

リハビリテーション技能の育成に関する臨床実践教育

平上 二九三

Practical Clinical Education for Developing Rehabilitation Skills

Fukumi HIRAGAMI

要 旨

理学療法学生の卒前のスキルは、卒後に臨床現場が求めるスキルとの乖離があり問題になっている。そこで、本稿は、卒前と卒後でスキルの乖離を埋めるための学習法を検討した。入職後1年以内に身につけるスキルは、日本理学療法士協会のガイドラインで専門職と組織人としてのスキルが例示されていた。これにより、卒前と卒後をシームレスにつなぐためには、専門職としてのスキルをリハビリテーション（以下リハ）技能として教育する必要があると考えた。また、リハ技能を学習するためには、卒前と卒後をつなぐ教育モデルが必要と考え開発した。この教育モデルを活用して、卒前教育では、リハ技能を理解させるために自己評価チェックリストを作成し、有用性を確認した。一方、卒後教育では、実際にリハ技能が必要な場面を通して、技術的な指導が有用と考えた。以上のことから、リハ専門職としての人材育成は、卒前と卒後に一貫した教育モデルを活用し、リハ技能を重視した学習が望まれる。

Abstract

Researchers and health professionals have identified a gap between skills that new physiotherapy graduates have and skills required in clinical settings. Therefore, this study examined the learning methods that can help close this gap. The guidelines of the Japanese Physical Therapy Association illustrate skills required of physiotherapists who have completed their studies within the past year. These skills are designed to help them grow as specialists and members of an organization. For physiotherapy students to successfully transition to rehabilitation specialists, it is necessary for them to receive education that helps improve their professional rehabilitation skills. In addition, this study developed a model that connects educational settings to clinical practice. Such a model is considered necessary for students learning rehabilitation skills. The study developed a self-evaluation checklist designed to assist students in understanding rehabilitation skills prior to graduation. The efficacy of the checklist was verified, and the checklist was considered effective in providing students who are about to graduate with technical instructions in settings where practical rehabilitation skills are required. Our findings suggest that when training students to become rehabilitation specialists, it is necessary to apply a consistent educational model focused on rehabilitation skills before and after graduation.

キーワード：リハビリテーション専門職，リハビリテーション技能，臨床実践教育，教育モデル

Key words : *rehabilitation professionals, rehabilitation skills, practical clinical education, educational model*

はじめに

公益社団法人日本理学療法士協会（以下PT協会）は、卒前教育と卒後教育をシームレスにつなぐ新人PT職員研修が各職場で適切に実施され、その普及が図れるようガイドラインを2020年11月に発行した¹⁾。このガイドラインは、卒業時に学生が身につけているスキルと、臨床現場が新人に求めるスキルの乖離を埋める極めて重要な意義を有しているという。本ガイドラインが、新人PTの卒後研修へシームレスにつなぐ標準的な指針である¹⁾ならば、卒前教育についても乖離を埋めるために学習目標を見直す必要があるのではないだろうか。

そこで、人材育成に関する学習法の資料²⁾をみると、従来から知識が重視され、理解する・説明するといったことが学習目標になる傾向にあった³⁾。しかし、今日のように自分で課題を発見し、行動できる人材が求められる時代には、知識だけではなくスキルを重視した学習目標に見直す必要があるという³⁾。人材育成として学習者が学ぶべきスキルを明瞭化し、必要とされる思考スキルの習得が求められている。PT養成教育においても多くの場合、専門的な知識の習得に偏りやすく、スキルを重視した学習への転換が課題となっている¹⁾。しかしながら、臨床実践教育で問題解決スキルを重視した指導を行なうことは簡単なことではない。

以上のことから、本稿は、スキルを重視した臨床実践教育をめざして、卒前と卒後でスキルの乖離を埋める学習法を検討した上で、リハビリテーション（以下リハ）技能を育成する教育モデルを開発し、それを活用した卒前教育と卒後教育の実際について紹介する。

1. スキルを重視した臨床実践教育をめざして

(1) スキルを重視した学習方法

まず、はじめに、人材育成に関する学習法の資料²⁾を参考にし、1) スキルを学ぶにあたって学習者に必要なこと、2) スキルを教えるにあたって指導者に必要なことを列挙しておく。

1) スキルを学ぶこと

- (a) スキルとは、何かを行なうときに、それに関する知識を適時かつ効果的に使う能力のことである⁴⁾。何かを適切に行うには、その分野固有の知識が必要とされる。例えば、自分が何も知らない分野に関しては、効果的に問題解決を行なうことはできない。スキルは常に分野固有であり、固有の知識を学び、使えるようになることで問題解決スキルにつながる。
- (b) スキルの高い人ほど、優れたメタ認知力を備えている⁵⁾。スキルの高い人は、スキルが低い人よりも自分の能力を実際より低く見積もる傾向にある。つまり、能力の低い人の方が、自分の能力を過信しがちだという。メタ認知力があれば、自分で自分の思考プロセスを意識し、自分が行っていることをモニタリングし評価しながら、目の前の必要性に応じてやり方を調整したり、新たな方法を試行できる。
- (c) 学習とは、学んだ結果、意識が変わり行動が変化するということであるという⁶⁾。学んだことを実際に活用できなければ、学習の途上にある。教わったとおりに行動はしていても単に手順に従っているだけで、多様な状況に対応できなければ、深く学んでいるとはいえない。深い学びとは、問題が生じたときに自分で解決できる能力を身につけること

である⁷⁾。

- (d) 学習には、適度な困難のトレーニングが必要である⁸⁾。また、表面的でない深い学習には、望ましい困難が必要になる。その深い学習には、①時間をおいて学習する、②思い出して学習する、③重要な概念を自分の言葉で表現する、④様々な状況で練習する、以上の4つの努力が必要である⁹⁾。

2) スキルを教えること

- (a) 学習というと、単に知識を頭の中に入れることだと思いがちであるがそうではない。先述のとおり、学習とは、経験に基づいて行動が変わること、と定義されている⁶⁾。指導者は、学習者自らの行動が変化するように導くことが重要になる。大抵の人は、それまでのやり方を変えることは望まない。しかし、問題解決のためのやり方を知らない人が、創造的で価値ある方法を思いつくであろうか。指導者は、特定のメッセージを通して、個人の物の見方の根底にある知識や信念・関心などを変えることに納得させ、腹落ちさせる難しさがある¹⁰⁾。
- (b) 学習の効果を高めるためには、はじめに学習目標を示す必要がある¹¹⁾。学習者の注意が集中できるよう目標を提示する。学習目標が、①知識のみ、②手順のみ、③問題解決スキル、のどのレベルをめざすかで説得力が増す¹⁰⁾。説得とは、学習者の物の見方や考え方、行動のやり方を変えようとして行われるコミュニケーションである。
- (c) 従来の講義形式では、新たな知識やスキルを教える方法としては非効率である¹¹⁾。学習者の興味を引きつけるには、本質的な質問や課題・ヒントを与え、それらのフィードバックから、達成感や満足度・自信を高めていく。
- (d) 人が何かについて理解するときには、それがどのように役に立つのかを説明するモデルを必要とする¹²⁾。物事の根底にある問題を抽出できるようにするには、体系的に構成されたモデルが欠

