理学療法士のプロフェッショナリズムの分析

——日本の理学療法学生へのアンケート結果に基づいて——

Analysis of the Professionalism of Physical Therapists

—A Questionnaire Survey of Physical Therapy Students in Japan—

井関 茜¹⁾ 沖田 一彦²⁾ 島谷 康司²⁾

AKANE ISEKI¹⁾, KAZUHIKO OKITA²⁾, KOJI SHIMATANI²⁾

¹⁾ Medical Corporation Houwakai, Nishihiroshima Rehabilitation Hospital: 6-265 Miyake, Saeki-ku, Hiroshima-shi, Hiroshima 731-5143, Japan. TEL+81 82-921-3237 E-mail: levent_seleve_trylive@yahoo.co.jp

²⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

Rigakuryoho Kagaku 29(4): 599-604, 2014. Submitted Feb. 18, 2014. Accepted Mar. 28, 2014.

ABSTRACT: [Purpose] The purpose of this study was to elucidate views about professionalism held by Japanese physical therapists. [Subjects] The subjects were 123 physical therapy students of a 4-year college. [Methods] We used a questionnaire of 46 items. to ask, “What is required to be professional as a physical therapist?” [Results] Significant differences were found for 4 categories. [Conclusion] The existence of dilemma about self-sacrifice over work was found. Moreover, we consider that the students held two aspects of professionalism: the aspect of the obvious necessity for observance, and the aspect of discretionary judgement.

Key words: professionalism, physical therapy students, questionnaire

要旨:〔目的〕日本理学療法士におけるプロフェッショナリズムについて、見解を深める。〔対象〕4年制大学理学療法学科の学生123名を対象とした。〔方法〕質問紙を用いて、46の項目が理学療法士としてプロフェッショナルであるためにどの程度当てはまる必要があるかを、5段階リッカート尺度で問うた。〔結果〕4つのカテゴリで有意差を認めた。〔結語〕仕事に対して自己犠牲に関するジレンマの存在が窺われた。また、プロフェッショナリズムには遵守の必要が自明な部分と、状況により判断が分かれる部分の2つの部分があると考えられた。

キーワード: プロフェッショナリズム, 理学療法学生, アンケート

¹⁾ 医療法人社団朋和会 西広島リハビリテーション病院: 広島県広島市佐伯区三宅6-265 (〒731-5143) TEL 082-921-3237

²⁾ 県立広島大学 保健福祉学部 理学療法学科

I. はじめに

理学療法士（以下、PT）としてプロフェッショナルであるために必要な要素、対してのPTの関心は、その臨床経験年数にかかわらず高い。しかしプロフェッショナルであるPTについての定義や研究は現在あまりなされていない。日本理学療法士協会は倫理規程を作成しているが、その内容はいわゆる業務方針であり、プロフェッショナリズム（職業意識）の指針として適当とは言いがたい。また、医療に従事する個人にはアイデンティティやポリシーがあり、これは個人の裁量の範疇であると考えられる人も多く考えられる。しかしElliott¹⁾はプロフェッショナリズムとは「仕事の編成あるいは仕事への志向の一形態、つまり固有の職業的活動への取り組み方ないしその遂行に関する共有の志向である」と説明しており、個人のポリシーや志向性とは区別される。またその語源である「profession（プロフェッション：神の前での信仰告白）」という言葉は、後に天職や聖職、具体的には神父や法律家、医師を指す言葉へ転じていった。これについてCrues²⁾らは「プロフェッションとは、複雑な知識体系への精通、および熟練した技能の上に成り立つ労働を核とする職業であり、複数の科学領域の知識あるいはその修得、ないしその科学を基盤とする実務が、自分以外の他者への奉仕に用いられる天職である」と説明している。またMillerson³⁾は、これらの職種の間共通点として、倫理綱領により保たれるプロフェッションへの忠誠を挙げている。つまり医療職は単なる「job（生業）」としてではなく、社会利益のために奉仕する職業であり、医療職はプロフェッショナリズムを掲げる必要がある。

