

吉備国際大学研究紀要
(医療・自然科学系)
第29号, 21-39, 2019

理学療法と作業療法の臨床実習教育の刷新

—20年ぶりの養成施設指定規則改正によせて—

平上 二九三

Renewal of Clinical Practical Education of Physical and Occupational Therapies

— Revising the Designation Rules for the First Time in 20 Years in the Training Facility —

Fukumi HIRAGAMI

要 旨

筆者の研究テーマは、臨床実践教育であることから、医療現場の実態をつぶさに観察し続けてきた。筆者はこれまでに学生が臨床実習後に自らの体験を振り返ることで、臨床実践能力を深めていく授業科目を担当してきた。臨床実習で経験してきたことを他の学生に教え合い、体験を共有するグループ学習を行ってきた。筆者は、この学習を通じて学生が、リハビリテーション専門職に求められている役割がわかるようになり、将来像につながる学びができていると実感している。

本稿では、近年の医療現場の変遷を垣間見、理学療法士作業療法士養成施設指定規則の改正に至った経緯と、そこで議論されたことに触れる。そのうえで臨床実習教育を刷新するために、臨床実習前後を連続した教育システムに再編したので紹介する。

Abstract

For the first time in 20 years, the Physical Therapist-Occupational Therapist Training Facility Designation Rules were revised and will be transitioned in the year 2020. On the basis of the minutes of the meeting, proposals such as whether increasing the number of units of clinical training, which are essential to therapist education, and evaluation before and after clinical practice should be made compulsory are controversial. However, although many practical tests conducted before clinical practice have been reported, only few evaluations and reports exist on educational content after clinical practice. Hence, continuous improvement of educational content throughout clinical practice has become an urgent issue.

This paper introduces a revised clinical practical educational manual that is a concretely improved and enriched version, and includes the “New Course of Study Guidelines” by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology.

キーワード：理学療法，作業療法，臨床実習，指定規則，教育マニュアル

Key words：physical therapy, occupational therapy, clinical practice, designation rules, educational manual

はじめに

日本の医療・介護制度は地域包括ケアシステムの構築に向けて着実に整備されつつある¹⁾。理学療法士と作業療法士（以下療法士）は、リハビリテーション専門職（以下リハ職）というくくりで、生活の自立支援と予後予測を含めた評価に対する役割が期待されている^{2, 3)}。リハ職には、急性期も回復期も維持期（以下病期）も早期退院に向けた多職種協働による評価が求められている⁴⁾。

一方、療法士教育の要である臨床実習は各病期で途絶し、学内教育とつながりがなく、リハ職としての役割やその学びを見失っていると言われてきた⁵⁾。そこで2018年、理学療法士作業療法士養成施設指定規則（以下指定規則）が、20年ぶりに改正され2020年度より移行される⁶⁾。このことから、臨床実習の在り方は大幅な見直しを迫られている⁷⁾。各養成校においては地域包括ケアを担う人材の育成へと大転換が求められ、臨床実習の再編が喫緊の課題になっている。

また、養成施設カリキュラム等改善検討会（以下検討会）の議事録を見てみると、臨床実習の単位数の増加や、臨床実習前の評価と臨床実習後の評価が議論されている⁶⁾。しかし、臨床実習前に実技試験を実施しているという報告は多いが、臨床実習後の評価や教育内容の報告は少ない⁸⁾。

本稿は、近年の医療現場の変遷を垣間見、指定規則改正に至った経緯を概観する。筆者の数十年の臨床・教育・研究の経験から見てきた学生が臨床実習で学ぶべきことは、①どのようなリハが必要なのかを考え出す評価スキル、②病前から現症を理解し退院後の生活を創造する技能、③患者と対話し多職

種協働で生活を支えていく視点、の三点と考えている⁹⁻¹⁴⁾。このことから、リハ職に求められる評価スキルを身に付けるために、文部科学省の新学習指導要領¹⁵⁾なども含めて、臨床実習前後を通して連続した教育システムに刷新したので紹介する。

1. 医療現場の変貌と新時代の到来

臨床実習に臨むにあたって、学生が理解しておくべき医療現場の変化と現況を5年前に遡って拾い出してみる。

(1) 社会のニーズと役割の変化

2013年社会保障制度改革国民会議¹⁶⁾を見ると、医療施設は個人すべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべきとされていた。それには、平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療体制であったが、今日では平均寿命が男性でも80歳近くとなり女性では86歳を超え、慢性疾患が多く、複数の疾病を抱えた患者が中心となると言われていた。

これを受けて、日本の医療・介護制度は2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築をめざして大きく変化し、特にリハ職に期待されていることは、以下の二つが挙げられていた^{2, 3)}。まず自立を支援するための様々な手段をもつこと、次に生活機能の予後評価ができることである。要するにリハの評価が期待され、担うべき役割が変わってきている。

(2) 社会からの批判と問題の核心

2014年度診療報酬改定¹⁷⁾では、各病期においてもできるだけ早期に退院させ、地域（在宅生活）に

戻す仕組みを整えるとされた。また、2015年高齢者の地域における新たなリハの在り方検討会報告書¹⁸⁾を見ると、人が生きていくための機能全体を「生活機能」と捉え、この「心身機能・活動・参加」の三つの要素の中で、もっと参加レベルに目を向けるべきと批判された。これまでのリハは、機能回復訓練に偏りがちであり、状況に応じて個別的で具体的な対応が必要と厳しい目が向けられた。2015年の介護報酬改定¹⁹⁾では、社会参加支援加算が新設され、リハは自立支援が基本であることから、リハ提供を終了した者は卒業者とされた。

2015年に療法士協会の会長らは、リハ職の動向に関する座談会⁵⁾において、臨床実習が形骸化し学内教育と臨床実習の一体感がなく、学校と実習の学びが繋がっていないことを議論し、今の臨床実習教育では国民的評価は落ちると危惧していた。そして、2016年に衆議院で臨床実習の医療行為に関する無資格診療の疑いなどの質問を受け⁷⁾、指定規則の改正に至った経緯は後にも触れる (p.5)。

(3) 量から質への転換

2016年度診療報酬改定²⁰⁾では、要介護認定者がリハ医療を受ける場合は、算定日数の三分の一が経過した時点で、目標設定等支援・管理料が新設された。実施すべき内容は、リハ職が患者の生きがいや価値観等をどう認識したか？ 目標設定ではどのような活動ができるようになるのか？ 今後リハが必要な場合は介護サービスへの紹介・見学・体験などの提案は？ それを患者家族がどのように受けとめ理解したのか？ の四点が求められた。リハ医療と介護サービスの一体化した提供が求められ、この改正は、学内教育にも導入すべき点であり後で触れる (p.13)。

また、2016年度診療報酬改定²⁰⁾では、回復期リハ病棟にFIM (Functional Independence Measure, 機能的自立度評価) 改善のアウトカム評価として実

績指数が求められた。実績指数は、各患者の運動FIM利得 (退院時得点 - 入院時得点) の総和を、各患者の (入院日数 ÷ 疾患ごとの上限日数) の総和で除すことで算出される。実績指数が27点未満の場合は、上限9単位が6単位までとされ、リハ提供の量から質への転換であった。2018年度診療報酬改定²¹⁾では、実績指数が37点以上に引き上げられ、これにより一層入院日数の短縮が促進されることになり、アウトカム評価にプロセス評価が強化された。

(4) 新時代を担う療法士像

リハ職が地域包括ケアに関与することで、自立支援のプロセスを多職種と共有したマネジメントが期待されている²²⁾。つまり、理学療法や作業療法を通して、自立支援の道筋を示す評価が求められている²⁾。リハ職は対象者を患者ではなく、生活者として捉えて生活機能を評価する役割が求められ、新時代を担う療法士像に変わろうとしている³⁾。

