

理学療法士の患者像生成について

Generating Patients as Representations of Physical Therapist

野田 裕太[†], 鈴木 宏昭^{††}

Yuta Noda, Hiroaki Suzuki

[†]青山学院大学 社会情報学研究科

Graduate School of Social Informatics, Aoyama Gakuin University

^{††}青山学院大学

Aoyama Gakuin University

c8119019@aoyama.jp

概要

本研究は、理学療法士がその対象である患者を、病期や診療目的に合わせて医学的情報と社会的情報から患者像という表象として生成していることを、一人の理学療法士の診療過程の観察調査から示す。また、他の医療職とのカンファレンスや理学療法士の精粗のむらのついた患者像の生成が、患者の病期に合わせた患者像へ変化する要因となり、理学療法に活かされていることを考察する。

キーワード: 理学療法士, 患者像, 近位項, 遠位項, 表象, カンファレンス, 相互依存構造

1. 背景と目的

1.1 理学療法士教育の現状

理学療法士は、怪我や病気などで身体に障害のある人や、障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力(座る、立つ、歩くなど)の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職である。その治療や支援の内容については、理学療法士が対象者ひとりひとりについて医学的・社会的視点から身体能力や生活環境等を十分に評価し、それぞれの目標に向けて適切なプログラムを作成する[1]とされている。

このような医学的ならびに社会的視点が求められる医療専門職である、理学療法士養成の卒前教育のカリキュラムにおいて、93単位中18単位という多くの時間を占めるのが、実際の医療提供施設にて臨床の理学療法士が指導者となって行われる臨床実習である。理学療法士の臨床実習の多くでは、伝統的に臨床実習指導者と学生とのマン・ツー・マンの指導体制で行われ[2]、学生が指導者の指導のもと、患者を担当する形態をとり[3]、患者への一連の理学療法診療行為に介入する形式をとるのが、医師や看護師の臨床実習との違いである。

理学療法士の臨床実習は近年、不適切な指導の顕在

化[3][4][5]と、患者権利意識の高まりや学生数の急増といった理学療法士を取り巻く社会の変化により、その在り方や指導方法の改善が求められた。これに対し、厚生労働省と理学療法士・作業療法士協会とでカリキュラム改善の検討がなされ[6]、2018年にカリキュラムの改正通知、2020年より適用に至っている。

このような指導方法の見直しのなかで、理学療法士の臨床実習は、患者への一連の診療行為に参加する従来の形式から、現在は、理学療法の技術項目を細分化したチェックリストが用意され、そのチェックリストを埋めるように進める実習形式が養成校側から臨床実習施設側へ要請されることが多くなった。またその指導報告もみられるようになってきている[7][8][9]。

1.2 現状に対する問題意識と患者像の必要性

しかし、そのようなチェックリストを埋めるように臨床実習を進めても、学生が患者に行う理学療法プログラムを疾患名からしか考えられず苦慮する場面や、そもそも臨床実習の目標がチェックリストの達成になってしまっていると思われる学生の言動を経験する。

鈴木(2017)は、自身が行った大学生へのレポートライティングのスキルを高めるための様々な試みと、そこで感じた学生の学ぶ姿への違和感を、要素目標の習得に終始する姿としている。そして細分化された要素目標の達成は、元々の目標達成の「兆し」、「兆候」に過ぎず、それら兆しを生み出す原因系が存在し、兆しはその原因系内の各要素の複雑な相互依存、因果関係のネットワークの産物であるとしている。このような関係性を考えずに兆しの習得に専念した場合には真正の理解には至らないとしている[10]。

また、鈴木(2016)は、組織の中の蓄積された暗黙知の明示化、公共化に関わる困難を分析する中で、場の共有とともに、場の共有から得られた情報の処理の重要性について言及している。ここでは、知識

の利用がシミュレーションに基づくという考えにより、知識はそれが活性化する状況と相互作用しつつ、シミュレーションというプロセスの中で絶えず生み出されてくるもの、つまり知識や経験をプロセスとして捉える立場をとる。これにより、コトバで表現されるものはコトバ化しやすいものであり、場や状況を共有しない聞き手にとっては相互につながらない、点在するだけの情報となり、伝え手の意図したことに似ているが柔軟性、適応性に欠ける不完全な模倣しか生み出さないとしている[11]。

これらの先行研究から、対象である患者が自立した生活を送れるように、基本動作能力の回復を支援するという理学療法士の本来の目標に向けて臨床実習で必要なことを改めて考える。技術項目を細分化したチェックリストの達成だけでなく、それら技術を対象者である患者との関係性において理解すること、また、それら技術が必要な状況を理解することが必要なのではないかと考える。そのためには、理学療法士がその臨床実践において、技術等により取得した情報から対象である患者をどのように捉えているか、すなわち「患者像」をいかに生成しているかをまずは明らかにすることが必要と考えた。

