

1

理学療法教育学会版

3

4 理学療法教育ガイドライン0版（委員会案）

5

6 意見交換会抜粋版

7

8

9



10

11

12

13

14

15

16

17

一般社団法人 日本理学療法教育学会

18

19

理学療法教育ガイドライン委員会

20

21

22

1 第2章 理学療法士養成教育における学内教育のガイドライン

2

3 第1節 理学療法卒前教育の3つのポリシー

4

5 1. はじめに

6

7 理学療法士教育において、「ディプロマ・ポリシー（卒業認定・学位授与の方針）」、
8 「カリキュラム・ポリシー（教育課程編成・実施の方針）」、「アドミッション・ポリシー
9 （入学者受入れの方針）」のいわゆる「3つのポリシー」の必要性は広く認識されてお
10 り、今後は3ポリシーを一体的かつ整合的に策定し、その運用の質を継続的に向上させる
11 ことが一層強く求められている。先行き不透明で変化の激しい現代社会に対応し、生涯に
12 わたり学び主体的に考える人材を育成するため、高等教育には質的転換が求められてお
13 り、その鍵として各大学で3つのポリシーを策定し教育を再構築することの重要性が中央
14 教育審議会の答申等で繰り返し指摘されてきた¹⁾。2025年には中央教育審議会の「知の
15 総和」答申において、一人ひとりの多様な幸せと社会全体の豊かさ（well-being）の実現
16 には、教育を通じた個人の能力向上、すなわち「知の総和」（人数×能力）の向上が不可
17 欠であることが強調されている²⁾。こうした政策動向を踏まえ、理学療法士教育において
18 も教育の質保証と社会的責任を果たす基盤として3つのポリシーが不可欠である。本節では、
19 理学療法教育における3つのポリシーの意義と概要について、社会的背景や具体例を
20 交えながら概説する。

21

22 2. なぜ「3つのポリシー」が必要なのか？—導入のメリットとは

23

24 ディプロマ・ポリシー（DP）は、各教育機関が卒業時に学生に身につけさせたい資
25 質・能力を定めた基本方針であり、「どのような力を身に付けた者に卒業を認定し学位を
26 授与するのか」を示したものである。カリキュラム・ポリシー（CP）は、DPを達成する
27 ために教育課程をどのように編成し、いかなる教育内容・教授法で指導し、学修成果を評
28 價するかを定める基本方針である。アドミッション・ポリシー（AP）は、教育理念や
29 DP・CPに基づき「どのような学生を受け入れるか」を定める方針であり、各校が求める
30 学生の学習成果（学力）像を示すものとなっている。また、APでは、こうした学習成果
31 像のみならず、入学までに身につけておくことが望ましい学力の要件も明示される。そこ
32 では一般に「学力の3要素」、すなわち(1)知識・技能、(2)思考力・判断力・表現力、(3)
33 主体性・多様な人々と協働して学ぶ態度の三点から期待される能力水準が示される¹⁾。

34 これら3つのポリシーはもともと大学教育において教育の「入口から出口まで」を一貫
35 させるために導入された概念であるが、理学療法士の養成教育においても教育機関の種別
36 （大学・短期大学・専門学校、特別支援学校など）を問わず質の高い人材育成を行うため
37 に策定が求められる。理学療法士は国家資格であり、その養成課程は全国の様々な教育機

1 関で行われていることから、各校が独自の教育理念に基づきつつも一定の水準の教育成果
2 を担保する必要がある。日本理学療法士協会が策定した『理学療法学教育モデル・コア・
3 カリキュラム』も、全国の養成校に共通する卒業時到達目標を示したものであり、各校の
4 DP 策定に際して指標となるであろう。3つのポリシーを明文化し、教育関係者で共有す
5 ることは、理学療法士養成教育の質保証の基本となる。

6 3つのポリシーを策定することには、以下のようなメリットがある。
7 ・教育の内部質保証：大学が自ら定めた目標に照らして教育活動を点検・評価し、結果
8 に基づき改善を行うという PDCA サイクルを確立する指針となる。
9 ・教員の共通理解の促進：全教職員が自校の教育目標・教育内容と卒業生像を共有し、
10 一体となって教育に取り組むための共通基盤となる。
11 ・社会的説明責任の明確化：大学の教育の特色と育成する人材像を対外的に示すことが
12 でき、入学希望者・学生や高校教育との円滑な接続に資する重要なメッセージとな
13 る。

14

15 3. 「どんな理学療法士」として卒業させるのか？－DP で描く人材像

16

17 DP は卒業時の到達目標を示す基本方針であり、カリキュラム全体の指針となる。DP を
18 明確に定めることで、教職員と学生が「卒業時に何ができるいなければならないか」を共
19 有できる。DP には理学療法士に求められる知識・技能と思考力、態度のすべてを盛り込
20 む必要があり、学力の 3 要素に照らしてバランスよく能力像を定義することが重要であ
21 る。加えて、現代の保健医療専門職に求められる汎用的能力（いわゆる社会人基礎力）も
22 踏まえ、コミュニケーション能力やチームワーク、課題解決力や倫理観といった要素も
23 DP に含める必要性も指摘されている³⁾。具体的な DP の内容例としては、「人間の形
24 態・運動機能に関する十分な知識と検査・測定技能を有し、科学的根拠に基づいて理学療
25 法を実践でき、対象者や多職種に適切に説明・協働できるコミュニケーション能力を備
26 え、生涯にわたり専門職として自己研鑽を継続できる理学療法士」のように表現すること
27 が考えられる。

28 日本理学療法士協会の『モデル・コア・カリキュラム』においても、卒業時に身につけ
29 るべき資質・能力のキーコンピテンシー^注として「プロフェッショナリズム（倫理観と使
30 命感）」「理学療法の知識と技術」「根拠に基づいた課題解決能力」「生涯学習の姿勢」
31 「コミュニケーション能力」などが挙げられている⁴⁾。

32 各養成校はこれらを参照しつつ、独自の教育理念を反映させた DP を策定することにな
33 る。DP で定めた到達目標の達成度を測定するため、ルーブリック評価や OSCE（客観的
34 臨床能力試験）、ポートフォリオなどの手法が活用されつつある。例えば臨床実習の前後
35 に OSCE を実施して技能の向上度を評価する取り組みは効果的であり、これらにより DP
36 で掲げた能力の習得状況を可視化して指導改善に役立てることができる。このように、
37 DP は達成度を判断し得る具体的な学修成果の記述として定めておくことが重要である。

1 4. 「卒業までの学び」をどう設計するか？－CP の役割

2
3 CP は、DP で定めた目標を達成するために教育課程を具体的に設計する方針であり、理
4 学療法士養成課程のカリキュラムそのものの骨格をなす。明確な CP に基づいてカリキュ
5 ラムを編成することで、教育内容の系統性・一貫性が確保され、学生は段階的かつ計画的
6 に必要な能力を身につけることができる。CP を策定するにあたっては、DP および AP
7 との整合性が重要である。すなわち、DP で定めた資質・能力を育成するために最適な科
8 目配置・教授法を検討し、同時に AP で定めた要件を満たし、入学選抜を経て受け入れた
9 学生の学力水準や背景に応じた教育上の配慮（初年次教育やリメディアル教育）を組み込
10 む必要がある。例えば初年次には大学での学び方や基礎科学の補充を目的とした導入教育
11 を行い、専門科目への橋渡しとすることが多い。とくに理学療法の専門教育に必要な生物
12 学・物理学等の基礎知識について、高校で未履修の学生がいる場合には、入学直後に補習
13 授業を実施して履修者と未履修者の間に学力格差が生じないように努め、すべての学生が
14 円滑に専門教育に臨めるようにすることが望ましい。一方で、こうしたリメディアル教育
15 は、初等中等教育の内容をそのまま再提供することとは異なり、あくまでも専門教育への
16 橋渡しとして、理学療法学の学習に必要な基礎的理解を再構成し直す視点が求められる。

17 さらに、科学的思考の基盤を養うため、各種リテラシー教育や人文・社会・自然科学に
18 わたる教養科目をカリキュラムに組み込み、幅広い視野と思考力を涵養することも求めら
19 れている。

20 CP の具体化に際しては、カリキュラム上の科目と DP との対応関係を明確にし、教育
21 内容の漏れや重複を防ぐ工夫が有効である。例えばカリキュラム・マップを作成し、各科
22 目の学修目標が DP のどの項目に対応するかを示せば、教育課程全体の体系性を可視化し
23 て教員・学生間で共有することができる。

24 また、シラバスに各科目の目標・内容・教育方法・評価方法等を詳細に記載し、組織的
25 なチェックを行うことで、科目間の内容整合性や評価基準の統一を図る取り組みも重要で
26 ある。こうした CP に基づくカリキュラム・マネジメント（履修管理）の実践によって、
27 初年次教育から臨床実習・卒業研究に至るまで一貫性のある指導が可能となり、最終的に
28 DP で掲げた学習成果の確実な達成へつながる。例えば、ある養成校では DP に「地域
29 保健への貢献」を掲げ、それに沿って地域リハビリテーション関連の講義・演習・実習科
30 目を体系化したカリキュラムを編成することで、地域ケアに対応できる人材育成を実現し
31 ている。

32
33 5. AP で“理想の学生”は選べるのか？－多様化時代の選抜と支援

34
35 AP は、入学者受入れの基準と方法を示す方針であり、理学療法士養成校が求める学生
36 像を社会に発信する役割を担う。適切な AP の策定によって、各校の教育理念や DP に合
37 致するとともに、CP に基づいた教育を受ける能力を有する学生を迎えることができ

1 る。例えば、理学療法学分野において望ましい入学生像として、「人の健康と生活を支え
2 することに関心が高く、理学療法の学修に必要な基礎学力と探究心を備え、他者と協働する
3 コミュニケーション能力と倫理観を有し、チーム医療に貢献できる人物」といったものが
4 挙げられるであろう⁵⁾。こうした資質は、高校段階までに培われる学力の三要素に通じる
5 ものであり、APではそれらを多面的に評価できる工夫が求められる。しかし、近年の少
6 子化により入学志願者数が減少し、学生確保が困難になるなど、APの運用には課題も多
7 い。入学者の多様化（社会人や留学生の増加、文系出身者の参入など）に対応するため、
8 各校では従来の筆記試験偏重から転換し、面接・小論文など多角的な選抜方法を導入され
9 ており、それによって学力試験では測りにくい主体性や対人技能も評価し、APで定めた
10 人物像に合致した入学生を選抜しやすくしている。

11 ただし入学者の学力背景が多様な場合には、CPで補習などを実施して学修上の不利を
12 補う必要がある。DP・CP・APを一貫させ、入学生的特性に応じた支援まで見据えた教
13 育体制を築くことが重要である。今後のAPの在り方に関しては、高大接続改革の趣旨を
14 踏まえ、入学者選抜方法を「学力の3要素」を多面的・総合的に評価するものへ一層シフ
15 トしていくことが求められる。大学が入学までに求める学習内容を明示すれば、高校での
16 進路指導や入学前教育に役立てることができる。多様化・少子化の時代にあっても、AP
17 を的確に策定・運用しDP・CPと合致させることで、理学療法士養成教育への入口として
18 の役割を十分に果たすことができるであろう。

19 20 6. 3つのポリシーを“使える方針”にするには？－形式から実効性へ

21 中央教育審議会も、3つのポリシーが抽象的・形式的な記述にとどまり相互の関連性が
22 意識されていない例が多いことを指摘している。一方、3つのポリシーを一体的に捉えて
23 教育を運営すれば、大きな効果が得られる。APで選抜した学生の特性を踏まえてCPを
24 編成し、DPで定めた目標を着実に達成できるよう教育を開拓すれば、学生の成長は促進
25 される。

26 例えば、DPに「チームで問題解決できる力」を掲げるプログラムでは、CPにおいてグ
27 ループ学習や協働的な課題解決を重視した科目や教授法を体系的に位置づける。さらに、
28 APにおいて協調性やコミュニケーションに関する観点を明示することで、卒業時には高
29 い協調性と問題解決力を備えた人材を育成することができる。また、3ポリシーが連動し
30 ていれば教育のPDCAサイクルも確立しやすく、各ポリシーに基づく教育活動の自己点
31 査・評価と継続的改善が効果的に行われる。

