

作業療法における臨床教育のあり方

山 根 寛*, 小 西 紀 一*, 赤 松 智 子*
小 野 泉*, 加 藤 寿 宏*, 腰 原 菊 恵*
早 川 宏 子**

The fieldwork education (experiences) in occupational therapy

Hiroshi YAMANE*, Norikazu KONISHI*, Tomoko AKAMATSU*
Izumi ONO*, Toshihiro KATO*, Kikue KOSHIHARA*
Hiroko HAYAKAWA**

Abstract: An occupational therapist is a staff who engages in a medical treatment. Consequently, the clinical practice is limited to medical treatment institutions by the specified rule. However, a subject layer of rehabilitation expands recently, and the scope of the job spreads from medical area to welfare area. The cooperation of various professional staffs is necessary. Therefore, a limitation of the traditional ways of clinical practice rises. We have analyzed the present state of clinical practice in this paper. The main issues in the traditional ways are that a standard of attainment is ambiguous, and that the purpose of clinical practice is aimed at training a student to be an expert staff immediately after graduation. Because the content for learning has increased, it cannot obtain enough effect by the traditional clinical practice. Mental and physical burdens of clinical leaders get larger than the effect of a clinical practice. Mental burden of a student also is larger than the educational effect.

Therefore, we have changed “the clinical practice” to “the fieldwork education.” The new standard of attainment and methods are as follows.

1. to provide the clinical place and make a student be aware of the personal task for becoming an occupational therapist
2. to dispose a student to the clinical occupational therapy as an early exposure soon after the admission
3. to adopt an imitation learning, a social learning and a group learning instead of the individual practice

Key words: Fieldwork education, Occupational therapy, Early exposure, Social learning

* 京都大学医療技術短期大学部作業療法学科

** 元京都大学医療技術短期大学部作業療法学科

* Division of Occupational Therapy, College of
Medical Technology, Kyoto University

1998年6月30日受付

はじめに

作業療法士が医療職として位置づけられているため、臨床で働く作業療法士の8割あまりは

表1 臨床教育に関する条件の対比

	厚生省指定規則	WFOT 教育最低基準
実習時間	810時間	1,000時間
実習施設	- 作業療法全般にわたる臨床実習を行うことができる病院 - 前号の実習施設として利用する病院の他に、病院又は診療所を実習施設とする場合には、それらは、作業療法を必要とする患者を収容する病院又は文部大臣及び厚生大臣が作業療法の臨床実習を行うのに適当な診療所として別に定めるものであること（注）	各種病院、各種機関、家庭または職場、地域のセンターなど様々な環境
実習指導者	作業療法に関し、相当の経験を有する作業療法士、少なくとも一人は免許を受けた後3年以上業務に従事した者	有資格の作業療法士
実習人員	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	1対1であることが望ましいが、学生の訓練や能力のレベルに従って変更してもよい
実習内容、対象	指導作業療法士の責任と指導の下に、偏りなく各疾患、各病期、各年齢層の患者について身体的、心理的、社会的状況を十分把握し、作業療法を行う	全ての年齢集団の患者、男性と女性の患者、急性期、回復期、及び家庭・職場・社会的環境への復帰期の段階にある患者

注：作業療法の臨床実習を行うのに適当な診療所は、次の各号に掲げるものとする（文・厚告1）

- ・児童福祉施設最低基準第92条の9に規定する肢体不自由児通園施設に設置された診療所
- ・身体障害者福祉法第29条に規定する肢体不自由者更生施設に設置された診療所

医療機関で勤務し^{1,2)}、臨床教育（実習）も、規則³⁾により医療機関に限られている。しかし、医療の高度化、高齢化などによる、リハビリテーション対象層の拡大、地域リハビリテーションの進展による保健・医療・福祉といった従来の領域を超えた連携の必要性、職域の拡大により、臨床教育（以下本稿では、特に臨床実習と呼称されてきた場合を除き、臨床を利用した実習を臨床教育とする。理由は後述する。）のありようが問われるようになった。加えて、作業療法学科や養成校新設による学生数の急増により、現行の実習形態が限界にきているという切実な現状もある。

本稿では作業療法教育基準を踏まえながら、臨床教育指導者会議における指導者の意見、その他既存の調査資料などによる現状の問題分析をおこなった。さらに、数年前よりいくつかの施設の協力で試みている臨床教育の新しい方法

