARI HORIMOTO, RPT, PhD<sup>2)</sup>, HIDEO KANEKO, RPT, PhD<sup>3)</sup>

1) 国際医療福祉大学塩谷病院 しおや総合在宅ケアセンター 訪問リハビリテーション:住所 栃木県矢板市富田 77 (〒329-2145)

Dept. of home Rehabilitation, Shioya General Home Care Center, International University of Health and Welfare Shioya Hospital (77 Tomita, Yaita-shi, Tochigi, 329-2145, Japan) E-mail:24s1021@g.iuhw.ac.jp

2) 国際医療福祉大学 成田保健医療学部 理学療法学科:住所 千葉県成田市公津の杜 4-3 (〒286-8686)

Dept. of Physical Therapy, School of Health Sciences at Narita, International University of Health and Welfare (4-3 Kozunomori, Narita-shi, Chiba, 286-8686, Japan)

3) 国際医療福祉大学 福岡保健医療学部 理学療法学科:住所 福岡県大川市榎津 137-1 (〒831-8501)

Dept. of Physical Therapy, School of Health Sciences at Fukuoka, International University of Health and Welfare (137-1 Enokizu, Okawa-shi, Fukuoka, 831-8501, Japan)

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(2):80-93. 受付日 2025 年 3 月 13 日 受理日 2025 年 5 月 15 日

**要旨:** [目的] 理学療法学生を対象に地域理学療法実習前後で地域分野へのイメージがどのように変化するかを明らかにし、地域分野への就業意識がある学生の特徴を探ることとした。[対象と方法] 地域理学療法実習を実施した学生 72 名を対象にアンケート調査を実施した。[結果] 実習前後で地域理学療法のイメージおよび就業意識が改善し、就業意識がある学生は実習への満足度、実習と地域分野の理学療法士への印象、実習施設の特徴と介護保険への理解度が有意に高値であった。[結語] 地域理学療法実習の経験は、地域分野へのイメージおよび就業意識を改善させ、就業意識のある学生は実習への満足度と理解度が高く、印象がよい特徴をもつことが示唆された。

**キーワード:** 地域理学療法, 地域理学療法実習, 就業意識

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(2):80-93. Submitted Mar.13,2025. Accepted May. 15,2025.

---

**ABSTRACT:** [Purpose] To clarify how physical therapy students' perceptions of the community field change before and after community physical therapy training, and to explore the characteristics of students who demonstrate work awareness in the community field. [Scope and methods] A questionnaire survey was conducted among 72 students who had completed community physical therapy training. [Results] Students with work awareness reported significantly higher satisfaction with the training. They also had a more positive impression of both the training and community-based physical therapists, as well as a better understanding of the characteristics of the training facilities and long-term care insurance. [Conclusion] The findings suggest that community physical therapy training positively improves students' perceptions of and work awareness in the community field. Furthermore, students with such awareness tend to be more satisfied with the training and exhibit a better understanding and more favorable impressions of the training.

**Key Words:** community physical therapy, community physical therapy training, work awareness

---

## I. はじめに

我が国の総人口は2023年10月1日の時点で1億2435万人に対して、65歳以上の人口は3623万人と高齢化率は29.1%。超高齢社会が継続しており、今後も高齢化率は上昇していく<sup>1)</sup>。さらに、介護保険制度における要介護または要支援の認定者数は2022年度694万人と2012年度に比べて133万人増加しており<sup>2)</sup>、少子高齢化により今後も医療費、介護費が増大する予測である。超高齢社会の中で、国の政策としては医療費の削減を目指し、「施設から在宅へ」「治療・ケアから予防へ」と変化し、理学療法士の課題は「高齢者および障害者をどのように地域で支えていくか」が求められている<sup>3)</sup>。一方、在宅生活を支えている通所リハビリテーション（以下、通所リハ）または訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）に従事する理学療法士数は2024年3月末時点で2992人<sup>4)</sup>であり、人口10万人当たり2.4人と少ない。

2020年度に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則が改正・適用され、地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材の育成を目的として、通所リハまたは訪問リハに関する実習を一単位（1週間）以上実施することが義務化された<sup>5)</sup>。養成校在学時点で地域理学療法の実際に触れる機会をすべての学生が持つことができるようになった。しかしながら、理学療法学科卒業後の進路に関して、就職内定先は通所施設1.8%、訪問看護または訪問リハ施設1.8%と少なく<sup>6)</sup>、病院関係への就職が91.6%と多く<sup>7)</sup>、地域理学療法分野へ卒業すぐに就職する学生は少ない。看護分野では、在宅看護実習の経験により、訪問看護事業所への就職に対する関心に繋がり、新卒での訪問看護への就職に気持ちが向かうきっかけとなったとされており<sup>8)</sup>、実習の経験により、その分野への就職につながる可能性がある。また、看護学実習における学習経験の良否とロールモデル存在の有無が就職先選択の基準となっていることが示されている<sup>9)</sup>。理学療法分野においても通所リハまたは訪問リハの臨床実習（地域理学療法実習）の経験により、地域理学療法へのイメージが改善することで、地域理学療法分野への就業意識が高まることが期待されるものの、その効果は現時点で明らかではない。

そこで、本研究の目的は理学療法学生を対象に地域理学療法実習前後で地域理学療法へのイメージがどのように変化するかを明らかにし、地域理学療法分野への就業意識がある学生の特徴を探ることで、地域理学療法実習が効果的であることを示し、就業意識の向上に寄与する指導方法に関する知見を得ることとした。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

対象は2024年8月5日から2024年9月20日の間、地域理学療法実習を実施した国際医療福祉大学大田原キャンパス保健医療学部理学療法学科科学部生の3年生72名とした。

### 2. 方法

本研究のアンケートは2024年7月下旬から2024年9月下旬の間の地域理学療法開始前と終了後に実施した。方法は書面とGoogle Forms（Google社製）を用いたオンライン上での質問紙を用いた横断的調査とした。国際医療福祉大学保健医療学部理学療法学科の地域理学療法実習について、実習期間は1週間（40時間）、実習施設と実習時期は学生によって異なり、実習時期については地域理学療法実習前または実習後に評価実習が実施されていた。実習施設は老人保健施設の通所リハ、病院の訪問リハ、病院の通所リハと訪問リハ両方の3種ある。実習指導体制について、学生、実習指導者は1対1または2対1であり、見学が中心の実習であった。

アンケート内容は国際医療福祉大学福岡保健医療学部理学療法学科のリフレクションシート（図1）と沢谷らの質問項目の一部<sup>10)</sup>を改変し、追加したもの（表1, 2）を使用した。

基本属性として、今回の実習以前の通所リハと訪問リハの実習経験の有無、地域理学療法実習で経験できた実習内容、興味のある分野・興味のない分野を聴取した。興味のある分野・ない分野の質問では日本理学療法士協会の専門分野の13分野の基礎理学療法、神経理学療法、小児理学療法、運動器理学療法、スポーツ理学療法、心血管理学療法、呼吸理学療法、糖尿病理学療法、地域理学療法、予防理学療法、支援工理学療法、物理療法、理学療法教育<sup>11)</sup>を選択肢として用いた。

実習に関する項目として、地域理学療法実習への印象、地域分野の理学療法士への印象、医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへのイメージ、通所リハまたは訪問リハへの就業意識、実習への満足度、実習施設の特徴への理解度、介護保険への理解度、通所リハと訪問リハに関わる職種・役割・他職種連携への理解度、利用者の生活特性とサービス提供内容への理解度、ケアプランへの理解度とし、回答は5段階リッカート尺度（1：全く思わない，2：あまりそう思わない，3：どちらともいえない，4：ややそう思う，5：とてもそう思う）を用いた。自由記載として地域理学療法実習へのイメージを聴取した。