32 33 7. おわりに

34 DP、CP、APはいずれも教育理念の具現化から教育課程の構築、入学者選抜に至るま
35 で一貫した指針を提供し、教育の質保証と説明責任の基盤を成すものであり、これら3つ

1 のポリシーを策定・運用する過程そのものが教員のプロフェッショナリズムの発露といえ
2 る。

3 一方で、理学療法士教育に携わる教員は多様なバックグラウンドを持ち、それぞれ異なる
4 教育観や価値観を有しているため、教育現場において意見の対立が生じることは当然で
5 ある。しかし、そのような際にこそ、教育活動の根幹である各大学・養成施設が掲げる教
6 育理念や建学精神に基づいて策定された3つのポリシーが、教員間での共通認識や方向性
7 の統一を図るために指針となる。教育に関わる問題に直面した時には、全教員がこの3つ
8 のポリシーに立ち返ることによって、意見の対立を超えて一つの方向に団結し、質の高い
9 教育の実現を目指すことが可能となる。したがって、教員は3つのポリシーを積極的に活
10 用し、教育のプロフェッショナルとして日々の教育活動に邁進していくことが期待され
11 る。

12
13 注 コンピテンシー基盤型教育 (Competency-Based Education, CBE)において、コンピテンシーと
14 は、学習者が特定の分野や職業で成功するために必要な知識、スキル、態度、行動などの総合
15 的な能力を指す。またそれらは授業や試験などを通じて観察・評価可能なものと定義されてい
16 る。

17 【引用文献】

- 20 1) 文部科学省中央教育審議会大学分科会大学教育部会 (2016). 「『卒業認定・学位授与の方針』（ディプロマ・ポリシー）『教育課程編成・実施の方針』（カリキュラム・ポリシー）『入学者受入れの方針』（アドミッション・ポリシー）の策定及び運用に関するガイドライン」
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/_icsFiles/afieldfile/2016/04/01/1369248_01_1.pdf (2025年10月29日アクセス)
- 25 2) 文部科学省中央教育審議会 (2025). 「我が国の『知の総和』向上の未来像～高等教育システムの再構築～（答申）」https://www.mext.go.jp/content/20250221-mxt_koutou02-000040400_1.pdf (2025年10月29日アクセス)
- 28 3) 経済産業省 (2018). 「『我が国産業における人材強化に向けた研究会』（人材力研究会）報告書」
<https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/kenkyukai/jinzaikyoka/2018/180314jinzaikyokakondankai.pdf> (2025年10月29日アクセス)
- 31 4) 日本理学療法士協会 (2019) 「理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム」
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/modelcorecurriculum_2019.pdf (2025年10月29日アクセス) .
- 34 5) 日本理学療法教育学会 (2023) 「理学療法士教育における準備教育モデル・コア・カリキュラム」.
https://cms.jspte.or.jp/upload/branch/jspte/obj/files/core_curri/%E7%90%86%E5%AD%A6%E7%99%82%E6%B3%95%E5%A3%AB%E6%95%99%E8%82%B2%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E6%BA%96%E5%82%99%E6%95%99%E8%82%B2%E3%83%A2%E3%83%83%A2%E3%83%87%E3%83%AB%E3%83%BB%E3%82%B3%E3%82%A2%E3%83%BB%E3%82%AB%E3%83%AA%E3%82%AD%E3%83%A5%E3%83%A9%E3%83%A0%EF%BC%88%E7%A2%BA%E5%AE%9A%EF%BC%89.pdf (2025年10月29日アクセス) .

1 第2節 理学療法士養成教育に携わる教員が備えるべきプロフェッショナリズム

2
3 1. はじめに
4

5 理学療法士養成の教育現場において、「私は教育の専門家ではないので、教育について
6 詳しいことはわからない」あるいは「卒業生の質は国家試験で担保されているのだから、
7 教員の役目は学生を国家試験に合格させることだ」といった発言を耳にすることがある。
8 こうした言動は一見現場的な実務感覚に基づいているように見えて、実は専門職教育の本
9 質を捉え切れていない可能性がある。教育の責任を矮小化する危うさのある認識といえよ
10 う。

11 専門職教育の目的は、国家試験の合格だけにとどまらず、社会的責任と専門的判断力を
12 備えた職業人の育成にある。とりわけ理学療法士のように人の健康と生活、延いては人生
13 に関与するリハビリテーション専門職においては、専門知識や技能に加え、倫理性や対人
14 能力、自己研鑽力といった包括的な資質の育成が求められる。もし、その育成の最前線に
15 立つ教員が教育の専門性や責任を軽視していたら、専門職集団全体の信頼性をも損ねかね
16 ないであろう。

17 本節では、こうした問題意識を出発点に、理学療法士養成教育において教員が備えるべ
18 き資質とプロフェッショナリズムについて、教育法制、専門職論、制度的違い、そして教
19 育・研究の意義を踏まえて論じていく。

20
21 2. 理学療法士養成校の教員は、教育の専門家なのか
22

23 理学療法士養成校における教員の多くは、臨床現場での豊富な経験を持つ実務家であ
24 る。また、近年では、大学院を修了して研究業績を重ねた者が教員として着任するケース
25 も増えている。こうした背景から、自らを「実践者」あるいは「研究者」であって「教育
26 の専門家」ではないと位置づけ、教育理論や教育方法への関心が希薄となることがある。
27 しかし、このような自己認識は、教育職としての責任を不当に縮小するものであり、教員
28 の本質的な役割に反しているのではないか。

29 まず、教育は専門的知識と技能、ましてや個人的経験の単なる伝達ではない。学生の理
30 解を促進し、考える力を養い、適切な判断ができる専門職としての基盤を形成するプロセ
31 スである。したがって、教員にはそのプロセスを設計し導く高度な教育力が求められる。

32 また、国家試験は確かに理学療法士としての最低限の知識と技能を測る指標ではある
33 が、職業人としての包括的な資質や臨床現場での実践力、倫理的判断力までは測定できな
34 い。むしろ、国家試験の前に行われる3~4年間の教育課程こそが、それらを育成する場
35 であり、教員こそがその責任主体なのである。

36 専門職研究の観点から見ても、教育機関は専門職集団における「入口管理」を担い、専
37 門性の質的保証に中心的な役割を果たしているとされる¹⁾。そのような機関に所属する教

1 員が教育への専門性や責任を放棄することは、専門職としての自律性や社会的信頼性の根
2 幹を揺るがす行為にほかならない。

3

4 3. 教員とは、どのような専門職なのか

5

6 教育基本法第9条では、「教員は、その崇高な使命を自覚し、絶えず研究と修養に努め
7 なければならない」と明記されている²⁾。この条文は小・中・高等学校の教員のみなら
8 ず、広く教育職に就く者全体に対して、教育という営みが社会的使命を帯びた専門的行為
9 であることを自覚し、不斷の研鑽に努めることを求めている。

10 文部科学省の指針や各種ガイドラインにおいても、教員に求められる資質として、次
11 のような要素が繰り返し挙げられている³⁾。

- 12 • 高度な専門知識と教育力
13 • 教育への使命感と責任感
14 • 倫理観と公正な判断力
15 • 学生や同僚とのコミュニケーション能力
16 • 組織的協働と教育改善への参画
17 • 繙続的な自己研鑽

18 これらは教員という専門職の基本的構成要素であり、「教える力」だけでなく、「学び
19 続ける力」「支え合う力」「社会とつながる力」が求められていることを示している。

20

21 4. 専門職教員としての“プロフェッショナリズム”とは

22

23 上述の一般教員像は、理学療法士教育に関わる教員にもそのまま当てはまる。しかし、
24 理学療法士という専門職の養成に特化した教育である以上、さらに特有の資質が求められ
25 る。

26 第一に、高度な専門知識と臨床経験が不可欠である。単なる知識の伝達者ではなく、自
27 身の実践経験をもとに臨床的判断や患者対応を具体的に指導できる存在でなければなら
28 い。

29 第二に、臨床教育力と指導力が求められる。学生が実習現場で安全かつ効果的に学びを
30 深めるためには、教員が現場の倫理、安全、協働について具体的に教え、指導できる必要
31 がある。

32 第三に、多職種連携の理解と教育力である。チーム医療における理学療法士の役割を理
33 解し、他職種との協働の大切さを学生に伝えることは、教員の大切な職責である⁴⁾。

34 第四に、EBP (Evidence-Based Practice) を指導できる教育力である。最新の知見を常
35 に学び、科学的根拠に基づいた臨床判断を行う姿勢を、学生に体現し、伝えていく必要が
36 ある⁵⁾。

37 最後に、専門職倫理とプロフェッショナリズムの体現者であること。教員自身が専門職

1 としての倫理観、使命感、社会的責任を実践することで、学生にとっての模範となり、理
2 学療法士としての職業的アイデンティティを育む土壌を作ることが求められている^{1) 6)}。

3

4 5. 教育活動と研究活動－「知を創る姿勢」は、どこまで求められるのか？

5

6 理学療法士養成校には、大学、短期大学、専門学校、特別支援学校といった多様な教育
7 機関が含まれる。それぞれに制度的な違いはあるが、教員としての根本的な使命には共通
8 点も多い。

9 大学教員は、学校教育法に基づき「教育・研究・社会貢献」という三本柱を担うことが
10 法的にも制度的にも明示されている。一方、専門学校教員は、専修学校制度に基づく実務
11 家養成が目的とされており、制度上「研究」は義務づけられていない。

12 しかし近年、専門学校においても教育の質保証や学習成果の可視化、教育改善が求めら
13 れる中で、研究的姿勢や教育評価に関する能力は事実上、重視されつつある。加えて、日
14 本理学療法士協会のコア・カリキュラムでも、教員に対して科学的根拠に基づく教育が求
15 められており、「教育のエビデンス」を理解し、研究的態度をもって授業設計や学生指導
16 にあたることが推奨されている⁷⁾。

17 また、研究活動は学生にとっても重要な教育的機会である。たとえば、卒業研究や臨床
18 研究の指導を通じて、学生は EBM の考え方触れ、「知の創造の魅力」「根拠に基づい
19 た判断の重要性」を体験することができる。これは単に研究者育成という意味ではなく、
20 臨床現場で“考える力”を持った実践者を育てるためにも不可欠な教育活動である。

21 したがって、制度的な差異があっても、大学教員・専門学校教員ともに、教育者として
22 のプロフェッショナリズムと、科学的視点に基づく教育力は共通して求められているので
23 ある。

24

25 6. 教員の営みが、理学療法士という専門職集団にどう影響するのか

26

27 すべての教員は、自らの教育実践が、目の前の学生だけでなく、将来の専門職集団全体
28 に少なからず影響を与えることを忘れてはならない。なぜなら、教育は「次世代の専門職
29 者を形づくるプロセス」だからである。

30 社会学の専門職理論において、Freidson は専門職を「自律的に知識と実践を管理する集
31 団」と定義し、その自律性は教育と訓練によって担保されると述べている¹⁾。すなわち、
32 教育の質の低下はそのまま職業の信頼性・独占性・社会的正当性の低下へつながる。

33 さらに、Abbott は専門職の境界は常に他職種との競合や連携を通じて再構成されてお
34 り、その基盤となるのが教育と実践であることを示している⁸⁾。また、専門職が社会から
35 特別な地位と権威を与えられるのは、専門職自身が倫理的責任を厳しく遵守し、自己規制
36 を通じて自身の利益を守るとされている^{1) 9)}。つまり、教員の教育力と倫理観が不足して
37 いれば、理学療法士やその専門性は社会から支持されず、他職種との協働にも悪影響を及

1 ぼしかねない。

2 このように、一人の教員の教育姿勢が、理学療法士という専門職の未来を左右しうる
3 いう自覚が、教育のプロフェッショナルには強く求められる。

4

5 7. おわりに

6

7 理学療法士養成教育に携わる教員には、教育基本法で示された教育者としての使命感と
8 責任、そして専門職教育に特有の資質として、臨床教育力、EBP の指導力、倫理性、社会
9 的責任の自覚が求められる。