について提案する。

臨床教育（実習）の基準について

1963年に国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が開設され、わが国の作業療法士養成がはじまった。そして1965年（昭和40年）に身分法「理学療法士及び作業療法士法」が制定され、リハビリテーション医療に従事する専門職として法的身分が確立した。

臨床教育に関しては、世界作業療法士連盟（WFOT）のミニマムスタンダーズ（教育最低基準、1958年初版、1963,1971,1985,1990年改訂⁴⁾と、厚生省指定規則及び養成施設指導要領（1972,1989年改訂³⁾に基づいておこなわれている。双方の最も新しい基準を対比させると表1のようになる。臨床実習時間はWFOTの1,000時間に対し、厚生省指定規則では1972年の改正で1,080時間に、さらに1990年から810時

表2 一般的な臨床教育の形態

	日本の一般的状況	米国の認定プログラムと一般的状況
実習時間	大半が見学実習, 評価実習, 最終実習を含めて WFOT 基準の1,000時間に準拠	最低6か月(940時間)
臨床実習の種類	見学実習: 数日から1週間の見学を1(1, 2)年時に, 2~3領域に対して実施 評価実習: 2~3週間の評価を目的とした実習を2(3)年後期に, 2~3領域に対して実施 最終実習: 6~9週間の評価から治療計画立案, 治療実施まですべてを行う実習を3(4)年時に, 2~3領域に対して実施	臨床教育Ⅰ: 作業療法のプロセスや役割を知ることが目的に, 作業療法士以外の専門職種も指導。大学の授業の一部。 臨床実習Ⅱ: 専門職としての意識の育成, 作業療法評価, 治療のレパトリーを広げることを目的に, 3か月を2回, 卒後24か月以内に終了。内3か月はフルタイム。
実習担当患者数	1~3名を担当	
実習領域	身体障害, 精神障害, 発達障害(施設が少なく実施していない学校もある)の3領域が主	医療施設以外でも可能
教官の関与	評価実習では施設を借りて教官が指導することもあるが, 大半は実習期間中に1度訪問する程度で, 臨床指導者に任せている。	臨床実習Ⅱは臨床指導者が全責任を負うが, 大学には実習担当選任教官がいて調整役をしている。
実習施設	学校がある都道府県内ではほまかなえているのは開設年次の古い学校数校程度, 大半が全国数ブロックにまたがっている。	臨床実習Ⅰは近隣の施設。臨床実習Ⅱは全米に渡り, 各大学の契約施設から学生が選択し指導教官を通して実習契約。

* () 内の数字は, 4年制大学もしくは通信教育との併合による4年制の養成施設の場合

間になった。厚生省指定規則の時間が約200時間あまり少ないことに対しては, 日本作業療法士協会がおこなったアンケートでは, 臨床実習時間は WFOT の基準に合わせた方がよいという意見と指定規則のままでよいという意見が相半ばしている⁵⁾。基準に合わせたほうがよい理由としては, WFOT の認定基準に沿うべきというものと臨床教育の効果への期待であった。そして, 合わせなくてもよい理由は, 養成校が急増し実習施設が不足している, 時間より内容, 実習より専門科目の時間不足の方が問題であるといったものであった。

臨床教育の現状

当校の主な実習施設のある近畿圏内の近年の実状, 毎年おこなっている実習指導者会議及び他校や日本作業療法士協会がおこなった調査結

果^{5~7)}, 全国理学療法士・作業療法士学校養成施設連絡協議会の調査やさまざまな領域の実習指導者, 教官の経験など^{8~14)}をみても, 多少の地域差はあるが, 実習施設が多く臨床指導者の豊富な関東地区の一部を除いては, ほぼ全国的に似たような現状にある。

1. 臨床教育の形態

実習形態に関しては, 定員80名という大規模校¹⁵⁾で新しい試みがなされているが, それ以外は各学校とも大きな差は見られなかった。大半が数日から1週間程度の見学実習, 2, 3週間の評価実習, 6~9週間のインターン実習(最終学年時の実習)を, それぞれ数領域でおこなっている。文部省系の短大, 大学では, カリキュラム上, 見学実習や評価実習の時間が十分とれず, インターン実習を中心にしている学校もみられる。大半の学校が, 見学から最終の実習

