

第1部 総論

I. 卒前教育の枠組み

1. 卒前教育の到達目標

卒前教育の到達目標を定めるにあたって考慮すべき要因は、大きく分けて2つある。新卒者を受け取る側の要因と、送り出す側の要因である。

まず、新卒者を受け取る側の要因について考える。平成20年度の教育ガイドライン部会で作成された「教育ガイドライン0版」でも指摘されているように、近年の少子・高齢化という社会構造の変化に伴う疾病構造の変化や、科学技術の進歩に伴う医療の高度・専門化に対応すべく、理学療法士にはより専門的な知識と技術が求められている。さらに、医療保険制度の改正に伴う在院日数の短縮化や介護保険の導入、生活習慣病に対する国レベルでの取り組みの開始による健康増進や予防への関わりなど、理学療法士の職域は、医療機関から地域、在宅へと拡大しつつあり、今後、保健・医療・福祉・介護の各領域において様々な対象者や他職種のニーズに応えることが求められるようになると考えられる。

また、新卒者を送り出す側の要因にも、日本社会の構造的な問題が影響を与えている。少子化が進む中で、18歳人口は減少し続け、大学全入時代の到来、それに伴う学生の全般的な学力低下、精神的な成熟の遅れが指摘されている。理学療法士養成校は平成21年度現在246校、入学定員は13,279人であるが、現在の理学療法教育指導規則が制定された平成11年度には、養成校が107校、入学定員が3,625人であったことと比較すると、この10年で養成定員が4倍弱まで急増したことになる。わが国における18歳人口の減少と、それとは逆行する理学療法士養成定員の急増を考え合わせると、理学療法士養成校入学者の入学時における平均的な学力の低下はもはや必然的事実として認めざるを得ない。さらに、理学療法士としての資質に関わってくる精神面の未熟さも理解した上で、医療専門職への教育が行われなければならない。

以上のような、新卒者を受け取る側の要因の変化と、送り出す側の要因の変化に加え、医療は進歩し続けるものであるという従来から変わらない要因を考慮すると、理学療法教育における卒前教育の到達目標は自ずと定まってくる。

すなわち、理学療法教育は、本質的に生涯にわたって継続されなければならないものである。その中で、卒前教育が果たす役割とは、理学療法士として生涯にわたり活躍するための資質、知識、技術に関する基礎を築くこと、および医療専門職として必要な新たな知識、技術に出会った時に、それらを自ら学ぶための能力と習慣を形成することである。

以上の様な考え方のもとに、本ガイドラインでは、理学療法卒前教育の到達目標を次のように定める。

「理学療法の基本的な知識と技能を修得するとともに自ら学ぶ力を育てる」

2. 養成期間・養成形態に関する考え方

わが国における理学療法教育は、養成期間として3年制課程と4年制課程が並立し、養成形態として大学、短期大学、専門学校が並立する混合型養成制度により行われている。しかし、最近の動向として、4年制大学および4年制専門学校の新設が急増し、現在では、4年制課程が全養成課程の7割弱を占めるに至っている（巻末資料 pp.2-3）。このことから、理学療法教育の標準的な養成期間が3年から4年へと移行しつつあることが窺われる。

4年制大学の卒業要件となる修得単位数は124単位以上と定められている。124単位を単純に4等分すると、1年間で31単位になる。これは1週間に45時間の学習を行うこととして、1週間分の学習に対して1単位を与えるという単位法の原則に照らせば、1年間に31週間分の学習を課すことになる。同様の考え方で、3年制課程で年間31週間の学習期間を設ければ、卒業までに93単位を修得できる。

現在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）で定められている単位数は93単位であるが、第VI章で述べるように、本ガイドラインではこの中の83単位に相当する教育モデル（コア・カリキュラム）を作成した。これにより、3年制課程でも本コア・カリキュラムの他に、少なくとも10単位の自由裁量時間が生じる。従って、様々な形態の養成課程が、コア・カリキュラム以外の自由裁量時間を有効に活用して、それぞれ自校のメリットを付加したカリキュラムを作成することが望まれる。

4年制課程には多くの自由裁量時間が残されており、指定規則で定められている93単位以外の31単位は、各校の教育を特色づけるために使用されるべきである。4年制大学においては、一般に、幅広い教養に立脚した専門教育が目的の1つとして挙げられることが多い。従って、基礎教育の充実を図ることも重要であるが、それに加えて、指定規則には規定されていない理学療法学の領域に寄与するための教育にも取り組むべきである。

特に、今後の理学療法学の発展のためには、従来から引継がれてきた基本的な理学療法の方法を学ぶだけではなく、近未来に向けた理学療法の世界的動向を知り、わが国の理学療法を適切な方向へと導く考え方に触れる必要がある。また、理学療法教育および理学療法研究を推進することのできる人材の育成および、国際社会で活躍することのできる理学療法士を育成するという視点も重要である。これらの内容を十分に包含するカリキュラムを適切に実施することは、3年間の養成期間では困難であり、4年制教育課程が担うべき課題である。

4年制カリキュラムについては、第V章で再度言及する。

一方、3年制課程には、学生が短期間で有資格者になれるというメリットがある。専門学校という養成形態は、専門領域に特化した教育を集中的に行うという趣旨を持つと考えられるので、すでに学士号を授与された者に対する専門教育機関としてメリットがある。

3. 教員が備えるべき条件

現行の指定規則では、教育形態を問わず、理学療法教育を担当する者の資格として、免許取得後5年以上の実務経験を有することとされている。この規定は、4年制大学の教員にも適用されるが、4年制大学においてはこれに加え、教員として満たすべき条件が職階別に定められている。担当する分野に対応した、“教育歴（学位）”、“教育経験”、“臨床経験”、“研究業績”などに関する要件が、各大学で規定されている。従って、これらの条件を満たせば、理学療法士が専門基礎科目や基礎科目を教授することも可能である。

一方、専門学校教員になるための資格としては、指定規則による条件以外の縛りはない。しかし指定規則による条件では、教員が備えるべき能力には何ら言及されていない。さらに指定規則の条件は、理学療法士が理学療法専門科目を教授する場合のみを想定していると考えられるが、近年では、基礎医学領域の博士号を授与された理学療法士も誕生していることから、専門基礎科目を教授する者の条件についても提言が必要である。

そこで次に、主として専門学校において理学療法教育を担当する教員に求められる能力に関する考え方を述べる。

1) 理学療法専門科目を担当する教員が備えるべき条件

理学療法士としての臨床経験は、理学療法士としての専門知識、専門技術を向上させるために必須の要件である。また、医療は日々進歩するものであることから、自分の経験のみに頼ることなく、理学療法分野の新しい知見を積極的に学び、常に自らを向上させる姿勢なくしては、学生を教育することはできない。

生涯にわたる自己学習の方法として、日本理学療法士協会（以下、協会）が提供する生涯学習プログラムは有用であろう。理学療法専門領域部会に所属し、専門理学療法士の称号を得るためには、いくつかの課題をクリアしなければならない。しかし、教員として自分の専門分野を持つためには、専門理学療法士レベルの能力が必要である。理学療法専門領域部会に所属しない教員の場合には、専門理学療法士になるための資格と同等の学習成果が求められる。