10 制度的には大学と専門学校で役割の違いはあるものの、教員である限り、学生の成長を
11 支えるために教育と研究の両面に取り組む姿勢が不可欠である。また、研究を通じて学生
12 の知的好奇心と批判的思考力を育て、専門職としての職業的アイデンティティを確立させ
13 ることも、教員の大きな役割である。

14 仮にこうした資質やプロフェッショナリズムが教員に欠如していれば、教育の質が損な
15 われるだけでなく、理学療法士という職業の社会的信頼性や自律性までが揺らぐことにな
16 りかねない。したがって、すべての教員は「教育の専門性を持つ専門職者」として、自ら
17 の責任と影響力を認識し、日々の教育実践を省察し続ける必要がある。

18

19 【引用文献】

20

- 21 1) Freidson, E. (2001). Professionalism: The Third Logic. Polity Press.
- 22 2) 教育基本法（平成 18 年法律第 120 号）第 9 条。
- 23 3) 文部科学省（2025）「公立の小学校等の校長及び教員としての資質の向上に関する指標の策定に関する指針」https://www.mext.go.jp/content/20250221-mxt_kyoikujinrai01-000023812_1_01.pdf（2025 年 10 月 29 日アクセス）
- 24 4) 蒜場一則（2009）第 1 章第 2 節 日本における連携の現状. 埼玉県立大学編『IPW を学ぶ 利用者中心の
25 保健医療福祉連携』中央法規出版, 17–20..
- 26 5) Schön, D. A. (1983). The Reflective Practitioner. Basic Books.
- 27 6) Ibarra, H. (1999). "Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation." *Administrative Science Quarterly*. 44(4): 764-791.
- 28 7) 日本理学療法士協会（2020）『理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム』https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/modelcorecurriculum_2019.pdf（2025 年 10 月 29
29 日アクセス）.
- 30 8) Abbott, A. (1988). The System of Professions. University of Chicago Press.
- 31 9) Parsons, T. (1951). The Social System. Free Press.

32

33

34

35

36

37

38

39

1 第3節 理学療法士養成教育の教育目標分類における教授法

2

3 1. 認知領域における教授法

4

5 1.1 認知領域における教授法の定義

6

7 認知領域とは、理学療法士が対象者の日常生活における機能的制限を解決するために必
8 要となる、身体の構造や機能、病態運動に関する知識を指す。これらの知識を基盤とし
9 て、対象者の問題解決に向けて適切に活用する能力が求められる。また検査結果や対象者
10 の反応に基づき、治療方針を柔軟に変更するなど、状況に応じた臨床判断能力も極めて重
11 要となる。したがって、認知領域における教授法とは、身体の構造や機能、病態運動に関
12 する知識を段階的かつ体系的に理解させることを目的とし、単なる知識の記憶にとどまら
13 ず、それを臨床場面で適切に応用し、論理的な臨床推論や判断につなげることができるよ
14 う支援する教授手法である。

15

16 1.2 認知領域における教授法の方向性

17

18 教育者は、修正ブルームの教育目標分類¹⁾における認知領域の段階（記憶・理解・応
19 用・分析・評価・創造）を意識し、学修者のどの段階の認知能力に働きかけているのかを
20 明確にしながら、その能力の育成を促進する必要がある。記憶（情報を覚える）および理
21 解（意味を把握する）段階においては、一斉指導を基盤とし形成的評価による個別指導を
22 組み合わせた完全修得学習、既存の知識を足がかりとして新たな概念を学ぶ有意味受容学
23 修、および事前学修により授業と課題の順序を反転させる反転学修などの教授法が効果的
24 である。応用（知識を活用する）から分析（要素の分類や因果関係の理解）に至る段階で
25 は、共同学修やアクティブラーニングを通じて他者に自身の考えを表現・共有する機会を
26 設けることで、論理的思考力や臨床推論力を養うことが可能である。さらに、分析から評
27 価（比較や判断）の段階においては、問題基盤型学修や症例基盤型学修などの手法を活用
28 し、症例課題を通して要素の分類、因果関係の理解、複数の選択肢の比較などを行うこと
29 で、検査や治療の選択・変更に関わる問題解決能力や臨床判断力を育成することが可能と
30 なる。また、臨床判断に加えて、患者の希望と価値観、そしてエビデンスを統合し意思決
31 定をする、エビデンスに基づく理学療法の実践²⁾³⁾が求められる。そのためには、基礎・臨
32 床医学、そして評価学の知識に加え、臨床疫学の知識に基づいて検査値の基準範囲から障
33 害を同定することや臨床予測ルールにより理学療法の適用を判断する能力⁴⁾、ガイドライ
34 ノ⁵⁾を適切に活用する能力を育成することが重要である。創造（新しいものを作る）の段
35 階では、新たな知見や方法を生み出す力を育成するために、リサーチマインドの涵養が重
36 要となる。医療分野において、人工知能（Artificial Intelligence: AI）を臨床判断に活用す
37 る機会が増加しているため、AIリテラシーの育成や生成AIを活用した課題解決型学習な

1 ど、次世代の医療専門職に必要とされる高度な情報活用能力の育成も重要な教育課題である。
2

3

4 1.3 認知領域における教授法の留意点 5

6 認知領域の教育では、学生が臨床推論の過程を安心して言語化・共有できる環境を整備
7 することが期待される。また、教員自身がエビデンスに基づく臨床判断を体現し、学生に
8 とってのロールモデルとなることが不可欠である。さらに、指導者間での教育内容や指導
9 方法のばらつきを防ぐため、全教員が認知領域の教育理念と目標を共有し、組織として一
10 貫した指導体制を構築することが求められる。

11

12 1.4 認知領域における評価 13

14 認知領域の評価は、認知領域の段階を踏まえ、適切な評価方法を選択することが重要で
15 ある。記憶・理解段階においては、学修者が基本的知識を正確に把握しているかを評価す
16 る。主な評価方法には、多肢選択式問題や穴埋め問題など形成的評価を活用し、誤概念の
17 早期発見と修正を促す。応用・分析段階においては、情報を統合・分類できるかを評価す
18 る。主な評価方法には、症例問題や概念地図法による思考過程の可視化などがある。評価
19 段階においては、妥当な介入方法を選択する能力、あるいは治療方針の修正など意思決定
20 に関わる能力を評価する。主な評価方法には、問題基盤型学修課題や症例基盤型学修にお
21 ける討議内容、ガイドラインの批判的読解を評価していく。創造段階においては、新しい
22 視点・方法を提案する力、探究心、リサーチマインドを評価する。主な評価方法には、研
23 究計画書の作成、文献レビューなどがある。またAIリテラシーの評価も含め、次世代の
24 医療専門職に必要な高度な情報活用能力も評価対象とする。

25

26 2. 精神運動領域における教授法 27

28 2.1 精神運動領域における教授法の定義 29

30 精神運動領域とは、理学療法士が対象者の機能障害や活動制限を評価するために必要と
31 なる検査・測定や治療に関する技能を指す。理学療法士は、これらの技能の修得を基盤と
32 して、対象者の問題解決に向けて状況に応じて技能を適切に適用することが求められる。
33 したがって、精神運動領域における教授法とは、単なる検査・測定や治療に関する技能の
34 修得にとどまらず段階的かつ体系的に修得させることを目的とし、それを臨床場面で適切
35 に応用できるよう支援する教育手法である。そのため、精神運動領域の階層が進むにつ
36 れ、認知領域を含めた総合的な実践力として教授していくことが求められる。

37

1 2.2 精神運動領域における教授法の方向性

2
3 教育者は、教育目標分類¹⁾における精神運動領域の段階（模倣・操作・精密化・分節
4 化・自動化）を意識し、認知領域と同様に、学修者のどの段階における精神運動領域に働く
5 きかけているのかを明確にしたうえで、その能力の育成を促進する必要がある。さらに、
6 精神運動領域の教育目標は運動学習と密接に関連しているため、スキーマ理論⁶⁾を代表と
7 する運動学習理論を踏まえて教授法を選択することが求められる。まず模倣の段階は、他
8 者の動作を観察し真似る段階であり、教員によるデモンストレーションや模倣練習などが
9 有効である。この段階は基礎的技能を形成する段階に相当する。操作の段階は、観察や指
10 示をもとに試行・反復練習する段階である。外的フィードバックやループブリックを用い
11 て、技能を細分化して指導することで課題を明確にしていく。精密化の段階は、誤りが減
12 少し動作が安定化する段階である。学生の内的フィードバックと外的フィードバックを結
13 びつけるために、同じ課題を連続して行うブロック練習から徐々に課題を変えて行うラン
14 ダム練習へ移行することで技能転移を促していく。分節化の段階は、複数の技能を組み合
15 わせ、状況に応じて活用する段階である。ケーススタディや模擬患者を用いた学修が有効
16 であり、技能の統合と適応が重視される。自動化の段階は、技能が習熟し意識せず発揮で
17 きる段階である。自動化への到達を目標に、臨床実習を通じて学生に実践経験を積ませ、
18 その修得を支援していく。

19
20 2.3 精神運動領域における教授法の留意点

21
22 精神運動領域の教育では、学生が技能の試行錯誤を安心して行える環境を整備し、失敗
23 を学習の機会と捉えることが期待される。また、教員自身が正確かつ安全な手技を体现
24 し、学生にとってのロールモデルとなることが不可欠である。さらに、指導者間での評価
25 基準やフィードバック方法のばらつきを防ぐため、全教員が精神運動領域の教育理念と目
26 標を共有し、組織として一貫した指導体制を構築することが求められる。

27
28 2.4 精神運動領域における評価

29
30 精神運動領域の評価は、精神運動領域の段階をふまえ、適切な評価方法を選択すること
31 が重要である。模倣・操作段階においては、基本手順の正確性や動作の理解を中心に評価
32 する。精密化段階においては、技能の滑らかさ、精度、誤りの少なさを評価する。この段
33 階では、単に「できる」だけでなく、「安定して行える」ことが重要視される。主な評価
34 方法は測定値の再現性や信頼性の確認をしていく。分節化段階においては、複数の技能を
35 組み合わせ、対象者の状態に応じて適切に活用できるかを評価する。主な評価方法は模擬
36 患者を用いた評価やケーススタディ形式の技能統合課題、臨床推論と技能を組み合わせた
37 総合課題により評価していく。技能を「つなぐ」能力、状況理解と動作選択の適切さが評

1 値の中心となる。自動化段階においては、実習前後や臨床実習での実践状況を中心に評価
2 する。主な評価方法は客観的構造化臨床試験（Objective Structured Clinical
3 Examination : OSCE）や実習評価表などを用いて評価していく。

4

5 3. 情意領域における教授法

6

7 3.1 情意領域における教授法の定義

8

9 情意領域とは、学習者の態度、価値観、動機、感情、自己理解といった内面の成長を扱
10 う領域である。これは、理学療法士として求められる倫理観や対人スキルを涵養すること
11 を通じて、患者との信頼関係の構築や専門職としての成熟に繋がる人格形成の基盤を成
12 す。したがって、情意領域における教授法は、学習者の感情や価値観に働きかける教育的
13 手法であり、職業的アイデンティティの確立と人間的成長を支援することを目的とする。

14

15 3.2 情意領域における教授法の方向性

16

17 情意領域の教育は、学習者の感情や価値観に働きかけ、専門職としての基盤形成を促
18 す。その際、教育者は修正ブルームの教育目標分類¹⁾における情意領域の発達段階を意識
19 し、段階に応じた適切な支援を行う必要がある。この発達段階は、受容、反応、価値付
20 け、組織化、特性化という階層から構成される。また、ブルームの分類に加え、予測不可
21 能な臨床場面での問題解決能力や患者との複雑な人間関係構築に繋がる非認知能力⁷⁾を育
22 む視点を統合する。さらに、主体的かつ対話的な学びの環境を整えることで、学習者の内
23 省を促進し、情意的成長へと導くことができる。そのためグループディスカッションやロ
24 ールプレイなどの多様な学習機会を提供し、内省を促す対話を重視することで、内面的成
25 長を効果的に支援することが可能となる。そして、多様な教育技術の活用を視野に入れる
26 ことで、学生の主体的な学びを促進することが期待される。