かせない。問題解決スキルに関連する抽象的な概念を正確に定義し、具体的な体験を通して学習させる必要がある。指導者は、まとまりのある教育モデルを活用して、実際の現場で事例を通して、すぐに使えるスキルをノウハウやコツとして伝えていく。この場面が固有のスキルの伝承であり、人材育成の根幹になる。

(2) 臨床実践教育で重視するスキル

ここまで、人材育成としてスキルを学ぶことと、スキルを教えることについて、その要点を示してきた。次に、PTの卒前と卒後のスキルに乖離がないような思索を考えてみたい。先述のとおりスキルとは、分野固有の知識を使って解決策を導く能力とした。そこで、PT固有のスキルを考える前に、一般的な「スキル」と「知識」には、どのような分類があるのか、また、それらの構成要素などについて参考になる例を示してみる。

1) スキルの分類

- (a) 教えるスキルは3つ¹³⁾。①運動スキル：体を使って覚えさせたいこと、②認知スキル：頭を使って考えさせたいこと、③態度スキル：相手をその気にさせて決断させること。
- (b) 認知スキルは2つ¹⁴⁾。①認知的スキル：学力やIQなど定量的に測定でき数値化が容易な能力、②非認知的スキル：コミュニケーション能力や問題解決能力、自制心など定量的な測定や数値化が困難な能力。

2) 知識の分類

- (a) 知識は2つ¹⁵⁾。①宣言的知識：或る物事に関する状態やAはBである等の命題を表す知識、②手続き的知識：何かをするための方法（ノウハウ）等の順序に意味がある知識。
- (b) 知識は5つ^{16, 17)}。①データ：周囲に氾濫する整理されていない事実や数値等、②情報：整理された意味のあるデータ、③知識：人に依存する

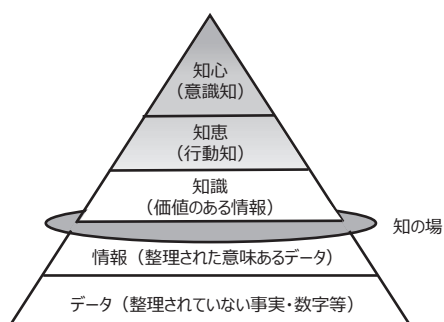


図1. 知のピラミッド

価値ある情報, ④知恵: 行動と融合した使える知識, ⑤知心: 知恵を最適な形で活用できる人の意識 (図1)。

上記のスキルと知識を分類した定義を参考にする, 臨床実践教育のうち, 特に卒前教育で重視するスキルや知識が何なのかが浮かび上がってくる。スキルについては, 「認知スキル」の中の「非認知的スキル」, 知識では, 「手続き的知識」と「知恵」に着目する必要があると思われる。また, ここで「知識・知恵・知心」の3つの定義を理解しておく, 後述する教育モデルの開発で役立つ。

2. 卒前と卒後でスキルの乖離を埋める学習法

(1) 卒前教育について

PT固有のスキルを有した人材を育成するためには, 先述のスキルと知識の分類から, 卒前と卒後のスキルの乖離が埋まってきたように思われる。そこで, 卒前教育として養成施設指定規則における臨床実習の教育目標の規定¹⁸⁾, およびPT協会の指針¹⁹⁾を以下に整理しておく。

(a) 指定規則の臨床実習の教育目標¹⁸⁾: 「社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察力・分析力を養うとともに, 治療計画の立案能力・実践能力を身につける。各障害, 各病期, 各年齢層を偏りなく対応できる能力を培う。また, チームの一員として連携の方法を習得し, 責任と自覚を培う。」

(b) PT協会による卒業時の到達目標¹⁹⁾: 「ある程度の助言(手取り足取り)を受けながら, 基本的な理学療法が実践できるとともに自ら学ぶ力を育てる。」

(c) PT協会による臨床実習の指導¹⁹⁾: 「運動スキルに合わせて認知スキルも意識して指導する。認知スキルとは, 思考過程での知識やデータの使い方である。熟練したPTが, 収集したデータ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である。」

(d) 臨床実習で指導者が教育すべき3つの能力¹⁹⁾: ①知識: 解決策につなげる問題解決レベルの知識をさす, ②技能: 面接・観察, 検査測定, 治療技術, コミュニケーションなどをさす, ③態度: 挨拶, 守秘義務や報告・連絡・相談の遂行, 期限・約束の厳守, 探究心・向上心などをさす。

上記の(a)指定規則の教育目標, および(b)と(c)の協会の指針から, 卒前教育として学ぶべきPTスキルの項目がより明瞭になったように思われる。本学では, (a)については臨床実習の振り返り授業の学習目標に掲げて, クラス全員で学生個々の経験を共有するアクティブラーニングに取り組んできた。その中で(b)や(c)の指針にある「自ら学ぶ力」や「思考的スキル」は, 経験症例の振り返りを通して深い学びを促してきたので後述する。

その前に, (d)で指導者が教育すべき3つの能力として「技能」という用語が使われていた。この3つの能力は, よく知られたBloom(1956)が提唱した教育目標分類であり, ここでは情意領域を態度, 認知領域を知識, 精神運動領域を技能としていた。そこで, 「技能」が意味する項目を踏まえつつ, スキルと技能の違いを確認しておきたい。

(a) 佐久間²⁰⁾の区別: 「スキルとは, 技量や腕前のことで, 何か物事を行なうために必要とされている

能力。訓練を通して身につけた能力。スキルを日本語にすると技能と表現することもある。技能という言葉は、筋肉や神経系統の働きに関する能力といった意味合いが強い。それに対してスキルは、知識や態度といった要素も含まれ技能よりも広い意味を持つ。」

- (b) 辞典(Weblio²¹⁾)による区別:「技能(技術的な能力)を意味する語であり、知識と教養などもスキルとして扱われることが多々ある。技能とは、身体的な能力を駆使する技術・能力といった意味合いが色濃い。この点においてスキルと技能は、完全に一致する概念とは言えない。」

上記のとおり、「基礎スキル」の著者²⁰⁾の区別と辞典の区別から、広い意味を持つスキルという言葉より、技術的な能力に近い「技能」の方が、明瞭化しやすくなる。先の教育目標分類の②技能の項目で、「検査測定と治療技術」は教科書的に学べる技術であるが、「面接・観察とコミュニケーション」は現場で患者から学ぶ技能であることから、以後、「スキル」から「技能」という言葉を用いることにする。

(2) 卒後教育について

PT協会の指針¹⁹⁾によると卒後教育の目標は、「卒後1～2年後：指導(不十分な部分を)のもとにできる」、「卒後3～4年後：自立してできる」、「卒後5～6年後：指導ができる」となっている。卒前と卒後の教育目標を連続するためには、はじめにで触れた「新人PT職員研修ガイドライン¹⁾」が参考になる。PTの臨床実践能力は、卒前教育で学んだことを土台にして、新人PT職員研修によって向上する能力である、という。

ガイドラインでは、施設規模や機能にかかわらず、入職後およそ1年以内に新人PTが到達することが望ましいと考えられる標準的な項目が参考として例示されている。そこで、本稿では、これらの項目を卒前と卒後を連続したリハ技能の育成に位置づけてみたい。ガイドラインによると、入職後1年で身につけさせた

