（平成 22 年 4 月提出・最終案）

理学療法教育ガイドライン（１版）

序文

理学療法教育ガイドライン（１版）策定の経緯

現在の理学療法士教育は，平成 11 年に改正された理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に沿って行われています。現行の指定規則は大幅に大綱化されたこともあり，改正された当時から具体的な教育内容に関する指針を求める意見が多く聞かれました。また，その当時から教育課程が大学，短大，専門学校（３年制・４年制）と多岐にわたっていたことから，養成施設によって教育内容にかなり偏りがあることも指摘されていました。

これまで，わが国の理学療法教育には依拠すべき教育ガイドラインがなく，厚生労働省により国家試験の出題内容を提示した「国家試験出題基準」があるのみでした。このため，養成施設における具体的な教育目標の設定やレベルの規定も必ずしも明確とはいえませんでした。したがって，養成施設における教育の質をより向上し，一定水準の質を維持するとともに，教育内容を再編成して多様化をはかる必要があります。しかしながら，膨大な学習内容のすべてについて従来の教育手法を用いて効率よく履修させることはもはや困難と思われます。事実，教育内容は実質的に各養成施設や科目担当教員の裁量に委ねられており，内容の偏りや不足を来たすことは避け難いと思われます。こうした問題を是正するためには，理学療法教育の内容について精選された基本的かつ標準的な内容を重点的に履修させるカリキュラムを確立する必要があります。

こうした状況を受けて，平成 16 年より協会内では教育部を中心として，教育ガイドライン作成に向けた取り組みが始まりました。平成 18 年には専門領域のみの教育ガイドライン（試案）が作成されました。その後，協会内に正式に「教育ガイドライン作成委員会」が発足し，この試案をもとに，平成 21 年になって，専門基礎領域も含めた教育ガイドライン（第 0 版）が作成され，WEB 上に公開されることとなりました。そして，今回，さらにこの教育ガイドライン（第 0 版）をもとに，新たな委員会の下で教育ガイドラインが策定され，教育ガイドライン（第 1 版）が発行されるに至りました。この間，多くの皆様にご協力を賜りましたことを改めてここに厚く御礼申し上げます。

なお，教育ガイドラインは各教育機関の独自のカリキュラムや教育方法を拘束するものではなく，より効率よく教育を行うためのものであることを改めて強調しておきたいと思います。教育ガイドライン（第 1 版）では具体的な教育内容を包括的に提示し，利用しやすいよう工夫してあり，多くの皆様に広く活用されることを望んでおります。このガイドラインに基づいて，各養成施設が独自の教育理念や特色に合わせたカリキュラムを設定していただければ幸いです。最後に，理学療法教育を取り巻く情勢に対応して，ガイドラインの内容について，今後も定期的な見直しや改訂の作業が必要となることはいうまでもありません。引き続き，皆様のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成 22 年 4 月
教育ガイドライン(1 版)検討部会

目　次

（頁）

序文
理学療法教育ガイドライン（１版）策定の経緯

本ガイドラインにおける主な提言の要旨 …… 1

第１部　総論 …… 4
Ⅰ．卒前教育の枠組み …… 4
1. 卒前教育の到達目標 …… 4
2. 養成期間・養成形態に関する考え方 …… 5
3. 教員が備えるべき条件 …… 6
Ⅱ．臨床実習教育 …… 7
1. 臨床実習教育の到達目標 …… 7
2. 臨床実習の方法 …… 8
3. 臨床実習のモデル …… 9
4. 臨床実習指導者が備えるべき条件 …… 9
Ⅲ．卒前（学内）教育における理学療法教授法 …… 10
1. 理学療法教育とその過程 …… 10
2. 理学療法教育の目標とその設定 …… 11
3. 教育課程とコア・カリキュラムの活用 …… 12
4. 理学療法固有領域に適した教授方法 …… 13
5. 理学療法能力を評価する方法（教育評価） …… 17
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～ …… 20
Ⅳ．４年生大学カリキュラムへの提言 …… 21
Ⅴ．大学院教育カリキュラムへの提言 …… 24

第２部　理学療法卒前教育モデル・コア・カリキュラム …… 26
Ⅰ．卒前教育モデル・コア・カリキュラム編成方針 …… 26
1. 指定する単位数 …… 26
2. 指定する授業形態 …… 26
3. 単位制の考え方 …… 27
4. 理学療法モデル・コア・カリキュラム科目一覧 …… 28
Ⅱ．理学療法モデル・コア・カリキュラム …… 29
＜専門基礎領域＞
骨関節系の構造と機能 …… 30
神経系の構造と機能 …… 31

内臓諸器官系の構造と機能 …… 32
運動学 …… 33
人間発達学 …… 34
医学概論 …… 35
臨床心理学 …… 36
精神障害と臨床医学 …… 37
骨関節障害と臨床医学 …… 38
神経・筋系の障害と臨床医学 …… 39
小児発達障害と臨床医学 …… 40
内部障害と臨床医学 …… 41
老年期障害と臨床医学 …… 42
保健医療福祉論 …… 43
リハビリテーション概論 …… 44
＜専門領域＞
基礎理学療法学 …… 45
理学療法基礎評価学 …… 47
理学療法基礎治療学 …… 48
骨関節障害理学療法学 …… 49
神経障害理学療法学 …… 52
内部障害理学療法学 …… 55
地域理学療法学 …… 59

巻末資料 …… 60～81

本ガイドラインにおける主な提言の要旨

教育ガイドライン(1 版)検討部会
部会長　大橋　ゆかり

本ガイドラインでは,理学療法卒前教育における到達目標,そこに至るまでの学内教育,臨床実習教育の指針および教育を担う者の能力に関する提言を行った。ここでは，それらの中から主要な提言を取り上げ，その要旨を述べる。

1. 理学療法卒前教育の到達目標

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。このような考えの下に，本ガイドラインでは，理学療法卒前教育の到達目標を「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」こととした。

2. 教員が備えるべき条件

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，協会が提供する生涯学習プログラムは有用であり，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。

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。しかしこれらの学位取得者は，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ことが多く，学位取得のみで教育が行えるとは考えにくい。そこで基礎医学系の科目を担当する教員（理学療法士）は，学位取得に加え，当該領域におけるティーチング・アシスタント（TA）としての教育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. 臨床実習教育の到達目標

理学療法士の就業環境はここ数年で大きく変化し，新卒者でありながら一人職場で就業しなければならない理学療法士数は減少した。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，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。このような状況を考慮し，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「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」とした。

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。そこで本ガイドラインでは，臨床実習指導者は，少なくとも，理学療法士協会が推進する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とした。さらに，臨床実習指導者は，複数の学生に対して擁護的な立場から支援を行った経験（準指導者としての学生指導）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。

5. 理学療法卒前教育モデル・コア・カリキュラムの構成

本ガイドラインでは，指定規則 93 単位の中の 83 単位に相当する内容をコア・カリキュラムとして示すことにした。本コア・カリキュラムとして指定する 83 単位のうち，18 単位を臨床実習の単位として確保し，残り 65 単位を学内教育の単位に充てた。

専門基礎領域の科目では，「解剖学」の中で，理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の構造（学）」，「生理学」の中で，理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の機能（学）」という名称を用いた。科目名としては，「人体の構造（学）」と「人体の機能（学）」を融合し，「～系の構造と機能」とした。なお，“～系”の部分は後述する系統別理学療法学の 3 領域との対応を図った区分とした。専門基礎領域の科目では，「人体の構造と機能」の 3 科目にのみ演習・実習を含むものとし，「運動学」の実習部分は専門領域の科目の中で教授することとした。

専門領域は“理学療法の基礎”，“系統別理学療法”，“地域理学療法”の 3 つに区分した。“系統別理学療法”については，協会における専門領域研究会の区分や欧米諸国における理学療法の領域区分を参考に，障害（疾患）別理学療法としてある程度の区分が可能な 3 領域（骨関節障害，神経障害，内部障害）を定めた。

各科目に，講義，実習・演習，自己学習時間の配分を示すとともに，表 1 の基準に従い，教授内容に対する到達目標を定めた。

本モデル・コア・カリキュラムの科目一覧を表 2 に示した。

表 1．到達レベル

「キーワードレベル」	その用語をどのような文脈で聞いたかが分かり，必要な時に自己学習できるレベル
「知識獲得レベル」	自分の言葉で説明できるレベル
「臨床実習要補助レベル」	学内実習で経験しており，健常者に対しては適切に実施できるが，臨床場面ではリスクをともなう可能性が高く，指導者による十分な指導，補助が必要なレベル
「臨床実習見守りレベル」	学内実習で経験することにより，臨床場面でもある程度自力で行えると判断できるレベル

表 2. 理学療法教育モデル・コア・カリキュラム科目一覧

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 23 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 8 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	
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 30 単位（臨床実習 18 単位を除く）＞			
理学療法の基礎　＜小計 12 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。
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 15 単位＞			
骨関節障害理学療法学	3	2	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。
神経障害理学療法学	3	2	
内部障害理学療法学	3	2	
地域理学療法　＜小計 3 単位＞			
地域理学療法学	3	0	
自由裁量時間　＜3 年制課程：10 単位，4 年制課程：41 単位＞			

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)。このことからも，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。これらの内容を充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，専門学校の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・クラープ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うる教授

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。

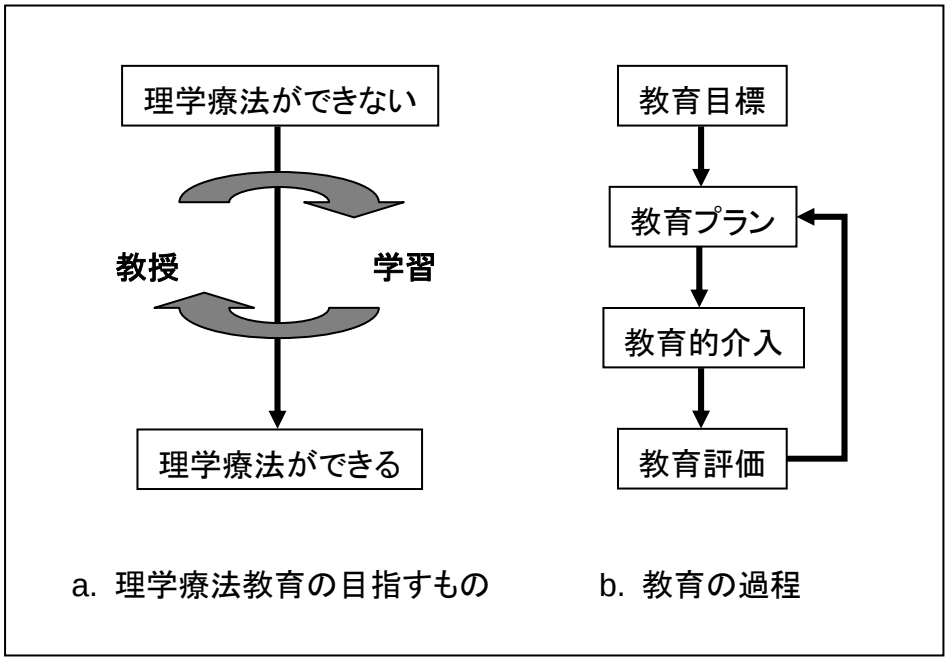


図１　卒前（学内）教育の構造

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に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」にあたると考えられる。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性は図２のような関係となる。輩出された学生の特性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。

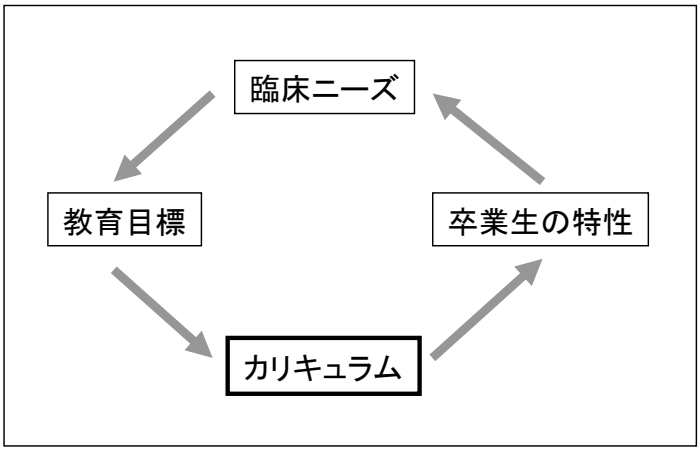


図２　カリキュラムの位置づけ

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性が示されており，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の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テ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，大腿骨頚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，純粋に関節可動域測定の技術（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していただき，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十的に参加するということである。

状況学習を学内で行うためには，教室に実践的状況をつくり，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うピグマリオン効果，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い込むハロー効果，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っては，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もかもしれない。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それにあたる。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。これらを避けるためには，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 にするべきである。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，誤っていれ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ただきたい。

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応えているだろうか？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応えるためには，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，社会的ニーズに応えるためには，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中心であり、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。

第２部　理学療法卒前教育モデル・コア・カリキュラム

Ⅰ．卒前教育モデル・コア・カリキュラム編成方針

1. 指定する単位数

指定規則は 1966 年に制定されて以来，3 回の改正を経て現在の指定規則（1999 年制定）に至っている（巻末資料 p3)。すでに前々回の改正（1989 年）で，「選択必修科目 200 時間」という自由裁量制が取り入れられている。そして周知の通り，現行の指定規則では，専門科目は大幅に大綱化された。1999 年と言えば，理学療法士養成形態として 4 年制大学が増加し始める時期に当たり，養成形態の多様化に対応するとともに，各養成校の独自の発展に期待を込めて，自由度の高い教育モデルが採用された。

そこで，本教育ガイドラインでも，大綱化の流れを考慮することとした。また，我が国の医学教育におけるコア・カリキュラム，米国における理学療法学コア・カリキュラムを参照すると，資格要件となる単位数の 7 割程度をコア・カリキュラムの内容とすることが望ましいとされている。これらのことを考慮し，本ガイドラインでは，指定規則 93 単位の中の 83 単位に相当する内容をコア・カリキュラムとして示すことにした。83 単位という単位数は，4 年制大学の卒業要件単位数の約 67%に当たり，コア・カリキュラムとしてはやや少なめである。しかし，我が国の理学療法士養成課程には，3 年制の教育課程も存在することから，指定単位数としてはこの程度が適切であると判断した。