1.3 患者像をポランニーから考える

ポランニー(1967)は、包括的理解における個々の諸要素と全体像について盲人の杖使用を例に挙げ述べている[12]。杖先への衝撃を、杖を初めて使う者は自分の指と掌への衝撃として感じるが、使い慣れた者は対象に触れている感覚とする。この時の指と掌への衝撃を近位項、杖先で触れている対象を遠位項と呼び、これら二つの項が関連づいたときに包括的理解が生じるとしている。またポランニーはピアニストが指に注意を集中されると演奏が一時的に滞ることを例に挙げ、包括的存在を構成する個々の諸要素を事細かに吟味すれば、個々の諸要素の意味は拭い取られ、包括的存在の概念は破壊されてしまうとしている。

本研究ではこのポランニーの考えを用い、患者像を、理学療法士が医学的情報ならびに社会的情報を兆候(近位項)として生み出す原因系(遠位項)として捉えているものと定める。

理学療法士の患者像に関する研究では、直接、患者像の生成を扱ったものは見当たらないが、患者全体像把握と熟達化について、臨床経験5年以上の理学療法士と理学療法学科学生とを比較したものがあ[10]。この研究では、理学療法学科学生に比べ理学療法士は、複

数の視点から患者の状態を捉え、様々な手がかりから患者の状態や行動に多くの予測と推論がなされていることを明らかにしている。しかし、この結果は、理学療法士の患者像生成における一場面を切り取り、中堅者と初心者を類型化したものであり、診療過程においてどのように患者を捉え患者像を生成し、また変化させているのかは明らかでない。

上記を踏まえ、本研究では、ある理学療法士の診療例から患者像が生成される過程を調査することで、理学療法士の患者像生成について検討することを目的とした。

2. 方法

2.1 研究対象者

理学療法士である第一著者自身を対象とした。調査時点での第一著者の理学療法士としての概要を表1に示す。理学療法士として大学病院から地域中核総合病院、脳血管疾患専門中核病院と多様な疾患に対する理学療法の経験と、加えて総合リハビリテーションセンターへの勤務経験により、疾患の発症急性期から回復期、生活期と呼ばれる障害の安定した状態で在宅生活を営む時期までの幅広い病期に対する理学療法を経験している。

表1 研究対象者概要

年齢	理学療法士 経験年数
42歳	19年6ヶ月
勤務歴	
大学病院2年・地域中核総合病院2年・脳血管疾患専門中核病院(A病院)8年・総合リハビリテーションセンター1年・A病院6年	

2.2 観察対象とした診療とデータ収集方法

研究者が担当理学療法士となり理学療法を実施した症例のうち、次の診療時期、診療期間の異なる2症例の診療過程(診療A、診療B)を観察対象とした。診療Aは、脳血管障害の発症急性期の患者に対する理学療法の診療、診療Bは脳血管障害の発症急性期から回復期に渡る症例への診療となっている。

- 1) 診療A:脳血管疾患の発症によりA病院に入院し、入院二日目に開始された理学療法初日と二日目の各40分の診療。
研究者自身がフィールドノーツを記

載しながら診療実施しデータ収集。

- 2) 診療 B: 脳血管障害の発症により研究者所属の A 病院に入院し、回復期リハビリテーション病棟への入院を経て退院間近の 4 か月間の診療。

診療実施記録の後方的調査による観察を行い、データを収集。特に患者像が変化した場面と、それによる変化を追った。

調査内容は、診療 A, B ともに診療過程における、場面と取得した情報内容、情報に対する理学療法士の判断、情報により生成された患者像とした。

2.3 データ分析方法

観察により収集した調査データのうち、理学療法士の判断と生成された患者像の内容を、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) の構成要素により分類した。ICF とは、世界保健機構 (World Health Organization; WHO) により採択されている人間のあらゆる健康状態に関係した生活状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類し、記述・表現しようとするものである[11]。ICF は、障害と生活機能と説明のために、これまで「医学モデル」対「社会モデル」として対立するモデルとして表現されてきたこれら二つのモデルの統合に基づいており[11]、その目的は、研究手段を含む多くの分野での活用とされている[12]。

ICF 分類には、「生活機能と障害」と「背景因子」という二つの部門があり、前者は「心身機能・身体構造」と「活動・参加」の構成要素からなり、後者は「環境因子」および「個人因子」の構成要素からなる[11][13]。各構成要素の領域ならびに構成概念を表 2 に示す[11]。ICF ではこれらの構成要素のうち、個人因子を除く以下の 4 つのカテゴリーに分類する。

- ・ 心身機能 (body functions) : 心的機能を含む生理的機能を表す。
- ・ 身体構造 (body structures) : 器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分を表す。
- ・ 活動と参加 (domain of activities and participation) : 課題や行為の個人による遂行、ならびに生活、人生場面への関わりを表す。
- ・ 環境因子 (environmental factors) :

人々が生活している物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度を表す。

個人因子は社会的・文化的に大きな相違があるため ICF では分類されていない[14]。各カテゴリーは第 1 レベルから第 4 レベルまでの階層構造をもった分類がなされており、レベルが進むにつれより細分化された分類の構造になっている。分類の記載にはカテゴリーの最初のローマ字 (b, s, d, e) と数字のコードを合わせた方式が用いられる。本研究では、得られたデータは第 2 分類により分類し、第 1 レベルでカテゴリー化を行った。