2) 理学療法専門基礎科目を担当する教員が備えるべき条件

専門基礎科目群の中で、理学療法士が教授できる可能性が高いのは基礎医学領域の科目である。近年では、医学系の大学院を修了し、基礎医学領域の学位を授与された理学療法士も増えてきている。基礎医学系学位取得者は、基礎医学領域の研究に精通していることは間違いない。しかし、研究ができることと、教育ができることはイコールではない。特に、理学療法士では、学位に関わる研究領域と、通常の業務としている領域が異なるので、基礎医学系の学位と理学療法臨床経験だけで、基礎医学系の科目を教授することは難しい。基礎医学系の科目を教授するためには、やはり当該領域における教育経験が必要である。大学によっては、大学院生をティーチング・アシスタント（TA）というポストに就かせ、教育補助を行わせるシステムを採用しているところもある。理学療法士でありながら専門

基礎科目を担当する教員は、最低限、TA の経験またはこれに準じる教育経験を有することが望ましい。

3) オムニバス方式による専門基礎科目と専門科目の融合

これまでは、領域別に科目を担当する教員に求められる条件を述べてきたが、オムニバス方式という教授形態についても検討する余地がある。

オムニバス方式とは、複数の教員が自分の専門領域を持ち寄って1科目の教授内容を構成する教授形態である。この方式を採用すれば、必ずしも1人の教員が当該科目全体にわたる知識を備えている必要はなくなる。従って、基礎医学系の科目群においても、あるいは臨床医学系の科目群においても、理学療法士が理学療法学の観点から教授陣に加わることが可能である。

医学系の専門家と理学療法士がオムニバス方式で教授することにより、理学療法から見た基礎医学、臨床医学という視点が明確になり、今後の理学療法教育に新たな展開をもたらすことも期待できる。

II. 臨床実習教育

1. 臨床実習教育の到達目標

理学療法教育における臨床実習の到達目標のミニマムは、長年にわたり「基本的理学療法を独立して行える」こととされてきた。“独立して行える”というレベルを確保してきた主な理由として、数年前までは日本における理学療法士の充足数が大幅に不足しており、新卒者であっても一人職場で働かなくてはならない場合が多くあったことが挙げられる。

しかし、理学療法士の就業環境はここ数年で大きく変化した。これは、近年における理学療法士養成校の増加と密接に関連した変化ではあるが、理学療法士数の増加により一人職場で就業する理学療法士の割合が減少している。協会が公表している平成 21 年度のデータを引用すれば、全理学療法士数 53,751 人のうち、一人職場に就業する理学療法士は 4,512 人 (8.4%) である。

また、協会が推進する生涯学習システムの波及効果により、地域単位で新卒者を支援する取り組みを行う士会も散見され、今後の普及が期待される。

一方、学生が習得しなければならない知識・技術は漸増的に増加し続けている。これに伴い、学内教育時間数は増加し、臨床実習時間数は減少してきた経緯がある(巻末資料 p15)。また、近年では、資格を持たない実習生が患者に専門的介入を行うことへの懸念や、患者中心医療の本格的な実施により、実習中に学生が体験できる臨床行為も制約されるようになってきた。

以上のような、近年における臨床実習教育の環境を考慮し、本ガイドラインでは、理学

療法臨床実習教育における到達目標のミニマムを次のように定める。

「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」

なお、上記の臨床実習教育における到達目標ミニマムは、2007年に改訂された「臨床実習教育の手引き 第5版」における提言と同様である。

2. 臨床実習の方法

1) 臨床実習の単位数

現行の指定規則では、臨床実習教育は18単位（18週間）以上行われなければならないと定められている。しかし、実施時期に関する規定は設けられていない。

多くの養成校で伝統的に実施されてきたように、臨床実習の形態として、1～2年次に実施する“早期体験実習”と2～4年次に実施する“評価および治療介入を行う実習”がある。“早期体験実習”に高い意義があることは言うまでもない。しかし、臨床実習終了時に、ある程度の助言・指導を受けるとは言え、基本的理学療法を遂行できるようになるためには、“評価および治療介入を行う実習”に16単位以上を充てることが望ましい。

2) 臨床実習施設

基本的理学療法の実習を行うためには、実習施設は医療機関であることが望ましいが、現行法の通り、実習単位の1/3未満を保健・福祉施設で行うことも可能とする。

しかし、保健・福祉施設利用者の持つ問題点は複雑であり、多岐にわたることがしばしばである。このことを考慮すれば、保健・福祉施設での実習は、基本的理学療法をある程度習得した上での、応用的な実習として位置づけることが望ましい。

3) 実習形態

本ガイドラインでは、指導形態として、学生が主体となって患者を担当する形態を排除し、クリニカル・クラークシップを基本とすることを提言する。

クリニカル・クラークシップの原則は、「臨床実習教育の手引き 第5版」および本ガイドラインの巻末資料（pp19-20）に解説されているので、ご参照いただきたい。

簡潔に言えば、クリニカル・クラークシップとは、実習生が臨床実習指導者の助手として、診療補助行為を行うことによって、臨床経験を積む形態の実習である。従来の実習のように、学生が1人の患者の問題点を総ざらいに把握し、自ら介入計画を作成し、実施する必要はなく、指導者が具体的な指示を与え、できることから診療に参加させていく。例えば、学生にはまず、指導者が担当している複数の患者に対して関節可動域運動を実施する経験を積ませ、そのレベルが充分可能になったならば、次は筋力増強運動、次は基本動作練習、というように進める。実習生は、1人の患者に対する理学療法の、ある部分は自分で実施し、ある部分は指導者が実施するのを見学する形になるが、それでも当該患者の障害の全体像を把握することはできる。

4) 指導体制

理学療法教育における臨床実習は、伝統的にマン・ツー・マンの指導体制で行われてき

た。しかし、以前から、マン・ツー・マン指導のデメリットを危惧する声もある。指導者による実習生評価が、その学生の養成校卒業の可否を決めるような権力関係のストレスから、心身の不調に陥る実習生が増えてきていることも事実である。一般的な傾向として、学生の社会的未熟性や、職業に対する動機づけの低下が認められ、学生の側にも非があるとしても、だから対応する必要がないということではない。

これに対して、複数指導者制も試みられてはきた。しかし、その成果は充分とは言えない。複数指導者制が失敗に至るのは、学生にとって評価者が2人に増えたと感じられたり、指導者によって指導方針が異なっていたりする場合である。

複数指導者制では、単に指導者の数を増やすのではなく、それぞれの役割を明確にしなければならない。一般に複数指導者制では、指導者の間にも上下関係があり、下位の指導者が準指導者の立場になることが多い。この場合、上位の指導者は学生に対して従来どおり、評価者の立場から指導しても良いが、準指導者は学生を評価するのではなく、学生の側に立ち、学生を擁護的に支援するのが望ましい。

3. 臨床実習のモデル

本ガイドラインでは、年次進行に伴って、次の1)、2)、3)のような臨床実習を行うことを提言する。

1) 早期体験実習 (1年次)