統計解析は、地域理学療法実習前後の変化をWilcoxonの符号付順位検定で比較した。また、通所リハまたは訪問リハへの就業意識に対する質問について、実習後に「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した群を就業意識がある群、それ以外を就業意識のない群とし、実習の内容、満足度、印象、理解度に違いがあるのかをMann-WhitneyのU検定で比較した。加えて、就業意識のある群と就業意識のない群それぞれの地域理学療法実習前後の変化をWilcoxonの符号付順位検定で比較した。有意水準は5%とした。自由記載はユーザーローカルAIテキストマイニングによる分析（<https://textmining.userlocal.jp/>）を行った。



表1 実習前調査内容

| 質問内容 |                                 | 選択肢                                                                                            |             |         |           |            |
|------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------|------------|
| 問1   | 興味のある分野を1つ選択                    | 基礎理学療法、神経理学療法、小児理学療法、運動器理学療法、スポーツ理学療法、心血管理学療法、呼吸理学療法、糖尿病理学療法、地域理学療法、予防理学療法、支援工理学療法、物理療法、理学療法教育 |             |         |           |            |
| 問2   | 興味のない分野を1つ選択                    |                                                                                                |             |         |           |            |
| 問3   | 今回の実習以前に通所リハ、訪問リハの実習の経験         | 経験していない                                                                                        | 見学のみ        | 協同参加した  | 実施した      | その他        |
| 問4   | 地域理学療法実習への印象は良いか                | 全く思わない                                                                                         | あまりそう思わない   | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問5   | 地域分野の理学療法士の印象は良いか               | 全く思わない                                                                                         | あまりそう思わない   | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問6   | 医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いをイメージできるか | 全くイメージできない                                                                                     | あまりイメージできない | どちらでもない | ややイメージできる | とてもイメージできる |
| 問7   | 通所リハまたは訪問リハで働きたいと思うか            | 全く思わない                                                                                         | あまりそう思わない   | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問8   | 地域理学療法実習のイメージを具体的に記載            | 自由記載                                                                                           |             |         |           |            |

表2 実習後調査内容

| 質問内容 |                                      | 選択肢          |               |         |           |            |
|------|--------------------------------------|--------------|---------------|---------|-----------|------------|
| 問1   | 実習施設の選択                              | 通所リハ         | 訪問リハ          | 両方      |           |            |
| 問2   | 経験できた実習内容の選択                         | 見学           | 協同参加          | 実施      |           |            |
| 問3   | 地域理学療法実習は満足できたか                      | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問4   | 地域理学療法実習への印象は良いか                     | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問5   | 地域分野の理学療法士の印象は良いか                    | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問6   | 医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いをイメージできたか      | 全くイメージできなかった | あまりイメージできなかった | どちらでもない | ややイメージできた | とてもイメージできた |
| 問7   | 通所リハまたは訪問リハで働きたいと思うか                 | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問8   | 実習施設の特徴への理解は深まったか                    | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問9   | 介護保険への理解は深まったか                       | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問10  | 通所リハまたは訪問リハに関わる職種、役割、他職種連携への理解は深まったか | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問11  | 利用者の生活特性とサービス提供内容への理解は深まったか          | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問12  | ケアプランへの理解は深まったか                      | 全く思わない       | あまりそう思わない     | どちらでもない | ややそう思う    | とてもそう思う    |
| 問13  | 地域理学療法実習のイメージを具体的に記載                 | 自由記載         |               |         |           |            |

### Ⅲ. 結果

研究の同意が得られなかったものと、記載不十分であった27名を除いた45名（回答率65.2%）を分析対象者とした。平均年齢は $20.4 \pm 0.5$ 歳、評価実習に関して実施者は53.3%（24名）、未実施者は46.7%（21名）であった。今回の実習以前に通所リハまたは訪問リハへの実習の経験は91%（41名）が未経験であった。実習施設は通所リハのみ46.7%（21名）、訪問リハのみ31.1%（14名）、通所リハと訪問リハ両方22.2%（10名）であり、地域理学療法実習の内容は「理学療法見学」6.7%（3名）、「理学療法協同参加」28.9%（13名）、「理学療法実施」64.4%（29名）（表3）であった。興味のある分野は、スポーツ理学療法40%（18名）が多く、興味がない分野は、理学療法教育27%（12名）であった（表4）。地域理学療法は、興味がある分野では0%（0名）、興味がない分野では4%（2名）であった。

理学療法学生45名の実習前後の比較を表5に示した。「地域理学療法実習への印象は良いか」では、 $3.9 \pm 0.8$ （平均値±標準偏差）から $4.5 \pm 0.9$ 、「地域分野の理学療法士への印象は良いか」では、 $4.1 \pm 0.8$ から $4.7 \pm 0.7$ へと有意に印象が改善した。「医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへのイメージ」では、 $2.6 \pm 0.9$ から $4.3 \pm 0.5$ 、就業意識について「通所リハまたは訪問リハで働きたいか」では、 $2.8 \pm 0.8$ から $3.4 \pm 1.0$ へと有意に向上した（表5）。

地域理学療法実習後に「通所リハまたは訪問リハで働きたいと思いますか」の質問に「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した群を就業意識のある群（ $n=23$ ）、「全く思わない」「あまりそう思わない」「どちらでもない」と回答した群を就業意識のない群（ $n=22$ ）とし、表6に示した。「地域理学療法実習への満足できたか」について、就業意識のある群では $4.7 \pm 0.9$ と就業意識のない群の $4.1 \pm 1.1$ と比べ有意に高かった。

「地域理学療法実習への印象は良いか」について、就業意識のある群では $5.0 \pm 0.2$ と就業意識のない群の $4.0 \pm 1.1$ と比べ有意に高かった。「地域分野の理学療法士への印象は良いか」について、就業意識のある群では $5.0 \pm 0.0$ と就業意識のない群の $4.3 \pm 0.9$ と比べ有意に高かった。「実習施設の特徴への理解は深まったか」について、就業意識のある群では $4.8 \pm 0.4$ と就業意識のない群の $4.5 \pm 0.5$ と比べ有意に高かった。「介護保険への理解は深まったか」について、就業意識のある群では $4.6 \pm 0.5$ と就業意識のない群の $4.2 \pm 0.5$ と比べ有意に高かった。「通所リハまたは訪問リハに関わる職種、役割、他職種連携への理解は深まったか」、「利用者の生活特性とサービス提供内容への理解は深まったか」、「ケアプランへの理解は深まったか」については、有意差は見られなかった（表6）。

また、就業意識のある群と就業意識のない群それぞれの実習前後の比較を表7に示した。今回の地域理学療法実習の前後に評価実習が実施されたが、就業意識のある群とない群の評価実習の実施または未実施の状況を表7に示した。就業意識のある群では、評価実習実施者34.8%（8名）、未実施者65.2%（15名）、就業意識のない群では実施者72.7%（16名）、未実施者27.3%（6名）であった。就業意識のある群では、「地域理学療法実習への印象は良いか」について、 $4.1 \pm 0.7$ から $5.0 \pm 0.2$ 、「地域分野の理学療法士への印象は良いか」について、 $4.3 \pm 0.7$ から $5.0 \pm 0.0$ 、「医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへのイメージできたか」について、 $2.6 \pm 0.9$ から $4.3 \pm 0.5$ へと有意に向上した。就業意識のない群では、「地域理学療法実習への印象は良いか」について、 $3.7 \pm 0.8$ から $4.0 \pm 1.1$ 、「地域分野の理学療法士への印象は良いか」について、 $3.9 \pm 0.8$ から $4.3 \pm 0.9$ と有意差はみられなかったが、「医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへのイメージできたか」については、 $2.7 \pm 0.8$ から $4.3 \pm 0.6$ と有意に向上した（表7）。

実習前後の地域理学療法実習へのイメージの自由記載から、テキストマイニングのワードクラウドを図2、3、単語分類を表8、9に示した。ワードクラウドでは実習前は「理学療法」が中心となっていたが、実習後

は「利用者」が中心に変化していた（図 2, 3）. 実習前にだけ出現するワードは, 「高齢者」「訪問」「密着」「支援」がみられ, 実習前によくでるワードは, 「地域」「理学療法」「病院」などがみられた（図 2, 表 8）. 実習後だけに出現するワードは, 「サポート」「介助」がみられ, 実習後によくでるワードは, 「利用者」「できる」「環境」がみられた（図 3, 表 9）. また, 同自由記載の実習後の部分を就業意識のある群とない群に分け, ワードクラウドを図 4, 5, 単語分類を表 10, 11 に示した. どちらも「利用者」が中心だが, 「サポート」「介助」は就業意識のある群のみに出現していた.

