

1. コンピテンス(competence)とコンピテンシー(competency)

コンピテンス (competence) とコンピテンシー (competency) は本邦では区別されずに使われることが多く、ともに「卓越した業績を峻別する人材の能力」を指しているが、コンピテンスは全体的能力であり、コンピテンシーはそれらを構成する下位項目であるとされる。この概念は元々米国国務省の外交官選考にあたって、筆記試験だけではその後の外交官としての行動を予測できなかったことから開発されたモデルであり、卓越した外交官と普通の外交官の行動結果を観察分析することで「卓越した人材」の特性を明らかにしてそのことをコンピテンスと呼んだのである。ちなみに卓越した外交官のコンピテンスとして抽出されたのは「異文化対応の対人関係感受性」「ほかの人たちに前向きな期待をいだく」「政治的ネットワークを素早く学ぶ」であったという¹⁾。Spencerらは、コンピテンシーの根源的特性として、①動機 (モチベーション)、②特性 (身体的特徴、例として優れた視力はパイロットに備わるべき身体的コンピテンシーである)、③自己概念 (個人の価値観・自画像)、④知識 (専門的領域での知識)、⑤スキル (身体的あるいは心理的課題を遂行する能力) をあげている。これらの要因の関係は **図 1** に示すような「冰山モデル」で提示される。すなわち、知識とスキルというコンピテンシーは目に見えやすく開発しやすいのに対して、動機、特性、自己概念というコンピテンシーは評価することも開発することも困難であるとされる。彼らはさらに支援・人的サービスの従事者 (医師、看護師、教師など) のコンピテンシーについて、「インパクトと影響力」「人の育成」「対人関係理解」「自己確信」「セルフコントロール」「専門的能力」などの重要性を指摘している **表 1**。

一方、近年の医学教育領域においては、従来の学習プロセス重視型教育から学習成果

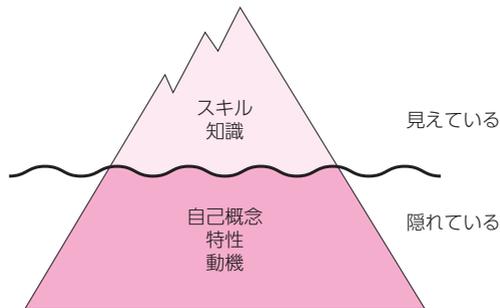


図 1 冰山モデル

(Spencer LM, et al. Competence at Work. New York: John Wiley & Sons; 1993¹⁾ より改変)

基盤型教育のモデルが強調されるようになり、特に医療安全の点から、コンピテンシーに基づいた卒前医療安全教育が報告されている²⁾。石川らは医療安全に関するコンピテンシーとしてオーストラリアで策定されたコア コンピテンシーを例示している **表 2**。

表 1 支援・人的サービスの従事者（医師，看護師，教師など）のコンピテンシー

(Spencer LM, et al. Competence at Work. New York: John Wiley & Sons; 1993¹⁾ より改変)

重み	コンピテンシー
XXXX	「インパクトと影響力」 「人の育成」 「対人関係理解」
XXX	「自己確信」 「セルフコントロール」 「専門的能力」 「カスタマーサービス志向」 「チームワークと協調」 「分析的思考」
XX	「概念化思考」 「イニシアティブ」 「フレキシビリティ」 「指揮命令」

表 2 医療安全におけるコンピテンシー（石川雅彦，他．医学教育，2007；38：47-50²⁾ より改変)

コア コンピテンシー	サブ カテゴリ
1) 円滑なコミュニケーション	①患者と家族に医療への主体的な参加を促す ②患者にリスクを伝達する ③患者に情報を正確に伝える ④患者から，インフォームド コンセントを得る ⑤患者の性別，年齢などに配慮する
2) エラー マネジメント	①有害事象を認識して報告し，マネジメントする ②リスク マネジメントを行う ③医療におけるエラーを知る ④苦情マネジメントを行う
3) EBM と IT の適正利用	① EBM を利用した医療を行う ② IT を利用して，安全性のレベルを高める
4) 安全業務励行	①チームの一員，またはリーダーとして業務を行う ②ヒューマン ファクターの影響を知る ③組織というものを理解する ④入院・外来と継続した医療を行う ⑤自己管理（疲労やストレスなど）を行う
5) 医療倫理遵守	①正しい医療行為を行う ②医療倫理に則った業務を行う
6) 継続学習	①業務の学習を常に怠らない ②業務に関連した教育を行う
7) その他	①患者・部位誤認，不適切な手技に留意する ②薬剤の処方安全に行う