クラークシップであるが、患者を対象とした評価・治療を行う必要はなく、患者および病院スタッフに医療チームの一員として適切な態度で接することを学ぶ。

2) 診療参加型臨床実習 I (2,3年次)

患者を対象とした評価・治療を行うが、同一の患者を系統的に診る必要はなく、基本的な評価・治療を患者に対して適切に実施することを学ぶ。

3) 診療参加型臨床実習 II (最終学年次)

参加型臨床実習 I の内容に加え、指導者が行う評価・治療を見て学ぶことも含めて、数名の患者の障害像の全体を把握し、ゴール・プログラム立案についても学ぶ。実習対象には、後述のコア・カリキュラムで指定する「骨関節障害」、「神経障害」、「内部障害」の3領域すべての患者・障害者が含まれていることが望ましい。

4. 臨床実習指導者が備えるべき条件

現行の指定規則では、臨床実習指導者は3年以上の実務経験を有する者であることとされており、これ以外に、臨床実習指導者の資格要件はない。しかし、一旦、実習生を担当すれば、指導者が実習生に与える影響は多大なものがあることを考えると、何らかの条件が追加されるべきである。

臨床実習指導者としての能力を高めるためにも、協会が推進している生涯学習システムは有用である。臨床実習指導者は、少なくとも、生涯学習システムの“新人教育プログラム”の全単位を取得していることが望ましい。さらに、本章の2節4項（指導体制）で述べた“準指導者”の立場で、複数の学生に対して擁護的な支援を行った経験を有することが望ましい。その際、新人教育プログラムの履修と、準指導者の経験を並列的に行っても良い。

Ⅲ. 卒前（学内）教育における理学療法教授法

1. 理学療法教育とその過程

1) 教育，教えることと学ぶこと

教育（education）は、ある領域の能力を目標とするところまで到達させるために、「教えること（teaching）」と「学ぶこと（learning）」の相互作用によって成立する。Teachingの主語は教員であり、Learningの主語は学生である。つまり教育とは、教員と学生の相互交渉により展開され、学生の「知らないこと」を「知っている」、あるいは「できないこと」を「できる」状態へ変換することである。したがって、学生は自らの能力を目標の状態へ到達させるような経験や課題を通して「学習」しなければならないし、その領域の先人である教員は、学習が進むべき「方向（目標）」を明確にし、目的の学習が起こるような「仕組みづくり」や「介入」を行い、目標状態へ到達できたか「確認」をしなければならない。

2) 理学療法教育の目指すもの

理学療法教育が目指すものは、学生と教員の相互交渉を通じて、学生の「理学療法ができない」という初期状態を「理学療法ができる」という目標状態に変換することに他ならない（図1-a）。教員側は、ややもするとカリキュラムやシラバスに従って授業を提供することで「理学療法教育を行った」という錯覚に陥りやすく、一方、学生側は授業を受け単位を取得することで「理学療法を学習した」という錯覚に陥りやすい。しかしながら、理学療法教育で決してブレてはならないことは、教える側も学ぶ側も「理学療法ができない」状態を「理学療法ができる」状態に“したか？”，あるいは，“なったか？”の帰結にその主眼を置くことである。これが専門職養成としての理学療法教育が目指すものである。

3) 理学療法教育の過程

教育の過程は一般的に次のように説明される（図1-b）。まず、その固有領域で獲得しなければならない能力、つまり目標（教育目標）を設定し、次に目標へ到達するのに必要な教科内容（学習項目）を教育課程として構築し、それぞれの教科内容を修得させる教授

方法（学習方法）を選択・実行し、そして、目標へ到達したか否かについて評価（教育評価）する。理学療法教育においてもその教育過程は一般のそれと同様である。この教育の過程は、全教育課程、教科科目、一回の授業の各レベルにおいて共通していて、目標指向的であり診断的である。これは臨床での理学療法の過程に酷似している。

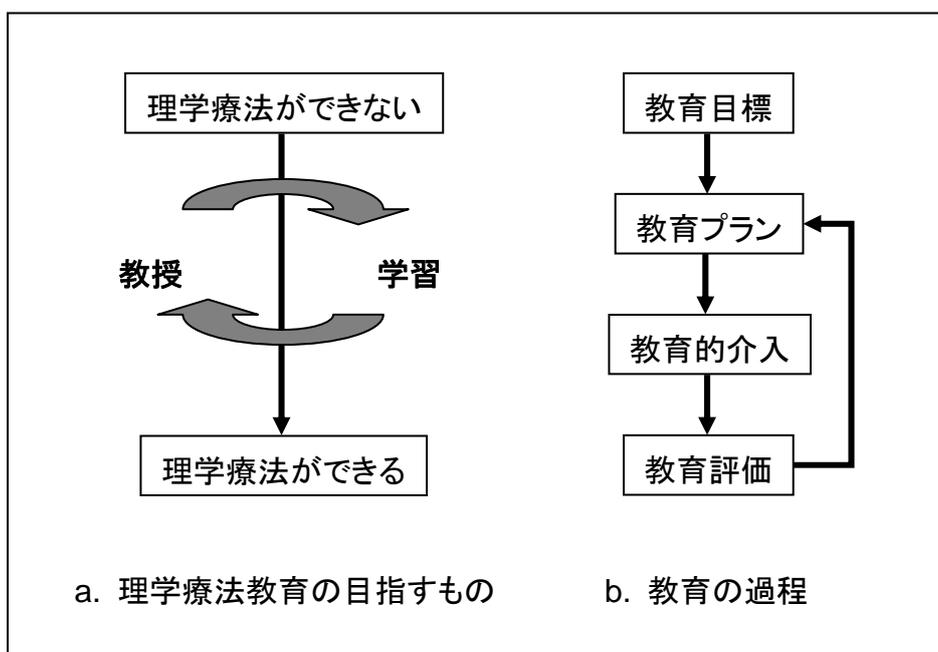


図1 卒前（学内）教育の構造

2. 理学療法教育の目標とその設定

効果的な教育を実践するためには、前に述べた教育過程の最初の段階である目標設定が重要である。この目標に従ってそれ以降の教育過程が方向づけられる事実と照らし合わせた場合、教育目標の設定は独善的であってはならない。

1) 理学療法領域の教育目標

本ガイドラインにおいて、理学療法教育の目標は「理学療法の基本的な知識と技能を修得するとともに自ら学ぶ力を持つ」と設定されている。対象者の問題解決を生業とする理学療法士においては、ある時点で標準化された固有能力（知識や技術、態度）と、進歩する環境に適応するための一般的な問題解決能力が求められる。このように、固有領域の知識と一般的な思考技能を結びつけて教育すべきであるという考え方を「新統合理論」といい、近年の教育・学習科学領域においては一般的な目標の捉え方である。そういった意味からも、本ガイドラインの教育目標は妥当であろう。

一方、新しい学習指導要領では、「確かな学力」の形成を目標とし、その下位項目として

「習得」「活用」「探求」の3つの目標が掲げられている。習得とは当該領域に必要な知識や技術を身につけることであり、活用とは個人の中にある知識と外部の知識を問題解決的に用いる能力であり、そして探求とは文字通り未知なるものを理解しようとする能力である。理学療法教育においても、問題解決能力の育成という観点から、必要な知識および技術の習得、対象者の問題を解決するための知的資源の活用力、そして未知なるものを理解しようとする探求力の育成を教育目標とすべきであろう。特に理学療法教育の現状を鑑みした場合、「活用力」の獲得は教育目標から外すことのできない重点課題である。

