

理学療法における臨床推論と統合・解釈の現状と課題、そして未来への提言

はじめに

本レポートは、理学療法士の「臨床推論」と「統合と解釈」に関する議論をまとめたものです。松山先生、堀先生、藤原先生、徳田先生といった専門家たちの対話を通じて、この分野の歴史的背景、現状の課題、そして教育改革に向けた具体的な提言がなされています。特に、情報編集力や推論能力の低下、体系的な教育フレームワークの欠如といった問題点が浮き彫りになり、学部教育から卒後教育まで一貫した指導の必要性が強調されています。本稿では、これらの議論を整理し、理学療法士が「知的労働者」として成長するための道筋を探ります。

登場話者

- 松山先生 (M)**: 八千代病院に勤務する理学療法士。1999年卒。経営大学院でクリティカルシンキングを学び、臨床推論教育に応用している。議論の司会進行役。
- 堀先生 (H)**: 甲南女子大学の教員。1999年卒。理学療法推論に関する学会を立ち上げ、臨床推論、統合と解釈の研究・教育に長年従事。
- 藤原先生 (F)**: 登壇者の一人。臨床指導者講習会の企画運営を担当。
- 徳田先生 (T)**: 登壇者の一人。臨床現場での学生指導の工夫について言及。

テーマ 1: 臨床推論と統合と解釈の背景および現状の課題

1.1 臨床推論教育への関心と問題提起 (M, H)

松山先生は、自身の投稿が7万インプレッションを超えたことに触れ、臨床推論や統合と解釈への関心の高さを指摘しています。レポート廃止により理不尽な負担は減ったものの、統合と解釈に代表される情報編集力や推論能力が低下していると感じており、臨床推論の方法論を学部段階で体系的に教えるべきだと主張しています。松山先生自身の経験が

ら、他者に説明できる解像度で臨床推論を理解できたのは30代に入ってからであり、もっと早く教えてほしかったという強い実感から、学部での体系的教育から演習、実習でのケース実習という流れをカリキュラムに組み込むべきだと提案しています。

堀先生も松山先生と同じ1999年卒の同期であり、学生時代に統合と解釈をよく分からないまま書いていた経験を共有しています。堀先生は、**臨床推論に関する学会（理学療法推論）**を立ち上げ、その思考ポイントである統合と解釈がどういうものを長年研究しています。松山先生は、経営大学院で**クリティカルシンキング（批判的思考法や論理的思考法）**を学び、それが理学療法の臨床推論教授法に応用できると考え、職場で研修を始めた経緯を説明しました。堀先生は、哲学の解釈学を学んでいた経験から、「統合と解釈」に関心を持ち、個人的に勉強を始めたと述べています。

1.2 定義と歴史的背景 (H, M)

「統合と解釈」という言葉は古くから使われていますが、それを説明し教えてくれるフレームワークが昔からなかったという点で両者が一致しました。堀先生によると、「統合と解釈」は、ソープ（SOAP）形式の**アセスメント（A）項目に情報を統合し解釈せよという文言が書かれていたことに端を発しており、これはPOMR（問題指向型記録記載）**の流れから、医師・看護師を経て理学療法士に流れてきたものだと説明しています。一方、「臨床推論（クリニカルリーズニング）」は、1990年代前後にオーストラリアのヒッグス氏によって理学療法業界に持ち込まれ、日本には2000年頃にEBM（根拠に基づく医療）と同時期に入ってきて定着したという流れがあります。元々、医師の世界では診断推論（ダイアグノーシスリーズニング）でしたが、それが医療全般に広がり臨床推論へと変化しました。

堀先生は、日本の理学療法が1990年代以降に「理学療法学」という学問になったため、それまでは「**職能実践**」であり、マニュアルがなく「見て覚える」状況で、フレームワークがなかったことが、統合と解釈が体系化されなかった事実であると説明しました。松山先生は、内山先生の症候障害学を臨床推論のフレームワークとして使用しており、これがICIDHやICFモデルを使った分かりやすいフレームであると述べています。しかし、ICFなどのフレームワークを臨床家が推論に使っているかという点、「なんとなく」使っている程度ではないか、と現状の課題を指摘しました。

1.3 メッセージ：臨床推論の重要性

我々理学療法士が「知的労働者」であるためには、個人の経験や勘に頼るのではなく、情報を体系的に整理し、論理的に思考するための「OS（オペレーティングシステム）」が必