表 3 基本属性

|                     |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| 年齢（歳）               | 平均値 ± 標準偏差 | 20.4 ± 0.5 |
| 評価実習（3 週間）の実施 n (%) | 実施         | 24 (53.3)  |
|                     | 未実施        | 21 (46.7)  |
| 本実習以前の地域実習の経験 n (%) | 理学療法見学     | 1 (2.2)    |
|                     | 理学療法協同参加   | 3 (6.7)    |
|                     | 理学療法実施     | 0 (0.0)    |
|                     | 経験していない    | 41 (91.1)  |
| 実習施設 n (%)          | 通所リハ       | 21 (46.7)  |
|                     | 訪問リハ       | 14 (31.1)  |
|                     | 両方         | 10 (22.2)  |
| 実習内容 n (%)          | 理学療法見学     | 3 (6.7)    |
|                     | 理学療法協同参加   | 13 (28.9)  |
|                     | 理学療法実施     | 29 (64.4)  |

表4 興味のある分野と興味のない分野

|          | 興味のある分野 | 興味のない分野 |
|----------|---------|---------|
|          | n (%)   | n (%)   |
| 基礎理学療法   | 5 (11)  | 0 (0)   |
| 神経理学療法   | 2 (4)   | 3 (7)   |
| 小児理学療法   | 12 (27) | 4 (9)   |
| 運動器理学療法  | 1 (2)   | 0 (0)   |
| スポーツ理学療法 | 18 (40) | 2 (4)   |
| 心管理理学療法  | 0 (0)   | 2 (4)   |
| 呼吸理学療法   | 2 (4)   | 1 (2)   |
| 糖尿病理学療法  | 4 (9)   | 4 (9)   |
| 地域理学療法   | 0 (0)   | 2 (4)   |
| 予防理学療法   | 0 (0)   | 0 (0)   |
| 支援工学理学療法 | 0 (0)   | 10 (22) |
| 物理療法     | 1 (2)   | 5 (11)  |
| 理学療法教育   | 0 (0)   | 12 (27) |

表5 理学療法学生が地域理学療法実習前後の変化

| 質問項目                                   | 実習 | 全く思わない<br>全くイメージできない | あまりそう思わない<br>あまりイメージできない | どちらでもない | ややそう思う<br>ややイメージできる | とてもそう思う<br>とてもイメージできる | 平均値 ± 標準偏差 | p 値     |
|----------------------------------------|----|----------------------|--------------------------|---------|---------------------|-----------------------|------------|---------|
| 地域理学療法実習への印象は良いか、 n (%)                | 前  | 0 (0)                | 1 (2)                    | 12 (27) | 21 (47)             | 11 (24)               | 3.9 ± 0.8  | 0.0009  |
|                                        | 後  | 1 (2)                | 1 (2)                    | 4 (9)   | 8 (18)              | 31 (69)               | 4.5 ± 0.9  |         |
| 地域分野の理学療法士への印象は良いか、 n (%)              | 前  | 0 (0)                | 0 (0)                    | 11 (24) | 18 (40)             | 16 (36)               | 4.1 ± 0.8  | 0.0011  |
|                                        | 後  | 0 (0)                | 1 (2)                    | 3 (7)   | 6 (13)              | 35 (78)               | 4.7 ± 0.7  |         |
| 医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへイメージできたか、 n (%) | 前  | 1 (2)                | 25 (56)                  | 8 (18)  | 11 (24)             | 0 (0)                 | 2.6 ± 0.9  | <0.0001 |
|                                        | 後  | 0 (0)                | 0 (0)                    | 1 (2)   | 30 (67)             | 14 (31)               | 4.3 ± 0.5  |         |
| 通所リハまたは訪問リハで働きたいか、 n (%)               | 前  | 2 (4)                | 12 (27)                  | 22 (49) | 9 (20)              | 0 (0)                 | 2.8 ± 0.8  | 0.0073  |
|                                        | 後  | 2 (4)                | 7 (16)                   | 13 (29) | 19 (42)             | 4 (9)                 | 3.4 ± 1.0  |         |

表6 就業意識がある群とない群の比較

| 質問項目                                  | 就業意識 | 全く思わない | あまりそう思わない | どちらでもない | ややそう思う  | とてもそう思う  | 平均値 ± 標準偏差 | p 値    |
|---------------------------------------|------|--------|-----------|---------|---------|----------|------------|--------|
| 地域理学療法実習への満足できたか n (%)                | ある群  | 1 (4)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 4 (17)  | 18 (78)  | 4.7 ± 0.   | 0.0213 |
|                                       | ない群  | 1 (5)  | 1 (5)     | 3 (14)  | 7 (32)  | 10 (45)  | 4.1 ± 1.1  |        |
| 地域理学療法実習への印象は良いか n (%)                | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 1 (4)   | 22 (96)  | 5.0 ± 0.2  | 0.0001 |
|                                       | ない群  | 1 (5)  | 1 (5)     | 4 (18)  | 7 (32)  | 9 (41)   | 4.0 ± 1.1  |        |
| 地域分野の理学療法士への印象は良いか n (%)              | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 0 (0)   | 23 (100) | 5.0 ± 0.0  | 0.0003 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 1 (5)     | 3 (14)  | 6 (27)  | 12 (55)  | 4.3 ± 0.9  |        |
| 実習施設の特徴への理解は深まったか n (%)               | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 4 (17)  | 19 (83)  | 4.8 ± 0.4  | 0.0444 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 10 (45) | 12 (55)  | 4.5 ± 0.5  |        |
| 介護保険への理解は深まったか n (%)                  | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 10 (43) | 13 (57)  | 4.6 ± 0.5  | 0.0388 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 1 (5)   | 15 (68) | 6 (27)   | 4.2 ± 0.5  |        |
| 通所リハ・訪問リハに関わる職種、役割、連携への理解は深まったか n (%) | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 4 (17)  | 19 (83)  | 4.8 ± 0.4  | 0.2657 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 7 (32)  | 15 (68)  | 4.7 ± 0.5  |        |
| 利用者の生活特性とサービス提供内容への理解は深まったか n (%)     | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 9 (39)  | 14 (61)  | 4.6 ± 0.5  | 0.7031 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 1 (5)   | 6 (27)  | 15 (68)  | 4.6 ± 0.6  |        |
| ケアプランへの理解は深まったか n (%)                 | ある群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 5 (22)  | 18 (78)  | 4.8 ± 0.4  | 0.2847 |
|                                       | ない群  | 0 (0)  | 0 (0)     | 0 (0)   | 8 (36)  | 14 (64)  | 4.6 ± 0.5  |        |