27

28 3.3 情意領域における留意点

29

30 情意領域の教育では、学生が失敗を恐れずに自己開示や内省を行えるよう、メンタルヘ
31 ルスに配慮した心理的安全性の高い教育環境を整備することが期待される⁸⁾。また、教員
32 自身が専門職としての高い倫理観とプロフェッショナリズムを体現し、学生にとってのロ
33 ールモデルとなることが不可欠である。さらに、指導者間での教育内容や指導方法のばら
34 つきを防ぐため、全教員が情意領域の教育理念と目標を共有し、組織として一貫した指導
35 体制を構築することが求められる。

36

37

1 3.4 情意領域における評価

2
3 情意領域の評価は、単なる成果の測定に留まらず、学習者の継続的な成長を支援するプロセスとして捉える。その上で、評価基準は学習者の主体性や内発的動機を尊重し、過度な競争意識を助長しないよう設定する。評価は、プロセスと基準の透明性を確保しつつ、各養成校の教育理念に応じた柔軟な枠組みで実施されることが期待される。評価手法としては、内省レポートやポートフォリオの分析、行動観察記録、ルーブリックに基づく自己・他者評価などを組み合わせ、具体的なフィードバックを通じて内省と次なる学習計画を支援する。情意領域の能力は、学内教育と臨床実習の連携を通じて一貫して育成・評価され、特に臨床実習中の患者との対話や倫理的ジレンマへの対応が評価の重要な機会となる⁹⁾。評価情報の取り扱いにおいては、学習者のプライバシーを厳守し、成長支援の目的に限定して管理することが求められる。

13
14 【引用文献】

- 15 1) B. S. Bloom, M. D. Engelhart, E. J. Furst, W. H. Hill, D. R. Krathwohl. Taxonomy of Educational
16 Objectives, Handbook1: Cognitive Domain, New York and London, LONGMAN. 1956.
17 2) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based
18 Medicine Working Group. JAMA. 268(17):2420-5. 1992 Nov 4.
19 3) Jewell, D. V. Guide to Evidence-Based Physical Therapist Practice (第3版) . Burlington, MA: Jones
20 & Bartlett Learning. 2018.
21 4) 玉利 光太郎, 他. 理学療法診断学構築の方法と意義. 理学療法学, 40(8), 609-614. 2013.
22 5) 公益社団法人日本理学療法士協会(監), 一般社団法人日本理学療法学会連合(編): 理学療法ガイドライン 第2版. 医学書院. 2022.
23 6) Schmidt RA : A schema theory of discrete motor skill learning. Psychol Rev,82:225-260. 1975.
24 7) 小塩,真司. 非認知能力の諸問題. 教育心理学研究, 62, 165-178. 2023.
25 8) McClintock, A. H., et al. Psychological safety in medical education: A scoping review and synthesis of
26 the literature. Medical Teacher, 45(11), 1185-1193. 2023.
27 9) Rodriguez-Nogueira, P., et al. Exploring levels of empathy and assertiveness in final year physiotherapy
28 students during clinical placements. Scientific Reports, 14, 64148. 2024.

30
31 第4節 臨床実習の評価における留意点

32
33 1. 臨床実習前評価

34
35 1.1 臨床実習前評価の定義

36
37 臨床実習前評価とは、学生が臨床実習に参加するために必要な基礎的知識・技能・態度
38 を備えているかを確認するプロセスであり、臨床現場における学習の安全性と効果性を担
39 保するための基礎的診断的評価（Diagnostic Assessment）である。この評価は、学生の臨

1 床実践準備性（Readiness for Clinical Placement）を定量的・定性的に測定するものであり、
2 具体的には、コンピューターベースドテスティング（Computer-Based Testing : CBT）お
3 よび臨床実習前客観的臨床能力試験（Pre Objective Structured Clinical Examination :Pre-
4 OSCE）等を組み合わせるなど適切に実施することが必要である¹⁾²⁾。

5

6 1.2 臨床実習前評価の方向性

7

8 臨床実習前評価は、学生が臨床実習を臨むための準備状況を多面的に捉えることを目的
9 とし、まずその役割として、臨床現場での学習を円滑かつ安全に実施するための基盤的能力
10 を確認するプロセスである³⁾。この目的を達成するために知識の確認には CBT、技能と
11 態度の確認には OSCE を用いることが望ましい。CBT は、基礎医学および臨床医学の基礎
12 的知識を客観的に把握でき、学生の知識や理解のばらつきを早期に把握できる点で有効で
13 ある。Pre-OSCE は、技能・態度を観察的に評価でき、患者安全・感染対策・倫理的行
14 動・プロフェッショナリズム・共感性・省察能力⁴⁾⁵⁾などを直接的に確認できる点で有用で
15 ある。評価項目や課題内容の事前提供に際しては、共用試験などの問題守秘義務に抵触し
16 ない範囲で行うなど、適切な情報管理に留意する必要がある。さらに、学生による自己評
17 価（Self-Assessment）を取り入れ、教育的フィードバック（Educational Feedback）を通
18 じて学習の方向性を自己調整できるよう支援する。

19

20 1.3 臨床実習前評価の留意点

21

22 形成的評価の視点を取り入れ、評価結果を学生の自己調整学習に活用する⁵⁾。評価基準
23 はループリックで明示し、学生が評価観点を事前に理解できるようにすることが望ましい
24⁴⁾。OSCEにおいては、評価者間の判定基準の共通理解と信頼性を確保するために、定期
25 的な評価者トレーニングと評価手法の標準化を行う。また、評価の公平性と客観性を高め
26 るため、外部評価者を参画させることが望ましい。外部評価者を加えることにより、内部
27 評価の偏りを防ぎ、評価基準の透明性と社会的信頼性を確保できる。

28

29 2. 臨床実習後評価

30

31 2.1 臨床実習後評価の定義

32

33 臨床実習後評価とは、学生が臨床実習期間中に修得した臨床能力（Clinical Competence）
34 を、実践的文脈において統合的に評価する総括的評価（Summative Assessment）である。
35 この評価は、職業的コンピテンシー（Professional Competencies）に基づき、知識・技
36 能・態度・倫理の側面を多面的に測定するものであり、臨床実習後客観的臨床能力試験
37 （Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination :Post-CC OSCE）や理

1 学療法実践評価（Assessment of Physiotherapy Practice :APP）などの妥当性・信頼性が確
2 保されたツールの使用が望ましい^{3) 6)}。

3

4 2.2 臨床実習後評価の方向性

5

6 臨床実習後評価では、学生が実習期間中に修得した知識・技能・態度・倫理・技術を統
7 合的に評価する。Post-CC OSCEでは、医療面接、理学療法評価、臨床推論、実習記録、
8 症例プレゼンテーション、さらに理学療法における基本的評価・治療技術の正確性・安全
9 性などの内容を含んだ評価が求められる³⁾。これらの評価は、教育者の観察と学生自身の
10 省察・表現の両側面から行う必要がある。特に「診療参加型実習（Participatory Clinical
11 Education）」では、能動的学修プロセスを重視し、教育者の観察記録と学生の自己評価・
12 振り返りを組み合わせた評価が求められる。

13

14 2.3 臨床実習後評価の留意点

15

16 評価ツールとしてのPost-CC OSCEは基本的技能や臨床推論を評価でき、信頼性・妥当
17 性の確保と問題の守秘性を要する。一方で、現状では臨床実習の内容や経験機会は施設間
18 で完全に標準化されていないため、実習を通じて形成・発展した実践能力の到達状況を評
19 価に反映できる枠組みが必要となる。APPは、こうした多様な実習状況を可視化し、教育
20 の質保証に資する長期的評価ツールとして有用である⁶⁾。形成的評価と総括的評価を組み
21 合わせる際には、形成的評価（例：ポートフォリオや学修記録）を参照し、臨床実習後評
22 価に反映させる仕組みを構築することが望ましい⁵⁾。例えば、実習中に学生が記録した学
23 びの振り返りや自己評価の内容を教員間で共有し、最終評価に反映させるなど、学習成果
24 を継続的に統合する工夫が求められる。評価結果は指導教員間で共有され、学生の振り返
25 りと今後の学習計画に活用されるべきである。

26

27 【引用文献】

28

- 29 1) 関口進一郎. 共用試験 CBT, OSCE. 杏林医会誌 52(1), 29-34, 2021.
- 30 2) Post-CC OSCE・pre-OSCE の運用実態 (杏林大学資料) .
- 31 3) Otaki J. Post-CC OSCEについて. 日本内科学会雑誌 109(3), 626-630, 2020.
- 32 4) 星裕・越川茂樹. 大学教育におけるルーブリックの活用. 北海道教育大学紀要, 2018.
- 33 5) 有馬実世. 日本における形成的評価概念の受容と今後. 人間発達研究, 2021.
- 34 6) Dalton M, Davidson M, Keating J. The Assessment of Physiotherapy Practice (APP). Journal of
35 Physiotherapy, 57, 239–246, 2011.

36

37

38

1 第3章 理学療法士養成教育における臨床実習教育のガイドライン

2
3 第1節 臨床実習教育の到達目標と水準

4
5 1. 臨床実習の到達目標

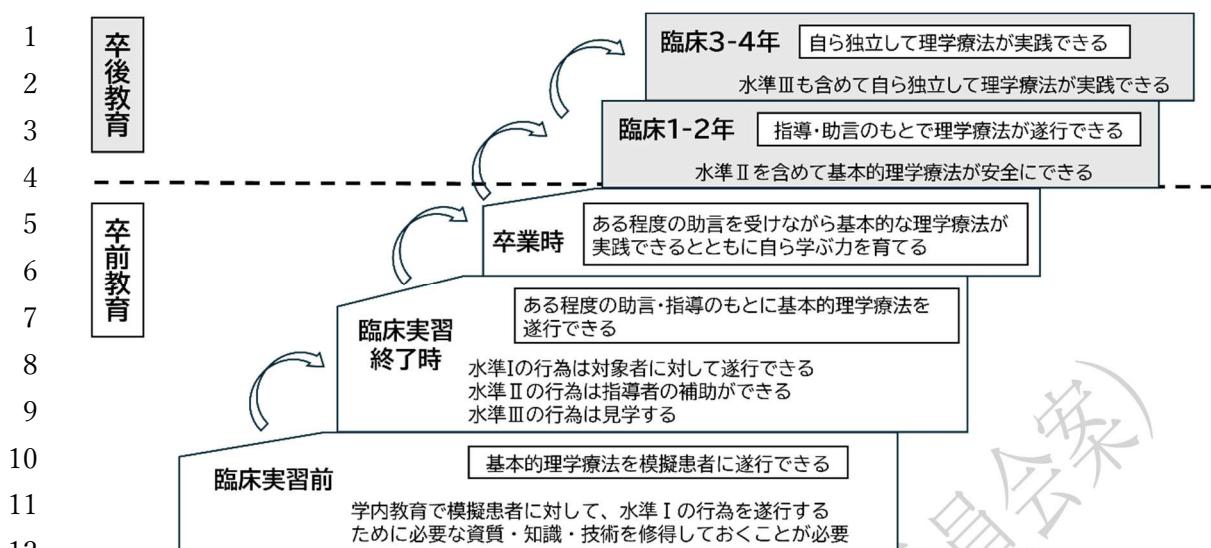
6
7 1.1 到達目標とは

8
9 到達目標とは、特定のプロジェクトや学習において最終的に達成したい地点や状態を示す。とくに臨床実習における「到達目標」は、学生が実習終了時点で到達すべき知識・技能・態度・判断力の指標であり、教育全体を設計・運用・評価する上での基準となる。教育関係者がその基準に対して共通の認識を持つことで、実習の質を担保し、学生の成長を体系的に支援することが可能になる。