要です。臨床推論の土台を学び、共通のフレームワークを持つことは、質の高い医療を提供するための責務であり、業界全体の底上げにつながります。

テーマ 2: 実習指導と症例報告の体系化の必要性

2.1 過去のレポート指導の失敗とプロフェッショナリズム (M, H)

松山先生は、2000年頃の実習レポートは目的が共有されず、指導も体系化されていなかったことがブラック実習の温床となり、結果としてレポートが廃止されるに至ったのではないかと推測しています。堀先生は、EBMが浸透する以前は、指導者の「俺の臨床推論」に従えという形でレポートが要求されていたと説明します。症例報告自体はプロフェッショナリズムを育むために必要ですが、そのフレームワークが国際的にも2013年のCAREガイドラインまで確立されていなかったため、指導が伝統や個人依存になり、地域によって流れが異なる事態が生じました。堀先生は、日本の理学療法士が免許更新時に症例報告が義務化されていない現状（登録理学療法士の後期研修では課される）について、理学療法士のプロフェッショナリズムを捨てたことになるかと強く批判しています。

2.2 臨床推論の基本要素と指導のステップ (M, H)

松山先生は、卒後のカルテ記載（SOAP形式）やカンファレンスの前提となる情報編集力は、日常業務で求められるにもかかわらず、学内や実習で体系的に教えられていないと指摘しました。特に、事実（ファクト）と解釈の違いを教えることが基本中の基本であるとしています。松山先生は、検査測定で得られるのは事実情報であり、その事実情報（素材）を使ってどう解釈するかが統合と解釈、あるいは推論につながるという構造を教えるべきだと主張します。また、思考法として帰納法と演繹法の内容も学部段階で教えるべきだとしています。現状、新人や2年目の臨床家は検査結果の羅列を記載し、事実と解釈の区別も曖昧で、論理が飛躍していることが多いと松山先生は現場の課題を説明しました。

堀先生は、臨床推論のアウトカム（達成目標）として、予測、診断的推論、治療プログラムの量・量の適切性の3点を挙げました。特に海外では予後予測が契約となり、訴訟リスクと直結するため、臨床推論が厳しく求められるが、日本では医師が担保しているため育ちにくい状況があるとしています。堀先生は、臨床推論にはいくつかのステップがあるとし、単なる知識ではなく、データを見た瞬間に価値判断ができるかが重要だと強調しました。例えば、膝関節屈曲90度という数値が、異常値なのか、そしてそれが「正座ができない」といったADLや生活にどう影響するかを即座に判断できる能力が必要です。

堀先生の提案する思考ステップでは、情報収集の後、情報分析に入ります。分析は「問題点の列挙」→「統合と解釈」→「問題点の抽出」の3ステップで構成され、統合とはICFに基づいた問題の順位付けであり、解釈とはその上位問題が**なぜ起きているか（要因）**を特定するプロセスであると定義しました。

2.3 メッセージ：体系的なフレームワーク構築の緊急性

経験知や個人差に依存した指導を脱却するため、臨床推論の明確なフレームワーク、そして評価基準（ルーブリック）を早急に確立する必要があります。事実と解釈を区別し、データに価値判断を加えるという思考の「最初の一步」から学生・新人を教育することで、非効率な指導の悪循環を断ち切り、プロフェッショナルとしての自覚を促します。

テーマ 3: 臨床推論の論点設定と専門性の確立

3.1 臨床推論の「問い（Issue）」の明確化 (M, H)

松山先生は、解釈を行う前段階として、「**どういう方向性で解釈するか**の目的（論点）」を定めることが不可欠であると主張します。松山先生はこの目的を「Issue（課題）」と呼んでいます。堀先生もこれに同意し、理学療法を中心課題は、「この人に対して何をしなければいけないのか？」（何やったら良くなると思うか）であり、そのアウトカムは活動や参加のレベルの変化に繋がっていかねばならないと述べました。経験のない学生にこの問いを投げかけることは酷であり、結果として「歩けないから歩行練習する」といった論点がずれた指導に陥りやすいとしています。

3.2 理学療法が解決すべき問題の特定 (M, H)