い臨床実践能力は、以下の3領域11項目が列挙されている。

- (a) 専門職・組織人としての基本的姿勢と態度：①組織における理念・基本方針の理解、②責任ある行動と多職種連携の役割の理解、③患者・家族への適切な対応、④生涯にわたる自己研鑽と能力開発の姿勢、⑤社会人としてのマナーと基本的態度
 (b) 理学療法専門技術：⑥理学療法プロセス、⑦理学療法評価、⑧理学療法治療技術
 (c) 管理的側面：⑨一般的業務管理、⑩診療報酬カルテ管理、⑪医療安全管理感染対策

次に、上記の3領域11項目の中から、卒前教育に落とし込める項目を選択してみる。まず、(a)の領域の「専門職・組織人として」を①専門職として、②組織人として、の2つに区別してみると以下のとおりになる。

①専門職として：②・③・④、⑥・⑦・⑧

②組織人として：①・⑤、⑨・⑩・⑪

さらに、①専門職としての項目は、個人レベルと組織レベルに振り分けられる。また、②組織人としての項目は、部署(リハ科などの組織レベル)と病院全体のレベルに2分してみると以下になる。

I. 個人レベル：④、⑥・⑦・⑧

II. 組織レベル：①・②・③

III. 病院レベル：⑤、⑨・⑩・⑪

一方、本ガイドラインによると入職後1年での到達レベルが5項目、チェックリストとして以下に例示されている。

(1)理念・基本方針の理解、(2)リハの流れの理解、(3)記録、(4)基本技術、(5)安全管理

これらの到達レベルの5つの項目を学習目標として、先の個人・組織・病院のレベルに振り分けると以下になる。

I. 個人レベル：(2)、(4)

II. 組織レベル：(3)

III. 病院レベル：(1)、(5)

以上のことから、個人レベルの項目を卒前教育の学

習目標に組み入れることで、卒前教育と卒後教育がつながってくると思われた。

(3) 卒前教育と卒後教育の接点

そこで、卒前教育と卒後教育をシームレスにつなぐことに合わせて、I.個人レベル：④、⑥・⑦・⑧、(2)、(4)の項目をPTのみならず、リハにかかわる全ての職種をリハ専門職(作業療法士や言語聴覚士など含めて)の共通領域として考えてみたい。PT固有の技術は各専門職の技術に置き換えることで、本稿で独自に使用する「リハ技能」の言葉が明瞭になると思われた。

つまり、「リハ技能」とは、リハ医療に関わる専門職としての業務を遂行するために必要な臨床実践能力の土台となるものといえよう。したがって、そのベースになる能力は、卒前教育の学習目標になるのは当然であろう。そのためには、組織レベルの項目を視野においた上で、個人レベルの項目をリハ専門職として、卒前教育で重点的に学習する必要がある。このことが、指定規則で必修化された「臨床実習後の評価¹⁸⁾」の学習目標になる。ここでは、リハ医療に関わる各専門職が、それぞれの専門的な技術面にも注力する必要があるが、一方で、到達レベルの「リハの流れの理解」や「プロセス・評価」といった個人レベルの学習に重点がおかれるべきである。このことを卒後教育に委ねたり、新人研修の学習目標にするならば、卒前教育は専門職としての人材育成の責務を担っていないことになる。卒前の貴重な臨床実習での経験は、個人レベルの項目を振り返り(リフレクション)学習することをおろそかにしてはならない。

3. リハ技能を育成する3つの教育モデルの開発

(1) ケアモデルの開発

リハ技能を育成するには、全体的な視点から俯瞰し、適切に整理・分類した情報の相互関係から、解決すべき課題を見つけ出すモデルが必要になる。筆者は、これ

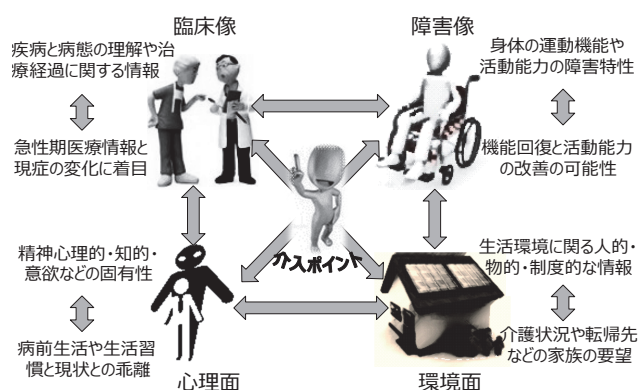


図2. ケアモデル

までに複雑で多様な問題を抱える患者のおかれた状況を、医療者側の立場から「臨床像」と「障害像」、他方、患者家族側の立場から「心理面」と「環境面」の四側面の関連性から、解決すべき課題を介入ポイント²²⁻²⁵⁾として見つけ出すケアモデルを開発してきた²⁶⁻²⁸⁾(図2)。

先述の知識の分類で言うならば、医療者側と患者家族側にとって価値ある情報(知識:人に依存する価値のある情報)を四側面に整理するのがケアモデルである。四側面に整理されたファイルキャビネットで、患者の抱える問題を全体的な視点で見据える思考図となっている。この四つに入れ込む情報は、現状と経過を踏まえた特徴・特性として4~5個のできるだけ短い単語やフレーズをおく。そして、四側面の相互の関連性から今、早急に解決すべき課題を介入ポイントと呼ぶモデルを構築した。

つまり、四側面には知識(医療者・患者家族にとって価値ある情報)、そして、介入ポイントは知恵(筋道を立て計画し、正しく処理し、効果的な行動を行なうための知識、または、行動するためのコツやノウハウとして生み出された知識:行動知ともいう)である(図1)。

これまでにケアモデルを実践活用した臨床研究を行ってきた^{25, 28, 29)}。同時に臨床実践教育にも応用しながらリハ技能の育成に務めてきたが、学習効果を高めるためには、もう一つ上の知恵(意識知)を含めたモデルが必要であることに気がついた。

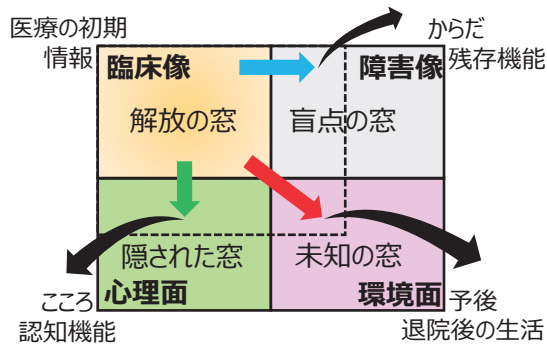


図3. 四つの窓モデル (ジョハリの窓)

(2) 四つの窓モデル

先のケアモデルは、四側面から介入ポイントを導き出す、つまり、四つの「知識」から一つの「知恵」を生み出すモデルであった。臨床現場で学習者と指導者の思考を一つにする共通の思考図としてきた。しかし、ここで両者が共同し注視するためのモデルが必要になることが分った。つまり、「知識・知恵・知心」が一体となることで学習が成立する。「知心」とは、「知恵を最適な形で活用できる人の意識」¹⁶⁾、あるいは「知識の活用が成功するか失敗するかということを決める要因になる」¹⁷⁾と定義されている。このことから、学習者と指導者の双方がベストプラクティス（最も優れた方法）を探究するという意識のズレがあれば失敗するということである。その意味で、リハ技能を育成するには、「リハマインド」を最上位においた学習目標が掲げられなければならない。

