

臨床実習における学生指導のための

「2 対 1 指導モデル」

事例集



公益社団法人
福岡県理学療法士会
Fukuoka Physical Therapy Association

臨床実習における学生指導のための 「2対1指導モデル」事例集の作成にあたって

理学療法士養成教育における臨床実習は、学生が学校で習得した理論的知識を実践的な技能と統合し、専門職としての基盤を築く極めて重要な教育過程です。近年、理学療法士の需要増加に伴い養成校数が大幅に増加する一方で、臨床実習施設の確保や指導者の負担軽減という課題が顕在化しています。このような状況を受け、厚生労働省は「理学療法士・作業療法士養成施設指導ガイドライン」において、実習指導体制として「2対1程度が望ましい」と明記し、1名の臨床実習指導者が2名の学生を同時に指導する「2対1指導モデル」を推奨しています。

この2対1指導モデルは、単なる指導効率の向上にとどまらず、協同学習やピア・ラーニングという教育学的理論に基づいた教育的意義を持つ指導手法として位置づけられています。学生同士が互いに教え合い、支え合うことで学習効果の向上が期待されるとともに、実習における心理的負担の軽減や指導者の業務負担軽減といった効果も報告されています。また、診療参加型実習への移行が進む現在、学生にとって実践的な臨床経験を積む上でも、教育の質と効率を両立する有効なモデルとして注目されています。

しかしながら、2対1指導モデルの導入には、学生間の関係性構築、能力差への配慮、指導者の指導技術向上など、様々な課題への対応が必要です。本資料では、これらの課題を踏まえつつ、2対1指導モデルの理論的背景から実際の運用方法まで、体系的に整理することで、質の高い臨床実習教育の実現を目指しています。

公益社団法人福岡県理学療法士会
福岡県理学療法士養成校連絡協議会

遠藤 正英

岡本 伸弘

目 次

臨床実習における学生指導のための 2 対 1 指導モデルの作成にあたって	1
2 対 1 指導の実習について	2
□急性期病院における 2 対 1 指導の事例	
久留米大学医療センター	5
製鉄記念八幡病院	9
□回復期リハビリテーション病院における 2 対 1 指導の事例	
桜十字福岡病院	11
□療育センターにおける 2 対 1 指導の事例	
柳川療育センター	15
□診療所（クリニック）における 2 対 1 指導の事例	
博多メディカルクリニック	18
福岡リハ整形外科クリニック	22

2対1指導モデルの臨床実習について

専門学校 柳川リハビリテーション学院
平田 大勝

1. 「2対1指導モデル」に関する文献レビュー

理学療法士養成教育において、臨床実習は学生が理論的知識と実践的スキルを統合し、専門職としての資質を養う上で極めて重要である。近年、臨床実習の質的向上および指導者の負担軽減という課題への対応策として、「2対1指導モデル」が注目されている。本稿では、この2対1指導モデルに関する理論的背景、学生および指導者への影響、さらには運用上の課題とその対応策について文献をもとに概説する。

2. 2対1指導モデルの背景と意義

2対1指導モデルとは、1名の臨床実習指導者（Clinical Educator: CE）が2名の学生を同時に指導する方式を指す。この指導形態は、厚生労働省が定める「理学療法士・作業療法士養成施設指導ガイドライン」において、実習施設における実習指導体制として「2対1程度が望ましい」と明記されている¹⁾。特に評価実習や総合臨床実習など、診療チームの一員としての役割を担う実習形態で推奨されている²⁾。日本理学療法士協会も「臨床実習教育の手引き（第6版）」において同様の方針を提示しており、2対1指導は単なる指導効率の向上にとどまらず、教育的意義を持つ手法として位置付けられている。従来の1対1指導における指導者の業務負担増加や、実習施設の確保困難といった構造的課題に対処することで、教育の持続可能性を高める効果も期待されている³⁾。また、診療参加型実習への移行が進む現在、学生にとって実践的な臨床経験を積む上でも、教育の質と効率を両立する有効なモデルとされる。

3. 理論的根拠と教育的アプローチ

2対1指導モデルの教育的効果は、「協同学習（Collaborative Learning）」および「ピア・ラーニング（Peer Learning）」の理論に基づく。協同学習は、学生が互いに教え合いながら学習を深める方法であり、臨床場面における思考の深化を促す^{4,5,6)}。また、ピア・ラーニングでは、同年代の仲間との関わりが学習意欲の向上につながるとされる²⁾。藤原（2021）の研究では、協同学習が学習効率を高め、学生からも肯定的に受け入れられていることが報告されている^{4,5)}。特に注目すべき教育手法として「スクリプト化された協同（Scripted Cooperation）」が挙げられる。これは、学生同士が役割を交互に担いながら議論を進めることで認知過程を促進し、ネガティブな相互作用を抑制する方法である⁶⁾。高木ら（2022）は、同手法の活用が学生

同士の良好な関係性構築に寄与し、2対1モデルの実習成功に影響する可能性を報告している⁵⁾。したがって、単に2名の学生を配置するだけでなく、指導者による相互作用のデザインが不可欠である。

4. 学生の学習成果と心理的側面への影響

2対1指導は、学習成果および学生の心理的側面において複数の肯定的影響が報告されている³⁾。学習面では、経験や疑問の共有を通じて知識の定着や臨床推論能力の向上が期待されている。平上ら(2020)による「理学療法過程自己評価チェックリスト」を用いた研究では、指導密度が低い(すなわち学生の主体性が高い)指導形態において、より高い実習達成度が認められている⁷⁾。心理的側面では、同じ立場の学生が隣にすることで不安が軽減され、実習への前向きな取り組みが可能になる^{8,9)}。実際、学生からは「緊張で動けなかったときに相手が声をかけてくれて救われた」「2人での振り返りの時間が楽しく、勉強も頑張れた」といった声が挙がっており、ピアサポートがメンタルヘルスにも好影響を及ぼすことが示唆される。

5. 指導者への影響

2対1指導モデルは、指導者にとっても複数の利点がある。学生間での協働が促進されることで指導への依存度が下がり、他業務への時間的余裕が生まれる可能性がある³⁾。さらに、若手指導者にとっても、指導スキルや自己の臨床知識を高める好機となり、教育的成長が期待される。

6. 実施上の課題と対応策

一方で、2対1指導には、学生間の関係性悪化や能力差への対応といった課題が存在する。関係性が不良な場合、競争意識の助長や一方の学生の疎外といったリスクが生じ、協同学習の効果が損なわれるおそれがある⁵⁾。また、発言への遠慮や羞恥心といった心理的障壁も協同学習の制約要因となる。こうした課題に対しては、スクリプト化された協同の導入が有効であるとされる。役割を明確にし、学生間にポジティブな相互依存関係を生み出すことで、活発な議論と均等な学習機会を保障できる⁵⁾。また、指導者は学生の性格や能力に応じた役割設定を行い、学習の偏りを防ぐ必要がある。さらに、安易な課題遂行に流れないように意図的な課題設計も求められる。