文部科学省は、Society 5に向けた人材育成²³⁾で以下のように謳っている。『高齢化の進展に伴い国民医療費が増大しており、高齢者の健康維持や医療費等の抑制も課題である。我々が目指すべき社会は、経済性や効率性、最適性だけを追求した無機質なのではなく、あくまでも人間を中心として、一人一人が他者との関わりの中で「幸せ」や「豊かさ」を追求できる社会であるべきであろう。例えば、健康・医療分野においては、今後、「病気を診る」ことはAI (人工知能) が行い、医師は「病人を診る」ことにこれまで以上に向き合うことができるようになるだろう。このような変化が、社会のあらゆる分野において起こっていくと考えられる。大学で学ぶ前提として、狭義の学力だけでなく、主体性や協働性、自己調整などのメタ認知能力、他者に対する共感等についても、各学位プログラムの特質に応じながら、入学者選抜において問われるべきであろう。』と情報社会 (Society 4.0) に続く、新たな人材育成を促

している。

同様に某経済誌²⁴⁾では、社会が必要とする医療専門職は、時代によって変わると以下のように報じていた。「これまでの医療の柱だった急性期の需要が減り、回復期の需要が増す。回復期病院では、在宅復帰に向けた入院医療を提供するのが仕事になる。回復期では、急性期病院や介護事業所、自治体との連携をマネジメントし、患者や家族に寄り添う人間力が求められる。医師をはじめ、医療につながりをもって協働する人材養成は急務になっている。」と報じた。

今日、地域包括ケアの柱となる療法士にとって、教育の見直しは待ったなしである。早急に育成すべき資質や能力を明確にした教育体制に再編しなければならない。

2. 指定規則改正の要点と残された課題

(1) 臨床実習評価の再考

指定規則改正に関わる議事録²⁵⁾を見ると要点は、①総単位数の増加(93→101単位以上)、②臨床実習単位数の増加(理学療法18→20単位、作業療法18→22単位)、③教員資格と実習指導者資格の厳格化、の三点である。今後は、訪問リハと通所リハにおける実習を1単位以上、および臨床実習前の評価と臨床実習後の評価の必修化、の二点をカリキュラムに含めなければならない。特に実習前後の評価を学内教育にどのように組み込むかが課題となる。

実習前の評価は、客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination: OSCE)を行っているという報告は多い²⁶⁾。OSCEは判断力・技術・マナーといった基本的な臨床技術を客観的に評価するため、現場で必要とされる臨床技術の習得を評価する有効な方法とされている。しかし、実習後の評価や教育内容の報告は少ないことから、実習前後で連続性のある教育システムを再構築しなければなら

ない。

ただし、その後の養成施設指導ガイドラインに関するQ & A²⁷⁾によると、「臨床実習前後の評価は、指定規則において臨床実習の単位に含むこととし、その評価方法及び単位数(評価時間)等については養成校の定めるところによる」とされており、この点はまさに骨抜きと言わざるをえない。各養成校は独自に臨床実習教育を再編することになり、以下に教育評価の観点から再考する。

(2) 教育評価の理論から再考

教育における評価の理論²⁸⁾を提唱した梶田は、学力を水に浮かんでいる氷山に喩え、僅かに水面から表出している部分として「学んだ力」(知識・技能)とし、水面下の隠れた部分を「学ぶ力」(思考力・判断力・表現力)としている(図1)。このことは「技能」といった客観的に可視化して測定できる部分と思考力・判断力・表現力といった単純には測定不可能な内面的な要素を含む学力観を念頭にしている。

言い換えると臨床実習後の評価は、学んだ力の技能が直接測定できる。具体的に「何を学んだか・何ができるようになったか」は、客観的な論述問題として評価できる。レポート課題から、技能としての思考力・判断力・表現力の評価が可能になる。臨床実習後に学習成果(learning outcomes)として技

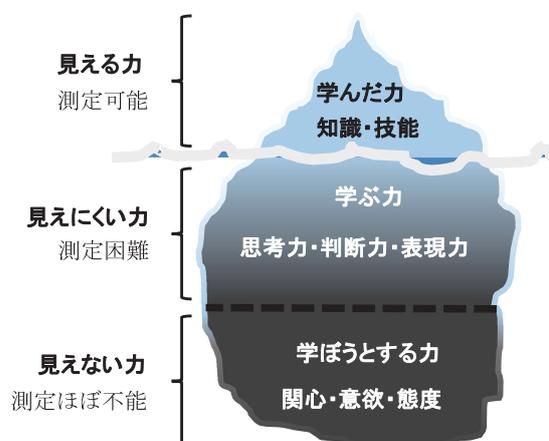


図1 教育評価の理論「学力の氷山モデル」

能が、測定可能になることから、その評価法について後述する (p.12)。

(3) 二つの対立議論と思索

臨床実習の目的や教育目標を指定規則に反映させるべきだとした議論について、検討会議事録²⁵⁾を見ると、構成員2名の対照的な意見が興味深い。A員は、診療参加型実習を打ち出したいに対して、B員が、医学部の臨床実習でもできていない。一方、A員は、学生が実施可能な医療行為は全国統一されるべきに対して、B員が、各養成校・各実習施設で試行錯誤している段階である。これらに対し、座長は二点とも理解には段階的なプロセスが必要であることから努力規定とし、5年後に指定規則改正すると結論づけた。そこで、「参加」と「行為」に関して以下五点から私見を述べる。

1) 「参加」と診療参加型実習

林は教育評価における「参加」には、個人で学ぶ「参集」、集団で学ぶ「参与」、組織で学ぶ「参画」の三つの形態があると言う²⁹⁾。通常の診療参加型実習は、学生個人の「参集」で学びは患者や指導者から受け

る。複数の指導者から学ぶことはあっても、集団・組織から学ぶ参画はあまり期待できない。

参加して学ぶとは何かを段階的に示した今井の「知らない・知る (参集), 分かる・行なう (参与), できる・共有する (参画)」も参考になる³⁰⁾ (図2)。実習前には知らなかったことを実習で知る, 実習中に分かったことを行なう, 実習後にできるようになったことを卒後に向けて他の学生と共有する, といった参加型学習も考えられる。「できる」を「共有する」レベルに高めておくことが臨床実習後の課題になる。

図2の第1・2段階は認知レベルであり学内教育の学修, 第3・4段階は臨床実習での学習になる。学生が臨床実習で成長するには「分かる」から「行なう」の行動に移す状態である。特に第4段階の学びが診療参加型実習になる。指導者の医療行為の意図が学生に伝わることは容易いことではなく, 指導者は意図をどのように伝え, 学生はどう受けとめるか, そこが診療参加型実習の学びの根幹になる。最後に第5段階の「できる」から「共有する」ことは, 実習後に学内教育で学修できる。

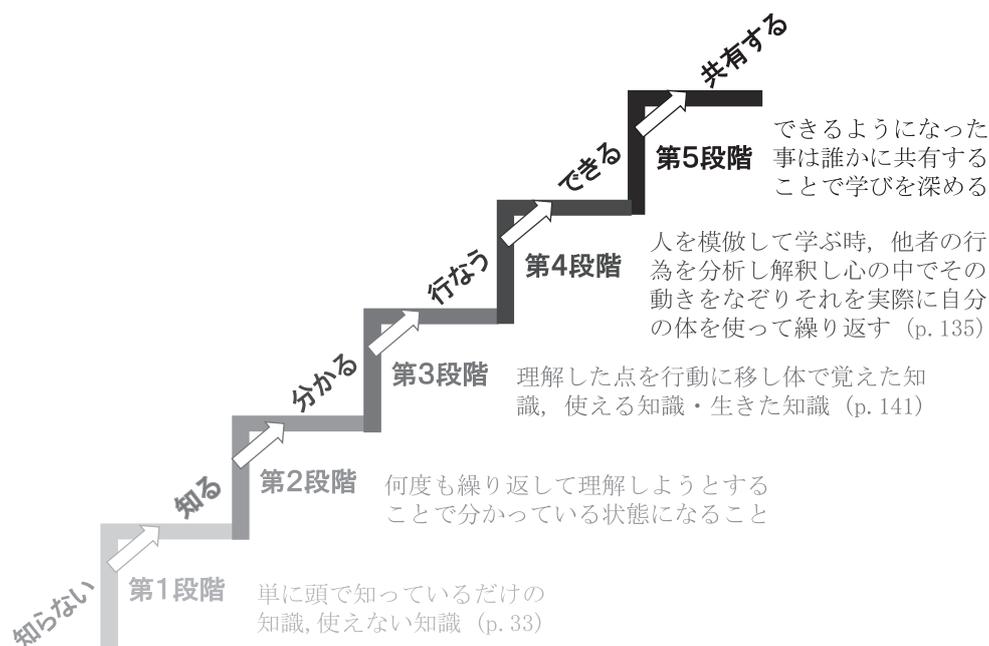


図2 臨床実習教育の学びの本質と成長の6ステップ (文献30を基に筆者が作成した)