そのモデルが「ジョハリの窓」と呼ばれている³⁰⁾ (図3)。四つの窓は、(1)開かれた窓、(2)盲点の窓、(3)隠された窓、(4)未知の窓、の四つから成りケアモデルの四側面に似ている。医療者側の立場から、四側面を四つの窓に置き換えて表現すると、(1)開かれた窓：医療情報・初期情報として公開された窓、(2)盲点の窓：障害をネガティブに捉えるのではなく、患者の残存機能や残存能力の強みに着目する窓、(3)隠された窓：患者の精神心理や認知面の見えにくい窓、(4)未知の窓：(1)の窓から入り、(2)と(3)の窓を押し開けていき、患者の

予後や未来の生活を創造する窓、ということになる。

つまり、リハ専門職は、入口である(1)開かれた窓（医療情報）を診つつ、(4)未知の窓（退院後の生活）を予測・創造するために、(3)隠された窓（患者のこころ）を見据えながら、(4)盲点の窓（患者の強みを活かす）に向かって打開策を切り開いて行く。こうした「知恵と知心」、「行動知と意識知」が合致する学習形態において、リハ技能は「リハマインド」を醸成する。つまり、リハ技能（行動知）の学習が、リハマインド（意識知）としてリハ専門職の職業意識を芽生えさせよう。

(3) プロセスマネジメントモデル

プロセスマネジメントモデル（図4）も学習者と指導者の思考を一つにし、リハの流れを創るモデルである^{31, 32)}。このモデルは、臨床現場において個人レベル・組織レベル・病院レベルの三層から、個人よし・組織よし・病院よし、の三方よしをめざすことを狙っている。つまり、先述した個人レベルに④、⑥⑦⑧、(2)、(4)、組織レベルに①②③、(3)、病院レベルに⑤、⑨⑩⑪、(1)、(5)、の項目が組み込まれる。

つまり、以下の3点を指導者が学習者に仕向け、働きかけていく。(1)担当療法士の個人レベルでは、リハ技能の習得と自己成長や自信・満足度向上につながる。

(2)リハ科など部署の組織レベルでは、活動方針の

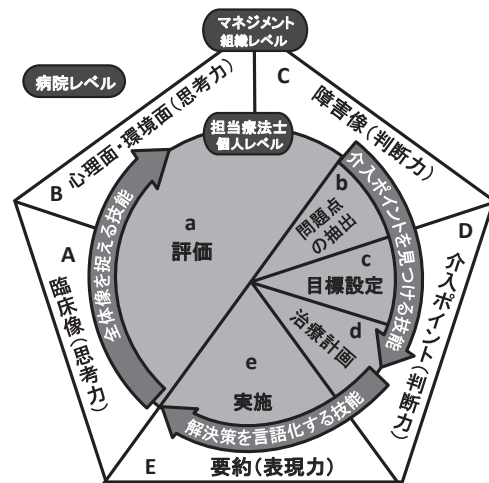


図4. プロセスマネジメントモデル

具現化に向け前向きな取り組みのマネジメントにつながる。(3)病院レベルでは、法人としての経営理念の具現化や他職種協働やチーム医療の推進と人材育成の教育研修が費用対効果につながる。

その上で、指導者は学習者へ個人レベルに、第1ステップ:情報収集から始め全体像をつかむ、第2ステップ:目標を設定するために課題解決の介入ポイントを見つける、第3ステップ:解決策の提案や得られる成果について発信する、ための課題やヒントを段階的に与えていく。

そして、以下にリハ技能を育むためのプロセスを詳述する。リハ技能を伝えるために指導者は、学習者に対して3つの「本質的な問い」を投げかける。はじめに「全体像を捉える技能」、次いで「介入ポイントを見つける技能」、最後に「解決策を言語化する技能」、これら3つの必要性を示す。そこで、学習者が一端、壁にぶつかり、その困難を乗り越えようとする場面ま

で待つことが大切である。

図4に示すモデルの中丸のa~eは学習者の思考過程で、その外側の五角形のA~Eは指導者の思考過程となっている。そこで、a~eとA~Eのそれぞれの段階に整合性をもたせて詳細な説明を表1に示す。表1の左側は理学療法の標準的な思考過程(a~e)を示し、右側にはリハ技能の実践的な指導過程を示す。指導者は、実践的な指導過程の中で、サポートすべきリハ技能をより精緻に把握できる。また、学習者は、標準的な思考過程の中で、自ら必要なリハ技能に気づくことができる。

この表の流れの中で学習者と指導者は、リハの業務手順のすり合わせや確認を行い、今後、効率的で最善のリハ提供(ベストプラクティス)が何なのかを話し合う。そこに向けた学習者と指導者の思考と言動の一致(患者にこうなってほしいという思い)が、リハマインドを共有する。

表1 理学療法の標準的な思考過程とリハ技能の実践的な指導過程との整合性

理学療法の標準的な思考過程 ^{#1}		リハ技能の実践的な指導過程	
a 評価 情報収集 ↓ 検査測定(観察) ↓ 統合と解釈	①「情報収集」は、依頼箋・カルテ・臨床検査データ・画像診断データ・対象者や家族との医療面接から情報を収集する。その内容は、現病歴・既往歴・禁忌事項・社会的背景・環境的背景などで、これらの情報は、検査・測定項目の選択や実施手順の決定と予後予測に活用し、対象者に求められる役割や家族のニーズと合わせて目標を設定する際の参考となる。	A 臨床像 (思考力) ↓	全体像を捉える技能
	②「検査・測定」は、疾病や障害の特性と全体像の把握を絶えず考慮し、障害の次元に基づいた検査・測定項目を実施する。	B 心理面 環境面 (思考力) ↓	
	③「統合と解釈」は、検査・測定結果や収集された情報を解釈し、障害の次元間あるいは次元内の項目間の因果関係を分析する。その関係を予後予測や理学療法によって期待される効果とともに統合・整理し、理学療法の方向性を決定する。	C 障害像 (判断力)	
b 問題点の抽出 ↓	④「問題点の抽出」は、課題(問題点)の抽出:単に問題点を列挙するのではなく、対象者の現状にとって主要な解決すべき課題(問題)を明記する。さらに理学療法によって解決が期待できる問題を明らかにする。また、複数の問題間の関係を関連図を作成し整理する。	↓	介入ポイントを見つける技能
c 目標設定 ↓	⑤「目標設定」は、長期目標とそれに至る段階としての短期目標を、必要な期間と併記して設定する。	D 介入ポイント (判断力) ↓	
d 治療計画 ↓	⑥「治療計画」の立案は、そのアプローチに治療的・予防的・練習的・調整的に分けられ、疾病や障害の特性によってどこに重点をおくのが異なる。また、プログラムを列挙するだけでなく、その手順や具体的な姿勢・課題・使用機器・負荷量などを明確にする。	↓	
e 実施	⑦実施後の「再評価」は、いったん設定された問題点・目標設定・治療計画は、状態の変化や新たな所見に基づいて、柔軟に変更する必要がある。特に治療計画は、日々の反応に応じて追加、修正を行なう。	E 要約 (表現力)	解決策を言語化する技能