7. まとめと今後の展望

2対1指導モデルは、学生の学習効果や心理的支援、指導者の負担軽減といった点で多くの利点を有する教育的アプローチである。厚生労働省や日本理学療法士協会による政策的な後押しもあり、今後ますます注目される指導形態である。ただし、導入に際しては学生同士の関係性構築、能力差への配慮、さらには患者への説明と同意取得など倫理的配慮も求められる。これらの課題に対しては、スクリプト化された協同や個別対応の指導設計が解決の鍵となる。

引用文献

- 1) 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の一部を 改正する省令（概要）. http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/04_shiteikisokusyourei_gaiyou_181005.pdf (2025 年 6 月 13 日閲覧)
- 2) 日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き（第 6 版）. 日本理学療法士協会, 2020, p. 4, 18, 27.
- 3) 河西理恵ら：理学療法教育における 2:1 実習モデルの効果と利点. 理学療法科学, 2009;24 (2) :303-308
- 4) 藤原愛作：理学療法士学生の臨床実習における協同学習の取り組みに関する一考察. 大分理学療法学, 2021;14: 14-18.
- 5) 高木武蔵ら：臨床実習指導における 2:1 モデルの成否に対し実習生同士の関係性が及ぼす影響—スクリプト化された協同を用いた指導方法の実践報告. 理学療法ジャーナル, 2022; 56: 1113-1118.
- 6) O'Donnell AM, King A ; Cognitive Perspectives on Peer Learning (1st ed.) . Routledge. 1999;179-196
- 7) 平上二九三ら：理学療法の臨床実習教育における自己評価チェックリストの有用性. 吉備国際大学研究紀要, 2020;30:33-44.
- 8) 村麻衣子ら：理学療法学科学生の臨床実習前後における不安度と不定愁訴との関連. 長崎大学医療技術短期大学部紀要, 2000;163-164
- 9) 中野良哉ら：理学療法学科学生の实習終了後のストレス反応 —実習における対人ストレスイベントとレジリエンスに注目して—理学療法科学, 2011;26 (3) :429-433.

急性期病院における2対1指導モデルの事例 ①

久留米大学医療センター
岩佐 聖彦

1. 施設の紹介

久留米大学医学部附属病院である久留米大学病院および久留米大学医療センターは、それぞれの機能分化を図りながら運営されている。久留米大学医療センターは、1897年に設立された久留米衛戍病院を前身とし、陸軍病院、国立久留米病院を経て、1994年に久留米大学へ移譲。現在の体制で開設され、2024年には創立30周年を迎えた。開設以来、「心が通い、信頼される医療」を基本理念に、地域に根ざした患者中心の医療を提供している。当センターは、許可病床数250床を有し、一般急性期医療、回復期リハビリテーション、慢性疾患の診療、特定疾患に対する手術など、幅広い医療ニーズに対応している。診療科や職種の枠を超えた横断的な医療提供体制を整備しており、これを支えるため、リハビリテーションセンター、整形外科・関節外科センター、先進漢方治療センター、糖尿病センター、フットケア・下肢血管病センター、プライマリ・地域医療ヘルスケアセンターなど、特色あるセンターを設置している。2024年1月から12月に実施された手術件数は1,682件に上り、整形外科が大部分で、循環器内科、消化器内科、泌尿器科、フットケア・下肢血管病センターなどが実施されている。リハビリテーション部門は、理学療法士24名、作業療法士7名、言語聴覚士1名の計32名で構成されている。

2. 実習の特徴

2025年4月時点では、臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士9名、作業療法士1名が在籍しており現在10施設からの実習生を受け入れる体制を構築している（図1）。当センターでは、整形外科領域（肩、肘、股関節、膝、足関節疾患、スポーツ障害など）を中心に診療を行っているが、循環器疾患や内科系疾患にも対応しており、疾患別チームとの連携のもとで教育体制を整備している。また、主担当指導者に限らず、他のスタッフも診療参加型実習に関与しており、実習生が多様な分野で実践的な経験を積むことが可能な教育環境を提供している。個人としては、3つの養成校と個別に受け入れ体制を整備しており（図2）、各校から1名ずつ受け入れ、実習期間が重複するよう調整を行っている。この形式により、先行実習生が、後方実習生に対して実習内容の一部を指導することが可能となる。この仕組みは、指導者の負担軽減と実習生の自然な学習促進の双方に寄与している。

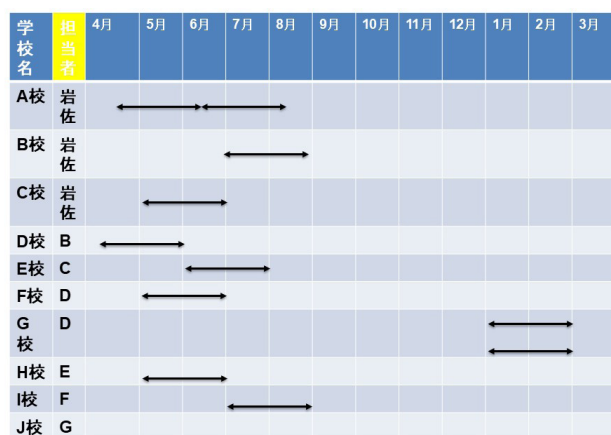


図1 2025年度 久留米大学医療センターにおける臨床実習受け入れ予定一覧

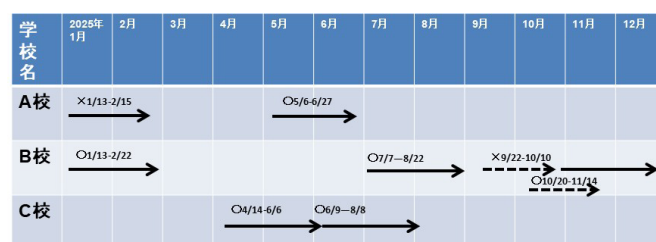


図2 養成校受け入れスケジュールリング

実習初日のオリエンテーションでは、施設概要、実習スケジュールと自己管理方法、感染対策、個人情報保護の遵守、報告・連絡・相談の励行、電子カルテ操作法などを指導し、医療従事者としての基礎的知識を習得させている。また、医療安全対策室による講義、感染制御部によるPPEの取り扱いや手指衛生に関する実技指導後、正式に実習を開始する。これらの教育内容は、医学生・看護学生・他職種の実習生とも共通である。診療時間は8時30分から17時までであるが、実習におけるフィードバックは8時過ぎから開始している。1日の実習は、デイリーノートおよび自宅学習内容の確認から始まり、症例を受け持つ段階ではSOAP形式によるケースノートの記載を行う。フィードバックは原則1名ずつ行うが、もう1名の実習生も同席し、学びを共有する形を取っている。空き時間や15時30分以降には、実習生同士でノートの交換・確認を行い、相互学習を促進している。診療時間中は主に担当指導者とともに行動するが、指導者が不在の場合には他スタッフの診療を見学し、その内容を実習生間で共有している。15時30分以降は1日のまとめとして記録・振り返りを行い、17時に終了する。実習時間は1日あたり7時間30分であり、自宅での自己学習（30分～1時間程度）もデイリーノートに記録し、実習の一部として重視している（図3）。