加えて、医療と社会の関係性の変化がプロフェッショナリズムを考える必要性の増大に拍車を掛けている。メディア⁴⁾で1年間に約400件（年間50件程度が平均的）の心臓外科手術を行う医師がプロフェッショナルであるとして紹介されている例は、視聴者に近所の病院でコックと真面目に働くような医療従事者はプロフェッショナルでないとの偏見をいだかせる可能性がある。

現在日本のPTの数は急増し、量的に飽和状態を迎えつつある中で、個々のPTがプロフェッショナルであることを求めていく意識をなくしてはその未来は明るくないだろう。そこで今回は、PTにおけるプロフェッショナリズムについて、その全容を明らかにする為の一知見となるよう、プロフェッショナリズム形成の過程に焦点を置き、理学療法学生の考えるプロ意識についてのアンケートによる調査・分析を実施した。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は調査の趣旨に合意した同一の4年制大学理学療法学科に所属する全学生123名（1年生30名、2年生33名、3年生33名、4年生27名）とした。個人の年齢や在籍年数は問わなかった。2012年7月同月内に全学年に配布し、質問紙の回収については各学年の代表者に依頼した。回収された118件から欠損項目の多い3件を除外した。欠損項目の合計が1問以下であった1件については欠損値に中央値をあてた。有効回答率は1年生で100%、2年生88.9%、3年生88.9%、4年生100%であった。分析終了後に追加アンケートを実施し、4年生27名に配布した。その有効回答率は88.9%であった。

2. 方法

日本理学療法士協会の作成した倫理規定⁵⁾、職業倫理ガイドライン⁵⁾、日本看護協会による看護者の倫理綱領⁶⁾、日本医師会による医師の職業倫理指針〔改訂版〕⁷⁾、文献⁸⁾などを参考にして質問紙を作成した。質問は自己研鑽、品行、研究などの19のカテゴリに分類される合計で46の項目から構成した（表1）。それぞれの項目は「理学療法士としてプロフェッショナルであるためには以下の項目がどの程度当てはまる必要があるか、理想ではなくあなたの考えで回答してください」という問いに、5段階のリッカート尺度（全くそう思わない＝1、どちらともいえない＝3、強くそう思う＝5）で回答するものであった。リッカート尺度の点数は、カテゴリおよび学年別に合計し、その得点を解析に用いた。統計処理はKruskal-Wallis検定と、その後多重比較のためにSteel-Dwass検定を用いた。有意水準は5%とした。なお検定にはソフトウェアExcel統計2010（SSRI社）を用いた。

さらにアンケートの分析終了後、4年生を対象に自由記載形式の追加アンケートを行った。追加アンケートの質問は「先日のアンケートの結果より、理学療法士としてプロフェッショナルであるために必要であることについて、3つのカテゴリ〔informed consent（以下、IC）、evidence based medicine（以下、EBM）、チームワーク〕で実習未経験群に比べ経験群で有意に低い結果となった（つまり必要性が低いと感じている）。上記について実習中の経験で思い当たることやエピソード等がありますか」というものであった。得られた回答より、質問の返答として整合するもののみを抽出し、内容をコード化し、集計した。このアンケートより、臨床実習経験がプロフェッショナリズム形成に及ぼす影響を分析した。