2. 指定する教授形態

本コア・カリキュラムとして指定する 83 単位のうち，18 単位を臨床実習の単位として確保し，残り 65 単位を学内教育の単位に充てる。

専門基礎領域の科目では，従来から理学療法教育の中で行われてきた「解剖学」と「生理学」の 2 科目にのみ演習または実習を含むものとした。なお，「解剖学」および「生理学」は，基礎医学において体系化された学問領域であり，理学療法教育に求められる知識の範囲をはるかに超える，あるいは異なる範囲を扱う理論体系である。そこで，本コア・カリキュラムでは「解剖学」の中で，理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の構造（学)」，「生理学」の中で，理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の機能（学)」という名称を用いた。科目としては，「人体の構造（学)」と「人体の機能（学)」を融合し，「～系の構造と機能」という科目名を用いた。“～系”の部分は，後述する系統別理学療法学の 3 領域との対応を図ったもので，「人体の構造と機能」も 3 科目からなる構成とした。

専門基礎領域の科目では，「人体の構造と機能」の 3 科目にのみ演習・実習を含むものとし，「運動学」の実習部分は専門領域の科目の中で教授することとした。

専門領域は“理学療法の基礎”，“系統別理学療法”，“地域理学療法”の 3 つに区分した。これは，現行の指定規則とは一部異なる科目区分となっている。

まず，“系統別理学療法”について，協会における専門領域研究会の区分や欧米諸国における理学療法の領域区分を参考に，障害（疾患）別理学療法としてある程度の区分が可能な 3 領域（骨関節障害，神経障害，内部障害）を定めた。そして，これらの科目では，各障害に関する基礎知識から理学療法評価，理学療法介入までを系統的に教授することとした。

これに対して，“理学療法の基礎”では，理学療法における基礎理論および，障害（疾患）のタイプによらず，一般的に行われる理学療法評価，理学療法介入を教授することとした。

3. 単位制の考え方

現行指定規則は学習時間を単位を用いて定めている。前述の通り，高等教育における 1 単位とは，45 時間の学習を習得したことに対して付与されるものである。また，講義，演習，実習という教授形態により，教室で行う学習と自己学習の時間配分が異なるが，本コア・カリキュラムでは次のように定めた。

a. 1 単位の講義科目は，教室内学習 15 時間＋自己学習 30 時間

b. 1 単位の演習・実習科目は，教室内学習 30 時間＋自己学習 15 時間

単位制の取り決めでは，学生が自己学習を行う時間を時間割の中に組み込むことになっている。従って，1 単位の講義を 1 科目設けるならば，時間割上に，1 コマの授業時間と，2 コマの空き時間（自己学習時間）が含まれていなければならない。自己学習時間に補習を行うことにより学生の自己学習を支援するという教育方法も考えられるが，その場合には補習時間を単位に計上してはならない。

このような単位制の考え方を忠実に守れば，養成校が求める学習内容は，自己学習も含めて，すべて開講期間の週日定時までに習得できることになる。週日の夕方以降および休業日，長期休暇期間には，学生の自由な意思によって，幅広い領域にわたる付加的な学習を行うことが可能である。学生が将来，自ら学習を継続して行くための基本的態度・習慣を養うためには，このような本来の意味での自由時間が必要であると考える。

4. 理学療法モデル・コア・カリキュラム科目一覧（3 年制・4 年制共通）

下表に，理学療法モデル・コア・カリキュラムとして指定する科目一覧を示す。

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 23 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 8 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	
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 30 単位（臨床実習 18 単位を除く）＞			
理学療法の基礎　＜小計 12 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。
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 15 単位＞			
骨関節障害理学療法学	3	2	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。
神経障害理学療法学	3	2	
内部障害理学療法学	3	2	
地域理学療法　＜小計 3 単位＞			
地域理学療法学	3	0	
自由裁量時間　＜3 年制課程：10 単位，4 年制課程：41 単位＞			

Ⅱ．理学療法教育モデル・コア・カリキュラム

次ページから示されるモデル・コア・カリキュラムには，教授内容ごとに到達レベルが設定されている。また，科目ごとに自己学習時間が指定されており，一部の科目では自己学習項目を指定しているものもある。これらの見方は次に示すとおりである。

到達レベルについて

「キーワードレベル」	その用語をどのような文脈で聞いたかが分かり，必要な時に自己学習できるレベル
「知識獲得レベル」	自分の言葉で説明できるレベル
「臨床実習要補助レベル」	学内実習で経験しており，健常者に対しては適切に実施できるが，臨床場面ではリスクをともなう可能性が高く，指導者による十分な指導，補助が必要なレベル
「臨床実習見守りレベル」	学内実習で経験することにより，臨床場面でもある程度自力で行えると判断できるレベル

自己学習について

各表の科目名の下に記載されている自己学習時間（自己学習（○h））は，単位法の規定により，教室内で行われる授業時間以外に確保しなければならない学習時間を示している。

自己学習時間の中で行われる学習は，教室内で行われる授業を補完するための内容となるが，それ以外に課題学習などの形で補う必要のある学習内容を，表の下部の「自己学習項目で特記すべきもの」の欄に記載した。

専門基礎領域

科目名	骨関節系の構造と機能					
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋実習（1 単位(30h)）＋自己学習(75h)					
一般目標：細胞，筋，骨，関節の構造と機能を学ぶ。体表からの触診と筋疲労，筋電図を学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 人体の構成，構造と機能（細胞–組織–器官–系統–個体）	1			○		
2) 骨・関節の構造と分類，骨格の構成	2			○		
3) 靭帯・腱・筋膜・支帯・滑液包・腱鞘・筋滑車・種子骨	2			○		
4) 頭頸部・脊柱・四肢の骨格筋の起始と停止・走行・作用・支配神経・髄節	8			○		
5) 骨と骨格筋の発生・リモデリング	1			○		
6) 断層解剖：　四肢の横断面と骨格筋・骨・末梢神経・血管の位置関係	1			○		
7) 人体の構造実習１：　骨学実習と筋肉学実習（標本または模型）		7.5		○		
8) 人体の構造実習２：　体表解剖：心臓，主要な動脈・末梢神経・骨格筋・骨・関節・靭帯の触診		7.5		○		
9) 細胞の構造と機能および発生	3			○		
10) 細胞膜の興奮と電気現象	3			○		
11) 骨格筋の構造と機能１：骨格筋の微細構造，収縮ﾒｶﾆｽﾞﾑ（興奮–収縮連関），収縮の種類・様態・ｴﾈﾙｷﾞｰ供給	3			○		
12) 骨格筋の構造と機能２：仕事と熱発生，張力–筋長関係，力–速度関係，粘弾性，骨格筋・心筋・平滑筋の比較	3			○		
13) 運動と骨格筋収縮：　神経筋単位，筋電図，随意運動の機構と練習の効果，筋疲労	3			○		
14) 人体の機能実習１：　筋疲労		7.5		○		
15) 人体の機能実習２：　筋電図		7.5		○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

＜備考＞　解剖学的肢位，人体の面・方向・位置，区分は削除している。運動学で学ぶことが望ましい。

科目名	神経系の構造と機能					
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋実習（1 単位(30h)）＋自己学習(75h)					
一般目標：神経系の基本構成であるニューロンとシナプス，および興奮伝導を理解する。中枢神経系と末梢神経系，感覚器，口腔・咽頭と発声器官の各構造と各機能，および嚥下機能を学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 中枢神経系の区分，構造，主要上行路，下行路	2			○		
2) 末梢神経系（体性神経系と自律神経系）の区分と構造，脳神経の種類	2			○		
3) 皮膚，外耳・内耳・中耳，眼球・副眼器・網膜，口腔咽頭，発声器の各構造	4			○		
4) 断層解剖：脳・脊髄の横断面と位置	2			○		
5) 神経系の構造実習：神経系，感覚器，口腔・咽頭，発声器官の各実習（模型等使用）		6		○		
6) 神経の興奮伝導：神経(ﾆｭｰﾛﾝ)の形態・種類，跳躍伝導，伝導ﾌﾞﾛｯｸ	2			○		
7) 興奮の伝達：ｼﾅﾌﾟｽ伝達，反射，感覚受容器，神経筋接合部	2			○		
8) 中枢神経系の機能：脊髄，中脳・橋・延髄，間脳，小脳，大脳基底核，大脳皮質の各機能，睡眠，記憶と学習	4			○		
9) 末梢神経系の機能：体性神経，皮膚節 dermatome，筋節 myotome，自律神経	2			○		
10) 運動および筋緊張：錐体路と錐体外路，速い運動と遅い運動，筋紡錘と Golgi 腱器官の構造と機能，骨格筋の緊張，固縮と痙縮	4			○		
11) 皮膚，外耳・内耳・中耳，眼球・副眼器・網膜の各機能，各神経伝導路	2			○		
12) 体性感覚，内蔵感覚，味覚，嗅覚，前庭感覚，聴覚，視覚の各機能と各神経伝導路	2			○		
13) 発声と嚥下機能	2			○		
14) 神経系の機能実習 1 ：脳波測定，神経伝導速度測定		8		○		
15) 神経系の機能実習 2 ：脳神経検査，深部反射，感覚検査，平衡感覚検査		16		○		
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし						

科目名	内蔵諸器官系の構造と機能					
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋実習（1 単位(30h)）＋自己学習(75h)					
一般目標：呼吸器系，循環器系，脈管系，消化器系，内分泌系，泌尿生殖器系の各構造と各機能，血液の機能と免疫機能，体温調節機構等を学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 心臓と動脈系，静脈系，リンパ系の構造	2			○		
2) 肺と呼吸器系の構造	2			○		
3) 肝臓と胆嚢，消化器系の構造	2			○		
4) 泌尿器系・生殖器系の構造	2			○		
5) 内分泌系の構造と構成，断層解剖（体幹横断面と内臓諸器官の位置関係）	2			○		
6) 内蔵諸器官系の構造実習：内蔵諸器官（模型等使用）など		6		○		
7) 心臓と循環の機能	2			○		
8) 呼吸機能	2			○		
9) 血液の機能，免疫機能	2			○		
10) 咀嚼・嚥下，消化と吸収の機能	4			○		
11) 内分泌・栄養・代謝の機能： ﾎﾙﾓﾝとﾋﾞﾀﾐﾝ，糖・脂肪・ｱﾐﾉ酸代謝，ｴﾈﾙｷﾞｰ代謝，基礎代謝など）	4			○		
12) 排泄機能	2			○		
13) 体温調節機能	2			○		
14) 生殖機能	1			○		
15) 老化	1			○		
16) 内蔵諸器官系の機能実習１：肺機能測定など		8		○		
17) 内蔵諸器官系の機能実習２：心電図記録など		8		○		
18) 内蔵諸器官系の機能実習３：運動負荷など		8		○		
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし						

科目名	運動学
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋実習（単位(　h)）＋自己学習(60h)

一般目標：正常な人体運動のメカニズムをあらゆる観点から理解し，臨床での問題解決の基礎を提供する。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）運動学とは	1			○		
2）運動力学の基礎	2			○		
3）骨関節の構造と機能	1			○		
4）骨格筋の構造と機能	1			○		
5）神経の構造と機能	2			○		
6）運動の呼吸循環器系への影響	2			○		
7）運動の代謝系への影響	2			○		
8）運動の神経・筋系への影響	2			○		
9）運動制御と運動学習	2			○		
10）上肢帯・上肢の運動	2			○		
11）下肢帯・下肢の運動	2			○		
12 ）脊柱・体幹の運動	2			○		
13）呼吸運動	2			○		
14）顔面・頭部の運動	1			○		
15）姿勢	2			○		
16）歩行	2			○		
17）運動学の臨床への応用（病態運動学）	2				○	

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし				

科目名	人間発達学
授業形態（単位(時間)数）	講義（１単位(15h)）＋自己学習(30h)

一般目標：人の生涯にわたる心身機能および構造の発達ならびに変化について習得する。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）発達の定義と一般原理	1			○		
2）胎生期の発達（受精から出産まで）	1			○		
3）身体構造の発達（体格・骨・歯）	1			○		
4）運動機能の発達（反射・反応）	1			○		
5）認知精神機能の発達（知能・パーソナリティ）	1		○			
6）発達評価（デンバー式・円城寺式・ミラーニのチャート・運動年齢テスト）	2				○	
7）小児期の粗大運動の発達	1			○		
8）小児期の微細運動の発達	1			○		
9）小児期の歩行の発達	1			○		
10）小児期の言語の発達	0.5		○			
11）小児期の心理社会的発達	0.5		○			
12）青年期の発達（体格・性徴・心理・社会）	1			○		
13）成人期の変化（身体構造・生理機能・心理・社会）	1			○		
14）老年期の変化（身体構造・生理機能・心理・社会）	2			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）寝返りから歩行までの運動発達と神経系発達の関連		○		

＜備考＞

本教科は講義が中心であるが，6）発達評価については実践能力が必要なため，適宜，演習を行うことが望ましい。

科目名	医学概論					
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：医学の成り立ちや基本姿勢，医学対象となる健康・病気の概念や病気の成り立ちと基本的な診断・治療について学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）医学の歴史と医学教育の変遷	1			○		
2）医学における倫理の重要性	1			○		
3）ヒトの一生と生体の恒常性	1			○		
4）健康と病気の概念（成り立ち）	1			○		
5）疾病構造の変化と医療の変遷（過去～現在～今後）	1			○		
6）妊娠・小児の生理と疾患	1			○		
7）高齢者の生理と疾患	1			○		
8）炎症	1			○		
9）免疫と感染症・アレルギー	1			○		
10）腫瘍	0.5			○		
11）診断の流れと問診・全身所見	2			○		
12）生理・生化学検査	1			○		
13）画像検査	1			○		
14）薬理作用と薬物治療	1			○		
15）医療記録と記録管理	0.5			○		
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし						

科目名	臨床心理学
授業形態（単位(時間)数）	講義（１単位(15h)）＋自己学習(30h)

一般目標：理学療法対象者の心理的特徴や心的作用，その検査法および心理療法について習得する。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）臨床心理学の歴史と全体像	0.5		○			
2）小児・青年期の発達課題と心的問題	1.5			○		
3）成人・高齢者の発達課題と心的問題	1.5			○		
4）障害者心理と障害受容の過程	1			○		
5）心の構造と防衛機制	1			○		
6）転移（対象者と治療者の関係）	0.5			○		
7）性格の分類と性格検査	1			○		
8）知能と知能検査	1			○		
9）認知症とその検査	1					○
10）面接技法（カウンセリング）	1				○	
11）心理療法の種類とその方法	2			○		
12）学習の定義と歴史	1			○		
13）記憶と知識の種類	1			○		
14）学習の方法とその過程	1			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）臨床心理士の役割	○			
2）臨床心理学領域の研究者とその業績	○			