10
11
12
13
14 近年の医療職教育では、学習者が最終的にできるようになる姿（成果）を最初に決めて
15 おき、そのゴールを達成できるようにカリキュラムを逆算して設計する教育の導入が進んで
16 いる。これはコンピテンシー基盤型医学教育（Competency-Based Medical Education:
17 CBME）やアウトカム基盤型教育（Outcome-Based Education: OBE）と呼ばれる。理学
18 療法学教育モデル・コア・カリキュラムでは、理学療法士として求められる基本的な資
19 質・能力は、学士課程相応を卒業した医療職として、生涯にわたり専門的知識・技術の向
20 上と豊かな人間性を育み、チーム医療職の一員として科学的根拠に基づいた治療を対象者
21 に提供できることであると提唱している¹⁾。また、これらの多面的な資質・能力を段階的に
22 獲得させるためには、明確で実行可能かつ評価可能な到達目標の設定が不可欠であり、
23 理学療法教育の文脈においても到達目標から逆算した教育設計を行う必要性がある。

24
25 1.2 理学療法士の臨床実習における到達目標

26
27 目標を設定する意義は、学生が「その教育によって何を修得するのか」を明確にするこ
28 とで、学生・実習指導者・教員間で共通の目標設定ができ、学生の目標到達度が評価でき
29 る点にある。日本理学療法士協会が定める臨床実習終了時の到達基準は「ある程度の指
30 導・助言のもとに基本的理学療法が遂行できる」である（図）。



1.3 到達目標の意味

臨床実習終了時の到達目標は「ある程度の助言・指導のもとに基本的理学療法を遂行できる」である。ここでは各用語の意味を確認する。

1) 基本的理学療法について

基本的理学療法とは、臨床現場で理学療法士に求められ、かつ学生が経験すべき内容を指す。①理学療法行為水準Ⅰに示される基本的な技能や手技が該当し、また②理学療法教育モデル・コア・カリキュラムにおける「臨床実習」に記載されたコンピテンシーが含まれる。基本的理学療法には、技能面だけでなく、対象者との良好な関係性を構築する態度や、チーム医療の一員としての役割および理学療法プロセスを理解する認知的側面も含まれる。これら①と②を合わせたものが基本的理学療法の具体的な内容である。モデル・コア・カリキュラムの内容は適宜改訂されるため、最新の版に基づいて参照することが望ましい。

2) 到達基準について

到達基準の表現に用いられている「ある程度の助言・指導のもと」という文言について説明する。ここでは「ある程度」という明確な基準のない曖昧な表現が使われている。卒後1~2年目の到達目標では、「指導・助言のもとで理学療法が遂行できる」とされている。また、日本理学療法士協会が出版する『新人理学療法職員研修ガイドライン』では、到達目標を「必要に応じて指導を求め、基礎的（ベーシック）理学療法を実践できるレベ

1 ル」と示している。これらを踏まえると、ここでの「ある程度」とは、「少々」ではなく、
2 「中程度から比較的多くの量の指導や助言を必要とする」という意味で解釈することが適
3 切である。なお、現在の医療者教育において主流となっているコンピテンシー基盤型教育
4 では、「到達基準」「到達目標」「修了基準」「コンピテンシー」「アウトカム」などの
5 用語は、ほぼ同義語として理解して差し支えない。

6

7 1.4 到達目標の評価

8

9 1) 評価の分類

10

11 <評価目的による分類>

12 • 総括的評価

13 養成校が設定する到達目標に達したかどうかを判断し、成績評価ならびに単位認定の
14 可否判断を行う評価のことを指し、養成校が実施する。

15 • 形成的評価

16 実習生が臨床実習の到達目標に向けて、成長する姿を捉え、その後の臨床実習での参
17 加内容、指導内容の工夫を考えるために、臨床実習指導者（以下、実習指導者）が行
18 うものである。臨床実習期間中に何回か行えばよいというものではなく、日々の成長
19 を実習生と共有できるように実施することが望ましい。

20

21 <評価する能力による分類（Miller のピラミッド）>

22 1990 年、Miller は、認知である‘Knows’・‘Knows how’、行動で示される‘Shows how’・
23 ‘Does’の 4 層からなるピラミッドを使い、医学教育において評価する能力を表した（図）。
24 Knows レベルの評価は、単に知っているかを問い合わせ、Knows how レベルの評価は、どのように
25 するかを知っているかを問う評価である。Computer Based Testing（以下、CBT：コン
26 ピューターを用いて行われる、知識を問う客観試験）や筆記試験などが活用される。
27 Shows how レベルの評価は、模擬的な場で実際にやってみせることができるかを問い合わせ、客
28 観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE。学習者の臨床能力
29 を客観的に評価する実技試験）などが該当する。Does レベルの評価は、実際の臨床現場で
30 実践できているかを問い合わせ、ルーブリック、ポートフォリオ、Entrustable Professional
31 Activities（以下、EPAs：説明は後述）などが使用される。実習中は臨床現場での評価が
32 中心になるため、この項では Does レベルの評価を中心に記載する。

33

34

35

36

37

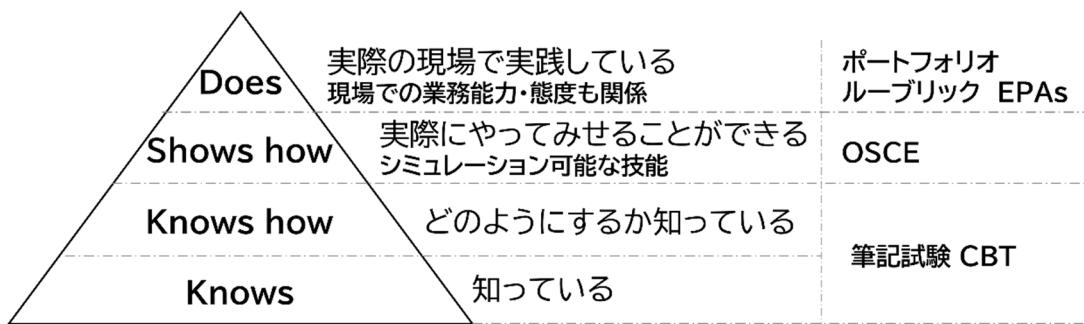


図 Miller の能力ピラミッド

<Does 評価の種類>

・ループリック

学習目標の達成度を判断するための評価表であり、縦軸に「評価の観点」、横軸に観点の尺度を数段階に分けて文章で示した「評価の基準」を配置する。例えば、評価の観点が「検査・測定の実施」であった場合、評価の基準は「S：手順よく正確な技術で検査・測定ができる」「A：時間を要するが正確な技術で検査・測定ができる」「B：時間を要するが助言・指導があれば正確に検査・測定ができる」「C：正確な検査・測定技術を十分な助言・指導があっても身に付けることができない」のような内容が挙げられる。このように、ループリックは評価基準が明文化されているため、異なる評価者でも一定の評価結果が得られやすいという特徴をもつ。主に形成的評価として用いられ、仮に実習の中盤に B 評価であった場合、実習終了時までに A 評価へ到達することを目標にするなどの活用が想定される。

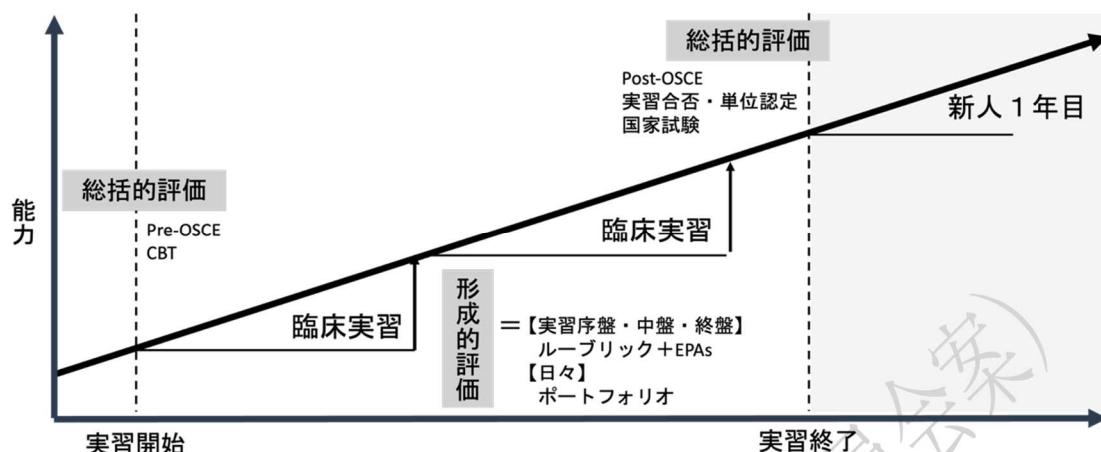
・ポートフォリオ

多様な情報を蓄積し、一元管理したものであり、臨床実習生の振り返り記録や自己学習した資料、経験した実技のチェックリストなどが含まれる。紙面を束ねてファイルに閉じる方法や、データ化してまとめる e-ポートフォリオなどがある。

・EPAs

到達目標は抽象的な表現になることがあり、評価時に具体的なイメージを持ちにくい場合がある。EPAs は「どの程度業務を任せられるか」という視点に基づき、臨床実践とコンピテンシーをつなぐ評価である。段階的に、1：観察のみ、2：指導者の直接監視下で実施、3：間接監視下で実施、4：指導監視なしで実施、5：他者を指導する、のようなレベルに基づいて利用されることが多い。また EPAs は卒前教育と卒後教育を共通の基準で評価できる枠組みとして活用できる可能性があり、教育の連続性を意識した評価ともなり得る。

1 2) 評価の実施時期



12 図 臨床実習評価の実施時期

14 実習前には、学生が実習に臨むための準備が整っているかを判断する目的で、養成校が
15 総括的評価を実施する。知識面の評価として CBTなどを、技能面の評価として Pre-
16 OSCEなどを活用する（詳細は第2章参照）。

17 実習中は実習指導者は形成的評価を実施する。Does評価を中心として、ループリック
18 やポートフォリオ、EPAsを活用する。形成的評価は序盤や中盤・終盤に用いられ、到達
19 目標の達成度を確認し、実習生にフィードバックを行う。

20 実習終了後は、養成校は報告会、Post-OSCE、ポートフォリオやループリックを使った
21 総括的評価を実施する。その際、臨床実習施設は、総括的評価の判断材料として Does評
22 価の結果を養成校に提出する。その結果を養成校は総合評価に加味することが望ましい。

23 なお、卒業時には自ら学ぶ姿勢の育成も求められる。臨床では、必要な知識を学ばず漫
24 然と業務にあたる例も少なくない。こうした課題を防ぐため、実習中からポートフォリオ
25 を活用し、必要な知識を自己学習できているかを評価し、必要に応じて支援することが重
26 要である。

28 2. 臨床実習教育の水準

30 2.1 理学療法士の臨床実習における水準の考え方と注意

32 学生は無資格であるため、実習中に理学療法行為を行うには、違法性を阻却する根拠と
33 して教育上の正当性と社会的相当性を確保する必要がある。診療参加型臨床実習が教育上
34 必要であるという正当性は明らかであるが、社会的相当性を担保するには、①実施行為の
35 範囲と水準の設定、②指導者による適切な指導・監督、③事前の能力評価、④対象者の同
36 意と事故補償の確認が重要となる。

37 実習生の実施行為について、日本理学療法士協会が示す水準は、①臨床で理学療法士に

1 求められ、かつ実習生が経験すべき基本的技術であること、②侵襲性やリスクの程度に応
2 じて3段階（水準I・II・III）に分類すること、③対象者の状態による水準の違いを考慮
3 することを基準に作成されている。水準Iは「指導者の直接監視下で実施されるべき項
4 目」、水準IIは「指導者の補助として実施されるべき項目および状態」、水準IIIは「見
5 学にとどめるべき項目および状態」とされる（表参照）。

