OJTによる新人教育を通じたチームビルディングの現状

—— OJT シートの活用から新人教育に与える影響 ——

*Current Status of Team Building through Newcomer Employee Education by
on the Job Training: Influence of Utilizing “OJT SHEET”
on Newcomer Employee Education*

藤田 聡行^{1,2)} 小串 健志¹⁾ 石橋 尚基¹⁾ 小池 靖子¹⁾ 堀本 ゆかり^{2,3)}

TOSHIYUKI FUJITA, RPT^{1,2)}, KENJI OGUSHI, RPT¹⁾, HISAKI ISHIBASHI, RST¹⁾, YASUKO KOIKE, OTR¹⁾,
YUKARI HORIMOTO, RPT, PhD^{2,3)}

¹⁾ Department of Rehabilitation, Shinyachiyo Hospital: 2167 Yonamoto, Yachiyo-shi, Chiba 276-0015, Japan
TEL +81 47-488-3251 E-mail: sanaboo25@gmail.com

²⁾ Education and Management in Health and Welfare Section, Health Sciences Program, Graduate School of International
University of Health and Welfare

³⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health Science, International University of Health and Welfare

Rigakuryoho Kagaku 32(6): 803-808, 2017. Submitted May 31, 2017. Accepted Jul. 11, 2017.

ABSTRACT: [Purpose] We examined the aggregate of guidance opportunities in newcomer employee education conducted by a trans-disciplinary team from a team building perspective. [Subjects and Methods] For 13 newcomer employee staff and 97 leaders, we collected data on the amount of guidance given in the first three months. [Results] The amount of guidance varied widely at the stage of independence of work. In the guidance of newcomer employees who were quick to step up, there was a tendency for leaders of various years of experience to be involved in a balanced manner. On the other hand, newcomer employees who held back tended to receive guidance from a limited number of leaders, and the reliability and fulfillment of human relationships within the team tended to be low. [Conclusion] It is considered that team building was effectively constructed in the teams in which step up occurred. The results suggest that incorporating team education into job training for newcomer employee staff could develop team building.

Key words: transdisciplinary team, newcomer employee education, team building

要旨:〔目的〕新人教育における指導機会を集計し、チームビルディング視点から検討した。〔対象と方法〕新人職員13人と指導者97人を対象に、入職後3ヵ月間の指導量を集計した。〔結果〕指導量は、業務の自立段階でばらつきが大きくみられた。ステップアップが早い新人には、様々な経験年数を持つ指導者がバランスよく関わる傾向がみられた。一方、ステップアップが停滞する新人は指導者に偏りがみられ、人間関係の信頼度・充実度が低い傾向があった。〔結語〕ステップアップが進んだチームは、チームビルディングが有効に構築されたと考えられる。チーム教育を新人職員に取り入れることにより、チームづくりが発展できることが示唆された。

キーワード: 合同チーム, 新人教育, チームビルディング

¹⁾ 新八千代病院 リハビリテーション科: 千葉県八千代市米本2167(〒276-0015) TEL 047-488-3251

²⁾ 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療福祉教育・管理分野

³⁾ 国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療法学科

I. はじめに

近年、リハビリテーション部門の人材育成において、新人職員に教育的配慮が施された認知的徒弟制による職員教育が行われている。認知的徒弟制とは、Brownらが提唱した教育パラダイムで、初めに介入頻度の高いモデリング（Modeling）やコーチング（Coaching）といった指導者主体の学習で始まり、徐々にスキャフォールディング（Scaffolding）やフェーディング（Fading）といった介入頻度の低い経験者主体の学習へ移し、経験者を独り立ちさせることができるという学習モデルである¹⁻³⁾。モデリングで、新人が指導者の診療を観察しながら学び、指導者は臨床での実践を示しながら、同時に新人の状態を評価している段階となる。理学療法では、コーチングまでは新人に介助する段階となり、スキャフォールディングで見守りを外しながら、フェーディングで独り立ちする経験を積む段階となる。松尾^{4,5)}はコルブの経験学習のサイクル理論を一部改編し、人は「具体的経験」をした後、その内容を「内省し（振り返り）」そこから「教訓」を引き出して、その教訓を「新しい状況に適用する」ことで、学んでいるとした。