月曜日～金曜日		土・日（祝）休み
8:00	フィードバック その日の実習準備 学生相互学習	
8:30	朝礼	
8:50	午前実習開始	
12:00	休憩	
13:00	午後実習開始	
15:30	まとめ 情報収集 学生相互学習	
17:00	帰宅	

図3 実習生の1日

診療参加型実習は段階的に進行し、1人目の実習生が第1週は主に見学を中心に実施し、第2週以降に模倣・実施段階へと移行する。2人目の実習生も同様の流れで参加するが、先行実習生の活動を通じて、より自然な学習が促される。両実習生は基本的に同じ指導者のもとで行動し、評価課題においては同一テーマを設定し、同一症例・部位に対して評価を実施し、その結果を共有・検討した上で指導者が最終確認を行う（図4）。養成校ごとに受け入れ時期やチェックリストの内容・評価基準に差異があるため、事前に養成校に学生へ実習目的や評価項目を十分に理解してもらうよう要望し実施している。

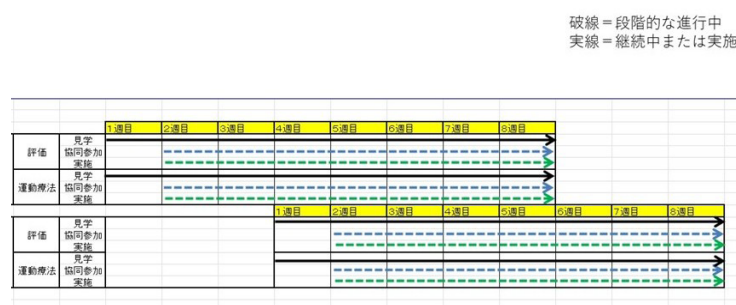


図4. 参加実習の進め方

3. その他の工夫

当センターでの実習は、主に整形外科疾患、内科疾患を対象としている。患者の初期における問診や配慮事項はスタッフの実践に同席させ、現場からの学習機会を提供している。機能面の評価にとどまらず、多角的な視点で問題を捉え、解決策を導き出す能力の育成を指導方針としている。整形外科疾患では、クリニカルパスに基づいた診療を実施しており、術式ごとのマニュアルを活用しながら、解剖学的知識の確認、疼痛・筋力・関節可動域の評価、歩行分析、術後合併症の予防、骨折部位と関連筋の理解、家屋構造の把握と退院支援、治療法の指導などを重点的に行っている。また、「問題点の整理→目標設定→治療プログラム構築」という一連の臨床思考過程については、段階的に助言を与えながら理解を促している。内科疾患においては、内科チームの協力を得て実施しており、バイタルサインの管理、リスク学習、離床場面の見学などを行っている。次に久留米大学病院高度救命救急センターでの経験を述べる。救急センターでは、人工呼吸器、Aライン、シリンジポンプ・輸液ポンプ、ドレーンやバルーンを装着した重症患者が多く入院している。実習生は、臨床実習指導者の補助のもと、段階的に診療に参加する。安全性と学習効果の両立を図るため、実習開始前に役割分担や行動指針を明確に提示した。フィジカルアセスメントやバイタルサインの測定は、安全を最優先にした段階的指導体制のもとで実施した。離床時には、人工呼吸器管理下の患者に対して、看護師・臨床工学

技士と連携しながら、実習生が「ルートの見守り」「バルーン保持」などリスクの低い範囲で参加できるよう配慮した。呼吸リハビリテーションでは、呼吸介助法や体位ドレナージ、呼吸音の聴診などを経験させ、さらに救急搬送患者の入院時カンファレンスに実習生に参加させることで、医師・看護師・臨床工学技士などから直接説明を受け、チーム医療の現場における連携や役割分担の重要性を体感する機会を提供した。急性期病院では、クリニカルパスの導入や高リスク症例への対応が日常的であり、実習生にとっては多様な疾患とリスク管理の複雑さを学ぶ絶好の機会である。一方で、実習は大きな緊張を伴うため、実習生が萎縮しないよう、安心して学べる環境の整備が重要である。そのためには、指導者・医療スタッフ・養成校が密に連携し、適切な支援体制を構築する必要がある。2対1体制の導入は、指導者の負担軽減と実習生の心理的安定の両立を図ることで、より深い学びを実現している。

急性期病院における2対1指導モデルの事例 ②

製鉄記念八幡病院

野口 裕貴

1. 施設の紹介

製鉄記念八幡病院（以下、当院）は、許可病床 453 床（一般病床 430 床、HCU7 床、緩和ケア病棟 16 床）を有する急性期総合病院である。リハビリテーション部門には、理学療法士（PT）23 名、作業療法士（OT）10 名、言語聴覚士（ST）4 名が所属している。リハビリテーションの実施数が多い診療科は整形外科（全体の約 25 %）、循環器・高血圧内科（15 %）、呼吸器内科（10 %）、脳神経内科（10 %）の順である。原則として入院患者へのリハビリテーションを行っているが、循環器・高血圧内科においては心臓リハビリテーション外来も実施しており、退院後のフォローアップとして集団リハビリテーションを提供している。2024 年度における理学療法部門の対応件数は、入院患者 43,912 件、外来患者 3,337 件であった。

理学療法士・作業療法士養成施設指導ガイドラインに基づく推奨と、養成校からの実習受け入れ要請の増加を受け、当部では 2021 年より 2 対 1 モデルでの実習指導体制を導入している。2024 年度の実績としては、年間 12 名（7 校）の実習生を受け入れている。臨床実習指導体制の整備にも注力しており、臨床経験 5 年以上の理学療法士 21 名中、管理職や産育休中の職員を除く 19 名が、臨床実習指導者講習会の受講を修了している。