表 2 ICF の概観

第 1 部 生活機能と障害		
構成要素	心身機能・ 身体構造	活動・参加
領域	心身機能 身体構造	生活・人生領域 (課題, 行為)
構成概念	心身機能の変化 (生理的)	能力 標準的環境における 課題の遂行
	身体構造の変化 (解剖学的)	実行状況 現在の環境における 課題の遂行
第 2 部 背景因子		
構成要素	環境因子	個人因子
領域	生活機能と障害への 外的影響	生活機能と障害への 内的影響
構成概念	物的環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境のもつ促進的あるいは阻害的な影響力	個人的な特徴の 影響力

3. 倫理的配慮

観察対象となった診療の症例には、観察前に口頭と文書にて説明を行い、同意書に署名を得た。その際には、研究への参加は自由意志であり、参加途中での辞

退も可能であること、辞退による不利益は生じないこと、得られたデータは匿名性を確保し、個人情報の保護と管理に努めることを説明した。なお、本研究は研究対象施設倫理審査委員会の承諾を得て実施した（A病院倫理審査委員会：承認番号 142000341）。

4. 結果

4.1 分類結果

診療 A, B それぞれの観察結果を ICF の 4 つのカテゴリーに基づき分類した。各カテゴリーの分類例を表 3 に示す。

心身機能には、立位練習における患者の筋の収縮程度を触診により判断したものや、診療中の患者の発言から患者の感覚障害の程度を判断したものなどが分類された。本研究における分類の中で最も多い割合を占めた。

身体構造には、診療前にカルテの脳画像情報から年齢に対する脳の構造に関する判断、診療中の視診による患者の骨盤部の構造に関する判断などが分類された。

活動と参加は、患者の立位練習中の様子や、歩行に関する判断が多く分類された。歩行に関しては、安定性や耐久性など歩行の能力に限らず、病室内や自宅といった患者が歩行する場所を含んだ判断も含まれた。

環境因子は、家族の退院に際する意向、自宅での主な生活場所や階段の様子など患者の社会的な情報が分類された。

分類を行うなかで ICF のいずれのカテゴリーにも分類できない内容があった。それらは「その他」としたうえで、以下のようにさらに分類した。

1. 現状の原因の推論
2. 時間や場所を跨いだ予測や展望
3. 判断の保留

表 3 カテゴリー分類例

分類	情報内容	判断
心身機能 (b)	(患者の発言) 「左だと支え切れな いね」	支える感じがわかって いるな(b780)
	(診療中の触診) 立位練習の重心移動 時に大殿筋の収縮	大殿筋はしっかり収縮 (b730)できてる

身体構造 (s)	(診療前カルテから) 脳画像	年齢の割にしっかりした脳(s110)
	(診療中の視診) 腰椎前弯強い	体型的な問題(s760)か
活動と参加 (d)	(診療中の視診) 立位練習での重心移動時に左踵が浮いてる	左下肢で支持しての重心移動はやはり不十分 (d410) <u>もっと下肢で支持でき そうだけど感覚(障害) かな…単に支持の問題? 1</u>
	(患者の変化) 短距離の歩行は安定してきたが、100m 以上になると不安定さあり。	短距離歩行は安定 (d450)してるということは、歩行耐久性 (d450)が不十分か。歩行練習量を増やして耐久性の向上目指す。 短距離であれば、生活場面への導入を検討できる。
環境因子 (e)	(カンファレンスにて医療ソーシャルワーカーからの情報) 家族状況: キーパーソンは長女 住環境: 3階建て戸建て 1階店舗 本人住居3階 3階まで階段昇降必要 長女意向「3階で生活し、トイレは自分で行って欲しい」	家族の受け入れは (e410), 問題なし。 <u>退院にはトイレと3階で生活できるかがポイントになりそう. 2</u>

4.2 診療 A における判断、推論の特徴

診療 A では、患者の発言や、立位や歩行といった練習場面での動作観察、理学療法士自身による筋の触診など、患者と理学療法士の多様かつ特有の関わりから得られる情報から判断が行われていた。また、診療中には、患者の現状に対して、その原因の推論が頻繁に

行われ（例：点滴台を患者が押しての歩行場面での腰が曲がった歩行姿勢→点滴台を支えにしているから？）、推論に基づく徒手的な介入と、それに対する患者の反応（点滴台を理学療法士が押しながらの歩行練習に変更→歩行姿勢、左下肢支持性の改善）からの判断が行われていた。さらに歩行練習場面では、患者が左周りの回転時にふらつき、それに患者本人が気付いていない様子から、「注意障害ある？」と判断し、「結構危ないかも」歩行練習場面から生活場面へと場所を跨いだ予測が行われていた。