表3 臨床教育における問題点と原因

	問 題 点	原 因
学校及び教官	1. 実習時期、期間が学校によって異なる 2. 実習の達成目標が不明確 3. 実習時間の減少と学校間差 4. 教育内容に学校間の格差が大きい 5. 実習に対するフィードバックがない 6. 実習計画が不明確	1. カリキュラム、学校間の調整、臨床教育の位置づけの違い 2. 臨床教育の位置づけ 3. 指定規則と WFOT 基準の差 4. カリキュラム、教官の構成・質 5. 臨床教育の位置づけ、連携 6. 臨床教育の位置づけ
実習施設及び実習指導者	1. 指導時間の不足 2. 臨床指導者の力量の差 3. 施設または指導者間で評価基準が異なる 4. 実習施設及び指導者の不足	1. 臨床指導者の位置づけ、実習形態の問題 2. 臨床指導者の育成、位置づけ 3. 臨床教育の位置づけ、達成目標が不明確、フィードバック、臨床指導者の育成 4. 新しい職種の避けられない課題、実習形態の問題、臨床経験者の教育への移動
学 生	1. 知識、技術の不足 2. 臨床指導者の力量の差 3. 与えられた課題が難しい	1. 個人の問題、教育内容、実習指導者の要求レベル（達成目標の問題）、実習形態の問題 2. 個人の問題、実習に対する認識の不足 3. 受動的学習、意欲など

までの合計で WFOT の1,000時間を満たすように工夫している。わが国の一般的な臨床教育の状況と参考に米国作業療法士協会（AOTA）のガイドライン¹⁶⁾の抜粋と佐藤が紹介した現状¹⁷⁾の要約をまとめたものを表2に示す。

実習の時期は、見学実習が1年時（4年制学校では1，2年時）、評価実習が2年時（4年制学校では3年時）、インターン実習が3年時（4年制学校では4年時）に実施されている。実習施設は、開設の古い学校では学校を中心とした近隣の施設でおこなっているが、新設校は全国規模で実習施設が点在しているところが多い。例えば東北の養成校では、北海道から関東甲信越、中四国の養成校では、沖縄から関東といった具合である。ほとんどの学校が付属病院的な施設を持っていない。もっとも、作業療法の対象が多岐にわたること、医療から保健、福祉と職域が広いため、2，3の附属病院的な施設では実習全域を充たすことは不可能である。また実習は、表1の基準のように医師が常勤する診療機関でおこなわれており、保健福祉施設における実習は、そうした診療機関が併設して

いる施設で副次的におこなわれている。実習指導者数と学生数の比は、大半は1対1で、複数指導者が居る施設でも個別担当性を採用しているところが多い。実習の達成目標は、学校によっては明示しているところもあるが、大半はWFOTの基準を参考に作業療法士協会が参考として作成した実習評価基準に準じた形態でおこなわれている。学生が1～2，3名の患者を個別に担当し、評価し、治療計画を立て、治療を実施し、記録報告をおこなうというものである。これは、卒業と同時に即戦力としての養成が必要であった当初からの実習形態である。

2. 臨床教育（実習）の問題

現状の臨床教育（実習）における主な問題を、学校及び教官、実習施設及び指導者、学生に分けて整理したものを表3、図1に示す。また、問題の主な原因も合わせて示した。

問題の原因はさまざまな要因が相互に関連しているが、当面の解決の対象となる原因は大きく2点に絞られる。第1点は、臨床教育（実習）を卒前教育としてどのような位置づけにするのかがはっきりしていないことである。明確