#1 出典:理学療法事典, p.654, 医学書院, 2006

4. リハ技能を育成する臨床実践教育の実際

(1) 卒前教育の実際

本学の理学療法学科では、総合臨床実習を振り返るリフレクション学習を導入している。リフレクションとは、自分の行為から一端離れて、考え方ややり方などを内省・省察し、気づきを得て新たな行動へつなげることである。シヨーンによると、現場で実践する専門家は、状況に対話し、「行為の省察」と「行為について省察」を通じて、自ら学び成長していくという³³⁾。筆者は、自ら学び成長していくための専門家教育の促進について、10年前より報告してきた³³⁻³⁶⁾。また、最近では20年ぶりの養成施設指定規則の改正を受けて、新しい臨床実習教育の学習法について提案してきた³⁷⁻³⁹⁾。

今年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に

伴い、臨床実習期間の短縮による学生の理学療法過程12項目の到達レベルを調べ、前年の2019年度と比較した。その結果、2020年度は12項目中3項目が統計学的に有意に低かった。そこで、到達レベルに差が出た項目を中心に、それを補充する課題を行った。これは、例年行っている先に述べた臨床実習の教育目標を踏まえて、学生個々の実体験をクラス全体で共有するために、経験症例をお互い確認し合うことに加え学習内容であった。

先の2020年度に作成したプロセスモデルを用いて、キャリア教育や身に迫った就職活動の面談や小論文対策に役立つような課題を求めた。その中で3つのリハ技能を基に、卒後1～2年（指導のもとにできる）を想定した自己評価チェックリスト（表2～4）を作成した。臨床実習の到達状況を学生個々に問いながら、自己認識を深める課題を与えた。PT協会の臨床実習

表2 「全体像を捉える技能」の必要性について気づきを与える自己評価チェックリスト

卒業時（助言のもとにできる）	臨床実習の経験値	卒後1～2年（指導のもとにできる）	職務としての必要性
<p>はじめに、臨床実習の経験値(自分ができるところ)を以下の番号で答えてください 0：経験なし 1：見学(指導者の観察) 2：助言(手取り足取り) 3：指導(不十分な部分を) 4：見守り(一人でできる)</p> <p>次に、リハ職としての必要性(自分が身につける技能)を以下の番号で答えてください 0：全く当てはまらない 1：あまり当てはまらない 2：どちらでもない 3：ある程度当てはまる 4：よく当てはまる</p> <p>では課題2「臨床実習を体験し今、自分ができるところ、自分に必要なこと：介入ポイントを見つける技能について」を就職希望先から求められている小論文だと思って、以下の3段落で論述してください。</p> <p>1) 私は、臨床実習で2以上のものを体験した（臨床実習の経験値） 2) それをしなければならぬと強く意識した（職務の必要性） 3) だから、私は～（経験した項目と必要とされている項目とを関連づけて）</p>	カルテから疾病と病態が理解できる		
	診療録から現病歴が理解できる		
	診療情報から患者の現症を知ることができる。		
	主治医のIC情報が理解できる		
	運動機能や活動能力の評価ができる		
	患者の個性や意欲に気づくことができる		
	患者の心情が理解できる		
	介護状況や家族の要望などが理解できる		
	家族状況や介護状況が把握できる		
	問題点を抽出するための初期評価ができる		
	現状の身体機能の検査・測定ができる		
	検査所見から必要な治療が理解できる		
	患者の病状の重篤さを感じ取ることができる		
	画像所見から疾患の重篤さが理解できる		
	病前生活を家族から聴取できる		
	居住環境を聴取できる		
	患者のニーズをくみ取る評価ができる		
	患者の性格を受けとめることができる		
	患者の訴えを真剣に聞くことができる		
	患者の理解力に配慮できる		
	病前の生活様式を知ることができる		
	病前の生活リズムが理解できる		
	病前の在宅生活が想像できる		
	患者ができないことを認めて介助することができる		
	移動に必要な歩行補助具を使用できる		
	患者の障害部位を評価できる		
	患者の障害の部位や程度に関する評価ができる		
	患者の話しを傾聴することができる		
	心理面の特徴を捉えることができる		
	身体機能や活動能力を高めることができる		

表3 「介入ポイントを見つける技能」の必要性について気づきを与える自己評価チェックリスト

卒業時（助言のもとにできる）	臨床実習の経験値	卒後1～2年（指導のもとにできる）	職務としての必要性
<p>はじめに、臨床実習の経験値(自分ができること)を以下の番号で答えてください 0：経験なし 1：見学(指導者の観察) 2：助言(手取り足取り) 3：指導(不十分な部分を) 4：見守り(一人できる)</p> <p>次に、リハ職としての必要性(自分が身につける技能)を以下の番号で答えてください 0：全く当てはまらない 1：あまり当てはまらない 2：どちらでもない 3：ある程度当てはまる 4：よく当てはまる</p> <p>では課題2「臨床実習を体験し今、自分ができること、自分に必要なこと：介入ポイントを見つける技能について」を就職希望先から求められている小論文だと思って、以下の3段落で論述してください。</p> <p>1) 私は、臨床実習で2以上のものを体験した（臨床実習の経験値） 2) それをしなければならぬと強く意識した（職務の必要性） 3) だから、私は～（経験した項目と必要とされている項目とを関連づけて）</p>		患者の抱える問題が何かを特定することができる	
		患者の状態や対応について説明できる	
		患者のできること・できないことが判別できる	
		障害の程度や状態が説明できる	
		障害の特徴が理解できる	
		現状から目標を立案できる	
		現状から退院時の目標が設定できる	
		入院時と退院時の変化がイメージできる	
		評価から現状の障害像がイメージできる	
		成果を出すための時間や回数・頻度を示すことができる	
		練習的なアプローチができる	
		目標に向け集中し治療に専念できる	
		患者の介入ポイントを説明できる	
		患者に適した訓練メニューを立案できる	
		患者の問題点を列挙できる	
		留意すべきリスクが自覚できる	
		効果的な治療法が選択できる	
		効果的な治療計画が設定できる	
		粘り強くやり抜くように指導できる	
		一緒に困難を乗り越えることができる	
	障害にチャレンジするような動きかけができる		
	患者がコツコツ継続するために工夫できる		
	ストレスや不満に耳を傾けることができる		
	悲観的な患者にしんぼう強く関わることができる		
	患者のがんばりを励まし声掛けできる		
	病前の生活スタイルを知り親交を深めることができる		
	患者のためにあきらめずに考え続けることができる		
	患者の訴えが素直に理解できる		