2) 目標の設定方法

教育目標には一般目標 (goal) と個別目標 (objectives) がある。一般目標とは教育課程全体あるいは教科科目の目標であり、個別目標とは一般目標の下位項目を測定可能な形で表現したものである。本ガイドラインにおいて、「理学療法の基本的な知識と技能を修得するとともに自ら学ぶ力を持つ」が教育課程全体の一般目標であり、コア・カリキュラムの各科目の冒頭に挙げられているのが教科の一般目標である。したがって、本ガイドラインのコア・カリキュラムに準拠して教育を行おうとすれば、一般目標は既に準備されていることになる。しかしながら、今回のコア・カリキュラムには個別目標の設定はなされていないため、ここでは個別目標の設定方法について説明する。

まず、個別目標の記述方法は、一般的に、「いつまでに」「だれが」「どの程度」「何を」「どうできる」という形で表現される。これが測定可能な記述という意味である。次に個別目標の領域分けであるが、これは従来より Bloom の「教育目標の分類学 (Taxonomy)」として普及してきた。これは学習者の能力を認知、精神運動、情意領域の3領域に分類し、それぞれに下位項目が設けられている。この領域分類は記述方法の「何を」「どの程度」にあたりと考えられる。一方、Taxonomy の運用については煩雑さやその効果を疑問視する意見が出され、近年、前に述べた「習得」「活用」「探求」の3つの領域に置き換えようとする動きもある。その場合には、「どの程度」「どうできる」について決定する参考となりうるであろう。

3. 教育課程とコア・カリキュラムの活用

1) 教育課程 (カリキュラム)

教育課程 (curriculum ; 以下、カリキュラム) とは、一般目標へ到達するのに必要な教科科目や学習項目について、教育や学習に要する時間 (単位)、履修する時期について構造化したものである。広義にはシラバス (syllabus) もこれに含まれる。つまり、目標へ到達するための教育計画である。一旦、カリキュラムが決定され実行されると年度の途中あるいは毎年変更するということは制度上困難なため、その設計と決定は慎重に行わなければならない。また、教育計画であるカリキュラムは、教育目標を達成するために設計され、

教育目標は臨床のニーズによって決定されるため、その時代を反映したものであるべきである。臨床ニーズ、教育目標、カリキュラム、教育の結果輩出された学生の特徴は図2のような関係となる。輩出された学生の特徴が臨床ニーズに応えられなかった場合、教育目標やカリキュラムを見直す必要が生じる。

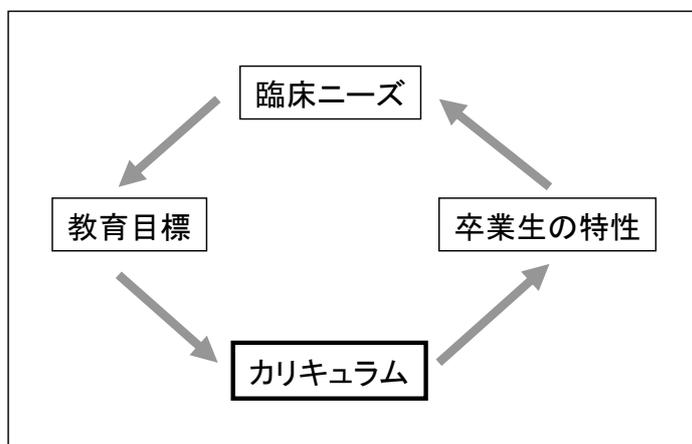


図2 カリキュラムの位置づけ

2) コア・カリキュラムとその活用

コア・カリキュラムとは、その提案者が臨床ニーズと時間的制約などを勘案し作成した、目標達成を可能とするであろう基本的で必須の学習項目である。本ガイドラインにおけるコア・カリキュラムも同様のコンセプトで提案されている。したがって、本コア・カリキュラムをそのままカリキュラムとすることは得策ではない。文字通り、コア（芯あるいは核）であるので、これを参考に各養成施設が臨床ニーズを踏まえて、カリキュラムを設計する必要がある。

4. 理学療法固有領域に適した教授方法

どんなに理想的な教育計画を立てたとしても、実際の教育的介入がお粗末であれば、カリキュラムは絵に描いた餅となり、目標への到達は困難となる。したがって、より良い教授方法の選択と実施は、目標到達を目的としたカリキュラムを具現化する重要な手段であるとともに、臨床ニーズに応えるための手段である。

理学療法士はその対象者の問題（日常生活の機能的制限）を解決することが使命であるため、身体の構造や機能、病態運動に関する知識や評価・治療などの技術を“習得”し、問題解決のために内的あるいは外的知識を“活用”する能力を有し、さらには自己研鑽や開拓としての“探求”する力を養わなければならない。この項では習得、活用そして探求をキーコンセプトに、認知領域と技術（精神運動）領域に分けて、その教授方法を提案する。なお、紙面の都合により、一斉授業などの従来から行われてきた教授法については割愛する。

1) 認知領域の教授方法

a. 完全学習

完全学習（あるいは完全習得学習）は Bloom によって提案された、一斉授業を基盤とした方法である。一単元のはじめに診断的評価（レディネス評価）を行い、学生の準備状態を把握し、それに応じて授業を行う。単元の途中（1～2週間後）には学生個々の到達度を形成的評価で測定し、到達度が低い学生には治療学習という個別指導を行う。これを学期間繰り返し、学期末にその教科の目標に達したか総括的評価を行う。この際、教育目標を明確化かつ細分化し、学生がどこで躓いているかを把握することがこの方法の成否につながる。この教授法は中学生における英語および数学で効果が示されており、知識の習得および活用には有効である。具体的には理学療法専門基礎科目に適用できるであろう。

b. 有意味受容学習

有意味受容学習は Ausbel と Fitzgerald が提案した方法である。新しい概念を学習させようとする場合、学習者が教室に持ち込む既有知識を足がかりに、新しい概念を理解しやすいような知識の枠（先行オーガナイザ）を与える方法である。例えば、重力空間での姿勢保持という概念を学習させたい場合に、キャンプでテントを設営する際のロープの張り方を提示することにより、学生はそれをきっかけに筋の同時収縮が姿勢保持に必要なことを学ぶかもしれない。このようにこの方法は、抽象化された概念（スキーマ）の形成および精密化に効果があるため、概念の習得・活用には有効であるが、無意味な名称の暗記のような学習項目には適さない。また、この方法は一斉授業でも有用である。理系および文系の教科において有効性が示されており、知識の習得および活用には有効であろう。具体的には生理学や運動学、病態運動学などに適用できるであろう。

c. 協同学習

協同学習とは、学生同士が一つの課題に取り組みながら、知識を構成していく方法である。これは古くから行われてきたが 1980 年代に Johnson 兄弟により体系化された。具体的には、2人から6人にグループサイズを設定し、相互的協力関係を促すよう課題を与える。その後、個人の責任を明確にするために課題を分割し個々人が担当エリアについて責任をもって調べ、その結果をグループに持ち帰り共有する。そして課題を解決する。最後に、その回のグループ活動を振り返り、問題があれば改善への方法を模索させる。