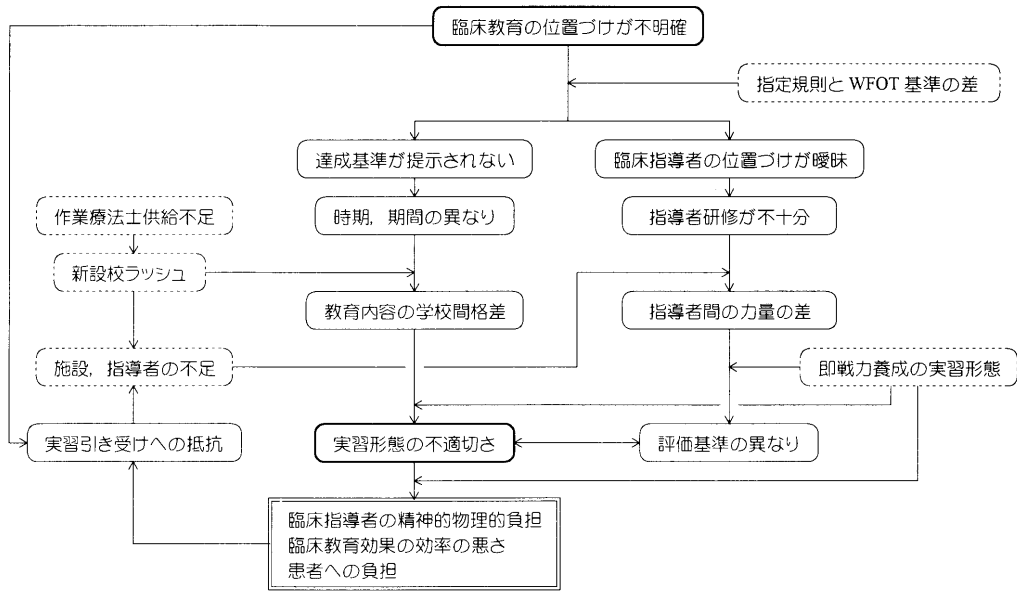


図1 臨床教育における問題の関連

な位置づけがなされていないため、カリキュラムの中では大きな比率を占め、しかも実習に関しては臨床指導者に一任に近い形で預けているにもかかわらず、臨床指導者は曖昧な位置づけ(処遇)のまま扱われ、十分な研修体制もとられていない。そのことが、臨床指導者の力量の差、施設や指導者間の評価基準の異なり、学校と臨床指導者の役割の不明確さ、達成目標の混乱、実習形態の不一致、実習期間の不統一など、さまざまな問題を引き起こしている。

第2点は、実習の位置づけや達成目標とも関連する実習形態に関するものである。現在行われている実習の多くは、当初の即戦力を育てることが必要だった時期の形態を引き継ぎ、指導者が学生をほぼ1対1で指導しながら、学生に評価から治療計画、治療の実施まですべて任せ、6～9週間の実習期間ですべてがおこなえるように指導するという方法がとられている(表2)。時には先入観を抱かせずに白紙の状態で対象者に会うため、患者のカルテもしばらくは見せず、具体的なモデルも示さないという方法もとられている。これは、現在の臨床指導者が受けてきた実習の形態でもある。こうした方法

は、即戦力の養成に向け、学生の実力を評価すると同時に、学生自らが試行錯誤し能動的に学習に取り組むということに焦点が当てられているためと思われる。そのために、対象患者の選択にはじまり、不十分な知識や技術しかない学生に任せながらおこなう指導に対し、臨床指導者は大きな精神的負担や時間的負担を負うことになる。ひいては実習施設や指導者の不足にもつながっている。学生にとっては、こうした実習を乗り越えたものは、確かに学内の講義では期待できない大きな成長を遂げる。しかし、一方で、模倣学習などの段階を経ず、初期評価や治療計画のレポート作成に多くの時間を費やしてしまい、患者にも負担をかけ、治療の経験が少なくなる学生も多いという結果を招いている。新しい職種に見られる過渡的現象ではあるが、新設校が急増し、臨床である程度経験を積んだ指導者が次々と教育に引き抜かれるという事情もあり、臨床教育の適正化は遅れ、ここ10数年来、同じ問題¹⁸⁻²³⁾が続いている。

3. 臨床教育(実習)の利点

臨床教育(実習)が、多くの問題を抱えながらもカリキュラムの中で大きな比重を占めてい

るのは、臨床教育（実習）でしか得られない利点があり、実際に臨床に従事する前に欠かせないプロセスだからである。

臨床場における実習は、学生にとっては机上で学習したことがどのように理解できているか（自分の学習の現実検討）、また、学生自身が作業療法士になるにあたって、どのような学習をすればよいか（学習に対する課題の明確化）、そして進路の検討の指針にとっても欠くことのできないものである。学校にとっては、学内で提示できない具体的な事例を通した学習の場となる。人に関わる技術、具体的な疾患や障害の理解は、机上の学習では知ることまではできても、わかるという体験が困難なためである。

実習を受け入れる側にとっては、時間的には大きな負担を負うことになるが、負担だけではない。経験のある臨床指導者は、新卒者の採用にもつながる自分たちの後輩の育成、新しい知識や技術の情報が実習指導を通して得られる、職場の活性化になる、学生指導を通したスタッフの教育の機会になる、施設における作業療法の啓蒙手段になる、社会資源としての学生の利用といったことなどを、実習を受け入れる利点として述べている。