表7 就業意識のある群とない群の地域理学療法実習前後の変化

| 質問項目                                       | 就業意識 | 実習前       | 実習後       | p 値    |
|--------------------------------------------|------|-----------|-----------|--------|
| 評価実習 n (%)                                 | ある群  | 15 (65.2) | 8 (34.8)  | —      |
|                                            | ない群  | 6 (27.3)  | 16 (72.7) | —      |
| 地域理学療法実習への印象は良いか 平均値 ± 標準偏差                | ある群  | 4.1 ± 0.7 | 5.0 ± 0.2 | 0.0003 |
|                                            | ない群  | 3.7 ± 0.8 | 4.0 ± 1.1 | 0.2300 |
| 地域分野の理学療法士への印象は良いか 平均値 ± 標準偏差              | ある群  | 4.3 ± 0.7 | 5.0 ± 0.0 | 0.0008 |
|                                            | ない群  | 3.9 ± 0.8 | 4.3 ± 0.9 | 0.1220 |
| 医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いへイメージできたか 平均値 ± 標準偏差 | ある群  | 2.6 ± 0.9 | 4.3 ± 0.5 | 0.0001 |
|                                            | ない群  | 2.7 ± 0.8 | 4.3 ± 0.6 | 0.0002 |

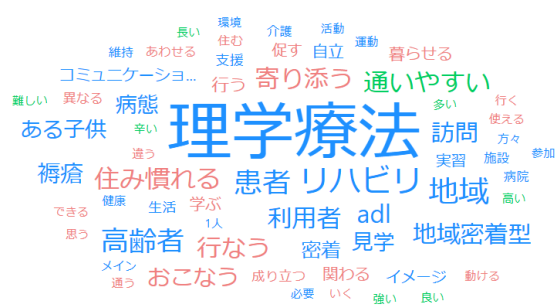


図2 実習前 ワードクラウド

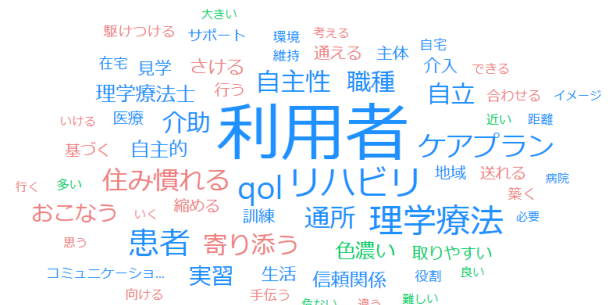


図3 実習後 ワードクラウド

表8 地域理学療法実習へのイメージ 単語分類 実習前

| 実習前にだけ出現するワード                  | 実習前によく出るワード  |
|--------------------------------|--------------|
| 高齢者 長い 高い 関わる 訪問 強い 辛い 使える     | 地域 理学療法 イメージ |
| 通いやすい 行う 密着 支援 1人 メイン 介護 健康 参加 | 病院 住む 学ぶ     |
| 活動                             |              |

表9 地域理学療法実習へのイメージ 単語分類 実習後

| 実習後にだけ出現するワード                  | 実習後によく出るワード |
|--------------------------------|-------------|
| 近い サポート いける 向ける 手伝う 送れる 危ない 取り | 利用者 できる いく  |
| やすい 大きい 色濃い 職種 距離 介助 医療 訓練 くださ | 考える 思う 合わせる |
| る さける もうす よる 出来る 分かる 動かす 動く 取り | 環境 自宅       |
| 入れる 取れる 問う 基づく 増やす 奪う 整える      |             |

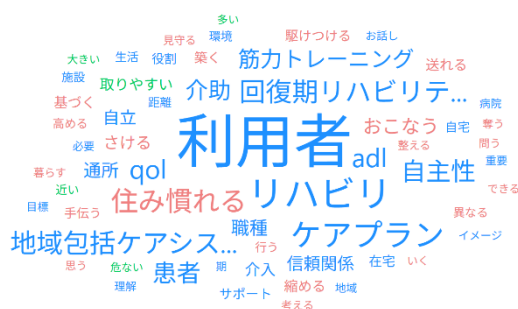


図4 就業意識のある群 ワードクラウド

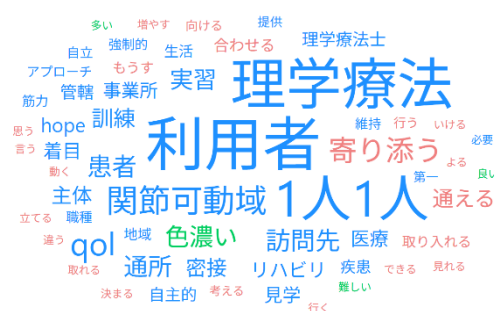


図5 就業意識のない群 ワードクラウド

表 10 地域理学療法実習へのイメージ 単語分類 就業意識のある群

| 就業意識のある群にだけ出現するワード    | 就業意識のある群によく出るワード |
|-----------------------|------------------|
| 近い　いく　サポート　手伝う　送れる　自宅 | リハビリ　思う　環境　職種　自立 |
| 距離　危ない　取りやすい　大きい　イメージ |                  |
| 介助　おこなう　くださる　さける　もらう  |                  |
| 住み慣れる　住む　出来る　分かる　動かす  |                  |
| 問う　基づく　奪う　学ぶ　持つ　整える   |                  |
| 暮らす　異なる　目指す           |                  |

表 11 地域理学療法実習へのイメージ 単語分類 就業意識のない群

| 就業意識のない群にだけ出現するワード       | 就業意識のない群によく出るワード |
|--------------------------|------------------|
| 合わせる 寄り添う 良い 色濃い 難しい     | 考える 実習 見学 維持     |
| いける 向ける 医療 理学療法 訓練       |                  |
| もうす よる 動く 取り入れる 取れる      |                  |
| 増やす 決まる 立てる 見れる 言う       |                  |
| 通える 1人1人 主体 提供 hope ある意味 |                  |
| アプローチ キャラクター プログラム 一日    |                  |

## IV. 考察

今回、理学療法学生を対象として、地域理学療法実習前後で地域理学療法へのイメージが改善し、就業意識がある学生は実習への満足度が高く、実習と地域分野の理学療法士への印象、実習施設の特徴への理解度、介護保険への理解度が向上するという特徴があることがわかった。

多くの学生はスポーツ理学療法、小児理学療法に興味があり、地域理学療法に興味のある学生は皆無であった。先行研究では<sup>12), 13)</sup>、理学療法学生はスポーツと運動分野に興味があり、地域分野に興味のある学生はほとんどいなかったことを報告しており、今回の対象者においても同様な結果を示した。

地域理学療法実習前後の比較では、それぞれ「地域理学療法実習への印象は良いか」16% (71%から87%)、「地域分野の理学療法士への印象」15% (76%から91%)、「医療保険領域と介護保険領域での理学療法の違いをイメージできるか」74% (24%から98%)、「通所リハまたは訪問リハで働きたいと思うか」31% (20%から51%)と実習後に有意に向上した。河野ら<sup>14)</sup>は3年生で訪問看護の実習を経験することで、訪問看護への興味やイメージが向上すると報告しており、本研究も類似した結果となった。今後は、地域理学療法実習により就業意識が改善しているため、卒業時まで地域理学療法分野への就業意識を保つことが求められる。

「実習へのイメージ」について、実習前のワードは「高齢者」「訪問」「支援」「地域」「理学療法」「病院」と抽象的な視点が中心であったが、実習後は「利用者」「サポート」「介助」「環境」と具体的で実践的なワードが挙がるようになった。この変化は利用者の生活環境において直接的なサポートを体験したことで、地域理学療法の違いや特性を深く理解できたと考えられる。また、実習の経験により、地域理学療法の重要性を実感し、就業意識の向上に繋がったことが考えられる。