表4 「解決策を表現する技能」の必要性について気づきを与える自己評価チェックリスト

卒業時（助言のもとにできる）	臨床実習の経験値	卒後1～2年（指導のもとにできる）	職務としての必要性
<p>はじめに、臨床実習の経験値(自分ができること)を以下の番号で答えてください 0：経験なし 1：見学(指導者の観察) 2：助言(手取り足取り) 3：指導(不十分な部分を) 4：見守り(一人できる)</p> <p>次に、リハ職としての必要性(自分が身につける技能)を以下の番号で答えてください 0：全く当てはまらない 1：あまり当てはまらない 2：どちらでもない 3：ある程度当てはまる 4：よく当てはまる</p> <p>では課題3「臨床実習を体験し今、自分ができること、自分に必要なこと：解決策を言語化する技能について」を就職希望先から求められている小論文だと思って、以下の3段落で論述してください。</p> <p>1) 私は、臨床実習で2以上のものを体験した（臨床実習の経験値） 2) それをしなければならぬと強く意識した（職務の必要性） 3) だから、私は～（経験した項目と必要とされている項目とを関連づけて）</p>		患者の状況の特徴づけるキーワードを列挙できる	
		疾病と障害とを関連づけて説明できる	
		患者特有の個別的なニーズを表現できる	
		障害の程度に応じたニーズを表現できる	
		患者との関係性を深めたタームで表現できる	
		患者のために真剣に考えた報告書が作成できる	
		患者の問題点の解決策を提案できる	
		担当症例の経過をまとめることができる	
		患者の今後の見通しについて説明できる	
		自立支援に向けた方策を伝えることができる	
		最初に取り組むべき課題が提案できる	
		患者をどうしたいのか結論を表現できる	
		具体的な目標が設定できる	
		短期と長期の目標設定が表現できる	
		設定した目標の根拠を書き出すことができる	
		患者が習得すべき課題を説明できる	
		治療方針を患者に説明できる	
		身体機能や活動能力の回復を示すことできる	
		患者の強みと弱みを理解し記録できる	
		自分の見方・考え方を示すことができる	
	患者ができそうな動作を表現できる		
	自分の考えや要望を表現できる		
	問題解決の見通しを述べることができる		
	患者にこうなってほしいという思いを伝えることができる		

表5 段階的なリハ技能の必要性(縦軸)と継続的な成長過程を促す(横軸)自己評価チェックリスト

卒前 助言ができる	臨床実習 の経験値	卒後1～2年 指導のもとにできる	卒後3～4年 自立してできる	卒後5～6年 指導ができる	リハ 技能	
<p>課題4 臨床実習を体験し、卒後5～6年後の自分ができると、指導ができるに必要なこと。</p> <p>はじめに、臨床実習の経験値(指導のもとにできる項目で自分ができること)を以下の番号で答えてください: 0:経験なし 1:見学(指導者の観察) 2:助言(手取り足取り) 3:指導(不十分な部分を) 4:見守り(一人でできる)</p> <p>リハ技能を育む最終課題で期待することは、以下のとおりです。この表は、臨床経験の年数ごとに、必要とされるリハ技能がどんなものかを例示しています。項目は、卒後2年ごとに職務として必要とされるリハ技能をあげており、難易度が3段階で高くなっています。リハの職務として求められる技能が、経時的にどのようなものを具体的に示していますので、自分の成長がイメージしやすく、また目標が立てやすくなります。</p> <p>まずは、各段階で求められるリハ技能の内容が異なっていますので、それが何なのかを考えてみてください。また、臨床実習で経験したことを土台として、学生個々に身につけるリハ技能の必要性を確認してください。</p> <p>卒前の経験値を整理した上で、卒後に身につけるリハ技能の習得に向けて自己研鑽し、成長していくという表現が期待されます。</p> <p>記述の仕方は、だいたい「経験」「理由」「結論」の4段落にしてください。</p> <p>1) 私は～経験しました 2) 私は～だと思えます 3) なぜなら～だからです 4) だから、私は～したい 2)と3)は 課題の解説文(左の項目)を参考にすれば引用してください。就活の小論文の対策として仕上げてみてください。課題は、本紙の裏面に記載してください。</p>	診療録から現病歴が理解できる	診療録から既往歴と現病歴の経過が理解できる	既往歴と現病歴の予後が理解できる	臨床像	<p>全体像を捉える技能</p> <p>心理面</p> <p>環境面</p> <p>障害像</p> <p>介入ポイント</p> <p>解決策を言語化する技能</p> <p>主張</p>	
	主治医のIC情報が理解できる	主治医の治療方針が理解できる	主治医の治療方針に沿った計画が立案できる			心理面
	検査所見から必要な治療が理解できる	検査所見から治療経過が理解できる	検査所見から治療後のことが理解できる			心理面
	画像所見から疾患の重篤さが理解できる	画像所見から疾患と障害の程度が理解できる	画像所見から今後の経過が理解できる			心理面
	患者の個性や意欲に気づくことができる	患者の精神心理・知的・認知面に気づくことができる	病前生活や生活習慣と現状との乖離に気づくことができる			心理面
	患者の心情が理解できる	患者の心情の変化に気づくことができる	患者の心情のささいな変化に対処できる			心理面
	患者の性格を受けとめることができる	患者の感情を受けとめることができる	患者の性格や感情に合った対応ができる			心理面
	患者の理解力に配慮できる	患者の認知能力に配慮できる	患者の認知能力に応じて人間関係を築ける			心理面
	介護状況や家族の要望などが理解できる	患者など生活環境の調整を提案できる	転搬先や介護サービスなどの退院支援ができる			環境面
	家族状況や介護状況を把握できる	生活環境や生活様式を把握できる	介護サービスの必要性を把握できる			環境面
	病前生活を家族から聴取できる	病前生活を知り入院生活の様子が理解できる	病前と入院経過から退院後の生活を創造することができる			環境面
	居住環境を聴取できる	自立支援の環境整備ができる	退院支援の家事改修の提案ができる			環境面
	障害の特徴が理解できる	障害の特性(強み)が理解できる	障害の特性(強み)から能力を引き出すことができる			障害像
	評価から現状の障害像がイメージできる	評価から障害像の変化がイメージできる	評価から将来望まれる障害像がイメージできる			障害像
	効果的な治療法が選択できる	チームで効果的な治療法と生活指導を選択できる	多職種と協働して継続的な生活指導を選択できる			介入ポイント
成果を出すための時間や回数・頻度を示すことができる	成果を上げるため自主した指導ができる	継続して成果を上げるために家族指導ができる		介入ポイント		
患者の問題点を列挙できる	患者の解決すべき課題を列挙できる	チームで患者の解決すべき課題を共有できる		介入ポイント		
現状から目標を立案できる	退院時に達成可能性のある目標を設定できる	1ヵ月後に達成可能な目標を設定できる		介入ポイント		
効果的な治療計画が設定できる	効果的な治療方法が提案できる	主体的な治療方法の指導ができる		介入ポイント		
患者のできること・できないことが判別できる	患者ができるようになる根拠を示すことができる	患者が一人でできるような創意工夫し環境調整ができる		介入ポイント		
患者の状況の特徴づけるキーワードを列挙できる	主体性を引き出すキーワードを列挙できる	チームで連携するためのキーワードを列挙できる		介入ポイント		
患者特有の個別的なニーズを表現できる	患者側と医療者側のニーズを合わせて表現できる	他職種に向けて患者側のニーズを分かりやすく表現できる		介入ポイント		
具体的な目標設定が立案できる	目標達成の道標(マイルストーン;到達点)を設定できる	実現可能な目標に向けチームが取り組む課題を設定できる		介入ポイント		
治療方針を患者に説明できる	治療方針を患者家族に同意を得ることができる	治療方針を多職種に合意と協力を得ることができる		介入ポイント		
自分の見方・考え方を示すことができる	自分の関わり方を示すことができる	協働的な関わり方の必要性を示すことができる		介入ポイント		
患者をどうしたいのか結論を表現できる	理由付けされた結論を明確に表現できる	根拠を示した結論を簡潔に表現できる		介入ポイント		
問題解決の見通しを示すことができる	経過から見通しを示すことができる	改善点を示しながら見通しを説明できる		介入ポイント		
自分の考えや要望を表現できる	患者の回復に必要なことを表現できる	患者の回復に必要な不可欠なポイントを表現できる		介入ポイント		