表1 各カテゴリの質問項目

自己研鑽	25 患者や家族の前で涙を流さない
1 質の高い医療を提供できるよう常に学習する	24 患者や家族に対してイライラしたり不快感を示さない
2 生涯にわたって学習を続ける	患者とのコミュニケーション
3 自分でお金を払ってでも学会や研修会に参加する	26 患者の背景や症状に合わせてコミュニケーションをとる
品行	27 直接的に治療に関係しない内容の会話をしない
4 私たちは医療者として、適切な接遇や言葉遣いができる	28 治療以外の時間においても患者と積極的にかかわる
5 ヘアスタイルや服装やアクセサリなどの身なりについて、私たちは医療機関で決められたルールに従う	営利目的
6 たとえ勤務時間外でも、私たちは医療人であることを意識して行動する	29 自己の利益のために理学療法士の地位を利用しない
研究	医療事故
7 理学療法の進歩の為に、積極的に研究活動に参加する	30 医療事故が起きた際には必ず報告を行う
8 学会や研究会での発表を積極的に行う	31 医療事故が起きた際には患者に正直に説明し謝罪する
9 勤務時間外にも研究に多くの時間を使う	適切な医療資源配置
技術	32 各患者に適切な治療時間を決定して治療する
10 信頼性の高い評価や治療効果を出せる高い技術を持つ	チームワーク
11 特殊な評価や治療の技術を持つ	33 他の医療専門職者と積極的に情報を共有し、連携する
知識	34 他の医療専門職に理学療法に関わる助言、指導を行う
12 理学療法を実施するための必要な医学的知識を持つ	35 他の理学療法士と積極的に情報を共有し、治療方針を決定する
13 医療や福祉の制度を理解する	36 他の理学療法士に理学療法に関わる助言、指導を行う
14 診療への報酬などの医療制度を理解する	37 同僚が専門職にふさわしくない行動をとった場合には指導する
15 一般教養や住んでいる地域についての知識を持つ	同僚とのコミュニケーション
守秘義務	38 同僚と良好な人間関係を保つ
16 特別な場合を除いて、患者の情報を絶対に漏らさない	39 他の理学療法士の批判をしない
IC、自己決定権	後輩指導
17 患者が理解できるように、病状や治療の目的を説明する	40 実習指導者となり後輩の指導に当たる
18 治療の前に必ず患者の同意を得る	41 後輩の指導のためには自らの時間を割いてもよい
19 患者やその家族が、効果が低いと予想される特定の治療を要求した場合でもそれを実施する	自己犠牲・利他主義
正当報酬	42 給与が低くてもより高度な医療が提供できる職場で働く
20 患者に正しい報酬以外を要求しない	43 勤務時間や休日体制で職場を選ばない
21 患者からはいかなる謝礼をも受け取らない	専門職としての責務
EBM	44 理学療法士協会の活動に参加し、理学療法士界をリードする
22 私たちは必ず科学に基づいた治療を行う	45 理学療法士を自分の天職だと思っている
関係性	46 健康教室や医療ボランティアなどに参加し地域や社会に貢献する
23 患者と私的な目的による関係を持たない	

III. 結果

得られた評価得点を19に分類されたカテゴリごとで合計し、その合計得点の中央値と四分位範囲を学年別に表2に示す。学年間で有意差が認められたカテゴリは、知識（3年＞1年）、IC（3年＞4年）、EBM（1年＞4年、2年＞4年、3年＞4年）、チームワーク（3年＞4年）であった。

コミュニケーションの「(27) 直接治療に関係のない内容の会話をしない」という質問のみ明らかに5段階の1ないし2の回答が目立ったが、各カテゴリとも概ね高い中央値を示していた。医療事故や守秘義務のカテゴリではほぼ全学年で中央値が満点となる値であった。それに対し、研究、利他主義、専門職としての責務などの自己犠牲を求められるようなカテゴリについては、満点が同数の他のカテゴリと中央値を比較した時に、利他主義で2程度、研究や専門職の責務で1ないし2程度、低い傾向が見受けられた。

次に、追加アンケートの結果について示す。ICについて抽出された回答は12件で、時間的制約が25%、医師の役割、現場での未実施および患者にとっての必要性の低さがそれぞれ17%、患者の希望との齟齬が8%で

あった。EBMについて抽出された回答は15件で、コードは経験の重視が33%、個別性の医療が20%、適応の困難さ、実際性の重視がそれぞれ13%、情報収集の困難さ、病気による必要性の違いがそれぞれ7%となり、上位2項目が半数以上を占める結果であった。実際性の重視とは「実際の患者に行ってみないとどのような結果が得られるかは分からない」というような回答であった。チームワークについて抽出された回答は7件で、コードは連携の希薄さの存在が86%、時間的制約が14%と、上位1項目がそのほとんどを占める結果であった。

IV. 考察

医療職の中でも医学教育でプロフェッショナルリズムに関する研究が進んでおり、医師養成課程におけるプロフェッショナルリズム教育の導入と具体化が検討される段階まで来ている⁹⁾。世界的にも米欧合同医師憲章が反響を呼んでおり、日本医師会の医師の職業倫理指針が大きく改定されるなどの動きがある。その中で今回は日本の理学療法学生にアンケートを実施し、彼らがどのようにプロフェッショナルリズムを捉えているのかを明らかにし