協同学習のエビデンスは理学療法領域において若干存在する。それによると機械的な学習課題では効果がなかったが、概念的学習課題では個別学習よりも良好な成績であった。このことから、この方法も概念の習得および活用には有効といえる。この方法は機械的な暗記科目を除く、ほぼすべての専門基礎科目および専門科目に適用できるであろう。加えて、情意領域（協調性や向上心などの態度）における有効性が確認されており、学内学習に積極的に取り入れるべきであろう。

d. 問題基盤型学習と症例基盤型学習

問題基盤型学習は PBL として知られ、多くの養成施設で用いられるようになってきた。

この方法は、学生が遭遇した「問題」を解決するために、「今の自分に何が必要なのか」を見つけ、それを「自分自身の学習課題」とし、学習を進める成人学習理論に立脚した教育戦略である。正統的には「問題」を見つけるところから学生が主体的に行うが、実際の授業運営としては、教員があらかじめ準備した問題（シナリオ）が提示され、その問題を解決する過程において学生は様々なことを学習する。理学療法教育においては、“ある症例”を問題として PBL を行うことが一般的で、そのような意味から、それを症例基盤型学習（Case Based-Learning, CBL）と呼ぶ。

CBL の教育的ねらいは、知識の獲得と臨床応用のリハーサル、症例を通じての知識の構造化、そして生涯にわたる学習方法の獲得とされる。つまり、理学療法を行う上で必要な知識の習得、活用および探求を目標としている。実際の運用方法は、まず小グループを構成し、症例課題を与え、その解決過程において教員はチュータと呼ばれる学習の支援者となる。その際、小グループでの活動は協同学習の方法に準ずる。与える症例課題は用いる教科によって異なる。例えば、股関節の構造と運動機能について習得させたい場合は、大腿骨頸部骨折の症例を教材に「この症例において起立が困難な原因を解剖、運動学的に説明しなさい」という症例課題を与える。また、理学療法診断過程を習得させたい場合は、「この症例の理学療法目標、問題点、介入プランについて意思決定しなさい」という症例課題を与えることとなる。したがって、この方法はほぼすべての教科に適用できるであろう。

この方法の最大の効果は、疾患を軸として、その理学療法に必要な基礎医学的知識、臨床医学的知識さらに理学療法専門領域に関する知識が構造化して習得される点にある。この方法のエビデンスは理学療法領域では少ないが、医学教育においては多く提出され、知識の獲得と構造化、問題解決能力の向上、自己学習能力の獲得についてその効果が証明されている。しかしながら、否定的な報告もあることから、すべてのカリキュラムを PBL ないし CBL で教育するというのは危険かもしれない。

2) 技術領域の教授方法

一般に、技術としての能力は精神運動領域に分類される。しかし、我々が“実技”と呼んでいるものの中には、厳密には宣言的知識および手続き的知識といわれる認知領域のものが含まれる。例えば、関節可動域を測定する際に、基本軸と移動軸に関する知識は宣言的知識であり、対象者の関節を動かし、最終域で角度計を用いて角度を測定する手順は手続き的知識である。したがって、純粹に関節可動域測定 of 技術（精神運動領域）とは、関節を動かしたり、角度計を操作したりといった学生の運動や動作を指す。実技において認知領域に関するものの教授方法は認知領域のそれを参考にさせていただき、ここでは学生の技術としての運動学習に絞って紹介する。

a. Schmidt のスキーマ理論

これは具体的な教授方法ではなく、あくまでも理論である。この理論では、運動（動作）

を獲得するために、その運動の試行を行い、その結果の知識（KR ; knowledge of results）や身体からのフィードバックにより、運動はより目標に近づき、その際に“一般化された運動プログラム”が蓄積され、目標とする運動（動作）が自動化すると考えられている。理学療法技術教育においてこの理論に従うならば、まずは目標とすべき技術を教員がデモンストレーションし、それを学生に試行（模倣）させ、目標と試行のズレを KR として与え、それを繰り返すことが必要であろう。

b. KR の与え方（技術の“習得”を目指して）

KR を与えると運動学習が促進されることは実証されている。KR は、すべての試行に与えるよりも、いくつかの試行（例えば 50%）に与えるほうが効果的である。試行から KR を与えるまでの時間は、数秒から数分の遅延があっても運動学習には影響しない。かえって KR 後遅延を長くしたほうが効果的という報告もある。これらの報告は、毎回 KR を与えたり、即時的に KR を与えると外的フィードバックに頼り、学習者自身による内的フィードバックが機能しづらくなるからと解釈されている。したがって技術の習得では、学生自身に目標とのズレを考えさせる配慮が必要であろう。

c. 運動学習の組織化（技術の“活用”を目指して）

同じ環境下で同じ運動（動作）を練習するよりも、目標となる運動に似たような運動を数種類、練習（変動練習）するほうが、目標運動の学習は促進されるし、さらに類似運動の学習も促進される。つまり、運動学習の結果が転移しやすい。また、変動練習においてブロック練習（同じ課題を連続して練習）よりも、ランダム練習（毎回課題をかえる練習）のほうが転移しやすい。したがって、学内で習得した技術を臨床で活用できるようにするためには、例えば、可動域測定において同じ学生同士で練習するよりも、毎回、違う学生で練習したり、測定する関節を変えるほうが効果的であろう。

3) 総合的実践能力の教授方法

理学療法学生が身につけなければならないものは、実践的に対象者の問題を解決する能力である。理学療法の問題解決の過程においては、Bloom のいう認知、精神運動、情意領域の能力が不可分に一つの能力として働いている。それらを科学という手段で分類し、分離して教育し、最後につなぎ合わせることで自体が不自然であるし、実践能力の向上にはつながりにくいであろう。このような観点から、ここでは総合的で実践的な能力を向上させる教授方法について状況学習について紹介する。

a. 状況学習

状況学習とは、個人と環境を分離せず、本来、学ぶべき対象が存在する状況と同様の、あるいはその状況の中で学習を促そうとするものである。これは Lave と Wenger が、徒弟制による職人の熟達過程をモデルとした正統的周辺参加理論を基盤とした方法である。正統的周辺参加とは、学ぶべき対象が正統的に行われている場に、はじめは部分的に参加し徐々に全所的に参加するというものである。

状況学習を学内で行うためには、教室に実践的状况をつくり、一人ひとりの学生に責任を担った専門職であることを自覚させ、一連の過程を成し遂げさせることが必要とされる。これを理学療法教育に置き換えた場合、教室に症例（標準模擬患者）とセラピスト（学生）がいて、学生は自身の能力と他の援助を用いて症例の問題を解決するという責任を担い、症例の問題を解決する、すなわち理学療法の一連の過程を成し遂げることが要求される。この方法の学内教育の具体例としては、標準模擬患者を用いた演習、ロールプレイ、OSCEによる臨床技能評価とフィードバックなどがある。