リハビリテーション分野に高い臨床実践能力が求められる時代背景から、チームとして診療の質を維持・向上することが重要である。チームをより機能させていく課程であるチームビルディングについて、齋藤⁶⁾は、チームが結果を出せるかどうかは、チームビルディングを基盤としたうえで、「メンバー全員がチームの事業（取り組み）に貢献していることの実感をどうやって作りだすにかかっている」と述べている。

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）では、若手職員に対して早期に臨床現場への適応を求める一方で、職員教育の成果を得るには時間を要し、日常の診療業務に影響を与える重点課題となっている。当科は新人の教育期間を3年と定め、これまでのプリセプター制を見直し、理学療法士（以下、PT）・作業療法士（以下、OT）・言語聴覚士（以下、ST）合同チーム（以下、ユニット）を編成し、チーム教育を試みている。

今回、OJTシートを用いた新人教育において、ユニット内で教育を受けた機会と指導状況から新人の進捗との関係を示し、チームビルディング視点で検討した。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、平成28年度新入職員（以下、新人）13人および回復期病棟に従事する常勤療法士（以下、指導者）97人とした。新人を含んだ平均経験年数は 6.3 ± 5.7 年で、平均年齢 31.0 ± 6.6 歳、性別は新人男性7人（53.9%）、新人女性6人（46.1%）（表1）、指導者男性

表1 新人の性別

	男性	女性	度数（人）	比率（%）
PT	4	2	6	46.2
OT	3	3	6	46.2
ST		1	1	7.6
度数（人）	7	6	13	
比率（%）	53.9	46.1		

表2 指導者の性別

	男性	女性	度数（人）	比率（%）
PT	24	29	53	54.6
OT	4	22	26	26.8
ST	5	13	18	18.6
度数（人）	33	64	97	
比率（%）	34.0	66.0		

表3 指導者の職位構成

	マネジャー	ユニット リーダー	メンバー	度数 (人)	比率 (%)
PT	2	4	47	53	54.6
OT	1	5	20	26	26.8
ST		1	17	18	18.6
度数（人）	3	10	84	97	
比率（%）	3.1	10.3	86.6		

33人（34.0%）、指導者女性64人（66.0%）であった（表2）。新人療法士の職種は、理学療法士6人（以下、新人PT1～新人PT6）、作業療法士6人（以下、新人OT1～新人OT6）、言語聴覚士1人（新人ST1）であった。

ユニットは、平成28年3月に改編され、翌4月に新人は3棟の回復期病棟に配属された。指導者は、病棟を統括するマネジャー（係長）3人（3.1%）、PT・OT・ST合同チームのユニットリーダー（班長）10人（10.3%）、チーム内のリーダー以外の成員（以下、メンバー）84人（86.6%）の97人であった（表3）。管理者である病棟マネジャーの属性は、3人とも女性で、平均経験年数は 22.8 ± 1.7 年で、ユニットリーダー10人は男性3人、女性7人で、平均経験年数は 12.8 ± 4.1 年で、平均年齢 36.1 ± 3.5 歳であった。本研究の実施にあたり、対象者には、事前に文書あるいは口頭で本研究の目的と内容を十分に説明し、質問紙に回答の際に同意を得て開始した。本研究で用いたデータは、連続可能匿名化し、個人情報保護に留意した。本研究は、新八千代病院の倫理審査委員会の承認を得て行った（新八千代病院倫理審査承認番号16-002）。

2. 方法

調査期間は、新人がユニットに配属された平成 28 年 4 月から 6 月まで 3 ヶ月間である。新人配置の基準は、病院独自の 5 段階から構成されるキャリアラダーに基づいて、各チーム構成に偏りが小さくなるよう配慮されている。新人は、配属されたユニットごと、職場内研修（以下、OJT）と集合研修（Off the Job Training）を経験する。OJT は、教育経験を可視化させたシート（以下、OJT シート）を用い、医療面接や情報収集などの医療サービス内容を診療項目、医療サービス以外の申し送りや医療事務業務などを業務項目、目標管理や効果判定など、それぞれの専門領域を専門項目として可視化できるよう工夫した。指導者はフィードバックの際に、認知的徒弟制の教授方法である（1）モデリング、（2）コーチング、（3）スキファールディング、（4）フェーディングの 4 段階^{1,3,8,9)}の達成状況を判断し、承認印を押す。若年指導者が指導に困った際には先輩職員と一緒に指導するよう申し合わせ、複数名が新人を指導した時には、経験年数の多い指導者が押印する。新人は OJT シートを常に携帯し、指導者が都度チェックした指導内容を相互に内省し、改善の手がかりとする。この OJT シートは、毎週所定日に、科内の教育担当者が回収し、指導量を OJT シートの承認印数から集計した。