の手引き¹⁹⁾においても、認知スキルを計画的・意図的・継続的に学生指導するためにチェックリストを使用することが有効であるとされ、本学でも2019年度から自己評価チェックリストの有用性を確認してきた³⁹⁾。そこで、卒後1～2年のみならず、卒後3～4・卒後5～6年を含め、「指導のもとにできる」から「指導できる」まで、継続的なリハ技能の自己成長を表す自己評価チェックリストを作成した(表5)。図らずも、本稿で紹介しているガイドライン¹⁾においても、リハの基本業務としての流れや手順を理解するための項目が設定され、到達レベルが示されていた。表に示した項目の内容は、そのガイドラインに「学びの当事者である新人PT職員、指導者からフィードバックを受け、修正する必要がある」と述べてあると同様に今後の検討が必要である。

また、2019年度までは、ケアモデルを活用し学生の経験症例からリフレクション学習を行ってきた。2020年度、はじめてプロセスモデルと四つの窓モデルを活用した。コロナ禍で臨床実習期間の短縮にもかかわらず、リハ技能の必要性は、自己評価チェックリストを

用いた課題の中で学生個々に表現されていた。現場で必要な臨床実践能力は、リハ技能として具体的に理解しつつあることが確認できた。今後は、臨床実習の前後において、これら3つの教育モデルの理解を求め、リハ技能とリハマインドを学習目標とした卒前教育を実践したいと考えている。

(2) 卒後教育の実際

このガイドラインでは、(1)新人PT教育は、経験学習に基づいた教育が重要なこと、(2)病院の理念に加え、リハ部門のミッションに対応すること、(3)人材育成の目的は、リハのプロフェッショナルをめざすこと、の3点が強調されている。

筆者は、これまでに症例検討会などから現場の職務を通して院内研修(OJT)に関わり、その実践報告を重ねてきた⁴⁰⁻⁴³⁾。最近、効果的・効率的にリハ技能を指導するために、現場では次のような場面を重視している。

特に新人が、自分では知っている・分かっていると思っても、それを実際に患者家族や多職種に伝えたり、どのような手順で行ったらよいかを難しいと感

じたり、悩んだりする場面を大切にしている。一方で指導者は、目の前でできることを学習者に見せたとしても、実際にできるようにさせるためには、どのように考えて、何をどうしたらよいのかを伝えきれていない面もあるのではないかと考えるようになった。そこで思案した結果、先述の3つの教育モデルを考案し活用するようになったわけである。

また、指導者から実際に指示されている時に頷きが起こった現象を捉えて、「このようにして差し上げて」と指示を受け止めることはできたとしても、その後、実際に患者に対して担当療法士が、どのように行動したらよいのか、どう対処し関わっていけばよいのかの実際は、なかなか難しいことではないのかと感ずる場面が多いように思われた。指示する方は、カルテを読んでいない、指示してもやってくれない、無視している、価値観が違う、意識が低い、といった話になりがちになる。このように実践的な指導に結びつかないことが多いことを実感してきた。

例えば、臨床像は理解できたとしても、この障害像においてどこから手をついたらよいのか、それをどのようにしたら患者が主体的に取り組めるようになるのか、そういったことに療法士と患者と一緒に現場で悩み、試行錯誤している場面が少なかったり、大事な場面を素通りしているような印象があった。そこで、課題解決に向けての創意工夫や悪戦苦闘する場面をつくり、ゆっくり時間をかけてやり取りすることが大切であり、この時こそ、学習者と指導者の双方で必要な「リハ技能」が生み出される“場”があるように考えるようになった。

実際に「リハ技能」が生み出される“場”を5W1Hで示すと①いつ：臨床像を理解した後で、②だれに：指導者が同じ患者を見ていても、観えている障害像が違うので担当療法士に、③どこで：担当療法士が実際に患者の能力を引き出そうとしている場面で、④何を：患者のおかれている状況で今、早急にすべきことは何を、⑤なぜ：1ヶ月後にリハの成果を出すため

に、また、1週間ごとの到達点を示すために、⑥どのように：学習者はリフレクションを繰り返し、指導者にフィードバックしてプロセス評価を行い、最終的に成果をまとめていくように。

以上の経過や各段階において、実用的で創造的な「リハ技能」が生み出され、その際に「リハマインド」が合致すれば、この上ない魅力的な深い学びになってくる。これが、卒後に現場で行なう臨床実践教育ではないだろうか。

おわりに

リハの有効性は、担当療法士の3つのリハ技能に依存すると言っても過言ではない。まずは、患者のおかれた状況から全体像を思考する技能、次いで、患者の現症や経過を踏まえ解決すべき課題を判断する技能、さらに、患者家族・多職種へ回復・改善とその成果に向けた目標設定や治療計画を表現する技能、以上の3つのリハ技能を有した専門職を育成する学習法が、卒前と卒後の架け橋になる。今日の職場環境が多様化する中においても、リハ技能の育成は、臨床実践能力の土台・ベースであり不変であろう。各施設の形態や機能が異なろうとも、リハの真髄を実践できる教育モデルの活用が重要になる。卒前と卒後に一貫した教育モデルの活用が、真の意味で自ら学ぶことを根底から支えるものと考えられる。

本稿では、スキルとは・知識とは、と解釈してきたが、その言葉の持つ意味を納得した上で議論しないと、指導者と学習者は相互理解や対話がなり立ちにくくなることに注意した。学ぶべきものには、その核になる言葉が必要である。また、伝えたいことには、そこへ引き込むため、行動が変わるようなキーワードが必要である。それは、介入ポイントを言語化することに似ている。

結論的にリハ技能を育成するためには、3つの技能が必要とされる場面で、それを上手に行うための方法

を技術的に指導することが肝要のように思える。最適なやり方を追求して、その一つの答えが見えてきたように思えるが、これもコロナ禍だからこそ、立ち止まって考えついた学習法かもしれない。その意味で本稿は、リハ専門職、いやリハの専門家（プロフェッショナル）としての人材育成に向けて臨床実践能力を学ぶ前に、学び方を学ぶというか、お互い学ぶ者同士の相互理解を深めるためのメッセージになれば願うところである。

本稿を閉じるにあたって、残された課題と今後の展開に触れておく。残された課題は、リハ技能項目の洗練化である。項目作成は、これまで紹介してきたガイドラインや自己評価チェックリスト（表5）を参考に、各病院の経営理念や部署の活動方針に即して仕上げていく。その際、新人には職場で必要とされているリハ技能を段階的に理解させ、自己評価や学習目標がイメージできるよう配慮する。「～ができる」ためには、「～ができる必要がある」ことに気づかなければ進まない。療法士一人ひとりが、職場で必要とされるリハ技能を主体的に選定できる項目作成がポイントになる。

今後の展開では、リハ技能項目を基にリハ技能マップを作成する。リハ技能マップは、スタッフが個々にどの程度リハ技能を有しているかを把握する評価ツールである。リハ技能項目を縦軸に列記し、横軸には療法士の名前や経験年数など順次に配置する。それぞれのマス目には「1：まったくできない 2：あまりできない 3：どちらともいえない 4：できる 5：よくできる」の数字を入れる。これにより、スタッフ全