2) 「行為」と診療参加型実習

「行為」については臨床現場で、聞いて・見て・まねて・教え合う屋根瓦式教育の土壌があるのかといった指摘もある³¹⁾。指導者自身が先輩に教えられ、後輩に教える職場環境であるのかどうかという問題である。

西城は、学生は指導者の背中を見て学ぶことになるが、これを伝統的徒弟制度に留めるのではなく、認知的徒弟制度という方法で、段階を踏んで指導者が学生にわかりやすく練習させる必要があると述べている³²⁾。

しかし、指導者は20分1単位の臨床業務に追われていることから、現場で行為の意図を伝達する時間を確保できない現実問題がある。この点が診療参加型実習を難しくしている。学生はこの点をよく理解したうえで、後述する臨床的観察力と分析力を養う必要がある (p.13)。

3) 「行為」と行為の省察

反省的実践の概念を提唱したSchönは、問題解決のための行為よりも、行為のための問題認識ができない、この点が熟練者と初心者との違いであるとした³³⁾。また、熟練者の行為には、共通して三つ過程があるとした。それは、行為の中の知 (knowing-in-action)、行為の中の省察 (reflection-in-action)、行為についての省察 (reflection-on-action) であると言う。

Wainwrightらは、熟練理学療法士の実践には、行為の中の直観的な知、気づきに対する行為の中の調整、自分の行為について振り返る過程があると報告した³⁴⁾。熟練者は、評価のルーチンワークの中で、患者の思いがけない機能を発見し、その機能を活動につなげるために試行錯誤する。そうした場面を後で自分の行為について省察していると言う。

患者の抱える問題を認識することが評価スキルであると思われるが、学生は、熟練者の行為に思考過程があることを知っておくべきである。哲学者

Schönの功績は、熟達者の行為から反省的実践家へ、そして専門家 (プロフェッショナル) 教育³⁵⁾ へと多くの示唆を与えており参考になる。

4) 医療行為の基本技術と臨床技能

医療行為⁷⁾ については、学生が指導者の行為の意図を読み取ることで、診療参加型実習が成立する。先述した衆議院での臨床実習に関する無資格診療疑いの質問に対応した、2018年の理学療法と作業療法の臨床実習の手引きから^{36, 37)} を抜粋してみる。

まず理学療法は、学生が実施できる理学療法行為の範囲とその基本技術の水準として三項目に分けている³⁶⁾。一方の作業療法は、臨床実習において学生による実施が許容される臨床技能とその水準として、同じく三項目を設けている³⁷⁾。

水準1の行為は、理学療法が指導者の直接監視下で学生により実技されるべき項目とし、作業療法は指導者の監視下で実施できる項目および状態としている。両者の共通点は、水準1の行為を遂行するために必要な資質・知識・技術の修得が臨床実習前の教育目標で、臨床実習終了時の教育目標は対象者に水準1の行為を遂行できることとしている。

基本技術と臨床技能については、技術と技能の違いを後で述べる (p.9)。

5) 三つの対立議論と思索

先の検討会議事録⁶⁾ によると残された課題として、以下の三点も指定規則改正の核心となる。一点目、A員は教科書で学ぶのではなく実体験し実践的に学ぶに対して、B員が学生は指導者とマンツーマンで診るレベル。二点目、A員は現場で臨床推論を磨き思考・技能・態度を学ぶに対して、B員がこういう場面の体験は必要だが学生には理解しにくい。三点目、A員は他部門の業務を体験し他職種と実践的に学ぶに対して、B員が成熟したチームでないとして学生は混乱し理解できない。

このような議論がなされていたが、筆者はA員に同調的な立場である。確かにチーム医療は、リハの

医療現場で先進的な取り組みの報告があるものの、入院早期に患者・家族を含めてチームが統一した目標設定を示しているかと言うと現実には徹底されているとはいえない³⁸⁾。しかし、学生には三点とも学内教育で実習を振り返り、その重要性を認識させたい。さもないと以下に述べる新しい教育目標は、再び骨抜きになってしまう。

3. 臨床実習教育の刷新

各養成校は新指定規則の内容を踏まえ、現状に基づいて臨床実習前後の関連科目の再編や講義シラバスも見直す必要がある。しかし、養成校の教育体制は4年制大学、3年制の短期大学、3・4年制の専

門学校など多様であり、実習施設側の指導体制も異なることから、各養成校は実状に基づいて教育方針を策定し、できることを誠実に実践することになる。

そこで、社会から求められている療法士の養成には、卒前・卒後を通じて連続した教育システムのグランドデザインを示すことが必要である。この全体構想には、学習指導要領の考え方³⁹⁾を参考にし、アクティブ・ラーニングの視点に立って新たな枠組みを構築した(図3)。この枠組みの特徴は、方法は指定規則に従い、臨床実習前後において目的・目標・方針・手段に分けたことである。特に卒業時の目標は、Society 5の人材育成²³⁾の「学位授与に至る過程で、その学生が何を身に付けることができたかが、その後学生が活躍する社会において理解されるよう、可視化されていることが重要となる。」とした。

1) 指定規則に基づく教育の目標による段階づけ
新指定規則に謳われている療法士教育の目的は「高度・専門化、多様化する保健・医療・福祉・介護等のニーズに対応するため、臨床現場における実践を通じて、基本的理学療法技術の修得を図り、地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材を養成すること」と明記されている²⁵⁾。

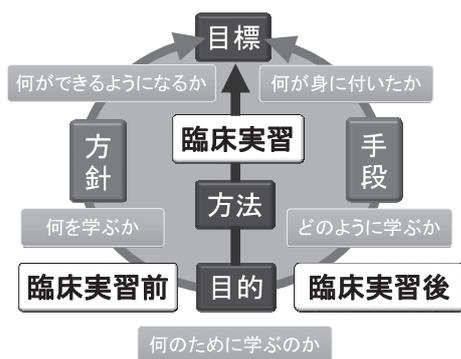
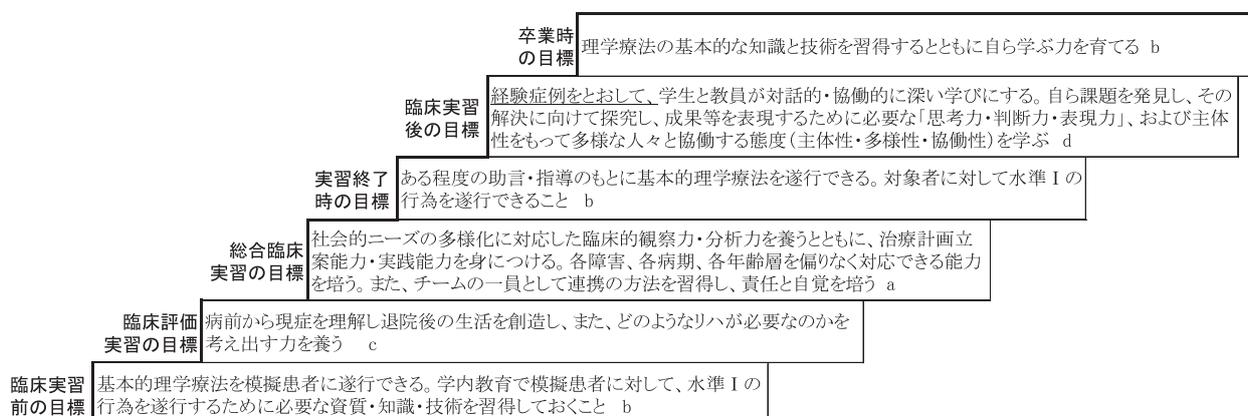