2. 実習の特徴

2 対 1 モデル導入の最大の課題は、指導対象人数の増加による指導時間・業務負担の増大である。当院では、実習生 2 名に対して主指導者と副指導者の 2 名を配置し、実指導場面で 2 対 1 となる体制を採用している。原則として同一養成校から 2 名受け入れているが、1 名のみの場合は、他校からの実習生と組み合わせて対応している。

診療は 3 チーム体制で運営されており、整形外科、循環器疾患、脳神経疾患の分野ごとに分かれている。主・副指導者は異なるチームから選出し、午前・午後に分けて実習生指導に対応することで、チーム間で業務負荷を分散させている。指導内容も分野を分けて提供することで、指導者の違いによる混乱を最小限に抑えている。また、実習指導方針として、多領域をマルチに経験できるように配慮している。希望や未経験分野があれば、他チームでの実習も可能とし、柔軟な対応を行っている。実習生の評価は、養成校のチェックリストやルーブリック等を活用し、主指導者と副指導者が協議して行っている。実習中は、2 名 1 組で同一患者に対し、「見学→協働参加→実施」という段階に応じた対応を行う。実技経験に偏りが出ないように、指導者が役割分担を

調整している。午前・午後に記録・振り返りの時間を設定し、実習生同士の情報交換や意見共有を促進している。提出物に対するフィードバックは主指導者が中心に行い、副指導者が補助的に対応する場合もある。SOAP形式の経過記録は実習生同士でS（主観的情報）やO（客観的情報）を共有し、A（評価）やP（計画）も方向性を話し合いながら検討している。自宅学習を通じて深めた知識については、実習内で発表・説明する機会を設け、協同学習を推進している。

表 1. 実習のスケジュール

時間	実習内容	指導担当
8:30	朝礼・ミーティング スケジュール確認 情報収集	主指導者
8:40	心臓リハビリテーション外来補助	副指導者
10:00	理学療法（見学・評価・治療）	
11:40	午前まとめ フィードバック	
12:00	昼休憩	
12:45	チームカンファレンス	主指導者
13:00	カルテ閲覧 情報収集 実技練習等	
13:20	理学療法（見学・評価・治療）	
15:00	病棟カンファレンス	
15:20	理学療法（見学・評価・治療）	
16:20	午後まとめ・記録 フィードバック	
17:15	帰宅	

3. その他の工夫点

2対1モデルのメリットとして、ピアサポートや問題解決型学習の促進が挙げられる。実習生からは「疑問点を話し合える」「考え方の幅が広がる」「情報確認がしやすい」「孤立せず不安が軽減される」などの肯定的な意見が多く寄せられている。一方、指導者の負担増加という課題もあるが、当部では担当患者数の調整や算定単位の減数など、業務面での支援策を講じている。また、病院経営上の配慮として、養成校に対する実習謝礼金の増額交渉も行っている。実習生が診療補助要員として活動することは、施設側にもメリットがある。特に心臓リハビリ外来での集団リハビリテーションでは、実習生が患者との関わりを学ぶ重要な場となるだけでなく、業務支援としても有用である。また、急性期の早期離床支援や周辺機器操作の補助、歩行介助などの場面でも、安全かつ効率的な対応に貢献している。診療参加型実習では、指導者が自身の思考過程や臨床推論を言語化する必要があり、自己の臨床業務を省みる機会にもなる。根拠に基づいた指導を通じて、生涯学習としての成長や理学療法の質向上にも繋がっており、当部ではすべてのスタッフが実習指導に関わる体制を目指している。実習生2名に対応することは、指導者の後進育成力の向上にも寄与すると考えられる。

回復期リハビリテーション病院における2対1指導モデルの事例

桜十字福岡病院
久保田 勝徳

1. 施設紹介

当院は、地域包括ケア病棟（49床）、障害者施設等一般病棟（50床）、回復期リハビリテーション病棟（100床）を有する医療機関である。さらに、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション、介護老人保健施設、有料老人ホームも併設しており、地域における医療・介護の多様なニーズに対応している。回復期リハビリテーション病棟においては、令和6年度の入棟患者のうち、脳血管疾患が全体の65.2%、運動器疾患が34.8%を占めている。脳血管疾患に関しては、重症度の高い症例の受け入れも多く、集中的かつ個別性の高いリハビリテーションを提供していることが特徴である。日々、各専門職が連携しながらチーム医療を実践しており、質の高い医療・リハビリテーションサービスの提供に努めている。実習生の受け入れに関しては、令和6年度には見学実習（2校8名）、評価実習（4校12名）、総合臨床実習（8校16名）、通所または訪問リハビリテーションに関する実習（3校9名）を受け入れている。いずれの実習においても、「2対1モデル」を採用し、協同学習や相互フィードバックを重視した教育体制を整えている。

2. 実習の特徴

当院の総合臨床実習は、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」および「臨床実習教育の手引き（第6版）」に示された診療参加型臨床実習の考え方に基づいて実施している。実習生は診療チームの一員として臨床に参加し、理学療法士に求められる知識、思考、技能、態度の基礎を身につけることを目的としている。特に回復期リハビリテーション病棟においては、集中的なりハビリテーションの提供だけでなく、ADLの改善を通じた在宅復帰支援が重要な役割を果たしている。そのため、実習生には、回復期リハビリテーションの意義を理解してもらうことを重視しており、必要な運動量の確保、日々の変化の評価と共有、医療チームの一員としての責任と役割について学ぶ機会を設けている。こうした教育を通じて、実習生が単に知識や技術を習得するのではなく、臨床現場において実践的な評価能力や治療的思考力を身につけることを目指している。

当院における総合臨床実習の指導体制は、教育担当リーダー、学校担当者、臨床実習指導者（Clinical Educator：CE）、臨床指導トレーニングスタッフ（Clinical Training Staff：CTS）という四つの立場によって構成されている。教育担当リーダーは、実習全体の管理や受

け入れスケジュールの調整、関係書類の作成、学校ごとの担当者や CE・CTS の割り振りなどを担っている。学校担当者は、養成校との連絡調整や実習指導者会議への参加を行い、CE を兼任する場合もある。CE は実習責任者として、実習時間や提出物の管理、チェックリストの進行確認、日々のフィードバックに加えて、CTS への教育的支援も担っている。CTS は、CE の助言のもとでチェックリストの遂行や記録書類の作成を支援しており、実習生が担当する症例の多くが CTS の患者であるため、症例ノートの作成指導などを通じて密に関わっている。このように役割を明確化することで、指導者間の混乱を防ぎ、スタッフ全体で実習生の教育に関与する前向きな雰囲気醸成されている。しかしながら、指導者講習会を受講していても、指導の質には一定のばらつきが認められることもあり、当院では学校担当者、CE、主任以上の職員が週 1 回の定期的なミーティングを行い、指導状況や実習の進捗を共有することで、教育の質の標準化と継続的な改善を図っている。