5. 理学療法能力を評価する方法（教育評価）

学内における理学療法教育の過程は、目標の設定にはじまり、目標に到達しえたか否かの教育評価で完結する。勿論、到達しえなかった場合には、到達するまで教育過程は繰り返される。したがって、教育評価においては、「～できない」が「～できる」に変換したか否かの到達度を測定しなければならないし、到達できなかった場合には、「なぜ、できなかったのか」「どうすれば到達できるか」についての分析を行わなければならない。

教育評価には学生の能力評価と教育自体の改善を目的に行う評価が含まれる。この項では、前者の学生の能力評価に絞って、その一般原則と方法について概説する。

1) 教育評価の一般原則

a. 評価のかたより

人が人を公正にかつ公平に評価することは非常に困難であり、常に“かたより”を生じる可能性があることを忘れてはならない。その原因としては、期待された学生は伸びるといふピグマリオン効果、ある一教科の成績が良いと他の科目においても優秀と思込むハロー効果、そして、気が合う学生に評価が甘くなるゼネロシティ効果などが指摘されている。

b. 良い評価の一般的条件

良い評価の条件には信頼性と妥当性がある。同じ条件下で繰り返してテストしても同じ結果が得られる場合、そのテストは信頼性が高いといえる。信頼性を高める工夫としては、問題数を多くすることやテスト時間を長くすること、質問の意図が明確であること、そして採点が客観的であることなどがある。一方、テスト結果が測定したい対象の実体を的確に表していれば、そのテストの妥当性は高いといえる。妥当性を高める工夫に関する具体的な方策は示されていない。それは、妥当性自体が固有領域に依存するため、一般化しにくい。今後、理学療法教育の領域において用いられる種々のテストについて妥当性を検証すべきであろう。しかしながら、常に、「測りたい能力を、測れる“ものさし”で、測っているか？」という問いかけを教員は自身に行わなければならない。

c. 教育評価の種類

教育評価には、その方法や目的の違いからいくつかの分類方法がある。

基準の取り方の違いによる分類には、相対評価、絶対評価、到達度評価がある。相対評価は学生が属する集団の中で優れているかを評価するものでクラス順位などが分かる。絶対評価は評価者の判断で合否が決められる方法で、一般に 60 点以上を合格とするというのがこれにあたる。到達度評価は教育目標への到達度を評価するもので、理学療法士として対象者の問題を解決するのに“これだけではできなければならない”という目標が比較的明確な理学療法教育にあつては、この到達度評価が適しているといえる。

学習内容の完全習得を目的とした場合の評価には、診断的評価（レディネス評価）、形成的評価、総括的評価がある。学修活動の最初に学生の能力を診断的評価で確認し、それをもとに教育がプログラムされ、学修活動の途中には、目標にどの程度到達したかを判断するための形成的評価が行われ、最後に学習者が確実に目標に到達できたか総括的評価で判断する。この方法は理学療法教育に是非取り入れたい評価方法である。しかし、この評価方法が効果を発揮するのは、目標を構造的に細分化し明確化した場合に限られる。

テスト作成者の違いによる分類には、教師作成テストによる評価と標準テストによる評価がある。一般に各養成施設で行われる教育評価は教師作成テストによるものである。テスト問題は科目担当の教員により作成され合格ラインもその教員の判断による。この方法の信頼性および妥当性の確保については疑問視されている。それにも関わらず、この方法が多用されている現状には警鐘を鳴らす必要があるかもしれない。これに対して、標準テストとは、専門機関により、学生の能力を判定するための基準があらかじめ統計学的に決定され、当該領域のすべての学生に適応されるものである。その作成にあたっては、信頼性および妥当性が検証され、設問の配分や形式も当該領域の能力を反映するよう配慮される。標準テストによる評価では、個人の相対的位置はもちろん、一般目標への到達度および未修得内容の同定が可能である。初等および中等教育においては一般的であるが、理学療法教育においては国家試験だけがこれにあたる。今後、本ガイドラインのコア・カリキュラムが機軸となり、理学療法教育のための標準テスト（共用試験）が作成されることが期待される。

2) 認知領域の評価方法

認知領域の評価方法として、そのテスト問題の形式には、論文形式、完成形式（いわゆる虫食い問題）、真偽形式、組み合わせ形式などがある。それぞれに長所・短所があり、測定したい認知能力に応じて選択すべきである。書面の関係でここでは、多肢選択型質問法および概念地図法について概説する。

a. 多肢選択型質問法

近年、多用されるようになったのが多肢選択型質問法（MCQ；Multiple Choice Questionnaire）であり、国家試験の問題形式がこれにあたる。この方法の特徴は、客観テストであるため信頼性が保障されている点にある。また、教科内容の目標が細目化されていて、その目標一つひとつに MCQ 形式の問題が対応し、一つのテストとして構成されて

いれば、妥当性が保障され、その科目の到達度と未修得項目を把握することが可能となる。短所として、問題数が少ない場合にはこの問題形式は有効性を失う。また、この形式では“まぐれ当り”が起こる可能性がある。これらを防ぐためには、選択肢は少なくとも4つ以上とし、問題数を多くし（信頼係数 0.9 を保障するためには 50～140 問）、X1（答えが1つ）よりも X2 にすべきである。MCQ 形式の有効活用法としては、コア・カリキュラム等を軸として、洗練された問題を広く収集し、それをプールし、必要に応じてそれを提供する“問題銀行システム”がある。このシステムをコンピュータを用いて構築したものが CBT（Computer-Based Testing）である。

b. 概念地図法

概念地図法とは、Novak により開発された思考や知識構造を外在化する方法である。この方法では思考を、概念、リンク（矢印）およびリンクラベル（因果関係の説明）で表現する。これにより、頭の中にある考えを外在化し、さらに可視化できる。思考を可視化することの最大のメリットは、思考内容を他者が容易に理解できることである。したがって、教育評価として学生の思考過程を概念地図法で表現させることにより、知識の不足や思考のエラーを質的に評価することができる。評価の方法としては、課題に対して教員があらかじめマスターマップと呼ばれる解答を準備し、学生が作成したマップとのギャップを指摘する方法が一般的である。

3) 技術領域の評価方法

認知領域の教授方法でも述べたとおり、実技の中には認知領域に属する能力が含まれる。したがって、理学療法評価や運動療法などの実技科目においては、技能として総合的に評価するか、技術面だけを評価するかの選択を行わなければならない。技能として総合的に評価する方法については後に述べ、ここでは技術面だけを評価する方法について述べる。

技術領域の評価においても、認知領域と同様に目標となる運動（動作）を細目化し、それぞれに応じたチェックリストを作成することが必要である。このことにより目標への到達度と未修得技術の把握が可能となる。例えば、筋力検査であれば、肢位の設定、運動の指示、固定と抵抗のようなチェック項目になるかもしれない。ポイントは各チェック項目の到達度と、誤っていけばどのように行ったかの記載である。これにより、その後の能力向上に資する情報となる。