図3 臨床実習教育の新しいグランドデザイン
(新学習指導要領を参考に筆者が作成)



a 理学療法士・作業療法士養成施設指定規則の改正(厚生労働省)
b 臨床実習教育の手引き改訂第6版改訂案(理学療法士協会)
c 指定規則に臨床実習の指針がないことから筆者が作成
d 新学習指導要領(文部科学省)から筆者が作成

図4 臨床実習前・後における教育目標

臨床実習の目標は、図4の中の総合臨床実習の目標のとおりである(図-a)。臨床実習前の目標と実習終了時の目標、および卒業時の目標は、図-bに示すとおりである³⁶⁾。また、臨床評価実習の目標(図-c)と臨床実習後の目標(図-d)は筆者が作成した。なお、図-dは学習指導要領¹⁵⁾にある教育目標を下線部のみ修正した。以上のことから臨床実習の教育目標が連続的に段階づけされる(図4)。

2) 教育の方針と手段は養成校が独自に設定

新指定規則に教育の目的と臨床実習の目標が明記されてはいるものの、教育の指針である方針と手段は示されていない。目的は長期的で抽象的であり、目標は何をどのように達成するのかで、その具体化に向けては養成校が独自に設定することになる。したがって、教育の指針は、臨床実習前に「何を学ぶか」を方針とし、臨床実習後に「どのように学ぶか」の手段については、養成校が明確に示す必要がある。方針は、目標に向けた指標であり、優先順位の高いものを道標とし、学生自ら「何ができるようになるか」を考えさせる。そして、手段は目標を実現させるための具体的な手立てであることから「どのように学ぶか」は、養成校が独自に学生へ提示することになる。

3) 臨床実習教育の目標における新たな学習成果

臨床実習の教育目標に則って学生が「何が身に付けることができたか」(Society 5の人材育成²³⁾)は、

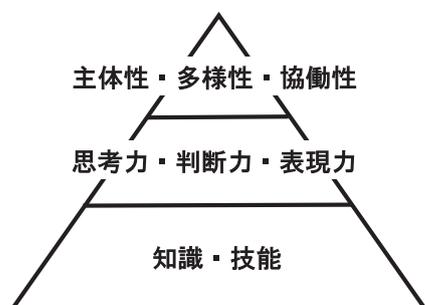


図5 学力の三要素
(2016年学習指導要領の改訂より)

先述した「学力の氷山モデル」が学習成果の参考になる。あわせて、学校教育法による規定や学習指導要領¹⁵⁾の「学力の三要素」からも「何が身に付いたか」を参考にする。

学力の三要素とは、要素1が学力の基礎になる「知識・技能」で何を理解しているのか・何ができるのかの習得である。要素2は、知識・技能の上に築かれる理解していること・できることをどう使うかであり、その「思考力・判断力・表現力」を養う。つまり、様々な状況のなかから問題点を見つけ、解決の方向性を探り、方法や計画、結果の予測などを判断し表現する力を養う。要素3は、二つを土台としたうえで学びを人生や社会生活に活かそうとする「主体性・多様性・協働性」の学びに向かう力と人間性を育てるという三段重ねの枠組みである(図5)。

特に思考力・判断力・表現力は、学習指導要領で以前から重視され、2020年度の大学入試改革に向け、高校の教育で培う力の柱とされている。また、文部科学省は、大学入学後も培った力をさらに伸ばすため、育てる人物像を明確にし、厳密に卒業認定を行なうことを求めている。思考力・判断力・表現力は、高校教育改革と大学入試改革および大学教育改革の三位一体改革の柱になっていることから、臨床実習の学習成果にも位置付けられる。

4. 臨床実習前のレディネス(準備)

臨床実習前に、何のために学ぶかは、新指定規則の教育目的を学生に理解させ、評価スキルの修得を方針に掲げる。学生が、実習に臨むにあたっては一人ひとりに主体的に目標を立てさせる。このことについて以下に述べる。

(1) 何のために学ぶか：目的

2020年度より新しい指定規則に移行する教育目的

は、次の二点であった¹⁵⁾。教育目的は、多様化する保健・医療・福祉・介護等のニーズ対応するため、また、地域包括ケアシステムに資する人材養成のためである。したがって、「何のために学ぶか」は、社会のニーズに対応し地域包括ケアの担い手として、技能を習得するためであり、このことは理学療法・作業療法の共通したコアの学びとなる。

(2) 何を学ぶか：方針

臨床実習に臨むにあたって「何を学ぶか」の方針は、「病前から現症を理解し退院後の生活を考える技能」と「どのようなリハが必要なのかを考える技能」の二点を掲げる。このことが、リハ職に求められている評価スキルそのものであることを、学生に教育方針として示す。方針とは、道標のような大まかな道筋であることから、心構えとして臨床実習の学び方として以下の四点を周知しておく。

1) 心構え1：評価の本質

リハ評価とは、心身機能、日常生活の活動性、社会生活への参加を生活機能として把握する作業のことと学生は習っている⁴⁰⁾。しかし、一般的に評価(evaluation)とは、価値(value)あるものを見出し判断すること、ある事物や人物についてその意義・価値を認めることである。評価(スキル)で大事なものは、意味のあるデータから価値のある情報を如何に見出すかである(下線は後述の図6)。ただし、リハ評価を生活機能から捉えようとする、以下の二点が問題となる。一つは、医療情報、もう一つは時間軸(経過や変化)の問題は生活機能の要素には含まれていない。両者をどのように補完すればよいのかについては、実習後の三つの課題として、あらかじめ学生に周知するために後述する(p.12)。

2) 心構え2：技能と技術の学び

技術と技能の違いを知っておくべきである⁴¹⁾。「技術」は教科書で習った知識であり、会話などで他人に伝達可能である。一方、「技能」は作業を遂行す

る能力のことで、個人の中に熟成されるため、他人に伝達不可能である。「技術」は方法・手段であり客観的・理論的であるが、「技能」は行為・能力であり個別的・主体的である。本稿では技能とスキルは同義とする。

ここに学内教育と臨床実習の学びに大きな違いがある。学内教育では知識・技術を学んでいるが、臨床実習では技能・態度を学ぶことになる。技能と態度は臨床現場でしか学べないことであり、学内教育で代替できるものでない。例えば、自動車の運転免許を取得するには、運転の仕方を知識・技術として修得しただけでは運転できない。施設内と路上の技能試験に合格しなければならないのと同じである。

3) 心構え3：臨床実習では技能を学ぶ

臨床実習では技能を学ぶということを、2018年の作業療法と理学療法の臨床実習の手引き^{36, 37)}から抜粋してみる。以下は、臨床実習の学びとして重要な一文である(下線は筆者による)。

作業療法では臨床実習における一般目標と行動目標が、基本的態度・臨床技能・臨床思考過程とされている。そのなかで臨床技能は、情報収集・面接・観察→検査測定→治療→再評価とされ、臨床思考過程は、評価計画立案→評価結果の整理→目標設定→プログラム立案とされている(p.31)。そして、臨床思考過程である利点と問題点の整理、統合と解釈、目標設定、プログラムの立案は、作業療法士として欠かせない臨床推論の育成につながる学習内容を含む。これらの指導は、臨床実習の過程における技能指導の場面において、ディスカッションを重ねながら指導する。この指導も見学-模倣-実施の教育プロセスで学習させる(p.34)。

一方、理学療法では、見学-模倣-実施の原則は運動スキルと同様に認知スキルも意識して指導を行う。熟練した理学療法士が、収集したデータや情報をどのように使用しているのか、過去の経験や学ん

だ知識を使ってどのような解釈や仮説立案を行っているのかという、いわば情報の処理過程での思考的スキルのことである。学生には経験がないので、学内で獲得した知識や技術を臨床で発揮することができない、知識や技術の使い方を知らないのである。そこで、指導者が先ずデータや知識の使い方を学生に見せ、次の段階で模倣させることが必要である(p.52)。

臨床実習の手引きとして理学療法と作業療法の差異を論及するつもりはないが、両者の意味するところは本稿の主旨に共通している。学生は模倣の学び方ができてこそ診療参加型実習になる。