実習全体のスケジュールを表 1 に示す。実習初日、実習生は 2 名で開始する場合であっても、慣れない環境に対する不安を強く抱えていることが多いため、オリエンテーションにおいて実習の学習領域や指導者との関わり方、さらにはハラスメントを感じた際の相談窓口について丁寧に説明し、心理的安全性の確保に努めている。回復期病棟では、患者の身体機能や ADL の改善が日々見られることから、その変化を的確に捉える力を養うことが重要な学習目標となっている。この目的のために、実習生は「デイリーノート」と「症例ノート」の 2 種類の成果物を作成している。デイリーノートでは複数の症例を通じて幅広く学び、症例ノートでは特定の症例について入院から退院までの経過を詳細に記録・考察する。症例ノートには SOAP 形式の記録に加え、診療計画書や実施計画書、サマリーなど実際の臨床書類の模擬作成を含み、実習生がその内容を指導者に説明する機会も設けている。これにより、専門用語を避けて伝える難しさや患者視点を意識した表現の工夫を体験的に学んでいる。

表 1. 臨床実習全体のスケジュール

準備期	事前	学校担当者は、養成校の実習指導者会議に参加し、養成校の特徴や実習方針を把握する。
	1週間前	学校担当者は学校教員と事前連絡を取り、OSCEの結果を踏まえ学生の能力や性格、教員が考える実習での課題や目標を共有し、学生に合わせた臨床実習の準備を行う。
実習前期	初日	部長（または主任）は、オリエンテーションにて当院の施設概要や経験できる領域を説明する。また、実習の注意点や提出書類を確認する。 CEおよびCTSは、実習生と面談し、実習の目標設定を行う。また、実習に関係のある配属先でのローカルルールを説明し、実習に望みやすいよう説明する。 CEまたはCTSの理学療法業務を見学し、配属先の特色や理学療法士の役割を伝える。
		診療チームの一員という認識を説明し、実習生と指導者間で認識を統一する。
	2日目～3日目	理学療法業務の見学から導入を行い、徐々に共同参加へ移行する。チェックリストに準じて、見学が完了した項目は積極的に共同参加で実施していく。 実習指導の程度は、目安として「全介助レベル」とし、最初から「軽介助レベル」での指導は行わないように注意する。 入院から退院までの一連の流れを理解すると共に診療チームの一員であることを認識してもらうことを目的に、担当症例を1名決める（3日以内が望ましい）。
		中間評価までにCEとCTSは中間評価を行い、学校担当者に確認しておく。
実習後期	4日目～6日目	中間評価を部長もしくは主任と学校担当者、CEとで行う。中間評価の振り返りは、実習地訪問前までに行っておく。 理学療法業務は、共同参加から監視（実施）へ移行を目指す。実施できる内容から順に監視下で実施させる。 実習指導の程度は、目安として「中等度介助レベル」にて遂行できるように支援するが、最終目標に合わせて「軽介助レベル」を目指して進めていく。
	7日目～8日目	実習指導の程度は、目安として「軽介助レベル」にて遂行できるように支援する。
		配属先以外の部署をそれぞれ半日から1日見学し、他の病棟や部署の特色を知り、見聞を広げる。
	最終日	最終日までにCEとCTSは最終評価を行い、学校担当者に確認しておく。その後、最終評価を部長（または主任）と学校担当者、CEとで行う。 CEとCTSは実習生に対して実習全体を振り返り、次の実習や学内に戻ってからの課題について整理する。
整理期		実習に関するアンケートをCE、CTS、実習生は回答する。また、養成校の担任の先生にも回答していただくようにアンケートを実習生に渡しておく。
	終了1週間以内	CEとCTSは、部長（または主任）と実習の振り返りを行い、課題を明確にする。 聴取した意見や課題を参考に、次の臨床実習に向けた準備を行う。

1日の実習は、病棟の朝礼への参加から始まり、看護・介護スタッフの申し送りに同席して患者の夜間変化やADLの変化を確認する。その後、チェックリストをもとに当日の実習計画を立案し、担当症例への評価や介入に取り組む。当初はすべての活動を2名の実習生で共同して行っていたが、積極性に差がある場合には学習機会の不均衡が生じやすく、満足度の低下も見られた。現在では、担当症例以外の時間帯には実習生それぞれの関心や学習ニーズに応じた別行動を許可し、学びの多様化を図っている（表2）。別行動による学びはその日のディスカッションや振り返りで共有され、能動的な共同学習へとつながっている。午後には記録物へのフィードバックを2名同時に30分以内で実施している。夕方には、1時間の自習時間を設け、課題への取り組みや記録整理に充てている。自習時間の終了後には、CEが参加するケースミーティングへの同席機会も設けており、症例検討のプロセスを通して問題点の整理や治療方針の立案、退院支援といった理学療法思考を深める機会となっている。ケースミーティングがない日は、実習生同士で実技の復習や疑問点の共有を行い、翌日の実習への準備の時間としている。

表 2.1 日のスケジュールの例

表2. 1日のスケジュール

時間	日	月	火	水	木	金	土
8:30	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認	朝礼参加 1日のスケジュール確認
9:30	見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施 定期カンファへの参加	整形回診への参加 見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施 装具回診への参加	装具回診への参加 見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施
10:30	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施	担当症例に対する 見学・共同参加・実施
11:30							
12:30	休憩						
13:30	フィードバック	フィードバック	フィードバック	フィードバック	フィードバック	フィードバック	フィードバック
14:30	見学・共同参加・実施	家屋調査の同行	担当症例のOT見学 見学・共同参加・実施	家族カンファへの参加 見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施 リハビリ回診への参加	装具外来への参加 見学・共同参加・実施	見学・共同参加・実施
15:30		見学・共同参加・実施	担当症例のST見学		退院前カンファへの参加		
16:30	課題の実施	課題の実施	課題の実施	課題の実施	課題の実施	課題の実施	課題の実施
17:30	チーム内ケース ミーティングへの参加	実習生同士での実技練習 等	リハビリ勉強会への参加	職種別ケース ミーティングへの参加	実習生同士での実技練習 等	チーム内ケース ミーティングへの参加	チーム内ケース ミーティングへの参加

※週休2日となるようにし、実習日はCEの出動日と一緒となるように調整する。
※月曜日と木曜日の17時00分からは、理学療法評価や治療に関する実技練習や、症例についてのディスカッションを行い、明日の実習に備える。