7 表 診療参加型臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準³⁾

項目	水準I 指導者の直接監視下で実習生により 実施されるべき項目	水準II 指導者の補助として実施され るべき項目および状態	水準III 見学にとどめておくべき項目お よび状態
教育目標	臨床実習で修得し対象者に実践できる ただし、対象者の状態としては、全 身状態が安定し、実習生が行う上で リスクが低い状態であること	模擬患者、もしくは、シミュレ ーター教育で技術を修得し、指 導者の補助として実施または介 助できる	模擬患者、もしくは、シミュレ ーター教育で技術を修得し、医 師・看護師・臨床実習指導者の 実施を見学する
動作介助(誘導補助) 技術	基本動作・移動動作・移送介助、体 位変換	急性期やリスクを伴う状態の水 準Iの項目	
リスク管理技術	スタンダードプリコーション(感染に に対する標準予防策)、症状・病態の観 察、バイタルサインの測定、意識レ ベルの評価、各種モニターの使用(心 電図、パルスオキシメータ、筋電 図)、褥瘡の予防、転倒予防、酸素吸 入療法中の患者の状態観察	創部管理、廃用性症候群予防、 酸素ポンベの操作、ドレーン・ カテーテル留置中の患者の状態 観察、生命維持装置装着中の患 者の状態観察、点滴静脈内注 射・中心静脈栄養中・経管栄養 中の患者の状態観察	
理学療法評価技術 (検査・測定技術)	情報収集、診療録記載(学生が行つた 内容)、臨床推論	診療録記載(指導者が行った内 容)	
	問診、視診、触診、聴診、形態測 定、感覚検査、反射検査、筋緊張検 査、関節可動域検査、筋力検査、協 調運動機能検査、高次神経機能検 査、脳神経検査、姿勢観察・基本動 作能力・移動動作能力・作業工程分 析(運動学的分析含む)、バランス検 査、日常生活活動評価、手段的日常 生活活動評価、疼痛、整形外科学的 テスト、脳卒中運動機能検査、脊髄 損傷の評価、神経・筋疾患の評価 (Hoehn & Yahr の重症度分類など)、 活動性・運動耐容能検査、各種発達 検査	急性期やリスクを伴う状態の水 準Iの項目 生理・運動機能検査の援助：心 肺運動負荷試験、12誘導心電 図、スパイロメーター、超音 波、表面筋電図を用いた検査、 動作解析装置、重心動搖計	障害像・プログラム・予後の対 象者・家族への説明、精神・心 理検査
理学療法治療技術 運動療法技術	関節可動域運動、筋力増強運動、全 身持久運動、運動学習、バランス練 習、基本動作練習、移動動作練習(歩 行動動作、応用歩行動作、階段昇降、 プール練習を含む)、日常生活活動 練習、手段的日常生活活動練習	急性期やリスクを伴う状態の水 準Iの項目治療体操、離床練 習、発達を促進する手技、排痰 法	喀痰吸引、人工呼吸器の操作、 生活指導、患者教育
物理療法技術	ホットパック療法、パラフィン療 法、アイスピック療法、渦流浴療法 (褥瘡・創傷治療を除く)、低出力レ ーザー光線療法、EMGバイオフィード バック療法	超音波療法、電気刺激療法(褥 瘡・創傷治療、がん治療を除 く)、近赤外線療法、紫外線療 法、脊椎牽引療法、CPM：持 続的他動運動、マッサージ療 法、極超短波療法・超短波療法	褥瘡・創傷治療に用いて感染の リスクがある場合の治療：水治 療法(渦流浴)、電気刺激療法 (直流微弱電流、高電圧パルス 電気刺激)、近赤外線療法、パ ルス超音波療法、非温熱パルス

		(電磁両立性に留意)、骨髓抑制中の電気刺激療法(TENSなど)	電磁波療法、がん治療：がん性疼痛・がん治療有害事象等に対する電気刺激療法(TENS：経皮的電気刺激)
義肢・装具・福祉用具・環境整備技術	義肢・装具(長・短下肢 装具、SHBなど)・福祉用具(車いす、歩行補助具、姿勢保持具を含め)の使用と使用方法の指導	リスクを伴う状態の水準Iの項目 義肢・装具(長・短下肢 装具、SHBなど)・福祉用具(車椅子、歩行補助具、姿勢保持装具を含め)の調節	義肢・装具・福祉用具の選定、住環境改善指導、家族教育・支援
救命救急処置技術			救急法、気道確保、人工呼吸、閉鎖式心マッサージ、除細動、止血
地域・産業・学校保健技術		介護予防、訪問理学療法、通所・入所リハビリテーション	産業理学療法(腰痛予防など)、学校保健(姿勢指導・発達支援など)

1

2 理学療法行為は上述のように 3 つの水準に分けられるが、これらの水準は状況によって
 3 変化することに注意が必要である。同じ行為であっても、患者のリスクが高い場合には行
 4 為水準がより高くなる。また、使用できる補助具や実施する環境によっても難易度が上が
 5 り、水準が高くなる可能性がある。

6

7 【引用文献】

- 8 1)日本理学療法士学会コア・カリキュラム検討委員会: 理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム. 日本
 9 理学療法士協会, 東京, 2019, pp8
- 10 2)日本理学療法士協会: 臨床実習指導者講習会. 日本理学療法士協会, 2019
- 11 3)廣滋恵一: 臨床実習教育の手引き(第 6 版). 日本理学療法士協会, 東京, 2020, pp. 18.

12

13 第 2 節 臨床実習指導者が備えるべき教育者としてのコンピテンシー

14

15 1. 臨床実習指導者に求められるコンピテンシーの概要

16

17 理学療法の実習指導者に求められるコンピテンシーについて、Recker-Hughes らは、I. 対人スキル・コミュニケーション、II. 専門職としての行動（プロフェッショナリズム）、III. 評価・パフォーマンススキル、IV. 指導・教育スキルの 4 領域をポジションペーパーで提
 18 示している¹⁾。さらに Myers らは、理学療法領域において初めて、実習指導者のコンピテ
 19 ネシーを「学習者中心の教育者」「評価者」「専門職種としてのロールモデル」の 3 領
 20 域・24 項目に体系化して整理した²⁾。

21

22 ここでは、上記に示した論文をもとに日本の文脈に則し、実習指導者に求められるコン
 23 ピテンシーを、①対人スキル、②専門職種としてのロールモデル、③評価能力、④指導力
 24 の 4 つに再分類し提示する。これらの能力は、「身につけてほしい」と望まれるものでは
 25 なく、指導者として備えていなければならないという点に留意する必要がある。本節では、
 26 これらのコンピテンシーについて詳しく解説する。なお、医学教育において西城らはコン
 27

1 ピテンシーの前提として「専門性」の保持が重要であると指摘している³⁾。実習指導者は、
2 専門・認定理学療法士の資格を有していることが望ましい。

3

4 2. 臨床実習指導者の要件

5

6 実習指導者は、理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士であり、以下の要件を満
7 たす必要がある。

- 8 ①免許を受けた後5年以上業務に従事した者であり、
9 ②「厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会」または「厚生労働省および公益財団
10 法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員
11 等講習会」を受講し修了した者

12

13 3. 対人スキル

14

15 1) 実習生との関係性を構築するために

16

17 実習指導者は、実習生にこまめに声をかけ、積極的にコミュニケーションを図る。その
18 際、スケジュールや生活状況、課題の難易度や理解度、さらに学習者のモチベーションや
19 興味、体調や心理的状況といった多面的な要素を把握する。これらを適切に調整しながら、
20 学習者を中心とした学びを促していくことが重要である。

21

22 2) 実習生が対象者と円滑な関係性を構築できるために

23

24 実習指導者は、実習生がチームの一員として患者に向き合えるよう支援していく。評価
25 や治療を行う際も、実習生が単独で実施しているのではなく、チームの一員として関わっ
26 ていることを意識する。実習生と患者の関係は、一对一ではなくチーム全体としての関係
27 と捉えることが大切となる。

28

29 3) 養成施設の教員と連携するために

30

31 実習指導者は学習の停滞やハラスメント、事故など不測の事態が起こった場合には、養
32 成施設の教員と速やかに情報を共有する。実習開始前には実習生のレディネス（準備状
33 態）を把握し、実習序盤には実習生・実習指導者・教員で共通の目標を設定し学習の方向
34 性を一致させる。「実習を独自の方針で進めるのではなく、養成施設の方針に沿って教育
35 する」という認識を持つことが必要となる。

36

37

1 4. 専門職種としてのロールモデル

2

3 4.1 ロールモデル

4

5 先に挙げたコンピテンシー①～④と比較すると、「ロールモデル」は単一の能力という
6 よりも、むしろ「役割」や「存在の在り方」を示す概念である。その点で異質ではあるが、
7 実習指導者の態度や行動そのものが学習者に強い影響を与えることを明確に示している。
8 すなわち、知識や技術のみならず、文書記録、チーム連携、患者対応、さらには服装・言
9 動・時間厳守といった一つひとつの行動までもが、学習者に対する教育的メッセージとな
10 る。

11

12 4.2 倫理的かつ前向きな教育的態度

13

14 学生への関わりにおいては、学習者が専門職としてのアイデンティティを形成できるよ
15 う促すことが重要である。そのためには、学生の状態を適切に把握しながら、臨床への参
16 加を段階的に進める必要がある。また、自らの教育について学生や同僚からフィードバック
17 を受け入れ、常に「エビデンスに基づいた教育実践」を心がけることが求められる。

18 臨床現場では、学習者の心理的安全性を確保することが不可欠である。さらに、多職種
19 を含む他のスタッフとのやり取りにおいても、端的に開かれた、丁寧なコミュニケーションを実践するこ
20 とが望まれる。

21

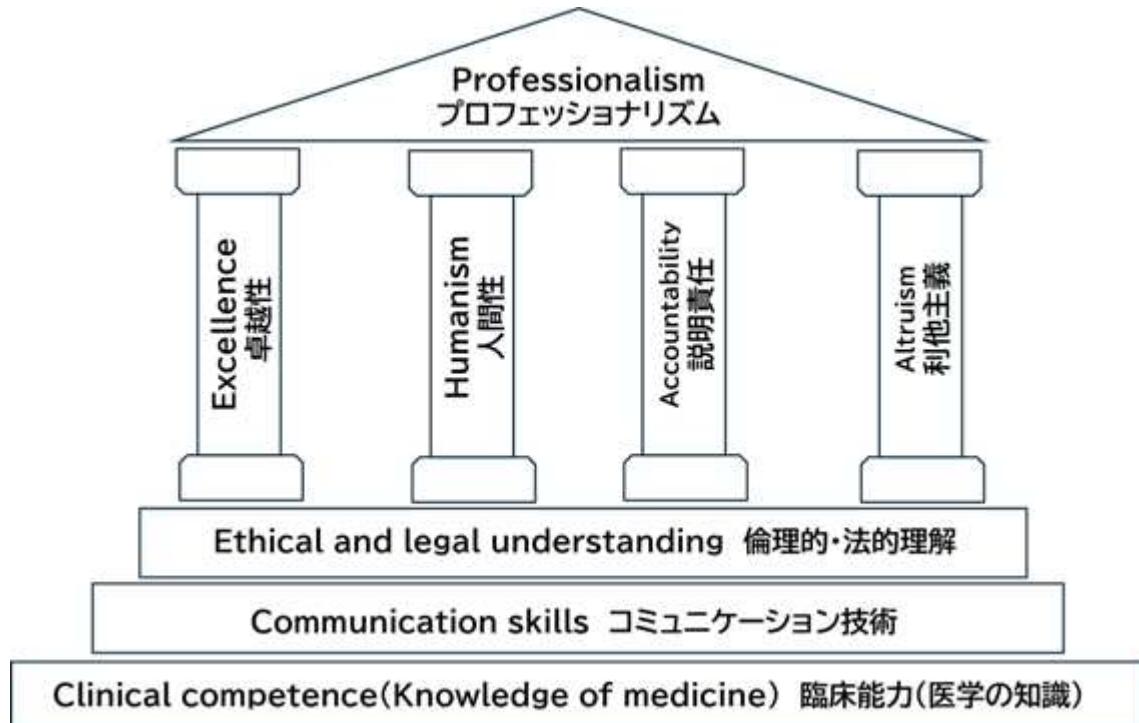
22 4.3 実習生の模範となる理学療法士としての臨床能力

23

24 理学療法においては、臨床実践を支えるエビデンスを活用し、エビデンスに基づいた実
25 践を示すことが最重要である。同じ疾患であっても、なぜ患者ごとにゴールが異なるのか、
26 なぜ異なるアプローチを選択したのかを説明できなければならない。さらに、臨床アウト
27 カムが変化した理由、あるいは変化しなかった理由を分析し、今後必要となるケアを的確
28 に示すことが求められる。その際には、臨床中に臨床推論の過程を言語化することが推奨
29 される（Think Aloud）。臨床推論・臨床意思決定は指導者や学習者間で共有するととも
30 に、患者や家族にもわかりやすく説明し、必要があれば修正し、納得を得ることが大切と
31 なる。