＜備考＞

本教科は講義が中心であるが，9）認知症に対する検査，10）面接技法については実践能力が必要なため，適宜，演習を行うことが望ましい。

心的作用は目に見えないものであるため，用語の説明には比喩を多用し教授すべきである。

科目名	精神障害と臨床医学
授業形態（単位(時間)数）	講義（１単位(15h)）＋自己学習(30h)

一般目標：主な精神障害および疾病の症状とそれに対する一般的な治療について習得する。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 精神医学的症候の種類とその内容	2			○		
2) 器質的精神障害の症状と治療（脳血管性認知症・アルツハイマー型認知症・ピック病・コルサコフ症候群）	2			○		
3) 薬物依存症の症状と治療（アルコール依存症を含む）	0.5		○			
4) 統合失調症の症状と治療	3			○		
5) 気分障害の症状と治療（躁・うつ）	1			○		
6) 精神症性障害の症状と治療（不安神経症・パニック障害・強迫神経症・ストレス・解離性障害）	2			○		
7) 生理的・身体的要因に関連した行動障害の症状と治療（摂食障害・睡眠障害）	0.5		○			
8) てんかんの症状と治療	1			○		
9) 人格障害の症状と対処法	0.5		○			
10) 精神遅滞の症状と対処法（ダウン症を含む）	1			○		
11) 心理的発達障害の症状と対処法（自閉症・アスペルガー症候群）	0.5		○			
12) 小児・青年期の精神障害の特徴	0.5		○			
13) 成人・老年期の精神障害の特徴	0.5		○			

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 疾患別の症状（症候）の一覧表の作成		○		
2) 疾患別の薬物療法の一覧表の作成		○		

＜備考＞

精神医学的症候（症状）の用語を理解することは容易ではないため，説明には平易な言葉や比喩を多用するべきである。症候の理解が十分であれば，その後の疾患別の内容は理解しやすくなるであろう。

科目名	骨関節障害と臨床医学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋実習（　単位(　h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：一般目標：骨関節障害を生じる主な疾患の病態，症状，疫学，予後，評価・検査，一般的治療および理学療法への展開について学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）変形性関節症	1			○		
2）骨折および脱臼	1			○		
3）関節リウマチとその近縁疾患	1			○		
4）スポーツ障害	1			○		
5）脊椎疾患（椎間板ヘルニア，腰痛，頚部痛などを含む）	1			○		
6）脊髄損傷	1			○		
7）切断	1			○		
8）肩関節周囲炎および腱板損傷	1			○		
9）絞扼性末梢神経障害（胸郭出口症候群など）	1			○		
10）慢性疼痛疾患	1			○		
11）骨粗鬆症	1			○		
12）骨端部疾患	1			○		
13）先天性疾患（先天性股関節脱臼など）	1			○		
14）骨・軟部腫瘍	1			○		
15）熱傷	1			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）解剖学，生理学，運動学の基礎知識		○		
2）				

科目名	神経・筋系の障害と臨床医学
授業形態（単位(時間)数）	講義（1単位(15h)）＋実習（　単位(　h)）＋自己学習(60h)

一般目標：神経障害を生じる主な疾患の病態・症状，疫学，予後，評価・検査，一般的治療および理学療法への展開を学ぶ。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 脳血管障害 a)脳出血 b)脳梗塞 c)くも膜下出血 d)脳外傷	3			○		
2) 感染・炎症性疾患 a)髄膜炎 b)脳腫瘍 c)脳炎	1.5			○		
3) 変性疾患 a)パーキンソン病 b)脊髄小脳変性症 c)筋萎縮性側索硬化症 d)認知症（アルツハイマー型，ピック病）	3			○		
4) 脱髄疾患 a)多発性硬化症 b)ギランバレー症候群 c)正常圧水頭症	1.5			○		
5) 腫瘍 a)脳腫瘍 b)脊髄腫瘍	1			○		
6) 末梢神経・筋疾患 a)多発神経炎（シャルコー・マリー・トゥース病，ギランバレー症候群） b)重症筋無力症 c)多発筋炎 e)筋緊張症	1.5			○		
7) てんかん	1			○		
8) 頭痛	1			○		
9) 感覚器系障害 a)視覚障害（白内障・緑内障） b)聴覚障害（突発性難聴・老年期難聴） c)平衡感覚障害（メニエール症状）	1.5			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

科目名	小児発達障害と臨床医学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（１単位(15h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：発達障害を生じる主な疾患の病態・症状，予後，評価・検査，一般的治療および理学療法への展開を学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 胎児期の異常とその後の障害	2			○		
2) 出生時の仮死とその後の障害	2			○		
3) 各種奇形症候群	1		○			
4) 主要な遺伝性疾患	1			○		
5) 脳性麻痺	2			○		
6) 筋ジストロフィー	2			○		
7) 二分脊椎	2			○		
8) 小児の呼吸障害	1			○		
9) 小児期障害リハビリテーションにおけるチーム医療	1			○		
10) 医療・福祉・教育の連携	1			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

科目名	内部障害と臨床医学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：内科系の障害を生じる主な疾患や症候群の病態・症状，疫学，予後，評価・検査，一般的治療および理学療法への展開を学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）内科的症候の症状と発生機序 発熱・全身倦怠感・浮腫・悪心や嘔吐 腹痛など	2			○		
2）循環器疾患(心臓) a)虚血性心疾患・・心筋梗塞，狭心症 b)心不全・・弁疾患，心筋症 c)不整脈	2			○		
3）循環器疾患(大血管) a)動脈系・・動脈瘤，閉塞性動脈硬化症 バージャー病，高血圧 b)静脈系・・深部静脈血栓症	1			○		
4）呼吸器疾患 a)呼吸不全・・Ⅰ型とⅡ型，急性と慢性 b)閉塞性肺疾患・・慢性気管支炎， 肺気腫，喘息 c)拘束性肺疾患・・間質性肺炎，肺梗塞	3			○		
5）消化器疾患 a)消化器出血　b)癌 c)潰瘍・・胃潰瘍，潰瘍性大腸炎 d)腸閉塞　e)肝炎・肝硬変	1.5			○		
6）代謝・内分泌疾患 a)糖尿病　　b)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ	1.5			○		
7）血液・造血器疾患	1			○		
8）腎・泌尿器疾患 a)腎不全，腎炎，ネフローゼ症候群 b)排尿障害　　c)尿路結石・感染	1.5			○		
9）免疫疾患，感染症疾患，中毒	1.5			○		
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし						

科目名	老年期障害と臨床医学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：加齢による心身の機能変化を理解し，老年期の障害の特徴と一般的治療について学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）総論 高齢者の定義・分類， 世界(日本)の高齢化の現状と社会影響	1.5			○		
2）加齢による生理機能・運動機能・精神心理面の変化	2.5			○		
3）老年疾患の成り立ち・特徴 （老年症候群）	1			○		
4）老年期：精神疾患，睡眠障害	0.5			○		
5）老年期：呼吸器疾患	1			○		
6）老年期：運動器疾患	1			○		
7）老年期：神経疾患，感覚器疾患	1			○		
8）老年期：循環器疾患	1			○		
9）老年期：内分泌代謝系疾患	0.5			○		
10）老年期：腎・泌尿器	0.5			○		
11）老年期：血液疾患	0.5			○		
12）老年期：免疫(感染)疾患，皮膚疾患	0.5			○		
13）老年期：消化器疾患	0.5			○		
14）高齢者に対する医療上の特徴 診断，検査， 内科的(薬物含む)・外科的療法	2			○		
15）老年期の健康と栄養	1			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）死亡原因動向と要介護原因		○		
2）高齢者リハビリテーションのグランドデザイン		○		

科目名	保健医療福祉論					
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋自己学習(30h)					
一般目標：人間社会を取り巻く社会環境の諸要因を理解し，保健・医療・福祉領域における情報指標のとらえ方および情報収集能力を習得する						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 健康とライフスタイル	0.5			○		
2) 健康づくりと健康管理	0.5			○		
3) 疫学と疾病予防	1			○		
4) 人口統計と衛生統計	2			○		
5) 母子保健と障害児福祉	1			○		
6) 成人保健	2			○		
7) 高齢者保健と高齢者福祉	2			○		
8) 精神保健	1			○		
9) 環境保健と産業保健	1			○		
10) 地域保健と地域医療	1			○		
11) 保健・医療・福祉制度 (医療提供体制や関連法規含む)	3			○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 学校保健	○			

＜備考＞
医療安全と感染症対策等，医療に関する授業内容は，「医学概論」の教科にて，教授するのが望ましい。

科目名	リハビリテーション概論					
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋自己学習(60h)					
一般目標：リハビリテーションの基本理念を理解し，リハビリテーション医学の基礎を学ぶ						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) リハビリテーションならびにリハビリテーション医学の基本理念	1					○
2) 疾病・障害の概念と分類	2				○	
3) 患者・障害者の心理・社会的側面	2				○	
4) リハビリテーションの進め方とチームアプローチ	2				○	
5) リハビリテーションの諸相	2				○	
6) 病期別・疾患別のハビリテーションの考え方	2				○	
7) 障害の診断と評価方法	1				○	
8) 機能障害の評価とリハビリテーション	2					○
9) 活動制限（能力低下）の評価とリハビリテーション	2				○	
10) 参加制約（社会的不利）の評価とリハビリテーション	2				○	
11) 個人因子・環境因子の評価とリハビリテーション	2				○	
12) 病態運動学と廃用症候群・老年症候群	2				○	
13) 高齢者・障害者のリスク管理	2				○	
14) リハビリテーション治療の基礎	2				○	
15) リハビリテーション治療の応用	2				○	
16) 医療マネジメントとリハビリテーション	1		○			
17) 地域リハビリテーション	1		○			
自己学習項目で特記すべきもの						
			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし						

専門領域

＜基礎理学療法学＞

科目名	基礎理学療法学
授業形態（単位(時間)数）	講義（2 単位(30h)）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(90h)

一般目標：理学療法の基盤となる広義の領域を幅広く学習し，効果的な理学療法を可能とする背景や根拠を理解する．そのため，①理学療法を科学的に説明・理解するために必要な要素，②理学療法の臨床思考過程の規範や根拠となる要素，③広義の運動障害に対する評価や治療に必要な要素，を習得する．

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 理学療法の概要・歴史・理念	2		○			
2) 理学療法に求められる倫理と哲学	2		○			
3) 理学療法関連法規・諸制度	2			○		
4) 理学療法過程	2			○		
5) チーム医療と関連職種	2			○		
6) 管理・運営とリスクマネジメント	2			○		
7) 職能団体・協会と役割	2		○			
8) 理学療法士の養成課程	2		○			
9) 理学療法の研究領域と研究方法	2		○			
10) EBPT・リーズニング	2		○			
11) 理学療法体系 運動療法	2	2		○		
12) 物理療法	2	2		○		
13) 義肢装具	2	2		○		
14) 日常生活活動	2	2		○		
15) 地域理学療法	2	2		○		
16) 運動学実習 生体力学・関節運動		6		○		
17) 生体観察・触診・計測		6		○		
18) 筋力・持久力・疲労		4		○		
19) 姿勢・歩行		4		○		
20) 協調運動・運動技能		4		○		
21) 動作・作業工程分析		4		○		
22) 運動発達		4		○		
23) 運動学的分析		8		○		
24) 痛みの病態メカニズム 急性痛の病態と発生メカニズム 慢性痛の病態と発生メカニズム		2		○		
25) 関節可動域制限の病態メカニズム 関節周囲組織の伸張性のメカニズム 骨格筋に由来した拘縮の病態と発生メカニズム 関節構成体に由来した拘縮の病態と発生メカニズム 筋収縮と関節可動域制限		2		○		
26) 筋力低下の病態メカニズム 廃用性筋萎縮の病態と発生メカニズム		2		○		

サルコペニア（加齢性骨格筋減少症）の病態と発生メカニズム						
27) 創傷，靭帯損傷治癒のメカニズム 筋細胞の壊死と再生のメカニズム		2		○		
28) 脳の可塑性と運動・動作障害 運動学習の科学的基盤		2		○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

科目名	理学療法基礎評価学
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(60h)

一般目標：理学療法評価の意義を理解し，特定の疾患に限らず広範に用いられる理学療法評価の基本的な検査・測定手技および評価の記載方法を習得する。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 理学療法評価の意義と目的	1			○		
2) 理学療法評価の対象と評価計画	2					○
3) 情報収集	1					○
4) 医療面接	2	4				○
5) 血圧，心拍数，呼吸数測定		2				○
6) 四肢長・周径測定		8				○
7) 関節可動域測定		12				○
8) 深部反射，病的反射検査		2				○
9) 筋緊張検査		2				○
10) 表在・深部覚検査		4				○
11) Daniels らの徒手筋力検査		20				○
12) バランス検査		2			○	
13) Barthel Index，FIM	2			○		
14) 痛みの評価	0.5			○		
15) 意識障害尺度	0.5			○		
16) 検査測定結果の統合と解釈	2			○		
17) 評価の記録	4	4				○

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

＜備考＞

臨床での使用が一般化されている検査測定については名称を記載したが，特に記載のない項目は，臨床上重要と考えられるものを選択して教授する。

科目名	理学療法基礎治療学
授業形態（単位(時間)数）	講義（1 単位(15h)）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(60h)

一般目標：特定の疾患に限らず広範に用いられる運動療法，物理療法，補装具療法の方法を理解し，基本的な手技ををを習得する。なお，切断と義肢に関する基本的な知識もこの科目における学習内容とする。

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 運動療法の意義と目的	1			○		
2) 関節可動域運動		8				○
3) 筋力増強運動		8				○
4) 持久力トレーニング		4				○
5) 運動学習	2					○
6) 起居動作練習		8				○
7) バランス改善運動		4			○	
8) 立位・歩行練習		4			○	
9) 移乗動作練習		4			○	
10) 物理療法の意義と目的	1			○		
11) 温熱療法，寒冷療法		2				○
12) 電気的治療法		2			○	
13) 牽引療法		2			○	
14) 水治療法		2			○	
15) 補装具療法の意義と目的	1			○		
16) 体幹，上肢，下肢装具	4	4			○	
17) 車いす	2	4			○	
18) 切断と義肢	4	4		○		

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) なし				

科目名	骨関節障害理学療法学
授業形態（単位(時間)数）	講義（3 単位(45）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(120h)
一般目標：各種整形外科疾患の疾患特性や治療・回復過程に合わせた理学療法評価および治療について学ぶ。	