就業意識のある群は、就業意識のない群より、地域理学療法実習への満足度および印象、地域分野の理学療法士への印象、実習施設の特徴と介護保険への理解度が有意に高かった。大和ら<sup>15)</sup>によると看護系大学4年生の訪問看護への進路志向がある群とない群では、訪問看護実習への満足度に有意差はみられなかったとある。先行研究では、実習が訪問看護のみであること、大学が4校にわたり調査されており、指導内容や期間にばらつきがあったため、本研究の結果と一致しなかったと考えられる。また、就業意識のある群は、地域理学療法実習と地域分野の理学療法士への印象と医療保険と介護保険領域の理学療法の違いへのイメージが改善したが、就業意識のない群は、医療保険と介護保険領域の理学療法の違いへのイメージは改善したもの。地域理学療法実習と地域分野の理学療法士への印象は改善しなかった。その理由として、評価実習と比べ、本実習の期間が1週間と短いことで見学が中心となり、実習による効果が得られにくかった可能性がある。加えて、地域理学療法分野への興味がない学生が多いなか、興味のある分野を地域理学療法実習開始前に経験したことで、地域理学療法への印象が改善しにくかった可能性が考えられる。地域理学療法分野への就業意識を向上させるためには、地域理学療法実習への印象、実習施設の特徴、介護保険に対する理解度を高める工夫だけでなく、地域理学療法実習を実施する時期についても考慮する必要があると考えられる。

研究の限界として、研究対象者は先行研究同様、興味のある分野はスポーツが最も多く、地域理学療法分野に興味のある学生は少なかったが<sup>12), 13)</sup>、サンプルサイズは十分でないため、一般的な理学療法養成校の学生全体を反映しているとは言えない。また、詳細な実習内容や学習環境などの項目がなく、就業意識を高めるための具体的な指導方法を示すことができなかった。そのため、今後は複数の理学療法士養成校を対象にし、地域理学療法実習の内容や学習環境を含めた調査が必要である。

地域理学療法実習の経験により地域理学療法へのイメージや就業意識が改善することが示唆された。また、地域理学療法分野への就業意識を向上させるには実習への満足度、印象、実習施設の特徴への理解度と介護

保険への理解度を高める工夫が必要であり，早期に地域理学療法を実施する方がより有効かもしれない。

## 利益相反と研究助成費

本研究において開示すべき利益相反関係にある企業・組織および団体等はない。

## 謝辞

本研究を実施するうえで調査にご協力頂いた，国際医療福祉大学保健医療学部理学療法学科の学部生と教員ならびに実習施設職員の皆様に感謝致します。

## 引用文献

- 1) 内閣府：高齢社会白書 令和6年版。  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html) （閲覧日 2024年11月3日）
- 2) 厚生労働省：令和4年度介護保険事業状況報告（年報）。  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/22/index.html> （閲覧日 2024年11月3日）
- 3) 重森健太：時代に応じた地域理学療法の捉え方．専門リハビリテーション，2020，19：69-74.
- 4) 公益社団法人日本理学療法士協会：統計情報  
<https://www.japanpt.or.jp/activity/data/> （閲覧日 2025年4月20日）
- 5) 公益社団法人日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き第6版，2020，11.
- 6) 石坂正大，久保晃，金子純一郎ら：理学療法科学部生の就職先の現状と就職先選定—3 キャンパスの特徴—．国際医療福祉大学学会誌，2017，22（1）：77-82.
- 7) 韓憲受，久保晃，丸山仁司：理学療法学科新規卒業生の20年間における就職地域と就職先調査—国際医療福祉大学大田原キャンパスでの検討—．理学療法とちぎ，2019，9（1）：13-17.
- 8) 井口貴代佳，西崎未和，田口（袴田）理恵：新卒で訪問看護事業所へ就職した看護学生意思決定過程．共立女子大学看護学雑誌，2021，8：55-64.
- 9) 大井千鶴，舟島なをみ，亀岡智美：看護基礎教育課程に在籍する学生の就職先選択に関する研究—病院に1年以上就業を継続できた看護師を対象として—．2009，18（1）：7-20
- 10) 沢谷洋平，小野田公，石坂正大ら：通所リハビリテーションにおける臨床実習アンケート調査—学年による特性と介護保険領域への就業意識の要因—．日本リハビリテーション教育学会誌，2019，2（1）：6-10.
- 11) 日本理学療法士協会：認定・専門理学療法士制度について。  
<https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/certif-specialized/> （閲覧日 2024年11月3日）
- 12) 石坂正大，久保晃，金子純一郎ら：理学療法科学部生における興味のある専門分野の縦断的研究．理学療法科学，2017，32（5）：627-630
- 13) 山本裕晃，善明雄太：理学療法学生の専門領域および専門分野に関する興味度—臨床実習前後による比較—．日本リハビリテーション教育学会誌，2023，6（1）：44-54

- 14) 河野由美, 津村寿子, 上野範子ら: 在宅看護に関する縦断的研究—訪問看護実習の学習効果—. 藍野学院紀要, 2007, 21 : 73-81.
- 15) 大和章浩, 金谷志子, 田中陽子ら: 看護系大学生の訪問看護への進路志向に関連する要因. 日本在宅ケア学会誌, 2019, 23 (1) : 97-105.

## 報 告

# 作業療法士養成課程における「地域実習」の課題と展望

## —養成校を対象にした調査—

Community Practice Experiences in Occupational Therapist Training Programs - A Survey schools

角田孝行<sup>1)</sup> 奈良進弘<sup>1)</sup> 吉田和弘<sup>1)</sup> 谷川良博<sup>1)</sup> 永井邦明<sup>1)</sup> 太田研吾<sup>1)</sup>

KAKUDA Takayuki, OTR, MSC<sup>1)</sup>, Nara Nobuhiro, OTR, MSC<sup>1)</sup>, YOSHIDA Kazuhiro, OTR, MSC<sup>1)</sup>, TANIKAWA Yoshihiro, OTR, MSC<sup>1)</sup>, NAGAI Kuniaki, OTR, PhD<sup>1)</sup>, OOTA Kengo, OTR, MSC<sup>1)</sup>.

1) 令和健康科学大学 リハビリテーション学部 作業療法学科：(〒811-0213) 福岡市東区和白丘 2-1-12

Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Studies, Reiwa University of Health Sciences:  
(〒811-0213) 2-1-12, Wajirokaoka, Higashi-ku, Fukuoka City E-mail:t.kakuda@rhs-u.ac.jp

日本リハビリテーション教育学会誌 2025;8(2):94-101. 受付日 2024 年 12 月 27 日 受理日 2025 年 5 月 15 日

**要旨：**[目的]2020 年に指定規則上に登場した地域実習については先行研究が少なく、現状が把握できていない。養成校を対象にアンケートを通し地域実習の現状を調査する。[対象と方法]全国作業療法士養成校 206 校に郵送, GoogleForm にて回答を得た (回収率 42.7% : 88/206 校)であった。[結果]地域実習の単位数は 1 単位 (87.4%) が多く, 80.8%の養成校は「地域実習を見学実習として扱っている」いることが分かった。[考察] 養成校は実習を 1 単位で十分と考えていると推察される。実習の枠組みが医療に限定されていることを補完するために養成校は様々な取り組みを行っている。これらの取り組みは, 地域実習という科目が, 養成校の裁量で運営できることに起因すると推察される。

**キーワード：**臨床実習, 地域実習, 作業療法士教育

Japanese Journal of Rehabilitation education 2025;8(2):94-101. Submitted Dec. 27, 2024. Accepted May. 15, 2025.

### Abstract:

**Purpose:** There are few previous studies on regional training, which appeared on the designation regulations in 2020, and the current status is not known. Survey training schools on the current status of regional training through questionnaires. **Subjects and Methods:** A questionnaire survey was conducted with 206 training schools nationwide (response rate: 42.7%, 88/206 schools) via mail and Google Forms. **Results:** Most schools allocated 1 credit (87.4%) for community practice, with 80.8% treating it as observation-based training.

**Discussion:** It is inferred that training schools consider one credit of practical training to be sufficient. Training schools are taking various initiatives to complement the fact that the framework for practical training is limited to medical care. These efforts are presumably due to the fact that the subject of regional training can be administered at the discretion of the training school.