員のリハ技能の保有状況が一目で分かる。1もしくは2の職員を5の職員が教育するなど、さまざまな教育企画が可能になる。

上記の課題と展開から、目標（目指すべき状態）と目的（実現させたい到達点）を、先述の三層レベルで揚げておく。まず、目標は、個人レベルでは、「リハ技能項目から～できる必要があることに気づき、それができるようになることで、自分の成長や満足・達成感につながる」。組織レベルでは、「リハ技能を実践した報告やそれを蓄積した報告集の作成、また、リハ技能マップを作成することで、計画的なマネジメント体制を確立する」。病院レベルでは、「経営理念や使命・機能に即した人材としてリーダーを効率的に養成することで、統括を図る」。一方の目的は、個人レベルでは、「意欲的に経験学習を継続することで、身につけたリハ技能が患者のリハ成果を生み出す療法士の治療行為になるため」。組織レベルでは、「リハ専門職を育む学習環境や仕組みを創ることで、知恵（行動知）備えた効果的なチーム医療を推進するため」。病院レベルでは、「リハの専門家を育成することで、リハ技能からリハマインド（意識知）とミッションにつなげ、リハの風土・文化を醸し出すため」。今後、これらの目標と目的の中で、臨床現場において、各病院のミッションや機能に応じた評価ツールの開発を行なう予定である。

謝辞

本研究はJSPS科研費16K09193の助成を受けたものです。

参考文献

- 1) 公益社団法人日本理学療法士協会 (2020) 新人理学療法士職員研修ガイドライン。
- 2) IPイノベーションズ (2020) 職場の学習について学べるATD 2020 Japan Summit, www.ipii.co.jp/blog/
- 3) Clark Q (2019) Quinnsights: A Need for Thinking Skills, www.learningsolutionsmag.com/articles/quinnsights-a-need-for-thinking-skills
- 4) Paul A.K, Mirjam N (2018) Chess in Schools: Holy Grail or Snake Oil? www.3starlearningexperiences.wordpress.com/2018/05/21/chess-in-schools-holy-grail-or-snake-oil/

- 5) Patti S (2016) What Do You Know: Do We Know When We Don't Know? www.td.org/insights/what-do-you-know-do-we-know-when-we-dont-know
- 6) De Houwer J, Barnes-Holmes D, Moors A (2013) What is learning? On the nature and merits of a functional definition of learning, *Psychonomic bulletin and review*.
- 7) Cross J (2007) *Informal learning: Rediscovering the Natural Pathways that inspire innovation and Performance*, San Francisco, Pfeiffer.
- 8) Patti S (2017) What Do You Know: Should Learning Be Easy and Fun? www.td.org/insights/what-do-you-know-should-learning-be-easy-and-fun
- 9) Patti S (2015) Science of Learning 101: What's the Point of Instruction? www.td.org/insights/science-of-learning-101-whats-the-point-of-instruction
- 10) Connie M (2019) How To Be Effective At Persuasion For Learning, www.thelearningcoach.com/learning/persuasion-and-learning/
- 11) Will T (2014) Using Objectives to Focus Learners' Attention, www.td.org/insights/using-objectives-to-focus-learners-attention
- 12) Clark Q (2019) Quinnsights: Learning Science for Leaders, www.learningsolutionsmag.com/articles/quinnsights-learning-science-for-leaders
- 13) 向後千春 (2012) いちばんやさしい教える技術, 永岡書店, ISBN 9784522430880
- 14) 中山芳一 (2016) キャリア教育における多元的自己評価試論 -非認知能力を手がかりとして-, 岡山大学全学教育・学生支援機構教育研究紀要 第1号, 123-132.
- 15) 岸 学 (2004) 手続き的知識の教授における説明方法の影響 -マニュアルによる説明と口頭説明との比較-, 東京学芸大紀要1 部門 55, 37-43.
- 16) 高梨智弘 (2009) 知の経営, 白桃書房, ISBN 10:4561225269
- 17) 瀬川良久 (2017) 暗黙知の移転を通じた競争優位の創出 -国際的EMS企業の質的研究, 北陸先端科学技術大学大学院知識科学研究科, hdl.handle.net/10119/15069
- 18) 厚生労働省 (2018) 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, www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/05_Guideline_Q%26A_181005.
- 19) 公益社団法人日本理学療法士協会 (2018) 臨床実習教育の手引き 改訂第6版.
- 20) 佐久間陽一郎 (2018) ビジネススキル (1) 基礎スキル編, 中央経済社, ISBN 9784502254314
- 21) Weblio辞書: 技術と技能 (スキル) の違い, www.weblio.jp/
- 22) 平上二九三 (2013) 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祉研究所研究紀要 14, 1-6.
- 23) 平上二九三 (2015) 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.
- 24) 平上二九三 (2017) 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.
- 25) 平上二九三, 平上尚吾, 井上 優 (2017) 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.
- 26) 平上二九三, 野中哲士, 齊藤圭介 他 (2012) 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.
- 27) 平上二九三 (2014) 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.
- 28) Hiragami F, Nonaka T, Saitoh K et al. (2015) The utility of a care model to individualise rehabilitation in adults

- aged over 80 years, *Topics in Stroke Rehabilitation* 22, 102-115. doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000029
- 29) Hiragami F, Hiragami S, Inoue Y (2019) Effectiveness of a family-engaged multidimensional team planning and management for recovery in patients with severe stroke and low functional status, *Annals of Rehabilitation Medicine* 43 (5), 581-591. doi.org/10.5535/arm.2019.43.5.581
- 30) ジョハリの窓：自己理解と円滑なコミュニケーションのために, www.nowistart.com/johari-window/
- 31) Hiragami F, Hiragami S, Suzuki Y (2016) A process of multidisciplinary team communication to individualize stroke rehabilitation of an 84-year-old stroke patient, *Care Management Journals* 17, 97-104. doi: 10.1891/1521-0987.17.2.97
- 32) 平上二九三 (2020) リハビリテーション技能の育成に関するプロセスモデルの開発, 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 21, 1-10.
- 33) 平上二九三, 野中哲士, 横井輝夫 他 (2011) 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.
- 34) 平上二九三 (2009) 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.
- 35) 平上二九三 (2009) 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.
- 36) 平上二九三, 野中哲士, 横井輝夫 他 (2011) 保健・医療・福祉の専門職教育を結ぶ実践能力育成プログラムの提案, 吉備国際大学研究紀要 (保健科学部) 21, 11-18.
- 37) 平上二九三 (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-, 吉備国際大学研究紀要 (医療・自然科学系) 29, 21-39. www.id.nii.ac.jp/1320/00001186/
- 38) 平上二九三, 原田和宏, 井上 優 他 (2019) 臨床実習の新しい教育目標に基づく学生の成長プロセスの可視化と評価方法の検討, 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 20, 31-51.
- 39) 平上二九三, 原田和宏, 井上 優 他 (2020) 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 (医療・自然科学系) 30, 33-44. www.id.nii.ac.jp/1320/00001223/
- 40) 平上二九三 (2010) 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 37, 380-386. doi.org/10.15063/rigaku.KJ00006544164
- 41) 平上二九三 (2010) 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. doi.org/10.15063/rigaku.KJ00006485351
- 42) 平上二九三 (2010) 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. doi.org/10.15063/rigaku.KJ00006325240
- 43) 平上二九三 (2018) 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.