モデリングとステップアップの段階は、全指導量から偏差値（モデリング偏差値・ステップアップ偏差値）を算出した。ステップアップ偏差値が 50 以上をステップアップ高値群、50 より低い群をステップアップ停滞群とし、分析した。統計手法は Wilcoxon 順位和検定を用い、有意水準は 5% とした。

次に、病棟マネジャー、ユニットリーダーを対象に、チームビルディングのステップを構成するチーム力を判定した。方法は、一般社団法人日本チームビルディング協会「チームビルディング診断シート」^{6,7)}を使用した。この診断シートは、フォーミング（形成期）、ストーミング（混乱期）、ノーミング（標準期）、トランスフォーミング（達成期）の 4 段階で構成され、チームの成長を段階的に促進する構成となっている。フォーミングからノーミングまでを問うステップ 1 から 4（以下、前半得点）はメンバー間の人間関係の信頼度・充実度を、ス

トミングからトランスフォーミングまでを問うステップ 5 から 8（以下、後半得点）は、必要なスキルの保有度を測る。評価合計点 40 点満点中 40～33 点は、チーム意識が強く全員が協力して業務が行われている健康チーム、32～21 点をチームビルディングでの初期段階での課題が顕在化している不摂生チーム、20～8 点をチームとしての機能不全に陥っている死に体組織と診断される。

最後に、入職 1 ヶ月と 3 ヶ月経過時に、100 点法で回答を求め、変化量を自己評価とした。

III. 結 果

新人への OJT 指導総数は 9,945 件で、その内訳は診療項目 5,237 件（52.7%）、業務項目 2,420 件（24.3%）、専門項目 2,288 件（23.0%）であった。各項目別の指導内容は、診療項目では訓練・介入の陪席、補助する（20.3%）や診療課題を理解する（17.6%）が多く、医師・病棟と相談をする（0.6%）は極めて少ない結果であった（表 4）。業務項目では、訓練実績の入力ができる（29.2%）やスケジュールの立案・変更の手続きができる（17.1%）など部門管理システムなどのカルテ入力に関する項目が多く、外出訓練の計画・報告ができる（2.9%）や退院の書類作成・処理ができる（1.8%）など業務手順に関する項目は少なかった。専門項目では、訓練・介入を実践する（25.0%）や基礎知識を復習する（16.8%）は多く、長期目標を修正できる（3.7%）や目標管理と再計画ができる（3.7%）などの目標管理に関する項目の実施は少なかった。業務の習得状況については、1 人当たり 765.0 ± 205.9 件の指導量のうち、モデリングは 516.6 ± 205.6 件（67.5%）、スキファールディングからフェーディング（以下、ステップアップ）は 248.4 ± 103.2 件（32.5%）であった。モデリング偏差値は、最下位 35 から最上位 74 と個人差が大きかった（表 5）。ステップアップ偏差値が最上位の新人は、モデリング偏差値は最下位であった。次位のモデリング偏差値は 51 であった。モデリング指導量とステップアップ指導量の交互関係はなかった。

一方、ステップアップ偏差値が最下位 2 人の結果では、

表 4 OJT シートの活用状況

	PT1	PT2	PT3	PT4	PT5	PT6	OT1	OT2	OT3	OT4	OT5	OT6	ST1	度数 (人)	比率 (%)	平均	標準 偏差
診療項目	492	283	535	336	325	237	492	350	271	493	366	359	698	5,237	52.7	402.9	130.5
業務項目	264	128	241	179	116	86	199	152	143	293	116	216	287	2,420	24.3	186.2	69.6
専門項目	164	109	216	267	171	129	133	227	117	256	175	224	100	2,288	23.0	176.0	57.1
度数 (人)	920	520	992	782	612	452	824	729	531	1042	657	799	1085	9,945		765.0	205.9