表2 各カテゴリの中央値と四分位範囲

カテゴリ (最高得点)	1年生	2年生	3年生	4年生	有意差
自己研鑽 (15)	13 (11 ~ 14)	12 (11 ~ 13)	13 (12 ~ 14)	13 (11 ~ 14)	
品行 (15)	12 (12 ~ 13)	12 (11 ~ 13)	12 (11 ~ 13)	12 (10.5 ~ 13)	
研究 (15)	10 (9 ~ 11)	10 (8 ~ 11)	9 (8 ~ 11)	9 (8.5 ~ 11)	
技術 (10)	9 (7.25 ~ 9)	8 (7 ~ 8)	8 (7 ~ 8)	7 (7 ~ 8)	
知識 (20)	17 (15 ~ 18)	17 (16 ~ 18)	18 (17 ~ 19)	17 (16 ~ 19)	* (3>1)
守秘義務 (5)	5 (5 ~ 5)	5 (5 ~ 5)	5 (5 ~ 5)	4 (5 ~ 5)	
IC (15)	13 (12 ~ 13)	12 (11 ~ 13)	13 (12 ~ 13)	12 (11 ~ 13)	* (3>4)
正当報酬 (10)	8 (8 ~ 9)	8 (7 ~ 9)	8 (8 ~ 9)	7 (6 ~ 8)	
EBM (5)	4 (3 ~ 4)	4 (3 ~ 4)	4 (3 ~ 4)	3 (3 ~ 3.5)	* (1>4) (2>4) ** (3>4)
関係性 (15)	12 (11 ~ 13)	12 (10 ~ 13)	11 (10 ~ 13)	11 (11 ~ 12)	
患者とのコミュニケーション (15)	10 (9 ~ 10.75)	10 (10 ~ 11)	10 (10 ~ 11)	10 (9.5 ~ 11)	
営利目的 (5)	4 (4 ~ 5)	4 (4 ~ 5)	4 (3 ~ 4)	4 (3.5 ~ 5)	
医療事故 (10)	10 (9 ~ 10)	10 (9 ~ 10)	10 (10 ~ 10)	10 (8 ~ 10)	
医療資源配置 (5)	4 (4 ~ 5)	4 (4 ~ 5)	5 (4 ~ 5)	4 (3 ~ 4.5)	
チームワーク (25)	21.5 (19.25 ~ 23)	21 (20 ~ 23)	23 (22 ~ 25)	21 (20 ~ 22.5)	* (3>4)
同僚とのコミュニケーション (10)	8 (7 ~ 9)	8 (7 ~ 8)	8 (8 ~ 9)	8 (7 ~ 9)	
後輩指導 (10)	8 (7 ~ 8)	8 (6 ~ 8)	8 (6 ~ 9)	8 (7 ~ 8)	
利他主義 (10)	6 (6 ~ 8)	6 (6 ~ 8)	6 (5 ~ 6)	6 (5 ~ 7)	
専門職としての責務 (15)	11 (9.25 ~ 12)	10 (9 ~ 11)	11 (8 ~ 12)	10 (9 ~ 11)	

中央値（第1四分位数～第3四分位数），*：p<0.05，**：p<0.01。

ようとしたものである。

アンケート結果から、多くのカテゴリ（15／19）の得点に学年間で有意差がみられず、プロフェッショナリズムの捉え方は医学的知識の量に左右されないものであること、そして学校教育上では大きく変化しないことが明らかとなった。調査対象の学科では、プロフェッショナリズムについての講義は実施されていなかった。また、多くのカテゴリで高い中央値を示したことは、学生は多くの項目を、プロフェッショナルであるために必要な要素だと考えていることを示す。この理由として、学生が類似したコンピテンス（資質）をもち合わせているという可能性があることが考えられる。コンピテンスとは、人にすでに備わっている潜在的な能力と、環境に能動的に働きかけて自らの「有能さ」を追求しようとする動機づけを一体として捉える力動的な概念である。医療職養成校への入学という共通の志向性が、学生のコンピテンスに反映されている可能性がある。