**Keywords:** clinical practice, community practice, occupational therapist education

## I. はじめに

日本作業療法士協会は、作業療法臨床実習指針<sup>1)</sup>の中で「作業療法参加型臨床実習」を打ち出し、臨床教育の中での実習指導に見学・模倣・実施の段階を経て行うことを提唱している。養成校では学年ごとに「見学実習」「評価実習」「(総合)臨床実習」および「地域実習」を設定しているが、その中でも、地域実習が実習の種別として始めて明示されたのは、2020年に施行された作業療法士学校養成施設指定規則（以下、指定規則）であり、実習種別としては最も新しい。

地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）を推進され、リハビリテーション医療の一翼を担う作業療法士の職域は、医療だけでなく保健、福祉、教育等の分野へ拡大の一途を辿っている<sup>2)</sup>。指定規則<sup>3)</sup>上での地域実習の文言は「通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を一単位以上行うこと」と場所と期間についての記載があるのみである。そのため、作業療法コアカリキュラム2019<sup>4)</sup>の中で実習の目的のみ補完されている。そこでは「臨床実習Ⅳ（地域作業療法実習）」と呼称され、目的は2つ提唱されている。1つは「地域作業療法実習を通じて作業療法士の役割と基本的態度、他職種の役割を学ぶ」こと、2つ目は「地域在住の対象者の指導・援助ができる技能を身につける」と提示されている。しかし、その文言のみの記載であり、実習の開講時期や、実習形態などは各養成校に一任されているという現状がある。また、作業療法士養成校を対象にした地域実習についての先行研究は稀であり、検証されることも少ない。

本研究では、地域における臨床実習のあり方や学生指導の方法を考察していく手掛かりを得ることを目的とし、実際に実習を学生に提供している全国の作業療法士養成課程のある学校（206校）を対象に地域実習についてのアンケートを行った。単位数や時間数、開講時期や、実習形態（診療参加型実習で行っているか）、到達目標などについて調査を実施した。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

2024年6月の時点で作業療法士協会に登録されている<sup>5)</sup>全国の作業療法士養成校206校を対象にした。本研究は令和健康科学大学倫理審査委員会（承認番号24-012）の承認を受け実施した。送付する説明書に回答をもって同意を得ると明記した。

### 2. 方法

調査期間は2024年7月20日～8月23日であった。本調査は、作業療法士養成校の地域実習担当者宛てに、書面を郵送した。書面には本研究の趣旨と内容、連絡先、使用目的等を明記した上で、URLとQRコードを提示し、Google Formを用いて回答を得た。

調査内容は、地域実習の実施学年、実施単位数、総時間数や現在実習を行っている施設、今後、学生に経験をさせたい施設等の基本情報から、指導者は全て臨床実習指導者講習会修了者であるか、地域実習の到達目標、地域実習は本来何単位必要と考えるかの設問を選択式として回答を得た。また、養成校独自の取り組みや課題等については自由記述式で回答を得た。自由記述形式で記入を求めたものについては、KJ法（川喜田,1970）を参考に類似意義素に分類した。分類を実施する際は客観性をより確保するために、著者1名のほか、共同著者2名で実施した。記載内容について同意義素ごとにグループ化したうえでタイトルをつけ単純集計を行った。回収率は42.7%(88/206校)であった。

### Ⅲ. 結果

養成校が現在行っている地域実習の単位数は1単位が87.4% (76校), 2単位9.2% (8校) 3単位3.4% (3校)であった(図1). 時間数は40-45時間が73校, 60-90時間が9校, 90時間以上が4校であった.

現在行っている実習施設では, 通所リハビリテーション(以下, 通所リハ)や訪問リハビリテーション(以下, 訪問リハ)のみで地域実習を行っている養成校は82校中41校(50.0%)に留まり, 41校の養成校は指定規則で指定された訪問・通所リハ以外の施設で実習を行っていた. その内訳は, デイサービスなどの介護保険領域が34校, 訪問看護が16校, 放課後等デイサービス(以下, 放デイ)などの小児福祉領域が15校, 高齢期福祉領域が10校, 就労支援施設が9校, 精神科デイケアは6校, 行政関連活動を4校が実習に行かせていることが分かった.

現在は使用していないが, 指定規則が変われば, 今後, 学生に経験させたい実習施設として, 養成校から複数回答を得た. 訪看や福祉領域だけでなく, 就労支援施設(73校), 学校作業療法(48校), 行政関連活動(44校), 司法作業療法(35校)などが挙げた(表1).

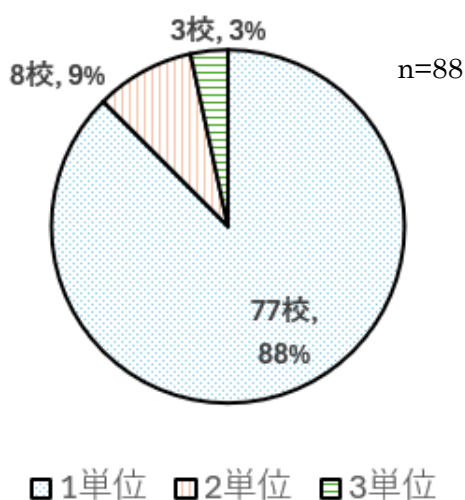


図1 地域実習の単位数

表1 今後, 学生に経験させたい実習施設

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 就労支援関連施設          | 73校 |
| 小児福祉領域(放デイ等)      | 69校 |
| 介護保険領域(デイサービス等)   | 58校 |
| 高齢期福祉領域(グループホーム等) | 57校 |
| 訪問看護ステーション        | 56校 |
| 学校作業療法            | 48校 |
| 行政関連活動            | 44校 |
| 司法領域の作業療法         | 35校 |
| その他               | 6校  |

また地域実習で作業療法参加型臨床実習を導入している養成校は47.0% (41校), 一部で導入している(24校)も含めると74%の養成校が地域実習を参加型実習で行っていた(図2). 実習指導者で「臨床実習指導者講習会」を修了した資格のある者は29.9% (26校)に留まり, 65% (57校)の養成校は, 資格がない方も指導にあたることがあると回答した(図3). その理由として80.8% (44校)の養成校は「地域実習を見学実習として扱い, 資格がなくても可能と考えている」ことが分かった(図4).

養成校が最も重要視している実習目標は, 地域における作業療法役割63.2% (55件)で, 地域で暮らす方の生活の実際13.8% (12件)であった(図5). 地域実習は何単位必要かとの問いは現状と同様の1単位でよいが49校(56%)と最も多かった(図6).