松山先生は、我々が考えるべき問いは、「**理学療法で解決可能な問題点と、その解決策としての治療プログラム**」であるべきだと強調しました。堀先生は、治療の4原則+1（除去、刺激、誘導、補助、情報）を用い、理学療法は主に運動（誘導）とリスクマネジメント（情報）が中心であると説明しました。特に内部障害系の理学療法は、リスクマネジメント（管理業務）が専門性となり、非常に難しい分野であると述べています。

松山先生は、特に**マルチモビリティ（疾患併存）の時代だからこそ、医者の治療範囲なのか、理学療法の解決可能範囲なのかを明確に整理し、「医者の真似事をするな」という指導が必要だ**と問題提起しました。松山先生は、内部障害系のチームと、理学療法で解決可能な問題、リスク管理上必要な問題、他職種で解決可能な問題に整理する議論を進めているとのこと。堀先生は、近年の医療の複雑化（マルチモビリティ化）により、治療を

単純に切り分けられない現状はあるとしつつも、内部疾患の理学療法におけるフレームワークを理学療法士が理解の中で作ることが重要だと同意しました。

3.3 臨床推論は思考の「OS」である (M, H)

松山先生と堀先生は、臨床推論を、治療技術のような「アプリケーション（各論）」ではなく、「iOSのようなオペレーティングシステム（OS）」として捉えるべきであるという共通認識を示しました。このOSを鍛える教育（クリティカルシンキング、リテラシー）は、リハビリテーション領域に限らず、情報化社会で絶対に求められる基本的な思考教育であり、学部教育に組み込むべきだと主張しています。理学療法士は実践（肉体労働）も含むが、事前準備とシミュレーションが知的労働者としての核心であるため、思考のトレーニング（リテラシー教育）が必要だと堀先生は述べました。

3.4 メッセージ：問いの明確化と専門性の追求

我々の臨床活動が単なる技術の提供に終わらないため、「我々が解決すべき問い（Issue）は何か」を常に意識し、理学療法の専門性（運動とリスクマネジメント）に焦点を当てて情報を整理する必要があります。複雑化する医療の中で、多職種の活動と重複する部分を曖昧にせず、自らの思考の軸（OS）を確立することで、真の知的専門職としての地位を確立できます。

テーマ 4: 臨床実習における具体的な指導法と教育改革

4.1 CCS時代における指導の課題とツール (M, H)

松山先生は、CCS（クリニカルクラクシップ）時代において、臨床現場の指導者が「どう教えたらいいのか」困っている現状があると考え、具体的な指導法が必要だと問いかけました。堀先生は、**ループリック（評価指標）**を活用し、学生の思考レベルを可視化して伝える指導が重要であると提案しました。抽象的な指摘ではなく、「数学のこの分野の点数が平均より20点低い」のように、何ができていないかを明確化し、集中的に学習させる必要があるとのことです。堀先生は、最近の臨床実習が（ハラスメント対策などで）緩やかになったことで、教育者が指導を「手抜き」し始めたことが、現在の問題の核心にあると厳しい見解を示しました。

4.2 臨床現場での実践的な指導方法 (M, F, T)

松山先生は、現場で取り組める具体的な方法として以下を挙げました。

1. 事実と解釈を分けることを徹底的に教える。
2. SOAP形式のカルテをフレームとして意味を説明しながらトレーニングする。
3. カンファレンスでの発言練習をロールプレイさせる。
4. 患者の理学療法で対応可能な問題点に焦点を当てて、学生に口頭で説明させる（モレなく問題点を整理し、治療プログラムにつながっているかを確認する）。

松山先生の病院では、学生が「思考プロセスを丁寧に教えてくれた」ことで高い満足度を示している実績があり、指導者側も教えることでウィンウィンになると感じています。堀先生は、指導の第一段階として、学生に異常値（左右差、経年変化、他者との比較）をどう判断するかをトレーニングさせることが必要であり、多くの臨床家が何が異常なのかを分かっていない現状を研究で把握していると述べました。