表5 診療・業務・専門項目別の指導内容

診療項目				業務項目				専門項目			
内容		度数 (件)	比率 (%)	内容		度数 (件)	比率 (%)	内容		度数 (件)	比率 (%)
1	訓練・介入の陪席、補助する	1065	20.3	訓練実績の入力ができる	706	29.2	訓練・介入を実践する	572	25.0		
2	診療課題を理解する	922	17.6	スケジュールの立案・変更の 手続き	413	17.1	基礎知識を復習する	385	16.8		
3	医療面接・自由会話をする	702	13.4	患者基本情報の入力ができる	300	12.4	評価を実践する	364	15.9		
4	基本的な検査手技を実施する	572	10.9	日々の患者情報を伝える	260	10.7	介入を説明する	265	11.6		
5	現病歴を確認する	557	10.6	病棟 ADL を設定できる	197	8.1	短期専門目標を設定する	216	9.4		
6	リスク項目を把握する	501	9.6	病棟申し送りで報告できる	188	7.8	他職種と情報共有する	180	7.9		
7	hope を聴取する	367	7.0	患者情報を報告し拡散できる	149	6.2	チームカンファレンスの プレゼンテーション	136	5.9		
8	社会的背景・役割を聴取する	293	5.6	入院時オリエンテーションが できる	92	3.8	長期目標を修正できる	85	3.7		
9	退院時の生活像を設定する	229	4.4	外出訓練の計画・報告ができる	71	2.9	目標管理と再計画ができる	85	3.7		
10	医師・病棟と相談をする	29	0.6	退院の書類作成・処理ができる	44	1.8					

表6 OJT シート業務の習得状況

		新人	モデリング 度数 (件)	ステップアップ 度数 (件)	モデリング 偏差値 *	ステップアップ 偏差値 **
ステップアップ 高値群 (ステップアップ 偏差値 ≥ 50)	PT2		278	242	35	63
	PT1		528	392	51	60
	OT2		423	306	44	59
	OT6		473	326	47	58
	PT3		617	375	56	55
	PT5		392	220	42	53
	OT1		538	286	51	52
	PT6		312	140	37	50
ステップアップ 停滞群 (ステップアップ 偏差値 < 50)	ST1		742	343	64	49
	PT4		524	258	50	49
	OT5		513	144	50	40
	OT4		905	137	74	32
	OT3		471	60	47	30

*: モデリング偏差値; (モデリング度数-平均点)/標準偏差 $\times 10 + 50$, **: ステップアップ偏差値; 指導量に占めるステップアップ度数の割合から算出した。

1 人はモデリング偏差値 47 と近似であるが, ステップアップ偏差値は 30 と著しく低い。また, モデリング偏差値が 74 の高得点者は, ステップアップ偏差値が 32 と著しく低かった (表 6)。表 6 で群分けした新人が配置されたユニットでは, ステップアップが高い新人はすべて同一ユニットに属し, 停滞した者はみられなかった。

ステップアップ高値群とステップアップ停滞群では, 指導量とステップアップ量には有意差を認めなかった (表 7)。

チームビルディング簡易診断の総点は, 27.6 ± 3.9 点と 23.3 ± 2.7 点であった。メンバー間の人間関係の信頼度・充実度をみる前半得点は, 14.3 ± 2.5 点と 11.0 ± 1.9 点で, チームビルディングのスキルを問う後半得

点は, 13.7 ± 1.9 点と 12.3 ± 1.3 点であった。総点と前半得点には両群間で有意差を認め ($p < 0.05$)、後半得点には有意差を認めなかった。

新人自己評価得点は, 47.5 ± 12.8 点と 38.0 ± 19.6 点で, 変化量は 34.4 ± 10.2 点と 20.0 ± 9.4 点であった。新人自己評価得点は両群間で有意差を認めなかったが, 変化量には有意差を認めた ($p < 0.05$)。

新人に関わる指導者ごとに, 職種, 経験年数の順位 (以下, 序列) で指導量と比率を示した (表 8)。自職種の新人に多くかかわる傾向がみられた。また, ステップアップが順調な新人には, 多くの指導者が関わる傾向がみられた。

表7 ステップアップ高値群とステップアップ停滞群の比較

	ステップアップ 高値群	ステップアップ 停滞群	検定
度数 (人)	8	5	
OJT シート			
指導量 (件)	731.0 ± 190.4	819.4 ± 240.3	
ステップアップ量 (件)	285.9 ± 83.5	188.4 ± 111.6	
チームビルディング簡易診断			
総点 (点)	27.6 ± 3.9	23.3 ± 2.7	*
前半得点 (点)	14.3 ± 2.5	11.0 ± 1.9	*
後半得点 (点)	13.7 ± 1.9	12.3 ± 1.3	
新人自己評価 (点)	47.5 ± 12.8	38.0 ± 19.6	
変化量 (点)	34.4 ± 10.2	20.0 ± 9.4	*

平均値 ± 標準偏差. * : $p < 0.05$. Wilcoxon の順位和検定.