4. 臨床教育（実習）の必要性

さまざまな課題を抱える臨床教育であるが、卒業後、臨床場で先輩の手ほどきを受けながら育っていくということが難しい一人職場、少数職場での勤務が多い作業療法の就労事情が、依然としてある。即戦力を育てるという切迫した当初の状況は変化したものの、職種の構造的課題である。したがって、即戦力とまでいかなかったとしても、実際にどのようにすすめればよいのか具体的な手順を、卒前に臨床にそって経験しておくことは欠かせない。単なる見学ではなく、模倣学習をしながら実際に経験することが重要である。

臨床教育の提案

臨床教育の問題は、当面おこなえるいくつか

の解決策と制度も含めた抜本的な改革が必要なものとがある。当面おこなえるものは、臨床教育の位置づけと形態の問題である。本稿では臨床教育に対する提案として、実習は臨床の場を利用した教育という視点から、筆者らが試みてきた方法を紹介し、合わせて今後の課題を提示する。

1. 位置づけについて

臨床教育と臨床実習という言葉を特に定義することなく使用してきた。臨床における実習をどのように位置づけるか、用語の定義の問題でもあるが、筆者らは clinical practice という枠を超えて fieldwork education としての臨床教育を提唱する。現在必要とされている卒前教育の内容と量からすると、臨床実習を通して即戦力を育てるという、作業療法がわが国に導入された当初の目的は現状にそぐわなくなっている。医学の進歩と共に対象層や対象領域が増加し、それともなって学習量も増えており、実習領域も従来の身障、精神、発達障害といった分類ではおさまりきらなくなっている。

したがって、即戦力の養成ということより、実際に対象者にふれることでしか得にくいものを学習する、自分の知識や技術のレベルを確認し、専門職になるにあたっての課題を明確にするといったことに教育の主点を置くほうが实际的である。

2. 臨床教育のあり方について

臨床教育の試案を表4に示す。これは、9年前から、実習の時期や教官の関わり方など様々な形態を試み、本学が現在おこなっているものを修正したものである。臨床見学（見学実習にあたる）、臨床教育Ⅰ（評価実習にあたる）、臨床教育Ⅱ（インターン実習にあたる）の3段階とした。

臨床見学は、入学後できるだけ早い時期に半日～1日程度の見学を数人単位のグループでおこなうものである。学内での講義に対し目的意識を持っておこなえることを目的とした、早期の臨床体験（early exposure）にあたる。指導者は作業療法士以外の関連専門職種でもよい。

表4 臨床教育の試案

	臨床見学	臨床教育Ⅰ	臨床教育Ⅱ
実習目的	早期臨床体験	評価の手順理解と模倣学習	評価～治療の実践体験と模倣学習
実習時期 期間等	1年時早期，以後適宜 1か所につき半日～1日	2（3）年時後半 1領域につき2週間程度	最終学年 1領域につき6～9週間程度
実習領域	偏りなく主な領域を2～3	医療施設を中心に2～3領域	幅広く経験できるようにするが、 全体の1/2は医療施設で行う。 2～3領域
担当患者	持たない	1人で1名，もしくは数名で1名	可能なら1人で1,2名担当するが、 部分担当を広く取り入れる。
指導者と 役割	教官，臨床指導者，その他関連 専門職	原則として教官の責任で行い， 必要に応じて臨床スタッフの援助	達成目標や基本的な実習計画を 学校側で作成，実際の指導は臨 床指導者の裁量に任せ，必要に 応じて教官が連携
学習形態	グループ見学と体験報告レポ ート作成，体験報告	グループによる模倣学習と個別 の	個別の模倣学習，部分担当，グ ループ学習など
実習地域	問わない	付属施設もしくは近隣の契約施 設	教官との連携を考えれば，現状 では教官が日常的に連携可能な 近隣の施設で行うのが適切

*（ ）内の数字は，4年制大学もしくは通信教育との併合による4年制の養成施設の場合

しかし，ほとんど知識がない状態での臨床との出会いであるため，印象も強いが誤った認識を抱くこともある。そのため，見学後は体験報告とともに疑問などを十分に言葉にする最終のフィードバックミーティングを教官とともにこなう。この1日程度の臨床見学は，早期臨床体験後も適宜取り入れることで，学内での講義をより効果的にすることができる。当学科では，入学直後にセミナーを組み合わせた1日見学を1回，2年時の夏期に身体障害，発達障害，精神障害の3領域に対しそれぞれ1日見学を1回こなっている。