藤原先生は、地域での研修会参加者が少ないことに触れつつ、現場が求めているのは、指導者自身の**臨床の筋道（推論）**を学生に説明し、指導シートなどで共有していくことだと指摘しました。具体的な指導法を共有するためには、学生の変化をまとめた事例検討会（学生の教育版症例検討）がリアリティがあって効果的だと提案しました。徳田先生は、学生に「どんな現象を見て、どう考えたか」を1枚にまとめてもらい、思考を掘り下げることが重視していると述べました。また、学生が「分からなかったらどうしよう」という不安を持たないよう、心理的安全性を確保し、「分かれへんことが悪いんじゃない」という雰囲気作りが大事だと強調しました。

堀先生は、言語化のトレーニングとして、口頭だけでなく、書き物（レポートやポートフォリオ）を通じたやり取りが不可欠であり、思考を構造化し、意見が消えないようにする必要があると述べました。松山先生は、ICFモデルなどを使い、動作の原因を機能で説明し、その前段としてファクトだけを書き出させるなど、具体的なフレームを設定することで、解釈の議論を始めやすくしていると補足しました。

4.3 メッセージ：指導プロセスの可視化と心理的安全性の確保

学生の思考力を育むには、指導者が自らの思考プロセスをオープンにし、学生に具体的なステップ（ループリックやフレームワーク）を使ってフィードバックすることが不可欠です。学生が安心して「分からない」と言える心理的安全性を確保した上で、データに対する「価値判断」や「論点」の設定を丁寧に指導していくことこそが、実習指導における最も重要な役割となります。

テーマ 5: 卒前教育と卒後教育の連続性

5.1 教育の一貫性を保つための課題と提言 (M, H)

松山先生は、教育改革を成功させるには、学内教育（養成校）と臨床現場（卒後教育）の連続性が不可欠であると提起しました。堀先生は、海外の動向を参照し、**レジデント教育（6年教育に近い概念）**への移行が必要であり、病院と大学が連携して初期研修を行うための時間的コストを覚悟すべきだと主張しました。より現実的な解決策として、堀先生は、病院側が体系的な教育を実施している養成校の卒業生を優先的に採用する（就職させる養成を選ぶ）ことが、病院管理者にとって最も楽な方法であり、教育に力を入れない養成校へのプレッシャーとなると述べました。

松山先生は、大多数の理学療法士が「凡人」であることを前提とし、普通の人たちが普通に習得できるような仕組みを、県士会や協会などと協力して作る必要性を訴えました。堀先生は、もし養成校が臨床推論教育を十分に果たしていないならば、臨床現場側が養成校の教員に対して、病院で臨床推論の授業を行うよう義務付け、教育の契約を果たすようプレッシャーをかけるべきだと提言しました。徳田先生は、卒業教育と卒後教育をどう繋いでいくかという問題は依然として「答えない」難題であるとし、養成校によって実習時間や要求水準が異なることが難しさを増していると述べました。松山先生は、臨床現場では指導者が「やってみせる」ことの重要性を強調し、例えば学生、新人、指導者が同じ症例報告を行い、その思考の違いを説明することで、指導者自身も整理できるようになると述べました。

5.2 メッセージ：連携と責任の共有

卒前・卒後教育の断絶を乗り越えるためには、養成校と臨床現場がお互いに責任を共有し、連携を強化しなければなりません。教育側は体系的なフレームワークを提供し、現場はそれを実務に落とし込み、指導を徹底する。この相互的なプレッシャーと協力体制を構築することが、未来の理学療法士の質を担保し、業界全体の発展につながります。

総括：読み手への包括的なメッセージ

長年にわたり、理学療法士の「臨床推論」と「統合と解釈」の教育は、不明瞭な定義とフレームワークの欠如により、個人依存や伝統に頼る指導が続いてきました。しかし、患者が複雑化し（マルチモビリティ）、専門職としての社会的責任が増す現代において、この曖昧さに留まることは許されません。

臨床推論は、単なる技術（アプリケーション）ではなく、理学療法士の思考を律する根幹の「OS」です。このOSを鍛えるためには、まず「事実と解釈を分ける」「データに価値判断を加える」「理学療法で解決可能な問い（Issue）を明確にする」という基本的なステップを、全教育機関と臨床現場が共通認識として導入する必要があります。

教育者が手抜きをせず、ルーブリックや書き物を通じて思考プロセスを可視化し、学生と新人が安心して学べる環境（心理的安全性）を整えること、そして、大学・病院双方がレジデント教育のような継続的な学習への投資を覚悟することが、日本の理学療法業界が知的専門職として次なるステップに進むための鍵となります。