4) 総合的実践能力の評価（OSCE）

客観的臨床能力試験（OSCE ; Objective Structured Clinical Examination）とは、ステーション回路にもとづいた臨床技能を評価する方法で、実際の診療を模した場面で、学生の判断力や技術、そして態度をできるだけ客観的に評価しようとするものである。当該技能の包括評価のために、各ステーションでは個別の能力が評価される。

ステーションは信頼性を確保するために、少なくとも 17～20 は準備すべきである。各

ステーションでの時間は5分程度が一般的であるが、対象とする技能の内容によって長くも短くもできる。各ステーションにおいて学生は、患者、標準模擬患者（SP）もしくは人体模型などを対象に臨床技能が評価される。標準模擬患者には役者、教員、学生、紙上症例が含まれる。評価の妥当性を考慮すれば対象は実際の患者が良いであろうが、学内での運用を考慮すると、標準模擬患者や人体模型が現実的である。

各ステーションの設問は、到達目標（教育目標）と深く関連して構造化させるべきで、これは評価の妥当性に欠くことができない。設問の作成には、“幹”と呼ばれる症例の状態と“チェックリスト”そして“養成情報”を準備しなければならない。チェックリストは細目化した個別目標を問いにしたもので、詳しく記述するほど採点は容易となる。養成情報は標準模擬患者のために準備されるもので、チェックリストの一つひとつの項目に対して詳細に記述されるべきである。

この評価方法は非常に診断的であり、試験後の指導の有益な情報となる。一方、この試験において合否判定を行う場合には、パフォーマンスの到達度に照らして「絶対基準」で行うべきである。合格基準の設定には一般的にアンゴフ法が用いられる。詳細は成書を参考にしていきたい。

6. 卒前（学内）教育の展望 ～標準的学内教育の構築を目指して～

現在の学内教育は臨床や社会的ニーズに込んでいるだろうか？最初に述べたように、教育の過程は臨床ニーズにもとづいた目標の設定から始まり、カリキュラムの設計、教育的介入の実施そして到達度の確認に終わる。したがって臨床ニーズに込えるためには、それを反映した教育目標と目標到達を可能とするカリキュラム、それを具現化する教授法の選択と実行、そして目標へ到達したか否かの評価が必要である。一方、社会的ニーズに込えるためには、ある標準に達した能力を有する理学療法士を輩出しなければならない。これらのことを鑑みた場合、理学療法の学内教育において解決すべき急務の課題が浮き彫りとなる。

第一に、職能団体である日本理学療法士協会が主導で行う教育目標の設定とコア・カリキュラムの設計である。これについては、本ガイドラインにより一定の結果が出たことになる。しかしながら、本当に妥当性のある目標とカリキュラムであるかについての検証が今後必要となる。

第二に、標準化された教育目標に到達したか否かを判定するための評価方法の開発である。教育的介入の実施においては各養成施設に依るところが大きい。しかし、どのような教育を受けたとしても、誰もが認める一定の能力を獲得した上で卒業させるべきである。したがって、養成施設の垣根を越えて、標準化された到達度評価を実施し、妥当性のある合否基準で合格とされた者だけが、理学療法対象者の前に立てるような仕組みが必要である。現在、国家試験がそれにあたるが、我々の後進の最終的教育評価を国任せにしてよいのだろうか？そのようなはずかない。我々でそれを作り運用するべきである。そのために

必要なのが、認知領域の評価については、洗練された MCQ を広く収集しプールし、理学療法士のための標準テストを作成することである。一方、技能の評価においては理学療法士のための OSCE の開発である。つまり供用試験の開発である。勿論、これらは協会が主導で行なう必要があるであろう。

近い将来、協会が作成したコア・カリキュラムを軸に教育が実施され、協会の供用試験を受験し合格した者だけが最終学年の臨床実習に参加できる資格が認められ、さらに供用試験に合格した者だけが国家試験の受験資格を有するという時代が到来することを期待してやまない。

IV. 4 年制大学カリキュラムへの提言

4 年制大学の卒業要件単位数は 124 単位以上と定められており、指定規則で定められている 93 単位に対して 31 単位分の余裕がある。4 年制大学における理学療法教育に意義を持たせるためには、この 31 単位の使い道が重要である。

前述の通り、まず、4 年制大学における一般的な教育理念である、幅広い教養に立脚した専門教育を実現するために、基礎教育を充実させるという観点がある。これに加え、専門教育の観点からは、今後の理学療法専門領域の発展に寄与することを目的に、理学療法教育および理学療法研究の基礎を習得した人材、および国際社会で活躍するために必要な基本的能力を習得した人材を育成することが必要である。また、近未来に向けた理学療法の世界的動向を知り、わが国の理学療法を適切な方向へと導く考え方に触れることも必要であろう。

そこで、4 年制大学教育課程における付加的な専門科目として、次の 1～4 の 4 科目を提案する。また、第 2 部に示す 3 年制カリキュラムの科目に追加する教育内容として、次の 5～8 を提案する。

1. 人体と薬理

(授業形態等) 1～2 年次開講、講義 1 単位

(一般目標) 理学療法の対象となる障害を引き起こす疾患に関連した薬物の作用機序、投与方法、体内分布、代謝などを学び、さらに医薬品の副作用および相互作用について学ぶ。

(学習内容キーワード) 薬物の作用機序・投与方法・代謝、医薬品の副作用・相互作用

2. 英文原著読解

(授業形態等) 1～3 年次開講、演習 4 単位

(一般目標) 専門英語および学術論文の読解法を学ぶ。英語論文を講読することを習

慣づけ、医療に関する世界的な動向を把握する能力を養う。

(学習内容キーワード) 専門英語, 論文読解, 国際的視野, 先端医療, EBPT

3. 理学療法研究

(授業形態等) 3~4年次開講, 演習 4単位

(一般目標) 自ら見出した疑問を自ら検証する方法を学ぶ。問題提起から, 過去の研究のレビュー, 研究計画立案, 実験・調査の実施, データ分析と報告書の作成に至る一連の研究過程を学習した上で, 初歩的な研究を実施する。

(学習内容キーワード) 問題提起, 文献レビュー, 研究計画立案, 実験・調査遂行, データ分析, 研究成果発表

4. 理学療法指導論

(授業形態等) 4年次開講, 講義 1単位+演習 1単位

(一般目標) 医療領域における教育法の基礎を学ぶ。さらに, 演習として, 下級生に対する基本的な臨床技能の指導を実際に体験することにより, 将来, 臨床実習指導者として学生指導を行うために必要な技能教育の方法を学ぶ。