3. その他の工夫

回復期では、チーム医療の推進と在宅復帰に向けた多職種連携が不可欠である。そこで当院では、実習生がCEと共にカンファレンスやリハビリ回診、整形回診、装具回診などに参加する機会を設けている。これにより、理学療法士が医師、看護師、作業療法士、装具士、相談員などと情報を共有し、どのように退院支援を行っているかを実際の現場で学ぶことができる。また、回復期病棟だけでなく、障害者施設等一般病棟や地域包括ケア病棟、訪問リハビリテーション、デ

イケア、介護老人保健施設といった他部門でも、半日から 1 日程度の実習体験を行っており、より広い視点から理学療法士の役割を理解できるよう工夫している。

療育センターにおける2対1指導モデルの事例

柳川療育センター
菊次 幸平

1. 施設の紹介

本施設は、療養介護事業所および医療型障害児入所施設を併設し、重症心身障害児・者を対象とした入所型支援を提供している医療福祉施設である。「利用される方々の幸せな成長・発達を願い、人権を尊重しつつ、人間性に富んだ最善の総合的療育サービスを提供する」という理念のもと、1998年に創設された。施設機能としては、入所110床、短期入所10床を備えており、外来診療および外来リハビリテーションによる在宅支援も展開している。理学療法の主たる対象は、脳性麻痺やダウン症などの疾患を有する者であり、1歳前後から運動発達の遅れが認められる乳幼児や、心肺機能に障害を有する児・者に対して、個別性の高い理学療法を実施している。疾患や年齢が多様であるうえ、複数の障害を併せ持つ利用者も多く、柔軟で多角的な支援が求められる領域である。理学療法部門では、年間約8名の実習生を受け入れている。

2. 実習の特徴

本施設における長期実習の全体的な流れ（表1）および1日のスケジュール（表2）を示す。重症心身障害児・者施設の特性を踏まえ、2対1形式での実習指導における工夫を以下に述べる。

表1. 長期実習の全体的な流れ

	項目・目安	具体的な内容
実習前期 (1～2週)	施設オリエンテーション 指導者の見学と協同参加(20%)	・規則や医療安全、情報管理の指導 ・診療録から対象者(ケース)の情報収集
実習前期 (3～4週)	見学→協同参加(40%)・実施(10%) 指導者と実習生の中間評価	・指導者が対象者への評価を先行して 実施→その後、実習生が評価を実施 ・ICF分類から問題点の整理と目標の 設定、治療プログラムの立案、検討
実習後期 (5～6週)	協同参加(60%)・実施(30%)	・対象者への治療プログラムの実施 ※対象者の運動や知的能力を考慮し、 治療や道具を、実習生2名で考案・作成
実習後期 (7～8週)	協同参加(60%)・実施(40%) 指導者と実習生の最終評価	・対象者の再評価、問題点と治療 プログラム効果の結び付きを考える

表 2.1 日のスケジュール

場所	学生控室	リハビリテーション室 生活棟・居室 (学生控室)			学生控室	リハビリテーション室 生活棟・居室 (学生控室)				
時間	8:30	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
内容	始業準備	理学療法の見学・協同参加・実施		記録制作 (FB)	休憩	理学療法の見学・協同参加・実施			記録制作 (FB)	リハ室清掃

*FB：フィードバックの略

*実習指導者によりスケジュールの変動があります。

① 重症心身障害とは

重症心身障害とは、原則として脳由来の重篤な健康状態に起因する、心身機能・活動・参加の三つの次元にわたる障害を指す。心身機能・身体構造には重度の障害が認められ、その結果として著しい活動制限や参加制約が生じる。また、個人因子の多様性が大きく、著しい環境依存性を有する利用者也少なくない¹⁾。

② 施設オリエンテーション

重症心身障害児・者に対する支援には、高度な専門性と多様性への対応が求められ、実習においても例外ではない。初日のオリエンテーションでは、施設特有の規則、医療安全、感染対策に関する具体的な説明を行い、実習を開始する。また、近年は個人情報保護の重要性が高まっており、法的・倫理的観点からの教育も初期段階で実施している。

③ 2対1での臨床実習の進め方

実習生2名は主指導者と共に行動し、施設間連絡票を基に、それぞれの能力や進捗に応じた指導を行っている。記録物は、まとまった時間や隙間時間を活用して実習生同士で共同作成・討議できるよう配慮しており、午前・午後に振り返りの時間を設けている。これにより、相互の気づきや疑問点の共有が進み、フィードバックの質も向上している。

④ ケースノートとフィードバック

ケースノートには、症例情報、経過、ICF分類、目標、治療プログラムなどをSOAP形式で記録する。同一対象者に対し、実習生ペアがそれぞれ記録を行うことで、評価や計画の多様性が生まれ、それを指導者と共有・検討することで、フィードバックの質が高まっている。また、実習生が立案した計画の一部を指導者が実際に実施することで、改善点や対象者に適した内容への再検討が可能となっている。

⑤ 実習の前期・後期の工夫と課題

前期では、感染症や体調不良等により理学療法の実施が難しい場面もあり、対象者への関わりに慣れるまで時間を要する傾向がある。そこで、指導者がトップダウン方式で評価を先行し、実習生に問題点や目標を明示することで、効率的な理解と評価の実施につなげている。後期には、対象者の能力に応じた治療プログラムの立案に加え、生活に活用可能な簡易な道具（例：牛乳パック椅子、鈴付きリストバンド等）を、実習生2名で製作する取り組みを行っている。これにより、指導者への依存を減らし、自主的に対象者の生活を想像して実践に取り組む姿勢が育まれている。また、当施設では時間外課題を極力課さない方針を採っているが、実習生は自己学習として文献調査や評価法（Chailey 姿勢評価、GMFM など）について調べ、学びをペアで共有する姿勢が見られている。

3. その他の工夫

① 養成校との連携

実習前には、養成校教員より学生の特性（学校生活の様子、学習状況、興味分野、ペア関係など）に関する情報提供を受けている。これにより、実習開始後の支援体制が円滑に構築できている。

② 2対1形式実習のメリット

重症心身障害児・者の理学療法には多くの専門知識が必要であり、実習生にとっては精神的・知識的な負担が大きい。その中で2対1形式の実習は、実習生同士が知識や経験を補完し合う「協同学習」²⁾を促進し、理解の深化と自信の向上につながっている。また、指導者にとっても、実習生による多角的な視点は、新たな治療戦略の発見につながることもあり、実習は学習と臨床実践の双方において意義深い機会となっている。

引用文献

- 1) 江草安彦．重症心身障害療育マニュアル 第2版．東京：医歯薬出版，2014：15-16.
- 2) 河西理恵．理学療法における2:1実習モデルの効果と利点．理学療法科学 24(2)：303-308, 2009.