表3 臨床スキルの段階 (Carraccio CL, et al. Acad Med. 2008; 83: 761-7⁴⁾ より改変)

レベル	内容
初心者	理論やルールに従って対応。分析的に考え、理論と実践を関連づけようとする。情報の優先順位を付けること、全体を見渡すことは難しい。
研修中	ルールや情報を通じ、過去の経験に基づいて何が妥当かを決定できる。問題解決に直感的思考も利用し始める。具体的情報からより抽象化することもできるようになる。
独り立ち	責任を持って行動し、全体像も見渡せるようになる。直感的思考も使えるようになるが、複雑・珍しい事例には分析的思考を用いる。
熟達者	十分な経験によって直感的思考が駆使できる。初めての状況にも経験から一般化した持論を適用できるようになる。曖昧さに耐えられる。
ベテラン	直感的な問題の認識、状況への対応ができるようになる。予期しない状況にも常に素早く、賢い対応ができる。
達人	全体像をさらに広い視野で捉えることができ、振り返り、感情や動機づけの統制、倫理観、システム全体の改善なども含めて対応できる。

これらはさらに到達レベルが対象となる職種、職位によって4段階に分けられ、これらに応じた医学教育モデルを検討する必要性を述べた。医学教育全体としても学習成果基盤型教育 (outcome based education: OBE) についての議論がなされてきており、大西³⁾はOBEの実施には、1. 卒業生に必要な能力の同定、2. コンピテンシーやその要素の明確な定義、3. 進度に従ったマイルストーンの設定、4. 教育活動、経験、指導方法の選定、5. マイルストーンを測定する評価手法の選定、6. アウトカムが達成できたかのプログラム評価が必要であり、特にマイルストーンの測定方法の開発と設定を重視している。さらに、OBEは修得されたかどうかを重視するため、従来の履修主義とはなじまず、総括的評価が重要であると指摘した。このOBEと生涯学習の連続性について、Carraccioら⁴⁾はコンピテンシーを達成することで「独り立ち」可能となるスキル獲得の段階的モデルを示した**表3**。

以上のように一般的にコンピテンスとコンピテンシーは幅広い領域を包含するものであるが、次項では理学療法士に求められる基本的なコンピテンスとコンピテンシーについて述べる。

2. 理学療法士のコア コンピテンス

理学療法士にとって必要不可欠なコンピテンスすなわちコア コンピテンスは、どのようなものであろうか。伴⁵⁾は基本的臨床能力として臨床能力マトリックスを提示し

図2、知識、情報収集力、総合的判断力、技能、態度の要素で構成されそれぞれいくつかのレベルに分かれるモデルを示した。これは元々医師の基本的臨床能力に関する論

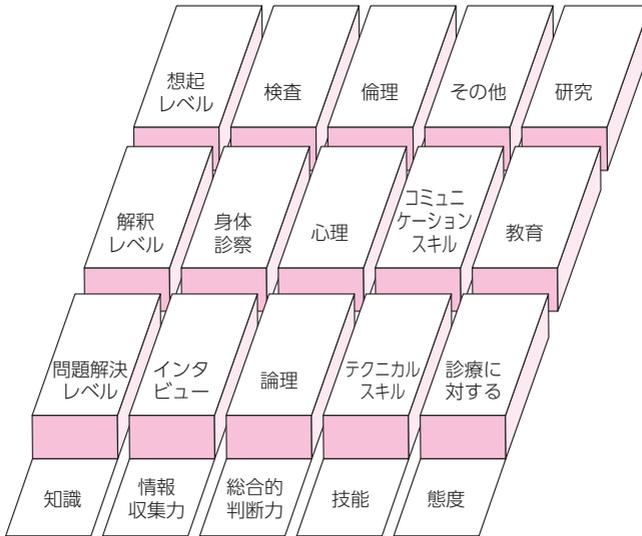


図2 臨床能力マトリックス

(伴 信太郎, 診断と治療, 2001; 89: 845-7⁵⁾)