(学習内容キーワード) 認知領域における教授法, 情意領域における教授法, 精神運動領域における教授法, 臨床技能教育, 教育評価

5. 骨関節障害理学療法学

後述 (pp.47-49) の教授内容に加え, 骨関節障害理学療法に関連したリスクマネジメント及び EBM, EBPT をテーマとする演習を 1単位行う。

6. 神経障害理学療法学

後述 (pp.50-52) の教授内容に加え, 神経障害理学療法に関連したリスクマネジメント及び EBM, EBPT をテーマとする演習を 1単位行う。

7. 内部障害理学療法学

後述 (pp.53-56) の教授内容に加え, 内部障害理学療法に関連したリスクマネジメント及び EBM, EBPT をテーマとする演習を 1単位行う。

8. 地域理学療法学

後述 (p.57) の教授内容に加え, 地域理学療法に関連したリスクマネジメント及び EBM, EBPT をテーマとする演習を 1単位行う。

1~8の教授内容を含めた4年制理学療法教育コア・カリキュラム(例)を次頁に示す。

4年制理学療法教育コア・カリキュラム（例）（※3年制カリキュラムと異なる部分を斜字体で示した）

科目名	単位数		備考
	講義	実習・演習	
基礎領域 <計 12 単位>			
「科学的思考の基礎」, 「人間と生活」の内容を含む科目から選択			
専門基礎領域 <計 24 単位>			
人体の構造と機能および心身の発達 <小計 12 単位>			
骨関節系の構造と機能	2	1	“構造”とは解剖学の中で理学療法と関連の深い領域, “機能”とは生理学の中で理学療法と関連の深い領域を指す。
神経系の構造と機能	2	1	
内臓諸器官系の構造と機能	2	1	
運動学	2	0	実習は専門領域の科目で行う。
人間発達学	1	0	
疾病と障害の成り立ちおよび回復過程の促進 <小計 9 単位>			
医学概論	1	0	
臨床心理学	1	0	
精神障害と臨床医学	1	0	
骨関節障害と臨床医学	1	0	
神経・筋系の障害と臨床医学	1	0	
小児発達障害と臨床医学	1	0	
内部障害と臨床医学	1	0	
老年期障害と臨床医学	1	0	
人体と薬理	1		
保健医療福祉とリハビリテーションの理念 <小計 3 単位>			
保健医療福祉論	1	0	
リハビリテーション概論	2	0	
専門領域 <計 44 単位（臨床実習 18 単位を除く）>			
理学療法の基礎 <小計 22 単位>			
基礎理学療法学	2	2	理学療法総論と運動学実習を含む。
英文原著読解		4	
理学療法研究		4	
理学療法指導論	1	1	
理学療法基礎評価学	1	2	疾患を問わず共通に行われる評価について学ぶ。
理学療法基礎治療学	2	3	疾患を問わず共通に行われる運動療法および物理療法, 生活支援機器 (PO, W/C 等) について学ぶ。
系統別理学療法 <小計 18 単位>			
骨関節障害理学療法学	3	3	医療領域における理学療法の評価から治療までを総合的に学ぶ。神経障害は発達障害を含む。各領域における EBM, EBPT をテーマとする演習を行う。
神経障害理学療法学	3	3	
内部障害理学療法学	3	3	
地域理学療法 <小計 4 単位>			
地域理学療法学	3	1	EBM, EBPT をテーマとする演習を含む。
自由裁量時間 <小計 26 単位>			

V. 大学院教育カリキュラムへの提言

わが国の理学療法学教育における大学院教育が開始され今年で 15 年を迎えた。平成 8 年、広島大学に初の修士課程が開設されて以来、その数は飛躍的に増加し現在 35 の大学で大学院教育が行われ、そのうち博士課程を有する大学も 21 校に上っている。

このように量的には拡大してきた大学院教育だが、内容的には必ずしも十分であるとは言えない。大学院教育には「専門的な研究の振興と教育・研究者の育成」と「高度専門職の養成」という 2 つの目的があるが、現在わが国の理学療法分野における大学院のほとんどは研究センターであり、より高度な臨床知識や技術を習得し、高度専門職の育成を目的とする専門職大学院は未だ存在しないのが現状である。

一方、諸外国では理学療法分野における高度専門職の養成を目的とする大学院教育が盛んである。例えば、オーストラリアでは今から 30 年以上前の 1974 年に既に専門職大学院が開設されている。オーストラリアの大学院（修士課程）にはリサーチ・プログラムとコースワーク・プログラムがある。リサーチ・プログラムはわが国の大学院教育同様、指導教員のもとで学生が独自に研究を行い、修士論文の作成により学位を取得する。一方、コースワーク・プログラムは単位制をとっており、専攻した専門領域の講義や演習を受講し、課題や試験に合格することで学位を取得する。理学療法分野の大学院を擁する大学には、筋骨格系理学療法、神経系理学療法、呼吸循環系理学療法など主だった専門領域のコースワーク・プログラムが用意されているが、中でも筋骨格系理学療法のコースワークは世界中の理学療法士から高い評価を得ており、昨今では我が国の理学療法士も多数留学している。

次に、コースワーク・プログラムのカリキュラムの一例として、2010 年度の Melbourne 大学の筋骨格系コースワークを紹介する。就学期間はフルタイム学生で 1 年、パートタイム学生は 2 年であり、前期、後期の 2 学期制をとっている。学生は就学期間内に学位取得に必要な 8 科目を履修する。履修科目はアカデミック・ライティングや研究法などの共通科目が 3 科目（1. Academic Writing, Ethics & Critical Enquiry 2. Graduate Research Methods, 3. Motor Control, Performance & Exercise, 4. Pain and its Management 3, 4 はどちらか一科目を選択）と筋骨格系専門領域の必修科目が 5 科目（1. Sports & Musc Physiotherapy A, 2. Advanced Clinical Practice 2A, 3. Clinical Anatomy, 4. Sports & Musc Physiotherapy B, 5. Advanced Clinical Practice 2B）である。

コースワーク・プログラムの最大の特徴は、いずれの専門領域のカリキュラムにも長期の臨床実習が含まれていることである。学生は通常、週 2～3 回の頻度で病院やクリニックに赴き、そこで知識、経験ともに豊富なスーパーバイザーの指導のもと実際に患者の評価や治療を行う。臨床実習では単なる臨床技術の習得だけではなく、セラピストの臨床推論能力の向上が極めて重要視されている。

こうした専門職大学院に相当するコースワーク・プログラムは、オーストラリアだけで

なく、英国、ニュージーランド、アメリカ、カナダなど若干の教育形態の違いはあるにせよ既に多くの教育機関で行われており、理学療法士のレベルの向上や社会的地位の向上に大きく貢献している。また、アメリカやカナダの場合、理学療法士の養成教育は大学院教育でのみで行われているが、近年始まったアメリカの DPT (Doctor of Physical Therapy) プログラムやカナダの MPT (Master of Physical Therapy) プログラムも、いずれも大学院教育でありながら、臨床知識や技術の習得に重点を置く教育内容となっている。

近年我が国でも専門職大学院の設置が認められ、法科大学院や教職大学院など多くの専門職大学院が開設された。超高齢化社会を迎えた我が国において、理学療法士の社会的ニーズはさらに高まっている。医療や福祉など様々な現場でリーダーとして活躍できる人材を育成するためにも教育の果たす役割は大きい。こうした人材育成の場としても、高度専門職教育を行う専門職大学院の存在は不可欠である。専門職大学院においては、実践的な能力を有する質の高い教員の確保が必要であるが、我が国の大学院教育も開設から 15 年を経た今、優れた人材を輩出している。さらに、海外の優れた知識や技術を習得した理学療法士の数も増えている。こうした人材が育ちつつある今こそ、専門職大学院の開設に相応しい時期である。将来、わが国の理学療法分野における大学院教育をより一層充実させるためにも、専門職大学院が創設されることを願っている。