診療 A における判断ならびに生成された患者像のカテゴリ分類結果の生起数を、全体に対する比率とともに表 4 に示す。

診療 A においては、心身機能 (b) に分類される情報から多くの判断が行われているのが特徴となっていた。また、その他に分類されたデータの内訳では、原因の推論が多くを占めており、これは診療過程の観察結果でみられた頻繁な推論を反映していた。

表 4 診療 A カテゴリ分類結果

カテゴリー	判断	患者像	割合	
心身機能 (b)	25	9	51%	
身体構造 (s)	5	1	9%	
活動と参加 (d)	9	2	16%	
環境因子 (e)	0	2	3%	
その他	11	3	21%	
(内訳)	原因の推論	10	0	71%
	予測・展望	1	1	14%
	判断保留	0	2	14%

4.3 診療 A における患者像生成過程

通常、理学療法が開始となる際には、リスク管理を含めた診療の準備として事前にカルテより患者に関する情報収集が行われる。診療 A においても診療施行前に、カルテに記載された医師の診察記録、看護師の記録、また脳画像の記録から、意識レベル、運動麻痺や感覚障害の程度、コミュニケーションの可否、循環器の問題がないことなどの判断が事前に行われている。これは理学療法施行前の段階から、カルテによる情報を患者の近位項として取得し、遠位項である具体的な患者像の生成が行われていたといえる（付録 表 6 参照）。一方で、感覚障害の程度や下肢の支持性といった動作に関する情報については、医師や看護師の記録にも同様の記載があるにも関わらず「動いてみてどうか。意

外と動けない人がいる。」と判断が保留されていた。具体的な患者像を描く一方、過去の経験から、カルテ情報による判断を避け、不確かなものとしていた。

診療中は近位項となる情報を、患者の発言や動作中の姿勢の視診からだけでなく、筋の触診や動作への介入といった理学療法士が患者と積極的に関わることで収集していた。

診療 2 日目終了時には下記のような、注意障害か意識障害かはっきりしないが大きな問題にならないとする医学的遠位項ともいえる患者像と、患者の退院時期の予測やすぐに元の生活に戻れるといった社会的遠位項との二つの側面を含んだ患者像を生成していた。

診療 A 2 日間診療終了時の患者像
身体機能は良くなってきている。
注意障害か意識障害ははっきりしないが、大きな問題にはならないだろう。
このままいけば、早い段階で（主科の治療が終われば）退院になるだろう。元の生活に十分戻れるだろう。

4.4 診療 B における判断、推論の特徴

診療 B は 4 ヶ月間の診療を診療録により観察を行い、特に患者像が変化したと考えられる場面を取り上げた。

開始 1 週間までの診療では、診療 A と同様に身体機能や動作能力について理学療法評価を通じた情報収集が主になされていた。それら収集された情報から心身機能 (b) カテゴリについての判断を行い、「筋活動を促しながら動作練習を行っていく必要」という理学療法士としての診療の方針を含んだ患者像を生成しているのが特徴となっている。診療開始 2 週間では、患者の動作の様子から、理学療法を 2 週間実施しての効果や、課題となっている身体機能に関する推論が行われている。

診療開始 1 ヶ月頃からは、診療場面に加えカンファレンスへの参加により多くの判断、推論が行われているのが特徴となっている。カンファレンスとは、患者を担当する関連職種が集まり情報交換、情報共有する会議である。研究対象者の所属する医療施設では、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者には、1 ヶ月毎にカンファレンスが開催されている。

カンファレンスの場において、看護師から夜間の生活の様子、医療ソーシャルワーカーから家族の意向や住環境といった患者に関する社会的情報が入り、理学療法士として持つ患者の心身機能、動作能力といった

医学的情報と合わせ、患者が自宅で生活することに向けた場所と時間を跨いだ推論が判断に入るようになっている(例: 2~3ヶ月 カンファレンス時 「手すりなどの配慮は必要だが、自宅内の生活であれば、自立可能だろう」付録表7参照)。また、診療開始2~3ヶ月の家族からの自宅写真の提供された場面では、自宅の具体的な状況が情報として取得されたことにより、環境因子(e)にカテゴリーされる判断が多くなされている。

診療Bにおける判断ならびに生成された患者像のカテゴリー分類結果の生起数を、全体に対する比率とともに表5に示す。また診療A, Bの分類の変化を図1に示す。心身機能(b)に分類される判断、患者像が多いのは診療Aと変わらないが、その割合は減少し、活動と参加(d)ならびに環境因子(e)の割合が増えているのが診療Bの特徴となっている。また、その他に分類されたデータの内訳では、時間や場所を跨いだ予測・展望が多くを占めていた。診療Bのこれらの特徴は、診療の観察でみられた、患者の社会的情報取得による医学的情報との統合による、患者の自宅での生活に対する予測や展望を反映している。

表5 診療B カテゴリー分類結果

カテゴリー	判断	患者像	割合	
心身機能 (b)	23	15	40%	
身体構造 (s)	1	0	1%	
活動と参加 (d)	14	12	28%	
環境因子 (e)	10	3	14%	
その他	6	10	17%	
(内訳)	原因の推論	2	0	13%
	予測・展望	2	7	56%
	判断保留	2	3	31%