学年間での有意差は、多くは示されなかったものの、カテゴリ間で比較すると利他主義、専門職としての責務、といった時間や労力、金銭などの自己犠牲が求められるようなカテゴリで、他のカテゴリよりも中央値が低い傾向が見受けられた。これについては、ある意味で当然の結果ともいえる。医療をあくまで生活手段となる仕事（Job）として捉えた場合、自己犠牲はその目的と相反するものだからである。つまり仕事に対してどこまでプライベートを犠牲にするかという点に、ジレンマの存在が窺える。米国の最近の医学生は頭がよくエネルギーであるが、自由な時間とワークライフバランスに価値を置くユニークな世代であると指摘し、彼らは融通性のある雇用形態を好み、患者よりも自分を優先し、1人の患者の医師になることに熱意をもつ者が減ってきている、とする分析がある³⁾。つまり自己犠牲に関するジレンマは医師においても存在しているが、今回の結果を受けて、PTについてもこのジレンマは存在すると考えられる。この点に関しては、やみくもに自己犠牲を厭うな、と公言するのではなく、PTの共同体自身が、ジレンマを抱える可能性を認め、教育体制や労働環境に反映させていく必要があるのではないかと考えられる。

次に、学年間で得点の有意差を認めたカテゴリについて考察する。知識を除く3つのカテゴリ（IC、EBM、チームワーク）の全てで4年生の得点が低いという結果であった。知識については、臨床実習を控えた3年生において意識が高まっていることの反映だと考えられる。3つのカテゴリについては、アンケート配布時に4年生が他学年と大きく異なる要素は臨床実習経験であると予想されることから、臨床実習経験がプロフェッショナリズムに影響するものと仮定し、追加アンケートを行った。

ICについては、「治療時間が20分と限られているため、

患者さんに手技の説明を十分に行うことができなかった」、「患者さんに対して、紙面上で説明はしていたが毎日行うような丁寧な説明はしてなかった」という意見は、学生が彼らの想定していたようなICが臨床現場では行われていないことを目撃していたことを意味する。EBMについては適応や情報収集の困難さなど、EBMプロセス自体の難しさを挙げる意見がある一方、「経験の豊富なPTの先生方は自分の経験で治療プログラムを立てていた」という経験や現実性の重視、「疾患に対する治療ではなくその個人を治療する場合は自分で考えて理学療法を行っていくのが良いと実習先の先生を見て思った」という個別性の医療の重視などのEBMの意義自体に疑問を投げかける意見もあった。EBMは米国から導入された理念であるが、現在日本でのこの理念に対する理解とその普及の程度については米国にはるかに劣るとの研究結果もある。臨床現場でPTが経験に基づく理学療法を展開している所を見て、学生達が想定していた、治療は科学的根拠に基づくことの完全遵守の意識が崩れていったのではないだろうか。チームワークにおいては、「PT、OTが医師の悪口を言っていた」、「PTが看護師に対しポジショニング指導を行っても看護師が行ってくれず、ややPTが諦めていた感じはあった」など、実習先においてスタッフ間の悪い雰囲気や、希薄な関係の存在を目にした経験が回答として得られている。

上記したIC、EBM、チームワークの3つのカテゴリの回答で共通している点は、これらが学校で習う理論とは異なって臨床現場で実践されていること、目撃、体験談であるということである。臨床現場と理論の乖離への気づきから、理学療法学生の中でのこれらのカテゴリに対する認識が変化し、その重要性や必要性を低く捉えるようになったと考えられる。プロフェッショナリズムの教育は、ロールモデルによって次世代へ伝えられてきたとされている³⁾。その中でもhidden curriculum（隠れたカリキュラム：正式な教育とは異なることが行われている現場から、正式に教えられたこととは別のことをメッセージとして受け取る、あるいは教員や指導医の無意識な習慣や行動から得る学習様式）が重要とされる。今回の結果はまさに、実習先でこのhidden curriculumによってプロフェッショナリズムが学ばれたことを示し、さらに医学的知識量ではプロフェッショナリズムに対する考え方が変化しなかったことから、臨床実習によるhidden curriculumの影響力の大きさを裏付けるものである。

今回のアンケート結果より、プロフェッショナリズムには2つの部分があると考えられた。一つは医療者として最低限遵守しなければならないこと。または遵守の必要性が自明であることである。次に必ずしもこうであるべきと断言できないこと、または場合や状況によって医療職個人の見解や対応が変化する余地を含むこと、である。第一の点は全学年に共通して高い意識のあった技術