授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 変形性関節症	5	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 画像所見（X 線）				○		
③ 人工関節置換術後のリスク管理					○	
④ 目標設定，予後予測					○	
⑤ 保存療法ならびに手術療法後の理学療法					○	
a. 機能改善						
b. 基本動作・移動動作練習						
c. ADL 指導						
2) 骨折（大腿骨頚部骨折・その他）	5	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 画像所見（X 線）				○		
③ 術後のリスク管理					○	
④ 目標設定，予後予測					○	
⑤ 術後理学療法					○	
a. 機能改善						
b. 基本動作・移動動作練習						
c. ADL 指導						
3) 関節リウマチ	4	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 画像所見（X 線），生化学データ，薬物療法				○		
③ 関節リウマチの進行度（Steinbrocker）活動性（Lansbury 指数），機能障害度（class）				○		
④ 目標設定，予後予測					○	
⑤ 理学療法					○	
a. 機能改善						
b. 基本動作・移動動作練習						
c. ADL 指導						
d. 補装具療法（自助具含む）						
4) 脊椎疾患（腰痛，頸部痛を含む）	4	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 画像所見（X 線，MRI）				○		

③ 神経学的検査の実施					○	
④ 目標設定，予後予測					○	
⑤ 保存療法ならびに手術療法後の理学療法 a. 疼痛緩和 b. 運動療法 c. 基本動作練習 d. ADL 指導（再発予防）					○	
5) 脊髄損傷	8	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 画像所見（X 線，CT，MRI）				○		
③ 神経学的分類基準（ASIA, Zancolli）					○	
④ 目標設定，予後予測					○	
⑤理学療法 a. 急性期の管理 b. 自律神経障害の理解 c. 機能改善 d. 基本動作練習 e. 車いす操作 f. ADL 指導 g. 合併症に対する自己管理					○	
6) スポーツ傷害（外傷・障害）	5	6				
① 代表的なスポーツ傷害（靭帯損傷，半月板損傷，野球肩，テニス肘など）に対する理学療法評価					○	
② 保存療法ならびに手術療法後の運動療法					○	
③ 装具の適用					○	
7) 切断	4	6				
① 術前理学療法					○	
② 術後の断端管理					○	
③ 義肢装着前理学療法					○	
④ 義肢装着練習					○	
⑤ 自己管理					○	
8) 肩関節疾患（肩関節周囲炎，腱板損傷）	4	6				
① 理学療法評価（意義・目的・方法）					○	
② 疼痛緩和					○	
③ 運動療法					○	
④ ホームプログラムの指導					○	
⑤ 二次的合併症の予防					○	
⑥ 術後のリスク管理					○	
9) 絞扼性末梢神経障害の理学療法	2	4			○	
10) 慢性疼痛疾患	2	4				
①頚肩腕症候群の理学療法					○	

②反射性交感神経性ジストロフィーの理学療法					○	
11）骨壊死性疾患（大腿骨頭壊死など）の理学療法	2	4			○	
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし						

科目名	神経障害理学療法学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（3 単位(45h)）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(120h)					
一般目標：神経障害を生じる代表的疾患に対する基本的な理学療法の進め方（一般的評価，理学療法の目的ならびに具体的方法，リスク管理）について学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1) 脳血管障害	8	12				
①理学療法評価（意義・目的・方法） a. Brunnstrom Stage, Motoricity Index b. Modified Ashworth Scale c. SIAS d. Fugl-Meyer Assessment e. 高次脳機能 f. FIM, Barthel Index					○	
②脳画像所見（CT，MRI）					○	
③目標設定・予後予測					○	
④理学療法(急性期・回復期・維持期) a. リスク管理 b. 機能改善（関節可動域，筋力，随意運動） c. 補装具療法 c. 基本動作練習 d. ADL 指導					○	
2) パーキンソン病	5	8				
①理学療法評価(意義・目的・方法) a. Hoehn&Yahr の重症度分類					○	
②目標設定・予後予測					○	
③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力，バランス） b. 基本動作練習 c. ADL 指導					○	
3) 脊髄小脳変性症・多系統萎縮症	5	8				
①理学療法評価(意義・目的・方法) a. 重症度（進行度） b. 自律神経症状					○	
②目標設定・予後予測					○	
③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力，バランス，フレンケル運動，PNF（リズミックスタビリゼーション，ダイナミック・リバーサル），重錘負荷，弾性緊迫帯 b. 基本動作練習 c. ADL 指導					○	

4) 頭部外傷	5	4				
①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 意識レベル（Glasgow coma scale, Japan coma scale） b. 高次脳機能					○	
②脳画像所見（CT，MRI）					○	
③目標設定・予後予測					○	
④理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力，随意運動） b. 基本動作練習 c. ADL 指導					○	
5) 筋ジストロフィー症	3	4				
①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 進行度 b. 厚生省特定疾患研究班による機能障害分類					○	
②目標設定・予後予測					○	
③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力） b. 基本動作練習 c. ADL 指導 d. 補装具療法 e. リスク管理（過用症候群等）					○	
6) 筋萎縮性側索硬化症	3	4				
①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 重症度（進行度） ・Noris scale ・厚生省特定疾患研究班による重症度分類 b. 上位ニューロン徴候 c. 下位ニューロン徴候					○	
②目標設定・予後予測					○	
③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力） b. 基本動作練習 c. ADL 指導					○	
7) 多発性硬化症	3	4				
①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 重症度（進行度）（Kurtzke の評価） b. 薬物療法，生化学検査					○	
②目標設定・予後予測					○	
③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力） b. 基本動作練習 c. ADL 指導 f. リスク管理（ステロイド剤の長期使用による副作用）					○	

8）多発神経炎・ニューロパチー （ギラン・バレー症候群等） ①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 重症度（進行度） b. 薬物療法，生化学検査 ②目標設定・予後予測 ③理学療法 a.機能改善（関節可動域，筋力） b.基本動作練習 c.ADL 指導 e. リスク管理（過用症候群等）	3	4				
					○	
					○	
					○	
9）末梢神経損傷（腕神経叢損傷・絞扼性末梢神経損傷） ①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 神経損傷の程度（重症度） b. 電気診断学的検査 ②目標設定・予後予測 ③理学療法 a.機能改善（関節可動域，筋力） b.基本動作練習 c.ADL 指導	5	4				
					○	
					○	
					○	
10）脳性麻痺 ①理学療法評価（意義・目的・方法） a. 運動発達検査 b. 姿勢反射・反応 c. 姿勢・運動パターン ②目標設定・予後予測 ③理学療法 a. 機能改善（関節可動域，筋力） b. 基本動作練習 c. ADL 指導 d. 補装具療法	5	8				
					○	
					○	
					○	

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし				

科目名	内部障害理学療法学					
授業形態（単位(時間)数）	講義（3 単位(45h)）＋実習（2 単位(60h)）＋自己学習(120h)					
一般目標：呼吸・循環系，代謝系を中心とする内部障害に対する理学療法を行うための基本的な知識と方法論を習得する。呼吸のメカニズム，呼吸器疾患・循環器疾患の病態，呼吸・心臓リハビリテーションの意義やチームアプローチについて理解する。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
＜呼吸＞						
1) 呼吸器の構造と呼吸調節機能	1.5					
① 肺葉とセグメント				○		
② 肺胞構造と循環器との関連				○		
③ 呼吸調節機能のメカニズム				○		
2) 各種呼吸器疾患と理学療法	2.5	8				
① 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫，慢性気管支炎） a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 理学療法（呼吸指導，ADL 指導）					○	
② 気管支喘息 a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 理学療法（呼吸指導，ADL 指導）					○	
③ 肺水腫 a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 理学療法（呼吸指導，ADL 指導）					○	
④ 肺炎（間質性肺炎を含む） a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 理学療法（呼吸指導，ADL 指導）					○	
⑤ 肺結核 a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 理学療法（呼吸指導，ADL 指導）					○	
⑥ 肺癌 a. 疾患の特徴と治療法 b. 画像所見（X 線，CT，MRI） c. 術前・術後の理学療法					○	
⑦ 睡眠時無呼吸症候群 a. 疾患の特徴と治療法 b. 理学療法（ADL 指導）					○	

3) 呼吸機能評価の意義と方法	2	6				
① スパイロメトリー						○
② 肺気量分画						○
③ フローボリューム曲線						○
④ 呼吸困難度（ﾋｭｰｼﾞｮｰﾝｽﾞ，MRC）						○
⑤ 視診，触診，聴診，打診					○	
⑥ 心電図（呼吸との関連）					○	
4) 呼吸機能検査	3.5	4				
① 運動負荷試験 a. Ramp 法 b. Bruce 法 c. 6 分間歩行 d. Anaerobic Threshold (AT)					○	
② 肺音の聴取 聴診器の扱い方と聴取法						○
③ 血液ガスと呼吸機能 a. PaO2 の意味と正常値 b. PaCO2 の意味と正常値 c. SaO2 の意味と正常値 d. pH の意味と正常値 e. アシドーシスとアルカローシス				○		
5) 呼吸介助法	2	5				
① 体位排痰法					○	
② 胸郭体操					○	
③ 徒手的呼吸介助法					○	
6) 人工呼吸管理と理学療法	1.5					
① 呼吸器の種類と換気モード				○		
② 呼吸器の問題点と理学療法				○		
7) 気道内分泌物吸引法	1	1		○		
8) 包括的呼吸リハビリテーション	0.5			○		
9) 在宅酸素療法	0.5			○		
＜循環＞						
1) 心臓リハビリテーションの目的，効果，歴史，対象疾患	1			○		
2) 虚血性心疾患（狭心症，心筋梗塞）	2	4				
① 理学療法評価					○	
② 医学的所見（心電図，生化学，心臓カテーテル），治療（経皮的冠動脈形成術，冠動脈バイパス術，薬物療法）				○		
③ 理学療法 a. 運動療法（運動負荷，中止基準，バイパス術後急性期の運動療法） b.ADL 指導 c.運動指導					○	

3) 慢性心不全	2	2				
① 理学療法評価					○	
② 医学的所見（胸部 X 線，心エコー検査, 生化学（BNP）, NYHA 分類），薬物療法と運動への影響				○		
③ 理学療法					○	
a.運動療法（運動負荷，中止基準）						
b.ADL 指導						
c.運動指導						
4) 大血管疾患（動脈瘤，大動脈解離）	2	2				
① 理学療法評価					○	
② 画像所見（CT），血圧管理，大動脈解離の分類（Stanford 分類），治療（保存療法，人工血管置換術）				○		
③ 保存療法ならびに手術療法後の理学療法					○	
a. 運動療法（運動負荷，中止基準，術後急性期の運動療法）						
b. ADL 指導						
c. 運動指導						
5) 動脈疾患（高血圧，閉塞性動脈硬化症，Buerger 病）	2	2				
① 理学療法評価					○	
② 医学的所見（ABI，Fontain 分類），治療（薬物療法，経皮的血管形成術，人工血管バイパス術，切断）				○		
③ 理学療法					○	
a. 運動療法（運動負荷，中止基準）						
b. 運動指導						
6) 静脈疾患（深部静脈血栓症）	1	2				
① 理学療法評価					○	
② 医学的所見（血管エコー），薬物療法，予防				○		
③ 理学療法施行時のリスク管理					○	
7）不整脈	2					
① 心電図のみかた				○		
② 不整脈の種類と運動療法施行時のリスク管理				○		
8）運動処方	1	2				
① 運動負荷試験（6 分間歩行試験または心肺運動負荷試験）					○	
② 運動処方作成					○	
9) 再発予防とチーム医療	1					
10)リスク管理（心肺蘇生法（BLS)）	1	2		○		
＜代謝＞						
1）代謝障害と運動療法	1			○		
2）エネルギー消費量	0.5			○		

3）運動強度と運動プログラム	1			○		
4）糖尿病の治療と運動療法	5.5	10				
① 理学療法評価					○	
② 医学的・理学的所見				○		
a. 生化学データ						
b. 薬物療法						
c. 食事療法						
③ 低血糖のリスク管理				○		
④ 運動療法					○	
a. エネルギー消費量						
b. 運動強度と運動プログラム						
c. 合併症予防・維持						
5）癌とリハビリテーション	4	8				
① 理学療法評価					○	
② 画像所見と生化学データ				○		
③ 終末期ケアと疼痛対策			○			
④理学療法					○	
a. 機能維持						
b. 基本動作・移動動作練習						
c. ADL 指導						
6）終末期ケアと疼痛対策	0.5		○			
7）内部障害の認定，社会保障制度	0.5		○			
8）患者教育	0.5			○		
9）肥満，やせの判定	0.5					○
10）体力テスト	0.5	1				○
11）BORG 指数	0.5	1				○

自己学習項目で特記すべきもの	到達レベル			
	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）なし				

科目名	地域理学療法学					
授業形態（単位(時間)数）講義　3単位	講義（3単位(45h)）＋自己学習(90h)					
一般目標：地域で生活している高齢者・障害者・障害児の生活自立支援に向けて，理学療法士による専門的介入について学ぶ。						
授業内学習項目	時間数		到達レベル			
	講義	演習・実習	キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）地域リハビリテーションの概念	3	0		○		
2）対象者のとらえ方（高齢者・障害者・障害児）	2	0		○		
3）制度と関連法規（介護保険等）	2	0		○		
4）地域における社会資源	2	0		○		
5）他職種との協働	2	0		○		
6）地域での連携（関連機関）	2	0		○		
7）要介護認定とケアマネジメント	2	0		○		
8）介護予防と障害予防	2	0		○		
9）施設における理学療法（入院・入所）	2	0		○		
10）訪問理学療法	2	0		○		
11）通所理学療法	2	0		○		
12）健康状態の評価とリスク管理	2	0		○		
13）健康増進	2	0		○		
14）特定疾患の評価と介入方法	2	0		○		
15）在宅医療にかかる知識（摂食嚥下・胃瘻・IVH・人工呼吸器・褥瘡）	2	0		○		
16）住環境評価と住環境整備（住宅改修）	3	0		○		
17）福祉用具（歩行補助具・車いす・移乗機器・日常生活用具・環境制御装置）	3	0		○		
18）ポジショニングとシーティング	2	0		○		
19）動作指導と介助方法の指導	3	0		○		
20）症例紹介（施設・在宅・終末期）	3	0		○		
自己学習項目で特記すべきもの			到達レベル			
			キーワード認識レベル	知識獲得レベル	臨床実習要補助レベル	臨床実習見守りレベル
1）地域の社会資源調査			○			
2）自宅のバリアチェック			○			

巻 末 資 料

巻末資料として掲載した文書は，前・理学療法教育ガイドライン部会により作成された「理学療法教育ガイドライン（０版)」の総論部分である。

第１章．理学療法教育ガイドライン作成の背景と考え方

近年，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，より専門的な知識と技術が理学療法士に求められている．また，対象者のニーズの多様化や対象者の権利の尊厳など，個別の対応を迅速滑的確に行えることが求められている．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など保険制度のめまぐるしい変革，そして，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なると考えられる．