32 臨床現場での態度として、プロフェッショナリズムを体現していることが求められる。
33 プロフェッショナリズムとは、個人、あるいは、組織やチームの一員として、患者中心の
34 医療の実践をはじめとする社会的使命を果たすため、常に社会からの信頼に値する行動を
35 取り、日々省察を重ねて、さらなる高みをめざす姿勢を示すと宮田らにより提唱されてい
36 る⁴⁾。プロフェッショナリズムに唯一の定義はないが、比較的よく引用されるのは、
37 Arnold & Stern による定義である（図）。プロフェッショナルリズムは臨床能力、コミュ

1 ニケーション技術、倫理的・法的理解の3つを基盤に、知識・技術に秀でた卓越性と、思
2 いやりや誠実さなどの人間性、自身の行動に対する説明責任、患者利益を優先する利他性
3 によって支えられている。



20 図 プロフェッショナリズムの概念図(Arnold and Stern,2006) ⁵⁾

22 4.4 指導者の自己管理能力

24 臨床実習の指導はときに負担を感じる場面もあるため、教育者自身がストレス・時間・
25 感情を適切に自己調整し、安定した教育を提供することが重要である。そのため、定期的
26 なストレスチェックを行うことや、リフレッシュのための休暇を確保するなど、自己の健
27 康管理に留意することが望ましい。

29 5. 評価能力

31 5.1 実習生を評価する能力

33 実習生を評価する能力とは、評価方法を検討し、実習生の学びの成果を評価し、さらに
34 その評価結果に基づき実習の進め方を改編できる能力を指す。Assessment Drives Learning
35 (評価が学習を促進する)という言葉で表されるように、評価自体に、強力な教育的効果
36 があることは先行研究で示されている。よって、評価がどのように学習活動に影響するか
37 を考慮して評価の計画、施行、結果の判断を適切に行うことが求められる。具体的な評価

1 の方法や実施時期などについては「1.4 到達目標の評価」を参照されたい。

2

3 5.2 フィードバックを適切に行う能力

4

5 フィードバックは教育における最も強力な教授法の一つであり、評価を学習へと変える
6 触媒である。その効果を高めるには、正確性、客観性、適時性、具体性が求められる。正
7 確性は、事実や成果に基づき、誤解や誇張なく伝えることを指す。客観性は、実際の実習
8 生の言動や実習生が記載した記録等を示しながらフィードバックを行うことを指す。適時
9 性については、熟達度の段階によって最適なタイミングが異なる。課題習得段階では即時
10 性が重視される一方、自動化に移行する時期には事後に与える方が効果的とされる。多くの
11 実習生は課題習得段階であるため、即時のフィードバックが有効な場合が多いと考え
12 られる。具体性とは、課題に無関係な一般的な情報や、抽象的に善悪を表現するようなコ
13 メントを避け、課題に直接言及することである。ただし、具体性を高めることにより探究
14 心を阻害するという報告もあり、探究心の育成を重視する際には配慮が必要である。

15

16 6. 指導力

17

18 6.1 実習生の学習目標を設定する能力

19

20 前述のように、実習生の臨床実習における到達目標は日本理学療法士協会によってすでに定められている。そのため、指導者は担当する学生が現時点で何を十分に習得できていないのかを明確に評価し、その上で効果的な経験や適切な問い合わせ、課題を与えていく必要がある。明確な目標設定や熟考された学習方略を示さずに、闇雲に学習者の貴重な時間を消費してしまうことは避けるべきである。

25 発達の最近接領域 (Zone of Proximal Development : ZPD) とは、学習者が自力ではまだ達成できないが、適切な支援や指導（助言・ヒント・手本など）を受けることで遂行可能な課題の範囲を指す。指導者はこのZPDを意識し、学生が達成すべき小目標として段階的に設定していくことが推奨される。

29

30 6.2 臨床実習を計画・運営する能力

31

32 臨床実習修了時の到達目標を意識しながら、実習の開始から終了までの期間を見通し、
33 各週の目標を設定し、週の目標から 1 日のスケジュールを適切に管理する必要がある。自
34 施設で実習生に提供できる経験にはどのようなものがあるかを明確にし、それらをどの順
35 番で与えるべきかを検討する。自分で対応が難しい場合は、職場の同僚やチームに協
36 力を求めることが必要である。実践例として、実習生が来る前にカリキュラムやスケジュー
37 ルを職場全体であらかじめ作成しておくことが推奨される。一度作成したスケジュール

1 は施設の環境に合わせて調整・改善を重ねることで、将来的に再利用できる可能性が高い。

2

3 6.3 実習生の学習を促す能力

4

5 目標を決め経験や課題を課しても、学習者が適切に達成できないという状況を経験する
6 ことがある。このような場合には、学習支援を徐々に少なくし、学習者が自立して課題が
7 遂行できるように導く学習方略を活用することが重要となる。指導者は学習者に対して課
8 題解決に必要な情報や援助を加えることによって学習を支援する。この必要な情報や支援
9 を与えることを足場かけ (scaffolding) と呼ぶ。具体的には、疾患調べができるない学習者
10 には参照すべき書籍を渡す、手順を教える。同じ作業を別の疾患で繰り返し実施させ、前
11 回との違いを観察し、良い点をフィードバックする。さらに日々の指導後もどこまで理解
12 しているか、口頭で説明させることで、理解度を確認するとともに、言語化を通じて思考
13 の整理を促すことも有効である。

14

15 6.4 自身の教育を内省し改善し続ける能力

16

17 自らが設計し、実践し、評価した教育活動については、その結果が実際に期待通りの成
18 果を伴ったかどうかを検証する必要がある。とくに、臨床実習終了時の到達目標が達成で
19 きたかを確認することが重要である。さらに、どの点に改善の余地があったか、またどの
20 点が成功したかを内省的かつ批判的に振り返り、次回の教育実践に活かしていくことが求
21 められる。加えて、自らの教育実践から一般化可能な知見を得られた場合には、それを学
22 会発表や論文として発信し、教育コミュニティに共有することで、自己の教育能力を高め
23 るとともにメタ認知も促される。

24

25 【引用文献】

26

- 27 1) Recker-Hughes, C., Wetherbee, et al:Essential characteristics of quality clinical education
28 experiences:Standards to facilitate student learning. Journal of Physical Therapy Education. 2014;28:48-
29 55.
- 30 2) Myers, K., Bilyeu, C., et al :Clinical teaching competencies in physical therapist education: a modified
31 Delphi study.Physical therapy.2022;102(7):1-12.
- 32 3) 西城卓也,田川まさみ:医学教育に携わる人が備えるべき教育能力.医学教育.2013;44(2):90-98.
- 33 4) 宮田靖志,野村英樹,他:医師の資質・能力としてのプロフェッショナリズム.医学教育.2024;55(1):35-39.
- 34 5) Arnold,L,Stern,D.T.:What is medical professionalism. Measuring medical professionalism.Oxford
35 university press,Oxford,2006.pp15-37.

36

37

38

1 **第3節 臨床実習における指導法**

2
3 臨床実習は、理学療法士養成教育において、学生が学内で培った知識・技術・態度を統
4 合し、理学療法実践能力の基礎を身につける上で不可欠な学習過程である。本項では、理
5 学療法臨床実習における指導法の変遷とその背景、とくに現代の教育環境に合わせた指導
6 のあり方について概説する。実習施設ごとに患者層・地域性・扱う領域には多様性がある
7 ため、ガイドライン適用に際しては各施設の特色や実情に応じた柔軟な運用を推奨する。
8 そのうえで、学生が十分な経験を積めるよう、養成校と施設が協働して実習内容の調整・
9 適宜見直しを行う。

10
11 1. 臨床実習における指導法の変遷とその背景

12
13 理学療法士養成教育における臨床実習の指導法は、社会状況や保健・医療・福祉を取り
14 巻く環境の変化に応じて変遷してきた。

15
16 1.1 社会的要請と指導目標の変化

17
18 理学療法士の数が大幅に不足していた時代には、新卒者が一人職場で業務に就くことが
19 少なくなかったため¹⁾、臨床実習の到達目標は「基本的理学療法を独立して行えること」
20 とされていた²⁾。しかし、近年では養成校の増加に伴い、理学療法士の数が充足し³⁾、そ
21 の割合は減少している⁴⁾。また、対象者の権利意識の高まりやニーズの多様化、医療行為
22 に対する法的制約の明確化により、無資格である学生が対象者に専門的な介入を行うこと
23 への懸念が生じるようになった⁴⁾。このような状況に合わせ、臨床実習教育の到達目標の
24 ミニマムは「ある程度の助言・指導のもとに、基本的理学療法を遂行できる」レベルへと
25 変更された⁵⁾。

26 また、2018年の指定規則の改正では、総単位数の見直しと共に、臨床実習の単位数も増
27 加し、実習施設および指導者の要件も改正された。これらは、理学療法士に対する社会か
28 らの要請に応え、臨床実習の質向上を目指す議論の結果であると解釈できる。

29
30 1.2 診療参加型実習の導入と意義

31
32 このような背景のもと、従来の「患者担当制」に代わり、「診療参加型臨床実習」が基
33 本的な実習形態に望ましいと位置付けられた⁶⁾。

34 ・定義と原則

35 診療参加型臨床実習は、学生の単独行動や、学生自身が考案した診療内容を実施する
36 のではなく、医療チームの一員として診療に参加し、指導者の指導・監督のもとで対
37 象者を担当する形式となった⁷⁾。この実習形態は、正統的周辺参加理論や、認知的徒

1 弟制といった教育理論を基盤としている⁸⁾。

2 • 違法性阻却への対応

3 無資格の学生による医療行為は法的に問題となる可能性があるが、診療参加型実習は、
4 学生の行為が指導者の直接的な監督・指導下で行われることで、その違法性が阻却さ
5 れるという法的側面を考慮した指導形態になった⁹⁾。

6

7 1.3. 臨床実習環境における課題への対応

8

9 臨床実習は学生の成長を大きく促す一方で、その環境における課題も存在する。

10 • ハラスメント

11 従来の指導形態では、指導者と学生間の関係における権力構造のストレスから、学生
12 が心身の不調に陥るケースが指摘されてきた。ハラスメントは学生の学習意欲や心理
13 的安全性を著しく損なうものであり、昨今のガイドライン等では、心理的安全性を確
14 保し、学生が学びの機会を最大限に引き出せるよう、建設的な指導環境の重要性が強
15 調されている。アンプロフェッショナルな側面に対する指導も、肯定的なフィードバ
16 ックとして建設的に行われるべきである⁸⁾。

17 • 時間管理と自主的な学び

18 臨床実習の時間は限られており、学生は効率的な時間管理能力を身につける必要があ
19 る。また、卒業後も生涯にわたり学び続けるために、実習時間外における自主的な学
20 び(自主学習)を促す指導も重要とされている。

21 • 指導者の資質向上

22 指導者は、免許取得後5年以上の実務経験に加え、厚生労働省が指定した指導者講習
23 会を修了していることなどが求められるようになっている¹⁰⁾。指導者の質を担保し、
24 継続的な指導者研修の実施が不可欠となった。

25

26 1.4. シームレスな教育と指導者の役割

27

28 理学療法士の教育は、入学前から卒業後まで、生涯にわたるシームレスな学習プロセス
29 として捉えられるべきである。臨床実習は、この連続性の中間に位置し、学内教育で得た
30 知識を臨床で実践し、卒業後の生涯学習へと繋げるための重要な橋渡しとなる。指導者に
31 は、学生の現在の到達度を確認し、個々の学習ニーズに基づいた意図的、計画的、継続的
32 な指導を通じて、学生の自ら学ぶ力やプロフェッショナリズムの涵養を促進する役割を担
33 うことが求められる。