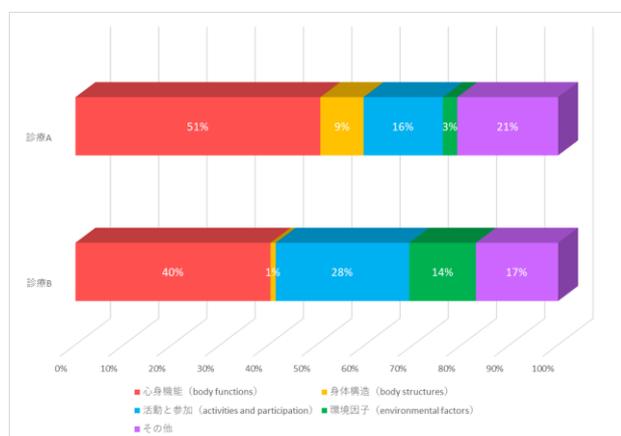


図1 診療A, B ICF分類の変化

4.5 診療Bにおける患者像の生成過程

診療A同様に診療開始前には、カルテより収集された関連他職種の情報を近位項として、下記のような遠位項である患者像の生成が始まっている。診療Bでは理学療法開始時点で、今後手術が検討されていることや、安静度が制限されているという情報から「バイタルサインを確認しながらできるところまでやる」という慎重な理学療法の方針の患者像を生成している。また同時に、診療開始前より、患者の仕事復帰に関しての言及がみられる。これは、患者の年齢と自営で薬剤師として就労していたという社会的情報による近位項と、他職種の医学的、身体的情報による近位項とを統合して関連付けられて生成された遠位項への言及といえる。

診療B 診療前に生成された患者像

上肢の運動麻痺が重そうな脳梗塞。安静度も制限されているからなんともいえないが、体幹や下肢の麻痺はどうか。

手術してさらに、今後手術も検討されている。狭窄はシビア。意識状態、血圧などのバイタルサインを確認しながらできるところまでやる。

現役で仕事しており、自営でもあり、年齢的に仕事復帰の話がでるか。

診療開始2週間の判断の特徴は、患者の動作の様子から理学療法2週間の効果や、課題となっている身体機能に関する推論が行われていることであつたが、それら推論に基づき「動作が安定するまでに時間がかかるか」や「(上肢の麻痺はシビアで)生活に支障がでそう」と詳細は不明確ながらも患者の身体機能の将来的な展望(医学的遠位項)だけでなく、その身体機能による生活への影響(社会的遠位項)が含まれた患者像が生成されているのが特徴となっている。

診療開始1ヶ月からの患者像の生成では、診療場面での患者の動作を情報として、身体機能や歩行能力といった活動カテゴリーの情報を、引き続き近位項としている。それと同時にカンファレンスに参加したことや、自宅写真を見たことで社会的な情報が近位項として加味され、これら二つの近位項が統合されることにより遠位項である患者像に変化がみられていた。この患者像の変化は、患者が自宅での生活に戻ることに向けて理学療法の実施へとつながっていた。

これまでみてきたように、診療Bの患者像生成においても、診療Aでみられたように医学的情報による近位項に関連付けられた医学的遠位項と、就労状況やカンファレンスでの他職種からもたらされた患者の情報、自宅写真という社会的情報の近位項から関連付けられた社会的遠位項という二側面からなる患者像の生成という特徴が同様にみられた。

4.6 カテゴリー分類ができなかった判断の特徴

分類を行うなかでICFのいずれのカテゴリーにも分類できない内容を、「その他」としたうえで、さらに3つに分類した。その内訳の変化から、診療AとBの患者像生成の特徴が明らかになっている(図2)。

診療Aでは分類1原因の推論が多かったのに対し、診療Bでは分類1が減少する一方、分類2の時間や場所を跨いだ展望や予測が大きく増加した。これは、診療Aでは、発症急性期であり主に医学的情報による判断や推論が多く行われていたためと考えられる。一方診療Bでは、医学的な情報に患者の社会的情報が加わり、診療場面での患者の身体機能を、患者の自宅での生活場面ではどうなるか、退院時にはどうなるかといった、場所や時間を跨いだ予測や展望が多く行われたためと考えられる。それまでの診療では詳細は不明確として、いわば曖昧なままとしていた患者像を、少しずつ患者の具体的な生活状況に合わせて時間をかけて慎重に明確にしていく様子がこの結果からうかがえた。