臨床教育Ⅰは，作業療法評価の手順を実際の症例を通して理解し，具体的な方法を模倣学習することを目的におこなう。作業療法関連基礎科目（基礎医学）や作業療法専門科目のうち評価や治療に直接関係の深い科目の講義が終了した時期に，原則として教官の指導の元を実施する。人的にゆとりがあれば学生1人に1名の患者でもよいが，学生数名（3，4名が妥当）を

グループとし1名の患者に対して指導者の元に模倣学習をおこなう。学習はグループでおこなうが，レポートは個々に作成する。そして，体験報告のセミナーを持ちグループフィードバックをおこなう。臨床指導者の協力を得て教官が直接指導することを原則とするため，本来なら付属施設で，そうでなければ近隣の契約施設でおこなうことが望ましい。

臨床教育Ⅱは，実践と模倣学習を通して，医療の知識を基盤とした心身の基本的機能や生活上の能力と障害，環境との相互作用など対象者のくらし（生活）の質を高めるための評価から具体的な治療・援助計画とその実施までを幅広く体験し，専門職になるための今後の自己課題を明確にすることを目的とする。したがって実習の時期は最終学年になる。

指定規則やWFOT基準との関係で，6週間を3回，8週間を3回，9週間を2回といった工夫が各校でなされているが，基本的な評価から治療まで経験するために，少なくとも1度は

医療機関を中心に8～9週間のフルタイムで実習することが必要である。残りの実習は、同形態で他領域でおこなうか、もしくは多少期間を短縮してでもフルタイム実習以外の対象や領域に対して幅広く経験するという方法も考えられる。ただ、各養成校が大綱化の中でそれぞれに異なった期間と達成レベルでおこなえば、受け入れ先は大変になるので、臨床教育Ⅱに関しては、作業療法士協会もしくは県士会連絡協議会レベルで基本モデルをある程度統一することも検討しなければならない。

1名の患者の評価から治療まで学生が1人でおこなうという従来の方法から、模倣学習を取り入れながら部分担当制を取り入れる。これはA氏に対して評価をおこなう、B氏の治療目的を理解の上その一部を担当する、といった方法で全体の作業療法プロセスを学ぶ形式である。また、これまでの指導者と学生が1対1～2という形態から1対2～4という形態にし、学生同士のグループ学習、グループ課題を積極的に取り入れるようにする。教育効果と臨床指導者の負担軽減をねらったもので、実際に試みた結果、1対1でおこなうより指導者だけでなく学生にとっても負担が少なく効果的であった。学生のグループも同じ学校ではなく、いくつかの学校の学生をグループにする試みをおこない、良い結果を得ている。

そして、細部の技術的なことであるが、精神科などでは、「人とつきあう練習に、この学生さんと〇〇週間過ごしてみませんか。そして何が困るか、どんな感じが、試してみましょう」といった形で、患者の負担を軽減しながら学生を対人的な社会資源として利用するといったような方法も試み、良い効果を得ている。いずれにせよ、すべてを白紙で学生に任せるといった方法の、双方への負担を軽減し学習効果を高めることを意図したものである。

3. 今後の課題

臨床教育施設指導者の慢性的不足という状態が続いているため、十分な検討がなされないまま現在に至っているのが、偽らない現状である。

急には無理なことは承知であるが、新設校急増が収まってきたことから、近い将来を考えれば、すでに検討を始めなければならない課題がいくつかある。主なものは、①カリキュラムの中における臨床教育の位置づけを指定規則で、大綱化で不可能なら米国のように作業療法士協会として提示する。

②臨床教育指導者を資格認定し、非常勤講師として、もしくは臨床教授や臨床助教授などのような位置づけで任用するなど、臨床教育をおこなうことが自分の技術の証であったり誇りとなるような何らかの格付けを図る。

③そのための指導者研修システムを卒後教育の一環として、作業療法士協会と都道府県県士会連絡協議会が協力してつくる。

④大綱化による学校間の自由裁量もあるが、基本的な臨床教育ガイドライン、いくつかのモデルを作業療法士協会が提示する。

⑤県士会やブロック連絡協議会（組織されていないブロックもあるが）レベルで組織として実習時期や人数等の調整をおこなうシステムをつくる（従来機能していたところも新設校ラッシュで形骸化している）。