表8 指導者による指導量 (比率)

		PT 指導者（職位：低→高）								OT 指導者（職位：低→高）								ST 指導者（職位：低→高）							
		a	b	c	d	e	f	g	h	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g		
PT	1	295 (32%)	151 (16%)	171 (19%)	59 (6%)	124 (13%)	—	—	—	0 (0%)	39 (4%)	81 (9%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	2	183 (35%)	147 (28%)	29 (6%)	112 (22%)	24 (5%)	—	—	—	5 (1%)	20 (4%)	0 (0%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	3	211 (21%)	131 (13%)	193 (19%)	31 (3%)	49 (5%)	6 (1%)	76 (8%)	206 (21%)	4 (0%)	77 (8%)	—	—	—	—	—	4 (0%)	4 (0%)	—	—	—	—	—		
	4	55 (7%)	60 (8%)	101 (13%)	72 (9%)	323 (41%)	170 (22%)	—	—	1 (0%)	—	—	—	—	—	—	0 (0%)	—	—	—	—	—	—		
	5	221 (36%)	49 (8%)	98 (16%)	61 (10%)	139 (23%)	—	—	—	22 (4%)	18 (3%)	4 (1%)	—	—	—	—	0 (0%)	—	—	—	—	—	—		
	6	78 (17%)	65 (14%)	94 (21%)	70 (15%)	91 (20%)	—	—	—	11 (2%)	35 (8%)	—	—	—	—	—	8 (2%)	—	—	—	—	—	—		
OT	1	46 (6%)	34 (4%)	18 (2%)	71 (9%)	7 (1%)	—	—	—	117 (14%)	27 (3%)	445 (54%)	14 (2%)	2 (0%)	—	—	38 (5%)	5 (1%)	—	—	—	—	—		
	2	53 (7%)	61 (8%)	38 (5%)	0 (0%)	27 (4%)	—	—	—	157 (22%)	344 (47%)	30 (4%)	—	—	—	—	19 (3%)	—	—	—	—	—	—		
	3	26 (5%)	20 (4%)	21 (4%)	3 (1%)	17 (3%)	16 (3%)	39 (7%)	—	40 (8%)	7 (1%)	134 (25%)	198 (37%)	—	—	—	2 (0%)	1 (0%)	7 (1%)	—	—	—	—		
	4	97 (9%)	52 (5%)	14 (1%)	51 (5%)	6 (1%)	—	—	—	478 (46%)	333 (32%)	4 (0%)	3 (0%)	—	—	—	4 (0%)	—	—	—	—	—	—		
	5	15 (2%)	21 (3%)	73 (11%)	16 (2%)	128 (19%)	21 (3%)	—	—	4 (1%)	17 (3%)	51 (8%)	225 (34%)	7 (1%)	0 (0%)	75 (11%)	4 (1%)	—	—	—	—	—	—		
	6	152 (19%)	25 (3%)	0 (0%)	2 (0%)	24 (3%)	—	—	—	52 (7%)	2 (0%)	14 (2%)	528 (66%)	—	—	—	0 (0%)	—	—	—	—	—	—		
ST	1	2 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24 (2%)	45 (4%)	452 (42%)	32 (3%)	40 (4%)	222 (20%)	268 (25%)		

—: 未介入.

IV. 考 察

OJT シート活用度をみると、ステップアップした新人には複数の指導者が関わる傾向があり、関わる療法士の序列が指導段階に沿って効果的に作用していた。認知的徒弟制では、初学者が熟達者から学ぶ過程から、効果的・効率的に知識・技能の継承ができる。新人と指導者間のコミュニケーションが円滑に行え、指導者同士が近接した環境で自然に情報交換と連携が生まれ、不足分を補完し合うチームビルディングが構築されたと考えられる。

一方、ステップアップ停滞群が所属するユニットでは、指導量のバラツキがみられた。チームビルディング診断では、人間関係の信頼度・充実度を示す前半素点は低く、場を乱すことへの抵抗感など、指導者間のコミュニケーション不足がうかがえた。

入職後3ヵ月は、正統的周辺参加機会の増加に伴い、スタッフの一員として自覚が芽生えてきている時期と考える。理学療法士の資格取得後の継続教育について、芳野ら¹⁰⁾は、「理学療法士が独力で自立して理学療法業務を行うためには3年程度の臨床経験が必要であると指導者が認識している」としている。指導者が実際に指導す