4) 心構え4：臨床現場での学び方

療法士ならではの臨床技能と臨床推論、および認知スキルと思考的スキルを身に付けるために現場で学ぶ。それらは現場でしか学ぶことができない。現場での学びの要素として、学生は以下の点を心得ておく。

患者と多職種が、フェース・トゥ・フェースで同じ時間と空間で、相互にやり取りしているのが臨床の現場である。そのなかで学生は、今、ここを共有する具体的な場⁴²⁾において、オープンな(境界のない)対話から価値ある情報は生まれる、そうした現場での学び方を知っておくこと。そのことで診療参加型実習が成立する。

学びの現場は「知の場」⁴²⁾と呼ばれ、臨床で得た情報は知識と考える。学生にはこの切り替えが難しい。そこで「知のピラミッド」を紹介す

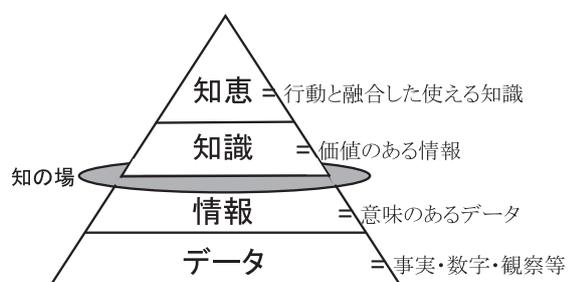


図6 知のピラミッドと知の場

る。患者の「データ」は多様で大量になるが、そのなかで重要な「情報」を取捨選択していく。患者にとって「意味あるデータ」を拾い出す。しかし、実際に現場で患者・家族に対面し確認していくと(これが知の場)、「価値のある情報」が浮かび上がってくる。知の場で患者固有の具体的な今、ここで必要なことは何であるのかに気づく。それが「知識」である。知識は患者にとって価値があり、先述した評価の本質である。また、価値ある情報の知識を見出した経験からは、次の患者にも応用できる「知恵」を得る。患者から得た知識を知恵に昇華することこそ臨床技能の成長への一歩と言える(図6)。

5) 心構え5：患者から学ぶ

上述した学びを平山らは、臨床実習における二重の応答性の生成と呼んでいる⁴³⁾。まずはじめに学生は、患者に対して一方的に理学療法を提供し、患者からの拒絶を受ける。次に、患者の身体反応を感じることができるようになる。そして、患者が新しい身体と生活世界との再構築へと応答していることに気づき、その応答に理学療法士として応答しようとする。二重の応答性を獲得することによって、初めて患者に医療従事者が受け入れられていくのであると説明している。

この応答しようとする行為は、理学療法士というよりリハ職としての自覚であり、役割・責任といった態度になる。このことこそ、臨床実習において学生が学ぶことである。まさに認知スキル(思考的スキル)は、患者のリアルで切実な問題に真剣に向き合うことでしか学べない。

(3) 何ができるようになるか：目標

実習前における学生への指導内容として、「何ができるようになるか」(何ができると思っているか)は、実習前に学生自らが目標を立てる。ただし、このことは指定規則第2条第2項関係で、臨床実習の教育目標の四点を踏まえるものとする。①臨床的観

察力と分析力を養う，②治療計画立案能力と実践能力を身につける，③各障害・各病期・各年齢層の患者に対応できる能力を培う，④チーム連携の責任と自覚を培う，以上の四点である（図4-a）。

1) 自ら学ぶ-1：実習に臨むにあたって

実習前に学生には実習指導者は，①臨床実習で学生が学びたいことに応えたい，②患者の生活自立の支援を理解してほしい，の二点が念頭にあると伝えられている。そのため，実習前に「何ができるようになるか」を学生自身に考えさせておく。そうすることで実習後に学生個々の学習成果が見えるようになり，学内教育と臨床実習の学びの違いが自覚される。学内教育では知識と技術の修得，臨床実習では思考力・判断力・表現力の三つの技能の習得であり後で詳述する（p.12）。

2) 自ら学ぶ-2：評価のプロセスを知る

例えば，実習前に「何ができるようになるか」を学生に考えさせるためには，理学療法過程⁴⁴⁾が手がかりになる。教科書的なリハ評価の過程は「情報収集→検査・測定・観察→統合と解釈→問題点の抽出→目標設定→プログラムの立案→実施」のプロセスがある。このプロセスから「何ができるようになるか」の目標を掲げるのも有効である。

評価とは狭義には，情報収集，検査・測定，統合と解釈をさすが，実際には問題点の抽出，目標設定，治療計画の作成までである。「情報収集」とは現病歴，既往歴，画像データなどから医療情報を収集し，社会的背景や環境的背景なども含めて患者・家族の意向に合わせて目標設定の参考となる情報を収集する。「検査・測定」とは疾病や障害の特性と全体像の把握を考慮し，検査・測定項目を実施する（観察もここに含まれる）。「統合と解釈」とは収集された情報と検査・測定結果を解釈し，それらの関係から期待される成果とともに統合・整理し，リハの方針として決定する。特に画像の理解は，多職種連携と合わせて，指定規則の中で学ぶべき事項として必修

化されたことにも留意する²⁵⁾。特に最近では，X線やCT・MRIの画像情報を欠いていることが多い。

3) 自ら学ぶ-3：内省が学びの基本

実習前に「何ができるようになるか」の目標として，内省（リフレクション，前出の省察と同義）ということを知ってほしい⁴⁵⁾。リハ評価で一番大切なことは，患者のニーズを把握することである。ニーズを捉えるには，退院後を見越してリハ医療の必要性を考えることと，患者からの要望（デマンド）の両面を勘案しなければならない。そのためには患者のおかれた生活環境や心理面（後述p.14）を十分に理解したうえで，その要望の理由となっている背景，価値観，状況について傾聴する必要がある。患者家族が感じている望みや表現された意味を踏まえた後に，リハ職として実現可能性のある最善のリハ・ゴールを設定することがプロフェッショナルたるゆえんである。療法士個々の独善的な目標設定は通用しない。

そこで，熟練者は自己を省みるリフレクションを繰返している。学生自身も「何ができるようになるか」について内省を常に意識してほしい^{46, 47)}。内省を繰返すことで，役割と責任を自覚し，将来像のイメージにつながる。実習で成長する学生は，内省により体験を肯定的に意味づけし，職業意識に目覚めたとも言える。患者に正面から向き合い，何か良い考え方・関わり方が他にないか，内省の頻度を多くし深く内省してほしい。内省の頻度が多くても内省が浅いようでは成長しない。

5. 臨床実習後のリフレクション教育

実習後には学生が「何を学んだのか」を内省することで，臨床実践能力を養う30時間1単位の授業科目を設けている。本科目では，思考力・判断力・表現力に主眼を置き，学生と教員が対話的・協動的に学びを深める。そのプロセスは，まず学生同士が実

習で経験してきたことを伝え合い、体験を共有するアクティブ・ラーニングを行う。その後、学生一人ひとりの学習成果を評価するために、到達レベルの評定基準を設け、教員が卒後にできるようにしてもらいたいことをフィードバックする。筆者は、この授業を通して先述したリハ職に求められる評価スキルや多様な見方と考え方がわかるようになり、学生同士が共有し、将来像につながる学びができると実感している。このことについて以下に詳しく述べる。

(1) どのように学ぶか

1) 臨床実習後の評価とその必要性

文部科学省は、①自ら課題を発見し、その解決に向けて探究し、成果等を表現するために必要な「思考力・判断力・表現力」、および②主体性をもって多様な人々と協働する態度（主体性・多様性・協働性）を学びの三要素として重視している¹⁵⁾ (図5)。両者の学びを実現させるための手段は、各養成校が学生に「どのように学ぶか」を提示しなければならない。指定規則にはこのような指針は示されていないが、学習指導要領には明記されている。

また、両者の学びは、実習後に学生の経験に基づいて学内指導すべき内容である。「どのように学ぶか」は、見学実習（患者への対応の見学）、評価実習（患者の状態等に関する評価）、総合臨床実習（患者の評価から治療）における体験学習である。一連の実習を通し、学生個々の経験症例を振り返ること