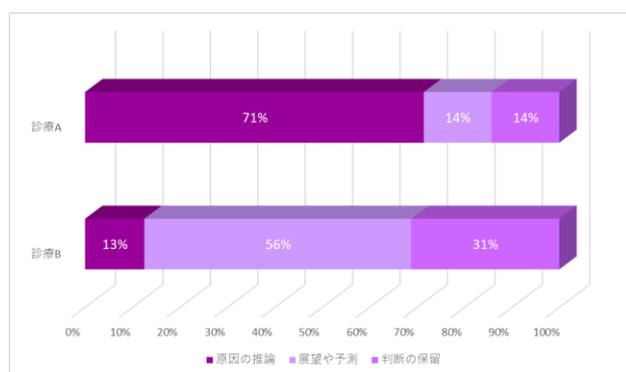


図2 「その他」の内訳と変化

5. 考察

5.1 表象としての患者像生成の特徴

本研究では、一人の理学療法士の診療時期、診療期間の異なる2症例に対する診療過程の観察を行い、診療過程において理学療法士が患者をどのように捉え、またそれをどのように変化させているのかを、医学モ

デルと社会モデルの統合とされているICF分類を用いて患者像の生成と変化として分析した。医学的、社会的の両視点が求められる理学療法士の特徴は、本研究の患者像の生成でもみられた。ここでは、医学的情報と社会的情報からどのように患者像が生成され、どのように変化が起きていたのかについて検討する。

診療A、Bともに発症急性期の診療では、理学療法士が患者に直接会う前から、患者に関する他の医療職の記録をカルテで参照することにより患者像は生成されていた。その患者像は心身機能や活動と参加といった主に医学的情報から成っていた。

この生成過程は表象の生成[15]として説明できる。理学療法士のもつ過去の経験や知識といった記憶表象が、診療前には他の医療職による記録が手がかりとなり活性化され、患者像という結果として現れる。ポランニーのことばを引用するならば、カルテ記録という近位項を、過去の経験や知識により患者像という遠位項に結びつけ包括的理解しているといえる。そして実際の診療になると、患者の呈する現症やそれに対する原因の推論に基づく介入、ならびにその介入に対する患者の反応が手がかり、すなわち近位項にして、遠位項である患者像は上書きされていく。特に発症急性期の理学療法診療では、診療の直接的な介入対象が心身機能であるため、理学療法として目の前の患者にどのような診療をすべきかという診療内容に関する情報が強さをもち、医学的情報を主とした患者像が生成されると考えられる。言い換えるならば、発症急性期の理学療法診療では、理学療法診療のために医学的的患者像が生成される時期ともいえる。

しかし同時に、患者の社会的情報も診療開始初期よりわずかではあるが患者像に反映されているのが、診療開始時より時間や場所を跨いだ推論が行われていることや診療Bの理学療法初日の復職に関する言及からわかる。これら発症急性期の診療における社会的情報による社会的患者像の部分は決して明確なものではなく、「復職の話がでるか」や「生活に制限でそう」といった抽象的で曖昧さを含んでいる。このような特徴は、現症に対する原因の推論を行い、その現症を明確にしていこうとする過程で生成される医学的的患者像と対照的な生成となっている。

このように、患者像は患者の医学的情報と社会的情報を、その情報の受け手である理学療法士が、患者の病期や理学療法の目的によりそれら二つの情報に精粗のむらをつけながら統合し表象として動的に生成され

ると考えられる。

5.2 カンファレンスによる患者像変化の促進と要因

5.1 で考察した過程によって生成される患者像は、理学療法士の診療過程において、固定されることなく患者の状態に合わせ常に変化していた。特に、患者の病期が急性期から回復期へと移行すると、医学的情報に比べそれまで詳細は不明確で曖昧なままとなっていた社会的情報が、より具体的かつ明確になっていき患者像の変化となっていた。

その変化のきっかけの一つとなっていたのは、患者を担当する他の医療職が集まり、現状の報告と今後の方針を話し合い情報共有する場であるカンファレンスであった。カンファレンスで患者の病棟での生活の様子や、自宅の状況、家族との関係といった具体的な情報を取得した理学療法士は、自身が持つ患者の心身機能、活動といった医学的情報とそれら情報とを再統合し患者像を患者の生活に向けたものへと変化させ、理学療法へ活かしていた。

清河 (2002) は、地図構成課題を「課題遂行役」と「相談役」という課題レベルとメタレベルの分業という相互依存構造をもつ協同として行わせることで、表象変化が促進されるという結果を報告している[16]。課題レベル—メタレベルという分業により、個人では十分機能しにくいメタ認知的な働きが発揮されたとしている。

本研究での理学療法士における患者像の変化において、日々の理学療法診療が心身機能、活動や参加の改善といった、いわば理学療法士としての課題レベルの場であるならば、カンファレンスは、患者に関するメタレベルの場になっていたのではないかと考える。理学療法士による日々の診療と、他の医療職が定期的に集まるカンファレンスというシステムが相互依存の構造を成し、その構造により理学療法士特有の医学的的患者像から、関係する他の医療職とも共有可能な患者個人の生活の患者像へとという時間的变化が促されたのではないだろうか。

このような変化は、時間経過とともに自然に訪れるというよりも、理学療法士が診療開始時より不明確で曖昧ながらも社会的情報を患者像に反映していたことが要因となり、カンファレンスという外部資源のサポートを受け、社会的情報と医学的情報を再統合したことにより生じたと考えられる。