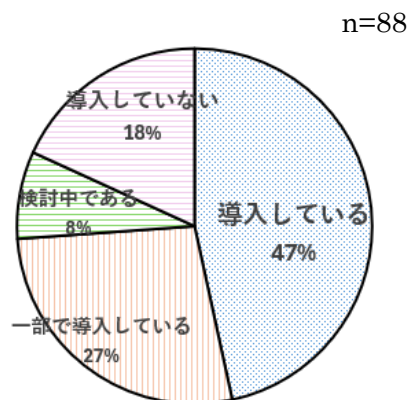


図2 診療参加型実習導入の可否

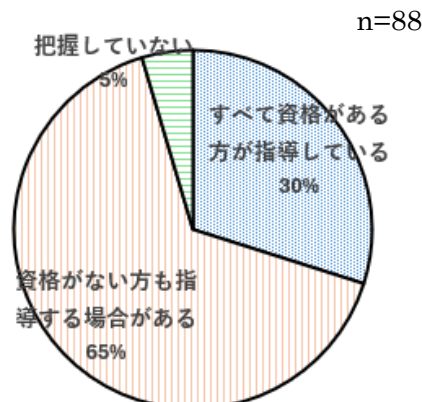


図3 指導者講習会修了者が指導を行っているか

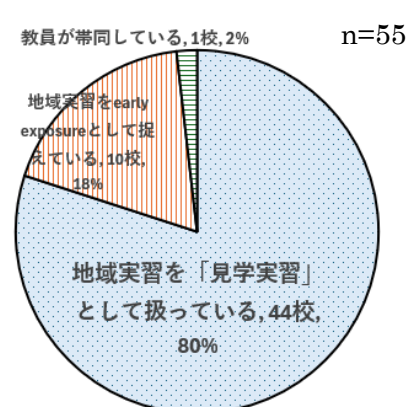


図4 なぜ講習会修了者でない方が指導をしているのか

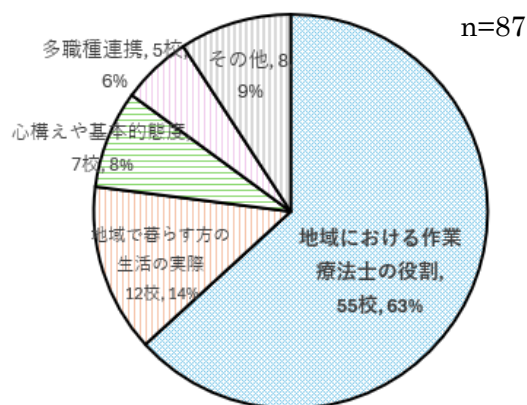


図5 地域実習で最も重要とする実習目標

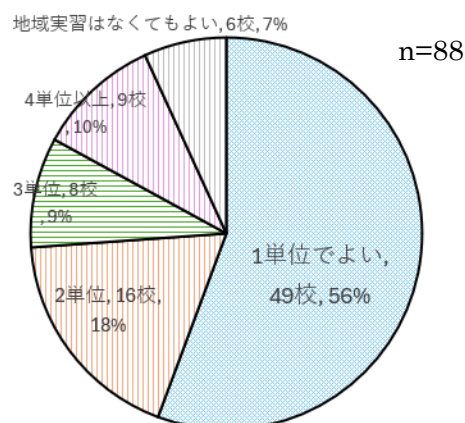


図6 地域実習は何単位必要だと思うか

地域実習についての養成校独自の取り組みを問うた設問では、地域実習とは別の実習形態の科目を設けて就労施設や放課後等デイサービス、高齢者サロン、オレンジカフェ、少年院、特別支援学校や保育園などで実習を行っていた養成校が7校あることが分かった。(表2)

また、養成校が地域実習における課題と思うものには、地域実習と呼称されながら医療提供施設のみの実習であることなど、地域の枠組みが通所リハと訪問リハという、医療に限定されていることが25校と最も多かった。受け入れ施設数の少なさからくる実習施設の確保の難しさ(19校)、養成校に自由な裁量権はあるが、対象となる地域施設が限定されているなどの地域実習の定義づけの曖昧さ(10校)、指導者の不足(8校)などの意見が挙げられた。(表3)

表2 地域実習における養成校独自の取り組み（自由記述：一部抜粋）

**\*地域実習とは別に地域への実習や演習を行っている（7校）**

- ・別の実習形態の科目を設けて就労施設や放デイ、高齢者サロン、デイサービス、オレンジカフェ、少年院で行う
- ・「地域実習」とは別科目（地域作業療法学実習）にて特別支援学校や就労支援事業所の体験実習を取り入れている。
- ・行政への参加や地域包括ケアの理解としての地域参加は、実習としてではなく演習として2年時に行っています。
- ・臨床実習とは別に、2年時に老健の他、就労支援施設、放デイ、保育園等で体験中心の実習を行っている。
- ・別科目（地域作業療法学実習）にて特別支援学校や就労支援事業所の体験実習を取り入れている。
- ・放デイや、保育所での実習をカリキュラム外で、希望する学生には経験させられるような機会を設定
- ・臨床実習前に、学内講義でデイサービスを積極的に利用させてもらっている。

**\*総合実習等の連続で行っている（6校）**

- ・総合実習（長期実習）期間中に実施している。
- ・できる施設は連続で依頼し、うち実習地の都合の良い5日間を地域実習にあてている 等

**\*その他（10校）**

- ・2期、3期に分けて実施している
- ・グループ活動の実施。グループ毎に対象者に提供する作業活動を考えていただく。
- ・4年時に配置して多職種連携など、より抽象的な課題を示している。 等

表3 地域実習における課題と思われるもの（自由記述：一部抜粋）

**\*地域の枠組みが通所と訪問という、医療に限定されていること（25校）**

- ・地域の枠組みが通所リハ、訪問リハに限定されていること。
- ・地域実習が認められる範囲が狭いこと
- ・通所、訪問リハに限定され訪問看護が認められていないこと。
- ・放デイや就労支援など、病院、老健施設ではない場所での実習が望まれる
- ・許可されている施設の範囲が狭すぎる。医療提供施設以外でも可としてほしい
- ・実習領域の制限があり、「地域」の概念が全体を捉えられていない。
- ・現状ではほぼ通所リハでの実習となっており、要件の緩和が必要になると考えている。
- ・現在、デイケアや訪問リハのみが該当施設となっているが、作業療法士として考えるべき「地域」はこの2箇所だけではない。そもそも地域実習と呼んで良いのか疑問があります。 等

**\*実習施設の確保が難しい（19校）**

- ・養成校に対する受け入れ施設数の少なさ
  - ・実習施設の確保、受け入れが難しい。
- 少人数或いは一人職場が多いため実習生受け入れのハードルが高い。
- ・臨床実習指導者講習会を受講されている方がいない場合に、施設数の確保が難しいです。
  - ・実習施設の確保が課題、多くはスタッフ数が少なく、受け入れ予定であっても、状況の変動（異動や産休）で受け入れキャンセルとなってしまうこともあり、苦慮しています。

**\*地域実習の定義づけが曖昧（10校）**

- ・学校によって内容が異なる、地域領域で実習を行うことのみで実施目的が明記されていない
- ・共通した到達目標の設定がないこと
- ・実習にて取り組む課題が不明瞭となりがち。

- ・見学に偏った実習になっていること。
- ・実習の位置づけが曖昧過ぎる。養成校に自由度があるものの、対象となる実習施設に制約がある
- ・地域実習を見学実習として行うのであれば問題はないが、総合臨床実習として行うのであれば、施設の確保、指導者の育成、内容の基準について議論が必要と考える。

#### \*指導者の不足（8校）

- ・実習地による経験格差
- ・施設が少なく、指導者不足（地域OT不足）であり、直接的な実習指導の時間がとりにくいし、頼みづらい。
- ・地域実習を実施できる施設の少なさと、地域実習先の指導者講習会を受けていない方が多いことです。
- ・受入施設（地域で働くOTR）が少なく配置に苦慮している

#### \*単位数が少なく、本来の地域の役割を学ぶことが難しい（2校）

- ・短期間であると見学実習になってしまうこと
- ・1単位では、訪問リハビリに同行する場合、運動療法や動作訓練の対応をしている場面しか経験出来ないのではないかと懸念している。本来の地域での作業療法士の役割としては、運動療法や動作訓練のみではなく、福祉用具の提案や住宅改修指導、他職種へのリハビリテーションマネジメント等、多岐にわたり、それらを学ぶことが非常に重要であると考えているが、1単位ではそれを学ぶチャンスが無い場合が多いと感じている。

#### \*その他（8校）

- ・地域実習の性質上、最終学年で実施したいが、国試受験準備との兼ね合いで実施時期をずらしている。
- ・実習先との、実習に対する目的が伝わっていない。会議に参加できていない指導者が指導することがあるので。
- ・業務内容が施設によりまちまちであること。
- ・訪問や送迎に学生が同行する際の移動で臨地に負担をかけていると感じます

## IV. 考察

1999年に改正されて以来、実に20年ぶりとなる新しい指定規則に基づいた教育が2020年4月から開始された。そこで、訪問リハまたは通所リハに関する実習を1単位以上行うことが必修化された。