で思考力・判断力・表現力の学びが可能となる。

一方の主体性・多様性・協働性は、グループ学習により卒後に向け将来像をイメージした学びが可能になる。学年を越えた縦のつながりを育むために、上級生の実習後セミナーを下級生が傾聴することや卒業生が作成した症例レポート集（B4サイズ1枚のセミナー資料）を活用することも有用な手段である。臨床実習後の評価の意義は、成績判定よりも技能としての思考力・判断力・表現力を高め、卒後のキャリアアップにつなげることである。

2) 経験症例から学ぶ技能

リハ評価の技能を養うためには、個々の経験症例を通して思考力・判断力・表現力をリフレクションする。主体性・多様性・協働性は、現場で求められている見方・考え方・関わり方として臨床実践力を養う。

「思考力」といえば、生まれつきもっている素質や臨感的感性のようにイメージされるが、そうではない。患者の情報を集める、読み取る、整理する、理解する、特徴づける技能である。また、「表現力」は、単に知っている、わかっているレベルから、チームで共有し行動を促すために発信する技能である。思考力と表現力は、具体的な方法や手順に基づけば、だれでも一定のレベルまで習得できる（表1）。

しかし、「判断力」は思考力と表現力と異なる。最善のリハを提供するために今、ここで何が一番重要か？ 最良の介入方法は何か？ 治療手段は何か？ 効果的な訓練課題は何か？ 攻めの積極的な

表1 臨床実習で経験した患者を振り返り、内省し、症例を要約するための手順

① 思考力				② 判断力			③ 表現力		
「医療人」として人の生活を支える意識				「問題点の抽出」は発想の転換			独善的な「目標設定」からの脱却		
病前を知り今の医学的な問題を理解				「四側面」から全体像と経過を知る			チームで目標共有し共同作業		
元の生活 基本属性		診断名	検討日	強み・活かせる点(介入ポイント)			方針・目標(方向づけの提案)		
病前(入院前)	年齢	性別	臨床像(診療経過)	1ヵ月後に～					
			障害像(生活機能)	一段上の活動的な～					
		主病名(入院時)	心理面(個性)	実現可能性を示す					
		術後・発症後	環境面(人・物・制度)	退院後の生活を念頭に					

りハ・リスクに配慮した守りのケアか？ 等等など熟慮する過程がある。思考過程から医療として必要なりハ・ニーズを見極めなければならない。そこに判断力という学ぶべき専門的な技能がある。また、判断力は移り変わる物事のその時々のある様（状況）のなかで、ある時点のある様（状態）で決断したという根拠がある。根拠をもって判断することが、先述した行為についての省察（reflection-on-action）であり、臨床実習後の評価である。

3) 臨床的観察力・洞察力

判断するレベルとして、例えば先述した冰山モデルでいうと、海面上に見えるもの、水面下で見えにくいもの、氷山の底の見えないものがある（図1）。臨床実習でいうなら学生が見えるものは見学（姿勢など）、見えにくいものは観察（動作など）、見えないものは洞察（何を考えているのか）にあたる。指導者の医療行為の意図を読み取ることも洞察であり、また、患者の潜在的なニーズも洞察しなければ見えない。このことから、臨床実習では見学、見学よりも観察、観察より洞察と深い学びがある。実際、指導者が学生に医療行為をやらせてみようと思えるのは、指導者の行為の意図を読み取ろうとする学生の観察力にかかってくる。患者の潜在的ニーズを読み取ろうとする洞察力も同様である。

いずれにせよ臨床での学びは自ら学ぶ・患者から学ぶ・経験から学ぶ⁴⁷⁻⁵⁴ ことでレベルアップする。そのためには、今日経験した患者のリアルな切実な問題を振り返り、その日の内に自分で内省し、新たな思考力を養い、次の症例に活かすという学びが肝心で、その学習習慣が身に付けば、実践力はスパイラルアップする。

4) 症例レポートからの課題

一方、WHO（世界保健機関）は、ICD-10（国際疾病分類）とICF（国際生活機能分類）の相互利用を推進している。2016年度の診療報酬改定では、医療から介護保険への移行促進にあたって、先述した

要介護認定者に目標設定等支援管理シートの作成が義務づけられた。この書類作成には、①患者のおかれている状況をどう理解するか（思考力）、②自立支援や予後をどう考えるか（判断力）、③方針や目標をどう発信したか（表現力）を記述することから教育戦略として応用できる。

分寺は、思考力・判断力・表現力といった高度な認知能力は、論述試験や面接などの方法によって測定可能であると報告している⁵⁵。そこで、以下のレポート課題を作成した。学生が臨床実習の成果物として作成した症例レポート（セミナー資料）を材料に作成する。

「患者の抱える複雑で多様な問題を整理し、誰が見てもわかりやすく特徴づけ、そして、自立支援に向けてどのように多職種が関わっていくか方向性（介入ポイント）を示し、いつまでに何をめざすのかという目標設定では達成可能性の根拠について、自分の意見を600字で要約し60字のタイトルを作成せよ。」

目標設定は、そもそも専門職ごとに考えるものではなく、あくまでもチームが達成すべきことを共有することである。

(2) 何ができるようになったか・何が身に付いたか

1) 症例レポートから深い学びに

深い学びと主体的な学びに加えて対話的な学びは、アクティブ・ラーニングの視点からの授業改善で重要視されている⁵⁶。それに沿って、実習後に「何ができるようになったか・何が身に付いたか」は、学生と教員が対話的・協働的に深い学びから確認する。この目標には、①患者と対話し多職種協働で生活を支える視点、②自らの考えを正確に伝えるための表現力を磨く、の二点を掲げておく。

2) 課題1：何をもちて全体像とするのか？

主体的に深い学びに学生を導くためには、二つの工夫がある。それは、患者から学ぶべき新たなキー

ワードを提示し、その意味づけを理解して実践活用することで深い学びになる。そのキーワードとは、四側面評価の「臨床像、障害像、心理面、環境面」の四つに加えて「介入ポイント」である。

四つの定義は以下のとおりである⁵⁰⁾。「臨床像」とは疾病と病態の理解や医療の流れに関する情報、「障害像」とは身体の運動機能や活動能力の障害特性、「心理面」とは精神心理的・知的・意欲などの個性、「環境面」とは生活環境に関する人的・物的・制度的な情報、と定義している。

学生の症例レポートの内容は、障害像が主になり、臨床像とのつながりが薄く、この二つを医療情報とするならば、非医療情報の心理面と環境面はなお希薄になりやすい。障害像の特性とは、特に優れている点に考慮してほしい。障害像は「問題点の抽出」というネガティブな側面ではない。

全体像である患者のおかれた状況は、この四側面にそれぞれ時間軸をもって理解する必要があり、経過や変化の視点から捉える。各時間軸の定義については、臨床像は現症の変化に着目、障害像は回復・改善の可能性、心理面は病前と現状との乖離、環境面は転帰先などの要望などである。学生にとって経過と変化といった時間軸をもたせた解釈はむずかしいところである。全体像は、縦軸に身体的と心理社会的な軸、横軸は回復（リハ）と支援（ケア）の軸による枠組みから俯瞰する⁵¹⁾。

3) 課題2：何をもちて連携するのか？

「介入ポイント」の定義は、患者のおかれた状況を理解し、生活機能の改善の可能性を見出し、チームが現状で行うべきこと、早期かつ優先的に解決していくための方針である⁵¹⁾。つまり、目標を達成するためのチームの行動方針を介入ポイントと呼んでいる。介入ポイントを具体例で説明すると以下のとおりである。

例えば、障害像からは一人で立ち上りができそうな下肢機能があれば運動FIM項目の「移乗」と「移

動」の改善につながると考える。心理面からは患者個々の生きがいや趣味活動を活かして手指機能の改善や両手を使って「セルフケア」や「排泄」の項目改善につなぐことを考える。環境面からは病前に行っていた「セルフケア」や「移動」を知りそれに近い状況づくりを考える。要は生活機能の心身機能と活動が双方向の矢印でつながっているように、他の要素もすべて相互に関連づけて考えることが必要である。多職種連携・病病連携など連携力が叫ばれているが、連携すべきバトンは患者個々の介入ポイントに他ならない。