考であるが、理学療法士に置き換えても十分理解できるものである。

「知識」は想起レベル、解釈レベル、問題解決レベルという3つに分類される。想起レベルの知識は、病態生理や、臨床疫学的な脈絡がなくただ記憶しているという知識である。解釈レベルの知識は、1つの症候から、病態生理的にいくつかの可能性を考えたりできるような知識であり、問題解決レベルの知識は、「身に付いた経験」による知識であるとされる。「情報収集能力」とは、医療面接、身体診察法、血液、尿などを用いた、あるいは画像を用いた検査である。「総合的判断力」は、診察・検査から情報収集してさらに専門的知識と照合しどう判断するかということに関わる能力のこと。総合的判断力は論理的な側面、心理的な側面、倫理的な側面の3つに分けられるという。「技能」はテクニカルなものだけでなくコミュニケーションスキルが重要であり、「態度」については診療、教育、研究に対する領域が想定されている。このような基本的臨床能力を基盤として、理学療法教育ガイドライン0版では表4に示される理学療法士に求められる資質が提示されている。これはまさにコアコンピテンスとして理解されるものである。本久⁶⁾は「理学療法士は専門技術職として高い知識と技術、対象者の自己実現を具体化でき、判断力、柔軟な思考、想像力が必要」であり、加えて倫理性とそれを支える資質をもっていることが臨床力の基本であると述べている。

一方、堀本は理学療法士150名を対象として、勤務先領域の特性とコンピテンシーの関係について調査したところ、「要望にこたえる力」と「きちんとやる力」は急性期と生

表 4 理学療法士に求められる資質

①観察力	ありのままの現象を捉える力
②思考力	起きている現象の原因や現象同士の関係性を見抜く力
③探究心	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
④創造力	新しいことを生み出していく力
⑤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
⑥共感力	相手の気持ちを察し、理解する力
⑦協調性	コミュニケーション力
⑧行動力	自ら行動する力
⑨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
⑩自立	1人の人間として節度と責任を持つ力

活期間、「自らを活かす力」は回復期と研究・教育機関間で有意な差があり、勤務形態や仕事環境に応じ、必要な行動特性の違いが差異として表れることを示した。理学療法対象者の病期によって求められるコンピテンシーが異なることは重要であり、本書においても病期に応じたコンピテンシーを提示する所以である。

3. 脳卒中理学療法のコア コンピテンシ（読者のためのガイダンス）

本書は脳卒中症例の発症から時系列に、高度急性期、急性期、回復期、維持期（生活期）へと病期を縦軸として記述されている。それぞれの冒頭に「ポイント」として全体的留意点が示され、たとえば高度急性期では全体的コンピテンシとして「日々状態が変化し得る時期であるため、医師の治療方針を理解できる能力が必須である。そのためには、病態の理解、各種検査目的と結果の解釈、投薬内容など高度な医療知識を身につける必要がある。……」が提示される。そのうえで個々の各論的項目について展開される構成になっている。例として「回復期」の「歩行練習」の項では、実用的な歩行獲得に向けて病棟環境、障害物回避、屋外環境に適応させたコンピテンシが示され、具体的な理学療法が例示されている。

読者が今現在の病期の脳卒中症例を担当しているかによって、その時期に合致したところから始めてもよいし、その前後の情報を得ることによって現在の理学療法に活かすことも可能である。想定する読者対象は表3における「研修中」レベルから「独り立ち」レベルの理学療法士である。本書を活かして臨床能力を高めていき、それらを患者の理学療法に還元することができることを筆者らの願いでもある。