と知識の向上などの、医療者として譲ってはならない部分を指している。第二の点は自己犠牲、IC、EBMなどの理論と臨床現場との乖離が存在し、自明な正解がなく、それぞれのケースで判断が分かれる部分を指す。プロフェッショナリズムとはこれら両方が複雑に混ざり合っているのではないだろうか。日本理学療法士協会の倫理規程やガイドラインで述べられているのは第一の部分のほとんどであるが、今回の結果から、学生は第一の部分の必要性は十分認識していると考えられる。しかし現実的に医療者がぶつかる問題は第二のプロフェッショナルリズムの流動的な部分について、どう判断して対処していくか、という点ではないだろうか。米国の理学療法士協会、American Physical Therapy Association (APTA)でも倫理規定は言及されており、インターネットホームページ上でethics（倫理要綱）& professionalismという項に記述されている¹⁰⁾。倫理要綱には、個人の固有の尊厳および権利、法的・専門的義務の遵守、人々の健康促進ニーズに対する努力義務などの8つの原則が提示され、それぞれの下位項目で詳細が説明されている。国籍や宗教に関わらず尊厳を持って振る舞う、個人的偏向によって差別を行わない、といったことがその例である。この要綱は日本と相違ないが、決定的な違いとしてその前文に、これが全ての状況に対応できる包括的なものではない為、対応できない事例では、助言や相談を求めること、と述べている。つまり倫理規定と現実問題との乖離を認めた上で、それぞれのケースに応じた対応を行うよう助言しているのである。そしてprofessionalismの項で、7つの基本的価値観（責任能力、利他主義、社会的責任、優越性など）と、その定義、それぞれの具体的な指標となる行動を述べている。このように米国では我々の挙げるプロフェッショナルリズムの第二の部分のように流動的な事例の存在を認識し、公言している点で、より現実に即した内容となっていると言える。

著者らの経験からは、現在の日本では絶対的な正解となる第一の部分に対する教育しかされていないように思われる。今回の結果より、第二の流動的な要素を認め、

周知させいく必要性が大いにあるといえる。医学教育においては、プロフェッショナルリズムの教育には組織や施設の積極的な協力が不可欠で、そのために卒前・卒後の養成課程において一貫したプログラムの展開が必要であるとされている⁹⁾。日本の理学療法の分野においてはまだ研究自体が乏しく、十分な議論がなされていないのが現状である。今回は理学療法学生を対象としたが、現場で働くPTを対象とする調査など、更なる研究活動が望まれる。

引用文献

- 1) 長尾周也：プロフェッショナルリズムの研究：(1) プロフェッションおよびプロフェッショナル。大阪府立大学経済研究, 1980, 25(1): 18-49.
- 2) 大生定義：プロフェッショナルリズム総論。京府医大誌, 2011, 120(6): 395-402.
- 3) 宮崎 仁, 尾藤誠司, 大生定義：白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナルリズムを考える。医学書院, 2009: pp 4-5, pp 196-198, pp 207-208, pp 211-212.
- 4) NHK：プロフェッショナル仕事の流儀。http://www.nhk.or.jp/professional/2012/0903/index.html（閲覧日2013年9月3日放送）
- 5) 日本理学療法士協会：倫理規定、職業倫理ガイドライン。http://www.japanpt.or.jp/about/about_jpta/04_index/（閲覧日2014年1月25日）
- 6) 日本看護協会：看護者の倫理綱領。http://www.nurse.or.jp/home/publication/index.html#p2（閲覧日2014年1月25日）
- 7) 日本医師会：医師の職業倫理指針〔改訂版〕。http://www.med.or.jp/doctor/member/000250.html（閲覧日2014年1月25日）
- 8) 笠野 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, 2010, 37(6): 410-416.
- 9) 宮田靖志, 野村英樹, 尾藤誠司・他：提言 医師養成課程におけるプロフェッショナルリズム教育の導入と具体化について。第16期日本医学教育学会倫理・プロフェッショナルリズム委員会, 医学教育, 2011, 42(2): 123-126.
- 10) American Physical Therapy Association (APTA)。http://www.apta.org/（閲覧日2014年1月25日）