4) 課題3：何をもちて発信するのか？

最終仕上げの学びとして発信力を養う。できることを皆で共有するには確かな表現力をもって発信しなければならない。その手段として60文字以内でタイトルをつくる。どんな患者に？ どのような方針で？ 何をめざすのか？ の三つの要素が伝わることを最優先する。患者の臨床像と障害像の特徴を示し、チームの方針である介入ポイントと最善の個別リハを提供する要約としてタイトルを作成する。三つの要素にそれぞれ簡潔明瞭に患者の特徴を表した決め言葉を見つけ出すことは容易いことではない⁵⁷⁾。そのフレーズは、障害をもって生きる力のある言葉を探し出すことでもある。分厚い症例レポートを書き上げても結局は、要約の要約は60文字以内に絞り込まないといけない。

そこで、臨床実習で経験した患者を振り返り、内省し、症例を要約するための手順を示した（表1）。60文字程度に凝縮された内容になって初めて共有され、伝えたいことが伝わる。実際のカンファレンスや回診の報告に倣って、1分間の症例プレゼンテーションとした課題にもなる。この学びは学生にとって到達レベルが高いと思われるが、グループ学習を通して議論していると将来像につながる役割・責任・自覚が深まっていく。四側面評価・介入ポイント・タイトルの課題を考えていくなかで、教員と学生が

主体性・多様性・協働性の深い学びになっていく。

(3) 臨床実践能力の自己評価表の試作

臨床実習後の評価には、思考力・判断力・表現力のレポート課題を課す。レポート課題は、授業前と授業終了時の2回提出する。できるようになってもらいたい評価の観点、同じ症例で授業前と授業終了時（卒業時）でどのように変化したかを自己評価するツールを作成した。リハ職として、どのような思考力・判断力・表現力を身に付けるべきかの道筋を見える化し、技能の向上が確認できる評価表である。

例えば、思考力では臨床像を理解する力など、判断力では障害像を見極める力など、表現力では症例のリハを要約する力などの7項目である。評価の観点ごとに評価の尺度は、どの程度の助言が必要であったかで、10%未満を卒後の新人レベル（できる）の「秀」から、75%以上を見学実習レベル（知らない）の「不可」までの5段階評定として自己採点する。指導者は、一人でできる中堅レベルで学生にフィードバックを心掛けている。この評価ツールを活用することで、学生と指導者は授業の経過の中で、どのような技能をどのレベルに引き上げればよいのかといった成長のプロセスを可視化できる（表2）。

表2 臨床実践能力（課題レポート）の自己採点表

評価の尺度 評価の観点		卒後		卒前			
		6点	5点	4点	3点	2点	1点
			秀	優	良	可	不可
		共有する	できる	行なう	分かる	知る	知らない
思考力	臨床像を理解する力						
	心理面を理解する力						
	環境面を理解する力						
判断力	障害像を見極める力						
	介入ポイントをつかむ力						
表現力	症例のリハを要約する力						
	プレゼンテーション能力						

現段階の暫定版の評価表であるが今後、各評価観点と評価尺度ごとに評価基準を記述したルーブリック表にしたいと考えている。これまでに思考・判断やスキルなどの評価はむずかしいと言われてきたが、近年大学でもルーブリック評価が積極的に活用されている⁵⁸⁾。この評価法のメリットは、学生に事前に提示することで目的が明確になる。また、学生一人ひとりが何を学んだのか、何を学ばなければいけないのかを、フィードバックするために有効である。さらに、質的評価を量的評価に変換できることが利点とされている⁵⁸⁾。

(4) 卒前教育の集大成とその課題

卒業前の最後の授業科目でリハ職として身に付けるスキルを再認識し、やっぱりこの職を選んでよかったと学生に思ってもらえることはプロパー教員の冥利に尽きる。臨床実習の体験を生き活きと他の学生に教え合い⁵⁹⁾、何でも言い合える雰囲気^{60, 61)}でグループ討論をファシリテートすることが教員の役割である。学生一人ひとりの経験を病期や各疾患や障害で共有し、芽生えた臨床実践能力を学内教育で引き出し引き伸ばすことで、将来のキャリアアップにつなげる。臨床実習後の評価として試験を課す前に、貴重な経験を内省し、卒後にレベルアップする道筋を立てておくことが一生の宝になる。リフレクションを繰り返すことでプロフェッショナルへと成長していくスキルを根付かせておくことが大切である。

生涯、医療人として学び続けるスキルを養うためには、アクティブ・ラーニングは有効な授業方法である。だが、実際に授業を行ってみると、課題に対して意味や価値を感じることなく、振り返りの発言も少なく、受け身になる学生も少なからずいる。一方、教員は実際に患者を診ていないので踏み込むにも限界もある。教員は学生が考

えたことを理解し、その選択肢について一緒に考えていくが、スキルには先述したとおり状況判断が伴い、その根拠がある。

興味・関心・意欲の異なる学生に求める多様な見方・考え方・関わり方は、通常「分かる」が到達レベルであろうが、クラスの中から自らの経験と課題の重要性に気づき、積極的なグループのリーダーが出てくると、学生同士で課題のでき具合を評価し合うようになる。そこで教員によるタイムリーなフィードバックがグループに波及する。その時の学生が「行なう」行動が「知恵」を付けたと思える瞬間がある。この時こそが、リハ技能の究極の学びの場であろう。

おわりに

とかく卒後の新人は、手技的なテクニックの習得に貪欲である。もちろん、テクニックは身に付けていくべきことである。しかし、スキルは簡単に身に付くものではなく、スキルの修得こそが社会から必要とされていることである。これからの卒前教育は、チーム医療に必要なノンテクニカルスキルに関心をもたせておくことが重要になる。ノンテクニカルスキルは、虫の目（部分の把握）、鳥の目（全体の把握）、

魚の目（流れの把握）による状況認識、あるいは三つの目を使い分けた状況判断、また、状況の伝達・意志の伝達・それらの確認のコミュニケーションでチームとして共通認識をもつことである。そのなかで専門に応じた役割を發揮することが、チーム医療に必要なノンテクニカルスキルと言われている⁶²⁾。

専門とはいえ、わかりやすい用語で、むずかしいことをやさしく、やさしいことを深く伝えていくことも大事である⁶³⁾。伝えるためには、はじめに結論を述べ、理由は三つまでに絞り込むことで伝えたいことが伝わる⁶⁴⁾。そうした医療人としての思考力・判断力・表現力を養う。そのスキルこそ、できるようになってもらいたいリハ技能である。

臨床実習の経験を学内教育で最大限引き出し引き伸ばし、社会に有為な療法士を養成する。本学の建学の理念は、「学生一人ひとりもつ能力を最大限に引き出し引き伸ばし、社会に有為な人材を養成する」である。このことを具現化した学生を育てる使命があり、指定規則改正を待たずともすでに始めている。