診療所（クリニック）における2対1指導モデルの事例 ①

博多メディカルクリニック

小山 泰宏

1. 施設の紹介

当クリニックは、2016年10月に博多駅最寄りの地を開院し、特に肩関節・肘関節・膝関節疾患を得意とする整形外科およびリハビリテーション科を中心に診療を行っている。退行変性疾患のみならず、スポーツ障害の治療にも力を注いでいる。手術に関しては、必要に応じて連携病院で基本的に患者の精神的・身体的負担が少ない関節鏡視下手術を施術している。また、2023年5月より別棟にて法人運営の一つとしてブレインメディカルクリニック博多を開院し、「人が生きるための根幹をケアする」ことを目指している。ここでは内科疾患に加え、脳神経内科、循環器内科、神経難病等の脳血管リハビリテーション治療も可能としている。さらに2025年4月からは自費による治療（PRP治療：自己多血小板血漿注入療法、個室かつパーソナルのリハビリテーションやトレーニング、ピラティス等）を開始し、個々の顧客ニーズに応じた「唯一無二の時間と価値を創造する」をコンセプトに、芸能関係者や各種スポーツ選手にも利用されている。リハビリ組織は2025年5月現在、理学療法士17名、作業療法士1名、スポーツトレーナー2名が在籍し、経験豊富なスタッフによる細やかな配慮のもと、疼痛改善を主軸とした治療を提供している。すべての患者が常に万全のコンディションで日常生活やスポーツ動作を楽しめるよう、組織の発展を目指している。1日の来院患者数は法人全体で250人を超えることもあり、治療システムの構築と提供が着実に進んでいると認識している。専門理学療法士に加え、認定理学療法士やアスレチックトレーナー等の資格取得を成果目標の一つとして推進しており、臨床実習指導者講習を修了したCE（Clinical Educator）が数名在籍している。クリニックレベルで学生指導時に2対1モデルを導入するには、職場内スタッフの理解と協力が必須であり、臨床実習指導者講習は組織における人材育成および教育指導モデルとして有効であると判断している。外来患者対応が多忙なため慌ただしい職場環境であるが、個別患者と向き合う時間の中で自己研鑽や多様な疾患経験が可能であり、教育的臨床現場として意義深いと感じている。

2. 実際の特徴

全国リハビリテーション学校協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の3団体主催の臨床実習指導者講習会において、本2対1指導形式が紹介・推奨されている。小林によれば、協同学習モデルの利点は、①指導者依存の減少、②学生相互支援の増加、③問題解決学習の促進

である。これにより、実習中はメンタルヘルスやハラスメント防止の観点から学生が単独になることを避け、学生間や若手スタッフと積極的な意見交換や見学、実習が行われる。学生間での知識共有や技術補足、コミュニケーションの活発化により未熟さや不安の軽減に繋がるというメリットが大きい。

実習開始時にはオリエンテーションとして施設見学、業務フロー、デイリーノート・ポートフォリオの活用、実習期間中の行動変容評価基準（主体性・自己成長の評価）等を説明し、理解を確認する。平日は9時～17時（休憩1時間）、4日間勤務、金曜日午後4時間、土曜日午前4時間、計40時間で実習を行い、日祝日は休業とする。学習進捗に応じ自宅学習時間を抑えるため、午前・午後の業務終了前に教科書・文献による自主学習・勉強時間やポートフォリオ作成時間を設けている。実習時間は協会基準の45時間以内に調整し、学生提出の時間記録紙で確認している。2対1実習では学生間で学習時間や内容の差異が大きくなりすぎないように留意している。実習中は始業前や昼休み前にCEと学生2名が集まり、10～15分程度の報告会を開催。学生は得た知識や経験（患者の疾患、評価結果、他CEや患者との会話など）を報告し、知識の整理を図る。実習時間内は主にCEがアセスメントや治療技術の指導を担うが、基本的評価（関節可動域、筋力評価等）は経験5年以下の有資格スタッフも積極的に学生指導に参加している。スポーツトレーナーもコミュニケーションや運動指導の原理原則を含めて指導に貢献している。デモンストレーション後は共同参加・実施を経てCE監視下で繰り返し練習を行い、学生が自信をもって患者対応できるよう支援する。学生用のベッドを用意し、触診技術向上や骨性ランドマーク確認、評価結果アセスメントの意見交換に時間を割いている。