このような理学療法士を取り巻く社会情勢やニーズの変化に対応できる理学療法士を育てるために，卒前教育と卒後教育を含めた現行の理学療法士教育について見直さなければならない状況にある．

1.　卒前・卒後教育の現状と問題点

1)　卒前教育

理学療法教育がかかえる卒前教育の課題として，①学生の気質の変化や 18 歳人口の減少の一方で理学療法士の養成校数および入学定員数の急増に伴う学生の質の担保，②教員・教授内容の質の担保，③養成制度，④臨床実習の内容・期間などがあげられる．

(1)　学生の質の担保

2005 年の日本の出生率は 1.26 人と過去最低を記録し少子化の一途をたどっている．この少子化に伴う 18 歳人口の減少により，大学全入時代を迎え，学生の全般的な学力低下や学生の気質の変化が今日の社会問題となっている．

一方，理学療法士の養成校は増加の一途をたどり，2008 年には 4 年制大学が 70 校，短期大学が 3 校，専門学校が 158 校，総数は 231 校となり（図１），入学時定員数は 12000 人を超えた．

このように，入学対象者の間口が拡がる中で，学生の質の問題は，保健・医療人を養成する専門職教育においては極めて重要な要素となる．保健・医療人として，時代と共にめまぐるしく変化する専門知識や技術を学ぶ力だけでなく，理学療法士の資質として，他者と共感できる能力やコミュニケーション能力などが求められる．さらに，専門職教育であるがゆえに，養成校への入り口の時点で，理学療法という仕事内容および社会的な役割や，理学療法士なるためにどのようなことを学ぶのかなどに関する理解も重要となる．このことは，密なカリキュラムの中で理学療法士を目指すモチベーションを維持していくためにも大切なことである．各養成校においては，理学療法を学ぶ入り口に立つ人材として，どのような資質を求めるのかについて明確にすると供に，適正のある人材を選抜する方法も更なる工夫が必要とされてくることが考えられる．

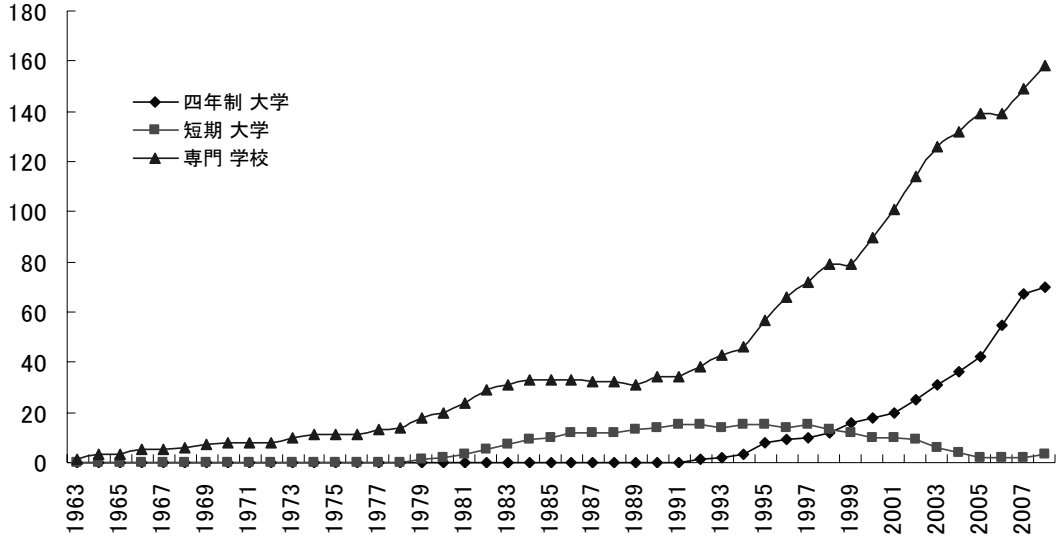


図 1. 理学療法士養成校施設別推移
（2008年度）

(2) 教員・教育内容の質の担保

これから理学療法を学んでいく資質や能力を備えた学生を選抜し育てていく環境として，養成校における教育環境の向上をはかることは重要な課題である．理学療法教育においては，指定規則により，専任教員数や教員の資格，教育内容・単位数・教育目標が定められている．定められた専任教員数を適正に配置することは教育を行う上での前提である．教員の資格については，「免許取得後，5 年の実務経験」と定められているものの，教員として求められる能力について具体的な規程はない．現状では教育方法に関しては十分な知識がないため，医療研修推進財団，理学療法士・作業療法士協会，日本リハビリテーション医学会，全国理学療法士・作業療法士連絡協議会の協賛によって開催されている養成施設等教員講習会などに参加して，教育方法論など教育を実践するのに必要な知識を学び，独自の裁量で講義や実習を実施している場合が多い．このような現状を踏まえ，教員の質を担保し，高めていくためには，教員資格要件や教員のスキル向上のための教育制度について設定する必要がある．

また，教育内容・単位数・教育目標については，時代の変化と共に，これまで指定規則の改正が 3 回行われた（表１）．最近の改正は 1999 年に行われたものであり，この時にカリキュラムの大綱化が指定され，カリキュラムの大枠（教育内容）のみが定められて，科目の構成については各養成校に委ねられ，自由に構成できるようになった．このことで，各養成校の特色を出しやすくなったものの，一方では理学療法士になるために学ばなければならない基礎的な知識や技術について，必ずしも十分な教育内容を担保できるとは限らず，教育内容の不足や偏りを生む可能性もある．そこで，これまでの理学療法教育の内容

について改めて見直し整理することと，学生の持つ可能性を十分拡げられるような一定水準の理学療法教育が実施されているか否かについて，教育環境や教育内容を評価するシステムの確立が必要である．

(3) 養成制度

現行の理学療法士養成制度は，専修学校制度と大学教育制度の混合型養成制度であり，4年制大学・3年制短期大学・4年制専門学校・3年制専門学校に分けられる．2008年3月時点では，4年制大学70校（30.6%）・3年制短期大学3校（1.3%）・4年制専門学校82校（35.3%）・3年制専門学校76校（32.8%）であり，4年制教育校が67%を占めている（図2）．これは，4年制大学や4年制専門学校の新設が急増し，3年制の短期大学や専門学校が停滞・減少していることから，標準的な就業年限が3年制から4年制へと移行しつつあることを示しており，少なくとも4年間という時間が社会のニーズに応えるべく高度かつ専門的な知識と技術の習得のための基礎力を培うために必要な時間と考えることができる．さらに，4年間で培った基礎力や臨床で培った臨床能力を発展させる教育制度として，博士前期・後期課程が設置され，2008年には博士前期課程（修士）33校，博士後期課程（博士）18校となっている．生命科学や科学技術の進歩により，人体の仕組みや行為の仕組みが解明されつつある中，現状に満足するのではなく，更なる進歩を求め，基礎研究に基づいた機能回復のための運動療法や物理療法の研究，義肢・装具，日常生活関連機器の開発などに取り組めるような学生を育てていくような教育課程の充実も今後の課題である．

養成制度については，今後4年制教育制度へと移行していくものと考えられるが，3年制教育制度はカリキュラムが過密になってしまうという問題を抱えているものの，就業年数が短いことによるメリット（学費等）を生かしつつ教育内容の充実をはかる一つの方法として，その対象を既に基礎教育を修了した大学卒業者や短大卒業者とすること等も含め，理学療法教育の充実をはかるために必要とされる養成制度を検討していく必要がある．

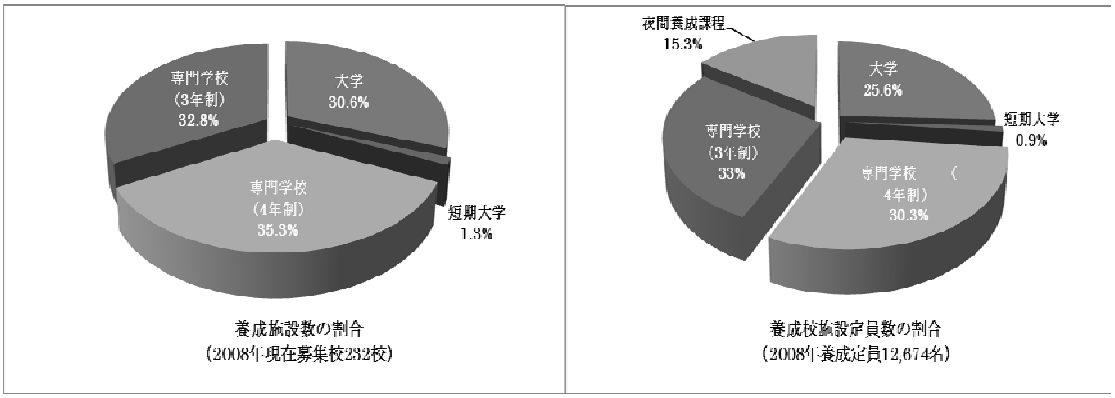


図2．養成施設・定員数の割合

(4) 臨床実習

臨床実習は，卒前教育において，指導者の下，評価や治療を行うことを通して，臨床的思考や技術を学ぶ重要な科目である．しかし，養成校の急激な増加により学生数が増加し，結果的に臨床実習指導者の不足を招いている．さらに，診療報酬の改正や対象者の権利意識の高揚などにより，これまでの形式では十分な臨床実習教育が行いにくくなっている．臨床実習は，通常，従来通りの学生と臨床実習指導者とのマン・ツー・マン形式で実施されている場合が多いが，近年では，この従来の形式の他に，指導者の下での体験型実習であるクリニカル・クラークシップを取り入れている養成校も出てきている．このように，臨床実習の形式はその内容に合わせた形態を選択することも必要と思われる．臨床実習の目標を明確化すると供に臨床実習の形式の再検討が必要である．

しかしいずれにせよ，臨床実習においては，臨床実習指導者の担う役割は大きい．臨床実習指導者の要件としては，指定規則により，臨床経験が 3 年以上あれば臨床実習指導が行える．臨床実習指導者の不足により，比較的経験年数が浅い時期から臨床実習指導に携わらなければならない現状にある．しかし，臨床実習指導者の質を担保していくためには，臨床経験年数だけではなく，臨床実習指導者向けの教育コースなどの教育制度を設ける必要がある．それから，現状ではあまり実施されていないと思われるが，臨床実習指導者に

表 1　指定規則の推移

厚生省指定規則旧別表（1966 年）

科　目	時間数
基礎科目	
物理	45
化学	45
医学的心理	45
(小　計)	135
基礎医学	
解剖学・同実習　60 以上	225
生理学・同実習　30 以上	150
病理学	60
公衆衛生	30
姿勢身体構成	45
医学用語	30
(小　計)	570
臨床医学	
医学全般	75
整形外科・一般外科	75
神経筋系障害	150
精神障害	30
救急・消毒	45
(小　計)	375
専門科目	
理学療法	540
実　習	1,680
合　計	3,300

指定規則（1972 年改正）

科　目	時間数	備　考
基礎科目		
人文科学	90	心理学 45 時間を含む
社会科学	90	人間発達 45 時間を含む
自然科学	90	物理学 45 時間を含む
保健体育	75	うち 45 時間以上を実技にあてること
専門科目		
解剖学	195	うち 60 時間以上を実習にあてること
生理学	120	うち 30 時間以上を実習にあてること
運動学	90	うち 45 時間以上を実習にあてること
病理学	45	
臨床心理学	45	
一般臨床医学	90	リハビリテーション概論を含む
整形外科学	90	
臨床神経学	90	
精神医学	30	
理学療法	480	うち適当な時間数を実習にあてること
運動療法	150	
日常生活動作	60	
義肢装具	105	
検査測定	60	
物理療法	105	
臨床実習	1,080	
計	2,700	

指定規則（1989 年改正）

科目名	時間数	備　考
基礎科目		
人文科学	90	2 科目以上
社会科学	60	2 科目以上
自然科学	90	2 科目以上
保健体育	60	
外国語	60	
(小　計)	360	
専門基礎科目		
解剖学	165	
生理学	120	
運動学	90	
病理学概論	30	
臨床心理学	30	
リハビリテーション概論	30	地域保健・地域福祉学含む
リハビリテーション医学	30	精神科リハビリテーション含む
一般臨床医学	30	
内科学	60	老年医学を含む
整形外科学	60	
神経内科学	60	外傷・腫瘍を含む
精神医学	45	
小児科学	30	
人間発達学	30	
(小　計)	810	
専門科目		
理学療法概論	90	
臨床運動学	30	
理学療法評価法	90	
運動療法	180	
物理療法	90	
日常生活活動	75	
生活環境論	30	リハビリテーション関連機器を含む
義肢装具学	75	
理学療法技術論	150	
臨床実習	810	実習時間の 3 分の 2 以上は病院または診療所において行うこと
(小　計)	1,620	
選択必修科目	200	
総　計	2,990	

指定規則（1999 年改正）

教育内容	単位数
基礎分野	
科学的思考の基盤	14
人間と生活	
専門基礎分野	
人体の構造と機能及び心身の発達	12
疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	12
保健医療福祉とリハビリテーションの理念	2
専門分野	
基礎理学療法	6
理学療法評価学	5
理学療法治療学	20
地域理学療法学	4
臨床実習	18
合　計	93

（吉元洋一:理学療法士，リハビリテーション関連職種の卒前・卒後教育―課題と展望．総合リハ．36(4)：335-341，2008　から引用）

対する学生評価や指導者の自己評価を行い自分自身の指導方法が適切であるかどうかについて自己を振り返ってみることも指導方法の改善につながる可能性があるかもしれない.

また，卒前教育における臨床実習指導者の立場を明確にして，身分を保障していくことも重要であると考える．教育者として臨床実習指導者の身分の保障をしていくことは，臨床実習指導者自身の自覚にもつながり，質を担保することになると考える.

（「第３章.「臨床実習」を参照）

2) 卒後教育

卒後教育における課題は，若手理学療法士の臨床教育，臨床教育における指導者の能力，生涯学習を続ける環境の整備などが挙げられる.

協会員の 31.3%を臨床経験 1～３年目の協会員が占めるという現状において，施設の規模・業務の忙しさ・指導者の有無・臨床教育に関する意識の度合い・職員の経験年数の分布などの要因により，臨床における若手理学療法士の教育体制には，施設による格差があるように思われる．このような格差を補うことや生涯をとおして自ら学ぶことを円滑に行えるように，協会によって学会や各種の研修会，生涯学習プログラムが提供されている．しかし，これまでの取り組みについては，生涯学習プログラムの仕組みが理解しにくいことや，専門理学療法士や専門領域研究会の位置づけが明確でなかったことから，全協会員に浸透するまでには至っていなかった．そこで，現在，生涯学習プログラムの仕組みや専門理学療法士制度については，新たな仕組みが検討されている.