今回の調査結果から、今調査で77校（87.5%）の養成校は1単位（1週間）で地域実習を構成しており、2単位以上で地域実習を行っていたのは12校（13.6%）に留まり、地域実習の課題として「単位数が少ない」を記載したのは2件のみであった。養成校は現状の単位数は1単位で十分であると考えていると推察される。養成校は、地域実習における学生の到達目標として「地域での作業療法士の役割の理解（55校：63.2%）」「地域で暮らす方の生活の実際を理解する（12校：13.7%）」等をあげていた。地域作業療法における仕事の役割の理解、対象者の生活の理解に1週しか期間がないことになる。この1単位、1週間の期間に関しては、今後の課題になることが考えられる。

次に「通所リハ、訪問リハに関する施設で行うこと」という指定についてである。地域実習と見学・評価・総合実習との差異の一つは、これらの施設で実習を行うことを限定されていることである。今調査でも25校の養成校から「枠組みが通所と訪問という医療に限定されていること」が課題としてあがった。

日本作業療法士協会は地域における作業療法士の活躍に向け、作業療法5ヵ年計画<sup>7)</sup>にて地域で作業療法士自身が活躍するために必要とされる役割として「活動・参加」についての支援を行うことと明記

している。また、医療、介護、福祉、保健領域を含む領域<sup>8)</sup>だけでなく、住まい、予防、生活支援場面に提供される地域包括ケアの構築の役割も期待されている<sup>9)</sup>。通リハ、訪リハは医療法下の施設であり、学生が、広がり続ける地域の概念を捉える期間として十分であるとは考えにくい。今調査で、実習施設の要件が緩和した際に行かせたい施設として、就労支援施設 73 校 (82.0%)、放デイ等の小児福祉領域に 69 校 (77.5%) とある。

また、通所、または訪問リハに関する施設という指定があるにも関わらず、41 校 (50.0%) の養成校は、現在、介護保険領域、放デイ、特別支援学校や就労支援事業所などでも実習を行っていることが分かった。養成校が行う独自の取り組み (表 2) の記載から、地域実習とは別の実習形態や、演習科目を設けることにより、訪問・通所リハのみで行わなければならないという地域実習の内容を独自に補っていることが考えられる。これらのことから、今後の指定規則改正では地域実習の施設に関する要件の緩和の必要性が推察される。

厚生労働省のガイドライン Q&A<sup>10)</sup> によると、通所リハ又は訪問リハに関する実習は見学実習でも良いかという問いに対し「見学実習でもよい」と回答している。今回の調査で 44 校 (80.0%) の養成校が地域実習を見学実習として扱っていた。また、地域実習で診療参加型実習を導入している養成校は 41 校 (46.5%) に留まり、指導にあたる指導者も講習会修了者ではない場合が 57 校 (65.5%) いることが分かった。そのため、現在進行形で地域実習は、旧来の見学実習レベルで展開されている可能性が考えられる。

小林ら<sup>11)</sup> は「より広い視野で地域の対象者への支援や多職種連携を学ぶために 1, 2 週の実習ではなく見学・模倣・実施のプロセスを通すことが必要」「通所・訪問リハと施設を限定してしまっ、本来的な地域実習が行えるのか」とすでに 2020 年に述べている。今回の調査で一部の養成校は、上記の単位数と施設の限定性という懸念に対し、実習とは別に、放デイや、就労支援施設等での作業療法の経験学習をカリキュラム外で行うことや、希望する学生には地域作業療法を経験できる機会を設定するなど、新たな試みをしていることもわかった。

長期間の実習では、指導者の監視の元に基本的な作業療法を実施し、基本的態度、臨床技能や臨床思考過程を指導者から学ぶことを目的とした実習であるが、見学実習は働く場面や環境についての臨床場面を観察することが主体となる<sup>12)</sup> ため、作業療法の実践を自ら経験することは難しい。そのため、養成校は地域実習で、作業療法士の働く地域という場の認識や理解にとどめ、他の演習や実習で地域における作業療法についての補完をしていると推察できる。これらの取り組みは、地域実習という科目が、ある程度、養成校の裁量で運営できることに起因すると考えられる。地域で展開される作業療法は、学生にとって「学生本人、指導者、そして対象者が一体となって作業療法を実施している」という実感を持ちやすい<sup>11)</sup>。学生は学内で学んだことを元に臨床実習を通じてさらに学びを深める。始まってまだ数年しか経っていない地域実習をさらに良いものにするため、学生がより良い学びの環境で成長し、地域社会に貢献できる専門職としての資質を高められるよう努めることが重要と考える。

## 利益相反と研究助成費

本研究は 2024 年度日本作業療法教育学会の研究費助成を受けて実施した。

## 引用文献

- 1) 一社日本作業療法士協会:作業療法臨床実習指針 (2018) 作業療法臨床実習の手引き, 2018, 22-31.
- 2) 山野克明:作業療法士養成教育における診療参加型の地域実習における意義と課題-学生が経験した実習内容からの考察-. 熊本保健科学大学研修誌, 2019, 16:105-117.
- 3) 厚生労働省:理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則(令和4年厚労省・一部改正).  
[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=80041000&dataType=0&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80041000&dataType=0&pageNo=1) (閲覧日 2024年12月17日)
- 4) 一社日本作業療法士協会:作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム  
<https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2018/09/corepdf.pdf> (閲覧日 2024年12月17日)
- 5) 一社日本作業療法士協会作業療法士養成校一覧 (2024年度) .  
[https://www.jaot.or.jp/pre\\_education/youseikou/](https://www.jaot.or.jp/pre_education/youseikou/) (閲覧日 2024年12月17日)
- 6) 厚生労働省: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(医政発 1005 第1号)  
<https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2018/10/guideline.pdf> (閲覧日 2024年12月18日)
- 7) 日本作業療法士協会事務局企画調整委員会:第三次作業療法5か年戦略(2018-2022) 地域包括ケアシステムへの寄与-作業療法5・5計画-. 日本作業療法士協会誌, 2018, 74:10-29.
- 8) 赤堀将孝, 他:地域包括支援センター職員が抱く作業療法士の認識-計量テキスト分析による構造の把握-, 作業療法, 2020, 39(2):170-179.
- 9) 山崎竜弥, 藤井啓介:作業療法士が生活支援コーディネーターとして関わる地域支援, 作業療法の実践と科学, 2025, 7(1):1-7.
- 10) 日本理学療法士協会:理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインに関するQ&A令和元年5月29日改訂版.[https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/info/20181009\\_02/07\\_GuidelineQ&A\\_190530.pdf](https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/info/20181009_02/07_GuidelineQ&A_190530.pdf) (閲覧日 2025年4月15日)
- 11) 小林幸治, 佐藤純:これからの作業療法臨床実習 地域領域における取組と展望, OT ジャーナル, 2020, 54(7):650-657.
- 12) 浅利和人:地域リハビリテーション施設における臨床実習教育の在り方に関する研究, 理学療法科学, 2009, 24(6):895-899.

|      |               |
|------|---------------|
| 編集長  | 山田 洋一 (理学療法士) |
| 編集委員 | 高島 恵 (理学療法士)  |
|      | 神山 真美 (作業療法士) |
|      | 鈴木 真生 (言語聴覚士) |
|      | 寺田 佳孝 (教育学)   |
|      | 鈴木 啓介 (理学療法士) |
|      | 植田 恵 (言語聴覚士)  |

---

---

日本リハビリテーション教育学会誌

第8巻 第2号 2025年

2025年5月15日発行

編集：NPO 法人リハビリテーション学術センター  
日本リハビリテーション教育学会

〒173-0004

東京都板橋区板橋 1-11-7-901

日本リハビリテーション教育学会 事務局

URL

<http://rehaac.org/professional.html>

---