謝 辞

本研究はJSPS科研費 24616025, 16K09193の助成を受けたものです。

文 献

- 1) 厚生労働省 総務省 経済産業省：地域包括ケアシステムの構築に向けた取組. www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/.../siryou3.pdf. 更新2018年3月
- 2) 厚生労働省：平成26年度地域保健総合推進事業 地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究. www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/.../summary_h26.pdf. 更新2015年3月
- 3) 植松光俊：第1回地域包括ケアシステムにおける理学療法士の役割の概要. 日本理学療法士協会JPTA NEWS 284：26-28, 2013
- 4) 川越雅弘：ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—. 社会保障研究1, 114-128, 2016
- 5) 伊藤利之 中村春基 半田一登・他：リハビリテーション専門職種の動向. 総合リハビリテーション43, 839-851, 2015
- 6) 厚生労働省：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. www.mhlw.go.jp/stf/

shingi2/0000193257.html. 更新2018年2月

- 7) 能登真一 網本 和 山田千鶴子：理学療法士・作業療法士養成はどう変わる？医学書院／週刊医学界新聞第3269号（2018年4月）
- 8) 金子英司 孫 大輔：卒業時の能力をOSCEでどう評価するか. 医学書院／週刊医学界新聞第3215号（2017年3月）
- 9) 平上二九三：障害老人の在宅生活支援条件の探索. 吉備国際大学保健科学部研究紀要1, 39-49, 1996
- 10) 平上二九三：地域理学療法における生活障害評価に関する研究. 吉備国際大学保健科学部研究紀要2, 47-55, 1997
- 11) 平上二九三：障害老人の生活要因がQOLに及ぼす影響—地域理学療法における生活評価の検討一. 吉備国際大学保健科学部研究紀要3, 189-198, 1998
- 12) 平上二九三：吉備国際大学の新たな理学療法士教育の展開. 吉備国際大学研究紀要（保健科学部）19, 25-31, 2009
- 13) 平上二九三：高齢者リハビリテーションにおける新しい臨床教育モデルの提案. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要10, 1-7, 2009
- 14) 平上二九三：新しい臨床実践モデルの紹介：医学モデルと障害モデルの結合—患者中心のアプローチと問題解決能力の向上—. 理学療法学3, 380-386, 2010
- 15) 文部科学省：新しい学習指導要領の考え方. www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new.../1396716_1.pdf. 更新2015年8月
- 16) 厚生労働省：社会保障制度改革国民会議報告書. www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000018783.pdf. 更新2013年8月
- 17) 厚生労働省：平成26年度診療報酬改定の概要. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000039891.pdf. 更新2014年3月
- 18) 厚生労働省：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書. www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000081900.pdf. 更新2015年3月
- 19) 厚生労働省：平成27年度介護報酬改定の概要（案）. www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000073617.pdf. 更新2015年2月
- 20) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定の概要（リハビリテーション関連）www.japanpt.or.jp/.../obj/.../care_insurance_2016_reha_02.pdf. 更新2016年2月
- 21) 厚生労働省：個別改定項目について. www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000193709.pdf. 更新2018年3月
- 22) 厚生労働省：地域リハビリテーションの重要性とその活用について. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000151679.pdf. 更新2017年2月
- 23) 文部科学省：Society 5.0に向けた人材育成—社会が変わる，学びが変わる—. www.mext.go.jp/a_menu/society/index.htm. 更新2018年6月
- 24) 週刊東洋経済：医学部&医者バブル人気の実情. 2017年6月号, JAN: 4910201320677
- 25) 厚生労働省：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（第5回）議事録. www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193246.html. 更新2017年12月
- 26) 内山 靖：OSCE, PBLをPT・OT教育に. 医学書院／週刊医学界新聞第2705号（2006年10月）
- 27) 厚生労働省：理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインに関するQ & A. fukushima-pt.com/.../874e6ddb3f0e1b168497dd9e9bcd63b8. 更新2018年10月
- 28) 梶田叡一：確かな学力の育成と評価のあり方. 金子書房, 2010
- 29) 林 義樹：知識社会の次世代型大学教育—ナレッジ・マネジメントと参画教育の視座から—. 教育総合研究1, 21-40, 2008
- 30) 今井むつみ：学びとは何か—（探究人）になるために—. 岩波新書, 2016

- 31) 梅井凡子 沖田一彦 田中 聡：理学療法学科における屋根瓦式教育導入の報告—学修支援者への教育効果に着目して—。人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌16, 95-100, 2016
- 32) 西城卓也：正統的周辺参加論と認知的徒弟制。医学教育43, 292-293, 2012
- 33) ドナルド・ショーン（著）：専門家の知恵 反省的实践家は行為しながら考える。佐藤 学・秋田喜代美（訳），ゆみる出版，2001
- 34) Wainwright SF et al: Novice and experienced physical therapist clinicians: A comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. *Phys Ther* 90, 75-88, 2010
- 35) 平上二九三 野中哲士 横井輝夫・他：医療および保健福祉教育の課題と専門家教育の促進。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要12, 21-26, 2011
- 36) 日本理学療法士協会：臨床実習教育の手引き改訂第6版（案）に関する意見。 www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/.../rinsyojissyu_180704.pdf 更新2018年7月
- 37) 日本作業療法士協会：作業療法臨床実習の手引き（2018）。 www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/.../shishin-tebiki20181.pdf 更新2018年3月
- 38) Hiragami F et al: A process of multidisciplinary team communication to individualize stroke rehabilitation of an 84-year-old stroke patient. *Care Management J* 17, 97-103, 2016
- 39) 文部科学省：新しい学習指導要領の考え方。 www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new.../1396716_1.pdf 更新2018年3月
- 40) リハビリテーション - Wikipedia: ja.wikipedia.org/wiki/
- 41) 技術 - Wikipedia: ja.wikipedia.org/wiki/
- 42) 高梨智弘：図解わかる！ナレッジマネジメント。ダイヤモンド社，2000
- 43) 平山朋子 松下佳代：理学療法教育における自生的FD実践の検討—OSCEリフレクション法を契機として—。京都大学高等教育研究15, 5-26, 2009
- 44) 奈良 勲（監修）内山 靖（編集）：理学療法事典。医学書院，2006
- 45) 平上二九三 野中哲士 齊藤圭介：ケアの視点に立った超高齢脳卒中者のリハビリテーション・ニーズに関する検討。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要13, 21-25, 2012
- 46) 増淵裕子：青年期・成人期における内省に関する研究の概観—自我同一性形成および精神的健康との関連に着目して—。東洋大学21世紀ヒューマン・インタラクシオン・リサーチ・センター研究年報11, 77-84, 2014
- 47) 平上二九三：内省的実践による症例検討会の紹介—臨床推論と実践的思考過程—。理学療法学37, 127-134, 2010
- 48) 平上二九三：臨床判断に役立つ実践モデルの紹介—経験と患者から学ぶ洞察能力の育成法—。理学療法学37, 181-187, 2010
- 49) 平上二九三：超高齢未来における新しいリハビリテーション・ニーズの認知とケアモデルの有用性。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要15, 43-49, 2014
- 50) Hiragami F et al: The utility of a care model to individualise rehabilitation in adults aged over 80 years. *Top Stroke Rehabil* 22, 102-115, 2015
- 51) 平上二九三：リハビリテーション専門職が挑む臨床推論—介入ポイントとチームマネジメント評価—。医療社会福祉研究25, 21-27, 2017
- 52) 平上二九三 平上尚吾 井上 優：脳卒中回復期前期のADL低改善患者の特性と介入ポイント。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要18, 35-43, 2017
- 53) 平上二九三：超高齢者リハビリテーションにおける介入ポイントの有用性。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要16, 31-33, 2015
- 54) 平上二九三：ケアの視点に立ったりハビリテーションにおける相互行為と介入ポイント。吉備国際大学保健福

社研究所研究紀要14, 1-6, 2013

- 55) 分寺杏介：項目間分散を考慮した項目反応モデルの提案—小論文評定への応用—。行動計量学43, 181-195, 2016
- 56) 文部科学省：アクティブ・ラーニングの視点からの授業改善。 www.mext.go.jp/b_menu/shingi/.../1370946_12.pdf。更新2016年5月
- 57) 平上二九三：多職種協働による回復期脳卒中リハビリテーション評価システムの構築：臨床実践ガイド。吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要19, 31-39, 2018
- 58) 沖 裕貴：大学におけるルーブリック評価導入の実際—公平で客観的かつ厳格な成績評価を目指して—。立命館高等教育研究14, 71-90, 2014
- 59) 加留部貴行：学びの場をイキイキさせるファシリテーション。商業資料103, 7-11, 2016
- 60) 松尾 陸：経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—。同文館出版, 2006
- 61) 野中郁次郎 紺野 登：知識創造の方法論。東洋経済新報社, 2003
- 62) 小林宏之：チーム医療に求められるノンテクニカルスキル。日職災医誌61, 314-318, 2013
- 63) 永 六輔：むずかしいことをやさしく やさしいことを深く 深いことをわかりやすく。毎日新聞社, 2014
- 64) 田中角栄：100の言葉—日本人に贈る人生と仕事の心得。宝島社, 2015