こういった協会による生涯学習システムの整備に加え，日々の臨床中で学習を進められるような学びの場としての臨床環境の整備（理学療法士一人一人の学びの姿勢や学習時間の確保）や，生涯学習の中で研究活動が円滑に行えるように，養成校と臨床施設とが協力して研究のシステムを創っていくことも必要である.

2. 教育内容ガイドラインの考え方

理学療法教育は，この約 40 年の歩みの中で，時代のニーズと共に変化してきた．特に近年は，養成校の急激な増加により，入学対象者の間口が拡がり，良い意味でも悪い意味でも，その教育方法を真剣に見直さなければならない状況が生じていることは既に述べた.

理学療法教育は，養成校への入り口としての入学学生の選抜から始まり，養成課程を経て，養成校の出口として理学療法士の資格要件としての国家試験，そして新人教育・専門理学療法士制度など養成校卒業後における教育と生涯にわたる．その中でも，本ガイドラインにおいては，理学療法士として社会のニーズに適切に対応すべく人間性や知識・技術の基礎力を学ぶ養成課程に焦点をあて，教育目標や内容について整理する.

医学部においては，医師の倫理抵触，モラル低下による社会問題に端を発した医学教育の抜本的変革が推進されている．医師という専門家「プロフエッション」を育成するための教育システムは，戦後の復興期に理論に実践を加味していくドイツの医学教育システム

を採用し，20 世紀の後半ではまず実践の組織を構築しそこに理論を注入していくアメリカの医学教育を導入してきた．ともにわが国における医学の発展，向上に多大な貢献を果たしてきたといえる．専門家には，「プロフエッション」とともに，「スペシャリスト」という訳語がある．「プロフエッション」は，①公共的な使命を兼備している，②一般人が持ちえない高度な知識と技術を習得している，③確立された教育システムを構築している，④自立的な資格認定制度を確立している，⑤確固たる倫理要綱を作成している専門職である．わが国の医学教育は，知識・技術に加え高い公共的な使命（public mission）を兼ね備えた「プロフエッション」ではなく，技術の高さを誇張する「スペシャリスト」の育成に精力を傾倒してきたといえる．「専門教育」を重視するあまり，人としての「教養教育」の衰退，無視が今日の低落化の元凶と考える．教養教育の衰退は，「社会に貢献する」「社会を前進させる」「公共的な問題を解決する」といったパブリックミッションを閉じ込め，個人本位のリベラル・アーツ偏重へ価値判断が転換してしまった．専門家教育の前に「一般教養」としての教養教育の再構築化が必要である．

このような現状を打開する方略として，近年各大学独自で，または複数大学の共同活動による教育システムが紹介，実践されている（表２）．

表２　近年の医学教育における教育方法

［学内教育］	［臨床実習教育］
①モデル･コア･カリキュラム （コア･カリ core curriculum）	①クリニカル･クラークシップ （CC、clinical clerkship）
②チュートリアル教育 （TE、tutorial education）	②早期臨床体験学習 （ECE、early clinical exposure）
③共用試験 （OSCE、obstructive structured clinical examination）	③臨床体験型実習 （BSL、bed side learning）
④問題解決型学習 （PBL、problem based learning）	④症例基盤型実習 （CBL、case-based laboratory）
⑤模擬患者教育 （PPE、paper patient education）	⑤模擬対象者学習 （SCL、simulated client learning）
⑥症例基盤型学習 （CBL、case-based learning）	⑥ワークショップ中心型実習
⑦グループ･合同学習 （GCL、group combination learning）	⑦行動科学･人間形成型実習
⑧連携･協働教育 （IPE、inter-professional education）	⑧コスパイア （cospire、co:共に、spire:芽を出す）

これらの教育システムのうち，医学教育におけるガイドラインとして，これまでの教育内容を整理し，精選された基本的内容を重点的に履修させる医学教育モデル・コア・カリキュラムが提示され，どこの大学でも一定の水準での医学教育が受けられるような配慮がなされている（図３）．また，医学教育においては，コア・カリキュラムが全体の時間の 70%ぐらいなるように設定し，残りの 30%は各大学独自の教育理念や特色に基づいたカリキュラムを学生に提供し，学生が自由に選択して自ら課題見つけ出し探求する力を養えるようなシステム創りを推奨している．

本ガイドラインも，医学教育モデル・コア・カリキュラムを参照にして，理学療法教育モデル・コア・カリキュラムを提示する．理学療法教育モデル・コア・カリキュラムは，

指定規則および，以前，本協会教育部により作成された「理学療法教育モデル・ガイドライン―教育内容ガイドライン―（専門領域）」（案）と国家試験出題基準も参考にしながら，学生のうちに学ばなければならないコアとなる基礎的学習内容を提示する．後述するように，リベラル・アーツ（教養教育）の領域の教育も重要であることは言うまでもないが，ここでは，対象を理学療法の専門教育とする．

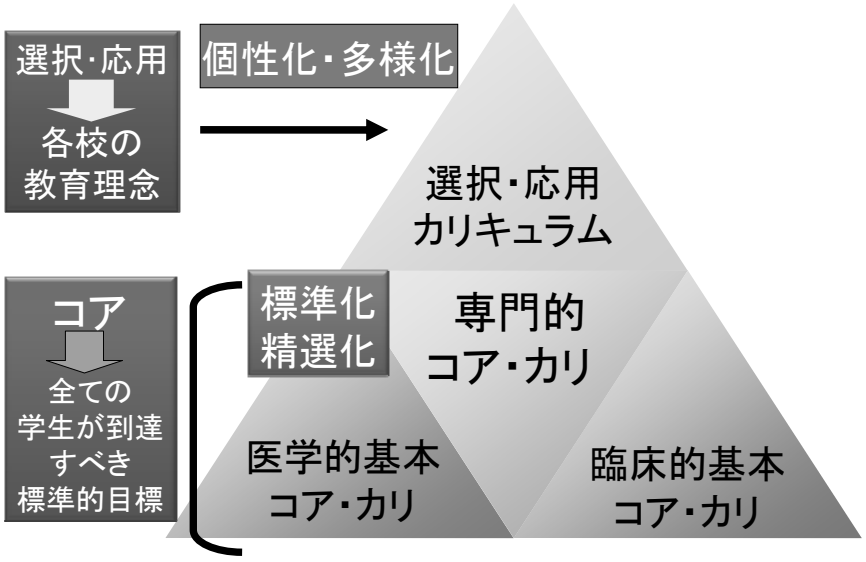


図３．モデル・コア・カリキュラム

1)　卒前教育の到達目標

理学療法教育の卒前教育における到達目標を「理学療法の基本的な知識と技能の習得と自ら学ぶ力を育てること」と設定する．

2)　理学療法教育モデル・コア・カリキュラムの構成

理学療法教育モデル・コア・カリキュラムは，Ⅰ．基本事項，Ⅱ．専門基礎分野，Ⅲ．専門分野から構成されている．

(1)　基本事項

基本事項では，理学療法士としての素養に関わる教育内容であり，対象者中心の理学療法，安全管理・危機管理・情報管理能力，対象者や家族・他の関連職種との信頼される関係づくり，自ら課題を発見し問題解決をしていく態度や知識や技術を身につけることである．これらは，講義や演習・実習の場面だけではなく，学生生活の全ての場面を通して確実に学び，卒業後も生涯にわたって培っていくべき内容である．

(2)　専門基礎分野

専門基礎分野では，国家試験出題基準に準じて，１．人体の構造と機能および心身の発達，２．疾病と傷害の成り立ちおよび回復過程の促進，３．保健医療福祉とリハビリテーションの理念という項目に分け，理学療法を実践する上で必要となる基礎医学・臨床医学の知識について，教育目標を提示する．

(3) 専門分野

専門分野では，国家試験出題基準に準じて，基本的な理学療法の評価・治療技術について教育目標を提示する．領域毎の理学療法については評価と治療を分けないで，一貫したものとして扱い，教育目標を提示する．

(4) 表示の方法

①一般目標

一般目標はその領域における全般的な教育内容を示す．

②到達目標

到達目標は一般目標に記載された項目について，学習者が具体的にどの程度のレベルまで習得しなければならないかの指標である．

3) 教育評価

教育内容が適切であるかどうかに関しては，大学では，大学教育の適正化をはかるための自己点検・評価が実施されており，第三者による外部評価も義務化されている．また，2007 年度から大学院において，FD（faculty development）活動が義務化された．FD とは高等教育における教員の資質と授業内容や教授方法の向上を目指すための活動であり，学生による授業評価や教員自身による自己評価，公開授業による教員相互の評価などが実施されている．

そこで本ガイドラインにおいても，理学療法教育の質を担保するためには，適切な評価を行い，改善してくことが必要であるという考えから，教育評価として，１．学生の評価，２．教員に対する評価，３．臨床実習指導者に関する評価を取り上げ，教員による自己点検評価・学生による授業評価・臨床実習指導者による自己評価・学生による臨床実習指導評価について提案する．

（「第５章.「教育評価」を参照）

第２章．卒前・卒後教育の内容とその在り方

1.　教育とは何か

1)　教育とは

教育には，学校という場所と教師と学生（または生徒）という当事者が関わる．学校に関し，慶応義塾大学の創始者・福沢諭吉は，「学校は単にものを教える所ではなく，学生個々人の天資（うまれつきの資質）の発達を妨げず，よくこれを発育するための場である」と説いている．教師と学生に関する適切な表現を見つけることは難しい．漠然とした理想的教師像，学生のあるべき姿については，各専門書に散見するが感銘を受ける言葉は見つからない．

教育とは何か？広辞苑によれば「人に他から意図を持って働きかけ，望ましい姿に変化させ，価値を実現する活動」と記されている．また，「大教授学」を著した教育学者コメニウスは，学校教育を「印刷機」に例え，学生は「白紙」の状態で学問を始めることになり，その際に活用する教科書は「活字」であり，教師の教えは「インク」であると述べている．対象者に対して「教える」という行為の重要性と強い責任感を強調した内容である．

「教える」という行為には，基本的に二つの意味がある．一つは通常的な意味で用いられる「知識，技術の伝達」という考えである．①言葉の意味を教える，②身体運動時の筋活動を講義する，③疼痛の機序を説明するなど知識と教養の確立･向上を目的として，教師から学生へ一方向的に伝授される形式である．もう一つは行動学的な考えである「変容を促す」という意味である．個人の個性や人格に働きかけ，①孔子の教えによれば…，②A 氏の報告では…，③B の研究結果は…，など「教える」ことを通して態度や生き方に変化を与えるものである．ジャックソンは，前者を「模倣的様式」，後者を「変容的様式」と述べている．一斉講義に対する個性尊重講義，モニトリアル・システムに対するオープン･スクールといえる．

人間の行動を変容する根本課題は，実際にその業を自己実施し何らかの結果を産生することである（図 4）．人の目的意識行動能力は，生来性のものではなく，成功や失敗を含む多くの試みの中で徐々に育って行くものである．さまざまな経験を経て，自己の内面行動連鎖を創り，育て上げるものである．物事を実行・実践し，体験・経験を積むという行動の基盤は，専門的な知識と技術の大きさである．この知的・操作的能力の基盤に豊かな感受性，人間性を背景とした行動の結果が有効で意義深いものであれば，その行動が自信・確信となって認知面，精神運動面，情意面に正のフィードバック効果を生み出す．逆に，行動の結果が失敗や無効に終始すると自信喪失・不安感助長という負のフィードバックに繋がる．ここで重要な点は，失敗・無効に終わった行動を謙虚に見直し，関係者からの的確な教育的指導や注意を受けながら自己で考え再度施行することである．応用行動分析学で言う行動形成に自己評価・自己記録による行動の連鎖化とともに，後続刺激としての的確な他者刺激を受けて自己の内在的強化を図ることである．推敲，考察，検討を加えた反復行動の結果が自己の意図するものとなれば，時間を要したとしても貴重な体験を基にし

て行った反復行動が大きな自信として定着することになる．逆に言えば，スムースに推移したケースよりも種々の難渋を味わった方がその人の行動を変える大きな原動力となるといえる．

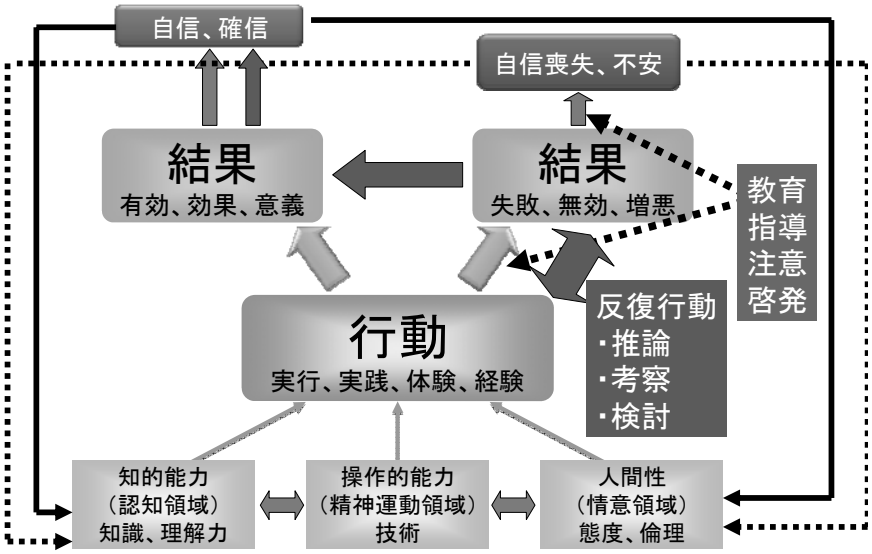


図 4．人間行動変容の原動力

2)　教育方法の種類

教育目標分類学では，学生が習得すべき基本的能力として「認知領域としての知的能力」「精神運動領域としての操作的能力」「情意領域における人間性」の３つが指摘される．この３領域が平均的に拡大・向上することが望ましい教育成果と考えられる．この３者の包括的向上には，学習者の行動を的確な方向に変容することが必要となる．

教育方法は，古典的に教員や教師が主体となって，教室での講義を行う「教授法」，学習者が主体的に実験や観察を行ない結果をレポート作成する「自習法」，あるテーマに対して教師と学習者が意見交換を行う「相互学習法」で行われてきた（図５）．

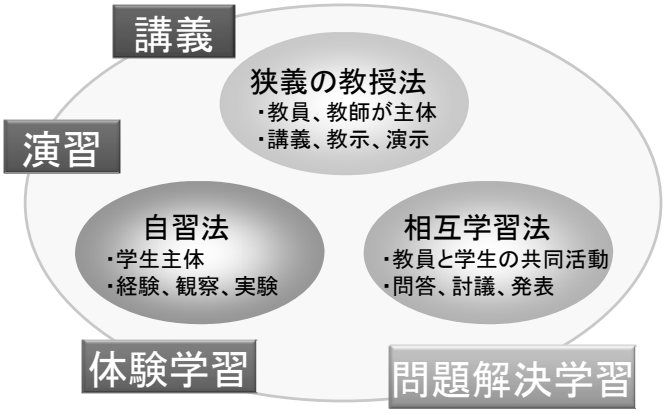


図 5．教育方法の種類―古典的３様式―

この 3 者には，それぞれの特性，利点，欠点があり，対象者や環境などの条件により適宜活用実施される（表３）.

