

## 当院における経験年数別からみた理学療法臨床能力の比較

○及川 真人  
東八幡平病院 リハビリテーション部

### 【はじめに】

理学療法(以下、PT)部門を管理する際、所属PTの臨床能力把握は重要と考える。個々の臨床能力を知ることで、技能向上促進や研修プログラムの修正が検討出来る。また、組織化を促すうえでリーダー育成も重要であり、模範的臨床能力を有しているかはリーダーに必要な条件の一つと考える。今回、PTにおける臨床能力評価尺度(Clinical Competence Evaluation Scale in Physical Therapy:以下、CEPT)を用い、当院所属PTの経験年数別から見た臨床能力の違いについて検討した。

### 【方法】

本調査で用いたCEPTは7つの大項目[PT知識(5項目)・臨床思考能力(10項目)・PT技術(12項目)・会話技術(6項目)・態度(12項目)・自己教育力(4項目)・自己管理能力(4項目)]、計53項目で構成されている。採点は[4点:模範・3点:自立・2点:ある程度の指導が必要・1点:多くの指導が必要]の4段階で行う212点満点の評価である。対象は当院所属PT29名(男性23名女性6名 25.7±5.1歳 PT経験4.2±3.5年目)とした。群分類は、経験1年目(7名)・2年目(7名)・3年目(3名)・4年目以降(7名)・役職者(5名)の5群とし合計点を比較した。また、各群の7大項目について3点以上とした項目割合が50%以上の項目を抽出し、4点とした項目割合を確認した。

### 【結果】

CEPT合計点は1年目105.1±23.4点、2年目126.7±14.5点、3年目125.0±26.0点、4年目以降149.1±16.2点、役職者167.0±21.1点であった。3点以上が50%以上の項目は、1年目[態度・自己教育力・自己管理能力]、2年目[会話技術・態度・自己教育力・自己管理能力]、3年目[態度・自己管理能力]、4年目以降[知識以外6項目]、役職者[全7項目]であった。4点の割合は役職者において10~36%であった。

### 【考察】

合計点数は経験年数に伴って上昇傾向を示した。一方、2年目に比べ3年目の合計点は低かった。3年目は3名と対象が少なくばらつきが大きい事が一因と考える。3点以上が50%以上の項目についても経験年数に伴い増加傾向を示した。1年目から自立者が半数以上存在する[態度・自己教育力・自己管理能力]は情意領域が多く、学生時期からの獲得が予想され、先行研究と同傾向を示した。4点の割合は役職者も低く、模範であると回答できるリーダー育成が急務と考える。

今後、CEPTで低値を示した項目について研修プログラムの追加修正を検討したい。また、CEPTからみた個人課題について面談等で共有する事が、人材育成やPT部門管理の一助になると考える。

【倫理的配慮】本調査は当院研究審査会による承認を得て実施した。アンケートを実施する際、本調査の趣旨および採点方法については、説明会を通して所属PTに実施し、回答の提出をもって本調査に同意したものとした。尚、回答用紙については個人情報に配慮し匿名とした。

## 初学者のリスク管理能力における効果的な支援の検討

○吉田 龍洋<sup>1)</sup>、堀 寛史<sup>2)</sup>、松下 光範<sup>3)</sup>  
1) 岸和田徳洲会病院 リハビリテーション科  
2) びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部  
3) 関西大学 総合情報学部

### 【はじめに、目的】

急性期病院における理学療法診療におけるリスク管理は必要不可欠であり、できて当たり前と捉えられる傾向にある。しかし、学生や新人理学療法士など経験が浅い場合、リスク管理に関する知識支援が必要である。本研究では、思考過程を確認するために統合と解釈(アセスメント)の記述から、理学療法士が臨床判断に必要な情報が何かを確認し、学術的なデータ情報を支援することによる思考の変化の検証を行った。

### 【方法】

急性期病院に所属する1年目から3年目の理学療法士計13名に対し、3段階のアンケート調査を行った。1段階目は診断名(脳梗塞)、年齢、性別が記載された模擬処方を確認し、理学療法を提供する上で必要な情報収集項目、検査項目の列挙を行う。2段階目は選択された情報、検査結果を提示した上で統合と解釈を記載し、問題点抽出とリスクの列挙を行う。3段階目では被験者の未選択情報と検査結果の優先順位が明示された支援シートを提供し、2段階目と同様に統合と解釈の記載、問題点抽出、リスクの列挙を回答していただく。これら2,3段階目で記載された統合と解釈文を基準化されたルーブリックにて採点し、リスクの列挙内容の変化を追うことで、部分的支援の効果を検討した。なお、採点は第3者に盲検化した状態で依頼した。

### 【結果】

2段階目と3段階目での統合と解釈の採点を比較した結果、ルーブリックの点数では向上群5例 変更なし群5例 点数低下群7例であった。リスクの列挙に関しては、部分的支援を行なった3段階目で、質の個人差はあるが、2例以外リスク列挙数は増加した。

### 【考察】+【倫理的項目】

統合と解釈文の採点は部分的支援のみでは、点数が向上しない例を多く認めた。主観ではあるが、調査データを観察する限り理学療法プロセスの理解や検査自体の理解が乏しいと優先情報や欠落箇所を提示されても扱うことは困難な印象を受ける。しかし、ルーブリックの点数の増減と関係なくリスク列挙項目の数においては増加を認めた。統合と解釈の採点との解離から異常値をリスク予測する知識力と診断名から一連の流れで理学療法に必要な情報を収集する能力は異なるレイヤーにおける能力であると推察される。初学者の推論過程においては確証バイアスが生じやすく、初期情報からあらゆる可能性について想起できないことが課題とされており、リスク管理能力においても知識だけではなく、理学療法における推論力が重要であると考えられる。

### 【倫理的配慮】 【倫理的配慮、説明と同意】

対象となる理学療法士に書面を用いて説明し、収集したデータの使用方法や発表に関して同意を得た。