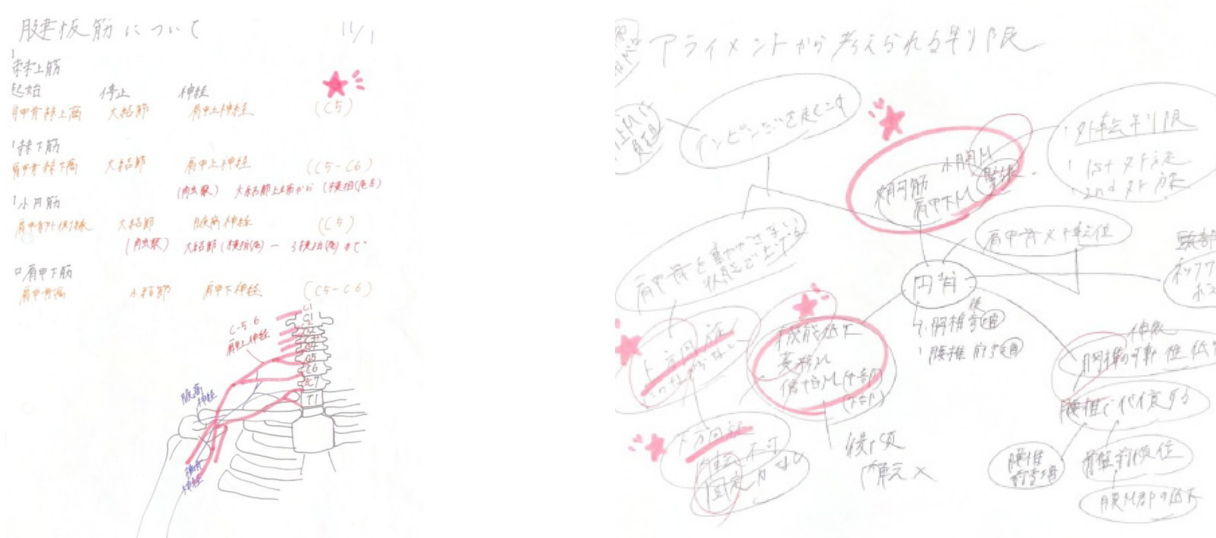


図1. 学生が提出したポートフォリオの例

肩関節の腱板について調べ、起始停止、支配神経等をまとめている（左図）。

肩関節インピンジメント症候群について得られた評価結果からアセスメントをしている（右図）

2対1では、異なる随意目標を持つ学生同士が単独行動せず、お互いが切磋琢磨し合う良きライバルとなっている。実習の流れは山本五十六の言葉「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、ほめてやらねば、人は動かじ」等を意識し、実習のみならずスタッフ教育や人材育成にも共通する考え方を重視している。CEは共同学習する学生の主体的学びを促す「環境提供のファシリテーター」としての役割を認識し、社会人としての情意領域、理学療法士としての知識・技能向上に向けて「自ら興味を持つように促す」ことに努めている。2対1実習のメリットを理学療法教育の3領域（情意領域、認知領域、精神運動領域）に即して考察すると、情意領域では挨拶・服装・守秘義務の遵守等の態度面を学生同士で相互指摘可能である。認知領域では知識の想起・理解・問題解決能力の育成に向け、技能不足を学生同士で補うことを意識させる。精神運動領域ではコミュニケーション、面接、観察、検査、治療、記録の反復練習により技能を習得する。指導側は内容を厳選しシンプルに指導することが望ましい。当クリニックでは症例を肩関節腱板断裂および膝関節変形性膝関節症に絞り、評価・治療・経過観察を通じて学習を進めている。解剖学の復習や疼痛・ADL障害の理解、画像所見の共同学習を行い、決まった症例レポート作成は課さない。評価と治療計画は実習中いつでも体験可能であり、フィードバックを2対1で行うことで相互理解と学びを深めることができる。



図2. 実習時の風景

フィードバックをする際、CEと学生2人は一緒に知識の共有や意見交換を行う（左写真）。実習中の共同参加、実施における2対1では、一人の患者様に対して学生は交代しながらCEと一緒に練習を行い、学生同士でもお互いに治療練習ができる（右写真）

3. その他の工夫

学生指導においては、CE が学生の知識・技量に合わせた指導を心掛けている。治療効果を追求するためには高度な専門知識やコミュニケーション力が必要であるが、CE の指導が一方的に複雑・難解になることは避けるべきである。学生に必要なのはまず国家試験合格に向けた基礎的能力と実習での実践経験であり、必要以上に精神的負担をかけない配慮が重要である。また、スタッフは患者を中心としたチーム医療を実践し、相互に情報を共有しながら実習指導にあたっている。スタッフ間のコミュニケーションを円滑にし、学生が質問しやすい環境作りにも努めている。今後も 2 対 1 実習の継続的实施と改善を図り、質の高い臨床実習環境の提供を目指す。

診療所（クリニック）における2対1指導モデルの事例 ②

福岡リハ整形外科クリニック
蓮尾 幸太

1. 施設の紹介

当院は、1日あたり平均330名の外来患者が来院する整形外科クリニックであり、リハビリテーション処方の対象は手術後29%、保存的治療71%となっている。部位別では膝30%、脊柱24%、肩17%、足部11%、股関節8%と多岐にわたる。理学療法士は21名在籍し、うち6名が臨床実習指導者講習会を修了している。現在、実習生は年間4名を受け入れている。

2. 実習の特徴

当院では、協同学習効果の促進や学生および指導スタッフの心理的ストレス軽減を目的に、複数対複数の体制で実習指導を実施している（図1）。

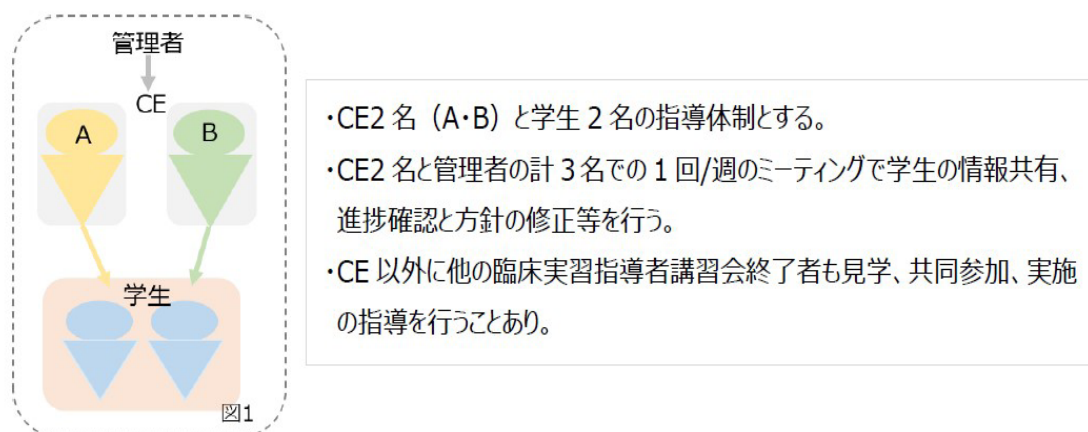


図1. 実習の体制

CE（A）、CE（B）はいずれも患者場面でのリアルタイムな指導に加え、学生同士での理解度確認、疑問の共有、技能確認などを管理下で行う。午前・午後に分けてフィードバック時間を設けることで、理解度の定期的な確認を行っている。



図 2. 実習の流れ

長期実習の全体の流れを左図、1日の流れを右図に示す。

学習・指導時間の運用は以下の通りである。

- ・自己学習は学生同士の共同学習を基本とし、実習および指導内容の整理と臨床推論の提示を含む。
- ・技能面に関する指導は実習時間内に完結させる。
- ・学生間のレベル差については、共通する疑問を軸に時間内での対応を心がけている。

3. その他の工夫点

- ・養成校と実習地との連携

学生が受ける指導と指導者の意図とのギャップを養成校と共有・確認することに注力し、指導の整合性を図っている。

- ・実習のメリット

CE および学生視点でのメリットに加え、患者にとっても治療効果を実感できることで、学生にとっては成功体験の形成につながっている。

- ・課題への対応

実習時間内に混乱を招かないよう、学生への指導は統一的かつ段階的に行う。

他の CE（講習会修了者）からも指導を仰ぎ、特定 CE への依存を避ける体制とする。

リハビリカンファレンスにおける診療参加を通じて、実践的な臨床推論を学び、実習終盤には学生自身が症例提示を行う機会を設けている。また、管理者が業務と指導の負担を調整する体制を整えており、2名の CE が協働して学生に関与することで、CE 間での指導方針の統一が求められる。そのため、定期的な CE ミーティングを実施している。

- ・今後の展望

実習体制は、学生および指導者の負担を軽減しつつ、現場での臨床経験をより多く積ませる方向で進化が求められる。当院でも、現状を踏まえながら CE の習熟度に応じて、1名の CE が複数名の学生を担当する体制の導入を検討している。