表3.　**教育方法別の適用、利点、欠点、対策**

教育方法	適用	利点	欠点	対策
教授法 （狭義） ・講義 ・教示 ・演示	**知識伝達** ・教科書活用 ・教材活用 ・デモ	・体系化容易 ・時間節約 ・思考促進 ・想像力↑ ・興味↑	・受身的学習 ・個人差大 ・記憶重視 ・認知面偏重 ・教育効果↑↓	・教科書脱却 ・対話形式 ・双方向式講義 ・有用教材の活用 ・工夫
自習法 ・経験 ・観察 ・実験	**知識習得** ・レポート ・結果表出 ・課題作成	・記憶から理解 ・自信↑ ・学習促進 ・論理的思考↑	・教育目標↓ ・非能率的 ・効果の差大 ・一定の技能要 ・個人差大	・効果的指導 ・模範解答例示 ・個人＜グループ ・効果的 ﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸ
相互学習法 ・問答 ・討議 ・発表	・教員学生間 ・学生相互間 ・質問ー解答	・全員参加 ・自由意見 ・発想の広がり ・自己表出↑	・時間を要す ・要指導者 ・教育効果↓ ・非能率的	・充分な準備 ・指導者能力↑ ・結果の保存 ・時間、場所の 随時提供

2.　卒前教育の在り方

1)　どのような理学療法士を育てるのか.

理学療法士養成校７校におけるアドミッションポリシーや教育目標をみてみると，各校に共通しているのは，人間性の豊かさ，意欲と情熱を持った学ぶ姿勢，高度な知識と技術を得る能力の育成などである（表４）.

さらに，ここに示されていることが具体的にはどのような能力を示しているのかをもう少し読み解いてみると，次のような資質が理学療法士には求められていると考える.

・観察力：ありのままの現象を捉える力
・思考力：起こっている現象の原因や現象同士の関係性を見抜く力
・探求心：興味と希望を持って思考を展開していく力，その道を極める力
・創造力：新しいことを生みだしていく力
・想像力：次に起こることや結果を予め思い浮かべることができる力
・共感力：相手の気持ちを察し，理解する力
・協調性：コミュニケーション力
・行動力：自ら行動を起こす力
・機動力：状況に応じて臨機応変に行動を起こすことができる力
・自立　：一人の人間として節度と責任を持つ力

これらの能力は，理学療法士教育全般，つまり生涯にわたって培われていくものである.また，これらの能力を育むために，カリキュラムの内容や教授方法の工夫が必要となる.

表 4. 各養成校におけるアドミッションポリシー・教育目標

	アドミッションポリシー・教育目標
A 養成校 （4 年制大学）	高度な専門知識・技術と豊かな人間性を育成する １．知識と技術の向上のため意欲と情熱を持って自ら学姿勢を持つ人 ２．学生として自身を律し，反省を忘れずに努力をする人 ３．理学療法士を目出した初心を忘れず，礼を重んじ，和を尊ぶ人.
B 養成校 （4 年制大学）	チーム医療の時代にこそ必要とされる，高度な技術と知識，豊かな人間性，自己問題解決力を備えた医療従事者を育成する.
C 養成校 （4 年制大学）	チーム医療と健康を支える人材を育成する ・今必要とされているチーム医療の中で，責任と誇りを持って業務を責任遂行できる能力を養成する. ・人間性豊かで，時代の進歩，新たな医療技術に対応できる基礎理論を学ぶ ・充実したカリキュラムで，医療関連技術者のリーダーとなる人材を養成する
D 養成校 （4 年制大学）	理学療法の科学性を追求し，リハビリテーション医療の最前線に立つ心豊かな理学療法士及び教育・研究者を養成する. 理学療法学をさらに発展させる意気込みのある学生を期待する.
E 養成校 （4 年制大学）	科学的な視点で健康を考える人材の育成 ・時代と社会のニーズに応える ・理論と実践の両立 ・豊かな人間性と実力を備えた理学療法士の育成
F 養成校 （4 年制大学）	科学的理論に基づいて人をサポートし，社会復帰の喜びを共有できる理学療法士を育てる.
G 養成校 （3 年制専門学校）	・一生を貫いて学び続ける態度の確立 ・情操豊かな人間性の向上

（A～G 養成校のホームページより抜粋）

2) 卒前教育の到達目標の設定

卒前教育においては，科目毎の到達目標を具体的に設定することは言うまでもないが，養成校卒業時点での到達水準をどこに設定するのかということを明らかにしておく必要がある．そうすることで，養成校卒業時点での到達水準を一つの目標として，具体的に，いつの時点でどんなことをどの水準まで学んでおくべきことなのか定めることができ，そのことが，より具体化的な教育内容の提示を可能にする.

理学療法白書（2005 年）によると，卒業直後の理学療法士に求める到達水準について，

養成校教員や教員以外の会員の多くが「理学療法を行う上である程度の助言を必要とする」というレベルを考えていることが報告されている．理学療法草創期と比べ，指定規則の改正によるカリキュラムの大綱化や臨床実習時間数の大幅な削減といった教育体制の変化に伴い，「即に実践力として独立して理学療法が行える」レベルというよりも，「助言があれば理学療法を行える」レベルが妥当なレベルであるという認識に到っていることが伺える．「助言があれば理学療法が行える」レベルとは，理学療法の基礎的な知識と技能を習得していることと，助言に基づいて自ら思考し対応していけるような自ら学ぶ力を兼ね備えていることを示していると考える．したがって，本ガイドラインでは，卒前教育における到達目標を「理学療法の基本的な知識と技能の習得と自ら学ぶ力を育てること」としておく．

3. 卒前教育の内容

1) 理学療法カリキュラム

卒前教育では，その入り口の時点に入学試験があり，そこで理学療法教育を受ける資質と能力を兼ね備えている思われる学生が選抜され，その後養成過程を経て，出口の時点で国家試験を迎えることとなる．各養成校におけるカリキュラムは，指定規則と国家試験問題出題基準を基に構成されている．カリキュラムを構成するにあたっては，前述したように，「理学療法の基本的な知識と技能の習得と自ら学ぶ力を育てること」を卒業時の到達目標とし，将来を担う理学療法士としての資質や知識の向上に向けて，学生が学ばなければならない知識・内容を明確化することが重要である．

それには，そもそも理学療法士の専門性とは何か？ということに立ち戻ってみる必要がある．理学療法士は，単に動かせなくなった手足を動かせるようにすることや痛みをとることだけではなく，対象者が自らその人らしく生きていけるようになる（つまり全人間的復権）ために，運動・行為を創りだすことを教える専門家である．そうすると，これまでの理学療法の学習内容に加え，身体の構造や運動を創り出す仕組み，障害によって生じた運動の異常のメカニズムやその回復のメカニズムに関する知識，そして回復を促すための治療技術について基本的な知識と技術を知っておく必要がある．さらに，「人」を学びの対象とすると，医学的な基礎知識だけではなく，おのずと，物理学，統計学，心理学，教育学，哲学や科学観（EBM も含む）などに迫ることになる．いわゆるリベラル・アーツの領域となる．また時代の要請に伴い情報をどう扱うかということや理学療法の対象者や他職種とのコミュニケーション能力の育成も課題となる．

理学療法士の業務は，柔軟な思考や創造性が求められる．しかし，学ばなくてはならない知識と技術が膨大で，密なカリキュラムとならざるをえない．そうなると講義形態も知識を詰め込む形のものが多くなってしまうが，学生が主体的に行動したり，自由な発想を展開したり，自分の考えを伝えるような場面を作っていくことも学生の自ら学ぶ力を向上させることへとつながると考える．このような経験をできるようなカリキュラム創りが必要である．

4.　卒後教育の在り方と内容

卒後教育については，協会が提供している生涯学習プログラムにおいて，新人教育，生涯学習基礎プログラム，理学療法専門領域の段階ごとに学習目標が定められている．この生涯学習プログラムは，協会員に適切な学習機会を豊富に提供することで，生涯自ら学び続けてもらい知識や技術の一層の向上をはかり社会に貢献することを目指している．

一方，日常の業務における教育はまさしく卒後の臨床教育の場で行われるものであり，目の前の対象者について他の理学療法士とディスカッションをしたり，治療技術の練習などが行える実践的な学習の場となる．新人理学療法士に対しては，卒前教育の到達目標を踏まえた目標の設定と教育の指導が必要である．ひとまず，「独立して理学療法が行える」レベルを目標とすることとし，学生のみならず，新人理学療法士の教育に先輩理学療法士があたることとになる．

また，大学院への入学の間口も拡大されており，自ら疑問を持ち探求する力を培う場として有効である．

生涯にわたって，理学療法の対象者や家族のニーズに対して，的確な個別の対応ができる理学療法士を目指して，各自が自分の目標を持ち，自己研鑽に励んでいく必要性がある．（図 6）

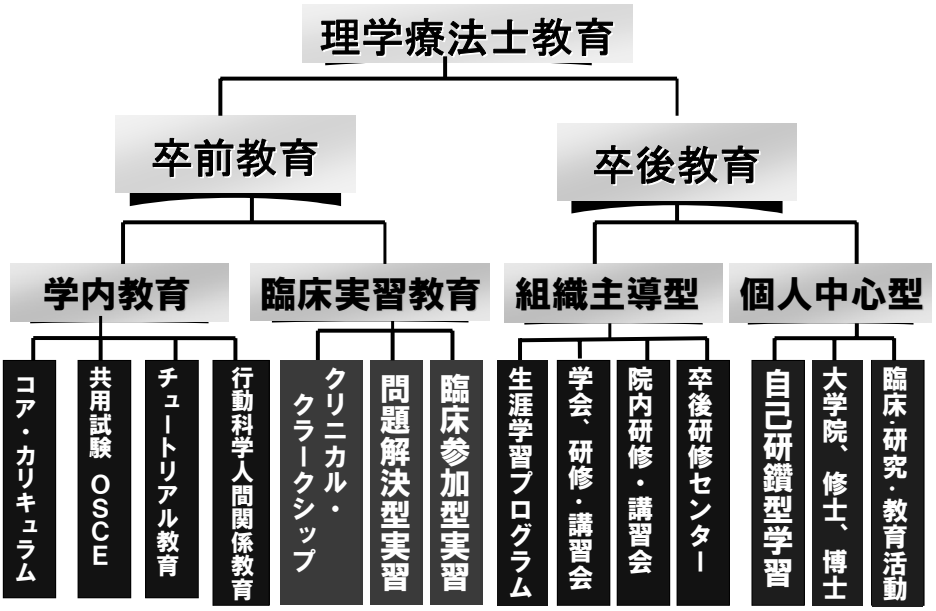


図６．　理学療法士教育の樹木―卒前教育と卒後教育―

第３章. 臨床実習

1. 臨床実習教育の考え方

理学療法教育は、知識・技術伝達のための講義や演習などを行う学内教育とともに、外部施設に赴いて具体的な対象に向かい合う臨床実習教育が重要な役割を持つ．臨床実習において学生は、基本的な理学療法士としての評価・治療の過程を経験することになる．この過程の中で医療専門職従事者としての行動・態度を養うことになる．

養成定員の増加に伴う実習施設確保の困難さもあり、従来通りの実習形態を続けることの難しさもでてきている．さらに、診療報酬上の問題・対象者の権利等により学生が担当することは難しいこととなっている．そうなると、実習における教育目標の達成度も自ずと異なることとなる．

2. 臨床実習教育の内容

文部省・厚生労働省の定める理学療法士作業療法士養成施設指定規則（平成 11 年 3 月 31 日改正）では、臨床実習は修得単位 93 単位のうち 18 単位とされている．これは以前より減少はしているが、それでも 20%程度を占めている．

標準的な実習形態は 3～4 週間の評価実習、8～10 週間×複数施設の総合臨床実習で構成されている．しかし現在では、各養成施設により多様的に運用されている．特に評価実習といわれる短期実習については、その運用は様々である．

総合臨床実習は、学内教育における主な専門科目を終了した後で実施されることが多く、上記、臨床実習の過程を経験する場となっている．

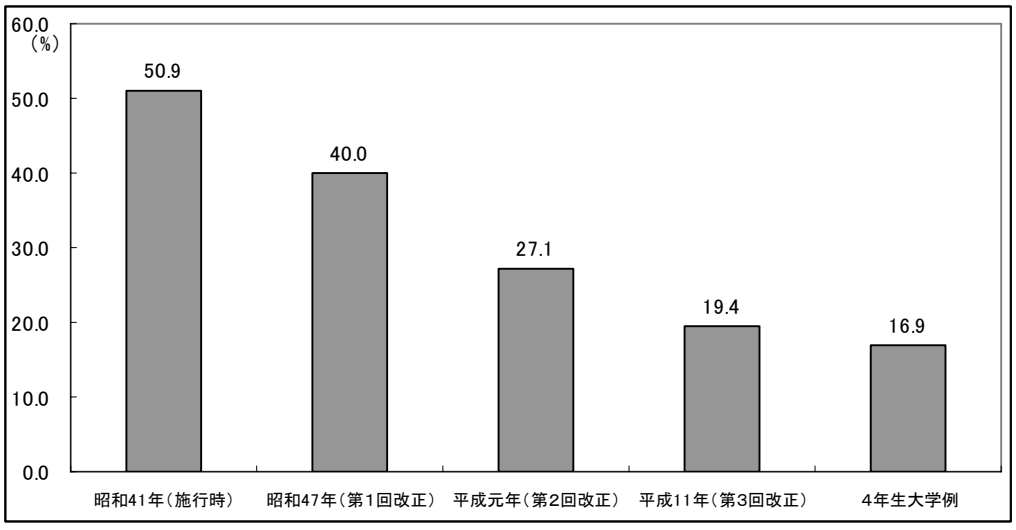


図 1　総時間数に対する臨床実習の割合（理学療法白書 2007 より）

3. 実習指導者および実習施設

臨床実習における指導者は「理学療法士作業療法士養成施設指導要領について」で以下のように定められている.