る平均期間は9.4ヵ月であり、専門知識・技術より、臨床思考過程を重視した経験的な指導が行われていたと述べている。山田ら¹¹⁾による現職理学療法士の自己認識に関する研究の中では、一人前に達したと言ってよい時期は平均9.98 ± 4.24年であったといい、職業特性から一般より高い基準に設定する傾向があると述べている。このことから、独立してPT業務を行うまでの継続教育は臨床施設に委ねられている現状がある。これまでのプリセプター制では、臨床施設で業務を独り立ちさせるまでの指導が、さらに指導者個人のスキルに委ねられてしまうことが課題である。

この合同ユニットによる新人教育は、多職種協働で臨床の経験を共有しながら、チーム教育を行うことができる。松尾⁴⁾は、経験から学ぶ力を、「問題意識を持って、新規性のある課題に取り組むストレッチ（足場形成）、行為を振り返り知識・スキルを身につけ修正するリフレクション（進行形の反省）、仕事のやりがいや意義をみつけるエンジョイメント（意味発見）」の3つの要素が互いにつながりあい、循環すると述べている。ユニットによる診療に加え、合同チームで他職種の新人教育に取り組むことが新しい課題となる（ストレッチ）。日常の診療や教育機会の振り返りから導き出される内省の質は高くなり（リフレクション）、その結果として感じるやりがいを高めやすい。今回の調査から、業務を教えこんでいく段階と任せていく段階の指導量が必ずしも一致した結果とはなっていないことから、指導量の多寡のみは、ステップアップへの影響は大きくないと考えられる。認知的徒弟制における課題は、学習の要求に呼応して学習者向けに生成され、「教え過ぎない」ことを旨とする教育法^{5,6)}とされている。OJTシートを用いた新人教育を通じ、チーム内の意見交換を活発にし、新人の小さな成功経験がチームの土台作りに作用したと考えられる。チームが成長しながら、熟達者の指導とされる、無駄がなく指導の要点が整理された指導に近づき、若年指導者は足りない指導力を、より経験を有するベテラン指導者へ求め、新人を伸ばすことができる好循環を期待できる。リハビリテーション部門における人材育成は、大量

養成時代において大変重要な課題であり、チーム機能が重視される回復期病棟において、チーム教育を新人教育に取り入れることにより、チームビルディングが効果的に発展できることが示唆された。本研究の限界として、一施設に入職した新人13人に限って行われた調査で偏りがある。また、臨床実践能力の評価を行っていないため、個人の能力や特性を考慮することができていない。今後は、向上群をロールモデルに、チームビルディングの手法をもとに、実際の診療技術、業務習得や専門的な臨床実践能力が培われているかを検証したい。さらにチームの成果に着目しチームの有効性、新人教育と日常業務の能率性について検討を重ねたい。

引用文献

- 1) 西城卓也：正統的周辺参加論と認知的徒弟制。医学教育，2012，43：292-293。
- 2) 重久浩至：「認知的徒弟制」論の現代的意義—認識にからだをとりもどすための一視角として。東京大学教育学部紀要，1993，32：23-31。
- 3) 秋田喜代美，藤江康彦：授業研究と学習過程。放送大学教育振興会，東京，2010，pp143-157。
- 4) 松尾 睦：職場が生きる人が育つ「経験学習」入門。ダイヤモンド社，東京，2011，pp48-71。
- 5) 松尾 睦：経験からの学習：プロフェッショナルへの成長プロセス。同文館，東京，2006，pp60-73。
- 6) 齋藤秀樹：課長塾齋藤秀樹の最強組織を創るチームビルディング術。日経BP社，東京，2013，pp14-27。
- 7) 一般社団法人日本チームビルディング協会：チームビルディング簡易診断。http://jtba.jp/checktool（閲覧日2016年7月1日）。
- 8) Collins A, Brown J, Holum A: Cognitive apprenticeship making thinking visible. Am Educ, 1991, 15: 6-11。
- 9) 西岡加名恵，石井英真，田中耕治：新しい教育評価入門—人を育てる評価のために。有斐閣，東京，2015，pp85-111。
- 10) 芳野 純，白田 滋：医療施設における理学療法士の継続教育の現状。理学療法科学，2010，25：55-60。
- 11) 山田洋一，丸山仁司：理学療法士の自己認識から抽出した今後の育成課題。理学療法科学，2012，27：385-389。