現在の医療は様々な医療専門職が患者に関与する分業システムである。本研究でみられた理学療法士の患

者像の生成と変化の過程は、このような役割分担された分業システムが要因として働いたと考えられる。

5.3 本研究の限界と今後の課題

本研究は、急性期から回復期の診療を担う医療施設に勤務する一人の理学療法士の診療過程という、限定された対象に基づき行われた。現在、理学療法士の活躍する場は医療に限らず福祉、スポーツと広がっており、その対象者も多様化している。したがって、その患者像や対象者像の生成についても検討する必要がある。また、今回調査した理学療法士が19年という経験年数を有しており、熟達の要素も考慮する必要がある。

近年は、医療界全体への「根拠に基づく医療 (evidence-based medicine: EBM)」の提唱により、理学療法士の思考課程においても客観的で明確であることを求められる傾向がある。また理学療法士の専門性の確立には臨床推論の知識と技能が必要とされる[17]~[22]。臨床推論の主要部分は診断学的リーズニングであるため[20]、その精緻化が求められるなかで不確かさや曖昧さは不要なものと考えられている。

しかしながら、本研究で示された曖昧さをも含んだ患者像の生成過程は、病院機能や研究対象とした理学療法士の経験年数など特有の要素はあるだろうが、理学療法士の実践を捉え直すのに一考の価値があるものと考ええる。そのような捉え直しは、ひいては理学療法士教育における臨床実習方法や指導方法の再考につながるのではないかと考える。

6. 結論

本研究の結果から理学療法士の患者像の生成は、表象として生成されるという特徴と、その患者像の変化には医療システムにおける相互依存構造が大きく影響していた。これらの特徴により理学療法士の患者像は曖昧さを含み、医療システムの特徴によるサポートを受けながら、患者の病期の経過に合わせ医学的情報と社会的情報の再統合を行うことで動的に変化させながら生成され、理学療法診療に活かされていることが示唆された。

文献

- [1] 公益社団法人 日本理学療法士協会. 理学療法士になるには. 参照日 2020年5月20日, <http://www.japanpt.or.jp/general/aim/physicaltherapist/index.html>
- [2] 公益社団法人理学療法士協会. 理学療法教育ガイドライ

- ン (第1版) . <http://www.japanpt.or.jp/>
- [3] 厚生労働省. (2017). 第3回 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会 (資料) . 閲覧日 2020年5月20日, から
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000182814.html>
- [4] 衆議院. (2017). 理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する再質問主意書. 閲覧日 2020年5月20日
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/a190319.htm
- [5] 衆議院. (2017). 理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する質問主意書. 閲覧日 2020年5月20日
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/a190180.htm
- [6] 厚生労働省. (2018). 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会 報告書. 閲覧日 2020年5月20日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193257.html>
- [7] 甲田宗嗣, & 森内康之. (2016). 回復期リハビリテーション病棟における臨床実習ガイドラインに基づいたクリニカル・クラークシップ経験前後での臨床実習生の認識の変化. *理学療法の臨床と研究*, 25, 85-90.
- [8] 永井良治, 中原雅美, 森田正治, & 下田武良. (2017). クリニカルクラークシップの実践に対する調査報告. *理学療法科学*, 32(5), 713-719.
- [9] 高野稔, 佐藤聡見, & 篠原弥生. (2015). 当院における臨床実習指導の新たな取り組み—クリニカルクラークシップを基本とした指導と実習指導支援ツールを導入して見えた現状と課題. *東北理学療法学*, 27, 58-64.
- [10] 鈴木宏昭. (2017). 開催校企画シンポジウム 教育ごっこを超える可能性はあるのか?: 身体化された知の可能性を求めて. *大学教育学会誌 = Journal of Japan Association for College and University Education*, 39(1), 12-16.
- [11] 鈴木宏昭, & 横山拓. (2016). コトバを超えた知を生み出す: 身体性認知科学から見たコミュニケーションと熟達. *組織科学*, 49(4), 4-15.
- [12] Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. London, UK: Routledge and Kegan Paul (高橋勇夫 訳『暗黙知の次元』東京: 筑摩書房, 2003).
- [13] 下島裕美. (2019). 患者全体像把握の熟達化 (特集 全体像を把握する). *理学療法ジャーナル*, 53(5), 441-447.
- [14] World Health Organization, & 障害者福祉研究会. (2002). *国際生活機能分類*. 中央法規出版.
- [15] 佐藤秀紀. (2013). 国際生活機能分類(ICF)とこれからのリハビリテーション(学会25周年記念特別論文). *日本保健福祉学会誌*, 19(2), 13-21.
- [16] 山内和志, & 及川恵美子. (2009). 国際動向 (特集 国際生活機能分類(ICF)の現況と問題点). *総合リハビリテーション*, 37(3), 193-195.
- [17] 厚生労働省 報道発表資料. (2002). 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について. 閲覧日 2020年5月23日,
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>
- [18] 鈴木宏昭. (2016). 教養としての認知科学. 東京大学出版会.
- [19] 清河幸子. (2002). 表象変化を促進する相互依存構造課題レベル-メタレベルの分業による協同の有効性の検討. *認知科学*, 9(3), 450-458.
<https://doi.org/10.11225/jcss.9.450>
- [20] Jones, M. (1998). 理学療法におけるクリニカル・リーズニング. *理学療法科学*, 25(4), 147-164.
- [21] 藤縄理. (2000). 臨床的推論. *理学療法 = Journal of physical therapy*, 17(1), 150-152.