1) 実習指導者は、理学療法士養成施設においては、理学療法士に関し相当の経験を有する理学療法士とし、かつ、そのうち少なくとも 1 人は免許を受けた後 3 年以上業務に従事したものであること.
2) 実習施設における実習人員と当該施設の実習指導者数の対比は 2 対 1 程度とすることが望ましいこと.

指定規則では臨床実習（18 単位）について「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと」とされている.

4. 教育目標

2000 年発刊の日本理学療法士協会「臨床実習教育の手引き」（第 4 版）では、「養成施設卒業時の到達目標ミニマムは基本的理学療法を独立して行えるレベル」と示しているが、2007 年改訂された第 5 版においては、「養成施設卒業時の到達目標のミニマムは、基本的理学療法をある程度の助言・指導のもとに行えるレベル」と変更されている.

同手引きによると、基本的理学療法とは「複雑な障害像を呈しない一般的な疾患に対して、理学療法が実践されること」とされている.

また、卒業時の到達目標から考えられた臨床実習の教育目標は次の 3 つとしている.

1）理学療法の対象者に対して、基本的理学療法を体験し実践できる
2）保健・医療・福祉の各分野の職場における理学療法士の役割と責任について理解し、その一員として自覚をもった行動が取れる
3）臨床実習をとおして、自己の理学療法士としての自覚を高めることができる

3 つの教育目標に対する一般目標は以下のように提示される. さらにそれぞれの行動目標があり、これが実践できることで、基本的理学療法の実践が可能になるとされる.

教育目標 1「理学療法の対象者に対して、基本的理学療法を体験し実践できる」
一般目標：

① 理学療法の対象者に対して初期評価を行うことができる.
② 対象者の身体状況に応じて、根拠に基づく目標設定ができる.
③ 問題点抽出および目標設定から理学療法治療・指導計画立案ができる.
④ 理学療法治療・指導対応を行うことができる.
⑤ 再評価・最終評価を行うことができる.

教育目標 2「保健・医療・福祉の各分野の職場における理学療法士の役割と責任について理解し、その一員として自覚をもった行動がとれる」

一般目標：

①対象者を尊重し、共感的態度をもって、良い人間関係を形成できる．

②職場における理学療法士の役割と責任について理解し、その一員としての自覚をもった行動がとれる．

教育目標 3「臨床実習をとおして、自己の理学療法士としての自覚を高めることができる」

一般目標：

① 基本的理学療法の体験・実践を通して、自己の理学療法観を育成できる．

一般目標に続く行動目標も含めて、実習生が行うべき内容の基本項目をそろえることはできる．まずは、臨床実習における行動目標も周知される必要がある．

5. 臨床実習の問題点

現在の臨床実習が抱えている問題は少なくない．

1) 実習指導者の問題

2007 年の入学定員は 11，774 名であり、この数字はまだ増加している．それに伴い実習指導者の数もより多く必要となっている．多くの実習指導者は指導経験が浅く、自身の学生時代の経験を基にして実習生の指導を行っている場合が少なくない．指導者自身が指導を必要としている際に指導が受けられない事情もみられる．従来から行われているマンツーマンの形式では、適切な指導が行われにくくなる．指導者にとっては悩むことも多くなり、大きな負担となりやすい．同じ通達目標ではあるが、個々の到達レベルに違いができるのはしかたがない．それを理解しておかないと個々の学生にあった指導を行うことは難しい．指導者が一生懸命になればなるほど、実習生のストレスは大きくなり、効果的な実習が行えなくなる．

2) 学生側の問題

最近の養成施設の増加は全体の入学間口を広げることとなり、学生気質の変化をもたらすこととなっている．職業意欲や社会性の低下も招いている．これらは「情意領域の問題」であり、学内教育で問題解決できないまま、臨床実習に出てきている．このことは臨床実習場面では大きな問題になりやすい．指導者や他のスタッフとの関係だけでなく、対象者との関係でも問題が起こる．

職業意欲の低下もみられ、何が何でも理学療法士として仕事をするという意識をもちにくく、配慮に欠けた行動をとることで、実習場面でも行動的に問題がでることになる．

養成施設の増加により相対的な基礎学力の低下も否定できず、リスク管理等で重大な問題になりえる．

3) 養成施設の問題

実習の到達目標にもあるように臨床実習に出る学生は、学内教育で学ぶ内容を終えて、

実習施設において基本的な理学療法を行えるレベルにあるはずである．しかし、基礎知識面では学内試験等を通じて確認できているが、情意領域の問題などは残ったままの場合も少なくない．それらに対する効果的な学内の取り組みは充分ではない．

4)　養成施設と実習指導者の連携の問題

養成施設は学生を送り出す際に、指導者に対して学生の基本情報のみを提供している場合が多い．これは、先入観をなくし素直な目で見てもらいたいとの思いからである．両者がより意見を交わしやすい場として養成施設が開催する実習指導者会議があるが、限られた時間であり情報交換としては不充分である．

各養成施設が学生に求める課題が同一ではなく、複数の養成施設から実習を受け入れている場合に実習指導者を戸惑わせることになる．連携がスムーズでない場合には、なおさらである．課題の中には課題レポート、症例報告レポートなどがあり、これらも実習で学ぶべき内容の 1 つではあるが、この課題作成が実習の日常の大部分を占めるようなことは適切ではない．この課題を作成することにより、学生の解釈等についての考え方を確認していくことはできる．しかし、過度にこの課題についてのやり取りだけにならないようにするべきである．最近では、課題レポートや症例報告レポートの提出を取りやめる養成施設がある．

5)　患者の権利意識の問題

医療を取り巻く状況が変化する中、その場面における臨床実習も影響を受ける．理学療法の実習は当初、「基本的理学療法を行えるレベル」を到達目標にあげていたこともあり、実習生が患者を担当するあるいは担当者の補助をしながら実施することもみられ、その中で指導者の指導を受けながら学習していく形が基本となっていた．この根底には患者側の暖かい提供心に頼ることで成り立つ．しかし、患者の権利意識が変化し、限られた入院期間等の影響もあり、自身の治療に専念したいことから学生に担当されることを拒む場面もみられる．

6)　法的な問題

学生が担当して何らかのトラブルが起きた場合に、法的には無資格者の医療行為としてとられることもある．施設側から見て問題を回避することを考慮すると、指導者の治療行為の補助とするほうが安全である．このような中での実習を考えるとクリニカルクラークシップのような方法もある．

6.　これからの臨床実習について

これからの臨床実習について考えてみる．

1)　国家試験出題基準から

平成 22 年度より採用される理学療法士国家試験出題基準の専門分野の項目として「臨床実習」があげられ、項目としては以下のようである．

大項目 1：概要　　安全管理（インシデント・感染症対策等）

事故・過誤
感染症対策
インフォームドコンセント
大項目 2：実施　情報管理（カルテ管理・個人情報保護等）
個人情報保護
記録・報告
対人関係技術
画像等の医学情報の理解

これらは教育目標の中で行動目標として挙げられている．それを国家試験の出題基準でも臨床実習の項目としていることから意識すべき内容になっており、医療専門職としてもつべき基本的知識である．他の基礎・専門分野と同様に知識をもっているかの確認をすべきであり、その上で実施できるかの確認をすべきである．

2)　患者担当制から診療参加制へ

患者の権利意識との関係、学生の法的身分の問題から現行実施されている学生が患者を担当して指導者の指導を受けながら基本的な理学療法を実施することは困難になってきている．実習施設や学生によって差があるかもしれないが、基本的な考え方としてはクルニカルクラークシップ（診療参加制）が一つの方法であり、本協会教育部でもこれからの臨床実習方法として考えているものである．クリニカルクラークシップでは従来のように患者を担当せず、指導者の助手として診療参加することを基本的なスタイルとしている．

本協会「臨床実習教育の手引き　第５版」によると、クリニカルクラークシップの基礎的理念は以下のようである．

① 患者担当はせず助手として診療参加する．
② 技術項目の細分化による実施
③ 見学、模倣、実施の段階付け
④ できることからの診療参加学習
⑤ 指導者の役割は教育資源である

実習形態の違いは図 2・図 3 のように表される．

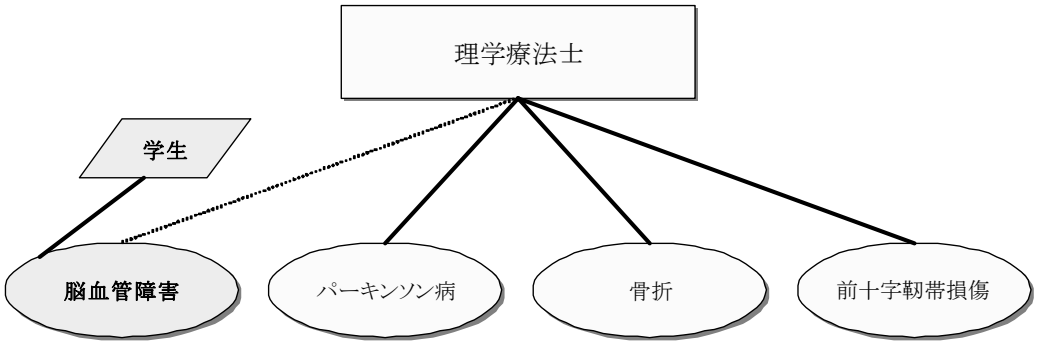
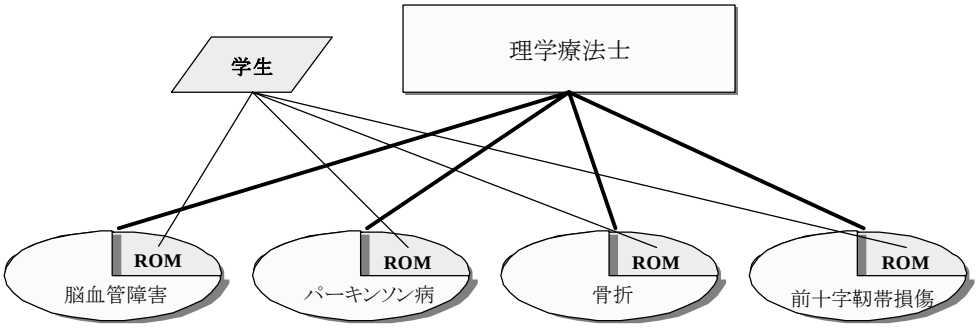


図２　従来の実習形態（患者担当制）　臨床実習教育の手引き第５版より改変



注）　学生は各疾患の診療の一部を担当する　　ROM：関節可動域テスト

図３　クリニカルクラークシップ（診療参加型）　臨床実習教育の手引き第５版より改変

この方式は学生の到達度により段階を区別して指導できる．このような形式にすることで、個々の学生に適した実習指導が可能になり、患者担当制がもつ問題に対応ができるものと思われる．さらに、今後難しくなる「指導者と学生のマンツーマン」以外の指導形式が可能になり、１人の指導者が複数の実習生を指導することができるようになる．この形式でも臨床実習で必要な項目に関しての指導は充分に可能であり、それぞれが大きなストレスを感じなくてすむ.

教育目標から考えると様々な形の学内教育が行われるにしても、実習時間は現行の 18 単位は維持すべきである.

実習施設に関しては、医学的場面で確認されるべき内容が多く、現行の「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと」を維持すべきである.

実習指導者に関しては、個人による指導内容の差異が少なくない．指導内容はできるだけ均等にする必要があり、そのためには理学療法士協会による実習指導者の研修会等が実施されるべきである．現行の新人教育プログラムの内容では充分とは言えず、さらに内容の濃い研修が必要である．この研修を終了した者に対して、「専門臨床実習指導者（仮)」のように定めることも考える.

臨床実習の成績については、実習施設が決めた成績結果が反映されることが多い．基本的にはこれでよいと思われるが、あくまで成績の最終判断は養成施設が責任を持ってすべきである．その際に実習施設と養成施設の両者が納得して認める成績結果にならなければならない.

7.　臨床実習と新人教育研修の関連

臨床実習を含めた学内教育で達成できる到達目標は、前にも述べたとおり以前よりもやや低くなっていると思われる．この現状を受けとめた上で理学療法士の質の維持を保つことが重要である．そのためには、卒後教育での補完が欠かせなくなる．知識補充だけの卒

後教育でなく、医療職としての行動等に関する実践についても指導が行われるべきである．これらの指導に関しては、多くが就職した施設での新人教育として行われている．それができる施設においては、問題も少ないものと思われるが、指導体制ができていない施設では課題を残したまま理学療法業務が進むことになる．そのために理学療法士協会として、新人教育プログラムの中の必要事項として教育していく．

それを実施するための卒後教育の研修施設および研修指導者を認定すべきである．その上で卒後教育プログラムとして一定期間の研修体制を設置すべきである．その指導体制の下で一定期間の研修を受けることを必修とする．就職後の一定期間の研修は難しいものがあるが、様々な期間の取り方をできるようにすることで全ての新人が実施できるように設定する．

その内容は、基礎的であり、実践的なものとして、以前は臨床実習の中で問われていたものとする．「基本的な理学療法を実際に行える」ことを目標として、新人教育期間内に指導者からの評価を受けるものとする．

理学療法を取り巻く状況が変化する中、養成施設で教えるべき内容は年々増えている．その中での臨床実習を考えると、行える内容は以前と異ならざるを得ない．そのためには臨床実習の内容だけでなく、養成校卒業後の卒後教育も含めた理学療法士教育全体の中で臨床実習がどのような位置づけをもつのかを考えていかなければならない．

理学療法教育ガイドライン執筆者一覧

（敬称略）

＜0 版＞ 執筆担当者

ガイドライン委員会委員長	内山　靖
担当理事	柳澤　健
担当理事	山口　和之
教育ガイドライン部会員	林　弘康
〃	池田　由美
〃	清水　忍
〃	田村　陽子
〃	安彦　陽子
〃	板場　英行
〃	西海智恵子
〃	潮見　泰蔵

＜1 版＞ 執筆担当者

ガイドライン委員会委員長	内山　靖
教育ガイドライン部会長	大橋ゆかり
教育ガイドライン部会員	潮見　泰蔵
〃	黒木　裕士
〃	清水　和彦
〃	河西　理恵
〃	有馬　慶美
〃	廣瀬　浩昭
〃	天満　和人
〃	信太　雅洋
〃	斉藤　秀之（生涯学習部長）
〃	高橋精一郎（教育部長）
〃	保村　譲一（教育管理系部会長）