1 2. 臨床実習指導の基本構造

2

3 2.1 実習の意義と目的

4

5 臨床実習は、養成校で習得した知識・技術を臨床現場で統合し、実践力や問題解決能力、
6 プロフェッショナリズムを養う場である。以下の 4 つの柱を中心に、その意義と目的を整
7 理する。

8 • 実践的知識の深化

9 基礎医学や臨床知識を実際の患者を通じて具体化・応用し、理解を深めていくことが
10 求められる。評価や治療技術、臨床推論などを現場で実践することで、知識は再構築
11 され、実践力へと変化する。

12 • 実践的スキルの習得

13 患者とのコミュニケーション、評価・治療の実施、記録の作成、多職種との連携とい
14 った基本的な技術を段階的に身につける。これらは指導者からのフィードバックを受
15 けながら、繰り返し経験することで習熟が図られる。

16 • プロフェッショナリズムの育成

17 日常の関わりを通じて倫理観や責任感、患者中心の姿勢など、専門職としての価値観
18 を体得する。これは、指導者との対話や行動モデルの観察を通じて形成される。

19 • 自己研鑽の姿勢

20 内省や自己評価により課題を見出し、自ら学び続ける力を育てる。目標設定や振り返
21 りを通じて、学習を自律的に進める力を養うことが求められる。

22 このように、臨床実習は単に知識や技術を磨くだけでなく、理学療法士としての「在り
23 方」を学ぶ場である。指導者には、これらの要素を意図的・計画的・継続的に育成する責
24 任がある。

25

26 2.2 段階的な学びのプロセス

27

28 臨床実習の目的は、初学者である学生が理学療法士として必要な知識、技術、態度など
29 を、臨床場面の文脈を通じて学ぶことである。教育とは、「能力を有する人が、学習しよ
30 うとする立場にある人に対して、その内容を引き継ぎ発展させるための力を育てる活動」
31 ¹¹⁾ であり、学生の習熟度に応じて段階的な指導が必要となる。とくに初学者である学生の
32 特性を踏まえ、教育目標を明確にすることで、学生・実習指導者間で共通目標が設定でき、
33 効果的かつ計画的な学生の教育の重要な基盤となる。そのため、活用できるツールは多
34 くあるが、参考に以下のツールを紹介する。

35 • チェックリスト

36 技術区分が学習段階（見学・協同参加・実施）に沿ってチェックを行うものであり¹¹⁾、
37 検査・治療スキルの段階的な教育に役立つ。

1 ・ループリック評価表

2 態度面（思考、判断、関心など）の成長を項目ごとに評価基準を満たすレベルについて
3 詳細に説明したものであり、学校養成施設と同一基準で評価できること¹²⁾に加え、学生
4 の成長を指導者と学生で共有しやすい。

5 これらのツールを効果的に活用することで、学生の学習状況に応じて実習目標・計画の
6 見直し（形成的評価）を図ることができる。

7 最後に臨床推論プロセスについて解説する。臨床推論は、評価・測定および問診などで
8 得られた情報を分析し、問題解決を行う方法を導き出す一連の思考過程のことである。こ
9 のプロセスは以下のサイクルを繰り返すことで、精度を高めることができる。

10 ①情報収集、評価測定

11 ②治療仮説の立案

12 ③治療実施

13 ④再評価・Reassessment

14 上記の臨床推論プロセスを、学生が一人で進めることは非常に難しい。そのため、
15 実習指導者が臨床場面の中で臨床プロセスの思考過程を説明し（modeling）、少しづつ学
16 生の意見を引き出していくこと（coaching）¹³⁾が重要である。

17

18 2.3 教育理論を基盤とした指導

20 臨床実習は卒前教育において、臨床現場で業務に従事している理学療法士のもと、理学
21 療法を実施するために必要な知識、技術および姿勢などを学ぶ重要な科目である。2020年
22 の理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（以下、指定規則）の改定により、臨床実
23 習は総単位数の約2割を占める¹⁴⁾まで拡充された。

24 指定規則の改定前は、臨床実習の指導法に統一的な見解がなく、実習指導者個人の経験
25 に委ねられることが多かったため、必ずしも高い教育効果が期待できるものではなかった。

26 しかし、2020年の指定規則改定後からは、厚生労働省が定めた講習会の修了者のみが学
27 生指導を行えるようになった¹⁴⁾。この講習会では、教育原論や人間関係論、診療参加型臨
28 床実習など、必要な教育基盤を学ぶことができ、臨床実習の質の向上が期待される。

29 今回の指定規則で努力規定とされた診療参加型臨床実習は、以下の教育理論¹²⁾に基づい
30 ている。

31 ・認知的徒弟制

32 熟練者である実習指導者の思考や技術を、臨床場面を通じて学び、段階的に身につけ
33 ていく方法

34 ・正統的周辺参加

35 診療チームに助手として参加し、臨床場面での経験学習を通じて、徐々に中心メンバ
36 ーへと関与度を高めていくことで、知識やスキルを段階的に獲得していくプロセス

37 これらの理論を基盤とすることで、学生は臨床チームの中で能動的に学び、主体性を高

めながら実習を進めることができる。また、教育効果を高めるだけではなく、卒後の理学療法士としての明確なビジョンを持ち、プロフェッショナルとして素養を身につけることにつながる。

近年、臨床実習では、2：1指導モデル（実習生2名に対して実習指導者1名）も徐々に広まってきている。このモデルのメリット^{12) 13)}を以下に示す。

・学生の学習効率向上

学生同士が教え合い、学びを深めることで、実践を通じた問題解決能力が向上する

・指導者の負担軽減

学生間の相互学習によって、実習指導者の負担が軽減される

・学生の心理的負担軽減

ピアサポート機能により、学生は精神的ストレスを感じにくくなる

これらの利点から、臨床実習の質の向上のため、2：1指導モデルの導入の検討を行なってもよい。

14

3. 多様な臨床場面における指導の考え方

16

3.1 見学実習・評価実習・総合臨床実習・地域理学療法実習における指導方針

18

①見学実習

見学を通じて対象者や施設・医療スタッフに対する基本的な態度を学ぶ。診療チームの一員として理学療法士の役割を学ぶ。

②評価実習

様々な疾患・状態の対象者に対して、目的をもって評価を計画・実施し、得られた情報を探査する能力を養う。単なる検査測定の練習にとどまらず、対象者の理解や問題点の抽出、治療方針立案に結びつく評価過程を学ぶ。実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型実習が望ましい。

③総合臨床実習

評価実習の内容に加え、対象者の障害像の把握、治療目標および治療計画の立案、治療実践ならびに治療効果判定等を学ぶ¹⁵⁾。様々な疾患・状態の対象者を数多く経験することが望ましい。実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型実習が望ましい。

④地域理学療法実習

地域リハビリテーションを通じて、理学療法士の役割と基本的態度、多職種の役割を学ぶ。地域包括ケアシステムにおける通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションの役割を学ぶ。

37

1 3.2 学生の成長促進に向けた指導法と学生評価、フィードバック

2

3 臨床実習指導においては、経験学習、認知的徒弟制、正統的周辺参加といった教育理論
4 を基盤としてすることで、学生の深い学びと実践能力の向上を促すことが期待される¹⁶⁾。とく
5 に、指導者の監督・指導のもとで診療チームに参加する診療参加型実習では、形成的な評
6 価とフィードバックがその効果を最大限に発揮する。

7 学生評価とフィードバックは、単なる知識や技術の習得度を測るだけでなく、学生が専
8 門職として自律的に学び、成長し続けるための基盤を築く上で不可欠である。効果的な評
9 価とフィードバックが学生の成長を促進する。

10 ①評価の目的を理解し、指導計画に活かす

11 学生の到達度を把握するため、実習開始前にはレディネスチェックを心がけ¹⁷⁾、個々
12 の学生が実習に臨む準備状態や基礎知識、技能を確認する。この結果に基づき、それぞ
13 れの学習ニーズに応じた意図的、計画的、かつ継続的な指導計画の立案を目指す。また、
14 評価を通じて学生の成長を可視化し、課題解決能力や探求心といった「自ら学ぶ力」を
15 育むことが重要である⁷⁾。さらに、学生がリハビリテーションチーム目標や理学療法の
16 主目標・副目標を設定できるよう支援し、それらの目標間の関連性を説明できるよう
17 なることを目指す。

18 ②形成的評価の重要性を理解し、適切に実践する

19 形成的評価の目的は、学習者の理解度や到達度を途中で測定し、学習過程の改善や適
20 切なフィードバックを与えることにある。総括的評価(最終的な能力判定)とは異なる点
21 に留意し、形成的評価を能力判定と混同しないよう注意が必要である。学生がどこで
22 つまづいているかを的確に把握し、個々の到達度に応じた個別指導(治療学習)を実施で
23 きることが求められ、ルーブリック評価などの教育ツールを活用し、到達度だけではない
24 側面も把握するように努める¹⁸⁾。評価においては、何をもって達成とするかを示す具体
25 的な判断基準である評価規準と、その規準に基づいて実際に学生のパフォーマンスを測
26 る尺度や方法である評価基準を設定し、それらを用いて到達目標に対する達成度を測る
27 「目標に準拠した評価」を基本とする¹⁹⁾。

28 ③肯定的かつ建設的なフィードバックを効果的に行い、学生の内省と意欲を促す

29 学生の内省を促し、自己評価と自己改善を通じて批判的思考のトレーニングができる
30 よう支援する。フィードバックは、目的を明確にし、適切なタイミングで行うことが重
31 要である。評価結果に基づいて、具体的な行動に対するフィードバックを客観的に情報
32 提供する。学生が自らの目標とのずれを認識し、主体的に改善策を検討できるように促
33 すこととも大切である。フィードバックを通じて学生の意欲を喚起し、心理的安全性を確
34 保することで、学びの機会を最大限に引き出すことを目指す²⁰⁾。加えて、プロフェッシ
35 ョナリズムの涵養の観点から、アンプロフェッショナルな側面に対する指導も、肯定的
36 かつ建設的なフィードバックとして提供できるよう努める。

37

1 【引用文献】

- 2
- 3 1) 紀伊克昌：理学療法士の卒後教育の体系化. 理学療法ジャーナル、1989, 23(3), pp150-155.
- 4 2) (社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第4版. 日本理学療法士協会, 2020.
- 5 3) 甲田宗嗣：理学療法士の卒前教育と臨床実習、卒後教育. 理学療法の臨床と研究, 2017, 26, 3-8.
- 6 4) (公社)日本理学療法士協会：理学療法教育ガイドライン(第一版), 2010.
- 7 5) (社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第5版. 日本理学療法士協会, 2007.
- 8 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.
9 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000193703.pdf
- 10 7) (公社)日本理学療法士協会：理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム
- 11 8) 西城卓也：正統的周辺参加論と認知的徒弟制. 医学教育 2012, 43 (4) : 292~293
- 12 9) (公社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第6版. 日本理学療法士協会, 2020, pp15-18.
- 13 10) 理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインの一部改正
14 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001059621.pdf
- 15 11) 日本理学療法士協会 臨床実習指導者講習会資料 講義2資料
- 16 12) 中川法一編 セラピスト教育のためのクリニカル・クラークシップのすすめ 第3版 三輪書店
17 2019
- 18 13) 日本理学療法士協会 臨床実習指導者講習会資料 講義6資料
- 19 14) 日本理学療法士協会 臨床実習指導者講習会資料 講義1資料
- 20 15) (公社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第6版. 日本理学療法士協会, 2020, p11
- 21 16) 今福輪太郎, 西城卓也：臨床教育アプローチを裏付ける教育理論.
- 22 17) 千田伸一：理学療法士臨床実習における応用行動分析学的介入の試み－レディネス行動シートの作成
23 と効果－. リハビリテーションと応用行動分析学, 2019, 7, 11-14.
- 24 18) (公社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第6版. 日本理学療法士協会, 2020, pp. 43-53.
- 25 19) 田中耕治：よくわかる教育評価 第二版. ミネルヴァ書房, 2006, 京都, pp24-25.
- 26 20) (公社)日本理学療法士協会：臨床実習の手引き第6版. 日本理学療法士協会, 2020, pp56-62.