などである。今後の課題については、1教育機関の工夫でおこなえるものではないため、作業療法士協会や学校間の連絡協議会などに諮っていく必要がある。

おわりに

作業療法という職種の特性上、卒前の臨床教育は重要な位置を占めている。需給のバランスが安定すれば、なおさらに基礎教育として適切な指導が必要となってくる。本稿では従来の即戦力養成ということにとらわれない、より実践的で効果的な臨床教育のあり方について示した。

本稿は、1997年度京都大学教育改善推進費（学長裁量経費）による研究を基に、作業療法学科の臨床教育に関してまとめたものである。

文 献

- 1) 日本作業療法士協会編：作業療法白書，1990，

- 1991: 31-34
- 2) 日本作業療法士協会編: 作業療法白書, 1995, 1996: 9-15
 - 3) 厚生省健康政策局編集: 「理学療法士及び作業療法士学校養成施設指定規則」, 「理学療法士作業療法士養成施設指導要領について」, 健康政策六法: 中央法規, 1996: 1067-1102.
 - 4) 世界作業療法士連盟 (日本作業療法士協会教育部訳・編): 作業療法教育の最低基準1990年版: 日本作業療法士協会, 1990: 1-74
 - 5) 日本作業療法士協会教育部: 作業療法卒然教育課程のミニマムエッセンシャルズについて, 作業療法, 1996; 14: 441-448
 - 6) 上野武治, 鈴木重男, 飯坂英雄・他: 医学部附属病院における理学療法学科・作業療法学科学士の臨床実習の改善・充実のための調査研究: 北海道大学医療技術短期大学部, 1994: 1-53
 - 7) 富岡詔子, 佐藤陽子, 山本朗・他: 作業療法学科における臨床教育の現状と問題の検討: 信州大学医療技術短期大学部作業療法学科, 1995: 1-49
 - 8) 比留間ちづ子: 臨床実習はどうあるべきか, 作業療法ジャーナル, 1990; 24: 320-326
 - 9) 望月秀郎: 臨床実習の現状と課題, 作業療法ジャーナル, 1996; 30: 643-646
 - 10) 杉原素子: 作業療法士学校養成施設の急増とその対応, 作業療法, 1996; 15: 196-200
 - 11) 蟹沢優子・他: 特集臨床実習を考える, 作業療法, 1996; 15: 298-306
 - 12) 杉原素子・司会: 座談会臨床実習を考える, 作業療法, 1996; 15: 398-411
 - 13) 廣澤美佐子: 老人保健施設における作業療法実習, 作業療法ジャーナル, 1997; 31: 111-117
 - 14) 寺嶋正啓, 八重樫薫, 山田智子, 中島彩: 精神科デイケアにおける臨床実習の実際, 作業療法ジャーナル, 1997; 31: 119-122
 - 15) 杉原素子: 大規模定員を有する大学と臨床教育(実習)方法, 作業療法ジャーナル, 1997; 31: 99-103
 - 16) The American Occupational Therapy Association: Essentials and guidelines for an accredited education program for the occupational therapist. Rockville. 1991.
 - 17) 佐藤善久: 日米の比較を通してみる臨床教育の未来, 作業療法ジャーナル, 1997; 31: 93-98.
 - 18) 日本作業療法士協会教育部: 臨床実習指導—第9回理学療法士・作業療法士養成施設等教員長期講習会「指導論」より, 作業療法, 1983; 2: 98-105
 - 19) 日本作業療法士協会教育部: 臨床教育に関するアンケート調査報告, 作業療法, 1986; 5: 71-79
 - 20) 松浦千衣, 渡辺恵子, 中山広宣: 精神科臨床実習の問題に関して, 作業療法, 1988; 7: 525-526
 - 21) 矢谷令子: 作業療法士の卒前教育の現状と改善策の現状, 総合リハ, 1988; 16: 189-196
 - 22) 比留間ちづ子: 臨床実習はどうあるべきか(受け入れ側の立場から), 作業療法, 1990; 24: 320-326
 - 23) 山口頼音: 臨床実習はどうあるべきか(養成校教育者の立場から), 作業療法, 1990; 24: 327-333