- [22] 小形洋悦. (2003). Clinical Reasoning の理論, 教育と臨床応用. *理学療法学*, 30(3), 145-149.
- [23] Furze, J., Black, L., Hoffman, J., Barr, J., & Cochran, T. (2015). Exploration of Students' Clinical Reasoning Development in Professional Physical Therapy Education. *Journal of Physical Therapy Education*, 29(3), 22-33.
- [24] Wainwright, S. F., Shepard, K. F., Harman, L. B., & Stephens, J. (2010). Novice and experienced physical therapist clinicians: A comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. *Physical therapy*, 90(1), 75-88.
- [25] 内山靖. (2009). クリニカルリーズニング-理学療法士に求められる臨床能力 (特集 クリニカルリーズニング). *理学療法ジャーナル*, 43(2), 93-98.

付録

本研究で行った診療 A ならびに診療 B の診療過程の調査結果の一部を, 情報が得られた場面, 情報の内容, 情報に対する判断, 生成された患者像にまとめて表に示す. 表中括弧内の数字は ICF の第 2 分類コードであり, 下線部分は ICF 分類により分類不可で「その他」に分類された内容である. 下線後に付記された数字は, 「その他」をさらに分類した番号を示している.

表 6 診療 A : 診療開前カルテからの情報収集場面

情報内容	判断
[医師診療記録] 診察記録・指示動作可能 見当識保持・軽度運動麻痺 感覚障害	麻痺は軽そう(b760) 意識もはっきりしてる (b110) 循環器系も問題なし(b410)
[脳画像] 脳梗塞部位 画像診断レポート	随意運動(b110)は大丈夫そう. 感覚(b265)も良くなる かもしれない. 年齢の割に しっかりした脳(s110)
[看護記録] 血圧・麻痺の程度 危険行動の有無, 動作の様子 (立位で膝折れ, トイレま では車いす使用) 現在の安静度(制限なし)	血圧高い(b410) コミュニケーションは取れ そう(d350) 膝折れ(d420)はみてみない とわからない

診療前に生成された患者像

麻痺は軽くて (b760), コミュニケーションは取れる (d350). 感覚(b265)や下肢の支持性 (b760)はみてみないとわからない. 動いてみてどうか. 意外と動けない人がいる. 3 安静度の制限はない (e450) ので, スムーズにできそう.

表7 診療B：開始2～3ヶ月の情報収集場面と情報内容・判断・生成された患者像

診療開始2～3ヶ月		
場面	情報内容	判断
カンファレンス	<p>[看護師から] 起床から消灯まで、移乗動作はトイレ含めて自立した。自室内の歩行も自立した。 入浴は個浴、介助で実施中。</p> <p>[作業療法士から] 左上肢の麻痺の程度は1ヶ月前と変化なし。更衣、入浴に介助→評価予定</p>	<p>順調に日常生活動作は拡大している。 上肢はやはり機能改善が厳しい(b760)。 更衣や入浴に関して(d520, d540)そろそろ具体的な方法を聞きたい。 注意障害の影響はないわけではないので、手すりなどの配慮は必要だが、自宅内の生活であれば、自立可能だろう。</p>
家族より自宅写真提供	<p>自宅3階までの階段は、昇段時に左側にのみ手すりあり。 使用しているベッドと向き。 トイレの入口と便器の位置関係。 トイレ、風呂、リビングまでの導線 風呂場の入口に15cm程度の段差あり</p>	<p>自宅の階段の状況(e115)に合わせて、昇段時左手すりで階段昇降練習(d460)を実施する必要あり。 自宅内の移動(d460)は大丈夫だろう。ベッドは今使っているもので大丈夫(e115)だが、周囲の状況が写真からわからない。 風呂の入り口の段差は、手すり(e115)必須。トイレの出入りは問題なさそう(d460)だが<u>自宅訪問に行けるなら、行ってみて判断になるか。3</u> 風呂関係は作業療法士と相談。</p>

診療開始2～3ヶ月に生成された患者像

歩行動作の改善 (b460) に伴って、病棟での生活も歩行を取り入れた生活 (d460) になってきている。一方、上肢の機能はやはりシビア (b760)。上肢に関わる更衣や入浴 (d540・d510) はこれから具体的にしていく状況か。まだよく (退院後の生活が) 見えない。3 注意障害 (b140) の影響はまったくないわけではないので、手すりなどの配慮は必要 (e115) だが、自宅内の生活であれば、自立可能だろう。2